

第133回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年11月12日（木）
10時00分～12時30分
場所：TKP新橋カンファレンスセンター

（ 議 題 ）

1. 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について
2. 医療保険制度改革について
3. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
4. オンライン資格確認等システムの進捗状況について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について
資料2-1 後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について
資料2-2 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の
拡大について
資料2-3 薬剤自己負担の見直しについて
資料2-4 国民健康保険制度について
資 料 3 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
資 料 4 オンライン資格確認等システムの進捗状況について

参考資料 議題2に関する参考資料

- 委員提出資料1 佐野、安藤、藤原、藤井、石上委員提出資料
委員提出資料2 松原委員提出資料
委員提出資料3 森委員提出資料

第133回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年11月12日(木) 10:00～12:30

TKP新橋カンファレンスセンター ホール12E

○
速記

《オンライン参加委員》
一瀬委員(石橋参考人)
兼子委員
原委員
平井委員(西尾参考人)
藤原委員(井上参考人)

林委員○										○菅原委員
樋口委員○										○佐野委員
藤井委員○										○井深委員
前葉委員○										○石上委員
松原委員○										○池端委員
森委員○										○安藤委員
横尾委員○										○秋山委員
	○本後課長	○榎本審議官	○横幕審議官	○濱谷局長	○菊会会長代理池	○遠藤部会長	○須田課長	○姫野課長	○森田課長	○西岡課長
	○紀平管理官	○岡田室長	○山田室長	○井内課長	○荻原推進官	○山下課長	○大竹室長	○西澤室長(社会局)	○高宮政企画官(医政局)	○鈴木企画官
	○高医課	○総務課	○連携課	○小椋管理官	○田中室長	○新畑室長	○佐々木室長	○保険課	○医政局	○国保課
事務局席										

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年11月12日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
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	早稲田大学法学学術院教授
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)

医療保険制度における 新型コロナウイルス感染症の影響について

医療費の動向 令和2年4月～7月

医療費の動向（メディアス）の月次報告については、通常、厚生労働省のホームページ上での公表としているが、令和2年4月～6月は新型コロナウイルス感染症の影響により患者の受診動向等に大きな変化があったと考えられることから、10月14日に開催された部会においてその一部をご報告したところである。
7月についても、受診動向等の更なる変化を注視する観点から、その一部を報告する。

- 令和2年4月～7月の医療費の伸び（対前年同月比）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少となり、6月は▲2.4%の減少に留まったが、7月は▲4.5%と減少幅は拡大した。
- 診療種類別では、7月において、いずれの診療種別でも減少幅が拡大。
- 未就学者、医科診療所の小児科や耳鼻咽喉科が7月においても依然20%を超える減少となっており、一方で、都道府県間の減少幅の差異は縮小した。

（参考）

入院	：	4月に－6.5%、5月に－10.1%、6月に－4.0%、7月に－4.3%の減少
入院外	：	4月に－13.7%、5月に－15.4%、6月に－2.6%、7月に－5.8%の減少
歯科	：	4月に－15.3%、5月に－15.8%、6月に－0.2%、7月に－4.0%の減少
調剤	：	4月に－3.1%、5月に－8.7%の減少、6月に0.1%の増加、7月に－3.6%の減少

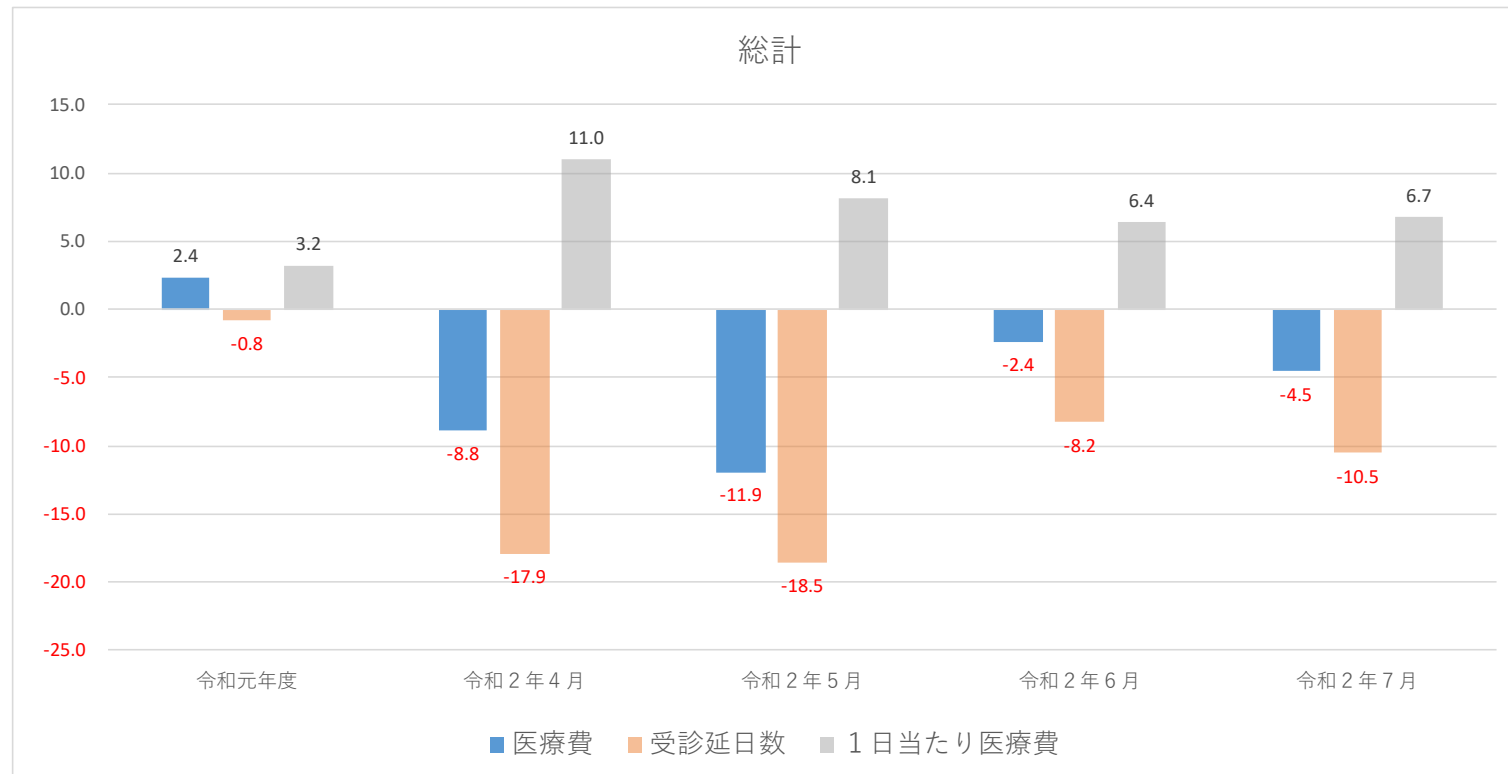
医療費の動向 令和2年4月～7月 ①概算医療費

- 令和2年4～7月の医療費の伸び（対前年同月比、以下同じ）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少となり、6月は▲2.4%の減少に留まったが、7月は▲4.5%と減少幅は拡大した。
- 受診延べ日数の伸びは4～5月は▲18～19%程度減少、6月は▲8.2%と減少幅は縮小したが、7月は▲10.5%と拡大。
- 1日当たり医療費の伸びは4～7月を通じてプラスで推移。

■ 総計の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医療費	2.4	-8.8	-11.9	-2.4	-4.5
受診延日数	-0.8	-17.9	-18.5	-8.2	-10.5
1日当たり医療費	3.2	11.0	8.1	6.4	6.7



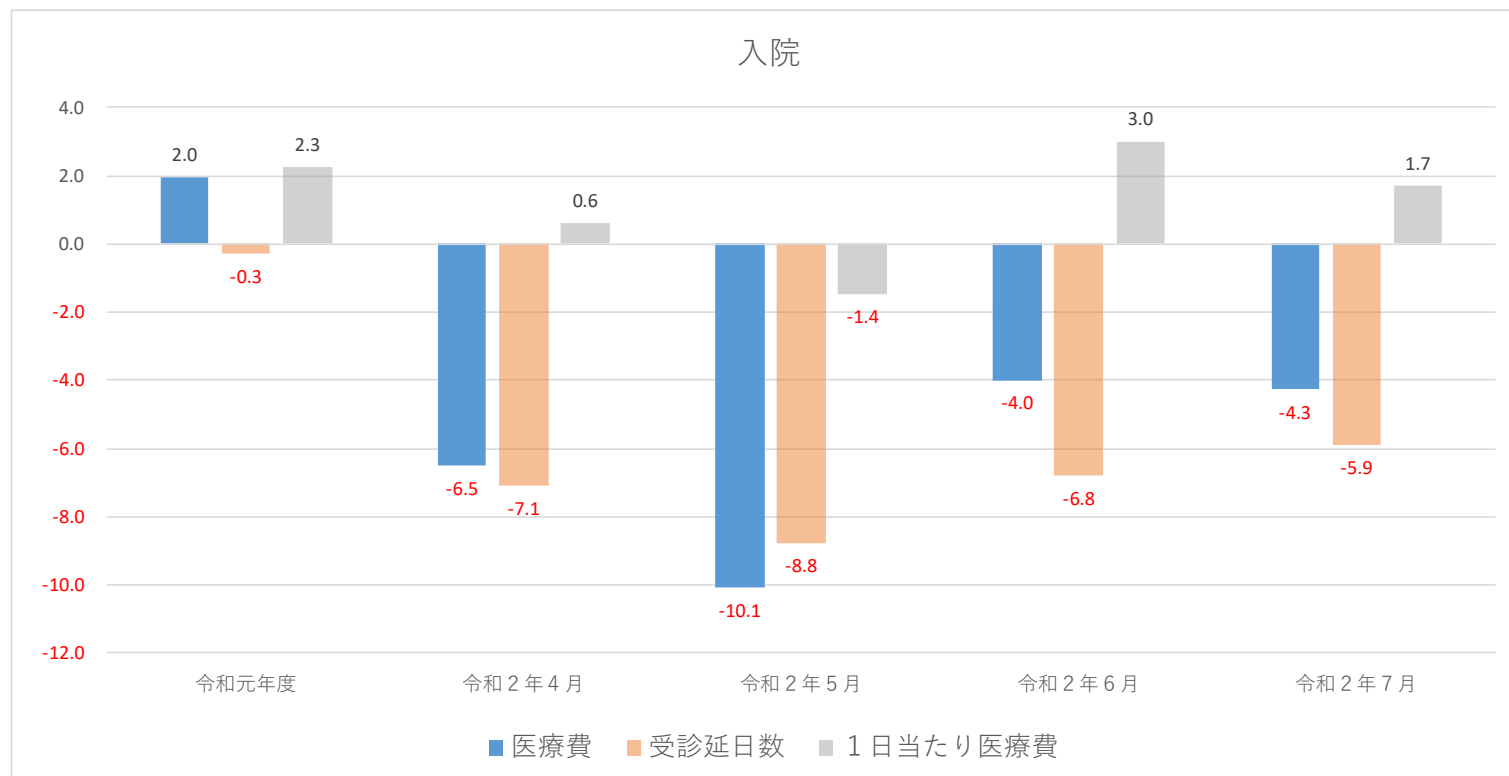
医療費の動向 令和2年4月～7月 ②－1 診療種別（入院）

- 入院医療費は、7月は▲4.3%と6月と同程度の減少。
- 受診延べ日数の伸びは4～7月を通じてマイナスで推移。1日当たり医療費は5月のみ減少している。

■ 入院の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医療費	2.0	-6.5	-10.1	-4.0	-4.3
受診延日数	-0.3	-7.1	-8.8	-6.8	-5.9
1日当たり医療費	2.3	0.6	-1.4	3.0	1.7



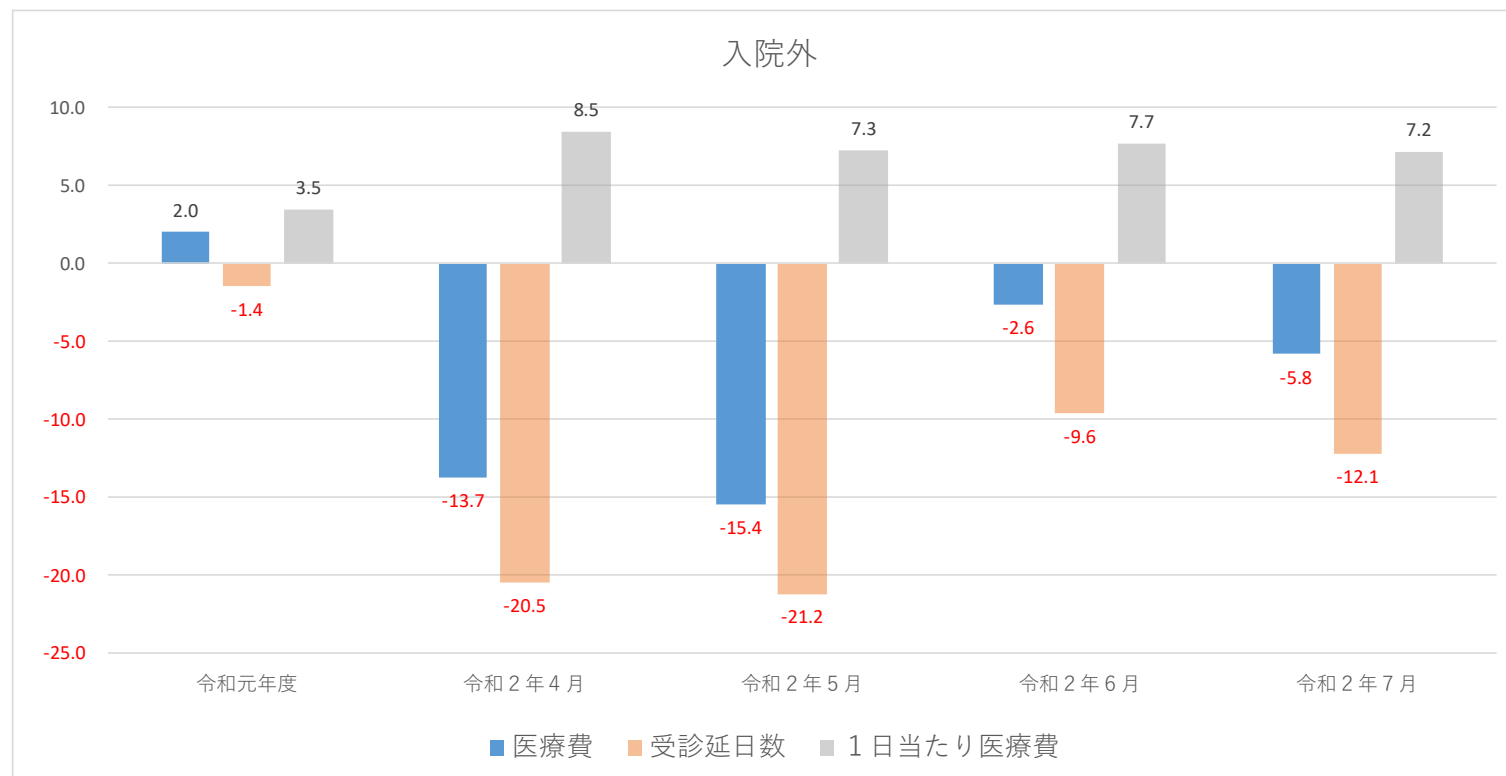
医療費の動向 令和2年4月～7月 ②－2 診療種別（入院外）

- 入院外医療費は6月に▲2.6%の減少に留まったが、7月は▲5.8%と減少幅は拡大。
- 受診延べ日数は4～5月は2割を超える減少となったが、6～7月の減少幅は1割程度。
- 1日当たり単価は4～7月を通じて7～8%程度の増加。

■ 入院外 の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医療費	2.0	-13.7	-15.4	-2.6	-5.8
受診延日数	-1.4	-20.5	-21.2	-9.6	-12.1
1日当たり医療費	3.5	8.5	7.3	7.7	7.2



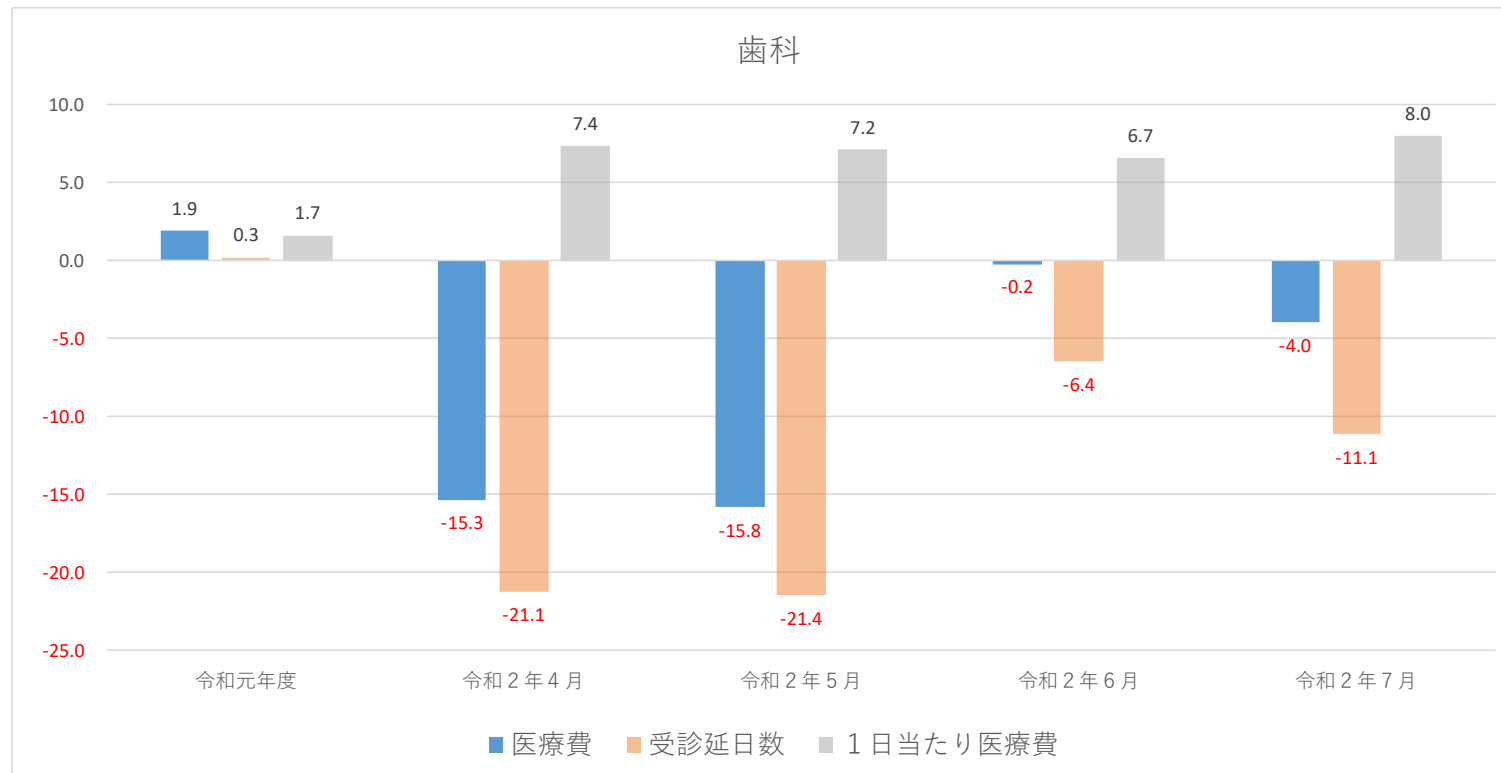
医療費の動向 令和2年4月～7月 ②－3 診療種別（歯科）

- 歯科医療費は、6月に▲0.2%の減少とほぼ前年並みとなったが、7月は▲4.0%と減少幅は拡大。
- 受診延べ日数は、6月の減少幅▲6.4%から7月は▲11.1%に拡大。
- 1日当たり単価は4～7月を通じて6～8%程度の増加。

■ 歯科の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医療費	1.9	-15.3	-15.8	-0.2	-4.0
受診延日数	0.3	-21.1	-21.4	-6.4	-11.1
1日当たり医療費	1.7	7.4	7.2	6.7	8.0



医療費の動向 令和2年4月～7月 ②－4 診療種別（調剤）

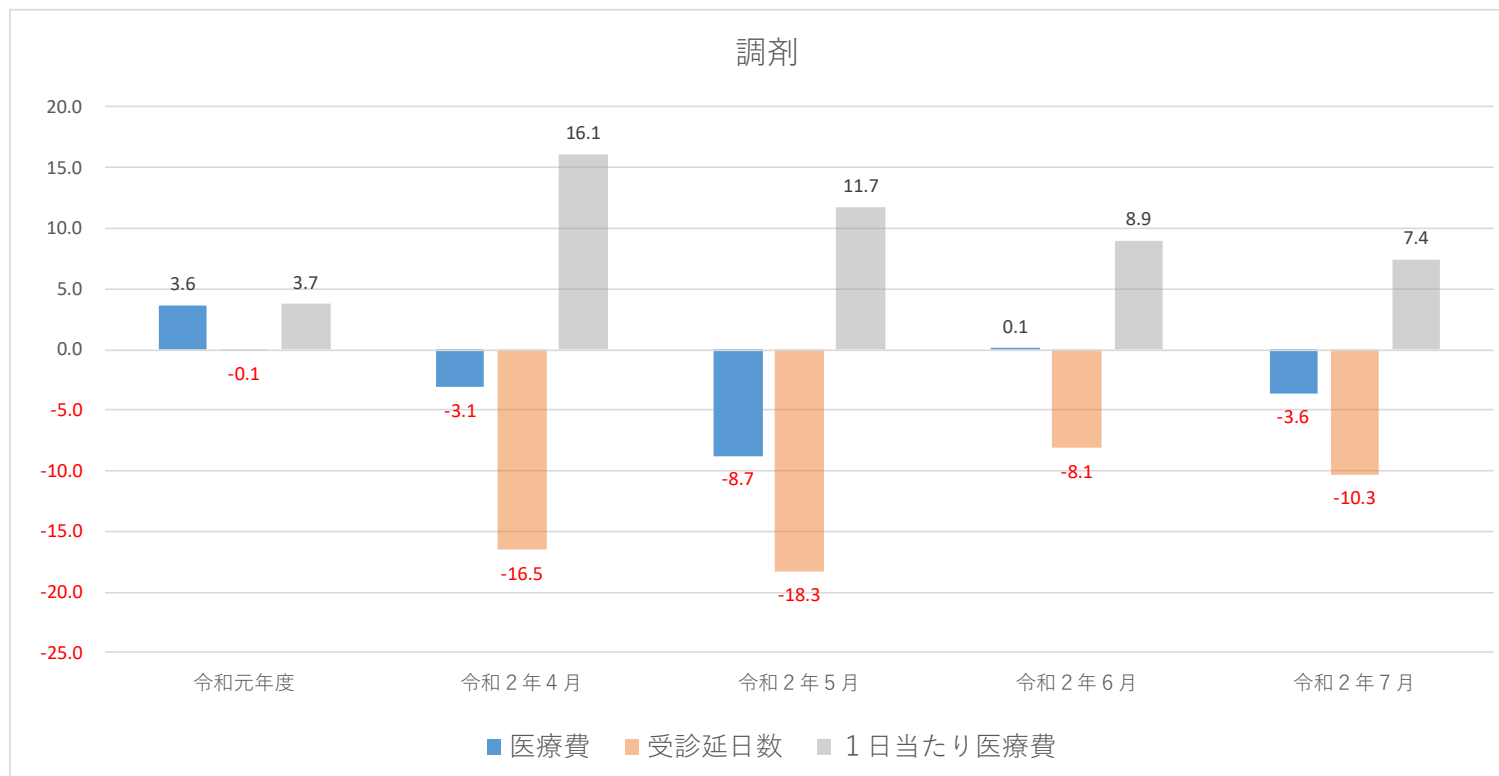
- 調剤医療費は、6月に+0.1%とほぼ前年並みとなったが、7月は▲3.6%と減少幅は拡大。
- 受診延日数は入院外と同様4～5月に▲16～▲18%程度と大きな減少となったが、6～7月の減少幅は1割程度と縮小。
- 1日当たり医療費は4月に+16.1%と大きな伸びとなり、以降伸び率は低下傾向。

■ 調剤の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医療費	3.6	-3.1	-8.7	0.1	-3.6
受診延日数※	-0.1	-16.5	-18.3	-8.1	-10.3
1日当たり医療費	3.7	16.1	11.7	8.9	7.4

※受診延日数は「処方せん枚数（受付回数）」を集計したもの

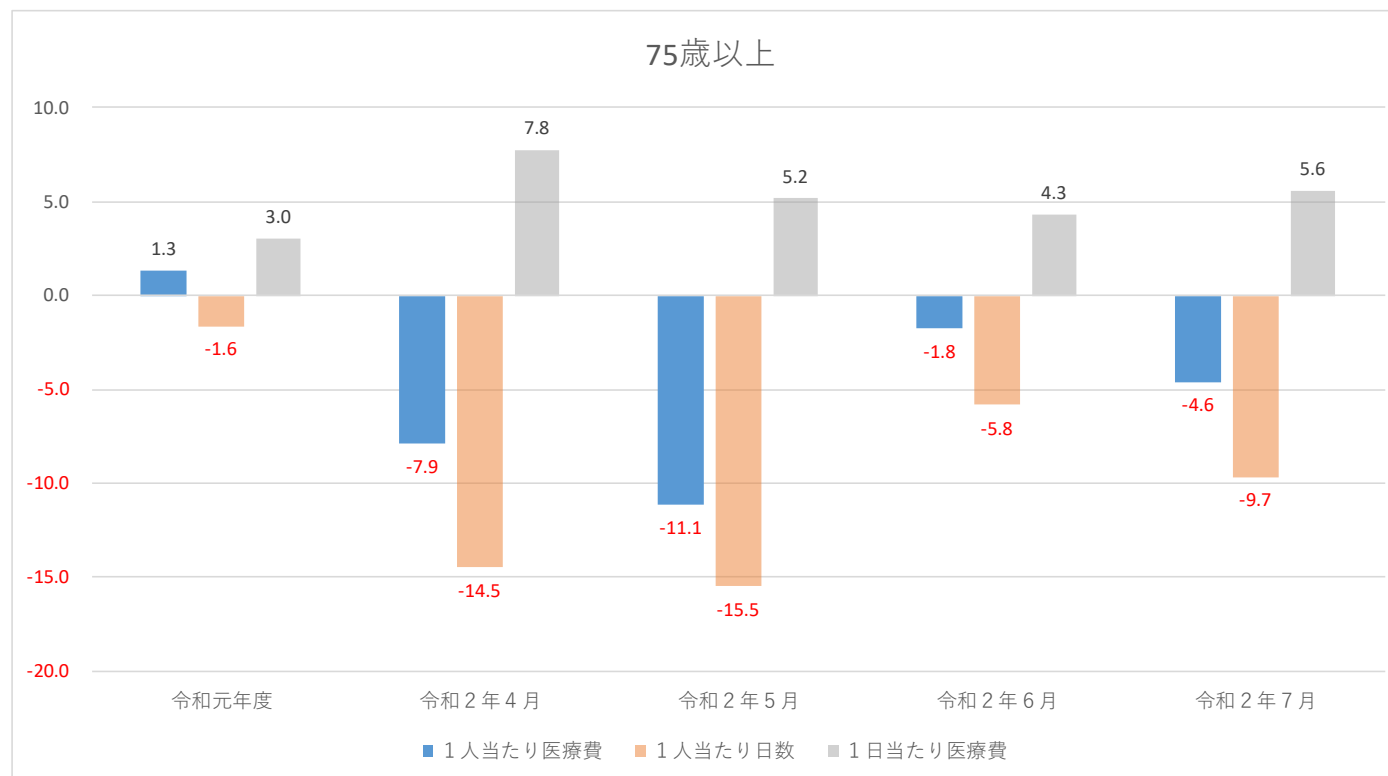


医療費の動向 令和2年4月～7月 ③－1 75歳以上の状況

○ 6月の医療費の減少幅、受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は4～5月よりも縮小したが、いずれの項目も7月は拡大。

■ 75歳以上 の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
1人当たり医療費	1.3	-7.9	-11.1	-1.8	-4.6
1人当たり日数	-1.6	-14.5	-15.5	-5.8	-9.7
1日当たり医療費	3.0	7.8	5.2	4.3	5.6

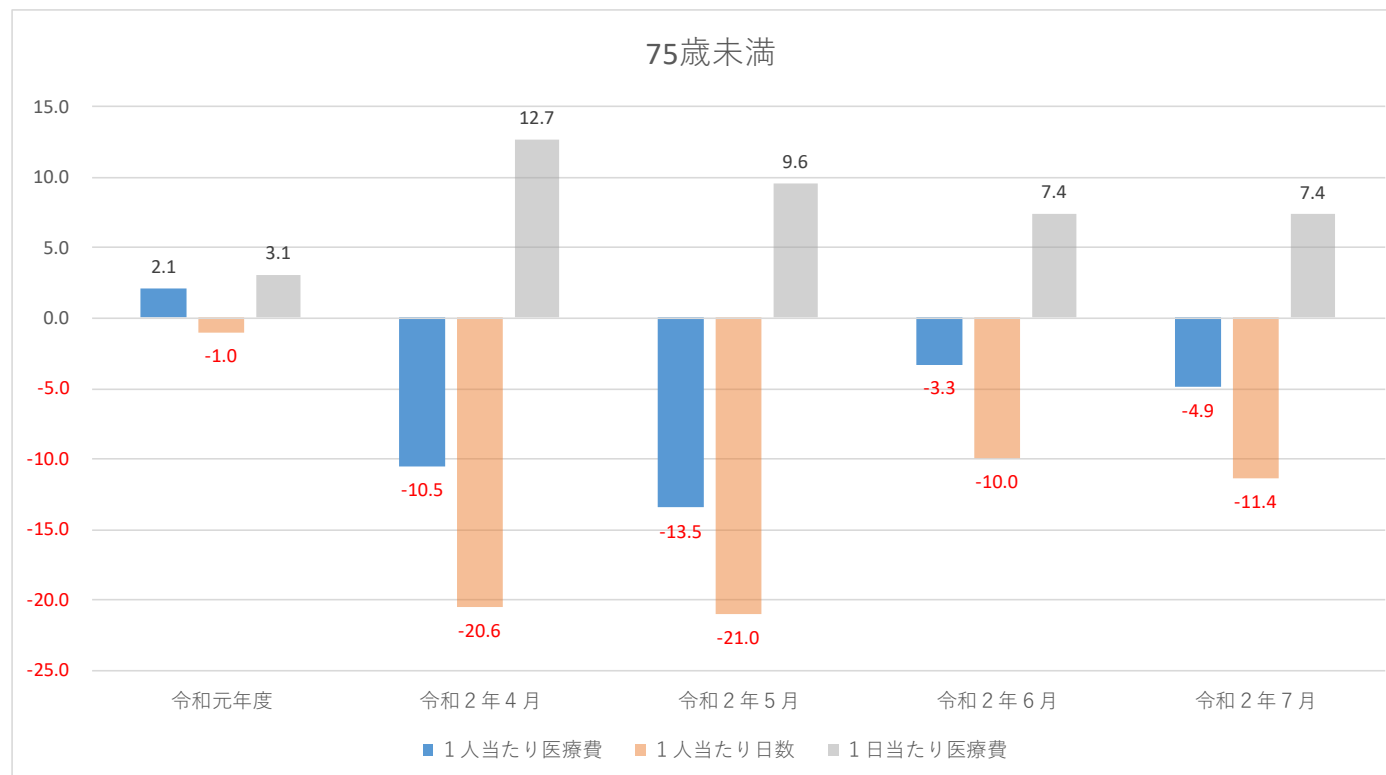


医療費の動向 令和2年4月～7月 ③－2 75歳未満の状況

- 7月においては、医療費の減少幅は、75歳以上と同程度。
- 受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は75歳以上と比べ大きい。

■ 75歳未満 の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
1人当たり医療費	2.1	-10.5	-13.5	-3.3	-4.9
1人当たり日数	-1.0	-20.6	-21.0	-10.0	-11.4
1日当たり医療費	3.1	12.7	9.6	7.4	7.4

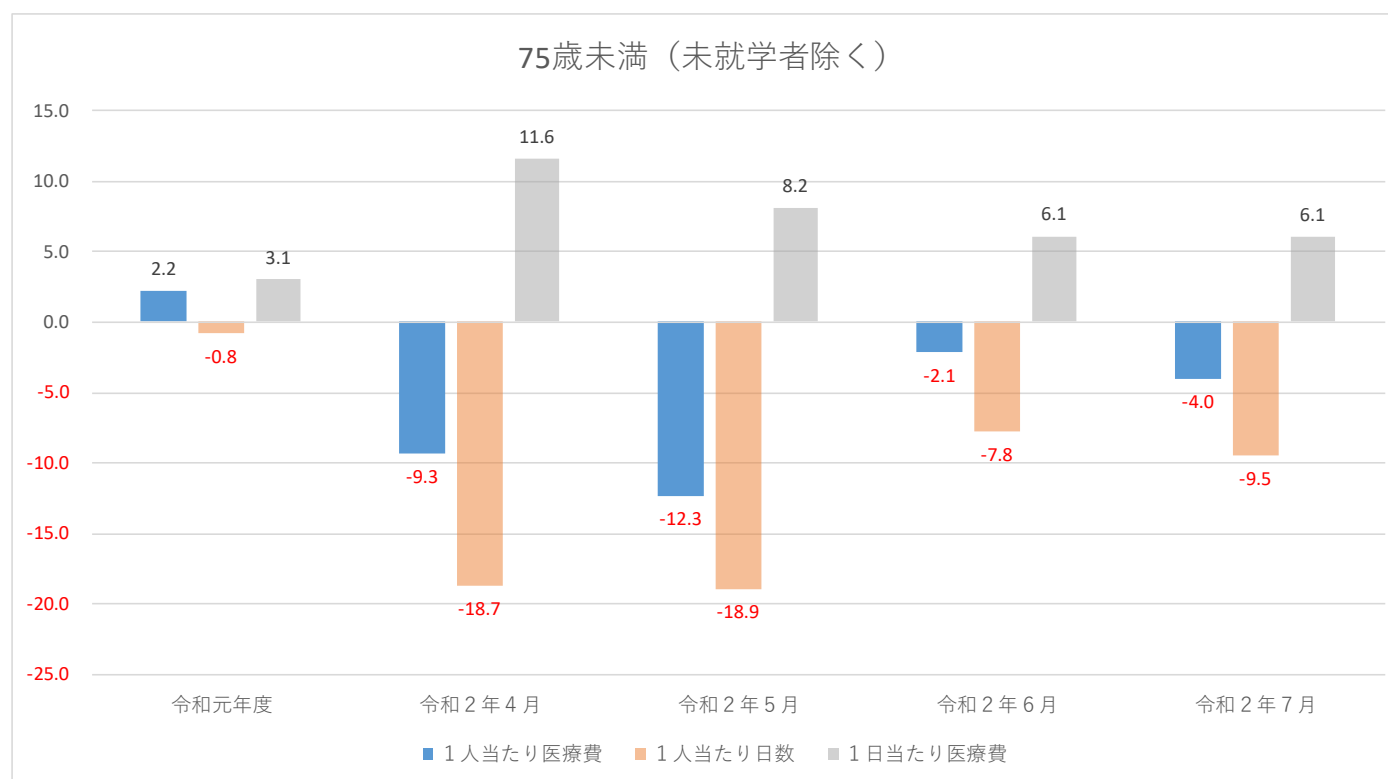


医療費の動向 令和2年4月～7月 ③－3 75歳未満（未就学者除く）の状況

- 未就学者を除くと、医療費の減少幅は75歳以上を下回り、受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は同程度となる。

■ 75歳未満（未就学者除く）の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
1人当たり医療費	2.2	-9.3	-12.3	-2.1	-4.0
1人当たり日数	-0.8	-18.7	-18.9	-7.8	-9.5
1日当たり医療費	3.1	11.6	8.2	6.1	6.1



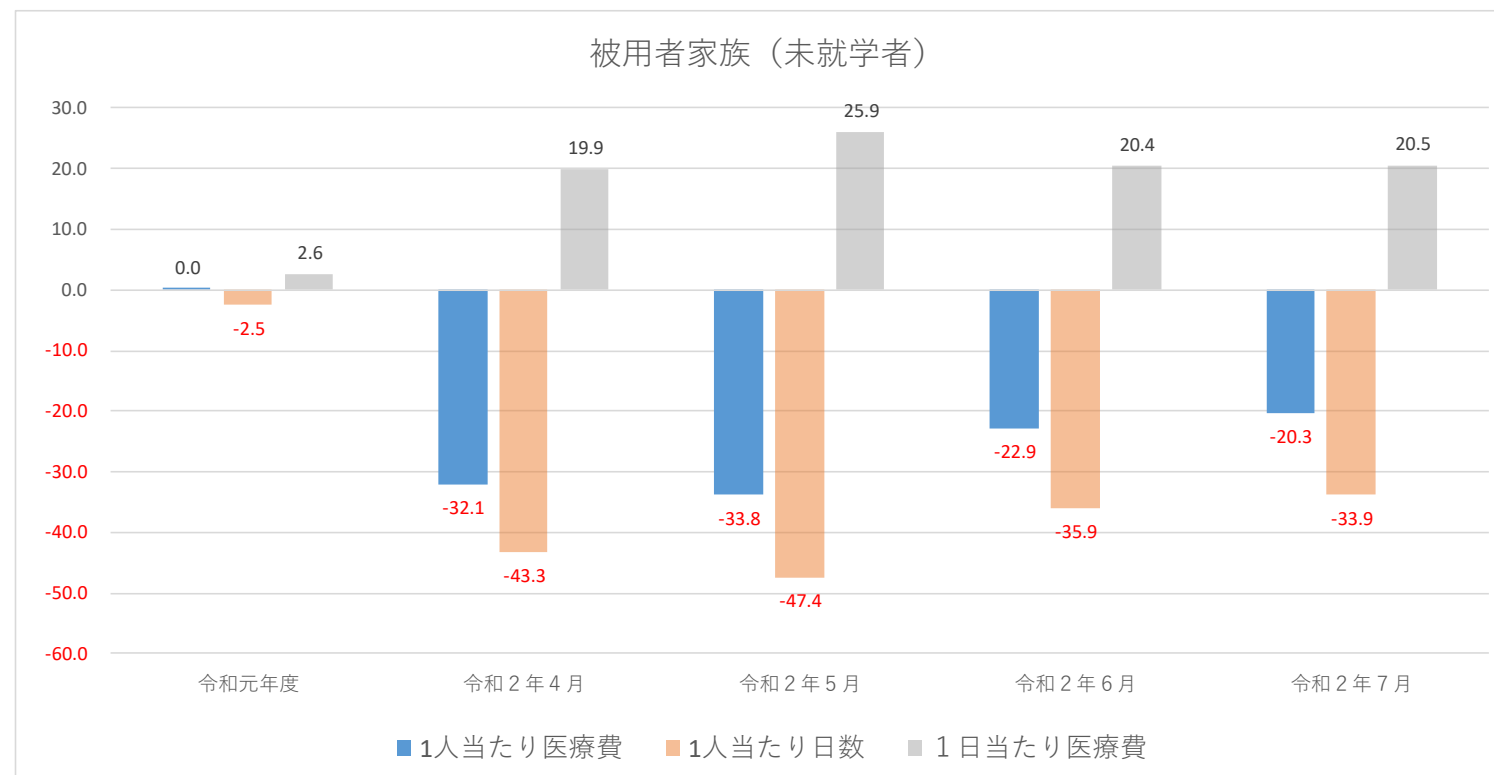
医療費の動向 令和2年4月～7月 ③－4 未就学者の状況

○ 未就学者については7月においても受診日数の減少、1日当たり医療費の増加、医療費の減少が対前年同月比20%を超えている。

■ 被用者家族（未就学者）の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
1人当たり医療費	0.0	-32.1	-33.8	-22.9	-20.3
1人当たり日数	-2.5	-43.3	-47.4	-35.9	-33.9
1日当たり医療費	2.6	19.9	25.9	20.4	20.5



医療費の動向 令和2年4月～7月 ④診療科別の状況

- 入院外について、医科診療所の主たる診療科別の伸び率を見ると、他の診療科に比べ、小児科・耳鼻咽喉科の減少幅が大きく、7月においても20%を超える減少。

■ 伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	医療費					受診延日数					1日当たり医療費				
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
医科診療所	0.8	▲16.3	▲15.7	▲4.2	▲6.8	▲1.3	▲21.0	▲20.4	▲10.0	▲12.3	2.1	6.0	5.9	6.4	6.2
内科	0.4	▲11.6	▲12.1	▲2.4	▲4.9	▲1.7	▲15.6	▲18.0	▲8.8	▲11.0	2.1	4.8	7.1	7.0	6.9
小児科	0.1	▲38.4	▲44.9	▲31.9	▲26.8	▲2.2	▲42.8	▲51.1	▲40.1	▲35.3	2.3	7.8	12.6	13.6	13.1
外科	▲1.3	▲18.5	▲17.2	▲7.7	▲12.3	▲4.6	▲21.3	▲20.3	▲11.6	▲16.6	3.5	3.6	3.8	4.3	5.2
整形外科	1.8	▲18.3	▲14.9	▲1.6	▲6.7	▲1.0	▲22.7	▲19.1	▲6.8	▲11.8	2.8	5.7	5.1	5.5	5.8
皮膚科	1.9	▲15.2	▲6.0	6.2	▲5.4	1.2	▲14.2	▲5.1	5.6	▲5.7	0.6	▲1.2	▲1.0	0.6	0.3
産婦人科	1.4	▲14.9	▲11.9	▲0.1	▲2.7	0.8	▲15.9	▲13.8	▲4.2	▲6.7	0.6	1.2	2.3	4.3	4.4
眼科	2.3	▲19.7	▲21.4	▲2.0	▲4.9	▲1.3	▲25.8	▲24.0	▲7.5	▲7.0	3.6	8.1	3.4	5.9	2.2
耳鼻咽喉科	▲2.7	▲42.6	▲40.1	▲28.5	▲21.9	▲4.3	▲42.3	▲41.5	▲33.8	▲26.7	1.7	▲0.6	2.4	8.0	6.5
その他	2.3	▲11.1	▲10.0	0.5	▲3.3	1.4	▲11.2	▲10.5	▲1.8	▲5.5	0.8	0.1	0.5	2.3	2.3

医療費の動向 令和2年4月～7月 ⑤都道府県別の状況

- 都道府県別に入院外の医療費の伸び率を見ると、4～6月は減少幅が大きい県と小さい県で差異があったが、7月になるとデータの散らばりの度合いを表す分散は令和元年度と同等となり、その差が小さくなったことがわかる。

■ 伸び率（対前年同月比）

	医療費				
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
全国	2.0	-13.7	-15.4	-2.6	-5.8
北海道	2.2	-10.9	-15.5	-0.4	-4.4
青森県	1.2	-8.7	-11.8	0.2	-5.3
岩手県	0.9	-6.5	-10.9	0.2	-6.1
宮城県	1.7	-11.0	-14.3	-0.9	-6.5
秋田県	1.2	-8.5	-10.7	1.1	-5.5
山形県	0.8	-12.5	-15.3	0.1	-6.7
福島県	0.9	-9.6	-14.8	-2.6	-6.2
茨城県	1.6	-14.1	-14.9	-2.2	-5.3
栃木県	2.5	-10.8	-14.4	-3.2	-6.8
群馬県	1.6	-12.3	-14.5	-3.1	-6.4
埼玉県	2.6	-16.3	-16.0	-3.6	-5.4
千葉県	2.2	-15.5	-16.6	-4.3	-5.5
東京都	2.9	-20.9	-19.5	-5.0	-6.3
神奈川県	2.4	-16.9	-17.5	-5.0	-6.1
新潟県	1.2	-8.9	-13.2	0.5	-6.6
富山県	1.8	-11.9	-17.2	-2.3	-5.6
石川県	1.4	-15.1	-17.8	-2.6	-5.3
福井県	0.4	-17.7	-16.9	-1.2	-7.0
山梨県	2.1	-13.0	-13.4	-1.3	-5.0
長野県	1.9	-10.3	-13.9	-0.1	-4.7
岐阜県	1.2	-14.4	-14.3	-2.1	-5.6
静岡県	2.3	-8.3	-11.9	-0.3	-4.9
愛知県	2.5	-12.2	-13.1	-1.3	-5.4

	医療費				
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
三重県	1.2	-12.3	-14.4	-2.0	-6.4
滋賀県	2.3	-14.2	-15.8	-3.2	-5.7
京都府	1.8	-14.0	-15.9	-3.0	-6.1
大阪府	2.1	-14.5	-15.9	-3.3	-5.9
兵庫県	2.1	-15.6	-16.7	-3.2	-6.1
奈良県	3.2	-11.1	-13.1	-2.3	-4.2
和歌山県	0.9	-10.2	-11.8	-1.6	-5.9
鳥取県	1.5	-7.6	-12.2	-1.7	-5.2
島根県	1.8	-7.5	-12.5	1.3	-5.5
岡山県	2.1	-8.7	-14.2	-0.9	-5.5
広島県	1.7	-10.8	-14.8	-1.8	-6.1
山口県	0.6	-10.8	-14.2	-2.3	-6.1
徳島県	1.3	-8.5	-10.4	-0.3	-6.1
香川県	1.2	-10.9	-13.4	-1.2	-5.9
愛媛県	2.0	-11.8	-14.3	-2.6	-6.1
高知県	0.1	-12.5	-14.3	-1.1	-5.9
福岡県	1.7	-16.0	-17.1	-4.6	-6.3
佐賀県	2.5	-10.0	-12.5	0.6	-4.3
長崎県	1.1	-8.6	-12.4	-0.7	-7.5
熊本県	1.0	-11.8	-14.4	-3.9	-7.1
大分県	1.0	-12.2	-12.8	-0.5	-5.4
宮崎県	2.0	-7.5	-9.5	1.2	-3.1
鹿児島県	1.7	-7.2	-10.8	-0.2	-5.4
沖縄県	4.2	-14.8	-19.1	-3.6	-6.4

最大：	4.2	-6.5	-9.5	1.3	-3.1
最小：	0.1	-20.9	-19.5	-5.0	-7.5
分散※：	0.6	9.9	5.1	2.8	0.7

※分散とは、データの散らばりの度合いを表す値

：医療費の伸び率 上位10県（減少幅が小さい）
 ：医療費の伸び率 下位10県（減少幅が大きい）

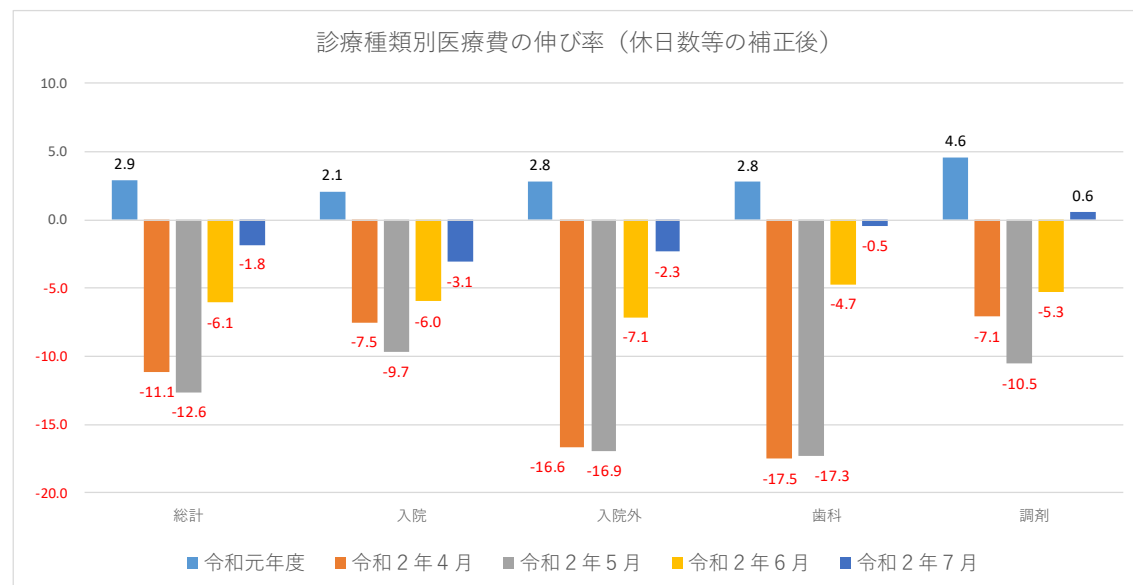
医療費の動向 令和2年4月～7月 ⑥休日数等の調整後の医療費の伸び率

○ 休日数等の調整後の医療費の伸び率を見ると、いずれの診療種類においても、6～7月にかけて減少幅は縮小している。

■診療種類別医療費の伸び率（休日数等の補正後・対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
総計	2.9	-11.1	-12.6	-6.1	-1.8
入院	2.1	-7.5	-9.7	-6.0	-3.1
入院外	2.8	-16.6	-16.9	-7.1	-2.3
歯科	2.8	-17.5	-17.3	-4.7	-0.5
調剤	4.6	-7.1	-10.5	-5.3	0.6



		令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月
前年同期差 （日）	日曜・祭日等	+ 3	- 1	- 1	- 1	+ 1
	土曜	+ 2	0	+ 2	- 1	0
	休日でない木曜	+ 1	+ 1	0	0	0

（参考）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	土曜	休日でない木曜
総計	-2.7	-1.0	-0.4
入院	-1.2	-0.8	-0.2
入院外	-3.5	-1.0	-0.6
歯科	-3.5	-1.0	-1.3
調剤	-4.2	-1.2	-0.2

注.

休日数等の影響を補正した医療費の伸び率は、平成16～21年度の各月の制度別等の1人当たり医療費の伸び率（診療報酬改定等及び閑日の影響を除く）を、日曜・祭日等（年末年始については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている）の数、土曜日の数、休日でない木曜日の数、1定点当たりインフルエンザ報告数（国立感染症研究所感染症情報センター「サーベイランス」）、花粉症の影響を表すデータ（環境省花粉観測システムの観測地点・観測時別データの単純平均）の対前年同月差を説明変数として重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重回帰分析した結果を用いて補正している。

電子レセプトを用いた医科（入院・入院外）医療費の分析 ＜令和2年4月～6月＞

レセプト電算処理システムにより処理された診療報酬明細書（電子レセプト）のうち医科入院、医科入院外分を用いて集計、医療費の動向について詳細を分析。
ただし、以下の点について留意が必要。
・医科入院外分は月毎に100分の1の抽出率でランダム抽出したデータを用いていること。
・電算化率の変動が医療費の伸び率に影響を与えること（電算化率は入院は95%程度、入院外は98%程度）

- 年齢階級別では、入院・入院外ともに「0歳以上 5歳未満」などの若齢層の減少幅が大きい。
- 疾病分類別では、入院・入院外ともに「呼吸器系の疾患」の減少が医療費の減少に大きく影響しており、6月においても、引き続き、その影響が大きい。
- 診療内容別では、入院は「DPC包括部分」とともに「手術・麻酔」の減少の影響が大きく、入院外は「初診」、「検査・病理診断」の減少の影響が大きい。

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～6月 ①年齢階級別

○ 入院、入院外のいずれも「0歳以上 5歳未満」などの若齢層の減少幅が大きい。

■ 入院 1人当たり医療費 伸び率

(単位：%)

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
総数	2.5	-6.1	-10.7	-4.1
0歳以上 5歳未満	0.8	-19.3	-21.1	-16.0
5歳以上 10歳未満	3.4	-24.2	-27.4	-17.8
10歳以上 15歳未満	2.8	-12.2	-15.6	-4.6
15歳以上 20歳未満	4.3	-13.5	-16.3	-11.4
20歳以上 25歳未満	0.7	-10.3	-16.7	-8.5
25歳以上 30歳未満	0.3	-9.5	-12.6	-8.6
30歳以上 35歳未満	0.6	-7.1	-11.2	-4.2
35歳以上 40歳未満	0.7	-7.2	-12.0	-4.4
40歳以上 45歳未満	1.7	-6.0	-11.5	-6.1
45歳以上 50歳未満	0.9	-7.6	-12.4	-5.9
50歳以上 55歳未満	0.3	-6.7	-11.2	-5.4
55歳以上 60歳未満	1.3	-5.4	-11.1	-5.1
60歳以上 65歳未満	1.2	-5.0	-11.3	-6.2
65歳以上 70歳未満	1.2	-5.7	-12.0	-5.7
70歳以上 75歳未満	0.9	-7.1	-13.2	-5.5
75歳以上 80歳未満	1.1	-7.2	-13.0	-4.9
80歳以上 85歳未満	1.1	-7.7	-11.4	-4.4
85歳以上 90歳未満	0.8	-7.8	-9.9	-4.1
90歳以上 95歳未満	1.0	-7.4	-9.4	-4.5
95歳以上 100歳未満	-1.0	-8.4	-10.7	-6.5
100歳以上	3.6	-7.6	-8.5	-9.4

■ 入院外 1人当たり医療費 伸び率

(単位：%)

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
総数	2.7	-12.7	-15.0	-2.8
0歳以上 5歳未満	-0.7	-44.5	-51.5	-37.7
5歳以上 10歳未満	-1.7	-38.2	-42.9	-22.1
10歳以上 15歳未満	0.4	-39.2	-32.4	-16.3
15歳以上 20歳未満	0.3	-35.3	-20.9	-13.6
20歳以上 25歳未満	3.4	-15.9	-12.4	1.3
25歳以上 30歳未満	2.9	-17.6	-18.6	0.7
30歳以上 35歳未満	4.0	-15.9	-21.5	-5.4
35歳以上 40歳未満	2.8	-15.6	-17.2	-6.1
40歳以上 45歳未満	1.8	-14.4	-16.1	-5.4
45歳以上 50歳未満	1.3	-10.3	-10.4	-8.0
50歳以上 55歳未満	0.9	-9.8	-8.5	0.9
55歳以上 60歳未満	3.3	-6.0	-11.6	-3.3
60歳以上 65歳未満	1.6	-11.3	-10.1	2.3
65歳以上 70歳未満	2.9	-9.3	-15.7	-0.8
70歳以上 75歳未満	2.4	-10.6	-13.4	-0.3
75歳以上 80歳未満	1.3	-10.2	-15.7	-2.8
80歳以上 85歳未満	2.7	-11.7	-14.8	-1.6
85歳以上 90歳未満	1.3	-13.5	-9.2	2.6
90歳以上 95歳未満	0.7	-10.6	-12.3	0.2
95歳以上 100歳未満	-0.2	-10.5	-1.3	-0.4
100歳以上	4.7	24.1	-17.9	7.5

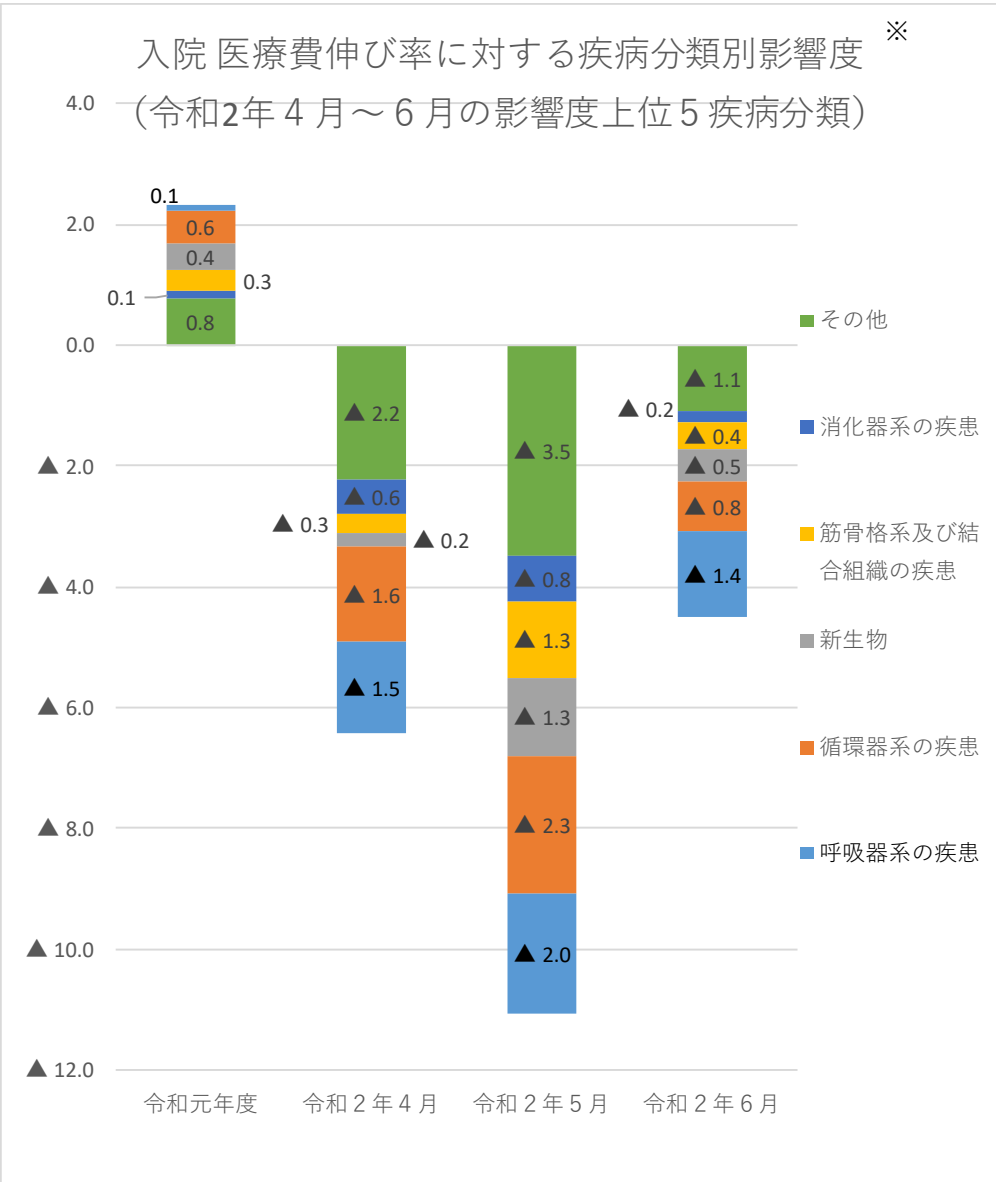
：伸び率の下位3階級（減少幅が大きい）

※ 1人当たり医療費の算出にあたり、各年齢階級毎の人数は総務省統計局「人口推計」における5歳階級別人口を用いた。

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～6月 ②-1 疾病分類別 入院

○ 疾病分類別の医療費の伸び率見ると、「眼及び付属器の疾患」や「耳及び乳様突起の疾患」、「呼吸器系の疾患」の減少幅が大きい、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「呼吸器系の疾患」や「循環器系の疾患」が大きく、「呼吸器系の疾患」は6月になっても減少幅が大きいまま。

■ 入院 疾病分類別医療費の伸び率	(単位：％)				(単位：％)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度医療費の構成割合
総数	2.3	▲ 6.4	▲ 10.9	▲ 4.4	100.0
感染症及び寄生虫症	1.2	▲ 16.2	▲ 14.8	▲ 7.4	1.4
新生物	2.7	▲ 1.5	▲ 8.1	▲ 3.2	16.4
血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	3.7	▲ 6.4	▲ 7.5	▲ 4.9	0.7
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.4	▲ 8.3	▲ 9.9	▲ 4.0	2.7
精神及び行動の障害	▲ 0.4	▲ 1.9	▲ 2.6	▲ 1.2	8.6
神経系の疾患	4.0	▲ 1.5	▲ 3.9	▲ 0.2	6.5
眼及び付属器の疾患	3.4	▲ 13.9	▲ 38.8	▲ 16.9	1.5
耳及び乳様突起の疾患	0.4	▲ 30.5	▲ 33.8	▲ 19.3	0.3
循環器系の疾患	2.6	▲ 7.0	▲ 10.3	▲ 3.7	21.9
呼吸器系の疾患	1.1	▲ 23.2	▲ 29.6	▲ 23.3	6.3
消化器系の疾患	2.0	▲ 10.0	▲ 13.0	▲ 3.2	5.9
皮膚及び皮下組織の疾患	3.6	▲ 5.6	▲ 7.7	▲ 0.5	0.8
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.8	▲ 4.5	▲ 18.4	▲ 6.0	7.2
腎尿路生殖器系の疾患	4.4	▲ 4.6	▲ 7.9	▲ 0.9	4.2
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 1.7	▲ 2.4	▲ 6.3	0.0	1.1
周産期に発生した病態	0.4	4.2	6.4	11.6	0.9
先天奇形、変形及び染色体異常	1.2	▲ 11.1	▲ 18.7	▲ 7.3	0.8
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されない損傷、中毒及びその他の外因の影響	2.3	▲ 9.0	▲ 10.7	▲ 5.6	0.9
不詳	3.7	▲ 5.3	▲ 8.5	▲ 0.4	10.2
	▲ 11.4	▲ 14.0	▲ 17.4	▲ 19.4	1.5



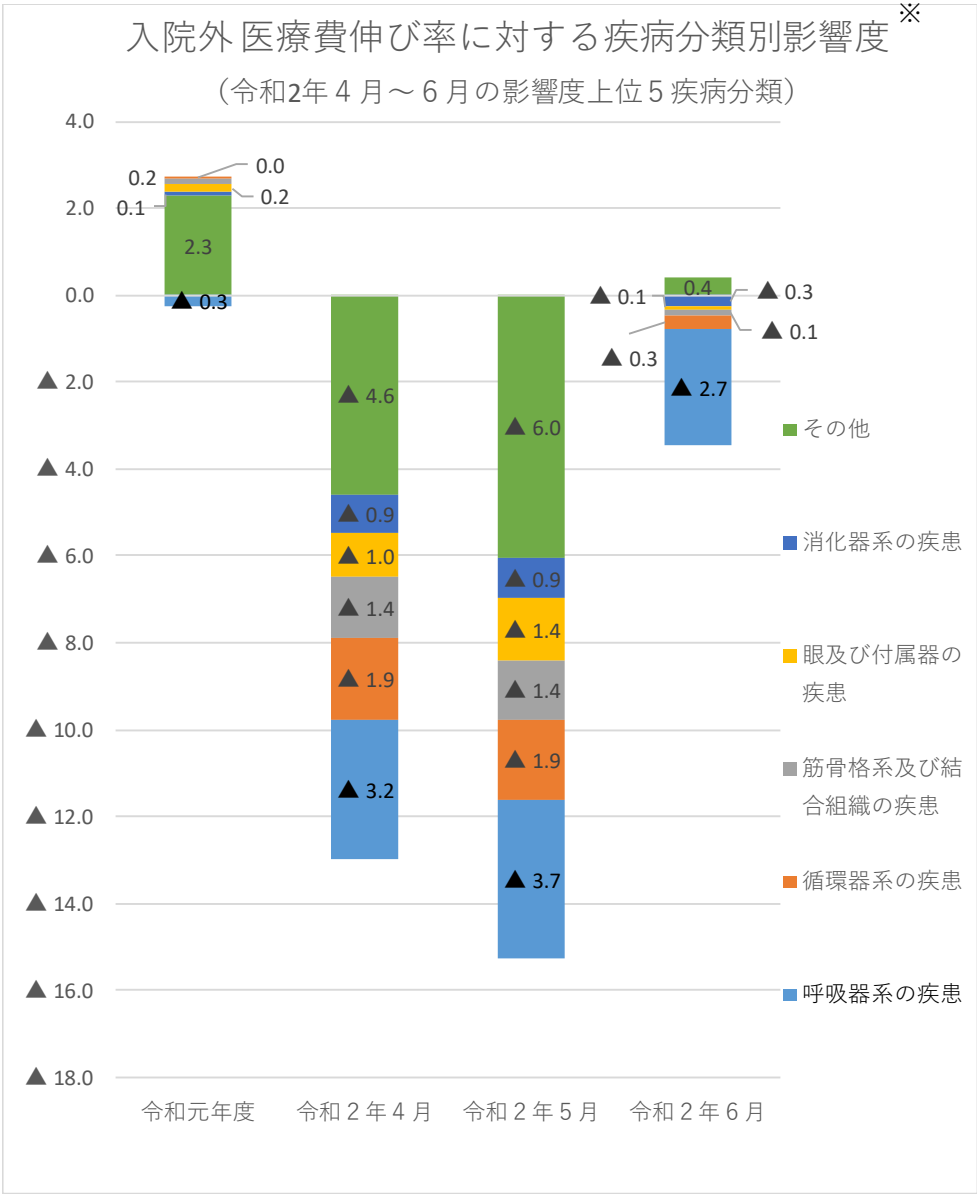
※影響度は（各疾病分類の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定 16

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～6月 ②-2 疾病分類別 入院外

○ 疾病分類別の医療費の伸び率を見ると、「耳及び乳様突起の疾患」、「呼吸器系の疾患」の減少幅が大きく、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「呼吸器系の疾患」の影響が大きく、6月になっても減少幅が大きいまま。

■ 入院外 疾病分類別医療費の伸び率					(単位：%)	(単位：%)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度 医療費の 構成割合	
総数	2.5	▲ 13.0	▲ 15.2	▲ 3.0	100.0	
感染症及び寄生虫症	▲ 3.6	▲ 20.7	▲ 26.9	▲ 12.2	2.5	
新生物	9.4	▲ 3.3	▲ 11.7	4.0	12.3	
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	25.4	3.6	▲ 4.7	▲ 12.4	1.2	
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.7	▲ 6.6	▲ 6.5	0.7	10.6	
精神及び行動の障害	1.2	▲ 10.1	▲ 10.6	▲ 0.2	4.0	
神経系の疾患	4.7	▲ 2.7	▲ 3.0	1.4	3.3	
眼及び付属器の疾患	2.6	▲ 17.2	▲ 22.7	▲ 1.5	6.0	
耳及び乳様突起の疾患	▲ 0.9	▲ 30.6	▲ 30.6	▲ 16.1	0.9	
循環器系の疾患	0.2	▲ 11.3	▲ 11.9	▲ 2.1	15.7	
呼吸器系の疾患	▲ 3.1	▲ 38.1	▲ 46.6	▲ 35.9	8.1	
消化器系の疾患	1.8	▲ 16.6	▲ 18.3	▲ 4.7	5.3	
皮膚及び皮下組織の疾患	5.5	▲ 11.3	▲ 8.4	6.9	3.1	
筋骨格系及び結合組織の疾患	1.7	▲ 15.8	▲ 14.9	▲ 1.3	8.9	
腎尿路生殖器系の疾患	3.9	▲ 2.9	▲ 5.7	6.3	10.9	
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 5.8	▲ 9.9	▲ 4.4	▲ 5.1	0.1	
周産期に発生した病態	▲ 1.7	▲ 38.3	19.6	20.1	0.2	
先天奇形、変形及び染色体異常	5.9	▲ 26.5	▲ 15.9	12.5	0.4	
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないも損傷、中毒及びその他の外因の影響	5.1	▲ 21.5	▲ 15.8	▲ 6.8	1.8	
	1.4	▲ 24.1	▲ 23.9	▲ 2.6	2.7	
不詳	▲ 7.3	▲ 20.8	▲ 23.7	▲ 13.0	2.0	

：下位5疾病分類（減少幅が大きい）※不詳除く ：上位5疾病分類



※影響度は（各疾病分類の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定 17

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～6月 ③-1 診療内容別 入院

○ 診療内容別に医療費の伸び率を見ると、「手術・麻酔」や「初診」、「特定保険医療材料」の減少幅が大きい、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、構成割合の大きい「DPC包括部分」や「手術・麻酔」の影響が大きい。

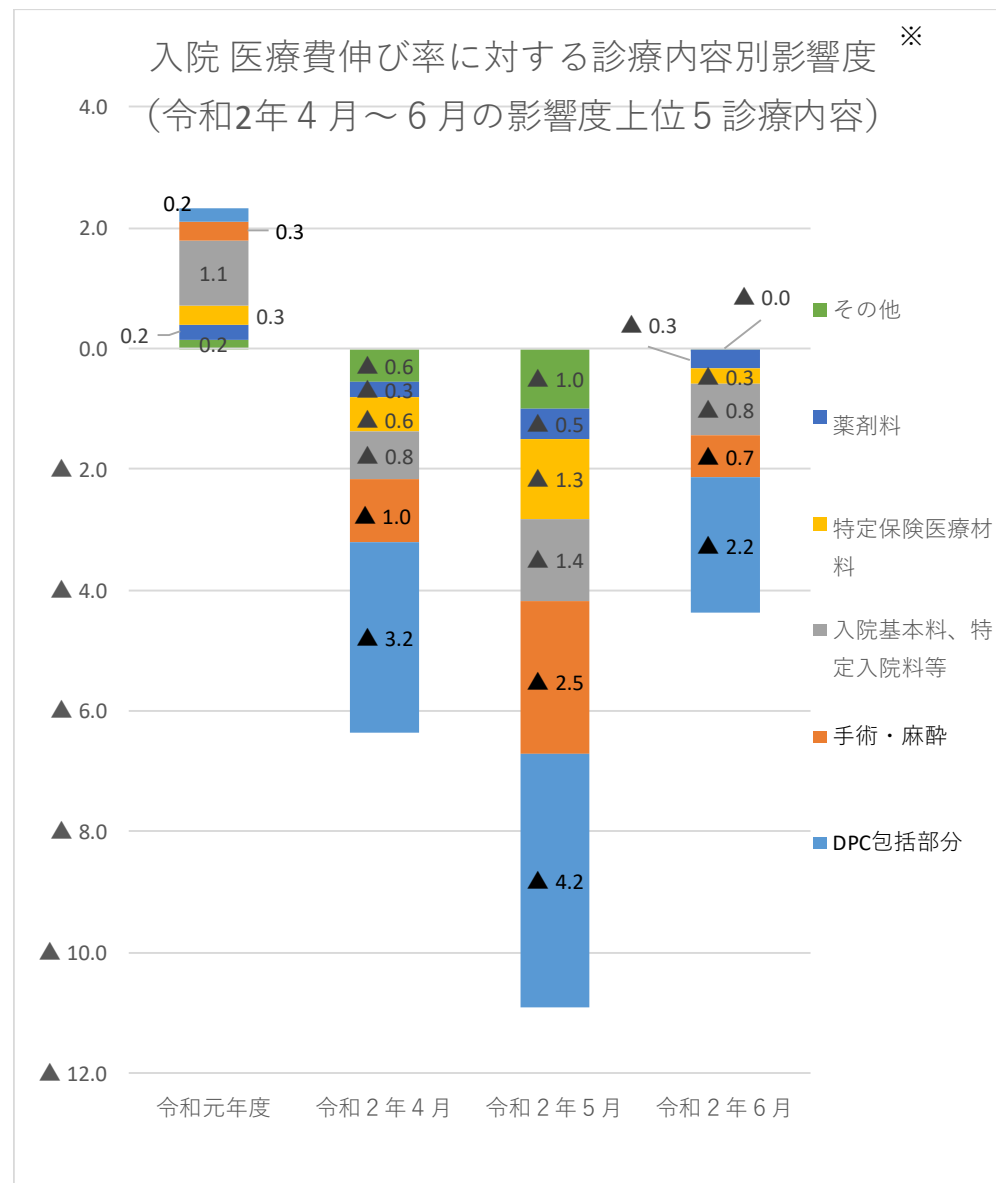
■ 入院 診療内容別医療費の伸び率

(単位: %)

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度 医療費の 構成割合
総数	2.3	▲ 6.4	▲ 10.9	▲ 4.4	100.0
初診	0.6	▲ 22.3	▲ 18.3	▲ 8.7	0.1
医学管理	0.2	▲ 9.5	▲ 14.6	▲ 0.8	0.7
在宅	▲ 0.1	▲ 11.8	▲ 12.8	▲ 9.2	0.1
投薬	▲ 2.0	▲ 5.7	▲ 7.0	▲ 7.1	0.1
注射	▲ 3.1	▲ 8.2	▲ 9.4	▲ 7.2	0.2
処置	2.5	▲ 3.2	▲ 5.1	▲ 1.6	1.4
手術・麻酔	2.5	▲ 8.8	▲ 22.0	▲ 5.9	11.9
検査・病理診断	▲ 1.2	▲ 15.2	▲ 19.1	▲ 6.7	1.3
画像診断	▲ 0.8	▲ 10.3	▲ 13.1	▲ 1.0	0.5
リハビリテーション	2.6	2.6	▲ 0.3	6.7	5.1
精神科専門療法	1.9	1.2	▲ 3.9	10.1	0.5
放射線治療	3.0	2.2	▲ 12.1	3.6	0.3
入院基本料、特定入院料等	3.1	▲ 2.3	▲ 3.8	▲ 2.4	35.1
DPC包括部分	0.8	▲ 11.4	▲ 15.0	▲ 8.0	27.9
薬剤料	6.6	▲ 6.9	▲ 13.6	▲ 8.5	3.7
特定保険医療材料	5.2	▲ 8.7	▲ 21.3	▲ 4.0	6.4
入院時食事療養	0.1	▲ 6.8	▲ 9.1	▲ 7.1	3.7
生活療養食事療養	▲ 0.8	▲ 1.9	▲ 2.6	▲ 3.0	0.7
生活療養環境療養	▲ 0.2	▲ 1.8	▲ 2.5	▲ 2.9	0.2
その他	▲ 0.4	▲ 5.5	20.7	12.5	0.0

：下位5診療内容（減少幅が大きい）※その他除

：上位5診療内容



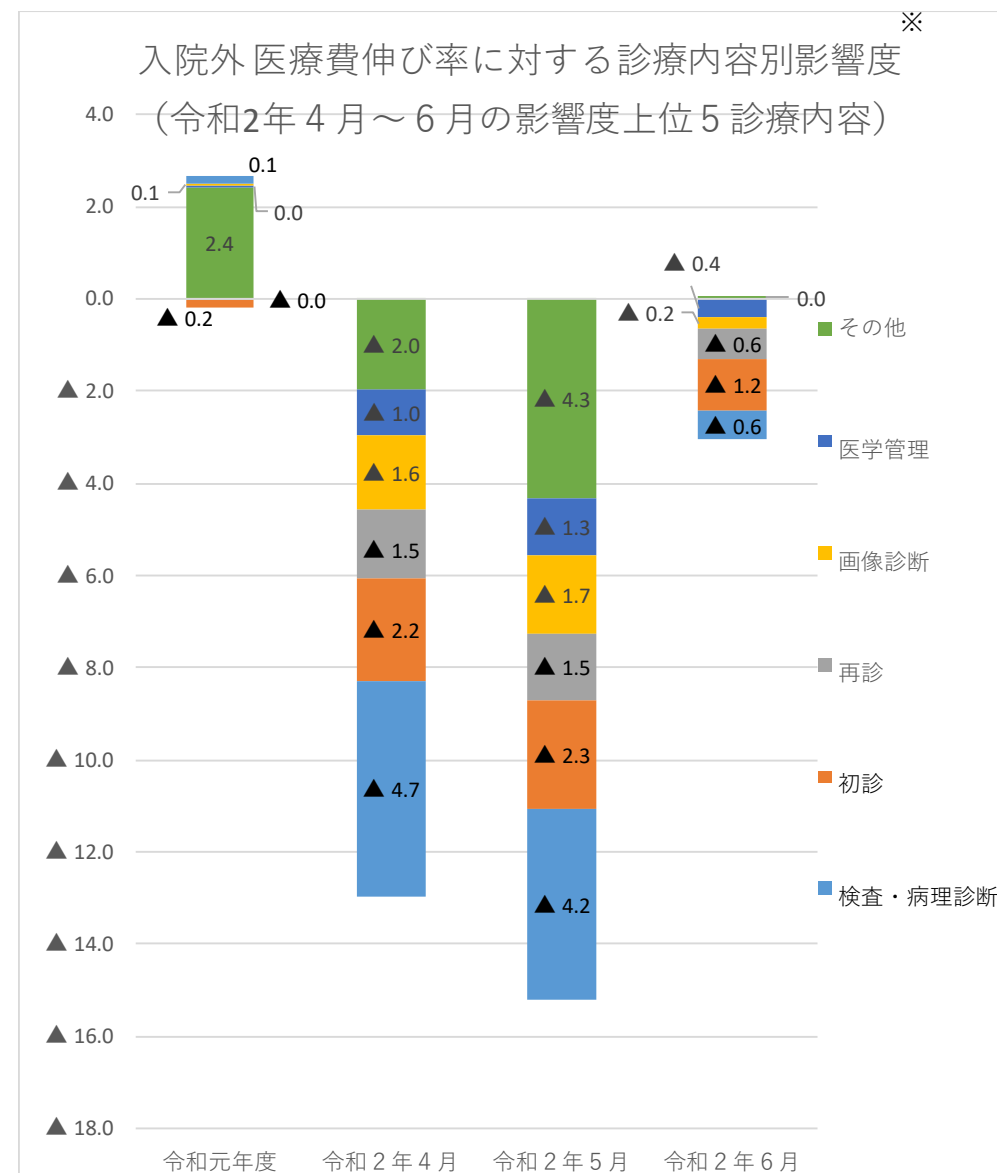
※影響度は（各診療内容の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～6月 ③-2 診療内容別 入院外

- 診療内容別に医療費の伸び率を見ると、「初診」や「検査・病理診断」、「画像診断」の減少幅が大きく、医療費全体の伸び率に対する影響度でも、「初診」「検査・病理診断」が大きい。

■ 入院外 診療内容別医療費の伸び率 (単位：%)					(単位：%)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度医療費の構成割合
総数	2.5	▲ 13.0	▲ 15.2	▲ 3.0	100.0
初診	▲ 2.9	▲ 42.6	▲ 41.3	▲ 21.0	5.4
再診	▲ 0.3	▲ 16.5	▲ 17.3	▲ 7.3	8.7
医学管理	0.4	▲ 11.8	▲ 15.2	▲ 4.8	8.3
在宅	4.7	4.3	2.4	9.9	6.1
投薬	▲ 4.4	▲ 13.0	▲ 15.0	▲ 5.3	1.2
注射	▲ 0.7	▲ 15.1	▲ 15.2	▲ 3.4	0.7
処置	3.0	▲ 4.5	▲ 6.5	2.4	8.7
手術・麻酔	5.2	▲ 9.0	▲ 21.7	▲ 1.0	2.8
検査・病理診断	0.8	▲ 25.1	▲ 22.5	▲ 3.1	18.4
画像診断	0.7	▲ 23.0	▲ 23.5	▲ 3.3	6.9
処方箋料	0.5	▲ 13.1	▲ 15.6	▲ 5.9	4.8
リハビリテーション	1.0	▲ 20.4	▲ 21.7	▲ 0.7	1.5
精神科専門療法	1.1	▲ 13.3	▲ 14.1	▲ 0.2	2.2
放射線治療	5.6	7.0	▲ 6.4	▲ 1.4	0.6
薬剤料	7.6	▲ 0.7	▲ 7.2	▲ 1.9	22.7
特定保険医療材料	4.8	0.8	1.8	8.6	1.0
その他	13.7	16.7	▲ 12.2	▲ 21.4	0.0

：下位5診療内容（減少幅が大きい）※その他除く
：上位5診療内容

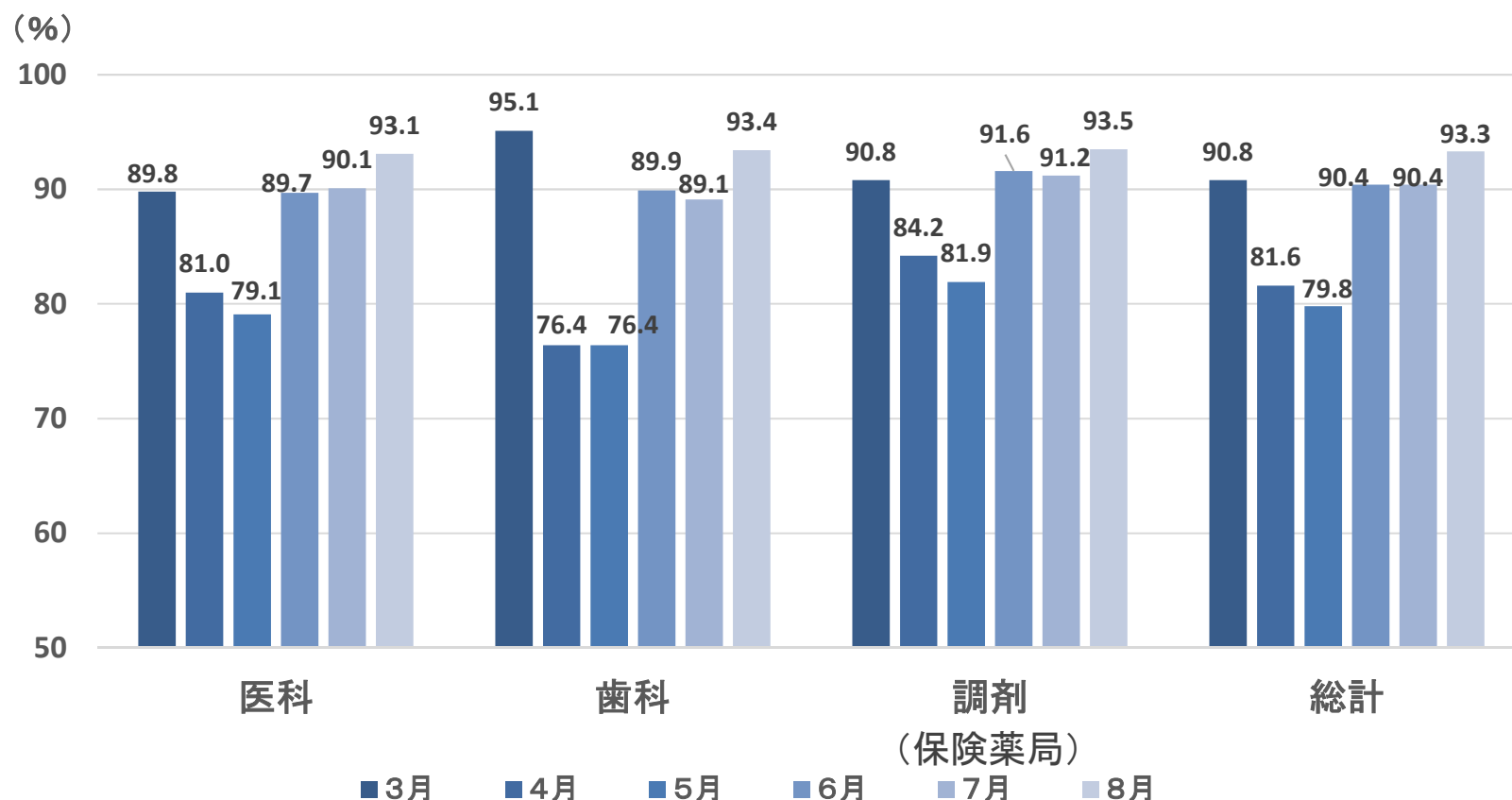


レセプト件数・点数に関する調査

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、4月以降、医科、歯科、調剤いずれにおいても、減少が見られるが、6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種別レセプト件数の前年同月比



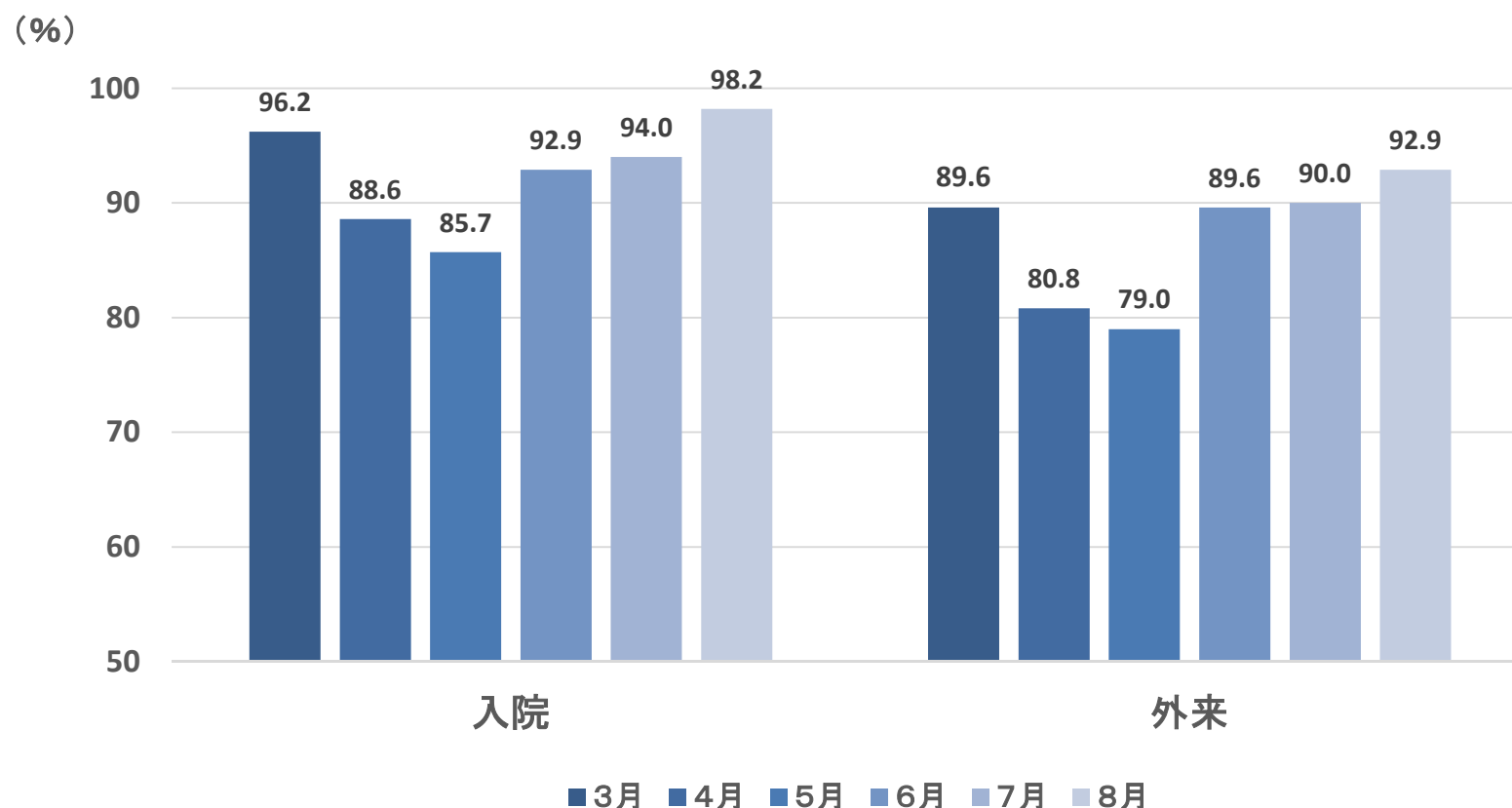
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、入院、外来ともに減少しているが、外来の減少幅の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち入院・外来別レセプト件数の前年同月比

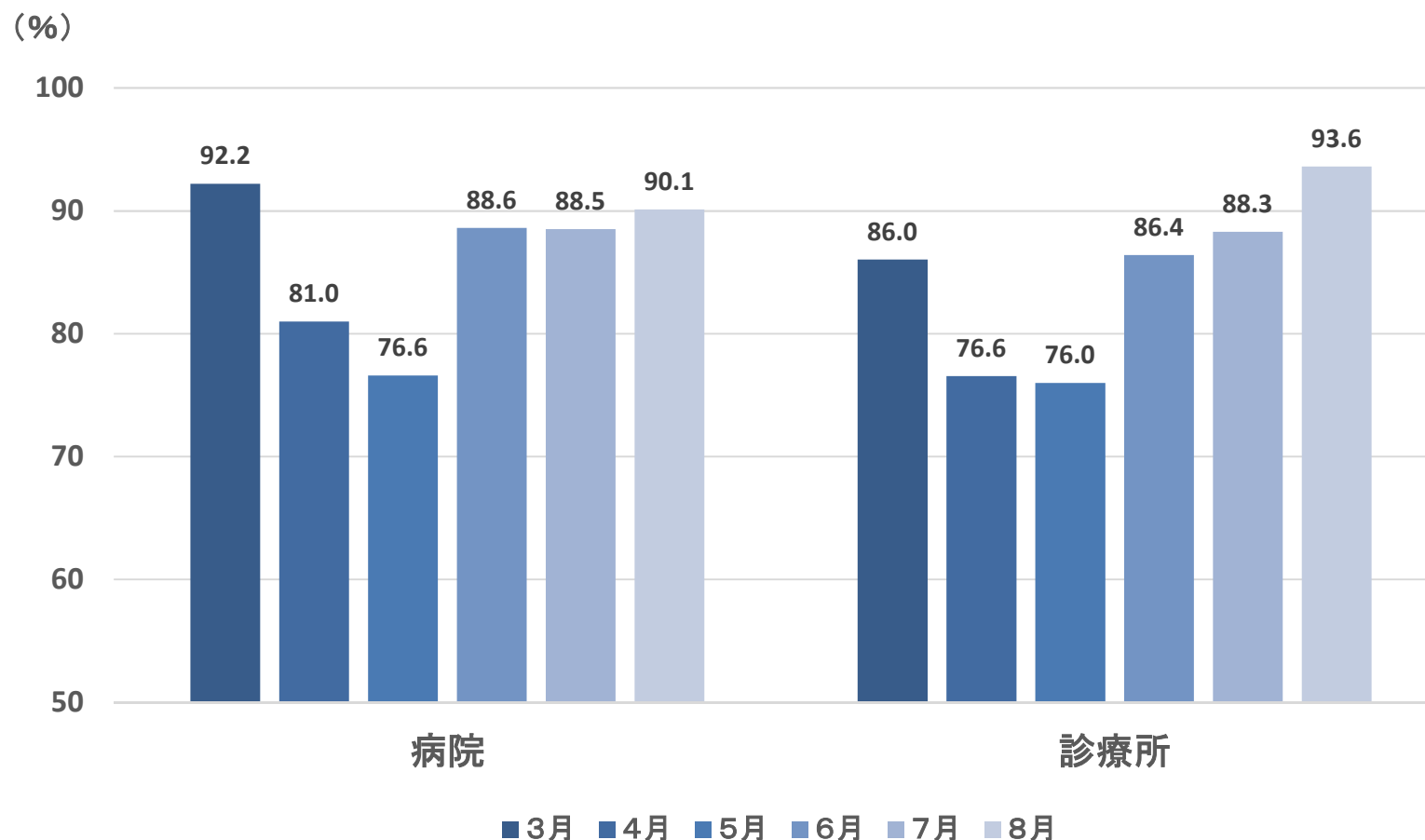


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、3月以降、病院も診療所も減少しているが、6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち病院・診療所別レセプト件数の前年同月比

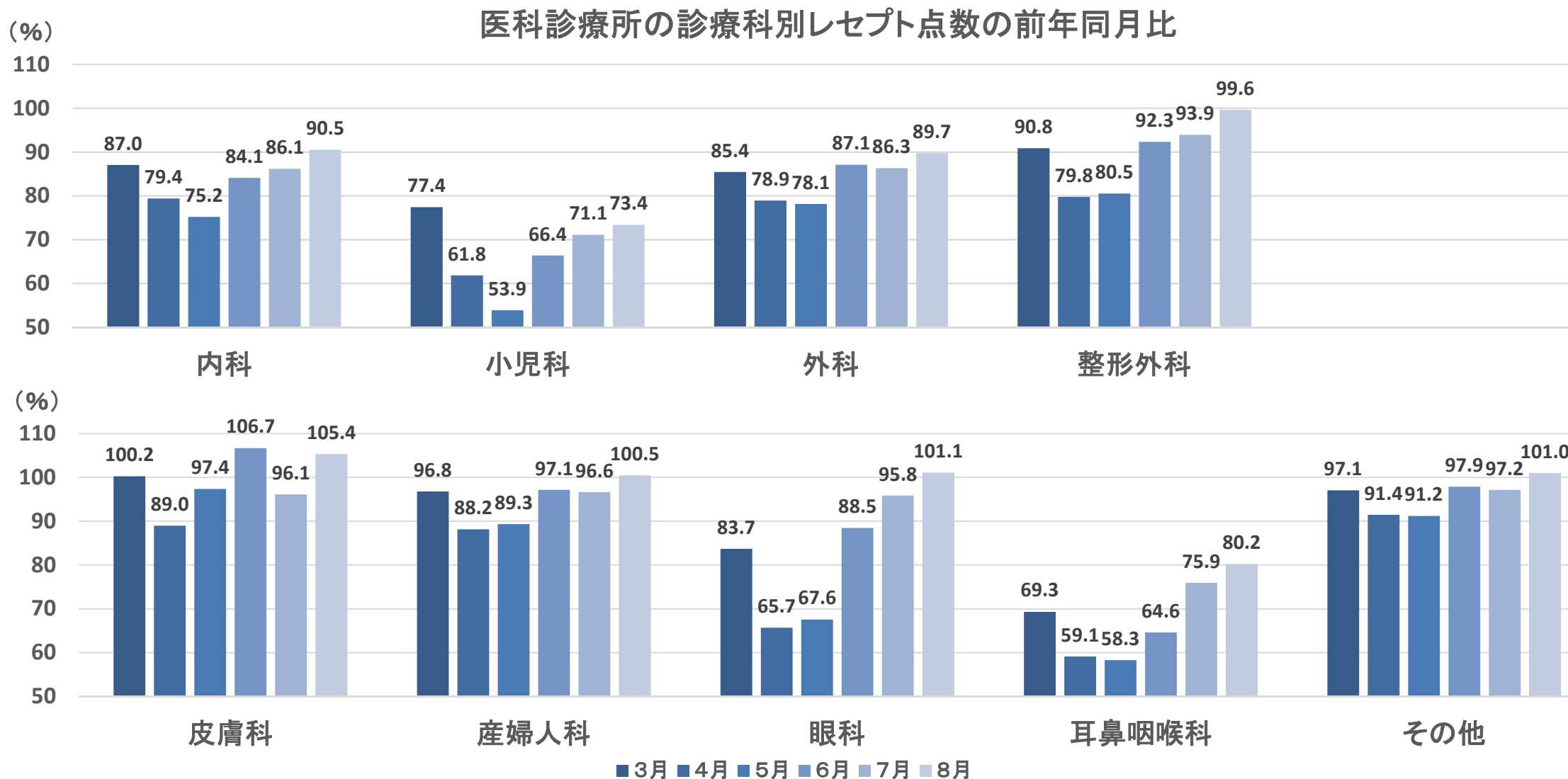


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、4月、5月は、いずれの診療科も減少しているが、小児科、耳鼻咽喉科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。



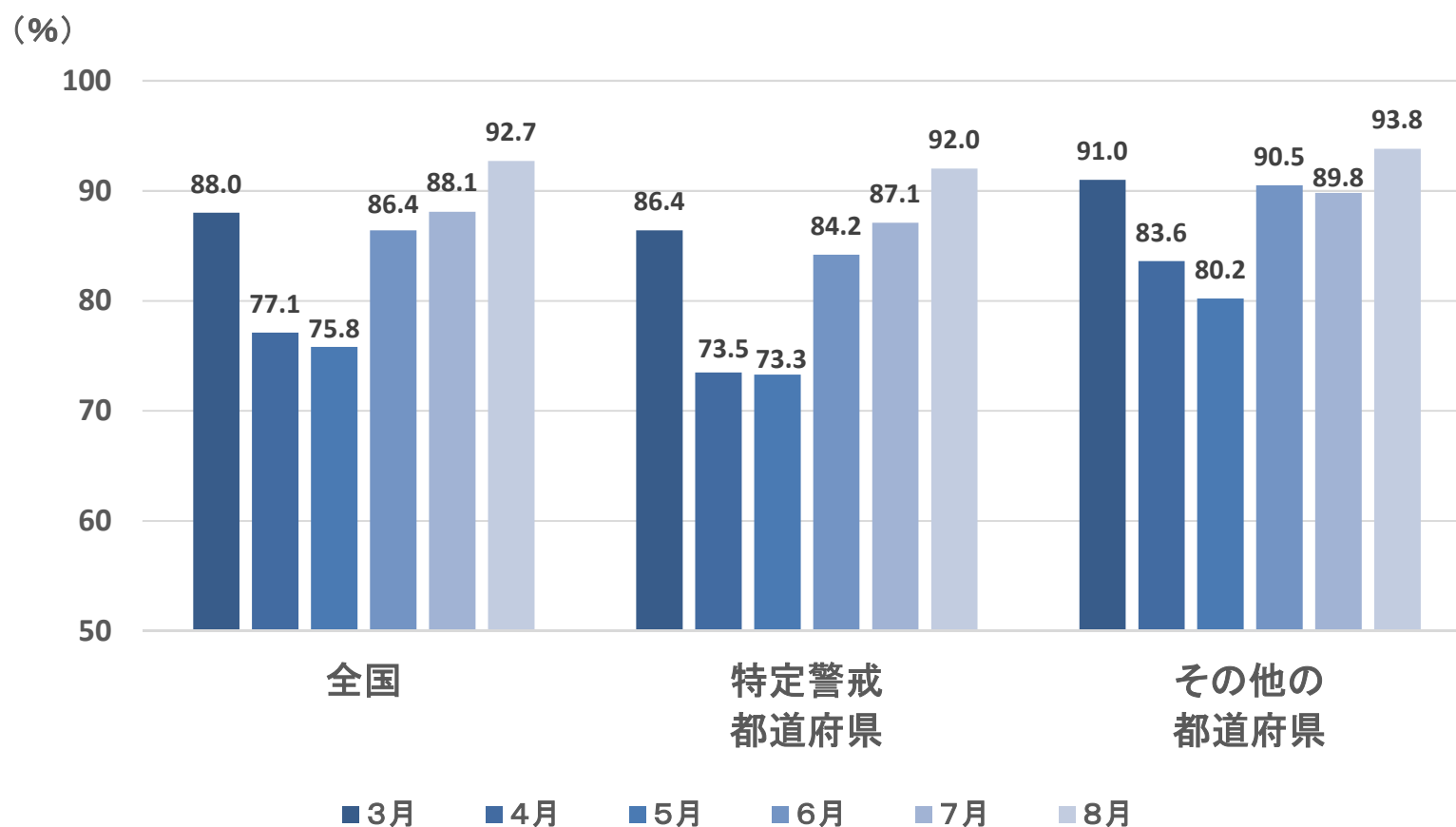
※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化⑤（地域別）

○ 地域別のレセプト件数の前年同月比で見ると、3月以降は、特定警戒都道府県の方が、減少幅が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

地域別レセプト総件数の前年同月比



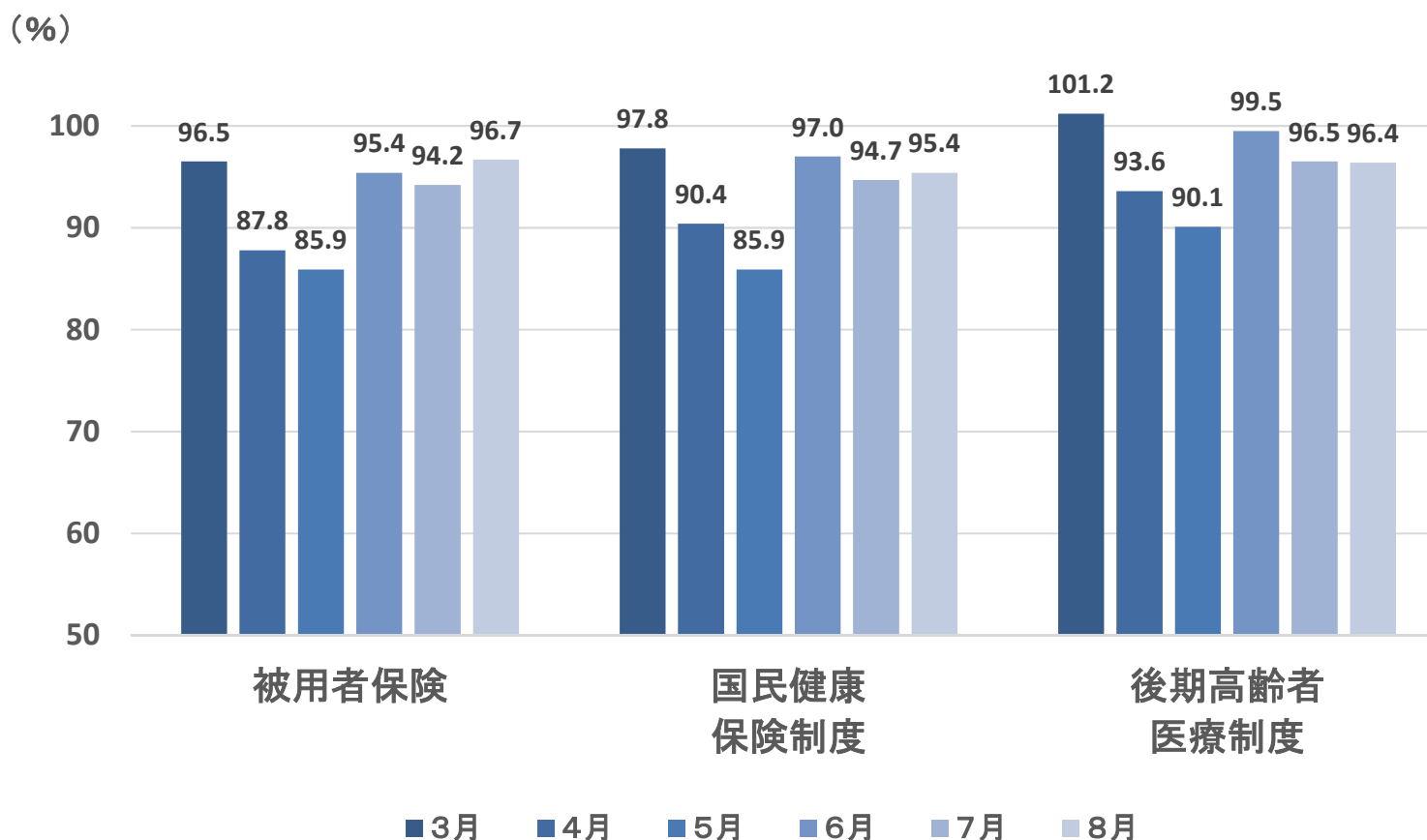
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 特定警戒都道府県とは、4月16日に対策本部が、特に重点的に感染拡大防止の取組を進めていく必要があると位置づけた13の都道府県。
（北海道・茨城・埼玉・千葉・東京・神奈川・岐阜・愛知・石川・京都・大阪・兵庫・福岡）

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化①（制度別）

○ 制度別にレセプト点数を前年同月比で見ると、後期高齢者医療制度の減少幅が相対的に小さい。なお、いずれの制度においても6月に減少幅が小さくなり、7月には減少幅が若干広がっている。

制度別レセプト総点数の前年同月比

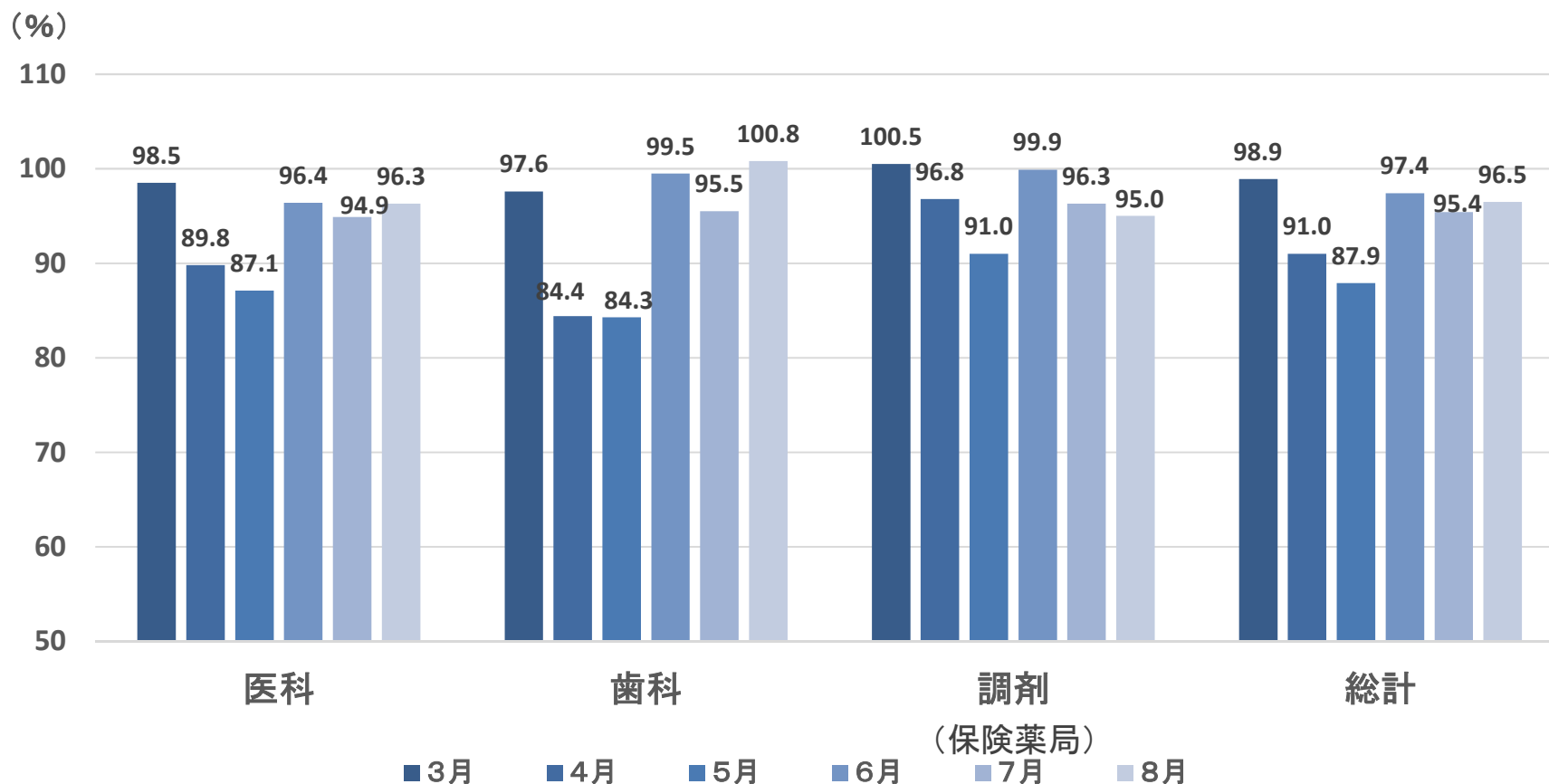


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化②（診療種別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月は内科、歯科において減少が見られ、5月には調剤も含め更に減少している。6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種別総点数の前年同月比



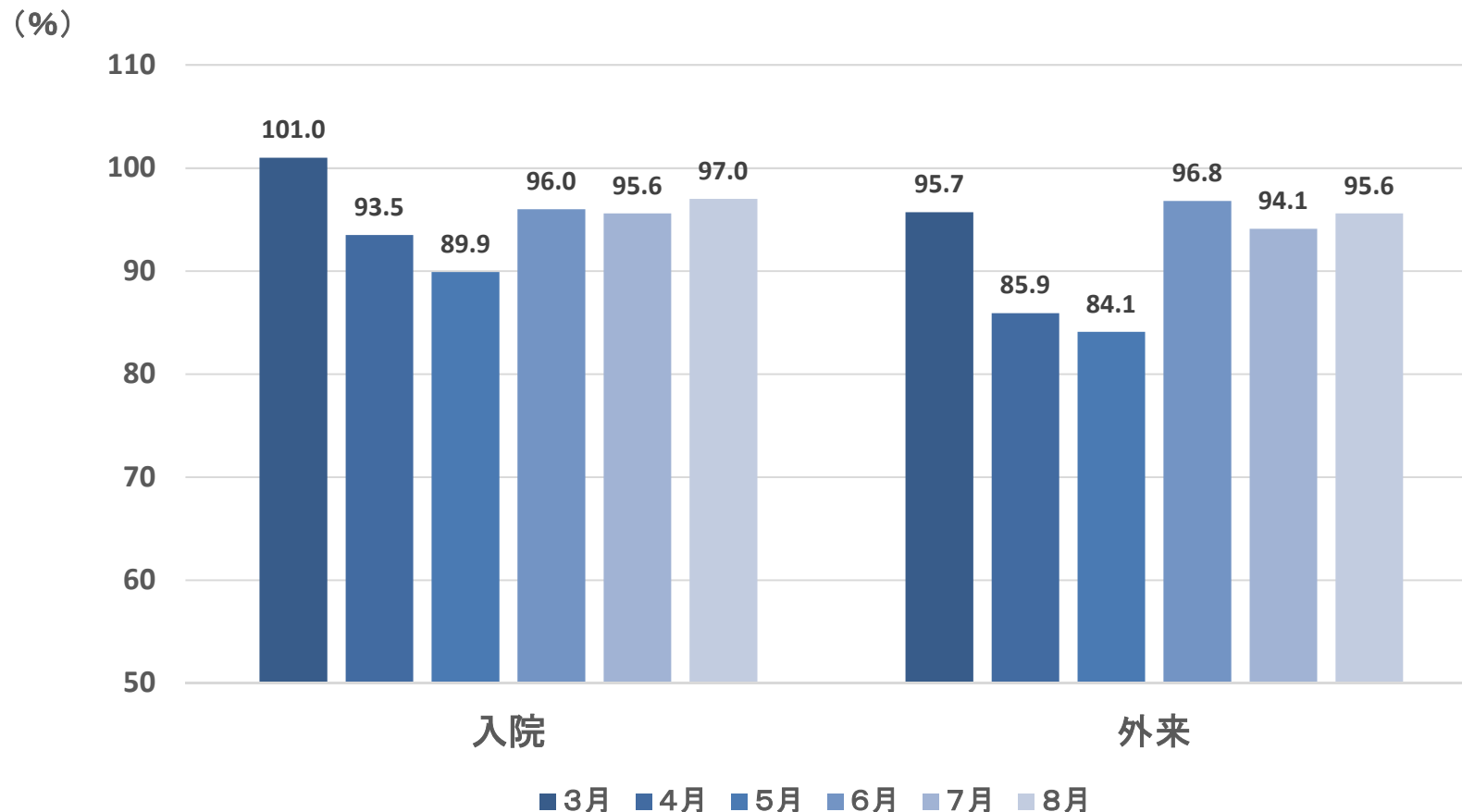
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、食事・生活療養費、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化③（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、入院、外来ともに減少している。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち入院・外来別点数の前年同月比

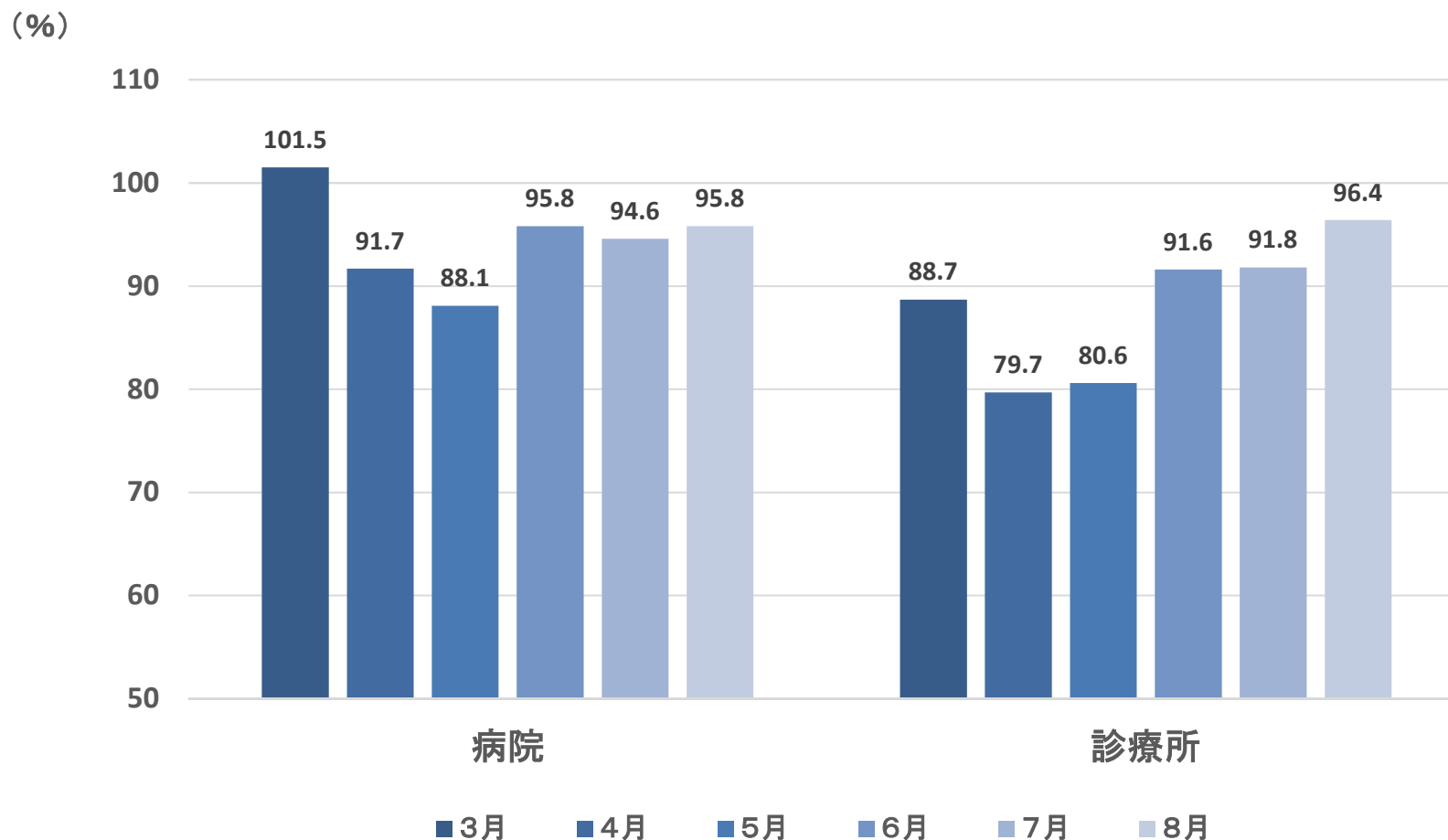


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化④（医科のうち病院・診療科別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、病院も診療所も減少しているが、診療所の減少の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち病院・診療所別点数の前年同月比



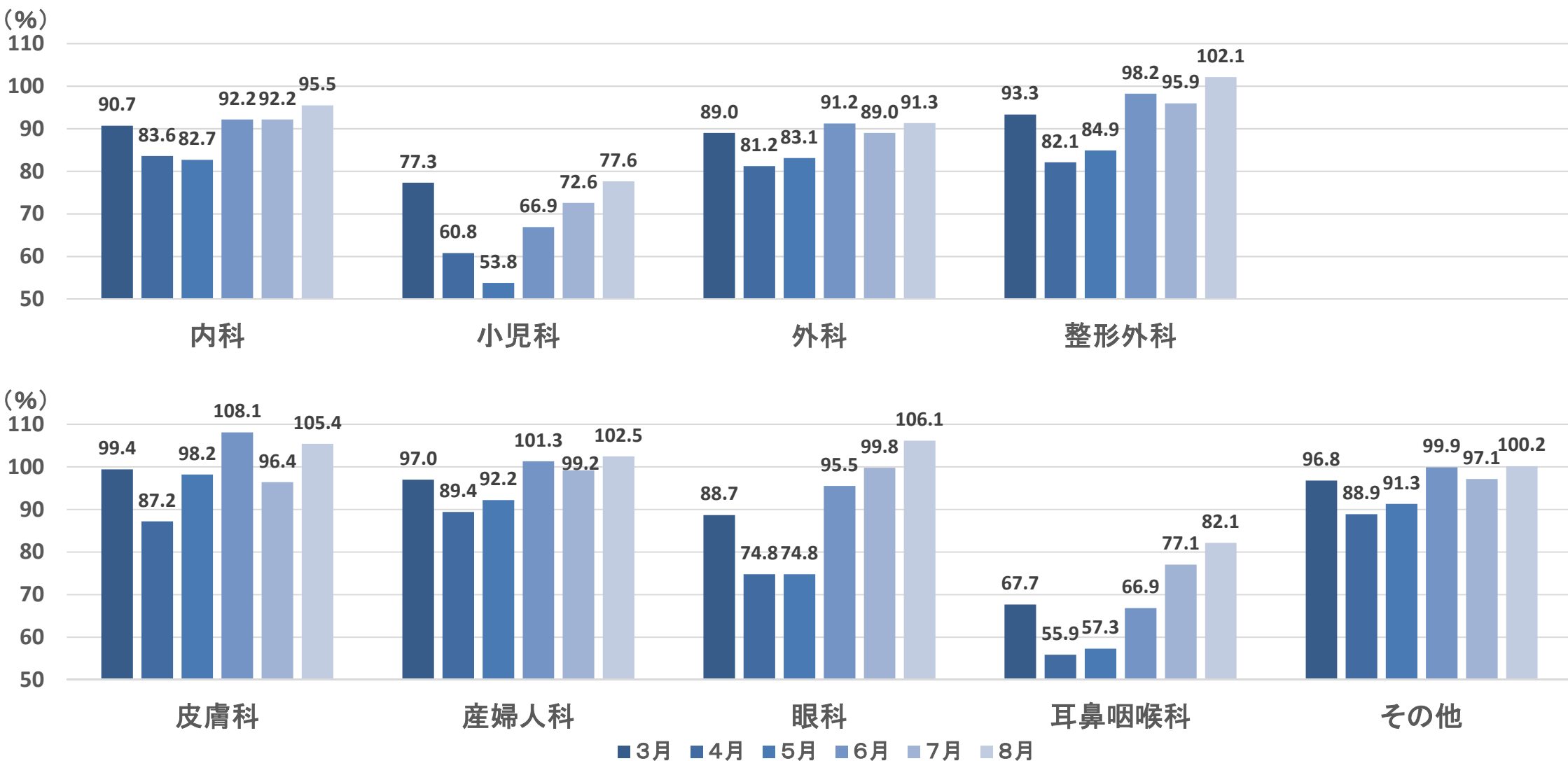
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化⑤（医科診療所の診療科別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、いずれの診療科も減少しているが、耳鼻咽喉科、小児科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。

医科診療所の診療科別レセプト点数の前年同月比



※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について

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。

全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日)(抄)

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、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。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告を取りまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

4. 医療

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、昨年末の最終報告において取りまとめる。

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 約130万人 (約 7 %)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋(医療費－267,000～842,000円)×1% ＜多数回該当：44,400円～140,100円＞	
一般 約945万人 (約52%)	課税所得145万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	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 約435万人 (約24%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超			24,600円
低所得Ⅰ 約305万人 (約17%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下		8,000円	15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。
人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

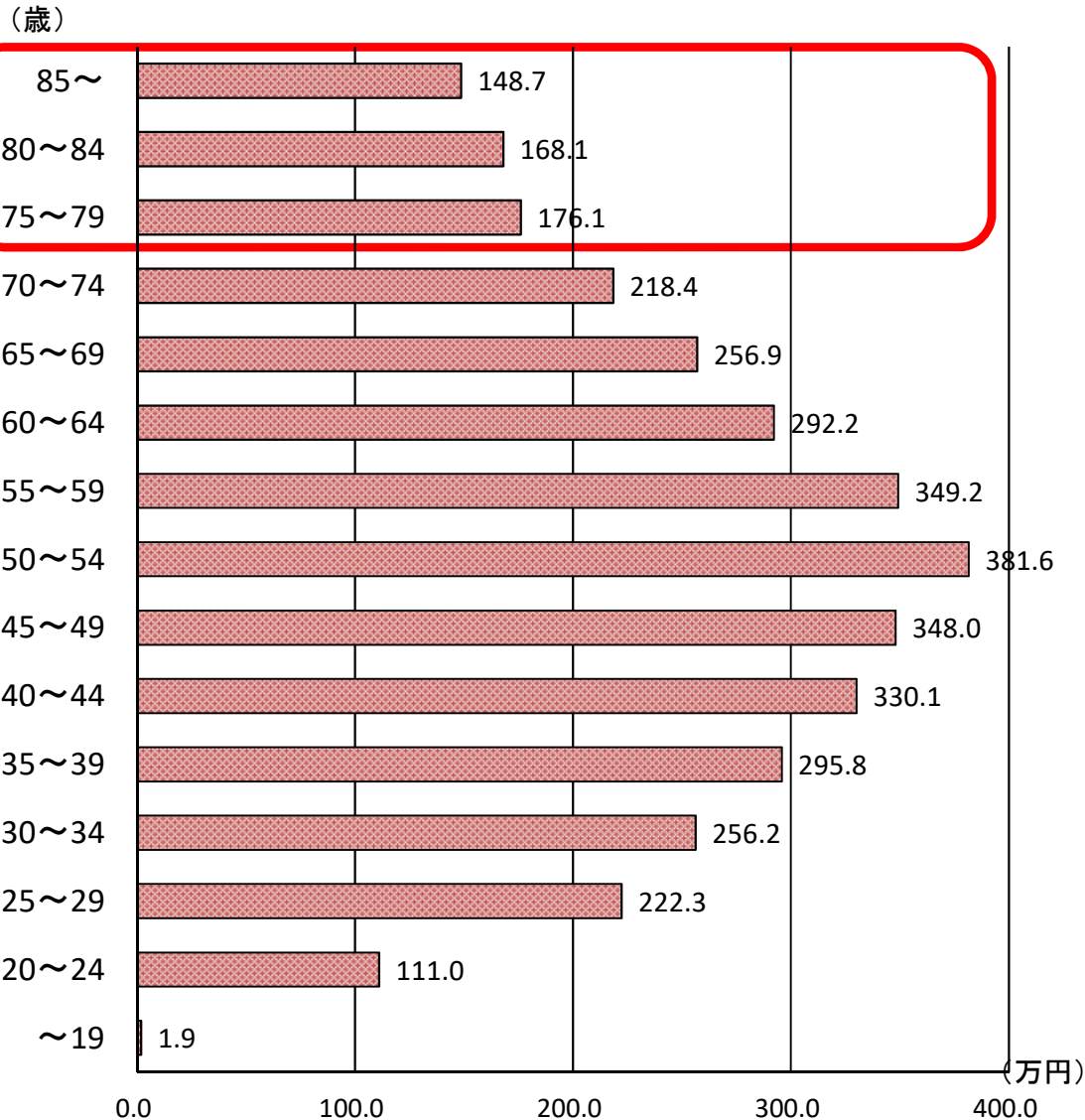
計：約1815万人

1－1 後期高齢者の所得の状況等について

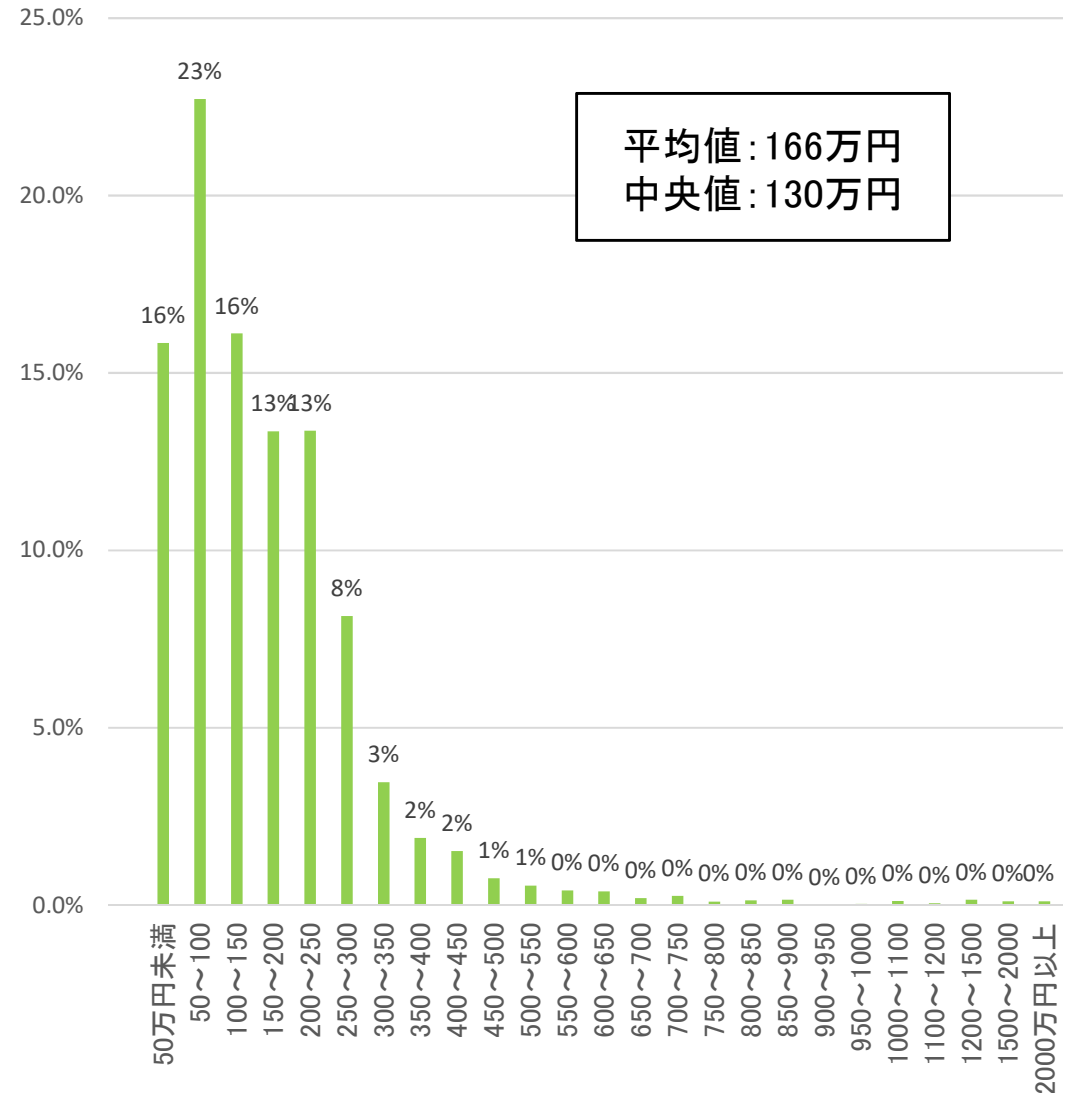
高齢者の収入の状況

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

＜年齢階層別の平均収入＞



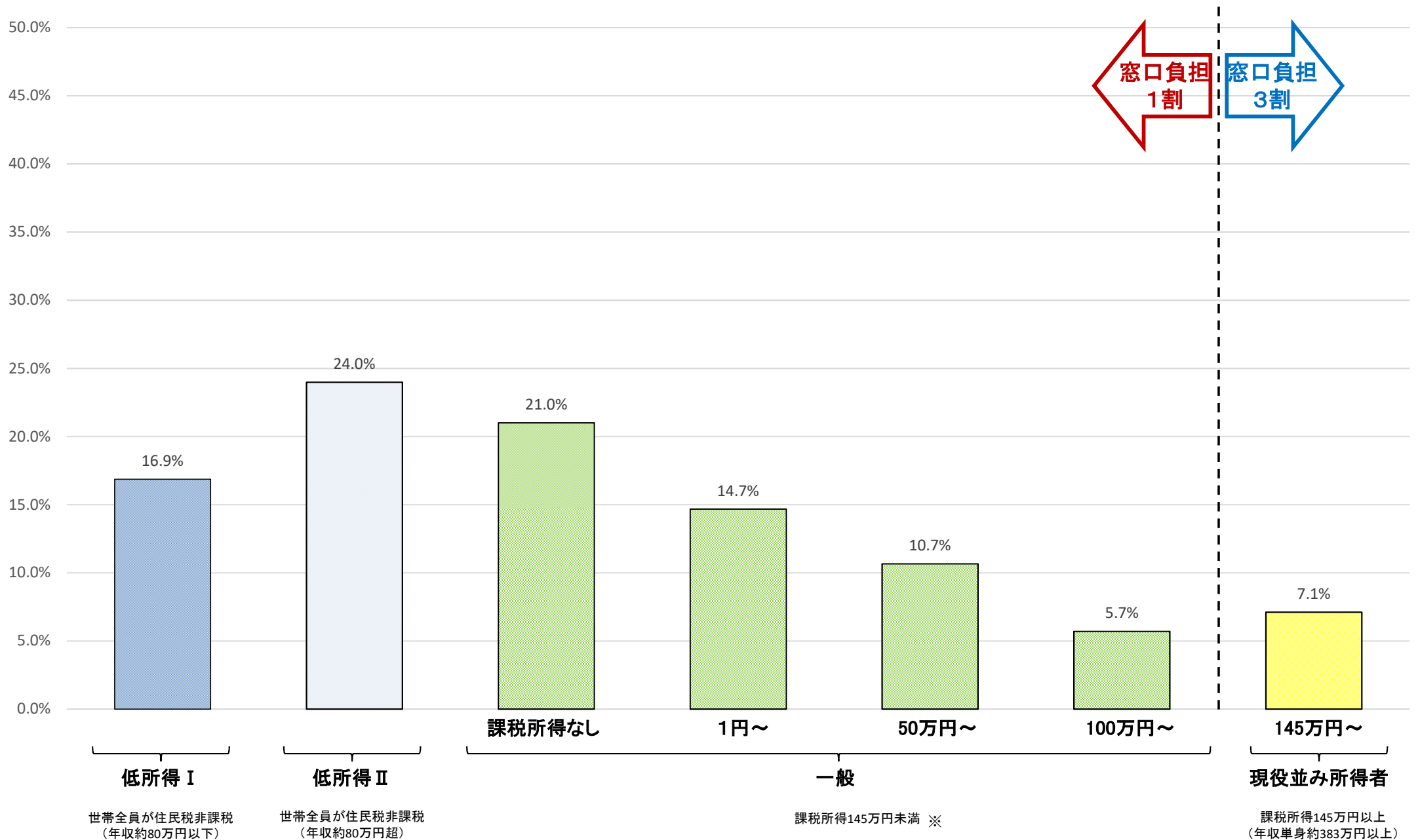
＜75歳以上個人の収入額の分布＞



【出典】2019年(令和元年)国民生活基礎調査(抽出調査)

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。(事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている)

後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。（例：夫100万円と妻0円の世帯の場合には、100万円2名とカウント）

※ 課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

(参考) 後期高齢者医療における所得等の範囲の比較

収入	事業収入、給与収入、年金収入 等			
所得		雑損失の繰越控除	純損失の繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	
課税所得	所得控除 (基礎控除、配偶者控除、 社会保険料控除等)	雑損失の繰越控除	純損失の繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	

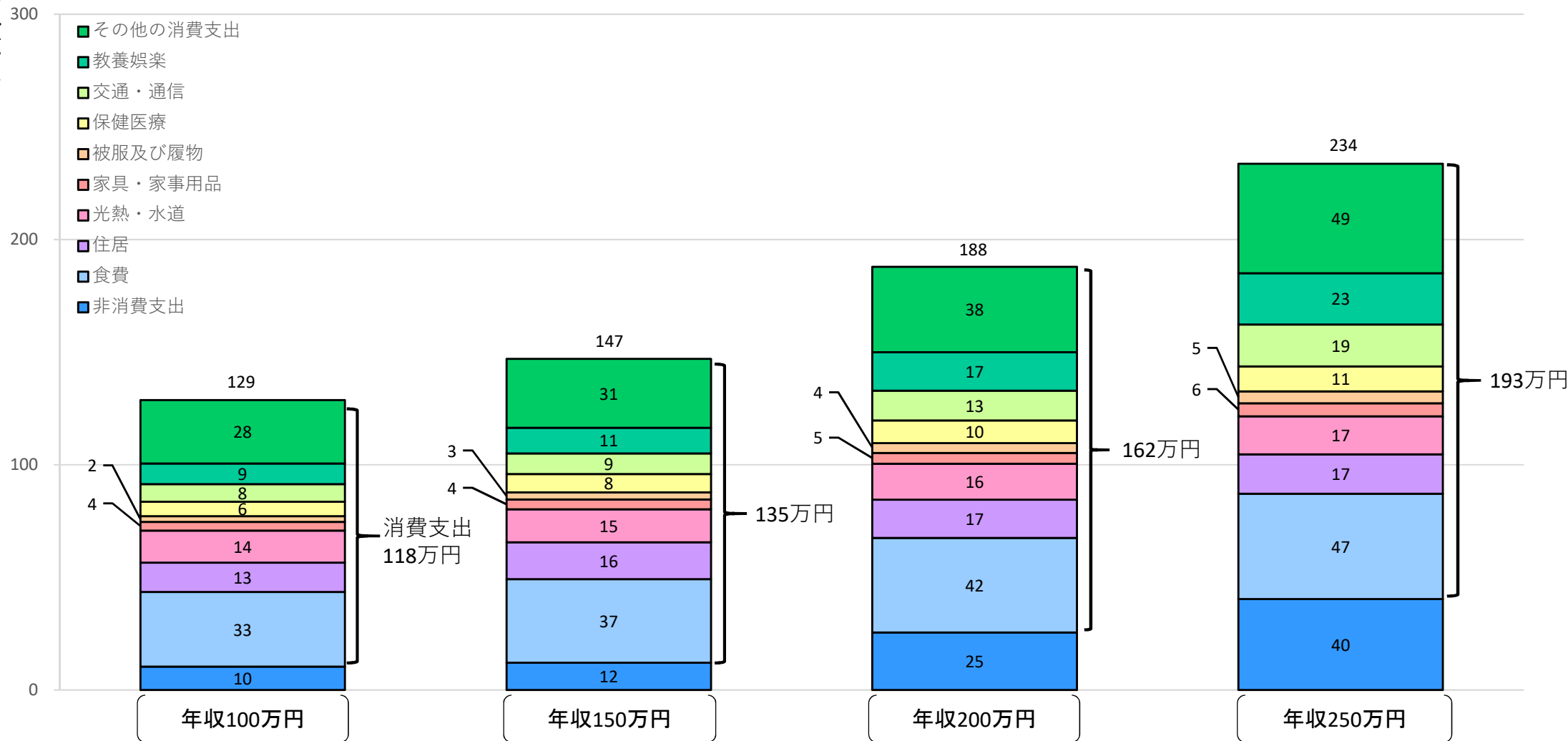
※上図の所得は、「総所得金額等」。なお、「合計所得金額」は総所得金額等に純損失・雑損失の繰越控除を足したもの。

75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、年収50万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は250万円±50万円は78世帯、200±50万円は123世帯、150±50万円は100世帯、100±50万円は58世帯。

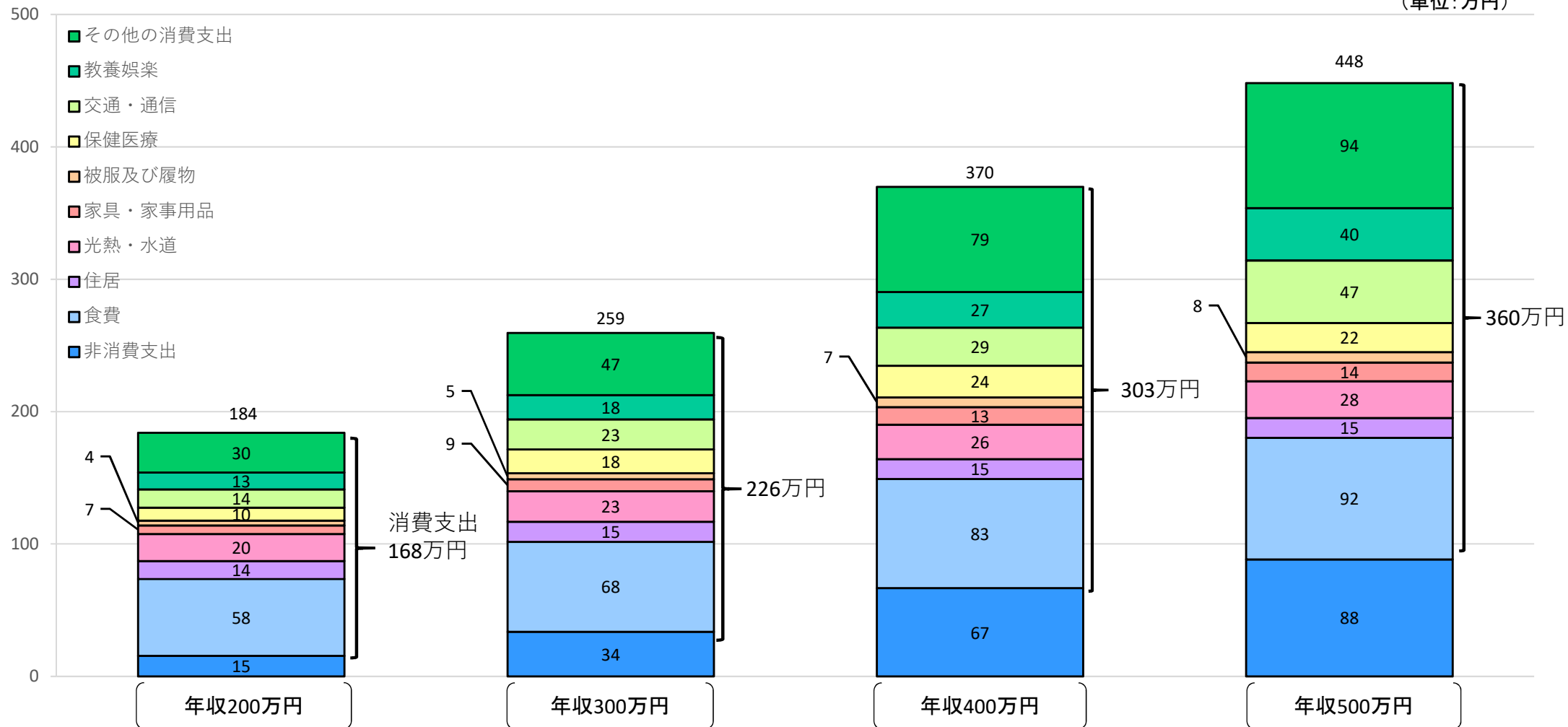
※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、年収100万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位: 万円)



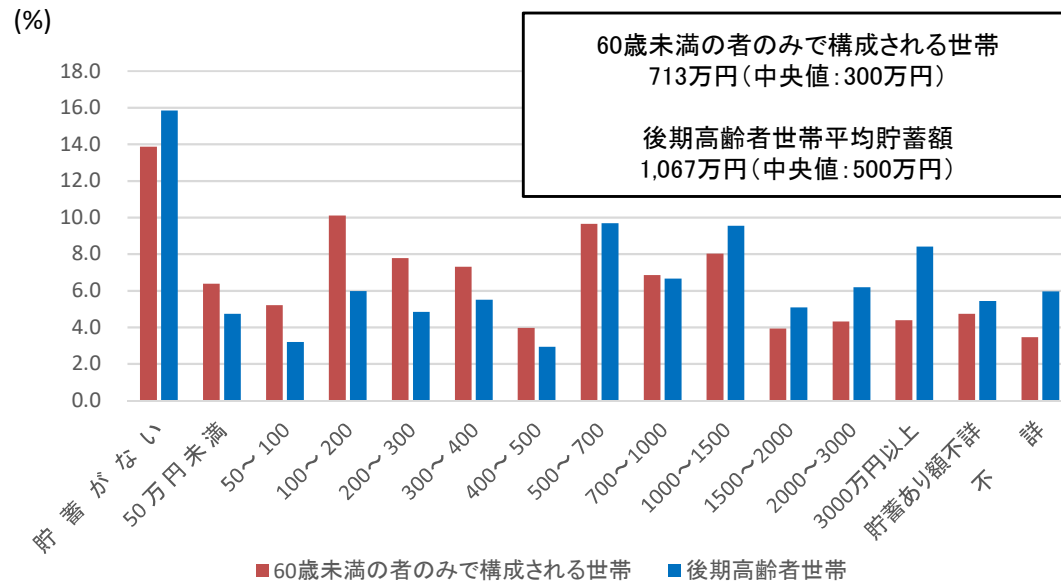
※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は500±50万円は58世帯、400±50万円は144世帯、300±50万円は220世帯、200±50万円は86世帯。

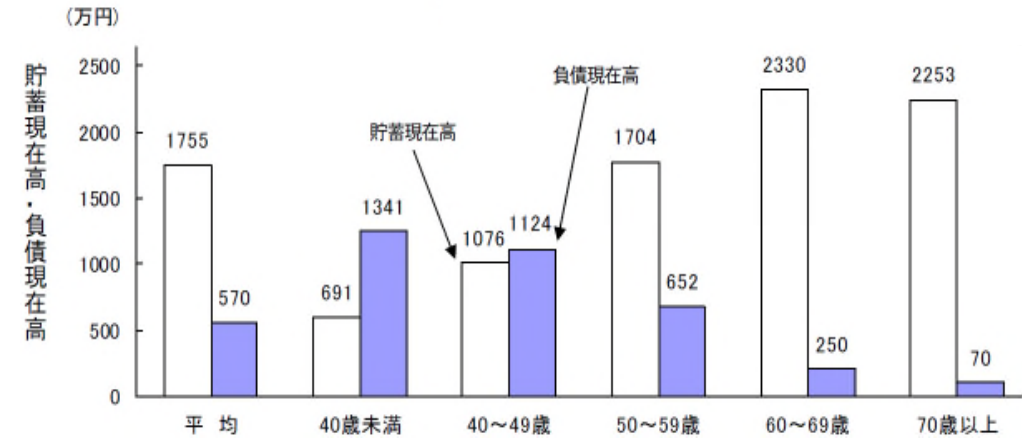
※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)＞



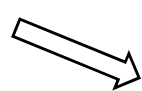
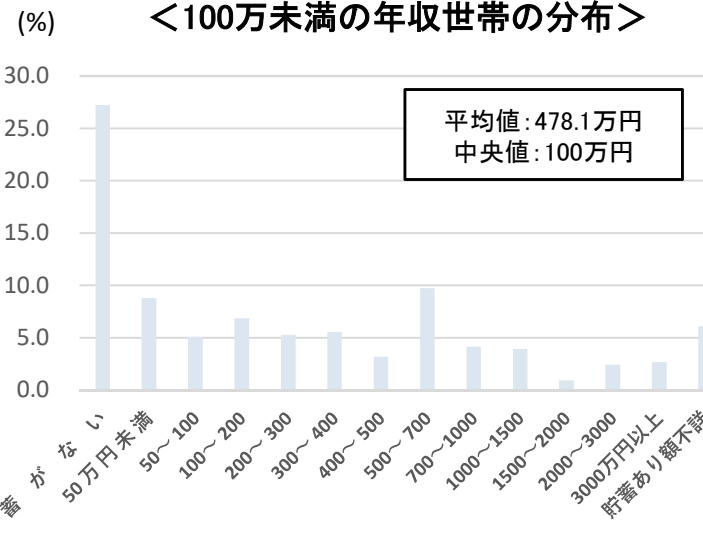
※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

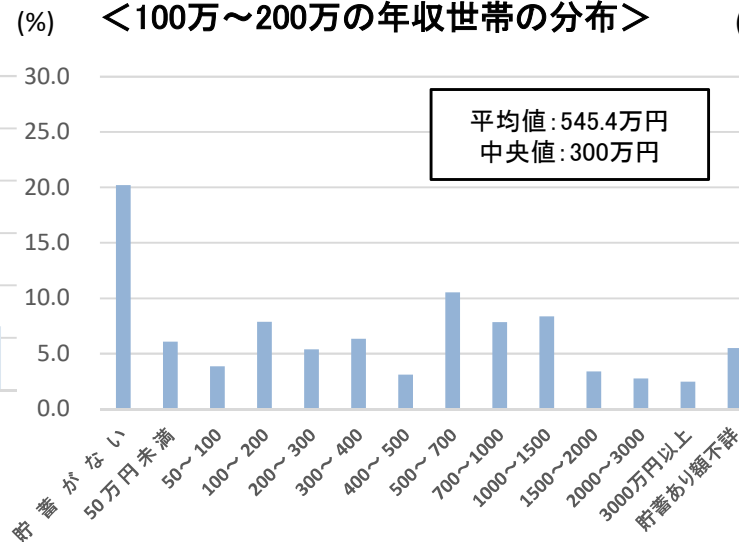
※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。



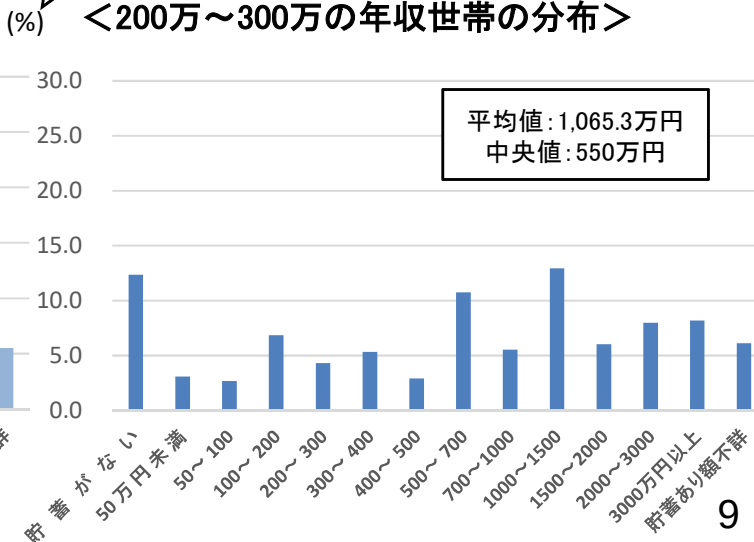
＜100万未満の年収世帯の分布＞



＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

65歳以上の
夫婦無職世帯

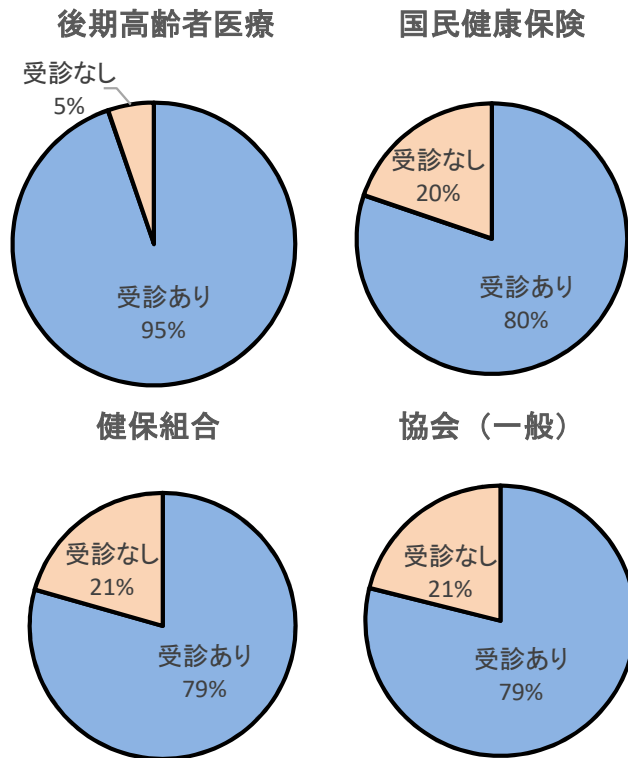
用 途 分 類	2019年						2020年					
	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月
集計世帯数	1,448	1,418	1,405	1,405	1,404	2,990	1,349	1,398	1,408	1,433	1,416	1,422
世帯主の年齢(歳)	76.4	76.4	76.1	76.4	76.5	76.4	76.2	76.2	76.4	76.6	76.7	76.7
受取	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実収入	25,343	451,401	19,904	455,763	23,877	449,945	27,303	455,796	44,387	572,703	57,751	475,803
經常収入	16,405	444,484	16,003	451,399	20,213	440,185	19,531	450,972	19,081	467,933	23,174	467,382
特別収入	8,937	6,918	3,901	4,364	3,664	9,761	7,772	4,824	25,306	104,770	34,577	8,421
実収入以外の受取(繰入金を除く)	279,801	323,138	313,041	310,841	272,310	309,945	288,798	292,334	258,622	333,045	265,666	301,671
繰入金	76,244	68,091	84,401	76,421	81,101	76,139	79,605	73,638	83,200	75,910	81,220	77,455
支払	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実支出	255,770	277,472	275,210	276,060	249,723	277,567	254,777	250,064	227,935	287,529	237,094	264,157
消費支出	249,676	234,389	237,266	227,869	227,844	235,547	239,400	201,242	198,744	229,480	217,181	218,847
食料	64,839	64,945	66,690	63,529	63,964	67,892	66,463	63,434	65,143	65,224	62,967	66,741
住居	12,628	10,331	8,937	17,342	15,999	10,156	10,278	9,947	8,276	17,376	17,256	15,859
光熱・水道	23,851	21,074	20,911	16,846	15,698	16,364	24,305	22,231	19,140	17,552	15,832	16,239
家具・家事用品	8,065	6,873	8,884	11,416	12,725	12,497	7,178	7,496	9,449	13,356	12,490	12,764
被服及び履物	5,017	5,794	7,046	6,185	5,946	5,008	3,579	2,533	4,602	6,044	5,033	3,800
保健医療	15,305	15,073	14,413	15,778	15,709	14,113	16,349	16,482	13,138	16,394	17,296	16,644
医薬品	3,129	3,427	3,131	3,009	3,474	2,936	3,321	3,145	2,914	3,384	3,134	3,475
健康保持用摂取品	1,650	1,389	1,228	1,302	1,430	1,404	1,343	1,804	1,474	1,761	1,890	2,020
保健医療用品・器具	1,233	1,693	1,785	3,249	1,702	1,568	1,812	2,057	2,184	2,921	1,943	2,438
保健医療サービス	9,292	8,565	8,269	8,219	9,103	8,205	9,873	9,477	6,566	8,327	10,329	8,712
交通・通信	30,221	31,066	29,700	24,858	27,407	28,450	37,812	23,897	26,529	26,310	22,662	23,037
教育	39	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0
教養娯楽	24,601	28,830	28,092	24,524	22,088	21,924	18,541	17,849	15,788	17,892	18,564	18,174
その他の消費支出	65,110	50,403	52,593	47,390	48,307	59,143	54,842	37,373	36,679	49,333	45,081	45,589
非消費支出	6,094	43,084	37,944	48,191	21,879	42,019	15,377	48,821	29,190	58,049	19,912	45,310
直接税	2,524	13,811	36,510	16,307	11,130	10,688	6,277	22,416	28,349	27,014	10,333	10,702
社会保険料	3,550	29,101	1,400	31,874	10,748	31,282	9,033	26,406	836	30,970	9,564	34,608

1－2 後期高齢者の自己負担や 受診動向等について

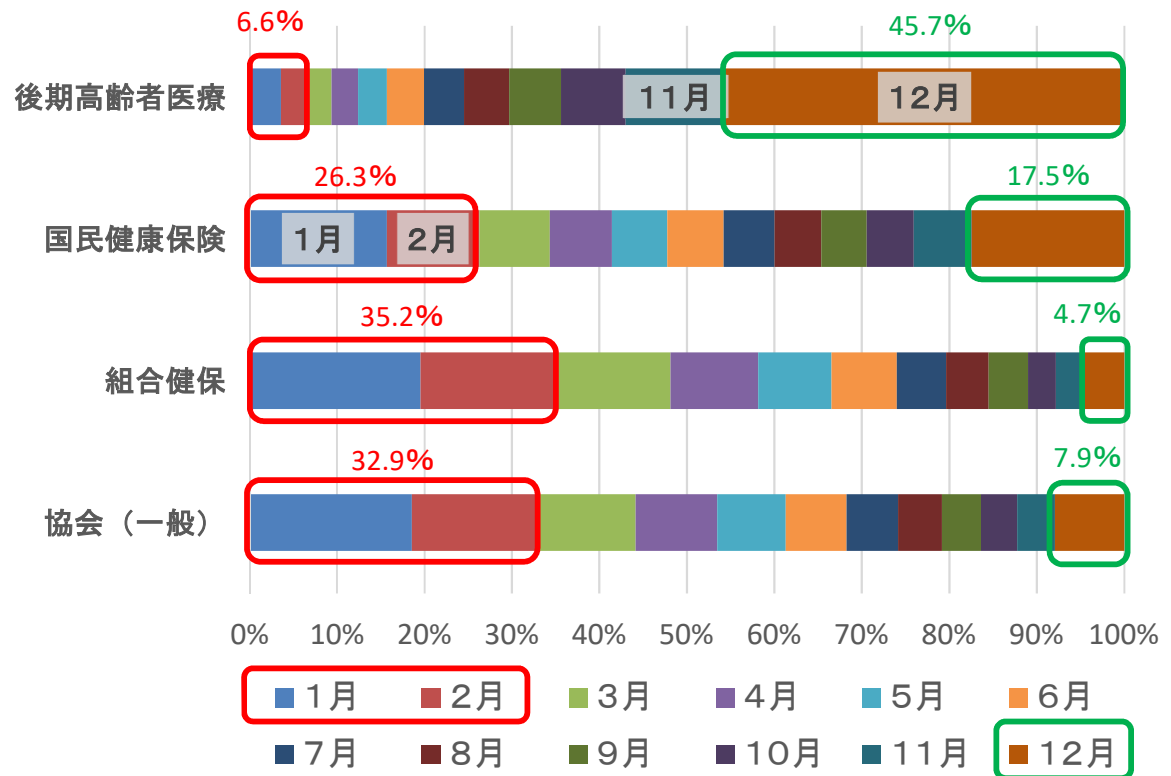
外来の受診動向の比較

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2ヶ月以下の割合は、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療では1割弱。
- また、後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典: 医療給付実態調査(平成30年度)

(注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

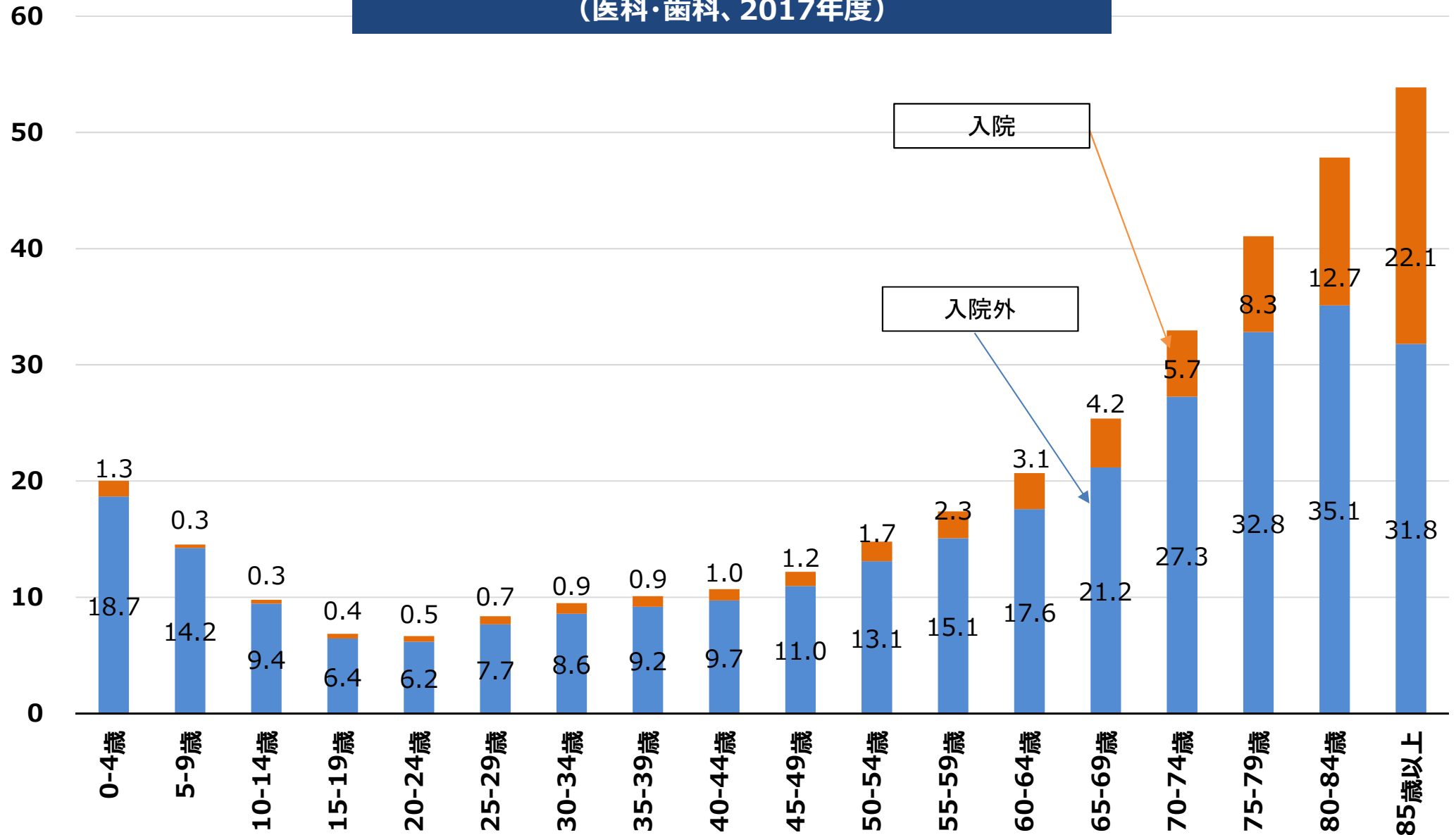
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したことから、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

年齢階級別 1 人当たり診療実日数

1 人当たり日数（日）

年齢階級別 1 人当たり診療実日数
(医科・歯科、2017年度)

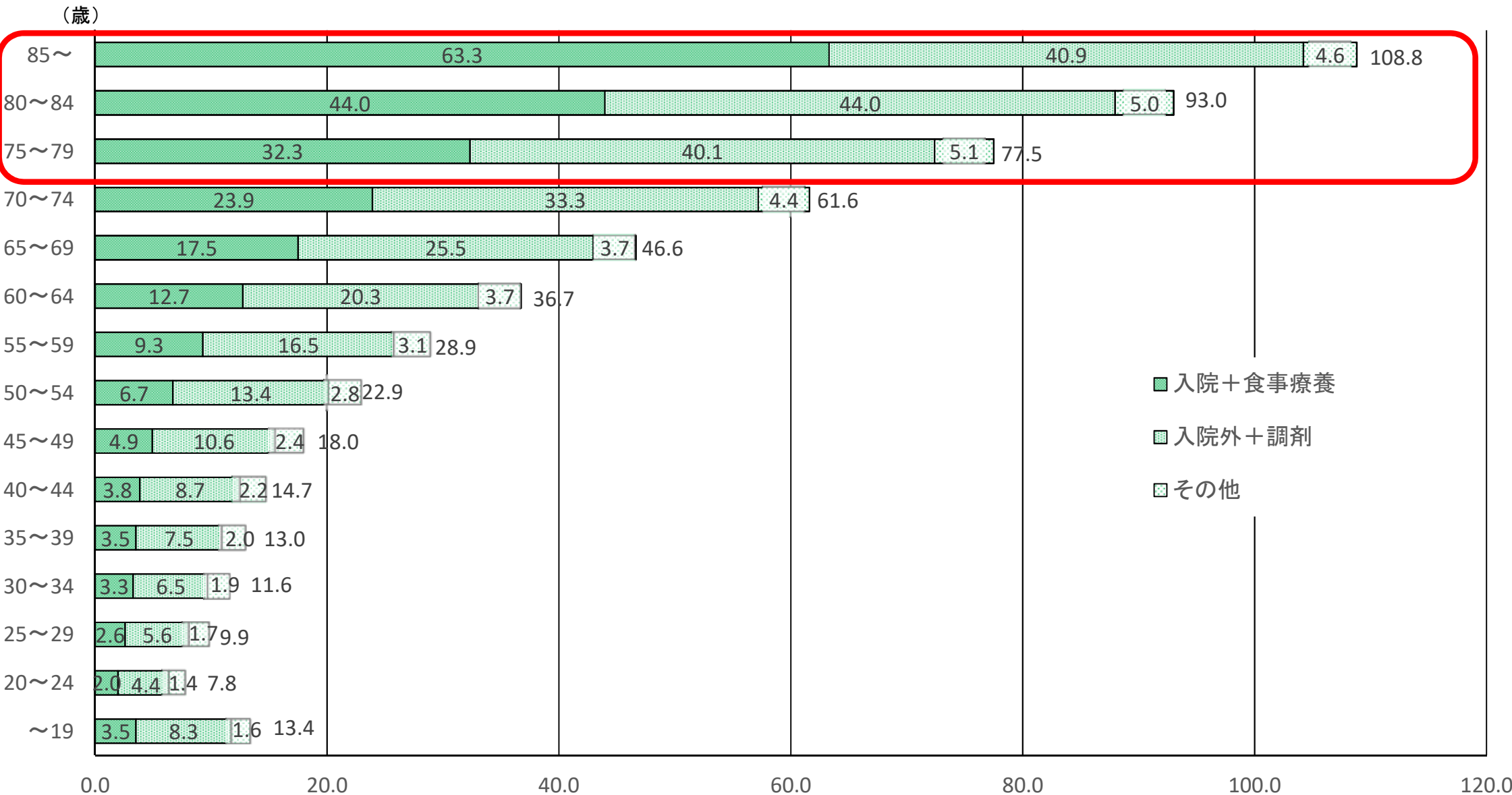


(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。

※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。

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。

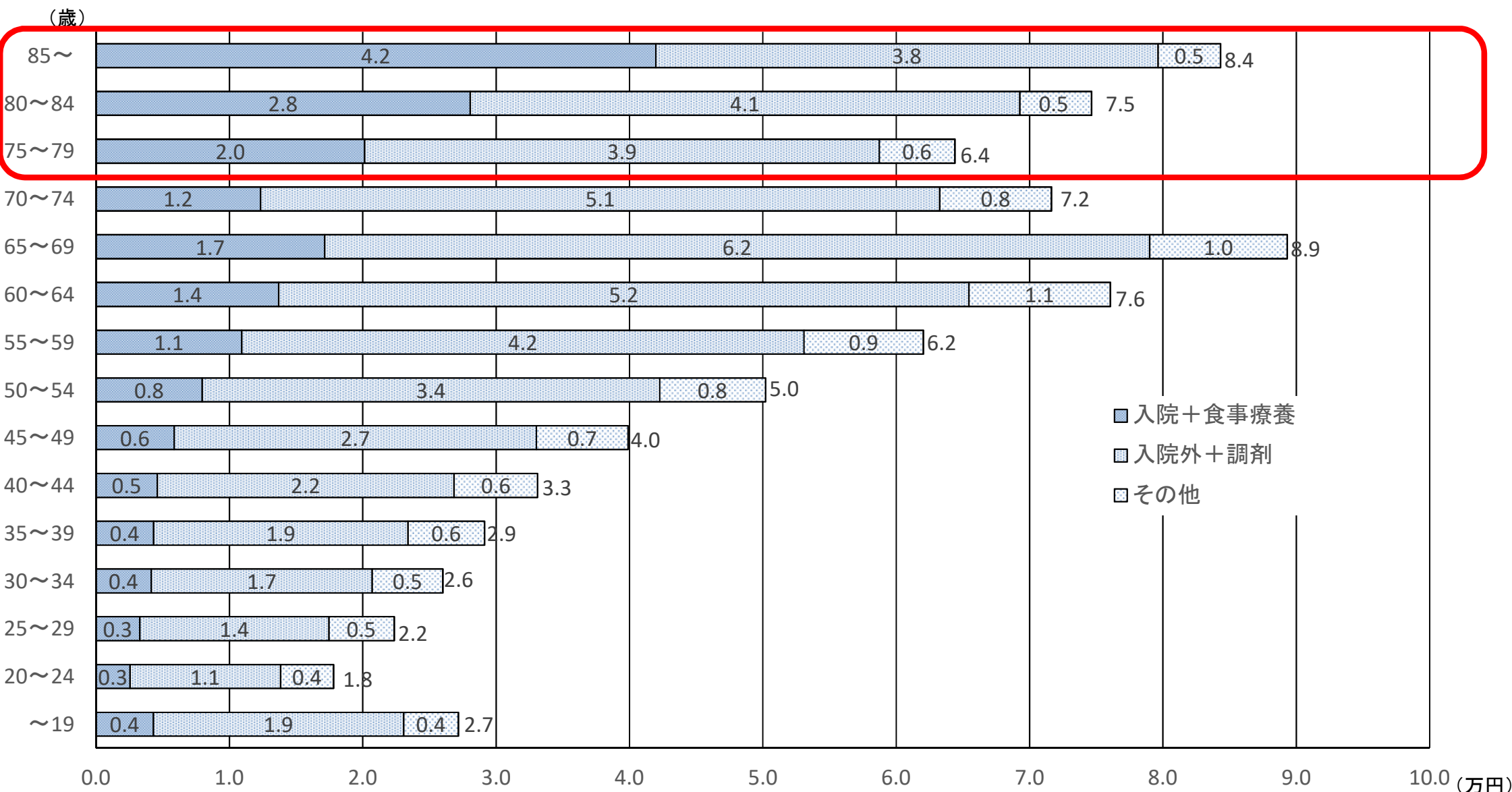


【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～
 「その他」は歯科、療養費など

(万円)

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～

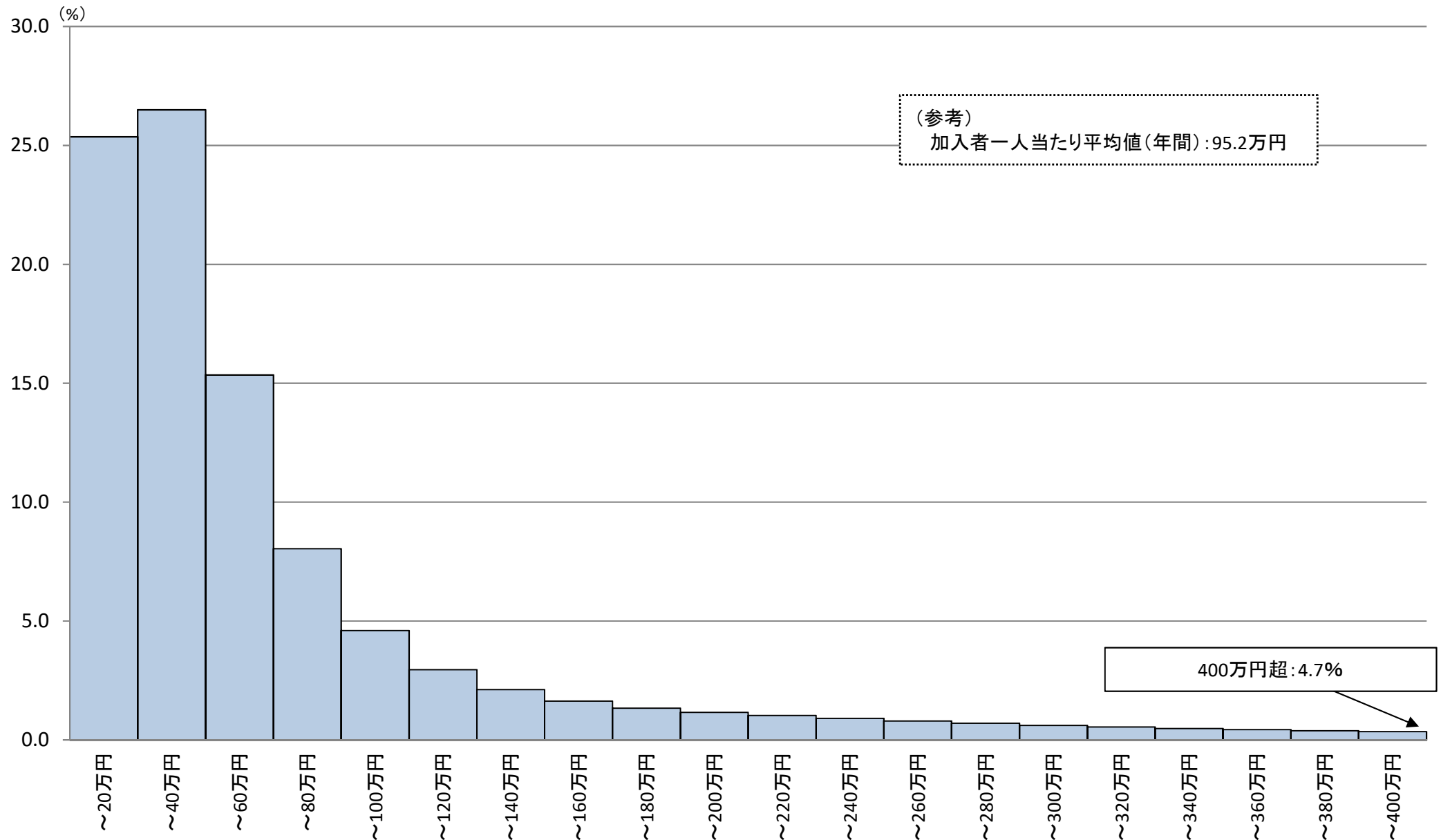
「その他」は歯科、療養費など

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。

後期高齢者の医療費の分布状況(現役並み所得区分以外)

年間の医療費の分布:現役並み以外



出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

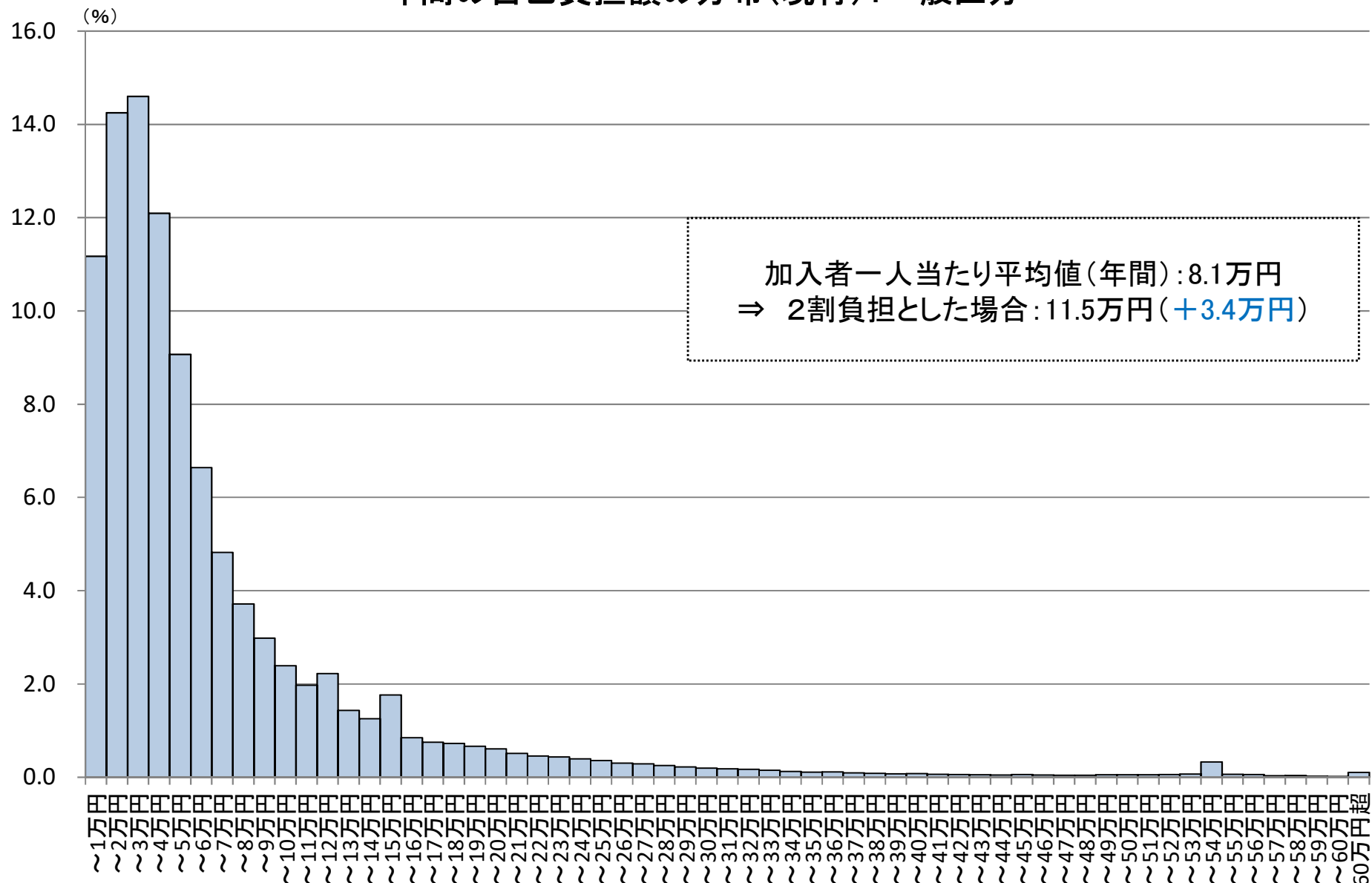
(注)1. 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位の数値にして推計したものである。

2. 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

3. 加入者一人当たり平均値(年間)は、平成29年度医療保険に関する基礎資料の数値。

後期高齢者の自己負担の推計分布状況(一般区分)

年間の自己負担額の分布(現行):一般区分



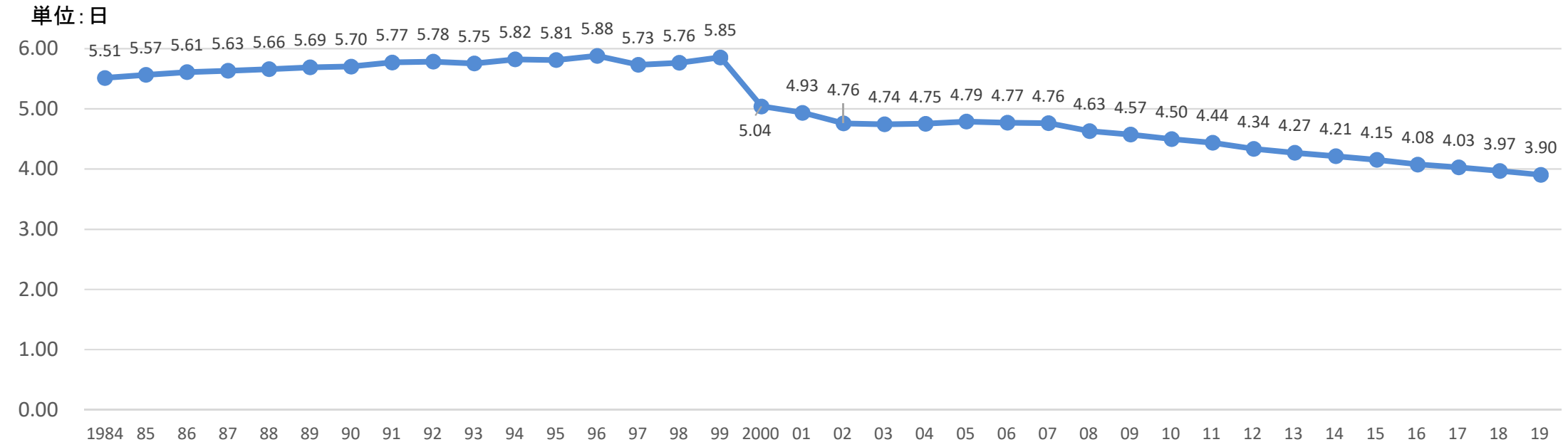
出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

高齢者医療における1人あたり受診日数(1月あたり)の推移

○ 高齢者医療における1人当たりの受診日数は、平成12年度の介護保険導入に合わせて大きく引き下がり、それ以降もほとんど一貫して減少傾向。



	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
主な制度改正	・老人保健制度（S58） （定額負担）							介護に看目した公費負担割合 の引上げ（3割→5割）				介護に看目した公費負担割合 5割の対象拡大					（介護に看目した公費負担の廃止）	・高齢者1割負担導入 ・介護保険制度導入	・現役並み所得者公費対象外 ・高齢者1割負担徹底	・現役並み所得者2割負担				・現役並み所得者3割負担 ・高額療養費の見直し	・後期高齢者医療制度施行 ・高額介護合算導入									・高額療養費の見直し	・高額療養費の見直し	

【出典】医療費の動向調査の診療実日数を加入者数で除したもの。
※平成20年3月以前は老人保健法によるものであり、平成20年4月からは高齢者の医療の確保に関する法律によるもの
※平成14年から平成19年にかけて老人医療の対象年齢を70歳から75歳に段階的に引き上げている。

2 現役並み所得基準の見直しについて

現役並み所得の基準の見直しについて

新経済・財政再生計画 改革工程表2019 (令和元年12月19日)(抄)

○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。



以下の点を踏まえて、引き続き検討するべきではないか。

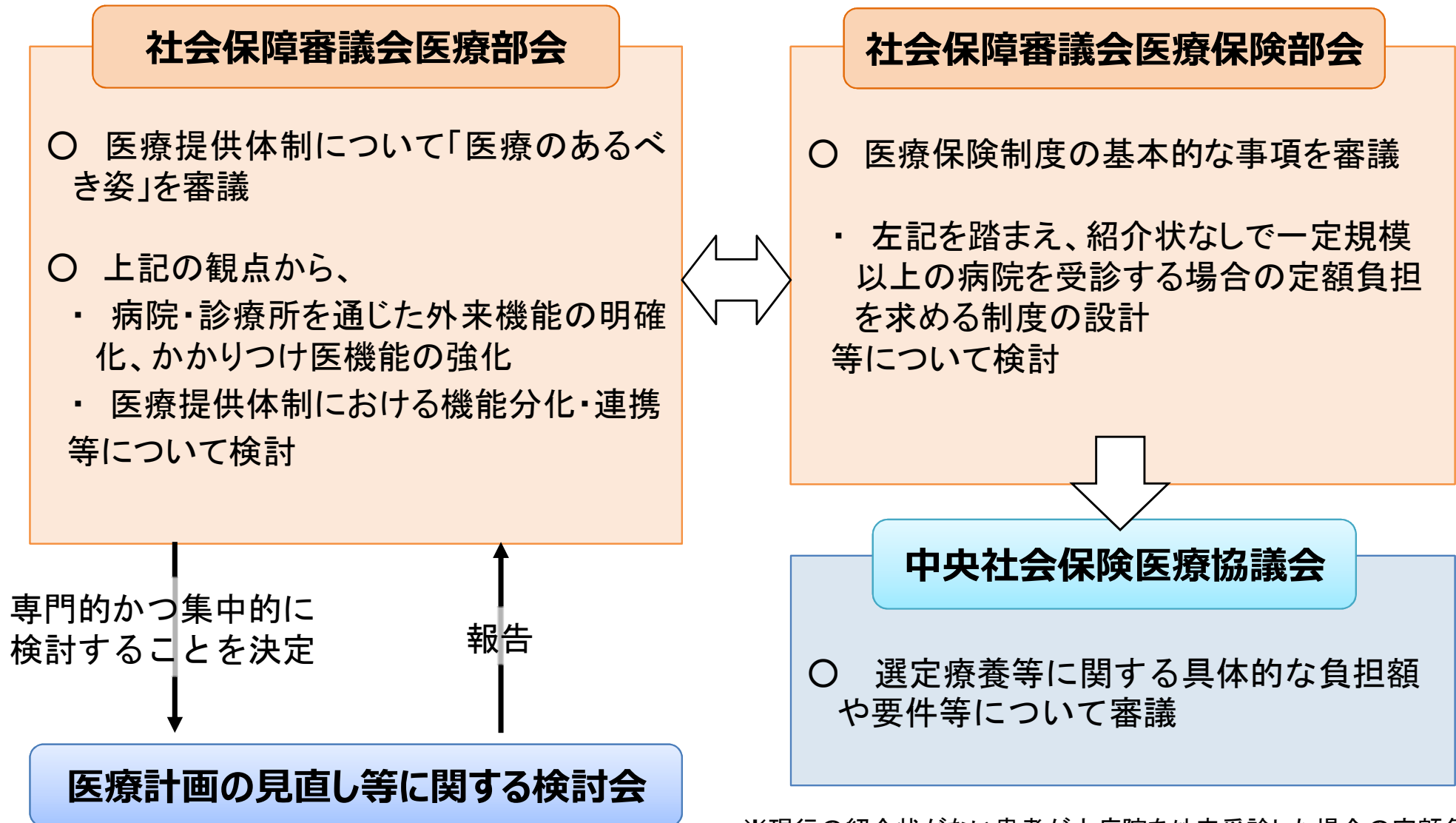
○ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要がある。

※現役並み所得者への医療給付費に公費負担を導入する場合、数千億円の財源が必要となる。

○ 「現役並み所得の基準」の算定の基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成30年度のものである。新型コロナウイルス感染症の影響で、現役世代の収入に影響があると考えられるが、令和2年度の現役世代の収入は、現在、把握できない。

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

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



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

【医療資源を重点的に活用する外来（仮称）】

議論いただきたい論点①

- 人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 紹介患者に対する外来

【外来機能報告（仮称）】

議論いただきたい論点②

- 地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- 制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告（仮称）の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

【地域における協議の仕組み】

議論いただきたい論点③

- 地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告（仮称）を踏まえ、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進めていく中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- 地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。

第76回医療部会(11/5)における主なご意見について

【外来機能の明確化・連携】

＜総論＞

- 外来機能の明確化・連携を進めていくことや今回提案されている仕組みに賛成。
- 基礎自治体の立場から、地域の外来には様々なパターンがあり、ある程度自由度を持たせて議論を進めることが重要。

＜医療資源を重点的に活用する外来（仮称）＞

- 今回提案されている仕組みの目的は、大病院に患者が殺到しないようにすることと理解。そのために分かりやすい名称を工夫すべき。
- 都市部では病院にほとんどの診療科がそろっているが、地方では病院ではなく有床診療所が皮膚科や眼科等の診療を担っているケースもある。そうした機能をどのように位置づけるかは課題。
- 外来機能の明確化は必要だが、病院では診療科ごとに状況が異なるので留意すべき。
- 医療資源を重点的に活用するというだけでなく、紹介・逆紹介の機能も一緒に把握すべき。

＜外来機能報告（仮称）＞

- 国民目線で見ると全ての外来機能を明確化すべきであり、全ての医療機関に報告を求めるべき。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関に該当する可能性のある無床診療所の数は多く、診療所も報告対象とすべき。
- 負担軽減の観点や入院医療と一体的に議論する観点から、まずは病院・有床診療所を報告対象とすべき。高額な医療機器等を使用する一部の無床診療所は手挙げ制とすることも考えられる。
- 報告項目に専門的な看護師の配置状況や外来における看護機能を加えるべき。

＜地域における協議の仕組み＞

- 地域医療支援病院は、10以上ある医療圏もあれば一切ない医療圏もある。「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関も同様の状況になった場合、医療資源の配分という意味ではよくないのではないか。
- 外来機能の明確化は重要であるが、まず、その地域に不足している外来機能の手当てに取り組み、重複した機能も見えてきて、徐々に効率的にある程度集約されていくことが大事。

【かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方の国民の理解の推進】

- かかりつけ医のイメージは人によって異なる。どういった人のかかりつけ医と言うのか明確にすべき。かかりつけ医研修を受けた医師がどこにいるか情報提供を行う仕組みも必要。
- かかりつけ医像は、患者からみても様々で幅があり、患者が自分にあったかかりたい医師が起点。
- 医療機能情報提供制度を国民に知ってもらって、活用してもらうことが重要。

一般病床の規模別の病院数

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

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

選定療養における「200床以上の病院」の定義について

◆ 選定療養における「200床以上の病院」の定義

- 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日付け保医発0313003号通知）（抄・一部追記）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（揭示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

15 200床（一般病床（※）に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

（1）病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

（1）病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下（2）から（4）までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

（※）一般病床：医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第5号に規定する一般病床

大病院受診時定額負担に関する主な意見①

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<総論>

- 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賛成。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。そういう中で、自らの選択で大病院を受診されるという患者さんにおいては、特別な負担をお願いするということではないか。
- 医師・看護師の勤務負担の軽減は非常に大きな課題であり、大病院の外来患者の流れを変えていくことは非常に重要。その意味で、大病院受診時定額負担を一つの方策として患者の受診行動を変えていく必要性は認識している。

<定額負担の対象病院の範囲>

- 医療機能の分化と連携を進める、医療従事者の働き方改革を進めるという観点からは、いわゆる一般病院についても選定療養の範囲を拡大していくことはやむを得ない。
- 特定機能病院や地域医療支援病院は、目的や機能が法律上明確になっているので、病床規模で線を引くというのはそれなりの合理性があるが、いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、地域の実情に応じて考える必要がある。例えば、他の医療機関が存在しない地域で診療活動を行っているような施設や、回復期、慢性期、在宅医療までケアミックスを実施しているような地域密着型の医療に取り組んでいるような施設については対象から外すとか、あるいは手挙げ方式のようなことを配慮していただくなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような丁寧な対応を検討いただきたい。
- 医師の偏在対策が適切に実施されないと、患者の医療機関へのアクセスを制限することにつながるのではないか。その意味では、偏在対策についてあるべき姿を定めて、基準を満たさない地域においては、定額負担の拡大を猶予するなどの個別対策が必要ではないか。
- どうしても月に1回大きな病院に行かなければいけないというような地域もある。そうした地域も含め、拡大対象とされる病院の機能や利用実態をよく分析をして、医療保険の中でもその地域の医療提供の実態に合った対応をする必要があるのではないか。
- 地域ごとの状況を勘案していくことはもちろん重要だが、あまり例外を拡大していくということのないようにやっていくべきではないか。

大病院受診時定額負担に関する主な意見②

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<かかりつけ医>

- 受診行動の適正化、病院診療所の機能分化という観点から、かかりつけ医の普及のためには、かかりつけ医機能を明確化して、また国民、医療提供者にしっかりと定義を示す必要がある。また、このかかりつけ医機能の強化に向けてはスピード感も必要だと思うので、具体的な方策、道筋を示していただきたい。
- そもそも「かかりつけ医」が身近にいなかったり、身近にいることを知らなければ、多少のお金を余分に払ってでも、大病院に行こうとする患者の受診行動は変わらないのではないかと。広く初診に応じることができ、適切な病院を紹介できる診療所の整備と、その診療所へのアクセスの周知に取り組んでいただきたい。

<定額負担の水準>

- 定額負担の増額については、保険財政の持続可能性に寄与するような水準にすべき。
- 現在の初診時5,000円という値は、大病院を想定して設定した額。200床まで規模を拡大し、さらに一律に増額するという議論というのは制度創設当時の想定をもう大幅に超えており、政策効果の検討も十分にされていないので、しっかり検討するべき。
- 患者負担の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いうことは、実行可能性を含めて曖昧な部分が多い。現場で説明と徴収に大変な労力をかけて定額負担分を取っている現状があり、一律に徴収分を保険財政に充てるという話になると、自身の医療機能に見合った額を設定するというインセンティブが病院から失われ、かえって地域医療機関の機能分化が図られないという状況が起こることもあり得るのではないかと。
- 選定療養として初診時定額負担が設定されているが、療養の給付の範囲の中にある初診料との関係性を整理したほうが良いのではないかと。本来、切り分けられないものを例外的に保険として認めているとすると、そこを保険財政に貢献するという考えもあり得るのではないかと。そういうことも含めて何をもってどこまで療養の給付の中に入れるのか、初診料相当のものを控除するのかということも含めて過去には議論もあったが、いろいろと考える余地があるのでは。

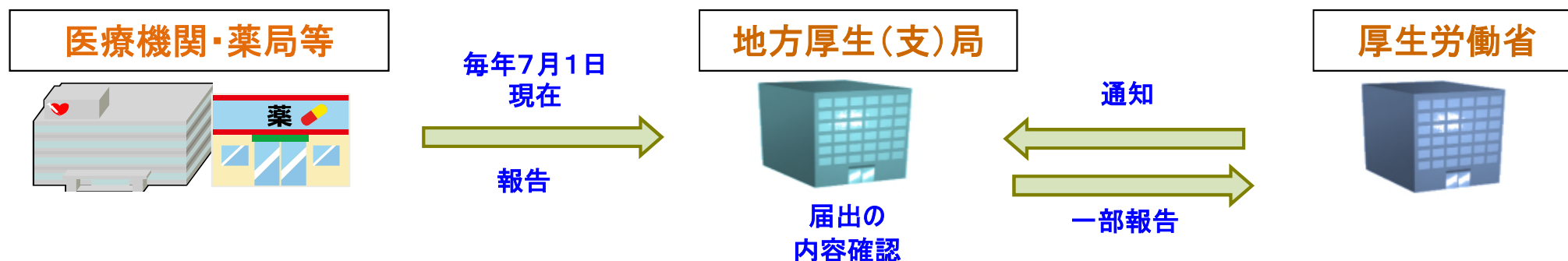
<再診時の取扱い>

- 大病院からかかりつけ医機能を持っている診療所あるいは中小病院を紹介していただくところまでを義務とすべき。初診だけではなく、再診時における定額負担をきちんと取るという仕組みを早く導入していただきたい。定額負担の対象を広げるよりも、再診時の対応の方が先ではないかと。
- 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける方も一定程度おり、病院にとって大きな負担になっているのではないかと。
- 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっている。再診に関してはあまり定額負担対象と捉えていないところが多いのではないかと。

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

選定療養の届出状況等の報告(定例報告)について

- 各保険医療機関は、保険外併用療養費制度として認められた選定療養に関して、保険医療機関及び保険医療養担当規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生(支)局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために、毎年状況を報告することとされている。
- 紹介状なしの大病院受診時の特別の料金を設定している病院は、特別の料金の支払いを求めることが義務化されているか否かにかかわらず、当該特別の料金の設定額や徴収状況等について、報告することとされている。
- 以下は、令和2年度の報告事項(※)について、厚生労働省保険局医療課において、集計したものである。
(※)特別の料金の設定額等については令和2年7月1日時点の状況、徴収状況については令和2年4月1日～6月30日の状況。
- なお、速報値であるため、今後、数値の変動があり得る。



定額負担対象病院の外来患者数の内訳(1病院当たりの平均値)

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	10.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者比率(②/①)	30.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.1%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	23.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者比率(②/①)	53.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

初診

再診

類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

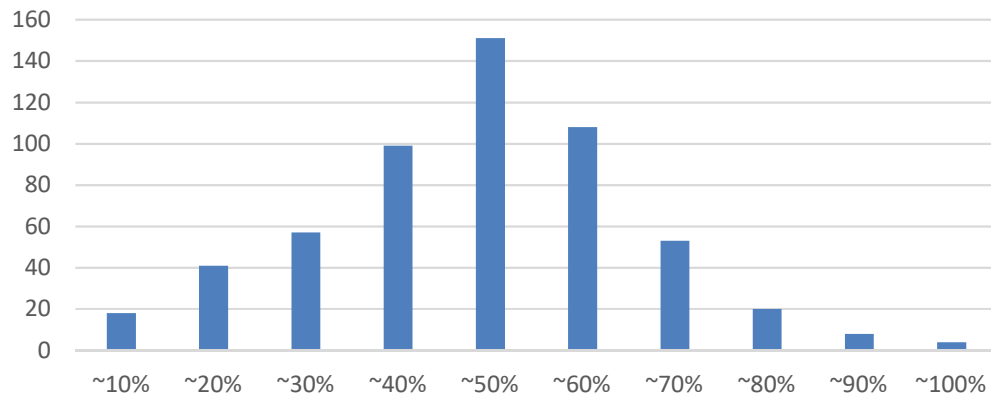
(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
 (速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
 ・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

紹介状なし患者比率及び徴収患者比率ごとの病院分布

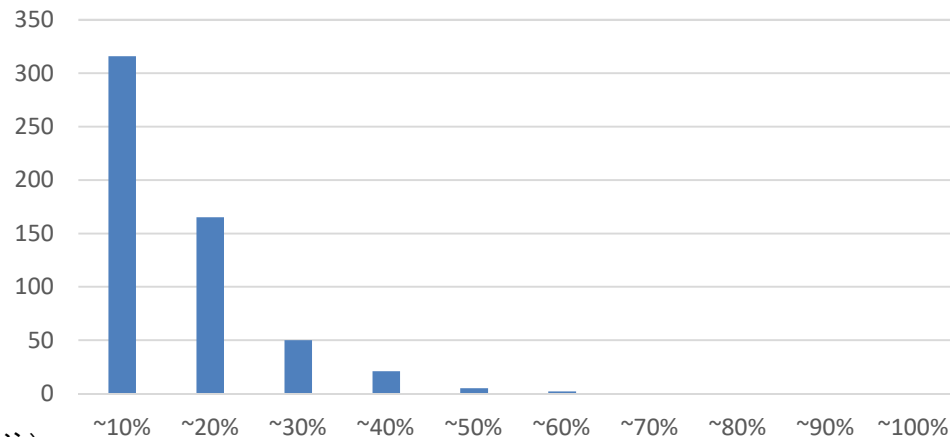
○ 定額負担(義務)対象病院と比べて、定額負担(任意)対象病院は、紹介状なし患者比率が高い病院や、定額負担徴収患者比率が高い病院について、それぞれの割合が高い傾向にある。

定額負担(義務)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)

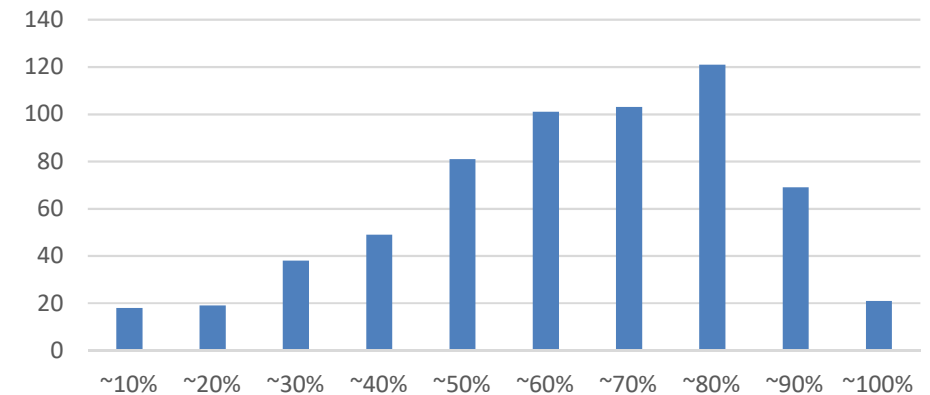


■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)

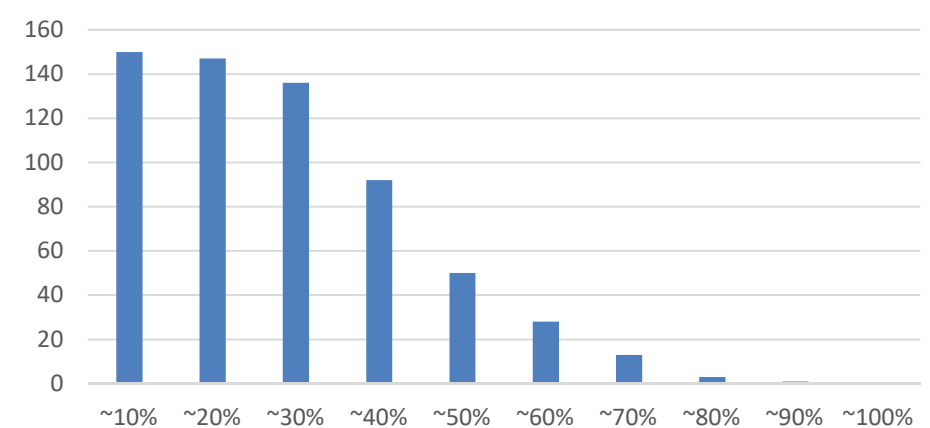


定額負担(任意)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)



■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)



(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
(速報値であるため、今後修正の可能性ある。)
- ・患者数について、初診患者数、紹介状なし患者数、定額負担の徴収患者数／非徴収患者数のすべてについて記入のあった施設を集計対象としている。
- ・医科歯科併設となっている病院については、一部、医科と歯科を別々の施設とみなして集計している。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担（義務）の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担（任意）の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診（医科）の場合の設定額

	施設数	～999円	1,000円 ～	2,000円 ～	3,000円 ～	4,000円 ～	5,000円 ～	6,000円 ～	7,000円 ～	8,000円 ～	9,000円 ～	10,000 円～	最大値
定額負担（義務） 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担（任意） 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診（医科）の場合の設定額

	施設数	～999円	1,000円 ～	1,500円 ～	2,000円 ～	2,500円 ～	3,000円 ～	3,500円 ～	4,000円 ～	4,500円 ～	5,000円 ～	最大値
定額負担（義務） 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担（任意） 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

（注）

- ・保険医療機関等から地方厚生（支）局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
（速報値であるため、今後修正の可能性がある。）
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向(初診・1病院当たりの平均値)

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数(件)	①外来初診患者数(人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合(②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合(③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向(再診・1病院当たりの平均値)

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②／①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③／①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

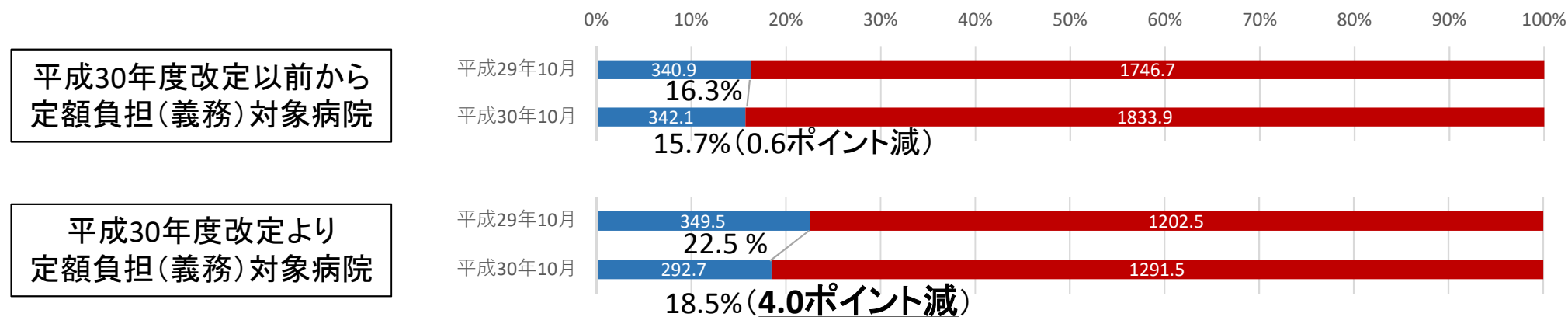
- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

(参考・平成30年度検証調査) 定額負担の義務化による徴収額及び対象患者比率の変化

- 平成30年度改定により新たに定額負担(義務)の対象となった病院については、改定前に比べて、平均徴収額が2,000円程度増加。
- 平成29年10月と平成30年10月のデータを見ると、平成30年度改定以前から定額負担(義務)の対象となった病院、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院のいずれも、定額負担の対象患者の比率は減少しているが、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院の方が、減少幅は大きくなっている。

		施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	3,131.6	1,118.9	2,850	5,400	1,080
	平成30年10月	92	5,352.2	129.8	5,400	5,400	5,000

■ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



薬剤自己負担の見直しについて

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	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	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					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、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。 《厚生労働省》				—	—

既存医薬品の保険給付範囲の見直し

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を幅広く検討すべき。

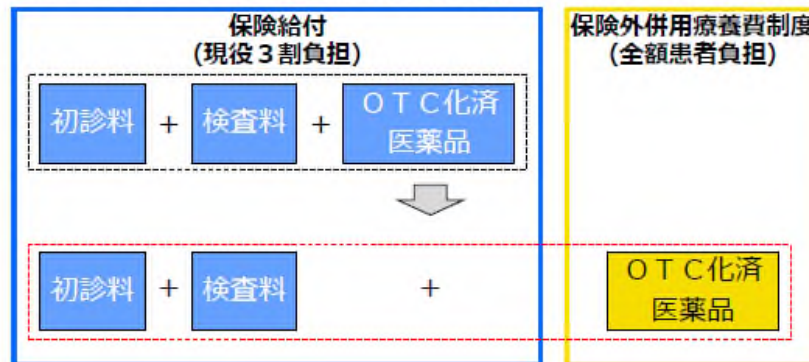
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（参考）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で医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（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%

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
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＝12円（令和2年9月中において適用される裁定外国為替相場）

薬剤自己負担見直しに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

※議事録に基づき事務局にて整理

第109回医療保険部会(平成29年11月24日)

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

薬剤自己負担見直しに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

※議事録に基づき事務局にて整理

第126回医療保険部会(令和2年3月12日)

- 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。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。
- 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。
- 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。

薬剤自己負担の見直しに関する主な論点

【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。

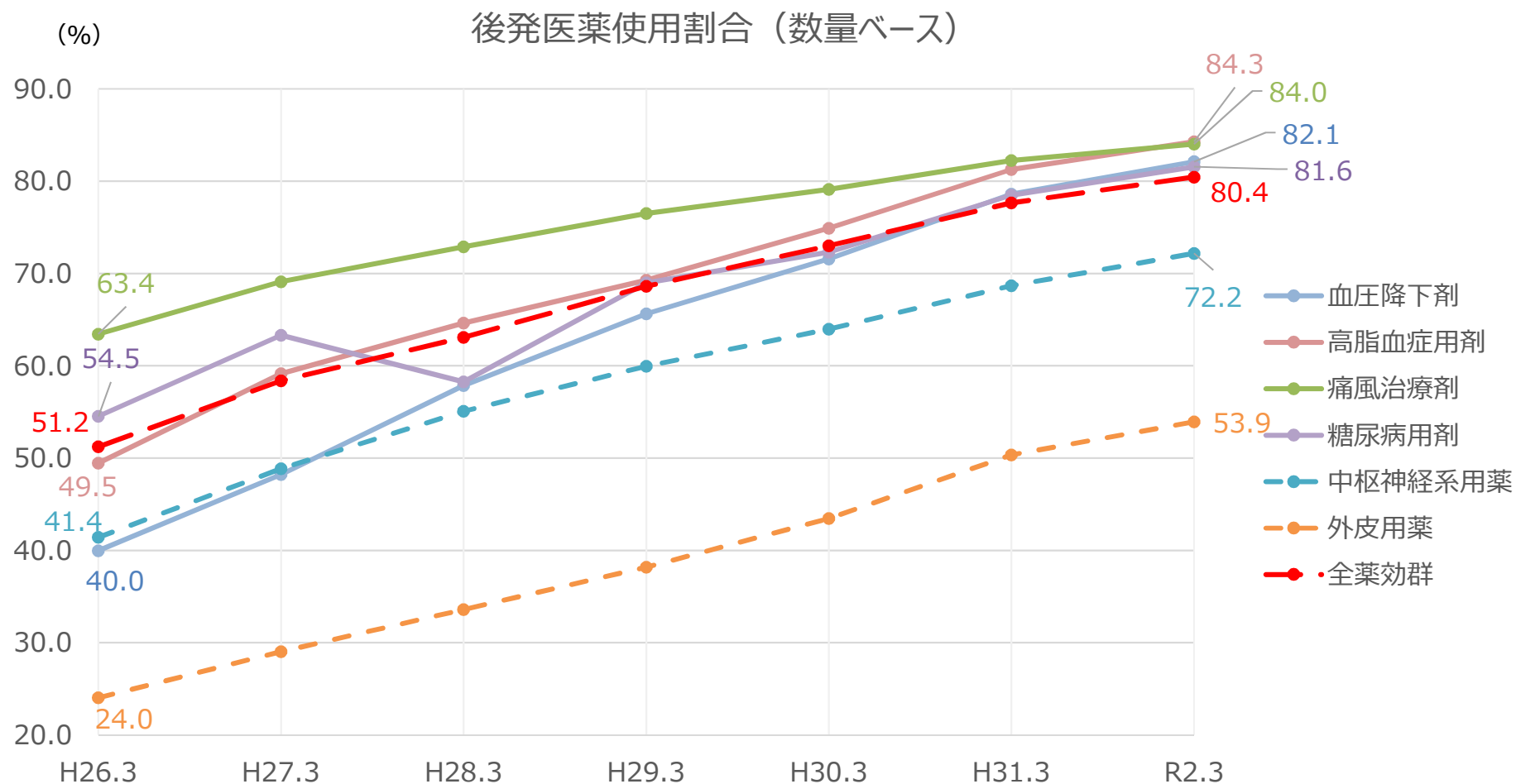
【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 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て適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性
- ・ 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持する必要性
- ・ 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）

等

主に生活習慣病治療に用いられる後発医薬品の使用状況

- 薬局で調剤される、血压降下剤、高脂血症用剤、痛風治療剤、糖尿病用剤の後発医薬品の使用割合は、令和2年3月時点で8割を超えている。
- 一方、外皮用薬、中枢神経用薬等については増加傾向にあるものの、上記の薬効群と比較して後発医薬品の調剤割合が低い。



セルフメディケーションの推進に向けたこれまでの取組

1. 意義・目的

- セルフメディケーションは、WHO（1998年の報告書）において、「自己の認識する病気や症状を治療するために個人が薬を選択し、使用すること」と定義されている。また、骨太の方針2020では、「一般用医薬品等の普及などによるセルフメディケーションを推進する。」とされている。
- セルフメディケーションを推進することは、限られた医療資源の有効活用に資するもの。また、国民の健康の維持・増進にもつながる。

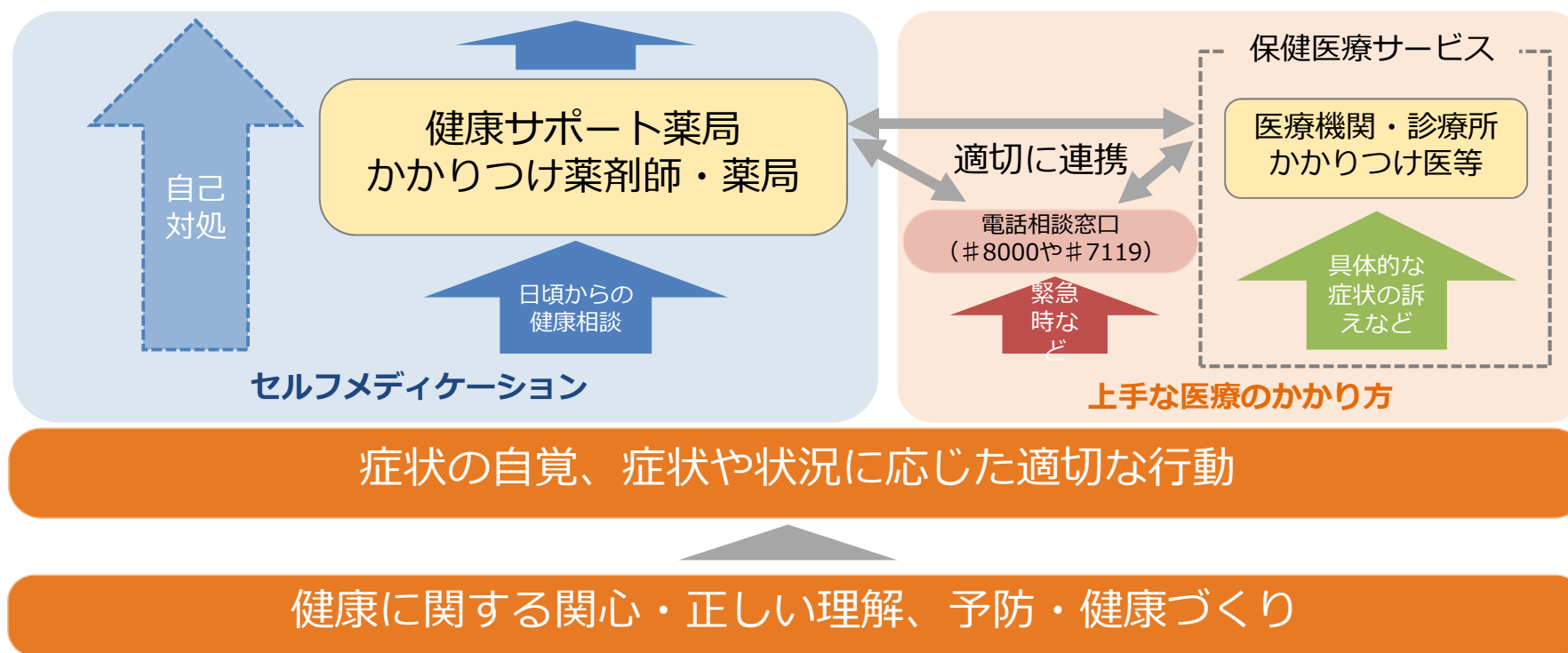
2. これまでの厚労省の取組

- 厚労省としては、2017年から、適切な健康管理（特定健康診査の受診等）を行う個人がスイッチOTCを一定金額以上購入した場合に所得税を優遇する制度（セルフメディケーション税制）を創設した。
- また、医療用医薬品から要指導・一般用医薬品への転用（スイッチOTC）や「健康サポート薬局」等によるOTC使用の支援により、患者の選択肢の拡大に努めてきた。
- このほか、自治体・保険者等が連携し、住民の主体的な予防・健康づくりの支援にも取り組んできた。

セルフメディケーションの推進に際して取り組むべき事項

- セルフメディケーションを進める前提として、①国民のリテラシー向上に向けた環境整備（予防・健康づくりの推進、上手な医療のかかり方の普及等）、②OTC薬の適切な選択・使用に関する助言を含む国民からの相談体制の構築（健康サポート薬局やかかりつけ薬局・薬剤師の普及促進等）が重要。
- その上で、OTC薬の選択肢の幅を広げるためのスイッチOTCの推進や更なる経済的インセンティブの付与（セルフメディケーション税制の延長・拡充等）などを考えていく必要。

OTC薬の適切な使用



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

（所得税、個人住民税）

1. 大綱の概要

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

（※1）特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

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

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

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

2. 制度の内容

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

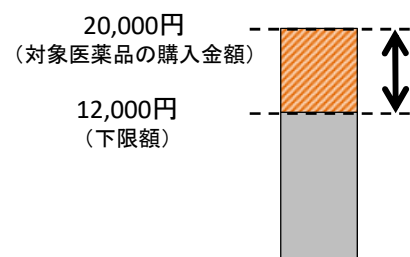
○ スイッチOTC医薬品の成分数：86（平成31年4月15日時点）

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

（注）上記薬効の医薬品の全てが対象となるわけではない

本特例措置を利用する時のイメージ

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



○ 8,000円が課税所得から控除される

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

○ 減税額

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

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

※令和元年度のセルフメディケーション税制の利用者は3万人

セルフメディケーション推進のための医療費控除の特例措置の延長等（令和3年度税制改正要望）

（所得税、個人住民税）

1. 現状

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

（※1）特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

（※2）要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品

（類似の医療用医薬品が医療保険給付の対象外のものを除く。）

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

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

2. 要望内容

	要望	概要
1	5年間の延長	○ 本税制は平成29(2017)年から令和3(2021)年末までの時限措置である。 ○ セルフメディケーションに対するインセンティブ効果の維持・強化が重要であり、また政策効果の検証を引き続き実施することが必要であることから、令和4(2022)年から更に5年間の延長を行う。
2	税制対象医薬品の 範囲拡大	○ 本税制は、「医療保険各法等の規定により療養の給付として支給される薬剤との代替性が特に高い医薬品」としてスイッチOTC医薬品を税制対象としている。 ○ セルフメディケーション税制のインセンティブ効果をより強化するために、既存の対象であるスイッチOTC医薬品に加えて、非スイッチOTC医薬品のうち特定の症状の改善に資するものも税制対象とする。
3	所得税控除額の 算出方法の見直し	○ 本税制は、特定一般用医薬品等購入費（以降、特定購入費）から1万2千円を差し引いた金額（上限額8万8千円）を控除額としている。 ○ インセンティブ効果の強化のために、以下のようにする。 ✓ 購入費から差し引く下限額を0円に引き下げ、控除額の上限を10万円に引き上げる。 ✓ ただし、少額還付の抑制のために、特定購入費が1万2千円を超えることを利用条件とする。
4	手続きの簡素化	○ 本税制は一定の取組の実施を証明する第三者作成書類（定期健康診断の結果通知表等）の提出を求めている。 ○ 煩雑な手続きが本税制の利用を妨げているため、対面申請の場合もe-Taxと同様に第三者作成書類は手元保管とし、確定申告書を提出する際の提示は不要とする。 ○ e-Taxの場合も、レシート管理アプリ（スマートレシート等）との連携により医薬品名の入力を省略する等、入力手続きの簡素化を図る。

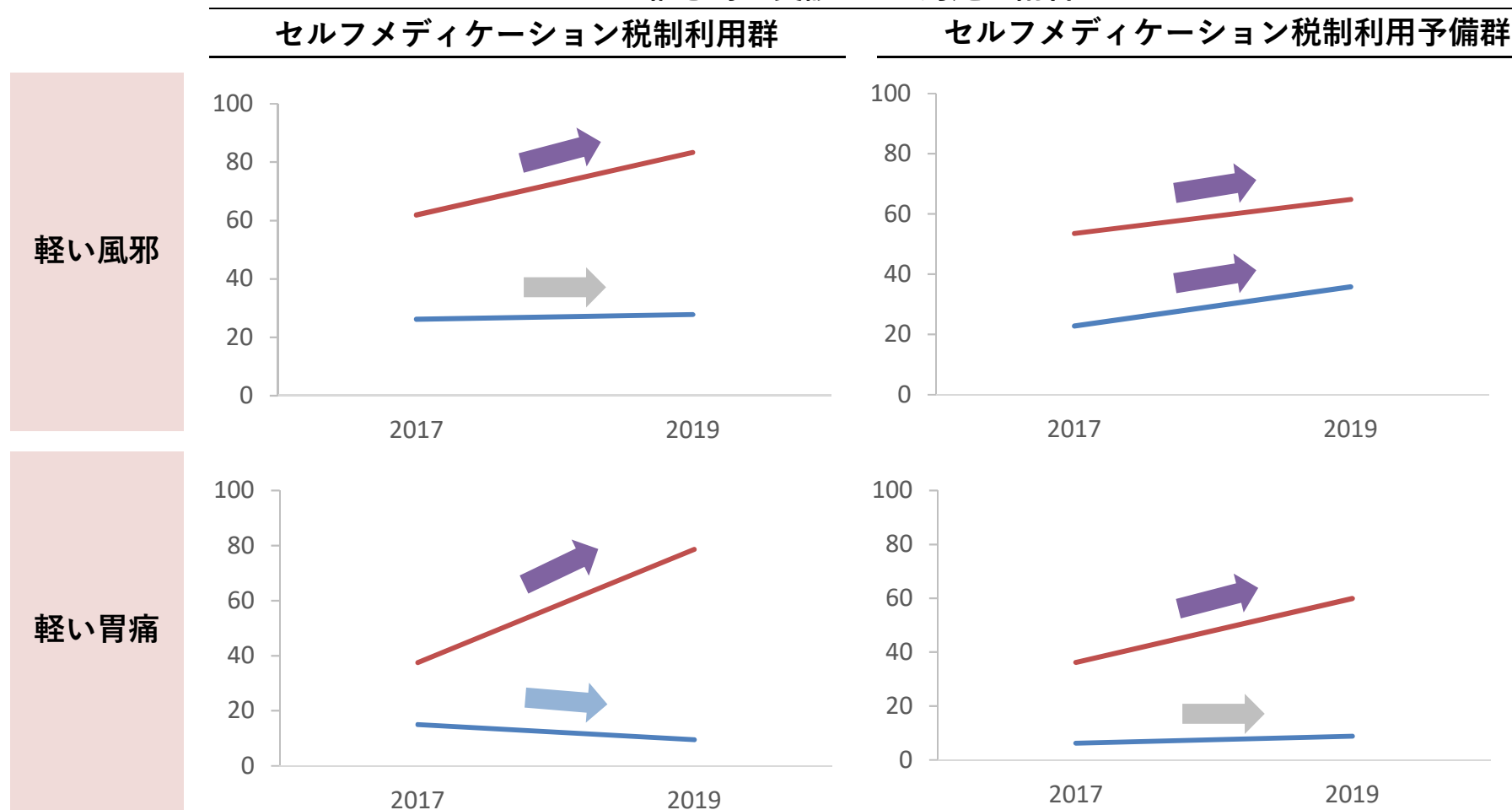
(参考) セルフメディケーション税制利用群における行動変容 (1/2)

- ✓ セルフメディケーション税制利用群と利用予備群に軽い風邪や胃痛を罹患した際の対処方法（OTC対処、受診）を調査、両方を選択する場合もあり
- ✓ 税制創設後における行動変容を利用予備軍と比較すると、利用群においては積極的にOTC対処する傾向が強くなっている

セルフメディケーション税制利用群（n=66）：セルフメディケーション税制（2019年分）を利用

セルフメディケーション税制利用予備群（n=430）：OTCを年間5千円以上購入、本人確定申告（2019年分）、セルフメディケーション税制の利用意向のある群

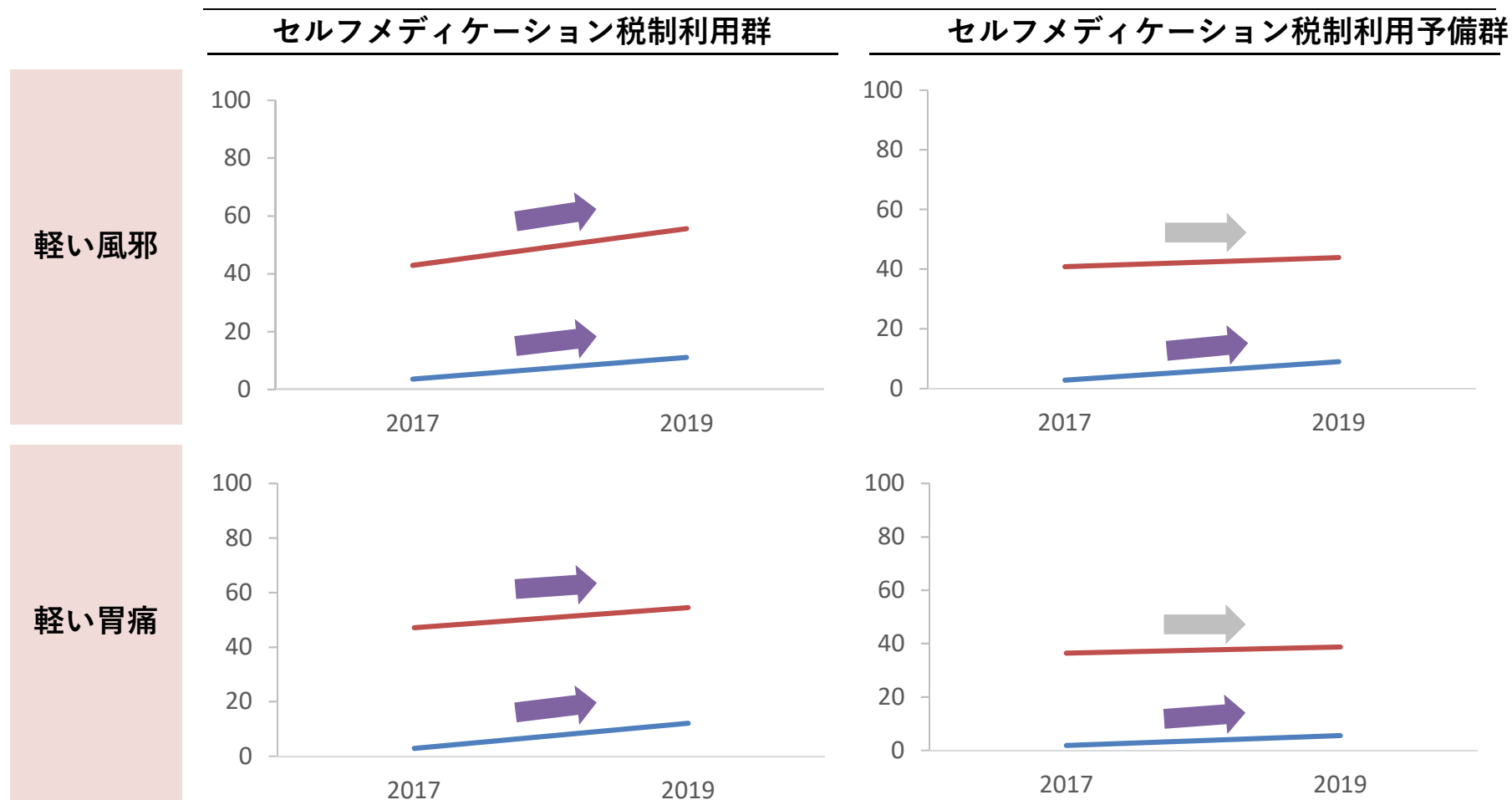
罹患時の受診・OTC対処の割合



(参考) セルフメディケーション税制利用群における行動変容 (2/2)

- ✓ OTC対処をした理由を各群に対してアンケート調査を実施
- ✓ 税制創設後に、利用群において、「病院を受診するほどの症状でないと思ったため」OTC対処する割合が増加しており、セルフメディケーションを実施し、不要な受診を控えるように行動変容している傾向がみられる

OTC対処の理由



保険者インセンティブについて

保険者努力支援制度

- 2015年国保法等改正により、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組の状況に応じて、交付金を交付。
- 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。⇒予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。
- 予防・健康インセンティブの強化等
 - ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ
 - ・ 現下の政策課題に対応した取組を新たに評価するため、評価指標を拡大（例：被保険者に対するセルフメディケーションの推進（OTC医薬品の普及を含む）のための周知・啓発）

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直し。

1. 支援金の加算（ペナルティ）
 - ・ 特定健診・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ（2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%）
2. 支援金の減算（インセンティブ） ※減算の規模＝加算の規模
 - ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価
 - ※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定
 - （項目）
 - ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
 - ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）
 - ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
 - ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
 - ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
 - ・ 事業主との連携（受動喫煙防止、就業時間中の配慮 等）
 - ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

保険者における上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について(案)

【上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について】

- ・ 受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができる。
- ・ また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保と同時に医療保険制度の安定につながる。
- ・ 医療保険制度において、医療資源の効率的な活用を図る観点から、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションを推進する。

【具体的な取組案】

具体的には、例えば以下のような保険者による取組が検討されうるか。

- ① 過度な受診控えを防ぎつつ、医療資源の効率的な活用を図るため、上手な医療のかかり方とセルフメディケーション（OTC薬推進を含む）に関する周知・広報
- ② 被保険者のレセプトデータに基づき、スイッチOTC薬を使用した場合やセルフメディケーション税制を利用した場合の医療費負担の削減効果について、個別に通知
- ③ 被保険者に対するOTC薬購入等のセルフメディケーションに対するインセンティブ付与

医療用医薬品を処方された場合とOTC薬を購入した場合の比較

	医療用医薬品を処方された場合					OTC薬を購入した場合
	薬剤費※1	その他の医療費※2	医療費の合計	患者自己負担額 (3割負担)	保険者の負担額	OTC価格※3
花粉症薬 (フェキソフェナジン 60mg 14日分)	420～ 1,400	5,670	6,090～ 7,070	1,830～ 2,142	4,270～ 4,998	565～ 2,075
漢方薬(感冒) (葛根湯(顆粒)※4 4日分)	160～ 240	5,670	5,830～ 5,910	1,755～ 1,776	4,095～ 4,144	657～ 1,980
湿布薬 (ロキソプロフェン50mg 14枚)	170～ 290	5,220	5,390～ 5,510	1,617～ 1,653	3,773～ 3,857	1,730～ 1,737
保湿剤 (ヘパリン類似物質0.3% 50g(1本))	220～ 1,080	5,220	5,440～ 6,300	1,632～ 1,890	3,808～ 4,410	1,134～ 2,494

保険者がヘルスケアポイント(例えば1,000円分)を付与する場合、その分負担は減少する。

※1 複数銘柄がある場合は最も薬価の安いものと最も高いものを記載(薬価は令和2年4月時点のもの)。薬剤費は診療報酬点数として算定した場合の費用を記載。

※2 初診料(288点)、処方箋料(68点)、調剤基本料(42点)、薬剤服用歴管理指導料(57点)、調剤料(処方日数に対応した点数)、後発医薬品調剤体制加算2(22点)を算定したケースで算出。

※3 OTC薬は購入先やメーカーの違い(ブランド品、それ以外)によって価格は大きく異なる。確認できた範囲における最安値からメーカー希望小売価格までの範囲を記載。

※4 葛根湯(顆粒)の場合、OTC薬は医療用医薬品に比べて、1/4～1/3程度成分の含量が少ない場合がある。

国民健康保険制度について

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差



国保改革（平成30年度～）

- ① 財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
 - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
 - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健健康事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
 - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ② 財政支援の拡充
 - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等



今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。都道府県においては、令和2年度末に向けて、国保運営方針の改定（又は中間見直し）を進める。

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

○保険料水準の統一に向けた議論

将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

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

国保改革による財政支援の拡充

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

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- 低所得者対策の強化
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- 財政調整機能の強化
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- 保険者努力支援制度
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度、2020年度
は910億円）

- 財政リスクの分散・軽減方策
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
- ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
- ※ 保険者努力支援制度について、2020年度（令和2年度）は、上記とは別に新規500億円（事業費200億円、事業費連動300億円）を措置し予防・健康づくりを強力に推進

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

財政安定化基金(本体基金)の設置

1. 趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、**都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付等を行うことができる体制を確保**する。

2. 事業

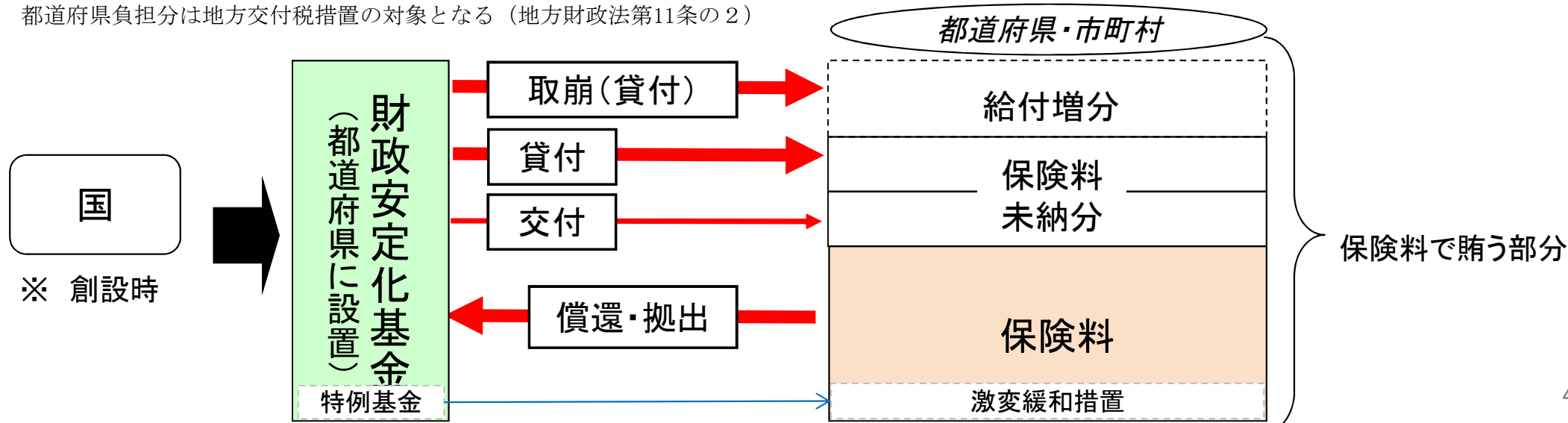
- **貸付**・・・各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。原則3年間で償還(無利子)
- **交付**・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

特別な事情に該当する場合 ……災害、景気変動等

3. 基金規模等

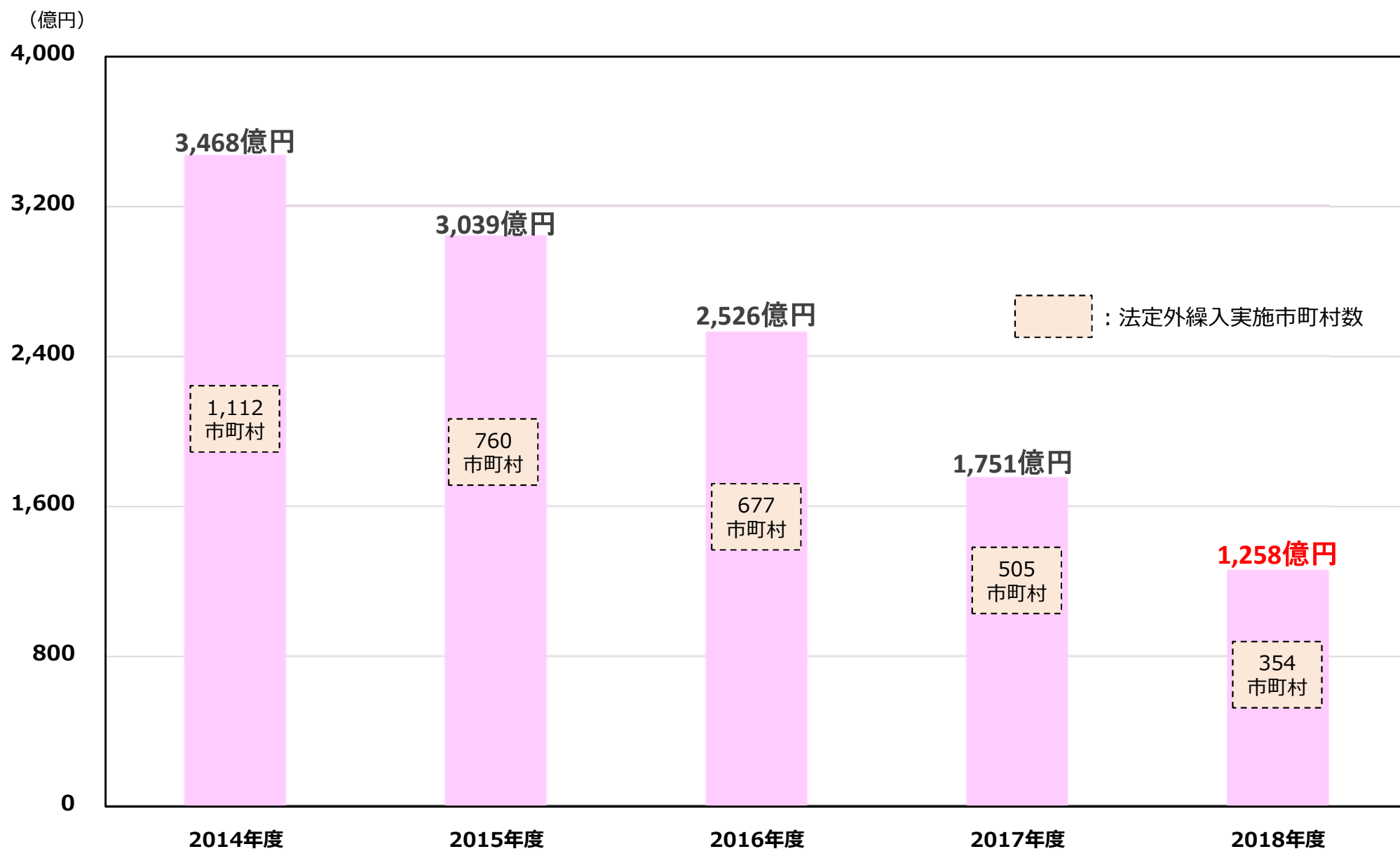
- **国費で創設・順次積増**することとし、平成27年度は200億円、平成28年度は400億円、平成29年度は1,100億円、平成30年度は300億円を措置。**2,000億円**を造成。
- 交付分に対する補填は各都道府県が決定。
 - ※ 国・都道府県※※・市町村(保険料、交付を受けた当該市町村が負担することを基本)で1/3ずつ補填
- 併せて、令和5年度末までの激変緩和措置を可能とするため、特例基金として300億円を積立。

※※ 都道府県負担分は地方交付税措置の対象となる(地方財政法第11条の2)



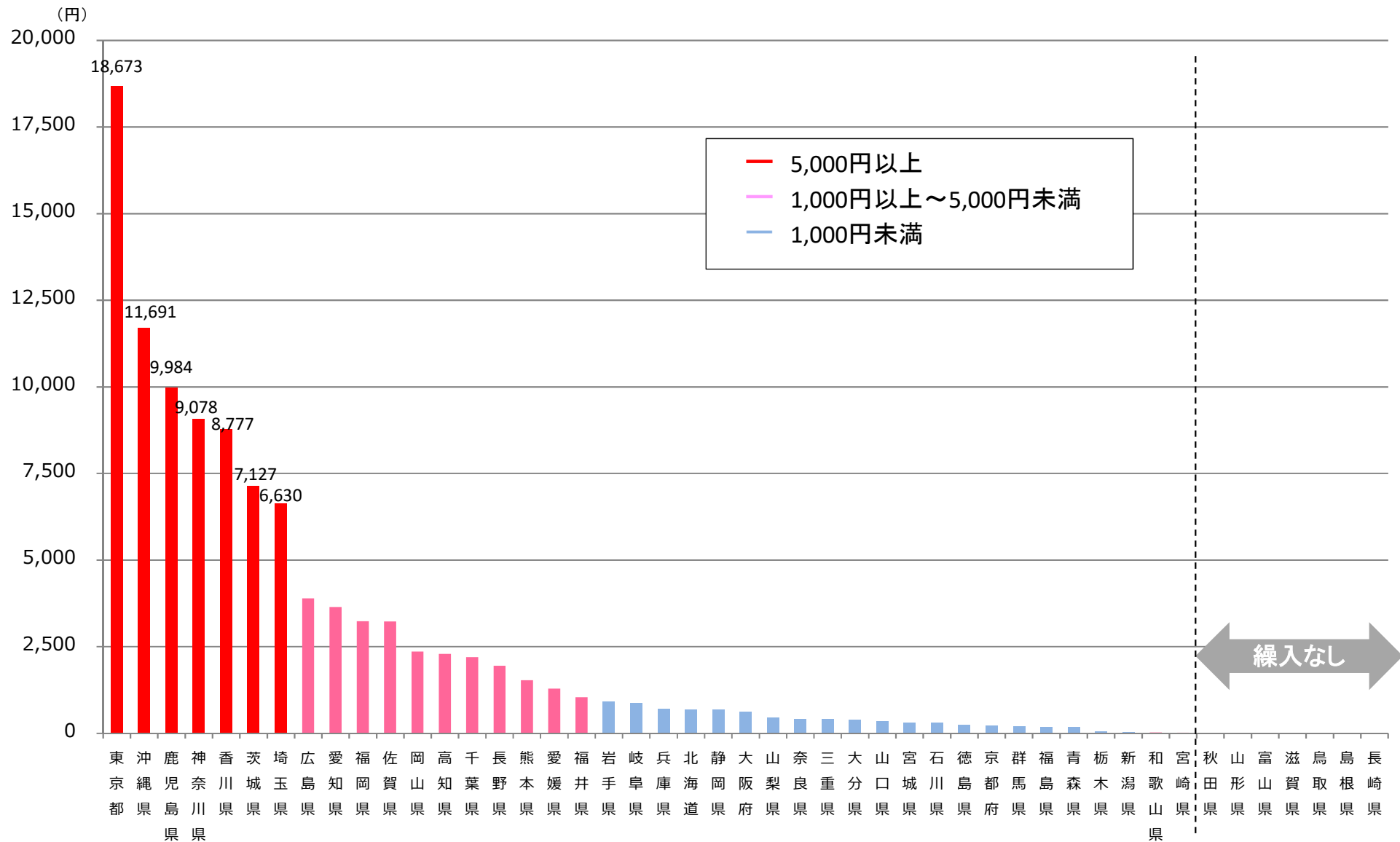
参考資料

市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（平成30年度）



(出典) 国民健康保険事業年報

※ 市町村数でみると、8割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計でみると、東京都、神奈川県、埼玉県の市区町村の合計が全体の7割（東京都：46%、神奈川県：14%、埼玉県：9%）を占めている。

保険料水準の統一に向けた課題

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

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

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

① 医療費水準に関する課題

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

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

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

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

国保運営方針の改定等に向けたガイドラインの見直しの方向性(ポイント)

- 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針として国保運営方針を策定しており、令和2年度末に向けて、市町村と協議しつつ改定(又は中間見直し)を検討。
- 平成30年度改革が現在概ね順調に実施されていることを踏まえ、今後は国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要であり、都道府県における検討に資するよう、令和2年5月に、国のガイドラインについて見直しを実施。

国保運営方針策定要領

(法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化)

- 法定外繰入等の計画的・段階的な解消の観点から、解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた赤字解消計画の策定・実行の推進、市町村ごとの見える化を追記
- 将来の歳出見込みも見据えた財政運営の観点から、決算剰余金等の留保財源の基金への積立てを追記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、都道府県において将来的に目指すことを明確化し、そのための市町村との具体的な議論の実施を追記

(重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等)

- 健保法等改正(R2.4施行)や保険者努力支援制度の抜本的な強化(R2年度)を踏まえ、都道府県の保健事業支援や、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を追記
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定(H31.4)等を踏まえ、都道府県を中心とした重症化予防の取組の推進を追記
- このほか、第2期データヘルス計画(令和2年度中間評価・見直し)との整合性の確保や、保険者協議会の活用を追記

納付金算定等ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度の抜本的な強化(「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付)に伴い、
 - ・ 「事業費部分」については、納付金の軽減財源から控除すること、
 - ・ 「事業費連動部分」については、当年度の保険給付費等交付金に充当し、結果として生じる剰余金を翌年度以降の調整財源に活用することをそれぞれ追記

(安定的な財政運営)

- 決算剰余金について、納付金の減算に加え、基金積立ても可能であることを明記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、都道府県において将来的に目指すことを明確化

交付金ガイドライン

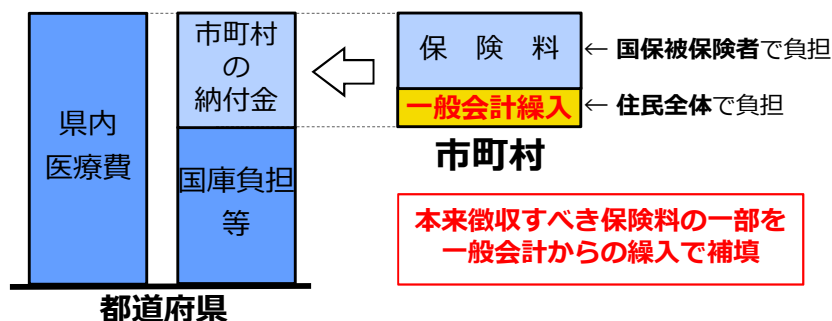
(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度(予防・健康づくり支援に係る部分)について、「事業費部分」と「事業費連動部分」の交付方法等をそれぞれ追記

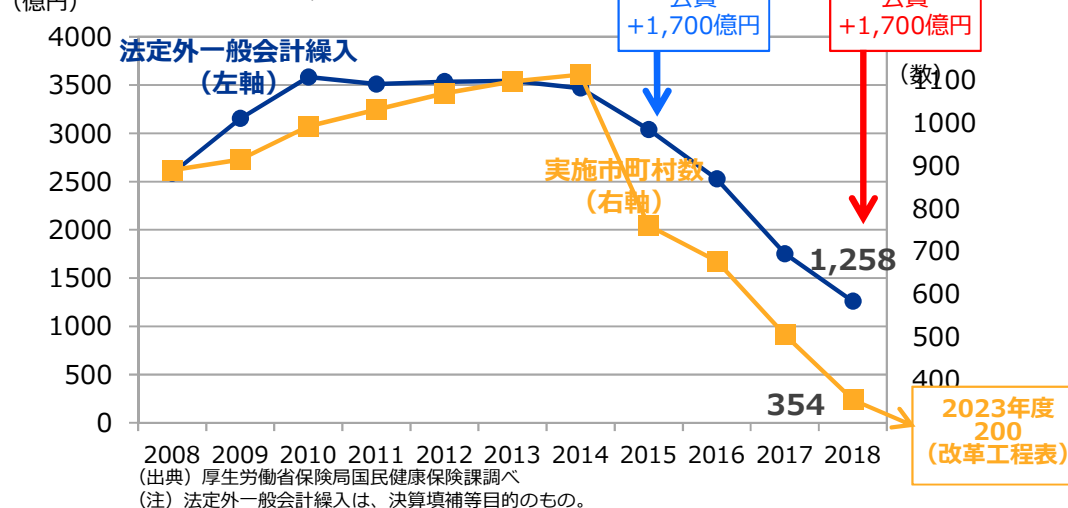
法定外一般会計繰入等の解消

- 国民健康保険では、制度上の公費に加えて、保険料の軽減等の目的で一般会計から総額約1,300億円の法定外繰入を実施（国保財政における給付と負担の相互牽制関係が毀損されている）。
- 法定外繰入の総額、実施市町村数（354市町村）は減少基調であるが、その解消に活用し得る公費が大幅に拡充されてきたこと等をも踏まえれば、**解消に向けた取組はいまだ不十分**である。今後についても、「改革工程表」のK P Iにおける2023年度の実施市町村数が200とされるなど、**十分なスピードでの解消方針が示されている**とは言い難い。
- 介護保険制度では財政の均衡を保つ旨の規定の存在により一般会計からの**法定外繰入れの余地が生じない**こと等を踏まえ、**国民健康保険法についても同様の規定を導入すること**や都道府県国保運営方針において都道府県内の市町村における法定外繰入れの解消に向けた計画の記載を求めるなど、**法定外繰入れの解消を一段と加速化するための制度的対応を講ずるべき**。

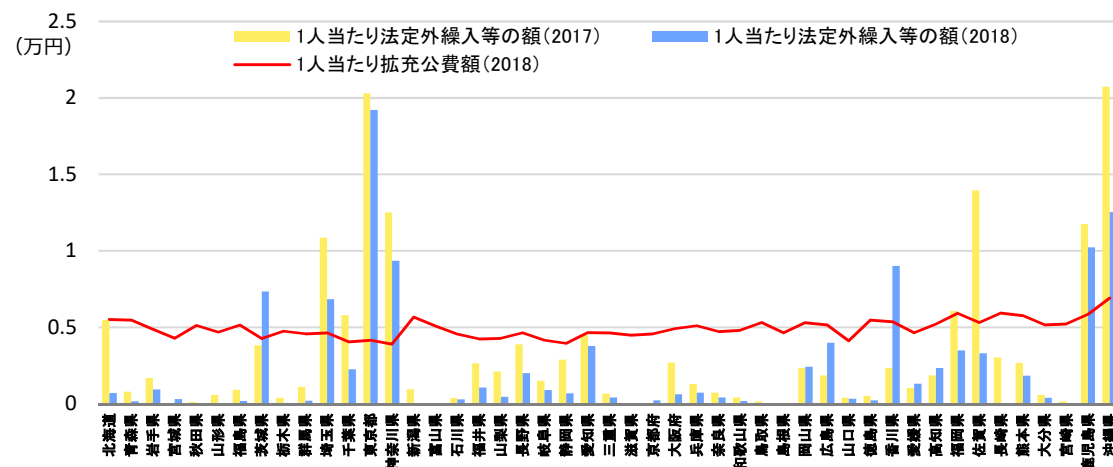
◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



◆ 都道府県別の1人当たり法定外繰入等の額（2017・2018年度）と2018年度に投入された1人当たり拡充公費の額の比較



(出所) 国民健康保険事業年報等
(注) 法定外繰入等の額は、決算補填目的等のもの及び繰上充用増加額。2018年度拡充公費の額は、2018年度拡充公費約1,700億円のうち、保険者努力支援制度（市町村分）と特別調整交付金（精神・非自発的失業）に係る額を機械的に控除したもの（約1,310億円）。

◆ 介護保険法 第129条

- 市町村は、介護保険事業に要する費用に充てるため、保険料を徴収しなければならない。
- 前項の保険料は、第一号被保険者に対し、政令で定める基準に従い条例で定めるところにより算定された保険料率により算定された保険料額によって課する。
- 前項の保険料率は、市町村介護保険事業計画に定める介護給付等対象サービスの見込量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用の予想額、第百四十七条第一項第二号の規定による都道府県からの借入金の償還に要する費用の予定額並びに地域支援事業及び保健福祉事業に要する費用の予定額、第一号被保険者の所得の分布状況及びその見通し並びに国庫負担等の額等に照らし、おおむね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない。

- 都道府県内で**国保の保険料水準を統一**することは、国保財政における**給付と負担の関係の「見える化」**を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、極めて重要。
(注) 都道府県内の国保の保険料水準の統一は、都道府県に給付水準の均霑化、そのための**医療提供体制の均霑化インセンティブ**をもたらし、地域内における公平かつ持続可能な**医療提供体制の整備の観点**からも好ましい影響をもたらす。
- しかし、現在、都道府県国保運営方針等において統一時期や検討時期等に係る記載を行っている都道府県が7都道府県にとどまるなど、**都道府県における保険料水準統一への動きは捗々しくない**。厚生労働省は、こうした進捗の遅れの一因であったガイドラインを本年5月に修正するとともに、保険者努力支援制度においても取組状況を評価に組み込んだところであるが、十分なものであるとは言えない。
- **都道府県国保運営方針において実現に向けた工程や期限の記載を求める**など、国保の都道府県内の保険料水準の統一を**一段と加速させる方策を講ずるべき**。

	旧	新
国保運営方針策定要領	保険料率については、<u>市町村ごとに設定することを基本</u>にしつつ、地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料率を一本化することも可能としている。	- 保険料率については、市町村ごとの医療費水準や医療提供体制に差があることに留意しつつ、<u>将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし</u>、また、地域の実情に応じて、二次医療圏ごとに保険料水準を統一することも可能としている。 - 都道府県は、<u>県内の市町村との間で、保険料水準の統一に向けた議論を深めることが重要であり、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際の保険料率の見える化から検討すること</u>も考えられる。
納付金算定等ガイドライン	- 医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則となる（$\alpha = 1$）。 - ただし、<u>都道府県内で統一的な保険料水準とする観点から、医療費指数を反映させないこと（$\alpha = 0$）…も可能とする。</u>	- 医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが考えられる（$\alpha = 1$）。 <u>将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、αを徐々に0に近づけ、あるいは医療費指数を反映させないこと（$\alpha = 0$）も可能とする。</u>

国保運営方針等における
具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2024年度より統一	大阪府 奈良県 （激変緩和措置あり）
2024年度までを目標に検討	北海道※1 広島県※2 沖縄県 ※1：納付金ベースでの統一 ※2：収納率の差異によるバラツキを容認
2027年度までを目標に検討	和歌山県 佐賀県

年齢調整後の医療費水準を市町村の納付金に
どの程度反映するかを調整する係数（ α ）

係数 α	該当都道府県
$\alpha = 0$	滋賀県 大阪府 奈良県 広島県
$\alpha = 0.5$	北海道 宮城県
$\alpha = 0.7$	三重県
$\alpha = 0.75$	群馬県
$\alpha = 1$	その他の39都府県

医療費水準を反映しない（ $\alpha = 0$ ）

医療費水準を反映する（ $\alpha = 1$ ）

国民健康保険の保険料(税)の 賦課(課税)限度額について

賦課限度額の見直しに関するこれまでの経過

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

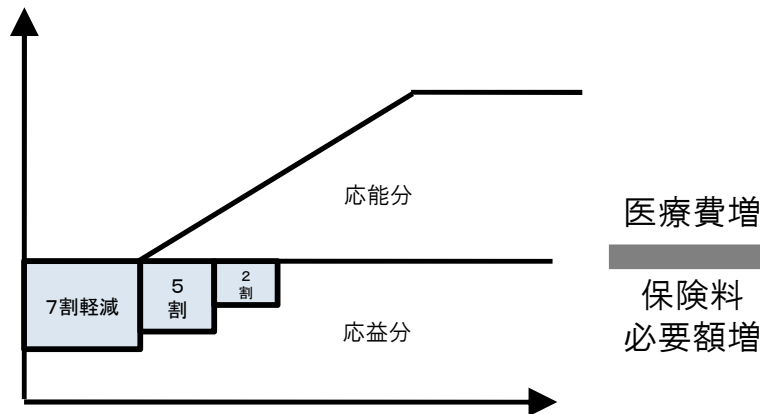
賦課限度額の見直しについて

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- これまで、保険料負担の公平を図る観点から、賦課限度額を引き上げてきたところ。
- 高齢化の進展等により医療費等が増加する一方で、被保険者の所得が十分に伸びない状況において、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担は変わらない中で、中間所得層の負担が重くなる。【イメージ図：①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図：②】

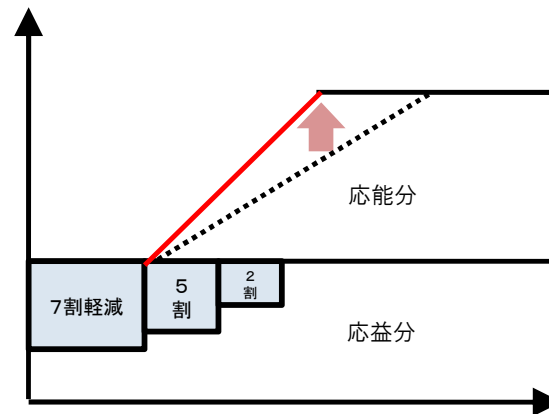
【イメージ図】

※ 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、

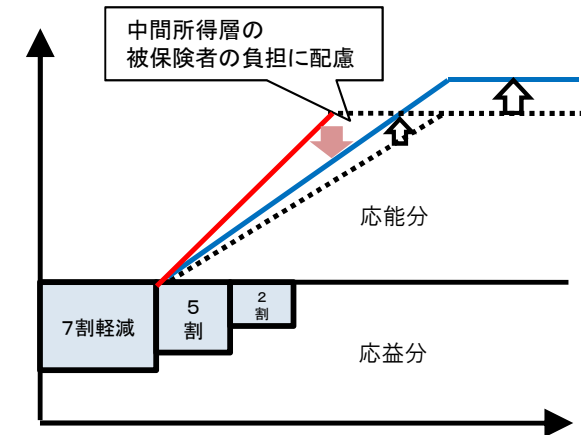
- ① 保険料率の引上げ
 - ② 保険料率及び賦課限度額の引上げ
- を行った場合



【イメージ図：①】
保険料率の引上げ



【イメージ図：②】
保険料率及び賦課限度額の引上げ



【論点】令和3年度賦課限度額の考え方

新型コロナウイルス感染症の影響という特殊な状況に鑑み、来年度については見直しを行わず、据え置くこととしてはどうか。

【参考】賦課限度額の推移

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合 計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成12年度			53万円	—			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	—			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	—			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	—	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	+3万円	68万円	+3万円
21年度	59万円	—	47万円	—	12万円	—	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	—	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24・25年度	65万円	—	51万円	—	14万円	—	12万円	—	77万円	—
26年度	67万円	+2万円	51万円	—	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	+2万円	16万円	—	89万円	+4万円
29年度	73万円	—	54万円	—	19万円	—	16万円	—	89万円	—
30年度	77万円	+4万円	58万円	+4万円	19万円	—	16万円	—	93万円	+4万円
令和元年度	80万円	+3万円	61万円	+3万円	19万円	—	16万円	—	96万円	+3万円
令和2年度	82万円	+2万円	63万円	+2万円	19万円	—	17万円	+1万円	99万円	+3万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成4年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられた以外は、引上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

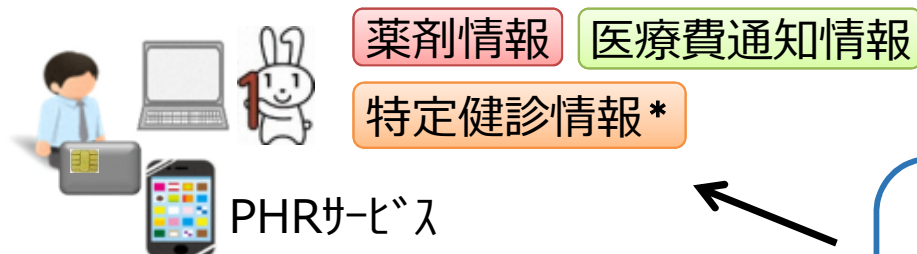
オンライン資格確認等システムの進捗状況について

1. 特定健診等情報の薬局での閲覧について

薬剤情報・特定健診情報等の閲覧の仕組み

- オンライン資格確認等システムを基盤として、患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能となる。

マイナポータル



支払基金・国保中央会（国保連）



個人単位被保番と特定健診情報、
薬剤情報等を1対1で管理

個人単位被保番

資格情報

薬剤情報

特定健診情報*

医療費通知情報

* 75歳以上の者については広域連合が行う後期高齢者健診の情報

本人



本人同意

医療機関



薬剤情報

特定健診情報*

薬局



薬剤情報

特定健診情報*

マイナンバーカード

- ※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。
- ※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

特定健診等情報の薬局での閲覧に関するやりとり

○ 第4回健康・医療・介護情報利活用検討会、第3回医療等情報利活用WG及び第2回健診等情報利活用WG（令和2年10月21日）における各団体からの意見 ※事務局にて意見抜粋

団体名	委員名	意見	返答（保険局 医療介護連携政策課課長 山下護）
認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML	理事長 山口 育子	・薬剤情報と特定健診情報が患者がマイナンバーカードを使って同意すれば医療機関で共有される。さらに手術とか透析とか移植などの情報も今後そこに加わっていく。 ・一方、薬局を見ますと、薬剤情報と今後の手術とか透析とか移植については、マイナンバーカードを使うことによって情報が共有できることになっているのですが、薬局には特定健診の情報だけが入っていない。これはどうしてなのか理由が分からないので、同じように薬局も情報の共有ができないのだろうか。 ・可能であれば特定健診の情報も薬局の中に入れるべきではないか。	・なぜ特定健診情報を薬局に見せられないのだというところはおっしゃるとおりであり、私どもはこのシステムについて以前は同意の取得が電子的に残らないということで危惧をしていたが、電子的にログが残って誰に自分が見せたのかということもちゃんと同意を取ってやることのできるので、システム上、改善をしてまいりたいと思います。
公益社団法人日本薬剤師会	副会長 田尻 泰典	・なぜ最初から薬局に情報を見せないようなシステムづくりをしたのか、それが理解できない。当然私らも処方内容を見ているだけではないに、その人の基礎のデータの一つである健診の情報というのは常に気にしながら、薬物動態を考えつつその人の処方を検討しながら調剤しているわけですから、必ずその方向に向けますということで理解してよろしいのでしょうか。	・必ずというところはシステムの対応と相談しながらということではあるのですが、確かにこの情報というのは自分で管理をする、つまり患者自身が自分で誰に提供するのか、つまり一緒になって治療をするという人を自分で決めて、自分の情報をその方に渡すという構成になっていますので、山口構成員のおっしゃるとおり、また田尻構成員のおっしゃるとおりでございますので、そこがシステムで事故のないようにしっかり対応してまいりたいと思っています。
公益社団法人日本医師会	常任理事 長島 公之	・決め方として、これは事務局がこのシステムとして対応可能だからやるという決め方をしてはいけない。 ・今までどうしてこれが含まれてなかったのかということを含めて、理由や情報提供についての適切性をきちんと議論してその上で決めるという進め方をすべきであり、事務局が決めることではないのではないか。	・システム上できるかどうかをまず検討させていただきたい。あわせて、医療保険に関する政策決定の場である社会保障審議会医療保険部会の下で議論をしていただき、それを了承いただくという過程を通じて、私どもとしてはこの患者本人が持つ情報というのはどう扱うべきかということを改めて、システム上の対応を経て対応の確認をした上で、また社会保障審議会医療保険部会のほうに提示をさせていただいて、議論をしていただきたいと思います。

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）

第131回社会保障審議会医療保険部会資料
(令和2年10月14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。

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

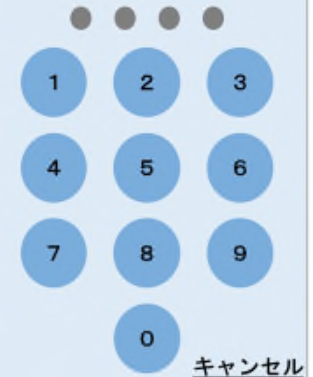
本人確認の情報は、他の
目的には使用しません。

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】

過去のお薬情報を当機関
に提供することに同意し
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

過去の特定健診・高齢者健
診情報を当機関に提供す
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

完了

⑤ 資格確認等が完了 【患者】

●●××様
確認が完了しました。

終了する場合は、マイナ
ンバーカードを取り出し、
待合室でお待ちください。

高額療養費制度を利用する方
はこちら

選択した場合

同意取得 ※高額療養費制度を利用する方のみ

⑥ 提供する情報（限度額情報等）を選択 【患者】

限度額情報を提供します
か。

提供する

提供しない

完了しました。

マイナンバーカードを取
り出し、待合室でお待ち
ください。

2. 医療扶助のオンライン資格確認の方向性について

デジタル・ガバメント実行計画（抄）令和元年12月20日改定（閣議決定）

7.4 マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進について（◎内閣府、内閣官房、関係府省）

(1) 各種カード、手帳等との一体化等の推進

安全・安心で利便性の高いデジタル社会の構築に向け、マイナンバーカードを基盤として、既存の各種カード、手帳等との一体化等を別紙4の工程表に沿って推進する。

別紙4 マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表

		2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が 保有(想定)	2023年度～ (令和5年度～)	主担当部局	
		1月～3月						
医療関係	健康保険証	システム開発・医療機関等での導入準備等		本格運用（令和3年3月～）			※概ね全ての医療機関等での導入を目指す(令和5年3月)	厚生労働省 保険局医療介護連携政策課
	薬剤情報、特定健診情報			薬剤情報のマイナポータル閲覧（令和3年10月～） 特定健診情報のマイナポータル閲覧（令和3年3月～）			厚生労働省 保険局医療介護連携政策課	
	患者の利便性向上	先行事例の実証	モデル事業、実証・モデル事業を踏まえた横展開					厚生労働省 医政局研究開発振興課
	処方箋の電子化、 お薬手帳	電子化の検討（電子処方箋ガイドラインの改定等）	電子化に向けた環境整備			環境整備を踏まえた実施	厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課	
		電子化に向けた環境整備の検討						
	生活保護受給者の 医療扶助の医療券・調剤券	フィージビリティ調査、 制度的な検討	地方との協議	環境整備・システム開発		本格運用	厚生労働省 社会・援護局保護課	
		マイナンバーカードの利用促進、本人確認利用、メリットの広報周知、受給者の利便性向上						
	介護保険被保険者証	被保険者証そのものの在り方について見直しを行い、保険者等の関係者と合意			合意された内容に基づき、 システム開発		本格運用	厚生労働省 老健局介護保険計画課
	PHR (Personal Health Record) 健康診断の記録	PHR検討会での検討 ・ PHRの検討における留意事項の決定 ・ 留意事項に基づく各健診等の工程表の検討 ・ 中間報告（工程表決定）			工程表に基づき各担当部局が環境整備 順次、マイナポータル等での閲覧、情報連携できる情報を拡大			厚生労働省健康局健康課 他 文部科学省初等中等教育局 健康教育・食育課
母子健康手帳				乳幼児健診情報等のマイナポータル閲覧			厚生労働省子ども家庭局 母子保健課	

医療扶助に関する検討会について

医療保険制度においては、令和3年3月から個人番号カードを用いたオンライン資格確認が施行される予定である。一方で、生活保護の医療扶助については、令和元年12月20日に閣議決定された「新デジタル・ガバメント実行計画」において、個人番号カードを利用したオンライン資格確認について、令和5年度の導入を目指し検討を進めることとなっている。

この閣議決定を踏まえ、医療扶助制度に対応したオンライン資格確認について、制度的・実務的な課題を整理し、実現に向けた検討を行う必要がある。

また、医療扶助については、従来から、頻回受診者等の適正化対策の必要性が指摘されており、こうした課題への対応も必要となっている。

このため、今般、こうした医療扶助に関する諸課題について、検討会を開催し、有識者・自治体関係者からの意見を聴取することとする。

【意見聴取内容】

- (1) 医療扶助における個人番号カードの利用、
オンライン資格確認
- (2) (1)も踏まえた今後の医療扶助の運用のあり方
- (3) 頻回受診対策等の適正化対策
- (4) その他の医療扶助に関する課題

【これまでの経緯】

- 令和2年7月15日 第1回
総括的な議論
- 令和2年10月21日 第2回
オンライン資格確認の方向性の整理

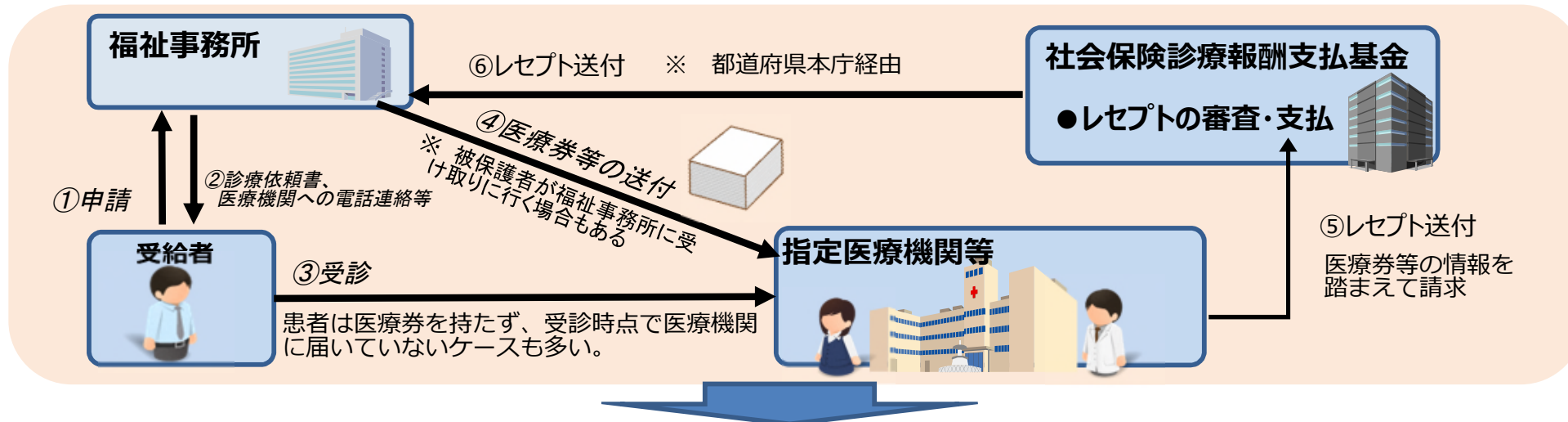
【構成員】

太田 匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
尾形 裕也	九州大学名誉教授 ※座長
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授
新保 美香	明治学院大学社会学部教授
鈴木 茂久	横浜市生活福祉部長
豊見 敦	日本薬剤師会常務理事
野田 誠一	兵庫県地域福祉課長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
藤村 睦人	高知市福祉管理課長
松本 吉郎	日本医師会常任理事

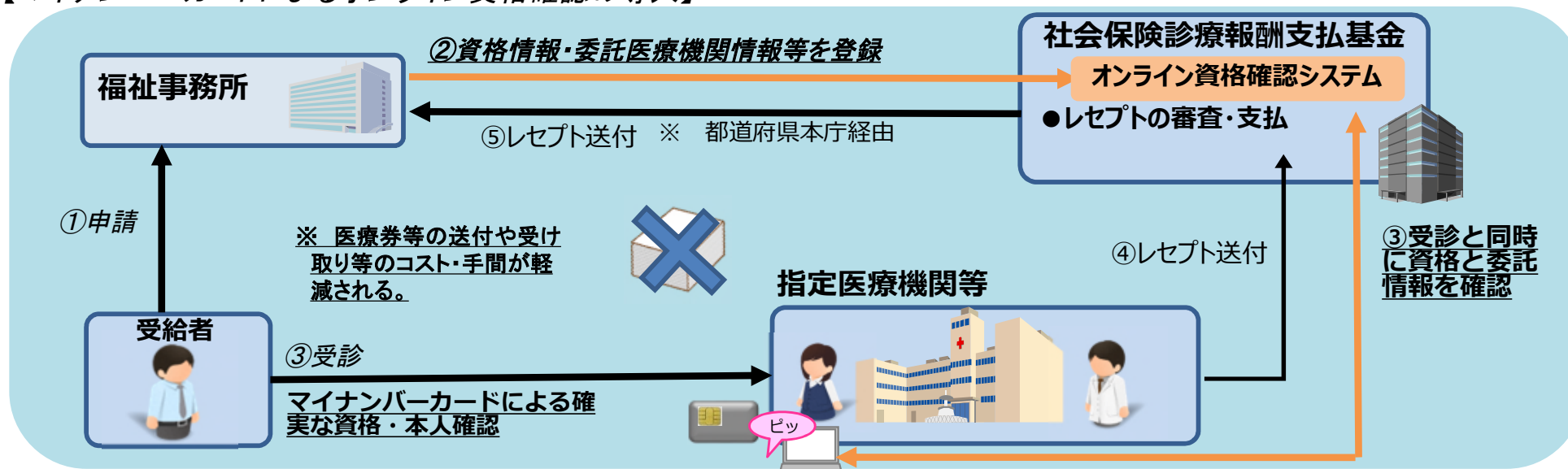
医療扶助におけるオンライン資格確認の導入（イメージ）

- 生活保護の医療扶助にオンライン資格確認を導入し、①マイナンバーカードによる確実な資格・本人確認を実現するとともに、②医療券の発行・送付等の事務を省力化し、利用者の利便性も高める。

【現行の医療扶助の受診等の流れ（一例）】



【マイナンバーカードによるオンライン資格確認の導入】



※そのほか、オンライン資格確認等システムが導入されれば、NDB等の解析精度向上のための被保険者番号の履歴を活用した仕組みも可能となる。

3. 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等 システムの準備状況

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

1. 目標と現在の申込状況

(2020/11/8時点)

目標：医療機関等の6割程度での導入（令和3年3月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す

現状：オンライン資格確認の導入予定施設数

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞※ 8/7から申込受付を開始

38,632施設（16.9%） / 228,287施設

【内訳】				
病院	1,640 /	8,284 施設	19.8%	
医科診療所	9,488 /	89,153 施設	10.6%	
歯科診療所	10,212 /	71,010 施設	14.4%	
薬局	17,292 /	59,840 施設	28.9%	

※ 紙申請・グループ申請を含む
医科・歯科併設病院の歯科は歯科診療所に含む

＜参考：ポータルサイトアカウント登録数＞

※ 最新情報の提供やオンラインでの申請のために登録をお願いしているもの

66,716施設（29.2%） / 228,287施設

＜参考：健康保険証利用の申込割合＞

※ 7/1から受付を開始。

マイナンバーカードの交付枚数に対する利用申込数の割合

1,521,114件（5.5%） / 27,773,689枚

【マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数： 約3,156万枚 （人口比 24.8%）

交付実施済数： 約2,777万枚 （人口比 21.8%）

2. 課題

- オンライン資格確認について、医療機関や薬局、システムベンダ等への周知が不十分。
- マイナンバーカードの普及率等を踏まえ、オンライン資格確認がどのようになるのか様子見の状況。
- システムベンダによる見積もりが過大になる傾向。新型コロナウイルス感染症の影響。

3. 対応

これまでの対応

- ・【費用支援】医療情報化支援基金（総額918億円）を用意
- ・【周知】全医療機関等へのリーフレット配布
- ・【周知】医師会等と共同した説明会の実施
- ・【周知】個別システムベンダへの働きかけ、共同での説明会実施
- ・【促進】大型チェーン薬局等への個別働きかけ



これからの対応

- 遅れている病院分野での導入促進と周辺医療機関への波及効果を狙い、公的医療機関への働きかけを重点的に行う（導入状況を随時確認）
- 説明用動画を作成し、三師会等医療関係団体に更なる働きかけを行う
- カードリーダーの実物の提示等、システムベンダへの情報提供と働きかけを行う
- 病院において改修範囲を早期に明確化できるよう支援するとともに、大手システムベンダに対して見積の適正化を依頼

(参考) マイナンバーカードの保険証利用の普及に向けた「加速化プラン」について

令和2年10月30日閣議後記者会見にて
厚生労働大臣発表

- 厚生労働省は、令和3年3月末に医療機関・薬局の **6割程度** で、**オンライン資格確認等システム（マイナンバーカードの保険証利用）** の実施に必要な顔認証付きカードリーダーが導入されることを目指している。
- このような中、足元の顔認証付きカードリーダーの申込率は15.3%にとどまっている（10月18日時点）。
- そのため、厚生労働省は6割普及目標の早期達成を目指して、**新たな「加速化プラン」を実行** する。

1

医療機関等への更なる導入支援

- 多くの患者が来院する **公立・公的医療機関等** における顔認証付きカードリーダーの申込率を毎週公表し、**導入状況を「見える化」** する
- 病院（約0.8万施設）、医科診療所（約8.9万施設）、歯科診療所（約7.1万施設）、薬局（約6.0万施設）への導入を支援するため、ベンダへの見積もり適正化を依頼するとともに、**追加的な財政補助を検討し、早急に結論** を出す

2

マイナンバーカードの保険証利用申込の更なる促進

- 生涯で一回のみ必要となるマイナンバーカードの **健康保険証利用の申込みのアクセスポイントを増やす**
- 多くの方が日常利用する保険薬局について、**説明会や課題ヒアリング等の接点を増やすなど働きかけを強化し**、保険薬局が **マイナンバーカードで様々な手続き（健康保険証利用申し込みなど）ができる拠点** となるよう進めていく

3

訪問看護等におけるオンライン資格確認のあり方に関する検討

- 令和5年3月末までに、医療機関等におけるオンライン資格確認等システムの普及とマイナンバーカードの健康保険証利用が進むことを見据え、**訪問看護や柔道整復・あんま・はり・灸におけるオンライン資格確認のあり方について検討** する

議題2に関する参考資料

目次

- 後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について・・・2
- 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について・・・・・・7
- 薬剤自己負担の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・45

後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成30年8月～)

70歳未満	区分	負担割合	月単位の上限度額 (円)
	ア 年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1 % ＜多数回該当：140,100＞
	イ 年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1 % ＜多数回該当：93,000＞
	ウ 年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1 % ＜多数回該当：44,400＞
	エ ～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 ＜多数回該当：44,400＞
	オ 住民税非課税		35,400 ＜多数回該当：24,600＞

70歳以上			外來（個人ごと） 上限度額（世帯ごと）	
	現役並み所得Ⅲ 年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1 % ＜多数回該当：140,100＞	
	現役並み所得Ⅱ 年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1 % ＜多数回該当：93,000＞	
	現役並み所得Ⅰ 年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1 % ＜多数回該当：44,400＞	
	一般 ～約370万円 健保：標報26万円以下(※1)／国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70～74歳 2割	18,000 〔年14.4万円(※4)〕	57,600 ＜多数回該当：44,400＞
	低所得Ⅱ 住民税非課税(※3)	75歳以上 1割	8,000	24,600
	低所得Ⅰ 住民税非課税 (所得がない者)(※5)			15,000

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 年金収入のみの者であれば、年収80万～

※4 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外來の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

※5 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。

後期高齢者支援金の推移

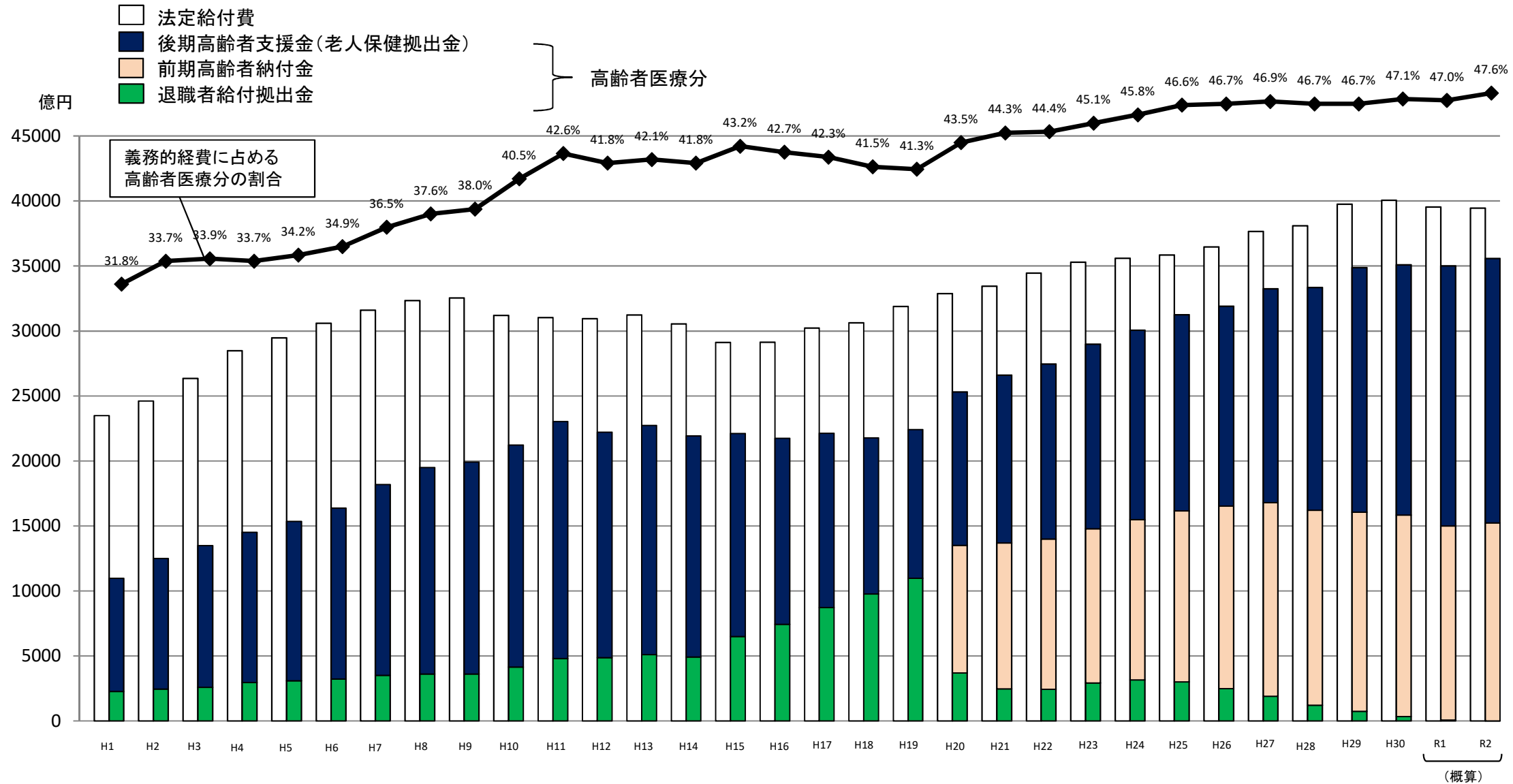


※ 平成29年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月))。
平成30年度、令和元年度及び令和2年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.6%(令和2年度概算賦課ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

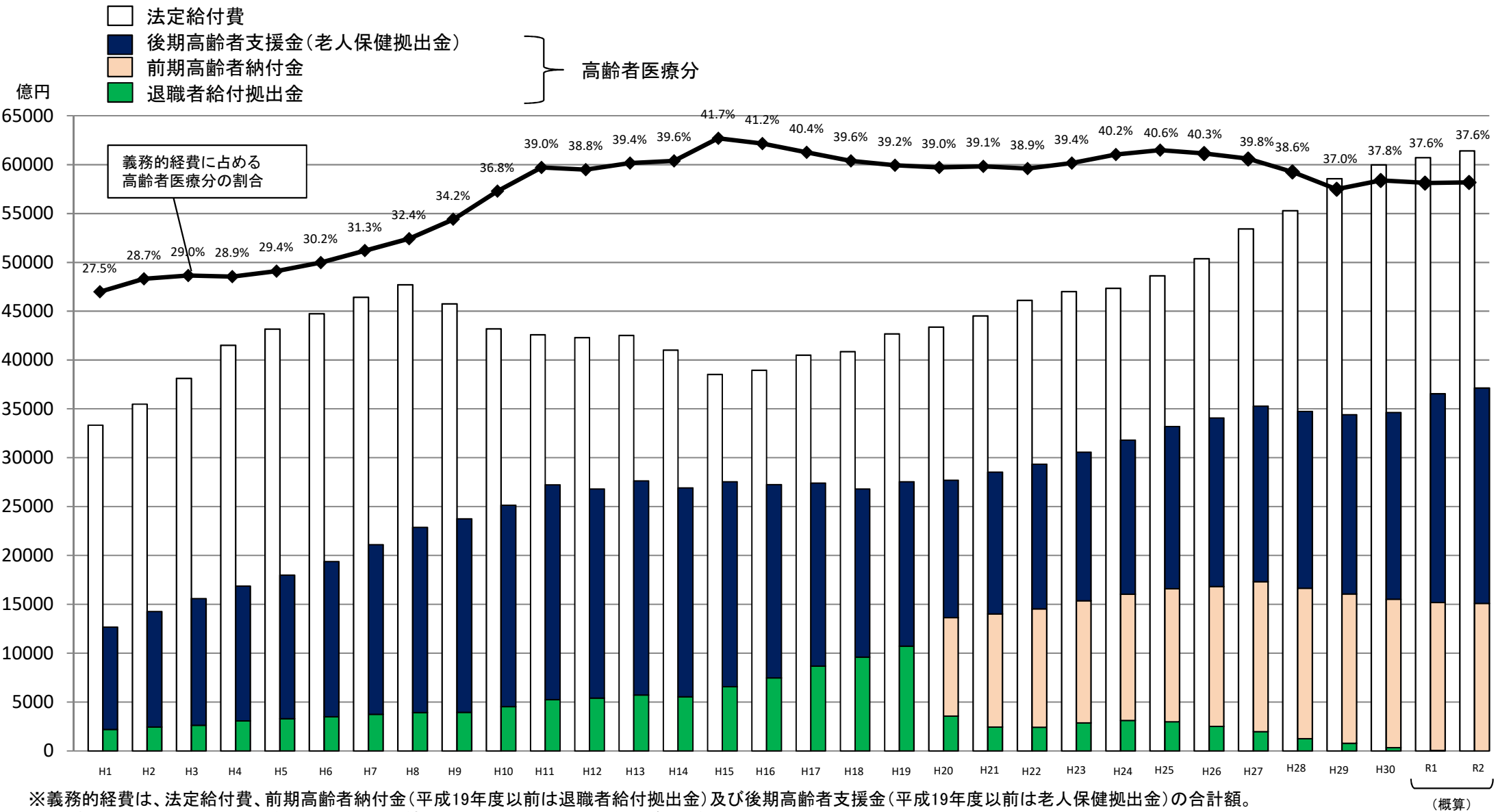
※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.7%(令和2年度概算賦課ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、

平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

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 特定機能病院及び一般病床200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。

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。

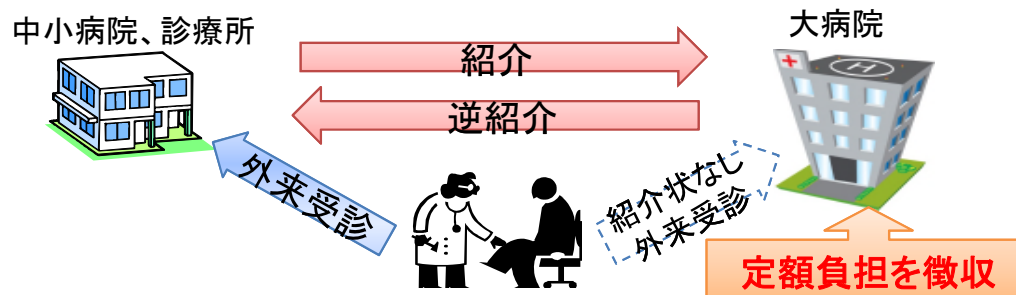
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

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。



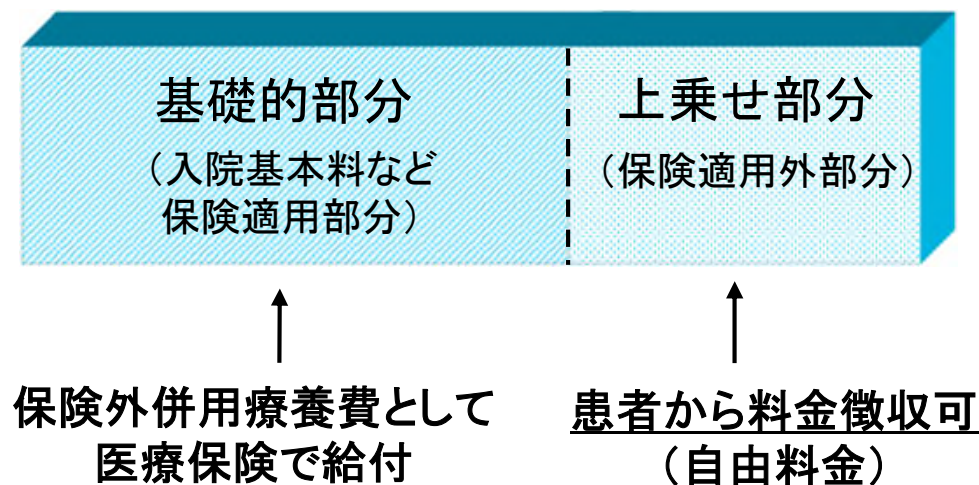
(参考) 保険外併用療養費制度について

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	○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。	○ 以下のいずれかを満たすこと。 ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ <u>原則として200床以上</u>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。

徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養（平成8年度～）

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

対象除外

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

大病院受診時定額負担（平成28年度～）

（紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。（特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象）

対象除外

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

対象除外にできる

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

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

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

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

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

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険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。

(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項

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

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					
	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。	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。 《厚生労働省》			—	—

○ 外来医療については、これまで以下のとおり検討を進めてきた。

1月29日 医療部会

- ・医療機能の分化・連携の経緯と外来機能の明確化・かかりつけ医機能の強化に向けた検討の進め方について

2月28日 本検討会

- ・外来医療の機能分化・連携に関する当面の検討の進め方について
- ・外来医療を取り巻く現状と検討の方向性について
- ・かかりつけ医機能の強化について
- ・外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進について

3月13日 本検討会

- ・外来機能の明確化について
- ・かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割について

3月18日 本検討会

- ・外来機能の明確化について

3月23日 医療部会

- ・外来医療の機能分化・連携に関する検討状況について

○ 年末に向けて、次のとおり、本検討会において、新型コロナウイルス感染症の影響にも留意しながら、外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進について検討を行ってはどうか。

10月30日 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について

11月 医療部会に検討状況を報告
論点についてさらに整理

12月 一定の議論の集約
医療部会に検討状況を報告

【新型コロナウイルス感染症を踏まえた外来医療の課題】

- インフルエンザ流行を見据えた発熱患者の受診の流れを国民に周知するとともに、受診控えがある中、国民に医療機関の感染防止の取組を周知し、必要な受診や健診、予防接種を呼びかけることが必要。
- 発熱患者の診療・検査を多くの医療機関で行う体制整備に取り組むとともに、新型コロナ患者を受け入れない病院も含め、医療機関全体として感染防止を講じながら医療を継続し、地域医療を守る必要。
- 新型コロナ禍でも、薬が患者に適正に提供・使用されるよう、薬局を含め外来医療体制を考える必要。

【外来機能の明確化・連携】

(医療資源を重点的に活用する外来(仮称))

- 地域において外来機能の明確化・連携を議論するための仕組みがないことが大きな課題。少子高齢化という中長期的な課題に対応して、入院医療と同様に、外来医療も地域ごとに議論する必要。まずは、「医療資源を重点的に活用する外来」に着目して取り組むことは、医療資源投入量が大きく、先行して取組を行っている入院医療と関連が深いので、一定の合理性がある。
- 今回の外来機能の明確化は、外来の機能とは何かという議論ではないが、一定程度の専門性の高い外来を「見える化」し、患者の受診行動を変容させ、大病院への患者の受診の集中を軽減していくことが目的であり、その手段として、「医療資源を重点的に活用する外来」を一つの切り口にしているものと理解。正確には、外来機能の一部の明確化だと思う。
- 外来機能は地域ですでに明確化されており、今回の外来機能の明確化の目的を明らかにすべき。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」は、大枠を議論することが重要であり、具体的な内容は別途専門的な観点から検討し、今後、データや議論の蓄積に応じてよりよいものにしていけばよい。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」の3つの例示は、一定程度説得性もあるが、具体的な内容を今後さらに検討する場で議論する際には、慎重な項目選定をお願いしたい。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」は、患者が理解できる名称を考える必要。

(外来機能報告(仮称))

- 外来機能報告は、病床機能報告の対象となっている病院と有床診療所を対象から除外する理由がない。外来機能報告の効果が出てくるまで一定の時間を要するため、新型コロナを理由に議論を遅らせることなく、早急に制度の大枠を固めて、詳細はワーキンググループ等で検討していくことがよい。
- 外来機能報告では、無床診療所も含めて全ての医療機関を対象とすることが理想であるが、早く進めていくため、病床機能報告で対象となっている病院と有床診療所を優先して対象とすべき。
- 有床診療所は、専門的な医療、かかりつけ医的な役割など、外来機能が様々であり、専門性の高い医療をやっている有床診療所は、手挙げで、自主的に外来機能報告を行うのがよい。
- 病院と診療所の外来機能は性質が違うので、外来機能報告は病院から始めて、診療所はその後の議論として、進めながら報告をよりよいものにしていけばよい。
- 診療所の絶対数は多いので、重装備の診療所も外来機能報告の対象として、地域で議論すべき。
- 外来機能報告では、専門看護師や認定看護師の配置状況等も含めて、看護に関するデータ収集や情報提供の仕組みをつくることも重要。

(地域における協議の仕組み)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関については、国の示す基準だけではなく、地域の協議の場で総合的に評価を行って、地域において調整ができる手挙げ方式に賛成。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確にすることで、国民・患者は、紹介を受けて受診すべき医療機関が分かりやすくなる。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確化した場合、大病院志向の患者がかえって集まることがないよう、患者側と医療機関側の両方に効果がでる仕組みをつくる必要。

医療計画の見直し等に関する検討会(10/30)における主なご意見について③

- 「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関について、地域医療支援病院との関係はどうか。地域医療支援病院の制度設計を変えてはどうか。
 - 地域の協議の場では、都道府県がイニシアチブをとって、保険者も交えた実質的な議論を行う必要。
 - 地域の協議の場において、看護職同士の連携、看護提供体制の議論を行う場も重要。
 - 住民や患者の理解が得られるよう、メリットを丁寧に説明することが重要。医療資源の少ない地域にも配慮して議論を進めていく必要。調整会議で建設的な議論ができるような分析結果や論点設定が重要。都道府県との意見交換の機会を設ける必要。
 - 都道府県知事の権限の内容は、制度がスタートして、検証を積み重ねて、検討すべき。
- 【かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種役割、外来医療のかかり方の国民の理解の推進】
- かかりつけ医とはどのようなものか、国民も疑問をもっており、役割を整理していく必要があるのではない。
 - かかりつけ医機能を含めた外来医療全体の在り方を議論していくことが重要であるが、かかりつけ医機能には様々な考え方があり、議論には時間とデータの蓄積が必要。
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの検討をしており、その中で、精神科かかりつけ医もでてくる。
 - 在宅専門の医療機関において、多くの医師で1人の患者を診ているが、かかりつけ医なのかどうかという議論もある。
 - かかりつけ医と連携して、患者の薬物療養をサポートしていく、かかりつけ薬剤師の役割も重要。

第 2 2 回 医 療 計 画 の 見 直 し 等 に 関 す る 検 討 会	資料 2 (抜粋)
令 和 2 年 1 0 月 3 0 日	

外来機能の明確化・連携に関するデータ

1. 前回までの分析の修正

「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について

前回の検討会までにいただいたご意見を踏まえ、基本的な分析について、医療資源を重点的に活用する外来の設定について以下の修正を行った。また、精神科病院を除いて分析を行うこととした。

○ レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)(平成29年度)を基に、次の3つに該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定して、それぞれの実施状況について分析した。

※ 地域における外来医療の機能分化・連携を進めていくためには、地域ごとの実施状況の分析が重要であるが、今回の議論のため、以下のように**仮に設定し**、全国的な実施状況の分析を行ったもの。

・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

(例:がんの手術のために入院する患者が、術前の説明・検査や、術後のフォローアップを外来で受ける場合 など)

- Kコード(手術)を算定
- Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定
※1: 6000cm²以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
- Lコード(麻酔)を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

・高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定
※2: 脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード(手術)を算定
- Nコード(病理)を算定

・特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- ~~ウイルス疾患指導料を算定~~
- ~~難病外来指導管理料を算定~~
- 診療情報提供料 I を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来(紹介患者に対する外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について(修正反映)

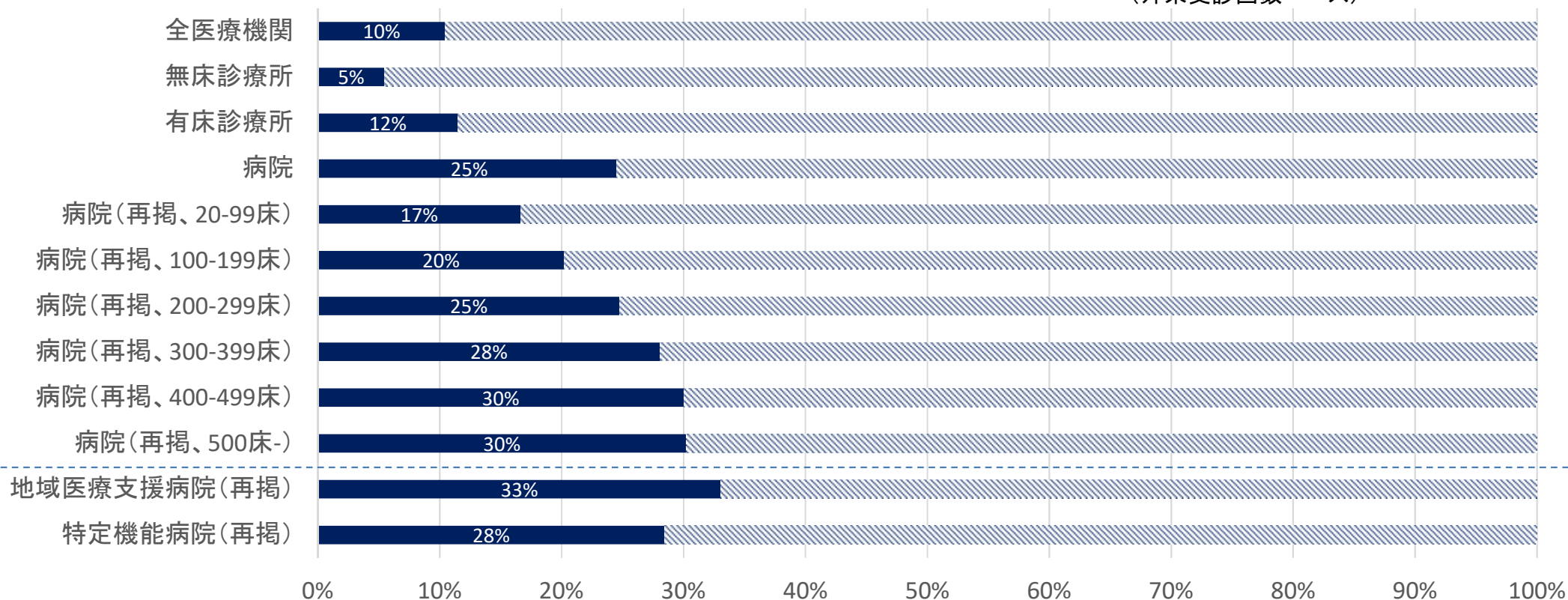
※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来受診回数
外来受診回数全体

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合

(外来受診回数ベース)



(注)

- ・ 外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・ 2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・ 病床数は許可病床数。
- ・ 精神科病院は除いて集計

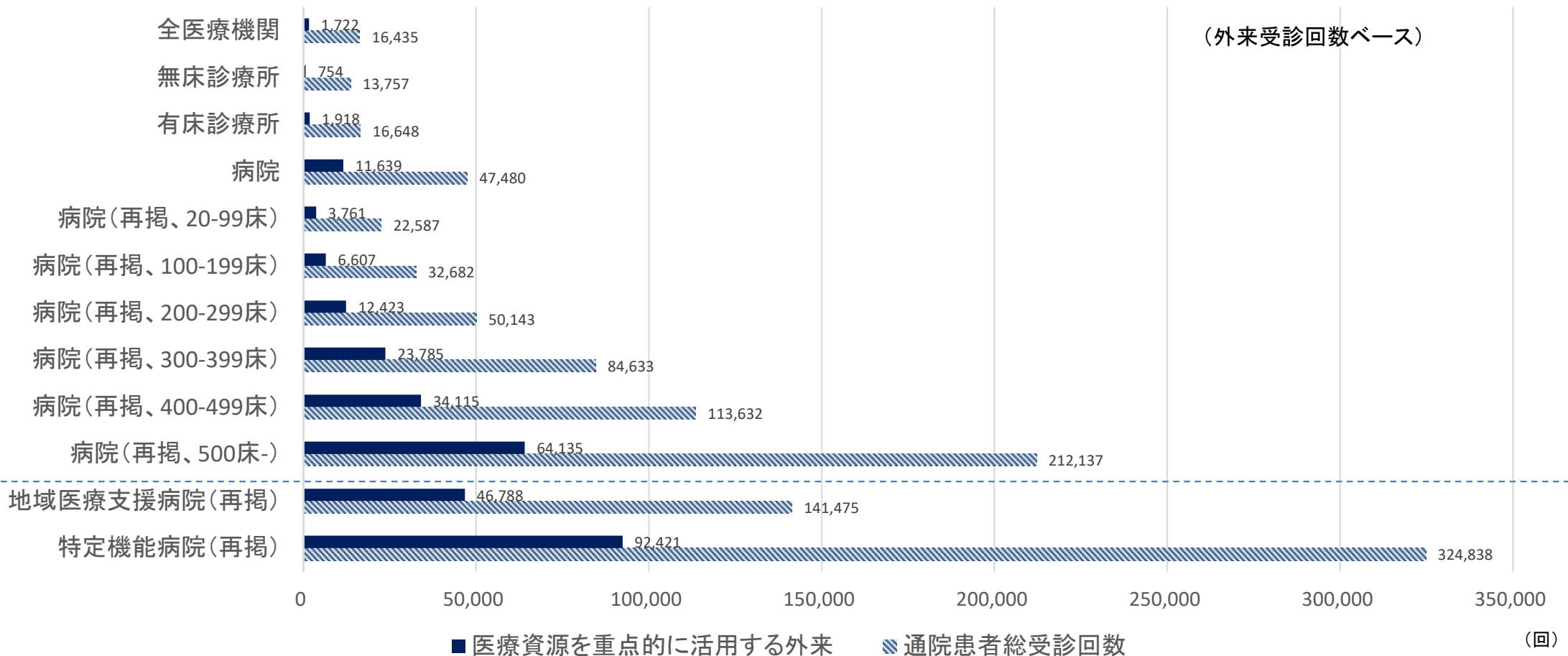
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について(修正反映)

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

一医療機関あたりの「医療資源を重点的に活用する外来」の回数



(注)

- ・ 外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・ 2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・ 病床数は許可病床数。
- ・ 精神科病院は除いて集計

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

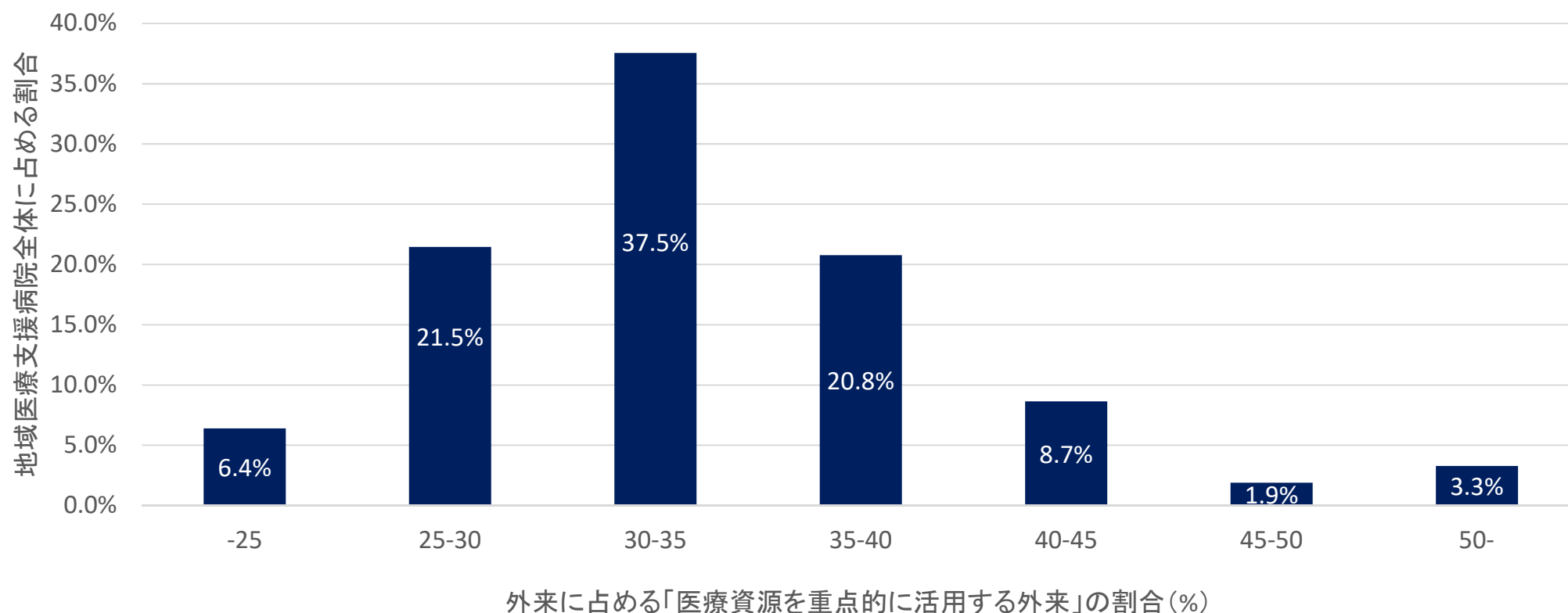
地域医療支援病院における、外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合の分布

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来受診回数
外来受診回数全体

地域医療支援病院における、外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合の分布(N=578)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・地域医療支援病院に精神科病院はなかった。

出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が25%以上である医療機関の分布

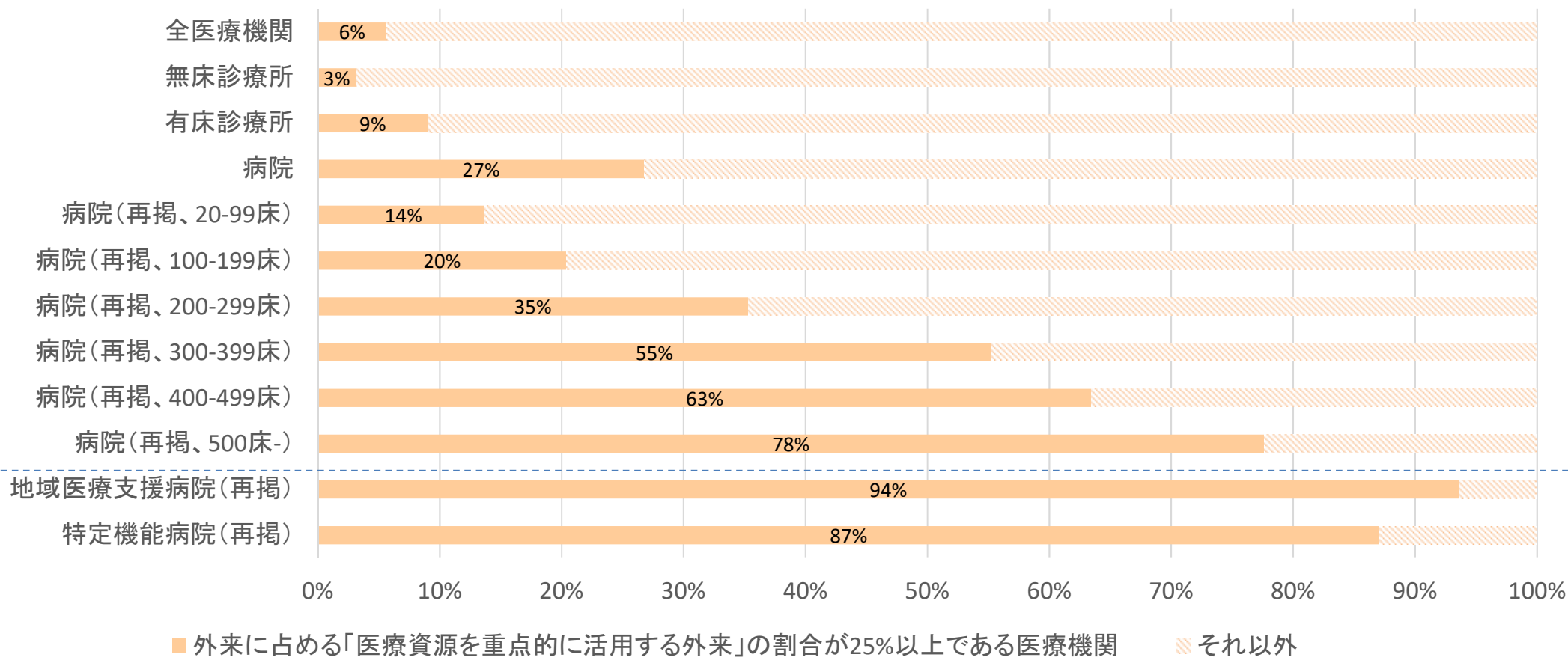
外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合

$$= \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合

(施設数ベース)



(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院は除いて集計

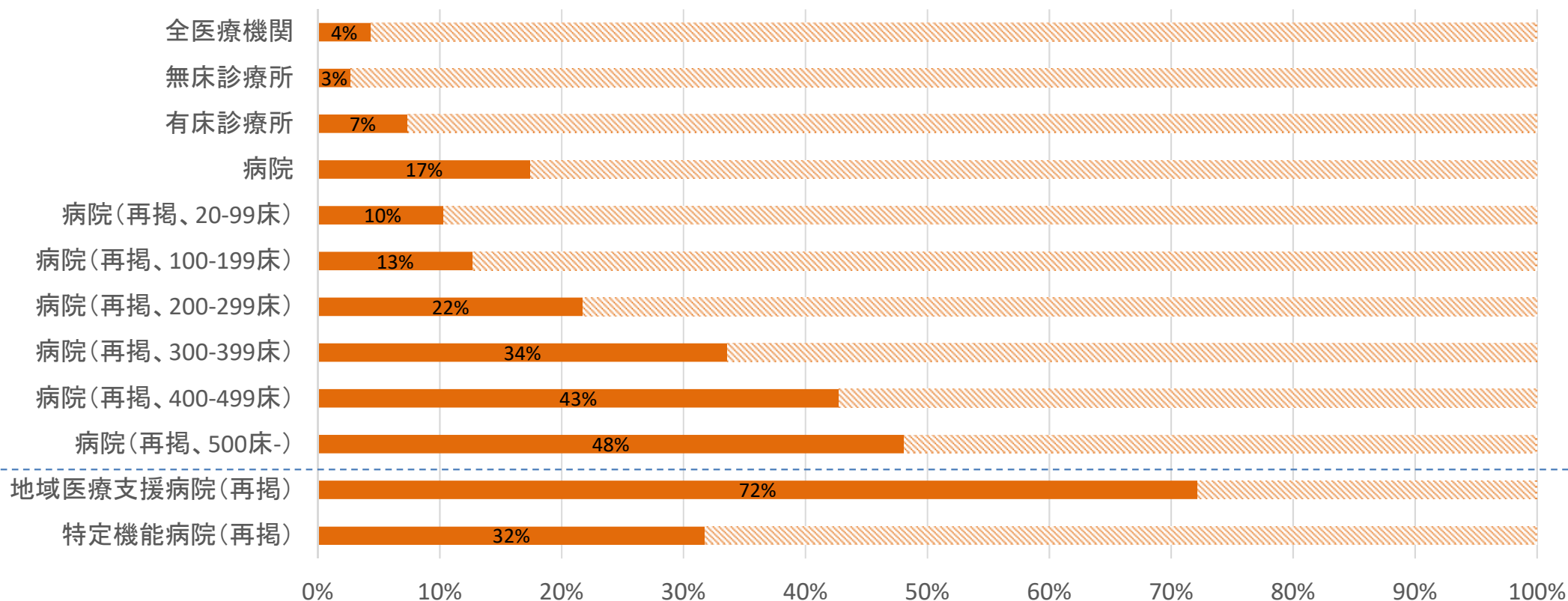
出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が30%以上である医療機関の分布

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合
 = $\frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



■ 外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関 ▨ それ以外

(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院は除いて集計

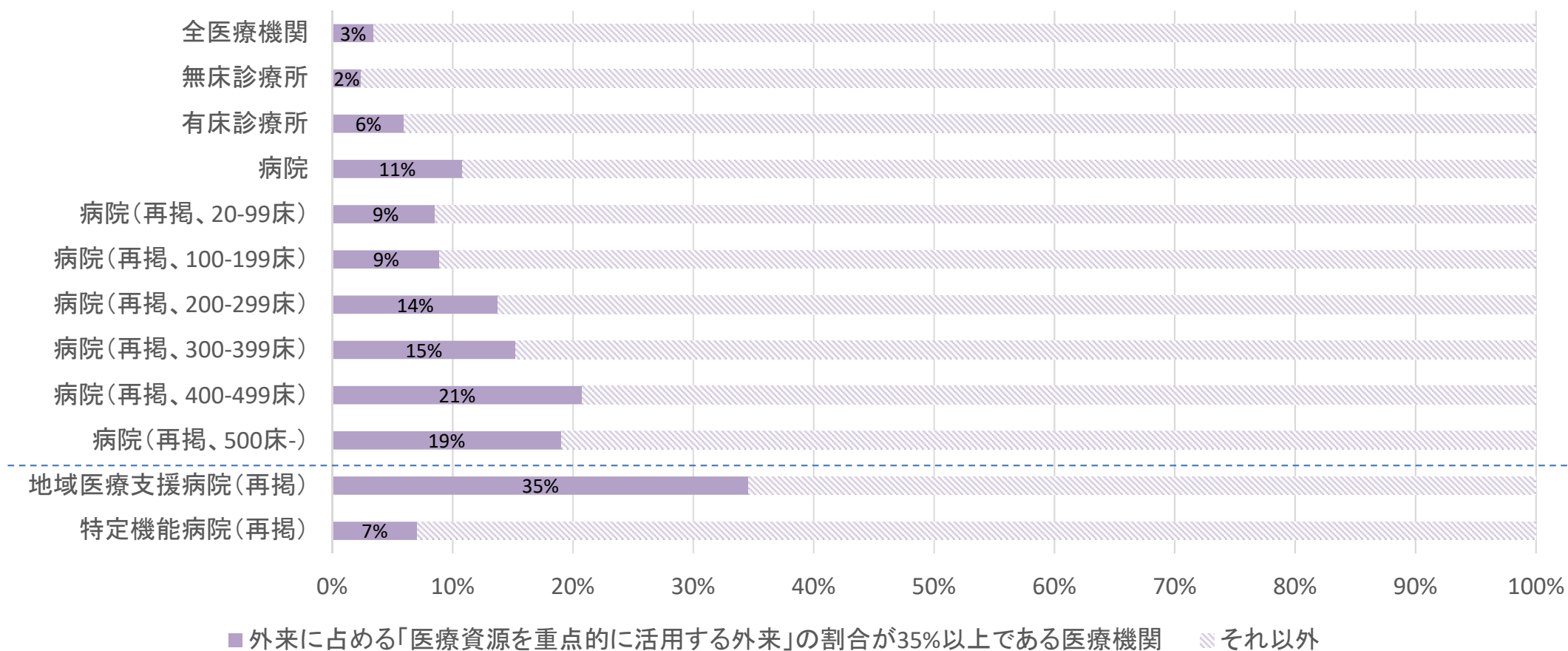
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が35%以上である医療機関の分布

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院は除いて集計

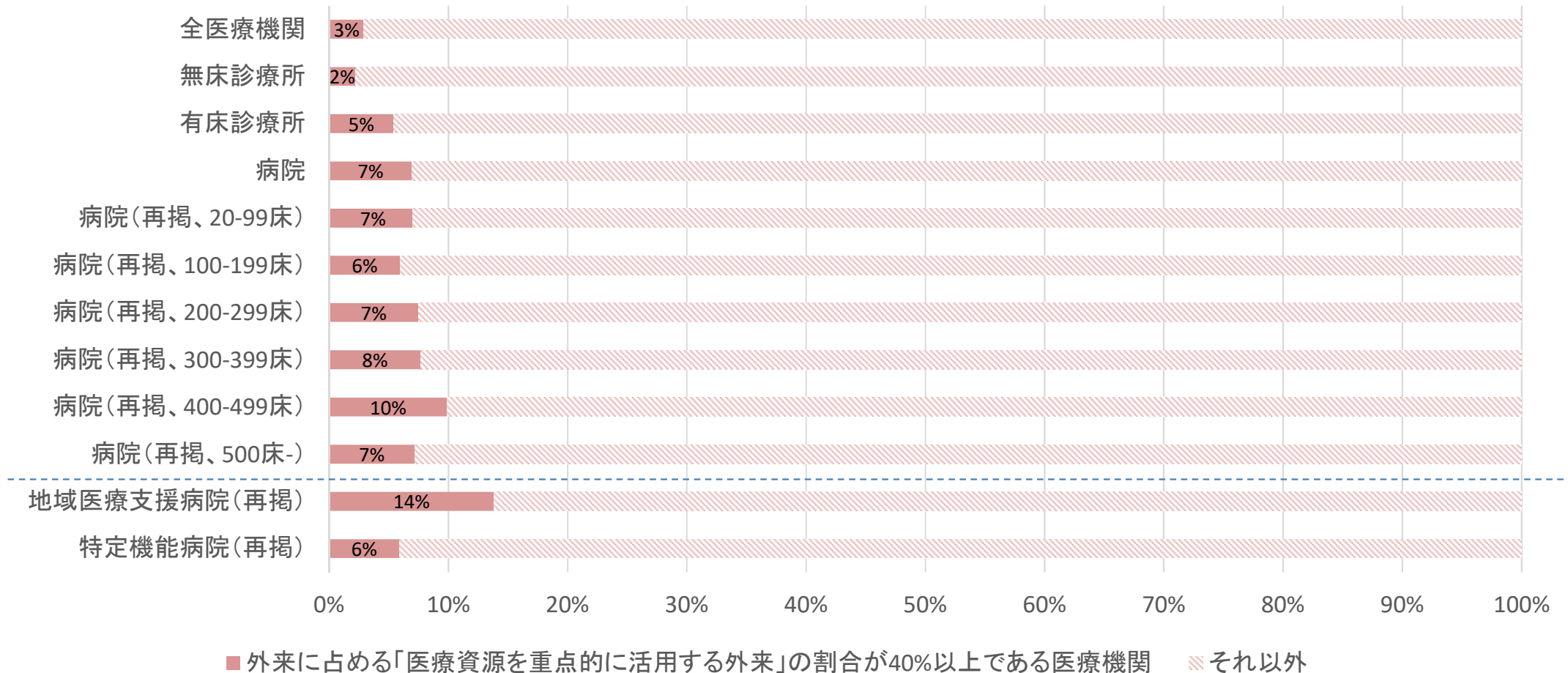
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が40%以上である医療機関の分布

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の割合(施設数ベース)



(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院は除いて集計

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

2. 追加的な分析①

初診、再診別の分析

初診の外来受診における「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の実施状況について

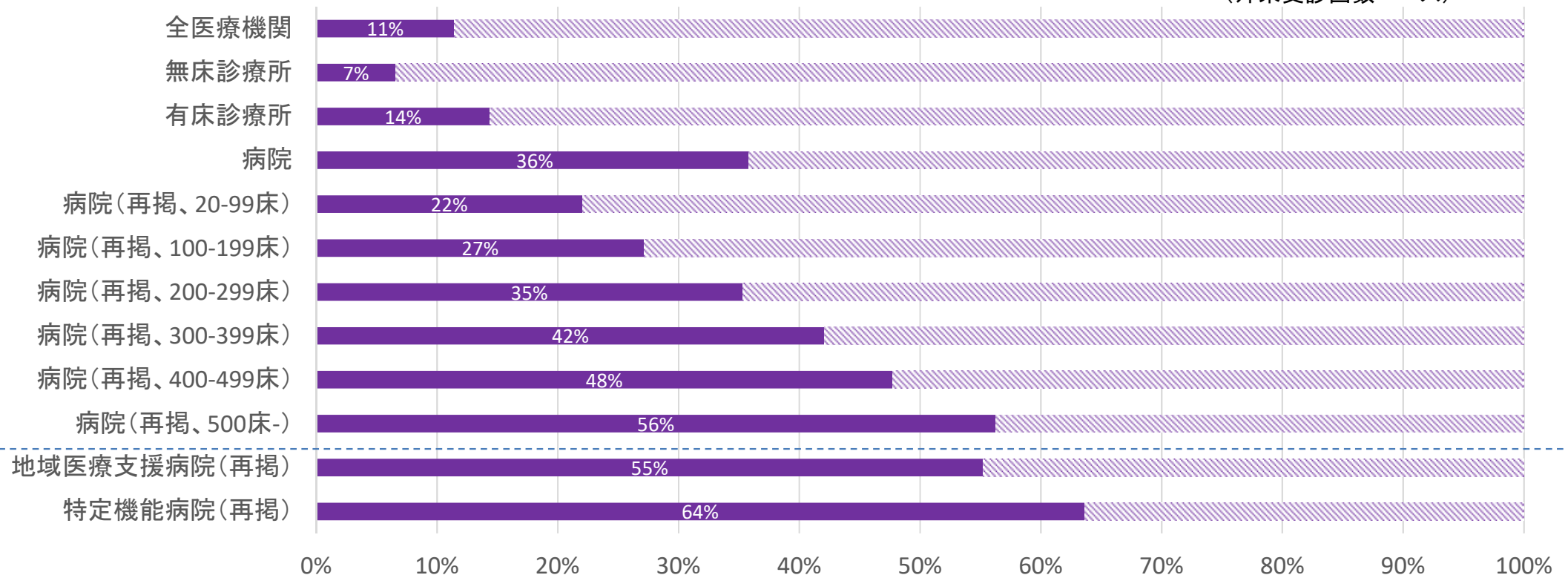
※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する初診の外来受診回数
初診の外来受診回数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合

(外来受診回数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院を除いて集計している。

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

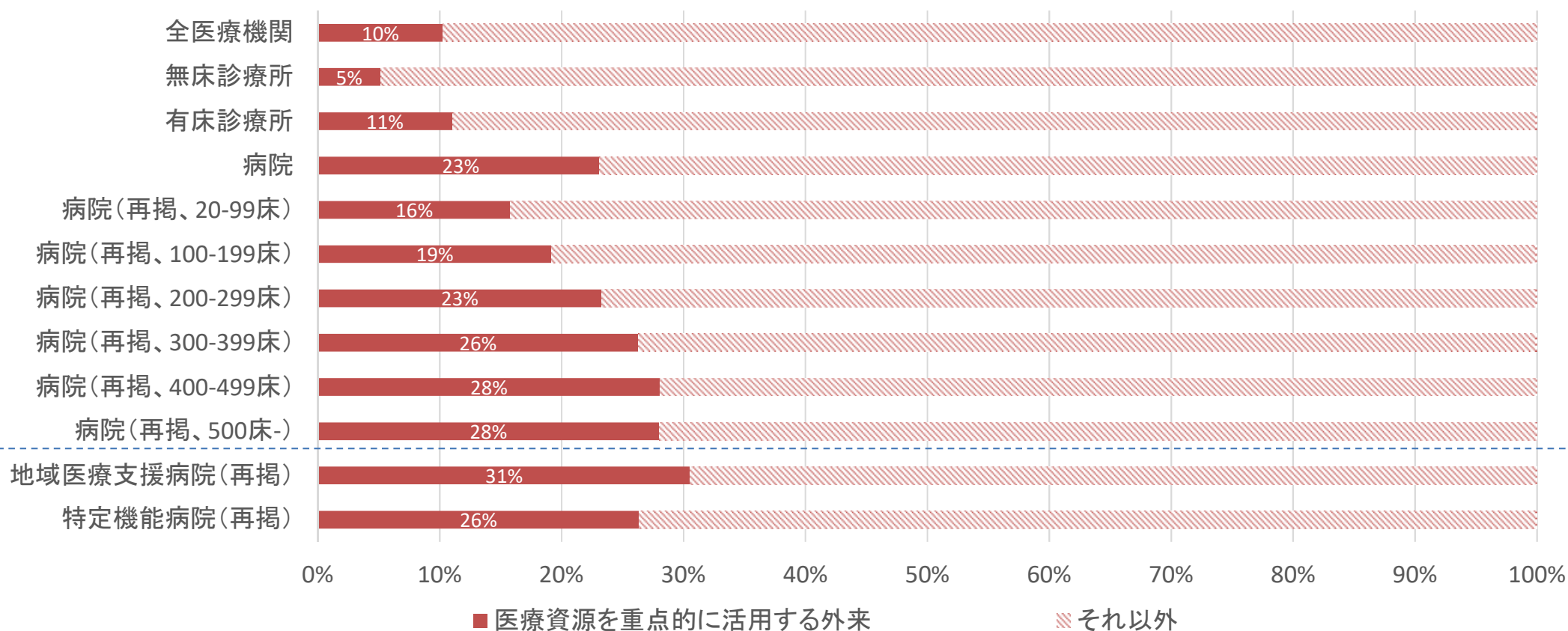
再診の外来受診における「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の実施状況について

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来（紹介患者に対する外来）
（診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来）

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する再診の外来受診回数
再診の外来受診回数全体

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合（外来受診回数ベース）



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院を除いて集計している。

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

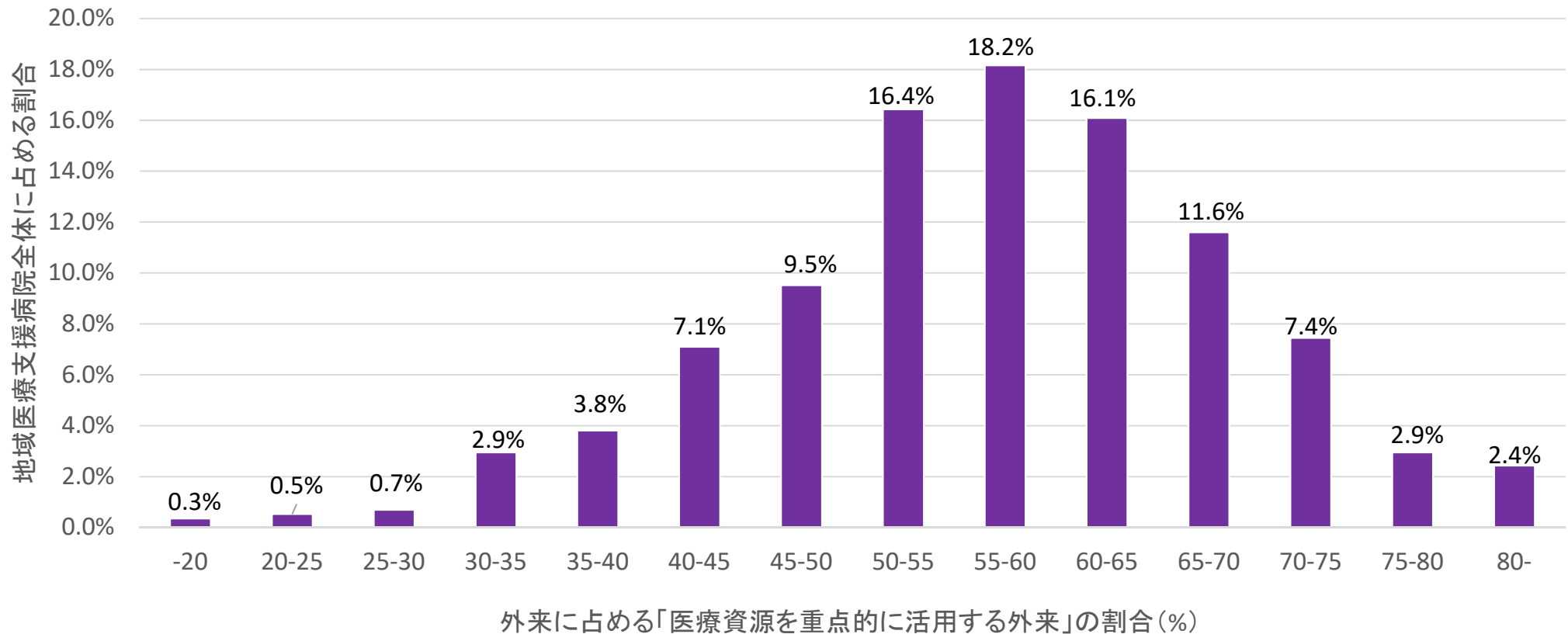
地域医療支援病院における、初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合の分布

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと**仮に設定**した。

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する初診の外来受診回数
初診の外来受診回数全体

地域医療支援病院における、初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合の分布(N=578)



(注)

- ・ 外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・ 2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。

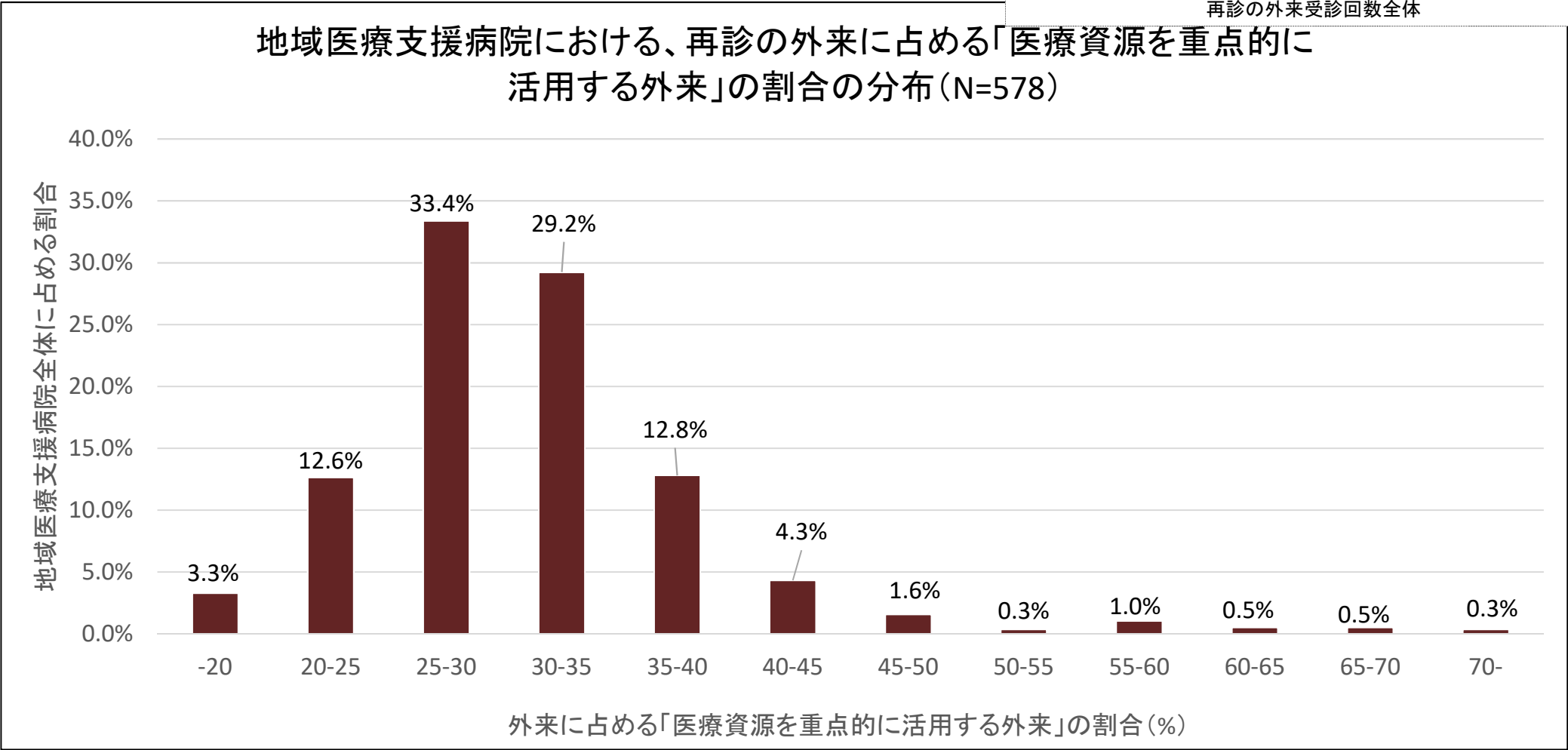
出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

地域医療支援病院における、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合の分布

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する再診の外来受診回数
再診の外来受診回数全体



(注)
・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

地域医療支援病院における、初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合と、
再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合の分布

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定した。

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来(紹介患者に対する外来)
(診療情報提供料Ⅰを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)

		初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合(%)										「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する初診(再診)の外来受診回数 初診(再診)の外来受診回数全体				
		-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-	
再診 の 外 来 に 占 め る 「 医 療 資 源 を 重 点 的 に 活 用 す る 外 来 」 の 割 合 (%)	-20	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	20-25	0%	0%	0%	1%	1%	0%	2%	2%	3%	1%	1%	0%	1%	1%	
	25-30	0%	0%	0%	1%	2%	2%	3%	8%	7%	6%	4%	2%	0%	0%	
	30-35	0%	0%	0%	1%	1%	2%	3%	4%	5%	5%	4%	3%	1%	0%	
	35-40	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	2%	3%	1%	1%	1%	0%	
	40-45	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	
	45-50	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	
	50-55	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	55-60	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	60-65	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	65-70	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	70-75	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	75-80	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	80-	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

←表中のデータは
地域医療支援病院全体
に占める割合を示す。

←表中のデータは
地域医療支援病院全体
に占める割合を示す。

(注)

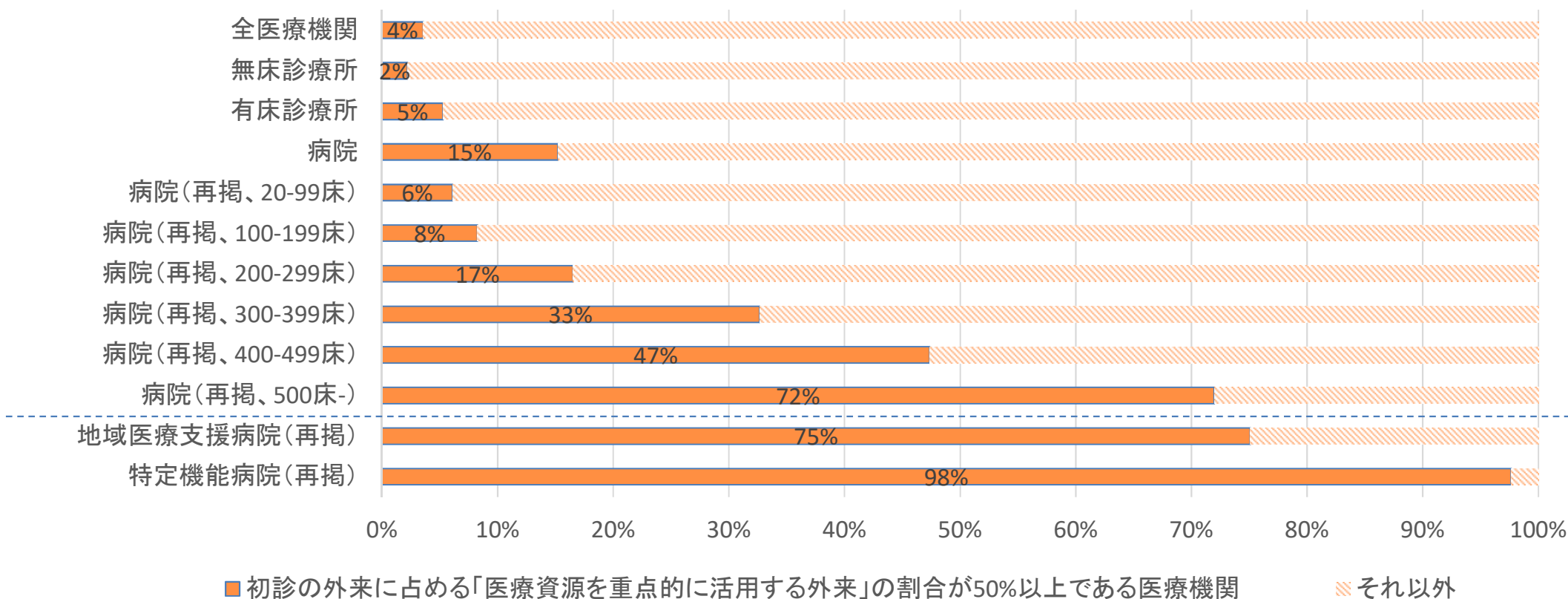
- ・ 外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・ 2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。 出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が50%以上である医療機関の分布

$$\text{初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{初診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

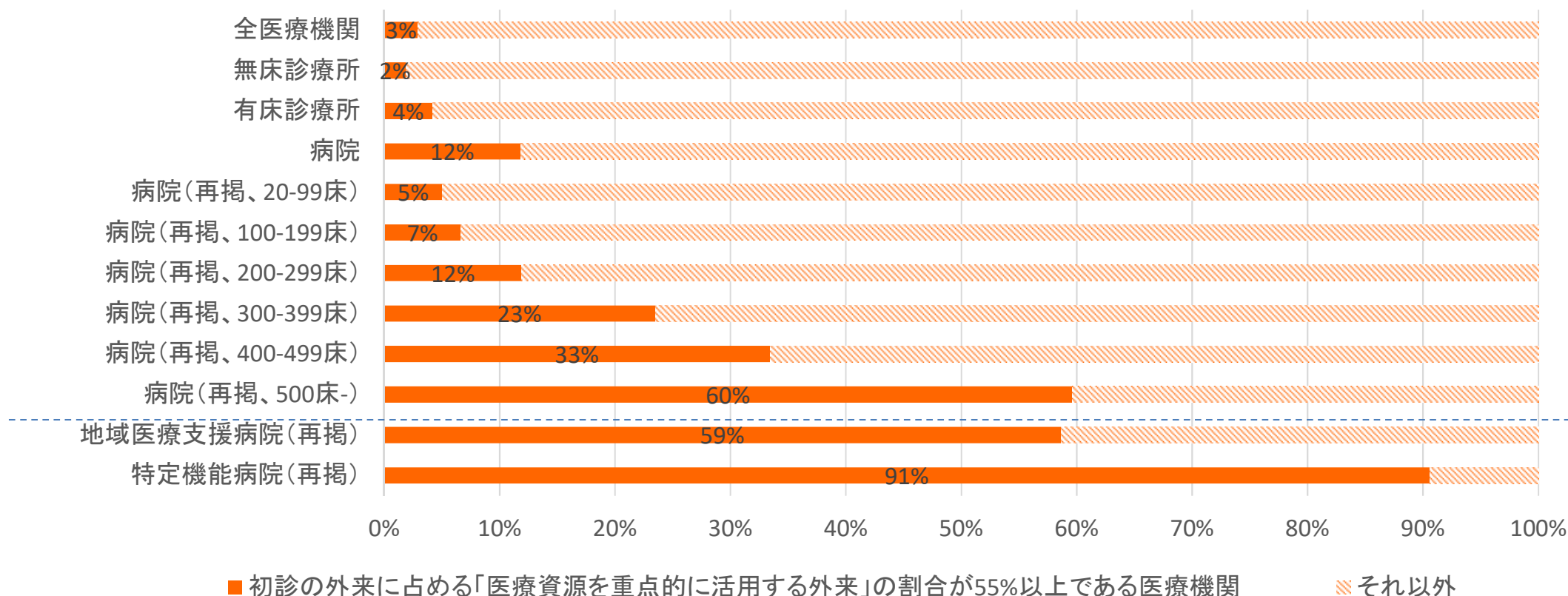
- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が55%以上である医療機関の分布

$$\text{初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{初診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

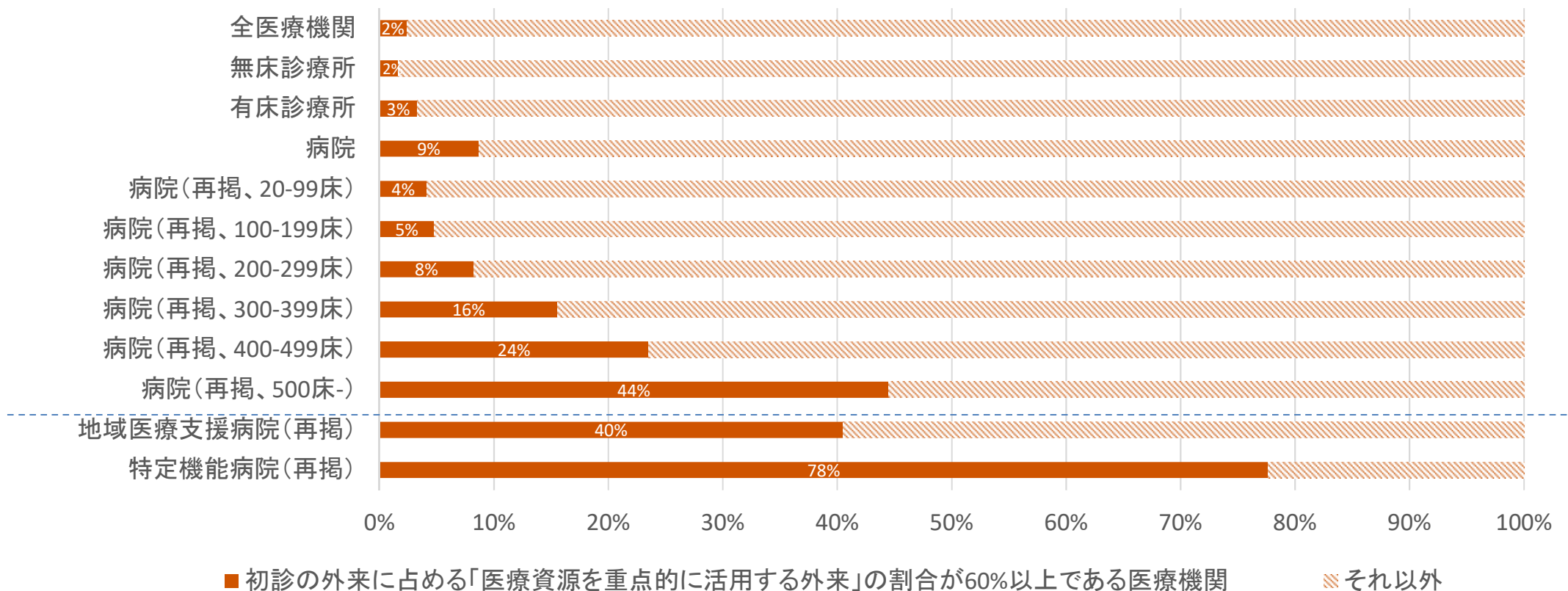
- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が60%以上である医療機関の分布

$$\text{初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が60\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{初診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が60\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が60%以上である医療機関の割合（施設数ベース）



（注）

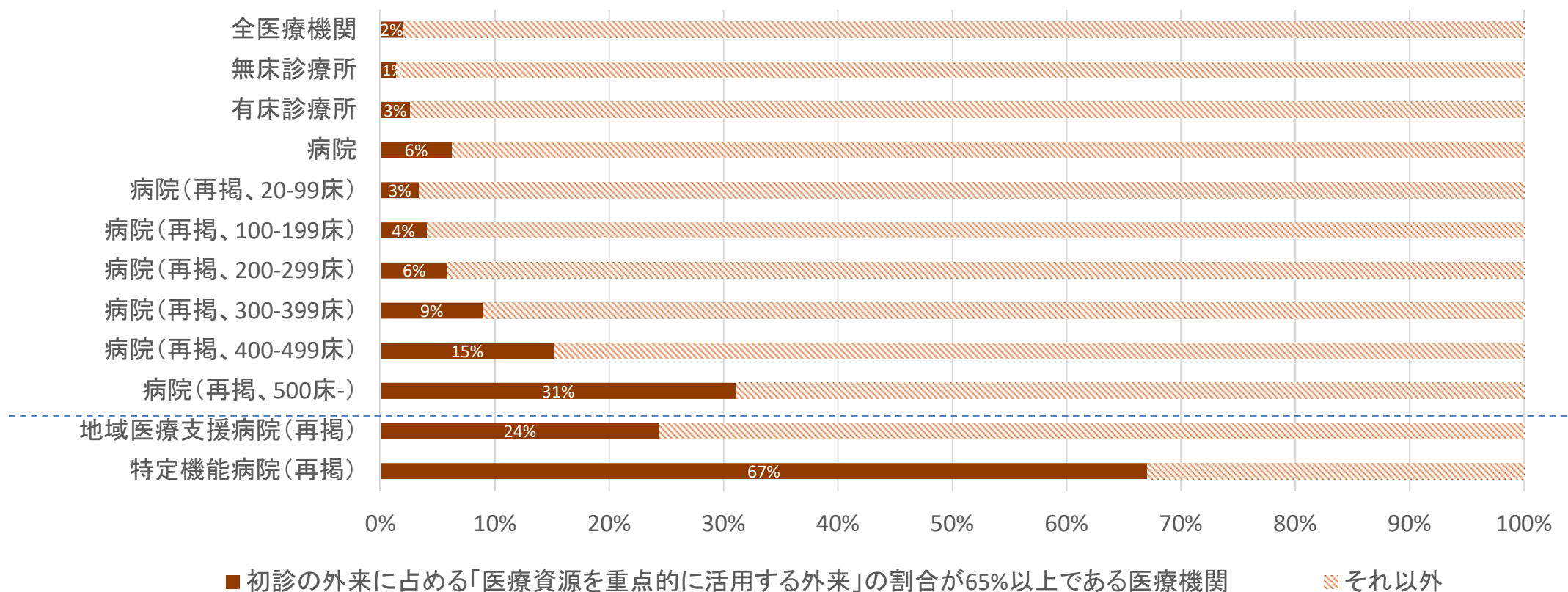
- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が65%以上である医療機関の分布

$$\text{初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が65\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{初診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が65\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が65%以上である医療機関の割合（施設数ベース）



（注）

- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

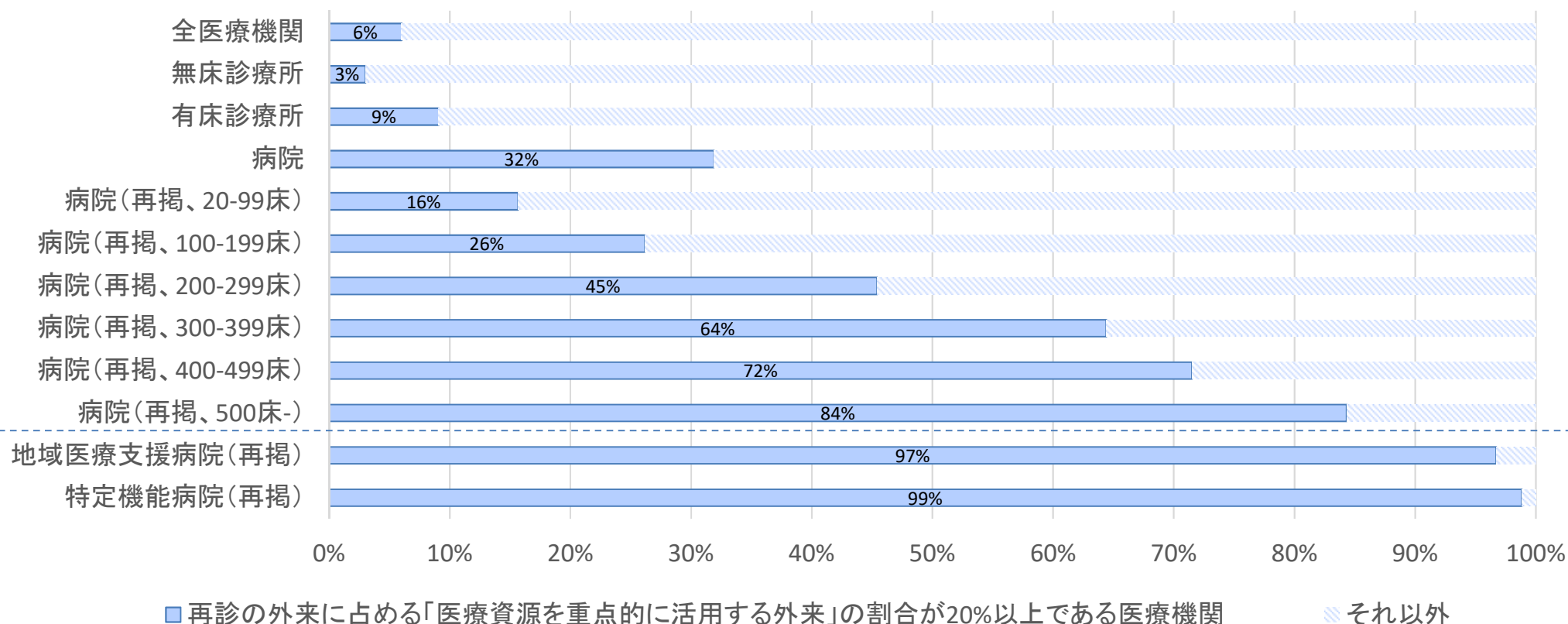
出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）より地域医療計画課において作成

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が20%以上である医療機関の分布

$$\text{再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{再診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

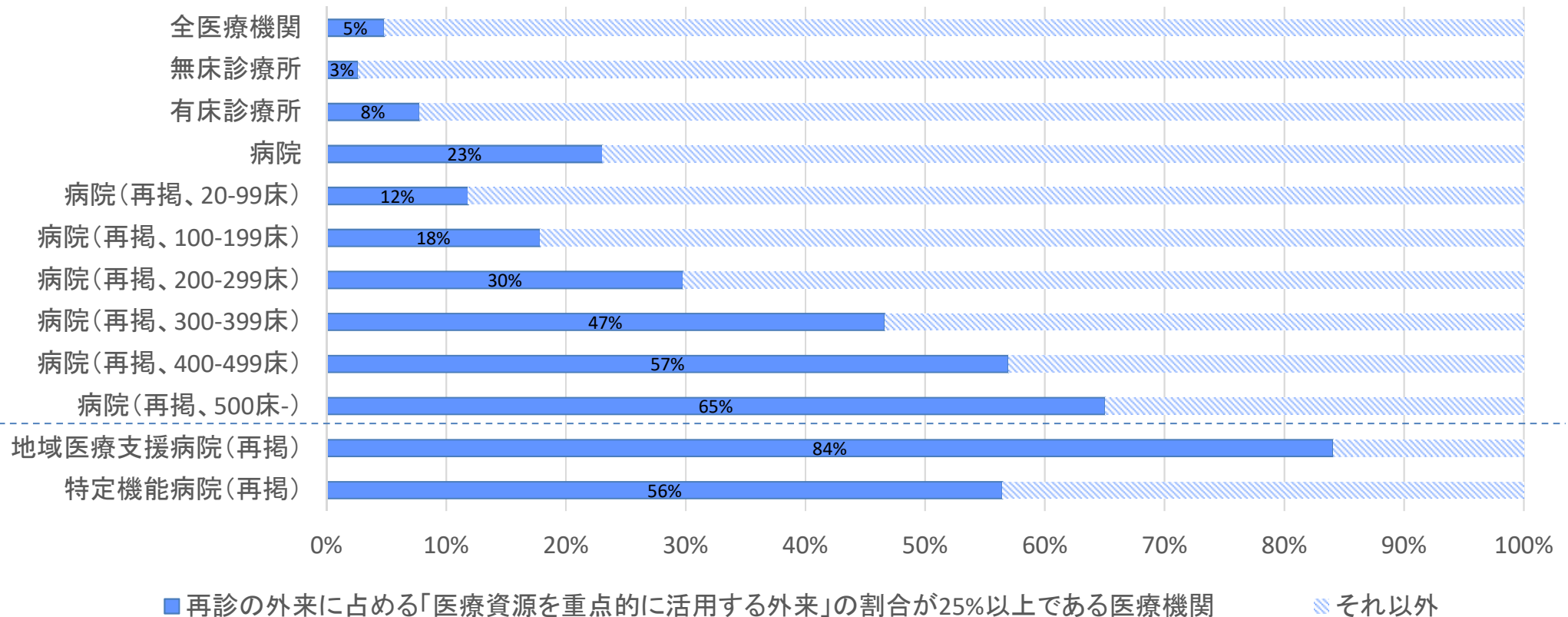
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が25%以上である医療機関の分布

$$\text{再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{再診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

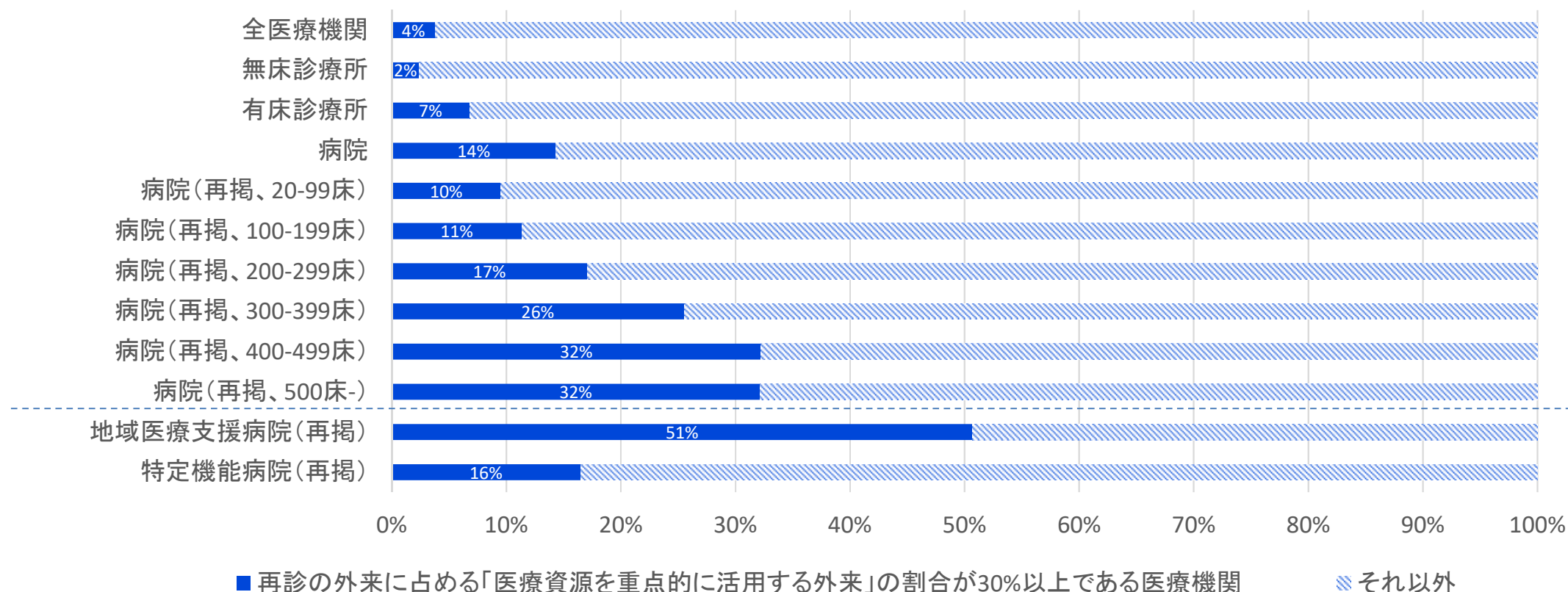
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が30%以上である医療機関の分布

$$\text{再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{再診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

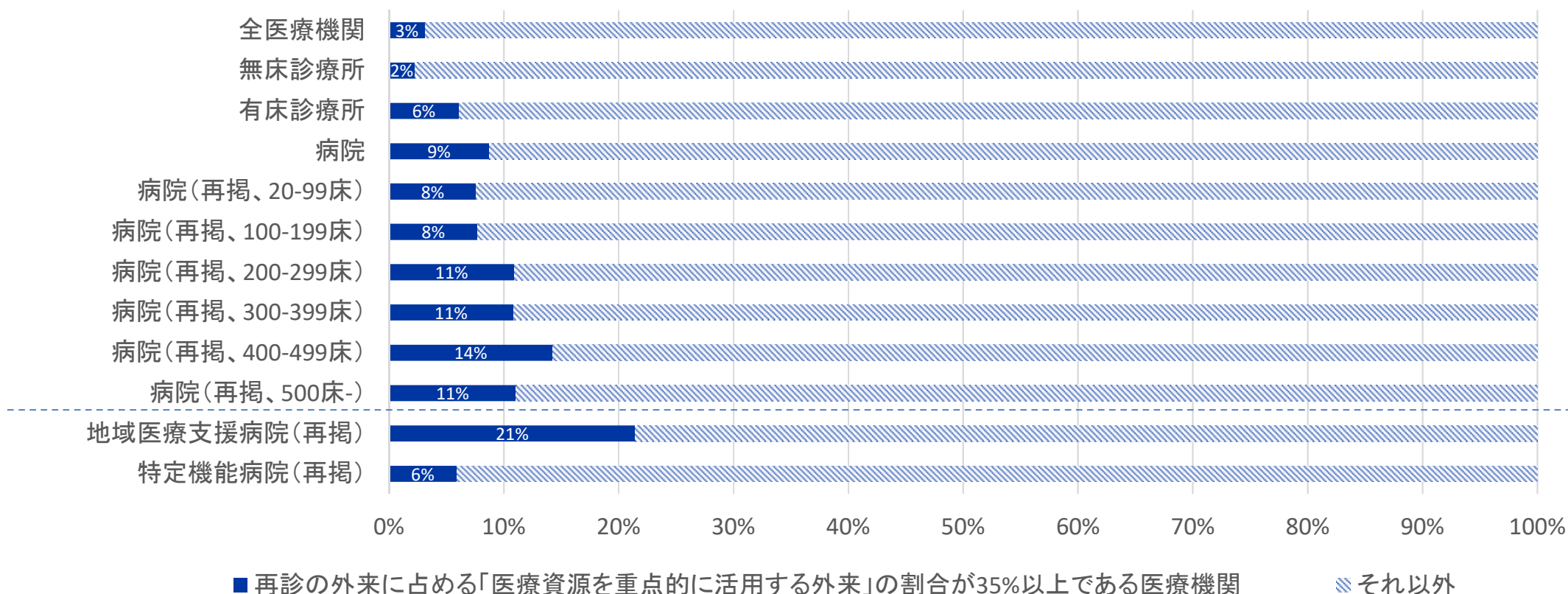
出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が35%以上である医療機関の分布

$$\text{再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{再診の外来において「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が35%以上である医療機関の割合（施設数ベース）



（注）

- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）より地域医療計画課において作成

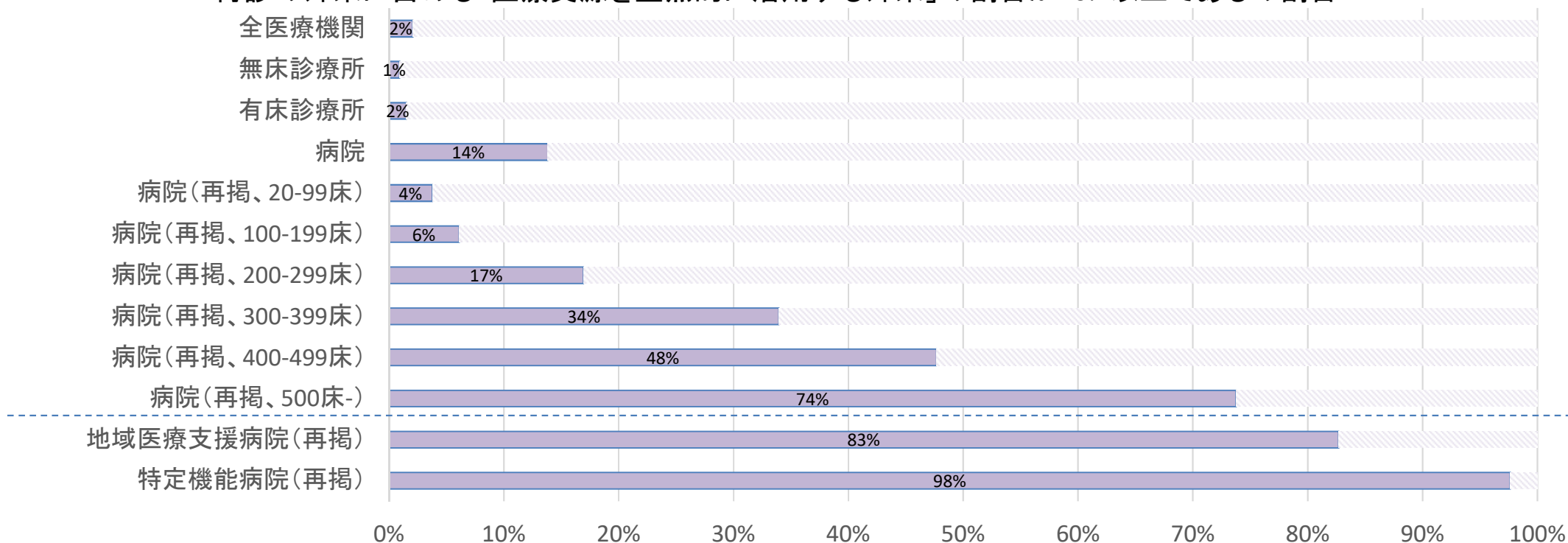
初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が45%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が20%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合

= 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
施設数全体

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が45%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20%以上であるの割合（施設数ベース）



■ 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が45%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20%以上である医療機関
 ■ それ以外

（注）

- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

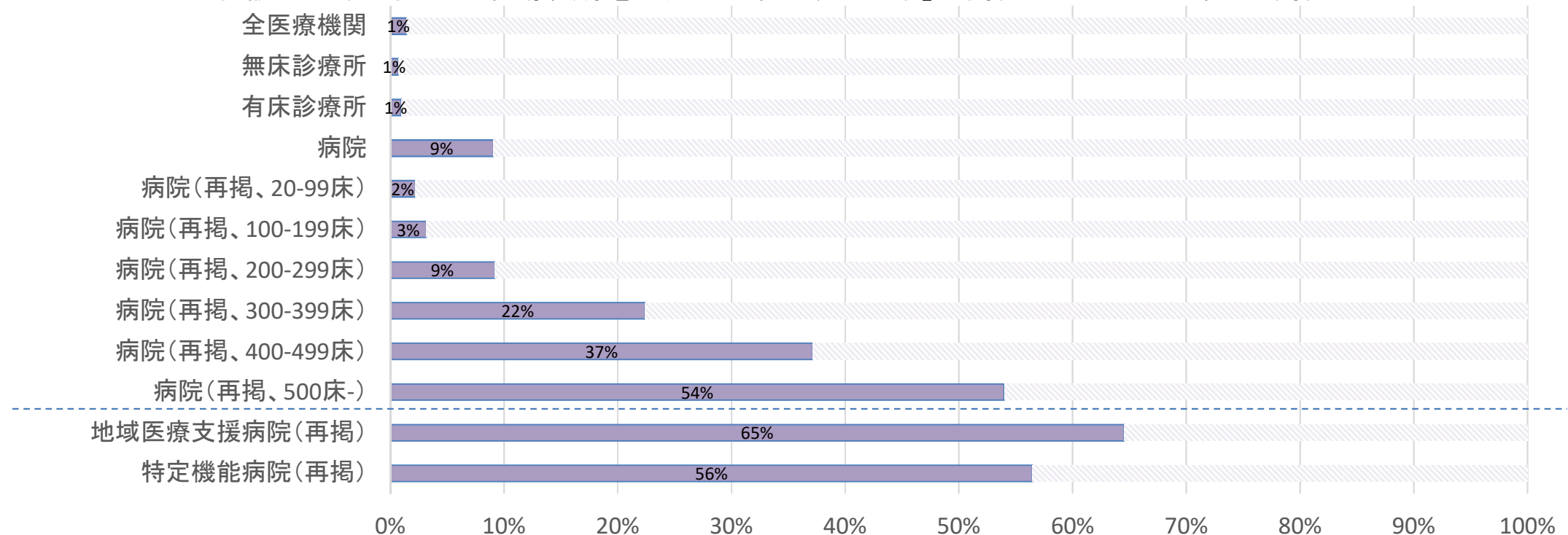
初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が50%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合

= 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の施設数
施設数全体

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上であるの割合（施設数ベース）



■ 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関

■ それ以外

（注）

- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

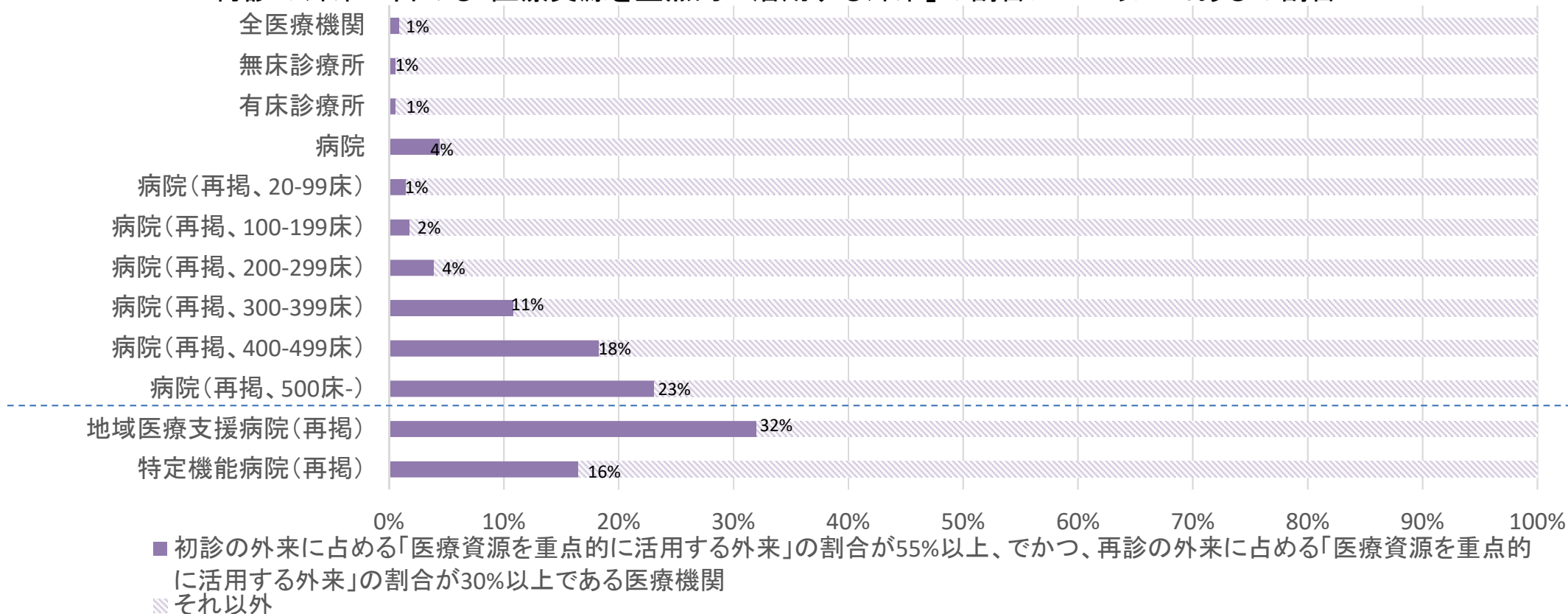
初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来（修正反映）」の割合が30%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合

= 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の施設数
施設数全体

（今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が55%以上、でかつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上であるの割合（施設数ベース）



（注）

- ・外来受診回数ベースでの集計（ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない）
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

薬剤自己負担の見直しについて

上手な医療のかかり方について

医療のかかり方普及促進事業

令和3年度概算要求額
221,689千円(214,956千円)

【課題】

- 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)等を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」が開催され報告書(平成31年3月28日)が取りまとめられた。同報告書において、医師の勤務負担軽減・労働時間短縮に向けては、医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の理解が欠かせないため、医療機関へのかかり方を含めた国民の理解を得るための周知の取組を関係者が一体となって推進する必要があるとされている。

(事業内容)

- ・国民(患者)の医療機関へのかかり方に関する意識と行動の変革及び医療機関の負担軽減に向けた具体的な取組を推進するための国民運動の展開
- ・上手な医療のかかり方について国民が理解しやすいように、分かりやすく情報を整理したウェブサイトの整備、啓発資料の作成
- ・多様な取組主体が参画し、国民運動を広く展開していくためのイベント開催等の実施

医療関係者、企業、行政等が参画する国民運動の展開

毎年11月の「かかり方月間」を中心に

- ・上手な医療のかかり方についての周知啓発
- ・関係機関・団体等による上手な医療のかかり方を広める取組事例の展開を実施する

※広告代理店等に業務委託

ポスター等啓発資料の提供

イベント開催

厚生労働大臣表彰

ウェブサイトの整備

上手な医療のかかり方の普及・啓発

受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保につながるという観点から、かかりつけ医を持つこと等に関して、周知・広報活動を実施。



- 気軽に相談できるかかりつけ医をもちましょう
- 夜間や休日診療は重篤な急患のためにあります
- 時間外の急病は ☎ #7119
- 時間外の子どもの症状は ☎ #8000まで
- 平日の日中、お困りのことは、利用されている病院の「相談窓口」まで

【令和元年度取組（普及啓発事業として委託）】

1. 上手な医療のかかり方普及月間（11月）の実施
2. アワードの創設
3. 国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発（CM等各種広告、著名人活用等）
4. 信頼できる医療情報サイトの構築
5. #8000・#7119（存在する地域のみ）の周知
6. 小中学生を対象とした医療のかかり方改善の 必要性和好事例の普及啓発
7. 民間企業における普及啓発



【令和2年度取組（普及啓発事業として委託）】

受診控えの状況を踏まえ、医療機関での感染防止の取組みを周知するとともに、必要な受診や健診・予防接種を呼びかけるメッセージを発信

1. 上手な医療のかかり方普及月間（11月）の実施
 - ・テレビCM、WEB広告、交通広告による普及啓発
 - ・オンライン特別対談イベントの開催（新しい生活様式に即した「上手な医療のかかり方」について）
2. 第2回上手な医療のかかり方アワード開催（10/1～募集開始、翌年3月に表彰式開催予定）

かかりつけ医への相談等に関するリーフレットの配布

令和2年度の「上手な医療のかかり方の普及・啓発」事業においては、新型コロナウイルス感染症への心配から受診や健診・予防接種を控え、健康への悪影響が懸念される状況を踏まえ、医療機関での感染防止の取組みを周知するとともに、かかりつけ医・自治体に相談し、必要な受診や健診・予防接種を呼びかけるメッセージを発信

もしかして、
控えてませんか？

- ☑ かかりつけ医への相談
- ☑ 乳幼児健診・予防接種
- ☑ 生活習慣病の健診・受診
- ☑ がん検診



乳幼児の予防接種を遅らせると、免疫がつくのが遅れ、
重い感染症になるリスクが高まります。
また、生活習慣病やがんの早期発見には、
定期的な健診と適切な受診が重要です。健康が気になる今だからこそ、
かかりつけ医に早めに相談し、健診は予定どおり受けましょう。




赤ちゃんの予防接種を遅らせると、
免疫がつくのが遅れ、重い感染症
になるリスクが高まります

予防接種のタイミングは、感染症にかかりやすい年齢などをもとに
決められています。まだ接種期間内の方は、お早めにお受けください。
生後2か月から予防接種を開始することは、赤ちゃんからもらった
免疫力が落ちていくと、赤ちゃんがかかりやすい感染症（百日咳、
細菌性髄膜炎など）から赤ちゃんを守るために、とても大切です。

乳幼児健診は、医師、保健師、助産師に
相談できる機会です

子どもの健康状態を定期的に確認し、増減で分からないことや悩んでいることは
遠慮せず何でも聞きましょう。
新型コロナウイルスの感染の流行状況や対策、実施方法を定めている場合が
あります。お住まいの市区町村の母子保健窓口にお問い合わせください。

生活習慣病も、がんも、定期的な健診
が早期発見につながります

自覚症状が現れにくい、そんな病気は少なくありません。だからこそ、生活
習慣病の予防には定期的な健診で健康状態をしっかりとチェック。自分の体を
知ることが、健康維持の第一歩です。がんは、2人に1人はかかると言われ
ています。早期がんでは無症状であることがほとんどなので、症状がなくても
定期的にがん検診を受けることが早期発見・早期治療につながります。

医療機関や健診会場では、
換気や消毒でしっかり感染防止対策をしています

予防接種は、事前に予約しましょう。医療機関によっては一時的な受診患者と別の時間や場所で
受けられます。健診やがん検診は、受付時間や受診者同士の間隔などに配慮しています。受診前
の注意事項を必ず受診しましょう。
①受診の前には体温を測定するなど、体調に問題がないことを確認してください。
②検温したあと手洗いなどの感染対策をしっかりとしましょう。
③予防接種を受けた日も、お風呂に入れません。
④体調が悪いときは、かかりつけ医・医療機関に相談しましょう。

不安なこと、わからないことは、かかりつけ医・お住まいの市区町村へ

予防接種
スケジュール
日本小児科学会が推奨する
予防接種スケジュール

お住まいの市区町村
からのメッセージ

上手な医療の
かかり方

都道府県、市町村、関係団体等を通じて約200万枚のリーフレットを配布。また、以下のHPからもダウンロード可能。

<https://kakarikata.mhlw.go.jp/corona/index.html>

必要な受診や健診・予防接種を呼びかける広報

新型コロナウイルス感染症への心配から受診や健診・予防接種を控え、健康への悪影響が懸念される状況を踏まえ、医療機関における感染防止の取組を周知するとともに、かかりつけ医・自治体に相談して、必要な受診や健診・予防接種を行うよう呼びかけ。

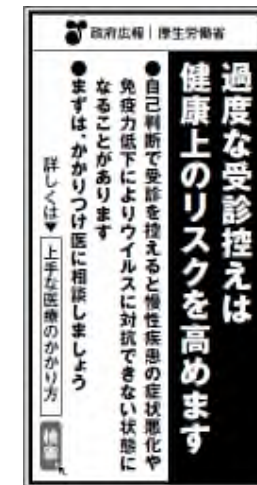
① 医療機関における感染防止対策の周知

- 日本医師会や日本歯科医師会の「みんなで安心マーク」により、医療機関の感染防止の取組への理解を促進。



② 患者への受診促進等の呼びかけ

- 政府広報（テレビ・新聞・インターネット等）により、医療機関の感染防止の取組を周知し、必要な受診や健診・予防接種を行うよう呼びかけ。
（詳しくは、「上手な医療のかかり方」のホームページを参照）



<https://kakarikata.mhlw.go.jp/>

③ 健診や予防接種の促進の広報

- 健診や予防接種の促進を図るため、厚生労働省ホームページにリーフレットを掲載し、地方自治体を通じて広報を実施。



健康に関する関心・正しい理解
予防健康づくりについて

健康増進法(平成14年法律第103号)

(目的)

第1条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

【概要】

- 第1章 総則(第1条—第6条)
- 第2章 基本方針等(第7条—第9条)
- 第3章 国民健康・栄養調査等
(第10条—第16条)
- 第4章 保健指導等
(第17条—第19条の四)
- 第5章 特定給食施設等
(第20条—第24条)
- 第6章 受動喫煙防止
(第25条—第42条)
- 第7章 特別用途表示、栄養表示基準等
(第43条—第67条)
- 第8章 雑則(第68条—第69条)
- 第9章 罰則(第70条—第78条)
- 附則

【主な条文】

(国民の責務)

第2条 健康な生活習慣の重要性に対し関心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める。

(国及び地方公共団体の責務)

第3条 健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める。

(基本方針)

第7条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(以下「基本方針」という。)を定めるものとする。

(健康診査の実施等に関する指針)

第9条 厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針(以下「健康診査等指針」という。)を定めるものとする。

(国民健康・栄養調査の実施)

第10条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の身体の状態、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにするため、国民健康・栄養調査を行うものとする。

(生活習慣病の発生の状況の把握)

第16条 国及び地方公共団体は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の生活習慣とがん、循環器病その他の政令で定める生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない。

(市町村による生活習慣相談等の実施)

第17条 市町村は、住民の健康の増進を図るため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員に、栄養の改善その他の生活習慣の改善に関する事項につき住民からの相談に応じさせ、及び必要な栄養指導その他の保健指導を行わせ、並びにこれらに付随する業務を行わせるものとする。

健康日本21(第二次)の概要

健康増進法 第7条

厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

(健康日本21(第二次))

厚生労働省告示第四百三十号

健康の増進に関する基本的な方向

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

国民や企業への健康づくりに関する新たなアプローチ

<スマート・ライフ・プロジェクト>

参加団体数：5,476団体
(R2 3.31現在)



- 背景：高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、特定健診等により生活習慣病等を始めとした疾病を予防・早期に発見することで、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することが重要である。
- 目標：「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進。個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動へ発展させる。

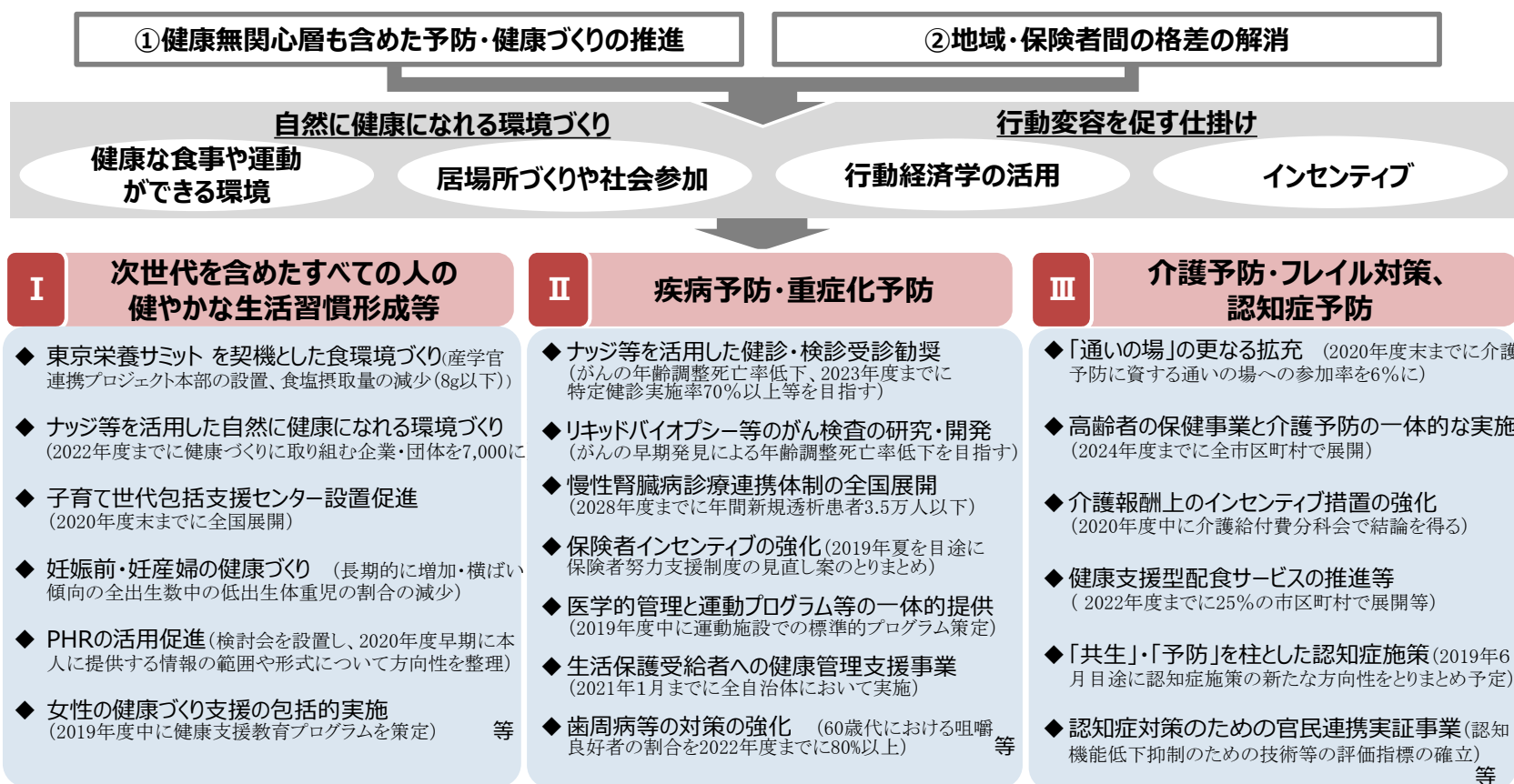
<事業イメージ>



健康寿命延伸プランの概要

令和元年5月29日
2040本部にて決定

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



PHRの推進（自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組み）

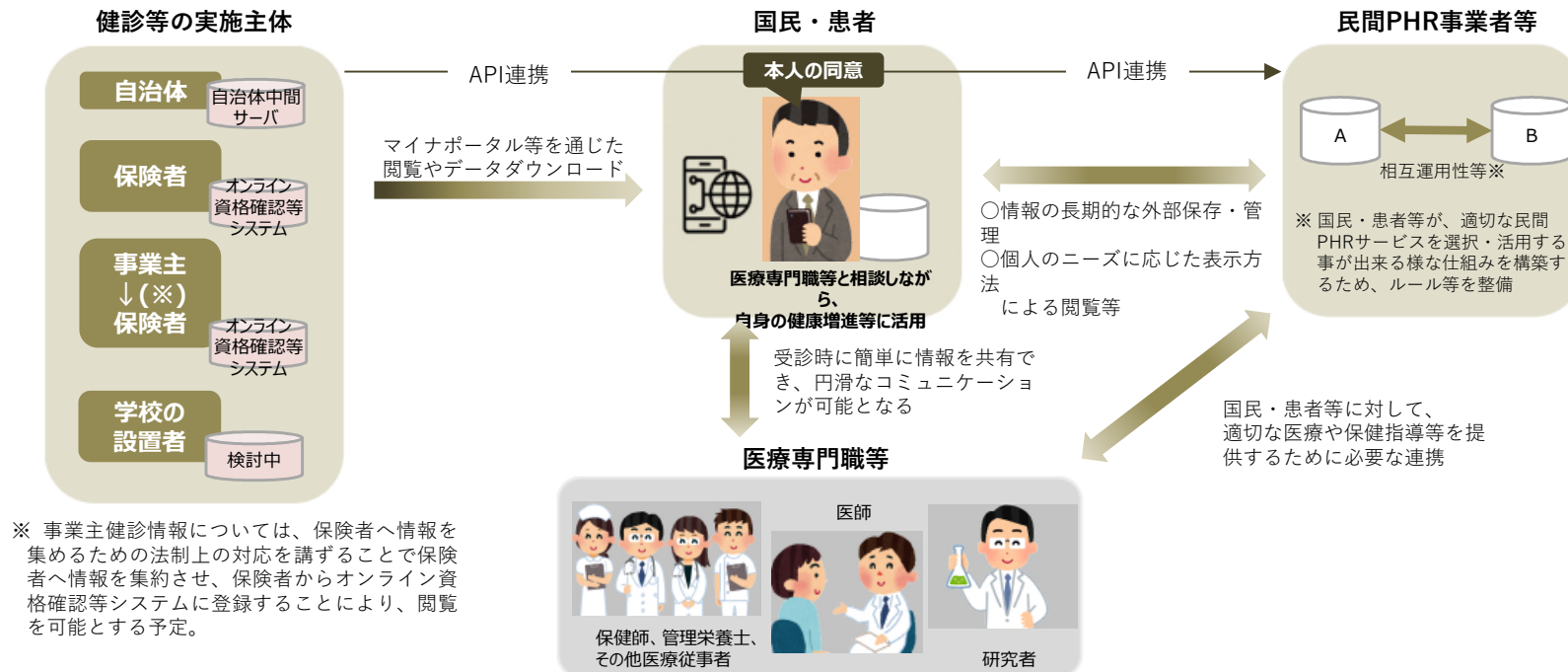
令和2年7月30日
第7回データヘルス改革推進本部 資料1
一部抜粋

現状

- 国民等が健診情報等にワンストップでアクセスし、閲覧・活用することが困難
- 健診結果が電子化されておらず、円滑な確認が困難であることや災害時等における紛失リスクが存在
- 新たな感染症等の発生時に、医療機関や保健所が本人から正確な情報を収集し、健康状態のフォローアップをすることが重要

改革後

- 国民が、マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報をPCやスマホ等で閲覧・活用が可能
- API連携等を通じて、個人のニーズに応じた、幅広い民間PHRサービスの活用



e-ヘルスネット

生活習慣病予防のための健康情報サイト

平成20年度から実施された医療制度改革の一環として定められた特定健診・特定保健指導制度の実施に伴い、国民の生活習慣への改善を行うために、科学的知見に基づく正しい情報の国民への発信提供を行っている。

- 生活習慣病予防、健康政策、身体活動・運動、栄養・食生活、休養・こころの健康、歯・口腔の健康、飲酒、喫煙、感覚器など、その他の10分野について、メタボリック対策等に必要な最新情報をウェブサイト (<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>) にて提供。
- 情報提供は、最新の科学的知見に基づかなければならないため、情報評価委員会で正式決定した情報を掲載している。

情報評価委員会
(専門委員)

厚生労働省

e-ヘルスネット
(WEBでの機能)

情報提供
(最新情報の提供)

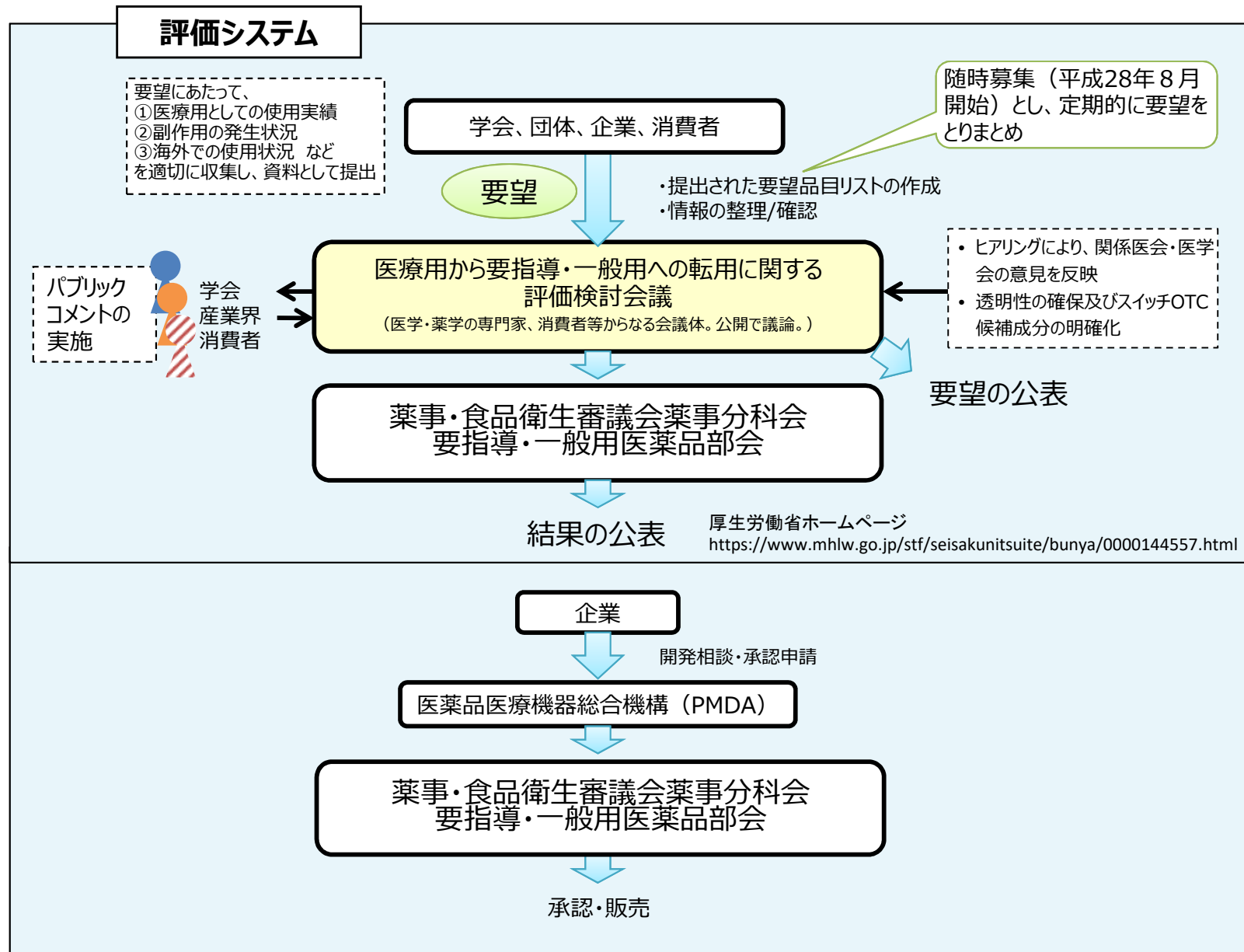
保険者・事業者

国民



スイッチOTCの推進 健康サポート薬局の普及促進について

スイッチOTC成分の評価方法について



スイッチOTC化の検討状況について

1. 検討状況概要：

(令和2年7月末時点)

要望数※	内 訳		
	可	否	検討中
30種 39成分	11種 11成分	8種 17成分	11種 11成分

※同一成分に対する複数の要望はまとめており、検討対象外の要望(ダイレクトOTCやスイッチ済み成分)は除く。

2. 可となった成分一覧：

	成 分 名	効能・効果
1	ヒアルロン酸ナトリウム	目の乾き等
2	レバミピド	急性胃炎等
3	メロキシカム	関節痛等
4	フルチカゾンプロピオン酸エステル	季節性アレルギー
5	ヨウ素・ポリビニルアルコール	眼の殺菌・消毒・洗浄
6	レボカバステン塩酸塩	結膜炎、目のかゆみ
7	ナプロキセン	頭痛等
8	プロピペリン塩酸塩	女性における頻尿等
9	イトプリド塩酸塩	胃もたれ等
10	ポリカルボフィルカルシウム	下痢、便秘等
11	モサプリドクエン酸塩水和物	胸やけ等

3. 否となった成分一覧：

		成 分 名	要望された効能・効果
1	1	レボノルゲストレル	緊急避妊
2	2	リザトリプタン安息香酸塩	片頭痛
3		スマトリプタンコハク酸塩	
4		エレトリプタン臭化水素酸塩	
5		ナラトリプタン塩酸塩	
6		ゾルミトリプタン	
7	3	クリンダマイシンリン酸エステル	にきび
8	4	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル	湿疹
9	5	オメプラゾール	胸やけ等
10		ランソプラゾール	
11		ラベプラゾール	
12	6	カルシポトリオール	角化症、乾癬
13	7	ドネペジル塩酸塩	認知症
14		ガランタミン臭化水素酸塩	
15		メマンチン塩酸塩	
16		リバスチグミン	
17	8	エペリゾン塩酸塩	腰痛等

評価検討会議における中間とりまとめと今後の検討の流れ

スイッチ化に向けた課題等の整理（令和2年度まで）

○中間とりまとめの策定

- ・ スイッチOTC化の推進を図るため、これまでの評価検討会議における各成分の検討結果及び議論となった事項等をまとめ整理する。
- ・ これまでの検討結果や指摘事項を踏まえ、各成分に共通する課題を整理し、検討会議での議論のポイント（＝スイッチ化に向けた課題）等を取り纏める。

（スケジュール）

第9回 評価検討会議（令和元年12月18日）

- ・ 中間とりまとめ方針の検討

第10回～第12回 評価検討会議（令和2年7月～11月）

- ・ 関係者からのヒアリング等
- ・ 中間とりまとめ案の検討

第13回、第14回 評価検討会議（令和2年12月予定）

- ・ 中間とりまとめの検討・最終化



（想定される課題等）

- 薬局・薬剤師等による販売体制
- OTC化に必要な社会環境
- 販売制度・リスク区分

課題の解決策を提案しながら、個別成分のスイッチ化の検討（令和3年度から）

○ 中間とりまとめにより整理された課題の解決に向け、海外調査事業の結果等を踏まえ、課題の解決策等を提案しつつ、個別スイッチ成分の議論検討を行う。

※ 規制改革実施計画に基づく新たな評価検討会議の体制・運営で検討する。

規制改革実施計画(抜粋)(令和2年7月17日閣議決定)

○一般用医薬品(スイッチOTC)選択肢の拡大

実施時期: 令和2年度措置

No.	事項名	規制改革の内容
9	スイッチOTC化の促進に向けた推進体制について	厚生労働省は、一般用医薬品の安全性・有効性の視点に加えて、国民の健康の維持・増進、医薬品産業の活性化なども含む広範な視点から、スイッチOTC化の取組をはじめとするセルフメディケーションの促進策を検討するため、同省における部局横断的な体制構築を検討する。 また、上記体制において、経済性の観点も含め、スイッチOTCの推進策を検討する。具体的には、業界団体の意見も聞きながらスイッチOTC化の進んでいない疾患領域を明確にする。上記に基づき、スイッチOTCを促進するための目標を官民連携して検討・設定し、その進捗状況をKPIとして管理する。促進されていない場合は原因(ボトルネック)と対策を調査し、PDCA管理する。
10	一般用医薬品への転用の促進	a No.9において検討された方策を踏まえつつ、セルフメディケーションを更に促進し、消費者等の多様な主体の意見の反映、製薬企業の予見可能性向上という「医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議」(以下「評価検討会議」という。)の本来の設置目的に資するよう、以下の対応を行う。 ・ 評価検討会議の役割は、提案のあった成分のスイッチOTC化を行う上での課題・論点等を整理し、薬事・食品衛生審議会に意見として提示するものであり、スイッチOTC化の可否を決定するものではないことを明確化する。 ・ 消費者等の多様な主体からの意見が反映され、リスクだけではなく必要性についても討議できるよう、消費者代表を追加するなどバランスよく構成されるよう評価検討会議のメンバー構成を見直す。 ・ スイッチOTC化するにあたって満たすべき条件、スイッチOTC化が可能と考えられる疾患の領域、患者(消費者)の状態や薬局・薬剤師の役割についても議論・検討し具体化する。 ・ 全会一致が原則とされている評価検討会議の合意形成の在り方を見直し、賛成、反対等多様な意見があり集約が図れない場合は、それらの意見を列挙して、薬事・食品衛生審議会に意見として提示する仕組みとする。 b 製薬企業が、別途、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。)の規定により直接厚生労働大臣へ製造販売の承認申請を行うことも可能であることを明確化する。 c スイッチOTCの製造販売承認時等に課すことのできるセルフチェックシートの作成、販売実態調査の実施などの販売条件設定についての考え方を明確化し、真に必要なものに限定する。

健康サポート薬局の概要

健康サポート薬局

- かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、
- 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局
- 都道府県知事等に届出を行い、薬局機能情報提供制度に基づき公表。

※平成28年10月から届出開始。令和2年6月末現在、2,160薬局が届出

※「積極的な支援」とは

- ① 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言
- ② 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介
- ③ 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能

- ① 服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ② 24時間対応、在宅対応
- ③ かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化



健康サポート機能

- ① 地域における連携体制の構築
- ② 薬剤師の資質確保
- ③ 薬局の設備
- ④ 薬局における表示
- ⑤ 要指導医薬品等の取扱い
- ⑥ 開局時間
- ⑦ 健康相談・健康サポート

令和2年11月12日

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

社会保障審議会・医療保険部会委員

健康保険組合連合会副会長 佐野 雅宏

全国健康保険協会理事長 安藤 伸樹

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 藤原 弘之

日本商工会議所社会保障専門委員会委員 藤井 隆太

日本労働組合総連合会副事務局長 石上 千博

社会保障審議会医療保険部会では、医療保険制度の見直しに向けた議論が進められているところである。

被用者保険関係5団体は、別紙の共通する問題意識を持っており、今後、これらを踏まえ、全世代型社会保障検討会議の最終とりまとめなどに向けて、医療保険制度改革に関する議論を深め、将来にわたって持続可能な制度の構築に向けた改革の実現につなげるよう切に要望する。

令和 2 年 1 1 月 4 日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

健康保険組合連合会
全国健康保険協会
日本経済団体連合会
日本商工会議所
日本労働組合総連合会

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係 5 団体の意見

2022 年度には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれ、医療保険制度は危機的状況にある。

また、現役世代や企業の保険料負担はすでに限界に達しており、こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ一層の悪影響を及ぼすことが懸念されるなか、コロナ禍が追い打ちをかけることとなった。今こそ、将来にわたり国民皆保険を堅持する覚悟を示し、制度の持続可能性の確保に向けた改革を着実に進めることで、国民に安心感をもたらすことが極めて重要となる。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係 5 団体は、下記の通り意見を取りまとめた。政府におかれては、国民皆保険を堅持するためにも、現在、検討が進められている全世代型社会保障検討会議の最終報告において下記項目を盛り込むなど、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を遅くとも 2022 年度までに確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

全世代型社会保障検討会議の中間報告において、一定所得以上の後期高齢者の自己負担を 2 割とする方針が示されたが、現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。

現在、現役世代は所得に関係なく窓口負担は 3 割であり、70～74 歳の高齢者の窓口負担も 2 割(一部 3 割)であることや高額療養費制度により負担の限度額は抑えられていることを踏まえ、75 歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則 2 割とする方向で見直すべきである。その際、支え手である現役世代の過重な負担増の緩和につながる設定とする必要がある。

2. 拠出金負担の軽減について

今後、急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性があるなど、現役世代の負担に過度に依存する現在の制度では、持続可能性は確保できない。そのため、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する負担構造改革を早急に断行すべきである。

特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担 50% とすべきであり、それを行うことなく現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないように、財政支援等の負担軽減措置を講じる必要がある。

3. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化を図ることが不可欠である。医療の質の向上とあわせ、地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化、人口減少を見据えた医療提供体制を構築するとともに、総合診療専門医の積極的育成やオンライン診療などを活用し、国民の適切な受診行動を促進する必要がある。

また、ヘルスケアデータの利活用を推進するとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進（国全体としての新たな目標設定等）、フォーミュラリ（生活習慣病治療薬の適正な選択）の導入の推進、薬剤処方の適正化（重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など）、診療報酬の包括化、医療全体を通じた ICT 化の促進など、保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

4. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。

個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

以 上

自由民主党「人生100年時代戦略本部」 —医療改革に関するヒアリング—

2020年11月9日

公益社団法人 日本医師会

目 次

1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について
2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について

- 後期高齢者は1人当たり医療費が高いため、年収に対する患者一部負担の割合はすでに十分に高い。患者一部負担割合の引き上げによって、受診控えのおそれがある。また、たとえ受診したとしても、患者負担が重荷となり、必要な医療を遠慮される懸念がある。
- 応能負担(収入や所得に応じた負担)は、本来は保険料(共助)および税(公助)で求めるべきである。患者一部負担での応能負担は、財務省が言うように「可能な限り広範囲」ではなく、「限定的に」しか認められない。
- 患者負担割合は「高齢者の医療の確保に関する法律」によって決まっている。後期高齢者は現役並み所得者は3割負担、それ以外は1割負担で、世代内格差がある。仮にその間の負担割合を作るとしても、法改正が必要なことから、国民の納得と合意は絶対に必要である。
- 後期高齢者の患者負担割合については、保険料や税負担、収入や所得、高額療養費の財政面、そして高齢者の生活や心身の状態なども十分配慮して、厚生労働省の関係審議会で丁寧に議論を行っていく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症禍での受診控えによる今後の健康への影響が懸念されるところである。さらなる受診控えを生じさせかねない政策をとり、高齢者に追い打ちをかけるべきではない。

2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

「外来機能分化」について

外来機能については、かかりつけ医機能の考え方が定着しつつあるが、専門医のあり方も含め地域格差や医師の偏在などが大きく存在している。実態を把握するとともに、医療資源のみに着目することなく、医師の教育課程も含めた将来的な視点からの議論が必要である。

「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

定額負担については、昨年12月11日の中医協において400床以上から200床以上の地域医療支援病院に拡大することとされ、本年4月の診療報酬改定で実行されたばかりである。

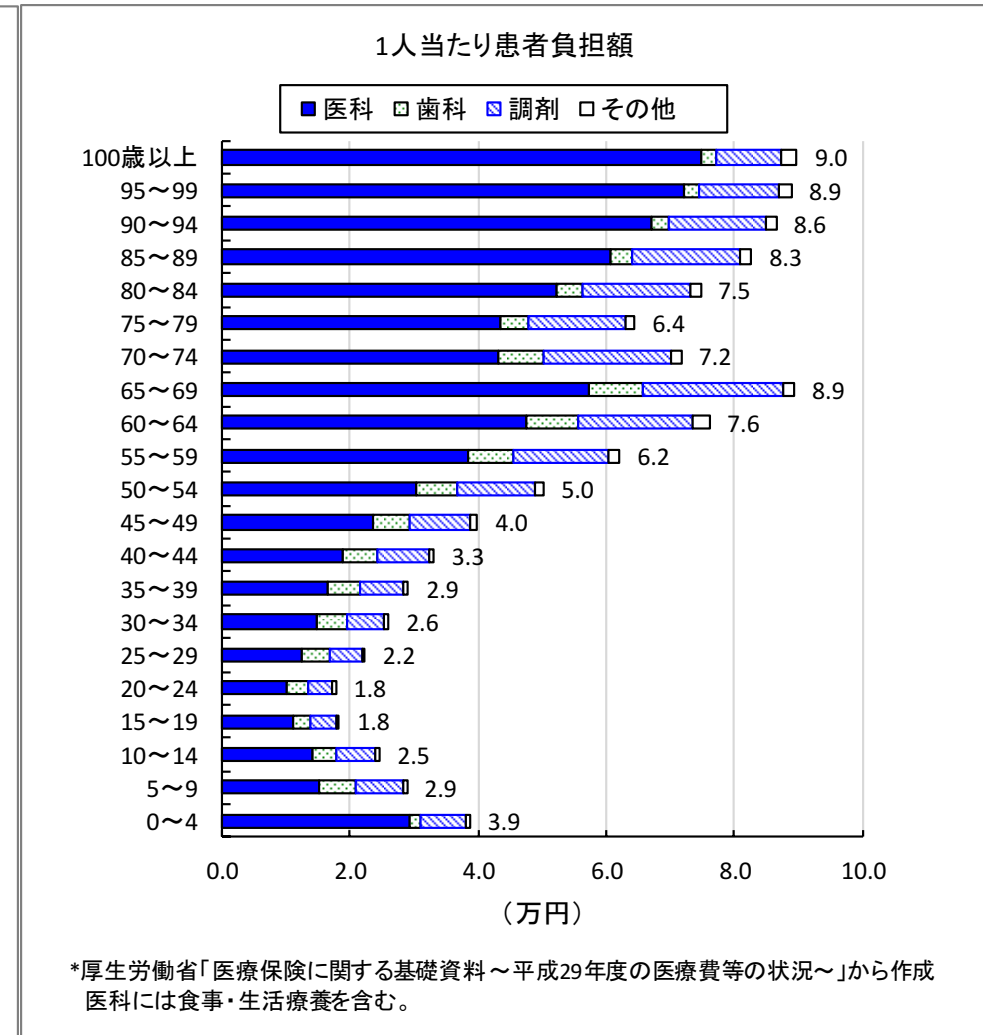
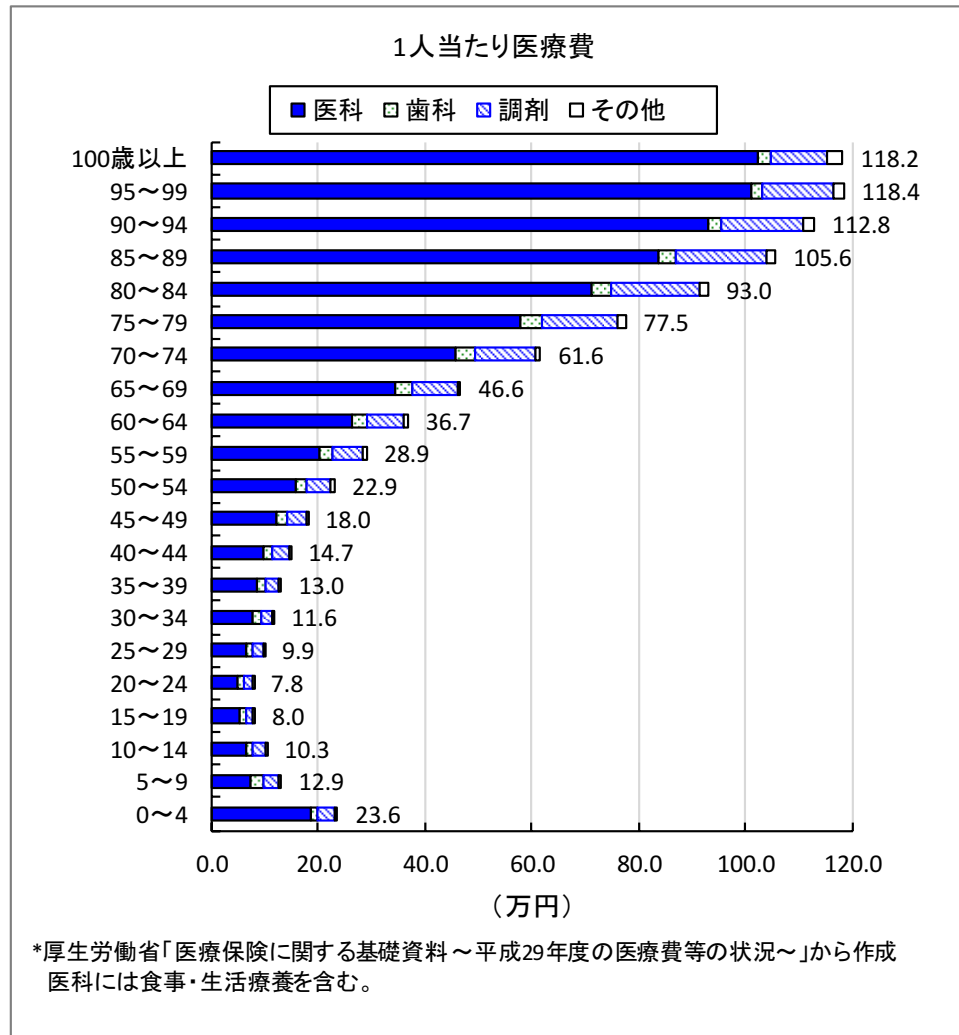
また、病院の機能は規模だけで決まるものではなく、例えば医療機関の少ない地域では、一つの病院が外来も含めすべての医療に対応しなければならないなど、その機能は様々である。すでに地域医療構想調整会議において各地域の機能分化の最適化が図られているところである。

現状では、医療資源を重点的に活用すべき「特定機能病院」において慢性期の外来診療が多数行われており、一方、地域における医療連携を主軸にすべき基幹的病院が地域医療支援病院になっていないという状況も見受けられる。このような現状の適正化により、病院や外来の機能分化は推進可能と考える。

参 考 資 料

1人当たり医療費と患者負担

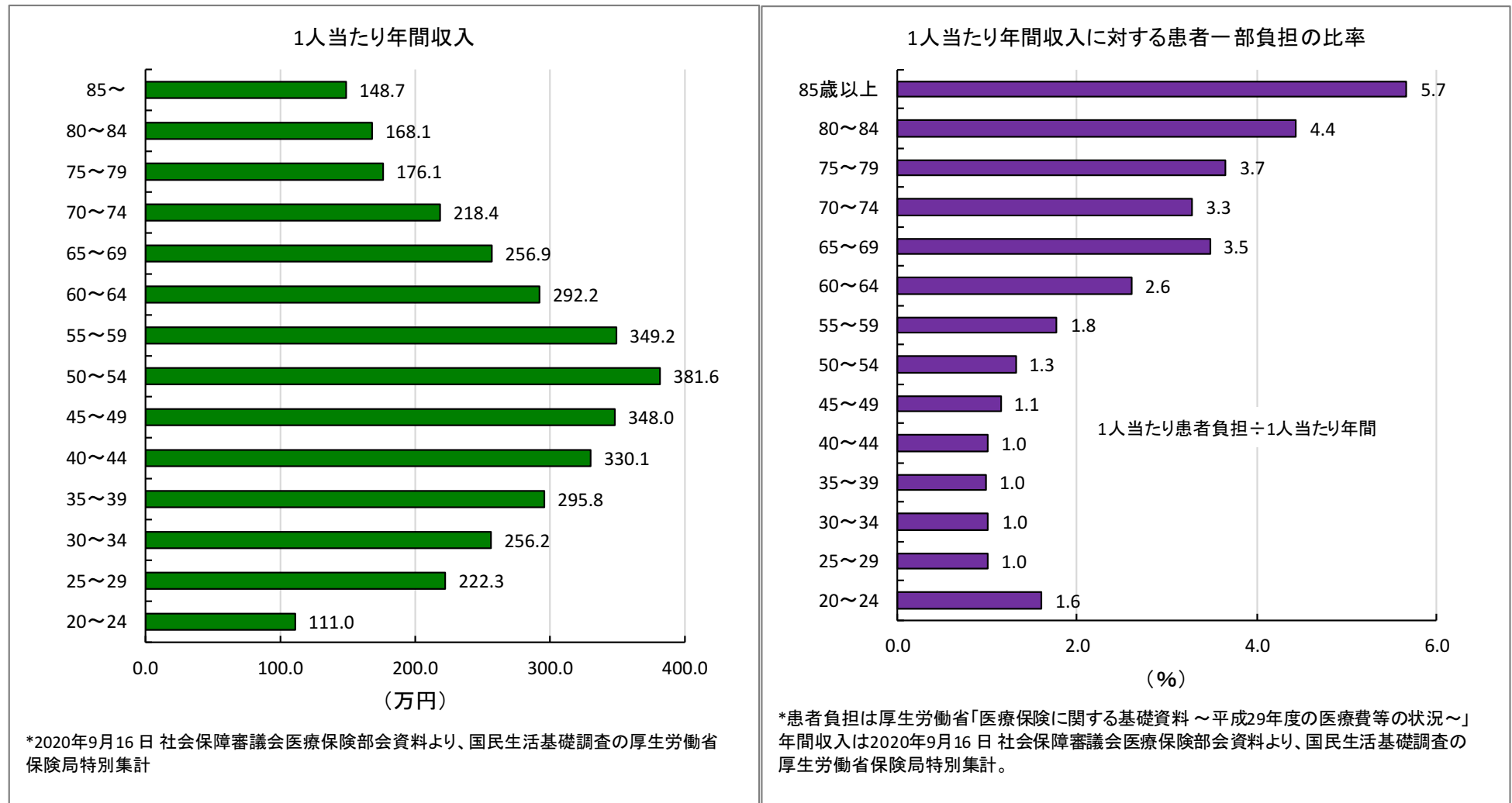
1人当たり医療費は年齢とともに上昇する(左図)。後期高齢者は現役並み所得者を除いて患者一部負担は1割であり、1人当たり患者負担額は75歳になると一時的に下がるが、年齢とともにふたたび上昇する(右図)。特に後期高齢者の患者一部負担はかなり重い※)。なお、むしろ65~69歳の患者負担が重いことも課題である。



※)財務省の資料では「75歳以上」が一括りにされているが、後期高齢者の中での年齢階級別の違いにも留意すべきである。

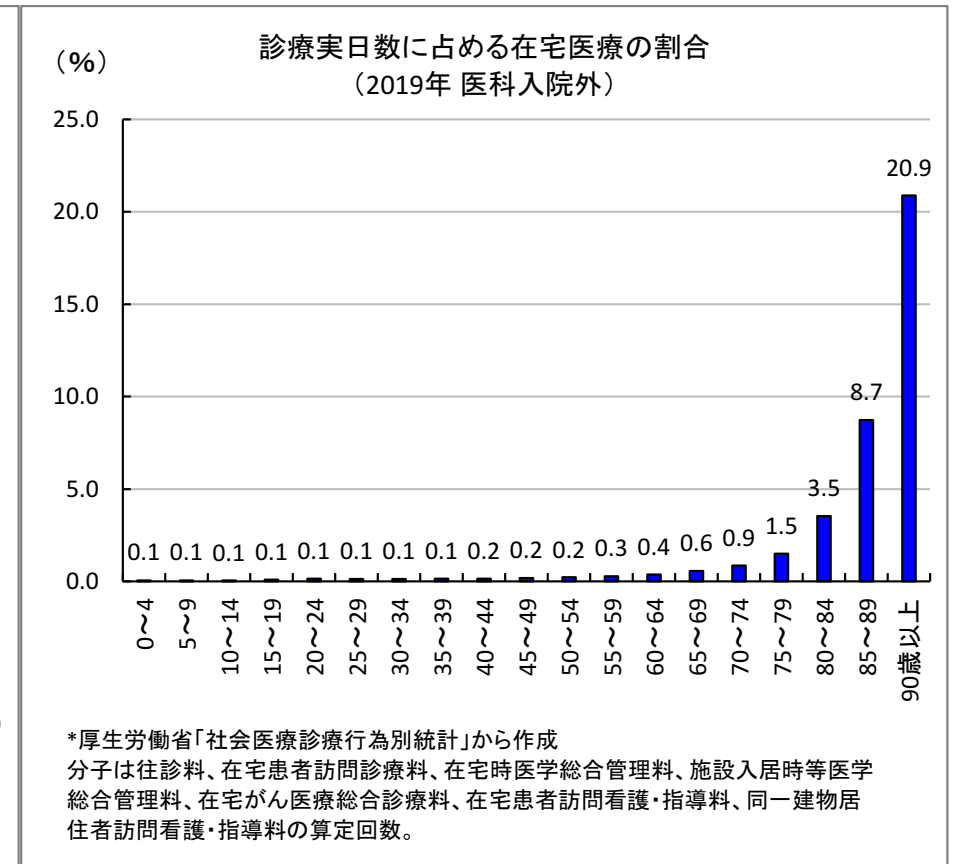
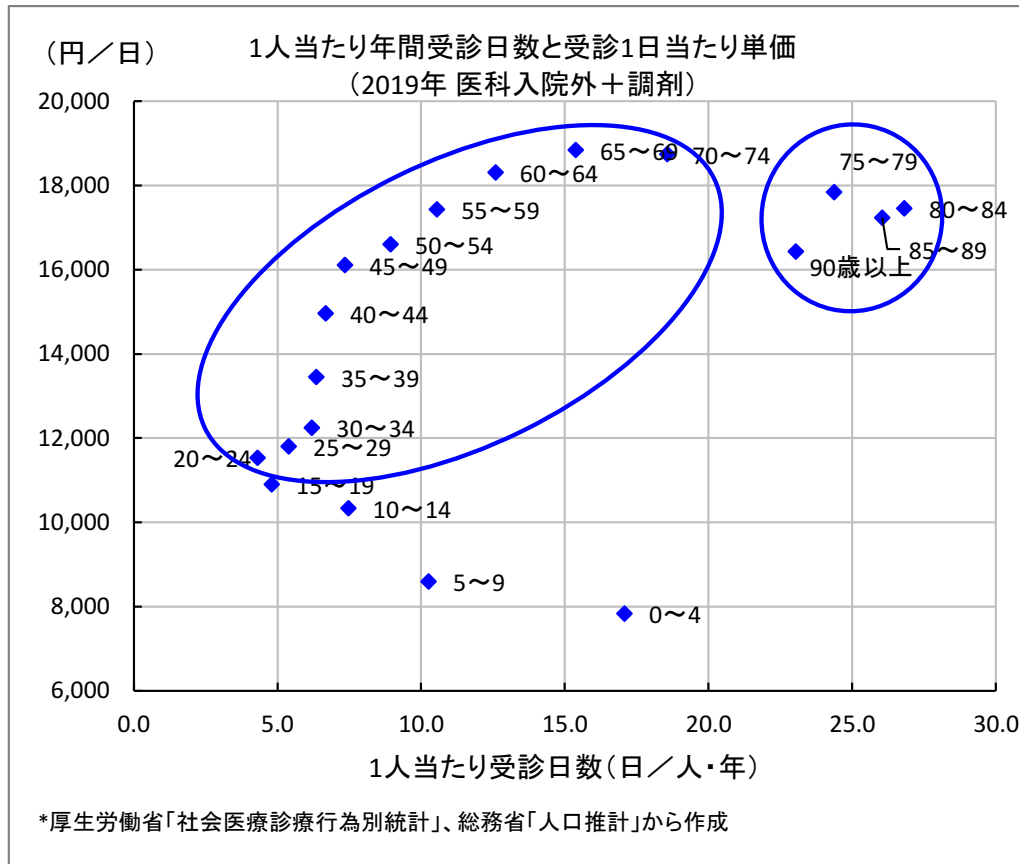
年収に占める患者一部負担の比率(粗い試算)

高齢者は年収が大きく低下するので(左図)、現在は、患者一部負担割合は原則1割であるが、収入に対する患者一部負担の比率はほぼ年齢とともに上昇する(右図)。後期高齢者では、1割負担の現状でもかなりの負担である。



後期高齢者の医療費(医科入院外+調剤)

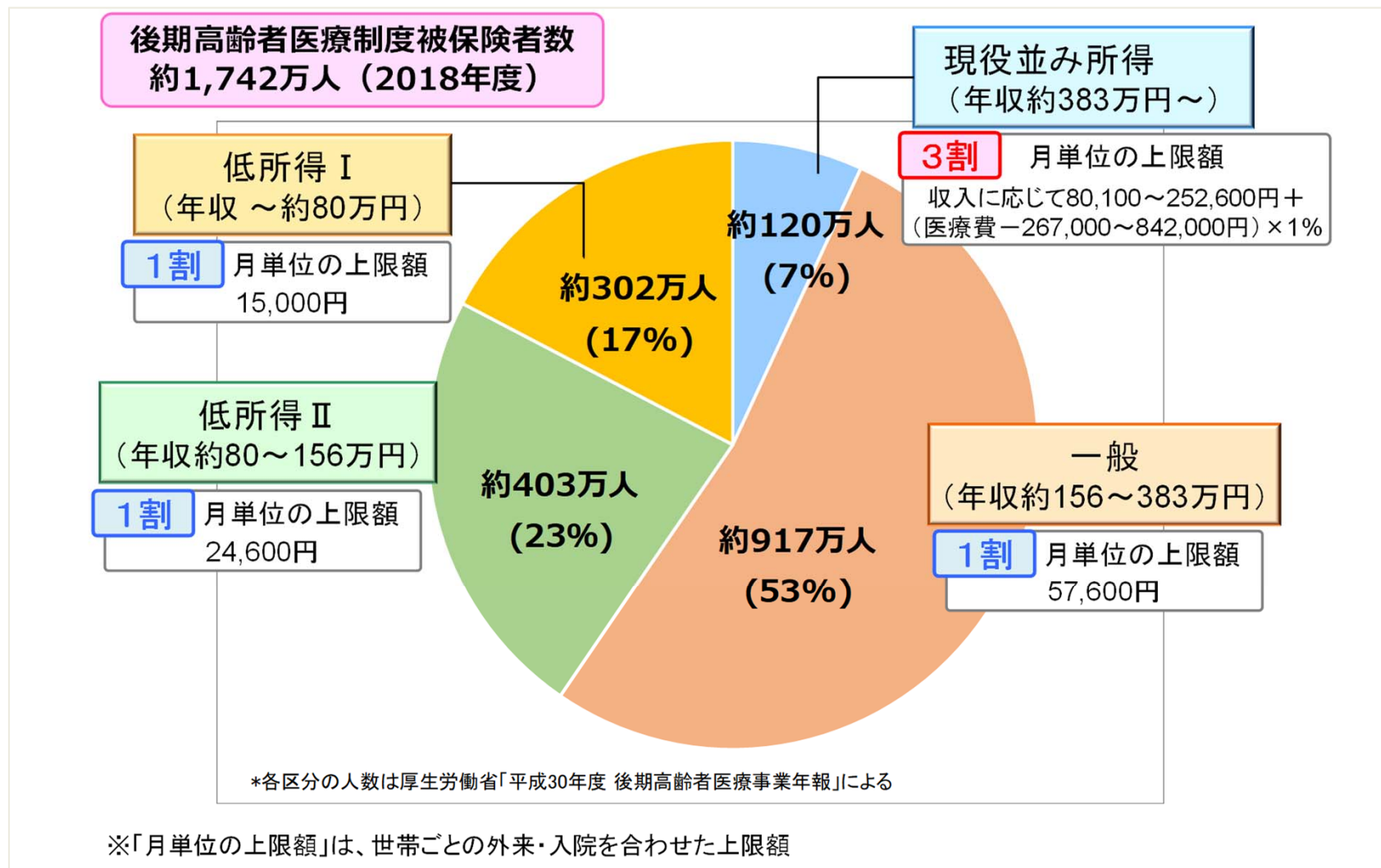
後期高齢者が過剰な受診をしているとは言えない。入院外受診回数の中には在宅医療も含まれている。国が在宅医療を推進している中、適切な在宅医療から高齢者を遠ざけるようなことをしてはならない。



後期高齢者の患者一部負担

後期高齢者の現役並み所得者は後期高齢者の7%であり、負担割合は3割である。それ以外の1割負担と世代内格差はある。しかし、これを是正するとしても、限定的にとどめ、かつ、同時に低所得者の負担に配慮する必要がある。

後期高齢者の窓口負担割合の状況





令和2年11月12日

第133回社会保障審議会医療保険部会

委員提出資料3

医療保険制度改革に向けて (意見)

令和2年11月12日
公益社団法人 日本薬剤師会

医療保険制度改革に向けて



1. 高齢者の窓口負担について

- ・高齢者の窓口負担の増加は、患者の受診控えを引き起こし、重症化につながる懸念される。
- ・特に高齢者は罹患する疾病も多く、複数科、長期、頻回受診等の傾向が大きく、窓口負担が増えると若年世代と比べて、大きく負担感が増す。
- ・窓口負担の見直しにあたっては、高齢者の受診の特性や収入・所得の状況や高齢者の生活等に十分配慮し、慎重な対応が必要。

2. 薬剤自己負担の導入について

- ・本来、国民自ら判断し使用する市販薬と保険医療上必要な医療の提供に用いる医薬品は、類似した成分が含まれていても、その使用に至る状況が異なるものであり、市販薬として販売されていることのみを以って、保険上の取扱いを変えることは理解し難い。
- ・保険医療上必要な医薬品が保険給付されることが、国民の安心につながる。
- ・「必要な医療、医薬品が保険給付される」という我が国の医療保険制度の原則に沿った対応が重要。



3. 予防・健康づくりについて ―健康寿命の延伸―

- ・人生100年時代の安心の基盤は健康。生涯を通じて健やかに過ごすためには予防・健康づくりが重要であり、かかりつけ薬剤師によるセルフケア、セルフメディケーションの支援と併せて、セルフケアで必要な医薬品へのアクセスの確保が必要。

4. 新型コロナウイルス感染症について

- ・新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、患者にとって必要な受診であるにもかかわらず受診控えが生じてしまっている。
- ・今後も新型コロナウイルス感染症の長期化が見込まれる中、さらなる受診控えが生じることがなく、国民が安心して医療を受けられ、医薬品が使用できる環境の確保につながるような政策が必要。



参考資料

薬剤師・薬局の役割



- 国民に適切な医薬品を的確に提供できる体制の確保
 - ・患者の服薬情報に関する一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導

- 地域包括ケアシステムにおける安全な薬物治療の確保に向けて
 - ・多職種連携、チーム医療への貢献
 - ・医師の働き方改革の実現に向けた連携・支援

- 医薬品適正使用のための各種方策
 - ・残薬解消、ポリファーマシーの抑制、後発医薬品等の使用促進、相互作用や副作用の防止等

- 国民自らによる疾病予防・健康管理の推進
 - ・セルフケア、セルフメディケーションの支援
 - ・健康サポート機能を持った薬局の活用
 - ・地域住民に対するOTC医薬品の適切な提供

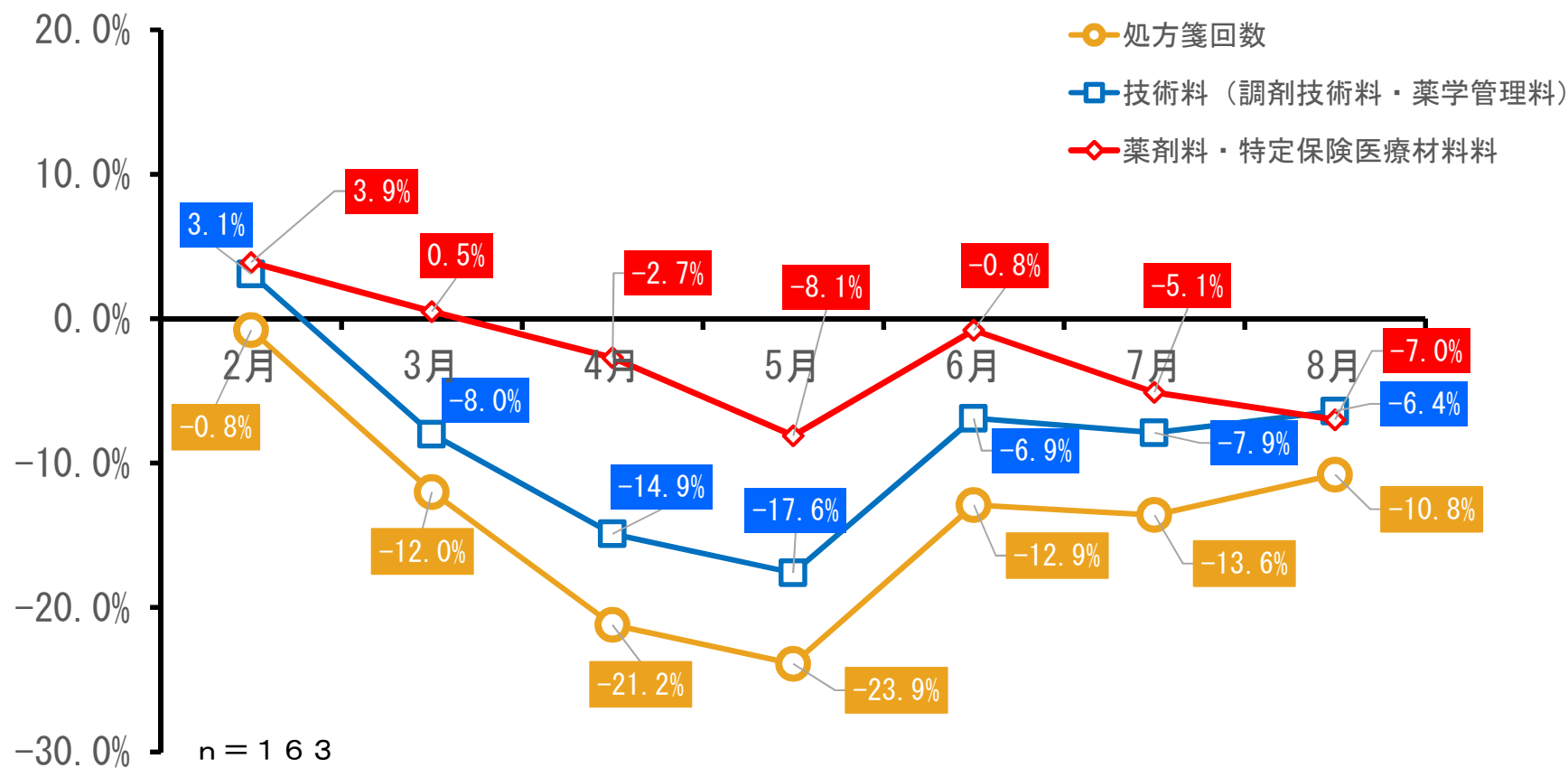
- 国民皆保険の堅持
 - ・国民が安心して最適な医療を受けられる環境の確保

新型コロナウイルス感染症による薬局経営への影響



(調査の主な結果)

- ・ 8月分の処方箋回数（患者数）は前年同月比 **10.8%減**
- ・ 調剤報酬の技術料^{注1}は **同6.4%減**、薬剤料^{注2}は **同7.0%減**



注1）本調査は5月から継続的に実施しているもの。

注2）本調査は今後も実施予定。