第１１９回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

令和元年９月２７日（金）
１０時００分～１２時００分
場所：グランドアーク半蔵門　4階　富士東

（ 議　題 ）

１．診療報酬改定の基本方針について（基本認識）

２．医療保険制度をめぐる状況

３．短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大について（「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」議論の取りまとめ）（報告）

４．令和２年度予算概算要求（保険局関係）（報告）

５．平成 30 年度の医療費・調剤医療費の動向（報告）

（ 配布資料 ）

資料１－１　令和２年度診療報酬改定のスケジュール（案）
資料１－２　令和２年度診療報酬改定の基本方針の検討について
資　料　２　医療保険制度をめぐる状況
資料３－１　「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」における議論の取りまとめ（概要）
資料３－２　「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」における議論のとりまとめ
資　料　４　令和２年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項
資料５－１　平成 30 年度　医療費の動向
資料５－２　平成 30 年度　調剤医療費の動向

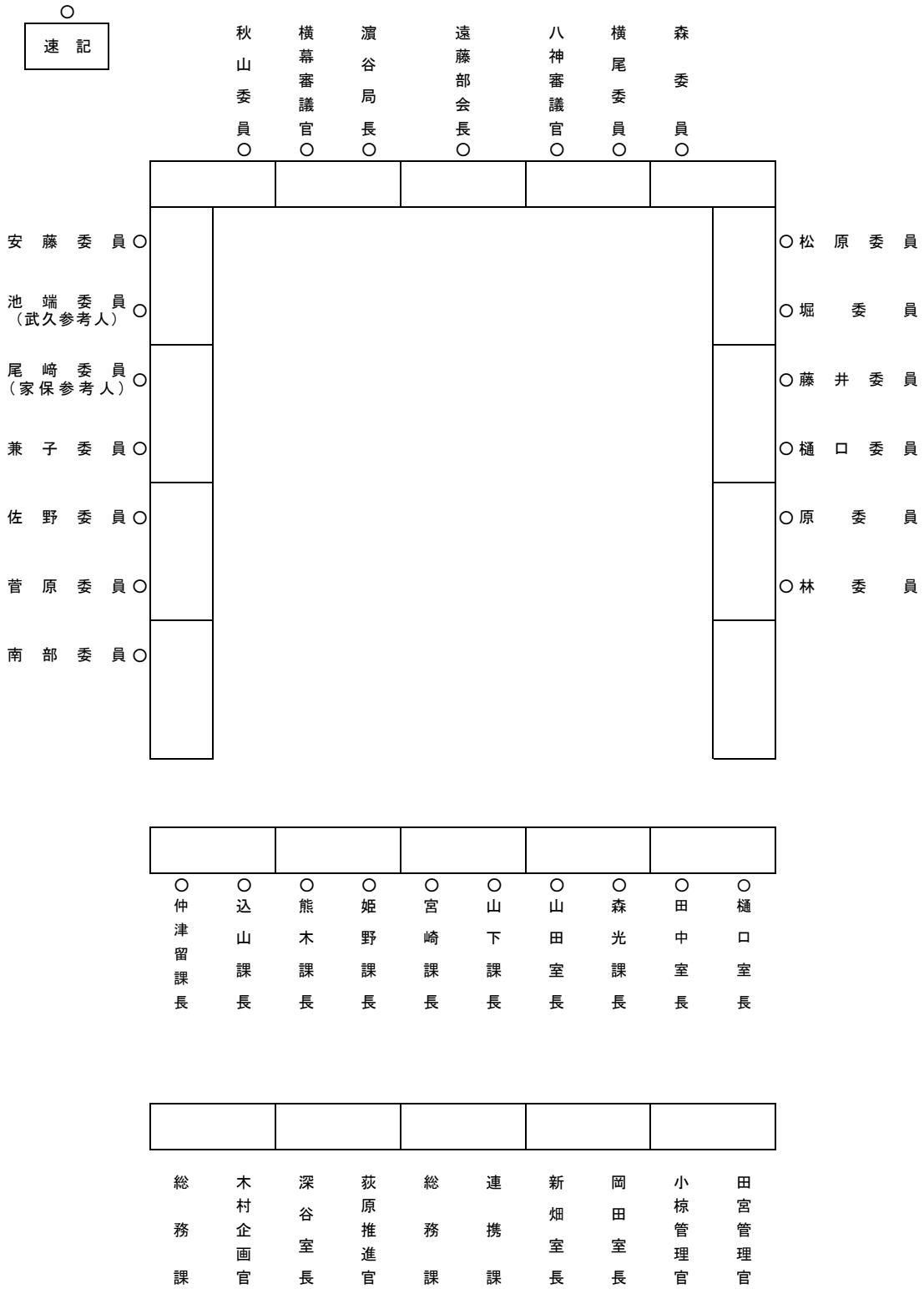
参考資料１　具体的な検討の「視点」において示した検討項目の現状等
参考資料２　令和２年度予算概算要求（保険局関係）参考資料

委員提出資料　藤原委員提出資料

第119回　社会保障審議会医療保険部会

令和元年9月27日(金) 10：00～12：00

グランドアーク半蔵門　富士東



社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

令和元年9月27日

あきやま　ともや 秋山　智弥	日本看護協会副会長
あんどう　のぶき 安藤　伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた　ゆきひこ 池端　幸彦	日本慢性期医療協会副会長
えんどう　ひさお ◎ 遠藤　久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
おざき　まさなお 尾﨑　正直	全国知事会社会保障常任委員会委員長／高知県知事
かねこ　ひさし 兼子　久	全国老人クラブ連合会理事
きくち　よしみ ○ 菊池　馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの　まさひろ 佐野　雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら　たくま 菅原　琢磨	法政大学経済学部教授
なんぶ　みちよ 南部　美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
はやし　まさずみ 林　正純	日本歯科医師会常務理事
はら　かつのり 原　勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち　けいこ 樋口　恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふじい　りゅうた 藤井　隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら　ひろゆき 藤原　弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
ほり　まなみ 堀　真奈美	東海大学健康学部長
まえば　やすゆき 前葉　泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら　けんじ 松原　謙二	日本医師会副会長
むらかみ　ひでと 村上　英人	宮城県蔵王町長
もり　まさひら 森　昌平	日本薬剤師会副会長
よこお　としひこ 横尾　俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。　　（五十音順）

令和2年度診療報酬改定のスケジュール（案）

令和元年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降　令和2年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月頃　令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

中央社会保険医療協議会

1月以降　入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

平成30改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月頃　医療経済実態調査の結果報告

12月頃　薬価調査・材料価格調査の結果報告

内　閣

12月中下旬　予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月頃
中医協に対し、
- 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- 社会保障審議会で策定された「基本方針」

に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

1月以降　厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

（公聴会、パブリックコメントの実施）

2月上旬頃
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

厚生労働大臣

3月上旬頃　診療報酬改定に係る告示・通知の発出

令和2年4月1日　施行

平成30年度診療報酬改定のスケジュール

（参考1）

平成29年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降　平成30年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月７日　平成30年度診療報酬改定の基本方針の策定

内　閣

12月20日　予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

平成30年

厚生労働大臣

1月12日
中医協に対し、
- 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- 社会保障審議会で策定された「基本方針」

に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

３月５日　診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

１月以降　入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

（～12月）
検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月８日　医療経済実態調査の結果報告

12月６日　薬価調査・材料価格調査の結果報告

１月以降　厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

（公聴会、パブリックコメントの実施）

２月７日
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

平成30年４月１日　施行

診療報酬改定の流れ

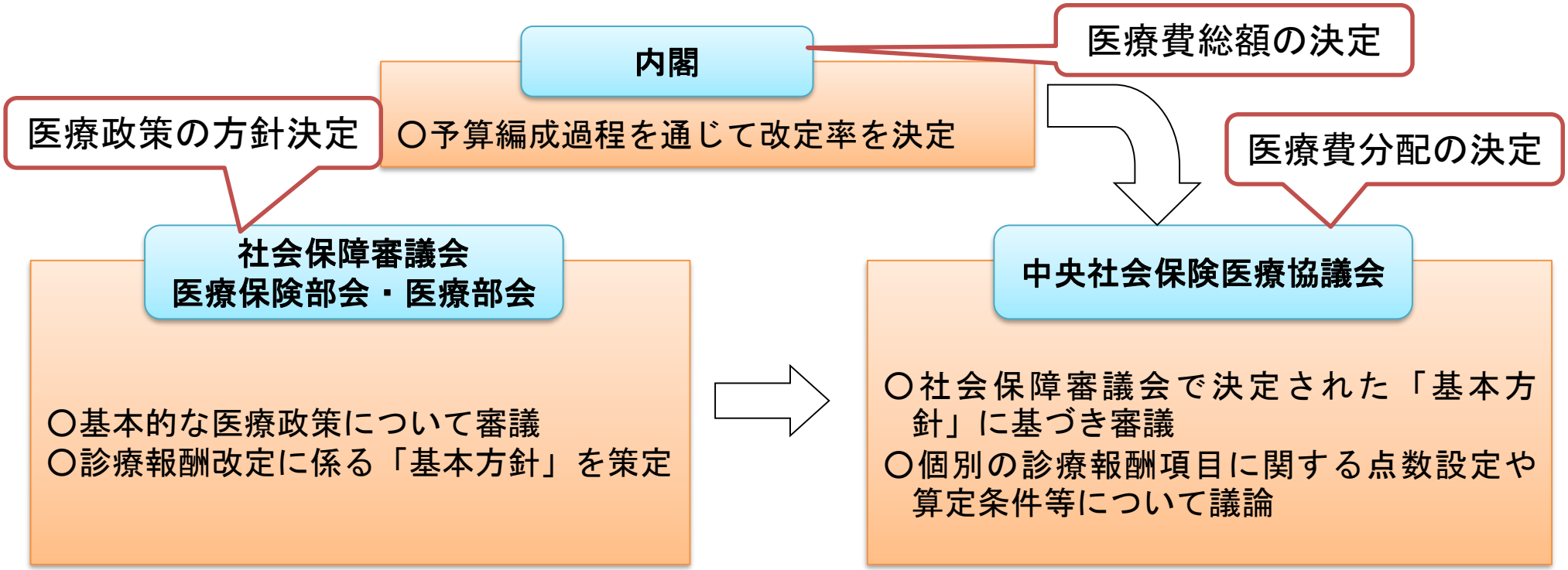
（参考2）

診療報酬改定は、

① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



令和２年度診療報酬改定の基本方針の検討について

○　これまでの「診療報酬改定の基本方針」においては、①改定に係る基本的考え方・基本認識に続いて、②重点課題、改定の視点等を定めた上で、③具体的な検討の方向を示してきた。

○　基本方針における改定の視点は、社会保障・税一体改革を経て、これまでの改定でも基本的に継承されてきており、それに各改定時における医療を取り巻く状況を踏まえた重点課題等を追加してきたところである。

○　2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指して、多様な就労・社会参加の環境整備、健康寿命の延伸、医療・福祉サービスの改革による生産性の向上、給付や負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保についての取組・議論が進められる予定。

○　また、医師等の働き方改革の推進、患者・国民に身近でわかりやすい医療の実現、医療におけるICTの利活用なども重要なテーマ。

○　令和２年度改定の基本方針においては、(1)改定に当たっての基本認識、(2)改定の基本的視点と具体的方向性を示し、次ページのような観点から検討してはどうか。

基本方針
診療報酬改定の議論の基礎

↓

中医協における審議

①令和２年度診療報酬改定の基本方針について

○　令和２年度改定においても、これまでの改定の視点（※別添参照）をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

（１）改定に当たっての基本認識

（例） 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現	（例） ・　健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ・　社会保障制度の持続可能性の確保 ・　「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等への対応
（例） 医師等の働き方改革の推進	（例） ・　医療従事者の業務負担の軽減と、働き方改革の推進 ・　業務の効率化に資するＩＣＴ等の活用 ・　医療資源の効率的な配分と適切な医業経営の確保
（例） 患者・国民に身近な医療の実現	（例） ・　患者にとって身近でわかりやすい医療の実現 ・　かかりつけ医機能の充実、患者への情報提供や相談・支援の充実 ・　市民、医療提供者、行政、民間企業それぞれが担う役割の実現

（２）改定の基本的視点と具体的方向性

○「視点」の例と「方向」の例における記述は、中央社会保険医療協議会での議論を参考に整理している。

「視点」の例	「方向」の例
（例） 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点	（例） ・ 医療機関内における適切なマネジメントやタスク・シフティングの推進、人員配置の合理化、チーム医療の推進、書類作成・研修要件の合理化等を通じた労務管理・労働環境改善のマネジメントの実践の評価 ・ 柔軟な働き方や業務の効率化に資するＩＣＴ等の活用の推進
（例） 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	（例） ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価 ・ 患者にとって必要な情報提供、相談支援の評価 ・ アウトカムに着目した評価の推進 ・ 質の高いがん医療の評価 ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 ・ 妊産婦が納得して医療を受けられる体制の構築 ・ 精神疾患や障害を抱える方などに対する施策・サービスとの連携 ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ・ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への転換の推進 ・ 医療の質に係るエビデンスを踏まえた遠隔診療の評価 ・ ICT等を活用した地域における情報共有・連携の推進
（例） 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点	（例） ・ 地域によって異なる状況を踏まえた病床機能の分化・連携の推進、入院医療の評価 ・ 外来医療の機能分化・強化 ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ・ 医療機関、薬局、訪問看護ステーション間の連携の推進 ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組
（例） 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点	（例） ・ 後発医薬品の使用促進 ・ 残薬や重複投薬、薬剤耐性（AMR）、ポリファーマシーへの対応や長期処方時の適正使用等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の推進 ・ 費用対効果評価 ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

（別添）

		平成20年度改定	平成22年度改定	平成24年度改定	平成26年度改定	平成28年度改定	平成30年度改定
重点課題」等		産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減 ・医師以外の書類作成等 ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送 ・専門的な小児医療 ・診療所の夜間開業 ・大病院の入院医療の比率向上	1．救急、産科、小児、外科等の医療の再建 ・地域連携による救急患者の受入れ ・新生児等の救急搬送を担う医師 ・後方病床・在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価 2．病院勤務医の負担軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援） ・医師以外の医療職等の役割 ・地域の医療機関や医療・介護関係職種の連携 ・医療クラークの配置	1．病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減 ・チーム医療の促進 ・勤務体制の改善等の取組 ・救急外来や外来診療の機能分化 2．医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実 ・医療・介護の連携 ・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携 ・看取りに至るまでの医療の充実 ・早期の在宅療養や地域生活への復帰 ・在宅歯科・在宅薬剤管理、訪看の充実	医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等 ・医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるﾈｯﾄﾜｰｸ ・入院医療（病床の機能分化等） ・外来医療（外来医療の機能分化、連携） ・在宅医療（量と質の確保）	地域包括ケアシステムの推進、病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携 ・医療機能に応じた入院医療 ・医療従事者の負担軽減 ・地域包括ケアシステム推進のための取組 ・質の高い在宅医療、訪問看護 ・外来医療の機能分化	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局 ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療 ・外来医療の機能分化、重症化予防 ・質の高い在宅医療・訪問看護 ・国民の希望に応じた看取りの推進
改定の視点」	医療機能の分化・連携の推進	・入院医療の在り方 ・DPC病院の在り方・拡大 ・医療の結果による質の評価 ・医療ニーズに着目した評価 ・医介連携等、在宅医療の推進 ・歯科医療の充実	・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等 ・在宅医療、訪看、在宅歯科医療 ・介護関係者も含めた多職種連携	・病院機能にあわせた入院医療 ・慢性期入院医療 ・医療提供の困難地域への配慮 ・診療所の機能 ・医療機関間の連携	― ※【重点課題】に記載あり	― ※【重点課題】に記載あり	― ※【重点課題】等に記載あり
	患者にわかりやすく、QOLを高める医療	・わかりやすい診療報酬体系等 ・医療機関の明細書の発行 ・外来医療への移行 ・夕刻以降の診療所の開業 ・薬局調剤の夜間休日・24時間対応	・わかりやすい診療報酬体系等 ・医療安全対策 ・心身の特性やQOLの配慮 ・疾病の重症化予防	・診療報酬点数表の平易化・簡素化 ・医療安全対策 ・患者に対する相談支援体制 ・明細書無料発行	・診療報酬点数表の平易化・簡素化 ・医療安全対策 ・患者に対する相談指導 ・明細書無料発行 ・入院中ADL低下予防 ・患者データの提出	・かかりつけ医、歯科医、薬剤師・薬局 ・ICTによる医療連携、医療データの収集・利活用 ・質の高いリハビリテーション	
	充実が求められる領域の評価	・がん医療 ・イノベーション等 ・脳卒中 ・自殺・子どもの心 ・医療安全、新技術等 ・オンライン化・IT化	・がん医療 ・認知症 ・新医療技術や医薬品等のｲﾉﾍﾞｰｼｮﾝ ・精神科入院医療 ・歯科医療 ・新型インフル等の感染症 ・肝炎 ・手術以外の医療技術	・がん医療 ・認知症 ・医療技術、医薬品等のイノベーション ・精神疾患 ・歯科医療 ・生活習慣病 ・感染症 ・リハビリテーション ・手術等の医療技術	・がん医療 ・認知症 ・イノベーション ・精神科医療 ・歯科医療 ・救急医療、小児医療、周産期医療 ・リハビリテーション ・投薬管理 ・医療技術	・がん医療 ・認知症 ・精神医療 ・難病 ・小児医療、周産期医療、救急医療 ・歯科医療 ・薬学管理 ・医療技術、イノベーション	・がん医療 ・認知症 ・精神医療 ・難病 ・小児医療、周産期医療、救急医療 ・歯科医療 ・医療技術、イノベーション ・ICT技術の導入、データの収集活用 ・アウトカムに着目した評価
	効率化できる領域の適正化	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映（医薬品、医療材料、検査等） ・新技術への置換え	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映（医薬品、医療材料、検査等） ・新技術への置換え	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映（医薬品、医療材料、 検査等） ・平均在院日数減少、社会的入院是正 ・治療効果が低くなった技術の評価	・後発医薬品 ・医薬品、医療機器、検査等の評価 ・長期収載品の薬価特例的引下げ ・平均在院日数の減少や社会的入院の是正 ・大規模薬局の調剤報酬の適正化	・後発医薬品、長期収載品 ・退院支援 ・医薬品の適正使用 ・医薬分業のための調剤報酬 ・重症化予防 ・医薬品、医療機器、検査等の評価	・薬価制度 ・後発医薬品 ・費用対効果の評価 ・医薬品の適正使用 ・薬局の評価 ・医薬品、医療機器、検査等の評価
					【医療従事者の負担軽減】 ・チーム医療 ・医療従事者の負担軽減の取組 ・救急外来の機能分化		**【医療従事者の負担軽減、働き方改革】** ・チーム医療、勤務環境の改善 ・業務の効率化、合理化 ・医療従事者の負担軽減の取組 ・多職種連携

医療保険制度をめぐる状況

目次

○人口と医療費の動向等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

○保険制度の状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

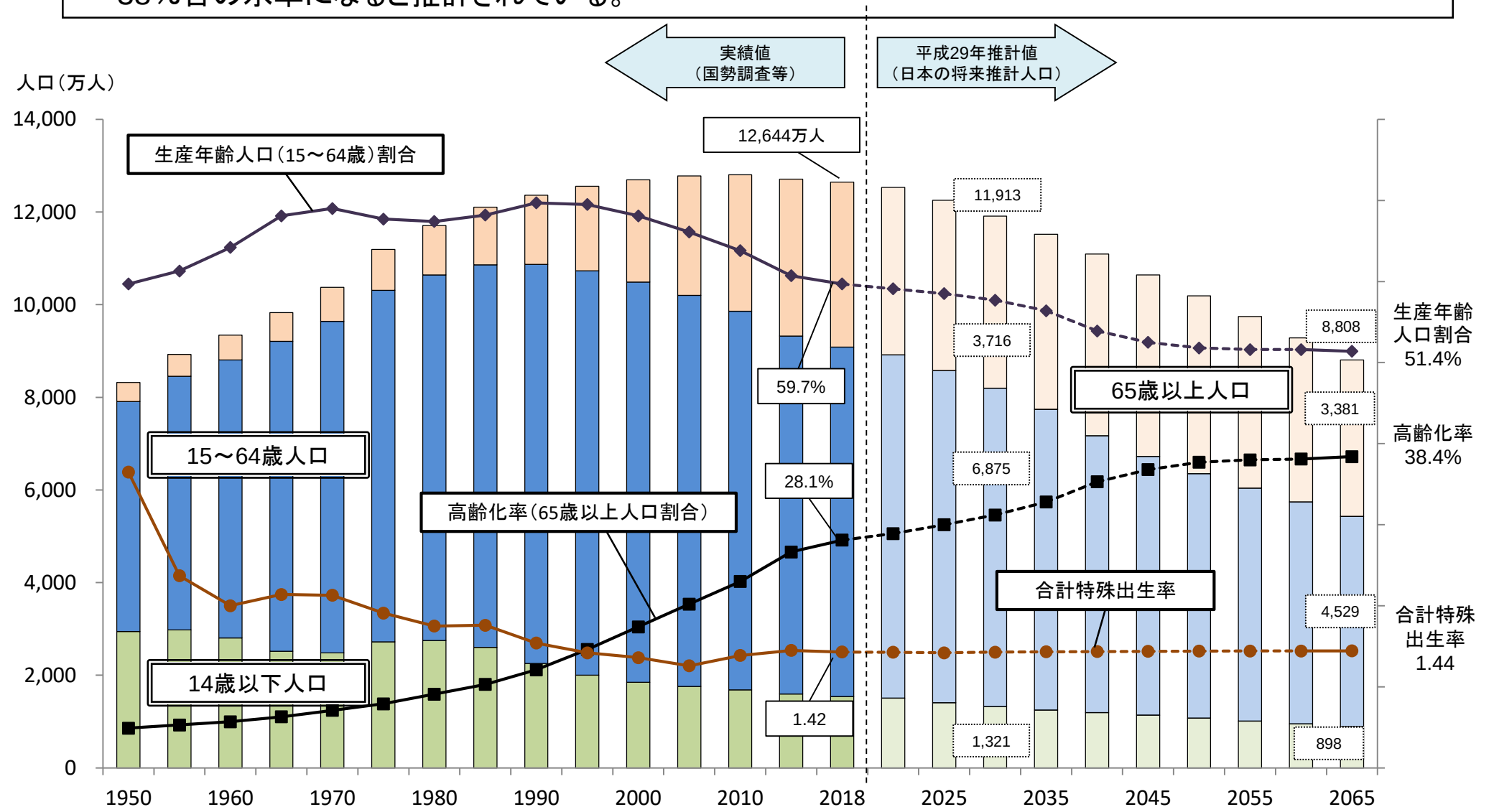
1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

○医療保険制度の見直しの状況 ・・・・・・・・・ 55

人口と医療費の動向等

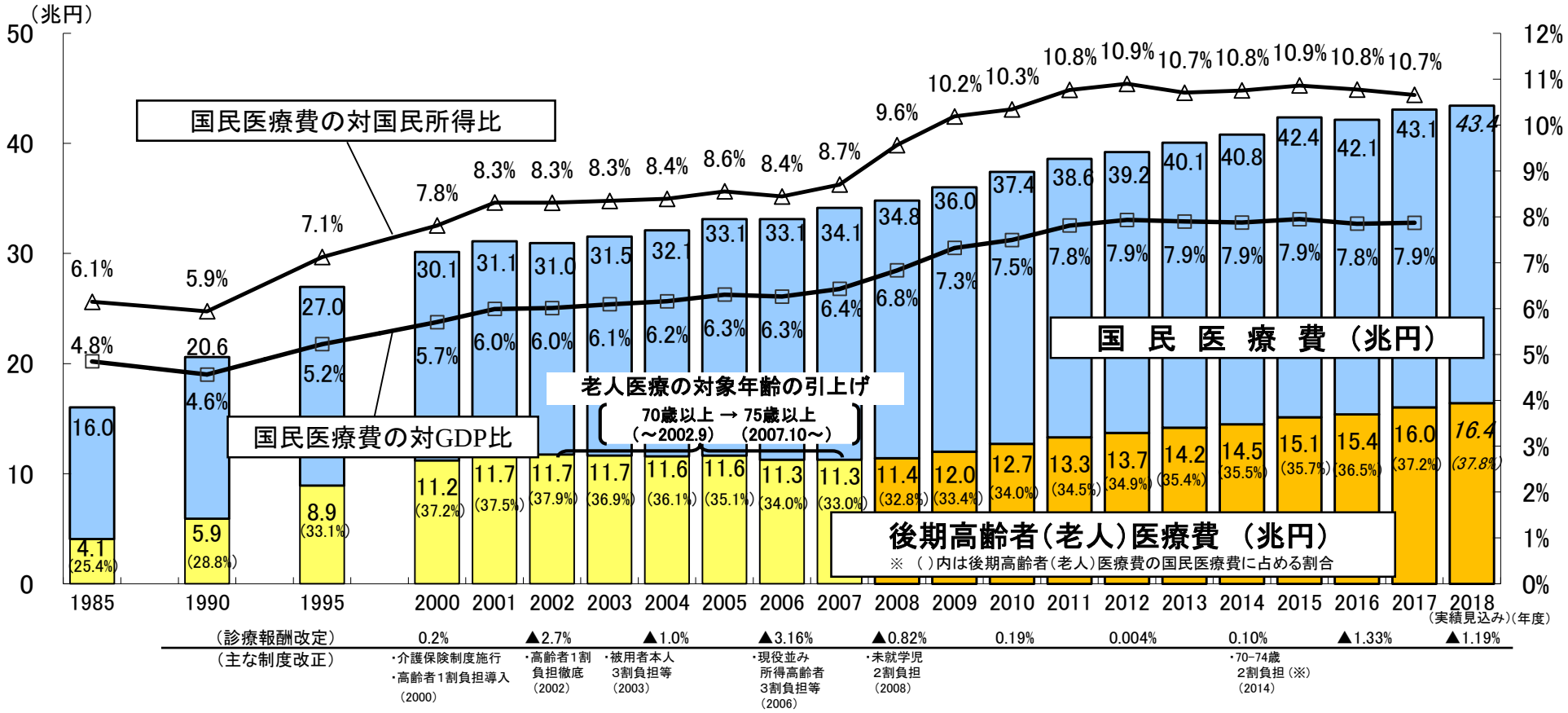
日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



（出所） 2018年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2018年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

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)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)
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	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	*0.8*
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	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	*2.4*
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	―
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	―

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。
注2 2018年度の国民医療費（及び後期高齢者医療費。以下同じ。）は実績見込みである。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018年度の概算医療費の伸び率（上表の斜字体）を乗じることによって推計している。
（※）70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

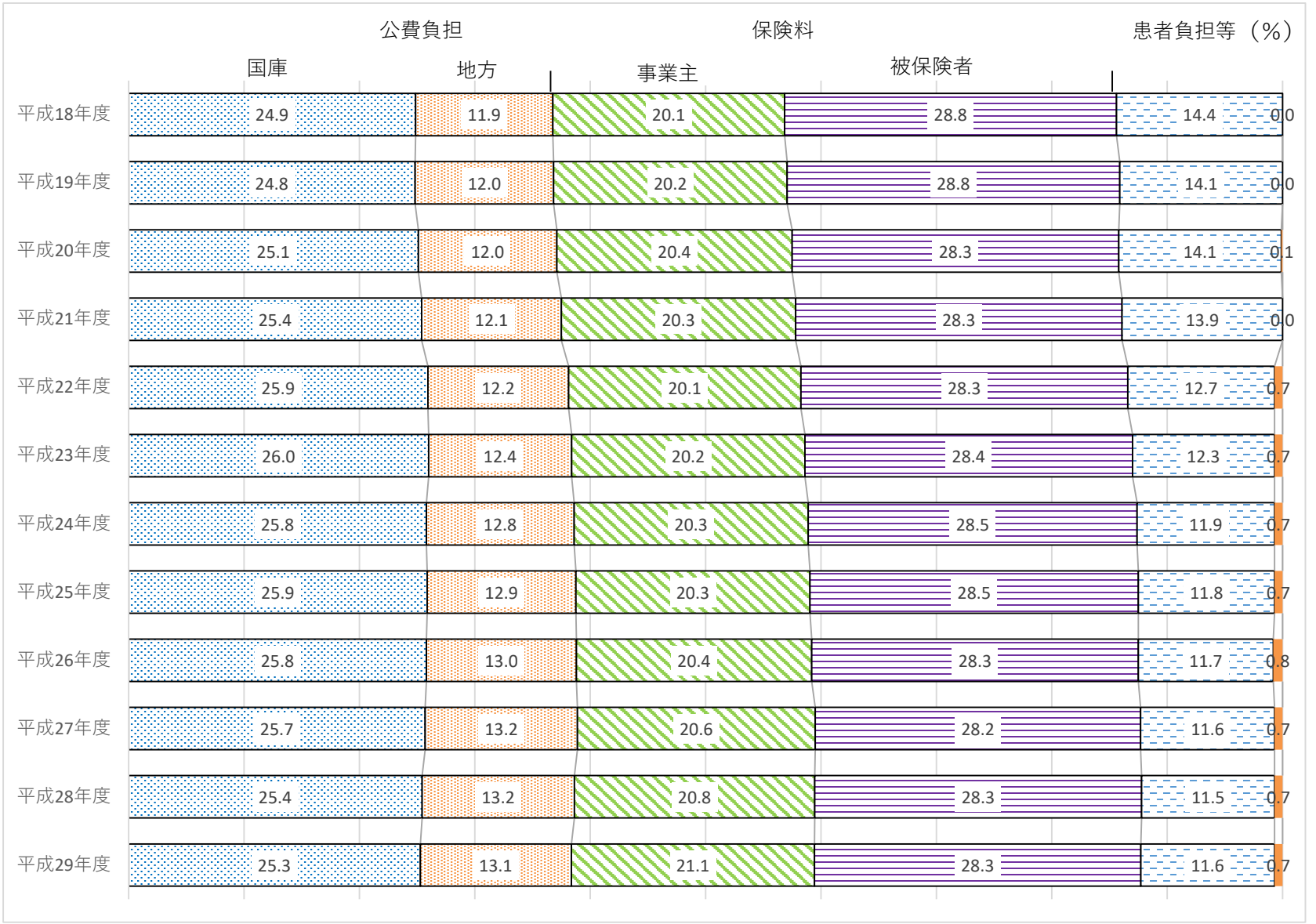
医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、平成30年度は1.1%。
その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	−0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	−0.5%	2.2%	*0.8%* (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	−0.1%	−0.1%	0.0%	−0.2%	−0.2%	−0.2%	−0.2%	−0.1%	−0.1%	−0.2%	−0.2%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1% (注2)
診療報酬改定等 ④		−1.0%		−3.16%		−0.82%		0.19%		0.004%		0.1% (−1.26% 消費税対応 1.36% (注3))		−1.33% (注4)		−1.19% (注5)
その他 (①−②−③−④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	−0.1%	1.2%	*1.1%* (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人3割負担等			H18.10 現役並み所得高齢者3割負担等		H20.4 未就学2割負担						H26.4 70−74歳2割負担 (注6)				

注1：医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。
注2：平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成29，30年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計値である。
注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。
注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。
なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。
注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。
注6：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

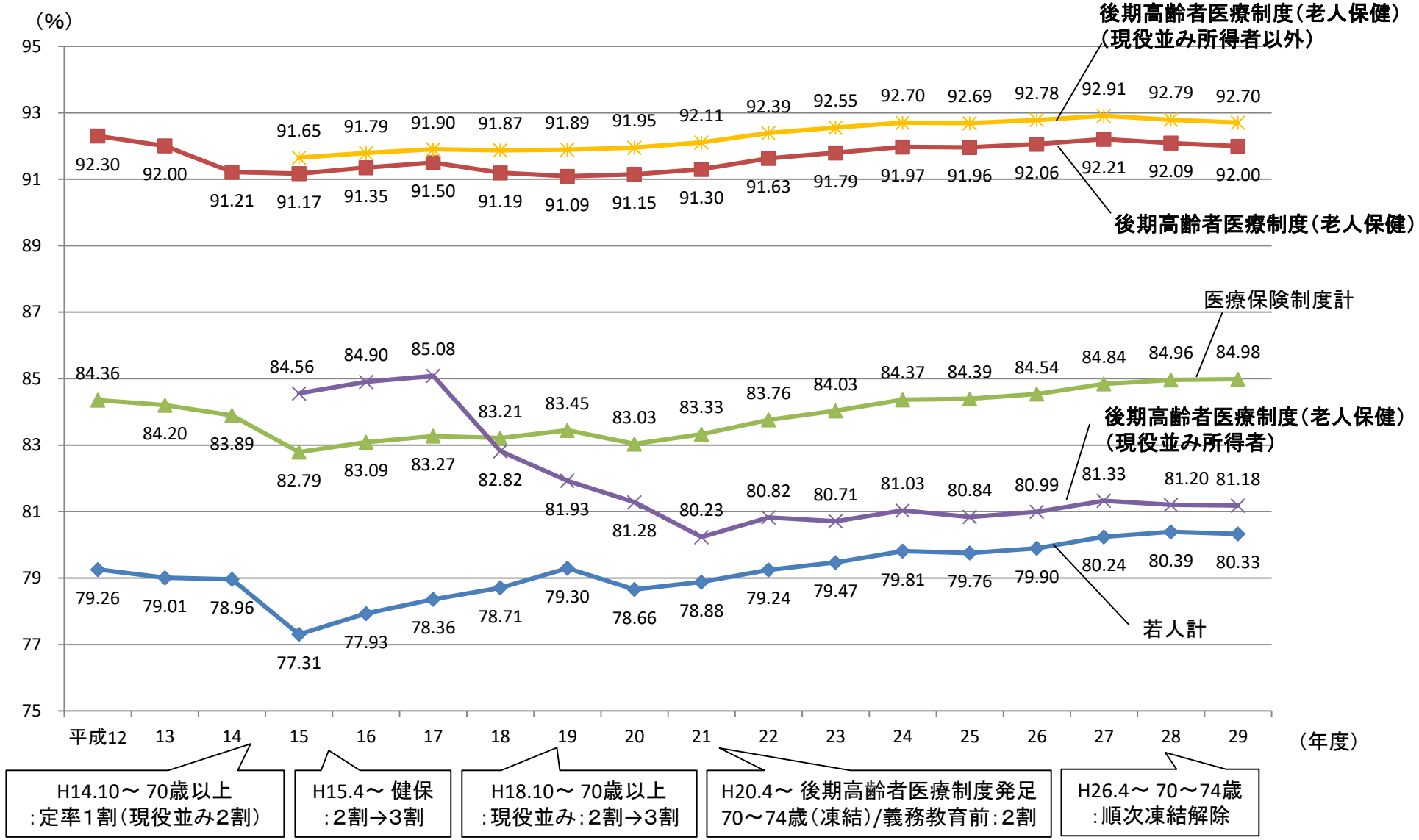
国民医療費の財源別内訳の推移



出典：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「平成２９年度国民医療費」

実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



(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。
出典:各制度の事業年報等を基に作成

OECD加盟国の保健医療支出の状況（2018年）

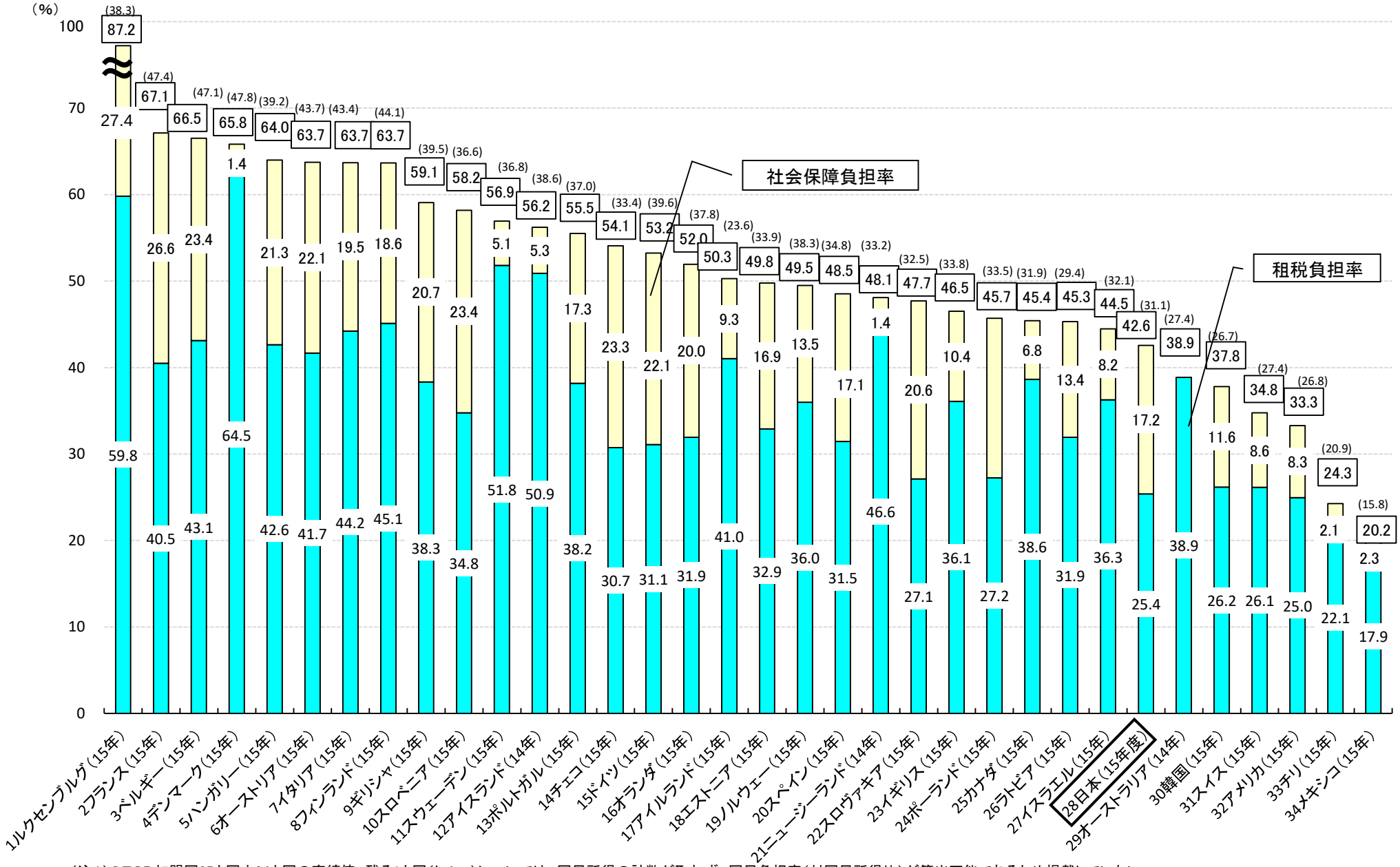
国名	総医療費の対GDP比（%）	順位	一人当たり医療費（ドル）	順位	備考
アメリカ合衆国	16.9	1	10,586	1	
スイス	12.2	2	7,317	2	
ドイツ	11.2	3	5,986	4	
フランス	11.2	4	4,965	12	
スウェーデン	11.0	5	5,447	5	
日本	10.9	6	4,766	15	
カナダ	10.7	7	4,974	11	
デンマーク	10.5	8	5,299	7	
ベルギー	10.4	9	4,944	13	
オーストリア	10.3	10	5,395	6	
ノルウェー	10.2	11	6,187	3	
オランダ	9.9	12	5,288	8	
イギリス	9.8	13	4,070	18	
ニュージーランド	9.3	14	3,923	19	
オーストラリア	9.3	15	5,005	10	
ポルトガル	9.1	16	2,861	24	
フィンランド	9.1	17	4,236	17	
チリ	8.9	18	2,182	31	

国名	総医療費の対GDP比（%）	順位	一人当たり医療費（ドル）	順位	備考
スペイン	8.9	19	3,323	21	
イタリア	8.8	20	3,428	20	
アイスランド	8.3	21	4,349	16	
韓国	8.1	22	3,192	22	
スロベニア	7.9	23	2,859	25	
ギリシャ	7.8	24	2,238	29	
イスラエル	7.5	25	2,780	26	
チェコ	7.5	26	3,033	23	
アイルランド	7.0	27	4,869	14	
リトアニア	6.8	28	2,416	27	
スロバキア	6.7	29	2,290	28	
ハンガリー	6.6	30	2,047	33	
エストニア	6.4	31	2,231	30	
ポーランド	6.3	32	2,056	32	
ラトヴィア	5.9	33	1,749	34	
メキシコ	5.5	34	1,138	36	
ルクセンブルク	5.4	35	5,070	9	
トルコ	4.2	36	1,227	35	
ＯＥＣＤ平均	8.8		3,992		

【出典】「OECD HEALTH Statistics 2019」

（注１）上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

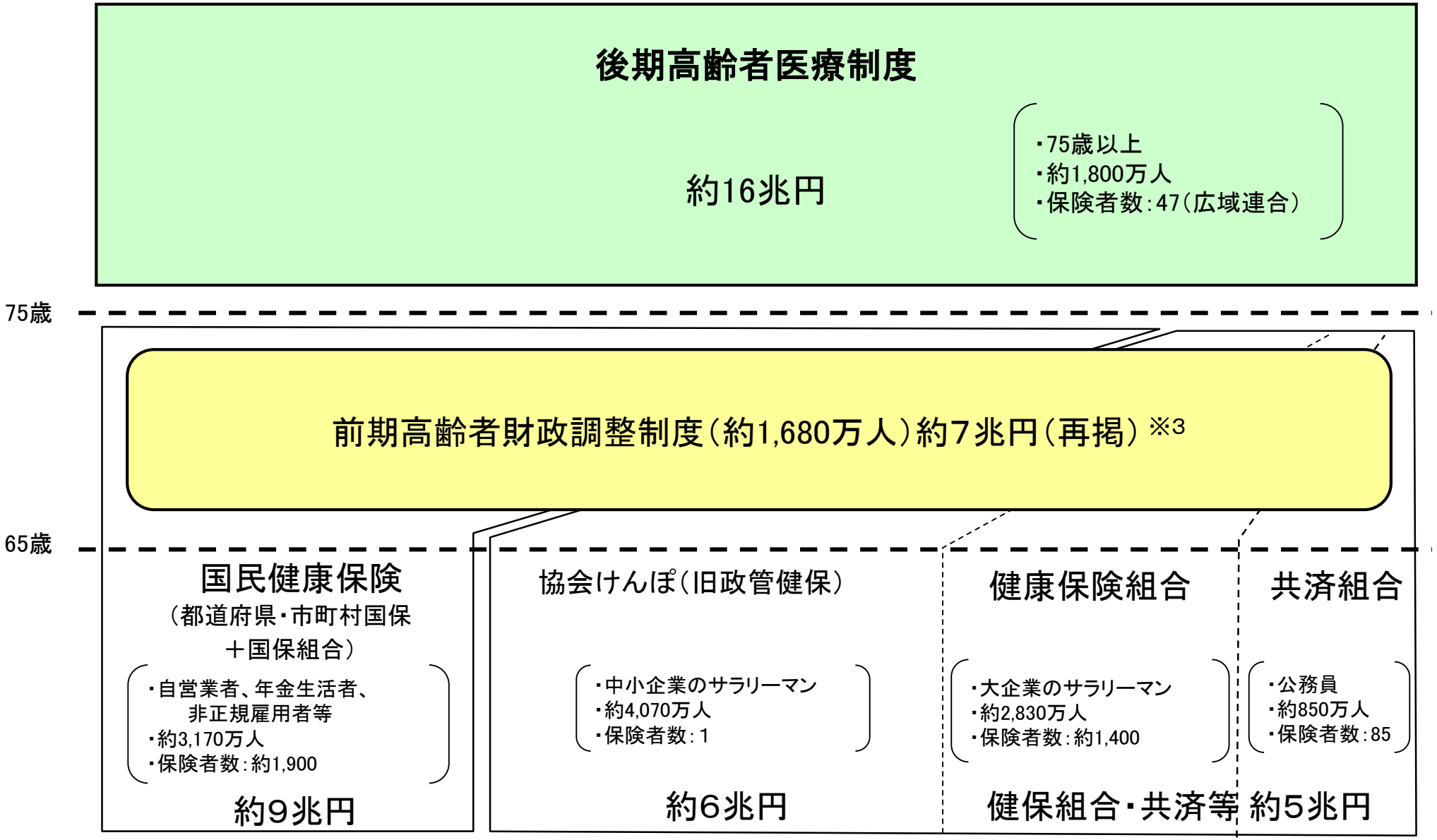
国民負担率の国際比較（OECD加盟35カ国）



（注1）OECD加盟国35カ国中34カ国の実績値。残る1カ国（トルコ）については、国民所得の計数が取れず、国民負担率（対国民所得比）が算出不能であるため掲載していない。
（注2）括弧内の数字は、対GDP比の国民負担率。
（出典）日本：内閣府「国民経済計算」等　諸外国：National Accounts (OECD)　Revenue Statistics(OECD)

保険制度の状況

医療保険制度の体系



※1　加入者数・保険者数、金額は、令和元年度予算ベースの数値。
※2　上記のほか、法第3条第2項被保険者（対象者約2万人）、船員保険（対象者約10万人）、経過措置として退職者医療（対象者約4万人）がある。
※3　前期高齢者数（約1,680万人）の内訳は、国保約1,250万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

各保険者の比較

	市町村国保	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30年3月末）	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 （平成30年3月末）	2,870万人 （1,816万世帯）	3,893万人 （被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人）	2,948万人 （被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人）	865万人 （被保険者453万人 被扶養者411万人）	1,722万人
加入者平均年齢 （平成29年度）	52．9歳	37．5歳	34．9歳	33．0歳	82．4歳
65～74歳の割合 （平成29年度）	41．8%	7．2%	3．2%	1．5%	1．9%（※1）
加入者一人当たり 医療費（平成29年度）	36．2万円	17．8万円	15．8万円	16．0万円	94．5万円
加入者一人当たり 平均所得（※2） （平成29年度）	86万円 （一世帯当たり 136万円）	151万円 （一世帯当たり（※3） 254万円）	218万円 （一世帯当たり（※3） 388万円）	242万円 （一世帯当たり（※3） 460万円）	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 （平成29年度）（※4） 〈事業主負担込〉	8．7万円 （一世帯当たり 13．9万円）	11．4万円〈22.8万円〉 （被保険者一人当たり 19.1万円〈38.3万円〉）	12．7万円〈27.8万円〉 （被保険者一人当たり 22.7万円〈49.7万円〉）	14．2万円〈28.4万円〉 （被保険者一人当たり 27.1万円〈54.1万円〉）	7．0万円
保険料負担率	10．2%	7．5%	5．8%	5．9%	8．4%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16．4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額（※5） （令和元年度予算ﾍﾞｰｽ）	4兆4，156億円 （国3兆1，907億円）	1兆2，010億円 （全額国費）	739億円 （全額国費）		8兆2300億円 （国5兆2，736億円）

（※1） 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。
（※2） 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「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」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
（※3） 被保険者一人当たりの金額を指す。
（※4） 加入者一人当たり保険料額は、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。
（※5） 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。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
協会けんぽ	2,091万人	2,159万人 （＋68万人）	2,244万人 （＋85万人）	2,322万人 （＋77万人）
健康保険組合	1,564万人	1,581万人 （＋17万人）	1,628万人 （＋47万人）	1,649万人 （＋20万人）
船員保険	6万人	6万人 （＋0万人）	6万人 （＋0万人）	6万人 （＋0万人）
共済組合	449万人	450万人 （＋1万人）	451万人 （＋1万人）	453万人 （＋2万人）
国民健康保険	3,594万人	3,469万人 （▲125万人）	3,294万人 （▲175万人）	3,148万人 （▲146万人）
後期高齢者医療制度	1,577万人	1,624万人 （＋47万人）	1,678万人 （＋54万人）	1,722万人 （＋44万人）
合計	9,281万人	9,289万人 （＋7万人）	9,301万人 （＋13万人）	9,298万人 （▲3万人）

※1　各制度の事業年報等を基に作成。
※2　協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。
※3　各年度末現在の数値。
※4　括弧内は前年度に対する増減。
※5　端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

100億円単位

令和2年度の国保財政

（令和2年度概算要求ベース）

医療給付費等総額： 約111,200億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

○ 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。

※4 予算額：約900億円

特別高額医療費共同事業

○ 著しく高額な医療費（1件420万円超）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

○ 高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

事業規模：3,800億円、国庫補助額：1,000億円

保険者支援制度

○ 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援

事業規模： 2,600億円、国庫補助額：1,300億円

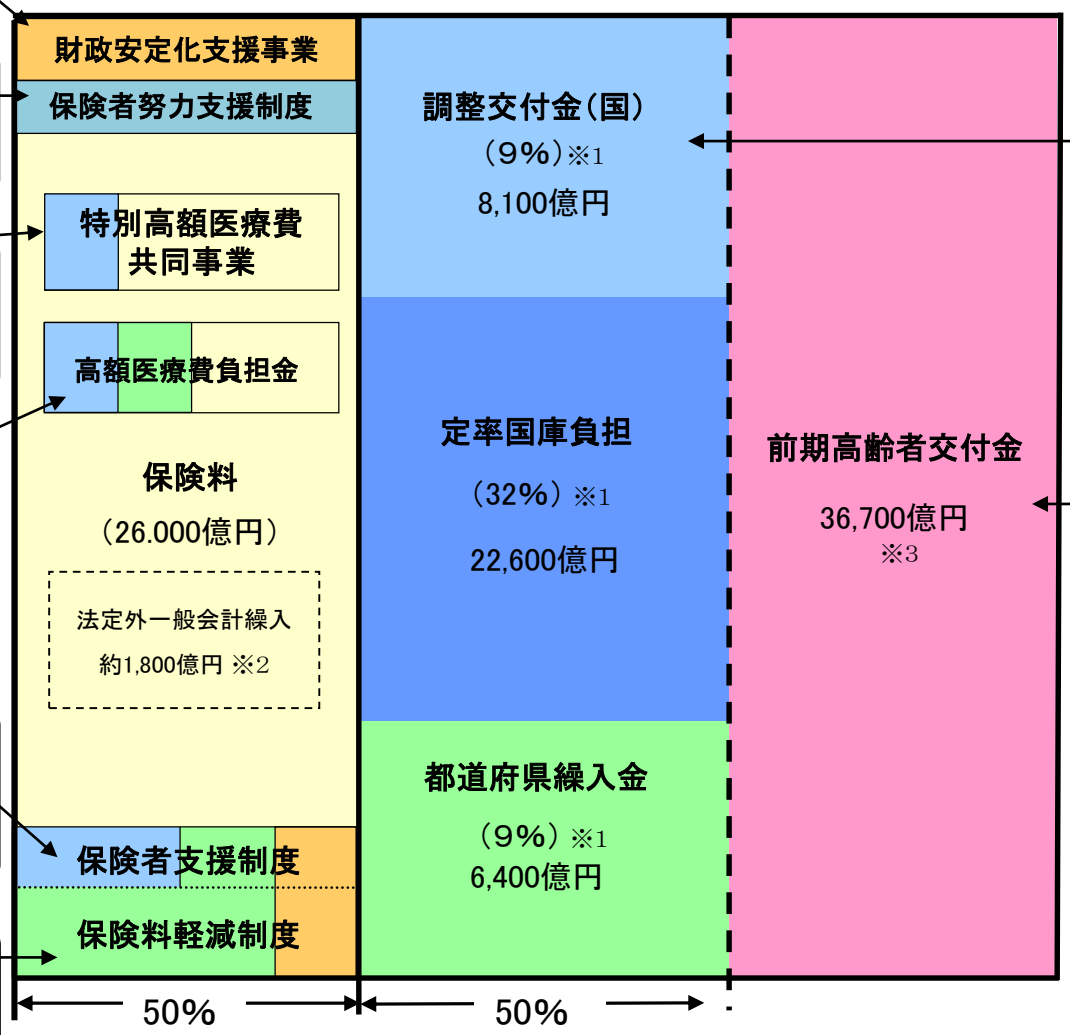
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

保険料軽減制度

○ 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。

事業規模： 4,500億円

（都道府県 3/4、市町村 1/4）



調整交付金（国）

○**普通調整交付金（7%）**

都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

○**特別調整交付金（2%）**

画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情（災害等）を考慮して交付。

前期高齢者交付金

○国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

公費負担額

国 計 ：	34,000億円
都道府県計：	11,300億円
市町村計：	1,800億円

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 平成29年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

※4 平成31年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

平成30年度国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）

改革の方向性		
1. 運営の在り方 （総論）	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進	
	都道府県の主な役割	**市町村の主な役割**
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	・給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検	・保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等）

国保改革による財政支援の拡充について

○　国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

＜2015年度（平成27年度）から実施＞（約1,700億円）

○ 低所得者対策の強化 （低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）	1,700億円

＜2018年度（平成30年度）から実施＞（約1,700億円）

○財政調整機能の強化 （精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）	800億円
○保険者努力支援制度 （医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）	８４０億円 （2019年度（令和元年度）は910億円）
○財政リスクの分散・軽減方策 （高額医療費への対応）	60億円

※　保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
※　2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】　（単位：億円）

	2015年度（平成27年度）	2016年度（平成28年度）	2017年度（平成29年度）	2018年度（平成30年度）	2019年度（令和元年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・保険者努力支援制度等	―	―	―	1,700	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	２００ ＜200＞	４００ ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	― ＜2,000＞

保険料水準の統一に向けた課題

○　国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
○　各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

30年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 （例外措置あり）	奈良県、沖縄県 北海道（納付金ベース）、広島県（準統一）	和歌山県 佐賀県

※　その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

①　医療費水準に関する課題

- 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- 医療費水準の平準化・均てん化

α=0とすることによって、医療費水準によらず、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、α=0を設定した場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

②　保険料算定方法に関する課題

- 保険料算定方式の統一化
- 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

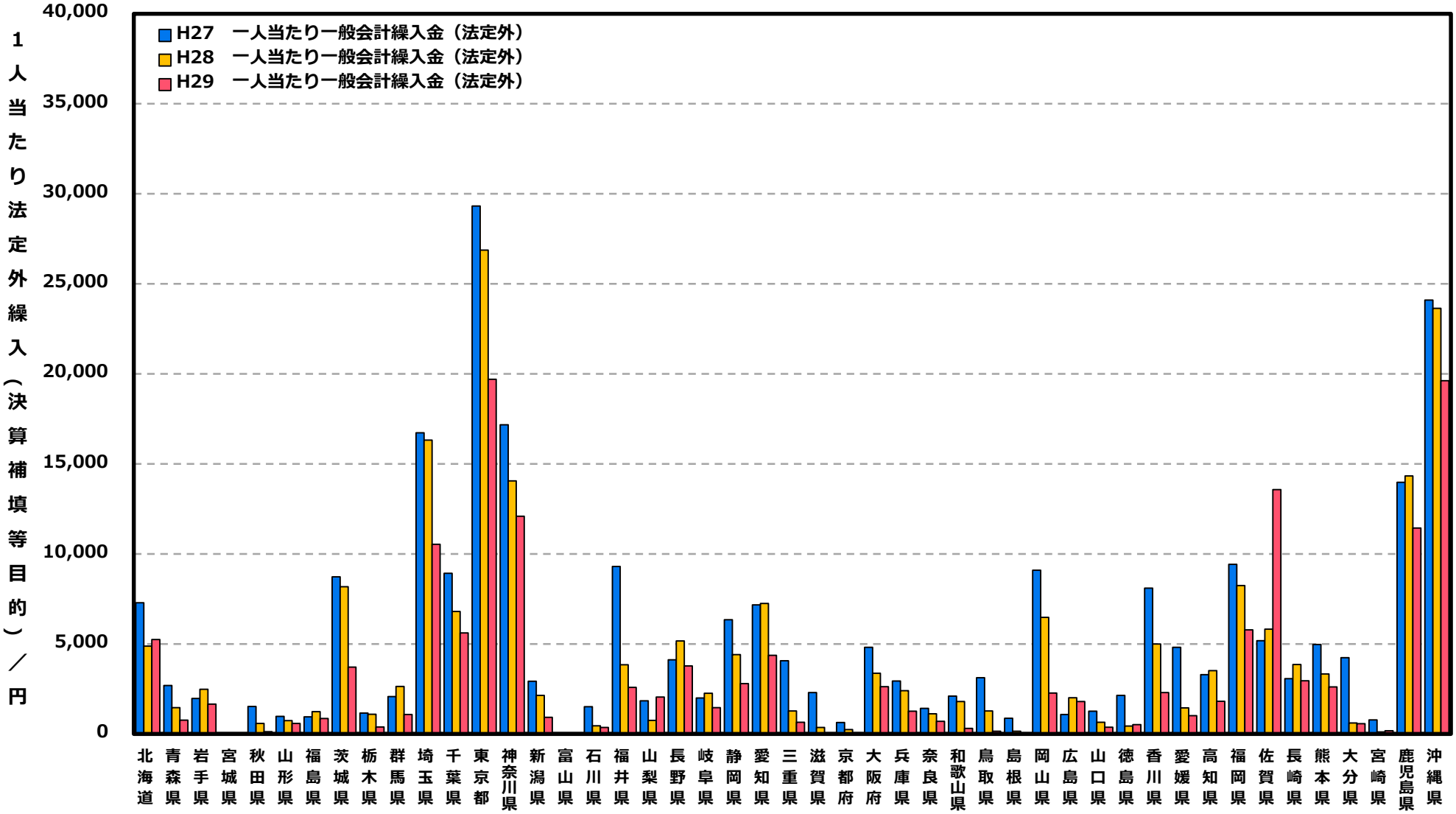
③　各市町村の取組に関する課題

- 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- 保健事業費等の基準額の統一化
- 地方単独事業の整理
- 赤字の解消
- 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

１人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成29年度の１人当たり繰入金が１万円を超えるのは、埼玉県、東京都、神奈川県、佐賀県、鹿児島県、沖縄県である。



（出所）国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告
（注）　「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金」については、平成27年度より定義を再整理しているため、それ以前の年度との単純な比較は困難。

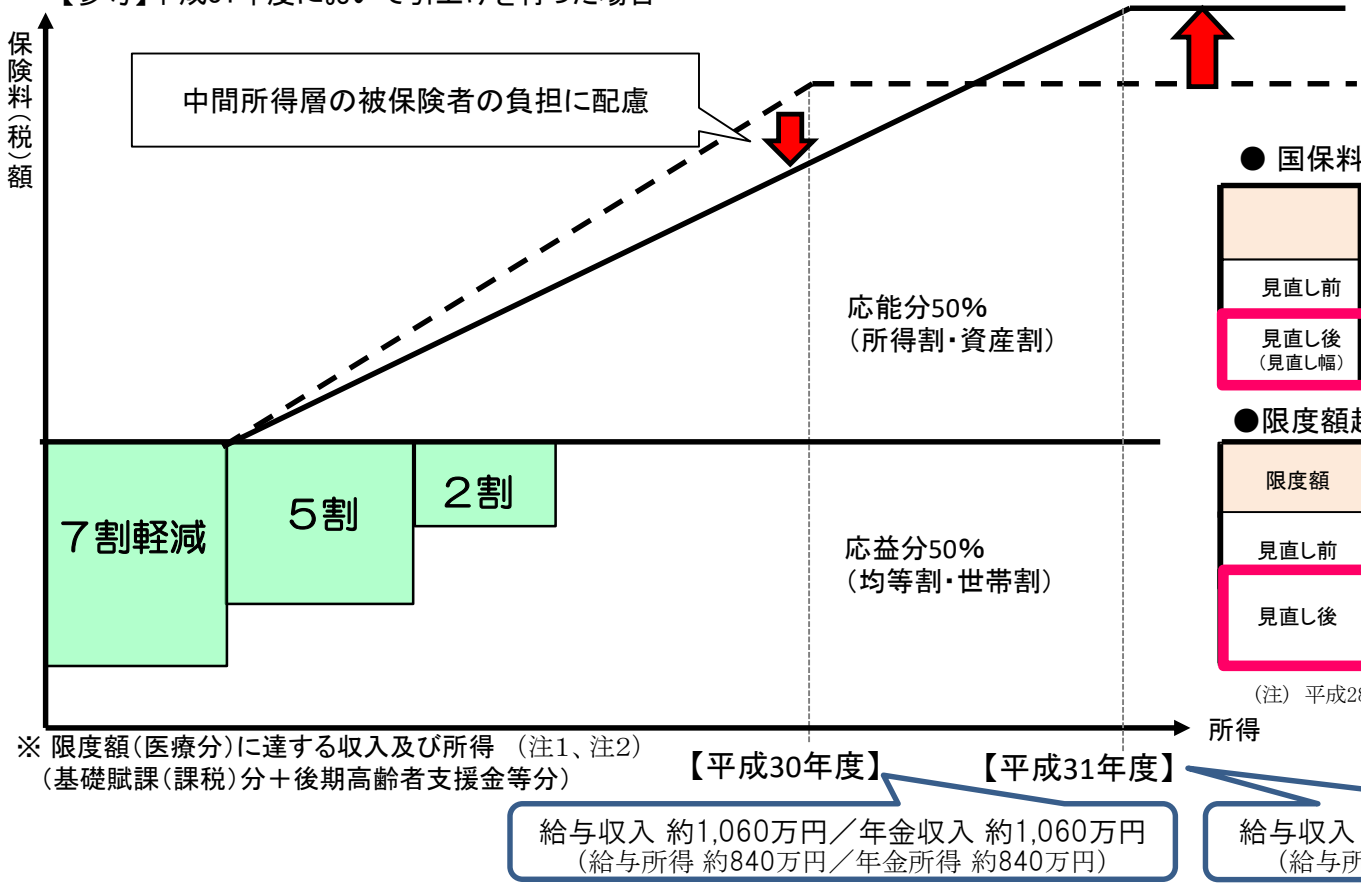
平成31年度の国保保険料（税）賦課（課税）限度額の在り方

○ 国保料（税）の賦課（課税）限度額については、被用者保険におけるルール（※）とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%～1.5%の間となるように法定されている。

○ 平成31年度においては、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、基礎賦課分を3万円引き上げることとする。（後期高齢者支援金等分及び介護納付金分は据え置く）

【参考】平成31年度において引上げを行った場合



● 国保料（税）賦課（課税）限度額の見直し（平成31年度）

	医療分（計）	基礎賦課（課税）分	後期高齢者支援金等賦課（課税）分	介護納付金賦課（課税）分	合 計
見直し前	77万円	58万円	19万円	16万円	93万円
見直し後（見直し幅）	80万円（＋3万円）	61万円（＋3万円）	19万円（増減なし）	16万円（増減なし）	96万円（＋3万円）

●限度額超過世帯の割合（平成31年度(推計)）(注)

限度額	医療分（計）	基礎賦課（課税）分	後期高齢者支援金等賦課（課税）分	介護納付金賦課（課税）分	合 計
見直し前	2.15%	2.36 %	1.60 %	1.01 %	1.86%
見直し後	1.99%	2.15 %	1.60 % ※1万円引き上げると 1.45%	1.01% ※1万円引き上げると 0.88%	1.75%

（注） 平成28年度国民健康保険実態調査に基づき、31年度における状況を推計したもの。

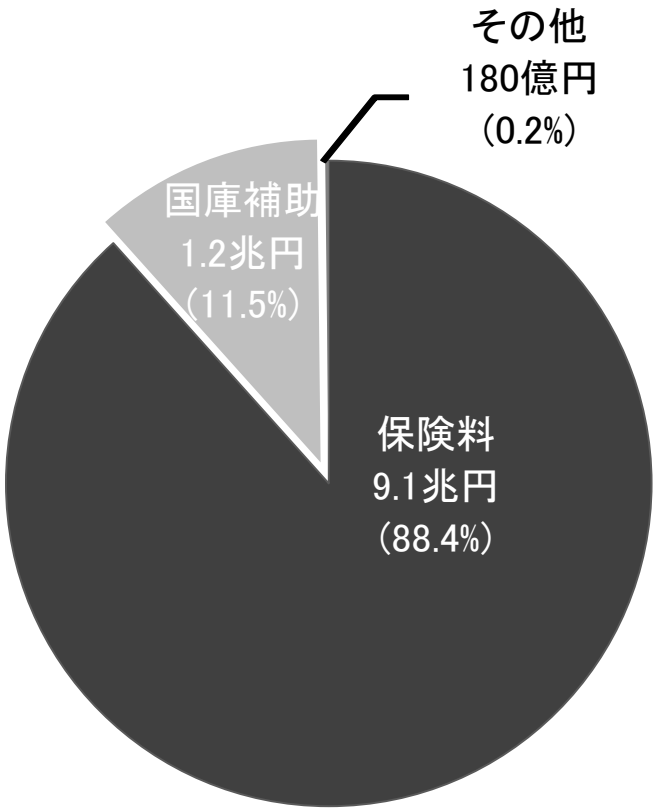
（注1） 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。
（注2） 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成28年度全国平均値で試算。平成28年度 所得割率 8.59%、資産割額 14,329円、均等割額 29,989円、世帯割額 28,153円。
同様の考え方で平成31年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約980万円/年金収入約960万円、2方式の場合には給与収入約1,120万円/年金収入約1,110万円となる。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

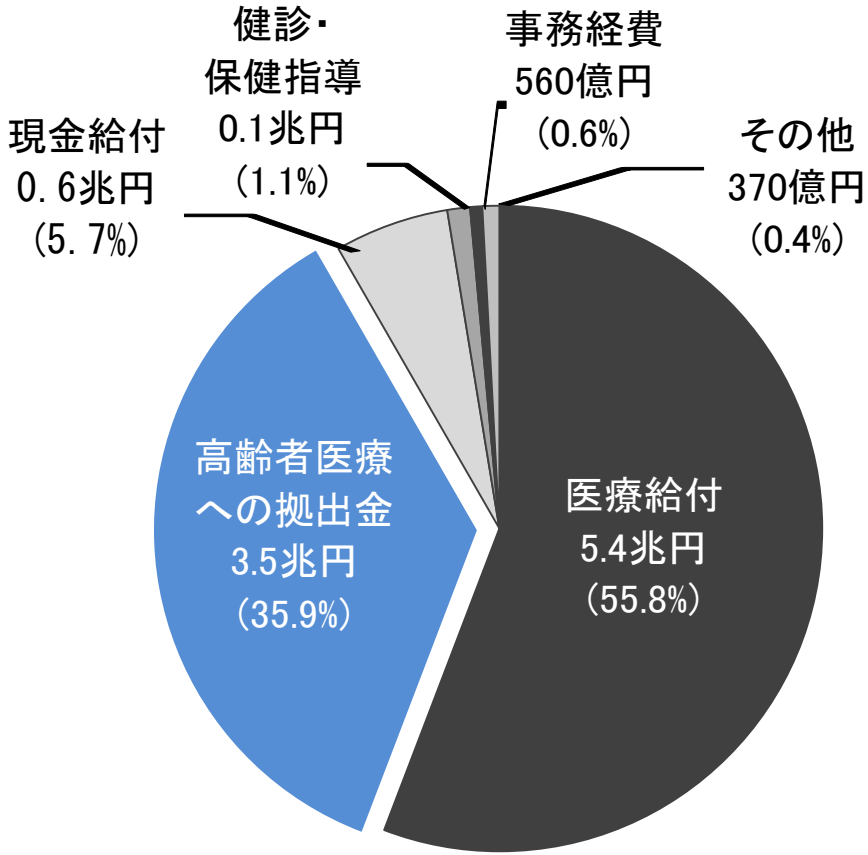
協会けんぽの財政構造（30年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約10兆円だが、その約３．５割、約３．５兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

収　入　10兆3,461億円

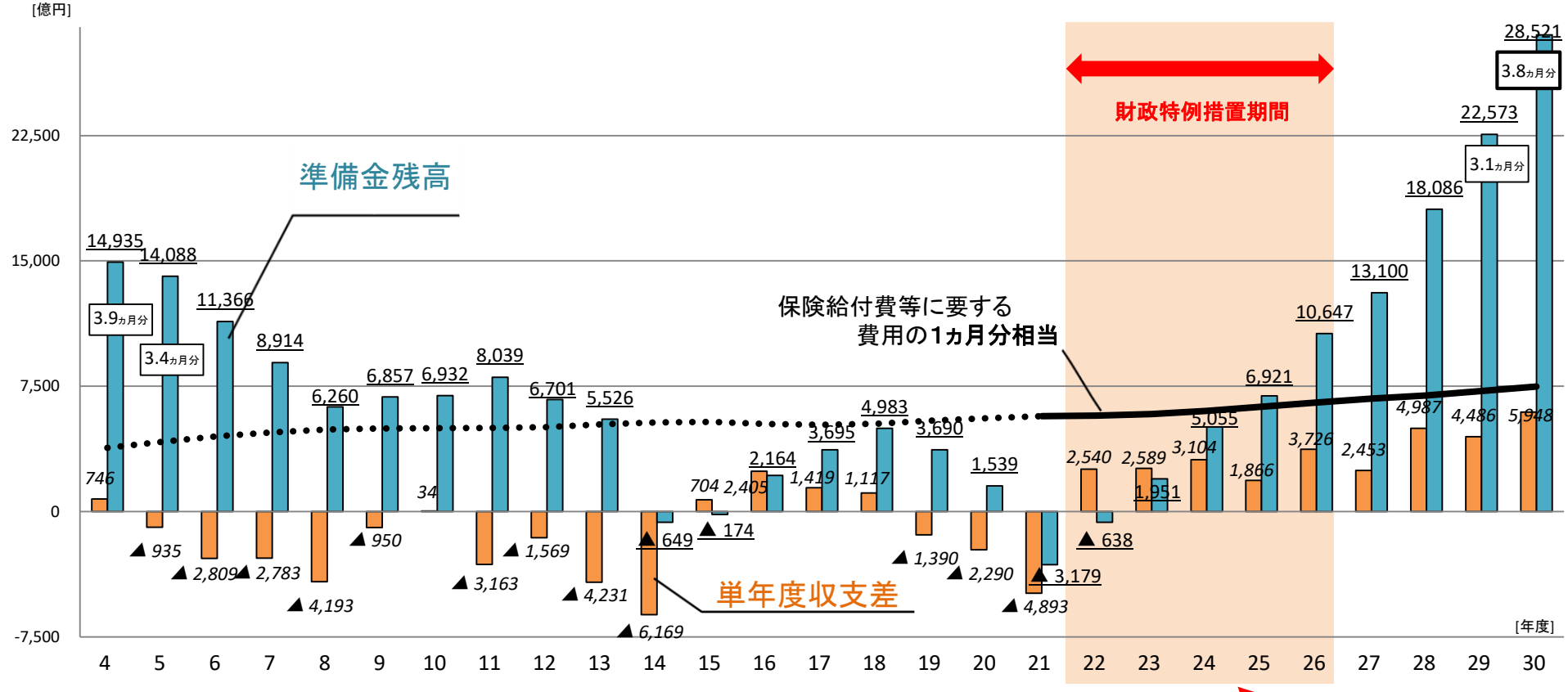


支　出　9兆7,513億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

単年度収支差と準備金残高等の推移（協会会計と国の特別会計との合算ベース）



（4年度）
・国庫補助率
16.4%→13.0%

（6年度）
・食事療養費
制度の創設

（9年度）
・患者負担2割

（10年度）
診療報酬・薬価等
のマイナス改定

（12年度）
・介護保険制度導入

（15年度）
・患者負担3割、総報酬制へ移行

（14年度、16年度、18年度、20年度）
診療報酬・薬価等のマイナス改定

老人保健制度の対象
年齢引上げ（14年10月～）

（20年度）
・後期高齢者
医療制度導入

（22年度）
・国庫補助率
13.0%→16.4%

（27年度）
・国庫補助率
16.4%

（28年度、30年度）
診療報酬・薬価等
のマイナス改定

保険料率

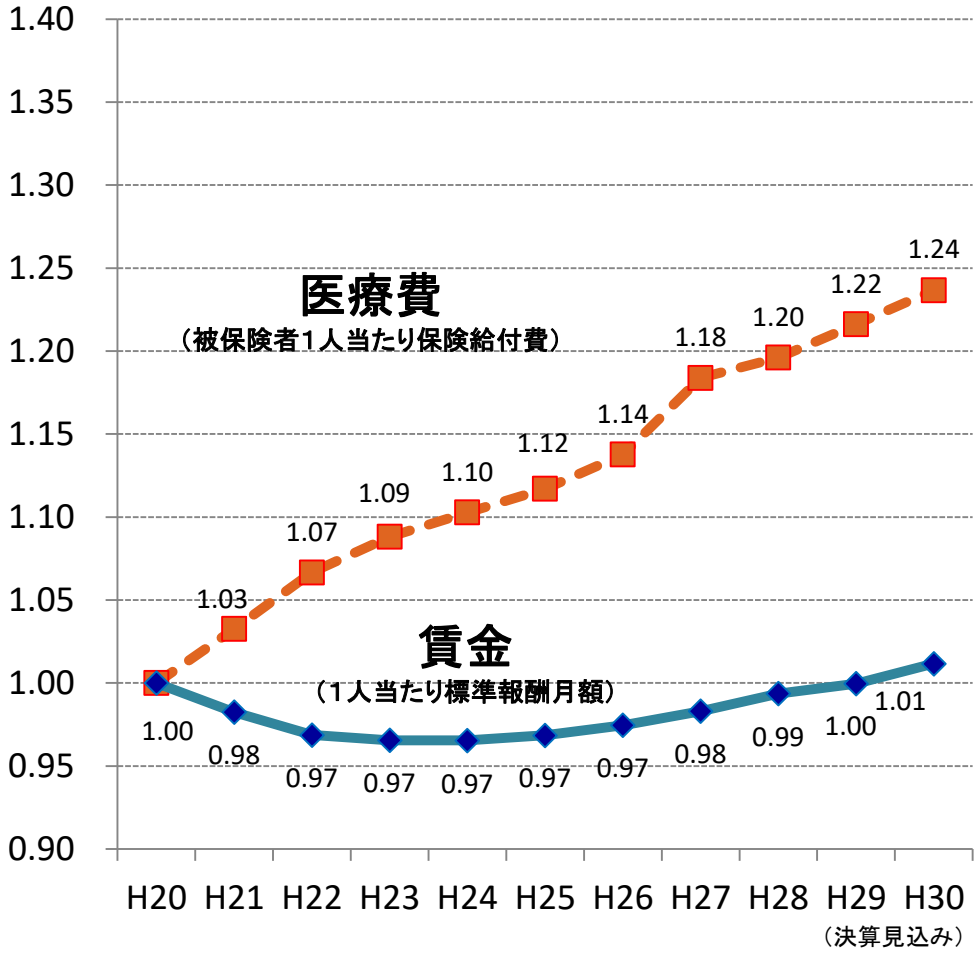
8.4% → **8.2%**（H4.4月～） → **8.5%**（H9.9月～） → **8.2%**（H15.4月～） → **9.34%**（H22年度） → **9.50 %**（H23年度） → **10.00 %**（H24年度～）

（注）1.平成8年度、9年度、11年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
2.平成21年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
3.協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1カ月分を準備金（法定準備金）として積み立てなければならないとされている（健康保険法160条の2）。

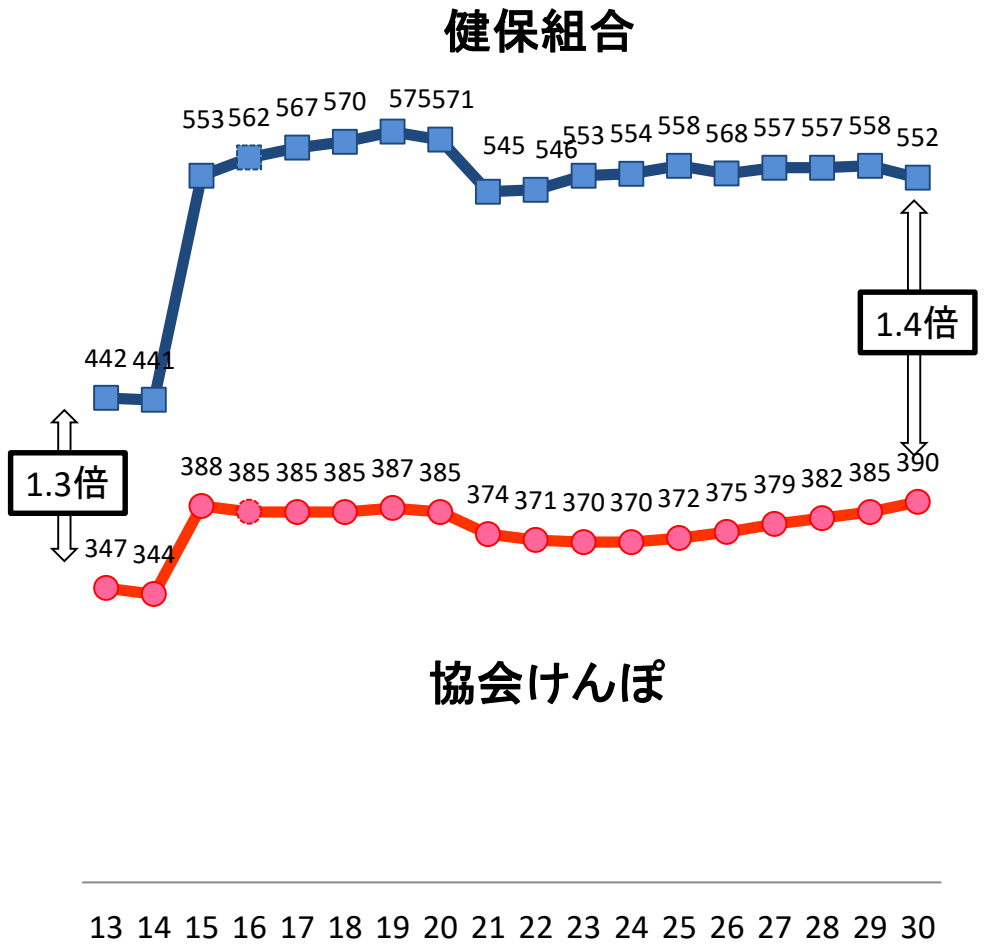
協会の財政構造と財政力格差について

●協会けんぽの財政は、医療費が賃金の伸び率を上回って伸びている。
●協会の報酬水準は低く、他の健保組合と比べて1.4倍の格差がある。

協会の保険財政の傾向

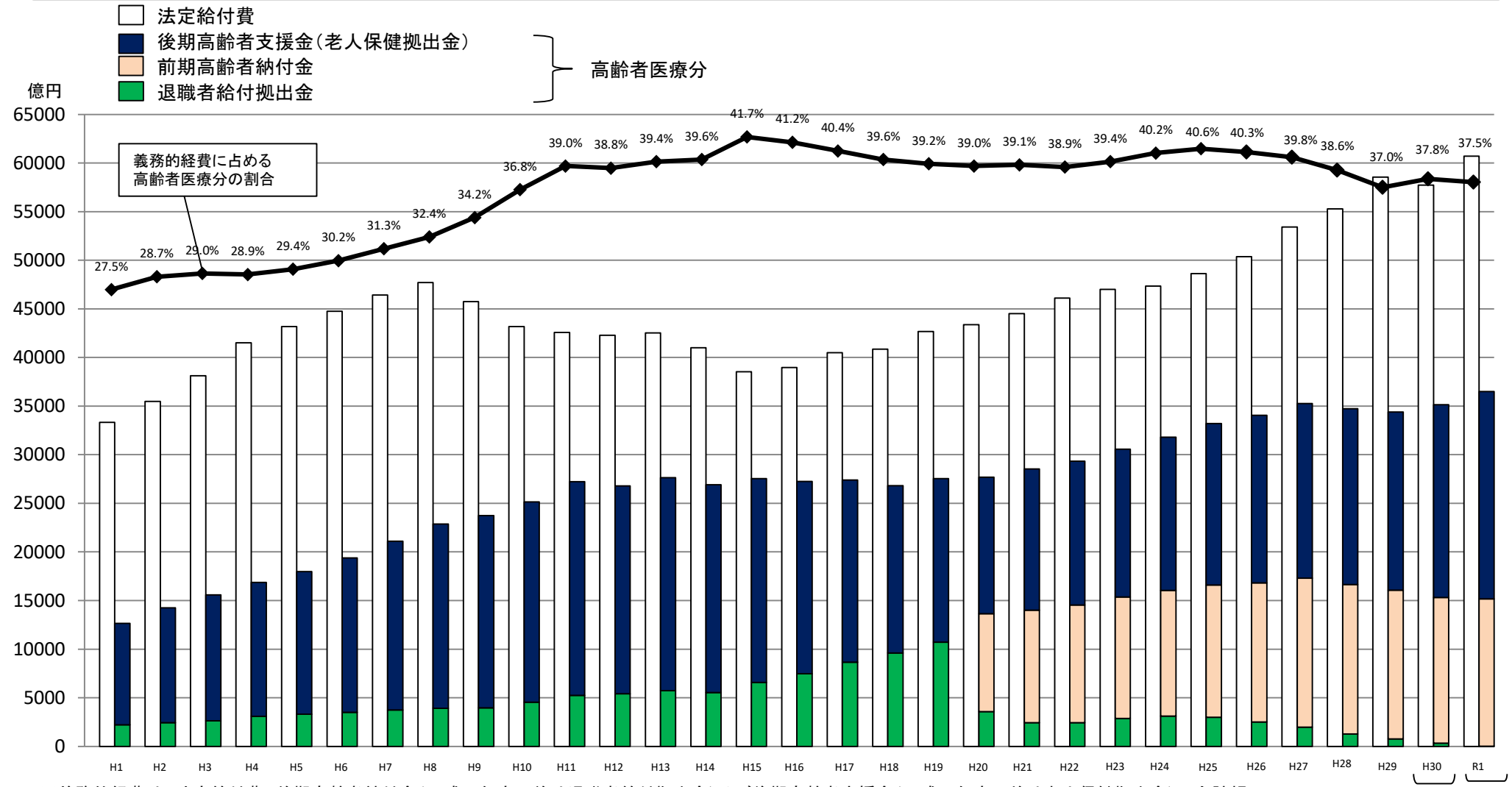


協会と健保組合の報酬水準の比較



高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.5%（令和元年度予算ベース）となっている。

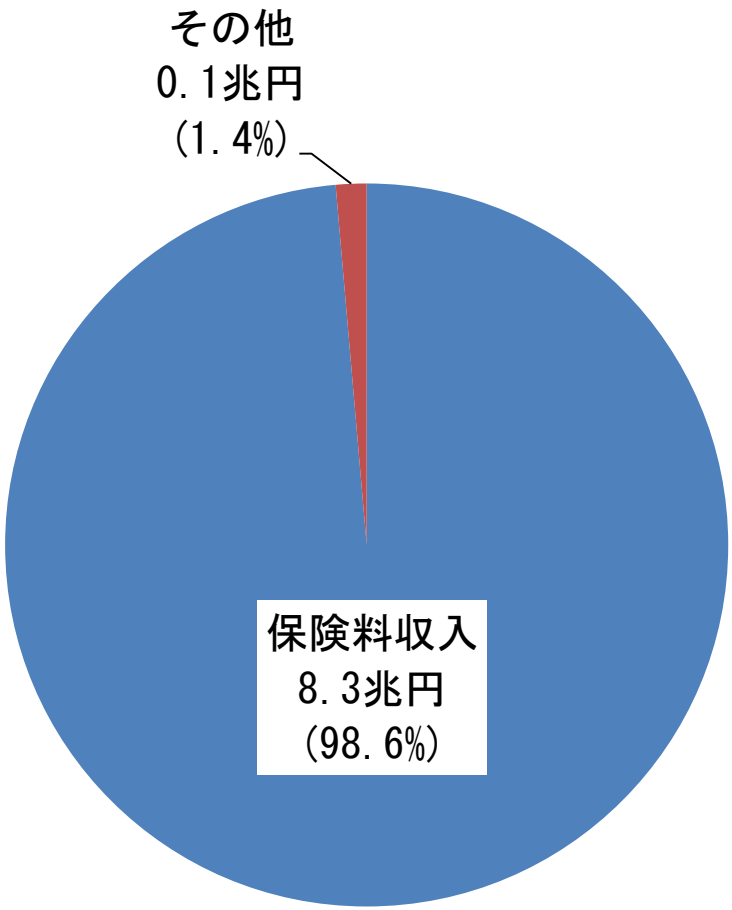


※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。
　平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
※法定給付費は、平成29年度までは実績額を、平成30年度は概算額を、令和元年度は予算額を用いている。
※後期高齢者支援金等は、平成29年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成30年度は概算賦課額。令和元年度は予算額。
※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、
　平成29年度以降は全面総報酬割としている。
※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

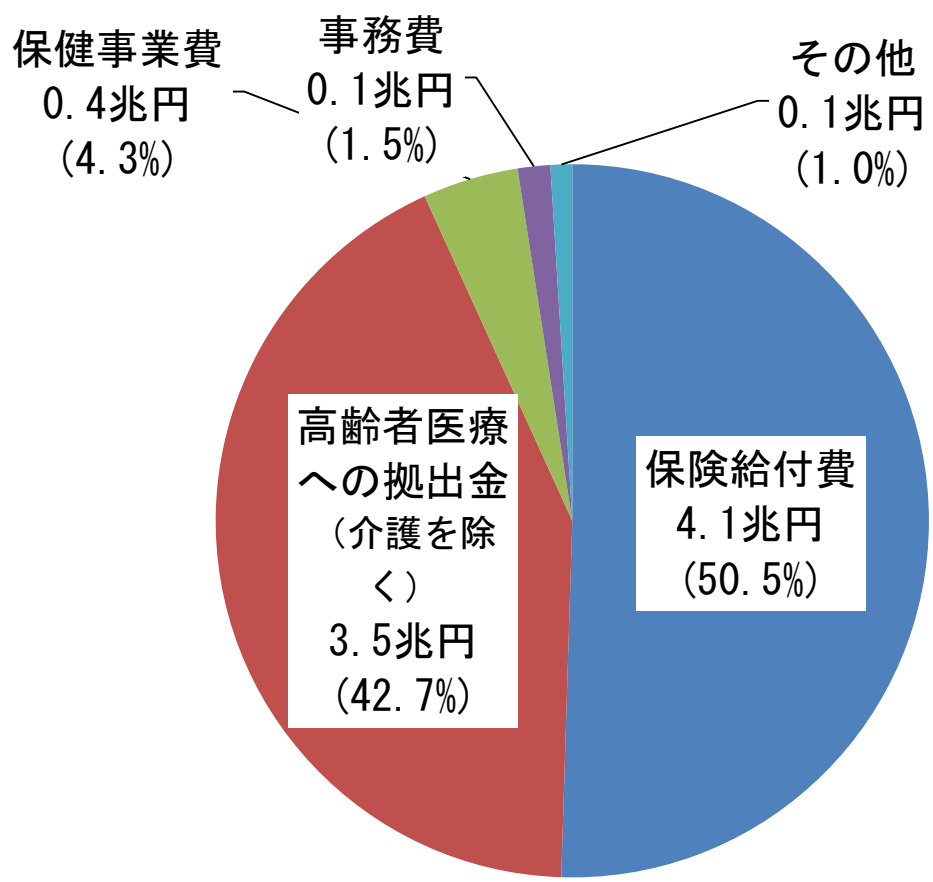
健康保険組合の財政構造（30年度決算見込）

○　健保組合の経常収入は約8.4兆円、経常支出は約8.1兆円であり、そのうち約4.1兆円（約５割）が保険給付費に、約3.5兆円（約４割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入　8兆3,906億円



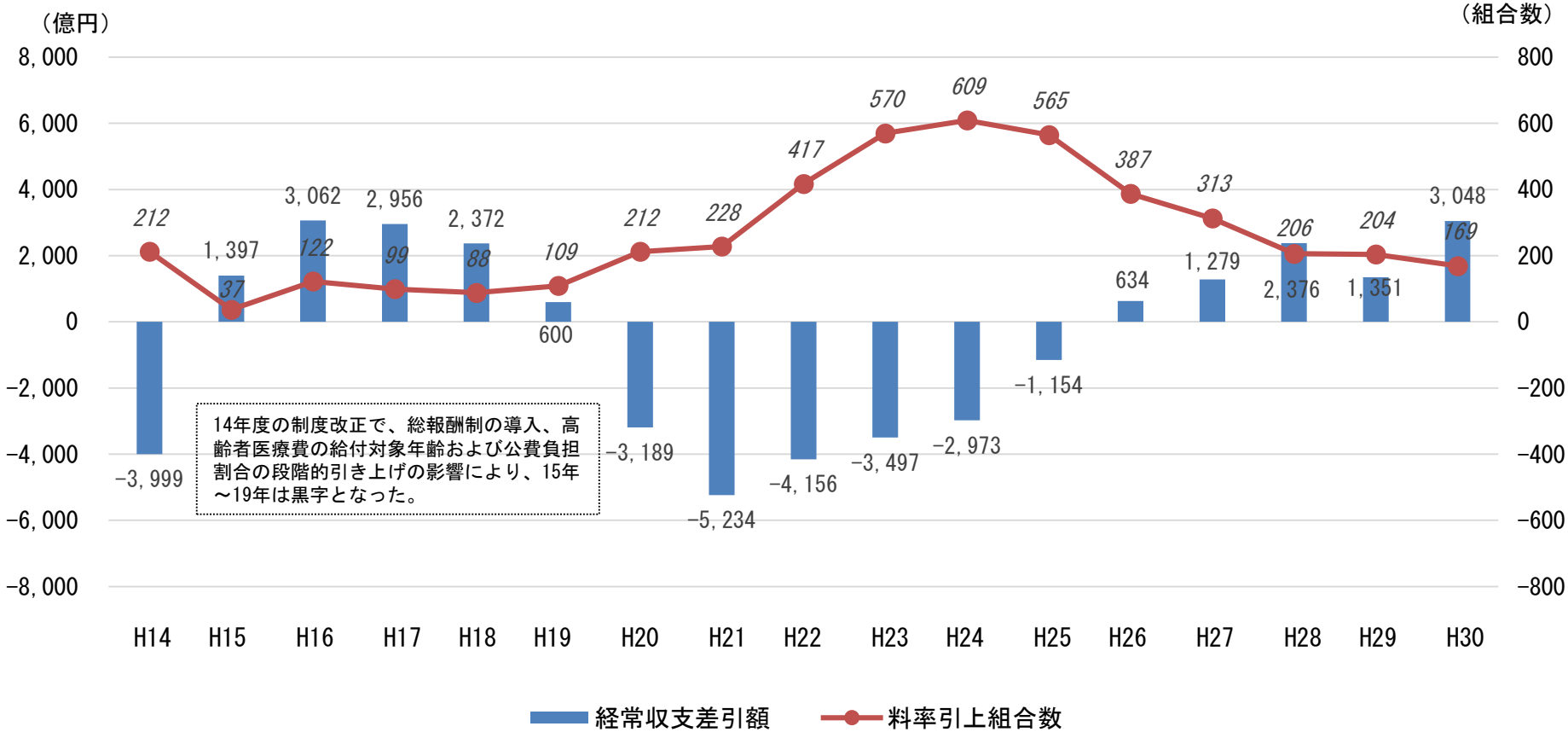
経常支出　8兆859億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

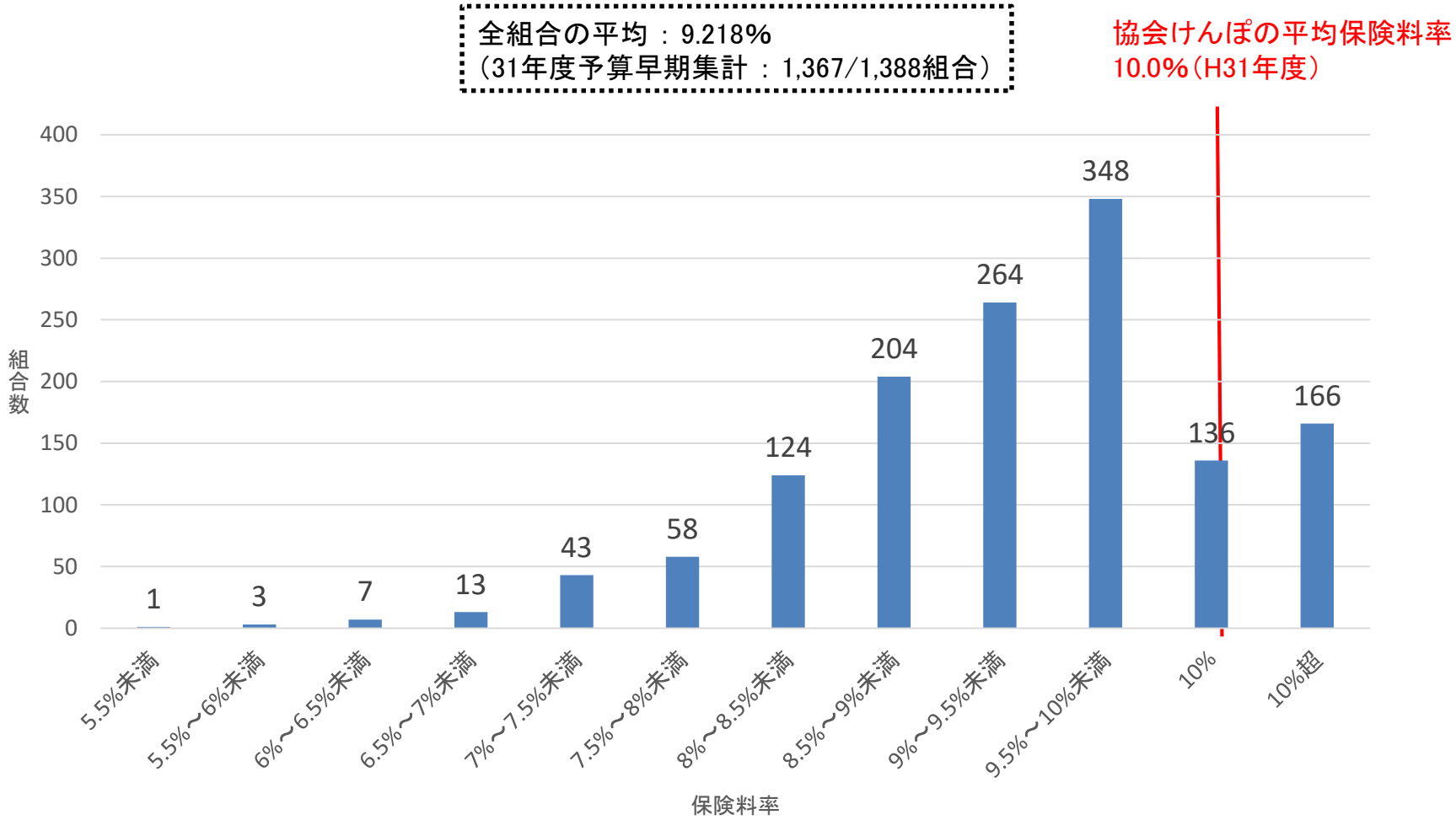
30年度決算見込（令和元年９月９日健保連発表）
- 単年度黒字：平成29年度に引き続き、5年連続で3,048 億円の経常黒字
- 保険料率の引上げ：健保組合全体の約１．２割（169組合）
  →平均保険料率（9.167%→9.21 %）　対前年度伸び率0.47%
- 保険料収入に占める拠出金等の割合：41.75 %



（※１）平成14～29年度までは決算、30年度は決算見込の数値である。
（※２）保険料引き上げ組合数は、14～29年度までは前年度決算との比較、30年度は29年度決算との比較である。

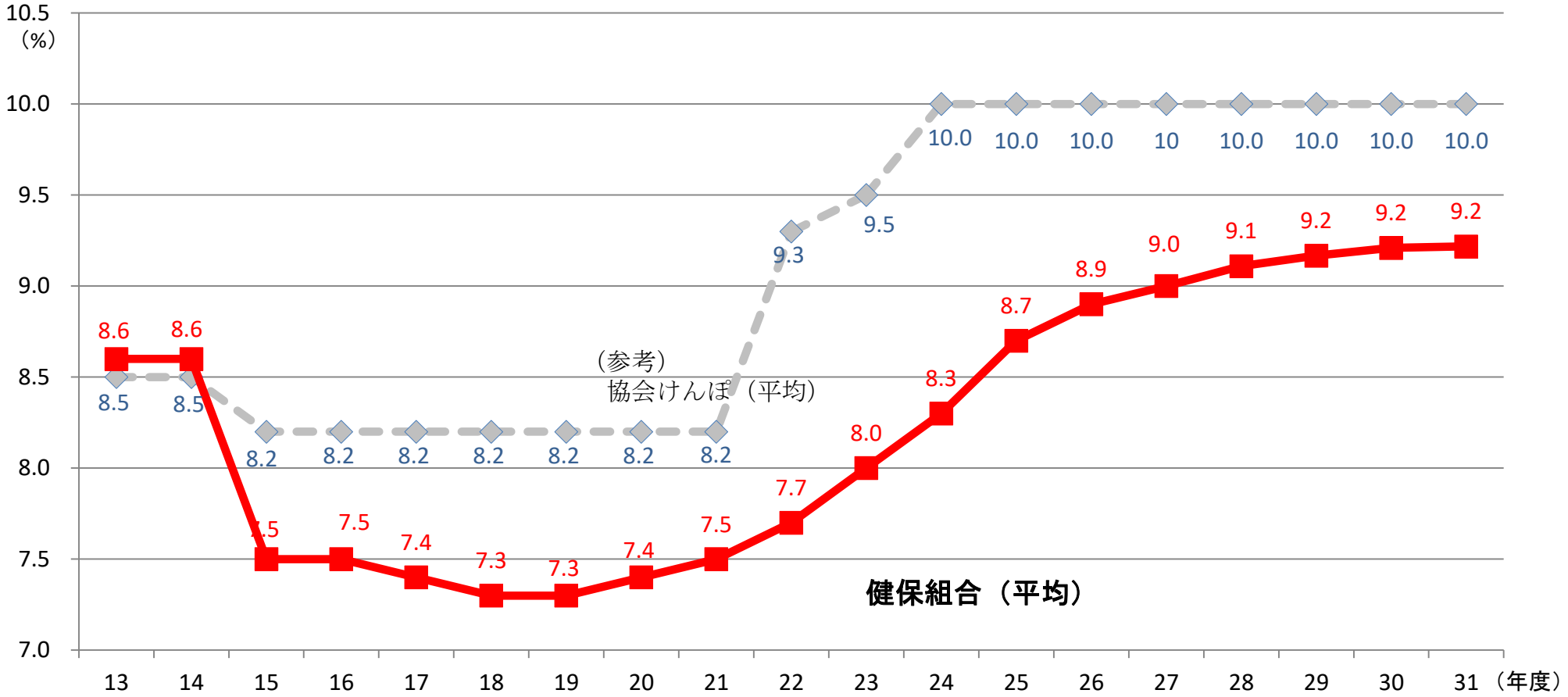
健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成31年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.2 %、最高12%となっている。
また、協会けんぽの平均保険料率（10.0%）以上の健康保険組合は302組合ある。



（注1）保険料率には調整保険料率を含む
（注2）被保険者の負担割合（単純平均）は45.53 %

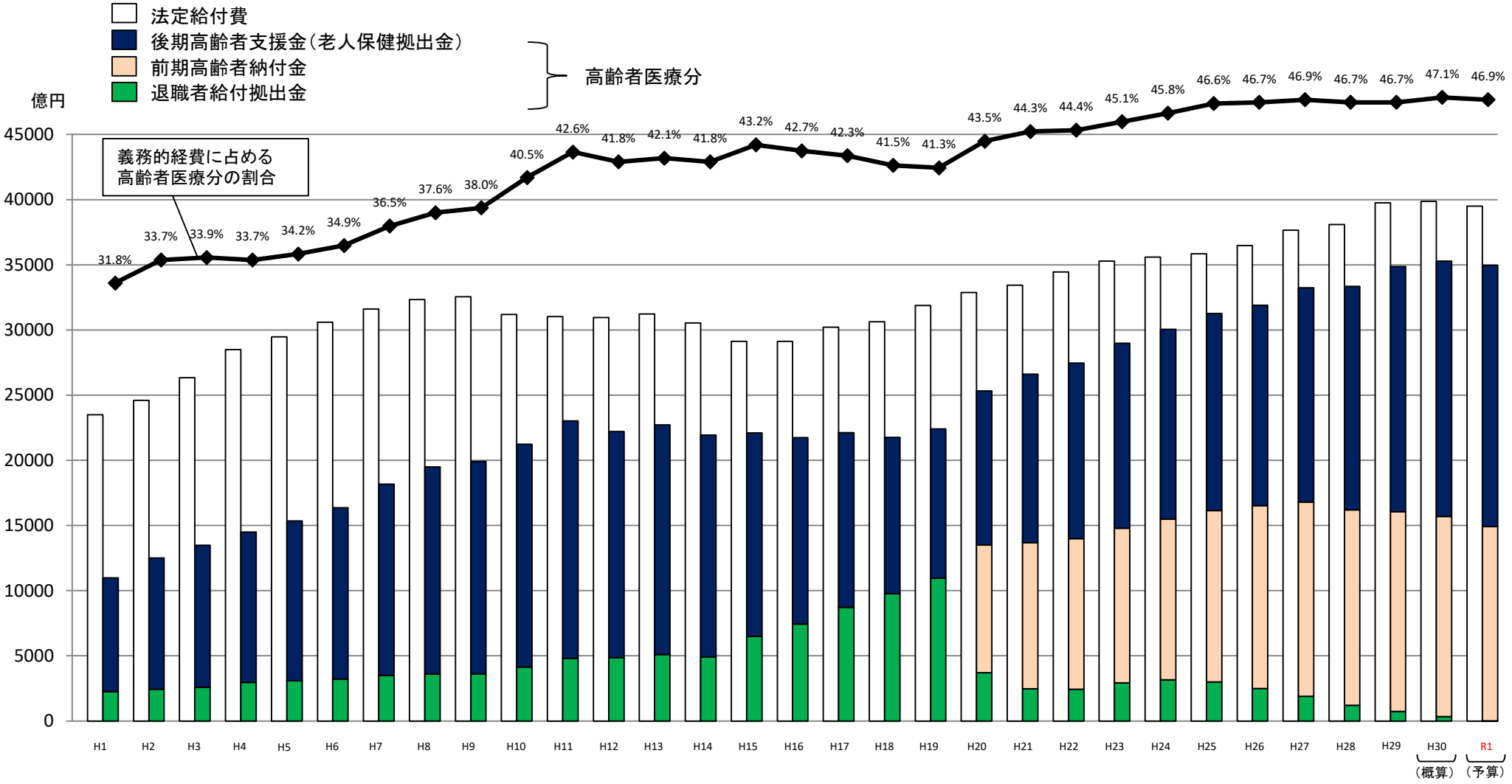
健康保険組合の保険料率の推移



（※１）平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。
（※２）健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～29年度は決算、30年度は決算見込、31年度は予算早期集計による。

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、46.9%（令和元年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。
　平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
※法定給付費は、平成29年度までは実績額を、平成30年度は概算額を、令和元年度は予算額を用いている。
※後期高齢者支援金等は、平成29年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成30年度は概算賦課額を、令和元年度は予算額を用いている。
※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、
　平成29年度以降は全面総報酬割としている。

被用者保険者への支援について

	特別負担調整 （高齢者医療特別負担調整交付金）	高齢者医療運営円滑化等補助金		
		（既存分）	（新規分）	
予算額 （令和元年度）	100億円	120.4億円	600億円（※1）	
開始年度 ・概要	＜平成29年度から＞ 拠出金負担が、義務的支出（※2）に比べ過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。 ［拠出金負担（前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金）の軽減措置］	＜平成2年度から＞ 被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ることを目的として、総報酬に占める前期高齢者納付金の割合（所要保険料率）が重い保険者に対して負担軽減を行う。※3 〔前期高齢者納付金負担の軽減措置〕	＜平成27年度から＞ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、前期高齢者納付金が増加することが見込まれることから、納付金負担が過大となる保険者の負担を軽減するため、前期高齢者納付金負担の伸びに着目した負担軽減を行う。	
対象組合数 （令和元年度）	116組合（健115、共1）	1,065組合（健1,008、共57）※4		
助成額	100億円	120.4億円（241組合）	575.6億円（894組合）	22.5億円（182組合）
助成要件 （令和元年度）	・義務的支出に占める拠出金負担の割合が53.614%以上の保険者については、その過大な負担分を全保険者で按分し、 ・それに加えて、財政力が平均以下の保険者に限り、50.04395%以上53.614%未満である部分の2分の1を国庫補助し、残りの2分の1部分を全保険者で按分する。 ⇒ 結果として、該当する保険者は、拠出金負担の割合が50.04395%を超えないこととなる。	（既存分） ・所要保険料率が健保組合平均（1.67%）の1.1倍以上、かつ、 ・被保険者一人当たり総報酬額 が健保組合平均（577万円）未満の保険者を対象とする。 ・1.3倍～ 60%助成 ・1.2倍～1.3倍 30%助成 ・1.1倍～1.2倍 15%助成（※5）	（新規分：平成27年度～） ・加入者一人当たりの前期高齢 者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から令和元年度への伸び率が大きい保険者に対し、伸び率に応じて助成する。 ・2.5倍～ 85%助成 ・2.0倍～2.5倍 65%助成 ・1.5倍～2.0倍 45%助成 ・1.35倍～1.5倍 25%助成 ・1.2倍～1.35倍 13%助成	（急増分：令和元年度～） ・加入者一人当たりの前期高齢 者納付金について、平成30年度から令和元年度（単年度）又は平成29 年度及び30年度の平均値（2年平均）から令和元年度への伸び率に応じて助成する。 ・2.0倍～ 80%助成 ・1.5倍～2.0倍 60%助成 ・1.1倍～1.5倍 40%助成

（※1）旧臨給（指定組合の保険給付等に要する費用に対して行う助成事業）7.9億円を含む。
（※2）法定給付費等＋後期高齢者支援金＋前期高齢者納付金
（※3）平成29年度から被用者保険者の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたことから、所要保険料率の算出については前期高齢者納付金のみを対象としている。
（※4）既存分・新規分（伸び率）・急増分それぞれで対象となっている保険者がいるため、重複を考慮すると1,065組合となる。
（※5）15%助成は、全体の予算規模を勘案の上、実質11.4%助成となる。

健康保険組合に係る保険者機能強化支援事業

令和元年度予算額：1,836,730千円

○事業概要

・過去の解散組合の分析から、現在のままでは解散を選択する蓋然性の高い健保組合を対象とし、保険者機能強化の観点から、

<u>３か年の「事業実施計画」を策定</u>させ、財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業の実施に係る経費を助成。

・併せて、保険料収入による健全経営を確立するため、**<u>３か年の収支均衡計画を策定</u>**させる。

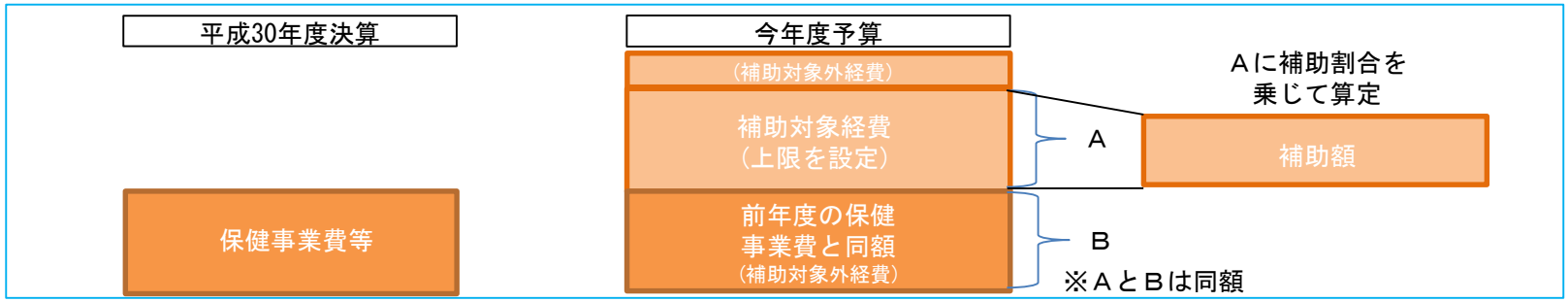
・計画期間中に次のいずれかの条件の達成を求めていく。
①保険料率の一定以上の引き上げ　②保有資産割合の一定以上の増加　③経常黒字の達成

○対象組合

・平成29年度決算において次の全ての基準に該当する健保組合。
①保険料率が9.5%以上　②財源率が9.0%超　③保有資産が200%未満　④経常赤字が過去３か年度連続している組合

○算定方法

・保険者機能強化事業については、前年度における財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業費の増加分を補助対象経費とする。（ただし、前年度の対象経費を上限とする）
・補助対象経費に対しては、次の基準で補助割合を設定する。
a)対象組合の１人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合には1/2を補助
b)対象組合の１人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合には1/3を補助



1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

高齢者医療制度の財政

○　国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。

○　旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者　約1，800万人

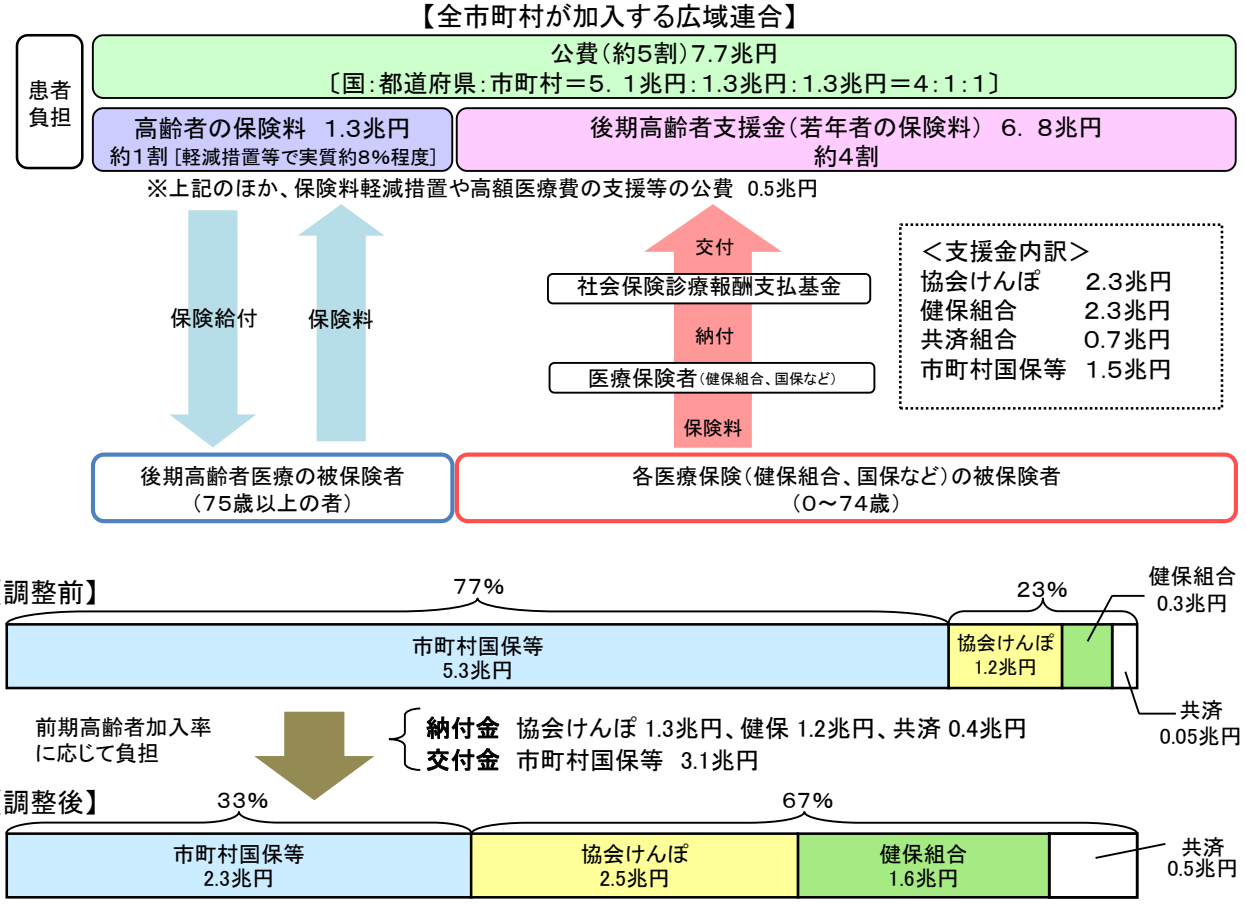
＜後期高齢者医療費＞
17.7兆円（令和元年度予算ベース）
給付費　16.3兆円
患者負担　1.4兆円

＜保険料額（平成30年度・令和元年度見込）＞
全国平均　約5,860円／月
※　基礎年金のみを受給されている方は約750円／月

前期高齢者に係る財政調整

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,680万人

＜前期高齢者給付費＞
6．9兆円
（令和元年度予算ベース）



※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

※　数値は令和元年度予算ベース。

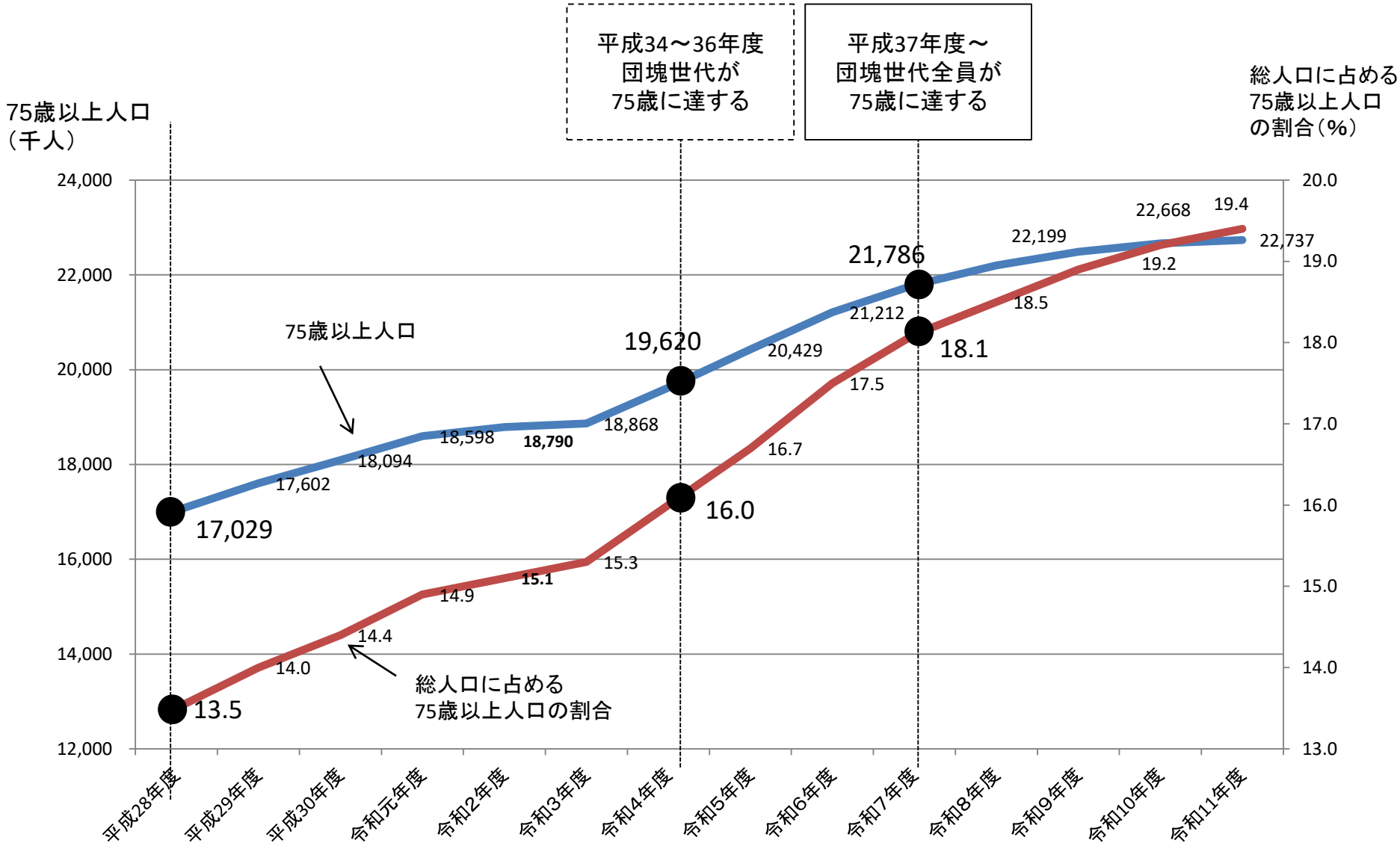
後期高齢者医療制度の被保険者数の推移（所得階層別）

○　後期高齢者医療制度の被保険者数は、平成29年度は約1,696万人（平成20年度から約29%増）となり、総人口の7人に1人は75歳以上。

出典：後期高齢者医療事業状況報告（平成29年度）

後期高齢者数の推移

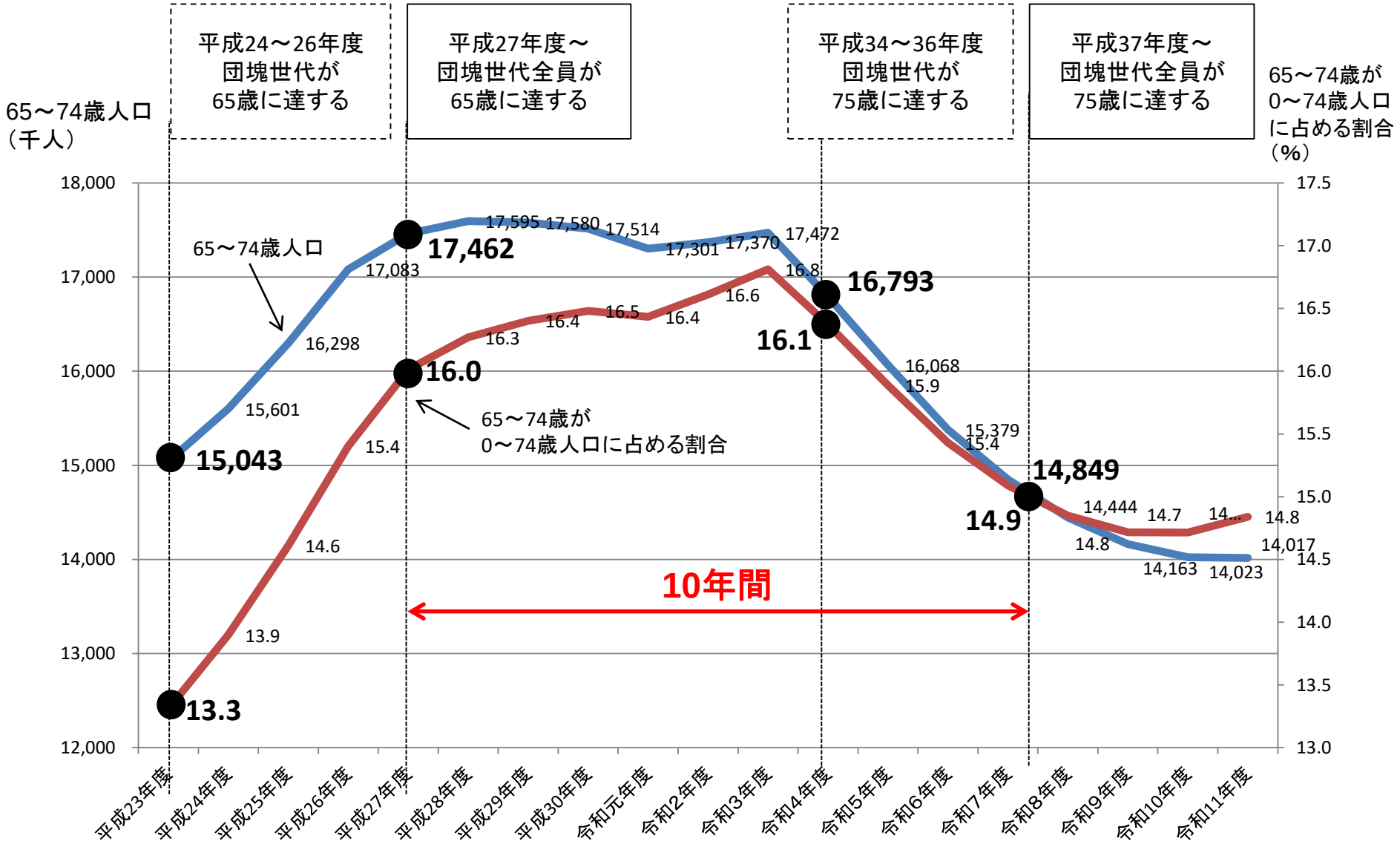
○　団塊の世代は平成34年度以降順次後期高齢者に移行し、37年度には全員後期高齢者になる。



（出典）日本の将来推計人口（平成29年4月10日公表）（国立社会保障・人口問題研究所）

前期高齢者数の推移

○ 団塊の世代は平成27年度以降全員が前期高齢者となり、その期間は10年続く。



（出典1）日本の将来推計人口（平成29年4月10日公表）（国立社会保障・人口問題研究所）
（出典2）各年10月1日現在人口（総務省統計局）

後期高齢者医療制度の財政の概要

（令和元年度予算ベース）

医療給付費等総額：１６．３兆円

財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が１／３ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

０.１兆円程度（基金残高）

高額医療費に対する支援

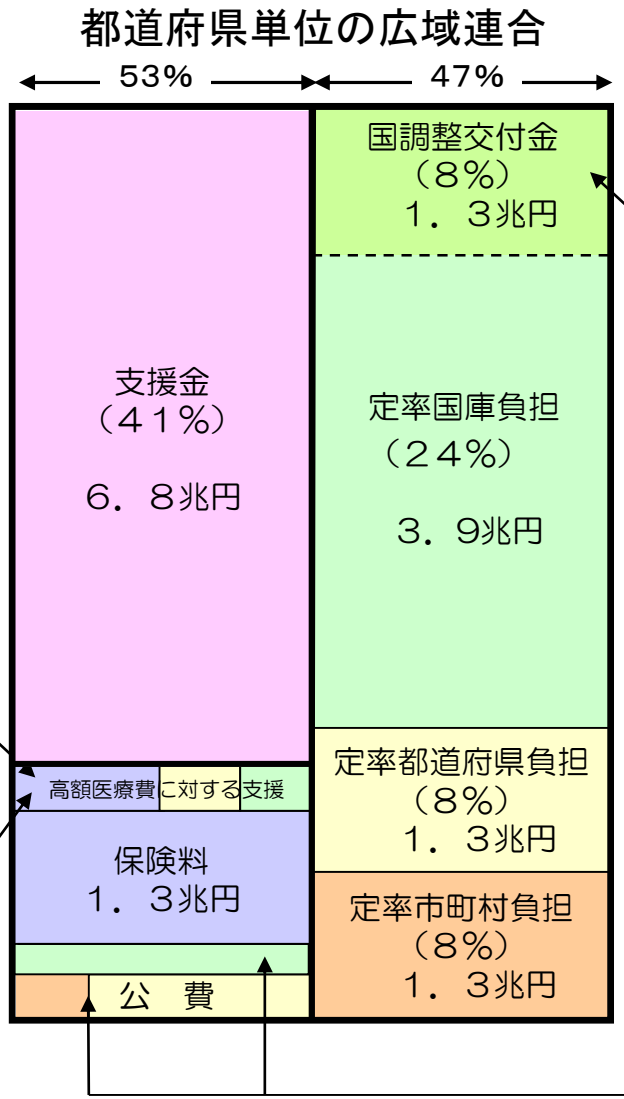
○高額な医療費による財政影響を緩和するため、１件８０万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が１／４ずつ負担する。

０.３兆円

特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、１件４００万円を超えるレセプトに係る医療費の２００万円超分について、財政調整を行う。

５４億円（うち国１０億円）



調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の９／１０）
・・・広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。
○特別調整交付金（調整交付金の１／１０）
・・・災害その他特別の事情を考慮して交付する。

・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）
・保険料軽減特例

○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減
・・・均等割７割・５割・２割軽減、
被扶養者の５割軽減（資格取得後２年間分）
＜市町村１／４、都道府県３／４＞

０.３兆円程度

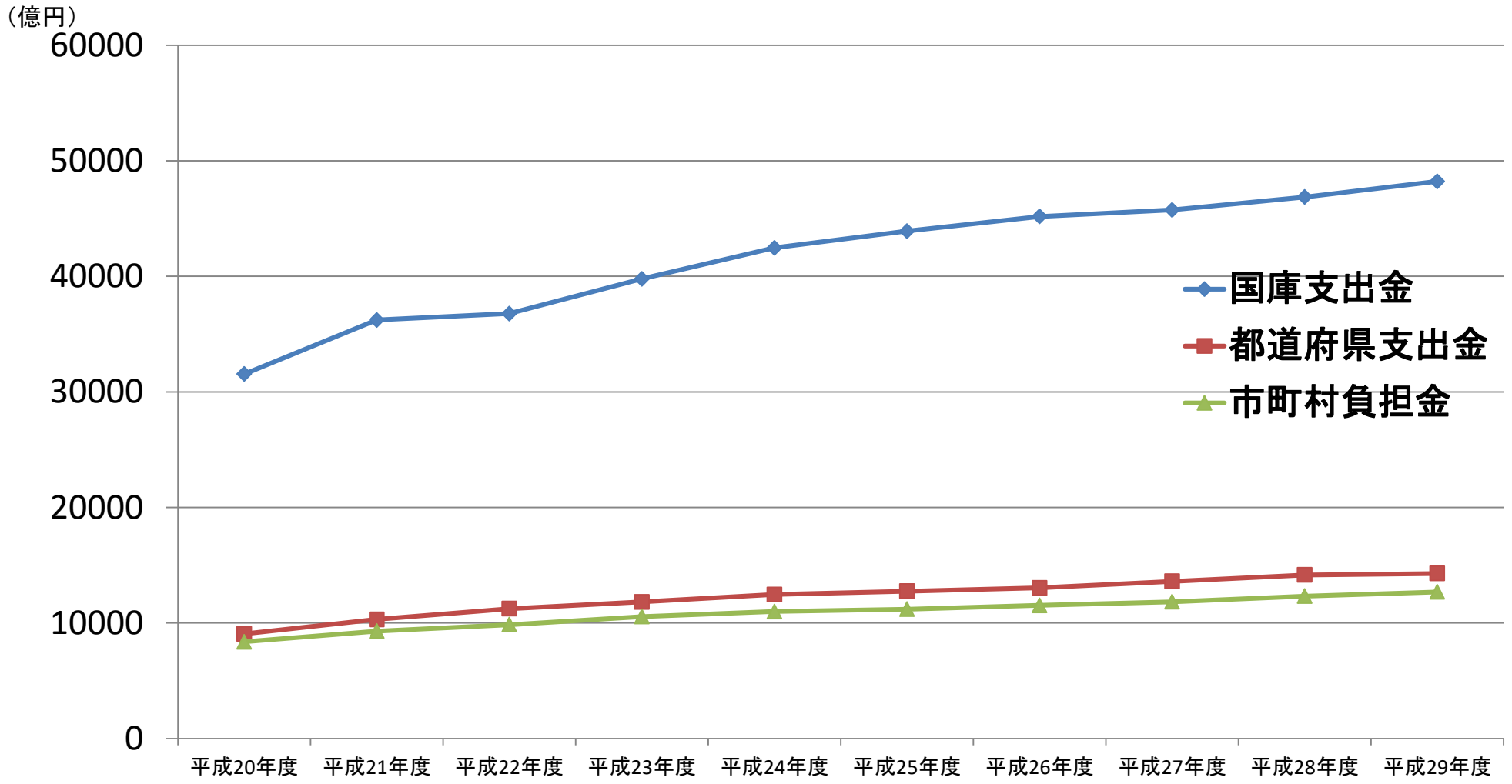
○保険料軽減特例〈国〉
・低所得者の更なる保険料軽減
・・・均等割９割・８.５割軽減

４１９億円

※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は４７%となっている。

後期高齢者医療広域連合への公費支出（特別会計）の推移

○　後期高齢者医療広域連合への公費支出（特別会計）は、制度創設（平成20年度）以降、増加しており、国庫支出金については、平成29年度は約4.8兆円（平成20年度比約53%増）。



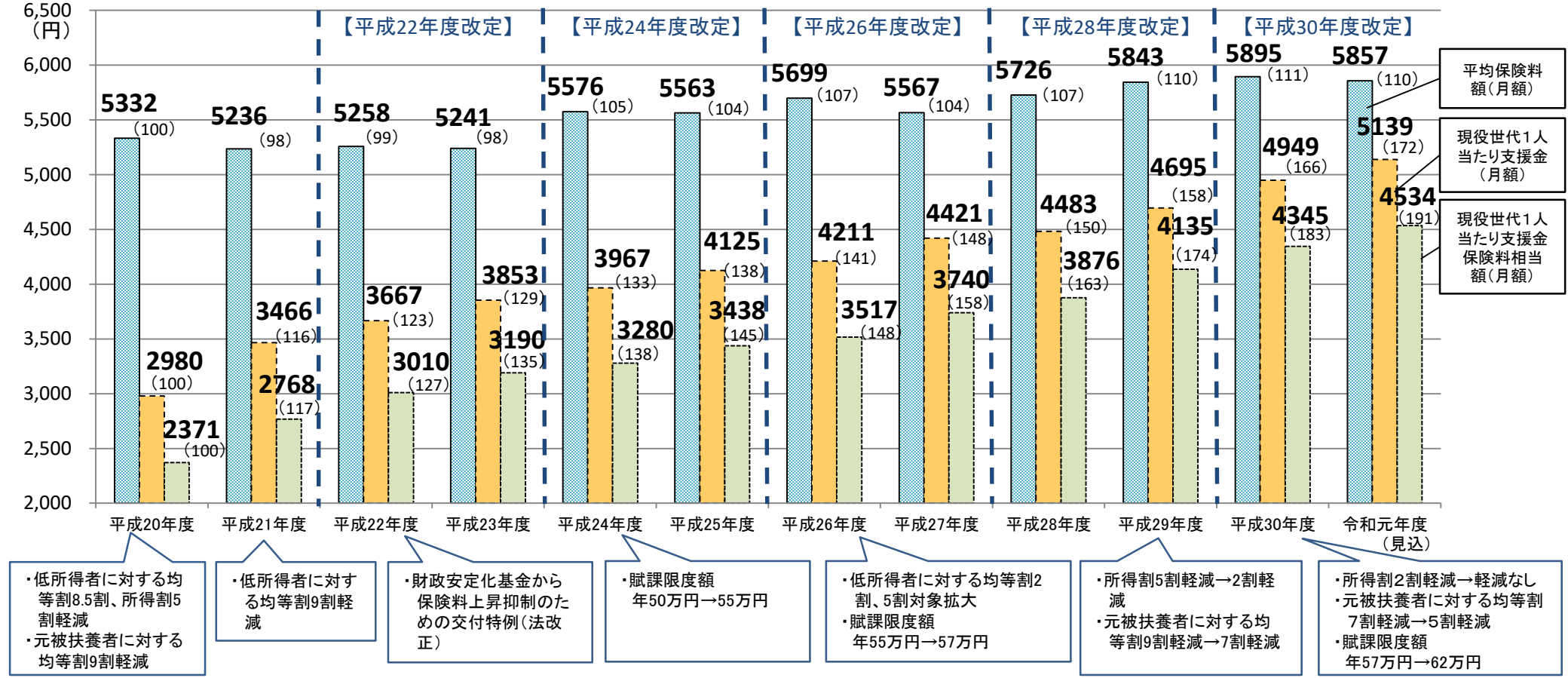
出典：平成29年度後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局調査課）

後期高齢者支援金の推移

※　平成28年度以前は確定賦課ベース（出典：医療保険に関する基礎資料～平成28年度の医療費等の状況～（平成31年1月））。
　　平成29、30年度は概算賦課ベース、令和元年度は予算ベースである。

※　協会けんぽは日雇を含む。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



- 平成20年度：・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減
- 平成21年度：・低所得者に対する均等割9割軽減
- 平成22年度：・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例（法改正）
- 平成24年度：・賦課限度額 年50万円→55万円
- 平成26年度：・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大 ・賦課限度額 年55万円→57万円
- 平成28年度：・所得割5割軽減→2割軽減 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減
- 平成30年度：・所得割2割軽減→軽減なし ・元被扶養者に対する均等割7割軽減→5割軽減 ・賦課限度額 年57万円→62万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度・令和元年度
1人当たり医療給付費	71．5万円（100）	80．5万円（113）	82．9万円（116）	84．3万円（118）	84．6万円（118）	85．5万円（120）	85．8万円（120）	87．5万円（122）	86．1万円（120）	86．9万円（122）	－
高齢者負担率	10．00%（100）		10．26%（103）		10．51%（105）		10．73%（107）		10．99%（110）		11．18%（112）

※ 平均保険料額は平成20～30年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和元年度は保険料改定時見込みであり、令和元年度における保険料軽減特例の見直しの影響を考慮しているかは広域連合の判断による。
※ 支援金は、平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。
※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。（国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。）
※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28年度については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
※ 1人当たり医療給付費は後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。
※ （）内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

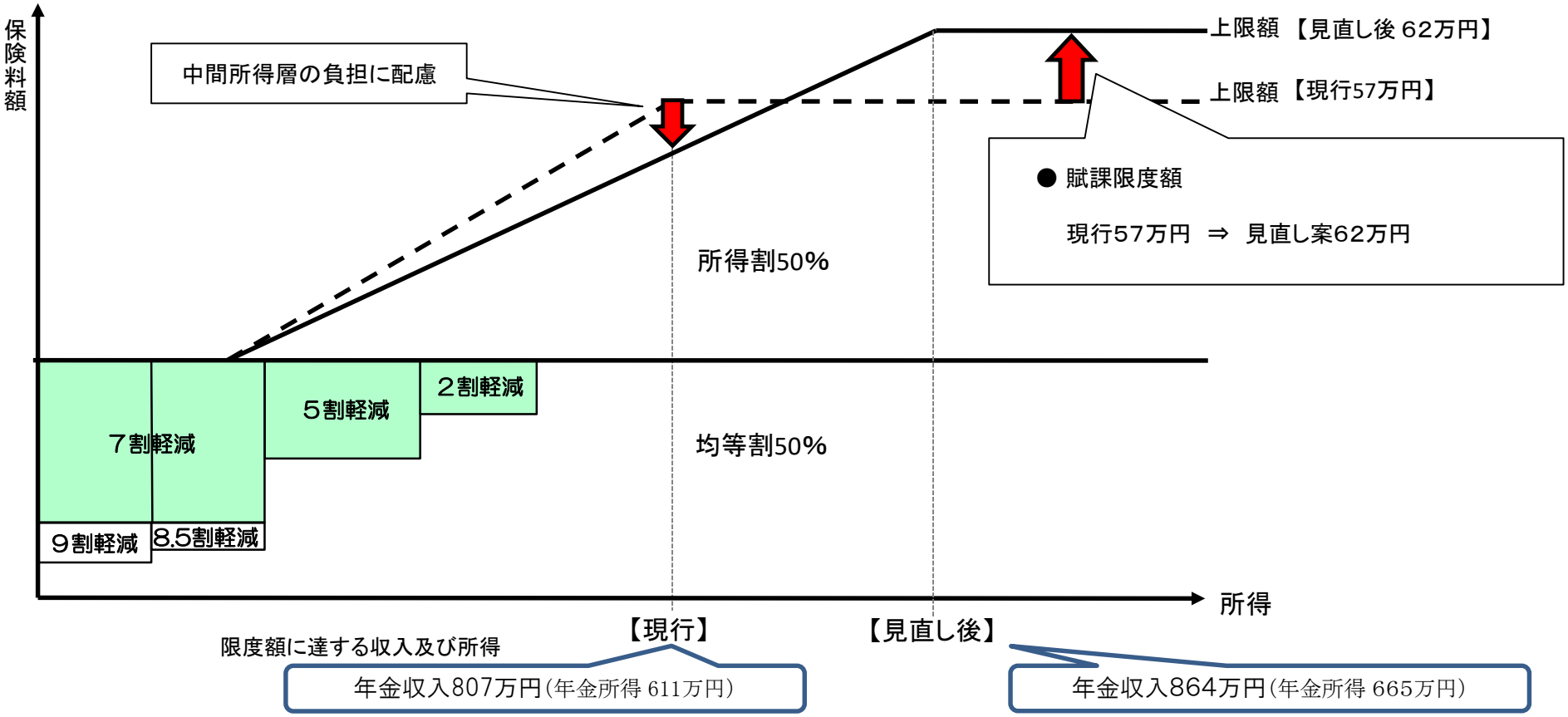
後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

平成30年4月から実施

○　医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。

○　平成26年度以降の国保の賦課限度額引き上げ幅（67万円→73万円）も踏まえ、中間所得層の保険料負担の抑制、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直す。

→　保険料賦課限度額を5万円引き上げ、57万円を62万円とする。



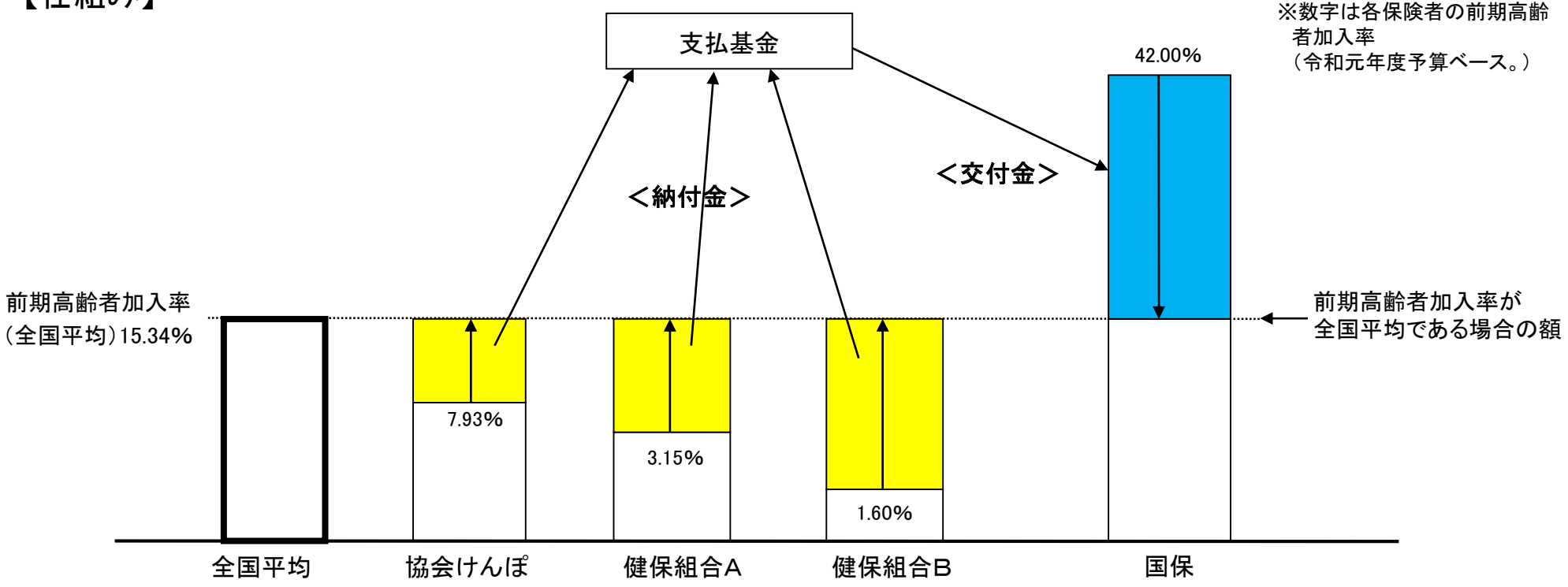
＊平成28･29年度の全国平均料率に基づき算定（均等割額45,289円、所得割率9.09%）

前期高齢者に係る財政調整（給付費及び後期支援金）の仕組み

○　各保険者の①前期高齢者給付費と②前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして調整。

○　保険者ごとの前期高齢者加入率に応じて負担調整している。

【仕組み】



前期高齢者納付金の推移

※ 平成28年度以前は確定賦課ベース（出典：医療保険に関する基礎資料～平成28年度の医療費等の状況～（平成31年1月））。
平成29、30年度は概算賦課ベース、令和元年度は予算ベースである。
※ 協会けんぽは日雇を含む。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

健康寿命延伸プランの概要

● **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下３分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを目指す。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上　女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進　　**②地域・保険者間の格差の解消**

自然に健康になれる環境づくり
- 健康な食事や運動ができる環境
- 居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け
- 行動経済学の活用
- インセンティブ

Ⅰ 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり（長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少）
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的実施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定)　等

Ⅱ 疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化（60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上）　等

Ⅲ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

- ◆「通いの場」の更なる拡充（2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に）
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)　等

医療費適正化計画について

根　拠　法：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）
計画期間：第１期／平成20～24年度、第２期／平成25～29年度、第３期／平成30～35年度（2023年度）
実施主体：都道府県
※　国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成。国は都道府県の計画を積み上げて「全国医療費適正化計画」を作成。
趣　　旨：制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が、計画に定めた目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるもの。
※　医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延など様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける枠組み。

第１期（平成20～24年度）、第２期（平成25～29年度）

・　平成18年の医療保険制度改革で医療費適正化計画の枠組みを創設（平成18年６月 健康保険法等改正法 公布）。

【計画の考え方】
・**入院医療費**：平均在院日数の縮減
・**外来医療費**：特定健診・保健指導の推進

第３期（平成30～35年度（2023年度））～

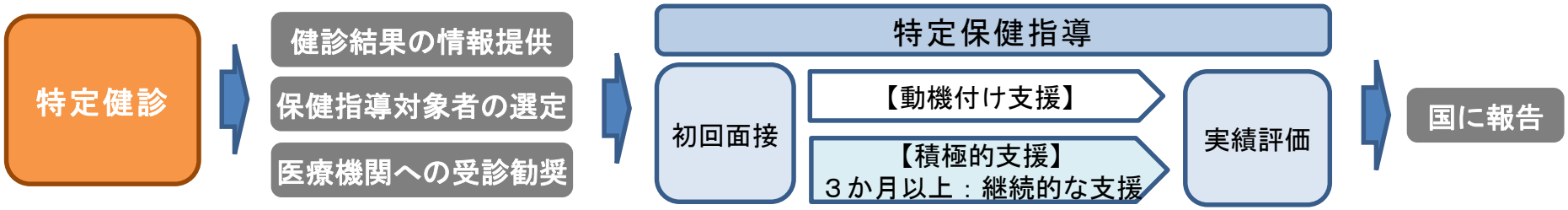
・　平成26年の医療法改正で将来の医療需要に着目して医療機能の分化・連携を図る「地域医療構想」の枠組みを創設。
・　これを受けて平成27年に高齢者医療確保法を改正。入院医療費について地域医療構想の成果を医療費適正化計画に反映する枠組みへと見直し。

【計画の考え方】
・**入院医療費**：各都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映
・**外来医療費**：特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用など

◎高齢者の医療の確保に関する法律　第９条
※平成27年改正後の条文（平成26年の法改正で医療法に地域医療構想が規定されたことを受けた改正。第３期の医療費適正化計画から適用）
２　都道府県医療費適正化計画においては、**当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果**並びに**住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果**を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（略）に関する事項を定めるものとする。
３　都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
一　**住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項**
二　**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**
三　前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項　　（四～六項　略）

特定健康診査・特定保健指導について

○　特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



＜特定健診の検査項目＞

- **質問票**（服薬歴、喫煙歴　等）
  →「かんで食べるときの状態」を追加（2018年度～）
- 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
  心電図検査、眼底検査、貧血検査
  →「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

＜特定保健指導の選定基準＞　（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象 40-64歳	対象 65-74歳
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI≧25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

＜特定健診・保健指導の実施率＞（目標：特定健診70%以上　保健指導45%以上）

特定健診　受診者数　2019万人（2008年度）→　2858万人（2017年度）　昨年度比で100万人増
　　実施率　38.9%　（2008年度）→　53.1%　（2017年度）

特定保健指導　終了者数　30.8万人（2008年度）→　95.9万人（2017年度）
　　実施率　7.7%　（2008年度）→　19.5%（2017年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、**全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表**する。
（2017年度実績～）

【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第３期計画期間）

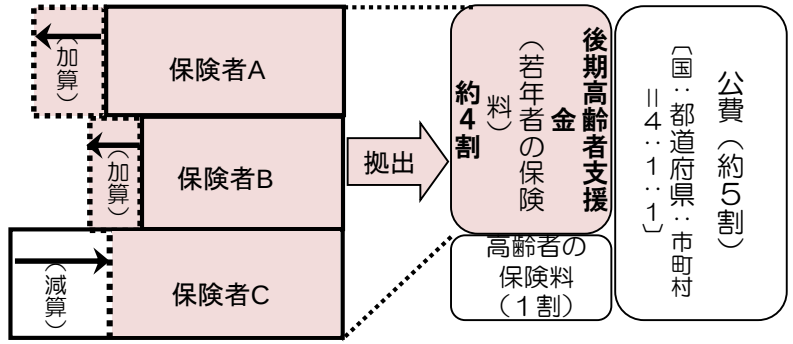
○ 行動計画の実績評価の時期を、「６か月以降」から、保険者の判断で「３か月以降」とすることができる。
○ 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
○ 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
○ 積極的支援に２年連続で該当した場合、２年目の状態（腹囲、体重等）が１年目より改善していれば、２年目は動機付け支援相当でも可とする。
○ 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180ﾎﾟｲﾝﾄ）による評価に代えて、３か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（２cm以上、２ｷﾛ以上）による評価を可能とする。
○ 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～）　等

後期高齢者支援金の加算・減算制度

○　平成18年の医療保険制度改正において、**各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。**

○　2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、**特定健診・保健指導**や**予防・健康づくり**等に取り組む保険者に対する**インセンティブをより重視**する仕組みに見直し。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



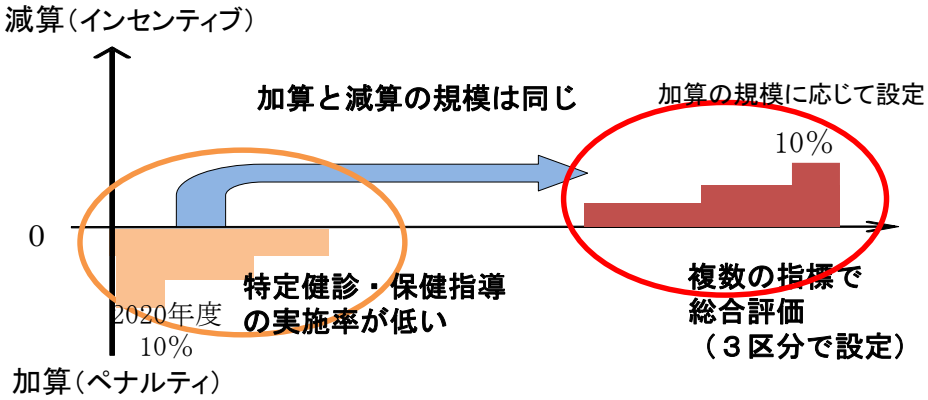
【2018年度以降】　※加減算は、**健保組合・共済組合**が対象　（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）

1. 支援金の**加算（ペナルティ）**
- **特定健診・保健指導の実施率**が一定割合に満たない場合の**加算率を段階的に引上げ**（2018年度最大2%　→　2019年度最大4%　→　2020年度**最大10%**）

2. 支援金の**減算（インセンティブ）**　※減算の規模＝加算の規模
- **特定健診・保健指導の実施率**に加え、**特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）**、がん検診・歯科健診、**事業主との連携**等の**複数の指標で総合評価**

※減算率＝**最大10%**～1%　3区分で設定

（項目）
- 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
- 特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）
- 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
- 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- 事業主との連携（受動喫煙防止、就業時間中の配慮 等）
- 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組　等



2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

協会けんぽ　インセンティブ制度の概要

制度趣旨

医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与。

①評価指標・②評価指標ごとの重み付け

■　特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。

■　評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。

③　支部ごとのインセンティブの効かせ方について

■　保険料率の算定方法を見直し、インセンティブ分保険料率として、新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率（平成29年度は全支部一律で2.10%）の中に、0.01%（※）を盛り込む。

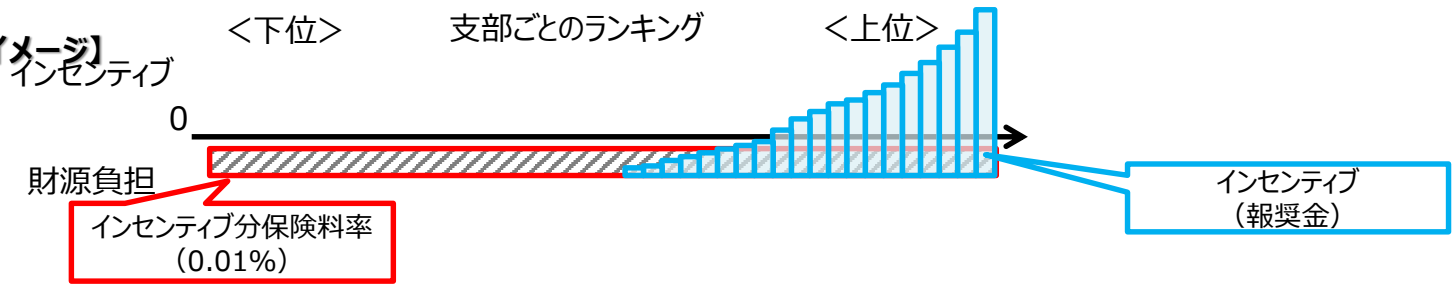
（※）協会けんぽ各支部の実績は一定の範囲内に収斂している中で、新たな財源捻出の必要性から負担を求めるものであるため、保険料率への影響を生じさせる範囲内で、加入者・　事業主への納得感に十分配慮する観点から設定。

■　制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、３年間で段階的に導入する。

平成30年度（平成32年度保険料率）：0.004%　⇒　平成31年度（平成33年度保険料率）：0.007%　⇒　平成32年度（平成34年度保険料率）：0.01%

■　その上で、評価指標に基づき全支部をランキング付けし、ランキングで上位過半数に該当した支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う。

【制度のイメージ】



国保の保険者努力支援制度の実施について

保険者努力支援制度

実施時期：30年度以降
対象　　：市町村及び都道府県
規模　　：約800億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）　※別途、特調より約200億円を追加
評価指標：前倒しの実施状況を踏まえ、29年夏に30年度分の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示し、29年秋に評価を実施。31年度分以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期：28年度及び29年度
対象　　：市町村
規模　　：特別調整交付金の一部を活用して実施（平成28年度：150億円、平成29年度：250億円）
評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）[平成27年6月30日閣議決定]
（インセンティブ改革）

全ての国民が自らがんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018 年度（平成30 年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立（中略）など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

国民健康保険制度における保険者努力支援制度（平成31年度）について（全体像）

市町村分（５００億円程度）※内、特調より88億円程度を措置

保険者共通の指標

指標① 特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
〇特定健診受診率・特定保健指導受診率
〇メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診･特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
〇がん検診受診率
〇歯科健診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
〇重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況
〇個人へのインセンティブの提供の実施
〇個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
〇重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
〇後発医薬品の促進の取組
〇後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
〇保険料（税）収納率
※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
〇データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
〇医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況
〇国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
〇第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
〇適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価
〇主な市町村指標の都道府県単位評価
- 特定健診・特定保健指導の実施率
- 糖尿病等の重症化予防の取組状況
- 個人インセンティブの提供
- 後発医薬品の使用割合
- 保険料収納率

※　都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価
〇都道府県の医療費水準に関する評価

※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
- その水準が低い場合
- 前年度より一定程度改善した場合

に評価

指標③ 都道府県の取組状況
〇都道府県の取組状況
- 医療費適正化等の主体的な取組状況
（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組　等）
- 医療提供体制適正化の推進
- 法定外繰入の削減

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○　人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒　予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○　法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※　一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年６月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○　予防・健康インセンティブの強化

・　予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】

・　特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○　成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

・　アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・　重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

・　歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

・　健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(ⅲ)】

○　法定外繰入の解消等

・　都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(ⅳ)・県指標③】

・　赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・　マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ（令和元・2年度）について

○考え方について

【予算規模について】
○　一定のインセンティブを付与する観点から１００億円の予算とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方について】
○　管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化する。
○　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加する。
○　事業の実施にかかる評価指標は１１０点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は２０点満点の計１３０点満点とする。

○事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標

指標①
○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
　→　実施市町村数に関する指標を細分化

指標②
○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
　→　実施市町村数に関する指標を細分化

指標③
○重症化予防の取組の実施状況
　→　実施市町村数に関する指標を細分化
　→　国保の保健事業との継続した実施に係る指標を追加

指標④
○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施
　→　実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑤
○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
　→　実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑥
○後発医薬品の使用割合
○後発医薬品の使用促進

固有の指標

指標①
○データヘルス計画の実施状況

指標②
○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況
　→　実施市町村数に関する指標を細分化
　→　国保の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携した実施に係る指標を追加

指標③
○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

指標④
○医療費通知の取組の実施状況

指標⑤
○地域包括ケアの推進等（在宅医療・介護の連携、一体的実施等）
　→　一体的実施に係る指標を追加

指標⑥
○第三者求償の取組状況

○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点

医療保険制度の見直しの状況

これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

	H14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	R１年度
保険料			国保の低所得者の保険料軽減措置の拡充			後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割　5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・均等割　9割、8.5割軽減 → 7割軽減※（R1.10） ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4) ※8.5割軽減の者は年金生活者支援給付金等のない低所得者であることに鑑み、１年間は8.5割軽減と本則の差を補填。		医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健保法等の一部改正
				後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入				
				国保の低所得者（保険料の軽減対象者）数に応じた保険者への財政支援				
患者負担	Ｈ14.10～ 70歳以上 定率１割 現役並み２割 Ｈ15.4～ 健保２割 →３割	H18.10～ 70歳以上 現役並み ２割→３割 入院時の居住費の導入 高額療養費の上限引上げ	70歳～74歳の窓口負担の見直し　１割→２割 高額療養費の見直し （70歳未満） 所得区分細分化（３区分→５区分）		入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得) 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ※特定機能病院及び許可病床400床以上に紹介状なし初診時5,000円	入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者 高額療養費の見直し （70歳以上） 一般(外来)1.2万円/月→1.8万円/月 一般(世帯)4.44万円/月→5.76万円/月 現役並み(外来)4.44万円/月→特例廃止 現役並み(世帯)8.01万円/月→3区分化		
診療報酬	本体　▲1.3% 薬価等　▲1.4% 【参考】 本体＋薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等　▲1.8% 【参考】 本体＋薬価等 ▲3.16%	（通常改定分） 本体　＋0.1% 薬価等　▲1.36% （消費税対応分） 本体　＋0.63% 薬価等　＋0.73% （合計） 本体　＋0.73% 薬価等　▲0.63% 【参考】 本体＋薬価等 ＋0.1%		本体　＋0.49% 薬価※1　▲1.82% 【参考】 本体＋薬価等※2 ▲1.33% ※1　うち、市場拡大再算定の特例分等▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52%（市場拡大再算定（通常分）を除くと、▲1.33%） ※2　実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%		本体　＋0.55% 薬価※1　▲1.74% 【参考】 本体＋薬価等※2 ▲1.19% ※1　うち、薬価制度改革分▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45% ※2　実勢価等改定分で計算すると▲0.9%	（消費税引上げに伴う対応） 本体　＋0.41% 薬価等※　▲0.48% 【参考】 本体＋薬価等 ▲0.07% ※　うち、消費税対応分＋0.47%、実勢価改定等分▲0.95%

社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の２分の１への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成２３年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月　政府・与党社会保障改革検討本部

↓

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、２３年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月：社会保障改革に関する集中検討会議

↓

○ 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
○ 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

平成24年2月17日：社会保障・税一体改革大綱閣議決定

↓

社会保障と税の一体改革の経緯②

○ 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議

社会保障制度改革推進法 （自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）

○ 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
○ 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

8月：税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法 が成立

平成24年11月～：社会保障制度改革国民会議（委員は15名の有識者により構成（会長：清家篤 慶應義塾長））

○ 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論
○ 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出

社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出

○ 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
○ 改革推進体制の整備等について規定

12月5日：社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日：公布・施行

平成26年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

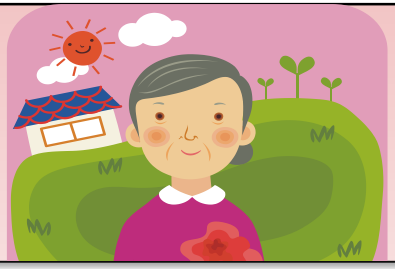
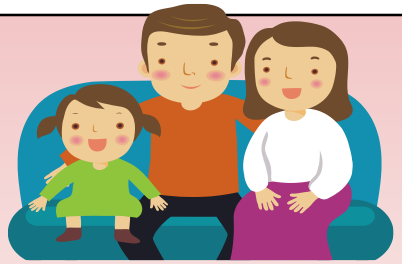
○ 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
○ 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立。

社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた改革の方向性

○　すべての世代が安心感と納得感の得られる、「全世代型」の社会保障制度に転換を図る。
　そして、社会保障制度を将来の世代にしっかり伝える。

超高齢社会へ　**家族・地域の支え合い機能の低下**　**雇用の不安定化**

社会経済情勢の変容

社会保障の機能の充実と、財源確保及び給付の重点化・効率化による安定化	子ども・子育て支援策の充実等、若い人々の希望につながる投資を積極的実施	年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う
持続可能な社会保障の構築	若い人々も納得して社会保障制度に積極的参加	すべての世代が相互に支え合い、必要な財源を確保
		

社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた各分野の方向性

子ども・子育て

○　すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
○　子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
○　女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。

医療・介護

○　「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
○　受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
○　地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
○　国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

公的年金制度

○　2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
○　社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
○　長期的な持続可能性をより強固なものに

社会保障改革プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）

【法律の趣旨等】

○ 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第４条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成２５年８月２１日）

○ この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成２５年１２月５日成立、同１３日公布）

【法律の主な概要】

■　講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

○　**少子化対策**（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施　等）

○　**医療制度**（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策　等）

○　**介護保険制度**（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減　等）

○　**公的年金制度**（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方　等）

※　医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成２６年通常国会に、医療保険制度については平成２７年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■　改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■　施行期日

公布日（平成２５年１２月１３日）

（ただし、改革推進本部関連は平成２６年１月１２日、改革推進会議関連は平成２６年６月１２日）

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。

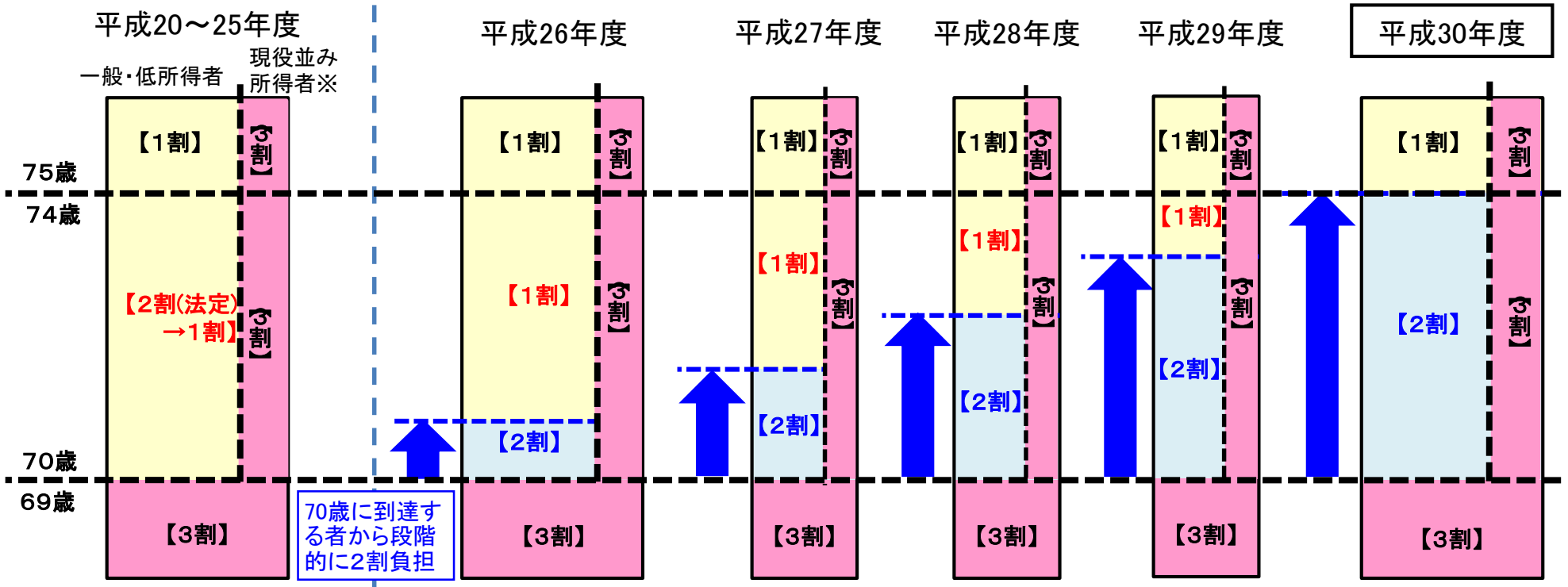
・ 平成26年４月に新たに70歳になる者（69歳まで3割負担だった者）から、段階的に法定負担割合（2割）とする（個人で見ると負担増にならない）。

※ 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。

○ 令和元年度予算 11億円

（参考）平成30年度予算 405億円、平成29年度予算 930億円、平成28年度予算 1,146億円、平成27年度予算 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）

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（平成27年5月27日成立）

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化　（27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施

（26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割）

3. 負担の公平化等

①**入院時の食事代**について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ

（現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない）

②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（**紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入**）

③健康保険の保険料の算定の基礎となる**標準報酬月額の上限額を引き上げ**　（121万円から139万円に）

4. その他

①**協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」**と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる

②**被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助**について、所得水準に応じた補助率に見直し

（被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額）

③**医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進**

・都道府県が地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定

・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加

④**患者申出療養を創設**　（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

【施行期日】　平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年5月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日）

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施

○あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

○全面総報酬割による国費約2,400億円(※)のうち約1,700億円は国保への財政支援の拡充に充てる(29年度～)

※ 制度改正時の見込み

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】

医療費 17.7兆円 ＝

- 患者負担 1.4兆円
- 公費 7.7兆円 約5割 国:都道府県:市町村 ＝ 4:1:1
- 高齢者の保険料 1.3兆円 約1割
- **後期高齢者支援金 6.8兆円（現役世代の保険料）約4割**

※上記のほか、保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費 0.5兆円

支援金内訳（令和元年度予算額）（全面総報酬割の場合）
協会けんぽ 2.3兆円
健保組合 2.3兆円
共済組合 0.7兆円
市町村国保等 1.5兆円

保険料

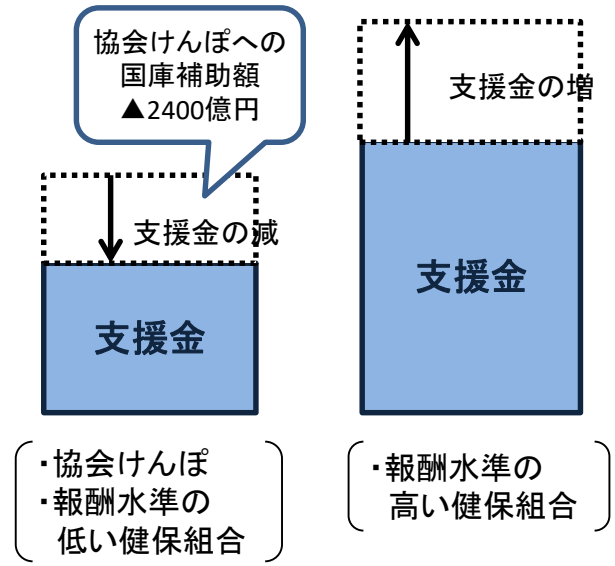
後期高齢者支援金を**各保険者で按分**

各医療保険(健保、国保等)の被保険者(0～74歳)

後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕

被用者保険者間の格差解消



※数値は令和元年度予算ベース

被用者保険者への支援

令和元度予算額：７００億円
（平成30年度予算額：７００億円）

○被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施

・制度化分として平成29年度から100億円。

・平成27年度は新規分として約110億円。全面総報酬割が実施された平成29年度から600億円。

○具体的には、

①平成29年度から対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策において、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する（枠組みを法律に規定し、制度化を行う。）とともに、

②平成27年度から段階的に拡充してきた高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減を図る

①拠出金負担の軽減（制度化）

100億円
（令和元年度予算額）

○ 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担（後期高齢者支援金、前期高齢者納付金）の特に重い保険者（上位6%）の負担軽減を実施。

○ この対象を**拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半**する。

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定。平成30年度の対象は、財政力(総報酬)が平均以下の上位8.03%。

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映。

②前期高齢者納付金負担の軽減

600億円
（令和元年度予算額）

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。

○ **前期納付金負担の負担増の緩和**のため、**前期高齢者納付金負担の伸び（負担が重い保険者に高い助成率を適用）に着目した負担軽減**を実施。

・これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金（既存分）が令和元年度予算額は120億円。

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級（上限121万円、下限5.8万円）

平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級（上限139万円、下限5.8万円）

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120（健康保険） → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

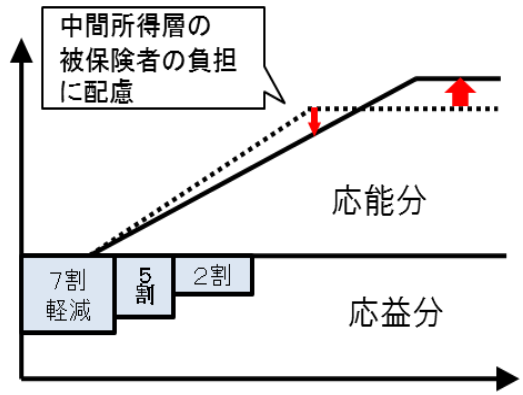
3. 国保の保険料（税）の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険（税）料負担に一定の限度を設けている（平成31年度：年間96万円）

○ **より負担能力に応じた負担とする観点**から、**被用者保険の仕組みとのバランスを考慮**しつつ、**段階的に引き上げ**

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成31年度は3万円引上げた（年間93万円→96万円）

賦課限度額の引上げの仕組み



被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

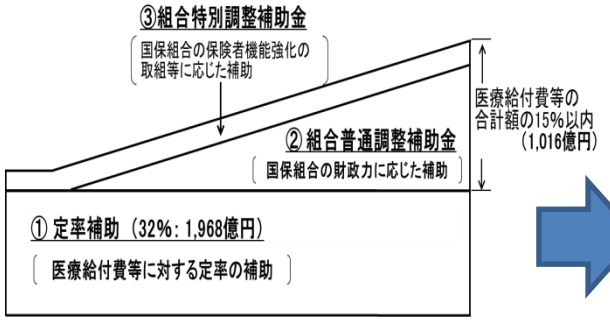
○被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。

○具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

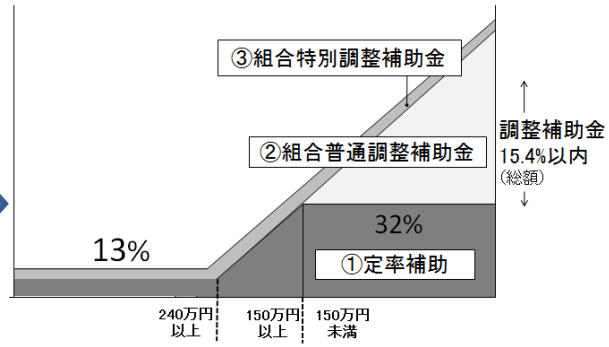
○また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

国保組合･･･同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人
（医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種38組合　計162組合（277万人※））※被保険者数は平成29年度末

H27年度の国庫補助



見直し（令和2年度）



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

	国保組合の平均所得	平成27年度	平成28年度～令和元年度	令和2年度
定率補助	150万未満	32%	32%（現行通り）	
	150万以上160万未満 ～ 240万以上		※5年間かけて段階的な見直し	30.0% ※所得水準10万円毎に2%ずつ調整する、段階的なきめ細かい補助率を設定 13.0%
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合		15%以内		15.4%以内

※ 国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200万円)を設定し計算する。

※ 平成9年9月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の逓減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

入院時食事療養費の見直し

見直し内容

○入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。

○低所得者は引上げを行わない（据え置き）。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

＜～平成27年度＞

	負担額（1食）
一般所得	260円
低所得Ⅱ	210円
低所得Ⅰ	100円

（食材費）

＜平成28年度～＞

	負担額（1食）
一般所得	360円

＜平成30年度～＞

	負担額（1食）
一般所得	460円

（食材費＋調理費）

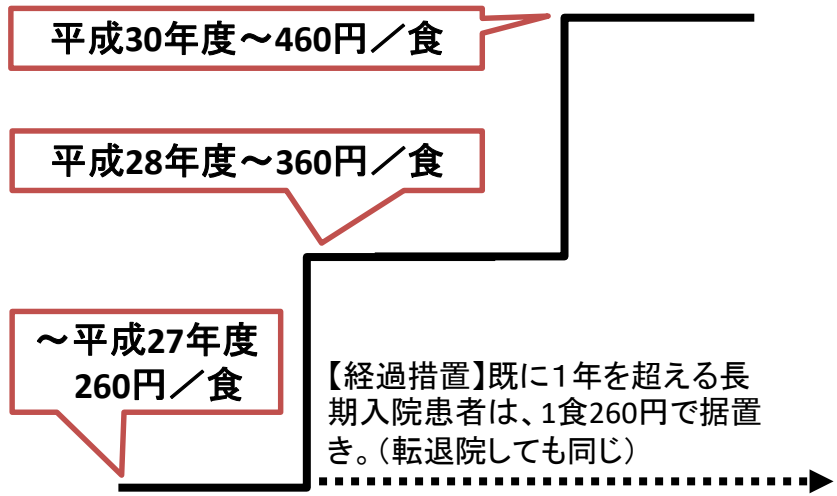
低所得者は、引き上げない。
（据え置き）

1年以上入院する精神疾患の長期入院患者への配慮措置

○　平成28年4月1日において、既に1年を超えて精神病床に入院している患者の負担額は、経過措置として、当分の間据え置く。

○　また、合併症等により転退院しても、直ちに再入院する場合は、経過措置の対象から外れず、引き続き負担額を据え置く。

○　なお、平成28年4月1日時点では入院期間が1年未満の者が、その後通算して入院期間が1年を超えたとしても、対象外。



改革工程表等に基づき平成29年度以降実施した事項

70歳以上の高額療養費制度の見直し

制度概要

○ 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。

※入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

○ 第１段階目（29年８月～30年７月）では、平成29年７月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多数回該当を設定。
○ 第２段階目（30年８月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
○ 一般区分については、７月31日を基準日として、１年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限（外来年間合算）を設ける。

※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年７月（70歳以上）

区分	外来（個人）	限度額（世帯※1）
現役並み（年収約370万円以上） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% ＜44,400円＞
一般（年収156万～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○現行（1段目・29年８月～30年７月）

外来（個人）	限度額（世帯※1）
57,600円	80,100円 + 1% ＜44,400円＞
14,000円（年14.4万円 ※3）	57,600円 ＜44,400円＞
8,000円	24,600円
	15,000円

○2段目（30年８月～）

区分（年収）	外来（個人）	限度額（世帯※1）
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% ＜140,100円＞	
年収約770万～約1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% ＜93,000円＞	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% ＜44,400円＞	
一般	18,000円（年14.4万円 ※3）	57,600円 ＜44,400円＞
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○現行（69歳以下）

限度額（世帯）
252,600円 + 1% ＜140,100円＞
167,400円 + 1% ＜93,000円＞
80,100円 + 1% ＜44,400円＞
57,600円 ＜44,400円＞
35,400円 ＜24,600円＞

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者　　※2 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。
※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
＜ ＞内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額（多数回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

入院時の居住費（光熱水費相当額）の見直し

見直し内容

○　65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとする。

○　ただし、難病患者については、居住費（光熱水費相当額）の負担を求めない。

＜平成29年10月以前＞

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ（ⅡⅢ以外の者）	320円／日
医療区分ⅡⅢ（医療の必要性の高い者）	0円／日
難病患者	

＜平成29年10月～＞

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ（ⅡⅢ以外の者）	370円／日
医療区分ⅡⅢ（医療の必要性の高い者）	200円／日
難病患者	0円／日

＜平成30年４月～＞

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ（ⅡⅢ以外の者）	370円／日
医療区分ⅡⅢ（医療の必要性の高い者）	
難病患者	0円／日

（注）介護保険施設（老健・療養）の多床室に入所する低所得者（市町村民税非課税者）の居住費負担額（光熱水費相当額）は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年４月に320円／日から370円／日に引き上がっている。

子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて

○　地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年６月２日閣議決定）において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」（平成28年３月28日）を踏まえ、見直しを含め検討し、28年末までに結論を得るとされていた。

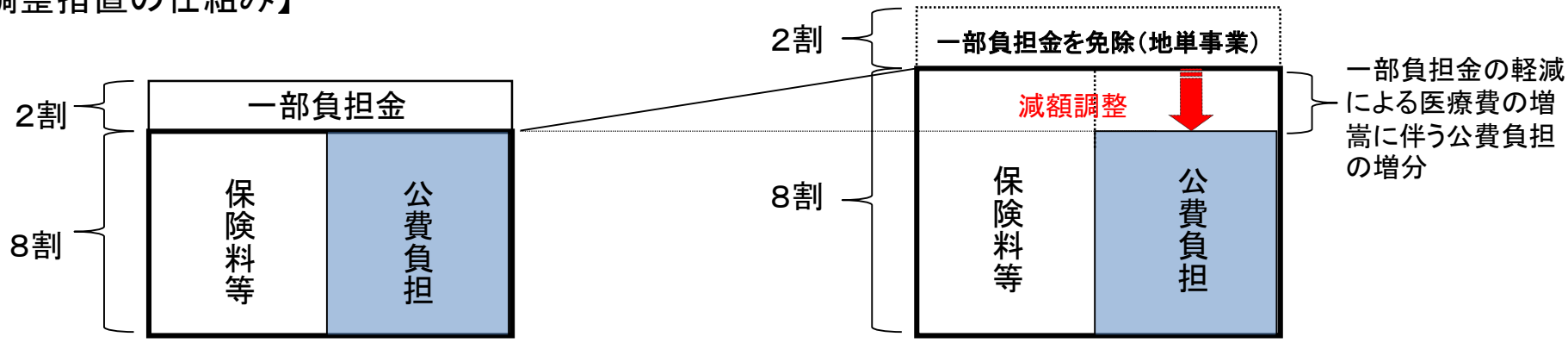
○　平成28年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額（3割、ただし未就学児は2割）分に係る医療費助成について調査したところ、市町村毎に、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。

○　このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。（「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について」（保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知））。

（参考）国保の減額調整措置について

○　医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
○　地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。　［昭和59年～］

【減額調整措置の仕組み】



地方単独事業を実施していない市町村

地方単独事業を実施している市町村

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担（平成30年度改定後）

➢ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

① 特定機能病院及び許可病床400床以上※の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。※平成30年度診療報酬改定において、一般病床500床以上から許可病床400床以上へと見直し

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

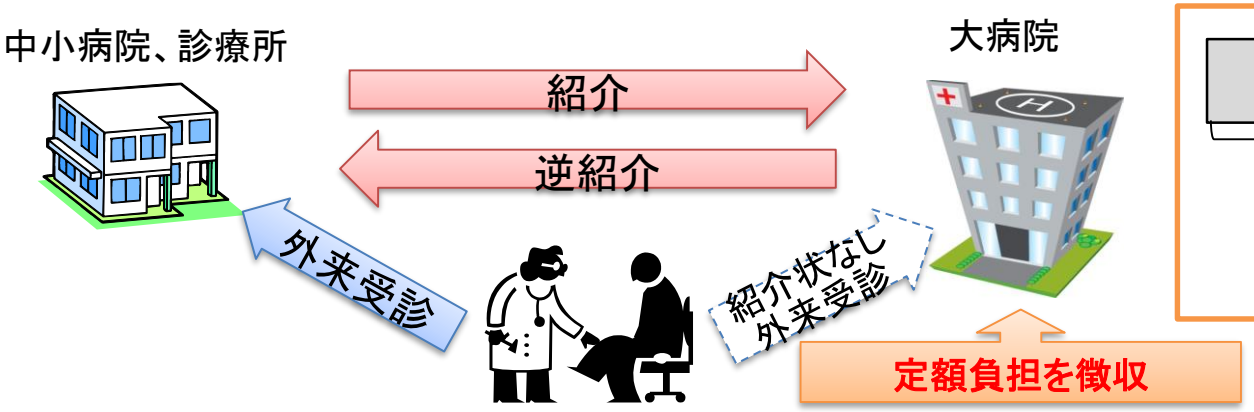
［緊急その他やむを得ない事情がある場合］

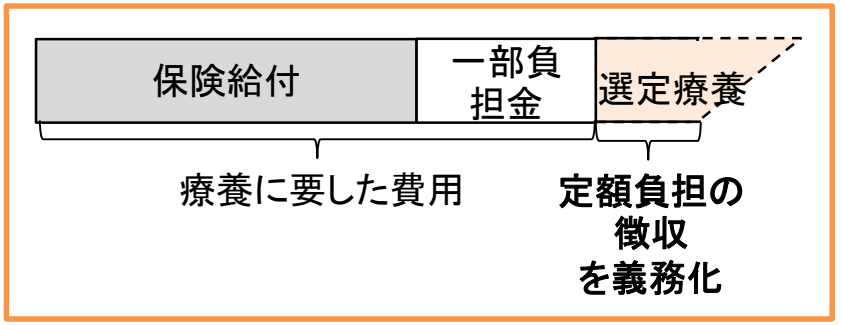
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

［その他、定額負担を求めなくて良い場合］

a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者　　等

④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。





高齢者医療確保法第１４条（診療報酬の特例）の運用について

高齢者医療確保法第14条（診療報酬の特例）の運用の考え方については、昨年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年３月29日付け通知により周知している。

〇平成30年度に実施する第２期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について（抜粋）

（平成30年３月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）

３．実績評価のプロセス

(4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

- 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
- 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

① 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

② その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。

③ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や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かを議論した上で判断していく必要がある。

参考　「議論の整理」（平成29年12月21日　社会保障審議会医療保険部会）（抄）

３．高齢者医療確保法第１４条の診療報酬の特例の活用方策

○　高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

①　都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
②　国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、

旨が規定されている。

○　改革工程表においては、「高齢者医療確保法第１４条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。

○　これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。

○　上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第１４条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。

・　医療費適正化計画の枠組みにおける第１４条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。
　このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

・　その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第１４条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。

・　厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や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かを議論した上で判断していく必要がある。

○　これらの点について、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

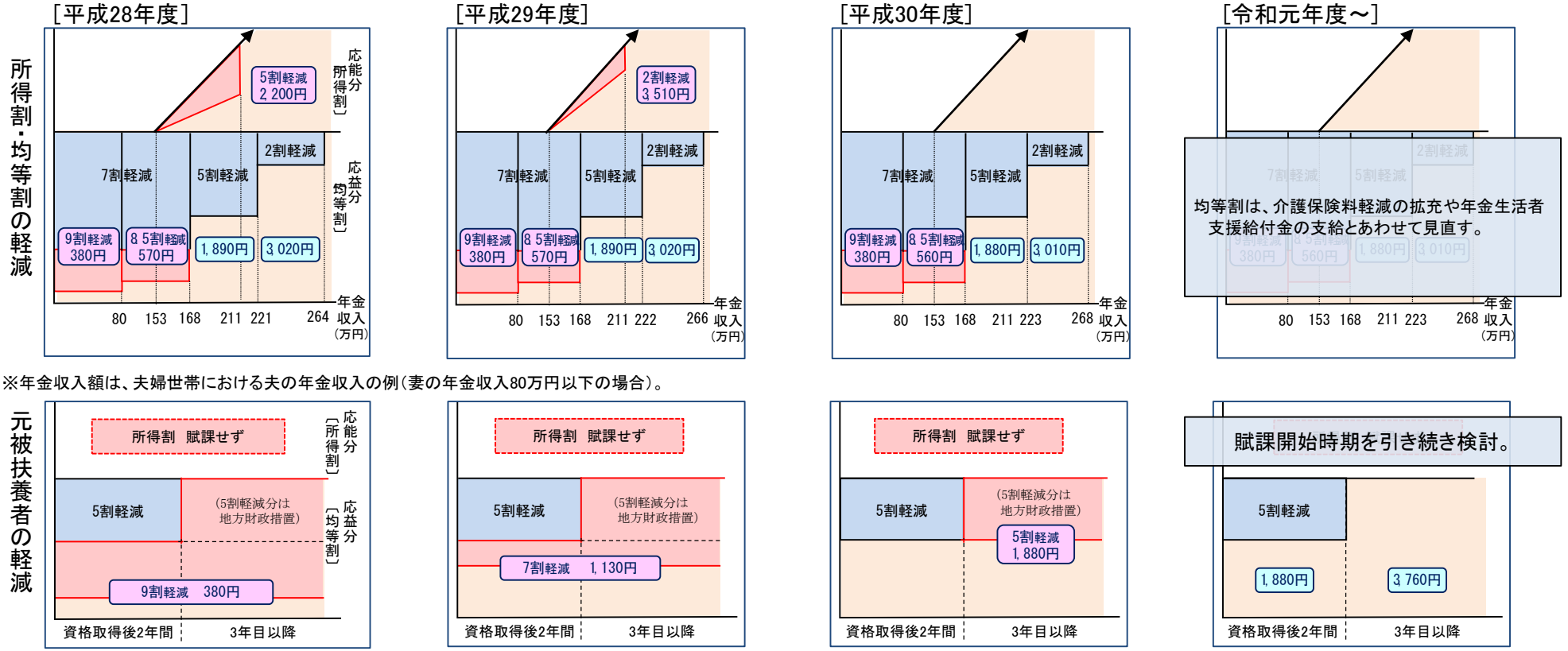
後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

制度概要

○ 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている（青色部分）。
○ 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している（赤色部分）。
○ 軽減特例の対象者は811万人、当該軽減に要する費用は、国費が606億円、地財措置が139億円。（平成30年度予算）

見直し内容

○ 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則（軽減なし）とする。
○ 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
○ 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、令和元年度に本則（軽減なし）とする。



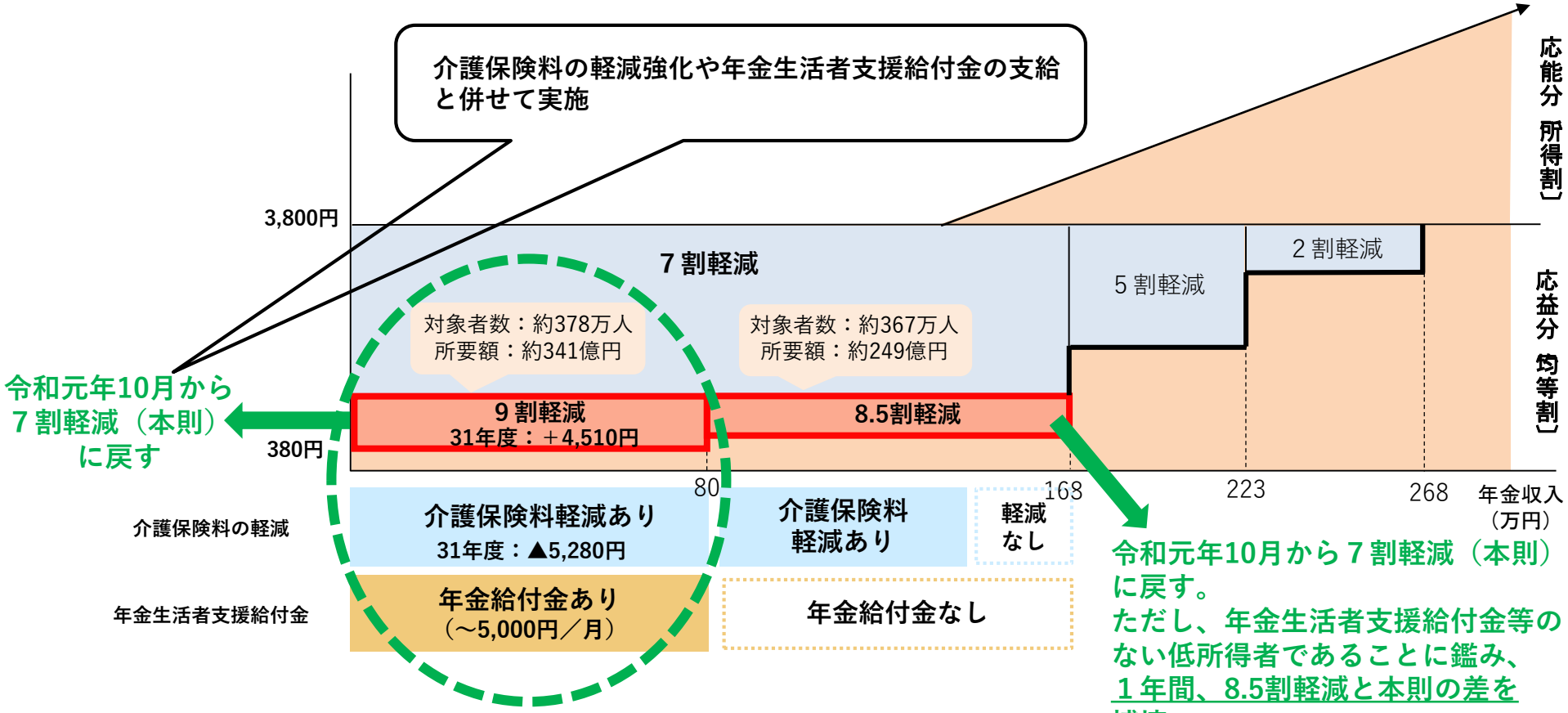
※ 保険料額は、平成28・29年度及び平成30年度・令和元年度の全国平均保険料率により算出。
※ 応能分（所得割）は、個人で判定・個人で賦課。応益分（均等割）は、世帯で判定・個人で賦課。

75歳以上高齢者の医療保険料軽減特例の見直しについて

＜均等割軽減見直しについてのこれまでの経緯＞

「今後の社会保障改革の実施について」（平成28年12月22日 社会保障制度改革推進本部（本部長：内閣総理大臣）決定）

（２） 均等割の軽減特例の見直しについては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することとする。



※ 保険料額は、平成30年度・令和元年度全国平均保険料率により算出。
※ 参考データについて、被保険者数は平成29年度（後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告）、医療費総額及び１人当たり医療費は平成28年度（後期高齢者医療事業年報）。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. オンライン資格確認の導入 【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法 】
- オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。**（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）**

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】
（令和元年10月１日）

3. NDB、介護DB等の連結解析等 【高確法、介護保険法、健康保険法】
- 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）**（令和2年10月１日（一部の規定は令和4年４月１日））**

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等 【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
- 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。**（令和2年４月１日）**

5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化 【健康保険法、船員保険法 、国民年金法、国民健康保険法】
⑴ 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。**（令和2年４月１日）**
⑵ 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。**（公布日）**

6. 審査支払機関の機能の強化 【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
⑴ 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。**（令和3年４月１日）**
⑵ 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。**（令和2年10月１日）**
⑶ 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。
（令和2年10月１日）

7. その他
- 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】**（公布日）**

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部の取りまとめ

2040年を見据えた社会保障制度改革

■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

＜増収分を活用した社会保障の充実＞

○ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当

○ 医療・介護・年金の充実

＜持続可能性の確保のための制度改革＞

○ 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進

○ 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成

■ 消費税率引上げ（8%→10%）＜2019年10月予定＞

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が一区切り

■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

○ 経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年６月15日閣議決定）（抜粋）

基盤強化期間の重点課題は、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していくこと及び一般会計における社会保障関係費の伸びを、財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるための仕組みに沿ったものとすることである。

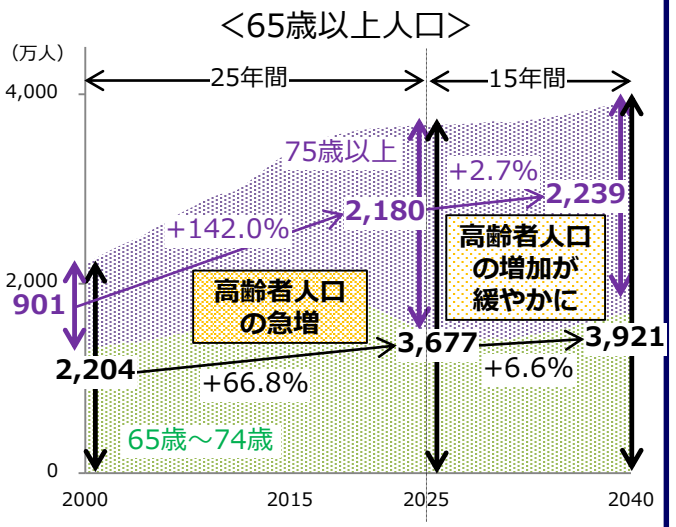
こうした取組に向け、2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有し、国民的議論を喚起することが重要であり、受療率や生産性の動向、支え手の減少や医療技術の高度化の進展等を踏まえた具体的な将来見通しを関係府省が連携して示す。あわせて、予防・健康づくり等による受療率の低下や生産性向上の実現に向けて、具体的な目標とそれにつながる各施策のＫＰＩを掲げ推進する。

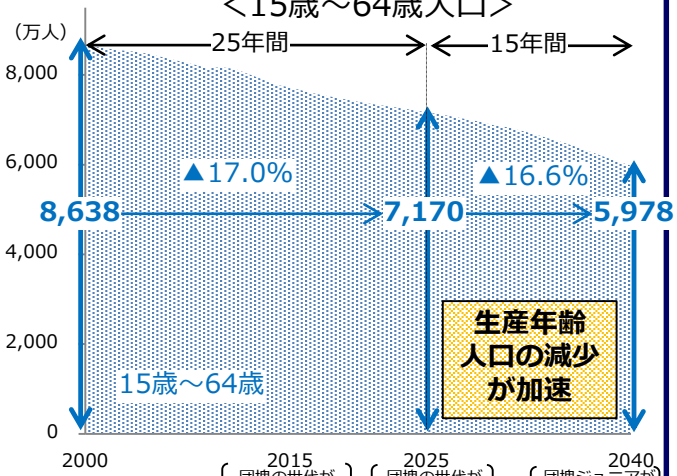
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

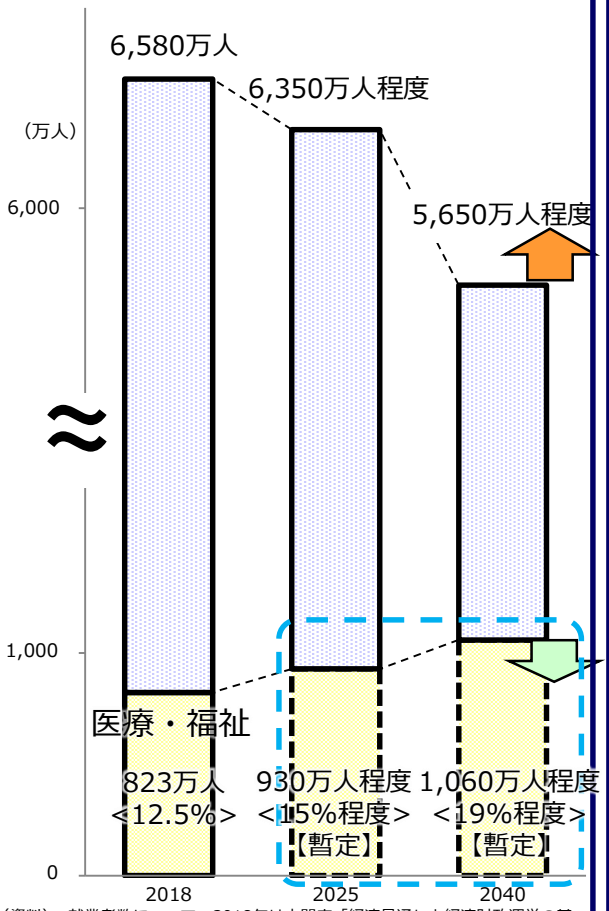
《2040年までの人口構造の変化》





(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」（2015年まで）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）（2016年以降）

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

国民的な議論の下、

- **これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、**
- **以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。**

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ **高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに３年以上健康寿命を延伸することを目指す。**

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ **テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性※の向上を目指す。**

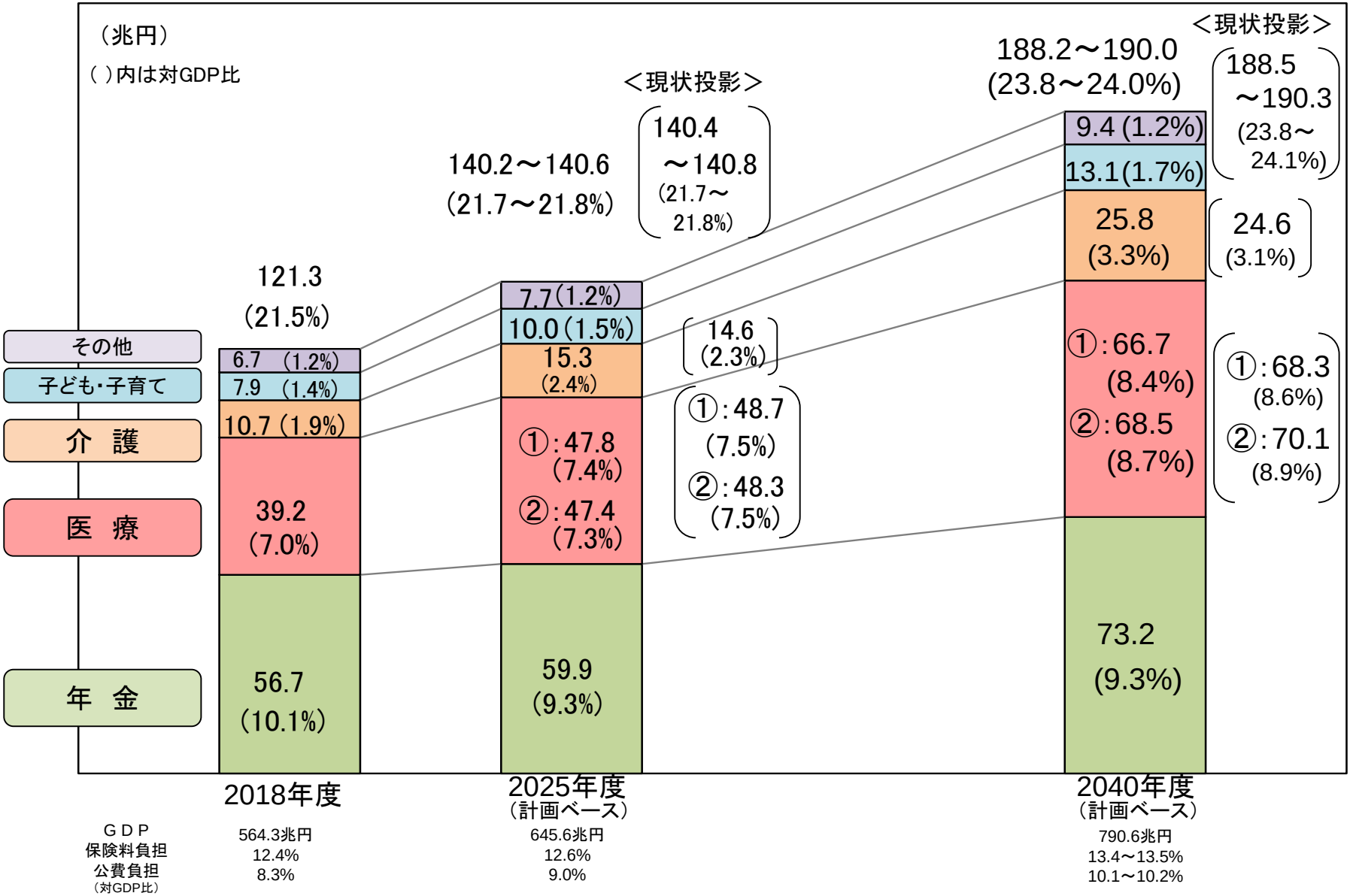
※ サービス産出に要するマンパワー投入量。

※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）

※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－　（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省　平成30年５月21日）　**より**



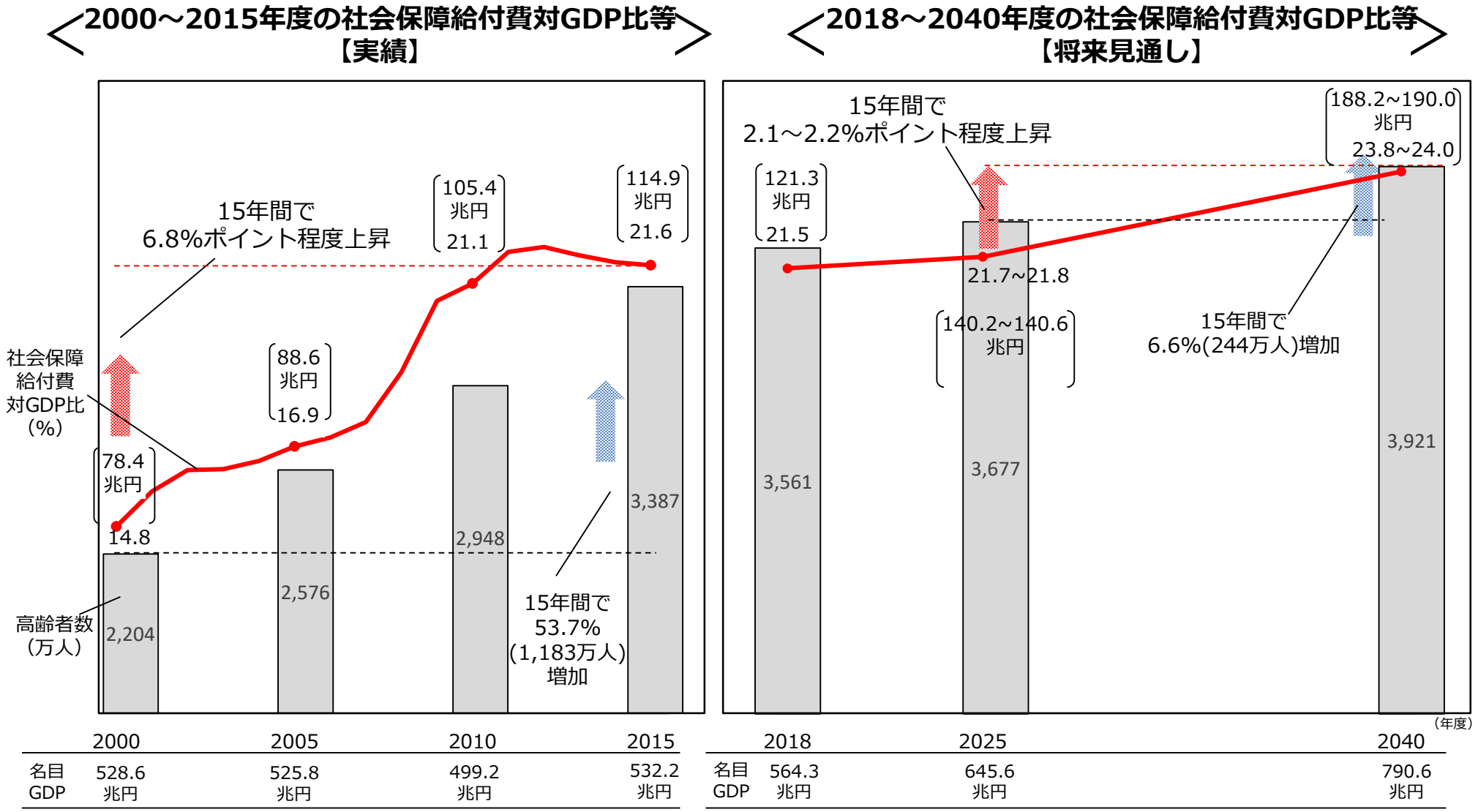
（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り（①と②）示している。

（注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。

2040年に向けた社会保障給付費対GDP比等の推移（実績と将来見通し）

■ 高齢者の増加のペースが変わること等から、2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇したのに対し、2025年度から2040年度の15年間では2.1～2.2%ポイント程度の上昇と見込まれている。



（出典）2000～2015年度は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。

医療・介護の１人当たり保険料・保険料率の見通し

【経済：ベースラインケース】

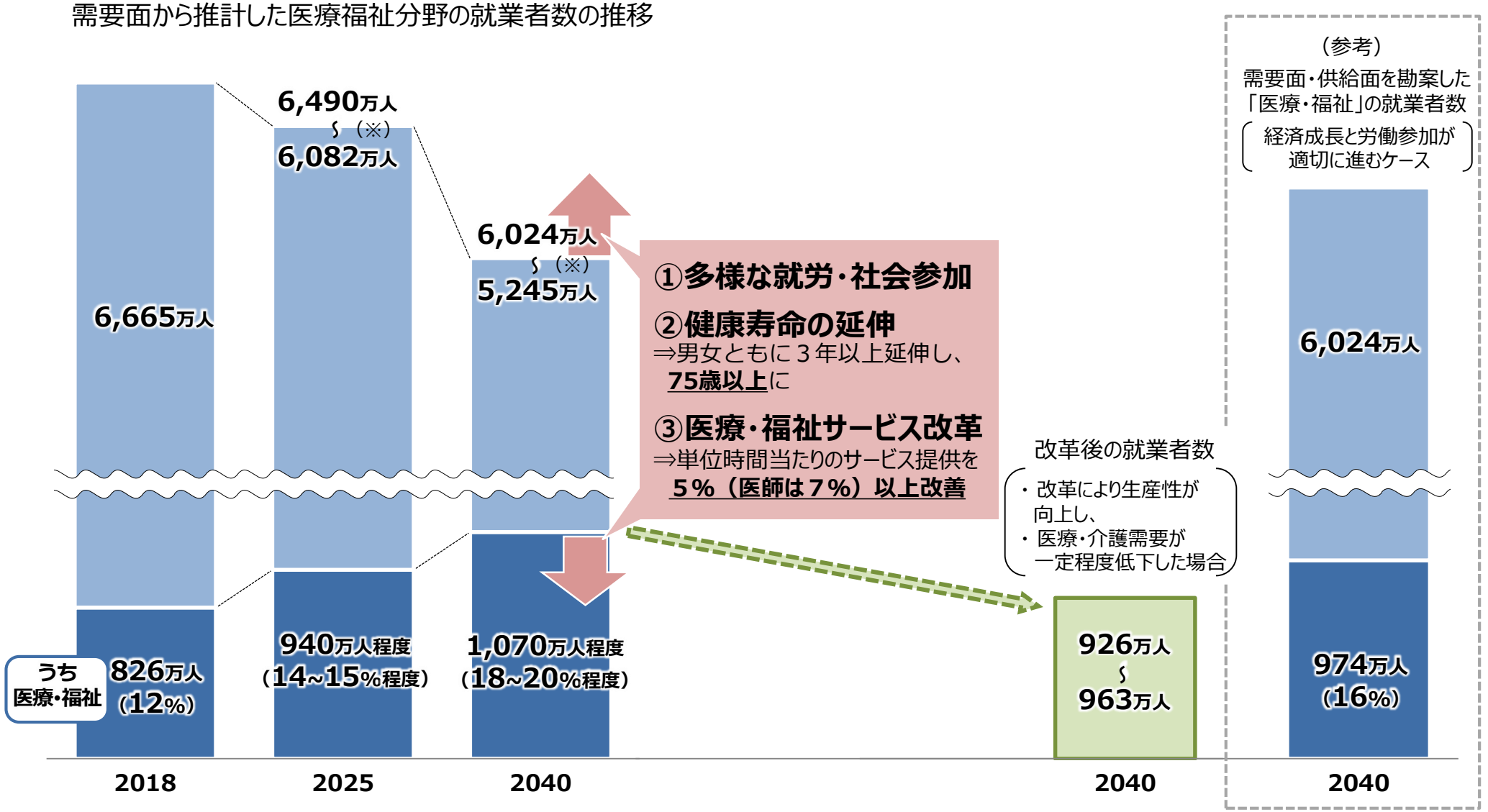
	計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険			
協会けんぽ	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 （2018年度賃金換算）	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 （2018年度賃金換算）	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険			
１号保険料 （2018年度賃金換算）	約5,900円	約7,200円	約9,200円
２号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
２号保険料 市町村国保 （2018年度賃金換算）	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み（協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値）である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション（平成30年5月21日）の改定

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年３月）による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

2040年を展望した社会保障・働き方改革の検討について

趣旨

○ 2040年を見通すと、現役世代（担い手）の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業も増加。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会参加の環境整備や②健康寿命の延伸を進めるとともに、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上を図りつつ、④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めることが必要。

○ このため、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を設置するとともに、部局横断的な政策課題について、従来の所掌にとらわれることなく取り組むためプロジェクトチームを設けて検討する。

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部

本部長　：厚生労働大臣

本部長代理　：厚生労働副大臣
厚生労働大臣政務官

事務局長　：政策統括官（総合政策担当）

本部員　：
厚生労働事務次官、厚生労働審議官、
医務技監、その他部局長

※プロジェクトチームにおける検討を基に改革案を審議

横断的課題に関するプロジェクトチーム

①健康寿命延伸PT（疾病予防・介護予防に関する施策等）
主査：奈尾審議官（健康局）　**副主査**：八神審議官（保険局）、大坪審議官、江崎統括調整官

②疾病・介護予防、健康づくり実証事業推進PT（予防・健康づくりの実証事業）
主査：奈尾審議官（健康局）　**主査代理**：山下医療介護連携政策課長
副主査：佐々木厚生科学課長、田口歯科保健課長、神ノ田健康課長、江浪がん・疾病対策課長、岡野認知症施策推進室長、眞鍋老人保健課長、熊木国民健康保険課長、朝川参事官

③医療・福祉サービス改革PT（ロボット、AI、ICTの実用化等）
主査：諏訪園審議官（老健局）　**副主査**：迫井審議官（医政局）、江崎統括調整官

④高齢者雇用PT（高齢者の雇用就業機会の確保等）
主査：達谷窟高齢・障害者雇用開発審議官　**副主査**：岸本審議官（職業安定局）、井内審議官（人材開発統括官）

⑤就職氷河期世代活躍支援PT（就職氷河期世代の活躍支援）
主査：土屋厚生労働審議官
副主査：井内審議官（人材開発統括官）、小林職業安定局長、藤澤雇用環境・均等局長、谷内社会・援護局長、定塚人材開発統括官、伊原政策統括官、山田審議官（統計、総合政策、政策評価担当）

⑥障害者雇用・福祉連携強化PT（雇用施策と福祉施策の連携等）
主査：土屋厚生労働審議官　**副主査**：達谷窟高齢・障害者雇用開発審議官、橋本障害保健福祉部長

⑦地域共生PT（縦割りを超えた地域における包括的な支援体制の整備等）
主査：中村審議官（政策統括官（総合政策担当））
副主査：辺見審議官（社会・援護局）、依田審議官（子ども家庭局）、橋本障害保健福祉部長、諏訪園審議官（老健局）

⑧賃金底上げPT（最低賃金を含む賃金引き上げをしやすい環境の整備等）
主査：土屋厚生労働審議官
副主査：吉永審議官（労働基準局）、吉田医政局長、浅沼生活衛生・食品安全審議官、坂口労働基準局長、小林職業安定局長、藤澤雇用環境・均等局長、渡辺子ども家庭局長、谷内社会・援護局長、橋本障害保健福祉部長、大島老健局長、濵谷保険局長、高橋年金局長、定塚人材開発統括官、伊原政策統括官

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

- 2040年を展望すると、**高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。**
  →**「総就業者数の増加」**とともに、**「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」**することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
  ①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
  ④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、**農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく**。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

«現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題»

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】
- ○ 70歳までの就業機会の確保
- ○ 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
  （**厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン**）
- ○ 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- ○ 地域共生・地域の支え合い
- ○人生１００年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】
⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに３年以上延伸し、**75歳以上**に

○ ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、
以下の3分野を中心に、取組を推進
- ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
- ・疾病予防・重症化予防
- ・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】
⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**５％（医師は７％）以上改善**

○ 以下の４つのアプローチにより、取組を推進
- ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
- ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
- ・組織マネジメント改革
- ・経営の大規模化・協働化

«引き続き取り組む政策課題»

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

多様な就労・社会参加

- 現役世代人口の急減など人口減少が進む一方、高齢者の「若返り」が見られる中、より多くの人が意欲や能力に応じ社会の担い手としてより長く活躍できるよう、
  ①「一人ひとりの意思や能力、個々の事情に応じた**多様で柔軟な働き方を選択可能とする社会**」
  ②「**地域に生きる一人一人が尊重され、多様な就労・社会参加の機会を得ながら、**「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともにつくっていく**地域共生社会**」
  の実現に向けた環境整備を進める。
- あわせて、エイジフリー社会への変化を踏まえて、**人生100年時代に向けた年金制度改革**に取り組む。

«政策課題毎の主な取組»

70歳までの就業機会の確保

◆様々な就業や社会参加の形態も含め、70歳までの就業機会を確保する制度の創設
◆高齢者の活躍を促進する環境整備（労働市場の整備、企業、労働者、地域の取組への支援）

就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援

◆地域ごとの支援のためのプラットフォームの形成・活用
◆就職氷河期世代、一人ひとりにつながる積極的な広報
◆対象者（不安定な就労状態にある方、長期にわたり無業の状態にある方、社会参加に向けて支援を必要とする方）の個別の状況に応じたきめ細やかな各種事業の展開

副業・兼業の促進

◆ガイドライン等による、原則として労働者は副業・兼業を行うことが可能である旨の周知
◆健康確保の充実と労働時間管理の在り方について検討
◆労災保険給付の在り方、雇用保険及び社会保険上の取扱いの在り方について引き続き検討

中途採用の拡大

◆個々の大企業における中途採用比率の情報公開
◆「中途採用・経験者採用協議会」の知見を活用した企業への働きかけ強化
◆ハローワークにおける求職者の状況に応じたマッチング支援の充実
◆職業情報提供サイト（日本版O-NET）（仮称）の2020年中の運用開始
◆中途採用等支援助成金の見直し

地域共生・地域の支え合い

◆世帯の複合的なニーズやライフステージの変化に柔軟に対応できるよう、新たな制度の創設を含め、包括的な支援体制の構築に向けた方策を検討
◆地域住民をはじめ多様な主体がつながり、活動する地域共生の取組の促進
◆高齢者も障害者も利用できるサービスの推進

人生１００年時代に向けた年金制度改革

◆多様な就労を年金制度に取り込む被用者保険の適用拡大
◆就労期の長期化による年金水準の充実
（就労・制度加入と年金受給の時期や組合せの選択肢の拡大、就労に中立的かつ公平性にも留意した在職老齢年金制度等の見直し、私的年金の加入可能年齢等の見直し）

健康寿命延伸プランの概要

● **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下３分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを目指す。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上　女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進　　**②地域・保険者間の格差の解消**

自然に健康になれる環境づくり
- 健康な食事や運動ができる環境
- 居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け
- 行動経済学の活用
- インセンティブ

Ⅰ 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり　(長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的実施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定)　等

Ⅱ 疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化　(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上)　等

Ⅲ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

- ◆「通いの場」の更なる拡充　(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)　等

医療・福祉サービス改革プランの概要

● **以下４つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る**

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**５％（医師については７％）以上の改善**を目指す

※（各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

Ⅰ ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化
  （未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進）
- ◆ データヘルス改革（2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進）
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施
  （2020年度から全国に普及・展開）
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実
  （本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し）　等

Ⅱ タスクシフティング、シニア人材の活用推進

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成（2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成　等）
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策（2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加）

等

Ⅲ 組織マネジメント改革

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善　（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し
  （実績評価の拡充など）（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組（2020年代初頭までに介護の文書量半減）、報酬改定対応コストの削減（次期報酬改定に向けて検討）　等

Ⅳ 経営の大規模化・協働化

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及（今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開）
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与（今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施）
- ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置
  （今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ）

等

新経済・財政再生計画　改革工程表2018
経済財政運営と改革の基本方針2019
成長戦略実行計画

新経済・財政再生計画　改革工程表2018（抄）

（平成30年12月20日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る

	取組事項	実施年度			KPI	
		2019年度	2020年度	2021年度	第１階層	第２階層
給付と負担の見直し	**52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討**					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	高齢者医療制度について、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補足給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第８期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。 ≪厚生労働省≫	骨太2020 →	→	―	―
	53 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020 →	→	―	―
	54 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 ≪厚生労働省≫	骨太2020 →	→	―	―

新経済・財政再生計画　改革工程表2018（抄）

（平成30年12月20日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2019年度	2020年度	2021年度	第１階層	第２階層
給付と負担の見直し	**55 外来受診時等の定額負担の導入を検討**					
	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	諸外国の例やかかりつけ機能の在り方を踏まえつつ、病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進する観点から、大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大をはじめとした外来受診時等の定額負担の導入・活用について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020	→	―	―
	56 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020	→	―	―
	60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討					
	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020	→	―	―
	61 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討					
	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020	→	―	―

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋①）

第2章　Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

1．成長戦略実行計画をはじめとする成長力の強化
（2）全世代型社会保障への改革
③ 疾病・介護の予防
（ⅰ）疾病予防の促進について
（保険者努力支援制度（国民健康保険））

・　先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度（国民健康保険）の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、（a）生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、（b）予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを強化する。

（後期高齢者支援金の加減算制度（企業健保組合））

・　後期高齢者支援金の加減算の幅を2017年度の0.23%から2020年度に両側に最大10%まで引き上げることで、保険者（企業健保組合）の予防・健康インセンティブを強化する。

（ⅲ）エビデンスに基づく政策の促進

・　上記（ⅰ）や（ⅱ）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

第2章　Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

2．人づくり革命、働き方改革、所得向上策の推進
（1）少子高齢化に対応した人づくり革命の推進
⑦ 少子化対策、子ども・子育て支援

・　不妊治療への支援、予期せぬ妊娠等により不安を抱えた若年妊婦等への支援、産後ケアの充実などの支援強化に取り組むとともに、妊産婦の負担増につながらない配慮を検討しつつ、妊産婦の診療に積極的な医療機関を増やし、診療の質の向上を図る。また、成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進するため、成育基本法に基づく取組を進める。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋②）

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

・　新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75 歳以上に入り始める2022 年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019 年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

・　なお、人生100 年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

・　あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040 年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

・　また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

・　第2章1．（2）に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100 年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋③）

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（予防・重症化予防・健康づくりの推進）

（ⅰ）健康寿命延伸プランの推進

・　健康寿命延伸プランを推進し、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指す。健康寿命の延伸に関する実効的なPDCAサイクルの構築に向けて、各都道府県・市町村の取組の参考となるよう、健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を行い、客観的な指標等をしっかりと設定・活用しつつ、施策を推進する。健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進及び地域・保険者間の格差の解消に向け、自然に健康になれる環境づくりや行動変容を促す仕掛けなど新たな手法も活用し、次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等に取り組む。

（ⅱ）生活習慣病・慢性腎臓病・認知症・介護予防への重点的取組

・　糖尿病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を推進する。特定健診・特定保健指導について、地域の医師会等と連携するモデルを全国展開しつつ、実施率向上を目指し、2023年度までに特定健診70%、特定保健指導45%の達成を実現する。保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。

・　がん検診受診率の向上のため、職域におけるがん検診実施状況の把握方法を確立するとともに、がん検診と特定健診の一体的実施等に取り組む。受診率や有効性の向上のためのリスクに応じたがん検診の在り方について検討する。

・　特に働き盛りの40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向けて、40歳代に脳血管疾患や乳がんの罹患りかん率が急上昇すること等についての特定健診対象者への注意喚起と受診促進（例えば、がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等）、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等について総合的に取り組む。

・　高齢者一人一人に対し、フレイルなどの心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。 高齢者の通いの場の活用など、介護予防の取組の更なる推進に向け、介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化を図る。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年６月21日閣議決定）（抜粋④）

第３章　経済再生と財政健全化の好循環

（２）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（医療・介護制度改革）

（ｉ）医療・福祉サービス改革プランの推進

・　データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとMID－NET176の連携、AIの実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、AIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

・　レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年３月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の使途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋⑤）

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（医療・介護制度改革）

（ⅱ）医療提供体制の効率化

・　病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

・　病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、医療機関へのかかり方について行政・保険者等が連携し啓発を行う。

・　高額医療機器の効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用率の向上等を図る。

・　オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実を進める。オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。

・　生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋⑥）

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（医療・介護制度改革）

（iii）保険者機能の強化

・　一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。

・　インセンティブの評価指標（例えば、糖尿病等の重症化予防事業）について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。

・　個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。

・　法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。

・　国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。

・　高齢者の医療の確保に関する法律181第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。

・　国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋⑦）

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（医療・介護制度改革）

(ⅳ)診療報酬・医薬品等に係る改革

・　イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題[182]等について結論を得、着実に改革を推進する。

・　調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。

・　後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年９月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。

182 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

（2）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（給付と負担の見直しに向けて）

・　社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋①）

Ⅰ Society5.0の実現

5. スマート公共サービス

（2）新たに講ずべき具体的施策

ⅰ）個人、法人 による 手続の自動化

⑤マイナンバーカードの普及、利活用の推進等

・ また、マイナンバーカードの健康保険証利用を進めるため、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、医療保険事務の効率化や患者の利便性の向上等を図り、2021年３月から本格運用する。これに、全国の医療機関等ができる限り早期かつ円滑に対応できるよう、2022年度中におおむね全ての医療機関等での導入を目指し、医療機関等の読み取り端末、システム等の早期整備を十分に支援する。

・ さらに、保険者ごとに被保険者の具体的なマイナンバーカード取得促進策を速やかに策定するとともに、国家公務員や地方公務員等による本年度中のマイナンバーカードの取得を推進する。

成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋②）

Ⅱ　全世代型社会保障への改革

4．疾病・介護の予防

（2）新たに講ずべき具体的施策

ⅰ）人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

① 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の抜本的な強化

・　国民健康保険の保険者に対する保険者努力支援制度について、疾病予防や健康づくりの取組が促進されるよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。あわせて、各評価指標について、成果指標の導入拡大を進め、先進・優良事例の横展開や個人の行動変容につながる取組が強化され、民間サービスの活用等が推進されるよう見直し、配分のメリハリを強化する。

・　健康保険組合の予防・健康事業の取組状況に応じて、後期高齢者支援金を加減算する制度について、2020年度までに最大±10%となるよう強化するとともに、保健事業の効果やインセンティブ措置の影響分析等を行い、2021年度に、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行う。

・　その際、保険者が糖尿病性腎症の重症化リスクのある者に対し、医師と連携して、保健師等によって濃密に介入するなどの先進・優良事例の横展開や、歯科健診・がん検診等の受診率の向上等が進むよう留意する。

・　個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。

・　医療保険や介護保険のインセンティブ措置の指標の見直しに際しては、エビデンスに基づき予防・健康事業の効果検証を行い、徹底したPDCAサイクルを通じ、効果的な事業を展開する。

成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋③）

Ⅱ　全世代型社会保障への改革

4．疾病・介護の予防

（2）新たに講ずべき具体的施策

ⅰ）人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

② 予防・健康づくりへ向けた個人の行動変容につなげる取組の強化

・　生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対し、医療機関と保険者・民間事業者等が連携して、医学的管理と適切な運動等のプログラムを一体的に提供できる新たな仕組みを検討し、2019年度を目途に結論を得る。また、医療機関が運動処方箋を出しやすいよう、運動施設における標準的なプログラムを、2019年度中に作成する。あわせて、運動施設において安全かつ効果的に楽しく運動・スポーツを実践できる仕組みの実証を行うとともに、好事例の普及を図る。

・　健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進していくため、ナッジ理論等を活用し、2019年度中に、特定健診などの各種健診の通知について、全体・平均値との比較や将来予測（AIやビッグデータ等も活用）等といった通知情報を充実するとともに、先進・優良事例の横展開を図る。

④ 保険者と企業とが連携した健康づくり、健康経営、健康投資の促進

・　企業・保険者連携での予防・健康づくり「コラボヘルス」の取組を深化させる。加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況を見える化し、経営者に通知する健康スコアリングレポートについて、健保組合や事業主への働きかけを強化するため、評価指標に経年変化を加えるなど、通知内容の充実や通知方法の工夫を行う。同様の取組を、2020 年度からは全保険者種別で実施するとともに、2021 年度からは、健保組合、国家公務員共済組合について事業主単位で実施する。

⑤ データ等を活用した予防・健康づくりの効果検証、民間予防・健康サービスの促進

・　保険者や地方公共団体等の予防健康事業における活用につなげるため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための実証を行う。

・　その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定め、その結果を踏 まえ、保険者等による適切な予防健康事業の実施を促進する。

⑥ 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・　75 歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。

成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋⑤）

Ⅱ　全世代型社会保障への改革

5．次世代ヘルスケア

（2）新たに講ずべき具体的施策

ⅰ）技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

① 健康・医療・介護サービス提供の基盤となるデータ利活用の推進

ア）オンライン資格確認等

・　医療保険の被保険者番号を個人単位化するとともに、マイナンバーカードを健康保険証として利用できる「オンライン資格確認」 の2020年度からの本格運用に向けて、必要なシステム整備を着実に進める。新設される医療情報化支援基金を活用し、医療機関及び薬局のシステム整備を支援する。

・　また、医療等分野における識別子（ID）については、オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報の連結の仕組みの検討を進め、必要な法的手当を行い、2021年度からの運用開始を目指す。

イ）医療機関等における健康・医療情報の連携・活用

・　患者の保健医療情報を全国の医療機関等で確認可能とすべく、着実に取組を進める。このため、レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報を確認できる仕組みについては、2021年10月以降稼働させることを目指す。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの保健医療情報ネットワークに関する実証結果等を踏まえて課題を整理し、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、運営主体や費用負担の在り方等の検討を進め、2020年夏までに、その実現のための工程表を策定する。なお、介護情報との連携についても、引き続き検討する。

エ）PHR の推進

・　個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進につなげるための仕組みであるPHR（ Personal Health Record）を推進する。マイナポータルを通じた個人へのデータ提供について、2020 年度から特定健診データの提供 を 開始 するとともに、2021 年 10月請求分から、薬剤情報のデータの提供を開始することを目指す。

オ）健康・医療・介護情報のビッグデータとしての活用

・　レセプト情報・特定健診等情報データベース（ NDB ）や介護保険総合データベース（介護 DB ）の連結解析 を 2020 年度から本格稼働 し、行政・保険者・研究者・民間事業者など幅広い主体の利活用を可能とする。2019 年度以降、関係する他の公的データベースとの連結の必要性についても検討し、法的・技術的課題が解決できたものから順次連結解析を実現する。

成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）（抜粋⑥）

Ⅱ　全世代型社会保障への改革

5．次世代ヘルスケア

（2）新たに講ずべき具体的施策

ⅰ）技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

②ICT 、ロボット、AI 等の医療・介護現場での技術活用の促進

ア）オンライン医療の推進

・　診療から服薬指導に至る一連の医療プロセスを、一貫してオンラインで広く受けられるよう、オンライン服薬指導等について盛り込んだ医薬品医療機器等法の一部改正法案について、国会での早期成立を図る。法案成立後、提供体制等のルールについて速やかに検討を行うとともに、上記の状況を踏まえ、オンライン服薬指導に関する診療報酬上の評価を検討する。

・　次期診療報酬改定に向けて、オンライン診療料の普及状況を調査・検証し、安全性・有効性が確認された疾患については、オンライン診療料の対象に追加することを検討する。また、オンライン診療の実施方法や実施体制等の要件についても、オンライン診療の適切な普及・促進に向けて必要な見直しを行う。

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」における議論のとりまとめ

（概要）

厚生労働省 保険局・年金局

2019年9月27日

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」について

- 法律上、短時間労働者に対する社会保険（健康保険・厚生年金保険）の適用範囲については、2019年９月末までに検討を行うこととされている。
- 加えて、平均寿命が延伸し「人生100年時代」を迎え、「教育・仕事・引退」という３ステージの単線型の人生からマルチステージの人生を送るようになる中で、働き方の多様化に向けた動きが生じている。
- これらの動きを踏まえた社会保険制度としての課題や対応について、社会保障審議会の医療保険部会及び年金部会における検討に資するよう、保険局長及び年金局長の招集により、関連分野の有識者や労働者・使用者団体からなる懇談会を開催。
- 以下の論点について、被用者にふさわしい保障の実現、働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築等の観点から検討。
  - ✓ 短時間労働者に対する社会保険の適用範囲のあり方
  - ✓ 働き方の多様化等を踏まえた社会保険の適用におけるその他の課題

構成員

○有識者

座長 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所長
海上 泰生	立教大学兼任講師（日本政策金融公庫総合研究所主席研究員）
海老原 嗣生	株式会社ニッチモ代表取締役
菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
田中 和子	博報堂リーママプロジェクトファウンダー・株式会社VoiceVision
原 佳奈子	株式会社TIMコンサルティング取締役
平田 未緒	株式会社働きかた研究所代表取締役
山田 久	日本総合研究所理事

○労働者・使用者団体等

健康保険組合連合会
全国健康保険協会
全国市長会
全国商工会連合会
全国知事会
全国中小企業団体中央会
全国町村会
日本経済団体連合会
日本商工会議所
日本労働組合総連合会
UAゼンセン

計　19名

各回の経過

第1回（2018年12月18日）　事務局説明・意見交換
第2回～第4回（2019年2～3月）関係団体ヒアリング（計3回・13団体）
第5回（2019年4月16日）　ヒアリング・企業アンケート・JILPT調査結果に係る議論
第6回（2019年5月31日）　意見交換
第7回（2019年9月2日）　議論の整理
第8回（2019年9月20日）　議論のとりまとめ

ヒアリング先　（※ヒアリング実施順）

- 全国ビルメンテナンス協会
- 日本フードサービス協会
- 日本チェーンストア協会
- 日本スーパーマーケット協会
- UAゼンセン
- NPO法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ
- 全国社会保険労務士会連合会
- 全国スーパーマーケット協会
- 日本惣菜協会
- ﾌﾟﾛﾌｪｯｼｮﾅﾙ＆ﾊﾟﾗﾚﾙｷｬﾘｱ・ﾌﾘｰﾗﾝｽ協会
- 『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
- 全国生活衛生同業組合中央会
- 全国コミュニティ・ユニオン連合会

＜ 短時間労働者に対するこれまでの適用拡大の結果及び影響の検証① ＞

① 適用拡大の施行状況について

○ 義務的な適用拡大の対象者は制度施行後一貫して増加。任意的適用拡大についても、制度施行後、事業所数・短時間被保険者数とも一貫して増加。
○ 先般の適用拡大によって新たに適用対象に含まれたのは、週労働時間20～30時間の雇用者約450万人中約40万人規模。
○ 短時間被保険者の属性を見ると、40～50歳代の女性、60歳以上の高齢者が多い。
○ 短時間被保険者の適用拡大前の公的年金加入状況を見ると、
・ 第1号被保険者が約４割、第3号被保険者・厚年被保険者・被保険者でなかった者がそれぞれ約２割
⇒ 短時間被保険者は主婦だけでない多様な属性の者で構成。
・ 元第1号被保険者の納付状況を見ると、約半数が免除または未納。雇用者は自営業主等に比べ完納者の割合が低い
⇒ 適用拡大は低年金リスク低減に効果。
○ 短時間被保険者は一部業種に偏在（「卸売・小売」、「医療・福祉」、「運輸、郵便」）。事業主の保険料負担は、新たに被保険者となった労働者一人一人の標準報酬の概ね14.15%になり、全事業者の負担総額では年間約850億円と見られるが、これも同様に偏在の可能性。

② 労働政策研究・研修機構（JILPT）による調査結果

（事業所の動向）

○ 適用拡大に伴う雇用管理上の見直し（労働時間延長・短縮など）については、労働者の希望を踏まえたケースが多数を占め、コスト回避目的の見直しは限定的。
○ 任意的適用拡大制度は、多くの事業所に認知されているが、利用意向は少数。利用・不利用いずれにも人材確保に加え短時間労働者の意向が影響。
○ 更なる適用拡大への対応としては、従業員の保険加入に前向きな回答が最多で４割超。人手不足の中、処遇改善の必要性への認識が窺われる。

（短時間労働者の働き方への影響）

○ 適用拡大に際して働き方を変えなかった者が８割超。変えた者のうち、半数超（54.9%）が手取り収入が減少しないよう労働時間を延長。適用拡大は、働き方を変えた者についても、適用回避のための労働時間短縮というより、短時間労働者が能力発揮の機会を広げる方向に比較的多く作用。また、労働時間短縮の動きは第１号被保険者より第３号被保険者の方が多かったが、第３号被保険者の中でも労働時間延長の動きのほうが相対的に大きかった。
○ 労働時間延長など保険適用の方向に働き方を変えた理由としては、元第1号被保険者は保険料負担減、元第3号被保険者は手取り収入の維持・向上、両者共通で将来の年金増など。元第3号被保険者による労働時間短縮などの理由としては、配偶者控除や健康保険の被扶養制度。被用者保険適用のメリットも認識されている一方、税・社会保険は依然として就業調整要因。
○ 第3号被保険者の適用拡大への対応は、年齢、社会保険加入の捉え方（魅力を感じるか否か）、世帯年収によって差異がある。
○ 自身の働きの家計への影響が大きい短時間労働者ほど、適用拡大に際して保険加入を選び、家計に余裕のある短時間労働者ほど適用を回避する傾向。

＜ 短時間労働者に対するこれまでの適用拡大の結果及び影響の検証② ＞

③ 関係団体に対するヒアリング結果

：第2回～第4回懇談会において、適用拡大の影響が大きい業種の団体、非適用業種の団体、働き方の多様化に関する団体、労働者団体など、計13団体に対してヒアリングを実施。

⇒ 適用拡大によって、労働時間を短縮する動きが目立ち、労働力不足に拍車がかかったとの意見と、労働時間を短縮する動きは限定的であったとの意見の双方があった。

⇒ 短時間労働者を多く雇用する労働集約的な産業からは、利益率が低い中、適用拡大に伴う社会保険料負担の増加は企業経営に対して無視できない影響を与えたとの意見があり、適用拡大が与えた影響は各産業によってその程度に違いが生じていることが窺われた。

④ 適用拡大企業に対するアンケート結果

：厚生労働省年金局において、2019年（平成31年）２～３月、適用拡大対象の従業員数501人以上の企業・任意的適用拡大を導入した従業員500人以下企業に対しアンケート。

⇒ 適用拡大による影響については、短時間労働者の適用回避行動が一定数見られたこと、そのことにより人手不足にさらなる影響を与えていること、社会保険料負担の増加が経営に与える影響が大きいなど、企業経営に対する負の影響も指摘された。

⇒ 反面、従業員への丁寧な説明により適用回避行動をある程度解消できること、むしろ人員確保や従業員の福利厚生向上に資することなど、負の影響が軽微・減殺可能、あるいは正の影響があるという認識も確認された。

＜ 今後の検討の方向性① ＞

基本的な考え方

1．被用者にふさわしい保障の実現

- 被用者でありながら国民年金・国民健康保険加入となっている者に対して、被用者による支えあいの仕組みである厚生年金による保障（報酬比例の上乗せ給付）や健康保険による保障（病気や出産に対する傷病手当金や出産手当金の支給）が確保される。
- 保険料についても、被用者保険では労使折半の負担となる。

2．働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築

- 労働者の働き方や企業による雇い方の選択において、社会保険制度における取扱いによって選択を歪められたり、不公平を生じたりすることがないようにする。
- 適用拡大などを通じて働き方に中立的な制度が実現すれば、働きたい人の能力発揮の機会や企業運営に必要な労働力が確保されやすくなることが期待できる。

3．社会保障の機能強化

- 適用拡大によって厚生年金の適用対象となった者は、定額の基礎年金に加え、報酬比例給付による保障を受けられるようになる。
- 適用拡大はどのような働き方であっても共通に保障される給付である基礎年金の水準の確保につながり、これによる年金制度における所得再分配機能の維持にも資する。
  （2014年（平成26年）及び2019年（令和元年）の財政検証のオプション試算においては、適用拡大の具体的内容に関して複数の仮定を置いた上で、上述の基礎年金水準の確保の効果が具体的に示された。）

○ 本懇談会では、被用者として働く者については被用者保険に加入するという基本的考え方が示された。また、具体的な適用拡大の進め方については、人手不足や社会保険料負担を通じた企業経営への影響等に留意しつつ、丁寧な検討を行う必要性が示された。

＜ 今後の検討の方向性② ＞

短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲のあり方

企業規模要件

○　被用者にふさわしい保障の確保や経済活動への中立性の維持、法律上経過措置としての規定となっていることなどの観点から、本来的な制度のあり方としては撤廃すべきものであるとの位置づけで対象を拡大していく必要性が示された。また、現実的な問題として、事業者負担の大きさを考慮した上で、負担が過重なものとならないよう、施行の時期・あり方等における配慮や支援措置の必要性について指摘された。

労働時間要件

○　被用者に相応しい保障を確保する趣旨を踏まえつつ、他の論点との優先順位や短時間労働者の就業に与える影響等も慎重に考慮した検討の必要性が示された。

賃金要件

○　就業調整の要因となるなど課題も示された一方、国民年金第１号被保険者とのバランスや、短時間労働者の就業に与える影響、賃金要件と最低賃金の水準との関係を踏まえて、制度の見直しの緊要性の程度も念頭に置いた検討の必要性が示された。

勤務期間要件

○　勤務期間要件については、事業主負担が過重にならないようにするという趣旨や、実務上の取扱いの現状を踏まえて、要件の見直しの必要性が共有された。

学生除外要件

○　事業主の事務負担への配慮という制度趣旨を念頭に置きつつ、近時の学生の就労状況の多様化や労働市場の情勢等も踏まえ、見直しの可否について検討する必要性が示された。

＜ 今後の検討の方向性③ ＞

短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲のあり方（承前）

（健康保険における対応）

○　健康保険との関係については、厚生年金との制度上の差異に係る指摘があった一方、働き方に中立で公平な制度とする観点や実務上の課題を踏まえ、一体的適用を維持することの必要性も示された。

○　医療保険財政についても、考えられる影響について適切な試算を行った上で、所要の対応策を講じる必要性が指摘された。

（第３号被保険者制度）

○　働き方やライフスタイルの選択を阻害しない制度とするため、まずは更なる適用拡大を通じて、ある程度働く短時間労働者については被用者保険に加入する形を目指しつつ、制度のあり方についての将来像を議論していく必要性が指摘された。

被用者保険の適用事業所の範囲

○　本来、事業形態、業種、従業員数などにかかわらず被用者にふさわしい保障を確保するのが基本であるとの考え方が示された。その上で、非適用とされた制度創設時の考え方と現状、各業種それぞれの経営・雇用環境などを個別に踏まえつつ検討すべきとの認識が示された。

○　関連して、個人事業主本人に対する保障のあり方、未適用事業所に対する日本年金機構における対応の継続、被保険者の移動による国民健康保険の財政への影響についても指摘された。

複数事業所就業者に対する被用者保険の適用のあり方

○　複数事業所で就業する者については、該当する労働者に相応しい保障を確保する方策について、実務上の実行可能性も踏まえて引き続き議論していく必要性や、現行の適用の仕組みの効率化を図る必要性が指摘された。

雇用類似の働き方への対応

○　雇用類似の働き方への対応については、被用者性の高い個人事業主の保護を図る観点から、制度上・実務上の課題も踏まえつつ、働き方の多様化の進展に応じてどのような対応ができるか、引き続き議論していく必要性が指摘された。

○　提示された方向性を踏まえつつ、現実に適用拡大により影響を受ける者へも配慮しながら、社会経済の大きな変化に対応する形での社会保険の適用拡大をはじめ、働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応について、社会保障審議会医療保険部会、年金部会など適切な検討の場において検討を深め、積極的に推進していただくことを強く期待する。

令和元年９月２７日	第１１９回社会保障審議会医療保険部会	資料３－２

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」における議論のとりまとめ

2019（令和元）年９月 20 日
働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会

（目次）

Ⅰ.　はじめに

Ⅱ.　基本的な考え方
　１．多様な働き方に対応した社会保険における対応の必要性
　２．今後の検討の方向性に関する基本的な考え方

Ⅲ. 短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲のあり方
　１．これまでの適用拡大の結果及び影響の検証
　①　適用拡大の施行状況について
　②　労働政策研究・研修機構（JILPT）による調査結果
　③　関係団体に対するヒアリング結果
　④　適用拡大企業に対するアンケート結果
　２．今後の検討の方向性
　①　基本的な考え方
　②　適用拡大の対象企業の範囲
　③　適用対象となる短時間労働者の範囲
　④　健康保険における対応
　⑤　第３号被保険者制度

Ⅳ. 被用者保険の適用事業所の範囲
　１．検討の背景
　２．現状の課題と今後の検討の方向性

Ⅴ.　複数事業所就業者に対する被用者保険の適用のあり方
　１．検討の背景
　２．現状の課題と今後の検討の方向性

Ⅵ. 雇用類似の働き方への対応

Ⅶ. 結びに

（別添１）働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会　構成員名簿
（別添２）働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会　各回の主な議題

Ⅰ.　はじめに

短時間労働者に対する健康保険及び厚生年金保険の適用範囲については、公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成 24 年法律第 62 号）の規定により、2019 年（令和元年）9月末までに検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講ずることとされている。

加えて、平均寿命が延伸し「人生 100 年時代」を迎え、「教育・仕事・引退」という3ステージの単線型の人生からマルチステージの人生を送るようになる中で、働き方の多様化に向けた動きが生じている。

これらの動きを踏まえた社会保険制度としての課題や対応について、社会保障審議会医療保険部会や年金部会における検討に資するよう、保険局長及び年金局長の招集により、関連分野の有識者や労働者・使用者団体からなる懇談会を開催することとなった。

本懇談会では、（1）短時間労働者に対する社会保険の適用範囲のあり方、及び、（2）働き方の多様化等を踏まえた社会保険の適用におけるその他の課題について、2018 年（平成 30 年）12 月から8回にわたり議論を重ねてきた。

このうち第2回から第4回懇談会にかけて、適用範囲の見直しの影響が大きいと考えられる業種の使用者団体のほか、被用者保険が非適用となっている業種の団体、働き方の多様化に関する団体、労働者団体など、計 13 団体[1]に対してヒアリングを実施し、（1）雇用・就労の実態、（2）これまでの被用者保険の適用拡大の実施状況、（3）今後の制度見直しに関する意見等の聴取を行い、その結果については、第5回懇談会において整理を行った。

---

[1] 第2回：公益社団法人全国ビルメンテナンス協会、一般社団法人日本フードサービス協会、日本チェーンストア協会、一般社団法人日本スーパーマーケット協会、UAゼンセン（全国繊維化学食品流通サービス一般労働組合同盟）。
第3回：特定非営利活動法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ、全国社会保険労務士会連合会、一般社団法人全国スーパーマーケット協会、一般社団法人日本惣菜協会、一般社団法人プロフェッショナル＆パラレルキャリア・フリーランス協会。
第4回：一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会、一般社団法人全国生活衛生同業組合中央会、全国コミュニティ・ユニオン連合会。

第5回懇談会以降、このほか、すでに適用拡大を実施した企業に対するアンケート調査[2]の結果や、これまでの被用者保険の適用拡大に関する労働政策研究・研修機構（JILPT）による調査[3]の結果も踏まえて議論・検討を行った。本稿はこれらの議論をとりまとめたものである。

[2] ①2016 年（平成 28 年）10 月から適用拡大の対象となった従業員数 501 人以上の企業や、②労使合意に基づく適用拡大を導入した企業に対して、個別に意見を求めるため、厚生労働省年金局においてアンケート調査を実施。

[3] （独）労働政策研究・研修機構（2018 年（平成 30 年）2 月 23 日）「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」及び「社会保険の適用拡大に伴う働き方の変化等に関する調査」

II.　基本的な考え方

１．多様な働き方に対応した社会保険における対応の必要性

健康保険及び厚生年金保険は、被用者を対象とした社会保険制度として、労働者とその家族の生活の安定と福祉の向上を図る上で大きな役割を果たしてきたが、我が国の経済社会において多様な働き方が進展してきている中で、それらを十分に対象とできているとは言い難い。

従来、被用者保険は、男性がフルタイムで働き、女性は専業主婦という夫婦世帯をその対象の典型とし、フルタイムに近い就労のみを適用対象とする一方、短時間就労の主な担い手であるいわゆる主婦層の間では、配偶者による扶養の範囲内で就労することが広く行われてきた。しかしながら、近年、これまで労働参加が比較的進んでいなかった女性や高齢者が働き手として定着しているほか、短時間就労の担い手には、いわゆる就職氷河期世代などやむを得ず非正規雇用の枠組で就労する者、一人親で育児をしながら就労する者や、健康上の理由でフルタイム就労が困難な者等、多様な者が含まれていることを踏まえれば、短時間労働者を被保険者として被用者保険の適用対象としていくことが、意欲ある働き手がさらに働きやすい環境を整えつつ、その現在及び将来の生活の安定を図る上で重要な課題である。この点、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」（2019 年（令和元年）6月 21 日閣議決定）においても、「就職氷河期世代支援プログラム」として「短時間労働者に対する年金などの保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていく」こと、「高齢者、女性をはじめとして多様な就労・社会参加を促進するため勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆社会保険制度の実現を目指して検討を行う」こととされている。

また、被用者保険が適用される事業所の範囲からは一部の個人の事業所が除かれている。こうした事業所の従業員については、たとえフルタイムに近い就労に従事する場合においても被用者保険に加入できていないため、その生活の安定を図るために、適用事業所の範囲を拡大することが長らく検討課題とされてきた。

更に、働き方が多様化し、副業・兼業や雇用類似の働き方といった、より柔軟な働き方が普及しつつある。現行の被用者保険制度はこうした働き方が一般的に選択されうることまでを想定しておらず、こうした柔軟な働き方にどう対応していくかは、被用者保険制度における新たな課題である。

平成の時代において、我が国の社会保険制度は、急速な少子高齢化に対応して、制度の持続可能性を維持することへの対応に追われる中で、働き方の多様性に対応した制度の見直しが十分

であったとは言い難い。年金制度においては、1985 年（昭和 60 年）の改正において、全国民共通の基礎年金が導入され、その下で、女性の年金権確立を目的とした第3号被保険者制度の導入や、分立する被用者保険制度の格差・不均衡の是正が図られたほか、すべての法人の事業所が厚生年金の適用事業所となるなど、現在の働き手を取り巻く年金制度の骨格が確立している。また、それ以後の平成の 30 年間においても、被用者年金の一元化や一部の短時間労働者に対する適用拡大が行われるなど、一定の改革努力は払われてきた。しかし、新たな令和の時代においては、多様な働き方をする個人に着目した一層の制度の改善に取り組むべきであろう。

２．今後の検討の方向性に関する基本的な考え方

多様な働き方に対応した社会保険制度の見直しの方向性としては、まず、男性が主に働き、女性は専業主婦という特定の世帯構成や、フルタイム労働者としての終身雇用といった特定の働き方を過度に前提としない制度へと転換していくべきである。我が国の働き手はもともと一様ではなかったが、近年、更に多様化してきている。ライフスタイルに対する考え方が多様化する中、生涯未婚の者や、離婚の経験を持つ者、一人親で家族的責任を果たしている就労者もいる。また、育児・家事といった家庭の状況や自身の健康上の制約のため、自らの新たなキャリア形成のため、あるいはいわゆる就職氷河期世代などのようにやむを得ず、フルタイム雇用以外の働き方に従事する者が増えている。社会保険制度は、こうしたライフスタイルの多様性を前提とした上で、働き方や生き方の選択によって不公平が生じず、広く働く者にふさわしい保障が提供されるような制度を目指していく必要がある。

加えて、個人の働く意欲を阻害せず、むしろ更なる活躍を後押しするような社会保険制度としていくべきであり、特に、社会保険制度上の適用基準を理由として就業調整が行われるような構造は、早急に解消していかなければならない。こうした就業調整は、本人のキャリア形成や生活の安定にとっても必ずしもプラスにならない。加えて、女性や高齢者を含めた多様な個人が、それぞれが置かれた状況に応じて、積極的に労働市場に参加していける環境を整えることは、今後、生産年齢人口が急速に減少する中、我が国経済における労働力の確保と生産性の向上を図り、その活力を維持していく上でも欠かせない。

また、働き手の多様性を踏まえた制度の見直しを検討していく上では、社会的に厳しい状況に置かれている人々への対応という視点も重要である。特に、被用者として働いているにもかかわら

ず、自営業や農林水産業などの個人事業主、無職等の者が加入する国民健康保険・国民年金に加入している者については、被用者による支え合いの仕組みである被用者保険の適用対象とし、保険料負担を負担能力に応じたものとするとともに、将来の給付の充実を図ることで、その生活の安定を図っていくことが必要である。こうした方向は、就職活動の時期に求人難に置かれたいわゆる就職氷河期世代を含め、現在被用者保険の適用対象とされていない層が、将来、高齢期における生活困窮に陥ることをできるだけ防止する観点からも極めて重要である。

同時に、被用者保険制度のあり方を考える上では、労働者と並ぶ制度の支え手である企業の視点も決して忘れてはならない。冒頭に述べたとおり、被用者保険は労働者とその家族のための制度であるが、企業もその収益の中から保険料を負担し、また日々の適用事務を企業が担うことにより制度が支えられている。従業員を新たに被用者保険に適用する際に生ずる企業の保険料負担は決して軽いものではなく、被用者保険の適用範囲を広げていく上では、それが企業の経営に与える影響について配慮する必要がある。

III. 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

１．これまでの適用拡大の結果及び影響の検証

①適用拡大の施行状況について

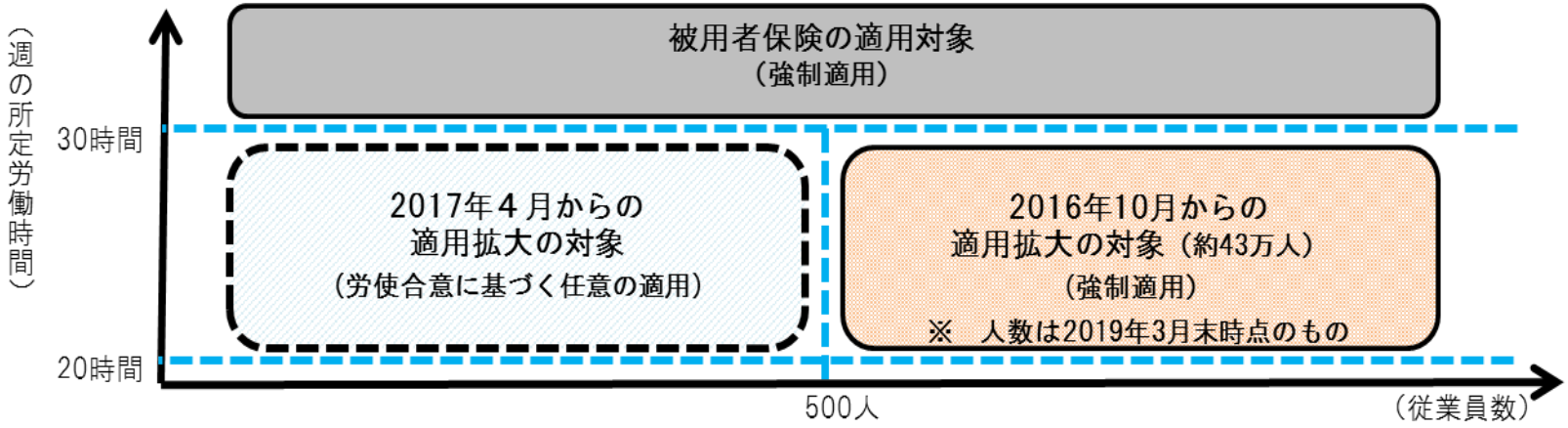
被用者保険が適用される者の範囲については、従来、フルタイムに近い働き方をする者に限られていたが[4]、社会保障と税の一体改革に伴う 2012 年（平成 24 年）の法改正に基づき、2016 年（平成 28 年）10 月から、従業員 501 人以上の企業において、（ア）週労働時間 20 時間以上、（イ）月収 8.8 万円以上（年収換算で 106 万円以上）、（ウ）雇用期間 1 年以上見込み、（エ）学生でないこと、の4要件を満たす短時間労働者（以下「短時間被保険者」という。）に適用対象が拡大された。

さらに、2016 年（平成 28 年）の法改正に基づき、2017 年（平成 29 年）４月からは、従業員 500 人以下の民間企業において、労使の合意があれば企業単位で適用拡大が実施可能となるとともに、国・地方公共団体については企業規模要件が撤廃され、規模にかかわらず適用されることとなった。

[4] １日又は1週の所定労働時間及び1月の所定労働日数が、当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者の所定労働時間及び所定労働日数のおおむね4分の3以上である者については、原則として健康保険・厚生年金保険の被保険者として取り扱うべきものとされていた。

図１　被用者保険の適用拡大のイメージ

＜被用者保険の適用拡大のイメージ＞



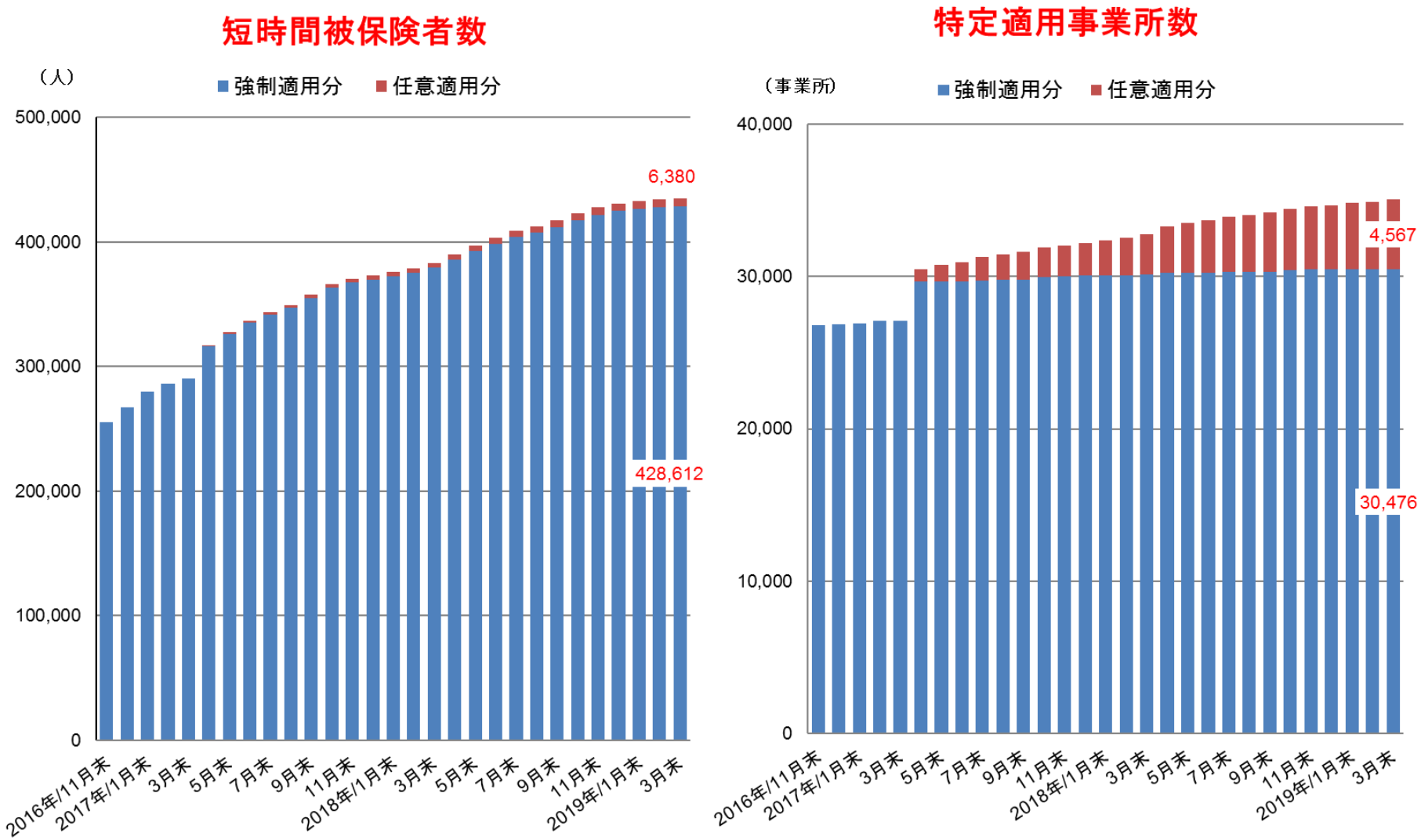
以下、これらの短時間労働者に対する適用拡大の施行状況について検証する。

まず、2016 年（平成 28 年）10 月からの従業員 501 人以上の民間企業等を対象とした義務的な適用拡大により、これまでに約3万事業所で勤務する約 43 万人が短時間被保険者として新たに被用者保険に加入している（2019 年（平成 31 年）3月末時点）。

義務的な適用拡大の対象者は制度施行後一貫して増加を続けているが、この背景としては、人手不足等を背景として、短時間労働者の労働時間の延長や時給単価の上昇等により、新たに短時間被保険者としての要件を満たす者が出てきていることが考えられる。

また、従業員 500 人以下の民間企業を対象とした任意の適用拡大については、2017 年（平成 29 年）4月の制度施行後、対象事業所数・短時間被保険者数とも増加を続けており、現在、約5千の事業所に勤務する約6千人が被用者保険に加入している（2019 年（平成 31 年）3月末時点）。人手不足が深刻化する中、中小企業の中にも、社会保険料の負担増よりも人材確保・育成を優先し、任意の適用拡大制度を活用する企業が徐々に増えてきているものとみられる。

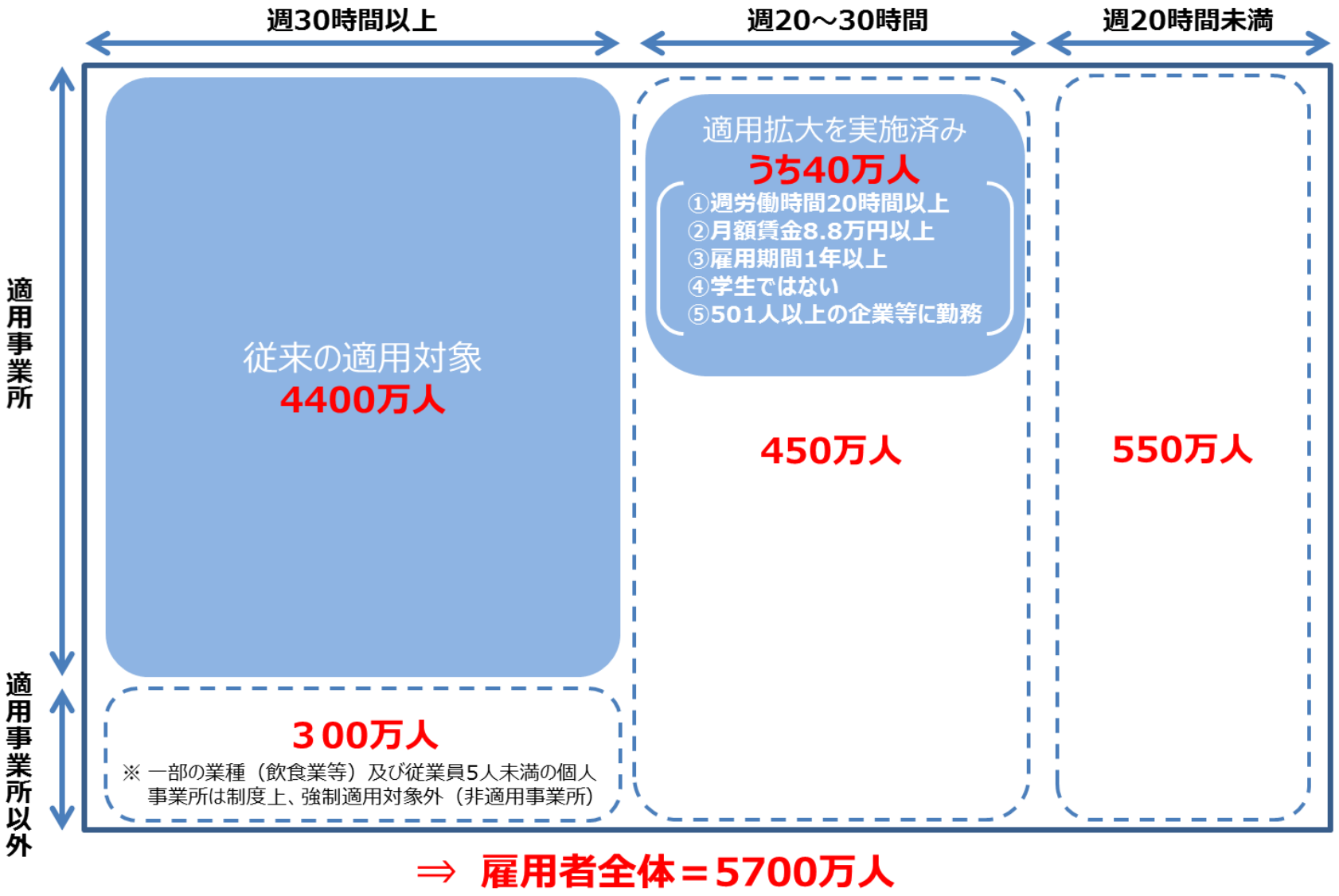
図２　短時間被保険者数及び対象事業所の推移



（出所）厚生年金保険・国民年金事業月報（速報）

こうした進展が、雇用者全体の規模で見るとどのように位置づけられるかを見てみる。「労働力調査 2018 年（平成 30 年）4～8月平均」特別集計をもとに推計すると（図3）、雇用者全体約 5,700 万人のうち、改正前の基準（週労働時間が 30 時間以上、適用事業所に勤務）では、約 4,400 万人が被用者保険の適用対象となる。先般の適用拡大によって新たに対象に含まれたのは、週労働時間が 20～30 時間の雇用者約 450 万人中、約 40 万人規模となる。今後、更なる適用拡大の議論にあたっては、このような適用状況の全体像を念頭において検討することが有用である。

図３　被用者保険の適用状況の見取り図

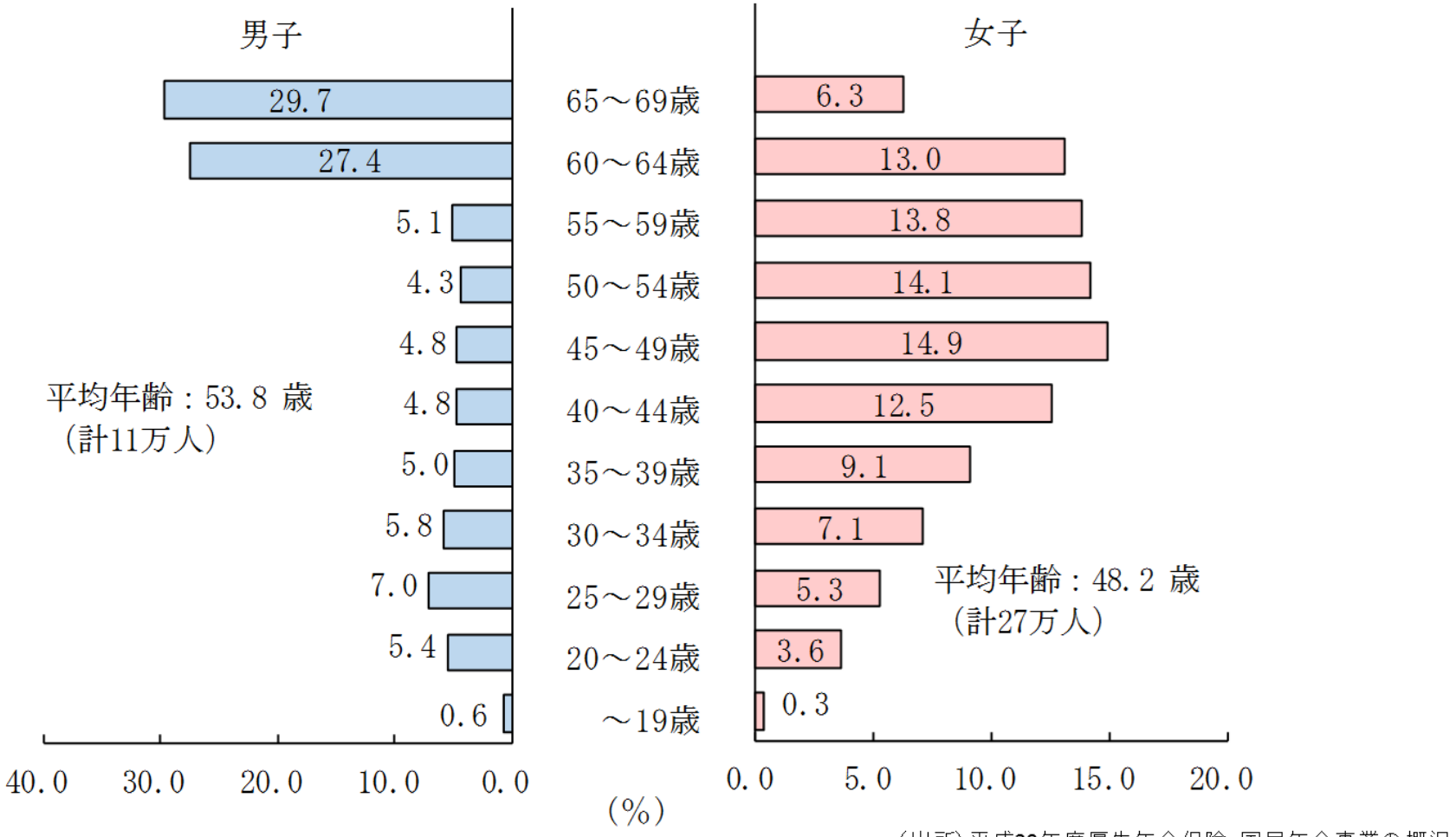


（注）「労働力調査2018年4～8月平均」の特別集計を用いて推計したもの。なお、厚生年金の被保険者年齢の上限である70歳以上の雇用者は除いている。

次に、これまでの適用拡大を通じて被保険者となった短時間被保険者の特徴を詳しく分析してみる。

まず、性別・年齢階級別に見ると（図4）、40～50 歳代の女性に加えて、60 歳以上の高齢者が非常に多くなっている。近年、女性や高齢者の労働参加が進んでいるが、これまでの適用拡大により、こうした女性や高齢者などの短時間労働者が被用者保険の体系に取り込まれていることがわかる。

図４　短時間被保険者の性別・年齢階層別分布



（出所）平成29年度厚生年金保険・国民年金事業の概況

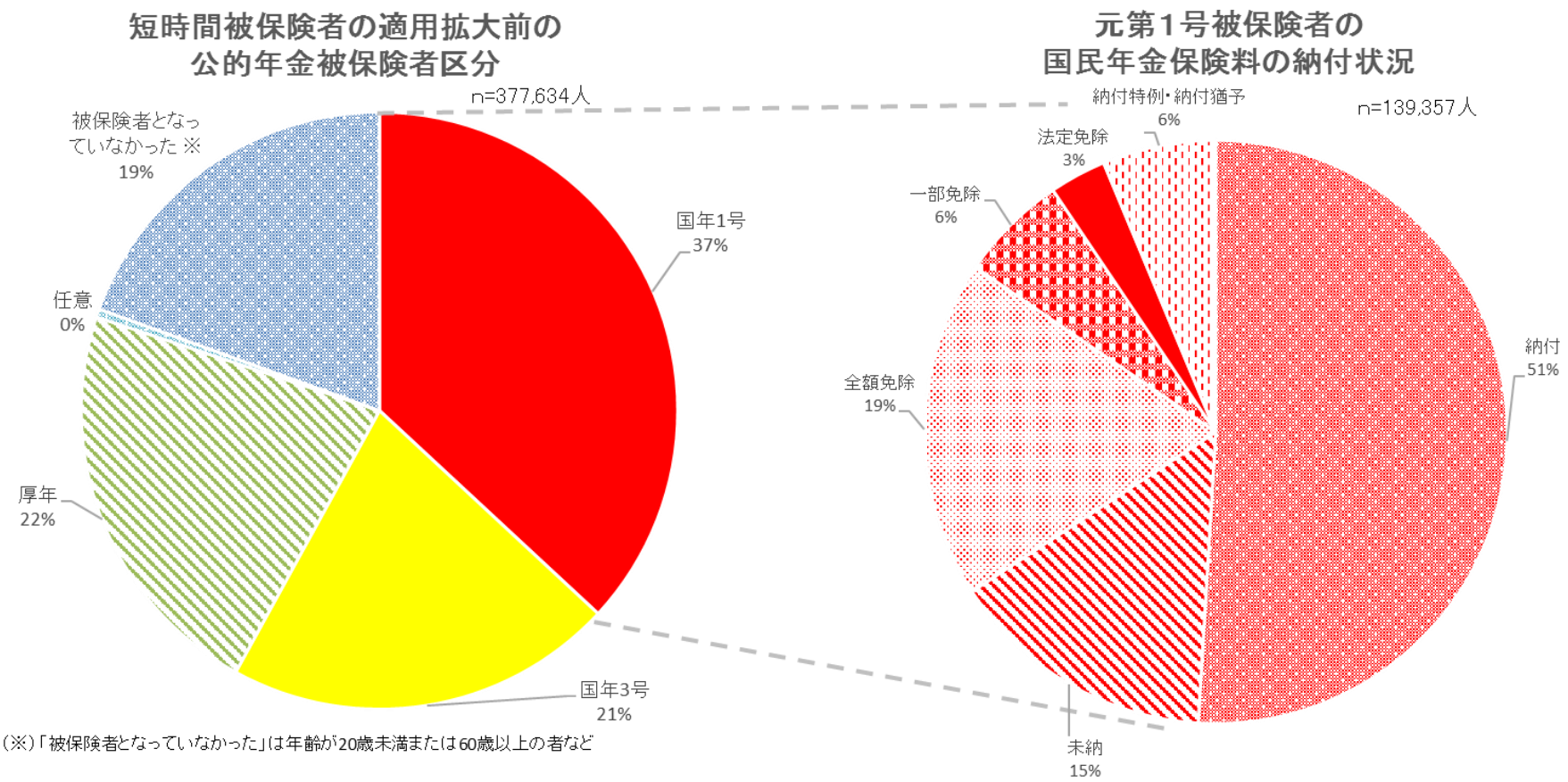
また、短時間被保険者の適用拡大前の公的年金の加入状況を見ると（図5）、国民年金第1号被保険者であった者が約4割と最も多く、そのほか、国民年金第3号被保険者、適用拡大以前から厚生年金の被保険者であった者、被保険者となっていなかった者が、いずれも約2割程度となっており、ここからも短時間被保険者となった者がいわゆる主婦パートだけではなく、多様な属性を持った者で構成されていることが確認できる。

このうち、国民年金第1号被保険者であった者の国民年金保険料の納付状況についてみると、約半数は全額納付となっていた一方で、残りの半数は免除または未納の状態であった。

第1号被保険者の保険料納付状況を就業状況別に見ると（図6）、自営業主や家族従業者に比べ、雇用者（常用雇用やパート・アルバイト）は完納者（平成 27 年度及び 28 年度の納付対象月の保険料をすべて納付した者）の割合が少なくなっていることがわかる。

免除については、その分、将来受け取ることができる年金も少なくなるほか、未納の場合は全く年金受給には結びつかない。適用拡大は、これまで国民年金第1号被保険者で低年金リスクを抱えていた者の将来の年金権の確保につながったことも指摘できる。

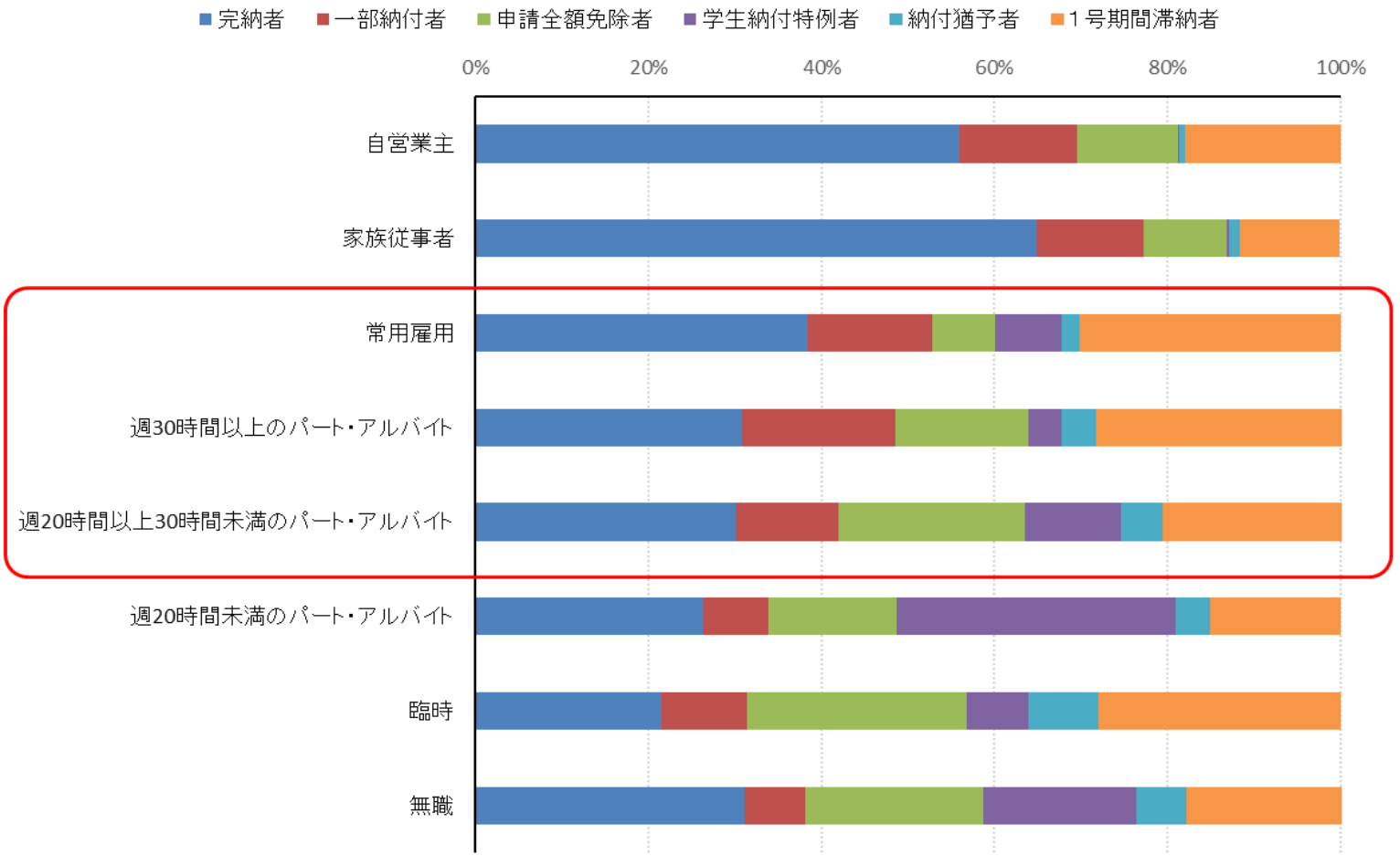
図５　短時間被保険者の適用拡大以前の公的年金の加入状況



(※)「被保険者となっていなかった」は年齢が20歳未満または60歳以上の者など

※ 適用拡大前の被保険者区分は平成27年末時点のもの。また、国民年金保険料の納付状況は今回の調査実施時点での平成27年12月分の納付状況。

図６　国民年金第1号被保険者の就業状況別保険料納付状況



※　2015～16年度の納付対象月の保険料のうち、すべてを納付した者を「完納者」、一部を納付した者を「一部納付者」、 全く納付していない者を「1号期間滞納者」としている。また、「申請全額免除」、「学生納付特例者」、「納付猶予者」はそれぞれ2016年度末の状況で区分している。

（出所）厚生労働省「国民年金被保険者実態調査（2017年）」

さらに、これまでの適用拡大の対象となった短時間被保険者の業種別分布を見ると(図7)、従業員に占める短時間労働者の比率の高い、「卸売業・小売業」、「医療・福祉」、「運輸業、郵便業」といった一部の業種に偏在している。被用者保険の適用拡大に伴う社会保険料の事業主負担は、新たに被保険者となった労働者[5]一人一人の標準報酬の概ね 14.15%[6]になり、全事業者の負担総額では年間約 850 億円(2017(平成 29)年度)と見込まれるが、こうした負担も同様に一部の業種に偏在している可能性を念頭に置く必要がある。また、事業主においては、こうした負担は賃金引上げの趨勢に照らせば、また、更なる適用拡大が行われた場合、一層増加することが懸念されている。

[5] 2017 年度(平成 29 年度)末の短時間被保険者数は約 38 万人。2018 年度(平成 30 年度)末時点の短時間被保険者数は約 43 万人。
[6] 健康保険料率(協会けんぽの平均保険料率)10%、厚生年金保険料率 18.3%のうち、事業主が負担する割合の合計。

図７　短時間被保険者の業種別分布

※2017年末時点の短時間被保険者を対象に、適用拡大施行前の2015年末時点の公的年金の加入状況等について、日本年金機構が保有する被保険者データを特別に集計したもの。

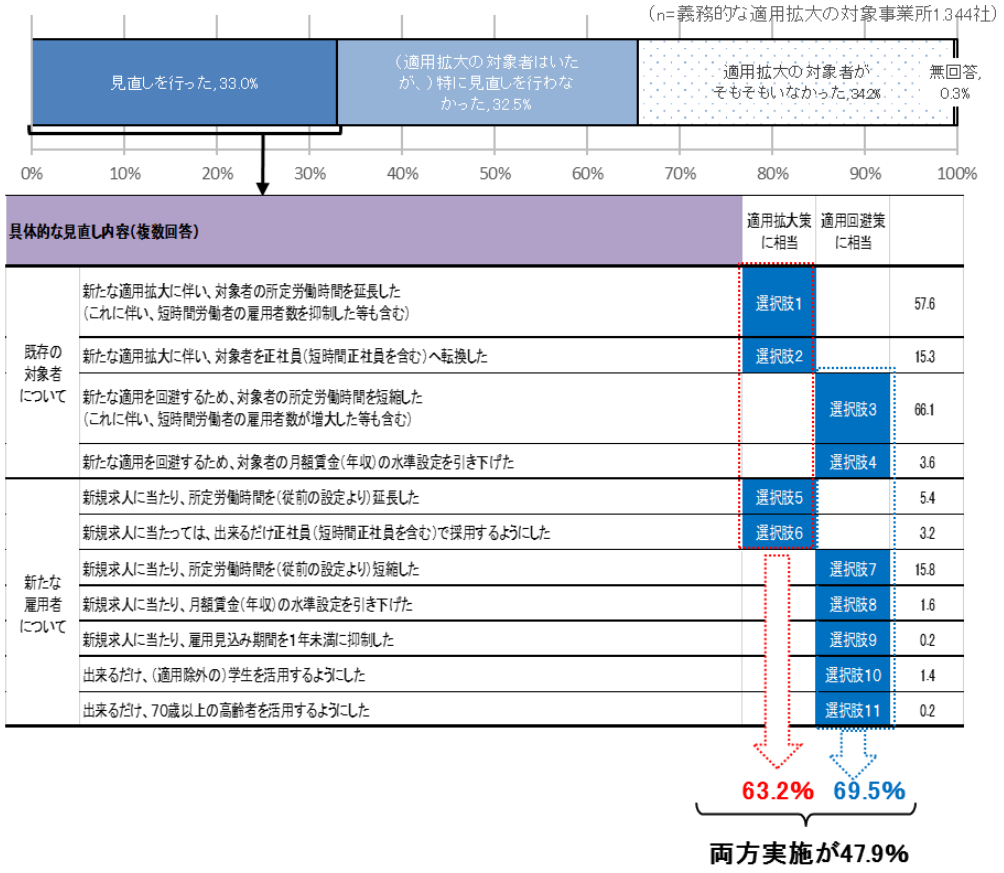
②　労働政策研究・研修機構（JILPT）による調査結果

次に、JILPT が行った実態調査の結果に基づいて、これまでの適用拡大に伴い、事業所における短時間労働者の雇用管理のあり方や、短時間労働者自身の働き方にどのような変化がみられたか、検証する。

まず、義務的な適用拡大の対象事業所の動向を見ると（図8）、適用拡大対応のために雇用管理上の見直しを行った事業所が調査対象の 33％であり、そのうち、「所定労働時間の延長」等の適用拡大策と、「所定労働時間の短縮」等の適用回避策の両方を実施した事業所が半数近くに及んでいる。見直しの理由としては、短時間労働者の希望を踏まえたとの回答が、適用拡大策、適用回避策双方とも多くを占めた。全体的には、対象事業所は短時間労働者の希望を踏まえての行動が多かったと考えられ、コスト回避を企図した見直しは限定的であったといえる。

図８　適用拡大策に伴う雇用管理の見直しについて

適用拡大策に伴う雇用管理の見直しの有無及び内容

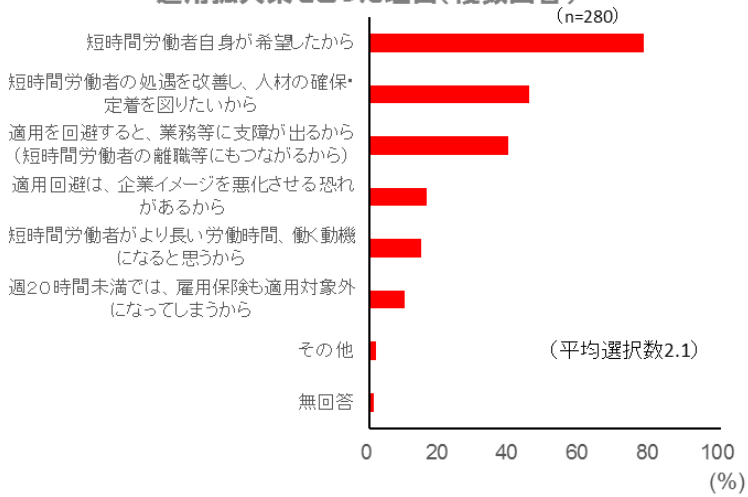


具体的な見直し内容（複数回答）		適用拡大策に相当	適用回避策に相当	
既存の対象者について	新たな適用拡大に伴い、対象者の所定労働時間を延長した（これに伴い、短時間労働者の雇用者数を抑制した等も含む）	選択肢1		57.6
	新たな適用拡大に伴い、対象者を正社員（短時間正社員を含む）へ転換した	選択肢2		15.3
	新たな適用を回避するため、対象者の所定労働時間を短縮した（これに伴い、短時間労働者の雇用者数が増大した等も含む）		選択肢3	66.1
	新たな適用を回避するため、対象者の月額賃金（年収）の水準設定を引き下げた		選択肢4	3.6
新たな雇用者について	新規求人に当たり、所定労働時間を（従前の設定より）延長した	選択肢5		5.4
	新規求人に当たっては、出来るだけ正社員（短時間正社員を含む）で採用するようにした	選択肢6		3.2
	新規求人に当たり、所定労働時間を（従前の設定より）短縮した		選択肢7	15.8
	新規求人に当たり、月額賃金（年収）の水準設定を引き下げた		選択肢8	1.6
	新規求人に当たり、雇用見込み期間を1年未満に抑制した		選択肢9	0.2
	出来るだけ、（適用除外の）学生を活用するようにした		選択肢10	1.4
	出来るだけ、70歳以上の高齢者を活用するようにした		選択肢11	0.2

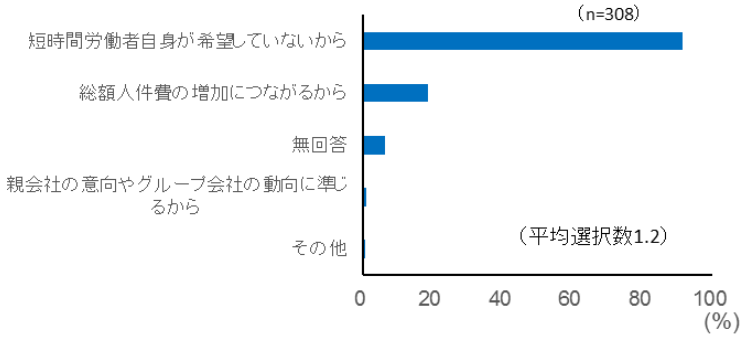
63.2%　69.5%

両方実施が47.9%

適用拡大策をとった理由（複数回答）



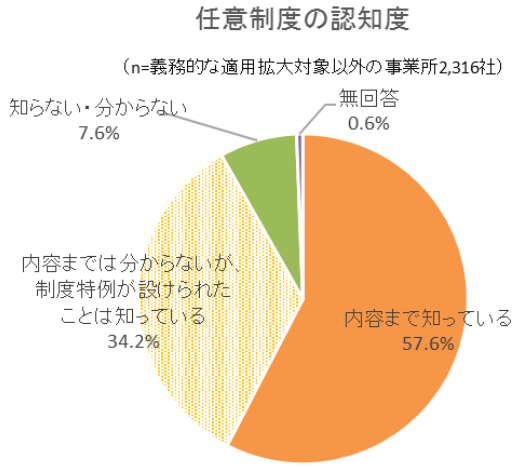
適用回避策をとった理由（複数回答）

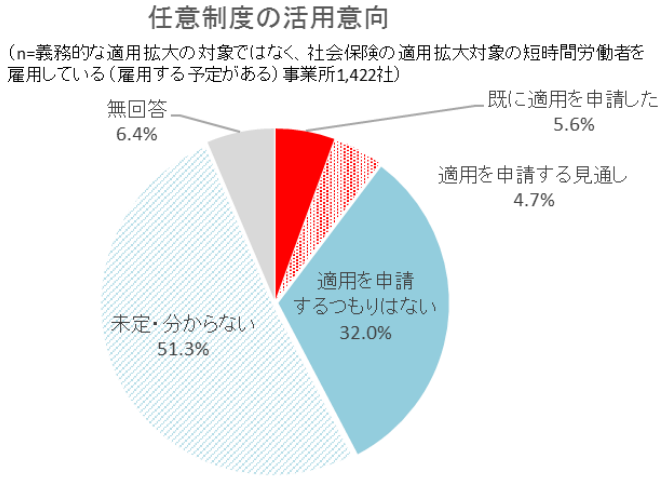


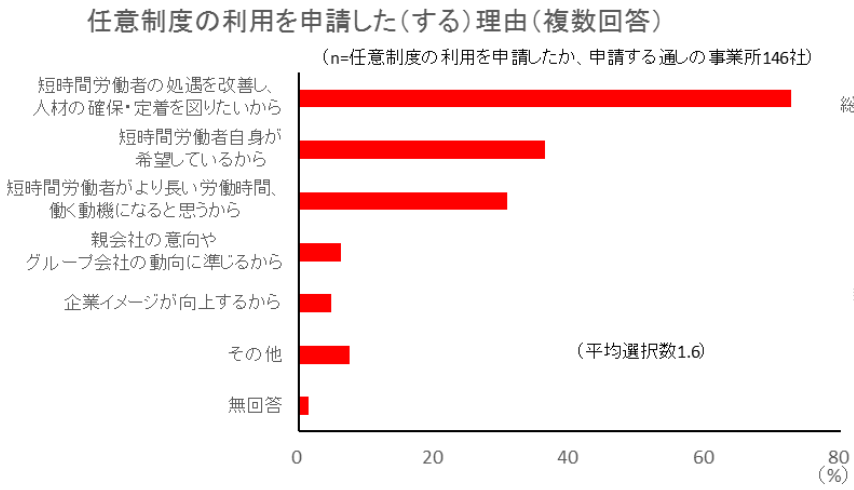
次に、義務的な適用拡大対象以外の事業所について見ると(図9)、労使合意に基づく任意的な適用拡大制度の存在が多くの事業所において認知されているものの、これを利用する意向を有している事業所はごく一部に留まっている。

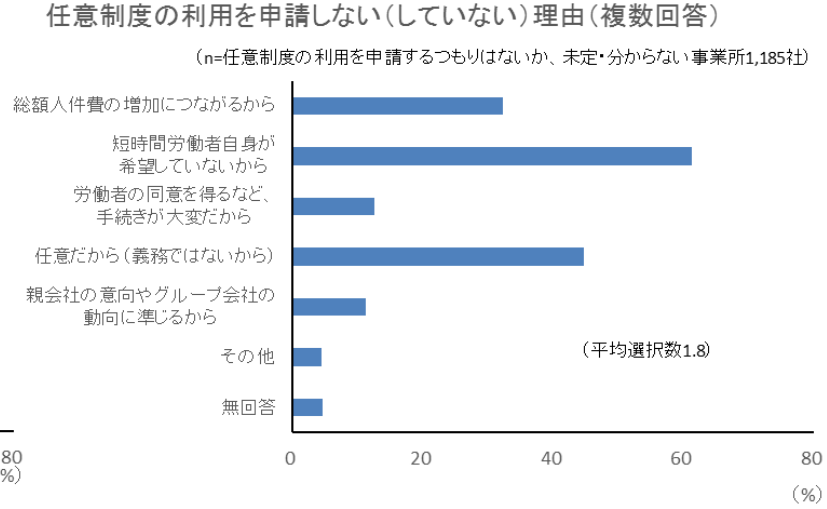
同制度を「既に申請した」あるいは「申請する見通し」の事業所に理由を尋ねると、「短時間労働者の処遇を改善し、人材の確保・定着を図りたいから」が最多で7割を超え、これに「短時間労働者自身が希望しているから」、「短時間労働者がより長い労働時間、働く動機になると思うから」が続いた。一方、当該制度を「申請するつもりはない」あるいは「未定・分からない」と回答した事業所に対してその理由を尋ねると、「短時間労働者自身が希望していないから」が最も多い。総じて、制度利用・不利用のいずれにしても、人材確保の必要性に加え、短時間労働者の意向が事業所の判断に相応の影響を与えていることがわかる。

図９　任意制度の認知度と活用意向



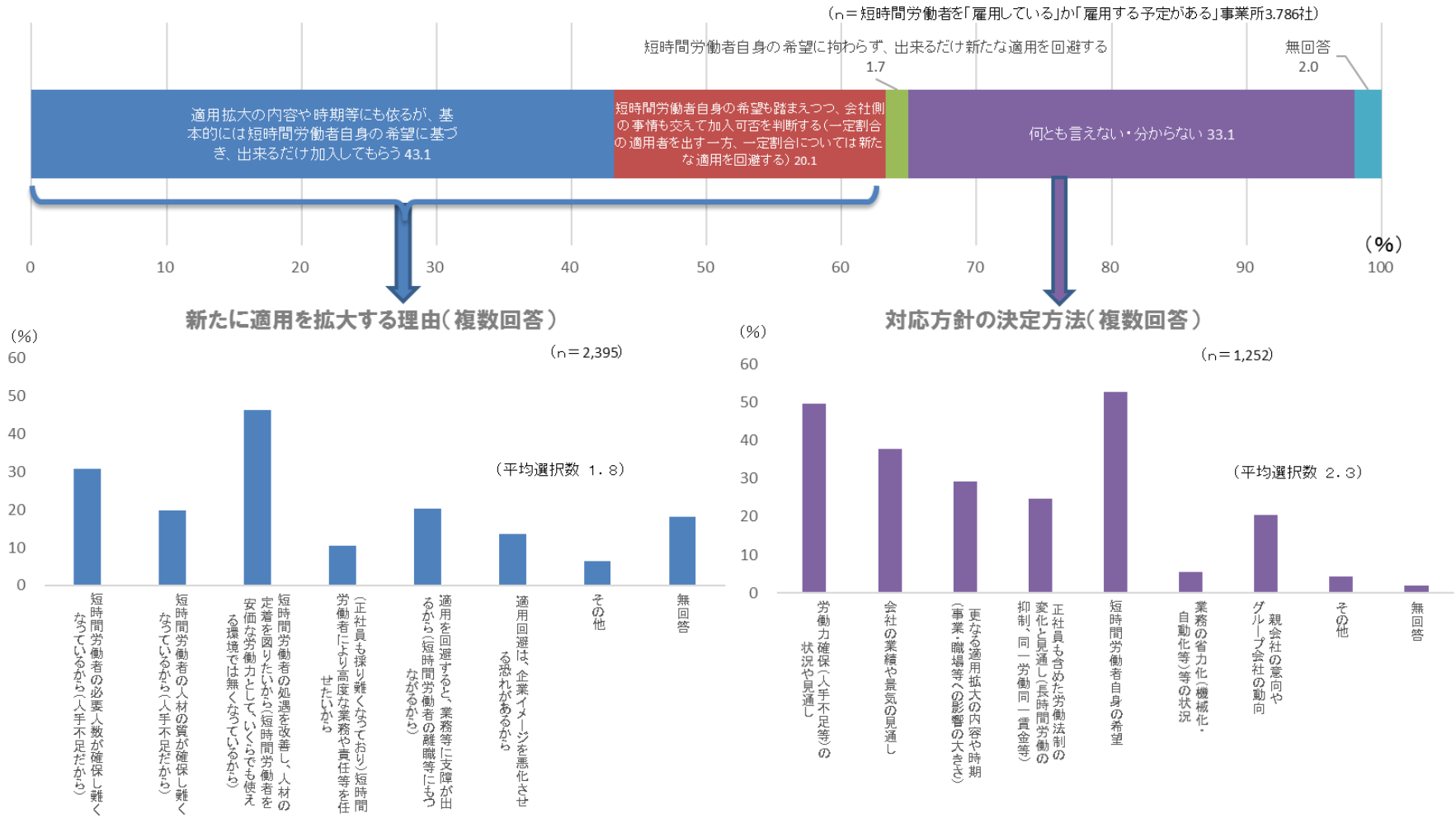






今後、更なる適用拡大が行われた場合の対応については（図 10）、「適用拡大の内容や時期等にもよるが、基本的には短時間労働者自身の希望に基づき、出来るだけ加入してもらう」との回答が最多で4割を超えた。前向きな回答の理由としては、「人材の定着を図りたいから」「人手不足だから」といった回答が多い。総じて、人手不足が深刻化する中、いたずらに安価な労働力を求めるのではなく、短時間労働者を含め雇用者全体の処遇改善が必要という認識が窺われた。

図10　今後のさらなる適用拡大への対応意向

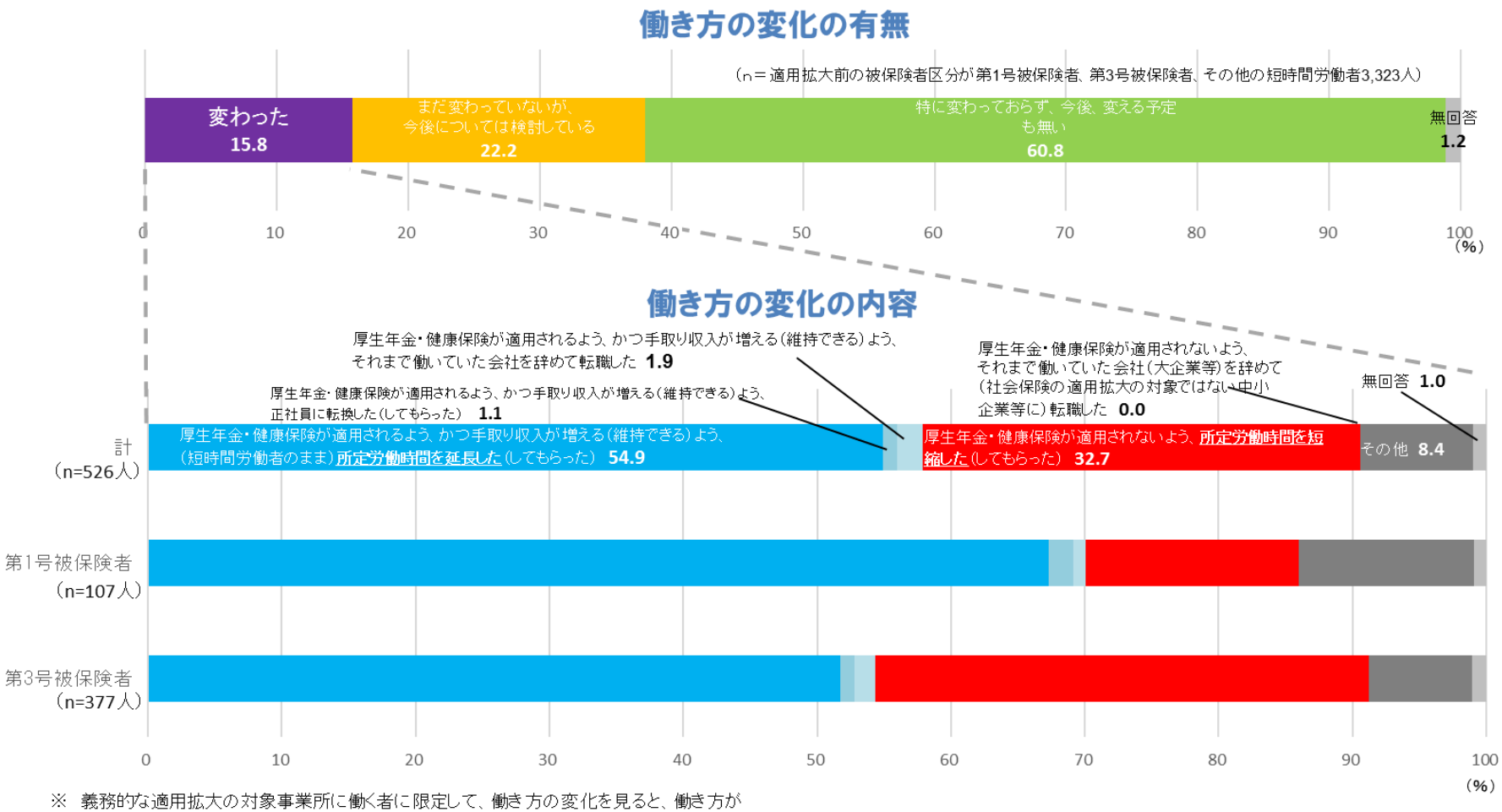


次に、適用拡大の短時間労働者の働き方への影響を検証する（図 11）。

全体的には、適用拡大に際して働き方を変えなかった労働者が8割超という結果となった。その上で、適用拡大に際して働き方を変えた者のうちでは、被用者保険適用回避のために労働時間を短縮する動きもあるものの、半数強は、適用を受け入れた上で、手取り収入が減少しないよう労働時間を延長した。この結果からは、全体的には適用拡大に際して働き方を変えなかった労働者が8割超であったが、適用拡大に際して働き方を変えた短時間労働者についても、施行前に懸念された適用回避のための労働時間の短縮という方向よりは、労働時間を延ばしつつ能力発揮の機会を広げる方向への作用が比較的多く見られたといえる。

また、適用拡大前の被保険者区分別で見ると、被用者保険適用回避のために労働時間を短縮する動きは元国民年金第1号被保険者より元国民年金第3号被保険者の方が多かったが、元国民年金第3号被保険者の中で見ると、適用を受け入れ、労働時間を延長した割合が相対的に大きかったことも指摘できる。

図11　働き方の変化



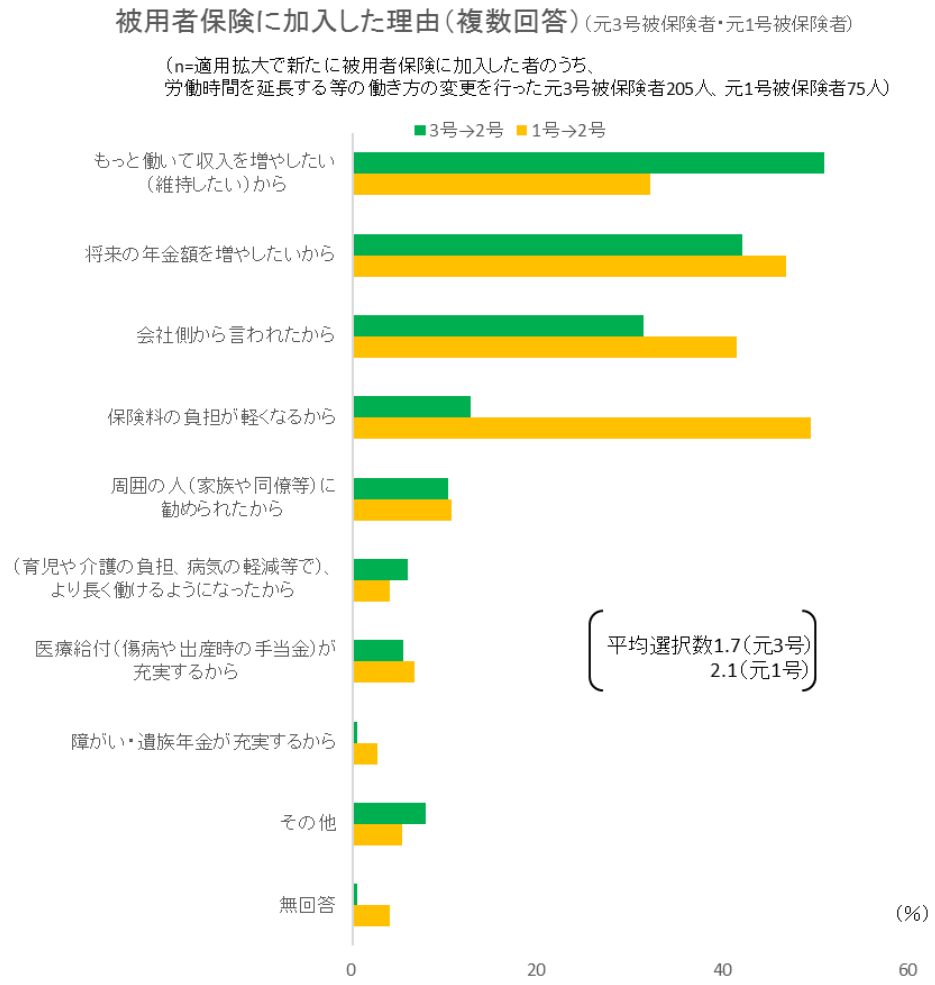
※　義務的な適用拡大の対象事業所に働く者に限定して、働き方の変化を見ると、働き方が変わった割合は31.1%となる。しかし、働き方の変化の内容については大きな相違はない。

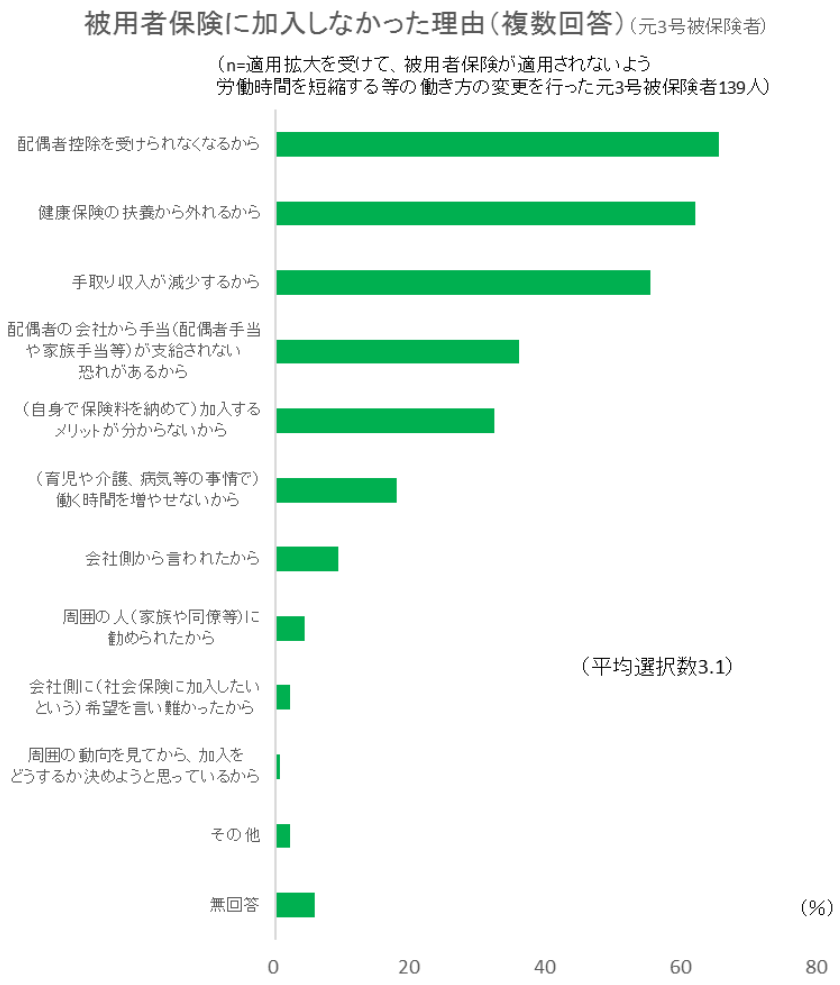
被用者保険の適用を受ける方向で働き方を変更した理由について、適用拡大前の被保険者区分別に見ると（図 12）、元国民年金第1号被保険者では「保険料の負担が軽くなるから」が最多、元国民年金第3号被保険者では「もっと働いて収入を増やしたい（維持したい）から」が最多であった。また、「将来の年金額を増やしたいから」、「会社側から言われたから」といった理由は両者に共通して多かった。

一方、被用者保険適用を回避する方向で働き方を変更した元国民年金第3号被保険者にその理由を尋ねると、「配偶者控除を受けられなくなるから」、「健康保険の扶養から外れるから」など、税・社会保険制度上の理由を挙げる者がそれぞれ6割を超えた。

このように、被用者保険適用のメリットをしっかりと認識し、適用対象となるような働き方を選ぶ短時間労働者が、元第1号被保険者・元第3号被保険者を問わず4割以上の割合で見られたことが確認できる一方、税・社会保険制度が依然として就業調整の要因として挙げられるということも確認される結果となっている。

図12　被用者保険に加入した・加入しなかった理由

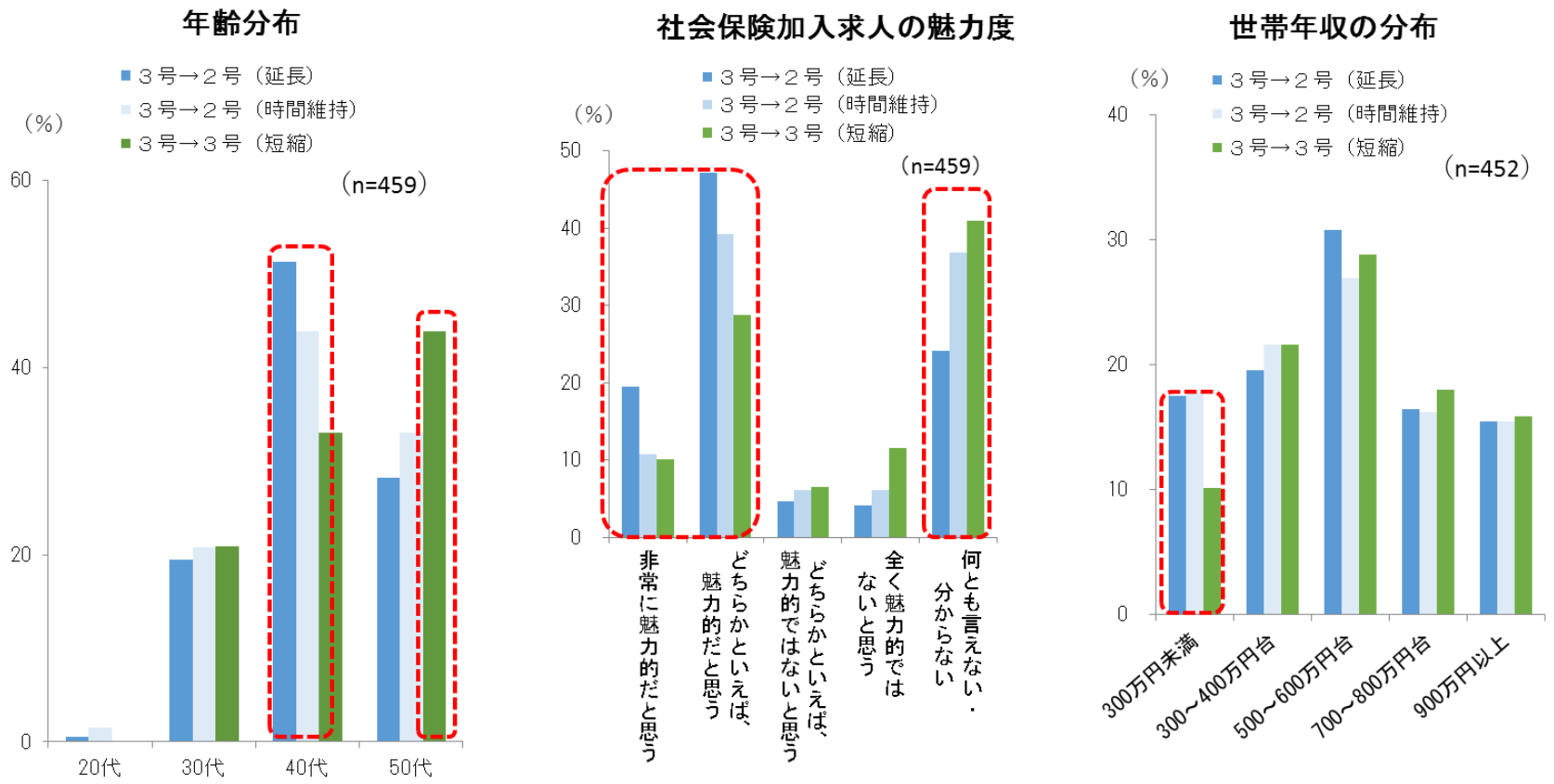




特に国民年金第3号被保険者の対応を仔細に見ると(図 13)、40 歳代では被用者保険に加入した者が多いのに対し、50 歳代では、被用者保険に加入することを回避した者が多かった。また、被用者保険に加入できる条件が掲載された求人について、魅力的だと思う者ほど、被用者保険に加入する傾向にあった。なお、世帯年収 300 万円未満の第3号被保険者は、他の世帯年収区分の者と比べ、被用者保険加入を回避した者の割合が目立って低かった。

以上の結果から、第3号被保険者の適用拡大への対応は、年齢や社会保険加入の捉え方、属する世帯の年収水準によっても差異があることが窺われた。

図13　第3号被保険者の適用拡大への対応の特徴



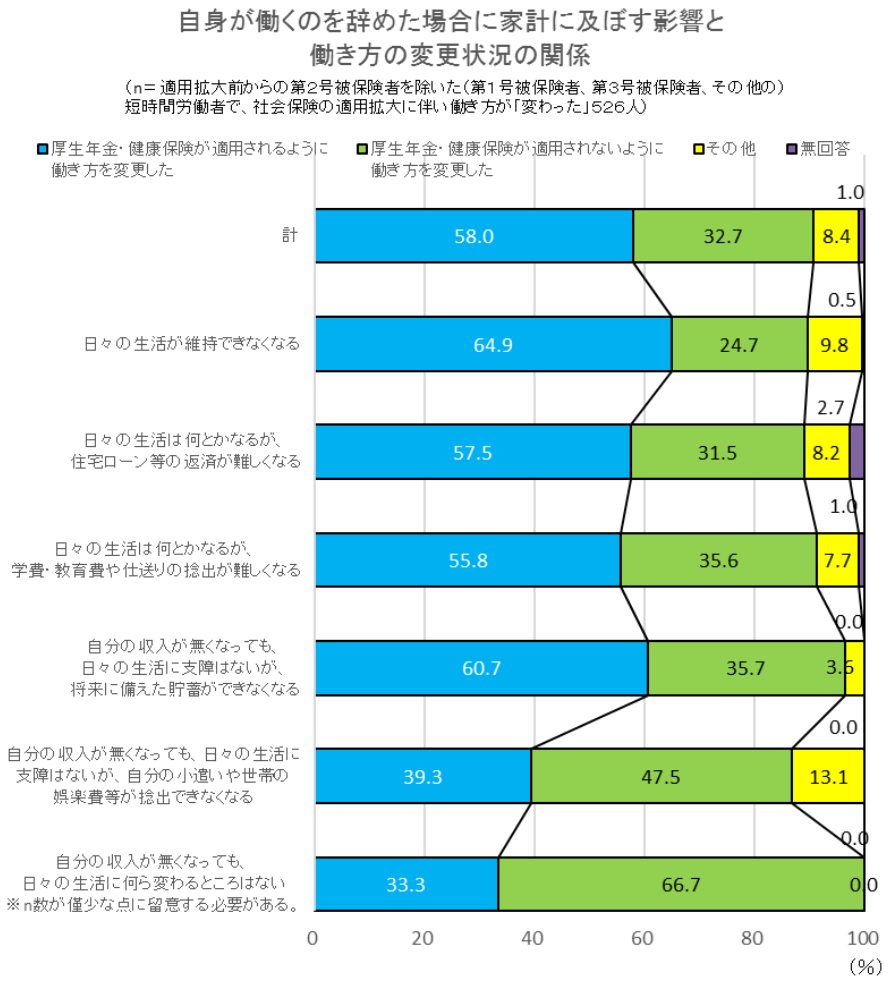
※3号→2号(延長)、3号→2号(時間維持)、3号→3号(短縮)の各カテゴリーに占める割合

(出所)JILPT「社会保険の適用拡大に伴う働き方の変化等に関する調査」を元に作成

最後に、自身が働くのを辞めた場合の家計に対する影響と、適用拡大に伴う働き方の変化の関係を見る（図 14）。自身が働くのを辞めると、「日々の生活が維持できなくなる」など、家計への影響が大きいと考える短時間労働者ほど、今般の適用拡大に際しても被用者保険が適用されるように働き方を変更し、対して家計に余裕がある人ほど適用を回避した傾向がある。

上記の傾向は、性別や年齢、適用拡大前の被保険者区分といった基礎的な属性を計量的手法を用いてコントロールしても、統計的に有意に確認された。このことは、世帯年収との関係を示唆する前段及び図 13 の分析とも整合的である。

図14　自身が働くのを辞めた場合に家計に及ぼす影響と働き方の変更状況の関係



社会保険が適用されるように働き方を変更した人の特徴

被説明変数:「適用拡大されるように働き方を変更した」＝1 「しなかった」＝0	b	S.E.	
性別ダミー（男性）			
女性	0.177	0.433	
年齢層ダミー（65歳以上）			
～34歳	0.847	0.615	
35～44歳	1.533	0.554	**
45～54歳	1.126	0.554	*
55～64歳	0.649	0.529	
適用拡大前の被保険者区分ダミー（その他）			
第1号被保険者	0.462	0.41	
第3号被保険者	−0.666	0.385	†
自身が働くのを辞めた場合の家計に対する影響ダミー （小遣いや娯楽費等の捻出が出来なくなる）			
日々の生活が維持できなくなる	0.965	0.306	**
日々の生活はなんとかなるが、住宅ローン等の返済が難しくなる	0.779	0.365	*
日々の生活はなんとかなるが、学費・教育費や仕送りの捻出が難しくなる	0.722	0.342	*
自分の収入が無くなっても、日々の生活に支障はないが、将来に備えた貯蓄ができなくなる	0.914	0.348	**
定数	−1.265	0.562	*
有効数	513		
-2対数尤度（最終）	654.925		
X^2	40.725		***
Nagelkerke R^2	0.103		

注）（）はレファレンス・グループ。***：p＜0.001、**：p＜0.01、*：p＜0.05、†：p＜0.1。
なお、自身が働くのを辞めた場合の家計に対する影響ダミーのリファレンスは、「自分の収入が無くなっても、日々の生活に支障はないが、自分の小遣いや世帯の娯楽費等が捻出できなくなる」と「自分の収入が無くなっても、日々の生活に何ら変わるところはない」（n数僅少）を統合したもの。

③ 関係団体に対するヒアリング結果

本懇談会では、適用拡大の影響が大きいと考えられる業種の使用者団体のほか、被用者保険が非適用となっている業種の団体、働き方の多様化に関する団体、労働者団体など、計 13 団体に対してヒアリングを実施し、その結果について整理を行った。

これまでの適用拡大の影響に関連して、まず多くの使用者団体から、近年のパート労働市場における需給逼迫により、事業運営に必要な労働力の確保が極めて重要な経営課題になっているとの指摘があった。

また、短時間労働者のうち、主婦（主夫）層（健康保険被扶養配偶者・国民年金第3号被保険者）やシニア層（国民年金の加入義務がない年齢の者）については、手取り収入の維持を重視し、保険料負担が発生しない範囲で就労しようとする傾向が根強いとの指摘があった。こうした主婦層等の就業行動については、企業の事業運営の制約要因となるとともに、正社員等の他の従業員の負担となっているとの指摘があった。また、こうした行動を誘発している制度的要因が、主婦層等と同種の職に就く傾向にある一人親など、他の短時間労働者の就労条件に対して悪影響を及ぼしているとの指摘もあった。

そうした中、2016 年（平成 28 年）10 月の適用拡大を受け、多くの企業は労働力の確保を優先し、従業員の意向を重視しつつ、できるだけ労働時間を延長・維持してもらう方向で対応したとの説明があった。具体的影響としては、短時間労働者の働き方に、被用者保険の適用を受容した上で手取り収入の減少を補うために労働時間を延長する場合と、保険料負担を回避するために労働時間を短縮する場合という両方向の動きが発生したとの認識が示された。

なお、全体としていずれの動きの影響が大きかったのかについて、使用者団体からは、労働時間を短縮する動きが目立ち、労働力不足に拍車がかかったとの意見と、労働時間を短縮する動きは限定的であったとの意見の双方があった一方、短時間労働者を多く雇用する労働集約的な産業からは、利益率が低い中、適用拡大に伴う社会保険料負担の増加は企業経営に対して無視できない影響を与えたとの意見があり、適用拡大が与えた影響は各産業によってその程度に違いが生じていることが窺われた。

適用拡大により、短時間労働者の労働時間について延長・短縮双方の動きがあったこと、企業への影響は業種によっても違いがあったことといった本ヒアリングの結果は、①・②で行った分析とも整合する。

④　適用拡大企業に対するアンケート結果

厚生労働省年金局において、①2016 年（平成 28 年）10 月から適用拡大の対象となった従業員数 501 人以上の企業における適用拡大の影響や、②労使合意に基づく適用拡大を導入した従業員 500 人以下企業の導入目的・経緯等について、個別の企業から意見を求めるため、2019 年（平成 31 年）2月から3月にかけてアンケート調査を行った（大企業 49 社、中小企業 280 社に対して、郵送や電子メール等で質問票を送付することにより実施）。結果については第5回懇談会（2019 年（平成 31 年）4月 16 日）で報告を行ったが、その時点で、大企業について 28 社（回収率 57%）、中小企業について 134 社（回収率 48%）から回答があった。

i）従業員 501 人以上企業における適用拡大の影響等

先般の適用拡大の対象となった企業においては、年金額の簡易シミュレーターの活用、制度変更の周知徹底、個々の短時間労働者との面談等を通じ、労働者数・労働時間の確保に成功し、影響は軽微であったとの意見があった。

他方、労働時間を短縮する短時間労働者がおり、他の社員に負荷がかかったとの意見もあり、人手不足に苦しむ企業もあった。さらに、適用拡大による社会保険料負担の増加が企業経営に与える影響が大きいとの意見もあった。

なお、現行の短時間労働者の適用要件についての問題に関する指摘もあった。たとえば、従業員数 501 人以上という基準については、同じ働き方をしても他社では被用者保険への加入が不要であるという理由で転職した者もいたという意見や、グループ企業内での適用状況の違いにより人事異動が柔軟にできないといった意見があった。さらに、月額賃金 8.8 万円以上という賃金要件については、短時間労働者の就業調整を招く、要件該当を確認するための事務負担が大きい、同じ労働時間であっても時給単価の違いにより適用・不適用が分かれることから、賃金要件の設定に当たっては賃金の地域差を勘案すべき、といった意見があった。

ii）労使合意に基づく適用拡大を導入した企業の導入目的・経緯等

労使合意に基づく適用拡大を導入した企業においては、その目的や経緯等について、人員確保及び従業員の保障を厚くする観点から導入したとの意見が多く見られた。その結果、就労調整も起きなくなり、また被用者保険に加入できるという理由で入社を決意した従業員もいるなど、適用拡大の正の影響を実感できたとの回答もあった。

他方、短時間労働者側の受止めは様々であり、適用拡大を理由に退職する者がいたとの声もあった。これに対し、事業者が従業員にメリットを説明することで納得して被用者保険に加入したとの意見も多くあった。

iii) アンケート結果に関する総括

アンケート全体の結果を見れば、適用拡大による影響については、短時間労働者の適用回避行動が一定数見られたこと、そのことにより人手不足にさらなる影響を与えていること、社会保険料負担の増加が経営に与える影響が大きいなど、企業経営に対する負の影響があることも否定できない反面、従業員への丁寧な説明により適用回避行動をある程度解消できること、むしろ人員確保や従業員の福利厚生向上に資することなど、負の影響が軽微・減殺可能、あるいは正の影響があるという認識も確認された。

２． 今後の検討の方向性

① 基本的な考え方

被用者保険の適用拡大については、2015 年（平成 27 年）1月の社会保障審議会年金部会の「議論の整理」でも、「全体的な方向性としては、日本の公的年金の現状や働き方の多様性を踏まえたときに、労働参加の促進に向けた社会全体の取組を進めていく中で、更に適用拡大を進めていく必要があることについての異論はなかった」とあるように、これまでもその意義や必要性について議論が行われてきた。

第一に、被用者にふさわしい保障の実現に資することである。適用拡大によって、被用者でありながら国民年金・国民健康保険加入となっている者に対して、被用者による支えあいの仕組みである厚生年金による保障（報酬比例の上乗せ給付）や健康保険による保障（病気や出産に対する傷病手当金や出産手当金の支給）が確保される。こうした保障を受ける前提となる保険料についても、被用者保険では労使折半の負担となる。

第二に、働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築に資することである。適用拡大によって、労働者の働き方や企業による雇い方の選択において、社会保険制度における取扱いによって選択を歪められたり、不公平を生じたりすることがないようにする。これまで、必ずしも労働者自身や企業の自由な選択によらず、各種制度的要因によって就業調整が生じている可能性が指摘されてきたが、適用拡大などを通じて働き方に中立的な制度が実現すれば、働きたい人の能力発揮の機会や企業運営に必要な労働力が確保されやすくなることが期待できる。

第三に、社会保障の機能強化に資することである。適用拡大によって厚生年金の適用対象となった者は、定額の基礎年金に加え、報酬比例給付による保障を受けられるようになる。加えて、適用拡大はどのような働き方であっても共通に保障される給付である基礎年金の水準の確保につながり、これによる年金制度における所得再分配機能の維持にも資する。

2014 年（平成 26 年）及び 2019 年（令和元年）の財政検証のオプション試算においては、適用拡大の具体的内容に関して複数の仮定を置いた上で、上述の基礎年金水準の確保の効果が具体的に示された。2014 年（平成 26 年）財政検証では、拡大内容に係る仮定に応じて、基礎年金の調整期間が1～14 年短縮され、調整終了後の所得代替率は 0.5～6.9％改善することが示された（経済前提ケースＥの場合）。2019 年（令和元年）財政検証では、拡大内容に係る仮定をより充実

させた上で、基礎年金の調整期間が1～8年短縮され、調整終了後の所得代替率は 0.5～4.8％改善することが示された（経済前提ケースⅢの場合）。

本懇談会においても、これらを踏まえた上で、適用拡大に係る今後の検討の方向性について、様々な側面から議論がなされた。

まず、被用者保険の適用範囲に関しては、本来、雇用形態や企業規模の違いによって適用の有無が異なることは働く者にとって不合理であり、被用者保険適用によって働く者にふさわしい保障を実現していくことが肝要との視点が示された。

短時間労働者に対する適用拡大については、まず、働き方により中立的な制度体系を実現する意義があることが指摘された。また、国民年金第1号被保険者で低年金リスクを抱える者の将来の年金権の確保につながることから、単身女性世帯やいわゆる就職氷河期世代を含む将来の無年金・低年金リスクを有する人々のための貧困対策・老後の安心確保としても重要であり、さらに、健康保険については傷病手当金や出産手当金を受け取れるようになるなど労働者にとっての利点が大きく、速やかに取り組むべきとの意見があった。企業にとっても、長期的には従業員の処遇を改善していくことがプラスであるとの指摘がなされ、総じて適用拡大の社会的意義の大きさが示された。

一方、適用拡大の具体的な進め方については、被用者保険適用に伴う事業者負担や業種による負担差のほか、最低賃金の引上げ等の制度改正や、社会保険料負担増、人手不足、働き方改革への対応、消費税増税分の価格転嫁等の経済社会情勢の動向による影響を含む中小事業者の厳しい実情についても総合的に勘案しつつ検討する必要があるとの意見があった。これまでの適用拡大の際の取組も踏まえつつ、今回はどのような対応が考えられるか幅広く検討する必要があるとの意見もあった。そもそも、保険料負担を含む人件費の趨勢的増加に事業者が対応できるよう、中小企業の生産性向上に向けた総合的な方策や支援策について関係省庁が連携して中長期的に議論していくべきではないかとの指摘もあった。

こうした議論を通じて、本懇談会では、被用者として働く者については被用者保険に加入するという基本的考え方が示された。また、具体的な適用拡大の進め方については、人手不足や社会保険料負担を通じた企業経営への影響等に留意しつつ、丁寧な検討を行う必要性が示された。

②　適用拡大の対象企業の範囲

現在、義務的な適用拡大の対象企業は、従業員 501 人以上の企業等に限られており、従業員 500 人以下の企業においては、労使合意がない限り適用の対象とはならない（ここでいう従業員数は、週所定労働時間が通常の労働者の4分の3以上の労働者の総数であり、短時間労働者を含まない）。この企業規模要件は、中小企業の負担を考慮して、激変緩和の観点からの段階的な適用拡大を進めていくために設定されたものであり、法律上の位置付けも、法律本則に規定された他の要件と異なり、改正法の附則に当分の間の経過措置として規定されている。

企業規模要件については、企業規模の違いによって社会保険の取扱いが異なることは不合理であり、経済的中立性、経過措置としての位置づけ等にも鑑みれば、最終的には撤廃すべきとの意見があったほか、企業規模要件が労働者の就業先選択に歪みをもたらしている、グループ企業内での人事異動の妨げとなっているといった指摘があった。また、従業員数が 501 人以上かどうかは公表情報ではわからないことが多く、また、地域によって大規模企業が少ない場合もあることから、労働者が仕事を選ぶ際に社会保険加入の有無を自由に選べないことを問題視する意見もあった。さらに、企業規模要件の撤廃が必ずしも中小企業にとって不利益に働くわけではなく、労働者の福利厚生に係る選好等を考慮すれば、人材確保の面で大企業に劣らない環境を確保できる利点もあるのではないかとの指摘もあった。

一方で、本要件の見直しを検討するに当たっては、雇用の提供者としての企業の存続を脅かすことのないよう、企業への影響を十分に検証した上で適切に対応すべきとの意見があった。具体的には、中小企業の負担面を考慮した段階的な実施など、何らかの支援が必要であれば検討すべきとの意見があった。

こうした議論を通じて、企業規模要件については、被用者にふさわしい保障の確保や経済活動への中立性の維持、法律上経過措置としての規定となっていることなどの観点から、本来的な制度のあり方としては撤廃すべきものであるとの位置づけで対象を拡大していく必要性が示された。また、現実的な問題として、事業者負担の大きさを考慮した上で、負担が過重なものとならないよう、施行の時期・あり方等における配慮や支援措置の必要性について指摘された。

③　適用対象となる短時間労働者の範囲

（ア） 労働時間要件

週の所定労働時間が 20 時間以上という労働時間要件については、短時間労働者が被用者保険の対象にふさわしい「被用者」としての実態を備えているかどうかを判断する基準として、雇用保険の適用基準の例を参考に設定されたものである。

これについて、実務上の困難も考慮に入れつつ、一定以上の給与収入のある者には被用者保険を適用するという原則に基づいて、20 時間という数字の妥当性も含め要件のあり方を検討すべきとの意見があった一方、基準を引き下げれば労働時間を減らす誘因になってしまう恐れがあるとの意見、20 時間という数字は雇用保険も同様で、被用者性の基準として分かりやすいという意義があるとの意見もあり、全体としては、まずは週労働時間 20 時間以上の者への適用拡大の検討を優先的課題とする共通認識が窺われた。

こうした議論を通じて、労働時間要件については、被用者にふさわしい保障を確保する趣旨を踏まえつつ、他の論点との優先順位や短時間労働者の就業に与える影響等も慎重に考慮した検討の必要性が示された。

（イ） 賃金要件

月額賃金が 8.8 万円以上という賃金要件は、国民年金第1号被保険者の負担や給付の水準とのバランスを図る観点から設けられた要件である。

賃金要件については、都市部と地方の間の賃金水準の差異によって、同じ労働時間でも被用者保険の適用に差異が生じるため不公平との意見や、労働時間要件に加えて賃金要件があると二重の要件となり複雑であるとの意見、賃金要件が就業調整の基準として強く意識されているとの意見があり、見直しを検討すべきとの主張があった。また、労働時間要件または賃金要件のいずれかに該当すれば適用となるよう見直すべきとの意見があった。

一方で、月額賃金 8.8 万円未満の短時間労働者は、国民年金第3号被保険者を高い割合で含むなど、8.8 万円以上の短時間労働者と性質が異なることも示されたほか、国民年金第1号被保険者の負担及び給付とのバランスの観点を踏まえれば、現行の基準を維持すべきとの意見もあった。

さらに、最低賃金の推移を見ると、近いうちに週 20 時間労働で当然に月額 8.8 万円を超えてくることも想定されることから、今次改正で賃金要件の見直しを行う必要性を疑問視する意見も呈された。

こうした議論を通じて、賃金要件については、就業調整の要因となるなど課題も示された一方、国民年金第1号被保険者とのバランスや、短時間労働者の就業に与える影響、賃金要件と最低賃金の水準との関係を踏まえて、制度の見直しの緊要性の程度も念頭に置いた検討の必要性が示された。

（ウ） 勤務期間要件

勤務期間が継続して1年以上見込まれる場合に適用対象とするという勤務期間要件は、勤務期間が短い者を適用対象とすることにより、適用事務を担う事業主の負担が過重となることを避ける観点から設けられている。

もっとも、勤務期間要件については、労働法規の適用と同様に、契約上の雇用期間が1年未満であったとしても、更新により1年を超える可能性がある場合には「1年以上見込み」として適用する運用がなされているなど、短時間労働者の就業実態も踏まえると、本要件によって適用が左右されているケースは限定的である可能性が示唆されている。

懇談会での議論においても、事業主の事務負担の合理化を求める意見があった一方で、フルタイム労働者に係る2か月の基準[7]に統一してはどうかとの意見、現行の雇用保険の基準に合わせ、期間を短縮する方向で見直してはどうかとの意見や、勤務期間要件への該当の有無は雇用契約当初の時点では判断困難であるとして、要件の必要性自体を疑問視する意見があった。

こうした議論を通じて、勤務期間要件については、事業主負担が過重にならないようにするという趣旨や、実務上の取扱いの現状を踏まえて、要件の見直しの必要性が共有された。

（エ） 学生除外要件

[7] フルタイム労働者については、「二月以内の期間を定めて使用される者」である場合、被用者保険の適用対象から除外されている。

短時間就労をしている学生（学生アルバイト）については、他の適用要件を満たす場合においても被用者保険の適用対象から除外されているが、この学生除外要件は、勤務期間が短いという学生アルバイトの一般的傾向を踏まえて、適用実務を担う企業の事務負担が過重なものとならないように設けられている。

学生除外要件については、将来社会人になって被用者保険の適用対象とされていくべき学生を、他のパート労働者と同じ枠組みで議論すべきではないとの意見があった。また、取扱いを変更した際の事業者の事務負担も考慮すべきという意見もあった。学生でありながら本格的な就労に近い働き方をする「苦学生」への保障のあり方についても議論があったが、必ずしも被用者保険の枠内で対応すべきかどうかについては、見方が分かれた。

一方で、学生除外要件の制度趣旨に関連して、昨今の若者は学生に限らず転職を頻繁にする実態があるとの指摘や、学生像・学生の就労も多様化しており、本格的就労につながるインターンシップや、就職氷河期世代など比較的高齢な非正規労働者の学び直しのケースもあるとの指摘もあり、多様化する学生の就労実態を適切に把握した上で検討すべきとの意見があった。また、学生が安価な労働力として濫用されることを防ぐためにも、基本的には学生を適用対象に含めていくべきとの意見も呈された。

こうした議論を通じて、学生除外要件については、事業主の事務負担への配慮という制度趣旨を念頭に置きつつ、近時の学生の就労状況の多様化や労働市場の情勢等も踏まえ、見直しの可否について検討する必要性が示された。

④ 健康保険における対応

健康保険と厚生年金保険については、被用者を対象とした被用者保険として一体適用が原則となっており、これまでの短時間労働者に対する適用拡大においても、両制度の適用範囲が一体として拡大されている。

この点、厚生年金については将来の年金給付というメリットがわかりやすいが、健康保険については、傷病手当金や出産手当金を受け取れるようになる利点はあるものの、病気等により治療を受ける際の窓口負担に変化がなく、自ら保険料を負担して加入するメリットが乏しいケースがあるとの

指摘があり、給付と負担の関係における相違を踏まえれば、両制度を一括して適用することの妥当性について議論する必要があるのではないかとの意見があった。

一方で、健康保険と厚生年金保険の適用を分離した場合、制度が複雑になり、保険者の事務負担や適用事務を行う企業の事務負担も増加し、新たな就業調整が生じることも懸念されることから、一体となって進めていくことが必要との意見もあった。仮に両者を分離すれば、企業規模に応じて被用者保険の適用のあり方が異なる状況が残ることとなり、働き方に中立な制度にならないとの懸念も示された。

また、短時間労働者の適用拡大によって医療保険者の財政の悪化が懸念されるとして、適用拡大が医療保険財政に与える影響について試算した上で議論する必要性、これまでの適用拡大の際と同様に財政支援を行う必要性を指摘する意見もあった。

こうした議論を通じて、健康保険との関係については、厚生年金との制度上の差異に係る指摘があった一方、働き方に中立で公平な制度とする観点や実務上の課題を踏まえ、一体的適用を維持することの必要性も示された。併せて、医療保険財政についても、考えられる影響について適切な試算を行った上で、所要の対応策を講じる必要性が指摘された。

⑤　国民年金第３号被保険者制度

国民年金第3号被保険者制度は、第2号被保険者に扶養される配偶者自身を国民年金の被保険者とし、基礎年金を保障することで、女性の年金権を確立する上で大きな役割を果たしてきている。その一方、健康保険の被扶養配偶者・国民年金第3号被保険者は、自ら追加的な保険料を負担する必要がないため、被扶養者認定基準（現在は年収 130 万円未満）を意識した就業調整が行われることになり、短時間就労する女性の働き方に大きな影響を与えてきたとの指摘がある。

これまでの適用拡大に対する健康保険の被扶養配偶者・国民年金第3号被保険者の対応について見ると、適用を回避するために働く時間を短くする動きも一定程度見られたものの、適用を受容した上で、この機会に働く時間を延ばす動きも相応に確認されており、適用拡大が、被扶養配偶者・第3号被保険者として年収 130 万円未満の就労を選択していた者の能力発揮の機会を広げる上で一定の効果を上げたと考えられる。

懇談会での議論においても、被扶養配偶者・第3号被保険者自ら被用者保険に加入することにより、一層充実した保障を受けられるようになったほか、被用者による支え合いの仕組みに自ら参加することで、労働者としての意識向上にもつながったのではないか、また、こうした影響について普及、啓発していく必要があるのではないかとの意見があった。

一方で、被扶養配偶者・第3号被保険者は、子育てや介護といった事情がある者、配偶者の扶養の範囲内で就労を希望する者など多様な属性の者が存在するため、本人の事情と希望に応じて柔軟に対応できる仕組みを考えていく必要があるとの意見もあった。

こうした議論を通じて、健康保険の被扶養配偶者・国民年金第3号被保険者制度については、働き方やライフスタイルの選択を阻害しない制度とするため、まずは更なる適用拡大を通じて、ある程度働く短時間労働者については被用者保険に加入する形を目指しつつ、制度のあり方についての将来像を議論していく必要性が指摘された。

Ⅳ.　被用者保険の適用事業所の範囲

１．検討の背景

被用者保険が適用される事業所の範囲については、法人の事業所の場合、業種や従業員規模にかかわらず適用事業所となる（強制適用事業所）一方、個人の事業所の場合には、強制適用事業所の範囲は、法定された 16 の業種のいずれかに該当し、常時5人以上の従業員を使用するものに限られており、その他の個人事業所については、適用事業所となることについて労使合意があった場合に限って適用事業所となる（任意包括適用事業所）。

こうした制度の下、①法定された 16 の業種以外の非適用業種（第一次産業、法務業等の専門サービス業、宿泊・飲食サービス業、生活関連サービス・娯楽業等）の個人事業所と、②常時使用する者が5人未満の個人事業所に使用される従業員については、当該事業所が任意包括適用事業所でない限り、被用者保険に入ることができない状況となっている。

これに対して、雇用保険や労災保険といった労働保険においては、従業員を一人でも雇用していれば、適用事業となっており、被用者保険の適用事業所の範囲は、同じく被用者を対象者とした労働保険と比べて狭くなっている。

被用者保険の強制適用事業所の範囲については、過去に徐々に拡大されてきた経緯があるが、1984 年（昭和 59 年）及び 1985 年（昭和 60 年）の改正により、法人については業種・従業員規模にかかわらずすべて適用事業所とする改正が行われて以降変更がない。また、限定列挙されている 16 の業種については、1953 年（昭和 28 年）の改正が最後の追加となっている。

２．現状の課題と今後の検討の方向性

適用事業所の範囲については、現行要件は制定後相当程度の時間が経過しており、非適用事業所に勤務するフルタイム従業員のことも斟酌すれば、労働者の保護や老後保障の観点から、現代に合った合理的な形に見直す必要があるのではないか、具体的には、従業員数5人以上の個人事業所は、業種ごとの状況を踏まえつつ原則強制適用とすべきではないかとの意見があった。特に、いわゆる士業等が非適用となっていることの合理性に関しては疑問視する意見があった。

見直しに際しての留意点として、強制適用とした場合の経営への影響について精緻な議論をすべきとの意見や、国民健康保険（市町村・国民健康保険組合）の財政に対する影響を勘案し、全体が納得できる制度としての方向性を図っていくことも必要との指摘がなされた。

他方、非適用業種には小規模事業者も多く、事務負担や保険料負担が過重となる恐れがあるため、被用者の保障確保の観点とのバランスを考えても、現行の任意包括適用制度の活用を促進すれば足るのではないかとの意見もあった。

他にも、制度上適用要件を満たしているにもかかわらず実際には未適用となっている、いわゆる未適用事業所の問題に関して、引き続き日本年金機構における適用促進の取組を徹底していくべきとの意見や、個人の事業所が適用事業所となる場合にも、個人事業主本人は被保険者資格を得ることができない点について対応を検討すべきとの意見もあった。

こうした議論を通じて、適用事業所の範囲については、本来、事業形態、業種、従業員数などにかかわらず被用者にふさわしい保障を確保するのが基本であるとの考え方が示された。その上で、非適用とされた制度創設時の考え方と現状、各業種それぞれの経営・雇用環境などを個別に踏まえつつ見直しを検討すべきとの認識が示された。関連して、個人事業主本人に対する保障のあり方、未適用事業所に対する日本年金機構における対応の継続、被保険者の移動による国民健康保険の財政への影響についても指摘された。

V.　複数事業所就業者に対する被用者保険の適用のあり方

１．検討の背景

近年、複数の事業所において就業している者（以下「複数就業者」という）が増加傾向にある。また、複数就業者の多くは、本業における所得が低い傾向にあり、生計維持のために短時間就労を掛け持ちしている者が少なくないとみられる。

こうした中、複数就業者に対する社会保険については、「働き方改革実行計画」（2017 年（平成 29 年）3 月 28 日、働き方改革実現会議決定）において、「複数の事業所で働く方の保護等の観点や副業・兼業を普及促進させる観点」から、労働法制と合わせて、社会保険についても「公平な制度の在り方」について検討を進めることとされた。

2. 現状の課題と今後の検討の方向性

被用者保険の適用判断においては、複数の事業所で就労する場合においても、所定労働時間等の適用要件の判断は各事業所単位となっており、所定労働時間等の合算は行っていない。特に 2016 年（平成 28 年）10 月の短時間労働者に対する適用拡大施行前の従来の適用要件の下では、複数就業者がどの事業所でも要件を満たさないケースが多かったと考えられるが、要件が週 20 時間以上となり対象が拡大されたことにより、複数の事業所でそれぞれ適用要件を満たす者が出てきていると思われる。なお、複数事業所で適用要件を満たす場合（二以上事業所適用）には、本人からの届出に基づき、各事業所から支払われる報酬を合算して標準報酬月額を決定し、それに基づく保険料を報酬額で按分して、各事業所が負担する保険料が決定される仕組みとなっている。また、健康保険については、これに加えて、各事業所にかかる保険者が複数にまたがる場合、本人がいずれか一方を選択することとされている。

複数就業者に関しては、就労の実態に合わせた適切な適用の方策を検討していくべきとの意見、特に生計維持のために短時間就労を掛け持ちしている者に対する保障の充実のため、複数の事業所における労働時間等を合算して適用判断する仕組みを検討すべきとの意見があった。これについては、複数事業所における労働時間や賃金の把握は困難な課題であり、実務上の実行可能性を考慮して慎重に検討する必要があるとの指摘、まずは労働法制の中で検討されるべき課題ではないかとの指摘もあった。

また、現行制度上の複数就業者に係る手続きが事業者にとって負担が大きく、負担軽減のため制度全体としての効率化を図るべきとの意見があった。

こうした議論を通じて、複数事業所で就業する者については、該当する労働者にふさわしい保障を確保する方策について、実務上の実行可能性も踏まえて引き続き議論していく必要性や、現行の適用の仕組みの効率化を図る必要性が指摘された。

Ⅵ.　雇用類似の働き方への対応

１．検討の背景

近年、企業との間で雇用関係はないものの、企業から仕事の委託を受け、主に個人として役務を提供する形の就労が社会的に注目されている。こうした雇用類似の働き方は従来から一部に存在したが、近年の技術革新に伴い、世界的にこうした働き手を活用した新たなビジネスモデルが広がりつつあるほか、働き手の側から見ても、より柔軟な働き方として期待されている。

一方、現状の被用者保険制度においては、基本的に、雇用類似の働き方をする者は被用者としての保障を受けられない状況にある[8]。この結果、雇用類似の働き方をする者は、伝統的な自営業者と同様に、自ら国民健康保険・国民年金等に加入している。

なお、雇用類似の働き方に関する保護等の在り方については、現在、厚生労働省の「雇用類似の働き方に係る論点整理等に関する検討会」において分野横断的な議論が行われており、そこでは、「社会保障等」については、「対象者の範囲や人数規模、働き方の広がり等も踏まえつつ、必要に応じて検討していくことが適当である」と整理されている[9]。

２．現状の課題と今後の検討の方向性

雇用類似の働き方をする者は、伝統的な自営業者とは異なり、必ずしも自ら生産手段を有しているとは限らず、役務の対償として報酬を得ているため、被用者に近い性質を有するが、社会保険の適用において被用者と異なっている。この点、例えば、出産時や病気・怪我による休業時のセーフティネットの一つとして、健康保険における出産手当金や傷病手当金に対するニーズの高さが指摘されている。

本懇談会においても、個人事業主のうち、被用者性が高い者については被用者保険適用による保障を検討すべきとの意見や、今や柔軟な働き方を選べる時代であり、誰もがフリーランス的な働

---

[8] 健康保険・厚生年金保険の適用判断は実態に基づきなされるものであり、契約の文言が請負等となっていても、実態として雇用関係があると判断される場合には、現行制度においても被保険者資格を満たすことに留意が必要である。

[9] 厚生労働省（2019（令和元）年 6 月 28 日）「雇用類似の働き方に係る論点整理等に関する検討会中間整理」24 ページ

き方になる可能性があることから、働き方に中立な社会保険制度を目指すべきとの意見があった。一方で、自営業者との公平性の問題も考慮し、均衡を失しない制度とすべきとの意見もあった。

こうした議論を通じて、雇用類似の働き方への対応については、被用者性の高い個人事業主の保護を図る観点から、制度上・実務上の課題も踏まえつつ、働き方の多様化の進展に応じてどのような対応ができるか、引き続き議論していく必要性が指摘された。

VII. 結びに

本懇談会は、冒頭述べたとおり、(1)短時間労働者に対する社会保険の適用範囲のあり方、及び、(2)働き方の多様化等を踏まえた社会保険の適用におけるその他の課題について、近年進展してきている短時間労働を含む多様な働き方を社会保険制度の対象としていくための検討に資する観点から、2018 年(平成 30 年)12 月から8回にわたって精力的に議論を行った。

構成員の間では、被用者として働く者については被用者保険に加入するという基本的考え方が示された。また、多様な働き方の労働者が増加していることを踏まえて、被用者保険の適用のあり方について見直しを図るという大きな方向性は、時代の要請であるといえる。

一方、特に適用拡大の影響を受けやすい業種の団体を念頭に、具体的な適用拡大の進め方については、人手不足や社会保険料負担を通じた企業経営への影響等に留意しつつ、丁寧な検討を行う必要性が示された。

このような基本的な方向性の認識については共有の上、懇談会として、できるだけ中立的にこれまでの適用拡大の結果及び影響について分析・検証を行った上で、今後の更なる適用拡大の検討の方向性について意見集約を行ったものが本「議論のとりまとめ」である。

ここで提示された方向性を踏まえつつ、現実に適用拡大により影響を受ける者へも配慮しながら、社会経済の大きな変化に対応する形での社会保険の適用拡大をはじめ、働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応について、社会保障審議会医療保険部会、年金部会など適切な検討の場において検討を深め、積極的に推進していただくことを強く期待する。

（別添１）

働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会
構成員名簿

	氏　　名	所　　属　・　役　　職
	海　上　泰　生	立教大学経済学部兼任講師（日本政策金融公庫総合研究所主席研究員）
	榎　本　陽　介	全国商工会連合会企業支援部長【第４回まで】
	土　井　和　雄	全国商工会連合会政策推進部事業環境課長【第５回から】
	海老原　嗣　生	株式会社ニッチモ代表取締役
◎	遠　藤　久　夫	国立社会保障・人口問題研究所長
	大　澤　正　明	全国知事会理事（群馬県知事）
	岡　﨑　誠　也	全国市長会国民健康保険特別対策委員長（高知県高知市長）
	河　本　滋　史	健康保険組合連合会常務理事
	小　林　英　文	日本商工会議所企画調査部担当部長【第４回まで】
	荒　井　恒　一	日本商工会議所理事【第５回から】
	佐久間　一　浩	全国中小企業団体中央会事務局次長・労働政策部長
	酒　向　里　枝	日本経済団体連合会経済政策本部長
	菅　原　琢　磨	法政大学経済学部教授
	田　中　和　子	博報堂リーママプロジェクトファウンダー・株式会社 VoiceVision
	永　井　幸　子	ＵＡゼンセン常任中央執行委員
	原　　佳奈子	株式会社ＴＩＭコンサルティング取締役
	平　川　則　男	日本労働組合総連合会総合政策局長
	平　田　未　緒	株式会社働きかた研究所代表取締役
	藤　井　康　弘	全国健康保険協会理事
	村　上　英　人	全国町村会理事（宮城県蔵王町長）
	山　田　　久	日本総合研究所理事

（◎：座長、敬称略）

（別添２）

働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会
各回の主な議題

第１回（2018（平成 30）年 12 月 18 日）
- ○　働き方の多様化に伴う被用者保険制度の課題について

第２回（2019（平成 31）年２月 26 日）
- ○　関係団体へのヒアリング①
  - ・　公益社団法人全国ビルメンテナンス協会
  - ・　一般社団法人日本フードサービス協会
  - ・　日本チェーンストア協会
  - ・　一般社団法人日本スーパーマーケット協会
  - ・　ＵＡゼンセン（全国繊維化学食品流通サービス一般労働組合同盟）

第３回（2019（平成 31）年３月 12 日）
- ○　関係団体へのヒアリング②
  - ・　特定非営利活動法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ
  - ・　全国社会保険労務士会連合会
  - ・　一般社団法人全国スーパーマーケット協会
  - ・　一般社団法人日本惣菜協会
  - ・　一般社団法人プロフェッショナル＆パラレルキャリア・フリーランス協会

第４回（2019（平成 31）年３月 26 日）
- ○　関係団体へのヒアリング③
  - ・　一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
  - ・　一般社団法人全国生活衛生同業組合中央会
  - ・　全国コミュニティ・ユニオン連合会

第５回（2019（平成 31）年４月 16 日）
- ○　関係団体に対するヒアリング結果等について

第６回（2019（令和元）年５月 31 日）
- ○　働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する諸論点について

第７回（2019（令和元）年９月２日）
- ○　これまでの議論の整理

第８回（2019（令和元）年９月 20 日）
- ○　議論のとりまとめ

令和元年9月27日	第119回社会保障審議会医療保険部会	資　料　4

令和2年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項

厚生労働省保険局

令和2年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項

※（　）内は令和元年度予算額

地域包括ケアシステムの構築等に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担　11兆8，599億円（11兆6，692億円）

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

○ 国民健康保険への財政支援　2，604億円（2，604億円）

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

○ 被用者保険への財政支援　820億円（820億円）

拠出金負担の重い被用者保険者の負担を軽減するための財政支援に必要な経費を確保する。

※診療報酬改定への対応については、予算編成過程で検討する。
※地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革、保険者インセンティブ強化、医療情報化支援等については、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を踏まえ、財源と合わせて、予算編成過程で検討する。
※このほか、消費税率引上げの需要変動に対する臨時・特別の措置、消費税率引上げに伴う社会保障の充実、新しい経済政策パッケージで示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」等については、予算編成過程で検討する。

Society5.0の実現に向けた科学技術・イノベーションの推進等

○ 医療等分野におけるICTの利活用の促進等

① 医療保険分野における番号制度の利活用推進　145億円（318億円）

2020年度からの本格運用を目指し、医療保険のオンライン資格確認等システムの導入等について、システム開発のために必要な経費を確保する。

※ 令和2年度要求額の減少は、医療保険オンライン資格確認に伴う中間サーバーの改修が令和元年度に概ね終了することによる（令和元年度から△173億円減少）。

② 医療情報化支援基金による支援　300億円（300億円）

オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援を行う。

⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備　18億円（2億円）【推進枠】

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護保険総合データベースなど各種データベースで保有する健康・医療・介護情報を連結して、研究者が分析可能な環境の整備等を行う。

健康で安全な生活の確保

健康増進対策や予防・健康管理の推進

○ 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり

① 保険者のインセンティブ強化（国保・保険者努力支援制度） 912億円（912億円）

公的保険制度における疾病予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度（国民健康保険）の抜本的な強化を図り、疾病予防に資する取組の配点割合の引上げや成果指標の拡大など、配点基準のメリハリを強化する。

②データヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の効果的な実施の推進

ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 11億円（8．2億円）【一部推進枠】

医療保険者による第2期データヘルス計画に基づく予防・健康づくりの取組を推進するため、加入者への意識づけや、予防・健康づくりへのインセンティブの取組、生活習慣病の重症化予防等を推進するとともに、保険者による先進的なデータヘルスの実施を支援し、全国展開を図る。

イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 94百万円（88百万円）

住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県単位で医療保険者等が共通認識を持って取組を進めるよう、保険者協議会に対して、都道府県内の医療費の調査分析など保険者のデータヘルス事業等の効果的な取組を広げるための支援を行う。

③ 先進事業等の好事例の横展開等

ア 高齢者の保健事業と介護予防・フレイル対策の一体的な実施の推進等 3．6億円（6．1億円）【推進枠】

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の市町村における一体的な実施について、本格実施を踏まえ、市町村で実施する事業の効果検証を行うこと等により推進を図る。

イ　糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援　　65百万円(51百万円)【推進枠】

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例の横展開を進める。

ウ　健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等　　7．8億円(7億円)【推進枠】

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援　　1．3億円(1．3億円)【推進枠】

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する者を増やす支援を行う。

⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施　　11億円※内保険局分3.5億円 【新規】【推進枠】

データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証事業を、統計学的な正確性を確保した上で実施する。

東日本大震災や熊本地震をはじめとした災害からの復旧・復興への支援

被災者・被災施設の支援

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興)　　38億円(57億円)

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域等及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、医療保険の一部負担金や保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health , Labour and Welfare

Press Release

政府統計

令和元年 9 月 26 日
【照会先】保険局調査課
課長　　仲津留　隆（内線：3291）
数理企画官　木村　剛（内線：3293）
担当係　　医療機関医療費係（内線：3298）
電話　：03-5253-1111（代表）
03-3595-2579（直通）

報道関係者　各位

「平成 30 年度　医療費の動向」を公表します
～概算医療費の年度集計結果～

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するため、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。

このたび、平成 30 年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

本資料における医療費は、速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当しています。

【調査結果のポイント】

○　平成 30 年度の医療費は 42.6 兆円となり、前年度に比べて約 0.3 兆円の増加となった。（表１－１）

○　医療費の内訳を診療種類別にみると、入院 17.3 兆円（構成割合 40.6%）、入院外 14.6 兆円（34.2%）、歯科 3.0 兆円（7.0%）、調剤 7.5 兆円（17.6%）となっている。（表３－１）

○　医療費の伸び率は＋0.8%。診療種別にみると、入院＋2.0%、入院外＋1.0%、歯科＋1.9%、調剤▲3.1%となっている。（表３－２）

○　医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は▲0.5%。診療種別にみると、入院▲0.4%、入院外▲0.8%、歯科▲0.1%となっている。（表４－２）

○　１日当たり医療費の伸び率は＋1.3%。診療種別にみると、入院＋2.4%、入院外＋1.9%、歯科＋2.1%、調剤▲3.6%となっている。（表５－２）

【医療費の動向】

	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度	30 年度
医療費（兆円）	40.0	41.5	41.3	42.2	42.6
医療費の伸び率（%）	1.8	3.8	▲0.4	2.3	0.8
受診延日数の伸び率（%）	▲0.3	0.2	▲0.7	▲0.1	▲0.5
１日当たり医療費の伸び率（%）	2.1	3.6	0.3	2.4	1.3

「平成 30 年度　医療費の動向」は、厚生労働省のホームページにも掲載しています。
ホームページアドレス（http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/）

-平成30年度　医療費の動向-

政府統計

MEDIAS
Medical Information Analysis System

厚生労働省保険局調査課

目次

I　制度別の概算医療費

表1-1：　医療費の推移

表1-2：　医療費の伸び率（対前年度比）

表2-1：　１人当たり医療費の推移

表2-2：　１人当たり医療費の伸び率（対前年度比）

II　診療種類別の概算医療費

表3-1：　医療費の推移

表3-2：　医療費の伸び率（対前年度比）

表4-1：　受診延日数の推移

表4-2：　受診延日数の伸び率（対前年度比）

表5-1：　１日当たり医療費の推移

表5-2：　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

参考1：制度別の医療費の補正後の伸び率（対前年度比）

参考2：診療種類別の医療費の補正後の伸び率（対前年度比）

III　医療機関種類別の概算医療費

表6-1：　医療費の推移

表6-2：　医療費の伸び率（対前年度比）

表7-1：　主たる診療科別医科診療所医療費の推移

表7-2：　主たる診療科別医科診療所医療費の伸び率（対前年度比）

表8-1：　受診延日数の推移

表8-2：　受診延日数の伸び率（対前年度比）

表9-1：　主たる診療科別 医科診療所受診延日数の推移

表9-2：　主たる診療科別 医科診療所受診延日数の伸び率（対前年度比）

表10-1：　１施設当たり医療費の推移

表10-2：　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表11-1：　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の推移

表11-2：　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表12-1：　１施設当たり受診延日数の推移

表12-2：　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

表13-1：　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の推移

表13-2：　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

表14-1：　入院　医療費の推移

表14-2：　入院　医療費の伸び率（対前年度比）

表15-1：　入院　受診延日数の推移

表15-2：　入院　受診延日数の伸び率（対前年度比）

表16-1：　入院　１日当たり医療費の推移

表16-2：　入院　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表17-1：　入院　１施設当たり医療費の推移

表17-2：　入院　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表18-1：　入院　１施設当たり受診延日数の推移

表18-2：　入院　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

【参考】　推計新規入院件数、推計平均在院日数及び推計１入院当たり医療費

表19-1：　入院外　医療費の推移

表19-2：　入院外　医療費の伸び率（対前年度比）

表20-1：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　医療費の推移

表20-2：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　医療費の伸び率（対前年度比）

表21-1：　入院外　受診延日数の推移

表21-2：　入院外　受診延日数の伸び率（対前年度比）

表22-1：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　受診延日数の推移

表22-2：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　受診延日数の伸び率（対前年度比）

表23-1：　入院外　１日当たり医療費の推移

表23-2：　入院外　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表24-1：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　１日当たり医療費の推移

表24-2：　主たる診療科別 医科診療所　入院外　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表25-1：　入院外　１施設当たり医療費の推移

表25-2：　入院外　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表26-1：　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の推移

表26-2：　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

表27-1：　入院外　１施設当たり受診延日数の推移

表27-2：　入院外　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

表28-1：　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の推移

表28-2： 入院外　主たる診療科別 医科診療所 １施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

Ⅳ　都道府県別の概算医療費

表29-1： 医療費総額

表29-2： 医療費総額の伸び率（対前年同期比）

表30-1： 受診延日数

表30-2： 都道府県別受診延日数の伸び率（対前年同期比）

表31-1： １日当たり医療費

表31-2： １日当たり医療費の伸び率（対前年同期比）

【参考】 推計平均在院日数等

平成30年度　医療費の動向

Ⅰ　制度別の概算医療費

表1-1　　医療費の推移

（単位：兆円）

	総　計	医療保険適用							公　費
		75歳未満						75歳以上	
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者		
				本　人	家　族				
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
（構成割合）	(100%)	(57.8%)	(29.9%)	(15.8%)	(12.7%)	(27.9%)	(3.5%)	(37.2%)	(5.1%)
平成29年度①	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
（構成割合）	(100%)	(57.0%)	(30.4%)	(16.3%)	(12.5%)	(26.7%)	(3.4%)	(37.9%)	(5.0%)
平成30年度②	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
（構成割合）	(100%)	(56.5%)	(30.8%)	(16.6%)	(12.4%)	(25.7%)	(3.4%)	(38.5%)	(5.0%)
②－①	0.34	▲0.04	0.27	0.19	0.00	▲0.31	▲0.01	0.38	0.00

注1.　審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。
注2.　「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
注3.　「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

表1-2　　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総　計	医療保険適用							公　費
		75歳未満						75歳以上	
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者		
				本　人	家　族				
平成26年度	1.8	1.5	2.6	3.2	1.6	0.4	0.6	2.3	1.7
平成27年度	3.8	3.3	4.9	6.4	3.2	1.8	0.5	4.6	3.4
平成28年度	▲ 0.4	▲ 1.4	1.3	2.8	0.0	▲ 4.2	▲ 0.9	1.2	▲ 0.9
平成29年度	2.3	1.0	3.9	5.3	1.4	▲ 2.2	▲ 0.1	4.4	1.8
平成30年度	0.8	▲ 0.2	2.1	2.7	0.0	▲ 2.7	▲ 0.8	2.4	0.1

表2-1　　１人当たり医療費の推移

（単位：万円）

	総　計	医療保険適用						
		75歳未満						75歳以上
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者	
				本　人	家　族			
平成26年度	31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	22.0	93.9

注.　　人数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

表2-2　　１人当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総　計	医療保険適用						
		75歳未満						75歳以上
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者	
				本　人	家　族			
平成26年度	2.0	1.8	2.0	1.8	2.0	2.8	1.7	0.4
平成27年度	3.8	3.8	4.0	4.5	3.6	5.1	1.4	1.9
平成28年度	▲ 0.4	▲ 0.9	0.1	0.2	0.4	0.1	0.2	▲ 2.0
平成29年度	2.5	1.6	2.5	2.6	2.0	3.0	1.4	1.4
平成30年度	1.0	0.5	1.4	1.2	1.0	1.3	1.8	▲ 0.3

Ⅱ　診療種類別の概算医療費

表3-1　　医療費の推移

（単位：兆円）

	総計	診療費					調剤	訪問看護療養	（参考）入院外＋調剤
		計	医科			歯科			
			計	入院	入院外				
平成26年度	40.0	32.6	29.8	16.0	13.8	2.8	7.2	0.14	21.0
平成27年度	41.5	33.4	30.6	16.4	14.2	2.8	7.9	0.16	22.1
平成28年度	41.3	33.6	30.7	16.5	14.2	2.9	7.5	0.19	21.7
（構成割合）	（ 100% ）	(81.4%)	(74.4%)	(40.1%)	(34.3%)	(7.0%)	(18.2%)	(0.5%)	(52.5%)
平成29年度①	42.2	34.3	31.4	17.0	14.4	2.9	7.7	0.22	22.1
（構成割合）	（ 100% ）	(81.2%)	(74.3%)	(40.2%)	(34.1%)	(6.9%)	(18.3%)	(0.5%)	(52.4%)
平成30年度②	42.6	34.8	31.9	17.3	14.6	3.0	7.5	0.26	22.0
（構成割合）	（ 100% ）	(81.8%)	(74.8%)	(40.6%)	(34.2%)	(7.0%)	(17.6%)	(0.6%)	(51.8%)
②－①	0.34	0.54	0.48	0.34	0.15	0.06	▲0.24	0.04	▲0.09

注1.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注2.　総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

表3-2　　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総計	診療費					調剤	訪問看護療養	（参考）入院外＋調剤
		計	医科			歯科			
			計	入院	入院外				
平成26年度	1.8	1.6	1.5	1.7	1.3	2.9	2.3	16.9	1.6
平成27年度	3.8	2.5	2.6	1.9	3.3	1.4	9.4	17.3	5.4
平成28年度	▲ 0.4	0.5	0.4	1.1	▲ 0.4	1.5	▲ 4.8	17.3	▲ 2.0
平成29年度	2.3	2.1	2.1	2.6	1.6	1.4	2.9	16.4	2.1
平成30年度	0.8	1.6	1.5	2.0	1.0	1.9	▲ 3.1	17.0	▲ 0.4

表4-1　　受診延日数の推移

（単位：億日）

	総計	診療費				調剤
		計	入院	入院外	歯科	
平成26年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1
平成27年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2
平成28年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3
（構成割合）	（ 100% ）	(99.3%)	(18.2%)	(64.8%)	(16.3%)	
平成29年度①	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4
（構成割合）	（ 100% ）	(99.2%)	(18.3%)	(64.5%)	(16.3%)	
平成30年度②	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4
（構成割合）	（ 100% ）	(99.1%)	(18.4%)	(64.3%)	(16.4%)	
②－①	▲0.13	▲0.16	▲0.02	▲0.14	▲0.01	0.05

注1.　診療実日数を取りまとめている。調剤については、処方せん枚数を取りまとめている。
注2.　総計には、訪問看護療養の実日数を含み、調剤の処方せん枚数を含めずに計上している。

表4-2　　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総計	診療費				調剤
		計	入院	入院外	歯科	
平成26年度	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 0.8	▲ 0.6	0.9	1.8
平成27年度	0.2	0.1	▲ 0.0	0.2	0.2	1.9
平成28年度	▲ 0.7	▲ 0.8	▲ 0.2	▲ 1.0	▲ 0.5	0.8
平成29年度	▲ 0.1	▲ 0.2	0.5	▲ 0.5	0.1	1.1
平成30年度	▲ 0.5	▲ 0.6	▲ 0.4	▲ 0.8	▲ 0.1	0.6

表5-1　　１日当たり医療費の推移

（単位：千円）

	総計	診療費				調剤	訪問看護療養	（参考）入院外＋調剤
		計	医科		歯科			
			入院	入院外				
平成26年度	15.5	12.7	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成27年度	16.1	13.0	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成28年度	16.1	13.2	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
(総計=1)	(1.00)	(0.82)	(2.20)	(0.53)	(0.43)	(0.56)	(0.69)	(0.81)
平成29年度①	16.5	13.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
(総計=1)	(1.00)	(0.82)	(2.19)	(0.53)	(0.42)	(0.56)	(0.67)	(0.81)
平成30年度②	16.7	13.8	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
(総計=1)	(1.00)	(0.83)	(2.21)	(0.53)	(0.43)	(0.53)	(0.68)	(0.80)
②－①	0.2	0.3	0.9	0.2	0.1	▲ 0.3	0.2	0.1

注1.　１日当たり医療費とは、診療実日数当たりの医療費。
　　調剤では、処方せん１枚当たりの医療費。「(参考)入院外＋調剤」では、入院外及び調剤の医療費を受診延日数で除して得た値を計上する。
注2.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表5-2　　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：％）

	総計	診療費				調剤	訪問看護療養	（参考）入院外＋調剤
		計	医科		歯科			
			入院	入院外				
平成26年度	2.1	2.0	2.5	1.9	1.9	0.5	0.7	2.2
平成27年度	3.6	2.3	2.0	3.2	1.2	7.3	0.5	5.2
平成28年度	0.3	1.3	1.3	0.7	2.0	▲ 5.5	0.6	▲ 0.9
平成29年度	2.4	2.3	2.0	2.1	1.3	1.8	0.4	2.6
平成30年度	1.3	2.2	2.4	1.9	2.1	▲ 3.6	1.7	0.4

（参考）　休日数等の影響を補正した医療費総額の伸び率

参考１　制度別の医療費の補正後の伸び率

（単位：％）

	総　計	医療保険適用					75歳以上	公　費	対前年同期差（日）			
		75歳未満				国民健康保険			日祭日	土曜日	休日でない木曜日	閏日
			被用者保険	本　人	家　族							
平成26年度	1.9	1.7	2.8	3.5	1.8	0.5	2.4	1.8	＋ 1	－ 1	0	0
平成27年度	3.6	3.1	4.6	6.1	3.0	1.7	4.5	3.3	0	＋ 2	0	＋ 1
平成28年度	▲ 0.4	▲ 1.3	1.4	2.9	0.1	▲ 4.1	1.3	▲ 0.8	0	－ 1	－ 4	－ 1
平成29年度	2.3	1.0	4.0	5.4	1.5	▲ 2.2	4.4	1.8	0	－ 1	＋ 3	0
平成30年度	0.9	▲ 0.0	2.3	2.9	0.2	▲ 2.6	2.4	0.2	＋ 1	－ 1	－ 1	0

注.　「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

医療費の伸び率（対前年同月比）に対する休日数等の対前年同月差の影響補正係数（平成22年度～）

日曜・祭日等	▲ 2.7	▲ 2.9	▲ 3.1	▲ 3.1	▲ 3.2	▲ 2.6	▲ 2.3	▲ 2.7
土曜日	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 0.4	▲ 0.2	▲ 0.6	▲ 1.1	▲ 1.2	▲ 1.0
休日でない木曜日	▲ 0.4	▲ 0.4	▲ 0.5	▲ 0.5	▲ 0.5	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 0.4

注1.　医療保険医療費の平成16～21年度各月の制度別１人当たり医療費の伸び率を、日曜・祭日等（年末については、12月29日～１月３日を日曜として扱っている）の数の対前年同月差、土曜日の対前年同月差、木曜日の対前年同月差、感染症サーベイランス調査の１定点当たりインフルエンザ報告数対前年同月差、花粉症の影響を表すデータとしては環境省花粉観測システムの観測地点・観測時別データを単純平均したものの対前年同月差を説明変数として回帰分析した結果を用いて補正したものである。
　なお、総計及び公費については、医療保険計について回帰分析した結果を用いている。
注2.　閏日に係る影響補正係数は、当月が閏日の場合3.6%、前年同月が閏日の場合▲3.4%とした。
注3.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

参考２　診療種類別の医療費の補正後の伸び率（対前年度比）

（単位：％）

	総　計	医　科		歯科	調剤	対前年同期差（日）			
		入院	入院外			日曜・　祭日等	土曜日	休日でない木曜日	閏日
平成26年度	1.9	1.7	1.5	3.1	2.5	＋ 1	－ 1	0	0
平成27年度	3.6	1.8	3.2	1.2	9.3	0	＋ 2	0	＋ 1
平成28年度	▲ 0.4	1.3	▲ 0.4	1.2	▲ 4.7	0	－ 1	－ 4	－ 1
平成29年度	2.3	2.5	1.7	1.7	2.9	0	－ 1	＋ 3	0
平成30年度	0.9	2.0	1.2	2.0	▲ 2.9	＋ 1	－ 1	－ 1	0

医療費の伸び率（対前年同月比）に対する休日数等１日当たりの影響補正係数（平成22年度～）

日曜・祭日等	▲ 2.7	▲ 1.2	▲ 3.5	▲ 3.5	▲ 4.2
土曜日	▲ 1.0	▲ 0.8	▲ 1.0	▲ 1.0	▲ 1.2
休日でない木曜日	▲ 0.4	▲ 0.2	▲ 0.6	▲ 1.3	▲ 0.2

注1.　医療保険医療費の平成16～21年度各月の制度別１人当たり医療費の伸び率を、日曜・祭日等（年末については、12月29日～１月３日を日曜として扱っている）の数の対前年同月差、土曜日の対前年同月差、木曜日の対前年同月差、感染症サーベイランス調査の１定点当たりインフルエンザ報告数対前年同月差、花粉症の影響を表すデータとしては環境省花粉観測システムの観測地点・観測時別データを単純平均したものの対前年同月差を説明変数として回帰分析した結果を用いて補正したものである。
　なお、総計及び公費については、医療保険計について回帰分析した結果を用いている。
注2.　閏日に係る影響補正係数は、当月が閏日の場合3.6%、前年同月が閏日の場合▲3.4%とした。
注3.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

Ⅲ　医療機関種類別の概算医療費

(1) 入院・入院外計

表6-1　　医療費の推移

（単位：兆円）

	総　計	医　科							歯　科			保険薬局
			病　院					診療所		病　院	診療所	
				大　学	公　的	法　人	個　人					
平成26年度	40.0	29.8	21.3	2.65	7.72	10.74	0.22	8.5	2.80	0.15	2.65	7.20
平成27年度	41.5	30.6	22.0	2.76	7.98	11.02	0.21	8.6	2.83	0.15	2.68	7.87
平成28年度	41.3	30.7	22.2	2.83	8.03	11.12	0.18	8.6	2.87	0.15	2.72	7.50
（構成割合）	（ 100% ）	(74.4%)	(53.7%)	(6.8%)	(19.5%)	(26.9%)	(0.4%)	(20.7%)	(7.0%)	(0.4%)	(6.6%)	(18.2%)
平成29年度①	42.2	31.4	22.7	2.91	8.25	11.40	0.16	8.7	2.92	0.16	2.76	7.71
（構成割合）	（ 100% ）	(74.3%)	(53.8%)	(6.9%)	(19.5%)	(27.0%)	(0.4%)	(20.5%)	(6.9%)	(0.4%)	(6.5%)	(18.3%)
平成30年度②	42.6	31.9	23.2	3.01	8.43	11.62	0.14	8.7	2.97	0.17	2.81	7.47
（構成割合）	（ 100% ）	(74.8%)	(54.5%)	(7.1%)	(19.8%)	(27.3%)	(0.3%)	(20.4%)	(7.0%)	(0.4%)	(6.6%)	(17.6%)
②－①	0.34	0.48	0.47	0.10	0.18	0.22	▲0.02	0.02	0.06	0.01	0.05	▲0.24

注1.　医科病院は、経営主体別に分類している。
注2.　「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。
注3.　「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（都道府県、市町村等）
　及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関を分類している。但し、医育機関を除く。
注4.　医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

表6-2　　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総　計	医　科							歯　科			保険薬局
			病　院					診療所		病　院	診療所	
				大　学	公　的	法　人	個　人					
平成26年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3
平成27年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲ 6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4
平成28年度	▲ 0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲ 0.9	1.5	3.4	1.4	▲ 4.8
平成29年度	2.3	2.1	2.5	3.0	2.8	2.5	▲13.0	1.1	1.4	2.7	1.3	2.9
平成30年度	0.8	1.5	2.1	3.4	2.1	1.9	▲14.8	0.2	1.9	4.7	1.8	▲ 3.1

表7-1　　主たる診療科別 医科診療所　医療費の推移

（単位：億円）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	84,873	40,701	3,408	4,571	9,001	3,157	2,475	7,199	4,150	10,211
平成27年度	86,314	41,355	3,495	4,519	9,143	3,236	2,485	7,444	4,222	10,415
平成28年度	85,581	40,934	3,469	4,340	9,185	3,259	2,454	7,453	4,177	10,309
（構成割合）	（ 100% ）	(47.8%)	(4.1%)	(5.1%)	(10.7%)	(3.8%)	(2.9%)	(8.7%)	(4.9%)	(12.0%)
平成29年度①	86,531	41,284	3,474	4,176	9,448	3,299	2,449	7,679	4,258	10,462
（構成割合）	（ 100% ）	(47.7%)	(4.0%)	(4.8%)	(10.9%)	(3.8%)	(2.8%)	(8.9%)	(4.9%)	(12.1%)
平成30年度②	86,689	41,222	3,435	3,986	9,493	3,314	2,435	7,896	4,324	10,584
（構成割合）	（ 100% ）	(47.6%)	(4.0%)	(4.6%)	(11.0%)	(3.8%)	(2.8%)	(9.1%)	(5.0%)	(12.2%)
②－①	158	▲ 62	▲ 39	▲ 191	44	15	▲ 14	217	66	122

注.　医科診療所ごとの主たる診療科別に医科診療所を分類して、医療費を集計している。

表7-2　　主たる診療科別 医科診療所　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成27年度	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
平成28年度	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 3.9	0.5	0.7	▲ 1.2	0.1	▲ 1.1	▲ 1.0
平成29年度	1.1	0.9	0.1	▲ 3.8	2.9	1.2	▲ 0.2	3.0	2.0	1.5
平成30年度	0.2	▲ 0.2	▲ 1.1	▲ 4.6	0.5	0.4	▲ 0.6	2.8	1.5	1.2

表8-1　　受診延日数の推移

（単位：億日）

	総　計	医　科							歯　科			保険薬局
			病　院					診療所		病　院	診療所	
				大　学	公　的	法　人	個　人					
平成26年度	25.7	21.4	8.7	0.69	2.60	5.29	0.14	12.7	4.19	0.17	4.02	8.08
平成27年度	25.8	21.4	8.7	0.69	2.59	5.31	0.13	12.7	4.19	0.17	4.02	8.24
平成28年度	25.6	21.3	8.6	0.68	2.54	5.29	0.12	12.6	4.17	0.17	4.00	8.30
（構成割合）	(100%)	(83.0%)	(33.7%)	(2.7%)	(9.9%)	(20.7%)	(0.5%)	(49.3%)	(16.3%)	(0.7%)	(15.6%)	
平成29年度①	25.6	21.2	8.6	0.68	2.54	5.30	0.10	12.6	4.18	0.17	4.01	8.39
（構成割合）	(100%)	(82.9%)	(33.7%)	(2.6%)	(9.9%)	(20.7%)	(0.4%)	(49.2%)	(16.3%)	(0.7%)	(15.7%)	
平成30年度②	25.4	21.0	8.6	0.68	2.52	5.28	0.08	12.5	4.17	0.17	4.00	8.44
（構成割合）	(100%)	(82.7%)	(33.6%)	(2.7%)	(9.9%)	(20.7%)	(0.3%)	(49.1%)	(16.4%)	(0.7%)	(15.7%)	
②－①	▲0.13	▲0.16	▲0.06	▲0.00	▲0.02	▲0.02	▲0.02	▲0.09	▲0.01	0.00	▲0.01	0.05

注1.　診療実日数を取りまとめている。保険薬局については、処方せん枚数を取りまとめている。

注2.　総計には、訪問看護ステーションの実日数を含み、保険薬局の処方せん枚数を含めずに計上している。

表8-2　　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	総　計	医　科							歯　科			保険薬局
			病　院					診療所		病　院	診療所	
				大　学	公　的	法　人	個　人					
平成26年度	▲ 0.3	▲ 0.6	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 1.3	▲ 0.5	▲ 8.5	▲ 0.4	0.9	1.4	0.9	1.8
平成27年度	0.2	0.1	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 0.4	0.3	▲ 8.2	0.3	0.2	1.1	0.1	1.9
平成28年度	▲ 0.7	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 0.7	▲ 1.6	▲ 0.3	▲ 9.5	▲ 0.8	▲ 0.5	0.2	▲ 0.6	0.8
平成29年度	▲ 0.1	▲ 0.3	▲ 0.2	▲ 0.5	▲ 0.1	0.1	▲13.4	▲ 0.3	0.1	1.0	0.1	1.1
平成30年度	▲ 0.5	▲ 0.7	▲ 0.7	▲ 0.2	▲ 0.9	▲ 0.4	▲16.8	▲ 0.7	▲ 0.1	0.3	▲ 0.2	0.6

表9-1　　主たる診療科別 医科診療所　受診延日数の推移

（単位：万日）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	126,952	48,762	6,445	6,762	21,729	8,013	3,448	10,118	9,776	11,897
平成27年度	127,279	48,746	6,615	6,518	21,651	8,207	3,439	10,230	9,799	12,075
平成28年度	126,205	48,319	6,554	6,201	21,629	8,321	3,379	10,124	9,603	12,074
（構成割合）	(100%)	(38.3%)	(5.2%)	(4.9%)	(17.1%)	(6.6%)	(2.7%)	(8.0%)	(7.6%)	(9.6%)
平成29年度①	125,791	48,031	6,466	5,837	21,750	8,437	3,350	10,189	9,595	12,136
（構成割合）	(100%)	(38.2%)	(5.1%)	(4.6%)	(17.3%)	(6.7%)	(2.7%)	(8.1%)	(7.6%)	(9.6%)
平成30年度②	124,865	47,600	6,317	5,503	21,611	8,478	3,310	10,208	9,597	12,240
（構成割合）	(100%)	(38.1%)	(5.1%)	(4.4%)	(17.3%)	(6.8%)	(2.7%)	(8.2%)	(7.7%)	(9.8%)
②－①	▲926	▲431	▲149	▲334	▲139	42	▲40	19	2	104

表9-2　　主たる診療科別 医科診療所　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	▲ 0.4	▲ 1.4	▲ 0.1	▲ 3.5	0.5	0.6	▲ 0.4	▲ 0.7	2.1	1.2
平成27年度	0.3	▲ 0.0	2.6	▲ 3.6	▲ 0.4	2.4	▲ 0.3	1.1	0.2	1.5
平成28年度	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 4.9	▲ 0.1	1.4	▲ 1.7	▲ 1.0	▲ 2.0	▲ 0.0
平成29年度	▲ 0.3	▲ 0.6	▲ 1.3	▲ 5.9	0.6	1.4	▲ 0.9	0.6	▲ 0.1	0.5
平成30年度	▲ 0.7	▲ 0.9	▲ 2.3	▲ 5.7	▲ 0.6	0.5	▲ 1.2	0.2	0.0	0.9

表10-1　　１施設当たり医療費の推移

（単位：万円）

	医　科						歯　科		保険薬局
	病　院					診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人				
平成26年度	250,700	1,657,275	497,271	165,159	75,473	10,024	8,463	3,927	13,027
平成27年度	259,355	1,732,978	517,788	169,500	77,146	10,188	8,547	3,980	14,051
平成28年度	262,273	1,767,467	525,198	170,516	76,476	10,074	8,765	4,028	13,207
平成29年度①	269,691	1,812,859	540,389	174,689	74,641	10,160	8,992	4,086	13,479
平成30年度②	277,384	1,888,457	555,446	178,816	71,687	10,165	9,341	4,174	12,895
②－①	7,693	75,598	15,057	4,127	▲ 2,954	5	349	89	▲ 584

表10-2　　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科						歯　科		保険薬局
	病　院					診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人				
平成26年度	2.1	1.9	1.6	2.1	1.9	0.7	2.5	2.7	0.2
平成27年度	3.5	4.6	4.1	2.6	2.2	1.6	1.0	1.4	7.9
平成28年度	1.1	2.0	1.4	0.6	▲ 0.9	▲ 1.1	2.5	1.2	▲ 6.0
平成29年度	2.8	2.6	2.9	2.4	▲ 2.4	0.8	2.6	1.4	2.1
平成30年度	2.9	4.2	2.8	2.4	▲ 4.0	0.1	3.9	2.2	▲ 4.3

表11-1　　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の推移

（単位：万円）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	10,024	10,263	6,776	10,339	12,914	7,434	6,957	10,709	8,226	11,325
平成27年度	10,188	10,425	6,950	10,524	13,036	7,576	7,100	11,031	8,401	11,361
平成28年度	10,074	10,304	6,872	10,446	12,951	7,553	7,077	10,942	8,312	11,078
平成29年度①	10,160	10,373	6,863	10,451	13,179	7,536	7,125	11,186	8,472	11,086
平成30年度②	10,165	10,340	6,753	10,323	13,177	7,536	7,178	11,459	8,626	11,060
②－①	5	▲ 33	▲ 110	▲ 128	▲ 2	0	53	273	153	▲ 26

表11-2　　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	0.7	▲ 0.4	0.8	0.7	2.4	1.2	2.4	3.5	4.2	▲ 0.5
平成27年度	1.6	1.6	2.6	1.8	0.9	1.9	2.1	3.0	2.1	0.3
平成28年度	▲ 1.1	▲ 1.2	▲ 1.1	▲ 0.7	▲ 0.6	▲ 0.3	▲ 0.3	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 2.5
平成29年度	0.8	0.7	▲ 0.1	0.0	1.8	▲ 0.2	0.7	2.2	1.9	0.1
平成30年度	0.1	▲ 0.3	▲ 1.6	▲ 1.2	▲ 0.0	0.0	0.7	2.4	1.8	▲ 0.2

表12-1　　１施設当たり受診延日数の推移

（単位：万日）

	医　科						歯　科		保険薬局
	病　院					診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人				
平成26年度	10.2	43.0	16.7	8.1	4.9	1.50	0.98	0.60	1.46
平成27年度	10.3	43.1	16.8	8.2	4.9	1.50	0.98	0.60	1.47
平成28年度	10.2	42.5	16.6	8.1	4.9	1.49	0.97	0.59	1.46
平成29年度①	10.2	42.1	16.6	8.1	4.8	1.48	0.98	0.59	1.47
平成30年度②	10.2	42.4	16.6	8.1	4.5	1.46	0.98	0.59	1.46
②－①	0.0	0.2	▲ 0.1	0.0	▲ 0.3	▲ 0.01	▲ 0.00	0.00	▲ 0.01

表12-2　　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科						歯　科		保険薬局
	病　院					診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人				
平成26年度	▲ 0.7	▲ 1.4	▲ 1.1	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 0.4	▲ 0.0	0.8	▲ 0.3
平成27年度	0.4	0.3	0.4	0.4	0.8	0.2	0.1	0.2	0.5
平成28年度	▲ 0.7	▲ 1.2	▲ 0.9	▲ 0.7	0.7	▲ 1.1	▲ 0.6	▲ 0.7	▲ 0.5
平成29年度	0.1	▲ 1.0	0.1	0.1	▲ 2.8	▲ 0.6	0.9	0.2	0.2
平成30年度	0.0	0.5	▲ 0.3	0.0	▲ 6.2	▲ 0.9	▲ 0.5	0.2	▲ 0.7

表13-1　　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の推移

（単位：日）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	14,994	12,296	12,813	15,296	31,175	18,869	9,692	15,052	19,378	13,196
平成27年度	15,024	12,288	13,153	15,180	30,869	19,210	9,827	15,158	19,498	13,172
平成28年度	14,857	12,163	12,982	14,924	30,499	19,282	9,745	14,863	19,111	12,975
平成29年度①	14,769	12,068	12,775	14,606	30,339	19,268	9,746	14,842	19,090	12,860
平成30年度②	14,641	11,940	12,418	14,253	30,000	19,277	9,755	14,814	19,146	12,791
②－①	▲ 128	▲ 128	▲ 356	▲ 353	▲ 339	9	9	▲ 29	55	▲ 69

表13-2　　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	▲ 0.4	▲ 1.1	▲ 0.4	▲ 1.3	0.0	0.1	1.6	▲ 1.1	1.8	▲ 0.8
平成27年度	0.2	▲ 0.1	2.6	▲ 0.8	▲ 1.0	1.8	1.4	0.7	0.6	▲ 0.2
平成28年度	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 1.3	▲ 1.7	▲ 1.2	0.4	▲ 0.8	▲ 1.9	▲ 2.0	▲ 1.5
平成29年度	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 1.6	▲ 2.1	▲ 0.5	▲ 0.1	0.0	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 0.9
平成30年度	▲ 0.9	▲ 1.1	▲ 2.8	▲ 2.4	▲ 1.1	0.0	0.1	▲ 0.2	0.3	▲ 0.5

(2) 入院

表14-1　　入院　医療費の推移

（単位：兆円）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	16.0	15.7	1.8	5.5	8.2	0.2	4.6	11.1	0.35	0.053
平成27年度	16.4	16.0	1.9	5.6	8.4	0.1	4.6	11.4	0.34	0.053
平成28年度	16.5	16.2	1.9	5.7	8.5	0.1	4.7	11.5	0.33	0.056
平成29年度①	17.0	16.6	2.0	5.8	8.7	0.1	4.8	11.8	0.33	0.058
平成30年度②	17.3	17.0	2.0	5.9	8.9	0.1	5.0	12.0	0.32	0.062
②－①	0.34	0.35	0.05	0.12	0.20	▲0.02	0.14	0.20	▲0.01	0.004

注.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表14-2　　入院　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	1.7	1.8	1.5	1.2	2.3	▲ 5.2	2.4	1.6	▲ 0.9	3.6
平成27年度	1.9	2.1	2.4	1.9	2.3	▲ 7.9	1.8	2.3	▲ 2.7	1.6
平成28年度	1.1	1.2	2.2	1.0	1.4	▲10.9	0.6	1.5	▲ 2.6	5.5
平成29年度	2.6	2.7	2.5	2.8	2.9	▲14.5	3.1	2.5	▲ 2.0	3.0
平成30年度	2.0	2.1	2.5	2.0	2.2	▲13.6	3.0	1.7	▲ 2.6	7.1

表15-1　　入院　受診延日数の推移

（単位：億日）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	4.7	4.5	0.28	1.16	2.99	0.08	1.67	2.84	0.17	0.010
平成27年度	4.7	4.5	0.28	1.16	3.01	0.07	1.68	2.84	0.16	0.010
平成28年度	4.7	4.5	0.28	1.15	3.02	0.07	1.68	2.83	0.15	0.011
平成29年度①	4.7	4.5	0.28	1.16	3.05	0.06	1.70	2.84	0.15	0.011
平成30年度②	4.7	4.5	0.28	1.15	3.06	0.05	1.72	2.81	0.14	0.011
②－①	▲0.02	▲0.01	▲0.00	▲0.01	0.01	▲0.01	0.02	▲0.03	▲0.01	0.000

表15-2　　入院　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	▲ 0.8	▲ 0.6	▲ 0.3	▲ 1.1	▲ 0.3	▲ 6.8	▲ 0.4	▲ 0.7	▲ 5.2	0.3
平成27年度	▲ 0.0	0.2	0.3	▲ 0.3	0.6	▲ 9.2	0.5	0.0	▲ 5.3	0.2
平成28年度	▲ 0.2	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.5	0.4	▲ 9.0	0.1	▲ 0.1	▲ 4.8	1.8
平成29年度	0.5	0.7	0.2	0.7	1.1	▲15.4	1.5	0.2	▲ 4.5	1.4
平成30年度	▲ 0.4	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 0.8	0.2	▲14.1	1.0	▲ 1.1	▲ 5.3	2.2

表16-1　　入院　１日当たり医療費の推移

（単位：円）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	34,312	34,812	66,341	47,372	27,399	20,536	27,292	39,225	20,932	50,543
平成27年度	34,985	35,462	67,756	48,416	27,851	20,827	27,639	40,092	21,490	51,268
平成28年度	35,456	35,909	69,274	49,120	28,139	20,398	27,782	40,720	21,992	53,105
平成29年度①	36,169	36,603	70,928	50,109	28,635	20,611	28,221	41,626	22,562	53,921
平成30年度②	37,052	37,472	72,988	51,545	29,223	20,736	28,765	42,805	23,202	56,556
②－①	884	869	2,061	1,436	588	125	544	1,178	639	2,634

注.　入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表16-2　　入院　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科									歯　科
		病　院							診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上		
平成26年度	2.5	2.4	1.8	2.3	2.6	1.7	2.7	2.3	4.6	3.3
平成27年度	2.0	1.9	2.1	2.2	1.6	1.4	1.3	2.2	2.7	1.4
平成28年度	1.3	1.3	2.2	1.5	1.0	▲ 2.1	0.5	1.6	2.3	3.6
平成29年度	2.0	1.9	2.4	2.0	1.8	1.0	1.6	2.2	2.6	1.5
平成30年度	2.4	2.4	2.9	2.9	2.1	0.6	1.9	2.8	2.8	4.9

表17-1　　入院　１施設当たり医療費の推移

（単位：万円）

	医科病院						
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上
平成26年度	184,397	1,151,099	353,802	125,996	55,603	77,981	418,306
平成27年度	189,136	1,183,085	363,549	128,915	56,220	79,800	429,170
平成28年度	191,803	1,202,278	369,801	130,268	55,789	80,493	435,190
平成29年度①	197,462	1,227,163	380,534	133,948	53,537	83,063	449,107
平成30年度②	203,126	1,267,422	390,565	137,573	52,154	85,803	465,207
②－①	5,664	40,259	10,030	3,626	▲ 1,383	2,740	16,100

表17-2　　入院　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科病院						
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上
平成26年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	2.7	1.7
平成27年度	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	2.3	2.6
平成28年度	1.4	1.6	1.7	1.0	▲ 0.8	0.9	1.4
平成29年度	3.0	2.1	2.9	2.8	▲ 4.0	3.2	3.2
平成30年度	2.9	3.3	2.6	2.7	▲ 2.6	3.3	3.6

表18-1　　入院　１施設当たり受診延日数の推移

（単位：万日）

	医科病院						
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上
平成26年度	5.30	17.35	7.47	4.60	2.71	2.86	10.66
平成27年度	5.33	17.46	7.51	4.63	2.70	2.89	10.70
平成28年度	5.34	17.36	7.53	4.63	2.73	2.90	10.69
平成29年度①	5.39	17.30	7.59	4.68	2.60	2.94	10.79
平成30年度②	5.42	17.36	7.58	4.71	2.52	2.98	10.87
②－①	0.03	0.06	▲0.02	0.03	▲0.08	0.04	0.08

表18-2　　入院　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科病院						
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上
平成26年度	▲ 0.4	▲ 0.5	▲ 0.9	▲ 0.4	1.1	▲ 0.1	▲ 0.6
平成27年度	0.7	0.6	0.5	0.7	▲ 0.3	1.0	0.4
平成28年度	0.1	▲ 0.6	0.3	0.0	1.3	0.4	▲ 0.2
平成29年度	1.0	▲ 0.3	0.9	1.0	▲ 5.0	1.6	0.9
平成30年度	0.5	0.4	▲ 0.2	0.6	▲ 3.2	1.3	0.7

Ⅲ-(2) 【参考】　推計新規入院件数，推計平均在院日数及び推計1入院当たり医療費
～入院医療費の３要素分解～

入院受診延日数は次の１．で示すように推計新規入院件数（前月以前に退院した者が当月再入院した場合を含む）と推計平均在院日数（次の２．の関係を用いて入院の1件当たり日数から算定した平均在院日数）の積に分解できる。

したがって、次の３．で示すように入院医療費は「推計新規入院件数」（入院発生），「推計平均在院日数」（入院期間）及び「入院の1日当たり医療費」（入院単価）の３要素の積に分解でき、さらに、推計新規入院件数と推計1入院当たり医療費（推計平均在院日数に入院の1日当たり医療費を乗じて得た1入院当たり医療費）の積に分解できる。

１．入院受診延日数と推計新規入院件数、推計平均在院日数の関係

入院受診延日数＝推計新規入院件数×推計平均在院日数

推計新規入院件数＝入院受診延日数÷推計平均在院日数

２．1件当たり日数と推計平均在院日数の関係

$$\text{推計平均在院日数} = 1\text{件当たり日数} \times \frac{\text{月の日数} - 1}{\text{月の日数} - 1\text{件当たり日数}}$$

$$1\text{件当たり日数} = \text{推計平均在院日数} \times \frac{\text{月の日数}}{\text{月の日数} - 1 + \text{推計平均在院日数}}$$

月の日数＝当該期間の日数÷当該期間の月数

３．入院医療費の３要素分解と推計1入院当たり医療費の関係

推計1入院当たり医療費＝推計平均在院日数×入院の1日当たり医療費

入院医療費＝入院受診延日数×入院の1日当たり医療費

＝推計新規入院件数×推計平均在院日数×入院の1日当たり医療費

＝推計新規入院件数×推計1入院当たり医療費

４．推計平均在院日数に関する留意事項

⑴　概算医療費の推計平均在院日数と病院報告の平均在院日数もしくは患者調査の退院患者平均在院日数には次に示すような違いがあるため数値が異なることがある。

① 入院患者の範囲の違い

病院報告及び患者調査の対象となる患者には医療保険適用及び公費負担医療の患者以外に、概算医療費には含まれないその他（正常な分娩や検査入院、自賠責保険、労災、自費診療など）の患者が含まれる。一方、概算医療費には病院報告には含まれない診療所分が含まれる。

② 算定方法の違い

概算医療費の推計平均在院日数は入院の1件当たり日数から算定する。病院報告の平均在院日数は在院患者延数と新入院患者数、退院患者数から算定する。患者調査の退院患者平均在院日数は退院患者が実際に入院した期間の平均である。

③ 退院日が含まれるかどうかの違い

概算医療費の入院受診延日数には退院日も含まれるが、病院報告の在院患者延数には退院日の患者は含まれず、患者調査の入院期間にも退院日は含まれない。

④ 当月中に退院・再入院した患者の入院日数を通算するかどうかの違い

当月中に退院・再入院した患者について、退院までの入院日数と再入院以後の入院日数は、概算医療費の推計平均在院日数では１回の入院の入院日数として扱い、通算する。病院報告の平均在院日数と患者調査の退院患者平均在院日数では別々の入院の入院日数として扱い、通算しない。

⑵　入院期間中に外泊した場合、外泊期間の日数は入院受診延日数に含まれ、外泊期間中の患者の延数も同様に病院報告の在院患者延数に含まれる。

⑶　概算医療費の推計平均在院日数では、入院期間中に加入する医療保険制度を変更した場合、変更前後で別のレセプトに計上されるため、連続した入院として扱われないこととなる。

※参考　「推計平均在院日数の数理分析（平成24年9月）」
「推計平均在院日数の数理分析（Ⅱ）（平成25年1月）」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/sankou.html

Ⅲ-(2) 【参考】

①-ⅰ. 推計新規入院件数

（単位：万件）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	1,381.6	164.6	596.9	609.5	10.5	379.4	1000.6	121.6
平成27年度	1,415.0	169.2	611.0	624.8	9.9	384.6	1030.0	119.4
平成28年度	1,434.1	173.6	616.0	635.5	9.0	386.3	1047.3	116.0
平成29年度	1,455.8	177.7	625.7	644.5	7.9	390.1	1065.2	113.0
平成30年度	1,462.6	180.4	626.3	649.3	6.7	394.5	1067.0	109.3

注.　推計新規入院件数は入院受診延日数を推計平均在院日数で除して得た値である。

①-ⅱ. 推計新規入院件数の伸び率（対前年同期比）

（単位：%）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	1.6	2.0	1.6	1.8	▲ 8.8	1.4	1.8	▲ 1.5
平成27年度	2.4	2.8	2.4	2.5	▲ 5.6	1.4	2.9	▲ 1.7
平成28年度	1.3	2.6	0.8	1.7	▲ 9.4	0.5	1.7	▲ 2.9
平成29年度	1.5	2.3	1.6	1.4	▲12.5	1.0	1.7	▲ 2.6
平成30年度	0.5	1.5	0.1	0.7	▲15.0	1.1	0.2	▲ 3.3

②-ⅰ. １施設当たり推計新規入院件数

（単位：件）

	医科病院						
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上
平成26年度	1,623	10,309	3,843	937	360	649	3,764
平成27年度	1,671	10,637	3,966	961	373	662	3,887
平成28年度	1,697	10,852	4,028	974	376	666	3,949
平成29年度	1,728	11,054	4,097	988	369	674	4,045
平成30年度	1,749	11,304	4,127	999	354	683	4,128

注.　１施設当たり推計新規入院件数は推計新規入院件数を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

②-ⅱ. １施設当たり推計新規入院件数の伸び率（対前年同期比）

（単位：%）

	医科病院						
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上
平成26年度	1.9	1.7	1.7	1.8	▲ 1.1	1.7	2.0
平成27年度	2.9	3.2	3.2	2.6	3.7	1.9	3.3
平成28年度	1.5	2.0	1.6	1.4	0.9	0.8	1.6
平成29年度	1.8	1.9	1.7	1.4	▲ 1.8	1.1	2.4
平成30年度	1.2	2.3	0.7	1.2	▲ 4.1	1.5	2.1

Ⅲ-(2) 【参考】

③-ⅰ. 推計平均在院日数

（単位：日）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	32.6	16.8	19.4	49.1	75.3	44.0	28.3	13.9
平成27年度	31.9	16.4	18.9	48.2	72.4	43.6	27.5	13.4
平成28年度	31.5	16.0	18.7	47.5	72.7	43.5	27.1	13.1
平成29年度	31.2	15.7	18.5	47.4	70.3	43.7	26.7	12.8
平成30年度	31.0	15.4	18.4	47.1	71.0	43.6	26.3	12.6

注.　推計平均在院日数は入院の1件当たり日数から推計した値である。

③-ⅱ. 推計平均在院日数の伸び率（対前年同期比）

（単位：%）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	▲ 2.2	▲ 2.2	▲ 2.6	▲ 2.1	2.2	▲ 1.7	▲ 2.5	▲ 3.8
平成27年度	▲ 2.2	▲ 2.5	▲ 2.6	▲ 1.9	▲ 3.8	▲ 0.8	▲ 2.8	▲ 3.6
平成28年度	▲ 1.4	▲ 2.6	▲ 1.3	▲ 1.3	0.5	▲ 0.4	▲ 1.7	▲ 2.0
平成29年度	▲ 0.8	▲ 2.1	▲ 0.8	▲ 0.3	▲ 3.3	0.5	▲ 1.5	▲ 1.9
平成30年度	▲ 0.8	▲ 1.9	▲ 0.9	▲ 0.5	1.0	▲ 0.1	▲ 1.3	▲ 2.1

④-ⅰ. 推計1入院当たり医療費

（単位：万円）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	113.6	111.7	92.1	134.5	154.6	120.1	111.1	29.0
平成27年度	113.2	111.2	91.7	134.1	150.8	120.6	110.4	28.7
平成28年度	113.0	110.8	91.8	133.7	148.4	120.8	110.2	28.8
平成29年度	114.3	111.0	92.9	135.6	145.0	123.3	111.0	29.0
平成30年度	116.1	112.1	94.6	137.7	147.3	125.5	112.7	29.2

注1.　医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。
注2.　推計1入院当たり医療費は推計平均在院日数に入院の1日当たり医療費を乗じて得た値である。

④-ⅱ. 推計1入院当たり医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：%）

	医科病院							医科診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上	
平成26年度	0.1	▲ 0.4	▲ 0.3	0.5	4.0	1.0	▲ 0.3	0.6
平成27年度	▲ 0.4	▲ 0.4	▲ 0.4	▲ 0.2	▲ 2.5	0.4	▲ 0.7	▲ 1.0
平成28年度	▲ 0.1	▲ 0.4	0.1	▲ 0.3	▲ 1.6	0.1	▲ 0.2	0.3
平成29年度	1.1	0.2	1.2	1.4	▲ 2.3	2.1	0.7	0.6
平成30年度	1.6	1.0	1.9	1.5	1.6	1.8	1.5	0.7

(3) 入院外

表19-1　　入院外　医療費の推移

（単位：兆円）

	医　科								歯　科			保険薬局
		病　院						診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	13.8	5.6	0.81	2.23	2.55	0.06	1.8	3.9	8.1	2.74	0.09	2.65	7.20
平成27年度	14.2	5.9	0.87	2.38	2.64	0.06	1.8	4.1	8.3	2.78	0.10	2.68	7.87
平成28年度	14.2	6.0	0.90	2.38	2.63	0.05	1.8	4.2	8.2	2.82	0.10	2.72	7.50
平成29年度①	14.4	6.1	0.94	2.44	2.66	0.04	1.8	4.3	8.3	2.86	0.10	2.76	7.71
平成30年度②	14.6	6.2	0.99	2.50	2.68	0.04	1.8	4.4	8.3	2.91	0.10	2.81	7.47
②－①	0.15	0.12	0.05	0.06	0.02	▲0.01	0.00	0.12	0.02	0.05	0.00	0.05	▲0.24

表19-2　　入院外　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科								歯　科			保険薬局
		病　院						診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	1.3	1.9	3.7	2.1	1.6	▲ 8.4	0.7	2.6	0.8	2.8	4.2	2.8	2.3
平成27年度	3.3	5.4	8.2	6.6	3.6	▲ 4.1	2.4	6.8	1.9	1.3	2.2	1.3	9.4
平成28年度	▲ 0.4	0.2	3.4	0.0	▲ 0.5	▲11.2	▲ 2.0	1.1	▲ 0.8	1.4	2.2	1.4	▲ 4.8
平成29年度	1.6	2.2	4.1	2.7	1.3	▲ 9.1	0.5	2.9	1.2	1.4	2.5	1.3	2.9
平成30年度	1.0	2.0	5.3	2.5	0.8	▲17.9	0.3	2.7	0.3	1.8	3.5	1.8	▲ 3.1

表20-1　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　医療費の推移

（単位：億円）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	81,346	39,691	3,395	4,143	8,377	3,154	1,892	6,873	4,105	9,717
平成27年度	82,885	40,376	3,483	4,117	8,515	3,234	1,903	7,124	4,178	9,955
平成28年度	82,240	39,988	3,456	3,952	8,558	3,257	1,879	7,151	4,129	9,870
（構成割合）	(100%)	(48.6%)	(4.2%)	(4.8%)	(10.4%)	(4.0%)	(2.3%)	(8.7%)	(5.0%)	(12.0%)
平成29年度①	83,257	40,362	3,464	3,814	8,818	3,297	1,886	7,380	4,209	10,027
（構成割合）	(100%)	(48.5%)	(4.2%)	(4.6%)	(10.6%)	(4.0%)	(2.3%)	(8.9%)	(5.1%)	(12.0%)
平成30年度②	83,499	40,327	3,427	3,663	8,851	3,312	1,893	7,598	4,273	10,156
（構成割合）	(100%)	(48.3%)	(4.1%)	(4.4%)	(10.6%)	(4.0%)	(2.3%)	(9.1%)	(5.1%)	(12.2%)
②－①	243	▲ 35	▲ 37	▲ 151	33	15	7	218	65	128

表20-2　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.7	2.8	1.8	0.9	4.1	4.7	2.0
平成27年度	1.9	1.7	2.6	▲ 0.6	1.6	2.5	0.6	3.7	1.8	2.5
平成28年度	▲ 0.8	▲ 1.0	▲ 0.8	▲ 4.0	0.5	0.7	▲ 1.3	0.4	▲ 1.2	▲ 0.9
平成29年度	1.2	0.9	0.2	▲ 3.5	3.0	1.3	0.4	3.2	1.9	1.6
平成30年度	0.3	▲ 0.1	▲ 1.1	▲ 4.0	0.4	0.5	0.4	3.0	1.5	1.3

表21-1　　入院外　受診延日数の推移

（単位：億日）

	医　科									歯　科			保険薬局
		病　院							診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上					
平成26年度	16.7	4.2	0.41	1.44	2.30	0.06	1.77	2.44	12.5	4.18	0.16	4.02	8.08
平成27年度	16.8	4.2	0.41	1.43	2.30	0.06	1.75	2.44	12.6	4.18	0.16	4.02	8.24
平成28年度	16.6	4.1	0.40	1.39	2.27	0.05	1.72	2.40	12.5	4.16	0.16	4.00	8.30
平成29年度①	16.5	4.1	0.40	1.38	2.25	0.05	1.69	2.38	12.4	4.17	0.16	4.01	8.39
平成30年度②	16.4	4.0	0.40	1.37	2.22	0.04	1.67	2.35	12.3	4.16	0.16	4.00	8.44
②－①	▲0.14	▲0.05	▲0.00	▲0.01	▲0.03	▲0.01	▲0.02	▲0.03	▲0.09	▲0.01	0.00	▲0.01	0.05

表21-2　　入院外　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科									歯　科			保険薬局
		病　院							診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上					
平成26年度	▲ 0.6	▲ 1.3	▲ 1.8	▲ 1.4	▲ 0.8	▲10.5	▲ 1.4	▲ 1.1	▲ 0.3	0.9	1.5	0.9	1.8
平成27年度	0.2	▲ 0.4	▲ 0.4	▲ 0.5	▲ 0.1	▲ 6.9	▲ 0.8	0.0	0.3	0.2	1.1	0.1	1.9
平成28年度	▲ 1.0	▲ 1.8	▲ 1.1	▲ 2.5	▲ 1.2	▲10.1	▲ 2.1	▲ 1.5	▲ 0.8	▲ 0.5	0.1	▲ 0.6	0.8
平成29年度	▲ 0.5	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 0.7	▲ 1.1	▲10.9	▲ 1.4	▲ 0.9	▲ 0.3	0.1	1.0	0.1	1.1
平成30年度	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 0.1	▲ 1.0	▲ 1.2	▲20.0	▲ 1.2	▲ 1.3	▲ 0.7	▲ 0.1	0.2	▲ 0.2	0.6

表22-1　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　受診延日数の推移

（単位：万日）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	125,267	48,137	6,438	6,519	21,458	8,011	3,154	10,080	9,771	11,699
平成27年度	125,683	48,160	6,608	6,293	21,388	8,205	3,148	10,193	9,794	11,895
平成28年度	124,686	47,758	6,547	5,995	21,377	8,319	3,100	10,089	9,598	11,904
（構成割合）	(100%)	(38.3%)	(5.3%)	(4.8%)	(17.1%)	(6.7%)	(2.5%)	(8.1%)	(7.7%)	(9.5%)
平成29年度①	124,340	47,489	6,461	5,650	21,508	8,435	3,076	10,154	9,590	11,977
（構成割合）	(100%)	(38.2%)	(5.2%)	(4.5%)	(17.3%)	(6.8%)	(2.5%)	(8.2%)	(7.7%)	(9.6%)
平成30年度②	123,490	47,078	6,312	5,336	21,380	8,476	3,051	10,173	9,593	12,090
（構成割合）	(100%)	(38.1%)	(5.1%)	(4.3%)	(17.3%)	(6.9%)	(2.5%)	(8.2%)	(7.8%)	(9.8%)
②－①	▲850	▲410	▲148	▲314	▲127	42	▲25	19	3	112

表22-2　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成26年度	▲ 0.3	▲ 1.3	▲ 0.1	▲ 3.4	0.6	0.6	▲ 0.3	▲ 0.7	2.1	1.4
平成27年度	0.3	0.0	2.6	▲ 3.5	▲ 0.3	2.4	▲ 0.2	1.1	0.2	1.7
平成28年度	▲ 0.8	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 4.7	▲ 0.1	1.4	▲ 1.5	▲ 1.0	▲ 2.0	0.1
平成29年度	▲ 0.3	▲ 0.6	▲ 1.3	▲ 5.7	0.6	1.4	▲ 0.8	0.6	▲ 0.1	0.6
平成30年度	▲ 0.7	▲ 0.9	▲ 2.3	▲ 5.6	▲ 0.6	0.5	▲ 0.8	0.2	0.0	0.9

表23-1　　入院外　１日当たり医療費の推移

（単位：円）

	医　科								歯　科			保険薬局
		病　院						診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	8,233	13,410	19,762	15,522	11,076	9,232	9,992	15,885	6,494	6,565	5,910	6,591	8,906
平成27年度	8,492	14,181	21,466	16,639	11,480	9,513	10,313	16,964	6,595	6,643	5,976	6,669	9,560
平成28年度	8,549	14,461	22,440	17,068	11,563	9,400	10,326	17,416	6,596	6,772	6,100	6,798	9,031
平成29年度①	8,731	14,942	23,584	17,661	11,843	9,587	10,524	18,085	6,696	6,856	6,193	6,883	9,195
平成30年度②	8,893	15,436	24,846	18,288	12,079	9,841	10,681	18,821	6,762	6,991	6,395	7,015	8,860
②－①	162	494	1,261	627	237	254	157	736	66	134	201	132	▲334

表23-2　　入院外　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科								歯　科			保険薬局
		病　院						診療所		病　院	診療所	
			大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	1.9	3.2	5.5	3.6	2.4	2.4	2.1	3.7	1.2	1.9	2.6	1.9	0.5
平成27年度	3.2	5.7	8.6	7.2	3.6	3.0	3.2	6.8	1.6	1.2	1.1	1.2	7.3
平成28年度	0.7	2.0	4.5	2.6	0.7	▲ 1.2	0.1	2.7	0.0	1.9	2.1	1.9	▲ 5.5
平成29年度	2.1	3.3	5.1	3.5	2.4	2.0	1.9	3.8	1.5	1.3	1.5	1.2	1.8
平成30年度	1.9	3.3	5.3	3.5	2.0	2.6	1.5	4.1	1.0	2.0	3.3	1.9	▲ 3.6

表24-1　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　１日当たり医療費の推移

（単位：円）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	6,494	8,245	5,274	6,354	3,904	3,937	5,999	6,818	4,201	8,306
平成27年度	6,595	8,384	5,271	6,543	3,981	3,941	6,044	6,989	4,266	8,369
平成28年度	6,596	8,373	5,279	6,592	4,004	3,915	6,061	7,088	4,301	8,291
平成29年度①	6,696	8,499	5,362	6,750	4,100	3,909	6,131	7,268	4,388	8,372
平成30年度②	6,762	8,566	5,428	6,864	4,140	3,908	6,205	7,469	4,454	8,400
②－①	66	67	67	114	40	▲ 1	74	201	66	28

表24-2　　主たる診療科別 医科診療所　入院外　１日当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	1.2	0.7	1.3	1.7	2.2	1.2	1.2	4.8	2.5	0.6
平成27年度	1.6	1.7	▲ 0.1	3.0	2.0	0.1	0.8	2.5	1.5	0.8
平成28年度	0.0	▲ 0.1	0.2	0.8	0.6	▲ 0.7	0.3	1.4	0.8	▲ 0.9
平成29年度	1.5	1.5	1.6	2.4	2.4	▲ 0.1	1.2	2.5	2.0	1.0
平成30年度	1.0	0.8	1.2	1.7	1.0	▲ 0.0	1.2	2.8	1.5	0.3

表25-1　　入院外　１施設当たり医療費の推移

（単位：万円）

	医　科								歯　科		保険薬局
	病　院							診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	66,303	506,176	143,470	39,163	19,870	30,207	145,680	9,608	5,423	3,927	13,027
平成27年度	70,219	549,893	154,239	40,585	20,926	31,095	156,100	9,783	5,489	3,980	14,051
平成28年度	70,470	565,189	155,397	40,248	20,687	30,566	157,705	9,681	5,565	4,028	13,207
平成29年度①	72,229	585,695	159,855	40,742	21,104	30,746	163,461	9,775	5,701	4,085	13,479
平成30年度②	74,258	621,034	164,881	41,243	19,533	30,926	171,015	9,791	5,852	4,173	12,895
②－①	2,029	35,339	5,027	501	▲ 1,570	181	7,554	16	151	88	▲ 584

表25-2　　入院外　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科								歯　科		保険薬局
	病　院							診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上				
平成26年度	2.2	3.4	2.2	1.5	▲ 0.7	1.0	2.7	0.8	2.7	2.7	0.2
平成27年度	5.9	8.6	7.5	3.6	5.3	2.9	7.2	1.8	1.2	1.4	7.9
平成28年度	0.4	2.8	0.8	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 1.7	1.0	▲ 1.0	1.4	1.2	▲ 6.0
平成29年度	2.5	3.6	2.9	1.2	2.0	0.6	3.6	1.0	2.4	1.4	2.1
平成30年度	2.8	6.0	3.1	1.2	▲ 7.4	0.6	4.6	0.2	2.7	2.2	▲ 4.3

表26-1　　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の推移

（単位：万円）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	9,608	10,008	6,750	9,370	12,018	7,427	5,318	10,224	8,136	10,778
平成27年度	9,783	10,178	6,925	9,590	12,140	7,569	5,437	10,556	8,313	10,860
平成28年度	9,681	10,066	6,846	9,511	12,068	7,547	5,418	10,499	8,217	10,607
平成29年度①	9,775	10,141	6,843	9,543	12,300	7,531	5,487	10,751	8,373	10,626
平成30年度②	9,791	10,116	6,736	9,486	12,287	7,531	5,578	11,026	8,524	10,613
②－①	16	▲ 26	▲ 107	▲ 57	▲ 13	1	91	276	151	▲ 13

表26-2　　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり医療費の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	0.8	▲ 0.4	0.8	0.6	2.3	1.2	3.0	3.7	4.3	0.0
平成27年度	1.8	1.7	2.6	2.3	1.0	1.9	2.2	3.2	2.2	0.8
平成28年度	▲ 1.0	▲ 1.1	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 0.6	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 0.5	▲ 1.2	▲ 2.3
平成29年度	1.0	0.8	▲ 0.0	0.3	1.9	▲ 0.2	1.3	2.4	1.9	0.2
平成30年度	0.2	▲ 0.3	▲ 1.6	▲ 0.6	▲ 0.1	0.0	1.7	2.6	1.8	▲ 0.1

表27-1　入院外　１施設当たり受診延日数の推移

（単位：万日）

	医　科							歯　科		保険薬局
	病　院						診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上			
平成26年度	4.9	25.6	9.2	3.5	2.2	3.0	9.2	1.48	0.92	0.60	1.46
平成27年度	5.0	25.6	9.3	3.5	2.2	3.0	9.2	1.48	0.92	0.60	1.47
平成28年度	4.9	25.2	9.1	3.5	2.2	3.0	9.1	1.47	0.91	0.59	1.46
平成29年度①	4.8	24.8	9.1	3.4	2.2	2.9	9.0	1.46	0.92	0.59	1.47
平成30年度②	4.8	25.0	9.0	3.4	2.0	2.9	9.1	1.45	0.92	0.59	1.46
②－①	▲ 0.0	0.2	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.2	▲ 0.0	0.0	▲ 0.0	▲ 0.0	0.0	▲ 0.0

表27-2　入院外　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医　科							歯　科		保険薬局
	病　院						診療所	病　院	診療所	
		大　学	公　的	法　人	個　人	200床未満	200床以上			
平成26年度	▲ 1.0	▲ 2.0	▲ 1.3	▲ 0.8	▲ 2.9	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 0.4	0.0	0.8	▲ 0.3
平成27年度	0.1	0.0	0.3	▲ 0.0	2.2	▲ 0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	0.5
平成28年度	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 1.8	▲ 1.5	0.0	▲ 1.8	▲ 1.6	▲ 1.1	▲ 0.7	▲ 0.7	▲ 0.5
平成29年度	▲ 0.8	▲ 1.4	▲ 0.6	▲ 1.2	0.0	▲ 1.3	▲ 0.2	▲ 0.5	0.9	0.2	0.2
平成30年度	▲ 0.5	0.7	▲ 0.4	▲ 0.8	▲ 9.8	▲ 0.9	0.5	▲ 0.8	▲ 0.6	0.2	▲ 0.7

表28-1　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の推移

（単位：日）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	14,795	12,138	12,799	14,747	30,786	18,864	8,865	14,996	19,368	12,976
平成27年度	14,835	12,140	13,138	14,657	30,494	19,205	8,996	15,103	19,489	12,976
平成28年度	14,678	12,021	12,968	14,427	30,143	19,277	8,940	14,811	19,102	12,793
平成29年度①	14,599	11,932	12,763	14,138	30,000	19,264	8,950	14,791	19,082	12,692
平成30年度②	14,480	11,809	12,408	13,821	29,679	19,273	8,991	14,763	19,138	12,634
②－①	▲ 119	▲ 123	▲ 355	▲ 317	▲ 322	9	41	▲ 29	56	▲ 58

表28-2　入院外　主たる診療科別 医科診療所　１施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

（単位：%）

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成26年度	▲ 0.4	▲ 1.1	▲ 0.4	▲ 1.1	0.1	0.1	1.8	▲ 1.1	1.8	▲ 0.6
平成27年度	0.3	0.0	2.7	▲ 0.6	▲ 0.9	1.8	1.5	0.7	0.6	▲ 0.0
平成28年度	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 1.3	▲ 1.6	▲ 1.1	0.4	▲ 0.6	▲ 1.9	▲ 2.0	▲ 1.4
平成29年度	▲ 0.5	▲ 0.7	▲ 1.6	▲ 2.0	▲ 0.5	▲ 0.1	0.1	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 0.8
平成30年度	▲ 0.8	▲ 1.0	▲ 2.8	▲ 2.2	▲ 1.1	0.0	0.5	▲ 0.2	0.3	▲ 0.5

Ⅳ　都道府県別の概算医療費（平成30年度）

表29－1　医療費総額

（単位：億円）

	総　計	医科計			歯科	調剤	訪問看護療養	（参考）医科入院外＋調剤
			医科入院	医科入院外				
全国計	425,713	318,638	173,044	145,594	29,712	74,746	2,618	220,340
北海道	21,220	16,156	9,890	6,266	1,262	3,714	88	9,980
青森	4,424	3,219	1,744	1,475	243	941	21	2,416
岩手	4,049	2,930	1,613	1,318	263	838	18	2,156
宮城	7,371	5,404	2,844	2,560	486	1,447	34	4,008
秋田	3,595	2,577	1,481	1,096	221	789	8	1,885
山形	3,769	2,824	1,561	1,264	232	700	13	1,964
福島	6,052	4,470	2,392	2,077	377	1,187	19	3,264
茨城	8,503	6,169	3,208	2,961	594	1,710	30	4,671
栃木	6,160	4,726	2,372	2,354	393	1,019	22	3,373
群馬	6,379	4,963	2,663	2,300	399	985	31	3,286
埼玉	19,774	14,256	7,307	6,949	1,544	3,861	114	10,810
千葉	18,021	13,110	6,919	6,191	1,404	3,426	81	9,617
東京	45,869	33,237	16,590	16,648	3,597	8,733	301	25,380
神奈川	26,652	18,922	9,649	9,273	2,129	5,448	154	14,721
新潟	6,995	5,130	2,770	2,360	495	1,347	23	3,707
富山	3,553	2,796	1,619	1,177	207	536	14	1,713
石川	4,034	3,142	1,849	1,294	220	638	33	1,932
福井	2,620	2,099	1,169	930	146	355	19	1,285
山梨	2,611	1,919	1,060	859	176	504	12	1,363
長野	6,723	5,023	2,795	2,228	419	1,254	27	3,482
岐阜	6,330	4,683	2,321	2,362	485	1,119	42	3,481
静岡	11,434	8,573	4,311	4,262	736	2,088	37	6,350
愛知	23,195	17,256	8,394	8,862	1,910	3,826	203	12,689
三重	5,557	4,191	2,164	2,027	384	946	36	2,973
滋賀	4,149	3,090	1,712	1,378	276	759	25	2,137
京都	9,113	7,038	3,899	3,139	591	1,422	61	4,561
大阪	32,961	24,683	13,195	11,488	2,689	5,219	369	16,707
兵庫	19,177	14,313	7,756	6,557	1,390	3,340	133	9,897
奈良	4,587	3,634	1,910	1,724	291	626	35	2,350
和歌山	3,517	2,744	1,452	1,292	215	527	32	1,819
鳥取	2,092	1,610	960	650	123	347	12	998
島根	2,479	1,868	1,094	774	137	461	13	1,235
岡山	7,010	5,531	3,074	2,457	475	969	34	3,426
広島	10,337	7,752	4,231	3,520	725	1,800	60	5,320
山口	5,369	4,122	2,490	1,632	312	910	25	2,542
徳島	3,002	2,381	1,367	1,014	189	412	20	1,427
香川	3,643	2,741	1,493	1,248	249	634	20	1,882
愛媛	5,068	3,975	2,200	1,774	290	769	35	2,543
高知	3,157	2,498	1,625	872	155	489	16	1,361
福岡	19,872	15,275	9,214	6,062	1,342	3,101	154	9,163
佐賀	3,174	2,426	1,460	966	186	544	18	1,510
長崎	5,428	4,176	2,583	1,593	321	908	22	2,502
熊本	6,904	5,494	3,268	2,226	378	998	35	3,223
大分	4,568	3,568	2,151	1,417	229	744	27	2,161
宮崎	3,967	3,040	1,736	1,305	227	672	28	1,977
鹿児島	6,543	5,224	3,232	1,992	329	956	34	2,948
沖縄	4,706	3,677	2,259	1,418	269	727	32	2,145

注1. 医療機関所在地の都道府県で、都道府県別の分類を行っている。
注2. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表29－2　医療費総額の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	総　計	医科計			歯科	調剤	訪問看護療養	（参考）医科入院外＋調剤
			医科入院	医科入院外				
全国計	0.8	1.5	2.0	1.0	1.9	▲ 3.1	17.0	▲ 0.4
北海道	0.3	1.2	1.6	0.5	1.2	▲ 3.6	13.1	▲ 1.1
青森	▲ 0.0	0.9	1.6	0.1	0.8	▲ 3.7	10.2	▲ 1.4
岩手	▲ 0.2	0.7	1.4	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 3.4	24.4	▲ 1.5
宮城	0.5	1.6	2.1	1.1	1.1	▲ 3.6	11.1	▲ 0.7
秋田	▲ 0.6	0.7	0.8	0.6	0.5	▲ 5.1	11.1	▲ 1.9
山形	0.1	0.8	1.2	0.4	0.6	▲ 3.2	9.6	▲ 0.9
福島	▲ 0.1	1.2	1.9	0.4	1.0	▲ 4.9	12.2	▲ 1.6
茨城	0.2	1.2	1.1	1.3	1.9	▲ 3.8	11.9	▲ 0.6
栃木	0.4	1.1	1.2	1.0	2.0	▲ 4.0	24.0	▲ 0.5
群馬	0.4	1.1	1.9	0.2	1.5	▲ 3.6	14.8	▲ 1.0
埼玉	1.3	2.4	3.0	1.7	1.4	▲ 3.0	21.4	▲ 0.0
千葉	1.3	2.4	2.8	1.9	2.4	▲ 3.1	18.4	0.0
東京	1.3	2.3	2.4	2.3	1.8	▲ 3.0	17.3	0.4
神奈川	1.6	2.7	3.2	2.2	2.6	▲ 2.9	19.7	0.3
新潟	▲ 0.1	0.7	0.9	0.5	1.8	▲ 3.7	12.5	▲ 1.1
富山	1.0	1.7	2.5	0.5	3.5	▲ 3.4	24.4	▲ 0.8
石川	0.6	0.9	0.5	1.6	3.3	▲ 2.7	23.6	0.1
福井	1.0	1.3	1.3	1.3	4.7	▲ 3.0	12.9	0.1
山梨	▲ 0.3	0.9	1.3	0.4	2.0	▲ 5.4	5.3	▲ 1.8
長野	1.0	1.9	3.0	0.5	2.5	▲ 2.8	9.8	▲ 0.7
岐阜	0.2	0.5	1.3	▲ 0.2	2.3	▲ 2.6	16.1	▲ 1.0
静岡	0.5	1.3	1.4	1.3	1.9	▲ 3.2	16.8	▲ 0.3
愛知	1.5	2.0	2.4	1.6	3.1	▲ 2.0	19.5	0.5
三重	0.9	1.4	2.5	0.3	2.0	▲ 2.4	15.2	▲ 0.6
滋賀	0.6	1.4	1.7	1.0	2.0	▲ 3.0	12.1	▲ 0.5
京都	0.9	1.3	2.2	0.2	2.4	▲ 1.8	17.5	▲ 0.4
大阪	0.9	1.3	1.8	0.7	1.5	▲ 2.2	19.3	▲ 0.2
兵庫	1.3	2.1	2.7	1.5	2.0	▲ 2.8	18.0	▲ 0.0
奈良	1.3	2.0	3.1	0.9	1.2	▲ 3.2	14.8	▲ 0.2
和歌山	▲ 0.2	▲ 0.0	1.4	▲ 1.5	1.3	▲ 2.2	10.1	▲ 1.7
鳥取	0.9	1.8	2.7	0.5	1.3	▲ 3.8	28.2	▲ 1.1
島根	▲ 0.1	0.1	0.3	▲ 0.2	2.7	▲ 2.2	8.0	▲ 0.9
岡山	0.1	0.7	1.4	▲ 0.1	1.6	▲ 4.5	15.6	▲ 1.4
広島	0.0	0.8	1.6	▲ 0.1	0.9	▲ 3.8	10.7	▲ 1.4
山口	▲ 0.2	0.4	0.8	▲ 0.1	1.2	▲ 3.6	13.8	▲ 1.4
徳島	0.1	0.6	1.1	▲ 0.1	1.4	▲ 3.5	16.4	▲ 1.1
香川	0.2	0.7	1.2	0.2	2.5	▲ 3.8	30.2	▲ 1.2
愛媛	0.3	0.3	1.5	▲ 1.0	1.7	▲ 1.0	8.6	▲ 1.0
高知	▲ 0.1	0.5	1.3	▲ 0.9	1.2	▲ 3.9	18.5	▲ 2.0
福岡	1.0	1.5	1.8	0.9	2.7	▲ 2.5	20.2	▲ 0.3
佐賀	0.6	1.6	1.1	2.4	1.6	▲ 4.4	7.7	▲ 0.1
長崎	▲ 0.2	0.3	0.7	▲ 0.4	2.5	▲ 3.6	10.7	▲ 1.6
熊本	0.1	0.9	1.6	0.0	1.0	▲ 4.9	14.8	▲ 1.5
大分	0.6	1.2	2.1	▲ 0.1	2.4	▲ 3.2	16.8	▲ 1.2
宮崎	▲ 0.1	0.5	0.7	0.4	1.5	▲ 3.7	13.3	▲ 1.0
鹿児島	1.0	1.6	2.2	0.7	2.2	▲ 2.7	8.2	▲ 0.5
沖縄	1.5	2.1	2.6	1.2	2.7	▲ 2.2	20.2	0.0

表30－1　受診延日数

（単位：万日）

	総　計	医科計			歯科	訪問看護療養	調剤
			医科入院	医科入院外			
全国計	254,453	210,419	46,702	163,717	41,722	2,313	84,361
北海道	10,753	9,035	2,815	6,221	1,640	77	3,542
青森	2,607	2,252	502	1,750	336	19	1,021
岩手	2,340	1,975	481	1,494	351	14	874
宮城	4,337	3,605	748	2,857	702	30	1,651
秋田	2,003	1,712	441	1,271	284	7	776
山形	2,266	1,927	440	1,487	328	12	782
福島	3,556	2,988	678	2,309	551	17	1,258
茨城	5,023	4,128	903	3,225	869	26	1,754
栃木	3,786	3,157	655	2,502	610	19	1,190
群馬	3,882	3,226	732	2,494	629	27	1,090
埼玉	12,620	10,181	1,936	8,245	2,339	100	4,501
千葉	10,803	8,721	1,766	6,955	2,010	73	3,813
東京	27,672	22,199	3,765	18,435	5,198	275	10,271
神奈川	16,412	13,332	2,258	11,074	2,945	135	6,447
新潟	4,162	3,453	803	2,651	688	20	1,550
富山	2,045	1,729	474	1,255	306	11	546
石川	2,244	1,905	540	1,365	313	26	617
福井	1,514	1,291	335	956	206	18	346
山梨	1,581	1,316	309	1,007	255	10	545
長野	3,755	3,123	700	2,423	609	23	1,263
岐阜	4,010	3,293	598	2,695	681	36	1,303
静岡	6,882	5,743	1,102	4,640	1,107	33	2,470
愛知	14,666	11,926	2,060	9,866	2,577	163	4,530
三重	3,580	3,000	604	2,396	550	30	1,105
滋賀	2,442	2,017	431	1,585	403	22	819
京都	5,135	4,279	962	3,317	799	57	1,361
大阪	19,908	16,086	3,311	12,776	3,479	342	5,710
兵庫	11,514	9,565	1,985	7,581	1,829	119	3,822
奈良	2,660	2,202	487	1,715	425	33	761
和歌山	2,136	1,808	396	1,412	299	28	548
鳥取	1,164	983	261	722	170	11	368
島根	1,417	1,219	313	906	187	12	503
岡山	3,983	3,342	812	2,530	610	31	1,158
広島	6,290	5,283	1,208	4,075	953	54	2,078
山口	3,271	2,805	809	1,996	445	21	1,062
徳島	1,789	1,515	438	1,078	256	17	437
香川	2,224	1,880	434	1,446	326	17	674
愛媛	3,082	2,614	654	1,960	437	31	820
高知	1,694	1,466	518	948	213	14	470
福岡	12,108	10,020	2,682	7,338	1,955	133	3,921
佐賀	2,046	1,749	482	1,267	280	16	718
長崎	3,328	2,857	847	2,010	451	20	1,034
熊本	4,222	3,625	1,073	2,552	567	30	1,224
大分	2,593	2,243	671	1,572	327	23	819
宮崎	2,456	2,106	576	1,529	326	24	816
鹿児島	3,954	3,406	1,096	2,310	519	30	1,175
沖縄	2,538	2,131	612	1,519	380	27	816

注1. 医療機関所在地の都道府県で、都道府県別の分類を行っている。
注2. 診療実日数を取りまとめている。調剤については、処方せん枚数を取りまとめている。
注3. 総計については、調剤の処方せん枚数を含めずに計上している。

表30－2　都道府県別受診延日数の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	総　計	医科計			歯科	訪問看護療養	調剤
			医科入院	医科入院外			
全国計	▲ 0.5	▲ 0.7	▲ 0.4	▲ 0.8	▲ 0.1	15.0	0.6
北海道	▲ 1.0	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 1.3	▲ 0.7	10.8	▲ 0.1
青森	▲ 1.6	▲ 1.8	▲ 1.0	▲ 2.0	▲ 1.0	8.6	▲ 0.7
岩手	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 2.0	▲ 1.6	▲ 1.5	18.0	0.5
宮城	▲ 0.7	▲ 0.7	▲ 0.6	▲ 0.7	▲ 1.0	7.2	0.3
秋田	▲ 1.4	▲ 1.5	▲ 1.0	▲ 1.7	▲ 1.2	10.0	▲ 1.0
山形	▲ 0.8	▲ 0.8	0.1	▲ 1.1	▲ 1.1	7.3	▲ 0.1
福島	▲ 1.1	▲ 1.3	▲ 1.2	▲ 1.3	▲ 0.4	11.0	▲ 0.2
茨城	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.2	10.2	0.8
栃木	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 0.8	0.0	17.5	0.5
群馬	▲ 0.8	▲ 1.0	▲ 0.4	▲ 1.2	▲ 0.6	12.7	1.0
埼玉	0.2	0.0	0.6	▲ 0.1	0.3	19.0	1.3
千葉	▲ 0.0	▲ 0.2	0.7	▲ 0.4	0.1	16.6	0.6
東京	0.1	▲ 0.0	0.1	▲ 0.0	▲ 0.1	16.1	0.7
神奈川	0.4	0.2	1.0	0.1	0.4	16.5	0.9
新潟	▲ 0.5	▲ 0.7	▲ 1.2	▲ 0.6	0.1	8.8	0.7
富山	0.3	▲ 0.0	0.5	▲ 0.3	1.5	17.1	1.6
石川	0.1	▲ 0.3	▲ 1.2	0.1	1.6	15.5	2.9
福井	0.6	0.1	▲ 1.3	0.6	3.0	12.0	3.2
山梨	▲ 0.9	▲ 1.1	▲ 0.7	▲ 1.3	0.1	3.9	▲ 0.2
長野	▲ 0.3	▲ 0.3	0.8	▲ 0.7	▲ 0.3	8.5	1.1
岐阜	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 1.2	▲ 1.2	0.3	13.9	0.3
静岡	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 0.9	▲ 0.3	▲ 0.3	15.0	0.7
愛知	0.2	▲ 0.1	▲ 0.3	▲ 0.1	0.6	17.1	2.0
三重	▲ 0.7	▲ 0.8	▲ 0.8	▲ 0.8	▲ 0.6	12.1	1.0
滋賀	▲ 0.4	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 0.5	▲ 0.1	10.4	1.2
京都	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 0.4	▲ 1.5	▲ 0.3	16.3	2.1
大阪	▲ 0.7	▲ 1.0	▲ 0.5	▲ 1.2	▲ 0.6	17.9	1.1
兵庫	▲ 0.4	▲ 0.6	0.3	▲ 0.8	▲ 0.3	16.4	0.3
奈良	▲ 0.4	▲ 0.4	0.9	▲ 0.8	▲ 1.2	15.1	1.7
和歌山	▲ 1.7	▲ 2.0	▲ 1.5	▲ 2.2	▲ 0.6	9.5	1.3
鳥取	▲ 0.9	▲ 1.3	▲ 1.2	▲ 1.3	0.0	27.1	0.3
島根	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 1.8	▲ 1.0	1.5	5.8	0.6
岡山	▲ 1.4	▲ 1.7	▲ 0.6	▲ 2.0	▲ 0.9	13.7	▲ 0.7
広島	▲ 1.7	▲ 1.9	▲ 1.0	▲ 2.2	▲ 0.8	10.4	▲ 0.9
山口	▲ 1.6	▲ 1.9	▲ 1.3	▲ 2.1	▲ 0.0	10.9	▲ 0.8
徳島	▲ 1.5	▲ 1.9	▲ 1.2	▲ 2.2	▲ 0.1	13.9	▲ 0.6
香川	▲ 1.0	▲ 1.5	▲ 0.1	▲ 1.9	0.5	28.2	▲ 0.4
愛媛	▲ 1.3	▲ 1.6	▲ 1.3	▲ 1.7	▲ 0.2	7.1	1.1
高知	▲ 1.5	▲ 1.7	▲ 0.5	▲ 2.4	▲ 0.8	16.1	▲ 1.0
福岡	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.6	▲ 0.9	0.2	18.1	0.3
佐賀	▲ 1.1	▲ 1.3	▲ 1.1	▲ 1.4	▲ 0.4	8.5	▲ 0.5
長崎	▲ 1.9	▲ 2.2	▲ 1.8	▲ 2.3	▲ 0.5	8.8	▲ 1.1
熊本	▲ 2.0	▲ 2.1	▲ 1.6	▲ 2.3	▲ 1.8	12.4	▲ 1.4
大分	▲ 0.7	▲ 1.1	▲ 0.6	▲ 1.2	0.6	15.2	0.2
宮崎	▲ 0.9	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 1.3	▲ 0.0	10.8	▲ 0.7
鹿児島	▲ 1.0	▲ 1.2	▲ 0.9	▲ 1.4	0.5	6.5	▲ 0.4
沖縄	▲ 0.4	▲ 0.7	▲ 1.0	▲ 0.6	0.3	19.0	▲ 0.2

表31-1　１日当たり医療費

（単位：円）

	総　計	医科計			歯科	調剤	訪問看護療養	（参考）医科入院外＋調剤
			医科入院	医科入院外				
全国計	16,730	15,143	37,052	8,893	7,121	8,860	11,320	13,459
北海道	19,734	17,880	35,136	10,073	7,696	10,487	11,330	16,044
青森	16,972	14,296	34,770	8,428	7,229	9,212	11,104	13,805
岩手	17,305	14,838	33,524	8,820	7,502	9,587	12,339	14,431
宮城	16,996	14,991	38,010	8,962	6,929	8,764	11,064	14,028
秋田	17,945	15,053	33,609	8,622	7,781	10,162	11,217	14,828
山形	16,632	14,660	35,463	8,501	7,062	8,954	11,360	13,211
福島	17,021	14,961	35,275	8,995	6,829	9,434	11,152	14,136
茨城	16,928	14,945	35,516	9,183	6,839	9,748	11,515	14,485
栃木	16,271	14,967	36,197	9,408	6,445	8,558	11,865	13,480
群馬	16,431	15,384	36,370	9,223	6,348	9,038	11,482	13,174
埼玉	15,670	14,003	37,737	8,429	6,600	8,577	11,438	13,112
千葉	16,681	15,033	39,170	8,902	6,984	8,985	11,189	13,829
東京	16,576	14,972	44,067	9,031	6,922	8,502	10,954	13,768
神奈川	16,240	14,193	42,730	8,374	7,227	8,450	11,403	13,294
新潟	16,808	14,856	34,521	8,902	7,191	8,692	11,289	13,985
富山	17,374	16,177	34,176	9,381	6,789	9,814	12,276	13,652
石川	17,980	16,494	34,254	9,474	7,033	10,343	12,924	14,150
福井	17,301	16,263	34,951	9,725	7,104	10,275	11,083	13,438
山梨	16,514	14,585	34,346	8,532	6,897	9,244	11,786	13,534
長野	17,903	16,085	39,933	9,195	6,870	9,927	11,683	14,370
岐阜	15,784	14,221	38,826	8,763	7,122	8,592	11,715	12,916
静岡	16,615	14,929	39,112	9,184	6,652	8,455	11,297	13,685
愛知	15,816	14,469	40,743	8,983	7,412	8,447	12,459	12,861
三重	15,523	13,970	35,808	8,461	6,985	8,562	11,865	12,411
滋賀	16,992	15,322	39,689	8,693	6,839	9,267	11,334	13,478
京都	17,747	16,448	40,536	9,464	7,402	10,449	10,757	13,750
大阪	16,556	15,344	39,854	8,992	7,729	9,140	10,787	13,077
兵庫	16,655	14,963	39,080	8,649	7,600	8,739	11,163	13,056
奈良	17,241	16,505	39,244	10,051	6,842	8,225	10,753	13,700
和歌山	16,469	15,174	36,665	9,147	7,172	9,612	11,298	12,881
鳥取	17,972	16,375	36,698	9,012	7,224	9,426	11,136	13,824
島根	17,494	15,332	34,965	8,551	7,334	9,163	10,940	13,639
岡山	17,599	16,550	37,878	9,709	7,796	8,368	10,957	13,539
広島	16,433	14,673	35,033	8,639	7,612	8,659	11,033	13,055
山口	16,412	14,695	30,772	8,178	7,007	8,570	11,745	12,738
徳島	16,781	15,714	31,231	9,412	7,383	9,420	11,325	13,235
香川	16,383	14,574	34,375	8,627	7,618	9,401	11,819	13,011
愛媛	16,441	15,204	33,637	9,052	6,633	9,378	11,163	12,974
高知	18,640	17,032	31,380	9,197	7,285	10,393	11,243	14,348
福岡	16,413	15,245	34,350	8,261	6,864	7,910	11,613	12,487
佐賀	15,516	13,872	30,282	7,627	6,631	7,579	11,069	11,919
長崎	16,308	14,616	30,476	7,929	7,117	8,783	11,122	12,448
熊本	16,353	15,153	30,454	8,721	6,677	8,149	11,576	12,629
大分	17,615	15,908	32,072	9,014	7,007	9,081	11,585	13,746
宮崎	16,153	14,437	30,116	8,529	6,971	8,242	11,289	12,924
鹿児島	16,545	15,339	29,485	8,626	6,337	8,136	11,488	12,764
沖縄	18,540	17,257	36,916	9,335	7,078	8,915	11,908	14,123

注1. 医療機関所在地の都道府県で、都道府県別の分類を行っている。
注2. １日当たり医療費とは、診療実日数当たりの医療費である。
　　調剤は、処方せん１枚当たりの医療費。
　　「（参考）医科入院外＋調剤」では、医科入院外及び調剤の医療費を医科入院外の受診延日数で除して得た値。
注3. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表31-2　１日当たり医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	総　計	医科計			歯科	調剤	訪問看護療養	（参考）医科入院外＋調剤
			医科入院	医科入院外				
全国計	1.3	2.3	2.4	1.9	2.1	▲ 3.6	1.7	0.4
北海道	1.3	2.3	2.4	1.9	1.9	▲ 3.5	2.1	0.2
青森	1.6	2.8	2.7	2.1	1.8	▲ 3.0	1.5	0.6
岩手	1.4	2.4	3.4	1.5	1.2	▲ 3.9	5.4	0.1
宮城	1.3	2.3	2.7	1.8	2.1	▲ 3.8	3.7	0.1
秋田	0.8	2.2	1.8	2.3	1.7	▲ 4.1	1.0	▲ 0.2
山形	0.9	1.7	1.1	1.5	1.8	▲ 3.1	2.1	0.2
福島	1.1	2.5	3.1	1.7	1.5	▲ 4.7	1.1	▲ 0.3
茨城	0.9	2.0	1.6	2.2	2.2	▲ 4.6	1.5	0.2
栃木	1.0	2.0	2.2	1.9	2.0	▲ 4.5	5.5	0.3
群馬	1.3	2.1	2.3	1.3	2.2	▲ 4.5	1.9	0.2
埼玉	1.1	2.3	2.4	1.8	1.2	▲ 4.2	2.0	0.0
千葉	1.3	2.5	2.1	2.3	2.3	▲ 3.6	1.5	0.4
東京	1.2	2.3	2.3	2.3	1.9	▲ 3.7	1.0	0.4
神奈川	1.2	2.5	2.2	2.1	2.2	▲ 3.8	2.8	0.2
新潟	0.5	1.4	2.1	1.1	1.6	▲ 4.3	3.4	▲ 0.5
富山	0.8	1.7	2.0	0.7	1.9	▲ 5.0	6.3	▲ 0.5
石川	0.5	1.2	1.7	1.5	1.7	▲ 5.5	7.0	▲ 0.0
福井	0.3	1.2	2.6	0.7	1.7	▲ 6.0	0.8	▲ 0.5
山梨	0.6	2.0	2.0	1.6	1.9	▲ 5.1	1.3	▲ 0.6
長野	1.3	2.2	2.2	1.2	2.8	▲ 3.8	1.2	▲ 0.0
岐阜	1.0	1.7	2.6	0.9	2.1	▲ 2.9	1.9	0.2
静岡	0.9	1.7	2.3	1.6	2.1	▲ 3.9	1.5	0.0
愛知	1.4	2.1	2.7	1.7	2.5	▲ 4.0	2.1	0.5
三重	1.6	2.2	3.3	1.1	2.6	▲ 3.4	2.8	0.2
滋賀	1.1	2.0	2.5	1.6	2.1	▲ 4.2	1.6	0.1
京都	1.9	2.5	2.6	1.7	2.6	▲ 3.8	1.0	1.1
大阪	1.6	2.4	2.3	2.0	2.1	▲ 3.2	1.2	1.0
兵庫	1.7	2.7	2.4	2.3	2.3	▲ 3.1	1.3	0.8
奈良	1.7	2.4	2.1	1.7	2.4	▲ 4.8	▲ 0.3	0.5
和歌山	1.5	2.1	2.9	0.7	1.9	▲ 3.4	0.5	0.5
鳥取	1.8	3.1	4.0	1.8	1.3	▲ 4.1	0.9	0.3
島根	0.7	1.4	2.2	0.9	1.1	▲ 2.8	2.1	0.1
岡山	1.5	2.4	2.0	1.9	2.5	▲ 3.8	1.7	0.6
広島	1.7	2.8	2.6	2.1	1.7	▲ 2.9	0.3	0.8
山口	1.4	2.3	2.1	2.0	1.2	▲ 2.9	2.6	0.7
徳島	1.7	2.6	2.4	2.2	1.5	▲ 2.9	2.2	1.1
香川	1.2	2.2	1.3	2.1	2.0	▲ 3.4	1.6	0.7
愛媛	1.6	2.0	2.8	0.6	1.9	▲ 2.1	1.4	0.6
高知	1.4	2.3	1.8	1.5	2.1	▲ 3.0	2.1	0.4
福岡	1.5	2.3	2.4	1.8	2.6	▲ 2.9	1.7	0.6
佐賀	1.8	3.0	2.3	3.9	2.0	▲ 3.9	▲ 0.8	1.3
長崎	1.7	2.5	2.5	1.9	2.9	▲ 2.5	1.8	0.7
熊本	2.1	3.1	3.2	2.4	2.8	▲ 3.5	2.1	0.8
大分	1.3	2.3	2.7	1.2	1.9	▲ 3.5	1.4	0.1
宮崎	0.8	1.7	1.4	1.7	1.6	▲ 3.0	2.3	0.2
鹿児島	2.0	2.9	3.1	2.1	1.6	▲ 2.4	1.7	1.0
沖縄	1.9	2.8	3.6	1.9	2.4	▲ 2.0	1.1	0.7

Ⅳ 【参考】 推計平均在院日数等

	推計新規入院件数		推計平均在院日数		1日当たり医療費（医科入院）		推計1入院当たり医療費	
	（万件）	（対前年同期比）（%）	（日）	（対前年同期比）（%）	（円）	（対前年同期比）（%）	（万円）	（対前年同期比）（%）
全国計	1,572.0	0.2	29.7	▲ 0.6	37,052	2.4	110.1	1.8
北海道	82.8	▲ 0.0	34.0	▲ 0.7	35,136	2.4	119.5	1.6
青森	16.0	▲ 0.3	31.4	▲ 0.7	34,770	2.7	109.1	1.9
岩手	15.3	▲ 1.7	31.4	▲ 0.3	33,524	3.4	105.3	3.1
宮城	28.1	0.9	26.6	▲ 1.5	38,010	2.7	101.2	1.2
秋田	12.8	▲ 1.3	34.3	0.3	33,609	1.8	115.4	2.1
山形	14.2	▲ 1.3	31.1	1.4	35,463	1.1	110.3	2.5
福島	22.9	▲ 0.2	29.6	▲ 1.0	35,275	3.1	104.4	2.1
茨城	31.0	▲ 0.6	29.1	0.2	35,516	1.6	103.4	1.8
栃木	21.6	▲ 1.0	30.3	0.0	36,197	2.2	109.7	2.2
群馬	24.4	▲ 0.0	30.0	▲ 0.4	36,370	2.3	109.2	1.9
埼玉	67.3	1.1	28.8	▲ 0.5	37,737	2.4	108.6	1.9
千葉	65.4	0.7	27.0	0.1	39,170	2.1	105.8	2.1
東京	159.9	0.8	23.5	▲ 0.6	44,067	2.3	103.8	1.6
神奈川	94.3	1.0	23.9	▲ 0.0	42,730	2.2	102.3	2.2
新潟	25.2	▲ 0.7	31.8	▲ 0.6	34,521	2.1	109.7	1.5
富山	14.6	0.8	32.6	▲ 0.3	34,176	2.0	111.3	1.7
石川	16.4	▲ 0.3	33.0	▲ 1.0	34,254	1.7	112.9	0.8
福井	10.6	▲ 0.5	31.5	▲ 0.7	34,951	2.6	110.1	1.9
山梨	10.0	0.7	31.0	▲ 1.5	34,346	2.0	106.4	0.5
長野	26.2	0.2	26.7	0.5	39,933	2.2	106.8	2.8
岐阜	23.0	▲ 1.7	26.0	0.5	38,826	2.6	100.9	3.1
静岡	39.3	▲ 0.1	28.0	▲ 0.9	39,112	2.3	109.6	1.4
愛知	83.2	1.1	24.8	▲ 1.3	40,743	2.7	100.9	1.4
三重	20.1	▲ 0.2	30.0	▲ 0.6	35,808	3.3	107.5	2.8
滋賀	15.8	0.2	27.3	▲ 1.0	39,689	2.5	108.2	1.5
京都	33.7	0.5	28.5	▲ 0.9	40,536	2.6	115.7	1.6
大阪	118.4	0.3	28.0	▲ 0.8	39,854	2.3	111.5	1.6
兵庫	69.3	0.6	28.6	▲ 0.2	39,080	2.4	111.9	2.1
奈良	17.5	1.2	27.8	▲ 0.3	39,244	2.1	109.1	1.8
和歌山	12.8	▲ 0.9	30.8	▲ 0.6	36,665	2.9	113.0	2.3
鳥取	8.5	1.9	30.8	▲ 3.0	36,698	4.0	113.2	0.8
島根	9.5	▲ 0.7	32.8	▲ 1.1	34,965	2.2	114.7	1.1
岡山	28.4	▲ 0.2	28.6	▲ 0.4	37,878	2.0	108.2	1.6
広島	37.4	▲ 1.0	32.3	▲ 0.0	35,033	2.6	113.1	2.6
山口	19.2	▲ 0.5	42.1	▲ 0.8	30,772	2.1	129.5	1.2
徳島	11.3	▲ 0.1	38.9	▲ 1.2	31,231	2.4	121.4	1.1
香川	13.5	▲ 1.3	32.1	1.2	34,375	1.3	110.3	2.5
愛媛	20.2	▲ 0.4	32.4	▲ 1.0	33,637	2.8	108.9	1.8
高知	11.9	▲ 0.8	43.6	0.3	31,380	1.8	136.8	2.1
福岡	75.7	0.5	35.5	▲ 1.1	34,350	2.4	121.8	1.3
佐賀	11.9	0.2	40.4	▲ 1.3	30,282	2.3	122.3	1.0
長崎	22.5	▲ 0.8	37.7	▲ 1.0	30,476	2.5	114.9	1.5
熊本	27.6	▲ 0.2	38.9	▲ 1.4	30,454	3.2	118.4	1.8
大分	20.1	0.6	33.3	▲ 1.2	32,072	2.7	106.8	1.4
宮崎	16.1	▲ 1.3	35.9	0.5	30,116	1.4	108.1	1.9
鹿児島	26.2	▲ 0.6	41.9	▲ 0.3	29,485	3.1	123.5	2.8
沖縄	20.0	0.6	30.7	▲ 1.5	36,916	3.6	113.2	2.0

注1.　都道府県別概算医療費は医療機関所在地の都道府県で分類を行っている。
注2.　医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。
注3.　推計平均在院日数は入院の1件当たり日数から算定した値である。
注4.　推計新規入院件数は入院受診延日数を推計平均在院日数で除して得た値である。
注5.　推計1入院当たり医療費は推計平均在院日数に1日当たり医療費（医科入院）を乗じて得た値である。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health , Labour and Welfare

Press Release

報道関係者　　各位

令和元年９月 26 日
【照会先】保険局調査課
課長　　仲津留　隆（内線：3291）
数理企画官　木村　剛　（内線：3293）
担当係　　医療機関医療費係（内線：3298）
電話　：03-5253-1111（代表）
03-3595-2579（直通）

「平成 30 年度　調剤医療費（電算処理分）の動向」を公表します

厚生労働省では、毎月、調剤医療費の動向及び薬剤の使用状況等を迅速に把握するため、電算処理分のレセプトを集計した「調剤医療費(電算処理分)の動向」を公表しています。

このたび、平成 30 年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

【調査結果のポイント】

○　平成 30 度の調剤医療費（電算処理分に限る。以下同様。）は 7 兆 4,279 億円（伸び率▲3.1%）であり、処方せん 1 枚当たり調剤医療費は 8,850 円（伸び率▲3.7%）であった。

その内訳は、技術料が 1 兆 9,311 億円（伸び率＋1.0%）、薬剤料が 5 兆 4,834 億円（▲4.5%）、特定保険医療材料料が 134 億円（伸び率＋3.8%）であり、薬剤料のうち、後発医薬品が 1 兆 245 億円（伸び率＋1.5%）であった。【表１、表２】

○　処方せん 1 枚当たりの調剤医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、75 歳以上では 10,670 円と、0 歳以上 5 歳未満の 3,197 円の約 3.34 倍であった。【表３】

○　後発医薬品割合は、平成 30 年度末の数量ベース（新指標）で 77.7%（伸び幅＋4.7%）、数量ベース（旧指標）で 53.9%（伸び幅＋3.7%）、薬剤料ベースで 19.6%（伸び幅＋0.6%）であり、後発医薬品調剤率が 73.6%（伸び幅＋2.8%）であった。【表４】

○　内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料の伸び率は▲5.7%となっており、この伸び率を「処方せん 1 枚当たり薬剤種類数の伸び率」、「1 種類当たり投薬日数の伸び率」、「1 種類 1 日当たり薬剤料の伸び率」に分解すると、各々▲0.3%、＋2.3%、▲7.4%であった。【表５】

○　平成 30 年度の調剤医療費を処方せん発行元医療機関別にみると、医科では病院が 3 兆 496 億円（▲2.8%）、診療所が 4 兆 3,530 億円（▲3.4%）であり、平成 30 年度末の後発医薬品割合は、数量ベース（新指標）で、病院が 78.2%（伸び幅＋4.8%）、診療所が 77.4%（伸び幅＋4.6%）であった。また、制度別でみた場合、最も高かったのは公費の 88.1%（伸び幅＋11.3%）、もっとも低かったのが後期高齢者で 75.4%（伸び幅＋4.7%）であった。【表１４、表１５】

○　平成 30 年度末の後発医薬品割合を、数量ベース（新指標）の算出対象となる医薬品について、薬効大分類別にみると、薬効大分類別の構成割合が最も大きい循環器官用薬は 79.8%、次いで大きい消化器官用薬は 87.2%であった。【表１６】

「平成 30 年度　調剤医療費(電算処理分)の動向」は、厚生労働省のホームページにも掲載しています。
ホームページアドレス(http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/)

調剤医療費(電算処理分)の動向の概要
～平成30年度版～

1. 調剤医療費の全数と電算処理分の比較

平成30年度の調剤医療費(電算処理分に限る。以下同様。)は7兆4,279億円(対前年度同期比(伸び率という。以下同じ)▲3.1%)で、処方箋1枚当たり調剤医療費は8,850円(▲3.7%)であった。

なお、電算処理割合は、平成21年度以降、医療費ベース、処方箋枚数ベースともに99%に達しており、処方箋1枚当たり調剤医療費について、調剤レセプト全体と電算処理分を比較すると、その差は0.1%程度となっている。

表1 調剤医療費総額、処方箋枚数及び処方箋1枚当たり調剤医療費

		実数							対前年度比(%)					
		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
全数	調剤医療費(億円)	66,431	70,380	71,987	78,746	74,953	77,129	74,746	5.9	2.3	9.4	▲ 4.8	2.9	▲ 3.1
	処方箋枚数(万枚)	78,986	79,430	80,831	82,372	82,999	83,886	84,361	0.6	1.8	1.9	0.8	1.1	0.6
	1枚当たり調剤医療費(円)	8,410	8,861	8,906	9,560	9,031	9,195	8,860	5.4	0.5	7.3	▲ 5.5	1.8	▲ 3.6
電算処理分	調剤医療費(億円)	65,902	69,933	71,515	78,192	74,395	76,664	74,279	6.1	2.3	9.3	▲ 4.9	3.1	▲ 3.1
	電算化率(%)	99.2	99.4	99.3	99.3	99.3	99.4	99.4	―	―	―	―	―	―
	処方箋枚数(万枚)	78,452	78,958	80,359	81,912	82,527	83,445	83,930	0.6	1.8	1.9	0.8	1.1	0.6
	電算化率(%)	99.3	99.4	99.4	99.4	99.4	99.5	99.5	―	―	―	―	―	―
	1枚当たり調剤医療費(円)	8,400	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	5.4	0.5	7.3	▲ 5.6	1.9	▲ 3.7
	電算処理分／全数	0.999	1.000	0.999	0.999	0.998	0.999	0.999	―	―	―	―	―	―

2. 調剤医療費の内訳

調剤医療費の内訳は、技術料が1兆9,311億円（伸び率＋1.0%）、薬剤料が5兆4,834億円（▲4.5%）で、特定保険医療材料料が134億円（＋3.8%）であった。

処方箋1枚当たり調剤医療費は8,850円（伸び率▲3.7%）で、その内訳は、技術料が2,301円（＋0.4%）、薬剤料が6,533円（▲5.0%）で、特定保険医療材料料が16円（＋3.2%）であった。

構成割合は技術料が26.0%、薬剤料が73.8%、特定保険医療材料料が0.2%であった。

表2-1 調剤医療費の内訳 （総額）

	実数（億円）							対前年度比（%）					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
調剤医療費	65,902	69,933	71,515	78,192	74,395	76,664	74,279	6.1	2.3	9.3	▲ 4.9	3.1	▲ 3.1
技術料	17,020	17,371	17,682	18,283	18,490	19,122	19,311	2.1	1.8	3.4	1.1	3.4	1.0
調剤技術料	13,868	14,205	14,572	15,122	14,834	15,423	15,294	2.4	2.6	3.8	▲ 1.9	4.0	▲ 0.8
調剤基本料	4,738	4,897	4,988	5,336	5,055	5,478	5,336	3.4	1.9	7.0	▲ 5.3	8.4	▲ 2.6
調剤料	7,915	8,065	8,257	8,425	8,415	8,554	8,548	1.9	2.4	2.0	▲ 0.1	1.7	▲ 0.1
加算料	1,215	1,243	1,327	1,361	1,364	1,391	1,411	2.3	6.7	2.6	0.2	2.0	1.4
薬学管理料	3,152	3,166	3,110	3,161	3,656	3,699	4,016	0.4	▲ 1.8	1.6	15.7	1.2	8.6
薬剤料	48,771	52,444	53,711	59,783	55,778	57,413	54,834	7.5	2.4	11.3	▲ 6.7	2.9	▲ 4.5
内服薬薬剤料	40,729	43,755	44,460	49,762	45,838	46,712	44,346	7.4	1.6	11.9	▲ 7.9	1.9	▲ 5.1
屯服薬他薬剤料	368	382	384	396	378	381	344	3.9	0.4	3.1	▲ 4.4	0.9	▲ 9.9
注射薬薬剤料	1,719	1,959	2,208	2,461	2,563	2,884	3,052	14.0	12.7	11.5	4.1	12.5	5.8
外用薬薬剤料	5,955	6,348	6,660	7,164	6,998	7,436	7,092	6.6	4.9	7.6	▲ 2.3	6.3	▲ 4.6
（再掲）後発医薬品薬剤料	4,958	5,999	7,195	8,502	8,636	10,092	10,245	21.0	19.9	18.2	1.6	16.9	1.5
特定保険医療材料料	112	118	122	126	128	130	134	5.4	3.6	3.8	0.9	1.6	3.8

注1）「調剤医療費」とは、調剤報酬明細書に記録された「点数」に10を乗じたものである。
注2）「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算、時間外等の加算（調剤基本料に係る部分）、及び在宅患者調剤加算を含めている。
注3）「内服薬」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「内服」もしくは「一包」である薬剤をいう。
注4）「屯服薬他」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「屯服」「内滴」「浸煎」「湯」である薬剤をいう。
注5）調剤医療費及び処方箋枚数（受付回数）の電算化率が99.0%を超えた平成21年度以降を公表の対象範囲としている。

表2-2 処方箋1枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合

	実数（円）							対前年度比（%）					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
調剤医療費	8,400	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	5.4	0.5	7.3	▲ 5.6	1.9	▲ 3.7
技術料	2,169	2,200	2,200	2,232	2,240	2,292	2,301	1.4	0.0	1.4	0.4	2.3	0.4
構成割合（%）	25.8	24.8	24.7	23.4	24.9	24.9	26.0	―	―	―	―	―	―
調剤技術料	1,768	1,799	1,813	1,846	1,797	1,848	1,822	1.8	0.8	1.8	▲ 2.6	2.8	▲ 1.4
調剤基本料	604	620	621	651	612	656	636	2.7	0.1	5.0	▲ 6.0	7.2	▲ 3.2
調剤料	1,009	1,021	1,028	1,029	1,020	1,025	1,018	1.2	0.6	0.1	▲ 0.9	0.5	▲ 0.7
加算料	155	157	165	166	165	167	168	1.7	4.9	0.6	▲ 0.5	0.8	0.9
薬学管理料	402	401	387	386	443	443	479	▲ 0.2	▲ 3.5	▲ 0.3	14.8	0.1	8.0
薬剤料	6,217	6,642	6,684	7,299	6,759	6,880	6,533	6.8	0.6	9.2	▲ 7.4	1.8	▲ 5.0
構成割合（%）	74.0	75.0	75.1	76.5	75.0	74.9	73.8	―	―	―	―	―	―
内服薬薬剤料	5,192	5,542	5,533	6,075	5,554	5,598	5,284	6.7	▲ 0.2	9.8	▲ 8.6	0.8	▲ 5.6
屯服薬他薬剤料	47	48	48	48	46	46	41	3.2	▲ 1.4	1.2	▲ 5.1	▲ 0.3	▲ 10.4
注射薬薬剤料	219	248	275	300	311	346	364	13.2	10.7	9.4	3.4	11.3	5.2
外用薬薬剤料	759	804	829	875	848	891	845	5.9	3.1	5.5	▲ 3.0	5.1	▲ 5.2
（再掲）後発医薬品薬剤料	632	760	895	1,038	1,046	1,209	1,221	20.2	17.9	15.9	0.8	15.6	0.9
特定保険医療材料料	14	15	15	15	15	16	16	4.7	1.8	1.8	0.1	0.5	3.2
構成割合（%）	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	―	―	―	―	―	―

3．年齢階級別の状況

処方箋1枚当たり調剤医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、75歳以上では10,670円と、0歳以上5歳未満の3,197円の約3.34倍となっていた。

表3　年齢階級別処方箋1枚当たり調剤医療費

	実数（円）							対前年度比（%）					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
総数	8,400	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	5.4	0.5	7.3	▲ 5.6	1.9	▲ 3.7
0歳以上5歳未満	3,200	3,255	3,245	3,328	3,250	3,275	3,197	1.7	▲ 0.3	2.5	▲ 2.3	0.7	▲ 2.4
5歳以上10歳未満	4,445	4,608	4,626	4,761	4,605	4,725	4,571	3.7	0.4	2.9	▲ 3.3	2.6	▲ 3.3
10歳以上15歳未満	5,289	5,624	5,688	5,869	5,742	6,024	6,040	6.3	1.1	3.2	▲ 2.2	4.9	0.3
15歳以上20歳未満	5,526	5,785	5,883	6,058	5,937	6,261	6,326	4.7	1.7	3.0	▲ 2.0	5.5	1.0
20歳以上25歳未満	5,600	5,846	5,880	6,063	5,980	6,230	6,176	4.4	0.6	3.1	▲ 1.4	4.2	▲ 0.9
25歳以上30歳未満	5,940	6,165	6,198	6,439	6,290	6,544	6,435	3.8	0.5	3.9	▲ 2.3	4.0	▲ 1.7
30歳以上35歳未満	6,323	6,566	6,606	6,897	6,734	6,930	6,749	3.8	0.6	4.4	▲ 2.4	2.9	▲ 2.6
35歳以上40歳未満	6,966	7,282	7,303	7,617	7,410	7,585	7,360	4.5	0.3	4.3	▲ 2.7	2.4	▲ 3.0
40歳以上45歳未満	7,761	8,117	8,158	8,592	8,347	8,467	8,222	4.6	0.5	5.3	▲ 2.9	1.4	▲ 2.9
45歳以上50歳未満	8,261	8,673	8,729	9,354	9,059	9,185	8,881	5.0	0.7	7.2	▲ 3.2	1.4	▲ 3.3
50歳以上55歳未満	8,668	9,053	9,069	9,888	9,390	9,487	9,162	4.4	0.2	9.0	▲ 5.0	1.0	▲ 3.4
55歳以上60歳未満	9,119	9,526	9,530	10,434	9,816	9,860	9,479	4.5	0.1	9.5	▲ 5.9	0.4	▲ 3.9
60歳以上65歳未満	9,452	9,880	9,874	10,775	10,063	10,131	9,706	4.5	▲ 0.1	9.1	▲ 6.6	0.7	▲ 4.2
65歳以上70歳未満	9,708	10,182	10,178	11,124	10,370	10,446	9,988	4.9	▲ 0.0	9.3	▲ 6.8	0.7	▲ 4.4
70歳以上75歳未満	9,870	10,366	10,434	11,409	10,614	10,763	10,289	5.0	0.7	9.3	▲ 7.0	1.4	▲ 4.4
75歳以上	10,427	10,978	11,010	11,730	10,948	11,173	10,670	5.3	0.3	6.5	▲ 6.7	2.1	▲ 4.5

4. 後発医薬品割合の推移及び後発医薬品割合(数量ベース)階級別保険薬局数構成割合

平成30年度末において、後発医薬品割合は、数量ベース(新指標)で77.7%(対前年同期差(伸び幅という。以下同じ)＋4.7%)、数量ベース(旧指標)で53.9%(＋3.7%)、薬剤料ベースで19.6%(＋0.6%)であり、後発医薬品調剤率は73.6%(＋2.8%)であった。

年度毎の平均でみると、平成30年度の後発医薬品割合は、数量ベースのうち新指標では75.9%(＋5.6%)、旧指標では52.6%(＋4.8%)、薬剤料ベースでは18.7%(＋1.1%)であり、後発医薬品調剤率は73.0%(＋3.6%)であった。

後発医薬品割合の階級別に保険薬局数の構成割合をみると、数量ベース(新指標)で後発医薬品割合が75%以上の薬局数は平成30年4月で60.1%であったところ、平成31年3月では70.8%となっており、うち85%以上の薬局数は平成30年4月で18.5%であったところ、平成31年3月では31.5%となっていた。

表4-1 平成30年度における後発医薬品割合

(単位:%)

	平成29年度		平成30年度											
	4月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
数量ベース(新指標)	68.8	73.0	73.8	74.2	74.5	74.6	75.0	75.3	76.0	76.7	77.0	77.5	77.5	77.7
数量ベース(旧指標)	45.7	50.2	50.9	51.3	51.4	51.7	52.0	52.3	52.8	53.1	53.3	54.0	54.0	53.9
薬剤料ベース	16.2	19.0	17.9	17.9	18.1	18.3	18.3	18.5	18.9	19.0	19.1	18.9	19.4	19.6
後発医薬品調剤率	67.7	70.8	71.5	71.7	71.3	71.6	71.9	72.6	73.5	73.9	74.2	75.6	74.3	73.6

表4-2 年度毎にみた後発医薬品割合

(単位:%)

	実数							対前年度差					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
数量ベース(新指標)	-	47.9	56.4	60.1	66.8	70.2	75.9	・	8.5	3.7	6.8	3.4	5.6
数量ベース(旧指標)	28.7	31.1	37.0	40.2	44.5	47.7	52.6	2.4	5.9	3.2	4.3	3.2	4.8
薬剤料ベース	10.2	11.4	13.4	14.2	15.5	17.6	18.7	1.3	2.0	0.8	1.3	2.1	1.1
後発医薬品調剤率	52.6	55.0	60.8	63.1	67.0	69.4	73.0	2.3	5.8	2.3	3.9	2.4	3.6

注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注2) 「新指標」は、〔後発医薬品の数量〕/(〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕)で算出している(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」(平成25年4月公表)を参照)。その際、新たに後発医薬品が販売される先発医薬品は、平成26年度より、薬価収載の翌月(平成25年度は薬価収載月(6月と12月))以降、医療課長通知＊に基づき算出式の分母に算入することとしている。そのため、算出式の分母となる医薬品数量が一時に増え、新指標による後発医薬品割合が低くなることがある。
＊厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」中の「5. その他(各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報)」を参照。
注3) 「後発医薬品調剤率」とは、全処方箋受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合をいう。
注4) 旧指標とは、平成24年度までの後発医薬品割合(数量ベース)の算出方法をいう。
注5) 旧指標による算出では、平成22年4月以降は、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤を除外し、平成24年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤を除外している。
注6) 「・」は算出できないものを示す。

表4-3 後発医薬品割合(数量ベース)階級別保険薬局数構成割合

(単位:%)

		平成29年度		平成30年度											
		4月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
割合	総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	10%未満	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	10%以上 20%未満	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
	20%以上 30%未満	1.8	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7
	30%以上 40%未満	4.0	2.8	2.6	2.5	2.3	2.2	2.2	2.1	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6	1.5
	40%以上 50%未満	7.0	5.3	4.8	4.6	4.6	4.5	4.4	4.3	4.0	3.7	3.6	3.4	3.4	3.3
	50%以上 60%未満	4.8	3.9	3.8	3.7	3.5	3.6	3.4	3.4	3.1	2.9	2.8	2.6	2.6	2.6
	55%以上 60%未満	5.4	4.7	4.5	4.5	4.4	4.4	4.4	4.3	4.1	4.0	3.9	3.7	3.7	3.7
	60%以上 65%未満	6.4	5.3	5.3	5.1	5.2	5.0	5.0	4.9	4.8	4.8	4.6	4.7	4.7	4.5
	65%以上 70%未満	13.1	7.3	6.7	6.5	6.3	6.5	6.3	6.1	6.0	5.7	5.7	5.5	5.4	5.5
	70%以上 75%未満	17.5	12.2	10.7	10.4	9.7	9.5	9.2	8.9	8.2	7.8	7.5	7.4	7.2	7.1
	75%以上 80%未満	18.5	20.6	20.2	19.6	19.5	19.9	19.3	18.8	17.8	16.8	16.0	15.2	15.3	14.9
	80%以上 85%未満	13.7	20.1	21.4	22.0	22.2	21.9	22.4	22.4	23.4	23.9	24.1	24.4	24.3	24.3
	85%以上 90%未満	5.2	12.3	13.9	14.7	15.5	15.8	16.5	17.3	18.7	19.7	20.6	21.4	21.6	22.0
	90%以上 95%未満	1.6	3.2	4.0	4.3	4.6	4.6	4.8	5.4	6.0	6.9	7.4	7.9	8.1	8.2
	95%以上	0.3	0.6	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3
	65%未満	30.1	23.7	22.5	21.8	21.3	21.1	20.7	20.3	19.0	18.2	17.6	16.9	16.9	16.7
	65%以上 75%未満	30.6	19.5	17.4	16.9	16.1	15.9	15.5	15.0	14.2	13.5	13.2	12.9	12.6	12.5
	75%以上	39.3	56.8	60.1	61.3	62.6	62.9	63.8	64.7	66.8	68.3	69.2	70.1	70.5	70.8
	75%以上 80%未満	18.5	20.6	20.2	19.6	19.5	19.9	19.3	18.8	17.8	16.8	16.0	15.2	15.3	14.9
	80%以上 85%未満	13.7	20.1	21.4	22.0	22.2	21.9	22.4	22.4	23.4	23.9	24.1	24.4	24.3	24.3
	85%以上	7.1	16.1	18.5	19.8	20.9	21.1	22.2	23.5	25.7	27.6	29.2	30.5	30.9	31.5

注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注2) 新指標は、〔後発医薬品の数量〕/(〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕)で算出している。

5. 内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料の3要素分解

内服薬の処方箋1枚当たり薬剤料5,273円を、処方箋1枚当たり薬剤種類数、1種類当たり投薬日数、1種類1日当たり薬剤料に分解すると、各々2.80、24.1日、78円となっていた。

また、内服薬の処方箋1枚当たり薬剤料の伸び率▲5.7%を、処方箋1枚当たり薬剤種類数の伸び率、1種類当たり投薬日数の伸び率、1種類1日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々▲0.3%、＋2.3%、▲7.4%となっていた。

表5 内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料の3要素分解

	実数							対前年度比(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料(円)	5,180	5,528	5,526	6,068	5,548	5,590	5,273	6.7	▲ 0.0	9.8	▲ 8.6	0.8	▲ 5.7
処方箋1枚当たり薬剤種類数	2.90	2.90	2.88	2.86	2.83	2.81	2.80	▲ 0.0	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.3
1種類当たり投薬日数(日)	21.1	21.8	22.3	22.8	23.1	23.6	24.1	3.5	2.3	1.9	1.5	2.1	2.3
1種類1日当たり薬剤料(円)	85	87	86	93	85	84	78	3.2	▲ 1.9	8.6	▲ 9.1	▲ 0.4	▲ 7.4

６－１．薬効分類別の状況(1)(内服薬薬剤料総額)

内服薬の薬剤料(総額)を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が8,238億円と最も高く、次いで中枢神経系用薬が7,895億円となっている。伸び率は、腫瘍用薬が＋10.7%と最も高く、抗生物質製剤が▲16.2%と最も低い。

後発医薬品については、循環器官用薬が2,881億円と最も高く、次いで消化器官用薬が1,274億円となっている。伸び率は、ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)が＋29.0%と最も高く、泌尿生殖器官および肛門用薬が▲10.2%と最も低い。

表6-1 内服薬 薬効分類別 薬剤料

	総額(億円)			後発医薬品(億円)(再掲)			対前年度比(%)		後発医薬品(再掲)	
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成29年度	平成30年度	平成29年度	平成30年度
内服薬 総数	45,784	46,645	44,259	7,654	8,977	9,056	1.9	▲ 5.1	17.3	0.9
11 中枢神経系用薬	7,666	8,147	7,895	883	1,002	1,015	6.3	▲ 3.1	13.4	1.3
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	539	545	488	144	155	154	1.2	▲ 10.5	7.7	▲ 0.6
114 解熱鎮痛消炎剤	991	1,031	1,013	119	129	147	4.0	▲ 1.8	9.2	14.0
116 抗パーキンソン剤	690	709	646	34	45	57	2.7	▲ 8.9	32.3	26.4
117 精神神経用剤	2,516	2,679	2,516	272	329	314	6.5	▲ 6.1	20.8	▲ 4.5
119 その他中枢神経系用薬	2,286	2,448	2,446	270	292	263	7.1	▲ 0.1	8.5	▲ 10.0
21 循環器官用薬	9,935	9,759	8,238	2,130	2,732	2,881	▲ 1.8	▲ 15.6	28.2	5.5
212 不整脈用剤	443	431	325	111	127	134	▲ 2.8	▲ 24.6	13.7	5.7
214 血圧降下剤	4,354	4,036	3,149	692	1,039	1,153	▲ 7.3	▲ 22.0	50.3	10.9
217 血管拡張剤	1,082	1,072	894	598	642	582	▲ 0.9	▲ 16.5	7.4	▲ 9.3
218 高脂血症用剤	2,653	2,645	2,213	558	730	807	▲ 0.3	▲ 16.3	30.8	10.5
22 呼吸器官用薬	448	435	405	178	189	204	▲ 2.9	▲ 6.9	6.2	8.2
23 消化器官用薬	3,902	4,132	3,865	1,285	1,333	1,274	5.9	▲ 6.5	3.7	▲ 4.4
232 消化性潰瘍用剤	2,635	2,781	2,499	859	883	810	5.5	▲ 10.1	2.8	▲ 8.3
239 その他の消化器官用薬	544	579	586	109	120	124	6.4	1.2	10.1	3.6
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	632	665	691	30	86	111	5.2	3.9	183.4	29.0
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	1,316	1,367	1,306	129	137	123	3.9	▲ 4.5	5.9	▲ 10.2
31 ビタミン剤	927	971	965	276	272	250	4.8	▲ 0.6	▲ 1.5	▲ 7.8
32 滋養強壮薬	502	514	503	35	39	42	2.4	▲ 2.2	10.2	7.5
325 蛋白アミノ酸製剤	427	435	421	16	17	17	1.8	▲ 3.2	8.9	▲ 1.9
33 血液・体液用薬	3,243	3,456	3,348	727	809	746	6.6	▲ 3.1	11.3	▲ 7.7
39 その他の代謝性医薬品	6,330	6,807	6,870	660	754	770	7.5	0.9	14.2	2.1
396 糖尿病用剤	3,158	3,416	3,436	212	241	238	8.2	0.6	13.6	▲ 1.5
399 他に分類されない代謝性医薬品	2,537	2,734	2,735	349	401	429	7.8	0.0	14.9	7.1
42 腫瘍用薬	2,906	3,221	3,567	259	323	332	10.8	10.7	24.4	3.0
422 代謝拮抗剤	392	350	289	5	42	70	▲ 10.7	▲ 17.4	691.2	64.7
429 その他の腫瘍用薬	2,453	2,811	3,239	254	279	250	14.6	15.2	10.0	▲ 10.3
44 アレルギー用薬	2,523	2,487	2,182	623	819	825	▲ 1.4	▲ 12.3	31.5	0.7
52 漢方製剤	1,114	1,170	1,183	－	－	－	5.1	1.1	・	・
61 抗生物質製剤	772	711	596	215	223	206	▲ 7.9	▲ 16.2	3.6	▲ 7.5
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	354	321	270	88	92	86	▲ 9.1	▲ 15.9	5.3	▲ 6.7
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	287	251	198	113	110	98	▲ 12.7	▲ 21.0	▲ 2.9	▲ 11.4
62 化学療法剤	3,229	2,463	2,312	173	205	210	▲ 23.7	▲ 6.1	18.4	2.2
624 合成抗菌剤	336	303	239	71	73	66	▲ 9.8	▲ 21.2	2.4	▲ 8.9
625 抗ウイルス剤	2,706	1,969	1,876	49	75	92	▲ 27.2	▲ 4.7	53.9	22.7

注1)表示していない項目(薬効)があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。
注2) 「－」は0を意味する。

６－２．薬効分類別の状況(2)（内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料）

内服薬の処方箋1枚当たり薬剤料を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が982円と最も高く、次いで中枢神経系用薬が941円となっている。伸び率は、腫瘍用薬が＋10.1%と最も高く、抗生物質製剤が▲16.6%と最も低い。

表6-2 内服薬 薬効分類別処方箋1枚当たり薬剤料

	実数（円）							対前年度比（%）					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬 総数	5,180	5,528	5,526	6,068	5,548	5,590	5,273	6.7	▲ 0.0	9.8	▲ 8.6	0.8	▲ 5.7
11 中枢神経系用薬	815	895	923	969	929	976	941	9.8	3.1	5.0	▲ 4.1	5.1	▲ 3.7
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	83	84	74	72	65	65	58	0.5	▲ 11.6	▲ 2.2	▲ 9.7	0.1	▲ 11.0
114 解熱鎮痛消炎剤	99	110	116	121	120	124	121	10.6	6.2	3.7	▲ 0.5	2.9	▲ 2.4
116 抗パーキンソン剤	71	76	80	84	84	85	77	7.0	5.1	4.8	0.1	1.5	▲ 9.4
117 精神神経用剤	281	300	306	318	305	321	300	6.9	2.1	4.0	▲ 4.2	5.3	▲ 6.6
119 その他中枢神経系用薬	227	263	276	296	277	293	291	15.9	5.0	7.1	▲ 6.3	5.9	▲ 0.6
21 循環器官用薬	1,382	1,445	1,347	1,344	1,204	1,169	982	4.6	▲ 6.8	▲ 0.2	▲ 10.4	▲ 2.9	▲ 16.1
212 不整脈用剤	71	71	65	62	54	52	39	0.9	▲ 9.3	▲ 3.4	▲ 13.9	▲ 3.8	▲ 25.0
214 血圧降下剤	654	683	629	605	528	484	375	4.4	▲ 8.0	▲ 3.8	▲ 12.8	▲ 8.3	▲ 22.4
217 血管拡張剤	195	193	165	159	131	128	107	▲ 1.1	▲ 14.7	▲ 3.8	▲ 17.3	▲ 2.0	▲ 17.0
218 高脂血症用剤	335	357	336	349	321	317	264	6.5	▲ 5.9	4.0	▲ 7.9	▲ 1.4	▲ 16.8
22 呼吸器官用薬	64	63	58	59	54	52	48	▲ 2.0	▲ 7.5	1.2	▲ 7.9	▲ 3.9	▲ 7.4
23 消化器官用薬	485	519	494	507	473	495	460	7.2	▲ 4.8	2.5	▲ 6.7	4.7	▲ 7.0
232 消化性潰瘍用剤	346	371	342	351	319	333	298	7.3	▲ 7.7	2.4	▲ 8.9	4.4	▲ 10.7
239 その他の消化器官用薬	70	73	72	72	66	69	70	4.4	▲ 1.8	▲ 0.7	▲ 7.8	5.2	0.6
24 ホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	58	63	72	75	77	80	82	9.7	13.7	4.2	2.5	4.0	3.3
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	147	156	160	166	159	164	156	5.9	2.4	3.7	▲ 3.7	2.8	▲ 5.0
31 ビタミン剤	98	107	109	114	112	116	115	9.0	2.5	4.2	▲ 1.4	3.7	▲ 1.2
32 滋養強壮薬	62	64	62	63	61	62	60	2.6	▲ 2.2	0.3	▲ 2.8	1.3	▲ 2.8
325 蛋白アミノ酸製剤	55	56	54	54	52	52	50	2.3	▲ 3.5	▲ 0.6	▲ 3.6	0.7	▲ 3.7
33 血液・体液用薬	350	392	414	433	393	414	399	12.0	5.6	4.6	▲ 9.3	5.4	▲ 3.7
39 その他の代謝性医薬品	630	711	727	777	767	816	818	12.8	2.2	6.9	▲ 1.3	6.4	0.3
396 糖尿病用剤	287	340	351	382	383	409	409	18.4	3.2	9.1	0.0	7.0	0.0
399 他に分類されない代謝性医薬品	271	293	296	312	307	328	326	8.3	1.1	5.3	▲ 1.5	6.6	▲ 0.5
42 腫瘍用薬	264	281	304	344	352	386	425	6.7	8.1	13.2	2.2	9.6	10.1
422 代謝拮抗剤	61	60	54	52	47	42	34	▲ 1.0	▲ 11.3	▲ 3.2	▲ 8.6	▲ 11.7	▲ 17.8
429 その他の腫瘍用薬	194	213	242	285	297	337	386	9.4	14.0	17.5	4.4	13.3	14.6
44 アレルギー用薬	357	353	341	351	306	298	260	▲ 1.0	▲ 3.3	2.7	▲ 12.8	▲ 2.5	▲ 12.8
52 漢方製剤	118	125	130	135	135	140	141	5.5	4.4	3.7	▲ 0.1	3.9	0.5
61 抗生物質製剤	125	123	111	108	93	85	71	▲ 1.6	▲ 9.2	▲ 2.7	▲ 13.8	▲ 8.9	▲ 16.6
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	57	56	52	51	43	39	32	▲ 2.7	▲ 7.0	▲ 1.9	▲ 15.4	▲ 10.1	▲ 16.4
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	56	52	43	43	35	30	24	▲ 7.7	▲ 16.4	▲ 0.8	▲ 18.9	▲ 13.7	▲ 21.5
62 化学療法剤	180	186	227	580	391	295	275	3.2	22.2	155.1	▲ 32.5	▲ 24.5	▲ 6.7
624 合成抗菌剤	57	55	52	49	41	36	28	▲ 2.3	▲ 5.6	▲ 5.7	▲ 17.6	▲ 10.8	▲ 21.6
625 抗ウイルス剤	92	99	148	505	328	236	224	8.0	48.4	242.5	▲ 35.1	▲ 28.0	▲ 5.3

注）表示していない項目（薬効）があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。

7. 薬効分類別の状況(3)(内服薬 処方箋1枚当たり薬剤種類数)

内服薬の処方箋1枚当たり薬剤種類数を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が0.60と最も多く、次いで中枢神経系用薬が0.45となっている。伸び率は、腫瘍用薬が＋2.8%で最も高く、抗生物質製剤が▲7.7%で最も低い。

表7 内服薬 薬効分類別処方箋1枚当たり薬剤種類数

	実数							対前年度比(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬 総数	2.90	2.90	2.88	2.86	2.83	2.81	2.80	▲ 0.0	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.3
11 中枢神経系用薬	0.46	0.47	0.46	0.46	0.45	0.45	0.45	1.5	▲ 1.0	▲ 0.9	▲ 0.7	0.1	▲ 0.8
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	0.13	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.12	0.1	▲ 3.8	▲ 3.3	▲ 2.4	▲ 1.8	▲ 3.7
114 解熱鎮痛消炎剤	0.10	0.10	0.11	0.11	0.10	0.10	0.10	1.0	0.5	▲ 0.0	▲ 1.0	0.1	▲ 1.1
116 抗パーキンソン剤	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.5	▲ 3.2	▲ 3.0	▲ 2.0	▲ 2.4	▲ 2.0
117 精神神経用剤	0.12	0.13	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.7	▲ 1.9	▲ 1.7	▲ 1.7	▲ 0.1	▲ 0.3
119 その他中枢神経系用薬	0.03	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.06	17.0	12.3	9.8	8.7	8.1	7.8
21 循環器官用薬	0.62	0.62	0.61	0.61	0.60	0.60	0.60	1.2	▲ 1.4	▲ 1.5	▲ 0.3	▲ 0.4	0.4
212 不整脈用剤	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	3.7	1.8	1.4	2.6	2.5	3.4
214 血圧降下剤	0.22	0.22	0.21	0.21	0.21	0.20	0.20	0.8	▲ 2.5	▲ 2.3	▲ 1.1	▲ 1.4	▲ 0.8
217 血管拡張剤	0.15	0.15	0.15	0.14	0.14	0.14	0.14	▲ 0.7	▲ 2.4	▲ 2.3	▲ 0.6	▲ 0.6	0.0
218 高脂血症用剤	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14	0.14	0.15	4.5	1.5	1.2	1.6	1.3	2.8
22 呼吸器官用薬	0.27	0.26	0.26	0.26	0.27	0.25	0.25	▲ 3.0	▲ 0.3	1.5	1.2	▲ 4.1	▲ 1.2
23 消化器官用薬	0.49	0.48	0.48	0.47	0.46	0.45	0.44	▲ 0.7	▲ 1.7	▲ 1.8	▲ 2.0	▲ 2.3	▲ 1.4
232 消化性潰瘍用剤	0.25	0.25	0.24	0.24	0.23	0.23	0.22	0.2	▲ 2.0	▲ 2.0	▲ 2.9	▲ 2.3	▲ 1.9
239 その他の消化器官用薬	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	▲ 2.5	▲ 2.6	▲ 2.4	▲ 1.3	▲ 2.7	▲ 0.3
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	▲ 4.7	5.6	▲ 0.6	0.2	1.2	1.7
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	1.9	2.2	1.5	0.9	0.6	0.9
31 ビタミン剤	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.6	▲ 0.6	▲ 0.9	▲ 0.9	0.1	0.6
32 滋養強壮薬	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.9	1.6	1.0	2.3	1.9	2.4
325 蛋白アミノ酸製剤	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	3.7	1.1	1.2	2.9	2.3	2.5
33 血液・体液用薬	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	1.7	▲ 0.1	▲ 0.5	1.2	0.1	▲ 0.4
39 その他の代謝性医薬品	0.22	0.23	0.23	0.23	0.22	0.22	0.22	3.6	2.2	▲ 0.6	▲ 4.8	0.9	1.0
396 糖尿病用剤	0.10	0.11	0.11	0.12	0.12	0.12	0.12	7.1	5.5	1.5	0.8	1.3	0.9
399 他に分類されない代謝性医薬品	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.9	▲ 1.8	▲ 1.4	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 0.5
42 腫瘍用薬	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	1.2	1.3	1.4	0.9	0.9	2.8
422 代謝拮抗剤	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	▲ 2.2	▲ 4.5	▲ 4.1	▲ 3.9	▲ 3.4	▲ 3.8
429 その他の腫瘍用薬	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.1	4.6	4.4	3.2	2.7	5.4
44 アレルギー用薬	0.21	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.21	▲ 3.5	1.1	▲ 1.1	▲ 0.1	1.3	1.7
52 漢方製剤	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	3.5	3.6	3.1	3.0	3.1	1.7
61 抗生物質製剤	0.12	0.12	0.11	0.11	0.11	0.10	0.09	▲ 4.0	▲ 2.0	▲ 0.8	▲ 4.3	▲ 9.1	▲ 7.7
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	0.07	0.07	0.07	0.07	0.06	0.06	0.05	▲ 2.0	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 5.7	▲ 7.1	▲ 7.5
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	0.05	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.03	▲ 7.3	▲ 4.3	0.9	▲ 3.3	▲ 13.0	▲ 9.4
62 化学療法剤	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	▲ 2.2	0.2	1.6	▲ 3.1	▲ 2.5	2.6
624 合成抗菌剤	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	▲ 3.8	▲ 1.3	3.0	▲ 2.5	▲ 8.8	▲ 7.0
625 抗ウイルス剤	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.1	8.2	3.3	▲ 7.0	13.1	25.5

注)表示していない項目(薬効)があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。

8. 薬効分類別の状況(4)(内服薬1種類当たり投薬日数)

内服薬の1種類当たり投薬日数を薬効大分類別にみると、最も長いのは腫瘍用薬の41.4日であり、最も短いのは抗生物質製剤の6.9日である。伸び率は、アレルギー用薬が＋4.5%で最も高く、化学療法剤が▲2.9%で最も低い。

表8 内服薬薬効分類別1種類当たり投薬日数

	実数(日)							対前年度比(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬　総数	21.1	21.8	22.3	22.8	23.1	23.6	24.1	3.5	2.3	1.9	1.5	2.1	2.3
11 中枢神経系用薬	20.3	20.8	21.4	21.7	21.9	22.1	22.6	2.7	2.6	1.8	0.8	0.9	2.0
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	22.1	22.5	23.0	23.4	23.6	23.9	24.1	2.0	2.2	1.8	1.1	0.9	1.1
114 解熱鎮痛消炎剤	14.3	14.8	15.3	15.6	15.9	16.2	16.7	4.1	3.3	2.0	1.4	2.1	2.9
116 抗パーキンソン剤	25.4	25.7	26.5	27.2	27.5	27.8	28.3	1.4	3.1	2.4	1.1	1.3	1.6
117 精神神経用剤	22.9	23.3	23.8	24.2	24.1	23.9	24.2	1.9	2.0	1.7	▲ 0.4	▲ 0.9	1.2
119 その他中枢神経系用薬	23.0	23.8	24.5	24.7	25.0	25.3	25.6	3.4	2.9	1.1	1.0	1.0	1.3
21 循環器官用薬	29.4	30.1	30.8	31.4	31.8	32.3	32.9	2.4	2.2	2.2	1.2	1.5	1.7
212 不整脈用剤	30.1	30.8	31.5	32.2	32.6	33.0	33.5	2.4	2.2	2.1	1.2	1.3	1.5
214 血圧降下剤	30.3	31.1	31.7	32.5	32.9	33.4	34.0	2.6	2.2	2.2	1.2	1.6	1.8
217 血管拡張剤	29.5	30.2	30.9	31.5	31.9	32.4	32.9	2.4	2.1	2.1	1.1	1.5	1.7
218 高脂血症用剤	31.2	31.9	32.6	33.4	33.8	34.3	34.9	2.2	2.2	2.3	1.2	1.7	1.7
22 呼吸器官用薬	8.0	8.2	8.3	8.3	8.3	8.5	8.7	2.1	1.3	0.9	▲ 0.1	1.8	2.5
23 消化器官用薬	21.1	21.9	22.5	22.9	23.2	23.7	24.1	4.0	2.6	1.8	1.3	2.2	1.8
232 消化性潰瘍用剤	22.9	23.6	24.2	24.6	25.0	25.4	25.9	3.2	2.5	1.6	1.7	1.7	2.0
239 その他の消化器官用薬	19.2	20.3	21.0	21.5	21.5	22.2	22.6	5.6	3.5	2.1	0.3	2.8	2.1
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	24.5	24.8	26.0	26.4	26.8	27.3	28.0	1.4	4.6	1.6	1.5	2.1	2.4
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	30.1	31.1	31.7	32.5	33.0	33.4	33.8	3.3	1.8	2.6	1.5	1.2	1.2
31 ビタミン剤	24.9	25.7	26.4	27.0	27.4	27.9	28.5	3.0	2.6	2.5	1.6	1.7	2.1
32 滋養強壮薬	24.4	24.8	25.4	25.9	26.1	26.4	26.7	1.9	2.5	2.1	0.6	1.0	1.1
325 蛋白アミノ酸製剤	20.0	20.2	20.5	20.7	20.4	20.3	20.4	0.9	1.4	0.7	▲ 1.2	▲ 0.3	0.2
33 血液・体液用薬	25.8	26.4	26.7	27.0	26.9	26.9	27.3	2.2	1.2	1.0	▲ 0.5	0.2	1.2
39 その他の代謝性医薬品	24.8	25.7	26.3	27.3	28.9	29.4	30.0	3.6	2.3	4.0	5.7	1.7	2.1
396 糖尿病用剤	31.1	31.8	31.9	32.8	33.3	33.7	34.3	2.2	0.4	2.8	1.4	1.2	1.7
399 他に分類されない代謝性医薬品	14.6	14.7	14.9	15.3	15.5	15.8	16.3	0.5	1.9	2.5	1.5	1.9	2.9
42 腫瘍用薬	37.5	38.5	38.8	39.5	40.6	41.3	41.4	2.6	0.8	2.0	2.7	1.8	0.3
422 代謝拮抗剤	20.1	20.0	19.9	20.1	20.2	20.3	20.4	▲ 0.3	▲ 0.2	0.7	0.7	0.2	0.6
429 その他の腫瘍用薬	47.0	47.9	47.6	47.8	48.7	49.1	48.5	2.1	▲ 0.8	0.6	1.7	0.9	▲ 1.2
44 アレルギー用薬	15.1	15.6	16.2	16.7	17.1	17.7	18.5	3.2	3.7	2.9	2.3	3.8	4.5
52 漢方製剤	19.7	20.2	20.5	20.8	20.8	21.0	21.4	2.7	1.5	1.1	0.3	0.9	1.6
61 抗生物質製剤	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.7	6.9	2.9	1.6	1.1	0.6	3.1	3.9
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.6	4.6	4.7	4.8	4.8	4.8	4.9	1.4	1.0	1.9	0.1	1.2	1.6
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	7.5	7.8	8.0	8.0	8.0	8.5	8.9	4.7	2.6	0.2	▲ 0.0	5.4	5.1
62 化学療法剤	9.5	9.9	10.1	10.2	10.3	10.6	10.3	3.9	2.0	1.0	1.2	2.7	▲ 2.9
624 合成抗菌剤	5.2	5.3	5.3	5.4	5.4	5.4	5.5	1.4	0.8	0.6	▲ 0.1	1.4	1.3
625 抗ウイルス剤	10.1	10.6	11.0	12.0	12.1	11.3	8.8	5.2	4.0	8.5	1.2	▲ 7.3	▲ 21.6

注)表示していない項目(薬効)がある。

9. 薬効分類別の状況(5)(内服薬1種類1日当たり薬剤料)

内服薬の1種類1日当たり薬剤料を薬効大分類別にみると、最も高いのは腫瘍用薬の1,689円であり、最も低いのは呼吸器官用薬の22円であった。
伸び率は、腫瘍用薬が＋6.8%で最も高く、アレルギー用薬が▲18.0%で最も低い。

表9 内服薬薬効分類別1種類1日当たり薬剤料

	実数(円)							対前年度比(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬　総数	85	87	86	93	85	84	78	3.2	▲ 1.9	8.6	▲ 9.1	▲ 0.4	▲ 7.4
11 中枢神経系用薬	88	92	94	97	93	97	93	5.3	1.6	4.0	▲ 4.3	4.1	▲ 4.7
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	28	28	25	25	23	23	21	▲ 1.5	▲ 10.0	▲ 0.5	▲ 8.5	1.0	▲ 8.7
114 解熱鎮痛消炎剤	67	71	72	73	73	73	70	5.1	2.2	1.8	▲ 0.8	0.7	▲ 4.2
116 抗パーキンソン剤	161	169	178	187	189	194	177	4.9	5.4	5.5	1.1	2.6	▲ 9.0
117 精神神経用剤	99	103	105	109	107	113	105	4.1	2.0	3.9	▲ 2.1	6.3	▲ 7.5
119 その他中枢神経系用薬	325	311	283	273	233	226	205	▲ 4.1	▲ 9.1	▲ 3.5	▲ 14.7	▲ 3.1	▲ 9.0
21 循環器官用薬	76	77	71	71	63	60	49	0.9	▲ 7.5	▲ 0.9	▲ 11.2	▲ 4.0	▲ 17.8
212 不整脈用剤	83	79	69	64	53	49	35	▲ 5.0	▲ 12.8	▲ 6.7	▲ 17.1	▲ 7.4	▲ 28.6
214 血圧降下剤	100	101	93	90	78	72	55	0.9	▲ 7.7	▲ 3.6	▲ 12.9	▲ 8.5	▲ 23.2
217 血管拡張剤	44	43	36	35	29	28	23	▲ 2.7	▲ 14.4	▲ 3.6	▲ 17.7	▲ 2.9	▲ 18.4
218 高脂血症用剤	84	83	76	76	68	65	52	▲ 0.4	▲ 9.3	0.4	▲ 10.4	▲ 4.3	▲ 20.4
22 呼吸器官用薬	30	30	27	27	25	24	22	▲ 1.0	▲ 8.4	▲ 1.2	▲ 8.8	▲ 1.6	▲ 8.6
23 消化器官用薬	47	49	46	47	44	47	43	3.7	▲ 5.6	2.5	▲ 6.0	4.9	▲ 7.3
232 消化性潰瘍用剤	61	63	58	59	55	58	51	3.8	▲ 8.1	2.8	▲ 7.8	5.0	▲ 10.7
239 その他の消化器官用薬	89	90	88	87	81	86	85	1.4	▲ 2.7	▲ 0.4	▲ 6.8	5.1	▲ 1.2
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	48	55	56	58	58	59	58	13.5	2.9	3.2	0.8	0.7	▲ 0.8
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	133	134	132	131	123	125	116	0.6	▲ 1.5	▲ 0.5	▲ 6.0	1.0	▲ 7.0
31 ビタミン剤	40	42	42	43	42	43	41	5.1	0.4	2.6	▲ 2.1	1.8	▲ 3.9
32 滋養強壮薬	105	105	98	96	90	89	84	▲ 0.2	▲ 6.0	▲ 2.8	▲ 5.6	▲ 1.6	▲ 6.2
325 蛋白アミノ酸製剤	529	518	487	475	451	445	417	▲ 2.2	▲ 6.0	▲ 2.4	▲ 5.1	▲ 1.3	▲ 6.3
33 血液・体液用薬	97	104	109	113	102	107	102	7.8	4.4	4.1	▲ 9.9	5.0	▲ 4.5
39 その他の代謝性医薬品	117	123	120	124	122	126	123	5.1	▲ 2.2	3.4	▲ 2.0	3.7	▲ 2.7
396 糖尿病用剤	91	99	96	101	99	103	100	8.2	▲ 2.5	4.5	▲ 2.1	4.4	▲ 2.6
399 他に分類されない代謝性医薬品	336	358	362	377	370	391	380	6.7	1.0	4.2	▲ 1.9	5.6	▲ 2.8
42 腫瘍用薬	1,259	1,295	1,370	1,501	1,481	1,582	1,689	2.8	5.8	9.5	▲ 1.3	6.8	6.8
422 代謝拮抗剤	1,753	1,779	1,656	1,660	1,569	1,433	1,215	1.5	▲ 6.9	0.2	▲ 5.5	▲ 8.7	▲ 15.2
429 その他の腫瘍用薬	1,143	1,187	1,305	1,459	1,451	1,586	1,745	3.9	9.9	11.8	▲ 0.6	9.3	10.0
44 アレルギー用薬	113	112	103	104	89	82	68	▲ 0.6	▲ 7.7	0.9	▲ 14.7	▲ 7.3	▲ 18.0
52 漢方製剤	86	85	84	84	81	81	79	▲ 0.7	▲ 0.8	▲ 0.5	▲ 3.3	▲ 0.1	▲ 2.7
61 抗生物質製剤	169	169	154	149	134	130	113	▲ 0.4	▲ 8.8	▲ 3.0	▲ 10.4	▲ 2.8	▲ 13.1
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	182	179	166	162	145	138	123	▲ 2.0	▲ 7.2	▲ 2.6	▲ 10.4	▲ 4.4	▲ 11.0
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	157	149	127	125	105	99	81	▲ 4.9	▲ 14.9	▲ 1.8	▲ 16.1	▲ 5.9	▲ 17.6
62 化学療法剤	482	489	584	1,451	998	752	705	1.5	19.4	148.5	▲ 31.2	▲ 24.6	▲ 6.3
624 合成抗菌剤	433	433	411	375	317	306	254	0.2	▲ 5.1	▲ 8.9	▲ 15.4	▲ 3.5	▲ 16.9
625 抗ウイルス剤	1,223	1,254	1,653	5,052	3,482	2,388	2,299	2.5	31.8	205.5	▲ 31.1	▲ 31.4	▲ 3.8

注)表示していない項目(薬効)がある。

10－1. 薬効分類別の状況(6)(内服薬　後発医薬品処方箋1枚当たり薬剤料)

後発医薬品の内服薬について、処方箋1枚当たり薬剤料を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が343円と最も高く、次いで消化器官用薬が152円となっている。伸び率は、ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)が＋28.2%で最も高く、泌尿生殖器官および肛門用薬が▲10.7%で最も低い。

表10-1　内服薬　薬効分類別処方箋1枚当たり後発医薬品薬剤料

	実数(円)							対前年度比(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬　総数	564	679	794	924	927	1,076	1,079	20.6	16.8	16.4	0.4	16.0	0.3
11 中枢神経系用薬	54	74	88	101	107	120	121	36.5	18.9	14.1	6.2	12.2	0.7
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	9	13	15	17	17	19	18	38.5	21.0	10.8	2.7	6.5	▲ 1.2
114 解熱鎮痛消炎剤	8	9	12	13	14	16	18	14.3	25.9	8.5	11.2	8.0	13.3
116 抗パーキンソン剤	2	3	3	3	4	5	7	19.0	21.5	11.3	20.5	30.9	25.7
117 精神神経用剤	13	20	22	26	33	39	37	49.5	12.3	15.4	28.2	19.5	▲ 5.0
119 その他中枢神経系用薬	19	26	31	37	33	35	31	42.3	19.3	17.7	▲ 11.6	7.3	▲ 10.5
21 循環器官用薬	147	177	219	265	258	327	343	20.6	23.9	20.9	▲ 2.6	26.8	4.9
212 不整脈用剤	8	9	11	13	14	15	16	19.2	18.8	16.0	6.4	12.4	5.1
214 血圧降下剤	20	27	53	81	84	125	137	37.4	95.7	53.0	3.8	48.6	10.3
217 血管拡張剤	60	70	73	79	72	77	69	15.2	4.2	9.1	▲ 8.5	6.3	▲ 9.8
218 高脂血症用剤	45	56	67	74	68	87	96	24.8	18.4	11.9	▲ 9.2	29.3	9.9
22 呼吸器官用薬	12	13	17	19	22	23	24	10.1	32.8	12.4	10.5	5.1	7.6
23 消化器官用薬	111	130	146	160	156	160	152	16.8	12.4	9.0	▲ 2.4	2.6	▲ 4.9
232 消化性潰瘍用剤	79	92	102	112	104	106	97	16.8	11.4	9.3	▲ 6.9	1.7	▲ 8.8
239 その他の消化器官用薬	3	6	8	11	13	14	15	106.8	45.7	28.4	25.0	8.9	3.0
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	2	2	2	2	4	10	13	2.1	3.9	18.4	58.6	180.3	28.2
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	11	12	12	16	16	16	15	11.4	1.8	30.7	0.2	4.8	▲ 10.7
31 ビタミン剤	41	40	38	37	33	33	30	▲ 1.2	▲ 5.5	▲ 2.8	▲ 9.7	▲ 2.6	▲ 8.3
32 滋養強壮薬	3	3	3	4	4	5	5	9.5	16.2	13.0	9.3	9.0	6.8
325 蛋白アミノ酸製剤	1	2	2	2	2	2	2	9.7	4.7	11.4	0.5	7.7	▲ 2.4
33 血液・体液用薬	43	51	60	80	88	97	89	17.0	18.5	32.4	10.4	10.1	▲ 8.3
39 その他の代謝性医薬品	55	65	73	85	80	90	92	19.1	12.3	15.7	▲ 5.4	13.0	1.5
396 糖尿病用剤	26	28	28	33	26	29	28	8.3	▲ 1.7	18.3	▲ 21.4	12.4	▲ 2.0
399 他に分類されない代謝性医薬品	16	24	31	38	42	48	51	48.0	29.7	22.1	9.8	13.6	6.5
42 腫瘍用薬	20	27	28	33	31	39	40	33.9	3.8	19.5	▲ 5.3	23.0	2.4
422 代謝拮抗剤	0	0	1	1	1	5	8	7586.0	47.7	▲ 5.2	0.8	682.5	63.7
429 その他の腫瘍用薬	20	26	27	32	31	33	30	32.0	3.1	20.7	▲ 5.2	8.8	▲ 10.8
44 アレルギー用薬	34	50	61	69	75	98	98	48.6	21.3	12.4	10.0	30.0	0.1
52 漢方製剤	－	－	－	－	－	－	－	・	・	・	・	・	・
61 抗生物質製剤	15	17	23	26	26	27	25	15.6	30.4	13.5	0.9	2.4	▲ 8.0
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	5	6	9	10	11	11	10	18.6	41.3	14.7	2.5	4.1	▲ 7.3
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	9	10	13	14	14	13	12	14.4	25.8	13.0	▲ 2.9	▲ 4.0	▲ 11.9
62 化学療法剤	13	14	17	23	21	25	25	8.9	25.7	32.9	▲ 8.9	17.1	1.6
624 合成抗菌剤	4	3	4	10	9	9	8	▲ 5.1	26.4	130.3	▲ 11.7	1.3	▲ 9.4
625 抗ウイルス剤	1	2	5	6	6	9	11	60.7	149.6	13.1	▲ 2.9	52.2	22.0

注)表示していない項目(薬効)があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。

10－2. 薬効分類別の状況(7)(内服薬後発医薬品割合(薬剤料ベース))

内服薬の薬剤料ベースでみた後発医薬品割合を薬効大分類別にみると、呼吸器官用薬の50.4%が最も高く、次いでアレルギー用薬の37.8%となっている。対前年度差は、呼吸器官用薬が＋7.1%で最も高く、ビタミン剤が▲2.0%で最も低い。

表10-2 内服薬後発医薬品割合(薬剤料ベース)

	実数(%)							対前年度差(%)					
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内服薬 総数	10.9	12.3	14.4	15.2	16.7	19.2	20.5	1.4	2.1	0.9	1.5	2.5	1.2
11 中枢神経系用薬	6.7	8.3	9.6	10.4	11.5	12.3	12.9	1.6	1.3	0.8	1.1	0.8	0.6
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	11.0	15.2	20.8	23.6	26.8	28.5	31.7	4.2	5.6	2.7	3.2	1.7	3.2
114 解熱鎮痛消炎剤	8.3	8.6	10.2	10.7	12.0	12.5	14.6	0.3	1.6	0.5	1.3	0.6	2.0
116 抗パーキンソン剤	3.0	3.4	3.9	4.1	5.0	6.4	8.9	0.3	0.5	0.2	0.8	1.4	2.5
117 精神神経用剤	4.7	6.6	7.3	8.1	10.8	12.3	12.5	1.9	0.7	0.8	2.7	1.5	0.2
119 その他中枢神経系用薬	8.2	10.0	11.4	12.5	11.8	11.9	10.8	1.9	1.4	1.1	▲ 0.7	0.2	▲ 1.2
21 循環器官用薬	10.6	12.2	16.3	19.7	21.4	28.0	35.0	1.6	4.0	3.4	1.7	6.6	7.0
212 不整脈用剤	10.9	12.9	16.9	20.4	25.2	29.4	41.3	2.0	4.0	3.4	4.8	4.2	11.8
214 血圧降下剤	3.0	3.9	8.4	13.3	15.9	25.7	36.6	0.9	4.4	5.0	2.5	9.9	10.9
217 血管拡張剤	30.9	36.1	44.0	49.9	55.2	59.9	65.1	5.1	8.0	5.9	5.3	4.7	5.2
218 高脂血症用剤	13.4	15.8	19.8	21.3	21.0	27.6	36.5	2.3	4.1	1.5	▲ 0.3	6.6	8.9
22 呼吸器官用薬	18.5	20.7	29.8	33.1	39.7	43.4	50.4	2.3	9.0	3.3	6.6	3.7	7.1
23 消化器官用薬	23.0	25.1	29.6	31.5	32.9	32.3	33.0	2.1	4.5	1.9	1.4	▲ 0.7	0.7
232 消化性潰瘍用剤	22.7	24.8	29.9	31.9	32.6	31.8	32.4	2.0	5.1	2.0	0.7	▲ 0.8	0.7
239 その他の消化器官用薬	3.9	7.7	11.4	14.8	20.0	20.7	21.2	3.8	3.7	3.3	5.2	0.7	0.5
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	3.2	3.0	2.7	3.1	4.8	12.9	16.0	▲ 0.2	▲ 0.3	0.4	1.7	8.1	3.1
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	7.1	7.5	7.5	9.4	9.8	10.0	9.4	0.4	▲ 0.0	1.9	0.4	0.2	▲ 0.6
31 ビタミン剤	41.6	37.7	34.8	32.4	29.7	28.0	25.9	▲ 3.9	▲ 3.0	▲ 2.3	▲ 2.7	▲ 1.8	▲ 2.0
32 滋養強壮薬	4.4	4.7	5.5	6.2	7.0	7.5	8.3	0.3	0.9	0.7	0.8	0.5	0.7
325 蛋白アミノ酸製剤	2.7	2.9	3.2	3.5	3.7	4.0	4.0	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	0.1
33 血液・体液用薬	12.4	13.0	14.6	18.4	22.4	23.4	22.3	0.5	1.6	3.9	4.0	1.0	▲ 1.1
39 その他の代謝性医薬品	8.7	9.1	10.1	10.9	10.4	11.1	11.2	0.5	0.9	0.8	▲ 0.5	0.6	0.1
396 糖尿病用剤	9.1	8.3	7.9	8.6	6.7	7.1	6.9	▲ 0.8	▲ 0.4	0.7	▲ 1.8	0.3	▲ 0.1
399 他に分類されない代謝性医薬品	6.1	8.3	10.6	12.3	13.7	14.6	15.7	2.2	2.3	1.7	1.4	0.9	1.0
42 腫瘍用薬	7.6	9.5	9.1	9.6	8.9	10.0	9.3	1.9	▲ 0.4	0.5	▲ 0.7	1.1	▲ 0.7
422 代謝拮抗剤	0.0	0.8	1.3	1.2	1.4	12.1	24.1	0.7	0.5	▲ 0.0	0.1	10.7	12.0
429 その他の腫瘍用薬	10.2	12.3	11.1	11.4	10.3	9.9	7.7	2.1	▲ 1.2	0.3	▲ 1.0	▲ 0.4	▲ 2.2
44 アレルギー用薬	9.5	14.3	17.9	19.6	24.7	32.9	37.8	4.8	3.6	1.7	5.1	8.2	4.9
52 漢方製剤	－	－	－	－	－	－	－	・	・	・	・	・	・
61 抗生物質製剤	12.1	14.2	20.4	23.8	27.9	31.3	34.6	2.1	6.2	3.4	4.1	3.5	3.3
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	9.4	11.5	17.5	20.5	24.8	28.7	31.8	2.1	6.0	3.0	4.3	3.9	3.1
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	15.6	19.3	29.0	33.0	39.5	44.0	49.3	3.7	9.7	4.0	6.5	4.4	5.4
62 化学療法剤	7.0	7.4	7.6	4.0	5.4	8.3	9.1	0.4	0.2	▲ 3.7	1.4	3.0	0.7
624 合成抗菌剤	6.2	6.0	8.1	19.7	21.1	24.0	27.7	▲ 0.2	2.0	11.6	1.4	2.9	3.7
625 抗ウイルス剤	1.5	2.2	3.6	1.2	1.8	3.8	4.9	0.7	1.5	▲ 2.4	0.6	2.0	1.1

注)表示していない項目(薬効)がある。

11. 都道府県別の状況(1)(調剤医療費の内訳)

調剤医療費の内訳を都道府県別にみると、処方箋1枚当たり調剤医療費が最も高い北海道では、技術料の割合が22.9%、薬剤料の割合が77.0%となっていた。一方、最も低い佐賀県では技術料の割合が30.8%、薬剤料の割合が69.0%となっていた。

薬剤料全体の伸び率が▲4.5%(最高:愛媛県▲2.4%、最低:山梨県▲7.0%)であるのに対し、後発医薬品の伸び率は+1.5%(最高:和歌山県+4.8%、最低:鹿児島県▲1.5%)であった。

表11-1 都道府県別 調剤医療費の報酬別内訳　　平成30年度

	総額 (単位:億円)								処方箋1枚当たり (単位:円)				
	調剤医療費								調剤医療費				
		技術料	構成割合(%)	薬剤料	後発医薬品	構成割合(%)	特定保険医療材料料	構成割合(%)		技術料	薬剤料	後発医薬品	特定保険医療材料料
全国	74,279	19,311	26.0	54,834	10,245	73.8	134	0.2	8,850	2,301	6,533	1,221	16
北海道	3,695	845	22.9	2,843	563	77.0	7	0.2	10,491	2,399	8,074	1,599	19
青森	935	238	25.4	695	135	74.4	2	0.2	9,198	2,337	6,840	1,328	21
岩手	832	207	24.9	623	137	74.9	1	0.2	9,572	2,383	7,173	1,573	16
宮城	1,438	375	26.1	1,060	213	73.7	3	0.2	8,749	2,280	6,451	1,293	18
秋田	785	186	23.7	597	118	76.1	2	0.2	10,150	2,407	7,721	1,525	22
山形	695	182	26.2	511	104	73.5	2	0.2	8,933	2,344	6,569	1,336	20
福島	1,180	296	25.1	883	173	74.8	2	0.1	9,423	2,361	7,049	1,383	13
茨城	1,699	401	23.6	1,295	239	76.2	3	0.2	9,737	2,296	7,424	1,369	17
栃木	1,009	264	26.2	744	149	73.7	2	0.2	8,529	2,231	6,285	1,257	13
群馬	978	248	25.4	728	144	74.4	2	0.2	9,022	2,289	6,716	1,329	17
埼玉	3,836	1,008	26.3	2,822	553	73.6	6	0.2	8,565	2,250	6,301	1,234	14
千葉	3,410	853	25.0	2,550	482	74.8	7	0.2	8,984	2,247	6,718	1,271	19
東京	8,674	2,267	26.1	6,393	1,087	73.7	15	0.2	8,497	2,220	6,262	1,065	14
神奈川	5,420	1,429	26.4	3,982	719	73.5	8	0.2	8,446	2,228	6,205	1,121	13
新潟	1,340	357	26.7	980	205	73.1	3	0.2	8,679	2,315	6,348	1,331	16
富山	532	130	24.4	401	78	75.4	1	0.2	9,793	2,388	7,384	1,442	21
石川	634	152	24.1	480	88	75.8	1	0.2	10,323	2,483	7,820	1,434	20
福井	352	82	23.2	269	51	76.5	1	0.3	10,245	2,375	7,837	1,473	33
山梨	501	124	24.7	376	69	75.1	1	0.2	9,232	2,279	6,937	1,275	17
長野	1,243	310	24.9	931	185	74.9	2	0.2	9,899	2,468	7,415	1,471	17
岐阜	1,113	297	26.7	814	153	73.2	2	0.2	8,577	2,289	6,275	1,176	14
静岡	2,077	564	27.1	1,510	296	72.7	4	0.2	8,445	2,292	6,139	1,205	14
愛知	3,802	1,025	27.0	2,770	514	72.9	6	0.2	8,430	2,274	6,143	1,139	14
三重	940	253	26.9	685	134	72.9	2	0.2	8,543	2,300	6,228	1,217	15
滋賀	751	189	25.2	559	106	74.4	3	0.4	9,224	2,325	6,863	1,300	36
京都	1,411	321	22.7	1,086	176	77.0	4	0.3	10,434	2,372	8,034	1,304	28
大阪	5,178	1,334	25.8	3,835	656	74.1	9	0.2	9,138	2,354	6,768	1,158	16
兵庫	3,324	880	26.5	2,439	429	73.4	5	0.2	8,730	2,311	6,406	1,127	14
奈良	622	177	28.4	445	88	71.4	1	0.1	8,219	2,337	5,872	1,161	10
和歌山	523	129	24.6	393	67	75.2	1	0.3	9,592	2,357	7,208	1,236	27
鳥取	346	89	25.6	256	48	74.2	1	0.2	9,414	2,412	6,984	1,297	18
島根	458	125	27.2	332	67	72.5	1	0.2	9,149	2,491	6,637	1,345	20
岡山	964	269	27.9	693	137	71.9	2	0.2	8,364	2,331	6,017	1,189	16
広島	1,786	475	26.6	1,308	229	73.2	3	0.2	8,645	2,299	6,330	1,110	16
山口	906	249	27.5	656	129	72.4	1	0.1	8,563	2,352	6,199	1,223	12
徳島	409	104	25.4	304	49	74.5	1	0.2	9,410	2,386	7,006	1,135	18
香川	629	157	24.9	470	80	74.7	3	0.4	9,378	2,334	7,005	1,188	38
愛媛	764	191	24.9	571	103	74.8	2	0.3	9,359	2,334	7,000	1,258	25
高知	486	114	23.5	371	65	76.4	1	0.1	10,392	2,443	7,938	1,395	12
福岡	3,080	881	28.6	2,194	404	71.2	5	0.2	7,895	2,259	5,624	1,036	12
佐賀	541	167	30.8	373	74	69.0	1	0.1	7,570	2,335	5,225	1,040	11
長崎	904	245	27.1	657	127	72.7	2	0.2	8,770	2,377	6,379	1,236	15
熊本	993	278	28.0	714	146	71.8	2	0.2	8,143	2,279	5,850	1,197	15
大分	740	194	26.2	545	105	73.7	1	0.1	9,075	2,382	6,685	1,289	8
宮崎	670	187	27.9	482	102	72.0	1	0.1	8,237	2,297	5,929	1,252	12
鹿児島	952	278	29.3	672	151	70.6	1	0.1	8,132	2,379	5,743	1,293	10
沖縄	724	189	26.1	532	117	73.5	3	0.4	8,907	2,327	6,549	1,434	31

平成30年度

表11-2 都道府県別 調剤医療費の報酬別内訳 （対前年度比）　　（単位：%）

	総額								処方箋1枚当たり				
	調剤医療費								調剤医療費				
		技術料	構成割合	薬剤料	後発医薬品	構成割合	特定保険医療材料料	構成割合		技術料	薬剤料	後発医薬品	特定保険医療材料料
全国	▲ 3.1	1.0	1.1	▲ 4.5	1.5	▲ 1.1	3.8	0.0	▲ 3.7	0.4	▲ 5.0	0.9	3.2
北海道	▲ 3.7	▲ 0.8	0.7	▲ 4.5	0.5	▲ 0.7	8.3	0.0	▲ 3.6	▲ 0.7	▲ 4.5	0.6	8.4
青森	▲ 3.7	▲ 0.1	0.9	▲ 4.9	▲ 1.1	▲ 0.9	0.4	0.0	▲ 3.1	0.6	▲ 4.3	▲ 0.4	1.1
岩手	▲ 3.4	1.8	1.3	▲ 5.1	▲ 0.2	▲ 1.3	10.3	0.0	▲ 3.9	1.3	▲ 5.5	▲ 0.7	9.7
宮城	▲ 3.6	0.2	1.0	▲ 4.9	2.1	▲ 1.0	7.8	0.0	▲ 3.9	▲ 0.2	▲ 5.2	1.7	7.4
秋田	▲ 5.2	▲ 0.7	1.1	▲ 6.5	▲ 0.4	▲ 1.1	2.5	0.0	▲ 4.2	0.3	▲ 5.6	0.6	3.5
山形	▲ 3.2	0.2	0.9	▲ 4.3	▲ 0.2	▲ 0.9	▲ 1.8	0.0	▲ 3.1	0.3	▲ 4.2	▲ 0.2	▲ 1.7
福島	▲ 5.0	▲ 1.2	1.0	▲ 6.2	1.0	▲ 1.0	4.2	0.0	▲ 4.8	▲ 1.0	▲ 6.0	1.2	4.4
茨城	▲ 3.9	▲ 0.3	0.8	▲ 4.9	1.0	▲ 0.9	3.2	0.0	▲ 4.6	▲ 1.1	▲ 5.7	0.2	2.4
栃木	▲ 4.1	0.3	1.1	▲ 5.6	2.4	▲ 1.1	▲ 1.6	0.0	▲ 4.5	▲ 0.2	▲ 6.0	2.0	▲ 2.0
群馬	▲ 3.6	0.7	1.1	▲ 5.0	0.8	▲ 1.1	9.4	0.0	▲ 4.5	▲ 0.3	▲ 5.9	▲ 0.1	8.4
埼玉	▲ 3.1	1.5	1.2	▲ 4.6	1.8	▲ 1.2	3.7	0.0	▲ 4.2	0.2	▲ 5.8	0.6	2.4
千葉	▲ 3.0	0.7	0.9	▲ 4.3	1.7	▲ 1.0	8.9	0.0	▲ 3.7	0.1	▲ 4.9	1.1	8.2
東京	▲ 3.1	1.3	1.1	▲ 4.5	2.3	▲ 1.1	0.8	0.0	▲ 3.7	0.6	▲ 5.2	1.6	0.1
神奈川	▲ 2.9	1.4	1.1	▲ 4.4	1.8	▲ 1.1	3.5	0.0	▲ 3.8	0.5	▲ 5.2	0.9	2.6
新潟	▲ 3.7	0.4	1.1	▲ 5.1	0.5	▲ 1.1	▲ 5.6	▲ 0.0	▲ 4.3	▲ 0.2	▲ 5.7	▲ 0.1	▲ 6.2
富山	▲ 3.4	0.7	1.0	▲ 4.7	0.9	▲ 1.0	▲ 4.7	▲ 0.0	▲ 5.0	▲ 1.0	▲ 6.2	▲ 0.8	▲ 6.2
石川	▲ 2.5	3.2	1.3	▲ 4.2	1.1	▲ 1.3	1.1	0.0	▲ 5.3	0.2	▲ 7.0	▲ 1.9	▲ 1.9
福井	▲ 2.9	1.3	1.0	▲ 4.1	▲ 0.2	▲ 1.0	▲ 6.3	▲ 0.0	▲ 6.0	▲ 1.9	▲ 7.2	▲ 3.4	▲ 9.3
山梨	▲ 5.3	0.2	1.4	▲ 7.0	2.4	▲ 1.3	▲ 7.5	▲ 0.0	▲ 5.1	0.4	▲ 6.8	2.6	▲ 7.4
長野	▲ 2.8	1.9	1.2	▲ 4.3	▲ 0.8	▲ 1.2	0.6	0.0	▲ 3.9	0.8	▲ 5.3	▲ 2.0	▲ 0.6
岐阜	▲ 2.6	0.7	0.9	▲ 3.8	1.3	▲ 0.9	3.4	0.0	▲ 2.9	0.4	▲ 4.1	1.0	3.0
静岡	▲ 3.3	1.5	1.3	▲ 5.0	1.3	▲ 1.3	2.1	0.0	▲ 3.9	0.8	▲ 5.6	0.6	1.4
愛知	▲ 2.0	2.8	1.3	▲ 3.7	2.6	▲ 1.3	3.9	0.0	▲ 4.0	0.7	▲ 5.7	0.5	1.7
三重	▲ 2.4	1.6	1.1	▲ 3.8	1.8	▲ 1.1	6.8	0.0	▲ 3.4	0.5	▲ 4.9	0.7	5.6
滋賀	▲ 3.1	1.3	1.1	▲ 4.6	2.4	▲ 1.1	3.8	0.0	▲ 4.3	0.1	▲ 5.7	1.2	2.5
京都	▲ 1.8	1.6	0.8	▲ 2.7	3.9	▲ 0.7	▲ 9.6	▲ 0.0	▲ 3.9	▲ 0.6	▲ 4.8	1.7	▲ 11.5
大阪	▲ 2.3	1.7	1.0	▲ 3.6	2.8	▲ 1.0	4.7	0.0	▲ 3.3	0.6	▲ 4.6	1.7	3.5
兵庫	▲ 2.8	0.4	0.8	▲ 3.9	1.6	▲ 0.9	6.3	0.0	▲ 3.1	0.1	▲ 4.2	1.3	6.0
奈良	▲ 3.2	1.4	1.3	▲ 5.0	1.1	▲ 1.3	17.9	0.0	▲ 4.8	▲ 0.2	▲ 6.5	▲ 0.5	16.0
和歌山	▲ 2.0	1.7	0.9	▲ 3.2	4.8	▲ 0.9	7.3	0.0	▲ 3.4	0.3	▲ 4.5	3.3	5.8
鳥取	▲ 3.7	1.2	1.2	▲ 5.3	0.4	▲ 1.2	▲ 3.2	0.0	▲ 4.0	0.9	▲ 5.6	0.0	▲ 3.5
島根	▲ 2.2	2.1	1.1	▲ 3.7	1.1	▲ 1.2	8.5	0.0	▲ 2.8	1.4	▲ 4.4	0.4	7.8
岡山	▲ 4.5	▲ 0.0	1.2	▲ 6.1	0.5	▲ 1.2	▲ 1.6	0.0	▲ 3.8	0.7	▲ 5.5	1.2	▲ 0.9
広島	▲ 3.8	▲ 0.8	0.8	▲ 4.9	1.1	▲ 0.8	3.3	0.0	▲ 3.0	0.0	▲ 4.1	2.0	4.2
山口	▲ 3.6	0.5	1.1	▲ 5.1	▲ 0.1	▲ 1.1	7.4	0.0	▲ 2.9	1.3	▲ 4.4	0.6	8.2
徳島	▲ 3.4	0.8	1.1	▲ 4.8	4.2	▲ 1.1	▲ 1.8	0.0	▲ 2.9	1.4	▲ 4.2	4.8	▲ 1.3
香川	▲ 3.9	▲ 0.6	0.8	▲ 5.0	0.3	▲ 0.9	6.3	0.0	▲ 3.6	▲ 0.2	▲ 4.7	0.7	6.7
愛媛	▲ 1.0	2.8	0.9	▲ 2.4	3.6	▲ 1.0	40.0	0.1	▲ 2.1	1.7	▲ 3.4	2.4	38.5
高知	▲ 3.9	0.0	0.9	▲ 5.1	1.5	▲ 0.9	4.4	0.0	▲ 3.0	1.0	▲ 4.2	2.4	5.4
福岡	▲ 2.6	1.6	1.2	▲ 4.2	2.7	▲ 1.2	7.6	0.0	▲ 2.9	1.2	▲ 4.5	2.3	7.2
佐賀	▲ 4.4	1.6	1.8	▲ 6.9	2.3	▲ 1.8	13.6	0.0	▲ 3.9	2.1	▲ 6.4	2.9	14.3
長崎	▲ 3.6	0.6	1.1	▲ 5.1	▲ 0.2	▲ 1.1	1.9	0.0	▲ 2.6	1.7	▲ 4.1	0.9	3.0
熊本	▲ 4.8	▲ 0.7	1.2	▲ 6.4	0.5	▲ 1.2	1.5	0.0	▲ 3.5	0.7	▲ 5.0	1.9	3.0
大分	▲ 3.3	1.4	1.2	▲ 4.8	1.1	▲ 1.2	3.9	0.0	▲ 3.5	1.1	▲ 5.0	0.9	3.6
宮崎	▲ 3.6	0.8	1.2	▲ 5.3	▲ 0.1	▲ 1.2	10.4	0.0	▲ 3.0	1.4	▲ 4.6	0.5	11.1
鹿児島	▲ 2.7	1.3	1.2	▲ 4.3	▲ 1.5	▲ 1.2	4.5	0.0	▲ 2.4	1.6	▲ 4.0	▲ 1.1	4.9
沖縄	▲ 2.2	1.5	0.9	▲ 3.5	0.8	▲ 1.0	5.6	0.0	▲ 2.0	1.6	▲ 3.3	1.0	5.8

注）構成割合は対前年度差を示している。

12. 都道府県別の状況(2)(内服薬　処方箋1枚当たり薬剤料の3要素分解)

内服薬の処方箋1枚当たり薬剤料を都道府県別にみると、高知県が6,600円と最も高く、処方箋1枚当たり薬剤種類数、1種類当たり投薬日数、1種類1日当たり薬剤料の3要素に分解すると、3.06、26.8日、81円となっていた。一方、佐賀県が4,249円と最も低く、3要素に分解すると、2.86、19.9日、75円となっていた。

表12 都道府県別 内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料の3要素分解　　平成30年度

	実額				対前年度比 (単位:%)			
	処方箋1枚当たり薬剤料 (円)				処方箋1枚当たり薬剤料			
		処方箋1枚当たり薬剤種類数	1種類当たり投薬日数(日)	1種類1日当たり薬剤料(円)		処方箋1枚当たり薬剤種類数	1種類当たり投薬日数	1種類1日当たり薬剤料
全国	5,273	2.80	24.1	78	▲ 5.7	▲ 0.3	2.3	▲ 7.4
北海道	6,582	3.08	28.5	75	▲ 5.2	▲ 0.4	2.5	▲ 7.1
青森	5,674	2.89	25.9	76	▲ 4.6	▲ 0.6	2.8	▲ 6.6
岩手	5,952	2.86	28.6	73	▲ 6.0	▲ 0.3	2.2	▲ 7.8
宮城	5,167	2.77	25.1	74	▲ 6.0	▲ 0.7	2.3	▲ 7.4
秋田	6,383	3.02	28.5	74	▲ 6.1	▲ 0.7	1.8	▲ 7.1
山形	5,407	2.77	25.7	76	▲ 4.8	0.0	2.1	▲ 6.8
福島	5,821	2.96	26.2	75	▲ 6.5	▲ 0.6	1.9	▲ 7.7
茨城	6,108	2.84	26.8	80	▲ 6.3	▲ 0.3	2.2	▲ 8.0
栃木	5,176	2.81	24.0	77	▲ 6.6	▲ 0.2	2.1	▲ 8.3
群馬	5,444	2.86	24.6	77	▲ 6.4	▲ 0.1	1.6	▲ 7.8
埼玉	5,087	2.72	24.5	76	▲ 6.3	0.1	1.9	▲ 8.2
千葉	5,444	2.67	25.8	79	▲ 5.3	▲ 0.2	2.3	▲ 7.2
東京	5,007	2.67	23.1	81	▲ 5.5	▲ 0.3	1.8	▲ 6.9
神奈川	4,952	2.60	24.1	79	▲ 6.0	▲ 0.0	1.9	▲ 7.7
新潟	5,136	2.63	27.0	72	▲ 6.4	▲ 0.4	1.8	▲ 7.7
富山	6,081	2.82	27.5	78	▲ 6.7	▲ 0.5	1.6	▲ 7.7
石川	6,448	3.01	26.7	80	▲ 7.7	▲ 1.4	1.2	▲ 7.5
福井	6,534	2.99	26.7	82	▲ 7.9	▲ 1.4	0.8	▲ 7.3
山梨	5,688	2.71	27.1	77	▲ 7.6	▲ 0.6	2.5	▲ 9.3
長野	6,034	2.80	27.9	77	▲ 6.1	▲ 0.9	1.7	▲ 6.8
岐阜	5,022	2.87	22.9	76	▲ 5.0	0.0	2.8	▲ 7.6
静岡	4,903	2.66	24.5	75	▲ 6.4	▲ 0.5	2.2	▲ 7.9
愛知	4,887	2.75	22.2	80	▲ 6.5	▲ 0.4	1.8	▲ 7.8
三重	5,066	2.78	23.6	77	▲ 5.5	▲ 0.6	2.2	▲ 6.9
滋賀	5,484	2.71	25.8	79	▲ 6.6	▲ 0.7	2.6	▲ 8.4
京都	6,463	2.88	25.8	87	▲ 5.5	▲ 0.6	2.0	▲ 6.8
大阪	5,425	2.92	22.5	83	▲ 5.3	▲ 0.7	2.8	▲ 7.2
兵庫	5,064	2.72	23.1	80	▲ 5.0	▲ 0.4	2.5	▲ 6.9
奈良	4,748	2.71	24.5	71	▲ 6.9	▲ 0.0	2.3	▲ 9.0
和歌山	5,836	2.92	25.1	80	▲ 5.3	▲ 0.3	2.7	▲ 7.6
鳥取	5,817	2.86	24.3	84	▲ 6.2	▲ 0.8	2.4	▲ 7.7
島根	5,477	3.01	24.3	75	▲ 5.1	▲ 0.2	2.3	▲ 7.1
岡山	4,907	2.91	22.9	74	▲ 6.4	▲ 0.4	2.9	▲ 8.7
広島	5,086	2.87	22.0	81	▲ 5.2	▲ 0.6	3.3	▲ 7.6
山口	5,040	2.77	23.2	78	▲ 4.9	▲ 0.1	2.7	▲ 7.3
徳島	5,721	2.99	23.0	83	▲ 5.4	▲ 0.3	3.1	▲ 8.1
香川	5,678	2.80	23.6	86	▲ 5.0	▲ 0.5	2.6	▲ 7.0
愛媛	5,637	2.74	24.9	83	▲ 4.4	0.0	3.0	▲ 7.3
高知	6,600	3.06	26.8	81	▲ 5.0	▲ 0.6	2.8	▲ 6.9
福岡	4,547	2.88	20.4	77	▲ 4.9	▲ 0.1	2.5	▲ 7.2
佐賀	4,249	2.86	19.9	75	▲ 7.1	0.2	2.4	▲ 9.5
長崎	5,136	3.01	23.0	74	▲ 4.5	▲ 0.3	2.8	▲ 6.8
熊本	4,758	3.04	21.7	72	▲ 5.4	▲ 0.0	3.1	▲ 8.2
大分	5,500	3.11	23.1	77	▲ 5.8	▲ 0.2	2.2	▲ 7.7
宮崎	4,737	2.86	23.0	72	▲ 4.8	0.1	2.9	▲ 7.5
鹿児島	4,671	2.95	22.4	71	▲ 4.3	0.5	1.9	▲ 6.5
沖縄	5,178	2.77	25.8	73	▲ 4.4	▲ 0.2	3.5	▲ 7.4

13. 都道府県別の状況(3)(後発医薬品割合)

平成30年度末における後発医薬品割合を都道府県別にみると、数量ベース(新指標)で最も高かったのは沖縄県の86.6%であった。また、薬剤料ベースで最も高かったのは鹿児島県の23.5%であった。一方、数量ベース(新指標)、薬剤料ベースが最も低かったのは徳島県であり、それぞれ70.8%、17.2%であった。

対前年同期差をみると、数量ベース(新指標)で最も高かったのは山梨県の＋7.0%、薬剤料ベースで最も高かったのも山梨県の＋1.8%であった。一方、数量ベース(新指標)で最も低かったのは鹿児島県の＋3.4%、薬剤料ベースが最も低かったのは福井県の＋0.0%であった。

平成31年3月

表13 都道府県別 後発医薬品割合 (単位:%)

	後発医薬品割合			後発医薬品調剤率	対前年同期差			
	数量ベース(新指標)	数量ベース(旧指標)	薬剤料ベース		数量ベース(新指標)	数量ベース(旧指標)	薬剤料ベース	後発医薬品調剤率
全 国	77.7	53.9	19.6	73.6	4.7	3.7	0.6	2.8
北海道	79.1	55.6	20.8	77.1	4.9	3.9	0.6	2.4
青 森	78.4	55.1	20.0	75.8	4.1	3.2	0.1	2.1
岩 手	83.5	58.1	22.8	78.4	4.5	3.7	0.5	2.6
宮 城	80.7	55.1	21.0	76.5	4.7	3.7	0.8	2.9
秋 田	78.6	54.5	20.4	76.5	5.1	3.8	0.2	3.3
山 形	81.4	56.8	21.2	76.8	4.1	3.3	0.3	2.4
福 島	78.1	54.6	20.5	77.4	5.1	4.1	0.7	3.0
茨 城	77.0	53.5	19.4	73.1	4.8	3.9	0.7	3.3
栃 木	78.8	55.4	21.3	76.0	4.9	4.0	1.1	3.1
群 馬	80.6	56.6	20.7	76.1	4.1	3.4	0.7	3.1
埼 玉	78.6	55.2	20.6	74.3	4.4	3.7	0.6	3.0
千 葉	78.2	54.4	19.8	73.5	4.5	3.7	0.4	2.9
東 京	73.6	49.6	17.9	68.0	5.0	4.0	0.8	3.4
神奈川	75.7	52.2	19.0	69.6	4.4	3.5	0.5	3.0
新 潟	79.9	55.7	21.8	76.9	4.3	3.3	0.3	2.3
富 山	81.1	56.5	20.3	76.8	4.0	3.1	0.2	1.9
石 川	79.4	54.4	19.1	74.7	4.0	3.0	0.2	2.1
福 井	80.9	56.6	19.5	76.8	3.5	2.8	0.0	1.9
山 梨	73.9	50.9	19.2	68.7	7.0	5.6	1.8	5.3
長 野	80.8	56.2	20.5	74.9	3.9	3.0	0.1	2.2
岐 阜	76.1	52.8	20.0	75.2	4.3	3.4	0.4	2.9
静 岡	79.1	55.5	20.6	75.2	4.3	3.5	0.4	2.7
愛 知	78.2	53.9	19.6	75.6	4.4	3.6	0.5	2.7
三 重	79.2	56.0	20.7	75.3	4.6	3.7	0.7	3.0
滋 賀	78.2	55.3	20.4	74.5	4.7	3.9	0.8	2.6
京 都	75.7	52.4	17.4	71.4	5.6	4.3	0.9	3.2
大 阪	75.1	52.4	18.1	71.7	5.1	4.0	0.8	3.0
兵 庫	76.8	53.6	18.5	72.3	4.6	3.6	0.4	2.7
奈 良	76.2	54.3	20.8	72.0	4.3	3.4	0.5	2.6
和歌山	75.7	52.4	18.0	72.0	5.7	4.5	0.5	3.5
鳥 取	80.9	56.5	19.6	74.2	3.8	3.3	0.6	2.1
島 根	81.9	57.8	20.8	76.9	4.3	3.4	0.2	2.5
岡 山	79.5	55.6	20.7	75.2	4.3	3.5	1.0	2.2
広 島	75.4	51.5	18.6	73.1	4.5	3.3	0.6	2.4
山 口	79.8	56.0	20.7	76.9	4.3	3.3	0.5	2.4
徳 島	70.8	49.4	17.2	70.6	5.5	4.2	1.0	3.7
香 川	75.4	51.8	17.6	72.5	4.7	3.4	0.5	2.8
愛 媛	78.7	55.2	18.9	74.7	5.1	4.0	1.2	3.0
高 知	73.5	51.6	18.7	71.5	6.0	4.7	0.9	3.7
福 岡	78.7	54.3	19.3	75.3	5.0	3.8	0.8	2.7
佐 賀	80.6	56.1	20.9	77.2	4.9	3.6	1.1	2.5
長 崎	79.2	54.8	20.2	76.1	4.8	3.5	0.6	2.6
熊 本	80.3	56.9	21.7	79.5	5.1	4.0	1.4	2.9
大 分	78.1	55.1	20.1	76.4	4.6	3.4	0.4	2.7
宮 崎	82.0	57.8	21.9	79.3	3.9	2.9	0.6	2.5
鹿児島	84.0	60.2	23.5	80.5	3.4	2.5	0.2	1.7
沖 縄	86.6	63.1	22.8	82.3	3.6	2.9	0.5	1.5

14. 処方箋発行元医療機関別分析

調剤医療費を処方箋発行元医療機関別にみると、医科病院の3兆496億円に比べ、医科診療所が4兆3,530億円と高く、中でも内科が2兆2,904億円と最も高かった。また、処方箋1枚当たり調剤医療費は、診療所の6,733円に比べ、病院が16,499円と高く、中でも大学病院が28,939円と最も高かった。また、処方箋1枚当たり調剤医療費は、大学病院が+1.3%と上昇した一方、その他は減少した。

平成30年度末の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）をみると、病院では78.2%、診療所では77.4%であった。医科の中で最も高かったのは産婦人科の81.9%であり、最も低かったのは大学病院の69.4%であった。医科の中で伸び幅が最も大きかったのは小児科の＋5.1%であり、最も小さかったのは眼科の＋2.2%であった。

表14-1 調剤医療費の内訳 （総額）　　平成30年度

		総数	医科								診療所										歯科		
				病院																		病院	診療所
					大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上		内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他			
実数	調剤医療費（億円）	74,279	74,026	30,496	5,161	12,757	12,463	115	9,299	21,197	43,530	22,904	1,768	1,646	3,241	2,431	375	1,876	2,754	6,536	153	63	89
	処方箋枚数（受付回数）（万枚）	83,930	83,136	18,484	1,783	6,475	10,110	116	8,145	10,339	64,653	27,598	4,414	2,205	5,766	5,307	673	4,720	6,412	7,557	671	202	468
対前年度比（%）	調剤医療費（億円）	▲ 3.1	▲ 3.1	▲ 2.8	1.0	▲ 1.7	▲ 5.0	▲ 28.8	▲ 4.8	▲ 1.9	▲ 3.4	▲ 4.0	▲ 3.3	▲ 8.0	▲ 1.3	0.1	2.6	▲ 2.6	▲ 0.5	▲ 3.8	▲ 4.9	▲ 7.2	▲ 3.3
	処方箋枚数（受付回数）（万枚）	0.6	0.6	▲ 1.0	▲ 0.3	▲ 0.8	▲ 0.8	▲ 27.1	▲ 0.2	▲ 1.6	1.0	1.1	▲ 0.4	▲ 3.6	1.0	1.9	2.7	▲ 0.0	2.1	2.1	▲ 0.6	1.3	▲ 1.4

注1） 「調剤医療費」とは、調剤報酬明細書に記録された「点数」に10を乗じたものである。
注2） 処方箋発行元医療機関が特定出来なかったものは掲載していないため、内訳を足し上げても総数と一致しない。

平成31年3月
（単位：%）

表14-2 後発医薬品割合

		総数	医科								診療所										歯科		
				病院																		病院	診療所
					大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上		内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他			
実数	数量ベース（新指標）	77.7	77.6	78.2	69.4	79.1	79.3	75.8	78.9	77.6	77.4	78.4	74.9	78.5	74.5	75.3	81.9	75.3	80.3	74.3	83.9	87.3	80.4
	薬剤料ベース	19.6	19.6	15.7	9.8	14.5	20.0	20.1	21.1	13.6	22.8	23.3	21.4	24.4	21.2	20.5	30.8	18.6	27.3	20.4	31.0	24.9	41.1
対前年同期差	数量ベース（新指標）	4.7	4.7	4.8	5.0	4.6	5.0	4.0	5.1	4.6	4.6	4.7	5.1	4.7	4.7	4.7	3.9	2.2	2.7	5.3	4.7	3.4	5.7
	薬剤料ベース	0.6	0.6	0.1	0.2	▲ 0.2	0.6	1.0	0.7	▲ 0.1	1.0	0.6	2.0	1.0	1.9	0.2	4.7	2.4	0.8	2.0	0.3	0.5	0.0

注1） 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注2） 新指標は、〔後発医薬品の数量〕/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。

表14-3 処方箋1枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合　　平成30年度

		総数	医科								診療所										歯科		
				病院					200床未満	200床以上												病院	診療所
					大学病院	公的病院	法人病院	個人病院				内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他			
実数（円）	調剤医療費	8,850	8,904	16,499	28,939	19,703	12,327	9,989	11,417	20,503	6,733	8,299	4,004	7,463	5,621	4,580	5,565	3,975	4,295	8,648	2,276	3,124	1,910
	技術料	2,301	2,308	2,549	2,482	2,542	2,566	2,465	2,562	2,539	2,238	2,513	2,047	2,402	1,909	1,911	1,967	1,364	2,009	2,545	1,461	1,472	1,456
	構成割合（%）	26.0	25.9	15.5	8.6	12.9	20.8	24.7	22.4	12.4	33.2	30.3	51.1	32.2	34.0	41.7	35.4	34.3	46.8	29.4	64.2	47.1	76.2
	調剤技術料	1,822	1,829	2,060	1,973	2,045	2,085	1,981	2,089	2,037	1,764	2,053	1,519	1,941	1,440	1,417	1,488	891	1,512	2,068	962	976	957
	調剤基本料	636	636	576	508	577	586	587	596	559	653	660	657	655	643	614	685	647	666	647	643	549	684
	調剤料	1,018	1,024	1,249	1,288	1,235	1,251	1,198	1,250	1,248	960	1,223	588	1,143	764	562	746	239	749	1,242	314	415	271
	加算料	168	169	236	176	234	248	195	243	230	151	170	274	144	33	241	57	6	97	179	5	12	2
	薬学管理料	479	478	489	510	497	481	483	473	502	475	460	529	460	469	493	479	473	498	476	498	497	499
	薬剤料	6,533	6,580	13,901	26,349	17,093	9,734	7,510	8,832	17,894	4,488	5,772	1,956	5,057	3,709	2,669	3,597	2,611	2,286	6,100	814	1,649	454
	構成割合（%）	73.8	73.9	84.3	91.0	86.8	79.0	75.2	77.4	87.3	66.7	69.5	48.8	67.8	66.0	58.3	64.6	65.7	53.2	70.5	35.8	52.8	23.8
	内服薬	5,284	5,322	11,561	20,729	14,290	8,257	6,198	7,443	14,805	3,538	4,921	1,274	4,334	2,706	1,206	3,173	184	1,694	5,545	668	1,361	369
	屯服薬他	41	41	65	88	72	56	37	46	80	34	43	15	38	14	3	25	1	11	93	34	47	29
	注射薬	364	367	1,189	3,949	1,477	526	405	448	1,772	132	185	101	85	396	8	34	2	2	51	11	36	1
	外用薬	845	851	1,086	1,583	1,254	894	869	895	1,237	783	623	567	600	594	1,453	366	2,424	578	412	100	205	55
	（再掲）後発医薬品	1,221	1,229	2,110	2,482	2,415	1,856	1,447	1,786	2,364	977	1,301	412	1,187	740	541	870	488	668	1,127	244	398	178
	特定保険医療材料料	16	16	49	108	67	27	15	23	69	7	14	1	4	2	0	1	0	0	3	1	3	0
	構成割合（%）	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
対前年度比（%）	調剤医療費	▲ 3.7	▲ 3.7	▲ 1.8	1.3	▲ 0.9	▲ 4.3	▲ 2.2	▲ 4.6	▲ 0.3	▲ 4.3	▲ 5.1	▲ 2.8	▲ 4.5	▲ 2.3	▲ 1.8	▲ 0.1	▲ 2.6	▲ 2.5	▲ 5.9	▲ 4.4	▲ 8.4	▲ 1.9
	技術料	0.4	0.4	▲ 1.2	▲ 1.9	▲ 1.4	▲ 0.9	0.0	▲ 0.7	▲ 1.5	1.0	0.7	2.6	0.7	1.0	1.2	1.5	2.0	2.3	▲ 0.2	0.2	▲ 3.4	1.8
	構成割合（%）	1.1	1.1	0.1	▲ 0.3	▲ 0.1	0.7	0.6	0.9	▲ 0.2	1.8	1.7	2.7	1.7	1.1	1.2	0.5	1.5	2.2	1.7	2.9	2.4	2.8
	調剤技術料	▲ 1.4	▲ 1.4	▲ 3.3	▲ 4.4	▲ 3.8	▲ 2.9	▲ 1.6	▲ 2.6	▲ 3.9	▲ 0.7	▲ 0.7	0.8	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 0.6	▲ 0.2	▲ 0.6	0.7	▲ 1.9	▲ 3.0	▲ 8.4	▲ 0.6
	調剤基本料	▲ 3.2	▲ 3.1	▲ 9.7	▲ 12.8	▲ 10.8	▲ 8.5	▲ 7.1	▲ 7.9	▲ 11.2	▲ 1.4	▲ 1.4	0.3	▲ 1.5	▲ 2.0	▲ 2.1	0.0	▲ 0.4	▲ 0.4	▲ 2.6	▲ 4.1	▲ 12.6	▲ 0.6
	調剤料	▲ 0.7	▲ 0.7	▲ 1.1	▲ 1.4	▲ 1.3	▲ 1.0	0.0	▲ 1.0	▲ 1.2	▲ 0.4	▲ 0.7	2.0	▲ 0.8	0.1	0.8	▲ 0.1	▲ 0.9	2.4	▲ 1.7	▲ 0.8	▲ 2.3	▲ 0.3
	加算料	0.9	0.9	2.2	1.4	1.9	2.3	6.9	2.7	1.7	0.5	1.9	▲ 0.7	1.6	▲ 0.1	0.0	▲ 4.6	▲ 3.1	▲ 4.3	▲ 0.4	▲ 8.4	▲ 7.8	▲ 13.9
	薬学管理料	8.0	7.9	9.0	9.1	9.8	8.6	7.1	8.6	9.4	7.6	7.7	8.4	7.7	7.5	7.0	7.2	7.2	7.5	7.9	7.2	8.4	6.7
	薬剤料	▲ 5.0	▲ 5.1	▲ 2.0	1.6	▲ 0.8	▲ 5.2	▲ 2.9	▲ 5.7	▲ 0.2	▲ 6.8	▲ 7.4	▲ 8.0	▲ 6.8	▲ 3.9	▲ 3.8	▲ 0.9	▲ 4.8	▲ 6.3	▲ 8.0	▲ 11.6	▲ 12.4	▲ 12.1
	構成割合（%）	▲ 1.1	▲ 1.1	▲ 0.1	0.3	0.1	▲ 0.7	▲ 0.6	▲ 0.9	0.1	▲ 1.8	▲ 1.7	▲ 2.7	▲ 1.7	▲ 1.1	▲ 1.2	▲ 0.5	▲ 1.5	▲ 2.2	▲ 1.7	▲ 2.9	▲ 2.4	▲ 2.8
	内服薬	▲ 5.6	▲ 5.6	▲ 2.5	0.8	▲ 1.2	▲ 5.6	▲ 4.0	▲ 6.3	▲ 0.6	▲ 7.5	▲ 7.9	▲ 9.5	▲ 6.9	▲ 4.2	▲ 4.4	▲ 0.8	▲ 10.5	▲ 8.6	▲ 8.2	▲ 12.4	▲ 12.8	▲ 13.7
	屯服薬他	▲ 10.4	▲ 10.4	▲ 8.8	▲ 10.0	▲ 7.7	▲ 9.7	▲ 10.0	▲ 9.0	▲ 8.5	▲ 10.9	▲ 10.5	▲ 10.1	▲ 8.4	▲ 4.5	▲ 13.1	▲ 14.3	▲ 16.7	▲ 3.0	▲ 13.7	▲ 6.7	▲ 7.5	▲ 6.5
	注射薬	5.2	5.2	6.8	8.9	6.6	3.4	13.2	3.7	7.9	4.8	4.4	1.4	▲ 4.4	7.9	34.0	▲ 0.8	▲ 12.7	▲ 8.8	2.9	▲ 25.1	▲ 27.2	4.4
	外用薬	▲ 5.2	▲ 5.2	▲ 4.7	▲ 4.4	▲ 4.4	▲ 5.3	▲ 1.6	▲ 5.2	▲ 4.3	▲ 5.2	▲ 6.2	▲ 6.0	▲ 6.4	▲ 9.2	▲ 3.5	▲ 0.9	▲ 4.3	1.0	▲ 5.9	▲ 5.2	▲ 7.6	▲ 3.5
	（再掲）後発医薬品	0.9	0.9	0.8	4.2	0.4	0.3	2.7	0.7	1.1	1.5	1.2	7.0	1.5	3.3	0.3	15.5	5.8	1.4	▲ 0.7	▲ 6.5	▲ 4.1	▲ 9.6
	特定保険医療材料料	3.2	3.2	3.8	4.3	2.2	5.5	14.5	3.3	4.4	4.7	4.7	10.5	2.0	3.7	▲ 0.3	▲ 6.1	▲ 7.2	5.8	6.5	▲ 21.8	▲ 23.9	28.7
	構成割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	▲ 0.0	▲ 0.0	0.0	0.0	▲ 0.0	▲ 0.0	0.0

注1） 「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算、時間外等の加算（調剤基本料に係る部分）、及び在宅患者調剤加算を含めている。
注2） 「内服薬」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「内服」もしくは「一包」である薬剤をいう。
注3） 「屯服薬他」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「屯服」「内滴」「浸煎」「湯」である薬剤をいう。
注4） 処方箋発行元医療機関が特定出来なかったものは掲載していないため、内訳を足し上げても総数と一致しない。
注5） 構成割合は対前年度差を示している。

15. 制度別分析

調剤医療費を制度別にみると、調剤医療費の総額が最も大きかったのは後期高齢者の2兆6,300億円であった。また、処方箋1枚当たり調剤医療費が最も大きかったのは公費の11,765円であり、伸び率が最も大きかったのは協会一般の▲2.3%、最も小さかったのは公費の▲5.1%であった。

平成30年度末の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）をみると、最も高かったのは公費の88.1%、最も低かったのは後期高齢者の75.4%であった。伸び幅が最も大きかったのは公費の＋11.3%、最も小さかったのは協会一般の＋3.9%であった。

表15-1 調剤医療費の内訳 （総額）　　平成30年度

		総数	医療保険適用計									公費
				被用者保険計				国民健康保険計			後期高齢者	
					協会一般	共済組合	健保組合		市町村国保	国保組合		
実数	調剤医療費（億円）	74,279	70,846	25,440	13,505	2,667	9,220	19,107	18,069	1,038	26,300	3,433
	処方箋枚数（受付回数）（万枚）	83,930	81,013	36,285	18,413	4,088	13,727	20,285	18,975	1,310	24,442	2,918
対前年度比（%）	調剤医療費	▲ 3.1	▲ 3.0	▲ 0.4	0.4	▲ 2.4	▲ 0.9	▲ 6.8	▲ 7.0	▲ 3.4	▲ 2.6	▲ 5.4
	処方箋枚数（受付回数）	0.6	0.6	2.0	2.8	0.5	1.4	▲ 3.3	▲ 3.5	▲ 0.6	2.0	▲ 0.3

注）「調剤医療費」とは、調剤報酬明細書に記録された「点数」に10を乗じたものである。

平成31年3月
（単位：%）

表15-2 後発医薬品割合

		総数	医療保険適用計									公費
				被用者保険計				国民健康保険計			後期高齢者	
					協会一般	共済組合	健保組合		市町村国保	国保組合		
実数	数量ベース（新指標）	77.7	77.1	78.4	78.9	77.6	78.0	77.7	77.8	75.8	75.4	88.1
	薬剤料ベース	19.6	19.5	19.5	19.7	19.0	19.4	19.3	19.4	18.2	19.5	23.8
対前年同期差	数量ベース（新指標）	4.7	4.3	3.9	3.9	3.9	3.9	4.1	4.1	3.9	4.7	11.3
	薬剤料ベース	0.6	0.4	0.5	0.5	0.6	0.5	0.3	0.3	0.5	0.4	4.4

注1）「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注2） 新指標は、〔後発医薬品の数量〕/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。

表15-3 処方箋1枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合　　平成30年度

		総数	医療保険適用計								公費
				被用者保険計				国民健康保険計		後期高齢者	
					協会一般	共済組合	健保組合		市町村国保	国保組合		
実数（円）	調剤医療費	8,850	8,745	7,011	7,335	6,524	6,717	9,419	9,522	7,927	10,760	11,765
	技術料	2,301	2,284	2,082	2,108	2,046	2,057	2,276	2,287	2,111	2,590	2,773
	構成割合（%）	26.0	26.1	29.7	28.7	31.4	30.6	24.2	24.0	26.6	24.1	23.6
	調剤技術料	1,822	1,805	1,582	1,611	1,544	1,555	1,793	1,805	1,628	2,146	2,297
	調剤基本料	636	635	643	639	645	649	621	620	641	635	654
	調剤料	1,018	1,007	817	850	766	786	1,048	1,060	872	1,255	1,342
	加算料	168	163	122	122	132	120	124	125	114	257	301
	薬学管理料	479	479	500	497	502	502	482	482	483	444	476
	薬剤料	6,533	6,446	4,917	5,212	4,469	4,650	7,123	7,214	5,801	8,153	8,966
	構成割合（%）	73.8	73.7	70.1	71.1	68.5	69.2	75.6	75.8	73.2	75.8	76.2
	内服薬	5,284	5,206	3,734	4,017	3,271	3,488	5,884	5,977	4,535	6,828	7,438
	屯服薬他	41	39	44	45	46	42	42	42	45	29	93
	注射薬	364	362	397	424	397	360	409	408	425	269	421
	外用薬	845	839	742	726	755	759	787	786	796	1,027	1,014
	（再掲）後発医薬品	1,221	1,197	903	969	792	846	1,316	1,338	996	1,537	1,869
	特定保険医療材料料	16	16	12	14	9	10	21	21	16	16	26
	構成割合（%）	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
対前年度比（%）	調剤医療費	▲ 3.7	▲ 3.6	▲ 2.3	▲ 2.3	▲ 2.8	▲ 2.3	▲ 3.6	▲ 3.6	▲ 2.8	▲ 4.5	▲ 5.1
	技術料	0.4	0.4	0.9	0.9	0.9	0.9	0.2	0.2	0.6	▲ 0.0	0.4
	構成割合（%）	1.1	1.0	1.0	0.9	1.2	1.0	0.9	0.9	0.9	1.1	1.3
	調剤技術料	▲ 1.4	▲ 1.4	▲ 1.0	▲ 1.0	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 1.8	▲ 1.8	▲ 1.4	▲ 1.6	▲ 1.0
	調剤基本料	▲ 3.2	▲ 3.1	▲ 2.8	▲ 2.9	▲ 2.6	▲ 2.8	▲ 3.8	▲ 3.8	▲ 2.9	▲ 3.2	▲ 3.5
	調剤料	▲ 0.7	▲ 0.7	0.5	0.4	0.1	0.5	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 0.3	▲ 1.4	▲ 0.5
	加算料	0.9	0.8	▲ 1.3	▲ 1.4	▲ 0.6	▲ 1.3	1.0	1.1	▲ 0.5	1.4	3.0
	薬学管理料	8.0	8.0	7.6	7.6	7.7	7.6	8.1	8.2	7.6	8.4	7.5
	薬剤料	▲ 5.0	▲ 4.9	▲ 3.7	▲ 3.5	▲ 4.5	▲ 3.7	▲ 4.7	▲ 4.8	▲ 4.0	▲ 5.9	▲ 6.7
	構成割合（%）	▲ 1.1	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 1.0	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 0.9	▲ 1.1	▲ 1.3
	内服薬	▲ 5.6	▲ 5.5	▲ 4.2	▲ 4.1	▲ 5.4	▲ 4.2	▲ 5.3	▲ 5.3	▲ 4.6	▲ 6.3	▲ 7.1
	屯服薬他	▲ 10.4	▲ 10.0	▲ 12.1	▲ 11.5	▲ 12.8	▲ 12.6	▲ 8.8	▲ 8.6	▲ 11.7	▲ 6.2	▲ 14.1
	注射薬	5.2	5.3	5.7	6.4	5.5	4.6	6.1	6.0	7.0	4.2	3.8
	外用薬	▲ 5.2	▲ 5.1	▲ 4.8	▲ 4.9	▲ 4.5	▲ 4.8	▲ 5.3	▲ 5.3	▲ 5.0	▲ 5.5	▲ 6.5
	（再掲）後発医薬品	0.9	0.7	2.7	2.8	2.1	2.5	0.9	0.9	1.7	▲ 0.7	5.1
	特定保険医療材料料	3.2	3.3	3.5	4.7	1.5	1.4	3.4	3.5	2.2	4.5	2.0
	構成割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

注1） 「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算、時間外等の加算（調剤基本料に係る部分）、及び在宅患者調剤加算を含めている
注2） 「内服薬」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「内服」もしくは「一包」である薬剤をいう。
注3） 「屯服薬他」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「屯服」「内滴」「浸煎」「湯」である薬剤をいう。
注4） 構成割合は対前年度差を示している。

16. 薬効分類別後発医薬品割合（数量ベース、新指標）

後発医薬品割合（数量ベース、新指標）の算出対象となる医薬品（後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品）の構成割合①をみると、循環器官用薬が23.7%と最も大きく、次いで消化器官用薬が18.9%を占めていた。また、これらの薬効分類における平成30年度末時点の後発医薬品割合は、それぞれ79.8%、87.2%であった。

表16 薬効分類別後発医薬品割合（新指標）　（単位：%）

	平成30年度													構成割合①(%)	構成割合②(%)
	4月～3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
総数	75.9	73.8	74.2	74.5	74.6	75.0	75.3	76.0	76.7	77.0	77.5	77.5	77.7	100.0	100.0
11 中枢神経系用薬	67.1	64.5	65.3	65.5	65.2	65.5	66.0	67.6	68.3	69.2	69.8	68.8	68.7	14.3	13.8
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	63.6	60.7	61.3	61.7	62.0	62.5	62.7	64.1	64.9	65.2	65.8	65.9	66.2	3.9	2.8
113 抗てんかん剤	53.0	51.5	52.4	53.1	49.9	50.7	51.4	52.9	53.6	54.4	54.8	55.4	55.5	1.3	1.4
114 解熱鎮痛消炎剤	82.1	80.9	81.3	81.3	81.6	81.7	81.9	82.9	83.4	84.0	82.8	81.4	81.0	3.7	3.5
116 抗パーキンソン剤	60.6	57.4	58.3	58.3	59.4	59.9	60.4	61.0	61.7	62.0	62.6	63.3	63.4	0.8	0.7
117 精神神経用剤	60.3	57.6	58.2	58.6	59.1	59.6	59.8	61.0	61.8	62.5	61.2	61.9	62.4	4.0	3.6
119 その他中枢神経系用薬	72.7	71.0	71.7	72.1	71.1	71.7	72.2	72.7	73.4	73.9	74.0	74.6	74.7	0.5	1.5
12 末梢神経系用薬	74.9	72.7	73.2	73.6	73.7	74.2	74.3	75.2	75.8	75.9	76.5	76.7	76.8	0.8	0.7
124 鎮痙剤	76.1	74.0	74.6	74.8	75.0	75.4	75.6	76.5	77.0	77.1	77.6	77.8	77.9	0.7	0.5
13 感覚器官用薬	62.4	60.9	61.6	62.0	60.9	61.4	61.6	62.4	62.9	63.2	63.3	63.9	64.3	1.5	1.6
131 眼科用剤	58.9	59.0	59.6	60.1	57.3	57.7	57.6	58.2	58.5	58.8	58.4	60.0	61.1	0.7	0.9
133 鎮暈剤	65.0	62.2	63.0	63.3	63.6	64.2	64.4	65.4	66.1	66.3	66.8	67.1	67.3	0.9	0.6
21 循環器官用薬	77.8	75.4	76.1	76.7	76.6	77.3	77.7	77.9	78.5	78.8	79.3	79.5	79.8	23.7	16.9
212 不整脈用剤	70.1	67.9	68.7	69.4	68.3	69.0	69.4	70.1	70.7	71.2	71.7	72.0	72.3	1.6	1.0
213 利尿剤	86.8	84.3	84.8	85.0	85.9	86.4	86.6	87.2	87.7	88.0	88.6	88.7	88.6	1.3	1.0
214 血圧降下剤	76.1	73.0	73.8	74.7	74.4	75.2	75.7	76.5	77.1	77.5	78.0	78.3	78.6	7.0	5.2
217 血管拡張剤	79.6	77.7	78.2	78.6	78.8	79.1	79.3	79.8	80.2	80.5	80.9	81.0	81.2	6.8	4.3
218 高脂血症用剤	78.8	75.5	76.0	76.8	77.4	78.1	78.7	79.4	80.0	80.3	80.8	81.0	81.3	5.6	3.8
219 その他の循環器官用薬	75.7	78.2	78.8	79.2	77.4	78.0	78.4	72.1	73.0	73.2	74.1	74.1	74.3	1.3	1.4
22 呼吸器官用薬	79.4	77.2	78.0	78.0	77.9	78.4	78.3	79.3	80.1	80.1	82.5	81.1	80.7	5.4	4.4
223 去痰剤	80.4	78.4	79.1	79.4	79.4	80.0	79.9	80.5	80.9	80.9	82.3	81.8	81.7	4.0	2.5
225 気管支拡張剤	57.1	54.1	55.1	55.4	55.8	56.4	56.2	56.8	58.0	58.2	59.9	59.6	59.5	0.8	0.6
23 消化器官用薬	86.2	84.9	85.2	85.3	85.6	85.9	86.0	86.5	86.8	86.9	87.2	87.2	87.2	18.9	15.3
231 止しゃ剤、整腸剤	97.9	97.8	97.8	97.7	97.8	97.7	97.8	98.0	98.1	98.1	98.1	98.1	98.2	1.0	2.0
232 消化性潰瘍用剤	78.9	77.0	77.6	77.8	78.0	78.5	78.6	79.3	79.7	79.9	80.3	80.4	80.3	8.3	6.0
234 制酸剤	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	4.3	2.6
235 下剤、浣腸剤	94.8	94.2	94.3	94.4	94.6	94.7	94.7	94.9	95.1	95.1	95.2	95.3	95.3	1.5	1.4
236 利胆剤	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1.2	1.0
239 その他の消化器官用薬	68.3	65.6	66.3	66.2	66.4	66.8	67.3	69.2	69.9	69.8	70.9	70.3	70.2	2.4	1.8
24 ホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	94.8	94.8	94.5	94.5	94.5	94.5	94.8	95.0	95.1	95.4	93.9	94.8	95.5	0.4	1.7
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	79.0	76.3	76.8	77.3	77.7	78.1	78.5	79.0	79.6	80.0	80.4	80.7	83.3	0.9	1.6
259 その他の泌尿生殖器官および肛門用薬	77.6	74.6	75.3	75.8	76.2	76.7	77.0	77.6	78.1	78.5	78.9	79.2	82.5	0.7	1.3
26 外皮用薬	47.7	44.9	45.7	46.2	46.4	46.9	47.3	48.2	48.7	48.8	49.2	50.1	50.3	8.7	6.2
264 鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	48.3	45.5	46.2	46.7	46.9	47.3	47.7	48.7	49.3	49.4	49.9	50.9	51.1	7.8	5.4
31 ビタミン剤	95.2	94.6	94.8	94.9	95.0	95.0	95.1	95.2	95.3	95.4	95.4	95.5	95.6	3.7	3.8
311 ビタミンAおよびD剤	75.5	73.2	73.7	74.1	74.7	75.0	75.2	75.9	76.3	76.5	77.1	77.3	77.4	0.6	0.9
313 ビタミンB剤（ビタミンB1剤を除く）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	2.7	1.9
32 滋養強壮薬	80.0	77.5	78.2	78.8	79.2	79.4	79.7	80.2	80.7	81.0	81.1	81.7	82.6	0.8	3.8
322 無機質製剤	77.9	75.1	75.9	76.6	77.2	77.4	77.6	78.1	78.6	78.9	79.0	79.6	80.9	0.6	0.5
325 蛋白アミノ酸製剤	49.1	46.0	46.9	47.3	47.7	48.3	48.4	49.9	50.1	50.5	51.0	51.5	51.5	0.1	3.0
33 血液・体液用薬	89.3	87.6	88.0	88.0	88.1	88.0	88.2	89.2	90.0	90.4	90.8	90.8	91.0	7.8	7.5
333 血液凝固阻止剤	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	2.3	3.9
339 その他の血液・体液用薬	82.4	80.6	81.0	81.4	81.7	82.1	82.2	82.7	83.0	83.2	83.5	83.7	83.8	4.7	3.0
39 その他の代謝性医薬品	72.6	70.7	71.1	71.6	71.7	72.0	72.3	72.9	73.3	73.6	73.8	74.2	74.4	5.9	7.9
394 痛風治療剤	81.2	79.9	80.1	80.4	80.7	80.9	81.0	81.4	81.6	81.8	82.0	82.2	82.2	1.1	1.4
396 糖尿病用剤	76.2	73.4	74.1	74.7	75.1	75.6	75.9	76.5	77.1	77.4	77.8	78.2	78.5	3.0	4.7
399 他に分類されない代謝性医薬品	65.8	63.3	64.0	64.4	64.7	65.1	65.3	66.3	66.6	66.9	67.2	67.7	67.7	1.6	1.5
42 腫瘍用薬	70.0	66.4	67.2	67.8	68.4	69.3	69.3	70.1	70.9	71.1	72.1	73.3	73.5	0.3	0.3
422 代謝拮抗剤	74.8	66.4	68.1	69.8	71.4	72.6	73.3	74.7	75.9	76.2	78.9	82.8	84.0	0.0	0.1
429 その他の腫瘍用薬	69.1	66.5	67.1	67.5	67.9	68.7	68.7	69.3	70.0	70.3	70.7	71.2	71.3	0.2	0.2
44 アレルギー用薬	72.0	69.4	69.2	69.5	69.8	70.4	70.8	71.6	72.3	72.4	73.8	74.9	75.5	5.1	4.1
449 その他アレルギー用薬	72.4	69.6	69.5	69.8	70.1	70.8	71.3	72.0	72.8	72.8	74.1	75.2	75.7	4.8	3.8
52 漢方製剤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	8.0
61 抗生物質製剤	68.1	65.6	65.8	66.1	66.7	67.7	67.5	68.2	68.9	68.9	70.6	70.4	70.4	1.3	1.0
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	65.1	62.5	62.2	62.4	63.0	64.1	64.4	65.6	66.2	66.2	68.0	67.8	68.0	0.6	0.5
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	71.3	68.7	69.6	70.2	70.7	71.4	70.8	70.9	71.7	71.5	73.3	73.0	72.8	0.6	0.4
62 化学療法剤	59.4	57.7	58.9	59.4	58.5	59.1	59.8	60.8	61.5	60.4	55.6	59.4	62.4	0.5	0.5
624 合成抗菌剤	66.6	63.0	64.1	64.7	65.1	66.3	66.2	66.8	67.4	67.2	69.5	69.1	68.9	0.1	0.1
625 抗ウイルス剤	58.1	58.8	60.5	61.2	62.1	62.5	63.0	63.1	63.5	58.7	47.8	54.7	63.1	0.1	0.1

注1） 構成割合①は、新指標の分母である「後発医薬品のある先発医薬品の数量」＋「後発医薬品の数量」について、各薬効分類の平成30年度中の医薬品数量が占める割合を示している。したがって、「後発医薬品のない先発医薬品」や「その他の品目」は含まれていない。
注2） 構成割合②は、「先発医薬品」、「後発医薬品」及び「その他の品目」全てを含んだ全医薬品における、平成30年度中の構成割合（数量ベース）を示している。
注3） 「その他の品目」とは、局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）及び承認が昭和42年以前のものをいう。
注4） 表示していない項目（薬効）があるので、構成割合を足しあげても総数と一致しない。
注5） 全ての剤形を含んでいる。

（参考） 分類別構成割合（数量ベース）（平成30年度）

（単位：%）

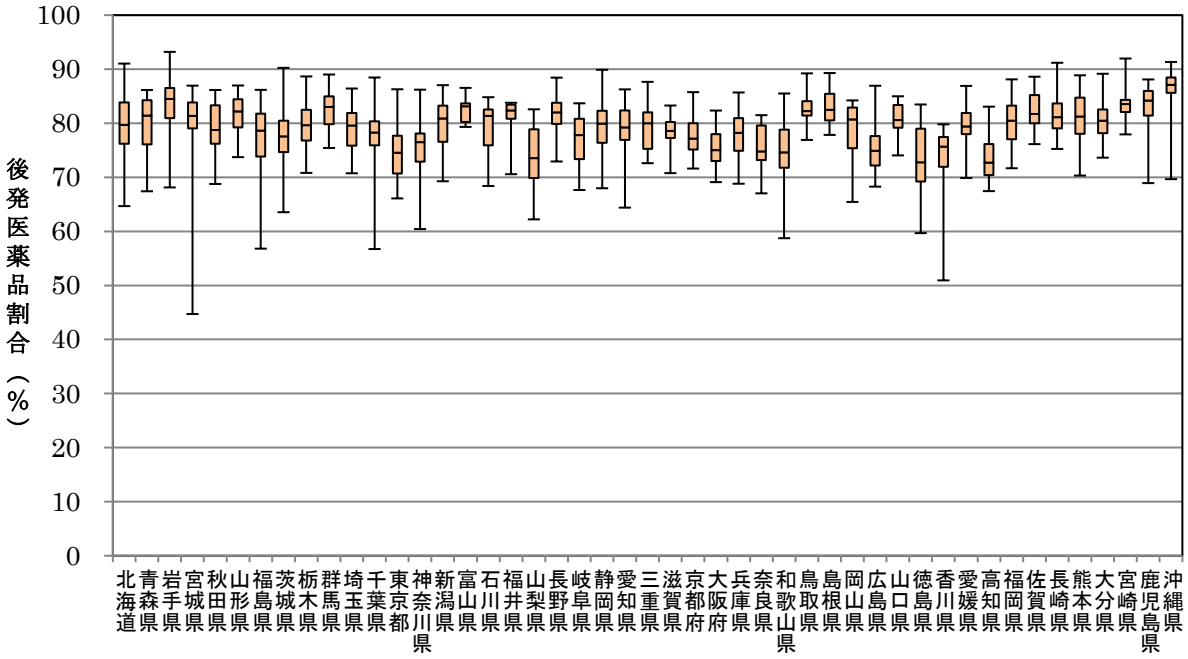
	構成割合
後発医薬品のない先発医薬品	17.5
後発医薬品のある先発医薬品	14.8
後発医薬品	46.6
その他の品目	21.1
計	100.0

１７．後発医薬品割合の市町村別状況

１．後発医薬品割合の都道府県別分布状況

各都道府県における、市町村別にみた後発医薬品割合の分布状況を示している。表 13 で後発医薬品割合が最も高かった沖縄県は、中央値も最も高かった。

図１

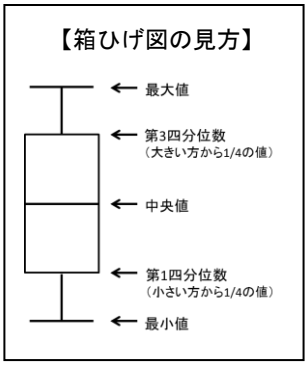


（注 1）保険請求のあった薬局の所在地を示している。（平成 31 年 3 月調剤分）

（注 2）各市町村において、保険請求のあった薬局が 3 軒以下の地域は除外している。

（注 3）長方形の下側の辺は第１四分位数、上側の辺は第３四分位数、中央の線は中央値、ひげの両端が最大値、最小値である。

（注 4）後発医薬品割合は数量ベース（新指標）を用いている。



この資料に関する詳細は、厚生労働省のホームページに掲載しています。

掲載場所（URL） http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/18/gaiyou.html

２．後発医薬品割合の地域別結果

表 17　（上位 20）

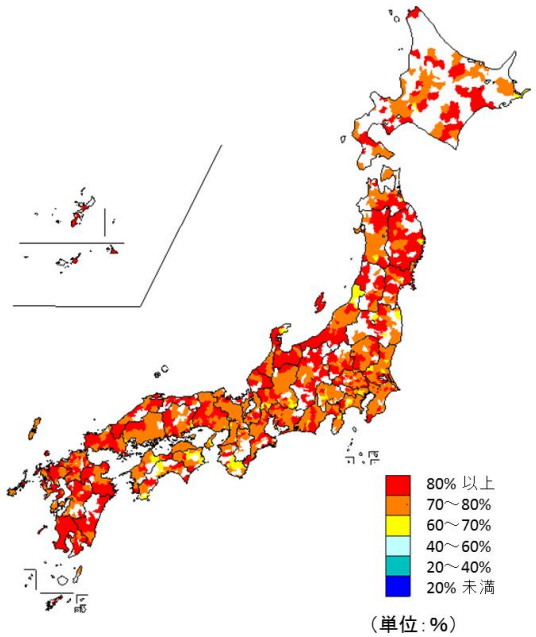
順位	都道府県	市町村名	割合(%)
1	岩手県	クノヘグン カルマイマチ 九戸郡軽米町	93.2
2	岩手県	クジシ 久慈市	92.0
3	宮崎県	コユグン シントミチョ ウ 児湯郡新富町	92.0
4	沖縄県	シマジリグン ヨナバルチョ ウ 島尻郡与那原町	91.3
5	長崎県	ミナミマツウラグンシンカミゴトウチョ ウ 南松浦郡新上五島町	91.2
6	沖縄県	ナカガミグンナカグスクソン 中頭郡中城村	91.1
7	北海道	アカビラシ 赤平市	91.0
8	岩手県	ニノヘグン イチノヘマチ 二戸郡一戸町	90.9
9	茨城県	ユウキグンヤチヨマチ 結城郡八千代町	90.2
10	静岡県	ハイバラグンカワネホンチョ ウ 榛原郡川根本町	89.9

順位	都道府県	市町村名	割合(%)
11	長崎県	ヒガシソノギグン ハサミチョ ウ 東彼杵郡波佐見町	89.8
12	島根県	カノアシグンツワノチョ ウ 鹿足郡津和野町	89.3
13	鳥取県	トウハクグン ユリハマチョ ウ 東伯郡湯梨浜町	89.2
14	大分県	タケタシ 竹田市	89.2
15	群馬県	カンラグンシモニタマチ 甘楽郡下仁田町	89.0
16	北海道	ナカガワグン マクベツチョ 中川郡幕別町	89.0
17	沖縄県	ナンジョ ウシ 南城市	88.9
18	熊本県	アソグンアソマチ 阿蘇郡南阿蘇村	88.9
19	沖縄県	ナカガミグンキタナカグスクソン 中頭郡北中城村	88.8
20	群馬県	アガツマグン ナカノジョ ウマチ 吾妻郡中之条町	88.7

（注 1）保険請求のあった薬局の所在地を示している。（平成 31 年 3 月調剤分）
（注 2）各市町村において、保険請求のあった薬局が 3 軒以下の地域は除外している。
（注 3）後発医薬品割合は数量ベース（新指標）を用いている。

３．市町村別後発医薬品割合マップ

図 2



（注 1）保険請求のあった薬局の所在地を示している。（平成 31 年 3 月調剤分）
（注 2）空白となっている地域は、当該月において保険請求のあった薬局数が 3 軒以下の市町村である。
（注 3）後発医薬品割合は数量ベース（新指標）を用いている。

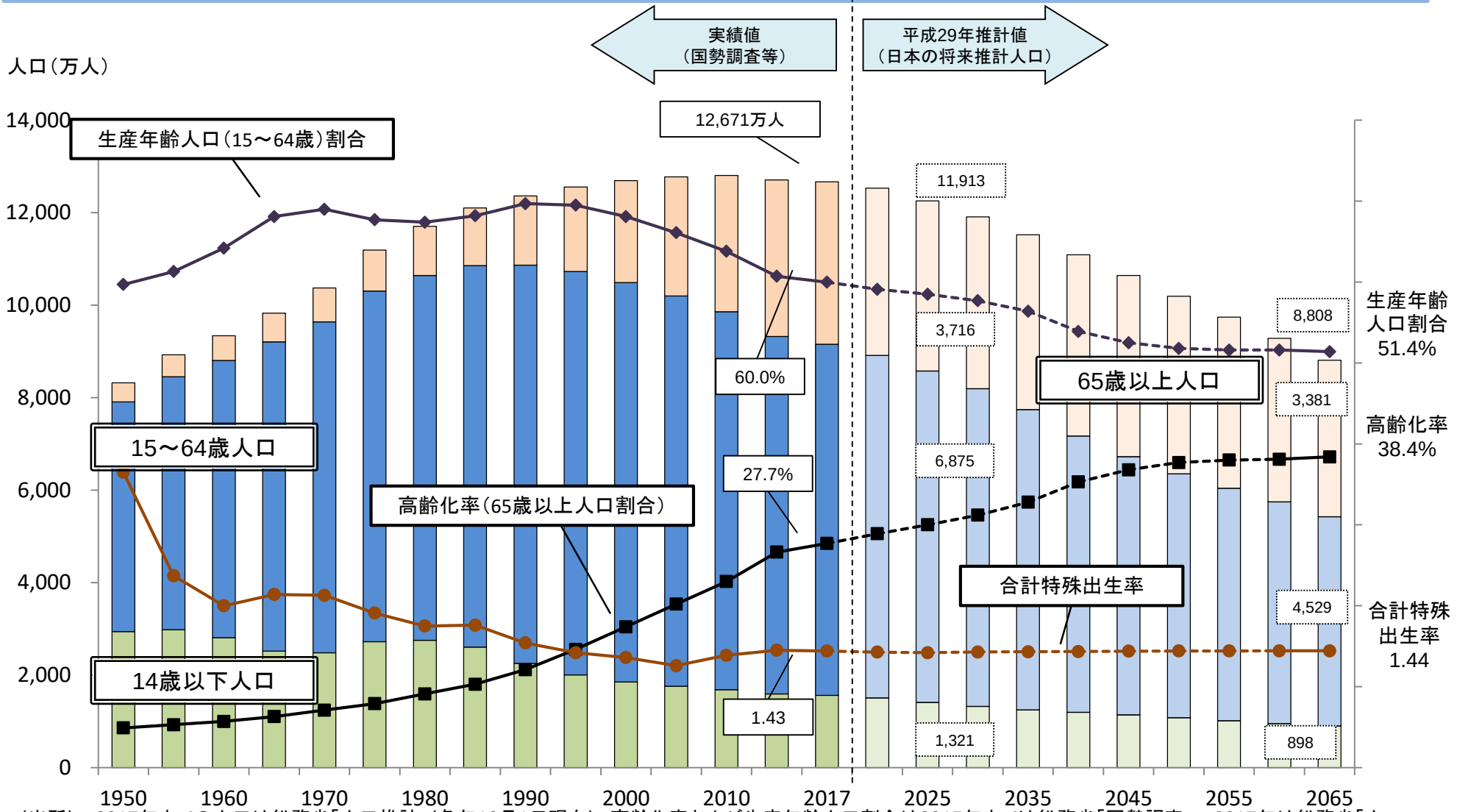
具体的な検討の「視点」において示した検討項目の現状等

令和元年９月２７日
厚生労働省保険局

医療を取り巻く状況

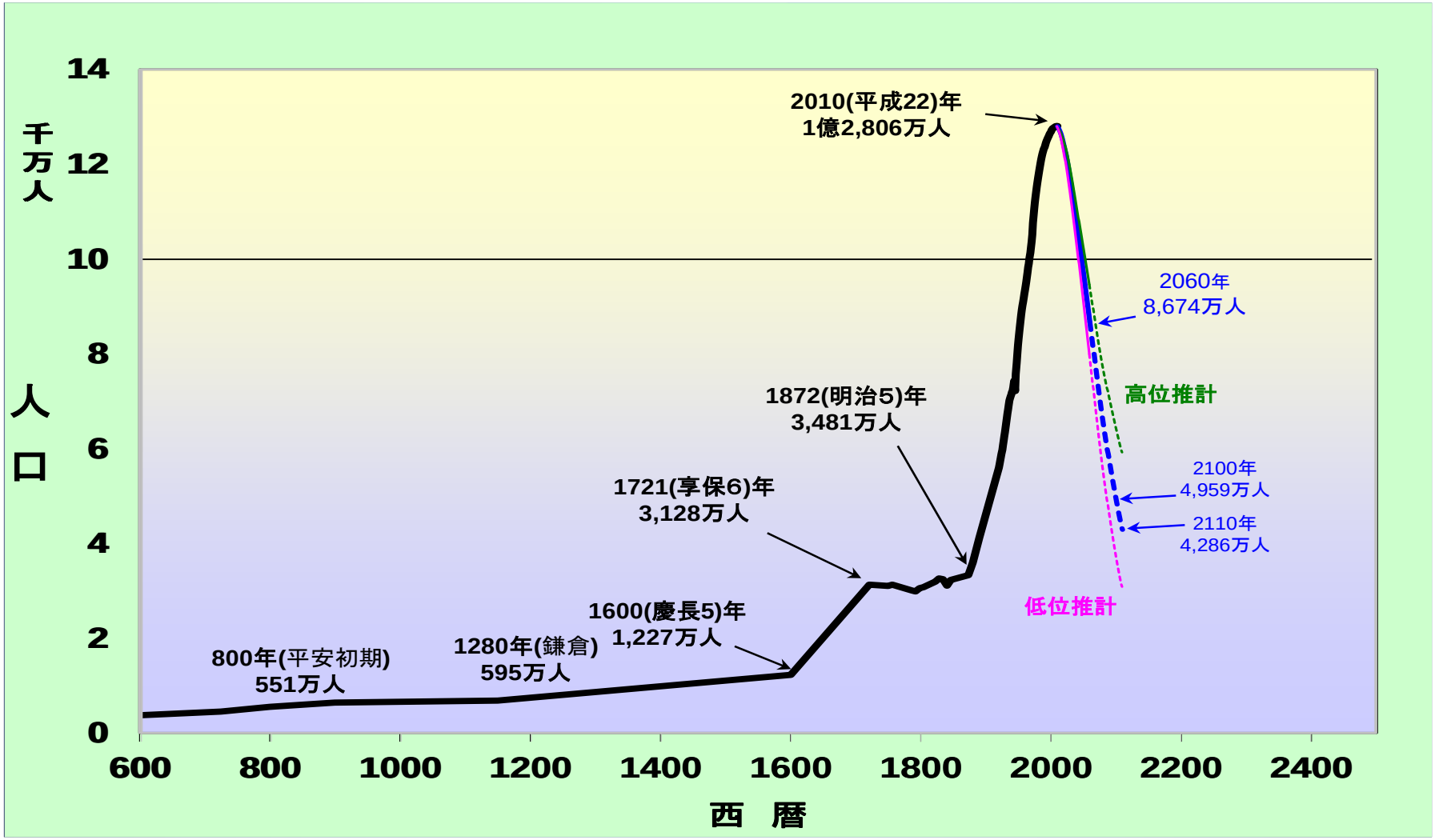
今後の年齢階級別人口の推計

○　日本の人口は減少局面を迎えており、2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると推計されている。



（出所）　2017年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

日本人口の歴史的推移

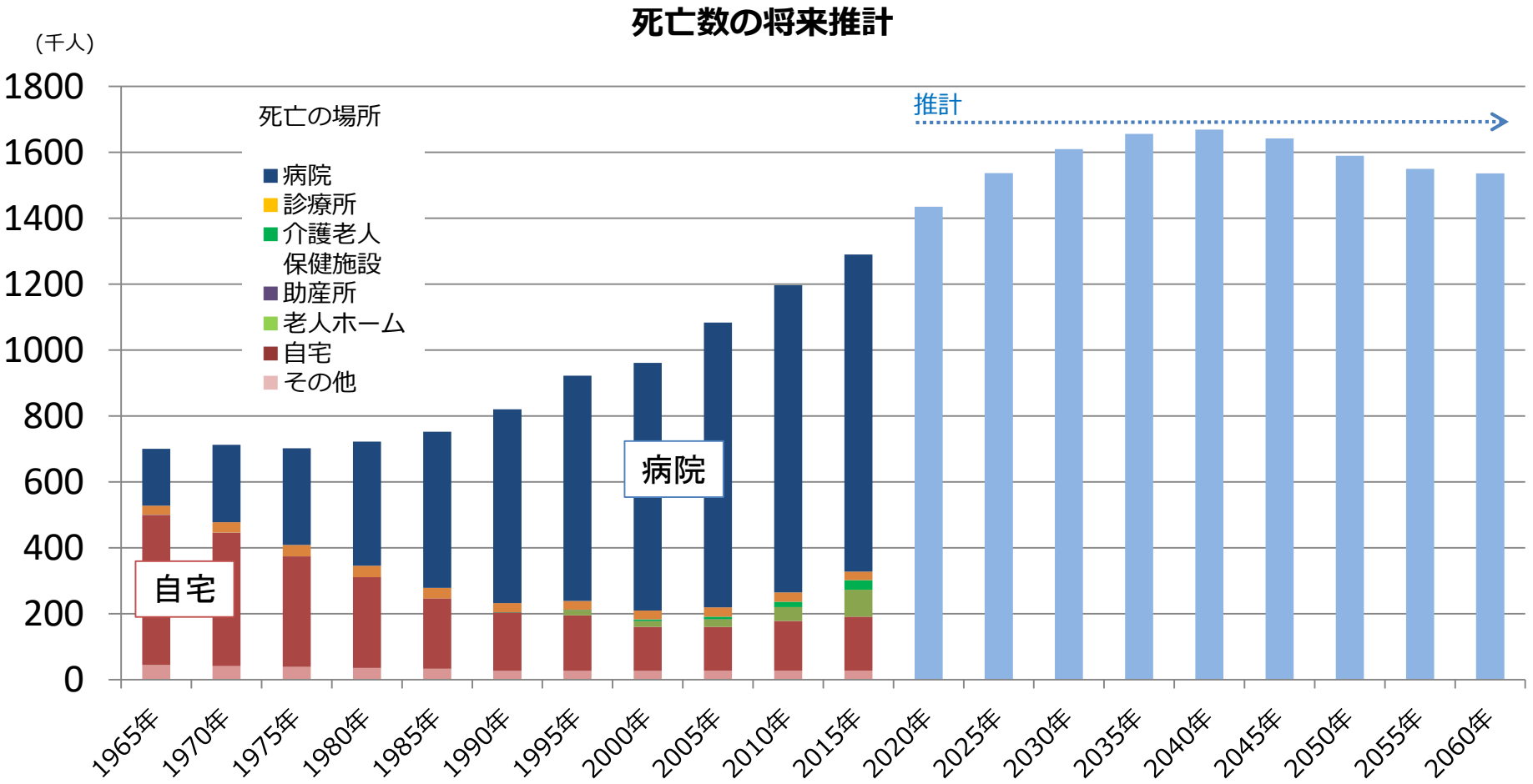


資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計[死亡中位推計]）.

提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

死亡数の将来推計

○　年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、2040年は2015年と比べ約36万人死亡者数が増加すると推計されている。
○　近年、医療機関以外の場所における死亡が増加傾向にある。

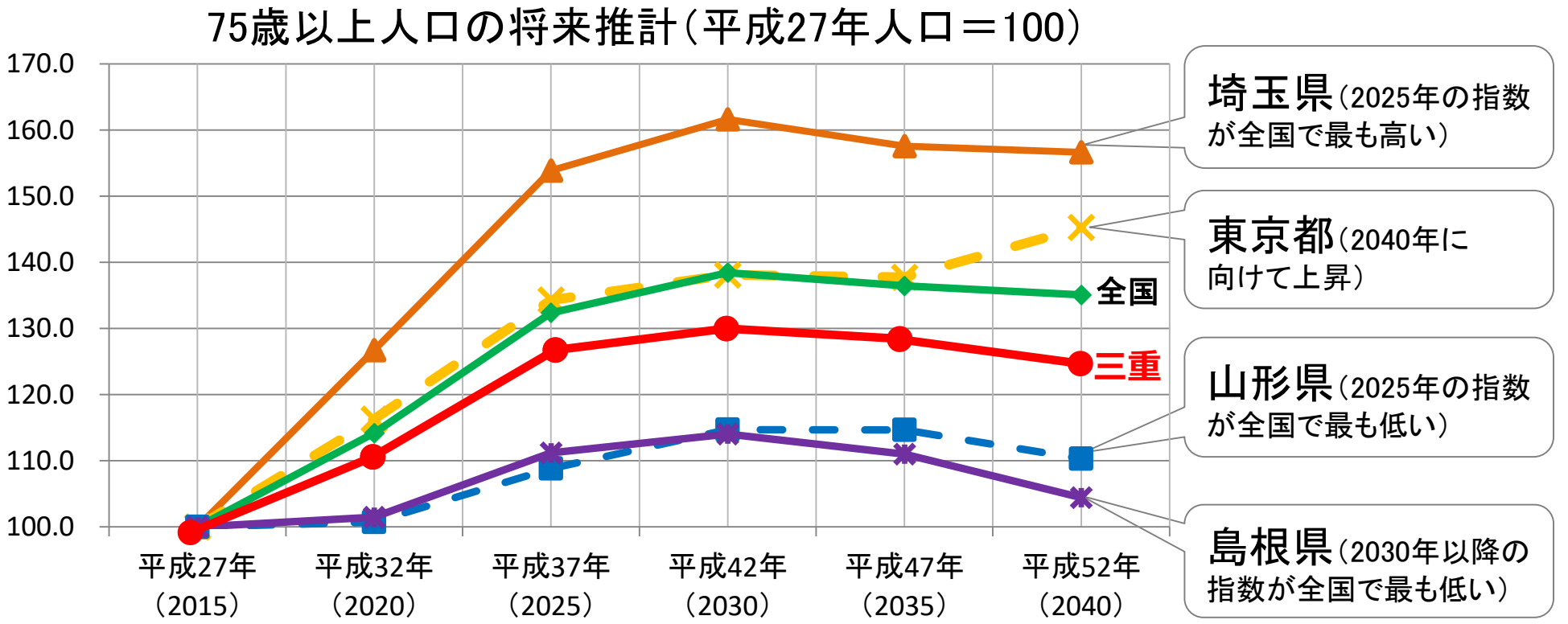


※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。
出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

地域によって異なる高齢化のスピード

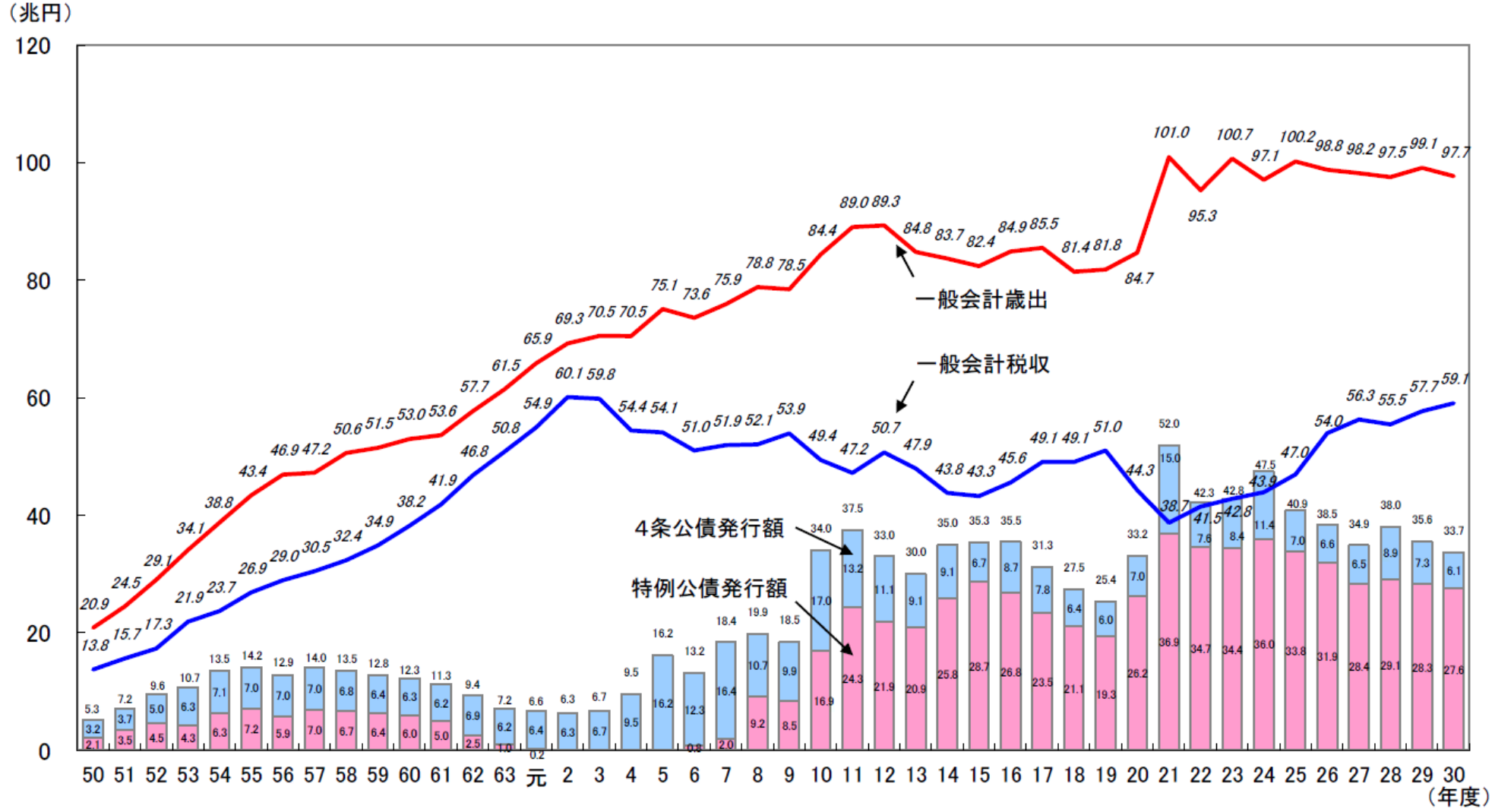
○ 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇
その後の上昇は緩やかで、2030 年頃をピークに減少。
※ 2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※ 東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

○ 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍。 埼玉県・千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県・秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差。



一般会計における歳出・歳入の状況

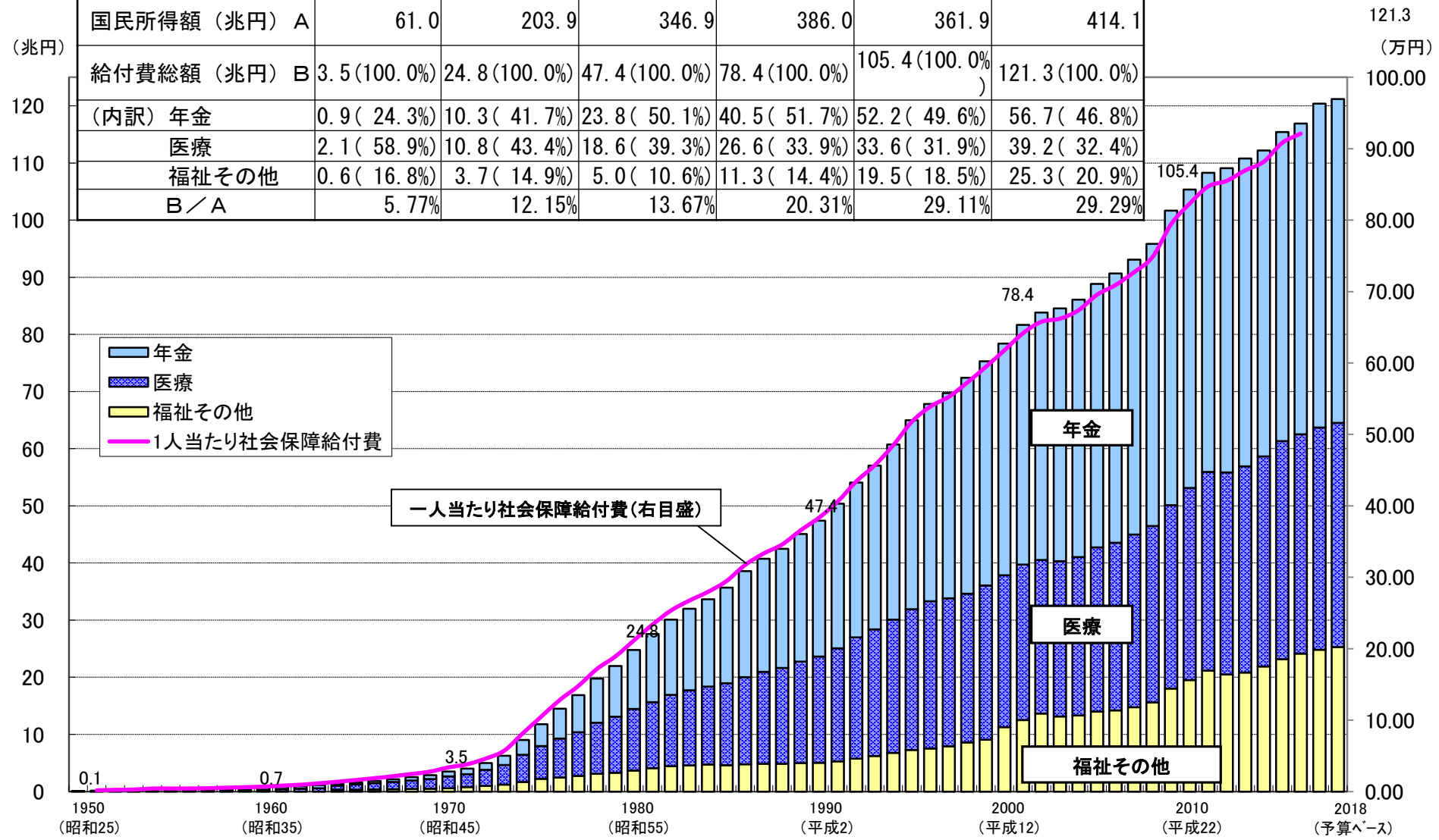
○　我が国財政は歳出が歳入（税収）を上回る状況が続いており、借金である国債の発行によって賄っている状況。



（注1）平成28年度までは決算、平成29年度は補正後予算、平成30年度は予算による。
（注2）公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。

社会保障給付費の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2018（予算ベース）
国民所得額（兆円） A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	414.1
給付費総額（兆円） B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.4（100.0%）	105.4（100.0%）	121.3（100.0%）
（内訳） 年金	0.9（ 24.3%）	10.3（ 41.7%）	23.8（ 50.1%）	40.5（ 51.7%）	52.2（ 49.6%）	56.7（ 46.8%）
医療	2.1（ 58.9%）	10.8（ 43.4%）	18.6（ 39.3%）	26.6（ 33.9%）	33.6（ 31.9%）	39.2（ 32.4%）
福祉その他	0.6（ 16.8%）	3.7（ 14.9%）	5.0（ 10.6%）	11.3（ 14.4%）	19.5（ 18.5%）	25.3（ 20.9%）
B／A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.29%



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」、2017年度、2018年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成30年1月22日閣議決定）」

（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2018年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

人口段階別市区町村の変動（2015→2040）【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要（抜粋）

	人口増減率（2015年→2040年）					
	増加	±0～▲10%	～▲20%	～▲30%	～▲40%	～▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市 （3団体）	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市 （6団体）	仙台市、神戸市 （2団体）			
50～100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区 （6団体）	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市 （8団体）	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市 （10団体）			
20～50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市 （17団体）	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市 （36団体）	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市 （25団体）	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富士市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市 （12団体）	函館市 （1団体）	
10～20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市 （19団体）	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ケ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市 （34団体）	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、昭島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市 （59団体）	釧路市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市 （31団体）	石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市 （8団体）	小樽市 （1団体）
3～10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、狛江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、粕屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、宜野湾市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町 （41団体）	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ケ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菰野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰府市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市 （63団体）	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、桶川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稲美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、姶良市、宮古島市、西原町 （98団体）	網走市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、亘理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ケ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみがうら市、鉾田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、藤岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、滑川市、小矢部市、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本巣市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、猪名川町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、苅田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日置市、志布志市 （150団体）	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、黒石市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白石市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、潟上市、大仙市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、矢板市、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、匝瑳市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、氷見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、韮崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、備前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、八女市、大川市、中間市、朝倉市、みやま市、雲仙市、人吉市、天草市、日田市、佐伯市、臼杵市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曽於市、奄美市、南九州市 （117団体）	稚内市、つがる市、気仙沼市、能代市、湯沢市、北秋田市、銚子市、南房総市、佐渡市、海津市、伊豆市、志摩市、宍粟市、五條市、宇陀市、新見市、萩市、長門市、東かがわ市、宇和島市、八幡浜市、嘉麻市、平戸市、対馬市、五島市、南島原市、南さつま市 （27団体）

※人口は2015年時点　※下線（赤文字）は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み（緑文字）は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリー

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H30. 3）」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。

人口段階別市区町村の変動（2015→2040）【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要（抜粋）

	人口増減率（2015年→2040年）								
	増加	±0～▲10%	～▲20%	～▲30%	～▲40%	～▲50%	～▲60%	～▲70%	▲70%～
1～3万人	吉岡町、滑川町、開成町、御代田町、南箕輪村、豊山町、大口町、阿久比町、朝日町、川越町、愛荘町、北島町、宇多津町、須恵町、恩納村、金武町、北谷町、北中城村、中城村、与那原町、八重瀬町 （21団体）	東神楽町、矢巾町、大和町、聖籠町、内灘町、昭和町、岐南町、北方町、玉城町、福崎町、三郷町、早島町、里庄町、勝央町、坂町、松茂町、筑前町、吉野ヶ里町、三股町、嘉手納町 （21団体）	幕別町、中標津町、六戸町、おいらせ町、大河原町、高根沢町、榛東村、明和町、千代田町、長生村、日の出町、大井町、富士河口湖町、軽井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、忠岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町 （40団体）	七飯町、倶知安町、芽室町、別海町、六ヶ所村、階上町、金ケ崎町、村田町、七ヶ浜町、山辺町、八千代町、境町、益子町、市貝町、野木町、甘楽町、板倉町、邑楽町、嵐山町、美里町、酒々井町、横芝光町、二宮町、立山町、小浜市、勝山市、あわら市、永平寺町、高浜町、若狭町、富士見町、箕輪町、松川町、小布施町、垂井町、神戸町、安八町、川辺町、御嵩町、森町、東員町、多気町、日野町、竜王町、久御山町、太子町、河南町、斑鳩町、御坊市、白浜町、北栄町、南部町、伯耆町、矢掛町、鏡野町、大竹市、安芸高田市、熊野町、北広島町、田布施町、平生町、東みよし町、三木町、綾川町、まんのう町、砥部町、香美市、豊前市、宮若市、水巻町、桂川町、鹿島市、嬉野市、みやき町、有田町、川棚町、阿蘇市、長洲町、南阿蘇村、御船町、甲佐町、錦町、豊後高田市、高鍋町、新富町、門川町、屋久島町 （87団体）	名寄市、富良野市、長沼町、栗山町、美瑛町、上富良野町、美幌町、斜里町、遠軽町、釧路町、藤崎町、鶴田町、野辺地町、東北町、五戸町、南部町、遠野市、陸前高田市、二戸市、雫石町、大槌町、蔵王町、山元町、松島町、加美町、涌谷町、美里町、美郷町、村山市、長井市、中山町、河北町、高畠町、白鷹町、庄内町、高萩市、潮来市、城里町、那須烏山市、芳賀町、那須町、中之条町、越生町、川島町、吉見町、鳩山町、神川町、栄町、東庄町、松田町、箱根町、湯河原町、加茂市、田上町、津南町、上市町、入善町、羽咋市、中能登町、南越前町、越前町、富士川町、大町市、佐久穂町、下諏訪町、辰野町、木曽町、坂城町、飯綱町、美濃市、山県市、飛騨市、養老町、小山町、美浜町、紀宝町、与謝野町、養父市、市川町、神河町、新温泉町、平群町、河合町、大淀町、有田市、新宮市、かつらぎ町、みなべ町、岩美町、八頭町、琴浦町、大山町、江津市、邑南町、隠岐の島町、美作市、和気町、美咲町、吉備中央町、世羅町、美祢市、板野町、上板町、土庄町、内子町、安芸市、土佐市、宿毛市、佐川町、四万十町、うきは市、鞍手町、福智町、みやこ町、築上町、多久市、白石町、松浦市、壱岐市、西海市、水俣市、氷川町、あさぎり町、玖珠町、国富町、川南町、都農町、高千穂町、枕崎市、西之表市、いちき串木野市、さつま町、長島町、徳之島町 （134団体）	留萌市、紋別市、士別市、根室市、砂川市、深川市、当別町、八雲町、岩内町、余市町、白老町、日高町、浦河町、新ひだか町、平内町、板柳町、七戸町、三戸町、八幡平市、岩手町、山田町、洋野町、一戸町、丸森町、南三陸町、にかほ市、仙北市、三種町、羽後町、尾花沢市、川西町、遊佐町、大洗町、大子町、美浦村、利根町、塩谷町、那珂川町、東吾妻町、みなかみ町、ときがわ町、皆野町、小鹿野町、勝浦市、多古町、九十九里町、白子町、山北町、輪島市、志賀町、宝達志水町、大月市、上野原市、市川三郷町、飯山市、山ノ内町、揖斐川町、八百津町、下田市、南知多町、鳥羽市、熊野市、紀北町、宮津市、京丹波町、豊能町、能勢町、岬町、多可町、上郡町、佐用町、香美町、御所市、上牧町、湯浅町、那智勝浦町、串本町、奥出雲町、竹原市、江田島市、三好市、小豆島町、鬼北町、愛南町、須崎市、土佐清水市、いの町、黒潮町、芦屋町、香春町、川崎町、上天草市、美里町、和水町、山都町、芦北町、津久見市、竹田市、国東市、串間市、えびの市、阿久根市、垂水市、伊佐市、湧水町、大崎町、肝付町 （107団体）	美唄市、芦別市、赤平市、森町、鰺ヶ沢町、中泊町、男鹿市、茂木町、阿賀町、朝日町、珠洲市、能登町、身延町、東伊豆町、尾鷲市、周防大島町、室戸市、新上五島町 （18団体）	南伊勢町 （1団体）	
1万人未満	御蔵島村、川北町、日吉津村、久山町、宜野座村 （5団体）	ニセコ町、舟橋村、忍野村、山形村、豊郷町、田尻町、日高町、上峰町、江北町、嘉島町、今帰仁村、竹富町 （12団体）	東川町、鹿追町、中札内村、更別村、小笠原村、刈羽村、鳴沢村、川上村、原村、宮田村、松川村、輪之内町、富加町、和木町、西原村、綾町、龍郷町、渡嘉敷村、南大東村、北大東村、与那国町 （21団体）	鷹栖町、西興部村、厚真町、新冠町、士幌町、清水町、大樹町、鶴居村、大衡村、色麻町、三川町、嬬恋村、高山村、川場村、昭和村、睦沢町、新島村、清川村、弥彦村、湯沢町、西桂町、山中湖村、中川村、下條村、豊丘村、池田町、白馬村、高山村、坂祝町、白川村、飛島村、宇治田原町、川西町、海士町、西粟倉村、芸西村、吉富町、上毛町、玉東町、木城町、十島村、喜界町、天城町、和泊町、与論町、大宜味村、東村、座間味村、粟国村、伊平屋村、伊是名村 （51団体）	新篠津村、鹿部町、今金町、黒松内町、真狩村、留寿都村、共和町、泊村、仁木町、月形町、新十津川町、当麻町、中富良野町、南富良野町、猿払村、幌延町、小清水町、訓子府町、大空町、豊浦町、壮瞥町、安平町、上士幌町、新得町、浜中町、標茶町、標津町、田舎館村、横浜町、東通村、平泉町、川崎町、大郷町、大潟村、大江町、金山町、五霞町、横瀬町、長瀞町、神崎町、芝山町、長柄町、御宿町、大島町、利島村、神津島村、三宅村、青ヶ島村、中井町、出雲崎町、粟島浦村、美浜町、おおい町、道志村、南牧村、立科町、青木村、飯島町、阿智村、平谷村、売木村、泰阜村、喬木村、木祖村、大桑村、麻績村、生坂村、朝日村、木島平村、南伊豆町、松崎町、木曽岬町、度会町、御浜町、甲良町、多賀町、井手町、安堵町、高取町、明日香村、広川町、美浜町、印南町、日高川町、太地町、三朝町、吉賀町、西ノ島町、新庄村、奈義町、久米南町、直島町、琴平町、北川村、本山町、土佐町、檮原町、糸田町、大任町、赤村、玄海町、大町町、東彼杵町、南関町、南小国町、産山村、高森町、水上村、九重町、高原町、東串良町、中種子町、宇検村、瀬戸内町、伊仙町、知名町、国頭村、伊江村、久米島町、多良間村 （120団体）	知内町、長万部町、江差町、厚沢部町、寿都町、蘭越町、喜茂別町、京極町、赤井川村、南幌町、奈井江町、由仁町、浦臼町、秩父別町、雨竜町、北竜町、比布町、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、小平町、羽幌町、遠別町、天塩町、浜頓別町、枝幸町、豊富町、清里町、置戸町、佐呂間町、湧別町、興部町、雄武町、洞爺湖町、平取町、えりも町、広尾町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町、厚岸町、弟子屈町、羅臼町、蓬田村、西目屋村、大間町、田子町、新郷村、住田町、岩泉町、田野畑村、普代村、軽米町、野田村、九戸村、女川町、五城目町、八郎潟町、井川町、東成瀬村、西川町、朝日町、大石田町、最上町、舟形町、大蔵村、戸沢村、飯豊町、河内町、長野原町、草津町、片品村、東秩父村、長南町、大多喜町、鋸南町、八丈町、真鶴町、関川村、池田町、小海町、南相木村、北相木村、長和町、阿南町、上松町、南木曽町、王滝村、筑北村、小谷村、野沢温泉村、信濃町、小川村、栄村、関ケ原町、七宗町、東白川村、河津町、川根本町、設楽町、東栄町、大台町、大紀町、山添村、三宅町、古座川町、北山村、智頭町、江府町、飯南町、川本町、美郷町、津和野町、知夫村、安芸太田町、大崎上島町、神石高原町、勝浦町、佐那河内村、美波町、上島町、松野町、奈半利町、田野町、中土佐町、越知町、日高村、津野町、三原村、小竹町、東峰村、添田町、太良町、小国町、津奈木町、多良木町、湯前町、相良村、山江村、苓北町、西米良村、三島村、南種子町、大和村、渡名喜村 （149団体）	三笠市、上ノ国町、乙部町、奥尻町、せたな町、島牧村、神恵内村、古平町、妹背牛町、沼田町、愛別町、上川町、占冠村、音威子府村、中川町、幌加内町、増毛町、苫前町、初山別村、中頓別町、礼文町、利尻町、利尻富士町、津別町、滝上町、むかわ町、様似町、白糠町、外ヶ浜町、深浦町、大鰐町、風間浦村、佐井村、葛巻町、西和賀町、七ヶ宿町、小坂町、上小阿仁村、藤里町、八峰町、真室川町、鮭川村、小国町、上野村、下仁田町、檜原村、奥多摩町、穴水町、早川町、南部町、小菅村、根羽村、大鹿村、白川町、西伊豆町、豊根村、笠置町、和束町、南山城村、伊根町、千早赤阪村、曽爾村、吉野町、十津川村、下北山村、紀美野町、九度山町、高野町、由良町、すさみ町、若桜町、日南町、日野町、阿武町、上勝町、神山町、那賀町、牟岐町、海陽町、つるぎ町、久万高原町、伊方町、東洋町、安田町、馬路村、大川村、仁淀川町、大月町、小値賀町、五木村、球磨村、姫島村、諸塚村、椎葉村、美郷町、日之影町、五ヶ瀬町、錦江町、南大隅町 （99団体）	夕張市、歌志内市、松前町、福島町、木古内町、積丹町、上砂川町、今別町、神流町、南牧村、丹波山村、天龍村、御杖村、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、上北山村、東吉野村、上関町、大豊町 （21団体）	川上村 （1団体）

※人口は2015年時点　※下線（赤文字）は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み（緑文字）は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリー

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H30. 3）」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。

平成30年度診療報酬改定まで

平成２６年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

○　入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

○　**医療機関の機能分化･強化と連携、在宅医療の充実等**
　　入院医療･外来医療を含めた医療機関の機能分化･強化と連携、在宅医療の充実　等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
  がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進　等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**
  医療安全対策の推進等、患者データの提出　等
- **医療従事者の負担を軽減する視点**
  医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、　等
- **効率化余地がある分野を適正化する視点**
  後発医薬品の使用促進　等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、**引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化･強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要**がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

重点課題への対応

重点課題　医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について
   - ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
   - ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
   - ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
   - ④ 地域の実情に配慮した評価
   - ⑤ 有床診療所における入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について
   - ① 主治医機能の評価
   - ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化
3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

28年度診療報酬改定の基本的考え方

○26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。
「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。

○また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。

○こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点	**「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。 ⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。**

視点１　**「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること**

○「病床の機能分化・連携」の促進
○多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保　等

視点２　**「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること**

○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価　等

視点３　**重点的な対応が求められる医療分野を充実すること**

○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
○認知症患者への適切な医療の評価
○イノベーションや医療技術の評価　等

視点４　**効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること**

○後発医薬品の価格算定ルールの見直し
○大型門前薬局の評価の適正化
○費用対効果評価（アウトカム評価）の試行導入　等

平成28年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- ○　医療機能に応じた入院医療の評価（p.6）
- ○　チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保（p.28）
- ○　地域包括ケアシステム推進のための取組の強化（p.39）
- ○　質の高い在宅医療・訪問看護の確保（p.54）
- ○　医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化（p.74）

Ⅱ　患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- ○　かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- ○　情報通信技術（ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進（p.76）
- ○　質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進（p.81）
- ○　明細書無料発行の推進（p.95）

Ⅲ　重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- ○　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価（p.97）
- ○　「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価（p.101）
- ○　地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価（p.106）
- ○　難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価（p.116）
- ○　小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実（p.119）
- ○　口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- ○　かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- ○　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価（p.126）
- ○　DPCに基づく急性期医療の適切な評価（p171）

Ⅳ　効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- ○　後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討（p.153）
- ○　退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- ○　残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進（p.157）
- ○　患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- ○　重症化予防の取組の推進（p.161）
- ○　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（p.165）

平成30年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

➢ 人生１００年時代を見据えた社会の実現

・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➢ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
・平成30年度は６年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➢ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

○　患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。

○　医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

2　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

○　国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。

○　また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

3　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

○　医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

4　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

○　国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

平成30年度診療報酬改定の答申附帯意見①

答申書附帯意見	主な検討の場 ※は調査を行わないもの。
（入院医療） １　今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。	入院医療等に関する調査・評価分科会
２　データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。	入院医療等に関する調査・評価分科会　※
（DPC制度） ３　調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。	入院医療等に関する調査・評価分科会
（外来医療、在宅医療、かかりつけ機能） ４　外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
５　かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。	検証部会

平成30年度診療報酬改定の答申附帯意見②

答申書附帯意見	主な検討の場 ※は調査を行わないもの。
（医薬品の適正使用） ６　向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
（生活習慣病の医学管理、オンライン診療等） ７　生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
８　オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
（医療と介護の連携） ９　介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、 ①　医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、 ②　維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、 ③　有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進 に資する評価の在り方について引き続き検討すること。	総会 （検証部会、入院医療等に関する調査・評価分科会）
（医療従事者の負担軽減、働き方改革） 10　常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。 　また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。	検証部会

平成30年度診療報酬改定の答申附帯意見③

答申書附帯意見	主な検討の場 ※は調査を行わないもの。
（データの利活用） 11　診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。	総会　※
（歯科診療報酬） 12　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
13　院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。	総会 （検証部会）
（調剤報酬） 14　服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。	検証部会
（後発医薬品の使用促進） 15　後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。	検証部会
（薬価制度の抜本改革） 16「薬価制度の抜本改革について　骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。 また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。	調査実施小委、 薬価専門部会

平成30年度診療報酬改定の答申附帯意見④

答申書附帯意見	主な検討の場 ※は調査を行わないもの。
（費用対効果評価） 17　試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。	費用対効果評価専門部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会　※
（明細書の無料発行） 18　現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。	総会 （検証部会）
（医療技術の評価） 19　先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価（分類）について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。	診療報酬基本問題小委員会 医療技術評価分科会、先進医療会議　※
（その他） 20　ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。	総会 （検証部会）

2020年度診療報酬改定に向けた課題

中医協　総－４－２
３１．３．２７

検討の視点

・疾病構造の変化やさらなる高齢化社会の進展など、わが国の医療を取り巻く状況は変化してきている。質の高い医療を患者に提供する体制の構築に向け、これまでも診療報酬改取り組んできた。

・他方、2020年度改定に向けた検討にあたっては、従来の「入院・外来」といった枠組み以外で、例えば患者の年代に目を向け、医療提供にあたって患者の抱える課題を整理し、新たな視点を加えつつ網羅的に議論することにより、これまでの診療報酬改定の取り組みを一層強化できる可能性が考えられる。

検討の方向性

・2020年度の診療報酬改定に向けた検討においては、春から夏までの1ラウンドにおいては、報酬の項目にとらわれすぎない活発な議論を促進する観点から、

① 患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ、年代別に課題を整理

② 昨今の医療と関連性の高いテーマについて課題を整理

を行うことを基本としてはどうか。

なお、秋からの2ラウンドについては、概ね従前のような、外来・入院・在宅・歯科・調剤といった個別テーマに分けて、これまでの診療報酬改定での検討項目、平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見、他の審議会等の議論等を踏まえた、具体的な診療報酬における評価に向けた検討を進めることとしてはどうか。

経済財政運営と改革の基本方針2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～

（令和元年６月21日閣議決定）（抜粋）

第３章　経済再生と財政健全化の好循環

２．経済・財政一体改革の推進等

（２）主要分野ごとの改革の取組

①社会保障

（基本的な考え方）

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

また、国と地方が方向性を共有 し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

第2章1.（2）に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

（医療・介護制度改革）
(ⅱ)医療提供体制の効率化

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中 に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す。特に精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる。

病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、医療機関へのかかり方について行政・保険者等が連携し啓発を行う。高額医療機器の効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用率の向上等を図る。

人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議 などの取組を推進するとともに、在宅看取りの好事例の横展開を行う。

オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実を進める。オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する。

医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。また、診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成課程を整備するとともに、改正医師法 に基づき、総合診療専門研修を受けた専攻医の確保数について議論 しつつ、総合診療医の養成を促進するなどプライマリ・ケアへの対応を強化する。

医師・医療従事者の働き方改革について、医師の働き方改革に関する検討会報告書も踏まえ、医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始も見据え、医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革を推進するとともに、実効的なタスク・シフティング等に取り組む。

(ⅲ)保険者機能の強化

一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。

インセンティブの評価指標（例えば、糖尿病等の重症化予防事業）について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。

個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。

法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

介護の保険者機能強化推進交付金についても、アウトカム指標の割合の計画的引上げ等とともに、介護予防などの取組を重点的に評価するなど配分基準のメリハリの強化や更なる見える化を通じて、保険者へのインセンティブを強化する。また、第８期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる。住所地特例制度の適用実態を把握するとともに、高齢者の移住促進の観点も踏まえ、必要な措置を検討する。

（予防・重症化予防・健康づくりの推進）

(ⅲ)健康増進に向けた取組、アレルギー疾患・依存症対策

健康増進の観点から受動喫煙対策を徹底する。また、産学官連携による推進体制を2020年度末までに整備し、自然に健康になれる食環境づくりを推進する。脳卒中や心疾患については、昨年成立した循環器病対策基本法 に基づき、循環器病対策推進基本計画を策定し、予防、医療機関の整備、情報の収集・提供、研究などの取組を着実に推進する。口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。生涯を通じた女性の健康支援の強化に取り組む。アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策を推進する。あわせて、一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく中で、健康サポート薬局についても、その効果を検証しつつ取組を進める。アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策について、相談・治療体制の整備や民間団体への支援、速やかな人材育成等に取り組む。ゲーム障害についても、実態調査の結果等を踏まえて、必要な対策に取り組む。

(ⅳ)診療報酬・医薬品等に係る改革

イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題 等について結論を得、着実に改革を推進する。また、AIを活用した医療機器の開発や、医薬品等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化を進める。

バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラー については、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進する。

調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、 調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。

後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年９月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。

成長戦略フォローアップ

（令和元年６月21日閣議決定）（抜粋）

第２ 具体的施策

Ⅱ．全世代型社会保障への改革４．疾病・介護の予防

（１）KPI の主な進捗状況

《KPI》（新）2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指す

⇒2016年：男性72.14歳、女性74.79歳

（２）新たに講ずべき具体的施策

人生100年時代の安心の基盤は「健康」であり、全世代型社会保障の構築に向けた改革を進めていくため、健康に無関心な層を含め、全ての世代や地域の住民を対象に、予防・健康づくりの取組を大胆に強化する。

ⅰ）人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

① 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の抜本的な強化

・国民健康保険の保険者に対する保険者努力支援制度について、疾病予防や健康づくりの取組が促進　　されるよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。あわせて、各評価指標について、成果指標の導入拡大を進め、先進・優良事例の横展開や個人の行動変容につながる取組が強化され、民間サービスの活用等が推進されるよう見直し、配分のメリハリを強化する。

・健康保険組合の予防・健康事業の取組状況に応じて、後期高齢者支援金を加減算する制度について、2020年度までに最大±10%となるよう強化するとともに、保健事業の効果やインセンティブ措置の影響分析等を行い、2021年度に、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行う。

・その際、保険者が糖尿病性腎症の重症化リスクのある者に対し、医師と連携して、保健師等によって濃密に介入するなどの先進・優良事例の横展開や、歯科健診・がん検診等の受診率の向上等が進むよう留意する。

・個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。

・医療保険や介護保険のインセンティブ措置の指標の見直しに際しては、エビデンスに基づき予防・健康事業の効果検証を行い、徹底したPDCAサイクルを通じ、効果的な事業を展開する。

② 予防・健康づくりへ向けた個人の行動変容につなげる取組の強化

・生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対し、医療機関と保険者・民間事業者等が連携して、医学的管理と適切な運動等のプログラムを一体的に提供できる新たな仕組みを検討し、2019年度を目途に結論を得る。また、医療機関が運動処方箋を出しやすいよう、運動施設における標準的なプログラムを、2019年度中に作成する。あわせて、運動施設において安全かつ効果的に楽しく運動・スポーツを実践できる仕組みの実証を行うとともに、好事例の普及を図る。

・健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進していくため、ナッジ理論等を活用し、2019年度中に、特定健診などの各種健診の通知について、全体・平均値との比較や将来予測（AIやビッグデータ等も活用）等といった通知情報を充実するとともに、先進・優良事例の横展開を図る。

・東京で2020年に開催される栄養サミットを機に、健康無関心層も含め自然に健康になれる食環境づくりを推進する。民間の様々な主体と連携し、健康な食生活の推進に向けたエビデンスの構築・強化、健康な食事への接点拡大、健康無関心層への効果的な情報提供など総合的な施策について検討を進め、直ちに実施できるものから順次取り組む。

・野菜摂取量増加に向けた取組など、地域の多様な主体が連携し、日常の中での健康な食事・運動・社会参加を促す取組や、個々の住まいや地域の共食の場における適切な栄養管理に基づく配食サービスについて、先行事例分析やモデル実証事業等を通じて2019年度から推進する。

・妊娠中や子供の頃からの健康づくりを支援するため、妊産婦への適切な栄養指導に資するよう最新の知見も取り入れた食生活指針の改定を2020年度中に行うとともに、子供時代からの健やかな生活習慣形成に資する研究の推進などの取組を順次行う。

③ 疾病の早期発見に向けた取組の強化

・がんの早期発見・早期治療の仕組みを確立し、５年生存率の劇的な改善を達成するため、難治性がん等について、リキッドバイオプシー等の血液や唾液等による簡便で低侵襲な検査方法や治療法の開発を推進する。また、ナッジ理論等を活用した検診受診率の向上に向けた取組、受診率や有効性の向上のためのリスクに応じた検診の在り方について、2019年度中に検討し、結論を得る。

・全身の健康にもつながる歯周病などの歯科疾患対策を強化するため、現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会を拡大し、歯科の保健指導を充実することについて、検証の結果を踏まえ、2020年度までに検討に着手し、速やかに結論を得る。あわせて、歯科健診の受診率の向上を図るとともに、健診結果に基づき、必要な受診を促す実効的な取組や、全身疾患の治療が必要な可能性がある場合の医科歯科連携を推進する。

・個人が自らの健康状態を把握し、疾病を早期発見するため、医療用検査薬から一般用検査薬への迅速な転用に向けた手続の改善を図る。このため、既に実施された事例を参考としながら、行政と関係業界が協働して審査や申請の質の向上等の課題解決を図るための協働計画を2019年度中に策定し、検討を進める。あわせて、一般用医薬品等の普及等によりセルフメディケーションの推進を図る。

労働基準法等改正など長時間労働の是正等について
（「働き方改革実行計画」（平成29年３月28日働き方改革実現会議決定）の関係部分の抜粋）

Ⅰ　労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

週４０時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月４５時間、かつ、年３６０時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることのできない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

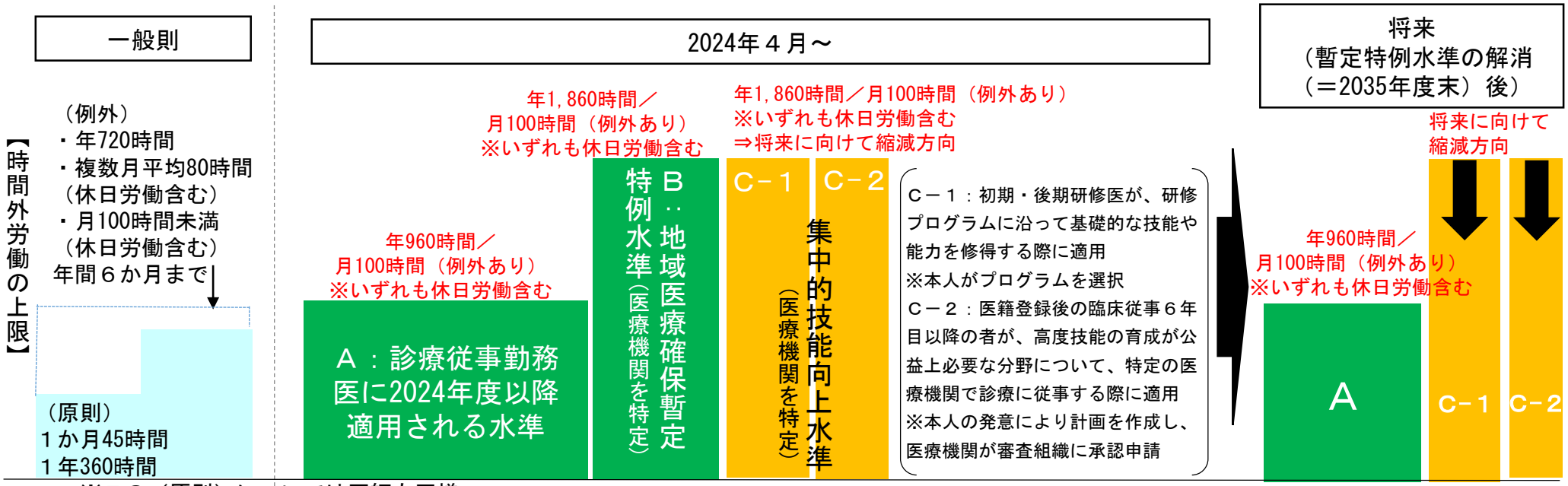
他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（現行の適用除外等の取扱）

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の５年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、２年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

医療従事者の負担を軽減し、
医師等の働き方改革を推進する視点

医師の時間外労働規制について①



※この（原則）については医師も同様。

【追加的健康確保措置】

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるﾄﾞｸﾀｰｽﾄｯﾌﾟ）

＋ **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**

※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

＋ **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**

＋ **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）

＋ **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**

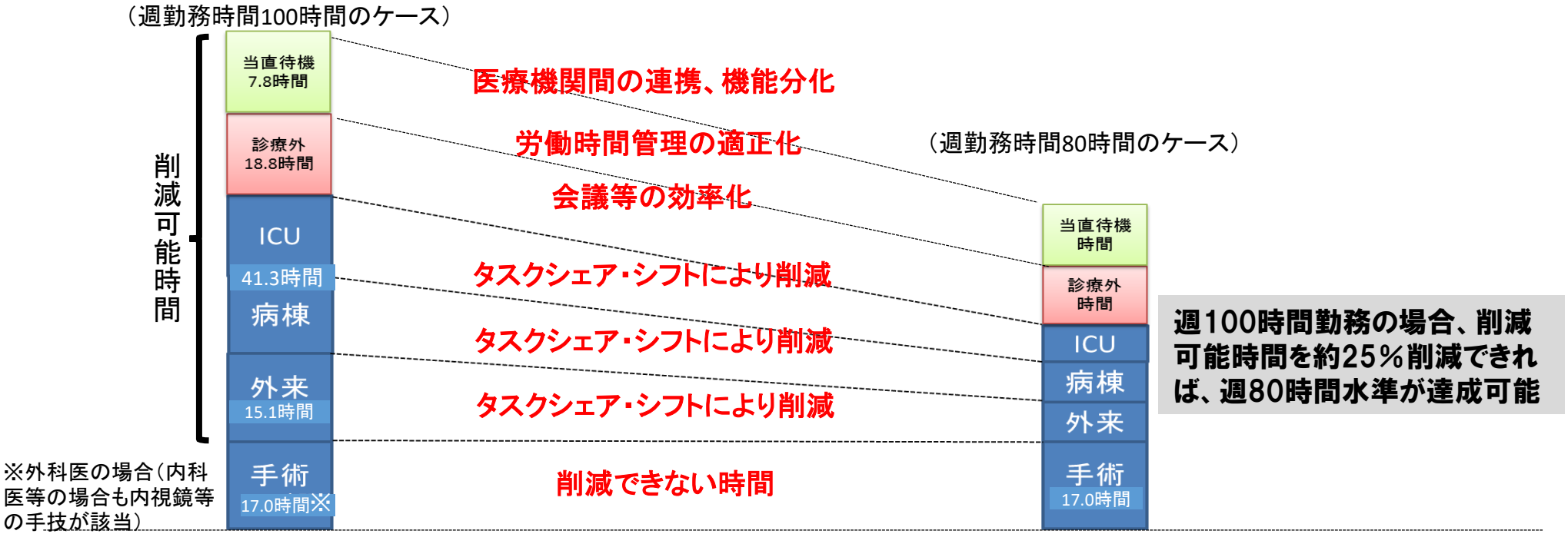
※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

＋ **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について（イメージ） 再掲

○　週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年４月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。



削減のイメージ（週勤務時間100時間程度の場合）	時間数イメージ
タスクシフト（医療従事者一般が実施可能な業務）による削減	週7時間程度削減
タスクシフト（特定行為の普及）による削減	週7時間程度削減
タスクシェア（他の医師）による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（研究代表者　国立保健医療科学院種田憲一郎）において実施された「病院勤務医の勤務実態調査（タイムスタディ調査）」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ（例）」に沿って算出したもの。

医療機関内での取組み

○　医療機関の勤務環境の改善のためには、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムを機能させる必要がある。これまで診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制への評価を行ってきた。総合入院体制加算においては、病院に勤務する全医療従事者を対象とした負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備を要件とした。

○　また、個別の取り組みについて、診療報酬において以下の対応を行っている。

ー　タスク・シフティングの推進

医師事務作業補助体制加算をはじめとした、他職種へのタスク・シフティングに資する体制への評価を行っている。また、看護師の特定行為研修制度のパッケージ化がすすめられており、今後研修を修了した看護師の数は増加する見込みである。

ー　人員配置の合理化

診療報酬の各項目において、一定の質の担保等のために人員の配置を要件としている。これまで、医療の実態により応じた要件となるよう、常勤要件の明確化やその他の要件の見直しを行ってきた。

ー　チーム医療・複数主治医制等の推進

医療の質向上のため、チーム医療の推進に資する体制への評価を行っている。また、一部の項目においては、算定の要件として複数主治医制等を求めているものがある。

ー　書類作成・研修要件等の合理化

一部の診療報酬においては、算定の要件として、診療録への記載や書類作成、研修の受講等を求めているものがある。

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応（主なもの）

＜医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目＞

	院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践	タスク・シフティング、チーム医療の推進	医師事務作業補助者の配置	勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	多様な勤務形態の推進	その他（外来医療の機能分化）
H18年度				・小児入院医療管理料の小児科医の常勤要件を緩和 ・ハイリスク分娩管理加算等の新設		
H20年度	病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価（3つの診療報酬項目）		医師事務作業補助体制加算の新設	産科・小児科・救急医療等の重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大		診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設
H22年度	評価対象となる項目を拡大	・栄養サポートチーム加算等を新設 ・看護補助者の配置の評価を新設	評価の充実、対象病棟の拡大			
H24年度		評価対象となるチーム医療の拡大 タスク・シフティングに係る評価の充実・拡大				二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設
H26年度						
H28年度					・産休・育休等に係る常勤要件の緩和 ・脳卒中ケアユニット等の夜間の医師の勤務体制の緩和	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度	・効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 ・評価の対象となる項目を整理				常勤要件の緩和の拡大等	対象病院の拡大 評価の拡大・充実

医療機関内での勤務環境改善の取組みの評価（主なもの）

診療報酬項目	点数	施設基準の概要
A200　総合入院体制加算（１日につき）		
1　総合入院体制加算１	240点	十分な人員配置及び設備を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び**医療従事者**の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。
2　総合入院体制加算２	180点	
3　総合入院体制加算３	120点	
A207－2　医師事務作業補助体制加算（入院初日）		
1　医師事務作業補助体制加算１		**病院勤務医**の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価。
15対１/20対１	920点/708点	
25対１/30対１	580点/495点	
40対１/50対１	405点/325点	
75対１/100対１	245点/198点	
2　医師事務作業補助体制加算２		
15対１補助体制加算		
15対１/20対1	860点/660点	
25対１/30対１	540点/460点	
40対１/50対１	380点/305点	
75対１/100対１	230点/188点	
A207－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）		
1　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）	210点	地域の急性期医療を担う保険医療機関において、**看護職員**の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価。
2　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）	190点	
3　50対１急性期補助体制加算	170点	
4　75対１急性期補助体制加算	130点	

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

➢ 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後（総合入院体制加算　施設基準（抜粋））

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置。**

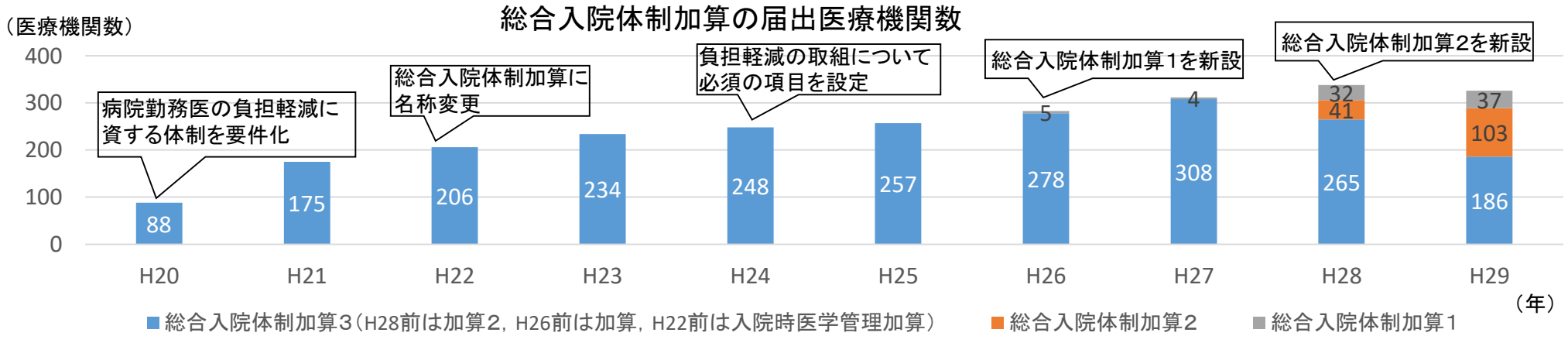
イ　**多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置**し、**「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成**すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

ウ　イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ　イの**計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む**。

① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
② 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

オ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。



病院勤務医の事務負担の軽減

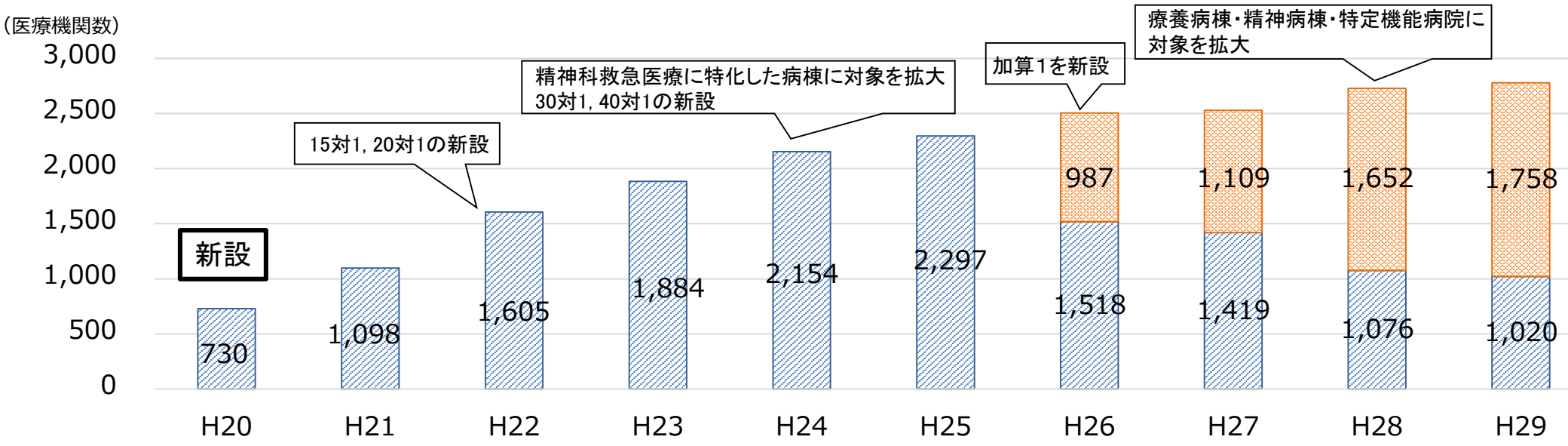
医師事務作業補助体制加算

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 （必須）
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ

看護職員の負担軽減策の全体像

○　看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	慢性期
看護補助者との役割分担の推進		**【急性期看護補助体制加算】** ・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・専門病院入院基本料（７対１、10対１）	**【看護補助加算】** ・地域一般入院料 ・13対１、15対１、18対１、20対１※ ・障害者施設等入院基本料の注加算 **【看護補助者配置加算】** ・地域包括ケア病棟入院料の注加算
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	**【看護職員夜間配置加算】** ・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・専門病院入院基本料（７対１、10対１）	**【夜間看護加算】** ・療養病棟入院基本料の注加算 **【看護職員夜間配置加算】** ・地域包括ケア病棟入院料の注加算 ・精神科救急入院料の注加算 ・精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	**【夜間急性期看護補助体制加算】** ・急性期看護補助体制加算の注加算	**【夜間75対１看護補助加算】** ・看護補助加算の注加算 ・地域一般入院料１、２ ・13対１※
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	**【夜間看護体制加算】** ・急性期看護補助体制加算の注加算	**【夜間看護体制加算】** ・看護補助加算の注加算 ・障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	**【夜間看護体制特定日減算】** ・一般病棟入院基本料　・結核病棟入院基本料　・精神病棟入院基本料 ・専門病院入院基本料　・障害者施設等入院基本料　・地域包括ケア病棟入院料	
	適切な夜勤時間の管理	**【月平均夜勤時間が72時間以下であること】** ・一般病棟入院基本料等の施設基準入院基本料の施設基準	

※ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

医療機関内での取組み　書類作成・研修等の合理化

診療報酬の算定にあたり作成を求めている書類

○　緩和ケア実施計画書（ A226-2緩和ケア診療加算）
○　児童・思春期精神医療入院診療計画書（A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料）
○　栄養治療実施計画（ A233-2栄養サポーチーム加算）
○　入退院支援加算（A246入退院支援加算）　等
様式を定めているものに加え、診療録への記載を求めている事項も多数存在する。

診療報酬の算定にあたり求めている研修

○　緩和ケアに関する研修（医師）（ A226-2緩和ケア診療加算）
○　認知療法・認知行動療法に関する研修（医師）（I003-2認知行動療法）
○　所定の研修を修了したもの等が行う院内研修（急性期一般入院基本料　他）　等

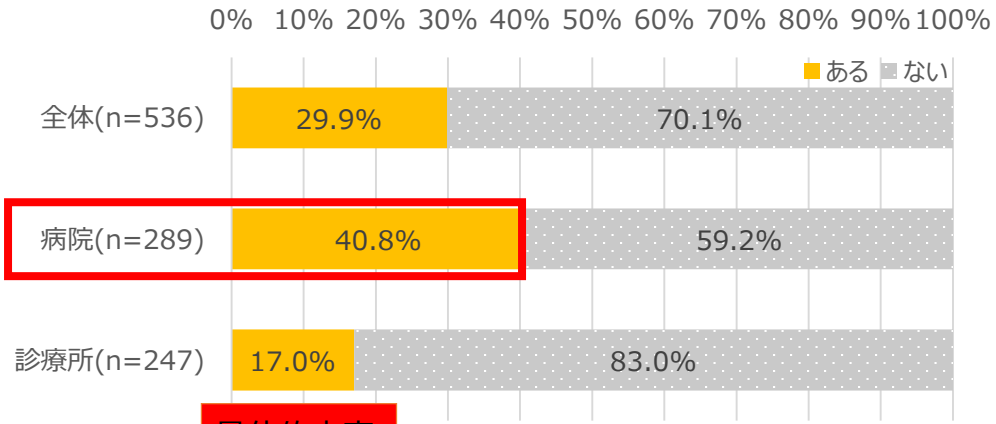
診療報酬の算定にあたり開催を求めている会議

○症状緩和に係るカンファレンス（A226-2緩和ケア診療加算）
○精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診
（A230-4精神科リエゾンチーム加算）
○栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診（A233-2栄養サポートチーム加算）
○認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンス（A247認知症ケア加算）　等

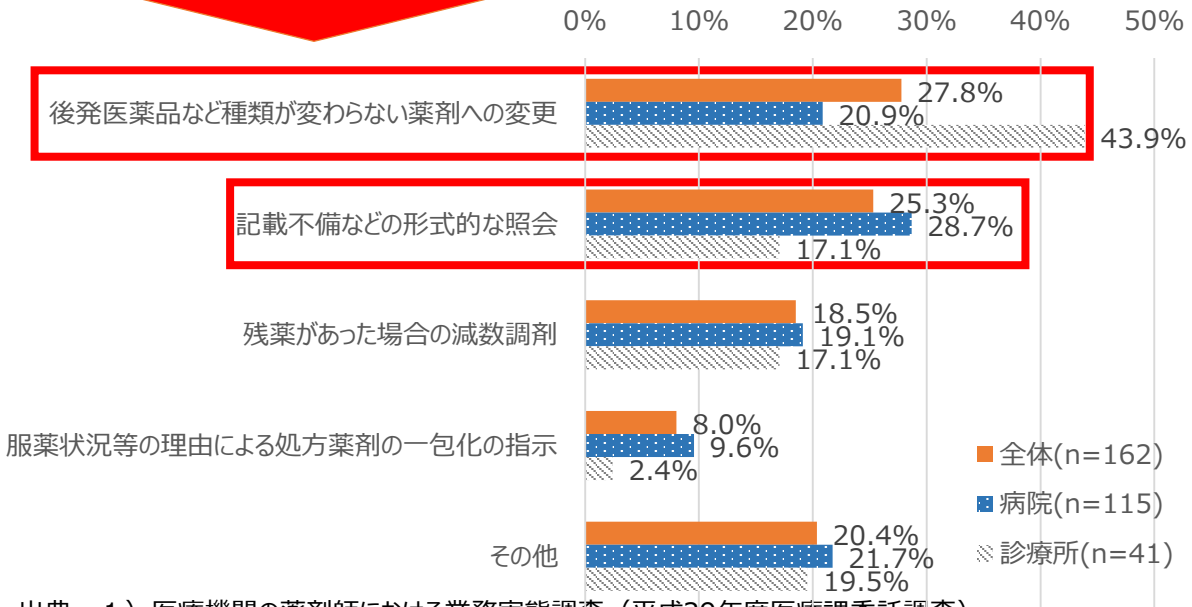
医療機関-薬局間の業務効率化の取組

○ 医療機関において、薬局からの疑義照会について負担に感じているものがある。
○ 医療機関と薬局間での「事前の取り決め」により、問い合わせを簡素化している医療機関がある。

■ 保険薬局からの疑義照会について、負担に感じているものはあるか[1)]



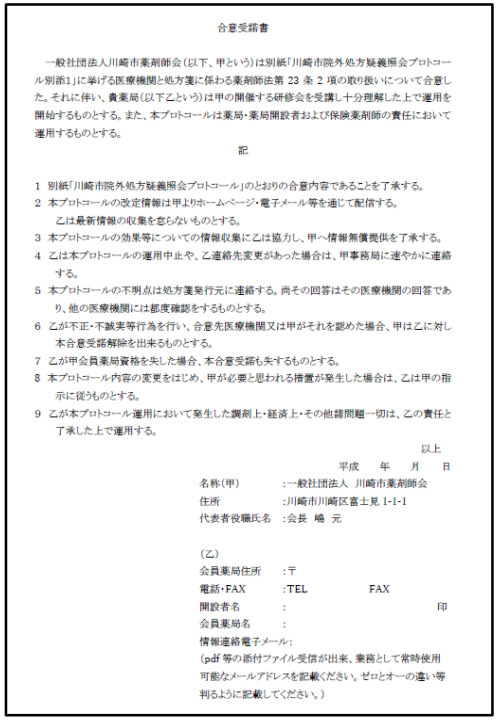
具体的内容



事前の取り決めにより、処方医への事前確認を不要としている項目（例）[2)]

1．成分が同一の銘柄変更
2．内服薬の剤形変更（例：OD錠⇔普通錠⇔散）
3．内服薬の規格変更（例：5mg2錠→10mg1錠）
4．半割・粉砕・混合
5．医療上の必要性が認められる一包化
6．軟膏・クリーム剤の規格変更（例：5g2本⇔10g1本）

※ 調剤後、医療機関への報告を求める場合もある。



合意受諾書

一般社団法人川崎市薬剤師会（以下、甲という）は別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコール別添1」に挙げる医療機関と処方箋に係わる薬剤師法第 23 条 2 項の取り扱いについて合意した。それに伴い、貴薬局（以下乙という）は甲の開催する研修会を受講し十分理解した上で運用を開始するものとする。また、本プロトコールは薬局・薬局開設者および保険薬剤師の責任において運用するものとする。

記

1 別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコール」のとおりの合意内容であることを了承する。
2 本プロトコールの改定情報は甲よりホームページ・電子メール等を通じて配信する。
乙は最新情報の収集を怠らないものとする。
3 本プロトコールの効果等についての情報収集に乙は協力し、甲へ情報無償提供を了承する。
4 乙は本プロトコールの運用中止や、乙連絡先変更があった場合は、甲事務局に速やかに連絡する。
5 本プロトコールの不明点は処方箋発行元に連絡する。尚その回答はその医療機関の回答であり、他の医療機関には都度確認をするものとする。
6 乙が不正・不誠実等行為を行い、合意先医療機関又は甲がそれを認めた場合、甲は乙に対し本合意受諾解除を出来るものとする。
7 乙が甲会員薬局資格を失した場合、本合意受諾も失するものとする。
8 本プロトコール内容の変更をはじめ、甲が必要と思われる措置が発生した場合は、乙は甲の指示に従うものとする。
9 乙が本プロトコール運用において発生した調剤上・経済上・その他諸問題一切は、乙の責任と了承した上で運用する。

以上

平成　年　月　日

名称(甲)　：一般社団法人 川崎市薬剤師会
住所　：川崎市川崎区富士見 1-1-1
代表者役職氏名　：会長 鳴 元

(乙)
会員薬局住所　：〒
電話・FAX　：TEL　FAX
開設者名　：　印
会員薬局名　：
情報連絡電子メール：
(pdf 等の添付ファイル受信が出来、業務として常時使用可能なメールアドレスを記載ください。ゼロとオーの違い等判るように記載してください。)

出典：1）医療機関の薬剤師における業務実態調査（平成29年度医療課委託調査）
2）川崎市薬剤師会ホームページより医療課が作成

患者・国民にとって身近であるとともに、
安心・安全で質の高い医療を実現する視点

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

－　日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋　－

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

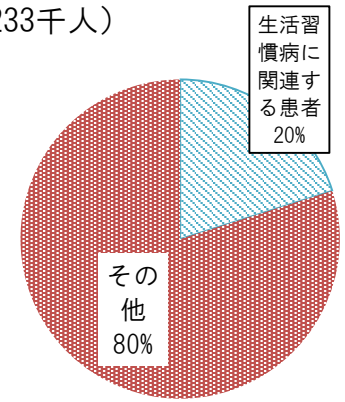
➢ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

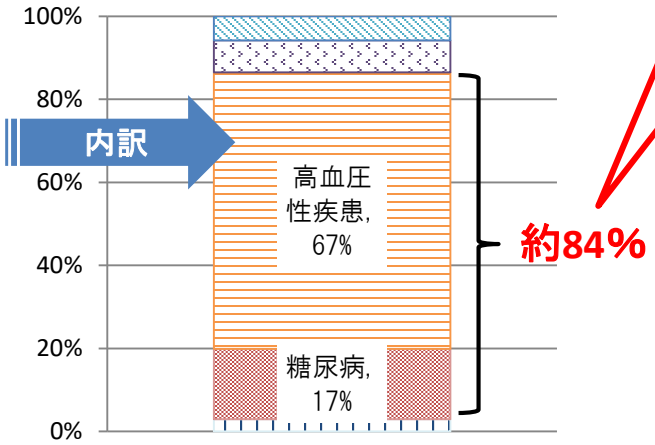
初診料
小児かかりつけ診療料（初診時）

（新）　機能強化加算　80点

［算定要件］
地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出をしている保険医療機関（診療所又は 200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

＜一般診療所の推計外来患者数＞
（ 4, 233千人）





［評価の対象となる患者の範囲（イメージ）］

再診の患者	初診の患者
地域包括診療料等の対象患者（生活習慣病や認知症を有する患者　等）	機能強化加算にの対象患者

かかりつけ歯科医の機能・役割

○　**かかりつけ歯科医は、地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域保健活動や外来受診患者の口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与すべきである。**

患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められる。

○　すなわち、かかりつけ歯科医は以下に示す3つの機能を有することで、住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目ない提供体制の確保、他職種との連携を実現することが求められる。

Ⅰ　住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応

- 歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能に着目した歯科医療の提供
- 患者に対する歯科医療機関の医療安全体制等の情報提供
- 地域保健活動への参画や、住民に対する健康教育、歯科健診等の実施

Ⅱ　切れ目ない提供体制の確保

- 外来診療に加え、患者の状態に応じた、病院や在宅等への訪問歯科診療の実施（訪問歯科診療を実施していない場合は、当該診療を実施している歯科医療機関と連携体制を確保するなど、役割分担の明確化）
- 休日・夜間等の対応困難なケースにおいては、対応可能な歯科医療機関を事前に紹介するなど、歯科医療機関間の連携体制の確保

Ⅲ 他職種との連携

- 医師や看護師等の医療関係職種、介護支援専門員（ケアマネージャー）等の介護関係職種等と口腔内状況の情報共有等が可能な連携体制の確保
- 食支援等の日常生活の支援を目的とした他職種連携の場への参画

出典：「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告書　～「歯科保健医療ビジョン」の提言～　平成29年12月25日

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所①

○　平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の要件の見直しを行った。

【施設基準】 ※令和2年3月31日まで経過措置　※下線部はH30改定で見直しを行った主な内容

○　過去１年間に歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定実績。
○　過去１年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定実績。
○　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出。
○　歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出。
○　過去１年間に歯科訪問診療１若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
○　過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。
○　当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含む）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍していること。
○　以下のうちの3つ以上に該当していること。
・過去１年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。
・地域ケア会議に年１回以上出席。
・介護認定審査会の委員の経験。
・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加。
・栄養サポートチーム等連携加算１又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定実績。
・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
・過去１年間に、退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
・自治体等が実施する事業に協力。
・学校歯科医等に就任。
・歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績。

平成30年10月18日 第７回
医薬品医療機器制度部会
資料２

医薬分業が目指すもの

○　医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ることを目指すもの

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

○　薬剤師が、薬剤服用歴（服薬状況、副作用やアレルギー歴などの状況、相談内容等）の確認などにより、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬剤師の持つ薬理学、薬物動態学、製剤学などの薬学的知見に基づいて薬学的管理・指導が行われることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などが可能となること。

○　薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、薬の効果、副作用、用法などについて患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を適切に服用することが期待できること。

↓

薬物療法の有効性、安全性の向上

↓

医療の質の向上

医薬分業の今後のあり方について①

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

１．医薬分業の現状

○　（前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。

○　（前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率７割 、薬局数は５万９千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。

○　このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務へシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。

○　今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

医薬分業の今後のあり方について②

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

２．今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

○　（前略）患者は、外来、在宅、入院、介護施設など複数の療養環境を移行することから、療養環境に関わらず、医師と薬剤師が密に連携し、他の職種や関係機関の協力を得ながら、患者の服薬状況等の情報を一元的・継続的に把握し、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要となっている。

○　（前略）がんの薬物療法に関して、経口薬が増加して外来で処方される機会が多くなっているなど、専門性が高い薬学的管理が継続的に必要となる薬物療法が提供される機会が増加している。このような状況に適切に対応するためには、臨床現場で専門性が高く、実践的な経験を有する医療機関の薬剤師が中心的な役割を果たしつつも、地域の実情に応じて、一定の資質を有する薬局の薬剤師が医療機関の薬剤師と連携しながら対応することが望ましいと考えられる。

○　（前略）薬剤師・薬局が経済的な利益の追求や効率性にのみ目を奪われ、このような機能を果たさず、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務にとどまる場合には、患者にとってメリットが感じられないものとなり、今後の患者に対する医薬分業の地域医療における意義は非常に小さくなると言わざるを得ない。

○　本部会での議論では、現在の薬局薬剤師と比較して、医療機関の薬剤師は医療への貢献度が他の職種から見てもわかりやすく、その役割が見える存在になっている一方で、医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師の総数が薬局の薬剤師に比較して増えていないとの指摘があった。

○　今後、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、外来や入退院時に患者情報等の共有を行いながら切れ目のない薬学的管理と患者支援を行うことが一層求められると考えられるが、そのためには、医療機関の薬剤師の役割はさらに重要になってくる。

医薬分業の今後のあり方について③

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

3．おわりに

○　本部会では、今回、薬剤師・薬局のあり方と医薬分業のあり方に関して幅広く議論してきたが、これには、薬剤師法や薬機法上の措置のほか、医療保険制度や介護保険制度における報酬上の措置、医療法における医療計画上の措置など関連制度が密接に関係する。そのため、それら関連制度の検討に当たっては、今回の本部会での議論を踏まえることが期待される。

○　（前略）医療保険制度における対応においては、平成28年度改定以降の調剤報酬改定において、患者本位の医薬分業となるよう、累次にわたる改定で見直しを進めるとされたが、今回の制度部会での議論も十分踏まえ、患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される。

かかりつけ薬剤師・薬局

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

＜かかりつけ薬剤師・薬局に求められること＞

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- **地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員**として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

「患者のための薬局ビジョン」より

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

薬中心の業務

- 処方箋受取・保管
- 調製(秤量、混合、分割)
- 薬袋の作成
- 報酬算定
- 薬剤監査・交付
- 在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

専門性＋コミュニケーション能力の向上

患者中心の業務

- 処方内容チェック（重複投薬、飲み合わせ）
- 医師への疑義照会
- 丁寧な服薬指導
- 在宅訪問での薬学管理
- 副作用・服薬状況のフィードバック
- 処方提案
- 残薬解消

薬中心の業務

薬局における対人業務の評価の充実

1．かかりつけ薬剤師の評価

○　患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改定前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

- （新）かかりつけ薬剤師指導料　70点
- （新）かかりつけ薬剤師包括管理料　270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

- 薬剤服用歴管理指導料　50点/38点

改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

- （新）かかりつけ薬剤師指導料　73点
- （新）かかりつけ薬剤師包括管理料　280点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

- 薬剤服用歴管理指導料　53点/41点

調剤料

○　対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現行	
15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

改定後	
15日分以上 21日分以下の場合	67点
22日分以上 30日分以下の場合	78点
31日分以上の場合	86点

薬局における対人業務の評価の充実（服薬情報等提供料）

服薬情報等提供料

○　服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料	20点

改定後	
【服薬情報提供料】 **服薬情報等提供料1** ※保険医療機関の求めがあった場合	**30点**
服薬情報等提供料2 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施

保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

・患者の服用薬及び服薬状況
・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算について

○　かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

（新）　地域支援体制加算　　３５点

個別要件の分類

	実績要件８項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料	■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 ■ かかりつけ薬剤師届出
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	■ 服薬情報等提供料	■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者と連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算	■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績

※　基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

調剤基本料１の薬局に求める要件

医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

医療機関等に対して、医療を受ける者が医療機関等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

現行制度

医療機関等
- 医療機能情報を都道府県に報告
- 医療機能情報を医療機関等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

→

都道府県
- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

→

住民
- インターネット上の公表システム（医療情報ネット）に必要な情報を入力すると、目的に応じた医療機関が検索可能

医療機能情報の具体例

① **管理・運営・サービス等に関する事項**（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）

② **提供サービスや医療連携体制に関する事項**（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容・在宅医療・介護サービス、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制（医療機関等以外との連携含む）等）

○地域医療連携体制の項目にかかりつけ医機能を追加

平成31年3月14日（平成31年厚生労働省令第23号及び平成31年厚生労働省告示第65号）公布及び告示

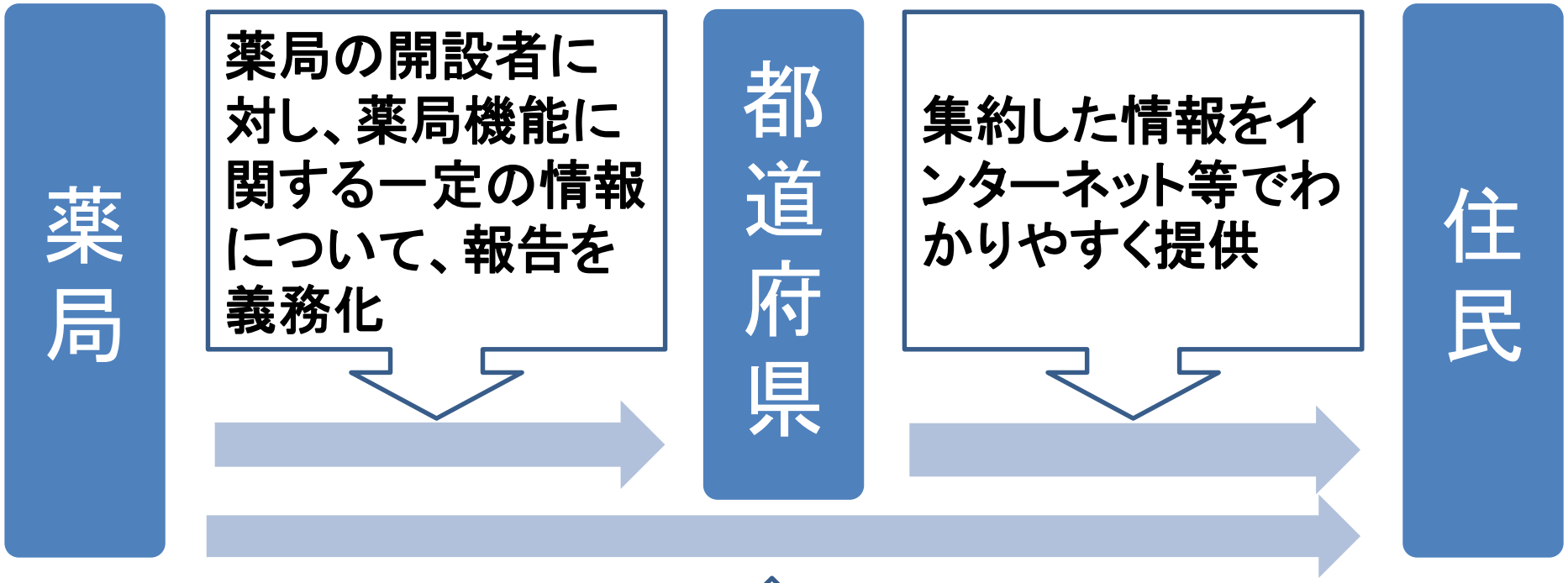
かかりつけ医機能

- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 小児かかりつけ診療料
- 機能強化加算
- 日常的な医学管理と重症化予防
- 地域の医療機関等との連携
- 在宅療養支援、介護等との連携
- 適切かつわかりやすい情報の提供

③ **医療の実績、結果等に関する事項**（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

薬局機能情報提供制度の概要

平成30年6月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会　資料1－3



○「一定の情報」は薬局でも閲覧可能
○正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
○患者等からの相談に応ずる必要な措置

※該当条文　：　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第八条の二

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➢　回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上（4割以上が看護師）				13対1以上（7割以上が看護師）	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士	－				専任常勤1名以上	
管理栄養士	－					専任常勤1名 （努力義務）
リハビリ計画書の 栄養項目記載	－					必須
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○（200床以上の病院のみ）		○			
休日リハビリテーション	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 （日常生活機能評価10点以上）	－		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
自宅等に退院する割合	－		7割以上			
リハビリテーション実績指数	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数 （生活療養を受ける場合）	1,647点 （1,632点）	1,702点 （1,687点）	1,806点 （1,791点）	1,861点 （1,846点）	2,025点 （2,011点）	2,085点 （2,071点）

実績部分

※　重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

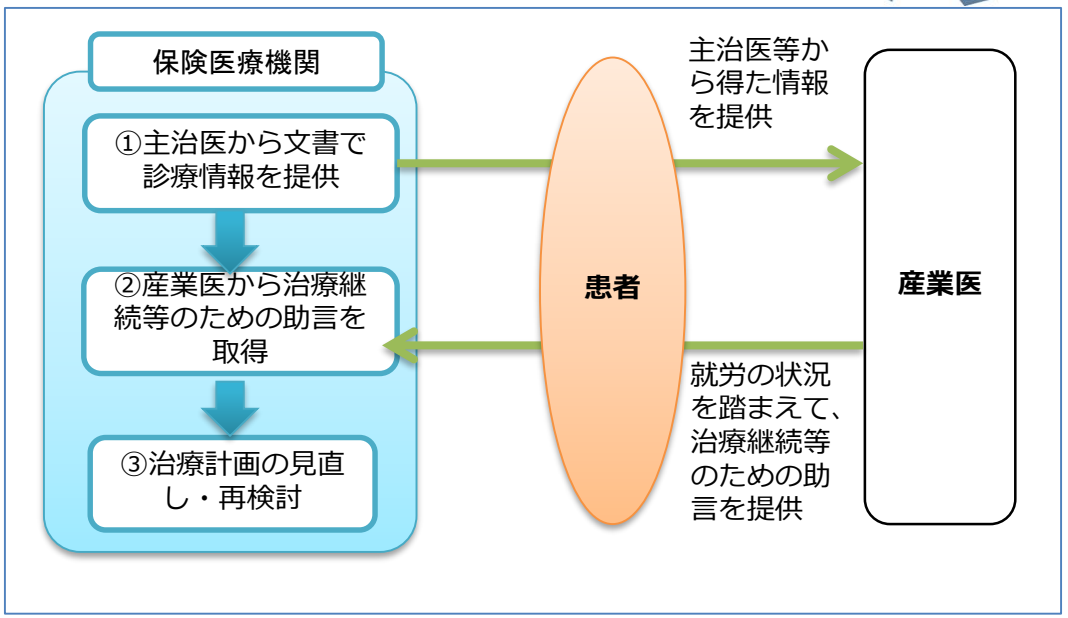
（新）

療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点

［算定要件］
　就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。
(1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
(2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
(3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
(4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

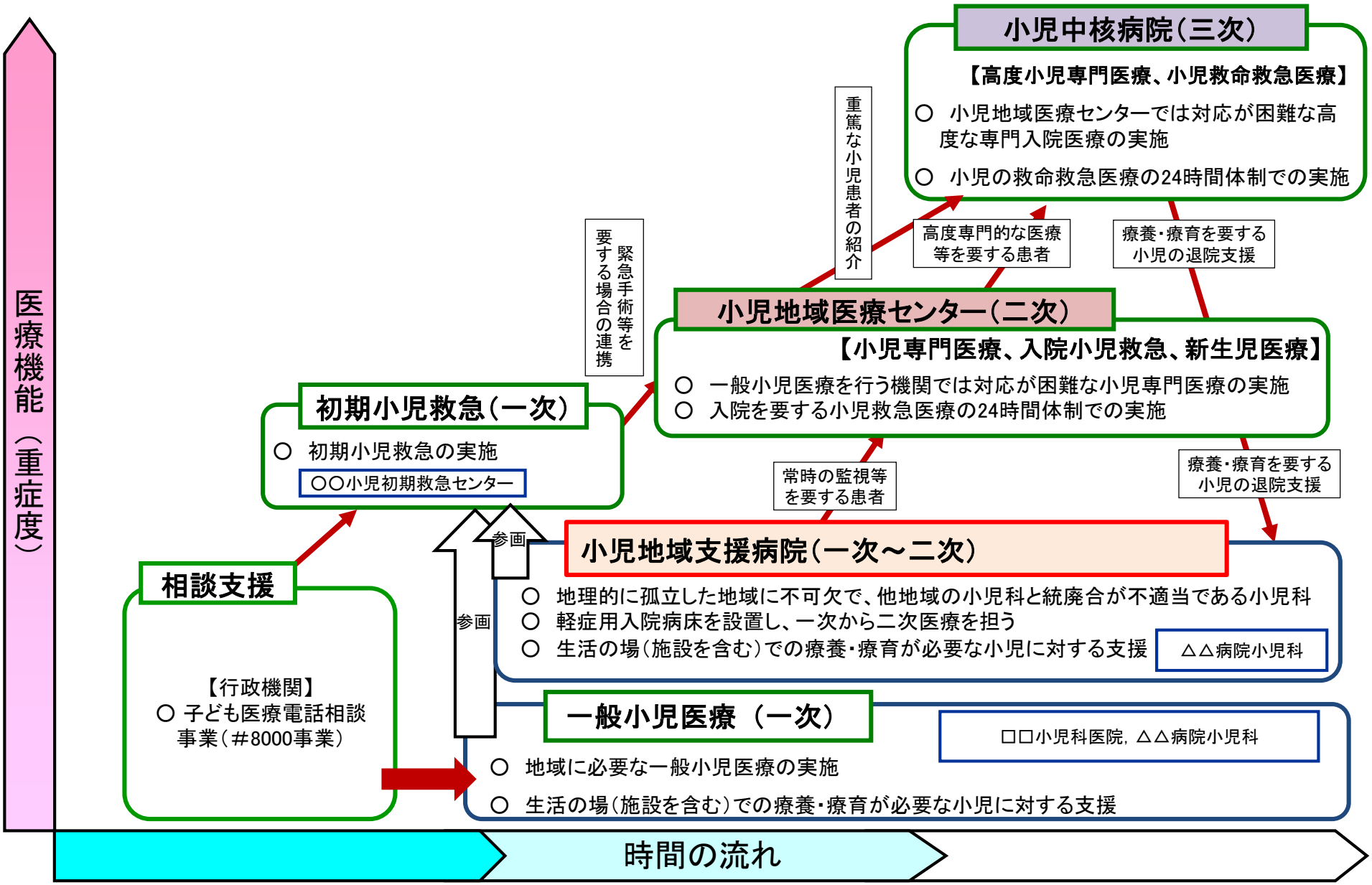
［相談体制充実加算の施設基準］
(1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
(2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。

患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用可



［両立支援の流れ（イメージ）］

小児医療の体制


医療機能（重症度）
小児中核病院（三次）
【高度小児専門医療、小児救命救急医療】
○ 小児地域医療センターでは対応が困難な高度な専門入院医療の実施
○ 小児の救命救急医療の24時間体制での実施
重篤な小児患者の紹介
高度専門的な医療等を要する患者
療養・療育を要する小児の退院支援
緊急手術等を要する場合の連携
小児地域医療センター（二次）
【小児専門医療、入院小児救急、新生児医療】
○ 一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療の実施
○ 入院を要する小児救急医療の24時間体制での実施
初期小児救急（一次）
○ 初期小児救急の実施
○○小児初期救急センター
常時の監視等を要する患者
療養・療育を要する小児の退院支援
参画
小児地域支援病院（一次～二次）
○ 地理的に孤立した地域に不可欠で、他地域の小児科と統廃合が不適当である小児科
○ 軽症用入院病床を設置し、一次から二次医療を担う
○ 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援
△△病院小児科
相談支援
【行政機関】
○ 子ども医療電話相談事業（＃8000事業）
参画
一般小児医療（一次）
□□小児科医院，△△病院小児科
○ 地域に必要な一般小児医療の実施
○ 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援
時間の流れ

周産期医療の体制

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター

- ○ リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- ○ 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- ○ 周産期医療情報センター　109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- ○ 周産期に係る比較的高度な医療行為
- ○ 24時間体制での周産期救急医療　300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し数か所整備

療養・療育支援

- ○ 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- ○ 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

■■療育センター

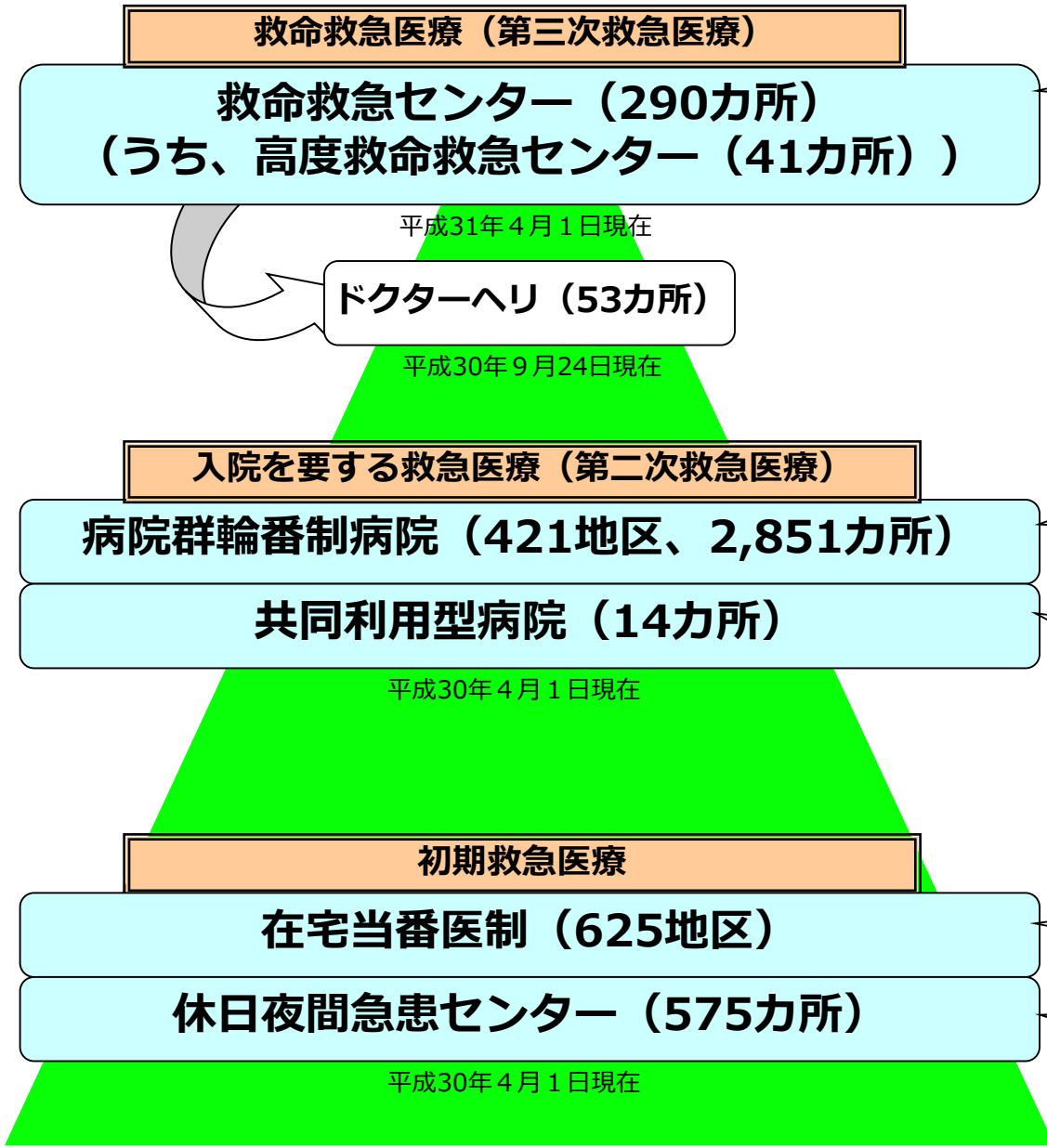
主に低リスク分娩を扱う医療機関 （一般病院、診療所、助産所）

- ○ 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
  （助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応）
- ○ 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- ○ 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

平成31年4月1日現在

時間の流れ

救急医療体制体系図



○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を２４時間体制で受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

◆ 妊産婦の診療は、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制の充実が必要。

◆ 出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が重要。

◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため**「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」**を２０１９年２月より開催。

構成員

◎：座長
○：座長代理

	青木　龍哉	さいたま市保健福祉局理事
◎	五十嵐　隆	国立成育医療研究センター理事長
	石井　和美	一般社団法人知ろう小児医療守ろうこども達の会代表補佐
	井上　真智子	浜松医科大学地域家庭医療学講座特任教授
	井本　寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	鈴木　俊治	公益社団法人日本産婦人科医会常務理事、葛飾赤十字産院副院長
	髙松　登	公益社団法人日本薬剤師会理事
	戸矢崎　悦子	全国保健師長会総務担当理事、横浜市南区福祉保健センター子ども家庭支援課長
○	中井　章人	公益社団法人日本産科婦人科学会代議員、日本医科大学多摩永山病院院長
	中島　久美子	読売新聞東京本社編集局医療部記者
	中西　和代	株式会社風讃社たまごクラブ編集部統括部長
	野口　晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
	平川　俊夫	公益社団法人日本医師会常任理事
	九十九　悠太	下関市保健部長
	牧野　利彦	公益社団法人日本歯科医師会副会長
	松本　義幸	健康保険組合連合会参与

検討のスケジュール

◆ ２０１９年２月15日　第１回　フリーディスカッション
◆ ２０１９年３月15日　第２回　妊産婦に対する医療
◆ ２０１９年４月18日　第３回　妊産婦に対する保健
◆ ２０１９年５月16日　第４回　これまでの議論の整理
◆ ２０１９年６月６日　第５回　これまでの議論の取りまとめ

※ 妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、検討会の取りまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会で必要な検討を行う。

検討事項

◆ 妊産婦の保健・医療に関するニーズの把握について
◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実について
- 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
- 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
- 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方　等

◆ 妊産婦の健康管理の推進について
- 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方　等

◆ 妊産婦に対する保健・医療体制に関連する事項について
- 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方　等

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握

【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所　500カ所
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院・診療所を無作為に抽出

【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦
・妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦
・正期産後、産後8日以内の入院中の産婦
・正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦

【調査内容】
○ 妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
○ 妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
○ 妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項　等

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　議論の取りまとめ（概要）

○　妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
○　中央社会保険医療協議会においては、妊産婦に対する診療の評価の在り方について、更なる検討を進めることを期待する。
○　国においては、妊産婦に対する保健・医療体制を構築するため、関係機関と協力・連携の上、引き続き取り組んでいくべきである。

相談・支援

[妊産婦の不安]

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる
- 妊娠中の健康管理で困ったこと
  ⇒　栄養・食事に関すること
- 産後の健康管理で困ったこと
  ⇒　授乳に関すること

産後は子どもを抱えながら外出することが困難
産後は産婦の健康管理が困難になりがち

産婦の不安解消には産後ケアが有効

●不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

妊娠届出時に妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握
妊産婦のための食生活指針の改定に向けた調査研究の実施
「授乳・離乳の支援ガイド（平成31年３月改定）」の周知
「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を用いた支援者の育成
産後ケア事業の推進

妊娠届出時の妊婦の状況把握

妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

[妊産婦の診療の現状]

産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り
- ・診療・薬の内容について文書を用いて説明
- ・経験が十分にある医師の診療
- ・母子健康手帳の確認

[産婦人科の現状]

コモンディジーズ(風邪や花粉症等) について、
他科からの診療情報の提供が少ない
医師の労働時間が長い、分娩取扱施設が減少

[産婦人科以外の診療科の現状]

診療の際に様々な配慮が必要であり、診療を敬遠しがち
妊産婦の診療に関する研修機会が少ないので不安
妊産婦に処方できる薬剤かどうか情報が少ない

●産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

妊産婦の診療に積極的な医療機関の把握・周知
都道府県が主体的に地域の医療機関間の連携体制の検討・構築
母子健康手帳等を活用した診療科間の情報連携　等

●診療の質の向上に向けた取組

医師に対する妊産婦の診療に関する研修の推進
診療や薬に関する説明文書の例を作成
妊娠と薬に関する情報を医師へ提供する体制の整備・周知　等

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　議論の取りまとめ（概要）

連携体制の構築

[支援を必要とする妊産婦への対応]

妊娠期から子育て期までつながる支援が必要
利用できる施設や制度等について十分に知られていない
周産期のうつ病は、医療機関と行政機関の連携が必要

[母子健康手帳]

母子健康手帳は広く活用されている
妊産婦自身の健康管理のために活用できるのではないか
増加しつつある外国人の妊産婦への支援が必要

●妊娠期から子育て期までつながる支援

子育て世代包括支援センターの質の向上と設置の推進
医療機関と自治体の連携促進

●母子健康手帳の活用

医療機関の受診状況を本人同意の上で医療機関が記載
多言語化（英語、中国語、韓国語、スペイン語等）

母子健康手帳を
常に持ち歩き、提示

病院、歯科医院、薬局等

健診や診療の評価

[妊婦健診、産婦健康診査]

全ての市区町村で14回以上の公費負担制度を実施
健診内容によっては、公費助成を超えるため、一部自己負担が生じる

[妊婦健診以外の診療の評価等]

妊婦健診以外に、偶発合併症等の診療の費用も生じる
４県において、所得に応じて妊産婦の診療に係る費用の一部を助成　（妊産婦への医療費助成制度）

●妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討
・公費補助額を超える自己負担が発生しないような工夫
・妊婦の同意に基づく自己負担が可能となる取組
・産婦健康診査の拡充

●診療に対する評価等について

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない
妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論
妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

精神科医療の現状について

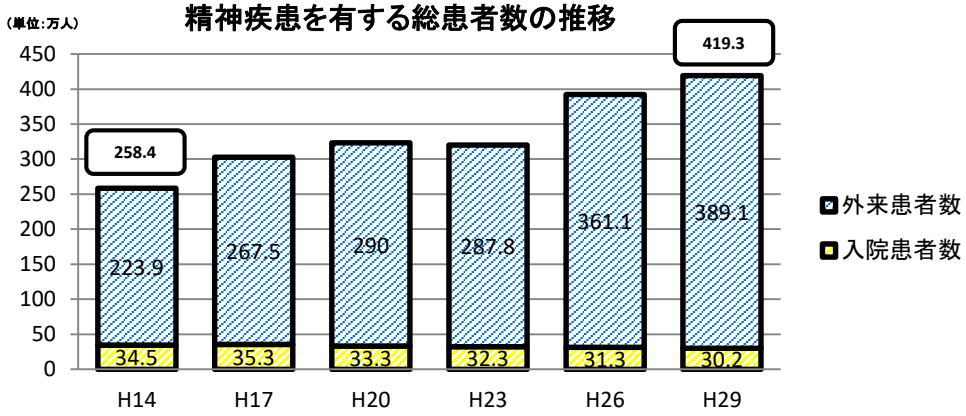
1．患者数、病床数、平均在院日数等

○ 精神疾患を有する総患者数は**約419.3万人【入院：約30.2万人（※）、外来：約389.1万人】**
※ うち**精神病床における入院患者数は約27.8万人**

○ 精神病床の**入院患者数は過去15年間で減少傾向**（約34.5万人→30.2万人【△約4万3千人】）
一方、外来患者数は増加傾向。（認知症や気分障害（うつ病など）が特に増加）

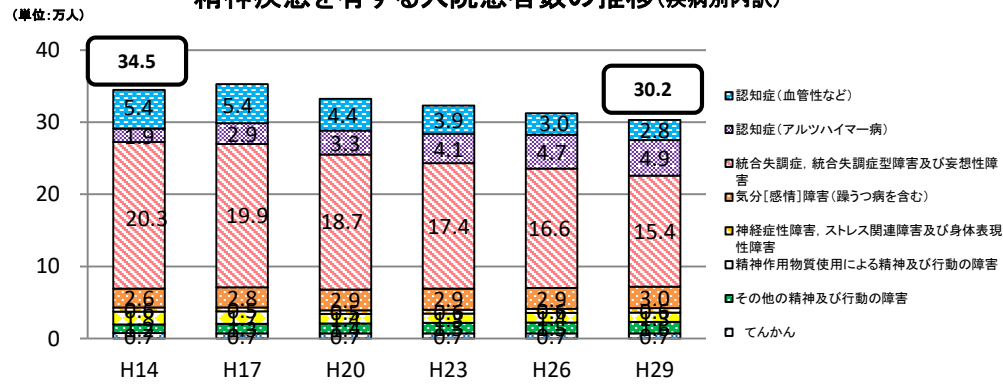
○ 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割に減少しているが、疾病別に見ると、認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している。

精神疾患を有する総患者数の推移



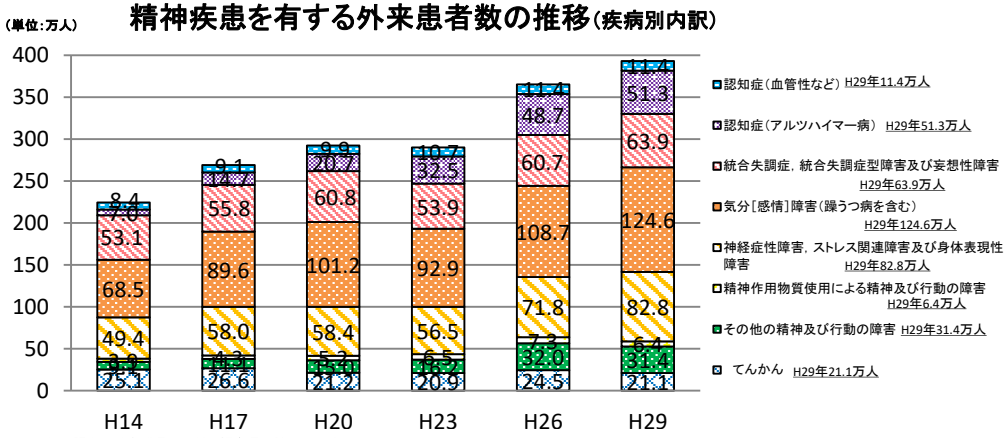
資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



資料：厚生労働省「患者調査」より作成

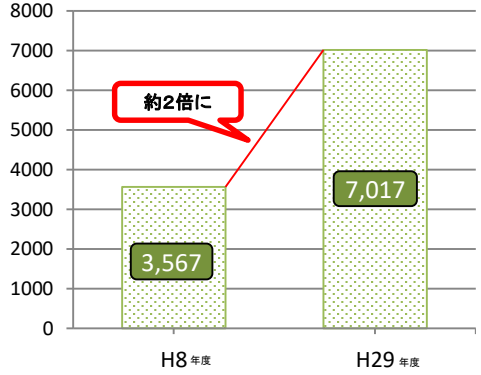
精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）



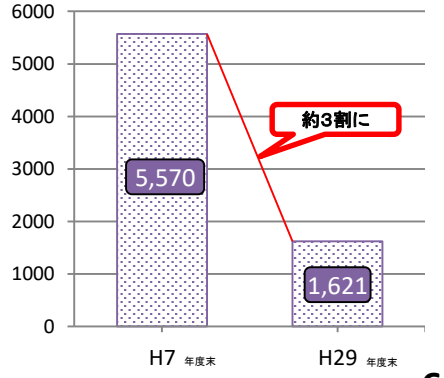
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

新規措置入院者数の推移



措置入院者数（在院患者数）の推移



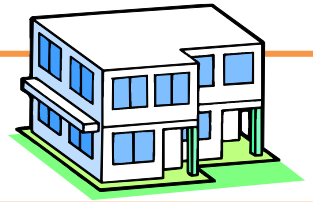
資料：厚生労働省「衛生行政報告例」および厚労科研「精神保健福祉資料」より作成

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

○向精神薬処方の適正化
○認知療法・認知行動療法の充実

○発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

○精神科措置入院退院支援加算の新設

退院後

○自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

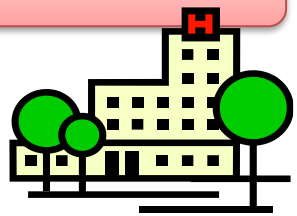
重症患者への対応

○精神科救急入院料の算定要件の見直し
○精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
○入院精神療法の評価の充実
○精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

退院後

○精神疾患患者に対する訪問支援（アウトリーチ）の充実

長期入院患者の地域移行の推進

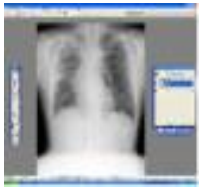
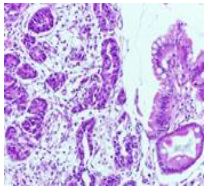
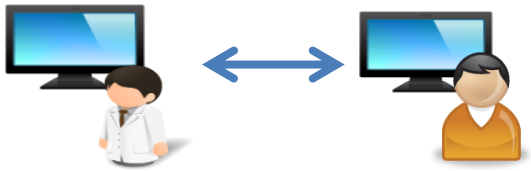
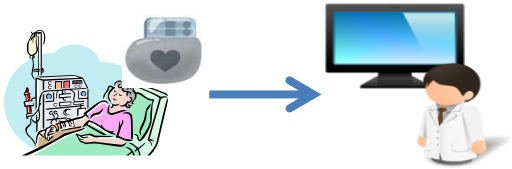


長期入院中

○精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
○精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態		診療報酬での対応
医師対医師（D to D）	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの  		[遠隔画像診断] ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者（D to P）	情報通信機器を用いた診察	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し （定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療料の新設

➢　情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。

（新）　オンライン診療料　　70点（１月につき）

［算定要件］

（1）オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する３月は算定できない。

（2）対象となる管理料等を初めて算定してから６月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近12月以内に６回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

（3）患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は３月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。

（4）オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

（5）オンライン診療料を算定した同一月に、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

［施設基準］

（1）厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。

（2）オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

（3）一月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が１割以下であること。

［オンライン診療料が算定可能な患者］

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から６月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

遠隔モニタリング加算の新設

➢ 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器等を併用した指導管理を評価する観点から、遠隔モニタリング加算を新設する。

（新）　在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算　　150点（１月につき）

（新）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　遠隔モニタリング加算　　150点（１月につき）

［算定要件］

(1) 前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用した遠隔モニタリングを活用し、療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、２月を限度として所定点数に加算。

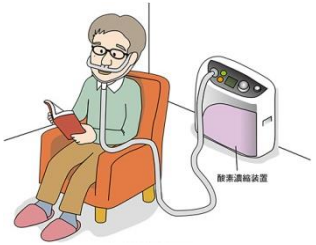
(2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。

(3) 対面診療の間に、適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。

(4) 少なくとも月１回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

(5) 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法

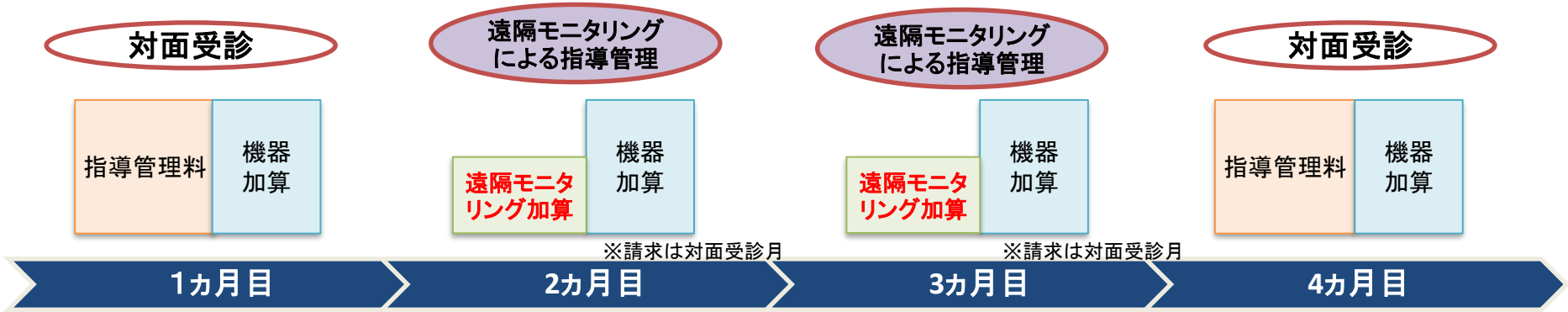
出典：日本呼吸器学会HP

［施設基準］

(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意



各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

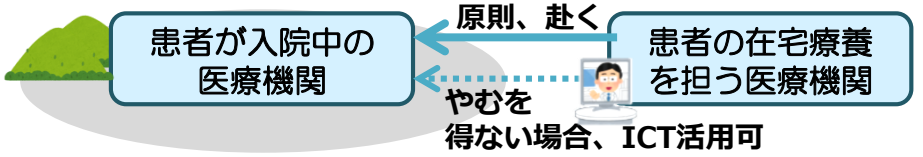
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件 【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準]	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
	【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 [施設基準]	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。
	【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 ［算定要件］	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 [算定要件]	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方 （退院時共同指導料の場合）

①いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合

②在宅療養担当医療機関(訪問看護St)が医療資源の少ない地域に属する場合

③入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関(訪問看護St)のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関(訪問看護St)は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

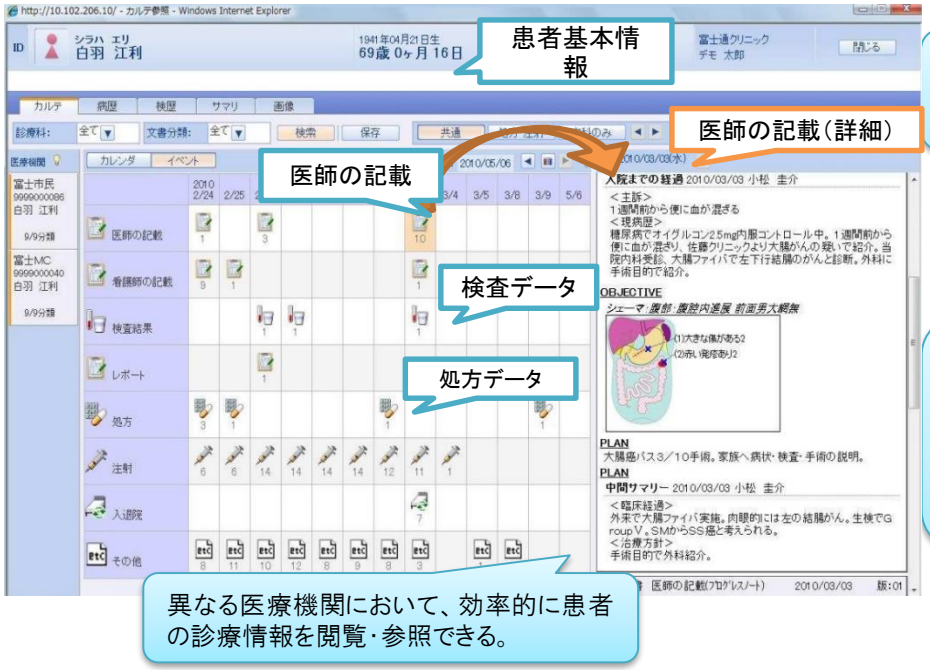
各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件 【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 ［算定要件］	患者への治療方針などに係るカンファレンス（概ね2か月に1回程度の頻度）に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 ［算定要件］	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ［算定要件］	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ ［算定要件］	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ ［算定要件］	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

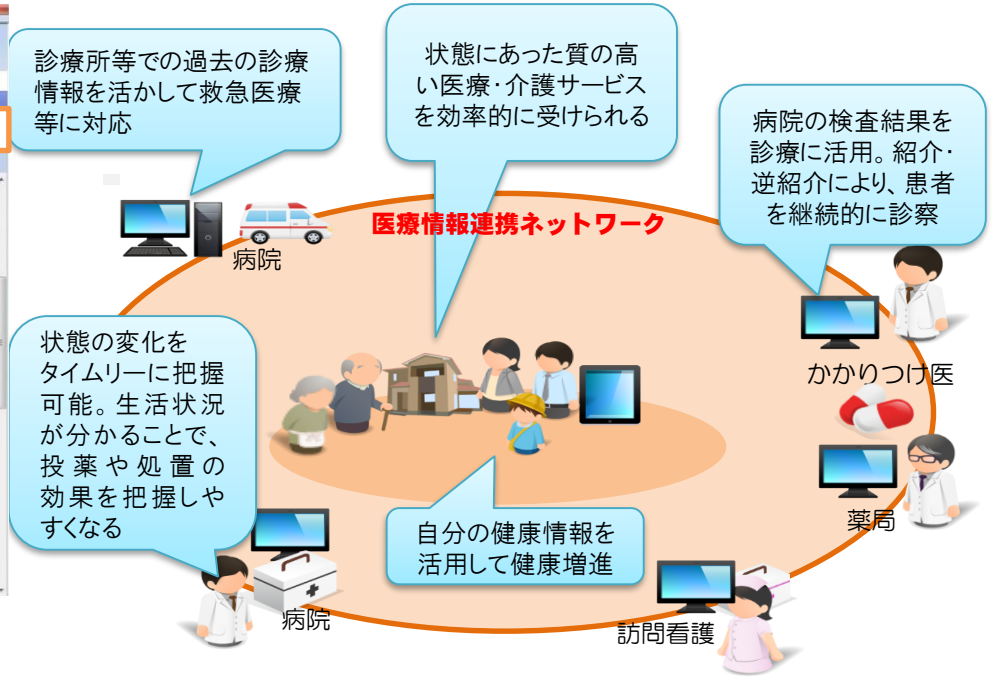
地域医療情報連携ネットワークとは

○　患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できる仕組み。
○　高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制を構築。
○　地域の医療機関等の間で、患者の医療情報をICTを活用して共有するネットワークを構築することにより、医療サービスの質の向上や効率的な医療の提供が期待される。

医療情報連携ネットワークで利用される診療情報閲覧の画面例



医療情報連携ネットワークの将来イメージ



画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	• 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） （注） 多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

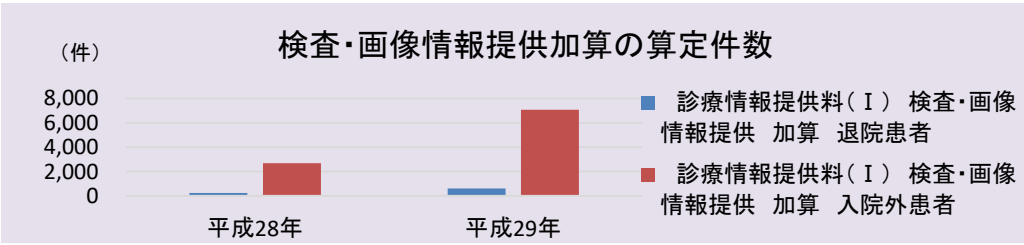
電子的診療情報評価料

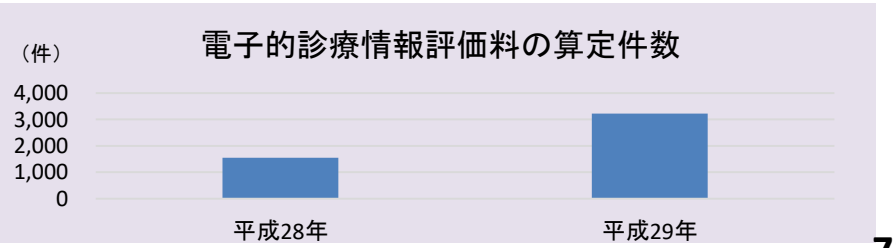
診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	• 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。）。 • 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

施設基準

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、**HPKI**による電子署名を施すこと。
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能な**ネットワーク**を構築すること。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、**安全な通信環境**を確保すること。
- 保険医療機関において、**個人単位の情報の閲覧権限の管理**など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- 厚生労働省標準規格に基づく標準化された**ストレージ機能**を有する情報蓄積環境を確保すること。
- 情報の電子的な送受に関する**記録を残している**こと。（ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。）





出典：社会医療診療行為別統計

第5回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会（H30.12.17）資料2

H31.1.21修正

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
病院・診療所にかかるすべての国民と、
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための５つの方策」の実施を提案し、
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

① **患者・家族の不安を解消する取組**を最優先で実施すること
② **医療の現場が危機である現状**を国民に広く共有すること
③ **緊急時の相談電話やサイト**を導入・周知・活用すること
④ **信頼できる医療情報**を見やすくまとめて提供すること
⑤ **チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制**を確立すること

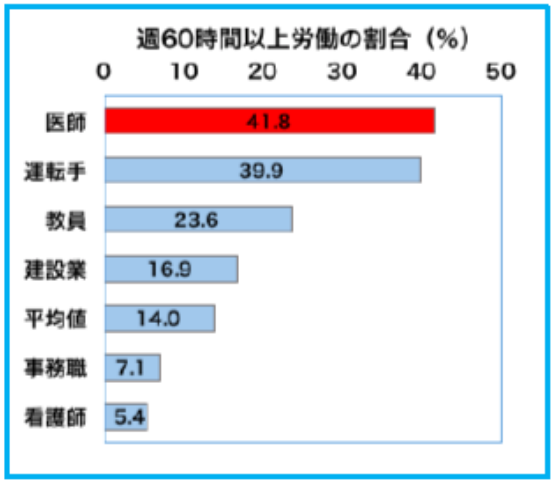
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
この５つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、
すべての関係者の取り組みが前進するよう、
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において**「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」**
という現実を知ってください。

また、日本の医師の**「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」**(※1)こと、
「6.5%が抑うつ中等度以上」であること、
「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと。

そして、**「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」**ことなども知ってください。

こういう現実を放っておくと、
確実に医療の現場は崩壊します。

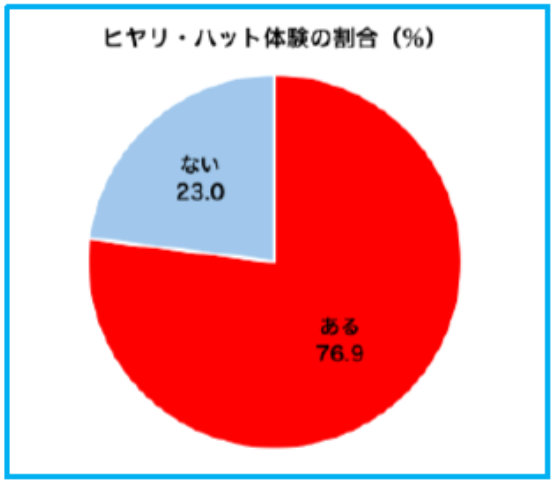


出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

勤務医１万人アンケート（H27年度）

項目	割合（%）
最近１ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間５時間未満	9.1
当直日の平均睡眠時間４時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申（平成28年3月）



出典：労働政策研究・研修機構 勤務医の就労実態と意識に関する調査（2012年）

※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている（Schernhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302）。

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

市民側の要因

- 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

医師/医療提供者側の要因

- 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

「医療危機」4つの要因

行政側の要因

- 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

民間企業側の要因

- 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- 健診のデータが効果的に活用されていない
- 健康投資はコストにすぎないという意識がある

～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況
疾病構造やニーズの変化・多様化
医療需要が増える中での働き手の減少
予防努力が評価されない制度

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- □ 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- □ 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- □ 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる
  - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- □ 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- □ 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

行政のアクションの例

- □ 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- □ 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- □ 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- □ #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- □ 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- □ 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- □ 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える(※5)
- □ 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- □ 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

医師/医療提供者のアクションの例

- □ あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
  （待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座）
- □ 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- □ 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- □ タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する
  - ・ 医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
- □ どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- □ 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- □ 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

民間企業のアクションの例

- □ 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- □ 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- □ 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- □ 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- □ インフルエンザなどの診断書を強制しない
- □ AIを活用した相談アプリの開発を進める
- □ ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1　現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある（→5つの方策）。
※2　医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
※3　身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。
※4　患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。
※5　諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

市民のアクションの例

□ 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※１)を活用し、まずは状態を把握する
□ 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
□ 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
・日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる
・夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
□ 抗生物質をもらうための受診は控える
・抗生物質はかぜには効かない
□ 上手に「チーム医療」(※２)のサポートを受ける
・日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

□ あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
（待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座）
□ 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
□ 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
□ タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する
・医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
□ どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
□ 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
□ 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※１　現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情 報サイト」を早急に作成する必要がある（→5つの方策）。
※２　医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
※３　身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。
※４　患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

行政のアクションの例

- □「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- □ 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- □「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- □ #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- □ 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- □ 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- □ 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※１）
- □ 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- □ 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

民間企業のアクションの例

- □ 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- □ 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- □ 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- □ 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- □ インフルエンザなどの診断書を強制しない
- □ AIを活用した相談アプリの開発を進める
- □ ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※１ 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、 予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

医療機能の分化・強化、連携と
地域包括ケアシステムの推進に関する視点

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の位置付け

一般病床
（H29.6末医療施設動態・病院報告）
病床数　891,492床
病床利用率　73.3%
平均在院日数　15.7日

療養病床
（H29.6末医療施設動態・病院報告）
病床数　327,088床
病床利用率　87.8%
平均在院日数　145.5日

DPC/PDPS
1,664施設　483,747床※2
（▲11,480床）
※2　H29.4.1現在

特定機能病院
入院基本料
85施設
58,446床※1
（+103床）
※1　一般病棟に限る

専門病院入院基本料
21施設　6,513床（▲770床）

救命救急入院料
383施設　6,499床（+1床）

特定集中治療室管理料
644施設　5,299床（▲229床）

ハイケアユニット入院医療管理料
管理料1　493施設　4,732床
管理料2　36施設　337床
合計　529施設　5,069床（+426床）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
153施設　1,202床（+198床）

小児特定集中治療室管理料
8施設　88床（+4床）

新生児特定集中治療室管理料
231施設　1,615床（▲21床）

総合周産期特定集中治療室管理料
125施設　母児・胎児　797床（+48床）
新生児　1,615床（+90床）

新生児治療回復室入院医療管理料
197施設　2,750床（+17床）

一類感染症患者入院医療管理料
31施設　99床（+6床）

小児入院医療管理料

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
	68施設	192施設	105施設	371施設	138施設
	5,027床（+95床）	6,780床（+4床）	2,563床（▲64床）	7,923床（▲298床）	–

一般病棟入院基本料
617,411床（▲13,978床）

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	計
688施設	696施設	124施設	1,508施設
44,299床（+5,589床）	32,560床（▲1,736床）	5,204床（▲820床）	82,063床（+3,033床）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	計
1,848施設	126施設	1,974施設
56,332床（+13,503）	3,093床（+381）	59,425床（+13,884）

障害者施設等入院基本料
863施設
67,341床（+541床）

特殊疾患病棟

入院料１	入院料２	管理料
110施設	93施設	30施設
5,850床（▲26床）	6,877床（+315床）	470床（▲24床）

緩和ケア病棟入院料
394施設　7,927床
（+388床）

療養病棟入院基本料
222,344床（+830床）

介護療養病床
52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成29年7月1日現在
（かっこ内は前年比較）

有床診療所（一般）　5,372施設　71,913床（▲3,529床）

有床診療所（療養）　563施設　5,523床（▲879床）

精神病棟　1,303施設　157,205床（▲2,915床）

精神科救急入院料
入院料1　137施設　8,630床（+876床）
入院料2　4施設　256床（▲2床）

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1　346施設　16,220床（+284床）
入院料2　12施設　628床（▲62床）

精神科救急・合併症入院料
10施設　334床（+12床）

児童・思春期精神科入院
37施設　1,223床（+43床）

精神療養病棟入院料
824施設　92,816床（▲1,466床）

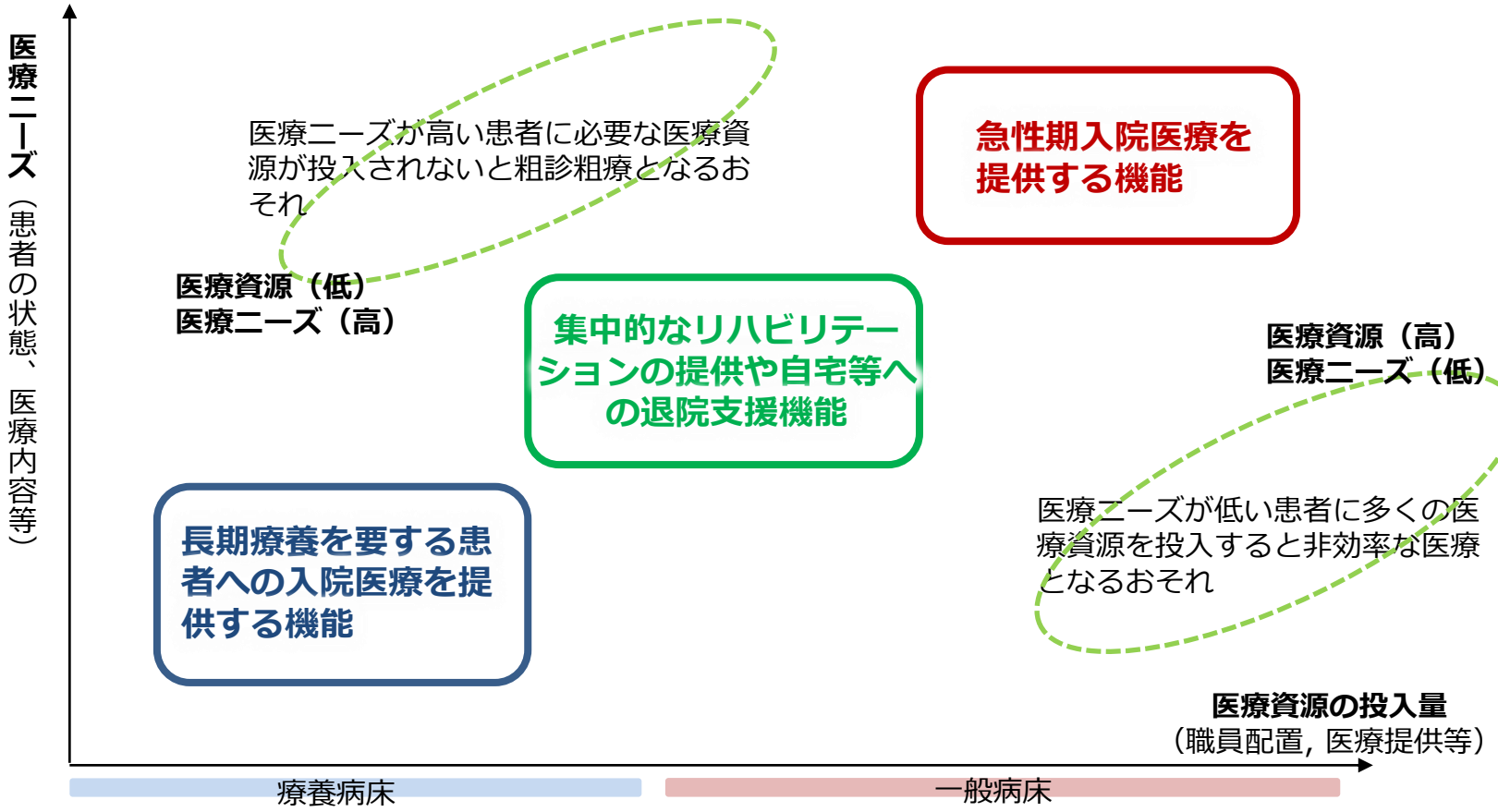
認知症治療病棟入院料
入院料1　501施設　34,911床（+453床）
入院料2　8施設　680床（▲256床）

結核病棟　193施設　4,627床（▲140）

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

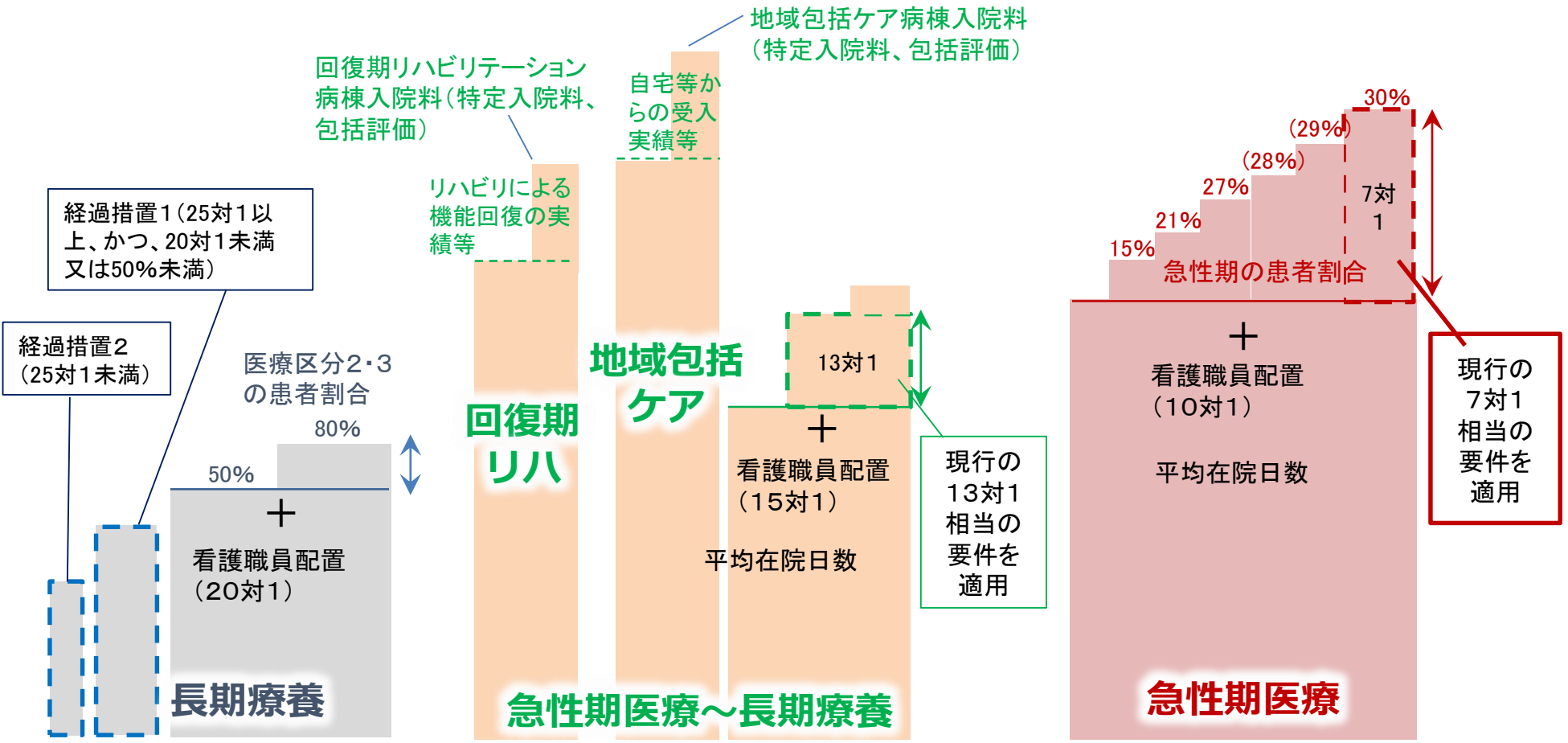
○　入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。

○　患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



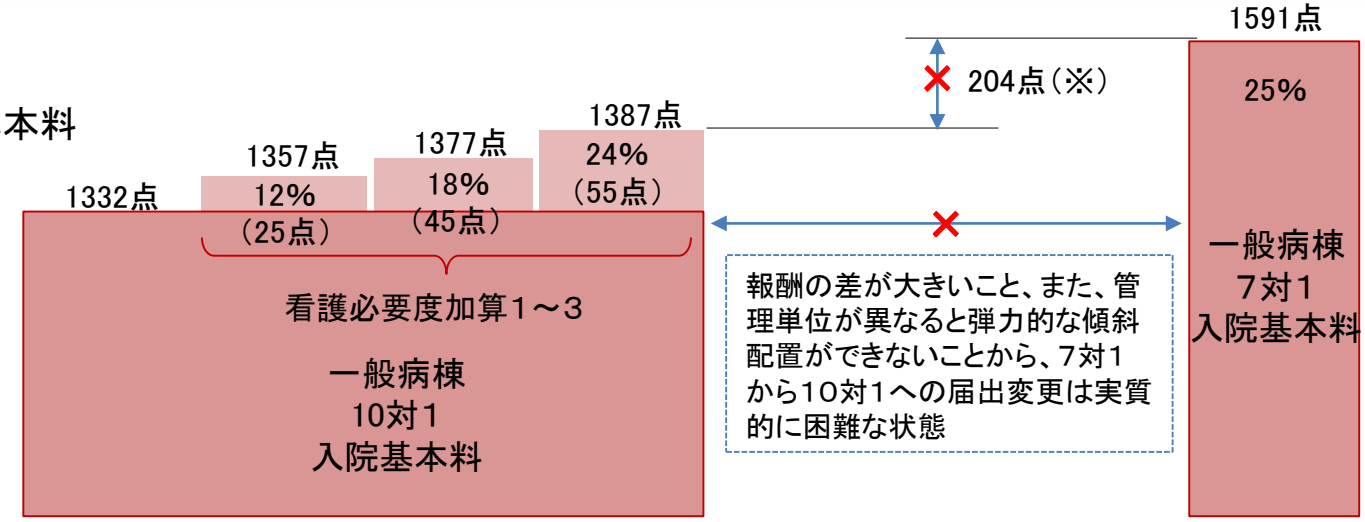
療養病棟入院基本料（２０対１、２５対１）を再編・統合	一般病棟入院基本料（１３対１、１５対１）等を再編・統合	一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）を再編・統合

※　特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

一般病棟入院基本料



報酬の差が大きいこと、また、管理単位が異なると弾力的な傾斜配置ができないことから、7対1から10対1への届出変更は実質的に困難な状態

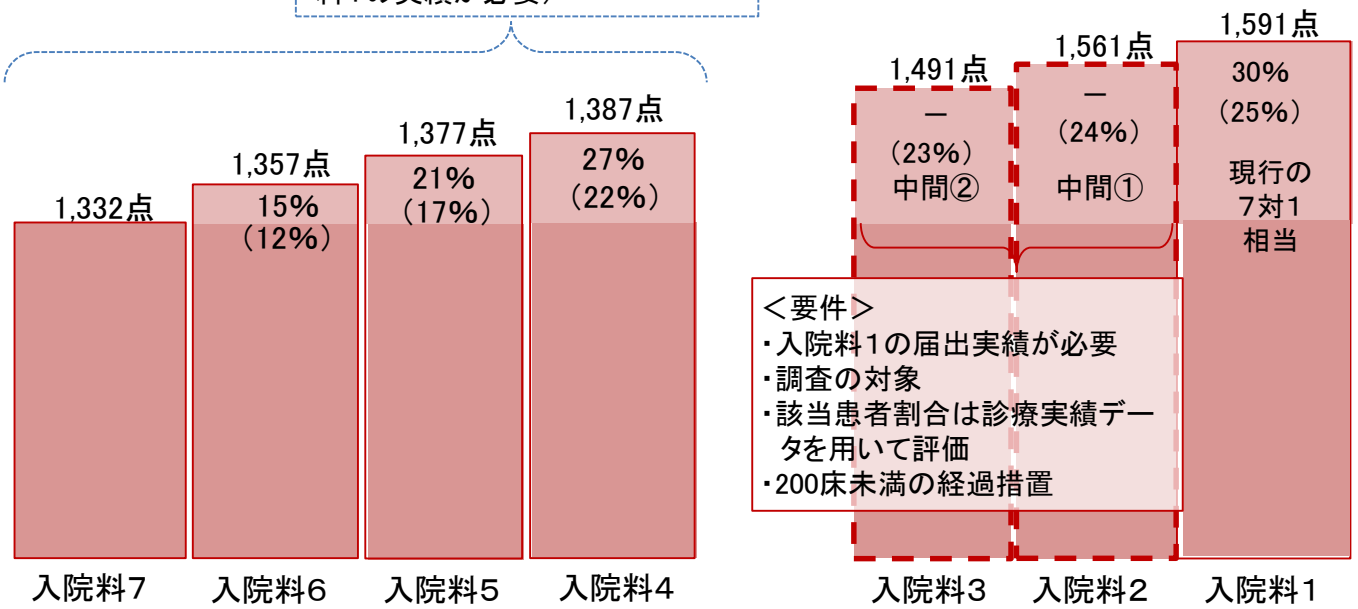
※　200床の病院で、入院基本料の差を試算すると、年間約1.2億円程度と推計され、影響が非常に大きい

【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料

入院料4～7(10対1)から入院料2～3に、直接届出できない(入院料1の実績が必要)

現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に



【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
【見直し後の基準】
Ⅰ)現行の評価方法
Ⅱ)診療実績データによる評価方法

【基本部分】

＜要件＞
・入院料1の届出実績が必要
・調査の対象
・該当患者割合は診療実績データを用いて評価
・200床未満の経過措置

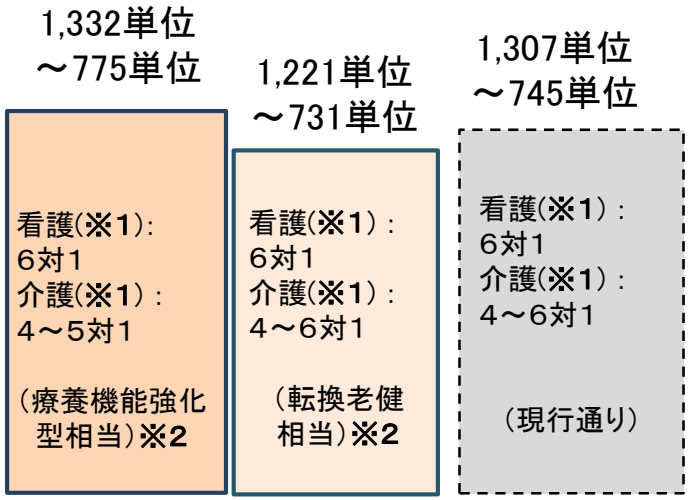
(　)内は重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合

＜参考＞療養病床再編成の概要（医療保険・介護保険）

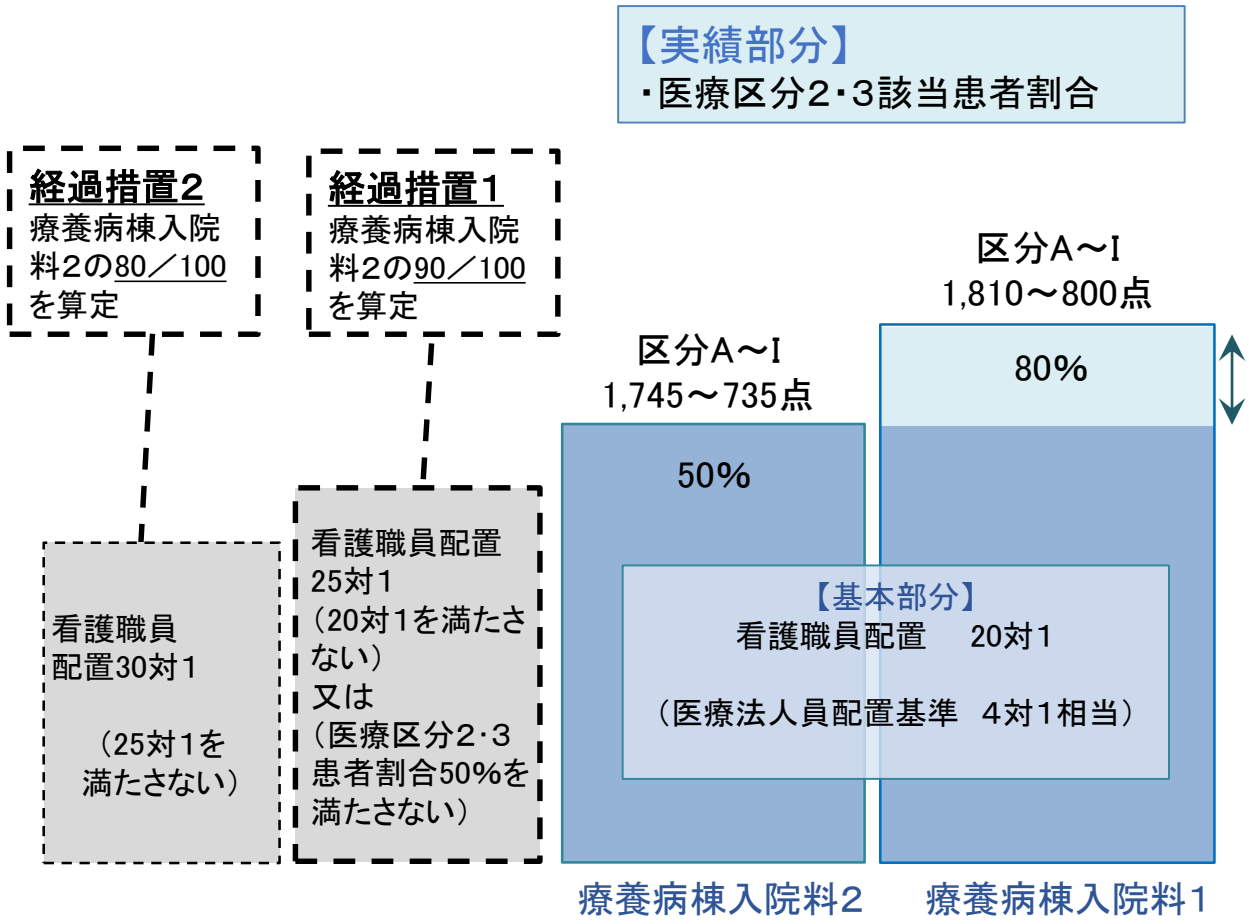
【介護保険】 介護療養病床

（※1）医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる（「実質配置」は「雇用配置」の約5倍）

（※2）介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算　93単位／日」（1年間に限り）が算定可能。



【医療保険】 医療療養病床



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

1．これまでの取り組み

○　これまで、2017年度、2018年度の２年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。

○　公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、

ア　高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
イ　山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
ウ　救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
エ　県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
オ　研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

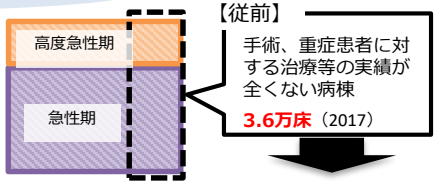
が挙げられている。

○　2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

地域医療構想の実現のための推進策

○　**病床機能報告における定量的基準の導入**

■ 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



【2018～】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可

○　**2018年６月より地域医療構想アドバイザーを任命**

・調整会議における議論の支援、ファシリテート
・都道府県が行うデータ分析の支援　等

（36都道府県、79名（平成31年３月））

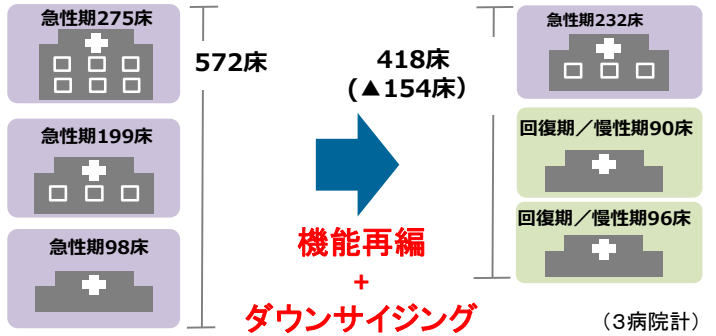
○　**2018年６月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**

○　**介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進**

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

■ 医療機能が低下している３つの救急病院を１つの救急病院（急性期）と２つの回復期／慢性期病院に**再編**し、**ダウンサイジング**

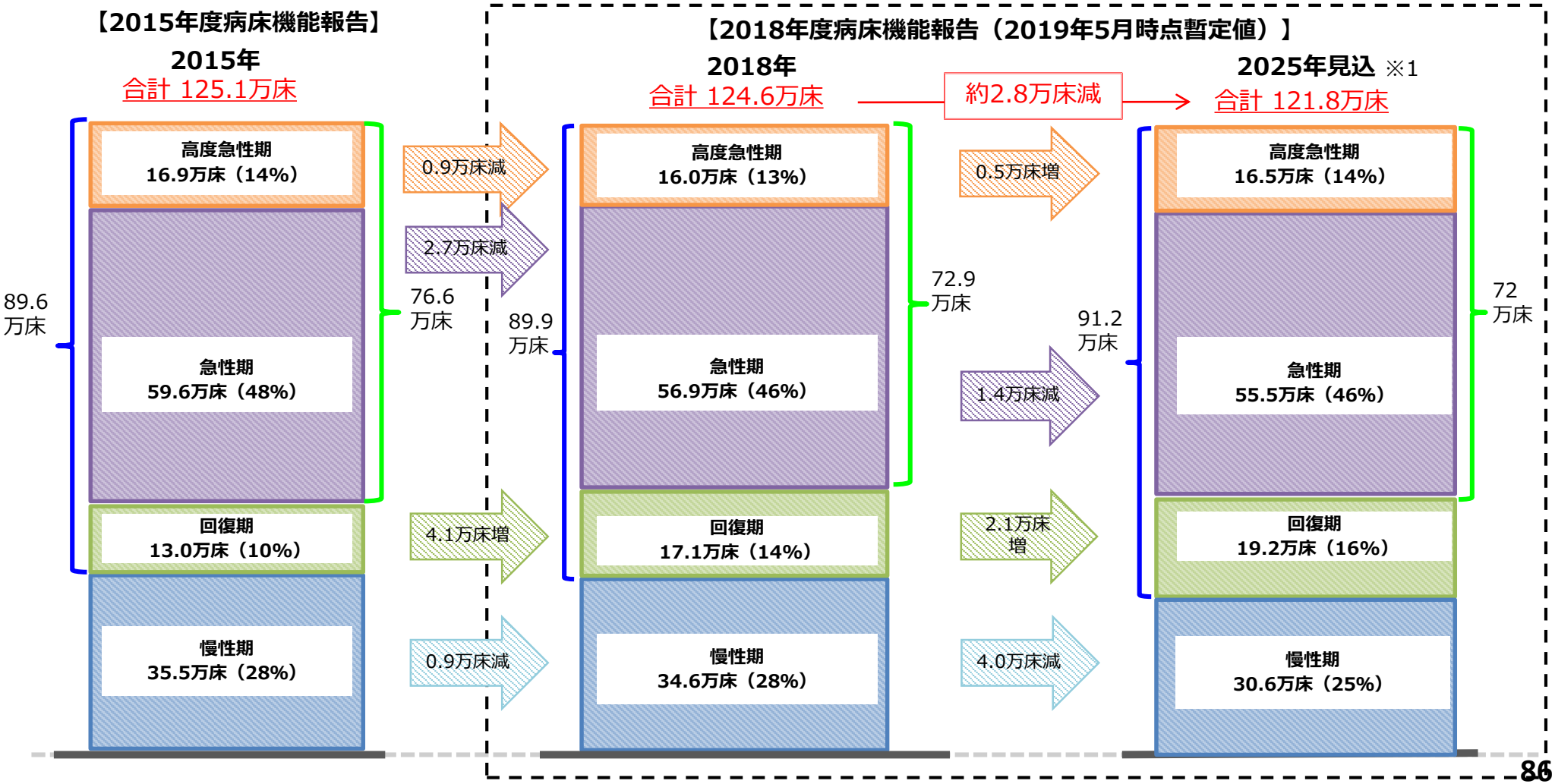
■ 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



病床機能ごとの病床数の推移

○　2025年見込の病床数※1は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**。※2
○　機能別にみると、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、回復期は**6.2万床増加**、慢性期は**4.9万床減少する**見込み。

※1：2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要



病床機能連携を評価する主な診療報酬項目

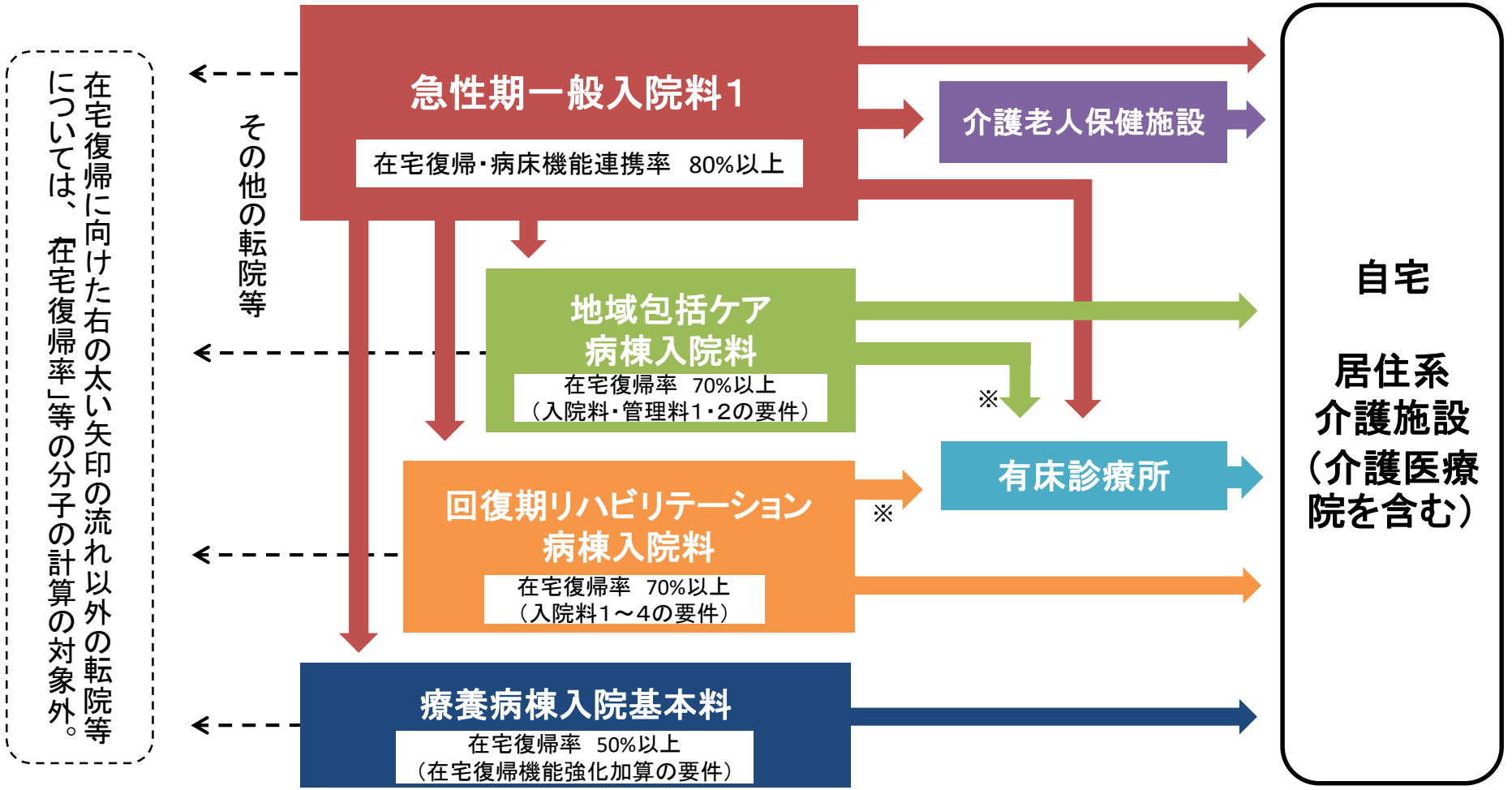
○　一部の入院料において、他の保険医療機関や在宅から患者を受け入れた場合を評価している。

報酬項目	対象	主な要件	点数
在宅患者支援（療養）病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟（病室）に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に算定。	1日300点（療養病床は350点）（入院から14日間）
急性期患者支援（療養）病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟（病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者について算定。	1日150点（療養病床は300点）（入院から14日間）
救急・在宅等支援（療養）病床初期加算	地域一般入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 特定一般病棟入院料	当該病棟（診療所）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日150点（入院から14日間）
有床診療所一般病床初期加算	有床診療所入院基本料	当該診療所に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日100点（入院から7日間）
重症児（者）受入連携加算	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 有床診療所（療養病床）入院基本料 特殊疾患入院料・管理料　等	当該病棟に他の保険医療機関から転院してきた患者が、他の保険医療機関においてA246入退院支援加算3を算定した場合に算定。	2000点（入院初日）
在宅患者緊急入院診療加算	一般病棟入院基本料 療養病棟入院基本料 地域包括ケア病棟入院料・管理料　等	他の診療所においてC002在宅時医学総合管理料又はC002-2施設入居時等医学総合管理料等を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該診療所の求めに応じて入院させた場合に算定。	2500点～1000点（入院初日）
精神疾患診療体制加算1	一般病棟入院基本料 特定集中治療室管理料　等	当該保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合に算定。	1000点（入院初日）
緩和ケア病棟緊急入院初期加算	緩和ケア病棟入院料	当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）により在宅での緩和ケアが行われている患者の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に算定。	1日200点（入院から15日間）

在宅復帰・病床機能連携率等にかかる転院・転棟の流れ

○　急性期一般入院料１や地域包括ケア病棟入院料等の施設基準において、在宅復帰や病床機能連携が適切に進むよう、在宅等に退院した患者の割合を設定している。
○　平成30年度診療報酬改定では、連携等をさらに推進する観点から、一部の計算式の見直しや、施設基準の引き上げ等を行った。

（太い矢印は在宅復帰率の算出にあたって計算式に含まれる退院・転院）



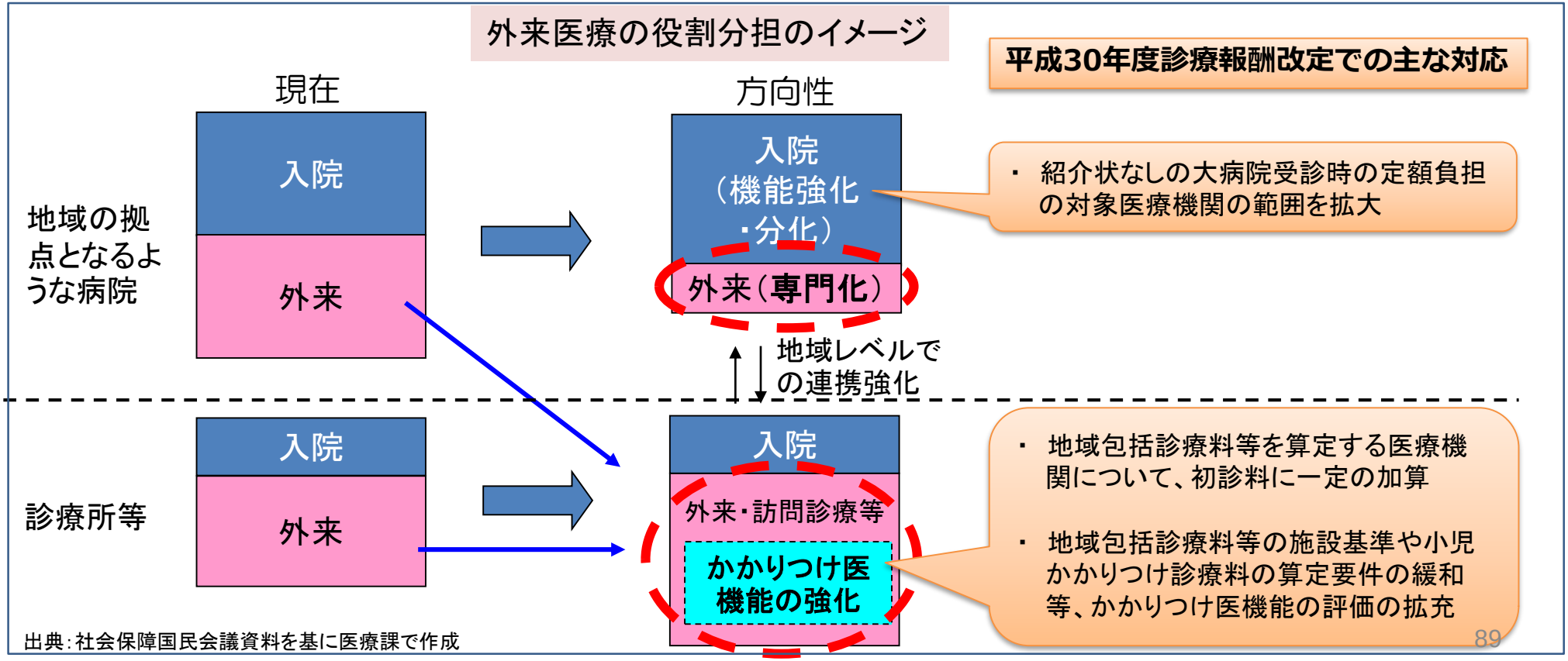
※介護サービスを提供している有床診療所に限る

外来医療の今後の方向性（イメージ）

社会保障制度改革国民会議報告書（H25年8月6日）抜粋

○　新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
○　フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
○　大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
○　医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



平成30年度診療報酬改定での主な対応

- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象医療機関の範囲を拡大

- 地域包括診療料等を算定する医療機関について、初診料に一定の加算
- 地域包括診療料等の施設基準や小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和等、かかりつけ医機能の評価の拡充

出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

○　保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。（対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院）

○　平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。

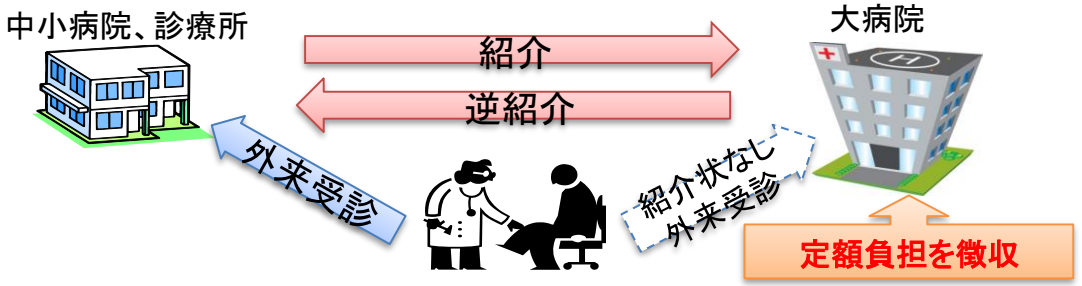
※　定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。

※　緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。

［緊急その他やむを得ない事情がある場合］
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

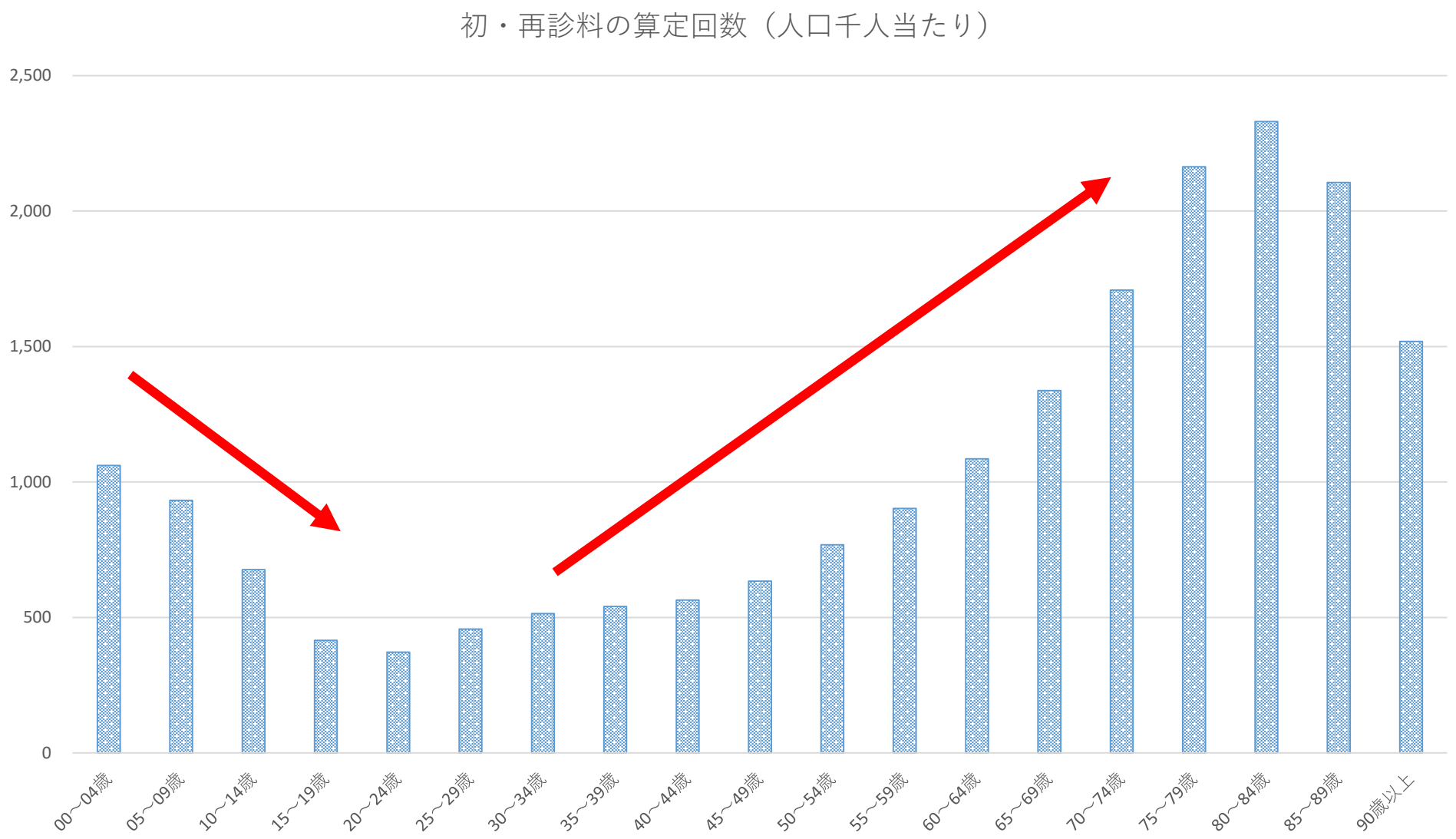
［その他、定額負担を求めなくて良い場合］
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者　　等

○　なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



外来機能：年齢別の算定回数

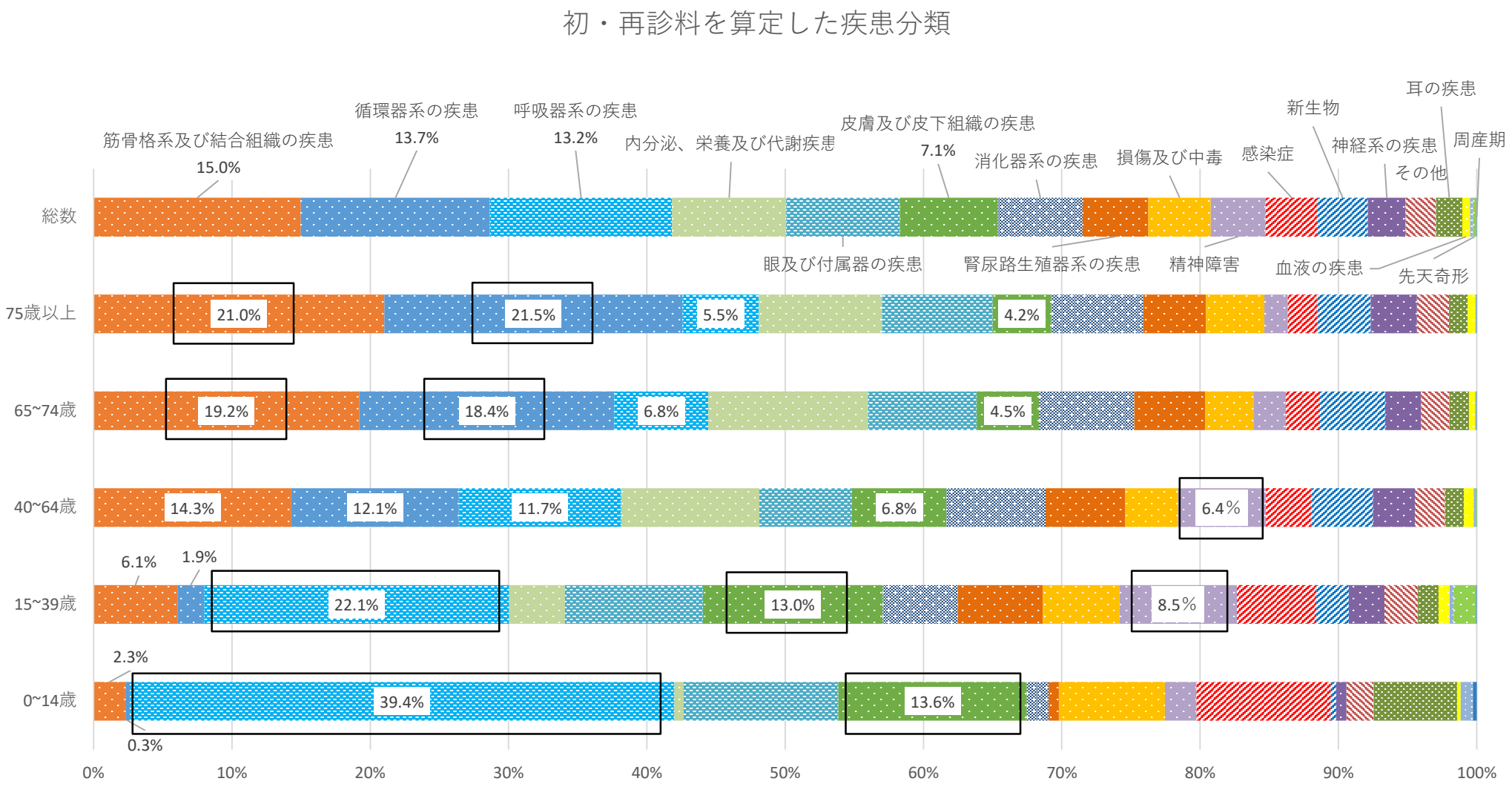
○ 乳幼児期から年齢が上がるにつれて受診回数は減少し、20～24歳で最小となる
○ その後、年齢が上がるにつれて受診回数が増加し、80～84歳に最大となる



出典：平成29年度社会医療診療行為別統計、国立社会保障・人口問題研究所　より医療課作成

外来機能：初・再診料の算定回数が多い疾患分類

○ 若年層では呼吸器や皮膚に係る疾患が多く、年齢を経ると筋骨格系や循環器に係る疾患が多くなる
○ 15～64歳では、他の年齢層に比べ、精神障害の割合が高い



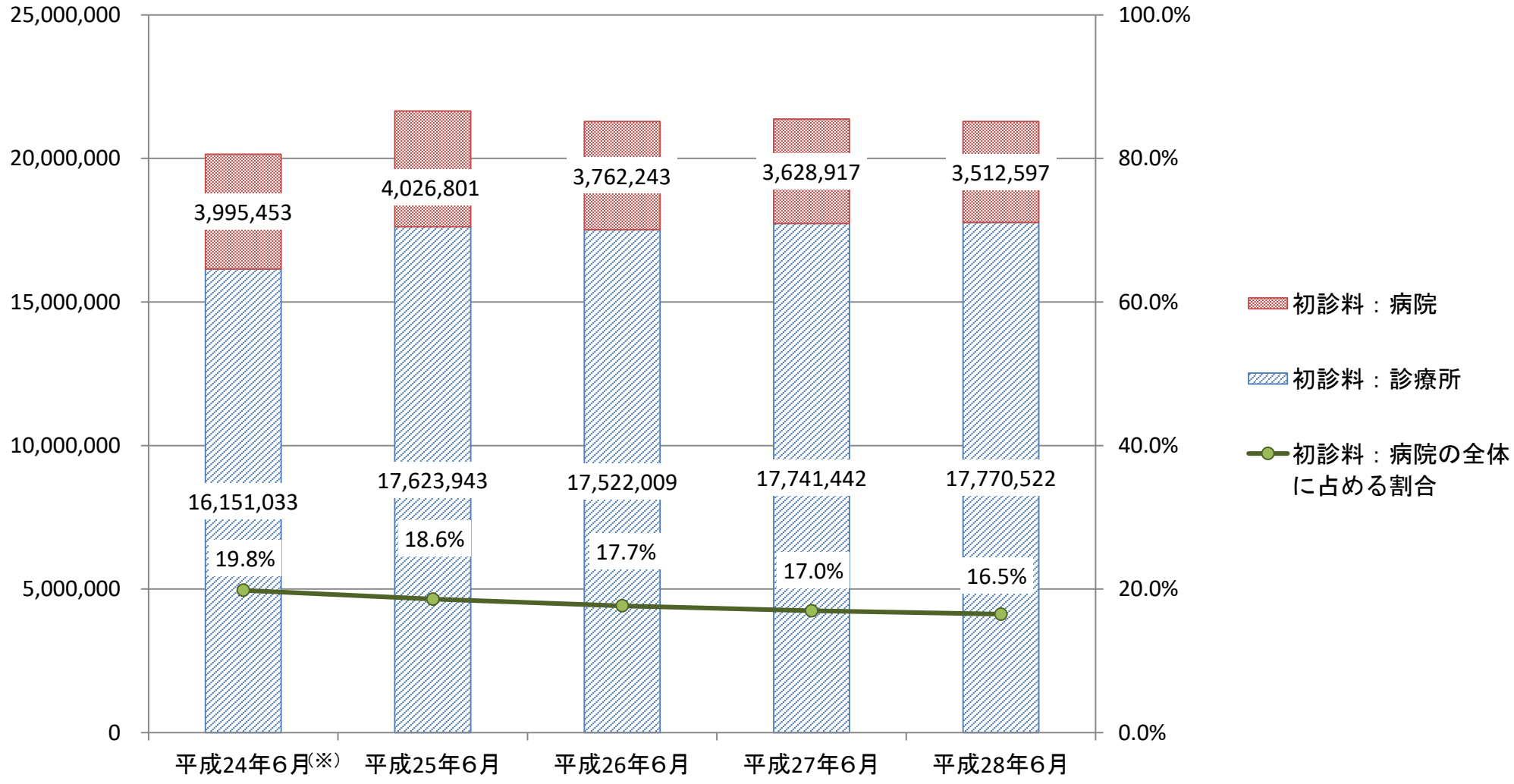
出典：平成29年度社会医療診療行為別統計

病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

○　初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

（単位：回）

中医協　総－1
30．1．10



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

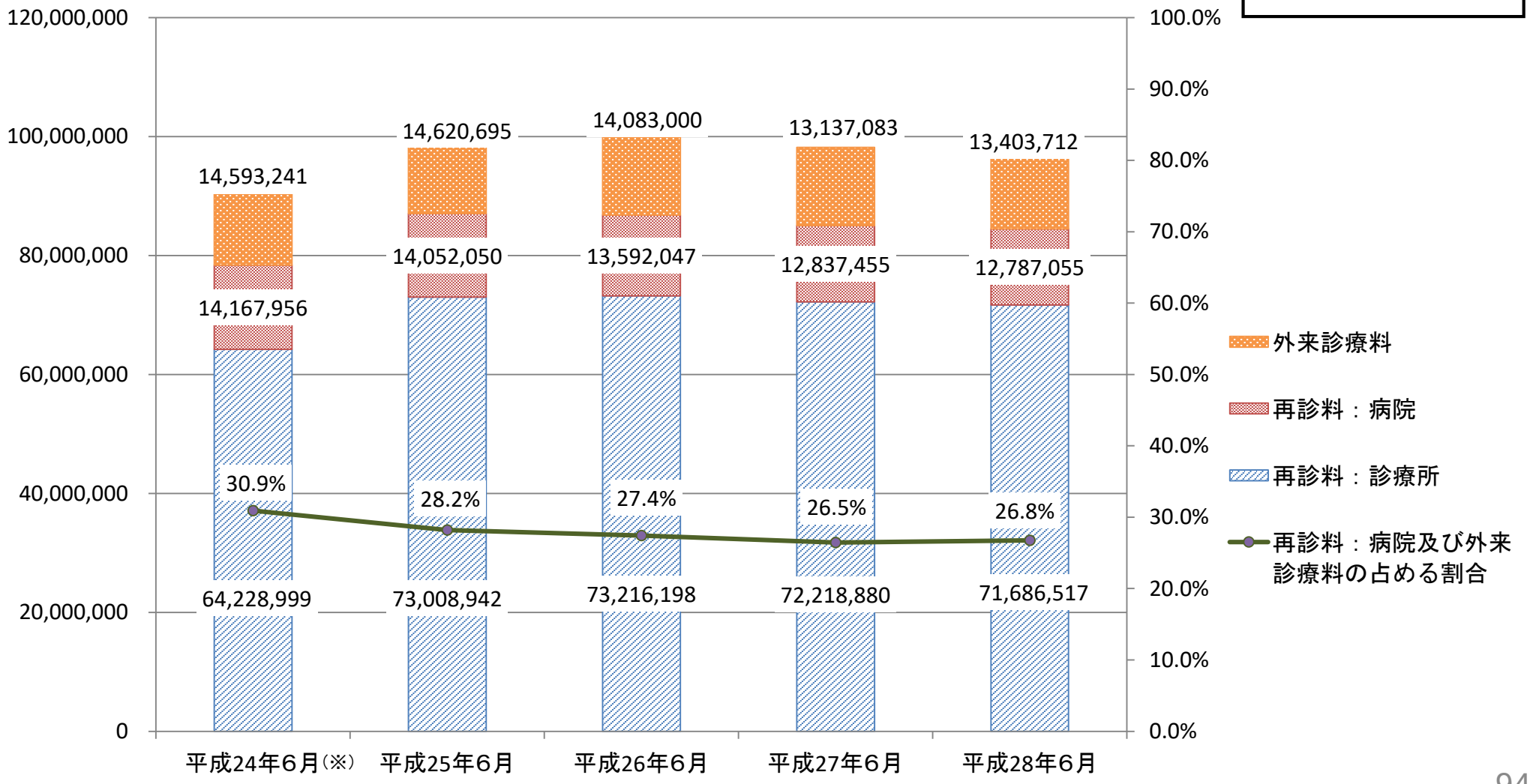
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

○　再診料・外来診療料の算定回数は、全体として減少傾向であり、病院の占める割合も減少傾向。

中医協　総－1
30.1.10

（単位：回）

＜病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移＞



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

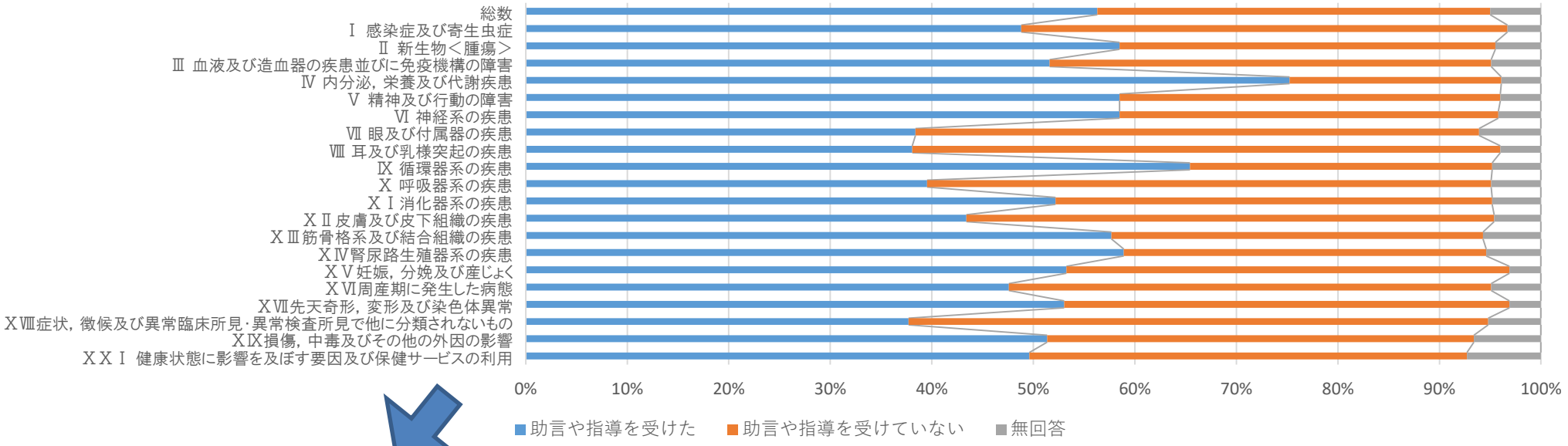
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

傷病分類別の生活習慣上の助言や指導の有無とその内容

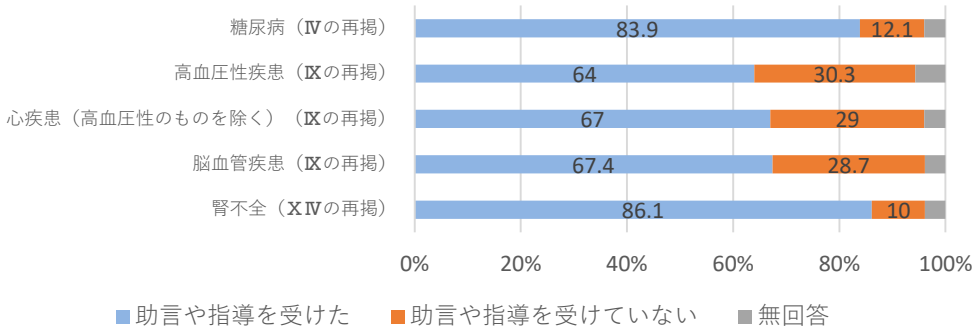
○ 医師・看護師・管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けた方は、全体の約5割、生活習慣病の方の約6～8割を占める。

○ 生活習慣病の方に対する助言や指導の内容は「栄養・食生活」「身体活動・運動」が多い。

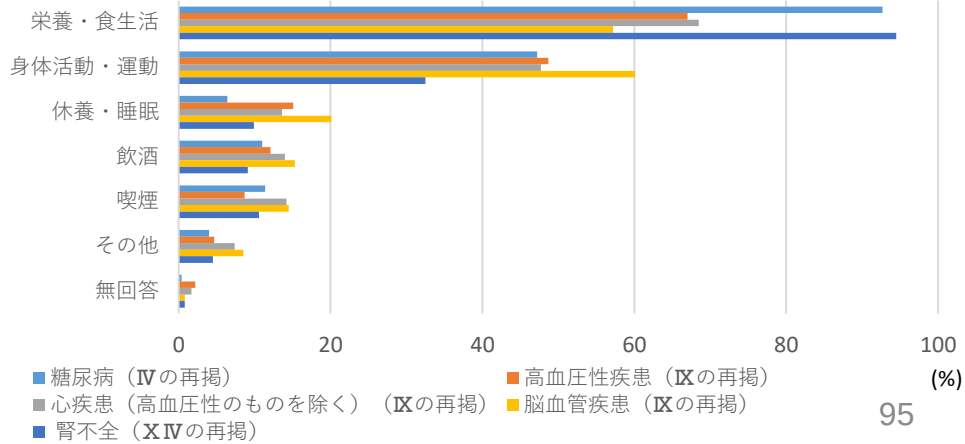
傷病分類別の医師・看護師・管理栄養士などからの生活習慣上の助言や指導の有無



主な生活習慣病（抜粋）



助言や指導の内容（複数回答）



出典：平成29年受療行動調査

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療**（裾野の拡大）**が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月１回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

○　あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書(注)を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定。

項目	点数	
○**在宅患者訪問薬剤管理指導料** ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	 ６５０点 ３２０点 ２９０点 （＋１００点） （＋１００点）	薬剤師１人週 ４０回まで 患者1人につき 月４回まで※

（注）　薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種（訪問看護ステーション）等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

➢　地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

（新）　機能強化型訪問看護管理療養費３　　8,400円（月の初日の訪問の場合）

［施設基準］

ア　常勤の看護職員が４人以上

イ　24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応

※　同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。

ウ　重症患者（難病等、精神疾患、医療機器の使用）の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

エ　地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績

オ　地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績

カ　地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施

キ　エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績

ク　同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上

福祉サービス事業との連携推進

➢　地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費１】

［施設基準］

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること。

改定後

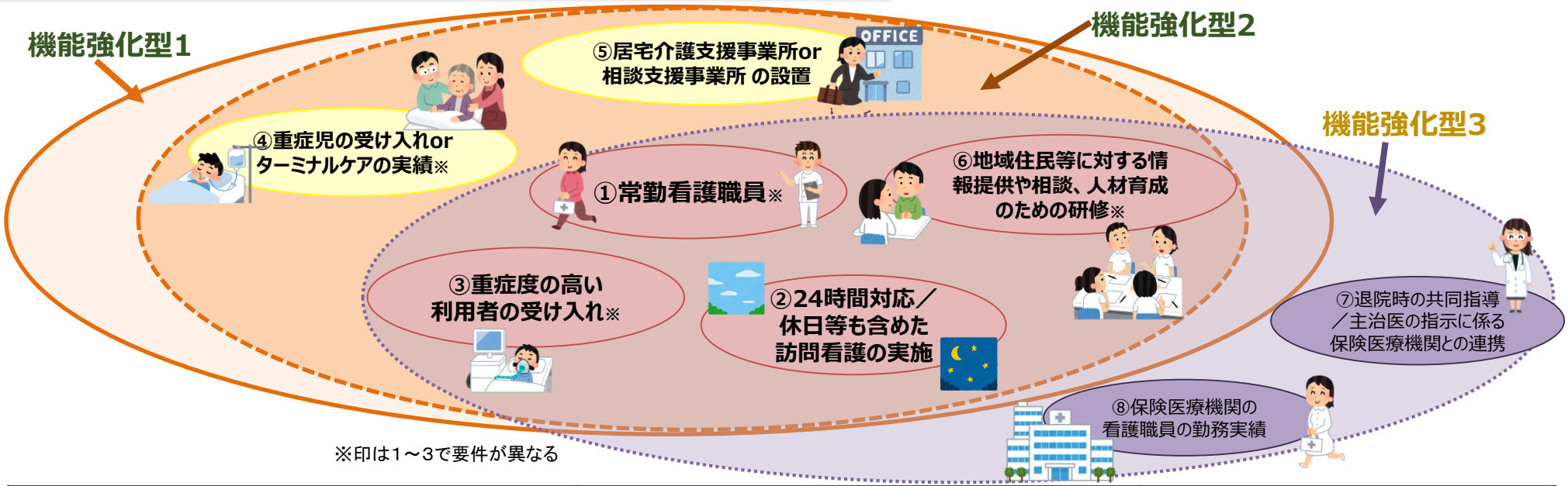
【機能強化型訪問看護管理療養費１】　※　機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

［施設基準］

- 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち１名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

質の高い訪問看護の確保⑥

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの評価



※印は1～3で要件が異なる

要件		機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
①	常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
②	24時間対応体制加算の届出を行っている／休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施			
③	重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上／月	別表第7に該当する利用者数 7人以上／月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上／月
④	ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績注)（いずれかを満たすこと） ①ターミナルケア件数　②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数　③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件／年　②15件／年、4人 ③6人	①15件年　②10件／年、3人 ③5人	
⑤	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置（計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成）			
⑥	情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施 （望ましい）		医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上／年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績
⑦				⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績　and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
⑧				医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績

注）ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供

○　平成30年度診療報酬改定において新設された訪問看護情報提供療養費3を算定した訪問看護ステーションは約1割であり、情報提供先のほとんどは医療機関である。

入院又は入所時の連携の強化

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4．質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

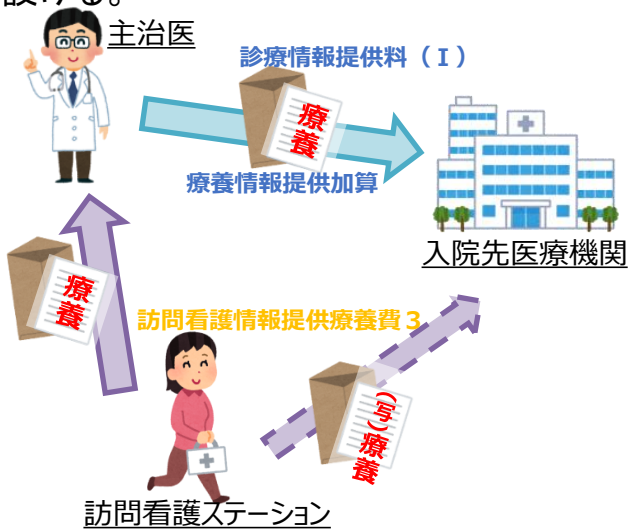
➢　主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

（新）　療養情報提供加算（診療情報提供料（Ⅰ））　50点

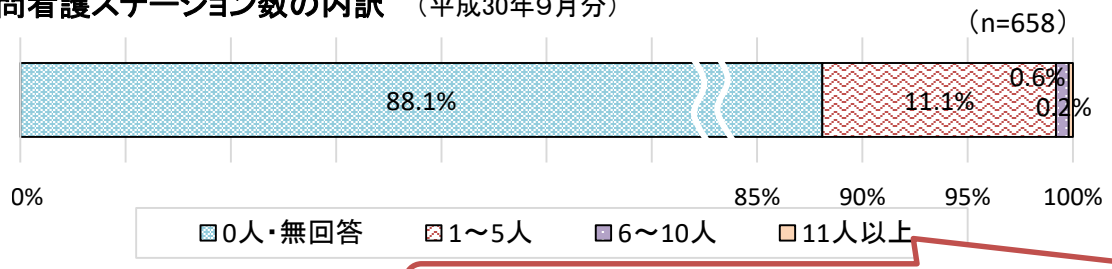
［算定要件］
保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

（新）　訪問看護情報提供療養費３　1,500円

［算定要件］
保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。
また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



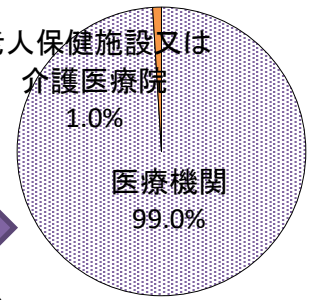
■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者数別の訪問看護ステーション数の内訳　（平成30年9月分）



＜算定した利用者がいた場合＞
平均人数：2.3人　中央値：1人（最小：1人、最大：26人）

■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者の入院・入所先の内訳

（入院・入所先について回答のあった計102人）



【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」（訪問看護調査票・事業所票）

医科・歯科間での診療情報の共有

○　平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価を新設した。

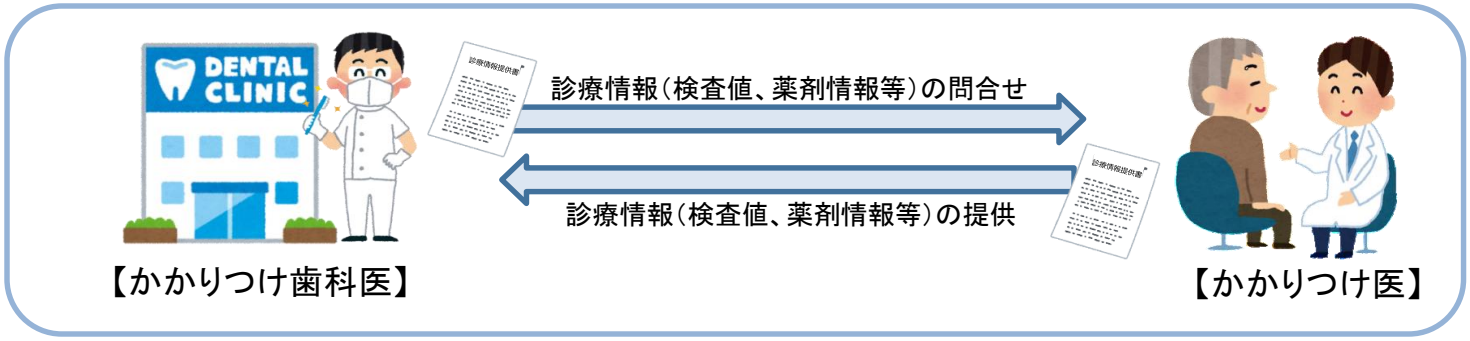
診療情報連携共有料　　120点　【医科点数表、歯科点数表】

医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で**診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価**するもの。

［対象患者］
慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者

［算定要件］【歯科点数表】

- 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の**診療情報の提供を文書により求めた場合**に算定
- 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて**問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保**していること。
- 保険医療機関ごとに患者１人につき、**診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定**する。
- 診療情報提供料（Ⅰ）により紹介した月から起算して３月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。



Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

①　中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ﾀｰﾐﾅﾙｹｱの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ﾀｰﾐﾅﾙ期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

②　医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③　医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④　ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。（一定の経過措置期間を設ける）
- 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤　認知症の人への対応の強化

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス（ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等）にも創設する。

⑥　地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

効率化・適正化を通じて、
制度の安定性・持続可能性を高める視点

後発医薬品の使用促進に関わる診療報酬上の対応

○　後発医薬品の使用促進のために、診療報酬上の様々な取組が実施されている。

			個々の処方・調剤に対する評価	施設体制に対する評価
医療機関	入院		薬剤の費用が包括されている入院料等については、間接的に後発医薬品を使用することのインセンティブとなる	後発医薬品使用体制加算（入院初日）注） • 加算１（85%以上使用）：45点 • 加算２（80%以上使用）：40点 • 加算３（70%以上使用）：35点 • 加算４（60%以上使用）：22点
	外来	病院		
		診療所		外来後発医薬品使用体制加算（１処方につき） • 加算１（85%以上使用）：5点 • 加算２（75%以上使用）：4点 • 加算３（70%以上使用）：2点
	処方		一般名処方加算※） • 加算１（全品目を一般名処方）：6点 • 加算２（１品目以上を一般名処方）：4点	
薬局			薬剤服用歴管理指導料 ○薬剤情報提供文書により、後発医薬品の有無や自局での備蓄状況を情報提供 ○一般名処方された医薬品について、後発品を調剤しない場合、明細書の摘要欄に理由を記載	後発医薬品調剤体制加算（処方箋の受付１回につき） • 加算１（75%以上）：18点 • 加算２（80%以上）：22点 • 加算３（85%以上）：26点

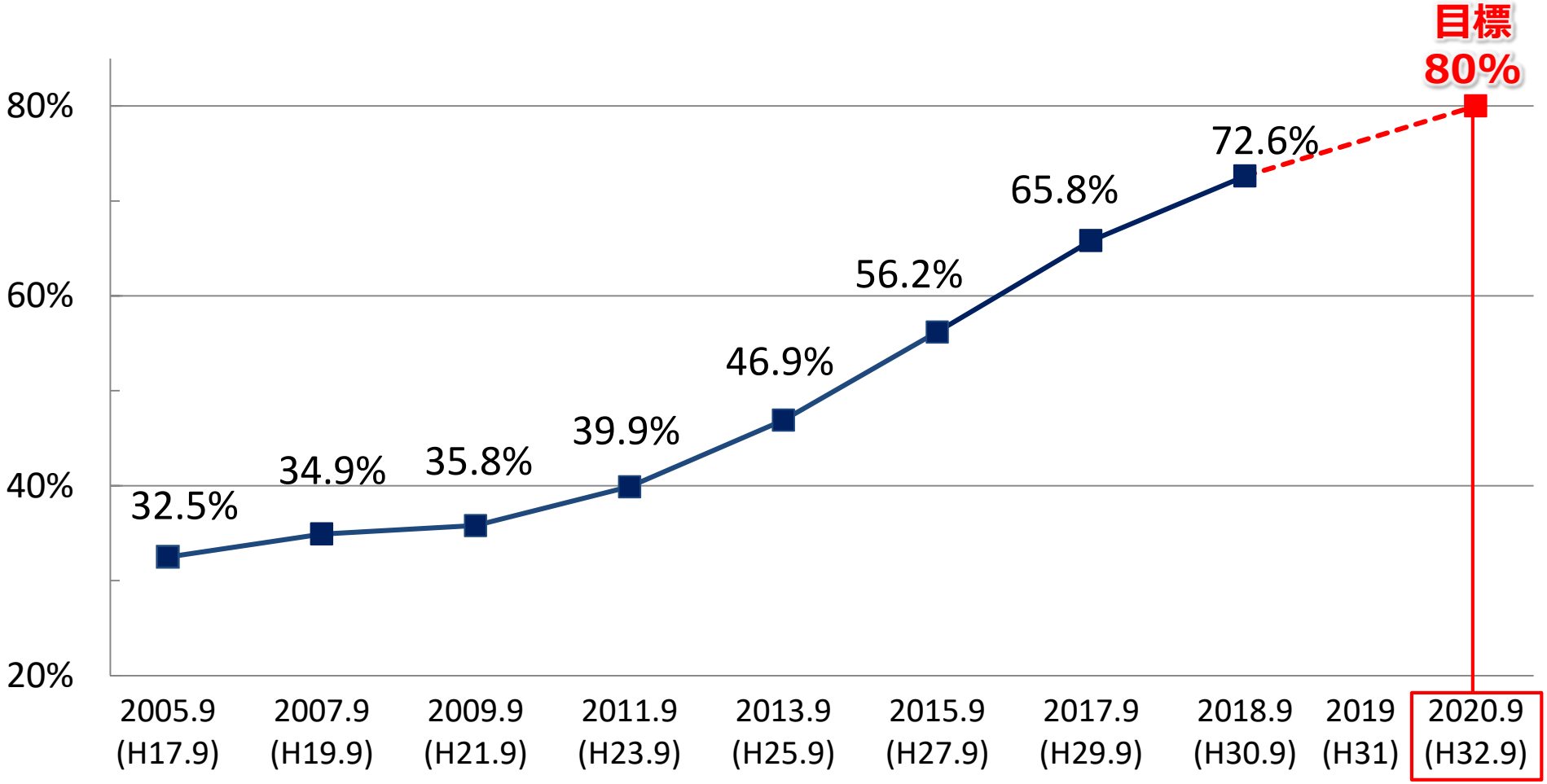
※）一般名処方加算の対象は厚生労働省が管理する一般名処方マスタに掲載されている医薬品であるが、注射薬は掲載されていない。このため、インスリン等の自己注射薬は一般名処方マスタには掲載されておらず、一般名処方加算の対象とはならない。

注）病院の外来患者への後発医薬品の使用に対する直接の評価はない。しかしながら、入院時の後発医薬品使用体制加算の算定の実績に、外来患者への後発医薬品の使用実績が含まれており、間接的に評価されていると言える。

後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年６月９日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32 年）９月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注）「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

医療機関における減薬に関する取組の評価

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

➢ 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

（新）　薬剤総合評価調整加算　250点（退院時に1回）

[算定要件]
保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。
① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

（新）　薬剤総合評価調整管理料　250点（月１回に限り）
連携管理加算　　50点

[算定要件]
① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

＜薬剤総合評価調整加算等の算定状況＞

	届出医療機関数	算定回数		
		H28	H29	H30
薬剤総合評価調整加算	（届出不要）	1,640	1,808	2,848
薬剤総合評価調整管理料		11,004	4,902	5,612
薬剤総合評価調整管理料　連携管理加算		956	516	593

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

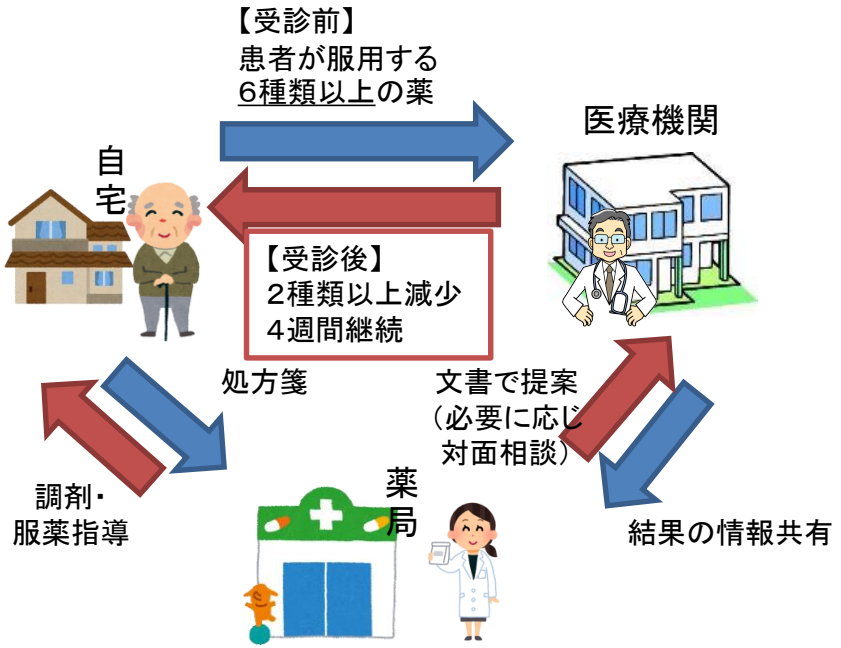
○　患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

（新）　服用薬剤調整支援料　　125点

［算定要件］

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

(1)　当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
(2)　服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
(3)　保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
(4)　当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



残薬解消に向けた薬局の取組の評価（外来服薬支援料）

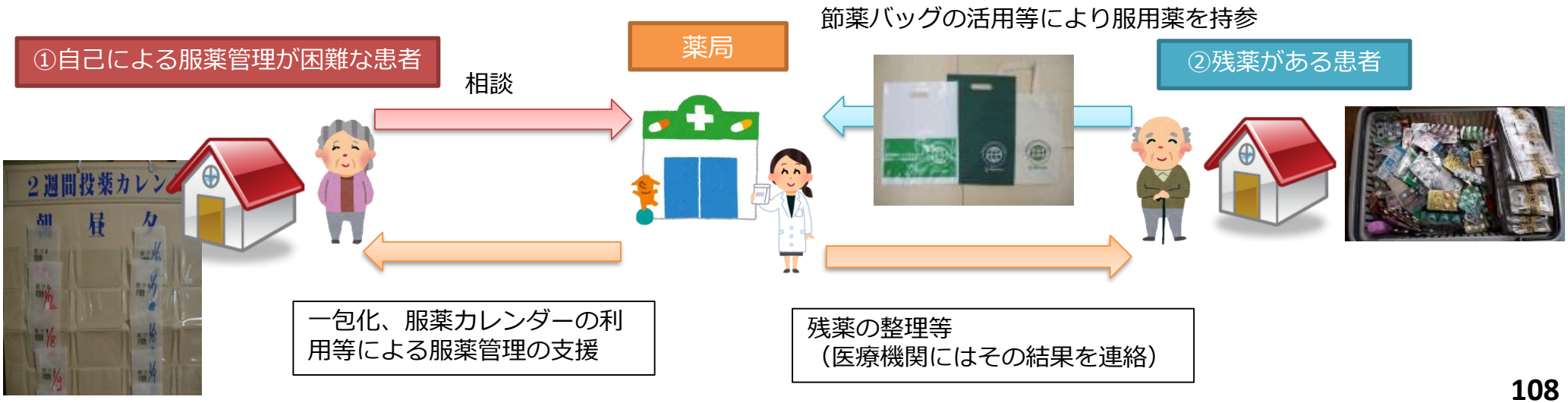
外来服薬支援料

○　残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価

（１）自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること
※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。

（２）いわゆるブラウンバック運動（患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組）を周知し、実際に患者等が持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

外来服薬支援料　　185点（月１回まで）



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

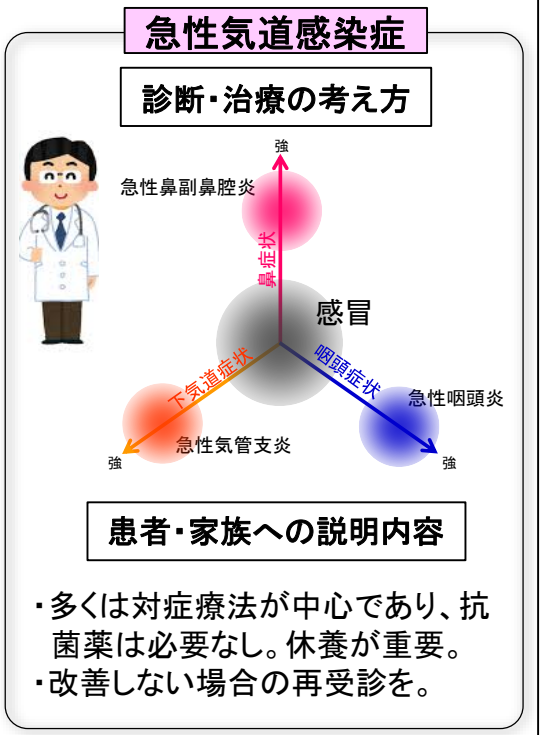
小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➢ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

（新）　小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点

［算定要件］
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

［施設基準］
（1） 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成 28 年４月５日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
（2） 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➢ 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

抗菌薬適正使用支援加算の新設

➢ 薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。

感染防止対策加算

（新）　抗菌薬適正使用支援加算　　100点（入院初日）

［算定要件］

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

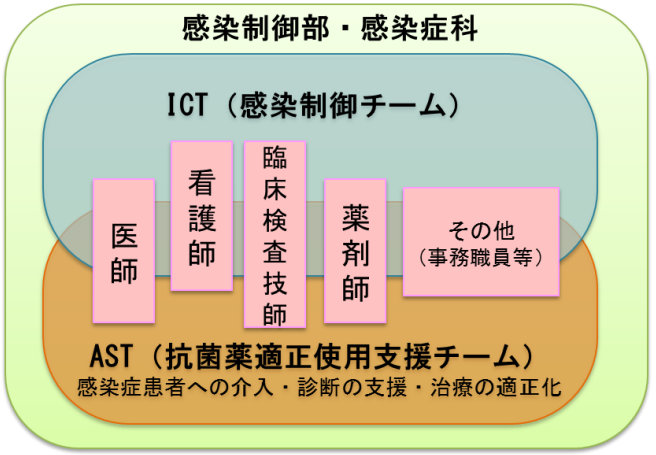
［抗菌薬適正使用支援チームの構成員］

ア　感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
イ　5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
ウ　3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
エ　3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

［抗菌薬適正使用支援チームの業務］

① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
③ 抗菌薬適正使用に係る評価
④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



フォーミュラリーについて

我が国でのフォーミュラリーの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

（米国病院薬剤師会におけるフォーミュラリーの定義等）

Continually updated list of medications and related information, representing the clinical judgment of physicians, pharmacists, and other experts in the diagnosis, prophylaxis, or treatment of disease and promotion of health.

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83

■ 院内フォーミュラリー及び地域フォーミュラリーについて

	院内フォーミュラリー	**地域フォーミュラリー**
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師(会)、薬剤師(会)、中核病院
ステークフォルダー（意思決定者）	少ない（理事長・オーナー、薬剤部長など）	多い（診療所、薬局、中核病院、地域保険者、自治体など）
管理運営	病院薬剤部	薬剤師会（医師会）
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

浜松医科大学医学部附属病院の提供資料を医療課において編集・一部改変

浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラリーについて①（検討体制等）

○　浜松医科大学医学部附属病院では経済性のみではなく、採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことなどにより、質と安全性の高い薬物治療を行うために院内フォーミュラリーを作成。
○　院内フォーミュラリーの作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っている。

■　新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

【使用指針の基準】（抜粋）

採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことで、簡便かつ効率的な治療が行うことができる。（中略）この「フォーミュラリー」の作成は経済性のみではなく、**質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施**する上で必要不可欠なものである。

■　院内フォーミュラリーの検討体制

薬剤管理委員会

【手順３：薬剤管理委員会での承認】
・院内フォーミュラリー案を**審議**、**承認**する

【手順４：院内フォーミュラリーの周知・活用】
・薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する
・必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定し、院内フォーミュラリーを周知する（薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に当該院内フォーミュラリーを活用）

薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

【手順１：院内フォーミュラリー作成対象領域の選定】
・複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、院内フォーミュラリー案の作成を検討する

【手順２：院内フォーミュラリー案の立案】
・薬剤部にて院内フォーミュラリー案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、薬剤部および関連する診療科等において協議し、院内フォーミュラリーの原案を作成する

費用対効果評価制度について（概要）

○　費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
○　市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
○　評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
○　今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】

①品目の選定
（市場規模の大きい医薬品等を選定）

②企業による分析（9ヶ月）
分析前協議（分析枠組み等の決定）、企業分析

③公的分析（検証・再分析）（3～6ヶ月）（※1）

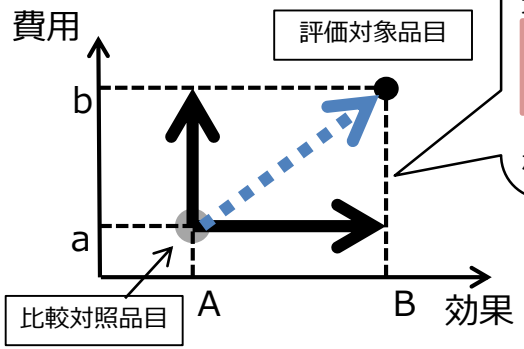
（※1）国立保健医療科学院が主体となり実施

④総合的評価

（3ヶ月）

⑤費用対効果の評価結果に
基づく価格調整を実施

（注）カッコ内の期間は、標準的な期間

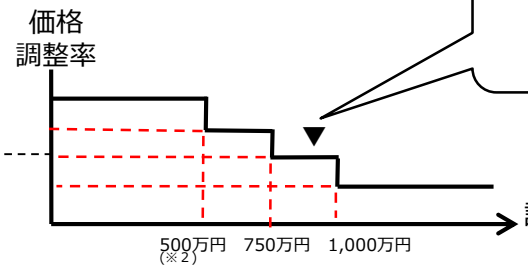


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

増分費用効果比（ICER） ＝ b-a（費用がどのくらい増加するか） / B-A（効果がどのくらい増加するか）

健康な状態での１年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮（※２）



評価結果に応じて対象品目の価格を調整（※３）
・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ

（※２）抗がん剤等については、通常よりも高い基準（750万円/QALY）を用いる。
（※３）価格調整範囲は有用性系加算等

次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方

1. 次期薬価制度改革に向けた主な課題

（１）平成30年度改定における附帯意見等

- 薬価制度抜本改革の骨子において検討することとされている事項
- 基礎的医薬品への対応の在り方
- 後発医薬品の薬価の在り方

（２）これまでに問題提起された事項等

- 2020年度改定における実勢価の反映
- 有効成分、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品の取扱い
- 高額な再生医療等製品の価格算定

（３）その他

- 薬価算定組織から提起された事項
- 関係業界から提起された事項のうち検討が必要と考えられるもの　など

令和2年度予算概算要求（保険局関係）参考資料

厚生労働省保険局

1．国民健康保険への財政支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2．被用者保険への財政支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3．医療分野におけるICTの利活用の促進等
① 医療保険分野における番号制度の利活用の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
② 医療情報化支援基金による支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
4．健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり
① 保険者のインセンティブ強化（国保・保険者努力支援制度）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
② データヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の効果的な実施の推進
ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
③ 先進事業等の好事例の横展開等
ア 高齢者の保健事業と介護予防・フレイル対策の一体的な実施の推進等・・・・・・・・・・・・ 14
イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
5．避難指示区域等での医療保険制度の特別措置（復興） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

国保改革による財政支援の拡充について

○　国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

＜2015年度（平成27年度）から実施＞（約1,700億円）

○ 低所得者対策の強化 （低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）	1,700億円

＜2018年度（平成30年度）から実施＞（約1,700億円）

○財政調整機能の強化 （精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）	800億円
○保険者努力支援制度 （医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）	８４０億円 （2019年度（令和元年度）は910億円）
○財政リスクの分散・軽減方策 （高額医療費への対応）	60億円

※　保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
※　2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】　（単位：億円）

	2015年度（平成27年度）	2016年度（平成28年度）	2017年度（平成29年度）	2018年度（平成30年度）	2019年度（令和元年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・保険者努力支援制度等	―	―	―	1,700	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	２００ ＜200＞	４００ ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	― ＜2,000＞

被用者保険の拠出金に対する支援

令和２年度概算要求額：８２０億円
（令和元年度予算額：８２０億円）

○被用者保険の負担が増加する中で、**拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施**する。

○具体的には、①平成29年度から**対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策において、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減**する（枠組みを法律に規定し、制度化を行う。）とともに、②平成27年度から段階的に拡充してきた**高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減**を図る。

（参考）平成27年度（予算額：308億円）
平成28年度（予算額：370億円）

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。

○ （平成27年度）既存分（199億円）※に拡充分109億円を加えた308億円規模の補助金により、被用者保険者の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の負担軽減を実施。

※ 総報酬に占める拠出金負担の重い被用者保険者等に対する負担軽減。

○ （平成28年度）既存分（160億円）に、拡充分の210億円を加えた370億円規模の補助金により、被用者保険者の負担軽減等を更に拡充。

（その他に適用拡大に伴う給付費増に対する財政支援を別途措置。）

・平成29年度（予算額：820億円）
・平成30年度（予算額：820億円）

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を**拡充し、前期高齢者納付金負担の負担増の緩和**のため、**被用者保険者等への負担軽減**を実施。（600億円）

※ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、納付金負担が増大することから、前期高齢者への移行前の平成23年度からの伸び等に着目して、負担軽減を行う。

○ 現在、保険者の支え合いで実施している拠出金（後期高齢者支援金、前期高齢者納付金）負担の特に重い保険者の負担軽減策の対象を**拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半**する。（100億円）

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

○ 上記に、既存分（約120億円）を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

（その他に適用拡大に伴う財政支援（平成28年度からの時限付き予算）を別途措置。）

・令和元年度（予算額　　：820億円）
・令和 2年度（概算要求額：820億円）

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を維持し、**前期高齢者納付金負担の負担増の緩和**のため、**被用者保険者等への負担軽減**を実施。（600億円）

※ 令和元年度からは、600億円の財源を活用して、前期高齢者納付金の単年度の急激な伸び等に着目した負担軽減を行っている。

○ 負担軽減策の対象となる※1拠出金負担の特に重い**保険者の負担軽減の費用を、引き続き、保険者の支え合い※2と国費で折半**する。（100億円）

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

○ 上記に、既存分（約120億円）を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

（その他に健保組合の保険者機能強化に係る支援(約18億円)を別途措置。）

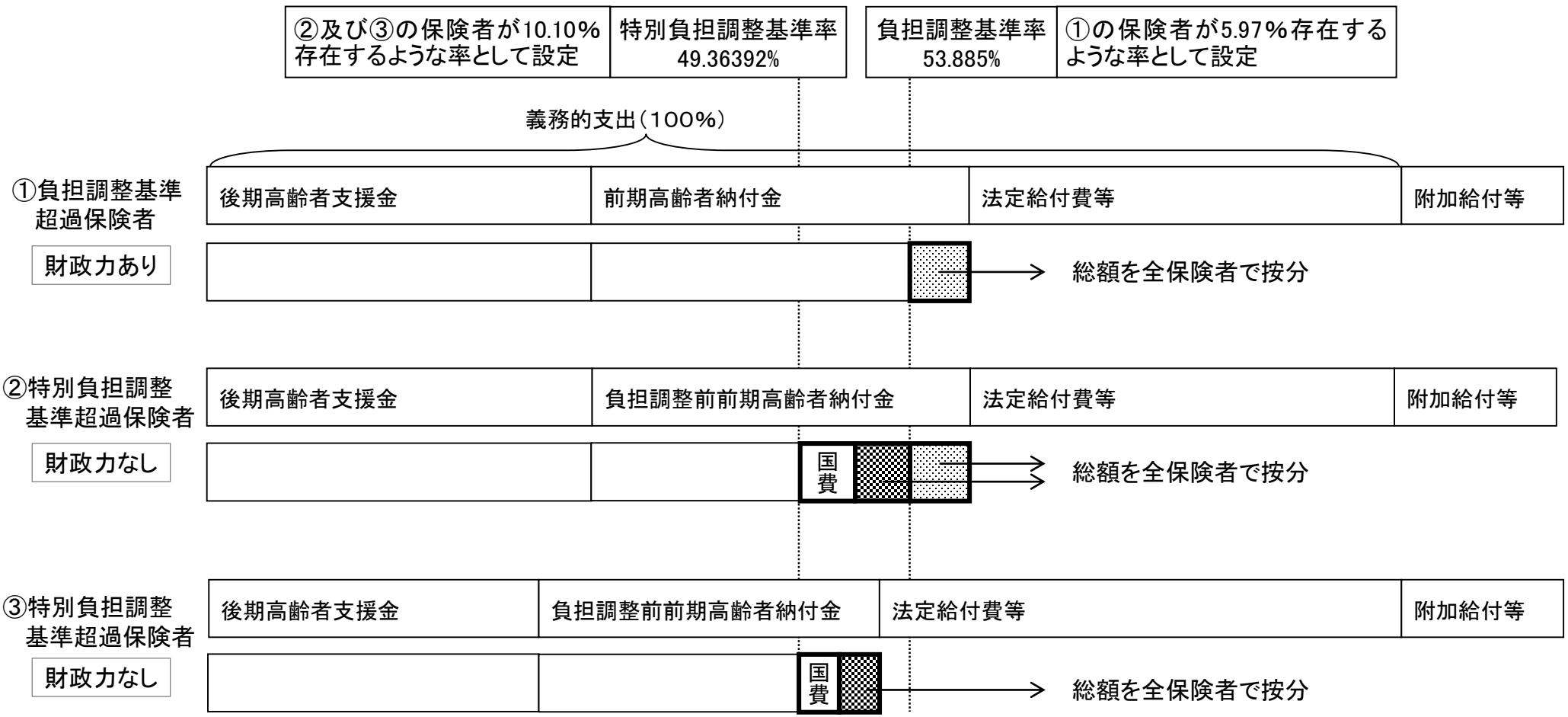
負担調整基準率・特別負担調整基準率について

○　拠出金負担（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金）が、義務的支出（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等）に比して過大となる保険者について、その過大部分（ ＋ ）を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整している。

負担調整基準率を超える部分

特別負担調整基準率を超える部分から （負担調整率を超える部分）を控除した部分×1/2　※1/2部分には国費を充当

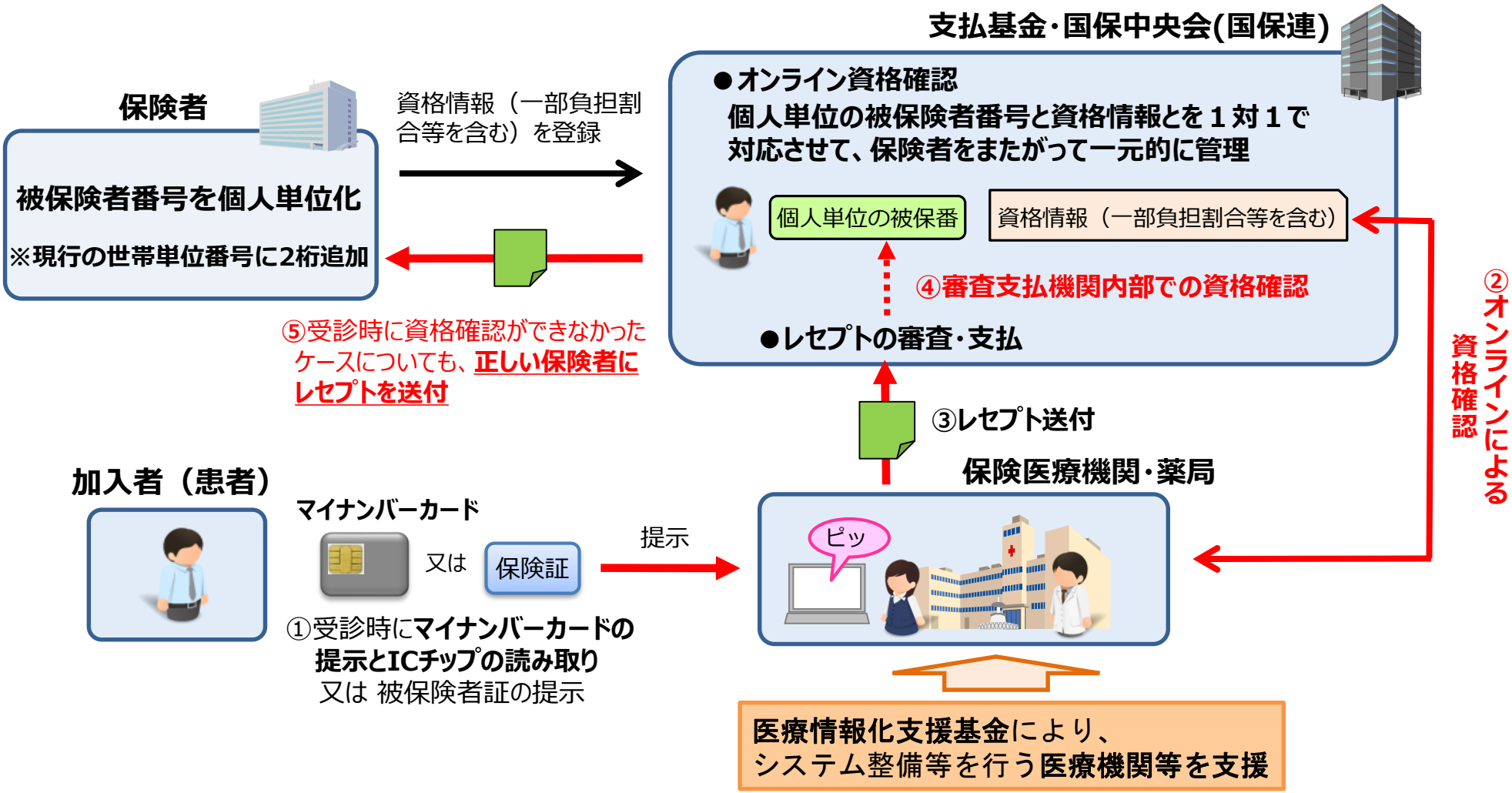
※　数字は令和2年度概算要求ベース



オンライン資格確認のイメージ

令和２年度概算要求額：145億円
（令和元年度予算額：318億円）

【導入のメリット】
○マイナンバーカードにより、医療機関・薬局で受診が可能になる。
　高額療養費の限度額適用認定証（※）の発行を求める必要がなくなる。　※窓口での負担の上限額が分かる証。保険者が発行。
○保険者においては、失効保険証の利用による過誤請求や未収金が大幅に減少する。



医療情報化支援基金

令和２年度概算要求額： 300億円
（令和元年度所要額（公費）：300億円）

○　技術革新が進む中で、医療分野においてもＩＣＴを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるＩＣＴ化を支援する。

医療情報化支援基金（令和元年度）の対象事業

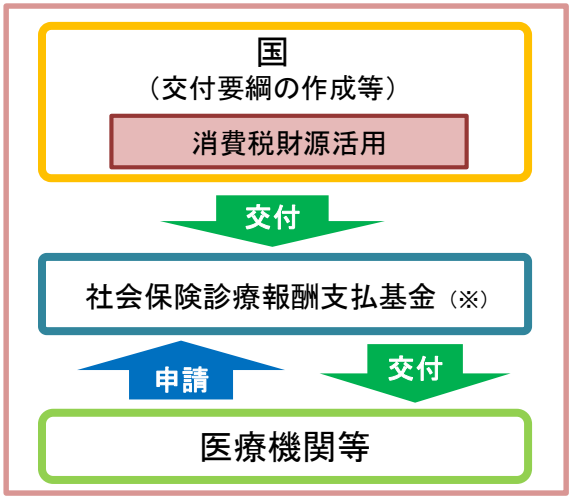
１　オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

オンライン資格確認を円滑に導入するため、保険医療機関・薬局での初期導入経費（システム整備・改修等）を補助

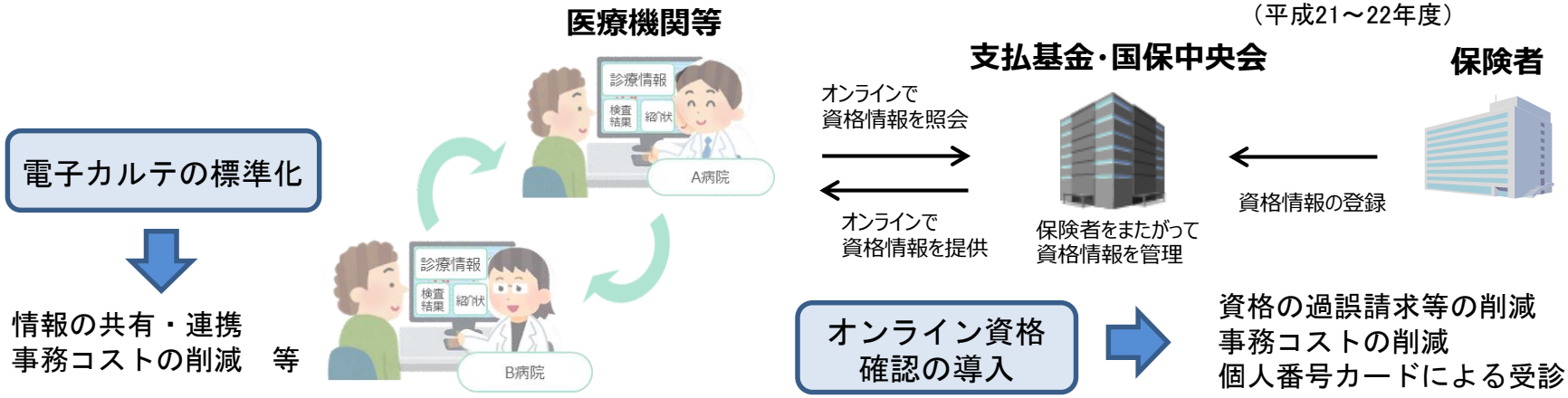
２　電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

国の指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステム等を導入する医療機関での初期導入経費を補助

〔支援スキーム〕



※レセプトオンライン化設備整備事業の実績有り
（平成21～22年度）

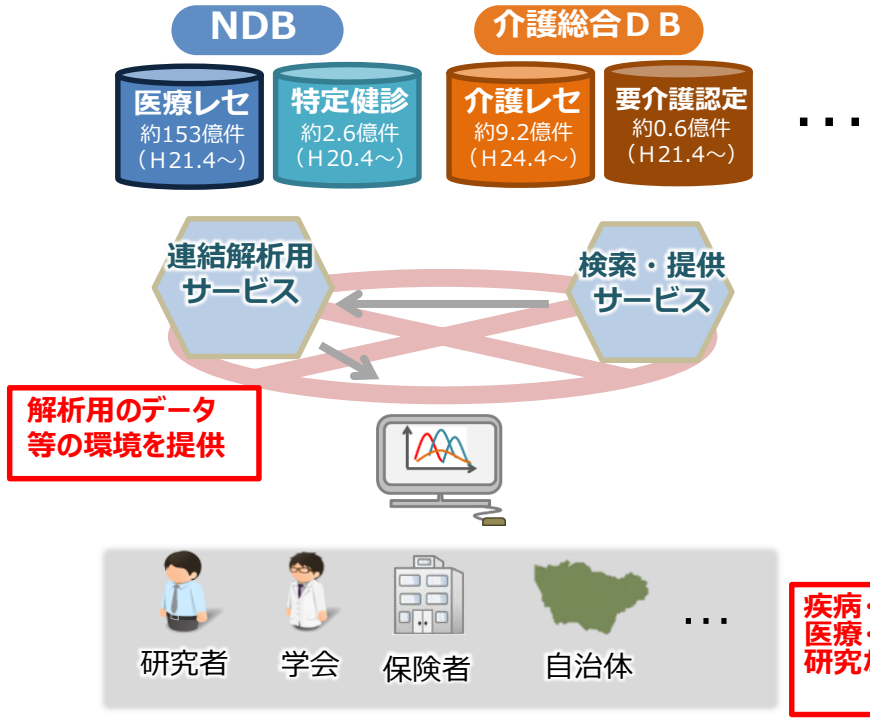


データヘルス分析サービス

令和２年度概算要求額：18億円
（令和元年度予算額：２億円）

成長戦略フォローアップ（令和元年6月21日閣議決定）

● レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護保険総合データベース（介護DB）の連結解析を2020年度から本格稼働し、行政・保険者・研究者・民間事業者など幅広い主体の利活用を可能とする。



<分析の例>
- 地域の医療・介護提供体制の客観的評価に関する分析
- 医療費・介護費の両面の評価に関する分析
- 医療・介護サービスの効果に関する分析

・地域包括ケアシステムの構築や効果的・効率的な医療介護提供体制の整備
・医療・介護サービスの質の向上

疾病・介護予防等の展開、医療・介護の提供体制の研究など、幅広に活用。

（事業内容）

NDBや介護DBなどの各種データベースで保有する健康・医療・介護情報を連結して分析可能な環境整備に向けての取組を行う。
①既存のデータベース（NDB）の性能向上
②ＮＤＢと介護ＤＢ間の連携・解析を行うシステムの設計等

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○　人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒　予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○　法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※　一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年６月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○　予防・健康インセンティブの強化

・　予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】

・　特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○　成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

・　アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・　重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

・　歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

・　健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(ⅲ)】

○　法定外繰入の解消等

・　都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(ⅳ)・県指標③】

・　赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・　マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

2020年度の保険者努力支援制度（全体像）

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

指標① 特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
〇特定健診受診率・特定保健指導受診率
〇メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診･特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
〇がん検診受診率
〇歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
〇重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況
〇個人へのインセンティブの提供の実施
〇個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
〇重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
〇後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
〇保険料（税）収納率
※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
〇データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
〇医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況
〇国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
〇第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
〇適切かつ健全な事業運営の実施状況
〇法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価
〇主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- 特定健診・特定保健指導の実施率
- 糖尿病等の重症化予防の取組状況
- 個人インセンティブの提供
- 後発医薬品の使用割合
- 保険料収納率

※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価
〇 年齢調整後一人当たり医療費
- その水準が低い場合
- 前年度(過去３年平均値)より一定程度改善した場合に評価

〇 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況
〇都道府県の取組状況
- 医療費適正化等の主体的な取組状況
  （保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組　等）
- 医療提供体制適正化の推進
- 法定外繰入の解消等

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

令和2年度概算要求額：3.1億
（令和元年度予算額　3.1億）

● 健康保険組合等の保険者において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施できるよう、特定保健指導等の中核的な保健事業について、評価指標の標準化ならびに保健事業のパターン化を推進するために実施する事業。

【評価指標の標準化・保健事業の類型化】

・2020年度の第２期データヘルス計画の見直しをデータヘルス・ポータルサイト上で行う際に、同サイトにおいて特定保健指導等に係る評価指標や、保健事業の実施方法（ストラクチャー・プロセス）を類型別（いずれも2019年度中に検討）に入力できるようにするため、同サイトの改修を行う。

【データヘルスに関する研修環境（保険者向け）の整備】

・データヘルス・ポータルサイトにおいてオンライン研修を実施できる環境等を整備する。

【保健事業を共同で実施するスキームの横展開】

・複数の保険者が保健事業を共同で実施するスキームを横展開する。

＊「新経済・財政再生計画改革工程表2018」において、効果的・効率的なデータヘルスの普及に向けて、「評価指標や保健事業の標準化」を検討することが示されている。

2019年度	2020年度	2021～2023年度	2024年度
第2期データヘルス計画期間			第3期～

評価指標や保健事業の標準化に向けた検討

- 健保組合のデータヘルス計画の保健事業の実績から得られるデータやヒアリング調査結果等を分析
- 保健事業の実施方法（ストラクチャー・プロセス）の類型化や、共通の評価指標について検討

中間見直し

評価指標の標準化・保健事業の類型化

- 第２期データヘルス計画の中間見直しの際に、標準化された評価指標や、保健事業の実施方法（ストラクチャー・プロセス）を類型別に入力できるようにするため、データヘルス・ポータルサイトの改修

データヘルスに関する研修環境（保険者向け）の整備

- データヘルス・ポータルサイトにおいてオンライン研修を実施できる環境等の整備

保健事業を共同で実施するスキームの横展開

- 複数の保険者が保健事業を共同で実施するスキームの横展開

保健事業のパターン化に向けたデータの蓄積

パターン化された保健事業の本格稼働

※データヘルス・ポータルサイト
データヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に開設。健保組合は、ポータルサイトを活用して、計画策定および評価・見直しを実施。

○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

令和２年度概算要求額：7.2億円（国保：7.1億円、後期：0.1億円）
令和元年度予算額：4.3億円（国保：4.2億円、後期：0.1億円）

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。

保険者　・市町村国保等
　　・広域連合

データ分析に基づく保健事業の
計画・実施・評価（**PDCAサイクル**）の取組

Plan（計画）
・健康課題の分析
・保健事業の企画

Do（実施）
・保健事業の実施

・健康づくり、疾病予防、重症化予防　等

Act（改善）
・保健事業の修正

Check（評価）
・保健事業の検証

《国保・後期》 報告

支援 《国保・後期》

各場面で必要なデータを取得

《国保・後期》活用

国保連合会

○保健事業支援・評価委員会
・データヘルス計画策定の助言
・保健事業の評価・分析
・市町村職員等への研修
　などを実施

※保健師等の配置
・KDBの具体的な活用方法の支援などを実施

活用

機器更改等を実施

○KDBシステム　等
・医療、健診、介護のデータを収集・突合分析し、統計データや個人の健康に関するデータを作成

支援

報告

国保中央会

○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会
・全国の事業の評価・分析結果の取りまとめ
・好事例の情報提供
・国保連合会職員等を対象にした研修
　などを実施

○特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

令和２年度概算要求額：０．６億円
（令和元年度予算額：０．６億円）

レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導（以下「特定健診等」という。）による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業

（１）医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

都道府県の医療費適正化計画のＰＤＣＡサイクルを支援するため、ＮＤＢに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行う。また、都道府県別データブックの作成や医療費適正化効果推計ツールを更新し各都道府県へ配布する。

〔主な分析内容〕

・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計　等

時期	2018.4～.12	2019.4	・・・	2023.4　2023.6　・・・　2024.3	2024.4～.12
都道府県の対応	第３期計画期間				第４期計画期間
	第2期計画 実績評価 公表・報告	毎年度、進捗状況の公表（PDCA管理の実施）		第4期計画の策定 暫定評価	第3期計画 実績評価 公表・報告

（２）レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援業務

特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、ＮＤＢに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者により構成されるワーキンググループ（WG）を設置・運営する。

〔調査・分析用資料の例〕

・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析（５年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年４月に公表。）
・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率　等
・分析結果は、厚生労働省のホームページで広く公開

＜特定健診の検査項目＞

・**質問票**（服薬歴、喫煙歴　等）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
→心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査（2018年度～）

○高齢者の保健事業のあり方検討事業

令和2年度予算概算要求額：０．２億円
（令和元年度予算額：　０．２億円）

＜経緯・目的＞

加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者への保健事業の実施に係る指針として取りまとめた「高齢者の保健事業ガイドライン」（平成30年４月）について、令和２年４月から施行される高齢者保健事業と介護予防の一体的実施が市町村において円滑に行えるよう、本ガイドラインの改定に向けた検討を行っているところ。

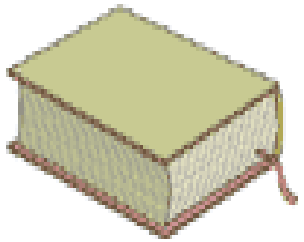
令和２年度においては、本ガイドラインに基づき実施した保健事業の継続的な事業検証等を行う。

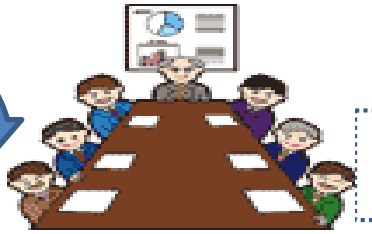
＜平成３０年度＞
ガイドライン策定

＜令和元年度＞
ガイドライン改定
（予定）

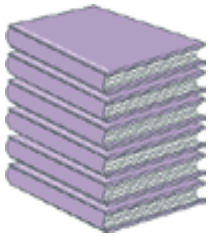
１．効果検証会議の実施

○高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組状況・現状分析
○実施自治体への指導助言
○収集したデータに基づく詳細な分析
○取組状況を類型化し、類型ごとの効果検証を実施
※年5回程度開催予定
※専門知識のある有識者が随時参加【構成員：15人、作業チームの人員：10人程度】
※外部（民間シンクタンク）への委託により運営





継続的な事業検証を実施



２．研修会・ヒアリング等の実施

（1）研修会（年１回開催予定）
広域連合・市区町村職員を対象に、事業の趣旨・目的・背景、事業の企画・運営、保健事業の実施に必要な技術的、専門的事項などについて理解を深めるための研修会を実施。
（2）ヒアリング（年2、3回開催予定）
広域連合・市区町村職員や有識者を招集し、取組状況や結果、専門的知見等の意見徴収を行うヒアリングを実施
（3）その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

※「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

○保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

令和２年度概算要求額：　０．９億円
（令和元年度予算額：０．９億円）

○　保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※１　都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※２　第３期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

【保険者協議会が行う事業（補助率）】

◇保険者協議会の開催等（１／２）
医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

◇データヘルスの推進等に係る事業（1／２）
保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

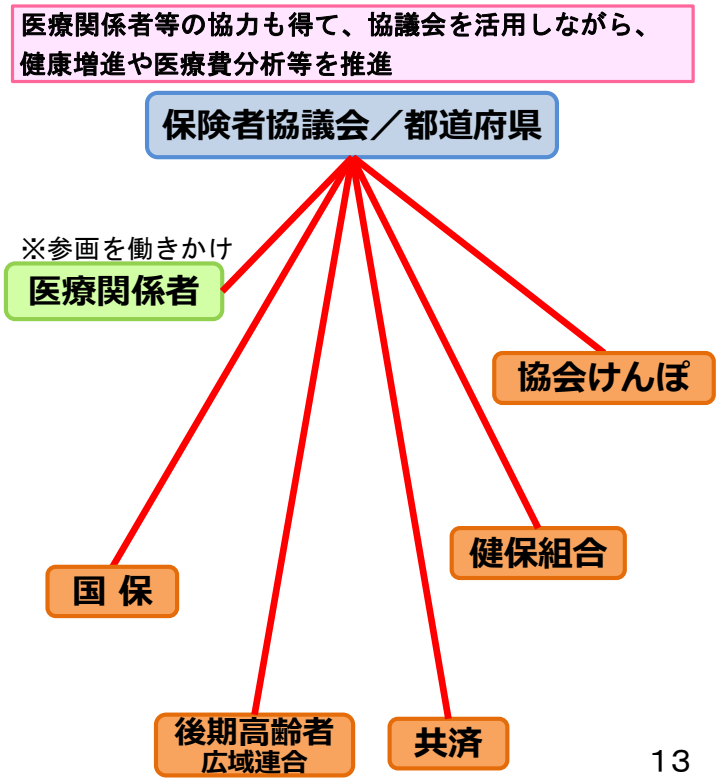
◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（１／２）
特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業（１／２）
保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（１／２）
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（１／２）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（１／２）
被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等



高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の推進

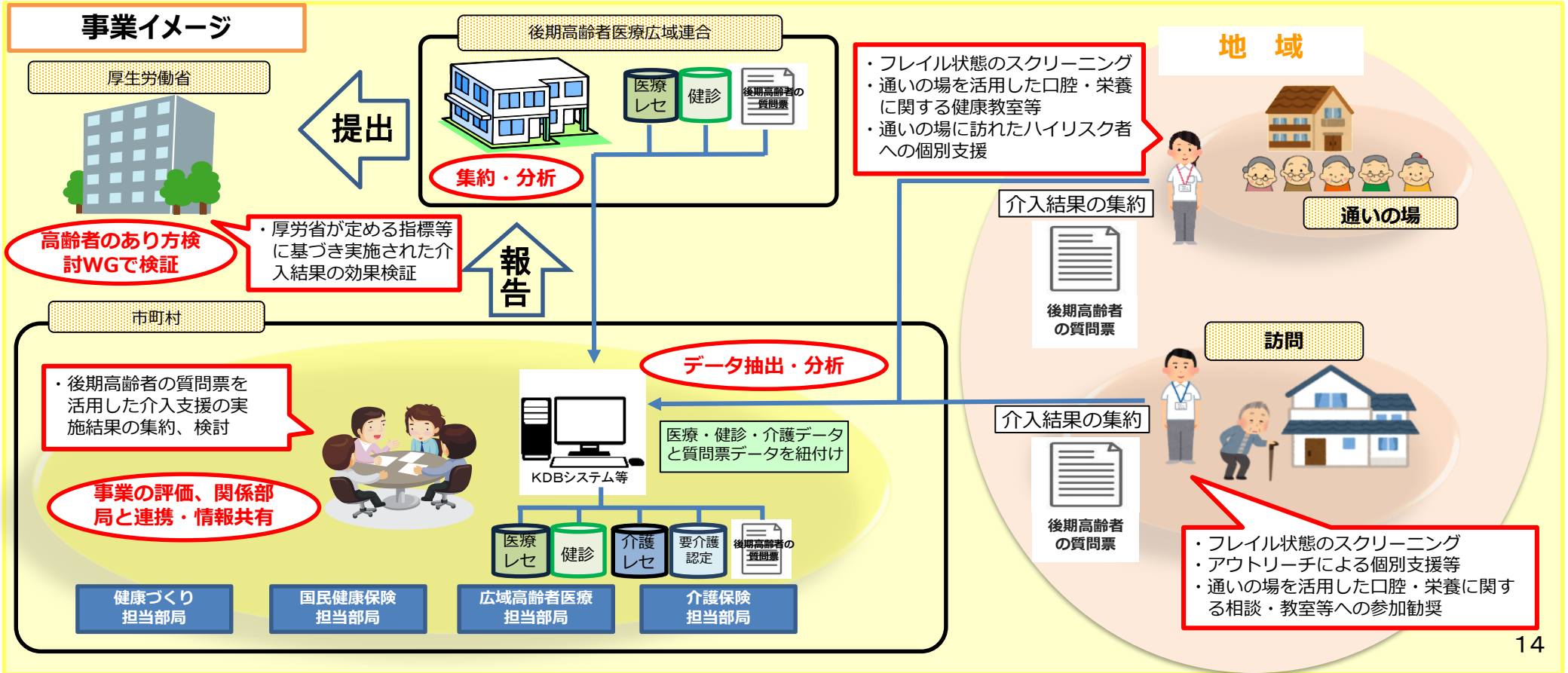
令和2年度予算概算要求額　3．6億円
（令和元年度予算額：6．1億円）

概　要

○　市町村において実施する高齢者保健事業と介護予防の一体的実施について、厚生労働省が定める介入支援のプログラム（抽出基準や後期高齢者の質問票でフレイル傾向が疑われる者に対する介入を実施する）を基にした事業の効果検証を実施する。

※　経済財政運営と改革の基本方針2019

高齢者一人一人に対し、フレイルなどの心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。



○糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援

令和２年度概算要求額：0.6億円
（令和元年度予算額：0.5億円）

（背景）

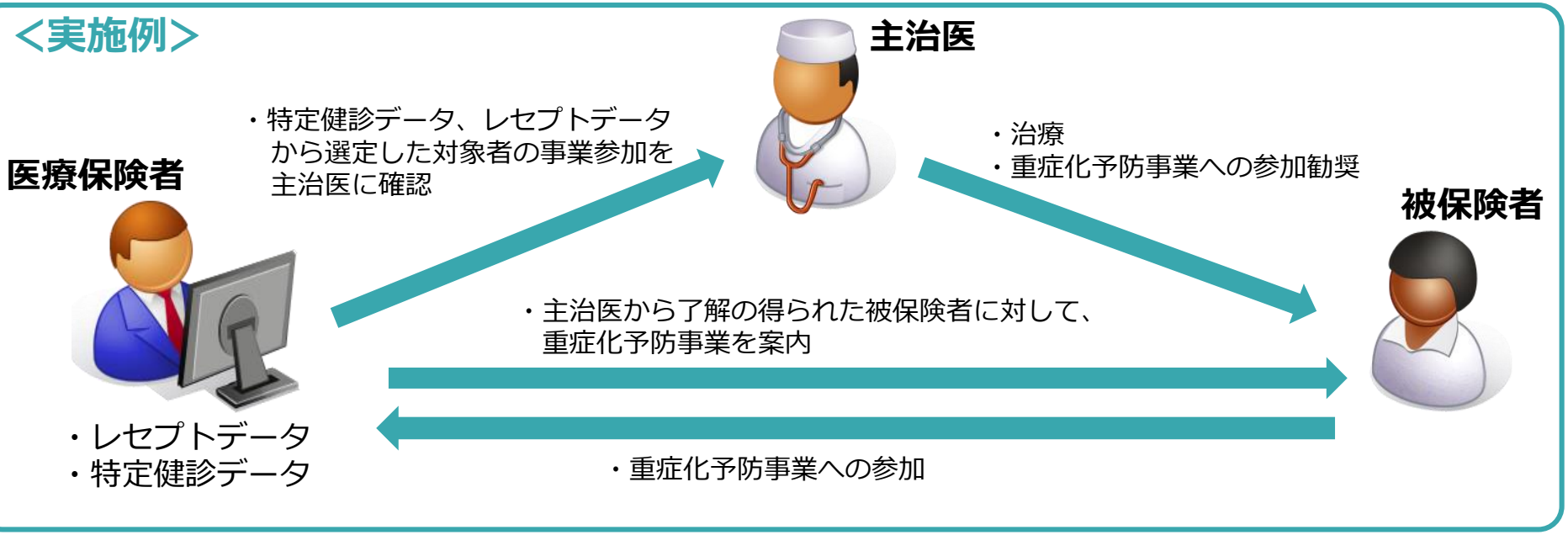
「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年６月21日閣議決定）及び成長戦略フォローアップ（令和元年６月21日閣議決定）において、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、先進・優良事例の横展開を推進することとされている。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

（事業内容）

○ 糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等を支援する。

＜実施例＞



○後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

令和２年度概算要求額　７．８億円
（令和元年度予算額　７．０億円）

概　要

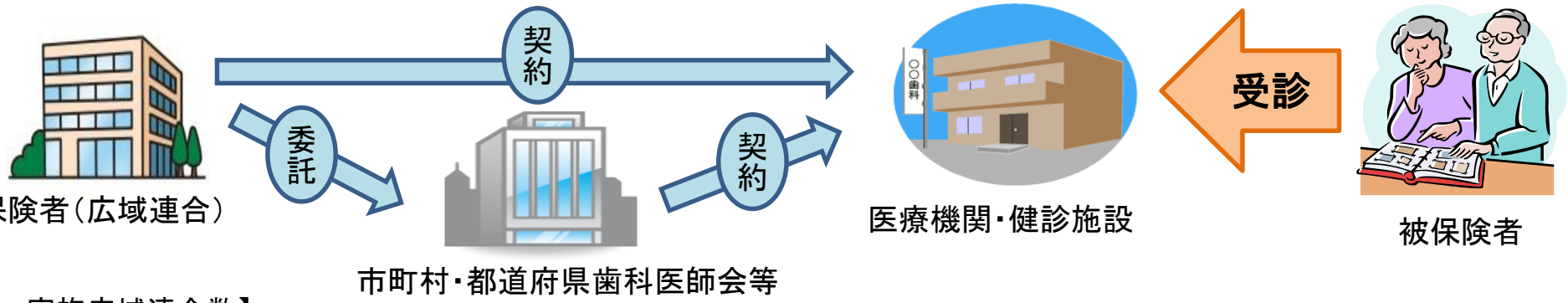
○　歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2019
口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。

○　健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉
咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

○　市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

○予防・健康インセンティブ推進事業に係る経費

令和２年度概算要求額：　１．３億円
（令和元年度予算額：１．３億円）

2020年に向けて、健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

（１）日本健康会議

- 経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導で「日本健康会議」を2015年７月に発足。
- 2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- この目標を着実に達成するため、
  ①厚労省と日本健康会議において、毎年、全保険者を対象として調査を実施し、その結果を公表。
  　※平成30年度調査の結果は、日本健康会議２０１８において、宣言の達成に向けた進捗状況として報告。
  ②「日本健康会議 データポータルサイト」を開設し、県別や業界別などの形で取組状況を「見える化」。
- さらに今後は、地域版の日本健康会議の開催も進めていく。

＜日本健康会議2018開催の状況＞

日時・会場：2018年８月27日（月）@イイノホール
１．主催者・来賓挨拶
　日本健康会議共同代表　日本商工会議所　会頭　三村　明夫
　厚生労働大臣　加藤　勝信
　経済産業大臣　世耕　弘成
２．保険者の取組状況の報告～３年目を迎えた「宣言」達成状況の概要～
　（１）「健康なまち・職場づくり宣言２０２０」達成状況の報告
　日本健康会議事務局長　渡辺　俊介
　（２）保険者の取組状況の報告　全国健康保険協会　理事長　安藤　伸樹
　健康保険組合連合会　副会長　佐野　雅宏
　全国後期高齢者医療広域連合協議会　会長　横尾　俊彦
３．地域での健康寿命延伸・健康づくりの推進先進県の取組み
　福井県知事　西川　一誠
　福岡県知事　小川　洋
４．日本健康会議　一成果と今後の取組みー
　日本健康会議共同代表　公益社団法人日本医師会　会長　横倉　義武

（ほか、関係者から各種取組等を報告）

※日本健康会議2019は、2019年８月23日（金）に開催

日本健康会議2018の様子

個人の健康づくりに対する意欲を喚起する取組を、医療保険者、企業、地方自治体等の関係者の中で広げていくため、先進事例の紹介や関係者間で問題意識の共有、医療保険者等と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチングの機会の提供等を行うためのデータヘルス・予防サービス見本市等を開催するための経費。

（２）データヘルス・予防サービス見本市

○　保険者が高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開を進めていくため、2017年度に引き続き、**健康・予防サービスを提供する事業者と医療保険者等とが出会い、協働・連携を推進**させる場として**「データヘルス・予防サービス見本市2018」**を開催。

○　**2018年度は、大阪（10月30日）、東京（11月20日）**で開催。

➢医療保険者、地元自治体の担当者等、**約2,400人が参加**

※2015年度に東京で初開催。2016年度は福岡・仙台・大阪。2017年度は名古屋・東京で開催。

データヘルス・予防サービス見本市２０１８

大阪会場

2018年10月30日（火）
場　所：　マイドームおおさか
来場者数：　900名

東京会場

2018年11月20日（火）
場　所：　プリズムホール
来場者数：　1,500名

■データヘルス・予防サービス見本市の様子

➢ 健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する商品・サービス等の展示やセミナーを開催（31ブース、４４社が出展）

◆出展事業者ブースは
４つの部門にゾーン分け

①データヘルス計画
②予防・健康づくりのインセンティブ
③生活習慣病の重症化予防・フレイル対策
④健康経営・職場環境の整備

予防・健康づくりに関する大規模実証事業（健康増進効果等に関する実証事業）

令和２年度概算要求額　１１億円（内保険局分3.5億円）（新規）

保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

● 厚生労働省で行う実証事業（予定）

- 特定健診・保健指導、がん検診等のアクセシビリティ向上策の実証事業
- AI・ICTを活用した予防・健康づくり、介護予防の効果実証事業
- 重症化予防プログラムの効果検証事業
- 個人インセンティブの効果検証事業
- 歯周病予防に関する実証事業
- 運動療法の効果実証事業
- 女性向け健診項目の有用性実証事業
- 食行動の変容に向けた尿検査及び環境整備に係る実証事業
- 健康寿命や行動変容の影響因子に関する研究事業

※このほか、経済産業省でも実証事業を実施

● スケジュール

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。

統計的な正確性を確保するため、実証事業の検討段階から、統計学等の有識者に参加を求め、分析の精度等を担保

【参考】経済財政運営と改革の基本方針（骨太）2019～抜粋～
③疾病・介護の予防（ⅲ）エビデンスに基づく政策の促進
　上記（ⅰ）や（ⅱ）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

東日本大震災の特別措置の延長
（医療保険者等への財政支援措置）

令和2年度概算要求額
37．9億円（56．7億円）
（ほか介護分：0．7億円（1．4億円））
（計：38．6億円（58．1億円））
（ ）の金額は平成31年度当初予算額

1．一部負担金の免除等による財政支援〈29．3億円（40．8億円）〉

①一部負担金の免除等による財政支援
（29．1億円（40．6億円））

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等での一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等
（0．2億円（0．2億円））

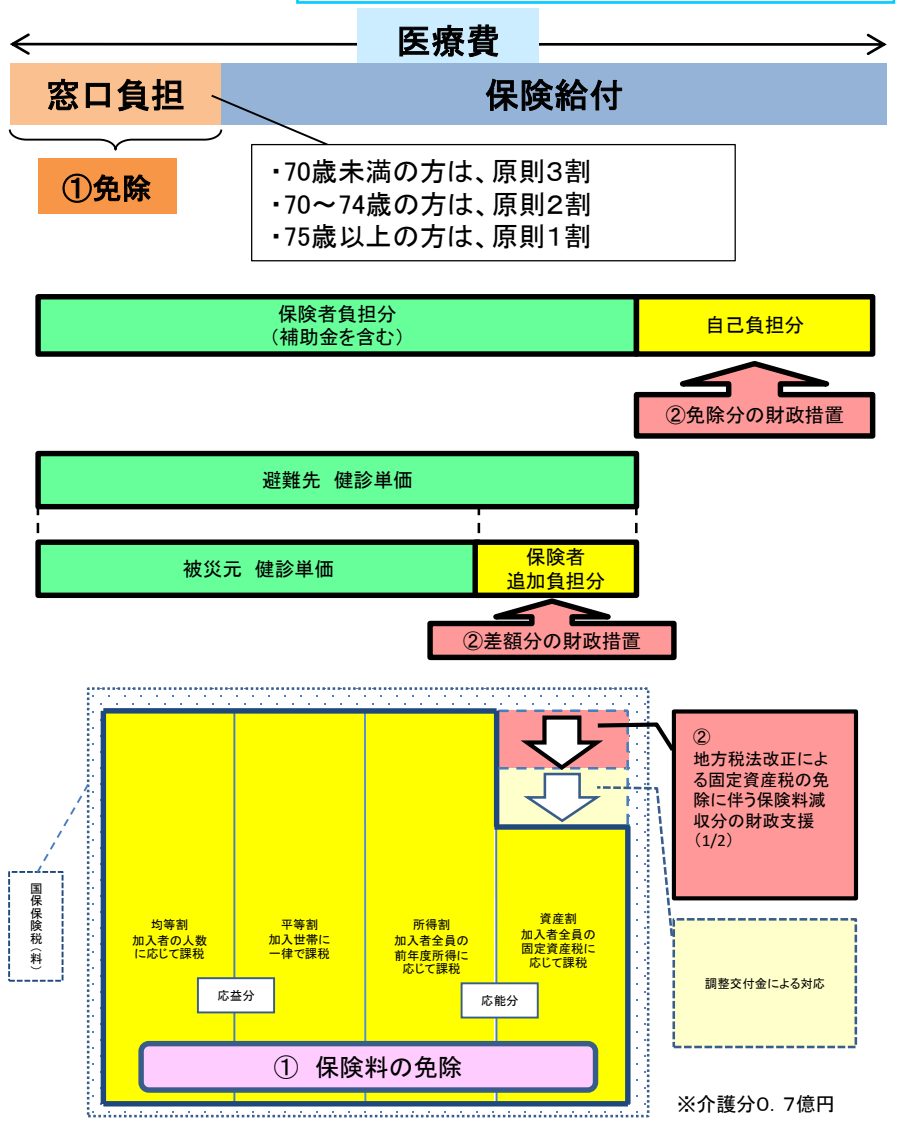
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助
- 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成
- 被災者に対する特別措置についての周知事業

2．保険料の免除による財政支援　〈8．6億円（15．9億円）〉

①保険料の免除による財政支援（7．3億円（14．6億円））※
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助
※このほか、介護分0．7億円（1．4億円）

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援
（1．3億円（1．3億円））

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援



社会保障審議会 医療保険部会
部会長　遠藤 久夫 殿

第 119 回社会保障審議会医療保険部会に対する意見

2019 年 9 月 27 日

一般社団法人 日本経済団体連合会
医療・介護改革部会長　藤原　弘之

第 119 回医療保険部会に欠席いたしますが、今回の議題に関連して、下記の通り、当会の意見を提出いたします。今後の審議に向けて、宜しくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

記

2022 年以降、団塊の世代の後期高齢者入りに伴い、医療給付費の増加が見込まれる。加えて、今後、生産年齢人口の減少が一層加速する中、制度の支え手やサービス提供の担い手も減少していく。

こうした制度を取り巻く環境が変化する中、次期診療報酬改定の基本方針の策定および、今後の医療保険制度の見直しに向けた議論においては、制度の持続性の確保を図る視点が最も重要である。こうした認識を踏まえ、関連する議題について、以下、考え方を示す。

１．診療報酬改定の基本方針について

⑴ 改定にあたっての基本認識

- 基本認識において、「制度の持続性」の視点とともに、その根幹となる経済成長との整合性や財政健全化など、「経済成長や財政健全化との調和」の視点を盛り込むべき。併せて、人口構成の変化を踏まえた「将来の医療需要の変化に見合った提供体制の確立」についても視点の一つとして盛り込むべきである。

⑵ 改定の基本的視点と具体的方向性

①効率化・適正化項目について

- 高齢化により医療需要が増す中で医療保険制度の持続可能性を確保するためには、効率化・適正化を進め、メリハリのある改定とすることが重要である。この観点から、「基本的視点と具体的方向性」の「効率化・適正化」の項目では、薬価に限らず様々な視点から検討を行うべきである。入院医療や外来医療、薬局など、現在、他の視点の「方向」で整理されている項目も含めて、「効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点」にも幅広く盛り込むべきである。

②オンライン診療の推進

- 今後の医療提供体制を考える上で、ICT 等新たな技術の活用は極めて有用である。具体的には、患者・国民にとって安心で質の高い医療を実現する観点からオンライン診療の推進等についても検討を進めるべきであり、その点も盛り込むべきである。

２．医療保険制度をめぐる状況

前述したとおり、高齢化の進展等に伴い医療給付費が増加する中、国民生活の基盤である社会保障制度の持続可能性を確保するため、給付と負担面を中心とした改革を早期に実現することが不可欠である。例えば、低所得者への配慮を前提に以下のような改革を実現していくべきである。

・世代間の公平性を確保し年齢ではなく能力に応じた負担とする観点から、後期高齢者の窓口負担の２割への引き上げ
・高額の薬剤の保険適用が増える中、市販類似薬の給付率を下げる等の薬剤の保険給付の在り方の見直し
・受診時の定額負担の導入　　など

こうした見直しは、団塊の世代が後期高齢者入りする 2022 年に間に合うよう、今後スピード感を持って本格的な検討を行うことが重要である。

なお、これまでのように、薬価制度の見直しへの過度な依存や、所得の高い現役世代や大企業の負担増につながる安易な財政調整などに頼ることは避けるべきである。

以　上