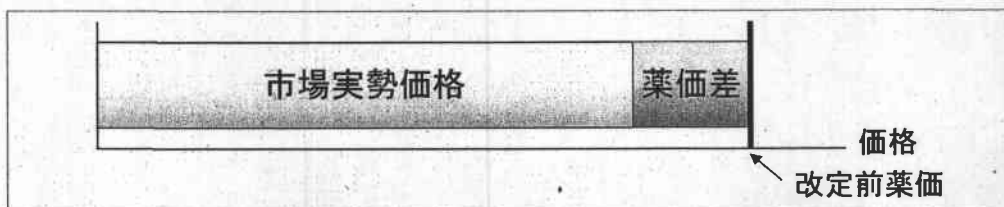


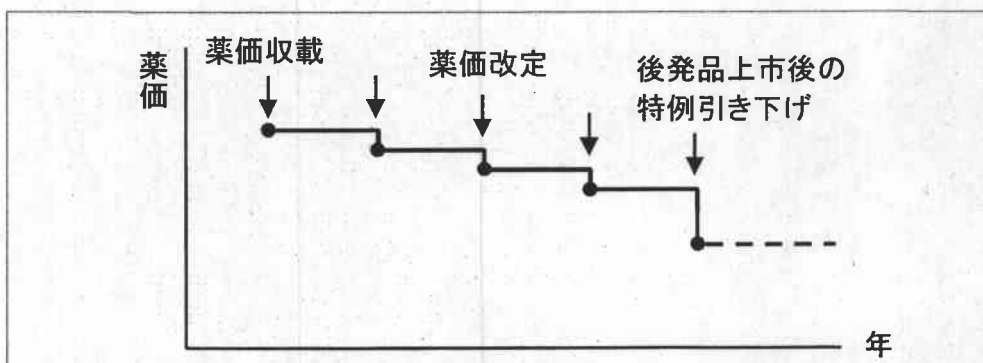
# 10 医薬品、医療材料の価格算定 について

## 市場実勢価格を踏まえた既収載医薬品の価格改定



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの市場実勢価格)に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

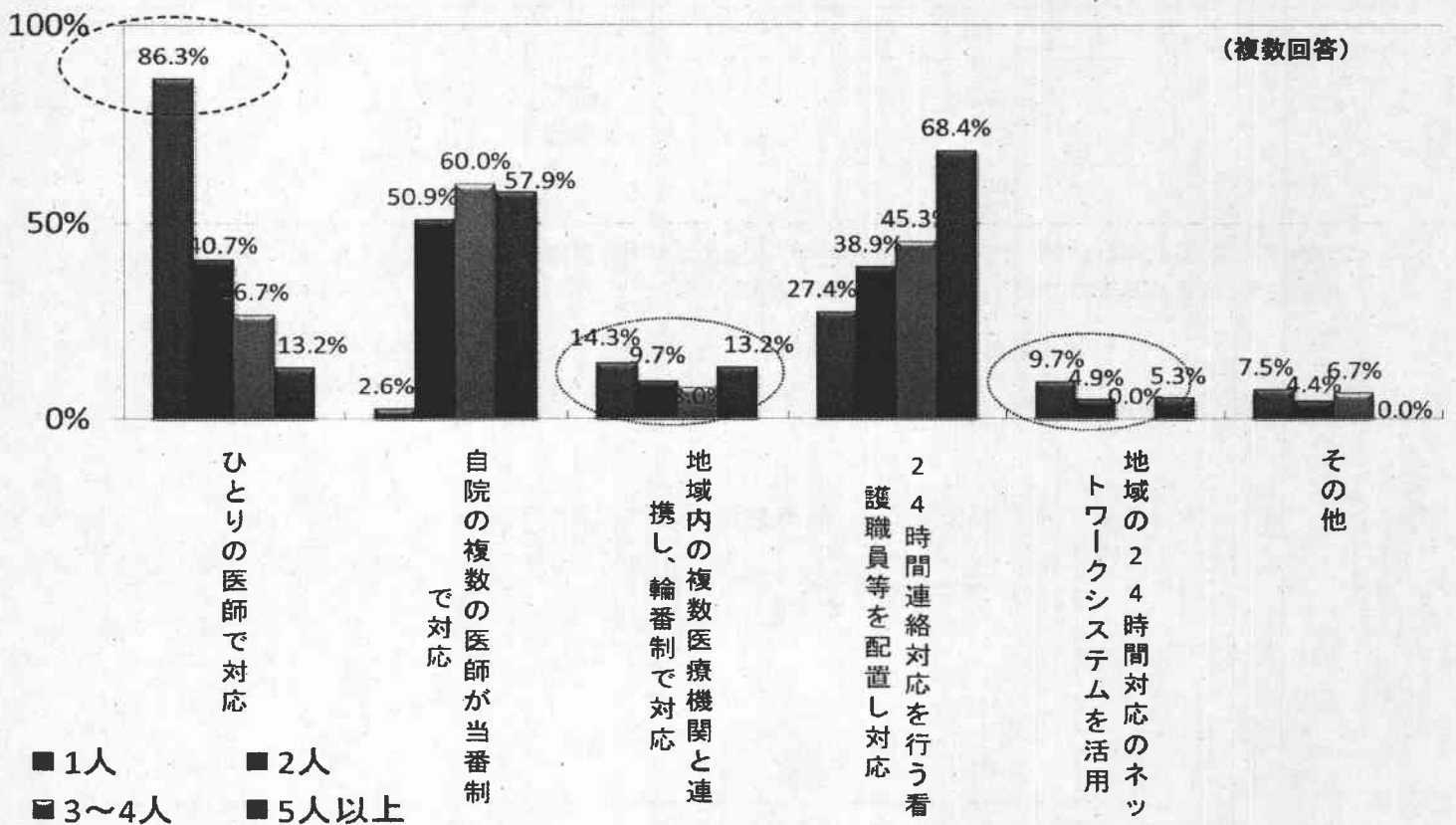
$$\text{新薬価} = \left[ \begin{array}{l} \text{医療機関・薬局への販売価格の} \\ \text{加重平均値(税抜きの市場実勢価格)} \end{array} \right] \times \begin{array}{l} 1 + \text{消費税率} \\ \text{(地方消費税分含む)} \end{array} + \text{調整幅}$$



最初の後発品が薬価収載された後の最初の薬価改定に該当する先発品(希少疾病用医薬品等を除く。)については、<sup>65</sup>基本的なルールによる改定後の薬価から、さらに4~6%引下げ。

# 11 在宅医療の現状

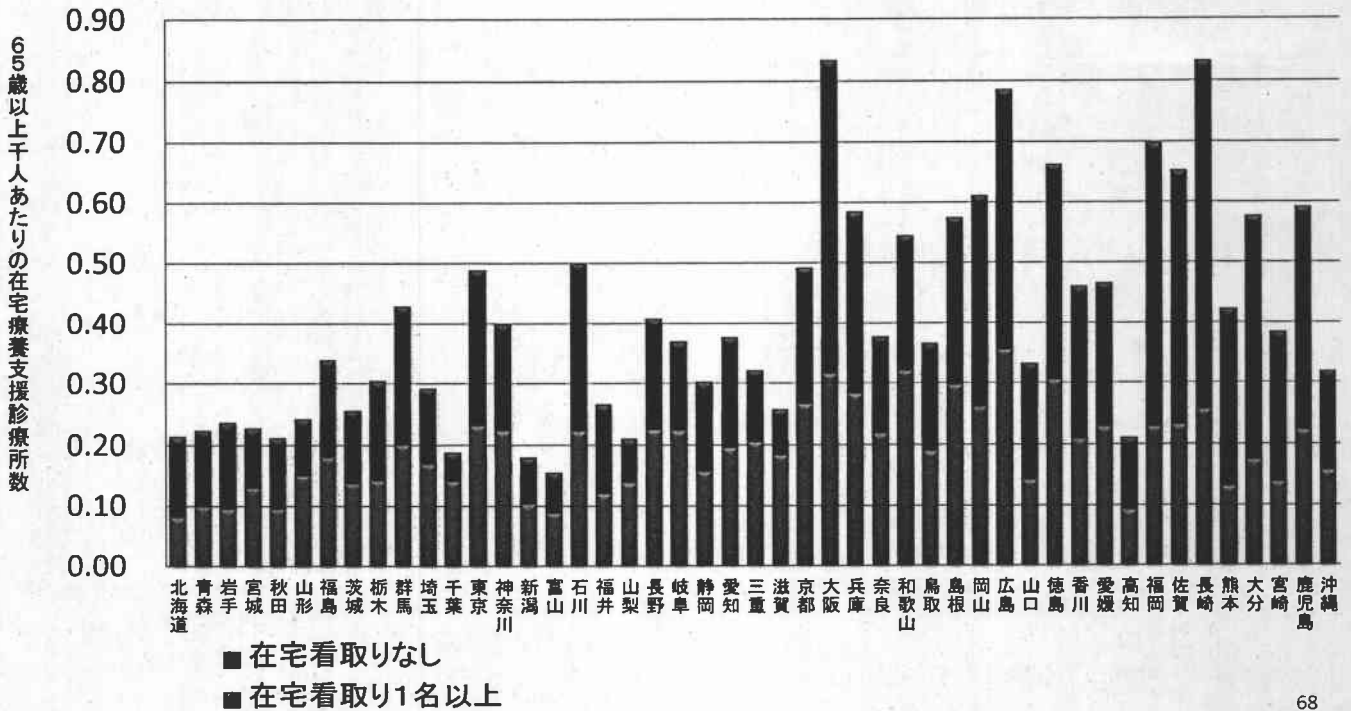
在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典)日本医師会総合政策研究機構「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

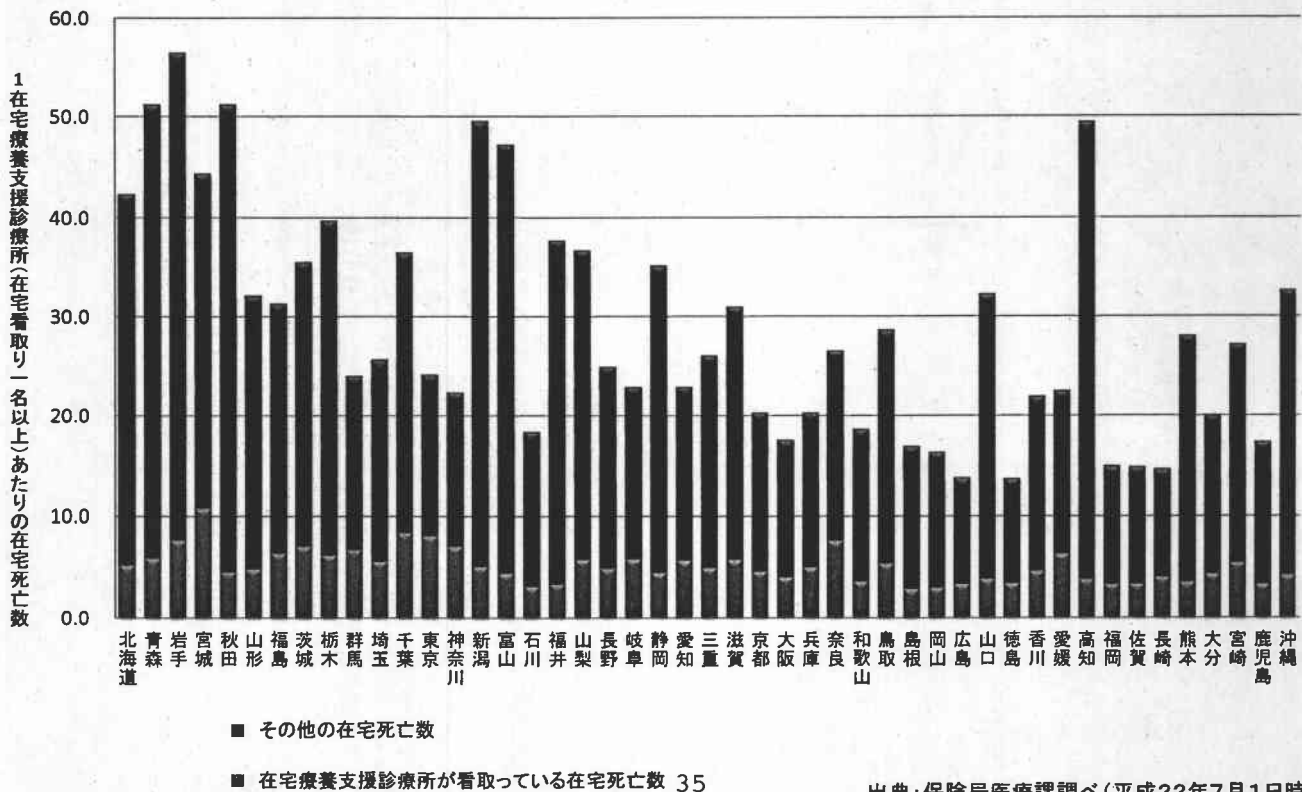
## 在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) ＜都道府県別分布＞



68

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

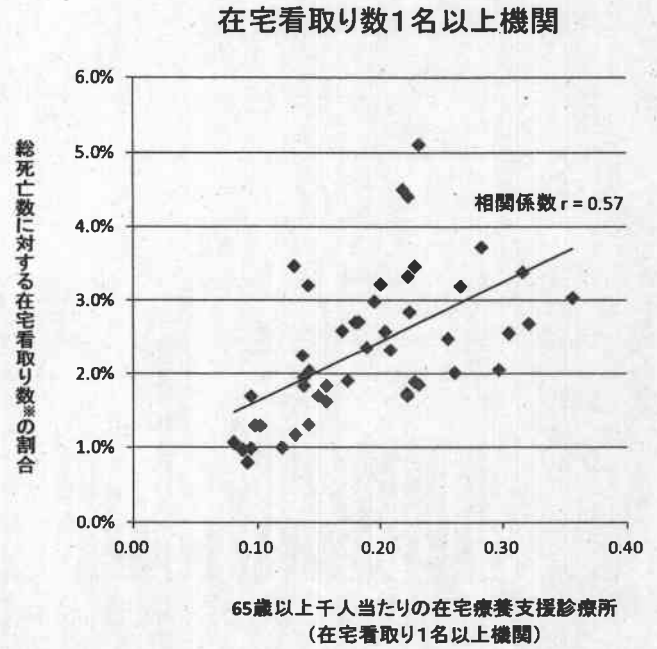
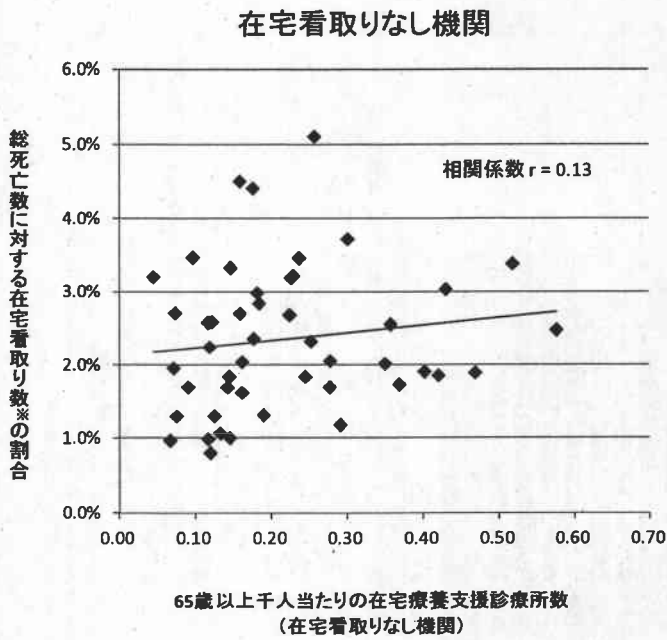
## 在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較 (都道府県別分布)



69

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

70

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

## 12 在宅歯科医療の現状

## 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要があるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- **歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。**
- **実際に歯科治療を受診した者は26.9%**

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、18.2%(H17医療施設調査)



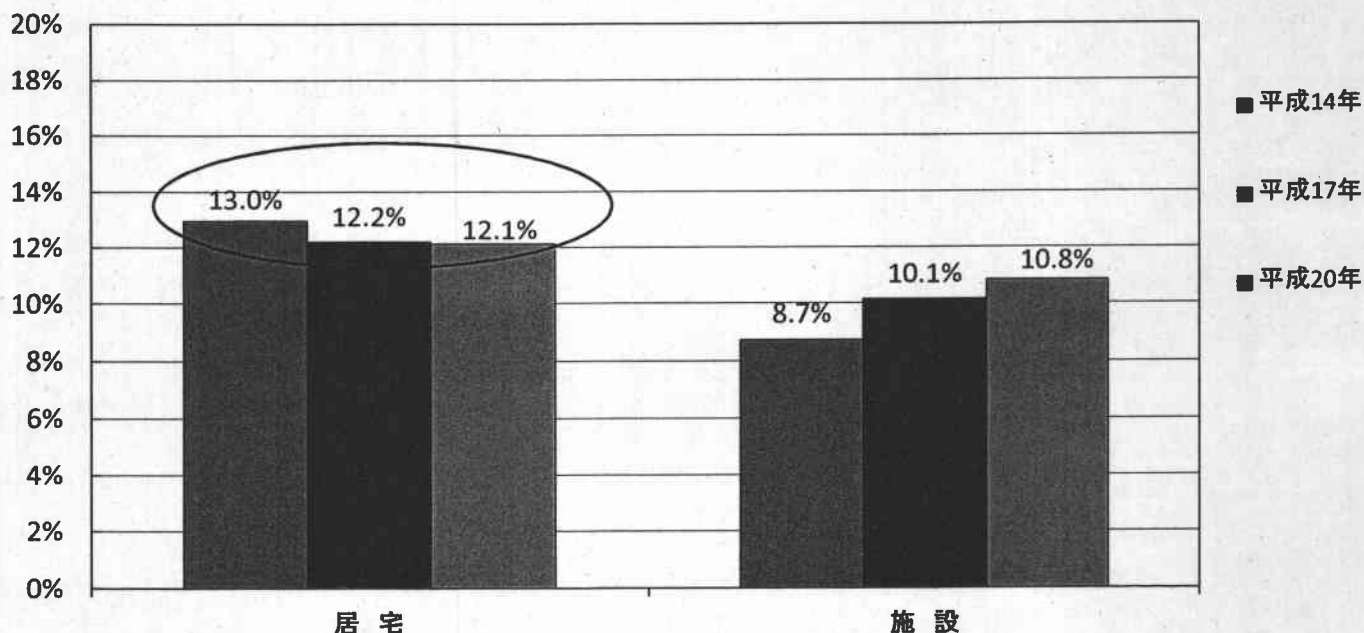
歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

72

## 訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、**居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。**



(医療施設調査)

# 在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

## 在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
				連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

## 在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

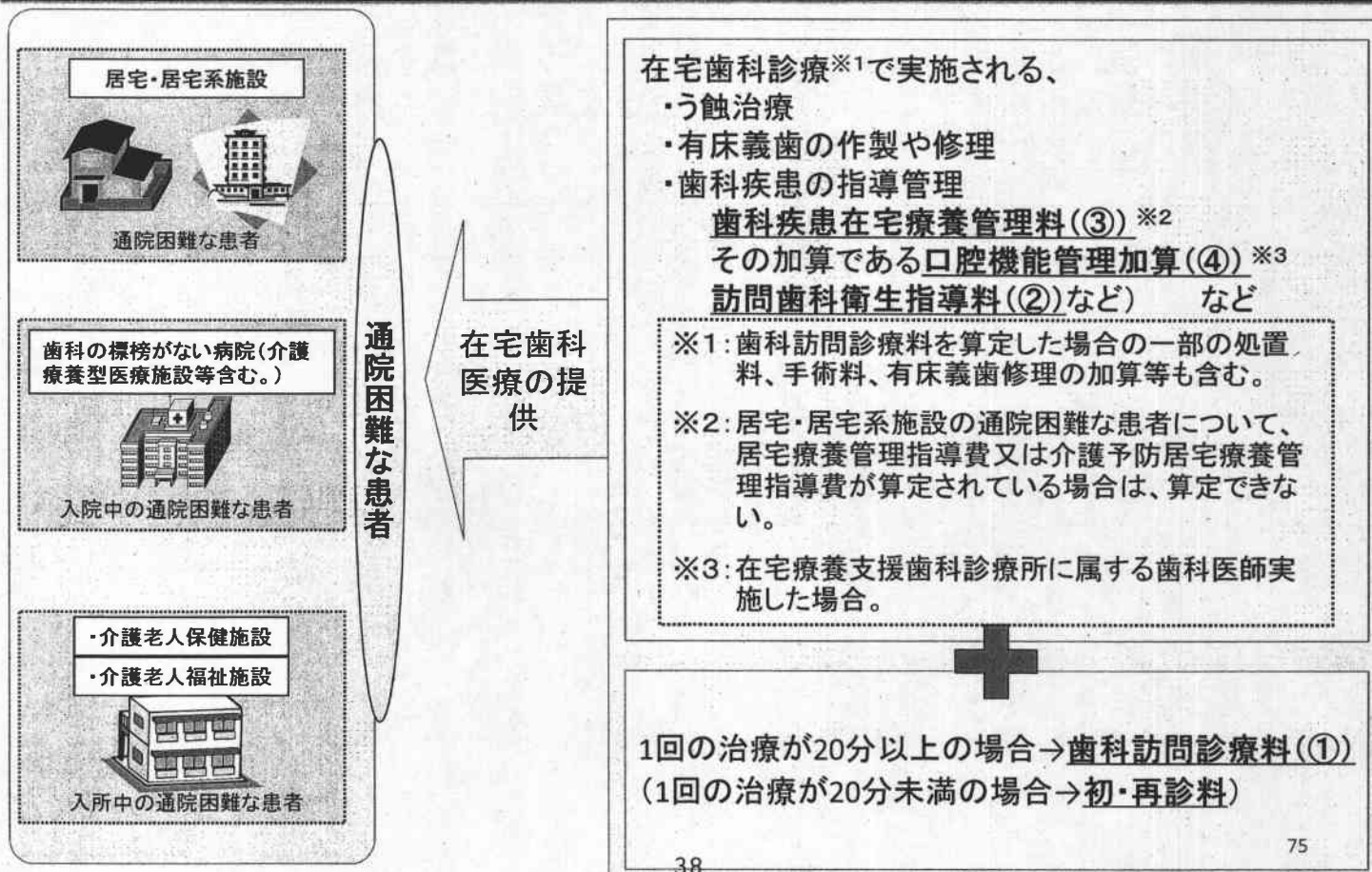
介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全体 (n=2,983)	未実施 (n=1,821)	実施 (n=1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=977)	10～49人 (n=126)	50人以上 (n=59)
				連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査、東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。(老年歯学：23(4)、417-423、2009)

74

## 在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価



# 在宅歯科医療に係る診療報酬上の主な項目

## ① 歯科訪問診療料

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者が対象。診療時間が20分以上の場合の歯科訪問診療が対象。

同一建物に居住する通院困難な患者1名のみには歯科訪問診療を行う場合と複数名に行う場合では点数が異なる。

## ② 訪問歯科衛生指導料

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合。

## ③ 歯科疾患在宅療養管理料

患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容(全身の状態や口腔内の状態及び管理の方法の概要等)について説明し、文書により提供した場合。

## ④ 口腔機能管理加算(歯科疾患在宅療養管理料の加算)

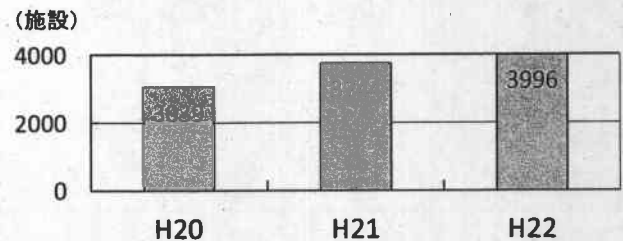
在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書(口腔機能の状態及び管理方法の概要等)を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合。

### 在宅療養支援歯科診療所

#### [施設基準]

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

#### [届出医療機関数の推移(各年6月末現在)]



76

## 13 在宅における薬剤師業務について

# 高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導

○ 一部の高齢者向けの住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、診療・介護報酬上評価されない。

施設の種類	①介護老人保健施設	②特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム (ケアハウス)
根拠法	介護保険法第8条	老人福祉法第20条の5 (介護保険法第8条)	老人福祉法第20条の4	老人福祉法第20条の6
配置基準	医師○ 薬剤師○	医師○ 薬剤師×	医師○ 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	×	×※1 (○)※2	×※1	○※3,4 要介護者等＝ 介護保険適用
居宅療養管理指導費 (介護保険)	×	×	○	その他＝ 医療保険適用

【※1】特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて(H18.3.31 保医発第0331002号(H22.3.30 保医発第0330第2改正))

【※2】末期の悪性腫瘍の患者には、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等の訪問薬剤管理指導が算定可能

【※3】軽費老人ホームA型(入所者が50名以上)の場合は医師の配置が必要となるため在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

78

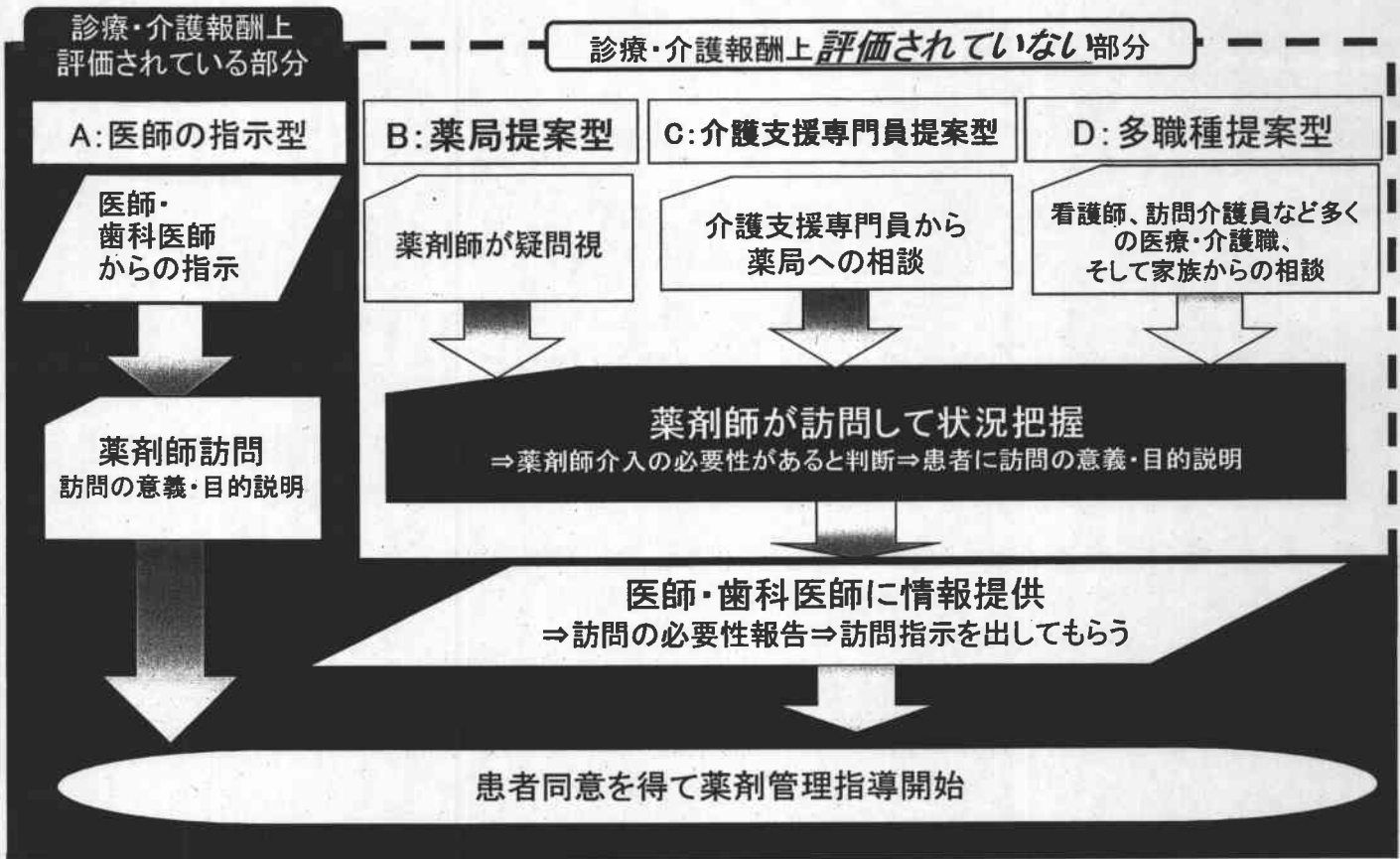
# 高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導

施設の種類	⑤有料老人ホーム	⑥適合高齢者専用 賃貸住宅	⑦認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)
根拠法	老人福祉法第29条	高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条	老人福祉法第5条の2 介護保険法第8条
配置基準	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	○ 要介護者等＝ 介護保険適用※4	○ 要介護者等＝ 介護保険適用※4	×※4 (要介護者等を対象としているため、介護保険適用)
居宅療養管理指導費 (介護保険)	その他＝医療保険適用	その他＝医療保険適用	○

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能



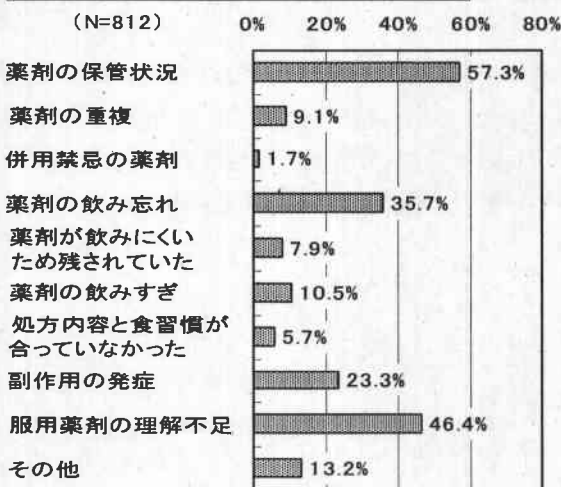
# 薬剤管理指導の実施に至るパターン(イメージ)



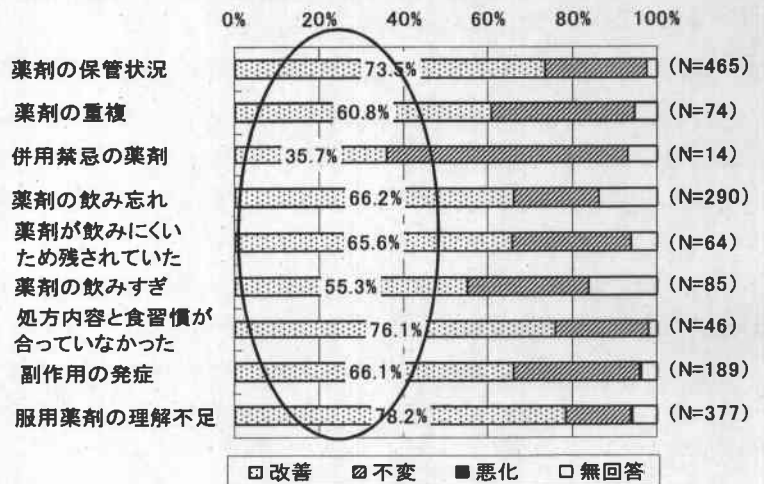
80

## 在宅医療への薬剤師の関与とその意義

在宅患者訪問薬剤管理指導  
 又は居宅療養管理指導の開始時に  
 発見された薬剤管理上の問題点



在宅患者訪問薬剤管理指導  
 又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



(参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計  
 =約500億円

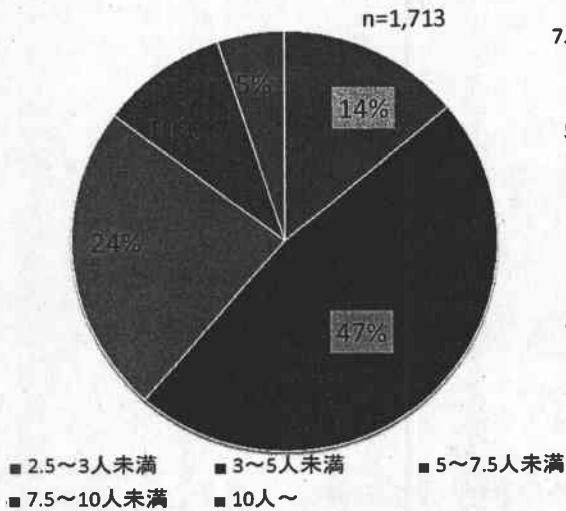
在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される  
 飲み残し薬剤費の粗推計  
 =約400億円



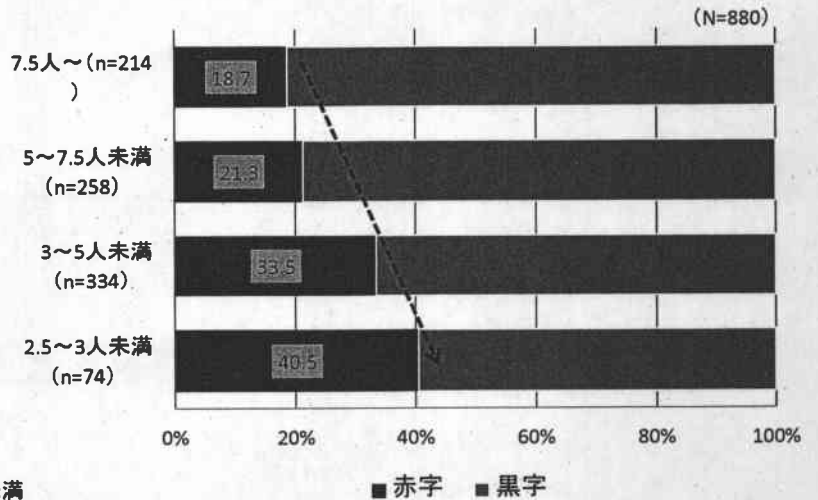
## 訪問看護ステーションの現状と課題

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%  
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

職員※数規模別にみた事業所数の構成  
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



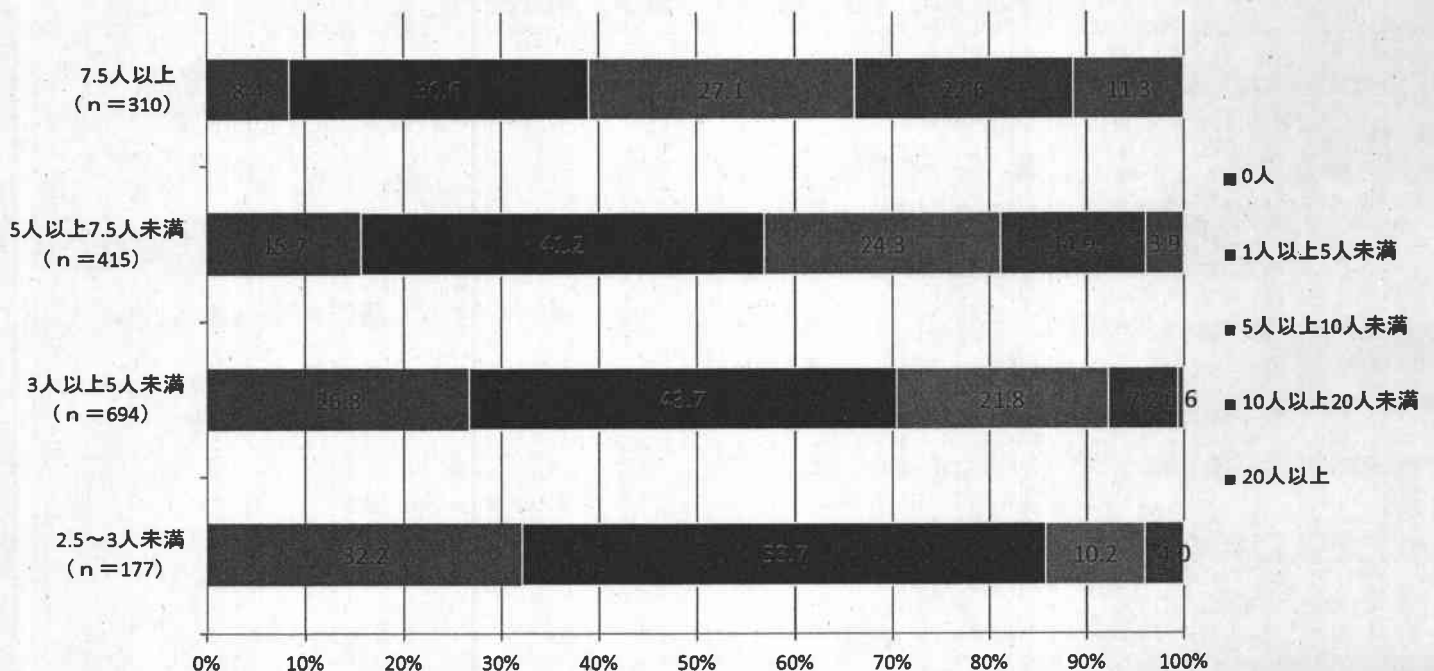
職員※数規模別にみた収支の状況  
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



出典：(社)日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

84

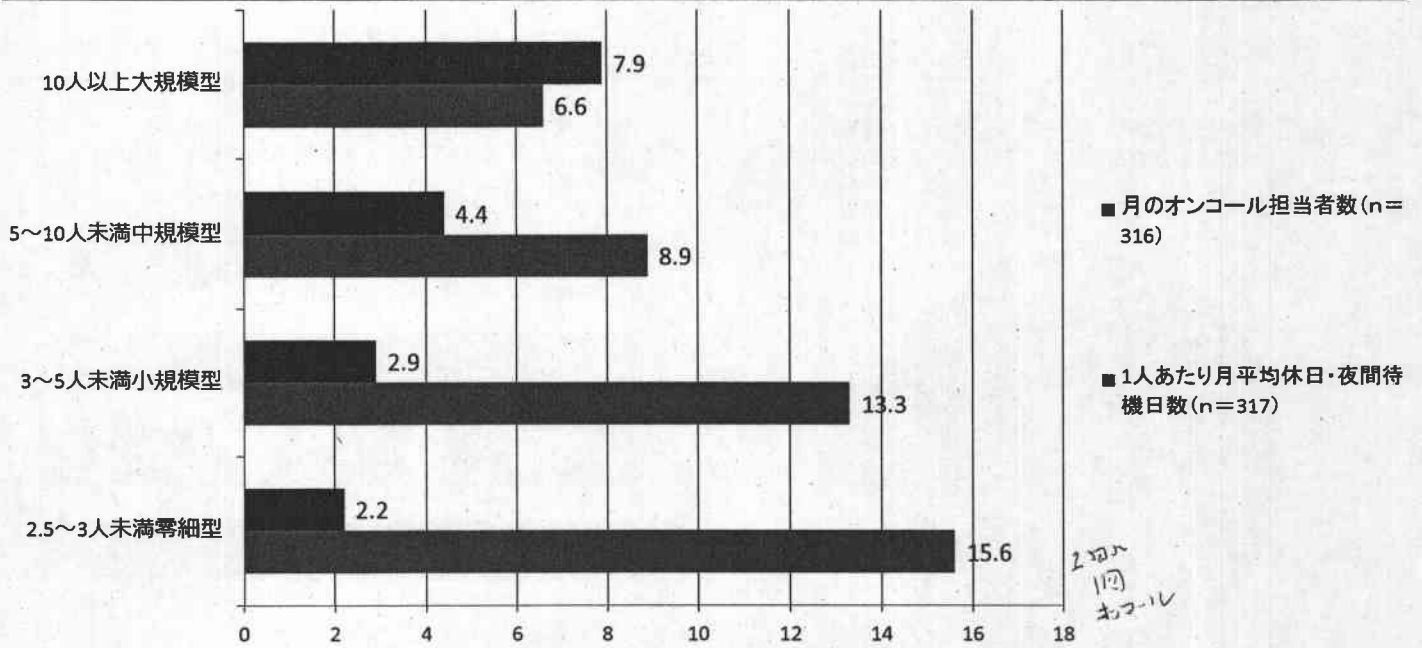
## 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

出典：平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」(社)日本看護協会

# 訪問看護事業所の規模別24時間 オンコール対応の状況

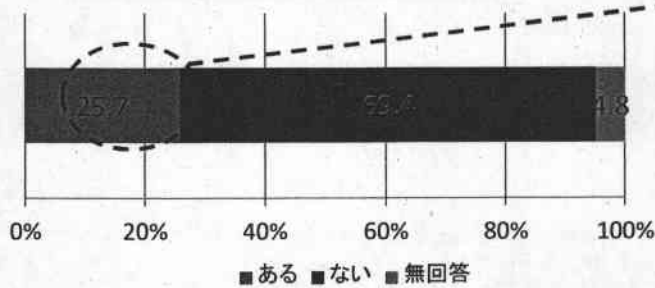


○訪問看護事業所の規模が小さいほど、オンコールの負担が大きい傾向がある。

出典：平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会

# 訪問看護ステーションからの 複数名での訪問看護

看護職員と介護職員の2人以上で訪問した  
ケースがあるかどうか。※(N=1898)



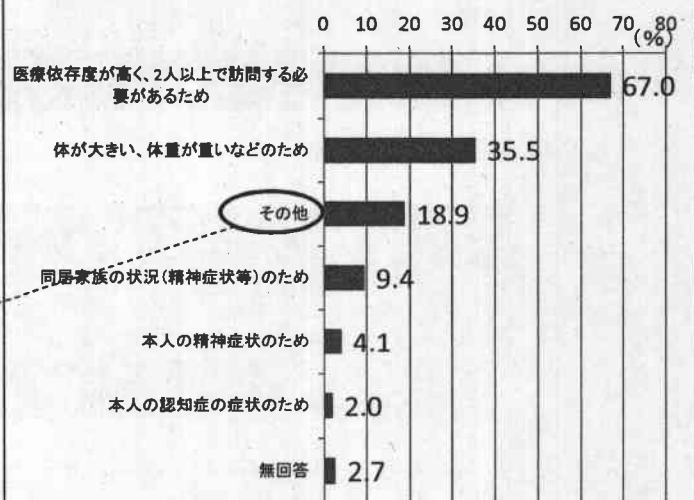
※過去11月1ヶ月に医療保険対象者への訪問看護について調査

その他の主な回答

- ・ケアの役割分担、協働のため
- ・処置時間短縮のため
- ・独居で寝たきりのため
- ・本人の負担を最小限にするため

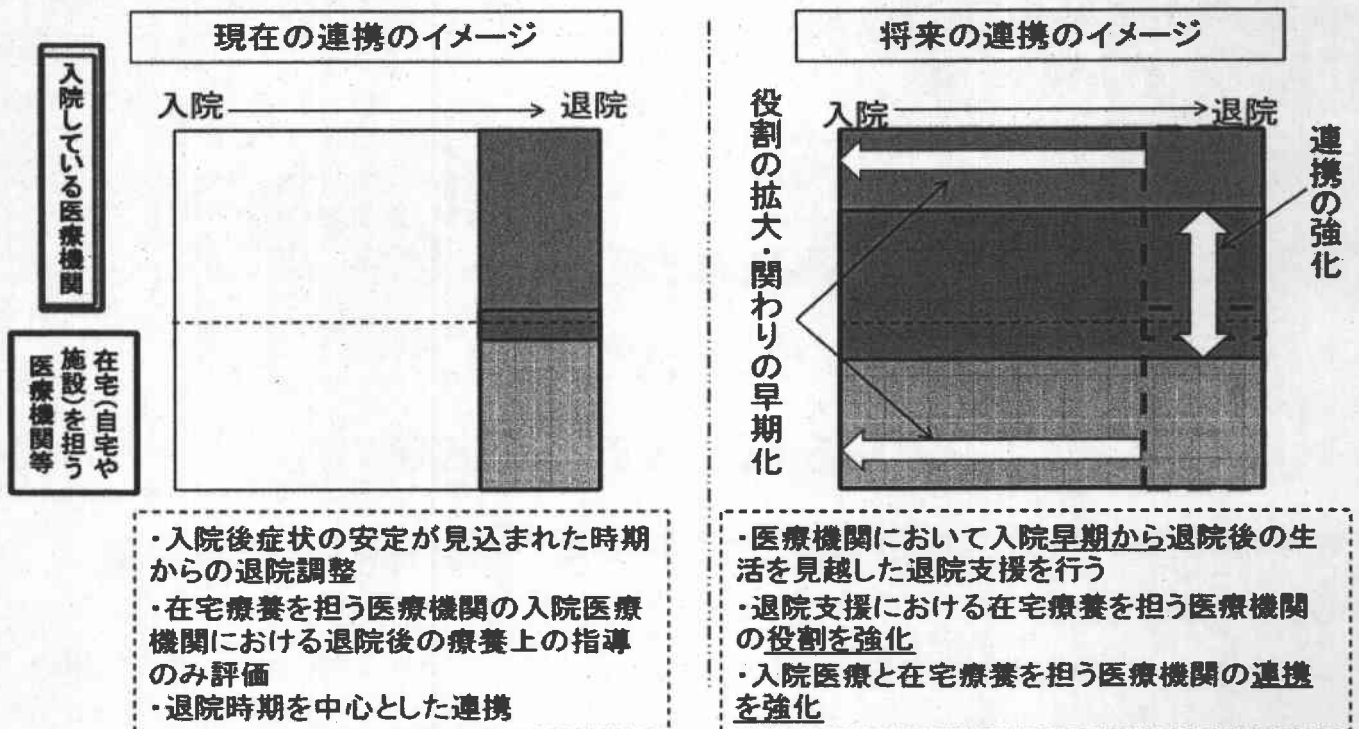
等

看護職員と介護職員の2人以上で訪問した  
主な理由※(N=488)(複数回答)



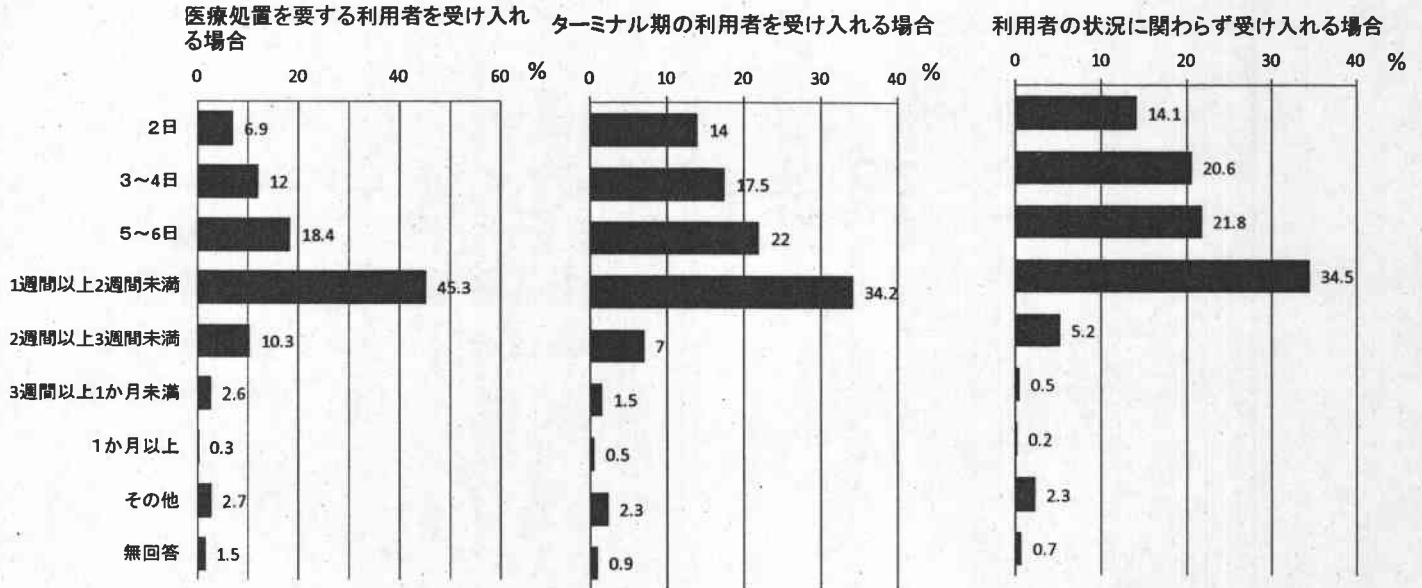
# 15 退院調整について

## 入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ



# 在宅への移行に必要な準備期間

医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。

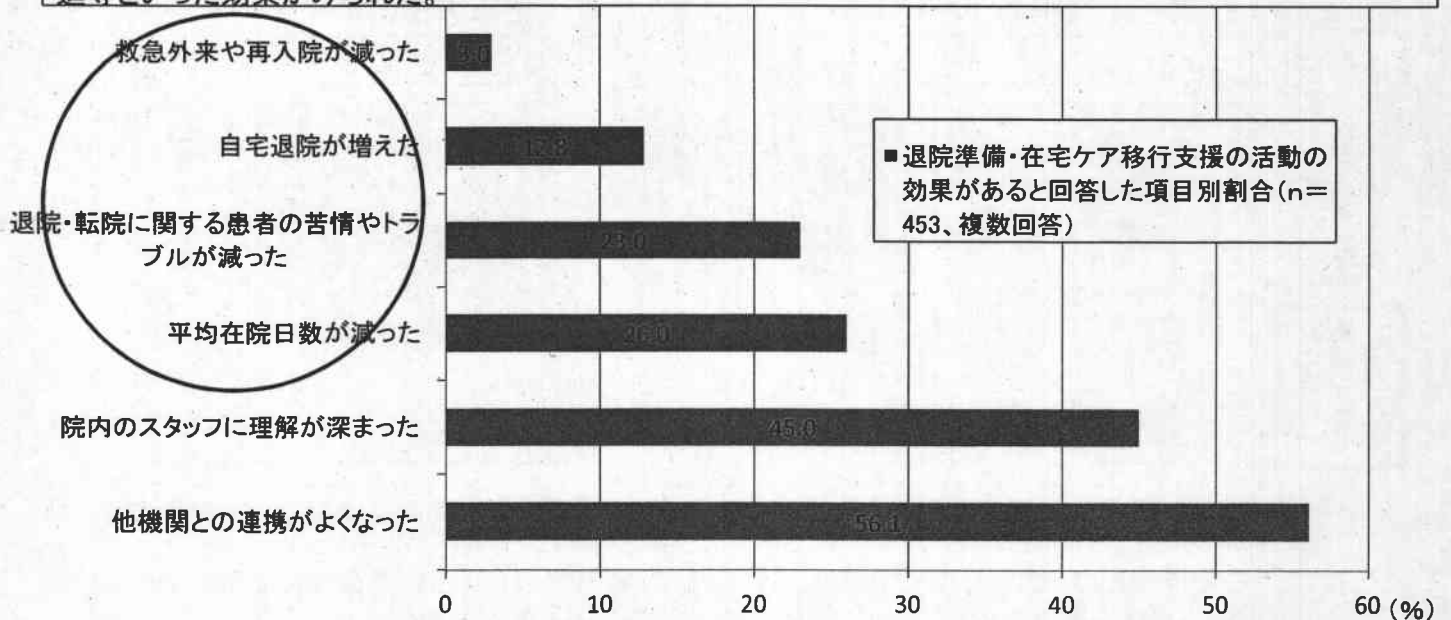


出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業財団（長寿社会福祉基金）助成事業3月

90

## 退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後（再入院を繰り返す場合は再入院前）に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。

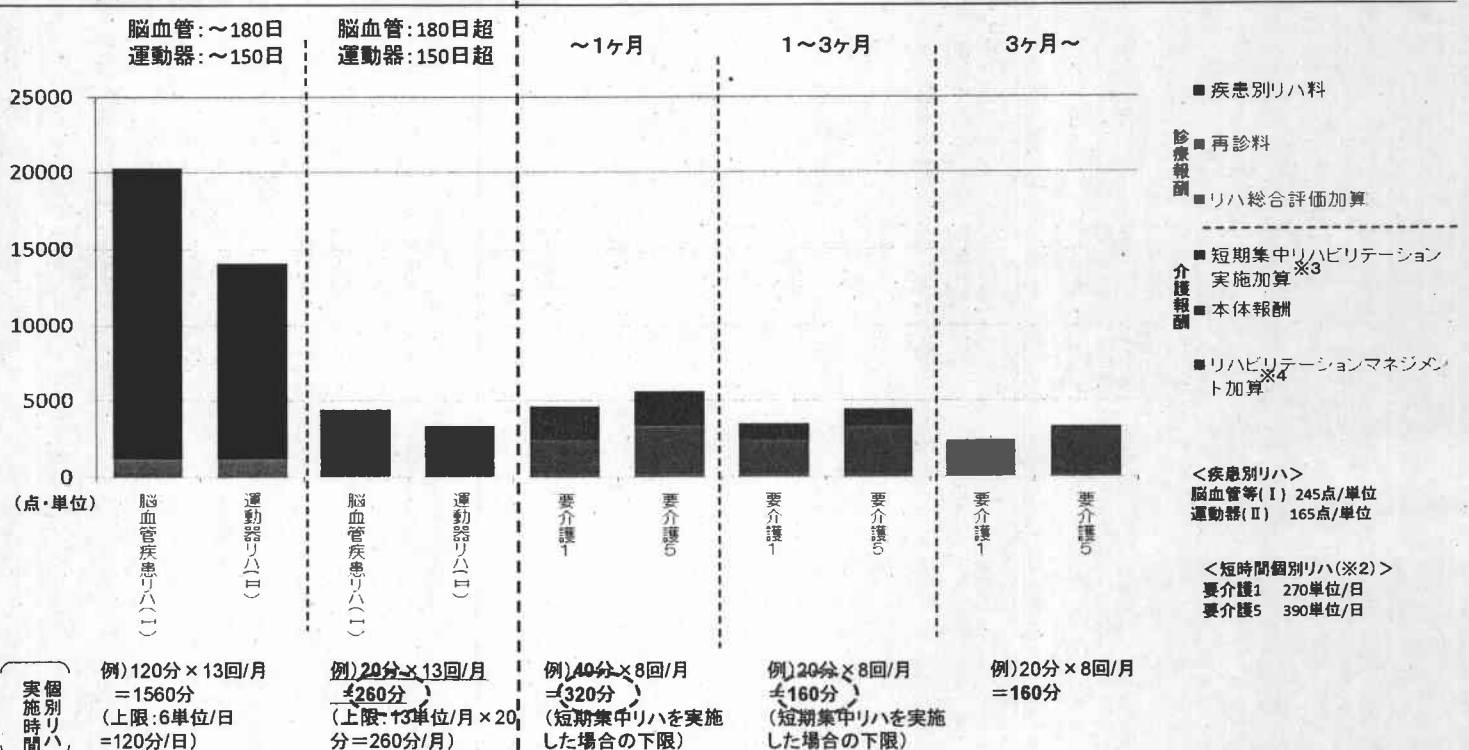


出典：平成18年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 報告書

# 16 リハビリテーションについて

## 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

【医療保険※1】（急性期・回復期） → 【医療保険※1】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ※2の場合）】（生活期（維持期））



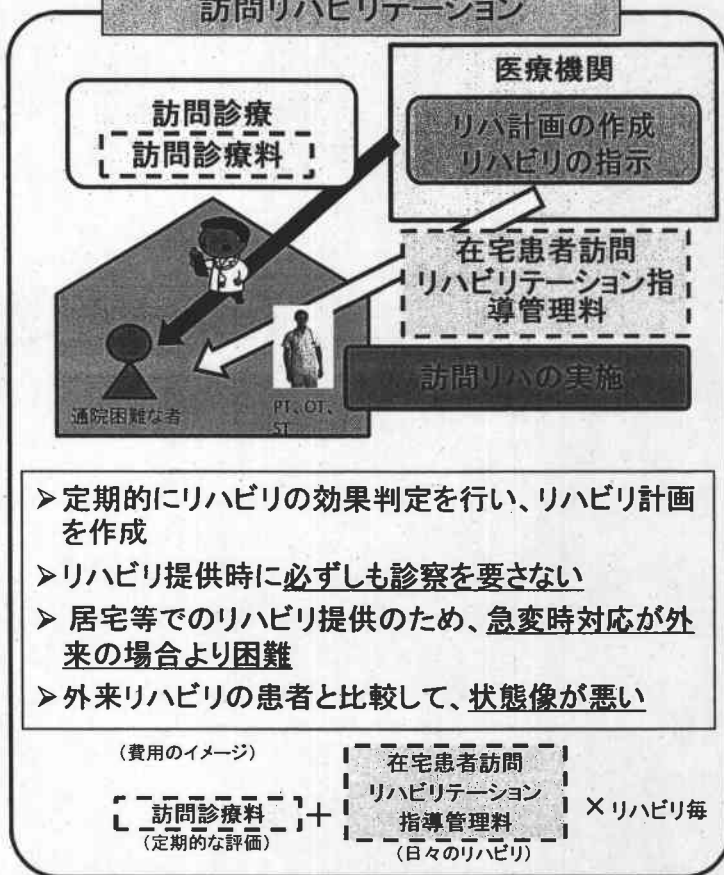
※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。  
 ※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。  
 ※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 ※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

# 入院外のリハビリテーションについて

## 外来リハビリテーション



## 訪問リハビリテーション



※上記は説明のための簡潔な模式図

# 17 介護施設において提供される医療について



# 介護保険施設等の主な人員配置基準等

	小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	
1人当たり居室(宿泊室)面積	7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上	
1部屋の定員数	原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下	
主な 人員 配置 基準	医師			必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上	
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以上 ※うち看護職員1 以上		看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	6:1以上	
	介護職員		3:1以上	利用者100人の場 合、看護3人	入所者100人 の場合、看護3人	看護3人以上 (看護2/7)	6:1以上
	リハビリテーション 専門職*1					PT・OT・ST いずれかが 100:1以上	PT及びOTが 適当数
	機能訓練指導員*2			1以上	1以上		
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

96

## 介護施設において提供される医療のイメージ

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホ ーム)	介護老人 保健施設	介護療養型医 療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等					
特殊な検査 (例：超音波検査など) 簡単な画像診断 (例：エックス線診断など)			医療保険で給付	緊急時施設療養費*1	
投薬・注射 検査(例：血液・尿など) 処置(例：創傷処置など)					特定診療費*2
医学的指導管理				介護保険で給付	

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく悪化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

# 18 災害医療について

## 災害医療等のあり方に関する検討会

### 目的

東日本大震災後の対応の中で明らかとなった問題に対して、災害医療体制の一層の充実を図る観点から、災害医療等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催する。

### 検討内容

- (1) 災害医療におけるDMAT及び災害拠点病院の役割について
- (2) 災害時における医療機関等の連携について 等

### 構成員

井伊久美子	日本看護協会常任理事
石井 正三	日本医師会常任理事
石原 哲	医療法人社団誠和会白鬚橋病院長
生出泉太郎	日本薬剤師会副会長
大友 康裕	東京医科歯科大学救急災害医学分野教授
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長
酒井 和好	公立陶生病院長
佐藤 保	日本歯科医師会常務理事
佐藤 裕和	岩沼市健康福祉部長
高桑 大介	蔵野赤十字病院事務部調度課長
内藤万砂文	長岡赤十字病院救命救急センター長
野原 勝	岩手県福祉保健部医療推進課総括課長
和田 裕一	国立病院機構仙台医療センター院長

### 検討スケジュール

- 7月13日 第1回
  - 災害拠点病院等のあり方について
  - 東日本大震災での災害拠点病院の診療状況等について
- 7月27日 第2回
  - 災害医療のあり方について
  - 東日本大震災での災害医療について

平成23年中 報告書とりまとめ

# 医療計画における災害医療の位置づけ

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

## 4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき  
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

〈医療法施行規則第30条の28〉

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

## 5 事業〔=救急医療等確保事業〕

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
- **災害時における医療**
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急医療を含む)

・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

### 考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

# 災害拠点病院指定要件と論点の整理

		現在の要件	論点
建物の耐震性		耐震構造を有する	耐震構造を全ての建物が有するべきか
災害時用の通信回線		記載無し	最低限備えるべき通信手段は何か (衛星電話・衛星インターネット等)
EMIS		原則端末を有する	災害時に確実に入力できる体制を整えるべきではないか
自家発電機		ライフラインの維持機能を有する	自家発電機の適切な容量はどれくらいか
水		ライフラインの維持機能を有する	診療機能に影響しないよう確保すべきか
備蓄	食料・水	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適当か)
	医薬品等	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適当か)
	自家発電機等の燃料	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適当か)
流通の確保		記載無し	災害時の物資の供給が不足しない方策はあるか(関係団体との協定の締結等)

※現在の指定要件では、「基幹災害拠点病院については、災害医療の研修に必要な研修室を有すること」となっている

# 18 災害医療について

## 災害医療等のあり方に関する検討会

東日本大震災後の対応の中で明らかとなった問題に対して、災害医療体制の一層の充実を図る観点から、災害医療等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催する。

- ① 災害医療におけるDMAT及び災害拠点病院の役割について
- ② 災害時における医療機関等の連携について、等

### 報告

- |       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 井伊久美子 | 日本看護協会常任理事                       |
| 石井正三  | 日本医師会常任理事                        |
| 石原哲   | 医療法人社団誠和会白鬚橋病院長                  |
| 生出泉太郎 | 日本薬剤師会副会長                        |
| 大友康裕  | 東京医科歯科大学救急災害医学分野教授               |
| 小山剛   | 社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長 |
| 酒井和好  | 公立陶生病院長                          |
| 佐藤保   | 日本歯科医師会常務理事                      |
| 佐藤裕和  | 岩沼市健康福祉部長                        |
| 高桑大介  | 蔵野赤十字病院事務部調度課長                   |
| 内藤万砂文 | 長岡赤十字病院救命救急センター長                 |
| 野原勝   | 岩手県福祉保健部医療推進課総括課長                |
| 和田裕一  | 国立病院機構仙台医療センター院長                 |

### 報告の概要

- 7月13日 第1回
  - ◎ 災害拠点病院等のあり方について
  - ◎ 東日本大震災での災害拠点病院の診療状況等について
- 7月27日 第2回
  - ◎ 災害医療のあり方について
  - ◎ 東日本大震災での災害医療について

# 医療計画における災害医療の位置づけ

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

## 4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき  
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

〈医療法施行規則第30条の28〉

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

## 5 事業 (救急医療等確保事業)

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
- **災害時における医療**
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急医療を含む)

・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

### 考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

# 災害拠点病院指定要件と論点の整理

建物の耐震性	耐震構造を有する	耐震構造を全ての建物が有するべきか	
災害時用の通信回線	記載無し	最低限備えるべき通信回線(衛星通信)の確保	
EMIS	原則端末を有する	災害時に確実に入力できる体制を整えるべきではないか	
自家発電機	ライフラインの維持機能を有する	自家発電機の適切な運用が求められる	
水	ライフラインの維持機能を有する	診療機能に影響しないよう確保すべきか	
備蓄	食料・水	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	医薬品等	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	自家発電機等の燃料	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
流通の確保	記載無し	災害時の物資の供給が不足しない方策はあるか(関係団体との協定の締結等)	

※現在の指定要件では、「基幹災害拠点病院については、災害医療の研修に必要な研修室を有すること」となっている

## 被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について

### 1. 入院診療関連

#### (1) 看護職員の不足に対する措置

被災等による看護職員の不足に対応するため、入院基本料の算定における看護配置基準について以下のような要件緩和を行う。

	月平均入院患者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な看護職員数</li> <li>看護職員と入院患者の比率</li> <li>看護師と准看護師の比率</li> </ul>	看護職員の月平均夜勤時間数
通常時	直近 1 年間の平均値	1 割以内かつ 1 月以内の変動は可能 (100 床未満は 3 月以内) (従前の入院基本料を算定)	1 割以内かつ 3 月以内の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)
緩和措置	直近 1 年間の平均値 又は 震災後、患者数が減少した後の平均値	<u>2 割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)	<u>2 割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)

#### (2) 退院の受け皿となる後方病床の不足に対する措置

津波等による被害に伴い、退院の受け皿となる後方病床が機能しておらず、入院期間が長引くことにより、震災前の入院基本料の平均在院日数要件を満たすことができなくなるため、以下の要件緩和を行う。

	月平均在院日数
通常時	1 割以内かつ 3 月以内の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)
緩和措置	<u>2 割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)

(例) 一般病棟入院基本料の平均在院日数の要件

7 対 1 19 日以内

10 対 1 21 日以内

13 対 1 24 日以内

15 対 1 60 日以内

#### (3) 保険医療機関の全壊等に伴う入院機能の移転に対する措置

現行制度においては、保険医療機関は全ての被保険者に対して開放性を有することが必要であり、外来を行わない医療機関は保険医療機関として認めていないところ。

今回の被災により保険医療機関が全壊したことにより、従来の入院患者等を移動させて他の医療機関を利用して入院診療を行う場合には、外来を開設しなければならず、被災地で医師が不足している現状においてはこれが大変困難となっている。このため、このような場合には、当該医療機関において外来を開いていない場合であっても、保険医療機関として認めることとし、被災地における医師の不足を反映した取扱いとする。

## 2. 外来診療関連

### 医療機関の不足やアクセスの困難さに対する措置

現行においては、新医薬品の処方日数は、薬価収載後1年間は1回の処方につき14日分を限度としているところ。

被災地において、患者の住居の周囲にあった保険医療機関が全て機能していない場合や、最寄りの医療機関までの交通手段の無い仮設住宅に入居した場合等、やむを得ない事情がある場合においては、頻繁に医療機関を受診することが困難であるため、当該患者に対する14日間の処方制限を緩和する。(適用は9月12日から)

## 3. 在宅医療関連

### 入院機能を有する医療機関の減少による入院を要する患者に係る病床不足に対する措置

#### ①在宅訪問診療料における算定回数の緩和措置

被災地においては、入院診療を行う医療機関が不足していることにより、通院困難な患者に対してやむをえず在宅により診療を行う場合には、在宅訪問診療料の算定可能回数について週3回を緩和し、病床の不足に対応する。

#### ②在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費の算定回数の緩和措置

被災地においては、入院診療を行う医療機関が不足していることにより、通院困難な患者に対してやむをえず訪問看護を行う場合には、算定可能回数について週3回を緩和し、病床の不足に対応する。

#### ③在宅医療のみを行う保険医療機関の指定

周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。

## 4. 歯科診療

### カルテの滅失等に伴うクラウン・ブリッジ維持管理の対象部位の治療の際の措置

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出を行った保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対する治療に際して、診療録等が震災によって滅失したため(当該医療機関が原子力災害の警戒区域等であり診療録を移転先で確認できない場合も含む)、歯冠補綴物又はブリッジの装着日が不明な場合で、保険者及び患者(その家族等)のいずれへ確認を行っても装着日が不明である場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に「東日本大震災の被災により歯冠補綴物又はブリッジの装着日不明」と記載の上、当該装着日から2年が経過したものとして取り扱って差し支えないこととする。

※対象地域は岩手県、宮城県及び福島県とする

※緩和措置の期限は、当面、平成23年度末までとする

※上記の内容について9月6日付けで通知を発出したところ

なお、診療報酬改定時については、補助金や補償との役割分担をふまえ、財源の状況も含めて、震災対策に係る診療報酬の在り方について検討を行うこととする。

### 被災地訪問・意見交換会での主なご意見(未定稿)

要望の詳細は、整理中であり、今後変更されうる。

	算定要件の緩和に関すること	加算に関すること	その他
経営に関すること	医療従事者の流出、施設の損害に対応した施設基準の緩和をお願いしたい	診療報酬を特例的に加算して欲しい  被災地における特例加算を創設した際には、患者の自己負担や保険料・保険者の負担についての配慮も必要	後発医薬品が多すぎて、被災時に揃えられない
医療スタッフに関すること	看護師が避難してしまい、人員基準を満たせない  従来の医療機関が全壊。外来は仮設で再開、入院は離れた病院を活用。それぞれに人員配置を満たすことが負担。入院のみの保険医療機関が認められていないことも負担	医師、看護師が不足しているので、被災地支援特別加算を創設して欲しい  震災により医師数が減っているので、医師事務作業補助体制加算を特定機能病院にも認めて欲しい	医師や看護師が避難してしまい、医療スタッフが集まらない  医師の地方勤務を義務づけて欲しい
医療提供体制に関すること	後方病床が壊滅する中で退院させることができず、在院日数が長めになり、算定要件を満たせなくなってしまう  訪問診療を行う際の制限(訪問回数制限)の緩和をお願いしたい		新薬の処方制限は14日以内とされているが、仮設住宅に住んでいる方などは交通機関がなくなり、医療機関まで通えないので、処方日数制限の緩和が必要
その他	カルテが流された場合など、クラウド・ブリッジ維持管理料の算定要件を緩和して欲しい	電源対策、カルテの2重保存などを評価して欲しい  原発への不安加算、危険加算を創設して欲しい	一部負担金支払い免除の期間延長



# 中医協委員の被災地の医療関係者への訪問・意見交換について

## 概要

- ・ 8月1日から3日まで会長及び公益委員、一号側委員、二号側委員及び保険局職員が参加し、岩手県、宮城県、福島県の3県を訪問した。
- ・ 被災地の医療関係者や自治体等の方々から直接お話をお聞きするとともに、仮設診療所、仮設住宅、避難所などにも訪問した。
- ・ 被災地の医療関係者からのご意見・ご要望については、「医療従事者(特に医師)が不足している」、「診療報酬制度でも支援していただきたい」といった共通なものがあった。一方で、中核病院が被災した地域、後方病床を有する医療機関が被災した地域、原発の影響がある地域などそれぞれの地域ごとの特色がみられた。
- ・ また、要望の内容については、社会の在り方・医療全般に関する総合的な要望から、具体的な診療報酬の点数に関するものまで様々であった。

未定稿

## 第 4 4 回社会保障審議会医療保険部会(23 年 7 月 21 日) 各委員の発言要旨

## 1 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には 1 度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(高原委員)

## 2 改定率・改定期間について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(斎藤委員)

- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(邊見委員)

- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということ考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(邊見委員)

## 3 薬剤関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があつて、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を 10 年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(高原委員)

- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販薬医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があつて、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(安部委員)

#### 4 その他

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(岡崎委員)

(参考：未定稿)

第20回社会保障審議会医療部会(23年7月20日) 各委員の発言要旨

1 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(邊見委員)

2 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらなないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、どのような議論が行われたのかも分からない。それを基本方針の中に反映させる意味があるのか。(中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(光山委員)

3 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成24年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成24年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基

本方針とすべき。(西澤委員)

- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(斎藤部長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(小島委員 (伊藤参考人))

#### 4 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(横倉委員)
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(相澤委員)
- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(部会長代理)
- ・ 診療所の機能の一つに、いわゆる日常生活の療養指導を確実にやっていただく機能を求めている。(斎藤 (訓) 委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないかと。(水田委員)
- ・ 登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(横倉委員)

#### 5 医療従事者の勤務状況について

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(横倉委員)
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(小島委員 (伊藤参考人))

#### 6 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(近藤委員)

## 7 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(中川委員)
- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されるのが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性をもっていくという方向で検討すべき。(光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(海辺委員)
- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(山本委員 (森参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(山崎委員)
- ・ 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(樋口委員)

社会保障・税一体改革成案における  
高額療養費の見直し等のセーフティネット  
機能の強化、給付の重点化関係

平成23年9月16日  
厚生労働省保険局

# 社会保障・税一体改革成案（抄）（高額療養費関係）

（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定、7月1日閣議報告）

## I 社会保障改革の全体像

### 1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

（略）

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

① （略）

② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

③～⑤ （略）

### 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

#### （2）個別分野における具体的改革

<個別分野における主な改革項目（充実／重点化・効率化）>

#### II 医療・介護等

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。



# 高額療養費の見直しに関する基本的な考え方

## 《医療保険を取り巻く状況》

- 経済状況が悪化する中、医療費・拠出金の負担の増加により、医療保険者の財政状況は非常に厳しい。
- 医療の高度化や急速な高齢化、医療提供体制の機能強化等により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。  
これを賄うための公費、保険料、自己負担の規模も増大。

市町村国保の平均保険料(税)(年間、介護分含む)  
約8.0万円(H17年度)→約9.1万円(21年度。13%増)  
協会けんぽの平均保険料率  
8.2%(H21年度)→9.5% (23年度。16%増)

## 《セーフティネット機能》

- 高額療養費制度により、所得に応じた自己負担の上限を設定しており、実効給付率は継続的に上昇。高額療養費は、国民医療費の伸びを大きく上回って増加。
- 他方、高額療養費については、
  - ・ 高額な治療薬の長期服用により、医療費負担の重い患者が増加
  - ・ 一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、非課税世帯ではない中低所得層の負担が重く、また近年この層の人数が増加  
という課題があり、機能強化が必要。

## 《受診時定額負担》

- 今後、保険料・公費・自己負担の規模が増大する中で、セーフティネット機能を強化(高額な医療費にかかる自己負担を軽減)するため、相対的に医療費の負担が小さい場合の負担のあり方を見直すなど、給付を重点化(改正により、患者負担の規模を変えるものではない)。

セーフティネット機能の強化の規模に応じて、給付の重点化を併せて実施

慢性骨髄性白血病の治療(グリベック錠を服用する場合)  
医療費(年間) 約400~600万円

→ 70歳未満の一般所得者の場合、高額療養費により、現行は年間約64万円の自己負担

(参考)外来(入院外)の受診回数(H22年3月平均)  
後期高齢者医療 約3.7回(患者当たり)  
国民健康保険 約2.7回(患者当たり)  
協会けんぽ、健保組合 約2.1回(患者当たり)

# 医療保険の財政状況

○ 経済情勢の悪化や高齢化による医療費・拠出金の増加等により、各医療保険者の財政状況は非常に厳しい。

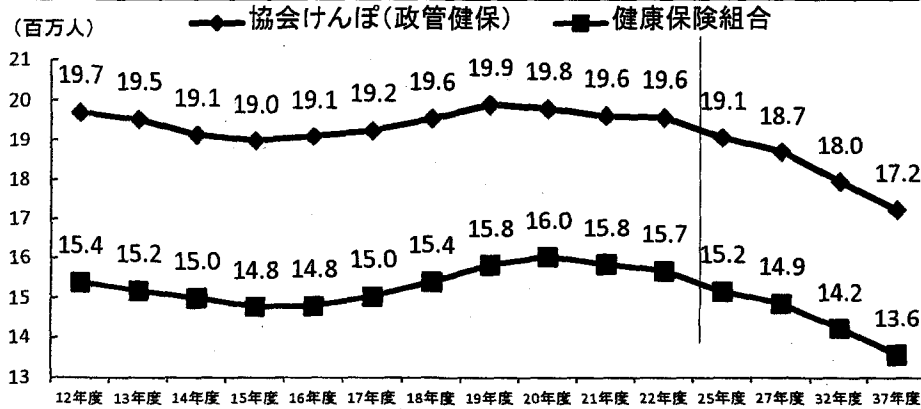
(単位:億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		<ul style="list-style-type: none"> <li>・21年度までとなっていた以下の国保財政基盤強化策を25年度まで4年間延長                             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 高額医療費共同事業(830億円)</li> <li>ii 保険者支援制度(950億円)</li> <li>iii 財政安定化支援事業(1,000億円)</li> </ul>                             (数字は23年度予算ベースの公費負担額)                         </li> <li>・一般会計繰入のほか、前年度繰上充用額が約1800億円。(平成21年度)</li> <li>・市町村国保の平均保険料(税)(介護分含む)年約8.0万円(17年度)→9.1万円(21年度)</li> </ul>
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(赤字補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628		
協会けんぽ(旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,172	<ul style="list-style-type: none"> <li>・22年度は23年7月公表の決算見込み。</li> <li>・22年度から3年間の財政再建期間において、以下の特例措置を実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 保険料率の引上げ(8.2%→9.34%:22年度)</li> <li>ii 国庫補助率の引上げ(13%→16.4%)</li> <li>iii 累積赤字の3年間の分割償還</li> </ul> </li> <li>・23年度の平均保険料率:9.5%</li> </ul>
	支出	72,442	73,647	74,628	75,632	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲639	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	62,854	<ul style="list-style-type: none"> <li>・21年度は決算見込みベース</li> <li>・23年度の平均保険料率:7.9%(予算早期集計ベース)</li> </ul>
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008	
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲4,154	
後期高齢者医療	収入		98,517	111,691		<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成20年度の収支差(3,007億円)から翌年度に精算される当年度国庫支出金等精算額(1,599億円)を差し引いた収支差は1,408億円。</li> <li>・平成21年度の収支差(717億円)に前年度国庫支出金精算額等(1,599億円)と当年度国庫支出金精算額等(1,810億円)の差を加えた収支差は505億円。</li> <li>・平成20年度と21年度の収支差を合算した平成20・21年度財政運営期間における合計収支差は1,914億円。このうち1,139億円は、平成22・23年度財政運営期間の保険料改定において、保険料上昇抑制のために活用されている。</li> </ul>
	支出		95,510	110,974		
	収支差		3,007	717		

# 被用者保険の収入や保険料の現状

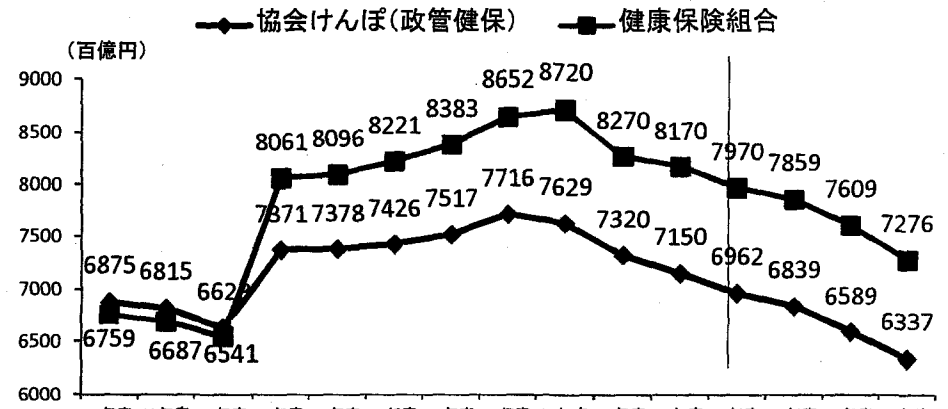
○ 被用者保険では、経済情勢や人口構造、雇用環境の変化等により、被保険者数や所得が減少。一方、医療費の増加や高齢者医療費の拠出金等の負担増などにより、保険給付費や保険料は上昇しており、厳しい財政状況にある。

(1) 近年、被保険者数は減少しており、今後も減少する見通し。



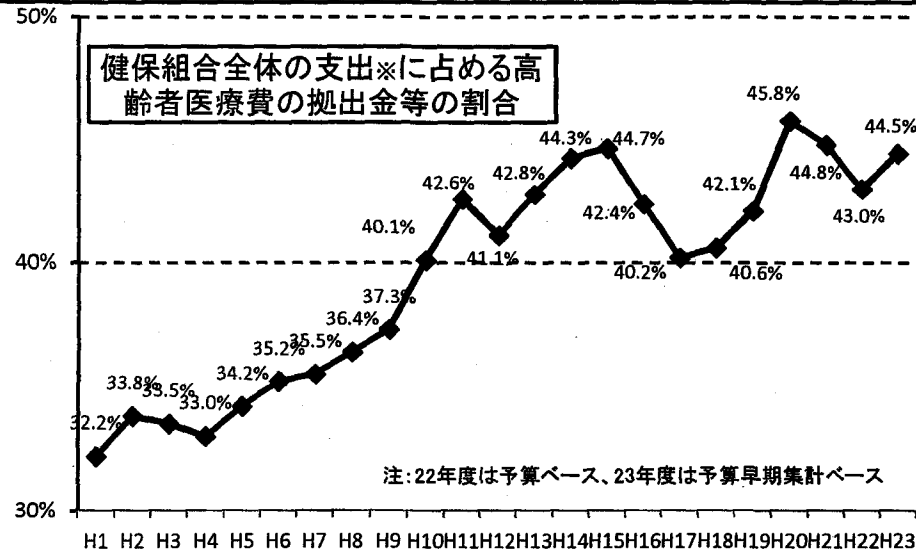
※ 21年度は決算見込ベース。22年度は予算ベース。  
 ※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

(2) 近年、標準報酬総額は減少しており、今後も減少する見通し。



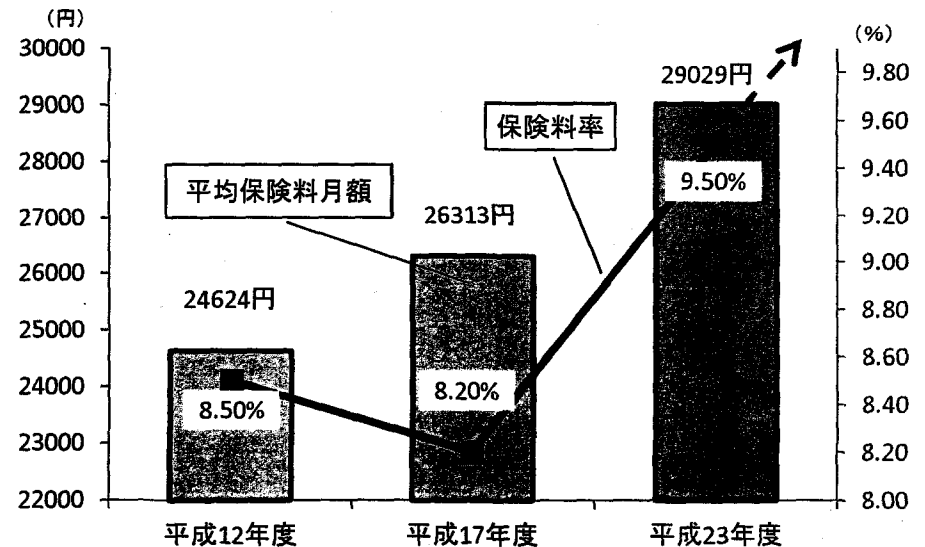
※ 22年度は予算ベース。  
 ※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

(3) 保険料の引上げ等の財政改善の努力にもかかわらず、高齢者医療費の拠出金等は、健康保険組合の支出全体の50%近くにまで達しており、保険者の財政運営の重い負担となっている。



注: 22年度は予算ベース、23年度は予算早期集計ベース  
 ※ 支出 = 法定給付費 + 前期高齢者納付金 + 後期高齢者支援金(19年度以前は退職者給付拠出金、老人保健拠出金。なお、20年度以降も、これらの経過措置分を含む)

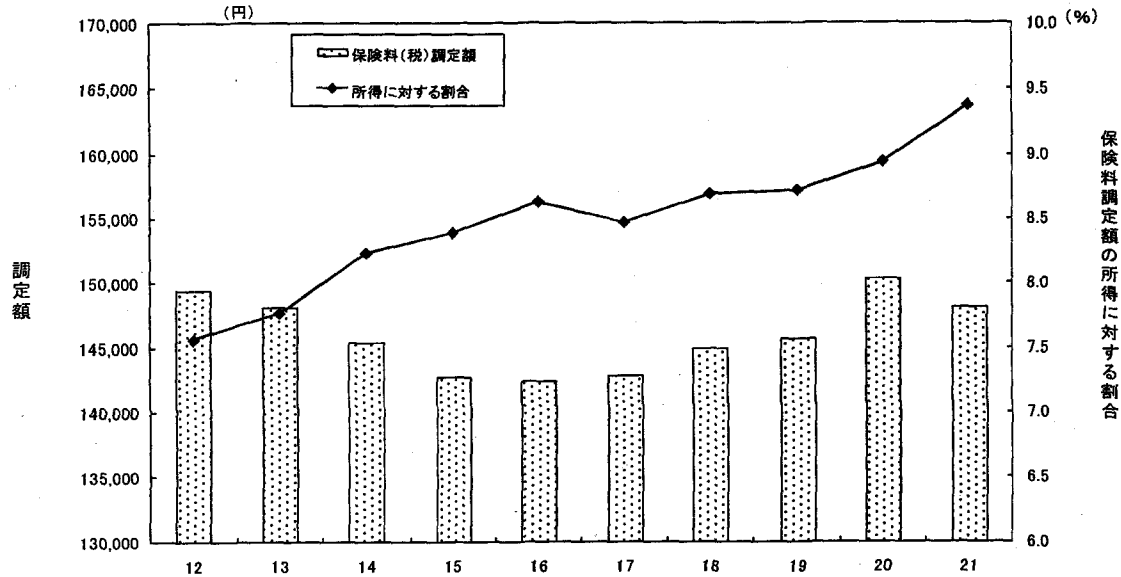
(4) 協会けんぽでは、保険料率・平均保険料月額が急激に上がっている。



※ 平均保険料月額: 平均標準報酬月額 × (12 + 平均賞与月数) ÷ 12 × 保険料率  
 ※ 平成23年度は当初予算ベースの値。  
 ※ 保険料率8.5%→8.2%は総報酬制の導入により実質は0.7%増。

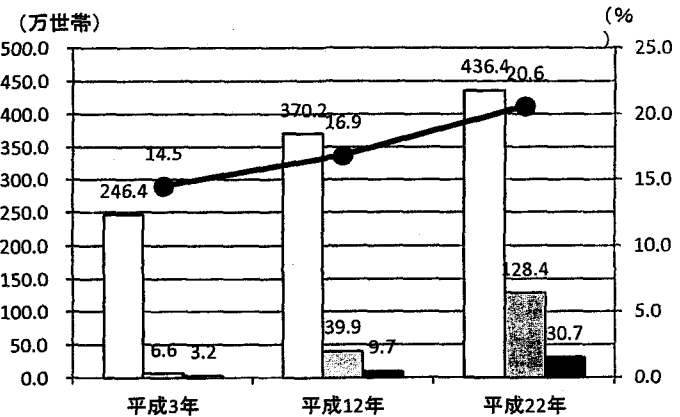
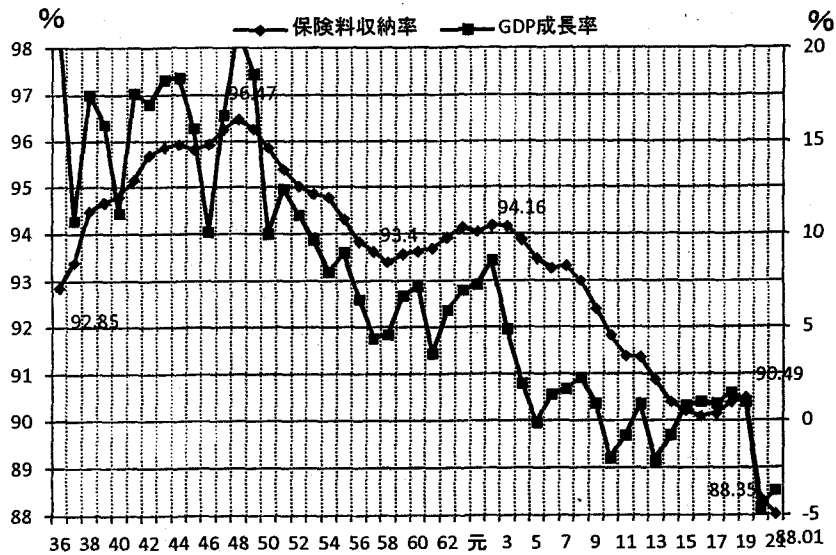
# 国民健康保険の保険料負担の現状

○ 保険料負担率(保険料調定額/平均所得)は上昇傾向にある。また、低所得世帯の負担率は高い。



保険料調定額の所得に対する割合(平成21年度)	
全世帯	9.4%
2割軽減世帯	13.4%
5割軽減世帯	13.3%
7割軽減世帯	33.3%

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。



滞納世帯数
  短期被保険者証交付世帯数
  資格証明書交付世帯数
  全世帯に占める滞納世帯の割合

(出所) 保険局国民健康保険課調べ  
 注1) 滞納世帯数は、各年6月1日現在の状況。全世帯数は、平成12年までは年度末の状況、平成22年は6月1日の状況  
 注2) 平成22年は速報値。

※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

# 医療の費用と財源構成の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に、公費の増大は著しい。

	2011年度	2015年度				2025年度					
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ			
		医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②		
医療の費用（兆円）	39.1	44.6	44.1	45.2	44.7	60.4	60.9	61.2	61.6		
	対2011年度比	-	+14%	+13%	+15%	+14%	+55%	+56%	+57%	+58%	
財源	保険料負担（兆円）	19.2	21.6	21.4	21.9	21.6	27.9	28.1	28.2	28.4	
		対2011年度比	-	+12%	+11%	+14%	+13%	+45%	+46%	+47%	+48%
	公費負担（兆円）	14.1	16.7	16.5	16.8	16.7	24.5	24.7	24.8	25.0	
		対2011年度比	-	+18%	+17%	+19%	+18%	+73%	+75%	+76%	+77%
自己負担（兆円）	5.8	6.4	6.3	6.5	6.4	8.1	8.1	8.2	8.2		
	対2011年度比	-	+11%	+10%	+12%	+11%	+40%	+41%	+42%	+43%	
GDP（兆円）	483.8	510.9				607.4					
	対2011年度比	-	+6%				+26%				

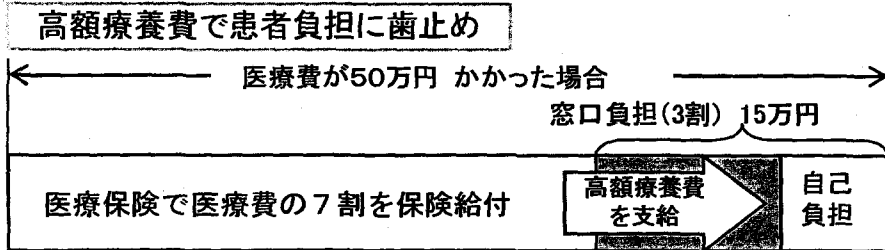
1人当たりの所要 保険料額の見通し (2011年度を100として、 制度改正を見込まない場合)	協会けんぽ	100	115	114	116	115	157	158	159	160
	健保組合	100	117	116	118	117	160	161	162	163
	市町村国保	100	112	111	113	112	162	163	164	165
	後期高齢者医療	100	115	113	116	115	163	164	165	166
賃金上昇率（2011年度を100とした場合）	100	107				139				

医療の費用に占める財源構成（同年 度ではケースによる財源構成は同じ）	保険料	49.1%	48.4%				46.1%			
	公費	36.1%	37.3%				40.5%			
	自己負担	14.7%	14.3%				13.3%			

- (注1) 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。  
(注2) 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）  
(注3) 「ケース①」は医療の伸び率（人口増減や高齢化除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合。「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合。  
(注4) 「1人当たり所要保険料の見通し」は積立金がなくなることで引き上げる保険料の変化分を含まない。

# 高額療養費によるセーフティネット機能と支給実績

- 医療保険制度では、高額な医療にかかっても家計が破たんしないよう、高額療養費によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めを置いている。この結果、実効給付率は、約83.0%（平成20年度）となっている。
- 高額療養費の支給実績は、定率負担の引き上げ等に伴い、医療費の伸びを大きく上回って増加（10年間で2倍程度に。平成20年度実績：1兆7千億円）。医療の高度化等によって、今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる。



低所得者(市町村民税非課税)は自己負担の上限を低く設定

- 70歳未満：月35,400円(4月目から24,600円)  
70歳以上：月24,600円(特に所得が低い方は15,000円)、外来8000円
- ⇔ 一般所得者の自己負担の上限(現行)  
70歳未満：月80,100円+(医療費-26.7万円)×1% (4月目から44,400円)  
70歳以上：月44,400円、外来12,000円

現在でも、高額療養費によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられています。

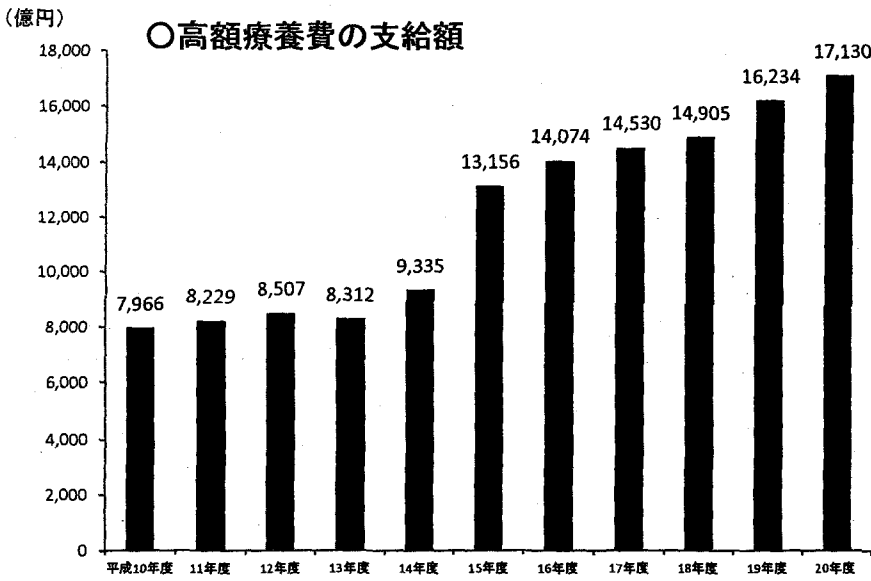
実質的な患者負担率(平成20年度)

医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

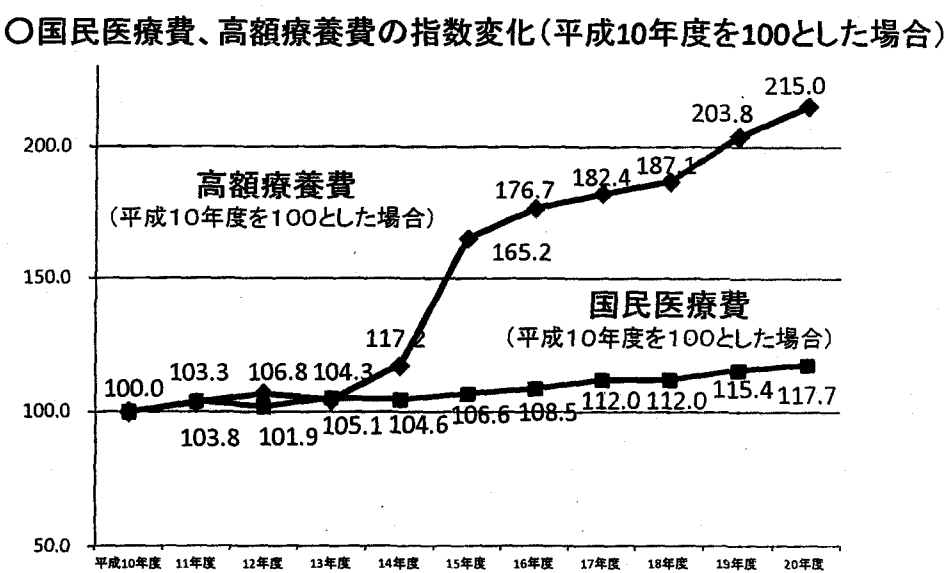
(注)負担率の計算では予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分は含んでいない。

【平成20年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険(後期医療除く)	約1744万件	約1兆3131億円	75.302円
協会けんぽ	約257万件	2662億円	103,513円
健保組合	約175万件	1730億円	98,777円
共済	約57万件	535億円	94,533円
国保	約1254万件	8190億円	65,336円
後期高齢者医療制度	-	約3999億円	-
計	-	約1兆7130億円	-

(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加(平成20年度実績：1兆7千億円)



(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。



(注1) 13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。  
(注2) 15年度の大規模な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

# 医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 平成20年度の医療保険全体での患者の実効負担率は約17.0%。ただし、平成20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約16.4%である。

		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正	
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合						
		%	%	%	%	%	%	%	%	%			
被 保 険 者 ( 70 歳 未 満)	平成14年度	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—	健保:2割→3割	
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—		
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—		
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—		
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—		
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—		
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—		義務教育前:3割→2割
被 扶 養 者 ( 70 歳 未 満)	平成14年度	75.78	75.32	75.84	77.23	—	—	—	75.78	—	—	健保の入院:2割→3割	
	15	75.73	75.11	75.92	77.35	—	—	—	75.73	—	—		
	16	75.88	75.40	76.02	77.20	—	—	—	75.88	—	—		
	17	75.83	75.46	75.91	76.88	—	—	—	75.83	—	—		
	18	75.87	75.49	75.96	77.01	—	—	—	75.87	—	—		
	19	76.20	76.01	76.20	76.91	—	—	—	76.20	—	—		
	20	77.01	76.66	77.19	77.73	—	—	—	77.01	—	—		義務教育前:3割→2割
70 歳 以 上	平成14年度	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—	現役並み:1割→2割等	
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—		
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—		
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—		
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—		現役並み:2割→3割
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—		
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—		70~74歳:1割→2割
計	平成14年度	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89	現役並み:1割→2割等 健保:2割→3割	
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79		
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09		
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27		
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21		現役並み:2割→3割
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45		
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03		70~74歳/義務教育前: 2割
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]		

(注1) 各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。ただし、19年度以前の健保組合及び共済組合は事業年報等に基づく推計値。  
 (注2) 20年度の給付率には、予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は[ ]で記載。  
 (注3) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

## 高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

- ※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。
- ※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの
- ※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。
- ※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）



# 中低所得者数の推移

○ 近年、現役世代で、年収300万円以下の所得層が増加している。

## 70歳未満（協会けんぽ、健保組合、市町村国保）の所得階層別の対象者数の変化（平成16年度→21年度）

約9700万人		約9500万人		
約1300万人(13.2%)		約1100万人(11.5%)		上位所得者
約4900万人(50.1%)		約4700万人(49.5%)		一般所得者 (年収300万円以上)
約2400万人(24.8%)		約2700万人(28.4%)		一般所得者 (年収300万円以下)
約1150万人(11.9%)		約1000万人(10.6%)		低所得者 (市町村民税非課税)
平成16年度		平成21年度		

約2400万人 ⇒ 約2700万人(約300万人増)

### 《平成16年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約300万人	約770万人	約210万人	約1300万人
一般所得者	約3080万人	約2160万人	約2020万人	約7300万人
年収300万円以下	約1080万人	約360万人	約960万人	約2400万人
低所得者	-	-	約1150万人	約1150万人

### 《平成21年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約270万人	約680万人	約140万人	約1100万人
一般所得者	約3140万人	約2300万人	約1950万人	約7400万人
年収300万円以下	約1190万人	約470万人	約1040万人	約2700万人
低所得者	約20万人	約2万人	約980万人	約1000万人

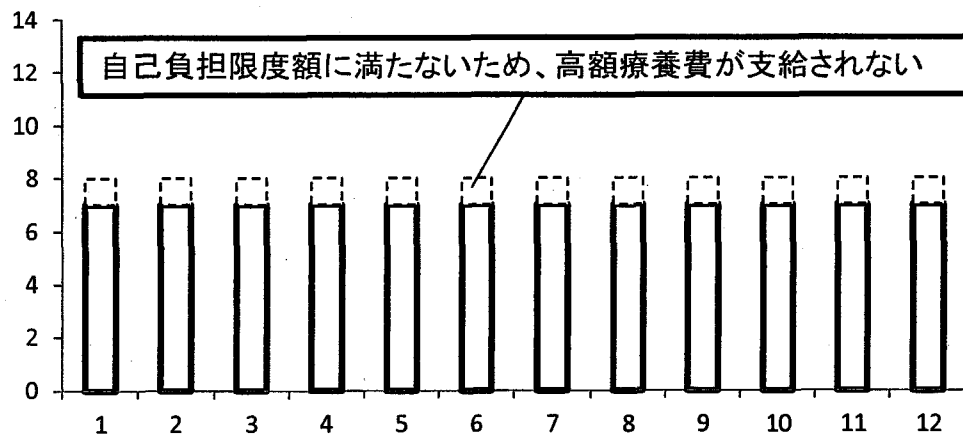
※「年収300万円以下」の人数は、標準報酬22万円以下、旧ただし書き所得160万円以下の人数の推計値

※平成16年度は旧政管健保の健保組合の標準報酬月額の下限が9.8万円であり、市町村民税非課税世帯はいないと仮定して集計。

## 現行の高額療養費制度の課題

- 自己負担限度額が月単位のため、当初3月の自己負担限度額を超えず、長期にわたって自己負担が重い方の負担が軽減されない場合がある。

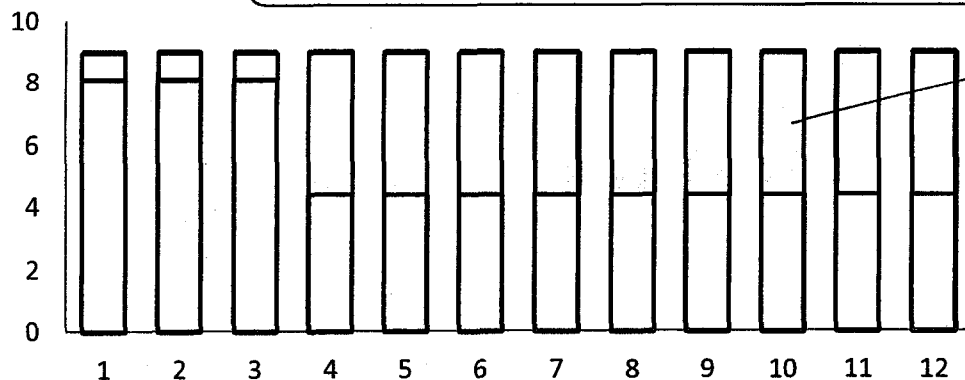
毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



※ 自己負担限度額を80,100円、  
多数該当44,400円として試算。

高額療養費が支給されないため、年間  
トータルの自己負担額は84万円。

毎月の医療費約30万円・自己負担額9万円の場合



高額療養費支給

高額療養費が支給されるため、年間トータル  
の自己負担額は64万円。

## 高額な治療薬の長期服用が必要な疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり主な治療薬剤費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与 (慢性期) ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円	約1万2千人 (H20年患者調査)
乳がん	乳がんの症状には、乳房のしこりや皮膚の変化、乳房の近傍のリンパ節の腫れ等がある。遠隔転移による症状は転移した臓器により様々である。臨床的に明らかな転移を伴っておらず、外科手術が可能と考えられる場合で、かつ局所疾患の場合は局所療法(外科手術±放射線療法)を行うが、浸潤癌である可能性が考えられる場合には術前または術後に薬物療法を加える。転移・再発乳癌の場合には、治癒が困難であるため、延命及び生活の質の改善を目的とした薬物療法が適用となる。	薬物療法には、内分泌療法・化学療法・分子標的療法があり、予後・効果予測因子を考慮し、選択する。	●内分泌治療の例(治療期間は5年又はそれ以上) ノルバデックス等(抗エストロゲン剤)：約1万円 アリミデクックス・アロマシン・フェマーラ(アロマトーゼ阻害剤)：約2万円 ゾラデックス(LH-RHアナログ)：約4.4万円 ●化学療法の例(治療期間は3ヶ月～1年程度) Weeklyパクリタキセル(タキソール)：14万円 ●分子標的療法(治療期間は1年) ハーセプチン(トラスツズマブ)：約20～25万円  ※ 治療期間は術後薬物療法の場合。なお、転移・再発乳癌の治療では患者の有害事象の訴えとQOLを考慮して継続の可否が判断される。	約17万9千人 (H20年患者調査)
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与 等	約18万円(体重60kgの場合。2か月に1回投与)	約33万6千人 (H20年患者調査)

(※) 「1月当たり主な治療薬剤費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計。

# 平成22年の医療保険部会における高額療養費制度の見直しの検討経過

## 平成22年の医療保険部会の検討経過

平成22年

- 7月14日 ・ 患者団体等から厚生労働省に対して提出された各種要望書を議論の場に提供、改善要望について議論
- 9月 8日 ・ 難治性疾患対策の現状について説明  
・ 年収300万円以下の者の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示  
※2600億円の給付増の財政影響（保険料1700億円増、公費900億円増）
- 10月27日 ・ 上位所得者（年収約800万円以上）の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示  
※360億円の給付減の財政影響（保険料300億円減、公費60億円減）
- 12月 2日 ・ 外来診療における高額療養費の現物給付化（24年度～）について了承

## 平成22年の医療保険部会における主な意見

### <一般所得のうち所得が低い者の自己負担限度額の見直しについて>

- ・ 現在の保険財政の状況では、給付改善のため、保険料を引き上げるといった状況にはない。
- ・ 厳しい財政状況を踏まえ、各保険者ベースで財政中立となる改正とすべき。どうしてもやるのであれば、保険者の負担ではなく、全額国費でやるべき。
- ・ 国保では上位所得者が少ないので、上位所得者の負担を引き上げても、必要な財源を賄うことはできない。

### <疾病ごとに自己負担を軽減（月1万円負担）することについて>

- ・ 慢性骨髄性白血病、消化管間質腫瘍、リウマチなど要望がある6疾病ぐらいは、高額長期疾病への追加を早急に対応すべき。
- ・ 個別疾病の医療費負担をどう軽減するかは、疾病対策として議論すべき。医療保険制度では、個別疾病対策は極力抑制的に考えるべき。
- ・ 個別の要望を全部聞くことができればいいが、そうでないときの線引きが非常に難しい。公平性をどうやって担保するのか。所得に着目した線引きでの方向を検討してはどうか。

## 高額療養費の見直しについて

- 高額療養費の改善については、例えば、以下のような方法が考えられる。
  - ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担を軽減する方法として、例えば、現在の一般所得者の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。
  - ② 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合や長期にわたって負担が重い場合があるので、自己負担限度額に年間の上限額を設けてはどうか。
- 現行制度は、財政力に応じて制度ごとの公費負担が異なり、75歳未満は職域・地域単位で縦割りとなっている。

高額療養費の改善（給付増）は、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に大きな影響があり、個別制度ベースで財政中立とする必要がある。

# 受診時定額負担の仕組みについて（案）

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を変えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。

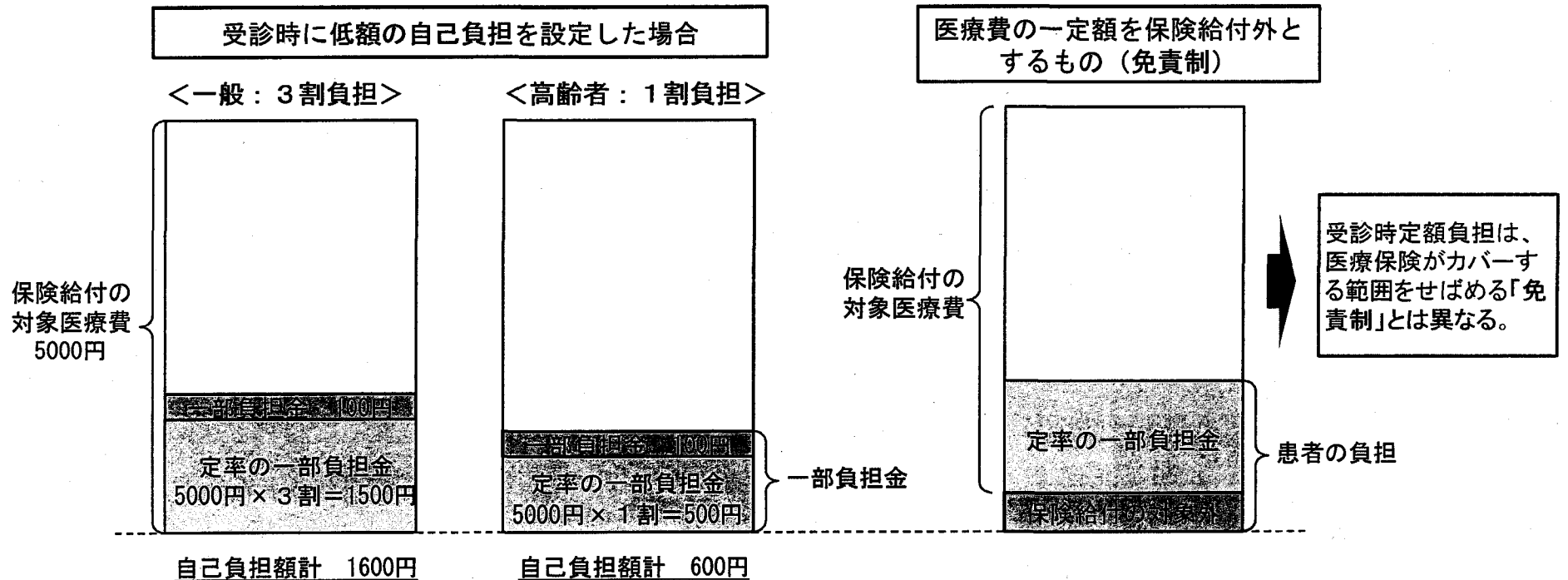
↑ 免責

(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)

附 則

第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



# 医療保険の外来の受診動向

[外来の年間の受診延日数：平成21年4月～22年3月]

	医療保険計	協会けんぽ	健保組合	共済	国民健康保険	後期高齢者医療
医科・外来	16.61億日	3.19億日	2.58億日	0.81億日	5.34億日	4.67億日
うち初診	2.76億日	0.81億日	0.73億日	0.23億日	0.76億日	0.23億日
歯科	3.99億日	0.98億日	0.83億日	0.24億日	1.39億日	0.55億日
うち初診	0.74億日	0.19億日	0.16億日	0.05億日	0.27億日	0.08億日
合計	20.60億日	4.17億日	3.40億日	1.04億日	6.73億日	5.22億日
うち初診	3.50億日	1.00億日	0.89億日	0.27億日	1.02億日	0.31億日

(出典) 医療費の動向 (厚生労働省) (注) 初診は、社会医療診療行為別調査を用いた推計値である。

[医科・外来の月間の受診動向]

(※) 平成22年3月の受診データから集計

		協会けんぽ		健保組合		国民健康保険		後期高齢者医療	
加入者数 (a)		3,482.8万人		2,410.3万人		3,681.0万人		1,389.4万人	
受診日数 (月当たり)	5日以下	1,275.0万人	94.9%	870.1万人	95.4%	1,562.6万人	91.6%	939.6万人	83.6%
	6～10日	52.1万人	3.9%	33.3万人	3.6%	95.0万人	5.6%	115.5万人	10.3%
	11～15日	11.3万人	0.8%	6.3万人	0.7%	30.1万人	1.8%	40.9万人	3.6%
	16～20日	3.3万人	0.2%	1.7万人	0.2%	10.5万人	0.6%	15.4万人	1.4%
	21～25日	1.3万人	0.1%	0.6万人	0.1%	5.1万人	0.3%	8.0万人	0.7%
	26日～	0.6万人	0.0%	0.2万人	0.0%	2.4万人	0.1%	4.9万人	0.4%
	総計 (b)	1,343.6万人	100%	912.2万人	100%	1,705.8万人	100%	1,124.4万人	100%
患者割合 (b/a)		38.6%		37.8%		46.3%		80.9%	
患者1人当たり受診日数		2.1回		2.1回		2.6回		3.7回	

(出典) 医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 患者1人当たり受診日数は (医療費の動向における受診延日数 / 各制度の業務統計における加入者数) / 患者割合 として算出。

(注2) 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計。

(注3) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計。

## 受診時定額負担の低所得者への配慮について

- 仮に100円程度の負担とした場合、低所得者の軽減措置をどのように考えるか。
- 現行の高額療養費制度では、低所得者の範囲として、全世代で共通の基準として「市町村民税非課税」としている。

今回の制度でも、①国民への分かりやすさ、②高額療養費や食費負担など自己負担の水準の仕組みにおいて、現在の基準以外に別の区分を作る必要がなく、制度体系への影響が小さい、③実務上も現在の食事療養標準負担額の減額認定証を活用できる等を考慮すると、「市町村民税非課税」を低所得者の範囲とすることが考えられるが、どうか。

(参考) 「市町村民税非課税」の対象者数 (H21年度平均値) : 約1700万人 (被保険者全体の約15%) 国保(約1170万人)、後期高齢(約500万人)、協会けんぽ(約12万人)、健保組合(約2万人)の計



## 受診時定額負担と病院・診療所の役割分担を踏まえた外来診療の適正化について

- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減と受診時定額負担の検討とあわせて、「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化」が盛り込まれている。
- 受診時定額負担に代えて、病院と診療所の役割分担などを考慮して、例えば、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについて、どう考えるか。
- 現在、大病院（200床以上）で紹介状なしに受診する場合に、患者負担を上乗せして徴収できる（選定療養）が、これは、医療機関の収入となる。（保険財政に影響を及ぼすものではない。）高額療養費の財源は、保険財政に資する仕組みとする必要がある。

（参考）選定療養の初診の患者負担の設定状況（平成21年7月現在）

1,176病院（200床以上） 平均 約1900円（最高 8400円、最低 105円）

- また、仮に、受診時定額負担100円と同規模の財源を確保するため、大病院での初診時に負担いただくとした場合、初診1回につき7千円～1万円程度の追加負担をお願いすることになる。

（算出の根拠）

初診・再診の外来の受診延べ日数（年間） 約20.6億日（初診約3.5億日、再診約17.1億日）

うち200床以上の大病院の初診の受診日数（年間） 約0.3億日（なお、再診は約2.4億日）

$100円 \times 20.6億日 \div 0.3億日 = 約7千円$

※ 紹介状なしの患者（地域医療支援病院の外来では約7割、特定機能病院の外来では約5～6割。平成20年患者調査の結果）からのみ徴収する場合、1万円程度になる。

- なお、患者の受診行動が大きく変化した場合、確保できる財源の規模は低減することになる。

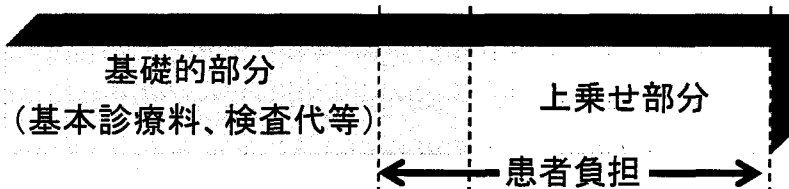
# 病床数が200床以上の病院において受けた初診の別途負担（選定療養）の仕組み

- 200床以上の病院に紹介無しで受診する場合の初診については、選定療養として、医療機関において患者負担を上乗せして徴収することができる仕組みとなっている。

## 1. 概要

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院において、他の医療機関等からの紹介無しに初診を受けた患者について、選定療養(※)として、初診に相当する療養部分の費用を患者から徴収することができ、その他の基礎的な部分は保険外併用療養費として保険給付の対象とする仕組み。

※選定療養・・・療養環境・診療時間・診療回数など保険給付の範囲を超えた患者の選択にもとづく療養。患者が保険医療機関から療養を受けた場合、基礎的な保険部分は保険外併用療養費が支給され、保険医療機関は、選定療養に要した費用を患者から実費徴収できる。いわゆる差額ベッド代等がこれに当たる。



## 2. 対象となる保険医療機関

病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に、他の医療機関からの紹介の無い患者の初診について、選定療養として患者から料金を徴収することと、その料金を届け出たもの。

## 3. 主な要件等

- 他の保険医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金の徴収はみとめられない
- 初診に係る費用の徴収について、病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示する
- 特別の料金の額は、社会的に見て妥当適切なものである

## 4. 届出医療機関数等(平成21年7月1日現在)

届出医療機関数	1, 176施設		
料金の最低額	105円	最高額	8, 400円

# 社会保障・税一体改革成案における その他の患者負担に関する事項

## 医薬品の患者負担の見直し

- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

(参考1)

昨年の医療保険部会で議論された論点

- ・市販品類似薬を保険外とすることについて

(参考2)

海外の制度や日本の過去の制度

- ・フランスでは、薬剤の治療上の貢献度・有用度に応じ、段階的な償還率を設定している
- ・我が国でも、かつて、外来薬剤費について、処方される薬剤の種類の数により、一部負担を設けていた  
(平成9年の健保法等の一部改正により導入され、平成14年改正まで存続)

## 70～74歳の自己負担割合の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、自己負担割合を見直す。

# 諸外国の薬剤自己負担

項目	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ
医療保険制度	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全国民を対象	社会保険方式 (公的疾病保険と民間保険の混合) ※国民皆保険	社会保険方式 (法定疾病保険と民間保険)	民間保険が主(一部、公的医療保障) ※皆保険ではない
公的保険の保険者(制度名)	・国民保健サービス(NHS)	疾病金庫 ・一般制度 ・特別制度 ・自営業者社会制度 ・農業社会制度	疾病金庫 独立した法人 ・企業疾病金庫 ・同業者疾病金庫 ・地区疾病金庫 ・代替金庫連盟など	・メディケア(連邦政府が運用) 高齢者、障害者の医療保険 ・メディケイド(連邦政府・州の共同運用) 低所得者への医療扶助 ・SCHIP(各州が運用) 貧困家庭の子ども
薬剤の自己負担	薬剤費には自己負担(7.20£)があるが、16歳未満、16～18歳のフルタイムの学生、60歳以上、出産前後の女性、疾患、所得などによる社会的弱者については、自己負担免除となっている。	薬剤毎に公的保険からの償還率が、100・65・30・15・0%の5段階に設定。 ※補完医療保険によって公的疾病保険の自己負担がカバーされるが、償還率15%以下の医薬品は対象外。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	医薬品の患者負担は、給付額の10%だが、負担額は5～10ユーロの範囲に限定。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	自己負担額は保険の種類や契約内容等で異なる。 メディケアパートD(任意加入)の場合; \$310まで:全額自己負担 \$310～\$2840: (処方箋薬額－\$310)×25%負担 \$2840～6448:全額自己負担(但し、ブランド薬の場合は企業が50%割引) \$6448～:5%負担

(出典)平成22年度厚生労働省保険局医療課による委託事業「薬剤使用状況等に関する調査研究」  
平成21年～22年「医療関連データ集」医療経済研究機構

# 70~74歳の自己負担割合の見直し

○ 70~74歳の方の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) -抄-

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。」

※仮に、70~74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

+2,000億円(協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円)

