# 薬剤の自己負担について

平成29年11月24日
厚生労働省保険局

# 経済・財政再生計画　改革工程表

| | 集中改革期間 | | | | 2019年度 | 2020年度～ | KPI（第一階層） | KPI（第二階層） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ～2016年度《主担当府省庁等》 | 2017年度 | | 2018年度 | | | | |
| 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化 | ≪厚生労働省≫ 通常国会 | 概算要求 税制改正要望等 | 年末 | 通常国会 | | | － | － |

**＜㉗公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討＞**
**＜（ⅱ）医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す＞**

- 費用対効果評価について、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等について、平成28年度診療報酬改定での試行的導入を実施
- 試行的な導入の結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて、費用対効果評価に用いる費用と効果に関するデータの整備方法や、評価結果に基づく償還の可否判断の在り方等について、施行の状況も踏まえた更なる検討、診療報酬改定における適切な対応

**＜（ⅲ）生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等の検討＞**

- 生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論

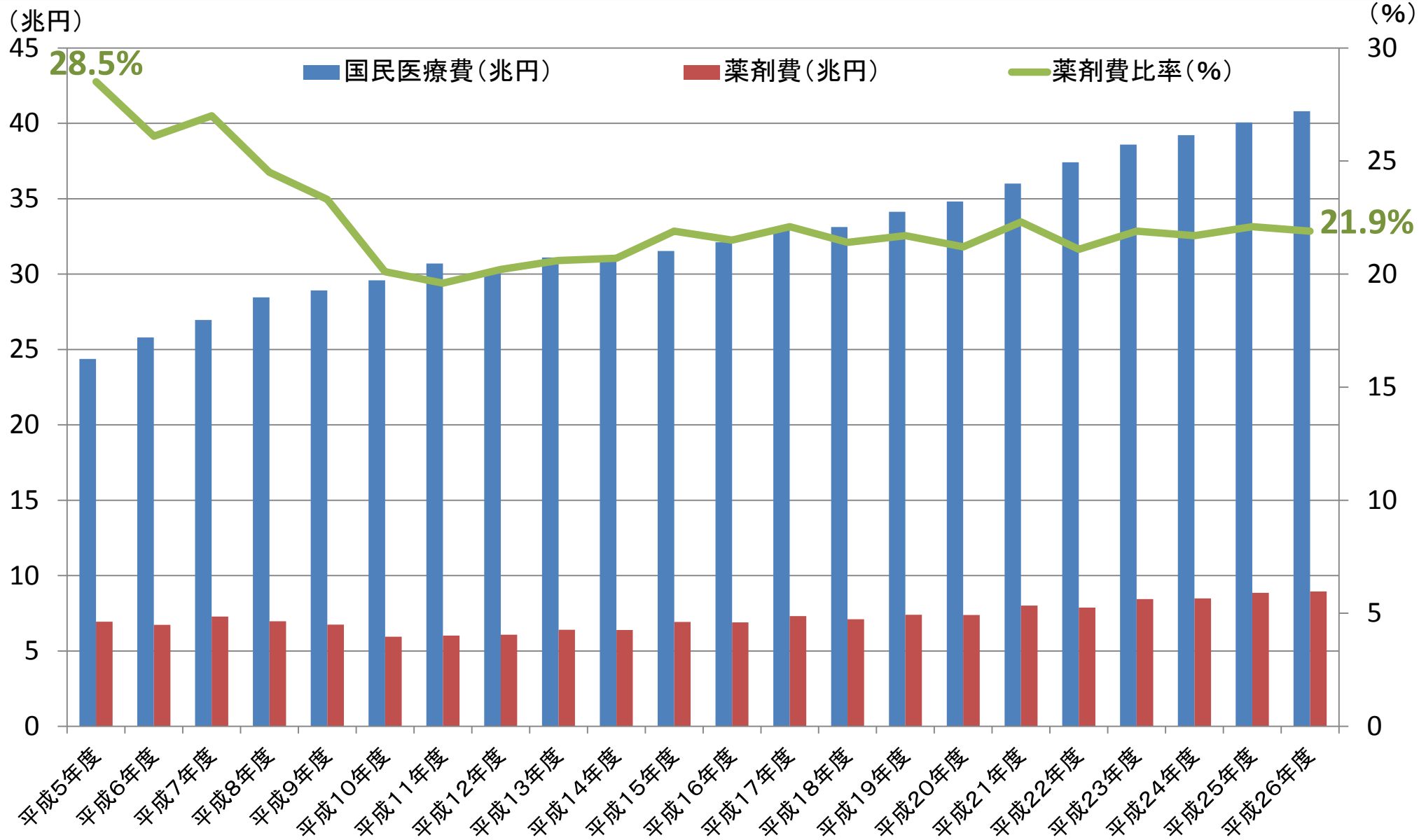
**＜（ⅳ）市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討＞**

- 公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について検討し、湿布薬の取扱いを見直し
- 診療報酬改定において適切に対応
- スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討
- 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等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる

**＜（ⅴ）不適切な給付の防止の在り方について検討　等＞**

- 保険医療機関に対する指導監査及び適時調査について、見直しを検討

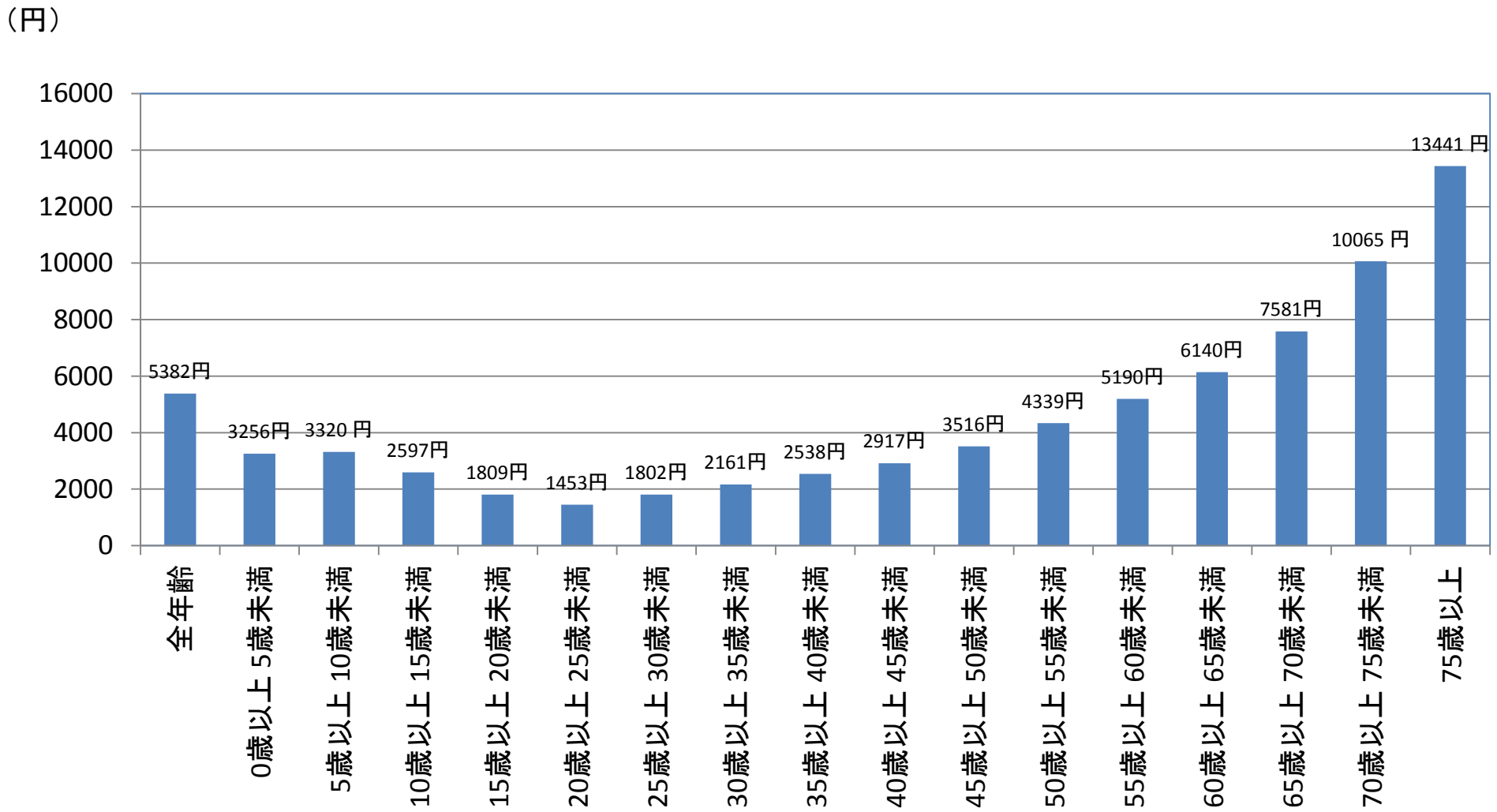
# 薬剤費比率の年次推移




中医協　薬－2　29．8．9資料の「薬剤費及び推定乖離率の年次推移」を基に作成
（DPCを始めとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。）

# 年齢階級別人口１人当たり調剤医療費（平成29年3月）

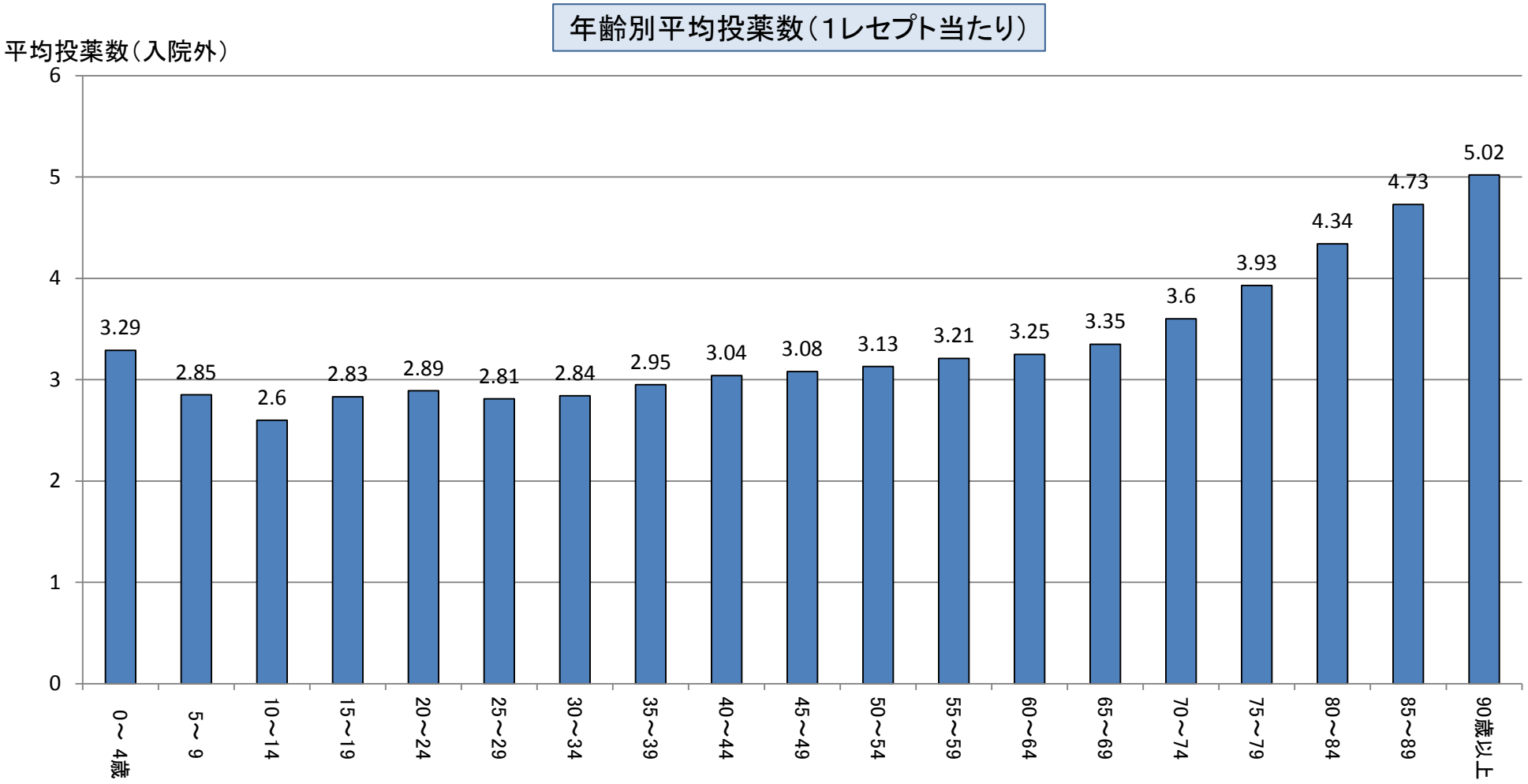
年齢階級別に調剤医療費を見てみると、高齢になるほど高くなっている。




「調剤医療費の動向（2017年3月号）」（厚生労働省保険局調査課）、「人口推計（2017年3月確定値）」（総務省統計局）を基に作成

# 年齢別の投薬数（平成28年6月）

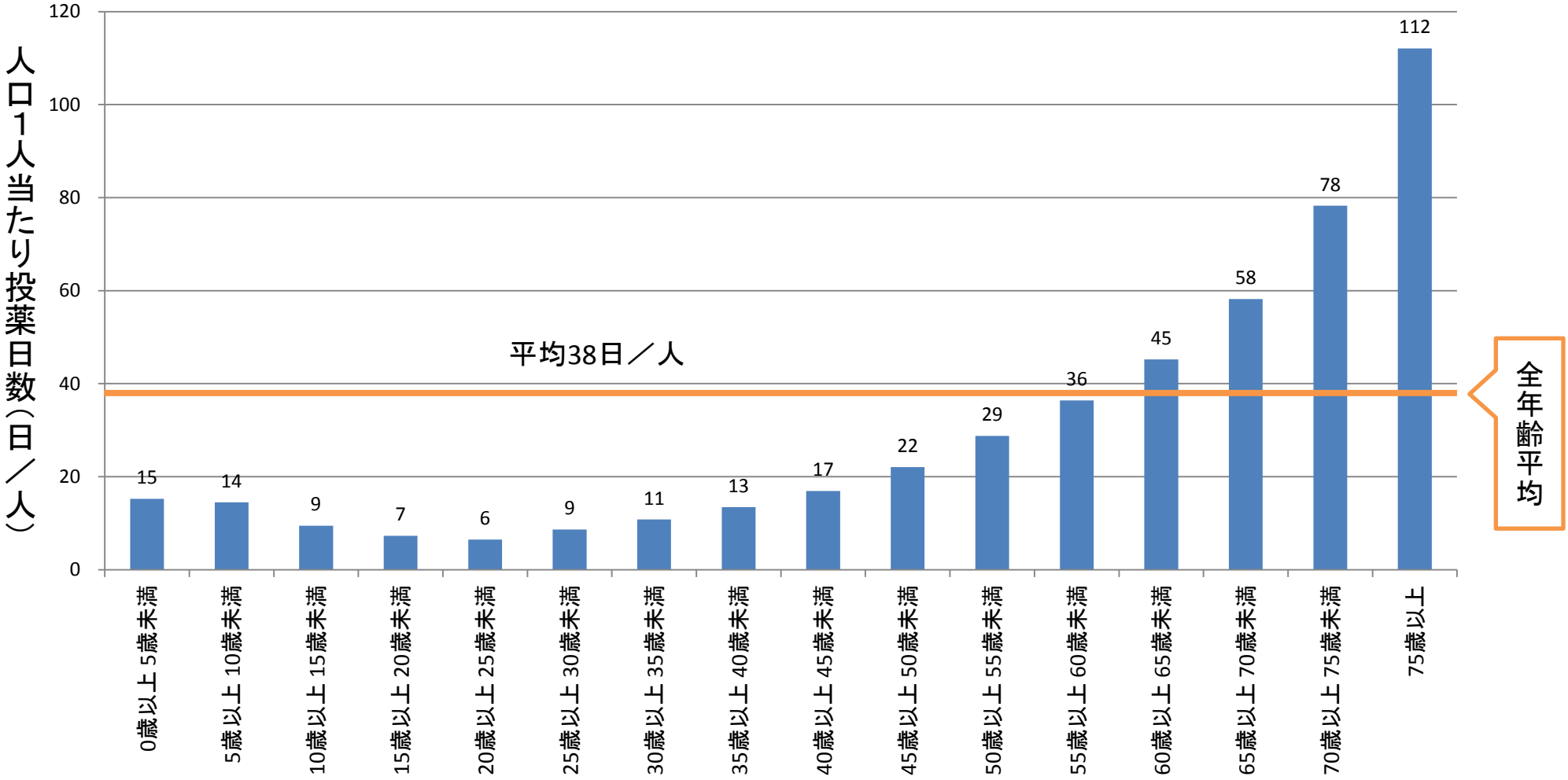
○　0歳から14歳までは投薬数が減少し、15歳から64歳まではほぼ横ばい。65歳以降は高齢になるほど投薬数が増加し、80歳からは平均投薬数は4を超える。




出典：社会医療行為別統計（平成28年6月審査分）第7表

# 年齢階級別人口１人当たり内服薬投薬延べ日数（平成28年３月）

○　人口１人当たり投薬日数を年齢階級別にみると、75歳以上の投薬日数は、全年齢平均の約3倍になっている。

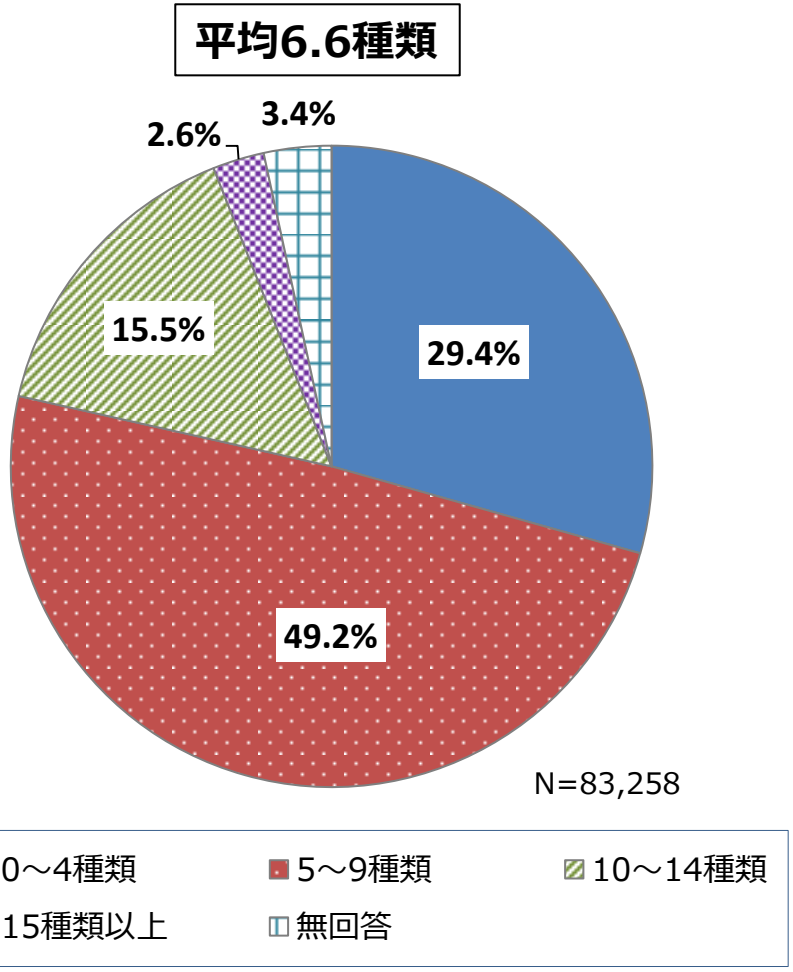



「調剤医療費の動向（平成28年3月号）」（厚生労働省保険局調査課）、「人口推計（平成28年3月確定値）」（総務省統計局）を基に作成

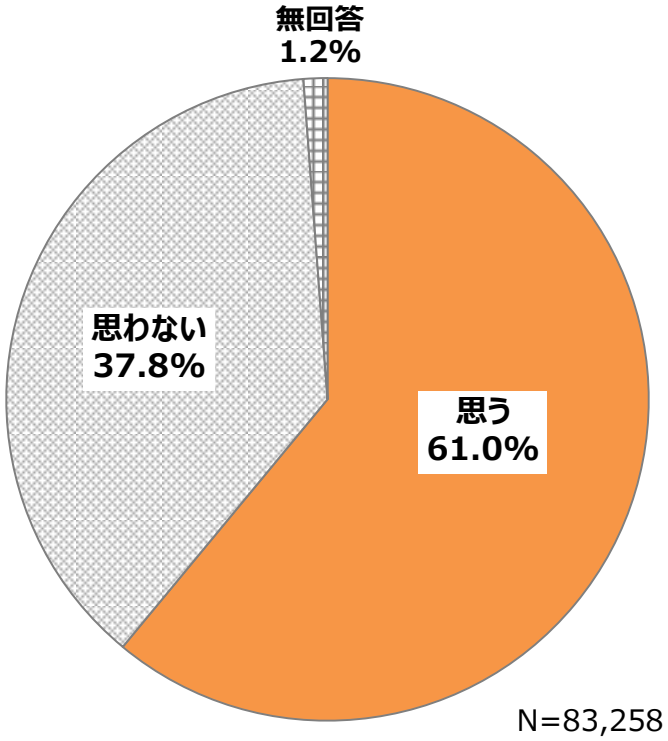
# 多剤投薬の実態①

○　定期的に内服する薬剤が10種類以上である患者は一定数存在している。また、現在内服している医療用医薬品の数を6割の患者は今よりも減らしたいと思っている。

➢ **現在服用している医療用医薬品の種類数（70歳以上）**




➢ **現在内服している医療用医薬品の数を減らしたいと思うか（70歳以上）**



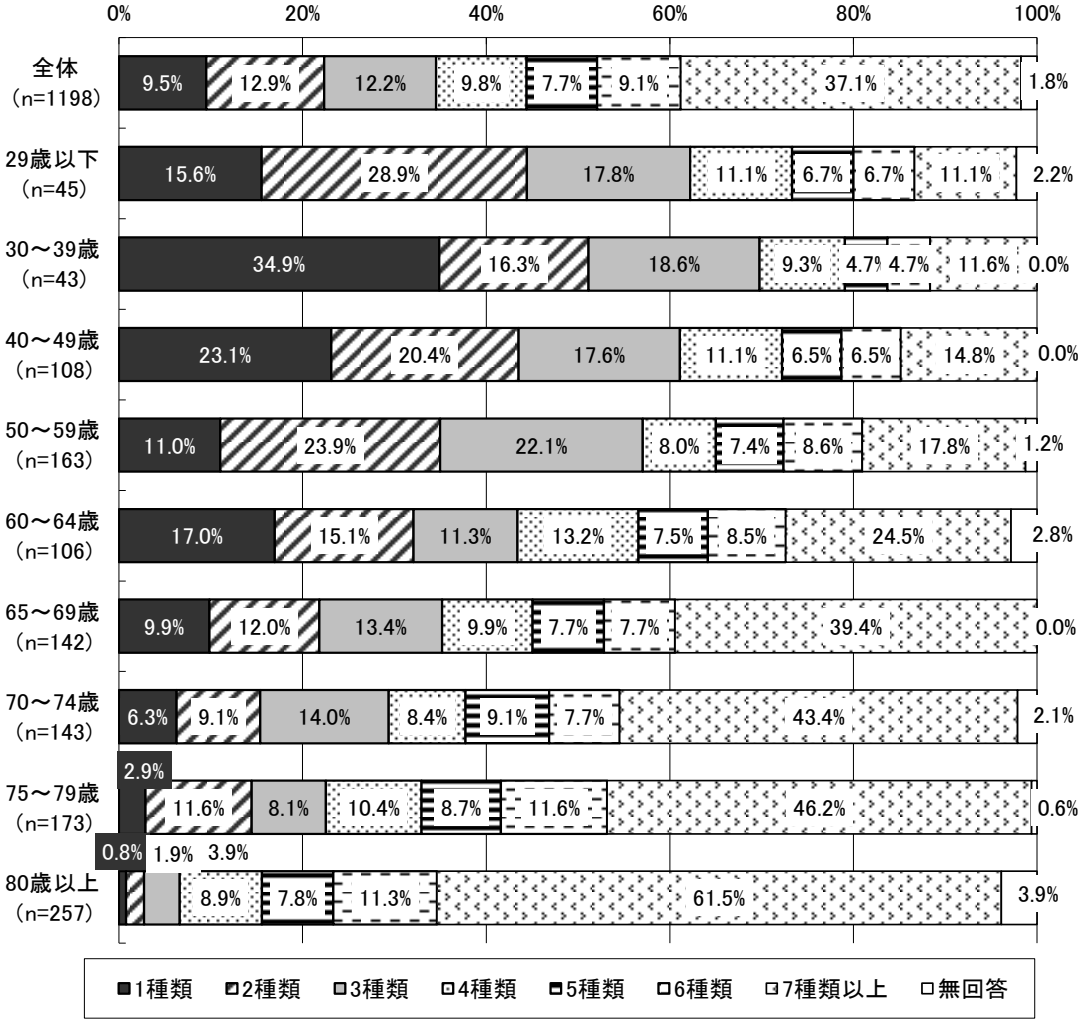



平成28年度医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査）

# 多剤投薬の実態②

○　高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➢　現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行って処方してもらっている薬がある患者）

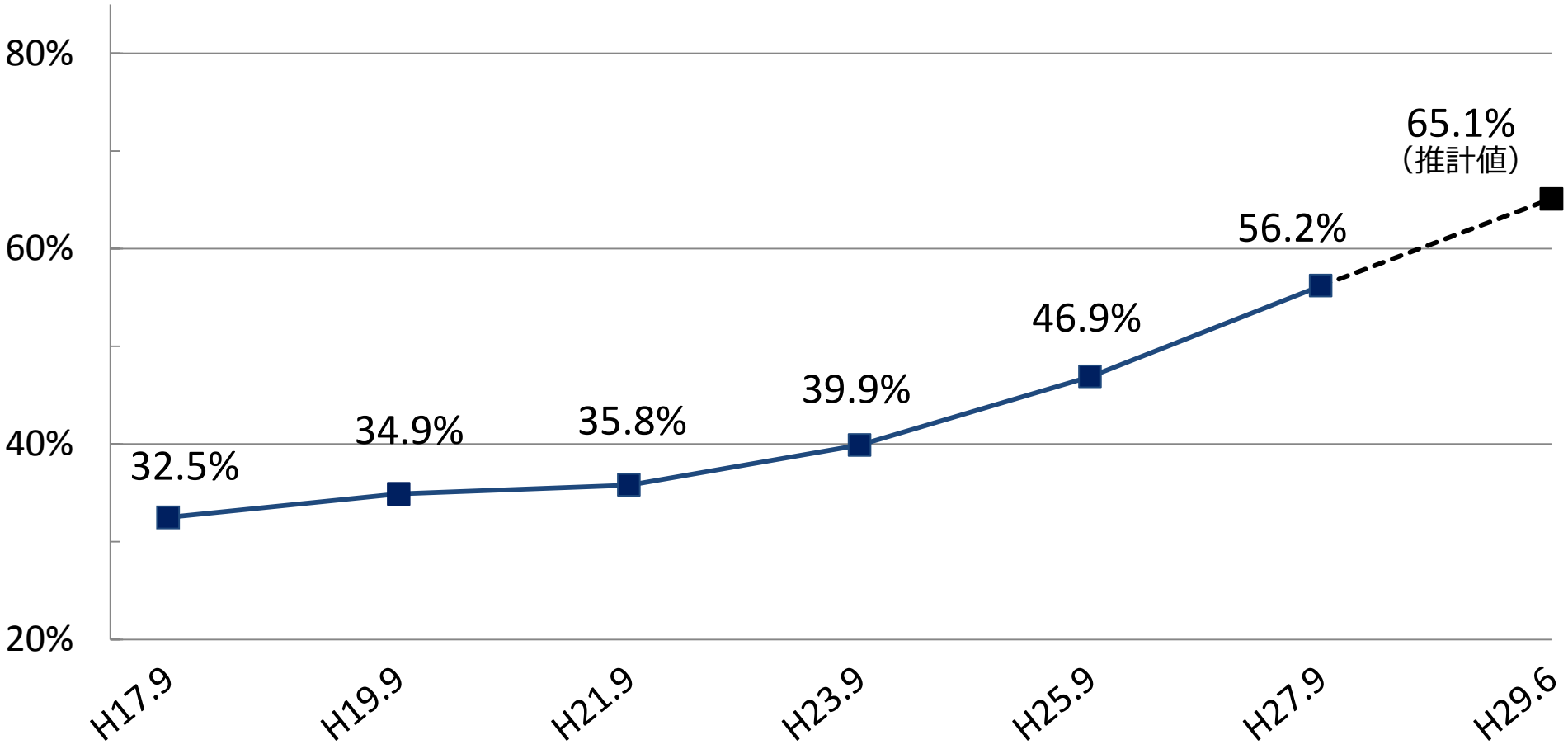





出典）診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)速報値

# 後発医薬品の数量シェアの推移

○後発医薬品の数量シェアは経年的に増加している。

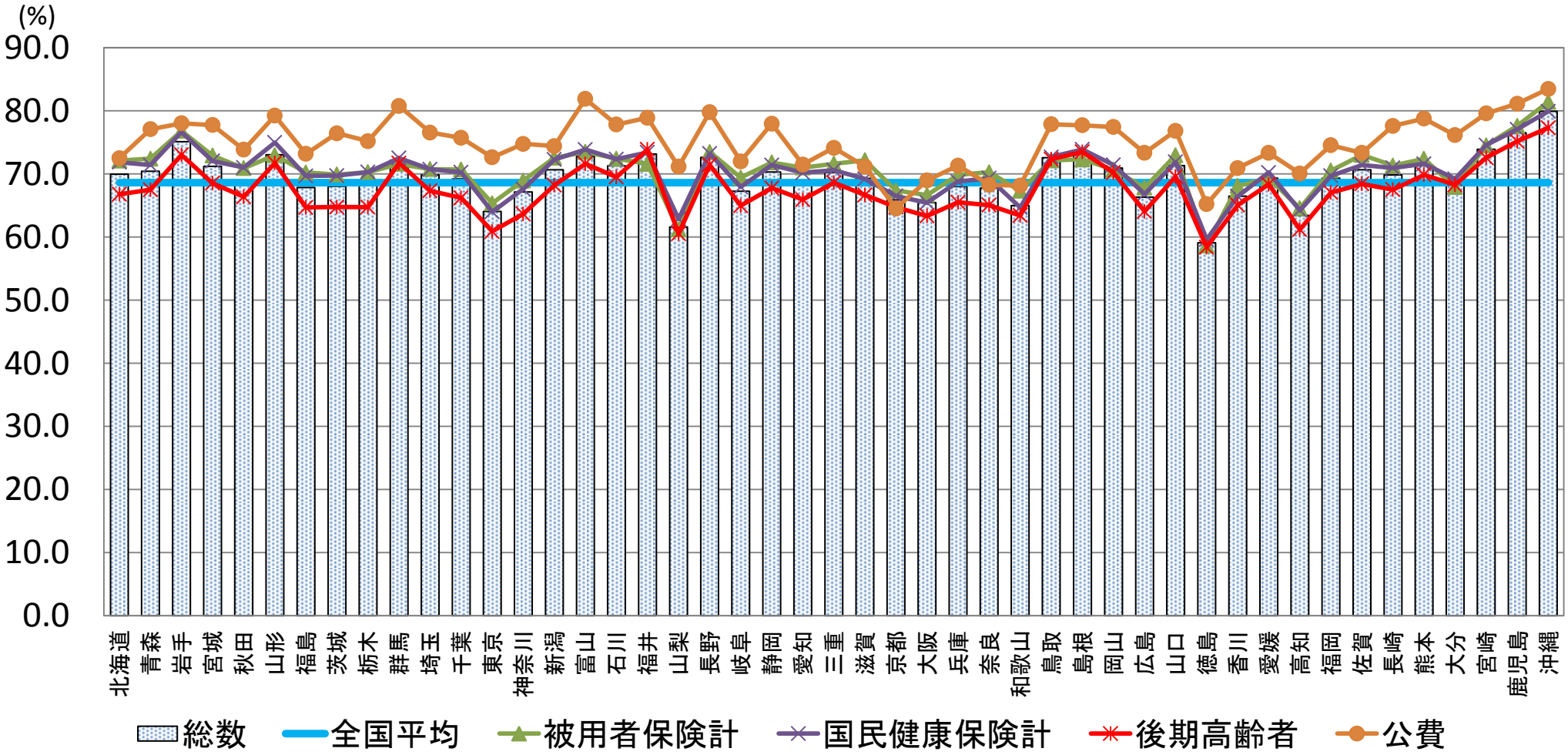



注）数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

厚生労働省調べ

# 都道府県別・制度別後発医薬品割合（数量ベース、平成29年３月）

○　概ね全ての都道府県で、他の保険制度と比較して、後期高齢者の後発医薬品の割合が小さい。
○　平均で見ると、被用者保険が69.9%、国民健康保険が69.3%なのに比べ、後期高齢者は66.4%にとどまっている。




調剤医療費の動向（厚生労働省保険局調査課）を基に作成

# 医療費の一部負担（自己負担）割合について

○ それぞれの年齢層における、医療費の一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

- 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割。）。
- 70歳から74歳までの者は、2割※（現役並み所得者は3割。）。
- 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

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

# 医療保険制度における自己負担の推移

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

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

# 薬剤一部負担に係る経緯

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

# 薬剤一部負担制度の概要（平成９年～平成15年）

○ 保険医療機関の外来診療や保険薬局で薬剤の支給を受ける際に、医療保険の定率負担、老人保健の定額負担（当時）のほかに、薬剤の種類数などに応じて一定額の負担を求めた。

○ 平成9年9月から導入されたが、平成15年4月に廃止された。

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

※ 注射、処置、手術検査等及び入院に伴う薬剤など、一定の場合に支給される薬剤については負担はなかった。

※ 薬剤にかかる一部負担については、定率の一部負担と同様、高額療養費の自己負担限度額を計算する際の金額に含まれた。

# 薬剤給付の適正化の観点からのこれまでの診療報酬改定での対応

○ 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」等について、以下の対応を行ってきている。

## H24年度診療報酬改定

○ **単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与**

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

## H26年度診療報酬改定

○ **治療目的でない場合のうがい薬だけの処方**

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

## H28年度診療報酬改定

○ 外来患者について、**1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬**

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

# 薬剤の自己負担の在り方について

○　昨年の医療保険部会では、「スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方」について議論し、以下のようなご意見があったところ。

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

○　OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。

○　多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取組みをお願いしたい。

○　スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方がシフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。

○　基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。

○　平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。

○　保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。

○　スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

○　今般の改革工程表では、「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」検討することとされているが、この点についてどう考えるか。

# 参考資料

# 医療用医薬品と一般用医薬品の違い

○　医師の診断・処方せんに基づき使用する「医療用医薬品」と、一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入する「一般用医薬品」の間では、使用方法や効能・効果、価格（自己負担）等に違いがある。

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

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

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

# いわゆる「スイッチOTC」とは

## ○ 「OTC」とは

➢ 「OTC」とは、英語の「Over The Counter：オーバー・ザ・カウンター」の略

➢ 「OTC医薬品」とは、カウンター越しに薬を販売するかたちに由来しており、要指導医薬品や一般用医薬品に相当するもののことをいう。

## ○ 「スイッチOTC」とは

➢ 医療用医薬品の有効成分が一般用に転用されたもの。

➢ 医療用としての使用実績などを踏まえ、
- 副作用の発生状況
- 海外での使用状況など

からみて、OTC医薬品として適切であると考えられるもの。

➢ 製薬企業が、「効能・効果」、「用法用量」、「使用上の注意」、「包装」などを改めて見直した上で、開発・申請を行い、薬事・食品衛生審議会における審議を経て、承認される。

# 最近のスイッチOTC薬等の承認について

平成29年6月末現在

| 承認年<br>（成分数） | 主な成分名 | 薬効群等 |
|---|---|---|
| 平成23年<br>（7成分） | クロトリマゾール（外用）<br>赤ブドウ葉乾燥エキス混合物<br>オキシメタゾリン塩酸塩（外用）<br>アシタザノラスト水和物（外用）<br>イブプロフェン・ブチルスコポラミン臭化物<br>ペミロラストカリウム<br>メキタジン | 膣カンジダ治療薬（膣錠）<br>むくみ等改善薬　【ダイレクトOTC】<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬<br>生理痛薬<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬 |
| 平成24年<br>（6成分） | ネチコナゾール塩酸塩（外用）<br>フェキソフェナジン塩酸塩<br>セチリジン塩酸塩<br>ケトチフェンフマル酸塩・ナファゾリン塩酸塩<br>イコサペント酸エチル<br>イブプロフェン | 膣カンジダ治療薬(クリーム)<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬<br>中性脂肪異常改善薬<br>解熱鎮痛薬 |
| 平成25年<br>（4成分） | トリメブチンマレイン酸塩<br>ペミロラストカリウム（外用）<br>エバスチン<br>トラニラスト（外用） | 消化器官用薬<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬<br>アレルギー用薬 |
| 平成26年<br>（2成分） | チェストベリー乾燥エキス<br>アルミノプロフェン | 月経前症候群治療薬　【ダイレクトOTC】<br>解熱鎮痛薬 |
| 平成27年<br>（2成分） | フッ化ナトリウム（洗口液）<br>ロキソプロフェンナトリウム水和物（外用） | 歯科用剤（う蝕予防）<br>消炎鎮痛薬 |
| 平成29年<br>（1成分） | ロラタジン（経口） | アレルギー薬 |

# 多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

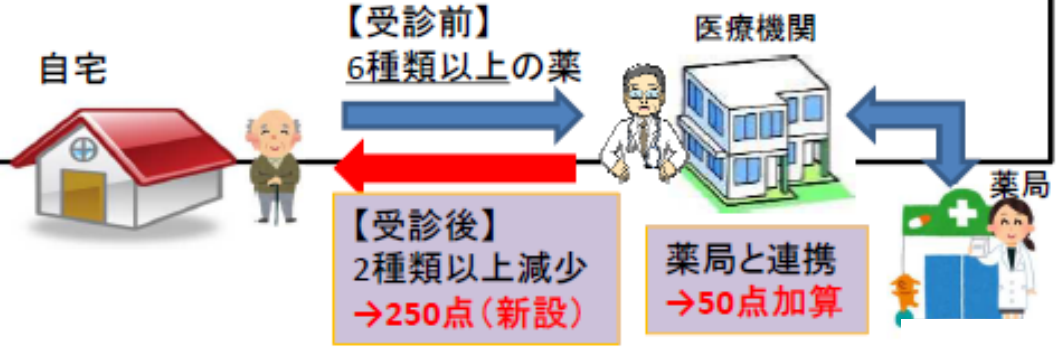
## 1. 医療機関における減薬等の評価

### ○入院患者に対する減薬の評価

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

### ○外来患者に対する減薬の評価

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




## 2. 薬局における減薬等の評価

### ○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

・薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→30点へ充実）

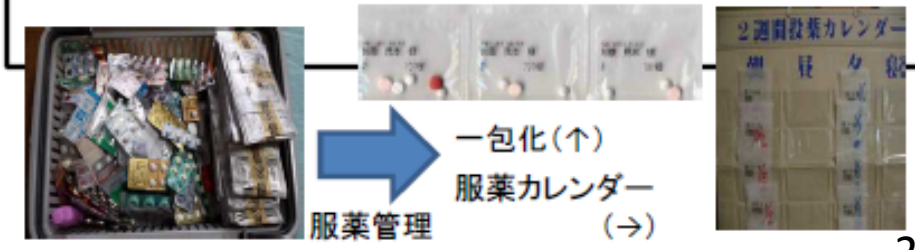
### ○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（30点）【新設】

### ○残薬等の管理の評価

・薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（185点（月1回））【新設】

＜残薬を含む持参薬（イメージ）＞



## 高齢者の医薬品適正使用に関する検討課題と今後の進め方について（抄）

平成29年8月23日
高齢者医薬品適正使用検討会

2．高齢者の多剤服用（ポリファーマシー）対策のためのガイドライン等

高齢者の薬物動態等を踏まえた投与量の調整（止めどき、減らしどき）や薬物相互作用による多剤服用時の副作用の発生による問題を防止するため、医薬関係者（医師、薬剤師、看護師等）がそれぞれの立場で参照できる医薬品の適正使用情報を充実すべきである。

（1）各専門領域の学会等と協働し、関連する領域毎の診療ガイドライン等の各学会の取組みを包含した国レベルでの包括的な高齢者の内服薬の多剤服用に関する適正使用ガイドラインを作成する必要がある。

（2）ガイドラインを作成する際には、次の点に留意するべきである。

①検討が必要な薬剤の薬効群を考慮：経口血糖降下剤、循環器用薬（高血圧治療剤、高脂血症治療剤、経口抗凝固剤・抗血小板剤）、認知症治療剤、睡眠導入剤・抗不安薬等（重複処方に共通する問題）、抗菌剤。

②薬剤数調整の適切な対応の基本的な考え方（画一的にあてはめるガイドライン等の困難さを考慮する）

③患者が置かれたさまざまな医療現場に応じた対応を整理

〇急性期、回復期、入院、外来、在宅などの各医療現場の特徴に応じた薬剤数調整／処方変更の考え方

〇院内の病棟間における薬剤数調整の考え方（医師→医師、薬剤師→薬剤師）

〇複数医療機関間・薬局での薬剤数調整の考え方

④OTC 医薬品や栄養補助食品等（検討対象範囲を要検討）も含めた安全対策

（3）上記1に掲げるエビデンスが収集・分析される毎に、それに基づき、総論的なものから段階的にガイドラインを増補し、改訂する必要がある。

（4）さらに、作成されたガイドラインが医療現場で活用されるよう普及に努める。

# 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）について

（所得税、個人住民税）

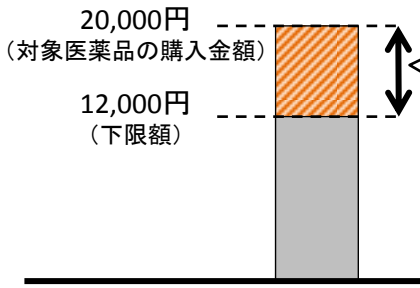
## 制度の概要

**特定健康診査の受診など一定の疾病予防の取組を行う個人**が、**平成29年１月１日から平成33年12月31日まで**の間に、年間**1万2千円以上のスイッチOTC医薬品（※）を購入**した場合、その超えた金額（上限は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制度**

（注）本税制の適用を受ける場合は、医療費控除を受けることはできない。

**イメージ図**

○ 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）

### ■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：84（平成29年9月27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
対象品目数：1654品目（平成29年10月18日現在）

### ■税制対象品目識別マークについて

○ 本税制対象品目については、業界団体の自主的な取り組みにより、パッケージに識別マークを貼付することを推奨。

# 諸外国の医療保障制度概要

| | | 韓国（2015） | ドイツ（2015） | フランス（2015） | スウェーデン（2015） | イギリス（2015） | アメリカ（2015） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 制度類型 | | 社会保険方式<br>※国民皆保険<br>※職場保険及び地域保険 | 社会保険方式<br>※国民の約87%が加入。<br>※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。<br>※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。 | 社会保険方式<br>※国民皆保険（国民の99%が加入）<br>※職域ごとに被用者制度、非被用者制度（自営業者）等に加入。（強制適用の対象とならない者：普遍的医療給付制度の対象となる。） | 税方式による公営の保健・医療サービス<br>※全居住者を対象<br>※広域自治体（ランスティングなど）が提供主体（現金給付は国の事業として実施） | 税方式による国営の国民保健サービス（NHS）<br>※全居住者を対象 | メディケア・メディケイド<br>※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド<br>※2014 年から医療保険の加入が原則義務化。現役世代は民間保険が中心（66.0%）で、無保険者は10.4%（2014年）<br>※2015年から企業に対し医療保険の提供をすることが原則義務化。 |
| 自己負担 | | ・外来<br>上級総合病院：60%<br>総合病院：45～50%<br>病院：35～40%<br>医院：30%<br>・入院<br>20%＋入院期間中の食事代50%<br>・薬剤<br>30%<br>※重症患者は5%、難病患者は10% | ・外来：なし<br>・入院：1日につき28ユーロ<br>（年28日を限度）<br>・薬剤：10%定率負担<br>（上限10ユーロ、下限5ユーロ） | ・外来：30%<br>・入院：20%<br>・薬剤：35%<br>（抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、胃薬等は35%、有用性の低い薬剤60%、ビタミン剤や強壮剤は100%）<br>※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり（入院等の場合は現物給付）。<br>※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。（共済組合形式、国民の8割が加入）<br>※上記の定率負担のほか、外来診療負担金（1回1ユーロ、暦年で50ユーロが上限）、入院定額負担金（1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ）があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。 | ・外来<br>：ランスティングが独自に設定<br>プライマリケアの場合の自己負担は、1回100～300クローナ<br>※法律による患者の自己負担額の上限は物価基礎額の0.025倍（1,100クローナ(2015)）。各ランスティングはこれより低い額を定めることもできる<br>※多くのランスティングでは20歳未満については無料。<br>・入院<br>：日額上限物価基礎額の0.0023倍（100クローナ(2015)）の範囲内でランスティングが独自に設定<br>※多くのランスティングでは18～20歳までは無料。<br>・薬剤<br>：物価基礎額の0.05倍（2,200クローナ(2015)）が上限 | 原則自己負担なし<br>※外来処方薬については1処方当たり定額負担（8.20ポンド）、歯科治療については3種類の定額負担あり。<br>なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。 | ・入院（パートA）（強制加入）<br>～60日：＄1,260までは自己負担<br>61日～90日 ：＄315／日<br>91日～：＄630／日<br>※生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担<br>・外来（パートB）（任意加入）<br>年間＄147＋医療費の20%<br>・薬剤（パートD）（任意加入）<br>＄320 まで：全額自己負担<br>＄320～＄2,960：25%負担<br>＄2,960～$4,700：45%負担（ブランド薬）／65%負担（ジェネリック）<br>＄4,700～：5%負担又は＄2.65（ジェネリック）／＄6.60（ブランド薬） |
| 財源 | 保険料 | 報酬の6.07%（労使折半）<br>※報酬を除いた総合所得が年間7,200万ウォン超過者は、さらに所得月額の2.995% | 報酬の14.6%<br>本人 ：7.3%<br>事業主：7.3%<br>※全被保険者共通<br>※自営業者：本人全額負担 | 賃金総額の13.85 %<br>本人 ：0.75%<br>事業主：13.1%<br>※民間商工業者が加入する被用者保険制度（一般制度）の場合 | なし | なし<br>※ NHS費用の2割強は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。 | 入院（パートA）<br>給与の2.9%（労使折半）<br>※自営業者は本人全額負担<br>外来（パートB）<br>＄104.9～335.7／月（全額本人負担）<br>薬剤（パートD）（平均保険料）<br>＄0～70.80／月（全額本人負担） |
| | 国庫負担 | 一般税（5兆3,030億ウォン）<br>タバコ負担金（10,191億ウォン）<br>（2014） | 被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として105億ユーロ(2014) | 一般社会拠出金（CSG）：33.9%<br>目的税（タバコ、酒等）：14.9%<br>国庫からの移転等：1.9% | ランスティングの税収（主に住民所得税）を財源として運営<br>※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。 | 主に税を財源として運営（NHS費用の約8割） | 任意加入保険の収支差を国が負担 |