

第130回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年9月16日（水）
15時00分～17時00分
場所：オンライン開催

（ 議 題 ）

1. 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等について
2. オンライン資格確認の普及について
3. 令和元年度の医療費・調剤医療費の動向（報告）

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等
資料2-1 オンライン資格確認の普及について
資料2-2 ポスター・リーフレット等
資料3-1 令和元年度 医療費の動向
資料3-2 令和元年度 調剤医療費の動向

- 参考資料1 議題1に関する参考資料
参考資料2-1 顔認証付きカードリーダーの比較表
参考資料2-2 これまでの医療保険部会における各委員の発言ポイント（オンライン資格確認関係）

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年9月16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
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
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
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。

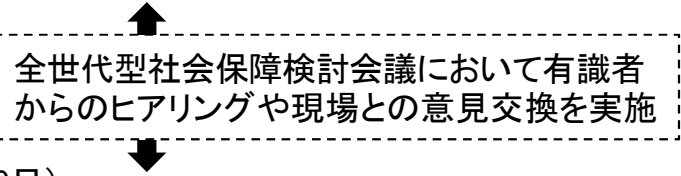
(五十音順)

医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等

令和2年9月16日

給付と負担の見直しの議論の経緯

- 令和元年6月 6/21 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)
「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。」
- 令和元年9月 9/20 全世代型社会保障検討会議設置(令和元年9月20日)
9/27 第119回医療保険部会(キックオフ)
- 令和元年11月 11/28 第122回医療保険部会
・全世代型社会保障検討会議での議論の状況を報告
- 令和元年12月 12/19 全世代型社会保障検討会議中間報告(令和元年12月19日)
「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。」
「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。」
- 12/19 新経済・財政再生計画改革工程表 2019(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)
- 令和2年1月 1/31第124回医療保険部会(再キックオフ)
- 令和2年2月 2/27 第125回医療保険部会
・「後期高齢者の自己負担割合の在り方」
・「「現役並み所得」の判断基準の見直し」
- 令和2年3月 3/12 第126回医療保険部会
・「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」
・「薬剤自己負担の引上げ」
3/26 第127回医療保険部会
・「傷病手当金」
・「任意継続被保険者制度」
・「負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方」
・「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」
・「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」
・「予防・健康づくり」
- 令和2年4月
～5月 新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況等に鑑み議論中止
- 令和2年6月 6/25 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告
「昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」
- 令和2年7月 7/9 第129回医療保険部会
「取りまとめの時期を本年末に延期し、次回以降、取りまとめに向けた具体的な議論を進めていく」



医療保険制度改革に向けた議論の進め方

- 社会保障審議会医療保険部会では「新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)」や「全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日)」等を踏まえ、医療保険制度改革について、令和2年夏の取りまとめに向け、議論を進めてきた。
- 一方、全世代型社会保障検討会議では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い審議を一時中断した状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期し、本年6月25日に第2回目の中間報告(全世代型社会保障検討会議第2次中間報告)が行われた。
- 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告においては、医療のテーマについて、「昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」とされている。
- 社会保障審議会医療保険部会での議論についても、全世代型社会保障検討会議の議論の状況もみながら、進めていくこととなるため、今回以降、各回にて医療保険制度改革に関するテーマを絞ったうえで具体的な議論を進め、年末までに取りまとめていく。

医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等

(1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項

- ①後期高齢者の窓口負担割合の在り方
- 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
- ③予防・健康づくり

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項(上記を除く)

- ①負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方
- ②薬剤自己負担の引上げ
- ③医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等
- ④「現役並み所得」の判断基準の見直し
- ⑤今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

(3)その他検討事項

- ①傷病手当金の見直し
- ②任意継続被保険者制度の見直し

- (1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項
- ①後期高齢者の窓口負担割合の在り方

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

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、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。

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、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする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。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長年にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

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）

	取組事項	実施年度			KPI		
		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	58 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	<p>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。</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>			—	—

後期高齢者の窓口負担割合の在り方

- 一定所得以上の者を2割負担とする旨記載されたことは一歩前進。対象者をどの程度まで絞るかによっては、制度の持続性を高める効果が限定的になることが懸念される。
- 2割負担の対象範囲については、現役世代の負担軽減が目に見えるような形になるように設定すべきであり、複数のパターンを示すとともに、それぞれの対象人数や医療保険財政に与える影響等も明らかにすべき。
- 2割負担の対象の線引きは、住民税非課税世帯はともかく、対象を極力広げるような考え方でお願いしたい。
- 負担能力のある人が負担をしながら全体の社会保障制度を支えるというのが基本。そうした理解の中で、そうしなければ日本の医療制度は本当に財政的にもたなくなるということを強く感じており、窓口負担が2割となることを受け入れようという方々もおられる。
- 新たに所得区分を設定すると制度がより複雑化してしまうことや、低所得者に配慮して既に高額療養費制度が講じられていることなどを踏まえれば、後期高齢者の自己負担割合は、原則として2割とすることが必要ではないかと思う。
- 75歳以上の方々に関して、応能負担の議論は重要だと心得ているが、より慎重に丁寧にしていただきたい。
- 現在1割の方は2割になったら、医療費の負担が2倍になることから、慎重な議論が必要。
- 2割負担に伴う受診抑制により、結果として重症化につながると、逆に医療費、介護の費用を増幅させることにつながる。
- 86万円の平均所得の人たちに2割負担というのは、かなりの人達が医療から遠ざけられる。そのため、窓口負担のところで応能負担という議論は社会保障の検討ということではふさわしくないのではないか。
- 具体的な所得基準を検討するにあたっては、事務局で慎重にいろんなシミュレーションをしながら、分析、検討して可能性の案をつくっていただく必要がある。細部にまで気をつけて丁寧なルールになっていくべき。
- 所得の状況のばらつきや可処分所得など、生活実態の調査等を丁寧に議論していくことが必要。
- 2割負担を導入しても、高額療養費制度には自己負担の限度額があるため、必ずしも自己負担額が2倍にならないことを明確にし、正しい理解を得られるような形で議論を進めて欲しい。

後期高齢者の窓口負担割合の在り方

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、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。
- ・ 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。
- ・ こうした観点から、全世代型社会保障検討会議 中間報告の方向性に基づき検討を進める。

(参考) 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

- ・ 後期高齢者であっても一定所得以上の方については、医療費の窓口負担を2割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 現役世代と比較した高齢者の受診の特性、所得の分布状況などを踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について検討を行うことが必要ではないか。 等

(1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項
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

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。

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）

	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

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについては賛成なので、対象病院の範囲を狭めることなく、確実に実施していただきたい。
- 大病院は入院と専門外来を中心にし、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。その中で、自らの選択で大病院を受診される患者に特別な負担をお願いするということではないか。
- 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。広げるよりも再診時の対応のほうが先。
- 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。
- 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。
- 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に改める、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。

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

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 全世代型社会保障検討会議 中間報告では、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、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とされている。
- ・ こうした観点から、同中間報告で示された方向性に基づき検討を進める。

(参考) 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

- ・ 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。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 対象病院の拡大範囲の考え方、公的医療保険の負担を軽減する仕組み、患者負担の増加額、初診・再診に係る対象外要件の見直しの方向性等について検討を行うことが必要ではないか。等

(1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項
③予防・健康づくり

第2章 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

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、①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、②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実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、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。

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るとともに、その結果を踏まえ、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。

第1章 はじめに

2. 全世代型社会保障改革の進捗状況

昨年12月の中間報告に基づき、第201回国会では以下の改革が実現した。

(予防)

成立した令和2年度当初予算において、以下が盛り込まれた。

- ① 疾病予防の取組を強化するため、国民健康保険における保険者努力支援制度(保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組み)を1.5倍に増額し、交付金の配分基準のメリハリを強化することで、自治体による予防・健康づくりを促進する。
- ② (略)
- ③ エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等を確認・蓄積するための実証事業を行う。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

6. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により社会保障の新たな課題が生じている。これまで令和2年度第2次補正予算等で措置した施策を迅速かつ適切に執行するとともに、今後も、セーフティネットとしての重要性が増していることに留意して、社会保障改革の議論を進める。

(5) エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、実証事業を通じて予防・健康づくりのエビデンスを蓄積し、効果が確認された予防・健康づくりを促進する。また、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する。さらに、かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてもモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する。

医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見

予防・健康づくり

※議事録に基づき事務局にて整理

- 事業主と保険者によるコラボヘルスの取組が少しずつ浸透。こうした取組を一過性のものとはせず、さらに大きなうねりとしていくために、事業主と保険者が手を携え、働く方の健康を守るという基本的な考え方や、具体的な連携の在り方を関連する法体系の中にしっかりと位置づけるなど、関係者が一丸となって取り組めるよう、確固たる土台づくりを進める必要。
- 予防については、本当に医療費を抑制する効果があるかどうかの検証が必要。
- 健康経営といった概念の中で、地域職域連携を利用し、地域の歯科医師会と協力して、歯科健診というものの充実を図るスキームを構築していただきたい。
- 予防・健康づくりの取組を進めるためには、加入者の健康状態を把握することが非常に重要。特に、事業主健診のデータ取得が課題であると考えており、事業主健診データの取得の実効性を高めるためには、労安法へ高確法同様に保険者への提出義務を追加することや、事業主健診でも生活習慣病の服薬歴や喫煙歴の問診項目を必須とすること。そして、血糖検査の取扱いをそろえていただく必要があることなど、制度面においてもデータの提供が進むような改善をしていただきたい。
- 保険者としては、現行の特定健診・特定保健指導だけでもぎりぎりのマンパワーで必死に実施しているのが現状。限られたマンパワーで、より効果的に生活習慣病リスクの低減や医療費の適正化につながる取組を実施すべき。保険者が40歳未満の方の事業者データを保有することで、これまで以上に効果的な取組が実施できるようになることを今後しっかりと整備していただきたい。
- 効果的な疾病予防対策を考慮する上で、より幅広い年齢層のデータの蓄積は社会的に非常に重要な意義があると考えられる。保険者の業務負担には十分配慮しつつも、より幅広い年齢層まで健診データ等の蓄積・利活用を進めていく方向性が良いのではないかと。
- 40歳未満の事業主健診情報の提供スキームの検討に賛成。自動的に情報が保険者に提供される仕組みを検討いただきたい。
- 保険者と看護職との連携強化によって、生活習慣病の重症化予防のための事業を強化していただきたい。特に「優れた民間サービスの導入を促進」、「エビデンスに基づく施策の促進」という観点からも、保険者と医療機関の外来や訪問看護事業者の看護職との連携による重症化予防事業をぜひ検討いただきたい。
- 特定健診について、エビデンスを検証していくという今後の方向性について賛成。
- 医療費適正化計画でも、特定健診の受診率を上げようとしているが、医療費適正化に与える影響は少く、医療費適正化の目標値は別の理由で達成すると思う。医療費適正化計画には、医療費の適正化に保険者が本気で取り組むインセンティブとなる指標が入るべき。
- 健康経営の取組をさらに加速するために、例えば、健康経営の導入を支援する専門家の派遣であるとか、健康経営を推進する人材の育成に対する助成など、中小企業における健康経営の取組に対する支援をお願いしたい。

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 人生100年時代の安心の基盤は「健康」であり、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に向けて予防・健康づくりを強化する必要がある。
- ・ そのためには、「エビデンスに基づく予防・健康づくり」を推進することが重要であり、予防・健康づくりに関するエビデンスの確認・蓄積や健診データ等の集約・利活用の促進について検討を進める。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 事業主と保険者のコラボヘルスに関係者が一丸となって取り組めるための土台づくりについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 保険者による加入者の健康状態の把握の方策、特に事業主健診のデータ取得の促進について検討を行うことが必要ではないか。
- ・ より幅広い年齢層の健診データ等の蓄積・利活用の推進について検討を行うことが必要ではないか。 等

- (2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
- ①負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

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)

	取組事項	実施年度			KPI	
		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	57 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					
	<p>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。</p> <p>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、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

- 年齢ではなく負担能力に応じた負担を考えていくためには、課税所得だけではなく、新たに金融資産、非課税年金、この評価も含めた所得区分の設定を検討する必要がある。
- 現役世代から見ると、負担が現役世代に偏ってしまっているのではないかという思いが非常に強い状況ではないか。1,800兆円ある金融資産の半分以上は60歳以上の高齢者が保有しており、さらに現役世代は負債も抱えている。ネットの資産で見ると高齢者と現役世代にもっと差が開いてしまう状況もあるので、少なくともこういうアンバランスを解消していくという方向性をしっかり出すことが重要。預貯金口座にマイナンバーを付番していくといった基盤整備が非常に重要だが、ただ、方向性だけでも早く議論を始めることが制度に対する信頼性を高める上でも重要。
- 公平性を担保するためには、金融資産だけをここで考慮するようにすると、金等を買に行ったりという方たちが少なからず出てくるのではないか。こういう制度を検討するのであれば、不動産も含めて実物の資産をしっかりと把握できるような仕組みを作った上で、適用するという仕組みを作ってからでないといけない。
- 金融資産のみを考慮することの妥当性が問われるのではないか。マイナンバー制度で番号を振ることにも、海外の資産も含めて番号を振れない資産もあると思われ、やはり限界があるのではないか。本当に公平性、納得性が担保されるのか。金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方についてはやはり慎重な対応が必要。
- 課題としては基本的に2つ。一つは正確な資産の捕捉をどうするのか、どこまで公平性を保ってできるかという議論。もう一つは、金融資産の勘案は医療保険のどの部分に対してなのか分からないが、医療保険に導入することに対する理屈づけ、合理性に関する議論。介護保険は、自己負担の部分を低所得者に対しては補填をする。そのときに資産まで勘案する。これは福祉の世界でやっていたものだから、そういう流れで整理できたわけだが、医療保険の保険料とか保険給付にフローだけでなくストックを勘案するということは、どういう論理立てを行うのか。今後、議論が必要。

負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 年齢ではなく、負担能力に応じた負担を考える必要があり、この際、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を検討する。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

(実務的な課題)

- ・ 金融資産を正確に把握する仕組みをどのように作るか。
- ・ 預貯金等以外の資産(不動産等)や負債を持つ者との公平性をどう図るのか。
- ・ 預金口座へのマイナンバー付番の在り方に関する検討の状況を踏まえつつ、仮に付番が義務化された場合に、市町村の事務はどうなるのか。

(制度的な課題)

- ・ 医療保険において金融資産等の保有状況を反映することに対する理屈をどのように整理するのか。等

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
②薬剤自己負担の引上げ

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）

	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

- 高額な医薬品は、最新の医薬品へのアクセスを確保するため、十分な効果検証の下で、高額であっても公的保険で給付をすることを基本にしていくべき。一方で、リソースには限りがあり、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方なども含め、保険給付の重点化を図っていくことが重要。また、薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても改めて検証と検討を進めるべき。
- 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ないのではないか。その点を踏まえると、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか。
- 国民皆保険制度を将来にわたって持続可能なものとするためには、後期高齢者の窓口2割負担の改革だけではとても実現できない。この薬剤の自己負担の引上げについても重要な取組の一つであると思うので、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべき。
- 疾病の治療が必要と判断して処方された医薬品は保険適用すべき。医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある。また、OTC類似薬が保険から外れると、患者さんからすると保険で使える別の薬にしてほしいということになる。結果として高薬価の薬剤へシフトしてしまうのではないか。
- OTC類似薬については、医療上の必要性による適切な医薬品の選択の担保という意味で、財政問題だけで見直すことは適当ではないのではないかと。この医薬品を必要とする患者の家計の実質的な負担が増えて、医療アクセスにおける所得格差の問題につながるのではないかと。
- フランスでは医療上の有用性と対象疾患の重篤性、その2つに基づいて給付率を判断していると聞いている。仮に日本でこの制度を導入しようとした場合、今、約2万品目近くある医薬品の評価を全て見直して分類して、さらに何かあればメンテナンスをしていくということになる。そう考えると、かなり実行可能性は低いのではないかと。
- 医師としてこの薬が必要だと判断したときに、これはスイッチOTC医薬品だから使えないということは患者さんに説明しにくい。
- (薬や病気が)よく軽微なものということが言われるが、結果論であり、患者の立場で言うと、何が軽微で何が合うのかというのは本当に分からない。

薬剤自己負担の引上げ

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 薬剤自己負担については、改革工程表において、「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、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」とこととされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方、国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化、医療上の必要性に応じた適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性、自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）について検討を行うことが必要ではないか。 等

- (2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
- ③医療費について保険給付率と患者負担率
のバランス等の定期的に見える化等

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）

	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	61 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					
	<p>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。</p> <p>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、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—

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等

- 将来的に負担が仮に増えるとしても、こういうものに使われるから負担するのだという場合は負担増にも納得すると思われる。例えば個人レベルで、あなたが支払う保険料の中の幾らくらいはこういうものに使われてと、個人ベースで理解できるようにすることが必要かもしれない。あるいは、例えば診療報酬改定で何%アップといったときに、患者の負担が増えるけれども、それでも医療の質を高めるのだと思えば、診療報酬の改定の結果として医療費の負担が増えたとしても理解できる。専門家ばかりだけではなくて、国民が理解できるように、どういう「見える化」が必要なのか議論が必要。
- 例えば実効給付率の推移は、時系列で自己負担と保険給付の割合を見ているわけであり、強いていえばこれを保険料と公費とに分けることも、一つのアンサーとも思われる。

医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 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必要がある。また、国民に広く財源構成について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成することが重要である。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 専門家ばかりでなく、国民に理解してもらうために必要な見える化について検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 時系列で自己負担と保険給付の割合を見ることに加え、保険料と公費に分けて示すことについて検討を行うことが必要ではないか。

【（参考）現状】

- 医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について、定期的に公表。
 - ・ 医療費の動向（メディアス）、医療費の伸び率の要因分解：毎年8～9月頃
 - ・ 制度別実効給付率、生涯医療費、医療保険制度の財政構造表：毎年末
- 制度改正や診療報酬改定の財政影響については、都度、必要に応じ公表。

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
④「現役並み所得」の判断基準の見直し

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）

	取組事項	実施年度			KPI	
		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>65 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</p> <p>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。</p>	<p>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、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

「現役並み所得」の判断基準の見直し

- 所得区分の線引きについて今後議論をする際には、現役並み所得がそもそも課税所得145万以上でいいのか、あるいは、控除の話も出てきたが、年金控除も含めた所得控除の話も含めてこれで本当にいいのか改めて議論すべき。
- 現在、3割になっている現役並み所得と判定をされている75歳以上高齢者の方々に対しての適用の範囲、基準についても（後期高齢者の自己負担割合の在り方と）同時に議論をして、75歳以上の高齢者の方々の中での公平性をきちんと考える必要がある。
- 現役並み所得の対象、基準を見直すときには、後期高齢者の医療費の公費負担減少分が現役世代の負担増にならないようにするのは当然だと思う。少なくとも支援金を負担する現役世代への財政支援を含めた配慮をお願いしたい。
- 現役並み所得の者が増加すると、直接的にはこれが現行制度上では、現役世代の負担増につながってしまうという問題がある。この点については全世代型社会保障検討会議の中で言われている世代間の負担の平準化、公平性を図る観点から、当該変更に伴う負担増分については、当然、現役世代の支援措置を別途検討する必要があると考えている。
- 高齢者の「現役並み所得の判断基準の見直し」については、今の仕組みのままでは現役並み所得となった段階で公費が投入されなくなる。したがって、その分、現役世代の保険料負担が増加する事態を招く形になる。これ以上現役世代の保険料負担が増加しないという観点を推し進める上では、本件の見直しを進めるに当たっては、公費投入の在り方もセットで見直すべき。

「現役並み所得」の判断基準の見直し

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 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、「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、検討する必要がある。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 「現役並み所得」の判断基準の見直しに当たっては、現在の課税所得の水準やその動向、諸控除の在り方に配慮する必要があるのではないか。
- ・ 現役並み所得者の給付費に対して公費負担がないという現行の仕組みでは、判断基準の見直しに伴い現役世代の支援金負担が増加するという点を踏まえて検討を行うことが必要ではないか。 等

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
⑤今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

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）

	取組事項	実施年度			KPI	
		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	66 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					
	<p>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。</p> <p>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、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

新規の医薬品や医療技術の保険収載など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

- 新規医薬品、医療技術の保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要。
 - 高額な医薬品が次々と登場する中、医療保険財政健全化の面からも、費用対効果を図るという視点は大変重要。
 - 保険収載をどうするかというところは、今すぐには難しいとしても、今の基本原則を維持しながらもできることはあるのではないか。有効性、安全性の濃淡を評価する一つの手法として費用対効果もあるのではないか。
 - 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載するのが大前提。この前提の元で中医協において価格を調整するのが、本来の国民皆保険制度のあるべき姿である。また、高額薬剤について費用対効果が悪いからといって患者アクセスの制限や追加負担があるべきでは無い。
 - 国民のために安全性、有効性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべき。また、費用対効果評価制度は運用が開始されたばかりで体制も十分ではなく、今後事例を集積して、制度のあり方については中医協で検討していくべき。
 - 制度としては昨年度から運用開始されたところ。まずはその影響の検証、課題の抽出などを行っていくべきであり、保険収載の可否の判断や償還可能な価格までの引下げといった仕組みの検討は時期尚早。
 - 有効性、安全性が確認された薬剤については、基本的に保険収載をして原則として誰もが使えるようにしていくという方向性に関して賛成。一方で、財政状況も悪いという中で、スレッシュホールドという技術的な閾値までのところに関しては保険でみて、それを超える部分については保険外併用でみていくというような運用の仕方をすれば、財政と医療、薬剤へのアクセスを両立するような考え方ができるのではないか。
 - 我が国の薬価制度と費用対効果評価は基本的にコンセプトが違うもの。費用対効果の議論は現行制度とどのように調和させていくかが一番重要。
- ※ 3月26日に開催された第127回医療保険部会において、本議題については、基本的には、中医協の議論を見守り、適宜必要な情報があれば医療保険部会に報告することとなった。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用については、改革工程表2019において、「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、…関係審議会等において検討」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現状や人材育成の状況や諸外国における取組も参考にしながら、検討を行うことが必要ではないか。 等

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

(3) その他検討事項
① 傷病手当金の見直し

項目5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進

⑩ 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

働き方改革実行計画工程表
(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)

【働く人の視点に立った課題】

労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、治療のために離職する人が存在している。

- ・罹患しながら働く人数 2,007万人(2013年度)
- ・治療のため離職した人の割合(がん)約34%(うち依願退職30%、解雇4%) (2013年)

治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

- ・病気を抱える労働者の就業希望: 92.5% (2013年度)
- ・がん罹患後に離職した主な理由:
 - ①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感 (2013年)

患者にとって身近な相談先が不足している。

- ・例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%(399か所中150か所)のみ(2016年)

治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

- ・病気休暇制度のある企業割合: 22.4%(常用雇用者30人以上民営企業) (2012年)
- ・病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合: 11.5%(常用雇用者50人以上民営企業) (2012年)

【今後の対応の方向性】

がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

【具体的な施策】

(トライアングル型サポート体制の構築)

- ・治療と仕事の両立に向けたトライアングル型サポート体制を構築するため、以下の取組を進める。
 - ① 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けた治療と仕事両立プランの作成支援などを行う両立支援コーディネーターを育成・配置する。
 - ② 治療と仕事両立プランの記載内容・作成方法等の具体化を進め、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルの作成・普及を行う。
 - ③ がん・難病・脳卒中・肝疾患等について、疾患ごとの治療方法や症状(倦怠感、慢性疼痛やしびれなどを含む)の特徴や、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及を行う。

(不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実)

- ・不妊治療に関する患者からの相談支援を担う不妊専門相談センターの機能について、両立支援にまで拡充する。

(企業文化の抜本改革)

- ・企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。
- ・2016年2月策定の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの普及推進など、両立支援の導入・拡充に向けて一般国民を含めた周知・啓発を進める。
- ・柔軟な休暇制度・勤務制度の導入を支援する助成金による支援を行う。
- ・治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

(労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化)

- ・治療と仕事の両立支援に係る産業医・産業保健活動の強化を図る。
- ・過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないための産業医による面接指導の確実な実施等、企業における労働者の健康管理を強化する。
- ・産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直す。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標	
トライアングル型のサポート体制の構築	両立支援コーディネーターの養成、配置(労災病院、産業保健総合支援センター)												治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。 両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成する。	
	両立プランの具体化		がん等のモデル実施		両立プランの普及		トライアングル型サポートの状況を踏まえて支援拡充を検討							
不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実	主治医、産業医等の研修、企業連携マニュアルの作成・普及													患者に対する相談状況を踏まえて見直し
	個別の疾患別サポートマニュアル策定(疾患ごとに順次策定)													
企業文化の抜本改革	普及・啓発													新たな不妊相談体制の整備
	助成金等による支援													
産業医等の機能強化	傷病手当金													企業の意識・普及の状況を踏まえて両立支援の更なる充実策を検討
	必要な法令・制度改正													
														施行準備・周知期間をとった上で段階的に施行

傷病手当金

- 傷病手当金制度は、そもそも労働力を回復するための生活の支えというものが趣旨だと考えている。その意味で、がん治療のために柔軟に利用したいという趣旨は理解できる。また、支給期間の取扱いが共済組合と違っている部分については共済組合を合わせるということも理解できる。
- 疾病構造が変わっていくことに対して傷病手当金の方も少しずつ変えていかないといけないのではないか。今回そういう意味でも支給期間をそろえるということは非常に重要。
- 支給期間については、障害年金との接続ということで1年6か月と理解しているが、支給期間の見直しの経緯を確認し、障害年金との接続という趣旨がどれほど立法者意思として妥当するのかの確認が必要。また、共済組合も同じような経緯をたどってきたのかといった辺りを確認した上での議論が必要。
- 今回、見直しの論点として資格喪失後の継続給付の問題及び精神疾患等の関係の取扱いの2点を取り上げるべき。
- 資格喪失後の継続給付については、本来職場復帰を前提とするような傷病手当金ではなくて、これは休職の意思表示が必要となる雇用保険で給付すべきではないか。
- 資格喪失後の継続給付については、業務上災害と異なって退職に当たって雇用上の地位に係る法的保護がないので、雇用保険をはじめとする他の制度との交通整理というか仕分けが必要だと思うが、基本的には資格喪失後、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないか。
- 精神疾患については、本当に労務不能であるのかどうかという点について、判断に大変悩む事例が多い。さらに、これが資格喪失後となると、本当に労務不能なのかどうかということも含めて、保険者のほうで把握することが極めて困難。そういう面でも、実態把握もさらにした上で、この支給についての適正化を図ること、また、保険者としての調査方法や判断基準についても検討いただきたい。

傷病手当金の見直し

【検討にあたっての考え方等】

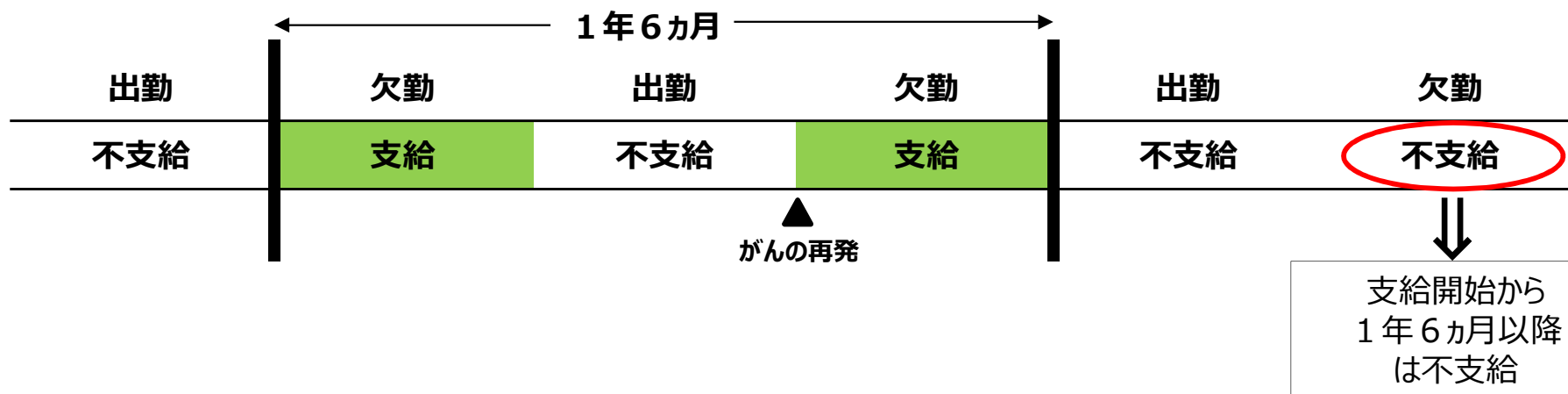
- ・ がん治療のために入退院を繰り返す場合や再発した場合など、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在。
- ・ 治療と仕事の両立の観点から、患者が柔軟に制度を利用できるように傷病手当金の支給期間を通算化し、より柔軟な所得保障を行うことについて検討する。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 支給期間の通算化、資格喪失後の継続給付の在り方、適正給付のための患者の疾病の適切な実態把握の在り方について検討を行うことが必要ではないか。 等

【参考：健康保険における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給開始から1年6ヵ月を経過する時点まで支給（1年6ヵ月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



(3) その他検討事項
②任意継続被保険者制度の見直し

任意継続被保険者制度

- この任意継続制度では制度本来の意義が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が主な実態となっている。制度本来の意義が失われた以上は、廃止の方向で議論することが自然の流れである。一方で、さまざまな就労形態の方がいることを考慮すると、直ちに廃止することは難しいので、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくことが必要。
- 職域の保険と地域の保険で所得の把握時期が異なるという制度の違いに起因する、退職後の負担能力を大きく上回る保険料負担を当事者の方々に一方的に強いることを避けるという意味での任意継続の制度と認識している。職域、地域の二本立ての現行医療保険制度を続けるのならば、ある程度維持すべき。
- 国民健康保険の保険料算定が前年度所得に応じたものであり、退職前後に起こり得る急激な所得差を考えれば、保険料負担の急増を軽減する何らかの措置は必要だと思う。ただし、今の制度自体にも問題はあっており、最大2年間とされている被保険者期間は可能な限り短縮されるべきであり、加入要件となっている2か月以上の勤務期間は長くすべき。
- 加入要件である勤務期間については、共済組合に合わせて、現行の2ヶ月から1年にしたらいいのではないかと。また、加入期間については、60歳未満でみると約8割が1年以内となっており、再就職までのつなぎということと考えた場合には、現行の2年から1年に短縮することでいいのではないかと。保険料の取り方については、退職時の標準報酬月額をもとに設定すれば、国保に移った場合の保険料の激変緩和ということにもなるのではないかと。
- 退職後に所得がない方が国保に移って最大2年間は退職前の高い所得に基づいて保険料を算定されてしまうケースがあることを考えると、この期間は短縮すべきではない。国保の財政負担が増大する、不安定になるという見直しについては、今後とも慎重な御検討をいただきたい。
- 加入要件の問題等の議論の際には、やはり有期労働者や派遣労働者など、比較的立場の弱い人たちにしわ寄せが回るような見直しは回避すべき。また、頻繁に被保険者が保険を出入りすることで、市町村の事務コストの問題なども発生するのではないかと。そういったこと全体を含めて慎重な議論が必要。
- 医療保険が基本的には保険者内部での連帯の仕組みであるということを前提とした場合に、平均標準報酬月額を上回る方が任意継続として従前の保険者内に残る前提としては、公平感からすると、従前の標準報酬月額とすることが適切。
- 船員保険についても同様の制度があるが、この船員の方々については、一定期間、休みなく海上で就労し、そして、一定期間失業するというサイクルを繰り返す場合も多く、健康保険の加入者とは仕事の性質が非常に異なっており、この部分については留意が必要。

任意継続被保険者制度の見直し

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という本来の意義が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が実質的な意義となっている。
- ・ 現在の働き方にあった制度の見直しについて検討する。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 加入要件の2か月以上の勤務期間の見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 資格喪失事由の2年間の加入期間の見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 標準報酬月額が①従前の標準報酬月額、又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額とされていることの見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 上記見直しによる影響（有期労働者や派遣労働者など比較的立場の弱い人たちへの影響、頻繁な保険者間異動による事務コストの問題、国保への財政影響等）について検討を行うことが必要ではないか。 等

オンライン資格確認の普及について

令和2年9月16日

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

オンライン資格確認の導入等について

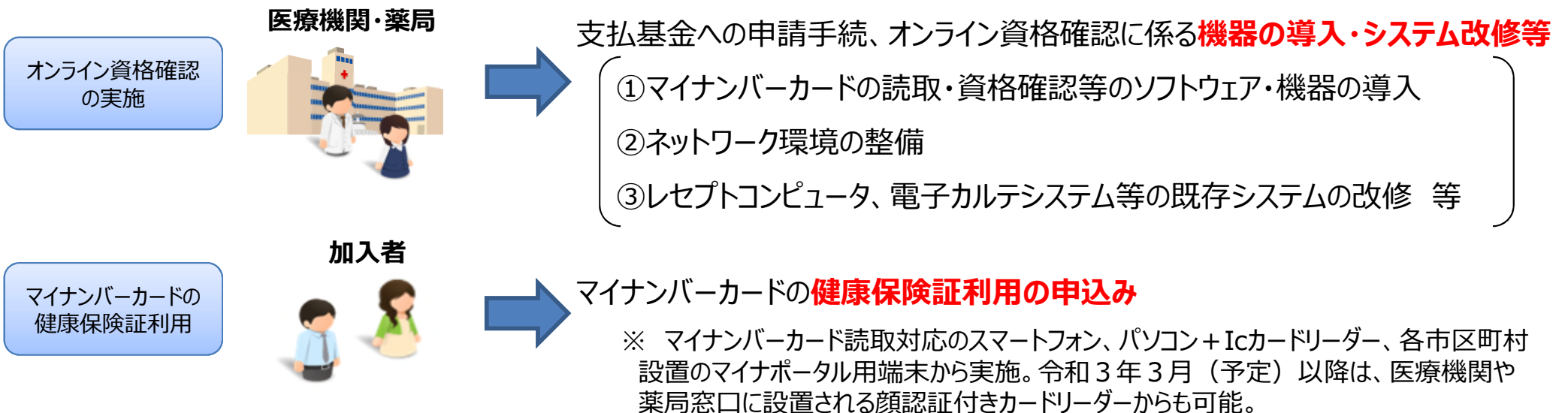
- **令和3年3月**から、オンライン資格確認を運用開始予定。

オンライン資格確認等システムの導入により可能となること

- ① 医療機関等における**オンラインによる医療保険の資格確認**【医療機関・薬局】
- ② マイナンバーカードの**健康保険証**※としての利用【医療機関・薬局】【加入者】
- ③ 本人から同意を取得した上で、特定健診情報、薬剤情報等や限度額情報の**医療機関・薬局への提供**
【医療機関・薬局】【加入者】
- ④ マイナポータルを通じて、特定健診情報、薬剤情報や医療費通知情報の**本人への提供**【加入者】

※ 国民健康保険被保険者証及び後期高齢者医療被保険者証を含む。以下同じ。

- オンライン資格確認の実施やマイナンバーカードの健康保険証利用に**必要な準備**は、以下のとおり。



1. 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入準備に関する状況

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入準備について

- 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入準備を以下のとおり実施。

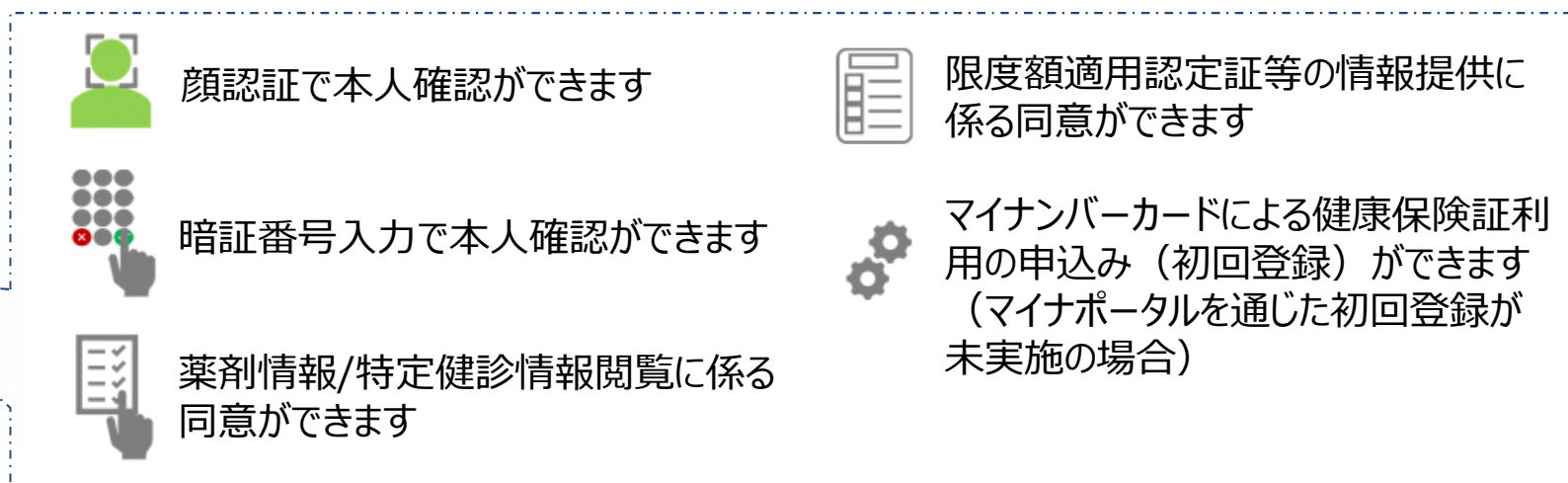
7月6日	医療機関等向けポータルサイト※を開設
	アカウント登録の受付開始
8月7日	顔認証付きカードリーダーの申込受付開始

※ 医療機関・薬局のオンライン資格確認の導入を支援するポータルサイト（社会保険診療報酬支払基金設置）
同サイトにアカウント登録をすると、最新情報のお知らせや顔認証付きカードリーダーの利用申込が可能。また、オンライン資格確認の利用申請や補助金申請が順次可能となる予定。

- 顔認証付きカードリーダーでは、

- ・マイナンバーカードの保険証利用において、**顔認証又は4桁の暗証番号入力により本人確認**
- ・医療機関等が薬剤情報・特定健診情報等を閲覧する際は、同意意思を明示的に確認した上で**患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保**することが可能。

顔認証付きカードリーダー



マイナンバーカードでの資格確認手順（顔認証付きカードリーダー）

来院

①マイナンバーカードを置く 【患者】



本人確認

②本人確認方法を選択 【患者】

本人確認の方法を
選んでください。

顔認証を行う

暗証番号を入力

終了する

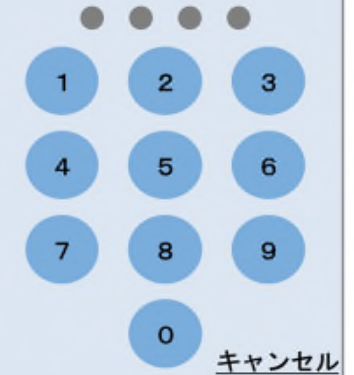
本人確認の情報は、他の
目的には使用しません。

③顔の撮影、又は暗証番号を入力 【患者】

顔を枠内に入れてください。



暗証番号を
入力してください。



同意取得

④薬剤情報・特定健診情報等の 閲覧同意を選択 【患者】

過去のお薬情報や、過去の
特定健診（メタボ健診）情
報を主治医等に見せること
に同意しますか。

この情報はあなたの健康管
理のために使用します。

同意する

同意しない

提供情報選択

⑤提供する情報（限度額情報等）を 選択 【患者】

提供する情報を選択して
ください。

特定疾病療養受療証

限度額情報

提供しない

結果確認

⑥レセプトコンピュータ等で結果を確認 【窓口職員】

患者情報				登録	
シメイ	コウロウ タロウ	性別	男	資格確認日	令和元年11月1日
氏名	厚労 太郎	生年月日	昭和45年1月1日	年齢	50歳
保険者番号	12345	保険者名	XX健保	郵便番号	123-4567
記号・番号・技番	1234	5698910	01	住所	東京都港区XX-XX
患者区分	健康保険組合	本人	3割	電話番号 1	XX-XXXX-XXXX
資格取得年月日	平成28年7月1日	交付年月日	平成28年7月1日	電話番号 2	XXX-XXX-XXXX
有効期限	平成28年7月1日	~	令和4年7月1日		

※各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。

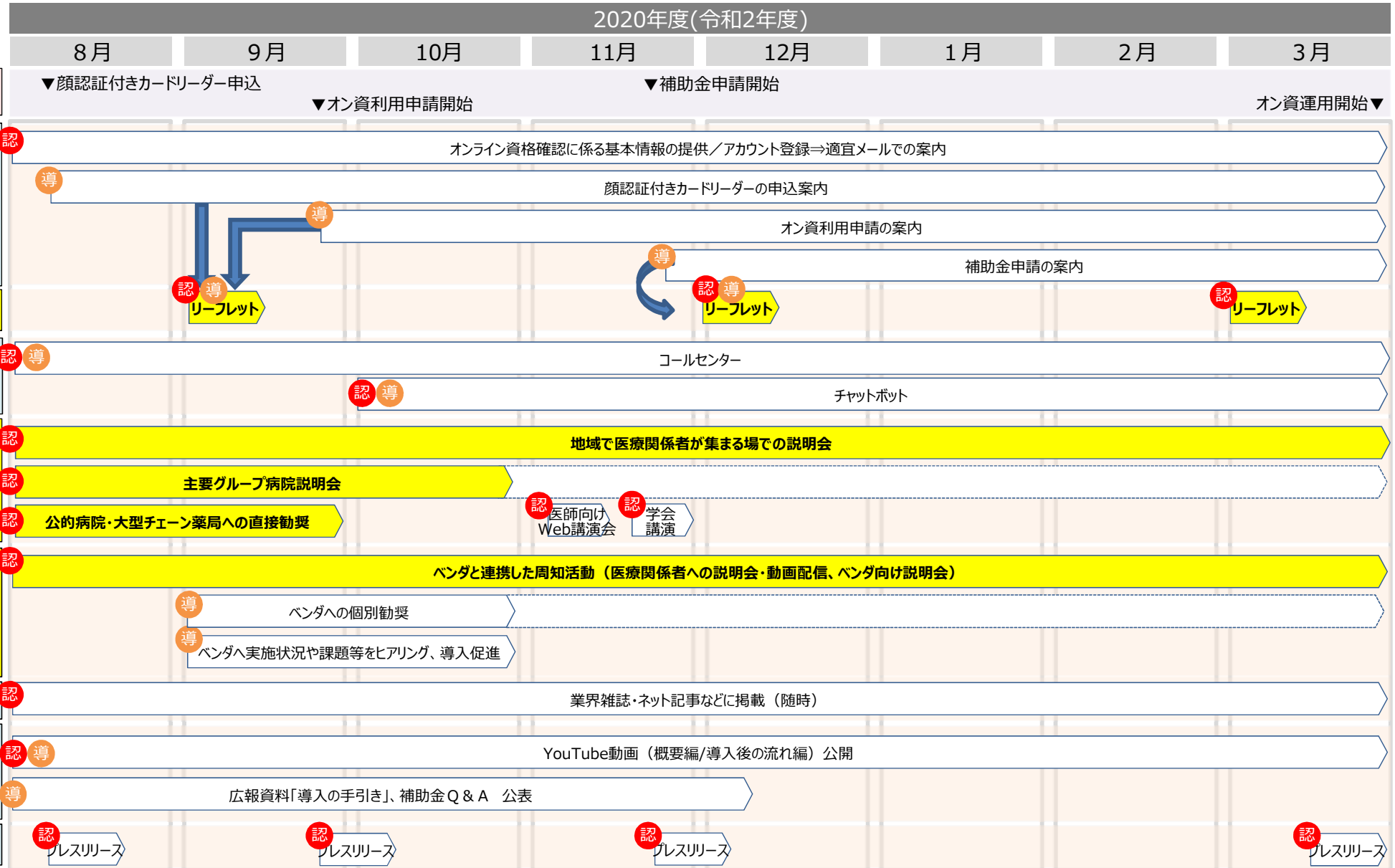
令和3年3月までの医療機関等向け周知広報について

凡例：

実施する施策

今後実施予定の施策

認 認知・理解促進
導 導入促進



2. マイナンバーカードの健康保険証利用に関する状況

マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みについて

- マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、被保険者による**健康保険証利用の申込み**※1が**必要**。

※1 マイナポータル機能を活用し、マイナンバーカードのICチップにある利用者証明用電子証明証のシリアル番号と、個人単位被保険者番号の紐づけを行う。

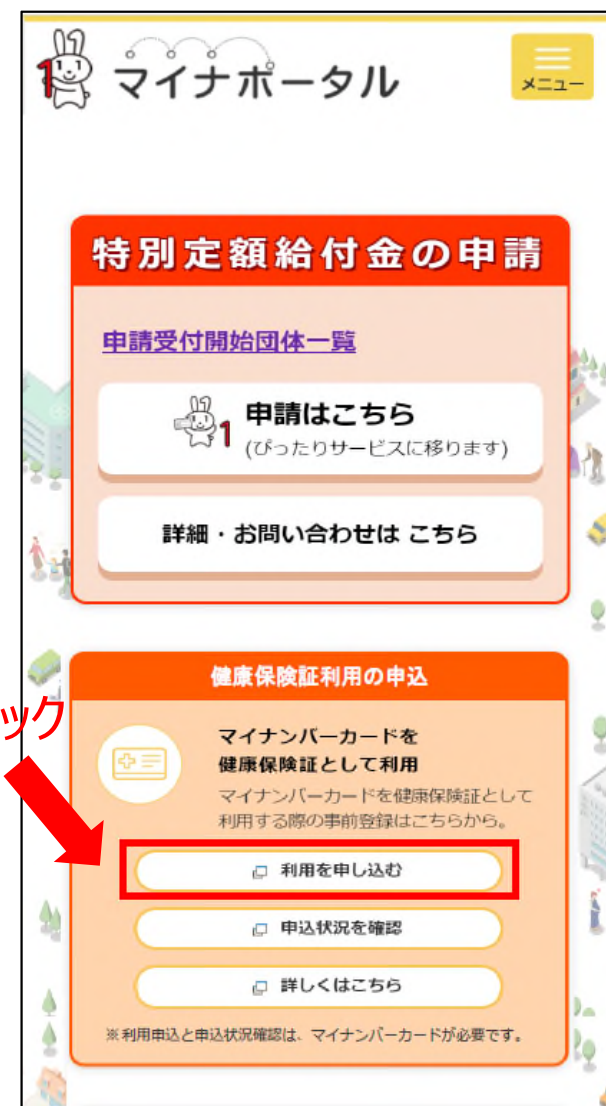
- 健康保険証利用の申込みは、**マイナポータルから行う**。

必要なもの

- ① 申込者本人のマイナンバーカード
+あらかじめ市区町村窓口で設定した暗証番号（数字4桁）
- ② マイナンバーカード読取対応のスマートフォン
（又はPC+ICカードリーダー）※2
- ③ 「マイナポータルAP」のインストール

※2 パソコンやスマートフォン等を利用することができない方については、各市区町村において設置するマイナポータル用端末を利用いただく。また、家族など本人以外のパソコンやスマートフォンからでも事前の申し込みをすることも可能。
なお、令和3年3月（予定）以降は、薬局や医療機関での窓口を設置する顔認証付きカードリーダーにおいても手続きが出来る。

7月1日	マイナポイント申込との一括登録開始 マイナポータルにおいて、マイナポイント申込後、一連の手続きでマイナンバーカードの健康保険証申込が可能に。
8月7日	マイナンバーカードの健康保険証としての申込受付開始 マイナポータルにおいて、トップ画面からマイナンバーカードの健康保険証申込が可能に。



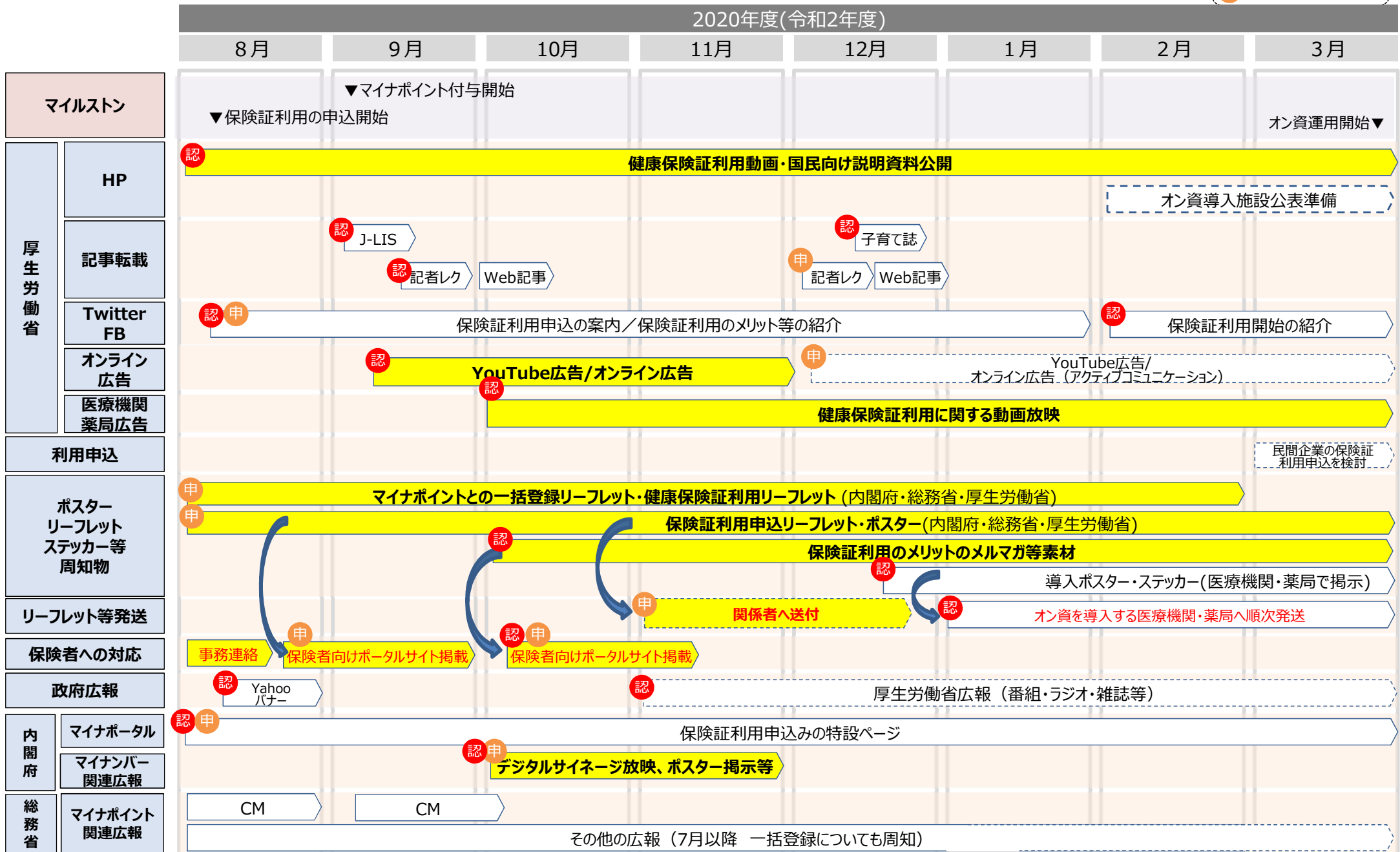
令和3年3月までの国民向け周知広報について

凡例：

実施する施策

今後実施予定の施策

認 認知・理解促進
申 申込促進



YouTube広告動画配信素材パターン別動画

- 国民の興味関心を測定する為、既存動画をメインメッセージの異なる2パターンに再編集して広告展開。視聴率等の差を調査。

パターンA：保険証利用 → 医療費・薬剤情報・特定健診情報



パターンB：医療費・薬剤情報・特定健診情報閲覧 → 保険証利用



- 強制表示の5秒間で訴求内容を変更し、動画の視聴時間等の差で国民の興味関心を把握する。

3. 周知広報媒体について

ポスター・リーフレット等 一覧

【リーフレット】

医療機関等向け



目的：顔認証付きカードリーダーの
申込受付等の案内
用途：全医療機関・薬局に送付

国民向け



目的：マイナンバーカードの保険証
利用申込を案内
用途：市区町村・保険者が適宜利用
関係者に送付予定

【ポスター・ステッカー】

患者向け



目的：マイナンバーカードで保険資格
の確認ができる医療機関・薬局
であることを案内
用途：オンライン資格確認等システム
に対応した医療機関・薬局に送
付予定

(A4三つ折り)



目的：マイナンバーカードの健康保険証利用を案内し、
マイナンバーカードの取得を勧奨
用途：市区町村・保険者が適宜利用（A4三つ折りとA3二つ折りを用意）

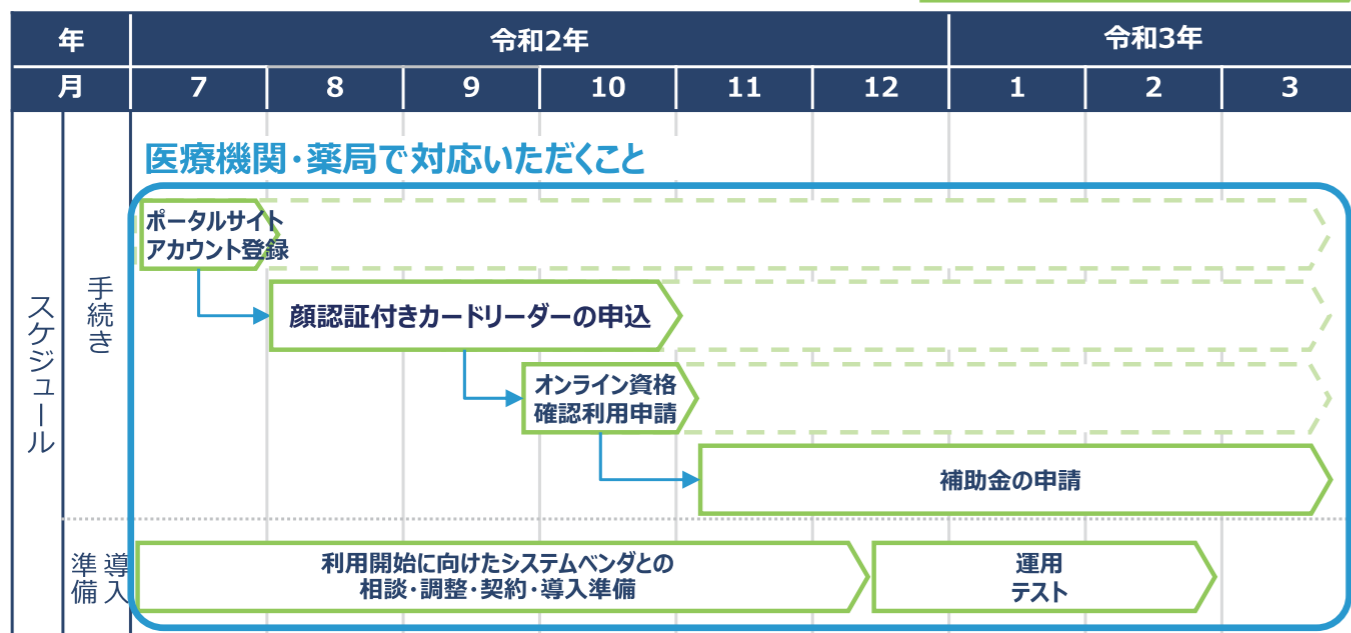
国民向け



令和3年3月（予定）のオンライン資格確認スタートに向け アカウント登録・顔認証付きカードリーダー申込受付中！

申込受付中！

令和3年3月に利用開始する場合のスケジュール



オンライン資格確認導入に向けたご案内

Vol.02

顔認証付きカードリーダーの“無償提供” に向けた申込受付が始まりました

まずは登録を！

医療機関等向けポータルサイトの登録

オンライン資格確認の導入をまだ決めていない医療機関・薬局でもお気軽にご登録ください

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト



アカウント登録でできること

- 最新情報をメールでお知らせ
- 顔認証付きカードリーダー申込
- オンライン資格確認利用申請
- 補助金申請



ポータルサイト開設1カ月で登録数
35,000ユーザー突破！

<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/>

オンライン資格確認

検索



株式会社
富士通マーケティング



パナソニック システム
ソリューションズ ジャパン
株式会社

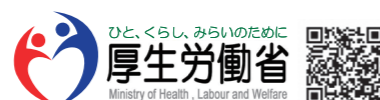


株式会社アルメックス

顔認証付きカードリーダーの
カタログページはこちら



お問合せ先：医療情報化支援基金
 contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp
 0800-8007121（通話無料）
 平日 9：00～17：00



重要 オンライン資格確認の利用には、各種申請・申込とシステム・ネットワークの改修が必要です

顔認証付きカードリーダーの申込や各種申請と共に、必要機器の導入やシステム・ネットワークの改修等を実施してください。

各種申請・申込のお手続き

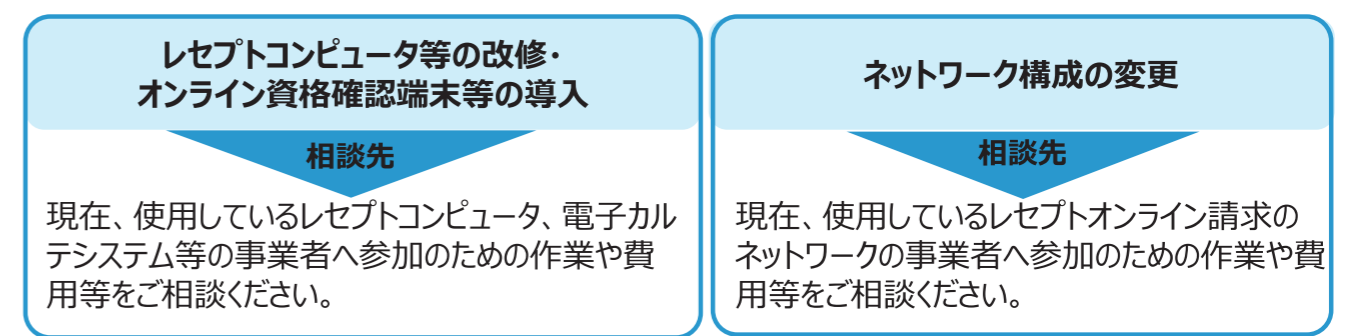
必ず
申請が必要



医療機関等向けポータルサイトから申し込み受付中！
顔認証付きカードリーダーを申し込みいただくと、オンライン資格確認に参加いただくことになります。

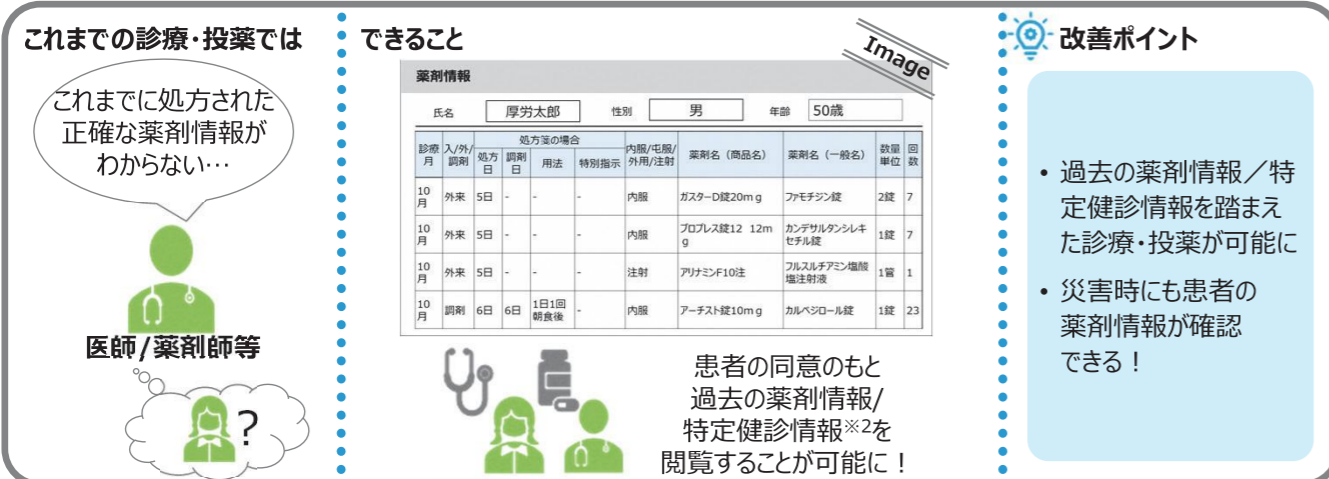
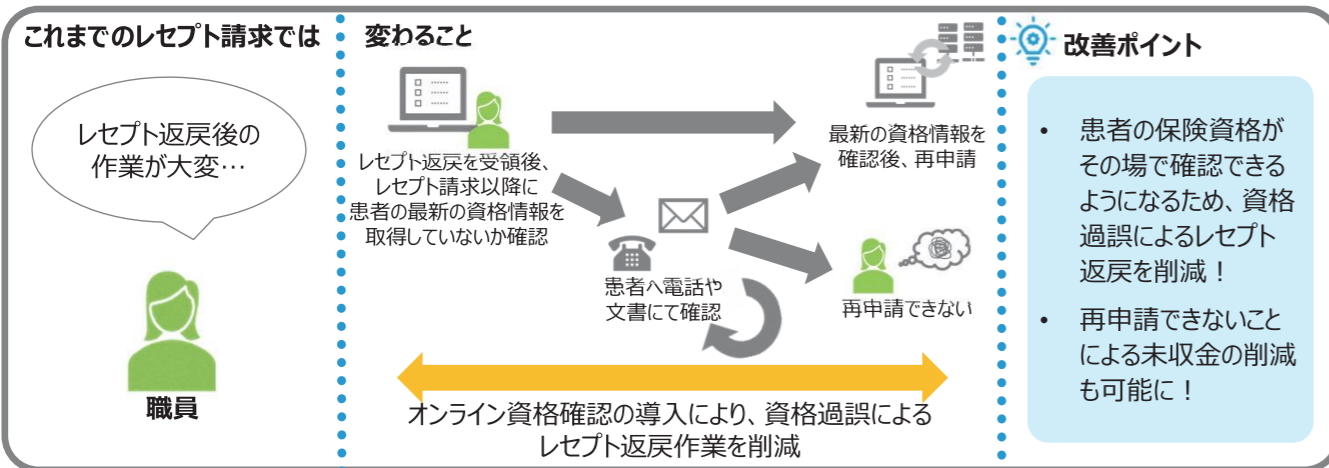
レセプトコンピュータ等・ネットワークの改修

一定の
自己負担あり

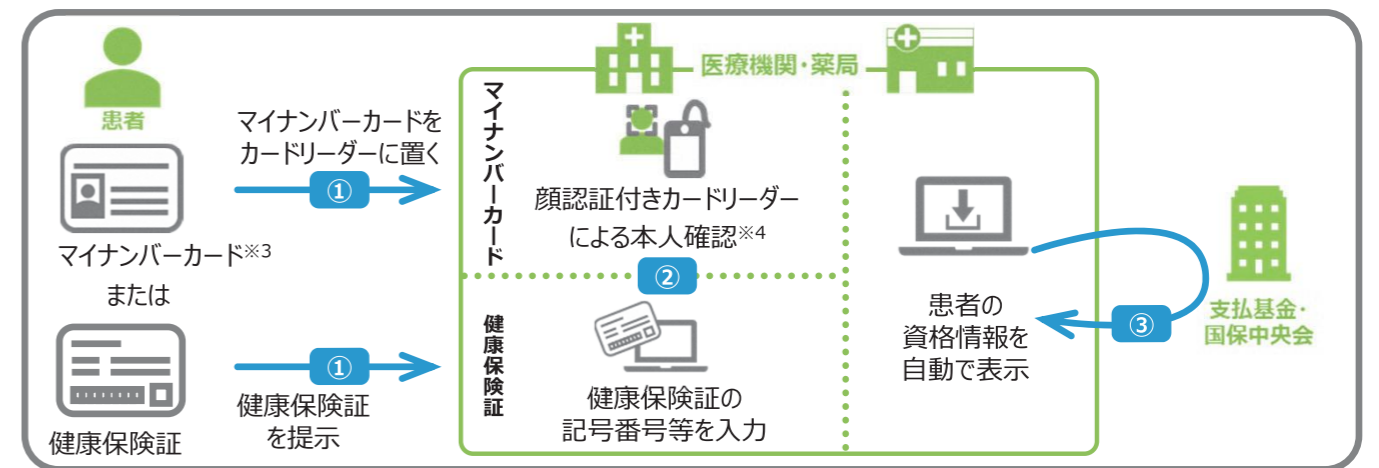


オンライン資格確認導入で医療機関・薬局の業務が変わります

オンライン資格確認の導入により、①資格過誤によるレセプト返戻の作業削減、②過去の薬剤情報/特定健診情報の閲覧が可能になります※1。



顔認証付きカードリーダーの導入で受付・資格確認がスムーズになります。マイナンバーカードであれば患者との接触機会を減らすことができます。



※3 医療機関・薬局において患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うことはありません。マイナンバーカードのICチップを利用します。
※4 マイナンバーカードによる本人確認では他に、目視による顔確認及び暗証番号（4桁）による本人確認も可能です。

顔認証付きカードリーダーの無償提供及びシステム改修費の一部を補助いたします(自己負担あり)

対象機関	病院			大型チェーン薬局※5	診療所/薬局
顔認証付きカードリーダー無償提供台数	3台まで			1台	1台
その他費用補助上限	1台導入の場合	2台導入の場合	3台導入の場合	21.4万円 事業額の42.9万円を上限に、その1/2を補助	32.1万円 事業額の42.9万円を上限に、その3/4を補助
	105万円 事業額の210.1万円を上限に、その1/2を補助	100.1万円 事業額の200.2万円を上限に、その1/2を補助	95.1万円 事業額の190.3万円を上限に、その1/2を補助		
	補助の対象例				
オンライン資格確認端末の購入 オンライン請求回線の導入、既存のオンライン請求回線の増強 レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の改修 等					

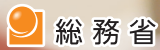
※5 グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局が対象となります。

利用申込受付開始！

マイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります！

2021年3月(予定)から利用開始

※医療機関・薬局によって開始時期が異なります。利用できる医療機関・薬局については、今後、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金のホームページで公表予定です。



医療機関や薬局の受付でマイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーにかざすだけ！

カードの顔写真を機器で確認します。
※顔写真は機器に保存されません。



利用申込はカンタン！

今すぐ申込可能

まずは必要なものをチェック！



- ① 申込者本人のマイナンバーカード
+ あらかじめ市区町村窓口で設定した暗証番号(数字4桁)
- ② マイナンバーカード読取対応のスマホ(又はPC+ICカードリーダー)
- ③ 「マイナポータルAP」のインストール

iPhone



Android



STEP1

- ブラウザで「マイナポータル」と検索し、マイナポータルへアクセスする。
※「マイナポータルAP」は閉じてください。

STEP2

- 「健康保険証利用の申込」の「利用を申し込む」をクリックする。

STEP3

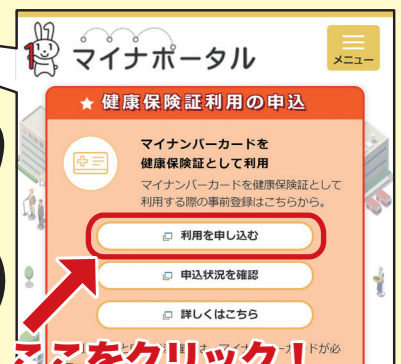
- 利用規約等を確認して、同意する。
※併せて、マイナポータルの利用者登録が行えます。

STEP4

- マイナンバーカードを読み取る。
数字4桁の暗証番号を入力し、マイナンバーカードをスマホにぴったりと当て、読み取り開始ボタンを押します。

申込完了!!

スマホからのアクセスはこちら！



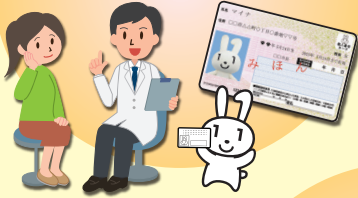
マイナンバーPRキャラクター
マイナちゃん



どんないいことがあるの？

就職・転職・引越をしても
健康保険証として
ずっと使える！

※医療保険者への加入の届出は引き続き必要です。



あなたが同意をすれば、
初めての医療機関等でも、
今までに使った正確な薬の
情報が医師等と共有できる！



マイナポータルで
自身の特定健診情報や
薬剤情報・医療費情報が
見られる！



マイナポータルを通じた
医療費情報の自動入力で、
確定申告の医療費控除が
カンタンに！



限度額適用認定証がなくても
高額療養費制度における
限度額以上の支払が免除される！



※マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバー（12桁の数字）を取り扱うことはありません。また、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐付くことはありません。
※現在の健康保険証が利用できなくなるわけではありません。



いつから使えるの？

● 現在

- マイナポータルで、利用申込受付中！



マイナンバーカードの
申請はお早めに！

● 2021年3月（予定）から

- 医療機関・薬局などで、順次マイナンバーカードの健康保険証利用が可能に
- マイナポータルで、順次特定健診情報の閲覧が可能に

● 2021年10月（予定）から

- マイナポータルで、薬剤情報・医療費情報の閲覧が可能に

● 2021年分所得税の確定申告（予定）から

- 確定申告における医療費控除の手続きで、マイナポータルを通じて医療費情報を自動入力することが可能に



申込方法は
特設ページでも
確認できます！



https://myna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

健康保険証利用申込のお問い合わせ




マイナンバー総合
フリーダイヤル

マイナンバー
0120-95-0178

音声ガイダンスに従って「4→2」の順にお進みください。


受付時間 ⁴（年末年始を除く） 平日：9時30分～18時30分

 よくある質問にお答えします

 いつから健康保険証として使えるようになるの？


健康保険証としての利用は、2021年3月から順次始まる予定です。
利用するための申込は、マイナポータルでできます。



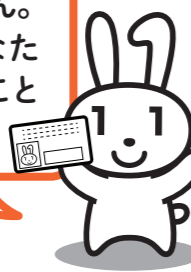
 どの病院や薬局で使えるの？


2021年3月から、医療機関・薬局などで、マイナンバーカードの健康保険証利用が順次可能となる予定です。利用できる医療機関・薬局については、今後、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金のホームページで公表予定です。



 マイナンバーを見られるのが不安です


医療機関や薬局の窓口職員が、マイナンバーを取り扱うことはありません。もし見られたとしても、他人があなたのマイナンバーを使って手続することはできない仕組みになっています。



 マイナンバーカードを持ち歩いて大丈夫なの？

健康保険証として使えるようになって、受診歴や薬剤情報などプライバシー性の高い情報がカードのICチップに入ることはありません。落としたり、失くしたりした場合は、下記フリーダイヤルで24時間365日体制でカードの一時利用停止を受け付けています。



 マイナンバーについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル

0120-95-0178

マイナンバー 受付時間(年末年始を除く)
平日 9:30~20:00
土日祝 9:30~17:30

紛失・盗難による
マイナンバーカードの
利用停止については
**24時間
365日受付!**

▼一部のIP電話等で上記ダイヤルにつながらない場合

マイナンバーカード等
050-3818-1250

その他のお問合せ
050-3816-9405

▼英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語対応のフリーダイヤル

This telephone number is toll-free corresponding to English, Chinese, Korean, Spanish and Portuguese.

マイナンバー制度について
Inquiries about My Number System
0120-0178-26

マイナンバーカード等
Inquiries about My Number Card etc.
0120-0178-27



マイナンバーカードの
↓申請方法はこちら↓

 
<https://www.kojinbango-card.go.jp/kofushinse/>

2021年3月(予定)から
**マイナンバーカードが
健康保険証として
利用できるようになります!**



マイナンバーPRキャラクター
マイナちゃん

公的個人認証サービスPRキャラクター
マイキーくん

2021年3月(予定)から

マイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります!



1 マイナンバーカードをカードリーダーにかざす

カードの顔写真を機器で確認します。
※顔写真は機器に保存されません。

2 オンラインであなたの医療保険資格を確認!

マイナンバーカードのICチップにある電子証明書により医療保険の資格をオンラインで確認します。

利用申込はカンタン!

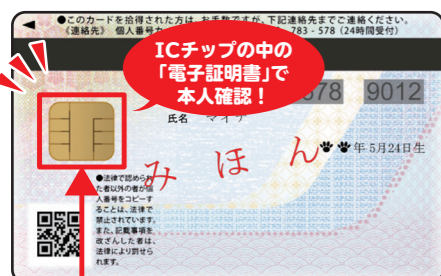


マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、申込が必要です。利用の申込は、マイナポータル*でできます。

(*)子育てや介護をはじめとする行政手続の検索やオンライン申請がワンストップできたり、行政からのお知らせを受け取ることができる自分専用のサイトです。



マイナンバー(12桁の数字)は使いません!



マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、マイナンバー(12桁の数字)は使われません。医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバーを取り扱うことはありませんし、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐づけられることもありません。

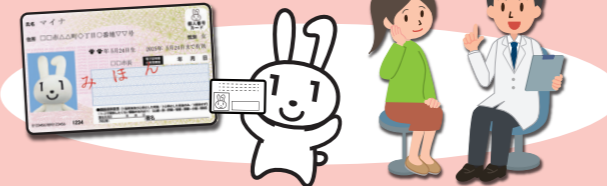
ICチップには、受診歴や薬剤情報などの個人情報は記録されません。



どんないいことが? 6つのメリット

POINT! 1 健康保険証としてずっと使える!

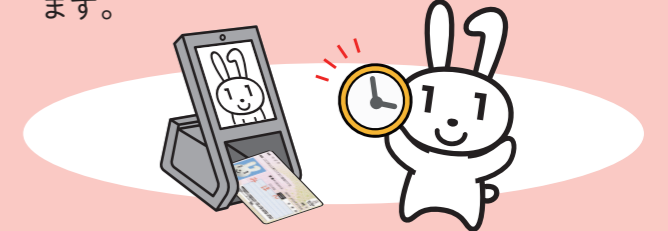
マイナンバーカードを使えば、就職や転職、引越しても保険証の切替えを待たずにカードで受診できます。



※医療保険者への加入の届出は引き続き必要です。

POINT! 2 医療保険の資格確認がスピーディに!

カードリーダーにかざせば、スムーズに医療保険の資格確認ができ、医療機関や薬局の受付における事務処理の効率化が期待できます。



POINT! 3 手続きなしで限度額以上の一時的な支払が不要に!

限度額適用認定証がなくても、高額療養費制度における限度額以上の支払が免除されます。



※自治体独自の医療費助成等については書類の持参が必要です。

POINT! 4 健康管理や医療の質が向上!

マイナポータルで、2021年3月(予定)から自分の特定健診情報を、2021年10月(予定)から自分の薬剤情報を確認できるようになります。
※特定健診情報の確認は、医療保険者によって開始時期が異なります。

本人が同意をすれば、初めての医療機関等でも、今までに使った薬剤情報や特定健診情報が医師等と共有できます。



POINT! 5 医療保険の事務コストの削減!

医療保険の請求誤りや未収金が減少するなど、医療保険者等の事務処理のコスト削減につながります。



POINT! 6 マイナンバーカードで医療費控除も便利に!

マイナポータルを活用して、ご自身の医療費情報を確認できるようになります(2021年10月予定)。また、2021年分所得税の確定申告から、医療費控除の手続で、マイナポータルを通じて自動入力が可能になります。



よくある質問にお答えします

いつから健康保険証として使えるようになるの？

健康保険証としての利用は、2021年3月から順次始まる予定です。
利用するための申込は、マイナポータルでできます。



どこの病院や薬局で使えるの？

2021年3月から、医療機関・薬局などで、マイナンバーカードの健康保険証利用が順次可能となる予定です。利用できる医療機関・薬局については、今後、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金のホームページで公表予定です。



マイナンバーを見られるのが不安です

医療機関や薬局の窓口職員が、マイナンバーを取り扱うことはありません。もし見られたとしても、他人があなたのマイナンバーを使って、手続きすることはできない仕組みになっています。



マイナンバーカードを持ち歩いて大丈夫なの？

健康保険証として使えるようになって、受診歴や薬剤情報などプライバシー性の高い情報がカードのICチップに入ることはありません。落としたり、失くしたりした場合は、フリーダイヤルで24時間365日体制でカードの一時利用停止を受け付けています。



マイナンバーカードの申請方法

交付申請書をお持ちの方は、以下4つの方法から申請できます！

スマートフォン

- 1 スマホで顔写真を撮影。
- 2 スマホで交付申請書のQRコードを読み取る。
- 3 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- 4 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、**顔写真を登録、必要事項を入力**して申請完了。

半分以上の人がオンラインからの申請なんだって！



パソコン

- 1 カメラで顔写真を撮影。
- 2 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- 3 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、**顔写真を登録、必要事項を入力**して申請完了。

交付申請書記載の申請書IDが必要だよ



証明用写真機

- 1 タッチパネルから「**個人番号カード申請**」を選択。
- 2 撮影用の料金を投入して、交付申請書のQRコードを**バーコードリーダーにかざす**。
- 3 画面の案内にしたがって、必要事項を入力。
- 4 画面の案内にしたがって、顔写真を**撮影して送信**し、申請完了。

郵便

- 1 交付申請書に必要事項を記入し、**6ヶ月以内**に撮影した顔写真を貼り付けて郵送し、申請完了。

カードの仕上がりが早いスマホでの申請がおすすめ！

交付申請書をお持ちでない方は、[マイナンバーカード 郵便](#)

- 1 専用サイトから手書き用の交付申請書と封筒をダウンロードすれば、郵便で申請ができます！プリントアウトしてご利用ください。
※手書き用の交付申請書には、顔写真の貼付とマイナンバーの記入が必要です
- 2 市区町村の窓口でも、交付申請書を再発行しています。本人確認書類(運転免許証、パスポート等)を持参の上、お住まいの市区町村へ行きましょう。

マイナンバーについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル

0120-95-0178

受付時間(年末年始を除く)
平日 9:30~20:00
土日祝 9:30~17:30

紛失・盗難によるマイナンバーカードの利用停止については24時間365日受付！

▼一部のIP電話等で上記ダイヤルに繋がらない場合

マイナンバーカード等 **050-3818-1250**
その他のお問合せ **050-3816-9405**

▼英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語対応のフリーダイヤル

This telephone number is toll-free corresponding to English, Chinese, Korean, Spanish and Portuguese.
マイナンバー制度について **0120-0178-26**
マイナンバーカード等 **0120-0178-27**
Inquiries about My Number System
Inquiries about My Number Card etc.

マイナンバーカードの申請方法はこちら↓



2021年3月(予定)から

マイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります！



マイナンバーPRキャラクター
マイナちゃん

公的個人認証サービスPRキャラクター
マイキーくん

2021年3月(予定)からマイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります!



1 マイナンバーカードをカードリーダーにかざす

カードの顔写真を機器で確認します。
※顔写真は機器に保存されません。



2 オンラインであなたの医療保険資格を確認!

マイナンバーカードのICチップにある電子証明書により医療保険の資格をオンラインで確認します。

どんないいことが? 6つのメリット

POINT! 1 健康保険証としてずっと使える!

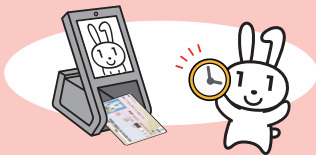
マイナンバーカードを使えば、就職や転職、引越しても保険証の切替えを待たずにカードで受診できます。



※医療保険者への加入の届出は引き続き必要です。

POINT! 2 医療保険の資格確認がスピーディに!

カードリーダーにかざせばスムーズに医療保険の資格確認ができ、医療機関や薬局の受付における事務処理の効率化が期待できます。



POINT! 3 手続きなしで限度額以上の一時的な支払が不要に!

限度額適用認定証がなくても、高額療養費制度における限度額以上の支払が免除されます。



※自治体独自の医療費助成等については書類の持参が必要です。

POINT! 4 健康管理や医療の質が向上!

マイナポータルで、2021年3月(予定)から自分の特定健診情報を、2021年10月(予定)から自分の薬剤情報を確認できるようになります。

※特定健診情報の確認は、医療保険者によって開始時期が異なります。

本人が同意をすれば、初めての医療機関等でも、今までに使った薬剤情報や特定健診情報が医師等と共有できます。

利用申込はカンタン!



マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、申込が必要です。利用の申込は、マイナポータル*でできます。

ここをクリック!

(*)子育てや介護をはじめとする行政手続の検索やオンライン申請がワンストップできたり、行政からのお知らせを受け取ることができる自分専用のサイトです。



マイナンバー(12桁の数字)は使いません!



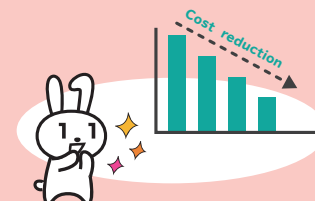
マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、マイナンバー(12桁の数字)は使われません。

ICチップには、受診歴や薬剤情報などの個人情報記録されません。

医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバーを取り扱うことはありませんし、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐づけられることもありません。

POINT! 5 医療保険の事務コストの削減!

医療保険の請求誤りや未収金が減少するなど、医療保険者等の事務処理のコスト削減につながります。



POINT! 6 医療費控除もカードで便利に!

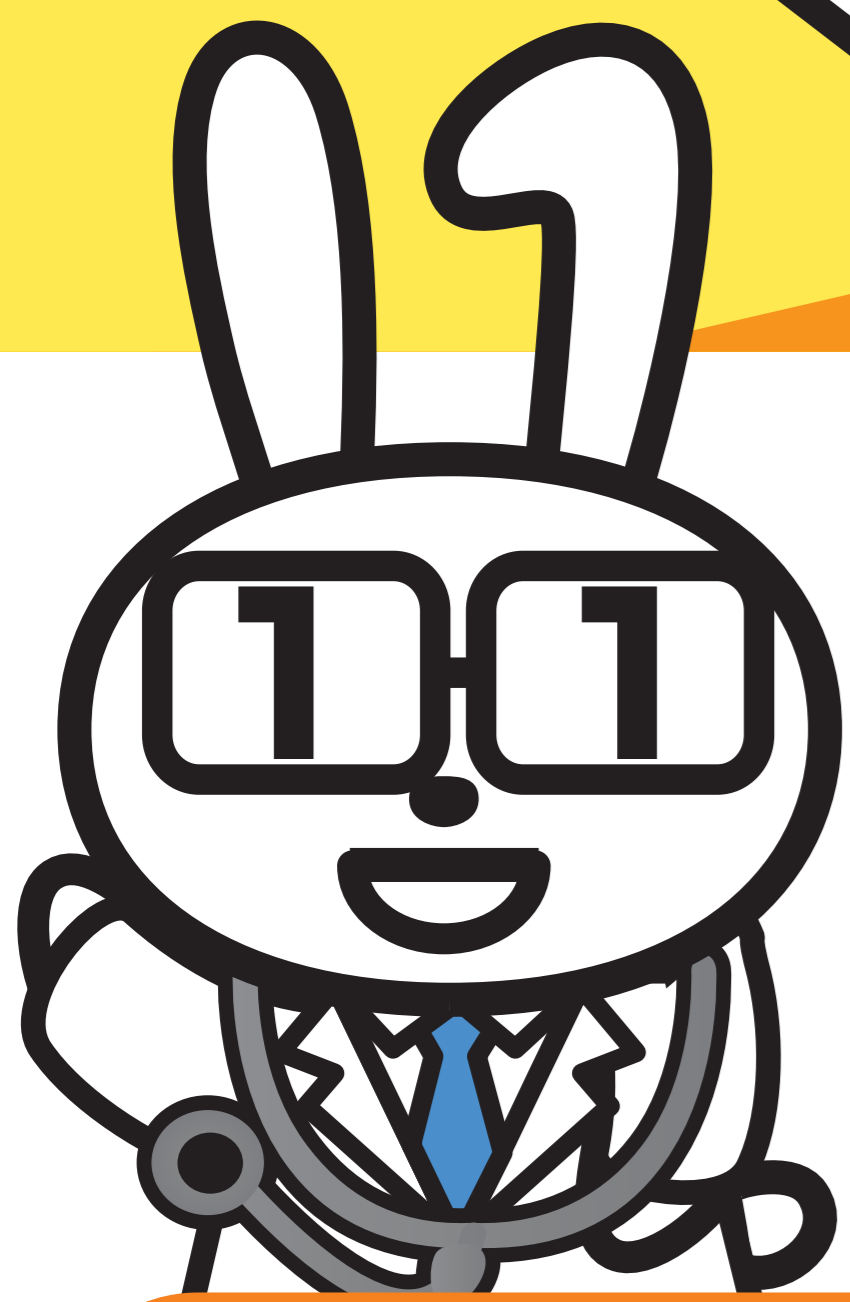
マイナポータルを活用して、ご自身の医療費情報を確認できるようになります(2021年10月予定)。また、2021年分 所得税の確定申告から、医療費控除の手続で、マイナポータルを通じて自動入力が可能になります。



マイナ受付

対応しています

医療機関や薬局で、保険証の代わりに
マイナンバーカードを使う新たな方法。
それが「マイナ受付」です。



令和3年3月より、マイナンバーカードが 保険証として使えます。

マイナンバーカードを保険証として使うと

POINT 01



より良い医療が可能に！

初めての医療機関等でも、薬剤情報等の閲覧機能を使えば、今までに使った薬の情報が共有でき、より適切な医療が受けられるようになります。 ※閲覧できるのは、医師・歯科医師・薬剤師等有資格者のみです

POINT 02



手続きなしで限度額以上の一時的な支払が不要に！

限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

このステッカーが目印！



事前に登録するだけで利用できます！



Press Release



政府統計

報道関係者 各位

令和2年8月28日

【照会先】 保険局調査課

課長 西岡 隆 (内線: 3291)

医療費解析官 八郷 秀之 (内線: 3375)

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)

「令和元年度 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、令和元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】

- 令和元年度の医療費は43.6兆円となり、前年度に比べて約1兆円の増加となった。（表1-1）
- 医療費の内訳を診療種別にみると、入院17.6兆円（構成割合40.5%）、入院外14.9兆円（34.1%）、歯科3.0兆円（6.9%）、調剤7.7兆円（17.8%）となっている。（表3-1）
- 医療費の伸び率は+2.4%。診療種別にみると、入院+2.0%、入院外+2.0%、歯科+1.9%、調剤+3.6%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▲0.8%。診療種別にみると、入院▲0.3%、入院外▲1.4%、歯科+0.3%となっている。（表4-2）
- 1日当たり医療費の伸び率は+3.2%。診療種別にみると、入院+2.3%、入院外+3.5%、歯科+1.7%、調剤+3.7%となっている。（表5-2）

【医療費の動向】

	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度
医療費（兆円）	41.5	41.3	42.2	42.6	43.6
医療費の伸び率（%）	3.8	▲0.4	2.3	0.8	2.4
受診延日数の伸び率（%）	0.2	▲0.7	▲0.1	▲0.5	▲0.8
1日当たり医療費の伸び率（%）	3.6	0.3	2.4	1.3	3.2

「令和元年度 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/iryuhoken/database/>)

-令和元年度 医療費の動向-



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

令和元年度 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	被用者保険		国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上		
			本人	家族					
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
平成29年度	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①	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%)
令和元年度②	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(55.9%)	(31.0%)	(17.0%)	(12.2%)	(24.9%)	(3.2%)	(39.1%)	(5.0%)
②-①	1.01	0.33	0.41	0.31	0.01	▲0.08	▲0.04	0.64	0.04

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	被用者保険		国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上		
			本人	家族					
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
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8

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歳以上
		75歳未満	被用者保険		国民健康保険	(再掲) 未就学者		
			本人	家族				
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	21.9	93.9
令和元年度	34.5	22.6	17.4	16.5	16.9	36.4	21.9	95.2

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歳以上
		75歳未満	被用者保険		国民健康保険	(再掲) 未就学者		
			本人	家族				
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	1.3	1.1	1.0	1.3	1.1	▲ 0.3
令和元年度	2.6	2.1	2.8	2.9	1.8	3.0	0.2	1.3

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	計	診療費			歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 入院外+調剤
			医科						
			計	入院	入院外				
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
平成29年度 (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① (構成割合)	(100%)	(81.8%)	(74.8%)	(40.6%)	(34.2%)	(7.0%)	(17.6%)	(0.6%)	(51.8%)
令和元年度② (構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.6%)	(40.5%)	(34.1%)	(6.9%)	(17.8%)	(0.7%)	(51.9%)
②-①	1.01	0.69	0.64	0.34	0.29	0.06	0.27	0.04	0.57

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	計	診療費			歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 入院外+調剤
			医科						
			計	入院	入院外				
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
令和元年度	2.4	2.0	2.0	2.0	2.0	1.9	3.6	15.9	2.6

表4-1 受診延日数の推移

(単位：億日)

	総計	計	診療費			調剤
					歯科	
			入院	入院外		
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
平成29年度 (構成割合)	(100%)	(99.2%)	(18.3%)	(64.5%)	(16.3%)	
平成30年度① (構成割合)	(100%)	(99.1%)	(18.4%)	(64.3%)	(16.4%)	
令和元年度② (構成割合)	(100%)	(98.9%)	(18.5%)	(63.9%)	(16.6%)	
②-①	▲0.21	▲0.24	▲0.01	▲0.24	0.01	▲0.01

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	計	診療費			調剤
					歯科	
			入院	入院外		
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
令和元年度	▲0.8	▲0.9	▲0.3	▲1.4	0.3	▲0.1

表5-1 1日当たり医療費の推移

(単位：千円)

	総計	計	診療費			調剤	訪問看護 療養	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科			
			入院	入院外				
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
平成29年度	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①	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)
令和元年度②	17.3	14.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
(総計=1)	(1.00)	(0.82)	(2.19)	(0.53)	(0.42)	(0.53)	(0.66)	(0.81)
②-①	0.5	0.4	0.8	0.3	0.1	0.3	0.1	0.5

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	計	診療費			調剤	訪問看護 療養	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科			
			入院	入院外				
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
令和元年度	3.2	3.0	2.3	3.5	1.7	3.7	1.1	4.1

(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						公費	対前年同期差(日)			
		75歳未満			75歳以上				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	国民健康 保険							
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
令和元年度	2.9	1.9	3.7	5.0	0.7	▲0.2	4.4	2.4	+3	+2	+1	+1

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。

注4. 改元に伴い、令和元年度限りの休日が設定されたが、この休日による4～5月の休日数等の影響補正についても、機械的に上記の補正方法を当てはめている。

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				調剤	対前年同期差(日)			
		入院		入院外	歯科		日曜・祭 日等	土曜日	休日でない 木曜日	閏日
		入院	入院外							
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	
令和元年度	2.9	2.1	2.8	2.8	4.6	+3	+2	+1	+1	

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。

注4. 改元に伴い、令和元年度限りの休日が設定されたが、この休日による4～5月の休日数等の影響補正についても、機械的に上記の補正方法を当てはめている。

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
平成29年度 (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① (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%)
令和元年度② (構成割合)	(100%)	(74.6%)	(54.6%)	(7.2%)	(19.8%)	(27.2%)	(0.3%)	(20.0%)	(6.9%)	(0.4%)	(6.6%)	(17.8%)
②-①	1.01	0.64	0.58	0.13	0.21	0.25	▲0.01	0.06	0.06	0.01	0.05	0.27

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
令和元年度	2.4	2.0	2.5	4.1	2.5	2.2	▲9.5	0.7	1.9	5.0	1.8	3.6

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
平成29年度 (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① (構成割合)	(100%)	(47.6%)	(4.0%)	(4.6%)	(11.0%)	(3.8%)	(2.8%)	(9.1%)	(5.0%)	(12.2%)
令和元年度② (構成割合)	(100%)	(47.4%)	(3.9%)	(4.5%)	(11.0%)	(3.9%)	(2.8%)	(9.2%)	(4.8%)	(12.4%)
②-①	571	131	1	▲69	149	62	16	173	▲114	221

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
令和元年度	0.7	0.3	0.0	▲1.7	1.6	1.9	0.7	2.2	▲2.6	2.1

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
平成29年度 (構成割合)	25.6 (100%)	21.2 (82.9%)	8.6 (33.7%)	0.68 (2.6%)	2.54 (9.9%)	5.30 (20.7%)	0.10 (0.4%)	12.6 (49.2%)	4.18 (16.3%)	0.17 (0.7%)	4.01 (15.7%)	8.39
平成30年度① (構成割合)	25.4 (100%)	21.0 (82.7%)	8.6 (33.6%)	0.68 (2.7%)	2.52 (9.9%)	5.28 (20.7%)	0.08 (0.3%)	12.5 (49.1%)	4.17 (16.4%)	0.17 (0.7%)	4.00 (15.7%)	8.44
令和元年度② (構成割合)	25.2 (100%)	20.8 (82.4%)	8.5 (33.6%)	0.68 (2.7%)	2.49 (9.9%)	5.24 (20.7%)	0.08 (0.3%)	12.3 (48.8%)	4.18 (16.6%)	0.18 (0.7%)	4.01 (15.9%)	8.43
②-①	▲0.21	▲0.25	▲0.08	▲0.00	▲0.03	▲0.04	▲0.01	▲0.17	0.01	0.00	0.01	▲0.01

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
令和元年度	▲0.8	▲1.2	▲0.9	▲0.1	▲1.1	▲0.8	▲10.7	▲1.4	0.3	2.1	0.2	▲0.1

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	診療科								
		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
平成29年度 (構成割合)	125,791 (100%)	48,031 (38.2%)	6,466 (5.1%)	5,837 (4.6%)	21,750 (17.3%)	8,437 (6.7%)	3,350 (2.7%)	10,189 (8.1%)	9,595 (7.6%)	12,136 (9.6%)
平成30年度① (構成割合)	124,865 (100%)	47,600 (38.1%)	6,317 (5.1%)	5,503 (4.4%)	21,611 (17.3%)	8,478 (6.8%)	3,310 (2.7%)	10,208 (8.2%)	9,597 (7.7%)	12,240 (9.8%)
令和元年度② (構成割合)	123,159 (100%)	46,783 (38.0%)	6,179 (5.0%)	5,240 (4.3%)	21,390 (17.4%)	8,584 (7.0%)	3,323 (2.7%)	10,073 (8.2%)	9,182 (7.5%)	12,404 (10.1%)
②-①	▲1,706	▲816	▲138	▲263	▲222	106	13	▲134	▲415	164

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	診療科								
		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
令和元年度	▲1.4	▲1.7	▲2.2	▲4.8	▲1.0	1.2	0.4	▲1.3	▲4.3	1.3

表10-1 1施設当たり医療費の推移

(単位：万円)

	医 科					診療所	歯 科		保険薬局
	病 院						病 院	診療所	
		大 学	公 的	法 人	個 人				
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	269,691	1,812,859	540,389	174,689	74,641	10,160	8,992	4,086	13,479
平成30年度①	277,384	1,888,457	555,446	178,816	71,687	10,165	9,341	4,174	12,895
令和元年度②	286,677	1,968,859	574,164	183,781	72,115	10,207	9,763	4,264	13,251
②-①	9,293	80,402	18,719	4,965	428	42	421	90	355

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					診療所	歯 科		保険薬局
	病 院						病 院	診療所	
		大 学	公 的	法 人	個 人				
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
令和元年度	3.4	4.3	3.4	2.8	0.6	0.4	4.5	2.2	2.8

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	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①	10,165	10,340	6,753	10,323	13,177	7,536	7,178	11,459	8,626	11,060
令和元年度②	10,207	10,375	6,692	10,416	13,322	7,620	7,262	11,641	8,378	11,099
②-①	42	35	▲ 61	93	145	84	84	182	▲ 247	39

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
令和元年度	0.4	0.3	▲ 0.9	0.9	1.1	1.1	1.2	1.6	▲ 2.9	0.4

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	10.2	42.1	16.6	8.1	4.8	1.48	0.98	0.59	1.47
平成30年度①	10.2	42.4	16.6	8.1	4.5	1.46	0.98	0.59	1.46
令和元年度②	10.2	42.3	16.5	8.1	4.5	1.44	0.99	0.60	1.44
②-①	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.1	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.02	0.02	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
令和元年度	▲ 0.1	▲ 0.0	▲ 0.3	▲ 0.2	▲ 0.7	▲ 1.6	1.6	0.6	▲ 0.9

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	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①	14,641	11,940	12,418	14,253	30,000	19,277	9,755	14,814	19,146	12,791
令和元年度②	14,406	11,737	12,032	13,934	29,556	19,370	9,846	14,533	18,273	12,741
②-①	▲ 235	▲ 203	▲ 386	▲ 319	▲ 443	94	90	▲ 281	▲ 872	▲ 50

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
令和元年度	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 3.1	▲ 2.2	▲ 1.5	0.5	0.9	▲ 1.9	▲ 4.6	▲ 0.4

(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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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	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①	17.3	17.0	2.0	5.9	8.9	0.1	5.0	12.0	0.32	0.062
令和元年度②	17.6	17.3	2.1	6.0	9.1	0.1	5.1	12.2	0.31	0.066
②-①	0.34	0.35	0.05	0.10	0.21	▲0.01	0.16	0.20	▲0.01	0.00

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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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
令和元年度	2.0	2.1	2.5	1.7	2.3	▲8.6	3.2	1.6	▲2.5	5.4

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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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	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①	4.7	4.5	0.28	1.15	3.06	0.05	1.72	2.81	0.14	0.011
令和元年度②	4.7	4.5	0.28	1.14	3.06	0.04	1.75	2.78	0.13	0.011
②-①	▲0.01	▲0.01	▲0.00	▲0.01	0.01	▲0.00	0.02	▲0.03	▲0.01	0.00

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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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
令和元年度	▲0.3	▲0.1	▲0.1	▲0.5	0.2	▲8.8	1.4	▲1.0	▲5.9	1.7

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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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	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①	37,052	37,472	72,988	51,545	29,223	20,736	28,765	42,805	23,202	56,556
令和元年度②	37,890	38,285	74,894	52,685	29,848	20,792	29,286	43,928	24,049	58,641
②-①	837	813	1,905	1,140	626	56	521	1,124	847	2,086

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						200床未満	200床以上	
		大 学	公 的	法 人	個 人	200床未満	200床以上			
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
令和元年度	2.3	2.2	2.6	2.2	2.1	0.3	1.8	2.6	3.7	3.7

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	197,462	1,227,163	380,534	133,948	53,537	83,063	449,107
平成30年度①	203,126	1,267,422	390,565	137,573	52,154	85,803	465,207
令和元年度②	209,026	1,300,557	400,312	141,594	53,009	88,805	482,349
②-①	5,899	33,134	9,748	4,021	856	3,002	17,143

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
令和元年度	2.9	2.6	2.5	2.9	1.6	3.5	3.7

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	5.39	17.30	7.59	4.68	2.60	2.94	10.79
平成30年度①	5.42	17.36	7.58	4.71	2.52	2.98	10.87
令和元年度②	5.46	17.37	7.60	4.74	2.55	3.03	10.98
②-①	0.04	0.00	0.02	0.04	0.03	0.05	0.11

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
令和元年度	0.7	0.0	0.3	0.8	1.4	1.7	1.0

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

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

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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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/iryuhoken/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
令和元年度	1,462.0	182.5	623.4	650.3	5.8	395.6	1066.0	105.7

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
令和元年度	▲ 0.0	1.2	▲ 0.5	0.2	▲12.8	0.3	▲ 0.1	▲ 3.4

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
令和元年度	1,763	11,447	4,141	1,007	343	687	4,208

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
令和元年度	0.8	1.3	0.4	0.8	▲ 3.1	0.6	1.9

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
令和元年度	31.0	15.3	18.2	47.1	71.5	44.1	26.1	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
令和元年度	▲ 0.1	▲ 0.2	▲ 0.7	0.0	0.7	1.1	▲ 0.9	0.4

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
令和元年度	118.6	113.6	96.7	140.6	154.5	129.2	114.6	29.4

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
令和元年度	2.1	1.3	2.1	2.2	4.9	2.9	1.7	0.9

(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	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	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①	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
令和元年度②	14.9	6.4	1.07	2.62	2.72	0.03	1.8	4.6	8.4	2.96	0.11	2.85	7.75
②-①	0.29	0.23	0.07	0.11	0.05	▲0.00	0.02	0.21	0.06	0.05	0.00	0.05	0.27

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	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
令和元年度	2.0	3.7	7.5	4.6	1.7	▲12.0	1.2	4.8	0.8	1.9	4.6	1.8	3.6

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	診療科								
		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
平成29年度	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①	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%)
令和元年度②	84,148	40,485	3,429	3,616	9,008	3,375	1,919	7,770	4,159	10,388
(構成割合)	(100%)	(48.1%)	(4.1%)	(4.3%)	(10.7%)	(4.0%)	(2.3%)	(9.2%)	(4.9%)	(12.3%)
②-①	649	158	2	▲47	157	63	26	172	▲114	232

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	診療科								
		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
令和元年度	0.8	0.4	0.1	▲1.3	1.8	1.9	1.4	2.3	▲2.7	2.3

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	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①	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
令和元年度②	16.1	3.9	0.40	1.35	2.17	0.03	1.64	2.31	12.2	4.17	0.17	4.01	8.43
②-①	▲0.24	▲0.07	▲0.00	▲0.02	▲0.05	▲0.00	▲0.03	▲0.04	▲0.16	0.01	0.00	0.01	▲0.01

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
令和元年度	▲1.4	▲1.8	▲0.2	▲1.7	▲2.1	▲13.0	▲1.8	▲1.8	▲1.3	0.3	2.1	0.2	▲0.1

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	診療科									
		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	
平成29年度 (構成割合)	124,340 (100%)	47,489 (38.2%)	6,461 (5.2%)	5,650 (4.5%)	21,508 (17.3%)	8,435 (6.8%)	3,076 (2.5%)	10,154 (8.2%)	9,590 (7.7%)	11,977 (9.6%)	
平成30年度① (構成割合)	123,490 (100%)	47,078 (38.1%)	6,312 (5.1%)	5,336 (4.3%)	21,380 (17.3%)	8,476 (6.9%)	3,051 (2.5%)	10,173 (8.2%)	9,593 (7.8%)	12,090 (9.8%)	
令和元年度② (構成割合)	121,865 (100%)	46,293 (38.0%)	6,175 (5.1%)	5,090 (4.2%)	21,172 (17.4%)	8,582 (7.0%)	3,075 (2.5%)	10,038 (8.2%)	9,178 (7.5%)	12,263 (10.1%)	
②-①	▲1,625	▲786	▲138	▲246	▲209	106	24	▲134	▲415	173	

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	診療科									
		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	
令和元年度	▲1.3	▲1.7	▲2.2	▲4.6	▲1.0	1.2	0.8	▲1.3	▲4.3	1.4	

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	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	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①	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
令和元年度②	9,206	16,308	26,749	19,448	12,544	9,955	11,011	20,080	6,905	7,103	6,550	7,125	9,191
②-①	313	872	1,903	1,161	465	114	330	1,258	143	112	156	110	331

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	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
令和元年度	3.5	5.7	7.7	6.3	3.8	1.2	3.1	6.7	2.1	1.6	2.4	1.6	3.7

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	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
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	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①	6,762	8,566	5,428	6,864	4,140	3,908	6,205	7,469	4,454	8,400
令和元年度②	6,905	8,745	5,553	7,103	4,255	3,932	6,241	7,740	4,532	8,471
②-①	143	179	124	240	115	25	36	271	78	71

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	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
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
令和元年度	2.1	2.1	2.3	3.5	2.8	0.6	0.6	3.6	1.7	0.8

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	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①	74,258	621,034	164,881	41,243	19,533	30,926	171,015	9,791	5,852	4,173	12,895
令和元年度②	77,652	668,302	173,852	42,187	19,105	31,395	182,781	9,843	6,092	4,264	13,251
②-①	3,394	47,268	8,971	944	▲ 428	469	11,767	52	240	90	355

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
令和元年度	4.6	7.6	5.4	2.3	▲ 2.2	1.5	6.9	0.5	4.1	2.2	2.8

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	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①	9,791	10,116	6,736	9,486	12,287	7,531	5,578	11,026	8,524	10,613
令和元年度②	9,843	10,157	6,676	9,615	12,448	7,616	5,684	11,209	8,278	10,671
②-①	52	41	▲ 59	129	161	85	106	183	▲ 247	58

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
令和元年度	0.5	0.4	▲ 0.9	1.4	1.3	1.1	1.9	1.7	▲ 2.9	0.5

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	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①	4.8	25.0	9.0	3.4	2.0	2.9	9.1	1.45	0.92	0.59	1.46
令和元年度②	4.8	25.0	8.9	3.4	1.9	2.9	9.1	1.43	0.93	0.60	1.44
②-①	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 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
令和元年度	▲ 1.0	▲ 0.0	▲ 0.9	▲ 1.5	▲ 3.3	▲ 1.5	0.2	▲ 1.6	1.6	0.6	▲ 0.9

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	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①	14,480	11,809	12,408	13,821	29,679	19,273	8,991	14,763	19,138	12,634
令和元年度②	14,255	11,614	12,023	13,536	29,255	19,367	9,108	14,482	18,265	12,596
②-①	▲ 225	▲ 195	▲ 385	▲ 285	▲ 424	94	118	▲ 281	▲ 872	▲ 38

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
令和元年度	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 3.1	▲ 2.1	▲ 1.4	0.5	1.3	▲ 1.9	▲ 4.6	▲ 0.3

IV 都道府県別の概算医療費（令和元年度）

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	医科入院外				医科入院外 +調剤	
全国計	435,777	324,991	176,449	148,542	30,286	77,464	3,035	226,007
北海道	21,634	16,426	10,020	6,406	1,280	3,829	99	10,235
青森	4,470	3,242	1,749	1,493	246	959	23	2,452
岩手	4,088	2,944	1,615	1,329	261	863	20	2,192
宮城	7,534	5,509	2,904	2,604	489	1,498	38	4,103
秋田	3,643	2,603	1,493	1,109	225	806	9	1,915
山形	3,814	2,841	1,567	1,274	235	722	16	1,996
福島	6,133	4,522	2,426	2,096	381	1,210	20	3,306
茨城	8,687	6,269	3,260	3,009	601	1,782	35	4,791
栃木	6,321	4,852	2,440	2,412	398	1,043	28	3,455
群馬	6,491	5,030	2,693	2,336	406	1,018	36	3,354
埼玉	20,389	14,677	7,547	7,130	1,570	4,005	136	11,135
千葉	18,482	13,425	7,097	6,327	1,424	3,540	93	9,867
東京	47,161	34,141	17,018	17,122	3,650	9,029	341	26,152
神奈川	27,453	19,409	9,916	9,493	2,177	5,679	188	15,173
新潟	7,106	5,197	2,810	2,388	498	1,383	27	3,771
富山	3,633	2,846	1,648	1,198	209	563	16	1,760
石川	4,106	3,184	1,872	1,312	222	659	41	1,971
福井	2,667	2,120	1,186	934	149	377	22	1,311
山梨	2,648	1,947	1,069	878	179	510	13	1,388
長野	6,868	5,116	2,847	2,270	427	1,296	29	3,566
岐阜	6,419	4,716	2,326	2,390	500	1,154	49	3,544
静岡	11,707	8,764	4,405	4,358	755	2,145	43	6,503
愛知	23,857	17,683	8,597	9,086	1,958	3,973	243	13,059
三重	5,683	4,260	2,210	2,051	392	992	39	3,042
滋賀	4,262	3,154	1,744	1,409	283	798	28	2,207
京都	9,373	7,191	3,996	3,195	611	1,499	72	4,695
大阪	33,917	25,272	13,547	11,724	2,762	5,444	439	17,169
兵庫	19,623	14,568	7,872	6,696	1,427	3,476	151	10,172
奈良	4,725	3,740	1,960	1,780	297	649	39	2,428
和歌山	3,614	2,808	1,504	1,304	218	552	36	1,856
鳥取	2,126	1,633	973	660	123	356	13	1,016
島根	2,531	1,901	1,113	788	139	476	14	1,265
岡山	7,177	5,640	3,132	2,507	489	1,010	39	3,517
広島	10,542	7,881	4,303	3,579	741	1,855	66	5,433
山口	5,430	4,147	2,505	1,642	315	940	28	2,582
徳島	3,063	2,422	1,395	1,028	193	426	22	1,454
香川	3,719	2,780	1,518	1,262	255	659	24	1,922
愛媛	5,194	4,052	2,244	1,809	296	806	40	2,615
高知	3,181	2,500	1,627	873	157	507	17	1,380
福岡	20,315	15,538	9,374	6,164	1,370	3,226	181	9,390
佐賀	3,226	2,464	1,473	991	189	554	19	1,545
長崎	5,487	4,202	2,591	1,611	325	935	25	2,546
熊本	7,034	5,568	3,319	2,249	387	1,039	40	3,288
大分	4,651	3,617	2,186	1,431	233	770	31	2,201
宮崎	4,042	3,084	1,754	1,330	232	694	31	2,025
鹿児島	6,693	5,337	3,310	2,027	334	984	38	3,011
沖縄	4,856	3,769	2,292	1,478	277	771	39	2,249

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	2.4	2.0	2.0	2.0	1.9	3.6	15.9	2.6
北海道	2.0	1.7	1.3	2.2	1.4	3.1	13.1	2.6
青森	1.0	0.7	0.3	1.2	1.2	2.0	7.4	1.5
岩手	1.0	0.5	0.1	0.9	▲ 0.7	2.9	15.0	1.7
宮城	2.2	1.9	2.1	1.7	0.6	3.5	11.7	2.4
秋田	1.3	1.0	0.9	1.2	1.7	2.2	11.1	1.6
山形	1.2	0.6	0.4	0.8	1.4	3.1	22.0	1.6
福島	1.3	1.2	1.4	0.9	1.0	1.9	10.2	1.3
茨城	2.2	1.6	1.6	1.6	1.2	4.2	18.8	2.6
栃木	2.6	2.7	2.9	2.5	1.3	2.4	24.6	2.4
群馬	1.7	1.3	1.1	1.6	1.8	3.3	16.8	2.1
埼玉	3.1	3.0	3.3	2.6	1.7	3.7	19.6	3.0
千葉	2.6	2.4	2.6	2.2	1.4	3.3	14.8	2.6
東京	2.8	2.7	2.6	2.9	1.5	3.4	13.1	3.0
神奈川	3.0	2.6	2.8	2.4	2.3	4.3	22.2	3.1
新潟	1.6	1.3	1.4	1.2	0.6	2.7	19.6	1.7
富山	2.3	1.8	1.8	1.8	0.9	5.0	18.2	2.8
石川	1.8	1.3	1.3	1.4	1.0	3.3	22.2	2.0
福井	1.8	1.0	1.4	0.4	1.9	6.1	11.1	2.0
山梨	1.4	1.4	0.9	2.1	1.5	1.2	10.5	1.8
長野	2.2	1.9	1.8	1.9	2.0	3.3	8.0	2.4
岐阜	1.4	0.7	0.2	1.2	3.2	3.1	16.6	1.8
静岡	2.4	2.2	2.2	2.3	2.6	2.7	15.7	2.4
愛知	2.9	2.5	2.4	2.5	2.5	3.8	20.0	2.9
三重	2.3	1.6	2.1	1.2	2.0	4.8	10.2	2.3
滋賀	2.7	2.1	1.9	2.3	2.5	5.2	12.0	3.3
京都	2.9	2.2	2.5	1.8	3.3	5.4	17.3	2.9
大阪	2.9	2.4	2.7	2.1	2.7	4.3	19.0	2.8
兵庫	2.3	1.8	1.5	2.1	2.7	4.0	13.6	2.8
奈良	3.0	2.9	2.6	3.2	2.0	3.7	11.0	3.3
和歌山	2.8	2.3	3.6	0.9	1.7	4.8	11.6	2.1
鳥取	1.6	1.4	1.4	1.5	▲ 0.1	2.6	11.4	1.9
島根	2.1	1.7	1.7	1.8	1.9	3.4	10.9	2.4
岡山	2.4	2.0	1.9	2.1	2.8	4.2	13.7	2.7
広島	2.0	1.7	1.7	1.7	2.1	3.1	9.6	2.1
山口	1.1	0.6	0.6	0.6	1.0	3.3	11.5	1.6
徳島	2.0	1.7	2.0	1.3	1.9	3.4	11.4	1.9
香川	2.1	1.5	1.7	1.2	2.7	4.0	18.4	2.1
愛媛	2.5	2.0	2.0	2.0	2.1	4.9	13.4	2.8
高知	0.7	0.1	0.1	0.1	0.8	3.7	9.4	1.4
福岡	2.2	1.7	1.7	1.7	2.1	4.0	17.3	2.5
佐賀	1.6	1.5	0.9	2.5	1.6	1.9	8.9	2.3
長崎	1.1	0.6	0.3	1.1	1.3	3.0	9.8	1.8
熊本	1.9	1.4	1.6	1.0	2.3	4.2	15.2	2.0
大分	1.8	1.4	1.7	1.0	1.5	3.6	14.0	1.9
宮崎	1.9	1.4	1.1	2.0	2.3	3.3	13.1	2.4
鹿児島	2.3	2.2	2.4	1.7	1.5	3.0	11.5	2.1
沖縄	3.2	2.5	1.4	4.2	2.9	6.0	20.6	4.8

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	252,401	207,919	46,569	161,350	41,829	2,652	84,284
北海道	10,652	8,924	2,801	6,123	1,643	86	3,516
青森	2,560	2,204	492	1,712	336	20	1,008
岩手	2,300	1,938	473	1,465	346	16	870
宮城	4,274	3,540	742	2,798	700	33	1,641
秋田	1,970	1,680	436	1,244	282	8	766
山形	2,232	1,892	434	1,458	327	14	778
福島	3,487	2,918	672	2,247	550	18	1,243
茨城	4,962	4,069	897	3,171	864	30	1,754
栃木	3,734	3,101	652	2,449	610	23	1,179
群馬	3,834	3,172	725	2,447	630	31	1,087
埼玉	12,578	10,116	1,952	8,163	2,345	117	4,509
千葉	10,696	8,609	1,777	6,832	2,004	84	3,789
東京	27,471	21,971	3,785	18,186	5,190	309	10,230
神奈川	16,318	13,208	2,262	10,946	2,950	160	6,435
新潟	4,094	3,386	794	2,592	684	24	1,540
富山	2,018	1,701	470	1,232	304	13	552
石川	2,213	1,871	533	1,338	311	31	616
福井	1,496	1,270	329	941	206	19	353
山梨	1,564	1,297	306	991	256	11	545
長野	3,724	3,091	703	2,388	608	25	1,263
岐阜	3,963	3,234	583	2,651	688	41	1,296
静岡	6,820	5,667	1,094	4,573	1,116	37	2,459
愛知	14,569	11,793	2,068	9,724	2,587	189	4,527
三重	3,551	2,967	600	2,367	552	33	1,114
滋賀	2,437	2,006	429	1,577	407	24	827
京都	5,115	4,242	964	3,278	808	66	1,387
大阪	19,878	15,959	3,321	12,638	3,513	406	5,781
兵庫	11,475	9,493	1,983	7,511	1,846	136	3,832
奈良	2,654	2,193	489	1,703	425	36	769
和歌山	2,113	1,784	398	1,386	298	31	553
鳥取	1,151	971	260	711	168	12	367
島根	1,407	1,207	313	895	187	13	505
岡山	3,955	3,305	810	2,494	615	35	1,163
広島	6,249	5,227	1,200	4,027	962	60	2,067
山口	3,227	2,757	801	1,955	446	24	1,058
徳島	1,766	1,490	437	1,053	257	19	439
香川	2,203	1,853	434	1,419	330	21	672
愛媛	3,045	2,572	645	1,927	438	35	823
高知	1,659	1,430	510	920	213	16	463
福岡	12,041	9,925	2,680	7,245	1,962	154	3,914
佐賀	2,025	1,724	475	1,250	283	18	710
長崎	3,275	2,803	836	1,967	450	22	1,033
熊本	4,169	3,566	1,063	2,503	568	35	1,218
大分	2,567	2,213	667	1,547	328	26	820
宮崎	2,443	2,086	574	1,512	329	28	812
鹿児島	3,903	3,350	1,089	2,261	520	33	1,168
沖縄	2,562	2,144	609	1,534	385	33	833

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	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 0.3	▲ 1.4	0.3	14.7	▲ 0.1
北海道	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 0.5	▲ 1.6	0.2	11.2	▲ 0.7
青森	▲ 1.8	▲ 2.1	▲ 1.9	▲ 2.2	▲ 0.0	5.2	▲ 1.3
岩手	▲ 1.7	▲ 1.9	▲ 1.6	▲ 1.9	▲ 1.3	10.2	▲ 0.5
宮城	▲ 1.5	▲ 1.8	▲ 0.8	▲ 2.1	▲ 0.2	10.4	▲ 0.6
秋田	▲ 1.7	▲ 1.9	▲ 1.0	▲ 2.2	▲ 0.7	11.4	▲ 1.4
山形	▲ 1.5	▲ 1.8	▲ 1.4	▲ 1.9	▲ 0.4	16.5	▲ 0.5
福島	▲ 1.9	▲ 2.3	▲ 1.0	▲ 2.7	▲ 0.2	9.9	▲ 1.2
茨城	▲ 1.2	▲ 1.4	▲ 0.7	▲ 1.7	▲ 0.6	15.3	0.0
栃木	▲ 1.4	▲ 1.8	▲ 0.5	▲ 2.1	0.1	19.8	▲ 0.9
群馬	▲ 1.3	▲ 1.7	▲ 0.9	▲ 1.9	0.2	15.4	▲ 0.3
埼玉	▲ 0.3	▲ 0.6	0.8	▲ 1.0	0.3	17.6	0.2
千葉	▲ 1.0	▲ 1.3	0.6	▲ 1.8	▲ 0.3	14.9	▲ 0.6
東京	▲ 0.7	▲ 1.0	0.5	▲ 1.3	▲ 0.1	12.5	▲ 0.4
神奈川	▲ 0.6	▲ 0.9	0.2	▲ 1.1	0.2	18.6	▲ 0.2
新潟	▲ 1.6	▲ 1.9	▲ 1.1	▲ 2.2	▲ 0.7	16.5	▲ 0.7
富山	▲ 1.3	▲ 1.6	▲ 0.8	▲ 1.8	▲ 0.5	14.8	1.2
石川	▲ 1.3	▲ 1.8	▲ 1.3	▲ 2.0	▲ 0.4	19.5	▲ 0.2
福井	▲ 1.2	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 1.5	0.2	10.4	2.2
山梨	▲ 1.1	▲ 1.5	▲ 0.8	▲ 1.7	0.2	9.7	▲ 0.1
長野	▲ 0.8	▲ 1.0	0.5	▲ 1.5	▲ 0.2	8.1	▲ 0.0
岐阜	▲ 1.2	▲ 1.8	▲ 2.5	▲ 1.6	1.0	14.4	▲ 0.5
静岡	▲ 0.9	▲ 1.3	▲ 0.8	▲ 1.4	0.8	14.4	▲ 0.4
愛知	▲ 0.7	▲ 1.1	0.4	▲ 1.4	0.4	16.3	▲ 0.1
三重	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 0.7	▲ 1.2	0.4	9.6	0.8
滋賀	▲ 0.2	▲ 0.5	▲ 0.5	▲ 0.6	1.0	11.2	1.0
京都	▲ 0.4	▲ 0.9	0.2	▲ 1.2	1.1	16.1	1.9
大阪	▲ 0.2	▲ 0.8	0.3	▲ 1.1	1.0	18.5	1.2
兵庫	▲ 0.3	▲ 0.8	▲ 0.1	▲ 0.9	0.9	13.6	0.2
奈良	▲ 0.2	▲ 0.4	0.5	▲ 0.7	▲ 0.1	11.1	1.1
和歌山	▲ 1.1	▲ 1.3	0.4	▲ 1.8	▲ 0.3	9.7	0.8
鳥取	▲ 1.1	▲ 1.3	▲ 0.6	▲ 1.5	▲ 1.2	9.3	▲ 0.4
島根	▲ 0.7	▲ 0.9	▲ 0.0	▲ 1.2	0.1	10.6	0.5
岡山	▲ 0.7	▲ 1.1	▲ 0.1	▲ 1.4	0.9	12.2	0.4
広島	▲ 0.6	▲ 1.1	▲ 0.6	▲ 1.2	1.0	10.3	▲ 0.5
山口	▲ 1.4	▲ 1.7	▲ 0.9	▲ 2.0	0.2	11.8	▲ 0.4
徳島	▲ 1.3	▲ 1.7	▲ 0.3	▲ 2.3	0.2	11.3	0.4
香川	▲ 0.9	▲ 1.5	0.0	▲ 1.9	1.0	22.3	▲ 0.4
愛媛	▲ 1.2	▲ 1.6	▲ 1.4	▲ 1.7	0.2	11.9	0.4
高知	▲ 2.1	▲ 2.5	▲ 1.5	▲ 3.0	▲ 0.0	9.3	▲ 1.5
福岡	▲ 0.6	▲ 1.0	▲ 0.1	▲ 1.3	0.4	16.5	▲ 0.2
佐賀	▲ 1.0	▲ 1.4	▲ 1.5	▲ 1.4	0.9	9.5	▲ 1.0
長崎	▲ 1.6	▲ 1.9	▲ 1.4	▲ 2.1	▲ 0.2	9.1	▲ 0.1
熊本	▲ 1.3	▲ 1.6	▲ 0.9	▲ 1.9	0.3	15.8	▲ 0.5
大分	▲ 1.0	▲ 1.3	▲ 0.6	▲ 1.6	0.2	11.8	0.1
宮崎	▲ 0.5	▲ 0.9	▲ 0.4	▲ 1.1	1.1	13.0	▲ 0.4
鹿児島	▲ 1.3	▲ 1.6	▲ 0.6	▲ 2.1	0.2	11.8	▲ 0.6
沖縄	0.9	0.6	▲ 0.4	1.0	1.4	19.9	2.1

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	医科入院外				医科入院外 +調剤	
全国計	17,265	15,631	37,890	9,206	7,240	9,191	11,444	14,007
北海道	20,309	18,407	35,767	10,464	7,795	10,889	11,529	16,717
青森	17,463	14,711	35,559	8,721	7,317	9,518	11,335	14,324
岩手	17,772	15,188	34,110	9,073	7,543	9,915	12,882	14,962
宮城	17,629	15,562	39,142	9,309	6,988	9,132	11,197	14,664
秋田	18,492	15,497	34,251	8,922	7,968	10,525	11,192	15,404
山形	17,088	15,020	36,118	8,739	7,191	9,280	11,895	13,691
福島	17,586	15,494	36,112	9,329	6,913	9,732	11,182	14,715
茨城	17,507	15,407	36,331	9,488	6,963	10,159	11,859	15,106
栃木	16,929	15,645	37,408	9,849	6,523	8,847	12,346	14,109
群馬	16,931	15,857	37,133	9,549	6,449	9,365	11,622	13,710
埼玉	16,210	14,510	38,658	8,734	6,697	8,882	11,632	13,640
千葉	17,280	15,594	39,936	9,261	7,107	9,344	11,176	14,443
東京	17,168	15,539	44,962	9,415	7,033	8,827	11,014	14,380
神奈川	16,824	14,695	43,840	8,673	7,379	8,825	11,746	13,861
新潟	17,357	15,348	35,389	9,210	7,285	8,982	11,589	14,544
富山	18,004	16,725	35,078	9,726	6,882	10,182	12,640	14,293
石川	18,552	17,016	35,145	9,799	7,133	10,706	13,217	14,726
福井	17,827	16,685	36,045	9,921	7,227	10,667	11,158	13,923
山梨	16,939	15,014	34,914	8,861	6,981	9,361	11,873	14,008
長野	18,442	16,552	40,476	9,506	7,015	10,259	11,673	14,932
岐阜	16,196	14,581	39,905	9,014	7,273	8,902	11,938	13,366
静岡	17,164	15,464	40,268	9,530	6,769	8,723	11,426	14,220
愛知	16,375	14,996	41,567	9,344	7,567	8,776	12,845	13,430
三重	16,003	14,362	36,836	8,665	7,098	8,903	11,928	12,855
滋賀	17,488	15,723	40,636	8,940	6,946	9,652	11,408	14,002
京都	18,322	16,954	41,465	9,748	7,558	10,810	10,874	14,321
大阪	17,063	15,835	40,788	9,277	7,862	9,417	10,830	13,585
兵庫	17,100	15,346	39,709	8,915	7,731	9,071	11,160	13,543
奈良	17,802	17,054	40,051	10,447	6,989	8,433	10,746	14,256
和歌山	17,103	15,742	37,812	9,407	7,319	9,989	11,496	13,392
鳥取	18,471	16,822	37,456	9,281	7,304	9,710	11,348	14,292
島根	17,986	15,741	35,584	8,808	7,471	9,427	10,970	14,133
岡山	18,149	17,065	38,649	10,052	7,948	8,684	11,097	14,101
広島	16,870	15,078	35,846	8,887	7,697	8,971	10,963	13,493
山口	16,828	15,041	31,257	8,396	7,065	8,892	11,707	13,205
徳島	17,344	16,257	31,950	9,754	7,506	9,708	11,340	13,800
香川	16,879	15,005	34,959	8,896	7,745	9,817	11,445	13,545
愛媛	17,056	15,755	34,800	9,385	6,753	9,799	11,312	13,567
高知	19,177	17,484	31,881	9,494	7,346	10,947	11,254	15,004
福岡	16,871	15,656	34,978	8,509	6,981	8,242	11,685	12,962
佐賀	15,934	14,287	31,009	7,932	6,679	7,802	11,016	12,367
長崎	16,757	14,992	30,998	8,191	7,228	9,056	11,189	12,946
熊本	16,874	15,615	31,225	8,985	6,813	8,530	11,525	13,137
大分	18,116	16,341	32,787	9,251	7,097	9,393	11,804	14,233
宮崎	16,547	14,786	30,572	8,796	7,055	8,551	11,300	13,388
鹿児島	17,147	15,930	30,393	8,964	6,422	8,428	11,454	13,317
沖縄	18,958	17,583	37,608	9,630	7,185	9,260	11,978	14,655

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	3.2	3.2	2.3	3.5	1.7	3.7	1.1	4.1
北海道	2.9	2.9	1.8	3.9	1.3	3.8	1.8	4.2
青森	2.9	2.9	2.3	3.5	1.2	3.3	2.1	3.8
岩手	2.7	2.4	1.7	2.9	0.5	3.4	4.4	3.7
宮城	3.7	3.8	3.0	3.9	0.9	4.2	1.2	4.5
秋田	3.0	3.0	1.9	3.5	2.4	3.6	▲ 0.2	3.9
山形	2.7	2.5	1.8	2.8	1.8	3.6	4.7	3.6
福島	3.3	3.6	2.4	3.7	1.2	3.2	0.3	4.1
茨城	3.4	3.1	2.3	3.3	1.8	4.2	3.0	4.3
栃木	4.0	4.5	3.3	4.7	1.2	3.4	4.1	4.7
群馬	3.0	3.1	2.1	3.5	1.6	3.6	1.2	4.1
埼玉	3.4	3.6	2.4	3.6	1.5	3.6	1.7	4.0
千葉	3.6	3.7	2.0	4.0	1.8	4.0	▲ 0.1	4.4
東京	3.6	3.8	2.0	4.3	1.6	3.8	0.5	4.4
神奈川	3.6	3.5	2.6	3.6	2.1	4.4	3.0	4.3
新潟	3.3	3.3	2.5	3.5	1.3	3.3	2.7	4.0
富山	3.6	3.4	2.6	3.7	1.4	3.7	3.0	4.7
石川	3.2	3.2	2.6	3.4	1.4	3.5	2.3	4.1
福井	3.0	2.6	3.1	2.0	1.7	3.8	0.7	3.6
山梨	2.6	2.9	1.7	3.9	1.2	1.3	0.7	3.5
長野	3.0	2.9	1.4	3.4	2.1	3.3	▲ 0.1	3.9
岐阜	2.6	2.5	2.8	2.9	2.1	3.6	1.9	3.5
静岡	3.3	3.6	3.0	3.8	1.8	3.2	1.1	3.9
愛知	3.5	3.6	2.0	4.0	2.1	3.9	3.1	4.4
三重	3.1	2.8	2.9	2.4	1.6	4.0	0.5	3.6
滋賀	2.9	2.6	2.4	2.8	1.6	4.2	0.7	3.9
京都	3.2	3.1	2.3	3.0	2.1	3.5	1.1	4.2
大阪	3.1	3.2	2.3	3.2	1.7	3.0	0.4	3.9
兵庫	2.7	2.6	1.6	3.1	1.7	3.8	▲ 0.0	3.7
奈良	3.2	3.3	2.1	3.9	2.1	2.5	▲ 0.1	4.1
和歌山	3.8	3.7	3.1	2.8	2.1	3.9	1.8	4.0
鳥取	2.8	2.7	2.1	3.0	1.1	3.0	1.9	3.4
島根	2.8	2.7	1.8	3.0	1.9	2.9	0.3	3.6
岡山	3.1	3.1	2.0	3.5	2.0	3.8	1.3	4.2
広島	2.7	2.8	2.3	2.9	1.1	3.6	▲ 0.6	3.4
山口	2.5	2.4	1.6	2.7	0.8	3.8	▲ 0.3	3.7
徳島	3.4	3.5	2.3	3.6	1.7	3.1	0.1	4.3
香川	3.0	3.0	1.7	3.1	1.7	4.4	▲ 3.2	4.1
愛媛	3.7	3.6	3.5	3.7	1.8	4.5	1.3	4.6
高知	2.9	2.7	1.6	3.2	0.8	5.3	0.1	4.6
福岡	2.8	2.7	1.8	3.0	1.7	4.2	0.6	3.8
佐賀	2.7	3.0	2.4	4.0	0.7	2.9	▲ 0.5	3.8
長崎	2.7	2.6	1.7	3.3	1.6	3.1	0.6	4.0
熊本	3.2	3.0	2.5	3.0	2.0	4.7	▲ 0.4	4.0
大分	2.8	2.7	2.2	2.6	1.3	3.4	1.9	3.5
宮崎	2.4	2.4	1.5	3.1	1.2	3.8	0.1	3.6
鹿児島	3.6	3.9	3.1	3.9	1.3	3.6	▲ 0.3	4.3
沖縄	2.3	1.9	1.9	3.2	1.5	3.9	0.6	3.8

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	1,567.7	▲ 0.3	29.7	▲ 0.0	37,890	2.3	112.6	2.2
北海道	82.2	▲ 0.7	34.1	0.2	35,767	1.8	121.9	2.0
青森	15.8	▲ 1.4	31.2	▲ 0.5	35,559	2.3	110.9	1.7
岩手	14.9	▲ 2.6	31.7	1.0	34,110	1.7	108.2	2.8
宮城	28.0	▲ 0.2	26.5	▲ 0.6	39,142	3.0	103.6	2.4
秋田	12.7	▲ 0.8	34.3	▲ 0.2	34,251	1.9	117.3	1.7
山形	14.0	▲ 1.0	31.0	▲ 0.4	36,118	1.8	111.8	1.4
福島	22.8	▲ 0.3	29.4	▲ 0.6	36,112	2.4	106.2	1.7
茨城	31.0	▲ 0.2	29.0	▲ 0.5	36,331	2.3	105.3	1.8
栃木	21.9	1.2	29.8	▲ 1.6	37,408	3.3	111.6	1.7
群馬	23.9	▲ 2.0	30.4	1.1	37,133	2.1	112.7	3.2
埼玉	67.8	0.8	28.8	0.1	38,658	2.4	111.3	2.5
千葉	65.4	▲ 0.0	27.2	0.6	39,936	2.0	108.6	2.6
東京	159.6	▲ 0.2	23.7	0.7	44,962	2.0	106.6	2.8
神奈川	93.8	▲ 0.5	24.1	0.7	43,840	2.6	105.7	3.3
新潟	24.8	▲ 1.7	32.0	0.6	35,389	2.5	113.2	3.1
富山	14.4	▲ 0.9	32.6	0.1	35,078	2.6	114.3	2.7
石川	16.2	▲ 1.3	33.0	0.0	35,145	2.6	115.9	2.6
福井	10.6	▲ 0.6	31.2	▲ 1.1	36,045	3.1	112.3	2.0
山梨	9.6	▲ 3.4	31.8	2.7	34,914	1.7	111.1	4.4
長野	26.0	▲ 0.8	27.1	1.3	40,476	1.4	109.7	2.7
岐阜	22.8	▲ 1.1	25.6	▲ 1.4	39,905	2.8	102.2	1.3
静岡	39.3	▲ 0.1	27.8	▲ 0.7	40,268	3.0	112.1	2.3
愛知	83.3	0.2	24.8	0.2	41,567	2.0	103.2	2.3
三重	20.0	▲ 0.5	30.0	▲ 0.2	36,836	2.9	110.4	2.7
滋賀	15.9	0.2	27.1	▲ 0.7	40,636	2.4	110.0	1.7
京都	33.7	0.1	28.6	0.1	41,465	2.3	118.5	2.4
大阪	119.1	0.6	27.9	▲ 0.3	40,788	2.3	113.8	2.1
兵庫	69.2	▲ 0.1	28.6	▲ 0.0	39,709	1.6	113.7	1.6
奈良	17.5	▲ 0.2	28.0	0.7	40,051	2.1	112.1	2.8
和歌山	12.9	0.8	30.7	▲ 0.3	37,812	3.1	116.2	2.8
鳥取	8.6	1.0	30.4	▲ 1.6	37,456	2.1	113.7	0.5
島根	9.5	▲ 0.5	33.0	0.5	35,584	1.8	117.3	2.2
岡山	28.4	0.1	28.5	▲ 0.3	38,649	2.0	110.2	1.8
広島	37.3	▲ 0.2	32.2	▲ 0.4	35,846	2.3	115.2	1.9
山口	18.9	▲ 1.8	42.4	0.8	31,257	1.6	132.7	2.4
徳島	11.2	▲ 0.3	38.9	0.1	31,950	2.3	124.4	2.4
香川	13.6	0.6	31.9	▲ 0.6	34,959	1.7	111.6	1.1
愛媛	20.1	▲ 0.5	32.1	▲ 0.9	34,800	3.5	111.6	2.5
高知	11.9	▲ 0.2	43.0	▲ 1.2	31,881	1.6	137.2	0.3
福岡	75.5	▲ 0.1	35.5	0.1	34,978	1.8	124.1	1.9
佐賀	11.8	▲ 1.2	40.3	▲ 0.3	31,009	2.4	124.9	2.1
長崎	22.2	▲ 1.5	37.7	0.1	30,998	1.7	117.0	1.8
熊本	27.3	▲ 1.2	39.0	0.2	31,225	2.5	121.6	2.8
大分	20.2	0.3	33.0	▲ 0.8	32,787	2.2	108.3	1.4
宮崎	16.0	▲ 0.5	35.9	0.1	30,572	1.5	109.9	1.6
鹿児島	26.2	0.1	41.6	▲ 0.8	30,393	3.1	126.3	2.3
沖縄	20.0	0.3	30.4	▲ 0.8	37,608	1.9	114.4	1.1

- 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。

Press Release

報道関係者 各位

令和2年8月28日

【照会先】保険局調査課

課長 西岡 隆 (内線: 3291)

医療費解析官 八郷 秀之 (内線: 3375)

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)

「令和元年度 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、令和元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】

○ 令和元年度の調剤医療費（電算処理分に限る。以下同様。）は7兆7,025億円（伸び率+3.7%）であり、処方箋1枚当たり調剤医療費は9,184円（伸び率+3.8%）であった。

その内訳は、技術料が1兆9,771億円（伸び率+2.4%）、薬剤料が5兆7,114億円（+4.2%）、特定保険医療材料料が140億円（伸び率+4.4%）であり、薬剤料のうち、後発医薬品が1兆959億円（伸び率+7.0%）であった。【表1、表2】

○ 処方箋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10,965円と、0歳以上5歳未満の3,281円の約3.34倍であった。【表3】

○ 後発医薬品割合は、令和元年度末の数量ベース（新指標）で80.4%（伸び幅+2.8%）、数量ベース（旧指標）で55.4%（伸び幅+1.5%）、薬剤料ベースで18.6%（伸び幅▲1.0%）であり、後発医薬品調剤率が75.7%（伸び幅+2.0%）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+3.9%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%、+3.6%、+0.5%であった。【表5】

○ 令和元年度の調剤医療費を処方箋発行元医療機関別にみると、医科では病院が3兆2,016億円（+5.0%）、診療所が4兆4,760億円（2.8%）であり、令和元年度末の後発医薬品割合は、数量ベース（新指標）で、病院が81.0%（伸び幅+2.9%）、診療所が80.1%（伸び幅+2.7%）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89.8%（伸び幅+1.7%）、最も低かったのが後期高齢者で78.6%（伸び幅+3.1%）であった。【表14、表15】

○ 令和元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82.9%、次いで大きい消化器官用薬は89.0%であった。【表16】

「令和元年度 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/iryuhoken/database/>)

調剤医療費(電算処理分)の動向の概要 ～令和元年度版～

1. 調剤医療費の全数と電算処理分の比較

令和元年度の調剤医療費(電算処理分に限る。以下同様。)は7兆7,025億円(対前年度同期比(伸び率という。以下同じ)+3.7%)で、処方箋1枚当たり調剤医療費は9,184円(+3.8%)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 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	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
全数	調剤医療費(億円)	70,380	71,987	78,746	74,953	77,129	74,746	77,464	2.3	9.4	▲ 4.8	2.9	▲ 3.1	3.6
	処方箋枚数(万枚)	79,430	80,831	82,372	82,999	83,886	84,361	84,284	1.8	1.9	0.8	1.1	0.6	▲ 0.1
	1枚当たり調剤医療費(円)	8,861	8,906	9,560	9,031	9,195	8,860	9,191	0.5	7.3	▲ 5.5	1.8	▲ 3.6	3.7
電算 処理 分	調剤医療費(億円)	69,933	71,515	78,192	74,395	76,664	74,279	77,025	2.3	9.3	▲ 4.9	3.1	▲ 3.1	3.7
	電算化率(%)	99.4	99.3	99.3	99.3	99.4	99.4	99.4	—	—	—	—	—	—
	処方箋枚数(万枚)	78,958	80,359	81,912	82,527	83,445	83,930	83,869	1.8	1.9	0.8	1.1	0.6	▲ 0.1
	電算化率(%)	99.4	99.4	99.4	99.4	99.5	99.5	99.5	—	—	—	—	—	—
	1枚当たり調剤医療費(円)	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	9,184	0.5	7.3	▲ 5.6	1.9	▲ 3.7	3.8
	電算処理分/全数	1.000	0.999	0.999	0.998	0.999	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1兆9,771億円(伸び率+2.4%)、薬剤料が5兆7,114億円(+4.2%)で、特定保険医療材料料が140億円(+4.4%)であった。

処方箋1枚当たり調剤医療費は9,184円(伸び率+3.8%)で、その内訳は、技術料が2,357円(+2.5%)、薬剤料が6,810円(+4.2%)で、特定保険医療材料料が17円(+4.4%)であった。

構成割合は技術料が25.7%、薬剤料が74.1%、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	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
調剤医療費	69,933	71,515	78,192	74,395	76,664	74,279	77,025	2.3	9.3	▲4.9	3.1	▲3.1	3.7
技術料	17,371	17,682	18,283	18,490	19,122	19,311	19,771	1.8	3.4	1.1	3.4	1.0	2.4
調剤技術料	14,205	14,572	15,122	14,834	15,423	15,294	15,773	2.6	3.8	▲1.9	4.0	▲0.8	3.1
調剤基本料	4,897	4,988	5,336	5,055	5,478	5,336	5,666	1.9	7.0	▲5.3	8.4	▲2.6	6.2
調剤料	8,065	8,257	8,425	8,415	8,554	8,548	8,649	2.4	2.0	▲0.1	1.7	▲0.1	1.2
加算料	1,243	1,327	1,361	1,364	1,391	1,411	1,458	6.7	2.6	0.2	2.0	1.4	3.3
薬学管理料	3,166	3,110	3,161	3,656	3,699	4,016	3,998	▲1.8	1.6	15.7	1.2	8.6	▲0.5
薬剤料	52,444	53,711	59,783	55,778	57,413	54,834	57,114	2.4	11.3	▲6.7	2.9	▲4.5	4.2
内服薬薬剤料	43,755	44,460	49,762	45,838	46,712	44,346	46,021	1.6	11.9	▲7.9	1.9	▲5.1	3.8
屯服薬他薬剤料	382	384	396	378	381	344	344	0.4	3.1	▲4.4	0.9	▲9.9	0.2
注射薬薬剤料	1,959	2,208	2,461	2,563	2,884	3,052	3,551	12.7	11.5	4.1	12.5	5.8	16.3
外用薬薬剤料	6,348	6,660	7,164	6,998	7,436	7,092	7,198	4.9	7.6	▲2.3	6.3	▲4.6	1.5
(再掲)後発医薬品薬剤料	5,999	7,195	8,502	8,636	10,092	10,245	10,959	19.9	18.2	1.6	16.9	1.5	7.0
特定保険医療材料料	118	122	126	128	130	134	140	3.6	3.8	0.9	1.6	3.8	4.4

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)「調剤基本料」には、地域支援体制加算(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」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	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
調剤医療費	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	9,184	0.5	7.3	▲5.6	1.9	▲3.7	3.8
技術料	2,200	2,200	2,232	2,240	2,292	2,301	2,357	0.0	1.4	0.4	2.3	0.4	2.5
構成割合(%)	24.8	24.7	23.4	24.9	24.9	26.0	25.7	—	—	—	—	—	—
調剤技術料	1,799	1,813	1,846	1,797	1,848	1,822	1,881	0.8	1.8	▲2.6	2.8	▲1.4	3.2
調剤基本料	620	621	651	612	656	636	676	0.1	5.0	▲6.0	7.2	▲3.2	6.3
調剤料	1,021	1,028	1,029	1,020	1,025	1,018	1,031	0.6	0.1	▲0.9	0.5	▲0.7	1.3
加算料	157	165	166	165	167	168	174	4.9	0.6	▲0.5	0.8	0.9	3.4
薬学管理料	401	387	386	443	443	479	477	▲3.5	▲0.3	14.8	0.1	8.0	▲0.4
薬剤料	6,642	6,684	7,299	6,759	6,880	6,533	6,810	0.6	9.2	▲7.4	1.8	▲5.0	4.2
構成割合(%)	75.0	75.1	76.5	75.0	74.9	73.8	74.1	—	—	—	—	—	—
内服薬薬剤料	5,542	5,533	6,075	5,554	5,598	5,284	5,487	▲0.2	9.8	▲8.6	0.8	▲5.6	3.9
屯服薬他薬剤料	48	48	48	46	46	41	41	▲1.4	1.2	▲5.1	▲0.3	▲10.4	0.3
注射薬薬剤料	248	275	300	311	346	364	423	10.7	9.4	3.4	11.3	5.2	16.4
外用薬薬剤料	804	829	875	848	891	845	858	3.1	5.5	▲3.0	5.1	▲5.2	1.6
(再掲)後発医薬品薬剤料	760	895	1,038	1,046	1,209	1,221	1,307	17.9	15.9	0.8	15.6	0.9	7.0
特定保険医療材料料	15	15	15	15	16	16	17	1.8	1.8	0.1	0.5	3.2	4.4
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10,965円と、0歳以上5歳未満の3,281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 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	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
総数	8,857	8,899	9,546	9,015	9,187	8,850	9,184	0.5	7.3	▲ 5.6	1.9	▲ 3.7	3.8
0歳以上5歳未満	3,255	3,245	3,328	3,250	3,275	3,197	3,281	▲ 0.3	2.5	▲ 2.3	0.7	▲ 2.4	2.6
5歳以上10歳未満	4,608	4,626	4,761	4,605	4,725	4,571	4,752	0.4	2.9	▲ 3.3	2.6	▲ 3.3	4.0
10歳以上15歳未満	5,624	5,688	5,869	5,742	6,024	6,040	6,393	1.1	3.2	▲ 2.2	4.9	0.3	5.8
15歳以上20歳未満	5,785	5,883	6,058	5,937	6,261	6,326	6,665	1.7	3.0	▲ 2.0	5.5	1.0	5.4
20歳以上25歳未満	5,846	5,880	6,063	5,980	6,230	6,176	6,534	0.6	3.1	▲ 1.4	4.2	▲ 0.9	5.8
25歳以上30歳未満	6,165	6,198	6,439	6,290	6,544	6,435	6,710	0.5	3.9	▲ 2.3	4.0	▲ 1.7	4.3
30歳以上35歳未満	6,566	6,606	6,897	6,734	6,930	6,749	7,054	0.6	4.4	▲ 2.4	2.9	▲ 2.6	4.5
35歳以上40歳未満	7,282	7,303	7,617	7,410	7,585	7,360	7,681	0.3	4.3	▲ 2.7	2.4	▲ 3.0	4.4
40歳以上45歳未満	8,117	8,158	8,592	8,347	8,467	8,222	8,511	0.5	5.3	▲ 2.9	1.4	▲ 2.9	3.5
45歳以上50歳未満	8,673	8,729	9,354	9,059	9,185	8,881	9,211	0.7	7.2	▲ 3.2	1.4	▲ 3.3	3.7
50歳以上55歳未満	9,053	9,069	9,888	9,390	9,487	9,162	9,476	0.2	9.0	▲ 5.0	1.0	▲ 3.4	3.4
55歳以上60歳未満	9,526	9,530	10,434	9,816	9,860	9,479	9,763	0.1	9.5	▲ 5.9	0.4	▲ 3.9	3.0
60歳以上65歳未満	9,880	9,874	10,775	10,063	10,131	9,706	10,022	▲ 0.1	9.1	▲ 6.6	0.7	▲ 4.2	3.3
65歳以上70歳未満	10,182	10,178	11,124	10,370	10,446	9,988	10,311	▲ 0.0	9.3	▲ 6.8	0.7	▲ 4.4	3.2
70歳以上75歳未満	10,366	10,434	11,409	10,614	10,763	10,289	10,623	0.7	9.3	▲ 7.0	1.4	▲ 4.4	3.2
75歳以上	10,978	11,010	11,730	10,948	11,173	10,670	10,965	0.3	6.5	▲ 6.7	2.1	▲ 4.5	2.8

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

令和元年度末において、後発医薬品割合は、数量ベース(新指標)で80.4%(対前年同期差(伸び幅という。以下同じ) +2.8%)、数量ベース(旧指標)で55.4%(+1.5%)、薬剤料ベースで18.6%(▲1.0%)であり、後発医薬品調剤率は75.7%(+2.0%)であった。

年度毎の平均でみると、令和元年度の後発医薬品割合は、数量ベースのうち新指標では79.1%(+3.2%)、旧指標では55.0%(+2.4%)、薬剤料ベースでは19.2%(+0.5%)であり、後発医薬品調剤率は75.2%(+2.2%)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31年3月で70.8%であったところ、令和2年3月では77.2%(+6.4%)となっており、うち85%以上の薬局数は平成31年3月で31.5%であったところ、令和2年3月では43.3%(+11.8%)となっていた。

表4-1 令和元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	令和元年度											
	3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)	73.0	77.7	77.8	78.0	78.1	78.4	78.6	78.7	79.1	79.6	79.9	80.2	80.3	80.4
数量ベース(旧指標)	50.2	53.9	54.4	54.5	54.5	54.6	54.7	54.9	55.2	55.3	55.3	55.5	55.5	55.4
薬剤料ベース	19.0	19.6	19.9	19.7	19.7	19.7	19.6	19.8	18.5	18.8	18.6	18.6	18.9	18.6
後発医薬品調剤率	70.8	73.6	74.5	74.4	74.0	74.1	74.2	74.8	75.7	76.0	76.2	76.5	76.1	75.7

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	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	
数量ベース(新指標)	47.9	56.4	60.1	66.8	70.2	75.9	79.1	8.4	3.7	6.8	3.4	5.6	3.2	
数量ベース(旧指標)	31.1	37.0	40.2	44.5	47.7	52.6	55.0	5.9	3.2	4.3	3.2	4.8	2.4	
薬剤料ベース	11.4	13.4	14.2	15.5	17.6	18.7	19.2	2.0	0.8	1.3	2.1	1.1	0.5	
後発医薬品調剤率	55.0	60.8	63.1	67.0	69.4	73.0	75.2	5.8	2.3	3.9	2.4	3.6	2.2	

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もある。

*厚生労働省ホームページ「薬価基準取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	令和元年度											
	3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	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
割合	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
	10%以上 20%未満	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
	20%以上 30%未満	1.2	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
	30%以上 40%未満	2.8	1.5	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.1	1.1	1.1	1.0
	40%以上 50%未満	5.3	3.3	3.1	3.1	3.0	2.9	2.9	2.8	2.7	2.6	2.5	2.4	2.3
	50%以上 60%未満	3.9	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	2.3	2.2	2.1	2.0	1.9	2.0
	55%以上 60%未満	4.7	3.7	3.7	3.6	3.5	3.4	3.3	3.3	3.2	2.9	3.0	2.8	2.8
	60%以上 65%未満	5.3	4.5	4.5	4.4	4.5	4.4	4.3	4.3	4.2	4.1	4.0	3.8	3.8
	65%以上 70%未満	7.3	5.5	5.3	5.3	5.2	5.2	5.2	5.1	5.0	4.9	4.8	4.9	4.8
	70%以上 75%未満	12.2	7.1	7.1	6.9	6.8	6.6	6.6	6.6	6.3	6.1	6.1	6.0	5.8
	75%以上 80%未満	20.6	14.9	14.9	14.6	14.5	14.2	14.1	13.8	13.1	11.8	11.3	10.5	10.2
	80%以上 85%未満	20.1	24.3	24.2	24.6	24.4	24.5	24.3	24.3	23.9	23.8	23.8	24.1	23.6
	85%以上 90%未満	12.3	22.0	22.6	22.8	23.2	23.9	24.2	24.5	25.4	26.2	26.6	27.2	27.6
	90%以上 95%未満	3.2	8.2	8.3	8.4	8.6	8.9	9.1	9.4	10.4	11.7	12.3	12.7	13.3
	95%以上	0.6	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5	1.7	1.8	2.0	2.0	2.2
合計	65%未満	23.7	16.7	16.2	16.0	15.8	15.4	15.0	14.8	14.2	13.6	13.2	12.7	12.2
	65%以上 75%未満	19.5	12.5	12.4	12.2	12.0	11.8	11.8	11.7	11.3	11.0	10.9	10.8	10.6
	75%以上	56.8	70.8	71.3	71.7	72.2	72.8	73.2	73.5	74.4	75.4	75.9	76.5	77.2
	75%以上 80%未満	20.6	14.9	14.9	14.6	14.5	14.2	14.1	13.8	13.1	11.8	11.3	10.5	10.2
	80%以上 85%未満	20.1	24.3	24.2	24.6	24.4	24.5	24.3	24.3	23.9	23.8	23.8	24.1	23.6
85%以上	16.1	31.5	32.2	32.6	33.3	34.2	34.8	35.5	37.4	39.7	40.8	41.9	43.1	

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5,478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2.79、25.0日、79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+3.9%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%、+3.6%、+0.5%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 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	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
内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料(円)	5,528	5,526	6,068	5,548	5,590	5,273	5,478	▲ 0.0	9.8	▲ 8.6	0.8	▲ 5.7	3.9
処方箋1枚当たり薬剤種類数	2.90	2.88	2.86	2.83	2.81	2.80	2.79	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.3	▲ 0.3
1種類当たり投薬日数(日)	21.8	22.3	22.8	23.1	23.6	24.1	25.0	2.3	1.9	1.5	2.1	2.3	3.6
1種類1日当たり薬剤料(円)	87	86	93	85	84	78	79	▲ 1.9	8.6	▲ 9.1	▲ 0.4	▲ 7.4	0.5

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8,267億円と最も高く、次いで中枢神経系用薬が7,999億円となっている。伸び率は、腫瘍用薬が+19.5%と最も高く、化学療法剤が▲18.0%と最も低い。

後発医薬品については、循環器官用薬が2,965億円と最も高く、次いで消化器官用薬が1,286億円となっている。伸び率は、泌尿生殖器官および肛門用薬が+64.6%と最も高く、ビタミン剤が▲1.5%と最も低い。

表6-1 内服薬 薬効分類別 薬剤料

	総額(億円)						対前年度比(%)			
				後発医薬品(億円)(再掲)					後発医薬品(再掲)	
	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	平成 30年度	令和 元年度	平成 30年度	令和 元年度
内服薬 総数	46,645	44,259	45,942	8,977	9,056	9,580	▲ 5.1	3.8	0.9	5.8
11 中枢神経系用薬	8,147	7,895	7,999	1,002	1,015	1,218	▲ 3.1	1.3	1.3	20.0
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	545	488	474	155	154	158	▲ 10.5	▲ 2.9	▲ 0.6	2.4
114 解熱鎮痛消炎剤	1,031	1,013	945	129	147	205	▲ 1.8	▲ 6.7	14.0	38.7
116 抗パーキンソン剤	709	646	675	45	57	66	▲ 8.9	4.5	26.4	14.2
117 精神神経用剤	2,679	2,516	2,500	329	314	426	▲ 6.1	▲ 0.6	▲ 4.5	35.3
119 その他中枢神経系用薬	2,448	2,446	2,545	292	263	269	▲ 0.1	4.0	▲ 10.0	2.1
21 循環器官用薬	9,759	8,238	8,267	2,732	2,881	2,965	▲ 15.6	0.4	5.5	2.9
212 不整脈用剤	431	325	315	127	134	146	▲ 24.6	▲ 3.0	5.7	8.9
214 血圧降下剤	4,036	3,149	3,019	1,039	1,153	1,179	▲ 22.0	▲ 4.1	10.9	2.2
217 血管拡張剤	1,072	894	860	642	582	590	▲ 16.5	▲ 3.8	▲ 9.3	1.3
218 高脂血症用剤	2,645	2,213	2,263	730	807	818	▲ 16.3	2.3	10.5	1.3
22 呼吸器官用薬	435	405	396	189	204	216	▲ 6.9	▲ 2.3	8.2	5.5
23 消化器官用薬	4,132	3,865	4,116	1,333	1,274	1,286	▲ 6.5	6.5	▲ 4.4	0.9
232 消化性潰瘍用剤	2,781	2,499	2,592	883	810	799	▲ 10.1	3.7	▲ 8.3	▲ 1.4
239 その他の消化器官用薬	579	586	624	120	124	132	1.2	6.5	3.6	6.2
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	665	691	822	86	111	140	3.9	18.9	29.0	26.8
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	1,367	1,306	1,257	137	123	202	▲ 4.5	▲ 3.8	▲ 10.2	64.6
31 ビタミン剤	971	965	1,015	272	250	247	▲ 0.6	5.2	▲ 7.8	▲ 1.5
32 滋養強壮薬	514	503	526	39	42	44	▲ 2.2	4.6	7.5	5.9
325 蛋白アミノ酸製剤	435	421	439	17	17	18	▲ 3.2	4.4	▲ 1.9	4.1
33 血液・体液用薬	3,456	3,348	3,533	809	746	749	▲ 3.1	5.5	▲ 7.7	0.3
39 その他の代謝性医薬品	6,807	6,870	7,438	754	770	811	0.9	8.3	2.1	5.3
396 糖尿病用剤	3,416	3,436	3,711	241	238	239	0.6	8.0	▲ 1.5	0.4
399 他に分類されない代謝性医薬品	2,734	2,735	2,950	401	429	474	0.0	7.9	7.1	10.4
42 腫瘍用薬	3,221	3,567	4,261	323	332	378	10.7	19.5	3.0	13.8
422 代謝拮抗剤	350	289	245	42	70	97	▲ 17.4	▲ 15.3	64.7	39.7
429 その他の腫瘍用薬	2,811	3,239	3,981	279	250	264	15.2	22.9	▲ 10.3	5.3
44 アレルギー用薬	2,487	2,182	2,158	819	825	837	▲ 12.3	▲ 1.1	0.7	1.5
52 漢方製剤	1,170	1,183	1,247	-	-	-	1.1	5.4	-	-
61 抗生物質製剤	711	596	558	223	206	206	▲ 16.2	▲ 6.4	▲ 7.5	▲ 0.0
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	321	270	248	92	86	86	▲ 15.9	▲ 8.2	▲ 6.7	0.1
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	251	198	177	110	98	94	▲ 21.0	▲ 10.7	▲ 11.4	▲ 3.9
62 化学療法剤	2,463	2,312	1,895	205	210	211	▲ 6.1	▲ 18.0	2.2	0.4
624 合成抗菌剤	303	239	218	73	66	64	▲ 21.2	▲ 8.6	▲ 8.9	▲ 3.2
625 抗ウイルス剤	1,969	1,876	1,435	75	92	94	▲ 4.7	▲ 23.5	22.7	2.3

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986円と最も高く、次いで中枢神経系用薬が954円となっている。伸び率は、腫瘍用薬が+19.5%と最も高く、化学療法剤が▲18.0%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 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	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
内服薬 総数	5,528	5,526	6,068	5,548	5,590	5,273	5,478	▲ 0.0	9.8	▲ 8.6	0.8	▲ 5.7	3.9
11 中枢神経系用薬	895	923	969	929	976	941	954	3.1	5.0	▲ 4.1	5.1	▲ 3.7	1.4
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	84	74	72	65	65	58	56	▲ 11.6	▲ 2.2	▲ 9.7	0.1	▲ 11.0	▲ 2.8
114 解熱鎮痛消炎剤	110	116	121	120	124	121	113	6.2	3.7	▲ 0.5	2.9	▲ 2.4	▲ 6.6
116 抗パーキンソン剤	76	80	84	84	85	77	80	5.1	4.8	0.1	1.5	▲ 9.4	4.5
117 精神神経用剤	300	306	318	305	321	300	298	2.1	4.0	▲ 4.2	5.3	▲ 6.6	▲ 0.6
119 その他中枢神経系用薬	263	276	296	277	293	291	303	5.0	7.1	▲ 6.3	5.9	▲ 0.6	4.1
21 循環器官用薬	1,445	1,347	1,344	1,204	1,169	982	986	▲ 6.8	▲ 0.2	▲ 10.4	▲ 2.9	▲ 16.1	0.4
212 不整脈用剤	71	65	62	54	52	39	38	▲ 9.3	▲ 3.4	▲ 13.9	▲ 3.8	▲ 25.0	▲ 2.9
214 血圧降下剤	683	629	605	528	484	375	360	▲ 8.0	▲ 3.8	▲ 12.8	▲ 8.3	▲ 22.4	▲ 4.0
217 血管拡張剤	193	165	159	131	128	107	103	▲ 14.7	▲ 3.8	▲ 17.3	▲ 2.0	▲ 17.0	▲ 3.7
218 高脂血症用剤	357	336	349	321	317	264	270	▲ 5.9	4.0	▲ 7.9	▲ 1.4	▲ 16.8	2.3
22 呼吸器官用薬	63	58	59	54	52	48	47	▲ 7.5	1.2	▲ 7.9	▲ 3.9	▲ 7.4	▲ 2.2
23 消化器官用薬	519	494	507	473	495	460	491	▲ 4.8	2.5	▲ 6.7	4.7	▲ 7.0	6.6
232 消化性潰瘍用剤	371	342	351	319	333	298	309	▲ 7.7	2.4	▲ 8.9	4.4	▲ 10.7	3.8
239 その他の消化器官用薬	73	72	72	66	69	70	74	▲ 1.8	▲ 0.7	▲ 7.8	5.2	0.6	6.6
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	63	72	75	77	80	82	98	13.7	4.2	2.5	4.0	3.3	19.0
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	156	160	166	159	164	156	150	2.4	3.7	▲ 3.7	2.8	▲ 5.0	▲ 3.7
31 ビタミン剤	107	109	114	112	116	115	121	2.5	4.2	▲ 1.4	3.7	▲ 1.2	5.2
32 滋養強壮薬	64	62	63	61	62	60	63	▲ 2.2	0.3	▲ 2.8	1.3	▲ 2.8	4.7
325 蛋白アミノ酸製剤	56	54	54	52	52	50	52	▲ 3.5	▲ 0.6	▲ 3.6	0.7	▲ 3.7	4.5
33 血液・体液用薬	392	414	433	393	414	399	421	5.6	4.6	▲ 9.3	5.4	▲ 3.7	5.6
39 その他の代謝性医薬品	711	727	777	767	816	818	887	2.2	6.9	▲ 1.3	6.4	0.3	8.3
396 糖尿病用剤	340	351	382	383	409	409	442	3.2	9.1	0.0	7.0	0.0	8.1
399 他に分類されない代謝性医薬品	293	296	312	307	328	326	352	1.1	5.3	▲ 1.5	6.6	▲ 0.5	7.9
42 腫瘍用薬	281	304	344	352	386	425	508	8.1	13.2	2.2	9.6	10.1	19.5
422 代謝拮抗剤	60	54	52	47	42	34	29	▲ 11.3	▲ 3.2	▲ 8.6	▲ 11.7	▲ 17.8	▲ 15.2
429 その他の腫瘍用薬	213	242	285	297	337	386	475	14.0	17.5	4.4	13.3	14.6	23.0
44 アレルギー用薬	353	341	351	306	298	260	257	▲ 3.3	2.7	▲ 12.8	▲ 2.5	▲ 12.8	▲ 1.0
52 漢方製剤	125	130	135	135	140	141	149	4.4	3.7	▲ 0.1	3.9	0.5	5.5
61 抗生物質製剤	123	111	108	93	85	71	66	▲ 9.2	▲ 2.7	▲ 13.8	▲ 8.9	▲ 16.6	▲ 6.4
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	56	52	51	43	39	32	30	▲ 7.0	▲ 1.9	▲ 15.4	▲ 10.1	▲ 16.4	▲ 8.1
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	52	43	43	35	30	24	21	▲ 16.4	▲ 0.8	▲ 18.9	▲ 13.7	▲ 21.5	▲ 10.6
62 化学療法剤	186	227	580	391	295	275	226	22.2	155.1	▲ 32.5	▲ 24.5	▲ 6.7	▲ 18.0
624 合成抗菌剤	55	52	49	41	36	28	26	▲ 5.6	▲ 5.7	▲ 17.6	▲ 10.8	▲ 21.6	▲ 8.6
625 抗ウイルス剤	99	148	505	328	236	224	171	48.4	242.5	▲ 35.1	▲ 28.0	▲ 5.3	▲ 23.5

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。

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0.61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+5.2%で最も高く、化学療法剤が▲10.5%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	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	
内服薬 総数	2.90	2.88	2.86	2.83	2.81	2.80	2.79	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.3	▲ 0.3	
11 中枢神経系用薬	0.47	0.46	0.46	0.45	0.45	0.45	0.45	▲ 1.0	▲ 0.9	▲ 0.7	0.1	▲ 0.8	0.1	
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.12	0.11	▲ 3.8	▲ 3.3	▲ 2.4	▲ 1.8	▲ 3.7	▲ 3.0	
114 解熱鎮痛消炎剤	0.10	0.11	0.11	0.10	0.10	0.10	0.10	0.5	▲ 0.0	▲ 1.0	0.1	▲ 1.1	▲ 0.7	
116 抗パーキンソン剤	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	▲ 3.2	▲ 3.0	▲ 2.0	▲ 2.4	▲ 2.0	▲ 1.1	
117 精神神経用剤	0.13	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	▲ 1.9	▲ 1.7	▲ 1.7	▲ 0.1	▲ 0.3	0.9	
119 その他中枢神経系用薬	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.06	0.06	12.3	9.8	8.7	8.1	7.8	7.5	
21 循環器官用薬	0.62	0.61	0.61	0.60	0.60	0.60	0.61	▲ 1.4	▲ 1.5	▲ 0.3	▲ 0.4	0.4	1.6	
212 不整脈用剤	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	1.8	1.4	2.6	2.5	3.4	4.4	
214 血圧降下剤	0.22	0.21	0.21	0.21	0.20	0.20	0.20	▲ 2.5	▲ 2.3	▲ 1.1	▲ 1.4	▲ 0.8	0.4	
217 血管拡張剤	0.15	0.15	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	▲ 2.4	▲ 2.3	▲ 0.6	▲ 0.6	0.0	1.2	
218 高脂血症用剤	0.13	0.14	0.14	0.14	0.14	0.15	0.15	1.5	1.2	1.6	1.3	2.8	4.1	
22 呼吸器官用薬	0.26	0.26	0.26	0.27	0.25	0.25	0.24	▲ 0.3	1.5	1.2	▲ 4.1	▲ 1.2	▲ 5.0	
23 消化器官用薬	0.48	0.48	0.47	0.46	0.45	0.44	0.44	▲ 1.7	▲ 1.8	▲ 2.0	▲ 2.3	▲ 1.4	▲ 0.9	
232 消化性潰瘍用剤	0.25	0.24	0.24	0.23	0.23	0.22	0.22	▲ 2.0	▲ 2.0	▲ 2.9	▲ 2.3	▲ 1.9	▲ 1.0	
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	▲ 2.6	▲ 2.4	▲ 1.3	▲ 2.7	▲ 0.3	▲ 1.4	
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	5.6	▲ 0.6	0.2	1.2	1.7	2.9	
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	2.2	1.5	0.9	0.6	0.9	4.7	
31 ビタミン剤	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	▲ 0.6	▲ 0.9	▲ 0.9	0.1	0.6	1.2	
32 滋養強壮薬	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	1.6	1.0	2.3	1.9	2.4	2.3	
325 蛋白アミノ酸製剤	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	1.1	1.2	2.9	2.3	2.5	4.9	
33 血液・体液用薬	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	▲ 0.1	▲ 0.5	1.2	0.1	▲ 0.4	0.2	
39 その他の代謝性医薬品	0.23	0.23	0.23	0.22	0.22	0.22	0.23	2.2	▲ 0.6	▲ 4.8	0.9	1.0	1.9	
396 糖尿病用剤	0.11	0.11	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	5.5	1.5	0.8	1.3	0.9	2.1	
399 他に分類されない代謝性医薬品	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	▲ 1.8	▲ 1.4	▲ 1.1	▲ 1.0	▲ 0.5	0.1	
42 腫瘍用薬	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	1.3	1.4	0.9	0.9	2.8	5.2	
422 代謝拮抗剤	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	▲ 4.5	▲ 4.1	▲ 3.9	▲ 3.4	▲ 3.8	1.3	
429 その他の腫瘍用薬	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.6	4.4	3.2	2.7	5.4	6.6	
44 アレルギー用薬	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.21	0.20	1.1	▲ 1.1	▲ 0.1	1.3	1.7	▲ 2.3	
52 漢方製剤	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	3.6	3.1	3.0	3.1	1.7	2.2	
61 抗生物質製剤	0.12	0.11	0.11	0.11	0.10	0.09	0.09	▲ 2.0	▲ 0.8	▲ 4.3	▲ 9.1	▲ 7.7	▲ 4.6	
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	0.07	0.07	0.07	0.06	0.06	0.05	0.05	▲ 0.8	▲ 1.2	▲ 5.7	▲ 7.1	▲ 7.5	▲ 4.2	
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.03	0.03	▲ 4.3	0.9	▲ 3.3	▲ 13.0	▲ 9.4	▲ 6.8	
62 化学療法剤	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.03	0.2	1.6	▲ 3.1	▲ 2.5	2.6	▲ 10.5	
624 合成抗菌剤	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	▲ 1.3	3.0	▲ 2.5	▲ 8.8	▲ 7.0	▲ 5.2	
625 抗ウイルス剤	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	8.2	3.3	▲ 7.0	13.1	25.5	▲ 29.9	

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42.0日であり、最も短いのは抗生物質製剤の7.2日である。伸び率は、化学療法剤が+13.6%で最も高く、泌尿生殖器官および肛門用薬が+1.0%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	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
内服薬 総数	21.8	22.3	22.8	23.1	23.6	24.1	25.0	2.3	1.9	1.5	2.1	2.3	3.6
11 中枢神経系用薬	20.8	21.4	21.7	21.9	22.1	22.6	23.1	2.6	1.8	0.8	0.9	2.0	2.2
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	22.5	23.0	23.4	23.6	23.9	24.1	24.5	2.2	1.8	1.1	0.9	1.1	1.3
114 解熱鎮痛消炎剤	14.8	15.3	15.6	15.9	16.2	16.7	17.2	3.3	2.0	1.4	2.1	2.9	3.4
116 抗パーキンソン剤	25.7	26.5	27.2	27.5	27.8	28.3	29.0	3.1	2.4	1.1	1.3	1.6	2.4
117 精神神経用剤	23.3	23.8	24.2	24.1	23.9	24.2	24.6	2.0	1.7	▲ 0.4	▲ 0.9	1.2	1.9
119 その他中枢神経系用薬	23.8	24.5	24.7	25.0	25.3	25.6	25.9	2.9	1.1	1.0	1.0	1.3	1.1
21 循環器官用薬	30.1	30.8	31.4	31.8	32.3	32.9	33.7	2.2	2.2	1.2	1.5	1.7	2.4
212 不整脈用剤	30.8	31.5	32.2	32.6	33.0	33.5	34.2	2.2	2.1	1.2	1.3	1.5	2.1
214 血圧降下剤	31.1	31.7	32.5	32.9	33.4	34.0	34.7	2.2	2.2	1.2	1.6	1.8	2.3
217 血管拡張剤	30.2	30.9	31.5	31.9	32.4	32.9	33.7	2.1	2.1	1.1	1.5	1.7	2.3
218 高脂血症用剤	31.9	32.6	33.4	33.8	34.3	34.9	35.8	2.2	2.3	1.2	1.7	1.7	2.4
22 呼吸器官用薬	8.2	8.3	8.3	8.3	8.5	8.7	9.1	1.3	0.9	▲ 0.1	1.8	2.5	4.5
23 消化器官用薬	21.9	22.5	22.9	23.2	23.7	24.1	24.9	2.6	1.8	1.3	2.2	1.8	3.2
232 消化性潰瘍用剤	23.6	24.2	24.6	25.0	25.4	25.9	26.7	2.5	1.6	1.7	1.7	2.0	2.8
239 その他の消化器官用薬	20.3	21.0	21.5	21.5	22.2	22.6	23.6	3.5	2.1	0.3	2.8	2.1	4.2
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	24.8	26.0	26.4	26.8	27.3	28.0	29.2	4.6	1.6	1.5	2.1	2.4	4.1
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	31.1	31.7	32.5	33.0	33.4	33.8	34.1	1.8	2.6	1.5	1.2	1.2	1.0
31 ビタミン剤	25.7	26.4	27.0	27.4	27.9	28.5	29.3	2.6	2.5	1.6	1.7	2.1	2.7
32 滋養強壮薬	24.8	25.4	25.9	26.1	26.4	26.7	27.0	2.5	2.1	0.6	1.0	1.1	1.4
325 蛋白アミノ酸製剤	20.2	20.5	20.7	20.4	20.3	20.4	20.5	1.4	0.7	▲ 1.2	▲ 0.3	0.2	0.6
33 血液・体液用薬	26.4	26.7	27.0	26.9	26.9	27.3	27.7	1.2	1.0	▲ 0.5	0.2	1.2	1.5
39 その他の代謝性医薬品	25.7	26.3	27.3	28.9	29.4	30.0	30.8	2.3	4.0	5.7	1.7	2.1	2.9
396 糖尿病用剤	31.8	31.9	32.8	33.3	33.7	34.3	35.1	0.4	2.8	1.4	1.2	1.7	2.4
399 他に分類されない代謝性医薬品	14.7	14.9	15.3	15.5	15.8	16.3	17.0	1.9	2.5	1.5	1.9	2.9	4.2
42 腫瘍用薬	38.5	38.8	39.5	40.6	41.3	41.4	42.0	0.8	2.0	2.7	1.8	0.3	1.2
422 代謝拮抗剤	20.0	19.9	20.1	20.2	20.3	20.4	20.4	▲ 0.2	0.7	0.7	0.2	0.6	0.2
429 その他の腫瘍用薬	47.9	47.6	47.8	48.7	49.1	48.5	48.8	▲ 0.8	0.6	1.7	0.9	▲ 1.2	0.6
44 アレルギー用薬	15.6	16.2	16.7	17.1	17.7	18.5	19.7	3.7	2.9	2.3	3.8	4.5	6.4
52 漢方製剤	20.2	20.5	20.8	20.8	21.0	21.4	22.0	1.5	1.1	0.3	0.9	1.6	3.2
61 抗生物質製剤	6.2	6.3	6.4	6.5	6.7	6.9	7.2	1.6	1.1	0.6	3.1	3.9	3.7
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.6	4.7	4.8	4.8	4.8	4.9	5.0	1.0	1.9	0.1	1.2	1.6	1.6
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	7.8	8.0	8.0	8.0	8.5	8.9	9.4	2.6	0.2	▲ 0.0	5.4	5.1	5.1
62 化学療法剤	9.9	10.1	10.2	10.3	10.6	10.3	11.7	2.0	1.0	1.2	2.7	▲ 2.9	13.6
624 合成抗菌剤	5.3	5.3	5.4	5.4	5.4	5.5	5.6	0.8	0.6	▲ 0.1	1.4	1.3	1.5
625 抗ウイルス剤	10.6	11.0	12.0	12.1	11.3	8.8	12.3	4.0	8.5	1.2	▲ 7.3	▲ 21.6	39.8

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1,897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+12.3%で最も高く、化学療法剤が▲19.3%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 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	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	
内服薬 総数	87	86	93	85	84	78	79	▲ 1.9	8.6	▲ 9.1	▲ 0.4	▲ 7.4	0.5	
11 中枢神経系用薬	92	94	97	93	97	93	92	1.6	4.0	▲ 4.3	4.1	▲ 4.7	▲ 0.9	
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	28	25	25	23	23	21	21	▲ 10.0	▲ 0.5	▲ 8.5	1.0	▲ 8.7	▲ 1.2	
114 解熱鎮痛消炎剤	71	72	73	73	73	70	64	2.2	1.8	▲ 0.8	0.7	▲ 4.2	▲ 9.0	
116 抗パーキンソン剤	169	178	187	189	194	177	183	5.4	5.5	1.1	2.6	▲ 9.0	3.3	
117 精神神経用剤	103	105	109	107	113	105	101	2.0	3.9	▲ 2.1	6.3	▲ 7.5	▲ 3.3	
119 その他中枢神経系用薬	311	283	273	233	226	205	197	▲ 9.1	▲ 3.5	▲ 14.7	▲ 3.1	▲ 9.0	▲ 4.2	
21 循環器官用薬	77	71	71	63	60	49	48	▲ 7.5	▲ 0.9	▲ 11.2	▲ 4.0	▲ 17.8	▲ 3.5	
212 不整脈用剤	79	69	64	53	49	35	32	▲ 12.8	▲ 6.7	▲ 17.1	▲ 7.4	▲ 28.6	▲ 8.9	
214 血圧降下剤	101	93	90	78	72	55	51	▲ 7.7	▲ 3.6	▲ 12.9	▲ 8.5	▲ 23.2	▲ 6.6	
217 血管拡張剤	43	36	35	29	28	23	21	▲ 14.4	▲ 3.6	▲ 17.7	▲ 2.9	▲ 18.4	▲ 7.0	
218 高脂血症用剤	83	76	76	68	65	52	50	▲ 9.3	0.4	▲ 10.4	▲ 4.3	▲ 20.4	▲ 4.0	
22 呼吸器官用薬	30	27	27	25	24	22	22	▲ 8.4	▲ 1.2	▲ 8.8	▲ 1.6	▲ 8.6	▲ 1.5	
23 消化器官用薬	49	46	47	44	47	43	45	▲ 5.6	2.5	▲ 6.0	4.9	▲ 7.3	4.2	
232 消化性潰瘍用剤	63	58	59	55	58	51	52	▲ 8.1	2.8	▲ 7.8	5.0	▲ 10.7	2.0	
239 その他の消化器官用薬	90	88	87	81	86	85	88	▲ 2.7	▲ 0.4	▲ 6.8	5.1	▲ 1.2	3.8	
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	55	56	58	58	59	58	65	2.9	3.2	0.8	0.7	▲ 0.8	11.1	
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	134	132	131	123	125	116	105	▲ 1.5	▲ 0.5	▲ 6.0	1.0	▲ 7.0	▲ 9.0	
31 ビタミン剤	42	42	43	42	43	41	42	0.4	2.6	▲ 2.1	1.8	▲ 3.9	1.3	
32 滋養強壮薬	105	98	96	90	89	84	84	▲ 6.0	▲ 2.8	▲ 5.6	▲ 1.6	▲ 6.2	0.9	
325 蛋白アミノ酸製剤	518	487	475	451	445	417	413	▲ 6.0	▲ 2.4	▲ 5.1	▲ 1.3	▲ 6.3	▲ 1.0	
33 血液・体液用薬	104	109	113	102	107	102	106	4.4	4.1	▲ 9.9	5.0	▲ 4.5	3.8	
39 その他の代謝性医薬品	123	120	124	122	126	123	127	▲ 2.2	3.4	▲ 2.0	3.7	▲ 2.7	3.4	
396 糖尿病用剤	99	96	101	99	103	100	103	▲ 2.5	4.5	▲ 2.1	4.4	▲ 2.6	3.3	
399 他に分類されない代謝性医薬品	358	362	377	370	391	380	393	1.0	4.2	▲ 1.9	5.6	▲ 2.8	3.5	
42 腫瘍用薬	1,295	1,370	1,501	1,481	1,582	1,689	1,897	5.8	9.5	▲ 1.3	6.8	6.8	12.3	
422 代謝拮抗剤	1,779	1,656	1,660	1,569	1,433	1,215	1,015	▲ 6.9	0.2	▲ 5.5	▲ 8.7	▲ 15.2	▲ 16.5	
429 その他の腫瘍用薬	1,187	1,305	1,459	1,451	1,586	1,745	2,001	9.9	11.8	▲ 0.6	9.3	10.0	14.7	
44 アレルギー用薬	112	103	104	89	82	68	64	▲ 7.7	0.9	▲ 14.7	▲ 7.3	▲ 18.0	▲ 4.8	
52 漢方製剤	85	84	84	81	81	79	79	▲ 0.8	▲ 0.5	▲ 3.3	▲ 0.1	▲ 2.7	0.0	
61 抗生物質製剤	169	154	149	134	130	113	107	▲ 8.8	▲ 3.0	▲ 10.4	▲ 2.8	▲ 13.1	▲ 5.3	
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	179	166	162	145	138	123	116	▲ 7.2	▲ 2.6	▲ 10.4	▲ 4.4	▲ 11.0	▲ 5.6	
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	149	127	125	105	99	81	74	▲ 14.9	▲ 1.8	▲ 16.1	▲ 5.9	▲ 17.6	▲ 8.8	
62 化学療法剤	489	584	1,451	998	752	705	569	19.4	148.5	▲ 31.2	▲ 24.6	▲ 6.3	▲ 19.3	
624 合成抗菌剤	433	411	375	317	306	254	242	▲ 5.1	▲ 8.9	▲ 15.4	▲ 3.5	▲ 16.9	▲ 4.9	
625 抗ウイルス剤	1,254	1,653	5,052	3,482	2,388	2,299	1,794	31.8	205.5	▲ 31.1	▲ 31.4	▲ 3.8	▲ 22.0	

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353円と最も高く、次いで消化器官用薬が153円となっている。伸び率は、泌尿生殖器官および肛門用薬が+64.8%で最も高く、ビタミン剤が▲1.4%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	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	
内服薬 総数	679	794	924	927	1,076	1,079	1,142	16.8	16.4	0.4	16.0	0.3	5.9	
11 中枢神経系用薬	74	88	101	107	120	121	145	18.9	14.1	6.2	12.2	0.7	20.1	
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	13	15	17	17	19	18	19	21.0	10.8	2.7	6.5	▲1.2	2.5	
114 解熱鎮痛消炎剤	9	12	13	14	16	18	24	25.9	8.5	11.2	8.0	13.3	38.8	
116 抗パーキンソン剤	3	3	3	4	5	7	8	21.5	11.3	20.5	30.9	25.7	14.3	
117 精神神経用剤	20	22	26	33	39	37	51	12.3	15.4	28.2	19.5	▲5.0	35.4	
119 その他中枢神経系用薬	26	31	37	33	35	31	32	19.3	17.7	▲11.6	7.3	▲10.5	2.1	
21 循環器官用薬	177	219	265	258	327	343	353	23.9	20.9	▲2.6	26.8	4.9	3.0	
212 不整脈用剤	9	11	13	14	15	16	17	18.8	16.0	6.4	12.4	5.1	9.0	
214 血圧降下剤	27	53	81	84	125	137	141	95.7	53.0	3.8	48.6	10.3	2.3	
217 血管拡張剤	70	73	79	72	77	69	70	4.2	9.1	▲8.5	6.3	▲9.8	1.4	
218 高脂血症用剤	56	67	74	68	87	96	97	18.4	11.9	▲9.2	29.3	9.9	1.4	
22 呼吸器官用薬	13	17	19	22	23	24	26	32.8	12.4	10.5	5.1	7.6	5.6	
23 消化器官用薬	130	146	160	156	160	152	153	12.4	9.0	▲2.4	2.6	▲4.9	1.0	
232 消化性潰瘍用剤	92	102	112	104	106	97	95	11.4	9.3	▲6.9	1.7	▲8.8	▲1.3	
239 その他の消化器官用薬	6	8	11	13	14	15	16	45.7	28.4	25.0	8.9	3.0	6.3	
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	2	2	2	4	10	13	17	3.9	18.4	58.6	180.3	28.2	26.9	
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	12	12	16	16	16	15	24	1.8	30.7	0.2	4.8	▲10.7	64.8	
31 ビタミン剤	40	38	37	33	33	30	29	▲5.5	▲2.8	▲9.7	▲2.6	▲8.3	▲1.4	
32 滋養強壮薬	3	3	4	4	5	5	5	16.2	13.0	9.3	9.0	6.8	6.0	
325 蛋白アミノ酸製剤	2	2	2	2	2	2	2	4.7	11.4	0.5	7.7	▲2.4	4.1	
33 血液・体液用薬	51	60	80	88	97	89	89	18.5	32.4	10.4	10.1	▲8.3	0.4	
39 その他の代謝性医薬品	65	73	85	80	90	92	97	12.3	15.7	▲5.4	13.0	1.5	5.4	
396 糖尿病用剤	28	28	33	26	29	28	28	▲1.7	18.3	▲21.4	12.4	▲2.0	0.5	
399 他に分類されない代謝性医薬品	24	31	38	42	48	51	56	29.7	22.1	9.8	13.6	6.5	10.5	
42 腫瘍用薬	27	28	33	31	39	40	45	3.8	19.5	▲5.3	23.0	2.4	13.9	
422 代謝拮抗剤	0	1	1	1	5	8	12	47.7	▲5.2	0.8	682.5	63.7	39.8	
429 その他の腫瘍用薬	26	27	32	31	33	30	31	3.1	20.7	▲5.2	8.8	▲10.8	5.4	
44 アレルギー用薬	50	61	69	75	98	98	100	21.3	12.4	10.0	30.0	0.1	1.6	
52 漢方製剤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
61 抗生物質製剤	17	23	26	26	27	25	25	30.4	13.5	0.9	2.4	▲8.0	0.0	
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	6	9	10	11	11	10	10	41.3	14.7	2.5	4.1	▲7.3	0.2	
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	10	13	14	14	13	12	11	25.8	13.0	▲2.9	▲4.0	▲11.9	▲3.8	
62 化学療法剤	14	17	23	21	25	25	25	25.7	32.9	▲8.9	17.1	1.6	0.5	
624 合成抗菌剤	3	4	10	9	9	8	8	26.4	130.3	▲11.7	1.3	▲9.4	▲3.2	
625 抗ウイルス剤	2	5	6	6	9	11	11	149.6	13.1	▲2.9	52.2	22.0	2.3	

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。

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54.4%が最も高く、次いでアレルギー用薬の38.8%となっている。対前年度差は、泌尿生殖器官および肛門用薬が+6.7%で最も高く、消化器官用薬が▲1.7%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 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	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	
内服薬 総数	12.3	14.4	15.2	16.7	19.2	20.5	20.8	2.1	0.9	1.5	2.5	1.2	0.3	
11 中枢神経系用薬	8.3	9.6	10.4	11.5	12.3	12.9	15.2	1.3	0.8	1.1	0.8	0.6	2.4	
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	15.2	20.8	23.6	26.8	28.5	31.7	33.4	5.6	2.7	3.2	1.7	3.2	1.7	
114 解熱鎮痛消炎剤	8.6	10.2	10.7	12.0	12.5	14.6	21.7	1.6	0.5	1.3	0.6	2.0	7.1	
116 抗パーキンソン剤	3.4	3.9	4.1	5.0	6.4	8.9	9.7	0.5	0.2	0.8	1.4	2.5	0.8	
117 精神神経用剤	6.6	7.3	8.1	10.8	12.3	12.5	17.0	0.7	0.8	2.7	1.5	0.2	4.5	
119 その他中枢神経系用薬	10.0	11.4	12.5	11.8	11.9	10.8	10.6	1.4	1.1	▲0.7	0.2	▲1.2	▲0.2	
21 循環器官用薬	12.2	16.3	19.7	21.4	28.0	35.0	35.9	4.0	3.4	1.7	6.6	7.0	0.9	
212 不整脈用剤	12.9	16.9	20.4	25.2	29.4	41.3	46.3	4.0	3.4	4.8	4.2	11.8	5.1	
214 血圧降下剤	3.9	8.4	13.3	15.9	25.7	36.6	39.0	4.4	5.0	2.5	9.9	10.9	2.4	
217 血管拡張剤	36.1	44.0	49.9	55.2	59.9	65.1	68.6	8.0	5.9	5.3	4.7	5.2	3.5	
218 高脂血症用剤	15.8	19.8	21.3	21.0	27.6	36.5	36.1	4.1	1.5	▲0.3	6.6	8.9	▲0.3	
22 呼吸器官用薬	20.7	29.8	33.1	39.7	43.4	50.4	54.4	9.0	3.3	6.6	3.7	7.1	4.0	
23 消化器官用薬	25.1	29.6	31.5	32.9	32.3	33.0	31.2	4.5	1.9	1.4	▲0.7	0.7	▲1.7	
232 消化性潰瘍用剤	24.8	29.9	31.9	32.6	31.8	32.4	30.8	5.1	2.0	0.7	▲0.8	0.7	▲1.6	
239 その他の消化器官用薬	7.7	11.4	14.8	20.0	20.7	21.2	21.1	3.7	3.3	5.2	0.7	0.5	▲0.1	
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	3.0	2.7	3.1	4.8	12.9	16.0	17.1	▲0.3	0.4	1.7	8.1	3.1	1.1	
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	7.5	7.5	9.4	9.8	10.0	9.4	16.1	▲0.0	1.9	0.4	0.2	▲0.6	6.7	
31 ビタミン剤	37.7	34.8	32.4	29.7	28.0	25.9	24.3	▲3.0	▲2.3	▲2.7	▲1.8	▲2.0	▲1.6	
32 滋養強壮薬	4.7	5.5	6.2	7.0	7.5	8.3	8.4	0.9	0.7	0.8	0.5	0.7	0.1	
325 蛋白アミノ酸製剤	2.9	3.2	3.5	3.7	4.0	4.0	4.0	0.3	0.4	0.2	0.3	0.1	▲0.0	
33 血液・体液用薬	13.0	14.6	18.4	22.4	23.4	22.3	21.2	1.6	3.9	4.0	1.0	▲1.1	▲1.1	
39 その他の代謝性医薬品	9.1	10.1	10.9	10.4	11.1	11.2	10.9	0.9	0.8	▲0.5	0.6	0.1	▲0.3	
396 糖尿病用剤	8.3	7.9	8.6	6.7	7.1	6.9	6.4	▲0.4	0.7	▲1.8	0.3	▲0.1	▲0.5	
399 他に分類されない代謝性医薬品	8.3	10.6	12.3	13.7	14.6	15.7	16.1	2.3	1.7	1.4	0.9	1.0	0.4	
42 腫瘍用薬	9.5	9.1	9.6	8.9	10.0	9.3	8.9	▲0.4	0.5	▲0.7	1.1	▲0.7	▲0.4	
422 代謝拮抗剤	0.8	1.3	1.2	1.4	12.1	24.1	39.7	0.5	▲0.0	0.1	10.7	12.0	15.6	
429 その他の腫瘍用薬	12.3	11.1	11.4	10.3	9.9	7.7	6.6	▲1.2	0.3	▲1.0	▲0.4	▲2.2	▲1.1	
44 アレルギー用薬	14.3	17.9	19.6	24.7	32.9	37.8	38.8	3.6	1.7	5.1	8.2	4.9	1.0	
52 漢方製剤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
61 抗生物質製剤	14.2	20.4	23.8	27.9	31.3	34.6	37.0	6.2	3.4	4.1	3.5	3.3	2.4	
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	11.5	17.5	20.5	24.8	28.7	31.8	34.7	6.0	3.0	4.3	3.9	3.1	2.9	
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	19.3	29.0	33.0	39.5	44.0	49.3	53.1	9.7	4.0	6.5	4.4	5.4	3.8	
62 化学療法剤	7.4	7.6	4.0	5.4	8.3	9.1	11.1	0.2	▲3.7	1.4	3.0	0.7	2.0	
624 合成抗菌剤	6.0	8.1	19.7	21.1	24.0	27.7	29.3	2.0	11.6	1.4	2.9	3.7	1.6	
625 抗ウイルス剤	2.2	3.6	1.2	1.8	3.8	4.9	6.5	1.5	▲2.4	0.6	2.0	1.1	1.7	

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高知県では、技術料の割合が22.7%、薬剤料の割合が77.2%となっていた。一方、最も低い佐賀県では技術料の割合が30.6%、薬剤料の割合が69.3%となっていた。

薬剤料全体の伸び率が+4.2%(最高:沖縄県+6.9%、最低:山梨県+1.0%)であるのに対し、後発医薬品の伸び率は+7.0%(最高:山梨県+9.8%、最低:岩手県+4.1%)であった。

表11-1 都道府県別 調剤医療費の報酬別内訳

令和元年度

	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	構成割合 (%)	技術料	薬剤料	後発医薬品	特定保険医療材料		
全 国	77,025	19,771	25.7	57,114	10,959	74.1	140	0.2	9,184	2,357	6,810	1,307	17
北海道	3,810	861	22.6	2,942	596	77.2	7	0.2	10,897	2,462	8,416	1,704	20
青 森	954	240	25.1	712	141	74.7	2	0.2	9,506	2,389	7,097	1,402	21
岩 手	856	211	24.6	644	142	75.2	1	0.2	9,897	2,439	7,441	1,646	17
宮 城	1,490	382	25.6	1,105	228	74.2	3	0.2	9,119	2,336	6,764	1,393	19
秋 田	802	188	23.4	612	123	76.3	2	0.2	10,516	2,466	8,027	1,613	23
山 形	717	186	25.9	530	110	73.9	2	0.2	9,259	2,398	6,840	1,422	22
福 島	1,203	300	24.9	902	184	74.9	2	0.1	9,723	2,425	7,285	1,483	13
茨 城	1,772	412	23.2	1,357	256	76.6	3	0.2	10,150	2,358	7,774	1,469	18
栃 木	1,036	269	26.0	765	159	73.8	2	0.2	8,832	2,297	6,521	1,354	14
群 馬	1,010	254	25.1	754	153	74.7	2	0.2	9,347	2,350	6,979	1,416	17
埼 玉	3,981	1,033	26.0	2,941	595	73.9	7	0.2	8,875	2,304	6,557	1,325	15
千 葉	3,525	874	24.8	2,644	518	75.0	8	0.2	9,344	2,316	7,008	1,374	20
東 京	8,968	2,318	25.8	6,636	1,180	74.0	15	0.2	8,823	2,280	6,528	1,161	15
神奈川	5,655	1,470	26.0	4,177	776	73.9	9	0.2	8,826	2,294	6,519	1,211	14
新 潟	1,376	362	26.3	1,011	216	73.5	3	0.2	8,971	2,360	6,594	1,411	17
富 山	558	135	24.2	422	83	75.6	1	0.2	10,154	2,457	7,673	1,514	24
石 川	655	156	23.9	497	92	75.9	1	0.2	10,685	2,549	8,115	1,504	21
福 井	374	85	22.8	288	54	76.9	1	0.3	10,647	2,427	8,192	1,531	28
山 梨	507	126	24.9	380	76	74.9	1	0.2	9,351	2,329	7,007	1,401	15
長 野	1,285	317	24.7	966	193	75.2	2	0.2	10,234	2,525	7,692	1,538	17
岐 阜	1,147	302	26.4	843	162	73.5	2	0.2	8,885	2,343	6,527	1,252	15
静 岡	2,135	576	27.0	1,555	313	72.8	4	0.2	8,716	2,352	6,349	1,277	15
愛 知	3,951	1,051	26.6	2,894	549	73.2	6	0.2	8,763	2,331	6,418	1,217	14
三 重	986	261	26.5	723	143	73.3	2	0.2	8,891	2,357	6,517	1,285	17
滋 賀	791	197	25.0	590	114	74.6	3	0.4	9,613	2,400	7,176	1,386	37
京 都	1,488	335	22.5	1,149	193	77.2	4	0.3	10,795	2,431	8,335	1,403	29
大 阪	5,409	1,374	25.4	4,025	712	74.4	9	0.2	9,422	2,394	7,011	1,241	16
兵 庫	3,461	899	26.0	2,556	459	73.9	5	0.2	9,066	2,356	6,696	1,202	14
奈 良	645	183	28.4	461	93	71.5	1	0.1	8,429	2,394	6,024	1,219	11
和歌山	548	132	24.2	414	73	75.5	2	0.3	9,964	2,407	7,527	1,320	30
鳥 取	355	90	25.5	264	51	74.3	1	0.2	9,701	2,473	7,209	1,390	18
島 根	474	128	27.1	345	71	72.7	1	0.2	9,426	2,553	6,852	1,418	21
岡 山	1,005	276	27.5	727	147	72.3	2	0.2	8,682	2,386	6,281	1,273	16
広 島	1,843	484	26.3	1,356	245	73.6	3	0.2	8,960	2,352	6,592	1,190	16
山 口	937	254	27.1	682	136	72.8	1	0.1	8,886	2,407	6,467	1,286	13
徳 島	423	106	25.1	316	53	74.7	1	0.2	9,695	2,438	7,239	1,220	18
香 川	655	159	24.3	494	85	75.3	3	0.4	9,801	2,380	7,380	1,266	41
愛 媛	801	196	24.4	603	110	75.3	2	0.3	9,775	2,389	7,358	1,339	29
高 知	505	115	22.7	389	70	77.2	1	0.1	10,959	2,488	8,457	1,519	14
福 岡	3,207	902	28.1	2,300	434	71.7	5	0.2	8,232	2,315	5,904	1,115	13
佐 賀	552	169	30.6	382	78	69.3	1	0.2	7,796	2,385	5,399	1,100	12
長 崎	931	250	26.8	680	135	73.0	2	0.2	9,050	2,428	6,607	1,310	15
熊 本	1,036	284	27.4	750	156	72.4	2	0.2	8,528	2,336	6,177	1,287	15
大 分	767	199	25.9	567	112	73.9	1	0.1	9,391	2,435	6,944	1,371	12
宮 崎	692	190	27.5	501	107	72.4	1	0.2	8,547	2,348	6,185	1,324	14
鹿児島	980	283	28.8	697	158	71.1	1	0.1	8,423	2,428	5,985	1,360	10
沖 縄	767	196	25.5	569	126	74.1	3	0.3	9,250	2,359	6,858	1,516	32

表11-2 都道府県別 調剤医療費の報酬別内訳 (対前年度比)

	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	3.7	2.4 ▲0.3	4.2	7.0	0.3	4.4	0.0	3.8	2.5	4.2	7.0	4.4	
北海道	3.1	1.9 ▲0.3	3.5	5.8	0.3	4.8	0.0	3.9	2.6	4.2	6.6	5.6	
青森	2.0	0.9 ▲0.3	2.4	4.3	0.3	▲0.8	▲0.0	3.4	2.2	3.8	5.6	0.5	
岩手	2.9	1.9 ▲0.2	3.3	4.1	0.2	3.6	0.0	3.4	2.4	3.7	4.6	4.1	
宮城	3.6	1.9 ▲0.4	4.2	7.1	0.4	5.7	0.0	4.2	2.5	4.8	7.7	6.3	
秋田	2.2	1.1 ▲0.3	2.5	4.3	0.3	5.8	0.0	3.6	2.5	4.0	5.7	7.3	
山形	3.1	1.8 ▲0.3	3.6	6.0	0.3	6.5	0.0	3.7	2.3	4.1	6.5	7.1	
福島	1.9	1.5 ▲0.1	2.1	5.9	0.1	1.6	▲0.0	3.2	2.7	3.3	7.2	2.9	
茨城	4.3	2.7 ▲0.4	4.8	7.3	0.3	5.0	0.0	4.2	2.7	4.7	7.3	5.0	
栃木	2.6	2.0 ▲0.2	2.8	6.7	0.1	9.0	0.0	3.6	2.9	3.8	7.7	10.0	
群馬	3.3	2.4 ▲0.2	3.6	6.3	0.2	▲0.2	▲0.0	3.6	2.7	3.9	6.5	0.0	
埼玉	3.8	2.6 ▲0.3	4.2	7.6	0.3	4.5	0.0	3.6	2.4	4.1	7.4	4.3	
千葉	3.4	2.4 ▲0.2	3.7	7.4	0.2	5.8	0.0	4.0	3.1	4.3	8.1	6.5	
東京	3.4	2.2 ▲0.3	3.8	8.6	0.3	1.4	▲0.0	3.8	2.7	4.3	9.1	1.9	
神奈川	4.3	2.8 ▲0.4	4.9	7.9	0.4	2.8	▲0.0	4.5	3.0	5.1	8.0	3.0	
新潟	2.7	1.3 ▲0.4	3.2	5.3	0.4	2.5	▲0.0	3.4	2.0	3.9	6.0	3.2	
富山	4.9	4.1 ▲0.2	5.1	6.2	0.2	15.1	0.0	3.7	2.9	3.9	5.0	13.8	
石川	3.3	2.4 ▲0.2	3.6	4.7	0.2	6.0	0.0	3.5	2.6	3.8	4.9	6.2	
福井	6.2	4.4 ▲0.4	6.8	6.3	0.5	▲14.4	▲0.1	3.9	2.2	4.5	4.0	▲16.3	
山梨	1.2	2.1 0.2	1.0	9.8	▲0.2	▲11.0	▲0.0	1.3	2.2	1.0	9.8	▲11.0	
長野	3.4	2.4 ▲0.3	3.8	4.6	0.3	▲0.2	▲0.0	3.4	2.3	3.7	4.6	▲0.3	
岐阜	3.1	1.9 ▲0.3	3.5	6.0	0.3	7.6	0.0	3.6	2.4	4.0	6.5	8.1	
静岡	2.8	2.2 ▲0.2	3.0	5.5	0.2	5.6	0.0	3.2	2.6	3.4	5.9	6.0	
愛知	3.9	2.5 ▲0.4	4.5	6.9	0.4	6.6	0.0	4.0	2.5	4.5	6.9	6.7	
三重	4.9	3.3 ▲0.4	5.5	6.5	0.4	8.8	0.0	4.1	2.5	4.6	5.6	7.9	
滋賀	5.3	4.3 ▲0.2	5.6	7.7	0.2	6.6	0.0	4.2	3.2	4.6	6.6	5.5	
京都	5.5	4.5 ▲0.2	5.7	9.7	0.2	7.3	0.0	3.5	2.5	3.7	7.6	5.2	
大阪	4.5	3.1 ▲0.3	4.9	8.6	0.4	1.1	▲0.0	3.1	1.7	3.6	7.2	▲0.2	
兵庫	4.1	2.2 ▲0.5	4.8	6.8	0.5	2.9	▲0.0	3.8	2.0	4.5	6.6	2.6	
奈良	3.7	3.6 ▲0.0	3.8	6.1	0.0	5.0	0.0	2.6	2.4	2.6	4.9	3.9	
和歌山	4.7	3.0 ▲0.4	5.3	7.7	0.4	11.7	0.0	3.9	2.1	4.4	6.8	10.7	
鳥取	2.6	2.1 ▲0.1	2.8	6.7	0.1	2.9	0.0	3.1	2.6	3.2	7.2	3.4	
島根	3.6	3.0 ▲0.2	3.8	6.0	0.1	5.0	0.0	3.0	2.5	3.2	5.4	4.4	
岡山	4.2	2.8 ▲0.4	4.8	7.5	0.4	1.6	▲0.0	3.8	2.3	4.4	7.1	1.2	
広島	3.2	1.9 ▲0.3	3.7	6.7	0.3	3.0	▲0.0	3.6	2.3	4.1	7.2	3.4	
山口	3.4	1.9 ▲0.4	3.9	4.7	0.4	4.5	0.0	3.8	2.3	4.3	5.1	4.9	
徳島	3.6	2.7 ▲0.2	3.9	8.1	0.2	3.5	▲0.0	3.0	2.2	3.3	7.5	3.0	
香川	4.2	1.7 ▲0.6	5.0	6.2	0.6	6.7	0.0	4.5	2.0	5.3	6.5	7.1	
愛媛	4.8	2.7 ▲0.5	5.5	6.8	0.5	14.9	0.0	4.5	2.4	5.1	6.4	14.5	
高知	3.8	0.3 ▲0.8	4.9	7.2	0.8	10.0	0.0	5.5	1.9	6.5	8.9	11.7	
福岡	4.1	2.3 ▲0.5	4.8	7.5	0.5	6.7	0.0	4.3	2.5	5.0	7.7	6.8	
佐賀	2.0	1.1 ▲0.2	2.3	4.7	0.2	10.3	0.0	3.0	2.2	3.3	5.8	11.5	
長崎	3.1	2.0 ▲0.3	3.5	5.9	0.3	1.3	▲0.0	3.2	2.2	3.6	6.1	1.4	
熊本	4.3	2.1 ▲0.6	5.1	7.1	0.6	2.1	▲0.0	4.7	2.5	5.6	7.5	2.6	
大分	3.7	2.4 ▲0.3	4.1	6.5	0.3	45.5	0.0	3.5	2.2	3.9	6.4	45.2	
宮崎	3.3	1.8 ▲0.4	3.9	5.3	0.4	14.2	0.0	3.8	2.2	4.3	5.8	14.7	
鹿児島	3.0	1.5 ▲0.4	3.6	4.6	0.4	1.2	▲0.0	3.6	2.0	4.2	5.2	1.8	
沖縄	6.0	3.5 ▲0.6	6.9	7.9	0.6	4.7	▲0.0	3.8	1.4	4.7	5.7	2.6	

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7,004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、3.08、27.6日、82円となっていた。一方、佐賀県が4,384円と最も低く、3要素に分解すると、2.86、20.6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

令和元年度

	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	5,478	2.79	25.0	79	3.9	▲ 0.3	3.6	0.5
北海道	6,814	3.06	29.6	75	3.5	▲ 0.7	3.7	0.6
青 森	5,899	2.86	26.9	77	4.0	▲ 0.8	4.0	0.8
岩 手	6,144	2.86	29.4	73	3.2	▲ 0.0	2.8	0.4
宮 城	5,422	2.77	26.0	75	4.9	▲ 0.1	3.8	1.3
秋 田	6,610	3.00	29.4	75	3.6	▲ 0.7	3.2	1.0
山 形	5,612	2.77	26.6	76	3.8	0.1	3.3	0.3
福 島	6,007	2.94	27.2	75	3.2	▲ 0.7	3.7	0.2
茨 城	6,357	2.84	27.8	81	4.1	▲ 0.1	3.8	0.4
栃 木	5,357	2.82	24.9	76	3.5	0.3	3.9	▲ 0.7
群 馬	5,653	2.86	25.5	78	3.8	0.1	3.6	0.2
埼 玉	5,284	2.71	25.5	76	3.9	▲ 0.2	4.0	0.1
千 葉	5,668	2.67	26.9	79	4.1	▲ 0.1	4.2	0.0
東 京	5,208	2.66	24.0	82	4.0	▲ 0.4	3.9	0.5
神奈川	5,194	2.60	25.1	80	4.9	▲ 0.1	4.1	0.8
新 潟	5,311	2.61	28.0	73	3.4	▲ 0.7	3.9	0.2
富 山	6,310	2.81	28.3	79	3.8	▲ 0.2	3.1	0.9
石 川	6,683	2.99	27.6	81	3.6	▲ 0.6	3.2	1.0
福 井	6,814	2.97	27.5	84	4.3	▲ 0.5	2.7	2.1
山 梨	5,719	2.71	28.0	75	0.5	0.0	3.3	▲ 2.7
長 野	6,230	2.80	28.7	77	3.2	▲ 0.0	2.8	0.4
岐 阜	5,206	2.86	23.8	76	3.7	▲ 0.2	3.8	0.0
静 岡	5,065	2.66	25.3	75	3.3	0.1	3.2	▲ 0.0
愛 知	5,088	2.74	23.1	80	4.1	▲ 0.4	4.1	0.5
三 重	5,279	2.77	24.4	78	4.2	▲ 0.4	3.4	1.1
滋 賀	5,694	2.69	26.7	79	3.8	▲ 0.6	3.6	0.8
京 都	6,629	2.87	26.5	87	2.6	▲ 0.4	2.7	0.2
大 阪	5,604	2.90	23.2	83	3.3	▲ 0.5	3.2	0.6
兵 庫	5,259	2.71	23.9	81	3.8	▲ 0.5	3.4	1.0
奈 良	4,874	2.70	25.3	71	2.7	▲ 0.3	3.1	▲ 0.2
和歌山	6,071	2.90	25.9	81	4.0	▲ 0.6	3.1	1.5
鳥 取	5,967	2.86	25.1	83	2.6	▲ 0.2	3.1	▲ 0.3
島 根	5,620	2.98	25.0	75	2.6	▲ 1.0	3.1	0.5
岡 山	5,099	2.89	23.8	74	3.9	▲ 0.5	4.0	0.5
広 島	5,254	2.85	22.8	81	3.3	▲ 0.6	3.9	0.1
山 口	5,234	2.76	24.1	79	3.9	▲ 0.3	3.5	0.6
徳 島	5,849	2.97	23.7	83	2.2	▲ 0.5	2.9	▲ 0.2
香 川	5,946	2.79	24.5	87	4.7	▲ 0.3	3.5	1.4
愛 媛	5,883	2.74	25.7	84	4.4	▲ 0.2	3.3	1.2
高 知	7,004	3.08	27.6	82	6.1	0.8	3.0	2.2
福 岡	4,768	2.88	21.2	78	4.9	▲ 0.2	3.8	1.2
佐 賀	4,384	2.86	20.6	75	3.2	▲ 0.2	3.7	▲ 0.3
長 崎	5,293	3.00	23.7	74	3.1	▲ 0.2	3.1	0.2
熊 本	5,037	3.03	22.5	74	5.9	▲ 0.4	4.0	2.3
大 分	5,700	3.11	23.7	77	3.6	0.2	2.8	0.7
宮 崎	4,942	2.86	23.8	73	4.3	0.0	3.5	0.8
鹿 児 島	4,864	2.96	23.1	71	4.1	0.3	3.2	0.5
沖 縄	5,354	2.75	26.6	73	3.4	▲ 0.6	3.2	0.8

13. 都道府県別の状況(3)(後発医薬品割合)

令和元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88.7%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22.0%であった。一方、数量ベース(新指標)で最も低かったのは徳島県の74.3%であり、薬剤料ベースが最も低かったのは京都府の16.3%であった。

対前年同期差をみると、数量ベース(新指標)、薬剤料ベースともに最も高かったのは山梨県であり、それぞれ+5.2%、+0.5%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+2.0%、薬剤料ベースで最も低かったのは熊本県の▲1.7%であった。

令和元年3月

(単位:%)

表13 都道府県別 後発医薬品割合

	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	80.4	55.4	18.6	75.7	2.8	1.5	▲ 1.0	2.0
北海道	81.9	57.1	19.6	78.7	2.8	1.5	▲ 1.2	1.6
青 森	80.8	56.3	19.2	77.3	2.4	1.2	▲ 0.9	1.5
岩 手	85.6	59.2	21.3	79.5	2.2	1.1	▲ 1.4	1.1
宮 城	83.5	56.5	19.8	78.2	2.7	1.4	▲ 1.2	1.7
秋 田	81.5	56.2	19.4	78.3	2.9	1.8	▲ 1.0	1.7
山 形	84.3	58.3	20.1	78.9	2.8	1.5	▲ 1.1	2.1
福 島	81.5	56.5	19.9	79.7	3.5	2.0	▲ 0.6	2.3
茨 城	79.9	55.2	18.4	75.3	3.0	1.7	▲ 1.0	2.2
栃 木	81.7	57.2	20.2	78.2	2.9	1.8	▲ 1.1	2.2
群 馬	83.2	58.1	19.8	78.4	2.6	1.5	▲ 0.9	2.3
埼 玉	81.3	56.7	19.7	76.3	2.7	1.4	▲ 0.9	2.1
千 葉	80.9	56.0	19.1	75.6	2.8	1.6	▲ 0.8	2.1
東 京	76.6	51.3	17.3	70.5	3.1	1.7	▲ 0.6	2.5
神奈川	78.6	53.8	18.2	72.0	2.9	1.6	▲ 0.8	2.4
新 潟	82.7	57.4	20.7	78.6	2.8	1.7	▲ 1.0	1.7
富 山	83.4	57.5	19.2	78.4	2.3	1.0	▲ 1.0	1.6
石 川	81.8	55.5	17.8	76.1	2.4	1.1	▲ 1.2	1.4
福 井	83.1	57.6	18.2	77.9	2.1	1.0	▲ 1.3	1.1
山 梨	79.0	54.6	19.7	73.3	5.2	3.6	0.5	4.7
長 野	82.9	57.3	19.3	76.8	2.2	1.1	▲ 1.2	1.8
岐 阜	78.9	54.1	18.8	76.8	2.8	1.3	▲ 1.2	1.7
静 岡	81.6	56.8	19.8	76.7	2.5	1.3	▲ 0.8	1.6
愛 知	80.9	55.0	18.4	77.0	2.7	1.1	▲ 1.2	1.4
三 重	81.4	56.8	19.2	76.7	2.2	0.8	▲ 1.5	1.3
滋 賀	81.0	56.8	18.8	76.1	2.8	1.4	▲ 1.5	1.7
京 都	78.3	53.7	16.3	73.6	2.6	1.3	▲ 1.2	2.2
大 阪	78.2	54.0	17.2	74.0	3.1	1.6	▲ 0.9	2.3
兵 庫	79.6	55.1	17.4	74.3	2.8	1.5	▲ 1.1	2.0
奈 良	78.3	55.3	19.5	73.3	2.1	1.0	▲ 1.3	1.3
和歌山	78.5	53.9	17.0	73.8	2.7	1.5	▲ 0.9	1.7
鳥 取	83.4	58.1	18.4	76.2	2.5	1.6	▲ 1.2	2.0
島 根	84.4	59.1	20.1	78.4	2.6	1.4	▲ 0.7	1.5
岡 山	81.8	56.7	19.7	77.1	2.3	1.1	▲ 1.0	1.9
広 島	78.2	52.9	17.6	74.9	2.8	1.4	▲ 1.0	1.9
山 口	82.3	57.2	19.3	78.4	2.5	1.2	▲ 1.4	1.5
徳 島	74.3	51.6	16.8	73.3	3.5	2.2	▲ 0.4	2.7
香 川	78.3	53.5	16.6	74.3	2.9	1.7	▲ 1.0	1.8
愛 媛	81.4	56.7	17.4	76.5	2.7	1.5	▲ 1.5	1.9
高 知	77.1	53.9	17.4	74.8	3.6	2.3	▲ 1.3	3.3
福 岡	81.3	55.5	18.2	76.9	2.6	1.3	▲ 1.2	1.6
佐 賀	82.9	57.1	19.6	78.7	2.3	0.9	▲ 1.3	1.6
長 崎	82.0	56.4	19.4	78.0	2.8	1.5	▲ 0.8	1.9
熊 本	83.4	58.7	19.9	81.2	3.1	1.9	▲ 1.7	1.8
大 分	80.9	56.8	19.3	78.4	2.8	1.7	▲ 0.8	2.1
宮 崎	84.4	59.1	20.6	80.9	2.4	1.2	▲ 1.3	1.6
鹿 児 島	86.0	60.9	22.0	81.6	2.0	0.7	▲ 1.5	1.1
沖 縄	88.7	63.9	21.4	82.9	2.1	0.8	▲ 1.4	0.7

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、医科病院が3兆2,016億円であり、医科診療所が4兆4,760億円であった。医科診療所の中では、内科が2兆3,629億円と最も高かった。また、処方箋1枚当たり調剤医療費は、医科診療所が6,914円であったのに対し、医科病院が17,472円と高く、中でも大学病院が31,675円と最も高かった。また、処方箋1枚当たり調剤医療費は、全ての区分で上昇した。特に大学病院の伸び率が大きく、+9.5%であった。

令和元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81.0%、診療所では80.1%であった。医科の中で最も高かったのは産婦人科の85.0%であり、最も低かったのは大学病院の72.7%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+4.1%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）

令和元年度

	実数	総額																					
		医科																			歯科		
		病院								診療所											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							
調剤医療費(億円)	77,025	76,776	32,016	5,670	13,487	12,755	104	9,558	22,458	44,760	23,629	1,801	1,649	3,350	2,600	418	1,892	2,688	6,734	159	68	91	
処方箋枚数(受付回数)(万枚)	83,869	83,066	18,324	1,790	6,403	10,030	100	8,129	10,195	64,742	27,665	4,344	2,152	5,828	5,436	704	4,656	6,196	7,761	685	218	467	
対前年度比(%)																							
調剤医療費	3.7	3.7	5.0	9.9	5.7	2.3	▲ 9.8	2.8	5.9	2.8	3.2	1.9	0.2	3.3	7.0	11.5	0.8	▲ 2.4	3.0	4.3	8.2	1.6	
処方箋枚数(受付回数)	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 0.9	0.4	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 13.5	▲ 0.2	▲ 1.4	0.1	0.2	▲ 1.6	▲ 2.4	1.1	2.4	4.5	▲ 1.3	▲ 3.4	2.7	2.2	8.0	▲ 0.3	

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額と一致しない。

表14-2 後発医薬品割合

令和2年3月
(単位: %)

	実数	総額																					
		医科																			歯科		
		病院								診療所											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							
数量ベース(新指標)	80.4	80.4	81.0	72.7	81.8	82.2	79.1	81.9	80.4	80.1	81.1	79.0	80.9	77.5	77.6	85.0	77.5	83.9	77.2	86.4	89.6	83.1	
薬剤料ベース	18.6	18.6	14.6	8.9	13.4	19.1	19.7	20.3	12.6	22.2	22.4	21.4	23.5	21.2	19.9	26.4	19.2	30.2	20.3	32.0	25.4	43.0	
対前年度差年																							
数量ベース(新指標)	2.8	2.8	2.9	3.3	2.8	2.9	3.3	3.0	2.8	2.7	2.7	4.1	2.4	3.0	2.3	3.1	2.2	3.6	2.9	2.5	2.3	2.6	
薬剤料ベース	▲ 1.0	▲ 1.0	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 0.8	▲ 0.3	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 0.5	▲ 0.9	0.0	▲ 0.9	0.1	▲ 0.7	▲ 1.2	0.6	2.9	▲ 0.1	1.0	0.5	1.9	

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

令和元年度

	総数																				歯科			
	医科										診療所								病院	診療所				
	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			
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	200床未満	200床以上																		
実数(円)	調剤医療費	9,184	9,243	17,472	31,675	21,062	12,716	10,426	11,758	22,029	6,914	8,541	4,147	7,661	5,747	4,782	5,937	4,063	4,338	8,677	2,322	3,129	1,945	
	技術料	2,357	2,364	2,613	2,535	2,604	2,634	2,520	2,631	2,599	2,294	2,577	2,096	2,458	1,959	1,960	2,007	1,395	2,053	2,595	1,503	1,514	1,498	
	構成割合(%)	25.7	25.6	15.0	8.0	12.4	20.7	24.2	22.4	11.8	33.2	30.2	50.6	32.1	34.1	41.0	33.8	34.3	47.3	29.9	64.7	48.4	77.0	
	調剤技術料	1,881	1,888	2,125	2,025	2,108	2,155	2,040	2,160	2,098	1,821	2,119	1,570	2,000	1,491	1,468	1,529	925	1,557	2,119	1,006	1,019	1,000	
	調剤基本料	676	676	623	554	625	634	620	643	606	690	698	696	692	681	656	723	682	697	688	686	601	726	
	調剤料	1,031	1,037	1,255	1,289	1,239	1,260	1,209	1,260	1,252	976	1,242	604	1,157	775	568	755	237	768	1,248	315	407	272	
	加算料	174	175	247	182	245	261	211	257	240	155	179	270	150	34	244	51	6	92	183	5	11	2	
	薬学管理料	477	476	488	509	495	479	479	471	501	473	458	527	458	468	491	477	470	496	476	497	495	498	
	薬剤料	6,810	6,862	14,808	29,027	18,387	10,054	7,892	9,103	19,356	4,613	5,950	2,049	5,199	3,787	2,822	3,930	2,667	2,285	6,079	818	1,614	446	
	構成割合(%)	74.1	74.2	84.7	91.6	87.3	79.1	75.7	77.4	87.9	66.7	69.7	49.4	67.9	65.9	59.0	66.2	65.7	52.7	70.1	35.2	51.6	23.0	
	内服薬	5,487	5,529	12,245	22,549	15,310	8,505	6,523	7,656	15,904	3,629	5,057	1,296	4,459	2,779	1,263	3,502	179	1,718	5,515	660	1,308	357	
	屯服薬他	41	41	66	91	73	57	37	46	82	34	42	15	38	14	3	23	1	11	91	35	46	29	
	注射薬	423	427	1,406	4,800	1,743	594	432	497	2,130	150	209	127	91	409	55	36	3	3	56	12	36	1	
	外用薬	858	864	1,092	1,587	1,261	897	900	904	1,241	800	642	612	610	585	1,501	368	2,485	554	417	112	225	59	
	(再掲)後発医薬品	1,307	1,316	2,268	2,734	2,594	1,983	1,586	1,901	2,560	1,046	1,365	455	1,246	807	567	1,068	549	720	1,258	253	397	186	
	特定保険医療材料料	17	17	52	113	71	28	15	24	73	7	15	1	4	2	0	0	0	0	3	0	1	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	0.0	0.0	
	対前年度比(%)	調剤医療費	3.8	3.8	5.9	9.5	6.9	3.2	4.4	3.0	7.4	2.7	2.9	3.6	2.7	2.3	4.4	6.7	2.2	1.0	0.3	2.0	0.2	1.8
		技術料	2.5	2.5	2.5	2.1	2.4	2.6	2.2	2.7	2.4	2.5	2.5	2.4	2.4	2.6	2.6	2.0	2.3	2.1	2.0	2.9	2.9	2.9
構成割合(%)		▲0.3	▲0.3	▲0.5	▲0.6	▲0.5	▲0.1	▲0.5	▲0.1	▲0.6	▲0.1	▲0.1	▲0.6	▲0.1	0.1	▲0.7	▲1.6	0.0	0.5	0.5	0.6	1.3	0.8	
調剤技術料		3.2	3.2	3.2	2.7	3.1	3.3	3.0	3.4	3.0	3.3	3.2	3.3	3.0	3.5	3.6	2.8	3.8	3.0	2.5	4.5	4.5	4.5	
調剤基本料		6.3	6.3	8.2	9.0	8.3	8.1	5.5	7.8	8.5	5.7	5.7	5.8	5.7	5.9	6.8	5.4	5.5	4.8	6.3	6.6	9.5	6.1	
調剤料		1.3	1.3	0.5	0.1	0.3	0.7	0.9	0.8	0.3	1.6	1.6	2.7	1.3	1.5	1.2	1.3	▲0.9	2.5	0.5	0.3	▲1.9	0.5	
加算料		3.4	3.4	5.0	3.3	4.7	5.4	8.1	5.9	4.2	2.8	5.2	▲1.2	4.6	2.5	1.0	▲9.4	2.7	▲5.7	2.2	3.1	▲5.3	14.7	
薬学管理料		▲0.4	▲0.4	▲0.3	▲0.1	▲0.3	▲0.4	▲0.8	▲0.5	▲0.2	▲0.4	▲0.5	▲0.4	▲0.4	▲0.2	▲0.4	▲0.5	▲0.5	▲0.4	▲0.1	▲0.2	▲0.3	▲0.1	
薬剤料		4.2	4.3	6.5	10.2	7.6	3.3	5.1	3.1	8.2	2.8	3.1	4.8	2.8	2.1	5.8	9.3	2.1	▲0.0	▲0.4	0.5	▲2.1	▲1.7	
構成割合(%)		0.3	0.3	0.5	0.6	0.5	0.1	0.5	0.1	0.6	0.1	0.1	0.6	0.1	▲0.1	0.7	1.6	▲0.0	▲0.5	▲0.5	▲0.5	▲1.2	▲0.8	
内服薬		3.9	3.9	5.9	8.8	7.1	3.0	5.2	2.9	7.4	2.6	2.8	1.7	2.9	2.7	4.8	10.4	▲2.9	1.4	▲0.5	▲1.3	▲3.9	▲3.3	
屯服薬他		0.3	0.3	1.5	3.3	1.1	1.2	0.1	0.3	2.3	▲0.2	▲1.0	1.7	2.1	3.1	▲2.6	▲5.9	▲3.2	2.1	▲1.8	1.4	▲0.5	1.3	
注射薬		16.4	16.5	18.3	21.6	18.0	13.0	6.6	11.0	20.2	14.0	12.9	25.8	7.0	3.2	633.9	6.3	18.6	9.5	9.4	3.5	▲2.2	12.2	
外用薬		1.6	1.6	0.5	0.3	0.5	0.4	3.5	1.0	0.3	2.1	3.0	7.9	1.6	▲1.5	3.3	0.6	2.5	▲4.2	1.2	11.6	9.6	7.6	
(再掲)後発医薬品		7.0	7.1	7.5	10.1	7.4	6.8	9.6	6.4	8.3	7.1	4.9	10.5	4.9	9.1	4.8	22.7	12.6	7.7	11.6	3.8	▲0.3	4.9	
特定保険医療材料料		4.4	4.5	5.4	5.1	5.4	5.1	1.5	4.1	6.1	4.2	4.4	11.3	1.8	▲7.9	6.9	▲5.5	4.3	▲29.1	3.7	▲76.6	▲78.8	▲31.4	
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	▲0.1	▲0.0	

注1) 「調剤基本料」には、地域支援体制加算(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載された剤形が「内服」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載された剤形が「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、総額が最も大きかったのは後期高齢者の2兆7,591億円であった。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11,884円であり、伸び率が最も大きかったのは健保組合の+4.9%、最も小さかったのは公費の+1.0%であった。

令和元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89.8%、最も低かったのは後期高齢者の78.6%であった。伸び幅が最も大きかったのは後期高齢者の+3.1%、最も小さかったのは公費の+1.7%であった。

表15-1 調剤医療費の内訳(総額)

令和元年度

	実数	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				
調剤医療費(億円)	77,025	73,562	26,755	14,537	2,768	9,402	19,217	18,149	1,068	27,591	3,463	
処方箋枚数(受付回数)(万枚)	83,869	80,955	36,385	18,928	4,058	13,342	19,620	18,326	1,294	24,950	2,914	
対前年度比(%)												
調剤医療費	3.7	3.8	5.2	7.6	3.8	2.0	0.6	0.4	2.9	4.9	0.9	
処方箋枚数(受付回数)	▲0.1	▲0.1	0.3	2.8	▲0.7	▲2.8	▲3.3	▲3.4	▲1.2	2.1	▲0.1	

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。

表15-2 後発医薬品割合

令和2年3月
(単位:%)

	実数	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				
数量ベース(新指標)	80.4	79.9	81.2	81.6	80.5	80.7	80.4	80.5	78.7	78.6	89.8	
薬剤料ベース	18.6	18.4	18.4	18.5	17.8	18.2	18.2	18.3	17.1	18.7	22.6	
対前年												
数量ベース(新指標)	2.8	2.8	2.8	2.7	2.8	2.7	2.7	2.6	2.8	3.1	1.7	
薬剤料ベース	▲1.0	▲1.0	▲1.1	▲1.1	▲1.1	▲1.1	▲1.1	▲1.1	▲1.0	▲0.8	▲1.2	

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

令和元年度

	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		健保組合		市町村国保	国保組合		
					共済組合							
実数(円)	調剤医療費	9,184	9,087	7,353	7,680	6,820	7,047	9,795	9,903	8,253	11,058	11,884
	技術料	2,357	2,340	2,137	2,163	2,097	2,112	2,329	2,341	2,163	2,644	2,850
	構成割合(%)	25.7	25.7	29.1	28.2	30.8	30.0	23.8	23.6	26.2	23.9	24.0
	調剤技術料	1,881	1,863	1,639	1,667	1,597	1,613	1,848	1,859	1,681	2,201	2,374
	調剤基本料	676	675	683	678	685	689	661	659	681	675	696
	調剤料	1,031	1,020	835	868	779	804	1,058	1,071	885	1,258	1,358
	加算料	174	169	122	121	132	120	128	129	115	268	319
	薬学管理料	477	477	498	495	501	500	481	481	482	443	476
	薬剤料	6,810	6,731	5,203	5,502	4,712	4,924	7,444	7,541	6,074	8,398	9,008
	構成割合(%)	74.1	74.1	70.8	71.6	69.1	69.9	76.0	76.1	73.6	75.9	75.8
	内服薬	5,487	5,417	3,917	4,205	3,400	3,662	6,120	6,221	4,686	7,051	7,438
	屯服薬他	41	39	44	45	45	42	43	43	45	30	90
	注射薬	423	421	478	504	487	437	484	481	526	289	482
	外用薬	858	853	764	748	781	783	796	795	818	1,027	999
	(再掲)後発医薬品	1,307	1,278	981	1,048	861	922	1,400	1,424	1,071	1,615	2,103
	特定保険医療材料料	17	16	13	15	10	11	22	22	16	17	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	3.8	3.9	4.9	4.7	4.5	4.9	4.0	4.0	4.1	2.8	1.0
	技術料	2.5	2.4	2.7	2.6	2.5	2.7	2.3	2.3	2.5	2.1	2.8
	構成割合(%)	▲0.3	▲0.4	▲0.6	▲0.6	▲0.6	▲0.6	▲0.4	▲0.4	▲0.4	▲0.2	0.4
	調剤技術料	3.2	3.2	3.6	3.5	3.4	3.7	3.0	3.0	3.3	2.6	3.3
	調剤基本料	6.3	6.3	6.1	6.1	6.1	6.2	6.4	6.4	6.2	6.3	6.4
	調剤料	1.3	1.3	2.2	2.1	1.7	2.2	1.0	1.0	1.5	0.3	1.2
	加算料	3.4	3.2	▲0.4	▲0.6	0.1	▲0.2	3.4	3.6	0.9	4.5	6.3
	薬学管理料	▲0.4	▲0.4	▲0.4	▲0.4	▲0.3	▲0.4	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.4	▲0.0
	薬剤料	4.2	4.4	5.8	5.6	5.5	5.9	4.5	4.5	4.7	3.0	0.5
	構成割合(%)	0.3	0.4	0.6	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4	0.4	0.2	▲0.4
	内服薬	3.9	4.1	4.9	4.7	3.9	5.0	4.0	4.1	3.3	3.3	0.0
	屯服薬他	0.3	0.6	0.0	1.2	▲1.3	▲1.4	1.5	1.7	▲0.7	1.6	▲3.5
	注射薬	16.4	16.5	20.3	18.8	22.6	21.4	18.4	18.0	23.6	7.4	14.5
	外用薬	1.6	1.7	3.1	3.0	3.5	3.1	1.2	1.1	2.8	0.1	▲1.6
	(再掲)後発医薬品	7.0	6.7	8.7	8.1	8.7	9.0	6.4	6.4	7.5	5.1	12.5
	特定保険医療材料料	4.4	4.6	5.1	4.9	4.6	4.3	4.1	4.2	3.5	5.4	1.6
	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、地域支援体制加算(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」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23.8%と最も大きく、次いで消化器官用薬が18.4%を占めていた。また、これらの薬効分類における令和元年度末時点の後発医薬品割合は、それぞれ82.9%、89.0%であった。

表16 薬効分類別後発医薬品割合(新指標)

(単位:%)

	令和元年度													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	79.1	77.8	78.0	78.1	78.4	78.6	78.7	79.1	79.6	79.9	80.2	80.3	80.4	100.0	100.0
11 中枢神経系用薬	71.1	69.3	69.9	70.0	70.3	70.4	70.8	71.2	71.7	72.2	72.7	72.5	72.2	14.7	13.7
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	67.8	66.5	66.9	67.0	67.3	67.6	67.7	68.1	68.1	68.3	68.7	68.8	69.1	3.7	2.7
113 抗てんかん剤	58.0	56.6	56.7	56.9	57.5	57.7	58.0	58.4	58.6	58.6	59.0	59.3	59.2	1.3	1.4
114 解熱鎮痛消炎剤	83.1	81.6	82.1	82.2	82.6	82.5	82.8	82.9	83.2	84.0	84.8	84.3	84.1	4.1	3.5
116 抗パーキンソン剤	65.8	64.0	64.1	64.6	65.0	65.5	65.8	65.8	66.3	66.2	66.8	67.4	67.5	0.8	0.7
117 精神神経用剤	65.4	63.1	63.7	64.3	64.3	65.0	65.3	65.7	65.9	66.3	66.7	66.9	67.3	4.1	3.5
119 その他中枢神経系用薬	77.5	75.5	75.7	76.1	76.6	77.1	77.3	77.8	78.1	78.6	78.8	79.2	79.6	0.4	1.6
12 末梢神経系用薬	78.4	77.2	77.5	77.7	77.9	78.1	78.3	78.5	78.7	78.8	79.2	79.3	79.4	0.8	0.7
124 鎮痙剤	79.5	78.3	78.6	78.8	79.0	79.2	79.4	79.6	79.8	79.9	80.3	80.4	80.6	0.7	0.5
13 感覚器官用薬	65.9	64.4	65.0	65.2	65.3	65.7	65.8	66.2	66.1	66.4	66.8	67.2	67.4	1.5	1.5
131 眼科用剤	61.5	60.1	60.9	61.0	61.2	61.7	61.5	61.5	61.2	61.5	61.5	63.1	62.8	0.6	0.8
133 鎮痛剤	69.3	67.5	68.1	68.3	68.7	68.9	69.2	69.6	69.8	69.9	70.6	70.5	71.0	0.9	0.6
21 循環器官用薬	81.5	80.1	80.4	80.6	80.8	81.2	81.3	81.6	81.9	82.1	82.5	82.7	82.9	23.8	17.0
212 不整脈用剤	74.6	72.7	73.2	73.5	73.8	74.2	74.5	74.8	75.1	75.4	75.9	76.0	76.3	1.6	1.1
213 利尿剤	90.2	89.1	89.4	89.5	89.6	89.9	90.2	90.4	90.4	90.8	91.1	91.1	91.3	1.4	1.0
214 血圧降下剤	80.6	79.0	79.3	79.6	79.9	80.3	80.4	80.8	81.1	81.3	81.7	81.9	82.1	7.0	5.2
217 血管拡張剤	82.6	81.5	81.7	81.9	82.0	82.3	82.4	82.7	82.9	83.0	83.3	83.4	83.6	6.8	4.3
218 高脂血症用剤	83.0	81.6	81.9	82.1	82.4	82.7	82.9	83.2	83.4	83.6	83.9	84.1	84.3	5.6	4.0
219 その他の循環器官用薬	76.1	73.9	74.7	74.7	74.8	75.2	75.4	75.7	76.5	76.5	77.5	78.7	79.2	1.3	1.3
22 呼吸器官用薬	82.4	81.0	81.8	81.6	81.7	81.8	81.7	82.2	82.9	83.2	84.1	83.4	83.4	5.2	4.3
223 去痰剤	83.3	82.0	82.5	82.6	82.7	83.1	83.1	83.3	83.5	83.7	84.5	84.2	84.6	3.9	2.5
225 気管支拡張剤	62.0	60.3	60.9	60.9	61.1	61.5	61.4	61.5	62.3	62.8	63.9	63.6	64.3	0.7	0.5
23 消化器官用薬	88.2	87.5	87.6	87.6	87.8	88.0	88.1	88.4	88.5	88.6	88.7	88.8	89.0	18.4	15.2
231 止しゃ剤、整腸剤	98.3	98.2	98.2	98.2	98.2	98.1	98.2	98.3	98.4	98.3	98.4	98.4	98.4	1.0	2.1
232 消化性潰瘍用剤	81.6	80.5	80.8	81.0	81.1	81.4	81.5	81.8	81.9	82.1	82.4	82.4	82.6	7.8	5.9
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	2.7
235 下剤、瀉腸剤	95.7	95.4	95.5	95.5	95.6	95.7	95.6	95.8	95.7	95.8	95.9	95.9	96.0	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	1.3	1.0
239 その他の消化器官用薬	72.0	70.8	71.0	70.8	71.2	71.1	71.4	72.6	73.1	73.0	73.2	73.4	72.8	2.3	1.8
24 ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	95.5	95.2	95.1	95.1	95.2	95.2	95.4	95.5	95.7	95.5	95.5	96.2	96.1	0.5	1.7
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	78.4	69.5	71.6	73.9	77.2	78.6	79.5	80.3	81.0	81.6	82.1	82.6	82.9	1.4	1.7
259 その他の泌尿生殖器官および肛門用薬	76.9	67.0	69.4	71.9	75.7	77.3	78.3	79.2	79.8	80.4	80.9	81.4	81.9	1.2	1.4
26 外用薬	52.6	50.7	51.3	51.8	52.0	52.3	52.7	53.1	53.1	53.2	53.7	53.7	53.9	8.5	6.2
264 鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	53.3	51.4	51.9	52.4	52.6	52.9	53.2	53.7	53.8	54.0	54.4	54.5	54.7	7.6	5.4
31 ビタミン剤	95.9	95.6	95.7	95.7	95.8	95.9	95.9	95.9	96.0	96.0	96.0	96.1	96.1	3.7	3.8
311 ビタミンAおよびD剤	79.2	77.9	78.1	78.3	78.7	78.9	79.1	79.4	79.5	79.7	80.1	80.2	80.4	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	85.8	83.8	84.8	85.3	85.7	86.1	86.2	86.4	86.2	86.2	86.3	86.4	86.5	0.7	3.9
322 無機質製剤	85.5	82.5	83.8	84.5	85.1	85.5	85.7	86.1	86.1	86.4	86.7	86.8	87.1	0.5	0.5
325 蛋白アミノ酸製剤	51.8	51.5	52.3	52.4	53.0	53.4	52.9	52.9	51.9	50.8	50.7	49.9	49.7	0.1	3.1
33 血液・体液用薬	91.4	90.7	90.9	90.7	90.6	90.5	90.7	91.0	92.0	92.2	92.2	92.5	92.4	8.0	7.7
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	2.6	4.1
339 その他の血液・体液用薬	85.0	84.1	84.3	84.4	84.6	84.9	84.9	85.1	85.3	85.4	85.7	85.8	86.0	4.6	2.9
39 その他の代謝性医薬品	75.6	74.8	74.8	75.2	75.2	75.5	75.5	75.7	75.9	76.1	76.2	76.5	76.4	5.7	7.9
394 痛風治療剤	83.3	82.6	82.6	82.8	83.0	83.2	83.4	83.5	83.6	83.8	84.0	84.0	84.0	1.0	1.4
396 糖尿病用剤	80.3	78.9	79.1	79.5	79.7	80.0	80.1	80.4	80.7	80.9	81.1	81.3	81.6	2.9	4.7
399 他に分類されない代謝性医薬品	69.3	68.4	68.4	68.7	69.1	69.3	69.3	69.5	69.8	69.8	69.9	70.3	69.8	1.5	1.5
42 腫瘍用薬	72.9	68.2	69.2	69.7	71.1	72.1	72.8	73.6	74.4	75.0	75.4	76.1	76.4	0.3	0.3
422 代謝拮抗剤	68.4	58.9	60.8	62.3	64.9	67.0	68.4	70.3	71.7	73.3	73.8	74.7	75.5	0.1	0.1
429 その他の腫瘍用薬	74.4	71.5	72.2	72.3	73.2	74.0	74.2	74.7	75.4	75.6	76.0	76.5	76.7	0.2	0.2
44 アレルギー用薬	76.5	75.0	74.9	74.7	74.8	75.1	75.4	75.7	76.8	77.1	77.9	79.0	79.1	5.0	4.1
449 その他アレルギー用薬	76.8	75.4	75.4	75.2	75.2	75.6	76.0	76.2	76.8	77.1	78.0	79.0	79.2	4.7	3.8
52 漢方製剤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	8.2
61 抗生物質製剤	72.8	71.1	71.6	71.6	71.9	72.7	72.6	72.9	73.1	73.2	74.4	74.1	75.0	1.2	1.0
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	70.3	68.5	69.0	69.0	69.2	69.9	70.0	70.6	70.8	70.9	71.9	71.9	72.7	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	75.5	73.7	74.7	74.6	75.0	75.7	75.4	75.4	75.5	75.6	76.9	76.4	77.4	0.5	0.4
62 化学療法剤	64.9	63.1	64.1	64.3	65.0	65.3	65.4	66.0	65.8	63.6	64.7	65.8	66.6	0.5	0.5
624 合成抗菌剤	71.2	69.2	70.1	70.3	70.5	71.2	71.2	71.3	71.6	71.3	73.0	72.4	73.1	0.1	0.1
625 抗ウイルス剤	65.2	64.2	66.2	66.9	67.7	68.1	67.8	68.0	66.1	60.1	61.9	64.9	68.6	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、各薬効分類の令和元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、令和元年度中の構成割合(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年以前のものを用いる。

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) (令和元年度)
(単位:%)

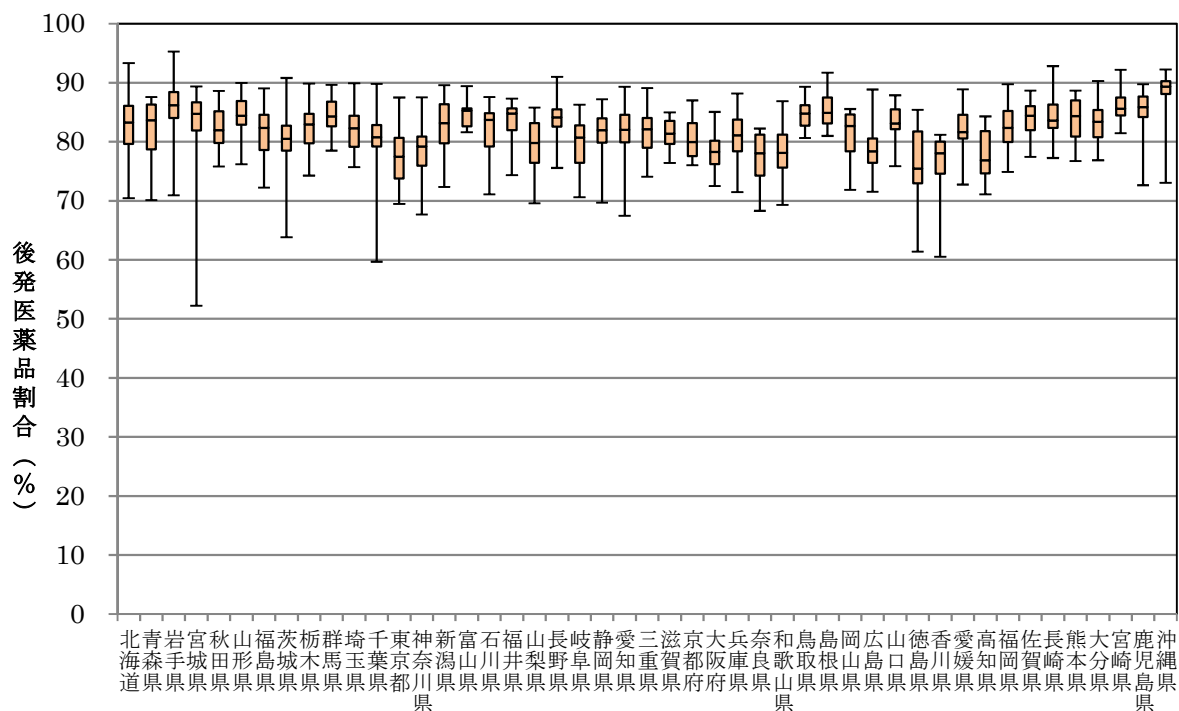
	構成割合
後発医薬品のない先発医薬品	17.7
後発医薬品のある先発医薬品	12.8
後発医薬品	48.6
その他の品目	19.6
計	100.0

1.7. 後発医薬品割合の市町村別状況

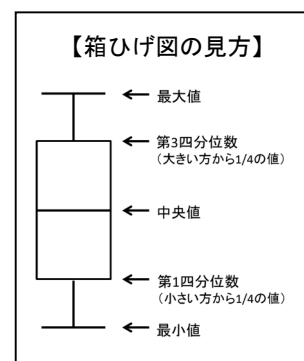
1. 後発医薬品割合の都道府県別分布状況

各都道府県における、市町村別後発医薬品割合（数量ベース、新指標）の最小値、中央値、最大値等を箱ひげ図により示している。

図1 各都道府県における市町村別後発医薬品割合（数量ベース、新指標）



- (注1) 該当地域内に所在する薬局のデータにより集計している。(令和2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。



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/19/gaiyou.html>

2. 後発医薬品割合の特に高い市町村

表 17 市町村別後発医薬品割合（数量ベース、新指標）（上位 20 位）

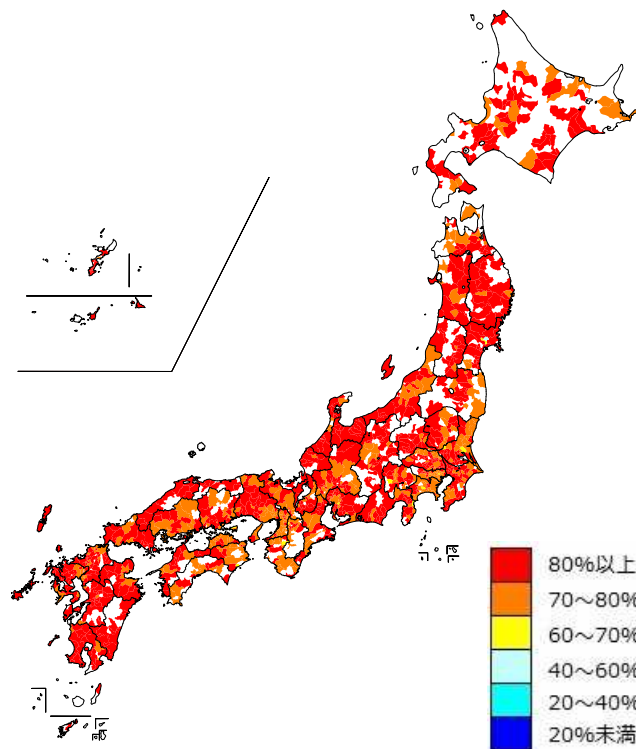
順位	都道府県	市町村名	割合(%)	順位	都道府県	市町村名	割合(%)
1	岩手	カハベケンカルマイマチ 九戸郡軽米町	95.3	11	島根	カノアシケンツツウノチヨウ 鹿足郡津和野町	91.7
2	北海道	アカヒラシ 赤平市	93.3	12	北海道	ナカガワケンマタヘツチヨウ 中川郡幕別町	91.2
3	岩手	ニノヘケンイチノハマチ 二戸郡一戸町	93.2	13	長野	シモイナケンカモリマチ 下伊那郡高森町	91.0
4	長崎	ミナミマツウラケンシンカミゴトウチヨウ 南松浦郡新上五島町	92.8	14	茨城	ユウキケンヤチヨママチ 結城郡八千代町	90.8
5	岩手	クジシ 久慈市	92.7	15	沖縄	イシガキシ 石垣市	90.7
6	沖縄	シマジリケンヨナルチヨウ 島尻郡与那原町	92.2	16	長崎	ヒガシノノケンハサミチヨウ 東彼杵郡波佐見町	90.4
7	宮崎	ユウケンシントミチヨウ 児湯郡新富町	92.2	17	沖縄	ナゴシ 名護市	90.3
8	北海道	カハドケンシントツカワチヨウ 樺戸郡新十津川町	91.8	18	大分	タケタシ 竹田市	90.3
9	沖縄	ナンシヨウシ 南城市	91.7	19	沖縄	キノワンシ 宜野湾市	90.3
10	沖縄	ナカミゲンナカガスクソン 中頭郡中城村	91.7	20	岩手	リケンシカチシ 陸前高田市	90.0

(注 1) 該当地域内に所在する薬局のデータにより集計している。(令和 2 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。

3. 市町村別後発医薬品割合マップ

図 2 市町村別後発医薬品割合マップ（数量ベース、新指標）



(注 1) 該当地域内に所在する薬局のデータにより集計している。(令和 2 年 3 月調剤分)

(注 2) 集計月において保険請求のあった薬局数が 3 軒以下の市町村は空白にしている。

議題1に関する参考資料

後期高齢者の窓口負担割合の在り方

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来と入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			現役並み所得Ⅲ	課税所得690万円以上 年収約1,160万円以上
現役並み所得Ⅱ	課税所得380万円以上 年収約770万円以上	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当: 93,000円〉		
現役並み所得Ⅰ	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当: 44,400円〉		
小計: 約115万人 (約7%)				
一般	課税所得145万円未満 年収約155~383万円 (※2)(※3)	1割	18,000円 〔年14.4万円〕	57,600円 〈多数回該当: 44,400円〉
低所得Ⅱ	住民税非課税 年収約80~155万円		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下			15,000円
約900万人 (約53%)				
約385万人 (約23%)				
約300万人 (約18%)				

計: 約1700万人

※1 年収は単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※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 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 「低所得Ⅰ」の所得のうち公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

※5 人数は後期高齢者医療事業状況報告による(平成29年度実績ベース)。

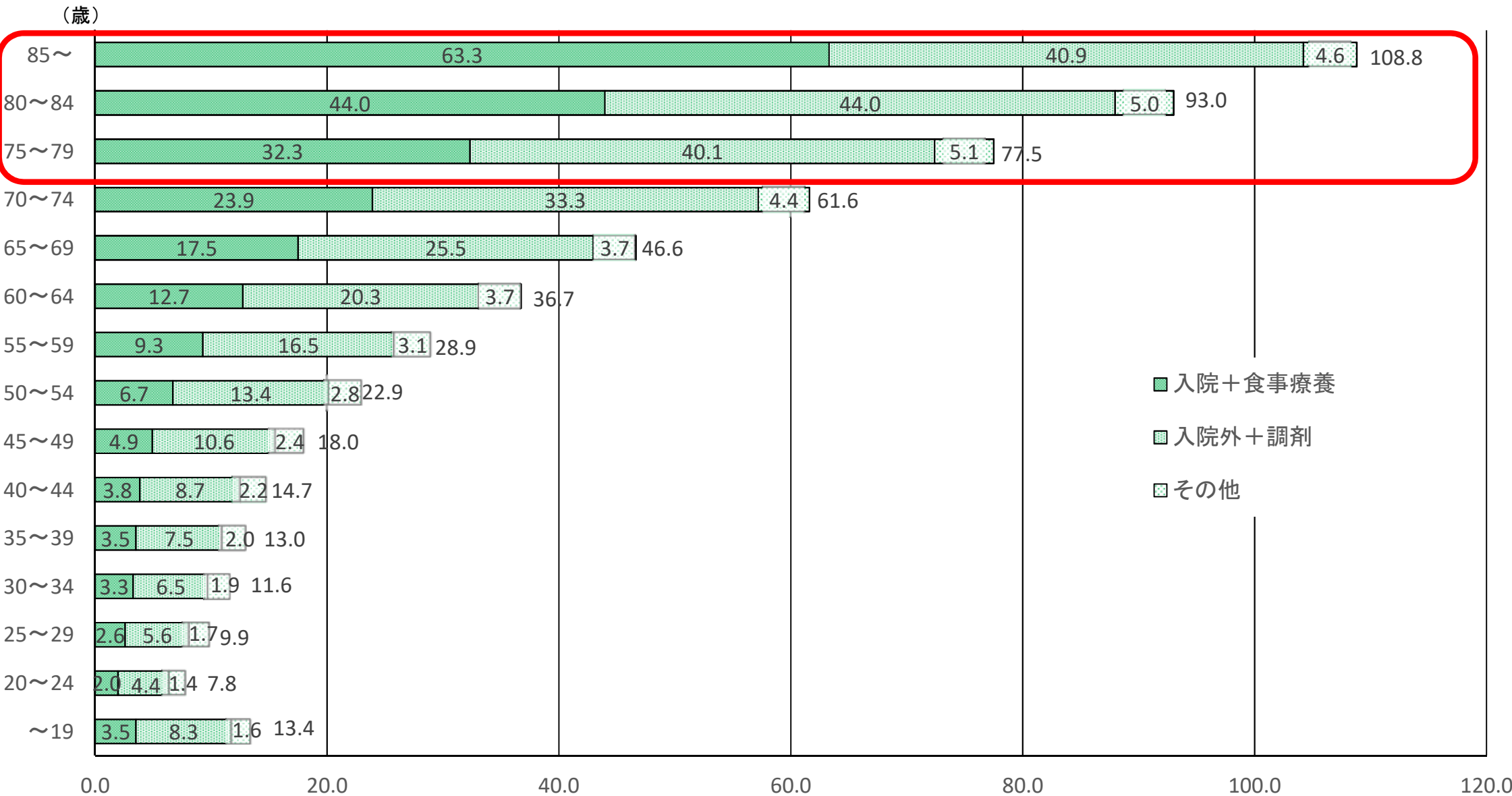
医療保険制度の患者一部負担の推移

～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	被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)				入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))									

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

年齢階級別の1人当たり医療費

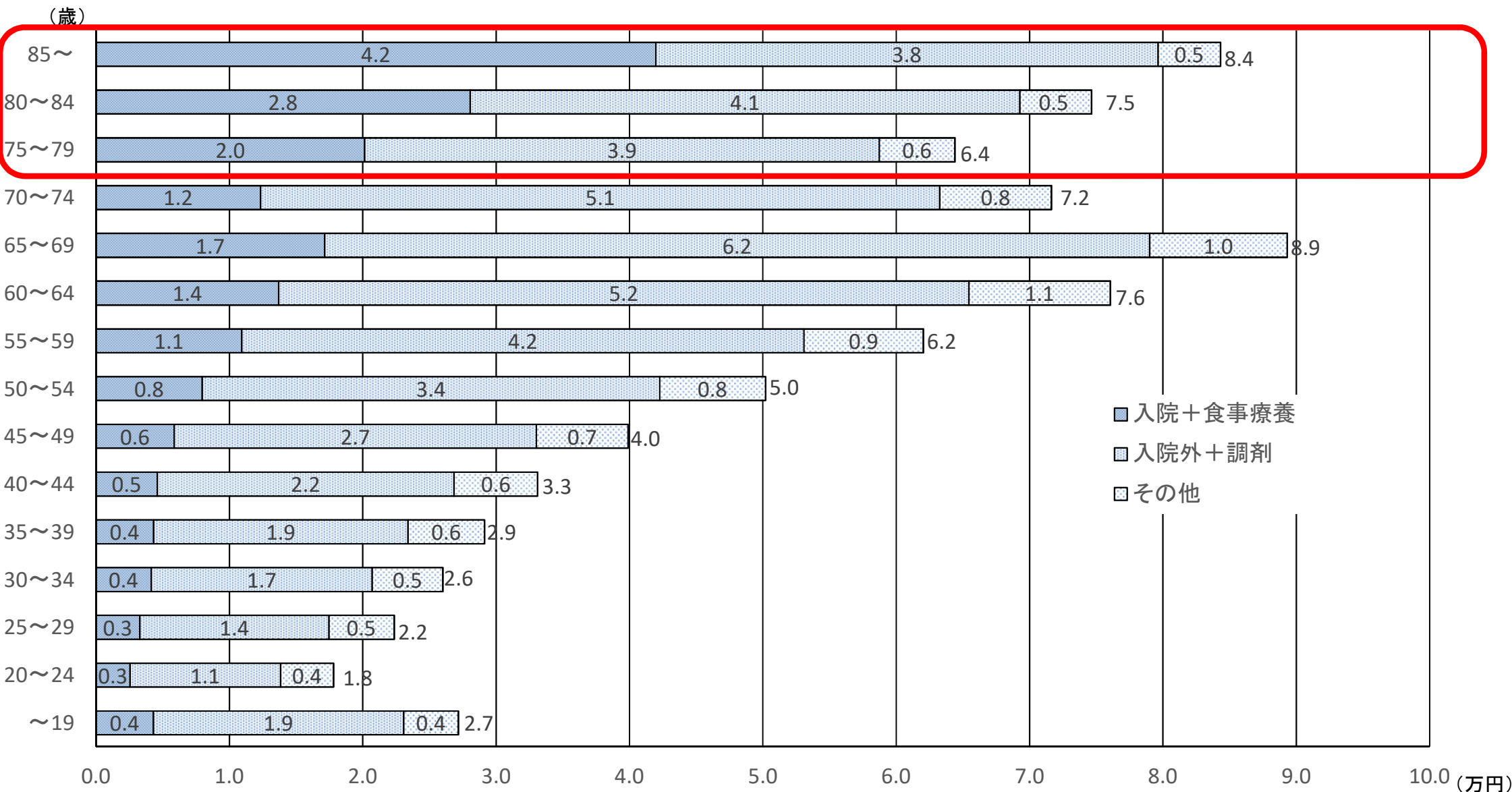
○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

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



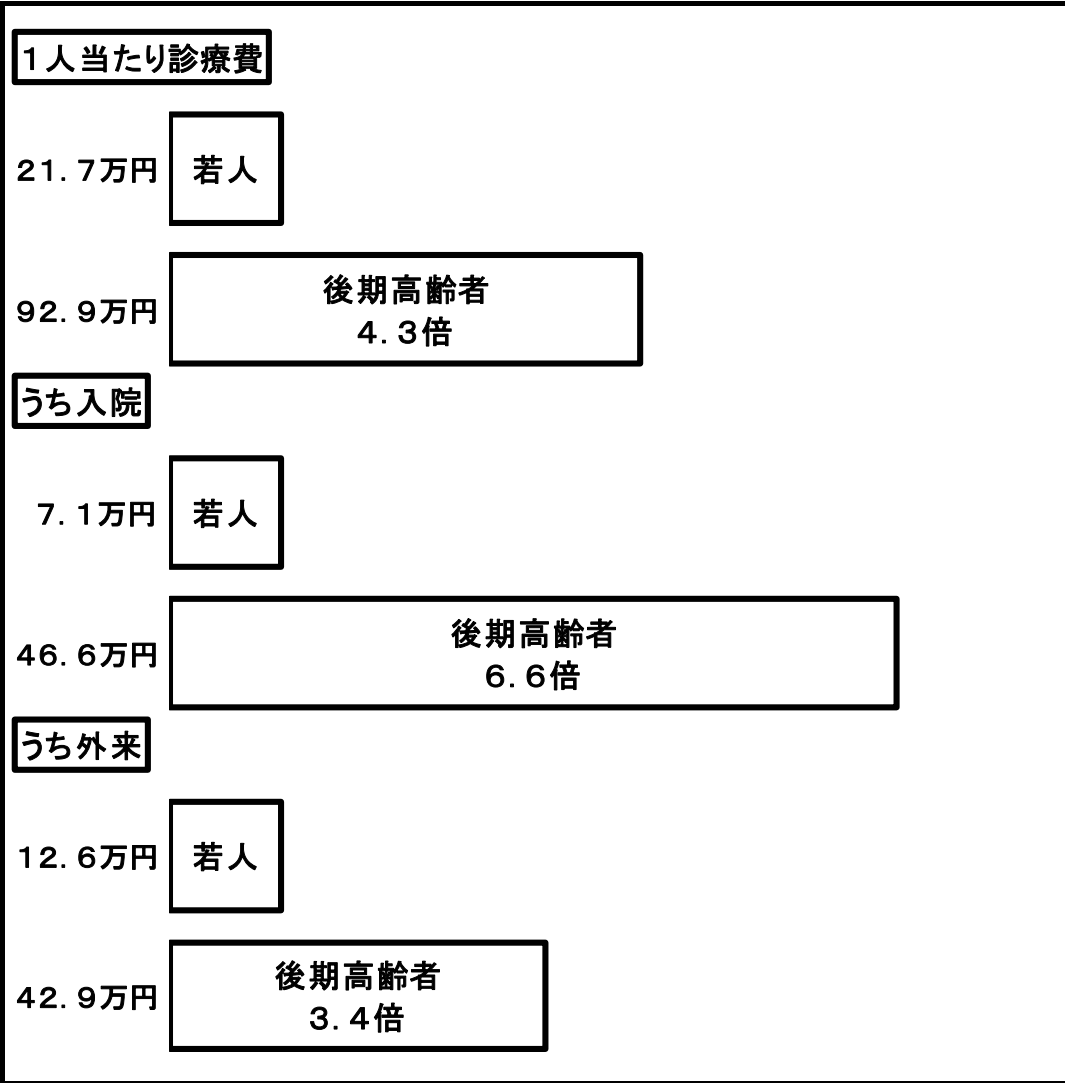
【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

「その他」は歯科、療養費など

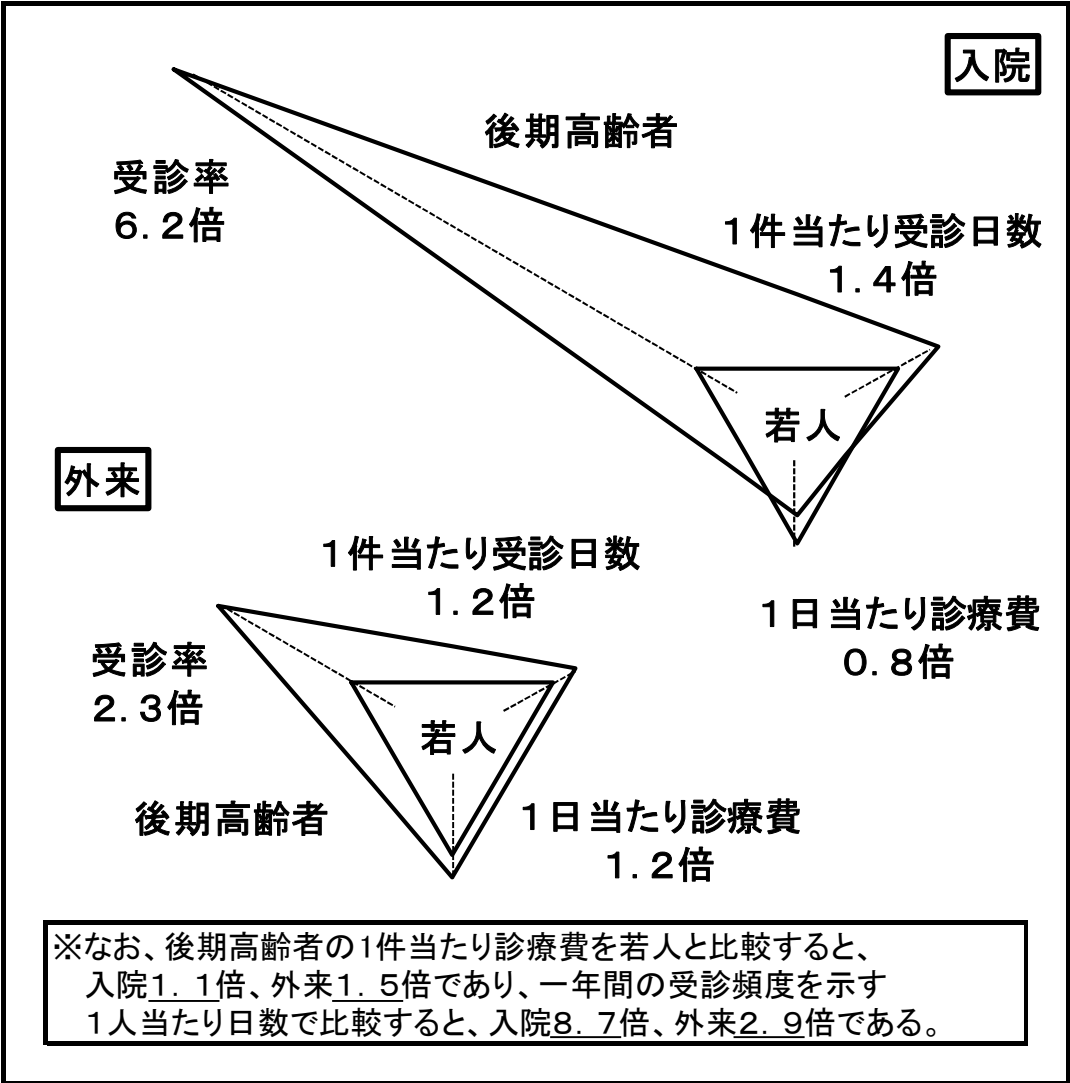
注) 窓口負担割合は、75歳以上は1割(現役並み所得者は3割)、70歳から74歳までの者は2割(現役並み所得者は3割)、70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。
 なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

後期高齢者医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較(平成29年度)



三要素の比較(平成29年度)



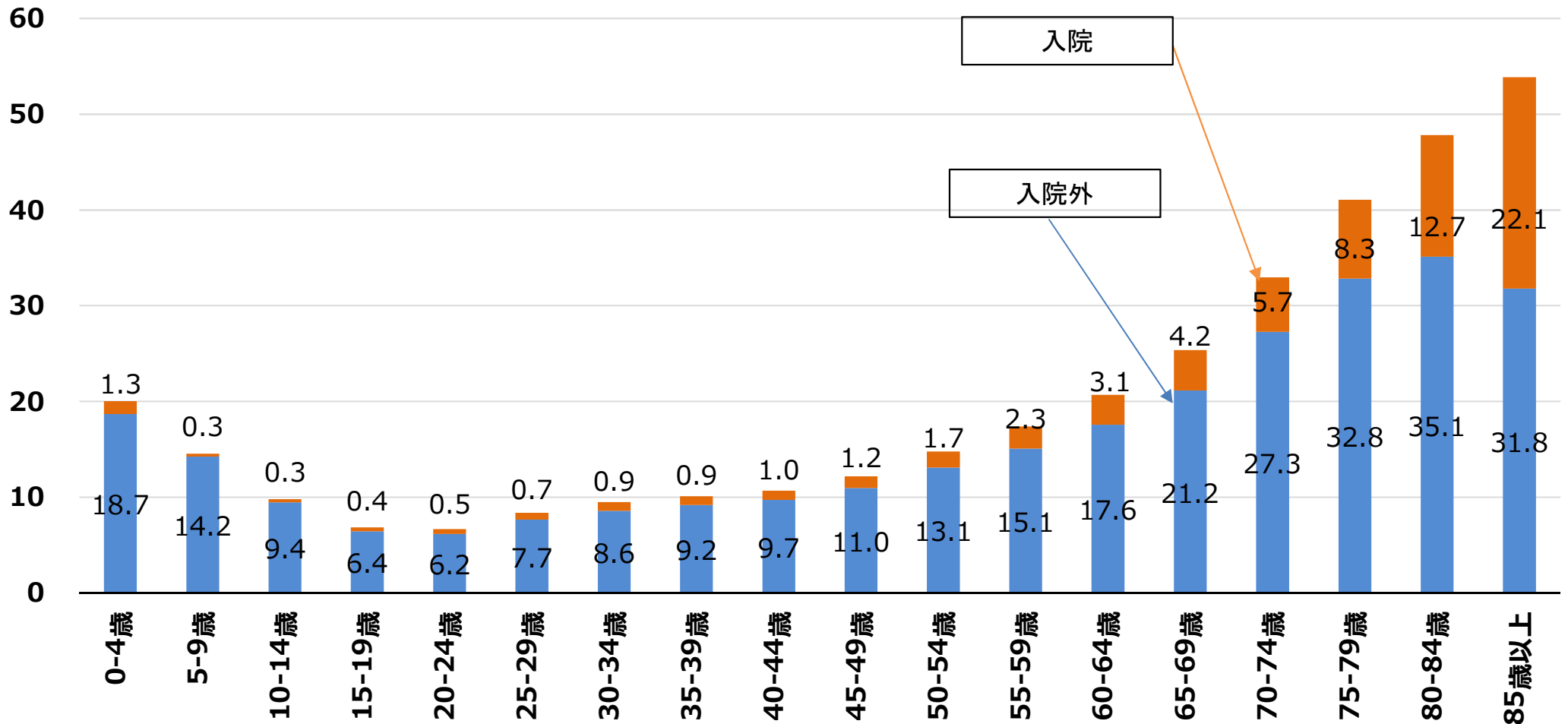
(注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。
 2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。
 3. 後期高齢者の1人当たり医療費は94.5万円となっており、若人の1人当たり医療費22.1万円の4.3倍となっている。
 (資料)各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。

年齢階級別 1人当たり入院・受診日数

○ 1人当たり日数は、高齢になるほど増加。

年齢階級別 1人当たり日数 (医科・歯科、2017年度)

1人当たり日数 (日)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。

※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

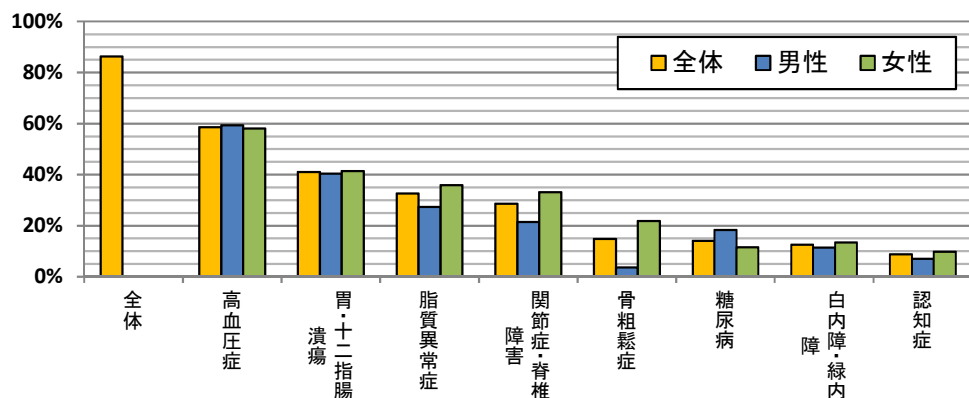
後期高齢者の疾患保有状況(慢性疾患)

- 後期高齢者の86%は、外来で何らかの慢性疾患を治療
- 後期高齢者の64%は、2種類以上の慢性疾患を治療

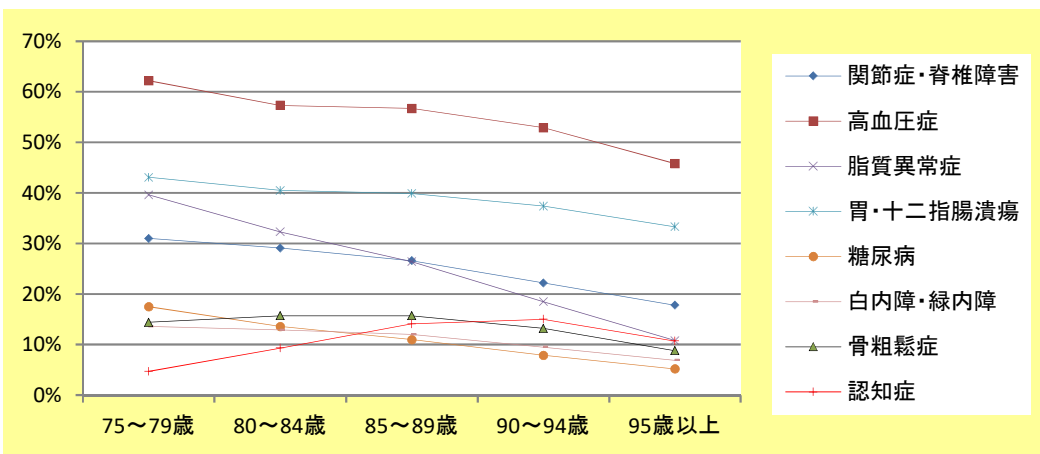
外来治療中の慢性疾患

- 疾患別治療患者の割合(有病率)

86%の後期高齢者は、いずれかの慢性疾患を治療している

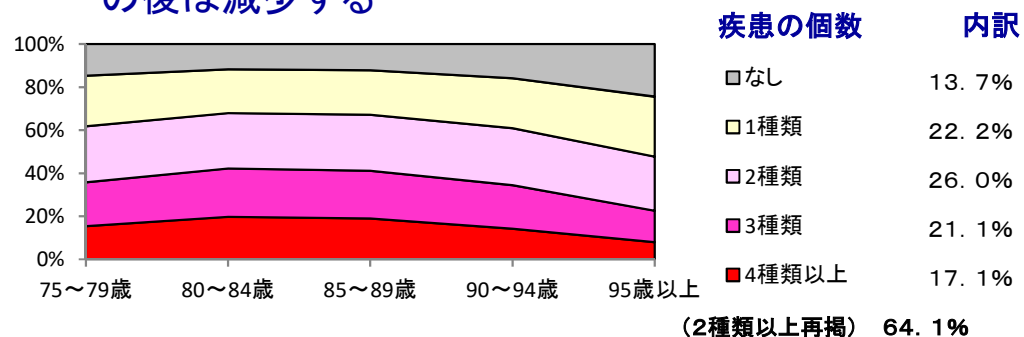


- 年齢階級別にみた有病率の違い
高齢になるほど認知症が増える



多病の状況

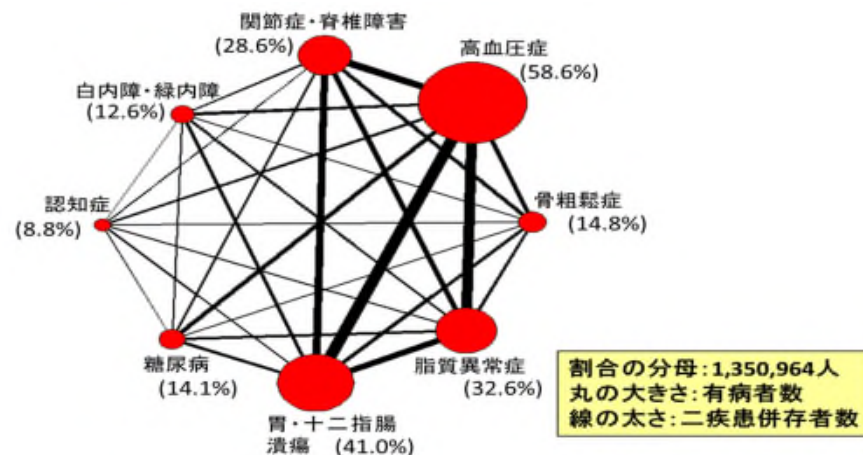
- 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳
慢性疾患を2種類以上抱える者は80歳代で最も多く、その後は減少する



(2種類以上再掲) 64.1%

- 疾患併存の頻度(ネットワーク分析)

内科系疾患(高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍)の他、筋骨格系疾患の併存も多い

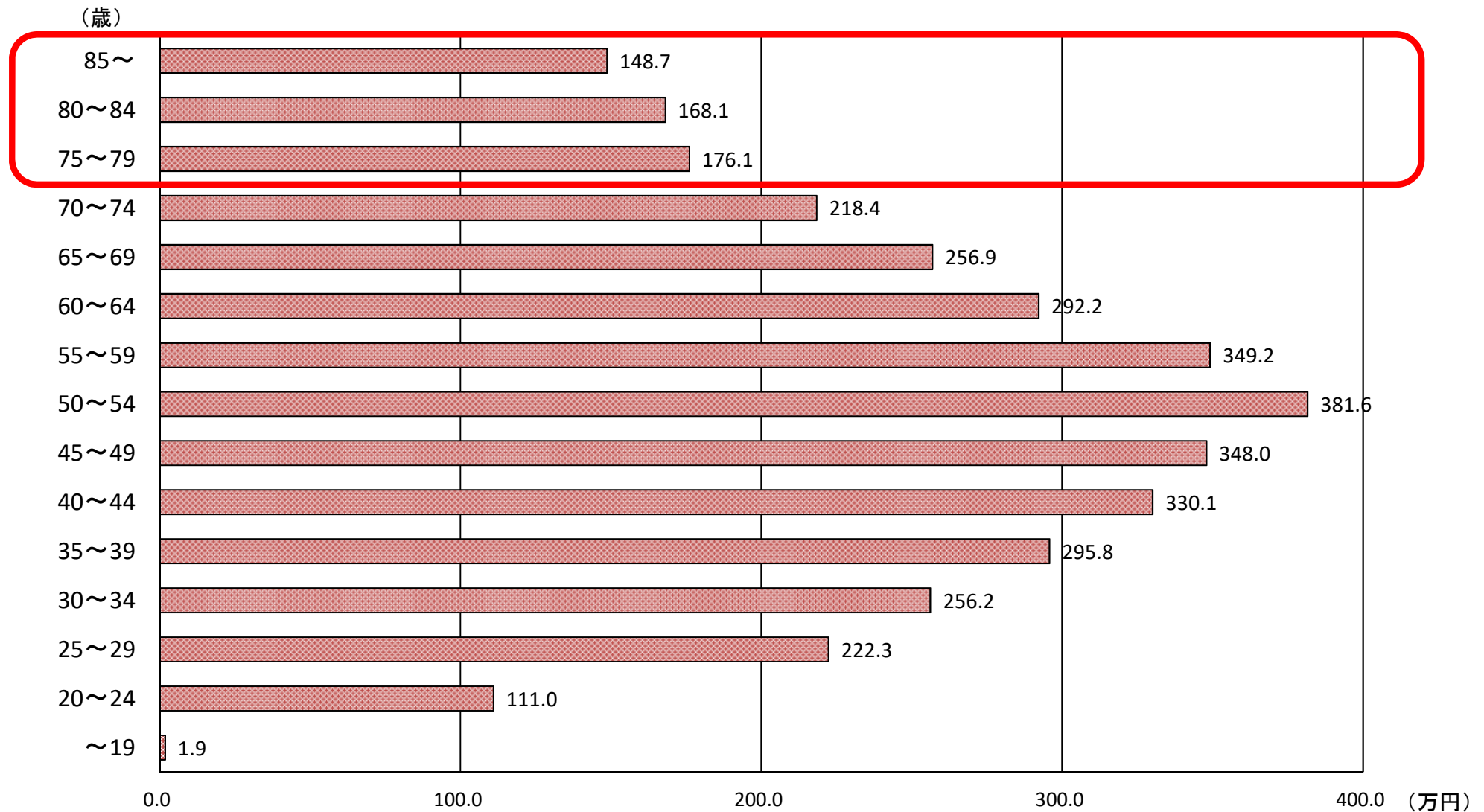


※ 分析の前提: 東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月の外来レセプトから、「レセプト病名あり」かつ「対象医薬品処方あり」の医科及び調剤レセプトを抽出して分析。

出典: 「東京都後期高齢者医療にかかる医療費分析結果報告書」東京都後期高齢者医療広域連合(東京都健康長寿医療センター取りまとめ)

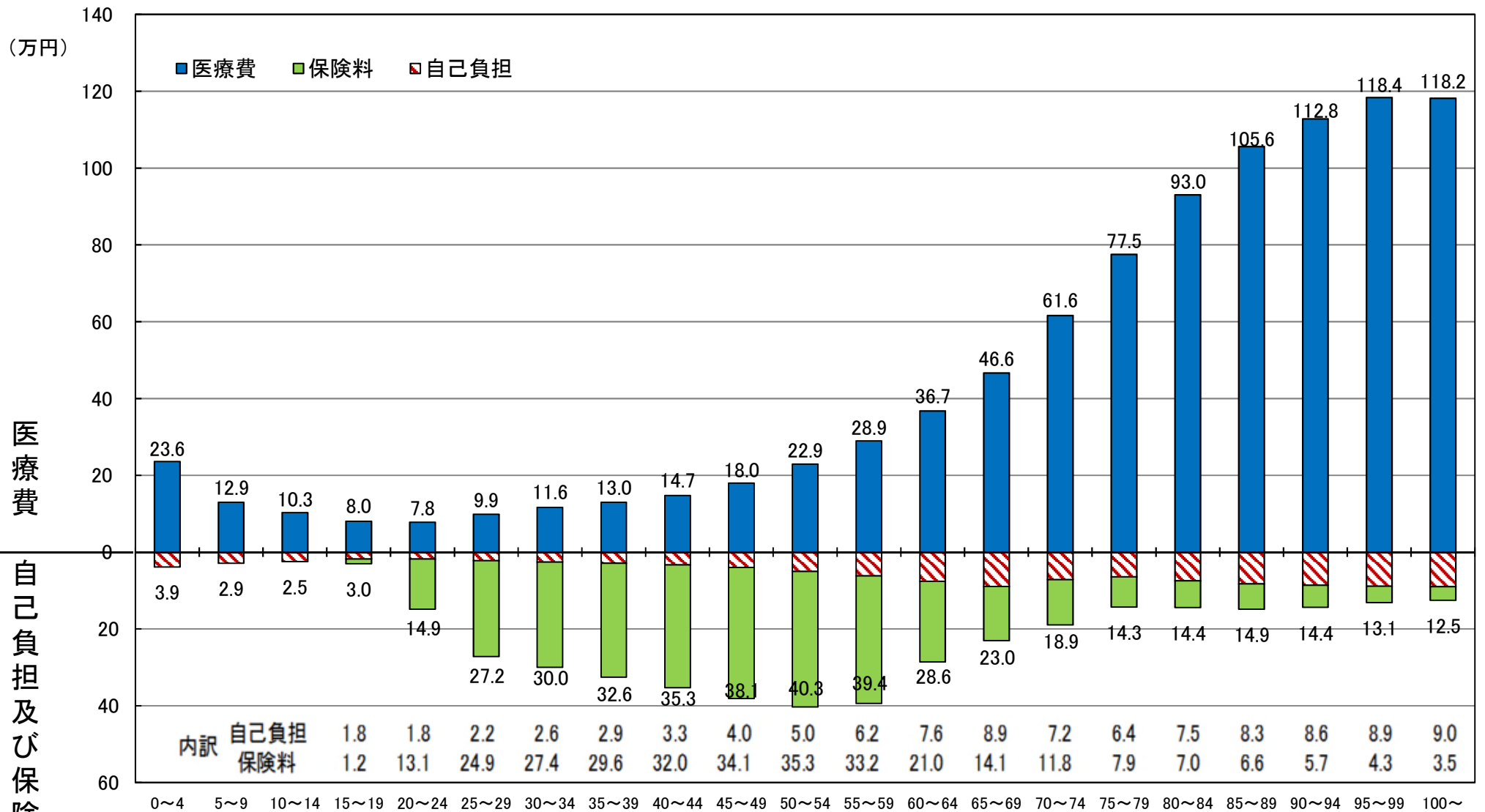
年齢階級別の平均収入

○ 1人当たり平均収入を年齢階層別に見ると、50～54歳の約382万円をピークに、一貫して低下が続く。



※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)

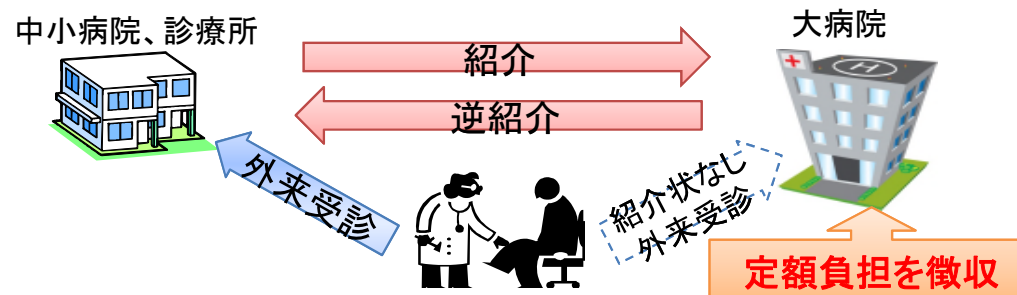


- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

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

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。



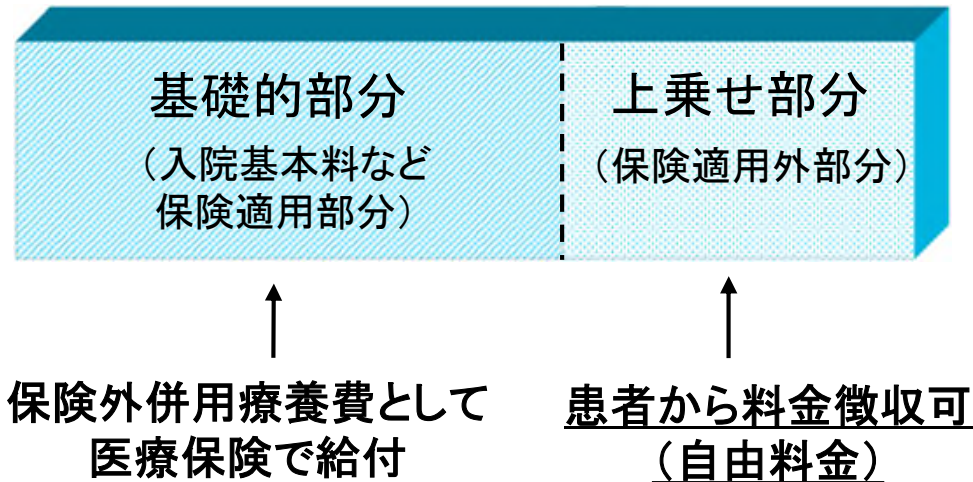
保険外併用療養費制度について

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:21技術、先進B:60技術 令和2年4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
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

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400床以上であること。 ○ 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 ○ 原則として200床以上の病床、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
平成30年度改定後の定額負担(義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	433 (4.1%) ※2	124 (1.5%)	538 (6.4%)
令和2年度改定後の定額負担(義務)対象病院	200～399床	0 (0%)	233 (2.8%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
定額負担(任意)対象病院	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%)

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。

予防・健康づくり

40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約について

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40歳以上の加入者に特定健康診査を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとしてすることができることとされている。
- このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされている。(実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。)
- 一方、40歳未満の者については、特定健康診査の実施義務はないが、健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている。

事業主健診の情報を保険者に集約することのメリット

[メリット①] データヘルスの一層の推進

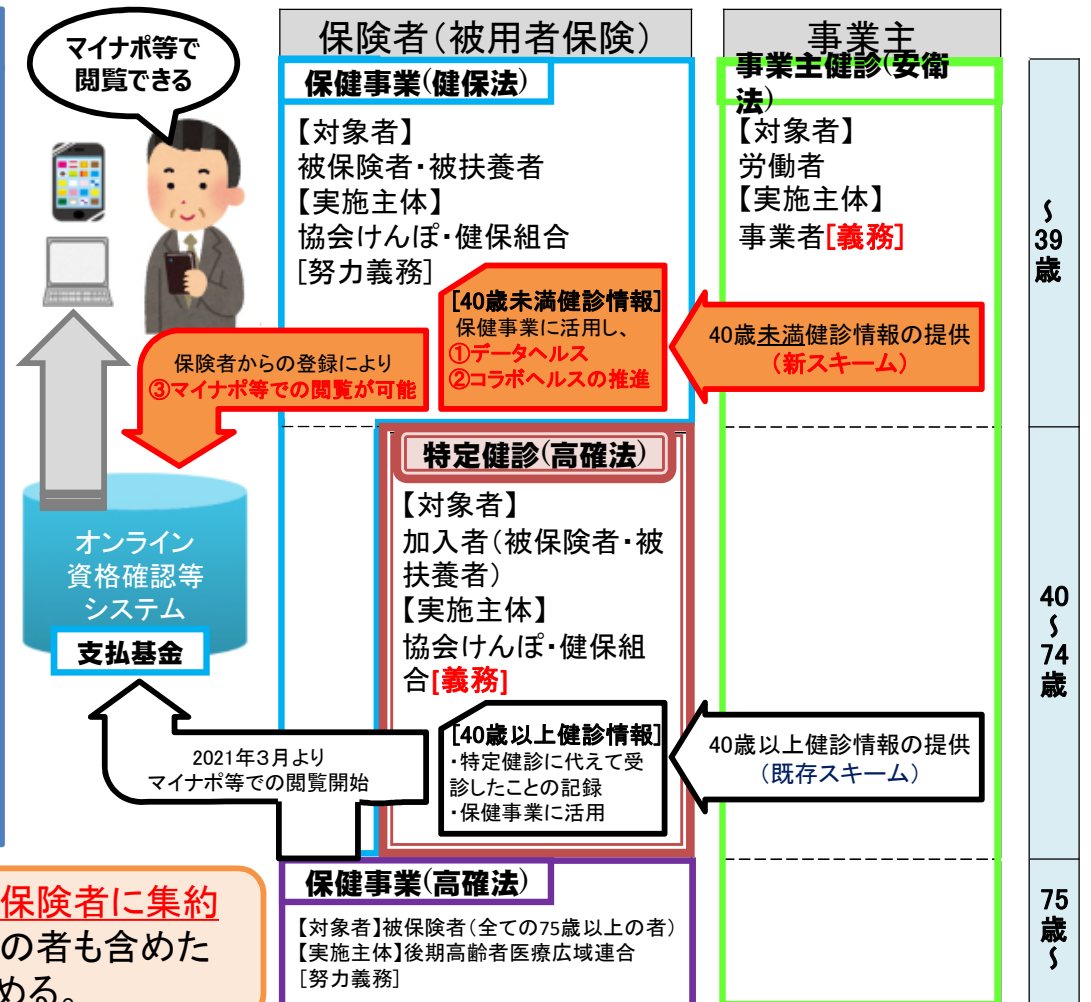
データヘルスが一層推進され、加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業の実施が可能に。また、集まった情報を協会けんぽや健保連等で統計・分析することで、地域間や業種間、事業所間のデータ比較が可能になり、保険者や事業者等による加入者(=労働者)の健康課題の把握・対策に生かされる。(40歳未満の者の生活習慣病予防対策等にも役立つ。)

[メリット②] コラボヘルスの実現につながる

保険者と事業者等が同じ情報を基に連携して加入者の健康確保を進めることが可能になり、コラボヘルス(保険者と事業者等の積極的連携による加入者の予防・健康づくりの推進)の実現につながる。

[メリット③] マイナポ等での健診情報の閲覧が可能に

特定健康診査の情報は、保険者による支払基金等のオンライン資格確認等システムへの登録を通じ、マイナポータル等で個人や医療機関での閲覧を可能とする予定だが、事業主健診の情報の保険者への提供は、事業主健診を受けた労働者の健診情報をマイナポータル等で閲覧できるようにするために必要不可欠。



以上のメリットを踏まえ、**40歳未満の者の事業主健診情報も保険者に集約するための法制上の対応を講じていく。**あわせて、40歳以上の者も含めた事業主健診情報の保険者への提供促進のための取組を進める。

事業主健診における保険者との連携について

<背景>

- 「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」という。)において、健康保持増進対策の推進体制を確立するための事業場外資源として、医療保険者を位置づけており、事業場における健康保持増進に係る課題の把握や目標の設定等の際には、医療保険者から提供される情報等、客観的な数値を活用することが望ましい旨、示している(これらの内容は令和2年3月31日のTHP指針改正で位置づけ。)
 - 「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)等において、「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年度を目処に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策も含め、2020年夏までに工程化する。」等と記載されており、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。)事業主健診データをマイナポータルで本人に提供することが求められている。
 - 40歳以上の労働者の事業主健診データについては、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づき、保険者が事業主に対して安衛法に基づく定期健診結果の提供を求めることができることとなっており、また、事業主は求めに応じて提供しなければならないこととなっている。保険者に提供した健診データについては、令和3年3月より、順次、特定健診データとしてマイナポータル等で労働者や医療機関が閲覧できるようになる予定である。しかし、法令上不要となっている同意取得の問題等により、中小企業等から保険者(協会けんぽ)への事業主健診データの提供が進んでいないとの指摘がある。
- <高齢者の医療の確保に関する法律>
第27条(略)
- 2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。
 - 3 前2項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。
- 保険者に事業主健診データを提供することは、PHRの推進やコラボヘルス等の推進による労働者の健康保持増進につながり、さらに、労働者が健康になることによって企業の労働生産性向上や経営改善・経済成長にもつながるため、労働者・事業者双方にメリットがあると考えられる。

<今後の対応の方向性>

上記の趣旨等を踏まえ、労働者の健康保持増進の措置として、保険者との連携をより一層推進する。

(1)運用上の対応

- ・ 事業者の同意なしで健診機関から保険者に直接健診結果を送るための条項を盛り込んだ、事業者と健診機関の契約書のひな形を作成し、健診機関から保険者に健診データを直接送ることを推進する。
- ・ 健診機関から保険者を經由してマイナポータルで提供されるまでの健診データの流れをスムーズにするために必要な保険者番号や被保険者番号等を健診時に取得するため、その記載欄を設けた問診票のひな形を作成し、その使用を推進する。
- ・ 安衛法の定期健診時に、運用上、定期健診と特定健診の全項目を一体的に実施することを推進する。また、血糖検査の取扱いを特定健診に揃える。

(2)THP指針の充実・強化

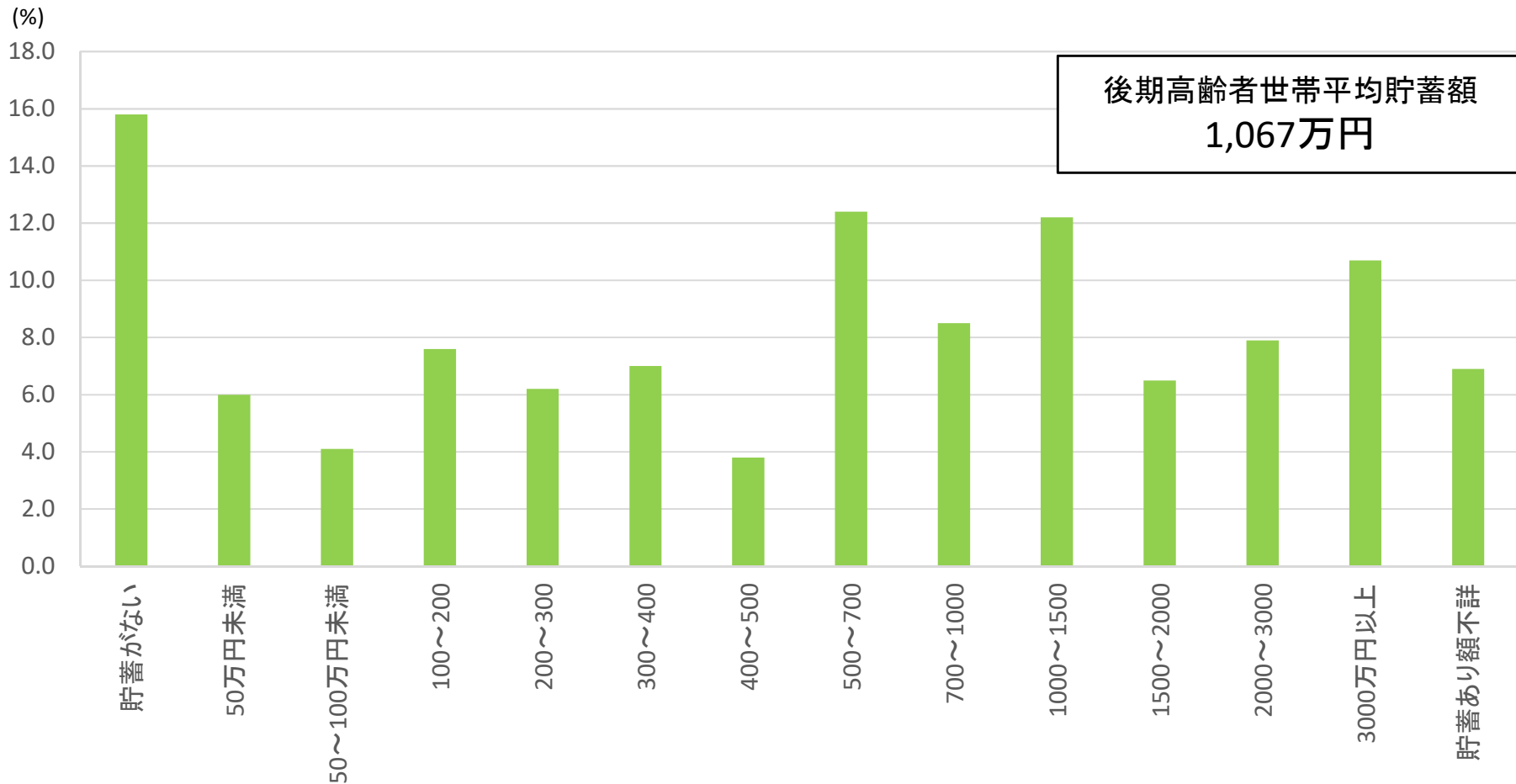
- ・ THP指針に、保険者に事業主健診データを提供すべき旨等を規定する方向で検討する。

負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

後期高齢者世帯の貯蓄の状況

- 後期高齢者世帯における平均貯蓄額は約1,070万円。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高い。

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞

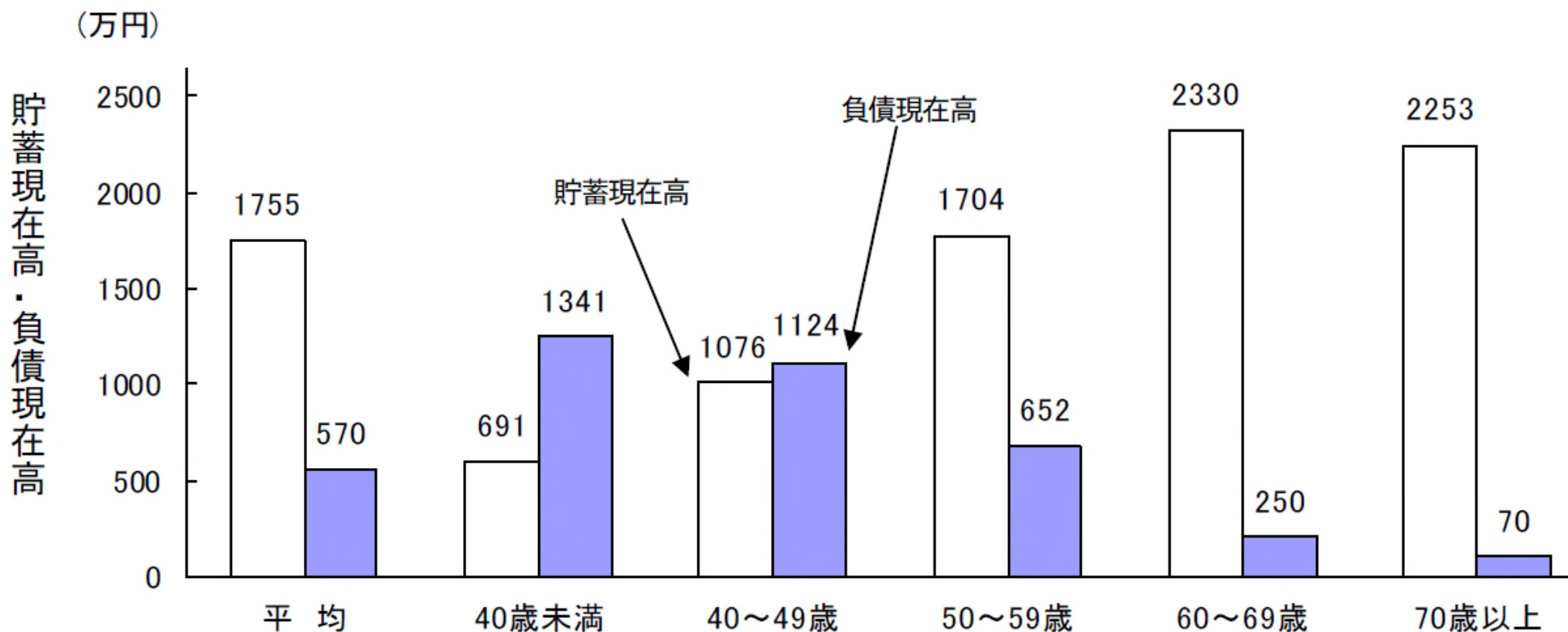


※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)

- 2人以上世帯における貯蓄現在高は、40歳未満の世帯が691万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2,330万円、70歳以上の世帯は2,253万円となっている。
- また、負債額は40歳未満が最も多く、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなる。



[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

○ 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象としつつ、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。

（※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

○ 介護保険では、介護保険施設等における食事・居住サービスは、在宅との公平性等の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）としつつ、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。

	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） <p>（※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案</p>

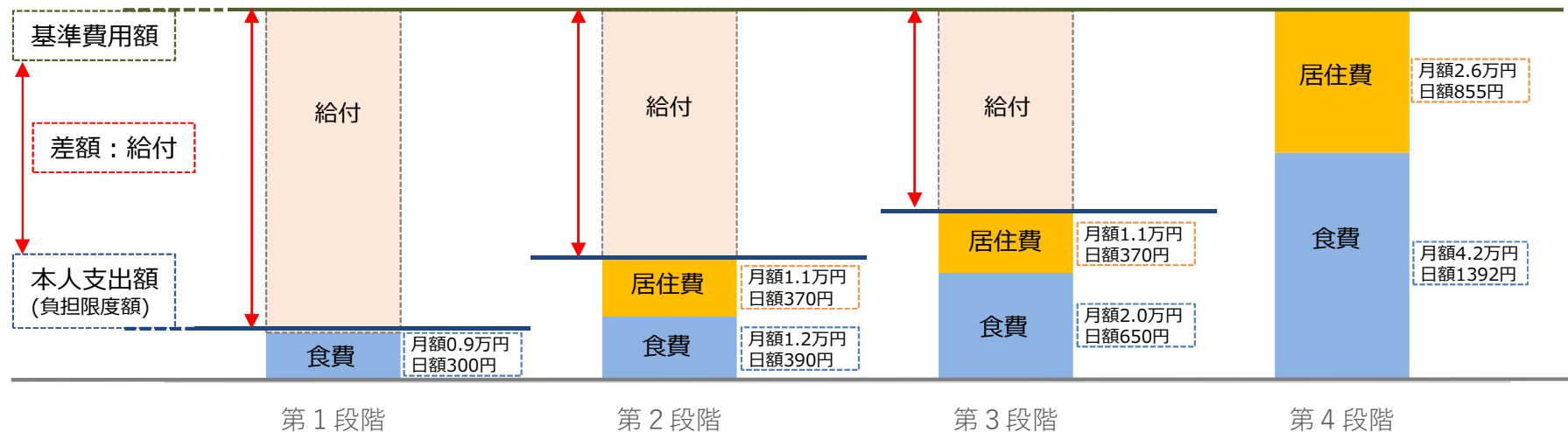
- 平成17年の介護保険法改正により、施設サービス・短期入所サービス利用者の食費・居住費を保険給付の対象外とした。
- これに併せて、市町村民税非課税世帯等の者について、所得に応じた利用者負担段階ごとに食費・居住費の本人支出額（負担限度額）を設定し、標準的な費用の額（基準費用額）との差額を介護保険から給付することとした（いわゆる補足給付）。
- 平成26年の介護保険法改正では、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、
 - ① 一定額超の預貯金等（単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超）がある場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ② 配偶者の所得は世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ③ 利用者負担段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案（平成28年8月施行）
 の見直しが行われた。

〔対象者〕

利用者負担段階	対象者	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 	〔預貯金等の資産要件〕 単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額 + 合計所得金額が80万円以下 	
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 	
第4段階 (補足給付の対象外)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者 	

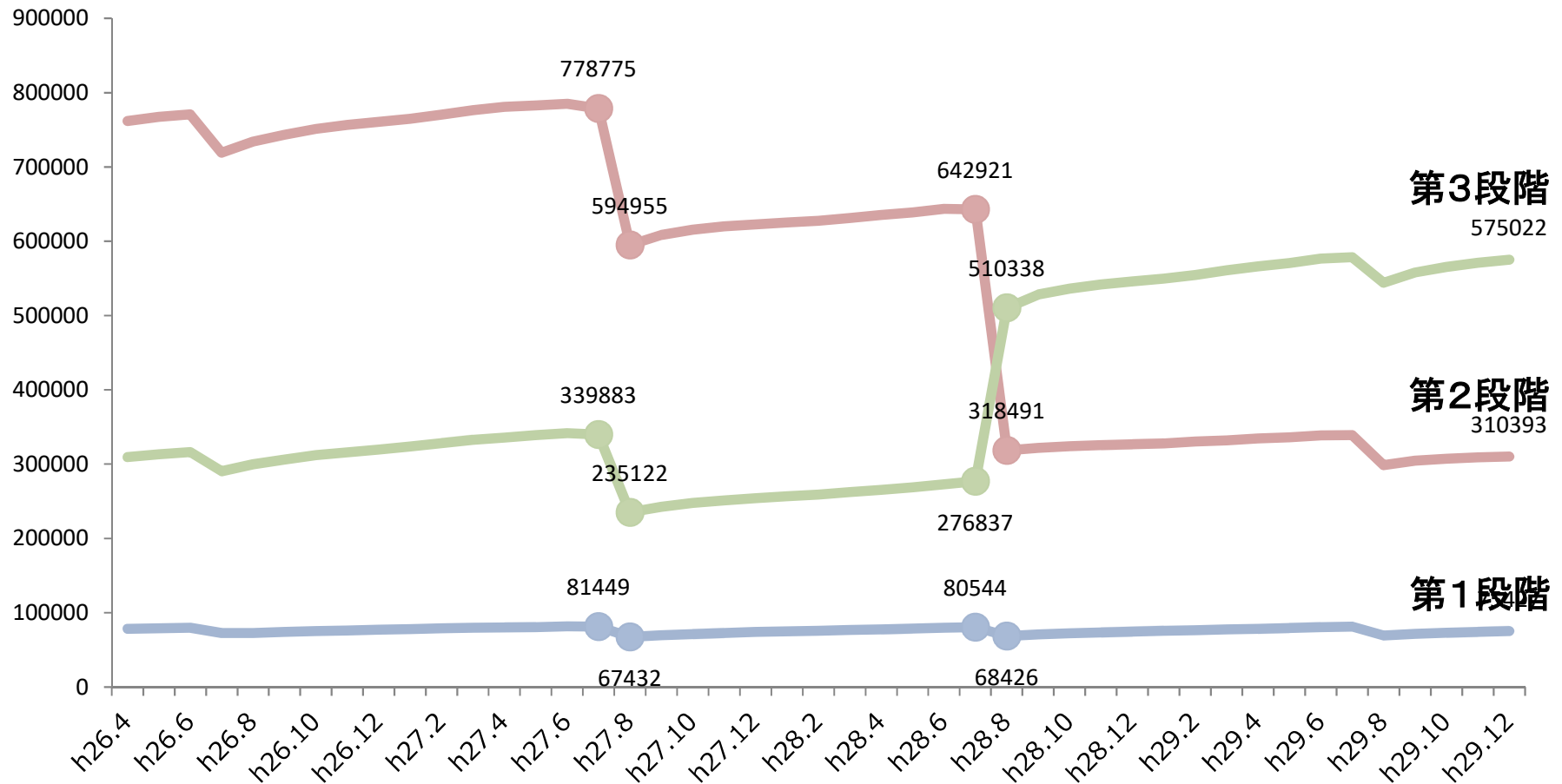
〔給付の仕組み〕

- 特別養護老人ホーム・多床室※の場合 ※ 基準費用額・負担限度額（食費・居住費）は、居室類型（ユニット型個室・従来型個室等）ごとに日額で設定



補足給付の件数(食費・総数)

- 補足給付の支給要件の厳格化(配偶者勘案・預貯金勘案)を行った平成27年8月に件数が大きく下がっている。配偶者勘案と預貯金勘案の影響度合いについては不明。
- また、さらに支給要件の厳格化(非課税年金勘案)を行った平成28年8月に第2段階の件数が大きく下がるとともに、第3段階の件数が大きく上がっている。



預貯金口座への付番について

預貯金口座への付番については、社会保障制度の所得・資産要件を適正に執行する観点や、適正・公平な税務執行の観点等から、金融機関の預貯金口座をマイナンバーと紐付け、金融機関に対する社会保障の資力調査や税務調査の際にマイナンバーを利用して照会できるようにすることにより、現行法で認められている資力調査や税務調査の実効性を高めるものである。また、預金保険法又は農水産業協同組合貯金保険法の規定に基づき、預貯金口座の名寄せ事務にも、マイナンバーを利用できるようにするものである。

【行政機関等】

〔預金保険機構・農水産業協同組合貯金保険機構〕



〔地方自治体・年金事務所等〕



〔税務署〕



マイナンバー付で
預貯金情報を照会

【社会保障給付関係法律・預金保険関係法令改正】
マイナンバーが付された預貯金情報の提供を求めることができる旨の照会規定等を整備

【マイナンバー法改正】

預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする など

【金融機関】



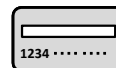
【国税通則法・地方税法改正】

照会に効率的に対応することができるよう、**預貯金情報をマイナンバーにより検索可能な状態で管理する義務を課す**

【顧客名簿】

預金者名	個人番号	種類	口座番号	残高
〇〇 〇〇	1234	普通	123...	〇〇円
		定期	456...	〇〇円
×× ××	9876	普通	987...	××円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

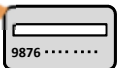
〔番号を告知〕



預貯金者は、銀行等の金融機関から、マイナンバーの告知を求められる
※ 法律上、告知義務は課されない



〔番号を告知〕



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預貯金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預貯金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

マイナンバーカード及びマイナンバーの活用の促進（追加措置）

令和2年6月5日第7回
デジタルガバメント閣僚
会議 資料1より抜粋

強靱な社会経済構造の一環として、マイナンバーカード・マイナンバーを基盤としたデジタル社会の構築を進めることとし、諮問会議の緊急提言及び党の提言等を踏まえ、マイナンバーカード・マイナンバーの活用促進を図る。

(1) 新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた手続きの簡素化・迅速化の一層の促進

- 電子申請等：雇用調整助成金、国税の確定申告・納付、運転免許証に係る運転可能期間の延長 等
- 給付事務：各種給付金（国民向け現金給付等）、緊急小口資金、住居確保給付金、給付型奨学金 等

(2) マイナンバーカード・マイナンバーの一層の活用

- 障害者手帳：障害者割引に手帳の提示が不要とできるよう、公共交通機関等にデジタル対応を要請する。
- PHR(Personal Health Record)：予防接種歴、乳幼児健診や特定健診などに加え、令和4年を目途に、その他の健診・検診情報（事業主健診、がん検診、学校健診等）の提供開始に向けた環境整備を進めるとともに、オンライン資格確認システム等との連携も含め、マイナンバーカードを活用して生涯にわたる健康データを一覧性をもって提供できるよう取り組む。
- e-Tax等：年末調整等の手続きに必要な情報（保険料控除証明書等）の申告書への自動入力等について、令和2年10月から開始し、さらに、入力できる情報（医療費、公金振込口座等）を順次拡大する。
- 公金振込口座の設定：国税還付、年金給付、各種給付金（国民向け現金給付等）、緊急小口資金、被災者生活再建支援金、各種奨学金等の公金の受取手続きの簡素化・迅速化に向け、公金振込口座設定のための環境整備を進める。その際、本人の同意等を前提に今回の特別定額給付金で登録された口座の活用も検討。
- 預金付番：様々な災害等の緊急時や相続時にデジタル化のメリットを享受できる仕組みを構築するとともに、公平な全世代型社会保障を実現していくため、公金振込口座の設定を含め預金付番の在り方について検討を進め、本年中に結論を得る。（H27改正マイナンバー法附則12条：令和3年1月までの検討条項） 等

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について

- 昨年医療保険部会では、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うこと」について議論し、実務的な課題、制度的な課題及び財政効果に関する課題について以下のようなご意見があったところ。

【主なご意見】

(実務的な課題について)

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないか。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。

(制度的な課題について)

- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。

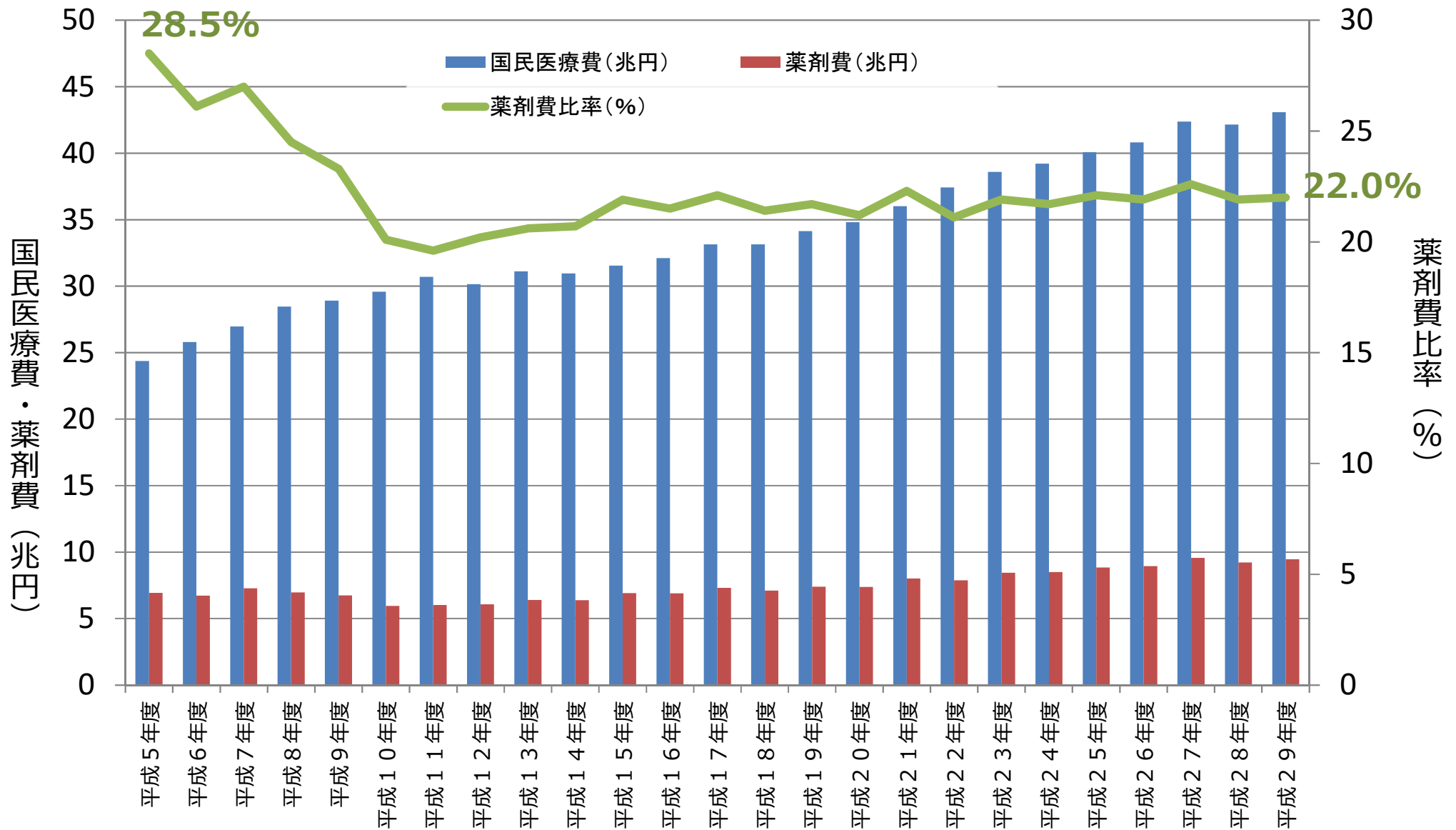
(財政効果に関する課題について)

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

- 改革工程表では、「マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法」について検討することとなっているが、昨年の議論も踏まえつつ、この点についてどう考えるか。

薬剤自己負担の引上げ

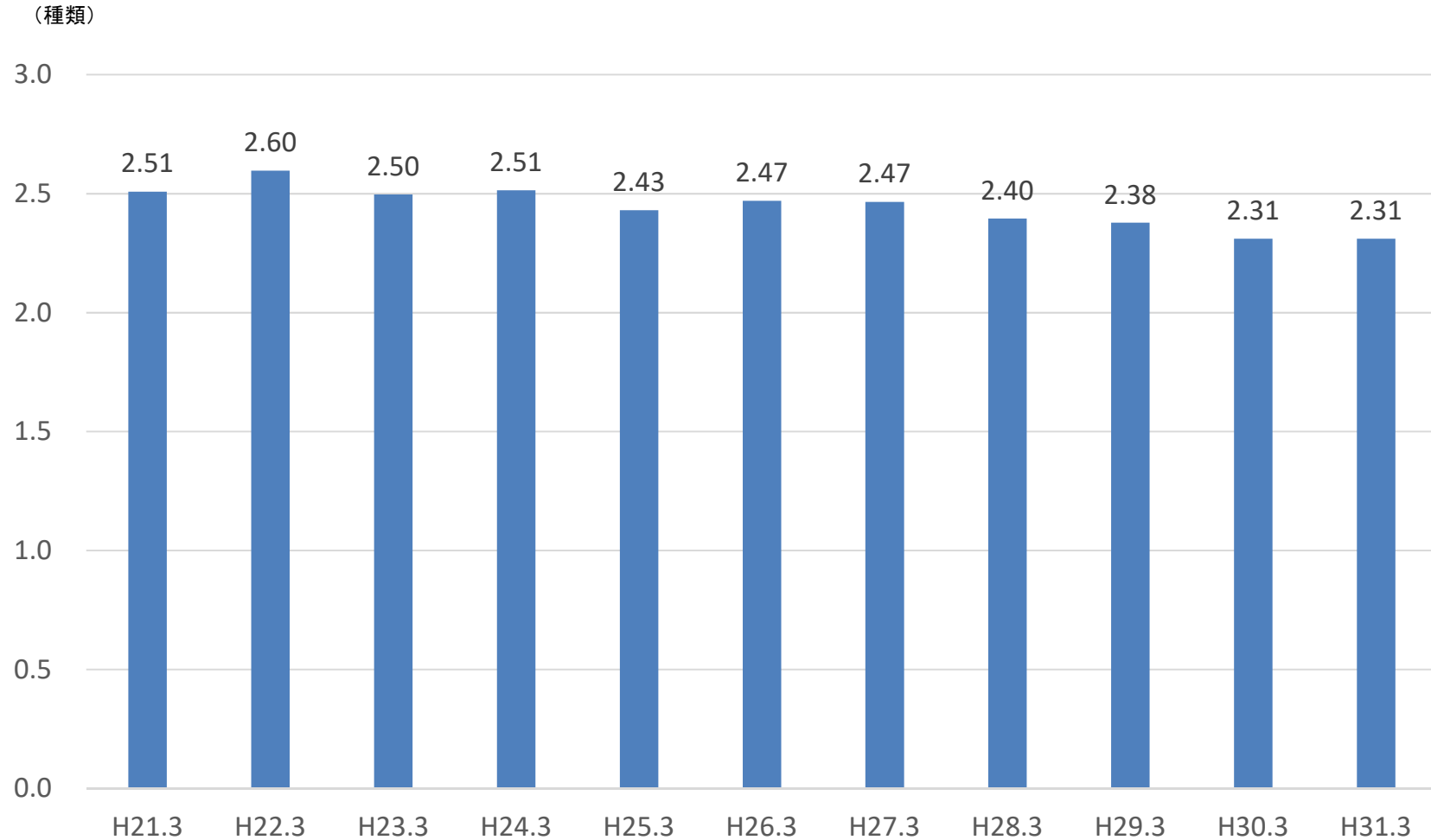
薬剤費、薬剤費比率等の年次推移



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

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。

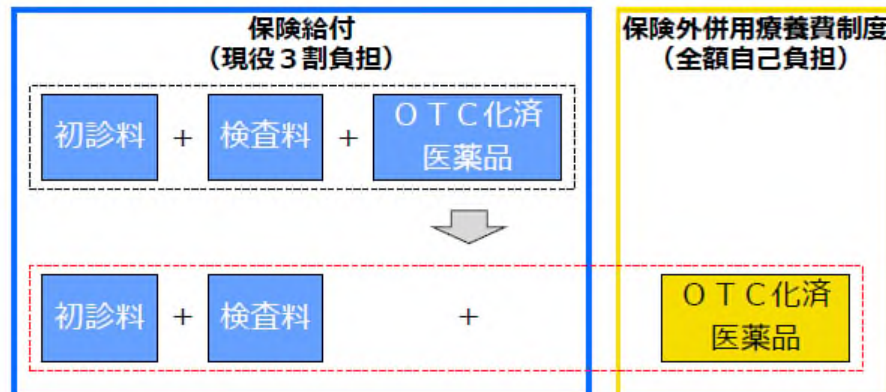
◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例
(以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 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。

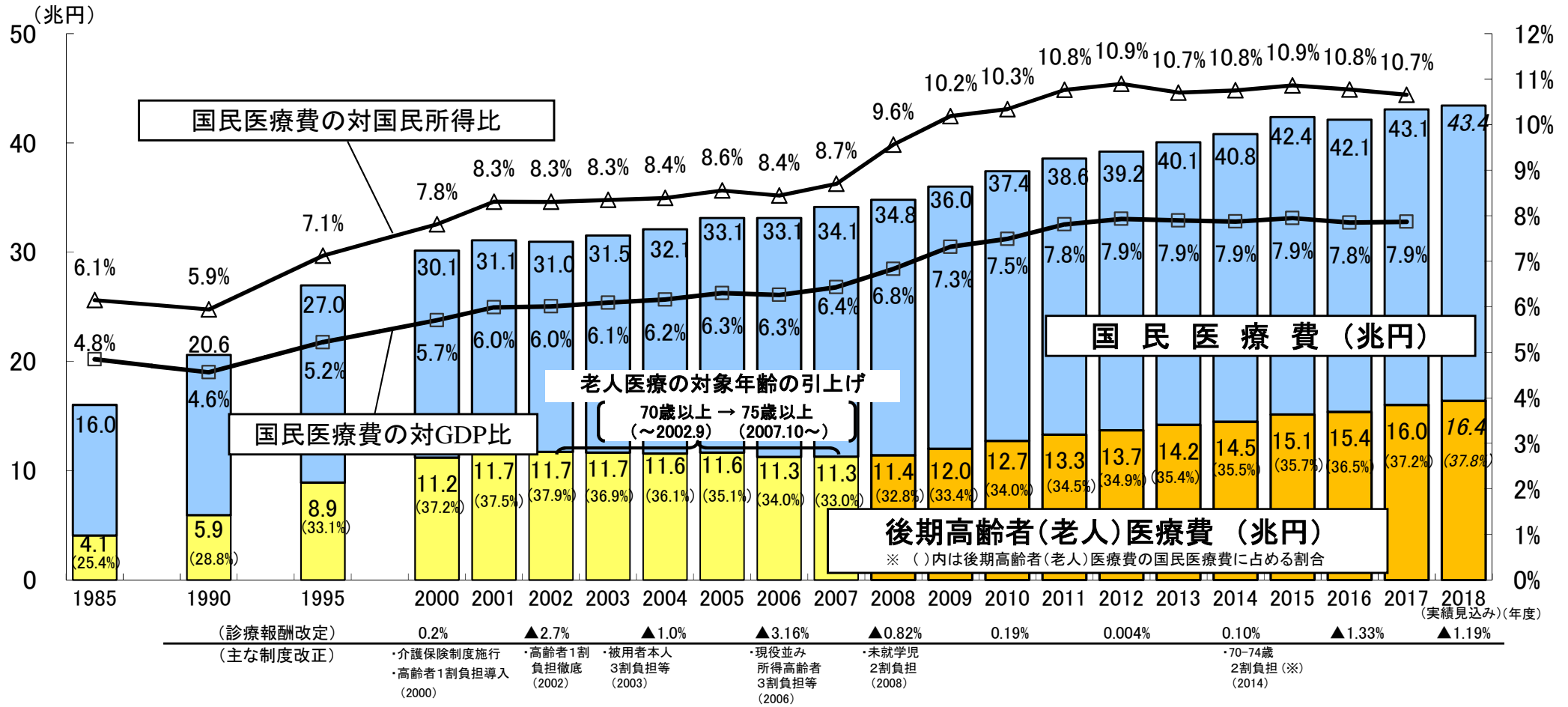
H30年度診療報酬改定

○ 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。

医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等
の定期的に見える化等

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(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、令和元年度は1.6%。
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。

	H15年度 (2003)	H16年度 (2004)	H17年度 (2005)	H18年度 (2006)	H19年度 (2007)	H20年度 (2008)	H21年度 (2009)	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)
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)	2.4% (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%	-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)	1.0% (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)	-0.07% (注6)
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)	1.6%
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7)					

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、令和元年度は概算医療費(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。

令和元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30、令和元年度の年齢階級別(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。

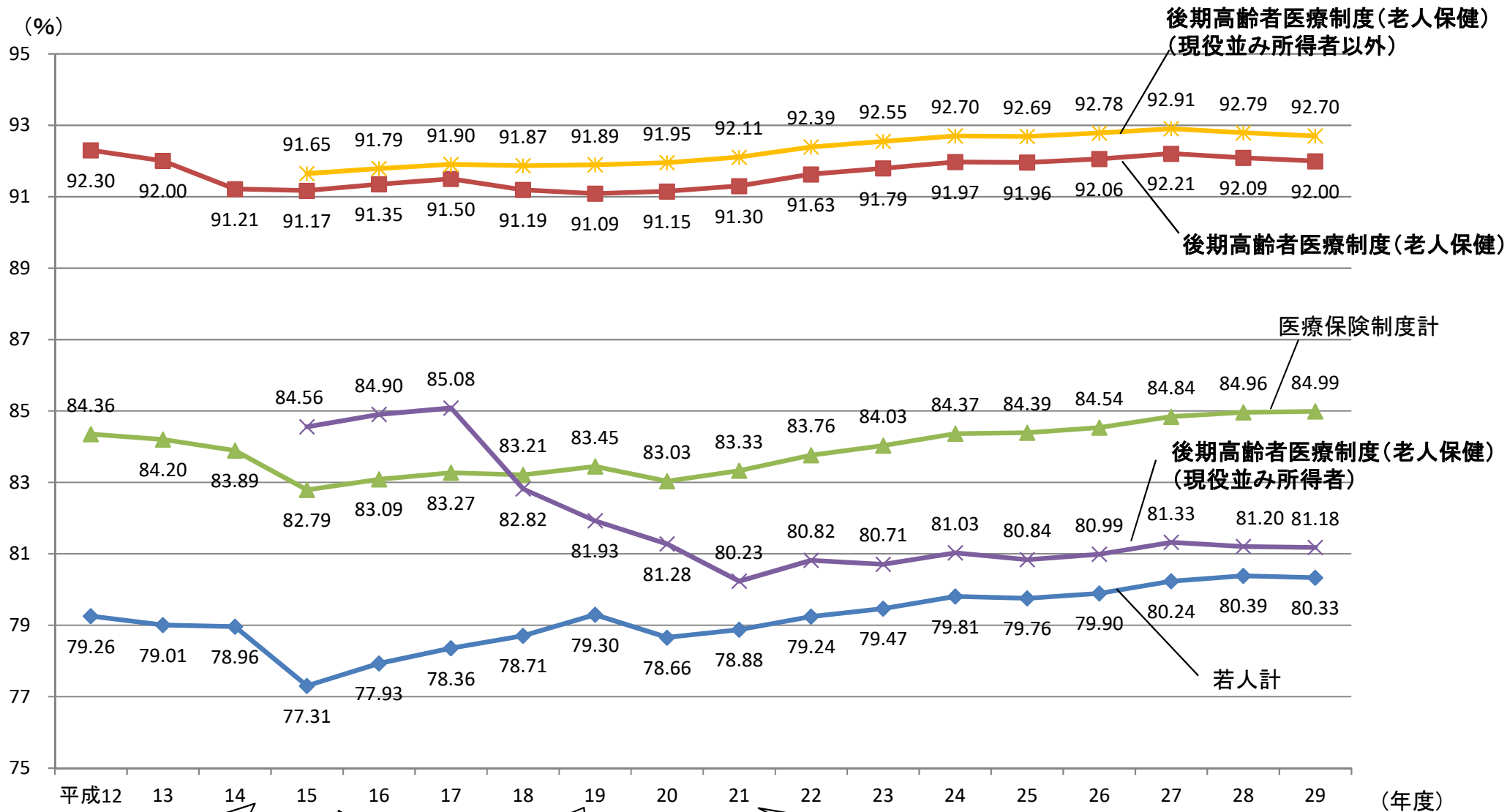
注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%)のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7: 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。

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%。



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

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(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

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	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)			70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割→2割 入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得) 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 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 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%	

「現役並み所得」の判断基準の見直し

70歳以上の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準 (後期、国保の場合)	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			現役並み所得 <small>(※1)</small> 後期：約115万人 国保・健保：約70万人	課税所得145万円以上 年収約383万円以上 (※2)
一般 後期：約900万人 国保・健保：約425万人	課税所得145万円未満 (※3)(※4) 年収約155～383万円 (※2)	70～74歳 2割 75歳以上 1割	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当：44,400円>
低所得Ⅱ 後期：約385万人 国保・健保：約155万人	住民税非課税 年収約80～155万円 (※5)		24,600円	
低所得Ⅰ 後期：約300万人 国保・健保：約65万人	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下 (※5)(※6)		8,000円 15,000円	

※1 現役並み所得区分は「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の3区分に細分化されている。

※2 単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※3 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。

※4 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※5 年金収入のみの単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※6 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

※7 人数は各制度の事業年報等を基に保険局調査課で推計(平成29年度実績ベース)。なお、国保・健保には、船員保険・共済組合も含まれている。

課税所得要件・基準収入額要件の計算方法とその変遷

※標準報酬月額28万円で算出
※年金額はモデル年金を使用

平成14年10月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

402万円（給与のみ）

＜諸控除：278万円＞

- ・給与所得控除（134万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（45万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

平成17年8月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

389万円（給与のみ）

＜諸控除：244万円＞

- ・給与所得控除（132万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（46万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

平成18年8月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

386万円（給与のみ）

＜諸控除：241万円＞

- ・給与所得控除（131万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（44万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：単身世帯】

450万円

（給与：244万円
年金：205万円）

＜諸控除：325万円＞

- ・給与所得控除（91万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（13万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

637万円

（給与：351万円
年金：285万円
夫 205万円
妻 80万円）

＜諸控除：512万円＞

- ・給与所得控除（123万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

【高齢者：単身世帯】

484万円

（給与：280万円
年金：203万円）

＜諸控除：338万円＞

- ・給与所得控除（102万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（15万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

621万円

（給与：337万円
年金：283万円
夫 203万円
妻 80万円）

＜諸控除：475万円＞

- ・給与所得控除（119万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：単身世帯】

383万円

（給与：182万円
年金：201万円）

＜諸控除：237万円＞

- ・給与所得控除（73万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（11万円）
- ・公的年金等控除（120万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

520万円

（給与：240万円
年金：280万円
夫 201万円
妻 79万円）

＜諸控除：374万円＞

- ・給与所得控除（90万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（14万円）
- ・公的年金等控除（199万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

41

【課税所得要件（収入）諸控除】

【基準収入額要件（課税所得要件＋諸控除）】

現役並み所得区分の判定基準について

【現役並み所得区分の判定基準】

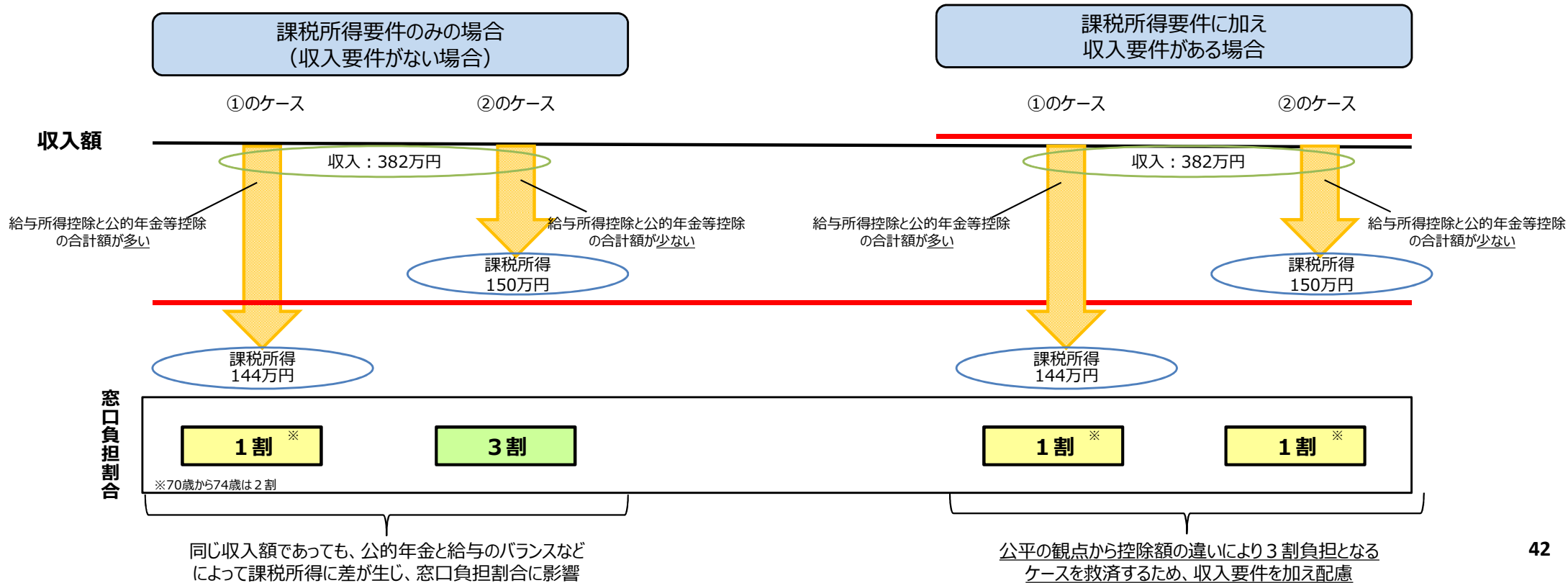
- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、課税所得145万円以上。かつ、
- ② 収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上

【基準収入要件の設定の経緯】

- 同一の収入額であっても、収入の形態によっては控除額が少なくなり、課税所得145万円を超える（3割負担）ケースが生じる。
- 平成14年の現役並み所得区分導入時に、公平の観点からこうしたケースを救済すべきとの指摘があったことから、課税所得要件に加えて、収入による判定も行うこととして基準収入額を定めた。

（例）：収入額の合計額が同じ382万円で、その内訳が異なる場合（75歳以上単身世帯のケース）

- ① 年金収入が多い（年金収入201万円＋給与収入181万円）ケース
- ② 年金収入が少ない（年金収入71万円＋給与収入311万円）ケース



後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和2年度予算ベース)

医療給付費等総額：16.6兆円

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →

財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスクに対応するため、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

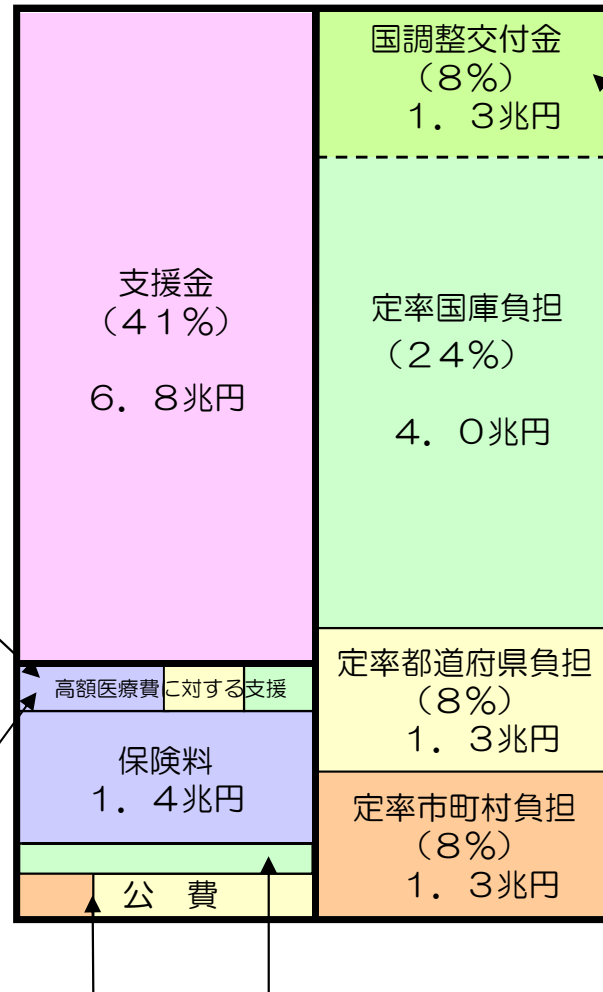
○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

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。

50億円（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）

・保険料特例軽減

○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

○保険料特例軽減（国）

- ・低所得者の更なる保険料軽減
- …均等割8.5割軽減

127億円

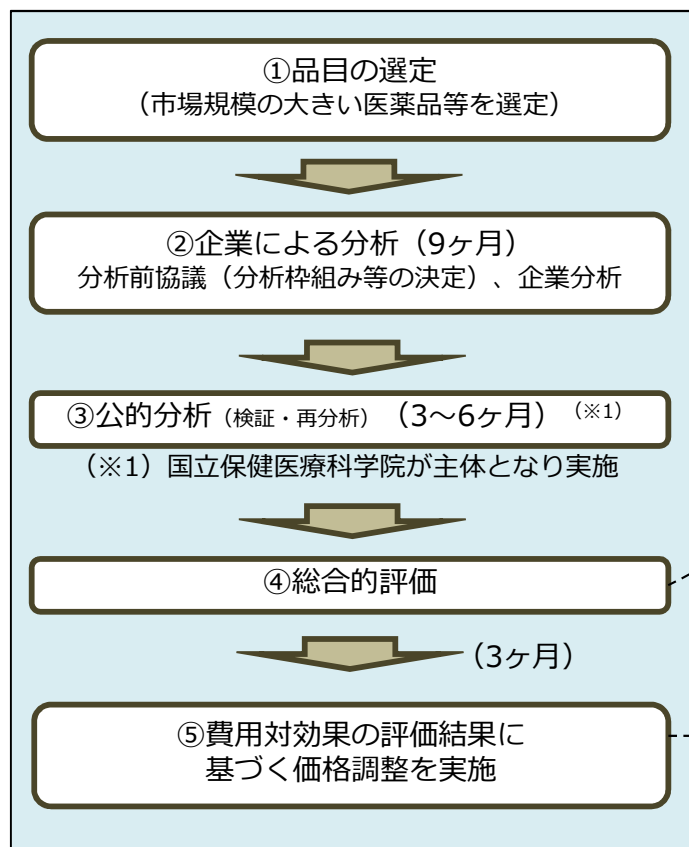
※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

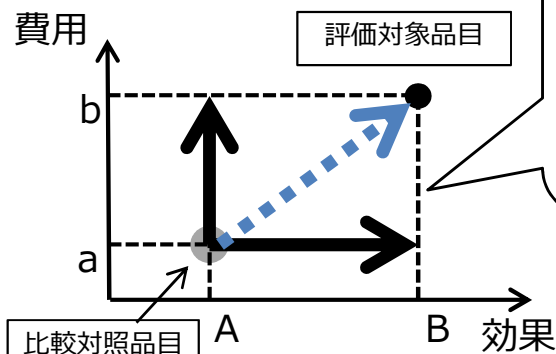
費用対効果評価制度について（概要）

- 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】



(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。

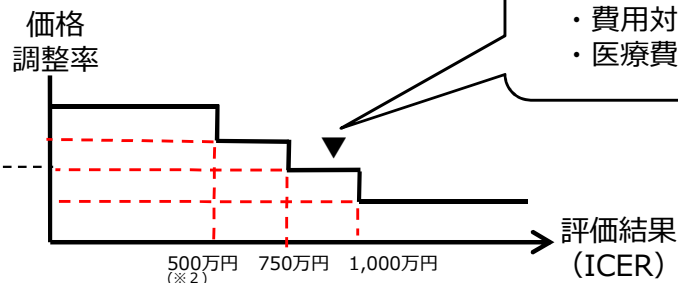
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

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

(7) 費用対効果評価に係る今後の検討について

中医協においては、2012年5月に費用対効果評価部会を設置し、我が国における費用対効果評価の在り方について検討を進めてきた。

今回の骨子のとりまとめに当たっては、これまでの中医協における検討、試行的導入の結果、有識者の検討結果及び関係業界からの意見等を踏まえ、費用対効果評価専門部会及び合同部会において論点整理及び対応案の検討を行った。

本年4月より、本骨子の内容に基づき運用をすすめるとともに、費用対効果評価にかかる事例を集積し、体制の充実を図ることとする。

その上で、適正な価格設定を行うという費用対効果評価の趣旨や、医療保険財政への影響度、価格設定の透明性確保等の観点を踏まえ、より効率的かつ透明性の高い仕組みとするため、諸外国における取組も参考にしながら、選定基準の拡充、分析プロセス、総合的評価、価格調整方法及び保険収載時の活用のあり方等について検討する。

また、総合的評価や価格調整において配慮する要素や品目の範囲、配慮の方法等については、今後企業から提出される分析結果や諸外国における運用等を参考に検討を行うこととする。

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和2年8月19日時点）

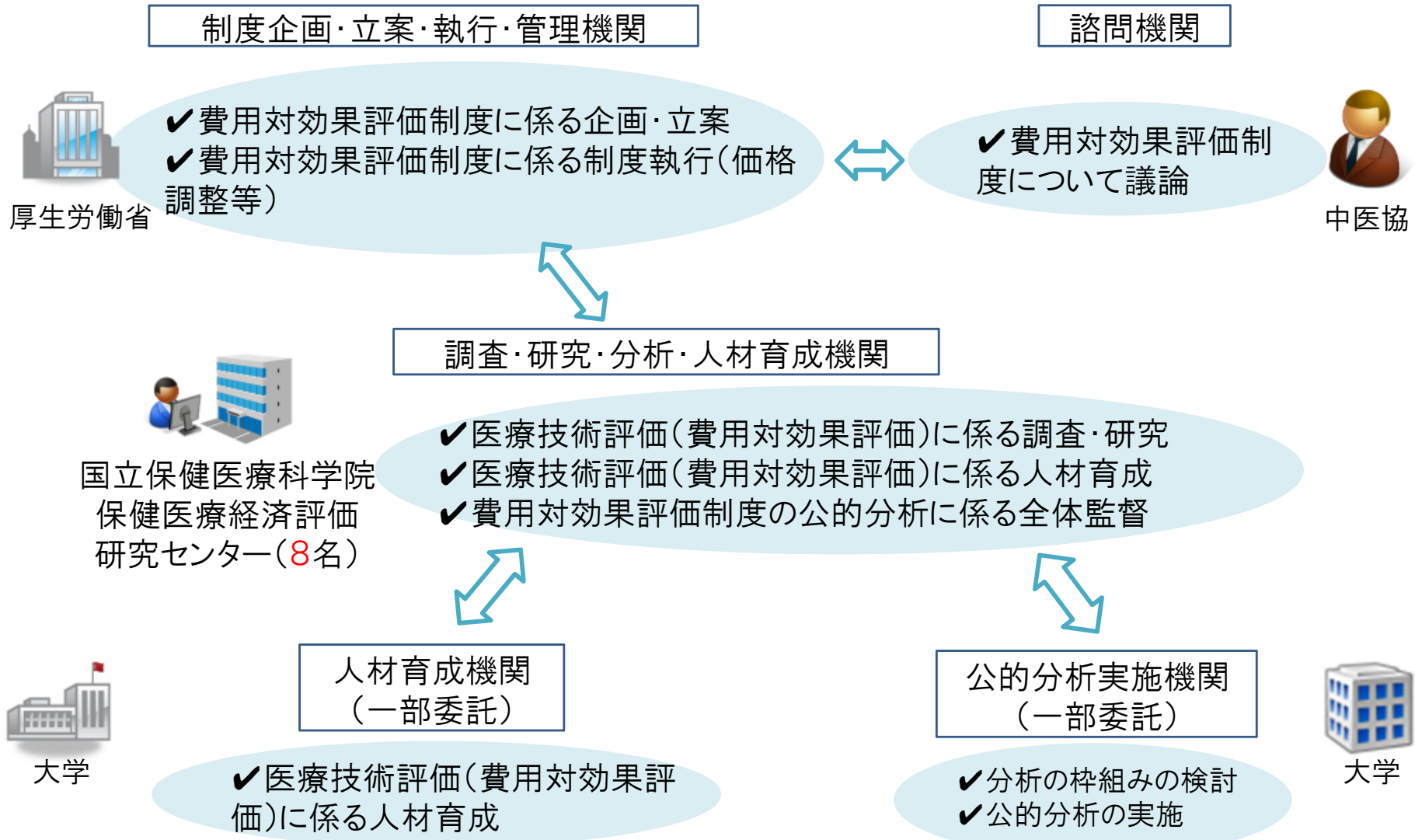
品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
①テリルジー (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円 (14吸入1キット) 8,597.70円 (30吸入1キット)	10%	236億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/5/15	公的分析中
②キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2 (7%)	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	公的分析中
③ユルトミリス (アレクシオファーマ)	発作性夜間 ヘモグロビン尿症	717,605円	5%	331億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロス フィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円	なし	189億円	H 5 (テリルジーの類似品目)	2019/8/28	分析は行わない (テリルジーの分析結果に準じる)
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	5%	227億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/11/13	企業分析中
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	35%	57.5億円	H 2 (市場規模が50億円以上)	2019/11/13	企業分析中
⑦ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症	3,109.10円 (100mg錠)	なし	112億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメティクス (武田薬品工業)	腎細胞癌	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	10%	127億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	分析前協議中
⑨エンハーツ (第一三共)	乳癌	165,074円	5%	129億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	分析前協議中
⑩ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3 (単価が高い)	2020/5/13	分析前協議中
⑪エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	なし	141億円	H 5 (コラランの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (コラランの分析結果に準じる)
⑫エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	291.90円 (中用量) 331.40円 (高用量)	なし	251億円	H 5 (テリルジーの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (テリルジーの分析結果に準じる)

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 加算係数(製品総原価の開示度に応じた加算率)・・・開示度80%以上:1.0、50~80%:0.6、50%未満:0.2

※3 ノクサフィルは内用薬(ノクサフィル錠100mg)のみが費用対効果評価対象。

費用対効果評価制度の体制と人材育成



慶應義塾大学 (2020年4月～)

聖路加国際大学・立命館大学・慶応義塾大学

* 科学院及び大学で育成した人材については、医療技術に係る調査・研究機関や公的分析実施機関等での活躍を想定

医療経済評価コース（HTAコース）

学内

- 修士学生
- 博士学生
- *健康マネジメント研究科学生
が中心となるが、
他研究科学生
も履修可能

医療経済評価コース科目（全11科目・20単位）

疫学・統計学に関する科目群（全4科目・8単位）

- 基礎疫学（2）
- 基礎生物統計学Ⅰ（2）
- 基礎生物統計学Ⅱ（2）
- 応用生物統計学（2）

医療経済評価に関する科目群（全7科目・12単位）

- 医療制度とレギュラトリーサイエンス（2）
 - 医療経済学Ⅱ（2）
 - 医薬経済学（2）
 - QOLと費用の評価（2）
 - 費用対効果評価演習（2）
 - 医療経済評価モデル解析演習（1）
 - 医療経済評価特論（1）
- *下線科目は2年次履修を
想定
*1年半での全単位取得を
想定

学外

- 科目等履修生

全20単位取得によりサーティフィケート（修了証）を授与

*20単位取得段階で申請者に対して授与

- HTAコース参加者（ただし、全員が最終的にサーティフィケートを希望するとは限らない）
 - 51名（うち修士1年次22名、修士2年次24名、博士2名、科目等履修生3名）
- 今年度中に全単位取得が可能な参加者（2年次履修想定科目2科目の履修者）
 - 26名（うち修士1年次4名、修士2年次22名）

*修士1年次は公衆衛生学・早期修了制度希望者

*人数については、2020年6月22日時点のもの



慶應義塾大学大学院

健康マネジメント研究科 49

諸外国における医薬品に係る費用対効果評価の活用状況(一覧)

令和2年3月26日時点
厚生労働省保険局医療課調べ

	イギリス	オーストラリア	スウェーデン	オランダ	フランス	ドイツ
財源	税方式	税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
評価機関	National Institute for Health and Care Excellence	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Zorginstituut Nederland	Haute Autorité de Santé	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
設立年	1999年	1954年(※1)	2002年	1949年	2005年	2004年
人員	618名 (医薬品は9組織に分析を委託)	20名 (医薬品は6大学に分析を委託)	140名	400名	425名	231名
評価基準	2~3万ポンド (致死性疾患、終末期における治療の場合は5万ポンドまで許容)	4万5千~5万豪ドル(抗悪性腫瘍薬については75,000豪ドル) (公表はされていない)	50万~100万クローネ (公表はされていない)	1~8万ユーロ (疾患により変動)	公表されていない	公表されていない
評価結果の活用方法(※2)	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる(※3)
品目選定数	56件 (2018/2019で公表されたTAのガイダンス数)	86件 (2018/2019でPBACに申請されたMajor submission数)	40~60品目 (年間評価品目数)	32件 (2016年の企業からの申請数)	19件 (2018年の評価品目数)	なし
(備考)	医薬品アクセス制限への反発を受けて、以下の仕組みを導入 ・Patient Access Scheme(2009年~) ・Cancer Drug Fund(2011年~)	評価の結果、償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・リスク共有スキーム(※4)	評価の結果、不確実性のため償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・Managed entry agreements(2014年に既存の条件付き償還の制度を改定)	—	—	—

※1 費用対効果の評価の開始は1993年。

※2 算出された増分費用効果比(ICER)を価格に反映させる具体的な方法を公表している国はない。

※3 ドイツでは企業との価格交渉が合意に至らない場合に、必要に応じて費用対効果評価を実施することとしているが、これまでに実施した例はない。

※4 保険者と企業の間で取り決めを行い、企業が価格引下げや薬剤費の一部を負担する等により、償還が認められるスキーム。

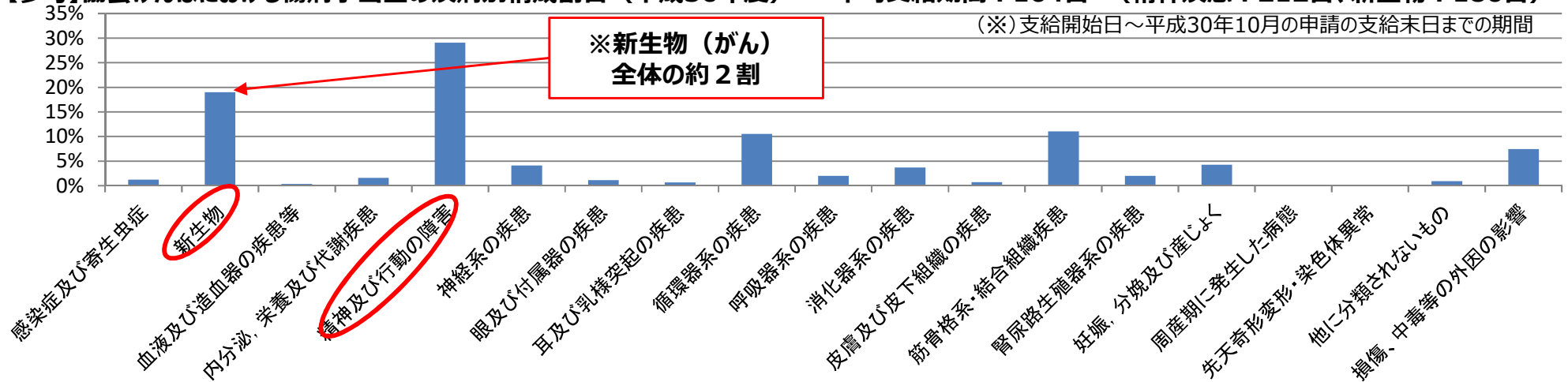
傷病手当金について

傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による療養のため業務に服することができないときは、その業務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から業務に服することができない期間、支給される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、 支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間
支給額	1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の 3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給） 。 <small>（※）国共済・地共済は、標準報酬の月額平均額の22分の1に相当する額の3分の2に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の1に相当する額の100分の80に相当する額</small> なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数 (平成29年度)	約190万件（被用者保険分）うち協会けんぽ110万件、健保組合70万件、共済組合10万件 <small>（※）平成29年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ1件の支給として計算。</small>
支給金額 (平成29年度)	約3600億円（被用者保険分）うち協会けんぽ1900億円、健保組合1500億円、共済組合200億円

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（平成30年度）

平均支給期間：164日（精神疾患：212日、新生物：180日）



傷病手当金の継続給付の概要

○ 資格喪失時に受けていた傷病手当金について、一年以上被保険者であった者については、資格喪失後も、同一の保険者から傷病手当金を継続して受給できることとなっている。

※ 出産手当金等の現金給付にも同様の仕組みがある。

支給要件

- ・被保険者の資格を喪失した日の前日までに一年以上被保険者であったこと
- ・資格喪失時において、傷病手当金の支給を受けていること
- ・継続して受給していること

支給額

- ・受給している傷病手当金の額
- ※1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する金額。

支給される期間

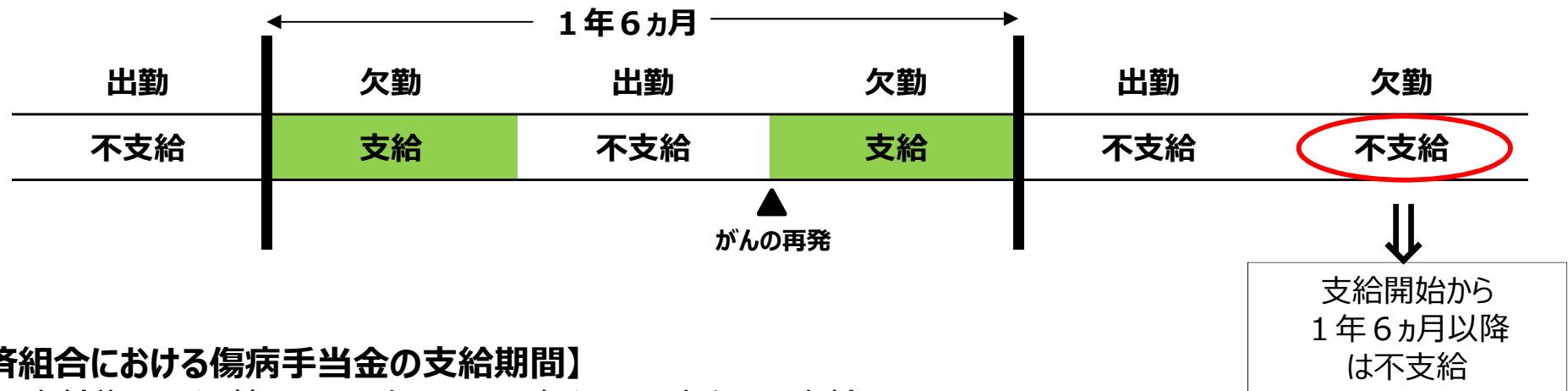
- ・被保険者として受けることができるはずであった期間
- ※例えば、資格喪失前に6か月傷病手当金を受給している場合、受給できる期間は残り1年。

傷病手当金の支給期間について

- 健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して1年6か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、1年6か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
- 一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して1年6か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

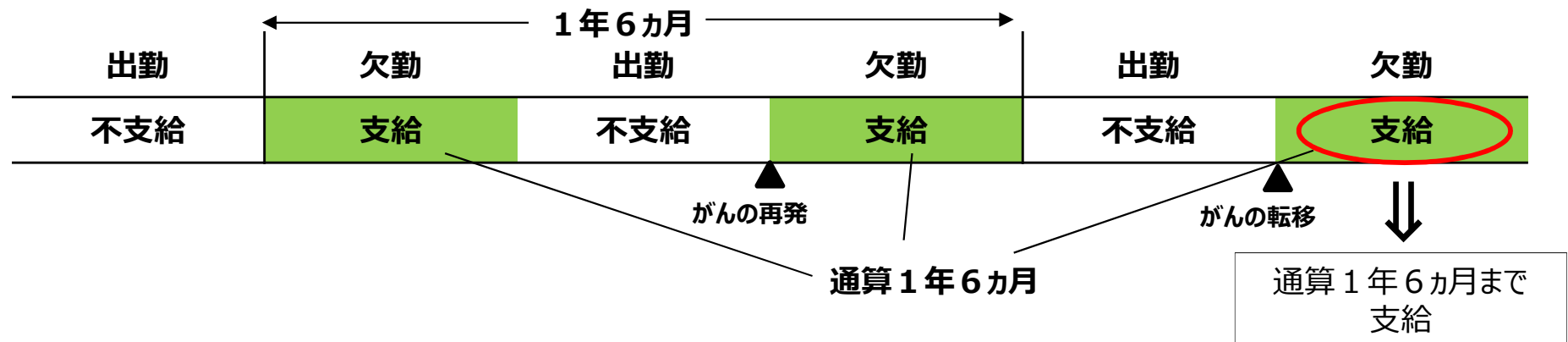
【健康保険における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給開始から1年6か月を経過する時点まで支給（1年6か月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



【共済組合における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給期間を通算して、1年6か月を経過した時点まで支給。



がん対策推進基本計画（第3期）（平成30年3月9日閣議決定）

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題(サバイバーシップ支援)

① 就労支援について

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24(2012)年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢でがん罹患している。また、平成14(2002)年において、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成24(2012)年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人に増加しており、就労可能年齢でがん罹患している者の数は、増加している。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.9%(平成12(2000)年～平成14(2002)年)、58.9%(平成15(2003)年～平成17(2005)年)、62.1%(平成18(2006)年～平成20(2008)年)と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

(イ) 職場や地域における就労支援について

(現状・課題)

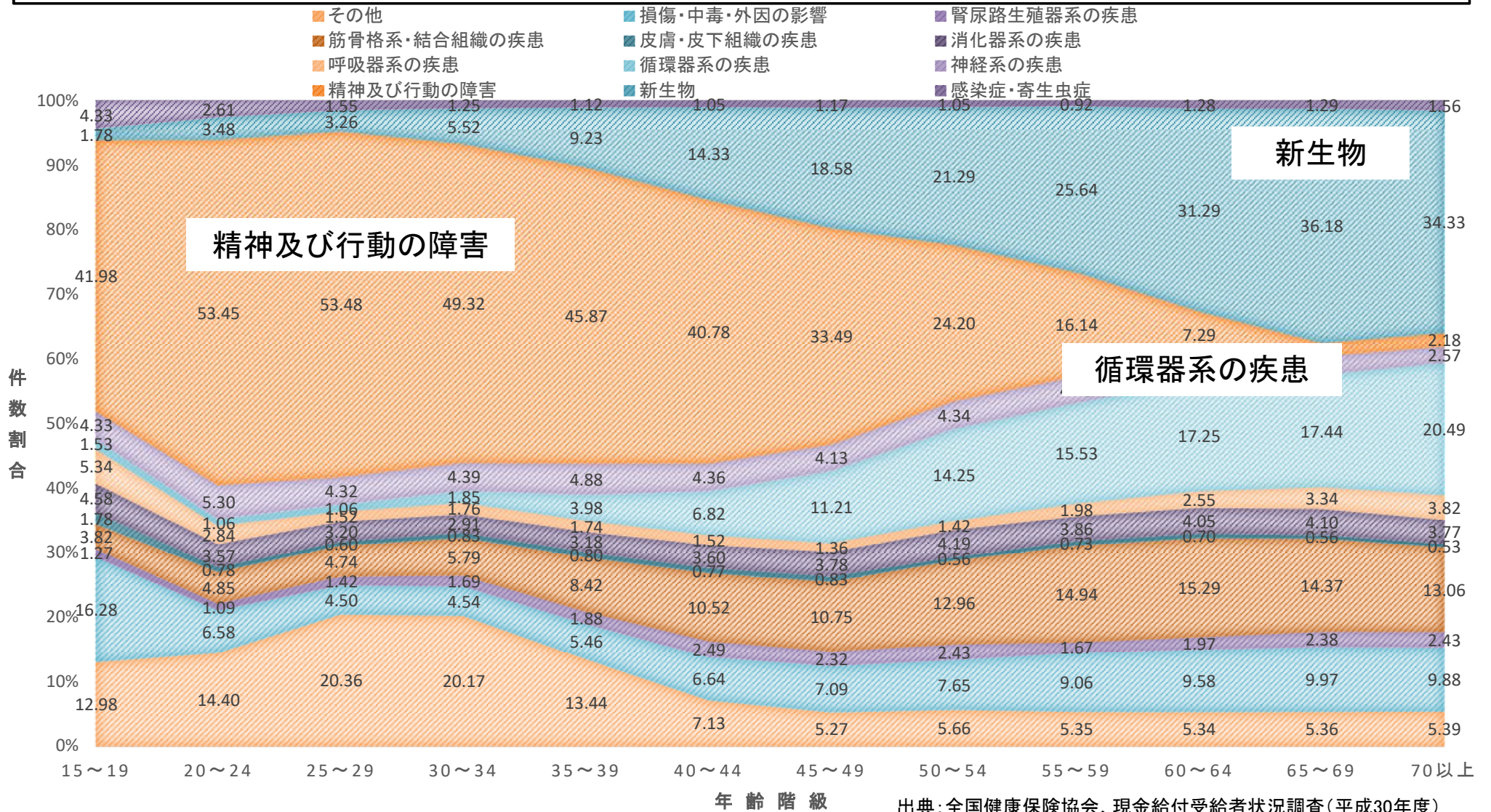
(略) 傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

(略) 国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

傷病手当金の年齢別・疾病別構成割合（協会けんぽ）

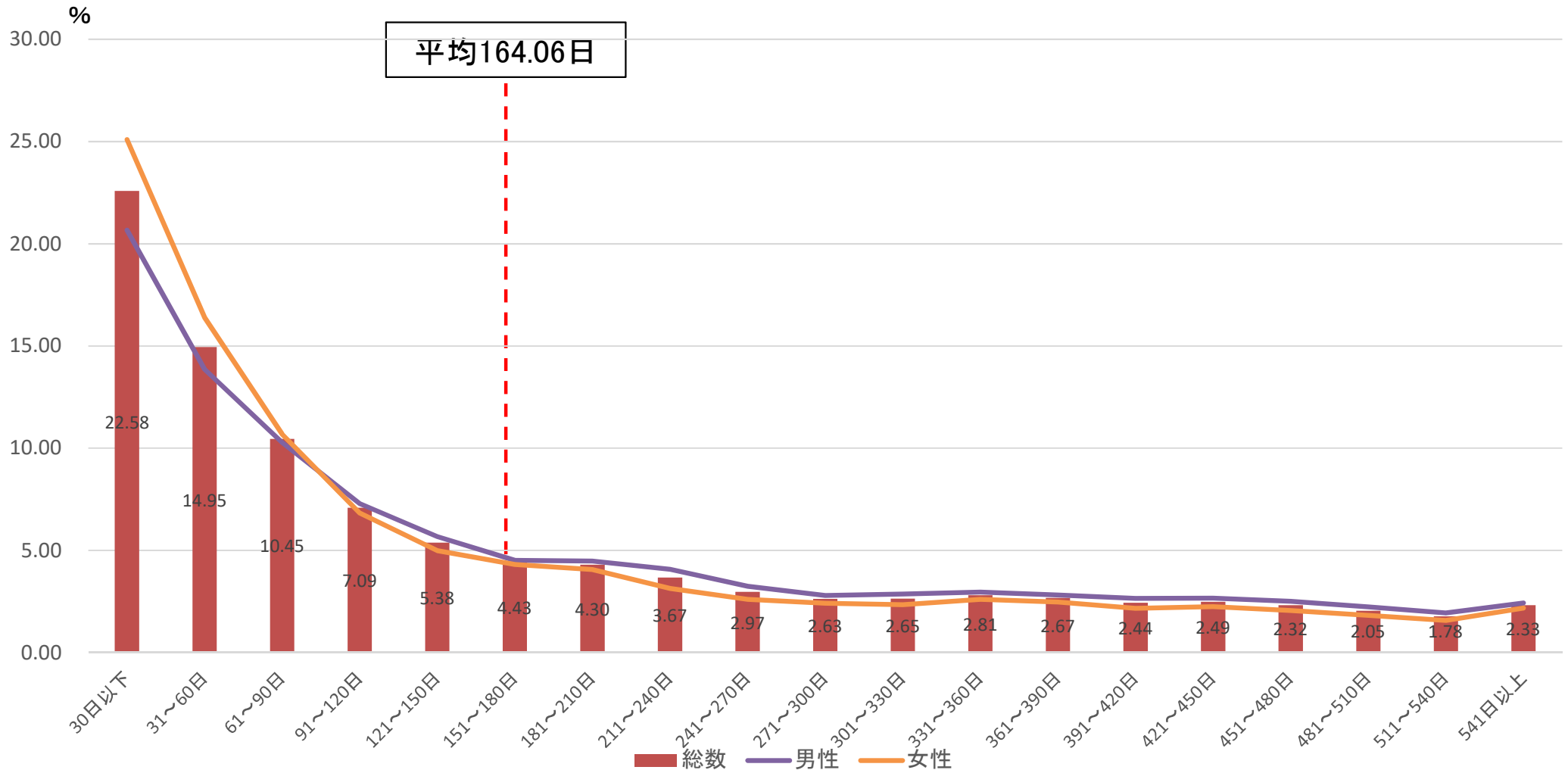
○ 年齢階級別にみた傷病手当金の傷病別の件数割合について、協会けんぽのデータをみると、「精神及び行動の障害」の割合は、55歳未満の階級では最も割合が高く、年齢階級が高くなるほど減少。「新生物」の割合は、年齢階級が高くなるほど増加し、55歳以上では最も割合が高い。



出典：全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査(平成30年度)

傷病手当金の支給期間の分布（協会けんぽ）

- 傷病手当金の支給期間(※)について、協会けんぽのデータを見ると、
- ・平均支給期間は約164日(男性172.96日、女性151.42日)となっており、
 - ・全体の支給件数に占める割合は、30日以下は23%、90日以内は48%となっている。
- (※) 支給開始日～平成30年10月の申請の支給末日までの期間

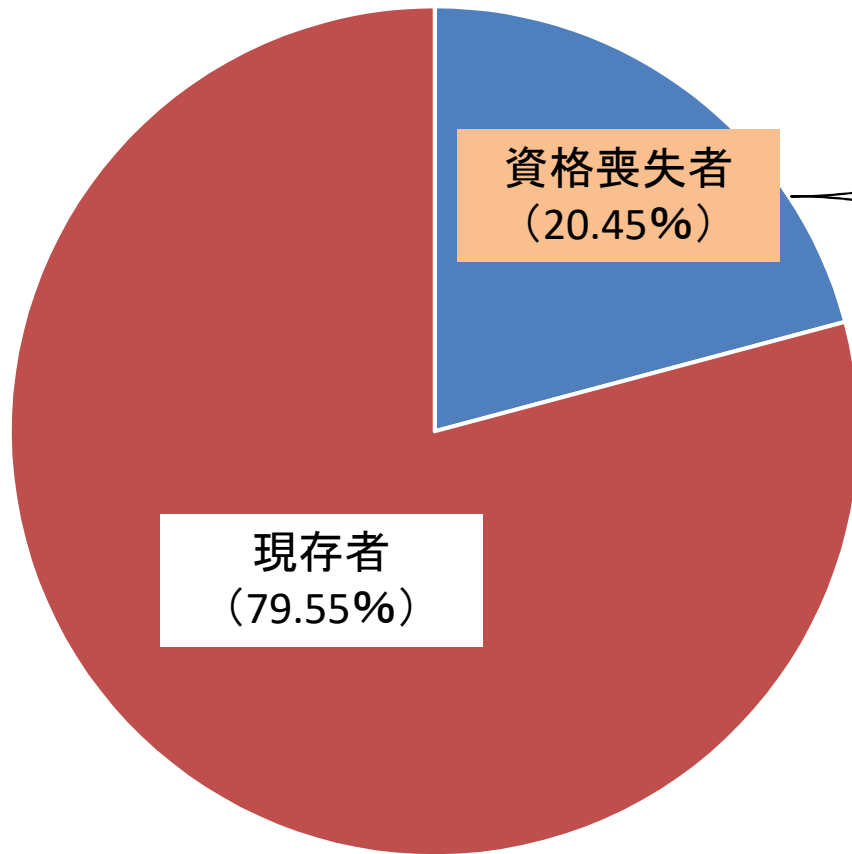


(出典) 全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査(平成30年度)

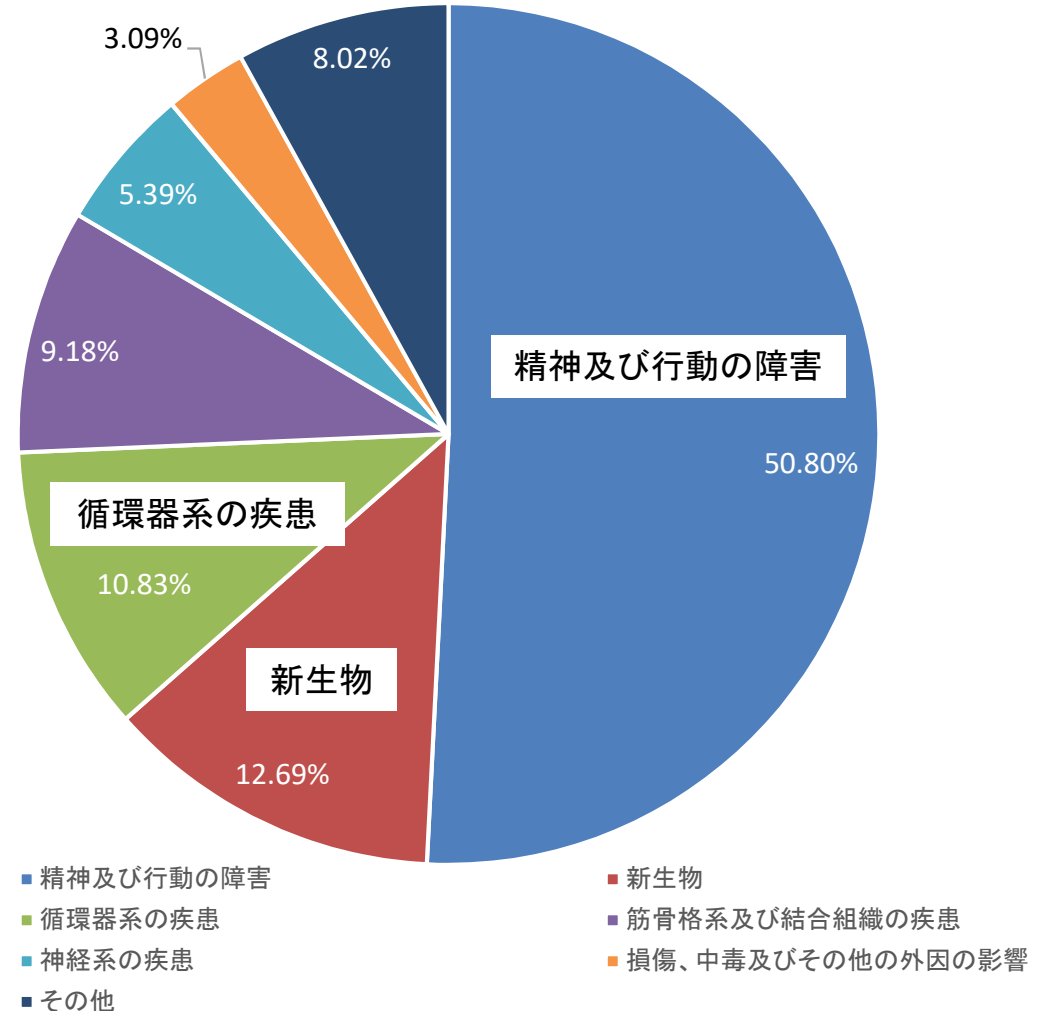
傷病手当金の継続給付の支給状況（協会けんぽ）

- 協会けんぽにおける傷病手当金の支給件数のうち、資格喪失者に対する継続給付は全体の約20%。
- 資格喪失者の傷病別構成割合は、「精神及び行動の障害」(51%)、「新生物」(13%)、「循環器系の疾患」(11%)の順で多くなっている。

傷病手当金支給件数の割合



資格喪失後継続給付傷病別構成割合



任意継続被保険者制度について

任意継続被保険者制度の概要

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(任意継続被保険者制度の概要)

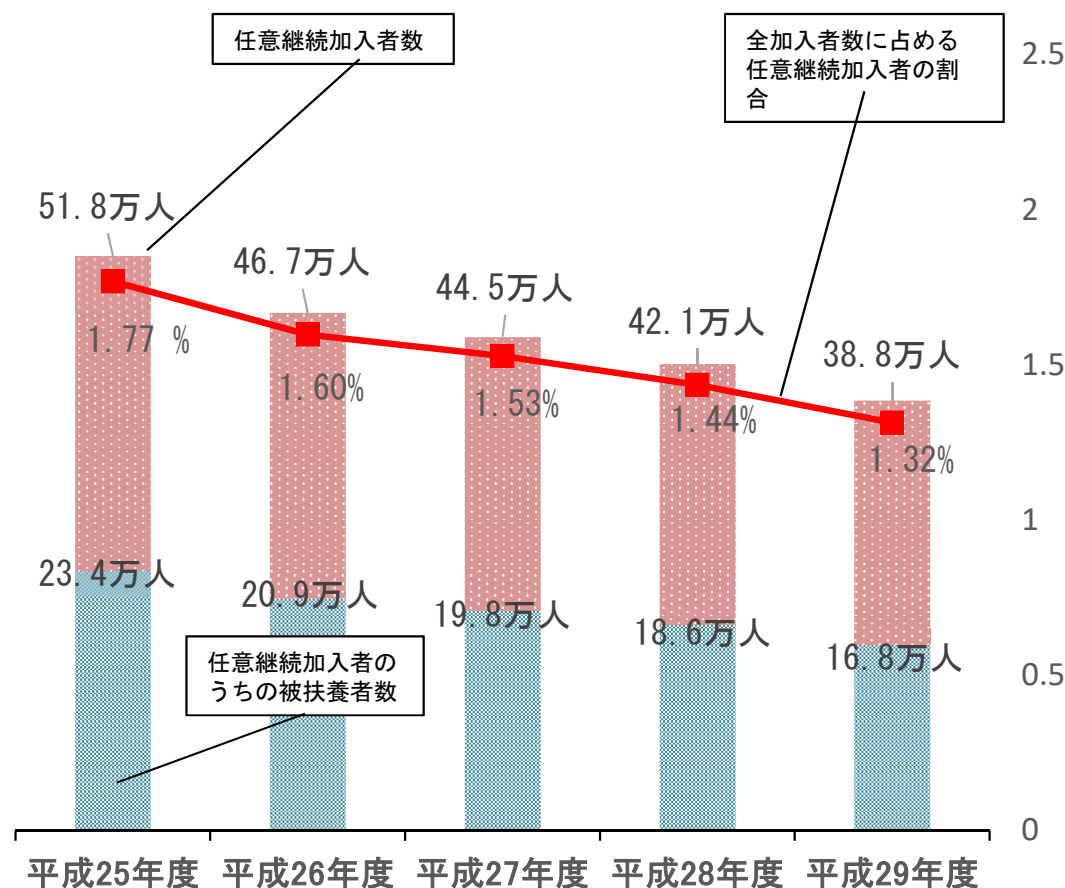
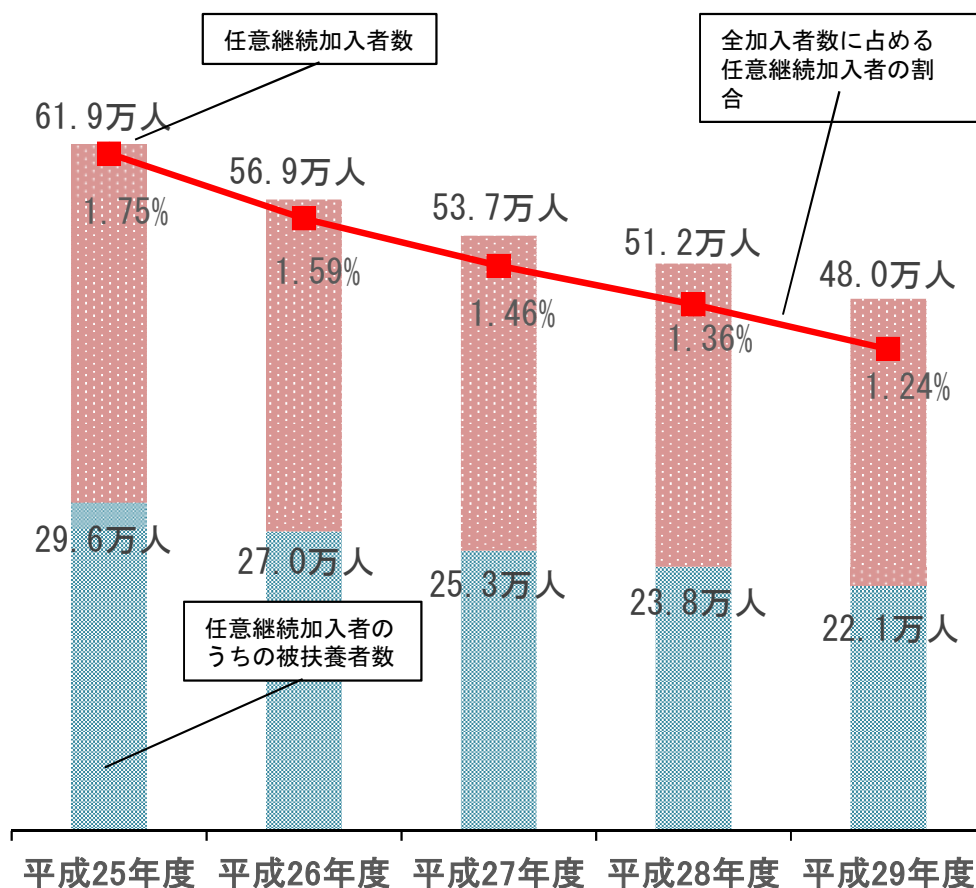
<p>加入要件 (勤務期間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
<p>資格喪失事由</p>	<ul style="list-style-type: none"> 任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき 死亡したとき 保険料を納付期日までに納付しなかったとき 被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
<p>保険料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全額被保険者負担(事業主負担なし) ①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額 ※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>

任意継続加入者数の推移

○ 平成25年度から平成29年度までにかけて、協会けんぽ及び健保組合の任意継続加入者（被扶養者を含む。）の数は減少傾向にあり、平成29年度は約87万人となっている。

(協会けんぽ)

(健保組合)



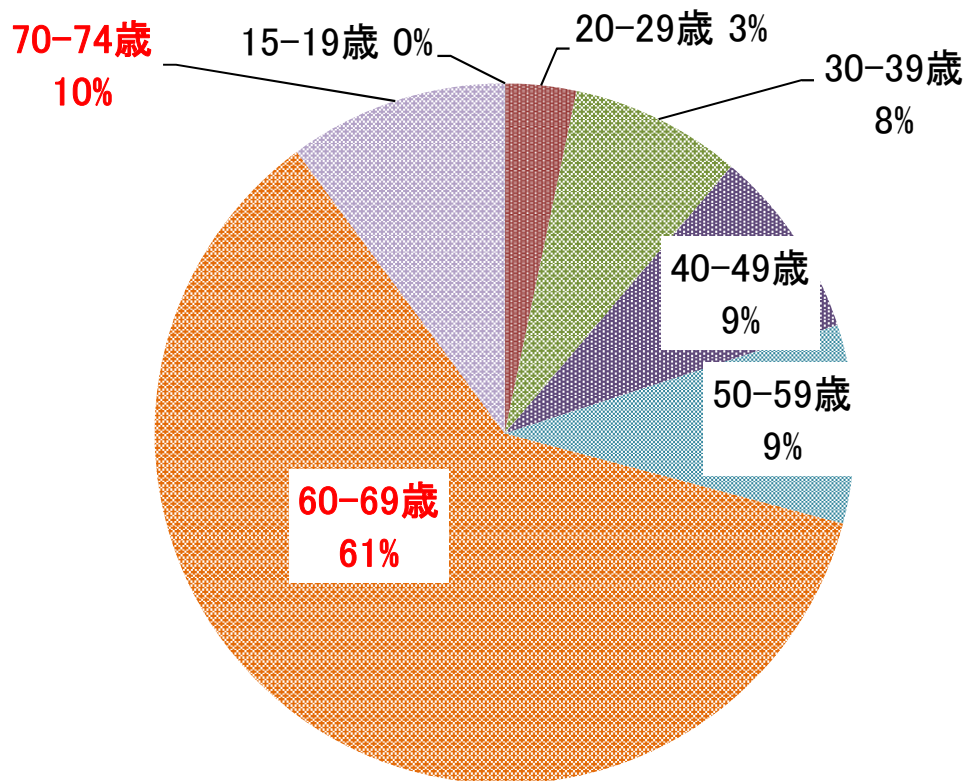
※1 協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く
 ※2 数字は単年度平均

(出所) 健康保険・船員保険事業年報(平成25年度～平成29年度)

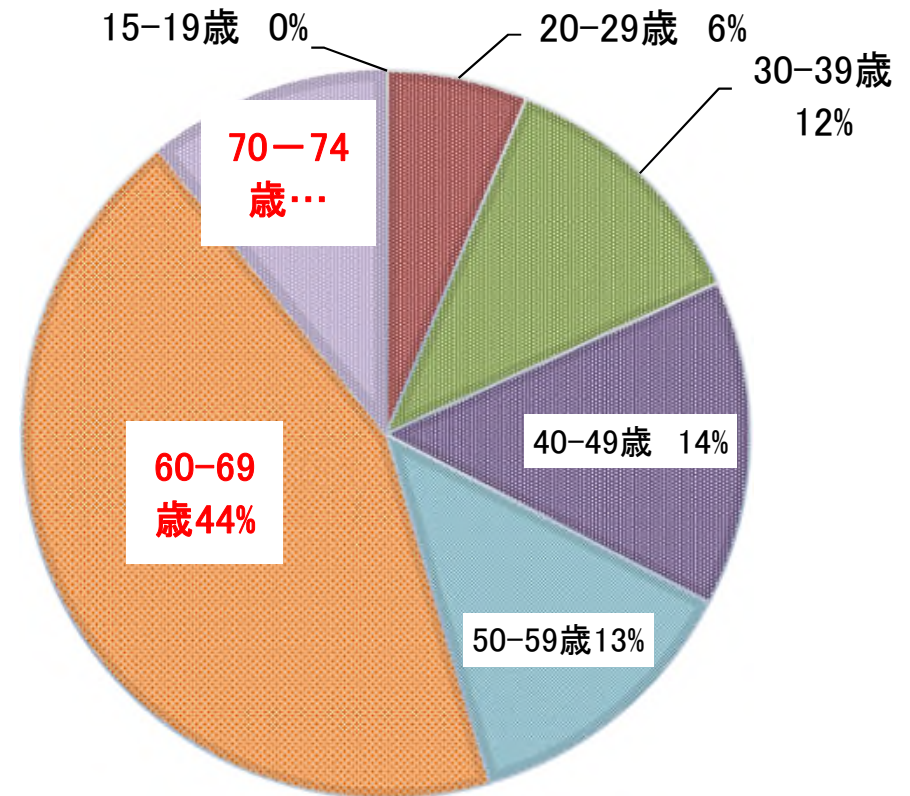
協会けんぽにおける任意継続被保険者の年齢構成の推移

- 任意継続被保険者の年齢構成をみると、近年は若年層が増加しているが、60歳以上の者が全体の約5割を占めている。
- 60歳以上の者の割合は約7割(平成25年度)から約5割(平成30年度)に減少している。

(平成25年度)



(平成30年度)



年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74	計
任意継続被保険者数(人)	91	9,776	23,728	26,301	27,470	182,056	30,356	299,778

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成26年3月時点)

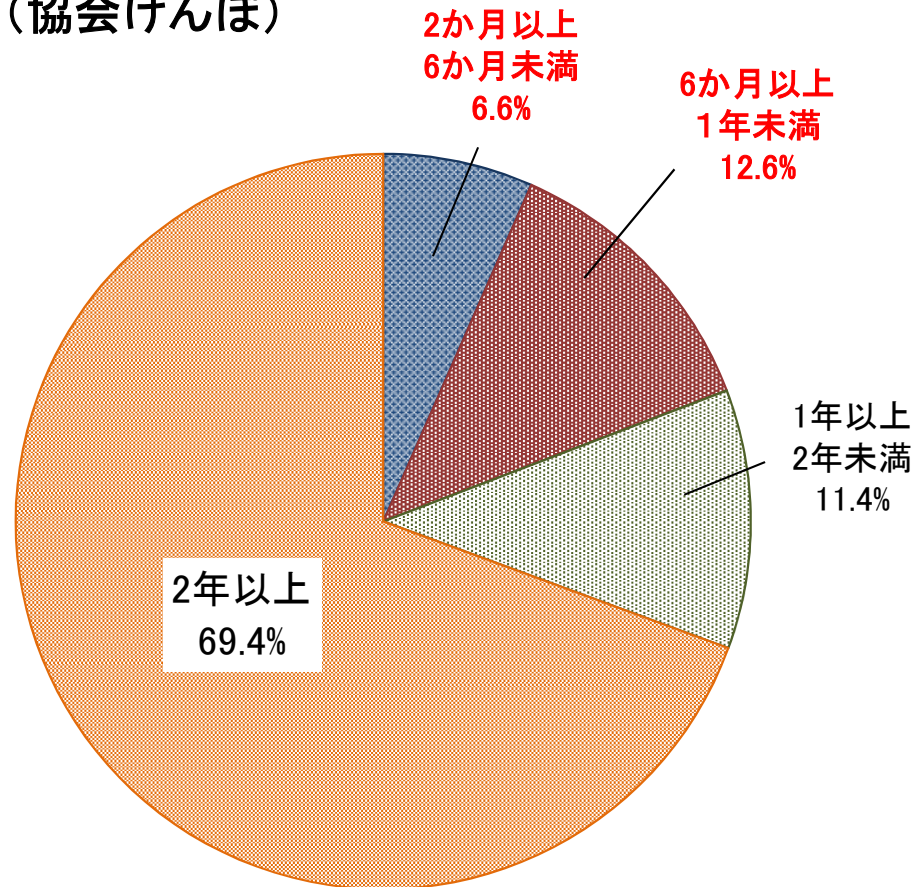
年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74	計
任意継続被保険者数(人)	142	15,392	29,251	35,566	31,392	107,822	26,524	246,089

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成31年3月時点)

任意継続被保険者の勤務期間

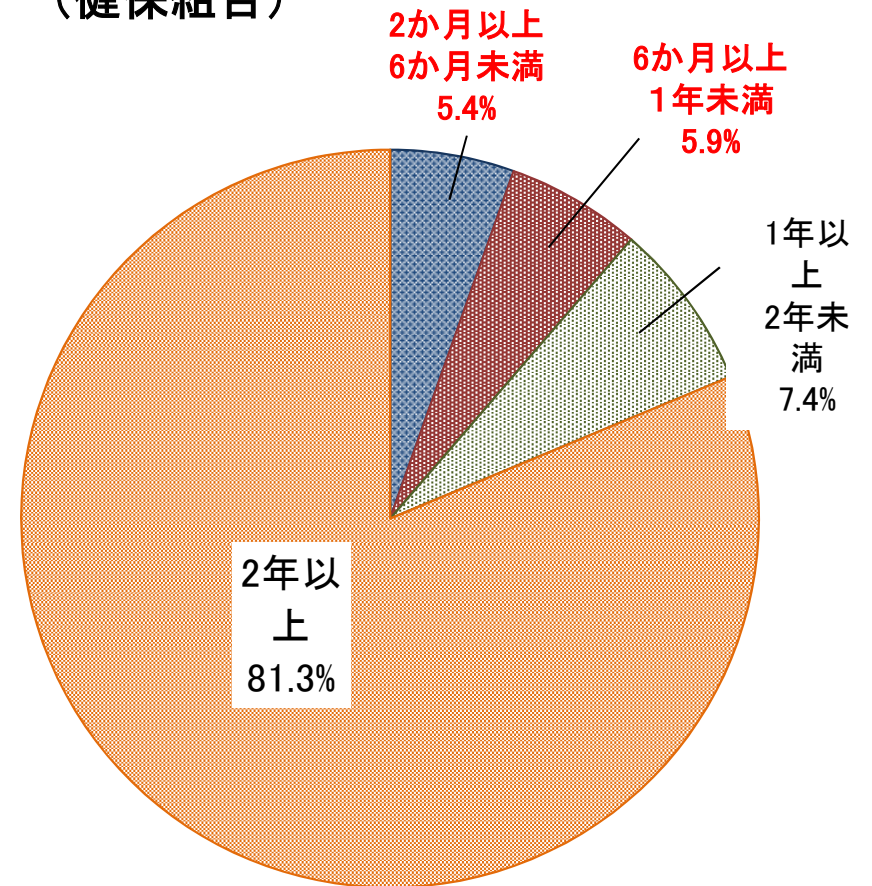
○ 任意継続被保険者の勤務期間は、協会けんぽは2割、健保組合は1割の者が2ヶ月以上1年未満となっている。

(協会けんぽ)



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成25年度)

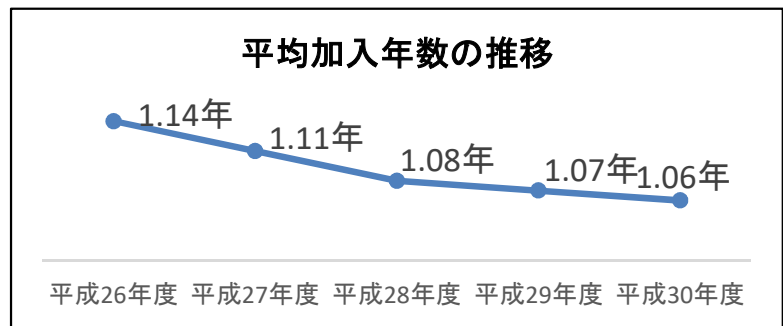
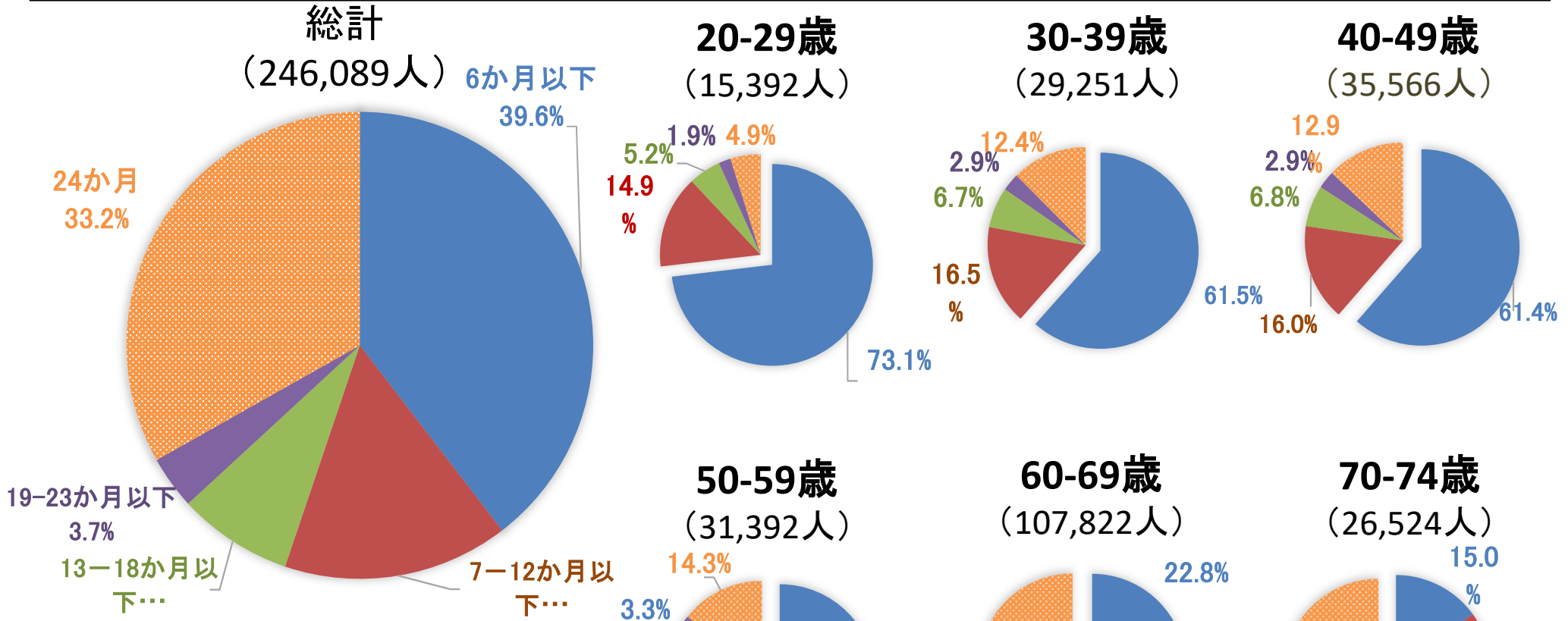
(健保組合)



(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)(平成25年度)

年代別の任意継続被保険者制度加入期間

- 60歳未満までは加入期間6カ月以下が5割以上を占めており、60歳以降は加入期間2年間が約5割以上を占めている。
- 平均加入年数は年々減少傾向にある。



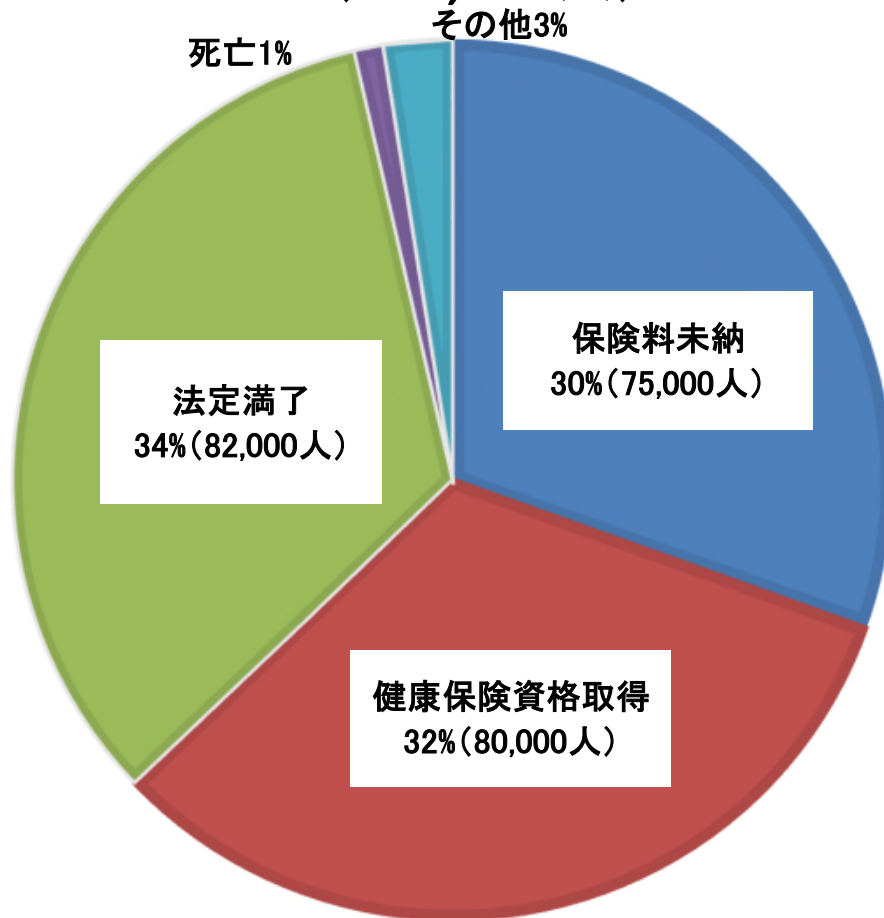
平成31年3月末時点
(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

任意継続被保険者制度の資格喪失理由

- 平成30年度における任意継続被保険者制度の資格喪失理由は法定満了が34%、次いで健康保険等の資格取得が32%、保険料未納が30%となっている。
- 現行では、自主的に任意継続被保険者から外れることができない制度となっている。

資格喪失理由(平成30年度)

(246,089人)



(参照条文)

○健康保険法(大正11年法律第70号)(抄)

(任意継続被保険者の資格喪失)

第三十八条 任意継続被保険者は、次の各号のいずれかに該当するに至った日の翌日(第四号から第六号までのいずれかに該当するに至ったときは、その日)から、その資格を喪失する。

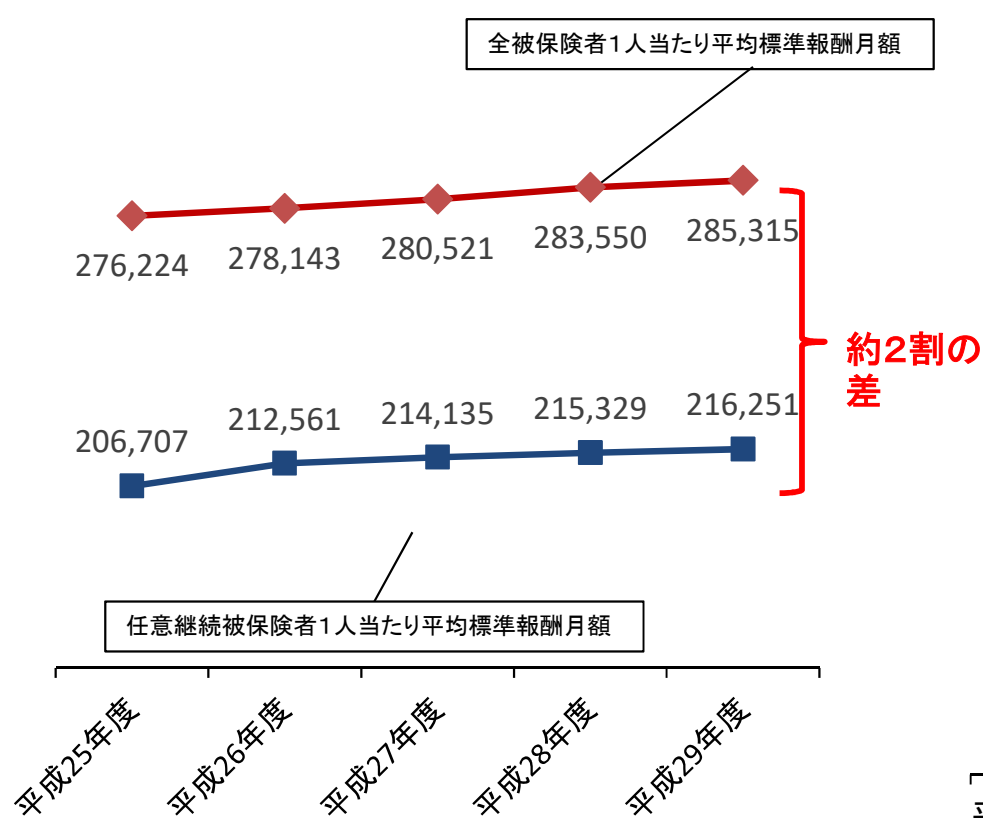
- 一 任意継続被保険者となった日から起算して二年を経過したとき。
- 二 死亡したとき。
- 三 保険料(初めて納付すべき保険料を除く。)を納付期日までに納付しなかったとき(納付の遅延について正当な理由があると保険者が認めたときを除く。)
- 四 被保険者となったとき。
- 五 船員保険の被保険者となったとき。
- 六 後期高齢者医療の被保険者等となったとき。

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

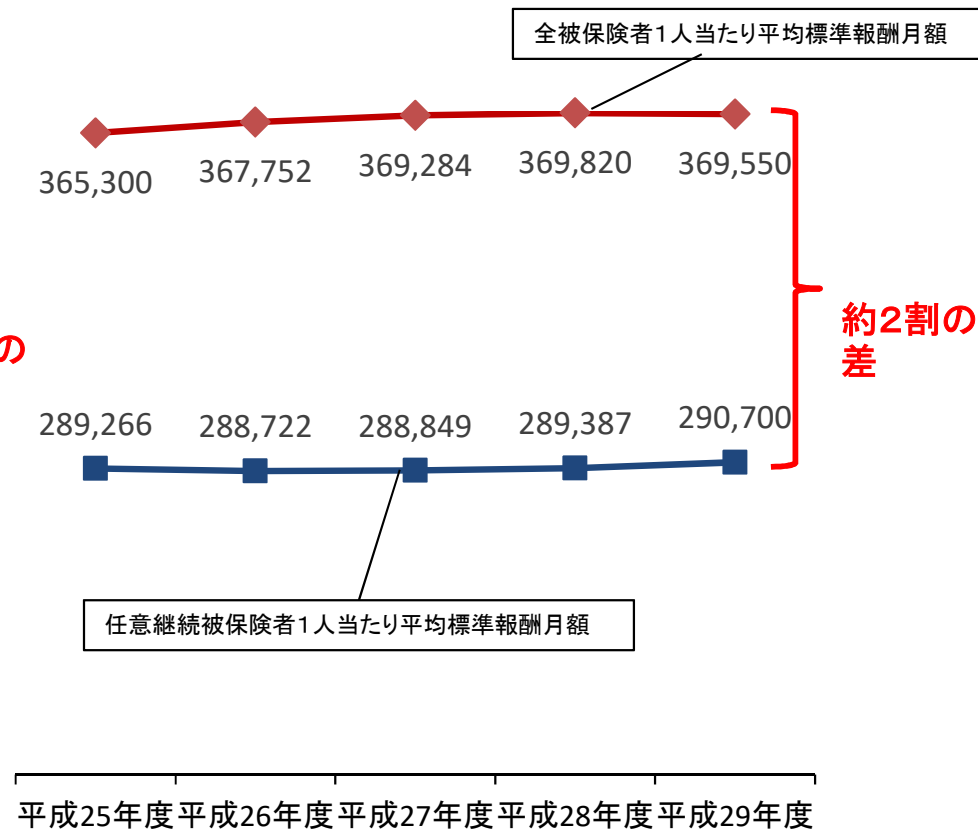
任意継続被保険者と一般被保険者の平均標準報酬月額と比較

- 任意継続被保険者の標準報酬月額は①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額となるため、全被保険者の平均標準報酬月額を下回ることとなる。
 - 任意継続被保険者1人当たり平均標準報酬月額は、全被保険者(※)の約8割の水準となっている。
- (※) 任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

(協会けんぽ)



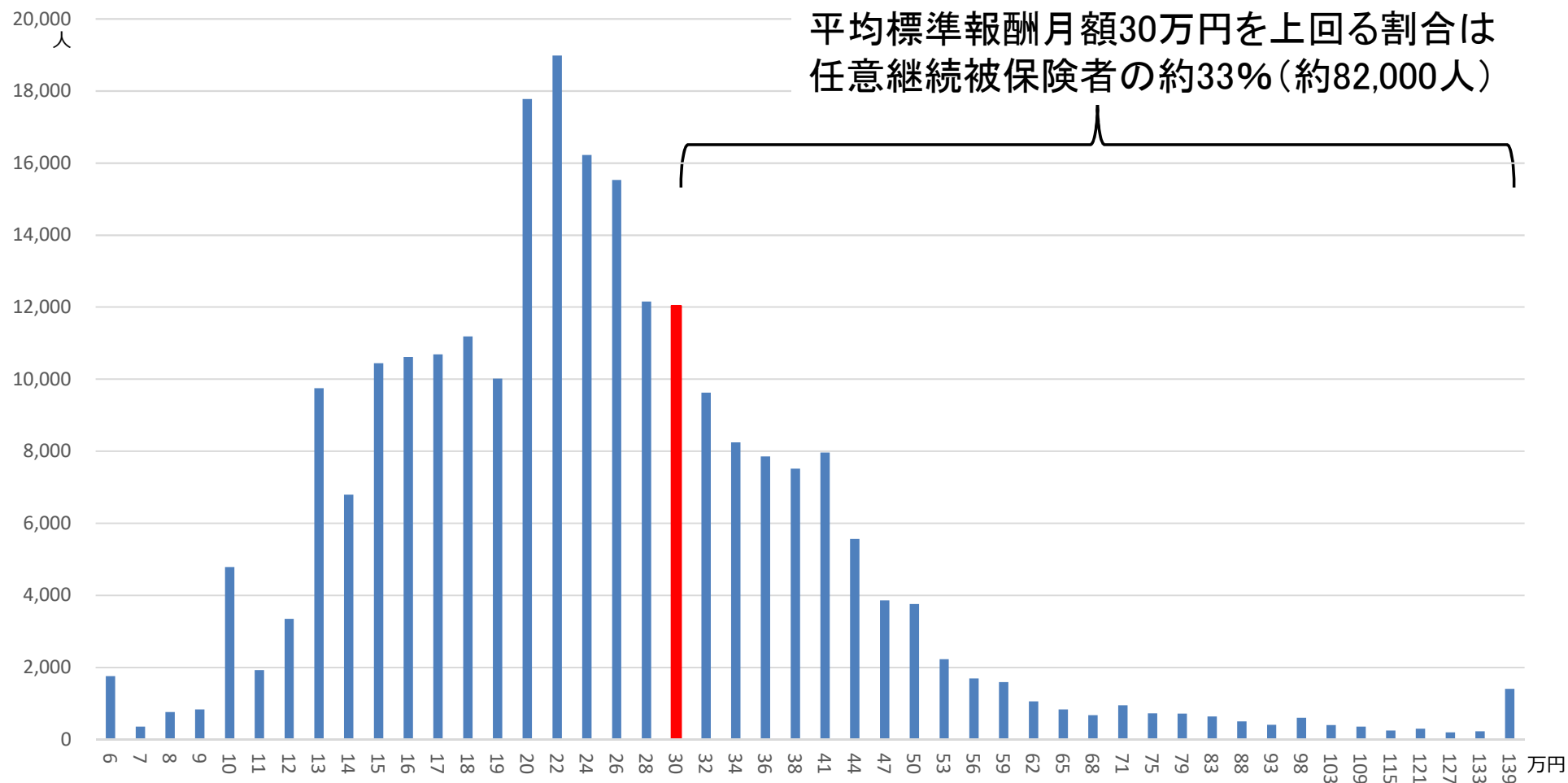
(健保組合)



(出所) 健康保険・船員保険事業年報 (平成25年度～平成29年度)

協会けんぽにおける任意継続被保険者の標準報酬月額分布

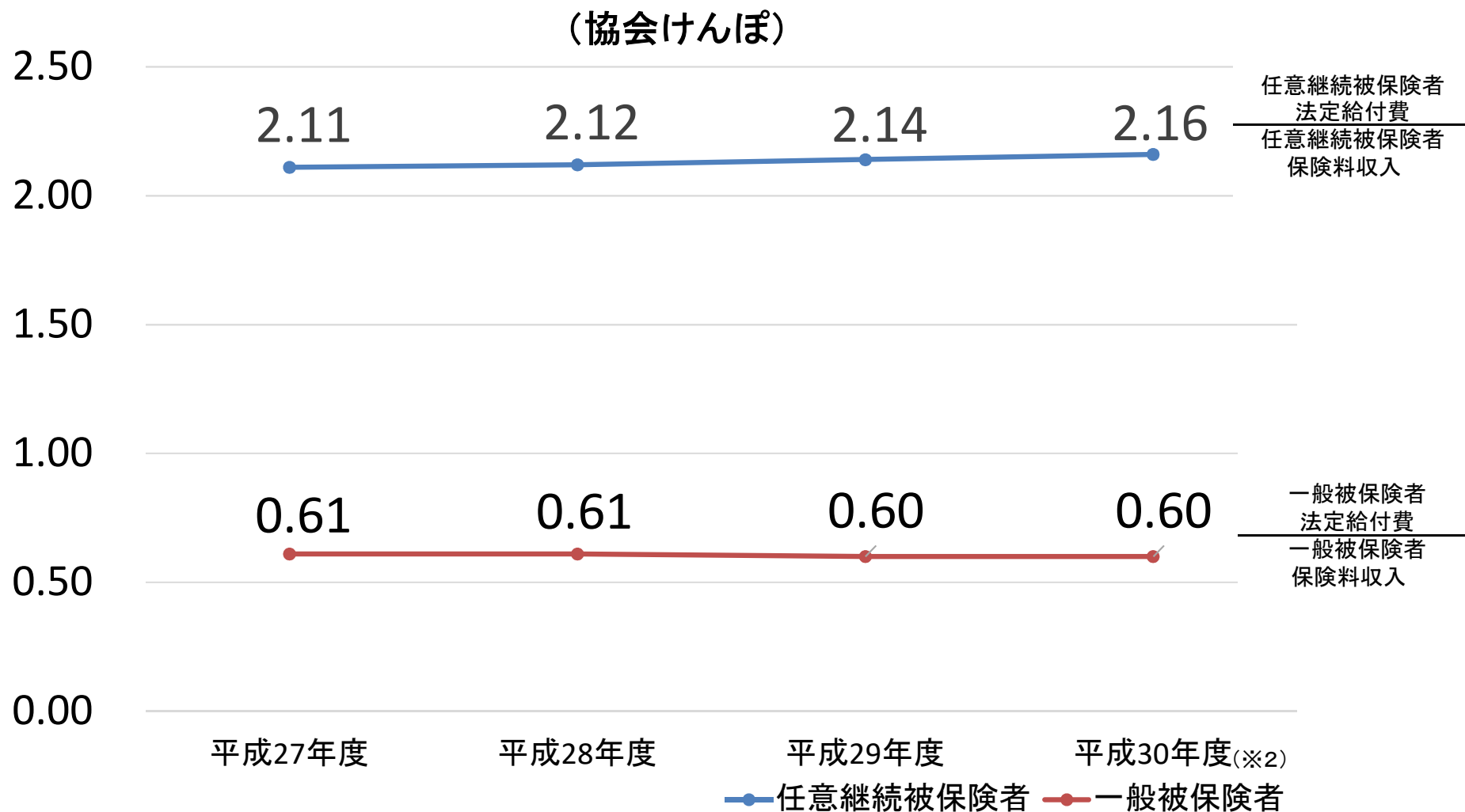
○ 協会けんぽの被保険者の平均標準報酬月額は30万円であり、退職時の標準報酬月額がこれを上回る場合には、被保険者は30万円に保険料率を乗じた額を保険料として負担することとなる。



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

任意継続被保険者に係る保険料収入に占める法定給付費の割合

○ 協会けんぽにおける平成30年度の保険料収入に占める法定給付費(※1)の割合は、任意継続被保険者では約2.2倍、全加入者では約0.6倍となっている。



(※1)法定給付費は、療養の給付、出産育児一時金、傷病手当金、高額療養費等を含み、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金は含まない。

(※2)現時点見込み額
(出所)協会けんぽ事業年報及び協会けんぽの調査に基づき作成

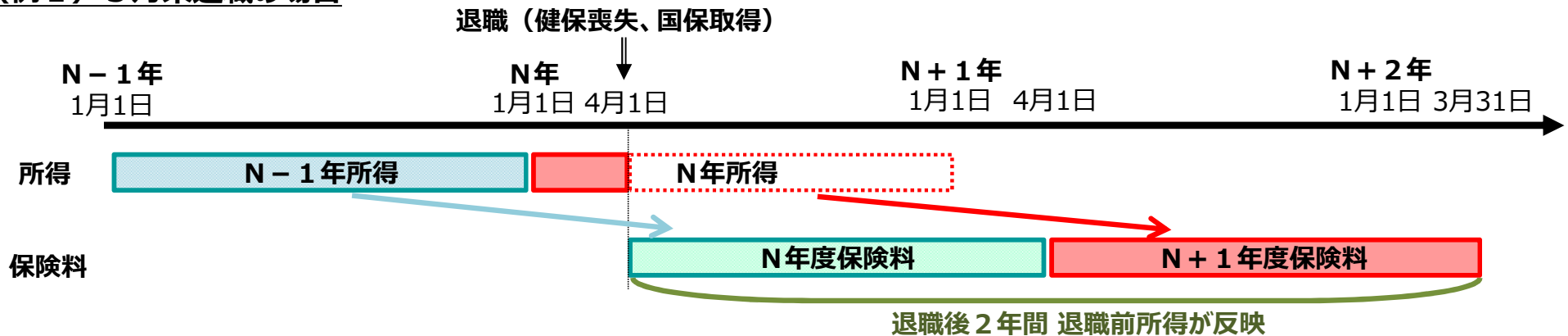
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

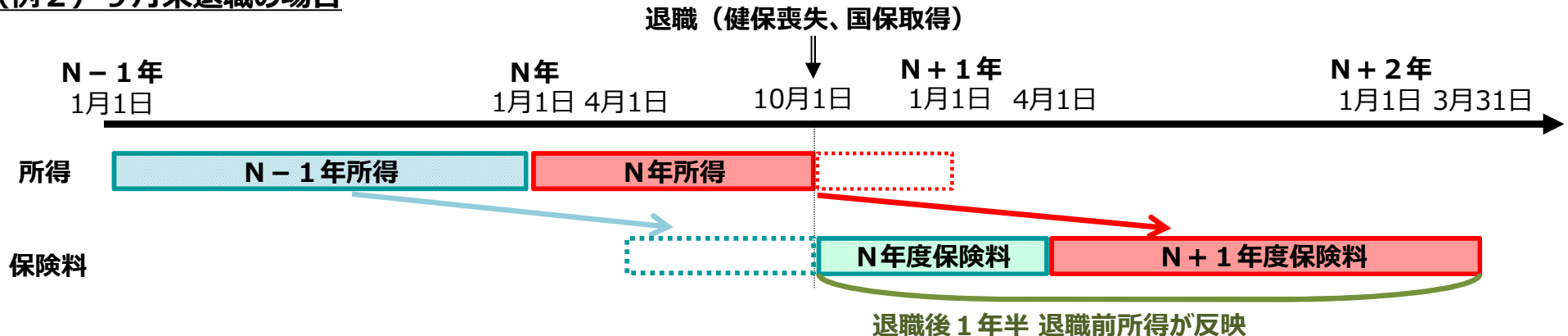
※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合



メーカー		
株式会社 富士通マーケティング	パナソニックシステム ソリューションズジャパン 株式会社	株式会社 アルメックス
商品名/製品型番		
「Caora」 (PD-CA01)	顔認証付きカードリーダー (XC-STFR1J-MN)	「Sma-paマイナタッチ」 ・CPS-100G(スペースグレイ) ・CPS-100W(ホワイト)
商品画像		
		 ※色違い2種
配送時期		
令和3年2月頃配送	令和3年2月から3月上旬頃配送	令和2年12月末頃配送
保守関連		
納品より5年間の後出しセンドバック修理を標準同梱 ※先出しセンドバック修理へ変更可能（別途有償サービス（15,000円/台）：下記掲載の製品情報ページにて販売） 【修理期間】 サポートセンターへご連絡後、故障品の修理センター到着より5営業日以内出荷目標 【保守対象期間について、以下の通り】 ・2021年3月31日迄納品分：納品日～2021年3月31日+5年間 ・2021年4月1日以降納品分：納品日から5年間 【留意事項】 お客様の瑕疵（落下、水損、故意の破損等）においては修理対応外	製品販売から5年間当該機器及び機能の無償保証（センドバック無償修理） ただし、以下の場合は原則として有料修理対応 ・使用上の誤り及び不当な改造 ・お買い上げ後の移設・輸送・落下などによる故障及び損傷 ・天災地変及び公害、塩害、ガス外、異常電圧、指定外の使用電源などによる故障及び損傷 ・お客様のご使用環境や対象機器の維持・管理方法に起因した故障及び損傷 ・消耗または摩耗した部品交換の場合	ハードウェア保守・製品販売から18ヶ月間当該機器及びその機能の保証無償 ただし、無償保証期間終了後は別途有償（月額2,500円）での対応、センドバック（新品同等品交換対応） ※利用者様側の過失による故障以外はフルメンテナンス対応
特長		
・照明の影響を受けづらい構造（洞窟構造で、直射日光や照明の差し込みによるカードの読取りエラーを防止） ・画面表示とブザーでマイナンバーカードの取り忘れ通知 ・眼鏡やマスクをしていても、顔認証可能 ※マスク着用時の状態、マスクの色柄や形状、マイナンバーカードの写真が不鮮明などの場合、顔認証されない可能性あり ・1台のPCで複数台接続が可能（別途有償ライセンス（25,000円/台）：下記掲載の製品情報ページにて販売）	・手袋でも操作可能なタッチパネル ・カード置忘れ、表裏置き間違え通知機能 ・高品位の人物撮影をサポートするカメラ逆光補正機能 ・眼鏡/マスク着用時でも顔認証可能 ※写真が不鮮明、マスクを深く着用等、顔の特徴が十分に取れない場合を除く	・紙の公費医療券・各種証明書等（こども医療費受給者証や心身障害者医療費受給資格証等）OCR読取機能搭載 ※無償提供 ・抗菌仕様のタッチスクリーン ・音声ガイド可能 ・カード取り忘れ注意ブザーあり ・マスク着用時でも顔認証可能 ※条件による ・暗証番号入力画面においてランダム表示機能搭載 ・1台のPCで複数台接続が可能
寸法		
170mm x 230mm x 200mm (WxDxH)	160mm x 150mm x 280mm (WxDxH) (突起物、付属品除く)	354mm x 170mm x 139mm (WxDxH)
設置環境要件		
【設置スペース】 W170mm×D260mm×H200mm以上が確保できること ※顔撮影を妨げる遮蔽物がないこと 【照明環境】 顔面照度が150ルクスよりサポート	【設置スペース】 W160mm×D150mm×H280mm以上が確保できること 【照明環境】 顔面照度が100ルクス以上であること	【設置スペース】 W354mm×D170mm×H139mm以上が確保できること 【照明環境】 カードリーダー部分に直射日光があたらないこと
画面サイズ		
5インチ	7インチ なりすまし防止	8インチ
○	○	○
○	○	○
	のぞき見防止	
○	○	○

これまでの医療保険部会における 各委員の発言ポイント(オンライン資格確認関係)

これまでの医療保険部会における各委員の発言ポイント（オンライン資格確認関係）

○ 医療機関・薬局における利用環境の整備

- ・全ての医療機関等でオンライン資格確認が使えるよう利用環境の整備
- ・システム改修費等の費用負担への十分な支援
- ・現場での運用に混乱が生じないように周知徹底
- ・安全性の確保
- ・薬剤情報や特定健診情報の利活用への期待

○ マイナンバーカードの保険証としての利用

- ・利用者へメリットや留意点の周知徹底
- ・マイナンバーカードの普及促進
- ・従来の保険証も引き続き利用できることの周知

○ マイナンバーカードの保険証利用時における**公的個人認証（JPKI）にかかると手数料**

- ・マイナンバーカードの健康保険証利用を普及促進する為には、保険者負担とするべきではない