窓口負担の見直しに係る財政影響（2022年度、満年度）

	給付費			後期高齢者支援金（現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料（高齢者の負担軽減）	公費
		長瀬効果の影響	窓口負担の変化の影響			
課税所得28万円以上（上位30%）かつ収入単身200万円以上、複数320万円以上	▲1,880億円	▲900億円	▲980億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※1 収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が収入の下限の額を上回るかで判定。
※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※3 2021年度予算案ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※4 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
※5 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。
※6 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。
※7 現役世代一人当たり後期高齢者支援金は▲700円（67,300円→66,700円）、後期高齢者一人当たり保険料は▲1,000円（79,900円→78,900円）。
※8 公費のうち、国費▲630億円、地方費▲350億円。

（出典）厚生労働省作成資料

令和３年４月14日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

2017年度

（出典）国民医療　No336　2017 年度　秋季号

長瀬式の概要と問題点

佐藤 英仁
（公益財団法人日本医療総合研究所研究・研修委員、東北福祉大学准教授）

1.　はじめに

本稿の目的は医療費の将来予測に使われている長瀬式の問題点について考察することである。

厚生労働省は患者の自己負担が増加すれば医療費の抑制につながる根拠として、「長瀬効果」を挙げている。これは「長瀬式」によって算出された給付率と医療費の関係性であるが、あまり知られていない。一方、厚生労働省の資料等では長瀬効果や長瀬式といった言葉がしばしば見られる。

そこで本稿では、長瀬効果および長瀬式について確認したうえで、長瀬式の問題点について考察する。

2.　長瀬効果とは

医療保険の給付率（自己負担の割合）が変化すると、医療費も変化するということを長瀬効果という。つまり、医療保険の給付率が下がり、患者の自己負担が増えれば、医療費は減少するということである。これは、患者の自己負担が増えれば、「受診行動が変化し、受診率が低下したり、1 件当たり日数が減少する」ために医療費が下がるためである[1)]。

3.　長瀬式とは

それでは、具体的に長瀬効果はどのくらいの大きさなのか。長瀬効果を推定する数式として長瀬式がある。これは、旧厚生省の保険数理技師であった長瀬恒蔵が 1935 年に発表した『傷病統計論』で推計した数式であり、自己負担の割合をx、医療費の水準をyとすると、両者の関係は、

$$y = 1 - 1.6x + 0.8x^2$$

で示されるとした。もし、自己負担割合がゼロ（無料）であればxは 0 となるが、これを長瀬式に代入すると、yは 1 となる。自己負担割合が 1 割であればxは 0.1 となるが、これを長瀬式に代入すると、

$$y = 1 - 1.6 \times 0.1 + 0.8 \times (0.1)^2 = 0.848$$

となり、yは 0.848 となる。両者の変化率は、

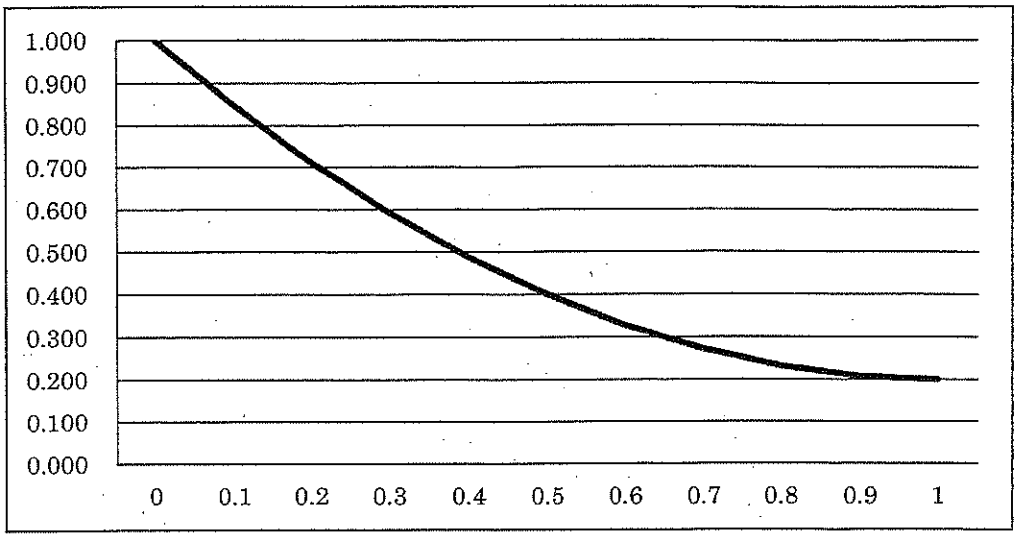
$$\frac{0.848 - 1}{1} = -0.152$$

2

令和 3 年 4 月 14 日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

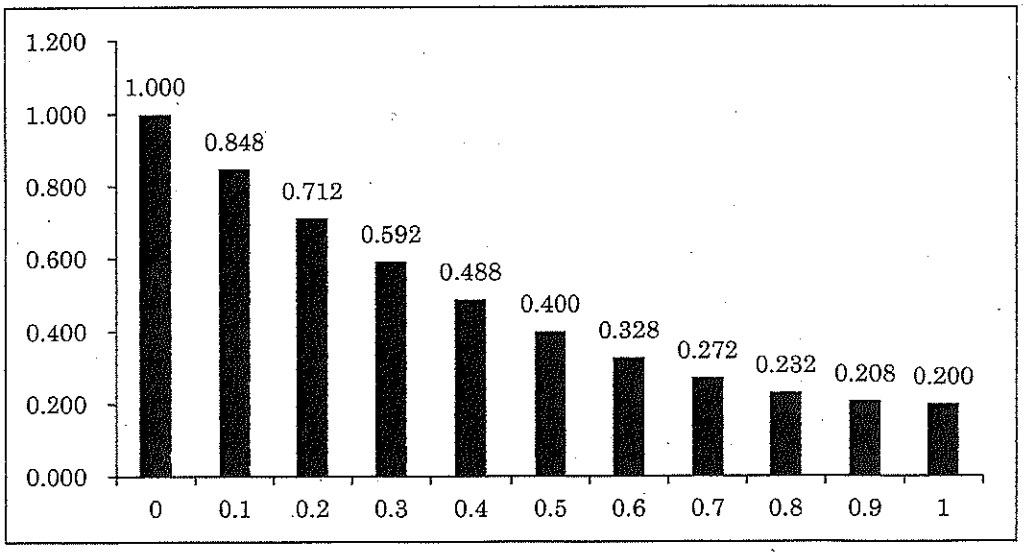
当初

図1　グラフ化した長瀬式



（出所）長瀬式をもとに佐藤が作成した。

図2　長瀬式による医療費の水準と自己負担割合の関係



医療費水準　消費税

自己負担

（出所）長瀬式をもとに佐藤が作成した。

となる。つまり、長瀬式に従えば、自己負担ゼロ（無料）の状態から1割負担を導入すれば、医療費は15.2%抑制されることになる。なお、図1は長瀬式をグラフに示したものである。また、図2は自己負担割合がゼロ（無料）から自己負担割合10割（全額自己負担）までの医療費の水準をグラフに示したものである。さらに、表1は自己負担割合が上がると、医療費がどのくらい抑制されるのか（変化率）を示したものである。

長瀬式によると、医療費は自己負担割合が上がるにつれて逓減する。また、変化率も一定ではなく、自己負担割合がゼロから1割に上がれば、医療費の抑制効果は大きいが、9

表 1　自己負担割合の増加に伴う医療費水準の変化率

自己負担割合	0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1
医療費水準	1	0.848	0.712	0.592	0.488	0.400	0.328	0.272	0.232	0.208	0.2
変化率		−0.152	−0.16	−0.169	−0.176	−0.180	−0.180	−0.171	−0.147	−0.103	−0.038
自己負担ゼロからの変化率		−0.152	−0.288	−0.408	−0.512	−0.6	−0.672	−0.728	−0.768	−0.792	−0.8

（出所）長瀬式をもとに佐藤が作成した。

割から 10 割（全額自己負担）上がっても、医療費はほとんど変化しない。

表 1 を見ると、自己負担割合ゼロ（無料）と比べると、3 割負担では医療費は 40.8%抑制され、4 割負担で 51.2%抑制されることになる。これは、3 割負担になると医療を必要としている人の 6 割しか受診せず、4 割負担になると 5 割以上の人が受診しないことを意味している。半数が受診しなくなる 4 割負担ではもはや公的保険の意味をなさない。この点は国も認めており、現行の 3 割負担は限界の水準だとされている[2)]。

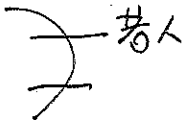
この長瀬式は「過去の経験からほぼ実証されている」として、現在でも医療費の予測に用いられ、医療制度の改正を議論する際、特に、国民の負担増を議論する際、財政を試算するツールとして使われている[3)]。また、医療費抑制政策の正当性を主張する唯一の手法ともなっている。

4.　修正された長瀬式

2002年および2006年の医療制度改革においては、自己負担割合が増加する影響を分析するツールとして修正された長瀬式が使われた。

修正された長瀬式は、一般制度では 1997 年 9 月改正の実績、老人保健は 1983 年 2 月改正から 1997 年 9 月改正の実績を基礎に推定したものである[4)]。ここで用いられた変数は、これまでの自己負担割合ではなく給付率に修正されている。給付率をx、医療費の水準をyとして推計した結果、

一般制度：$y = 0.475x^2 + 0.525$
老人保健：$y = 0.499x^2 + 0.501$



で示されるとした。図 3 は修正された長瀬式をグラフに示したものである。また、図 4 は給付割合 10 割（無料）から給付割合ゼロ（全額自己負担）までの医療費の水準をグラフに示したものである。一般制度を見てみると、自己負担割合が 2 割であれば、給付率は 0.8 となるため、xは 0.8 となる。これを修正された長瀬式に代入すると、

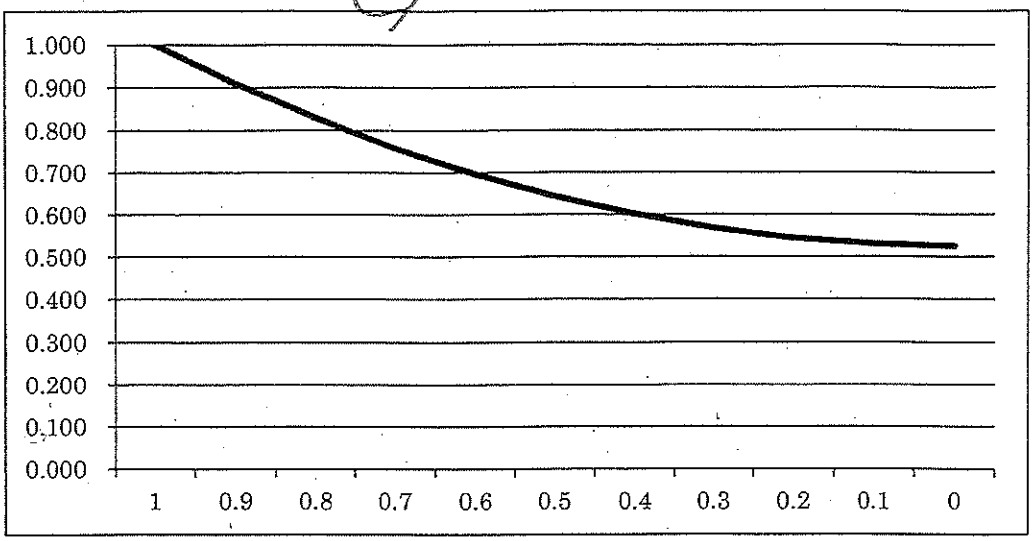
$$y = 0.475 \times (0.8)^2 + 0.525 = 0.829$$

となり、yは 0.849 となる。自己負担割合が 3 割であれば、給付率は 0.7 となるため、xは 0.7 となる。これを長瀬式に代入すると、

$$y = 0.475 \times (0.7)^2 + 0.525 = 0.758$$

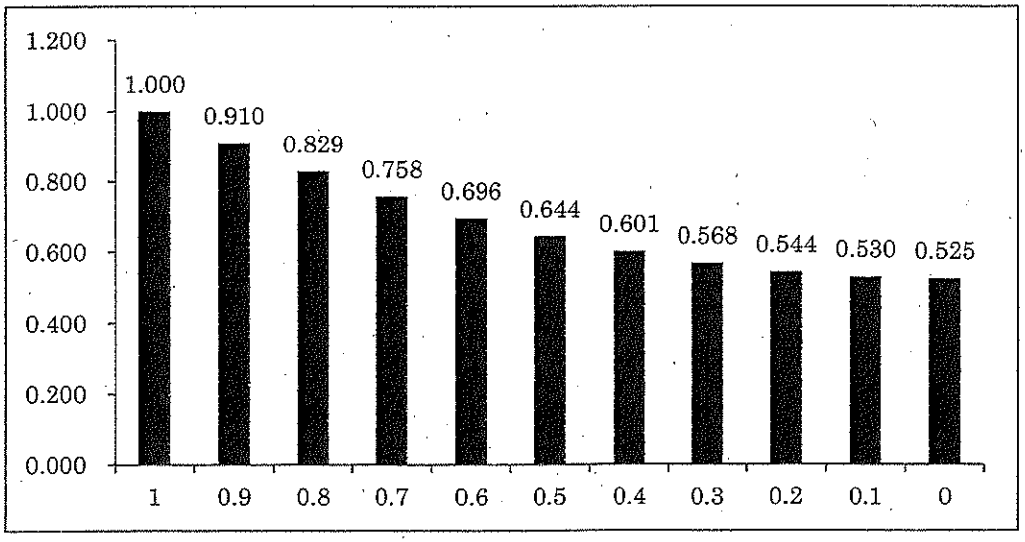
となり、yは 0.758 となる。両者の変化率は、

図3　グラフ化した修正された長瀬式（一般制度）



（出所）厚生労働省（2007）「医療費の要素分解」をもとに佐藤が作成した。

図4　修正された長瀬式による医療費の水準と給付割合との関係（一般制度）



（出所）厚生労働省（2007）「医療費の要素分解」をもとに佐藤が作成した。

$$\frac{0.758-0.829}{0.829} \fallingdotseq -0.086$$

となる。表2には給付割合が減少（自己負担が増加）した際の変化率を示した。実際、2002年に被用者保険の自己負担割合は2割から3割に引き上げられたが、このとき自己負担を引き上げることで医療費を抑制することができるという根拠に修正された長瀬式が使われた。

表 2　自己負担割合の増加に伴う医療費水準の変化率

給付割合	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0
自己負担割合	0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1
医療費水準	1	0.91	0.829	0.758	0.696	0.644	0.601	0.568	0.544	0.53	0.525
変化率		−0.09	−0.089	−0.086	−0.082	−0.075	−0.067	−0.055	−0.042	−0.026	−0.009

（出所）厚生労働省（2007）「医療費の要素分解」をもとに佐藤が作成した。

$$y = ax^2 - bx + c$$

5.　現在の長瀬式

未就学児のみ

なお、現在、未就学児の医療給付費の議論等で使われている最新の長瀬式は、

今でも使っている

$$y = 0.784x^2 - 0.536x + 0.752$$

（以前 改訂後に使った）厚労省

となっている。図 5 は現在の長瀬式をグラフに示したものである。また、図 6 は給付割合 10 割（無料）から給付割合ゼロ（全額自己負担）までの医療費の水準をグラフに示したものである。

なお、この推定式を導出するために用いているデータは不明であるが、前田（1978）に同じ式が掲載されていることから、少なくとも約 40 年前に導出された推定式であることは確実である[5]。

6.　長瀬式の問題点

(1) 1935 年の推定式

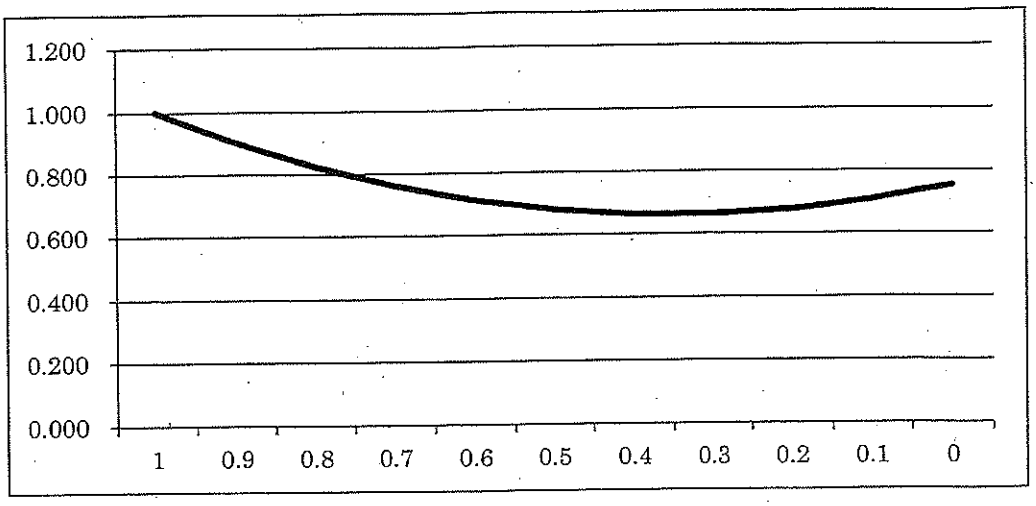
長瀬式は 1935 年に発表された自己負担の割合と医療費の水準の関係を示した推定式である。近年のデータを用いて数値が修正されたとはいえ、の二次式で推定している点に違いはない[6]。図 1、図 3、図 5 を比較すると、形状に大きな違いがないことが確認できる。80 年以上前の数式が現在にも適用できるのだろうか。

1935 年に発表された長瀬式を推定するのに用いたデータは以下の通りである。

① 健康保険の 10 割給付を受けている国鉄共済組合の組合員の 1927 年から 1930 年までの医療費のデータ
② 健康保険の適用がなく、医療費の定率 5 割の償還を受けている国鉄共済組合の組合員の 1927 年から 1930 年までの医療費のデータ
③ 定率 8 割給付であった警察共済組合の医療費のデータ
④ 保険の適用のない国民の医療費のデータ

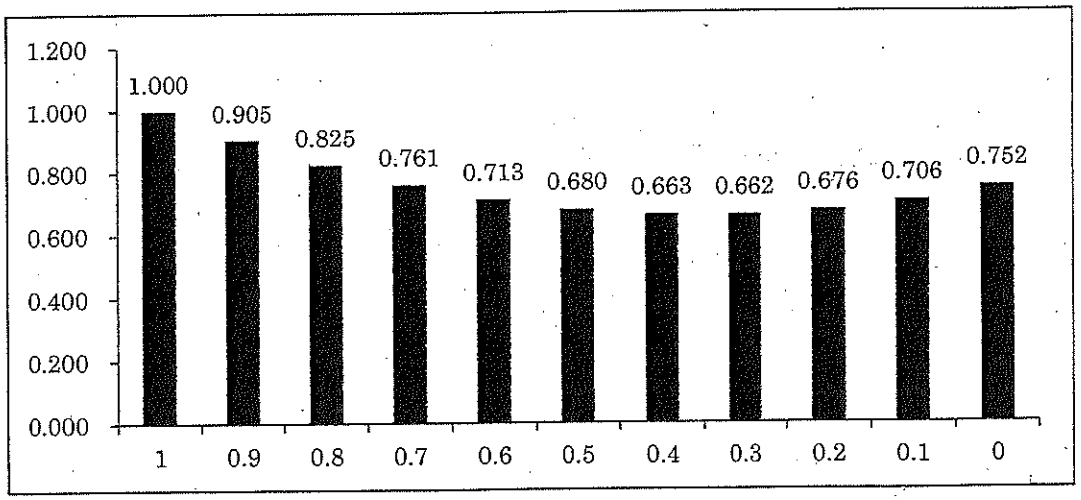
使用したデータはさらに古く 90 年前、国民皆保険が実現する 30 年以上前のものである。国鉄共済組合と警察共済組合に限定されているため、相当なバイアスがかかっている可能性がある。このようなデータを用いて推計した長瀬式を「過去の経験からほぼ実証されている」として現在に適用する

図5　グラフ化した現在の長瀬式



（出所）厚生労働省（2016）「医療費の波及増について」をもとに佐藤が作成した。

図6　現在の長瀬式による医療費の水準と給付割合との関係



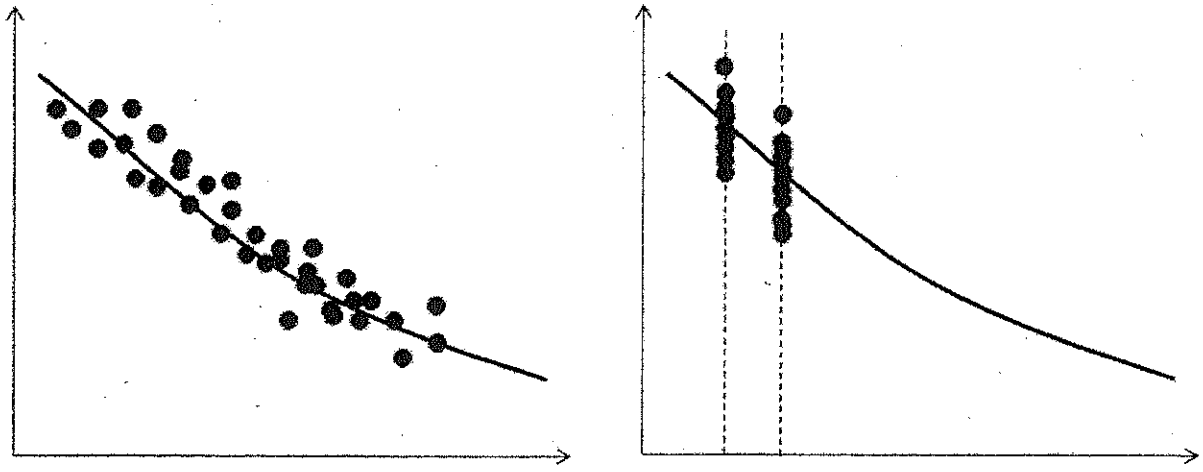
（出所）厚生労働省（2016）「医療費の波及増について」をもとに佐藤が作成した。

ことはナンセンスである。

(2) 不連続データでの推計

精度の高い回帰式を推定するためにはデータの連続性が求められる。ところが、長瀬式の推定で用いたデータは、自己負担割合の数値が0、0.5、0.8、1のみであるため、不連続である。ましてや、2002年、2006年の医療制度改革の際に用いられた修正された長瀬式は1997年9月改正の実績、つまり1割から2割の自己負担割合の変化をデータとして用いているため、自己負担割合の数値が0.1と0.2のみである。このように極端に不連続となっているデータで推計した長瀬式は信憑性が疑われる。図7における左図は連続性のデータをプロットしたものである。比較的精度の高

図7　連続性のデータと不連続性のデータの比較



い回帰式が推定される。一方、右図は不連続性のデータをプロットした。このようなデータから回帰式を導出した場合、著しく精度が低いものになる。

7.　おわりに

本稿では、長瀬効果および長瀬式について確認したうえで、長瀬式の問題点について考察した。長瀬式は90年以上の前のデータを使って推計している点や不連続データを用いている推計している点などの問題点がある。

現在でも厚生労働省は医療費抑制の効果や将来の医療費を予測するために長瀬式を用いている。国民の医療負担に直結する長瀬式を丁寧に検証するとともに、信憑性の低い長瀬式に替わる新たな枠組みを構築することが必要であろう。

注)

1) 厚生労働省（2007）「医療費の要素分解」p.2より引用した。

2) 2002年5月17日の衆議院における厚生労働委員会にて坂口厚生労働大臣（当時）などが「3割負担が限界」という趣旨の発言をしている。

3) 2002年7月4日の参議院における厚生労働委員会にて政府参考人の厚生労働省保険局長の大塚義治氏が発言をしている。

4) 厚生労働省（2007）「医療費の要素分解」p.1を参照のこと。

5) 前田（1978）p.32を参照のこと。

6) 現在用いられている長瀬式は少なくとも約40年前に推定されたものである。

＜参考文献＞

厚生労働省「医療費の要素分解」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/dl/s0206-5c.pdf>（2017/10/15アクセス）

――「医療費の波及増」<www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000113736.pdf>（2017/10/15アクセス）

前田信雄（1978）「給付率等の変更による医療費への波及に関する研究」『季刊社会保障研究』（Vol.14 No.2）、国立社会保障人口問題研究所

長瀬恒蔵（1935）『傷病統計論』、社会保険新報社

平成２９年老齢年金受給者実態調査より抜粋

2021 年 4 月 12 日
年金局数理課

2人分

○　夫の年齢階級別　本人及び配偶者の平均公的年金額

夫の年齢階級	平均公的年金額
75～79 歳	287.7 万円
80～84 歳	294.9 万円
85～89 歳	287.1 万円
90 歳以上	286.1 万円

24.6万/月

1人分

○　単身世帯の年齢階級別　平均公的年金額

年齢階級	平均公的年金額
75～79 歳	157.2 万円
80～84 歳	164.4 万円
85～89 歳	161.3 万円
90 歳以上	156.7 万円

13.7万/月

（注）障害年金及び遺族年金を含む年金額

令和 3 年 4 月 14 日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

令和３年４月 13 日（火）

○健康診断は 75 歳以上低いのか。（健康局健康課）

健診の受診率については、2019 年国民生活基礎調査によると、過去１年間に健診（健康診断や健康診査）や人間ドックを受けた者の総数の割合は、20 歳以上の者で 69.6％であり、70～79 歳では 64.7％、80 歳以上では 53.3％である。

（2019 年国民生活基礎調査）

表15　性・年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けた者の割合（20歳以上）

（単位：％）　　2019（令和元）年

性別	総数	20～29歳	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳以上	（再掲）40～74歳
総数	69.6	68.4	69.1	76.4	77.4	70.3	64.7	53.3	73.3
男	74.0	70.9	77.9	81.4	81.8	73.3	66.0	56.0	77.2
女	65.6	65.9	60.5	71.5	73.2	67.4	63.5	51.6	69.7

注：入院者は含まない。

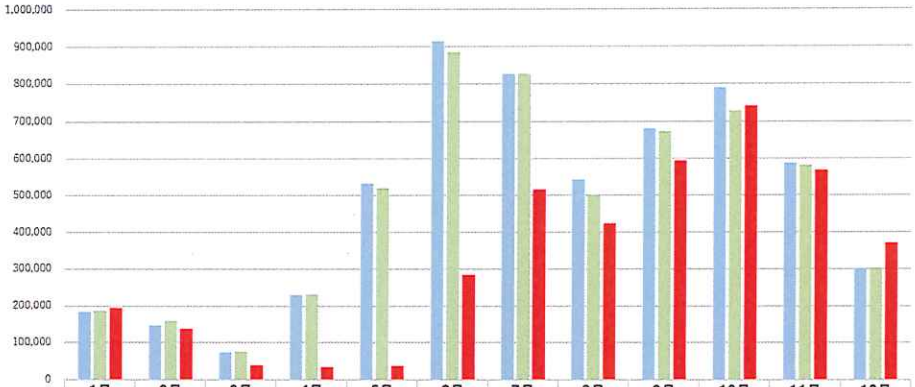
（出典）厚生労働省作成資料

2021年03月24日　お知らせ

2020年の受診者30%減、約2100のがん未発見の可能性　日本対がん協会32支部調査

公益財団法人日本対がん協会（会長：垣添忠生・元国立がんセンター総長）は、新型コロナウイルス感染症の流行でがん検診の受診者が減少している実態を把握するため、全国のグループ支部の協力を得て2020年（1月～12月）の受診者数を調査しました。回答があった32支部が2020年に実施した5つのがん検診（胃、肺、大腸、乳、子宮頸）の受診者はのべ394万1491人で、2019年の567万796人から172万9305人減少し、対前年比30.5%の大幅減となっていました。
コロナ流行下でも、がんは変わらず発生していると考えられます。減少した受診者数に2018年度の各がん発見率を掛けて推計すると、計約2100のがんが未発見となっている可能性があります。日本対がん協会グループ以外のがん検診や、別の病気の治療中に偶然発見されるがんなども合わせれば、2020年の日本では少なく見積もっても１万人以上のがんが未発見となっていることが懸念されます。 がん検診の受診を見送っているうちに未発見のがんが進行がんとなり、治療の選択肢を狭めてしまいかねないことも重大な問題です。各検診（健診）機関は国のガイドラインにのっとった感染防止対策を徹底しています。ぜひ、定期的ながん検診の受診をお願いします。 日本対がん協会は今回の調査結果をメディアに提供して広く受診呼びかけるとともに、各支部や関係機関と協力して「３密」を避ける予約システムの普及、効果的な受診勧奨（がん検診アクセシビリティー向上）の研究を進めてまいります。

5つのがん検診 受診者の月別推移（延べ人数）



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
2018	183,337	146,417	73,611	230,553	532,618	914,536	826,246	543,847	680,269	788,940	587,720	301,130
2019	187,524	159,808	76,392	231,422	520,081	884,482	825,546	498,491	673,810	728,806	582,094	302,340
2020	194,790	137,621	39,003	34,243	37,927	284,087	515,707	422,559	594,713	741,695	568,241	370,905

■2018 ■2019 ■2020

過去の記事を見る

（出典）公益財団法人　日本対がん協会　ホームページより抜粋

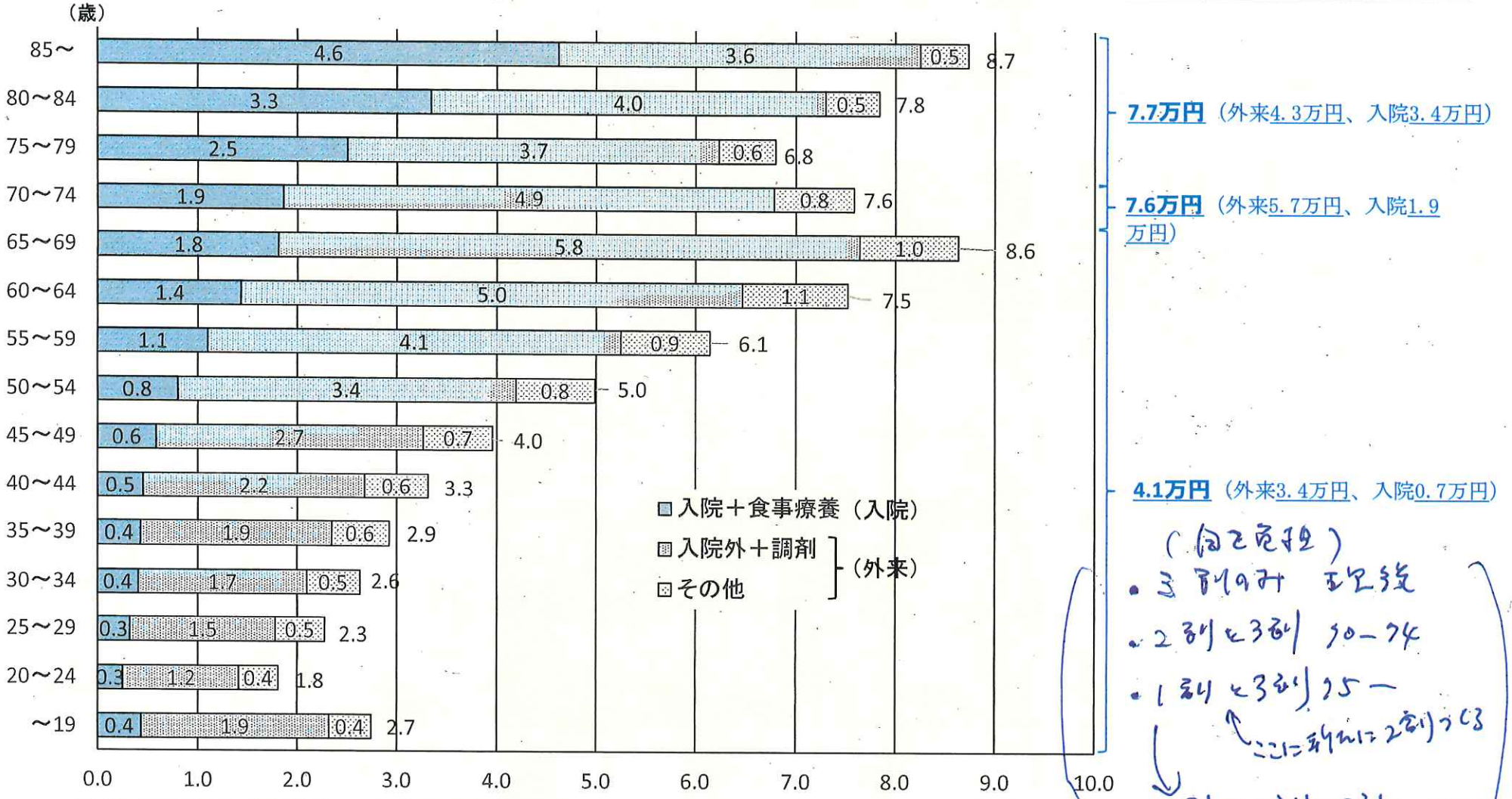
令和３年４月14日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

二

（出典）厚生労働省作成資料

年齢階級別の１人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



（自己負担）
・3割のみ 現役
・2割と3割 70－74
・1割と3割 75－
ここに新たに2割つくる
3割を2割と3割にして
2割を広げる

【出典】医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

注）窓口負担割合は、75歳以上は1割（現役並み所得者は3割）、70歳から74歳までの者は2割（現役並み所得者は3割）、70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。
なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

12

老人クラブ

（出典）

委員発言（令和２年12月17日社会保障審議会医療保険部会）（抄）

○兼子委員　ありがとうございます。

高齢者の一部負担金の問題ですけれども、これまでの繰り返しになりますが、窓口負担の強化は基本的にはやるべきではないという考え方であります。この一部負担金の推移も、前にも触れましたが、125回のこの部会で出された資料を見ましても、例えば、健康保険でいえば、窓口負担がない時代から、１割、２割、３割と、時代によっていろいろ変わってきているわけです。一つ忘れないでいただきたいのは、負担は現役世代が中心だということがよく言われますけれども、今の高齢者は、現役世代のときに、今申し上げました窓口負担が非常に低い時代あるいは高齢者の医療費が無料の時代を現役世代として支えてきた世代なわけですね。そのことはぜひ忘れないでいただきたいと思うわけです。自分たちが現役世代のときには、かなり大きな支えの役割を果たしてきた。それが、自分たちが高齢期に入って、様々な時代の変化ということはあるわけですけれども、このような形で負担が強化されることについては、多くの高齢者が複雑な思いで受け止めているということだろうと思います。

負担の問題ですけれども、ここの使われ方も国民の公平な負担という言葉が使われました。あるいは、この一部負担の応能負担という言葉も使われました。公平という言い方は非常に曖昧だと思いますし、私はこれまでに指摘させてもらったけれども、窓口での負担は、応能負担ではなくて、それを利用する人に対しての負担の強化、応益負担の強化であろうと思っております。そういう意味では、保険料の応能負担が私は基本だと思いますし、また、公的医療保険、要するに、公的で国民は強制加入です。この制度は、公平な負担という曖昧なものではなくて、基本的には能力に応じて負担してきているわけです。収入が人間らしい最小限度の生活費に満たない場合は、税制では免除制度があります。これは応能負担であり、言葉の使い方としては「公平」ではありませんが、「公正」な負担のあり方であるわけです。医療保険制度でも税制ほど明確ではありませんが、収入により免除・軽減制度があるわけであって、どのような所得であっても公平に負担することはこれまでにもなかったわけですし、これからもあってはならないものだろうと思っております。

（略）

（出典）　委員発言（令和２年 12 月 17 日社会保障審議会医療保険部会）（抄）

協会けんぽ

○安藤委員　ありがとうございます。

まず、後期高齢者の窓口負担割合の在り方につきまして、政府におきまして２割負担導入の方針が閣議決定されたことは、一定程度、評価したいと思います。しかしながら、その対象範囲は限定されておりまして、現役世代の負担軽減という観点からはいまだに不十分と言わざるを得ません。したがって、あくまでもこれを第一歩として、将来的には一般区分を全て２割負担とすることも視野に、２割負担導入後の実施状況も検証しつつ、継続して議論するなど、本日の議論の整理案の 24 ページ、「４．終わりに」に書いてありますように、今後の医療保険制度の在り方について、佐野委員と同じように、これも「改革」にしたほうがいいのかなと思いますが、改革を進めていくべきであると考えます。

また、窓口負担割合の在り方に加えまして、今後は給付と負担の世代間のアンバランスをさらに是正して、公平性、納得性を高めていく必要があると考えております。

こう申しますのも、平成 20 年度から令和２年度までの後期高齢者医療制度の月額の保険料の比較をしてみますと、当時を 100 としますと、後期高齢者の場合の保険料は 20%上がっています。ただし、現役世代の後期高齢者に対する支援金の保険料の金額は 96%、そこに 76%の格差がいまだにあることを認識するべきであると思います。したがいまして、後期高齢者が負担する保険料の在り方についても、今後、検討していくべきであると思います。

（略）

以上です。

○松原委員 先ほどお話しさせていただいたことですけれども、1～5の案でいいと言っているわけではなくて、介護保険の当てはめをちゃんとしたら、この金額ではなくて、もう少し収入が上がる事になるということです。現在、介護保険では280万でありますので、計算し直せばもっと違う。制度の違いによって、こういう計算方法を取るともっと大きな金額となります。私は0番として、これよりも上の金額の案をつけていただきたい。

それと、お年寄りは、75歳になるまで仕事をされる方もいます。75歳になったら1割だから、医療費は、安心しておられる方に対して、突然、国が2割にするということは、大変なインパクトを与えます。団塊の世代の人たちは、自分たちが好んで団塊の世代になったわけではなくて、日本の歴史の中で、戦争のために団塊となったわけです。75歳を過ぎたら1割になれると思っていたのに、なれないということになりますと、大変なショックと、それまでの人生設計で計算してきたことが違ってきます。そのお怒りを考えると、この仕組みを導入するのは大変な問題があります。コロナで皆さん大変不安に思っているときに、追い打ちをかけて、そのようなことをするのは適切ではないと思います。

先ほども話がありましたように、60%の人は毎月来ていらっしゃいますけれども、残りの32%の方も長期投薬があったり、大学病院で診ていたら3か月に1回ということもあるので、ほとんどの方々が1万8000円以下のところにはまります。そういった皆さんのことを考えると、医療機関である私どもは説明する義務がありますので、そのときの混乱を予想すると、果たしてこの制度が正しいのかどうか、2割を導入するのが正しいかどうかは非常に疑問です。

先ほどお話がありましたように、目いっぱいやったところで、総額の1%にしかならないような話で、なぜ混乱を起こして、お年寄りの人たちを不安にして受診抑制をかけるのか、これは国の在り方として、考えないといけないと思います。むしろ国民皆保険を維持するためには、無駄な医療を省き、そして、一部負担金を増やすのではない別の対応を考えねばならないと思っています。コロナ渦のもとでは慎重に御判断いただきたいと思います。

以上です。

（出典）第134回社会保障審議会医療保険部会議事録より抜粋

令和3年4月14日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

〇松原委員　負担の話、皆さん２ページ目を見ていただけますでしょうか。今、一番議論になっている後期高齢者における一般の区分の方の外来の負担と入院の負担という話が出ています。世界中の皆保険制度の中で、なぜ日本がさらに優れているのかといいますと、高額療養費制度というのがあるからです。これがある国はほとんどありません。つまり簡単に言うと、大きな病気で入院したら、１ヵ月で５万7600円をほとんどオーバーします。若い人もお年の人も子供さんも、入院したらこの金額よりもかなり高くなりますから支払金額は５万7600円で止まります。皆さんはそれで安心できて、もしも病気で入院しても対応できる。これは日本の大変優れた制度であります。

それと同時に、外来のみの月単位の上限額が１万8000円となっています。普通、外来だけで１万8000円を払っている人はほとんどいらっしゃいません。確かに１日内科、整形、眼科と３か所、毎日行くとなったらそれぐらいになる人もいますけれども、実際上、今は、何百円あるいは1,000円前後となり、１ヵ月で１万8000円を超えるような外来受診になるということは、まず起きません。

介護保険のときに年間で調整するというのもありますけれども、実際上は外来では上限額を超えるほど使っている人は多くないということであります。

そうしますと結局、一般区分の人が２割になると、２倍払うことになります。検査をしたら物すごい金額になります。そういった２倍になるということでありますので多くのお年寄りがどう判断するかというと、たいへん心配です。

（出典）第133回社会保障審議会医療保険部会議事録より抜粋

令和３年４月14日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料