

医療機器の保険収載について(平成23年1月収載予定)

区分C1(既存区分の変更)

	製品名	企業名	価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	AXIUM デタッチャブル コイルシステム	イーヴィースリー株式会社	129,000円	既存区分の変更	なし	1.34倍

医療機器に関わる保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 AXIUM デタッチャブル コイルシステム
 保険適用希望企業 イーヴィースリー株式会社

決定区分（案）	主な使用目的
C 1 （既存区分の変更）	本品は、頭蓋内動脈瘤の脳血管内塞栓及び、脳動静脈奇形や脳動静脈瘻を含む脳血管病変の塞栓に使用される。 コイル部分は既存製品と同一であるが、コイルの離脱方法がワイヤーを用いたものであり、新規の構造を有する。

保険償還価格 129,000円（既存区分の変更）
 （外国平均価格との比：1.34倍）
 機能区分：133 血管内手術用カテーテル（11）塞栓用コイル
 コイル エ 水圧式デタッチャブル型 129,000円

[参考]

企業希望価格 129,000円（類似機能区分比較方式）暫定価格希望
 （類似機能区分：133 血管内手術用カテーテル（11）塞栓用コイル
 水圧式デタッチャブル型 129,000円 補正加算なし）

外国平均価格 96,384円

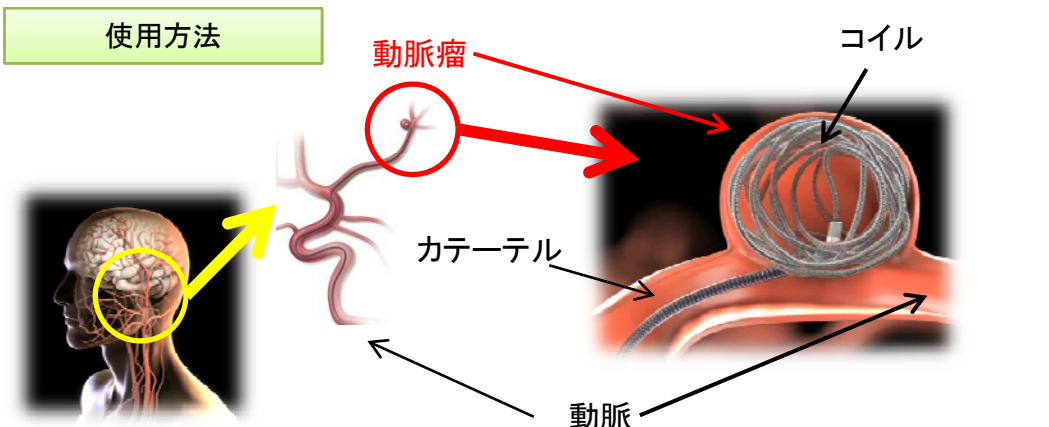
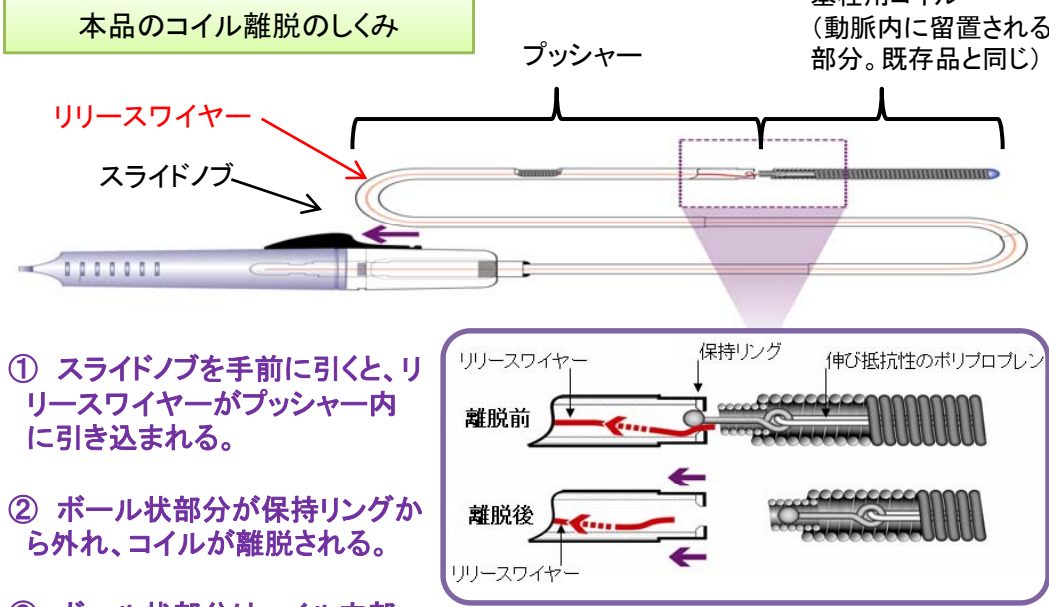
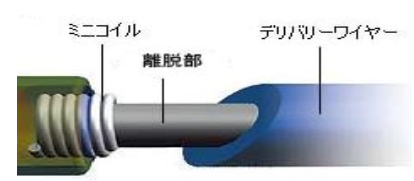

上記諸外国（米、英、独、仏4カ国）の平均販売価格から平均を算出した。

諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国 126,490円（1,390 ドル）
 連合王国 90,770円（626 ポンド）
 ドイツ 81,915円（645 ユーロ）
 フランス 86,360円（680 ユーロ）

1 ドル = 91円
1 ポンド = 145円
1 ユーロ = 127円
（平成21年9月～平成22年8月 の日銀による為替レートの平均）

製品概要

1 販売名	AXIUM デタッチャブル コイルシステム
2 希望業者	イーヴィースリー株式会社
3 使用目的	本品は、頭蓋内動脈瘤の脳血管内塞栓及び、脳動静脈奇形や脳動静脈瘻を含む脳血管病変の塞栓に使用される。
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="background-color: #e0f0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">使用方法</p> </div>  <div style="background-color: #e0f0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">本品のコイル離脱のしくみ</p> </div>  <div style="margin-bottom: 10px;"> <p>① スライドノブを手前に引くと、リリースワイヤーがプッシャー内に引き込まれる。</p> <p>② ボール状部分が保持リングから外れ、コイルが離脱される。</p> <p>③ ボール状部分はコイル内部に格納される。</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0;">既存のコイル離脱しくみ</p> <p style="text-align: center;">電気式</p>  <p>接続金属部を電気分解して切断。患者の皮膚に電極を貼付する必要がある。</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">水圧式</p>  <p>接続部分に水圧をかけ、コイルを押しだして離脱。離脱時の水圧により、コイルが移動することがある。</p> </div> </div> </div>

1. 医科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
21700BZZ00282000	コバメッド硬膜外腔内視鏡	株式会社町田製作所	内視鏡
221AFBZX00099000	ファインダー付挿管用喉頭鏡	株式会社町田製作所	内視鏡
221AFBZX00105000	マッコイ型ファインダー付挿管用喉頭鏡	株式会社町田製作所	内視鏡
222AABZX00016000	エアウェイスコープ AWS-S100	HOYA株式会社	内視鏡
222AABZX00186000	イトー ES-515	伊藤超短波株式会社	低周波治療器
222AABZX00189000	電子内視鏡 EG-580NW	富士フイルム株式会社	内視鏡
222ABBZX00181000	大腸ビデオスコープ OLYMPUS PCF TYPE Y0025	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
222ACBZX00037000	バイオバック	株式会社ヨシダ	筋電計(I)
222ADBZI00104000	ニューロビジョン M5 神経モニターシステム	ニューベイシブジャパン株式会社	筋電計(II)
222ADBZI00104000			誘発反応測定装置
222AGBZX00055000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG16-K10	HOYA株式会社	内視鏡
222AGBZX00056000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG29-i10N	HOYA株式会社	内視鏡
222AGBZX00062000	ペンタックス ビデオ大腸スコープ EC38-i10シリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
222AGBZX00249000	LED発光装置 LS	有限会社メイヨー	視覚誘発電位検査装置
222AGBZX00249000			網膜電位測定装置
222AGBZX00251000	酸素濃縮器 KM-X 3L	株式会社メトラン	酸素供給装置(I)
222AGBZX00256000	キンキレクスターS	株式会社近畿レントゲン工業社	診断用X線装置
222AGBZX00257000	オキシボーイ S-102	紫明半導体株式会社	パルスオキシメータ
222AKBZX00119000	コンパクトヒステロスコープ	エム・シー・メディカル株式会社	内視鏡
222AKBZX00120000	ミニチュアテレスコープ	エム・シー・メディカル株式会社	内視鏡
22200BZX00872000	ビズラス532s II	カールツァイスメディテック株式会社	眼科用光凝固装置
22200BZX00874000	レムスターAuto PRIシステム	フィリップス・レスピロニクス合同会社	在宅人工呼吸器(III)
22200BZX00874000			人工呼吸器
22200BZX00875000	レムスター PRIシステム	フィリップス・レスピロニクス合同会社	在宅人工呼吸器(III)
22200BZX00875000			人工呼吸器
22200BZX00883000	多機能超音波ドップラ血流計 WAKI°	プライムテック株式会社	超音波血流計

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
16000BZZ01857A02	オステオグラフト	HOYA株式会社	078 人工骨 (1) 汎用型 ① 非吸収型 イ 多孔体	1mL当たり¥16,000
21600BZZ00591000	ハイレックスPTCAガイドワイヤ	株式会社ハイレックスコーポレーション	013 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤ (2) 複合・高度狭窄部位用	¥25,100
21800BZZ10052000	HAI ラディアスプレートシステム	株式会社ホムズ技研	060 固定用内副子(スクリュー) (1) 一般スクリュー(生体用合金 I)	¥6,790
21800BZZ10052000			060 固定用内副子(スクリュー) (4) 中空スクリュー(生体用合金 I・S)	¥20,000
21800BZZ10052000			061 固定用内副子(プレート) (7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥89,200
21800BZZ10129000	HAI プレートシステム	株式会社ホムズ技研	060 固定用内副子(スクリュー) (4) 中空スクリュー(生体用合金 I・S)	¥20,000
21800BZZ10129000			061 固定用内副子(プレート) (7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥89,200
22000BZX01363000	マイクロカテーテル1	株式会社ハイレックスコーポレーション	010 血管造影用マイクロカテーテル (1) オーバーザワイヤ ③ テッチャブルコイル用	¥63,200
222ABBZX00145000	腎・尿管用バスケット鉗子	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	137 腎・尿管結石除去用カテーテルセット	¥36,200
22200BZX00572000	アパセラム-S1	HOYA株式会社	078 人工骨 (2) 専用型 ④ 椎弓・棘間用	¥41,900
22200BZX00572000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 A 1椎体用	¥190,000
22200BZX00572000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 イ その他	¥364,000
22200BZX00573000	アパセラム-S2	HOYA株式会社	078 人工骨 (2) 専用型 ④ 椎弓・棘間用	¥41,900
22200BZX00573000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 A 1椎体用	¥190,000
22200BZX00573000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 イ その他	¥364,000
22200BZX00574000	アパセラム-S4	HOYA株式会社	078 人工骨 (2) 専用型 ④ 椎弓・棘間用	¥41,900
22200BZX00574000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 A 1椎体用	¥190,000
22200BZX00574000			078 人工骨 (2) 専用型 ⑤ 椎体固定用 イ その他	¥364,000
22200BZX00578000	RX-PTAバルーンカテーテル Type-A	ニプロ株式会社	133 血管内手術用カテーテル (3) PTAバルーンカテーテル ① 一般型 イ 特殊型	¥108,000
22200BZX00752000	CDH SOLERA スパイナルシステム	メドトロニックソファモアダネック株式会社	064 脊椎固定用材料 (1) 脊椎ロッド	¥49,900
22200BZX00752000			064 脊椎固定用材料 (4) 椎体フック	¥76,000
22200BZX00752000			064 脊椎固定用材料 (5) 脊椎スクリュー(固定型)	¥82,200
22200BZX00752000			064 脊椎固定用材料 (6) 脊椎スクリュー(可動型)	¥112,000
22200BZX00752000			064 脊椎固定用材料 (8) トランスバース固定器	¥71,300
22200BZX00781000	カワスミ ダイアライザー	川澄化学工業株式会社	006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー ④ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(IV)	¥1,710
22200BZX00781000			006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー ⑨ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(IV)	¥1,760
22200BZX00781000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー ④ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(IV)	¥1,710
22200BZX00781000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー ⑨ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(IV)	¥1,760
22200BZX00814000	アパセラム-FX	HOYA株式会社	078 人工骨 (2) 専用型 ⑦ 肋骨・胸骨・四肢骨用	¥31,100
22200BZX00835000	Blazer Dx-20 カテーテル	ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ③ 房室弁輪部型	¥241,000
22200BZX00843000	Ultra FAST-FIX システム	スミス・アンド・ネフュー エンドスコーピー株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (8) その他のスクリュー ② 特殊型 A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	¥34,300
22200BZX00848000	TMP PTCA バルーンカテーテル	株式会社東海メディカルプロダクツ	130 心臓手術用カテーテル (1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル ① 一般型	¥100,000
22200BZX00849000	マーフィースパイラル気管チューブ	東レ・メディカル株式会社	027 気管内チューブ (1) カフあり ② カフ上部吸引機能なし	¥776
22200BZX00851000	シエロ T NK	日本光電工業株式会社	113 埋込式心臓ペースメーカー用リード (1) リード ① 経静脈リード A 標準型	¥155,000
22200BZX00852000	シエロ S NK	日本光電工業株式会社	113 埋込式心臓ペースメーカー用リード (1) リード ① 経静脈リード A 標準型	¥155,000
22200BZX00854000	アティン アピリティストレートリード	日本メドトロニック株式会社	113 埋込式心臓ペースメーカー用リード (1) リード ① 経静脈リード A 標準型	¥155,000
22200BZX00855000	KINSA RC スーチャーアンカー	スミス・アンド・ネフュー エンドスコーピー株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (8) その他のスクリュー ② 特殊型 A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	¥34,300
22200BZX00856000	クイックフレックス マイクロ	セント・ジュード・メディカル株式会社	113 埋込式心臓ペースメーカー用リード (1) リード ① 経静脈リード A 標準型	¥155,000
22200BZX00860000	アパセラム-G	HOYA株式会社	078 人工骨 (1) 汎用型 ① 非吸収型 A 顆粒・ファイバー	1g当たり¥6,480
22200BZX00860A01	オステオグラフトS	HOYA株式会社	078 人工骨 (1) 汎用型 ① 非吸収型 A 顆粒・ファイバー	1g当たり¥6,480
22200BZX00863000	マトリックススマートロック機骨遠位端用ロッキングプレート	日本ストライカー株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (1) 一般スクリュー(生体用合金 I)	¥6,790
22200BZX00863000			061 固定用内副子(プレート) (7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥89,200
22200BZX00864000	ロープロファイルベルビックシステム(滅菌)	シンセス株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (2) 一般スクリュー(生体用合金 II)	¥1,750
22200BZX00864000			061 固定用内副子(プレート) (9) その他のプレート ① 標準型 イ 下顎骨・骨盤再建用	¥73,700
22200BZX00865000	NexGen CR-FLEX GSF ポーラス フェモラル	ジンマー株式会社	058 人工膝関節用材料 (1) 大腿骨側材料 ① 全置換用材料(I)	¥309,000
22200BZX00866000	SP プレート	ケンテック株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (8) その他のスクリュー ① 標準型 A 小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	¥3,940

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)		
22200BZX00866000	SP プレート	ケンテック株式会社	061 固定用内副子(プレート)(9) その他のプレート① 標準 A 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用 i ストレート型・異形型	¥15,300		
22200BZX00866000			061 固定用内副子(プレート)(9) その他のプレート① 標準 A 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用 ii メッシュ型	¥94,400		
22200BZX00866000			061 固定用内副子(プレート)(9) その他のプレート① 標準 E 頭蓋骨閉鎖用 i ハーホル型	¥20,200		
22200BZX00867000	ツインフィックス FTアンカー	スミス・アンド・ネフュー エンドスコープ株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー② 特殊型 A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	¥34,300		
22200BZX00871000	トレライトNV	東レ株式会社	006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー④ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(IV)	¥1,710		
22200BZX00871000			006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑤ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(V)	¥1,830		
22200BZX00871000			006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑨ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(IV)	¥1,760		
22200BZX00871000			006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑩ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(V)	¥1,940		
22200BZX00871000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー④ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(IV)	¥1,710		
22200BZX00871000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑤ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(V)	¥1,830		
22200BZX00871000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑨ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(IV)	¥1,760		
22200BZX00871000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1) ダイアライザー⑩ ホロファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(V)	¥1,940		
22200BZX00873000			腹水濃縮器 AHF-UP	旭化成クラレメディカル株式会社	054 腹水濾過器、濃縮再静注用濃縮器(回路を含む。)	¥62,400
22200BZX00880000			SL スターリング PTA バルーンカテーテル	ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	133 血管内手術用カテーテル(3) PTAバルーンカテーテル① 一般型 i 特殊型	¥108,000
22200BZX00886000	トライアスロンTS 人工膝関節システム	日本ストライカー株式会社	058 人工膝関節用材料(1) 大腿骨側材料② 全置換用材料(Ⅱ)	¥306,000		
22200BZX00886000			058 人工膝関節用材料(2) 脛骨側材料② 全置換用材料(Ⅱ)	¥182,000		
22200BZX00886000			058 人工膝関節用材料(5) インサート(Ⅱ)	¥84,300		
22200BZX00886000			059 オプション部品(2) 人工膝関節用部品	¥69,500		
22200BZX00887000			オン・ザ・ロード ポプスレー	株式会社カネカ	010 血管造影用マイクロカテーテル(1) オーバーサワイヤー① 選択的アプローチ型 A プレートあり	¥50,300
22200BZX00897000	トライアスロンPKR 人工膝関節システム	日本ストライカー株式会社	058 人工膝関節用材料(1) 大腿骨側材料⑤ 片側置換用材料(Ⅱ)	¥173,000		
22200BZX00897000			058 人工膝関節用材料(2) 脛骨側材料④ 片側置換用材料(Ⅱ)	¥134,000		
22200BZX00897000			058 人工膝関節用材料(5) インサート(Ⅱ)	¥84,300		
22200BZX00898000	トライアスロン 人工膝関節X3	日本ストライカー株式会社	058 人工膝関節用材料(3) 膝蓋骨材料③ 膝蓋骨置換用材料(Ⅲ)	¥56,000		
22200BZX00898000			058 人工膝関節用材料(5) インサート(Ⅱ)	¥84,300		
22200BZX00841000	ウシ心のう膜パッチ	エドワーズライフサイエンス株式会社	099 組織代用人工繊維布(1)心血管系用③心血管修復パッチ	1cm当たり¥1,760		

新たな保険適用 区分C1(新機能)(新たな機能区分が必要で、技術は既に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	類似機能区分	暫定価格(円)
22200BZX00808000	トラベキュラーメタル モジュラー寛骨臼システム	ジンマー株式会社	057 人工股関節用材料(1)骨盤側材料①臼蓋形成用カップ(Ⅰ)	¥165,000

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
222ACBZX00037000	バイオパック	株式会社ヨシダ	下顎運動路描記装置
222ACBZX00068000	ディゴラ オプティメII	株式会社モリタ製作所	歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置
222AGBZX00256000	キンキレクスターS	株式会社近畿レントゲン工業社	デンタルX線撮影装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成22年12月1日

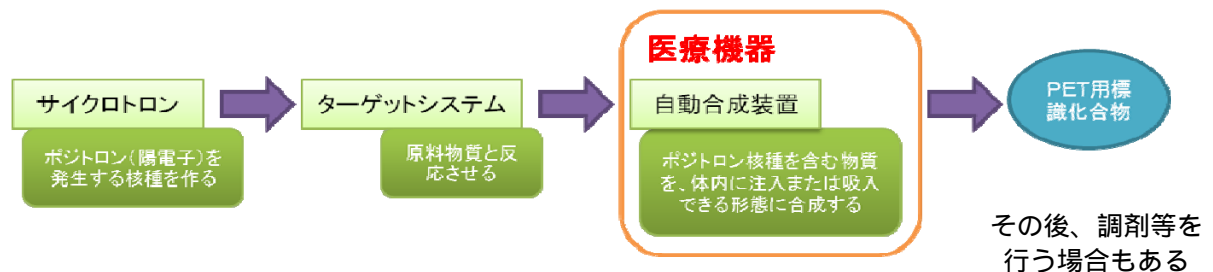
薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
222ACBZX00069000	パラエース・12G	ハイデンタル・ジャパン株式会社	006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上 JIS適合品)	1g¥802
22200BZX00860000	アパセラムーG	HOYA株式会社	001 人工骨(1)汎用型①非吸収型ア顆粒・ファイバー	1g当たり¥6,480
22200BZX00860A01	オステオグラフトS	HOYA株式会社	001 人工骨(1)汎用型①非吸収型ア顆粒・ファイバー	1g当たり¥6,480

「炭素 11 標識メチオニンによる PET 診断」について

1. 概要

「炭素 11 標識メチオニンによる PET 診断」は、平成 22 年 7 月 13 日、第 2 項先進医療として申請され、平成 22 年 9 月 7 日の先進医療専門家会議において、第二項先進医療として「適」とされた。しかし、事務手続きを進めている中で、放射線医薬品を製造する医療機器について薬事法上の整理を行ったところ、薬事法上の承認が必要な医療機器（一般的名称：放射性医薬品合成設備）に該当するが、本装置については臨床研究において用いられる医療機器であるため、薬事法の承認が取得されていないことが判明した。

PET 診断用医薬品の合成に使用される装置については、 $[^{18}\text{F}]$ FDG（2-デオキシ-2- $[^{18}\text{F}]$ フルオロ-D-グルコース）合成設備が医療機器として承認されている。



2. 今後の対応について

薬事法の承認又は認証を受けていない医薬品又は医療機器の使用を伴う医療技術は、第 2 項先進医療の評価の対象とはならないことから、第 2 項先進医療としては「否」とする。

なお、当該技術を薬事法の承認を受けていない医薬品又は医療機器を用いた技術として、第 3 項先進医療（高度医療）や治験において実施することについて、今後、申請施設と協議を進める予定。

中医協 総 - 3 - 1
2 2 . 1 2 . 1 5

診 調 組 D - 2
2 2 . 1 1 . 2 4

平成 2 3 年度参加病院の追加に伴う 医療機関別係数の設定について(案)

平成 23 年度より 62 病院（平成 22 年 11 月 11 日現在）が新規に DPC 制度に参加を予定していることから、これに伴う医療機関別係数の設定については、以下の通りとする。

1. 従前の考え方

改定時以外での DPC 制度への参加に際しては、次のように対応。

- (1) 既存対象病院に影響させない。
- (2) 設定にあたっては、10 ヶ月分・2 年間（前年度 7～10 月分（4 ヶ月分）＋前々年度 7～12 月分（6 ヶ月分））のデータを用いる。
- (3) 改定を跨ぐ 2 つの調整係数を算出し、両者の平均値を調整係数とする。

2. 今回の対応（案）

(1) 既存対象病院の医療機関別係数

機能評価係数 及び調整係数は現行値を引き続き使用する。

機能評価係数 については、既存対象病院も年度ごとに改めることとなっているため、平成 23 年度参加病院も含めた再計算により設定する。

(2) 平成 23 年度参加病院の医療機関別係数

原則として従前の考え方により設定する。但し、平成 22 年度の機能評価係数 の導入に伴い、以下の点を追加又は修正する。

暫定調整係数への換算定数（ ）については平成 22 年改定で用いた値（既存対象病院のみで算出した値）を使用する（ =0.9777 ）。

改定を跨ぐ場合の調整係数については、今回改定での機能評価係数の導入に伴い、医療費規模をより正確に反映させる為（ 2 . (1) と同様 ）平成 21 年度の 6 ヶ月データ及び平成 22 年度 4 ヶ月データのそれぞれから導かれる調整係数の加重平均とする（従前は単純平均）。

機能評価係数 の運用について

1. 概要

平成22年度改定で導入された機能評価係数 については、医療機関の診療実績等を適切に反映させる観点から、基本的に一年毎に見直し（改定）を行うこととされている。

機能評価係数 改定の根拠となるDPC退院患者調査(DPC導入の影響評価に関する調査)が本年7月以降、通年化されたことも踏まえ、今回、来年度以降の機能評価係数の改定に向け、調査結果の運用等に関する基本的な考え方を整理する。

2. 検討を要する事項

【 評価の視点 】

- (1) 診療実績を評価するもの（評価期間を定める）
- (2) 医療機関の体制を評価するもの（評価基準日を定める）

【 データ処理に係る制約条件 】

(1) 退院患者調査

診療報酬改定前後(改定年4月)で診断群分類や包括点数の条件が異なる。医療機関からデータ提出を得て、データ・クリーニングや統計処理、その後の係数告示事務手続き等に一定の処理期間を要する。

[例: 4月1日から新たな係数を設定するには前年10月分までの退院患者調査データの利用が限界]

(2) 医療機関からの届け出(体制評価)

医療機関の届け出から確認及び統計処理、その後の係数告示事務手続き等に一定の処理期間を要する。

【 機能評価係数 改定の時期 】

医療機関の事務負担等を考慮すれば、改定年については診療報酬改定と同時期に実施するべきと考えられる。

従って、改定年の間の年度については、その中間の年度当初(4月1日)改定が最も自然と考えられる。

3. 今後の機能評価係数 の評価及び改定の考え方(案)

- (1) 機能評価係数 の改定実施時期は毎年4月1日とする。
- (2) 診療実績を評価するもの【データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数及び救急医療係数】については、毎年4月～10月の7カ月分の診療実績データで評価(但し、平成23年度については平成22年7月から10月までの4か月分)。
- (3) 医療機関の体制を評価するもの【地域医療指数】については、届け出に係る事務処理期間等を勘案し、4月1日実施に向けて可能な限り近い評価基準日として10月1日とする。

4. データ提出指数の「部位不明・詳細不明コード」について

データ提出指数については、次の2項目での評価が決められている。

「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。

「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。

このうち、 の「部位不明・詳細不明コード」について以下のように定義・運用してはどうか。

分類名に「 不明」「 不詳」(例：部位不明、性状不詳)の単語が記載されているものであって、4桁以上のICDコードで判定する。

評価対象は、「医療資源病名」とする。

平成21年11月18日のDPC評価分科会にて集計した結果は3桁コードレベルでの判定をした結果であり、比率は多少過大評価されていると考えられる。

(注)「部位不明・詳細不明コード」は使用を控える(又は使用してはならない)コードではなく、臨床上一定程度発生することが見込まれるコードであることに留意が必要。

【参考】ICDコードの実例

ICDコード	名称	判定基準	
		今回(案)	昨年
C57	C57 その他および部位不明の女性生殖器の悪性新生物	X	○
C570	C57.0 卵管の悪性新生物	×	
C571	C57.1 子宮広間膜<靱帯>の悪性新生物	×	
C572	C57.2 子宮円索<靱帯>の悪性新生物	×	
C573	C57.3 子宮傍(結合)組織の悪性新生物	×	
C574	C57.4 子宮付属器の悪性新生物, 部位不明	○	
C577	C57.7 その他の明示された女性生殖器の悪性新生物	×	
C578	C57.8 女性生殖器の境界部病巣	×	
C579	C57.9 女性生殖器の悪性新生物, 部位不明	○	

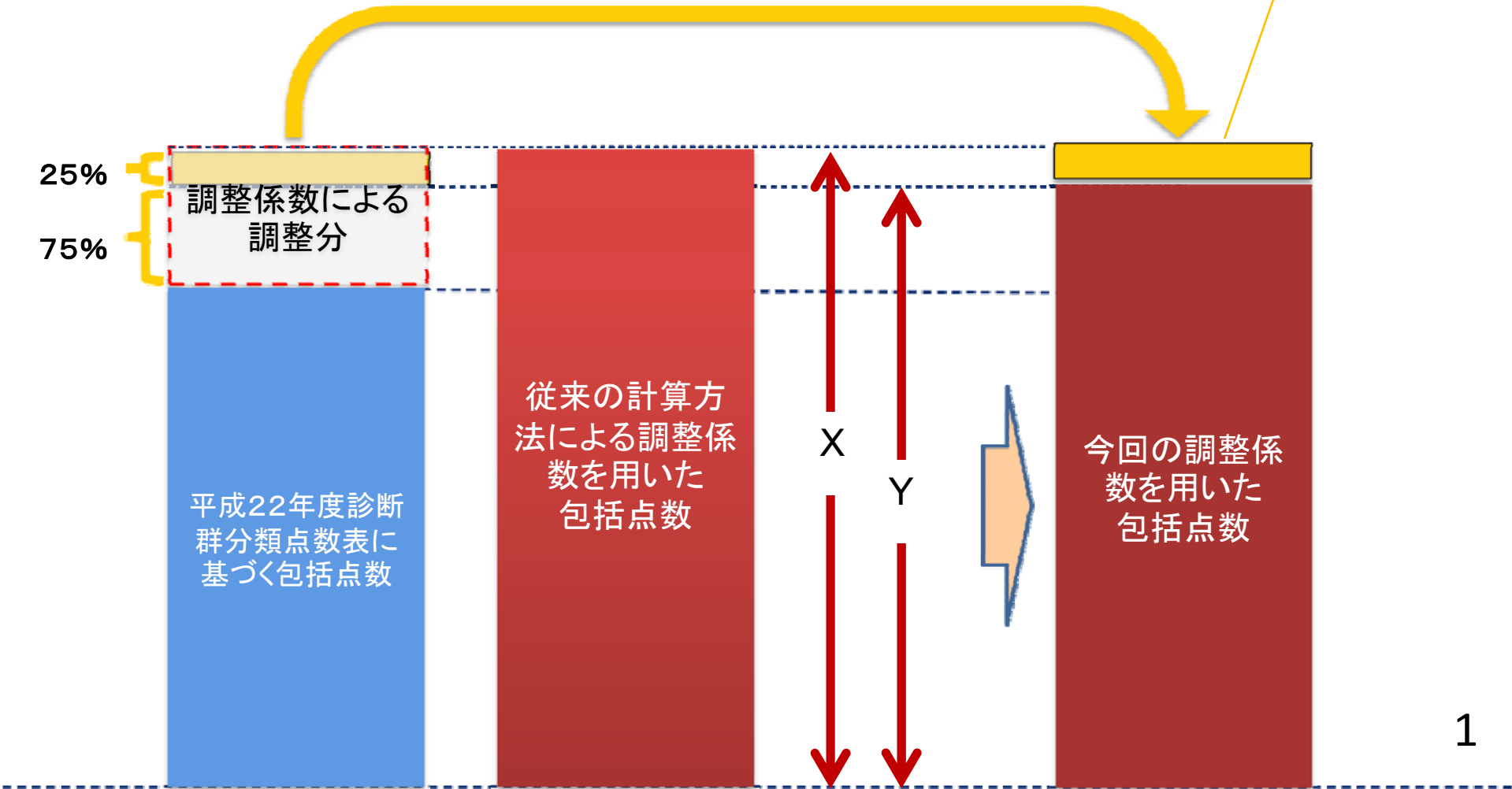
今回は、4桁以上のコードでより正確な判定を行ってはどうか。

平成21年11月18日集計分は、C57(3桁)のレベルで要件に該当していたため、下位のコードを全て集計対象としていた。

機能評価係数 の設定について

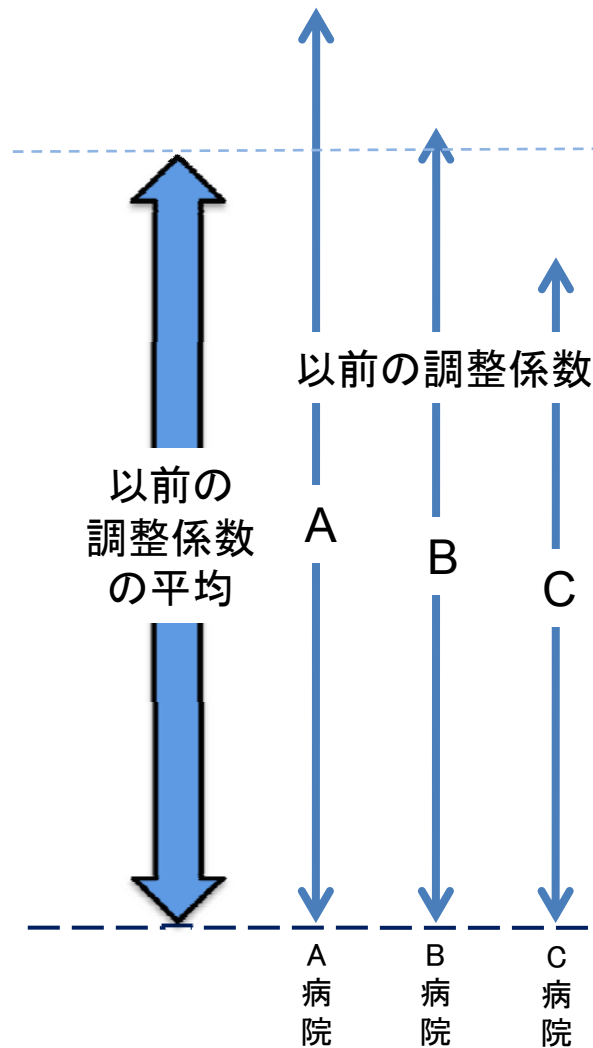
中医協 総 - 3 参考
22.12.15

今回導入した
機能評価係数
を用いた包括点数

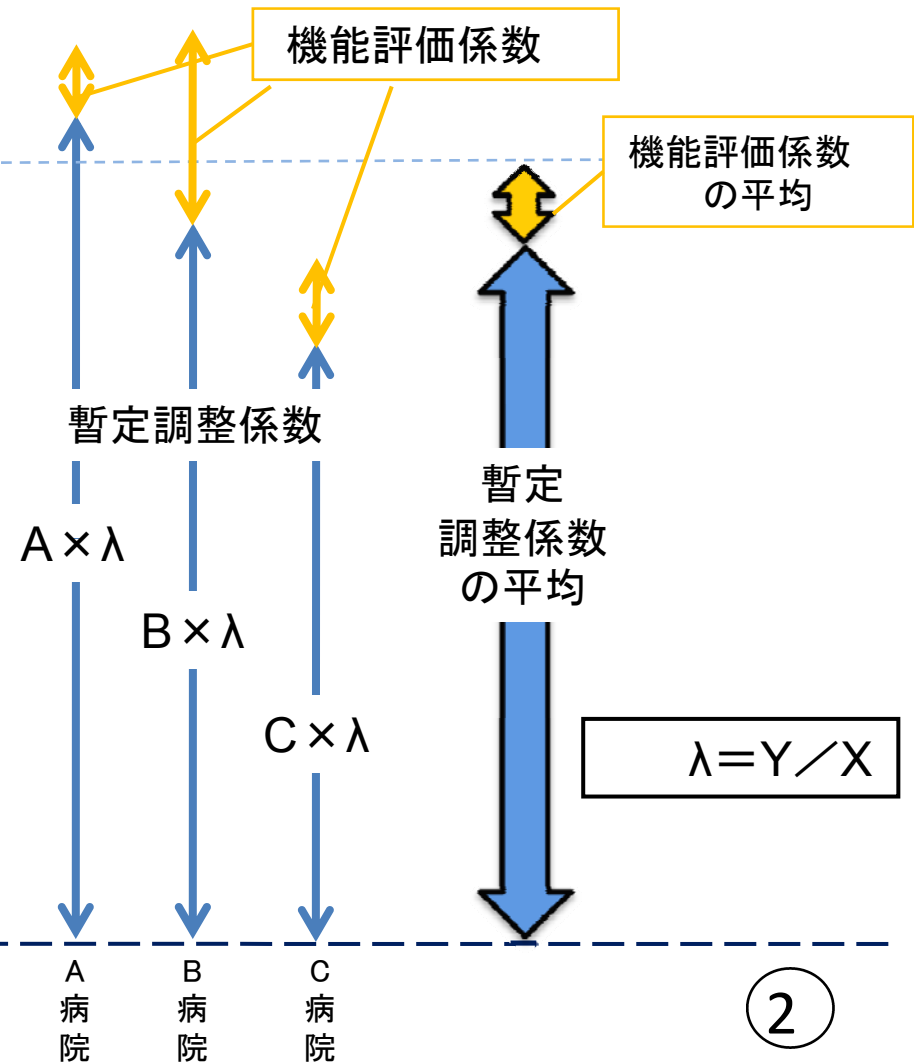


暫定調整係数と機能評価係数の概念図(個別病院ごとの変化)

＜H22改定以前の調整係数＞



＜H22改定以後の調整係数＞



医療保険における革新的な医療技術の取扱い に関する考え方について（その5）

これまで、未承認薬及び適応外薬の使用に係る技術の取扱いについて議論を行い、見直し案を提示したところ。

革新的な医療機器の医療保険制度における取扱いについては、第1回の資料にもあったとおり、その特殊性を踏まえて議論を行う必要があるため、まずは医療機器に係る製造、承認等の現状について以下に示す。

1. 医療機器の現状

医療機器は、MRIやポジトロン断層撮影装置（PET）等の診断系機器と、ペースメーカーや冠動脈形成術用カテーテル等の治療系機器に大別される。基本的には、基礎研究、治験（治験を省略できる場合もある（ ））、薬事承認を経て、保険適用となる。

医療機器の国内生産額は、1.7兆円であり、うち1/3は輸出される。また、国内売上額2.2兆円のうち、半分は輸入による。

治療系医療機器は輸入超過、国際競争力指数はマイナスとなっているが、診断系医療機器は輸出超過、国際競争力指数はプラスとなっている。

運用は個別の機器に応じて判断されている。

2. 医療機器の薬事法上の承認審査について

（1）審査における分類

医療機器のリスクに応じてクラス Ⅰ ～ Ⅲ とされ、一般医療機器（クラス Ⅰ）、管理医療機器（クラス Ⅱ）、高度管理医療機器（クラス Ⅲ、Ⅳ）に分類

当該リスクに応じて、届出、第三者機関による認証又は厚生労働大臣による承認（PMDAによる審査）となる。

通常的人工関節、ペースメーカーの小型化・省電力化、放射線治療装置などこれまでのデータ等からヒトでの評価を行わなくても有効性、安全性が判断できるものについては、治験データは不要とされている。

【平成21年度 厚生労働大臣承認に係る申請件数及び承認件数】

区 分		平成21年度申請件数	平成21年度承認件数
新医療機器	優先して審査を行う品目	24	3
	通常の品目		33
改良医療機器	臨床あり(※1)	34	30
	臨床なし(※2)	137	158
後発医療機器		1, 127	1, 797
合計		1, 322	2, 021
		うち治験を要したものの58件(新医療機器24件、改良医療機器34件)	うち治験を要したものの66件(新医療機器36件、改良医療機器30件)

※1) 審査において治験データ(海外のものを含む)が必要なもの

※2) 審査において治験データ(海外のものを含む)が不要なもの

注1: 承認数は平成16年度以降に申請された品目が対象

注2: 改良及び後発について、20年度以前に申請された品目は、21年度以降の区分に読み替えて承認件数を集計。

新医療機器: 既に製造販売の承認を受けている医療機器(薬事法の再審査期間を経過していないものを除く。以下

「既承認医療機器」という。)と構造、使用方法、効能、効果又は性能が明らかに異なる医療機器

改良医療機器: 再審査の指示を受ける対象となるほどの新規性はないが、既承認医療機器と構造、使用方法、

効能、効果又は性能が実質的に同等ではないもの

後発医療機器: 既承認医療機器と構造、使用方法、効能、効果又は性能が実質的に同等であることをいう。

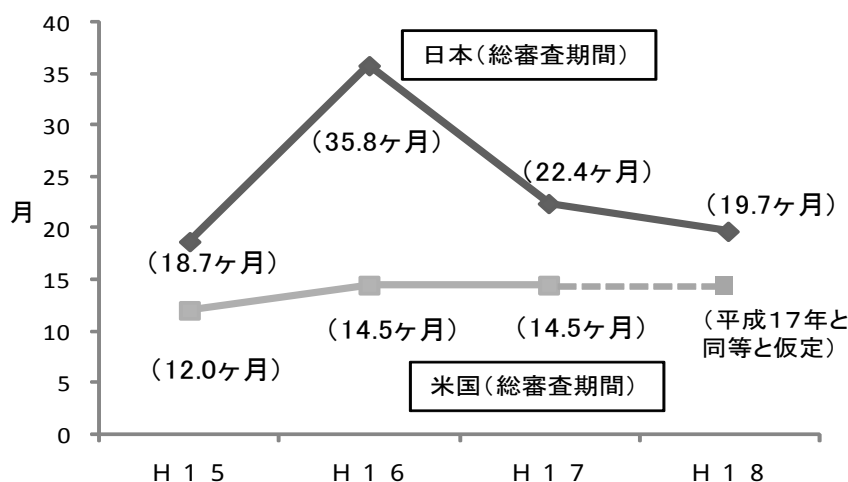
(2) デバイスラグをめぐる現状

我が国においては、欧米とくらべ、医療機器の上市までの期間が長いこと(デバイスラグ)が指摘されている。例えば米国と比較した場合、以下の2点の差が指摘される。

米国への承認申請時点と我が国への申請時点の差 約12ヶ月程度

2005年4月1日～2008年3月31日までの間に我が国で承認された新医療機器(54品目)について調査

米国の総審査期間と我が国の総審査期間の差 約7ヶ月程度



※日本は中央値、米国は平均値。米国の新医療機器のみの期間は公表されていないため、新医療機器に加え、ペースメーカーなどの生命に関わるリスクの高い医療機器等が含まれるPMAの審査期間を採用。

※: 日本は年度単位(4月から翌年3月)、米国は会計年度単位(10月から翌年9月)で計上。

3. 医療機器の保険適用について

医療機器の保険適用は、以下の区分で診療報酬項目において包括的に評価、又は特定保険医療材料として保険償還価格が決定される。

A1 (包括) いずれかの診療報酬項目において包括的に評価されているもの
(例 縫合糸、静脈採血の注射針)

A2 (特定包括) 特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの
(例 眼内レンズ、超音波検査装置)

B（個別評価） 材料価格が個別に設定され評価されているもの（特定保険医療材料）

C 1（新機能） 新たな機能区分が必要で、技術は既に評価されているもの

（例 特殊加工の施してある人工関節）

C 2（新機能 新技術） 新たな機能区分が必要で、技術が評価されていないもの

（例 カプセル内視鏡）

薬事承認を得た医療材料については、企業から保険適用希望書が提出され、保険医療材料専門組織を経て中医協総会において保険償還価格を決定。

4．医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会

新医療機器に関する医療ニーズについては、医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会において、学会等から、主要諸外国において使用されており、生命に重大な影響がある疾患、又は病気の進行が不可逆的で日常生活に著しい影響を及ぼす疾患の治療・診断等に用いられるものについて、開発要望を募集し、これらのうち、医療上特に必要性が高いとされたものは、開発企業を募集しているところ。

平成18年度から平成22年 6月15日までの実績

（平成22年 6月16日以降の要望は現在WGにおいて検討中）

学会等からの要望件数：110種

平成21年度までは、提出された要望書のうち、国内で承認されたもの、海外で承認が無いもの、承認申請準備中又は審査中のもの及び医薬品に該当するものを除いた件数

平成22年度は、提出された要望書のうち、国内で承認されたもの、承認審査中のもの及び医薬品に該当するものを除いた件数

うち医療上の必要性が高いとして選定された件数：33種

選定品目の現状（平成22年 8月31日現在） 33種 57品目

うち薬事承認された件数：15種 16品目

うち承認審査中の件数：7種 10品目

うち申請準備中の件数：8種 12品目

うち申請検討中の件数：7種 12品目

うち公募中の件数：6種 7品目

5．検討の方向性

以上の現状等を踏まえ、必要な患者に対してより多くの治療の選択肢を提供するため、迅速な治験の実施や、保険適用の際のイノベーションの評価について、医療機器の特殊性を踏まえ検討を行ってはどうか。

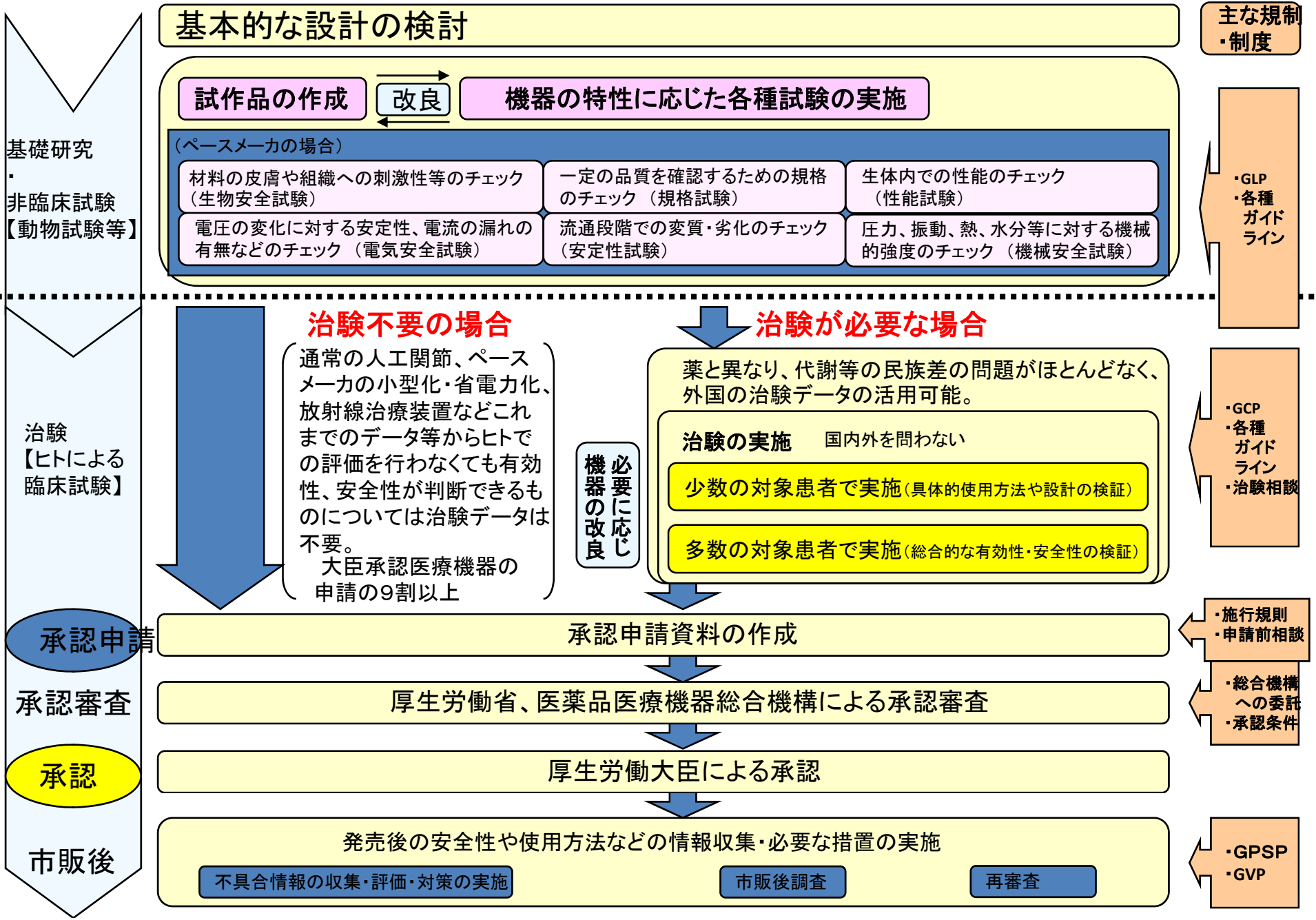
その際、

- ・ 医療機器にはMRI等の体外診断機器、人工呼吸器等の装置、着脱が困

難な植込み型の機器等の多種多様な形態があることや、我が国の医療機器製造企業の体制等を踏まえた、治験や保険外併用療養費制度の在り方を検討する必要があるのではないか。

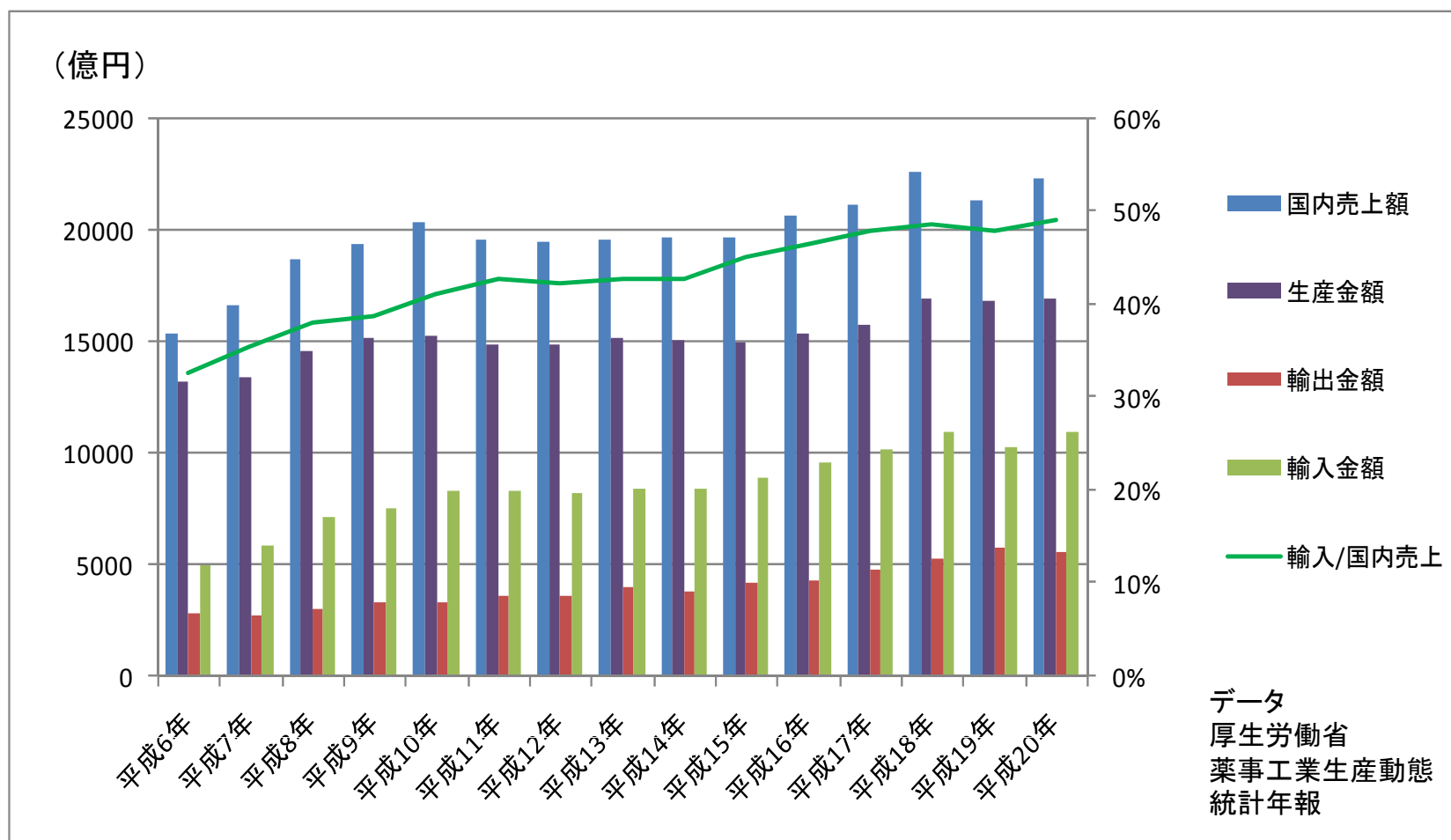
- また、医療機器の改良には多種多様なものがあるが、薬事法上の承認における治験の要否の判断は、個々の医療機器に応じて個別に行われている点も考慮する必要があるのではないか。
- 医療機器の技術評価については、機器自体の安全性、有効性に加えて、それらを使用する医師の技術や施設要件も踏まえて評価する必要がある。

基礎研究から承認審査、市販後までの主なプロセス（大臣承認医療機器）



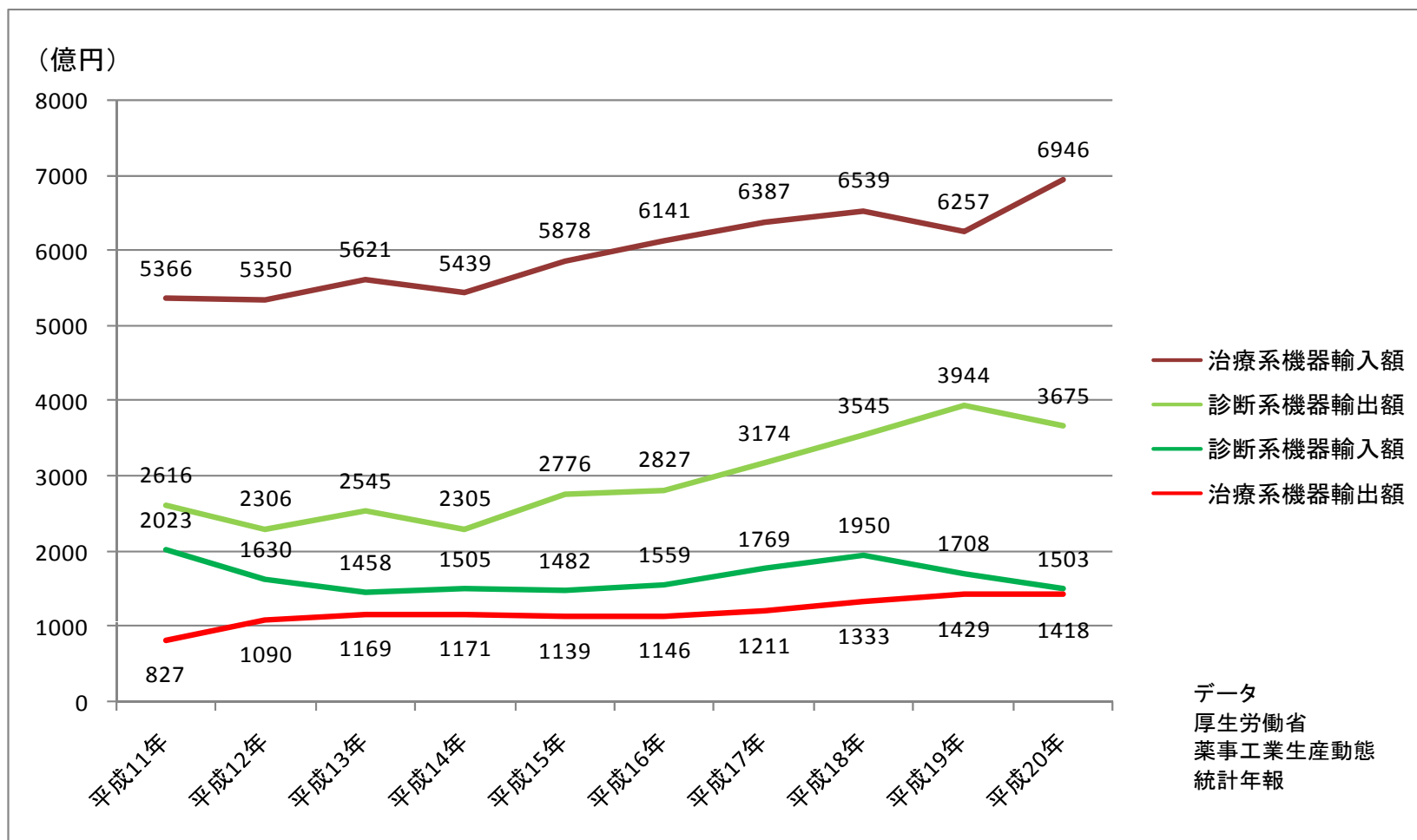
医療機器の生産・輸出・輸入額

- 国内での生産額は1.7兆円、うち1/3は輸出され額は0.6兆円
 - 国内売上額2.2兆円のうち、半分は輸入され額は1兆円。輸入割合が増加
- 国内売上額＝生産金額－輸出金額＋輸入金額



治療系・診断系別の輸出・輸入額

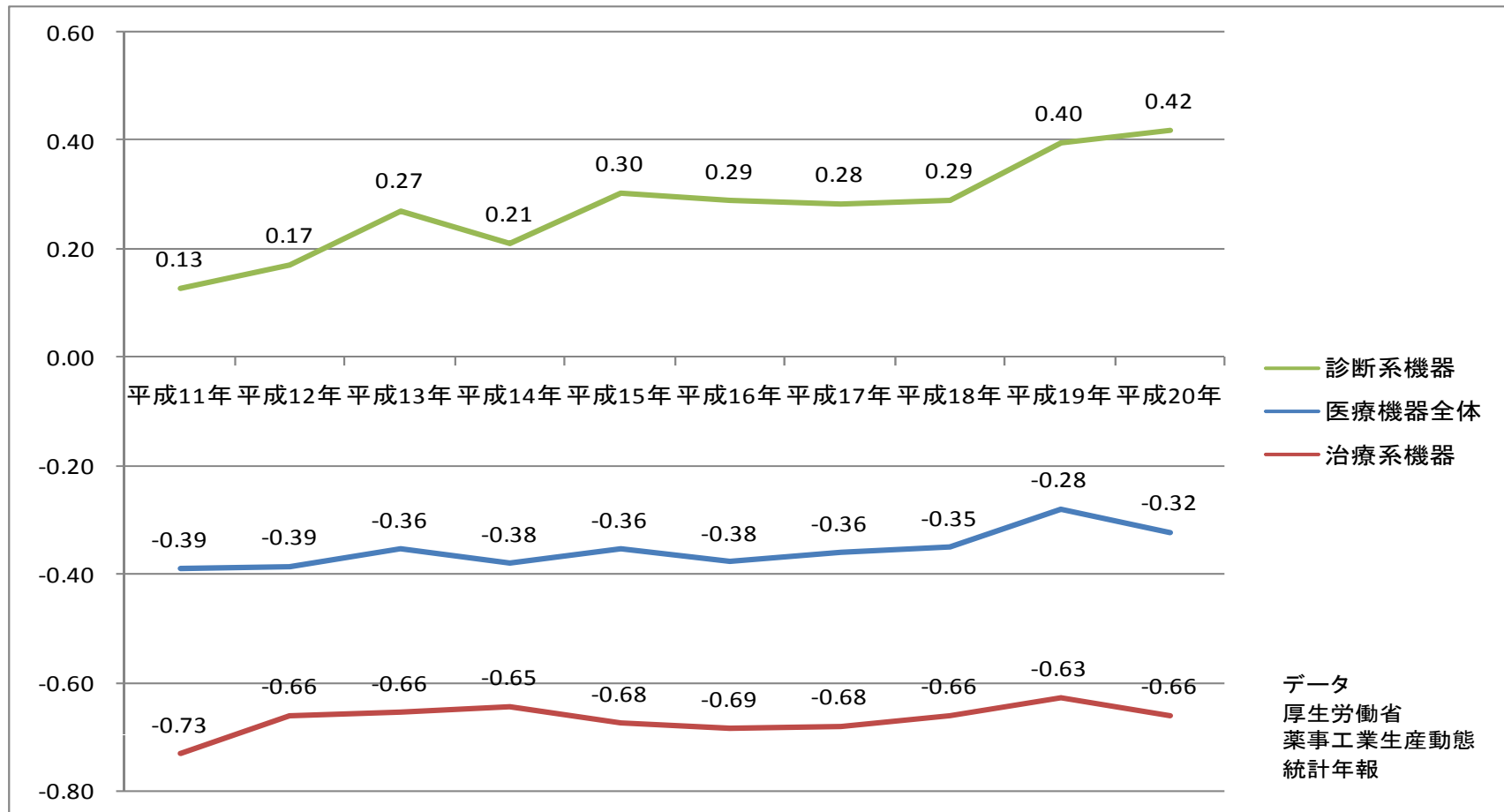
- 治療系医療機器は、輸入超過。輸入額が増加
- 診断系医療機器は、輸出超過。輸出額が増加



国際競争力

- 診断系医療機器は、国際競争力指数はプラスで、上昇
- 治療系医療機器は、国際競争力指数はマイナス

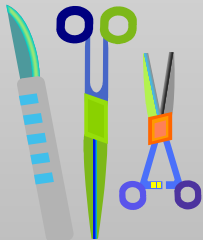



$$\text{国際競争力指数} = (\text{輸出額} - \text{輸入額}) / (\text{輸出額} + \text{輸入額})$$



医療機器のクラス分類と市販前規制

(薬事法改正により平成17年4月施行)

小 ← リスク → 大

国際分類 (注1)	クラス	クラス	クラス	クラス
具体例	不具合が生じた場合でも、 <u>人体へのリスクが極めて低い</u> と考えられるもの (例) 体外診断用機器 鋼製小物(メス・ピンセット等) X線フィルム、 歯科技工用用品 	不具合が生じた場合でも、 <u>人体へのリスクが比較的低い</u> と考えられるもの (例) MRI装置、電子内視鏡、 消化器用カテーテル、超音波 診断装置、歯科用合金 	不具合が生じた場合、 <u>人体へのリスクが比較的高い</u> と考えられるもの (例) 透析器、人工骨、 人工呼吸器、 心臓血管用バルーンカテーテル 	患者への侵襲性が高く、不具合が生じた場合、 <u>生命の危険に直結する恐れ</u> があるもの (例) ペースメーカ、 人工心臓弁、 ステント 
	薬事法の分類	一般医療機器	管理医療機器	高度管理医療機器
規制	届出	第三者認証(注2)	大臣承認(総合機構で審査)	

(注1) 日米欧豪加の5地域が参加する「医療機器規制国際整合化会合(GHTF)」において平成15年12月に合意された医療機器のリスクに応じた4つのクラス分類の考え方を薬事法に取り入れている。(平成17年4月)

(注2) クラス 品目のうち、厚生労働大臣が基準を定めたものについて大臣の承認を不要とし、あらかじめ厚生労働大臣の登録を受けた民間の第三者認証機関(現在13機関)が基準への適合性を認証する制度。

医療機器規制の我が国と欧米の比較

国際分類 (GHTF)	クラス メス、ピンセット等	クラス MRI、内視鏡等	クラス 透析器、人工骨等	クラス 心臓ペースメーカー等
分類	一般医療機器	管理医療機器	高度管理医療機器	
日本	承認等不要	第三者認証 ¹	国による承認	
米国	承認等不要	国による承認 ²		
欧州	承認等不要	第三者認証 ³		

1 クラス 品目のうち、厚生労働大臣が基準を定めて指定した「指定管理医療機器」が第三者認証の対象。基準の定められていないクラス 品目は、クラス 、クラス と同様に国による承認が必要。

2 米国においてはクラス分類の考え方は本格的には導入されていないが、おおむねクラス に該当するものを承認等不要にした上で、それ以外のものについては国による承認に相当。正確に言うと、米国での法律上の定義では、新医療機器等未だ十分な安全性、有効性についての知見がないもの、及び生命に直結するものは承認、それ以外のものは事前届出とされているが、米国の事前届出は市販前に提出されたデータをFDA(米国食品医薬品庁)が審査するものであり、實際上我が国の承認審査と同様。

3 培養皮膚等のヒト組織・細胞由来製品については、第三者認証ではなく、欧州医薬品庁(EMA)による承認が必要。

保険医療材料の評価区分

A1(包括)

いずれかの診療報酬項目において包括的に評価されているもの
(例:縫合糸、静脈採血の注射針)

A2(特定包括)

特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの
(例:眼内レンズと水晶体再建術、超音波検査装置と超音波検査)

B(個別評価) = 特定保険医療材料

材料価格が機能別分類に従って設定され、技術料とは別に評価されているもの
例:PTCAカテーテル、冠動脈ステント、ペースメーカー

C1(新機能)

新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術は既に評価(医科点数表にある)されているもの
(例:特殊加工の施してある人工関節)

C2(新機能・新技術)

新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術が評価されていないもの
(例:カプセル内視鏡)

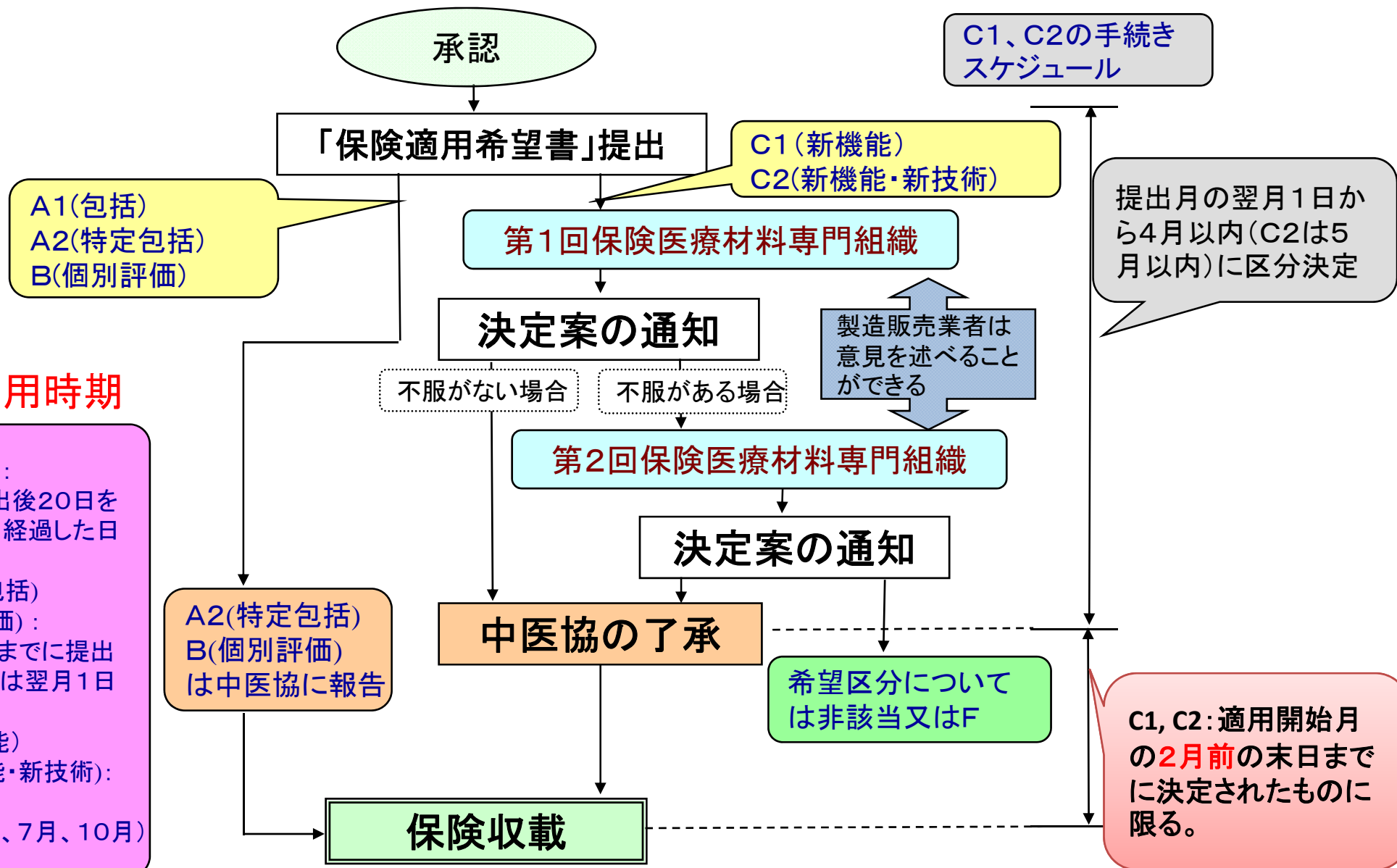
F 保険適用に馴染まないもの

特定保険医療材料の範囲

○保険医療材料の評価の原則(平成5年中医協建議より)

1. 技術料の加算として評価すべき保険医療材料(A2)
 - ① 使用される技術が限られているもの :例)超音波凝固切開装置
 - ② 医療機関からの貸し出しの形態をとるもの :例)在宅の酸素ボンベ
2. 特定の技術料に一体として包括して評価すべき保険医療材料 (A2)
技術と一体化している材料:例)腹腔鏡のポート、脳波計
3. 技術料に平均的に包括して評価すべき保険医療材料 (A1)
廉価な材料:例)静脈採血の注射針、チューブ
4. (1.から3.以外で)価格設定をすべき保険医療材料 (B,C1,C2)
 - ① 関連技術料と比較して相対的に高いもの:例)人工心臓弁
 - ② 市場規模の大きいもの:例)PTCAカテーテル、ペースメーカー

医療機器・材料価格算定のプロセス



保険適用時期

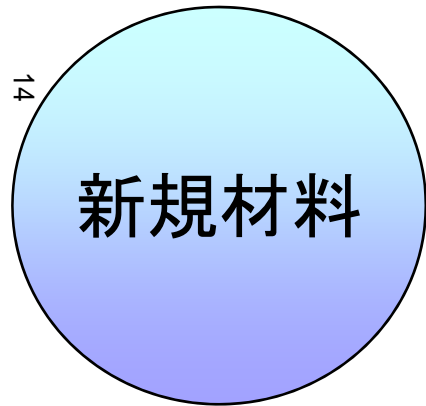
A1(包括):
希望書提出後20日を
経過した日

A2(特定包括)
B(個別評価):
各月10日までに提出
されたものは翌月1日

C1(新機能)
C2(新機能・新技術):
1年に4回
(1月、4月、7月、10月)

新規材料の価格算定ルール

14



類似機能区分のあるもの



基本：類似機能区分比較方式

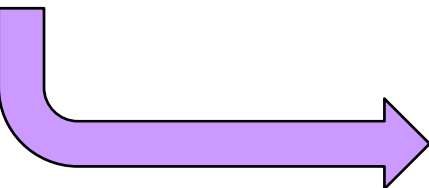
補正加算なし

補正加算あり

画期性加算	50 ~ 100%
有用性加算	5 ~ 30%
改良加算	1 ~ 20%

+

市場性加算()	10%
市場性加算()	3%

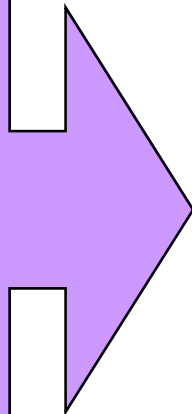
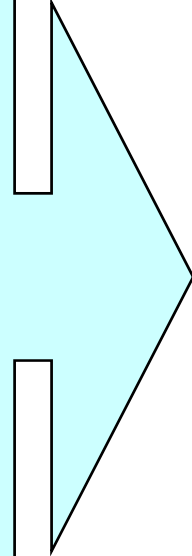


類似機能区分のないもの

特例：原価計算方式

製造(輸入)原価
 販売費、一般管理費
 営業利益
 流通経費
 消費税等

業界の実情を踏まえつつ、新規収載品の革新性の度合いに応じて±50%の範囲内で営業利益率の調整を行う



価格調整()

外国平均価格の1.5倍を超える場合は1.5倍に相当する額

英、米、独、仏の医療材料の価格を相加平均した額と比較

新規材料のルール

基本的なルール: 補正加算について

○画期性加算 (50~100%)

次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること

○有用性加算 (5~30%)

画期性加算の3つの要件のうちいずれか1つを満たす新規収載品の属する新規機能区分

○改良加算 (1~20%)

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。
- ハ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。
- ニ 小型化、軽量化等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適用の拡大が、客観的に示されていること。
- ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手段が可能となること等が、客観的に示されていること。

○市場性加算(I) (10%)

薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

○市場性加算(II) (3%)

類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分

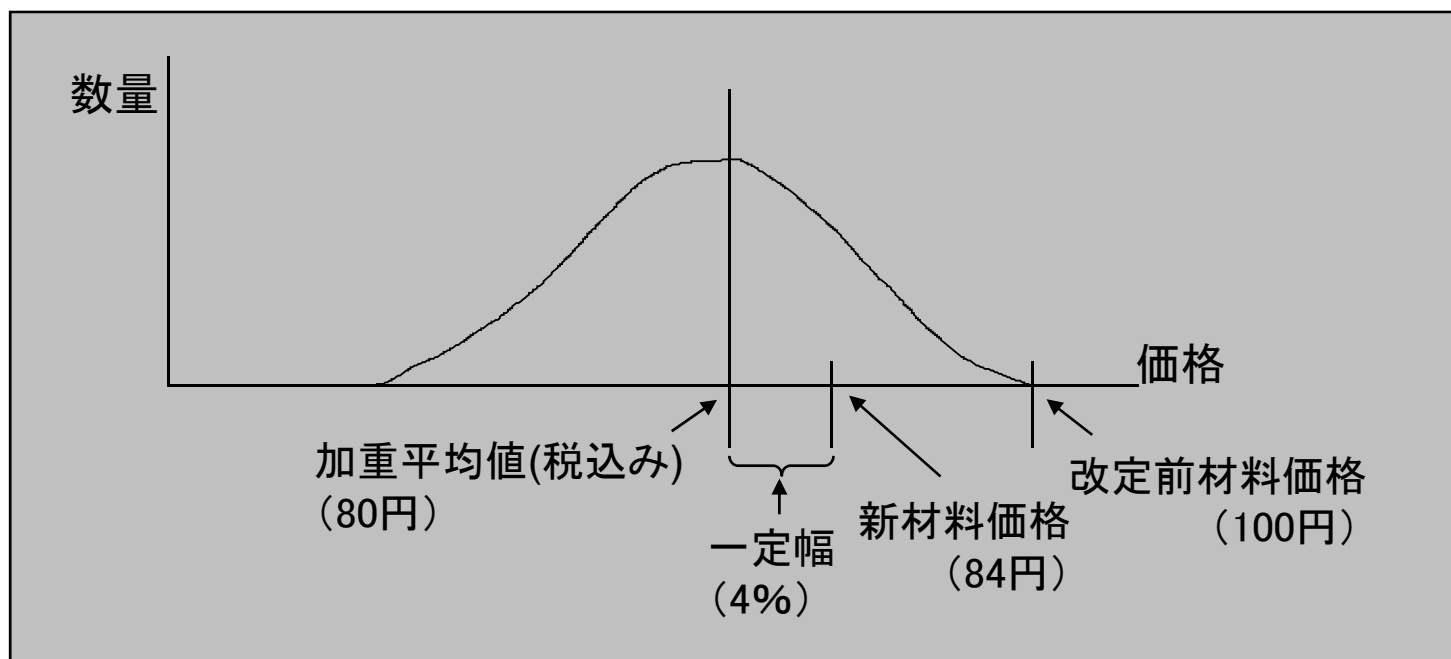
+

既収載品のルール

基本的なルール：一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式

材料価格調査において得た各機能区分に属する全ての既収載品の市場実勢価格の加重平均値に消費税を加えた算定値に一定幅（平成22年度においては4%）を加算した額とする。



$$\text{新材料価格} = \left[\text{医療機関における購入価格の加重平均値(税抜の市場実勢価格)} \right] \times \left[1 + \text{消費税率(地方消費税分含む)} \right] + \text{一定幅}$$

既収載品のルール

特例的なルール:再算定

○ 再算定

国内価格と外国平均価格（英・米・独・仏）を比較し、市場実勢価格が外国平均価格の1.5倍を上回る場合は、下記の算式を適用し、倍率に応じて価格を引き下げる（最大25%まで）

（ただし、供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係わる場合を除く）

平成22年度材料価格制度改革において、再算定において使用する為替レートは「調査時期から直近2年間」と設定された。

$$\text{算定値} = \text{改定前材料価格} \times \frac{\text{既存品外国平均価格} \times 1.5}{\text{当該機能区分の属する分野の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値}}$$

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討の進め方

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入要望に関する意見募集

【学会等】

以下の条件のいずれにも該当する医療機器等について学会等から要望に関する意見を募集。

患者団体からの要望も考慮。

- ・ 主要諸外国において使用されていること
- ・ 生命に重大な影響がある疾患、又は病気の進行が不可逆的で日常生活に著しい影響を及ぼす疾患の治療・診断等に用いられるものであること

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会

ワーキンググループ

選定案の作成

検討会

学会等要望の評価、選定品目の決定

開発企業の募集

(選定品目に関する情報収集を含む)

個別相談等

- 検討会は、厚生労働省から定期的な報告を受けて、**早期の承認申請に向けて**、
 - ・ 早期導入に向けた**助言**(治験の必要性、学会ガイドラインの必要性等)
 - ・ 早期導入の可能性や妥当性に関する**意見**
 - ・ 市販後の**安全確保策に関する助言** 等を行う。
- **承認申請後**についても、検討会は、審査等の進捗状況の報告を受け、**必要な助言**等を行う。

企業による**承認申請**

PMDAによる**優先審査等**

厚生労働大臣の**承認**

市販後の**安全確保策**

【選定の考え方】 以下のa)~c)のいずれの条件も満たす医療機器等とする。

- 学会等からの要望があるもの
 - 我が国と同等の審査制度のある国において承認されているもの又は国内において開発中のもの
 - 医療上特に必要性が高いと認められるもの
- 適応疾病の重篤性 (生命への影響の重大性(致命的)、病気の不可逆な進行、日常生活への著しい影響等)
 - 医療上の有用性 (既存の治療法等がないこと、欧米での標準的な普及性、既存の治療法等に対する優位性)

- 学会の協力等
- ・ 市販後臨床試験等への協力
 - ・ 適正使用の確保 (施設要件、研修等)

これまでの選定品目の現状(平成22年8月31日現在)

No.	医療機器等の名称	対象疾患(処置等)	評価	企業名	品目名	評価報告	現状	希少疾病用医療機器	申請日	優先審査	承認日	備考
1	胸部大動脈ステントグラフト	胸部大動脈瘤	AA	ジャパングアテックス株式会社	ゴアTAG胸部大動脈ステントグラフトシステム	-	承認	-	H18.11.6	H19.3.5	H20.3.12	
2	頸動脈ステント	頸動脈狭窄症	AA	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	頸動脈用プリサイズ	-	承認	-	H18.6.28	H19.3.5	H19.9.28	
3	植込み型補助人工心臓	末期性重症心不全	AA	ニプロ株式会社	植込み型補助人工心臓Heart Mate XVE LVAS	-	承認	H11.5.27	H16.2.27	※	H21.11.18	
				株式会社サンメディカル技術研究所	植込み型補助人工心臓EVAHEART	H19.6.7	審査中	H19.7.6	H21.1.19	※		
				テルモ株式会社	DuraHeart左心補助人工心臓システム	H19.6.7	審査中	H21.3.11	H21.9.17	※		
				センチュリーメディカル株式会社	Jarvik2000植込み型補助人工心臓システム	H19.6.7	審査中	H20.12.15	H22.1.29	※		
4	血管内塞栓物質	動脈瘤、静脈瘤、動静脈奇形、動脈出血、悪性腫瘍、脳動脈奇形、硬膜動静脈ろう、悪性腫瘍、術後出血等	AA	イーヴィースリー株式会社	ONYX液体塞栓システムLD	-	承認	-	H17.3.30	H19.3.5	H20.9.26	
				ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	Trufill n-Buthyl cyanoacrylate(n-BCA)LiquidEmnolicSystem	H19.12.18	申請準備中					
				ビー・ブラウンエースクラップ株式会社	ヒストアクリル	H19.12.18	申請準備中					
5	小児の右室流出再建に用いる人工血管	小児における右室流出路再建	AA	日本メドトロニック株式会社	コンテグラ肺動脈用弁付きコンデュイット	H19.7.20	審査中	-	H20.3.21	H20.3.27		
6	小児の胸郭不全症候群に用いる胸郭矯正器具	胸郭不全症候群	AA	シンセス株式会社	VEPTRシステム	H19.6.17	承認	-	H20.5.28	H20.6.2	H20.12.22	
7	カプセル内視鏡(小腸用)	消化管出血等	BA	ギブン・イメージング株式会社	ギブン画像診断システム	-	承認	-	H16.4.15	-	H19.4.23	
8	CYP450遺伝子多型体外診断用医薬品	CYP450遺伝子多型の検査	BA	ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社	アンプリチップCYP450	-	承認	-	H19.2.5	H19.3.5	H21.5.12	
9	放射線治療装置	肺がん、乳がん、肝がん、膵がん、前立腺がん	BA	アキュレイ インコーポレイテッド	サイバーナイフII	-	承認	-	H17.10.31	H19.3.5	H20.6.12	
10	植え込み型ホルター心電計	原因不明の失神	BA	日本メドトロニック株式会社	メドトロニック Reveal DX	H19.10.11	承認	-	H19.10.5	H19.10.25	H20.7.11	

No.	医療機器等の名称	対象疾患(処置等)	評価	企業名	品目名	評価報告	現状	希少疾病用医療機器	申請日	優先審査	承認日	備考
11	骨粗鬆症性椎体圧迫骨折等に用いる骨セメント	骨粗鬆症性椎体圧迫骨折、原発性および転移性椎体骨腫瘍、外傷性椎体圧迫骨折	BA	日本ストライカー株式会社	ストライカー脊椎専用骨セメント	H19.10.11	承認	-	H20.9.18	H20.10.20	H21.12.24	
				カイフォン日本株式会社	KYPHON BKP 骨セメント HV-R	H19.10.11	承認	-	H20.4.25	-	H22.2.5	
				オリンパステルモバイオマテリアル株式会社	OSTEOPAL V	H19.10.11	申請検討中					
12	放射線治療補助材(放射線治療のための体内埋め込み金属マーカー)	肺がん、乳がん、肝・膵がん、前立腺がん等	BA	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	ディスポーザブルゴールドマーカー	H19.7.20	承認	-	H19.6.29	H19.7.27	H20.6.3	
				東洋メディテック株式会社	放射線治療補助材(放射線治療のための体内植込み金属マーカー)	H19.7.20	申請準備中					
				セティ・メディカルラボ株式会社	VISICOIL マーカ プレロード	H19.7.20	審査中	-	H21.12.24			
13	エキシマレーザーによる不具合リードの抜去システム	不具合リードの抜去	BA	ディーブイエックス株式会社	エキシマレーザー心内リード抜去システム	-	承認	-	H19.2.28	H19.3.5	H20.7.1	
14	尿失禁治療装置	尿失禁	BB	ガデリウス株式会社	NeoControl Pelvic Floor Therapy System	H20.7.24	申請準備中					
15	放射線治療補助材(放射線治療のための体内埋め込み金属マーカー)	前立腺がん、乳がん等	BB	株式会社千代田テクノ	オンコススマートイントロダクションセット	-	審査中	-	H21.6.8			
16	顎関節人工骨	顎関節症	BB	株式会社メディカルユーアンドエイ	TMJ Joint Replacement System	H20.10.29	申請準備中					
17	迷走神経刺激装置	難治性てんかん	BB	日本光電工業株式会社	迷走神経刺激装置 VNSシステム	H20.7.24	承認	-	H20.11.11	H21.5.29	H22.1.18	
18	頭蓋内動脈ステント	薬剤無効性の頭蓋内狭窄症(アテローム性脳梗塞等)	AA	ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	Wingspan Stent System	H20.10.29	申請準備中					
19	経皮経管的脳血栓回収用機器	薬剤無効性の急性脳梗塞(8時間以内)	AA	センチュリーメディカル株式会社	Merciリトリーバー	H21.1.16	承認	-	H21.1.27	H21.2.23	H22.4.30	
				株式会社メディコス・ヒラタ	Penumbraシステム	H21.1.16	審査中	-	H22.2.15			
20	横隔神経ペースメーカー	先天性中枢性低換気症候群、高位頸椎損傷等による呼吸障害などの中枢性呼吸障害	AA				公募中					

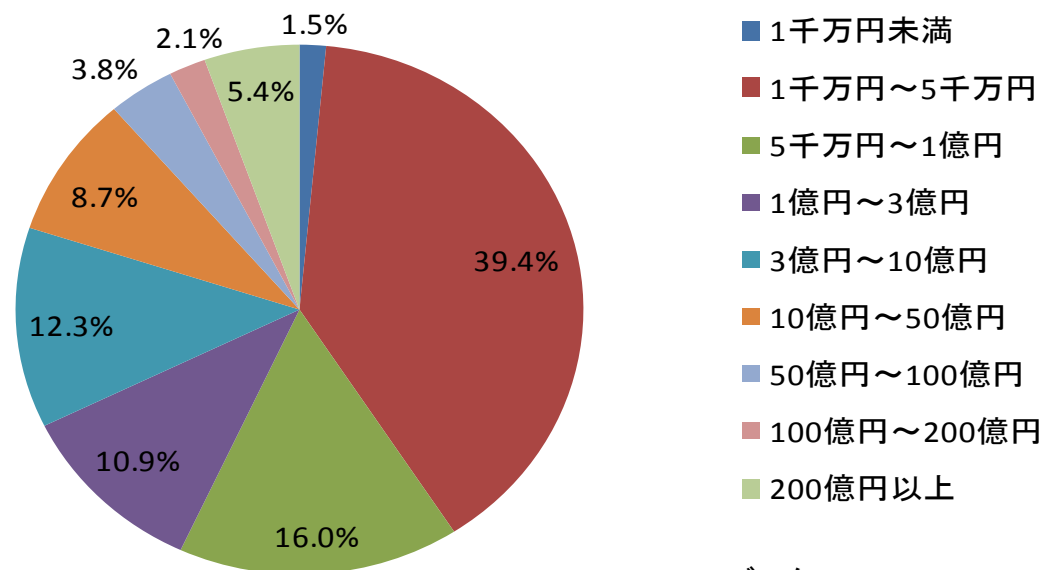
No.	医療機器等の名称	対象疾患(処置等)	評価	企業名	品目名	評価報告	現状	希少疾病用医療機器	申請日	優先審査	承認日	備考
21	血管血栓用ビーズ	肝臓癌・子宮筋腫及びその他の富血行性腫瘍、動脈奇形等	BA	日本化薬株式会社	Embospheres Microspheres	H21.1.16	申請準備中					
				株式会社エーザイ	ポリビニルアルコールハイドロジェルマイクロスフィア	H21.1.16	申請準備中					
				株式会社テルモ・クリニカル・サプライ	球状塞栓物質	H21.1.16	申請準備中					
				Celonova BioSciences,Inc	Embozene Microspheres	H21.1.16	申請準備中					
22	緑内障手術インプラント	既存の治療法が無効な緑内障	BA	エイエムオー・ジャパン株式会社	Baerveldt Glaucoma Implants	H21.3.26	審査中	-	H22.3.31	H22.7.7		
23	抗ヘパリンPF4複合抗体測定試薬	ヘパリン起因性血小板減少症	BA	三菱化学メディエンス株式会社	ヘパリン・PF4抗体「ミツビシ」	-	申請検討中					
				アイ・エル・ジャパン株式会社	ヒーモスアイエルアキュスタ HIT IgG/ヒーモスアイエルアキュスタ HIT Ab	-	申請準備中					
24	水晶体嚢拡張リング	難治性の白内障(Zinn小帯脆弱、断裂)	BA	エイエムオー・ジャパン株式会社	Injecto Ring	H22.3.19	申請検討中					
25	消化管狭窄に対するステント	悪性腫瘍等による狭窄(十二指腸、大腸等)	BA	ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	ウォールフレックス十二指腸用ステント	H21.3.26	承認	-	H20.10.31	-	H21.11.10	
				ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	ウォールフレックス 大腸用ステント	H21.3.26	審査中	-	H21.9.30			
				センチュリーメディカル株式会社	Niti-S 胃十二指腸用ステント	H21.3.26	審査中	-	H21.12.21			
				センチュリーメディカル株式会社	Niti-S 大腸用ステント	H21.3.26	申請準備中					
				ソリュウシオン株式会社	HANAROSTENT	H21.3.26	申請検討中					
				株式会社パイオラックスメディカルデバイス	SX-ELLA Stent Pyloroduodenal(Enterella)	H21.3.26	申請検討中					
				株式会社パイオラックスメディカルデバイス	SX-ELLA Stent Colorectal (Enterella)	H21.3.26	申請検討中					
26	気管・気管支用ハイブリット・ステント	悪性・良性気管・気管支狭窄(抜去可能な製品)	AB	スーガン株式会社	AERO Tracheobronchial Stent		公募中					
				原田産業株式会社	Silmet		公募中					

No.	医療機器等の名称	対象疾患(処置等)	評価	企業名	品目名	評価報告	現状	希少疾病用医療機器	申請日	優先審査	承認日	備考
27	植込み型心臓ペースメーカー 心内膜植込み型ペースメーカー リード	徐脈性不整脈(MRI対応製品)	BB				公募中					
28	体外式補助人工心臓装置	乳幼児・小児の重症心不全患者	AA	株式会社カルディオ	EXCOR Pediatric Ventricular Assist Device	H22.3.19	申請検討中					
29	末梢血管用カバードステント	腸骨動脈、浅大腿動脈における動脈瘤外傷性、医原性血管損傷による血管内治療	BB	ジャパン・ゴアテックス株式会社			公募中					
30	創外固定用金属ピン	四肢長管骨、骨盤、距・踵骨等の骨延長、偽関節、遷延癒合、骨折固定、骨端軟骨組織の変形矯正、関節固定等(固定力が優れる製品)	BB	スミス・アンド・ネフュー オーソペディックス株式会社	HA Coated Half Pin	H22.3.19	申請検討中					
				小林製薬株式会社・小林メディカルカンパニー	オーソフィックス創外固定HAコーティッドピン	H22.3.19	申請検討中					
				バイオメット・ジャパン株式会社	ダイナフィックスHAコーティング体内固定用ピン	H22.3.19	申請検討中					
31	人工内耳	低音域に残存聴力を有する高音急墜型の聴力像を呈す感音難聴(補聴器機能付き製品)	BA	メドエルジャパン株式会社	EAS Hearing Implant System	H22.3.19	申請検討中					
				株式会社日本コクレア	EAS Hearing Implant System	H22.3.19	申請検討中					
32	経口咽喉頭腫瘍手術器具	咽喉頭腫瘍(経口的咽喉頭腫瘍切除術)	BB				公募中					
33	唾液腺内視鏡	唾石症(低侵襲的に唾石を摘出)	BA				公募中					

国内の医療機器製造企業の規模①

- 資本金、売上高、従業員規模ともに、中小規模の企業が多い
- 資本規模別では、5千万円未満が4割、1億円未満が6割

【資本金規模別】

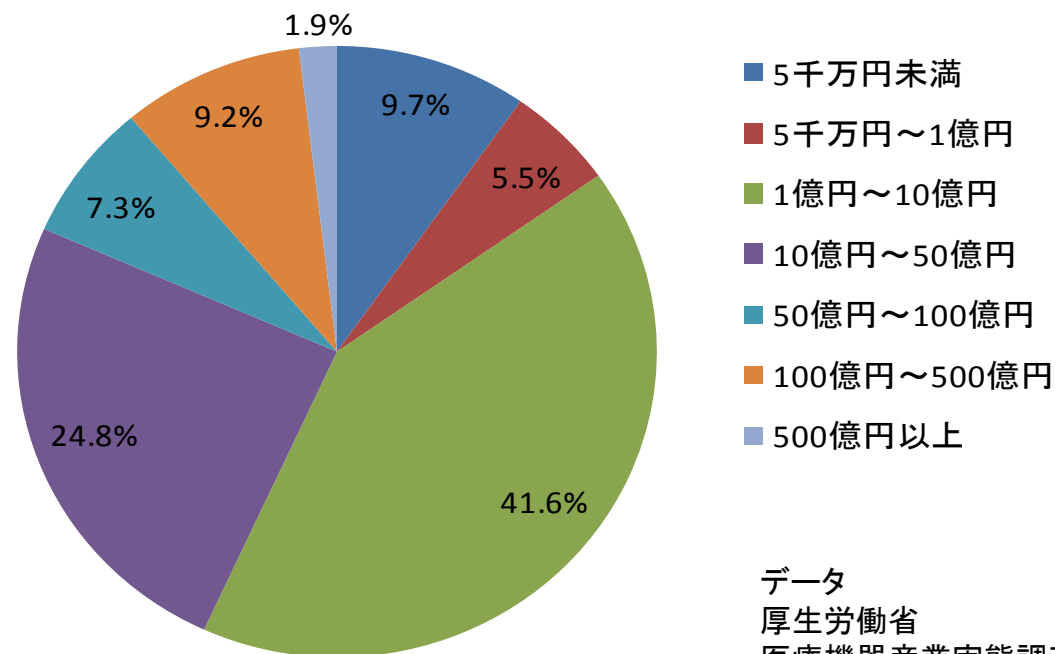


データ
厚生労働省
医療機器産業実態調査
(平成19年度)

国内の医療機器製造企業の規模②

- 売上高規模別では、10億円未満が6割、50億円未満が8割

【売上高規模別】

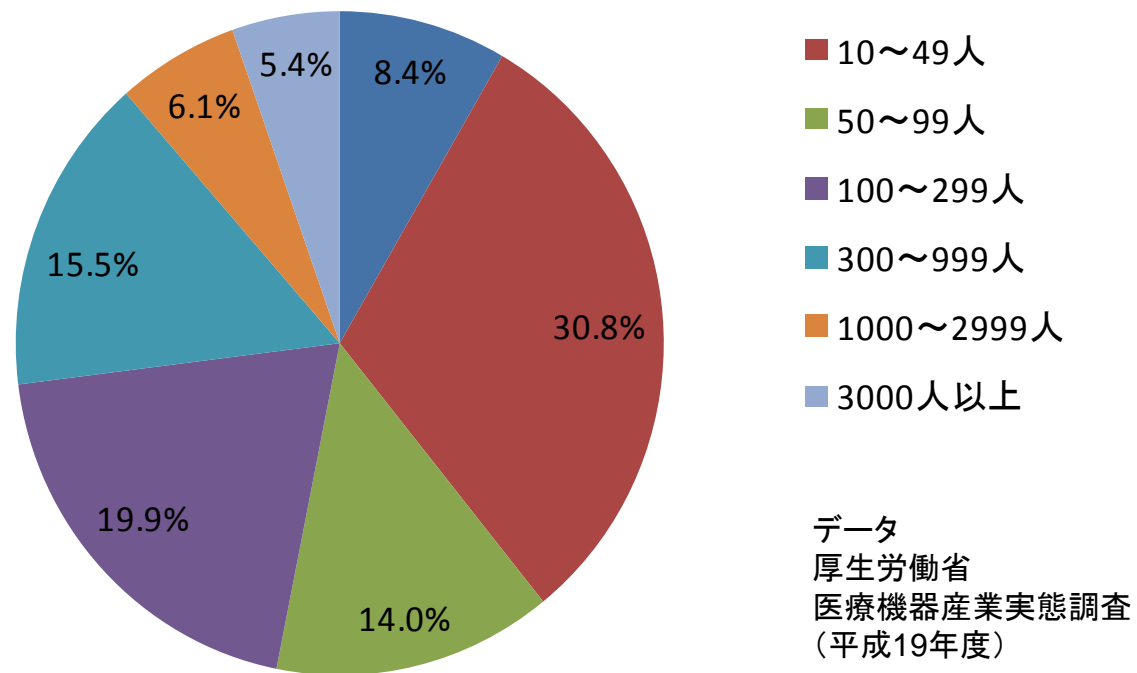


データ
厚生労働省
医療機器産業実態調査
(平成19年度)

国内の医療機器製造企業の規模③

- 従業者規模別では、50人未満が4割、100人未満が5割

【従業者規模別】



植込型補助人工心臓のサイズの進歩

(Jarvik 2000とHEARTMATE XVEの比較)重さ:1/13, 容量: 1/24

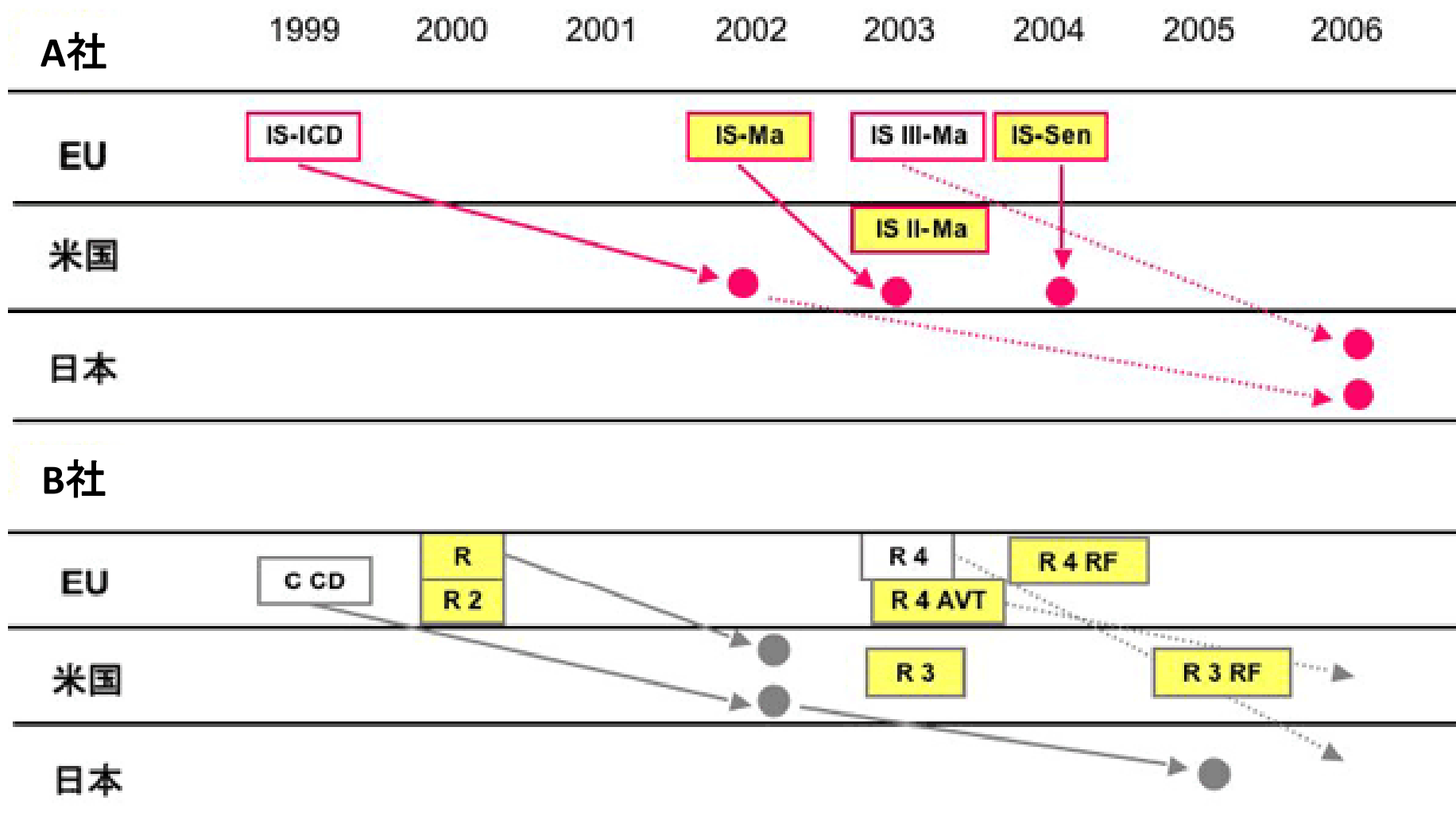
	JARVIK2000	HEARTMATE	HEARTMATE	HEARTMATE XVE
米国	治験中	2008年4月承認	開発中	2001年5月承認
欧州	2005年5月 CEマーク取得	2005年11月 CEマーク取得		2001年2月承認
日本	申請中	申請予定		2009年11月承認





新製品CRT-Dの各国における承認時期の比較

(新治療法格差、製品世代格差)

笠貫宏先生ご提供資料一部改編



医療機器と手術・施設基準の関係について

医療機器	手技名	施設基準
	<p>K597 ペースメーカー移植術</p>	<p>1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準 <u>循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。</u>なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。</p>
	<p>K604 埋込型補助人工心臓</p>	<p>1 埋込型補助人工心臓に関する施設基準</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。 (2) 開心術の症例が年間100例以上であること。 (3) 常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は<u>心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。</u> (4) <u>補助人工心臓の装着経験が5例以上あり、うち3例は過去3年間に経験していること。そのうち1例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。</u> (5) 移植関係学会合同委員会において、心臓移植手術を実施するものとして選定された施設であること。 (6) 所定の研修を修了している常勤医師が2名以上配置されていること。 (7) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。 ア血液学的検査 イ生化学的検査 ウ画像診断 (8) 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。 (9) 体外設置型補助人工心臓駆動装置を有し、緊急時の装着がいつでも施行可能であること。

介護保険制度の見直しに関する意見【課題と方向性】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

【地域における介護の課題】

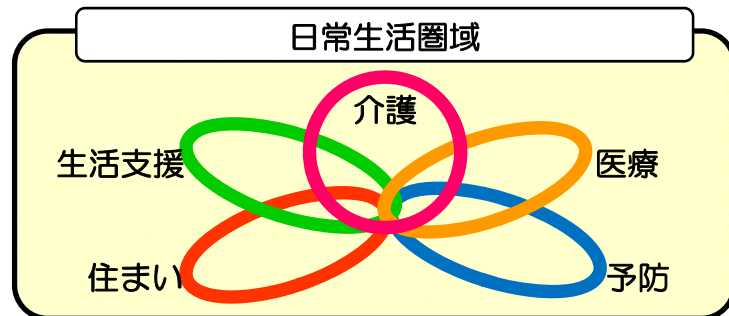
- ・介護になっても在宅で過ごしたい高齢者が多数
- ・高齢者のみ世帯や重度の要介護者に対する支援の不足
- ・介護人材の需要が今後増大、医療ニーズを担う人材確保が必要

【介護保険財政の課題】

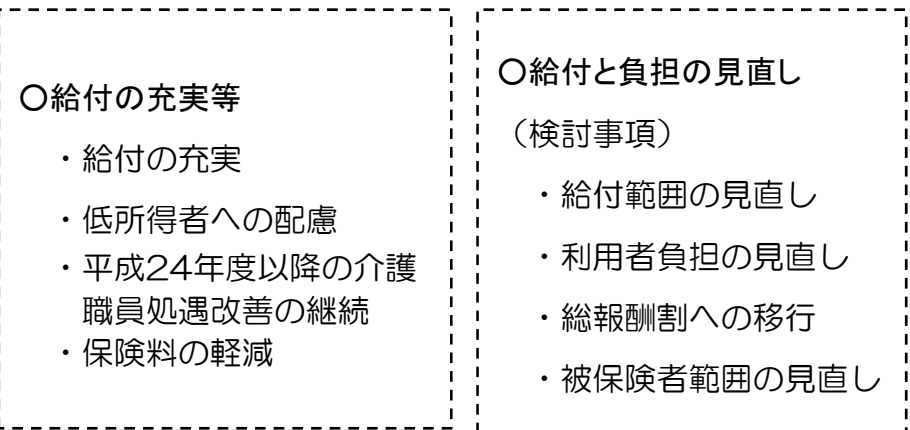
- ・介護費用の上昇(2025年に19~23兆円)
- ・第5期(平成24~26年度)に5000円を超える介護保険料
- ・介護職員の処遇改善の継続のために必要な財源確保

【地域包括ケアシステムの構築】

- 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制整備
 - ・単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備(24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等)
 - ・軽度の要介護者へのサービス、地域支援事業
 - ・住まいの整備、施設サービスのあり方
 - ・認知症高齢者への対応、家族支援のあり方
 - ・地域包括支援センターの運営の円滑化
- たんの吸引、人材の確保
- 保険者が果たすべき役割



【給付と負担のバランス】



- 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現
- 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築

介護保険制度の見直しに関する意見【概要版】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

◎見直しの基本的考え方

- 地域包括ケアシステムの実現 : 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供
- 持続可能な介護保険制度の構築 : 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図る

◎見直しの方向

():異なる意見や反対意見も併記

- 単身・重度の要介護者等に対応しうるサービスの整備
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
 - ・複合型サービスの導入(小規模多機能型居宅介護と訪問看護等)
 - ・介護福祉士等の介護職員による日常の医療的ケアの実施を可能に
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
 - ・給付の効率化・重点化と自立支援の観点からの検討(※)
- 地域支援事業
 - ・保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化

- 住まいの整備
 - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ
- 施設サービスのあり方
 - ・社会医療法人が特養を開設することを可能とする
 - ・介護療養病床の廃止を一定の期間に限り猶予(※)

- 認知症を有する人への対応
 - ・認知症のケアモデル構築と地域の実情に応じたケアパスの作成
 - ・市民後見人活用による支援のための体制整備
 - ・認知症の人や家族への支援について地域支援事業の活用検討
- 家族支援のあり方
 - ・仕事と介護の両立支援(介護休暇制度の利用促進等)
 - ・デイサービス利用者の宿泊ニーズへの対応を慎重に検討
 - ・地域支援事業における家族支援事業の推進
- 地域包括支援センターの運営の円滑化

- ケアマネジメント
 - ・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の推進
- 要介護認定
 - ・認定の有効期間の延長などの事務の簡素化
- 情報公表制度と指導監督
 - ・手数料によらず、利用しやすい情報公表制度への変更
 - ・都道府県における指導監督体制

- 介護人材の確保と資質の向上
 - ・介護報酬改定による処遇改善の取組の継続(※)
 - ・労働法規遵守、キャリアアップの取組の推進

- 給付と負担のバランス
 - ・処遇改善継続と給付拡充のための財源確保(ペイアスユーゴー原則)
 - ・被用者保険間の負担の公平性を図るため総報酬割導入の検討(※)
 - ・財政安定化基金の取り崩しによる保険料の軽減の検討(※)
 - ・ケアプランに係る利用者負担の導入の検討(※)
 - ・一定以上所得者の利用者負担の引き上げの検討(※)
 - ・家族の負担能力等を考慮した補足給付の支給の検討(※)
 - ・多床室における給付範囲の見直し(低所得者は維持)(※)
 - ・被保険者範囲の見直しの検討(※)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者の役割
 - ・介護保険事業計画策定の際の地域ニーズの的確な把握
 - ・医療サービスや高齢者の住まいに関する計画との調和
 - ・地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

- 低所得者への配慮
 - ・低所得者に対する保険料負担の配慮、ユニット型個室の負担軽減

介護保険制度の見直しに関する意見

平成22年11月30日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(地域包括ケアシステムの構築)

- (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
- (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
- (3) 地域支援事業
- (4) 住まいの整備
- (5) 施設サービス
- (6) 認知症を有する人への対応
- (7) 家族支援のあり方
- (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

2 サービスの質の確保・向上

- (1) ケアマネジメントについて
- (2) 要介護認定について
- (3) 情報公表制度と指導監督

3 介護人材の確保と資質の向上

4 給付と負担のバランス

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来13回にわたって審議を行った。
はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。
- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。
- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経てきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要となることが明らかになってきた。
- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。
- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年11月に内閣府が公表した「介護保険制度に関する世論調査」で

は、制度導入による効果として、「良くなったと思わない」者が29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

(前回の改正)

- 平成17年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。
- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

(介護保険制度の課題)

- このように、介護保険は制度が始まって10年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

(地域における介護の課題)

- 現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。
- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないこ

とへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが必要である。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一步を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかなように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。
- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活

支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。
- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額の保険料は、第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）で 4,160 円であるのに対し、第 5 期（平成 24～

26年度)には月額5,000円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は19~23兆円に膨張すると推計(平成20年社会保障国民会議推計)されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額5,000円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が5,000円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

なお、その際、現行制度の当初の姿から大きく乖離しないよう配慮する必要があるとの意見があった。

II 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、
 - ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、

- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ること
とで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること
を基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに応えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみでのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分対応できていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度 1 を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の

一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかと指摘があった。

(複合型のサービス)

- 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。
- 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、さらなる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進するべきである。
- また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

(介護福祉士等によるたんの吸引などの実施)

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。
今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

(リハビリテーションの推進)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。
平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。
また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が生活援助に割かれている現状が指摘されている。
- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。
- 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。
 - ・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであ

り、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは反対である。

- ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

(3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。

- また、地域支援事業については、第 2 号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料のあり方を見直すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第 2 号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかと意見があった。

- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援 1、2 と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネート

ートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

(4) 住まいの整備

- 緊急時の見守りがないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)
- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。
- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携を図っていくことが必要である。
具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。
- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に

関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という 2 本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成 16 年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。
- 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（5）施設サービス

（介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は 42.1 万人（平成 21 年 12 月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護 4、5 で在宅にいる者は 6.7 万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。
- また、特養の入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握のあり方について議論があったところである。今後の施設の整備のあり方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。

- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とするべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

(介護療養病床の取扱い)

- 介護療養病床については、本年 9 月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分 1）の割合が 7 割を超えており、5 年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。
- 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は 7000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要である。
- なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないかとの意見があった。
- 一方、現在ある介護療養病床については、長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設

における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

(6) 認知症を有する人への対応

(現状とこれまでの対応)

- 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。
- 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっている。
- 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。
- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。

- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量をもちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

(今後の対応)

- 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。
- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置し、認知症サポート

医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。
- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまでも多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

（7）家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせず在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせ、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応

できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。

- 地域支援事業における家族支援事業については、現在 911 市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056 箇所設置され、ランチ等を合わせると 7003 箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1 万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。
- このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべきであるとの意見があった。

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

(利用者負担の導入)

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が

増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。

- 一方、制度創設から 10 年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もある。

なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

(施設のケアマネジャーの役割)

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

(2) 要介護認定について

- 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。利用者が必要とするサービスが提供されるよう、要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、利用者に必要なサービス量については、ケアマネジャー、利用者、家族、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もある。

- しかしながら、要介護認定の廃止は、
 - ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者からみれば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがあるといった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

- 当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。
- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

(区分支給限度基準額)

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。
- その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、
 - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか
 などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。
- なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがあるとの指摘があった。

(3) 情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられてい

る。

- 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。
- また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。
- 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができることと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。
事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていなかったり、自治体間で指導内容に不整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保するとともに、事業者を育む姿勢が必要である。

3 介護人材の確保と資質の向上

- 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

(処遇改善の取組について)

- 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了す

ることから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、

- ・ 給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること
- ・ 交付金の対象者が介護職員に限定されていること
- ・ 現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、介護職員の処遇改善が継続できるよう、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

- この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。
- なお、平成 24 年度以降については、当該交付金を継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。
- また、介護労働市場をみると、
 - ・ 有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
 - ・ 事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。
- 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。
- また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるような環境整備も重要である。

(雇用管理)

- 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

- 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納している事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、利用者宅を移動して行われたりする形態であるために、労働基準法等の遵守が強く求められている事業であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検討する必要があるとの意見があった。

(キャリアアップの取組)

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成するために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

(医療的ケア)

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。

なお、これによって、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待されるとの意見があった。

4 給付と負担のバランス

(給付と負担の見直し)

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善

交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には全国平均で 5,000 円を超えることが見込まれている。

サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月 5,000 円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。
- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第 5 期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請にこたえるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応したさらなる負担を、制度を支えるそれぞれの方にお願ひせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の 40～64 歳が負担する第 2 号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決められている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第 2 号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとするに対して、強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

(財政安定化基金)

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるような見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどの法整備を検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に対応すべきとの意見があった。

(公費負担のあり方)

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。
- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。
- しかし、一方では、
 - ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
 - ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保

険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないか、との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、

- ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
- ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか

といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

- なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

(給付の見直し)

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げること検討すべきである。

一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

※ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。

※ 補足給付については後述のとおり。

(被保険者範囲)

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(介護保険事業計画)

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に應じ記載していくことが求められている。

- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。
- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。
- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。
- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。
こうした制度を導入する際、事業者の指定にあたっての調整事項や事務負担の増大も見込まれることから、事業者の指定事務を含め、都道府県と市町村の権限の見直しも併せて検討していく必要があるとの意見があった。
- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み(いわゆる「総量規制」)については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために

有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

(保険者独自の介護報酬の設定)

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働大臣の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

(地域主権)

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月 28 日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

(補足給付)

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきと

の意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。

- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約4分の3が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

(ユニット型個室の負担軽減等)

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

(多床室の給付範囲の見直し)

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費

相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。

- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

(高齢者の保険料負担の軽減)

- 65歳以上の第1号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。
- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第4期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金の適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

IV 今後に向けて

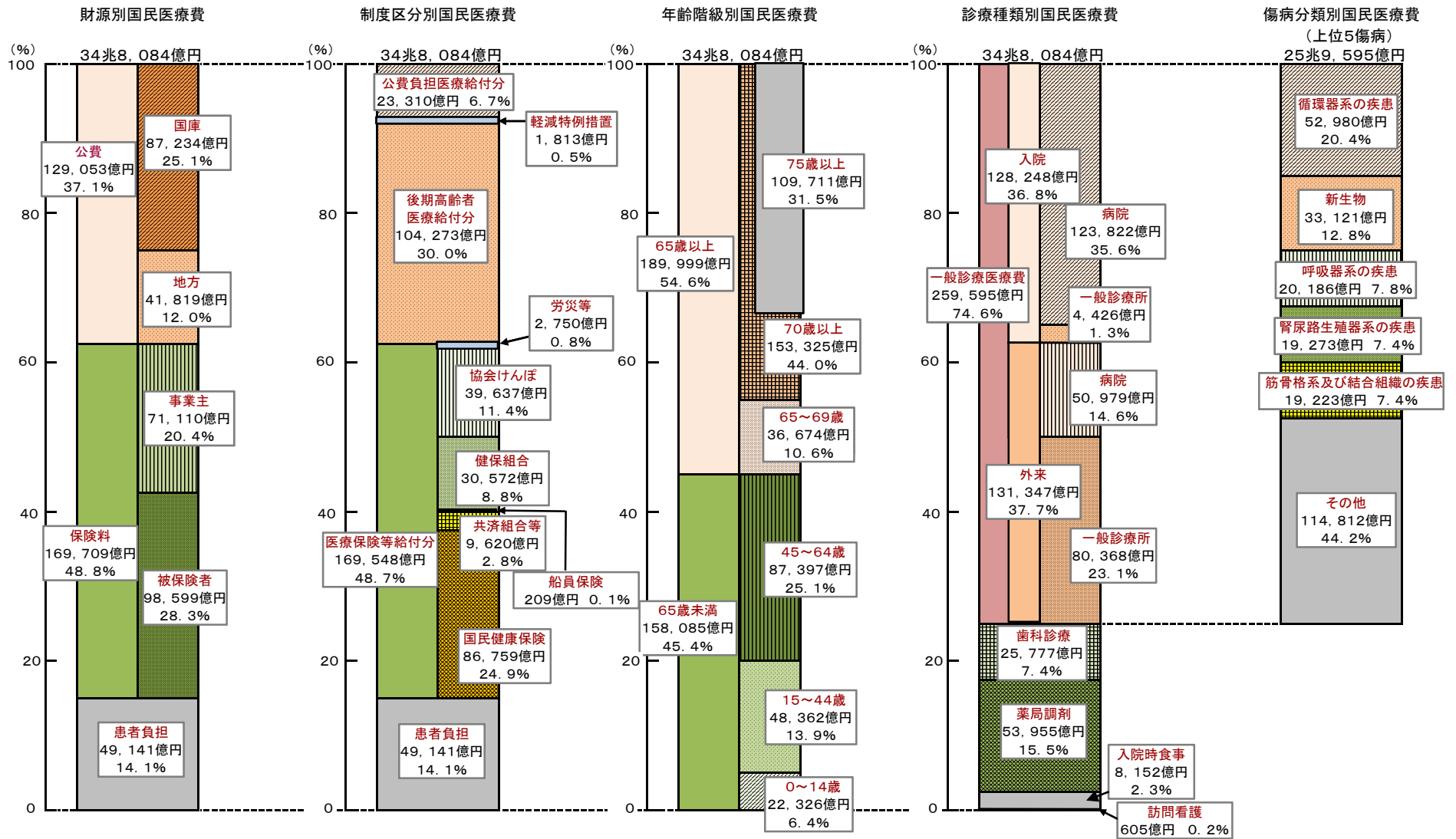
- 今回の介護保険制度改革においては、第5期に向けて、
 - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画とのさらなる連携
 - ・ 利用者負担や保険料の見直し

などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実効あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。
- さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論するべきとの指摘があった。
- また、介護保険制度が創設されて 10 年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分かりにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

平成20年度 国民医療費の構造

[国民医療費総額 34兆8,084億円、人口1人当たり国民医療費 272,600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、患者負担は推計値である)

制度区分別国民医療費以外はすべて推計値である。

注2) 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22年11月24日

【照会先】

大臣官房統計情報部
人口動態・保健統計課保健統計室
室長 武田 康久
室長補佐 木戸 祐治
(担当・内線) 調査係(7526)
(電話代表) 03-5253-1111
(ダイヤルイン) 03-3595-2958

平成20年度 国民医療費の概況

目 次

国民医療費の範囲と推計方法の概要

1 国民医療費の範囲	1 頁
2 推計方法の概要	2
3 用語の説明	2
4 利用上の注意	2

結果の概要

1 国民医療費の状況	3
2 制度区分別国民医療費	4
3 財源別国民医療費	4
4 診療種別国民医療費	5
5 性、年齢階級別国民医療費	6
6 性、傷病分類別一般診療医療費	8

統計表

第1表 国民医療費、人口一人当たり国民医療費及び対国民所得比率の年次推移	10
第2表 制度区分別国民医療費及び構成割合の年次推移	11
第3表 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移	12
第4表 診療種別国民医療費及び構成割合の年次推移	13
第5表 性、年齢階級、一般診療－歯科診療別国民医療費、構成割合及び人口一人当たり国民医療費	14
第6表 性、傷病分類、入院－入院外、年齢階級別一般診療医療費	17

参 考

平成20年度国民医療費の年齢階級別人口一人当たり国民医療費算出に用いた人口……23

この概況資料は、厚生労働省のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/>)にも掲載されています。

国民医療費の範囲と推計方法の概要

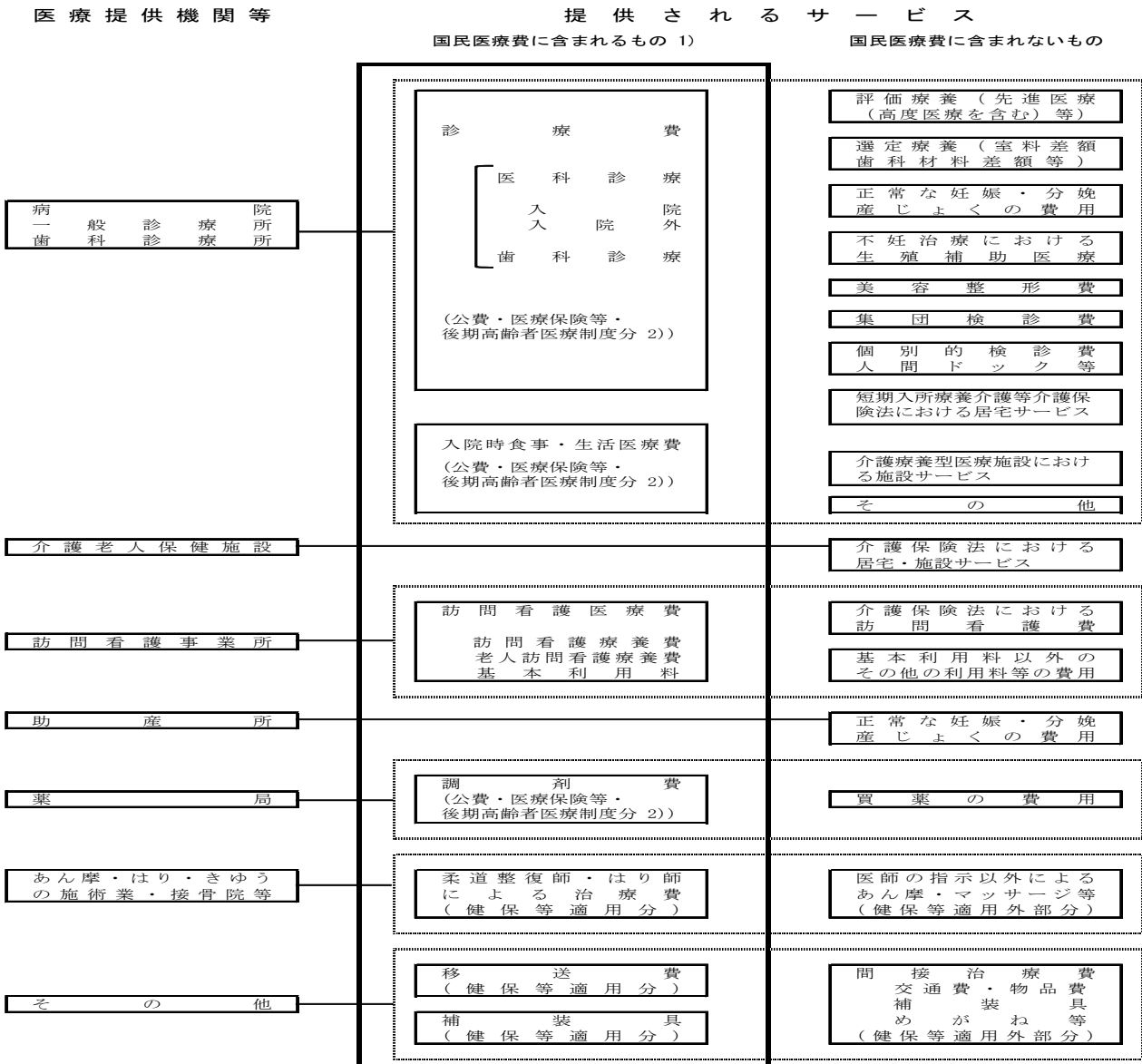
1 国民医療費の範囲

「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。

保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用は、実際に医療保険等によって支払われたもの（患者の一部負担分を含む。）、公費負担によって支払われたもの（患者の一部負担分を含む。）、全額自費によって支払われたものによって構成される。保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含んでいない。

また、傷病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用も含まない。

国民医療費の範囲



注：1) 患者負担を含む。

2) 平成19年度までは老人保健制度である。

2 推計方法の概要

国民医療費は、以下の（１）～（３）により制度区分別国民医療費（表２）を算出した。

- （１）公費負担制度によって国又は地方公共団体の負担する「公費負担医療給付分」、医療保険制度及び労災保険制度等の給付としての「医療保険等給付分」、高齢者の医療の確保に関する法律による医療としての「後期高齢者医療給付分」について、原則として当該年度内の診療についての支払確定額（高額療養費（高額医療費）を含む。）
- （２）患者負担分のうち（１）の給付に伴う一部負担額の推計値。
- （３）患者負担分のうち全額自費で支払った費用（自賠責保険による支払い、または保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用の全額を自費で支払ったもの）の推計値。

次に、上記国民医療費をもとに財源別国民医療費（表３）、診療種別国民医療費（表４）、年齢階級別国民医療費（表５）、傷病分類別一般診療医療費（表６）を、各種調査による割合を用いて按分し、推計した。

3 用語の説明

（１）財源別国民医療費

公費	公費負担医療制度、医療保険制度、後期高齢者医療制度等への国庫負担金及び地方公共団体の負担金
保険料	医療保険制度、後期高齢者医療制度、労災保険制度等の給付費のうち、事業主と被保険者や国民健康保険の被保険者が保険料（税）として負担すべき額
その他	患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）

（２）診療種別国民医療費

一般診療医療費	医科診療にかかる診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等
歯科診療医療費	歯科診療にかかる診療費
薬局調剤医療費	医師の発行する処方箋により保険薬局を通じて支給される薬剤等の額（調剤基本料等技術料と薬剤料の合計）
入院時食事・生活医療費	平成１７年度まで「入院時食事医療費」（入院時食事療養費及び標準負担額の合計額）、平成１８年度から入院時食事療養費、食事療養標準負担額、入院時生活療養費及び生活療養標準負担額の合計額
訪問看護医療費	訪問看護療養費、老人訪問看護療養費及びそれぞれの基本利用料の合計額

4 利用上の注意

（１）表章記号の規約

計数のない場合	—
統計項目のありえない場合	・
計数不明又は計数を表章することが不適当な場合	…
推計数が表章単位の 1 / 2 未満、又は比率が微小の場合	0, 0.0
減少数（率）の場合	△
訂正数値である場合	r

（２）この概況に掲載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。

（３）平成１７年度国民医療費より「公費負担医療給付分」のうち地方公共団体単独実施に係る医療費の把握方法を変更したことに伴い、制度区分別国民医療費及び財源別国民医療費における公費負担及び患者負担の数値を平成８年度に遡って変更しており、平成１６年度国民医療費とは異なる数値となっている。

結果の概要

1 国民医療費の状況

平成20年度の国民医療費は34兆8084億円、前年度の34兆1360億円に比べ6725億円、2.0%の増加となっている。

人口一人当たりの国民医療費は27万2600円、前年度の26万7200円に比べ2.0%増加している。国民医療費の国民所得に対する比率は9.90%（前年度9.02%）となっている。

（図1、表1）

図1 国民医療費と対国民所得比の年次推移

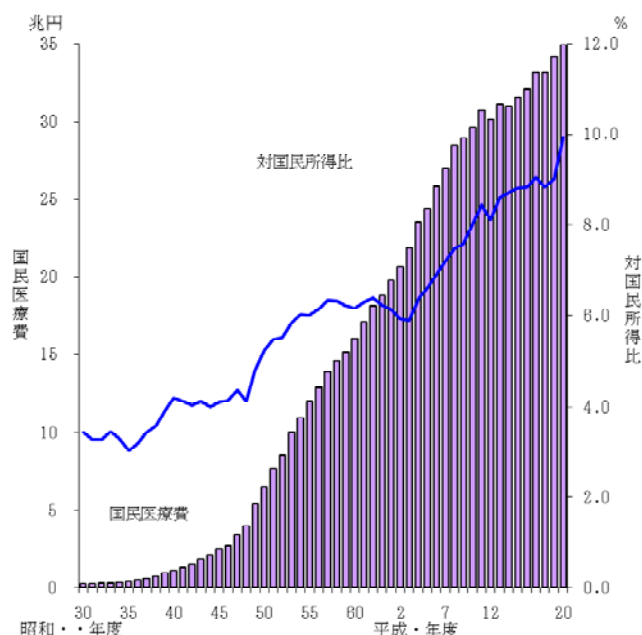


表1 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		人口一人当たり国民医療費		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率 (%)	(千円)	対前年度 増減率 (%)	(億円)	対前年度 増減率 (%)	
昭和29年度	2 152	...	2.4	...	...	...	...
30	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	...	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 605 599	7.2	6.15
61	170 690	6.6	140.3	6.0	2 679 415	2.8	6.37
62	180 759	5.9	147.8	5.3	2 810 998	4.9	6.43
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 027 101	7.7	6.20
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 208 020	6.0	6.15
2	206 074	4.5	166.7	4.1	3 468 929	8.1	5.94
3	218 260	5.9	176.0	5.6	3 689 316	6.4	5.92
4	234 784	7.6	188.7	7.2	3 660 072	△ 0.8	6.41
5	243 631	3.8	195.3	3.5	3 653 760	△ 0.2	6.67
6	257 908	5.9	206.3	5.6	3 700 109	1.3	6.97
7	269 577	4.5	214.7	4.1	3 689 367	△ 0.3	7.31
8	284 542	5.6	226.1	5.3	3 801 609	3.0	7.48
9	289 149	1.6	229.2	1.4	3 822 945	0.6	7.56
10	295 823	2.3	233.9	2.1	3 689 757	△ 3.5	8.02
11	307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	△ 1.3	8.43
12	301 418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	3 613 335	△ 2.8	8.61
14	309 507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	3 557 610	△ 1.5	8.70
15	315 375	1.9	247.1	1.8	3 580 792	0.7	8.81
16	321 111	1.8	251.5	1.8	3 638 976	1.6	8.82
17	331 289	3.2	259.3	3.1	3 658 783	0.5	9.05
18	331 276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	3 752 258	2.6	8.83
19	341 360	3.0	267.2	3.0	3 784 636	0.9	9.02
20	348 084	2.0	272.6	2.0	3 515 221	△ 7.1	9.90

注：1）平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

2）国民所得は、内閣府発表の「国民経済計算」（平成21年12月発表）による。

3）人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

2 制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、医療保険等給付分は16兆9548億円（構成割合48.7%）、後期高齢者医療給付分は10兆4273億円（30.0%）、公費負担医療給付分は2兆3310億円（6.7%）となっている。また、患者負担分は4兆9141億円（14.1%）となっている。

対前年度増減率をみると、被用者保険分は2.4%の増加、国民健康保険分は0.2%の増加、患者負担分は2.4%の増加となっている。（表2）

表2 制度区分別国民医療費

制度区分	平成20年度		平成19年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	348 084	100.0	341 360	100.0	6 725	2.0
公費負担医療給付分	23 310	6.7	23 002	6.7	307	1.3
医療保険等給付分	169 548	48.7	167 576	49.1	1 972	1.2
医療保険	166 798	47.9	164 782	48.3	2 015	1.2
被用者保険	80 038	23.0	78 163	22.9	1 875	2.4
被保険者	39 636	11.4	38 838	11.4	798	2.1
被扶養者	35 964	10.3	34 848	10.2	1 116	3.2
高齢者 ¹⁾	4 439	1.3	4 477	1.3	△ 39	△ 0.9
国民健康保険	86 759	24.9	86 619	25.4	140	0.2
高齢者以外	62 368	17.9	61 908	18.1	460	0.7
高齢者 ¹⁾	24 391	7.0	24 711	7.2	△ 321	△ 1.3
その他 ²⁾	2 750	0.8	2 793	0.8	△ 43	△ 1.5
後期高齢者医療給付分 ³⁾	104 273	30.0	102 785	30.1	1 488	1.4
患者負担分	49 141	14.1	47 996	14.1	1 144	2.4
軽減特例措置 ⁴⁾	1 813	0.5	・	・	・	・

注：1)被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は70歳以上である。

2)労働者災害補償保険、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員給与法、公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費である。

3)平成20年3月に老人保健制度が廃止となり、平成20年4月から新たに後期高齢者医療制度が創設された。後期高齢者医療給付分には、老人保健制度の請求遅れ分を含む。

4)平成20年4月からの70～74歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

3 財源別国民医療費

財源別にみると、国民医療費34兆8084億円のうち、公費分は12兆9053億円（37.1%）、保険料分は16兆9709億円（48.8%）となっている。（表3）

表3 財源別国民医療費

財源	平成20年度		平成19年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	348 084	100.0	341 360	100.0	6 725	2.0
公費	129 053	37.1	125 744	36.8	3 309	2.6
国庫 ¹⁾	87 234	25.1	84 794	24.8	2 439	2.9
地方	41 819	12.0	40 949	12.0	869	2.1
保険料	169 709	48.8	167 426	49.0	2 283	1.4
事業主	71 110	20.4	68 990	20.2	2 120	3.1
被保険者	98 599	28.3	98 436	28.8	163	0.2
その他 ²⁾	49 323	14.2	48 190	14.1	1 132	2.3
患者負担（再掲）	49 141	14.1	47 996	14.1	1 144	2.4

注1)：軽減特例措置は、国庫を含む。

2)：患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）

4 診療種類別国民医療費

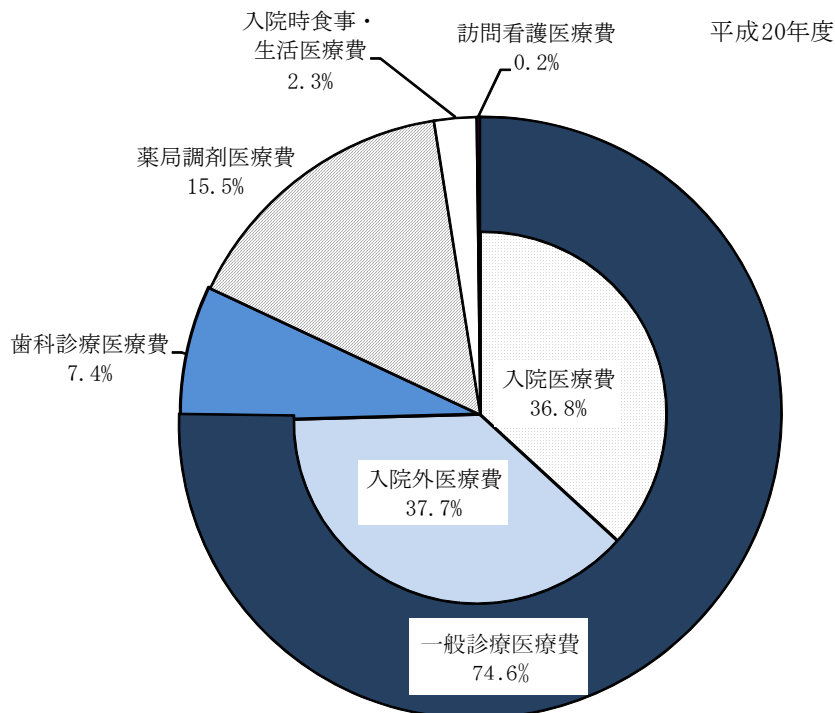
診療種類別にみると、一般診療医療費は 25兆9595億円（74.6%）、そのうち入院医療費は12兆8248億円（36.8%）、入院外医療費は13兆1347億円（37.7%）となっている。また、歯科診療医療費は2兆5777億円（7.4%）、薬局調剤医療費は5兆3955億円（15.5%）、入院時食事・生活医療費は8152億円（2.3%）となっている。

対前年度増減率をみると、一般診療医療費は 1.2%の増加、薬局調剤医療費は 5.3%の増加となっている。（表4、図2）

表4 診療種類別国民医療費

診療種類	平成20年度		平成19年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	348 084	100.0	341 360	100.0	6 725	2.0
一般診療医療費	259 595	74.6	256 418	75.1	3 177	1.2
入院医療費	128 248	36.8	126 132	36.9	2 116	1.7
病院	123 822	35.6	121 349	35.5	2 473	2.0
一般診療所	4 426	1.3	4 782	1.4	△ 356	△ 7.4
入院外医療費	131 347	37.7	130 287	38.2	1 060	0.8
病院	50 979	14.6	51 753	15.2	△ 774	△ 1.5
一般診療所	80 368	23.1	78 534	23.0	1 834	2.3
歯科診療医療費	25 777	7.4	24 996	7.3	781	3.1
薬局調剤医療費	53 955	15.5	51 222	15.0	2 733	5.3
入院時食事・生活医療費	8 152	2.3	8 206	2.4	△ 54	△ 0.7
訪問看護医療費	605	0.2	518	0.2	87	16.9

図2 診療種類別国民医療費構成割合（%）



5 性、年齢階級別国民医療費

年齢階級別にみると、0～14歳は2兆2326億円（6.4%）、15～44歳は4兆8362億円（13.9%）、45～64歳は8兆7397億円（25.1%）、65歳以上は18兆9999億円（54.6%）となっている。

人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は15万8900円、65歳以上は67万3400円となっている。そのうち一般診療医療費では65歳未満が11万4200円、65歳以上が51万7400円となっている。歯科診療医療費では、65歳未満が1万7400円、65歳以上が2万9900円となっている。薬局調剤医療費では、65歳未満が2万4600円、65歳以上が10万4500円となっている。（表5）

表5 年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成20年度			平成19年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)
国民医療費						
総数	348 084	100.0	272.6	341 360	100.0	267.2
65歳未満	158 085	45.4	158.9	158 378	46.4	157.9
0～14歳	22 326	6.4	130.0	21 986	6.4	127.1
15～44歳	48 362	13.9	101.0	48 212	14.1	99.8
45～64歳	87 397	25.1	254.1	88 180	25.8	254.2
65歳以上	189 999	54.6	673.4	182 982	53.6	666.3
70歳以上(再掲)	153 325	44.0	760.0	148 077	43.4	754.5
75歳以上(再掲)	109 711	31.5	830.0	105 479	30.9	830.3
一般診療医療費(再掲)						
総数	259 595	100.0	203.3	256 418	100.0	200.7
65歳未満	113 604	43.8	114.2	115 445	45.0	115.1
0～14歳	16 424	6.3	95.6	16 063	6.3	92.9
15～44歳	33 368	12.9	69.7	33 939	13.2	70.2
45～64歳	63 813	24.6	185.5	65 443	25.5	188.7
65歳以上	145 991	56.2	517.4	140 973	55.0	513.3
70歳以上(再掲)	118 442	45.6	587.1	114 610	44.7	584.0
75歳以上(再掲)	85 493	32.9	646.8	82 313	32.1	647.9
歯科診療医療費(再掲)						
総数	25 777	100.0	20.2	24 996	100.0	19.6
65歳未満	17 330	67.2	17.4	17 126	68.5	17.1
0～14歳	1 977	7.7	11.5	1 939	7.8	11.2
15～44歳	7 072	27.4	14.8	6 773	27.1	14.0
45～64歳	8 281	32.1	24.1	8 413	33.7	24.3
65歳以上	8 447	32.8	29.9	7 871	31.5	28.7
70歳以上(再掲)	5 927	23.0	29.4	5 517	22.1	28.1
75歳以上(再掲)	3 490	13.5	26.4	3 211	12.8	25.3
薬局調剤医療費(再掲)						
総数	53 955	100.0	42.3	51 222	100.0	40.1
65歳未満	24 472	45.4	24.6	23 159	45.2	23.1
0～14歳	3 836	7.1	22.3	3 903	7.6	22.6
15～44歳	7 233	13.4	15.1	6 839	13.4	14.2
45～64歳	13 404	24.8	39.0	12 416	24.2	35.8
65歳以上	29 483	54.6	104.5	28 063	54.8	102.2
70歳以上(再掲)	23 758	44.0	117.8	22 760	44.4	116.0
75歳以上(再掲)	16 721	31.0	126.5	15 866	31.0	124.9

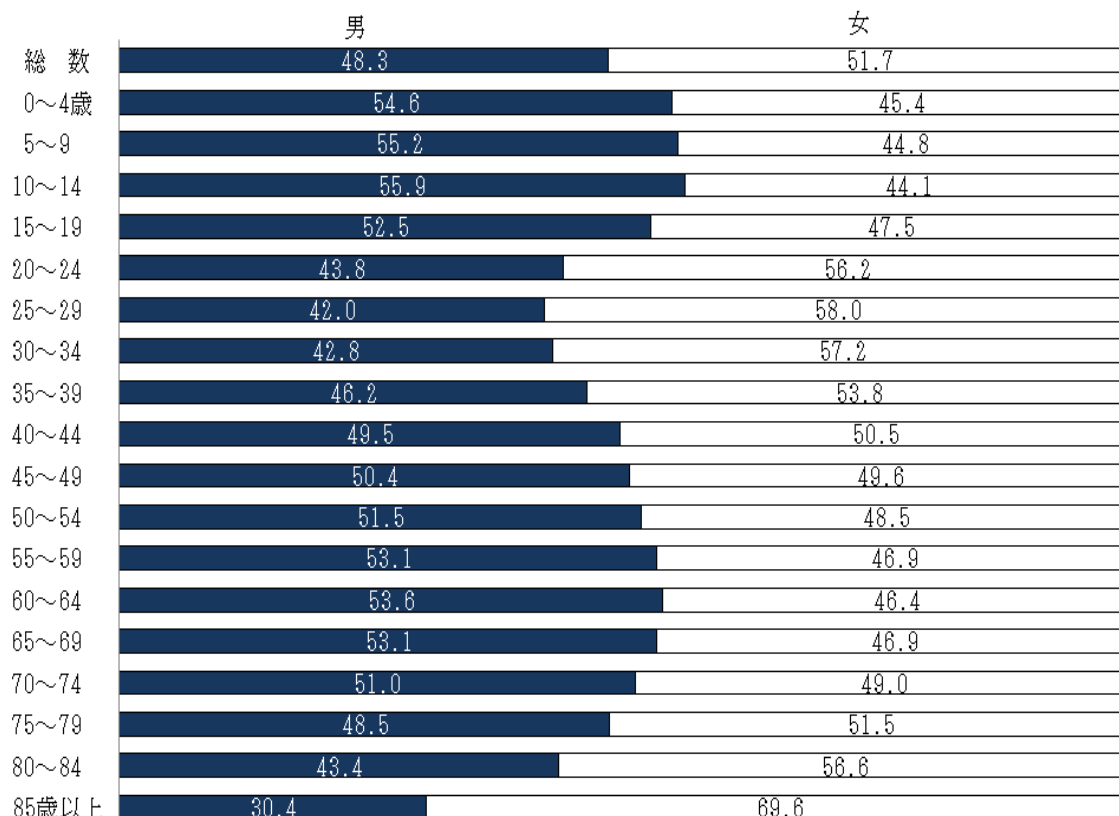
注：年齢階級別の人口一人当たり国民医療費を算出するため、総務省統計局「推計人口」の各年齢階級別人口を分母に用いた。

国民医療費を性、年齢階級別で見ると、20歳未満及び45歳以上75歳未満では男の割合が高く、20歳以上45歳未満及び75歳以上では女の割合が高くなっている。(表6、図3、14～16頁統計表第5表)

表6 性、年齢階級別国民医療費

年齢階級	推計額 (億円)			割合 (%)		
	総数	男	女	総数	男	女
総数	348 084	167 972	180 112	100.0	48.3	51.7
0～4歳	11 304	6 170	5 134	100.0	54.6	45.4
5～9	6 461	3 567	2 894	100.0	55.2	44.8
10～14	4 562	2 548	2 014	100.0	55.9	44.1
15～19	4 002	2 100	1 902	100.0	52.5	47.5
20～24	5 042	2 211	2 832	100.0	43.8	56.2
25～29	7 059	2 966	4 094	100.0	42.0	58.0
30～34	9 558	4 089	5 469	100.0	42.8	57.2
35～39	11 335	5 238	6 097	100.0	46.2	53.8
40～44	11 365	5 620	5 744	100.0	49.5	50.5
45～49	12 864	6 480	6 384	100.0	50.4	49.6
50～54	16 374	8 441	7 934	100.0	51.5	48.5
55～59	26 593	14 118	12 475	100.0	53.1	46.9
60～64	31 566	16 934	14 632	100.0	53.6	46.4
65～69	36 674	19 489	17 185	100.0	53.1	46.9
70～74	43 614	22 226	21 388	100.0	51.0	49.0
75～79	43 651	21 154	22 497	100.0	48.5	51.5
80～84	34 935	15 167	19 768	100.0	43.4	56.6
85歳以上	31 125	9 455	21 670	100.0	30.4	69.6

図3 国民医療費の年齢階級別男女比



6 性、傷病分類別一般診療医療費

一般診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」5兆2980億円(20.4%)が最も多く、次いで「新生物」3兆3121億円(12.8%)、「呼吸器系の疾患」2兆186億円(7.8%)、「腎尿路生殖器系の疾患」1兆9273億円(7.4%)、「筋骨格系及び結合組織の疾患」1兆9223億円(7.4%)となっている。

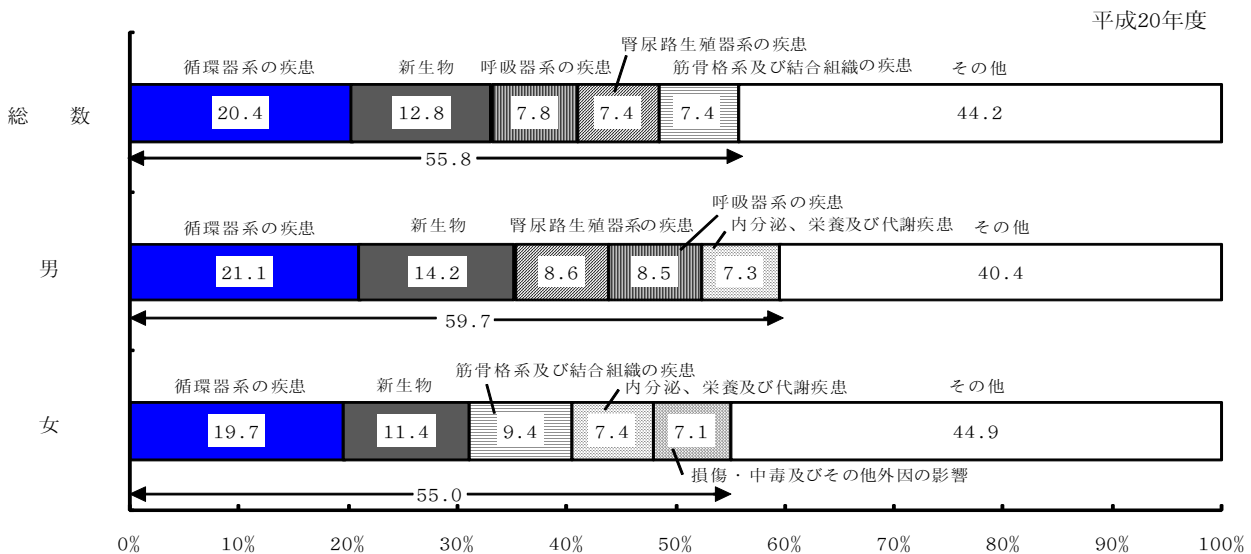
65歳未満では「新生物」1兆3997億円(12.3%)が最も多く、65歳以上では「循環器系の疾患」3兆9595億円(27.1%)が最も多くなっている。(表7)

また、男女別にみると、男では「循環器系の疾患」、「新生物」、「腎尿路生殖器系の疾患」が多く、女では「循環器系の疾患」、「新生物」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多くなっている。(図4)

表7 上位5傷病別一般診療医療費

傷病分類	平成20年度		平成19年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)
一般診療医療費				
総数	259 595	100.0	256 418	100.0
循環器系の疾患	52 980	20.4	54 353	21.2
新生物	33 121	12.8	30 716	12.0
呼吸器系の疾患	20 186	7.8	21 191	8.3
腎尿路生殖器系の疾患	19 273	7.4	21 389	8.3
筋骨格系及び結合組織の疾患	19 223	7.4	18 433	7.2
その他	114 812	44.2	110 337	43.0
65歳未満				
総数	113 604	100.0	115 445	100.0
新生物	13 997	12.3	13 240	11.5
循環器系の疾患	13 385	11.8	13 898	12.0
呼吸器系の疾患	12 249	10.8	12 725	11.0
精神及び行動の障害	10 587	9.3	11 350	9.8
腎尿路生殖器系の疾患	8 466	7.5	10 535	9.1
その他	54 922	48.3	53 697	46.5
65歳以上				
総数	145 991	100.0	140 973	100.0
循環器系の疾患	39 595	27.1	40 455	28.7
新生物	19 125	13.1	17 476	12.4
筋骨格系及び結合組織の疾患	12 061	8.3	11 521	8.2
内分泌、栄養及び代謝疾患	11 271	7.7	9 871	7.0
腎尿路生殖器系の疾患	10 808	7.4	10 853	7.7
その他	53 129	36.4	50 799	36.0

図4 上位5傷病別一般診療医療費構成割合(%)



注 1) 傷病分類は、「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。
2) 「その他」とは、上位5傷病以外の傷病である。

統 計 表

(統計表)

第1表 国民医療費、人口一人当たり国民医療費及び対国民所得比率の年次推移

年次	国民医療費		人口一人当たり 国民医療費 (千円)	国民医療費の 対国民所得比率 (%)	国民所得		総人口 (千人)
	総額 (億円)	増減率 (%)			総額 (億円)	増減率 (%)	
昭和29年度	2 152	...	2.4	...	...	...	88 239
30	2 388	11.0	2.7	3.42	69 733	...	89 276 *
31	2 583	8.2	2.9	3.27	78 962	13.2	90 172
32	2 897	12.2	3.2	3.27	88 681	12.3	90 928
33	3 230	11.5	3.5	3.44	93 829	5.8	91 767
34	3 625	12.2	3.9	3.28	110 421	17.7	92 641
35	4 095	13.0	4.4	3.03	134 967	22.2	93 419 *
36	5 130	25.3	5.4	3.19	160 819	19.2	94 287
37	6 132	19.5	6.4	3.43	178 933	11.3	95 181
38	7 541	23.0	7.8	3.57	210 993	17.9	96 156
39	9 389	24.5	9.7	3.90	240 514	14.0	97 182
40	11 224	19.5	11.4	4.18	268 270	11.5	98 275 *
41	13 002	15.8	13.1	4.11	316 448	18.0	99 036
42	15 116	16.3	15.1	4.03	375 477	18.7	100 196
43	18 016	19.2	17.8	4.12	437 209	16.4	101 331
44	20 780	15.3	20.3	3.99	521 178	19.2	102 536
45	24 962	20.1	24.1	4.09	610 297	17.1	103 720 *
46	27 250	9.2	25.9	4.13	659 105	8.0	105 145
47	33 994	24.7	31.6	4.36	779 369	18.2	107 595
48	39 496	16.2	36.2	4.12	958 396	23.0	109 104
49	53 786	36.2	48.6	4.78	1 124 716	17.4	110 573
50	64 779	20.4	57.9	5.22	1 239 907	10.2	111 940 *
51	76 684	18.4	67.8	5.46	1 403 972	13.2	113 089
52	85 686	11.7	75.1	5.50	1 557 032	10.9	114 154
53	100 042	16.8	86.9	5.82	1 717 785	10.3	115 174
54	109 510	9.5	94.3	6.01	1 822 066	6.1	116 133
55	119 805	9.4	102.3	5.88	2 038 787	11.9	117 060 *
56	128 709	7.4	109.2	6.08	2 116 151	3.8	117 884
57	138 659	7.7	116.8	6.30	2 201 314	4.0	118 693
58	145 438	4.9	121.7	6.29	2 312 900	5.1	119 483
59	150 932	3.8	125.5	6.21	2 431 172	5.1	120 235
60	160 159	6.1	132.3	6.15	2 605 599	7.2	121 049 *
61	170 690	6.6	140.3	6.37	2 679 415	2.8	121 672
62	180 759	5.9	147.8	6.43	2 810 998	4.9	122 264
63	187 554	3.8	152.8	6.20	3 027 101	7.7	122 783
平成元年度	197 290	5.2	160.1	6.15	3 208 020	6.0	123 255
2	206 074	4.5	166.7	5.94	3 468 929	8.1	123 611 *
3	218 260	5.9	176.0	5.92	3 689 316	6.4	124 043
4	234 784	7.6	188.7	6.41	3 660 072	△ 0.8	124 452
5	243 631	3.8	195.3	6.67	3 653 760	△ 0.2	124 764
6	257 908	5.9	206.3	6.97	3 700 109	1.3	125 034
7	269 577	4.5	214.7	7.31	3 689 367	△ 0.3	125 570 *
8	284 542	5.6	226.1	7.48	3 801 609	3.0	125 864
9	289 149	1.6	229.2	7.56	3 822 945	0.6	126 166
10	295 823	2.3	233.9	8.02	3 689 757	△ 3.5	126 486
11	307 019	3.8	242.3	8.43	3 643 409	△ 1.3	126 686
12	301 418	△ 1.8	237.5	8.11	3 718 039	2.0	126 926 *
13	310 998	3.2	244.3	8.61	3 613 335	△ 2.8	127 291
14	309 507	△ 0.5	242.9	8.70	3 557 610	△ 1.5	127 435
15	315 375	1.9	247.1	8.81	3 580 792	0.7	127 619
16	321 111	1.8	251.5	8.82	3 638 976	1.6	127 687
17	331 289	3.2	259.3	9.05	3 658 783	0.5	127 768 *
18	331 276	△ 0.0	259.3	8.83	3 752 258	2.6	127 770
19	341 360	3.0	267.2	9.02	3 784 636	0.9	127 771
20	348 084	2.0	272.6	9.90	3 515 221	△ 7.1	127 692

注:1) 国民所得は、内閣府発表の「国民経済計算」(平成21年12月発表)による。

2) 総人口は、総務省統計局による「推計人口」(各年10月1日現在人口)であり、*印は「国勢調査」の確定人口である。

3) 平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

第2表 制度区分別国民医療費及び構成割合の年次推移

制度区分	推計額(億円)					構成割合(%)				
	平成16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	平成16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
国民医療費	321 111	331 289	331 276	341 360	348 084	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公費負担医療給付分	21 671	21 987	22 125	23 002	23 310	6.7	6.6	6.7	6.7	6.7
生活保護法	12 952	13 453	13 444	13 119	13 561	4.0	4.1	4.1	3.8	3.9
結核予防法 ¹⁾	89	80	53	・	・	0.0	0.0	0.0	・	・
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 ²⁾	1 242	1 350	65	66	65	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0
障害者自立支援法 ²⁾	・	・	1 508	2 424	2 687	・	・	0.5	0.7	0.8
その他 ³⁾	7 389	7 104	7 054	7 393	6 996	2.3	2.1	2.1	2.2	2.0
感染症法(結核)(再掲) ¹⁾	・	・	・	49	52	・	・	・	0.0	0.0
医療保険等給付分	147 514	155 377	159 272	167 576	169 548	45.9	46.9	48.1	49.1	48.7
医療保険	144 673	152 566	156 480	164 782	166 798	45.1	46.1	47.2	48.3	47.9
被用者保険	72 779	74 714	75 411	78 163	80 038	22.7	22.6	22.8	22.9	23.0
被保険者	36 755	37 440	37 344	38 838	39 636	11.4	11.3	11.3	11.4	11.4
被扶養者	34 301	34 516	34 464	34 848	35 964	10.7	10.4	10.4	10.2	10.3
高齢者 ⁴⁾	1 723	2 757	3 603	4 477	4 439	0.5	0.8	1.1	1.3	1.3
協会管掌健康保険	35 671	36 798	37 268	38 871	39 637	11.1	11.1	11.2	11.4	11.4
組合管掌健康保険	27 532	28 195	28 563	29 640	30 572	8.6	8.5	8.6	8.7	8.8
船員保険	210	211	204	210	209	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
国家公務員共済組合	2 188	2 192	2 152	2 153	2 181	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6
地方公務員共済組合	6 286	6 405	6 306	6 345	6 460	2.0	1.9	1.9	1.9	1.9
私立学校教職員共済	892	913	918	944	979	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
国民健康保険	71 894	77 852	81 069	86 619	86 759	22.4	23.5	24.5	25.4	24.9
高齢者以外	62 783	63 403	61 721	61 908	62 368	19.6	19.1	18.6	18.1	17.9
高齢者 ⁴⁾	9 112	14 449	19 347	24 711	24 391	2.8	4.4	5.8	7.2	7.0
退職者医療制度(再掲)	20 803	24 278	24 899	27 888	5 276	6.5	7.3	7.5	8.2	1.5
その他	2 841	2 811	2 792	2 793	2 750	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8
労働者災害補償保険	2 257	2 249	2 234	2 242	2 238	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
その他 ⁵⁾	584	562	558	551	512	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
後期高齢者医療給付分 ⁶⁾	105 730	106 353	102 325	102 785	104 273	32.9	32.1	30.9	30.1	30.0
患者負担分	46 196	47 572	47 555	47 996	49 141	14.4	14.4	14.4	14.1	14.1
全額自費	3 954	4 119	4 027	4 147	4 408	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3
公費・保険又は後期高齢者の一部負担	42 242	43 453	43 528	43 850	44 732	13.2	13.1	13.1	12.8	12.9
軽減特例措置 ⁷⁾	・	・	・	・	1 813	・	・	・	・	0.5

注:1) 平成19年4月に結核予防法が感染症法に統合された。

2) 身体障害者福祉法、児童福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により負担していた医療費の一部が平成18年4月から障害者自立支援法に組み込まれた。

3) 母子保健法、児童福祉法、感染症法等による医療費及び地方公共団体単独実施に係る医療費である。

4) 被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は70歳以上である。

5) 国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員給与法、公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費である。

6) 平成20年3月に老人保健制度が廃止となり、平成20年4月から新たに後期高齢者医療制度が創設された。後期高齢者医療給付分には、老人保健制度の請求遅れ分を含む。

7) 平成20年4月からの70～74歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

第3表 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移

年次	国民医療費	公費			保険料			その他	
		総数	国庫	地方	総数	事業主	被保険者	総数	患者負担(再掲)
推計額 (億円)									
平成10年度	295 823	98 672	72 811	25 861	157 790	r 67 602	r 90 189	39 360	39 061
11	307 019	104 481	76 957	27 523	162 253	r 69 236	r 93 017	40 285	39 999
12	301 418	99 949	74 302	25 646	160 910	r 68 318	r 92 592	40 561	40 291
13	310 998	104 094	77 399	26 695	164 769	r 69 704	r 95 065	42 135	41 870
14	309 507	105 447	78 113	27 334	160 762	r 67 750	r 93 011	43 298	43 062
15	315 375	r 110 617	r 81 085	29 532	r 157 778	r 65 969	r 91 809	46 980	46 749
16	321 111	r 115 218	r 84 121	31 097	r 159 476	r 66 131	r 93 345	46 417	46 196
17	331 289	r 121 162	r 83 544	37 618	r 162 341	r 67 164	r 95 177	47 786	47 572
18	331 276	r 121 746	r 82 367	39 379	r 161 773	r 66 529	r 95 244	47 757	47 555
19	341 360	r 125 744	r 84 794	r 40 949	r 167 426	r 68 990	r 98 436	48 190	47 996
20	348 084	129 053	87 234	41 819	169 709	71 110	98 599	49 323	49 141
構成割合 (%)									
平成10年度	100.0	33.4	24.6	8.7	53.3	22.9	30.5	13.3	13.2
11	100.0	34.0	25.1	9.0	52.8	22.6	r 30.3	13.1	13.0
12	100.0	33.2	24.7	8.5	53.4	22.7	30.7	13.5	13.4
13	100.0	33.5	24.9	8.6	53.0	22.4	30.6	13.5	13.5
14	100.0	34.1	25.2	8.8	51.9	r 21.9	r 30.1	14.0	13.9
15	100.0	r 35.1	r 25.7	9.4	r 50.0	20.9	r 29.1	14.9	14.8
16	100.0	r 35.9	r 26.2	9.7	r 49.7	20.6	r 29.1	14.5	14.4
17	100.0	r 36.6	r 25.2	11.4	r 49.0	r 20.3	r 28.7	14.4	14.4
18	100.0	r 36.8	r 24.9	11.9	r 48.8	r 20.1	28.8	14.4	14.4
19	100.0	r 36.8	r 24.8	12.0	r 49.0	r 20.2	r 28.8	14.1	14.1
20	100.0	37.1	25.1	12.0	48.8	20.4	28.3	14.2	14.1

注:1) 推計額は、単年度ごとの制度区分別給付額を各制度において財源負担すべき者に振り当てたものである。

2) 平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

3) その他の総数には原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）を含む。

4) r は推計方法の見直しによる数値の変更箇所。

第4表 診療種別国民医療費及び構成割合の年次推移

診療種類	平成 16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
	推 計 額 (億円)				
国民医療費	321 111	331 289	331 276	341 360	348 084
一般診療医療費	243 627	249 677	250 468	256 418	259 595
病院	164 764	167 955	168 943	173 102	174 801
一般診療所	78 863	81 722	81 525	83 316	84 794
入院医療費	118 464	121 178	122 543	126 132	128 248
病院	114 047	116 624	117 885	121 349	123 822
一般診療所	4 417	4 555	4 658	4 782	4 426
入院外医療費	125 163	128 499	127 925	130 287	131 347
病院	50 717	51 331	51 058	51 753	50 979
一般診療所	74 446	77 167	76 867	78 534	80 368
歯科診療医療費	25 377	25 766	25 039	24 996	25 777
薬局調剤医療費	41 935	45 608	47 061	51 222	53 955
入院時食事・生活医療費 ^{注)}	9 780	9 807	8 229	8 206	8 152
訪問看護医療費	392	431	479	518	605
	構 成 割 合 (%)				
国民医療費	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
一般診療医療費	75.9	75.4	75.6	75.1	74.6
病院	51.3	50.7	51.0	50.7	50.2
一般診療所	24.6	24.7	24.6	24.4	24.4
入院医療費	36.9	36.6	37.0	36.9	36.8
病院	35.5	35.2	35.6	35.5	35.6
一般診療所	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3
入院外医療費	39.0	38.8	38.6	38.2	37.7
病院	15.8	15.5	15.4	15.2	14.6
一般診療所	23.2	23.3	23.2	23.0	23.1
歯科診療医療費	7.9	7.8	7.6	7.3	7.4
薬局調剤医療費	13.1	13.8	14.2	15.0	15.5
入院時食事・生活医療費 ^{注)}	3.0	3.0	2.5	2.4	2.3
訪問看護医療費	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2

注：平成17年度まで「入院時食事医療費」（入院時食事療養費及び標準負担額の合計額）、平成18年度から入院時食事療養費、食事療養標準負担額、入院時生活療養費及び生活療養標準負担額の合計額。

第5表(3-1) 性、年齢階級、一般診療一歯科診療別国民医療費、構成割合及び人口一人当たり国民医療費

総数

平成20年度

年齢階級	国民医療費	一般診療医療費(再掲)			歯科診療医療費(再掲)	薬局調剤医療費(再掲)
		総数	入院	入院外		
推 計 額 (億円)						
総 数	348 084	259 595	128 248	131 347	25 777	53 955
0～4歳	11 304	9 171	3 679	5 492	400	1 682
5～9	6 461	4 076	847	3 229	1 018	1 347
10～14	4 562	3 176	788	2 388	559	807
15～19	4 002	2 827	993	1 834	558	589
20～24	5 042	3 441	1 302	2 139	830	719
25～29	7 059	4 832	1 884	2 948	1 133	1 006
30～34	9 558	6 574	2 621	3 953	1 445	1 403
35～39	11 335	7 803	3 100	4 703	1 612	1 737
40～44	11 365	7 891	3 089	4 802	1 495	1 778
45～49	12 864	9 114	3 746	5 367	1 520	1 984
50～54	16 374	11 799	5 124	6 675	1 729	2 511
55～59	26 593	19 546	9 037	10 509	2 451	3 992
60～64	31 566	23 354	10 985	12 369	2 581	4 917
65～69	36 674	27 549	13 442	14 107	2 520	5 725
70～74	43 614	32 948	16 058	16 890	2 437	7 037
75～79	43 651	32 929	17 623	15 306	1 781	7 734
80～84	34 935	26 722	15 727	10 994	1 068	5 954
85歳以上	31 125	25 842	18 203	7 640	641	3 033
構 成 割 合 (%)						
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～4歳	3.2	3.5	2.9	4.2	1.6	3.1
5～9	1.9	1.6	0.7	2.5	3.9	2.5
10～14	1.3	1.2	0.6	1.8	2.2	1.5
15～19	1.1	1.1	0.8	1.4	2.2	1.1
20～24	1.4	1.3	1.0	1.6	3.2	1.3
25～29	2.0	1.9	1.5	2.2	4.4	1.9
30～34	2.7	2.5	2.0	3.0	5.6	2.6
35～39	3.3	3.0	2.4	3.6	6.3	3.2
40～44	3.3	3.0	2.4	3.7	5.8	3.3
45～49	3.7	3.5	2.9	4.1	5.9	3.7
50～54	4.7	4.5	4.0	5.1	6.7	4.7
55～59	7.6	7.5	7.0	8.0	9.5	7.4
60～64	9.1	9.0	8.6	9.4	10.0	9.1
65～69	10.5	10.6	10.5	10.7	9.8	10.6
70～74	12.5	12.7	12.5	12.9	9.5	13.0
75～79	12.5	12.7	13.7	11.7	6.9	14.3
80～84	10.0	10.3	12.3	8.4	4.1	11.0
85歳以上	8.9	10.0	14.2	5.8	2.5	5.6
人 口 一 人 当 た り 医 療 費 (千円)						
総 数	272.6	203.3	100.4	102.9	20.2	42.3
0～4歳	209.1	169.7	68.1	101.6	7.4	31.1
5～9	111.6	70.4	14.6	55.8	17.6	23.3
10～14	76.2	53.1	13.2	39.9	9.3	13.5
15～19	65.0	45.9	16.1	29.8	9.1	9.6
20～24	71.0	48.4	18.3	30.1	11.7	10.1
25～29	92.5	63.3	24.7	38.6	14.9	13.2
30～34	106.2	73.1	29.1	43.9	16.1	15.6
35～39	118.0	81.2	32.3	48.9	16.8	18.1
40～44	135.2	93.9	36.7	57.1	17.8	21.2
45～49	165.3	117.1	48.1	69.0	19.5	25.5
50～54	209.3	150.8	65.5	85.3	22.1	32.1
55～59	270.3	198.7	91.9	106.8	24.9	40.6
60～64	352.4	260.7	122.6	138.1	28.8	54.9
65～69	456.1	342.6	167.2	175.4	31.3	71.2
70～74	626.9	473.6	230.8	242.8	35.0	101.1
75～79	765.1	577.2	308.9	268.3	31.2	135.6
80～84	860.7	658.3	387.5	270.9	26.3	146.7
85歳以上	901.4	748.4	527.2	221.2	18.6	87.8

注：年齢階級別推計額は、各種調査による割合を用いて按分推計したものである。

第5表(3-2) 性、年齢階級、一般診療一歯科診療別国民医療費、構成割合及び人口一人当たり国民医療費

男

平成20年度

年齢階級	国民医療費	一般診療医療費(再掲)			歯科診療医療費(再掲)	薬局調剤医療費(再掲)
		総数	入院	入院外		
推 計 額 (億円)						
総 数	167 972	127 185	64 963	62 222	11 948	24 696
0～4歳	6 170	5 009	2 037	2 972	210	924
5～9	3 567	2 277	493	1 783	529	750
10～14	2 548	1 803	447	1 356	278	457
15～19	2 100	1 526	572	955	258	301
20～24	2 211	1 525	655	870	362	300
25～29	2 966	1 989	812	1 177	516	420
30～34	4 089	2 723	1 074	1 649	678	622
35～39	5 238	3 572	1 471	2 101	759	808
40～44	5 620	3 928	1 663	2 265	703	870
45～49	6 480	4 638	2 083	2 555	702	993
50～54	8 441	6 194	2 964	3 230	793	1 248
55～59	14 118	10 628	5 426	5 202	1 139	1 977
60～64	16 934	12 860	6 666	6 194	1 223	2 422
65～69	19 489	15 051	8 012	7 039	1 193	2 742
70～74	22 226	17 228	9 063	8 165	1 136	3 239
75～79	21 154	16 424	9 146	7 278	805	3 360
80～84	15 167	11 886	7 027	4 858	451	2 360
85歳以上	9 455	7 927	5 354	2 572	213	904
構 成 割 合 (%)						
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～4歳	3.7	3.9	3.1	4.8	1.8	3.7
5～9	2.1	1.8	0.8	2.9	4.4	3.0
10～14	1.5	1.4	0.7	2.2	2.3	1.8
15～19	1.3	1.2	0.9	1.5	2.2	1.2
20～24	1.3	1.2	1.0	1.4	3.0	1.2
25～29	1.8	1.6	1.3	1.9	4.3	1.7
30～34	2.4	2.1	1.7	2.7	5.7	2.5
35～39	3.1	2.8	2.3	3.4	6.4	3.3
40～44	3.3	3.1	2.6	3.6	5.9	3.5
45～49	3.9	3.6	3.2	4.1	5.9	4.0
50～54	5.0	4.9	4.6	5.2	6.6	5.1
55～59	8.4	8.4	8.4	8.4	9.5	8.0
60～64	10.1	10.1	10.3	10.0	10.2	9.8
65～69	11.6	11.8	12.3	11.3	10.0	11.1
70～74	13.2	13.5	14.0	13.1	9.5	13.1
75～79	12.6	12.9	14.1	11.7	6.7	13.6
80～84	9.0	9.3	10.8	7.8	3.8	9.6
85歳以上	5.6	6.2	8.2	4.1	1.8	3.7
人 口 一 人 当 た り 医 療 費 (千円)						
総 数	269.8	204.3	104.4	100.0	19.2	39.7
0～4歳	222.8	180.9	73.6	107.3	7.6	33.4
5～9	120.2	76.7	16.6	60.1	17.8	25.3
10～14	83.1	58.8	14.6	44.2	9.1	14.9
15～19	66.6	48.4	18.1	30.3	8.2	9.5
20～24	60.6	41.8	17.9	23.8	9.9	8.2
25～29	76.2	51.1	20.9	30.2	13.3	10.8
30～34	89.6	59.6	23.5	36.1	14.8	13.6
35～39	107.8	73.5	30.3	43.3	15.6	16.6
40～44	132.7	92.7	39.3	53.5	16.6	20.5
45～49	165.9	118.7	53.3	65.4	18.0	25.4
50～54	216.2	158.6	75.9	82.7	20.3	32.0
55～59	290.2	218.5	111.5	106.9	23.4	40.6
60～64	387.1	294.0	152.4	141.6	28.0	55.4
65～69	506.9	391.5	208.4	183.1	31.0	71.3
70～74	691.8	536.2	282.1	254.1	35.4	100.8
75～79	855.1	663.9	369.7	294.2	32.5	135.8
80～84	966.6	757.5	447.9	309.6	28.8	150.4
85歳以上	1001.6	839.7	567.2	272.5	22.6	95.8

注：年齢階級別推計額は、各種調査による割合を用いて按分推計したものである。

第5表(3-3) 性、年齢階級、一般診療一歯科診療別国民医療費、構成割合及び人口一人当たり国民医療費

女

平成20年度

年齢階級	国民医療費	一般診療医療費(再掲)			歯科診療医療費(再掲)	薬局調剤医療費(再掲)
		総数	入院	入院外		
推 計 額 (億円)						
総 数	180 112	132 409	63 285	69 125	13 829	29 259
0～4歳	5 134	4 162	1 643	2 520	190	759
5～9	2 894	1 800	353	1 446	489	597
10～14	2 014	1 374	342	1 032	281	350
15～19	1 902	1 300	421	879	300	288
20～24	2 832	1 917	647	1 270	468	420
25～29	4 094	2 843	1 072	1 772	617	587
30～34	5 469	3 851	1 547	2 304	767	780
35～39	6 097	4 231	1 629	2 602	853	930
40～44	5 744	3 963	1 426	2 537	791	908
45～49	6 384	4 476	1 664	2 812	819	991
50～54	7 934	5 606	2 161	3 445	936	1 263
55～59	12 475	8 918	3 612	5 307	1 311	2 015
60～64	14 632	10 494	4 319	6 175	1 359	2 495
65～69	17 185	12 498	5 430	7 068	1 327	2 983
70～74	21 388	15 720	6 995	8 725	1 301	3 798
75～79	22 497	16 505	8 477	8 028	977	4 373
80～84	19 768	14 836	8 700	6 136	616	3 594
85歳以上	21 670	17 916	12 848	5 067	427	2 129
構 成 割 合 (%)						
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～4歳	2.9	3.1	2.6	3.6	1.4	2.6
5～9	1.6	1.4	0.6	2.1	3.5	2.0
10～14	1.1	1.0	0.5	1.5	2.0	1.2
15～19	1.1	1.0	0.7	1.3	2.2	1.0
20～24	1.6	1.4	1.0	1.8	3.4	1.4
25～29	2.3	2.1	1.7	2.6	4.5	2.0
30～34	3.0	2.9	2.4	3.3	5.5	2.7
35～39	3.4	3.2	2.6	3.8	6.2	3.2
40～44	3.2	3.0	2.3	3.7	5.7	3.1
45～49	3.5	3.4	2.6	4.1	5.9	3.4
50～54	4.4	4.2	3.4	5.0	6.8	4.3
55～59	6.9	6.7	5.7	7.7	9.5	6.9
60～64	8.1	7.9	6.8	8.9	9.8	8.5
65～69	9.5	9.4	8.6	10.2	9.6	10.2
70～74	11.9	11.9	11.1	12.6	9.4	13.0
75～79	12.5	12.5	13.4	11.6	7.1	14.9
80～84	11.0	11.2	13.7	8.9	4.5	12.3
85歳以上	12.0	13.5	20.3	7.3	3.1	7.3
人 口 一 人 当 た り 医 療 費 (千円)						
総 数	275.2	202.3	96.7	105.6	21.1	44.7
0～4歳	194.8	157.9	62.3	95.6	7.2	28.8
5～9	102.7	63.8	12.5	51.3	17.3	21.2
10～14	69.0	47.1	11.7	35.4	9.6	12.0
15～19	63.3	43.3	14.0	29.3	10.0	9.6
20～24	82.0	55.5	18.7	36.7	13.5	12.2
25～29	109.5	76.1	28.7	47.4	16.5	15.7
30～34	123.5	86.9	34.9	52.0	17.3	17.6
35～39	128.4	89.1	34.3	54.8	18.0	19.6
40～44	137.8	95.0	34.2	60.8	19.0	21.8
45～49	164.7	115.5	42.9	72.6	21.1	25.6
50～54	202.5	143.1	55.2	87.9	23.9	32.2
55～59	250.9	179.4	72.6	106.7	26.4	40.5
60～64	319.2	228.9	94.2	134.7	29.6	54.4
65～69	409.7	297.9	129.4	168.5	31.6	71.1
70～74	571.3	419.9	186.8	233.0	34.7	101.4
75～79	696.1	510.7	262.3	248.4	30.2	135.3
80～84	793.9	595.8	349.4	246.4	24.8	144.3
85歳以上	863.0	713.5	511.7	201.8	17.0	84.8

注：年齢階級別推計額は、各種調査による割合を用いて按分推計したものである。

第6表(3-1) 性、傷病分類、入院一

総数(単位:億円)

傷病分類	総数						
	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)
総数	259 595	16 424	33 368	63 813	145 991	118 442	85 493
I 感染症及び寄生虫症	6 848	1 064	1 325	1 661	2 799	2 200	1 517
結核 (再掲)	349	2	36	64	247	220	181
II 新生物	33 121	389	3 056	10 552	19 125	14 684	9 839
悪性新生物 (再掲)	28 572	241	1 731	9 016	17 585	13 535	9 093
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1 993	180	471	411	930	776	584
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	19 097	447	1 635	5 744	11 271	8 675	5 706
糖尿病 (再掲)	11 893	22	615	3 639	7 616	5 870	3 856
V 精神及び行動の障害	17 978	246	4 024	6 317	7 391	5 463	3 710
VI 神経系の疾患	10 031	489	1 654	2 205	5 683	4 765	3 593
VII 眼及び付属器の疾患	9 428	580	1 304	1 970	5 574	4 526	3 089
白内障 (再掲)	2 560	3	25	362	2 170	1 833	1 288
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1 905	563	308	409	625	468	295
IX 循環器系の疾患	52 980	175	1 599	11 611	39 595	33 314	25 292
高血圧性疾患 (再掲)	18 518	3	405	4 755	13 356	11 056	8 143
虚血性心疾患 (再掲)	7 538	3	160	1 775	5 600	4 519	3 194
脳血管疾患 (再掲)	15 513	30	387	2 887	12 210	10 547	8 355
X 呼吸器系の疾患	20 186	6 134	3 619	2 496	7 938	6 958	5 605
急性上気道感染症 (再掲)	3 836	2 012	1 074	428	321	227	112
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	1 678	914	360	167	238	195	137
喘息 (再掲)	3 615	1 497	527	484	1 105	927	691
XI 消化器系の疾患	16 456	409	2 481	4 463	9 103	7 339	5 237
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 (再掲)	2 697	5	334	844	1 514	1 214	861
胃炎及び十二指腸炎 (再掲)	2 679	26	446	734	1 473	1 181	813
肝疾患 (再掲)	1 988	20	221	653	1 094	828	532
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	4 606	1 026	1 346	887	1 348	1 083	761
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	19 223	396	1 907	4 858	12 061	9 835	6 755
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	19 273	212	2 479	5 775	10 808	8 226	5 445
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全 (再掲)	13 233	108	952	4 349	7 824	5 782	3 692
XV 妊娠、分娩及び産じょく	1 756	8	1 742	6	-	-	-
XVI 周産期に発生した病態	1 519	1 445	71	1	1	1	0
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1 412	924	236	124	127	94	59
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4 576	404	734	1 057	2 380	1 948	1 431
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	17 207	1 335	3 375	3 267	9 230	8 086	6 578

注: 傷病分類は「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。

入院外、年齢階級別一般診療医療費

平成20年度

入 院							入 院 外						
総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)	総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)
128 248	5 314	12 988	28 892	81 053	67 611	51 553	131 347	11 110	20 380	34 920	64 937	50 830	33 940
2 484	262	298	498	1 426	1 207	930	4 364	802	1 027	1 163	1 373	992	587
261	1	23	45	192	174	147	88	1	13	19	55	46	34
21 692	312	1 769	6 707	12 904	9 891	6 639	11 429	77	1 287	3 845	6 221	4 793	3 200
19 142	220	1 061	5 880	11 982	9 198	6 178	9 430	21	670	3 136	5 603	4 337	2 915
1 048	93	157	188	610	522	412	945	87	314	223	320	254	172
5 118	110	288	1 099	3 621	3 040	2 300	13 979	337	1 347	4 645	7 650	5 635	3 406
3 717	9	158	857	2 693	2 231	1 643	8 176	13	457	2 782	4 923	3 639	2 213
13 277	71	2 093	4 973	6 140	4 497	3 072	4 701	175	1 931	1 344	1 251	966	638
6 769	325	1 014	1 376	4 053	3 437	2 646	3 262	164	640	829	1 630	1 328	947
2 321	53	115	467	1 687	1 402	1 002	7 107	527	1 189	1 503	3 887	3 124	2 087
1 165	2	14	162	987	846	615	1 395	1	11	200	1 183	987	673
408	73	72	115	148	105	66	1 497	490	236	294	477	363	229
28 466	114	817	5 323	22 212	19 071	15 033	24 514	61	782	6 288	17 383	14 243	10 259
2 594	2	30	253	2 309	2 106	1 793	15 924	1	375	4 502	11 047	8 950	6 350
5 164	2	103	1 290	3 769	2 997	2 079	2 374	1	57	485	1 831	1 522	1 115
12 531	23	305	2 337	9 867	8 560	6 873	2 982	7	82	550	2 343	1 987	1 482
7 260	932	557	672	5 099	4 676	4 052	12 926	5 202	3 062	1 824	2 839	2 282	1 553
203	104	51	18	30	25	18	3 633	1 908	1 023	410	291	202	94
321	203	9	11	99	92	81	1 357	711	351	156	139	103	56
644	199	42	58	344	310	262	2 971	1 298	485	426	761	617	429
8 312	256	991	1 997	5 068	4 219	3 196	8 144	153	1 490	2 466	4 035	3 120	2 041
897	3	64	219	611	526	421	1 800	2	270	625	903	688	440
293	2	24	52	215	186	149	2 386	24	422	682	1 258	995	664
923	11	70	281	562	438	300	1 065	9	151	372	532	390	232
872	71	115	152	534	469	384	3 734	955	1 231	735	814	614	377
7 935	200	623	1 819	5 292	4 369	3 116	11 288	196	1 284	3 039	6 769	5 466	3 639
5 125	130	498	1 060	3 438	2 881	2 178	14 148	82	1 981	4 715	7 370	5 345	3 267
3 304	74	185	694	2 351	1 961	1 476	9 929	34	767	3 655	5 473	3 821	2 216
1 470	7	1 459	4	-	-	-	286	1	283	2	-	-	-
1 290	1 232	56	1	0	0	0	229	213	15	0	1	1	0
963	661	160	78	63	46	29	449	263	76	46	64	48	30
2 193	160	196	397	1 440	1 223	953	2 383	244	538	660	940	725	478
11 246	252	1 708	1 968	7 318	6 556	5 547	5 961	1 083	1 667	1 299	1 912	1 530	1 031

第6表(3-2) 性、傷病分類、入院一

男(単位:億円)

傷病分類	総数						
	総数	0~14 歳	15~44 歳	45~64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)
総数	127 185	9 088	15 262	34 319	68 516	53 464	36 236
I 感染症及び寄生虫症	3 511	566	666	926	1 352	1 045	697
結核 (再掲)	212	1	20	46	145	127	101
II 新生物	18 038	207	899	5 124	11 808	9 067	5 990
悪性新生物 (再掲)	16 461	137	638	4 616	11 070	8 518	5 641
III 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害	948	125	217	192	414	335	232
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	9 295	266	784	3 159	5 084	3 735	2 262
糖尿病 (再掲)	6 676	9	385	2 337	3 944	2 883	1 722
V 精神及び行動の障害	8 733	155	2 051	3 536	2 993	2 013	1 202
VI 神経系の疾患	4 759	277	939	1 188	2 355	1 878	1 312
VII 眼及び付属器の疾患	3 793	289	527	848	2 130	1 702	1 133
白内障 (再掲)	979	1	16	158	802	669	462
VIII 耳及び乳様突起の疾患	839	307	128	167	237	174	105
IX 循環器系の疾患	26 877	94	1 008	7 246	18 528	14 797	10 338
高血圧性疾患 (再掲)	8 022	2	273	2 565	5 183	4 058	2 729
虚血性心疾患 (再掲)	4 929	2	131	1 419	3 377	2 586	1 691
脳血管疾患 (再掲)	7 826	16	223	1 838	5 749	4 715	3 427
X 呼吸器系の疾患	10 758	3 353	1 708	1 231	4 466	3 897	3 082
急性上気道感染症 (再掲)	1 834	1 046	470	179	138	98	47
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	842	483	161	76	123	98	66
喘息 (再掲)	1 850	883	229	203	535	449	333
XI 消化器系の疾患	8 471	222	1 319	2 567	4 364	3 368	2 251
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 (再掲)	1 455	3	182	516	753	578	385
胃炎及び十二指腸炎 (再掲)	1 027	13	171	301	542	422	279
肝疾患 (再掲)	1 107	10	135	413	548	390	230
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	2 151	547	571	416	618	484	320
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	6 748	220	911	1 920	3 696	2 898	1 892
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	10 877	132	837	3 384	6 524	4 907	3 135
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患 及び腎不全 (再掲)	7 926	66	597	2 759	4 504	3 235	1 937
XV 妊娠、分娩及び産じょく	.	.	.	.	.	.	.
XVI 周産期に発生した病態	779	776	3	1	1	1	0
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	721	492	108	60	61	44	27
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常 検査所見で他に分類されないもの	2 125	222	316	518	1 069	839	577
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	7 761	840	2 269	1 837	2 815	2 283	1 680

注: 傷病分類は「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。

入院外、年齢階級別一般診療医療費

平成20年度

入 院							入 院 外						
総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)	総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)
64 963	2 976	6 246	17 138	38 603	30 591	21 527	62 222	6 112	9 016	17 181	29 913	22 873	14 709
1 325	144	163	308	710	582	426	2 186	422	503	618	642	462	271
162	0	13	35	114	101	82	50	1	7	11	31	26	19
12 251	170	591	3 614	7 876	5 948	3 850	5 787	37	308	1 510	3 932	3 119	2 140
11 315	125	454	3 315	7 421	5 611	3 636	5 146	12	184	1 301	3 649	2 907	2 005
472	54	53	99	266	219	159	476	71	164	93	148	116	73
2 600	62	160	702	1 675	1 319	898	6 695	204	624	2 457	3 409	2 416	1 364
1 992	3	101	577	1 310	1 014	670	4 684	6	284	1 760	2 634	1 869	1 052
6 605	36	1 126	2 878	2 566	1 703	1 020	2 128	119	925	658	427	310	182
3 263	187	604	767	1 705	1 369	974	1 496	90	335	421	650	509	338
1 050	29	72	249	701	566	389	2 743	260	455	599	1 429	1 136	744
469	1	9	76	382	320	227	510	0	7	82	420	349	235
186	44	37	49	56	38	22	653	263	91	118	181	136	83
15 345	62	530	3 734	11 018	8 915	6 389	11 532	32	478	3 512	7 510	5 882	3 949
1 056	1	18	164	873	752	575	6 966	1	255	2 401	4 310	3 306	2 154
3 571	1	92	1 082	2 396	1 803	1 148	1 358	1	39	337	981	783	543
6 312	12	179	1 511	4 610	3 783	2 777	1 514	4	44	327	1 139	932	650
4 238	536	370	440	2 892	2 602	2 173	6 520	2 817	1 338	791	1 574	1 295	909
114	59	30	11	14	11	7	1 720	987	440	168	124	87	40
174	115	4	6	50	44	37	668	368	157	70	73	54	29
325	123	17	27	159	140	114	1 525	760	212	176	376	309	219
4 591	143	589	1 308	2 551	2 009	1 400	3 880	79	730	1 259	1 813	1 359	851
522	2	49	165	306	248	183	933	1	133	351	447	330	202
124	1	12	29	82	67	49	903	12	159	272	460	355	230
524	5	40	196	283	202	124	583	5	95	217	265	188	106
419	40	65	90	224	188	140	1 732	507	506	326	394	296	180
2 914	109	329	797	1 678	1 309	867	3 834	111	582	1 123	2 018	1 589	1 025
2 722	83	159	629	1 850	1 503	1 073	8 155	49	678	2 755	4 674	3 404	2 062
1 771	46	98	438	1 189	952	672	6 155	20	499	2 321	3 315	2 283	1 265
.
658	656	2	1	0	0	0	121	120	1	0	1	1	0
513	369	76	40	29	20	11	208	123	32	20	32	24	16
1 079	90	95	237	657	525	374	1 046	132	221	281	412	314	203
4 732	164	1 225	1 196	2 147	1 776	1 362	3 029	676	1 044	641	668	507	318

第6表(3-3) 性、傷病分類、入院一

女(単位:億円)

傷病分類	総数						
	総数	0~14歳	15~44歳	45~64歳	65歳以上	70歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)
総数	132 410	7 336	18 105	29 494	77 476	64 978	49 258
I 感染症及び寄生虫症	3 337	496	659	734	1 447	1 156	821
結核 (再掲)	136	1	16	18	102	94	80
II 新生物	15 084	181	2 159	5 428	7 317	5 617	3 848
悪性新生物 (再掲)	12 110	104	1 093	4 398	6 516	5 017	3 452
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1 045	56	254	220	516	441	351
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	9 804	181	851	2 585	6 187	4 940	3 443
糖尿病 (再掲)	5 217	12	231	1 301	3 672	2 987	2 134
V 精神及び行動の障害	9 245	91	1 973	2 782	4 399	3 451	2 508
VI 神経系の疾患	5 271	210	715	1 017	3 328	2 887	2 281
VII 眼及び付属器の疾患	5 635	292	777	1 123	3 444	2 824	1 956
白内障 (再掲)	1 582	1	10	204	1 368	1 164	826
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1 065	256	180	241	388	294	190
IX 循環器系の疾患	26 102	81	590	4 365	21 067	18 517	14 955
高血圧性疾患 (再掲)	10 496	1	132	2 190	8 173	6 998	5 413
虚血性心疾患 (再掲)	2 609	2	28	356	2 224	1 933	1 504
脳血管疾患 (再掲)	7 688	13	164	1 049	6 461	5 833	4 928
X 呼吸器系の疾患	9 428	2 781	1 911	1 265	3 472	3 060	2 522
急性上気道感染症 (再掲)	2 002	965	604	249	183	129	65
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	836	431	197	91	117	97	70
喘息 (再掲)	1 764	615	297	282	571	477	358
XI 消化器系の疾患	7 985	188	1 162	1 897	4 739	3 971	2 986
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 (再掲)	1 243	2	152	327	761	636	476
胃炎及び十二指腸炎 (再掲)	1 653	13	276	434	930	759	534
肝疾患 (再掲)	881	9	86	239	546	438	301
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	2 455	479	775	471	730	600	441
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	12 475	175	996	2 937	8 366	6 939	4 863
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	8 396	79	1 642	2 391	4 284	3 318	2 309
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全 (再掲)	5 307	42	355	1 590	3 321	2 547	1 754
XV 妊娠、分娩及び産じょく	1 756	8	1 742	6	-	-	-
XVI 周産期に発生した病態	740	670	68	0	1	1	0
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	691	433	127	64	66	50	31
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2 451	182	419	539	1 310	1 109	854
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	9 445	495	1 107	1 429	6 415	5 803	4 898

注: 傷病分類は「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。

入院外、年齢階級別一般診療医療費

平成20年度

入 院							入 院 外						
総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)	総 数	0～14 歳	15～44 歳	45～64 歳	65歳 以上	70歳 以上 (再掲)	75歳 以上 (再掲)
63 285	2 338	6 742	11 755	42 451	37 021	30 026	69 125	4 998	11 363	17 739	35 025	27 957	19 232
1 159	117	135	190	716	625	504	2 178	379	524	544	731	530	317
98	0	10	10	78	74	65	38	1	6	8	24	20	15
9 441	141	1 179	3 093	5 028	3 943	2 789	5 643	40	980	2 335	2 289	1 674	1 059
7 827	95	607	2 564	4 562	3 587	2 542	4 283	9	486	1 834	1 954	1 430	910
576	40	104	89	343	303	252	469	16	150	131	173	138	99
2 519	48	128	397	1 946	1 721	1 402	7 285	133	723	2 188	4 241	3 219	2 041
1 725	5	57	280	1 383	1 217	973	3 492	7	174	1 021	2 289	1 770	1 161
6 672	35	967	2 095	3 575	2 794	2 052	2 573	56	1 006	687	824	657	456
3 505	137	410	609	2 348	2 068	1 672	1 766	73	305	408	980	819	609
1 271	25	43	218	986	836	613	4 364	267	734	905	2 458	1 988	1 343
696	1	5	86	605	526	388	886	0	5	118	763	638	438
222	29	35	65	92	67	44	843	227	145	176	296	227	146
13 121	52	286	1 589	11 194	10 156	8 645	12 981	29	304	2 776	9 873	8 361	6 310
1 538	1	12	89	1 436	1 354	1 217	8 958	0	120	2 101	6 737	5 644	4 196
1 593	1	11	208	1 374	1 194	931	1 016	1	17	148	850	739	573
6 219	10	126	826	5 257	4 777	4 096	1 469	3	38	223	1 204	1 056	832
3 022	397	187	232	2 207	2 073	1 878	6 406	2 384	1 724	1 033	1 265	987	644
89	44	21	7	16	14	11	1 913	921	583	242	167	115	54
147	88	4	5	50	48	43	689	343	193	86	67	49	27
318	77	24	32	185	169	148	1 446	538	273	250	386	308	210
3 721	114	402	689	2 516	2 210	1 796	4 264	74	760	1 208	2 223	1 761	1 190
375	1	15	53	305	278	238	868	1	137	274	456	358	238
170	1	12	24	133	119	100	1 483	12	264	410	797	640	434
399	5	30	84	279	236	175	482	4	56	155	267	202	126
453	31	50	62	310	282	244	2 002	448	725	409	420	318	197
5 021	91	294	1 021	3 614	3 061	2 249	7 454	84	702	1 916	4 752	3 878	2 614
2 403	46	339	431	1 587	1 378	1 104	5 993	33	1 303	1 960	2 697	1 940	1 205
1 533	28	87	256	1 163	1 009	804	3 774	14	268	1 334	2 158	1 538	950
1 470	7	1 459	4	-	-	-	286	1	283	2	-	-	-
632	577	54	0	0	0	0	108	93	14	0	1	1	0
449	292	84	39	34	26	17	242	141	43	25	32	24	14
1 114	70	101	160	782	698	579	1 337	112	318	379	528	411	275
6 514	88	484	771	5 171	4 780	4 185	2 931	407	623	658	1 244	1 023	713

参考) 平成20年度国民医療費の年齢階級別人口一人当たり
国民医療費算出に用いた人口

(単位：千人)

年 齢 階 級	総人口	男	女
総 数	127 692	62 251	65 441
0 ～ 4 歳	5 405	2 769	2 636
5 ～ 9	5 787	2 968	2 819
10 ～ 14	5 984	3 065	2 919
15 ～ 19	6 155	3 152	3 003
20 ～ 24	7 105	3 650	3 455
25 ～ 29	7 630	3 892	3 738
30 ～ 34	8 996	4 565	4 430
35 ～ 39	9 609	4 858	4 750
40 ～ 44	8 406	4 236	4 170
45 ～ 49	7 781	3 906	3 875
50 ～ 54	7 822	3 904	3 918
55 ～ 59	9 838	4 865	4 972
60 ～ 64	8 958	4 374	4 584
65 ～ 69	8 041	3 845	4 195
70 ～ 74	6 957	3 213	3 744
75 ～ 79	5 705	2 474	3 232
80 ～ 84	4 059	1 569	2 490
85 歳 以 上	3 453	944	2 511
(再 掲)			
65 歳 未 満	99 476	50 207	49 269
65 歳 以 上	28 216	12 044	16 172
70 歳 以 上	20 175	8 199	11 977
75 歳 以 上	13 218	4 986	8 233

注：人口は、総務省統計局推計による平成20年10月1日現在総人口である。

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

- 1 . 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ(別添)。
- 2 . 今般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

(1) 1 1 月 2 4 日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応
メチルプレドニゾン コハク酸エステルナトリウム	ソル・メドロール静注用 40mg、 ソル・メドロール静注用 125mg、 ソル・メドロール静注用 500mg、 ソル・メドロール静注用 1000mg 【ファイザー(株)】	< 追加 > ネフローゼ症候群
リュープロレリン酢酸塩	リュープリン注射用 1.88、 リュープリン注射用 3.75 【武田薬品工業(株)】	< 変更(用法・用量) > (中枢性思春期早発症について) 通常、4週に1回リュープロレリン酢酸塩として 30 μ g/kg を皮下に投与する。なお、症状に応じて 180 μ g/kg まで増量できる。

(2) 1 1 月 2 9 日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応
エタンブトール塩酸塩	エサンブトール錠 125mg、 エサンブトール錠 250mg 【サンド(株)】 エブトール 125mg 錠、 エブトール 250mg 錠 【科研製薬(株)】	<変更> (適応菌種) 本剤に感性のマイコバクテリウム属 (適応症) 肺結核及びその他の結核症、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症を含む非結核性抗酸菌症
リファンピシン	リファジンカプセル 150mg 【第一三共(株)】 リマクタンカプセル 150mg、 リファンピシンカプセル 150mg「サンド」 【サンド(株)】	<変更> (適応菌種) 本剤に感性のマイコバクテリウム属 (適応症) 肺結核及びその他の結核症、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症を含む非結核性抗酸菌症、ハンセン病

(参考)

適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページに公表されている。

http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html
上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

〔平成22年8月25日〕
中 医 協 了 承

適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

検討会議¹⁾において、医療上の必要性が高いと判断

検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成

検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断

検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

¹⁾「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。

専門作業班（WG）の検討状況の概要等について

1. 第1回開発要請等時点での状況

平成22年4月27日に開催された第3回会議までに医療上の必要性が高いとされたものについては、平成22年5月21日に企業に開発要請又は開発企業の募集を行った（第1回開発要請等）。この第1回開発要請等時点での医療上の必要性に係る評価の進捗状況は、下表のとおりであった。

各WGの検討状況		代謝・その他	循環器	精神・神経	抗菌・抗炎症	抗がん	生物	小児	合計	
検討済み	必要性高い	未承認薬	8	9	8	1	10	3	11	50
		適応外薬	2	18	7	11	10	1	9	58
	必要性高くない	未承認薬	3	1	1	0	1	1	1	8
		適応外薬	2	3	9	2	4	3	0	23
医療上の必要性について検討中	未承認薬	2	0	4	5	4	0	1	16	
	適応外薬	14	6	36	18	33	1	9	117	
海外承認等なし	未承認薬	3	2	3	4	3	0	1	16	
	適応外薬	14	13	26	9	13	0	8	83	
承認済み	未承認薬	0	0	0	0	1	0	0	1	
	適応外薬	0	0	1	0	1	0	0	2	
合計			48	52	95	50	80	9	40	374

2. 医療上の必要性が高いとされた品目の現状について

平成22年4月27日に開催された第3回会議までに医療上の必要性が高いとされた108件については、平成22年5月21日に企業に開発要請（91件）又は開発企業の募集（17件）を行い、承認申請のために実施が必要な試験の妥当性や公知申請への該当性の確認などを行うこととしている。各専門作業班（WG）における検討の進捗状況は下表のとおりである。

各WGの検討状況		代謝・その他	循環器	精神・神経	抗菌・抗炎症	抗がん	生物	小児	合計	
企業に開発要請したもの			5	25	15	10	19	4	13	91
公知申請が妥当であるもの	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	21
	適応外薬	1	6	0	6	3	1	4	21	
既に開発に着手しているもの（承認申請済みのものを含む）	未承認薬	2	8	8	1	6	1	2	28	43
	適応外薬	0	2	7	0	6	0	0	15	
治験の実施等が必要と考えられるもの	未承認薬	2	1	0	0	2	2	2	9	14
	適応外薬	0	2	0	0	2	0	1	5	
実施が必要な試験や公知申請の妥当性について検討中のもの	未承認薬	0	0	0	0	0	0	1	1	13
	適応外薬	0	6	0	3	0	0	3	12	
開発企業を公募したもの										17
合計										108

また、検討内容の一覧を資料5に掲載した。

3. 第1回開発要請時点で検討中であったものに係る評価の進捗状況

第1回開発要請等時点で医療上の必要性について検討中であったもの（133件）について、平成22年10月までにWGで行われた医療上の必要性に係る評価の進捗状況は、下表のとおりである。医療上の必要性が高いとされた74件については、企業からの特段の意見を確認した上で、11月末以降を目途に第2回の企業への開発要請又は開発企業の募集を行う予定である。

各WGの検討状況		代謝・その他	循環器	精神・神経	抗菌・抗炎症	抗がん	生物	小児	合計		
検討済み	必要性高い	未承認薬	0	0	3	4	3	0	0	10	74
		適応外薬	10	2	11	12	19	1	9	64	
	必要性高くない	未承認薬	1	0	1	0	0	0	0	2	42
		適応外薬	5	1	18	5	11	0	0	40	
医療上の必要性について検討中	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
	適応外薬	0	2	1	0	2	0	0	5		
海外承認等なし	未承認薬	0	0	0	1	1	0	0	2	11	
	適応外薬	0	1	5	2	1	0	0	9		
承認済み	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	適応外薬	0	0	1	0	0	0	0	1		
合計		16	6	40	24	37	1	9	133		

今回新たに検討済みとしたものについて、WGの評価を資料3-1~3-7に取りまとめた。また、現在検討中であるものについて資料6-1、海外承認又は公的保険適用がないものについて資料6-2、開発要請・開発企業の公募を行う前に承認されたものについて資料6-3に掲載した。

企業から提出された開発工程表について

開発工程表の提出状況について

- 第5回検討会議において104件の開発工程表の評価を行った。結果は以下のとおり。

現時点において、下記の評価基準に照らして適切であると評価したもの	84件
公知申請を予定しているが、WGが検討中であったためその評価を保留したもの	19件
公知申請を予定しているが、臨床試験の実施が必要であると評価したもの。	1件

- 提出された開発工程表の現状については資料7-2「企業から再提出された開発工程表の概要等」参照。

(参考) 開発工程表の評価基準について（第4回検討会議にて了承されたもの）

- 開発要請を受けた企業が適切な開発計画を立てているか評価を行う。
- 「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の条件として、開発要請を受けた品目について「半年以内の公知申請」または「一年以内の治験の着手」を求めていることから、以下の基準に基づいて各開発計画の評価を行う。

開発工程表の評価基準

- ①. 既に承認申請済みのも、治験届提出済みのもについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発を適切に行ったものと評価する。
- ②. 公知申請予定のもで、開発要請から半年以内（2010年11月まで）に申請を予定しており、WGの結論により公知申請が可能とされたものについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発について適切に開発計画をたてたものと評価する※。
- ③. 治験を予定しているもで、開発要請から1年以内（2011年5月まで）に治験届提出予定としたものについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発について、適切に開発計画をたてたものと評価する。
- ④. その他については、開発計画ごとの個別の事情や、行政側持ち時間を考慮して個別に評価を行う。

- ※ 公知申請予定のもで、開発要請から半年以内（2010年11月まで）に申請を予定しているが、公知申請の該当性についてWGの結論が出ていないものについては、今回は評価を行わない。

企業から提出された開発工程表の概要等

1. 企業から開発工程表の提出のあった医薬品

第5回検討会議（平成22年10月6日）終了後、企業からの開発工程表の再提出を踏まえた状況（網掛け部分は、第5回検討会議資料との変更点）

	件数
承認申請済み	20
治験届提出済み	32
公知申請予定	32
治験届提出予定	13
その他	7
合計	104

（参考）第5回検討会議前に企業から提出された開発工程表の提出状況

	件数
承認申請済み	20
治験届提出済み	31
公知申請予定	32
治験届提出予定	14
その他	7
合計	104

※以下の理由により開発要請件数(91件)以上の開発工程表(104件)が提出された。

- 効能ごとに区別した開発工程表の提出があったもの
(5件の開発要請に対し、12件の開発工程表の提出)
- 複数企業への開発要請に対してそれぞれの企業から開発工程表の提出があったもの
(6件の開発要請に対し、12件の開発工程表の提出)

2. 開発工程表の評価基準別表

※ 網掛け部分は、第5回検討会議資料との変更点

a. 評価基準①に該当するもの(承認申請済みのもの、治験届提出済みのもの)

		計
承認済み	3	52
承認申請済み	17	
治験届提出済み	32	

※第5回検討会議終了時点より、1件増加。

増加した1件については、第5回検討会議において「c」と分類していたが、今般開発工程表に記載の開発計画に基づき治験届の提出があったもの。

なお、第5回検討会議において「承認申請済み」としていた3件について、既に承認済みであるため「承認済み」とした。

b. 評価基準②に該当するもの

(開発要請後半年以内に公知申請を予定しており、WGより公知申請が可能とされたもの)

	2010年						計
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
公知申請予定	0	0	0	0	0	10	10

※第5回検討会議資料においては、14件を「b」と分類していたが、会議の結果、4件について「g」と分類し、評価を保留していた。

c. 評価基準③に該当するもの(開発要請後一年以内に治験届を提出するもの)

	2010年							2011年					計
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
治験届提出予定	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	2	4	13

※第5回検討会議終了時点より、1件減少。

減少した1件については、開発工程表に記載の開発計画に基づき治験届の提出があったため、「a.治験届提出済み」に移行したもの。

12月に提出を予定していた1件について、3月の提出予定となった。

計
75

d. 評価基準④に該当するもの（開発要請後半年後以降に公知申請を予定するもの。）

	2010年		2011年						計	
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		8月
公知申請予定	10	0	0	0	0	0	0	1	0	11

※第5回検討会議終了時点より、6件増加。

増加した6件については、公知申請予定日を平成22年12月と変更したため、「g」から移行したものの。
 なお、この6件について、今般WGより公知申請が可能とされた。

なお、第5回検討会議終了時点では、このうち2件について公知申請が可能とされた。
 他3件については、WGにおいて公知申請の該当性について検討中であったため評価保留とされた。

e. 評価基準④に該当するもの（その他）

その他	7
-----	---

※第4回検討会議において、個別の事情を考慮し、現時点では適切なものと評価したものの。

f. 評価基準④に該当するもの（公知申請を計画していたが、WGの結論により臨床試験の実施が必要とされたもの）

公知申請予定	0
--------	---

※第5回検討会議終了時点より、1件減少

減少した1件については、第5回検討会議の結果において「f」と分類したが、
 引き続きWGにおける検討が必要と考えられたことから「g」に移行したものの。

計	18
---	----

g. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しているが、WGが検討中であることから今回は評価を保留するもの

	2010年						計
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
公知申請予定	0	0	0	0	0	11	11

※第5回検討会議終了時点^注より、6件減少、1件増加。

減少した6件については、公知申請予定日を平成22年12月と変更したため、「d」に移行したものの。
 なお、この6件について、今般WGより公知申請が可能とされた。

増加した1件については、第5回検討会議にて「f」と分類していたが、
 WGにおいて引き続き検討中であることから今回は評価を保留とするもの。

注 第5回検討会議資料においては、12件を「g」と分類していたが、会議の結果、
 4件について「c」から「g」に移行した。

3. 各医薬品の開発工程表の概要

a-0. 評価基準①に該当するもののうち、既に承認済みのもの(3件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	承認された効能・効果(下線部)
27	サノフィ・アベンティス	アミオダロン	アンカロン錠	生命に危険のある下記の再発性不整脈で他の抗不整脈薬が無効か、又は使用できない場合 <u>心室細動、心室性頻拍、心不全(低心機能)又は肥大型心筋症に伴う心房細動</u>
269	ファイザー	プレガバリン	リリカカプセル	<u>末梢性神経障害性疼痛</u>
350	セルジーン	レナリドミド	レブラミドカプセル	再発又は難治性の多発性骨髄腫 <u>5番染色体長腕部欠失を伴う骨髄異形成症候群</u>

a-1. 評価基準①に該当するもののうち、既に承認申請済みのもの(17件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
15	日本新薬	アザシチジン	ビダーザ注射用	骨髄異形成症候群
76	中外製薬	エルロチニブ	タルセバ	治癒・切除不能な膵癌(注:申請中の効能・効果の記載。タルセバ錠25mg, 同100mgに係る一変申請。)
95	中外製薬	カペシタビン	ゼローダ錠	治癒切除不能な進行・再発の胃癌
96	ヤンセンファーマ	ガラントミン	Radazyne (米国)、Reminyl (英国)	軽度から中等度のアルツハイマー型認知症
122	日本イーライリリー	ゲムシタビン塩酸塩	ジェムザール注射用	卵巣癌
137	塩野義製薬	シクロホスファミド経口剤・静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性血管炎の自覚的並びに他覚的症状の寛解導入
138	塩野義製薬	シクロホスファミド経口剤・静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性エリテマトーデスの自覚的並びに他覚的症状の寛解導入
140	塩野義製薬	シクロホスファミド静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性血管炎(顕微鏡的多発血管炎, ヴェゲナ肉芽腫症)の自覚的並びに他覚的症状の寛解導入
190	サノフィ・アベンティス	ドセタキセル	タキソテール点滴静注用	頭頸部癌、乳癌、非小細胞肺癌、胃癌、卵巣癌、食道癌、子宮体癌の用法用量の1回最高用量を75mg/m ² へ増大
202	大塚製薬	トルバプタン	サムスカ錠	心性浮腫
212	日本化薬	ノギテカン	ハイカムチン注射用	ハイカムチン注射用1.1mg(ノギテカン塩酸塩)初回化学療法が無効の再発卵巣癌
238	アボット製薬	パンクレアチン	Creon	「嚢胞線維症(cystic fibrosis, CF)患者の脂肪吸収および栄養状態の改善」を適応症とした製剤の開発

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
266	アストラゼネカ	フルベストラント	フェソロデックス筋注用	内分泌療法後に進行または再発したエストロゲン受容体陽性の閉経後乳癌患者を対象として開発
278	中外製薬	ベバシズマブ	アバスチン点滴静注用	手術不能又は再発乳癌
319	第一三共	メマンチン	Namenda(米)、 Ebixel/Axural(英独仏)	中等度から高度のアルツハイマー型認知症
341	ノバルティス ファーマ	リバスチグミン	exelon	軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症の治療
357	エーザイ	ワルファリンカリウム	ワーファリン錠	小児適応の追加

a - 2. 評価基準①に該当するもののうち、既に治験届提出済みのもの(32件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
5	ノーベルファーマ	5-アミノレブリン酸塩酸塩	Gliolan	悪性神経膠腫(WHOグレードⅢ及びⅣ)に対する手術における悪性組織の視覚化
6	日本新薬	アカムプロセートカルシウム	未定	アルコール依存症患者における抗酒療法
9	グラクソ・スミスクライン	A型ボツリヌス毒素	ボトックス注	腋窩多汗症
12	日本メジフィジックス	Ioflupane I123 Injection	DaTSCAN	PS患者及び当該疾患を疑う患者におけるドパミントランスポーターシンチグラフィ. レビー小体型認知症患者及び当該疾患を疑う患者におけるドパミントランスポーターシンチグラフィ
23	日本イーライリリー	アトモキセチン	ストラテラカプセル	成人期(18歳以上)における注意欠陥/多動性障害(AD/HD)
26	シャイアー	アナグレリド	未定	本態性血小板血症(ET)の治療
51	コヴィディエン ジャパン	インジウム(111In)ペンテトレオチド	OctreoScan	シンチグラフィによるソマトスタチン受容体を有する原発性及び転移性の神経内分泌腫瘍の診断
70	ファイザー	エプレレノン	セララ錠	心筋梗塞後の心不全
81	ノバルティス ファーマ	オクスカルバゼピン	Trileptal	他の抗てんかん薬で十分な効果が認められない小児の部分発作の併用療法
87	ノバルティス ファーマ	カナキヌマブ	ILARIS	2歳以上の次のクリオピリン関連周期性症候群(CAPS) ・家族性寒冷自己炎症症候群(FCAS) ・Muckle-Wells 症候群(MWS) ・新生児期発症多臓器系炎症性疾患(NOMID) (要望を含むCAPSの3つのフェノタイプすべてについて申請予定)
89	ファイザー	ガバペンチン	ガバペン錠	てんかん部分発作の小児適応の追加
104	ノーベルファーマ	カルムスチン脳内留置用製剤	Gliadel Wafer/Gliabel Implant	悪性神経膠腫

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
105	テバ・ファーマスーティカル	グラチラマー酢酸塩	Copaxone	効能・効果: 多発性硬化症の再発予防 用法・用量: <米国、英国、独国、仏国> 用量: 20mg 投与経路: 皮下注射 投与頻度: 毎日 適応病型: 再発寛解型
156	明治製菓	スチリペントール	Diacomit	乳児重症ミオクロニーてんかん治療薬としての承認
159a	メルクセローノ	セツキシマブ	アービタックス注射液	頭頸部扁平上皮癌 (局所進行頭頸部扁平上皮癌に対する放射線療法との併用)
159b	メルクセローノ	セツキシマブ	アービタックス注射液	頭頸部扁平上皮癌 (再発・転移性頭頸部扁平上皮癌に対する白金製剤を含む化学療法との併用)
171	ノーベルファーマ	タルク	STERITALC	悪性胸水の再貯留抑制
193	協和発酵キリン	トピラマート	トピナ錠	2-16歳の小児における部分発作に対する併用療法
199	日本新薬	トラマドール経口剤	トラマートカプセル	<ul style="list-style-type: none"> ・経口剤を癌性疼痛で申請中(2010年4月部会通過) ・慢性非がん性疼痛の適応拡大(線維筋痛症に適用可能)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
200	日本臓器製薬	トラマドール経口徐放剤	未定	経口徐放剤の剤形追加 慢性疼痛の効能追加
203	持田製薬	トレプロスチニル	Remodulin(米)	肺動脈性肺高血圧
205	バイオジェン・アイデック	ナタリズマブ	Tysabri	再発寛解型多発性硬化症患者の再発抑制
286	ノーベルファーマ	ホスフェニトイン	CereByx /Pro-Epanutin	てんかん重積状態、脳外科手術前・術中・術後及び頭部外傷後にけいれん発作の出現が濃厚に疑われる場合、並びに経口フェニトイン製剤の投与が不可能又は不適切な場合の代替
291	MSD	ポリノスタット	ゾリンザカプセル(予定名)	皮膚T細胞リンパ腫
292	ヤンセンファーマ	ボルテゾミブ	ベルケイド	マントル細胞リンパ腫
293a	アクテリオンファーマシューティカルズジャパン	ミグルスタット	Zavesca	ニーマン・ピック病C型
348a	ゼリア新薬工業	経口リン酸塩製剤	未定	原発性低リン血症性くる病患者を対象とした、第Ⅲ相試験と継続投与試験
349	エーザイ	ルフィナマイド	Inovelon (欧州)、Banzel (米)	レノックス・ガストー症候群(4歳以上)に伴う発作に対する併用療法
352a	ユーシービージャパン	レベチラセタム	Keppra	4歳児以上の小児てんかん患者における部分発作に対する併用療法等
352b	ユーシービージャパン	レベチラセタム	Keppra	6歳以上(欧州では12歳以上)の特発性全般てんかん患者における強直間代発作に対する併用療法
372	CSLベーリング	人免疫グロブリンG	ヴィヴァグロビン	原発性免疫不全症候群(PID)の成人及び小児患者における抗体補充療法
180	フェリング・ファーマ	デスモプレシン酢酸塩経口剤	デスモプレシン酢酸塩経口剤	中枢性尿崩症、経口剤の追加

b. 評価基準②に該当するもの

(開発要請後半年以内に公知申請を予定しており、WGより公知申請が可能とされたもの)(10件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
2	富士フイルムRIファーマ	3-ヨードベンジルグアニジン(123I)	ミオMIBG-I 123注射液	褐色細胞腫の診断	2010年11月
16	グラクソ・スミスクライン	アザチオプリン	イムラン	ステロイド治療抵抗性全身性エリテマトーデス(成人、小児)	2010年11月
16	田辺三菱製薬	アザチオプリン	アザニン	ステロイド治療抵抗性全身性エリテマトーデス(成人、小児)	2010年11月
17	グラクソ・スミスクライン	アザチオプリン	イムラン	顕微鏡的多発血管炎及びWegener肉芽腫症	2010年11月
17	田辺三菱製薬	アザチオプリン	アザニン	顕微鏡的多発血管炎及びWegener肉芽腫症	2010年11月
231	協和発酵キリン	バルプロ酸ナトリウム経口剤	デパケン、デパケン R、デパケン細粒、デパケンシロップ	片頭痛	2010年11月
244	田辺三菱製薬	ビスプロロール fumarate 塩	メインテート	慢性心不全	2010年11月
255	日本化薬	ビンブラスチン硫酸塩	エクザール	ランゲルハンス細胞組織球症(LCH) 6 mg/m ² , 週1回静脈内注射	2010年11月
282	エーザイ	ベラパミル塩酸塩	ワソラン静注 ワソラン錠	上室性の頻脈性不整脈の小児適応の追加	2010年11月
363	ベネシス	抗D(Rho)人免疫グロブリン	抗D人免疫グロブリン筋注用 抗Dグロブリン筋注用	妊娠28週、検査・処置後(羊水検査、臍帯血検査、児頭外回転の実施)、流産後、子宮外妊娠後、子宮内胎児死亡後	2010年11月

c. 評価基準③に該当するもの(一年以内に治験届を提出するもの)(13件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
50	バイエル薬品	イロprost	Ventavis	成人における肺動脈性肺高血圧症(NYHA機能分類Ⅲ又はⅣ)	2011年1月
77b	大塚製薬	レボカルニチン	未定	乳幼児のための液剤の開発	2011年1月
77c	大塚製薬	レボカルニチン	未定	急性期の患者及び経口摂取ができない患者に対して静注用製剤の開発	2011年1月
182	TSD Japan	デニロイキン ディフ ティックス	ONTAK	悪性細胞がインターロイキン2(IL-2)受容体の構成要素CD25を発現している(CD25+)、持続性もしくは再発性の皮膚T細胞リンパ腫(CTCL)の治療	2011年1月
142	マイラン製薬	システアミン	Cystagon Capsule	シスチノーシス(シスチン蓄積症)	2011年3月
157	ノーベルファーマ	ストレプトゾシン	Zanozar	転移を有する悪性膵内分泌腫瘍・神経内分泌腫瘍・カルチノイド腫瘍	2011年3月
289	ファイザー	ポリコナゾール	ブイフェンド静注用、錠	小児用法用量の設定	2011年3月
173	サノフィ・アベンティス	チフス菌Vi多糖体抗原ワクチン	Typhim Vi	成人及び2歳以上の小児の腸チフスの感染予防	2011年4月
189	ヤンセンファーマ	ドキシソルビシン塩酸塩リポソーム注射剤	ドキシル	多発性骨髄腫	2011年4月
53	MSD	インターフェロン α -2b	イントロンA注射液	悪性黒色腫	2011年5月
94	ベーリンガー・インゲルハイム	カフェインクエン酸塩	CAFCIT Injection、 CAFCIT Oral solution	早産児無呼吸発作(在胎28~33週)の短期治療	2011年5月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
230	ノバルティス ファーマ	バルサルタン小児用製剤	ディオバン錠	6～16歳の小児高血圧症	2011年5月
374	サノフィ・アベンティス	髄膜炎菌(グループA、C、Y and W-135)多糖体ジフテリアトキソイド結合体	Menactra	Neisseria meningitides serogroup A, C, Y and W-135による侵襲性の髄膜炎菌感染症の予防(2歳から55歳)	2011年5月

d. 評価基準④に該当するもの(開発要請後半年後以降に公知申請を予定するもの)(11件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報	WGの検討状況
					公知申請予定(予定月)	
69	ノボ ノルディス クファーマ	エプタコグ アルファ (活性型)(遺伝子組 換え)	注射用ノボセブン ノボセブンHI静注用	血小板蛋白GP IIb-IIIa或いはHLAに 対する抗体を保有するため、血小板 輸血に対する治療効果が見込めない グランツマン血小板無力症患者の出 血抑制	2010年12月	公知申請に該当する
77a	大塚製薬	レボカルニチン塩化 物	エルカルチン錠	一次性カルニチン欠乏症及びその他 の二次性カルニチン欠乏症 150mg/kgまで増量可能	2010年12月	公知申請に該当する。
60	サンド	エタンプトール塩酸 塩	エサンプトール錠	効能・効果:非結核性抗酸菌症 用法・用量:エタンプトール塩酸塩と して0.5~0.75gを1日1回経口投与	2010年12月	公知申請に該当する
60	科研製薬	エタンプトール塩酸 塩	エプトール錠	非結核性抗酸菌症	2010年12月	公知申請に該当する
304	ファイザー	メチルプレドニゾン コハク酸エステルナ トリウム	ソル・メドロール静 注用	ネフローゼ症候群	2010年12月	公知申請に該当する
342	サンド	リファンピシン	リマクタン	効能・効果:非結核性抗酸菌症 用法・用量:リファンピシンとして1回 300mg~600mg(力価)を1日1回毎 日経口投与(最大600mg(力価))	2010年12月	公知申請に該当する
342	第一三共	リファンピシン	リファジン	非結核性抗酸菌および非結核性抗 酸菌症	2010年12月	公知申請に該当する
343	武田薬品工業	リユープロレリン酢 酸塩	リユープリン注射用	中枢性思春期早発症、最大投与量 を90 μ g/kg/4週から180 μ g/kg/4週 に変更する(皮下投与)	2010年12月	公知申請に該当する

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報	WGの検討状況
					公知申請予定(予定月)	
64	MSD	エナラプリル マレイ ン酸塩	レニベース錠	小児高血圧	2010年12月	検討中
246	佐藤製薬	ヒトチロトロピンアル ファ(遺伝子組換え)	タイロゲン筋注用	アブレーションの補助	2010年12月	検討中
55	第一三共	インドシアニングリー ン	ジアグノグリーン注 射用	脳主幹動脈の血流状態観察(赤外線 照射時の蛍光測定による)	2011年7月 使用実態調査に時間を 要するため	検討中

e. 評価基準④に該当するもの(その他)(7件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	個別事情
11	日本メジフィジックス	Ca-DTPA	Ditripentat-Heyl(独) pentetate calcium trisodium injection (米)	放射性金属(アメリシウム、プルトニウム、キュリウム、カリホルニウム、バークリウム)中毒の長期治療 プルトニウム、アメリシウム、キュリウム体内汚染が判明した、またはその疑いのある患者の汚染物質の排泄の促進	治験の実施が困難であるため、既存データを以て2010年11月頃申請予定
13	日本メジフィジックス	Zn-DTPA	Zink-trinatrium-pentetat (独) Pentetate Zinc Trisodium Injection(米)	放射性金属(アメリシウム、プルトニウム、キュリウム、カリホルニウム、バークリウム)中毒の長期治療 プルトニウム、アメリシウム、キュリウム体内汚染が判明した、またはその疑いのある患者の汚染物質の排泄の促進	治験の実施が困難であるため、既存データを以て2010年11月頃申請予定
20	グラクソ・スミスクライン	アトバコン	Mepron	ニューモシスチス肺炎の治療、予防	既存データを以て2011年3月頃申請予定
201	中外製薬	ドルナーゼ アルファ	プルモザイル(予定)	嚢胞性線維症患者の肺機能の改善	ライセンス保有者と交渉中
293b	アクテリオンファーマシュー ティカルズジャパン	ミグルスタット	Zavesca	ゴーシェ病 I 型	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後治験の実施を検討する
348b	ゼリア新薬工業	経ロリン酸塩製剤	未定	ファンコニ症候群を適応とする経ロリン酸製剤の開発	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後公知申請を検討する
348c	ゼリア新薬工業	経ロリン酸塩製剤	未定	低リン血症を適応とする経ロリン酸製剤の開発	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後公知申請を検討する

f. 評価基準④に該当するもの

(公知申請を計画していたが、WGの結論により臨床試験の実施が必要とされたもの)(0件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
-	-	-	-	-	-

g. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しているが、
WGが検討中であることから今回は評価を保留するもの(11件)

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
33	ファイザー	アムロジピン ベシル酸	ノルバスク錠、ノルバスクOD	高血圧症に対する小児用法用量の設定	2010年11月
33	大日本住友製薬	アムロジピン ベシル酸	アムロジン錠、アムロジンOD	小児高血圧症	2010年11月
132	藤本製薬	サリドマイド	サレドカプセル	らい性結節性紅斑の効能追加	2010年11月
195	ノバルティス ファーマ	トブラマイシン	TOBI	吸入用製剤の剤形追加 腺嚢胞線維症患者の緑膿菌気道感染症の治療	2010年11月
264.2	ファイザー	フルコナゾール小児用経口混濁剤	ジフルカンカプセル、ジフルカン静注用	小児用法用量の設定 小児用懸濁剤の開発	2010年11月
273	大日本住友製薬	プロプラノロール塩酸塩	インデラル	片頭痛における頭痛発作の予防	2010年11月
313	塩野義製薬	メロニダゾール経口剤	フラジール内服錠	○バクテロイデス属, プレボテラ属, ポルフィオモナス属, フソバクテリウム属, ペプトストレプトコッカス属による下記疾患 表在性皮膚感染症, 深在性皮膚感染症, 骨髄炎, 腹膜炎, 腹腔内膿瘍, 肝膿瘍, バルトリン腺炎, 子宮内感染, 子宮付属器炎, 脳膿瘍 ○アメーバ赤痢 ○ランブル鞭毛虫感染症	2010年11月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発工程表情報
					公知申請予定(予定月)
315	塩野義製薬	メロニダゾール経口剤、経腔剤	フラジール内服錠、腔錠	流産・早産、産褥子宮内膜炎、帝王切開後感染症の原因となる細菌性膣症の治療	2010年11月
331	アストラゼネカ	リシノプリル	ゼストリル錠	6歳以上且つ20kg以上の幼児、20kg以上の小児に対する投与についての用法・用量の一部変更	2010年11月
331	塩野義製薬	リシノプリル	ロンゲス	高血圧症の6-16歳の小児の適応追加	2010年11月
318	サンノーバ	メナテトレノン	ケイツー・シロップ	新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症に対する予防	2010年11月

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議での検討結果を受けて 開発企業の募集を行った医薬品のリスト(平成22年11月9日時点)

- 下表の医薬品については、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議で医療上の必要性が高いという評価を得て、開発企業の募集を行った医薬品のリストです。
- 開発企業の募集又は開発要請の取扱いについては、「開発要請先の指定の考え方について」(参考資料4-3)に基づいて決定しています。
- デキサメタゾン(4mg錠の剤形追加、抗悪性腫瘍剤(シスプラチンなど)投与に伴う消化器症状(悪心・嘔吐))については、0.5 mg錠の承認を有するMSD(株)及び別効能(多発性骨髄腫)の4 mg錠の承認を有するセルジーン(株)に開発要請を行いました。

<開発企業が見つからないもの>

No.	医薬品名	対象疾病	開発の意思の申し出があった企業
1	亜セレン酸ナトリウム	セレン欠乏症により生じる重篤な視力障害、神経障害、心筋障害、毛髪変化の改善	
2	コリスチンメタンスルホン酸ナトリウム塩	吸入用製剤の剤形追加、腭嚢胞線維症の気道感染症	
3	リロナセプト	12歳以上のクリオピリン関連周期熱症候群(cryopyrin-associated periodic syndrome、CAPS)の中の、家族性寒冷蕁麻疹症(familial cold autoinflammatory syndrome、FCAS)およびMuckle-Wells 症候群(MWS)における炎症症状の軽減	
4	3,4- ジアミノピリジン	Lambert-Eaton筋無力症候群による筋力低下の改善	

<企業より開発の意思の申し出があったもの>

No.	医薬品名	対象疾病	開発の意思の申し出があった企業
5	コリスチンメタンスルホン酸ナトリウム塩	注射剤の剤形追加 <適応菌種> 多剤耐性緑膿菌 (MDRP)、多剤耐性アシネトバクター属、その他の多剤耐性グラム陰性菌 <適応症> 多剤耐性グラム陰性菌による各種感染症	あり(グラクソ・スミスクライン(株))
6	フェニル酪酸ナトリウム	尿素サイクル異常症	あり(シミック(株))
7	プロゲステロン	経腔剤の剤形追加、体外受精-胚移植(IVF-ET)の際の黄体補充	あり(富士製薬工業(株))
8	プロゲステロン	経口剤の剤形追加、子宮非摘出閉経女性におけるホルモン補充療法(HRT)の補助	あり(富士製薬工業(株))
9	ベタイン	ホモシスチン尿症	あり(企業名未公表)
10	アルデスロイキン	悪性黒色腫	あり(企業名未公表)
11	メチレンブルー	薬剤性のメトヘモグロビン血症	あり(企業名未公表)
12	カルグルミック酸	N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症	あり(企業名未公表)
13	ニチシノン	チロシン血症 I 型	あり(企業名未公表)
14	デクスラゾキサソ	アントラサイクリン系薬剤静脈内投与による血管外漏出	あり(企業名未公表)
15	ホメピゾール	エチレングリコール中毒、及びメタノール中毒の治療	あり(企業名未公表)
16	安息香酸ナトリウム・フェニル酢酸ナトリウム配合剤	尿素サイクル異常症患者における急性発作時の血中アンモニア濃度の低下	あり(企業名未公表)
17	メトロニダゾール	静注剤の剤形追加、嫌気性菌感染症、アメーバ赤痢	あり(ファイザー(株))

行政刷新会議事業仕分け第3弾(後半) 平成22年11月16日実施

※本資料は事業仕分けにおける事業シートの概略事項を抜粋したもの

事業番号

A-9

事業シート (厚生労働省)							
予算事業名	医師確保、救急・周産期対策の補助金等		担当部局庁	医政局		作成責任者	
事業開始年度	医師確保：平成18年度 救急医療：昭和52年度 周産期医療：平成8年度		担当課室	総務課、指導課、医事課、看護課		総務課長 岩淵 豊	
会計区分	一般会計		上位政策				
根拠法令 (具体的な 条項も記載)			関係する計 画、通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・新医師確保総合対策 ・緊急医師確保対策について ・「安心と希望の医療確保ビジョン」 ・「「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」(中間とりまとめ) ・救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る諸課題に係る検討会報告書 ・救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ ・重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間とりまとめ ・周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書 			
事業の目的 (目指す姿を 簡潔に。3行程 度以内)	<p>〔医師確保対策〕 産科や小児科などの診療科やへき地等で医師不足が深刻となっており、必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全の確保。</p> <p>〔救急・周産期医療対策〕 地域における救急医療体制の確保と安心して出産に臨める医療環境の実現に向けた体制の整備。</p>						
事業概要 (5行程度。別 添可)	<p>〔医師確保対策〕 近年の医療の現場においては、高齢化の進展、医療の高度化、医療を巡る紛争の増加、女性医師の増加などを背景に医療需要が増大するとともに、産科・小児科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻となっており、地域で必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全を確保することが喫緊の課題であるため実効性のある医師確保対策の更なる推進を図るものである。</p> <p>〔救急・周産期医療対策〕 従前からの救急・周産期医療体制の施策に加え、第171回通常国会(平成21年)で成立した「消防法」の一部改正に伴う消防と受入医療機関との連携強化やドクターヘリの導入等による救急搬送強化、平成20年10月に東京都で発生した妊婦の死亡事案等に対応すべく、ハイリスク妊産婦を中心に受け入れる周産期母子医療センターでの脳卒中等を有する母体の受入体制強化、NICUに対する支援やNICUに長期入院している児童への対策など安心して産み育てることのできる医療提供の確保に資するものである。</p>						
実施方法	<p>■直接実施 ■業務委託等 ■補助 □貸付 □その他</p>						
予算額・ 執行額 (単位:百万円)	予算 の 状 況	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度要求	
		当初予算	16,128	24,005	42,845	30,802	29,718
		補正予算	-	10,123	-	-	
		繰越し等	-	-	-	-	
		合計	16,128	34,128	42,845		
		執行額	11,813	17,557	24,231		
執行率 (%)	73.2	51.4	56.6				
事業 仕 分 け 第 1 弾 ・ 第 2 弾 の 結 果 等	仕分けの結果/取りまとめコメント						
	<p><事業番号/事業名> 事業番号2-9/医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)</p> <p><結果> 予算要求の縮減(半額)</p> <p><とりまとめコメント> 「要求どおり」は、0名である。その背景としては、昨日議論した診療報酬の見直しと組み合わせた形で本補助金を有効なものにするというのが、本WGの思いだと考える。 したがって、このWGの判断としては、「予算半額」を結論としたい。 今後の診療報酬見直しの経緯を見ながら、真に必要なならば平成22年度補正予算での対応もありえると考え。平成22年度当初予算についても、真に必要な事項に絞ることとし、支給する方法、内容、支給先についても厚生労働省の政務三役としっかりと相談してもらいたい。</p>						
	対応状況(平成22年度予算への反映、制度見直し等)						
	<p>【予算要求の縮減】 平成22年度概算要求額 574億円 → 平成22年度予算 308億円(▲266億円)</p> <p>○ 診療報酬改定を踏まえた削減(▲41億円) (主な事業) ・医師事務作業補助者設置支援事業 ・医師交代勤務導入促進事業 ・短時間正規雇用支援事業 など</p> <p>○ 真に必要な事業への絞り込みに伴う削減(▲225億円) (主な見直し事項) ・新規要求事業の見直し → 新人看護職員研修事業など ・類似事業の統合 → 女性医師等就労支援事業、女性医師等就労環境改善緊急対策事業など ・事業内容の精査(執行状況の反映を含む) → 管制塔救急医療機関支援事業、小児救急関係事業など</p>						

ワーキンググループA 評価コメント

事業番号A-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等

評価者のコメント

- 原則として診療報酬で反映されたものと同質的な事業は廃止。補助金等の存廃についてはゼロベースで見直す。
- 特定財団への補助廃止。「補助金は例外、原則は診療報酬」を貫くべき。補助金がダメな理由は、受益者が限られる傾向があること、定率補助では裕福な自治体しか使えない一方、定額では無駄遣いとなることである。特に特定の財団に対する定額補助は恣意的な利益の垂れ流しであり即時やめるべき。予算額は最低でも1/3以下にする。
- 予算要求額の一層の縮減。診療報酬改定の未織り込み分、不用分を含めれば予算縮減の余地はなお考えられる。
- 診療報酬のアップで対応できるものはそうするべきで、補助金のメニューを精査すべき。都道府県の財政力にかかわらず、必要なところに必要な予算がつくような仕組みに改めるべき。表彰は、この事業で行うべきでない。
- H23年度予算には、H22年度診療報酬改定をより明確に反映すべきである。
- 地域主権、個別補助金から一括交付金へという流れの中で、補助金はもっと絞り込むべき。
- 施策の基本的な考え方、カテゴリー分けがなされていないので、雑多な施策が一つの政策プログラムの中に入っている。そもそも医師確保がどの地域で必要か、どのような医師が必要かの計画、そのためにはどのようなプログラムが必要なのかを精査すべき。特に診療報酬を中核にすえ、全国一律の診療報酬では手当てできない部分について補助金を出すという方向に施策を整理すべき。
- 地域医療計画も重要であるが、都道府県の負担能力にも地域差がある為に執行率が低くなっている事業が散見される。基本的には診療報酬によって調整していくべきだが、産科や救急を担う大学病院など、診療報酬によって改善できない地域拠点病院を支えるための制度は引き続き必要と思われる。
- 基本としては、診療報酬改定で対応し、個別対応が必要なものは、都道府県への交付税（または一括交付金）で対応する方向で段階的に改革すべき。
- 医師確保等は厳密に医師確保に絞り込むべきである。
- 目的と若干ずれた事業を別建てにする。包括化して使い勝手をよくする。金額については、一定の努力を評価する。ただ、内容の整理見直しが十分ではない。使い勝手がよく、必要かつ効果的に整理するなら、額は増えても良い。
- 補助金方式から全額交付方式へ変更。診療科別の偏りは、保険点数で手当てし、地域別の偏りは、この事業で手当てする。そのためには、補助金形式は、手段として全く不適當ではない

か？

- 医師確保・救急・周産期対策等ということで多数のメニューが、十分な精査なく予算要求されている。現場の医療ニーズに即した予算に厳格化が必要。
- 執行率の低いものは不用にする(要件が多すぎて現場が使えない予算も多い)。
- 昨年度の仕分けの際に提言のあった、「緊急や周産期医療の医師不足に対して、救急隊員や助産婦の施術可能範囲を拡げる」可能性について、今回の予算に反映されているようには見えない。逆に「助産婦活用推進事業」のように削減されているものもある。診療報酬体系の中で処理されているのかもしれないが、こういったものこそ補助金事業の対象としやすい事業ではないだろうか。

WGの評価結果

医師確保、救急・周産期対策の補助金等

見直しを行う

- ① 国の事業として廃止 1名
- ② 見直しを行う 12名
 - ア. 診療報酬改定で対応可能な事業の廃止 12名
 - イ. 医師不足対策への実効性が定かではない事業の廃止 11名
 - ウ. 不用額の確実な反映 9名
 - エ. その他 4名
- ③ 見直しを行わない 0名

とりまとめコメント

診療報酬改定で対応可能な事業の廃止、医師不足対策への実効性が定かではない事業の廃止、不用額の確実な反映をさらにしっかりとやっていただきたいということが結論。

医師確保、救急・周産期対策そのものについては大変重要であることは全員共通しているが、今の補助金の仕組みそのものが本当に効果的なやり方なのか、議論の中では包括的に支払うとか、必要なものについては補助率を高めるとかいろいろな議論があったので、減らす方向での対応をしっかりとやっていただくとともに、より使い勝手がよく、より効果的なやり方を今日の議論を踏まえて検討していただくということを結果に付随して申し上げ、全体として結論としたい。