

高額療養費制度拡充への提言

＜ポイント＞ ①給付の基準となる一部負担金の単位を、(1)「初診日から一月」、(2)「入院と外来」、また「複数医療機関の受診」を同計算一とすること
②受領委任払い制度の導入

◆はじめに

社会保険や国民健康保険の被保険者の一部負担金が一定額を超えた時に償還払いされる高額療養費制度が1973年より創設された。2回の制度改定を経て現在に至っているが、現行の制度には利用上問題が数点考えられる。この問題点を解消し、より利用しやすい制度とすることによって、近年著しい患者負担・受診抑制を軽減する一つの手立てとなるばかりではなく、早期治療や健康の確保に繋がり、重症化してからの受診と比べ財政的にも良い影響を与え得る。そこで、神奈川県保険医協会は、更なる患者救済を目的として現行制度の運用の手直しで可能な高額療養費制度の改革提言を行う。

◆現行の高額療養費制度

自己負担限度額（レセプト単位、外来・入院毎／この額を超えた額が償還払いされる）

一般 72,300円＋（医療費総額－241,000円）×1%

（多数該当の場合は40,200円）

上位所得者 139,000円＋（医療費総額－466,000円）×1%

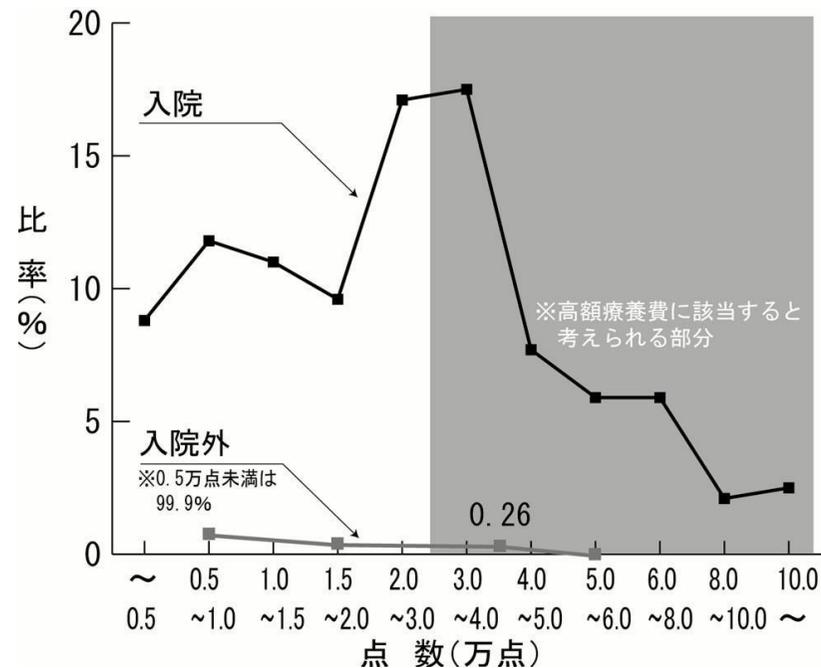
（多数該当の場合は77,700円）

低所得者 35,400円＋（医療費総額－24,600円）×1%

（多数該当の場合は24,600円）

◆高額療養費の支給状況

表1 一般医療 1件当たり点数階級別にみた分布（平成15年6月審査分）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部編「社会医療診療行為別調査」

表2

保険給付決定状況（政府管掌健康保険）

平成14年度

	実績		諸率	
	件数(万件)	給付費(億円)	給付総件数に対する割合(%)	給付費に対する割合(%)
総数	32969	40577	100.0	100.0
被保険者合計	17559	23823	53.3	58.7
療養の給付	17443	21459	52.9	52.9
高額療養費	52	464	0.2	1.1
被扶養者合計	15366	16618	46.6	41.0
療養の給付	15328	15651	46.5	38.6
高額療養費	37	245	0.1	0.6
高額療養費 合計	89	709	0.3	1.7

注) 老人保健対象者に係る分は、医療給付費と世帯合算高額療養費には含まれず、その他の現金給付には含まれている。

資料 社会保険庁「平成14年度事業年報」

表3

保険給付決定状況（国民健康保険）

平成14年度

	実績		諸率	
	件数(万件)	費用額(億円)	件数構成割合(%)	費用構成割合(%)
総数	40896	79125	100.0	100.0
療養の給付等	39403	76714	96.3	97.0
(再)高額療養費	598	5439	1.5	6.9

注 1) 費用額は給付額と一部負担金の合計である。2) 老人保健分は除く。

資料 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

表4

保険給付決定状況（組合管掌健康保険）

平成14年度

	実績		諸率	
	件数(万件)	給付費(億円)	給付総件数に対する割合(%)	給付費に対する割合(%)
総数	28324	31214	100.0	100.0
被保険者合計	13082	16657	46.2	53.4
医療給付	12860	14813	45.4	47.5
高額療養費	39	317	0.1	1.0
被扶養者合計	15220	14476	53.7	46.4
医療給付	15034	13279	53.1	42.5
高額療養費	31	188	0.1	0.6
高額療養費 合計	70	505	0.2	1.6

注) 老人保健対象者に係る分は、医療給付費と世帯合算高額療養費には含まれず、その他の現金給付には含まれている。

資料 社会保険庁「平成14年度事業年報」

高額療養費制度における自己負担限度額72,300円(3割。10割では241,000円)は、レセプトでは24,100点に相当する。直近のデータで見ると、2004年10月のレセプト1件あたりの平均点は、社保で入院35,000点、外来1,028点(「基金統計」、国保は入院42,333点、外来2,535点(入院・外来ともに一般と退職を合算し2で割ったもの、「国保医療費の動向」)。

表1も併せ、高額療養費制度に該当するのは殆どが入院であると言える。

平成14年10月における患者数は、外来4,464,700人、入院716,200人(一般、全国推計 資料:厚生労働省『患者調査』)。つまり、外来と入院における比率は

外来:入院≒6:1(外来86%、入院14%)

であると言える。このことから、表1より高額療養費に相当するのは、

外来 0.22% <86(%の0.26%)>

入院 7% <14(%の50%)>

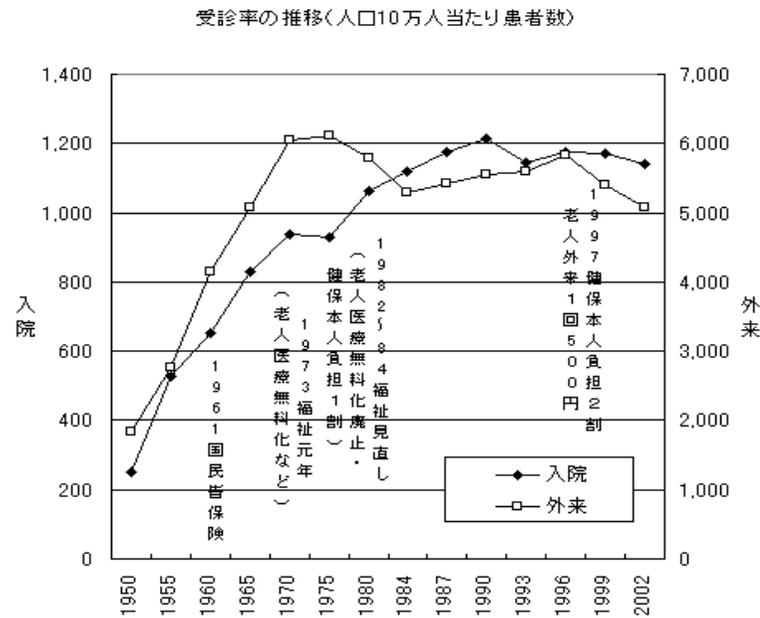
であり、合計すると、高額療養費の一般医療に占める割合は7.22%(①)である。

しかし、表2、3、4で見ると、高額療養費として実際に患者が請求し還付されたのは、給付全体のうち、政府管掌0.3%、国保では1.5%、組合0.2%(件数)であり、合計は1.7%。本来還付されるべき高額療養費(上記①)のうち、実際には23.5%しか償還されていないと言える。つまり、76.5%は償還されていない。

高額療養費制度は本来患者負担軽減のために設けられたはずであるが、その利用者は極端に少なく、国民への周知が不徹底であること、また、申請制で手続きが複雑な、利用し難い制度であることが分かる。

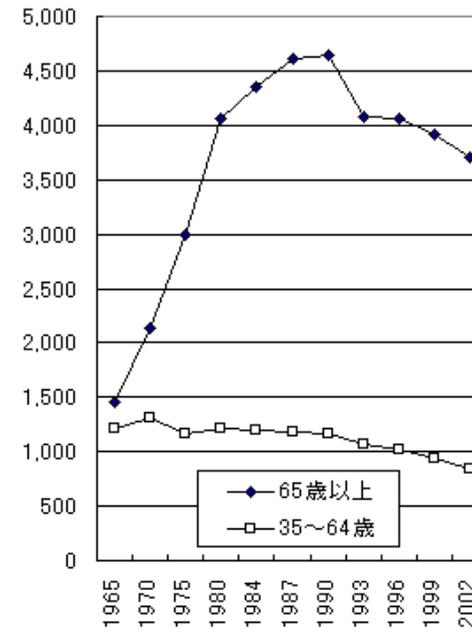
◆受診率の推移と医療費の動向

表4

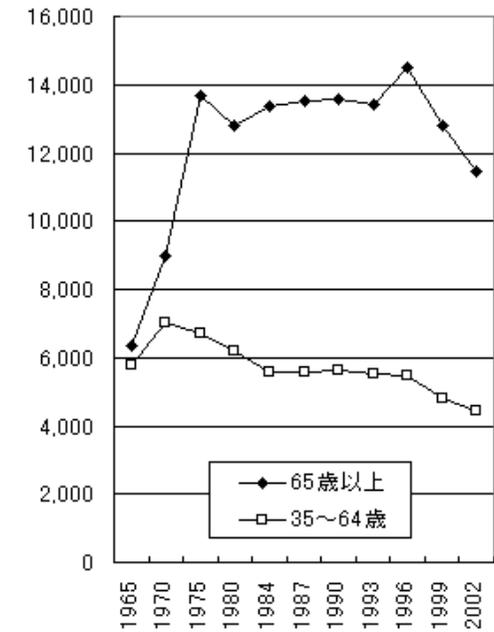


(注)1984年以降はそれまでの各年調査が3年おき調査に変更
(資料)厚生労働省「患者調査」

入院受診率の推移 (人口10万人当たり患者数)



外来受診率の推移 (人口10万人当たり患者数)



(注)1984年以降はそれまでの各年調査が3年おき調査に変更
(資料)厚生労働省「患者調査」

表5 制度別医療費総額の伸び率(対前年同期比) (単位:%)

	総計	一般			高齢者	公費	
		被用者保険		国保			
		計	本人				家族
02年度	-0.7	-2.8	-3.3	-2.3	-0.2	0.3	3.2
03年度	2.1	-2.6	-5.2	0.4	3.0	4.7	7.6
04年度 4~11月	1.6	-0.7	-0.6	-0.9	0.3	3.8	4.3

資料:厚生労働省「医療費の動向」

表4で見ると、健保本人2割となった1997年頃から、明らかに受診率が低下している。また、表5は、制度別医療費の伸び率を示したものであるが、03年度総計の2.1%増(約6300億円増)とは、これまでの通常の伸び4.0%(実額ベース1兆円)の約半分であり、極端に伸びが鈍化。特に被用者本人が-5.2%と大きく落ち込んでいることが分かる。国保は失業者による移行などで3.0%増となっているが、国保加入者の増加率5.0%より低い水準である。04年度4月~11月では、前年同期と比べ総計1.6%増と、更に伸びが落ち込み、被用者本人・家族はマイナス、国保も伸びは0.3%。03年4月に健保自己負担3割が導入された影響が如実に表れている。

深刻な不況や度重なる患者負担増の影響等により、深刻な受診抑制が進んでいる。

◆現行の高額療養費制度における問題点（一般患者（70歳未満）の場合）

以上に挙げた現状を改善するため、高額療養費制度を利用しやすい制度とし、給付範囲を広げるため、以下に現行制度の問題点を示し、それに対する改革案を提示したい。

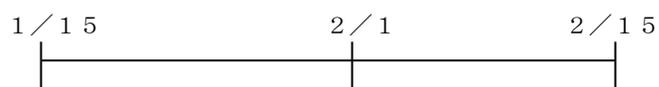
① 給付の条件は暦月を単位

現行の制度では、給付の基準を一月単位としており、月の1日から月末までの受診を一カ月として計算することとなっている。診療行為が月と月とをまたいだ場合、ひと月内であれば給付額の対象となる期間・額であっても、制度の対象とはならない。

(例)



40万円（自己負担分：12万円） 対象



6万円 6万円
40万円（自己負担分：12万円） 対象にはならない

② 世帯合算（入院と入院外、複数の医療機関は別計算）

入院と外来は同一医療機関においても別計算。また複数の医療機関を受診した場合も別計算となっている。ただし、同一世帯で、同一月内に2人以上が受診、または1人が複数の医療機関を受診した場合、単独では自己負担限度額を超えていなくても、一部負担金が21,000円以上の場合に、それぞれ合算した額が自己負担限度額を超えていれば支給対象となる。しかし、21,000円未満の一部負担金については、同月内に何度支払ったとしても、合算することはできない。

(例)

夫（一般・入院） 医療費10万円（一部負担金3万円）

妻（一般・入院） 医療費50万円（一部負担金15万円）

子（一般・外来） 医療費2万円（一部負担金6千円）

→ 夫（3万円）+妻（15万円）=18万円 ★子は合算されない

18万円-72,300円+（60万円-241,000円）×1%=104,110円

(還付額)

③ 償還までのタイムラグ

手続きから払込みまで3カ月以上かかるため、その間は自己負担分を全額立て替えなければならない。そのため、一時的な支払いすら困難な患者は受診を控える可能性がある（保険者によっては、高額療養費の約8割を無利息で貸し付ける高額療養費貸付制度を利用することができる）。

④ 申請制である点（制度周知の不徹底）

高額療養費制度は、対象者への通知が行われている老人の高額医療費制度と異なり、国保の一部を除いて国民への周知は殆どなされていないと言える。当然知らなければ該当者であっても申請制である高額療養費制度を利用できない。

◆制度改革案

給付の基準となる一部負担金の単位を、(1)「初診日から一月」、(2)「入院と外来」、また「複数医療機関の受診」を同計算一とすること

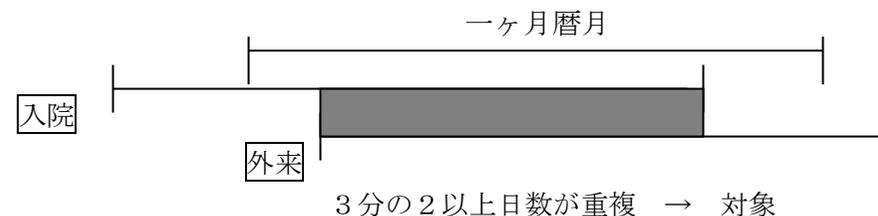
現在、高額療養費制度の給付は、実質レセプト1枚毎に行われており、上記に問題点として挙げた①、②のようなケースが生じている。しかし、180日超入院における入院基本料等の減額（15%）がなされている点を考慮すると、保険者による複数に渡ってのレセプトチェックが可能であると分かる。このことから、高額療養費についても2枚以上のレセプトを対象とし、(1)給付の単位を「初診日から一月」とすることは可能であると考えられる。これが導入されれば、現行では支給の対象にはならない、月をまたいだ高額な医療費も返還対象とすることができる。

同様に、(2)「入院と外来」、また「複数医療機関の受診」を同計算とすることによって、現行の世帯合算における上限「21,000円」を超えない医療費も合算できることになり、より患者負担の軽減に繋がる。尚、現行の制度では、1年間で高額療養費の支給が4回を超えた場合、自己負担限度額は一般で40,200円（高位所得者：77,700円、低所得者：24,600円）となる（「多数該当」）。(1)、(2)の導入によって制度の該当数が増えることから、上記の「多数該当」も増え、救済対象範囲を広げることができよう。

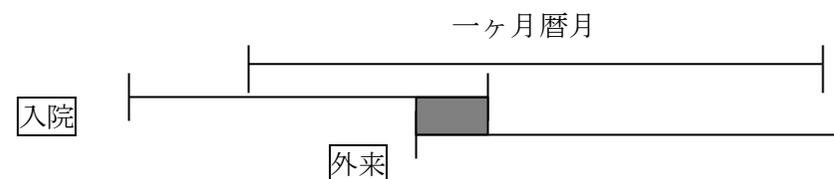
《補足》

- ・(1)「初診日から一月」とは、初診日から一月、その翌日から一月…と単位計算し、転帰で終了とする。
- ・(2)「入院と外来」、「複数医療機関の受診」を同計算とするのは、1単位内の3分の2以上の日数が重なっている場合とする（最大で40日）。

(例)



3分の2以上日数が重複 → 対象



3分の2以下の日数が重複 → 対象にはならない

受領委任払い制度の導入

高額療養費の対象となる見込みがあり、3割負担分の支払いが困難な患者のために、高額療養費として支給される金額を保険者が直接医療機関へ支払う「受領委任払い制度」を導入する。厚生労働省は「いわゆる受領委任方式は高額療養費を事実上現物給付とするものであり、高額療養費は償還払いであるという医療保険各制度を通じる原則を逸脱するものと考えざるを得ない」（厚生省保険極国民健康保険課長内幹 昭和52年11月30日付）としているが、この制度を導入すれば、患者は自己負担限度額以上の高額な立て替えが解消できることから、更なる負担軽減を図ることができる。また、医療機関にとっても、医療費の未収を防ぐために有効な制度であると思われる。

現在、神奈川県内では相模原市などでこの制度を導入しており、厚木市、座間市等では低所得者を対象に利用可能としている。また、北海道や新潟県などでは、70歳以上の高齢者（老人保健受給者と国保の前期高齢者）の外来診療を対象に、この制度を導入している。

尚、高額療養費制度、高額療養費貸付制度、受領委任払い制度はいずれも申請制であることから、保険者・医療機関の協力のもと、今後もより幅広い周知が求められる。しかし、周知の徹底や受領委任払いが普及しても、申請を忘れてたり、還付金が少額の場合には申請しなかったりするなど、償還制のそもそもの欠陥は解消されない。よって、最終的には「申請制ではない受領委任払い制度」、つまり患者負担の上制限を導入すべきである。