

資料2-2関連資料

平成27年10月21日
厚生労働省

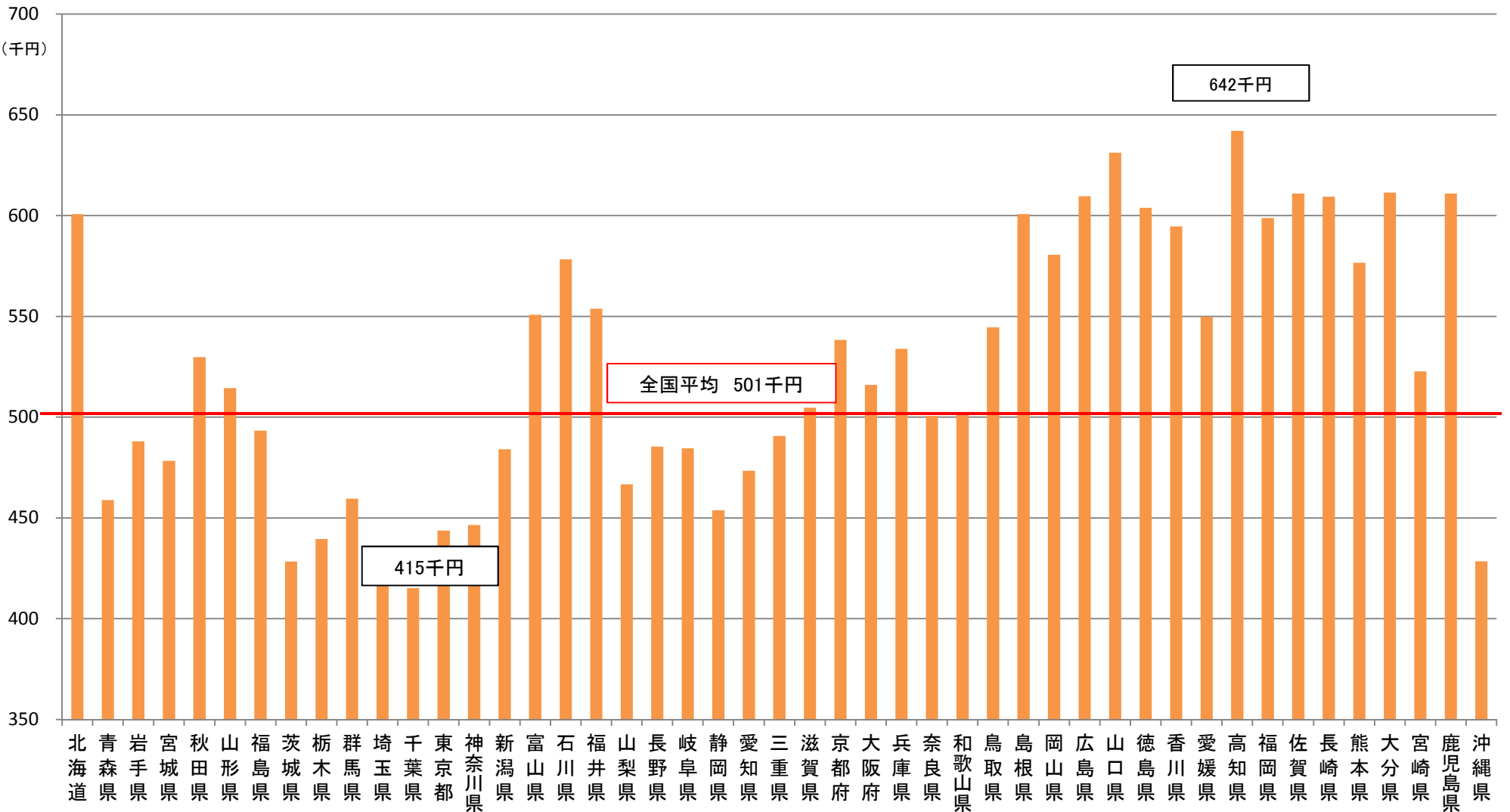
【医療費適正化に向けた取組み】

1. 外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ地域差を是正
2. 地域医療構想と統合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が27年度中に標準的な算定方式を示す。
(都道府県別の医療費の差の半減を目指す)

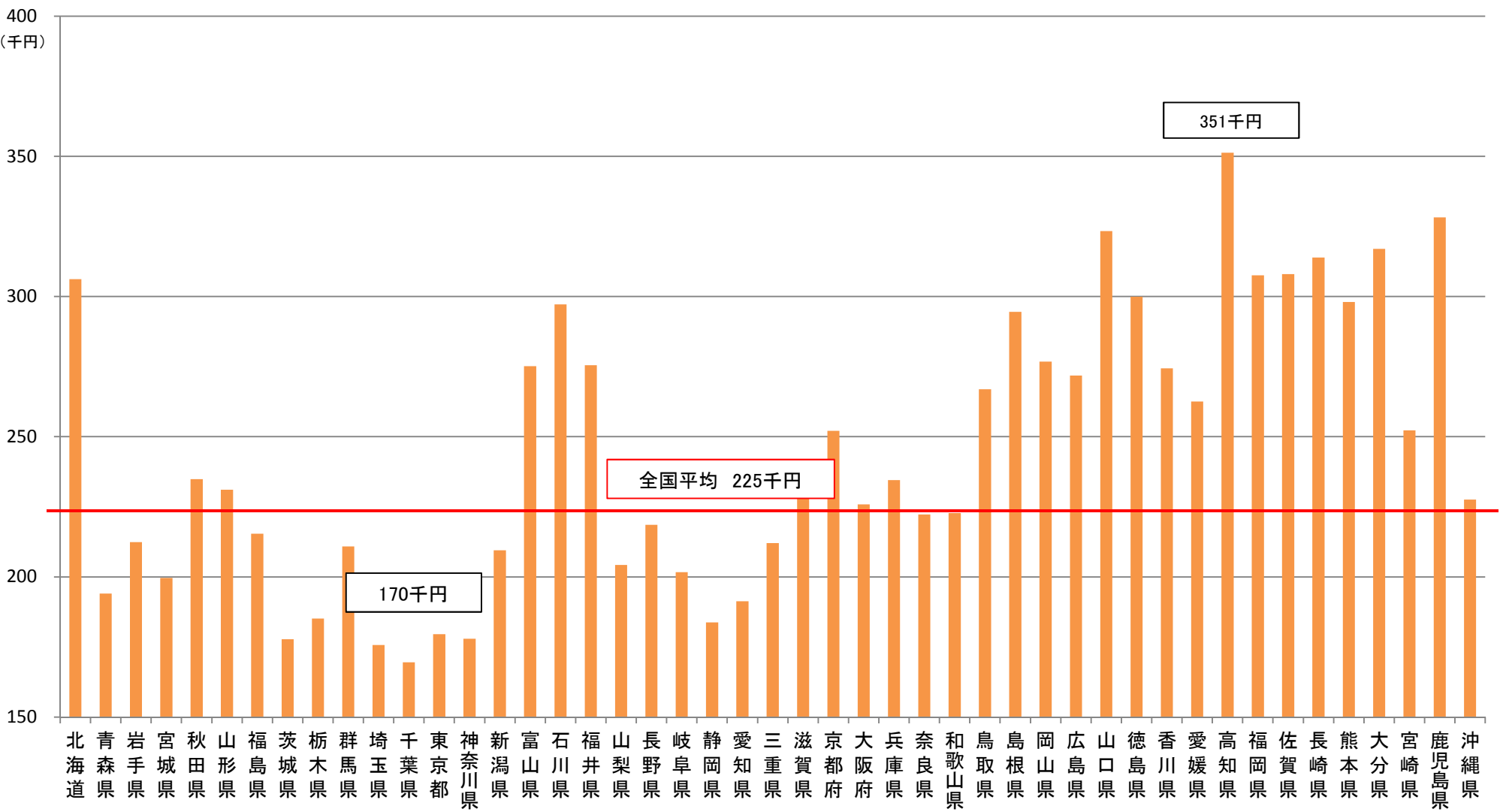
1人あたり医療費の地域差（市町村国民健康保険＋後期高齢者医療）

番号1・2

○ 都道府県別、1人あたり実績医療費(合計)※入院、入院外＋調剤、歯科の合計

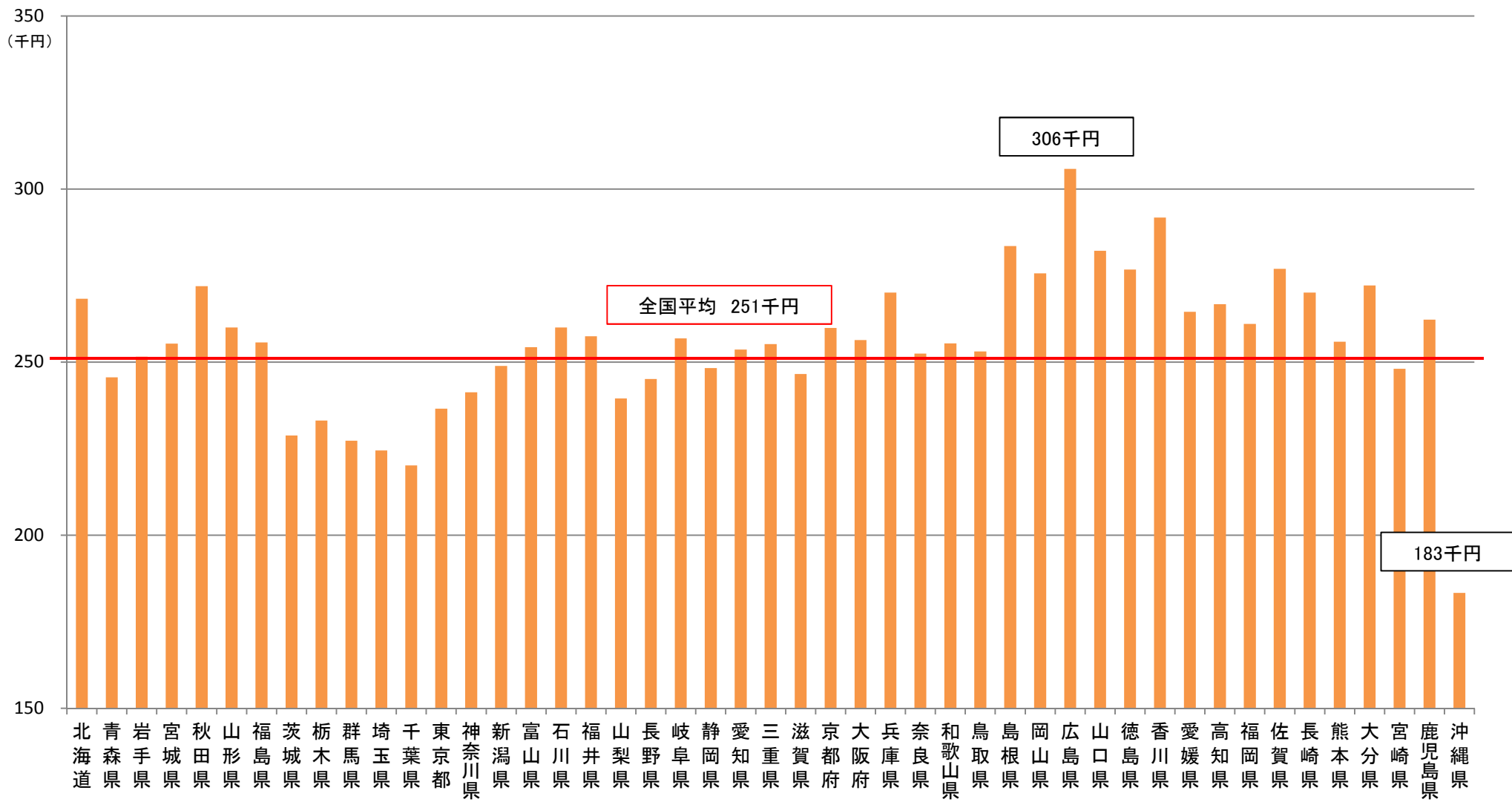


○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(入院)



(出所)厚生労働省保険局「平成25年度医療費の地域差分析」

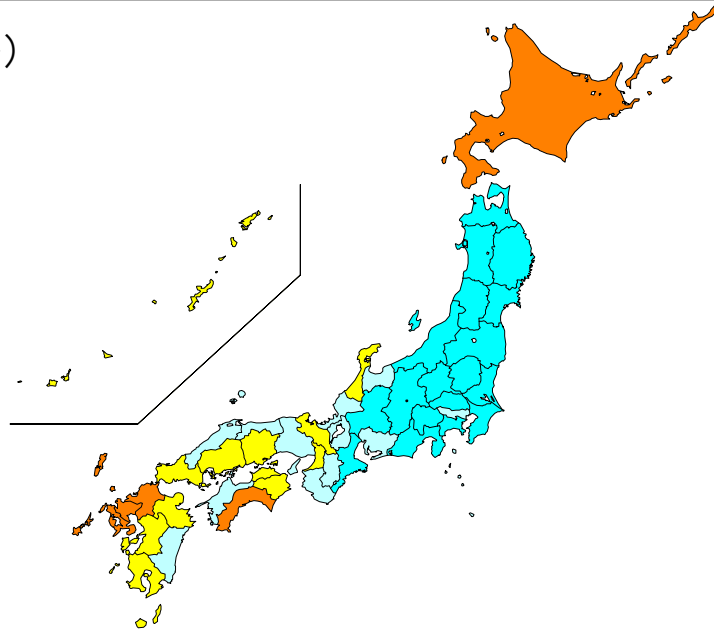
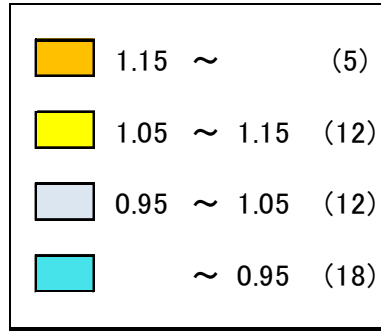
○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(入院外+調剤)



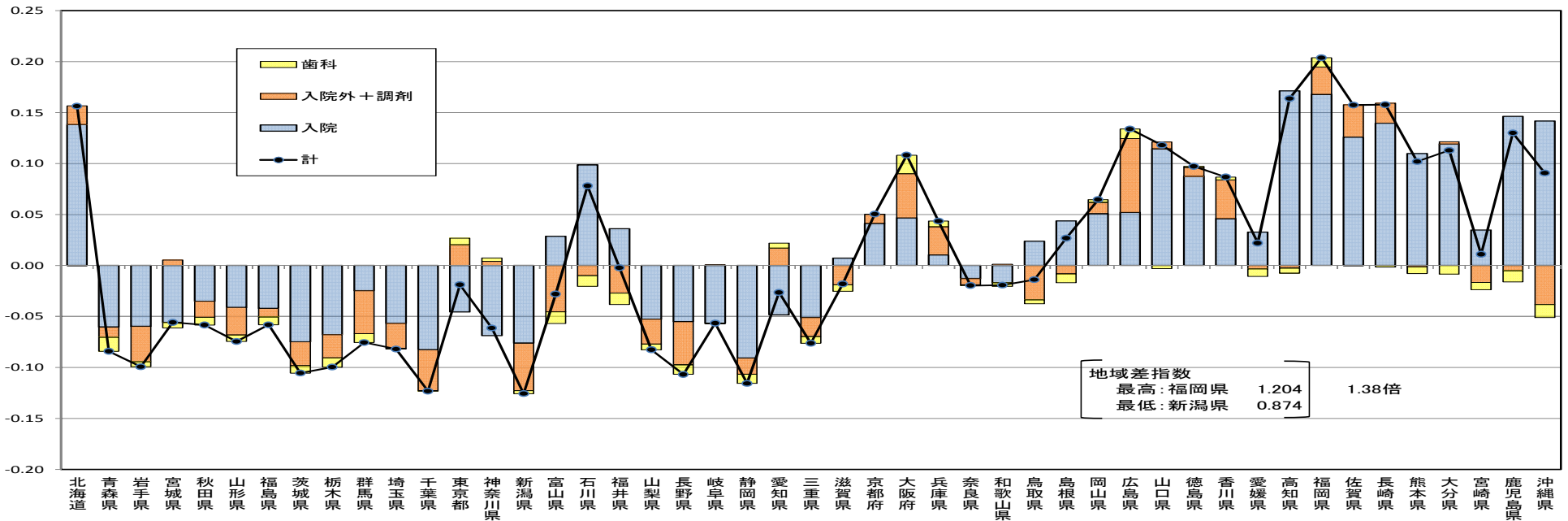
1人あたり医療費の地域差 (年齢補正後)

番号1・2

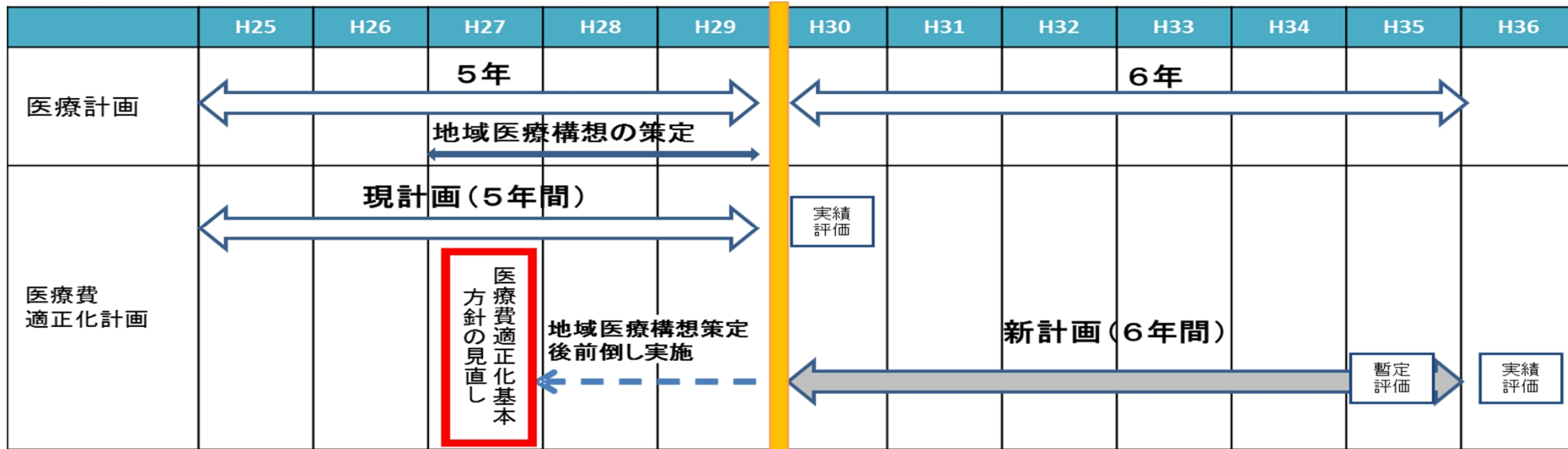
○ 地域差指数 (市町村国保+後期高齢者医療)



○ 診療種別寄与度



- 本年5月に成立した医療保険制度改革法により、都道府県は地域医療構想の策定状況を踏まえ、最速で平成28年度から医療費適正化計画を見直し、第3期計画(～平成36年3月)を策定することが可能となる。
- このため、国としても、平成28年度からの都道府県の計画策定を支援するため、本年度中に医療費適正化基本方針を策定する必要がある。その際、NDB等を活用し、医療の「見える化」を行い、個々の行動目標の項目や医療費の推計式について検討する。



【スケジュール】

- 内閣官房の「医療介護情報の分析・検討WG」において9月から議論を開始し、年内に医療費適正化基本方針の大きな方向性を検討し、医療保険部会等での議論も経て、年度内に告示。

【医療費適正化に向けた取組み】

3. 都道府県が行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組
 - (Ⅱ)医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討

経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）抄

改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や、医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討、機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応、都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県が行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

【医療に要する費用の負担の在り方】

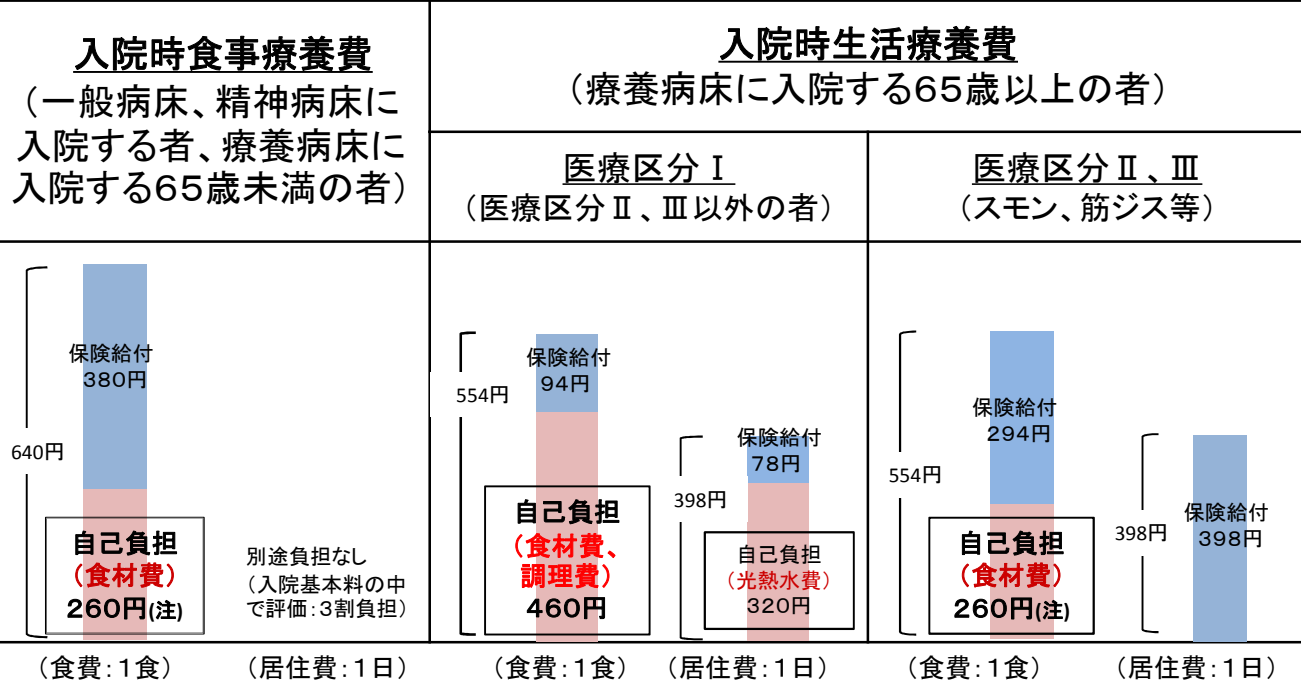
4. 医療・介護を通じた居住費負担の公平化の検討

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

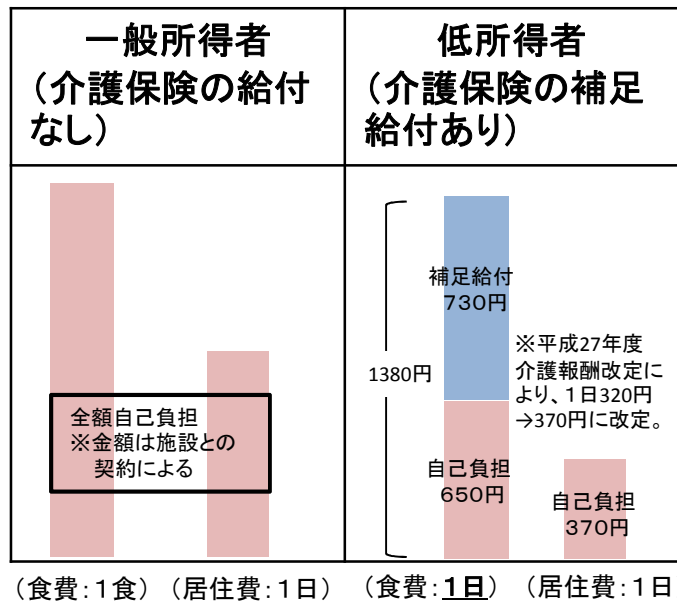
番号4

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>



(参考)介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担



※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注)平成27年国保法等改正により、難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び生活療養費生活療養費における標準負担額

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	入院時食事療養費 (一食260円) (注)	入院時食事療養費 (一食260円) (注)	入院時食事療養費 (一食260円) (注)
	低所得	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
65歳以上	一般所得	入院時生活療養費(Ⅰ) (一食460円、居住費320円) 入院時生活療養費(Ⅱ) (一食420円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食260円、居住費0円) (注)	入院時食事療養費 (一食260円) (注)
	低所得Ⅱ	入院時生活療養費 (一食210円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食210円、居住費0円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	入院時生活療養費 (一食130円、居住費320円) ※老齢福祉年金を受給している場合は、 一食100円、居住費0円	入院時生活療養費 (一食100円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食100円)

(注)平成27年国保法等改正により、食費について、難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。

療養病床における医療区分について

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室におけるケア ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・<u>その他難病</u>※(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・せん妄 ・うつ状態 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2、3に該当しない者

※ 平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別紙44に掲げる疾患を指す(56疾患)。

※ 平成27年1月施行予定の難病新法における新規対象者は含まれない。

※ 医療区分Ⅰ:22.5% 医療区分Ⅱ:43.5% 医療区分Ⅲ:34.0%

<p>～昭和46年</p>	<p>○ 療養の給付(診療報酬)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
<p>昭和47年 ～ 平成5年</p>	<p>○ 療養の給付(診療報酬)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
<p>平成6年 ～ 平成17年</p>	<p>○ 入院時食事療養費制度の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食事は保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
<p>平成18年～</p>	<p>○ 入院時生活療養費制度の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床が、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当額)及び居住費(光熱水費相当額)を自己負担化

【医療に要する費用の負担の在り方】

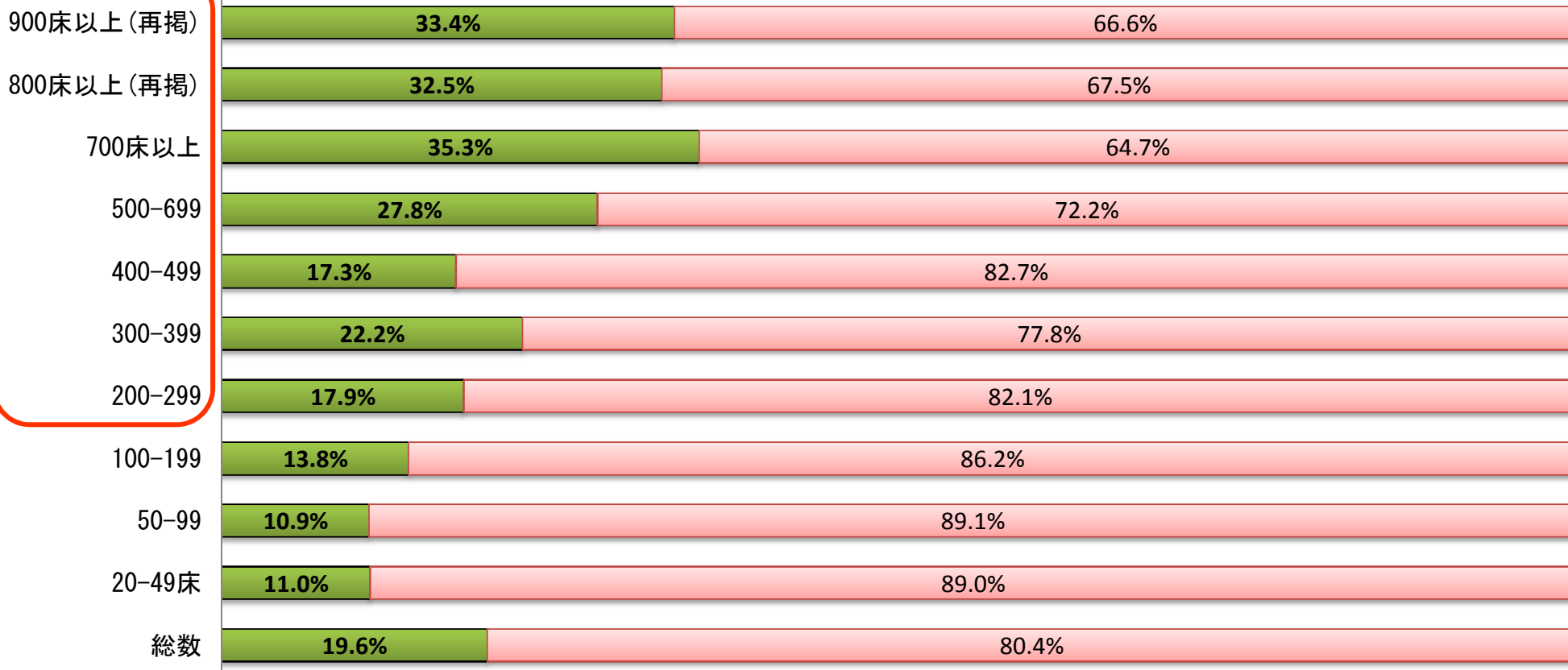
5. かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や
外来時の定額負担について検討

病床規模別の紹介率の状況

- 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。

病院（外来）

■ 紹介あり患者の割合 ■ 紹介なし患者の割合



紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

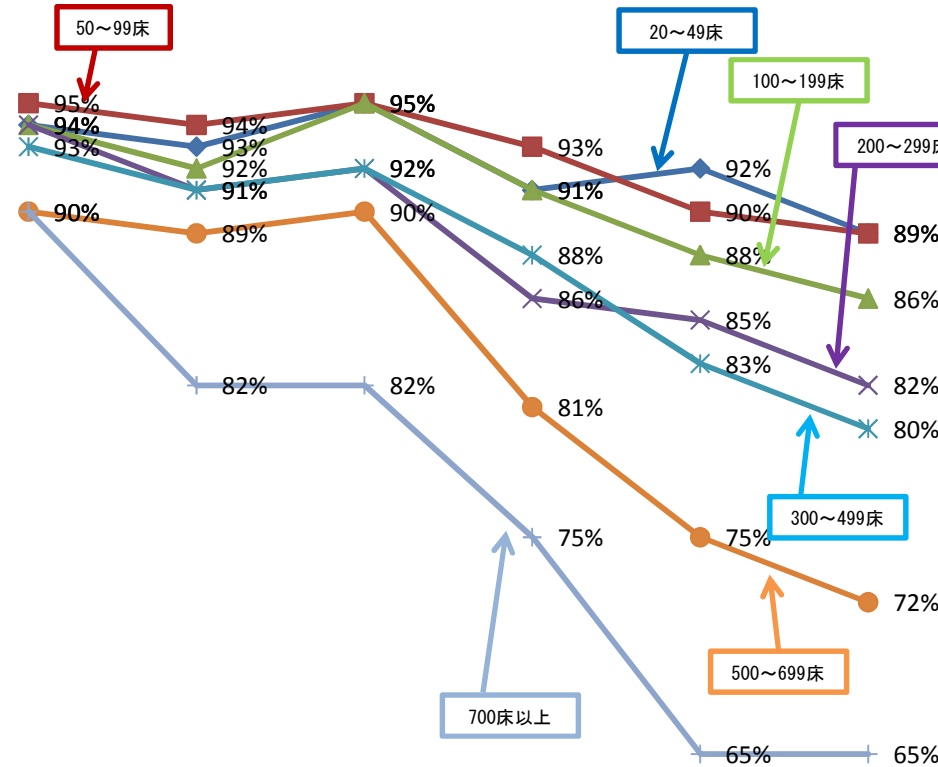
（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成

注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

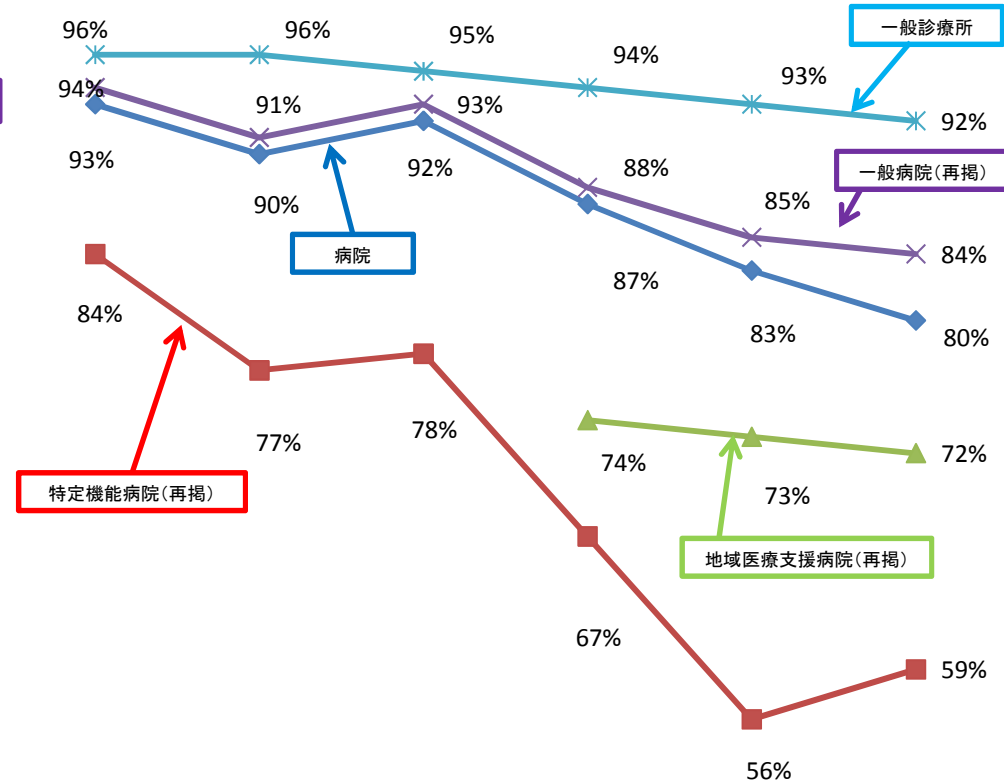
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
- 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。

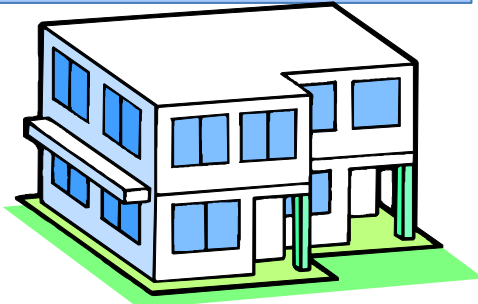
注: 平成23年患者調査については、宮城県、石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

紹介

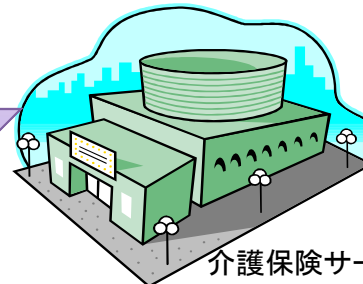
逆紹介

外来
受診



介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合	・病院の場合
ア) 時間外対応加算1を算定していること	ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
イ) 常勤医師が3人以上在籍していること	イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること	ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

平成26年度診療報酬改定

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、**診療所**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**いずれか一つ**を満たすこと

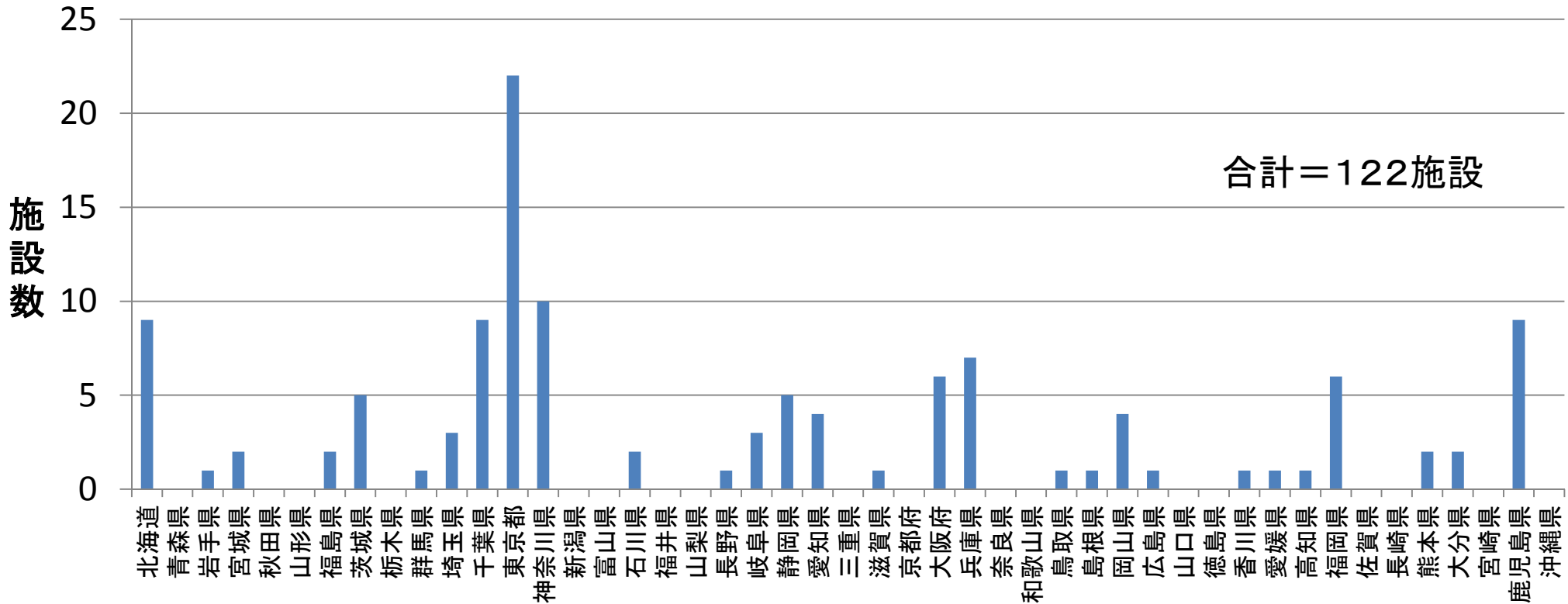
- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

地域包括診療料の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

○ 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

地域包括診療料を届け出た施設数



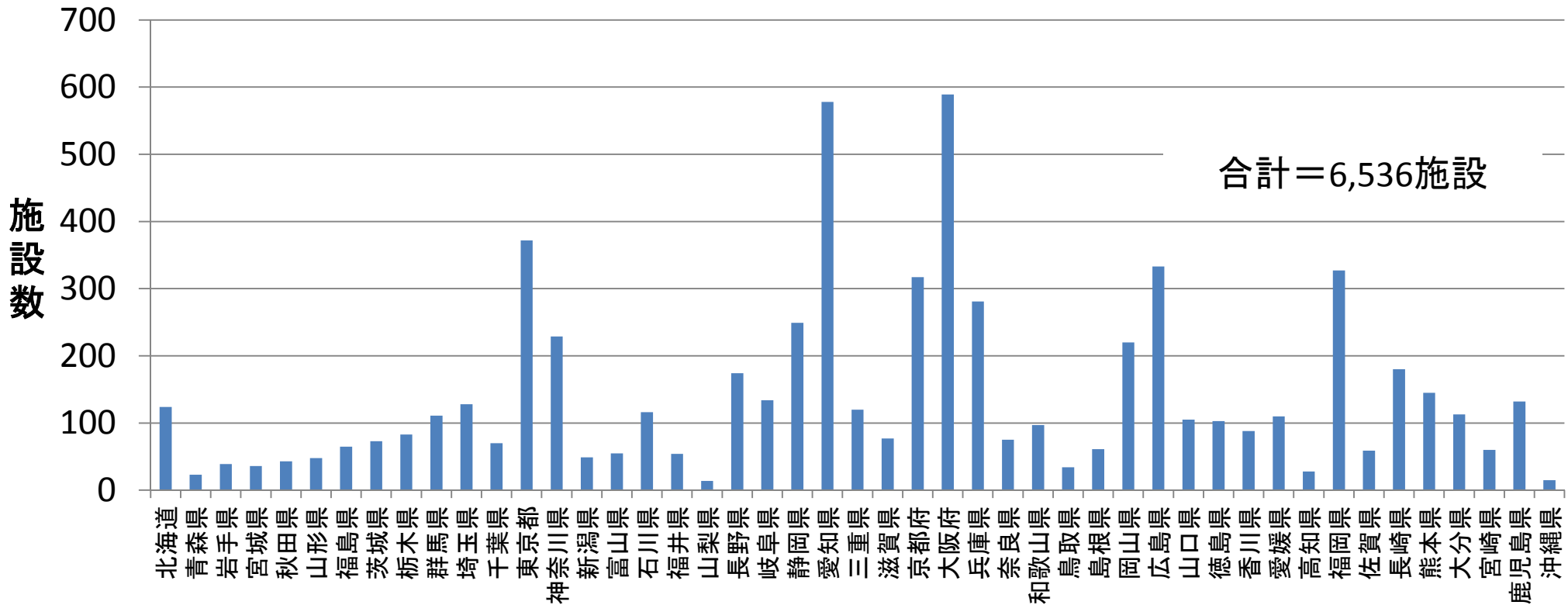
平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療加算の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

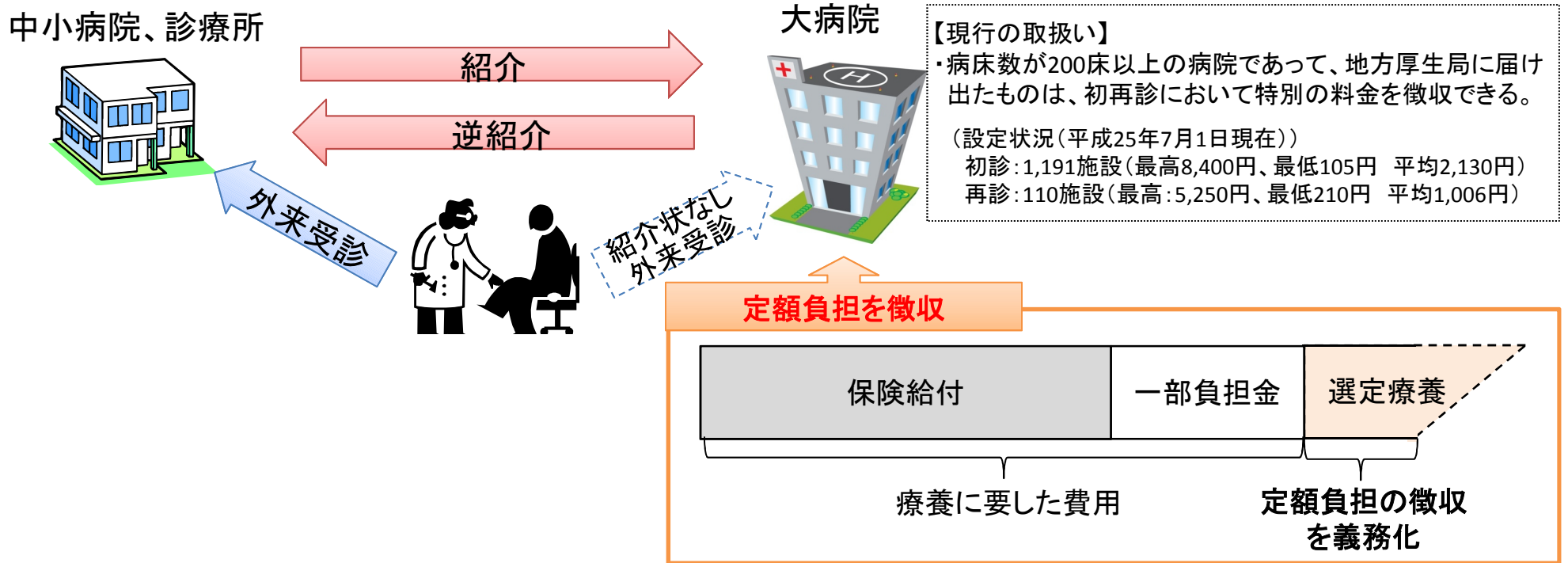
紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

平成27年5月
医療保険制度改革

○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。【平成28年4月施行】

○定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



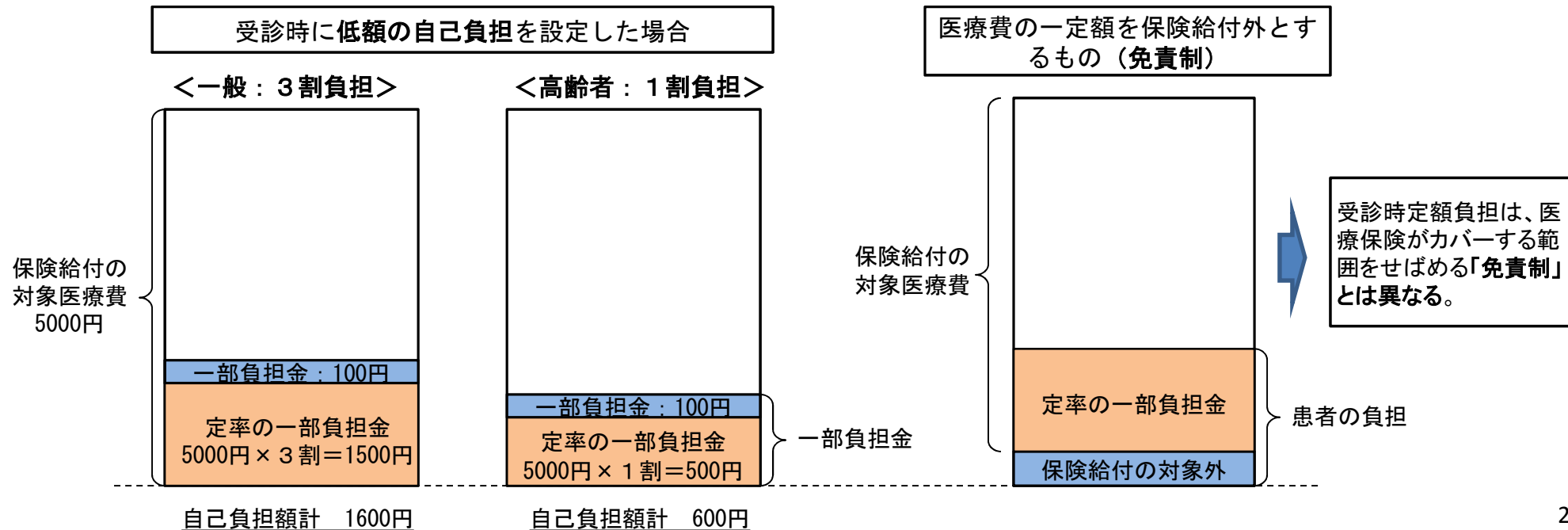
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

平成23年9月16日 医療保険部会提出資料 (受診時定額負担の仕組みについて (案))

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)
 附 則
 第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



医療保険の外来の受診動向

[外来の年間の受診延日数：平成25年4月～26年3月]

	医療保険計	協会けんぽ	健保組合	共済	国民健康保険	後期高齢者医療
医科・外来	16.14億日	3.15億日	2.49億日	0.79億日	4.92億日	4.79億日
うち初診	2.81億日	0.85億日	0.75億日	0.24億日	0.71億日	0.27億日
歯科	4.03億日	0.98億日	0.79億日	0.23億日	1.35億日	0.68億日
うち初診	0.78億日	0.20億日	0.16億日	0.05億日	0.27億日	0.11億日
合計	20.18億日	4.13億日	3.28億日	1.02億日	6.27億日	5.47億日
うち初診	3.59億日	1.04億日	0.91億日	0.29億日	0.98億日	0.37億日

(出典) 医療費の動向 (厚生労働省) (注) 初診は、社会医療診療行為別調査を用いた推計値である。

[医科・外来の月間の受診動向]

(※) 平成26年3月の受診データから集計

		協会けんぽ		健保組合		国民健康保険		後期高齢者医療	
加入者数 (a)		3,564.3万人		2,094.1万人		3,692.4万人		1,543.6万人	
受診日数 (月当たり)	5日以下	1,404.0万人	96.1%	820.4万人	96.6%	1,712.6万人	93.4%	1,088.5万人	86.8%
	6～10日	43.8万人	3.0%	24.1万人	2.8%	81.1万人	4.4%	106.9万人	8.5%
	11～15日	8.9万人	0.6%	4.1万人	0.5%	26.2万人	1.4%	37.1万人	3.0%
	16～20日	2.2万人	0.2%	1.0万人	0.1%	7.8万人	0.4%	11.9万人	1.0%
	21～25日	0.8万人	0.1%	0.3万人	0.0%	3.4万人	0.2%	6.0万人	0.5%
	26日～	0.2万人	0.0%	0.1万人	0.0%	1.1万人	0.1%	2.5万人	0.2%
	総計 (b)	1,460.0万人	100%	849.9万人	100%	1,832.2万人	100%	1,253.0万人	100%
患者割合 (b/a)		41.0%		40.6%		49.6%		81.2%	
患者1人当たり受診日数		2.0日		1.9日		2.3日		3.2日	

[1年間に医科・外来を受診した者の割合]

患者割合 (25年度計)	78.7%	79.2%	80.9%	94.5%
--------------	-------	-------	-------	-------

(出典) 平成25年度医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 患者1人当たり受診日数は (医療費の動向における受診延日数 / 各制度の業務統計における加入者数) / 患者割合 として算出。

(注2) 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計。

(注3) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計。

(注4) 年度計は、平成25年度の1年間に医科外来のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したものの。

【医療に要する費用の負担の在り方】

- 6・7 世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討
 - (Ⅰ)高額療養費制度の在り方
 - (Ⅱ)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、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。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

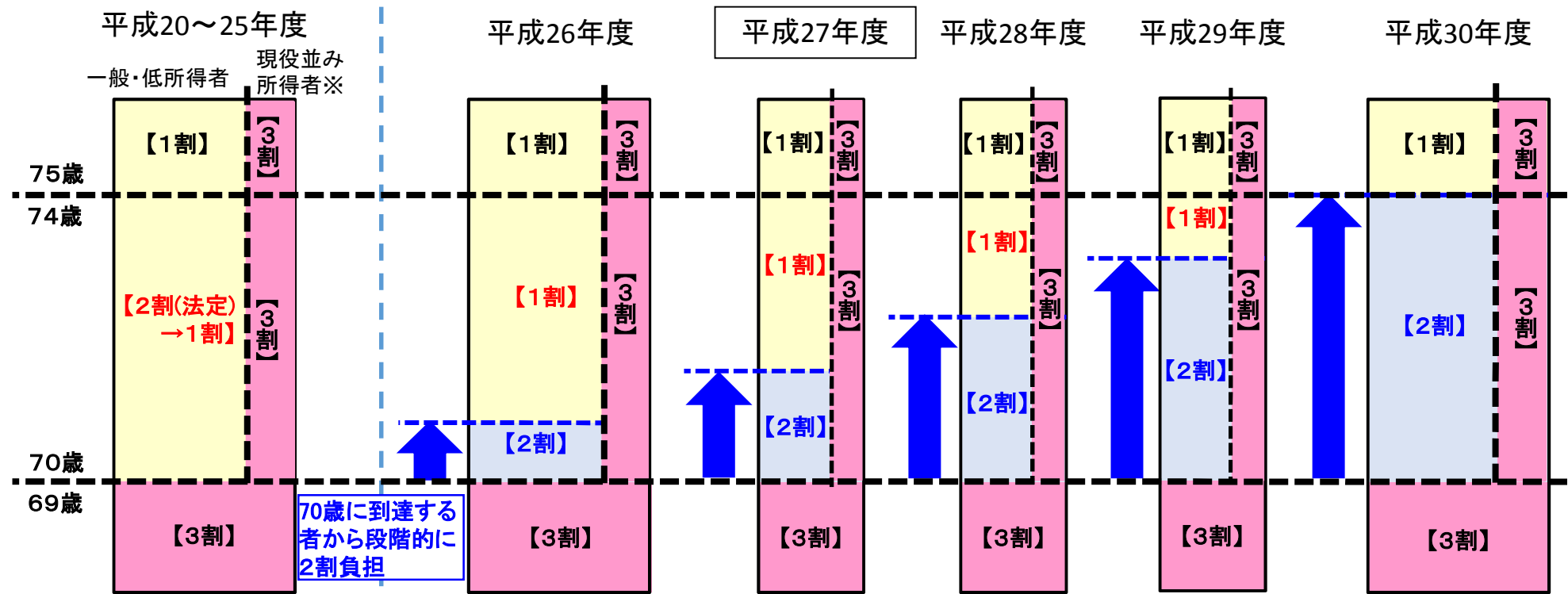
医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
国 保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)		
被用者本人	定額負担								70～74歳	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)
被用者家族	5割	若人	国保 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))			3割 薬剤一部負担 の廃止	3割	70歳未満 3割 (義務教育就学前2割)	
		被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担						
		被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))						

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大
 (参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月分から2割とする改正を行った。

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成27年度当初予算 1,433億円 (平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円)



※ 現役並み所得者…国保世帯:課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険:標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

高額療養費制度の概要

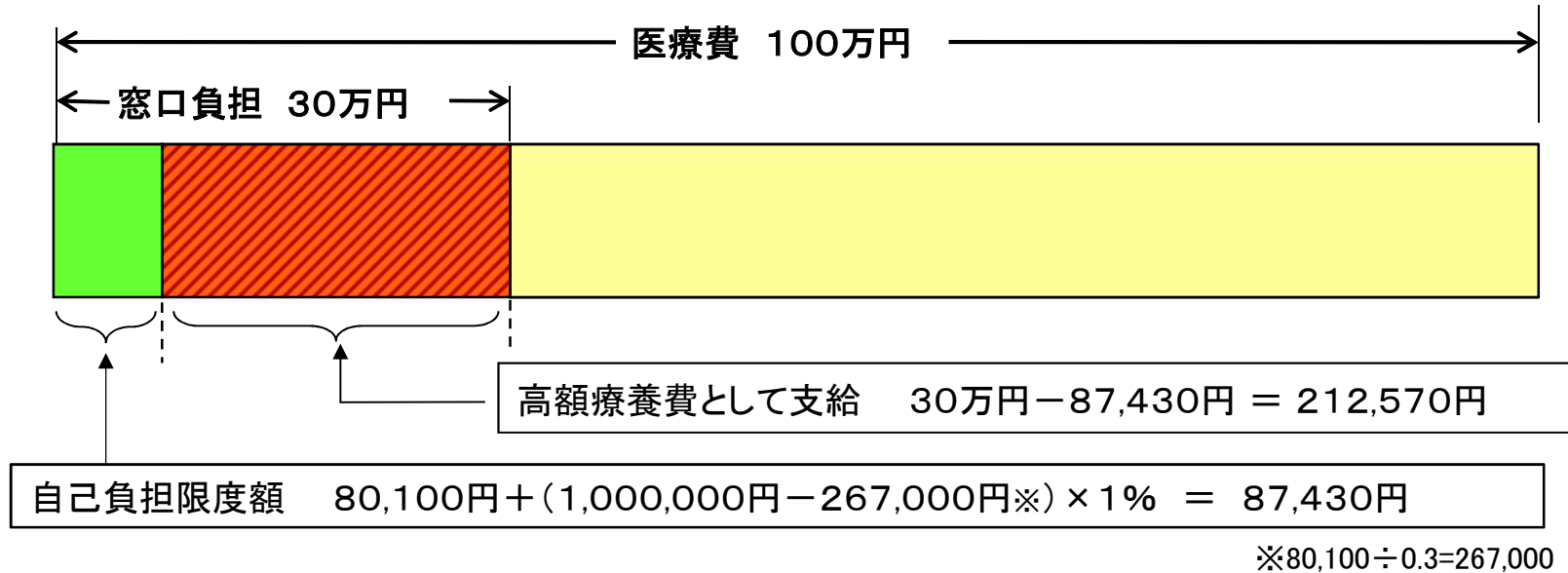
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

1. 見直しの趣旨

○ 高額療養費制度は、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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

(見直し前)

(見直し後)

70歳未満	月単位の上限額 (円)	
	上位所得者 (年収約770万円～) 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超	150,000+ (医療費-500,000) × 1% <多数回該当：83,400>
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) 3人世帯(給与所得者/夫婦子1人の場合：年収約210万～約770万円)	80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

月単位の上限額 (円)		約1,330万人
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600+ (医療費-842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400+ (医療費-558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 <多数回該当：44,400>	約4,060万人
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>	

70歳 74歳	窓口負担割合		80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	3割	44,400	44,400
	一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)	2割	12,000	44,400
	住民税非課税	(※3)	8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000	



窓口負担割合		80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	3割	44,400	44,400
一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	2割	12,000	44,400
住民税非課税	(※3)	8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

75歳	窓口負担割合		80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	44,400	44,400
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)	1割	12,000	44,400
	住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000	

窓口負担割合		80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	44,400	44,400
一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)	1割	12,000	44,400
住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 ※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。(注)75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来（個人ごと）	
現役並み所得者		44,400円 (⑤)	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% 〈多数回該当※44,400円〉 (①)
一般		12,000円 (⑥)	44,400円 (②)
低所得者	住民税非課税	8,000円 (④)	24,600円 (③)
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円 (④)

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

所得区分要件・限度額設定の考え方

- ①現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。
- ②一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。
- ③70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。
- ④平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。
- ⑤現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。
- ⑥一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

番号6・7

※括弧内は被保険者に占める割合

区分		自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)
			外来		
現役並み所得者		3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	102 (6.7%)
一般		1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	317 (20.8%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)			15,000円	282 (18.5%)
被保険者計					1,527

※厚生労働省保険局「平成25年度後期高齢者医療事業年報」

年齢階級別の自己負担の状況

番号6・7

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		91.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.1万円	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	7.7%
65～69歳(3割)		42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)		17.5万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	7.1万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	2.1%
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		274万円	3.9万円	1.4%

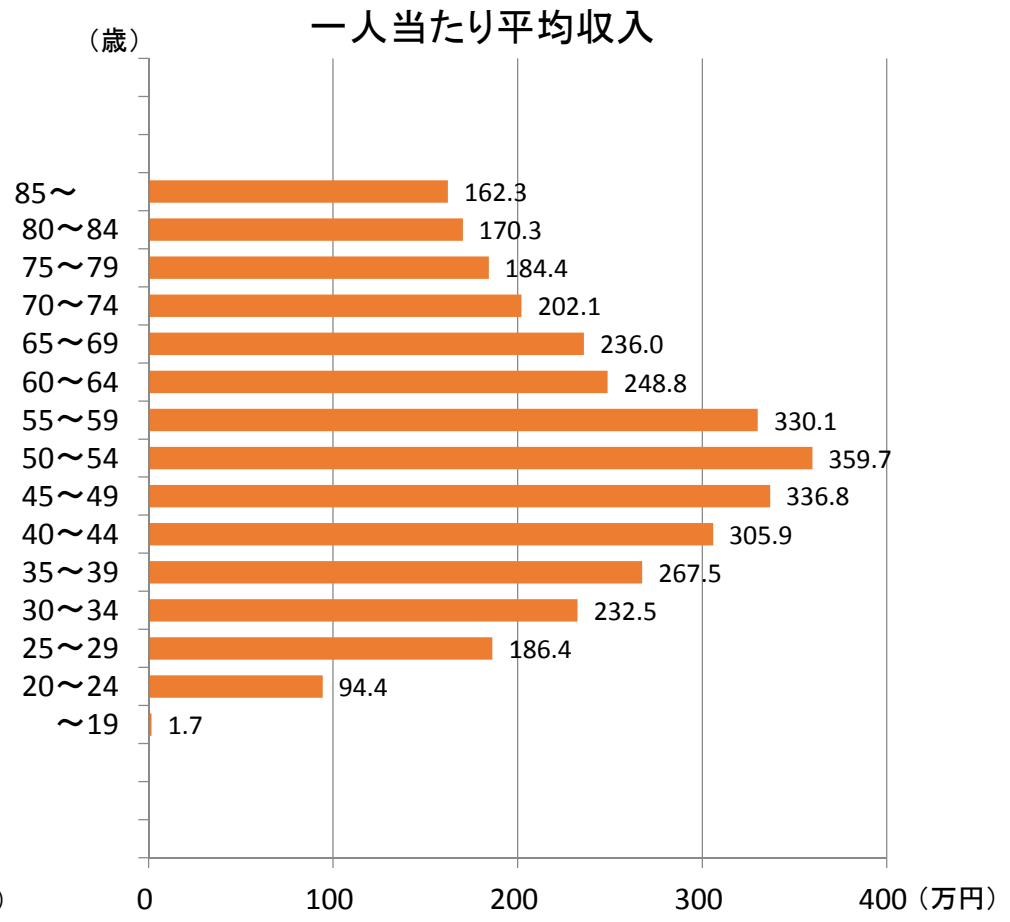
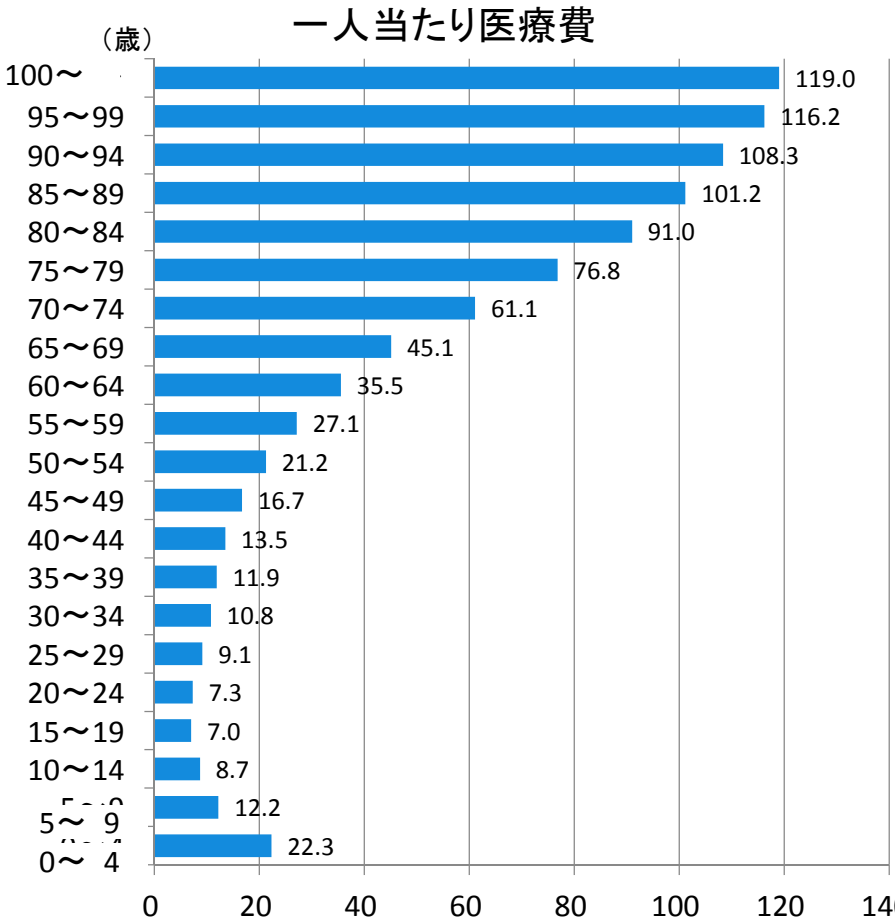
※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の値。
 ※ 75歳以上の医療費が占める割合は、平成24年度の数値(医療保険に関する基礎資料)
 ※ 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

医療保険制度別の実効給付率の推移

番号6・7

		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合					
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
被 保 険 者 (70歳未満)	平成15年度	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	健保:2割→3割 義務教育前:3割→2割
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—	
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—	
	23	76.07	75.38	76.63	77.24	79.14	79.19	78.35	77.94	—	—	
	24	76.40	75.73	76.95	77.57	79.53	79.59	78.59	78.28	—	—	
70歳以上	平成15年度	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	現役並み:2割→3割 70~74歳:1割→2割
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—	
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—	
	23	84.60	84.52	84.74	84.68	87.20	87.23	85.96	86.89	—	—	
	24	85.01	84.93	85.12	85.20	87.65	87.68	86.33	87.33	—	—	
計	平成15年度	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	健保:2割→3割 現役並み:2割→3割 70~74歳/義務教育前:2割
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33	
	22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76	
	23	77.52	77.16	77.76	78.26	81.34	81.45	79.23	79.47	91.79	84.03	
	24	77.75	77.40	77.99	78.49	81.80	81.91	79.50	79.81	91.97	84.37	

(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

【医療に要する費用の負担の在り方】

- 8・9 公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討
 - (Ⅲ)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方_の在り方等の検討
 - (Ⅳ)市販類似薬に係る保険給付について見直しを検討

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。	○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	(右のような注意事項はない)	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの(要指導医薬品を除く。)をいう。」(医薬品医療機器法第4条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

ビタミン剤・うがい薬に関する 診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」及び「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」について、対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

【医療に要する費用の負担の在り方】

10. 後発医薬品の価格等を踏まえた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

これまでの経緯

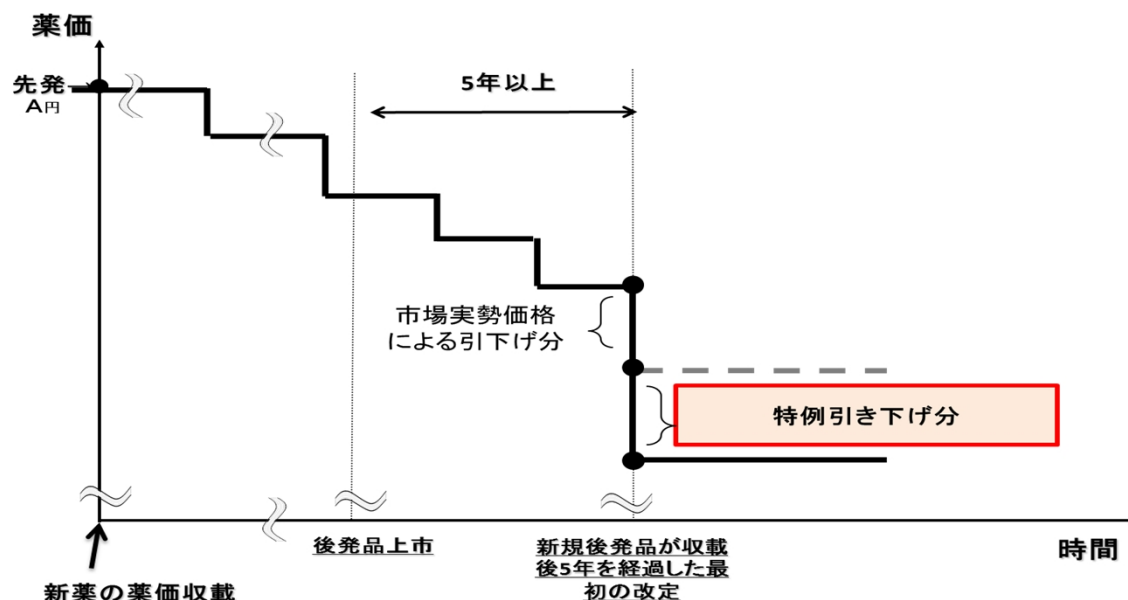
- 長期収載品の薬価に関しては、平成14年度の薬価制度改革において、後発品のある先発品等について、新規後発品収載後又は再審査期間終了後の最初の薬価改定時に調整幅方式で改定した薬価の一定割合を引き下げることとした。（4～6%の引き下げ。18年度は6～8%）
 - ※平成22年度、24年度は上記に加え、長期収載品の薬価の追加引き下げを特例的に行った。
- さらに、平成26年度の薬価制度改革では、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の試行を継続する一方で、特許期間満了後は後発品への置換えによる医療費適正化を進める観点から、（上記対応に代えて）一定期間（5年）を経ても適切な置換えがなかった場合には、それ以降の薬価改定ごとに、先発品の薬価を引下げるルールを導入。

現行制度の概要

最初の後発品が薬価収載されて5年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が60%未満となる先発品について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置き換え率に応じて特例的な引下げを行うもの。

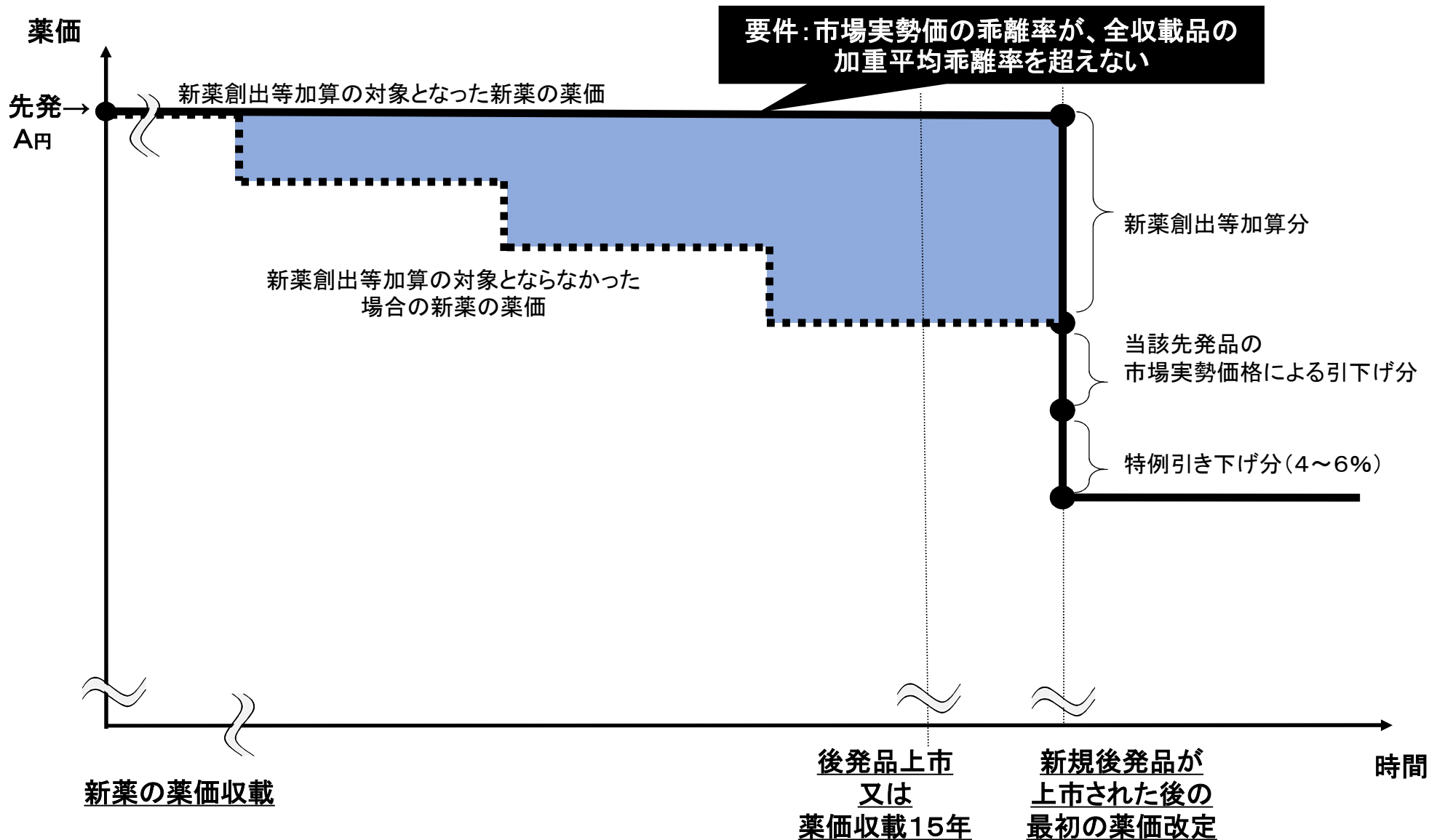
<引き下げ幅>

- ◆20%未満 : 2.0%
- ◆20～40% : 1.75%
- ◆40～60% : 1.5%

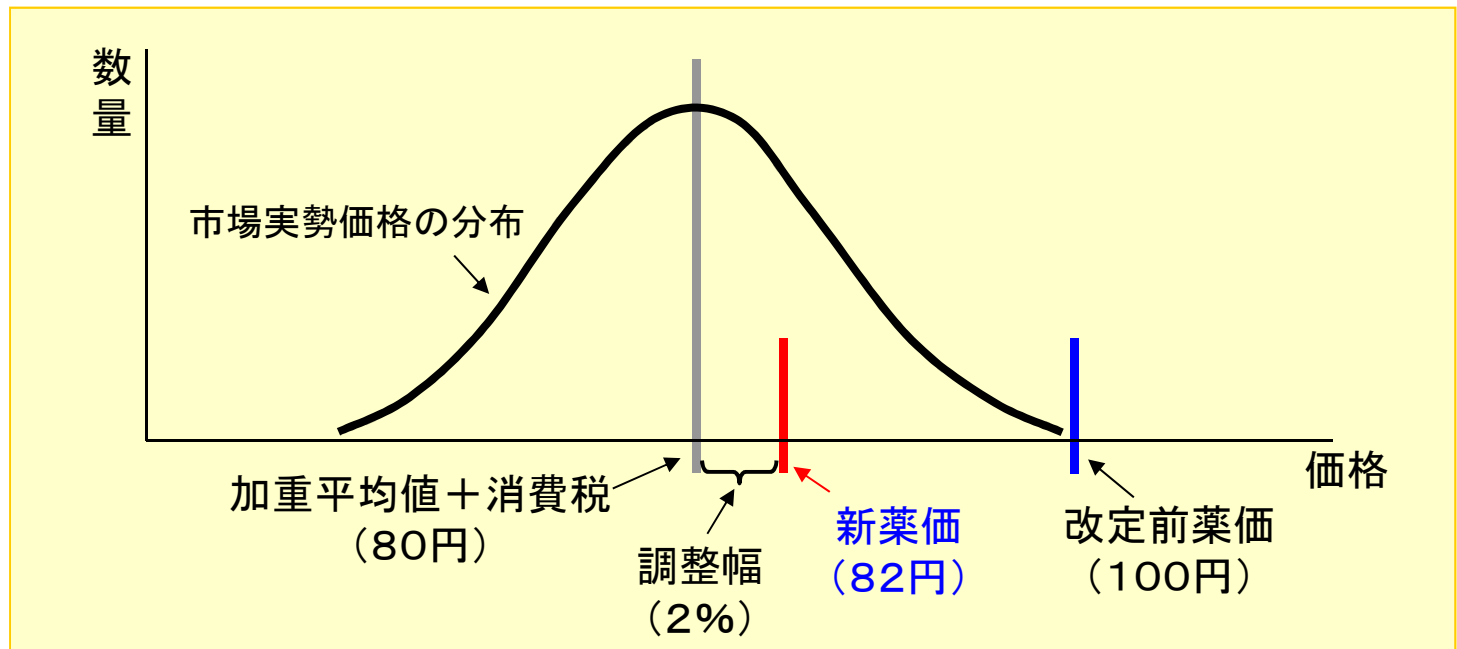


(参考)平成26年度薬価制度改革以前の特例引下げ

○ 平成26年度以前は、最初の後発品が薬価収載された直後の薬価改定の際に1度だけ、先発品の薬価の特例引下げが行われていた。



既収載医薬品の薬価算定方式



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの世界市場実勢価格)に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜の世界市場実勢価格)} \right] \times \frac{1 + \text{消費税率}}{\text{(地方消費税分含む)}} + \text{調整幅}$$

薬価改定の状況

○医療費に占める割合の大きい薬剤費の適正化のため、これまで、市場実勢価格に基づき薬価改定を実施。昭和62年の中医協建議により2年に1回の頻度で改定。

- ・薬剤費比率は、平成5年度28.5% → 平成24年度21.7% まで低下
- ・薬価差(推定乖離率)は、平成5年度19.6% → 平成23年度8.4%(平成25年度8.2%) まで低下

<薬剤費及び推定乖離率の年次推移>

年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
	(兆円)	(兆円)	(%)	(%)
平成5年度	24.363	6.94	28.5	19.6
平成6年度	25.791	6.73	26.1	—
平成7年度	26.958	7.28	27.0	17.8
平成8年度	28.454	6.97	24.5	14.5
平成9年度	28.915	6.74	23.3	13.1
平成10年度	29.582	5.95	20.1	—
平成11年度	30.702	6.02	19.6	9.5
平成12年度	30.142	6.08	20.2	—
平成13年度	31.100	6.40	20.6	7.1
平成14年度	30.951	6.39	20.7	—

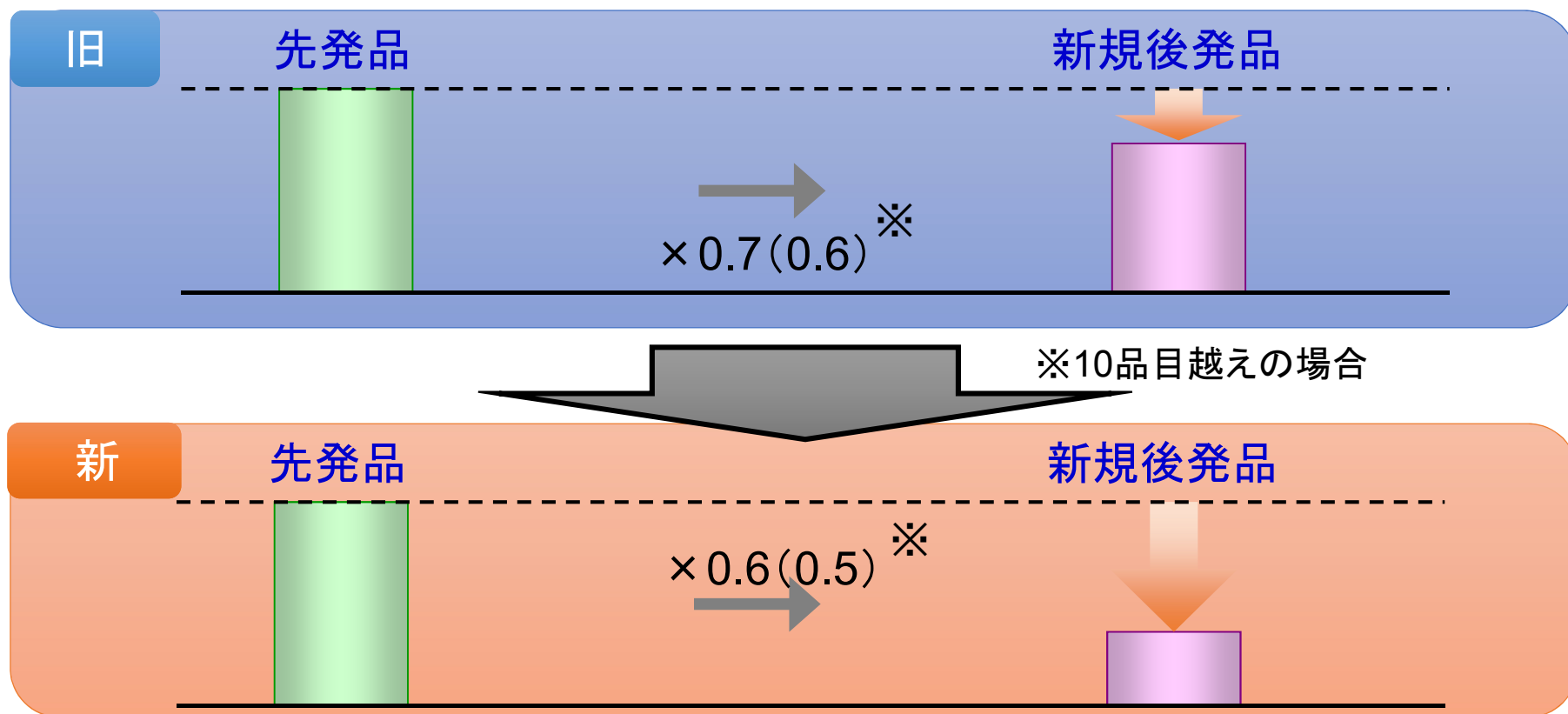
年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
平成15年度	31.538	6.92	21.9	6.3
平成16年度	32.111	6.90	21.5	—
平成17年度	33.129	7.31	22.1	8.0
平成18年度	33.128	7.10	21.4	—
平成19年度	34.136	7.40	21.7	6.9
平成20年度	34.808	7.38	21.2	—
平成21年度	36.007	8.01	22.3	8.4
平成22年度	37.420	7.88	21.1	—
平成23年度	38.585	8.44	21.9	8.4
平成24年度	39.212	8.49	21.7	—

(注)

- ・国民医療費(厚生労働省大臣官房統計情報部調べ)は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、医療保険の医療費総額に、労災、原因者負担(公害健康被害等)、全額自己負担、鍼灸等を加えたものである。
- ・薬剤費は、労災等においても医療保険と同じ割合で薬剤が使用されたものと仮定し、国民医療費に医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。DPCを始めとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。
- ・推定乖離率における「—」は薬価調査を実施していないため、データが無いことを示している。
- ・平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行。

対応

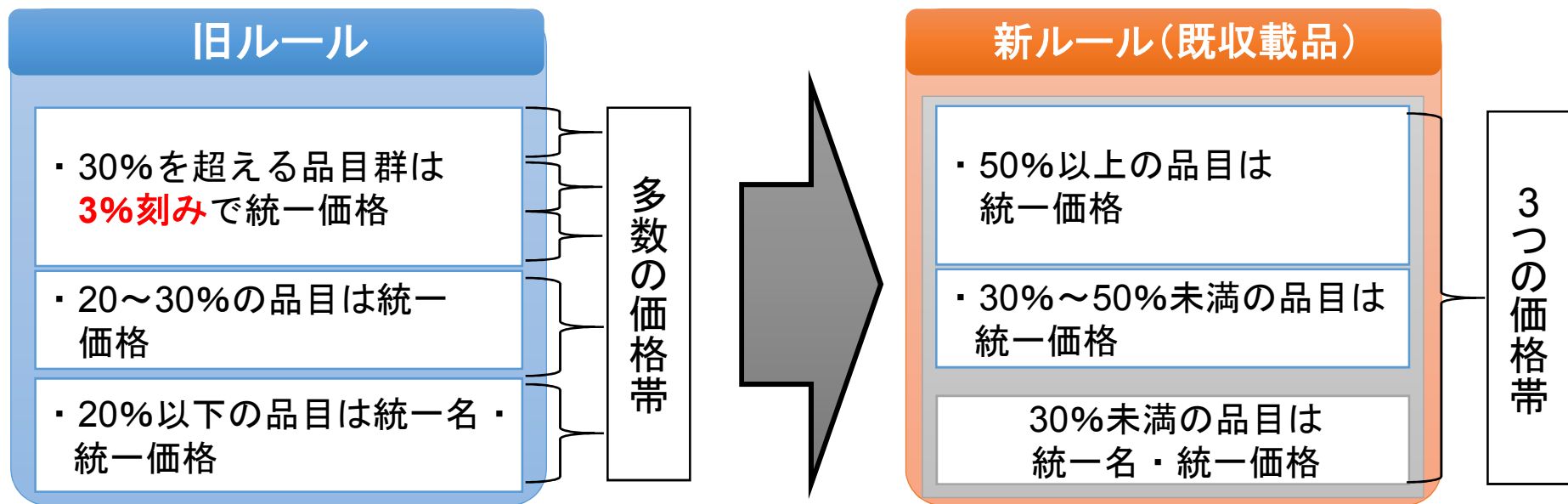
- ◆「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とする。
- ◆なお、バイオ後続品については従前どおりとすることとする。（先発品の100分の70を乗じた額。臨床試験の充実度に応じて、当該額に100分の10を上限として乗じた額を加算）



対応

◆後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。

- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
- ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。



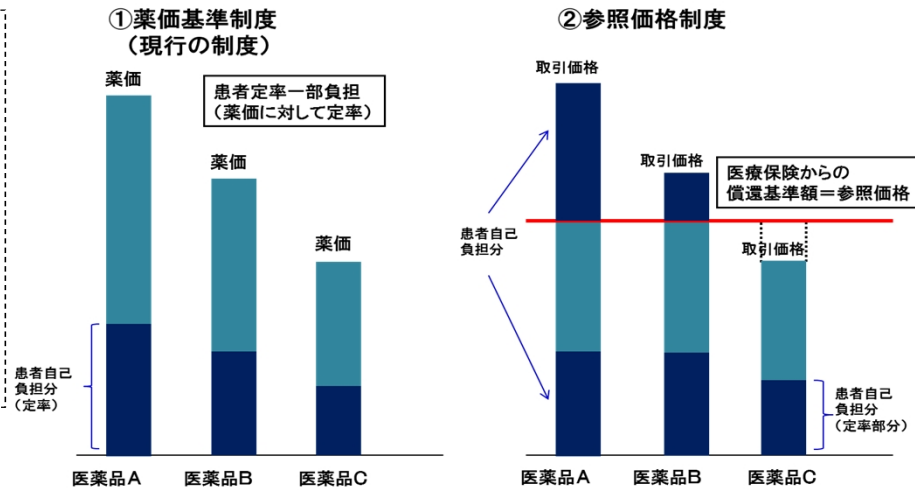
■「長期収載品（特許切れの先発薬）の保険給付額を後発品の価格に基づいたものにし、差額を自己負担とすること」との指摘

→「参照価格制度」の議論を過去にも行ったが、下記の論点があり導入せず。

〔参照価格制度〕

○類似薬効の医薬品グループごとに、償還価格の上限(参照価格)を定め、次のような患者負担とする制度

- ・取引価格が参照価格を超える場合・・・参照価格の一定割合と、参照価格を超える価格の合計額
- ・取引価格が参照価格以下の場合・・・取引価格の一定割合



参照価格制度に対する論点

- 平成10～11年に、薬価差の是正等のため集中的に議論したが、次の理由で導入せず。
 - ・参照価格よりも低価格での取引の場合、患者負担額が医療機関・薬局ごとに異なる
 - ・価格低下は一時的で、その後は、参照価格に取引価格が張り付き、医療費は低下しない
- ドイツでは、参照価格制度が新薬開発を阻害しているとの批判(新薬でも参照価格が適用される場合あり)。他方、参照価格の対象でない新薬の値段が高騰し、医療費の削減はできなかつたとされている。

○保険給付については、平成14年健康保険法改正法附則において、「将来にわたって7割の給付を維持する」としており、この規定との整合性の問題もある。

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律 (平成14年第102号) (抄)

附 則

第二条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

○平成24年8月の中医協でも議論したが、慎重論が強く、議論の対象とすべきでないとされた。