

財政制度等審議会における 議論の状況について

財務省

2020年11月12日（木）

我が国の医療保険制度の特徴と課題

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者・利用者側

- 患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関施設側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入増
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

保険給付範囲のあり方の見直し

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方の見直し

医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲のあり方の見直し

保険給付の効率的な提供

価格
公定価格の適正化 等

供給
医療提供体制の改革 等

ガバナンス
保険者機能の強化、デジタル化の推進 等

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020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。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項		実施年度			K P I	
			2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	60	外来受診時等の定額負担の導入を検討 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020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。 《厚生労働省》			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 ≪厚生労働省≫			—	—

医療保険制度における患者負担の推移

- 医療保険制度における**患者負担の導入・強化**は、我が国の医療保険制度の特徴を踏まえ、**制度を持続可能なものとすべく、行われてきたもの**。
- 足元では、定率負担の患者負担のもと、負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費制度等の影響により、**実効負担率が毎年下がっている**。団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、こうした傾向が加速することが想定されるが、**制度の持続可能性を確保するためには、患者負担が果たすべき機能の低下は望ましくない**。
- **年齢が上がるほど患者負担割合が低く保険給付範囲が広がる構造を含め、患者負担のあり方を見直していく必要**。

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		高齢者	老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度										75歳以上	後期高齢者 医療制度	
国保	3割		なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を選 択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)								
被用者本人	定額負担								70～74歳	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割(平成26年4月以降70歳になる者から2割)							
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))				3割 薬剤一部負担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)				
			被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担												
			被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))												

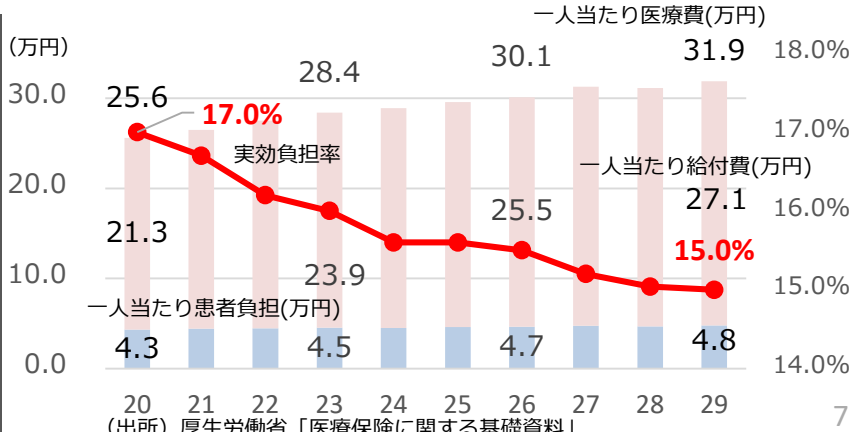
◆ 患者負担の趣旨「平成24年版厚生労働白書」（抜粋）

日本では、国民皆保険制度により、全ての人が、必要なときに、必要な医療を受けることを保障している。また、患者がどの医療機関にも制限なく受診できる「フリーアクセス」、原則出来高払いなどの特徴を持っている。

このような状況下では、もし一部負担がなければ、不安に駆られた**患者側は**、安心を得るために医学的・客観的に必要な回数以上に受診（**過剰受診**）してしまう**可能性がある**。他方、**医療サービス提供者側は**、診療報酬が原則出来高払いのため、患者から求めがあれば、念のため診察して、結果的に**過剰診療を**してしまう**可能性がある**。実際、**1970年代に老人医療費の無料化が実施されたときは**、高齢者が病院の待合室を憩いの場とする「**病院のサロン化**」や過剰診療が**問題**となり、保険財政も厳しい状態になった。

このような「**モラルハザード**」ともいえる**事態を回避するための工夫の一つが、患者の一部負担の導入**である。一部負担をしてもらうことで、患者側には、本当に必要なときに診察を受けようとする**インセンティブ**が働き、医療サービス提供者側にも、本当に診療を必要と考えて受診してきた患者を効率よく診療しようとする**インセンティブ**が働く。

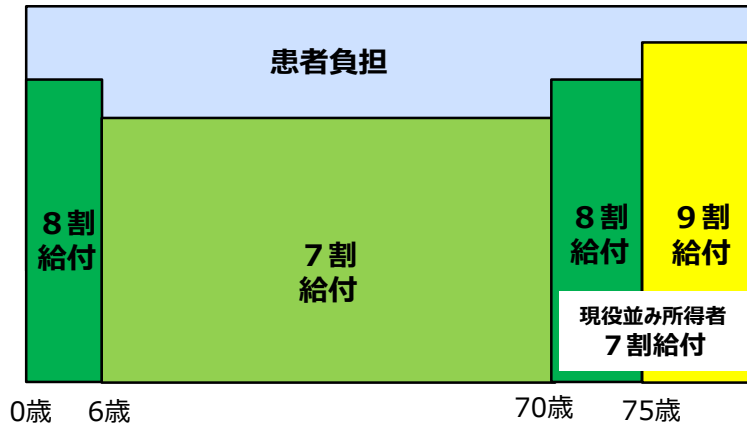
◆ 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移



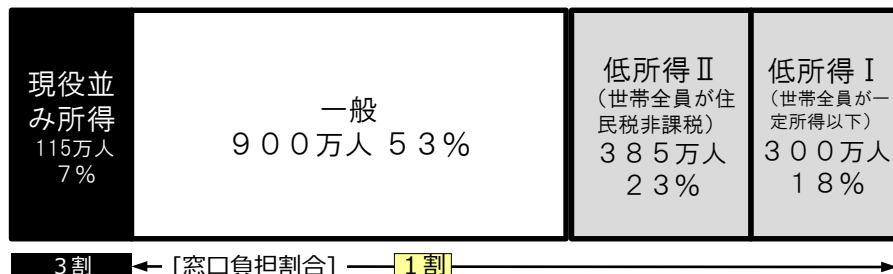
後期高齢者の患者負担割合のあり方①

- 後期高齢者医療制度及びこれを支える後期高齢者支援金の仕組みのもと、**団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、現役世代の保険料負担がますます重くなる**と見込まれる。
- 現在の患者負担の仕組みは**年齢が上がるほど保険給付範囲が広がる仕組み**であり、**現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心**という全世代型社会保障改革において問題とされる**これまでの社会保障の構造そのものである**。
- 全世代型社会保障への転換を図るからには、現在9割給付（1割負担）とされている後期高齢者について、**可能な限り広範囲で8割給付（2割負担）を導入**するとともに（高齢者の医療の確保に関する法律の改正）、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、施行時期を定めるべき。

◆ 医療費の給付割合

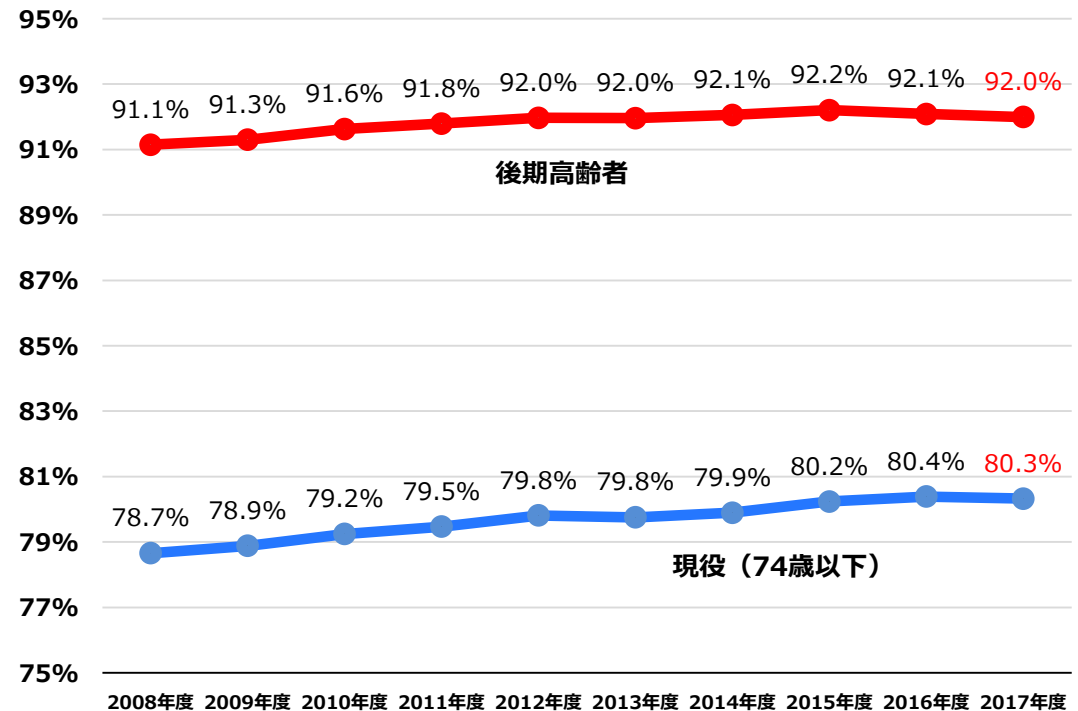


◆ 後期高齢者医療制度における被保険者の分布



（出所） 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成29年度実績ベース）

◆ 実効給付率の推移



（注） 公費による患者負担の軽減は含んでいない。

（出所） 第4回全世代型社会保障検討会議資料 データ元：各制度の事業年報等