

# 高額療養費の見直しと受診時定額負担について

平成23年11月9日

厚生労働省保険局

# 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**)  
※直近の収支見通しでは24年度は**10.2%**の見込み

## 《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。

## 加入者一人当たりの患者負担・保険料負担等の比較（平成21年度平均）

- 高齢者は高額療養費の給付額(一人当たり)が高く、保険制度のセーフティネットも整備されている(70歳以上の一般の高齢者は定率負担が1割、高額療養費の自己負担の上限も低く設定されている)。  
○ 現役世代は、自らの給付費以上(1.5~2.0倍程度)の保険料を負担し、保険料の4割以上を使って高齢者医療を支えている。

		加入者1人当たり（年間/万円）						
		医療費	給付費	高額療養費	患者負担	実効負担率	高齢者支援金・納付金	保険料負担（調定額）
医療保険（後期高齢者医療制度以外）	70歳未満	16.9	13.1	1.1	3.9	22.9%	－	－
	70歳以上	55.1	47.4	4.0	7.7	14.0%	－	－
	協会けんぽ	15.2	11.6	0.8	3.5	23.4%	8.3	17.1 (給付費の1.5倍)
	健保組合	13.3	10.3	0.6	3.0	22.6%	8.8	19.8 (給付費の1.9倍)
	共済	14.0	10.9	0.6	3.1	22.0%	10.0	22.0 (給付費の2.0倍)
	市町村国保	29.1	23.5	2.3	5.6	19.3%	▲4.7	8.3
後期高齢者医療制度		88.5	80.8	<b>3.1</b>	7.7	8.7%	▲34.7	6.4
	現役並み所得者	81.8	65.7	8.6	16.2	19.7%	－	－
	現役並み所得者以外	89.1	82.1	2.6	7.0	7.9%	－	－

- (※1) 「加入者1人当たり」は、平成21年度平均ベースの加入者数を用いて算出。  
(※2) 「医療費」は、医療保険の診療費、調剤、食事・生活療養、訪問看護、療養費等の合計。  
(※3) 「保険料負担」は、平成21年度決算ベース（健保組合は決算見込み）の保険料収入額。  
(※4) 「高齢者支援金・納付金」は、平成21年度決算ベースの後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者給付拠出金の合計から後期高齢者交付金、前期高齢者交付金、療養給付費交付金の合計を差し引いたもの。  
(※5) 医療保険70歳未満、70歳以上の高額療養費は、被用者は世帯合算分を医療費で按分した推計値、国保は協会けんぽの実効給付率を用いて按分した推計値である。  
(※6) 公費補助分及び70歳～74歳の一般所得者の患者負担軽減分は患者負担に含まれている。

## 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額の設定）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

70歳以上

[現行]

《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】

[見直しのイメージ案]

《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】

《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%

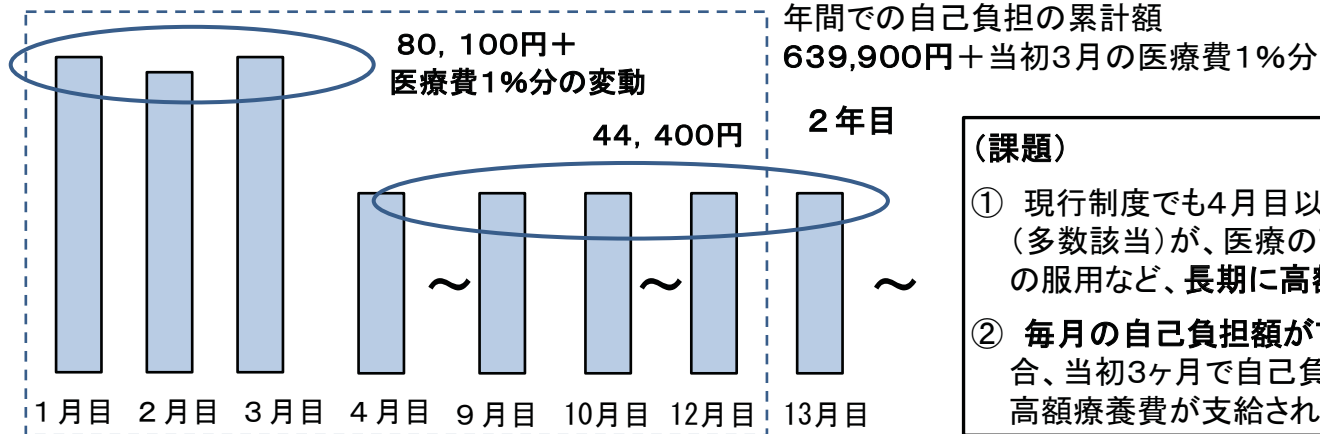


## 年間上限額の設定の考え方（案）

- 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、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）



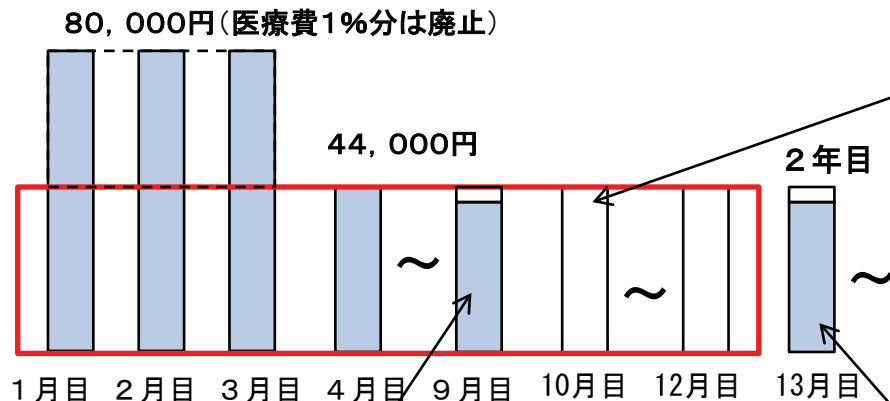
### （課題）

- 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  
支給された場合の実質的な負担水準

- 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（実質的な負担を軽減）。  
（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（実質的に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月当たりの実質的な負担が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	
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。

# 1年間で高額療養費を受給する人数の粗い推計（平成21年度ベース）

- 現在、1年間で高額療養費を受給する人数は、約670万人と推計される。
- 現在提示している高額療養費の見直しを行った場合、**現在高額療養費を受給している670万人の負担が軽減**されることに加え、**新たに70万人が高額療養費を受給**することになり、**合計740万人の負担が軽減**されると見込まれる。

	現行での受給者数 ①	見直した場合 ②	差 ②－①	加入者数 (年度平均)
全制度計	670万人 (5.3%)	740万人 (5.8%)	70万人	12,700万人
被用者保険	190万人 (2.5%)	220万人 (3.0%)	30万人	7,400万人
年収300～600万円 (70歳未満)	80万人 (2.6%)	90万人 (3.0%)	10万人	3,100万人
年収300万円以下 (70歳未満)	50万人 (2.6%)	70万人 (3.7%)	20万人	1,800万人
国民健康保険	240万人 (6.1%)	270万人 (6.7%)	30万人	4,000万人
年収300～600万円 (70歳未満)	40万人 (4.6%)	50万人 (5.2%)	10万人	900万人
年収300万円以下 (70歳未満)	60万人 (4.8%)	70万人 (6.4%)	20万人	1,200万人
後期高齢者	250万人 (18.2%)	250万人 (18.7%)	10万人	1,400万人

(注1) カッコ内の数値は、加入者に占める高額療養費受給対象者の割合。

(注2) 自己負担の上限が1万円の長期疾病（透析、血友病、HIV）を除く。

(注3) 被用者保険については和歌山県の協会けんぽ加入者、市町村国保については和歌山県の市町村国保加入者、後期高齢者については和歌山県の後期高齢者加入者における、高額療養費該当状況を基に推計したもの。

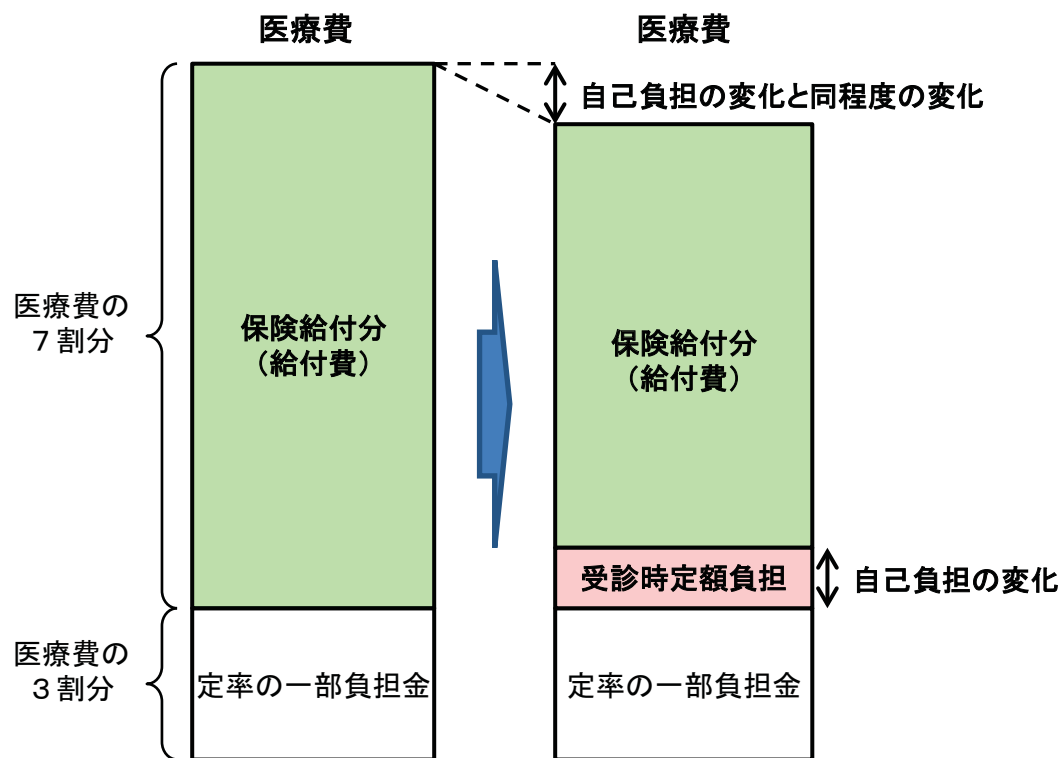
(注4) 年収300万円以下は、高額療養費の自己負担限度額の区分において、一般所得に該当するものの中で年収300万円以下の者。

(注5) 10万人単位で四捨五入している。

## 高額療養費の見直しと受診時定額負担による財政影響試算の考え方

- ① 高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響の試算では、患者負担の見直しによる財政影響試算の従来の考え方を踏襲し、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、影響額はその半分程度となる。
  - ② 高額療養費は、将来にわたって医療費の伸び以上に増加（平成20年度実績：1兆7千億円。毎年1千億円程度増）すると見込まれるため、受診時定額負担で確保される財源によって、制度改正時（年度）に単年度ベースで財政中立となっても、その翌年度以降には高額療養費の改善による給付費の伸びが上回ると見込まれる（保険者財政の中で負担することが必要）。
- （注）受診時定額負担の財政影響は、平成21年度実績で推計している。

### ①受診時定額負担による財政影響の機械的な試算の方法

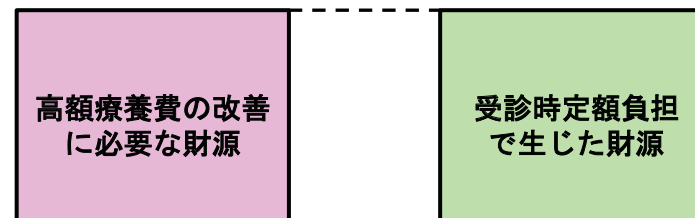


※制度改正時に、自己負担の変化額と同程度の額の医療費の変化が生じる。  
→ 給付費ベースで、自己負担の変化額の2倍程度の財政影響が生じる試算。

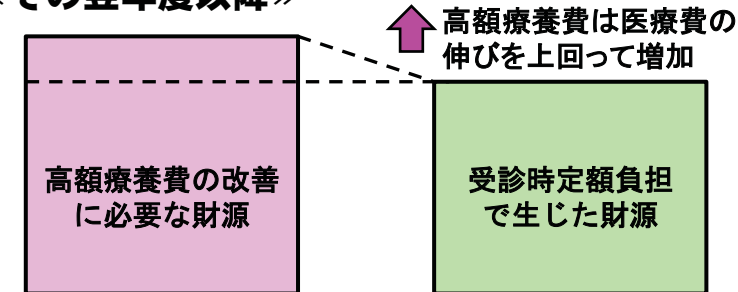
### ②高額療養費の見直しと受診時定額負担の関係

#### 《制度改正時（年度）》

財政中立を確保（給付費や患者負担の規模は変えない）



#### 《その翌年度以降》

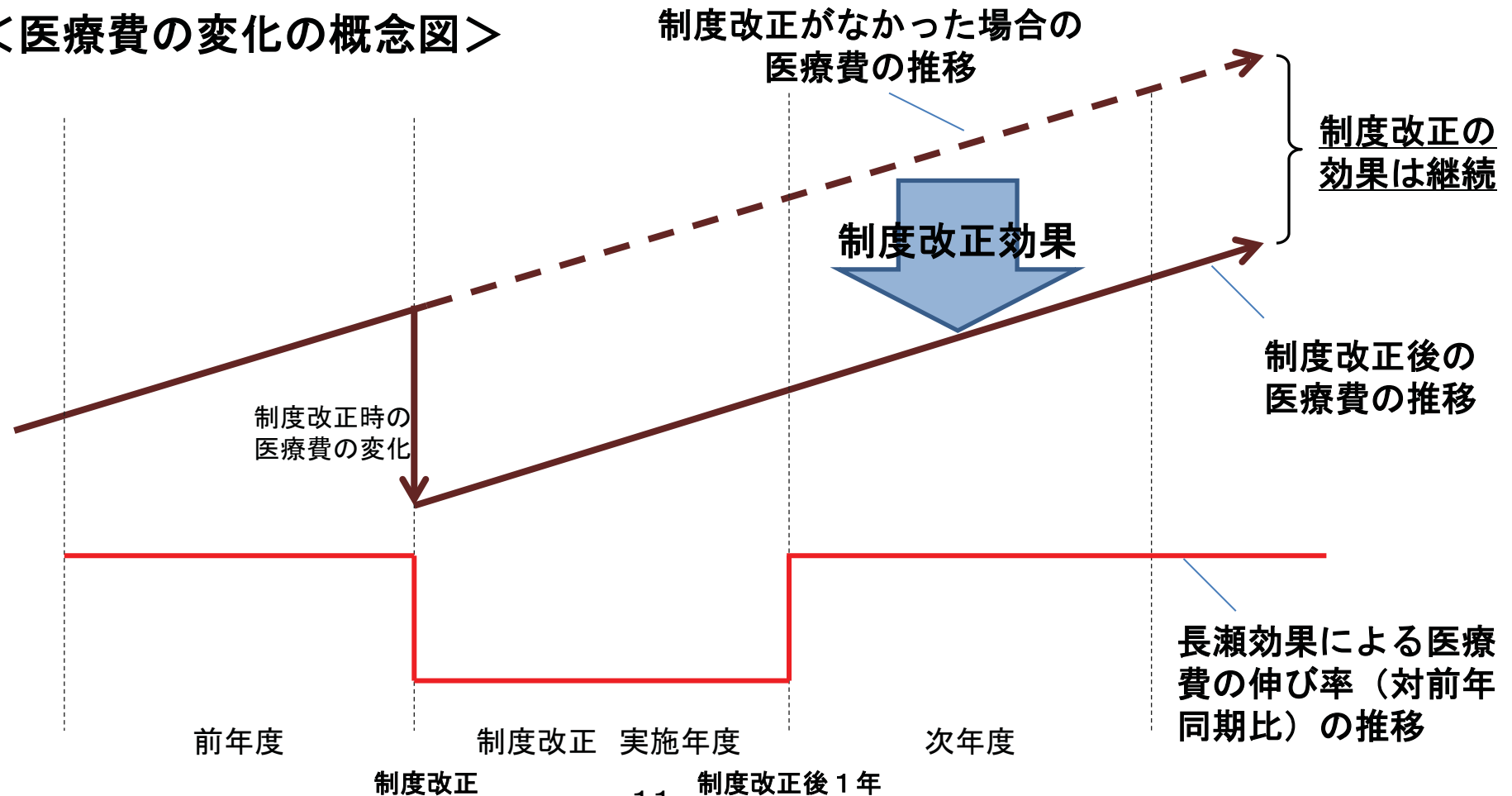


※制度改正時に、一時的に財政中立となるが、翌年度以降は高額療養費の改善の伸びの部分も、保険者財政の中で負担する必要。

## 「給付率」の変化による「医療費」の変化のイメージ (長瀬効果について)

- 制度的な給付率の変化に伴い、医療費水準が変化することが経験的に知られている。例えば、給付率が低下(=患者負担が増加)する制度改革が実施されると、受診行動が変化し受診日数(患者数)が減少する。(この効果を「長瀬効果」と呼んでいる)
- 医療費の伸び率(前年同期比)は、制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると伸び率(前年同期比)は制度改革前の水準に戻る。
- ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革によって医療費が低下した効果は戻らない。

### <医療費の変化の概念図>



## 初診・再診時の定額負担による受診行動の変化の粗い推計

- 制度的な給付率の変化に伴い、医療費水準が変化することが経験的に知られている。例えば、給付率が低下（＝患者負担が増加）する制度改正が行われると、受診行動が変化し受診日数（患者数）が減少する結果、医療費が減少する（この効果を「長瀬効果」と呼んでいる）。
- この医療費の水準の変化は、患者負担の変動額と同程度変化することが見込まれる。例えば、受診時に100円の定額負担を設定した場合、年間の受診日数が約20.6億日（医科・歯科計。平成21年度ベース）であるので、患者負担が約2,060億円増加し、医療費が約2,060億円減少することを見込んでいる。  
この医療費の減少分を、「加入者1人当たりの受診日数」に置き換えた場合の変化を推計した。

### <初診・再診時の定額負担（※1、2）に伴う加入者1人当たり受診日数への影響>

	[医科外来]	[歯科]		[医科外来]	[歯科]
協会けんぽ	9.2日/年	2.82日/年	➔	9.1日/年	2.78日/年
健保組合	8.6日/年	2.74日/年		8.5日/年	2.69日/年
市町村国保	13.9日/年	3.57日/年		13.8日/年	3.52日/年
後期高齢者	34.2日/年	4.00日/年		33.9日/年	3.94日/年

（※1）平成21年度の各制度の受診日数をもとに推計。

（※2）定額負担は、初診・再診時100円の場合（試算では、低所得者への軽減措置による影響は入れていない）。

（※3）試算では、長瀬効果による医療費の変化は、受診日数の変化により生じるものとし、1日当たり医療費は変化しないものと仮定して試算した。  
この場合、医療費の減少率と加入者1人当たり受診日数の減少率は同じとなる。

（※4）高額療養費の改善による医療費の増加（長瀬効果）の影響は見込んでいない。

#### <推計方法（数字は協会けんぽの例）>

1. 外来の患者負担の増加額を算出

協会けんぽ： 3.2億日（医科入院外の受診延日数）× 100円 = 320億円

2. 医療費の減少額は患者負担の増加額と概ね同じと見込み、外来医療費（調剤含む）の減少率を算出

協会けんぽ： 320億円 ÷ 3.1兆円（外来医療費）= 1.0%（減少率）

3. 1日当たり医療費の変化がないと仮定すると、加入者1人当たり受診日数の減少率は、外来医療費の減少率と同じとなる。

協会けんぽ： 9.2日/年（改正前の受診日数）×（100% - 1.0%）= 9.1日/年（改正後の受診日数）

## 受診時定額負担の仕組みについて（案）

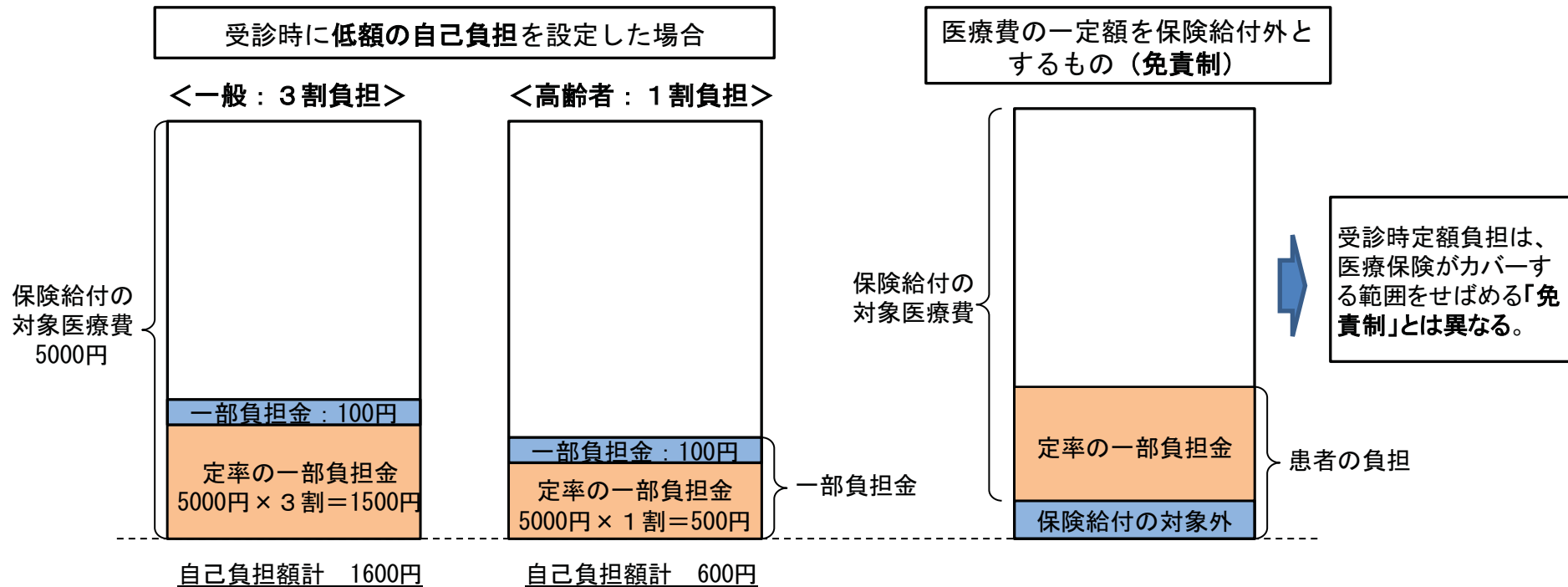
- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を変えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「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

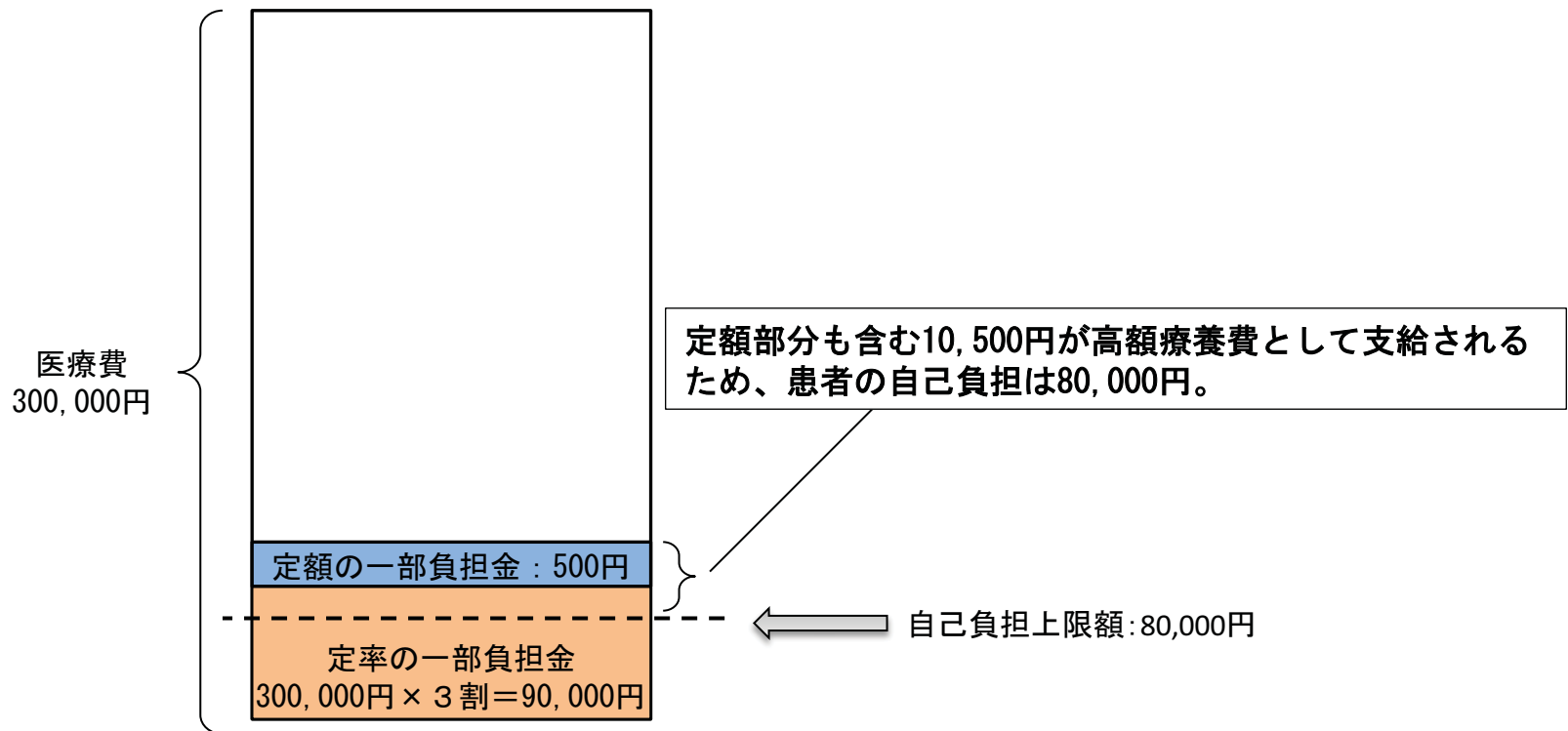




## 高額療養費と受診時定額負担の関係について①

- 受診時定額負担は、現行の定率負担分と同様に一部負担金として患者が医療機関の窓口で支払うものであるため、現行の定率負担分と同様に高額療養費の支給の対象となる。
- 受診時定額負担の導入により、高額療養費の自己負担上限額以上の患者負担が生じるということはない。

(例) 70歳未満の一般所得者(年収600万円以上)が1月の間に同一の医療機関を5回受診し、医療費が30万円かった場合

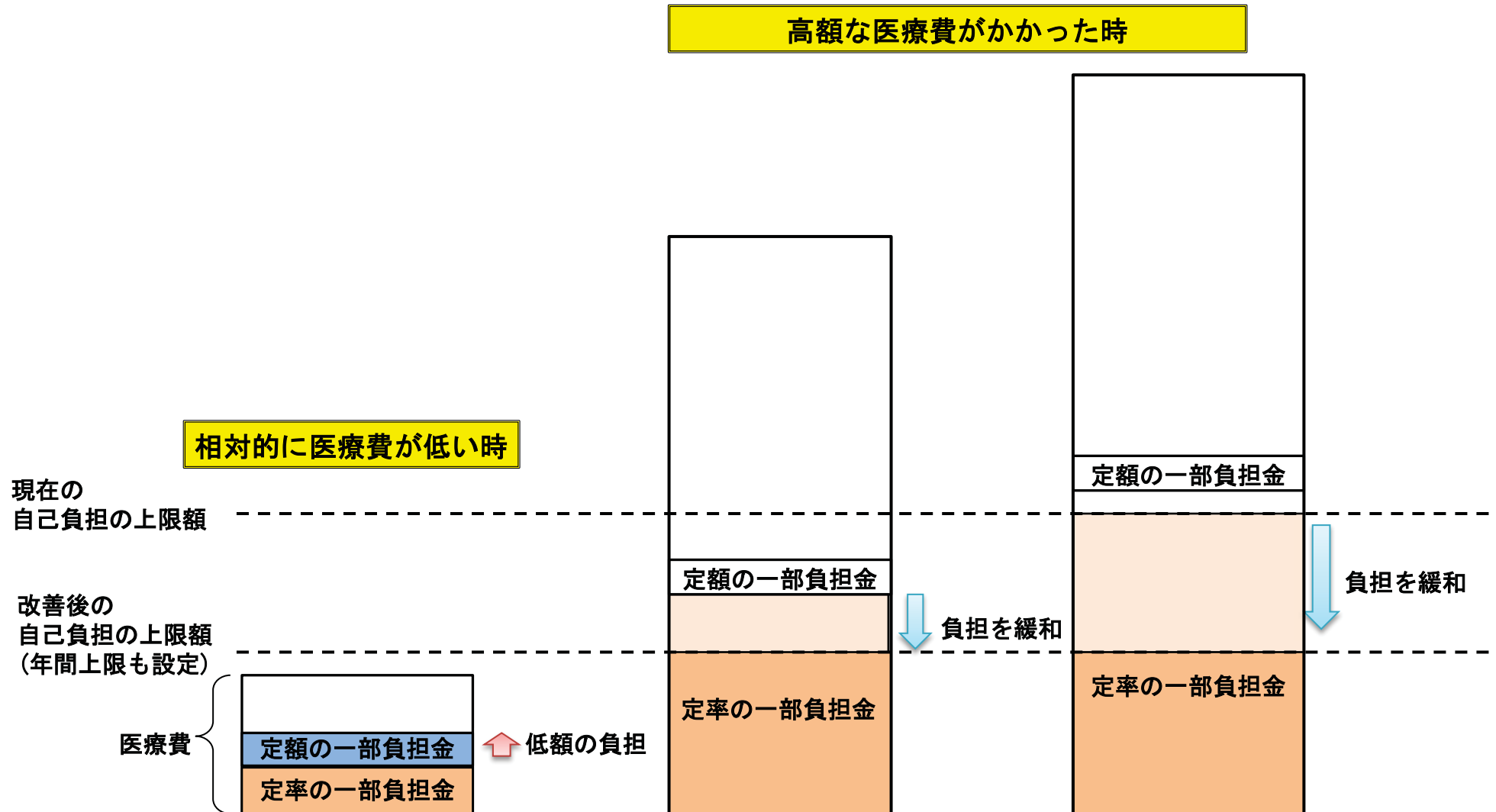


- 注1) 自己負担限度額は、10月12日の医療保険部会で示した見直しのイメージ案の額  
注2) 受診時定額負担を初診・再診100円の場合  
注3) 平成24年4月から、外来の場合も高額療養費について現物給付化される。



## 高額療養費と受診時定額負担の関係について②

- 高額療養費制度は、高額な医療費がかかった時に、定率負担による高額な自己負担によって、家計が破綻しないよう、保険の枠組みの中で、所得に応じて自己負担に上限を設ける仕組みである。
- 受診時定額負担は、この高額療養費の枠組みの中で、相対的に医療費が低い時の低額の一部負担により、医療費が高額な時に家計の破綻が生じないよう負担をさらに緩和する仕組みと位置づけることができる。



## 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》

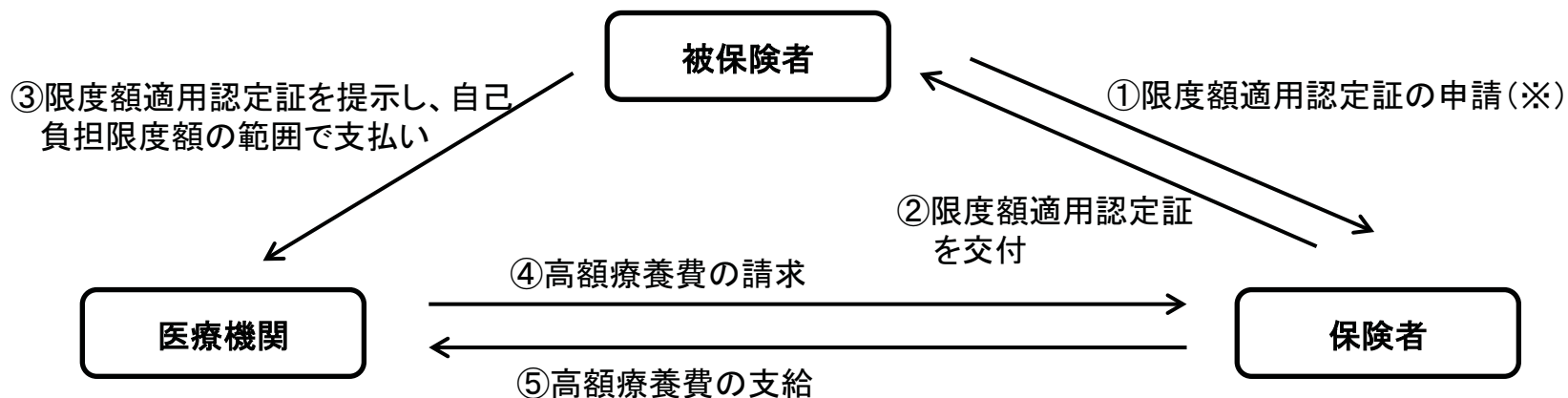
仮に、受診時定額負担を一律に100円と設定した場合、低所得者が負担する相当分の受診時定額負担は、給付費ベースで 約800億円 (うち保険料400億円、公費400億円) と見込まれる。

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。

## 医療機関の窓口における所得区分の確認について

- 70歳未満の人や70歳以上で住民税非課税等の人、入院時に高額療養費の現物給付を受ける場合、**保険者へ申請**を行い「**限度額適用認定証**」の交付を受ける。
- **被保険者は限度額適用認定証を医療機関の窓口で提示**することにより、窓口での支払いを所得区分に応じた自己負担限度額の範囲までにとどめることができる（現物給付）。（平成24年4月から、外来の場合も同様の仕組みで高額療養費が現物給付化される。）
- 入院時食事療養費及び入院時生活療養費の標準負担額（自己負担額）についても、住民税非課税等の方は、事前に保険者から交付を受けた「**健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証**」を医療機関の窓口で提示することにより、標準負担額（自己負担額）が軽減される。

### 高額療養費の現物給付



(※) 限度額適用認定証の申請には、住民税非課税である旨を証する書類を添付することが必要なため、事前に市区町村の税務当局から非課税証明書の発行を受ける。

## 受診時定額負担の低所得者への配慮の財政影響（2015年度ベース）

○ 低所得者（市町村民税非課税の者）への配慮の内容としては、定額を低い額に設定することが考えられるのではないかと。

《市町村民税非課税の低所得者は、初診・再診で50円とした場合の試算》

	給付費	保険料＋公費	保険料＋公費	
			保険料	公費
総計	▲3700億円	▲3700億円	▲2700億円	▲1100億円
協会けんぽ	▲800億円	▲1100億円	▲900億円	▲200億円
健保組合	▲700億円	▲900億円	▲900億円	—
共済組合	▲200億円	▲300億円	▲300億円	—
市町村国保	▲1100億円	▲800億円	▲300億円	▲400億円
後期医療	▲900億円	▲500億円	▲60億円	▲400億円

（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）100億円未満の数字は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。

## 高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響（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。
- 市町村国保は、低所得者が多く、財政影響が大きい（健保組合、共済、協会けんぽも、前期高齢者等の財政調整を通じて、市町村国保の給付増の一部を負担）。財政中立とするため、受診時定額負担に加えて、さらに公費の支援も必要だが、その分の財政影響は加えていない。

	(イ) 高額療養費の見直し (P 8の財政影響)	(ロ) 受診時定額負担 (P 19の財政影響)	(イ) + (ロ)
①保険料負担への影響	約2500億円	▲約2700億円	▲約200億円
協会けんぽ	約900億円	▲約900億円	▲約30億円
健保組合	約700億円	▲約900億円	▲約300億円
共済組合	約200億円	▲約300億円	▲約70億円
市町村国保	約500億円	▲約300億円	約200億円
後期高齢者医療	約50億円	▲約60億円	▲約10億円
②公費負担への影響	約1200億円	▲約1100億円	約90億円
給付費への影響 (①+②)	約3600億円増	▲約3700億円	▲約90億円

(注1) 100億円未満の数字は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) 「受診時定額負担」の財政影響は、平成23年度予算ベース。受診回数は、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。

## 高額療養費の見直しによる財政影響（2018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」の規模の見直しの財政影響を、2018年度ベースで試算したもの。高額療養費の伸び率は、医療費の伸び率と同じ設定で試算している。
- 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3900億円	約3900億円	約2600億円	約1300億円
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300億円	約300億円	—
市町村国保	約1600億円	約1200億円	約600億円	約700億円
後期医療	約800億円	約400億円	約60億円	約300億円

（注1）100億円未満の数字は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。



## 財政影響分を1人当たりの保険料にあてはめてみた場合の粗い試算

- 一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しでは、給付費で約3600億円（保険料約2500億円、公費約1200億円）の財政影響がある（市町村国保には、財政中立とするため、さらに公費の支援も必要であり、約1200億円に加えてその分の公費分の財政影響が生じる）。
- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて、受診時定額負担等を実施としているが、仮に、財政影響分を、保険料にあてはめてみた場合の影響を試算したもの。
- なお、公費分（約1200億円）は、保険料の引上げでは賄えないので、別途、財源を確保することが必要になる。

協会けんぽの保険料負担:約900億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増  
被保険者1人当たり(平均)で 約4600円増(年間)  
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分:約1200円)

※23年度予算ベース(被保険者数1960万人、総報酬72兆円、保険料率9.5%、保険料収入6.8兆円)で換算した場合

健保組合の保険料負担:約700億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増  
被保険者1人当たり(平均)で 約4400円増(年間)  
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分:約1800円)

※23年度予算早期集計ベース(被保険者数1560万人、総報酬83兆円、平均保険料率7.9%、保険料収入6.4兆円)で換算した場合

市町村国保の保険料負担:約500億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約1400円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数3660万人、平均保険料9.3万円(年間)、保険料収入3.2兆円)で換算した場合

後期高齢者医療制度の保険料負担:約50億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約350円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数1460万人、平均保険料6.3万円(年間)、保険料収入0.9兆円)で換算した場合

## 參考資料

# 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。

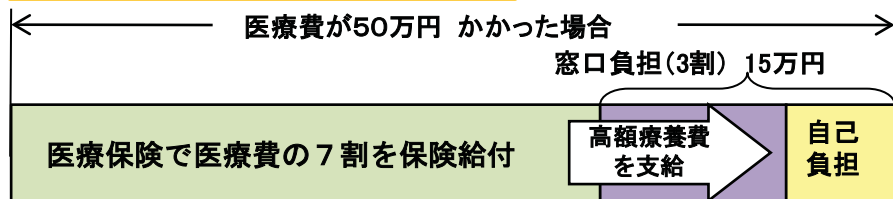
c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

・ 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21年度実績:1兆8千億円。**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)

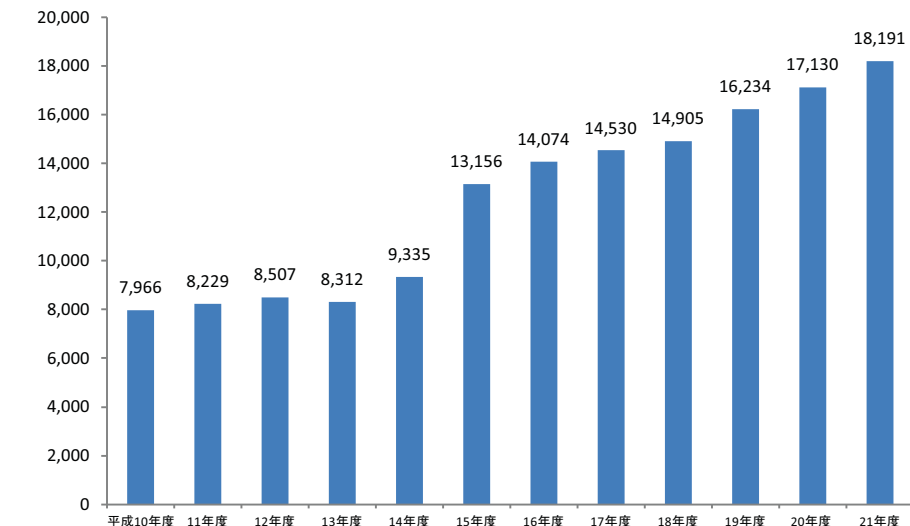
医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

(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21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1856万件	約1兆3969億円	75,268円
協会けんぽ	約279万件	2867億円	102,693円
健保組合	約184万件	1825億円	99,188円
共済	約57万件	545億円	95,300円
国保	約1334万件	8719億円	65,346円
後期高齢者医療制度	約2408万件	約4223億円	17,536円
計	約4264万件	約1兆8191億円	42,663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21年度実績:1兆8千億円)

## ○高額療養費の支給額

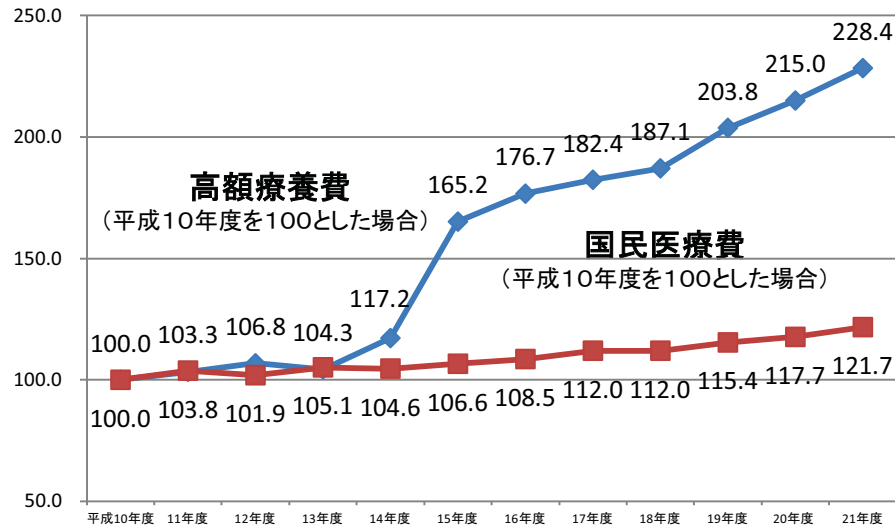


(注1)13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(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）

## 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	<b>76.93</b>	76.37	77.34	77.93	<b>80.32</b>	80.37	79.37	<b>78.66</b>	<b>91.15</b>	<b>83.03</b>		70~74歳/義務教育前: 2割
		<b>[77.18]</b>				<b>[81.75]</b>		<b>[79.51]</b>		<b>[83.59]</b>			

(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。

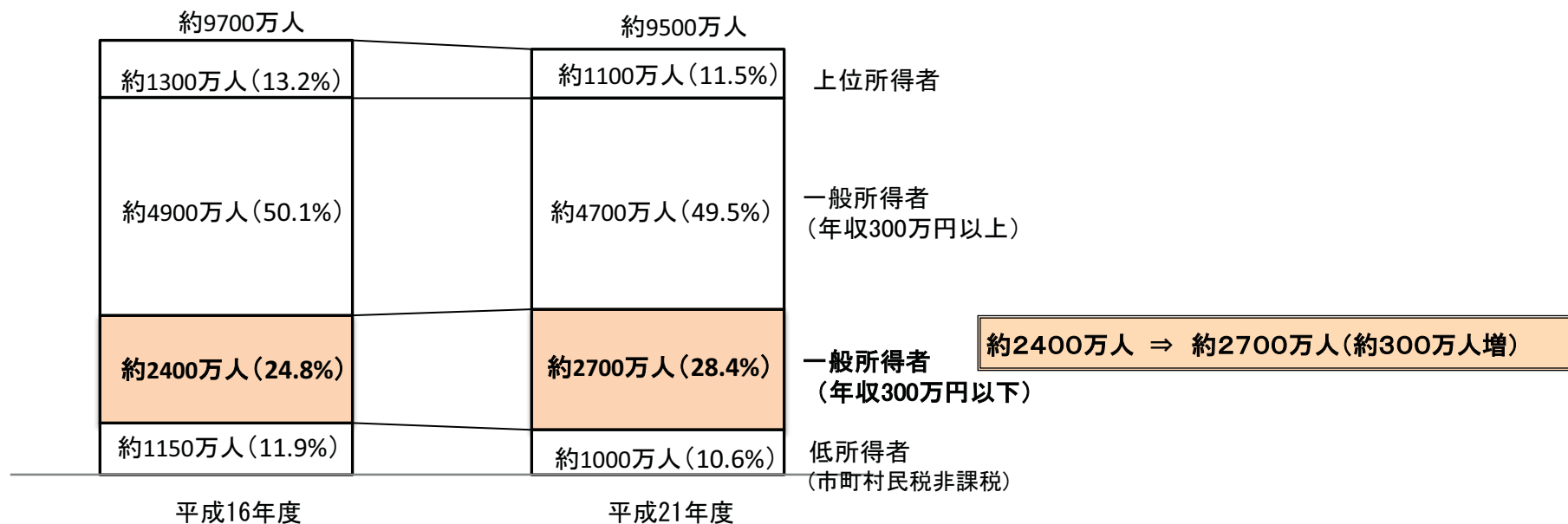
(注3) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。



# 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
<b>年収300万円以下</b>	<b>約1080万人</b>	<b>約360万人</b>	<b>約960万人</b>	<b>約2400万人</b>
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
<b>年収300万円以下</b>	<b>約1190万人</b>	<b>約470万人</b>	<b>約1040万人</b>	<b>約2700万人</b>
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

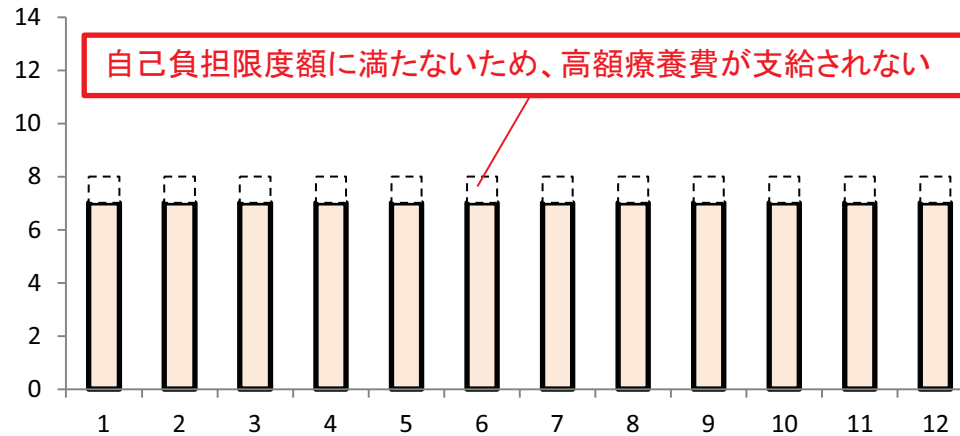
※平成16年度は旧政管健保の健保組合の標準報酬月額の下限が9.8万円であり、市町村民税非課税世帯はいないと仮定して集計。



## 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。

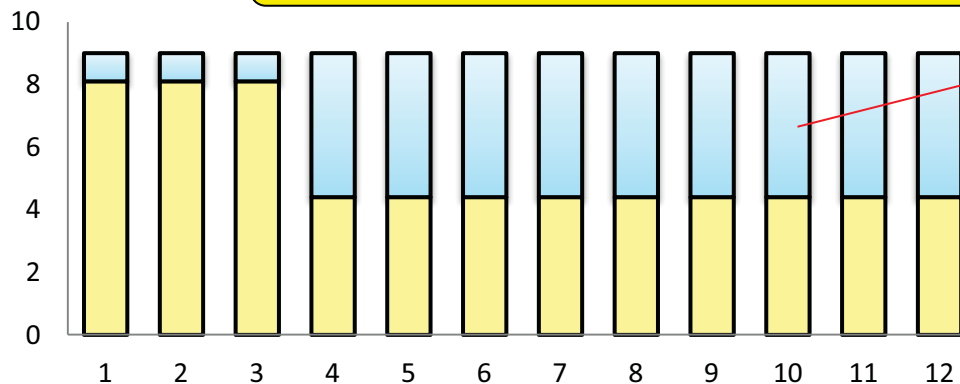
### 毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



※ 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が、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・フェマーラ(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。

# 長瀬効果

## 1 長瀬効果とは

制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1件当たり日数が減少する。

## 2 制度改革後の医療費の動きの具体例

- 患者数の伸び率(対前年度同期比)の推移を見ると、制度改革後1年間は低くなる。
- しかし、制度改革後1年を過ぎると、患者数の伸び率は従前の水準に戻る。
- その結果、医療費の伸び率も制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると従前の水準に戻る。
- ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革により減少した延べ患者数や医療費の実額は改革後、他の受診行動の変化がなければ元には戻らない。

## 3 長瀬式

長瀬効果は、医療費水準  $y$  を給付率  $x$  の関数として示す式(長瀬式)で表現される。給付率の変化による医療費への影響を推定するときには、過去の実績値を基礎としてこの長瀬式を推定し、推定した長瀬式に見込まれる給付率の変化を代入して影響を算出している。

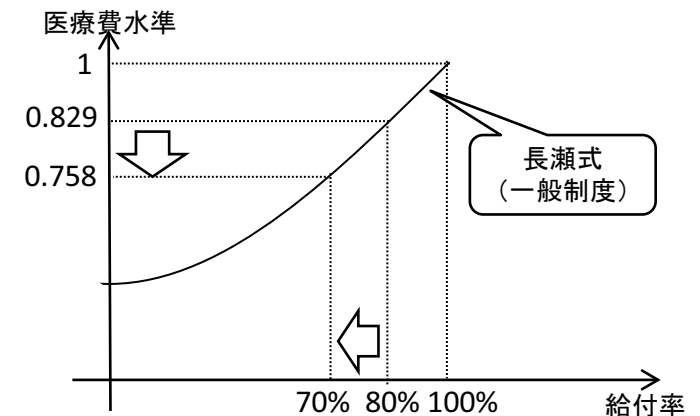
平成14年および平成18年の医療制度改革においては、一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に次の長瀬式を推定している。

$$\text{一般制度} \quad y = 0.475x^2 + 0.525$$

$$\text{老人保健} \quad y = 0.499x^2 + 0.501$$

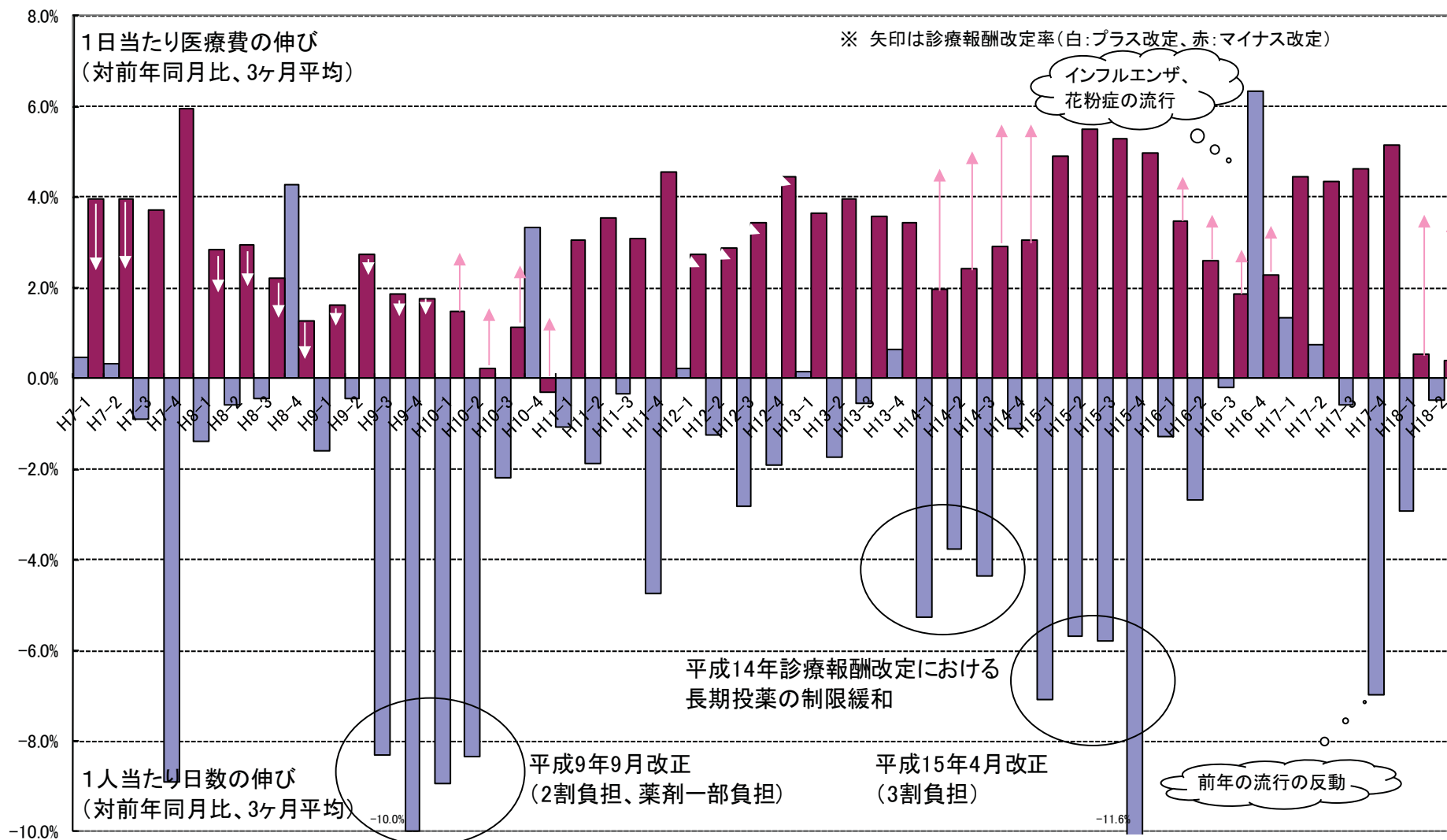
→ この長瀬式を用いて医療費水準の変化を計算した場合、医療費は患者負担の変動額と同程度変動することとなる。

(例) 一般制度で給付率を80%→70%とした場合、医療費は約8.6% ( $0.758 \div 0.829 \div 0.914$ ) 減少



- 70歳未満の被用者本人の入院外をみると、1人当たり日数は、平成9年と平成15年の患者負担の引き上げ時には、長瀬効果により、一時的にマイナス幅が大きくなっている。
- 平成14年の診療報酬改定では、長期投薬の制限緩和が行われ、1回当たりの投薬日数が長くなったことに伴い、受診日数が少なくなっている。
- 第4四半期(1～3月期)は、インフルエンザや花粉症の流行の有無により、1人当たり日数の伸びが大きく変動している。

1人当たり日数の伸びと1日当たり医療費の伸び  
(70歳未満被用者本人、入院外)



## 長期に高額な医療にかかっている患者の割合(※1)

- 高額療養費に該当した者のうち、約3割～6割の者が4カ月以上自己負担の上限に該当している。
- 高額療養費の自己負担の上限に、1年間で4カ月以上該当した者のうち、約4割～6割の者が10カ月以上上限に該当している。

### <協会けんぽ：70歳未満>

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 (全国計)
	高額療養費 該当割合			過去1年間に 4月以上			過去1年間に 10月以上			
		うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	
上位所得者	0.25%	0.20%	0.07%	0.08%	0.05%	0.04%	0.03%	0.02%	0.01%	7.9%
一般所得者	0.50%	0.35%	0.18%	0.21%	0.10%	0.13%	0.10%	0.04%	0.06%	91.6%
低所得者	0.83%	0.58%	0.37%	0.36%	0.13%	0.25%	0.15%	0.05%	0.11%	0.5%

(参考)3月末の加入者数は約28.1万人、3月中の患者数は約12.9万人(加入者数の45.9%)、うち入院約2千人(同0.7%)、外来12.9万人(同45.7%)。

### <市町村国保：70歳未満>

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 (全国計)
	高額療養費 該当割合			過去1年間に 4月以上			過去1年間に 10月以上			
		うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	
上位所得者	0.58%	0.50%	0.13%	0.26%	0.20%	0.08%	0.13%	0.09%	0.04%	5.0%
一般所得者	1.43%	1.17%	0.34%	0.91%	0.70%	0.24%	0.62%	0.51%	0.12%	63.1%
低所得者	2.03%	1.38%	0.74%	1.24%	0.77%	0.51%	0.76%	0.53%	0.25%	31.9%

(参考)3月末の加入者数は約28.1万人、3月中の患者数は約14.4万人(加入者数の51.4%)、うち入院4.5千人(同1.6%)、外来14.2万人(同50.7%)。

### <後期高齢者> ※70歳以上は所得に応じて自己負担の上限を低く設定

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 (全国計)
	高額療養費 該当割合			過去1年間に 4月以上			過去1年間に 10月以上			
		うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者	うち外来患者	
現役並み所得者	5.54%	5.54%	3.44%	2.27%	2.27%	0.96%	0.95%	0.95%	0.25%	7.6%
一般所得者	3.16%	3.16%	1.49%	1.14%	1.14%	0.28%	0.38%	0.38%	0.08%	56.0%
低所得者Ⅱ	5.13%	5.13%	2.49%	2.44%	2.44%	0.65%	1.22%	1.22%	0.20%	18.2%
低所得者Ⅰ	5.88%	5.88%	3.08%	2.79%	2.79%	0.84%	1.34%	1.34%	0.23%	18.2%

(参考)3月末の現役並み所得者である加入者数は6.4千人、3月中の患者数は5.6千人(加入者数の87.5%)、うち入院0.4千人(同5.5%)、外来5.5千人(同85.7%)。

3月末の現役並み所得以外の加入者数は13.5万人、3月中の患者数は11.8万人(加入者数の87.4%)、うち入院0.9万人(同6.8%)、外来11.3万人(同84.3%)。

(※1)和歌山県の各制度の1人当たり医療費は全国平均に近いことなどを勘案して、和歌山県の協会けんぽ、市町村国保、後期高齢者のデータを用いて推計した。

(※2)平成22年3月の1ヶ月間に最低1回医療機関に行った者(特定疾病は除く)であって高額療養費の自己負担限度額に該当している患者について、過去1年間の自己負担額を抽出調査して推計している。

(※3)「うち入院患者」は、(※2)で推計した4カ月以上又は10カ月以上の多数該当の者で、平成22年3月に入院のレセプトを有する者。「うち外来患者」は、同様に外来のレセプトを有する者。入院と外来のレセプトの両方を有する者がいるため、この合計が計の欄を上回ることがある。

## 医療保険の制度別の患者割合

○ 平成21年度の1年間に、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合は、協会けんぽが78%、組合健保が83%、国民健康保険が83%、後期高齢者医療が98%となっている。

(%)

	協会けんぽ (一般)				組合健保				国民健康保険				後期高齢者医療			
	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科
平成21年度計	<b>78.1</b>	<b>72.7</b>	4.4	34.8	<b>83.3</b>	<b>77.9</b>	4.0	36.9	<b>83.4</b>	<b>77.3</b>	7.2	40.0	<b>97.8</b>	<b>94.3</b>	25.1	42.8
平成21年4月	43.1	36.7	0.8	11.0	40.8	34.5	0.6	10.6	51.4	45.2	1.7	13.0	86.2	81.0	7.0	14.2
5月	42.6	36.2	0.8	10.9	40.6	34.2	0.6	10.7	50.4	44.1	1.7	12.6	85.3	79.9	6.9	13.8
6月	43.4	36.6	0.8	11.8	41.5	34.6	0.6	11.6	51.7	45.1	1.7	13.6	86.2	81.1	7.0	14.5
7月	43.1	36.3	0.8	11.6	40.7	34.0	0.7	11.2	50.6	44.3	1.7	13.0	86.5	81.4	7.0	14.1
8月	42.1	35.4	0.8	11.1	39.4	32.8	0.7	10.8	50.1	43.8	1.7	12.3	85.3	80.2	6.9	13.1
9月	41.9	35.6	0.8	10.6	39.5	33.2	0.6	10.3	50.6	44.4	1.7	12.5	85.7	80.5	6.8	13.8
10月	45.2	38.9	0.8	11.0	43.6	37.4	0.6	10.8	52.8	46.7	1.7	13.0	86.6	81.5	6.9	14.6
11月	44.3	38.3	0.8	10.5	42.7	36.7	0.6	10.3	51.7	45.6	1.7	12.6	85.5	80.2	6.9	14.3
12月	44.9	38.7	0.8	11.0	43.6	37.3	0.6	11.0	52.4	46.3	1.7	13.0	86.6	81.4	6.9	14.7
平成22年1月	42.3	36.1	0.8	10.5	40.9	34.7	0.6	10.4	50.0	43.9	1.6	12.3	84.8	79.4	6.9	13.4
2月	42.3	35.9	0.8	10.8	41.3	34.9	0.6	10.6	50.1	43.8	1.7	12.6	84.4	78.8	6.9	13.7
3月	45.0	38.6	0.8	11.6	44.3	37.8	0.6	11.5	52.6	46.3	1.7	13.6	86.2	80.9	7.1	14.8

(出典) 平成21年度医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 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している。

(注2) 年度単位の患者割合は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数(4月末現在の加入者数に5月～翌年3月の新規加入者数を加えたもの)で除したものの。



# 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
医科・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	<b>20.60億日</b>	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	

## [1年間に医科・外来を受診した者の割合]

患者割合 (21年度計)	72.7%	77.9%	77.3%	94.3%
--------------	-------	-------	-------	-------

(出典) 平成21年度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。

(注4) 年度計は、平成21年度の1年間に医科外来のいずれかの医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したものの。 35



## 医療保険財政の状況について

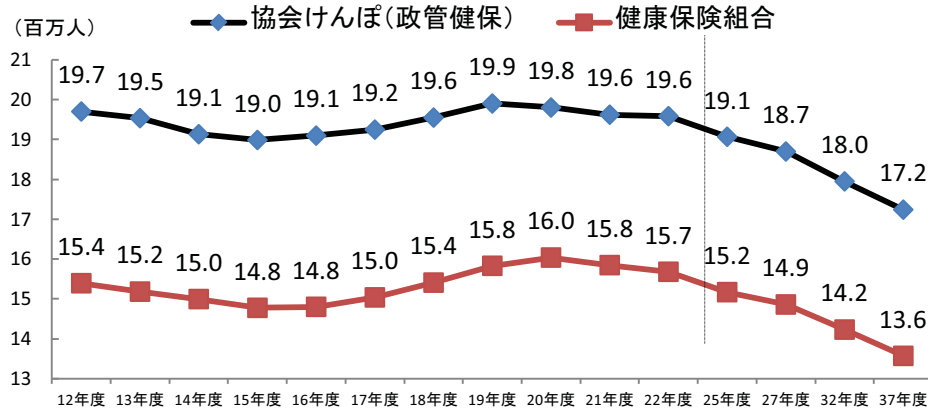
(単位: 億円)

		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"> <li>・21年度から、東京都の特別区財政調整交付金のうち、決算補填等目的分とそれ以外を分類可能となり、決算補填等目的分を含めた一般会計繰入(決算補填分)は3,144億円。これを加味した収支差は▲3,240億円</li> </ul>
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(決算補填分)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"> <li>・22年度は決算見込み。</li> </ul>
	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	61,718	62,854	<ul style="list-style-type: none"> <li>・22年度は決算見込みベース。</li> </ul>
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008	
	収支差	600	▲3,189	▲5,234	▲4,154	
後期高齢者 医療	収入		98,517	111,691		<ul style="list-style-type: none"> <li>・20年度の収支差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。</li> <li>・21年度の収支差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。</li> </ul>
	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

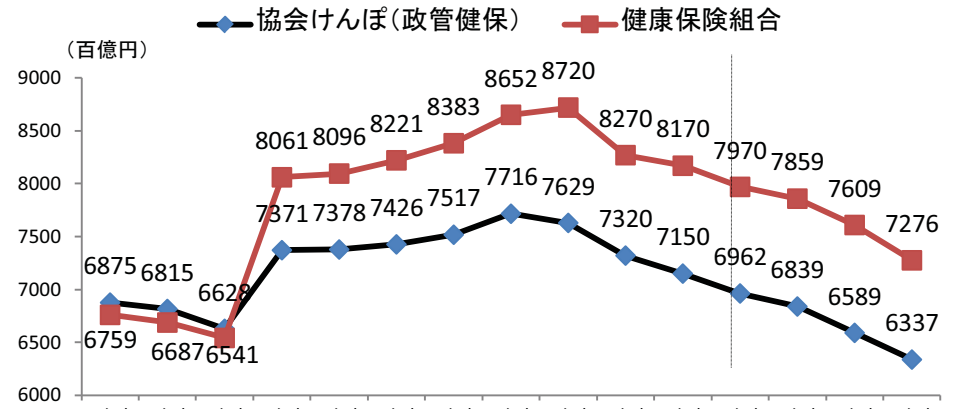
○ 被用者保険では、経済情勢や人口構造、雇用環境の変化等により、被保険者数や所得が減少。一方、医療費の増加や高齢者医療費の拠出金等の負担増などにより、保険給付費や保険料は上昇しており、厳しい財政状況にある。

(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。



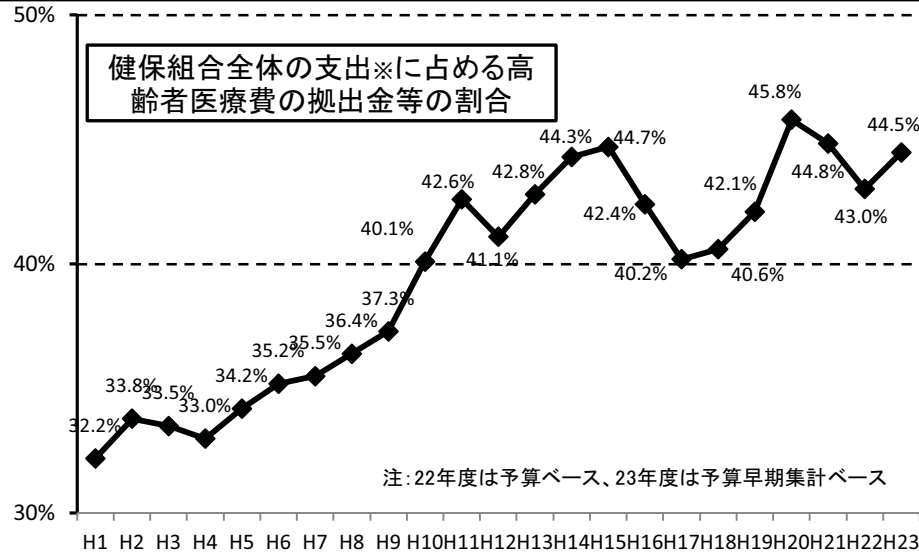
※ 21年度は決算見込ベース、22年度は予算ベース。  
 ※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

(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。



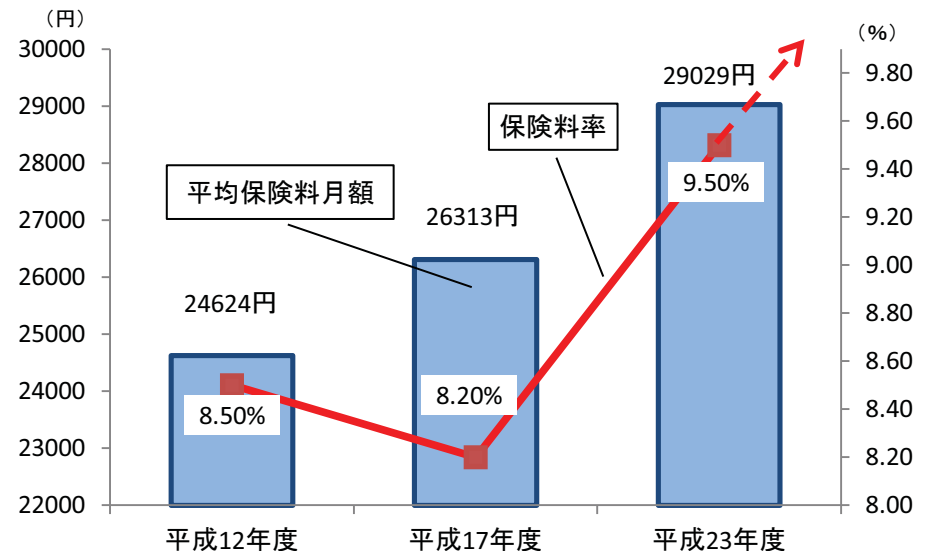
※ 22年度は予算ベース。  
 ※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

(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)

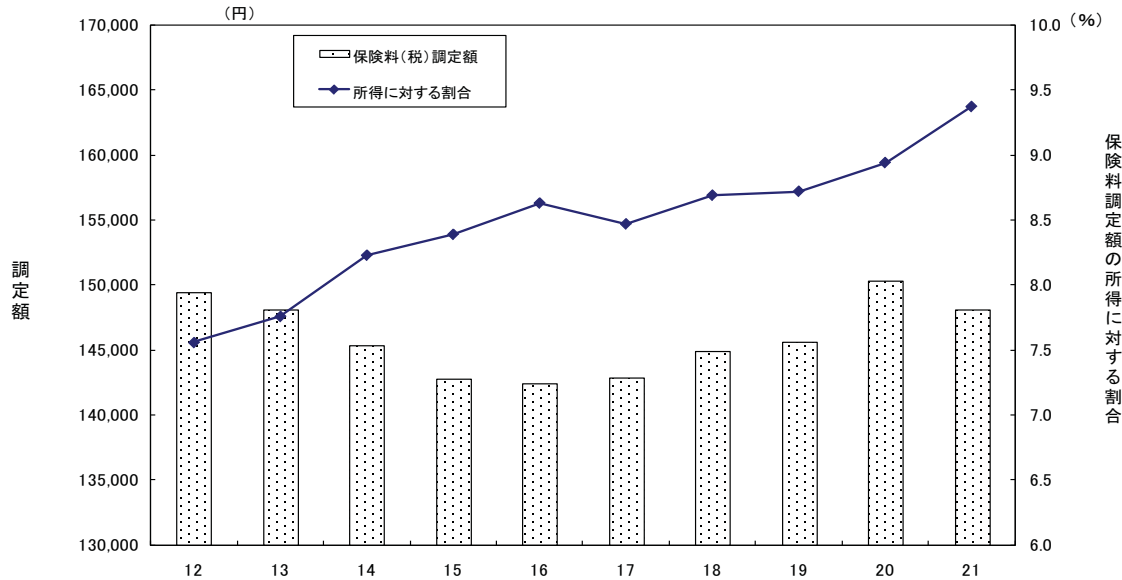
(4) 協会けんぽでは、保険料率・平均保険料月額が急激に上がっている。



※ 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。

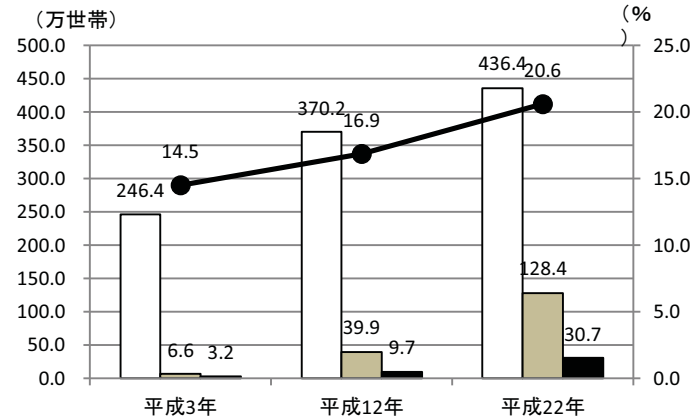
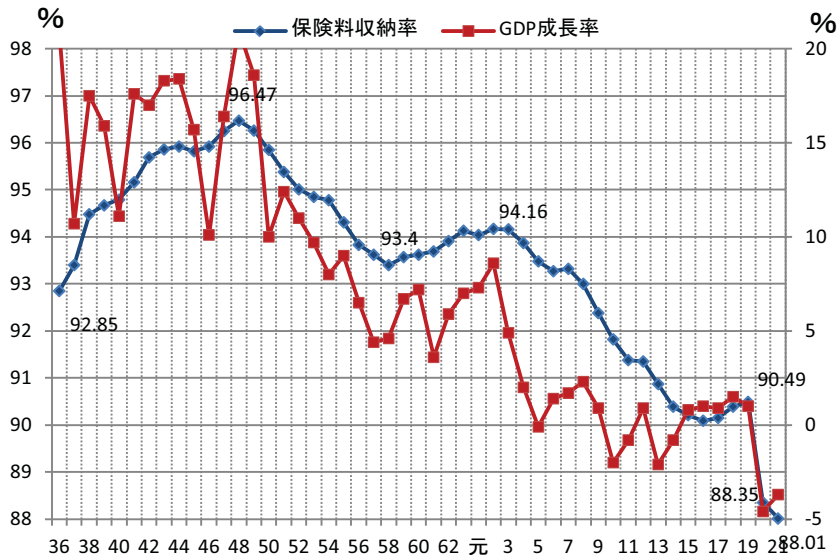
# 国民健康保険の保険料負担の現状

○ 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。