

第126回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年3月12日（木）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館

（ 議 題 ）

医療保険制度改革について

（ 配布資料 ）

- 資料1-1 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について
- 資料1-2 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大に関する基礎資料集
- 資 料 2 薬剤自己負担の引上げについて

第126回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年3月12日(木) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

秋山委員 ○
 横幕審議官 ○
 濱谷局長 ○
 遠藤部会長 ○
 菊部会長代理池 ○
 八神審議官 ○
 横尾委員 ○
 森委員 ○

| | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
| | | | | | | | | | |
| 安藤委員 ○ | | | | | | | | | ○松原委員 |
| 池端委員 ○ | | | | | | | | | ○前葉委員 |
| 石上委員 ○ | | | | | | | | | ○堀委員 |
| 兼子委員 ○ | | | | | | | | | ○藤原委員 (井上参考人) |
| 佐野委員 ○ | | | | | | | | | ○藤井委員 |
| 菅原委員 ○ | | | | | | | | | ○平井委員 (西尾参考人) |
| 林委員 ○ | | | | | | | | | ○樋口委員 (新井参考人) |
| | | | | | | | | | ○原委員 |

| | | | | | | | | | |
|--------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | | | |
| ○仲津留課長 | ○込山課長 | ○熊木課長 | ○姫野課長 | ○荻原推進官 | ○山下課長 | ○山田室長 | ○森光課長 | ○樋口室長 | ○田中室長 |

| | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|------|-------|-------|
| | | | | | | | | | |
| 総務課 | 木村企画官 | 深谷室長 | 保険課 | 総務課 | 医療課 | 新畑室長 | 岡田室長 | 小椋管理官 | 田宮管理官 |

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年3月12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 |
| いしがみ ちひろ 石上 千博 | 日本労働組合総連合会副事務局長 |
| いちのせ まさた 一瀬 政太 | 全国町村会理事／長崎県波佐見町長 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| ひらい しんじ 平井 伸治 | 全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事 |
| 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 |
| 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)

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大について

第1章 基本的考え方

(1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(4)今後の改革の視点

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保障医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

| | 取組事項 | 実施年度 | | | K P I | |
|-----------|--|--------|--------|--------|-------|------|
| | | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 第1階層 | 第2階層 |
| 給付と負担の見直し | 60 外来受診時等の定額負担の導入を検討 | | | | | |
| | <p>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。</p> <p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p> | | | | — | — |

大病院受診時定額負担に関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第123回医療保険部会(令和元年12月25日)

- 初診5000円、再診2500円以上という定額負担の仕組みはうまくいっていて、これを200床以上の一般病院に拡大するのは大変いいこと。ただ、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるというのは違和感がある。
- 初診時に5000円を払い、そのまま大病院に残ると結局勤務医の負担が増えたままなので、再診料のところを対応すべき。
- これは基本的に病院勤務医の負担軽減を第一に考え、次に機能分化を進めるという趣旨であり、適用範囲の拡大はそもそもの趣旨にかなっていない。一方、適用範囲がかなり病床数の少ない病院まで広がるので、救急外来が逆に増えてしまい、医師の負担が重くなる等の問題が考えられる。
- (患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める、とあるが)初診5000円、再診2500円以上という定額負担は、地域の実情に応じて医療機関に考えてもらう趣旨もあり、徴収で手間取る大変さもあるので、現場のインセンティブを考えていくことも重要。
- 200床以上の一般病院という言い方になっているが、一般病院イコール一般病床とすると、この中には障害者病棟や、地域包括ケアを担うような地域密着型の病床も含まれてしまい、特に地方においてはそういった機能を担った、そこしかないような中小病院があるので、そういうことも踏まえて議論が必要。
- 大病院の患者集中の問題は、啓発が必要。一般的に、つい大病院が安心だと思って行きがちだが、家庭医、かかりつけ医といった身近な信頼関係のある医療の大切さも政府で広報していただきたい。
- 病床規模だけで判断するのは疑問。何をもちて大病院、中小病院か。初診、再診それぞれで、病床規模毎にどの程度が紹介状なし患者なのか、総受診回数に対する割合はどの程度か、実態を把握できる詳細なデータを示した上で議論すべき。

大病院受診時定額負担に関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第124回医療保険部会(令和2年1月31日)

- この議論を行うに当たっては、外来機能の分化や、かかりつけ医機能の在り方などについて十分に議論され、整理されていることが大前提。
- かかりつけ医機能の強化を図るための大病院に関する負担の拡大は必要性を感じる。それでも中規模病院、大規模病院へ行きたい人は後を絶たないので、啓発が必要。
- かかるべき病院やクリニックの情報が少ないので、知っている中規模病院、大規模病院へ患者が行く傾向がある。社会としてトリアージ機能のようなものができるか。
- 異常がないことを確認するために大病院でMRI、CT、その他の検査を受け、本来他で使うべき医療費をそこで使っている。なるべく多くの病院でそういった不要な検査をなくす仕組み、医師が過剰に働かなくてすむ仕組みを考えるべき。
- 大病院は外来をやりたくない。開業医は外来で来れば診ると言っているが、なかなか進まない。やはり国民がステータスを求めて大病院に行きたいということなのか。ここを変えない限り、小手先でやっても難しい。
- 大病院ですら外来の収入がなくなったら成り立たない制度。大学病院クラスの大病院は専門の外来のみで、あとは入院で働き方改革もできるような収入体系にすれば、大学病院は外来を手放す。このあたりの議論が必要。

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について

社会保障審議会医療部会

- 医療提供体制について「医療のあるべき姿」を審議
- 上記の観点から、
 - ・ 病院・診療所を通じた外来機能の明確化、かかりつけ医機能の強化
 - ・ 医療提供体制における機能分化・連携等について検討

専門的かつ集中的に
検討することを決定

報告

医療計画の見直し等に関する検討会

社会保障審議会医療保険部会

- 医療保険制度の基本的な事項を審議
 - ・ 左記を踏まえ、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合の定額負担を求める制度の設計等について検討

連携

中央社会保険医療協議会

- 選定療養等に関する具体的な負担額や要件等について審議

※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

外来医療の機能分化・連携に関する当面の検討の進め方について (案)

- 社会保障審議会医療部会においては、外来医療の機能分化・連携に関し、特に次の3点についての意見が集中し、これらの観点を含めて、「医療計画の見直し等に関する検討会」で、専門的かつ集中的に検討を進めることとされた。
 - ① 外来機能の明確化について
 - ② かかりつけ医機能の強化について
 - ③ 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進について
- このため、本検討会における外来医療の機能分化・連携に関する検討については、本年夏に取りまとめが予定されている全世代型社会保障検討会議の最終報告に向けた検討スケジュールも踏まえつつ、まずは上述の①～③の論点について、次のとおり検討を進めることとするかどうか。
 - 2月 外来医療を取り巻く現状について
個別論点 (①～③) について
 - 3月 個別論点 (①～③) について集中的に検討し、一定の論点整理
 - 4月 中間取りまとめ
- その上で、その他の論点については、他の審議会・検討会等との所掌も踏まえつつ、議論の熟度が高まったものから順次、必要に応じて検討を行うこととしてはどうか。
- なお、社会保障審議会医療部会における整理を踏まえ、医療保険に関する事項については、社会保障審議会医療保険部会等において検討がなされることとなる。

社会保障審議会医療部会における外来医療に関する主なご意見について①

【① 外来機能の明確化について】

- 病院の機能分化・連携の在り方についての議論の場が必要ではないか。外来機能についても、そこで議論を行うべきではないか。
- 200床というのは中小病院であり、ケアミックスや回復期、地域のかかりつけ医のような機能を果たしているところも多い。大病院・中小病院などの定義が明確ではない中で「規模」の議論をするのではなく、「機能」の議論をするべきではないか。
- 病床数による単純な線引きではなく、地域の状況や患者の受療行動などを十分勘案して検討を進めるべきではないか。特に、地方では、医療資源が乏しく、様々な役割を果たしているところがあり、そうした実態も含めて議論すべきではないか。
- 病院の外来負担は医師の働き方改革と直結しており、その視点も含めて検討すべきではないか。
- 国民に対する医療機能の情報開示が必要ではないか。
- 外来機能の明確化については、エビデンスに基づく議論が必要ではないか。
- 外来医療の明確化については、医療技術の進歩を踏まえた検討が必要ではないか。
- 既に病院と診療所で役割分担を行っている産科の取組が参考になるのではないか。産科では、顔の見えるネットワークや診療情報の共有のほか、患者への説明・啓発を通じて、患者の理解を得た上でシステムを普及していくことが重要と捉えて取組を推進してきている。
- 医療機器の共同利用については、地域の事情を踏まえた丁寧な議論が必要ではないか。

社会保障審議会医療部会における外来医療に関する主なご意見について②

【② かかりつけ医機能の強化について】

- 今後、慢性疾患を抱える高齢者が増える中では、かかりつけ医や総合診療専門医などによる継続的・一元的・診療科横断的な受診が、効率的な医療資源の活用の観点のみならず、患者のメリットという観点からも望ましく、医療機能の分化・連携の一つの前提になっていくのではないかと。
- かかりつけ医の議論は、医師会と四病協で連携して進めており、丁寧な議論が必要ではないかと。また、かかりつけ医の機能の議論と診療報酬の評価の議論を結び付けすぎるとはいかかなものかと。
- 検討会では、かかりつけ医機能の強化の議論を行うことが重要ではないかと。
- かかりつけ医機能については、夜間・時間外の対応についても議論を行うべきではないかと。
- 総合診療医が不足している状況が一番の問題ではないかと。医学教育や医師の再教育を通じた取組も必要ではないかと。
- かかりつけ医機能を強化し、医療機関の役割分担を明確化するという方向性は賛成だが、手法によっては救急医療の需要が増える可能性があるなど、その副作用についても留意すべきではないかと。

社会保障審議会医療部会における外来医療に関する主なご意見について③

【③ 外来医療のかかり方に関する国民の理解の必要性について】

- 国民が、外来医療の受診行動をどのように変えていくべきかということを理解していくことが必要なのではないか。そのために、どのようなパターンがあるのかについて、国から情報提供していくことが必要なのではないか。
- 診療所に逆紹介をしても、選定療養費を払ってでも病院で受診したいという患者もいる。外来機能の明確化に当たっては、医療提供体制側の都合ではなく、患者の目線でメリットを明らかにしていくことが重要ではないか。
- 医療のかかり方について、より積極的で丁寧な説明を国民に行っていくことが必要ではないか。
- 全ての方にかかりつけ医機能を持ってもらうことが重要であるが、そのためには国民の理解が必要ではないか。フランスでは、医療の質が良くなるというメリットを強調して、かかりつけ医を推進してきた。
- 外来の負担の議論は重要であるが、受診抑制につながらないよう、医療機関のかかり方をかかりつけ医から教えてもらうようなことが重要ではないか。

社会保障審議会医療部会における外来医療に関する主なご意見について④

【④ その他】

- 今後、外来医療の需要は減り、在宅医療の需要が高まることを踏まえれば、その議論を行うことが不可欠ではないか。また、外来と在宅の調整の役割なども議論していく必要があるのではないか。
- 歯科医療について、医科歯科連携、介護連携、病診連携などについても議論を進めるべきではないか。
- 地域完結型医療を進めていくためには、薬局薬剤師についても、フリーアクセスに配慮しつつ、一元的薬学管理をし、他職種の方と連携して進めていくことが重要であり、国民・患者に理解される取組を進めていくことが必要ではないか。
- 薬剤師についても地域配置の状況を踏まえて、需給推計を行っていくので、そうした議論を踏まえた議論を行うべきではないか。
- 外来における看護の重要性についても検討すべきではないか。

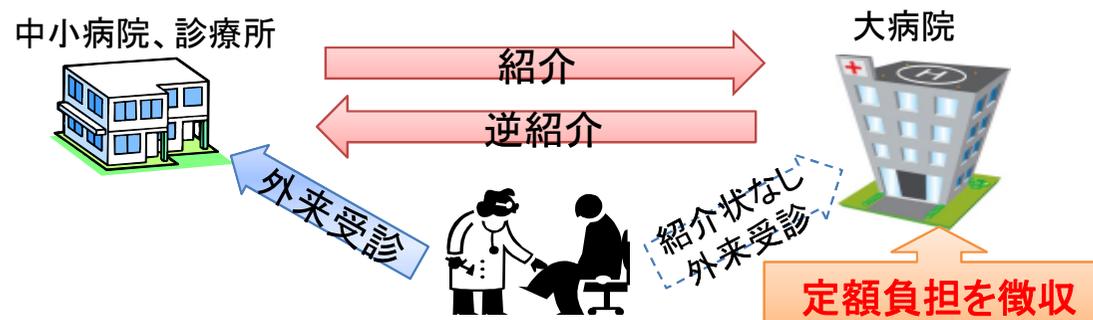
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大に関する基礎資料集

<目次>

- 制度の概要p 3
- 保険外併用療養費制度の概要・法律構成p 4 ~ 5
- 対象病院・病床p 6 ~ 7
- 定額負担の金額p 8 ~ 1 3
- 除外要件p 1 4 ~ 1 6
- 定額負担の徴収状況p 1 7 ~ 1 9
- 医療部会での検討内容p 2 0 ~ 2 2

紹介状なしで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保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- 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。
⇒ 本年4月から対象となる病院について、現行の「特定機能病院及び許可病床400床の地域医療支援病院」から「特定機能病院と一般病床を有する地域医療支援病院（一般病床が200床未満であるものを除く）」とすることとしている。
- 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
- 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。



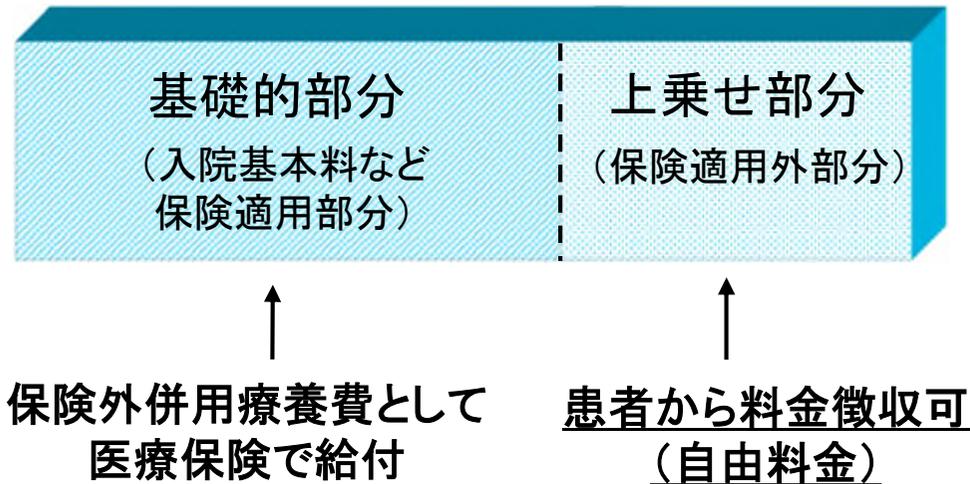
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- 先進医療(先進A:29技術、先進B:59技術 令和元年8月時点)
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- 特別の療養環境(差額ベッド)
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為

参照条文(保険外併用療養費)

健康保険法(抄)

第八十六条 被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」と総称する。)のうち自己の選定するものから、評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

- 2 保険外併用療養費の額は、第一号に掲げる額(当該療養に食事療養が含まれるときは当該額及び第二号に掲げる額の合算額、当該療養に生活療養が含まれるときは当該額及び第三号に掲げる額の合算額)とする。
 - 一 当該療養(食事療養及び生活療養を除く。)につき第七十六条第二項の定めを勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額(その額が現に当該療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に療養に要した費用の額)から、その額に第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額(療養の給付に係る同項の一部負担金について第七十五条の二第一項各号の措置が採られるべきときは、当該措置が採られたものとした場合の額)を控除した額
(以下略)

第七十六条 保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。

- 2 前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
(以下略)

第七十四条 第六十三条第三項の規定により保険医療機関又は保険薬局から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該給付につき第七十六条第二項又は第三項の規定により算定した額に当該各号に定める割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない。

- 一 七十歳に達する日の属する月以前である場合 百分の三十
- 二 七十歳に達する日の属する月の翌月以後である場合(次号に掲げる場合を除く。) 百分の二十
- 三 七十歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、政令で定めるところにより算定した報酬の額が政令で定める額以上であるとき 百分の三十
(以下略)

特定機能病院及び地域医療支援病院の概要

| | 特定機能病院 | 地域医療支援病院 |
|------|--|--|
| 概要 | 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。 | 地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。 |
| 病院数 | 86 (平成31年4月時点) | 607 (平成30年12月時点) |
| 主な要件 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。 |

病床規模別の病院数

| 病床数(※1) | 特定機能病院 | 地域医療支援病院 | その他 | 全体 |
|----------|--------------|---------------|------------------|-----------------|
| 400床以上 | 86 (1.0%) | 433 ※2 | 124 (1.5%) | 538 (6.4%) |
| 200～399床 | 0 (0%) | 233 | 564 (6.7%) | 816 (9.7%) |
| 200床未満 | 0 (0%) | 27 (0.3%) | 7031 (83.6%) | 7058 (83.9%) |
| 全体 | 86 (1.0%) | 607 (7.2%) | 7,719 (91.8%) | 8,412 (100%) |

現在の定額負担
(義務)対象病院

令和2年度改定
後の定額負担
(義務)対象病院
(予定)

現在の定額負担
(任意)対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に医療課において作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より医療課が集計）

※1 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

※2 現行は許可病床400床以上の病院が定額負担の徴収義務の対象であるため、上記400床以上の地域医療支援病院数には、一般病床数は400床未満だが、一般病床の他に療養病床や精神病床等を有し、合計で400床以上となっている病院数(19病院)を含めている。

○ 定額負担の金額（初・再診）についてどう考えるか。

➤ 初診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

（例）

| | | |
|---|-----------|---|
| A | 3,000円程度 | 現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。 |
| B | 5,000円程度 | 診療所を初診で訪れ、他院へ紹介された場合の自己負担額（3割）を超える水準。患者の受診行動に影響を与えるとされる水準。現行の徴収金額の地域差に配慮した水準。 |
| C | 10,000円程度 | 現行で徴収されている金額を上回り、外来の機能分化を更に進めるための水準。大規模医療機関と診療所での1日あたり入院外診療費の差に近い水準。 |

➤ 再診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

（例）

| | | |
|---|----------------------|---|
| D | 1,000円程度 | 現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。 |
| E | 初診時の特別の料金の最低金額の約4分の1 | 現行の初診料と外来診療料が4対1の比率になっていることを参考とした水準。 |
| F | 初診時の特別の料金の最低金額の約2分の1 | 現に特別の料金として徴収されている初診における額の平均と、再診における額の平均の差に近い水準。 |

○ 定額負担の金額（初・再診）についてどう考えるか。

- 現行の選定療養の実態に鑑み、医科・歯科で異なる金額設定とすることについてどう考えるか。
- その場合、歯科の額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

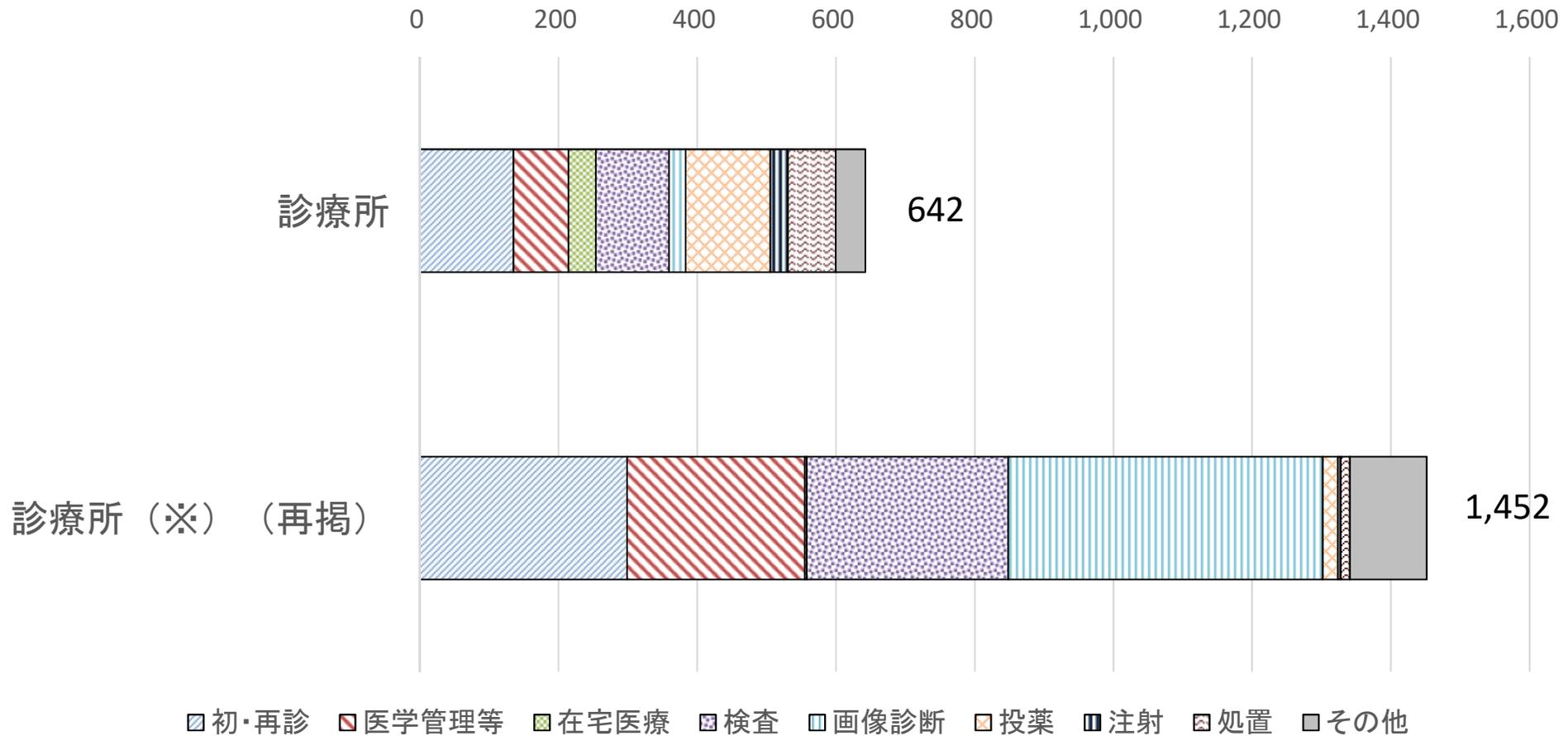
（例）

| | | |
|---|-----------------------|----------------------------|
| G | 医科における特別の料金の最低金額の6割程度 | 初診時の特別の料金について、医科と比べた歯科の水準。 |
| H | 医科における特別の料金の最低金額と同等程度 | |

機能別にみた入院外診療1日あたりの診療報酬

○ 診療所において、診療情報提供料（I）が算定される初診の単価は、約1,450点（自己負担割合が3割の場合、自己負担額約4,350円に相当。）であった。

入院外診療1回あたり診療報酬（点）



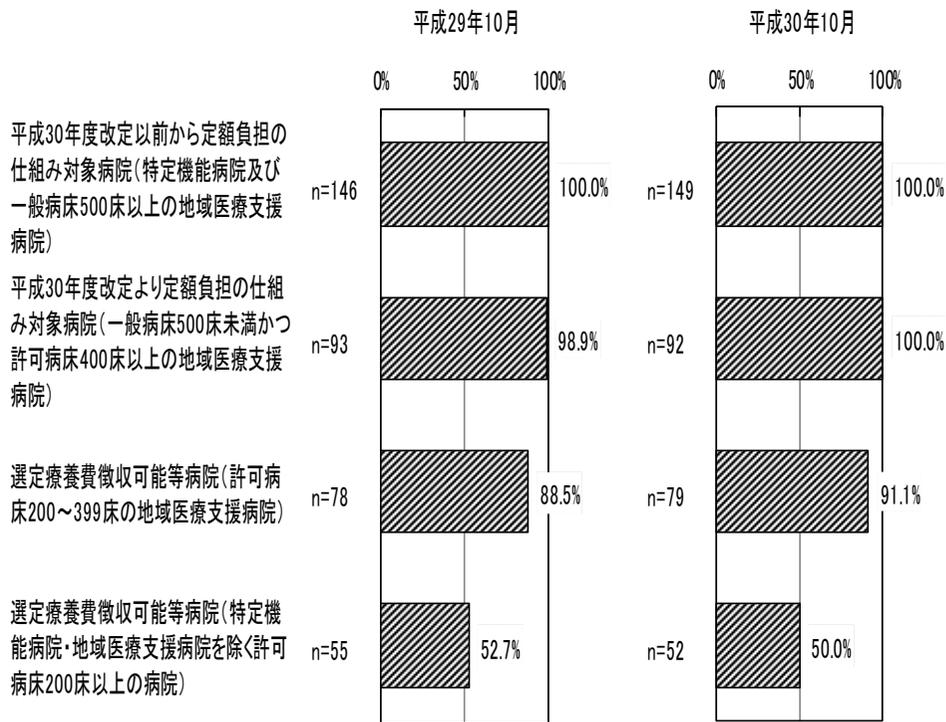
（※）診療日数が1日で、初診料と診療情報提供料（I）が算定されているレセプトに限って集計した場合。

定額負担調査(施設調査)の結果①

＜初診時の定額負担の導入状況及び初診時の定額負担の金額＞(報告書p22,24)

平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)のうち、平成29年10月時点から初診時の定額負担を導入している病院は98.9%であり、初診時の定額負担の金額(平均値)は平成29年10月時点で3,131.6円、平成30年10月時点では5,352.2円であった。

図表 12 初診時の定額負担の導入状況



図表 14 初診時の定額負担の金額

| Category | Year | 施設数(件) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|---|----------|--------|---------|---------|-------|--------|-------|
| 平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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29年10月 | 146 | 5,451.6 | 697.7 | 5,400 | 10,800 | 5,000 |
| | 平成30年10月 | 149 | 5,489.5 | 816.2 | 5,400 | 10,800 | 5,000 |
| 平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院) | 平成29年10月 | 92 | 3,131.6 | 1,118.9 | 2,850 | 5,400 | 1,080 |
| | 平成30年10月 | 92 | 5,352.2 | 129.8 | 5,400 | 5,400 | 5,000 |
| 選定療養費徴収可能等病院(許可病床200~399床の地域医療支援病院) | 平成29年10月 | 66 | 2,611.3 | 853.6 | 2,700 | 5,400 | 810 |
| | 平成30年10月 | 70 | 2,729.8 | 924.5 | 2,700 | 5,400 | 810 |
| 選定療養費徴収可能等病院(特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院) | 平成29年10月 | 29 | 2,582.5 | 1,573.5 | 2,160 | 8,640 | 972 |
| | 平成30年10月 | 26 | 2,618.9 | 1,640.8 | 2,160 | 8,640 | 972 |

(注) ・初診時の定額負担の金額について記入のあった施設を集計対象とした。
 ・「平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定された等の理由から、平成29年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなかった病院がある。
 ・「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発指名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった等の理由から、平成30年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなくなった病院がある。
 ・上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

(注) ・「平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定された等の理由から、平成29年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなかった病院がある。
 ・「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発送名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった等の理由から、平成30年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなくなった病院がある。
 ・上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

定額負担調査(施設調査)の結果②

＜初診時の定額負担の金額分布＞(報告書p25)

平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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)における初診時の定額負担の金額分布について、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が96.6%、「6,000円以上」が3.4%であった。

平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)については、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が100%であった。

図表 15 初診時の定額負担の金額分布

| | | 施設数 (件) | 1,000円未満 | 1,000円以上 2,000円未満 | 2,000円以上 3,000円未満 | 3,000円以上 4,000円未満 | 4,000円以上 5,000円未満 | 5,000円以上 6,000円未満 | 6,000円 以上 | 無回答 |
|---|----------|------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|------|
| 平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院 (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29年10月 | 146 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 97.3% | 2.7% | 0.0% |
| | 平成30年10月 | 149 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 96.6% | 3.4% | 0.0% |
| 平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院 (一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院) | 平成29年10月 | 92 | 0.0% | 5.4% | 44.6% | 30.4% | 5.4% | 14.1% | 0.0% | 0.0% |
| | 平成30年10月 | 92 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 0.0% |
| 選定療養費徴収可能等病院 (許可病床200～399床の地域医療支援病院) | 平成29年10月 | 69 | 2.9% | 15.9% | 36.2% | 37.7% | 1.4% | 1.4% | 0.0% | 4.3% |
| | 平成30年10月 | 72 | 2.8% | 15.3% | 33.3% | 40.3% | 1.4% | 4.2% | 0.0% | 2.8% |
| 選定療養費徴収可能等病院 (特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院) | 平成29年10月 | 29 | 3.4% | 31.0% | 34.5% | 20.7% | 0.0% | 6.9% | 3.4% | 0.0% |
| | 平成30年10月 | 26 | 3.8% | 26.9% | 38.5% | 19.2% | 0.0% | 7.7% | 3.8% | 0.0% |

(注) ・初診時の定額負担を導入していると回答した施設を集計対象とした。

- ・「平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定された等の理由から、平成29年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなかった病院がある。
- ・「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発送名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった等の理由から、平成30年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなくなった病院がある。
- ・上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

定額負担調査(患者調査)の結果

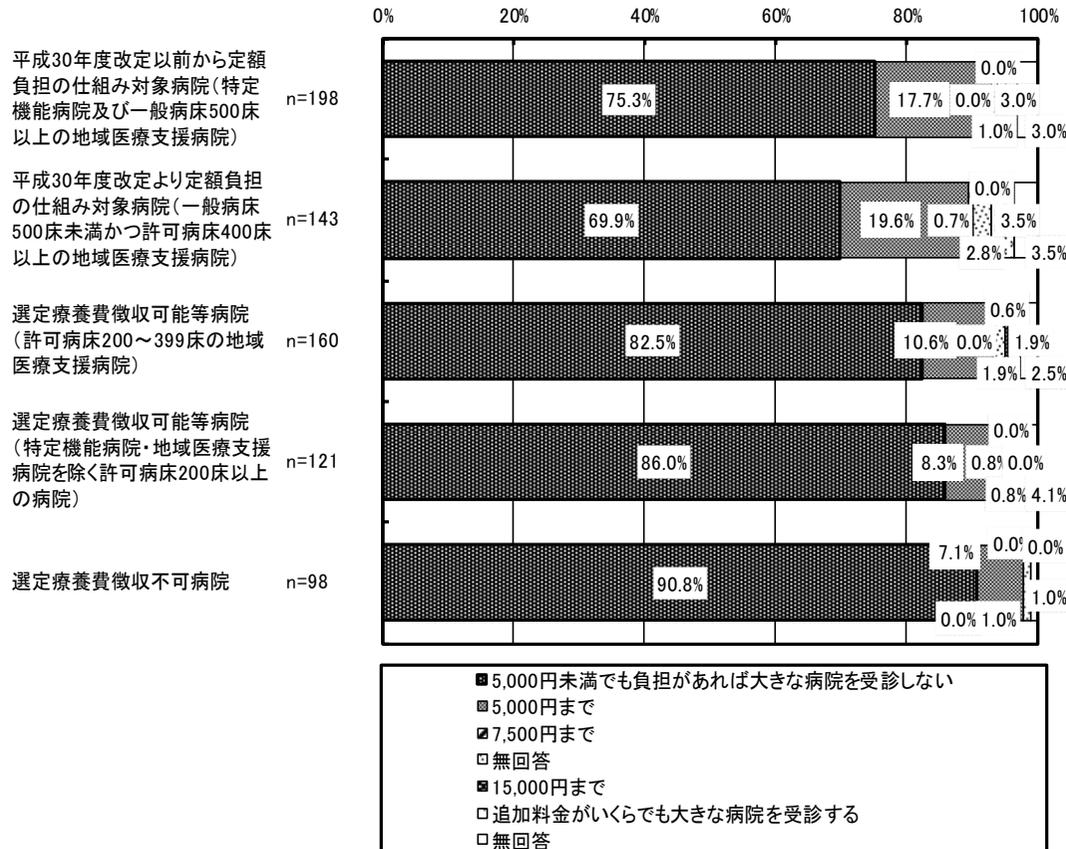
＜大病院の受診時の追加料金に関する意識＞(報告書p70,71)

紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担としての許容金額について、初診ケースAの場合、全ての病院区分で「5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない」の回答割合が最も高く、「5,000円まで」の回答を加えた割合は全ての病院区分で90%程度であり、選定療養費徴収不可病院で97.9%であった。初診ケースBの場合、全ての病院区分で「5,000円まで」の回答割合が最も高かったが、「追加料金がいくらでも大きな病院を受診する」との回答も一定の割合存在した。

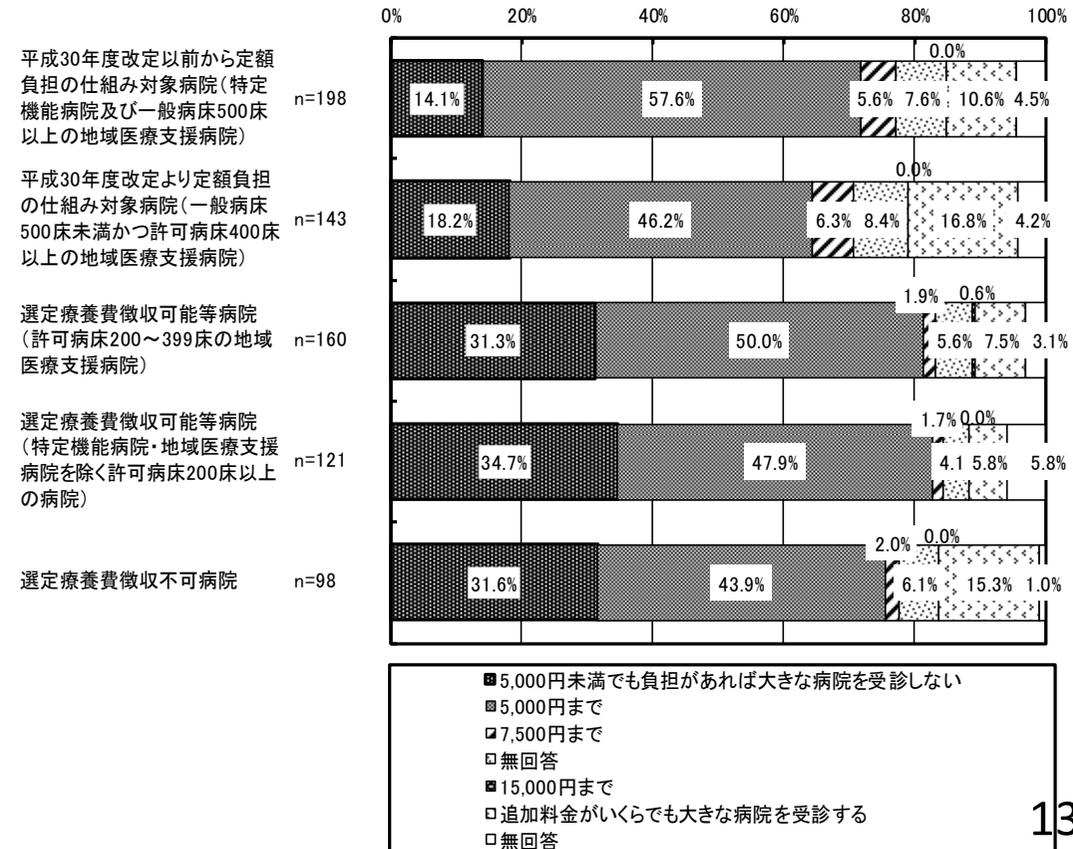
＜初診ケースA＞前日から、のどのいがらっぽさや痛み、鼻水が出て、少し体調が悪いと感じている。

＜初診ケースB＞数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

図表 87 初診ケースA時の紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担の許容金額



図表 88 初診ケースB時の紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担の許容金額



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養(平成8年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。(一般病床200床以上の病院が対象)〕

対象除外

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

大病院受診時定額負担(平成28年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。(特定機能病院又は許可病床400床以上の地域医療支援病院が対象)〕

対象除外

対象除外にできる

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ⑧ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑪ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑫ 治験協力者である患者 |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑮ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

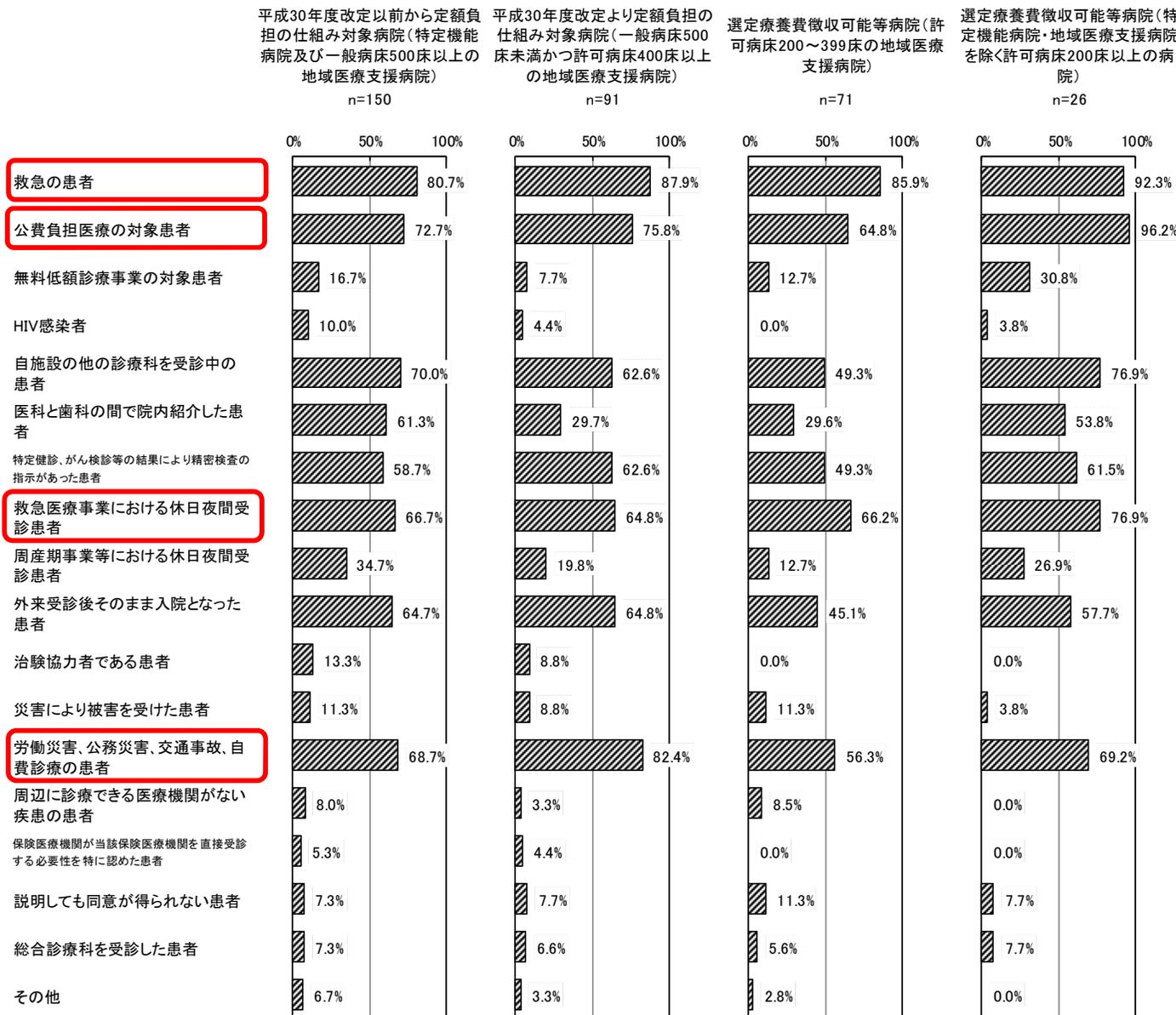
定額負担調査(施設調査)の結果⑤

＜初診時に定額負担を徴収しなかった患者の事由＞(報告書p39)

図表 48 紹介状を持たない初診の患者であるものの、定額負担を徴収しなかった施設割合(複数回答)

紹介状を持たない初診の患者であるものの、定額負担を徴収しなかった事由について調査したところ、「**救急の患者**」、「**公費負担医療の対象患者**」、「**救急医療事業における休日夜間受診患者**」、「**労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者**」については、いずれの病院区分においても、該当する病院の割合が50%を超えていた。

(平成30年11月1日～14日の間で調査)



(注) 平成30年10月時点において初診時の定額負担を導入していると回答した病院を集計対象とした。

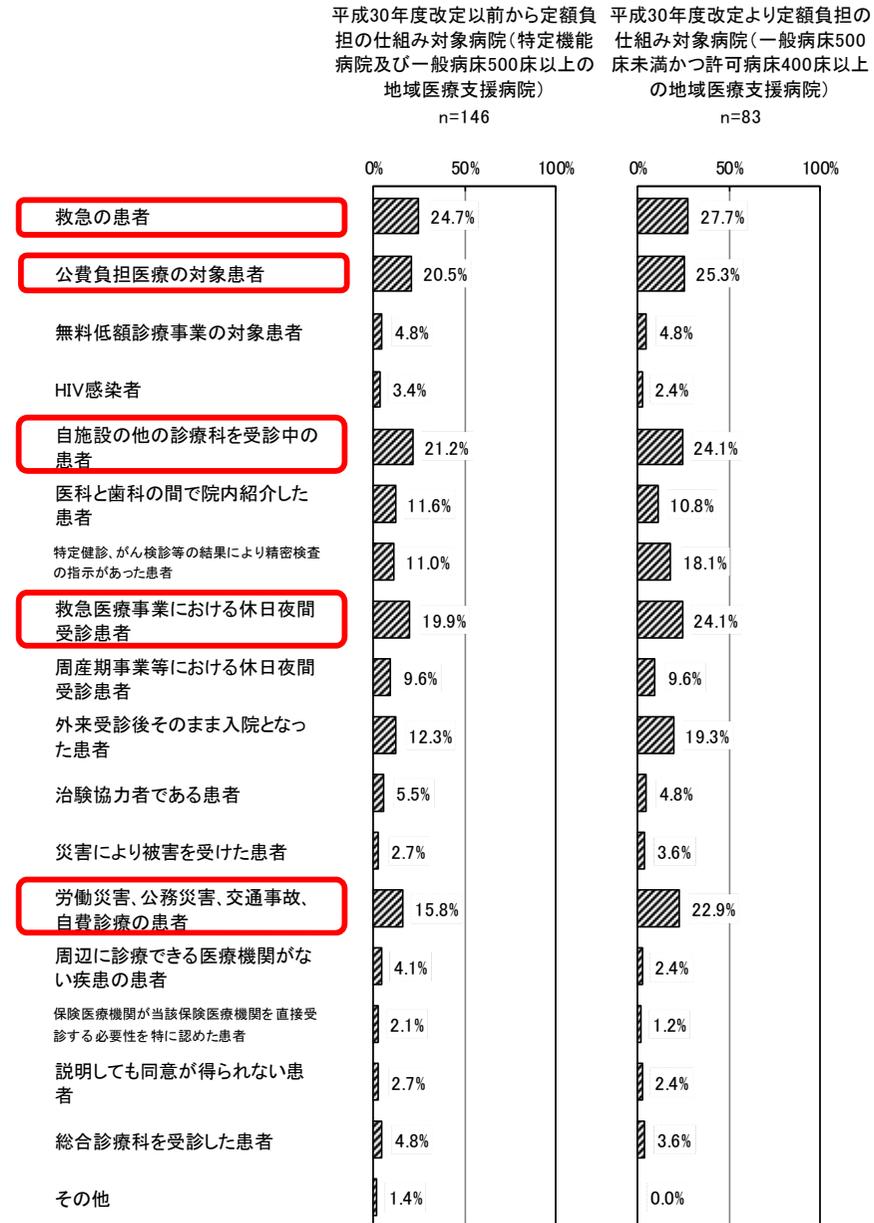
定額負担調査(施設調査)の結果

＜再診時に定額負担を徴収しなかった患者の事由＞(報告書p52)

図表70 他医療機関を紹介したにもかかわらず、自施設の再診の患者であるものの定額負担を徴収しなかった施設割合(複数回答)

他医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者について、定額負担を徴収しなかった事由について調査したところ、「救急の患者」、「公費負担医療の対象患者」、「自施設の他の診療科を受診中の患者」、「救急医療事業における休日夜間受診患者」、「労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者」について、該当する病院の割合が高かった。

(平成30年11月1日～14日の間で調査)



定額負担調査(施設調査)の結果③

中医協 検 - 2 - 1
31.3.27(改)

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p34,35)

平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院、平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院いずれにおいても、初診患者について、平成30年10月の⑩紹介状なしの患者比率は平成29年10月より低下していたが、平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院の方がより比率が低下していた。

図表 33 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院
(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)、n=68)

図表 36 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院
(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)、n=36)

| | 平成29年10月 | 平成30年10月 |
|----------------------------------|----------|----------|
| ①初診患者数(延べ人数)(人) | 2,087.6 | 2,176.0 |
| ②うち、紹介状なしの患者数(人) | 787.4 | 756.1 |
| ③うち、初診時定額負担の対象患者数(人) | 340.9 | 342.1 |
| ④うち、初診時定額負担の徴収患者数(人) | 281.4 | 288.3 |
| ⑤うち、他の医療機関を紹介した患者数(人) | 16.4 | 18.9 |
| ⑥初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人) | 112.6 | 108.7 |
| ⑦救急患者数(人) | 486.4 | 467.9 |
| ⑧紹介患者数(人) | 1,296.3 | 1,411.3 |
| ⑨逆紹介患者数(人) | 1,368.7 | 1,455.6 |
| ⑩紹介状なしの患者比率(②/①) | 37.7% | 34.7% |
| ⑪定額負担徴収患者比率(③/①) | 16.3% | 15.7% |
| ⑫対象患者比率(③/②) | 43.3% | 45.2% |
| ⑬徴収患者比率A(④/②) | 35.7% | 38.1% |
| ⑭徴収患者比率B(④/③) | 82.6% | 84.3% |

| | 平成29年10月 | 平成30年10月 |
|----------------------------------|----------|----------|
| ①初診患者数(延べ人数)(人) | 1,552.0 | 1,584.2 |
| ②うち、紹介状なしの患者数(人) | 731.8 | 675.8 |
| ③うち、初診時定額負担の対象患者数(人) | 349.5 | 292.7 |
| ④うち、初診時定額負担の徴収患者数(人) | 267.2 | 207.8 |
| ⑤うち、他の医療機関を紹介した患者数(人) | 20.6 | 17.6 |
| ⑥初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人) | 102.2 | 77.1 |
| ⑦救急患者数(人) | 503.6 | 501.6 |
| ⑧紹介患者数(人) | 815.9 | 908.6 |
| ⑨逆紹介患者数(人) | 944.6 | 1,022.9 |
| ⑩紹介状なしの患者比率(②/①) | 47.1% | 42.7% |
| ⑪定額負担徴収患者比率(③/①) | 22.5% | 18.5% |
| ⑫対象患者比率(③/②) | 47.8% | 43.3% |
| ⑬徴収患者比率A(④/②) | 36.5% | 30.8% |
| ⑭徴収患者比率B(④/③) | 76.5% | 71.0% |

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

定額負担調査(施設調査)の結果④

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p37,38)

平成30年10月の⑩紹介状なしの患者比率を病院区分で比較すると、平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院が最も比率が低く34.7%であり、平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院は42.7%、選定療養費徴収可能等病院(許可病床200～399床の地域医療支援病院)は43.9%、選定療養費徴収可能等病院(特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院)は65.5%であった。

図表 42 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(選定療養費徴収可能等病院(許可病床200～399床の地域医療支援病院)、n=37)

図表 45 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(選定療養費徴収可能等病院(特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院)、n=22)

| | 平成29年10月 | 平成30年10月 |
|----------------------------------|----------|----------|
| ①初診患者数(延べ人数)(人) | 998.0 | 1,078.7 |
| ②うち、紹介状なしの患者数(人) | 456.2 | 473.2 |
| ③うち、初診時定額負担の対象患者数(人) | 181.7 | 196.4 |
| ④うち、初診時定額負担の徴収患者数(人) | 133.8 | 143.6 |
| ⑤うち、他の医療機関を紹介した患者数(人) | 10.8 | 10.7 |
| ⑥初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人) | 49.0 | 51.0 |
| ⑦救急患者数(人) | 287.0 | 293.8 |
| ⑧紹介患者数(人) | 511.6 | 576.2 |
| ⑨逆紹介患者数(人) | 573.1 | 627.4 |
| ⑩紹介状なしの患者比率(②/①) | 45.7% | 43.9% |
| ⑪定額負担徴収患者比率(③/①) | 18.2% | 18.2% |
| ⑫対象患者比率(③/②) | 39.8% | 41.5% |
| ⑬徴収患者比率A(④/②) | 29.3% | 30.4% |
| ⑭徴収患者比率B(④/③) | 73.7% | 73.1% |

| | 平成29年10月 | 平成30年10月 |
|----------------------------------|----------|----------|
| ①初診患者数(延べ人数)(人) | 1,031.3 | 1,094.6 |
| ②うち、紹介状なしの患者数(人) | 699.3 | 716.7 |
| ③うち、初診時定額負担の対象患者数(人) | 223.5 | 236.2 |
| ④うち、初診時定額負担の徴収患者数(人) | 166.9 | 164.7 |
| ⑤うち、他の医療機関を紹介した患者数(人) | 18.8 | 23.7 |
| ⑥初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人) | 46.4 | 48.0 |
| ⑦救急患者数(人) | 255.9 | 276.0 |
| ⑧紹介患者数(人) | 364.9 | 418.3 |
| ⑨逆紹介患者数(人) | 325.1 | 393.5 |
| ⑩紹介状なしの患者比率(②/①) | 67.8% | 65.5% |
| ⑪定額負担徴収患者比率(③/①) | 21.7% | 21.6% |
| ⑫対象患者比率(③/②) | 32.0% | 33.0% |
| ⑬徴収患者比率A(④/②) | 23.9% | 23.0% |
| ⑭徴収患者比率B(④/③) | 74.7% | 69.7% |

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

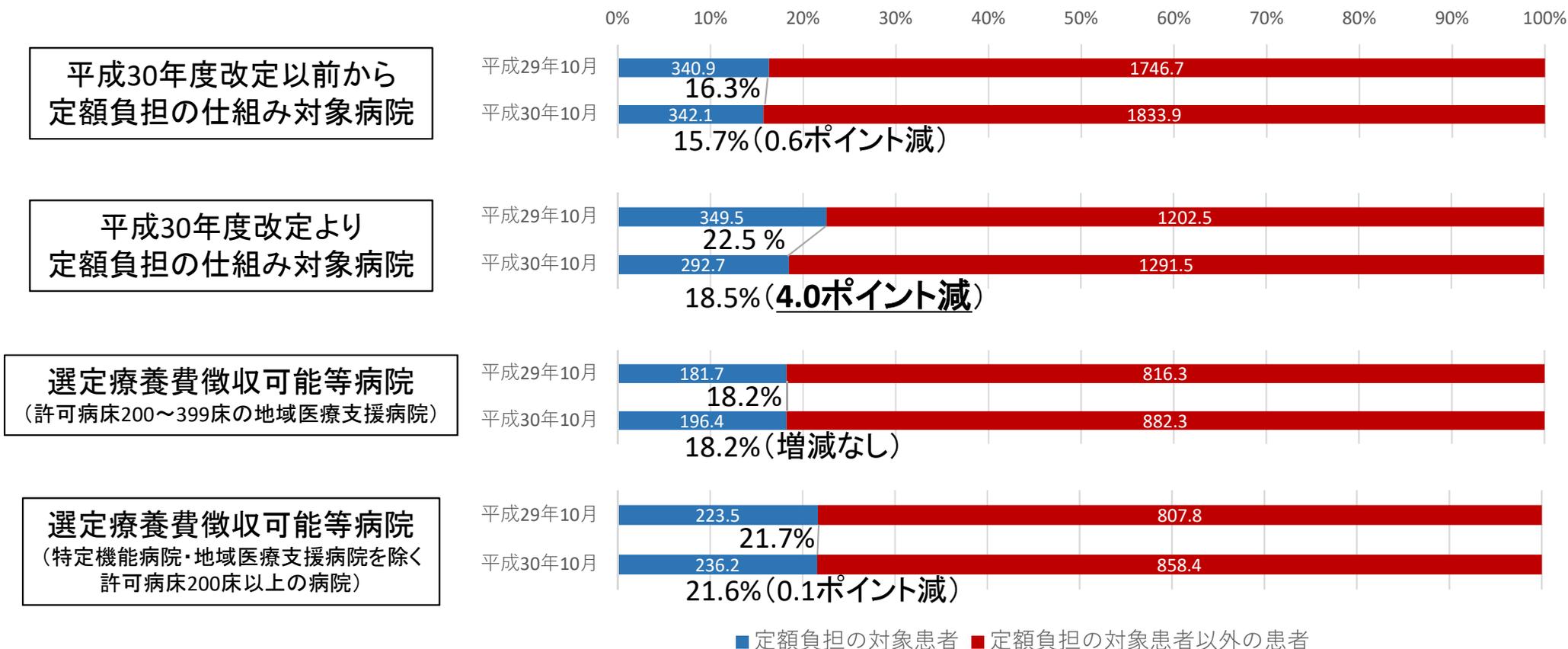
(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

定額負担調査(施設調査)の結果⑤

＜初診患者に占める定額負担の対象患者の比率＞

○ 平成30年10月の「初診患者に占める定額負担の対象患者の比率」を前年同月の比率と比較すると、「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院」において、▲4.0ポイント低下(その他の病院区分においてはほとんど変動はなかった)。

○ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



外来医療を取り巻く現状と検討の方向性について

【外来医療を取り巻く現状】

- 外来医療については、人口減少や医療の高度化等が進む中、多くの地域で、入院医療よりも早期に医療需要のピークを迎えると見込まれる。ただし、そのピークは地域ごとに異なる状況にある。
- また、外来需要については、地域で生活に根差した身近な医療を提供するような、いわゆる「一般外来」としての需要から、医療設備・医療人材等の医療資源が重点的に活用されるような、いわゆる「専門外来」としての需要まで様々である。
- いわゆる「一般外来」に関して、高齢化の進展により、複数の慢性疾患に罹患する高齢者が増加する中で、予防や生活全般に対する視点も含めて、継続的・診療科横断的に患者を診て、必要に応じて専門医療機関に紹介するなどの機能を果たすような、「かかりつけ医機能」の普及に向けた取組が医療関係団体を中心に進められてきている。しかし、特に若年層において、患者・国民にとってそのメリットが十分理解され、普及が進んでいるという現状にはない。
- また、いわゆる「専門外来」に関して、医療の高度化により、かつては入院の中で行わざるを得なかった治療・医学管理を、外来で行うことができるようになってきた結果として、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来が増加していると考えられる。今後、更なる医療の発展に伴って、そのような外来は増加していくと予想される。
- 医療資源が重点的に活用される入院医療については、平成25年の社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえ、病床機能報告や地域医療構想などの制度が整備され、地域ごとに、医療ニーズを踏まえて医療資源の効果的・効率的な活用を図り、機能分化・連携を進め、医療の質を向上させていく取組が進められてきた。一方、本来入院機能と一体的に議論が図られるべき外来医療については、そのような機能分化・連携を進める枠組みが十分整備されているとは言いがたい。

外来医療を取り巻く現状と検討の方向性について

【外来医療を取り巻く現状：続き】

- 今後、人口減少により労働力人口が減少していく中で、医師偏在対策や働き方改革の観点から、地域ごとに、どのように医師を確保していくのかについての議論が進んでいる。特に、医師の働き方改革の観点からは、医療資源が重点的に活用される外来に、一般外来の患者が来ることで、勤務医の負担となっているとの意見がある。外来医療の機能分化・連携が十分に進んでいないことで、医療安全や患者の待ち時間等の観点からも、医療の質を損ねている可能性がある。
- 患者・国民の視点からは、適切な医療機関を選ぶための情報が不足していることから、ニーズに応じた外来医療を選択できず、また、病院における待ち時間の長さなどにもつながっている可能性がある。

【検討の方向性】

(1) 総論

- このように、外来医療については、人口減少・高齢化や担い手の減少、医療の高度化、患者・国民に対する分かりやすさなどの観点を踏まえ、実際に提供されている外来医療の機能に応じて、地域において、それぞれの医療機関が、どのような機能を発揮すべきかという役割分担を明確化し、「かかりつけ医機能」を担う医療機関から医療資源を重点的に活用する外来を担う医療機関につないでいくなどの機能分化・連携を適切に進めていく必要があるのではないかと。
- この際、次のような観点からの検討が必要になるのではないかと。また、都市と地方における状況の違いや、入院機能との一体的な議論、患者の受療行動の変容、これに与えるメッセージとの関係にも、考慮が必要ではないかと。
 - ① 必要な患者アクセスを阻害しないという観点
 - ② 患者の状態に合った質の高い外来医療を提供する観点
 - ③ 地域の医療資源を効果的・効率的に活用していく観点

外来医療を取り巻く現状と検討の方向性について

【検討の方向性：続き】

(2) 外来機能の明確化

- ① 特に、医療資源を重点的に活用する外来については、医療機関ごとにその機能を明確化し、地域で機能分化・連携を進めていく枠組みが必要ではないか。
- ② このような検討に当たっては、外来医療計画や病床機能報告、地域医療構想などの既存制度との整合性や、エビデンスを踏まえた検討が必要ではないか。

(3) かかりつけ医機能の強化

地域におけるかかりつけ医機能を強化していくために、質・量の両面の向上を図っていく方策について検討することが必要ではないか。

(4) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

外来医療のかかり方について、国民にとって分かりやすい形で周知・啓発を進めていくために、誰がどのようなことを担っていくかなどについて検討することが必要ではないか。

薬剤自己負担の引上げについて

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

| | 取組事項 | 実施年度 | | | K P I | |
|-----------|--|---|--------|--------|-------|------|
| | | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 第1階層 | 第2階層 |
| 給付と負担の見直し | <p>59 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</p> <p>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。</p> | <p>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、骨太2020に向けて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。</p> <p>《厚生労働省》</p> | | | — | — |

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第99回医療保険部会(平成28年10月26日)

【スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方に関する主な意見】

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。
- 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取組みをお願いしたい。
- スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方がシフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
- 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。
- 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
- 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
- スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第109回医療保険部会(平成29年11月24日)

- OTCの配合剤の使用を促進すべきであり、それが進まない場合は、市販品類似薬や軽微な薬剤については、給付率の引下げまたは保険の対象から外すことも考えるべき。
- 薬剤の自己負担は議論が尽きており、薬価制度の抜本改革を主として考えるべき。
- 後期高齢者はジェネリックの使用率が低いが、処方の際の情報提供や患者教育をしっかりやっていくべき。
- セルフメディケーションを推進していく観点から、スイッチOTC化された医療用医薬品については、給付率の引下げでなく、保険適用から外すべき。
- 保険給付の対象外とすることは疑問。
- 平成14年改正法附則の趣旨から保険外しは反対。特に高齢者は服薬管理の問題もあり、慎重に考えるべき。
- まずは、後発品の使用促進や不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減に努めて薬剤費を下げていくべき。
- 有効性の高い高額薬剤は貧富の差によって使用の可否が決まらないよう、公的保険の趣旨から保険適用をしていくべきであり、そうであるなら、症状の軽い方に使う薬は、保険から外したり、給付率を下げたりするなどバランスを取るべき。14年改正法附則の法改正も含めて議論すべき。
- 限られた財源の中で給付を重点化する観点から、スイッチOTC、湿布、うがい薬などの市販品類似薬は、給付率の引下げや保険給付の適用外とすることを検討すべき。また、全世代型の社会保障制度の構築という観点から、負担能力に応じた負担構造へと見直しを図るべきであり、高齢者の薬剤の自己負担のあり方についても広く見直していく必要がある。
- 一般的に、高齢者は、多くの薬剤が使われており、全体としての負担が大きいにも関わらず後発品の使用割合が低いのは、自己負担割合が低いからと考えられる。一方、OTCの有無によって保険適用を決めるのは、治療の必要性によって保険適用を決めるという原則に反するのではないか。

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

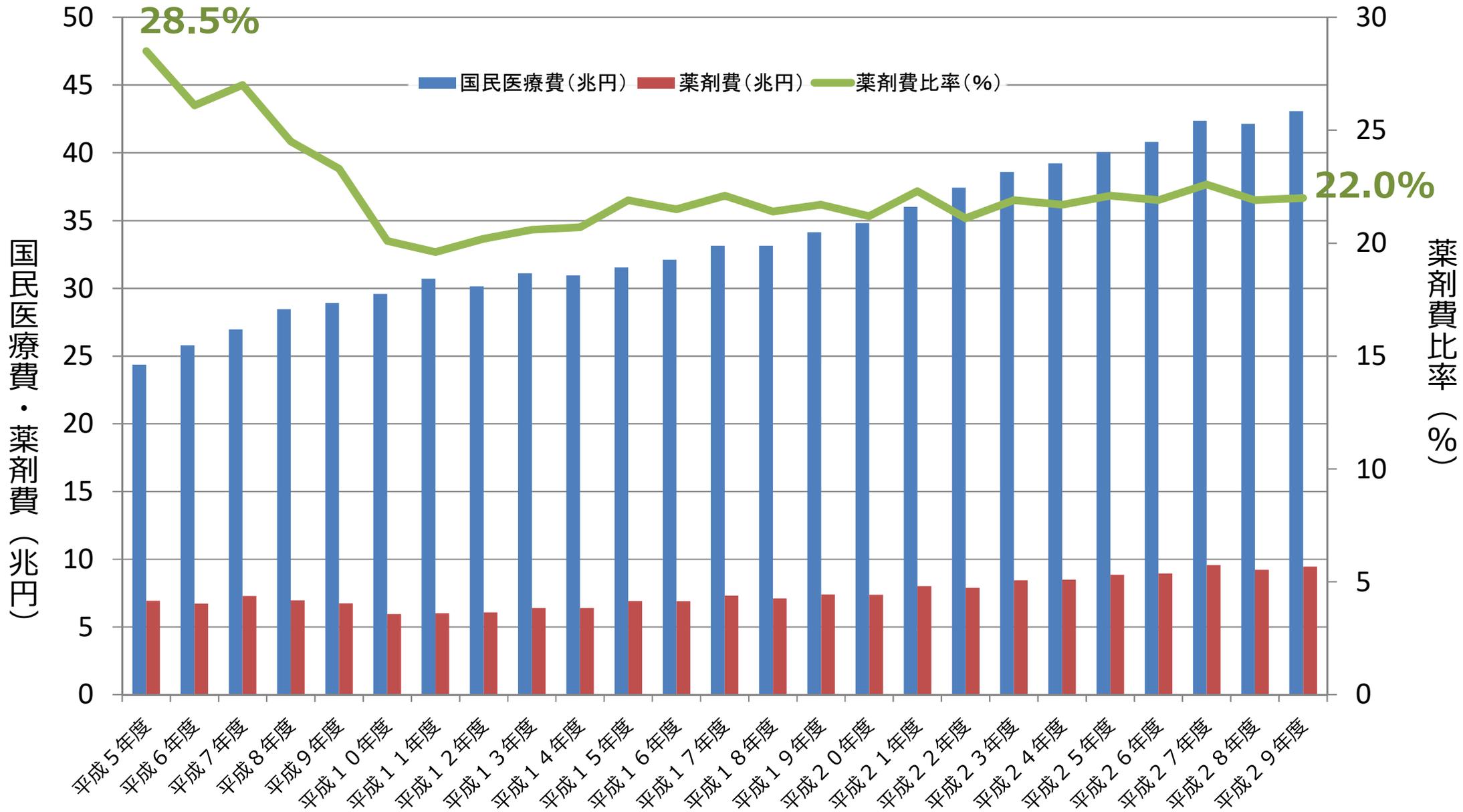
第124回医療保険部会(令和2年1月31日)

- 薬剤給付の範囲について、OTC化された医薬品や市販品類似薬について、保険償還率の変更あるいは保険適用の除外を行うなど、大胆な見直しを行うべき。

第125回医療保険部会(令和2年2月27日)

- 高額医薬品の導入が話題だが、特に軽微な疾病についてはセルフメディケーション税制の対象薬剤をスイッチOTC薬以外にも拡大したり、OTC類似薬薬効群については投与を控えるなどの啓発が必要。

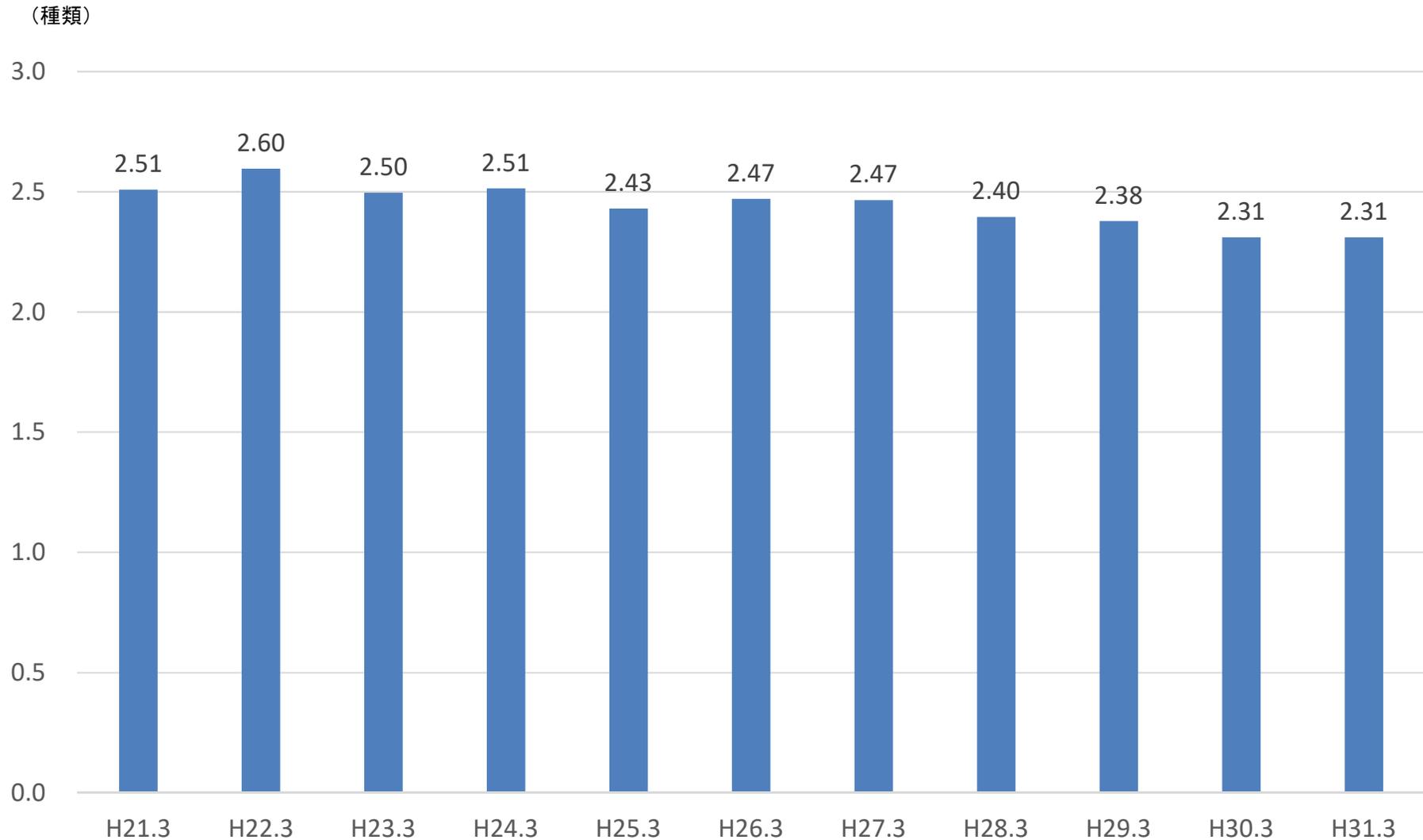
薬剤費、薬剤費比率等の年次推移



中医協 薬-2 元. 11. 8資料の「薬剤費及び推定乖離率の年次推移」を基に作成
 (DPCを始めとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。)

処方箋1枚当たり内服薬薬剤種類数(65歳未満)

○ 65歳未満の処方箋1枚当たり内服薬薬剤種類数は、10年前と比べ減少している。



出典:「調剤医療費の動向(平成31年3月号)」(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

医療費の一部負担（自己負担）割合について

- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
 - 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割。）。
 - 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
 - 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

| | 一般・低所得者 | 現役並み所得者 |
|-----------------|---------|---------|
| 75歳 | 1割負担 | 3割負担 |
| 70歳 | 2割負担 | |
| 6歳 (義務教育就学後) | 3割負担 | |
| | 2割負担 | |

医療保険制度の患者一部負担の推移

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

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

薬剤一部負担に係る経緯

| | | |
|-------------|---|---|
| 平成8年6月21日 | 「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について(第2次報告)」(医療保険審議会) | 薬剤に係る患者負担については、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点から、(中略)見直しが必要であり、その具体的内容について幅広い検討が必要ではないか。 |
| 平成8年7月31日 | 「今後の医療保険制度について」(医療保険審議会) | [主な施策メニュー]④薬剤に係る患者負担3割又は5割 |
| 平成8年11月27日 | 「今後の医療保険制度のあり方と平成九年改正について(建議書)」(医療保険審議会) | 薬剤給付について、給付除外ないし3～5割の患者負担を設定すること。 |
| 平成8年12月2日 | 「今後の老人保健制度改革と平成九年改正について(意見書)」(老人保健福祉審議会) | 薬剤給付については、(中略)、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する一環として他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなどの見直しを行うことが考えられる。 |
| 平成8年12月19日 | 医療保険制度改革協議会(与党三党(自社さ)) | (薬剤) 老人、被用者本人・家族、国保について外来薬剤1種類につき1日15円の負担 |
| 平成9年9月 | 薬剤一部負担導入 | |
| 平成11年7月 | 薬剤臨時特例措置(予算措置) | 高齢者の薬剤一部負担を予算措置により免除。 |
| 平成11年10月13日 | 「医療保険制度抜本改革の基本的考え方」(自民党医療基本問題調査会・社会部会とりまとめ) | 薬剤別途負担を廃止するとともに、その財源確保にかんがみ、老人医療の自己負担は上限定額を設け、おおむね1割を超えない負担とする。 |
| 平成11年12月19日 | 3党政策責任者会議(制度改革、診療報酬改定) | 若人の薬剤一部負担の廃止については、平成12年の実施は延期し、平成14年度の医療保険制度の改正時に、所要の財源を確保した上で実施する。 |
| 平成12年12月 | 平成12年改正附則 | 平成14年度までに、この法律の施行後における薬剤費を含む医療費の動向、医療保険の財政状況、社会経済情勢の変化等を勘案し、 <u>薬剤一部負担金を廃止するために必要な財源措置に関し検討を行い、その結果に基づいて廃止すること。</u> |
| 平成13年1月 | 高齢者の薬剤一部負担廃止 | |
| 平成15年4月 | 薬剤一部負担廃止 | |

薬剤一部負担制度の概要（平成9年～平成15年）

- 保険医療機関の外来診療や保険薬局で薬剤の支給を受ける際に、医療保険の定率負担、老人保健の定額負担（当時）のほかに、薬剤の種類数などに応じて一定額の負担を求めた。
- 平成9年9月から導入されたが、平成15年4月に廃止された。

| 内服薬（1日分につき） | | 外用薬（湿布、塗り薬等） | | 頓服薬（必要時に使用する鎮痛薬、解熱剤等） |
|-------------|------|--------------|------|-----------------------|
| 1種類 | 0円 | 1種類 | 50円 | 1種類ごとに10円 |
| 2～3種類 | 30円 | 2種類 | 100円 | |
| 4～5種類 | 60円 | 3種類以上 | 150円 | |
| 6種類以上 | 100円 | | | |

- ※ 注射、処置、手術検査等及び入院に伴う薬剤など、一定の場合に支給される薬剤については負担はなかった。
- ※ 薬剤にかかる一部負担については、定率の一部負担と同様、高額療養費の自己負担限度額を計算する際の金額に含まれた。

保険給付範囲の在り方の見直し：薬剤自己負担の引上げ

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには **小さなリスクへの保険給付の在り方**を検討する必要。
- リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、① **OTC医薬品**と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付の在り方の見直し、② **薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定**、③ **薬剤費の一定額までの全額自己負担**などの手法を検討すべき。

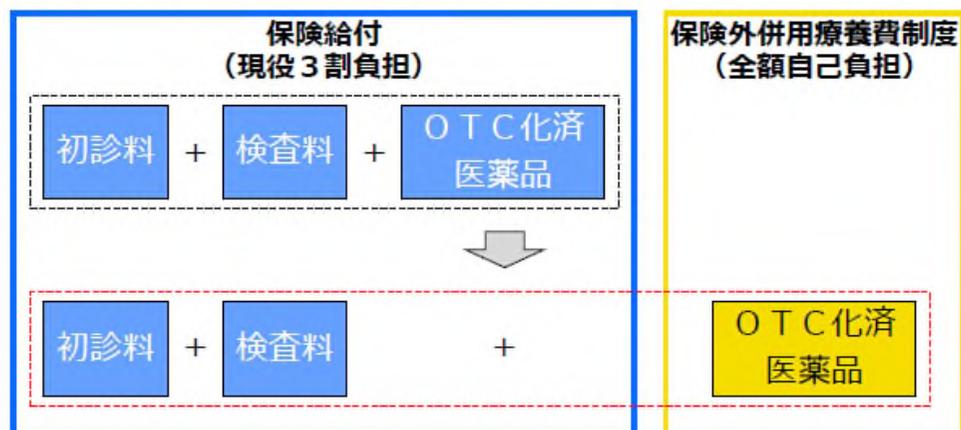
◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例 (以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 保険給付の抑制の効果は不十分

| | |
|--------|---------------------|
| 2012年度 | 単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与 |
| 2014年度 | 治療目的以外のうがい薬単体の投与 |
| 2016年度 | 必要性のない70枚超の湿布薬の投与 |

① 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のまま医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定 (フランスの例)

| | | |
|---|-----|------|
| 抗がん剤等の代替性のない高額医薬品 | | 0% |
| 国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類(医薬品の有効性等) | 重要 | 35% |
| | 中程度 | 70% |
| | 軽度 | 85% |
| | 不十分 | 100% |

③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担 (スウェーデンの例)

| 年間の薬剤費 | 自己負担額 |
|------------------------|-----------------------|
| 1,150クローネまで | 全額自己負担 |
| 1,150クローネから5,645クローネまで | 1,150クローネ + 超えた額の一定割合 |
| 5,645クローネ超 | 2,300クローネ |

(注) 1クローネ=11円
(令和元年11月中において適用される裁定外国為替相場)

保険給付範囲の在り方の見直し（薬剤自己負担の引上げ）

- 諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担について技術料とは異なる仕組みが設けられている。
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関での処方によりOTC医薬品より大幅に低い負担で入手可能。セルフメディケーションの推進に逆行し公平性も損ねている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

| | |
|--------|--|
| 日本 | 原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2割、70～74歳：2割、75歳以上：1割） |
| ドイツ | 10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担 |
| フランス | 薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定 （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担 |
| スウェーデン | 1,150クローネまで全額自己負担、より高額の場合一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,300クローネ |

◆ 医療用医薬品と市販品（OTC医薬品）の比較

| 種 類 | 医療用医薬品 | | | | OTC医薬品 | |
|---------|--------|--------|--------------|---------------|--------|--------|
| | 銘柄 | 薬価 | 3割負担 (現役) | 1割負担 (高齢者) | 銘柄 | 価格 |
| 湿布 | AA | 300円 | 90円 | 30円 | A | 2,598円 |
| ビタミン剤 | BB | 530円 | 159円 | 53円 | B | 4,048円 |
| 漢方薬(感冒) | CC | 1,010円 | 303円 | 101円 | C | 4,730円 |
| 皮膚保湿剤 | DD | 1,300円 | 390円 | 130円 | D | 2,493円 |

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
 ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

薬剤給付の適正化の観点からのこれまでの診療報酬改定での対応

H24年度診療報酬改定

○ 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、

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

H26年度診療報酬改定

○ 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方

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

H28年度診療報酬改定

○ 外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

H30年度診療報酬改定

○ 疾病の改善の目的外での血行促進・皮膚保湿剤の処方

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

○ 医薬品適正使用の推進は、医薬品の有効性確保や副作用防止、医療費の適正化の観点から重要。その際、薬局や医療機関が、個々の患者の服薬状況を正確に把握した上で対応できるようにすることが重要。今後、レセプト情報を活用した個々の患者の服薬情報の一元的な把握による、医療機関・薬局での処方・調剤での減薬の手法について検討していく。

(※) 多剤・重複投薬の適正化を含め、患者の安全な服薬の観点から、厚労省の「高齢者医薬品適正使用検討会」において高齢者の医薬品適正使用の指針に関する検討が進められている(平成30年4~6月を目途に総論編、平成30年度末に詳細編がそれぞれ策定予定)。

① 医療機関における処方での減薬

○ 診療報酬で、減薬した医療機関を評価。

平成30年度診療報酬改定において、

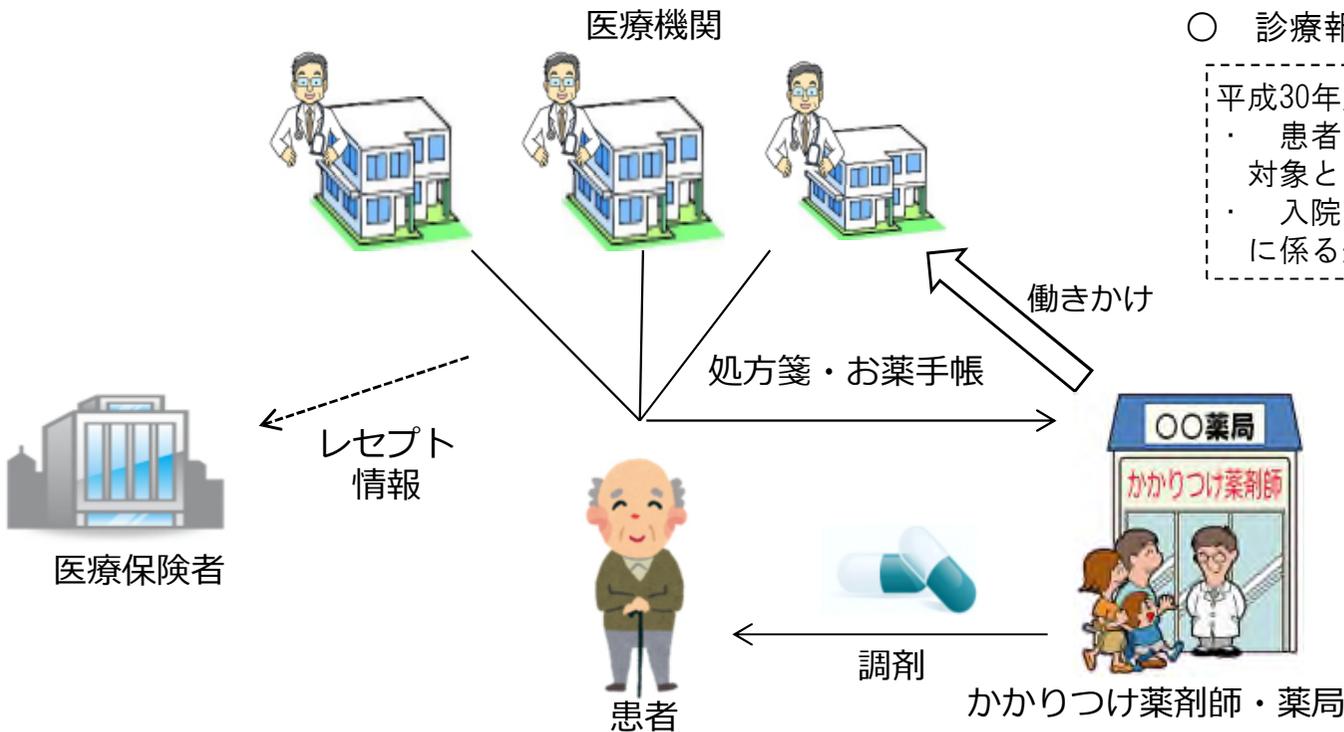
- ・ 患者の処方薬剤を調整し減薬した場合の評価の対象となる医療機関を拡大。
- ・ 入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価を新設。

② 薬局から医師への減薬の働きかけ

○ 診療報酬で、薬局からの疑義照会を通じた多剤・重複投薬の適正化等を評価。

平成30年度診療報酬改定において、

- ・ 薬局が医師に疑義照会を行い、処方の変更が行われた場合の評価を充実。
- ・ 薬局が医師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の評価を新設。
- ・ お薬手帳の利用を推進。(活用実績が相当程度あると認められない薬局の評価を見直し)



③ 保険者によるレセプトを活用した取組

- 保険者はレセプトにより患者(加入者)の服薬状況の把握が可能。
- 一部の保険者では、レセプト情報を利用して多剤・重複服薬の患者(加入者)への服薬情報の通知や個別訪問・指導を実施。

ポリファーマシーに対する取組

1. 医療機関における減薬等の評価

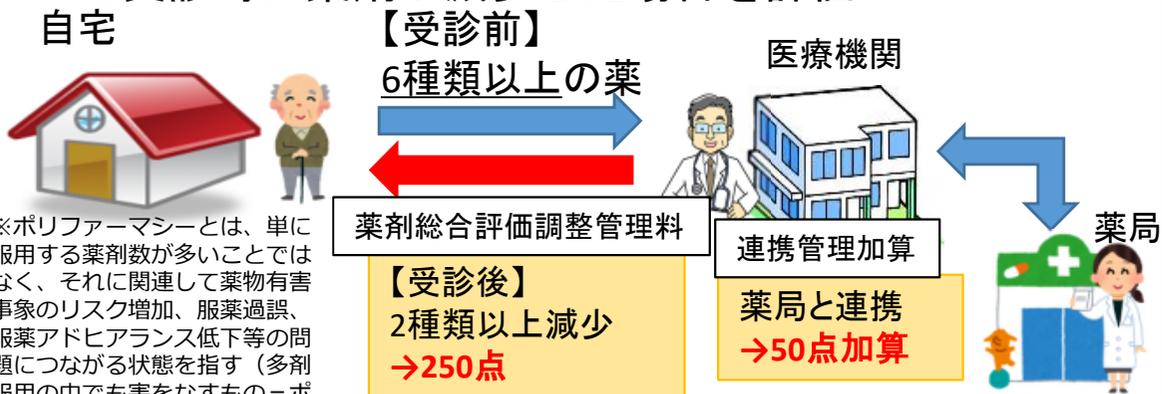
○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価

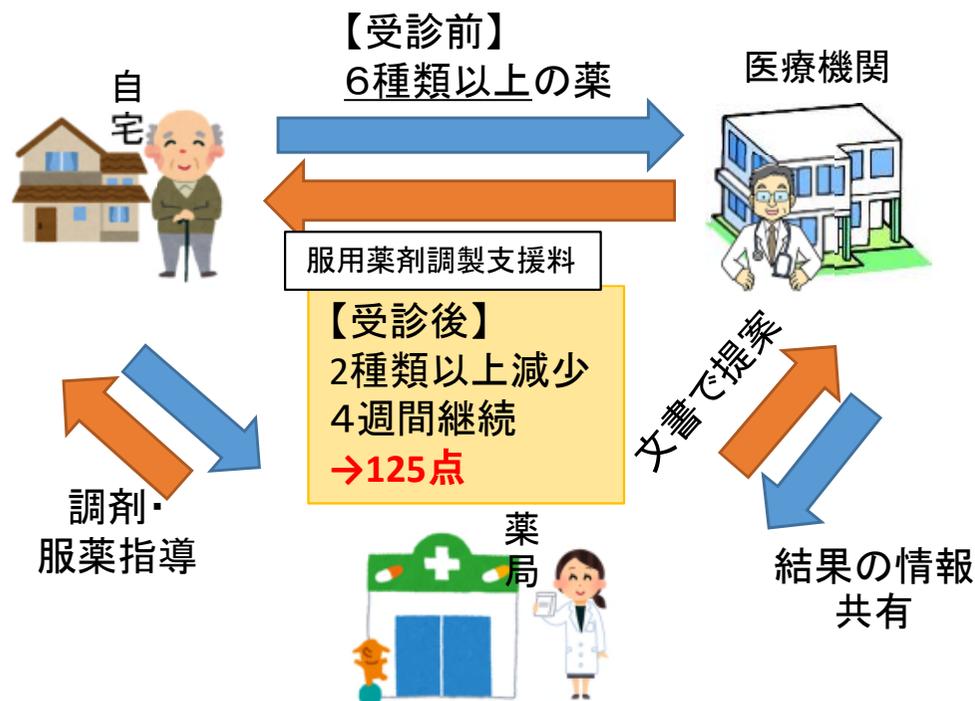


※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー）

2. 薬局における減薬等の評価

○薬局の減薬の提案の評価

- 薬局が医師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の評価。



○外来患者に対する処方箋の疑義照会の評価

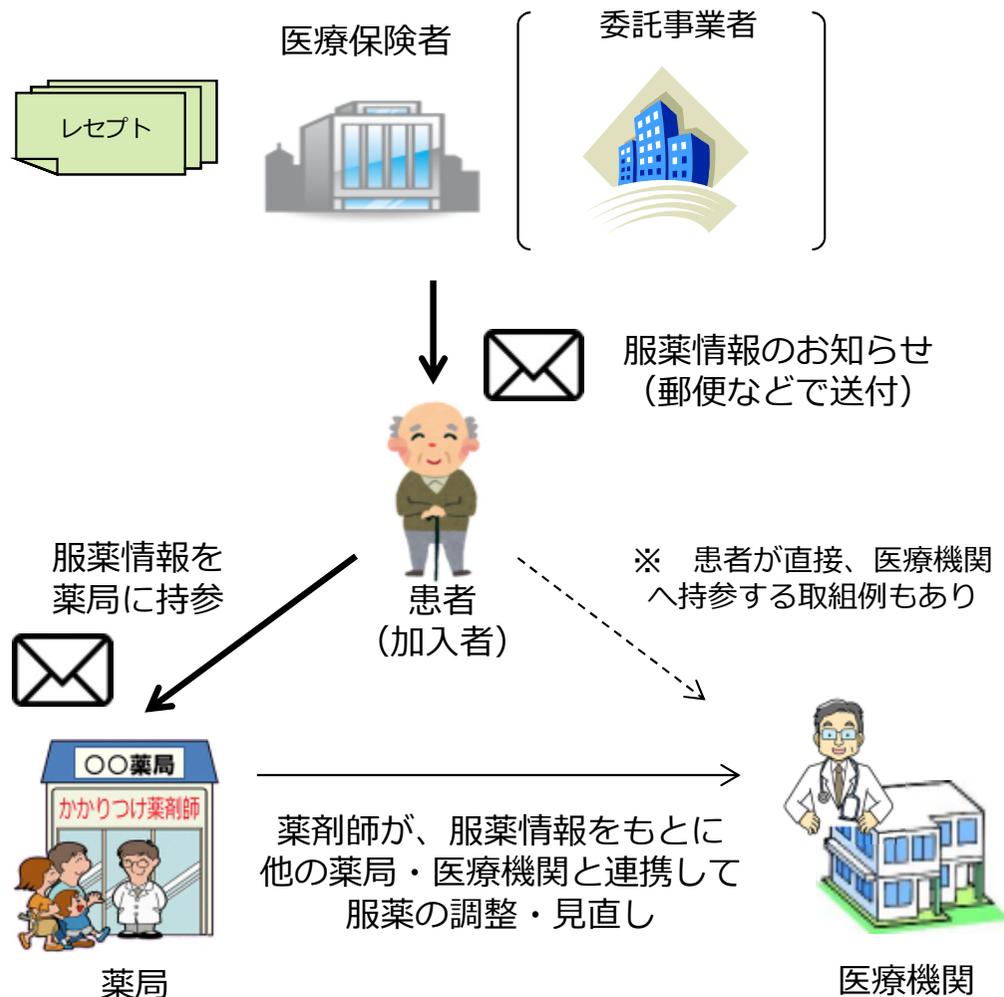
- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合を評価

→40点

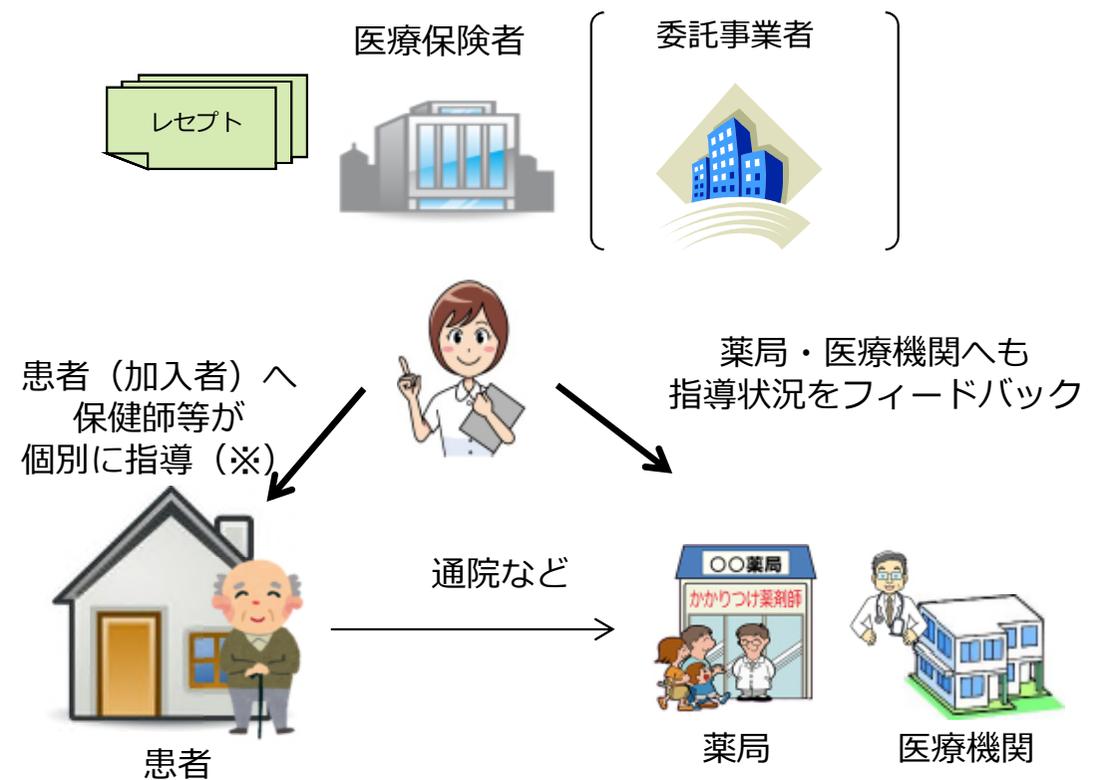
重複投薬・相互作用等防止加算

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



- (※) 重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。
- (※) 服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

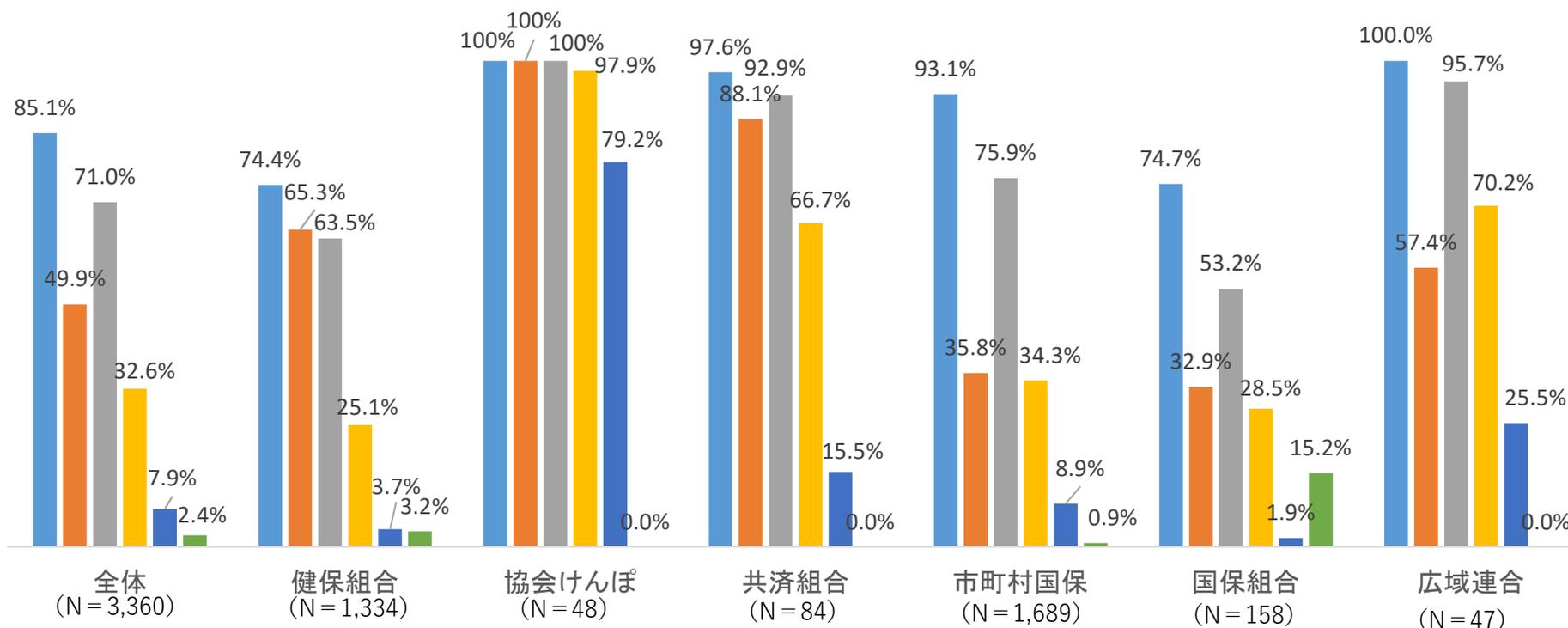
2019年度 保険者データヘルス全数調査の結果

○後発医薬品利用促進

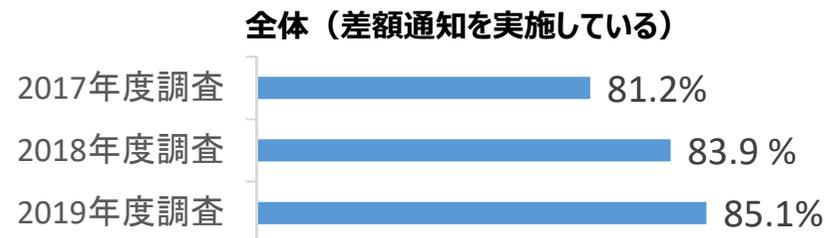
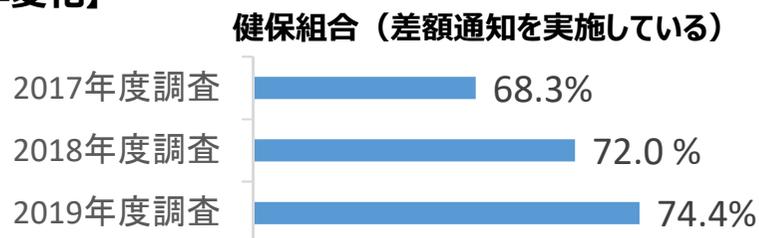
- ほとんどの保険者が後発医薬品の使用を推進する何らかの事業を行っている
- 差額通知の実施等、促進事業の実施割合は年々増加している

【後発医薬品の使用を推進するために実施している事業】

■ 差額通知の実施 ■ 機関紙やサイトでの告知 ■ カードや希望シール配布 ■ パンフレット配布 ■ その他 ■ 特に行っていない



【経年変化】



セルフメディケーション（自主服薬）推進のためのスイッチOTC薬控除（医療費控除の特例）の創設

（所得税、個人住民税）

1. 大綱の概要

適切な健康管理の下で医療用医薬品からの代替を進める観点から、**健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組（※1）を行う個人が、平成29（2017）年1月1日から令和3（2021）年12月31日までの間に、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチOTC医薬品（※2）の購入の対価を支払った場合**において、その年中に支払ったその対価の額の合計額が**1万2千円を超えるときは**、その超える部分の金額（その金額が8万8千円を超える場合には、8万8千円）について、その年分の**総所得金額等から控除する**。

（※1） 特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

（※2） 要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品
（類似の医療用医薬品が医療保険給付の対象外のものを除く。）

（注） 本特例の適用を受ける場合には、現行の医療費控除の適用を受けることができない。

※セルフメディケーションは、世界保健機関(WHO)において、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。

2. 制度の内容

■ 対象となる医薬品（医療用から転用された医薬品：スイッチOTC医薬品）について

○ スイッチOTC医薬品の成分数：86（平成31年4月15日時点）

－ 対象となる医薬品の薬効の例：かぜ薬、胃腸薬、鼻炎用内服薬、水虫・たむし用薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬

（注） 上記薬効の医薬品の全てが対象となるわけではない

本特例措置を利用する時のイメージ

○ 課税所得400万円の者が、対象医薬品を年間20,000円購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）

20,000円
（対象医薬品の購入金額）

12,000円
（下限額）

○ 8,000円が課税所得から控除される

（対象医薬品の購入金額：20,000円－下限額：12,000円＝8,000円）

○ 減税額

・所得税：1,600円の減税効果（控除額：8,000円×所得税率：20%＝1,600円）

・個人住民税：800円の減税効果（控除額：8,000円×個人住民税率：10%＝800円）