

全国厚生労働関係部局長会議 (厚生分科会)

資 料

保 険 局

平成29年1月19日

全国厚生労働部局長会議(厚生分科会)

保険局説明資料目次

1	医療保険制度の見直しについて.....	1
	(参考資料).....	12
2	国民健康保険制度改革の施行に向けた準備状況について.....	37
3	薬価制度の抜本改革に向けた基本方針について.....	72
4	柔道整復療養費及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費に ついて.....	75

1 医療保険制度の見直しについて

平成29年1月19日

厚生労働省保険局

総務課

社会保障審議会 医療保険部会等における検討経緯

検討事項

- 平成27年12月に取りまとめられた「経済・財政再生計画 改革工程表」等において、以下の項目について、平成28年末を期限として検討が求められていた。

(1) 「経済・財政再生計画 改革工程表」に係る検討事項

- ① 70歳以上の高齢者に係る高額療養費の見直し
- ② 入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直し
- ③ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方
- ④ かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担
- ⑤ 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

(2) 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

（※ 医療保険制度改革骨子）

(3) 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方

（※ 一億総活躍プラン）

検討経過

- 社会保障審議会 医療保険部会において、平成28年9月以降5回にわたり審議を行い、同年12月20日に「議論の整理」を取りまとめた。

- ・ 9月29日 高額療養費、保険料軽減特例
- ・ 10月12日 入院時の居住費、金融資産等の勘案
- ・ 10月26日 外来時の定額負担、スイッチOTC化された医療用医薬品
- ・ 11月18日 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置、外来時の定額負担
- ・ 11月30日 各事項の見直しの方向性について
- ・ 12月8日 議論の整理（案）

- 「議論の整理」や与党における議論も踏まえ、平成28年末の予算編成過程等において結論を得た。

高額療養費制度の見直しについて

制度概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。
(※)入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し内容

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

○現行(70歳以上)

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

○1段階目(29年8月～30年7月)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	80,100円 + 1% <44,400円>
年収770万～1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上		
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上		
一般 (年収156万～370万円)	18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者 ※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む

< >内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額(多数回該当)

<参考> 高額療養費制度の見直しの考え方

趣旨

○ 制度の持続可能性を高めるため、世代間の負担の公平、負担能力に応じた負担の観点から見直し

現役並み所得者

○ 負担能力や「90%以上の方が年に一度も外来特例に該当しない」という利用状況を考慮。激変緩和のため二段階施行とし、急激に負担が増える方に配慮した上で、現役世代と同様の限度額とする

一般区分

【外来特例について】

- 激変緩和も考慮し、上限額を、まずは14,000円に、次に18,000円に段階的に引き上げる
- 年間通して外来特例に該当するような長期療養されている方の負担が増えないよう、年間の上限額(14.4万円=12,000円×12ヶ月相当)を創設する
- なお、外来特例は、一般区分の約78%の方は年に一度も該当せず、年に1回該当する方も約11%と少ない割合となっている
- また、負担額は治療内容によるため、引き上げ額がそのまま負担額とはならない点に留意

【限度額(世帯)】

- 4回目の該当から負担額を抑える「多数回該当」を設定した上で、限度額(世帯)を57,600円に引き上げる。「多数回該当」により、従来から長期入院し、該当されている方は負担額に変化はなく、新規に入院して該当する方の場合も、負担が増えるのは最大3か月分に止まる点に留意
- 医療と介護を合わせて利用し、高額の自己負担をされている方の年間の負担が増えないよう、高額介護合算療養費制度の一般区分の年間上限額は据え置きとする

住民税非課税(低所得者)

○ 低所得者に配慮し、負担の限度額は据え置きとする

高額介護合算療養費制度の見直しについて

制度概要

- 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。
- ※ 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が限度額を超えた場合に支給。
- ※ 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担。

見直し内容

- 現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。
- 一般区分については、限度額を据え置く。

<現行>

	70歳以上(注2)
現役並み(年収370万円～) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

細分化＋
上限引き上げ

据え置き

<平成30年8月～>

	70歳以上(注2)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	212万円
年収770万～1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

[参考]70歳未満(注2)

212万円
141万円
67万円
60万円
34万円

(注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)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

(注2) 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注3) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

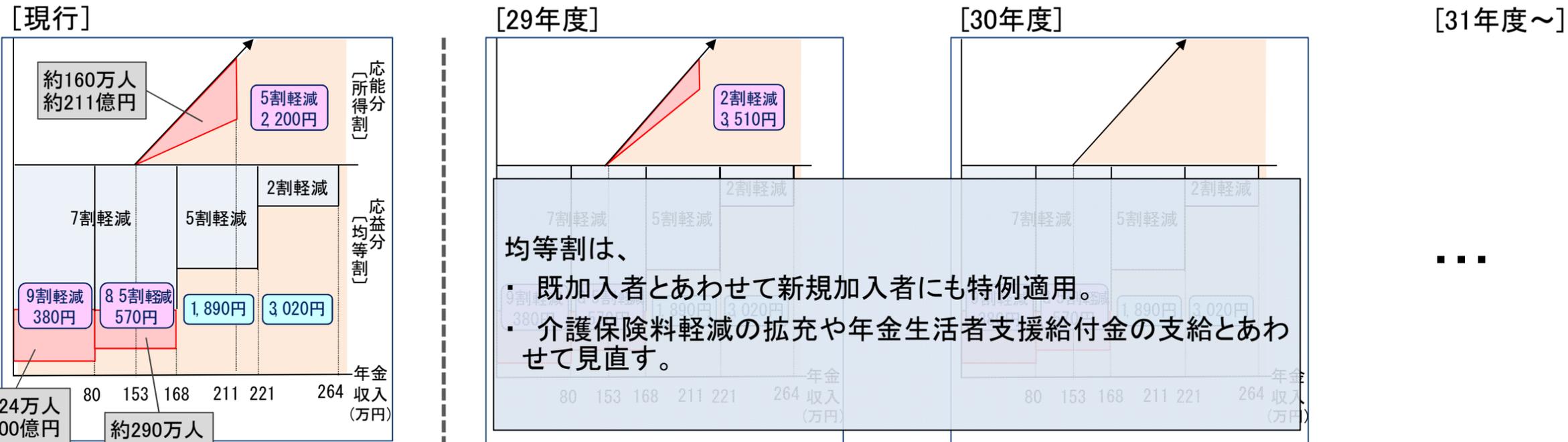
後期高齢者の保険料軽減特例の見直しについて

制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は916万人、当該軽減に要する費用は、国費が945億円、地財措置が159億円。(平成28年度予算)

見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則(軽減なし)とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
- 元被扶養者の所得割は、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、平成31年度に本則(軽減なし)とする。

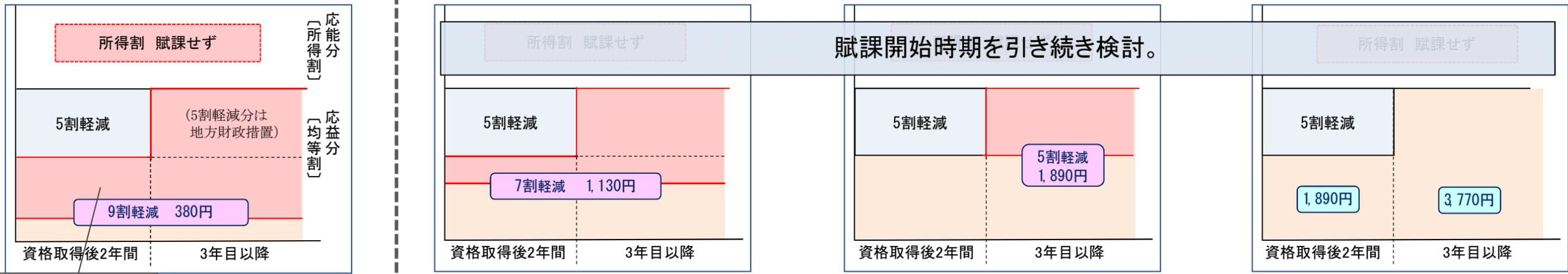


均等割は、

- ・ 既加入者とあわせて新規加入者にも特例適用。
- ・ 介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。

※年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)。

元被扶養者の軽減



□ 法令上の軽減 □ 予算措置による特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※ 保険料額は、平成28・29年度全国平均保険料率により算出。 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定、個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定、個人で賦課。
 ※ 金額及び対象者数は平成28年度予算ベース。

<参考> 後期高齢者の保険料軽減特例の見直しの考え方

趣旨

- 後期高齢者の保険料は、現役世代の保険料に比べ上昇幅が抑えられている。今後高齢者の増加に伴い多額の予算措置が必要になることが見込まれる中、制度の持続性を高める観点から見直し

均等割(低所得者)

- 保険料の均等割部分を9割・8.5割軽減する特例は、低所得者に配慮して当面継続し、将来、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給といった負担減施策と合わせて見直しを実施する予定
- 低所得者に配慮し、新規加入者にも軽減特例を適用する

所得割

- 保険料の所得割部分を5割軽減する特例は、負担能力に応じた負担の観点から、激変緩和も考慮し、段階的に、29年度は2割軽減とし、30年度から本則に戻す

均等割(元被扶養者)

- 元被扶養者の保険料の均等割を9割軽減する特例は、一定の負担能力のある方も含めて一律に負担を軽減する制度となっており、また、低所得の場合は、軽減特例がなくなったとしても、別に低所得者に対する軽減措置もある
- このため、世代内の公平の観点から、急激に負担が増える方に配慮し、段階的に、29年度は7割軽減、30年度は5割軽減とし、31年度から本則に戻す
- なお、軽減特例がなくなっても、元被扶養者約170万人のうち、86万人の方は引き続き低所得者として軽減特例の対象となる点に留意(86万人のうち、50万人の方は9割軽減、36万人の方は8.5割軽減(月あたり190円増)となる)

入院時の居住費（光熱水費相当額）の見直しについて

見直し内容

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

<平成29年10月以前>

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

<平成29年10月～>

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

<平成30年4月～>

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

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

経済・財政再生計画 改革工程表

経済・財政再生計画改革工程表2016改定版
(平成28年12月21日経済財政諮問会議)(抄)

		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				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p> <p>＜⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討＞</p>							
	<p>かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、平成28年度診療報酬改定で対応</p>							
	<p>外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入</p>							
	<p>かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討</p>	<p>かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論</p>	<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)</p>					
	<p>かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p>							
	<p>＜⑩看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討＞</p>							
	<p>特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修の推進や看護系データベースの参加・利活用の推進を支援</p>							
	<p>臨床検査技師及び診療放射線技師の追加された業務範囲の内容の現場における実施状況に関する検証等の方法を研究</p>							
							<p>かかりつけ機能を評価する診療報酬である「地域包括診療料」、「地域包括診療加算」の算定状況【増加】</p>	<p>大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>

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				
	<㉕現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討> <(i)介護納付金の総報酬割> 社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討 検討結果に基づき、介護納付金の総報酬割を2017年8月分から段階的に実施するための法案を2017年通常国会へ提出 <(ii)その他の課題> 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論					—	—
<㉖医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討> 医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討 マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について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 マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法(公布日(平成27年9月9日)から3年以内に施行予定)による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討							

経済・財政再生計画 改革工程表

経済・財政再生計画改革工程表2016改定版
(平成28年12月21日経済財政諮問会議)(抄)

	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			
	<p><⑦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></p> <p><(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></p>							
	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	<p>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</p>						
	<p><(iii)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方等の在り方等の検討></p>							
	<p>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</p>							
	<p><(iv)市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討></p>							
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	<p>診療報酬改定において適切に対応</p>							
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	<p>薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p>							
<p><(v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等></p>								
<p>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</p>								

1 医療保険制度の見直しについて (参考資料)

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,600万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,870万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約4兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

高齢者医療制度

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,660万人

<後期高齢者医療費>

16.3兆円（平成28年度予算ベース）

給付費 15.0兆円

患者負担 1.2兆円

<保険料額（平成28・29年度見込）>

全国平均 約5,660円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月

【全市町村が加入する広域連合】

公費（約5割） 7.1兆円

〔国：都道府県：市町村＝4.7兆円：1.2兆円：1.2兆円＝4：1：1〕

患者負担

高齢者の保険料 1.2兆円
約1割[軽減措置等で実質約7%程度]

後期高齢者支援金（若年者の保険料） 6.3兆円
約4割

※上記のほか、保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費 0.5兆円

保険給付

〔口座振替・銀行振込等〕
〔年金から天引き〕

<交付>

社会保険診療報酬支払基金

<納付>

医療保険者
健保組合、国保など

保険料

<支援金内訳>

協会けんぽ 2.0兆円
健保組合 2.0兆円
共済組合 0.6兆円
市町村国保等 1.6兆円

被保険者
（75歳以上の者）

各医療保険（健保、国保等）の被保険者
（0～74歳）

前期高齢者に係る財政調整

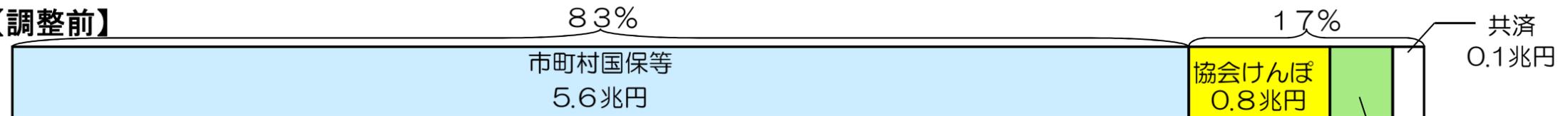
<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,640万人

<前期高齢者給付費>

6.8兆円
（平成28年度予算ベース）

【調整前】



75歳未満の加入者数に応じて負担

納付金 協会けんぽ 1.3兆円、健保 1.3兆円、共済 0.5兆円

交付金 市町村国保等 3.2兆円

【調整後】



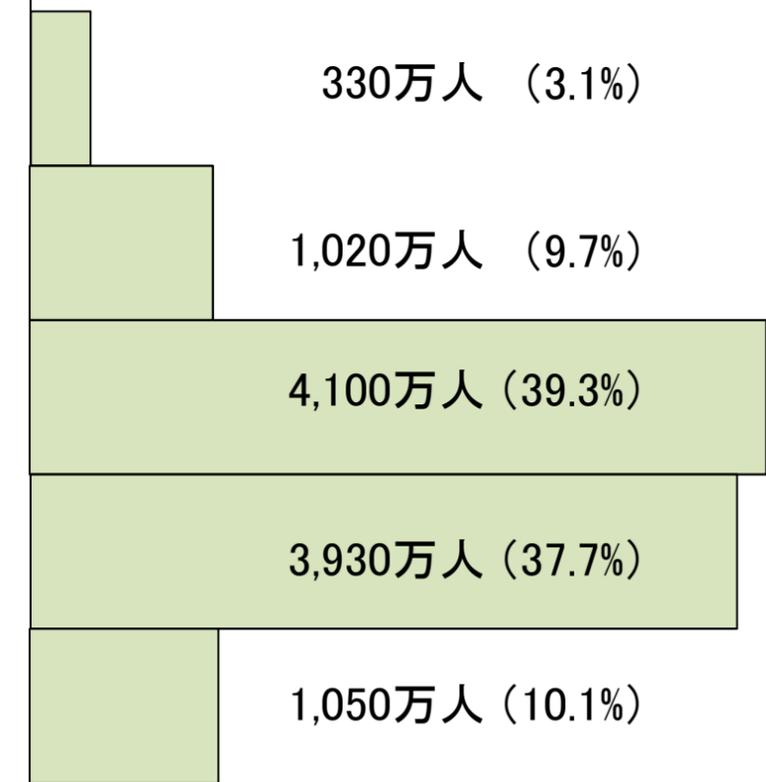
患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

(平成27年1月～)

70歳未満

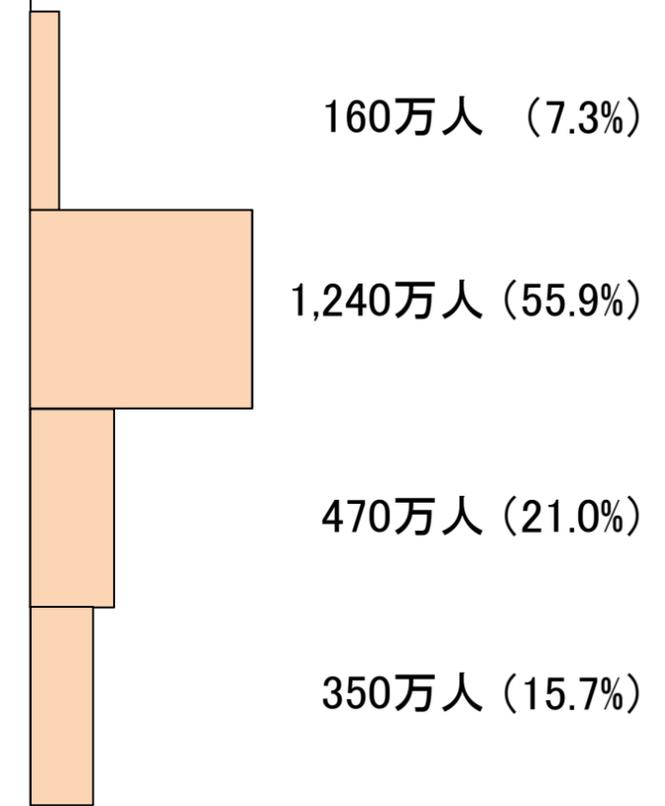
	負担割合	月単位の上限額 (円)
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費－842,000)×1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費－558,000)×1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費－267,000)×1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健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

加入者数(※5)
()は年齢区分ごとに占める割合



70歳以上

現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保・後期：課税所得145万以上	負担割合	外来(個人ごと)		計
		80,100+ (医療費－267,000)×1% <多数回：44,400>	該当者数(満年度・推計)	
3割	44,400 (10万人)	計30万人		
一般(～年収約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(※3)	12,000 (※4) (270万人)	44,400 (※4) 計390万人	
住民税非課税		(190万人)	24,600 計230万人	
住民税非課税 (所得が一定以下)		75歳以上 1割	8,000 (130万人)	15,000 計170万人



※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 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計(平成25年度加入者ベース)。

高額療養費及び窓口負担の見直しに関する経緯

○昭和48年10月 被扶養者について高額療養費制度を創設

○昭和56年3月 被保険者(低所得者)について高額療養費制度を創設

○昭和59年10月 被保険者(低所得者以外)について高額療養費制度を創設
世帯合算方式、多数回該当を創設

○平成13年1月 70歳未満について上位所得者区分を創設。一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算。
70歳以上の患者負担割合を1割に設定(高齢者への一部負担金導入)
月額上限制(個人単位)と高額医療費支給制度(世帯単位)を導入

○平成14年10月 定率1割負担の徹底(一定以上所得者定率2割負担)
世帯単位の高額医療費支給制度に統一(外来については個人単位の限度額を設定)。

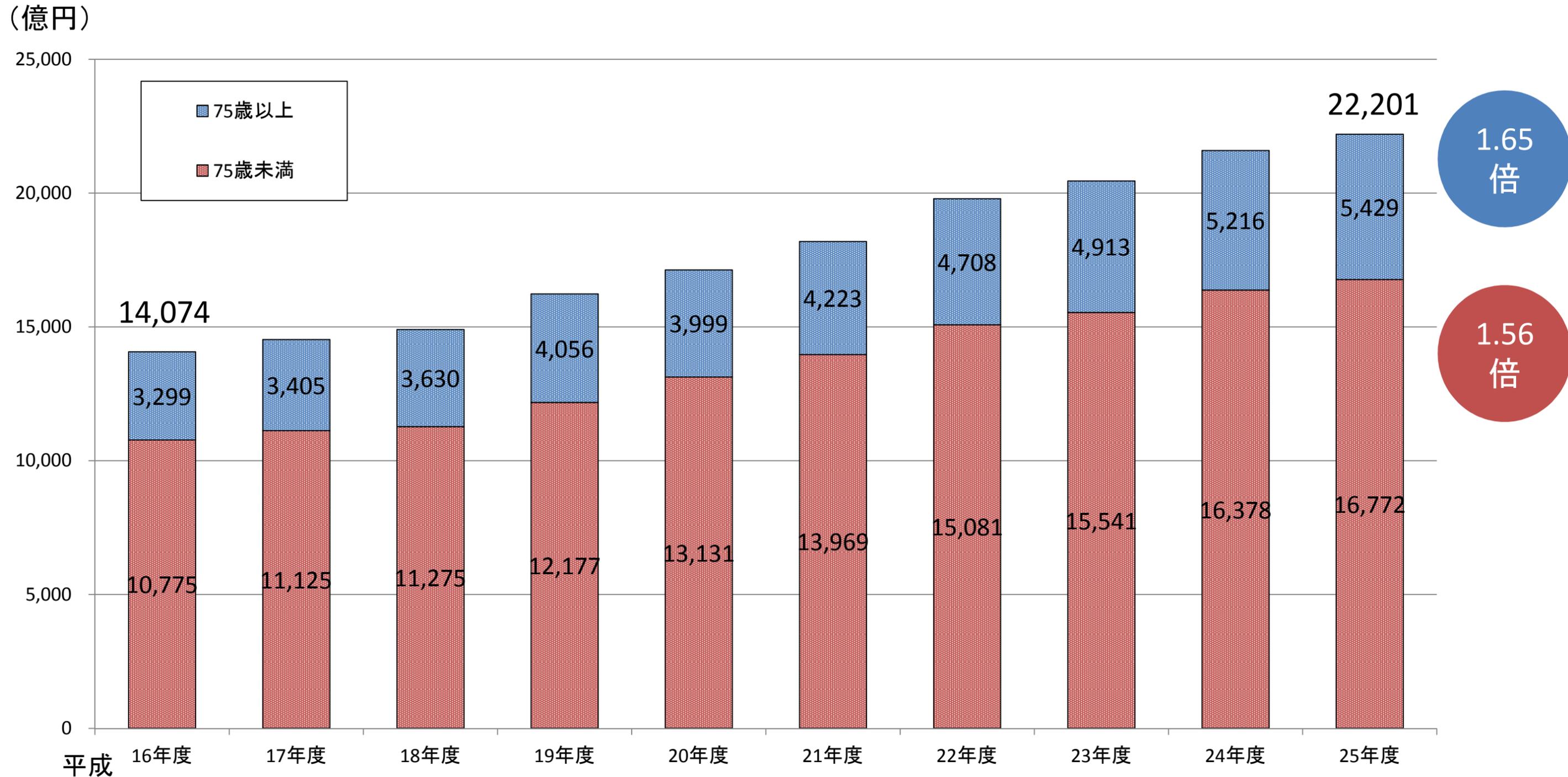
○平成18年10月 限度額について見直し

○平成26年4月 平成26年4月に新たに70歳になる者から、段階的に法定負担割合(2割)
平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続
低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く

○平成27年1月(平成25年度に見直し)
70歳未満について所得区分細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し

高額療養費の支給額の推移

- 高額療養費の支給額は、全体的に増加傾向（10年間で約1.58倍）。
- 75歳未満の支給額は10年間で約1.56倍であるのに対し、75歳以上は約1.65倍となっている。



出典：医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～（厚生労働省保険局）
※老人医療の対象年齢の引き上げに伴い、平成16年度の75歳以上には、75歳未満の支給額も含まれている。

高額介護合算療養費制度の概要

○ 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額な場合に、自己負担を軽減する制度。

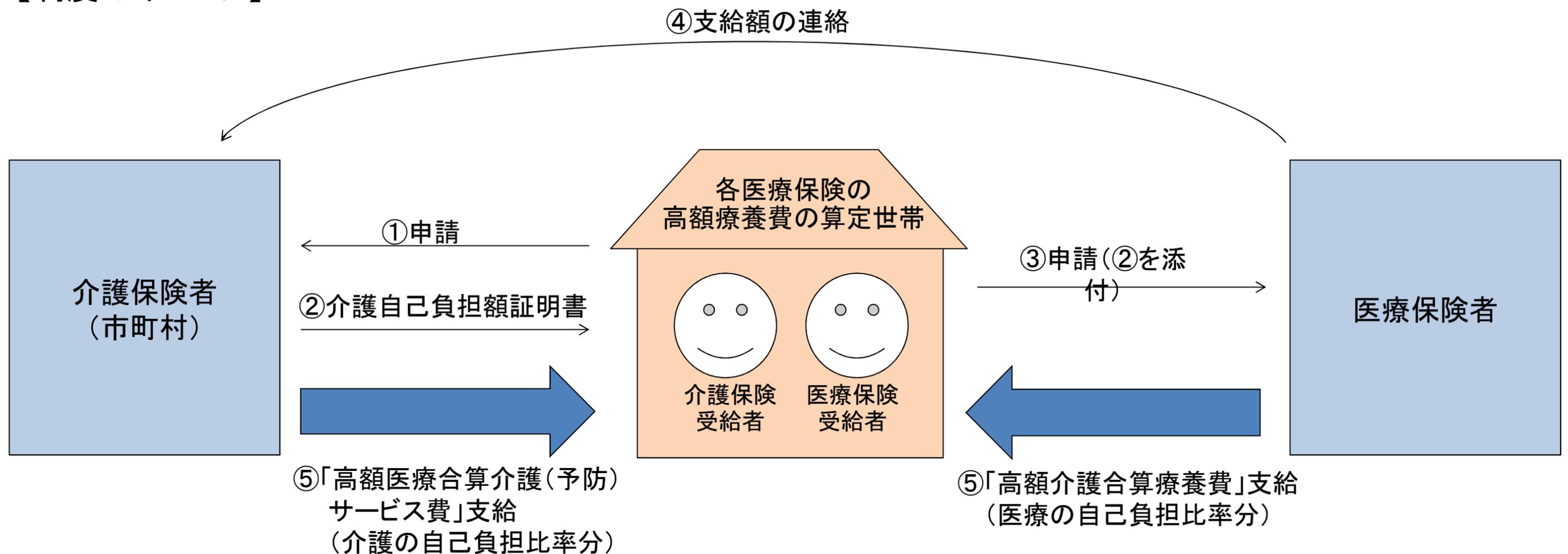
※ 介護においては、同様の制度を「高額医療合算介護(予防)サービス費」としている。

① 支給要件: 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額から限度額を超えた額が支給される。

② 限度額 : 被保険者の所得・年齢に応じて設定(次ページ参照)

③ 費用負担: 医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて負担。

【制度のイメージ】



医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

医療

介護

70歳未満

	負担割合	月単位の上限額（円）
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>
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>
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>
～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>
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>

70歳以上

現役並み所得者 (年収約370万円～)	負担割合	外来 (個人ごと)	80,100+ (総医療費－267,000)×1% <多数回：44,400>
健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	3割	44,400	
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割 (※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)
住民税非課税	75歳以上 1割		24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	15,000

65歳以上

	負担割合	月単位の 上限額（円）
現役並み所得者 課税所得145万以上	2割	44,400 (世帯)
一定以上所得者 合計所得金額160万以上		1割
合計所得金額160万未満 (※5) 一般 住民税課税者(※6)	24,600 (世帯)	
住民税非課税	15,000 (個人)等	

※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 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

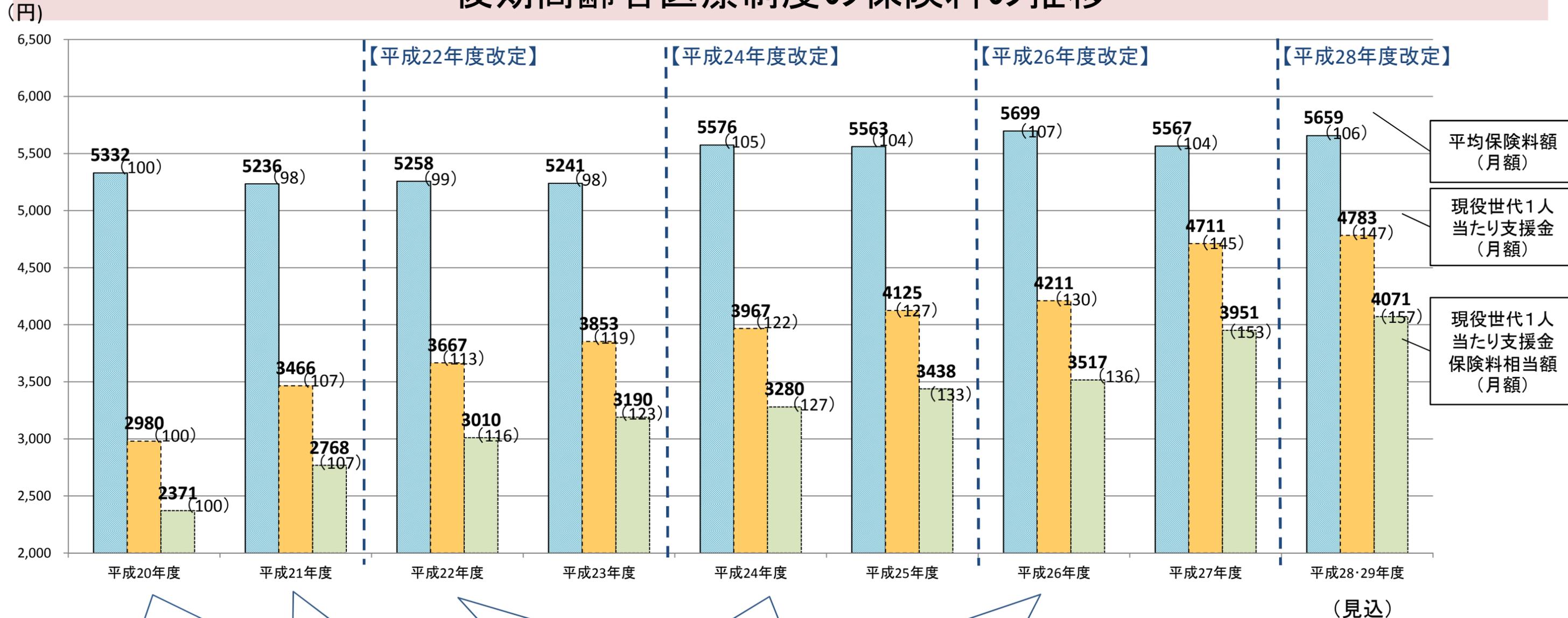
※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 世帯内の65歳以上の被保険者の収入+その他の合計所得金額の合計額が346万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は280万円未満)の場合も含む。

※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が520万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合も含む。(介護保険の現役並み所得は、世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合であって、世帯内の第1号被保険者の収入の合計が520万円(世帯内の第1号被保険者が1人のみの場合は383万円)以上である場合)

※7 介護保険では、利用者負担割合における一定以上所得者と、高額介護サービス費における現役並み所得者について、異なる所得基準を用いて判定しているが、医療保険との比較のために、それぞれの所得基準を便宜的に統合して表している。(生活保護被保険者等に係る月単位の上限額の区分については便宜的に記載していない)

後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
 ・賦課限度額 年55万円→57万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28・29年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (103)	82.9万円 (106)	84.3万円 (108)	84.6万円 (108)	85.5万円 (114)	85.8万円 (110)	—	—
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)

※ 平均保険料額は平成20～27年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成28・29年度は保険料改定時見込み。
 ※ 支援金は、平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は概算賦課、平成28・29年度は平成28年度の概算賦課ベース。
 ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は予算ベース、平成28・29年度は平成28年度の予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
 ※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28・29年度(見込)については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた平成28年度の金額。
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～25年度までは後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。平成26年度は速報ベース。

保険料軽減特例の導入経緯

		平成20年度	平成21年度	平成22年度以降
低所得者	均等割	4月～9月 本則どおり(7・5・2割軽減) 10月～ 均等割7割軽減世帯については徴収せず(年間通じて8.5割軽減)	4月～ 新たに9割軽減を実施 8.5割を継続	4月～ 9割軽減を継続 8.5割を継続
	所得割	4月～ 5割軽減	4月～ 5割軽減を継続	4月～ 5割軽減を継続
元被扶養者		4月～9月 保険料徴収を凍結 10月～ 均等割9割軽減	4月～ 均等割9割軽減を継続	4月～ 均等割9割軽減を継続

元被扶養者について

○ 元被扶養者とは、後期高齢者医療制度に加入する前日に被用者保険の被扶養者（被用者の配偶者や親など）であった者をいう。

※被用者保険の被扶養者認定における収入要件は、年金収入が180万円未満の者。

○ いったん元被扶養者として認定されれば、9割軽減（保険料は月額380円）が継続する。

①低所得者軽減区分を適用した場合の人数

○ 世帯又は本人の所得が年金収入264万円超で、低所得者の軽減に該当しない者は約80万人近くおり、元被扶養者のほぼ半数を占める。

軽減割合 (夫婦世帯における年金収入)	9割軽減 (年金収入80万円以下)	8.5割軽減 (年金収入168万円以下)	5割軽減 (年金収入221万円以下)	2割軽減 (年金収入264万円以下)	軽減なし	合計
全国	50万人(29.6%)	36万人(21.5%)	7万人(4.2%)	76万人(44.6%) ^注		約169万人

注 2割軽減と軽減なしについては、それぞれに該当する者のデータを保有していない。

※ 後期高齢者医療制度の保険料軽減の適用は、被保険者、その属する世帯の世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて判定。

※ 数値は、平成28年度予算ベース。

②本人に一定の所得がある者(人数)

○ 制度加入後に、元被扶養者本人が所得を得たなどの理由から、本人の所得として、被用者保険の被扶養者認定における収入要件（年金収入が180万円未満）を超えるような者が約2.8万人いる。

年金収入180万円以上 (被用者保険の被扶養認定を超える収入) ^{注1}	賦課限度額超過水準(保険料が年額57万円)の所得がある者 《平成28・29年度保険料率の場合、年金収入で807万円相当以上》 ^{注2}
約28,000人 (1.6%)	約2,500人 (0.15%)

※ 平成27年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく。所得の種類によって控除額が異なるためあくまでも推計である。

注1) 第1表所得額階級のうち機械的に所得額階級60万以上の被保険者を抽出した結果。

注2) 第1表所得額階級のうち機械的に所得額階級612万以上の被保険者を抽出した結果。

現行制度における入院時の居住費負担(光熱水費相当額)の考え方について

○ 現行では、①療養病床、かつ、②65歳以上、かつ、③医療区分Ⅰの入院患者に居住費負担を求めているが、入院時生活療養費を導入した平成18年改正時の考え方は以下の通り。

①療養病床	・療養病床は、医療機能のほか、「住まい」としての機能を有すること
②65歳以上	・介護保険と同様、年金給付との調整を図る必要があること
③医療区分Ⅰ	・入院医療の必要性が低いこと

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	食費460円/食(H30.4～)		入院時 食事療養費 (健康保険法第85条)
	低所得	食費210円/食(注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食(注2) 居住費320円/日	食費460円/食(H30.4～) 居住費なし	
	低所得Ⅱ	食費210円/食 居住費320円/日	食費210円/食(注1) 居住費なし	食費210円/食(注1)
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	食費130円/食(注3) 居住費320円/日(注3)	食費100円/食 居住費なし	食費100円/食

入院時生活療養費
(健康保険法第85条の2)

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

※ 食費・居住費の額は、健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を定める件(平成8年厚生省告示第203号)による。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

<p>～昭和46年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
<p>昭和47年 ～ 平成5年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
<p>平成6年～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 入院時の食費は、保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として、食材料費相当額を自己負担化 ▪ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
<p>平成17年～</p>	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し(平成17年10月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u> ➤ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
<p>平成18年～</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>○ 入院時生活療養費制度の導入(平成18年10月施行)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u> ▪ 一方、療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、<u>介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

難病患者の入院時生活療養費の経緯

○ 難病患者の入院時の食費・居住費については、難病法が施行された平成27年1月から全額自己負担となったが、既認定者については平成29年12月まで経過措置が採られている。

	難病法等	国保法等改正	難病患者(一般所得)の入院時生活療養費の取扱い
～平成26年12月	旧特定疾患治療研究事業 56疾病(約78万人)		●食費・居住費は負担限度額の範囲内で自己負担 ※医療区分Ⅱの「その他難病」は56疾病のみ
平成27年1月～	難病法施行 ・27年1月:110疾病 ・27年7月:306疾病 (約150万人) ※平成29年12月まで既認定者は経過措置		●食費・居住費は全額自己負担が原則となる ※56疾病以外の者も医療区分Ⅱと同様に食費260円、居住費0円に軽減 ●経過措置として、3年間、既認定者は食費・居住費の 1/2公費助成(実質、食費は130円)
平成28年4月～		入院時の食費の引上げ (一般所得:260円→360円)	●難病患者は食費260円に据え置き ※28年度診療報酬改定により、医療区分Ⅱの「その他指定難病」に56疾病以外の難病患者も含まれる。
平成30年1月～	※既認定者の経過措置終了		●既認定者の食費は実質130円→260円
平成30年4月～		入院時の食費の引上げ (一般所得:360円→460円)	●難病患者は食費260円に据え置き

難病の患者の自己負担額の比較

指定難病医療費助成制度

特定疾患治療研究事業 (旧事業) (単位:円)		
自己負担割合: 3割		
	外来	入院
重症患者 (81,418人、10.4%) (※3)	0	0
A階層 (186,421人、23.8%) 市町村民税非課税	0	0
B階層 (~年収165万) (115,504人、14.7%)	2,250	4,500
C階層 (~年収180万) (19,236人、2.5%)	3,450	6,900
D階層 (~年収220万) (36,399人、4.6%)	4,250	8,500
E階層 (~年収300万) (88,076人、11.2%)	5,500	11,000
F階層 (~年収400万) (75,059人、9.6%)	9,350	18,700
G階層 (年収400万~) (181,762人、23.2%)	11,550	23,100
食費: 負担限度額内で自己負担		

難病療養継続者(H29.12.31まで) (単位:円)			
自己負担割合: 2割			
軽症者も 助成対象	外来+入院		
	一般	特定疾患 治療研究 事業の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者
低所得 I 市町村民税非課税 (~本人年収80万)	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税非課税 (本人年収80万超~)	5,000		
一般所得 I 市町村民税課税以上 7.1万未満 (年収約160~約370万)	5,000	5,000	1,000
	一般所得 II 市町村民税 7.1万以上 25.1万未満 (年収約370~約810万)		
上位所得 市町村民税 25.1万以上 (年収約810万~)	20,000		
食費: 1/2を自己負担			

原則(※1) (単位:円)			
自己負担割合: 2割			
軽症者(※2) は助成対象外	外来+入院		
	一般	高額 かつ 長期	人工 呼吸器等 装着者
低所得 I 市町村民税非課税 (~本人年収80万)	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税非課税 (本人年収80万超~)	5,000	5,000	
一般所得 I 市町村民税課税以上 7.1万未満 (年収約160~約370万)	10,000	5,000	1,000
	一般所得 II 市町村民税 7.1万以上 25.1万未満 (年収約370~約810万)	20,000	
上位所得 市町村民税 25.1万以上 (年収約810万~)	30,000	20,000	
食費: 全額自己負担			

【参考】障害者医療費助成制 度 (更生医療) (単位:円)		
自己負担割合: 1割		
	外来+入院	
	一般	重度 かつ 継続
低所得 I 市町村民税 非課税 (~本人年収80万)	2,500	2,500
低所得 II 市町村民税 非課税 (本人年収80万1~)	5,000	5,000
中間所得 I 市町村民税 課税以上 3万3千円未満	医療保険に おける高額 療養費の自 己負担限度 額	5,000
中間所得 II 市町村民税 3万3千円以上 23万5千円未満		10,000
一定所得 市町村民税 23万5千円以上	自立支援医 療の対象外 (医療保険に よる給付) 例: 83,400 (多数回該当)	20,000
食費: 全額自己負担		

(参考)健康保険における入院時の食費
・一般世帯: 260円/食(この他、所得等に応じ210円、160円、100円)

※1 難病療養継続者以外の認定患者については、原則の負担限度額が適用される。
 ※2 症状の程度が重症度分類等で一定以上に該当しない者(経過措置期間中は医療費助成の対象となるが、経過措置終了後は高額な医療費が継続して必要な患者を除き、医療費助成の対象外)。
 ※3 ()内の数値は、平成23年度における受給者数及び全受給者(783,875人)に対する構成割合。

療養病棟における医療区分について

○ 療養病棟における医療の必要性を表す診療報酬上の指標として医療区分がある。

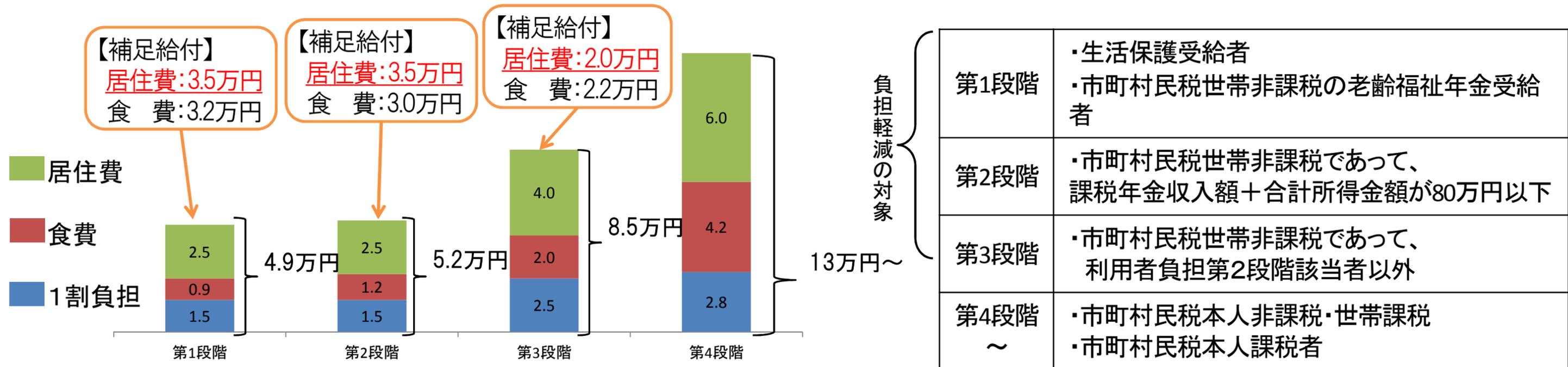
高い ↑ 医療の必要性 ↓ 低い	医療区分3	<p>【疾患・状態】 食費・居住費は、全額公費負担(特定疾患治療研究事業) ・スモン → 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</p> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室におけるケア ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態)
	医療区分2	<p>【疾患・状態】 難病法における指定難病</p> <p>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症/視神経脊髄炎 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病 ・その他の指定難病 ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾病(COPD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・せん妄 ・うつ状態 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のも の)
	医療区分1	医療区分2、3に該当しない者

食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

平成27年8月施行
(一部平成28年8月)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



(※) 認定者数: 119万人、給付費: 3338億円 [平成26年度]

<要件の見直し>

① 預貯金等

一定額超の預貯金等 (単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超) がある場合には、対象外。 → 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ (加算金) を設ける

② 配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③ 非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金 (遺族年金・障害年金) も勘案する

①、②: 平成27年8月施行、③: 平成28年8月施行

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。

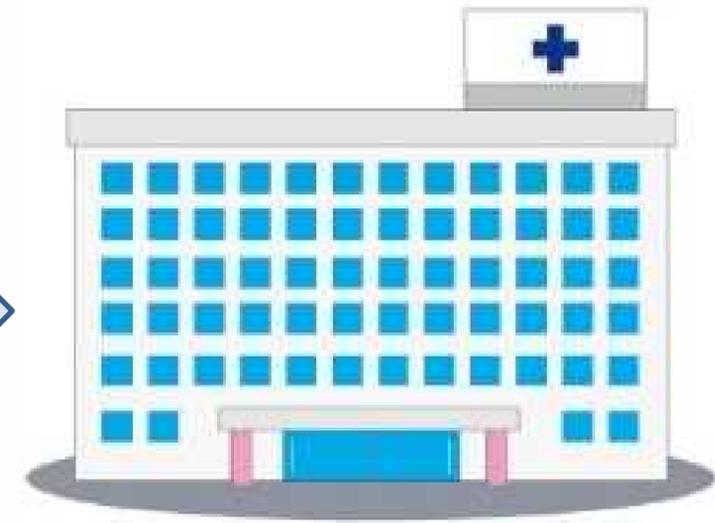


患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等

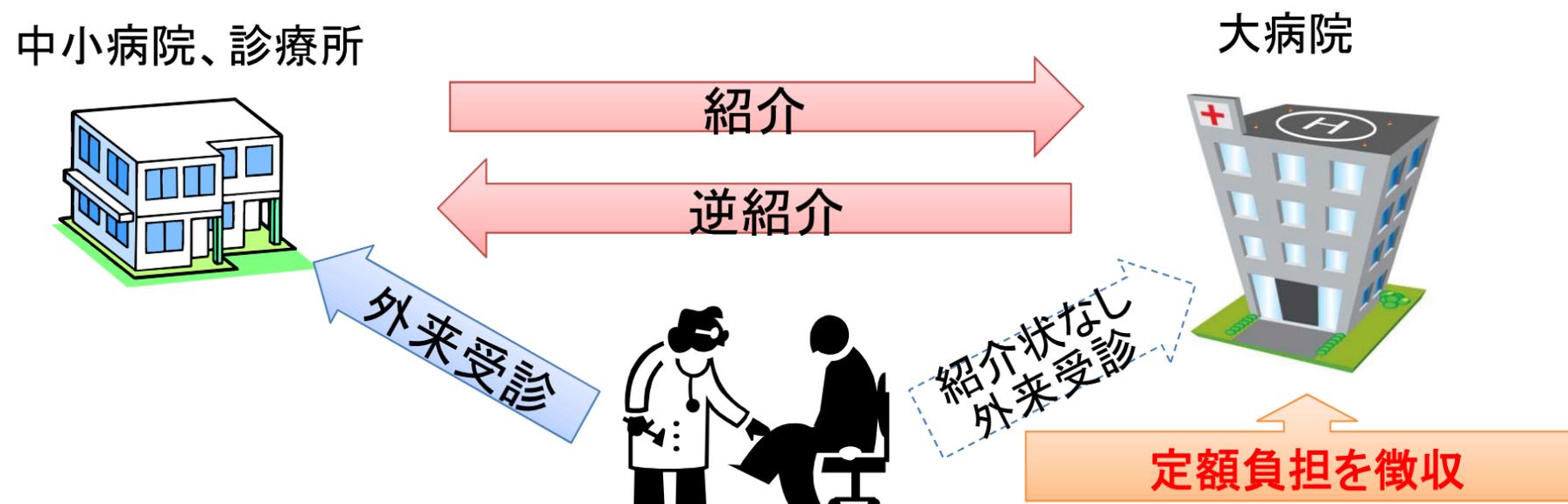


専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500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
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



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、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

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。

一般用医薬品と医療用医薬品の違い

		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。 ○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。 ○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： 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。	（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))

平成29年度 厚生労働省予算案（一般会計）の全体像

(28年度予算額)
30兆3,110億円



(29年度予算案)
30兆6,873億円

(対28年度増額)
(+3,763億円)

一般会計

(単位:億円)

区分	平成28年度 予算額 (A)	平成29年度 予算案 (B)	増△減額 (C) (B) - (A)	増△減率 (C) / (A)
一般会計	303,110	306,873	3,763	1.2%
社会保障関係費	298,631	302,483	3,852	1.3%
その他の経費	4,478	4,390	△89	△2.0%

(注1) 平成28年度予算額は当初予算額である。

(注2) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

【参考】

社会保障関係費 (政府全体)	319,738	324,735	4,997	1.6%
-------------------	---------	---------	-------	------

平成29年度 厚生労働省予算案（一般会計） 社会保障関係費の内訳

【平成28年度予算額と平成29年度予算案の社会保障関係費の比較】

（単位：億円）

	平成28年度 予算額 (A)	平成29年度 予算案 (B)	増△減額 (C) (B) - (A)	増△減率 (C) / (A)
社会保障 関係費	298,631	302,483	3,852	1.3%
年金	112,498	114,249	1,751	1.6%
医療	115,438	117,685	2,247	1.9%
介護	29,323	30,130	807	2.8%
福祉等	39,667	39,986	318	0.8%
雇用	1,704	433	△1,271	△74.6%

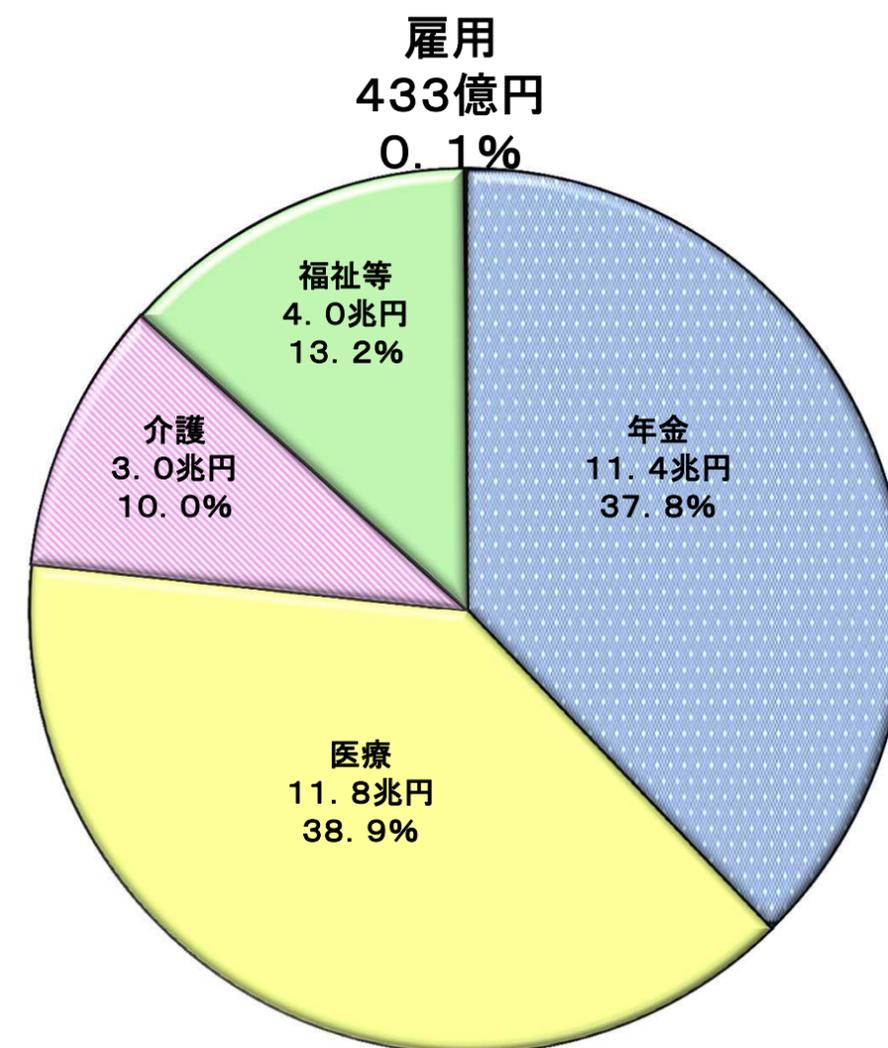
[計数整理の結果、異動を生ずることがある。]

(注1) 平成28年度予算額は当初予算額である。

(注2) 計数は、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計と合致しないものがある。

(注3) 社会保障関係費のうち雇用分の主な減要因は、雇用保険の国庫負担率について、平成29年度から平成31年度の3年間に限り、本則の55%から本則の10%へ引き下げることによるもの。

【平成29年度予算案の社会保障関係費の内訳】



最近の社会保障関係費の伸びについて

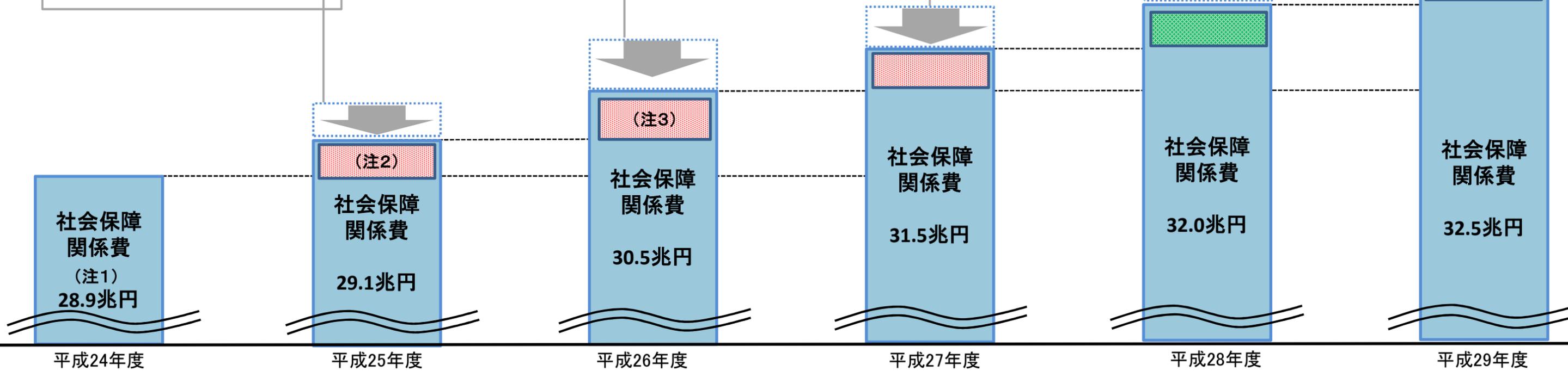
制度改正による減(平成25年度)
計: **▲1200億円**
・生活保護の適正化(▲1200億円)
※平成27年度までの効果額を含む。

制度改正による減(平成26年度)
計: **▲1700億円**
＜主なもの＞
・薬価改定(▲1300億円)
・「7対1入院基本料」算定病床の要件の厳格化(▲200億円)

制度改正による減(平成27年度)
計: **▲1700億円**
＜主なもの＞
・介護報酬改定(適正化分)(▲1130億円)
・協会けんぽ国庫補助の見直し(▲460億円)

制度改正による減(平成28年度)
計: **▲1700億円**
・薬価改定等(▲1500億円)
・協会けんぽ国庫補助の見直し(▲200億円)

制度改正による減(平成29年度)
計: **▲1400億円**
＜主なもの＞
・オプジーボ薬価引き下げ(▲200億円)
・高額療養費の見直し(▲220億円)
・後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し(▲190億円)
・介護納付金の総報酬割の導入(▲440億円)
・協会けんぽ国庫補助の見直し(▲320億円)



部分が、社会保障の充実等を除く25～27年度の
実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、28年度、29年度の
実質的な伸びであり、年+0.5兆円程度

(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。
 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。
 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。