

入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し

【論点】

○ 入院時の生活療養費について、療養病床のうち65歳以上の医療区分Ⅰに該当する患者（一般所得）以外については自己負担がない。

○ 「地域完結型」の医療に向け、病状に見合った医療・介護・在宅療養等の切れ目ない提供体制が求められる中、どの施設等であっても公平な光熱水費負担を求めていく必要。

※ 生活療養費は一日当たりで定められ、長期療養者も日数に応じて負担している中、公平性の観点から、より短期間の入院者についても、日数に応じた負担を求めるべき。

(参考) 27年度医療保険制度改革において、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める見直しを実施。

在宅療養	65歳以上医療区分Ⅰの療養病床（一般所得）	一般病床 医療区分Ⅱ・Ⅲの療養病床（一般所得）	介護保険施設（老健・療養病床（多床室））補足給付における基準費用額	介護保険施設（特養（多床室））補足給付における基準費用額
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 居住費 (光熱水費) 約370円 (注) </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 居住費 (光熱水費) 320円 </div>	居住費 0円	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 居住費 (光熱水費) 370円 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 居住費 光熱水費 室料 840円 </div>
食費（食材費・調理費）については、在宅療養でも負担する費用として、施設によらずに1,380円/日を負担。				

(注) 平成25年家計調査（高齢者のいる世帯）：約370円（11,215円/月）

【改革の方向性】（案）

○ 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めていくべき。

【論点】

- 26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の算定は広がらず、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。
- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について一定の追加負担は必要なのではないか。

＜制度のイメージ＞

- ① 他の医療機関を含めた受診状況等の把握、必要に応じた専門医療機関の紹介・連携、継続的かつ全人的な医療の提供※1など、一定の要件を満たす診療所等※2について、患者が「かかりつけ医」として指定（保険者に登録）。

※1 総合診療医の養成・定着が進むまでの経過措置として、耳鼻科や眼科など特定の診療科については、予め「かかりつけ医」と相談のうえ指定する他の医療機関での診療を可能とする（定額負担も免除）。

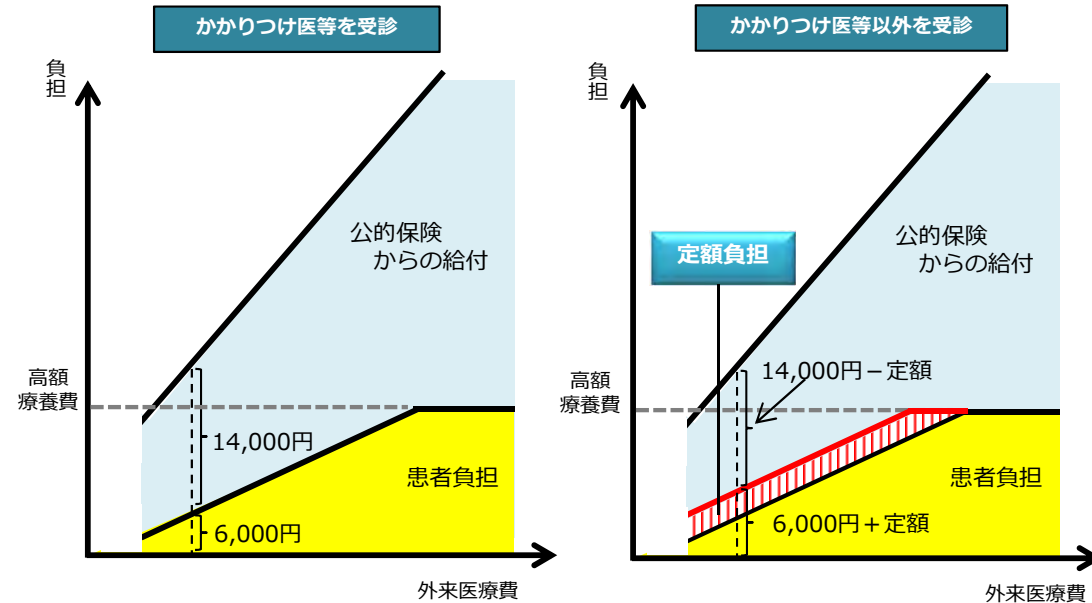
※2 特定疾病の有無・年齢要件は問わず、24時間対応等も求めないなど、診療報酬で評価される地域包括診療料等とは異なり、「かかりつけ医」の要件は緩やかに設定。

- ② この「かかりつけ医」以外の医療機関を、紹介状なしで受診する場合には、定額を負担（高額療養費の対象）。その際、他の診療所を受診した場合には低額とし、病院を受診した場合には、病院の規模に応じて、より高額の負担を求める（外来患者が増えると病院の収入が増える「選定療養の義務化」の仕組みも、あわせて見直し）。

	かかりつけ医	他の診療所	病院
定額負担	なし	日常負担できる低額 (一部経過措置あり)	規模に応じて設定 (大規模病院ほど高額)

$$\text{外来医療費} = \text{初診料 (2,820円)} + \text{検査} + \text{画像診断} + \text{処置} + \text{薬剤 (処方費、医薬品費)}$$

外来医療費20,000円の場合



小児科かかりつけ診療料(抜粋)

「小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。」

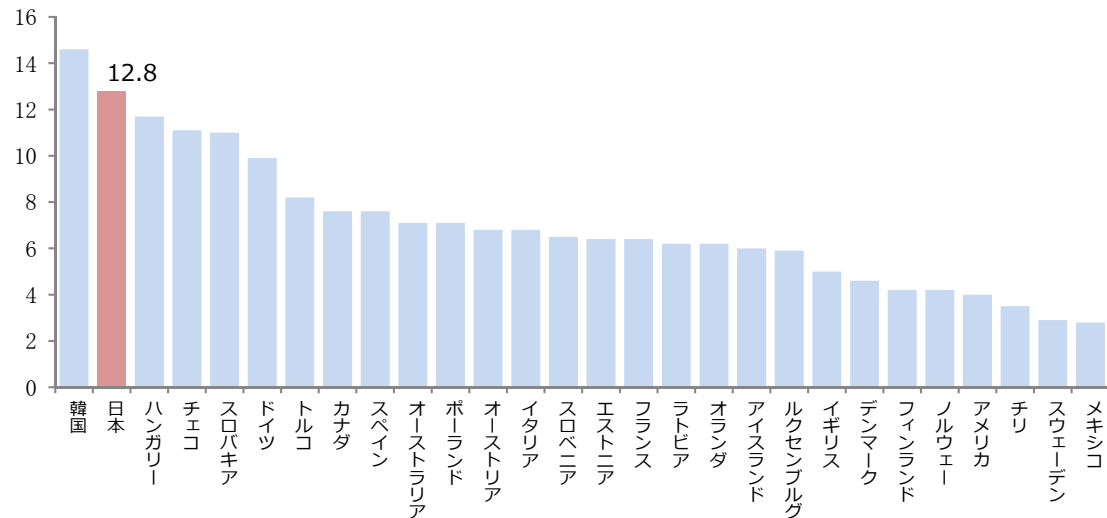
「小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う。(中略)
 (イ)他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
 (ウ)患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる。」

(出所)診療報酬点数表

【改革の方向性】 (案)

- 「かかりつけ医」を普及させつつ、外来の機能分化を進めていくため、一定の要件を満たす「かかりつけ医」以外を受診した場合の受診時定額負担（診療所は低額とし、病院は規模に応じてより高額を設定）を導入すべき。

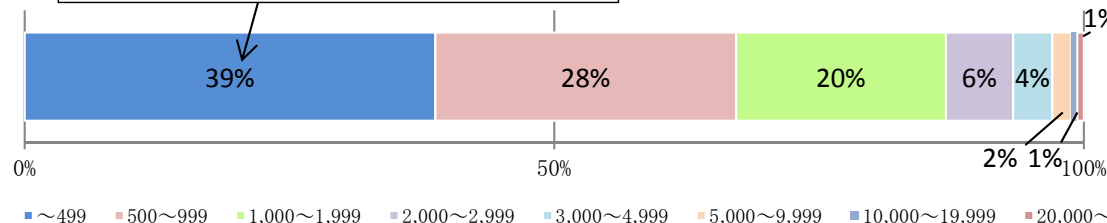
◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2013年)



(注) イギリスは2009年、アメリカは2010年のデータ (出所) OECD Health Data 2015, OECD Stat Extracts

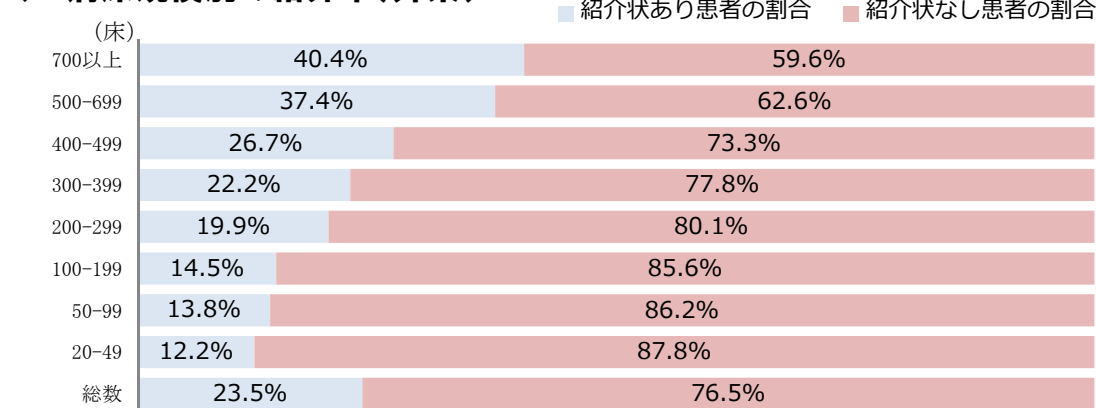
◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布

1件当たり医療費5千円未満が約4割



(出所) 平成26年医療給付実態調査を基に作成

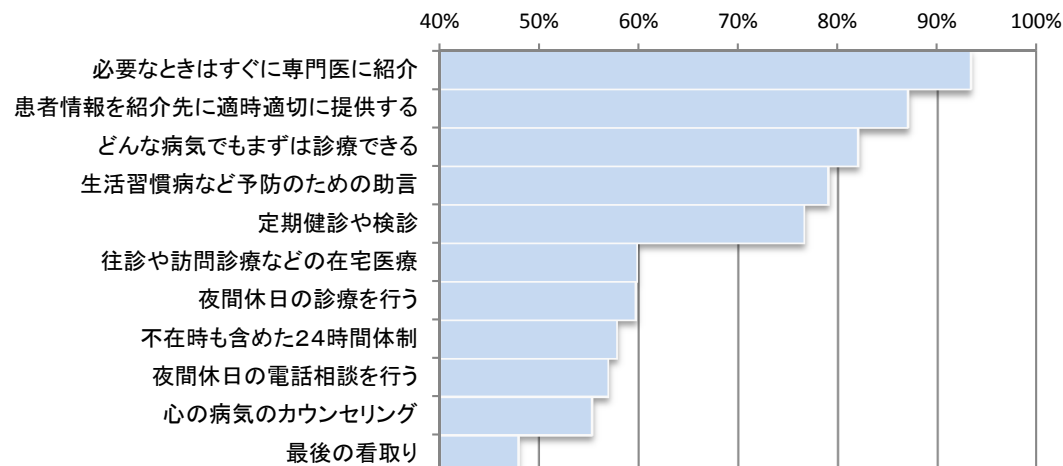
◆ 病床規模別の紹介率(外来)



(出所) 平成26年患者調査を基に作成

◆ かかりつけ医に望む事項

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか

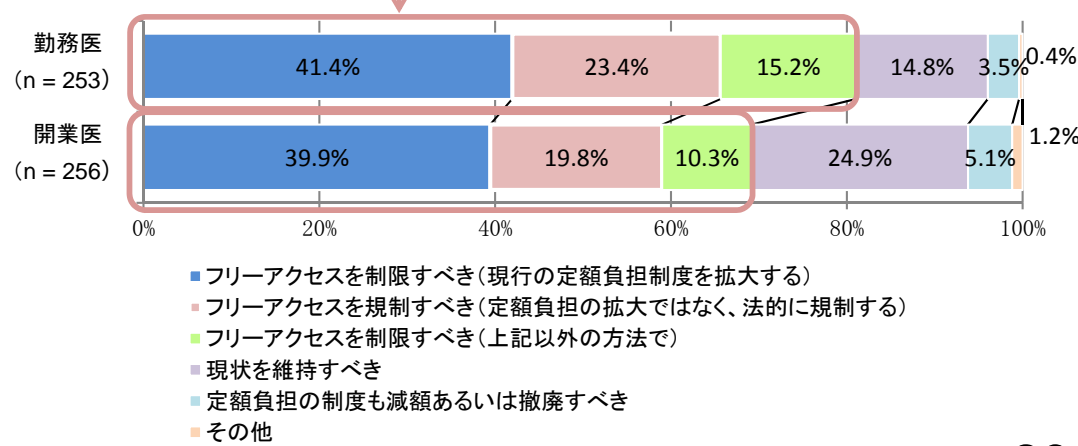


(出所) 「第5回 日本の医療に関する意識調査」
(平成27年1月28日 日本医師会総合政策研究機構)

◆ フリーアクセスは制限すべきか?

Q この4月から、特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしの初診の際は5000円以上の定額負担が義務化されました(以下、定額負担制度)。これまで、日本の医療ではフリーアクセスが基本になってきましたが、医療費抑制のためにかかりつけ医制度を促進し、フリーアクセスを制限すべきとの意見も聞かれるようになりました。今後、医療へのアクセスについて、先生はどのように考えますか。

勤務医の8割強、開業医の7割が「何らかのフリーアクセス制限が必要」との考え方を支持



(出所) 2016年8月6日 m3.com「医療維新」より

(参考2) 保健医療2035提言書(抄)

(「かかりつけ医」に関する記述；平成27年6月「保健医療2035」策定懇談会)

5. ビジョン実現のためのガバナンス

我が国の医療提供体制は、患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスと、民間主体の医療提供者が自由に開業し診療科を標榜できる自由開業制・標榜制に特徴づけられてきた。医療に対する患者のアクセスを十分確保しつつ、今後は、地域のかかりつけ医が身近なコーディネーターとして患者や社会を支えていく必要がある。

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」

i) より良い医療をより安く享受できる

- ③ 医療機関や治療法の患者による選択とその実現を支援する体制を強化する
- ・自らが受ける医療の選択の際には、地域のかかりつけ医や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。

ii) 地域主体の保健医療に再編する

- ③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する
- ・高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加し、医療技術の複雑化、専門化が進む中、身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立する。これにより、患者はかかりつけ医から全人的な医療サービスを受けることができ、また適切な医療機関の選択を可能とする。
 - ・このためには、総合的な診療を行うことができるかかりつけ医のさらなる育成が必須であり、今後10年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
 - ・総合的に医学的管理を行っている地域のかかりつけ医が行う診療については、包括的な評価を行う。特に、高齢者と子どもについては、かかりつけ医が重要であり、かかりつけ医をもつことを普及させる。このため、総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。これにより、過剰受診や過剰投薬の是正等の効果も考えられる。

(2) 「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

- ① 自ら最適な医療の選択に参加・協働する
- ・また、2035年には死者が毎年160万人を上回る時代であることを踏まえると、「死」の在り方(quality of death)について、一人ひとりが考え、選択することも必要となる。特に終末期(人生の最終段階)について、意思能力のあるうちに事前指示(advance directive)として、自らの希望する医療やケア、療養場所に関して選択や意思表示をできるようにするといった、quality of deathの向上のための取組(望まない医療を受けないことや在宅療養の選択等)を進める。また、そのための啓発・教育活動を保険者や自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する。

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

(4) 次世代型の保健医療人材

今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOCなどICTの活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

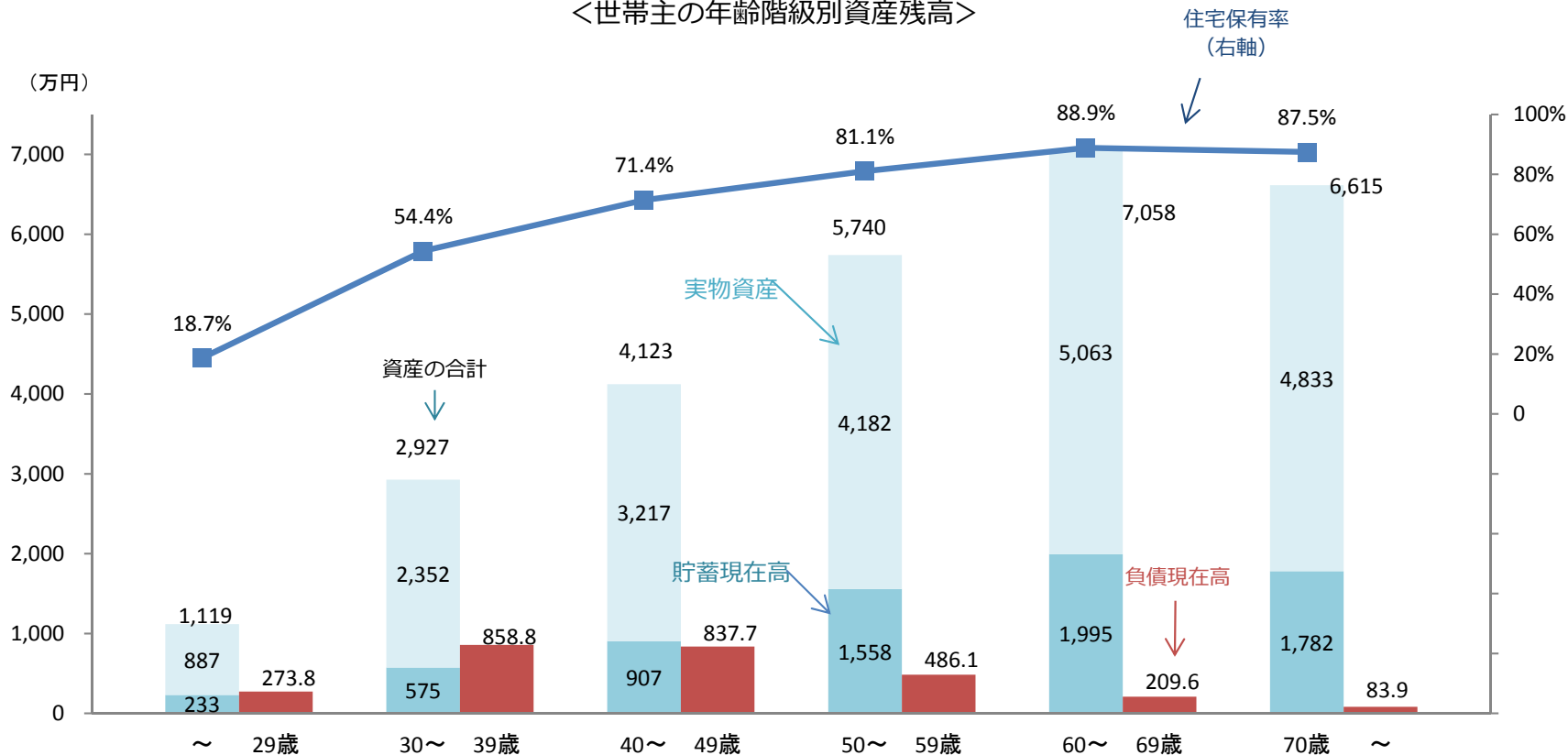
地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

【論点】

- 高齢者は、現役と比べて、平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が成立（公布日(H27.9.9)から3年以内に施行予定）。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査
 (注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

【改革の方向性】 (案)

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方

【論点】

- 高額・有用な医薬品など「医療の高度化」を公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していく観点から、小さなリスク（少額の負担）には自ら対応すること（セルフメディケーション）が重要。

現状では、市販品と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されれば、より低い自己負担で購入が可能であるため、風邪や腰痛などを市販薬で治す方が、すぐに医療機関を受診するよりも経済的な負担が大きい。

- 今年度からスイッチOTCの購入費用に係る税制措置が創設されたが、こうした医療用医薬品の負担のあり方についてもあわせて見直す必要があるのではないか。

＜セルフメディケーション税制＞※厚生労働省要望により創設
 特定健診等を受診する者がスイッチOTC医薬品（※）を購入した場合、年間1.2万円を超える額を所得控除可能（上限あり）。
 ※ スイッチOTCであるかぜ薬、胃腸薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬（湿布）など、合計1,500種類以上の医薬品が指定。

- OTC医薬品のなかでも、例えば、第2類・第3類医薬品となっているものは、副作用等のリスクが大きいこと等から、販売方法への制限も緩やかであり、セルフメディケーションにより対応がより推進されるべきもの。

こうしたOTC医薬品と類似の医療用医薬品の医療保険における取扱いについて、OTC医薬品を購入した場合との負担のバランスも含め見直すべき。

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

薬局 OTC医薬品		医療機関 医療用医薬品			
銘柄	価格	銘柄	薬価	3割負担 (現役)	1割負担 (高齢者)
湿布A（第2類）	980円	湿布AA	120円	36円	12円
うがい薬B（第3類）	626円	うがい薬BB	160円	48円	16円
漢方薬C（第2類）	1,296円	漢方薬CC	170円	51円	17円
目薬D（第2類）	1,317円	目薬DD	1,330円	399円	133円
胃薬E（第1類）	1,706円	胃薬EE	300円	90円	30円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合には留意が必要。
 ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
 ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。C

セルフメディケーションによる使用のための医薬品の薬事審査ガイドライン（仮訳/抜粋）
 （WHO 2000）

セルフメディケーションが保健医療システムにおいて重要な位置を占めることが幅広く認識されるようになってきた。

こうした見方の背景には、個人は自分自身の健康を維持する責任があるという考え方や、軽微な疾病に対する専門的治療がしばしば不必要であるとの認識がある。

	医療用医薬品	第1類医薬品	第2・3類医薬品
対応者	薬剤師 医師の処方必要	薬剤師	薬剤師/登録販売者
販売方法	対面	対面/ネット※	対面/ネット※
情報提供	義務	義務	2類は努力義務

※ OTC医薬品のうちスイッチ直後品目は要指導医薬品として対面販売の対象（原則3年で一般用医薬品に移行）

【改革の方向性】（案）

- 例えば第2類・第3類となっているものなど、長らく市販品として定着しているOTC医薬品に類似する医療用医薬品は、①保険給付の対象から外すこととするか、②保険給付として残すのであれば、OTC医薬品を購入した場合との負担のバランスの観点から、一定の追加的な自己負担を求めることとすべき。あわせて、医療用医薬品のうち安全性など一定の要件を満たすものは自動的に市販品として販売可能となるよう、スイッチOTC化のルールを明確化すべき。

〔参考〕医薬品に係る保険償還率のあり方について

- フランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じ、段階的な自己負担割合（保険償還率）が設定されているほか、ドイツと同様、参照価格（償還限度額）制度が採用されている。また、スウェーデン等においては、医薬品の種類にかかわらず、一定額以下は全額自己負担とされているなど、相応の自己負担を求める枠組みが採用されている。
- 我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用の観点等から、諸外国の制度も踏まえ、医薬品に係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることが検討すべきではないか。

【薬剤に係る自己負担についての国際比較】

	制度類型	薬剤に係る自己負担	(参考) 国民負担率
日本	社会保険方式 ※ 1	・原則3割 (義務教育就学前：2割、70～74歳：2割、75歳以上：1割)	43.4% (2015年度)
ドイツ	社会保険方式 ※ 2	・10%定率負担(各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ) (注) 参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	52.2% (2012年)
フランス	社会保険方式 ※ 1	・以下を加重平均した自己負担率：34% - 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% - 一般薬剤：35% - 胃薬等：70% - 有用度の低いと判断された薬剤：85% - ビタミン剤や強壮剤：100% (注) 参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	65.7% (2012年)
スウェーデン	税方式 ※ 3	・900クローナまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定 (注) 上限は年間2,200クローナ	56.1% (2012年)
イギリス	税方式 ※ 3	・処方1件：8.05ポンド(高齢者、低所得者、妊婦等については免除あり)	46.7% (2012年)
アメリカ	社会保険方式 ※ 4	・保険の種類や契約内容等に応じ相違 (注) メディケア(任意加入)の場合 - 310ドルまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定	31.1% (2012年)

(※ 1) 国民皆保険 (※ 2) 国民の約87%が加入 (※ 3) 全居住者を対象
 (※ 4) 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
 (出所) 厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」「第47回社会保障審議会医療保険部会資料」、医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」等より作成