

# 全世代型社会保障検討会議(第11回) 議事次第

日時: 令和2年11月24日  
17:15~18:15  
場所: 官邸2階大ホール

1. 開会
2. 医療改革に係る関係者からのヒアリング
3. 医療改革について
4. 閉会

## 配布資料:

- 資料1 公益社団法人日本医師会 中川俊男氏提出資料
- 資料2 四病院団体協議会 日本病院会 相澤孝夫氏提出資料
- 資料3 健康保険組合連合会 佐野雅宏氏提出資料
- 資料4 翁議員提出資料
- 資料5 中西議員提出資料
- 資料6 増田議員提出資料
- 資料7 厚生労働大臣提出資料
- 資料8 厚生労働大臣提出参考資料
- 参考資料 全世代型社会保障検討会議 中間報告・第2次中間報告(抜粋)

The logo for the Japanese Medical Association (JMA) is displayed in a light blue, semi-transparent font. It features the letters 'JMA' in a bold, sans-serif typeface. The logo is partially overlaid by a large, stylized blue graphic element that resembles a traditional Japanese paper crane (karasu) in flight, with its wings spread wide and its tail feathers curved. This graphic element is positioned behind the 'JMA' text and extends across the left and bottom portions of the slide.

# 全世代型社会保障検討会議

2020年11月24日

公益社団法人 日本医師会

## 目次

1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について
2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

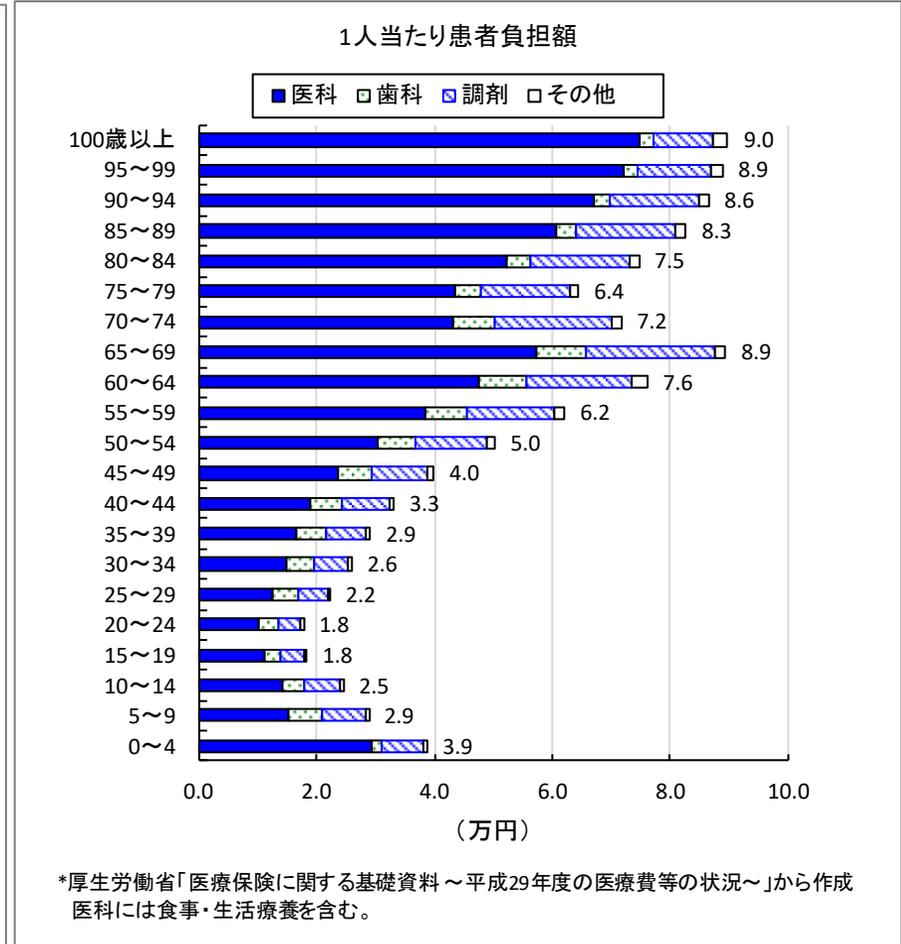
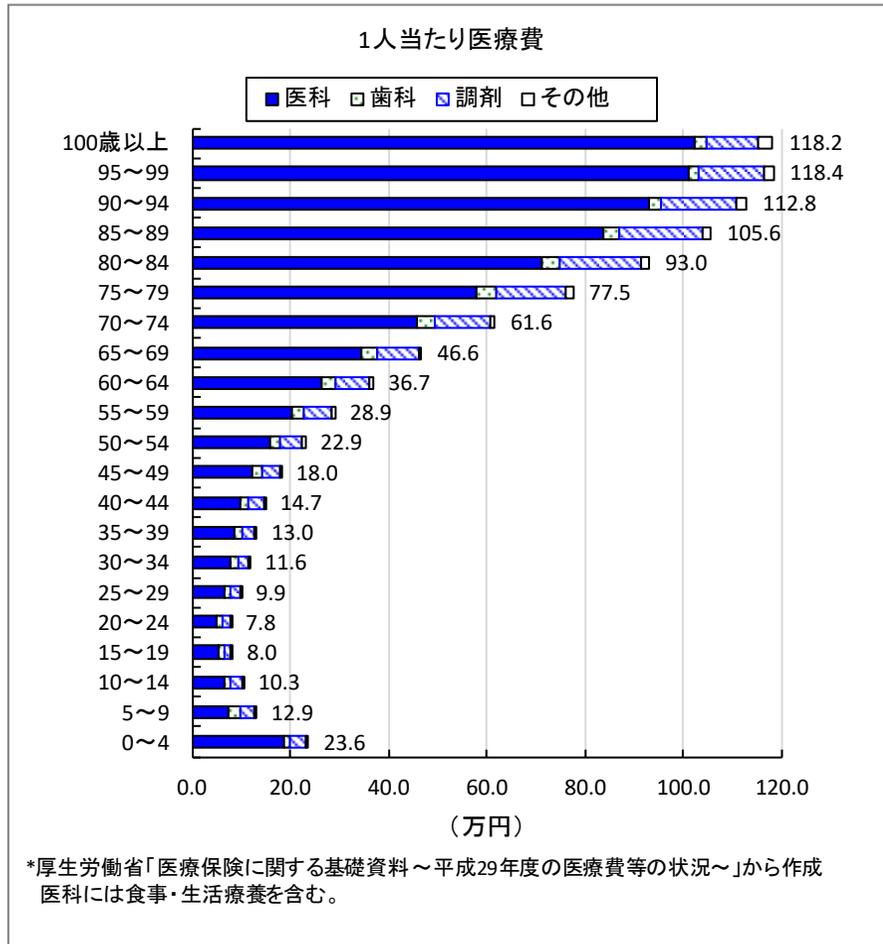
# 1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について

# 後期高齢者の患者負担割合のあり方について

- 後期高齢者は1人当たり医療費が高いので、年収に対する患者一部負担の割合はすでに十分に高い。患者一部負担割合の引き上げによって、受診控えのおそれがある。また、たとえ受診したとしても、患者負担が重荷となり、必要な医療を遠慮される懸念がある。
- 応能負担(収入や所得に応じた負担)は、本来は保険料(共助)および税(公助)で求めるべきである。患者一部負担での応能負担は、「限定的に」すべきである。
- 患者負担割合は「高齢者の医療の確保に関する法律」によって決まっている。後期高齢者は現役並み所得者は3割負担、それ以外は1割負担で、世代内格差がある。仮にその間の負担割合を作るとしても、法改正が必要なことから、国民の納得と合意は絶対に必要である。
- 後期高齢者の患者負担割合については、保険料や税負担、収入や所得、高額療養費の財政面、そして高齢者の生活や心身の状態なども十分配慮して、厚生労働省の関係審議会で丁寧に議論を行っていく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症禍での受診控えによる今後の健康への影響が懸念されるところである。さらなる受診控えを生じさせかねない政策をとり、高齢者に追い打ちをかけるべきではない。

# 1人当たり医療費と患者負担

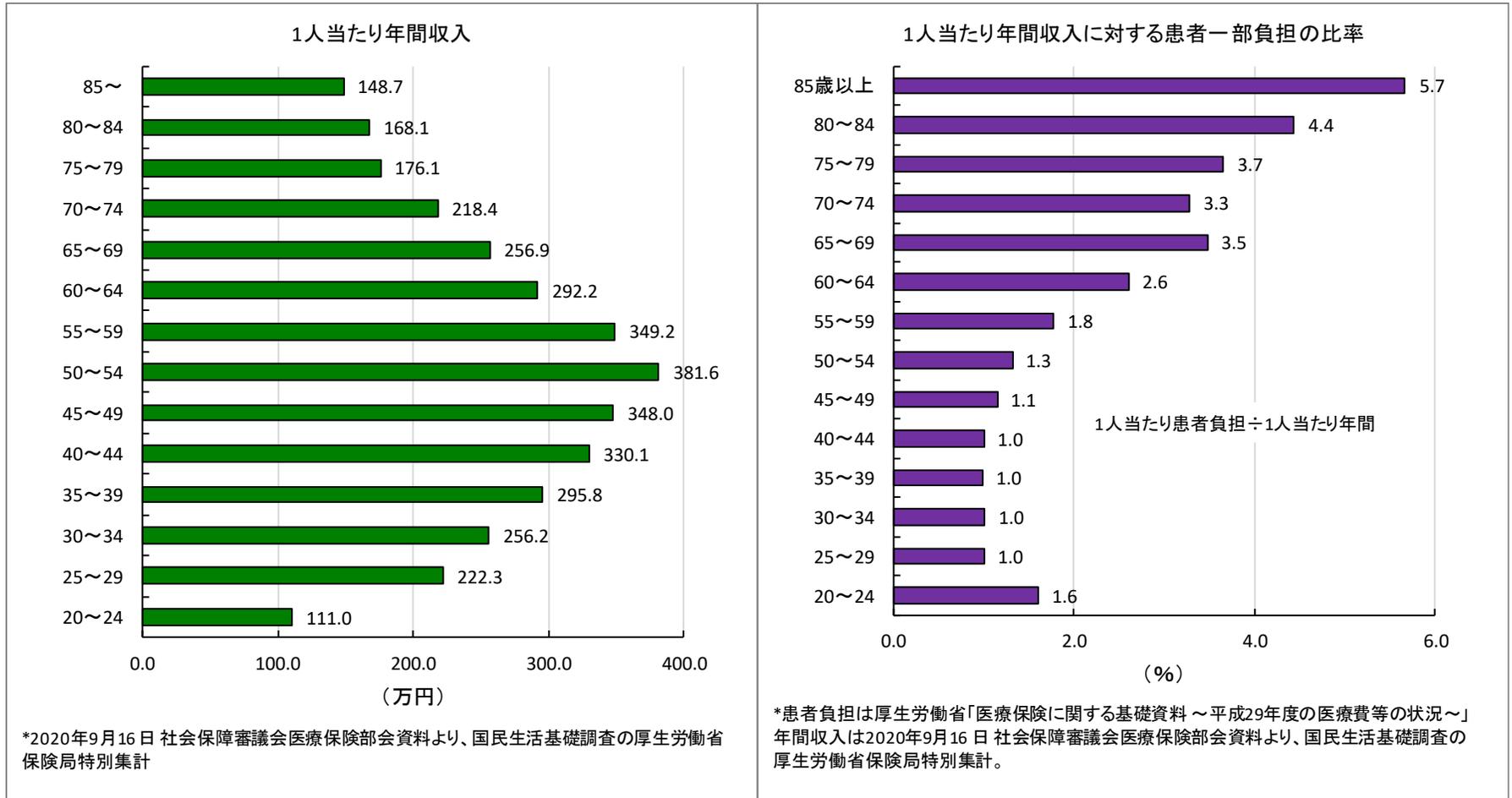
1人当たり医療費は年齢とともに上昇する(左図)。後期高齢者は現役並み所得者を除いて患者一部負担は1割であり、1人当たり患者負担額は75歳になると一時的に下がるが、年齢とともにふたたび上昇する(右図)。特に後期高齢者の患者一部負担はかなり重い※)。なお、むしろ65~69歳の患者負担が重いことも課題である。



※)財務省の資料では「75歳以上」が一括りにされているが、後期高齢者の中での年齢階級別の違いにも留意すべきである。

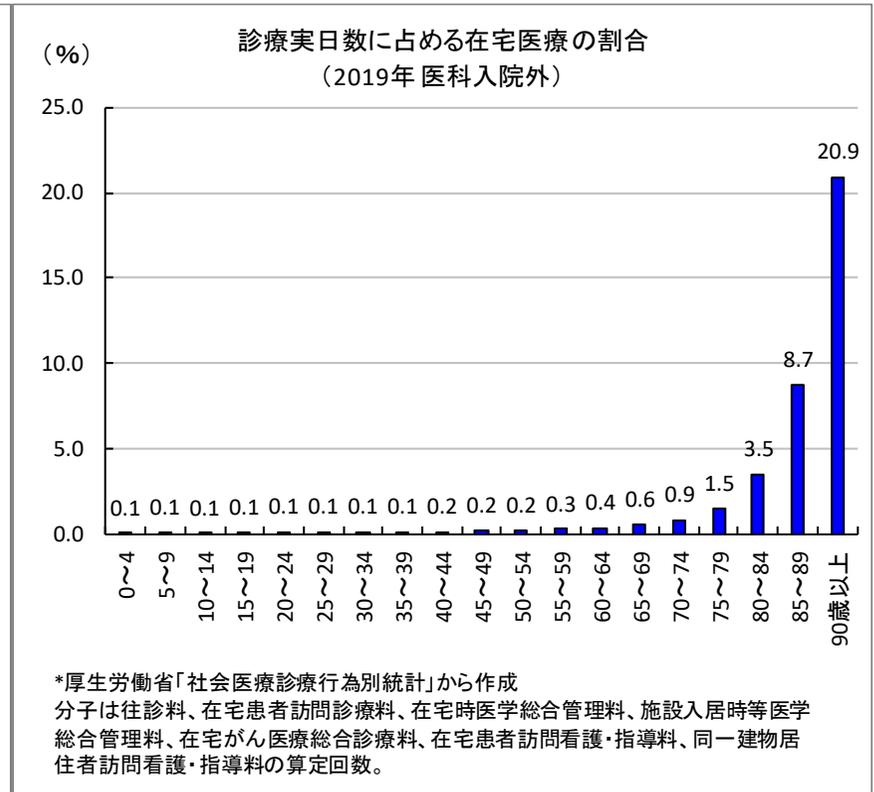
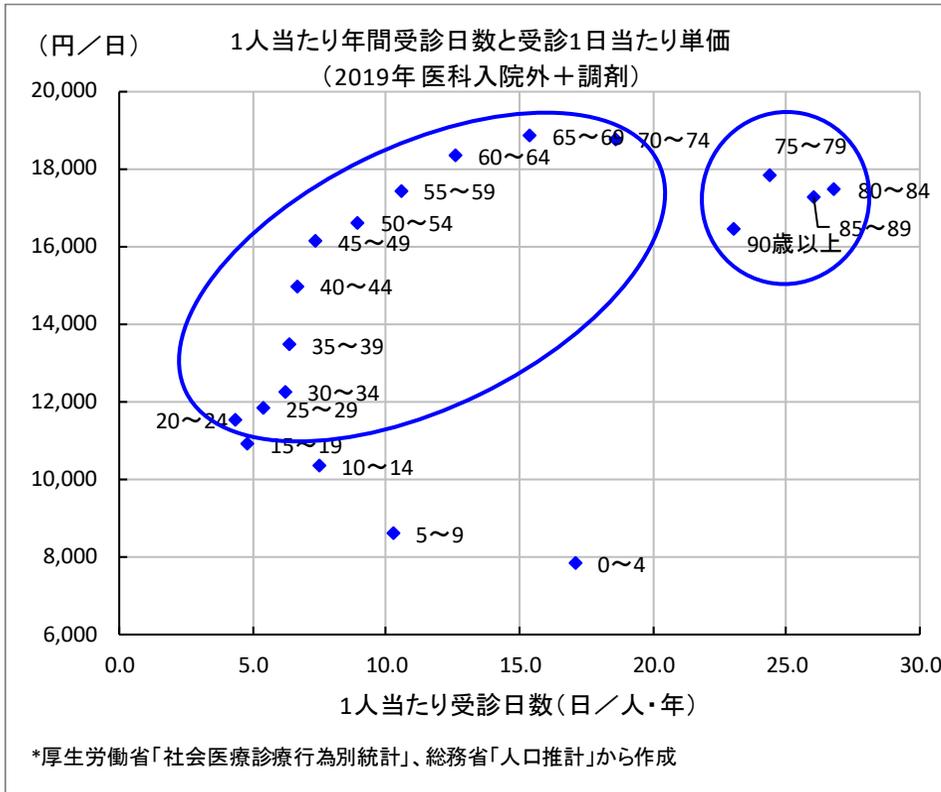
# 年収に占める患者一部負担の比率(粗い試算)

高齢者は年収が大きく低下するので(左図)、現在は、患者一部負担割合は原則1割であるが、収入に対する患者一部負担の比率はほぼ年齢とともに上昇する(右図)。後期高齢者では、1割負担の現状でもかなりの負担である。



# 後期高齢者の医療費(医科入院外+調剤)

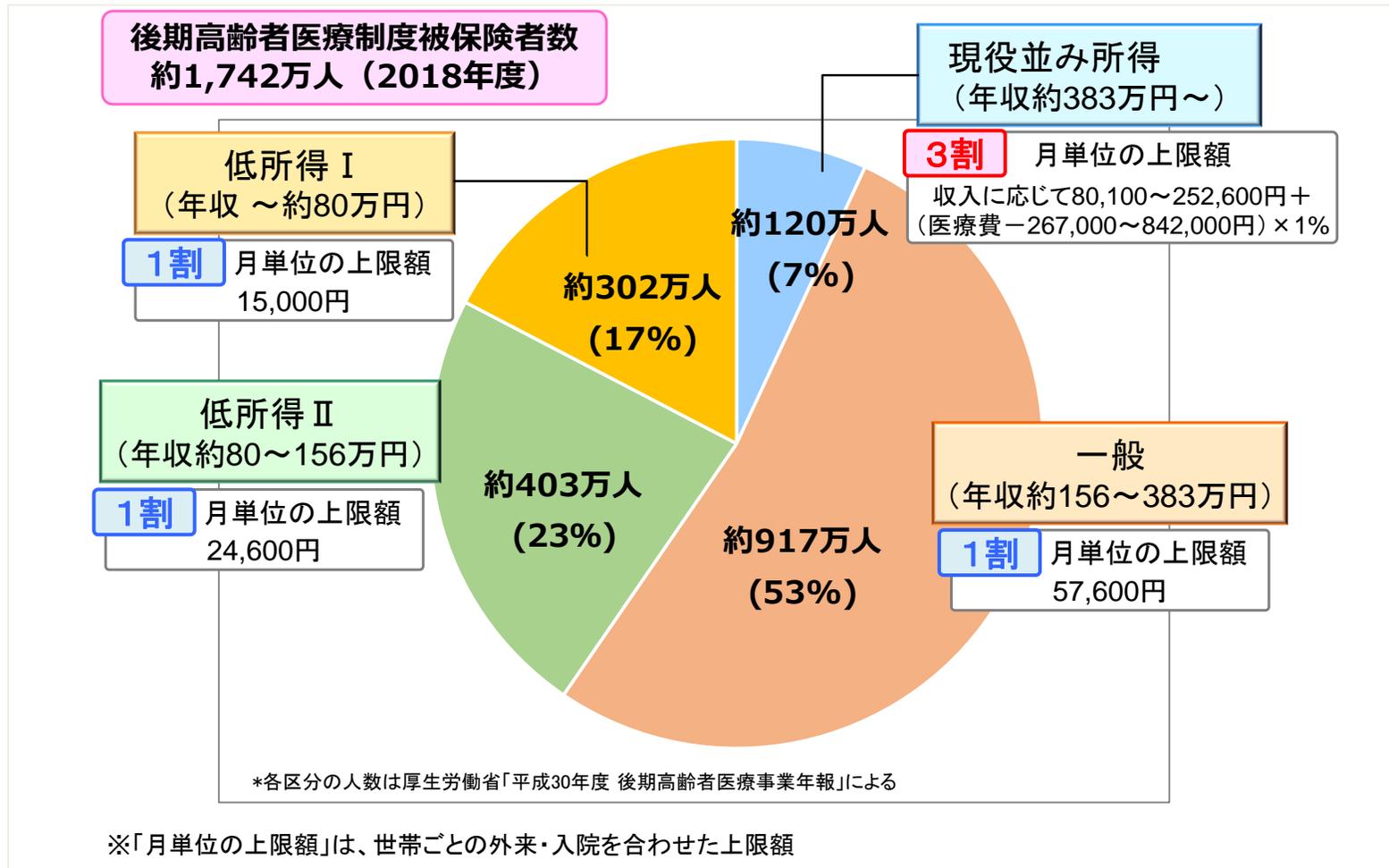
後期高齢者が過剰な受診をしているとは言えない。入院外受診回数の中には在宅医療も含まれている。国が在宅医療を推進している中、適切な在宅医療から高齢者を遠ざけるようなことをしてはならない。



# 後期高齢者の患者一部負担

後期高齢者の現役並み所得者は後期高齢者の7%であり、負担割合は3割である。それ以外の1割負担と世代内格差はある。しかし、これを是正するとしても、限定的にとどめ、かつ、同時に低所得者の負担に配慮する必要がある。

### 後期高齢者の窓口負担割合の状況



## 2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院 への定額負担拡大」について

# 「外来機能分化」について

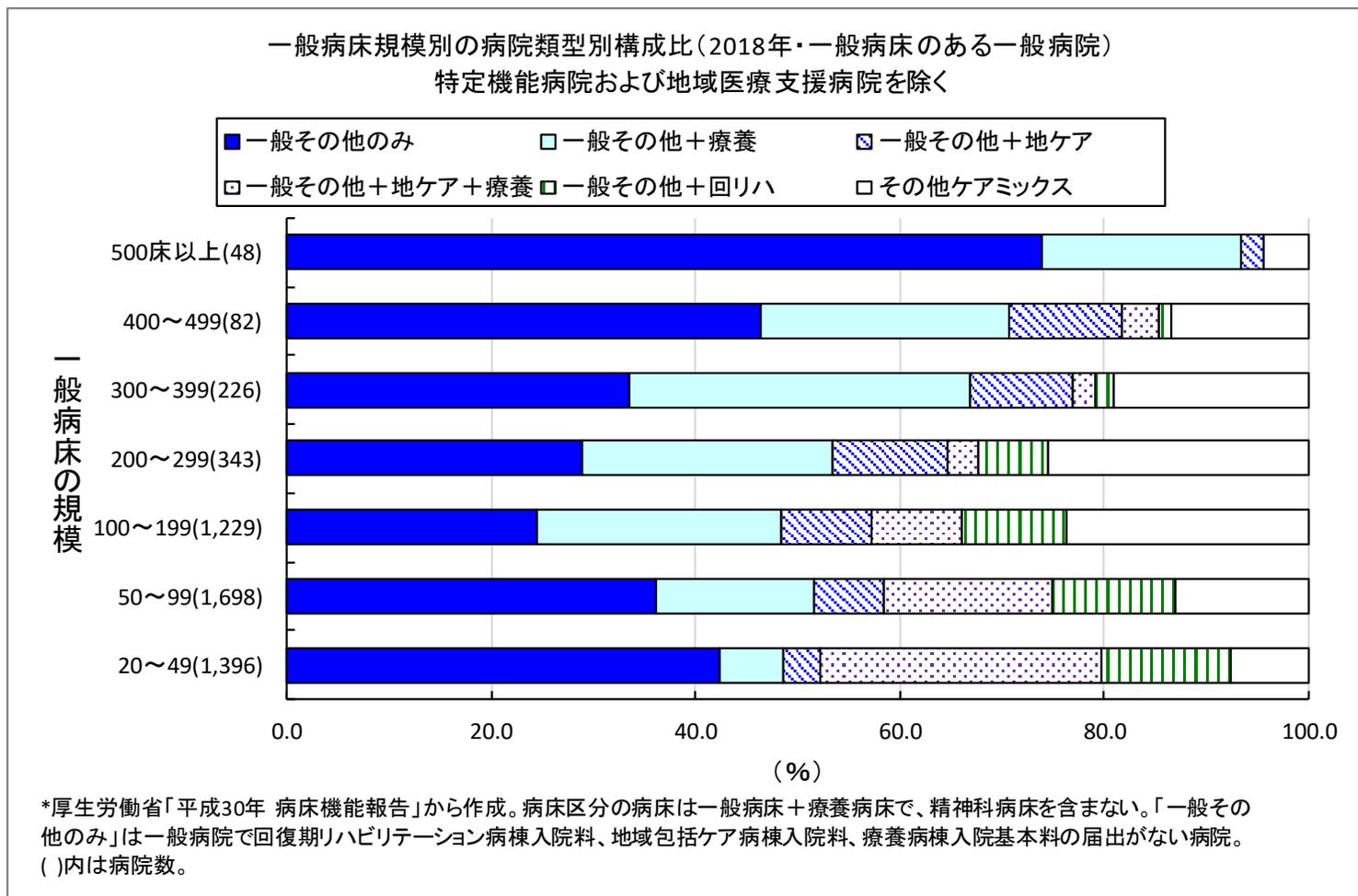
- 社会保障審議会医療部会および医療計画の見直し等に関する検討会において、外来機能のあるべき姿および連携のあり方について、丁寧に議論することが先決である。
- 外来機能については、かかりつけ医機能の考え方が定着しつつあるが、専門医のあり方も含め地域格差や医師の偏在などが大きく存在している。実態を把握するとともに、医療資源のみに着目することなく、医師の教育課程も含めた将来的な視点からの議論が必要である。
- 現状では、医療資源を重点的に活用すべき「特定機能病院」において慢性期の外来診療が多数行われており、一方、地域における医療連携を主軸にすべき基幹的病院が地域医療支援病院になっていないという状況も見受けられる。このような現状の適正化により、病院や外来の機能分化は推進可能と考える。
- 病院の機能は規模だけで決まるものではなく、例えば医療機関の少ない地域では、一つの病院が外来も含めすべての医療に対応しなければならないなど、その機能は様々である。すでに地域医療構想調整会議において各地域の機能分化の最適化が図られているところであり、病院の外来機能は、地域の実情によって様々である。病床数で線引きされうるものではない。

## 「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

- 紹介状なしで受診した患者からの定額負担の徴収については、昨年12月11日の中医協において400床以上から200床以上の地域医療支援病院に拡大することとされ、本年4月の診療報酬改定で実行されたばかりである。この検証をしっかりと行うべきである。
- 現在のところ、再診時の定額徴収はきわめて少ないが、外来機能分化のためには患者を地域に戻すことが有効であり、再診時の定額負担を強化すべきである。

# 定額負担の現状

大病院(500床以上)を除いて、どの病床規模階級でも入院はケアミックス型の病院のほ  
うが多い。地域の様々な実情によるものと推察される。外来についてもどのような機能を  
担っているかは、地域によって様々であり、全国一律に病床規模で線引きできるものでは  
ない。



# 定額負担の現状

定額負担の徴収義務がある病院であっても、実際に定額負担を徴収した患者は初診で約1割、再診ではわずか0.1%である。再診時には、さまざまな理由を付して定額負担が徴収されていないが(次頁)、徴収範囲を拡大すべく仕組みを見直すべきである。

## 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定額負担徴収患者比率(③/①)	10.5%

#### ■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比率(②/①)	30.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.1%

### 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定額負担徴収患者比率(③/①)	23.5%

#### ■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比率(②/①)	53.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.6%

再診の定額負担徴収患者比率は0.1%

(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。(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。

11

# 定額負担を徴収しなかった理由

初診の場合は、定額負担を徴収しなかった理由は「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」等である。再診の場合は、緊急やむを得ない理由以外が少なくない。現行の再診での徴収のあり方について見直すべきである。

2020年11月12日 社会保障審議会医療部会資料

初診			再診		
類型	人数 (合計値べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計値べ数)	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。

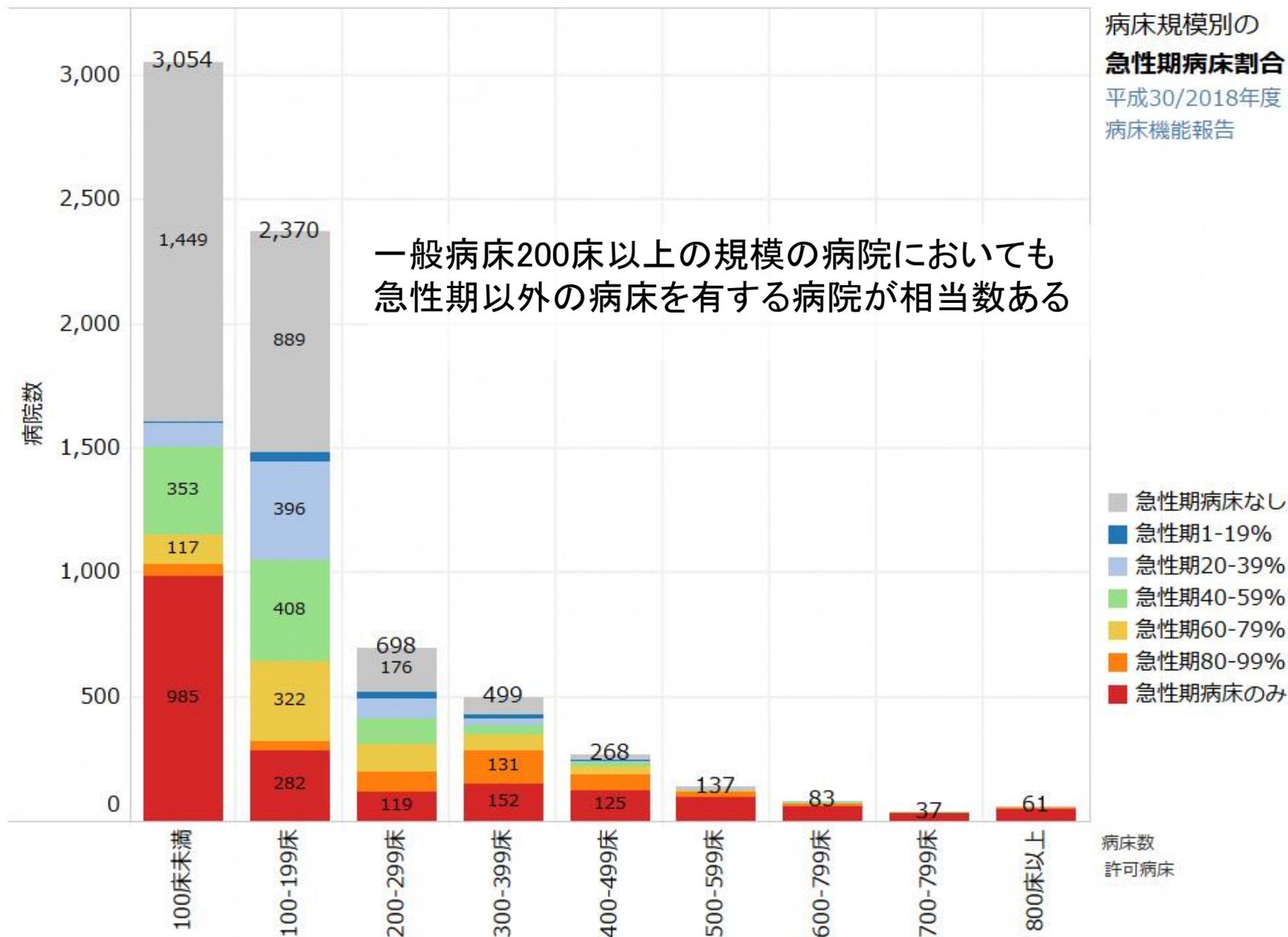
12

特別の料金を徴収しなかった理由  
 「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」が23.8%、「その他」が約2割

# 医療改革に係る関係者ヒアリング 四病院団体協議会 資料

一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫

---



# 説明資料

全世代型社会保障検討会議ヒアリング(2020年11月24日)

# 医療保険制度改革に関する健保連の考え方

## ①後期高齢者の窓口負担について

- ◆ 現役世代の負担増の軽減につながるよう、後期高齢者の窓口負担については、低所得者の方を除いた上で、原則2割負担とし、少なくとも高額療養費の一般区分の方（全体の52%）をすべて2割負担とする必要がある。

※入院などで医療費が高額になる場合には、自己負担の限度額が設けられている（高額療養費制度）。

- ◆ 現役世代の負担はすでに限界。高齢者と現役世代の負担のアンバランスを解消し、現役並み所得者（全体の7%）に加え、負担能力のある高齢者については、応分の負担をお願いしたい。

## ②大病院の外来受診時定額負担の対象拡大について

- ◆ 対象拡大には賛成であり、確実に実施すべきである。あわせて、増額分を公的医療保険の負担軽減に充てる仕組みを制度上明確に担保し、確実に実施すべきである。

# 高齢者医療拠出金が増大

2019年度と2007年度（現行の高齢者医療制度導入前）との比較

健保組合の支出・収入	2019年度	2007年度	増加額	伸び率
高齢者医療拠出金 総額 被保険者1人当たり額	3兆4千億円 20.9万円	2兆3千億円 14.7万円	1兆1千億円 6.2万円	47.9% 42.1%
保険給付費 総額 被保険者1人当たり額	4兆1千億円 25.1万円	3兆3千億円 20.8万円	8千億円 4.3万円	25.4% 20.5%
保健事業費 総額 被保険者1人当たり額	4千億円 2.2万円	3千億円 2.0万円	500億円 0.2万円	15.5% 11.0%
保険料収入 総額 被保険者1人当たり額	8兆2千億円 50.2万円	6兆1千億円 38.4万円	2兆2千億円 11.9万円	36.3% 30.9%

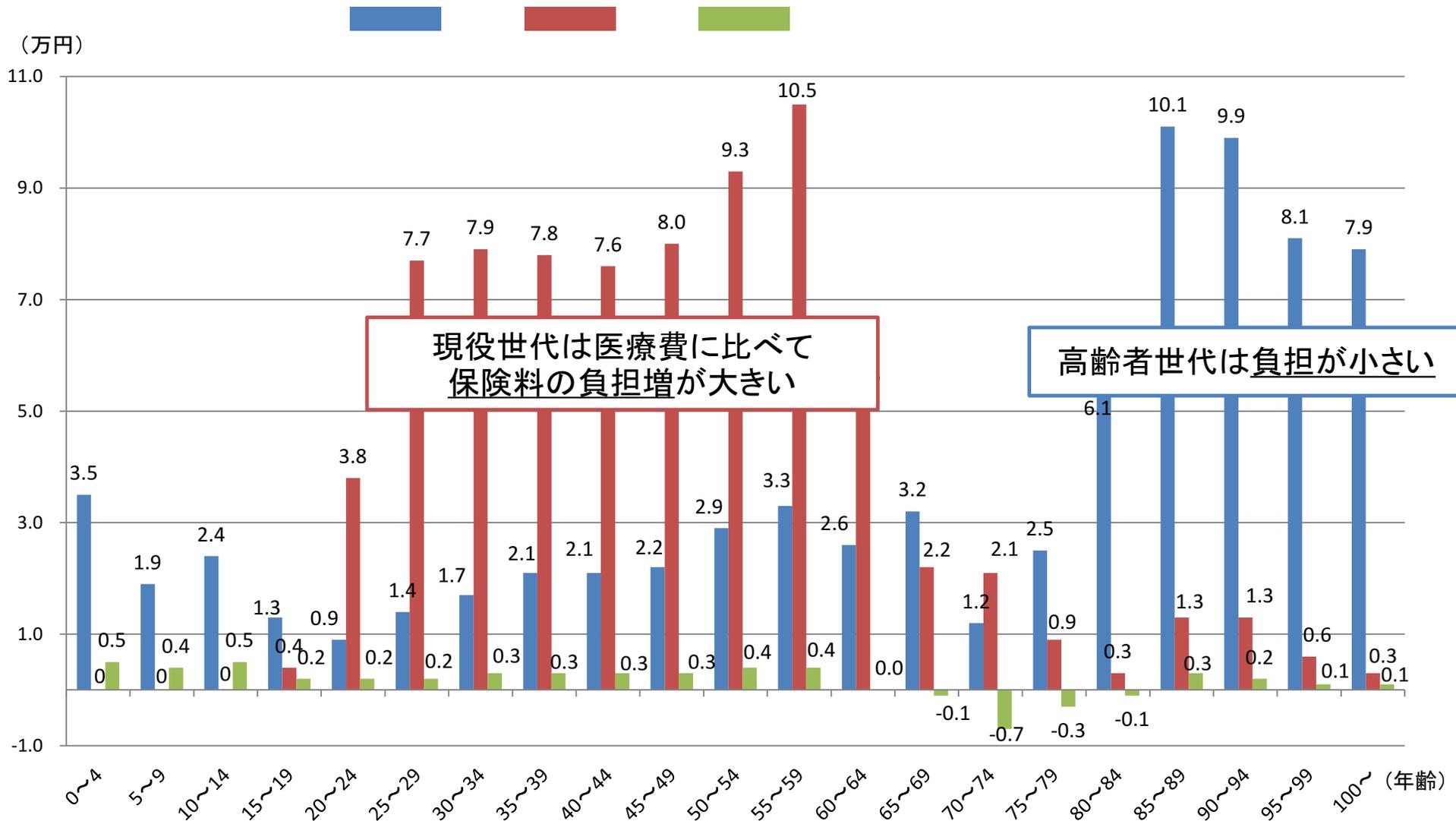
※2007年度は決算、2019度は決算見込の数値である。端数処理のため計数が整合しないことがある。

- ◆ 健保組合は、支出増を保険料収入で補うしかない構造
- ◆ 2007年-2019年の12年間の総報酬額の伸び率は、1.9%であり、保険料率引き上げ等（現役世代の実質負担増）で対応している

※1人当たり標準報酬総額、2007年度561.5万円、2019年度571.9万円を用いて伸び率を算出

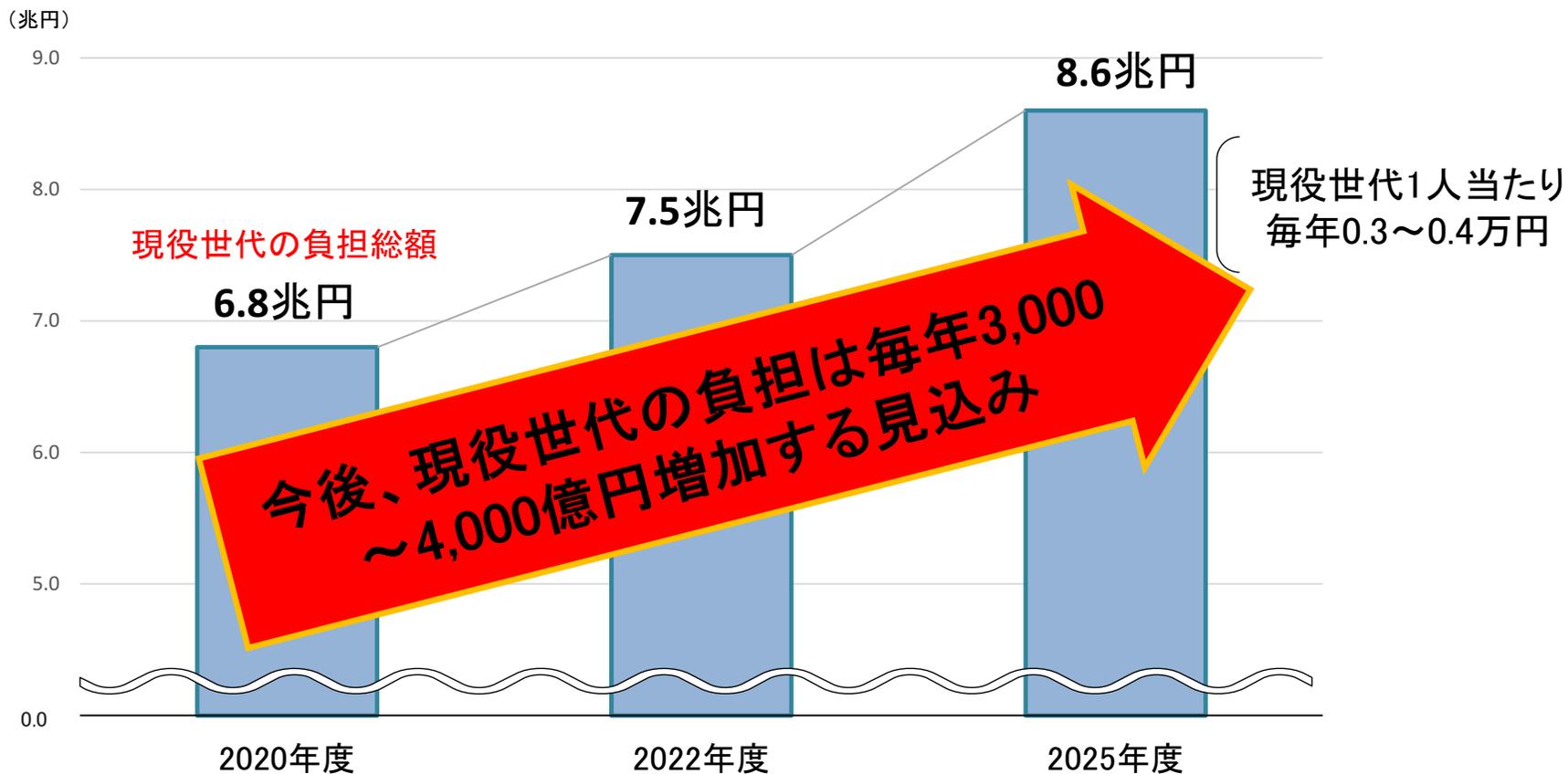
# 給付と負担のアンバランスが拡大

年齢別1人当たり医療費・保険料・自己負担 の変化額(2009年度⇒2017年度)



# 団塊世代の後期高齢者入りにより現役世代の負担は限界に

## 後期高齢者支援金の今後の見通し



○団塊世代が後期高齢者に入る2022年～2025年にかけて、後期高齢者支援金を含む拠出金はさらに増大する。

○拠出金負担が保険給付を上回る健保組合が続出する見込み。

(2020年度 238組合(組合全体の17.4%) → 2022年度 733組合(同52.7%))

※後期高齢者支援金額は、2020年度は実際の数値で、2022年度、2025年度は健保連の推計であり、医療費の伸びは1.8%と設定。

# 試算例

	2割負担の 対象基準	対象者数 (※)	現役世代が負担 する後期高齢者 支援金の軽減額
A	住民税非課税 世帯以外 (本人収入155万円以上)	約945万人 (上位59%)	年2,200億円
B	本人収入 170万円以上 (課税所得のある人)	約520万人 (上位38%)	年1,200億円
C	本人収入 240万円以上	約200万人 (上位20%)	年500億円

◆ 現役世代は所得にかかわらず3割を負担しており、2割負担の範囲については幅広く設定すべきであり、世帯収入での負担能力も勘案した、A案が適当である。

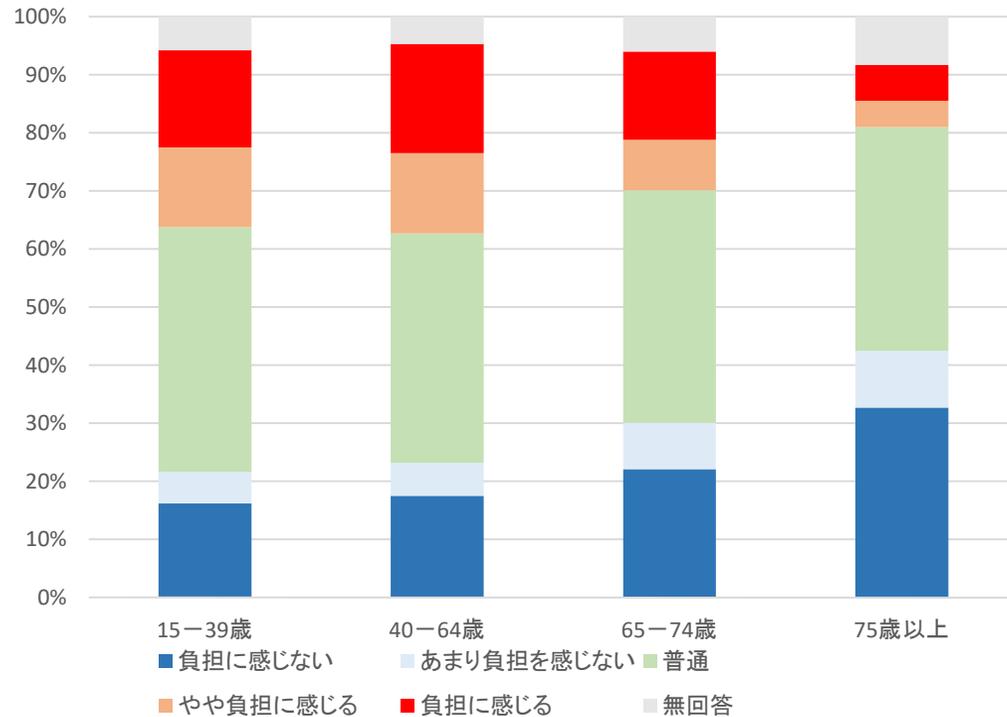
※対象者数の割合には、3割負担となっている7%も含む

※厚生労働省資料を参照して健保連で作成

## 参考：高齢層と若年層の収入、支出、貯蓄残高の比較

2020年11月24日 翁百合

図1 外来患者の内訳 病院で請求された金額の負担感

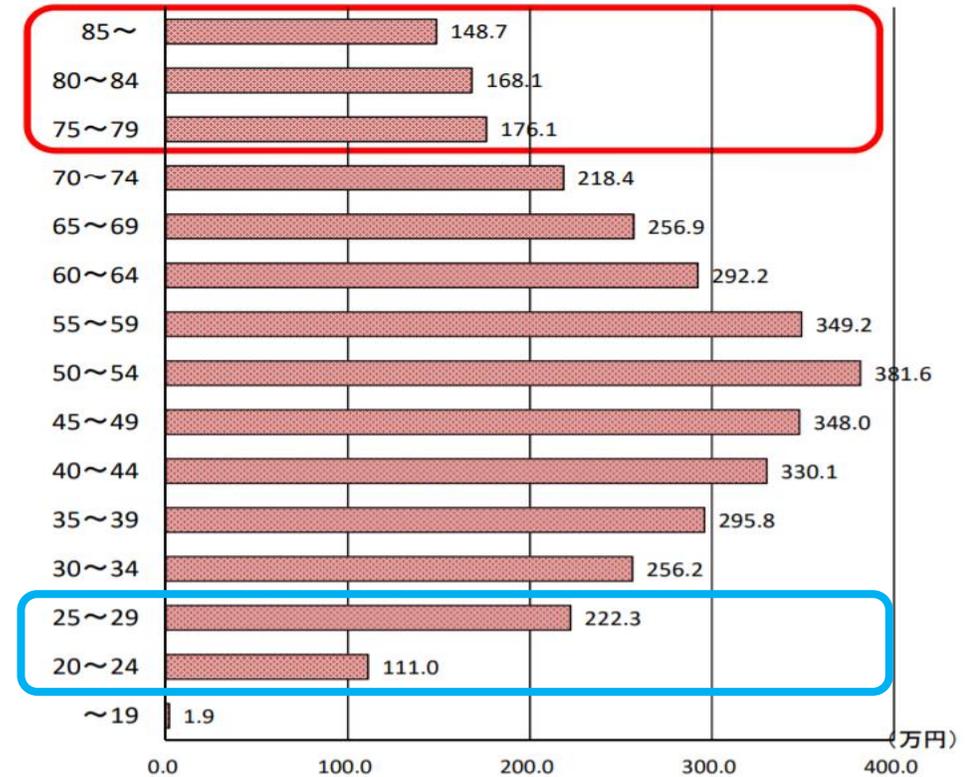


(出所)平成29年受診行動調査から作成

- 75歳以上の高齢者は、医療費の負担をほぼ感じていないのに対し、若年層の負担感は大きい。

図2 年齢階層別平均収入

(歳)

(出所)厚生労働省社会保障審議会医療保険部会資料に加筆  
データは国民生活基礎調査(2019年)

- 20代の平均年収は200万円程度であり、現状2割負担の70-74歳の年収と同等であるが、3割自己負担をしている。
- 例えばがん外来治療のケースで以下のような自己負担の差が生じる。75歳以上(1割):約14万円 20代(3割):約40万円

表1 年齢層別にみた200万円未満年収家計の消費と資産の実態  
(二人以上世帯)

	(円)			
	世帯主30歳未満 ①	世帯主70歳以上 ②	①-②	①/②
世帯主年齢	26.3	77.1		
消費支出	156,238	142,566	13,672	1.1
食料	37,411	46,900	-9,489	0.8
住居	31,517	11,299	20,218	2.8
被服履物	5,293	3,576	1,717	1.5
保健医療	4,939	9,037	-4,098	0.5
交通通信	24,506	14,565	9,941	1.7
教育	2,902	59	2,843	49.2
年間収入	144万円	149万円		
貯蓄残高	118万円	845万円		
負債残高	43万円	19万円		
持ち家率	15.50%	76.80%		

(出所) 全国消費実態調査(2014年)から作成

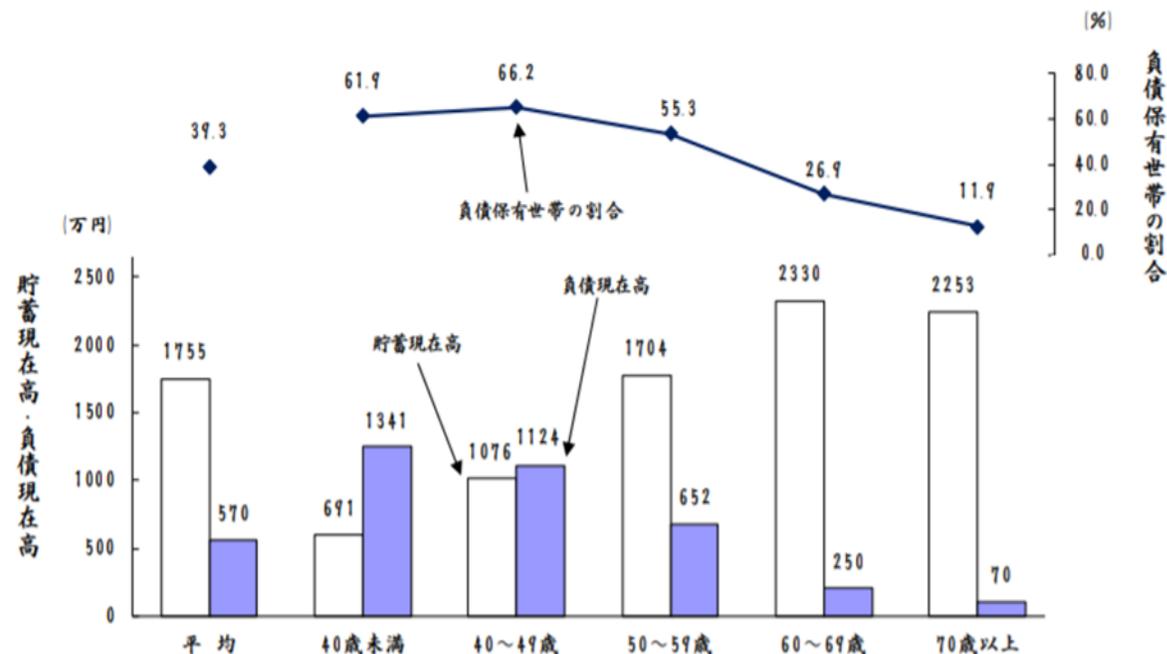
(注) このほかに健康保険料を負担(平均で4割は高齢者への支援金)。

20代後半平均の健康保険料は年間24.8万円、75-79歳は年間7.9万円(厚労省推計)。

- 若年層と高齢層の年収200万円未満の生活を比較すると、20代は持ち家比率が低く、家賃支払いがかさむ。貯蓄残高は20代118万円に対して、70歳以上は845万円。
- 消費支出以外に、健康保険料を支払い、高齢者の支援にも充てられている。

- 現在の年金の所得代替率は61.7%であるが、30年後、50.8%に低下。(2019年財政検証 ケースⅢ)

図3 年齢階層別貯蓄・負債現在高、負債保有世帯の割合  
(二人以上の世帯)



(出所) 家計調査年報(2019年)

- 70歳平均では2,200万円の貯蓄残高超過。40歳未満は負債超過。

## 全世代型社会保障の実現に向けた医療制度改革について

2020年11月24日

中西 宏明

これまでの会合において、「全世代型」の公平な社会保障を実現する観点から、高齢者に偏りがちな社会保障給付を見直し、子ども・子育て分野の給付をより充実させるなど、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、全世代で支えあう持続可能な制度の実現に向けた期待を表明して参りました。

経済界としては、①団塊の世代の後期高齢者入りに伴い、現役世代が拠出する支援金の激増が見込まれるなか、その負担増を確実に抑制する規模の改革であること、②ワイズスペンディングの観点から、所得の高い層への児童手当給付を見直し待機児童対策等に充当すること、③これらの改革をパッケージで実現しつつ、公平な負担のもとで、持続可能な全世代型の社会保障を実現することが不可欠であると考えます。

こうした観点に立ち、本会議の中間報告で示した後期高齢者の窓口負担の2割への引上げの対象者となる「一定所得以上の方」については、高額療養費制度における「低所得者」となる区分を除いた「一般区分」に該当する方々とすべきと考えます（現役並み所得者については引き続き3割）。また、団塊世代が75歳に達する時期に間に合う形で制度改革を実施することが必要です。

後期高齢者の方々のご負担の増額は、痛みを伴うものとはなりますが、窓口負担が2割となった場合でも、高額療養費により自己負担に上限がある点、現役世代の負担の実態などについて、十分な周知を行い、理解の醸成を図ることが重要です。

あわせて、後期高齢者の保健事業を強化するなど、高齢者の健康と安心を確保することも必要です。例えば、負担増による受診抑制を回避するためにも、現行の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の枠組みを整備・強化することが考えられます。

中間報告で記載いただいた「現役世代の負担上昇の抑制」にも寄与する改革の実行を通じ、真の意味での「全世代型社会保障」が実現することを強く期待いたします。

なお、本件に関する経団連の見解についても資料を添付いたしますので、併せてご参照いただければ幸いです。

以上

## 真の全世代型社会保障に向けた制度改革の実現を

2020年10月30日

一般社団法人 日本経済団体連合会

2022年には団塊の世代が後期高齢者入りし、社会保障給付が急増する一方で、支え手である現役世代の人口は急減していく。こうした中、社会保障制度の持続可能性を確保するためには、高齢者に偏りがちな社会保障給付を見直し、現役世代の負担の増加の抑制や子ども・子育て分野の充実を図るなど、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、公平に支えあう真の意味での全世代型社会保障の構築が不可欠である。

上記観点に立ち、現在、政府の全世代型社会保障検討会議を中心に進められている検討のうち、世代間・世代内の給付と負担に関する議論に対し、とりわけ、下記の改革実現を強く求める。

### 記

#### 1. 後期高齢者医療の窓口負担について

今後、後期高齢者を中心に医療費が増加する中においては、医療・介護費用の伸びの抑制に向けた各種の適正化・効率化策（医療費適正化計画の実効性の強化、地域医療構想の実現等を通じた提供体制の効率化など）を講じていくとともに、一定の負担能力のある後期高齢者層にも応分の負担を分かち合っていることが避けられない。

このため、全世代型社会保障検討会議の「中間報告」において、「一定所得以上」とされている2割への後期高齢者窓口負担引き上げの対象者については、原則2割を基本とし、高額療養費制度の自己負担限度額の適用区分<sup>1</sup>のうち、限度額が低くなる「低所得者」となる区分の該当者を除いた「一般区分」に該当する方を対象とすべきである（現役並み所得者については引き続き3割）。

#### 2. 新たな少子化対策の財源

少子化は国民共通の困難の課題であり、保育の受け皿確保などに必要となる財源については、社会全体で公平に支えることを基本とすべきである。

また、子ども・子育て分野においても、ワイズ・スペンディングや真に必要な支援に集中する観点から、児童手当の受給にかかる世帯合算の導入や高額所得者に対する特例給付の廃止などの制度適正化が不可欠である。

前述の改革を通じて、国民の公平な負担の下で、持続可能な全世代型社会保障を実現する必要がある。

以上

---

<sup>1</sup> 後期高齢者医療制度における分布は、「低所得者」40.4%、「一般」52.7%、「現役並み所得」6.9%（出所：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」2018年度実績）

## 改革に向けての提案

2020/11/24

増田 寛也

1人当たり平均窓口負担額(年間額)の変化(配慮措置前)

8.1万円 → 11.5万円 (+3.4万円)

- ① 負担増なのか → Yes but 70-74 歳の方は既に同じ負担をしている(若者はもっと負担)。少し後の世代と同じになる負担をお願いしようとしていることを丁寧に説明すべき。
- ② むしろ、75 歳以上の方(だけ)に▲3.4万円の軽減措置(約3割の軽減措置)を引き続き設けようとしていることをご理解いただくべき。  
(注)応能負担は保険料負担においてより徹底すべきとの考え方からは、後期高齢者の保険料制度の3割以上の軽減措置(5割軽減・7割軽減合計で下位 55%)より広い窓口負担割合の軽減措置(1割負担)を設けることは、説明がつきにくい可能性(この考え方からは、2割負担対象者の範囲は少なくとも上位 45%程度)。
- ③ 現役世代の負担軽減効果(1人当たり変化)はもちろん、後期高齢者の保険料軽減効果(1人当たり変化)を改革効果に織り込むべき。  
たとえば上位 44%の選択肢では1人 2,000 円程度後期高齢者の保険料を軽減されるのではないか(健康な後期高齢者は保険料軽減効果のみを享受)。保険料負担額を含め、変化は3.4万円でなく3.2万円(配慮措置後2.9万円)であるとすべきでは？
- ④ 現役世代の負担軽減効果に加え、待機児童の解消などの現役世代の給付増効果を含め、全世代型社会保障改革としての改革効果の全体像をパッケージで示していくべき(何のための改革か、大きなメッセージを伝えていく必要)。

## (参考)介護保険との比較

- 現役世代の保険料負担への依存度(現役世代負担軽減の必要度)の違い  
後期高齢者医療38% ⇔ 介護保険 22%  
(後期高齢者支援金の割合) (2号保険料の割合)
  - 2割負担導入時の1人当たり負担額の変化の違い  
後期高齢者医療 3.4万円(今回) ⇔ 介護保険 10万円超 (医療の受診はしばしば単発的、介護の利用は継続的)
- ⇒ 介護保険の2割負担の対象範囲を参考に後期高齢者医療の2割負担の対象範囲を論ずることはできない。

# 全世代型社会保障制度の構築に 向けた医療保険制度改革

令和2年11月24日  
厚生労働省提出資料

# 後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

- 全世代型社会保障検討会議中間報告等（昨年12月19日、本年6月25日）では、一定所得以上の方については医療費の窓口負担割合を2割（それ以外の方は1割）を決定。
- 2割負担とする「一定所得以上」の範囲、改革の施行時期、長期頻回受診患者等への配慮措置について、年末までに全社会議で最終報告をとりまとめ。
- 2022年に団塊の世代が後期高齢者となりはじめる中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけることは重要な課題。高齢者の疾病や生活の状況も踏まえた上で、負担能力に応じて負担いただくことが重要であり、その観点から、医療保険部会で議論。

## 【議論の内容】

[① 2割負担の所得基準] 11/19の医療保険部会に「所得基準として考えられる機械的な選択肢」として5つの選択肢を提示。

	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%)	約200万人
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%)	約285万人
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%)	約370万人
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%)	約520万人
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%)	約605万人

(参考) 後期高齢者1,815万人 (うち一般区分945万人、現役並み区分130万人)

[②施行日] 全社会議中間報告(2022年度(令和4年度)初)を踏まえ、具体的な時期を検討

[③配慮措置] 特に2割負担への変更で影響が大きい外来患者について、経過的な配慮措置として、高額療養費の枠組みを活用し、1月分の負担増が4,500円に収まるような措置(案)を提示

(※) 窓口負担の年間平均が約8.1万円⇒約11.1万円(+3.1万円)(配慮措置前は約11.5万円で+3.4万円)

# 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

- 現在、特定機能病院等について、**紹介状なしで外来受診した場合に定額（初診：5,000円）を徴収。**
- 全世代型社会保障検討会議中間報告等では、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**する方向性を決定。
- 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観点から、医療保険部会等で議論し、年末までに全社会議で最終報告をとりまとめ。

## 【議論の内容】

11/5の医療部会に以下の方向性を提示

- 外来機能報告制度（仮称）を創設することで、新たに「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」（外来化学療法、がん手術前後の外来など「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**

11/19の医療保険部会に以下の方向性を提示

- 定額負担の徴収義務について、**上記の医療機関のうち、一般病床200床以上の病院にまで拡大。**

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	<b>現在の定額負担（義務）対象病院</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">666 (7.9%)</div>	<b>紹介患者への外来を基本とする医療機関</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">688 (8.2%)</div>
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

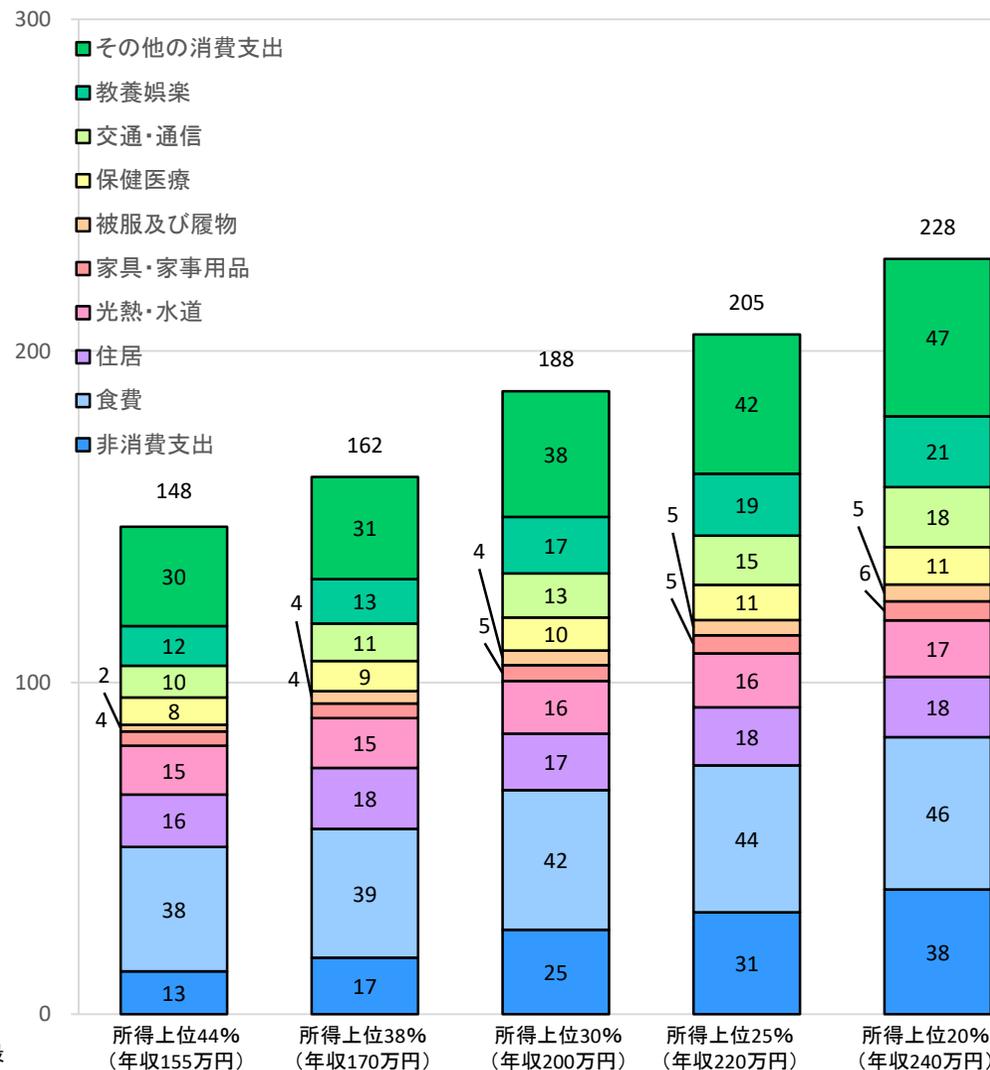
- 受診の際に少なくとも生じる初・再診料相当額を目安に**保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上に定額負担を増額。**（例：**初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上**）

# (参考) 75歳以上の高齢者の家計状況・窓口負担見直しの財政影響

## 見直しの財政影響

	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%</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%</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%</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%</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%</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

## 75歳以上（単身）の家計状況（年収別モデル）



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。

※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ている。

※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。

※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。

# 参考資料

# 1. 後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

# 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	<b>1割</b>	18,000円 [ 年14.4万円 ] <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		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。

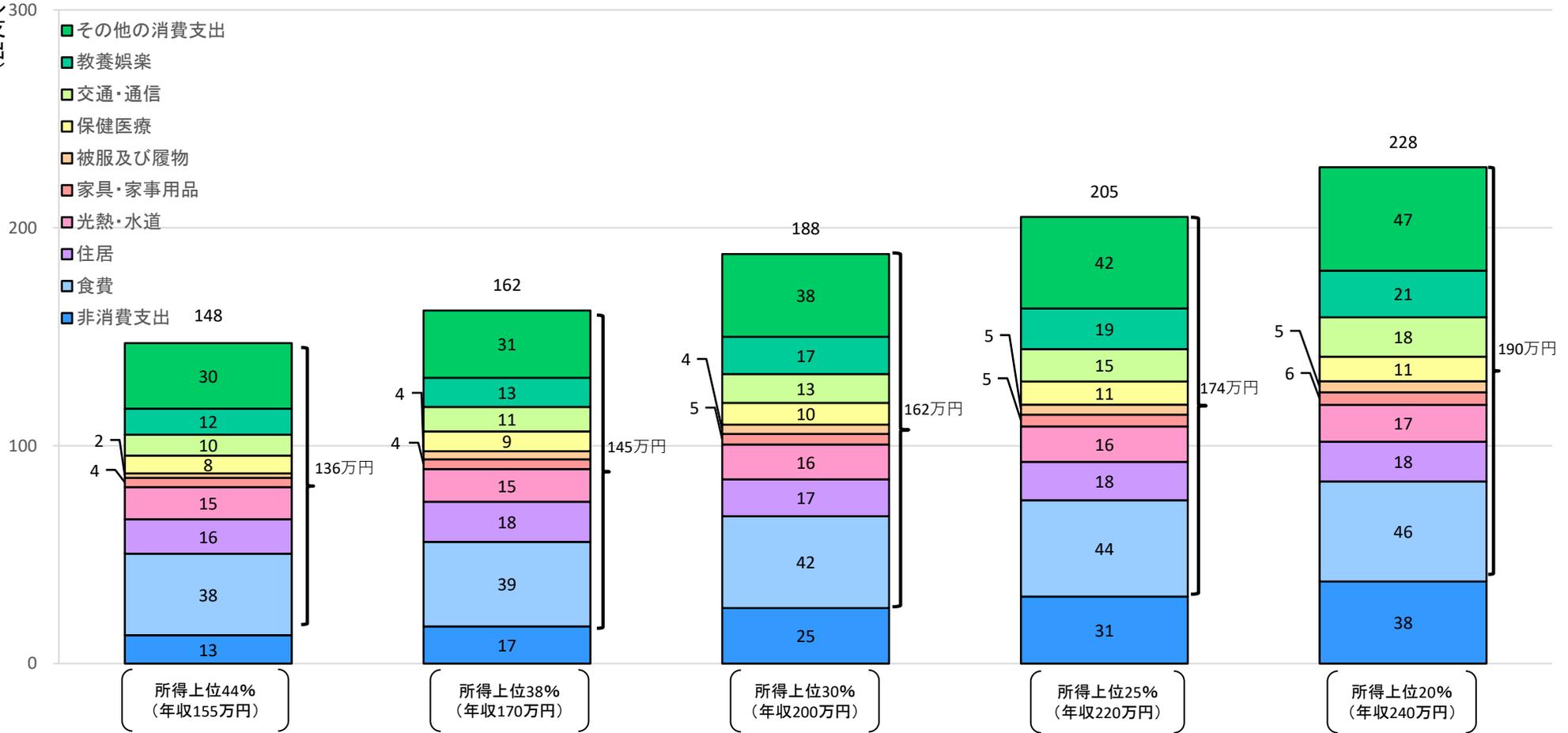
# 75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

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。

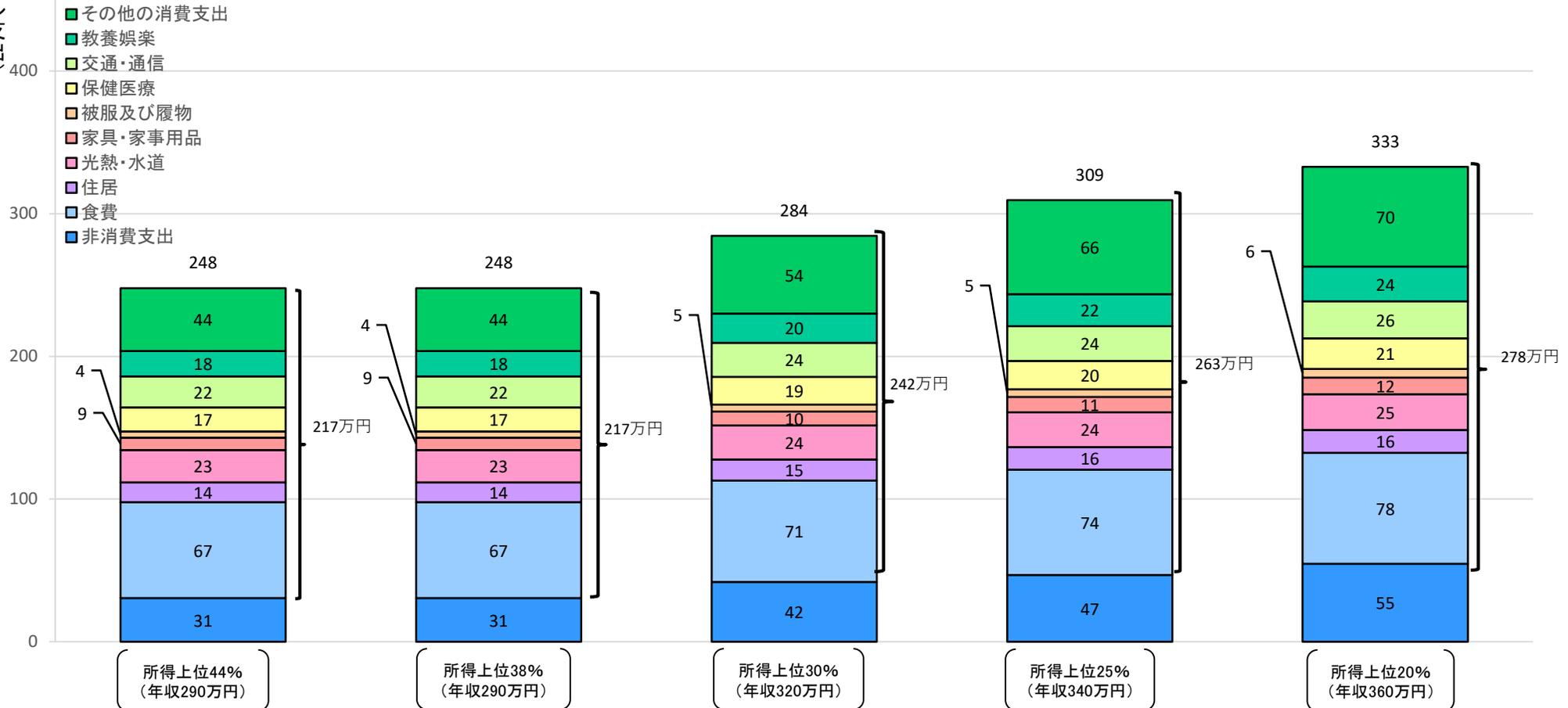
# 75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

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。

# 配慮措置の考え方（案）

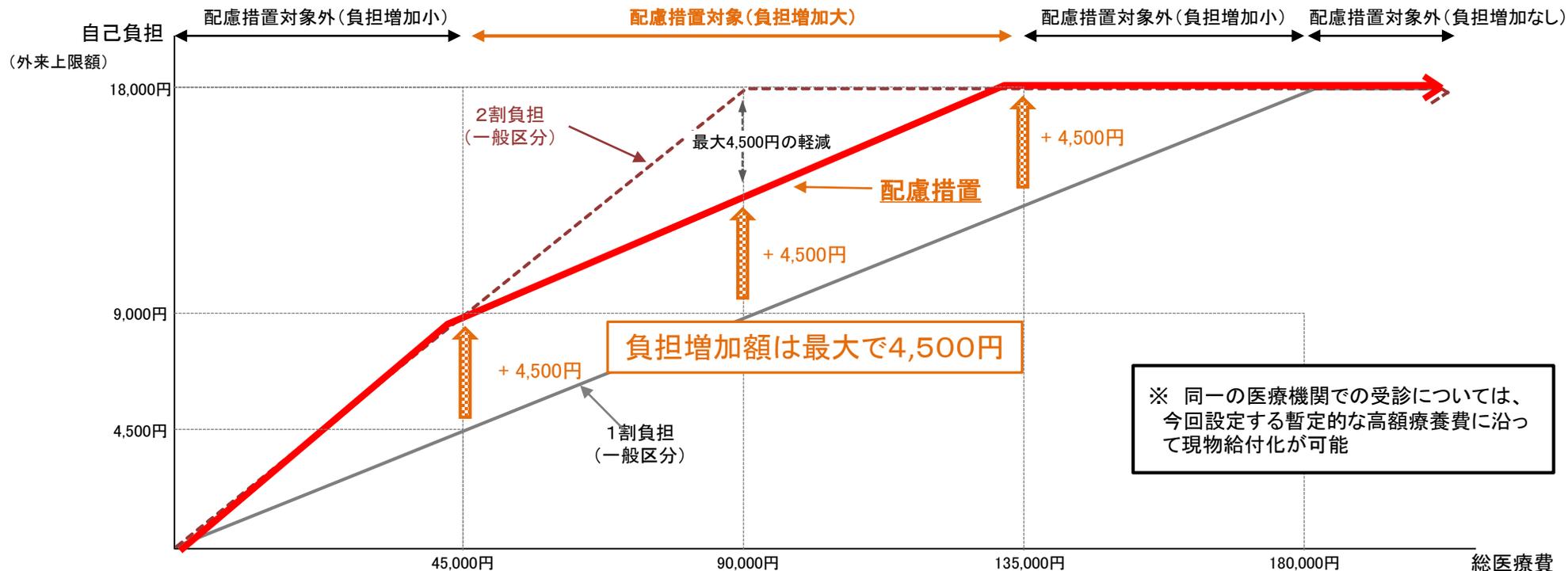
○ 配慮措置については、下記の内容で講じてはどうか。

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。



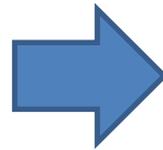
# 配慮措置の効果（平均窓口負担額の変化）

- 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



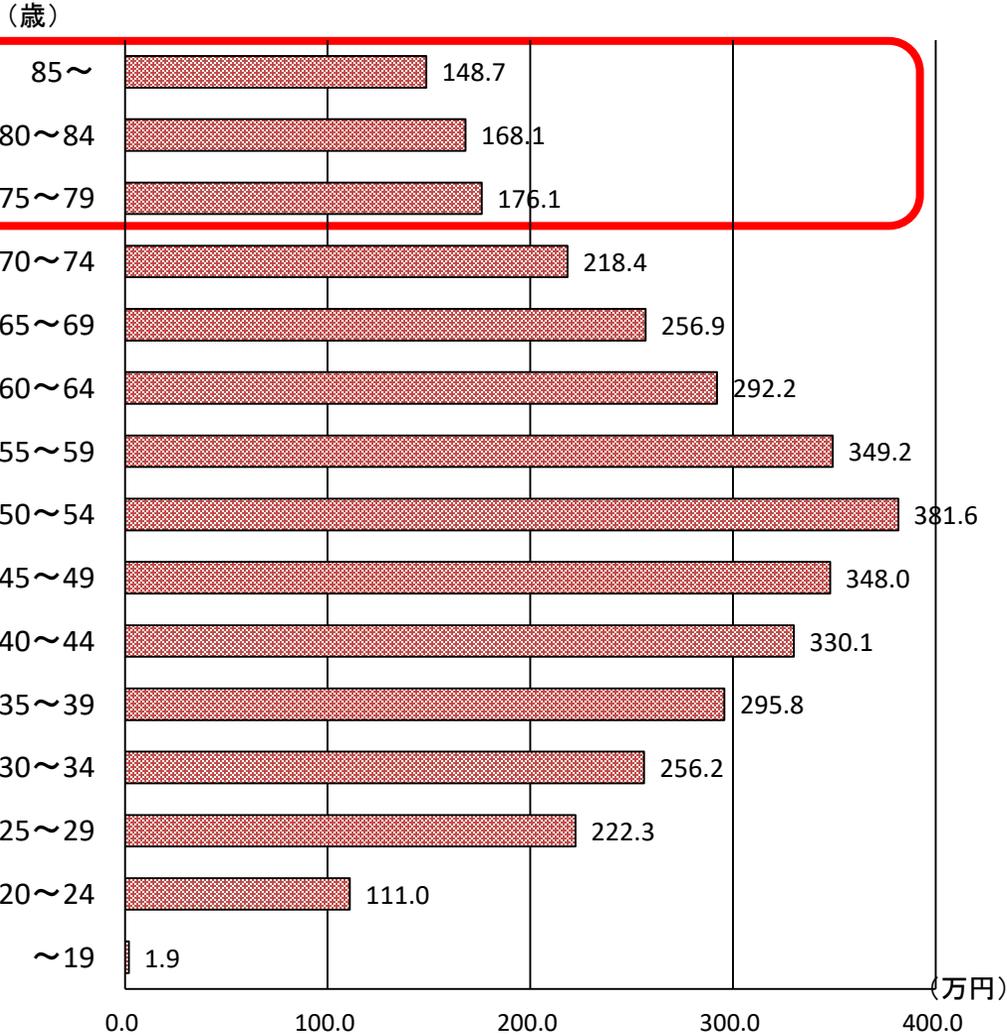
※割合 (%) は負担増となる者に対する割合

<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>
--	-------------

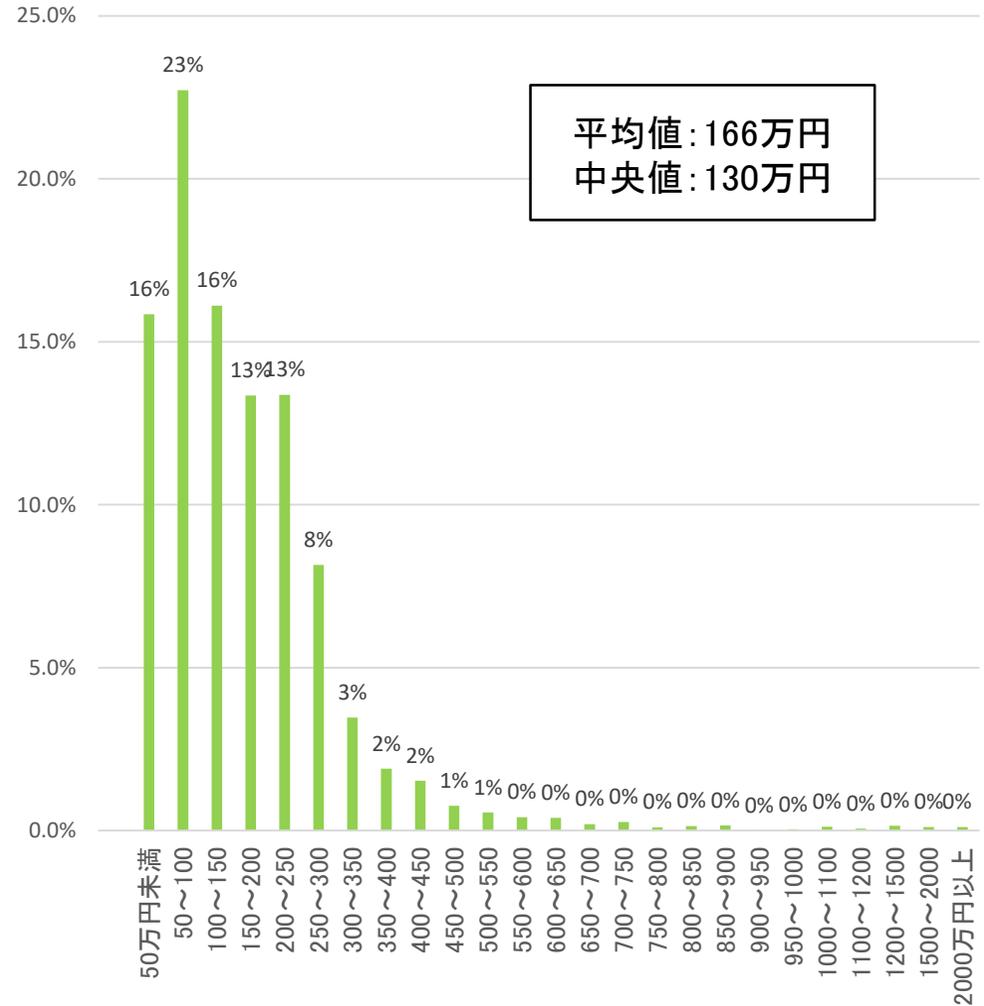
# 高齢者の収入の状況

- 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>



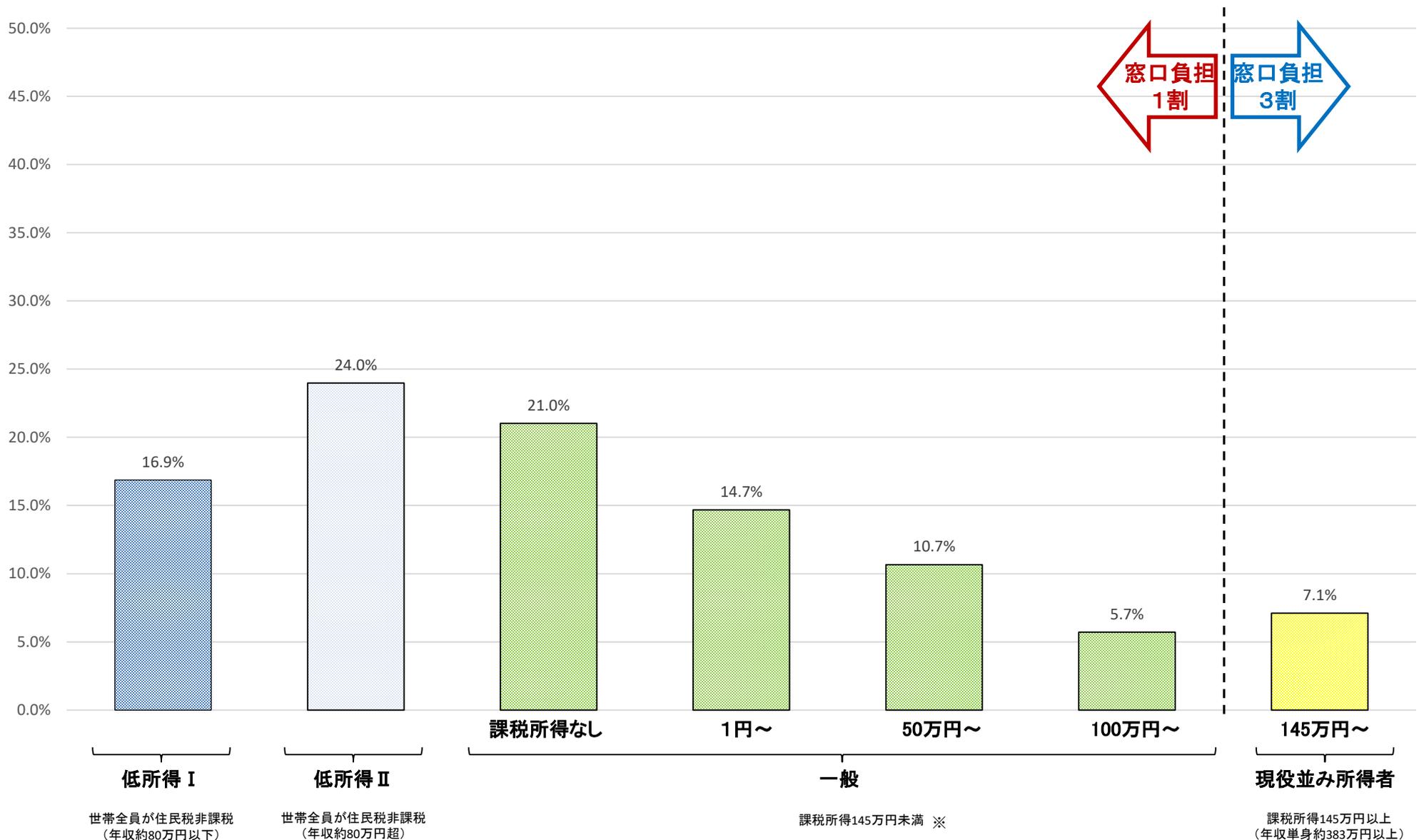
<75歳以上個人の収入額の分布>



【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



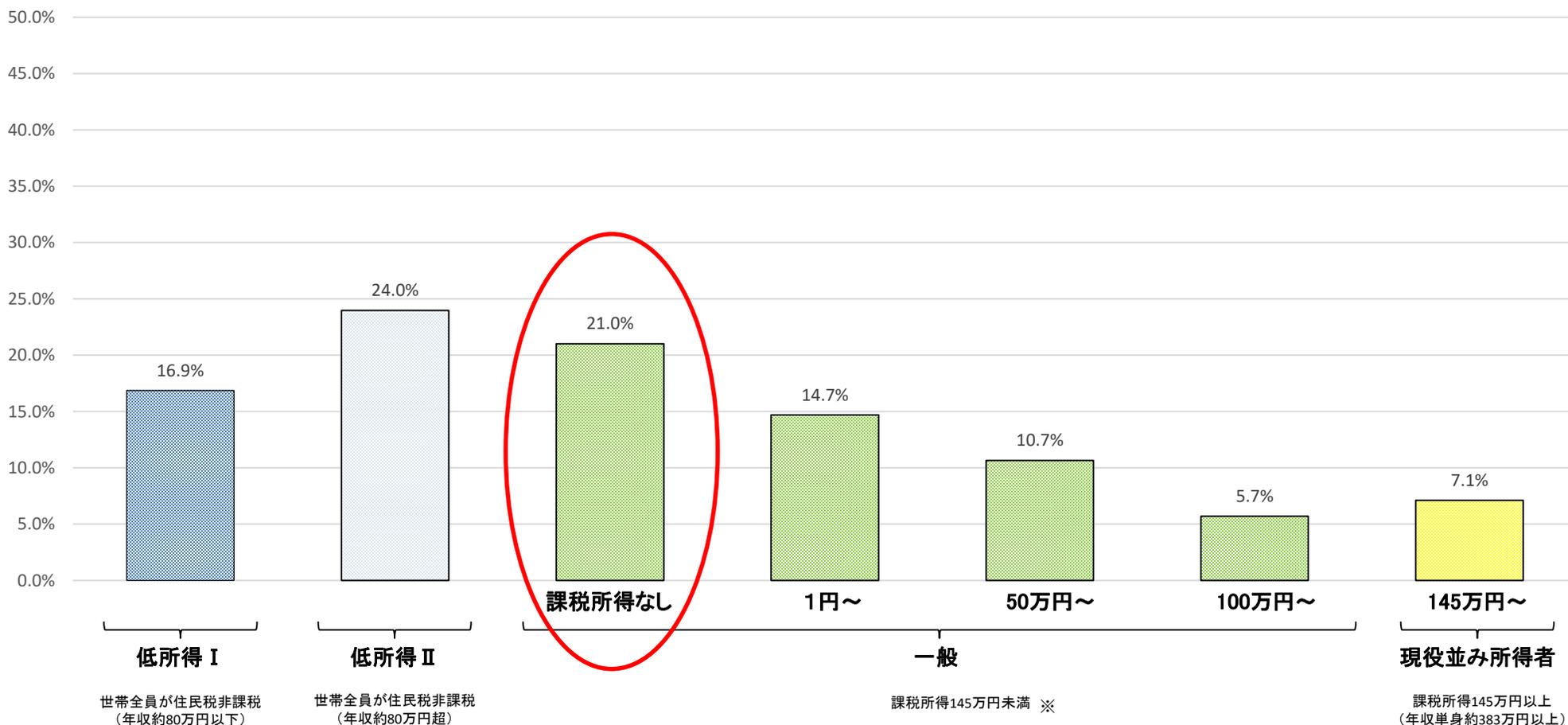
出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

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。

# 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。

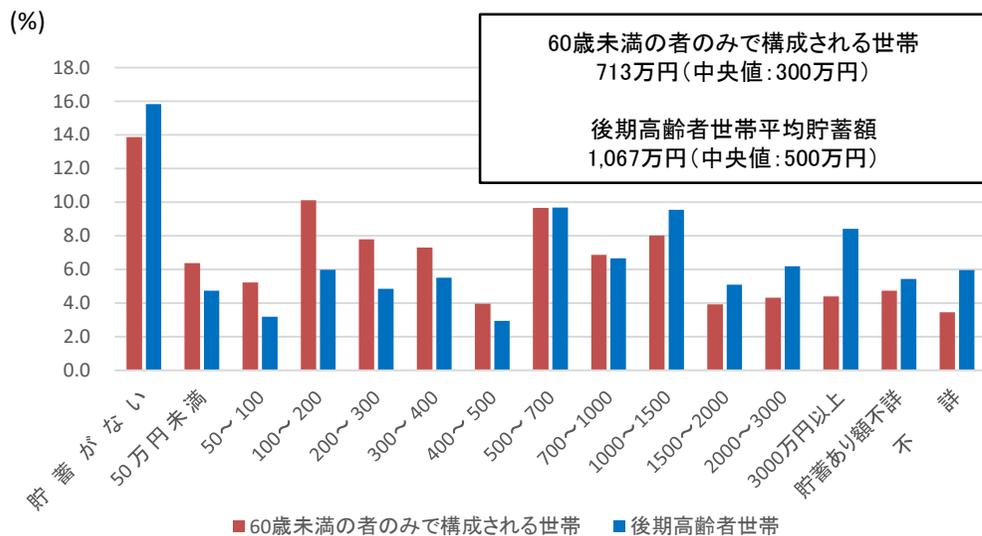


# 後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

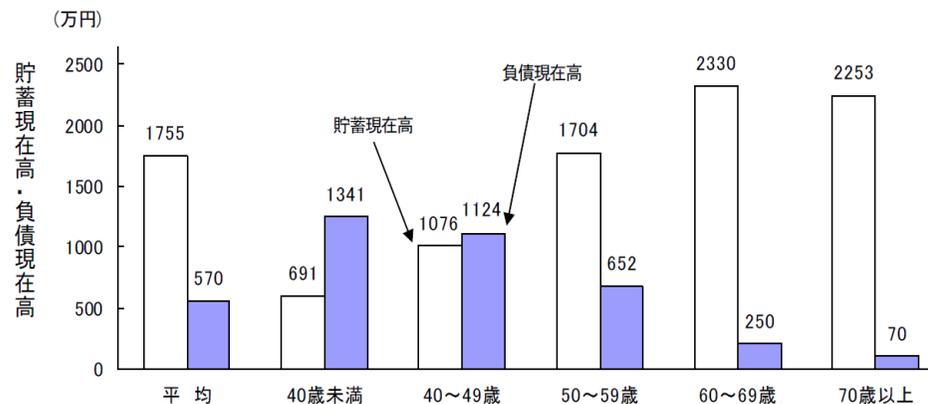
窓口負担	保険料
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。<b>【個人単位】</b></li><li>○ 低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。<b>【世帯単位】</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 被保険者本人の所得により判定。<b>【個人単位】</b></li><li>○ 保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。<b>【世帯単位】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

# 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)＞

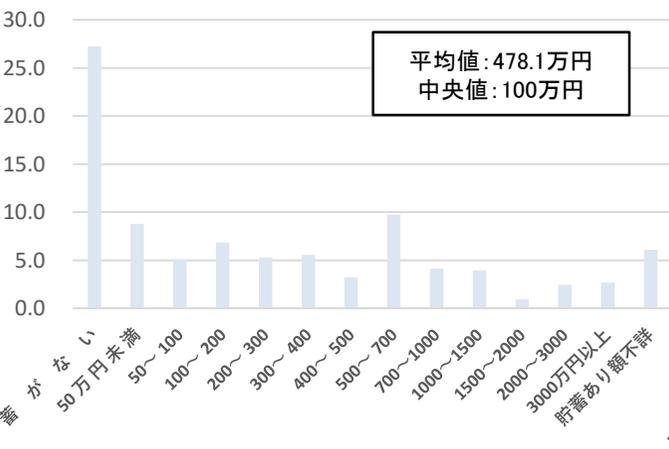


※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。  
 ※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。

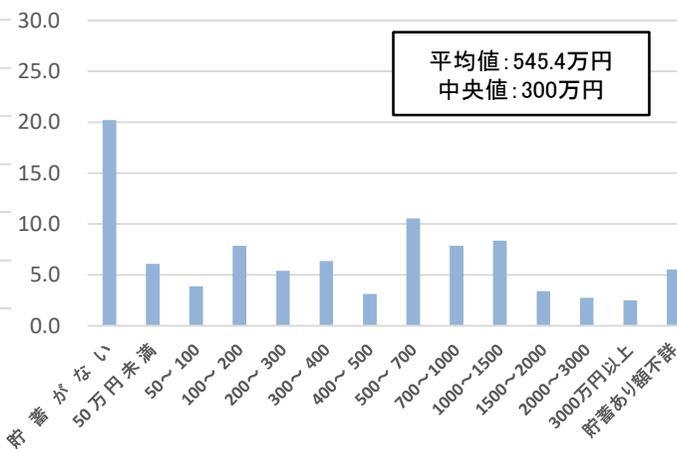
[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)



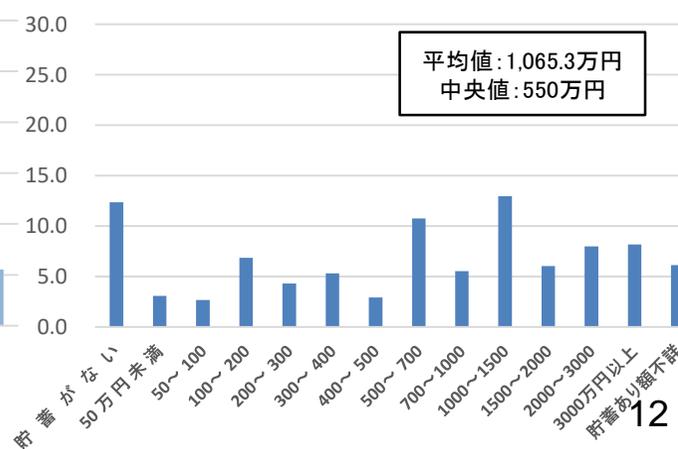
＜100万未満の年収世帯の分布＞



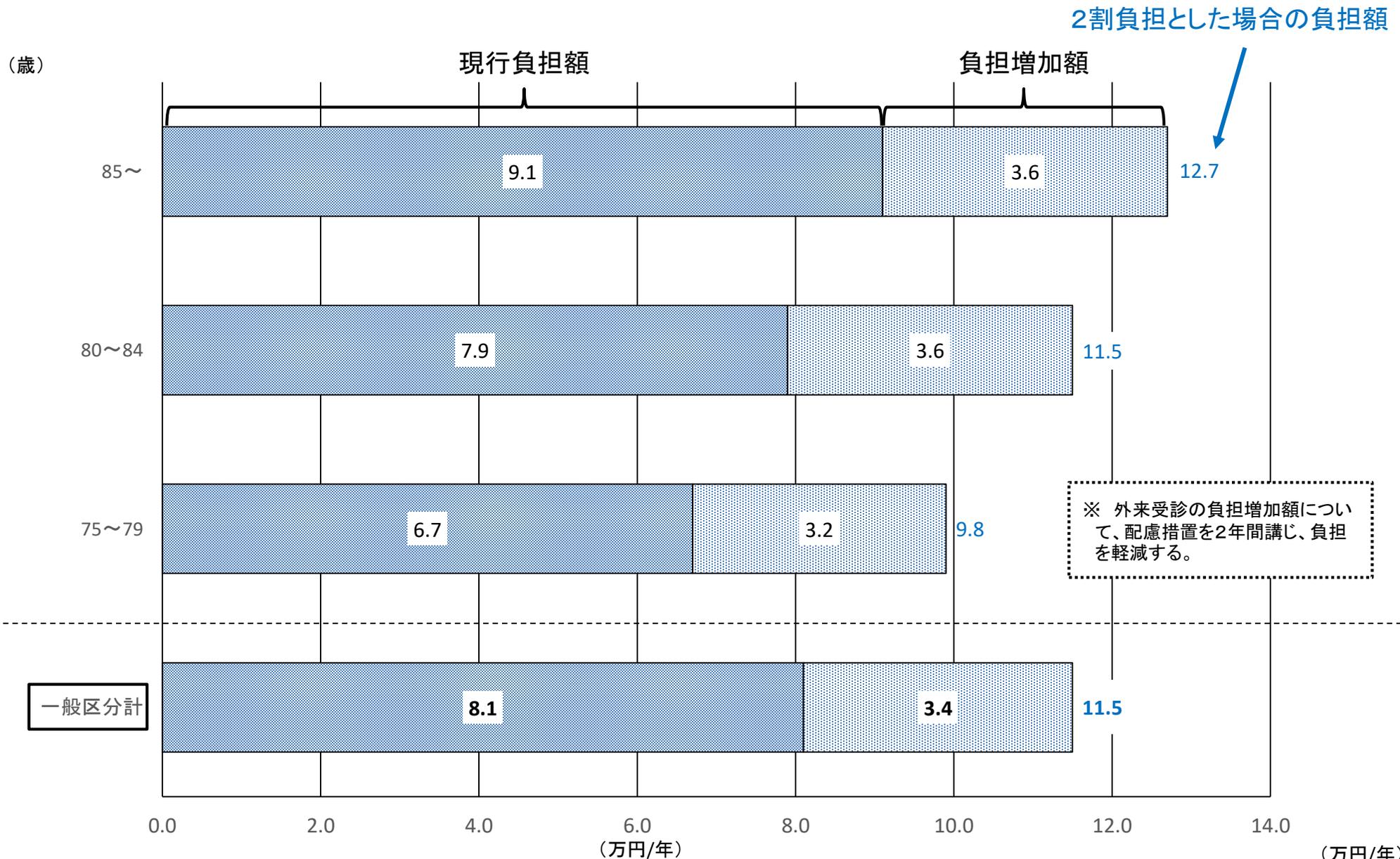
＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



# 年齢階級別の加入者1人当たり自己負担額（一般区分）



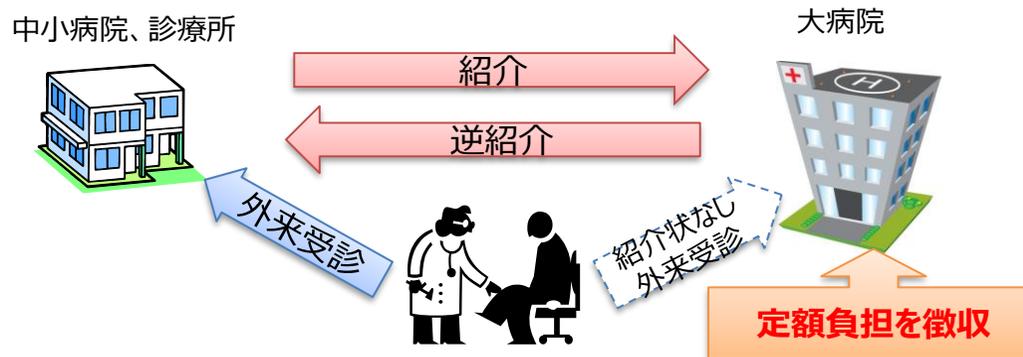
出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

※ 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つてみる必要がある。

## 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

# 紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
  - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
  - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。  
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]  
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者  
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
    - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
    - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
    - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



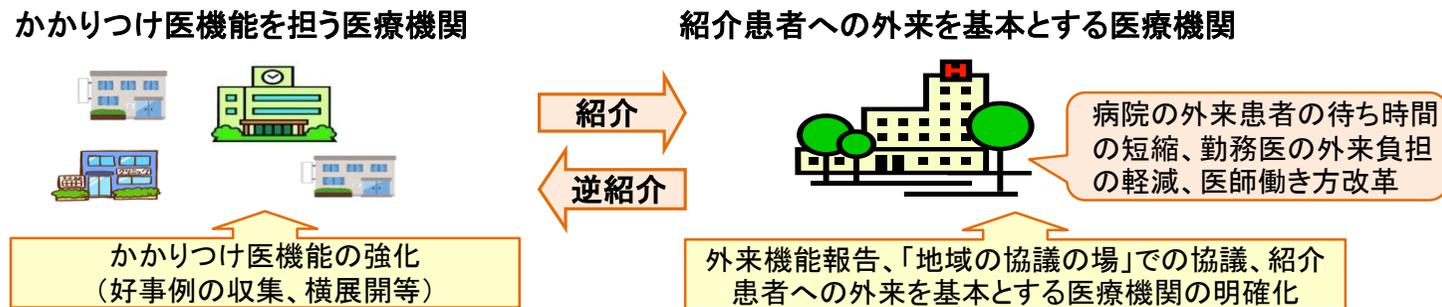
## 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。（現在行われている「病床機能報告」の外来版）
  - ② ①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、**「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**紹介患者への外来を基本とする医療機関（「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**
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、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決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院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、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 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 など）

# 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

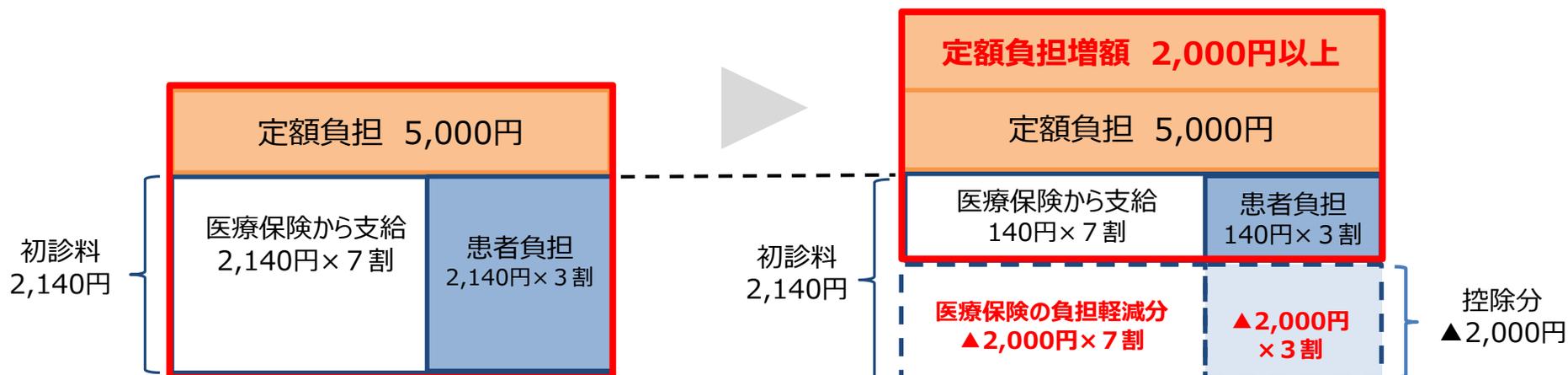
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 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。

# 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。

## 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)

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。

- ・ 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)

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、本年末の最終報告において取りまとめる。