

IV 参 考 資 料

1 国民医療費増減率の要因別内訳の年次推移

(単位：％)

	増減率	要 因			
		診療報酬改定 及び薬価基準 改定による影響	人口増	人口高 齢化	その他
昭和60年度 (1985)	6.1	1.2	0.7	1.2	3.0
61 ('86)	6.6	0.7	0.5	1.2	4.1
62 ('87)	5.9	—	0.5	1.2	4.1
63 ('88)	3.8	0.5	0.4	1.3	1.6
平成元年度 ('89)	5.2	0.76	0.4	1.3	2.7
2 ('90)	4.5	1.0	0.3	1.6	1.5
3 ('91)	5.9	—	0.3	1.5	4.0
4 ('92)	7.6	2.5	0.3	1.6	3.0
5 ('93)	3.8	0.0	0.3	1.5	2.0
6 ('94)	5.9	1.95	0.2	1.5	2.1
7 ('95)	4.5	0.75	0.4	1.6	1.7
8 ('96)	5.6	0.8	0.2	1.7	2.8
9 ('97)	1.6	0.38	0.2	1.7	△ 0.7
10 ('98)	2.3	△ 1.3	0.3	1.6	1.7
11 ('99)	3.8	—	0.2	1.7	1.8
12 (2000)	△ 1.8	0.2	0.2	1.7	△ 4.0
13 ('01)	3.2	—	0.3	1.6	1.3
14 ('02)	△ 0.5	△ 2.7	0.1	1.7	0.4
15 ('03)	1.9	—	0.1	1.6	0.2
16 ('04)	1.8	△ 1.0	0.1	1.5	1.2
17 ('05)	3.2	—	0.1	1.8	1.3
18 ('06)	△ 0.0	△ 3.16	0.0	1.3	1.8
19 ('07)	3.0	—	0.0	1.5	1.5
20 ('08)	2.0	△ 0.82	△ 0.1	1.3	1.5
21 ('09)	3.4	—	△ 0.1	1.4	2.2
22 ('10)	3.9	0.19	0.0	1.6	2.1
23 ('11)	3.1	—	△ 0.2	1.2	2.1
24 ('12)	1.6	0.004	△ 0.2	1.4	0.5

2 医療保険制度の沿革・点数表改定の年表

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和26年12月 (1951)	点数単価改定 甲地12.5円 乙地11.5円	昭和29年4月 (1954)	日雇労働者健康保険 医療給付費（療養の給付・療養費・家族療養費）に対し国庫負担1/10 健康保険 保険料率60/1000→65/1000
		30(' 55) 6	国民健康保険 療養給付費（療養の給付及び療養費の支給に関する費用額）に対し国庫補助を決定、2/10を下らないものとする 日雇労働者保険 給付期間0.5年→1年 歯科補綴を給付範囲に含める
		8	医薬分業の実施
		31(' 56) 4	原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行
		32(' 57) 3	国民皆保険推進本部を設置し、国民健康保険全国普及4か年計画を決定 健康保険 標準報酬額改定 日雇労働者健康保険 医療給付費に対し国庫負担10/100→15/100
		4	健康保険 一部負担（本人）初診時100円、入院時1日30円1か月を限度、国庫補助の明確化 日雇労働者健康保険 医療給付費に対し国庫負担15/100→25/100
33(' 58) 10	新点数表（甲表・乙表・歯科）を設定し、単価を10円とする 総医療費で8.5%引上げ	33(' 58) 4	児童福祉法改正により未熟児に養育医療の給付 国民健康保険法全文改正 市町村に設置義務、5割給付、療養給付費補助金20/100、財政調整交付金5/100
		5	日雇労働者健康保険 医療給付費に対し国庫負担25/100→30/100
		34(' 59) 1	健康保険 保険料率65/1000→63/1000 病院スト全国的に続発
36(' 61) 7	点数表改定 総医療費で12.5%引上げ 入院料・看護加算・往診料・歯科補綴料の特別引上げ、調剤報酬について他との均衡を図る	11月～36年春	国民健康保険が全国に普及し国民皆保険達成
12	点数表改定 総医療費で2.3%引上げ 乳幼児加算・特定疾患加算・深夜診察料加算・基準給食料の特別加算・処方箋料をそれぞれ新設	36(' 61) 4	日雇労働者健康保険 特別療養費支給
		6	日雇労働者健康保険 給付期間1年→2年
		7	国民健康保険 世帯主の結核・精神障害の給付を5割→7割 この給付に対し国庫補助20/100 結核予防法第35条（命令入所）の適用強化 精神衛生法第29条（措置入院）の国庫負担割合を50/100→80/100
		10	国民健康保険 療養の給付費に対する国庫補助を20/100→25/100
38(' 63) 9	地域差撤廃 乙地の診療報酬を甲地なみに引上げ、この結果、総医療費で3.7%引上げが見込まれる	37(' 62) 4	制限診療の緩和（抗生物質等使用基準の改正） 地方公務員共済組合法施行
		10	健康保険 給付期間3年→転帰まで 継続給付については3年→5年 国民健康保険 給付期間の制限撤廃 ただし、昭和40年3月31日まで経過措置として制限を認める
		12	国民健康保険 世帯主の給付率を5割→7割 調整交付金市町村の療養給付費見込額の5/100→10/100（ただし38年は8.8/100）
40(' 65) 1	点数表改定 総医療費で9.5%引上げ 初診時基本診療料・初診料・入院料関係及び歯科の充てん・インレー・補綴関係の点数引上げ 調剤報酬についても他との均衡を図る	38(' 63) 4	戦傷病者特別援護法施行
		10	国民健康保険 4ヶ年計画で世帯員の給付率を5割→7割（開始） 国民健康保険 療養の給付範囲制限撤廃 精神衛生法第32条により「通院医療」が実施
		4	
		10	

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和40年11月 (1965)	薬価基準の全面改定 総医療費の4.5%薬価引下げを行い、このうち約3%を医師の技術料にふりかえた 乳幼児入院加算・時間外麻酔加算を新設、乳幼児初診加算・特定疾患加算・深夜診療加算・写真診断料を上げた 調剤報酬についても他との均衡を図った	昭和41年4月 (1966)	健康保険 標準報酬上限の引上げ、保険料率を63/1000→65/1000
42(’67)10 12	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して10.2%引下げ 点数表改定 医科7.68%、歯科12.65%の引上げ 主なものとしては、入院料(14%)、手術料(80%)の引上げ及び歯科材料技術料部分の分離 療養担当規則改正、乙表における注射及び措置で、薬の使用に伴う技術料加算の廃止、処方料の適正化	6 42(’67)8 9 10 12 43(’68)1 4	国民健康保険 療養給付費国庫補助を市町村25/100→40/100 国保組合25/100 調整交付金 市町村10/100→5/100 健康保険特例法により保険料率65/1000→70/1000 健康保険特例法により一部負担(本人)初診時100円→200円、入院時1日30円→60円 健康保険特例法により外来投薬時一部負担(本人)を新設し、1日1剤15円の負担 地方公務員災害補償法施行 国民健康保険 世帯員7割給付完全実施 国立病院特別会計法改正 診療費の割引制度廃止
44(’69)1	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して5.6%引下げ	44(’69)9 12	健康保険法特例法廃止 保険料率70/1000、一部負担(本人)初診時200円、入院時1日60円、外来投薬時一部負担は廃止 公害にかかる健康被害の救済に関する特別措置法施行(医療については45年2月実施)
45(’70)2 8	点数表改定 医科8.77%、歯科9.73%の引上げ なお7月1日から医科をさらに0.97%引上げ、9.74%の引上げとなる 主なものとしては初診料、再診料、入院料等の引上げ、入院時医学管理料の新設、内科加算は甲表では廃止し、乙表では内科再診料とする歯科の手術料を約80%引上げ、歯冠修復及び欠損補綴について新項目を設ける 薬価基準の全面改定 薬剤費に対して3.0%の引下げ	45(’70)6	東京都老人医療費の給付を開始 日雇労働者健康保険 疑似適用廃止
47(’72)2 1	点数表改定 医科13.70%、歯科13.70%、薬局6.54%の引上げ 1 医科 初診料・処置・理学療法・精神病特殊療法・手術・麻酔等の技術料を重点的に上げるとともに、甲・乙一本化を促進し、診療報酬の適正化を行う ○乙表に慢性疾患指導料を新設 ○薬剤料の算定に関し平均薬価制を廃止 ○基準看護の特類を新設 ○入院料を室料、看護料等に分け、甲表の入院期間による点数差額は廃止 ○入院時医学管理料を病院・診療所(甲表では更に入院期間)別に区分けし、それぞれ引上げ 2 歯科 補綴時診断料、歯冠形成の区分を新設するとともに歯冠修復及び欠損補綴の区分の整理 3 薬局調剤 ○保険調剤における調剤報酬に調剤基本料を新設 ○自家製剤加算の対象剤型を拡大するとともに加算額を引上げ	46(’71)7 47(’72)4 5 10	日本医師会 保険医総辞退(1日～31日) 特定疾患治療研究事業費の開始 沖縄県の本土復帰に伴い国民健康保険法適用 身体障害者福祉法に内部障害適用を追加(これにより人工透析にも適用される)

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和47年 2 月 (1972)	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して3.9%引下げ	昭和48年 1 月 (1973)	老人福祉法により70歳以上の老人医療費無料化
49(' 74) 2	点数表改定 医科19.0%、歯科19.9%、薬局8.5%の引上げ	10	老人福祉法により65歳以上のねたきり者医療費無料化
	1 医科		健康保険 家族給付率 5 割→7 割給付、家族高額療養費新設（同一月、同一病院等からうけた家族療養費の患者負担限度額を 3 万円とする）標準報酬額を改定
	○再診料の引上げ、乙表における内科再診療の引上げを行うとともに、時間外加算、深夜引上げと休日加算の新設		保険料率70/1000→72/1000、国庫補助10/100
	○入院時医学管理料を重点に、看護料、室料等入院関係項目全般にわたり引上げ		保険料率が72/1000を越えるときは、その越える保険料率1/1000につき8/1000の補助率を上乗せ
	○身体障害者作業療法、精神科デイ・ケア等リハビリ関係項目の新設		日雇労働者健康保険 給付期間 2 年→3.5 年
	○処置、注射等甲・乙一本化の未実施項目等について措置		国民健康保険 高額療養費任意給付
	2 歯科	49(' 74) 3	政府管掌健康保険 48年度末累積赤字3,033億円棚上げ
	○初診料の引上げ、心身障害者加算等の新設のほか、歯科独自の技術料の引上げを行うとともに咬合採得、仮床試適の新設	5	レセプト一本化 5 月請求分から国保と老人医療の組み合わせ
	○医科と同一項目について、医科の場合に準じて改正	9	公害健康被害補償法施行
	3 薬局調剤	11	レセプト一本化 11月請求分から国保と老人医療以外の組み合わせ
	調剤基本料、調剤料の引上げ		健康保険 保険料率72/1000→76/1000 国庫補助10/100→132/1000いずれも調整規定適用による
10	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して3.4%の引下げ（抗生物質製剤等の再評価による削除を含む）		
	点数表改定 医科16.0%、歯科16.2%、薬局6.6%の引上げ		
	1 医科		
	○再診料、検査料、手術料等について引上げを行い、特に高度な技術を要する手術及び検査並びに往診料、処方せん料等について大幅な引上げ		
	○入院料については看護料、入院時医学管理料、室料、給食料等全般について引上げを行うほか特二類看護を新設		
	2 歯科		
	○初診時基本診療用、処置及び手術料、歯冠修復及び補綴料、理学療法料等について引上げを行うとともに、吸入鎮静法等の新設		
	○その他医科と同一項目について、医科の場合に準じて改正		
	3 薬局調剤		
	調剤基本料、内科薬剤料の引上げ		

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和50年 1 月 (1975)	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して1.55%の引下げ（精神神経用剤等の再評価に伴う削除を含む）	昭和50年 1 月 (1975)	日雇労働者健康保険 家族給付率5割→7割、家族高額療養費（患者負担限度額3万円）給付期間3.5年→5年へ
51(’76) 4	点数料改定 医科9.0%、薬局4.9%引上げ	10	国民健康保険 高額療養費法定給付、診療報酬全国決済制度実施（ただし一部従来通り）
	1 医科 ○初診料、時間外加算、レントゲン診断料、注射料等について引上げを行い、検査料、処置及び手術料について項目の新設 ○入院料については、室料、看護料、給食料等全般について引き上げたほか、病衣加算を新設	51(’76) 7	健康保険 標準報酬額改定 歯科差額徴収制度は7月31日をもって廃止 該当診療は8月1日からは保険外診療となる
	2 薬局調剤 調剤基本料、内服薬剤料の引上げ	8	家族高額療養費 患者負担限度額3万円→3.9万円
8	点数表改定 歯科9.6%引上げ 初診料、時間外加算 歯冠修復及び欠損補綴等について引上げ、その他医科と同一項目については51.4.1の改正に準じた	10	健康保険 保険料率76/1000→78/1000 国庫補助132/1000→148/1000 いずれも調整規定適用
		11	レセプト一本化 11月請求分より政管・組合・日雇・船保と公費の組み合わせの場合
53(’78) 2	点数表改正 医科11.5%、歯科12.7%、薬局5.6%の引上げ 薬剤費引き下げを含めた実質ベースでは医科9.3%、歯科12.5%、薬局1.6%の引上げ	52(’77) 2	予防接種による健康被害救済措置実施
	1 医科 ○診察料、検査料、レントゲン診断料、理学療法料、精神病特殊療法料、処置及び手術料、麻酔料等について引上げるとともに、コンピューター断層撮影、腎移植術等の開発技術等の導入、人工透析の再評価等を行う ○入院料については、最近のいわゆる保険外負担問題の改善を図るための関連項目の重点的な引上げ及び医療食加算、特定集中治療室管理加算二類特別加算を新設	53(’78) 1	健康保険 標準報酬額改定 特別保険料を臨時措置として新設（賞与の1%、当面の間被保険者負担分の2/5を免除し、この額を国庫補助とする） 一部負担（本人）初診時200円→600円、入院時60円→200円
	2 歯科 根管治療等歯内療法、歯冠修復、欠損補綴等を中心に引上げるとともに、4歳未満の乳幼児の診療に対する加算の新設、材料差額制度の一部実施 従来の保健給付外診療の保険導入を行う その他医科と同一項目について、医科の場合と同様の改正	2	健康保険 保険料率78/1000→80/1000 国庫補助148/1000→164/1000 いずれも調整規定適用
	3 薬局調剤 調剤基本料、調剤料、自家製剤加算、内服薬計量混合加算の対象製剤に湯剤を新設 薬価基準の全面改定 薬剤費に対して5.8%の引下げ、銘柄別薬価収載方式を適用	4	国民健康保険 国保組合に対し療養給付費の40/100に相当する額に達するまでの範囲国庫補助 国民健康保険 保健婦が市町村へ移管
56(’81) 6	点数表改定 医科8.4%、歯科5.9%、薬局3.8%、平均8.1%引上げ 薬剤費引下げを含めた実質ベースでは平均2.0%の引上げとなり、更に材料費等の引下げを含めると実質1.4%の引上げとなる	54(’79) 10	医薬品副作用被害救済基金法施行（給付開始は55年4月以降）
		56(’81) 3	健康保険 保険料率80/1000→84/1000 家族給付率 入院7割→8割へ 一部負担（本人）初診時600円→800円、入院時1日200円→500円 国庫補助164/1000～200/1000の範囲内で政令で定める割合（調整規定廃止）、ただし当分の間164/1000 家族高額療養費 市町村民税非課税者（本人・家族）に対しては限度額を1万5千円とする

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和56年 6 月 (1981)	<p>1 医科 技術料重視の観点から初診料等の診察料、入院時医学管理料の引上げを図ったほか、手術料については約40%引上げ腹水濾過濃縮再静注法等の新開発技術を導入する一方、人口腎臓について物と技術の分離を行う 更に、リハビリテーション関連を中心に大幅な引上げを図り理学療法科を約80%引上げ プライマリーケアの充実等のため慢性疾患指導管理料、開発型病院共同指導料その他の管理料の大幅引上げ・新設を行った このほか、検査料関係については全面的な見直しを行ったほか、インシュリン製剤及びヒト成長ホルモン剤の自己注射を導入 保険外負担の解消を図るため、重傷者について室料特別加算、看護特別加算を創設し、差額ベッド問題、付添看護問題に対処</p> <p>2 歯科 歯科独自の技術料である処置のうちの欠損補綴等を中心に改善を図ったほか、心身障害者の歯科医療の確保を図るため著しく歯科診療の困難な心身障害者に対する診療に加算を新設するとともに4歳未満の乳幼児加算を6歳未満に上げた また、検査については、医科甲表により取り扱うこととし、歯科独自の検査を新設 その他医科と同一項目について、医科の場合と同様の改正</p> <p>3 薬局調剤 インシュリン製剤及びヒト成長ホルモン剤の自己注射の導入に伴い、新たな特定治療器材料の支給を認める その他、調剤基本料、自家製剤加算、計量混合調剤加算（従来、内服薬のみを対象にしていたが頓服薬も含めることにした）について引上げ 薬価基準の全面改定 薬剤費に対して18.6%の引下げ</p>	昭和56年10月 (1981)	<p>健康保険 標準報酬額改定</p> <p>11 健康保険 保険料率84/1000→85/1000（保険料調整規定の適用）</p>
58(' 83) 1	薬価基準の全面改定 薬剤費に対して4.9%の引下げ 90%バルクライン→実質81%バルクライン	57(' 82) 9	家族高額療養費 患者負担限度額 3.9万円→4.5万円（被保険者が市町村民税非課税者の場合は1.5万円）老人保健法が施行されるまでの間 70歳以上の者、ねたきり老人等は限度額を3.9万円とする 日雇労働者健康保険3.9万円
2	老人点数表の設定 これに伴い医科、歯科点数を微調整	10	厚生省「国民医療費適正総合対策推進本部」設置
59(' 84) 3	点数表改定 医科3.0%、歯科1.1%、調剤1.0%、平均2.8%引上げ 薬剤費引下げを含めた実質ベースでは平均2.3%の引下げ	58(' 83) 1	家族高額療養費 患者負担限度額 4.5万円→5.1万円
		2	老人保健法施行 一部負担（入院1日300円、2か月を限度、外来1月400円）
		59(' 84) 3	健康保険 保険料率85/1000→84/1000
		10	健康保険法改正 日雇労働者健康保険法の廃止、政府管掌健康保険に統合される 退職者医療制度の発足 給付率 本人8割、家族入院8割、入院外7割 被用者保険本人に一割自己負担導入

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和59年3月 (1984)	<p>1 医科 ○救命救急センターなど、救急医療の重点評価と、入院時医学管理料、入院料の引上げ ○プライマリケアの充実で、基礎的な技術料の引上げ、慢性疾患指導管理料の対象疾患の中で相談・指導に効果があると考えられる疾病について重点的に評価するとともに、緊急往診料の加算を新設 ○CAPDの在宅医療への導入、レーザーメスの対象手術についての加算の拡大、デジタルアンギオグラフィ（コンピュータ血管造影装置）の導入等の新医療技術の導入 ○在宅医療の推進と長期入院の是正</p> <p>2 歯科 歯冠修復及び欠損補綴技術料の引上げ、レジン表面滑沢硬化法の新設 薬価基準の全面改定 薬剤費に対して16.6%の引下げ</p>	昭和59年10月 (1984)	<p>高額療養費の改善 ・世帯合算による償還払い（自己負担額が月3万円以上の同一月のレセプトを同一世帯で合算し、合算額から5.1万円を控除した額） ・高額多数該当世帯の負担軽減（直近の12ヶ月間に合算により支給される高額療養費に係る療養が4回以上あった世帯について、4回目以降の患者負担限度額は3万円） ・市町村民税非課税者等に対しては合算基準額2.1万円、負担限度額3万円、多数該当の場合の負担限度額は2.1万円 ・長期間にわたっての高額な治療の自己負担限度額は1万円とし、越える部分は現物給付</p> <p>特定療養費制度の創設 健康保険 標準報酬額改定 国民健康保険の国庫補助率を医療費の45%から医療給付費の50%（医療費ベースで39%程度）に改定</p>
60(’85)3	<p>点数表改定 医科3.5%、歯科2.5%、調剤0.2%、平均3.3%引上げ 薬剤費引下げを含めた実質ベースでは平均1.2%引上げ</p>	60(’85)4	<p>生活保護法、精神衛生法29条（措置入院）等の国庫負担割合を80/100→70/100</p>
	<p>10</p>		<p>高度先進医療の実施</p>
61(’86)4	<p>1 医科 NMR（磁気共鳴CT）、経皮的冠動脈形成術、超音波メスなどの新医療技術の保険導入 技術料重視の面から、手術料の平均14%の引上げ、人工透析は4時間で区切り、4時間～5時間未満の点数引上げ、5時間以上の点数引下げ、その代わり導入期については加算を新設 処方料・処方せん料の包括化、乙表では入院時医学管理料に処方料を包括 オートマティックにできる多項目検査の引下げ 内視鏡検査、病理学的検査の引上げ 病院入院、診療所入院外を重点評価 病院と診療所の機能連携等を地域医療計画の中でつくるための誘導策の1つとして、診療情報提供料（入院患者紹介料の名称を変更）を新設</p> <p>2 歯科 診療報酬の合理化の観点から、再診料、歯内療法、歯冠修復の合理化を進める一方、技術料重視も合理化の線で行っている また歯槽膿漏指導管理料、乳幼児・学童、思春期・妊娠中の患者に対する歯科口腔衛生指導料を新設</p> <p>3 薬局調剤 調剤技術料における劇薬調剤加算の引上げ 点数表改定 医科2.5%、歯科1.5%、調剤0.3%、平均2.3%引上げ 薬剤費引下げ等を含めた実質ベースでは平均0.7%引上げ</p>	61(’86)3	<p>健康保険 保険料率84/1000→83/1000 任意継続被保険者については4月1日から（保険料率調整規定の適用による）</p>
	<p>1 医科 合理化と医業経営の安定を柱に①病院・診療所の機能別に評価 ②在宅医療の促進 ③長期入院・超過入院の是正 ④技術料の重視 ⑤高度先進医療の保険導入 ⑥検査料の合理化が行われた 老人診療報酬では、「より適切、効率的な老人診療報酬の改定」という観点から①在宅医療の促進 ②入院医療の適正化 ③老人病院にふさわしい診療報酬の設定</p>	5	<p>高額療養費 患者負担限度額5.1万円→5.4万円（市町村民税非課税者等の患者負担限度額は3万円の据え置き）</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
昭和61年4月 (1986)	2 歯科 ①技術料重視の診療報酬の確率 ②前装鋳造冠を保健給付へ導入 ③重度心身障害者等の歯科診療の確保 ④歯科材料価格基準の改正等による歯科材料の適正化 ⑤老人診療報酬の適正化	昭和62年1月 (1987)	老人保健法改正 ①一部負担 入院1日300円→400円無制限 入院外1月400円→800円(市町村民税非課税者等は据え置き) ②老人医療費拠出金加入者按分率の引上げ(44.7%→80%) 老人保健施設モデル事業を新設 「国民医療総合対策本部」設置
63('88)4	点数表改定 医科3.8%、調剤1.7%、平均3.4%引上げ 医科 良質で効率的な医療の確保の上から①診療所のプライマリケア機能、病院の高次機能の評価(高度専門病院への紹介外来制導入) ②長期入院の是正 ③在宅医療の推進(在宅医療の部の新設) ④検体検査全体の再編成 ⑤基本看護料の新設 ⑥高度医療技術の再評価が行われた	3 6 63('88)3 4 6 7	老人医療費拠出金加入者按分率90%となる 「国民医療総合対策本部」中間報告 公害健康被害補償法の第1種の地域指定を解除 「公害健康被害の補償等に関する法律」と改正 老人保健施設の開始 国民健康保険法一部改正 精神衛生法を精神保健法に改正
6 平成元年 ('89)	4 点数表改定 平均0.11%引上げ 薬価基準の引上げ2.4%を含めた実質ベースでは0.76%の引上げ(1989.4.1消費税の導入に伴う1か月分の在庫調整したもの) 消費税の導入に伴い、その円滑かつ適正な転嫁を確保する観点から、消費税の影響が明らかであると考えられる代表的な診療報酬点数について引上げを行った	平成元年 ('89)	4 生活保護法、精神保健法29条等の国庫負担割合を7/10→3/4として恒久化 6 高額療養費 患者負担限度額5.4万円→5.7万円(市町村民税非課税者等の患者負担限度額は3万円→3万1800円)
2('90)4	点数表改定 医科4.0%、歯科1.4%、調剤1.9%、平均3.7%の引上げとなっており、薬価基準の9.2%の引下げ(医療費ベースで2.7%)と併せて実質1.0%の引上げとなった 技術料重視の方針の下に診療報酬の合理化を図る見地から診療報酬の決定を行うとともに、医療機関の機能、特質に応じた評価、入院の適正化、在宅医療の推進、検査の適正化、老人医療の見直しを行った (老人診療報酬に特例許可老人病院入院医療管理料が新設された)	2('90)3 6 3('91)5 9	老人医療費拠出金加入者按分率が100%となる健康保険 保険料率83/1000→84/1000 国民健康保険法一部改正 高額療養費 患者負担限度額5.7万円→6万円(市町村民税非課税者等の患者負担限度額は3万1800円→3万3600円) 老人保健法の改正 1 老人訪問看護制度の新設 (4年4月) 2 介護に着目した公費負担割合の拡大 30%→50%(4年1月) 3 一部負担金の額の改正とスライド制の導入 (4年1月) 4 老人保健施設入所対象者の拡大 (4年1月) (65歳未満の初老期痴呆患者可)

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成4年4月 (1992)	<p>点数表の改定 医科5.4%、歯科2.7%、調剤1.9%、平均5.0%の引上げ、薬価基準の8.1%引下げ（医療費ベースで2.5%）と併せて実質2.5%の引上げとなった</p> <p>病院、診療所の評価の明確化、医療機関の機能、特質に応じた評価を行うとともに、基準看護の適正な評価等良質な看護サービスの安定化、効率的供給の確保に努める（甲、乙表二の差違の縮小）</p> <p>○薬価算定方式をパルクラインから加重平均方式に</p> <p>○肝炎の薬インターフェロン保険適用</p> <p>○白内障患者の眼内レンズ保険適用</p>	平成4年1月 (1992)	<p>老人医療費一部負担 入院 1日400円→600円 入院外 1月800円→900円</p> <p>4 健康保険法等の一部を改正する法律</p> <p>1 健康保険料率84/1000→82/1000 国庫補助率の引下げ164/1000→130/1000 （老人保健拠出金は164/1000で据え置き）</p> <p>2 標準報酬等級の上下限改定(10月) 下限 68,000円→ 80,000円 上限 710,000円→980,000円</p> <p>7 医療法の一部を改正する法律</p> <p>1 医療のめざすべき方向</p> <p>2 医療施設機能の体系化（1年以内） （特定機能病院、療養型病床群）</p> <p>3 医療に関する適切な情報提供（1年以内）</p> <p>4 業務委託の水準確保</p> <p>5 医療法人の業務範囲として疾病予防施設の明示</p> <p>看護婦等の人材確保の促進に関する法律</p> <p>1 厚生、労働、文部の三省が看護婦養成などの基本指針を策定する</p> <p>2 看護婦が一定配置基準より少ない病院に看護婦等確保推進者を置く</p>
5（'93）4	<p>点数表の改定</p> <p>4年7月の医療法改正により特定機能病院及び療養型病床群が制度化されたことを受け、これら施設の機能及び特性に応じ適切な評価を行うとともに、特定療養費制度の活用を図る</p>	5（'93）4	<p>国民健康保険法の一部を改正する法律</p> <p>1 国保財政安定化支援事業の制度化</p> <p>2 保険基盤安定制度にかかる国庫負担の変更 （1/2の定率負担から100億円の定額負担）</p> <p>老人医療費一部負担 入院 1日 600円→ 700円 入院外 1月 900円→1,000円</p> <p>5 高額療養費 患者負担限度額 6万円→6.3万円 （市町村民税非課税者等の患者負担限度額は 3万3600円→3万5400円）</p> <p>12 医療保険審議会建議 「保健給付の範囲・内容の見直しに関する建議」</p>
6（'94）4	<p>点数表の改定・新設 医科3.5%、歯科2.1%、調剤2.0%、平均3.3%の引上げ、薬価基準の6.6%引下げ（医療費ベースで2.1%）と併せて実質1.2%の引上げとなった</p> <p>中医協診療報酬基本問題小委員会の報告の検討の方向を踏まえ、昭和33年以来の現行診療報酬体系を改革するとともに、医療機関の機能・特質に応じた評価、技術の重視、在宅医療の推進、老人患者の心身の特性にふさわしい医療の推進、薬剤使用・検査の適正化などを図り、診療報酬の合理化を推進しながら、患者ニーズの多様化に対応する</p> <p>○甲乙二つの点数表の一本化（新診療報酬点数表の制定）</p> <p>○改定を4月と10月の二段階実施 （10月は健康保険法等の改正に伴うもの）</p> <p>○地域差の導入（入院環境料の加算）</p>	6（'94）10	<p>健康保険法等の一部を改正する法律</p> <p>健康保険法、国民健康保険法等の医療保険制度及び老人保健福祉制度を一括して改正（保険給付の内容・質に関する改正）</p> <p>1 療養の給付の規定の整備</p> <p>2 付添看護療養費の廃止</p> <p>3 訪問看護療養費の創設</p> <p>4 入院時食事療養費の創設 （定額の患者一部負担導入） 入院時食事療養費に係る標準負担額 一般 600円 市町村民税非課税世帯等 3ヶ月目までの入院 450円 4ヶ月目以降の入院 300円 老齢福祉年金受給権者 200円</p> <p>5 移送費の現金給付化</p> <p>6 出産育児一時金の創設</p> <p>7 標準報酬月額の下限改定80,000円→92,000円</p> <p>8 療養取扱機関の廃止、保険医療機関へ統合</p> <p>9 社会福祉施設入所者に対する住所地主義の特例（7年4月）</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成6年10月 (1994)	<p>点数表の改定 医科1.7%、歯科0.2%、調剤0.1%、平均1.5%の引上げ</p> <p>「疾病リスクに対する経済的不安の解消」、「サービスの質の向上や患者ニーズの多様化への対応」、「費用負担の公平化」、「給付の重点化」を基本理念として行われた医療保険制度・老人保健福祉制度の改定と一体のものとして、①新看護体系の創設と付添看護・介護の解消、②在宅医療推進のための評価、③基準給食の見直し及び食事の質の向上に対する評価などを行い、良質かつ適切な医療を提供するものである</p> <p>○患者2人に対し看護要員1人体制づくりの推進</p> <p>○訪問看護ステーションによる訪問看護事業の対象を難病患者、重度障害者、精神障害者等に拡大</p> <p>○基準給食を入院時食事療養費に改編し、多様なメニューの提供、食堂での食事、入院時の栄養食事指導など入院患者の食事の質の向上</p>	平成6年10月 (1994)	<p>10 老人保健施設等の整備に対する助成制度の創設</p> <p>11 老人保健福祉審議会の創設</p> <p>7 (' 95) 4 国民健康保険法等の一部を改正する法律</p> <p>1 国保財政安定化支援事業及び保険基盤安定制度に係る暫定措置の2年間継続</p> <p>2 応益割合に応じた保険料(税)軽減制度の創設</p> <p>3 精神・結核医療に係る住所地特例の創設</p> <p>4 老人医療費拠出金の算定に用いられる老人加入率の上下限を引上げ</p> <p>5 公費負担割合5割となる老人医療費の対象の拡大</p> <p>老人医療費一部負担 入院外 1月1,000円→1,010円 (入院は1日700円据え置き)</p> <p>7 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律</p> <p>原子爆弾被爆者に対する医療等に関する法律と原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律を一本化</p> <p>精神保健法の一部を改正する法律</p> <p>結核予防法の一部を改正する法律</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法律の題名を「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正 ・精神医療及び結核医療に係る公費負担医療の公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改正

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成8年4月 (1996)	点数表の改定 医科3.6%、歯科2.2%、調剤1.3%、平均3.4%の引上げ 薬価基準の6.8%引下げ（医療費ベースで2.6%）と併せて実質0.8%の引上げとなった 療養型病床群の整備の促進、急性期医療と長期療養の適正な評価、病院・診療所の機能分担の推進等診療報酬の面から医療機関の機能分担と連携を積極的に推進するとともに、薬価の設定方式の見直しと併せて、医薬品の適正使用や適正な医薬分業を推進する診療報酬上の措置を講ずることにより、薬剤費の問題について構造的な施策を講ずる等、診療報酬の合理化に取り組もうとするものである また、薬剤費の適正化等の一方、急性期医療、小児医療、精神医療、歯周疾患治療等ニーズの高い分野については、技術料を重点的に評価し良質な医療を確保しようとするものである さらに、患者の医療ニーズの高度化等に対応するため、患者に対する情報提供を推進するとともに、患者の選択を前提に特定療養費制度の活用を図ることとしている ○一般病院から療養型病床群への転換の促進、病院・診療所の機能分担を踏まえた適正な評価等により医療機関の機能分担を推進 ○3歳未満児の外来診療を1日単位で包括化 ○老人の慢性疾患に対する外来医療の包括化	平成8年4月 (1996)	らい予防法廃止 老人医療費一部負担 入院1日 700円→710円 入院外1月1,010円→1,020円 6 高額療養費 患者負担限度額63,000円→63,600円 （市町村民税非課税者等の患者負担限度額は35,400円） 7 「国民医療総合政策会議」設置 10 入院時食事療養費に係る標準負担額 一般 600円→700円 市町村民税非課税世帯等 3ヶ月目までの入院 450円→650円 4ヶ月目以降の入院 300円→500円 老齢福祉年金受給権者 200円→300円
9（'97）4	点数表の改定 消費税引上げに伴う改正は0.77%（診療報酬分0.32%、薬価基準等分0.45%）、診療報酬の合理化を図るための改定は0.93%、併せて1.70%の引上げ、薬価基準は4.4%（医療費ベースで1.27%）、特定保険医療材料0.05%、併せて医療費ベースで1.32%の引下げとなり、全体では実質0.38%の引上げとなっている 消費税率の引上げに伴う臨時特例的な措置として、保険医療機関等の消費税負担について、診療報酬の所要の改定を行うとともに、医療保険制度改革と一体になって、診療報酬の合理化・適正化を推進していくものである このため、我が国の平均在院日数は諸外国と比べても長いこと等に鑑み、長期入院の是正に取り組む一方、在院期間の短い急性期入院については充実を図るほか、医療の効率化に向けた医療技術等の評価、診療報酬体系の見直しに向けた国立病院等における入院医療定額払い方式の試行等に取り組む ○保険医療機関の平均在院日数に応じた入院時医学管理料の体系化 ○医療の効率化に向けた医療技術等の評価 ○国立病院等における入院医療定額払い方式の試行 ○点数表の簡素合理化	9（'97）8 9	21世紀の医療保険制度（厚生省案）-医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向-発表 健康保険等の一部を改正する法律 1 健康保険法の一部改正 ①被保険者本人の療養の給付等に係る一部負担の割合について1割とする経過措置を廃止し、法律本則に規定する2割とする ②入院外の薬剤の支給に一部負担を設ける 内服薬1日分につき 1種類 0円 2～3種類 30円 4～5種類 60円 6種類以上 100円 外用薬 1種類 50円 2種類 100円 3種類以上 150円 頓服薬1種類につき 10円 ＊6歳未満の者の薬剤負担は免除 ③政府管掌健康保険の保険料率の引上げ 8.2%→8.5% ④医療保険福祉審議会（政令で定める）の設置 2 国民健康保険法の一部改正 ①入院外の薬剤の支給に一部負担を設ける 健康保険法の一部改正と同じ内容 ②保険基盤安定制度に係る国庫負担額の特例措置を平成10年度までとし、段階的に増額 ③国民健康保険組合に対する国庫補助見直し

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成10年 4 月 (1998)	点数表の改定 医科1.5%、歯科1.5%、調剤0.7%、平均1.5%の引上げ、薬価基準平均9.7%（医療費ベース2.8%）の引下げと併せて、実質1.3%の引下げとなった 医療機関等における人件費・物件費の上昇に相当するものとして1.5%の改定を行うとともに、医科については、長期入院の是正や検査・画像診断の適正化等の合理化を行い、その合理化相当分の財源を急性期医療の評価や患者に対する情報提供の推進等に充てることとしたものである	平成 9 年 9 月 (1997)	3 老人保健法の一部改正 ①老人医療費の一部負担 入院 1 日 710円→1,000円(9年度) 1,100円(10年度) 1,200円(11年度) 低所得者 300円→ 500円 入院外 1 月1,020円→1日につき500円 (同一保険医療機関月 4 回限度) (注) 入院、入院外の一部負担の額は、2 年ごとに 1 日当たり医療費の額に10円以上の変動がある場合改定する 入院外は平成11年度、入院は平成13年度以降 ②入院外の薬剤の支給に一部負担を設ける 健康保険法の一部改正と同じ内容 *低所得者(市町村民税非課税世帯等に属する高齢福祉年金受給者)の薬剤負担は免除
		10	臓器の移植に関する法律施行
		11(' 99) 4	老人医療費一部負担 入院 1 日1,100円→1,200円 入院外 1 日 500円→ 530円
		7	老人医療費一部負担 薬剤の一部負担を国が代わって支払うことを内容とする臨時特例措置を実施
12(2000) 4	点数表の改定 医科2.0%、歯科2.0%、調剤0.8%、平均1.9%の引上げ、薬価基準平均7.0%の引下げ(医療費ベース1.7%)と併せて、実質0.2%の引上げとなった 改正の主要事項としては、①入院基本料の創設等包括化の推進と通減制の見直し ②急性期特定病院加算や再診料の継続管理加算等医療機関の機能に応じた評価の充実 ③手術料の体系的な見直しや処方料の引上げ等「もの」と「技術」の適正評価のほか、介護保険制度の施行に向けた評価を充実させている	12(2000) 4	介護保険制度施行
		13(' 01) 1	改正健康保険法等の施行 1 老人の患者負担の見直し 入院 定額負担 1 日1,200円 →定率 1 割負担 (月額上限37,200円、低所得者は上限24,600円) 入院外 定額負担 1 日530円 (月 4 回まで) +薬剤一部負担 →定率 1 割負担 (月額上限3,000円、大病院 (200床以上) 5,000円)、診療所は定額負担 1 日800円 (月 4 回まで) と定率 1 割負担とを選択

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成14年 4 月 (2002)	<p>点数表の改定 診療報酬本体をはじめて1.3%引き下げ、薬価改定等1.4%引き下げと併せて、全体として2.7%の引き下げとなった</p> <p>主な改正内容は①効率的な医療提供体制の評価 ②患者の特性に応じた医療の評価 ③医療技術の適正評価 ④薬剤使用の適正化と薬剤関連技術料の見直し ⑤特定療養費制度の見直し</p>	<p>平成13年 1 月 (2001)</p> <p>14(’02)10</p>	<p>2 高額療養費の見直し 一般 63,600円 →・一般 63,300円(平均月収の22%) + (医療費－318,000円) × 1 % ・上位所得者(月収56万円以上) 121,800 円(月収56万円の22%) + (医療費－609,000円) × 1 % (低所得者は35,400円に据置き)</p> <p>3 保険料率上限の見直し 一般保険料率+介護保険料率≤91‰(※) →一般保険料率≤91‰(※) (※健保組合は95‰)</p> <p>4 その他 ①老人に係る薬剤一部負担臨時特例措置法の廃止 ②入院時食事療養費標準負担額の見直し 一般 760円→780円(低所得者は据え置き)</p> <p>健康保険法等の一部を改正する法律</p> <p>I 高齢者医療制度の改革</p> <p>1 患者負担の見直し(※1) ①70歳以上の高齢者の患者負担は定率1割負担(一定以上の所得の者は定率2割負担) 外来の月額上限及び診療所における定額負担選択制は廃止 ②自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ見直し</p> <p>2 老人医療費拠出金に係る見直し(※1) ①老人医療の対象年齢を70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引上げ ②公費負担の割合を3割から5割に5年間で段階的に引上げ(一定以上の所得の者に係る医療費は公費負担の対象外) ③老人医療費拠出金の算定に係る老人加入率上限(現行30%)の撤廃 ④退職者に係る老人医療費拠出金は、退職者医療制度において全額負担 ⑤保険者の保険財政に占める老人医療費拠出金の持ち出し額の割合に係る調整措置については、現行維持</p> <p>3 老人医療費の伸びを適正化するための指針(※1)</p> <p>II 医療保険制度の改革</p> <p>1 保険給付(患者負担)の見直し ①7割給付で保険間の給付率を統一(※2) ②外来薬剤一部負担の廃止(※2) ③3歳未満の乳幼児に係る給付率は8割(※1) ④自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ見直し(※1)</p> <p>2 保険料の見直し(※2) ①被用者保険について、総報酬制を導入 ②政管健保の保険料率の見直し</p> <p>3 国民健康保険制度の財政基盤の強化 ○保険料(税)の算定方法の見直し(※2)等</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成16年4月 (2004)	<p>点数表の改定 医科±0、歯科±0、調剤±0、平均±0、薬価基準平均3.8%（医療費ベース1.0%）の引下げと併せて実質1.0%の引下げとなった 主な改正内容</p> <p>1 医療技術の適正な評価 ①難易度、時間、技術力等を踏まえた評価 ②医療技術の評価、再評価 ③歯科固有の技術の評価 ④調剤技術の評価</p> <p>2 医療機関のコスト等の適切な反映 ①疾病の特性等に応じた評価、急性期入院医療等の評価、小児医療の評価、精神医療の評価、在宅医療の評価 ②医療機関等の機能に応じた評価（医師の新臨床研修制度の導入に併せ、臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上の評価及び外来医療における医療機関の機能分担の明確化の観点から、病院・診療所間の初診料の格差の是正、外来診療料の包括範囲の拡大）</p> <p>3 患者の視点の重視 ①情報提供の推進 ②患者による選択の重視</p> <p>4 診療報酬体系の在り方 加算・減算・通減制・算定制限等について、簡素・合理化の第一歩として、一部項目について見直しを行うとともに、事務処理についても簡素・合理化を図る 老人の診療特性等を踏まえた見直しの第一歩として、歯科診療報酬の一部項目について、一般、老人診療報酬の統合を図る</p> <p>5 その他 酸素価格の特例及び入院基本料における離島加算の新設により、特定地域へのきめ細かな対応を図る</p>	<p>平成14年10月 (2002)</p> <p>17(’05)4</p>	<p>Ⅲ その他</p> <p>1 医療保険制度の改革等</p> <p>2 関係制度の改正 ○船員保険、共済制度について、健康保険に準じて改正</p> <p>3 その他 注：（＊１）平成14年10月実施 （＊２）平成15年4月実施</p> <p>国民健康保険法等の一部を改正する法律 都道府県調整交付金の導入（負担割合 7/100） （平成17年度は5/100） 国庫財政調整交付金 10/100→9/100 療養給付費等国庫負担金 40/100→34/100 （平成17年度は36/100） 保険基盤安定制度（保険料軽減分） 国庫 1/2→0 都道府県 1/4→3/4 市町村 1/4→1/4</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成18年4月 (2006)	<p>点数表の改定 医科△1.5%、歯科△1.5%、調剤△0.6%、平均△1.36%、薬価基準平均△6.7%（医療費ベース△1.8%）と併せて実質3.16%の引き下げとなった</p> <p>主な改正内容</p> <p>1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点</p> <p>①診療報酬体系の簡素化 ②医療費の内容の分かる領収証の交付 ③患者の視点の重視 ④生活習慣病等の重症化予防に係る評価 ⑤手術に係る評価</p> <p>2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <p>①在宅医療に係る評価 ②初再診に係る評価 ③DPCに係る評価 ④リハビリテーションに係る評価 ⑤精神医療に係る評価</p> <p>3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>①小児医療及び小児救急医療に係る評価 ②産科医療に係る評価 ③麻酔に係る評価 ④病理診療に係る評価 ⑤急性期入院医療に係る評価 ⑥医療のIT化に係る評価 ⑦医療安全対策等に係る評価 ⑧医療技術に係る評価</p> <p>4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>①慢性期入院医療に係る評価 ②入院時の食事に係る評価 ③コンタクトレンズに係る診療の評価 ④検査に係る評価</p> <p>⑤歯科診療報酬</p> <p>○かかりつけ歯科医初・再診料の廃止</p> <p>○歯科医師臨床研修の評価</p> <p>○患者の視点の重視（指導管理等における患者への情報提供）</p> <p>○歯科疾患の指導管理体系の見直し（歯科疾患総合指導料の新設等）</p> <p>○歯周疾患の評価の見直し（機械的歯面清掃加算の新設、歯周基本治療及び歯周外科手術の見直し）</p> <p>⑥調剤報酬</p> <p>○調剤基本料の見直し</p> <p>○調剤料の見直し</p> <p>○調剤報酬における指導管理料の見直し</p> <p>○医薬品品質情報提供料の見直し</p> <p>⑦その他</p> <p>○後発医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、処方せんの様式を変更する</p> <p>○医療法上の医師、看護師等の人員配置数を一定の比率以上欠く場合に、入院基本料の減額を行う現行の取り扱いについて、再構成する</p> <p>○複合病棟における看護職員の配置基準は、一般病床については平成18年3月以降医療法上の人員配置標準を下回ることから、平成18年9月30日限りで廃止する</p>	平成18年3月 (2006)	<p>石綿健康被害救済制度の創設</p> <p>4 自立支援医療制度の創設</p> <p>精神通院医療（精神保健福祉法）、更生医療（身体障害者福祉法）、育成医療（児童福祉法）は、障害者自立支援法にもとづく自立支援医療に移行される</p> <p>入院時食事療養費に係る標準負担額</p> <p>一般 1日780円→1食260円 （1日3食を限度 以下同）</p> <p>市町村民税非課税世帯等</p> <p>3ヶ月目までの入院 1日650円→1食210円</p> <p>4ヶ月目以降の入院 1日500円→1食160円</p> <p>老齢福祉年金受給権者 1日300円→1食100円</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成18年 4 月 (2006)	<p>○慢性維持透析患者外来医学管理料に係る評価の引き下げ、人工腎臓の夜間及び休日加算に係る評価の引き下げ、エイリスロポエチン製剤の人工腎臓への包括評価など、透析医療に係る評価の適正化を行う</p> <p>○長期投薬に係る評価を引き上げるとともに、併せて処方せん料を引き下げる</p> <p>○薬や材料の価格決定方式との整合を図る観点から、酸素価格についても、告示価格の適正化を行う</p>	平成18年10月 (2006)	<p>健康保険法等の一部を改正する法律</p> <p>I 保険給付の内容・範囲の見直し</p> <p>1 高齢者の患者負担の見直し</p> <p>①現役並み所得の70歳以上の者は3割負担（平成18年10月～）</p> <p>②新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担の見直し（平成20年4月～）</p> <p>・70歳～74歳 1割→2割</p> <p>・75歳以上 1割（現行どおり）</p> <p>※特別の軽減措置（平成20年度のみ）</p> <p>・70歳～74歳 1割のまま据え置き</p> <p>2 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引き上げ（平成18年10月～）</p> <p>・入院時生活療養費（I） 食費 1食460円 居住費 1日320円</p> <p>・入院時生活療養費（II） 食費 1食420円 居住費 1日320円</p> <p>※1 低所得者対策として、所得の状況に応じて食費及び居住費の標準負担額を設定し、負担の軽減を図る</p> <p>※2 新たな高齢者医療制度の創設に伴う措置として、平成20年4月から65歳以上70歳未満の者について同様の負担の見直しを行う</p> <p>3 高額療養費の基準額（自己負担限度額）の見直し</p> <p>①低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引き上げ</p> <p>②人工透析患者のうち所得の高い者について、自己負担限度額の引き上げ 1万円→2万円（平成18年10月～）</p> <p>③高齢者医療制度の創設に併せ、70歳以上75歳未満の患者負担が変更となることに伴い、自己負担限度額を70歳未満の者（80,100円）と75歳以上の者（44,400円）の中間水準に設定する（平成20年4月～）</p> <p>※低所得者の自己負担限度額については、据え置く</p> <p>4 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 乳幼児に対する自己負担軽減（2割負担）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前まで拡大（平成20年4月～）</p> <p>5 高額医療・高額介護合算制度の創設 医療保険及び介護保険の自己負担の合計額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組みを設ける（平成20年4月～）</p> <p>6 保険外併用療養費の創設（従来の特定療養費を再編したもの）（平成18年10月～）</p> <p>評価療養（先進医療など将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて評価が必要な療養）、選定療養（特別療養室への入院など保険導入を前提としない被保険者・被扶養者の選定による療養）は、その基礎部分が保険外併用療養費として現物給付され、評価療養・選定療養にかかる料金は患者が自費で支払う</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
		平成18年10月 (2006)	<p>新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月) 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じることから、これを調整する制度を創設する 現行の退職者医療制度は廃止する ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合</p>
		19('07) 4	<p>改正医療法施行 1 患者等への医療の情報提供の推進 2 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進 3 地域や診療科による医師不足問題への対応 4 医療安全の確保 5 医療従事者の資質の向上 6 医療法人制度改革 7 有床診療所に対する規制の見直し(19年1月実施)</p> <p>標準報酬月額を上下に拡大 第1級 98,000円 ~ 第39級 980,000円 第1級 58,000円 ~ 第47級 1,210,000円</p> <p>標準賞与月額の上限定 1 か月当たり200万円 年度の累計額540万円</p> <p>健康保険法第3条第2項被保険者(日雇特例被保険者) 標準賃金日額の下限定 1 級1,334円、2 級2,000円、3 級3,000円 1 級3,000円</p> <p>70歳未満の者の入院等に係る高額療養費が現物給付化 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律 結核予防法を廃止し、結核医療について取り扱う</p>
平成20年 4月 (2008)	<p>点数表の改定 医科0.42%、歯科0.42%、調剤0.17%、平均0.38%、薬価基準平均 5.2%(医療費ベース 1.1%)と併せて実質0.82%の引き下げとなった 主な改正内容 緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減 産科・小児科への重点評価 診療所・病院の役割分担等 病院勤務医の事務負担の軽減 救急医療対策</p>	20('08) 4	<p>高齢者の医療の確保に関する法律施行 老人保健法を、法の目的や趣旨を踏襲しつつ、それを発展させるものとして「高齢者の医療の確保に関する法律」へと改正 1 高齢者を65~74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者に分けて、後期高齢者については、老人保健制度を廃止し、独立した医療制度を創設する 70~74歳の患者負担は2割だが、平成21年3月まで1割に凍結</p>

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成20年 4月 (2008)	1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点 医療費の内容の情報提供 分かりやすい診療報酬体系等 生活を重視した医療 保険薬局の機能強化 2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点 質の高い効率的な入院医療の推進 質の評価手法の検討について 医療ニーズに着目した評価 在宅医療の推進 精神障害者の療養生活支援 歯科医療の充実 調剤報酬の見直し 3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点 がん医療の推進 脳卒中対策 自殺対策・子どもの心の対策 医療安全の推進と新しい技術等の評価 オンライン化・IT化の促進 4 医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点 新しい技術への置換え 後発医薬品の使用促進等 その他の効率化や適正化すべき項目等 5 後期高齢者の診療報酬 入院医療 在宅医療 外来医療 終末期医療	平成20年 4月 (2008)	2 65～74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療負担の不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設し、現行の退職者医療制度は廃止する ただし、平成26年度までの間に65歳未満の退職者(被用者保険に20年以上加入)となる者については、引き続き退職者医療制度の対象とする経過措置を講ずる 高額医療・高額介護合算療養費制度 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における自己負担の合算額が著しく高額となる場合に、自己負担を軽減する仕組みを設ける 支給限度額は一般で年間56万円
22('10) 4	点数表の改定 医科1.74%、歯科2.09%、調剤0.52%、平均1.55%、薬価基準平均 5.75%(医療費ベース 1.36%)と併せて実質0.19%の引き上げとなった 主な改正内容 重点課題への対応 救命救急センター、二次救急医療機関の評価 ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など) がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行など 後期高齢者医療の診療報酬 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止 1 救急医療の評価の充実 救急入院医療の充実 地域の連携による救急外来の評価 2 産科・小児医療の評価の充実 ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大 新生児集中治療の評価 小児の入院医療の充実 3 病院勤務医の負担の軽減 病院勤務医の負担の軽減 手厚い人員体制による入院医療の評価 多職種からなるチームによる取り組みの評価	10	健康保険法の一部改正 政府管掌健康保険の公法人化 政府管掌健康保険は、平成20年10月より、国から公法人(全国健康保険協会)を保険者として設立
		21('09) 4	平成21年度も70～74歳の者の窓口負担を1割に据え置き
		22('10) 1	船員保険制度改正 職務上の疾病による医療費が労災保険制度に統合
		4	平成22年度も70～74歳の者の窓口負担を1割に据え置き
		5	医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律 平成22年度から24年度までの間、協会けんぽの国庫補助割合を13%から16.4%に引き上げ(平成22年7月1日施行) 平成22年度から24年度までの間、後期高齢者支援金の算定の特例として、その3分の1の部分について、各被用者保険者の負担能力に応じた分担方法(現行の加入者数割から総報酬割に変更)を導入(平成22年7月1日施行)
		23('11) 4	平成23年度も70～74歳の者の窓口負担を1割に据え置き

診療報酬改定・薬価基準改定		健康保険法改正等・その他医療費関連事項	
改定年月	内 容	施行年月	内 容
平成22年 4 月 (2010)	4 手術料の適正な評価 ①外保連試算を活用した手術料の引き上げ ②小児に対する手術評価の引き上げ ③新規医療技術の保険導入		
24(' 12) 4	5 明細書発行の推進 ①明細書発行の推進 ②診療報酬上の支援 点数表の改定 医科1.55%、歯科1.70%、調剤0.46%、平均1.38%、薬価基準平均△6.00%（医療費ベース△1.38%）と併せて実質0.004%の引き上げとなった 主な改正内容 重点項目 1 負担の大きな医療従事者の負担軽減 ①救急・周産期医療の推進 ②病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組 ③救急外来や外来診療の機能分化 ④病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進 2 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実 ①在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進 ②看取りに至るまでの医療の充実 ③在宅歯科・在宅薬剤管理の充実 ④訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携 3 がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入 ①医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療 ②医療安全対策、患者への相談支援対策の充実 ③病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価 ④後発医薬品の使用促進、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価	平成24年 4 月 (2012)	外来診療に係る高額療養費が現物給付化 平成24年度も70～74歳の者の窓口負担を1割に据え置き 国民健康保険法の一部を改正する法律 都道府県の財政調整機能の強化と保険財政共同安定化事業の拡大の円滑な実施等のため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げ（これに伴い、定率国庫負担は給付費等の32%とした）
		25(' 13) 4	平成25年度も70～74歳の者の窓口負担を1割に据え置き
		25(' 13) 5	健康保険法等の一部を改正する法律 協会けんぽに対する平成22年度から24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置
26(' 14) 4	点数表の改定 診療報酬本体0.73%（0.63%）、各科改定 医科0.82%（0.71%）、歯科0.99%（0.87%）、調剤0.22%（0.18%）、薬価改定等△0.63%（0.73%）であり、全体で0.10%（1.36%）の改定となった ※（ ）内は、消費税率引き上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分 重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等 1 入院医療 2 外来医療の機能分化・連携の推進 3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進 4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価	26(' 14) 4	70～74歳の患者負担特例措置の見直し ・平成26年4月に新たに70歳になる者（69歳まで3割負担だった者）から、段階的に法定負担割合（2割）とする ・その際、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）を継続する

資料：「国民健康保険事業年報」厚生労働省保険局
「厚生省20年史」厚生省20年史編集委員会
「国民健康保険40年史」厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編集

3 診療報酬と薬価基準改定の推移

診 療 報 酬		薬 価 基 準		
改定年月	引 き 上 げ 率 (%)	改定年月	引き下げ率 (%)	
			薬価ベース	医 療 費
昭和40年1月 (1965)	総医療費で9.5	昭和40年11月 (1965)	11.0	4.5
40('65) 11	総医療費で3.0	42('67) 10	10.2	4.1
42('67) 12	医科7.68、歯科12.65	44('69) 1	5.6	2.4
45('70) 2	医科8.77、歯科9.73	45('70) 8	3.0	1.3
	45年7月1日から医科をさらに0.97引上げ			
47('72) 2	医科13.70、歯科13.70、薬局6.54	47('72) 2	3.9	1.7
49('74) 2	医科19.0、歯科19.9、薬局8.5	49('74) 2	3.4	1.5
	医科16.0、歯科16.2、薬局6.6	50('75) 1	1.55	0.4
51('76) 4	医科9.0、薬局4.9			
8	歯科9.6			
53('78) 2	医科11.5、歯科12.7、薬局5.6、平均11.6	53('78) 2	5.8	2.0
56('81) 6	医科8.4、歯科5.9、薬局3.8、平均8.1	56('81) 6	18.6	6.1
58('83) 2	老人点数表を設定、医科0.3	58('83) 1	4.9	1.5
59('84) 3	医科3.0、歯科1.1、調剤1.0、平均2.8	59('84) 3	16.6	5.1
60('85) 3	医科3.5、歯科2.5、調剤0.2、平均3.3	60('85) 3	6.0	1.9
				治療材料
				0.2
61('86) 4	医科2.5、歯科1.5、調剤0.3、平均2.3	61('86) 4	5.1	1.5
				歯科材料
				0.1
63('88) 4	医科3.8、調剤1.7、平均3.4	63('88) 4	10.2	2.9
6	歯科1.0			
平成元年4 ('89)	平均0.11	平成元年4 ('89)	2.4 引き上げ	0.65 引き上げ
2('90) 4	医科3.8、歯科1.4、調剤1.9、平均3.7	2('90) 4	9.2	2.7
4('92) 4	医科5.4、歯科2.7、調剤1.9、平均5.0	4('92) 4	8.1	2.4
				治療材料
				0.1
5('93) 4	医療法改定に伴う改定			
6('94) 4	医科3.5、歯科2.1、調剤2.0、平均3.3	6('94) 4	6.6	2.0
				治療材料
				0.1
6('94) 10	医科1.7、歯科0.2、調剤0.1、平均1.5			
8('96) 4	医科3.6、歯科2.2、調剤1.3、平均3.4	8('96) 4	6.8	2.5
				治療材料
				0.1
9('97) 4	平均1.70 (うち消費税上げ0.77)	9('97) 4	4.4	1.27
				治療材料
				0.05
10('98) 4	医科1.5、歯科1.5、調剤0.7、平均1.5	10('98) 4	9.7	2.7
				治療材料
				0.1
12(2000) 4	医科2.0、歯科2.0、調剤0.8、平均1.9	12(2000) 4	7.0	1.6
				治療材料
				0.1
14('02) 4	医科△1.3、歯科△1.3、調剤△1.3、平均△1.3	14('02) 4	6.3	1.3
				治療材料
				0.1
16('04) 4	医科±0、歯科±0、調剤±0、平均±0	16('04) 4	4.2	0.9
				治療材料
				0.1
18('06) 4	医科△1.5、歯科△1.5、調剤△0.6、平均△1.36	18('06) 4	6.7	1.6
				治療材料
				0.2
20('08) 4	医科0.42、歯科0.42、調剤0.17、平均0.38	20('08) 4	5.2	1.1
				治療材料
				0.1
22('10) 4	医科1.74、歯科2.09、調剤0.52、平均1.55	22('10) 4	5.75	1.23
				治療材料
				0.13
24('12) 4	医科1.55、歯科1.70、調剤0.46、平均1.38	24('12) 4	6.00	1.26
				治療材料
				0.12
26('14) 4	医科0.82 (0.71)、歯科0.99 (0.87)、 調剤0.22 (0.18)、平均0.73 (0.63) () 内は消費税率引上げにかかる対応分	26('14) 4	2.65 (+2.99)	0.58 (+0.64)
				治療材料
				0.05 (+0.09)

4 平成24年度の人口一人当たり国民医療費算出に用いた人口

5歳階級・男女別人口（総人口）

（単位：千人）

平成24年10月1日現在

年 齢 階 級	総 人 口	男	女
総 数	127 515	62 029	65 486
0 ～ 4 歳	5 273	2 700	2 572
5 ～ 9	5 407	2 768	2 639
10 ～ 14	5 868	3 006	2 862
15 ～ 19	6 050	3 101	2 948
20 ～ 24	6 272	3 211	3 061
25 ～ 29	7 048	3 591	3 457
30 ～ 34	7 833	3 972	3 861
35 ～ 39	9 420	4 776	4 644
40 ～ 44	9 469	4 786	4 683
45 ～ 49	8 205	4 127	4 078
50 ～ 54	7 678	3 840	3 838
55 ～ 59	7 954	3 948	4 005
60 ～ 64	10 246	5 025	5 221
65 ～ 69	8 204	3 935	4 269
70 ～ 74	7 396	3 441	3 956
75 ～ 79	6 253	2 739	3 514
80 ～ 84	4 631	1 827	2 804
85 歳 以 上	4 309	1 235	3 073
（再 掲）			
65 歳 未 満	96 722	48 852	47 870
65 歳 以 上	30 793	13 177	17 616
70 歳 以 上	22 589	9 242	13 347
75 歳 以 上	15 193	5 801	9 391

資料：総務省統計局「人口推計」

5 国民医療費の医療保険給付額及び高額療養費の年次推移

(単位：億円)

年次	国民医療費	(再掲) 医療保険給付額			高額療養費 (現物＋現金給付 支給金額) 2)			
		被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療 ¹⁾		被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療 ¹⁾
平成9年度 (1997)	289 149	81 976	54 849	96 762	7 025	2 210	4 815	—
10 ('98)	295 823	78 474	56 101	101 737	7 966	2 923	5 043	—
11 ('99)	307 019	77 457	57 841	110 275	8 229	2 961	5 268	—
12 (2000)	301 418	77 603	59 470	102 399	…	3 002	5 506	…
13 ('01)	310 998	77 833	60 922	107 641	…	2 823	5 488	…
14 ('02)	309 507	75 665	61 294	106 652	9 335	2 625	5 439	1 270
15 ('03)	315 375	71 436	66 734	106 686	13 156	3 916	6 070	3 171
16 ('04)	321 111	72 779	71 894	105 730	14 074	4 312	6 463	3 299
17 ('05)	331 289	74 714	77 852	106 353	14 530	4 421	6 704	3 405
18 ('06)	331 276	75 411	81 069	102 325	14 905	4 459	6 817	3 630
19 ('07)	341 360	78 163	86 619	102 785	16 234	4 929	7 248	4 056
20 ('08)	348 084	80 038	86 759	104 273	17 130	4 941	8 190	3 999
21 ('09)	360 067	81 615	89 154	110 307	18 191	5 250	8 719	4 223
22 ('10)	374 202	84 348	91 784	116 876	19 789	5 708	9 373	4 708
23 ('11)	385 850	86 234	94 231	122 533	20 454	5 859	9 682	4 913
24 ('12)	392 117	87 480	95 331	126 209	21 593	6 229	10 149	5 216

注：1) 平成19年度までは老人保健制度、平成20年度からは後期高齢者医療制度となっている。

2) 高額療養費は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」による。

6 社会保障給付費（対国民所得比）の年次推移

(単位：％)

年次	対 国 民 所 得 比			
	計	医 療	年 金	福 祉 そ の 他
昭和45年度 (1970)	5.77	3.40	1.40	0.97
46 ('71)	6.11	3.41	1.55	1.15
47 ('72)	6.40	3.61	1.59	1.20
48 ('73)	6.53	3.58	1.75	1.21
49 ('74)	8.03	4.20	2.38	1.45
50 ('75)	9.49	4.61	3.13	1.75
51 ('76)	10.34	4.85	3.80	1.68
52 ('77)	10.85	4.90	4.23	1.72
53 ('78)	11.51	5.19	4.56	1.76
54 ('79)	12.07	5.36	4.93	1.77
55 ('80)	12.15	5.26	5.13	1.76
56 ('81)	13.03	5.44	5.69	1.89
57 ('82)	13.67	5.64	6.06	1.97
58 ('83)	13.82	5.66	6.23	1.93
59 ('84)	13.84	5.58	6.36	1.90
60 ('85)	13.69	5.48	6.48	1.73
61 ('86)	14.40	5.65	7.00	1.75
62 ('87)	14.49	5.69	7.11	1.69
63 ('88)	14.03	5.51	6.95	1.57
平成元年度 ('89)	13.99	5.46	7.03	1.50
2 ('90)	13.61	5.30	6.93	1.38
3 ('91)	13.59	5.29	6.94	1.36
4 ('92)	14.71	5.72	7.49	1.50
5 ('93)	15.55	5.97	7.95	1.63
6 ('94)	16.49	6.23	8.45	1.80
7 ('95)	17.46	6.49	9.03	1.93
8 ('96)	17.73	6.61	9.18	1.95
9 ('97)	18.16	6.62	9.52	2.01
10 ('98)	19.53	6.88	10.40	2.26
11 ('99)	20.35	7.16	10.82	2.37
12 (2000)	20.83	6.93	10.98	2.91
13 ('01)	22.20	7.26	11.61	3.33
14 ('02)	22.97	7.22	12.20	3.55
15 ('03)	22.90	7.23	12.17	3.50
16 ('04)	23.18	7.33	12.30	3.56
17 ('05)	23.65	7.53	12.52	3.61
18 ('06)	23.88	7.59	12.66	3.63
19 ('07)	24.32	7.75	12.82	3.75
20 ('08)	26.86	8.50	14.14	4.22
21 ('09)	29.36	9.12	15.20	5.04
22 ('10)	29.68	9.33	15.02	5.33
23 ('11)	30.80	9.76	15.21	5.84
24 ('12)	30.92	9.86	15.38	5.68

資料： 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

注： 「医療」には、医療保険、後期高齢者医療の医療給付、生活保護の医療扶助、労災保険の医療給付、結核、精神その他の公費負担医療等が含まれる。

「年金」には、厚生年金、国民年金等の公的年金、恩給及び労災保険の年金給付等が含まれる。

「福祉その他」には、社会福祉サービスや介護対策に係る費用、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種手当、医療保険の傷病手当金、労災保険の休業補償給付、雇用保険の失業給付が含まれる。

7 「国民医療費に含まれないもの」に関連する主な統計数値など

「国民医療費の範囲」の概念図（6頁）のうち、「国民医療費に含まれないもの」について、関連する主な統計数値（費用額・件数）を以下に示す。

(1) 病院、一般診療所、歯科診療所

① 「評価療養の費用（先進医療（高度医療を含む）等）」に関する統計数値

「評価療養」とは、先進医療（高度医療を含む）などの将来的な保険導入のための評価を行うものとして、保険診療との併用を厚生労働大臣が認めたものを指す。

先進医療の実績報告

	計
先進医療技術数	107種類
医療機関数	604医療機関
全患者数	20,665人
総金額	約203億5千万円
保険外併用療養費（保険診療分）注2）	約70億6千万円
先進医療費用（保険適用外）	約132億9千万円

資料：厚生労働省「平成25年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告」

注：1）上記は、平成24年7月1日～平成25年6月30日までの数値である。

2）保険外併用療養費（保険診療分）は、国民医療費に含まれている。

② 「選定療養の費用（室料差額、歯科材料差額等）」に関する統計数値

「選定療養」とは、特別の病室の提供に伴う室料差額や歯科材料費差額などの被保険者の選定に係る、保険導入を前提としないものを指す。

室料差額とは、特別の療養環境が提供される病室（病床ごとにプライバシーが十分に確保されている病室）に入院することを患者が選択した場合に、医療保険の自己負担とは別に要した費用を指す。

特別の療養環境の提供

	特別の療養環境の提供に係る病床数及び構成割合（%）	1日当たり平均徴収額（推計）
合計	258,995（19.1）	5,820円
1人室	168,037（12.4）	7,478円
2人室	51,801（3.8）	3,043円
3人室	5,417（0.4）	2,704円
4人室	33,740（2.5）	2,325円
当該医療機関における総病床数	1,359,098（100.0）	

資料：厚生労働省「主な選定療養に係る報告状況」

注：上記は、平成24年7月1日時点の数値である。

歯科材料差額とは、金合金や白金加金（プラチナ）などの材料を用いて歯科治療を行うことを患者が選択した場合に、医療保険の自己負担とは別に要した費用を指す。

金属床による総義歯の提供

	平成24年7月1日現在
報告医療機関数	14,369
1床当たり平均額（推計）	300,362円

資料：厚生労働省「主な選定療養に係る報告状況」

注：上記は、平成24年7月1日時点の数値であり、歯科材料差額の一部である。

③ 「不妊治療における生殖補助医療の費用」に関する統計数値

不妊治療には、保険適用されている「一般的な不妊治療」と保険適用されていない「生殖補助医療」がある。この「生殖補助医療」とは、人工授精、体外受精を指す。

④ 「美容整形費」に関する統計数値

美容外科手術に要した費用を指す。

診療科目に美容外科を標榜する施設数

診療科目	施設数	施設数に対する割合 (%)
一般病院	7,528	100.0
うち美容外科を標榜する施設数	118	1.6
一般診療所	99,547	100.0
うち美容外科を標榜する施設数	1,068	1.1

資料：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

注：施設数に対する割合 (%) は福島県の全域を除いた「一般診療所 98,156」を分母にして算出している。

⑤ 「正常な妊娠・分娩、産じょくの費用」に関する統計数値

異常及び合併症を有さない妊娠、分娩、産じょくに要した費用（健康保険等適用外）を指す。

性別出生数

	出生数 (人)
総 数	1,037,231
男 性	531,781
女 性	505,450

単産・複産別出生数

	出生数 (人)
総 数	1,037,231
単 産	1,017,164
複 産	20,067

資料：厚生労働省「平成24年人口動態統計」

注：日本における日本人の出生数であり、出生の場所が助産所、自宅・その他を含む（正常分娩以外のものを含む）。

分娩件数

(平成23年9月中)

	一般病院			一般診療所		
	分娩件数 (正常分 娩を含 む)	帝王切開 摘出手術 件数 (再 掲)	分娩に 占める 割合 (%)	分娩件数 (正常分 娩を含 む)	帝王切開 摘出手術 件数 (再 掲)	分娩に 占める 割合 (%)
平成23年	46,386	11,198	24.1	40,309	5,464	13.6

資料：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

⑥ 「集団健診・検診費」に関する統計数値

企業、学校、地方公共団体などが行う、集団健康診断・検診に要した費用を指す。

保健所、市区町村などが実施した健康診査等の受診者数

	受診者数 (人)
健康診断	11,330,519
妊産婦・乳幼児健康診査	5,837,720
歯周疾患検診	266,606
骨粗鬆症検診	312,144
特定健康診査＊)	24,396,035
健康診査	99,553
がん検診	25,942,991
肝炎ウイルス検診	1,771,022

資料：厚生労働省「平成24年度地域保健・健康増進事業報告」

＊厚生労働省「平成24年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

⑦ 「個別健診・検診費、人間ドック等の費用」に関する統計数値

個人単位で医療機関において行う健康診断や人間ドックを受けた際に発生する費用を指す。

⑧ 「短期入所療養介護等介護保険法における居宅サービスの費用」に関する統計数値

介護療養型医療施設へ短期入所して受ける、看護・医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療・日常生活上の世話などの介護保険サービスに要した費用を指す。

短期入所療養介護等介護保険法における居宅サービスの費用 (単位：百万円)

	費 用 額	利用者負担額 (再 掲)
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	33	3
短期入所療養介護 (病院等)	4,266	397

資料：厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」

⑨ 「介護療養型医療施設における施設サービスの費用」に関する統計数値

医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設において、入院する要介護者が受ける、療養上の管理・看護・医学的管理下における介護・その他の世話・機能訓練・その他必要な医療などの施設サービスに要した費用を指す。

介護療養型医療施設における施設サービスの費用 (単位：百万円)

	費 用 額	利用者負担額 (再 掲)
介護療養型医療施設における施設サービス	348,840	32,106

資料：厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」

⑩ 「その他」に関する統計数値

病院・一般診療所・歯科診療所において行われた医療行為のうち、上記(1)の①～⑨以外の保険診療の対象となり得ない傷病の治療に要した費用を指す。

保健所及び市区町村が実施した定期の予防接種の接種者数

	接種者数 (人)
D P T 及び D T 注)	4,502,850
急性灰白髄炎	765,214
麻しん・風しん	4,036,947
日本脳炎	5,121,282
B C G	969,941
インフルエンザ	15,617,236

資料：厚生労働省「平成24年度地域保健・健康増進事業報告」

注：D P T とは沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン、
D T とは沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドの接種者である。

ワクチン類 (生物学的製剤) の生産金額

	生産金額 (百万円)
ワクチン類	63,501
毒素及びトキソイド類	1,082

資料：厚生労働省「平成24年薬事工業生産動態統計」

(2) 介護老人保健施設

「介護保険法における居宅・施設サービスの費用」に関する統計数値

介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた介護老人保健施設において、入所する要介護者が受ける、看護・医学的管理下における介護・機能訓練・その他必要な医療・日常生活上の世話などの居宅・施設サービスに要した費用を指す。

介護保険法における居宅・施設サービスの費用 (単位：百万円)

	費 用 額	利用者負担額 (再 掲)
介護予防短期入所療養介護（老人保健施設）	500	47
短期入所療養介護（老人保健施設）	52,901	5,058
介護保健施設サービス	1,196,522	112,081

資料：厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」

(3) 訪問看護事業所

① 「介護保険法における訪問看護費」に関する統計数値

居宅において、介護福祉士等から受ける、入浴・排せつ・食事等の介護・その他の日常生活の世話などの介護保険サービスに要した費用を指す。

介護保険法における訪問看護費の費用 (単位：百万円)

	費 用 額	利用者負担額 (再 掲)
介護予防訪問看護	11,935	1,017
訪問看護	160,621	14,014

資料：厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」

② 「基本利用料以外のその他の利用料等の費用」に関する統計数値

基本利用料以外の訪問看護費、交通費及びおむつ代などの実費・特別サービス（営業時間外の対応等）などの費用を指す。

(4) 助産所

「正常な妊娠・分娩、産じょくの費用」に関する統計数値

助産所における、異常及び合併症を有さない妊娠、分娩、産じょくに要した費用（健康保険等適用外）を指す。

助産所の出生数

	出生数（人）
助 産 所	8,282

資料：厚生労働省「平成24年人口動態統計」

注：日本における日本人の出生のうち、助産所において出生した数である。

(5) 薬局

「買薬の費用」に関する統計数値

医師による処方箋を必要とせずに購入できる一般用医薬品の購入にかかる費用を指す。

医薬品用途区分別出荷・生産金額

	出荷・生産金額 (百万円)
出荷・一般用医薬品・国内	716,194
出荷・配置用家庭薬・国内	23,923
一般用医薬品・生産・輸入 注2)	11,230
配置用家庭薬・生産・輸入 注2)	278

資料：厚生労働省「平成24年薬事工業生産動態統計」

注：1) 上記の「出荷・生産金額」には、一部、国民医療費に含まれているものがある。

2) 主として輸入された医薬品（原末、原液及び製剤原料を含む。）から製造された医薬品である。

(6) あん摩・はり・きゆうの施術業・接骨院等

「医師の指示以外によるあん摩・マッサージ等の費用（健保等適用外部分）」に関する統計数値
施術所、接骨院等で提供される医師の指示によらない、健康保険等適用外のあん摩・マッサージ等のサービスに要した費用を指す。

あん摩、マッサージ及び指圧等を行う施術所数 (年末現在)

	施術所数
あん摩、マッサージ及び指圧を行う施術所	19,880
はり及びきゆうを行う施術所	23,145
あん摩、マッサージ及び指圧、はり並びにきゆうを行う施術所	37,185
その他の施術所	3,103
柔道整復の施術所	42,431

資料：厚生労働省「平成24年度衛生行政報告例」

(7) その他

「間接治療費（健保等適用外部分）」に関する統計数値

上記(1)～(6)以外の健康保険等の適用とならない費用の全てを指す。

① 補装具

装着することにより、失われた身体の一部、あるいは機能を補完するもので、義肢（義手・義足）、車いす、義眼及び補聴器などをいう。

補装具等の購入（支給）・修理金額

	金額（百万円）
身体障害者・児の補装具（購入・修理）注）	26,057
戦傷病者補装具（支給・修理）	25

資料：厚生労働省「平成24年度福祉行政報告例」

② めがね等

コンタクトレンズ、視力補正用眼鏡、視力補正用眼鏡レンズ及び検眼用品などのことをいう。

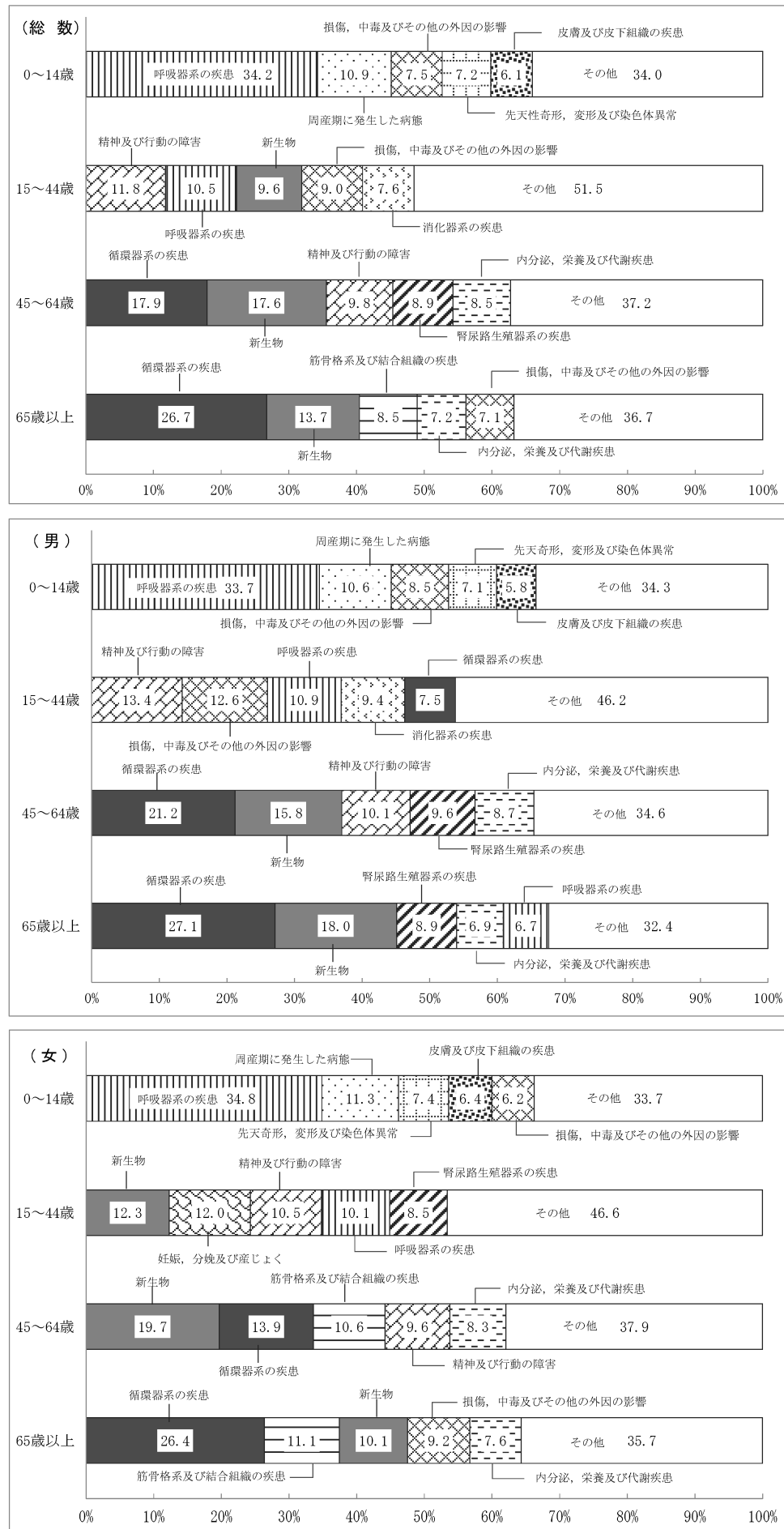
医療機器大分類別生産金額

	生産金額 (百万円)
眼科用品及び関連製品	56,422

資料：厚生労働省「平成24年薬事工業生産動態統計」

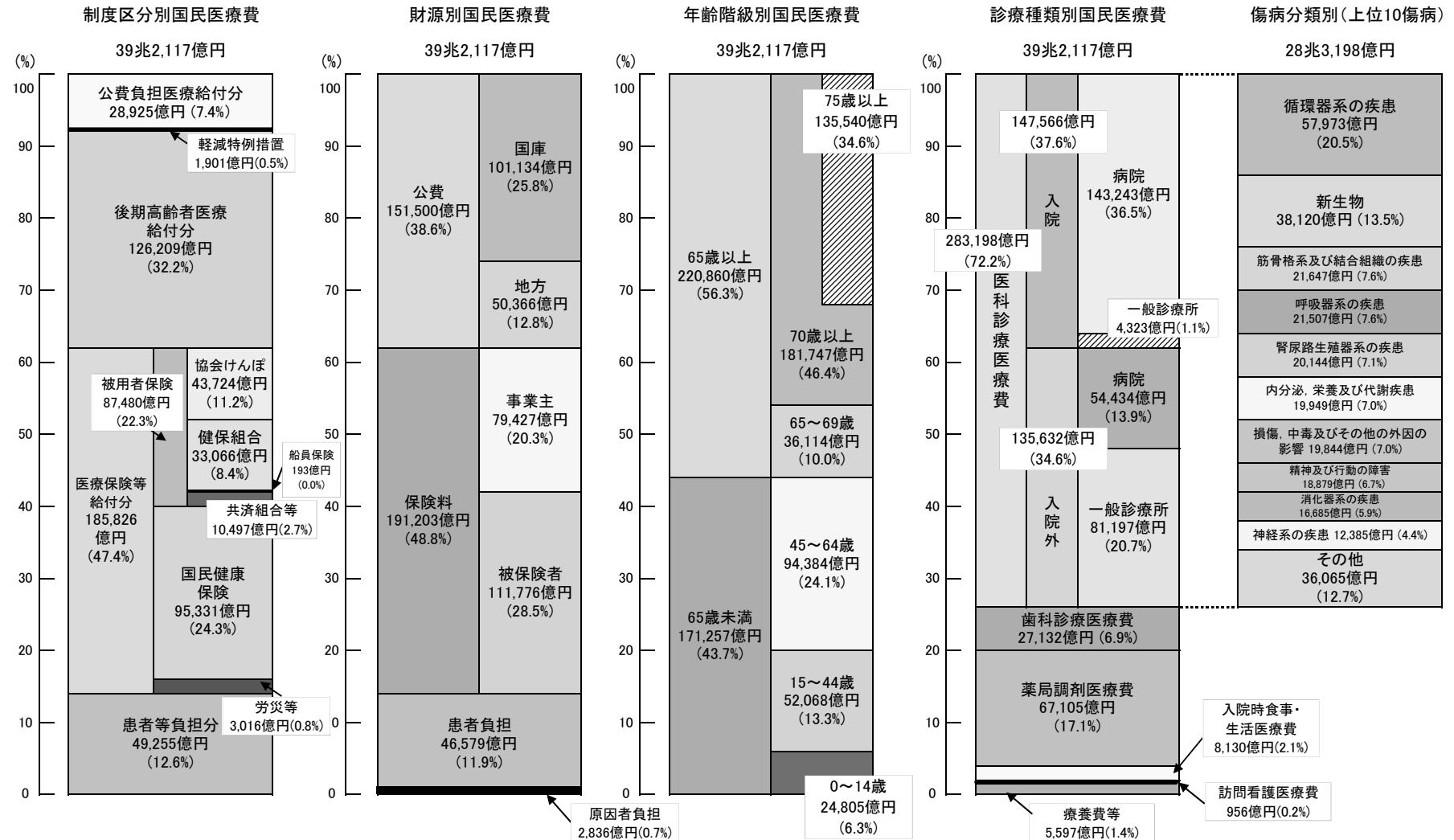
注：上記の「生産金額」には、一部、国民医療費に含まれているものがある。

参考 1 性・年齢階級別にみた傷病分類別医科診療医療費構成割合（上位5位） 平成24年度



参考2 平成 24年度 国民医療費の構造(総数)

[国民医療費総額 39兆2,117億円、人口一人当たり国民医療費 307,500円]



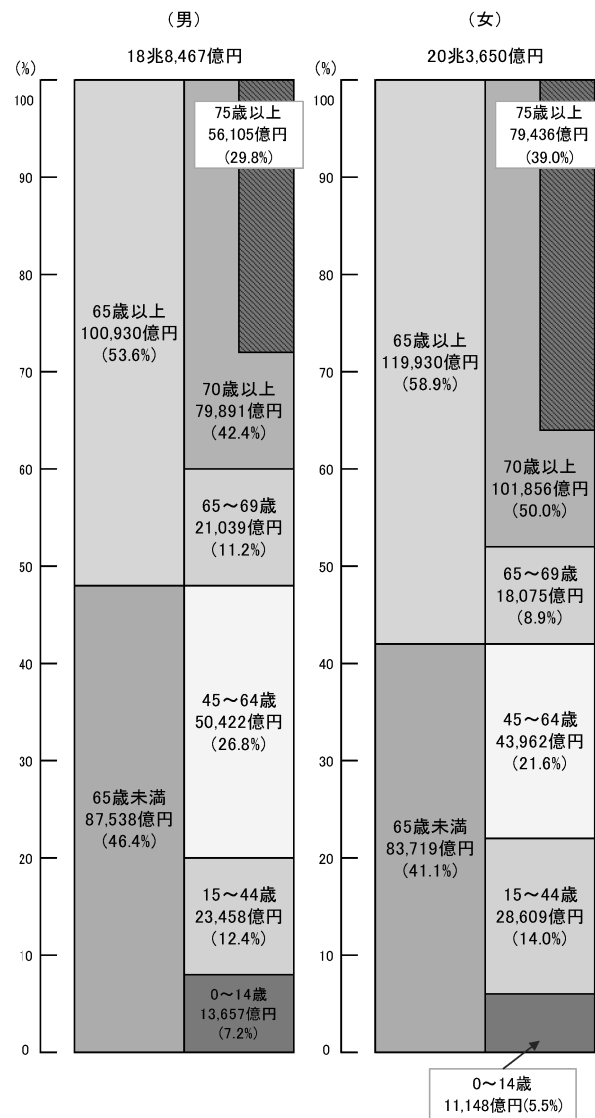
注：1) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者等負担分は推計値である。）。

2) 制度区分別国民医療費以外は推計値である。

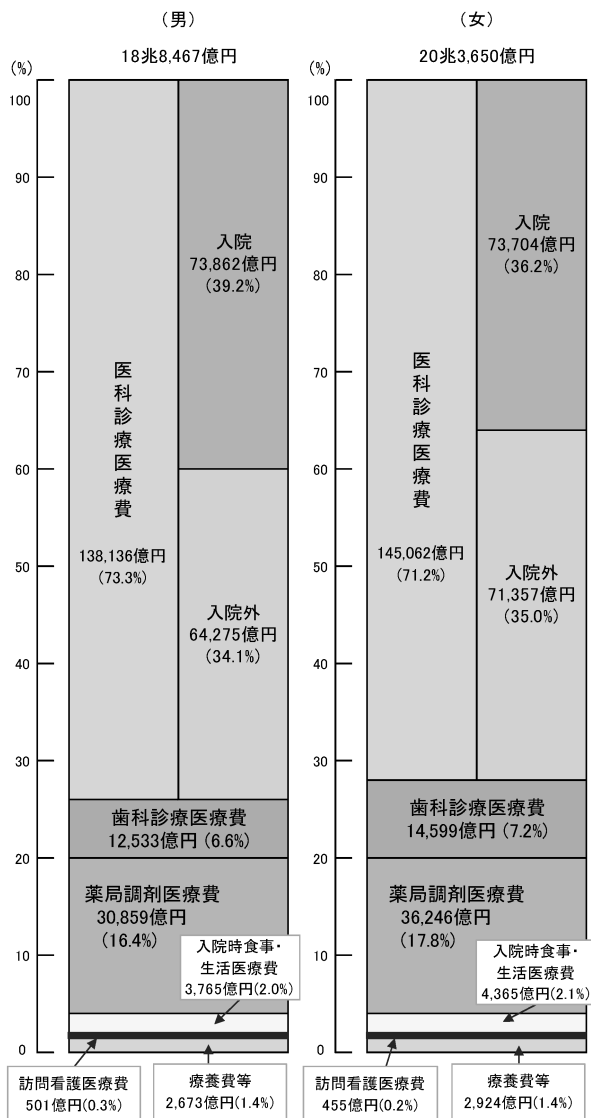
3) 上記の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

平成 24年度 国民医療費の構造（性別）

性・年齢階級別国民医療費



性・診療種類別国民医療費



性・傷病分類別医科診療医療費（上位10傷病）

