

### 3. 薬価、薬剤費を取り巻く施策動向

前章では、外来薬剤費や薬価の変化について、その要因を分析してきたが、薬価の設定段階だけでなく、改定段階においても様々な制度が絡んでいた。また、取引価格についても、供給側と需要側、そして保険側の関係や代替性のある医薬品間の競争関係により、価格形成が変化していることが示された。本節では、海外で実施されている薬価の仕組みについて、保険収載の制度や改定方法、適正な投薬を実現するための施策を中心に整理する。

#### 3. 1. 諸外国の保険収載制度及び薬価改定ルールの整理

まず、諸外国における保険制度上の医薬品処方への給付範囲についてまとめよう。

##### (欧州諸国では参照価格や可変償還率を導入済)

イギリスでは、ポジティブリスト方式（公的制度のもとで償還される医薬品を収載）を採用している。患者が薬局で処方薬を受け取る場合には、1 医薬品当たり 8.4 ポンドの自己負担が求められる（低所得者、学生などの多くは無料）が、二次医療（入院時）の自己負担額は無料である。

ドイツでは、償還対象の医薬品は「処方せん薬」(Rezeptpflichtige Arzneimittel) と呼ばれ、薬局の販売価格が償還対象薬剤費となる。医薬品費用の自己負担は、薬価の 10%（但し医薬品 1 種類につき、最低 5 ユーロ、最大 10 ユーロ）に加えて、参照価格制度による超過分を合わせた額である。また、薬局の販売価格が参照価格の 7 割未満の医薬品については、10%の自己負担が免除される。

フランスでは、外来用医薬品は公定価格制度だが、入院時の医薬品は包括払いの一部となっている。また、医薬品の償還率は、医療上の有用性評価（SMR 基準<sup>28</sup>）により 5 段階に区分されている。

アメリカでは、メディケアパート A（主に病院、公費）については、院内医薬品は給付されるものの、外来処方医薬品は一部を除き給付対象外となっている。メディケアパート B（主に診療所、保険料）では、包括化されていない医薬品が給付対象として扱われている。メディケアパート D（保険料）では、外来処方医薬品をフォーミュラリ<sup>29</sup>に基づき給付している。メディケイド（公費）では、給付対象医薬品を各州が設定している。

<sup>28</sup> 医療経済研究機構（2016）によると、治療上の有用性（SMR 基準）は、医薬品の効能が対象とする疾病の重篤度、及び特定の効能における医薬品自体のデータを考慮した判断基準により決定される。判断基準には、(a) 有効性、副作用、(b) 治験上の位置（特にその他の治療法と比較した場合）と代替治療法の有無、(c) 疾病の重篤度、(d) 公衆衛生上のメリット、(e) 「不十分」な SMR は公的な保険償還対象とする理由が正当化されないもの、等が含まれる。

<sup>29</sup> 厚生労働省（2015 a）によると、フォーミュラリとは医療機関における患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針、のことである。米国では、採用薬並びに関連する機器のリスト、薬の使用手順書、重要な医薬品情報、臨床上意思決定をサポートするツール、院内ガイドライン、等の位置付けとされている。

図表 3-1-1 諸外国の医療保障制度

	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
医療保障制度の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般財源(税)を主たる財源として、国民は原則無料で保健医療サービスを受益。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>約 90%が公的医療保険による国民皆保険、国民は一部自己負担で保健医療サービスを受益。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会保険方式による国民皆保険制度により、国民は保健医療サービスを受益。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国民は民間保険、メディケア(高齢者中心)、メディケイド(低所得者世帯)の3つの医療により受益(民間保険が約6割)。</li> </ul>
医薬品処方 <sup>1</sup> の給付範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則として全てNHSのサービスとして償還されている。</li> <li>外来で処方される医薬品はドラッグ・タリフ(薬価表)に記載され、NHSから薬局に支払われる償還価格が公表される(毎月更新)。</li> <li>一次医療(プライマリ・ケア)は基本的に人頭払い、二次医療(病院)は包括払い(PbR)。</li> <li>一次医療に対してのみ8.4ポンド/1医薬品の自己負担(但し、免除制度により実態は9割が自己負担金を要さない)であり、二次医療については自己負担無料。</li> <li>新規医薬品、後発医薬品ともに、承認を受けると同時に償還医薬品として販売可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ネガティブリスト方式を採用し、リストには、強壮剤、やせ薬、経口避妊薬など約2,000品目が掲載されている。</li> <li>償還の対象となる医薬品は処方せん務医薬品であり、<u>薬局販売価格が償還対象の薬剤費(但し、参照価格が設定された医薬品については当該参照価格が上限)</u>。</li> <li>外来診察料は、10ユーロ/四半期の自己負担。医薬品は10%の自己負担(但し医薬品1種類につき、最低5ユーロ、最大10ユーロ)に参照価格制度による超過分を付加した額。</li> <li>新規医薬品、後発医薬品ともに、承認を受けると同時に償還医薬品として販売可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ポジティブリスト方式を採用し、「社会保険加入者償還可能医薬品リスト(LSPR)」に記載。</li> <li>外来医薬品については品目毎の償還率にて受益。入院医薬品は、入院医療費(包括払いで、20%と1日定額18ユーロが自己負担分)に含まれて償還(但し、民間による補完医療保険により自己負担金分の給付を受益)。</li> <li>外来で使用される医薬品は、<u>公定価格制度、入院で使用される医薬品は包括払い</u>。</li> <li>医薬品の償還率は医療上の有用性評価(SMR基準)により5段階に区分(100%、65%、30%、15%、0%)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メディケアパートA(主に病院、公費)では院内医薬品給付。外来処方医薬品は一部を除き給付対象外。</li> <li>メディケアパートB(主に診療所、保険料)では、<u>包括化されていない医薬品が給付対象</u>。償還価格は、平均販売価格(ASP)×106%。</li> <li>メディケアパートD(保険料)では、<u>外来処方医薬品給付</u>。医薬品集(フォーミュラリー)に基づき給付。償還価格の目安は概ね以下の通り。</li> <li>先発医薬品=(製薬企業希望小売価格(AWP)-15%)+調剤費(1.25~3.25ドル/1調剤)</li> <li>後発医薬品=(AWP-45%)+調剤費(1.25~3.25ドル/1調剤)</li> <li>メディケイド(公費)では、給付対象医薬品を各州が設定。</li> <li>民間保険では、保険償還対象とする医薬品は加入プランにより異なる。償還価格はメディケアパートDと同様。</li> </ul>

(備考) 医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究 報告書」(平成28年3月)、佐藤章弘 企画編集「世界の薬価・医療保険制度早引き書 2015年度刷新版」、健康保険組合連合会「医療・医薬品等の医学的・経済的評価に関する調査研究—フランスにおける取組を中心として 報告書」(2014年6月)により作成。

諸外国の先発医薬品の収載時薬価、先発医薬品の改定時薬価、後発医薬品の収載時薬価については、図表 3-1-2 のようにまとめられる。

**(薬価は自由設定が原則も、欧州では保険償還に工夫)**

イギリスでは、先発医薬品の価格設定について、NHS に対する製薬企業の利益率を規制し、その利益率の上限内で製薬企業が自由に設定できるが、原則 5 年に一度の間隔で薬価が改定される。同様に、初めて市場に参入する後発医薬品も価格を自由に設定できるが、発売後は実勢価格に基づき 3 か月に一度、改定されることとなる。

ドイツでは、先発医薬品は暫定的に価格を自由に設定できるが、上市後 6 か月で従来の療法と比べた追加的な有用性を評価され、その評価結果等に基づき保険償還価格が決まる。後発医薬品は製薬企業が価格を自由に設定できるが、参照価格制度の下での自由価格となる。

フランスでは、医療サービスの改善度等の評価を踏まえ、医療用品経済委員会 (CEPS) と製薬企業との交渉により償還価格が決まる。薬価収載後、3 年間の売上が需要予測以上となった場合は、価格が引き下げられる。また、特許期間終了時には 20% 薬価が下げられ、その 18 か月後にはさらに 12.5% 引き下げられる。後発医薬品の価格は先発医薬品の価格の 4 割に設定され、先発医薬品の特許期間終了の 18 か月後には、7% 分の薬価を引き下げる。なお、先発医薬品から後発医薬品への置換率が低い場合には、フランス版参照価格制度 (TFR 基準)<sup>30</sup>が適用される。

アメリカでは、先発医薬品も後発医薬品も、製薬企業が自由に価格を設定・変更することができる。

---

<sup>30</sup> 医療経済研究機構 (2016) によると、TFR は、定額払い戻し基準料金のこと。特許切れから 18 か月後に代替率 62% 未満の場合、同 36 か月後に同 80% 未満の場合に TFR 適用となる。「TFR の適用対象」とされた医薬品グループは、それに所属する全ての製品が TFR 価格を基に償還され、TFR 価格以上の価格で販売された場合は、その差額を患者が自己負担することとなる。

図表 3-1-2 諸外国の薬価算定・改定ルール

	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
先発医薬品・保険収載時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・製薬企業が医薬品価格規制制度（PPRS）の枠組みの中で自由に価格設定（＝償還価格）できる（但し、年間利益率の上限内での設定）。</li> <li>・許容成長率を超えた場合、その差に基づく費用を製薬企業がNHSに返金する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・製薬企業は自由に価格設定をし、その出荷価格に卸・薬局のマークアップ（公定）を付加した金額が販売価格（＝償還価格）となる。</li> <li>・自由価格は暫定価格であり、上市後6か月後に、<u>従来の療法と比べて追加的な有用性があるかどうか評価を受け、その評価結果等に基づき保険償還価格が決められる。</u></li> <li>・(追加的な有用性がないと判断された場合) <u>適用できる参照価格グループがあれば、当該参照価格が償還価格となる。</u>参照価格グループがなければ、比較しうる従来の治療法の価格を基にした価格が適用される。</li> <li>・(追加的な有用性があると判断された場合) <u>製薬企業と疾病金庫中央連合会との間で価格交渉が行われ、合意すれば当該価格が償還価格となる。</u></li> <li>・(合意に至らなかった場合) EU諸国での販売価格をベースに価格が決められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規医薬品は、高等保健衛生機構（HAS）にある透明化委員会（CT）における<u>医療サービスの改善度による評価（ASMR基準）</u>を踏まえ、類似薬価格、需要予測、経済性評価を加味し、<u>医療用品経済委員会（CEPS）と製薬企業との交渉により償還価格が決められる。</u></li> <li>・有用性の高い新規医薬品は、<u>製薬企業による薬価届出制が認められている</u>（但し、英独伊等、欧州の主要国の価格を超えないという条件付き）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先発医薬品は、画期性、有効性、安全性、マーケットシェアなどを考慮して、<u>製薬企業が自由に価格設定・変更を行う。</u></li> <li>・販売価格は製薬企業と保険者との交渉で決定されるため、<u>同じ医薬品でも購入者ごとに販売価格が異なる。</u></li> </ul>

	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
先発医薬品・薬価改定時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ P P R S の見直しに合わせ、<u>原則 5 年に一度薬価改定。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期有用性評価制度以外に薬価改定システムはない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先発医薬品は最長 5 年に一度償還価格が見直される。</li> <li>・ 製薬企業が薬価収載時に提出した <u>3 年間の需要予測以上に売れた場合は、価格の引き下げが行われる。</u></li> <li>・ 先発医薬品は、<u>特許期間終了時に 20% 価格が引き下げられ、その 18 か月後に 12.5% 引き下げられる。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>製薬企業は自由に価格を変更できる。</u></li> <li>・ 自由価格であるため、物価動向や臨床的価値に応じて<u>値上げも認められている。</u></li> </ul>
後発医薬品	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大部分の後発医薬品は卸売企業のマージンや薬局への値引き率の規制をなくし、製薬企業は<u>自由に価格設定</u>する（スキーム M）。一方で、薬局が医薬品の購入価格と償還価格の差額から得る利益の総額が一定額になるように、<u>3 か月ごとに償還価格を改定</u>することから、上市時に設定した価格は、早期に大幅に下落する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 製薬企業は自由に価格設定できるが、<u>参照価格制度</u>の下での自由価格となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品は、<u>先発医薬品の 4 割の価格で収載</u>され、先発医薬品の特許期間終了の 18 か月後に 7% 引き下げられる。</li> <li>・ <u>置換率の低い先発医薬品を含む後発医薬品には、フランス版参照価格制度（T F R 基準）</u>が適用される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品は、先発医薬品の価格に基づいて製薬企業が<u>自由に価格設定</u>。競合品目数が多いほど、設定価格は低くなる傾向が見られる。</li> </ul>

(備考) 図表 3-1-1 と同様に作成。

### 3. 2. 諸外国の薬剤費コントロール施策の整理

(「価格・償還」だけでなく、「企業利益」や「使用量」等に対する工夫も実施)

諸外国では、薬剤費のコントロールを目的として様々な施策が行われている(図表3-2-1)。主な手段を分類すると、「価格・償還への介入」、「企業利益等への介入」、「処方への介入」、「その他(治療の質を考慮した長期的なコントロール)」等に分けられる。

まず、「価格・償還への介入」としては、償還率の可変(フランス)や、償還対象医薬品の制限(イギリス)などが挙げられる。次に「企業利益等への介入」としては、企業の利益率の管理(イギリス)などが行われている。また、「処方への介入」としては、推奨品目や利用ガイドといったフォーミュラの導入(アメリカ、イギリス)や一般用医薬品の使用促進(イギリス)などが考えられる。「その他」については、費用対効果評価を活用する例がある。償還価格の引下げ(ドイツ)や償還対象医薬品の制限(イギリス)に使用することもあれば、リスクシェアリングの対象を選定する評価(イタリア)に使用することもある。

これらの政策メニューの中では、償還価格の引下げや、後発医薬品の使用促進、バイオ後続品の使用促進は引き続き重要な政策手段となると考えられるが、情報の非対称性の観点からは、医学的に適正な使用を目指すような処方への介入も有用と考えられる。例えば、多剤投与の制限や、一般用医薬品の使用促進(O T C類似薬の保険給付率の引下げ等)のような政策が該当する<sup>31</sup>。

---

<sup>31</sup> なお、一部の政策メニューについては、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(2015年6月30日閣議決定)及び「経済・財政再生アクション・プログラム」(2015年12月24日経済財政諮問会議決定)に記載され、社会保障審議会医療保険部会、中央社会保険医療協議会薬価専門部会等において導入に向けた議論が行われている。例えば「費用対効果評価」については、試行的な導入結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて更なる検討、診療報酬における適切な対応を取る(2020年度まで)こととされている。また、市販品類似薬に係る保険給付について見直し、生活習慣病治療薬等の処方の在り方、特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方、等の検討が今後進められる予定である。

図表3-2-1 諸外国で実施されている薬剤費コントロール施策

政策メニュー	内容	各主体に与える影響として考えられるもの			
		患者	保険者	製薬企業	
価格・償還への介入	償還価格引下げ (フランス)	医療保険上の医薬品償還価格を引き下げる政策	患者の自己負担額減。	給付額減。	売上減。
	償還対象医薬品の制限 (イギリス)	公的保障の償還対象品目を限定する政策 (ポジティブリスト)	償還対象外品目は自己負担によりアクセス抑制。	給付額減。	アクセス抑制による売上減。
	償還割合の引下げ・メリハリ (フランス)	医薬品の種類・特性(効果、他の治療法と比べた有効性、重篤性等)に応じて、償還割合を変更する政策	自己負担額の増加により需要抑制。	需要抑制と償還割合引下げにより給付額減少。	需要抑制により売上減。
	リスクシェアリング Managed Entry Agreement (イタリア・韓国など)	(高額医薬品等について) 保険支払側と製薬企業の合意の下、投薬効果や市場規模の変化に応じて価格引下げ、割戻し等を行う制度	価格が引き下げられる場合には、患者の自己負担額減少。	価格引下げの場合は保険給付額減少。割戻しの場合は財政改善。	効果や市場規模の事前の予想について不確実性が高い(価格形成への予測可能性が低い)。
企業利益等への介入	薬剤費総額のコントロール(予算管理) (フランス)	薬剤費総額(外来、入院等分野別)を予算制とする制度	年度末に予算を超えた場合のアクセス制限。	負担上限が設定されるため、保険給付額の抑制効果は強い。	売上額の予測可能性は高い。
	企業の利益コントロール (イギリス)	製薬企業の利益率等に応じて価格を引き下げる制度	価格が引き下げられる場合には、患者の自己負担額減少。	価格引下げの場合は給付額減。	利益の範囲で研究投資も可能。
処方への介入	処方数制限	多剤投与の解消により、薬剤費の抑制を図る政策	剤数減少により薬剤費が削減される場合は、自己負担減少。	剤数減少により薬剤費が削減される場合は給付額減。	併用が推奨されない医薬品の場合は、売上減。
	フォーミュラリ管理・ガイドライン (アメリカ・イギリス等)	推奨医薬品リストやガイドラインを作成し、情報提供を通じて、効果的な処方を図る政策	安価な薬剤が使用されれば自己負担減であるが、選択の自由は制限される。	安価な薬剤が使用されれば給付額減。	高額で優先順位の低い医薬品は売上減。
	後発医薬品・バイオ後続品使用促進 (多数)	特許期間が切れた新薬について、後発医薬品等への置換を促進し、薬剤費の伸びを抑制する政策	廉価な後発医薬品等の使用により、患者の自己負担額減少。	廉価な後発医薬品等の使用促進により給付額減少。	先発医薬品については、需要抑制により販売額減少。後発医薬品は販売額増加。
	一般用医薬品使用促進・一般用医薬品へのスイッチ (イギリスなど)	O T C薬の使用を勧奨する政策(症状に応じて一定期間O T C薬で治療するよう促す等)や市販品として定着したO T C類似薬を償還対象外(又は引下げ)とする政策	全額自己負担になるため、患者の自己負担額増加により需要抑制。	需要抑制により給付額減。	需要抑制により販売額減少。
	参照価格制度 (フランス・ドイツなど)	医療保険の償還基準額を超えている医薬品については、超過額を患者の自己負担とする制度	高額な先発薬へのアクセス抑制。	保険給付額が減少する可能性があるが、参照価格帯で価格が下げ止まる可能性もある。	先発医薬品については、需要抑制により販売額減少。後発医薬品は販売額増加。
その他	費用対効果評価 (イギリス等)	新薬の費用対効果を評価し、その結果に応じて保険収載の可否や償還価格を調整・決定する政策	費用対効果に問題があるとされた新薬へのアクセス制限の可能性。	価格引下げの場合は、給付額減。	費用対効果に問題があるとされる新薬の開発が阻害される可能性。
	疾病管理 (フランス、ドイツ等)	慢性疾患等のハイリスク群の住民・患者に対して、重症化予防等を行い、重症化した状態で使用される高額薬剤費を抑制する政策	重症化予防によるQ O Lの改善。	重症化予防により給付額減。	重症化予防に対する開発・販売インセンティブ。

(備考) 坂巻弘之「連載『薬剤経済学』～薬剤費に関わる議論と費用対効果評価(第2回)～薬剤費の状況と薬剤費コントロール策」ファーマシストフロンティア2017年2月号 vol.22  
(<https://mim.publishers.fm/issue/3535/>) により作成。

### ボックス3：高額療養費基準に該当する医薬品の割合の試算

#### （高額療養費制度は利用者に高額医薬品利用の誘因）

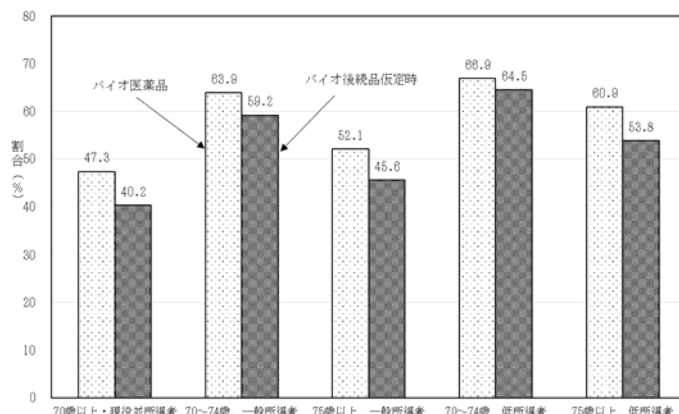
日本においては、同一／同等の医薬品を処方する際に、安価な医薬品が選択されない可能性がある。その要因の一つとして、高額療養費の適用が考えられる。

バイオ医薬品<sup>32</sup>を例にとり、薬剤費のみで高額療養費基準に該当する医薬品の割合を試算してみる。先行バイオ医薬品 169 品目を対象として、高額療養費制度で設定されている自己負担上限値と、自己負担額の大小関係を比較する。

その結果、薬剤費のみで高額療養費の基準に該当するバイオ医薬品の品目の割合は、70 歳以上の現役並所得者で 47.3%に上り、70～74 歳の低所得者では 66.9%に達した。

また、全ての先行バイオ医薬品にバイオ後続品が存在すると仮定し、バイオ後続品に置き換わった場合に、高額療養費の基準に該当する品目の割合も併せて試算してみる。その結果、バイオ後続品に全て置き換わると、高額療養費の基準に該当する品目の割合は、2%～7%ほど下がる。

ボックス図表 3-1 薬剤費のみで高額療養費の基準に該当するバイオ医薬品・バイオ後続品の品目の割合



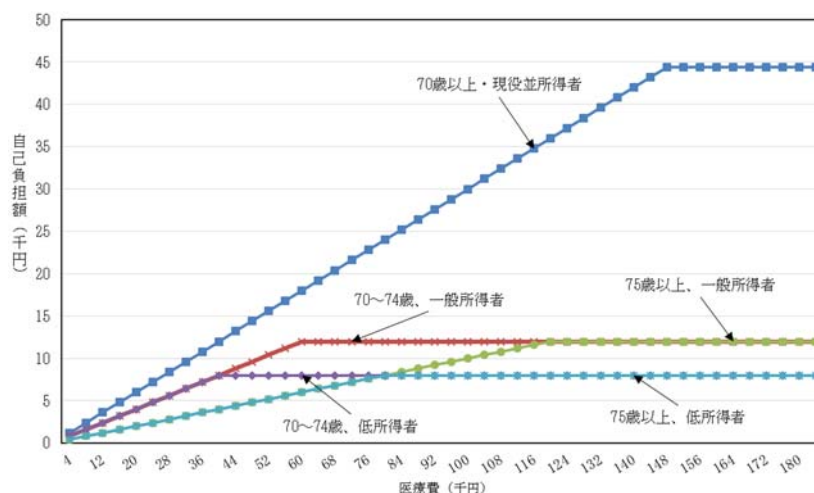
- (備考) 1. 厚生労働省「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件」（厚生労働省告示）等により作成。
2. 1日薬価推計値×30日分を1カ月の薬剤費として試算し、その自己負担額と、高額療養費の自己負担上限額を比較し、推計。①個人該当、外来特例<sup>33</sup>と想定、②実医療では、診療費や他の薬剤費も含めて、高額療養費が適用される点、③30日間使用しない医薬品も含まれている点等に留意が必要。
3. バイオ後続品は、一律でバイオ医薬品の1日薬価の70%と仮定。実際の販売状況は想定していない。
4. バイオ医薬品の1日薬価の推計方法は以下の通り。①各医薬品の用法用量及び規格を基に、用量／規格×薬価／投与間隔、で推定。②用量は通常最大用量を用いている。期間によって異なる際は維持療法時の用量を使用。③体重換算が必要な場合は成人50kg、小児20kg換算を採用。④体表換算を行う際は1.5㎡換算。⑤複数規格ある際は最小規格の薬価を採用。

<sup>32</sup> バイオ医薬品は、バイオ後続品への置換率が低いこと、薬価が高額な医薬品が比較的多いことなどから、ここではバイオ医薬品を取り上げて試算を実施した。

<sup>33</sup> 高額療養費制度では、通常、世帯単位にて1カ月の総医療費に対する自己負担上限額が設定されているが、70歳以上の場合には、個人単位の外来医療費のみの上限額も設けられている。



ボックス図表 3-2 (参考) 医療費と自己負担上限額 (個人、外来)



(備考) 厚生労働省「高額療養費を利用される皆様へ」により作成。

**(高額療養費制度による利用者への実質給付額は平均 93 万円)**

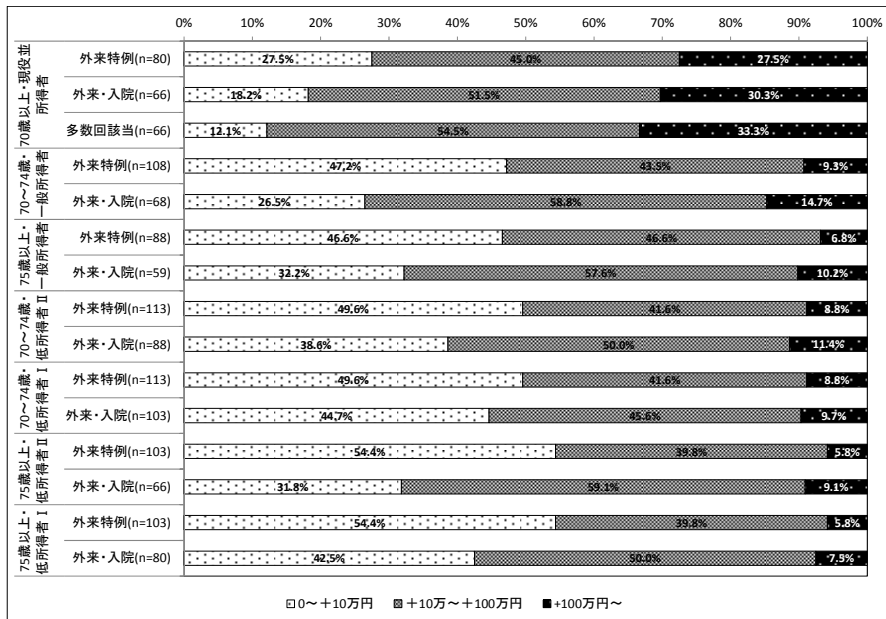
次に、高額療養費適用医薬品について、制度適用により、どの程度自己負担額が軽減されているのか計算する (ボックス図表 3-3)。

高額療養費制度適用時の自己負担額と、非適用時の自己負担額の差額を求めた結果、差額が「+10 万円～+100 万円」の範囲に入る医薬品が半数前後を占めているが、100 万円以上の差額がある医薬品も 70 歳以上の現役並所得者では約 30%存在する。また、多数回該当<sup>34</sup>が適用されるケースでは、自己負担上限額が引き下がることから、多数回該当でないケースと比べて、「+10 万～+100 万円」、「+100 万円～」の категорияが増加し、結果として、高額療養費制度による実質給付額が高くなっている。

これらの結果が示すとおり、高額療養費制度の適用によって、先行バイオ医薬品薬価の患者自己負担額が低くなっていると考えられる。これにより、医療関係者、患者双方にとって、高額な先行バイオ医薬品を使用するインセンティブが働き、バイオ後続品への代替が進まない要因になっている可能性がある。

<sup>34</sup> 高額療養費制度では、過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達した場合は、4 回目から「多数回」該当となる。「多数回」該当が適用される場合には、自己負担上限額が、通常よりも引き下がる。

ボックス図表 3-3 高額療養費適用時の自己負担額差額



		給付額平均(円/月)
70歳以上・現役並所得者	外来特例(n=80)	827,406
	外来・入院(n=66)	932,382
	多数回該当(n=66)	1,000,634
70~74歳・一般所得者	外来特例(n=108)	423,951
	外来・入院(n=68)	633,311
75歳以上・一般所得者	外来特例(n=88)	253,377
	外来・入院(n=59)	341,084
70~74歳・低所得者Ⅱ	外来特例(n=113)	409,107
	外来・入院(n=88)	506,154
70~74歳・低所得者Ⅰ	外来特例(n=113)	409,107
	外来・入院(n=103)	441,437
75歳以上・低所得者Ⅱ	外来特例(n=103)	220,218
	外来・入院(n=66)	323,611
75歳以上・低所得者Ⅰ	外来特例(n=103)	220,218
	外来・入院(n=80)	275,602

(備考) ボックス図表 3-1 と同様に作成。