

0

みんなでストップ！患者負担増。 75歳以上の2割負担導入、大病院の受診時定 額負担の拡大は中止を！

コロナ禍で負担増の議論などありえない。



政府が狙う患者負担増計画とは？

◆菅首相（9月16日就任会見）

- ・「安倍政権の取組を継承し、更に前に進める」「目指す社会像は**自助、共助、公助、そして絆**」

⇒ まずは、自分でやってみる、無理なら地域・家族、最後に政府が対応。自助と称して、医療・社会保障を切り詰める、経済的強者を優先する**新自由主義路線を継承し、更に強めていく**と宣言。

◆安倍政権より引き継いだ患者負担増計画（主なもの）

【全世代型社会保障検討会議】

- ①75歳以上の「一定所得」以上について窓口負担への2割導入
 - ②「200床以上の一般病院」への受診時定額負担の拡大
- ⇒ 最終報告「**全世代型社会保障改革の方針**」（閣議決定・12月15日）

【骨太の方針・改革工程表2019】（上記を除く）

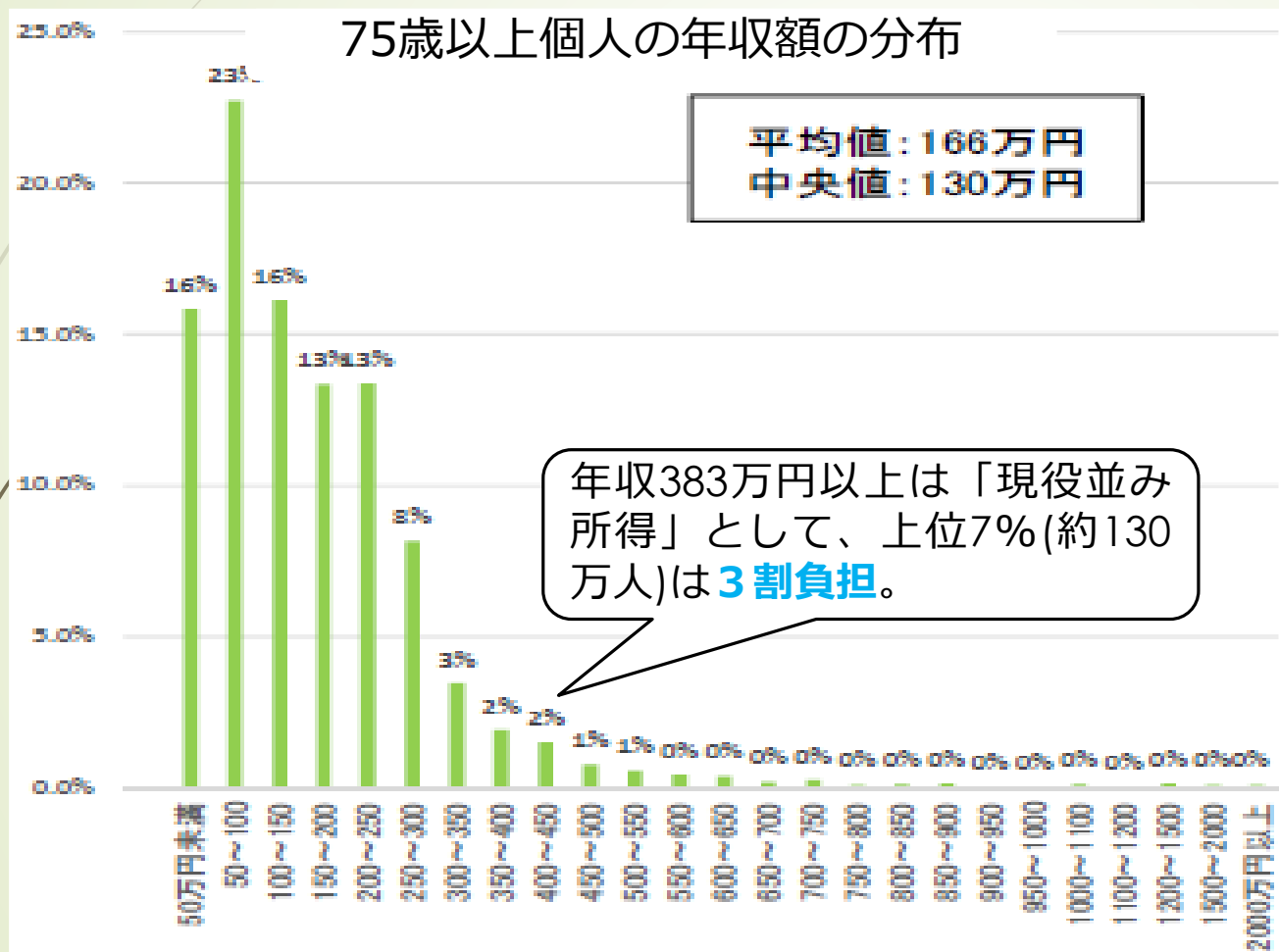
- ①高齢者において、金融資産等の保有状況を患者負担に反映（⇒入院時生活療養等が標的？）
 - ②市販品類似薬（スイッチOTC）などにおける薬剤自己負担の引上げ
 - ③医療費について、保険給付率と患者負担率のバランス等を定期的に見える化するなど
 - ④3割負担者の範囲拡大（※現在70歳以上で単身年収383万円以上が「現役並み所得」として3割負担）
 - ⑤医薬品等の費用対効果評価の活用（⇒評価が悪いものは保険給付外、保険外併用療養の活用など）
- ⇒ 「**議論の整理**」（医療保険部会・12月24日）、「**改革工程表**」（経済財政諮問会議・12月18日）

75歳以上で年収200万円以上に窓口負担2割導入

◆政府の全世代型社会保障検討会議「最終報告」（2020年12月15日）

- ①75歳以上の後期高齢者（現在3割負担者は除く）で**年収200万円以上（単身世帯）**の場合、窓口負担を1割から2割負担に引き上げる（※）。
複数世帯では、75歳以上の年収合計が**320万円以上**の場合、全員が2割負担に。
⇒ 所得で上位30%（既に最上位7%は3割負担）に該当し、約370万人に及ぶ。
（※）正確には、課税所得28万円以上かつ年収200万円以上。
- ②「配慮措置」として、外来患者について**施行後3年間、窓口負担増は1月で最大3,000円以内**（※）に抑える措置を導入。
（※）現行の高額療養費と同様、同一医療機関では現物給付、別の医療機関・薬局などの場合は、申請により、合算した負担増加額が3,000円を超える部分は償還払い（最短で4か月後）。
- ③施行時期は、**2022年度後半**（2022年10月～23年3月の各月初日）。政令で定める。
※施行の時点で、75歳以上で1割負担の者は2割負担に。
- ④理由として、「能力に応じた（窓口）負担」が必要、「現役世代の（保険料）負担上昇を抑える」など。

既に、年収383万円以上は3割負担。2割負担となるのは、**中低所得となる年収200万～383万円未満**。



「能力に応じた負担」と言うが、負担増の対象となるのは圧倒的多数を占める**中低所得者（年収383万円未満）**である。

2 割負担の対象者は、約370万人

- ◆厚労省は、75歳以上の後期高齢者1,815万人のうち、所得で上位20%(年収240万円) 以上から上位44%(年収155万円) 以上の間で線引きを図ってはどうかと提案。
⇒ 最終報告は、選択肢5案のうち中間案となる**上位30%**を採用。

75歳以上の窓口負担2割導入の選択肢案（厚労省提示）

考え方	年収目安（単身） （※1）	後期高齢者に占める割合 （所得上位〇%）（※2）	対象者数（※3）
介護保険2割負担の対象割合	240万円以上	上位20%	約200万人
現行 2 割負担の70～74歳の平均収入（218万円）超	220万円以上	上位25%	約285万人
平均的な収入で算定した 年金額（187万円）超	200万円以上	上位30%	約370万人
課税所得がある	170万円以上	上位38%	約520万人
住民税が負担可能	155万円以上	上位44%	約605万人

※1 75歳以上の夫婦世帯（配偶者が基礎年金）では、同様に、上位から年収360万円、340万円、**320万円**、290万円、290万円。（上位38%と上位44%は同年収）

※2 現役並み所得（3割負担）となる上位7%（約130万人）を含む。

※3 対象者数には、現役並み所得者（約130万人）は含まない。

そのまま2割負担となると...

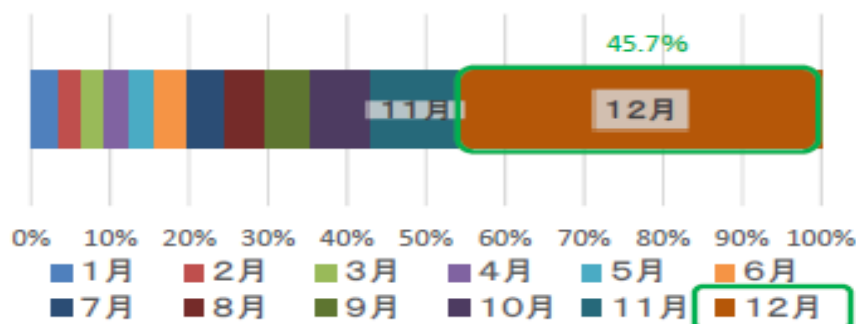
外来の6割で負担額2倍。以外の3割も大幅な負担増。

- ◆75歳以上の後期高齢者は、**95%とほぼ全てが外来を受診**。
- ◆複数の慢性疾患を抱えるなどで、**5割弱が毎月外来を受診**。（1年に10月以上の受診で約65%）
- ◆1割⇒2割負担により、8.1万円から11.5万円に**年3.4万円の負担増**。
- ◆1割⇒2割負担により、**外来受診者の約6割で負担が2倍**。（←高額療養費限度額1.8万円(一般区分)に該当せず）
- ◆3割強の外来受診者も、年平均10.2月受診より、大幅な負担増が見込まれる。
- ◆入院は、最大月2.9万円の負担増（←高額療養費限度額57,600円(一般区分)より）。入院の16%で負担が2倍。

年間で外来受診した患者の割合（後期高齢者）



外来受診した患者の受診月数（後期高齢者）



配慮措置前の1人当たりの窓口負担増（年間）

	現行（1割負担）	2割負担
外来	4.7万円	7.7万円 (+3.0万円)
入院	3.6万円	4.0万円 (+ 4 千円)
計	8.3万円	11.7万円 (+3.4万円)

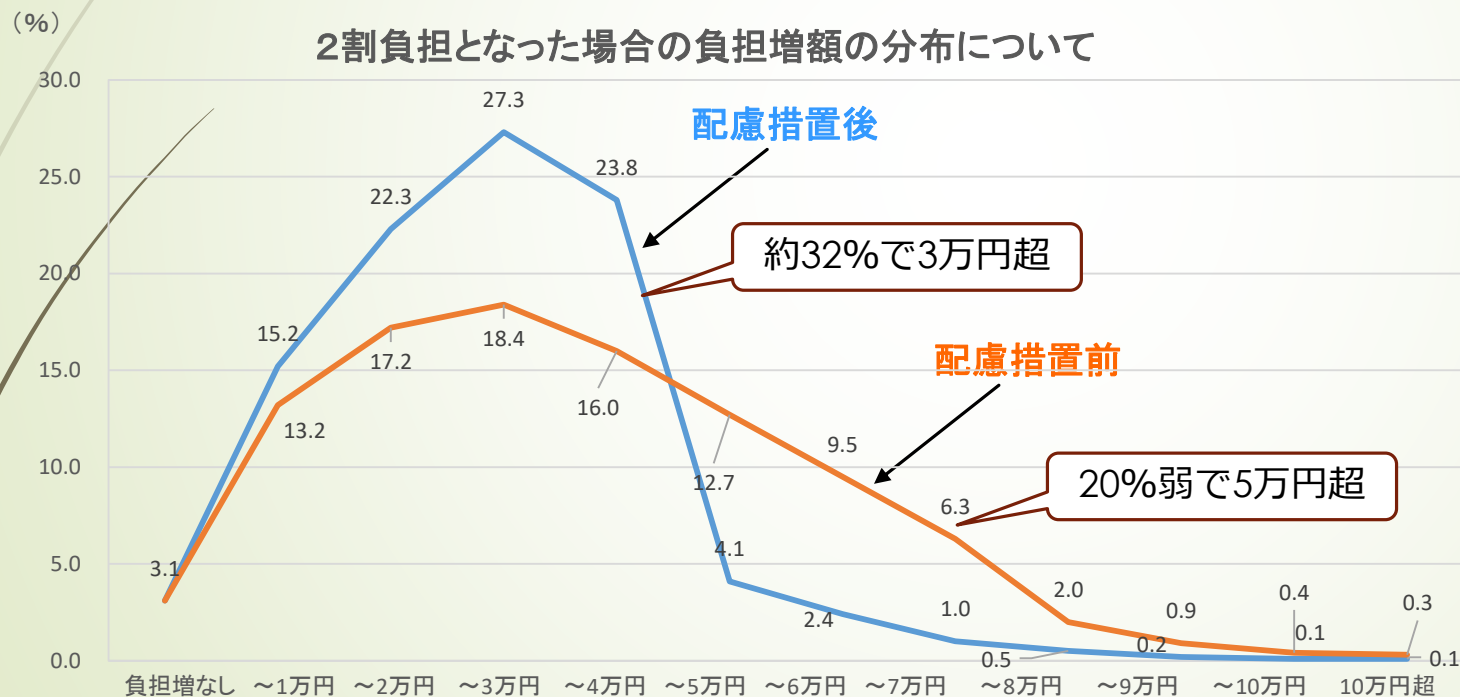
※（ ）内は現行制度からの負担増額。

◆外来に加え、入院ともなれば**ダブルパンチ！**

「配慮措置」というが、

3人に1人は年3万円超の負担増。年4万円超も1割弱。

- ◆「配慮措置」とは、外来受診について年・最大3.6万円（負担増は月3千円以内）まで負担増を強いるもの。依然、1人あたり**年2.6万円の負担増（外来+2.2万円、入院+4千円）**。
- ◆年負担増は、3人に1人が年3万円を超え、1割前後で年4万円を超える。
- ◆入院患者には「配慮措置」さえなく、最大で月2.9万円超の負担増。入院の16%で負担が2倍。
- ◆施行後、**3年で廃止**。廃止後は、4割強の方が年4万円を超え、2割近くで5万円を超える。



配慮措置後の1人当たりの窓口負担増（年間）

	現行（1割負担）	2割負担
外来	4.7万円	6.9万円 (+2.2万円)
入院	3.6万円	4.0万円 (+4千円)
計	8.3万円	10.9万円 (+2.6万円)

※（）内は現行制度からの負担増額。

※同じ医療保険の同じ者のレセプト（入院・入院外）を合計し、1割負担者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で推計。1年間に受診があった者の分布。

「配慮措置」というが、
定期に通院する患者で、負担増は2倍か2倍近く

- ◆厚労省が示すモデルケースでも、慢性疾患（①、②）や命に係わる疾患（③）で負担額は2倍か2倍近い、既に負担が重い多い併発ケース（④、⑤）で3.6万円の負担増。

⇒ 配慮措置というが、**焼石に水にすぎない**。将来の原則2割負担化を見据えた**弥縫策**。

長期に渡り頻繁に受診が必要な患者でも、依然、窓口負担は2倍か2倍近い

外来受診	現行（1割負担）	2割負担	配慮措置後（負担増額）	負担増抑制額
①関節症（膝の痛みなど）	3.2万円	6.4万円	6.4万円 (+3.2万円)	0
②高血圧症	2.9万円	5.7万円	5.7万円 (+2.9万円)	0
③脳血管疾患	4.1万円	8.1万円	7.7万円 (+3.6万円)	▲5千円
④関節症及び高血圧症	6.1万円	12.2万円	9.7万円 (+3.6万円)	▲2.5万円
⑤関節症及び脳血管疾患	7.3万円	14.4万円	10.9万円 (+3.6万円)	▲3.5万円

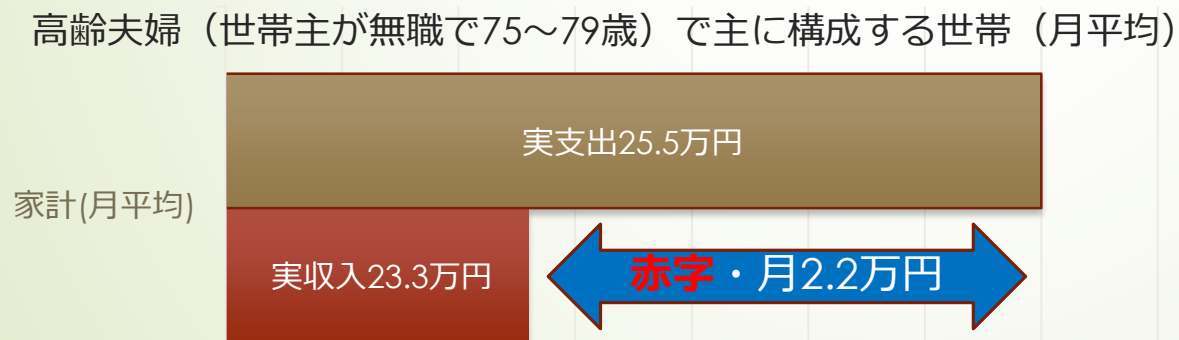
※各疾患の平均的な診療間隔を基に計算。⑤は年間上限により、2割負担で14.4万円。

更なる負担増の第一歩

- ◆ 施行時期も、**世論の批判をかわすため**、当初予定より最大でも1年程度（2023年3月）先延ばしするにすぎない。
- ◆ 今回は、2014年に70～74歳の窓口負担を原則2割に引き上げた際にとった新たに70歳になった人から引き上げる**段階的实施すらとらない**。
 - ⇒ 施行されたとたん、**その時点で75歳以上の者**は1割から2割負担に引き上げられ、一気に負担が増える。
- ◆ 2割負担の所得基準は政令で規定されるため、**一旦導入されると国会での法案審議も経ずに**、対象範囲の拡大が可能となる。
 - ⇒ 当初、政府は年収170万円以上で約520万人を対象に2割導入を図る構えと報道。原則2割化に向けて、**なし崩し的な範囲拡大**が危惧される。
- ◆ 介護保険では2割、3割負担を導入し、次いで利用料上限額を引き上げる（8月予定）。高齢者医療でも、マイナンバーを銀行口座にひもづけ、**一定の預貯金がある者には負担増**を求める検討が進行中。
 - ⇒ 75歳以上の窓口負担2割の導入は…**際限のない高齢者の医療費負担増の一步**。

高齢者の生活に負担増を受け止める余裕などない

- ◆世帯主が75～79歳（無職）の夫婦世帯（平均）では、月収入23.3万円に対し、月支出25.5万円で月2.2万円の赤字。
⇒ 年金を中心とした年収280万円前後の暮らし（平均世帯より、上位収入に近い）でも、年間27万円の赤字である。
- ◆消費税増税による大幅な物価上昇の中、消費支出を月23.3万円（2014年）から月22.6万円（2019年）にまで、更に切り詰めて生活している。
⇒ これ以上の負担増を受け止める余裕などない。



※「家計調査」(総務省、2019年)

◆更に、GoToトラベルによる宿泊料低下などで消費者物価が下がったことを理由に2021年度の年金は0.1%減額。トラベルとは縁遠い生活苦の高齢者の生活に追い打ちをかける。

貯蓄を切り崩し、働き、消費を切り詰める高齢者

- ◆ 年収200万～300万円の世帯（75歳以上、18歳未満）では、**貯蓄額300万円以下が3割前後**。貯蓄無しも13%前後。
- ◆ 年金が目減りする中、働く高齢者が年々増え続けている。
 - ・ 75歳以上の1割、70～74歳では3人に1人が就労。
 - ・ 雇用される約215万人の7～8割は条件が良くない非正規雇用。
- ⇒ 高齢者の多くは、年金が目減りする中、消費税増税、保険料上昇、相次ぐ医療・介護負担増の中、貯蓄を切り崩したり、働いたりする一方、必要な消費も切り詰めて、どうにか生計を維持している。

※ **2割負担となれば、高齢者の生活、命と健康に大きな影響が及ぶことは明らか。**

※ **「一定所得以上」の線引きを云々する以前に、2割負担の導入自体が認められない。**

＜「貯蓄があれば負担増で良い」と言うが…＞

- ・ 貯蓄が2千万円を超える者（75歳以上世帯）は14%前後にすぎない。
- ・ 一定の金融資産（貯蓄、株など）を持つ者は既に3割負担をしている可能性が高い。
- ・ 現役時代の勤労（貯蓄）に対する**ペナルティ付与**であり、本末転倒というべき。
- ・ わずかな財産も孫子に残すことも認めない結果、**格差社会はさらに広がる**。
- ・ マイナンバーを利用した「金融資産に応じた患者負担」（30頁参照）は、マイナンバーで捕捉しにくい海外資産や高額資産（貴金属、宝石、骨董書画、美術品等）を持つ富裕層よりも、マイナンバーで捕捉しやすい**国内に預貯金しか持たない比較的所得が低い層**を狙い撃ちする色彩が濃い。

1 割負担維持は、地域の診療所の患者さんの**切実な願い**

- ◆78歳、女性、介護職、非正規雇用、半身まひの夫と2人暮らし、年金だけでは生活ができないため仕事をしているが、膝と腰が痛くリハビリ通院治療中であり、痛みが強いと注射が必要となる。
- ◆「医療の1割負担でぎりぎりの生活をしている。消費税、保険料などが増え、同じ生活を維持するだけでも支出が増えている。この上窓口負担が2割になったら医療にかかれませんか。」との切実な思いをお聞きし、ストップ！患者負担増の署名を地域や職場などで100筆ほど集めていただいた。

※竹田保団連政策部長よりご紹介

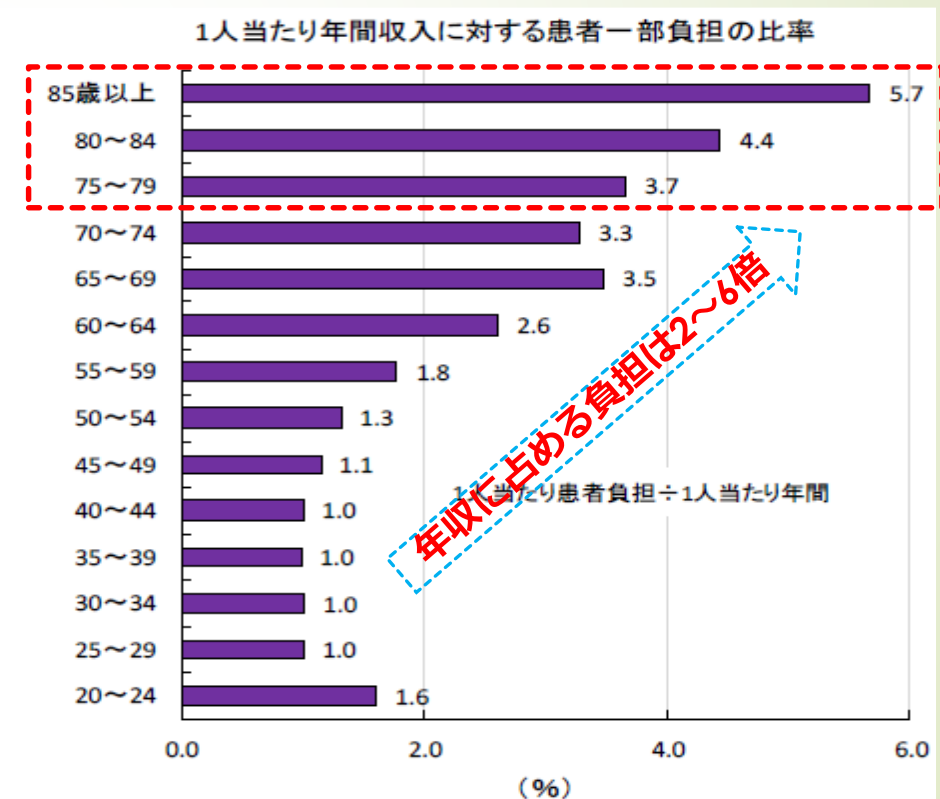
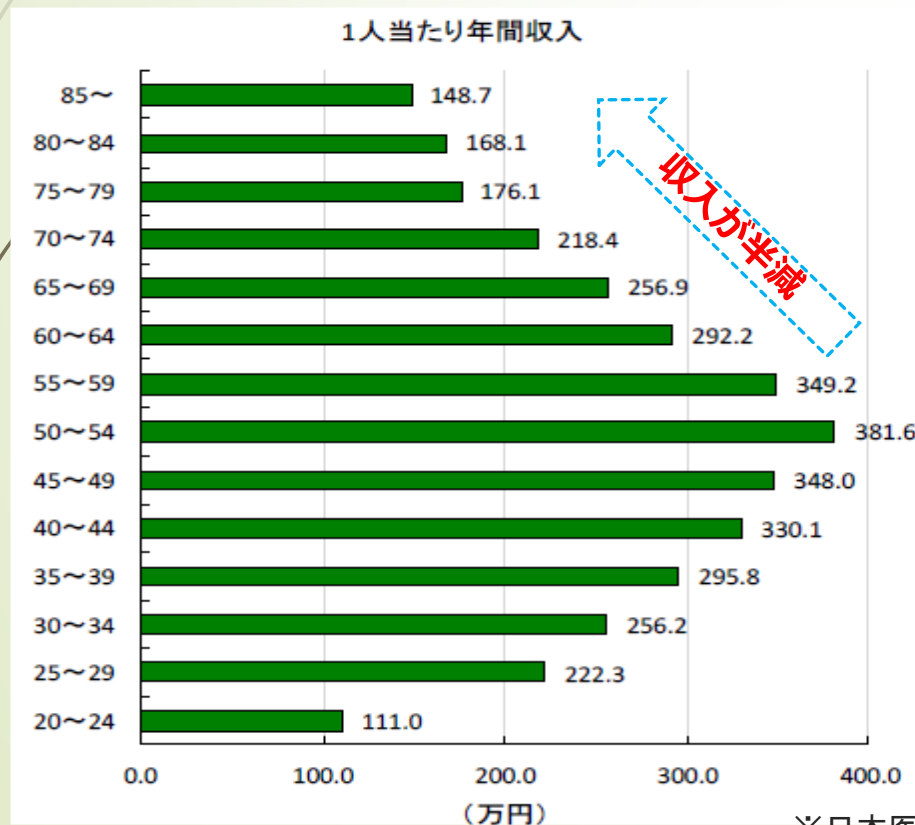
< 1 割負担の維持は後期高齢医療制度の大原則 >

2008年の後期高齢者医療制度の開始後、当時の麻生太郎首相（現・財務相）は、**原則 1 割負担について「高齢者が心配なく医療を受けられる仕組み」と国会で説明し、「ぜひ維持したい」と表明。**75歳以上に2割負担を導入することは、2008年に発足した大原則を覆すものである。

「応能負担」と言うが、

原則 1割負担の今でも高い窓口負担

- ◆高齢になるほど収入は低下する一方、疾病を多く抱えざるを得ず、医療費はかさむ。
 - ◆財務省は高齢者の窓口負担が「軽い」かのように言うが、75歳以上は、原則1割負担の今でも、**年収に対する窓口負担が占める割合は現役世代（30～50代）の2～6倍近い負担**をしている。既に不公平な状態であり、2割負担導入は**不公平を更に広げる**もの。
- ⇒ 受診回数が増える高齢者に更に重荷を強いることは、必要な受診を益々妨げる。



※日本医師会「全世代型社会保障検討会議」提出資料(2020年11月24日)より修正作成。

現役世代の負担軽減というが、

実態は、公費（公助）の削減。

- ◆ 2割負担により、75歳以上（1人あたり）に2.6万円の負担増を課す一方、**現役世代の保険料（支援金）は年700円～800円の軽減**に過ぎない。
- ◆ 2026年度以降、75歳以上の増加率は下がり、現役世代の負担増は現行の水準に戻る。

現役世代（1人当たり）の保険料上昇の抑制効果

	2020年度	2022年度時点	2025年度時点
支援金総額	63,700円	67,300円	79,700円
支援金の前年度からの増加額	2010年代の平均 +1,700円/年	+3,700円	+4,200円
抑制効果額 1人あたり 総額		▲700円 720億円	▲800円 830億円
公費削減額		▲980億円	▲1,140億円

<国庫負担こそ引き上げるべき>

- ◆ 現役世代の負担軽減（総額）は年720億～830億円に対し、公費は年980億～1,140億円の削減。
⇒ 現役世代の負担軽減は「口実」「議論のすりかえ」（医師会、病院団体）であり、**実態は公費の削減**。
- ◆ 1980年代以降、窓口負担（自助）が引き上げられ、近年では現役世代の肩代わり（共助）も強められてきた。今は若くても、いずれは誰もが高齢になる。国庫負担を引き上げて、**国の役割（公助）こそ果たすべき**である。

2割負担導入は**現役世代にも打撃。家族共倒れも**

- ◆高齢親族の生計を支える者、働きながら親の介護を担う者（約 267万人）や、育児と介護を同時に担うダブルケア世帯（少なくとも25万人以上）など、**現役世代にも打撃**を与える。
- ◆ワーキングプア、メンタルヘルス、DVなどが原因で成人した子どもを高齢世代が支える「8050問題」も増えており、**家族共倒れ**も懸念。
- ◆親族間での高齢者虐待は増加傾向（2007年度より 4 千件増え、2019年度は1万7千件弱）。虐待等で死亡した事例は年15～31人の間で推移。虐待の要因には、介護疲れや介護ストレスが多く、雇用悪化や医療・介護サービス削減など生活困難の背景も。負担増で生活困難が増し、**虐待増の恐れ**が危惧。

<2021年8月には介護負担増>（コロナ禍で即刻中止すべき）

- ・介護施設入所者（年金収入等120万円～155万円）は、**月2.2万円**の負担増。
- ・ショートステイは、年収155万円以下で収入段階 に応じて**1日210円、350円、650円**の負担増。
- ・現役並み所得者（年収383万円以上）は、**介護利用料の負担上限額が引き上げ**られる（⇒年収770万円以上は月9.3万円に倍増、年収1,160万円以上は月 14万円に3倍）。

疾病は早期の発見・治療が重要。応能負担は、窓口負担にではなく、**保険料・税金にこそ求めるべき。**

- ◆大企業の内部留保は459兆円と12年連続で**最高額を更新**(法人企業統計、2019年度)
 - ・消費税導入以降、法人税率（基本税率）は42%から23.2%にほぼ半減。
 - ・リストラ、賃金カットや非正規化で、20年以上、賃金水準が停滞。
- ◆消費税導入前後より、高額所得者の所得税を大幅に減税。
 - ・最高税率（所得税+住民税）は、88%→55%に低下。
 - ・所得に応じた税率の刻み幅も、29段階から9段階に減らされ、更に税収減。
- ◆株式等の配当や売買益などは税率20%（所得税+住民税）と超低水準（**所得400万円のサラリーマンの所得税と同じ税率**）。不公平の極み！
 - ・所得が高額な者ほど所得の大半を税率が低い金融資産で持つため、所得が1億円を超えると、所得税の実質的な負担は下がる。
 - ・株式配当における低率の分離課税を廃止し、他の所得等と合わせて課税するだけで、**年1兆200億円の税収増**（2016年分。財務省試算）。

コロナ禍で**受診控え状態悪化**。この上、**負担増で追い打ちをかける**のか。

- ◆コロナ禍が続き、高齢者は受診控えを強いられ、**疾病・健康状態が悪化**している。窓口負担増は、**高齢者に追い打ちをかけ、生活、命と健康を危機にさらす**。
- ◆コロナ禍で、命の危険にさらされている高齢者に対して、命と健康をどう守るべきかを議論すべきところ、逆に負担増を強いるような、冷たい政治のあり方で良いのか？
※「この時期に後期高齢者の患者負担割合を1割から倍にするという議論をすること自体、社会保障としての優しさが全くない」（中川俊男・日本医師会会長、中部医師連合会、2020年11月22日）。

＜**受診控えで疾病・健康状態悪化 深刻なケースも散見**>

- ・「慢性心不全で2月より受診中断、9月に重症心不全で入院」
- ・「糖尿病患者で片眼視力低下を自覚していたが、受診を控え9月に再受診した時には両眼ともに進行した糖尿病性網膜症に」
- ・「内視鏡検査を遅らせた為、癌が進行した状態で発見」
- ・「これまで軽症のうちに受診していた方が、歯髄炎や根尖性歯周炎の状態となって受診している」。
- ・「補綴物が脱離しても放置しているケースが増えている」

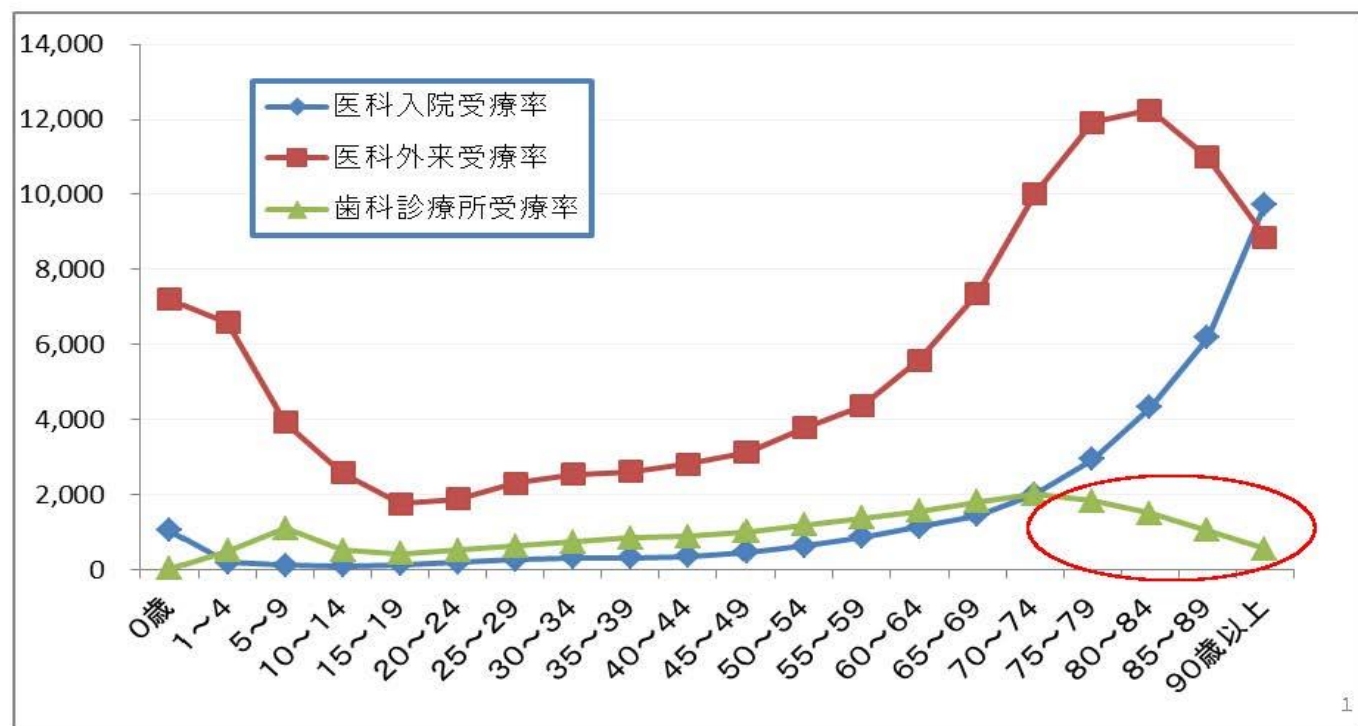
（茨城県保険医協会会員調査（2020年10月上旬）の症状悪化事例）

受診抑制が強く危惧される歯科医療

- ◆今でも、歯科では、**75歳以上の受療率が低い**。2割負担の導入で、受診が更に抑制されれば、誤嚥性肺炎の発症や疾病の重症化を招くリスクが高い。

受療率 歯科は外来中心であるため入院等により
高齢者の歯科医療の機会は失われている 患者調査(2011)

平成26年9月8日
第3回医療介護総合
確保促進会議
和田委員提出資料



75歳以上への2割負担導入とは...

- ◆ 受診抑制により高齢者の生活、命と健康を危機にさらし、親族・家族にも打撃を与える。
- ◆ 1割負担の今でも重い負担を強いられる中、負担の不公平を更に広げる。
- ◆ 現役世代の負担軽減をダシにして、公費（公助）の削減を行う。
- ◆ コロナ禍での困難に、更に追い打ちをかける非情。

- ・ **75歳以上への窓口負担 2 割導入は中止すべきである。**
- ・ **少なくともコロナ禍の今、 2 割負担導入をめぐる審議は凍結・見送るべきである。**



「200床以上の一般病院」への受診時定額負担の拡大

◆政府の全世代型社会保障検討会議「最終報告」（2019年12月15日）

- ①「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、紹介状がなく病院を受診した場合における定額負担の仕組み（選定療養の義務化）を大幅に拡大する。
- ②「医療のあるべき姿」として、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。
⇒ 一般病床200床以上の病院のうち、「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」にまで拡大。
- ③現在、初診5千円・再診2,500円以上(医科)を上乗せしているが、患者負担額を引き上げ、増額分は「公的医療保険の負担を軽減する」形に改める。
⇒ **保険給付範囲から一定額（例:初診2,000円程度）を控除し、同額以上に定額負担を引き上げる。**
- ④医療アクセスの制限に配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、定額負担を徴収しない場合の要件（※）を見直す。
⇒ **再診の患者を中心に**見直すなど、大病院からかかりつけ医への逆紹介を推進【議論の整理】
（※）緊急・やむをえない事情、近隣に当該診療科を標榜する医療機関がないなど
- ⑤2022年度初までに実施（⇒2022年度診療報酬改定を視野）

※外来機能の明確化は医療部会で検討。それを踏まえ医療保険部会で基本設計を議論、中医協で具体的な金額など運用要件を検討。

新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を追加する

- ◆現在、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）について、定額負担の徴収が義務化されている。現在、666病院。
- ⇒ 一般病床で200床以上の病院のうち、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を追加する。

追加対象は688病院のうち一定数（⇒病院の手挙げを基に地域で協議して決める）。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	—	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	—	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%)

現在、義務対象
の病院

現在、任意対象
の病院

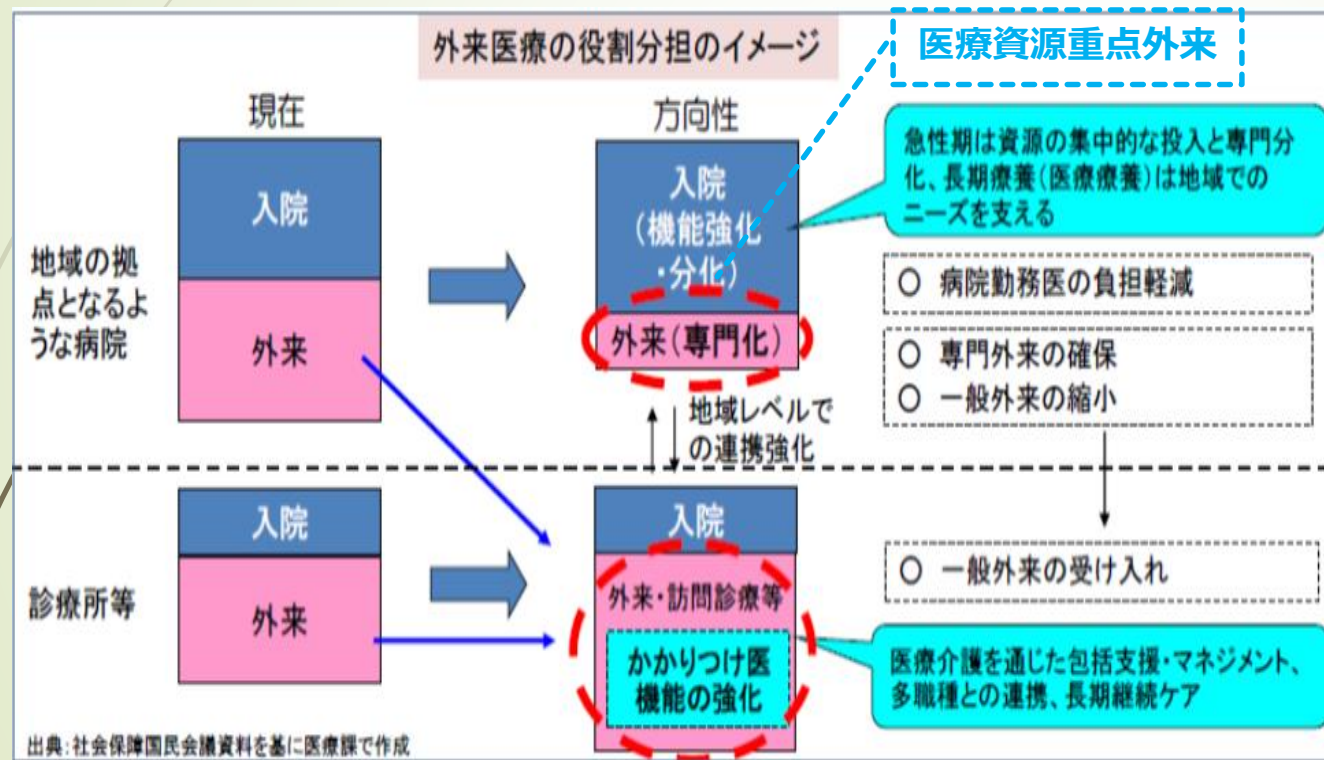
拡大

紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

※病床数は一般病床の数。特定機能病院（400床以上が要件）は2019年4月、地域医療支援病院（原則200床以上が要件）は2018年12月時点。

「医療資源重点外来」を地域で基幹的に担う 【紹介外来基本の医療機関】

- ◆外来機能の分化・連携として、「かかりつけ医機能」を担う診療所等から、病院等の「専門外来」(≡「**医療資源を重点的に活用する外来**」(仮称))に患者をつないでいく流れを進める。



【医療資源重点外来】(詳細は別途WGで検討)

- ▽医療資源を重点的に使う入院の前後(30日間)の外来(がん手術の前後の外来など)
- ▽高額等の医療機器・設備を使う外来(化学療法、放射線治療、CT・MRI、日帰り手術、病理など)
- ▽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)

- ◆「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**が「紹介患者への外来を基本とする医療機関」となる。

病院の手挙げを基に地域で話し合い確認 【紹介外来基本の医療機関】

◆外来版の地域医療構想

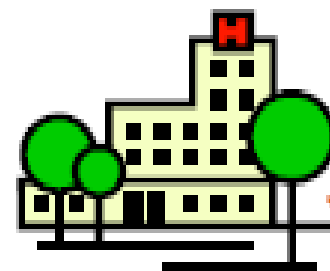
- ・ 外来機能の明確化に向けて、医療機関（一般病床又は療養病床を持つ病院・有床診）は、「医療資源重点外来」に関する報告（**外来機能報告**）を行い、地域における「医療資源重点外来」の実施状況を見える化する。
- ・ 国が示す基準（外来において医療資源重点外来が占める割合）を参考に、地域の協議の場で、**医療資源重点外来を「地域で基幹的に担う医療機関」**（＝紹介外来基本の医療機関）を確認する。
※医療機関からの手挙げがベースとなる。
- ・ 紹介患者の外来を基本とする医療機関であることが**患者にわかるよう広告可能**とする。

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能の強化
(好事例の収集、横展開等)

紹介患者への外来を基本とする医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

紹介

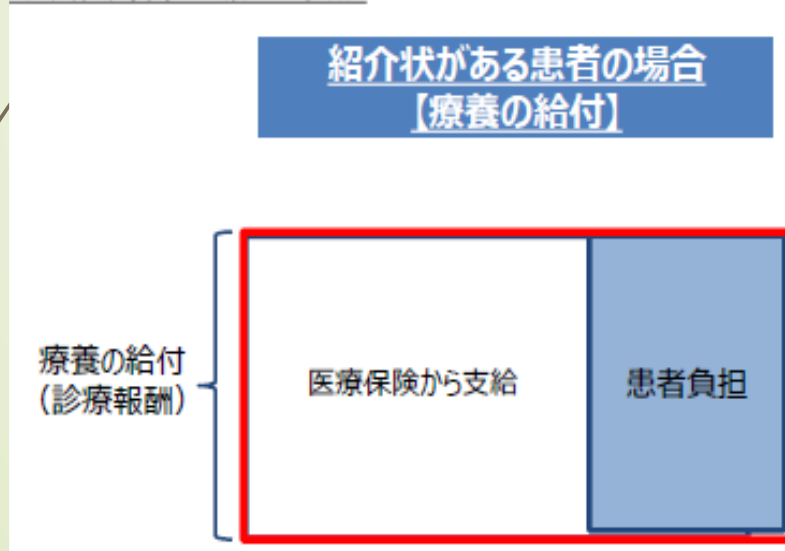
逆紹介

外来機能報告、「地域の協議の場」での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

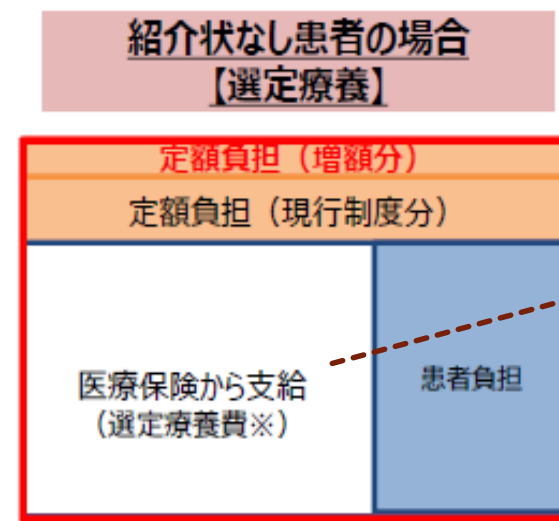
保険給付を削り、患者負担に上乗せする。

- ◆定額負担について、**一定額を保険給付範囲から控除し、代わりに同額以上に定額負担の額を引き上げて**、患者より徴収する。保険給付を削り、患者負担に上乗せする。
- ◆外来機能の分化のために行うものとして、「**例外的・限定的な取扱**」とする。
 - ・一定額は、初診（医科）の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円。
 - ・初診患者数に占める定額負担徴収患者の割合は定額負担5,000～7,000円だと10.9%あるが、2,000円引き上げた7,000円～1万円になると5.3%にまで減少。
- ◆例えば、初診（医科）において、定額負担5,000円の場合、2,000円を国は給付せずに、病院は7,000円以上を患者より徴収する。

外来機能分化に沿った受診



例外的・限定的な取扱



※見直しは、現行の対象病院、拡大後の対象病院の双方に適用。

一定額（例：初診
2,000円程度）を控
除した額を支給

- ◆除外要件（徴収不可、徴収しないことが可能）について、**再診を続ける患者**への定額負担を中心に見直す（除外患者を限定する）などで、大病院から「かかりつけ医」への逆紹介を推進。

「7割給付を維持する」とした健保法附則第2条には抵触しない【厚労省】

＜厚労省の認識＞

- ◆現在、選定療養には、「180日超の入院」に関する規定がある。
 - ・入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者（社会的入院）を是正するとして、180日を超えた一般病棟等の入院については、入院料が強制的に15%控除(給付減額)される。
 - ・かわりに、病院が国に届け出た場合、減額された15%分について患者から徴収することが認められる。
- ◆この仕組みを外来医療にも援用して、「本来、かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診した上で、必要に応じて紹介状を持って受診すべきところ。あえて、紹介状も持たずに大病院を受診する患者」については、保険給付の一部を控除する。
- ◆初診・再診料に相当する額について、「そもそも保険給付範囲から除いている」以上、給付範囲に対しては7割給付を維持しており、健保法附則第2条には抵触しない。

＜詭弁、無理筋というべき＞

- ・180日超入院の減額分徴収は任意（要報告）によるが、定額負担徴収は**義務（強制）**である。
- ・**医師の見立て技術を評価した初診・再診料**であり、長期の入院と同列には論じられない。
- ・「ほとんど初診料を給付していないという形。保険の仕組み上、大変おかしい話」（日医、11月19日）。「この制度設計はかなり無理くりではないか」（日慢協、11月19日）。

⇒ 実質上、初診・再診料を保険から外す**保険免責制の導入**であり、詭弁と言わざるを得ない

対象病院の拡大で、通院先喪失や地域医療の歪の発生も。

- ①2018年4月より徴収が義務化された92の地域医療支援病院（許可病床400床以上で一般病床500床未満）では、定額負担（初診料）の対象患者は4.0ポイント減少。更に、昨年の2020年4月より、252の地域医療支援病院（一般病床200床以上）が追加され、この2年で病院数は倍以上に。**コロナ禍で受診動向の変容も見られる中、対象病院拡大の議論は拙速**と言わざるを得ない
- ②病床数の規模に関わらず、地域の「かかりつけ医」を担ったり、地域の実情に応じて、一般外来を行う病院も少なくない。他方、地域の開業医の高齢化や継承問題なども取りざたされている。定額負担の対象となる病院の拡大により、**地域で患者が通院先を確保できなくなる事態の発生**が懸念される。
- ③定額負担の対象外となる医療機関への外来患者の集中などにより、外来・入院・在宅、診療科、医療・介護間などで需給バランスが崩れ、**地域医療全体に歪を生じさせる事態**が危惧される。
- ④患者負担を増額した上、更に増額分を病院から召し上げるやり方は、論外である。「制度改変の前後で病院の収入は変わらない」と言うが、患者負担の引き上げなどに伴う受診の減少により、**病院経営の更なる悪化**も懸念される。

「保険免責制」の突破口・火種になりかねない。

- ⑤保険給付を控除し、患者に上乘せすることは、「**国の財政**」を理由として、**保険給付範囲を削減する「保険免責制」を導入**することにほかならない。事実上、**初診・再診料の大半を保険給付から外し、必要な診療は保険給付としてカバーするという医療保障の土台に風穴をあける**ものである。
- ⑥**外来機能分化の推進という政策医療に関わって**、保険免責制が持ち込まれれば、外来機能分化の更なる推進として、「かかりつけ医以外の受診時定額負担」の導入が議論の俎上に上がることは必至である（27～28頁参照）。また、後発品薬価を基準に給付範囲を定め、先発品を使う場合、給付範囲を上回る分を全額患者負担とする「参照価格制度」の導入などに向けて、制度上の地ならしを進める形ともなる。
- ⑦「例外・限定的な取扱」にするというが、医療機関において任意（届出）である選定療養費に、定額負担という義務（強制徴収）が規定されていること自体が不条理である。国が徴収額を強制的に召し上げることまで規定されれば、**もはや何でもありに等しい**。
- ⑧除外要件の限定は、「医師の判断で当該病院を受診する必要があると認めた患者」の範囲を狭め、良質な医療提供を担保する**医師の裁量権の制約・否定**につながりかねない。

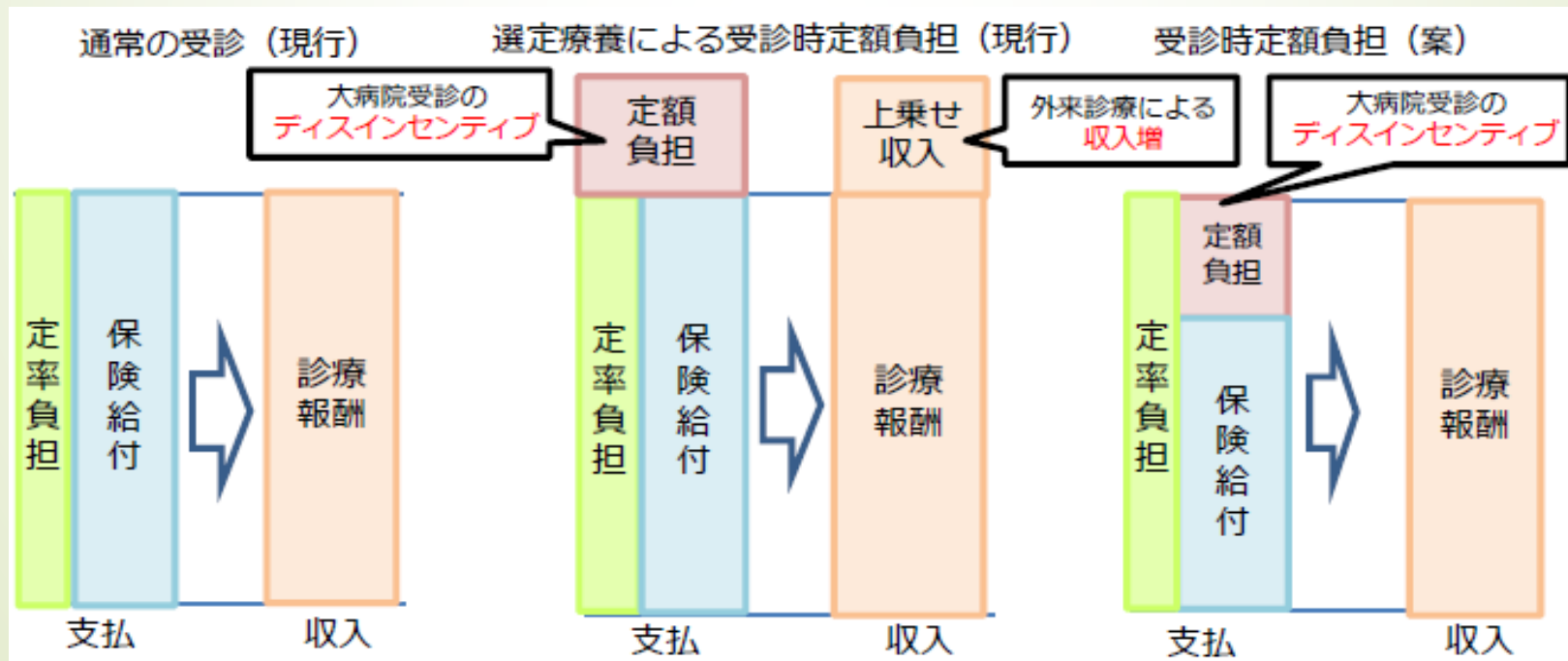
【参考①】患者負担に差を設けて、大病院から外来患者を引きはがす【財務省】

- ◆2015年6月「建議」 受診時定額負担・保険免責制の導入
 - ・個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入が必要。
 - (注) **定額を常に保険免責にするという考え方**と、月額上限（高額療養費）の範囲内で一定額の受診時定額府負担を求めるという考え方がある。
 - ・ **医療機関間の適切な役割分担やかかりつけ機能の推進**といった視点で制度を設計。
- ◆2016年11月「建議」 かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入
 - ・「かかりつけ医」（保険者に登録）以外の医療機関を、紹介状なしで受診する場合、定額を負担（高額療養費の対象）。
 - ・その際、**他の診療所を受診した場合には低額**とし、**病院を受診した場合には、病院の規模に応じて、より高額の負担**を求める（**外来患者が増えると病院の収入が増える「選定療養の義務化」の仕組みも、あわせて見直す**）。

	かかりつけ医	他の診療所	病院
定額負担	なし	日常負担できる低額 (一部経過措置あり)	規模に応じて設定 (大規模病院ほど高額)

【参考②】大病院の受診時定額負担に保険給付控除を組み込む【財務省】

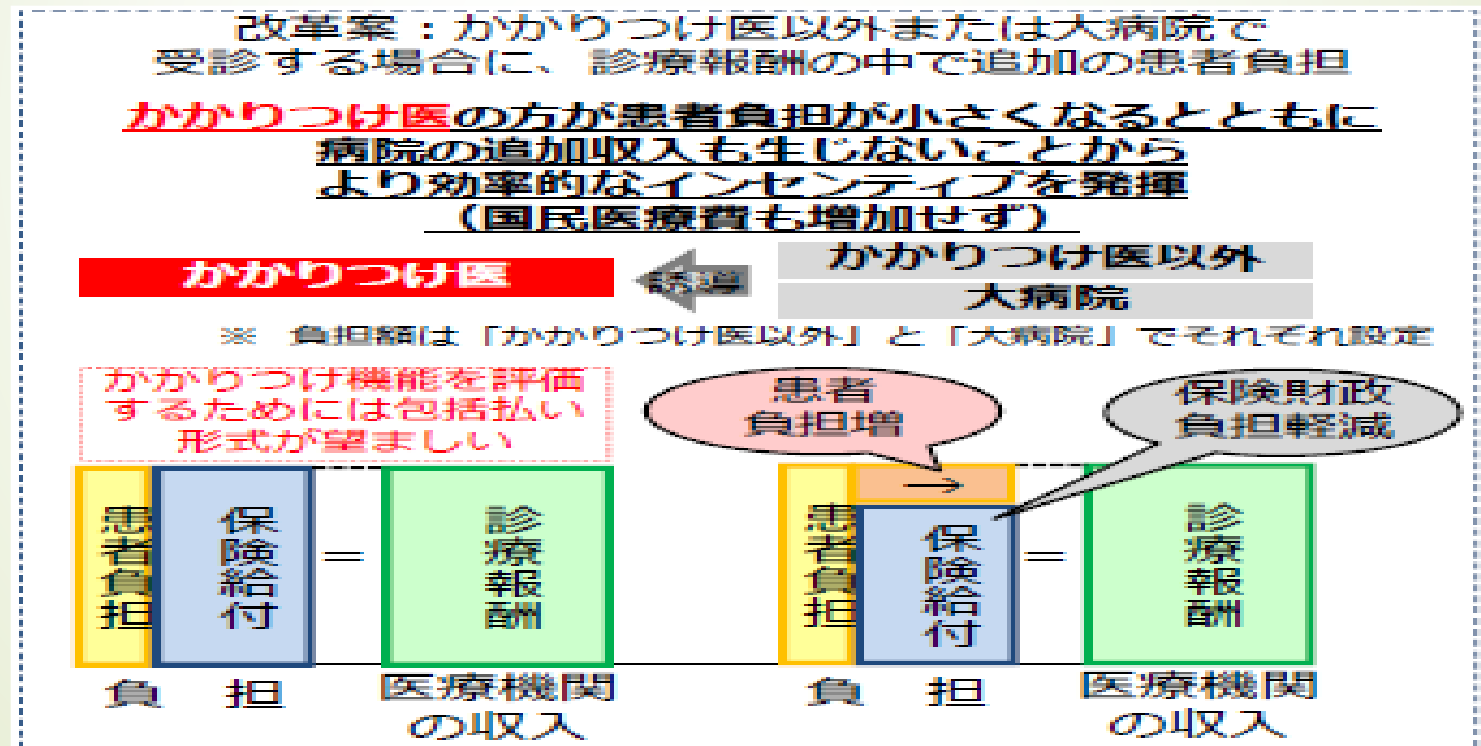
- ◆2017年11月「建議」 かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担
- ・かかりつけ医の普及に向けて、現行の選定療養による定額負担について、まずは病院・診療所の機能分化を適切に進めていく観点から、診療報酬への上乗せ収入とはせず、**診療報酬の中で定額負担を求める仕組みとし、あわせて保険財政の負担軽減につながるよう仕組み**に見直す。
 - ・**かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担導入**に向けて検討を進める。



【参考③】 保険給付控除をテコに低い包括評価の「かかりつけ医」に誘導【財務省】

◆2018年11月「建議」 外来診療等に係る提供体制のあり方

- ・適正かつ効率的な外来診療体制の提供を早急に進める観点から、…**かかりつけ医やかかりつけ薬剤師以外を受診した際の定額負担を導入**する。
- ・大病院受診の定額負担（義務）について、診療報酬への上乗せ収入ではなく、**保険財政の負担軽減につながるよう診療報酬の中で定額負担を求める**などの仕組みに見直す。



◆2019年11月「建議」 **保険給付の減少**を通して、現役世代の保険料負担等を軽減。

【骨太①】高齢者に金融資産があれば、窓口負担増については引き続き検討。

- ◆「骨太の方針」の改革工程表では、高齢者医療において、「能力」に応じるとして金融資産等の保有状況も患者負担に反映するよう求めている。
- ◆介護保険で導入済みの施設利用料軽減（補足給付）に倣い、入院時生活療養（65歳以上で療養病床入院）などでの導入が考えられる。（※現段階では、厚労省は具体的提案は示していない）
- ◆厚労省は、預貯金口座とマイナンバーの紐づけが進んでいない（現在、任意で可能）など技術面で資産状況が把握できない。現時点で行う場合、保険者が相応の事務負担を求められるなどの課題を示し、「**現時点では尚早**」であり、紐づけ状況を見つつ、引き続き検討を進める。

<マイナンバー推進と合わせて仕組みを構築する>

- ・政府は、口座とマイナンバーの紐づけについて21年初頭の国会に法案提出。22年度中に運用開始。
 - ▽国民が任意で1人1口座をマイナンバーとともに登録。
 - ▽口座は、緊急時の給付金など公的給付を受けるために利用
 - ▽口座開設時にマイナンバー提供を要請するよう金融機関に義務付ける。国民が要請に応じるかどうかは任意。
- ⇒ 今回は紐づけ登録の義務化は見送られたが、政府方針は「預貯金付番等の実効性を確保するための制度」（義務化）にある点に変わりない（マイナンバー利活用方針、2019年6月）。
- ⇒ 先行する紐づけ事例をつくり拡大を図りつつ、マイナンバーカード推進と合わせて、金融資産に応じた患者負担の仕組みの構築を進める動きに注意が必要。

【骨太②】市販品類似薬(スイッチOTC)等の患者負担引上げは、**今回は見送り**。

- ◆診療側、連合、高齢者団体などの委員が「医療上、必要な医薬品の選択を担保すべき」「フランスのようなグルーピング毎の給付変動率の設定を薬価収載17,000品目数で行うことは現実的な作業ではない」「医療アクセスにおける所得格差につながる」などと強く反対し、給付削減については見送られた。
- ◆代わりに、医療資源の効率的な活用を図るとして、**保険者の立場からも**上手な医療のかかり方やセルフメディケーションを推進する。
 - ①上手な医療のかかり方とセルフメディケーション（OTC薬推進を含む）に関する周知・広報
 - ②レセプトデータに基づき、スイッチOTC薬を使用した場合やセルフメディケーション税制を利用した場合の医療費負担の削減効果について、個別に通知
 - ③被保険者に対し、OTC薬購入等のセルフメディケーションに対するインセンティブ付与
※例えば、OTC薬の購入に対してインセンティブとして、保険者が1,000円などヘルスケアポイントを付与することで、OTC購入費用<窓口負担額にして、セルフメディケーションへの行動変容を促す。

＜OTC大幅拡大狙う動きに注意＞

- ◆他方、これまで実質上スイッチOTC化の可否を決めてきた評価検討会議について、規制改革推進会議からの圧力により、▽医師委員の割合を減らす▽全会一致原則の慣行は見直し▽OTC化の可否は判断しない▽親会議の薬食審には課題を整理し提示する—など機能が格下げされた。
⇒ スイッチOTC薬が大きく増え、保険給付も狭められていくようなことになれば、医師の診療の幅は狭められ、**プライマリケアそのものに対する否定**につながる。

【骨太③】医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等を定期的に見える化する点については、**HPで宣伝強化を図る**。

- ◆患者負担増に賛同する世論を形成するために、医療費の財源構造（医療費を賄う財源、後期高齢者医療制度とそれ以外の制度での財源比較）、▽医療保険制度の比較（保険者間の財政調整など）▽自己負担額▽生涯医療費などについて、HPにてわかりやすく示す。

【骨太④】現役並み所得の判断基準（単身年収383万円以上）の見直しについては、「引き続き検討」するとして、**今回は見送り**。

- ◆▽現行のまま、3割負担者の範囲を広げた場合、公費割合が低下し、現役世代の負担が増加する▽新型コロナウイルス感染症により、現役世代の収入に影響があるが、2020年度の同収入は現在、把握できない、などにより。

【骨太⑤】医薬品等の費用対効果評価の活用（⇒評価が悪いものは、保険収載しない、保険外併用療養の活用など）は中医協で「引き続き検討」となり、**今回は見送り**。

- ◆2019年4月より本格実施されているが、個別品目の総合的評価を審議した実績はまだない。
- ◆所管となる中医協では、保険者含め発言者全員が、保険対象外とする議論などは「時期尚早」。

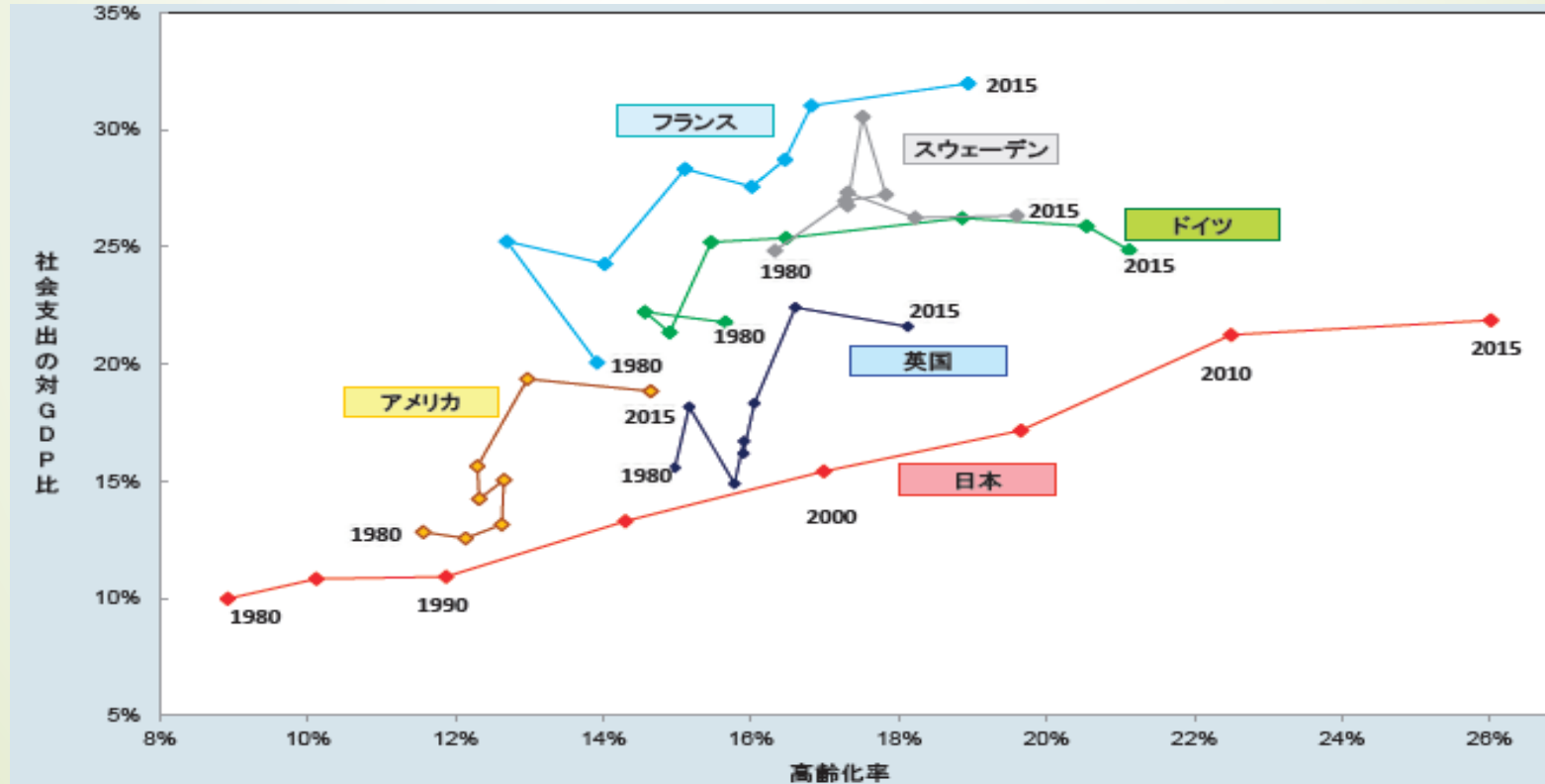
「骨太の方針2020」改革工程表（2020年12月）は、老いも若きも含め**全ての世代に負担増**を求めている。**引き続き、来年度以降も検討**を求める。

医療	高齢者の金融資産の保有に応じた患者負担増	2021年度末までに検討
	現役並み所得の基準の見直し	
	市販品類似薬の保険外し	2021年度末までに、「議論の整理」の具体化、 その他措置も検討
	費用対効果の悪い医薬品・医療技術の保険外し・混合診療活用	2021年度末までに、早期の結論を得るべく検討
介護	ケアプラン作成の自己負担導入	2024年度開始の第9期介護保険事業計画にむけて、 2022年度末までに結論を得るべく検討
	現役並み所得の基準の見直し	
	介護の多床室室料に関する給付削減	
	「軽度者」の生活援助の総合事業への移行等	
	総合事業の上限制度の運用の在り方	2021年度末までに対応を検討
	福祉用具貸与について、要介護度に関係なく給付している廉価な品目は貸与ではなく販売とするなど	

【参考】国は、医療・社会保障にお金を出していない。

- ◆最も高齢化が進んでいるにもかかわらず、国が社会保障にかける費用は、日本よりも高齢化率が低いフランス、スウェーデン、ドイツの方が日本を上回っている。
- ◆医療では、ドイツ並みなら6.8兆円、フランス並みなら6.3兆円の追加給付が必要（高齢化率を補正せず試算）。

高齢化率と社会保障の給費規模の国際比較



資料：OECD：Social Expenditure Database、United Nations：World Population Prospects 2017より作成

※「厚生労働白書2020年版」より