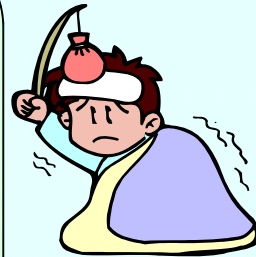


我が国の医療制度の概要

- ・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
- ・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)
- ・義務教育就学後から69歳
3割負担
- ・義務教育就学前
2割負担

※平成20年4月から、1割に据え置く

患者(被保険者)



②受診・窓口負担

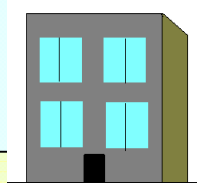
③診療

①保険料

⑤支払

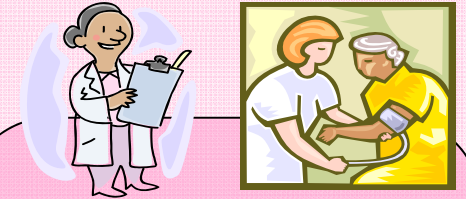
④請求

保険者



【医療提供体制】

病院
診療所 } 「医療法」



医師 「医師法」
 歯科医師 「歯科医師法」
 薬剤師 「薬剤師法」
 保健師 } 「保健師助産師看護師法」
 助産師
 看護師

その他の医療従事者

〔国家資格者については各根拠法あり〕

行政機関

【医療保険制度】



公費負担

公費負担

支援金

(主な制度名)	(保険者数)	(加入者数)
国民健康保険	1888	約3,900万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,500万人
組管管掌健康保険	1458	約3,000万人
共済組合	85	約900万人

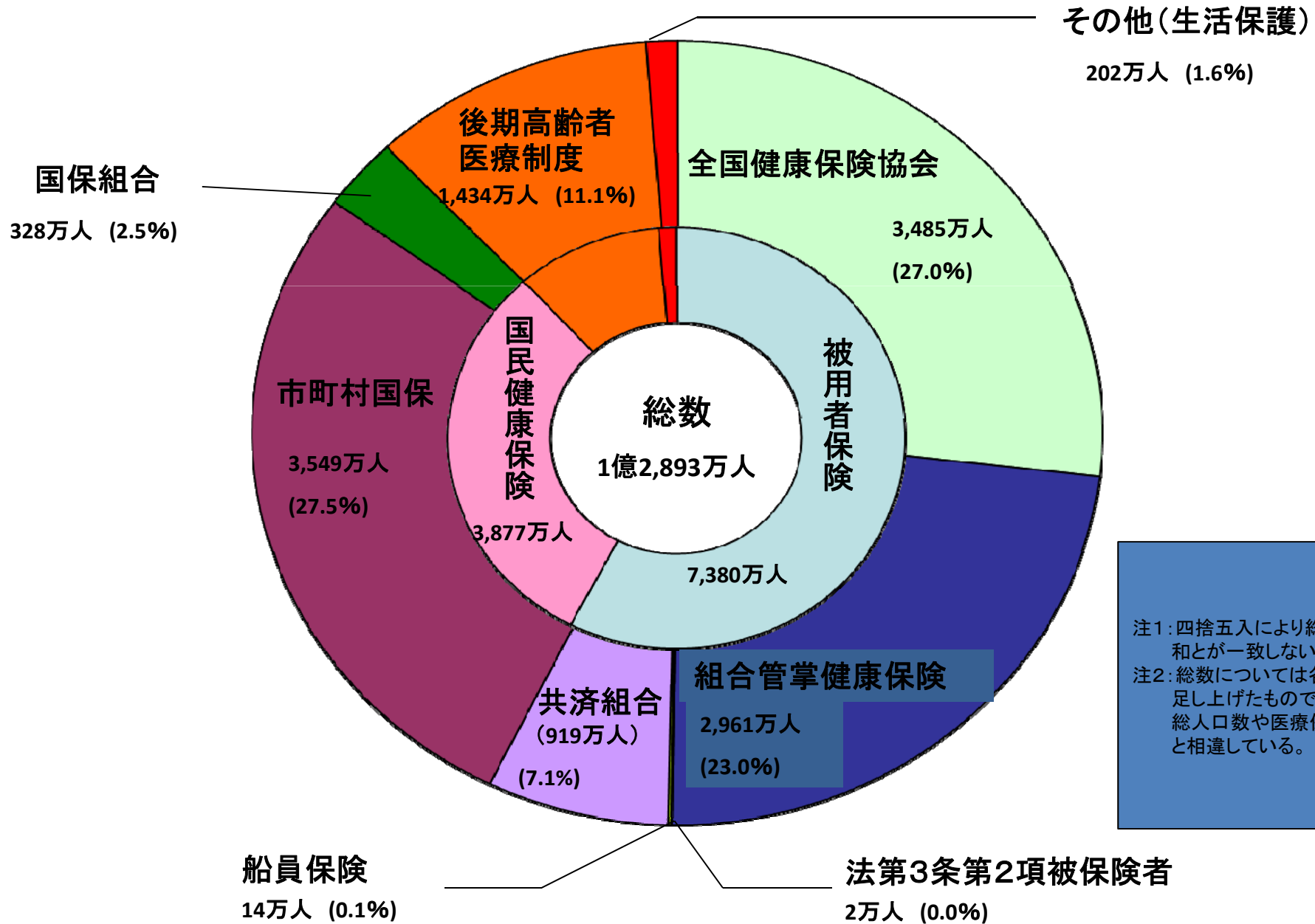
※保険者数及び加入者数は2011年3月末時点

各保険者

後期高齢者医療制度 47 約1,400万人

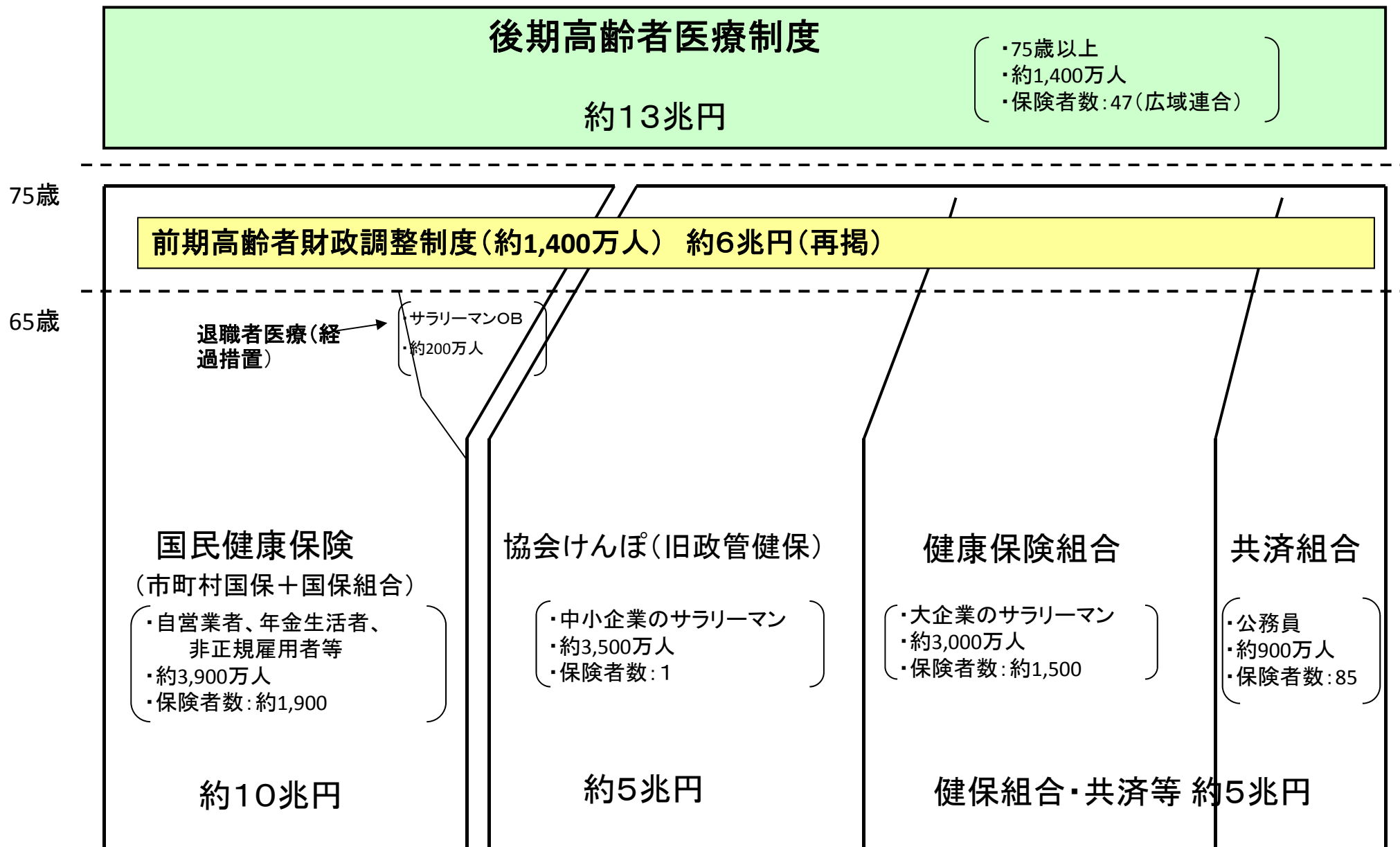
※加入者数は2011年3月末時点

医療保険制度の加入者等(平成23年3月末現在)



注1: 四捨五入により総数と各数の和とが一致しない場合がある。
注2: 総数については各数を単純に足し上げたものであり、実際の総人口数や医療保険適用者数と相違している。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成23年3月末の数値

※2 金額は平成24年度予算ベースの給付費

国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

① 国民全員を公的医療保険で保障。

(米国では、オバマ政権による医療制度改革後も、約1800万人が無保険となる見込み。)

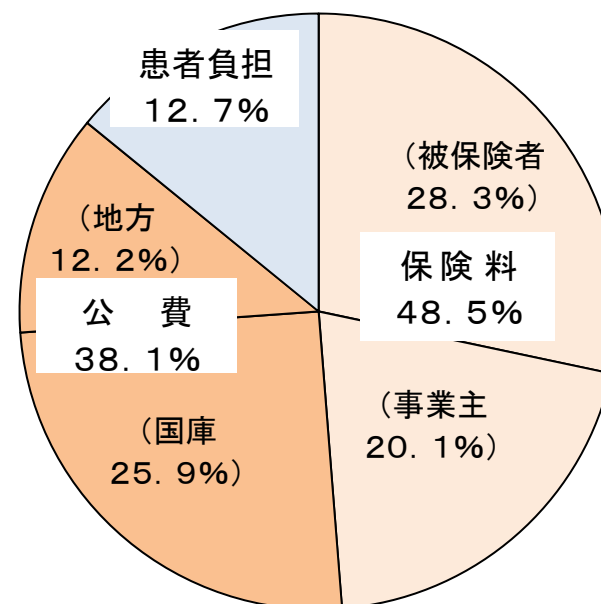
② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)

③ 安い医療費で高度な医療。

(米国では1人当たりの医療費が日本の2倍以上。
我が国では、高齢者の場合、月1千万円の医療を受けた場合でも、窓口負担は4万円強。)

④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成22年度)



・ドイツ、フランス、韓国等の諸外国においても、社会保険方式を採用。

・税方式を採用している国においては、医療機関を自由に選べない、医師の診察を受けられるまでの待機期間が長いとの指摘がある。

例えば、イギリスでは一般医(登録家庭医)が一次医療を担っているが、診察を受けるまでに時間がかかることが問題となっており、48時間以内に一般医の診察を受けられることを可能とすることが目標として掲げられている。
また、病院が紹介を受けてから患者が病院の専門医の治療を受けるまでの平均待機期間：8.6週間(2009年)

各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成23年3月末)	1,723	165	1	1,458	85	47
加入者数 (平成23年3月末)	3,549万人 (2,037万世帯)	328万人	3,485万人 〔被保険者1,958万人 被扶養者1,527万人〕	2,961万人 〔被保険者1,557万人 被扶養者1,403万人〕	919万人 〔被保険者452万人 被扶養者467万人〕	1,434万人
加入者平均年齢 (平成22年度)	49.7歳	39.0歳	36.3歳	34.0歳	33.4歳	81.9歳
加入者一人当たり 平均所得(※1) (平成22年度)	84万円 〔一世帯あたり 145万円〕	347万円 〔一世帯あたり(※2) 743万円 (平成20年度)〕	137万円 〔一世帯あたり(※3) 242万円〕	197万円 〔一世帯当たり(※3) 372万円〕	229万円 〔一世帯当たり(※3) 467万円〕	80万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成22年度)	68万円(※4) 〔一世帯あたり 117万円〕	－(※5)	209万円(※6) 〔一世帯あたり(※3) 370万円〕	281万円(※6) 〔一世帯あたり(※3) 533万円〕	319万円(※6) 〔一世帯あたり(※3) 651万円〕	67万円(※4)
加入者一人当たり医療費 (平成22年度)(※7)	29.9万円	17.6万円	15.6万円	13.8万円	14.0万円	90.5万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成22年度)(※8) 〈事業主負担込〉	8.1万円 〔一世帯あたり 14.2万円〕	12.6万円	9.7万円<19.3万円> 〔被保険者一人あたり 17.2万円<34.4万円>〕 健康保険料率10.00% (平成24年度)	9.3万円<20.7万円> 〔被保険者一人あたり 17.7万円<39.4万円>〕 健康保険料率7.99% (平成23年度決算見込)	11.2万円<22.4万円> 〔被保険者一人あたり 22.7万円<45.5万円>〕 健康保険料率8.25%	6.3万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の42% (※9)	給付費等の16.4% (※10)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※11) (平成24年度予算ベース)	3兆4,459億円	2,842億円	1兆1,822億円	16億円		6兆1,774億円

- (※1) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。
市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。
国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総務省「平成21年度市町村税課税状況等の調」による「給与所得及び営業所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。
協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。
- (※2) 一世帯あたりの額は加入者一人あたりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※3) 被保険者一人あたりの金額を指す。
- (※4) 旧ただし書き方式による課税標準額(保険料の算定基礎)。旧ただし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、総所得金額(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)から基礎控除等を差し引いて計算する。
- (※5) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成21年所得調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保641万円、歯科医師国保221万円、薬剤師国保218万円、一般業種国保125万円、建設関係国保70万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、215万円となっている(平成22年以降は所得調査を行っていない)。
- (※6) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。(※7) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。
- (※8) 加入者一人あたり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。(※9) 平成24年度予算ベースにおける平均値。
- (※10) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。(※11) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

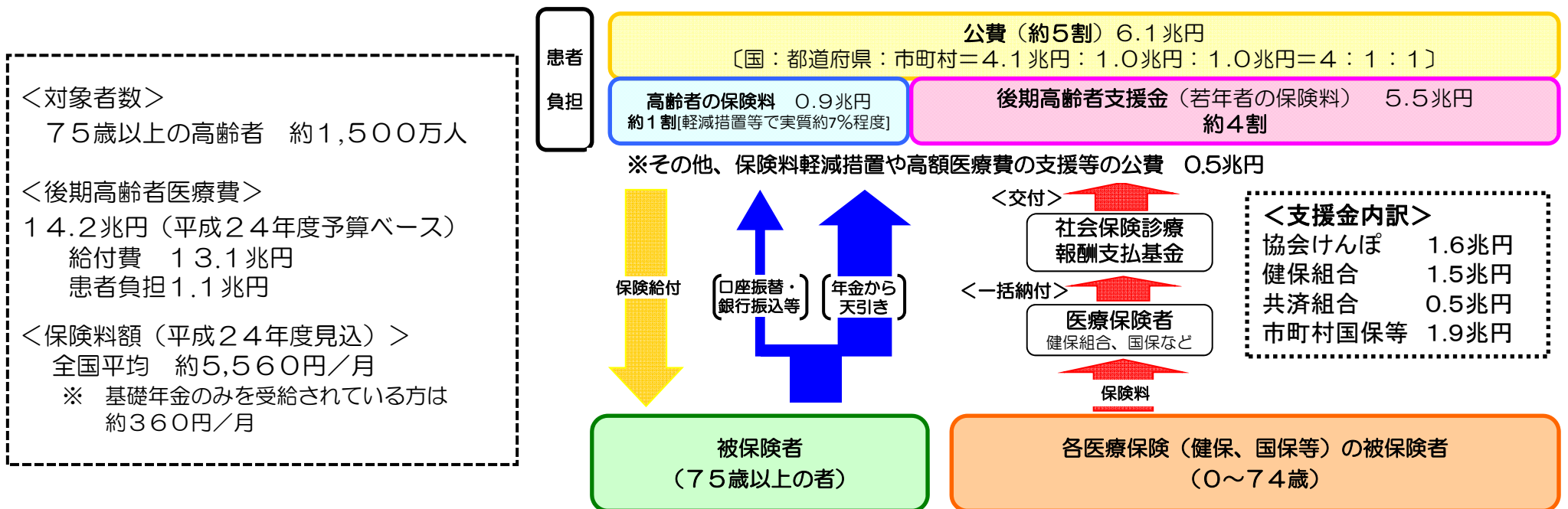
現行の高齢者医療制度について

制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

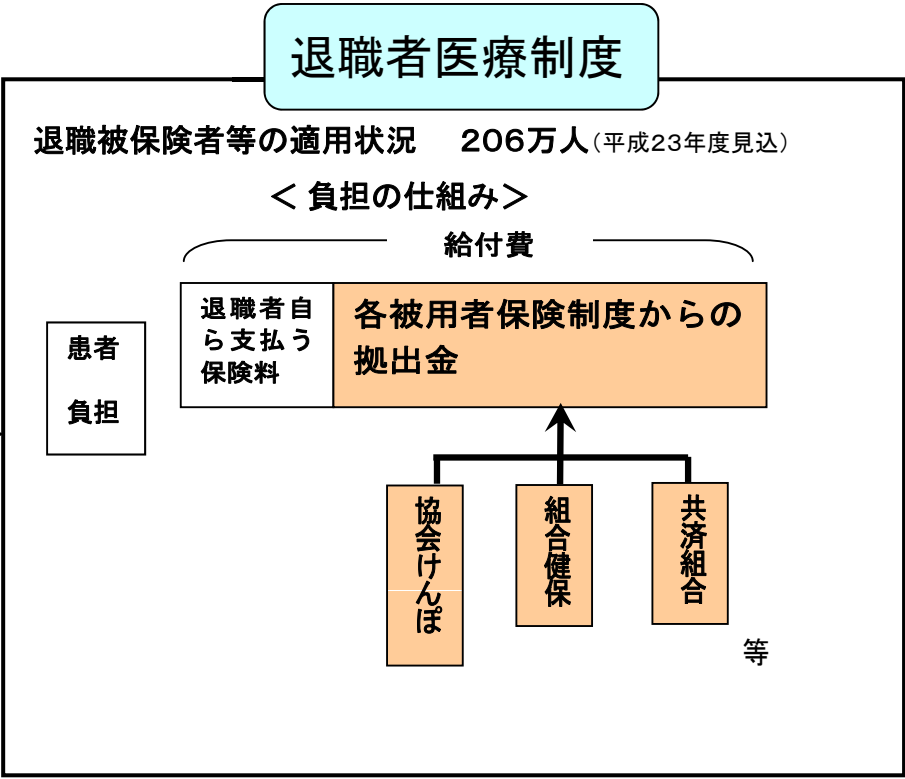
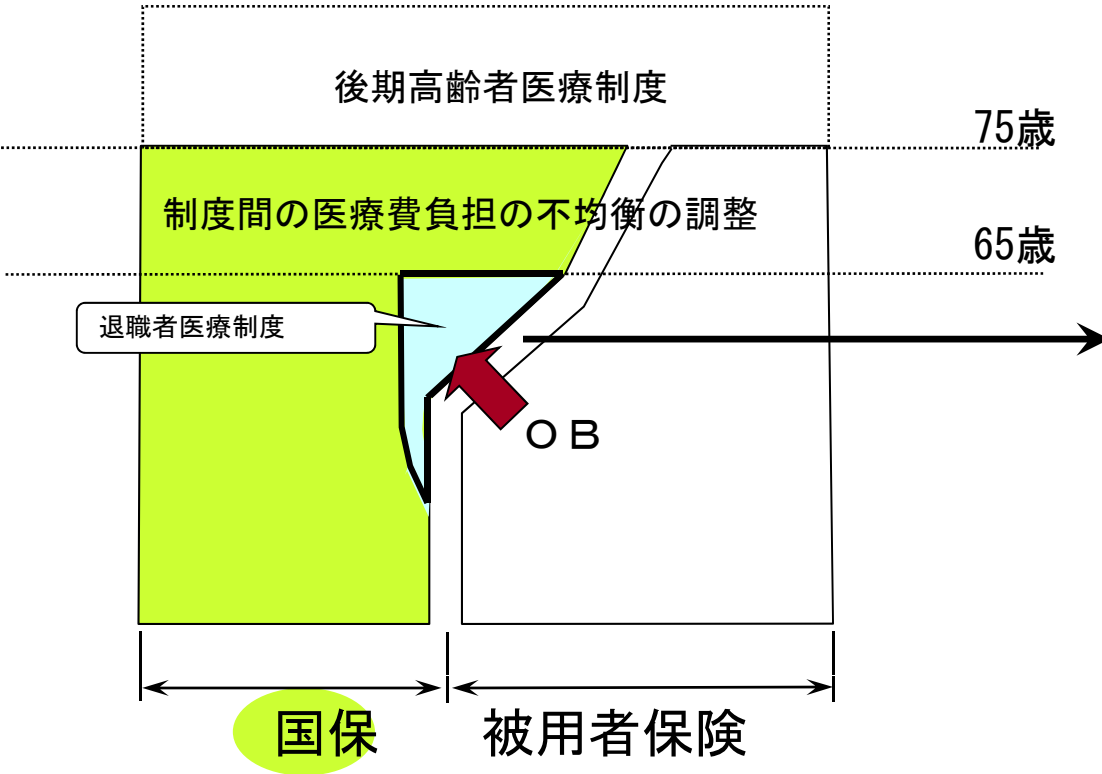
後期高齢者医療制度の仕組み

【全市町村が加入する広域連合】



退職者医療制度の仕組み

- 企業を退職した方は、国保に加入する。
- そのため、65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方（退職被保険者）等の医療給付費については、自ら支払う保険料を除いた部分を、各被用者保険が財政力に応じて負担している。（標準報酬総額で按分）
- 平成27年度以降は、それまでの対象者（65歳未満）のみを対象とする。



国保と健保の給付内容

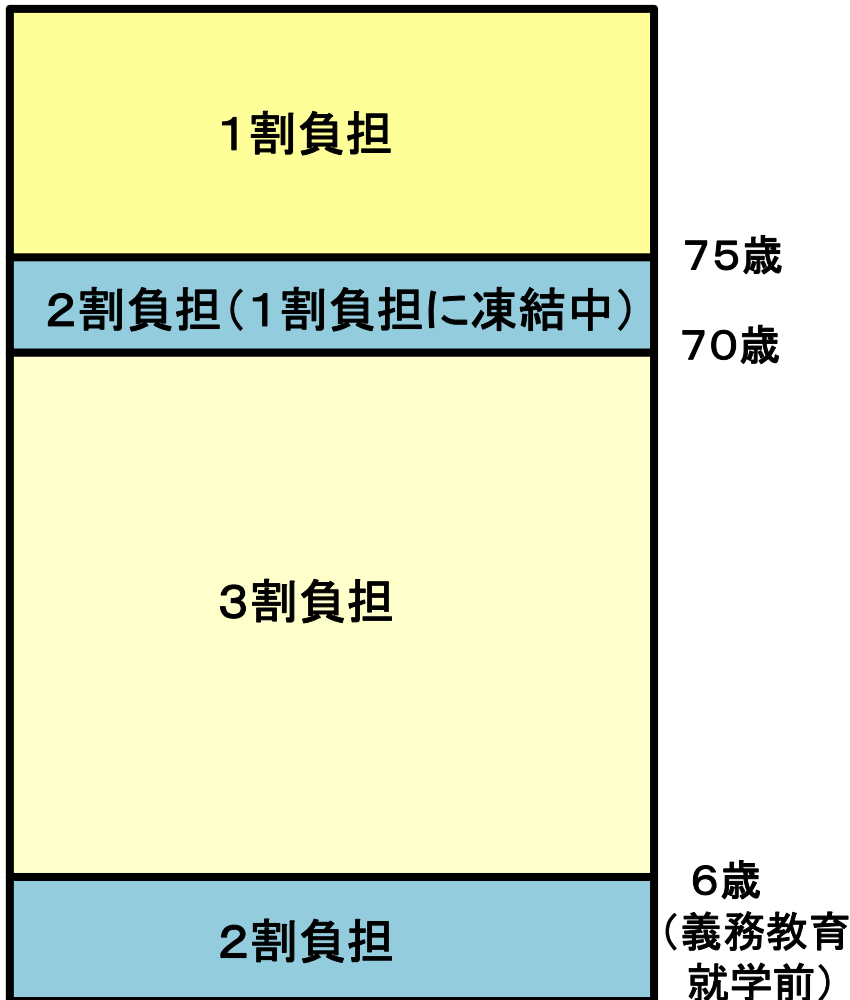
(平成24年4月現在)

給付		国民健康保険(市町村)	健康保険
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき260円 低所得者で90日を超える入院:一食につき160円	低所得者:一食につき210円 特に所得の低い低所得者(70歳以上):一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者:一食につき130円(食費)+320円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者:一食につき210円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者:一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (上位所得者) 150,000円+(医療費-500,000)×1% (83,400円) (一般) 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) (低所得者) 35,400円 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当)	70歳以上75歳未満の者 入院 (現役並み所得者) 80,100円 + (医療費-267,000)×1% (44,400円) 外来(個人ごと) 44,400円 (一般(※)) 44,400円 12,000円 (低所得者) 24,600円 8,000円 (低所得者のうち特に所得の低い者) 15,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金	給付内容は条例で定めるところによる。 (ほとんどの保険者が原則42万円(産科医療補償制度の加算対象出産ではない場合は、39万円。))	出産育児一時金 被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。 (産科医療補償制度の加算対象出産ではない場合は、39万円。) 家族出産育児一時金
	葬祭費 埋葬料	給付内容は条例で定めるところによる。 (1~5万円程度としている市町村が多い。) ほとんどの市町村が実施	埋葬料 被保険者が死亡した場合、遺族等に対し、定額5万円を支給 家族埋葬料 被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し、定額5万円を支給
	傷病手当金	任意給付 (実施している市町村はない。)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給
	出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給

※平成20年4月から窓口負担は1割に据え置かれ、高額療養費の自己負担限度額についても本表の額のまま据え置かれる。

医療費の患者負担について

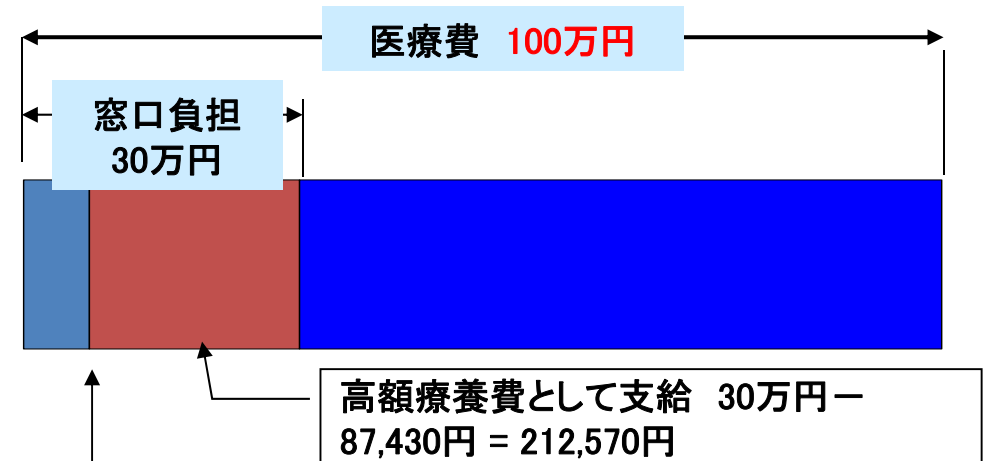
【医療費の患者負担割合】



○高額療養費制度

家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、月ごとの自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度。

<一般的な例 被用者本人(3割負担)のケース>



$$\text{自己限度額 } 80,100\text{円} + (1,000,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% = 87,430\text{円}$$

(注) 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

高額医療・高額介護合算療養費制度について

1年間（毎年8月1日～翌年7月31日（※））の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する仕組みを設けている（平成20年4月施行）。

（※）国民健康保険と後期高齢者医療制度での所得区分の認定が、前年所得をもとに毎年8月に所得区分を決めることを踏まえたもの。

合算算定基準額（所得区分に応じた世帯の負担上限額）

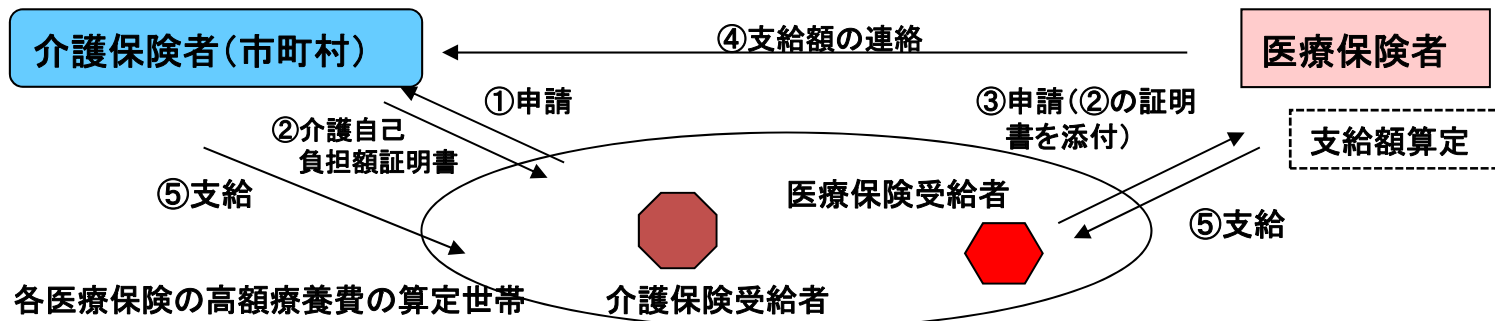
	75歳以上	70～74歳（注1）	70歳未満（注1）
	介護保険＋後期高齢者医療	介護保険＋被用者保険または国民健康保険	
70歳以上現役並み所得者 70歳未満上位所得者	67万円	67万円	126万円
一般	56万円	62万円（注2）	67万円
市町村民税世帯非課税等	31万円	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 年金収入80万円以下等	19万円（注3）	19万円（注3）	

（注1）対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

（注2）平成25年7月までは56万円。（注3）介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

（支給の手続き）

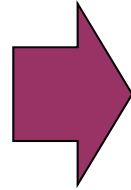
- ① 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、合算算定の自己負担限度額を超えた場合に支給する。
- ② 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担する。



高額医療・高額介護合算療養費制度の参考事例

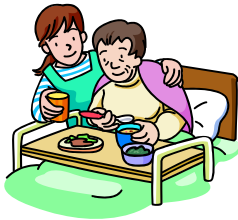
- 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 - (医療サービス) 病院に入院(※)
 - (介護サービス) 特別養護老人ホームに入所(※)
 - (年金収入) 夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)

自己負担:年間約60万円



自己負担:年間31万円
(約29万円の軽減)

今まで(20年3月まで)



自己負担約 30万円

医療費の1割負担。
ただし、毎月の負担の
上限あり。
(このケースでは、2万
4600円まで)

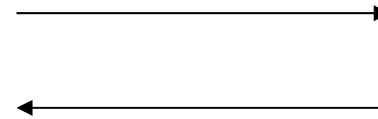
自己負担約 30万円

介護費の1割負担。
ただし、毎月の負担の
上限あり。
(このケースでは、2万
4600円まで)

これから(20年4月から)



医療費と介護費の自己負担(合
計約60万円)を支払った後、各
保険者に請求



自己負担限度額(31万円)を一
定程度超えた場合に、当該超え
た額(約29万円)を支給

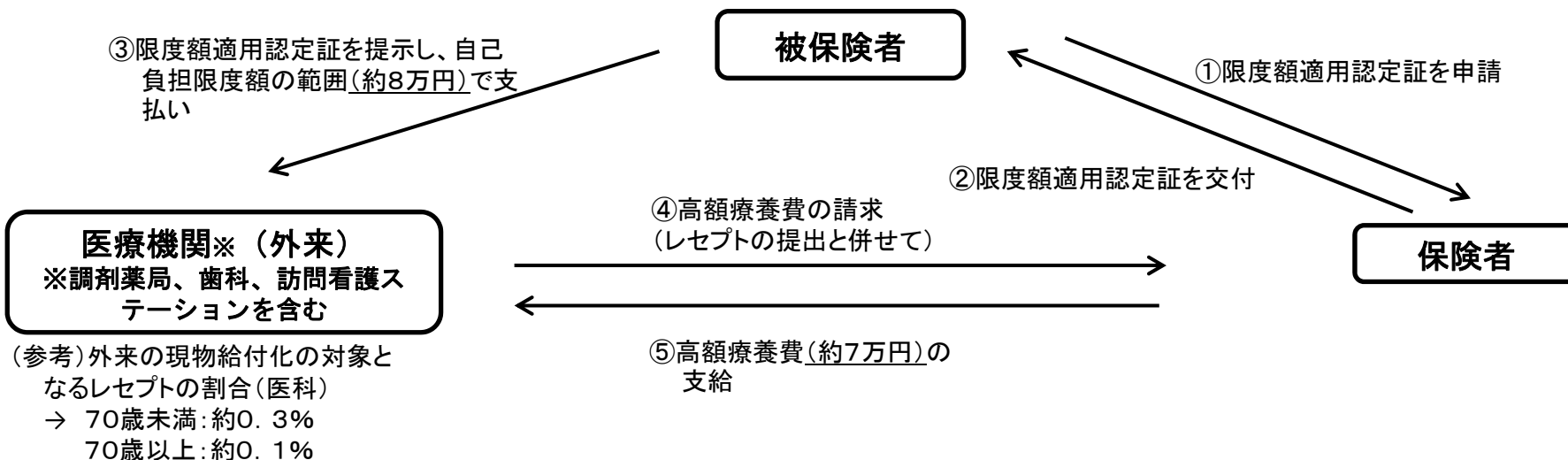
保険者

(※) 療養病床に入院した場合又は特別養護老人ホームに入所した場合にかかる食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)

外来診療の現物給付化への対応について

○ 高額な薬剤費等がかかる患者の負担を軽減するため、従来の入院診療に加え、外来診療についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い(現物給付化)を導入(平成24年4月施行)。

医療費50万円(3割負担)、一般所得者(70歳未満)の場合



現物給付化の基本的な仕組み

- ① 被保険者等ら保険者に対して、限度額適用認定証の交付を申請。(入院の場合と同様の取扱い)
- ② 保険者から被保険者に対して、世帯の所得区分に応じた限度額適用認定証を交付。(個人単位)
- ③ 被保険者は医療機関の窓口で限度額適用認定証を提示。医療機関はその被保険者等の自己負担額を個人単位で集計し、限度額を超える一部負担金等の徴収は行わない。
※ 1%加算分については、自己負担が限度額を超えた後も毎回自己負担が発生する。
- ④ 医療機関はレセプト請求時に併せて高額療養費分を保険者に請求。

診療報酬制度について

(1) 診療報酬の仕組み

- 診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定（厚生労働大臣告示）

(2) 診療報酬の内容

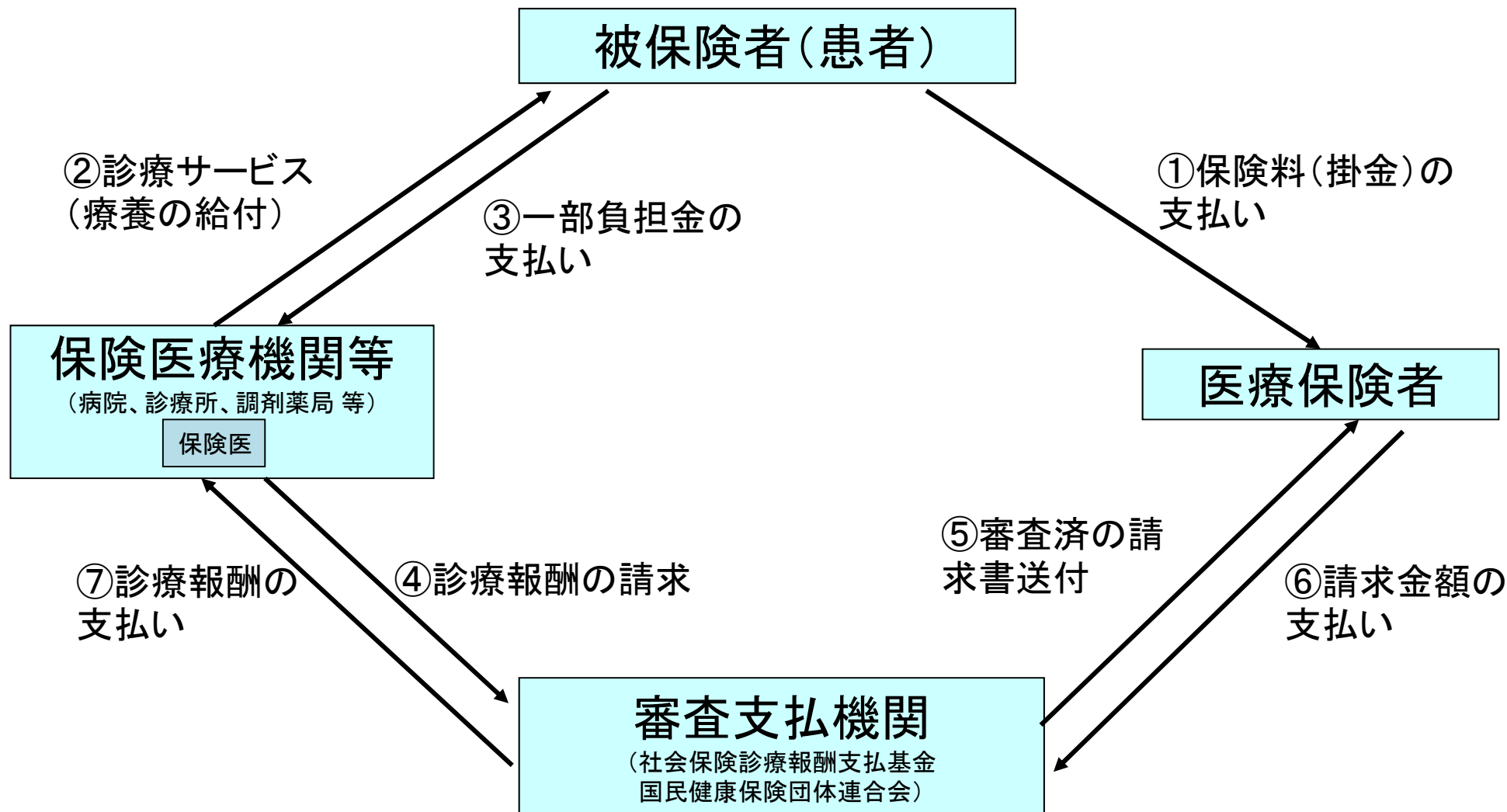
診療報酬

技術・サービスの評価

物の価格評価（医薬品については薬価基準で価格を定める）

- 診療報酬点数表では、個々の技術、サービスを点数化（1点10円）して評価（告示に記載）
※点数表の種類：医科、歯科、調剤

保険診療の概念図



診療報酬は、まず医科、歯科、調剤報酬に分類される。

具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される(いわゆる「出来高払い制」)。例えば、盲腸で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、盲腸の手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担分を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる。

医科診療報酬点数表例(基本診療料)

基本診療料は、初診若しくは再診の際及び入院の際に行われる基本的な診療行為の費用を一括して評価するもの。													
初・再診料	<p>初診料(1回につき) 270点 外来での初回の診療時に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p> <p>再診料(1回につき) 69点 外来での二回目以降の診療時に一回毎に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p>												
入院基本料	<p>入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">例)一般病棟入院基本料(1日につき)</td> <td style="width: 20%;">7対1入院基本料</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">1,566点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">1,311点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">1,103点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">945点</td> </tr> </table> <p>なお、療養病棟入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。</p>	例)一般病棟入院基本料(1日につき)	7対1入院基本料	1,566点		10対1入院基本料	1,311点		13対1入院基本料	1,103点		15対1入院基本料	945点
例)一般病棟入院基本料(1日につき)	7対1入院基本料	1,566点											
	10対1入院基本料	1,311点											
	13対1入院基本料	1,103点											
	15対1入院基本料	945点											
入院基本料等加算	<p>人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。</p> <p>例)総合入院体制加算(1日につき) 120点 (急性期医療を提供する体制及び勤務医の負担軽減及び処遇の改善に対する体制を評価)</p> <p>診療録管理体制加算(1入院につき) 30点 (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価)</p>												
特定入院料	<p>集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する点数。入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射、処置等の費用が含まれている。</p> <p>例)救命救急入院料2(1日につき)(3日以内の場合) 11,211点 (救命救急センターでの重篤な救急患者に対する診療を評価)</p>												

医科診療報酬点数表例(特掲診療料1)

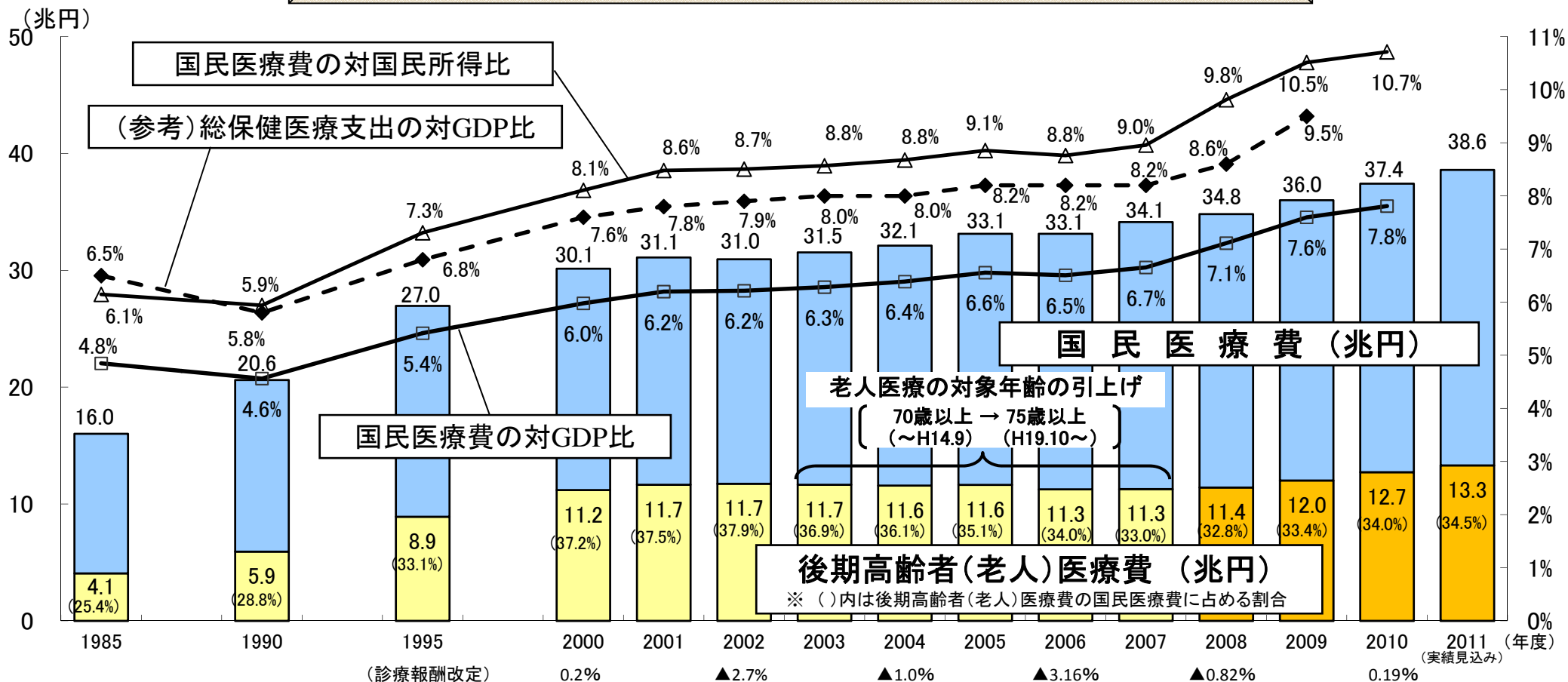
<p>特掲診療料は、基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個々に点数を設定し、評価を行うもの。</p>	
<p>医学管理等</p>	<p>特殊な疾患に対する診療、医療機関が連携して行う治療管理、特定の医学管理等が行われた場合に算定する点数。</p> <p>例)生活習慣病管理料(主病:高血圧症、院外処方せんを交付する場合)(月1回) 700点 (服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を評価)</p> <p>診療情報提供料(I)(月1回) 250点 (別の医療機関に対する、文書による患者の紹介を評価)</p>
<p>在宅医療</p>	<p>在宅医療に係る診療報酬。患家を訪問して医療が行われた場合に算定する点数と、在宅における療養のための医学管理及び医療機器の貸与等が行われた場合に算定する点数とからなる。</p> <p>例)往診料(1回につき) 720点 (医師による往診を評価)</p> <p>在宅患者訪問診療料(1日につき)(同一建物居住者以外の場合) 830点</p> <p>在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所(厚生労働大臣が定めるもの)、病床あり、院外処方せん交付、月1回) (計画に基づく在宅における総合的な医学管理の場合) 5,000点</p>
<p>検査</p>	<p>検体検査、病理学的検査、生体検査等の施行時に算定する点数。</p> <p>例)尿中一般物質定性半定量検査 26点</p>
<p>画像診断</p>	<p>エックス線診断、核医学診断、コンピューター断層撮影診断等の画像撮影、診断時に算定する点数。</p> <p>例)コンピューター断層撮影(64列以上のマルチスライス型の機器による場合) 950点</p>
<p>投薬</p>	<p>投薬時に算定する点数。</p> <p>例)調剤料 9点 (薬剤師等による薬剤の調整を評価)</p> <p>処方料 42点 (医師による薬剤の処方を評価)</p> <p>薬剤料 薬価基準による (薬剤の費用を評価)</p>

医科診療報酬点数表(特掲診療料2)

注射	例) 静脈内注射 薬剤料	30点 薬価基準による
リハビリテーション	例) 摂食機能療法(1日につき)	185点
精神科専門療法	例) 標準型精神分析療法	390点
処置	喀痰吸引、人工呼吸、介達牽引等の処置時に算定する点数。 例) 創傷処置(100cm ² 未満) 薬剤料 材料料	45点 薬価基準による 材料価格基準による
手術	例) 胃全摘術(悪性腫瘍手術) 薬剤料 材料料	69,840点 薬価基準による 材料価格基準による
麻酔	例) 閉鎖循環式全身麻酔(2時間まで) (2時間以降、30分毎に)	6,100点 600点
放射線治療	例) 体外照射	110点
病理診断	例) 病理組織標本作製	860点

平成24年4月以降。1点は10円。

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

国民医療費の構造(平成22年度)

国民医療費
一人当たり医療費

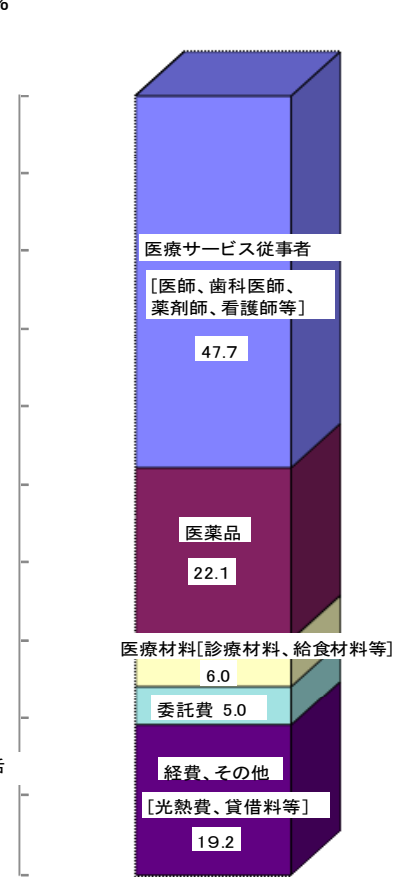
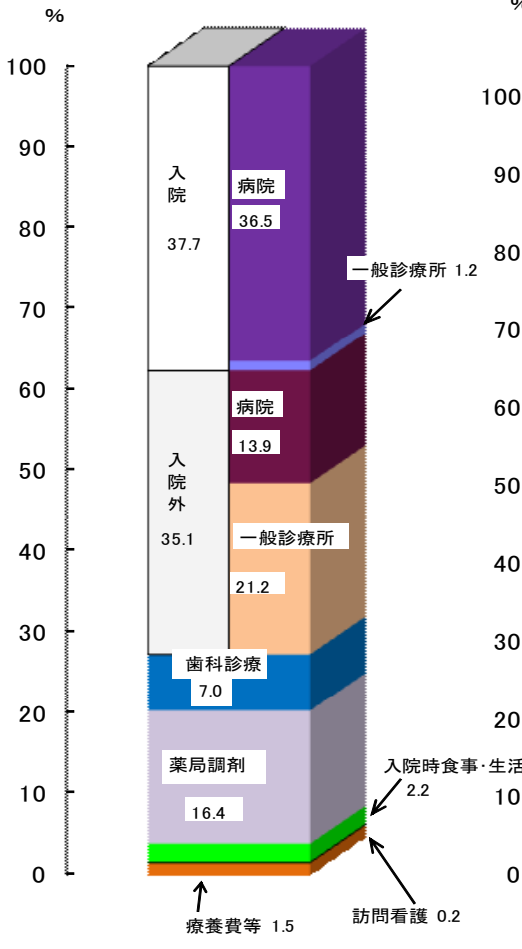
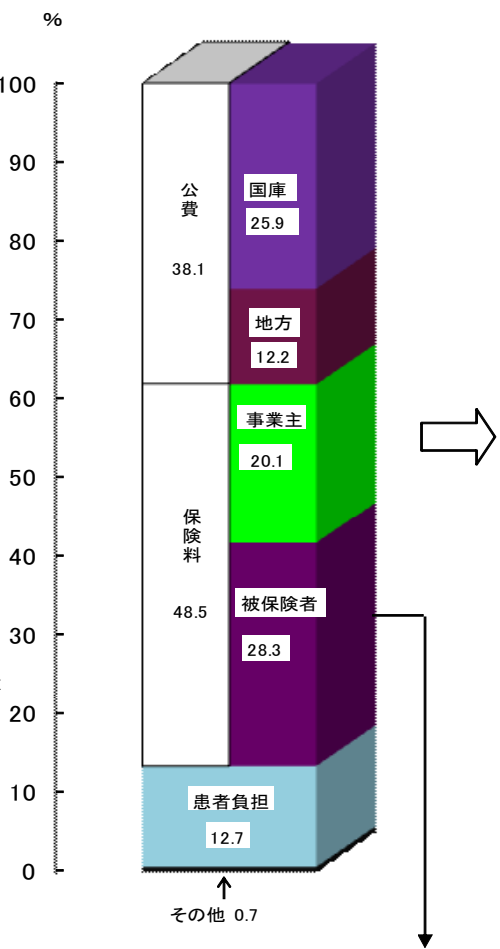
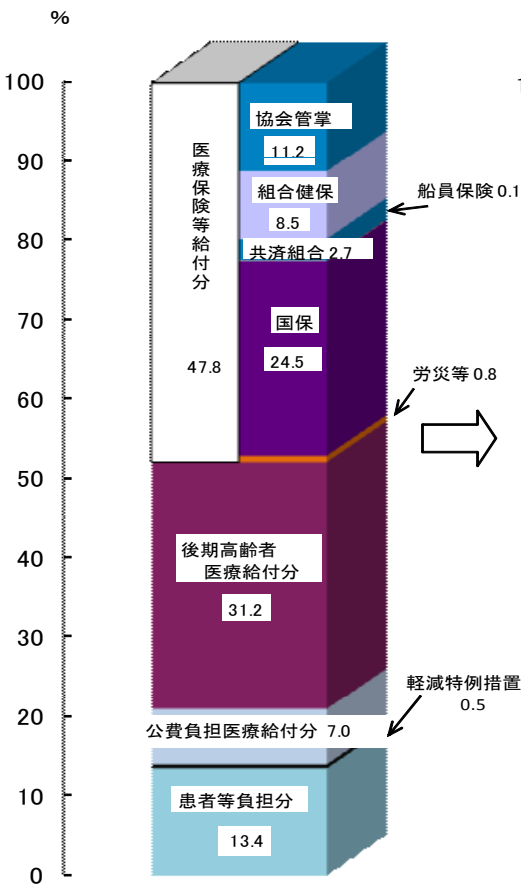
37兆4, 202億円
292, 200円

国民医療費の制度別内訳

国民医療費の負担(財源別)

国民医療費の分配

医療機関の費用構造

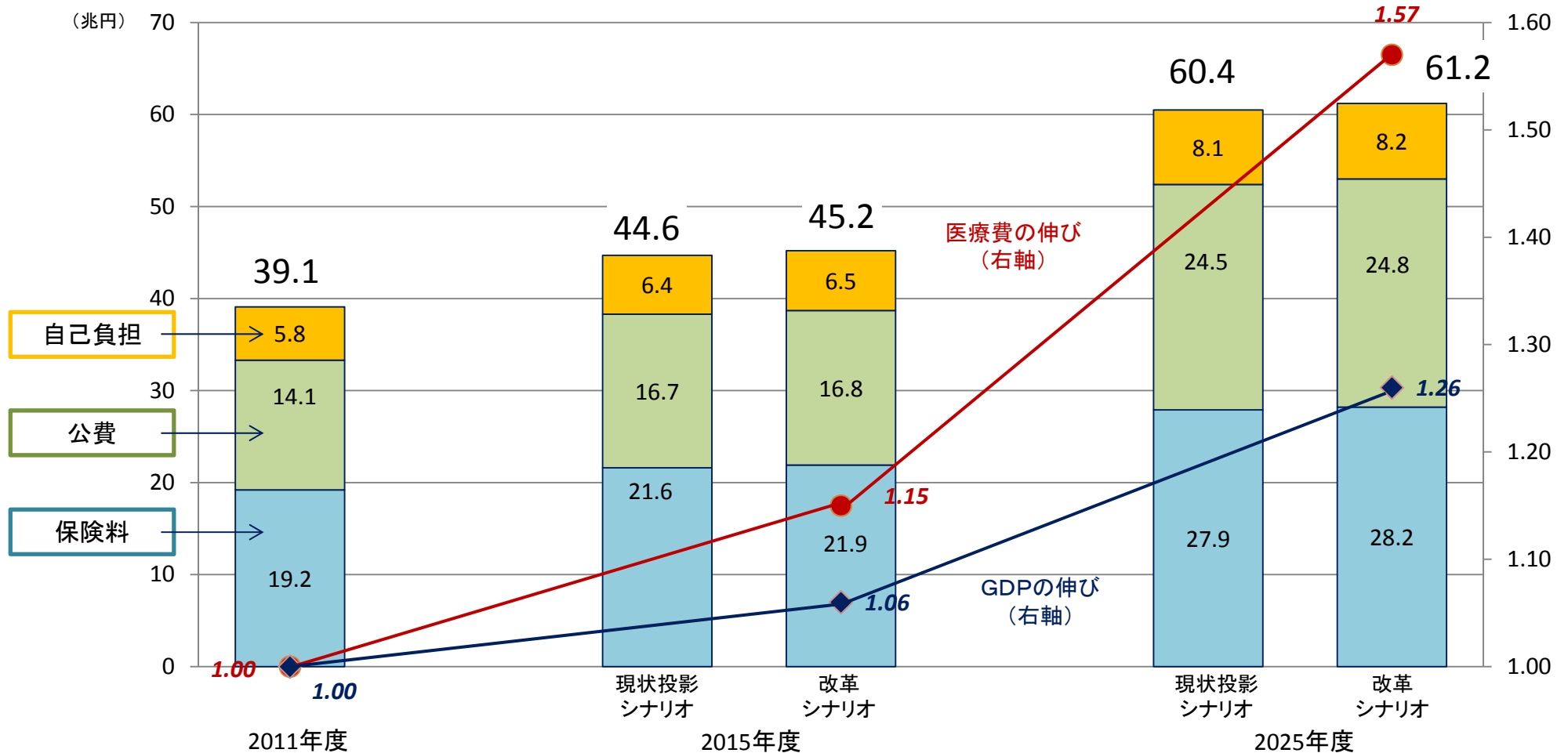


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成22年度国民医療費、医療経済実態調査(平成23年6月)結果等に基づき推計

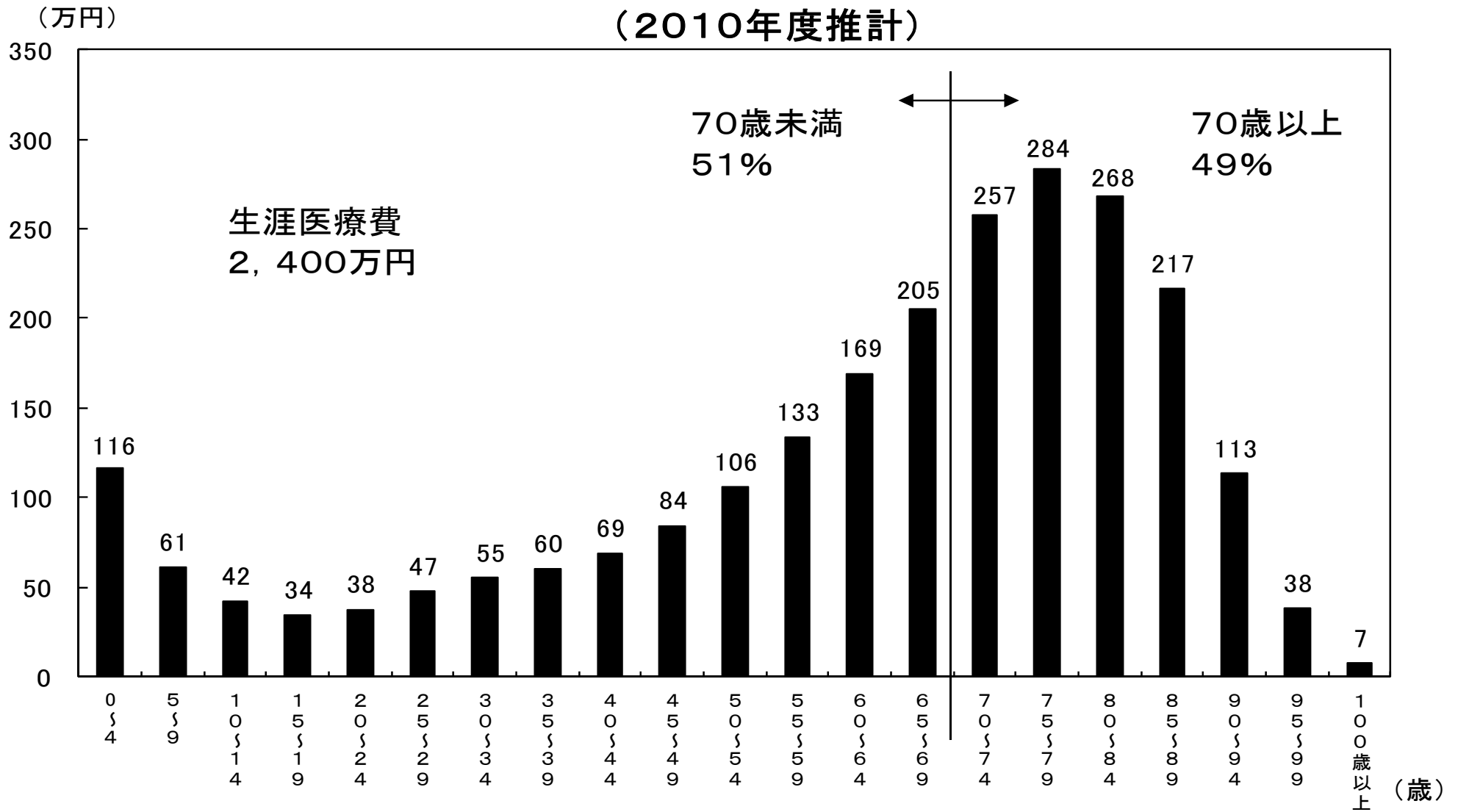
医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



- ※1 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2011年度比。

生涯医療費(男女計) (2010年度推計)

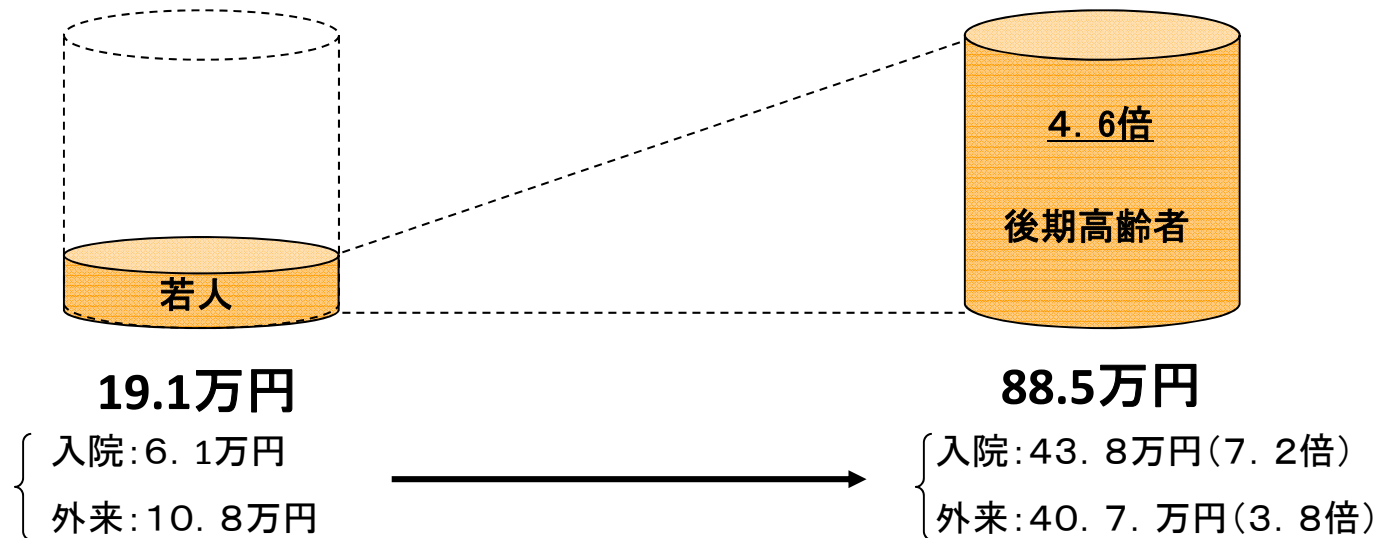


(注) 2010年度の年齢階級別一人当たり国民医療費をもとに、平成22年完全生命表による定常人口を適用して推計したものである。

後期高齢者医療費の特性

- 後期高齢者(75歳以上の者)の1人当たり医療費(後期高齢者医療制度に係る医療費)は88.5万円となっており、若人(75歳未満の者)の1人当たり医療費19.1万円の4.6倍となっている。

【1人当たり医療費の若人との比較(2009年度)】



- ◆ 1人当たり医療費の老若比率について各国比較を行ってみると、欧米諸国では概ね3、4倍程度。
〔ドイツ3.7倍(2006)、アメリカ3.7倍(2004)、フランス3.3倍(2006)〕
※上記3か国における老人の定義:65歳以上の者

医療保険財政の状況について

(単位:億円)

		20年度	21年度	22年度	23年度	備考
国民健康保険	収入	124,589	125,993	128,019		・平成20年度以前の「一般会計繰入金(決算補填分)を加味した収支差」には、東京都財政調整交付金に係る一般会計繰入金(決算補填分)は含まれておらず、平成21年度以後の決算数値とは定義が異なる。
	支出	124,496	125,927	127,726		
	収支差	93	66	293		
	一般会計繰入(決算補填分)を加味した収支差	▲ 2,383	▲ 3,250(※)	▲ 3,900(※)		
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,357	69,735	78,172	80,580	
	支出	73,647	74,628	75,632	77,992	
	収支差	▲ 2,290	▲ 4,893	2,540	2,589	
	準備金残高	1,539	▲ 3,179	▲ 638	1,951	
組合健保	収入	63,658	61,718	62,856	66,494	・23年度は決算見込みベース。
	支出	66,847	66,952	67,011	69,983	
	収支差	▲ 3,189	▲ 5,234	▲ 4,156	▲ 3,489	
後期高齢者医療	収入	98,517	111,691	116,434		<ul style="list-style-type: none"> ・20年度の収支差から翌年度に精算される当年度国庫支出金等精算額(1,599億円)を差し引いた収支差は1,408億円。 ・21年度の収支差に前年度国庫支出金精算額等(1,599億円)と当年度国庫支出金精算額等(1,809億円)の差を加えた収支差は507億円。 ・22年度の収支差に前年度国庫支出金精算額等(1,809億円)と当年度国庫支出金精算額等(339億円)の差を加えた収支差は▲97億円。
	支出	95,510	110,974	118,001		
	収支差	3,007	717	▲ 1,567		