

中央社会保険医療協議会等（平成23年度）について

■中央社会保険医療協議会

○総会（1月27日）

- ▶ 医療技術の評価について（医療技術評価分科会からの報告）
- ▶ 先進医療保険導入、先進医療実績報告について（先進医療専門家会議からの報告）
- ▶ 個別改定項目について（その1）

○総会（1月30日）

- ▶ 医療機器の保険適用について
- ▶ 平成24年度実施の特定保険医療材料の機能区分の見直しについて
- ▶ 個別改定項目について（その2）

○総会（2月1日）

- ▶ パブリックコメントについて
- ▶ 個別改定項目について（その3）
- ▶ 答申書の附帯意見案について

○総会（2月10日）

- ▶ 答申について
- ▶ 被災地における特例措置について
- ▶ 調剤ポイントについて

■社会保障審議会

○介護給付費分科会（2月28日）

- ▶ 東日本大震災における特例措置等について

○短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会（2月13日）

- ▶ 短時間労働者の社会保険適用に関する論点

○短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会（3月19日）

- ▶ 短時間労働者の社会保険適用に関する論点

※第38回運営委員会（1月27日）～本運営委員会前日迄について記載

平成24年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成24年度診療報酬改定の概要①

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率 +0.004%

診療報酬(本体) +1.38%
(約5,500億円)

{ 医科 +1.55% (約4,700億円)
 歯科 +1.70% (約500億円)
 調剤 +0.46% (約300億円)

薬価等 ▲1.38% (約5,500億円)

平成24年度診療報酬改定の概要②

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。
(1, 200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。
(1, 500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。
(2, 000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

平成24年度診療報酬改定の概要③

重点課題1 急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ① 救急・周産期医療の推進
- ② 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- ③ 救急外来や外来診療の機能分化
- ④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実

- ① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- ② 看取りに至るまでの医療の充実
- ③ 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実
- ④ 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

- ① 医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療
- ② 医療安全対策、患者への相談支援対策の充実
- ③ 病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価
- ④ 後発医薬品の使用促進、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価など

救急・周産期医療の推進①

小児救急医療の評価

- 従来からある、一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日あたり)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

救急・周産期医療の推進②

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

- 一般病棟(13対1、15対1)において、急性期後の患者、状態が悪化した在宅療養中の患者、介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設し、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)

- 療養病棟においても、療養病棟入院基本料1(20対1)算定病床について、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行い、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点 → 300点(1日につき)

病院医療従事者の勤務体制の改善等①

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド4)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド12)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド13)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド9)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド12)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド22)

<病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例>

【必須項目の例】

- ・ 医師と医療関係職種等における役割分担
- ・ 外来縮小の取り組み※ 等

※特定機能病院及び一般病床500床以上の病院に限る

【選択項目の例】

- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮 等

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価③

看護補助者配置の手厚い評価

- より手厚い看護補助者の配置や夜間配置等の評価を行い、看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担の推進を図る。

■看護補助者のより手厚い配置

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上※) 160点

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満※) 140点

※届出に必要な看護補助者の数に占める看護補助者{みなし看護補助者(入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超過して配置している看護職員)を除く}の割合(常勤換算)

■夜間の看護補助者のより手厚い配置

(新) 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 10点

(新) 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点

■夜間の看護職員の手厚い配置

(新) 看護職員夜間配置加算 50点

【施設基準】夜勤の看護職員数は、当該病棟の入院患者数に対して、12対1以上であること

救急外来や外来診療の機能分化の推進①

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- 従来は、小児に対するトリアージのみが評価されていたが、全年齢層の夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかに院内トリアージを実施した場合の評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 院内トリアージ実施料 100点(初診時)

- 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)

- 地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げて、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点

2 550点 → 600点

地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点

※地域連携小児夜間・休日診療料1:小児科医が一定時間¹在院している場合
2:小児科医が常時²在院している場合

救急外来や外来診療の機能分化の推進②

初・再診料及び関連する加算の評価

- 現在は、同一日の2科目以降の再診は評価されていないが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診を評価を行う。

(新) 再診料 34点(同一日2科目の場合)

(新) 外来診療料 34点(同一日2科目の場合)

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

【改定後】時間外対応加算

地域医療貢献加算	3点



(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定

時間外対応加算1: 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。

時間外対応加算2: 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。

時間外対応加算3: 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。

連携する医療機関数は、3以下とする。連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、
当該病院を受診した場合)

[算定要件]

- ・紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
※ただし、逆紹介率が30%以上の場合は除く。
- ・当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

チーム医療の推進①

一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。

➤ **(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)**

臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理の評価

- 医師、専門性の高い看護師等のチームによる臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価を新設し、移植医療の充実を図る。

(新) 移植後患者指導管理料

臓器移植後患者指導管理料 300点(月1回)

造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点(月1回)

チーム医療の推進②

外来緩和ケアチームの評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療に対する評価を新設し、緩和ケアの充実を図る。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点(月1回)

薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

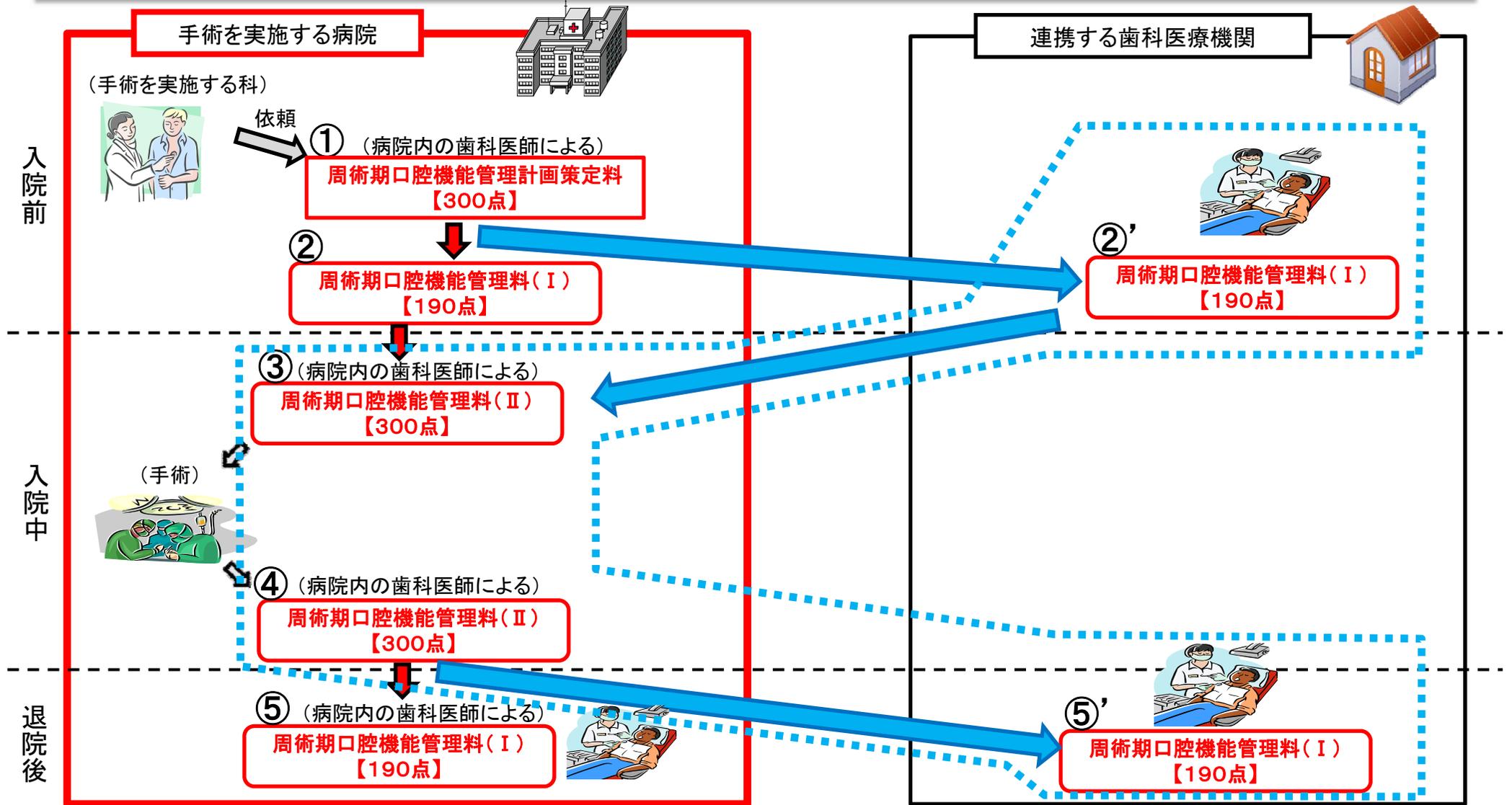
（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤ 医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

➤ 緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

在宅歯科医療の評価

在宅歯科医療の推進

➤ 歯科訪問診療の対象者の表現の見直し

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

→

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

➤ 歯科訪問診療料の評価の引き上げ

歯科訪問診療料1 830点 → 850点

【同一建物居住者(在宅等で2人以上を診療した場合)以外に対する歯科訪問診療をした際の評価】

➤ 歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

【歯科治療に必要な切削器具等を常時携行している場合の評価】

同一初診期間中

1回目 : 232点

2回目以降:90点

→

同一建物居住者以外:170点

同一建物居住者 同一日に5人以下:85点

同一日に6人以上:50点

➤ 歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価

(新) 歯科訪問診療補助加算

同一建物居住者以外:110点

同一建物居住者:45点

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

訪問看護の充実

医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

(新) 複数名訪問看護加算 300点 (訪問看護療養費3,000円)

- 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア^(※))

(新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円

(新) 訪問看護基本療養費 (専門の研修を受けた看護師) 1,285点

- 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

(※) 緩和ケアについては、スライド16再掲

維持期リハビリテーションの評価

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>80点</u>

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

がん医療の推進

緩和ケアの評価

- 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。【現行】 緩和ケア病棟入院料(1日につき) 【改定後】

		➔	(改) 30日以内の場合	4,791点
緩和ケア病棟入院料	3,780点		(改) 31日以上60日以内の場合	4,291点
			(改) 61日以上の場合	3,291点

がん診療連携の充実

- 多様化したがん治療に対応できるよう、がん診療連携に係る評価について要件等の見直しを行い、地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる。

(改) がん診療連携拠点病院加算

従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

(改) がん治療連携計画策定料

従来は、手術後に速やかに退院した場合のみ算定可能であったが、退院後の外来診療時や、計画変更時でも算定可能とする。

生活習慣病対策の推進

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

精神科急性期医療の充実

精神科医療機関間の連携の評価

- 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が受け入れた場合の評価を新設し、精神科救急医療機関と後方病床としての精神科医療機関の連携を評価する。

(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 1,000点

(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 2,000点

[算定要件]

精神科救急医療機関に緊急入院した患者が、入院日から60日以内に他の精神科医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関

精神科救急搬送患者地域連携受入加算

精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、児童・思春期入院医療管理料の届出を行っている医療機関

精神科慢性期医療の充実

精神療養病棟入院料の見直し

- 精神科救急医療体制の確保への協力及び重症者を受入れている病棟の評価を行い、より質の高い精神医療の充実を図る。

精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,050点
重症者加算(1日につき)	40点

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。



精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,061点
(新) 重症者加算1(1日につき)	60点
(新) 重症者加算2(1日につき)	30点

〔算定要件〕

重症者加算1

精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であって、当該患者のGAF尺度による判定が30以下であること。

重症者加算2

当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

- 退院支援部署による支援で退院した場合の加算を新設し、早期退院を推進する。

(新) 退院調整加算 500点(退院時1回)

地域における精神医療の評価

通院・在宅精神療法の見直し

➤ 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

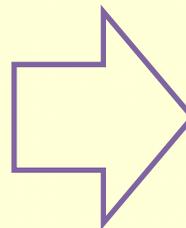
通院・在宅精神療法(1回につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点



(新)通院・在宅精神療法(1回につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

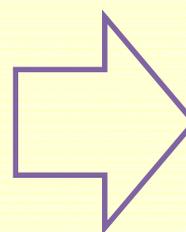
ロ 30分未満の場合 330点

認知症対策の推進

認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症患者について、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

認知症治療病棟入院料1	
60日以内の期間	1,450点
61日以上	1,180点



認知症治療病棟入院料1	
30日以内の期間	1,761点
31日以上60日以内の期間	1,461点
61日以上	1,171点

- 看護職員の数等が異なる認知症治療病棟入院料2についても、同様に評価体系を見直す。

感染防止対策の評価

感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新)	<u>感染防止対策加算1</u>	<u>400点(入院初日)</u>
(新)	<u>2</u>	<u>100点(入院初日)</u>

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新)	<u>感染防止対策地域連携加算</u>	<u>100点(入院初日)</u>
-----	---------------------	-------------------

リハビリテーションの充実①

回復期リハビリテーション病棟の評価

➤ 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

[施設基準](回復期リハビリテーション病棟入院料1のみ記載)

回復期リハビリテーション病棟入院料1

- ① 看護配置常時13対1以上 (看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 看護補助者常時30対1以上
- ③ 専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の社会福祉士等1名以上
- ④ 在宅復帰率7割以上
- ⑤ 新規入院患者の3割以上が重症の患者であること
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度」A項目1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

リハビリテーションの充実②

早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、早期リハビリテーションの評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

14日以内の期間

(新) ① リハビリテーション科の医師が

勤務している医療機関の場合 75点

② その他の場合 30点

15日以上30日以内の期間 30点

[算定要件]

- 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料については治療開始日から起算して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定する。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

生活の質に配慮した歯科医療

歯の保存に資する技術の評価

➤ 歯周病に関する技術の評価の見直し

スケーリング【歯石の除去】(3分の1顎につき):64点 → 66点

スケーリング・ルートプレーニング【歯石の除去及び歯根面の滑沢化】(1歯につき)

前歯:58点 → 60点、小臼歯:62点 → 64点、大臼歯:68点 → 72点

歯周病安定期治療の実施間隔の見直しや歯周外科手術の評価の引き上げ ほか

➤ 歯内療法(歯の神経等の治療)に関する評価の見直し

抜髄【歯の神経の除去】(1歯につき)単根管:220点 → 228点

感染根管処置【細菌感染した歯質や神経の除去】(1歯につき)単根管:130点 → 144点

根管貼薬処置【根管に薬剤を貼付】(1歯1回につき)単根管:20点 → 26点 ほか

障害者歯科医療の充実

➤ 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算 → 歯科診療特別対応加算

※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化

歯科固有の技術の見直し等

患者の視点に立った歯科医療の充実

- 歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関の評価の見直し
 - 外来診療環境体制加算(初診料の加算): 30点 → 28点
 - (新) 再診時外来診療環境体制加算(再診料の加算) 2点

歯科固有の技術の適切な評価

- 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し
 - 初期う蝕早期充填処置【う蝕の進展を防止するための治療】: 120点 → 122点
 - 窩洞形成【う蝕治療のために歯の形態を整える治療】単純なもの: 54点 → 60点
 - う蝕歯即時充填形成【う蝕に罹患した歯を1日で行う治療】(1歯につき): 120点 → 126点
 - 金属歯冠修復【失われた歯の形態・機能を回復する治療】(1個につき): 445点 → 454点 ほか
- 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し
 - 印象採得【入れ歯作製のための歯型どり】(1個につき) 歯冠修復 連合印象: 60点 → 62点
 - 有床義歯【入れ歯作製】総義歯(1顎につき): 2,060点 → 2,100点
 - 有床義歯修理【入れ歯の修理】(1床につき): 220点 → 224点 ほか

医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価 (スライド33枚目)

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 手術料の引き上げ (スライド34枚目)

「外保連試案第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

3. 内科的技術の評価 (スライド34枚目)

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

4. 先進医療からの保険導入 (スライド34枚目)

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設 (スライド34枚目)

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

医療技術の適切な評価②

医療技術評価分科会での検討

1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術;コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術;血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

➤ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

医療技術の適切な評価③

手術料や内科的な技術等の評価

2. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試案第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカー留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

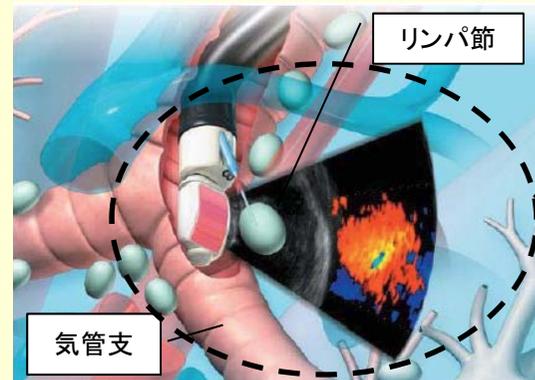
新たな医療技術の具体的な例

新しい医療技術の例

➤技術名:コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



- 検査の方法
- ①超音波内視鏡の挿入
 - ②病変を描出
 - ③病変を穿刺し、検体を採取
 - ④病理診断の実施

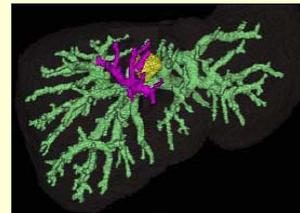
イメージ図:リンパ節穿刺の場合

➤技術名:肝切除術における画像支援ナビゲーション

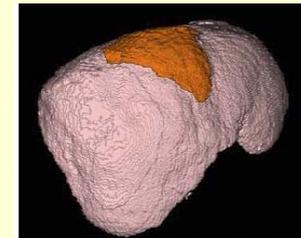
技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

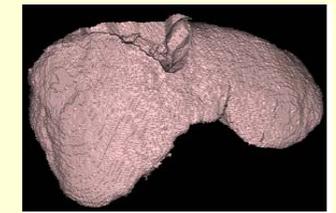
手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



肝がん(黄)と
担がん領域の門脈枝(紫)



担がん門脈領域予想図(橙)



担がん領域切除後予想図



担がん門脈領域(青)



担がん領域切除後

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

➤ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

➤ (新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。 等

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新)	<u>亜急性期入院医療管理料1</u>	<u>2,061点</u>
(新)	<u>2</u>	<u>1,911点</u>

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

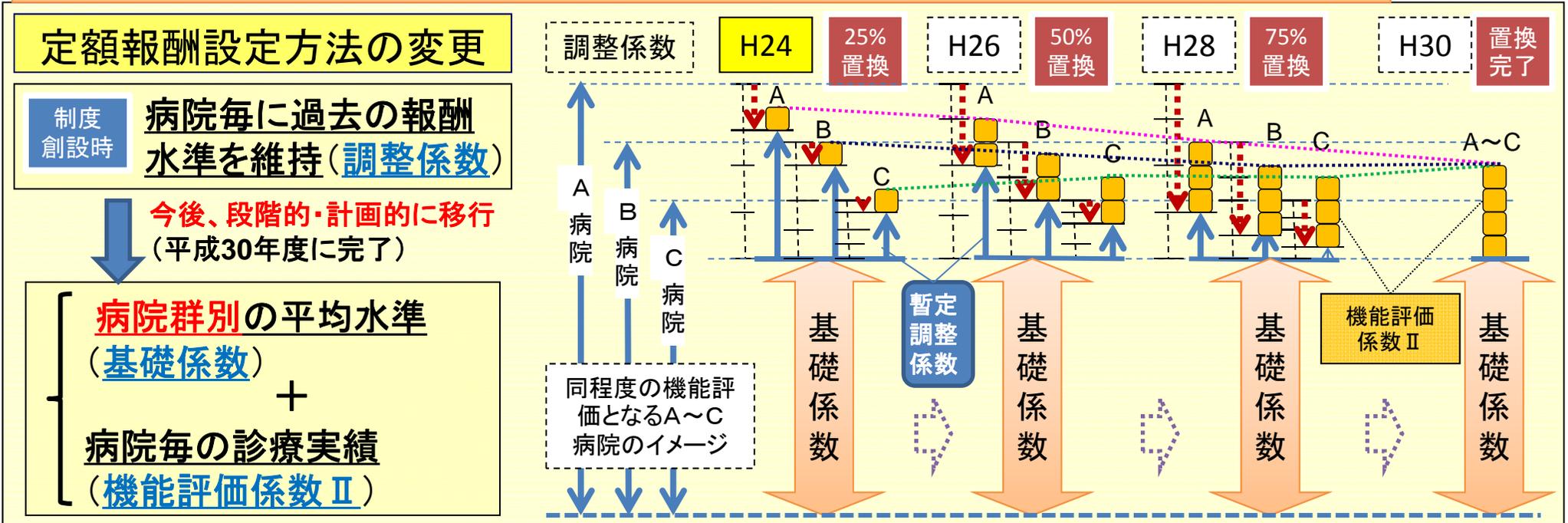
脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

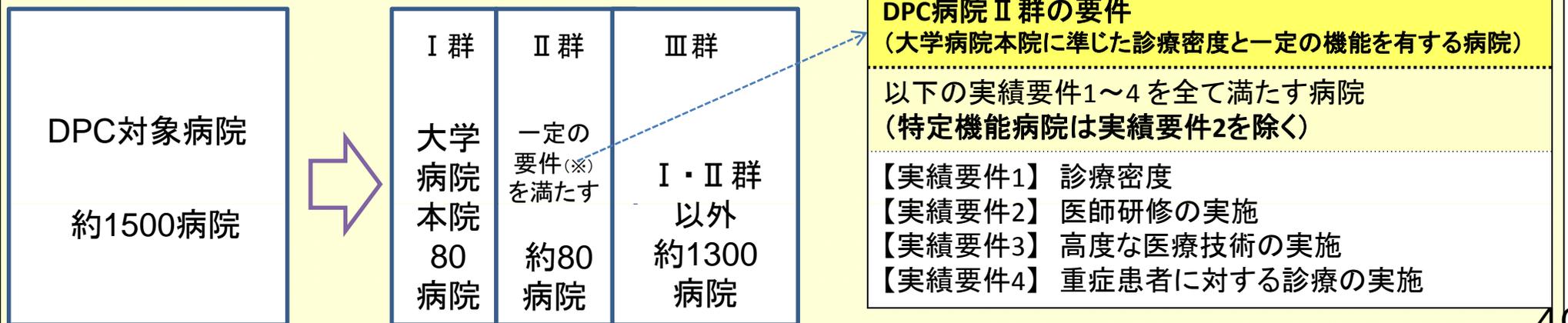
- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率6割以上であること

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止



病院群の設定(DPC病院Ⅰ群~Ⅲ群)

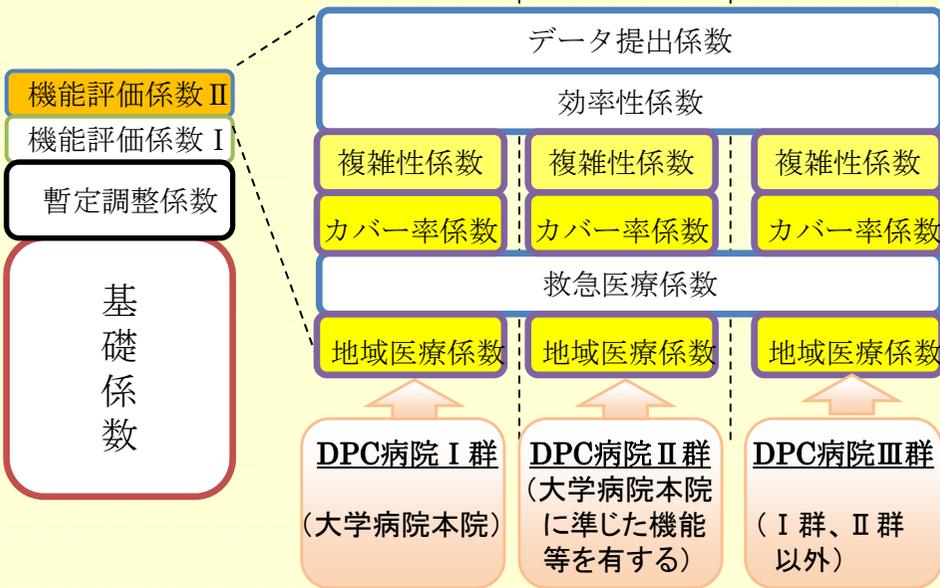


DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

- 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

I・II群は救命救急センターを重点評価

III群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: III群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の定量評価指数を導入
(地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
 - ・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
 - ・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

慢性期入院医療の適切な評価

一般病棟における長期療養の適正化

➤ 一般病棟(13:1, 15:1)における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

- ① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。
 - ② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする。
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1	1,761点(1日につき)
(新) 亜急性期入院医療管理料2	1,661点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 栄養サポートチーム加算	100点(週1回)
(新) 緩和ケア診療加算	200点(1日につき)
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

(新) 特定一般病棟入院料	13対1入院料	1,103点
	15対1入院料	945点

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

- 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

(新) 看取り加算
在宅療養支援診療所の場合 2,000点
その他の場合 1,000点

[施設基準] ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

診療所の機能に着目した評価②

有床診療所の柔軟な病床運用

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料における包括的評価の拡充

薬局における薬学的管理指導の充実を図るため、お薬手帳を通じた情報提供、残薬確認、後発医薬品に関する情報提供を包括的に評価する。

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—		・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—		・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供		薬剤情報提供料	廃止

ハイリスク薬について薬学的管理指導項目の明確化

算定要件が不明確であるなどの指摘があることから、ハイリスク薬(要注意薬)服用患者に対し、その効果や関連副作用の有無等の確認すべき内容等を明確化する。

6歳未満の乳幼児への服薬指導に対する評価

6歳未満の乳幼児への服薬指導を充実させるため、乳幼児への服薬指導に対する評価を、薬学管理料の加算として新設する。

(新) 乳幼児服薬指導加算 5点(処方せんの受付1回につき)

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

薬局における取組の評価

- 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供※を評価する。

※ 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。

- 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

現行			➔	改定後		
調剤数量割合	20%	6点		調剤数量割合	22%	5点
	25%	13点			30%	15点
	30%	17点			35%	19点

医療機関における取組の評価等

- 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。

30点（採用品目割合：20%） → 28点（採用品目割合：20%以上）
35点（採用品目割合：30%以上）

- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。

（新） 一般名処方加算 2点（処方せん交付1回）

銘柄名処方（現行）	➔	一般名処方（改定後）
原則、当該銘柄を用いて調剤		有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点



コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器の場合</u>	<u>950点</u>
ロ 16列以上 <u>64列未満</u> のマルチスライス型の機器による場合	<u>900点</u>
ハ <u>4列</u> 以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	<u>780点</u>
ニ イ、ロ、 <u>ハ</u> 以外の場合	<u>600点</u>

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点



磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 <u>3テスラ以上の機器による場合</u>	<u>1,400点</u>
2 1.5テスラ以上 <u>3テスラ未満</u> の機器による場合	<u>1,330点</u>
3 1、2以外の場合	<u>950点</u>

[施設基準]CT撮影の64列以上の場合、MRI撮影の3テスラ以上の場合については、画像診断管理加算2(※)が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

※放射線科を標榜している病院であることや画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていることなど4項目が要件

医療機器の保守管理に関する評価

- 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

人工腎臓の適正な評価

新たな技術の評価及び評価の見直し

- ▶ 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法(オンライン血液透析濾過)を評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

(新)慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,255点(1日につき)

[算定要件] 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合

[施設基準] 透析水質確保加算2(※)を算定していること(※:透析液の水質を確保するため、水質検査を実施するなどの基準を満たした場合の加算)

- ▶ オンライン血液透析濾過では使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点



人工腎臓(1日につき)	
1 透析水質確保加算1	8点
2 透析水質確保加算2	20点

[施設基準]

- ①月1回以上水質検査を実施し、関係学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。
- ②透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

- ▶ 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点



人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、検体検査実施料の引き上げを行う。

例) WT1mRNA核酸増幅検査	2,000点	→	2,520点
細菌培養同定検査 血液, 穿刺液	150点	→	190点
結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点	→	850点

検査区分の細分化

- 1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合に、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

例) プロテインS → プロテインS活性、プロテインS抗原
マイコプラズマ抗体価 → マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量

検体検査名称の見直し

- 標準検査名称・標準検査法名称を参考に検体検査の名称を見直す。

例) 単純ヘルペスウイルス特異抗原 → 単純ヘルペスウイルス抗原定性
梅毒脂質抗原使用検査(定性) → 梅毒血清反応(STS)定性

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

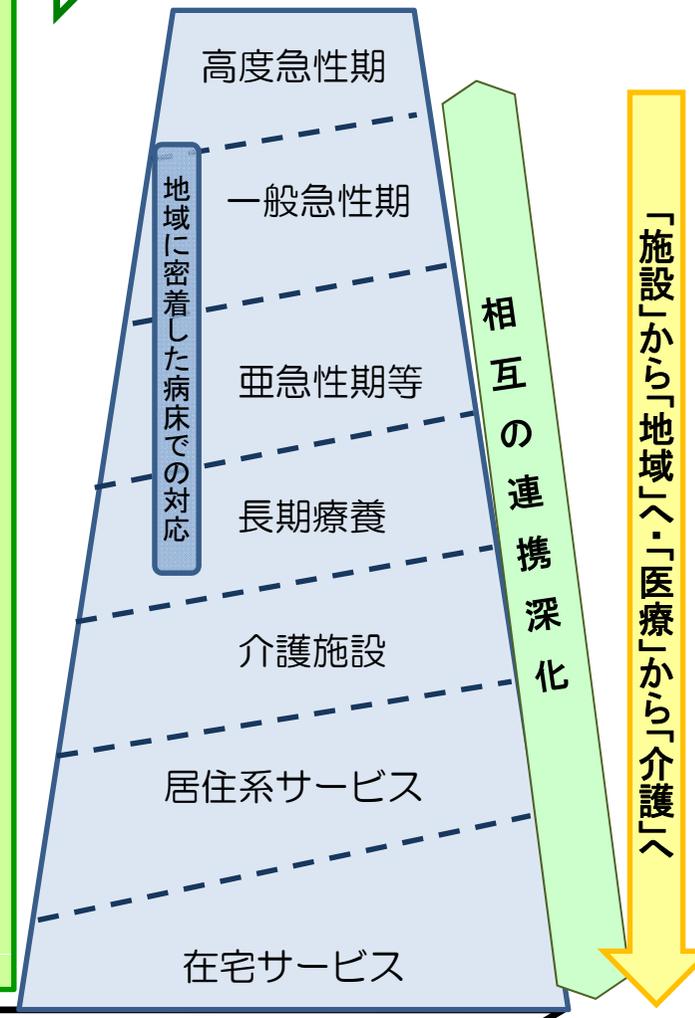
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



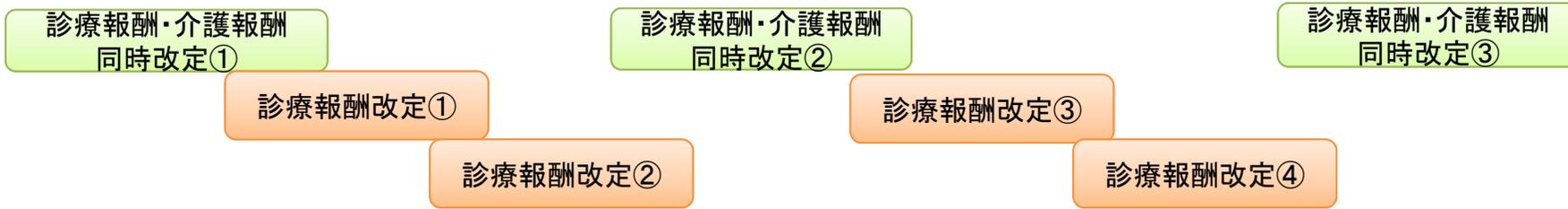
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

改定(予定)



診療報酬の体系的見直し

機能分化・連携・地域特性の明確化

検討内容

入院

- 高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系の検討・実施
- 地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応に対する評価を検討・実施

外来

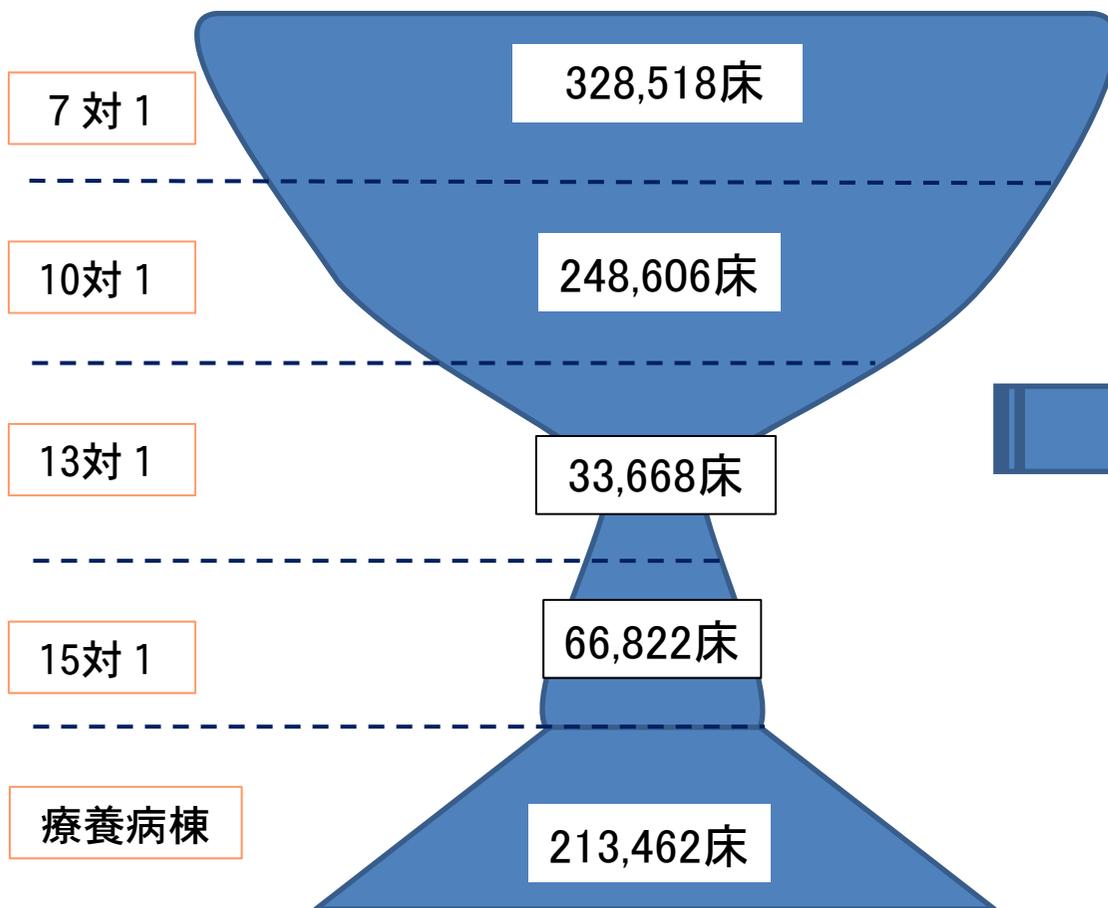
- 外来受診の役割分担に向けた評価の検討・実施
- 専門医療機関等における、専門的な外来やセカンド・オピニオン等の評価を検討・実施
- 診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価を検討・実施 等

在宅

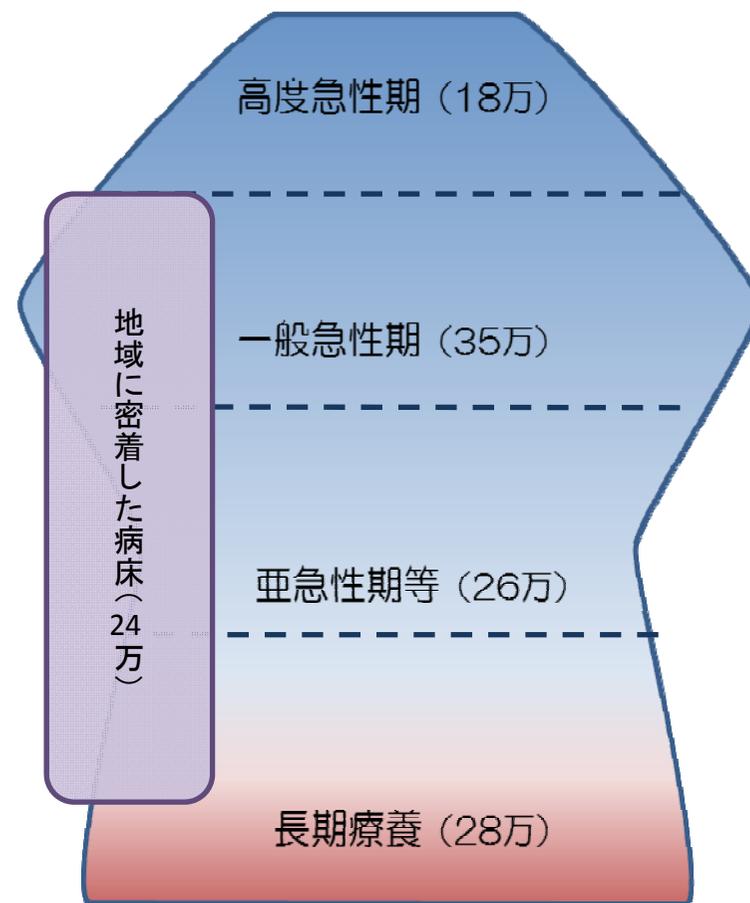
- 在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うための評価を検討・実施
- 在宅を担う医療機関と外来を行う医療機関が連携をとって継続的な診療を行うことについての評価の検討・実施 等

医療・介護サービスのあるべき姿の実現

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>

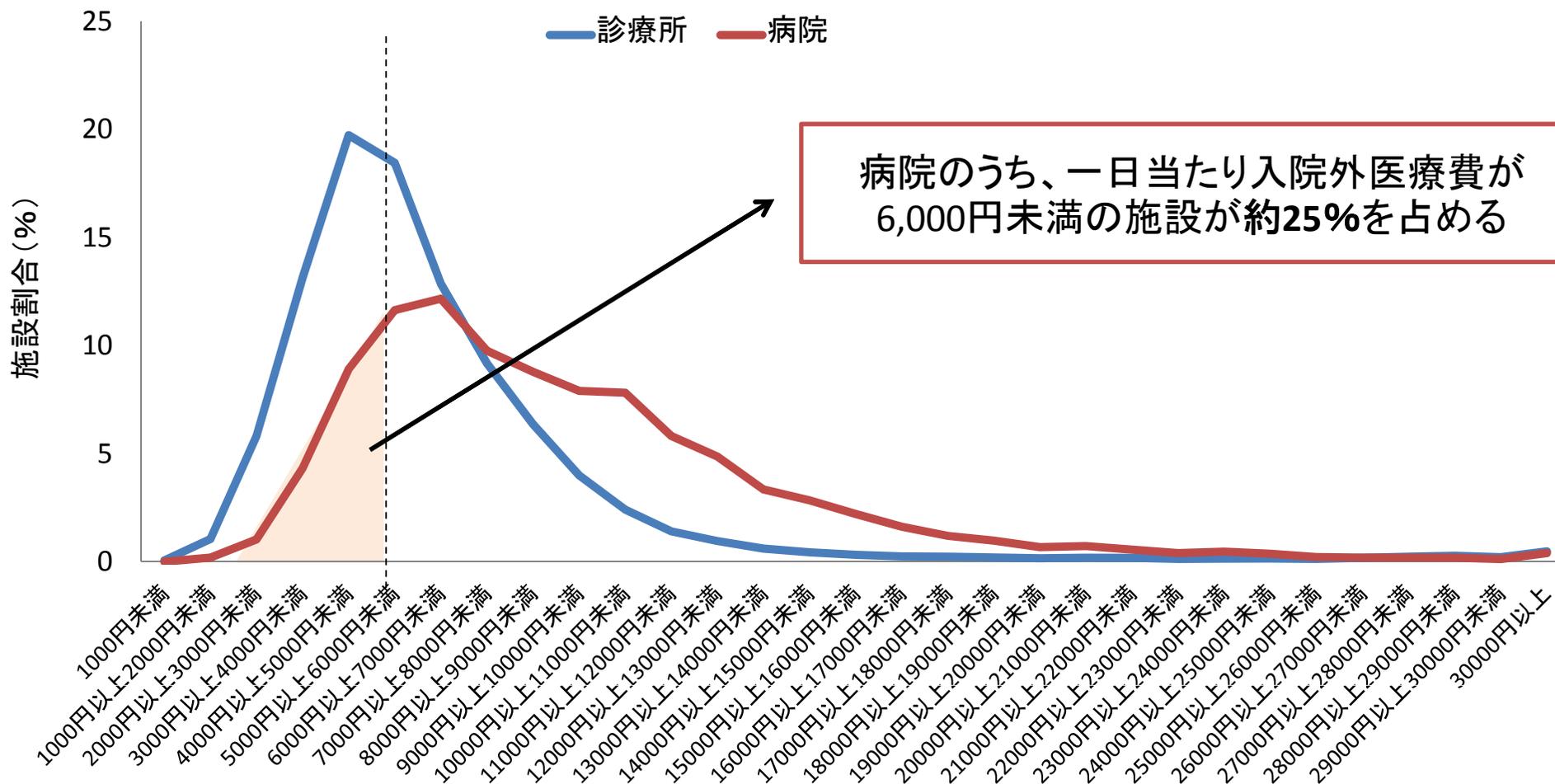


保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

【外来】医療機関別一日あたり入院外医療費

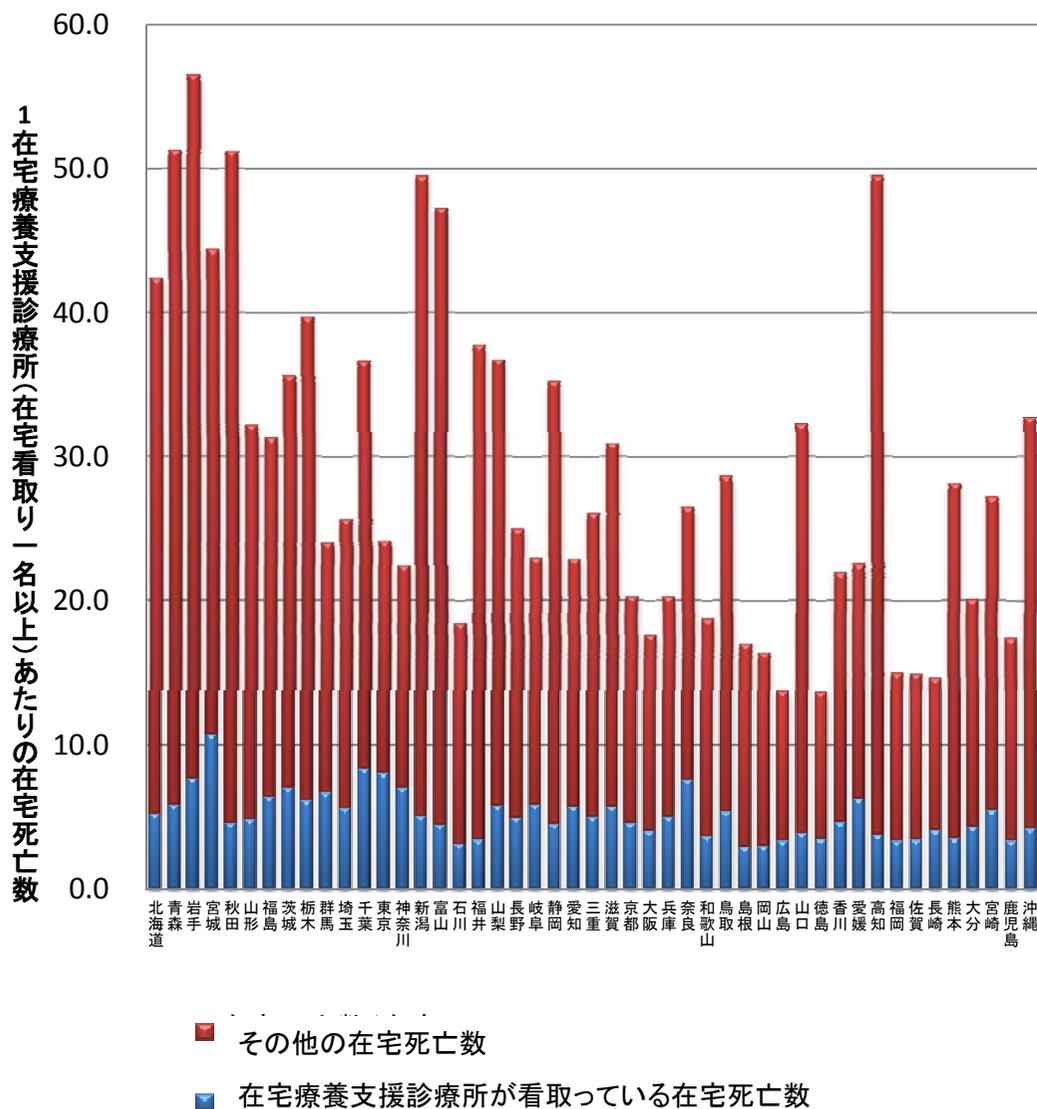
(2010年6月分)



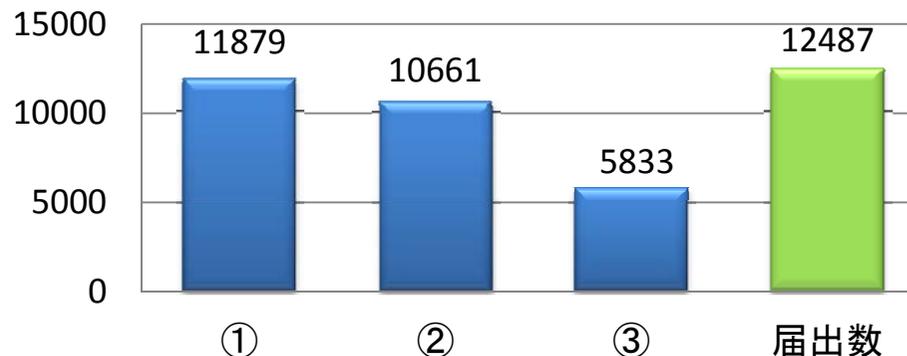
病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

【在宅】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)

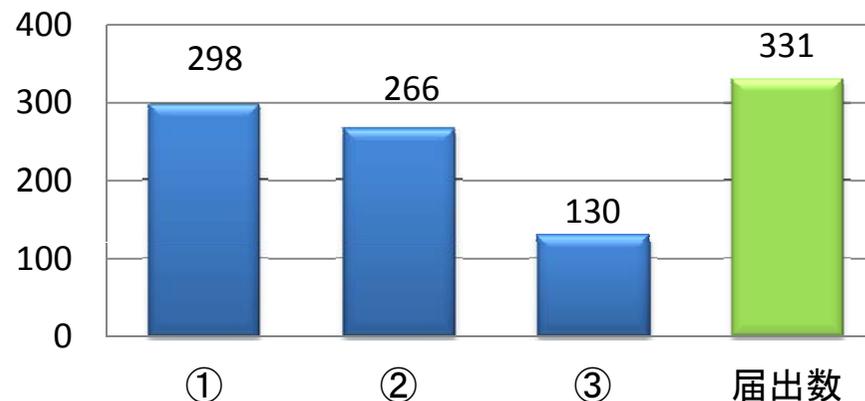
平成23年10月5日
 中医協総会
 資料総-2 p71,72,76



在宅療養支援診療所の内訳
(平成22年)



在宅療養支援病院の内訳
(平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会（第13回）

説明資料

平成24年3月19日

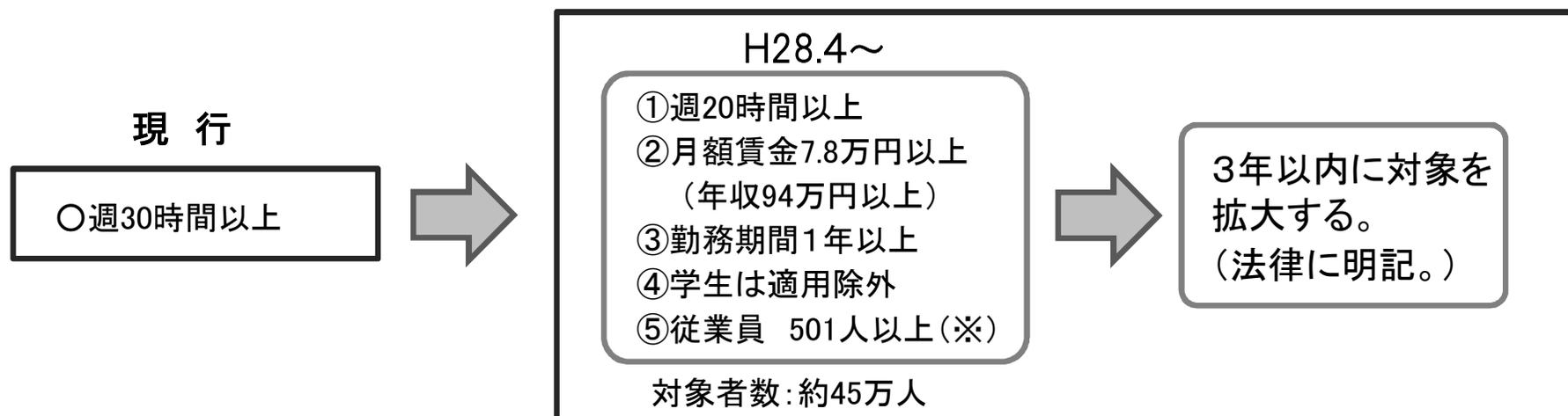
短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大

【適用拡大の考え方】

- 被用者でありながら被用者保険の恩恵を受けられない非正規労働者に社会保険を適用し、セーフティネットを強化することで、社会保険における「格差」を是正。
- 社会保険制度における、働かない方が有利になるような「壁」を除去することで、特に女性の就業意欲を促進して、今後の人口減少社会に備える。

《具体案》

短時間労働者への適用拡大



(※)現行の基準で適用となる被保険者の数で算定。

(参考)平成19年法案の概要(被用者年金一元化法案。自公政権時に提出し、平成21年7月21日衆議院解散により審議未了で廃案。)

① 週20時間以上、②月額9.8万円以上、③勤務期間が1年以上、④学生は適用除外、⑤従業員301人以上

対象者数:約10~20万人

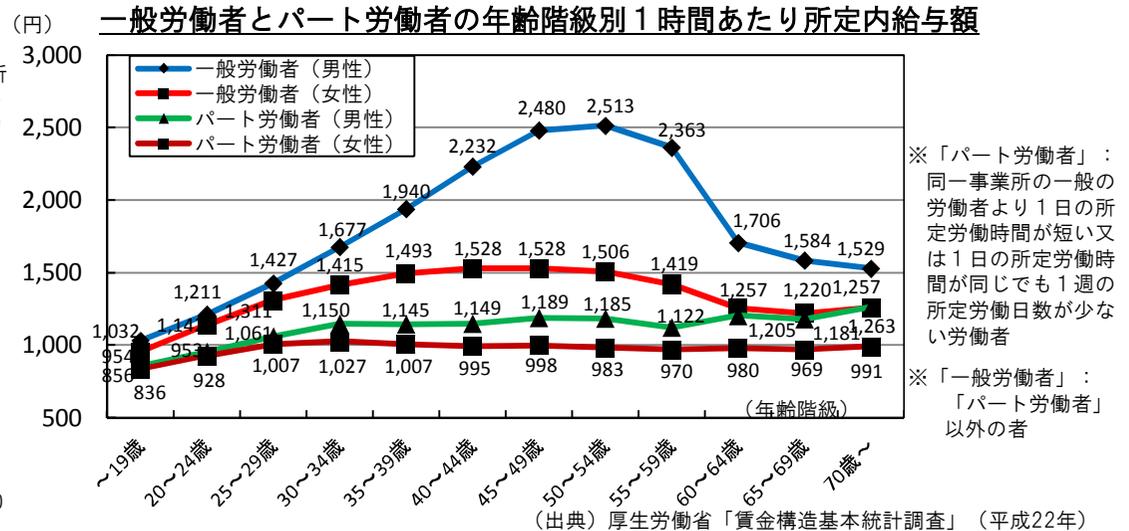
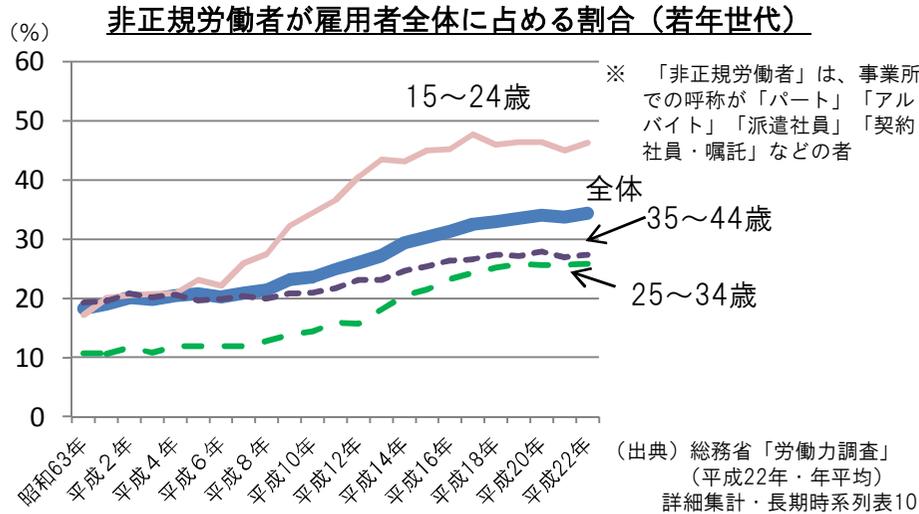
《影響緩和措置》

- 短時間労働者など賃金が高い加入者が多く、その保険料負担が重い医療保険者に対し、その負担を軽減する観点から、賃金が高い加入者の後期支援金・介護納付金の負担について、被用者保険者間で広く分かち合う特例措置を導入し、適用拡大によって生じる保険者の負担を緩和する。

短時間労働者の現状（1）

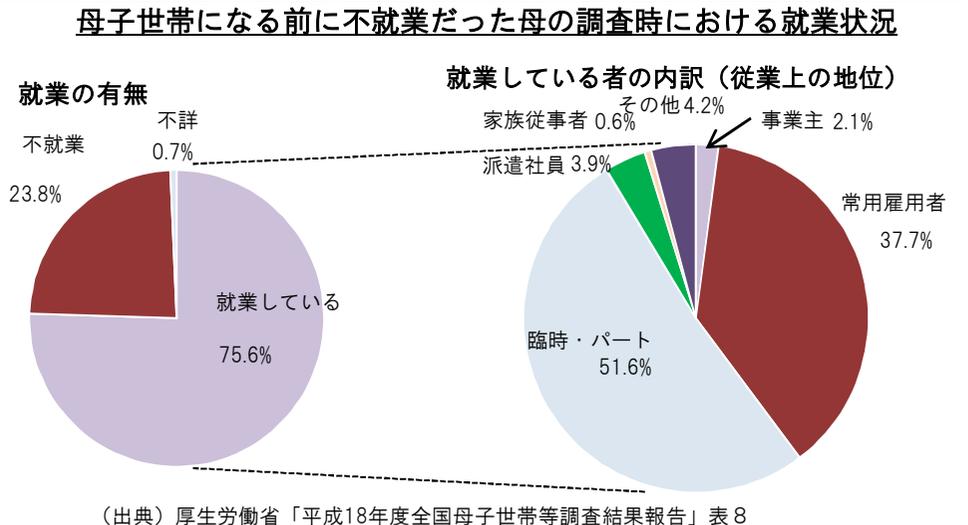
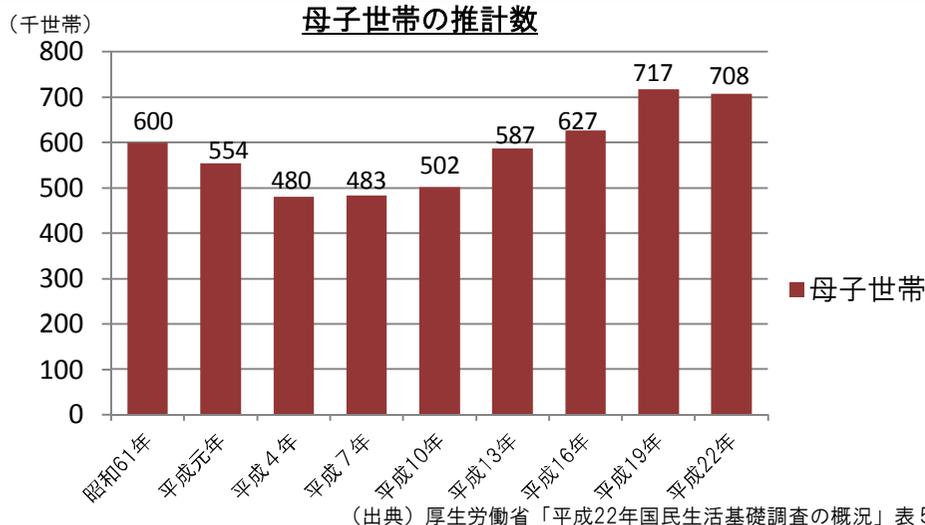
《現状①：非正規労働者が増えている》

- 企業間の競争激化を背景に、若年者を中心に非正規労働者が増加する一方で、正規労働者への転換は進んでいない。
- 非正規労働者は、一般労働者に比して賃金が低くなる（年齢が上がっても給与は上がらない）傾向にある。



《現状②：母子世帯も増えており、多くが非正規労働に従事している》

- 離婚などで単身（母子家庭）となった女性も増加している。特に一度退職した女性が正規労働に就くことは困難。多くが臨時・パートといった非正規労働に従事している。

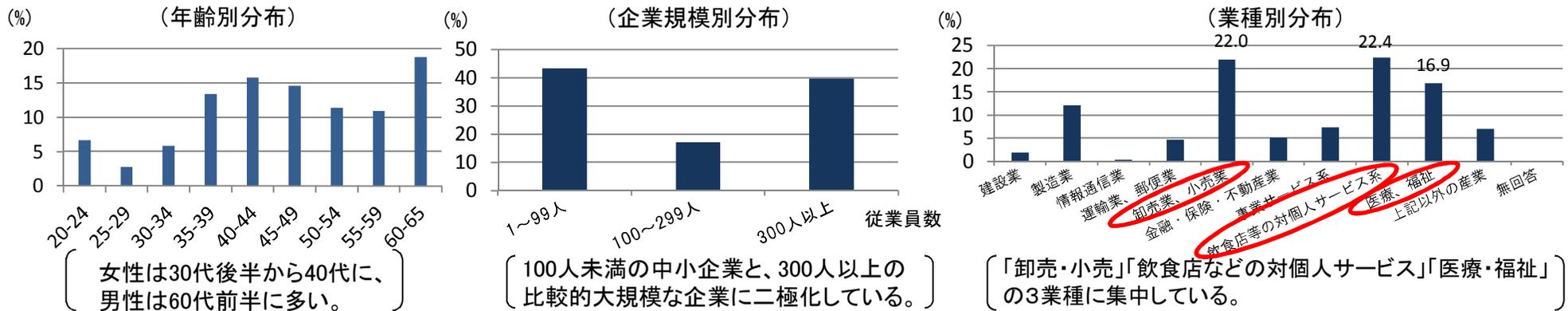


短時間労働者の現状（2）

《現状③：週労働時間30時間未満の非正規労働者は社会保険が適用されていない》

- 短時間労働者は約1400万人。うち週の所定労働時間が30時間以上の者は既に厚生年金・健康保険に加入。
（※）雇用保険では、週の所定労働時間が20時間以上の者も雇用保険に加入。
- 週の所定労働時間が20時間～30時間の者は約400万人。企業規模や業種により偏りがある。

労働時間が20～30時間の労働者の分布



《現状④：現役時代の所得の格差が老後に持ちこされてしまうおそれ》

- 非正規労働者は、厚年・健保の適用にならない方も多く、被扶養配偶者でなければ、国民年金や国保に加入。一般労働者に比べて賃金が低い非正規労働者にとって、国民年金保険料の負担感は重い。
※平成21年時点で、国民年金の第1号被保険者の約4割、国保の被保険者の約3割を「被用者」が占めている。
- 老後には稼得能力を喪失する被用者にとって、基礎年金だけでは老後生活を送るのに十分ではない。また、パート労働者は賃金も低く、公的年金以外に自ら老後に備えることも困難。

《国民年金第1号被保険者の状況》

	H11年調査	H14年調査	H17年調査	H20年調査
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
自営業主	22.6%	17.8%	17.7%	15.9%
家族従業者	11.3%	10.1%	10.5%	10.3%
常用雇用	9.8%	10.6%	12.1%	13.3%
臨時・パート	16.6%	21.0%	24.9%	26.1%
無職	34.9%	34.7%	31.2%	30.6%
不詳	4.8%	5.7%	3.6%	3.8%

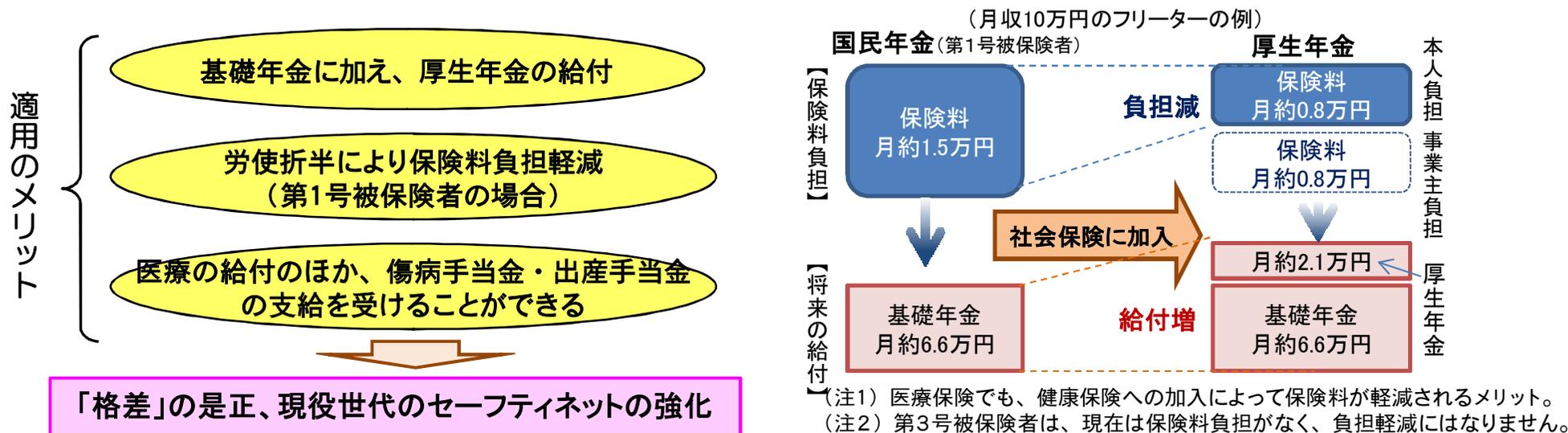
- 国民年金第1号被保険者のうち約4割(39.4%)が、常用雇用及び臨時・パートの者で占められている。
- 平成11年からの推移をみると、常用雇用及び臨時・パートの割合が上昇し、自営業者の割合が低下している。

「常用雇用」正社員の他に、雇用者であって1日の所定労働時間及び1か月の所定労働日数が概ね一般社員に相当する者のことをいう。
「臨時・パート」自営業者・雇用者以外の就業者をいう。登録社員や派遣社員などのフルタイムでない雇用者や、家庭教師のアルバイト、内職などが該当。

資料出所：厚生労働省「国民年金被保険者実態調査」

《見直しの考え方：格差の是正、現役世代のセーフティネットの強化》

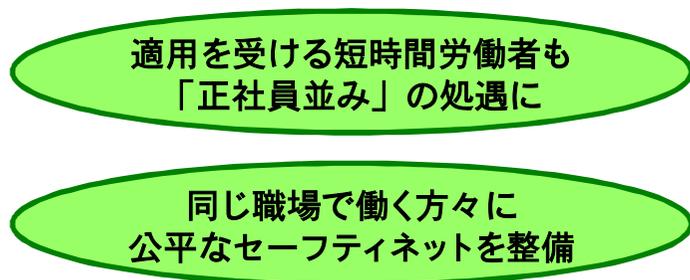
- パート労働者の老後の所得保障を確実にするためには、同じ職場で働く非正規労働者の方に、できるかぎり、所得比例型で、事業主負担も入って将来の給付が手厚くなる厚生年金や、健康保険を適用することで、社会保険の「格差」を是正し、現役世代のセーフティネットを強化していく。
(いま見直しを行わなければ、格差がますます拡大してしまうおそれ)



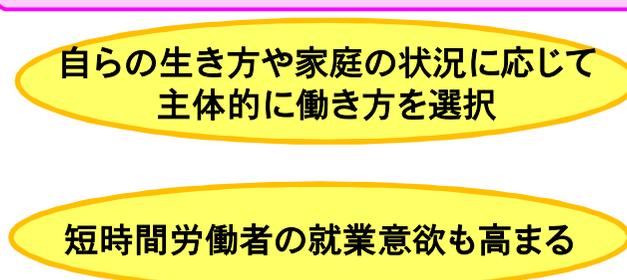
《少子高齢社会への対応》

- 多様な働き方を支える社会保障制度に見直すことで、特に女性の就業意欲も促進し、人口減少社会に備える。

適用拡大による効果



多様な働き方を支える社会保障制度へ



⇒ 人口減少社会にも備える

適用拡大による財政影響の試算

<p>[適用の要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 週20時間以上 ・ 月額賃金7.8万円以上（年収94万円以上） ・ 勤務期間1年以上 ・ 学生を除外 ・ 従業員501人以上の企業に適用（※）

（※）現行の被保険者基準で適用となる被保険者の数で算定。

対象者数 約45万人

<年金>

うち第1号 約10万人
うち第3号 約20万人

（注）対象者数の約45万人には、現在の国民年金第1号被保険者と第3号被保険者のほか、60歳以上の者や20歳未満の者で、新たに厚生年金に適用となる者を含む。

<医療>

うち国保被保険者 約20万人
うち健保被扶養者 約20万人
（健保組合に35万人、協会けんぽに10万人が加入）

○医療保険

	適用拡大による財政影響
協会けんぽ	▲100億円
健保組合	加入者増の影響 700億円 加入者減の影響 ▲300億円 ネット負担 400億円
共済	▲80億円
国保	▲100億円
公費支出	▲400億円
うち国費支出	▲300億円
うち地方負担	▲70億円

○厚生年金

厚生年金	▲100億円 （収入1000億円、支出900億円）
------	------------------------------

○事業主負担

事業主負担	800億円 （年金500億円、医療300億円）
-------	----------------------------

（※1）100億円以上は100億円単位で四捨五入している。

（※2）財政影響はそれぞれ2015年度ベース。後期高齢者支援金は、総報酬割3分の1ベースで試算。

支援金等の特例措置の考え方

- 短時間労働者への社会保険の適用拡大に伴い、流通・小売業や飲食サービスなど短時間労働者の割合が多い一部の業種では、加入者の平均賃金が下がる一方、新しく加入する者の医療費負担に加えて、後期高齢者支援金や介護納付金の負担が増えるため、保険料率も著しく上昇することが見込まれる。
- 短時間労働者など賃金が低い加入者が多く、その保険料負担が重い医療保険者に対し、その負担を軽減する観点から、賃金が低い加入者の後期支援金・介護納付金の負担について、被用者保険者間で広く分かち合う特例措置を導入し、適用拡大によって生じる医療保険者の負担を緩和する。

具体的な調整措置

- 短時間労働者には低所得者が多いことにかんがみ、各保険者に加入者数で按分されている後期支援金（加入者割分）・介護納付金の算定において、被用者の月額報酬（標準報酬月額と標準賞与額の年平均額）が標準報酬月額に換算して9.8万円（報酬額ベースで10.1万円）未満の者とその被扶養者の人数を補正する（※1、2）。これによる負担減少分については、被用者保険内で分かち合う。
 - （※1）例えば、特例措置の対象となる低所得者の人数を、0.1人に調整すれば負担も0.1人分に、0.2人に調整すれば負担も0.2人分に緩和される。これによる負担減分は、全被用者保険で薄く広く負担。なお、調整の規模は、適用拡大による健保組合ごとの影響を精査しながら、施行までに設定する。
 - （※2）標準報酬月額9.8万円以下の被保険者（協会けんぽ約50万人、健保組合約3万人）は、現在でも、週40時間よりも勤務時間が短い短時間労働者であり、適用拡大による短時間労働者の支援金のみを調整するのは公平でないことや、現在の保険者の実務では適用拡大による短時間労働者だけを個別に把握することが難しいことを勘案し、標準報酬月額第5等級（9.8万円）以下の者を対象とする。
週40時間の報酬月額：最低賃金（沖縄645円）×週40時間×約4.1週＝10.6万円 → 標準報酬第6等級（10.4万円）以上となる。
- この措置は、当分の間の措置であり、適用拡大による保険者への影響等を勘案しつつ、段階的に解消する。

適用拡大による健康保険の保険者への影響

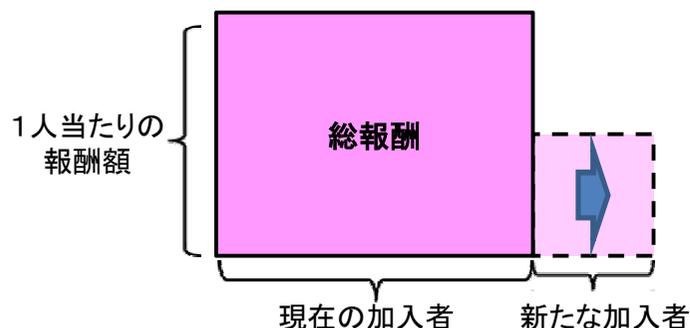
- 飲食サービスや小売業など、短時間労働者の割合が高い業種は、加入者の平均賃金も他の業種と比較して低い傾向がある。このような業種の保険者では、短時間労働者の適用拡大で、さらに平均賃金が下がる一方、保険給付費等の負担が増えるなど、保険者財政の負担が大きくなる。
- 短時間労働者の割合が低い業種では、適用拡大で被扶養者が脱退することにより、その被扶養者の保険給付費と高齢者医療費等の拠出金の負担が減るため、保険者財政が改善する。

適用拡大で財政が悪化する保険者

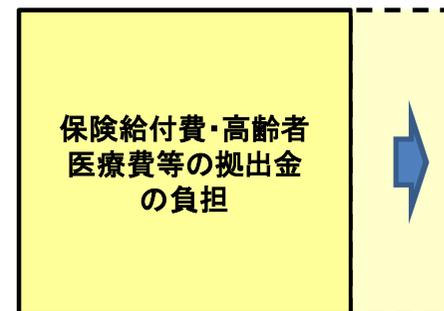
業種：飲食サービス、流通、小売業など

特徴：平均賃金が低く、保険料率が高い

→ 新たな加入者の保険料収入で、保険給付費等の増加を賄うことができない。
保険財政が悪化。



加入者が増えることにより
保険給付費等の負担が増える

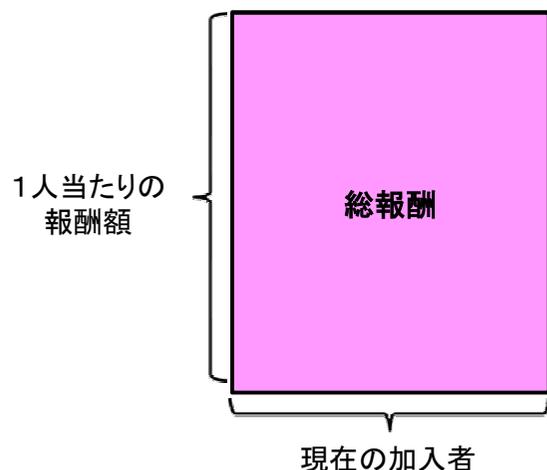


適用拡大で財政が改善する保険者

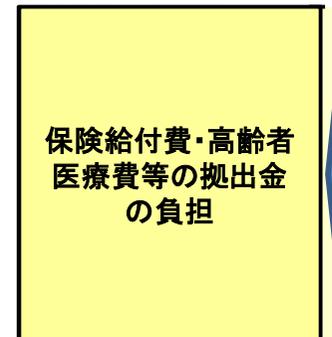
パートがほとんどいない業種

特徴：給与が相対的に高い
(=保険料率が相対的に低い)

→ 被扶養者が脱退することにより、保険給付費等が減り、保険財政が改善。

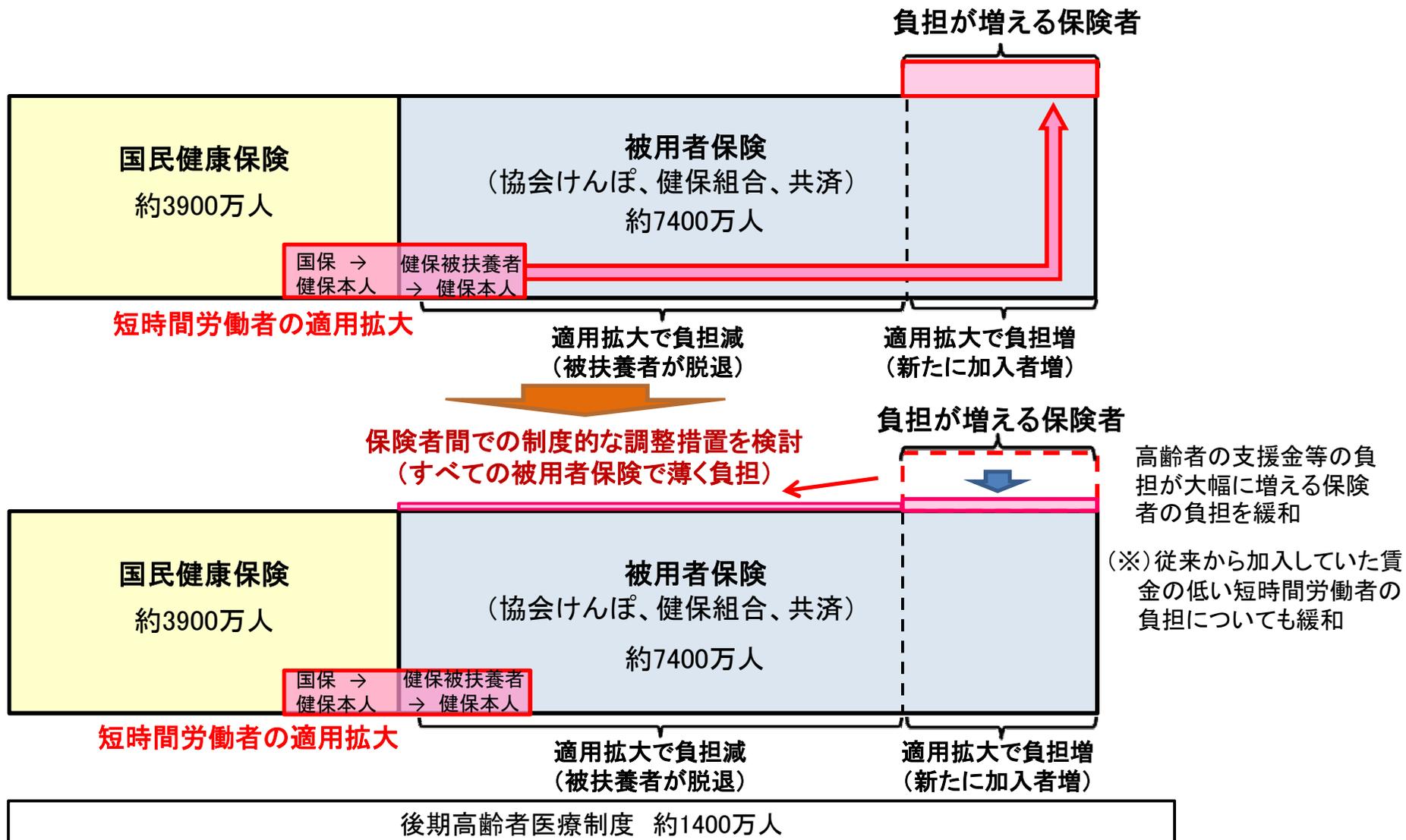


被扶養者が脱退することにより
保険給付費等の負担が減る



高齢者支援金等の特例的な調整措置のイメージ

- 短時間労働者など賃金が高い加入者が多く、その保険料負担が重い医療保険者に対し、その負担を軽減する観点から、賃金が高い加入者の後期支援金・介護納付金の負担について、被用者保険者間で広く分かち合う特例措置を導入し、適用拡大によって生じる医療保険者の負担を緩和する。



- 短時間労働者の適用拡大により、流通・小売業や飲食・ホテルサービスなど、短時間労働者の割合が多い一部の業種でつくる健保組合は、加入者の平均賃金さが下がる一方、新しく加入する者の医療費負担に加えて、高齢者医療費等の拠出金の負担が増えるため、保険料率が著しく上昇することが見込まれる。
- 短時間労働者の割合が多い健保組合の中には、保険料率が2%～3%程度上昇が見込まれる組合もあり、これを放置した場合、解散するおそれがある。
 (参考1)健康保険法上の保険料率の上限:12.0%
 (参考2)例えば、月収25万円の場合、月5千円～7千円程度、保険料負担が増える(これを事業主と本人で折半)。

保険者の加入者1人当たりの平均的な費用

保険給付費 約13.5万円	前期納付金 約7.1万円	後期支援金 約5.9万円	介護納付金 約6.5万円	計 約33.0万円
---------------	--------------	--------------	--------------	-----------

- (※1)保険給付費、前期納付金等、2015年度ベースの試算。協会けんぽは、現行制度では、16.4%の国庫補助がある。
- (※2)後期支援金は、国保と健保との間で加入者按分した一人当たりの負担額。被用者保険では、現行制度では、このうちの3分の1を保険者間で総報酬割、3分の2を加入者割する。

短時間労働者の保険料収入(1人当たり)

保険料収入 約10.8万円	保険者財政で新たに負担が必要
---------------	----------------

- (※3)年収102万円(月8.5万円)、健康保険料率9.0%、介護保険料率1.6%の場合
 (保険料率は、小売・飲食の健保組合の2011年度予算ベースの見通しを参考に設定)



既加入者と新たな加入者の保険料率を引き上げて収支を均衡させる必要

- (※4)例えば、既加入者の平均年収が400万円、新規加入者の平均年収が100万円の場合で、新規加入者の人数が既加入者の3割～4割程度の健保組合では、健康保険料率・介護保険料率を2%程度引き上げる必要がある。
- (※5)適用拡大で被扶養者が脱退する場合、その被扶養者の分の保険給付費と拠出金等の負担がなくなるので、保険財政は改善する。

短時間労働者の割合が多い企業数・健保組合数（イメージ）

社会保障審議会 短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会 第13回

全産業

法人数：約205万法人
（うち従業員数1000人以上 約3900法人）

健保組合 1447組合 協会けんぽ（1保険者）
（平成24年3月現在）

雇用者数に占める非正規労働者（週労働時間15～29時間）の割合が30%を超える業種：宿泊業・飲食サービス業
15～20%の業種：卸売業・小売業、生活関連サービス業・娯楽業、サービス業（他に分類されないもの）
10～15%の業種：医療・福祉、不動産業・物品賃貸業
（※）平成22年労働力調査による抽出

法人数：約115万法人
うち非正規労働者が30%を超える業種 約10万法人
15～20%の業種 約76万法人

健保組合：約100～120組合（物流を除くと約60～70組合）
うち飲食サービス 約10組合
小売（※1） 約40～50組合
ホテル・レジャー 約10～20組合
物流・運送（※2） 約40～50組合

上記業種で従業員数300人以上

法人数：約8400法人
うち非正規労働者が 30%を超える業種 約1000法人
15～20%の業種 約5300法人

上記業種で300人以上と1000人以上の法人の分布から推計すると、従業員500人の法人数は約4000法人と推計される。

上記業種で従業員数1000人以上

法人数：約1900法人
うち非正規労働者が 30%を超える業種 約300法人
15～20%の業種 約1400法人

健保組合：約80組合（物流を除くと約40組合）
うち飲食サービス 約10組合
小売（※1） 約40組合
ホテル・レジャー 約10組合
物流・運送（※2） 約20組合

（参考）法人数は「平成21年経済センサス」から算出。

（※1）健保組合の「小売」は、自動車・石油製品・木材・穀物・飲料自動販売を除く。

10（※2）健保組合の「物流・運送」は、航空・鉄道・海運・石油輸送・自動車輸送を除く。

業種別に抽出した健保組合数から、複数企業で設立する組合と、単一企業で設立する組合で千人未満のものを除いて推計。

參考資料

社会保障・税一体改革素案における記載

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

3. 医療・介護等②

(2)短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 4. II (6)の短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を実施する。
- ☆ 被用者保険の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える影響や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

4. 年金

II 現行制度の改善

(6)短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

- 働き方に中立的な制度を目指し、かつ、現在国民年金に加入している 非正規雇用者の将来の年金権を確立するため、厚生年金適用事業所で使用される短時間労働者について、厚生年金の適用を拡大する。
- 3. (2)の被用者保険への適用拡大と併せて実施する。
- ☆ 厚生年金の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える効果や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。
- ☆ 第3号被保険者制度の見直し、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

(これまでの主な意見)

※下線部は第12回特別部会で追加された意見(次頁以降に同じ。)

- ・被用者は被用者にふさわしい社会保障を確保する観点から、原則としてすべての短時間労働者に適用拡大が行われるべきであるが、当面の対応として、労働時間や収入に基づいた適用基準により適用拡大を図っていくべきではないか。
- ・短時間労働者の働き方は様々であるが、適用基準の検討に当たっては、短時間労働者といえども労働者であり、広く労働者にふさわしい社会保険の適用対象としていくことを基本とすべき。これは、短時間労働者が広く社会保険の支え手になることにもつながるのではないか。
- ・適用拡大の目的を明確にした上で、第3号被保険者や学生、受給者などについて、適用拡大の必要性を考えるべき。とりわけ、第3号被保険者を対象とすることは社会的影響が大きいのではないか。
- ・長期的には人口減少社会の中で就業人口を増やせるような、また、所得階層の中間層を厚くしていけるような制度を構築することが必要である。
- ・雇用への影響が避けられず、地域経済や国際競争力の維持といった観点からも考えなければならない。
- ・中小企業については、その経営、雇用等の状況から、適用除外とするべき。
- ・週の労働時間、賃金水準、雇用見込み期間、学生の扱い、企業規模、中小企業の適用猶予については、少なくとも平成19年法案より対象を広げるべきではない。

○平成19年法案の内容を参考に、以下の項目について検討

- ・週の労働時間
- ・賃金水準
- ・雇用期間・雇用見込み期間
- ・労働者の属性(学生)
- ・企業規模（→ 適用拡大の論点Ⅲ）
- ・その他

○週の労働時間

（現在の基準）

- ・1日又は1週の所定労働時間及び1月の所定労働日数が当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者の所定労働時間及び所定労働日数のおおむね4分の3以上である就労者については、原則として健康保険及び厚生年金保険の被保険者として取り扱う

平成19年法案における取扱い

- ・週の所定労働時間が20時間以上であること

（考え方）

- 「時間」は有限（万人にとって1日は24時間）であり、一般に、特定の時間には1つの活動しか行い得ないことから、ある短時間労働者が厚生年金・健康保険の適用対象にふさわしい「被用者」としての実態を備えているか否か、事業主の事業活動と一定以上の関係性を有しているか否かを判断する基準として、事業所における拘束時間、すなわち「労働時間」の長短は、最も基本的な要素になる。
- こうした観点からは、平均的に見て労働時間が相当程度短い者については適用を除外することが考えられる。具体的基準としては、当面は、雇用保険の短時間就労者の取扱いを考慮して「週の所定労働時間が20時間以上の者」とすることが適当。

※（考え方）は、パート労働者の厚生年金適用に関するワーキンググループ報告書（平成19年3月）の抜粋（一部修正含む）。
以下、特段の記載がない限り同様。

（これまでの主な意見）

- ・雇用保険制度でも20時間を適用基準としていること、労働時間が20時間以上の者と20時間未満の者とでその属性が異なっていることから、20時間は一つのベースとなるのではないか。
- ・短時間労働者の働き方は様々であるが、適用基準の検討に当たっては、短時間労働者といえども労働者であり、広く労働者にふさわしい社会保険の適用対象としていくことを基本とすべき。これは、短時間労働者が広く社会保険の支え手になることにもつながるのではないか。
- ・適用拡大の目的を明確にした上で、第3号被保険者や学生、受給者などについて、適用拡大の必要性を考えるべき。とりわけ、第3号被保険者を対象とすることは社会的影響が大きいのではないか。
- ・適用基準を考える際には、労働者としての企業や社会に対する貢献度を考慮すべきであり、その観点から、労働時間と雇用期間は基準に用いることが適当ではないか。

○賃金水準

平成19年法案における取扱い

・賃金が月額98,000円以上であること

（考え方）

- 国民年金保険料と厚生年金保険料の最低水準との均衡に留意し、一定額以上の賃金を得ていることをメルクマールとすることが考えられる。
- 新たに適用を受ける短時間労働者が厚生年金・健康保険が適用されている他の労働者との間で連帯感が保てるかどうかという観点からも、一定額以上の賃金を得ていることをメルクマールとすることも考えられる。
- 賃金額が相当程度低い労働者から本人負担分の保険料を徴収すると、これまで保険料の負担を求められていなかった短時間労働者にとっての負担感は無視できない要素になる。
- 事業主が一定以上の賃金を支払っていることを、事業活動への当該短時間労働者の貢献のメルクマールとすることも考えられる。

（これまでの主な意見）

- ・被用者は被用者にふさわしい社会保障を確保する観点から、原則としてすべての短時間労働者に適用拡大が行われるべきであるが、当面の対応として、労働時間や収入に基づいた適用基準により適用拡大を図っていくべきではないか。
- ・適正なセーフティネットに入っていない者を中心に考えるなど適用拡大の対象を明確化すべき。
- ・被用者である第1号被保険者のうち、主たる生計者である者については、確実に適用拡大を行うべき。
- ・適用拡大の目的を明確にした上で、第3号被保険者や学生、受給者などについて、適用拡大の必要性を考えるべき。とりわけ、第3号被保険者を対象とすることは社会的影響が大きいのではないか。

（これまでの主な意見）

- ・賃金水準は、就業調整を招くおそれがあるし、労務管理も煩雑になるので、基本的には設定しない方が良いが、設定する場合には、最低賃金ベースである程度の時間就労すれば適用となるくらいの水準に設定すべき。
- ・本来的には年収要件や勤務期間要件は必要なく、週20時間という労働時間の要件を基本とすべきであるが、現実的な観点から段階的に適用拡大を図る必要があるのではないか。
- ・第1号被保険者である被用者について適用拡大を図る観点から賃金水準を検討すべき。収入分布をみると80万～90万に27%あり、現実的な基準案になるのではないか。
- ・賃金水準を考慮する際、年金財政への影響や、標準報酬下限引き下げに伴う国民年金の保険料とのバランスを踏まえるべきではないか。
- ・適用基準の設定によりどのような者が対象となるのかを示しながら検討を行うべき。
- ・厚生年金の標準報酬月額の下限を引き下げると国民年金より低い保険料でより多くの給付を支給することになり、不公平ではないか。

○雇用期間・雇用見込み期間

（現在の基準）

- ・臨時に使用される者であって、2月以内の期間を定めて使用される者は厚生年金・健康保険の被保険者としない。

平成19年法案における取扱い

・勤務期間が1年以上であること

（考え方）

- パート労働者は、一般的に正社員（フルタイム労働者）に比べて、入職・離職が激しく、勤続期間が短いなど、流動性が高い実態にある。事業主団体からも、「パート労働者は正社員に比べて企業定着率が低い」という指摘があった。
- あまりに頻繁に入離職を行う者について事業主に負担を求めることは、事務手続に係る事業主負担が過大になるおそれがある。
- 以上のことから、新たに適用対象となるパート労働者については、当面、雇用保険など他制度の例も参考にしつつ、現在適用されている臨時雇用者の適用要件（2か月）よりある程度長い一定以上の勤務期間を要件として設定することも考えられる。

（これまでの主な意見）

- ・雇用保険の適用基準を参考とする場合でも、雇用見込みの基準(31日以上)については、企業の適用事務が繁雑になるため、慎重な検討が必要である。
- ・通常の被保険者の要件(2か月以上)に合わせることも本来の考え方であるが、短時間労働者の雇用期間の現実を踏まえて検討を行うこともできるのではないか。

（これまでの主な意見）

- ・社会保険料は雇用保険のような概算払いではなく、短期間で離転職を繰り返す短時間労働者に社会保険を適用する事務負担の増大は深刻に考えることが必要。そうした就業実態が過小評価されている。番号制度により対象者を正確に把握するなどの対応の上で適用拡大を行わないと、短時間労働者の割合が高い企業等にとって極めて深刻な事態となるおそれがあるのではないか。
- ・年金・医療保険は雇用保険と異なり、資格喪失後に、労働者側でも、国民年金の被保険者資格の種別変更や、国民健康保険等への加入制度の変更が生じるため、資格管理の問題も考慮した検討が必要。
- ・短時間労働者として適用基準の議論がなされている20～30時間労働の者と、従来より被保険者として適用されている30時間以上の労働者とで、離転職の頻度の違いはあまり大きくないのではないか。

○学生の取扱い

平成19年法案における取扱い

- ・学生は適用対象外とする。

※大学、短大、高校、高専、専修学校、各種学校（1年以上課程）等の学生
（考え方）

学生については、アルバイト収入を基礎として厚生年金による長期の所得保障を行う必要性は必ずしも高くないこと。（「パート労働者に対する厚生年金適用の拡大について」平成19年4月26日社会保障審議会年金部会資料）

※労働時間が20時間～30時間である短時間労働者約400万人のうち、学生は40万人程度である。

（これまでの主な意見）

- ・適用拡大の目的を明確にした上で、第3号被保険者や学生、受給者などについて、適用拡大の必要性を考えるべき。
- ・学生がアルバイトを終了するたびに資格変更が生じる可能性があり、企業にとっても本人にとっても手続きが煩雑となるおそれがあることから、例えば昼間学生は適用除外とする考え方はあるのではないか。
- ・外国人留学生の取扱いについても考慮して検討するべき。
- ・学生を適用除外とすることは実務上煩雑であると考えられる。一定の労働時間があるのであれば、学生であっても被用者であると言えるのではないか。
- ・現行の「4分の3」基準においては、学生を対象外としていないこととの均衡を考慮すべき。

○年金の受給資格を満たしている60歳以上の者の取扱い

（現在の基準）

- ・短時間労働者ではない被保険者については、適用事業所に勤務すれば厚生年金は70歳まで強制適用
- （※）健康保険は74歳までは強制適用（被用者保険に入らない場合は国保）、75歳からは後期高齢者医療制度に加入

平成19年法案における取扱い

- ・特段の措置は講じていない。

（これまでの主な意見）

- ・適用拡大の目的を明確にした上で、第3号被保険者や学生、受給者などについて、適用拡大の必要性を考えるべき。
- ・65歳までの雇用継続を義務づけていくのであれば、60歳以上の者の働き方も多様化することが見込まれる。業種によって影響はあるかも知れないが、適用の対象とするべき。
- ・週20時間以上働いていれば労働者と言えることから、属性を考慮する必要はない。
- ・支給開始年齢の引上げが行われていること、65歳以上の調整基準は46万円であることから、在職老齢年金を考慮してもさほど影響はないのではないかと。

○第3号被保険者の取扱い(追加)

平成19年法案における取扱い

- ・特段の措置は講じていない。

(これまでの主な意見)

- ・社会保険の適用拡大により、被用者である第3号被保険者の数は相当程度縮減することが見込まれる。その上で、第3号被保険者制度の在り方全体については別途検討を行うべき。
- ・第3号被保険者を適用拡大の対象とすると企業への影響が大きい。セーフティネットの拡大という目的からは第3号被保険者は適用拡大の対象から外すべきではないか。
- ・第3号被保険者を適用対象外とすることは、事業主負担を回避するために企業が第3号被保険者しか雇用しないということにもなりかねず、むしろ社会的な影響が大きいのではないか。
- ・パート労働者への調査結果からすれば、必ずしも第3号被保険者のままで良いという者ばかりではない。適用拡大は属性を問わず中立的に行うべき。

○医療保険に関する論点

- ・地域保険に、本来被用者保険に加入すべき被用者が多く加入している現状
- ・医療保険では、どの制度に加入しても同じ医療給付が受けられる
- ・被用者保険の被保険者は現金給付（傷病手当金、出産手当金）を受けられる

平成19年法案における取扱い

- ・厚生年金・健康保険ともに同一の適用基準とした。

（これまでの主な意見）

- ・適用拡大に当たっては、保険者や労使間の合意形成が重要である。
- ・医療保険は制度間の被保険者の移動が全体に影響を与えるため、適用拡大による医療保険制度全体の姿がどうなるかについて確認することが必要。

- 短時間労働者が、保険料の負担増を避けるため、新たな基準以下の就業（労働時間の短縮等）に移行する可能性
- 企業が、事業主負担を抑えるため、雇用自体を抑制したり、短時間労働者に新たな基準以下の就業（労働時間の短縮等）を求めたりする可能性
- 短時間労働者の処遇面（給与等）に与える影響

（これまでの主な意見）

- ・長期的には人口減少社会の中で就業人口を増やせるような、また、所得階層の中間層を厚くしていけるような制度を構築することが必要である。
- ・雇用への影響が避けられず、地域経済や国際競争力の維持といった観点からも考えなければならぬ。
- ・適用拡大によって現在発生している就業調整が緩和されれば、人材活用の向上を通じて企業経営が改善されることはあり得る。

- 「企業規模」による取扱いの差異
- 「業種」による取扱いの差異
- 企業の事業主負担の激変緩和策の必要性
- 社会保険の適用事務負担
- 医療保険者の財政悪化
- 負担の大きい業種や企業に対する雇用政策、産業政策

平成19年法案における取扱い

- ①施行まで一定の期間をおき、従業員が300人以下の中小零細事業主には新たな基準の適用を猶予。
- ②業種については、特段の措置を講じず。

（考え方）

- 適用拡大によって事業主に新たに生じる保険料負担コストは、中長期的には十分調整可能であると考えられるが、短期的には事業主にとっての金銭的なコストが一時的に増大することは確実。
- 企業経営に重大な影響を及ぼして雇用にも悪影響が生じることは望ましくないことから、激変を緩和するような配慮措置が考えられる。
- まず適用拡大に当たって、事業主がこれまで長期間にわたって構築してきた人材配置の仕組みや賃金水準の見直しを行うための時間を確保できるよう、施行まで十分な期間を設けることが考えられる。
- また、厚生年金は被用者の老後の所得保障のための仕組みであり、本来は就業する企業の属性にかかわらず、すべての被用者が適用を受けることが望ましいが、適用拡大による影響は規模の小さい企業の方が相対的に大きいと考えられることから、適用拡大に当たっては一定規模未満の中小企業について、一定期間適用を猶予する措置を設けることが考えられる。

（これまでの主な意見）

- ・正規雇用の多い業種が負担している社会保険料について、短時間労働者を多く雇用している業種はその負担を免れている不公平がある。
- ・総理大臣の指示や国会答弁に「中小企業の雇用等への影響にも配慮」とあることに留意が必要ではないか。
- ・中小企業の多くは、社会保険適用拡大に伴う負担を商品価格に転嫁することは難しいのではないか。
- ・社会保険料は企業にとって当然負担すべき必要コストであって、どう軽減するかという視点ではなく、企業が負担できるようにどう支援するかという視点で考える必要がある。
- ・同じ働き方をしているも勤務先によって適用の有無が分かれる、といった労働者間の不公平がないような基準設定を目指すほか、適用逃れが起こらないようにすべき。
- ・中小企業については、その経営、雇用等の状況から、適用除外とするべき。
- ・分かりやすさや公平性の観点から、すべての企業を対象にすべきである。
- ・適用除外は設けるべきではないが、激変緩和の観点から段階的な拡大があり得るのではないか。
- ・段階的拡大のほかに保険料率を当初は軽減することも一案だが、年金はともかく医療保険では対応が難しい。システム上の問題もあるのではないか。

（これまでの主な意見）

- ・いずれの医療保険者（被用者保険）も財政状況は厳しく、特に健保組合については、これ以上負担が増えれば解散する可能性もある。
- ・適用拡大により被保険者の人数が増えると、後期高齢者支援金等の支出が増すこととなるため、保険者の負担が増加することとなる。
- ・適用拡大の基準について検討するには、財政影響の試算が必要であり、提示の上で議論を行うべきである。
- ・医療保険に財政影響があることはわかるが、公平性の議論とは分けて考えるべきである。適用拡大を行うことにより、社会保険をライフスタイルに中立的な制度とすることは重要である。
- ・適用拡大により負担が重くなる健保もある一方で、被扶養者が減ることにより負担が減る健保もある。そうした変化を踏まえた支援措置を考えるべき。
- ・医療保険は保険者ごとに保険料率が異なる。協会けんぽに加入している中小零細の事業主の方が高い保険料率を負担している点について配慮が必要である。
- ・適用拡大による公費削減効果があると思われることから、それを用いて激変緩和の観点から何らかの財政措置が考えられるのではないか。
- ・ 協会けんぽは大幅な保険料率の引き上げを行っており、何らかの財政改善措置がセットで行われることが必要。
- ・ 適用手続の事務負担について、大企業より中小企業の方が負担感は大いのではないか。
- ・ 短時間労働者の雇用比率が高い企業へのヒアリングで得られた感触からすれば、賃金体系等の変更も含め、適用拡大に当たっては少なくとも2年くらいの準備期間を設けることが必要ではないか。
- ・ 消費税の引上げが予定されているタイミングであることも考慮し、適用拡大の実施時期については慎重に検討するべき。

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・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、低所得者対策）

（2）短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

○ 4. II（6）の短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を実施する。

☆ 被用者保険の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える影響や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

4. 年金

（6）短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

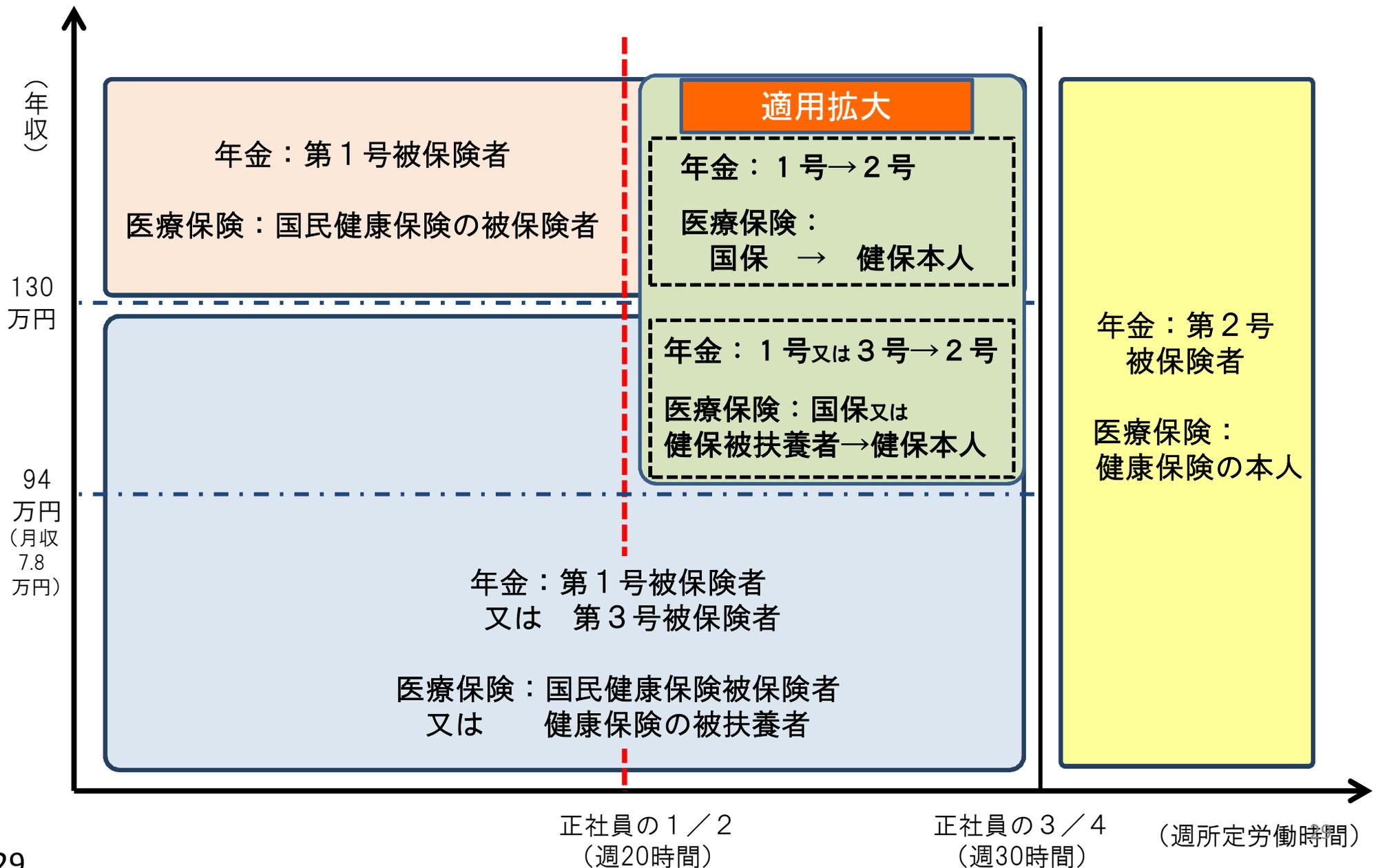
○ 働き方に中立的な制度を目指し、かつ、現在国民年金に加入している非正規雇用者の将来の年金権を確立するため、厚生年金適用事業所で使用される短時間労働者について、厚生年金の適用を拡大する。

3.（2）の被用者保険への適用拡大と併せて実施する。

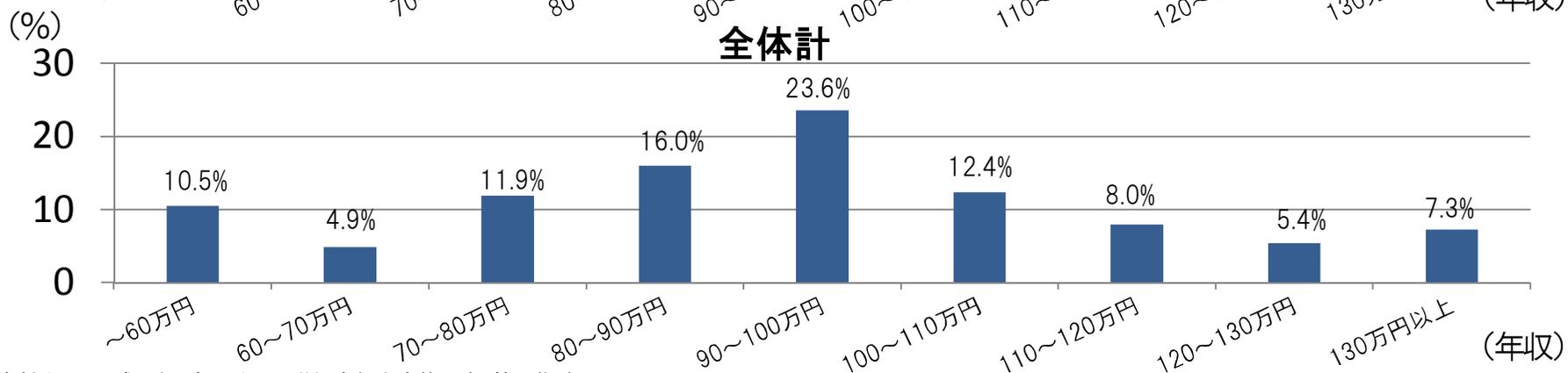
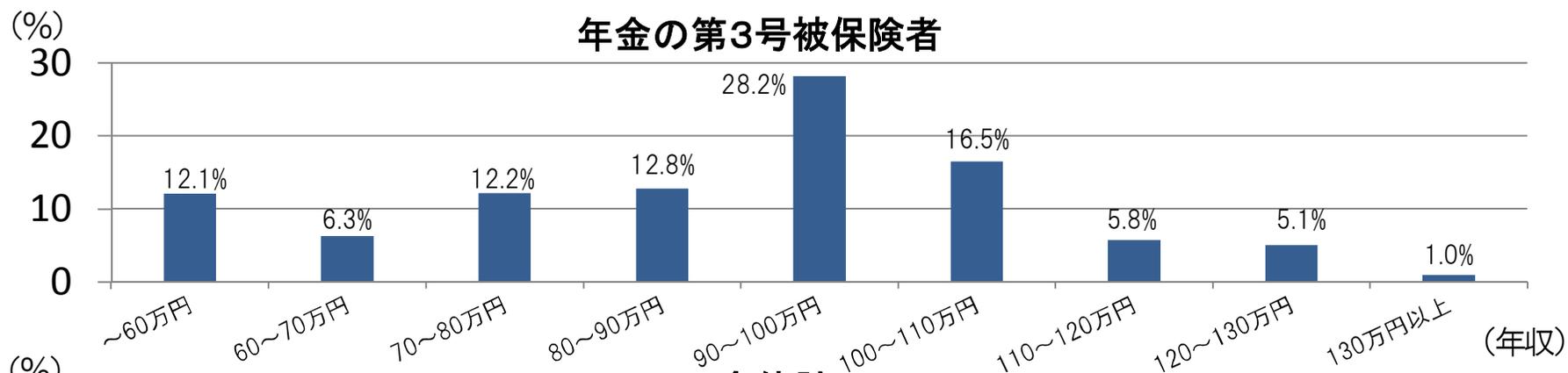
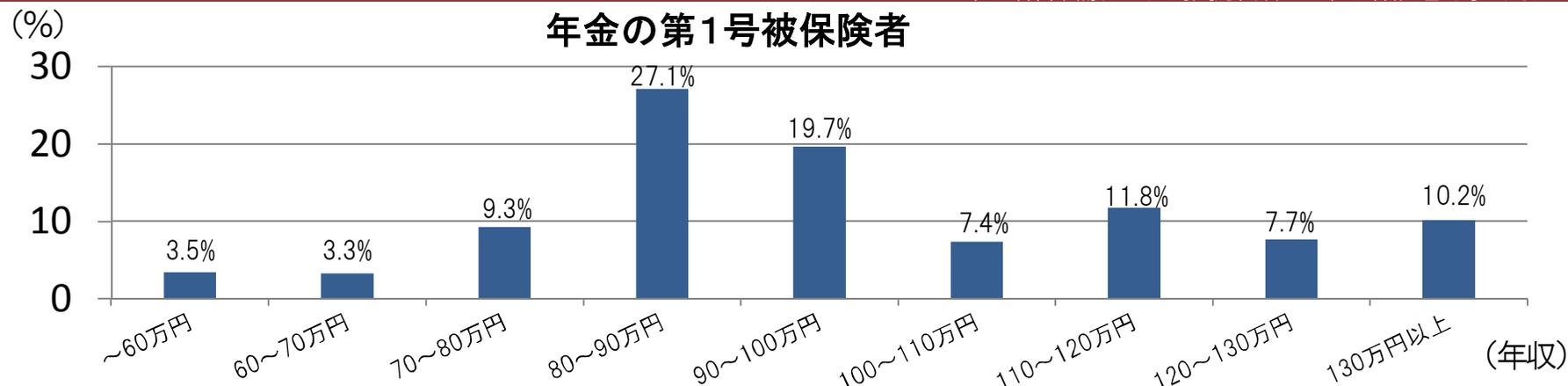
☆ 厚生年金の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える効果や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

☆ 第3号被保険者制度の見直し、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

現在の適用の要件、適用拡大で加入する制度の変化（労働者の場合）



年収別人数分布（週所定労働時間が20～30時間である者）



（資料出所）平成18年 パートタイム労働者総合実態調査（特別集計）

（注1）年収は、前年（平成17年1月～12月）にパート等として働いて得た収入。また、年収無しおよび所得不詳の者を除いている。なお、実際の第3号被保険者の認定は、現年の収入で行っている。

（注2）全体計には第2号被保険者のほか、年金制度非加入者（主に20歳未満の者及び60歳以上の者）が含まれている。（注3）平均年収は年収分布を用いて総報酬額を推計したものである。

図2.11-2 公的年金保険の加入状況と厚生年金保険への加入に対する考え

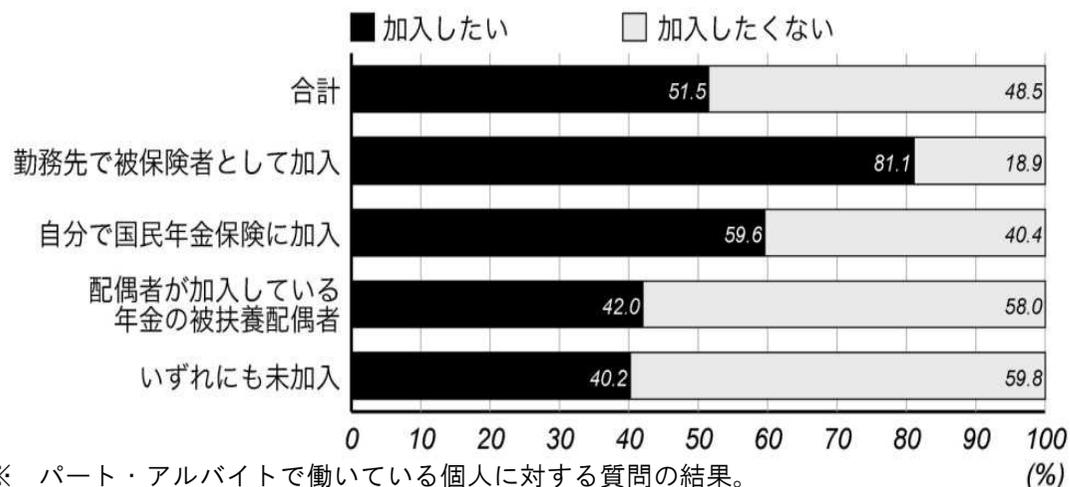
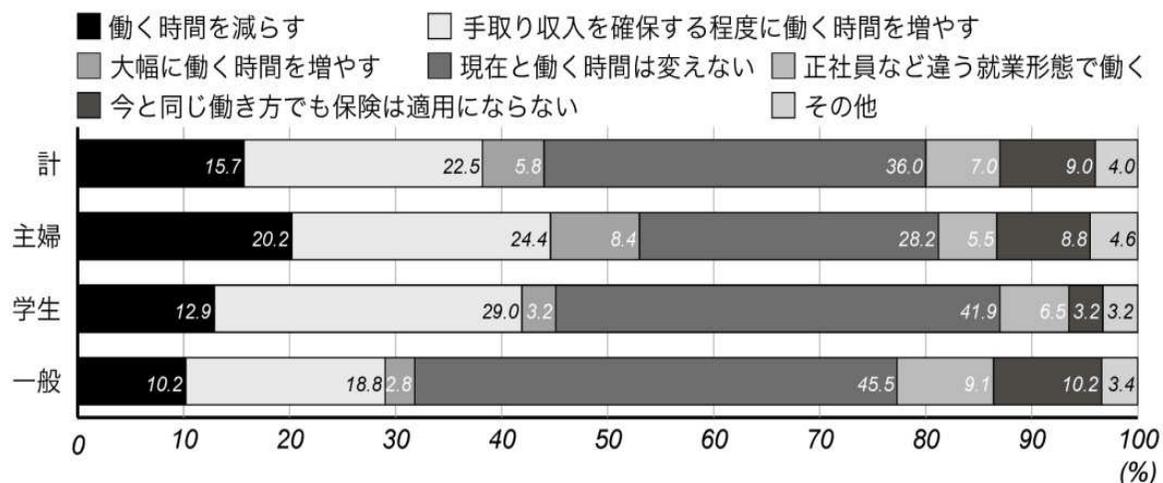


図2.13-1 厚生年金保険適用拡大後の働き方



※厚生年金保険改正後の加入要件である週20時間以上働いていると回答した者のうち、公的年金保険の加入状況の設問で、「被保険者として加入している」及び「わからない」と回答した者を除いて集計

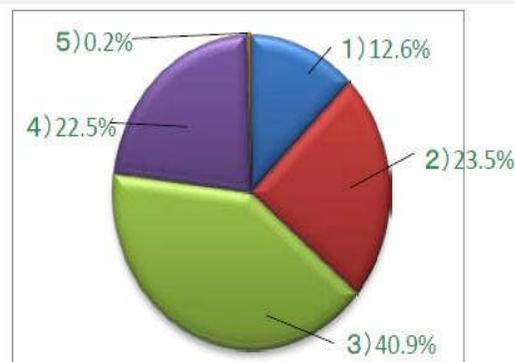
※ この調査は、株式会社アイデム人と仕事研究所が、平成19年に実施した本人に対する調査資料である。
 (出典) 株式会社アイデム人と仕事研究所「平成19年版パートタイマー白書」2. 労働時間と社会保険

社会保険適用に対する短時間労働者の意識②（流通・小売系事業主団体による調査結果）

【質問1】

最近の政府・与党の話し合いの中で、週に20時間以上働くパートタイマーの皆さんを新たに厚生年金保険や健康保険に加入させようという考え方が示されました。これから法律が改正されて、パートタイマーの皆さんがこれらの保険に加入することになったら、老後の年金をもらうことができるなどのメリットがある代わりに、毎月保険料を負担しなければなりません。このような制度に新たに加入することについて、あなたはどのように思いますか。

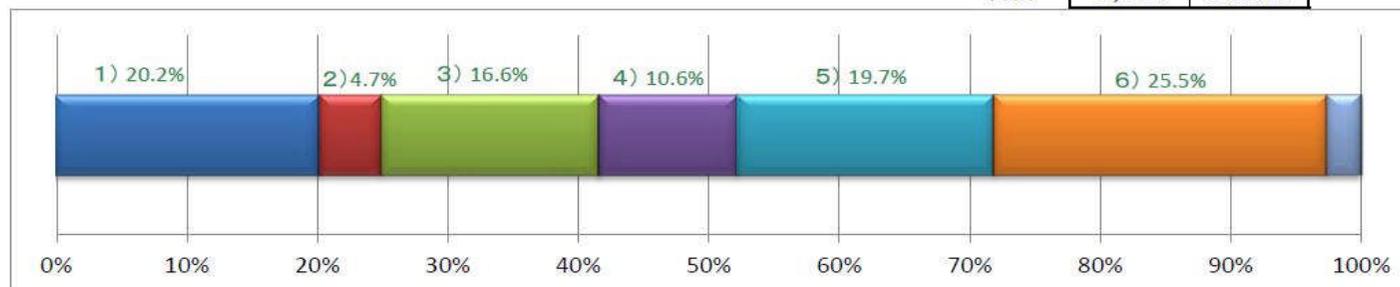
1) 賛成である	218	12.6%
2) どちらかという賛成である	406	23.5%
3) どちらかという反対である	707	40.9%
4) 反対である	389	22.5%
5) その他	3	0.2%
「回答なし」	7	0.4%
合計	1,730	100.0%



【質問3】

仮に、週に20時間以上働くパートタイマーの皆さんが厚生年金保険や健康保険に加入することが正式に決定されたら、あなたはどのようにしますか。

1) 月収の13%程度の保険料を支払っても、現在の勤めを続ける	350	20.2%
2) 保険料を支払うならば、(その会社でも別の会社でも) 正社員として働くようにする	82	4.7%
3) 保険料を支払わないで済むような短い時間などで働くようにする	288	16.6%
4) 月収(手取り額)と保険料の支払いとのバランスを考えて、割に合わなければパートの勤めを辞めてしまう	183	10.6%
5) 家族などに相談してどのように働くか(働かないか)を決める	341	19.7%
6) 今のところは何ともいえない	441	25.5%
「回答なし」ほか	45	2.6%
合計	1,730	100.0%



対象者1人あたりの厚生年金財政への影響（年額）

【第1号被保険者からの厚生年金適用の場合】

対象者の総報酬月額 の平均	厚生年金財政の 保険料収入の増加 (労使合計)	厚生年金財政の 支出増分	厚生年金財政の	
			基礎年金分	報酬比例分
6万円と仮定する場合	13.2万円	27.6万円	20.3万円	7.3万円
8万円と仮定する場合	17.6万円	30.0万円	20.3万円	9.7万円
10万円と仮定する場合	22.0万円	32.4万円	20.3万円	12.1万円

【第3号被保険者等からの厚生年金適用の場合】

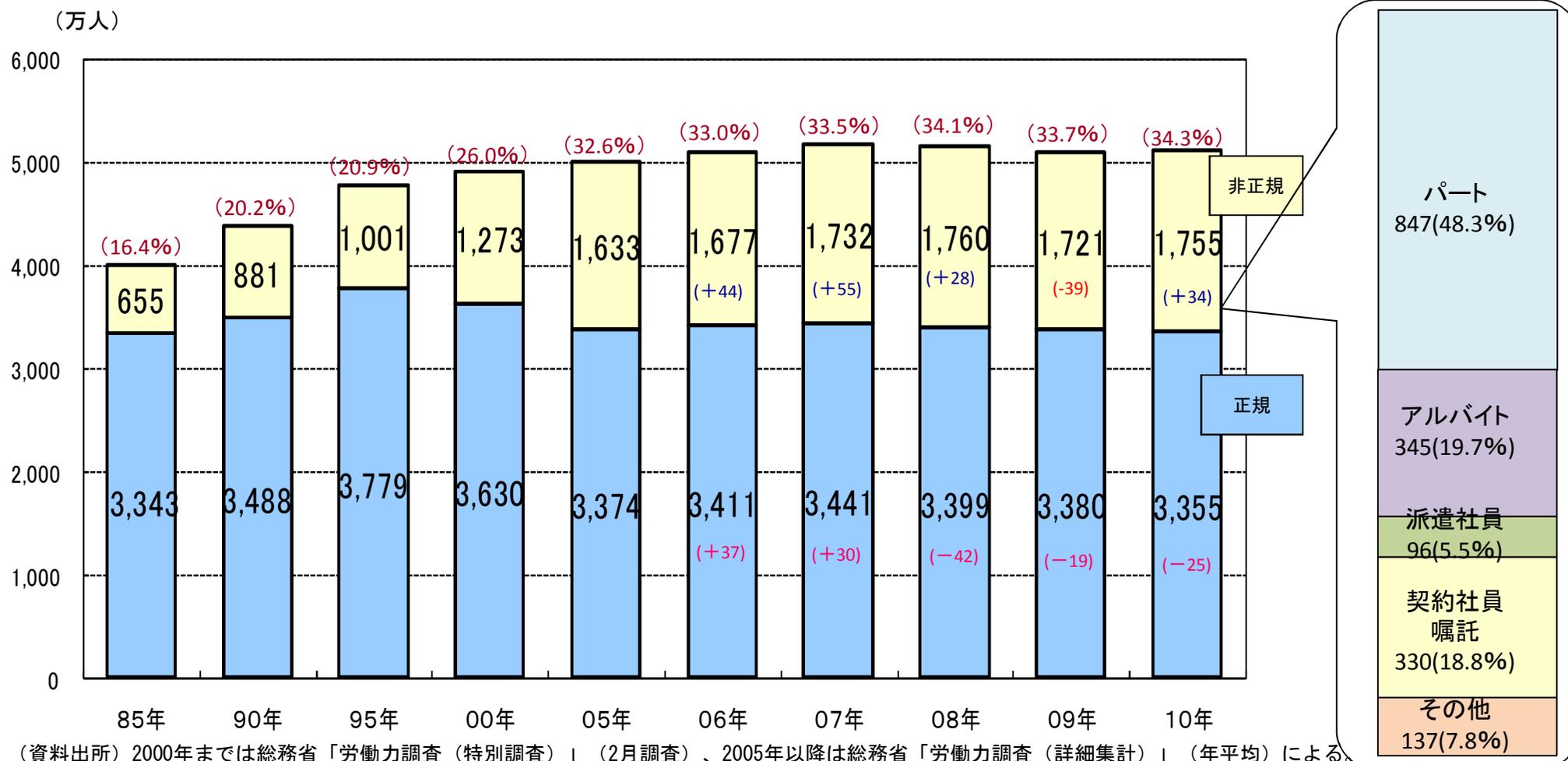
対象者の総報酬月額 の平均	厚生年金財政の 保険料収入の増加 (労使合計)	厚生年金財政の 支出増分	厚生年金財政の	
			基礎年金分	報酬比例分
6万円と仮定する場合	13.2万円	7.3万円	0円	7.3万円
8万円と仮定する場合	17.6万円	9.7万円	0円	9.7万円
10万円と仮定する場合	22.0万円	12.1万円	0円	12.1万円

ただし、上表の算定にあたっては、

- (1) 保険料収入は、制度成熟時を想定して、厚生年金の最終保険料率18.3%を各々の総報酬月額に乗じて12倍。
- (2) 基礎年金分の支出増分は、基礎年金拠出金の単価に代わるものとして国民年金の最終保険料月額16,900円(平成16年度価格)を用い、対象者のうち第1号被保険者については、厚生年金が新たにこの額を負担することになるものとみなして算定。
(16,900円×12月 = 20.3万円)
- (3) 報酬比例分の支出増分は、当該総報酬月額で1年間加入することに伴い増加する年金の総額(平成16年度価格)を受給期間24年として算出。なお、算出にあたっては、可処分所得割合の変化率として0.95、裁定後における年金額の改定が物価スライドであることの財政効果(約1割)、マクロ経済スライドによる給付水準調整割合(約1割)を反映。
(8万円×5.481/1000×12月×24年×0.95×0.9×0.9 = 9.7万円)

正規労働者と非正規労働者の数の推移

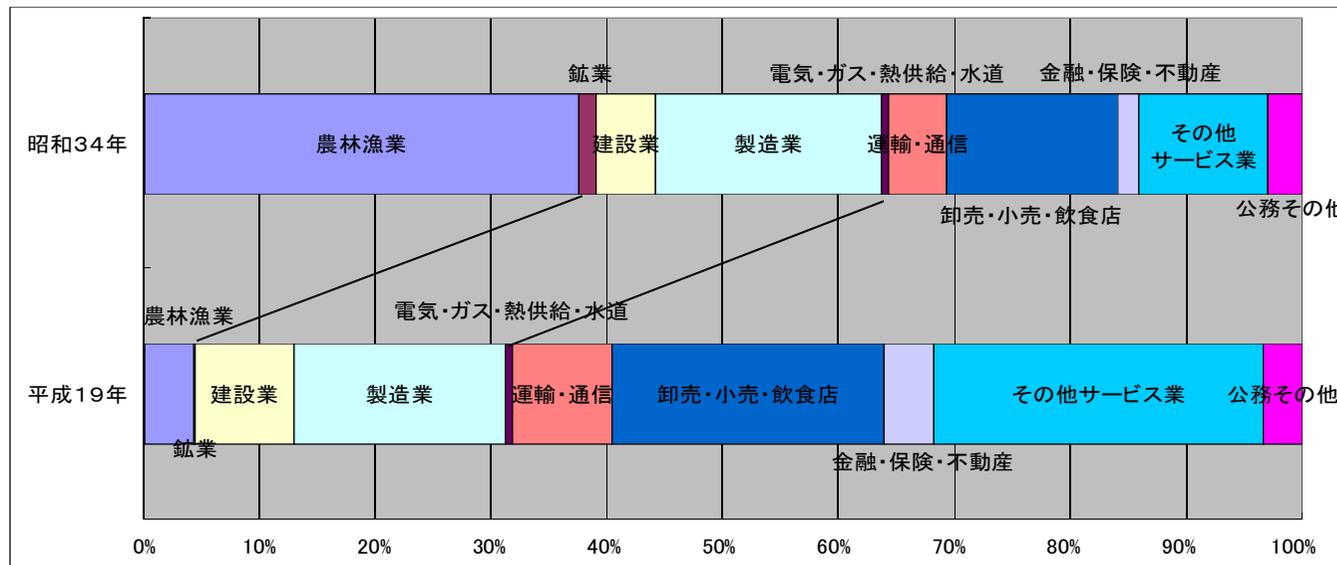
- 正規の職員・従業員は近年減少傾向。
- 2010年において、非正規の職員・従業員割合は、比較可能な2002年以降で最高の水準。
- 2010年において、派遣労働者は前年に比べ12万人減少。



国民年金制度が発足した昭和30年代と現在を比べると、産業構造や就業構造は大きく変化している。

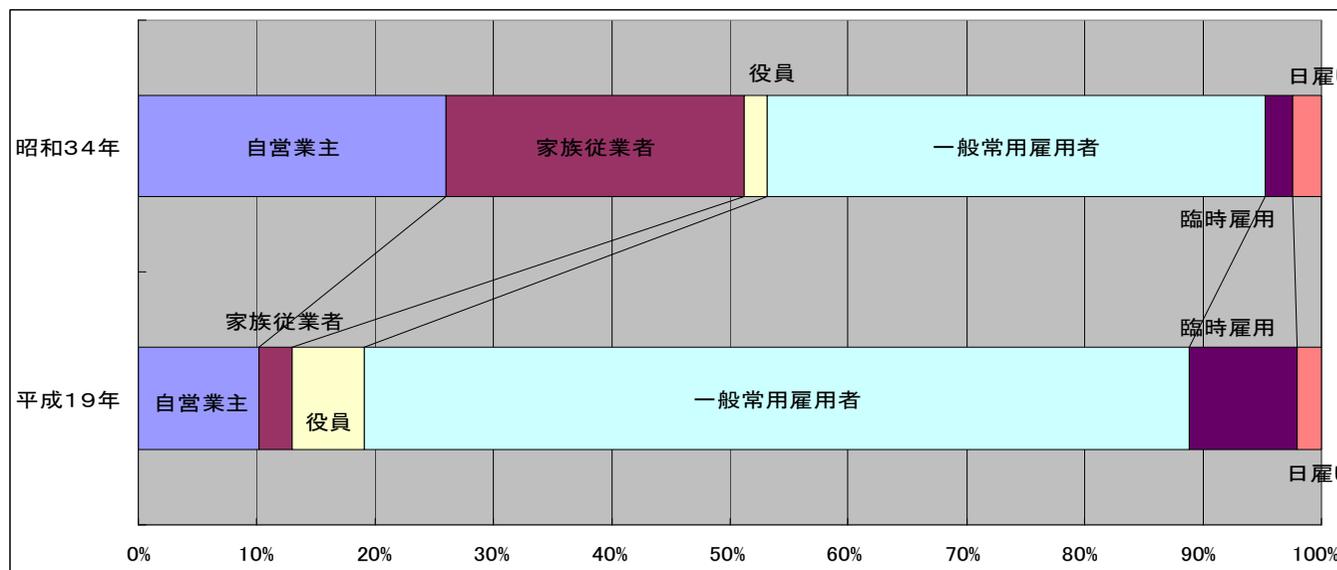
産業別有業者割合の変化

第1次産業は大きく減少し、第3次産業が全体の約7割を占めるに至っている



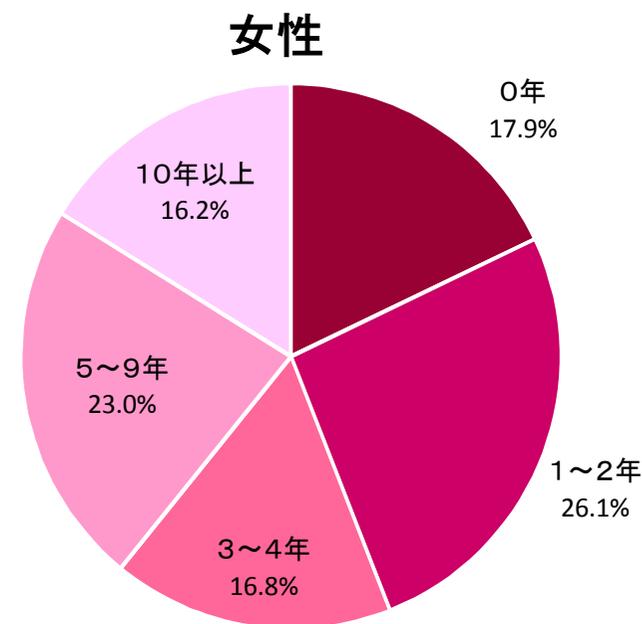
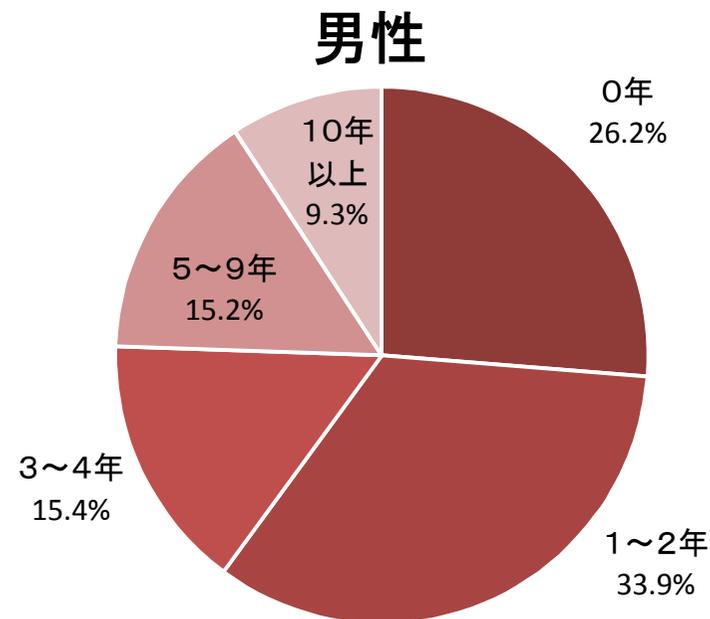
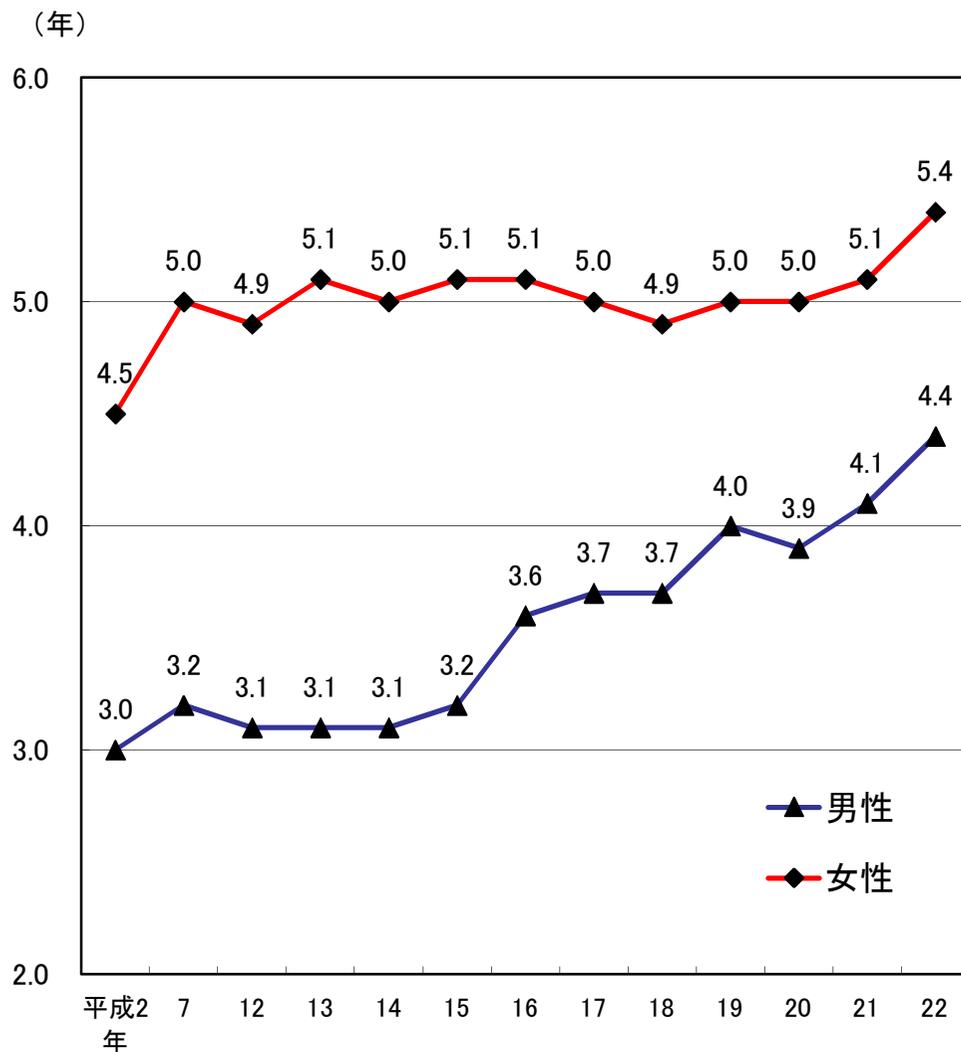
従業上の地位別有業者割合の変化

自営業者と家族従業者は大きく減少し、雇用者が増大している
臨時雇用も増大している



(注)臨時雇用: 1ヶ月以上1年以内の雇用契約で雇われている者

短時間労働者の平均勤続年数

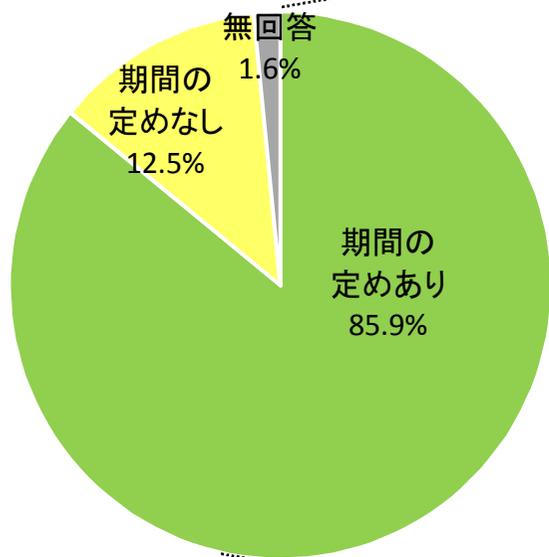


(注)「短時間労働者」: 1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない労働者

資料出所: 賃金構造基本統計調査(平成22年) (厚生労働省)

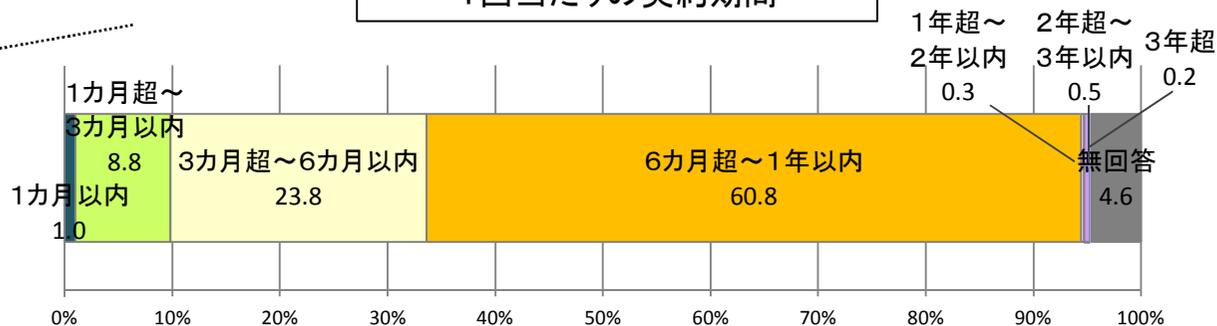
契約期間の定めの有無・1回当たりの契約期間（事業所調査）

短時間労働者の契約期間の定めの有無

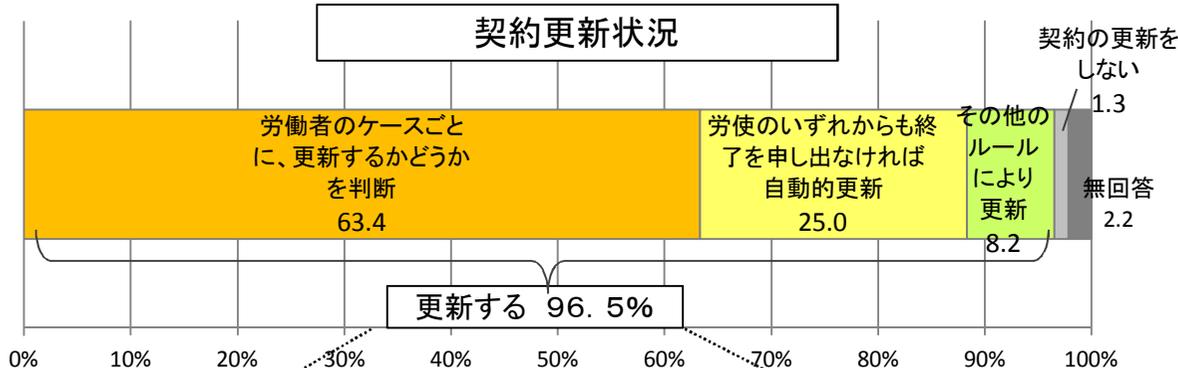


※短時間労働者の中でもっとも人数が多い職種について調査している。

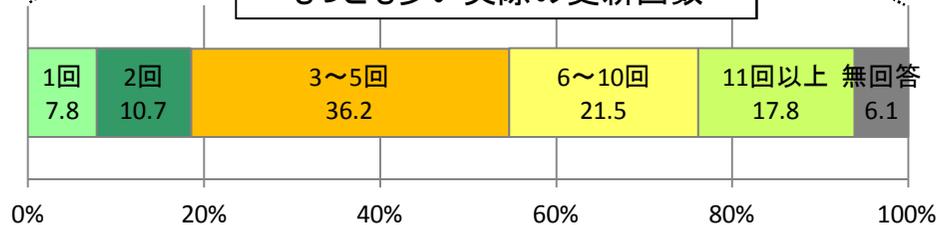
1回当たりの契約期間



契約更新状況



もっとも多い実際の更新回数

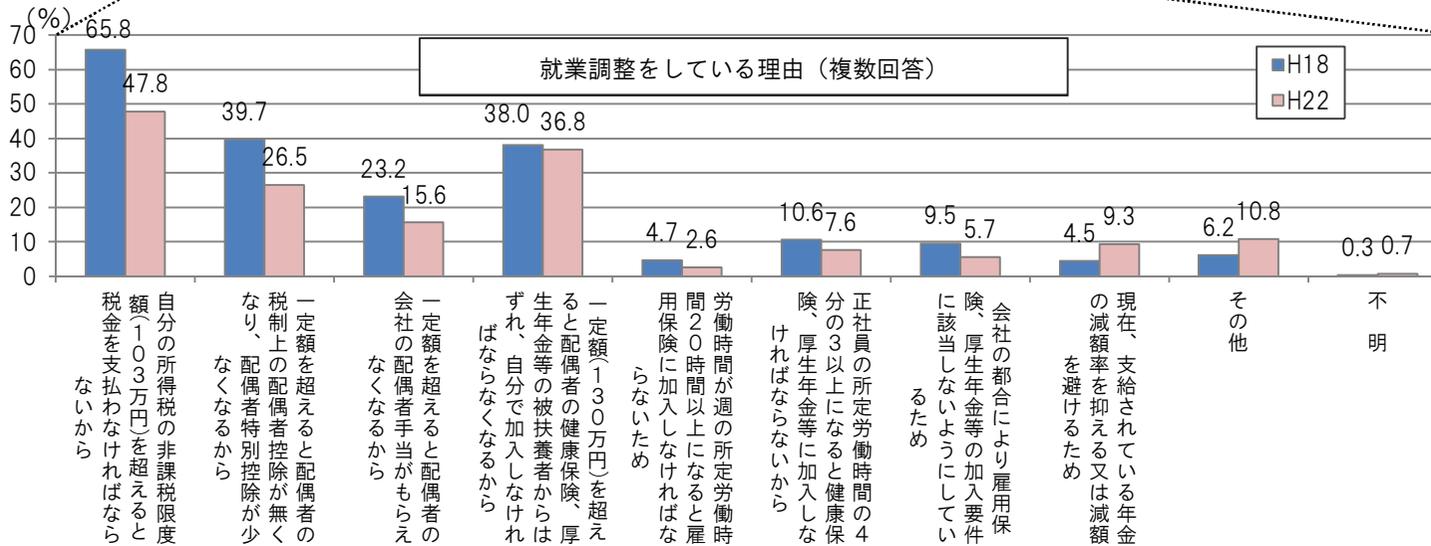
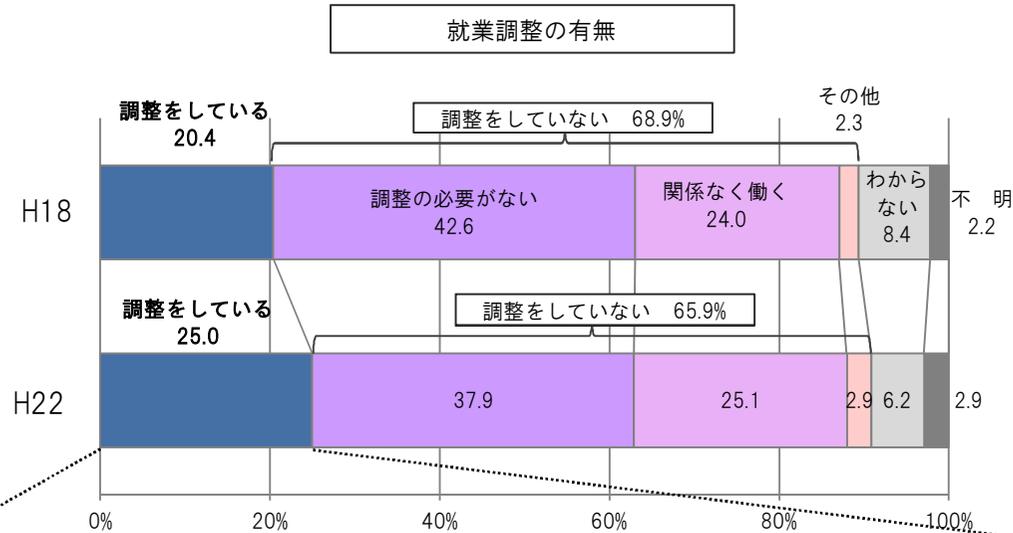


資料出所：短時間労働者実態調査（平成22年）（労働政策研究・研修機構）

※「短時間労働者」：正社員以外の労働者でパートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員などの名称にかかわらず、週の所定労働時間が正社員よりも短い労働者を指す。

○ パート労働者の中には、被扶養配偶者認定基準(年収130万円未満)を意識して、就業時間を調整している者も多い。

パート労働者(※)の就業調整に対する意識



※「パート労働者」：正社員以外の労働者でパートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員などの名称にかかわらず、週の所定労働時間が正社員よりも短い労働者を指す。

(出典) パートタイム労働者総合実態調査(平成18年)(厚生労働省)、短時間労働者実態調査(平成22年)(労働政策研究・研修機構)

社会保険適用に伴い、短時間労働者が1年間加入した場合の負担と生涯の給付の変化のイメージ (1)

社会保障審議会 短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会 第13回

前提

- 月収は10万円（標準報酬月額9万8千円）とする。
- 1年間加入した場合の保険料負担の変化と将来得られる給付の変化を示す。
- 国民年金の保険料は月額15,020円。厚生年金の保険料率は16.412%（労使折半）。標準報酬月額9.8万円の場合、厚生年金の保険料は月額8,042円（本人分）。
- 健康保険の保険料率は11.01%（労使折半）（協会けんぽの23年度の全国平均保険料率9.5%、介護保険料率1.51%）。標準報酬月額9.8万円の場合、保険料は月額5395円（本人分）。市町村国保の保険料は平均値のモデル（所得割8.78%等）を使用する。
- 昭和40年生まれ的女性（現在46歳）の場合とする。
- 社会保険適用前は、国民年金の第1号被保険者で市町村国保に加入していたケースと、サラリーマンの被扶養配偶者であるケースについて示す。前者については、単身者である場合、自営業者の妻である場合等、世帯の形態によって市町村国保の保険料が異なるので、その場合分けを行う。

1年間加入した場合の負担と生涯の給付の変化のイメージ

1. 単身者、自営業者の妻、母子家庭の母、夫婦共働きの場合（年金：1号→2号、医療保険：国保→健保）

	適用関係の変化	1年間加入した場合の保険料負担の変化	1年間加入した場合の生涯の給付の変化
年金	国年1号 →厚年	約8万4千円減（月額約7,000円減） （保険料：国年1号180,240円→厚年96,504円）	約17万3千円増【平均余命である27年間の合計】 （月額約500円増）
医療 保険	国保→健保（本人） （単身世帯）	約8千円減（月額約600円減） ※介護保険料を含む （保険料：72,337円→64,739円）	・傷病手当金【日給の2/3相当額、最長1年6か月間】 （月収10万円の場合、月で約6万5千円支給） ・出産手当金【日給の2/3相当額、産前6週間、産後8週間】 （月収10万円の場合、全体で約21万円支給） ※ 付加給付：加入する保険者によって、一部負担還元金等が支給
	国保→健保（本人） （自営業者の妻）	約1万1千円増（月額約900円増） ※介護保険料を含む （保険料：54,144円→64,739円）	
	国保→健保（本人） （母子家庭の母）	約1千円減（月額約100円減） ※介護保険料を含む （保険料：66,208円→64,739円）	
	国保→健保（本人） （夫婦共働き）	約5千円減（月額約400円減） ※夫婦のうち1人分 ※介護保険料を含む （保険料：69,867円→64,739円）	

社会保険適用に伴い、短時間労働者が1年間加入した場合の負担と生涯の給付の変化のイメージ (2)

2. サラリーマンの被扶養配偶者の場合(年金:3号→2号、医療保険:被扶養者→健保(本人))

	適用関係の変化	1年間加入した場合の保険料負担の変化	1年間加入した場合の生涯の給付の変化
年金	国年3号 →厚年	約9万7千円増(月額約8,000円増) (保険料:0円→96,504円)	約17万3千円増【平均余命である27年間の合計】 (月額約500円増)
医療保険	健保(被扶養者) →健保(本人)	約6万5千円増 (月額約5,400円増) ※介護保険料を含む (保険料:0円→64,739円)	・傷病手当金【日給の2/3相当額、最長1年6か月間】 (月収10万円の場合、月で約6万5千円支給) ・出産手当金【日給の2/3相当額、産前6週間、産後8週間】 (月収10万円の場合、全体で約21万円支給) ※ 付加給付:加入する保険者によって、一部負担還元金等が支給又は不支給

- (注) 年金・医療保険料には、税制上、社会保険料控除が適用されるため、保険料負担の増加(減少)に応じて、所得税(このケースの場合、所得の5%)と住民税(同10%、市町村民税と道府県民税の合計)の負担額が減少(増加)する。
- ・ 育児休業期間中は厚生年金・健康保険の保険料が免除となる。

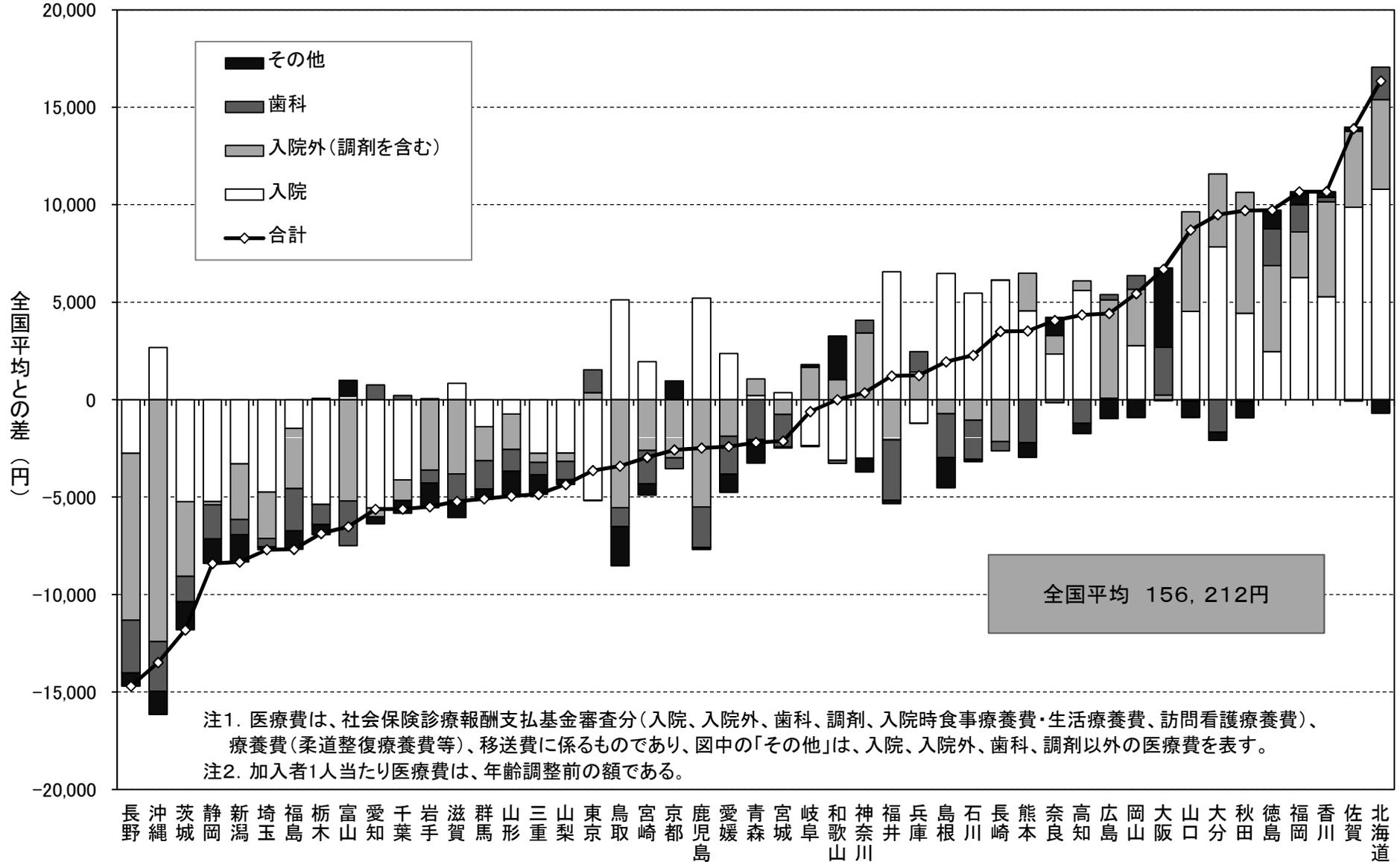
(前提の詳細)

- ・ 標準報酬月額は98,000円を適用。
- ・ 厚生年金における保険料率は、平成23年9月～24年8月の16.412%を、国民年金の保険料は、平成23年度の15,020円を使用。
- ・ 健康保険における保険料率は、協会けんぽの平成23年度の全国平均値(保険料率11.01%:一般保険料率9.5%、介護保険料率1.51%)を使用。
- ・ 国民健康保険の保険料は、4方式かつ旧ただし書き方式採用の市町村の平成21年度の平均値(所得割率8.78%(医療分7.41%、介護分1.37%)、資産割17,784円(医療分15,360円、介護分2,424円)、均等割34,820円(医療分27,501円、介護分7,319円)、平等割31,447円(医療分26,278円、介護分5,169円))を使用。
- ・ 国保(共働き)と国保(自営業者の妻)は非軽減世帯、国保(母子家庭の母)は5割軽減世帯、国保(単身世帯)は2割軽減世帯とし、パート労働者の資産割はないと仮定。
- ・ 国保(自営業者の妻)は、妻のみ健保に加入すると仮定し、世帯単位でみた妻の分の国保保険料の減少額と、健保適用後の妻本人の保険料の増加額とを比較。
- ・ 国保(母子家庭の母)は、子の分の国保保険料を含む比較。
- ・ 生涯の給付額については、賃金・物価スライド等は加味していない機械的な試算である。
- ・ 昭和40年生の女性の場合(厚生年金の支給開始年齢64歳、64歳時平均余命27年)である。

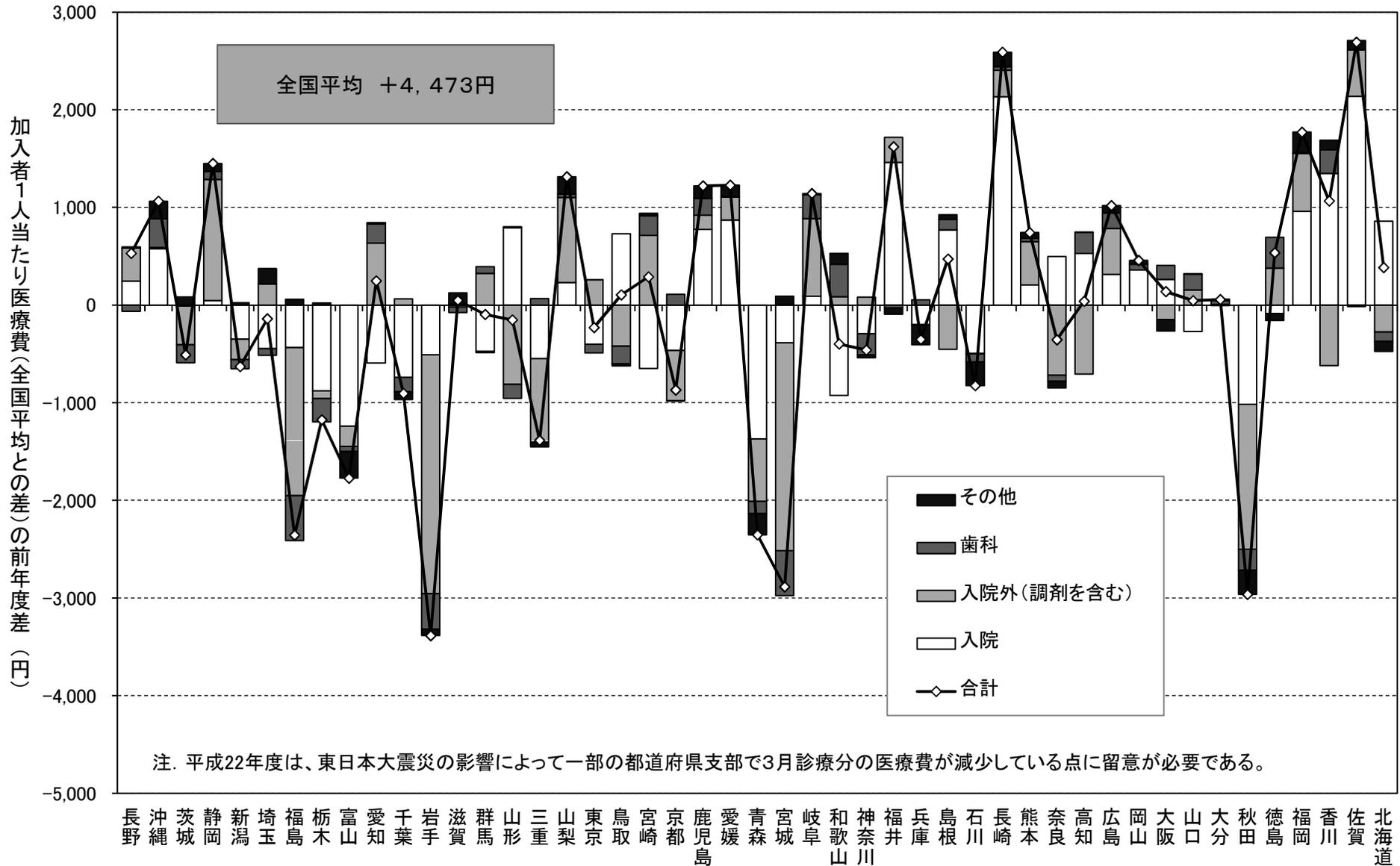
協会けんぽの都道府県支部別医療費の状況(平成22年度)

- 都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)
- 都道府県支部別加入者1人当たり医療費(全国平均との差)の前年度差
- 激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の内訳(平成24年度)
- 激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の前年度差の内訳(平成24年度)
- 加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院外医療費
- 加入者1人当たり入院医療費(受診率、平均在院日数、病院病床数)
- 加入者1人当たり入院外医療費と入院外受診率
- 医療費の内訳(入院、入院外)
- 生活習慣病(がんを除く)の入院医療費割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外医療費割合
- 生活習慣病(がんを除く)の入院件数割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外件数割合

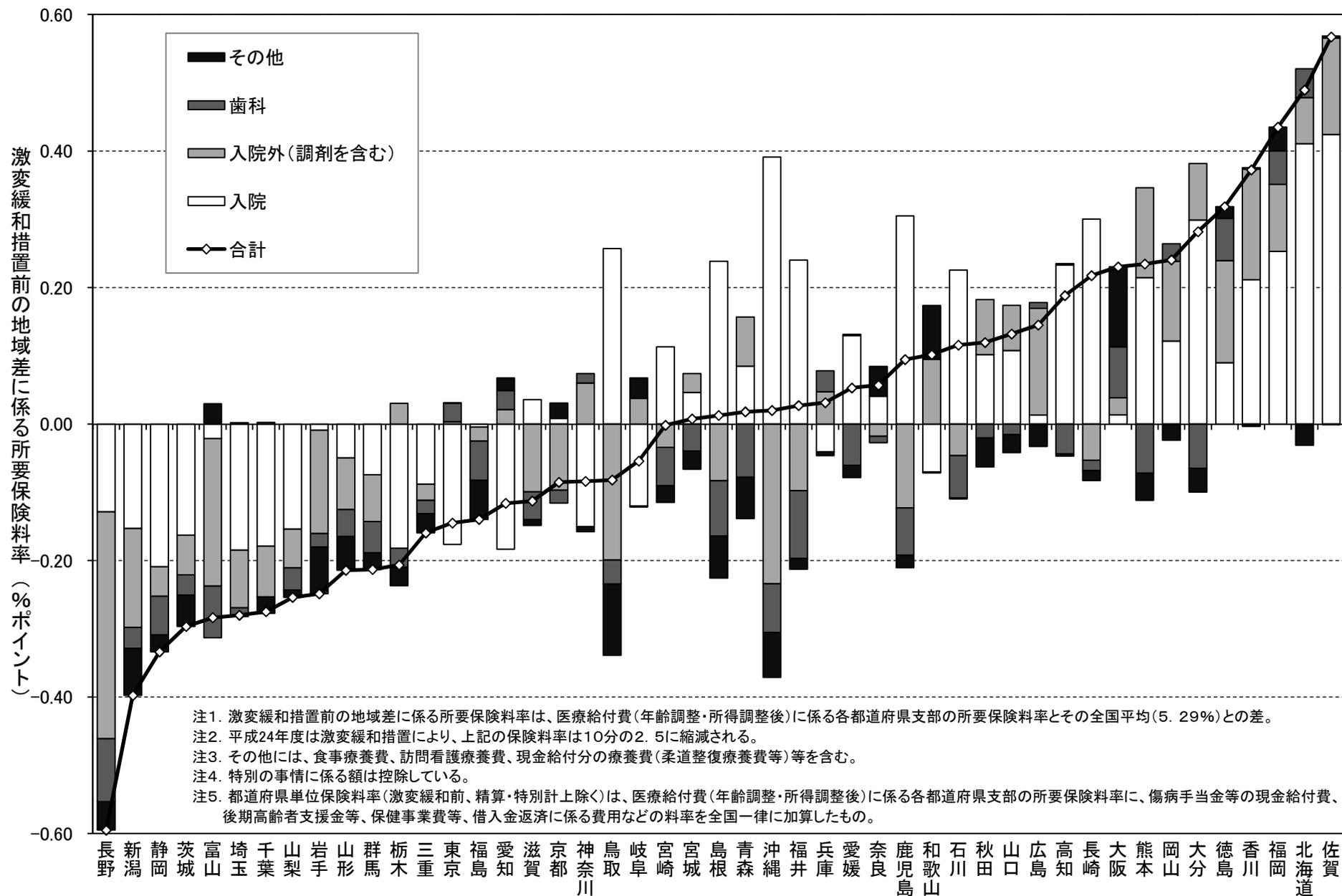
都道府県支部別 加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差) (平成22年度)



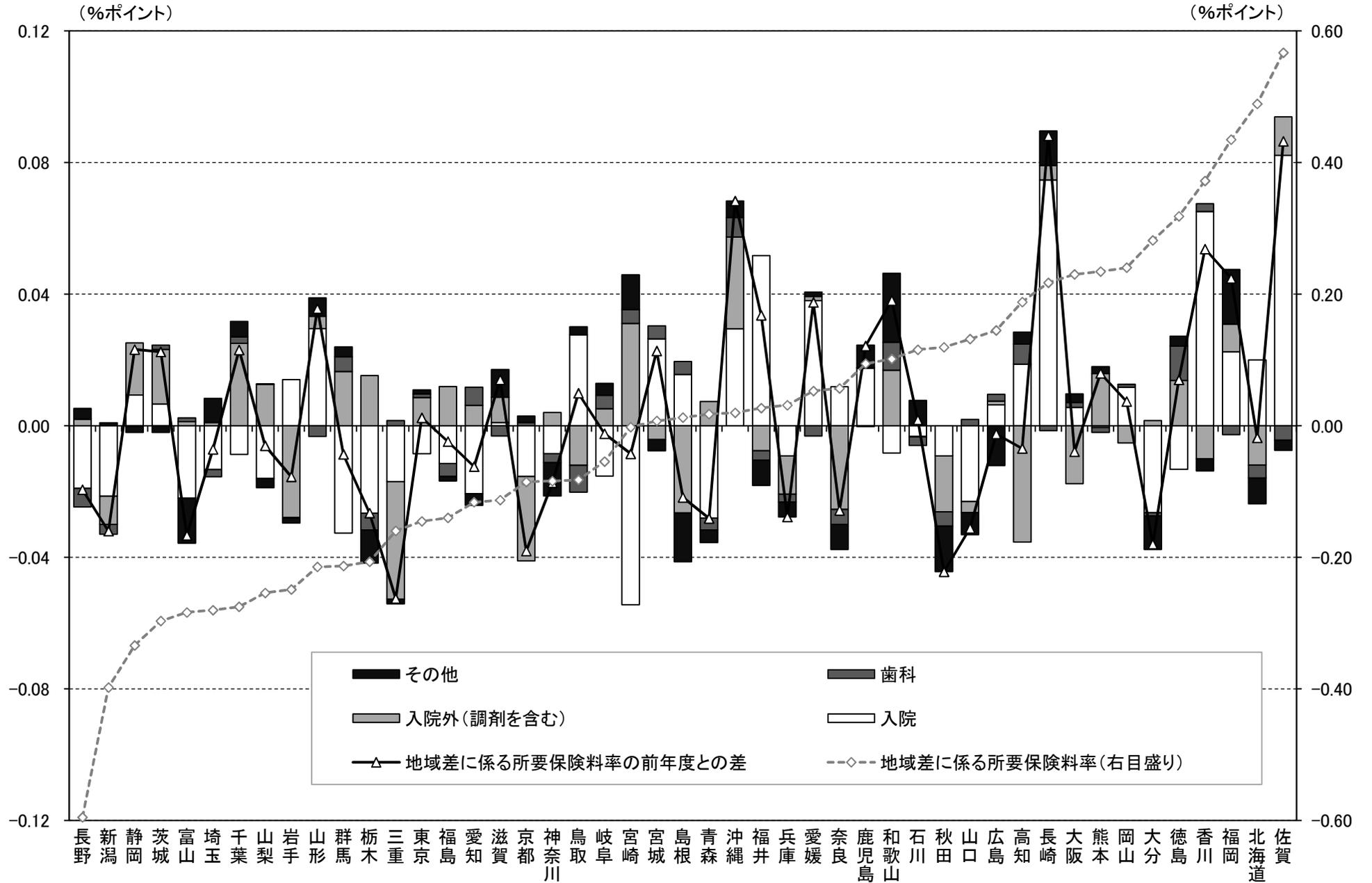
都道府県支部別 加入者1人当たり医療費(全国平均との差)の前年度差 (平成22年度)



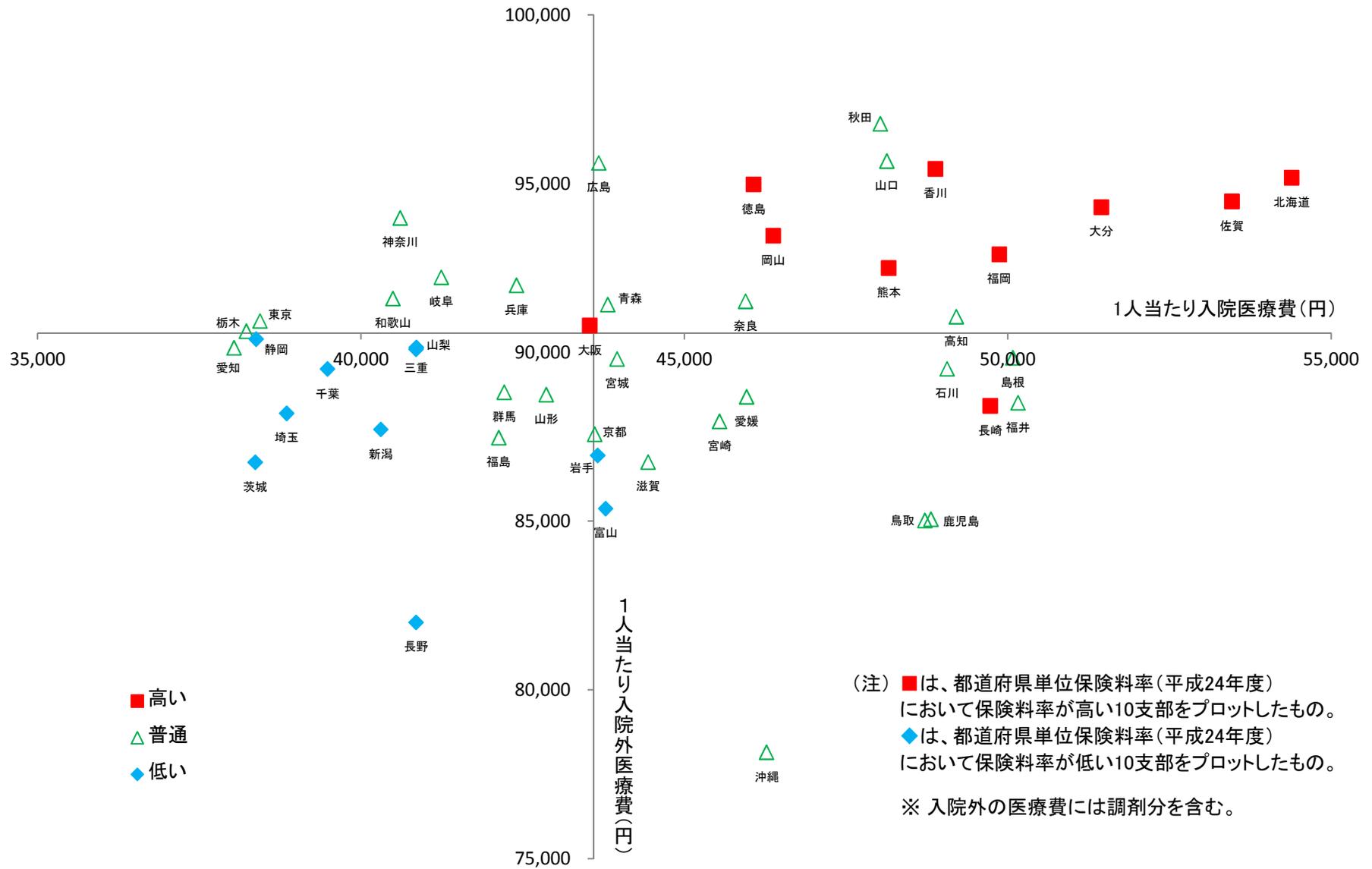
激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の内訳(平成24年度)



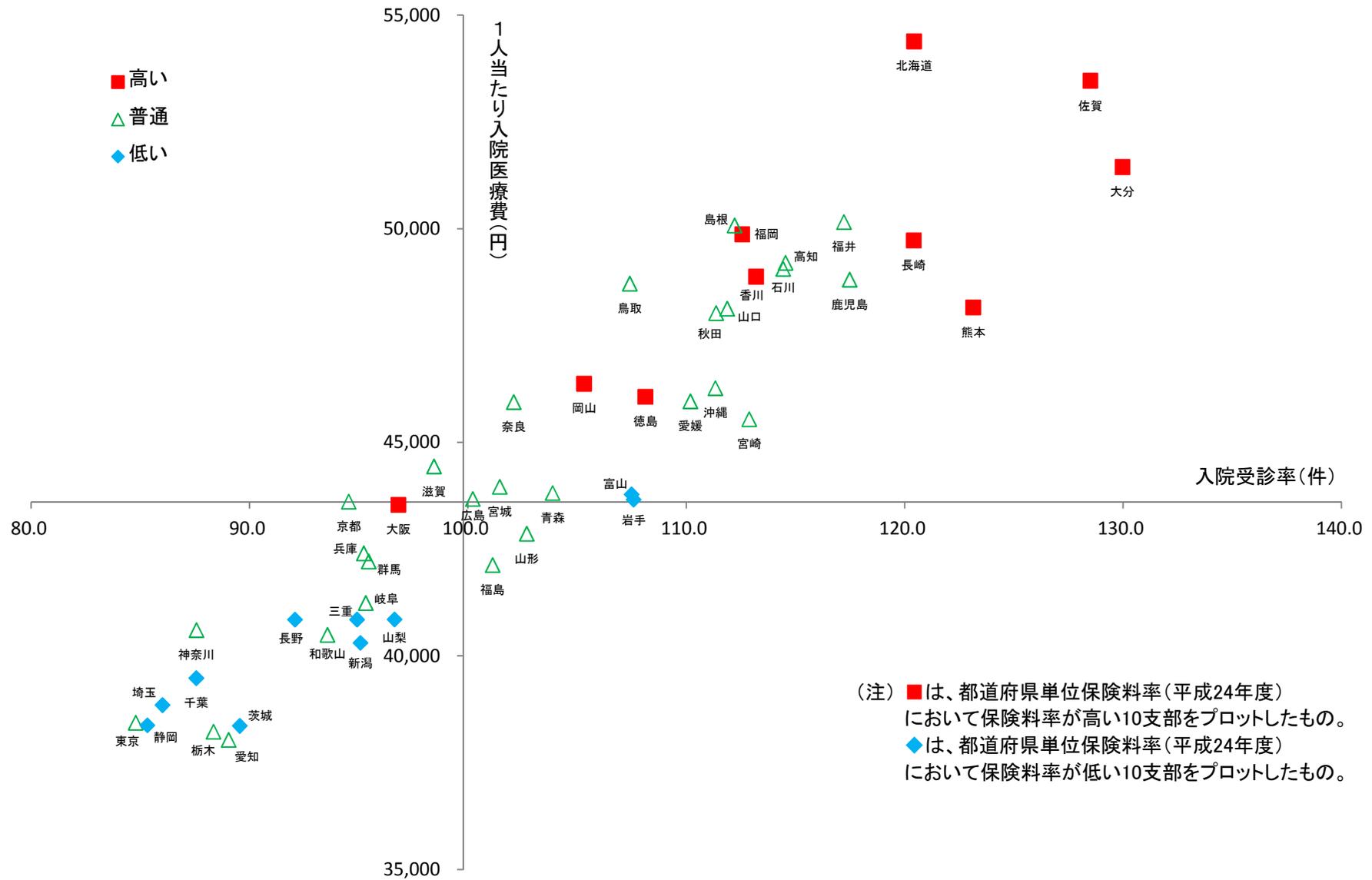
激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の前年度差の内訳(平成24年度)



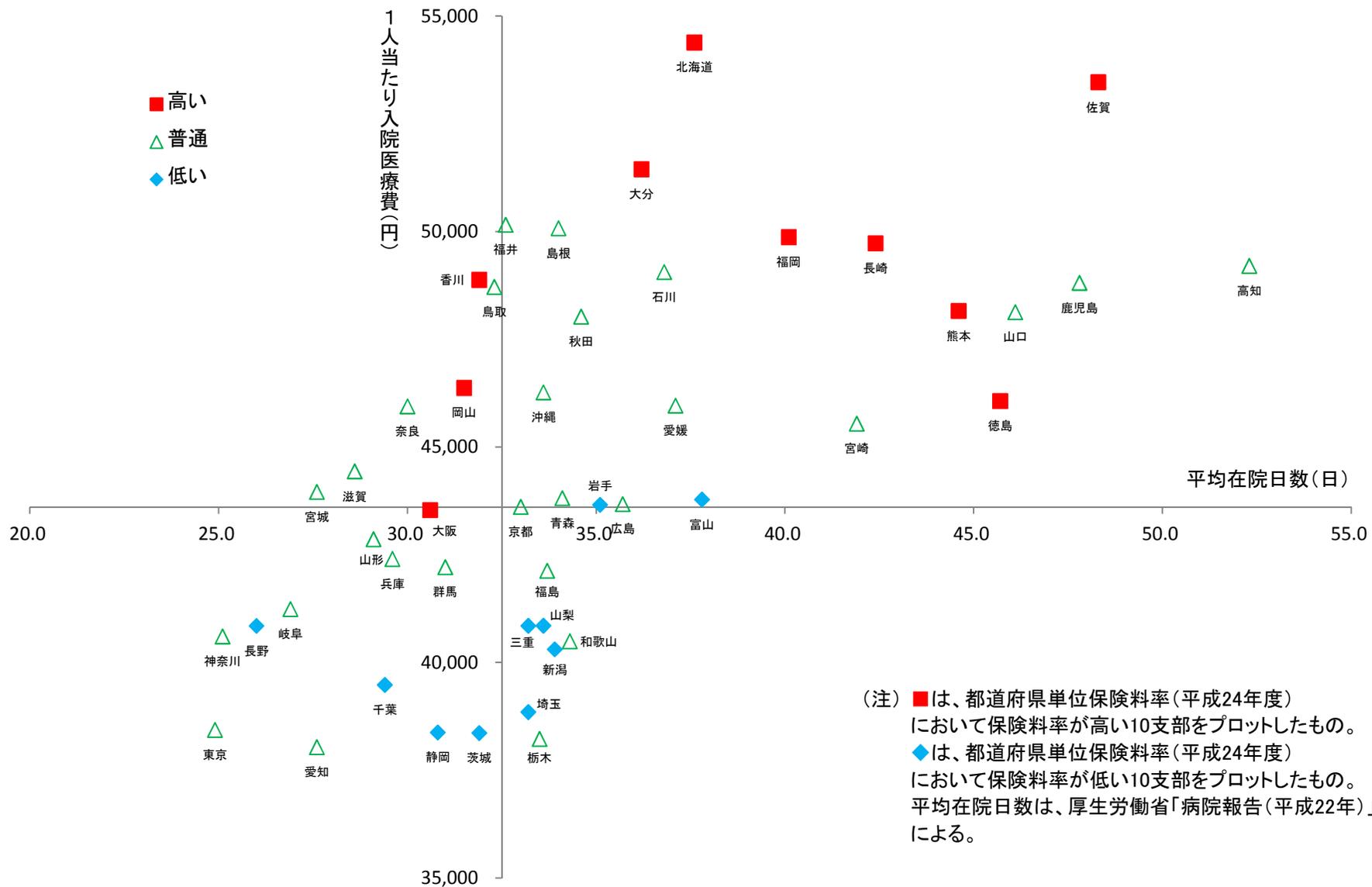
加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院外医療費（平成22年度）



加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院受診率(平成22年度)

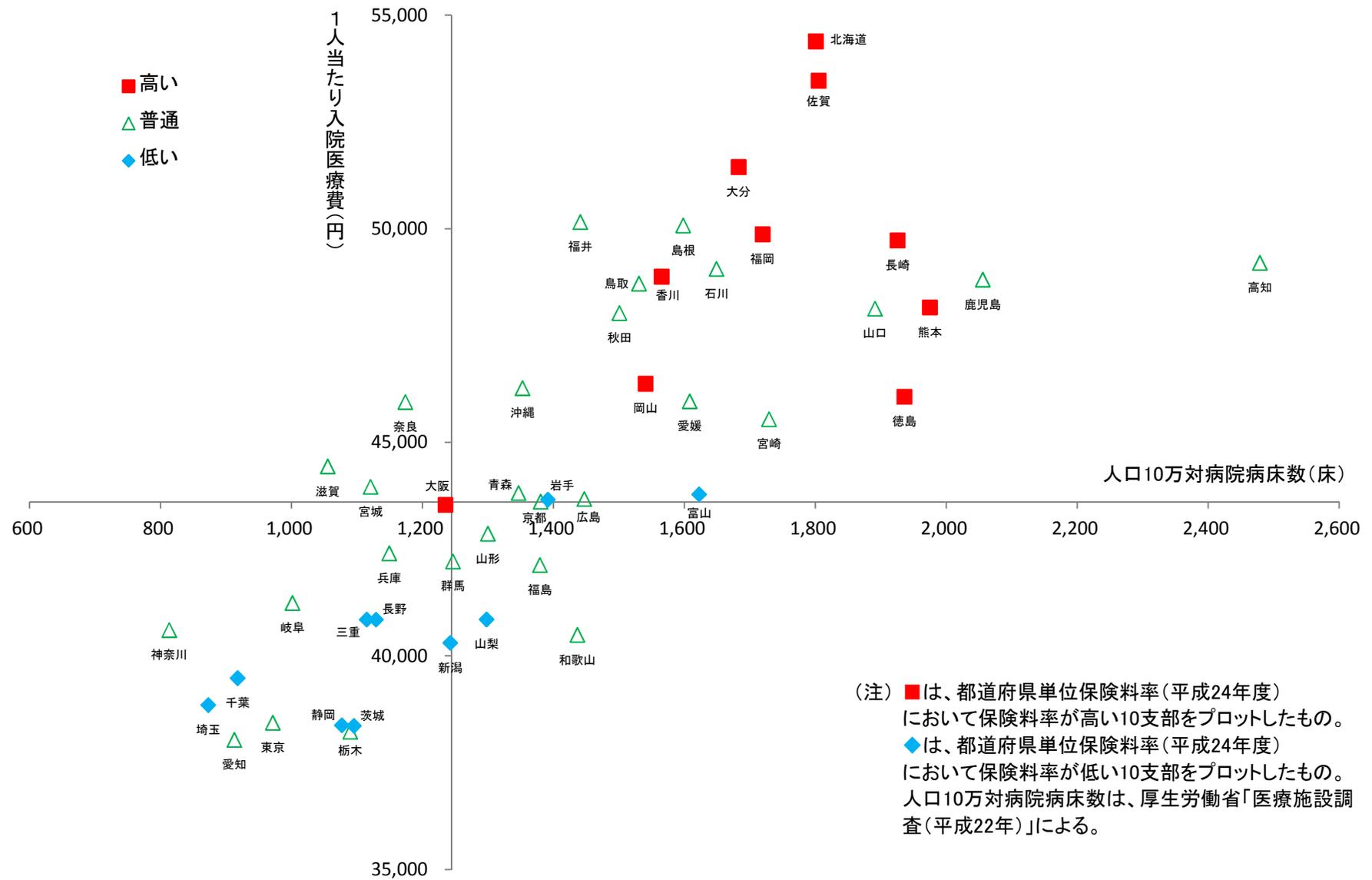


加入者1人当たり入院医療費と平均在院日数(平成22年度)



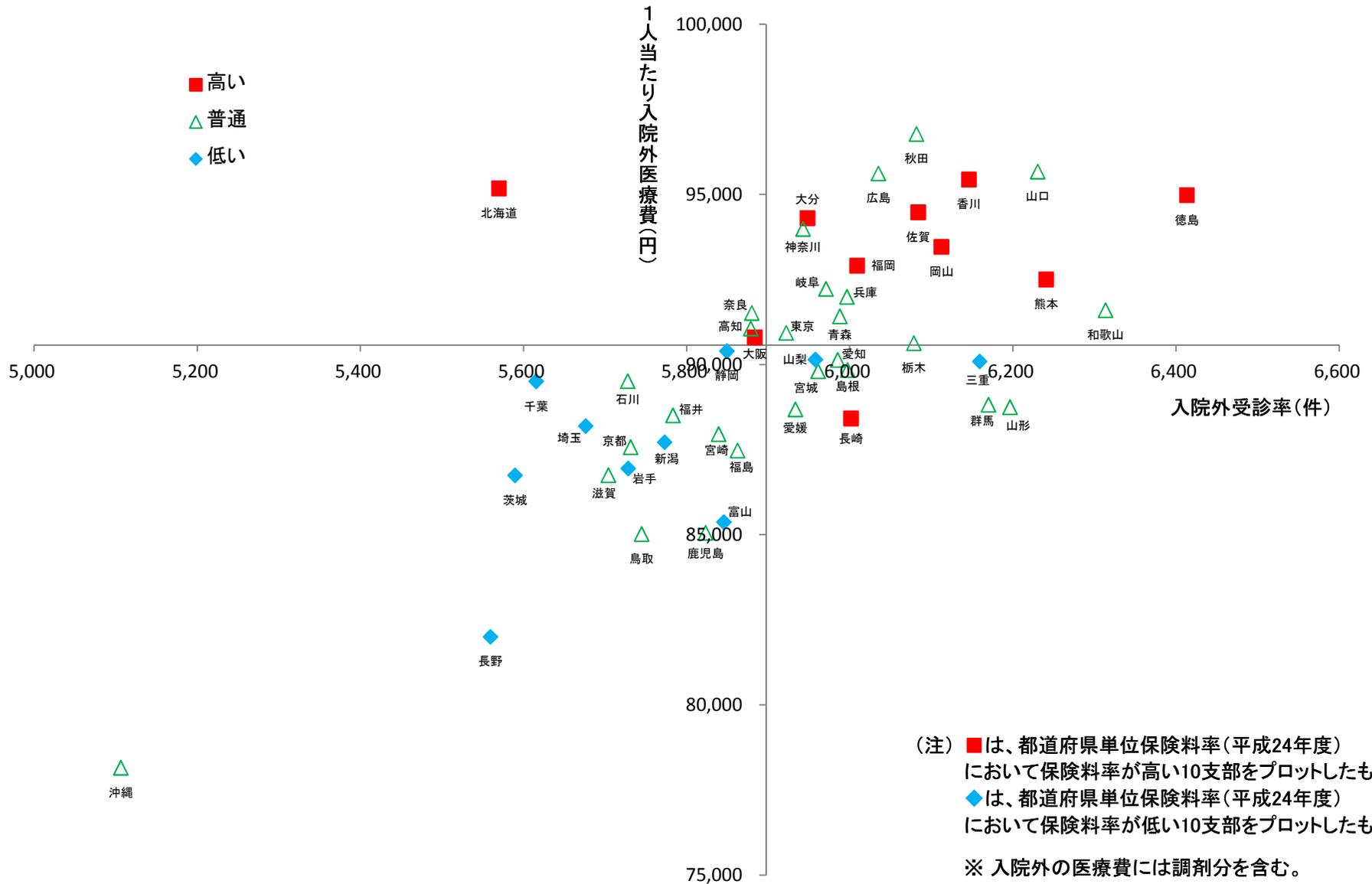
(注) ■は、都道府県単位保険料率(平成24年度)において保険料率が高い10支部をプロットしたもの。
 ◆は、都道府県単位保険料率(平成24年度)において保険料率が低い10支部をプロットしたもの。
 平均在院日数は、厚生労働省「病院報告(平成22年)」による。

加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数(平成22年度)

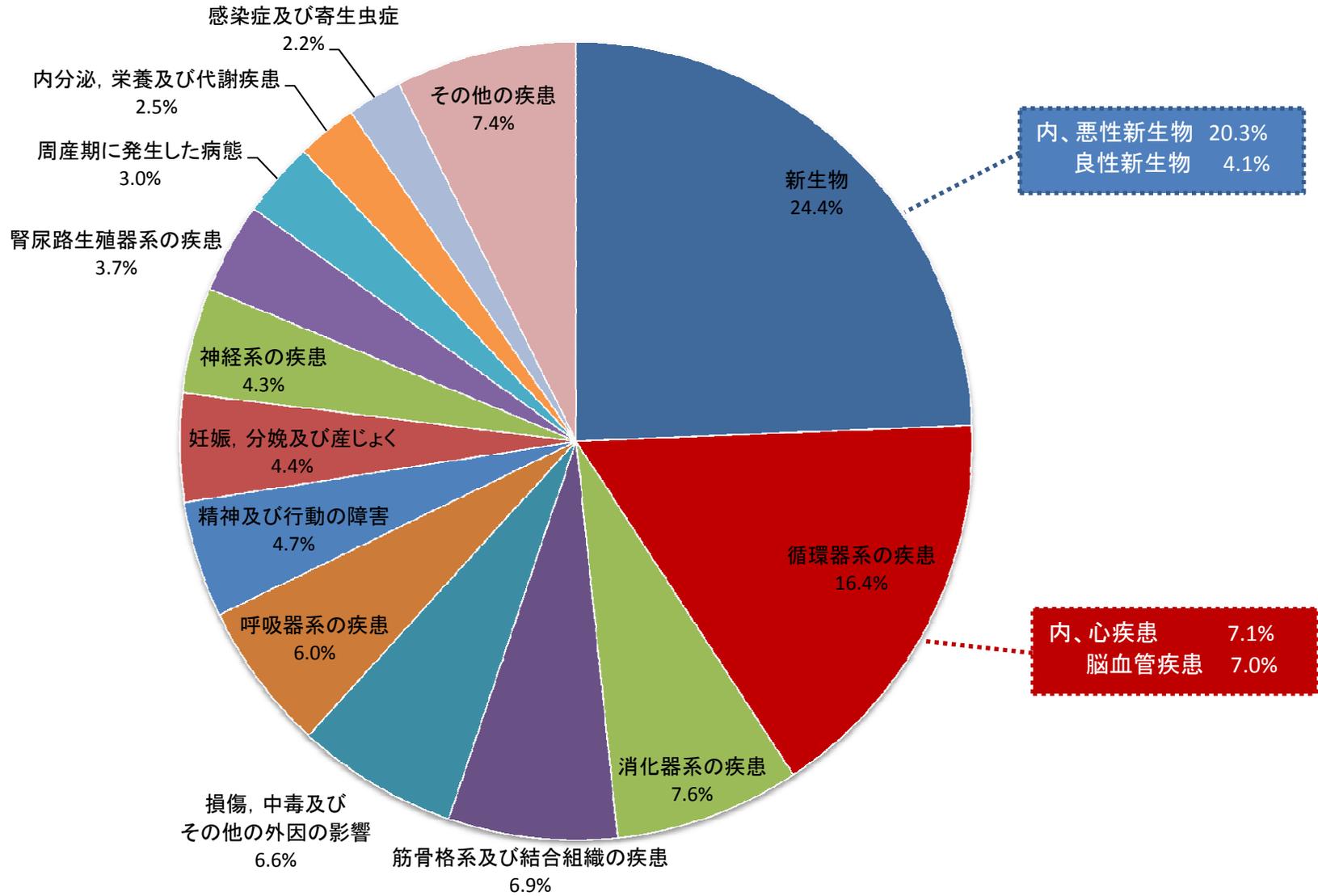


(注) ■は、都道府県単位保険料率(平成24年度)において保険料率が高い10支部をプロットしたもの。
 ◆は、都道府県単位保険料率(平成24年度)において保険料率が低い10支部をプロットしたもの。
 人口10万対病院病床数は、厚生労働省「医療施設調査(平成22年)」による。

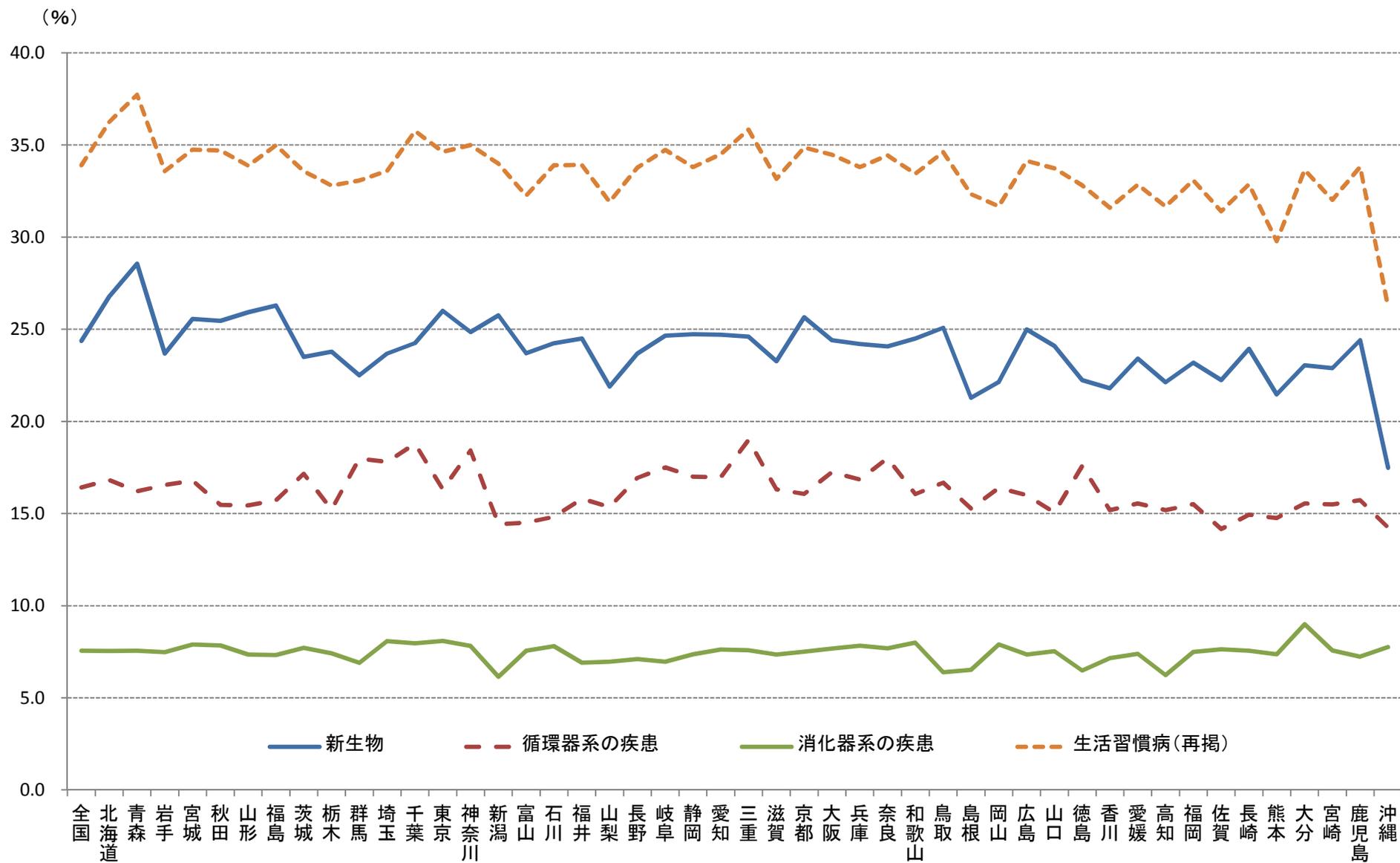
加入者1人当たり入院外医療費と入院外受診率(平成22年度)



入院医療費の内訳(平成22年4月～平成23年3月)

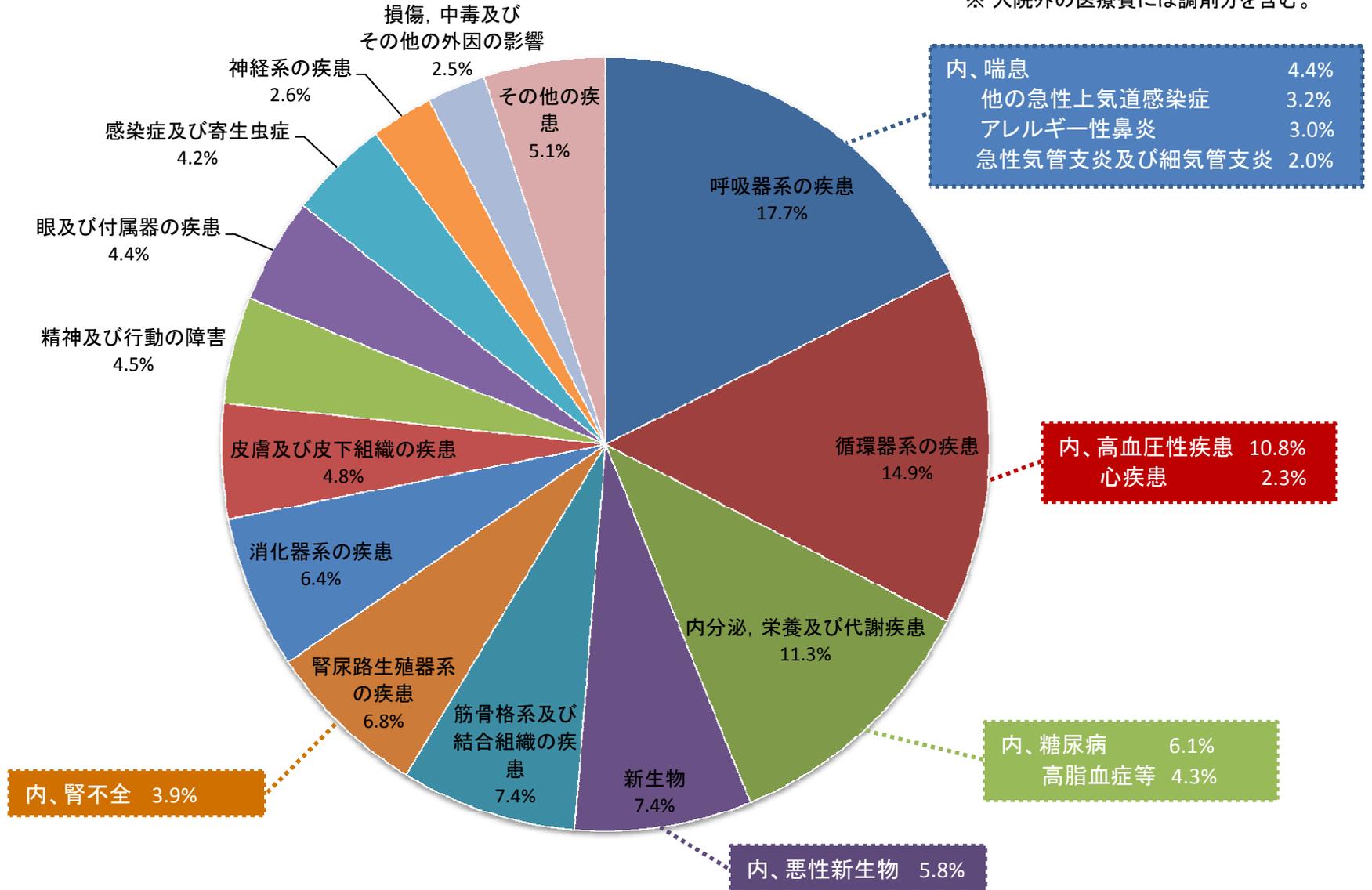


都道府県支部別 入院医療費の主な内訳(平成22年4月～平成23年3月)

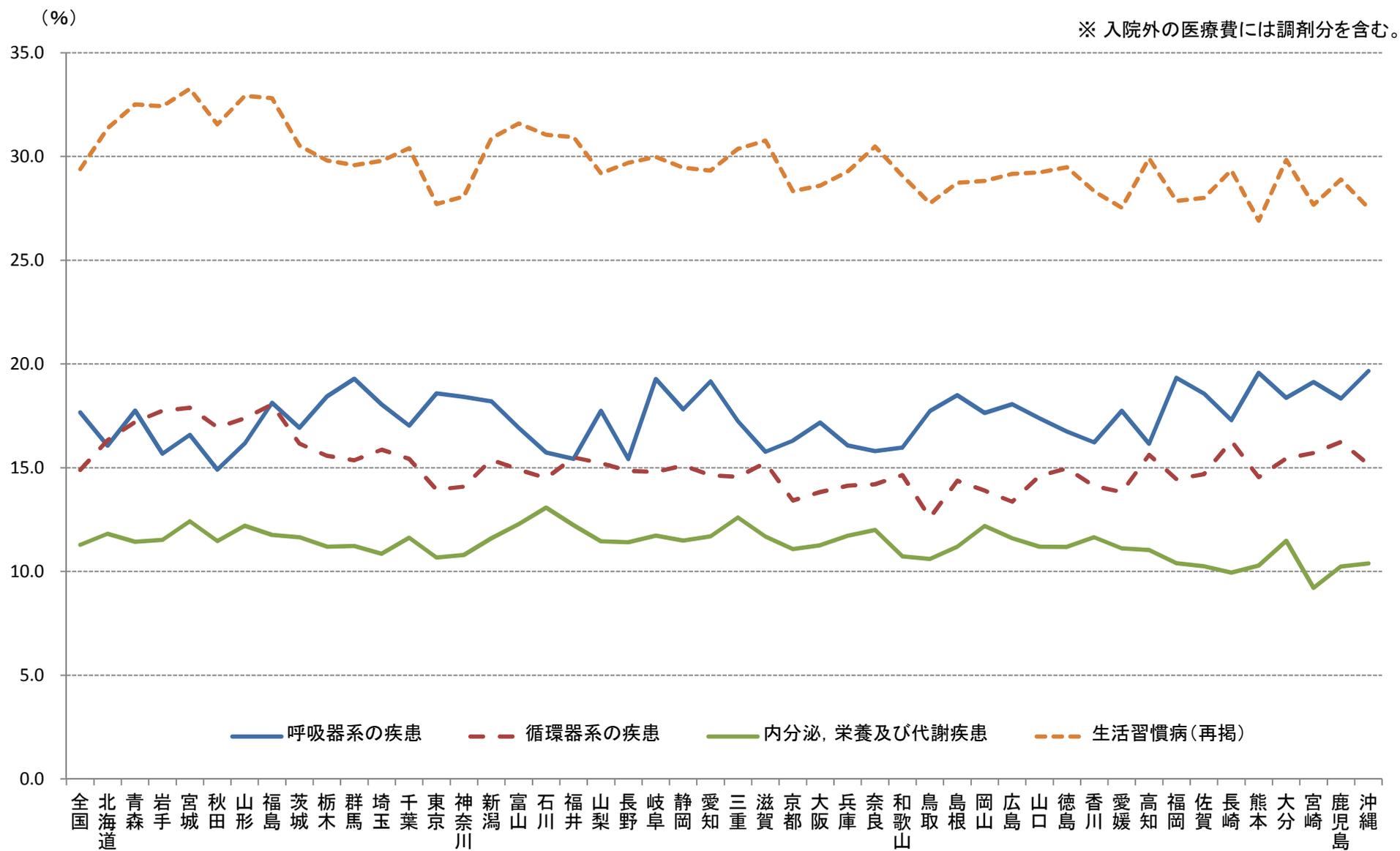


入院外医療費の内訳(平成22年4月～平成23年3月)

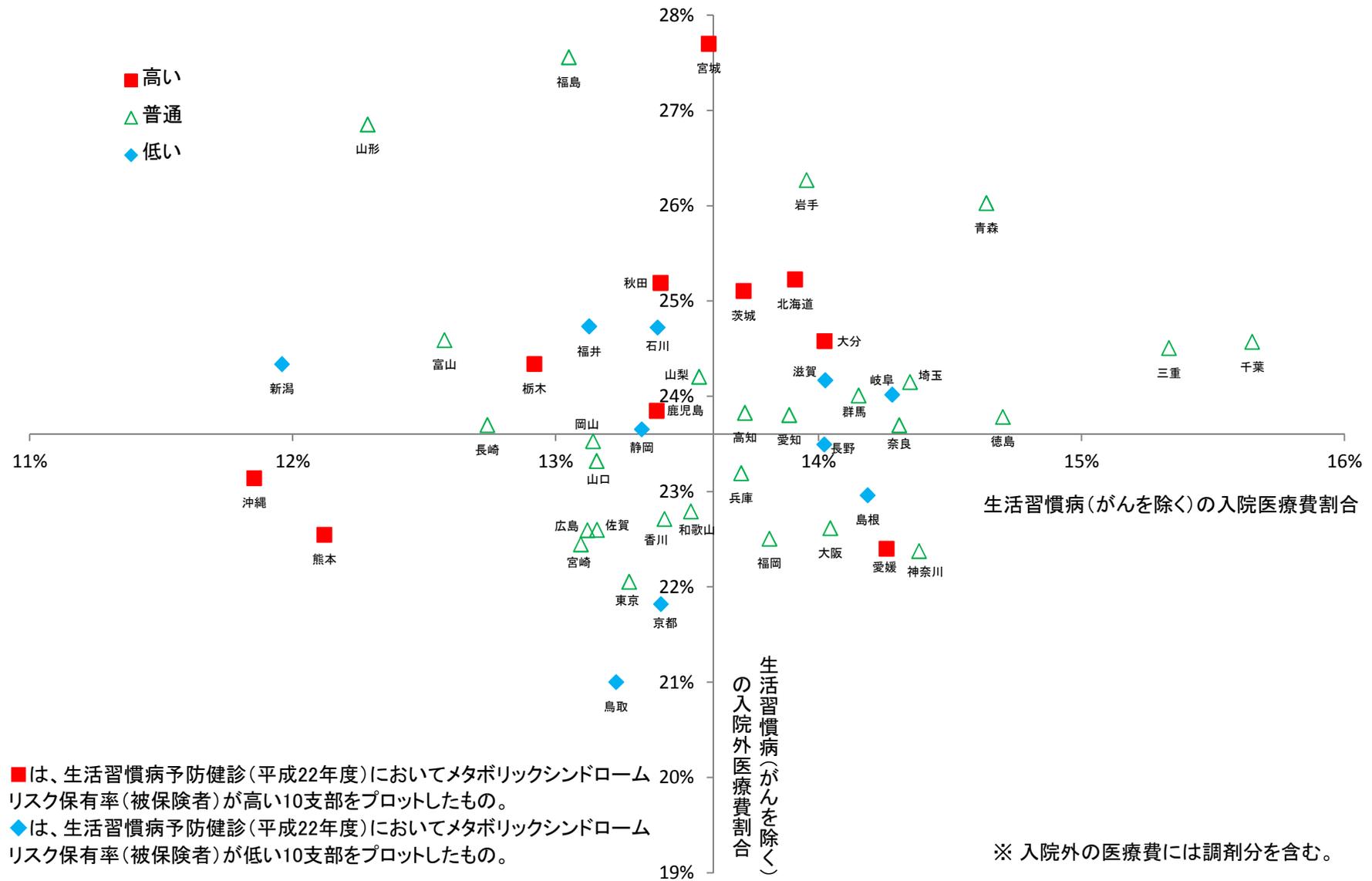
※ 入院外の医療費には調剤分を含む。



都道府県支部別 入院外医療費の主な内訳(平成22年4月～平成23年3月)

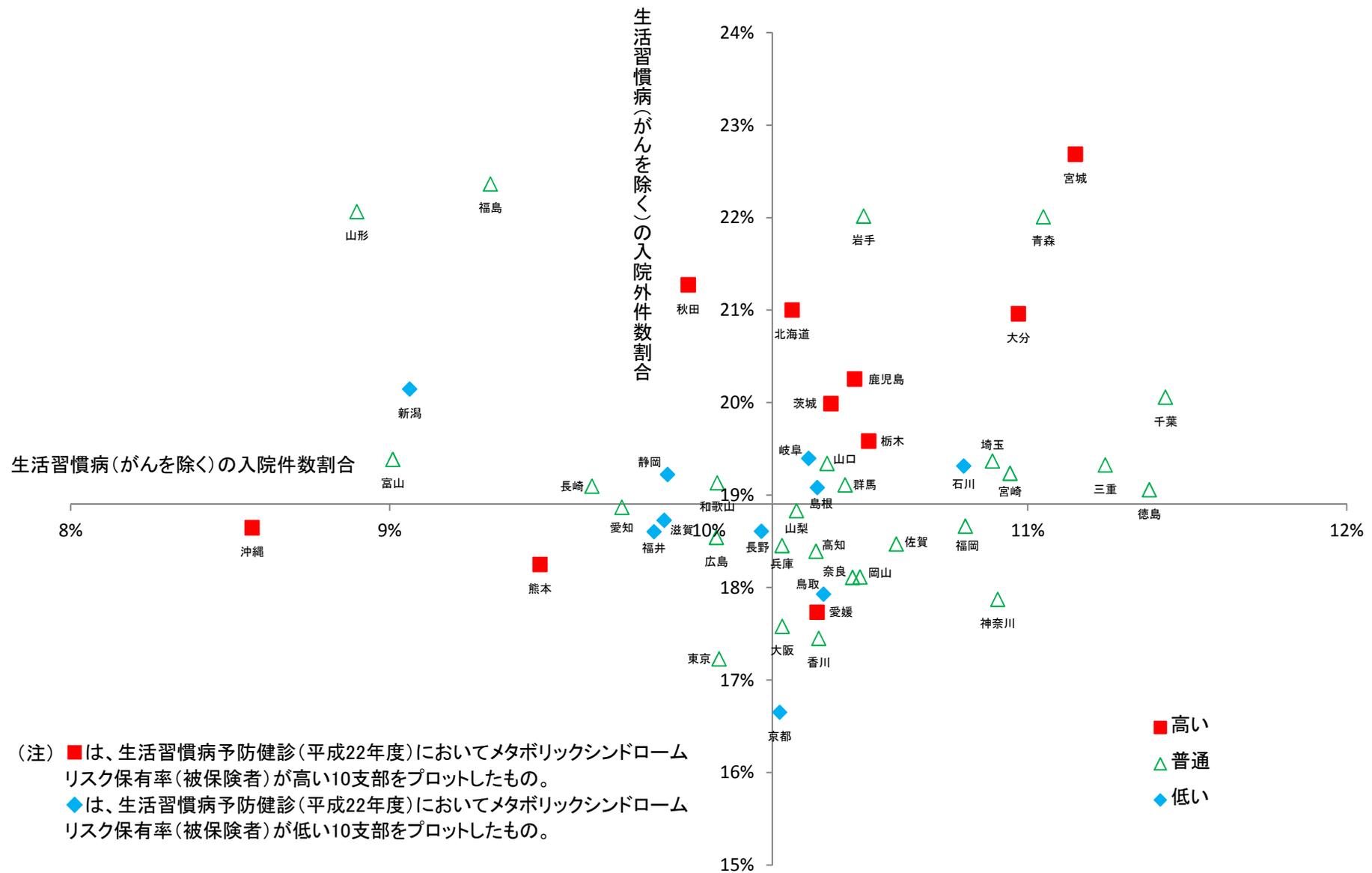


生活習慣病(がんを除く)の入院医療費割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外医療費割合(平成22年度)



(注) ■は、生活習慣病予防健診(平成22年度)においてメタボリックシンドロームリスク保有率(被保険者)が高い10支部をプロットしたもの。
 ◆は、生活習慣病予防健診(平成22年度)においてメタボリックシンドロームリスク保有率(被保険者)が低い10支部をプロットしたもの。

生活習慣病(がんを除く)の入院件数割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外件数割合(平成22年度)



[参考]

○ 医療費データについて

- ・ 傷病合計の医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績（平成22年4月～平成23年3月）である。
- ・ 傷病別の医療費は、平成22年4月～平成23年3月分のレセプト（入院については電子レセプトのみ、入院外については電子レセプト及び電算機で作成されたレセプト（続紙付レセプトを除く））の集計値であり、入院外レセプトと調剤レセプトを接続させている。
- ・ 都道府県別の医療費は、加入者の事業所所在地の都道府県毎に集計したものである。
- ・ 生活習慣病は、新生物（良性新生物及びその他の新生物を除く）、内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患）、循環器系疾患（高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患）に該当するものを分類している。なお、生活習慣病（がんを除く）は、生活習慣病から新生物（良性新生物及びその他の新生物を除く）を除いたものである。

○ 健診データについて

- ・ 集計対象データは、平成22年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成22年度中に受診した生活習慣病予防健診（一般健診、付加健診）データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの（35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定）としている。
- ・ メタボリックシンドロームリスク保有率は、①かつ②～④のうち2項目以上に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）
 - ① 内臓脂肪面積が 100cm^2 以上の者（ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者）
 - ② 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者
 - ③ 中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者
 - ④ 空腹時血糖110mg/dl以上（ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c5.5%以上）、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者

協会けんぽの都道府県別医療費等のマップ（平成22年度）

1．医療費の状況

- 1人当たり医療費（合計、入院、外来、歯科）
- 入院（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）
- 外来（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）
- 歯科（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）

2．高血圧・高脂血症・糖尿病の医療費（外来）の状況

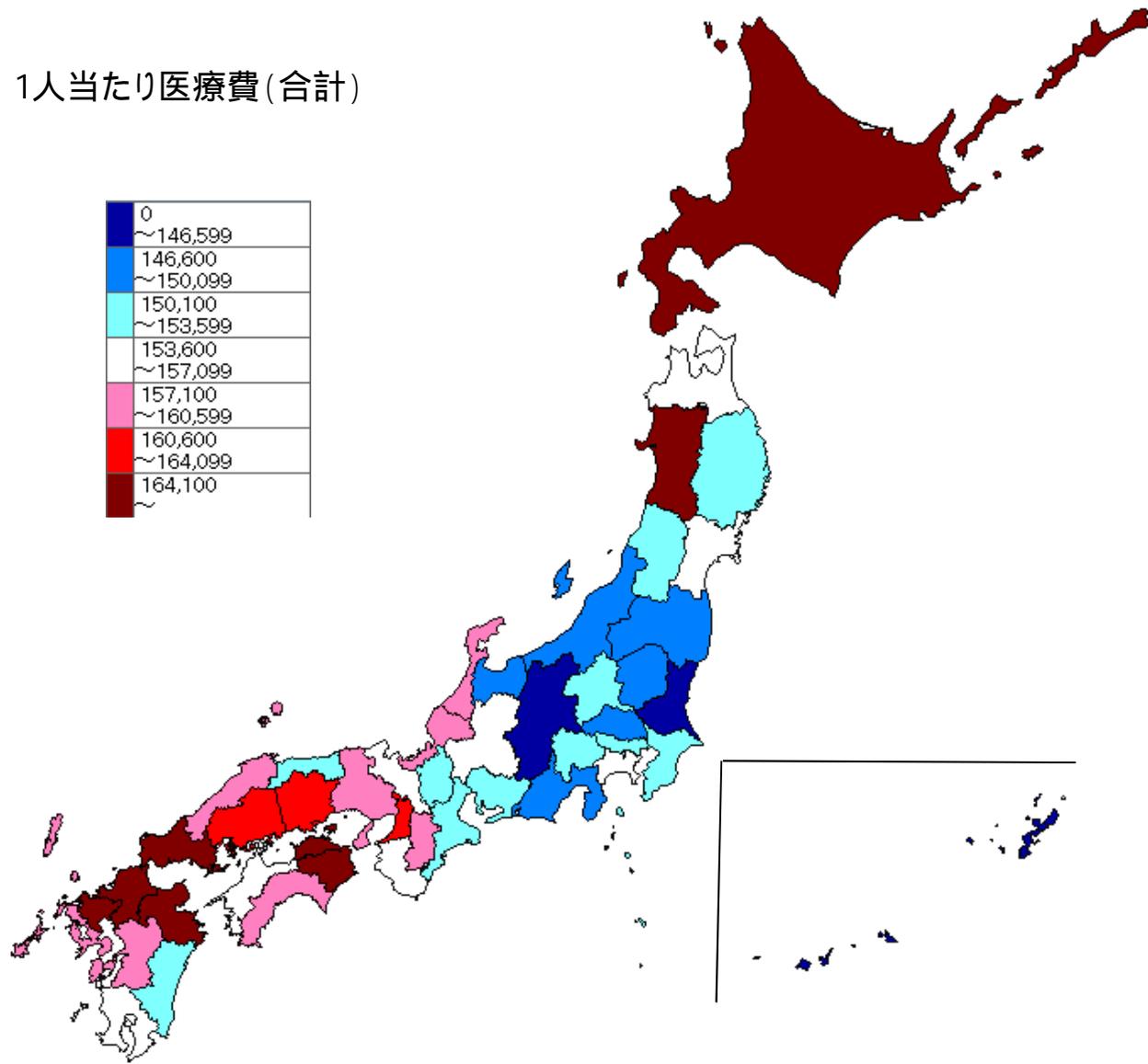
- 1件当たり医療費
- 1件当たり日数・1日当たり医療費

3．健診結果の状況

- メタボリックリスク保有率
- メタボリックリスク予備群の割合
- 腹囲リスク保有率
- 血圧リスク保有率
- 脂質リスク保有率
- 代謝リスク保有率
- 喫煙者の割合（参考）
- BMIリスク保有率（参考）
- 中性脂肪リスク保有率（参考）
- HDLコレステロールリスク保有率（参考）

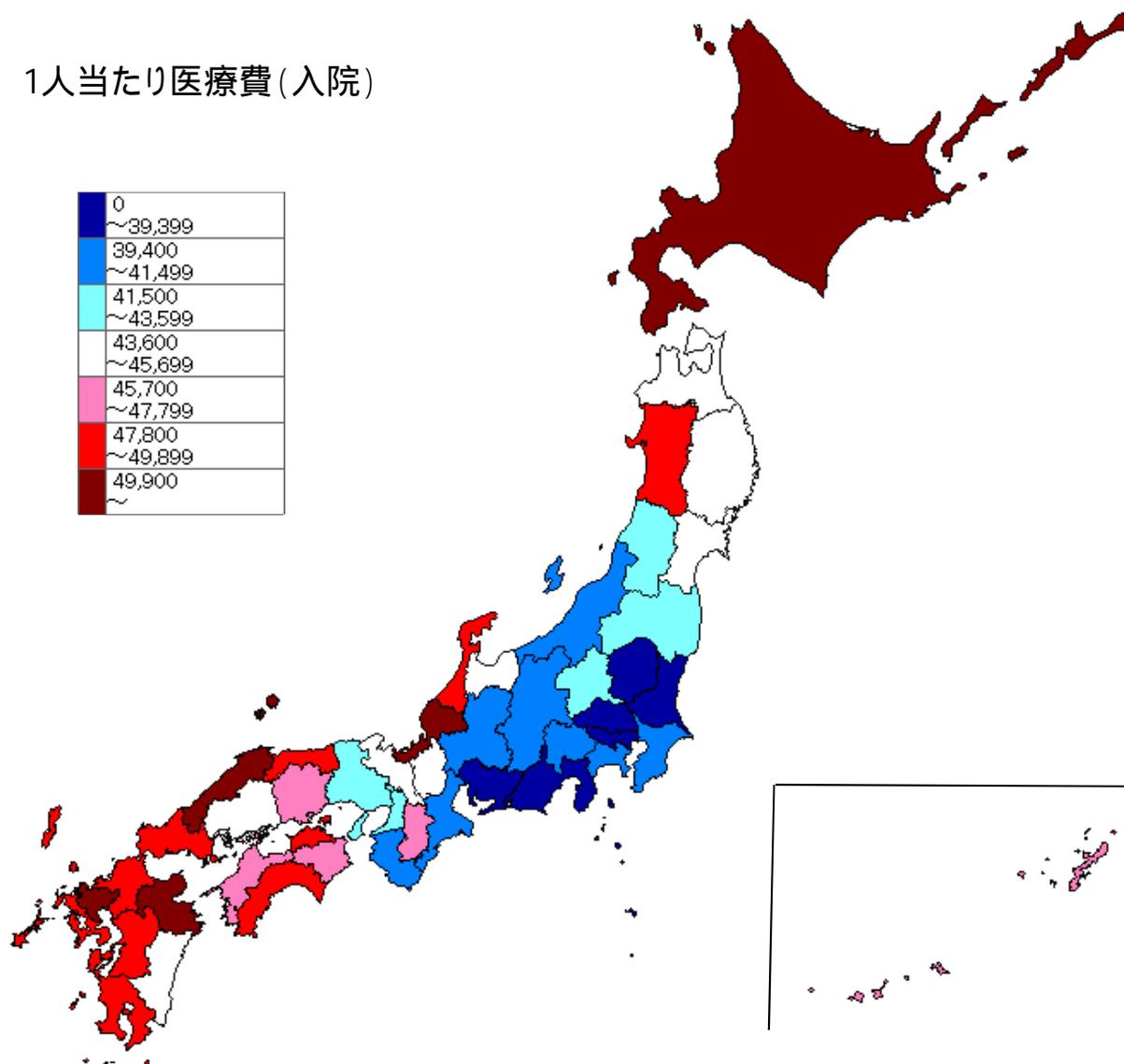
1. 協会けんぽの医療費の状況

1人当たり医療費(合計)

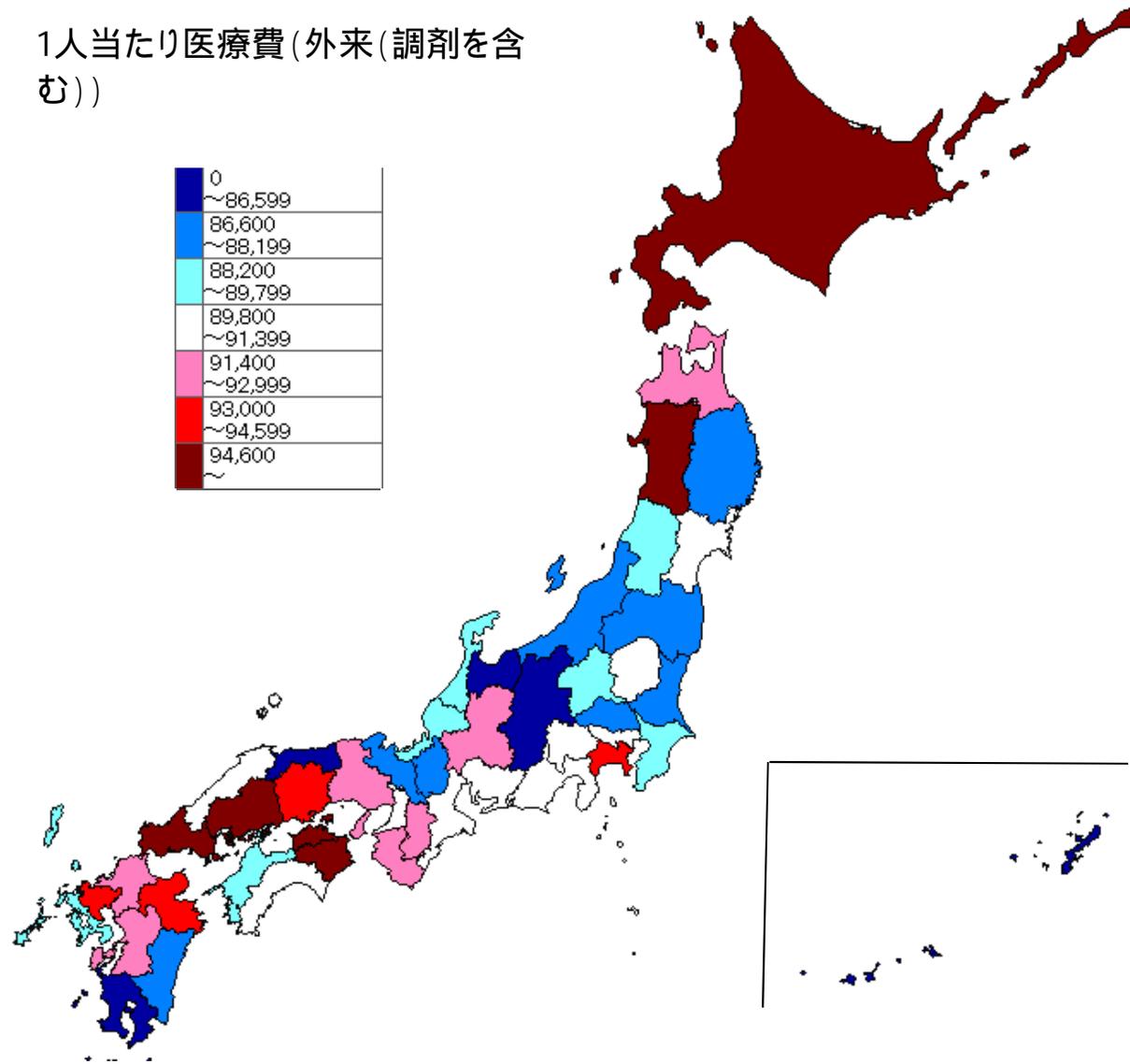


1人当たり医療費(入院)

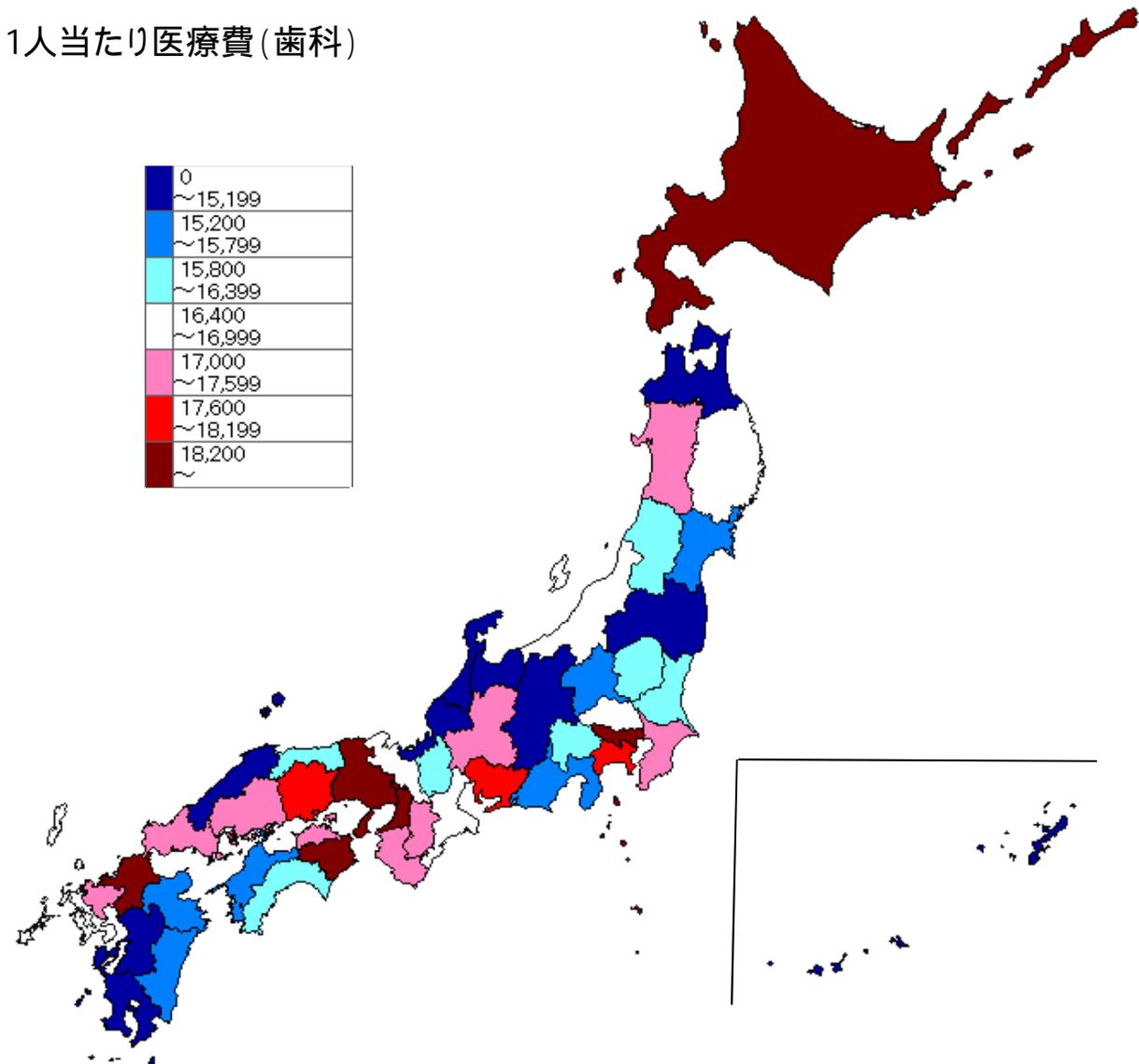
0
~39,399
39,400 ~41,499
41,500 ~43,599
43,600 ~45,699
45,700 ~47,799
47,800 ~49,899
49,900 ~



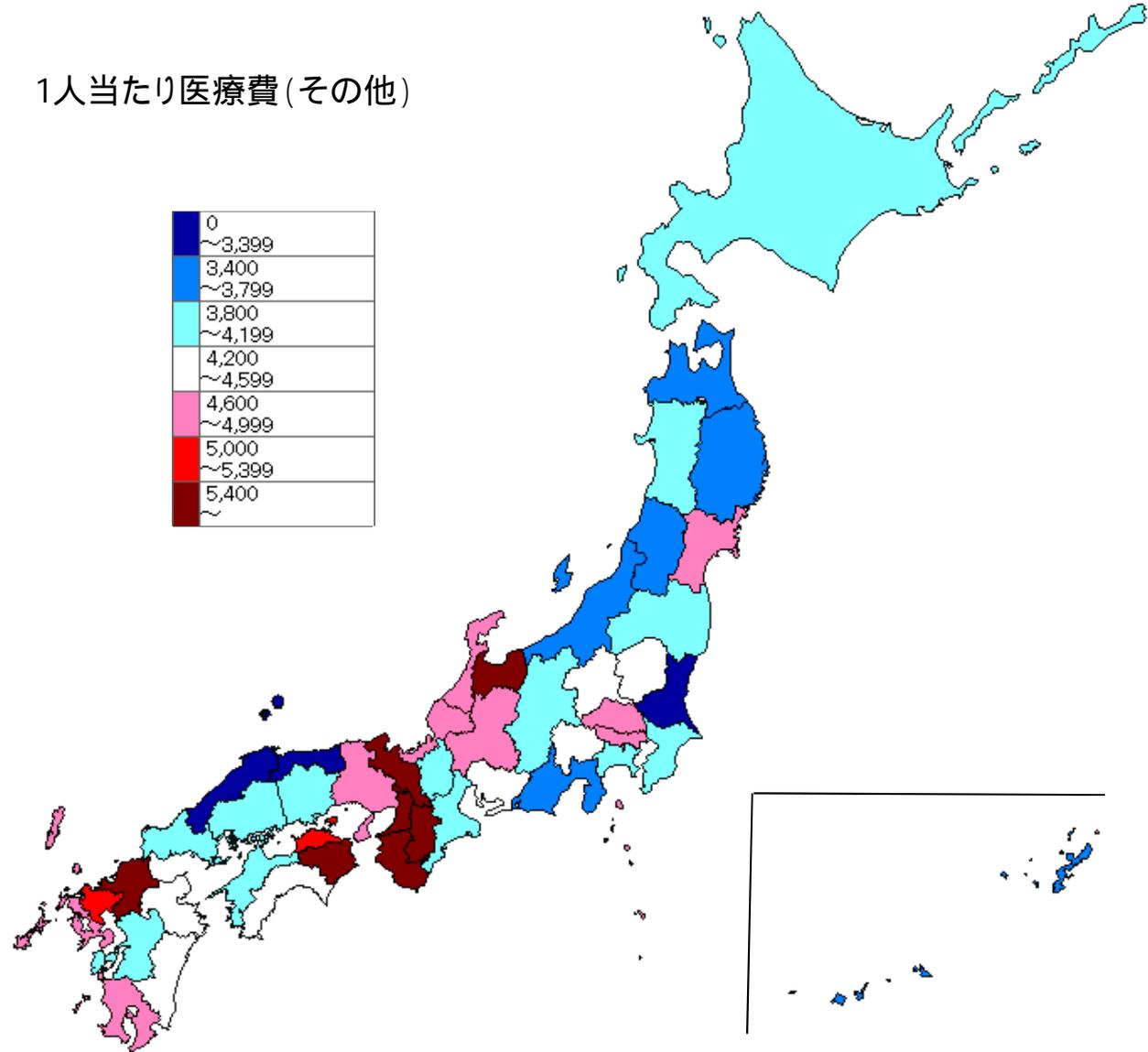
1人あたり医療費(外来(調剤を含む))



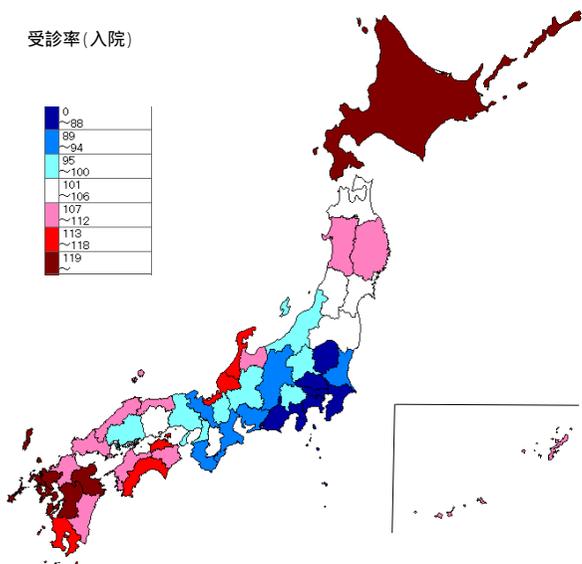
1人あたり医療費(歯科)



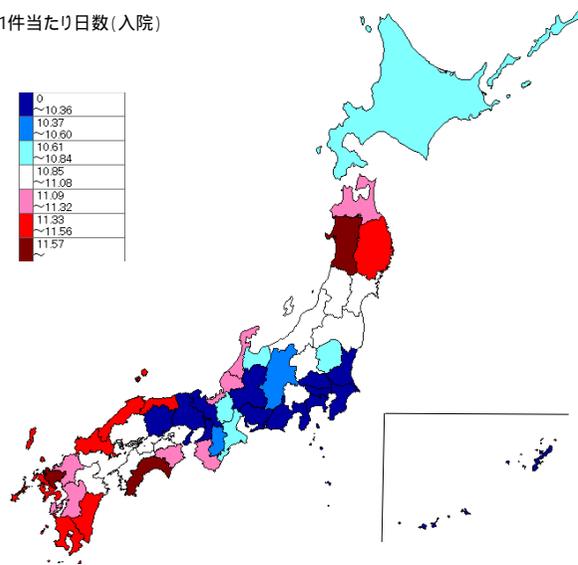
1人あたり医療費(その他)



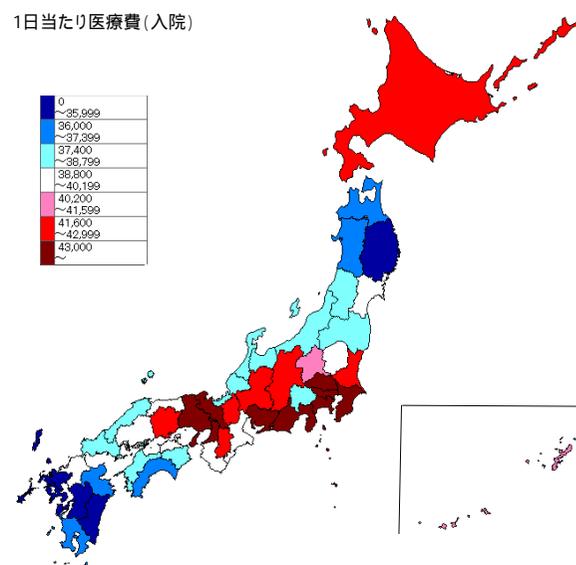
受診率(入院)



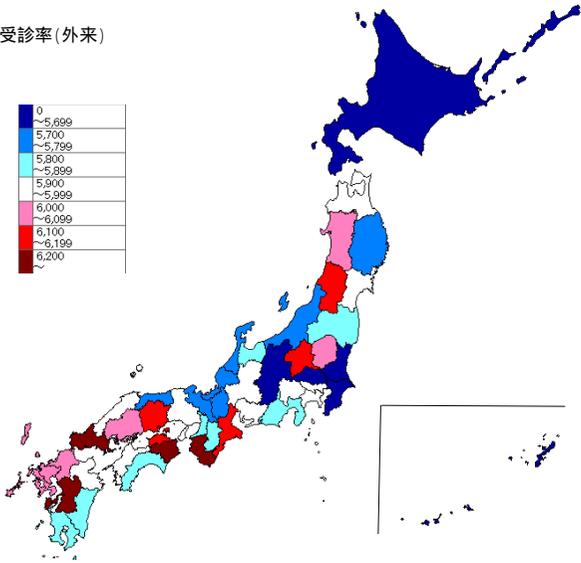
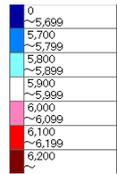
1件当たり日数(入院)



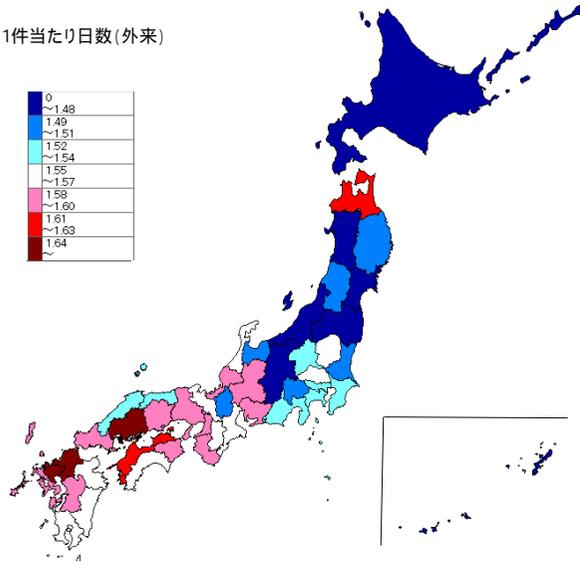
1日当たり医療費(入院)



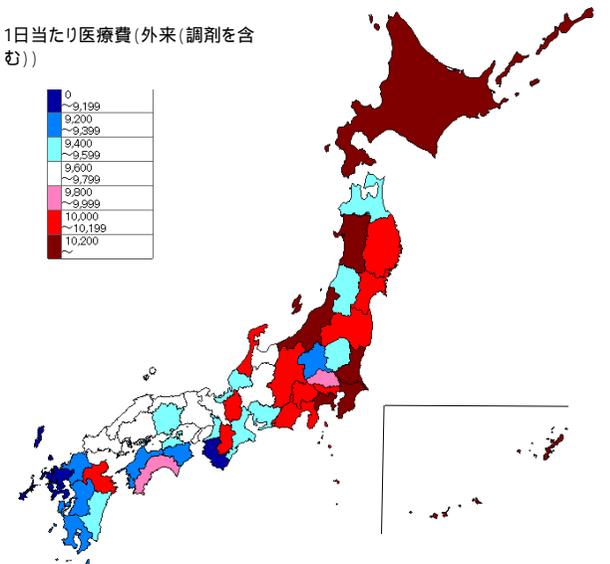
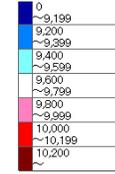
受診率(外来)



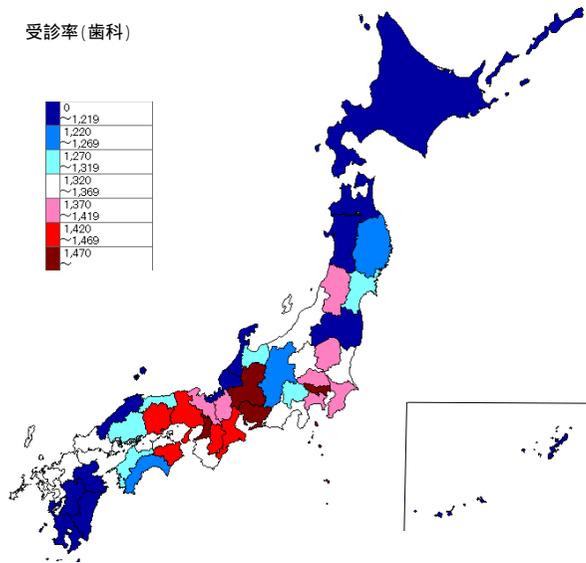
1件当たり日数(外来)



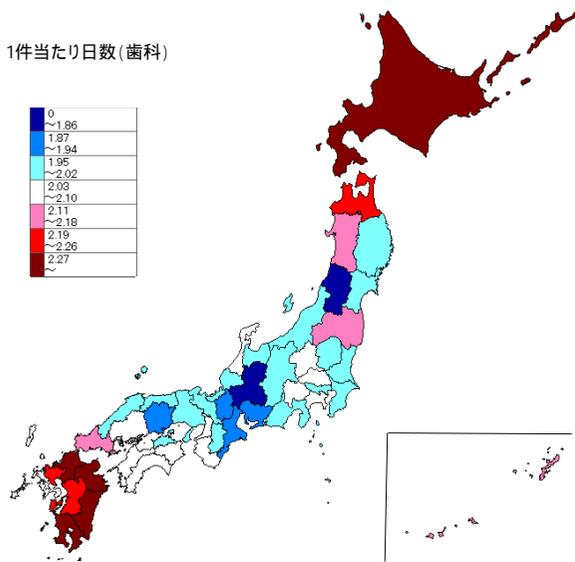
1日当たり医療費(外来(調剤を含む))



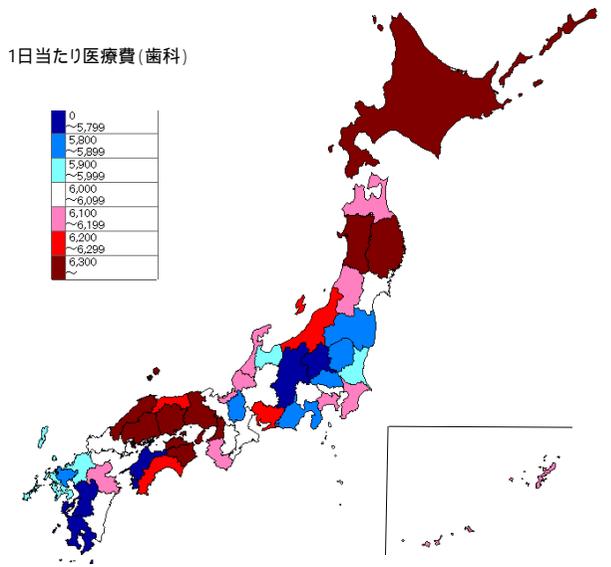
受診率(歯科)



1件当たり日数(歯科)

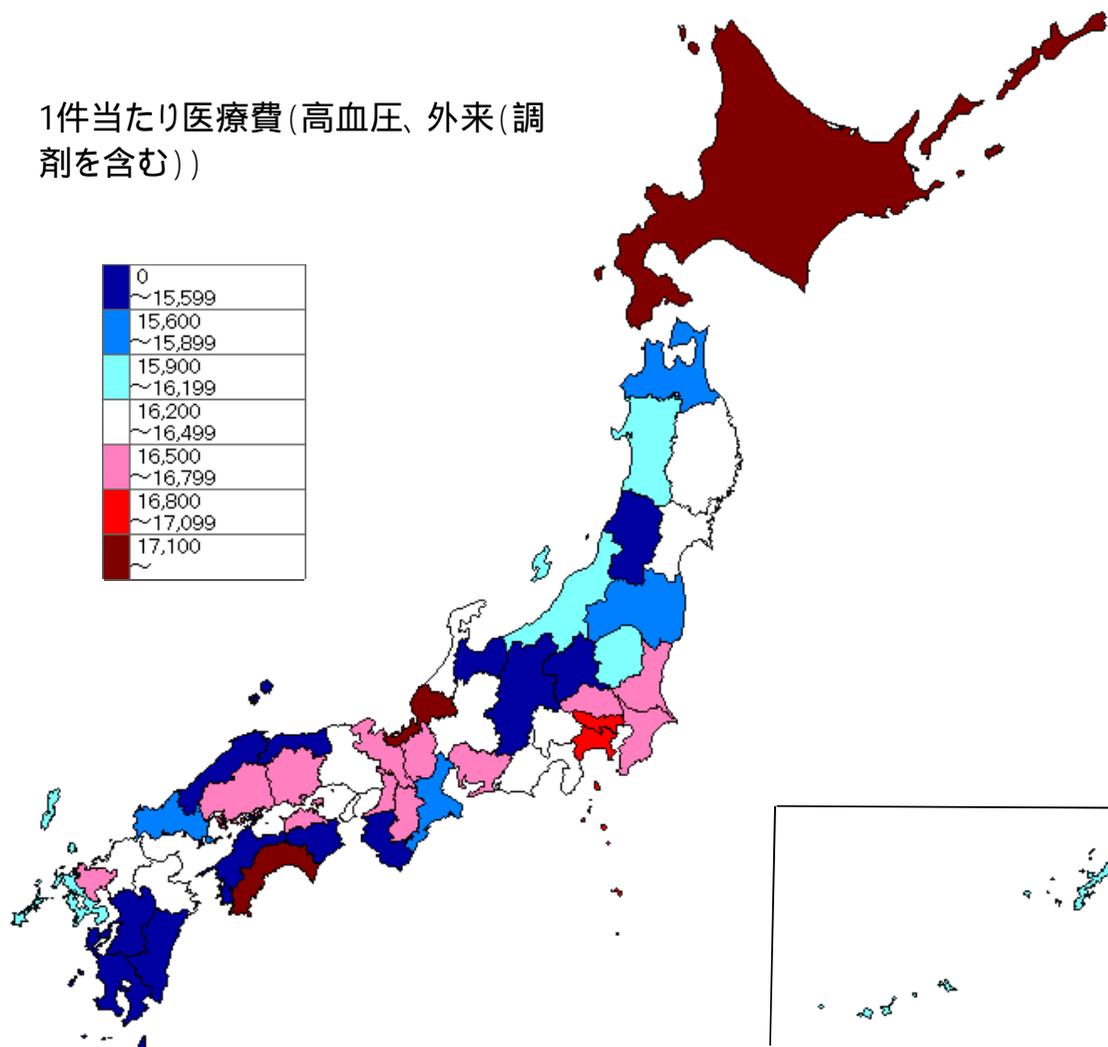


1日当たり医療費(歯科)

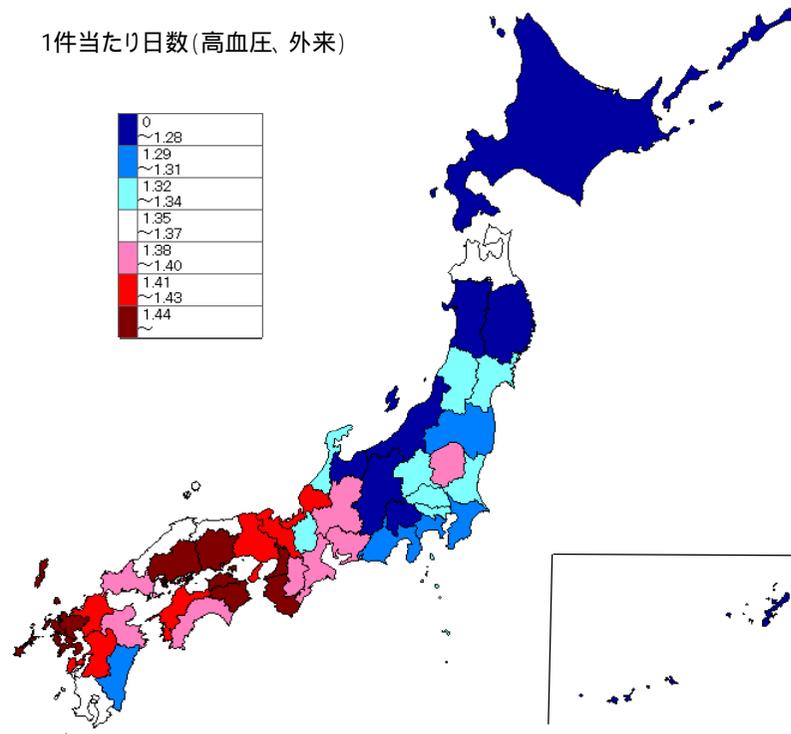


2. 協会けんぽの高血圧・高脂血症・糖尿病の医療費(外来)の状況

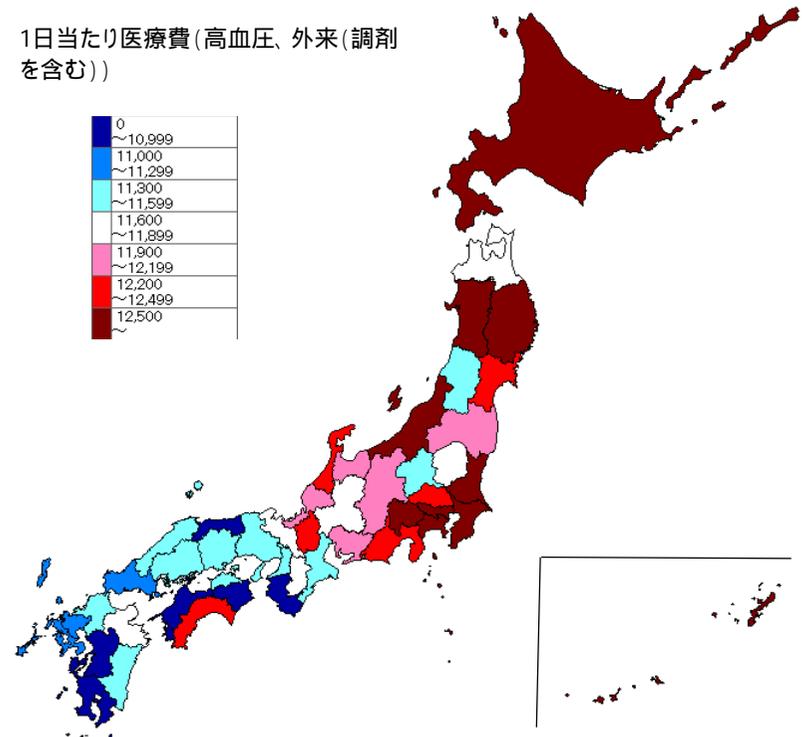
1件当たり医療費(高血圧、外来(調剤を含む))



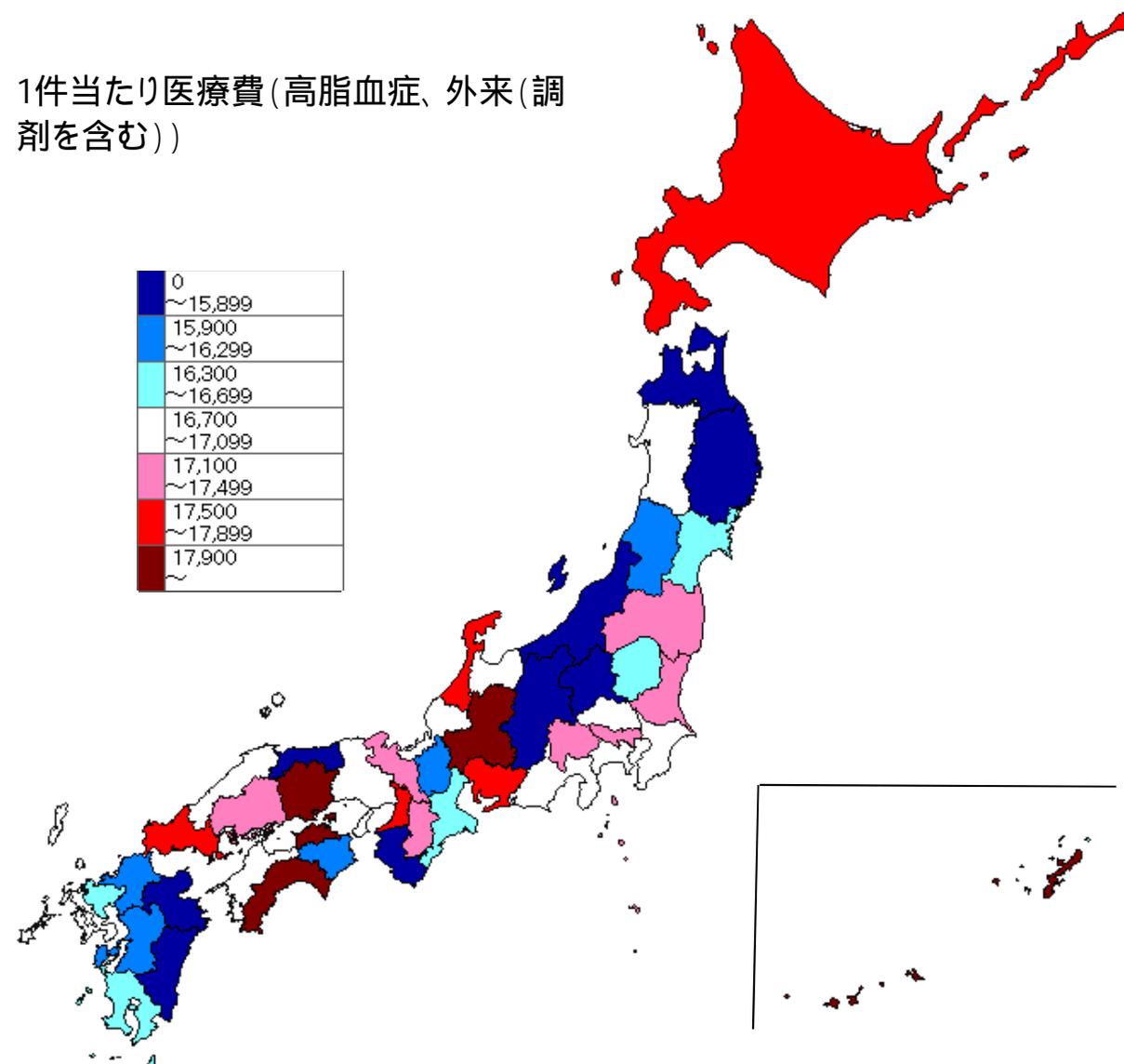
1件当たり日数(高血圧、外来)



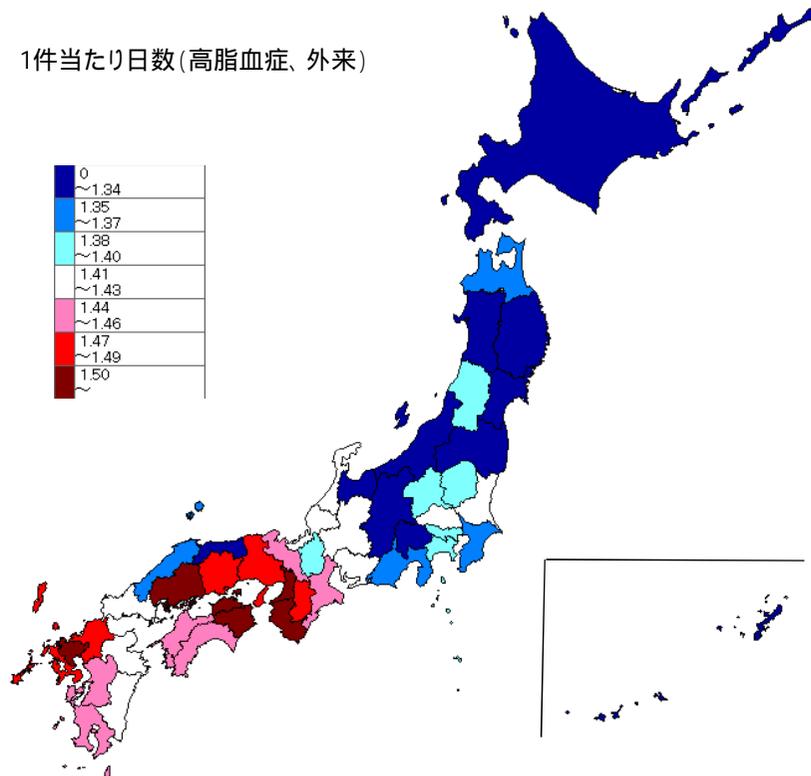
1日当たり医療費(高血圧、外来(調剤を含む))



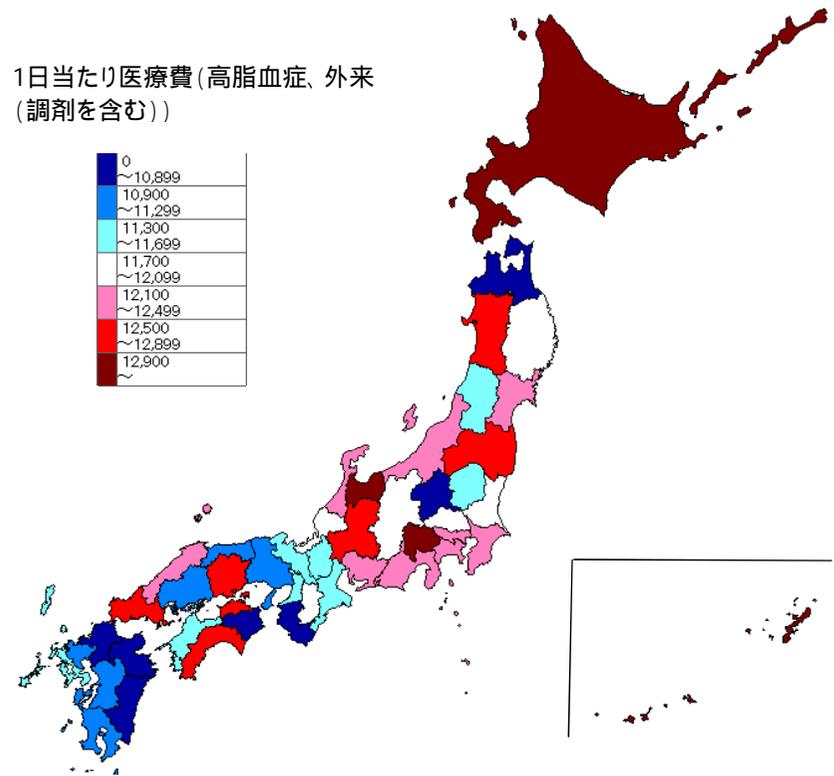
1件当たり医療費(高脂血症、外来(調剤を含む))



1件当たり日数(高脂血症、外来)

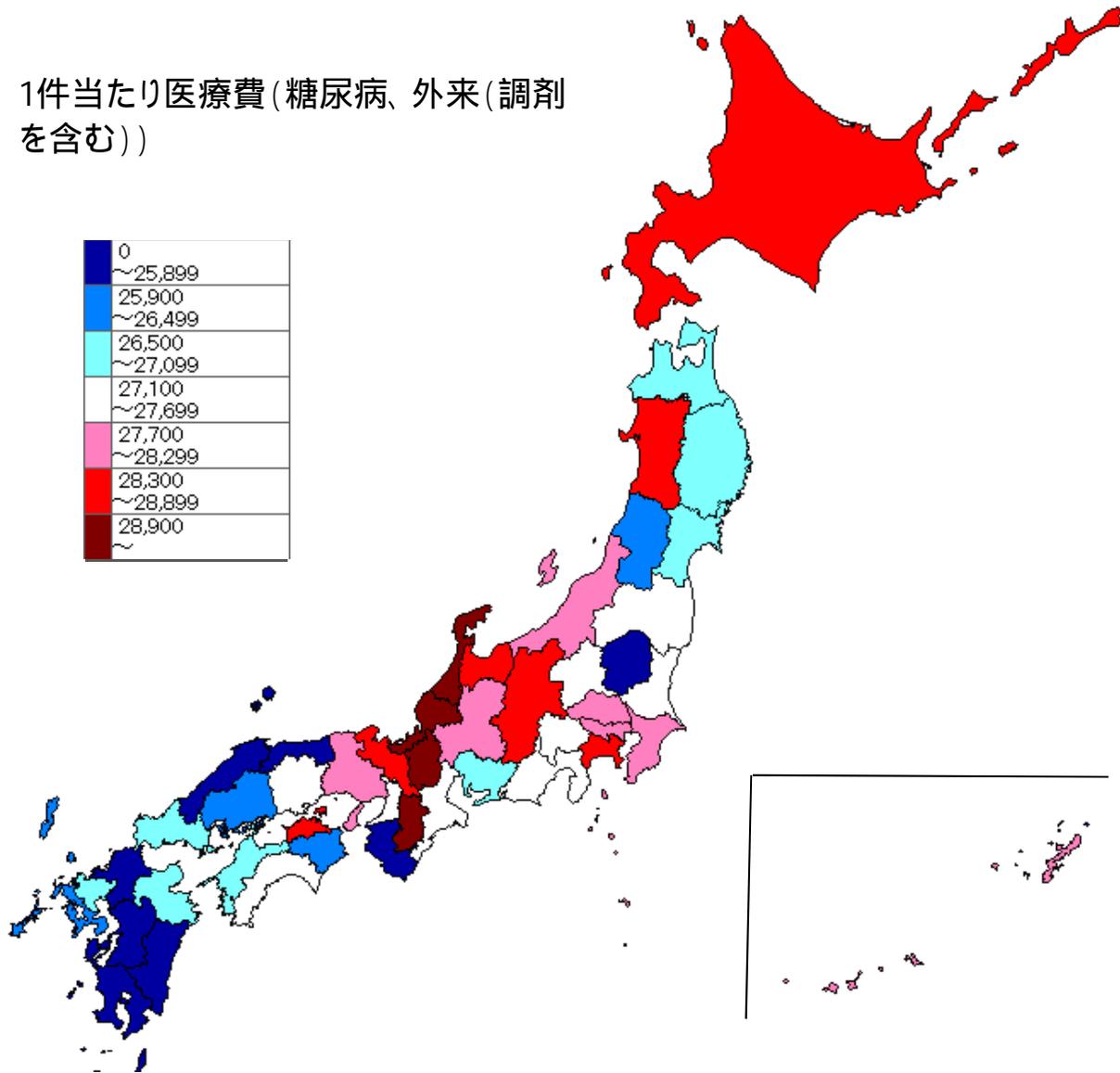


1日当たり医療費(高脂血症、外来
(調剤を含む))

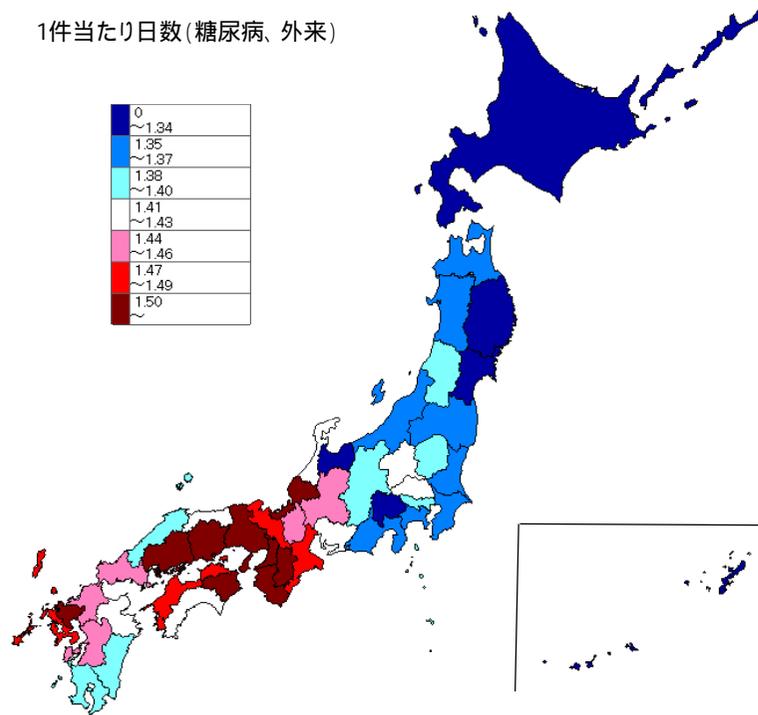


1件当たり医療費(糖尿病、外来(調剤を含む))

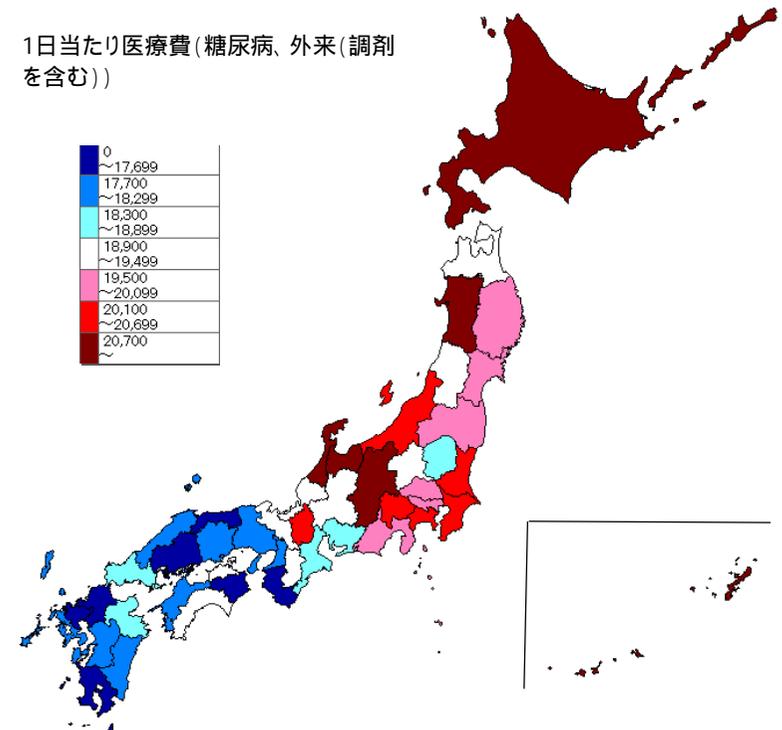
0
~25,899
25,900
~26,499
26,500
~27,099
27,100
~27,699
27,700
~28,299
28,300
~28,899
28,900
~



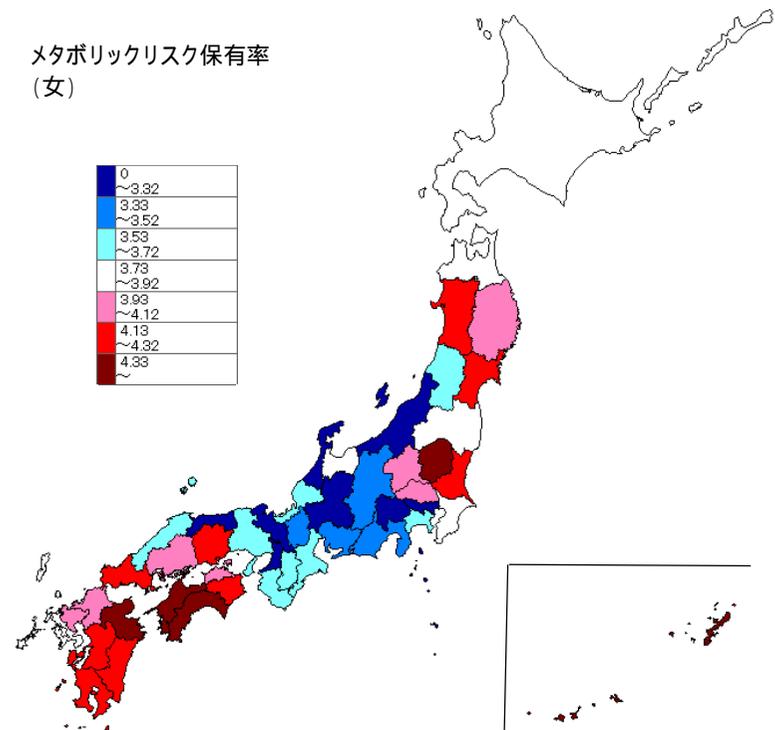
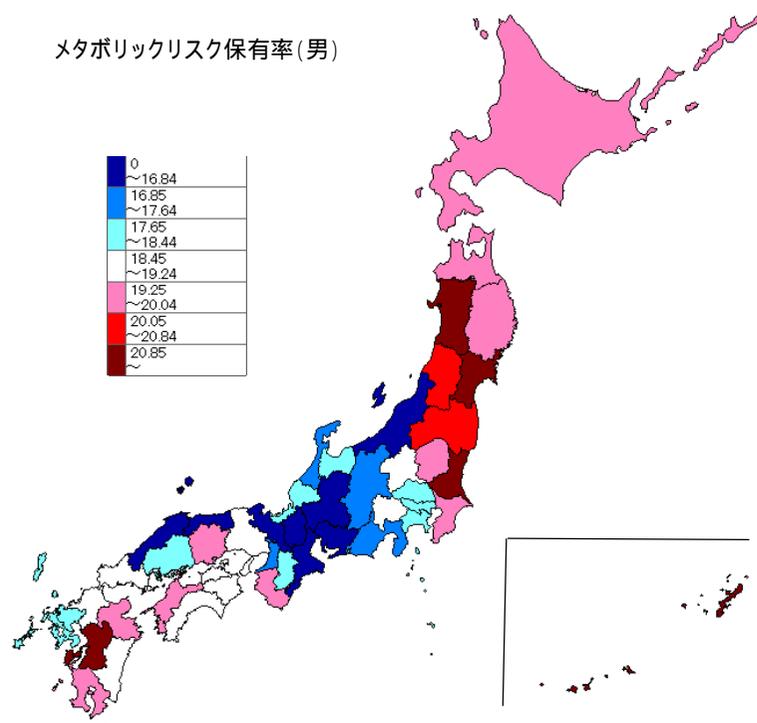
1件当たり日数(糖尿病、外来)



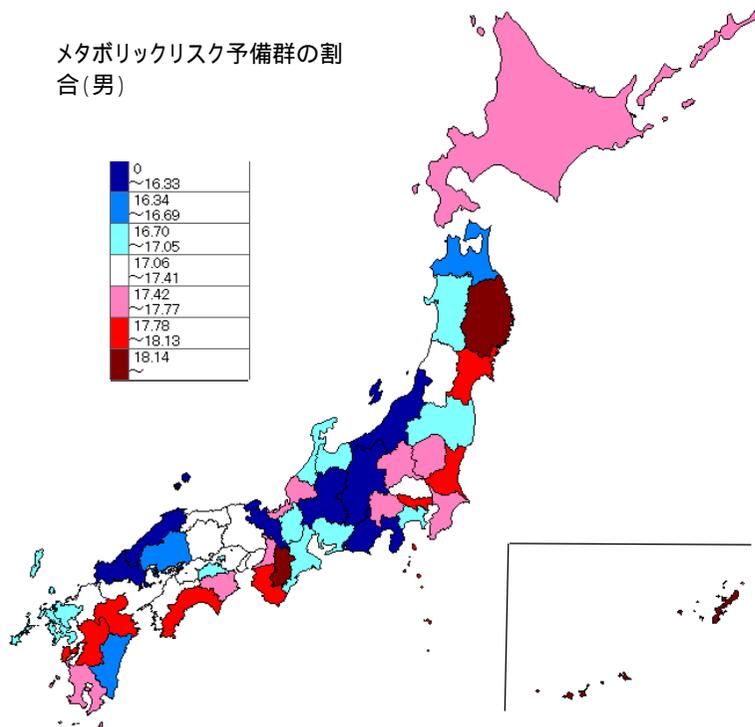
1日当たり医療費(糖尿病、外来(調剤を含む))



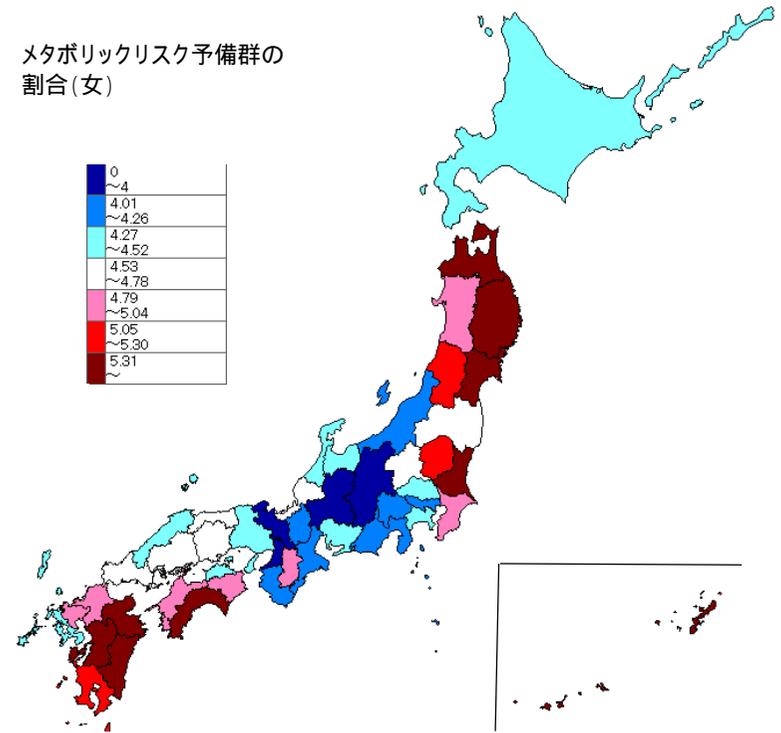
3. 協会けんぽの健診結果の状況



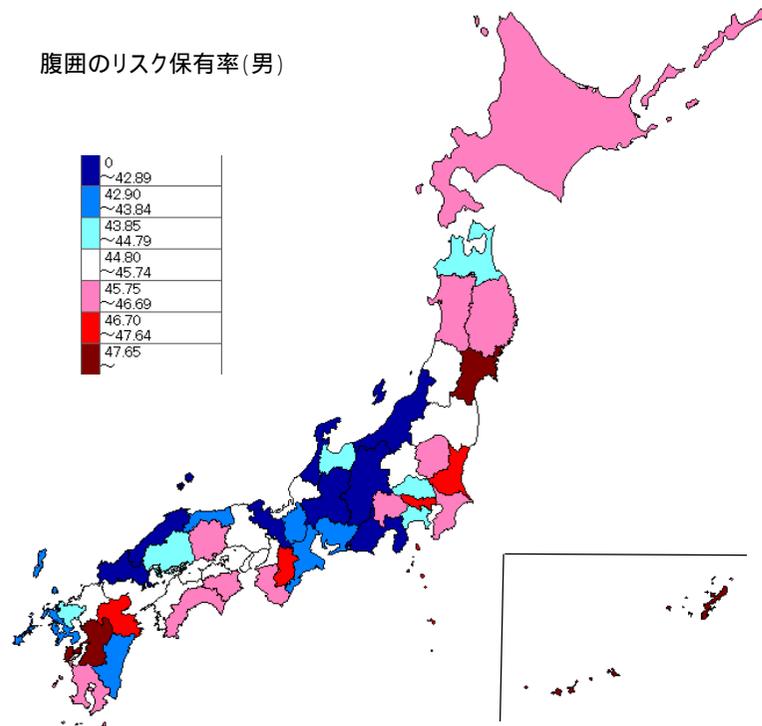
メタボリックリスク予備群の割合(男)



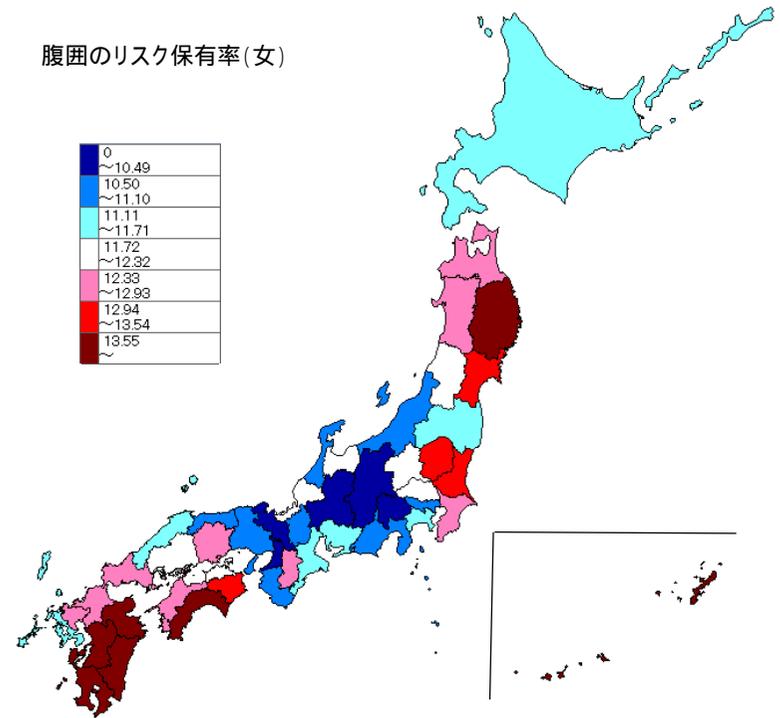
メタボリックリスク予備群の割合(女)



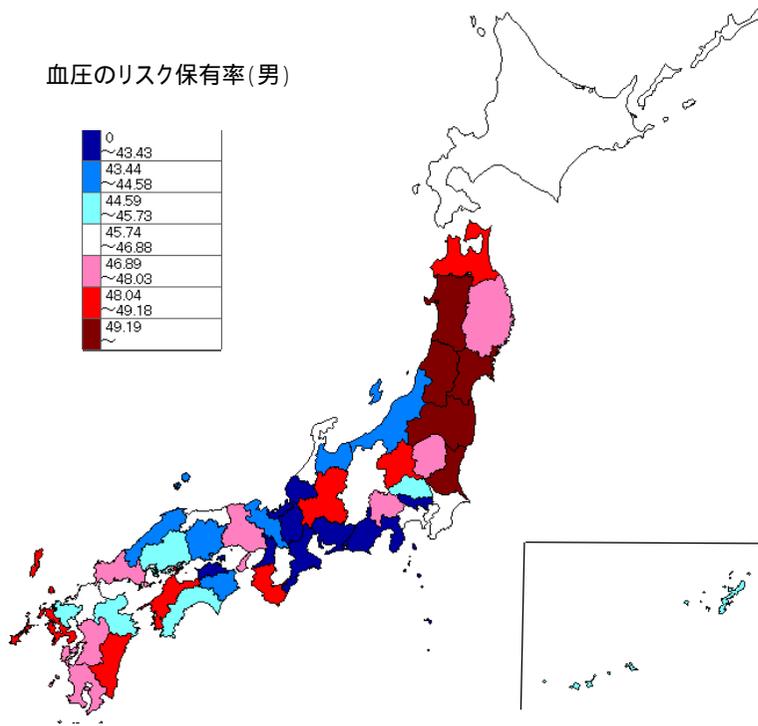
腹囲のリスク保有率(男)



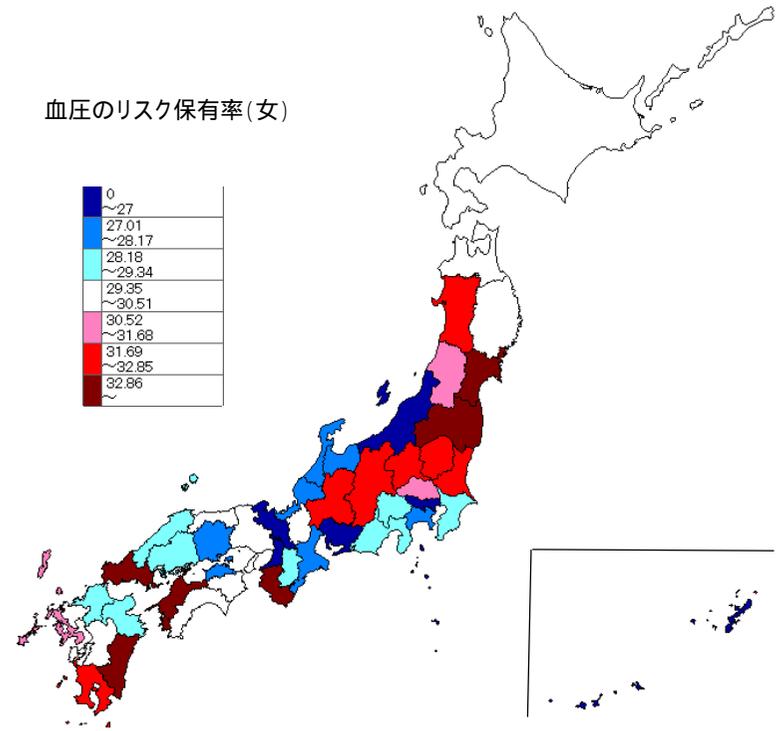
腹囲のリスク保有率(女)



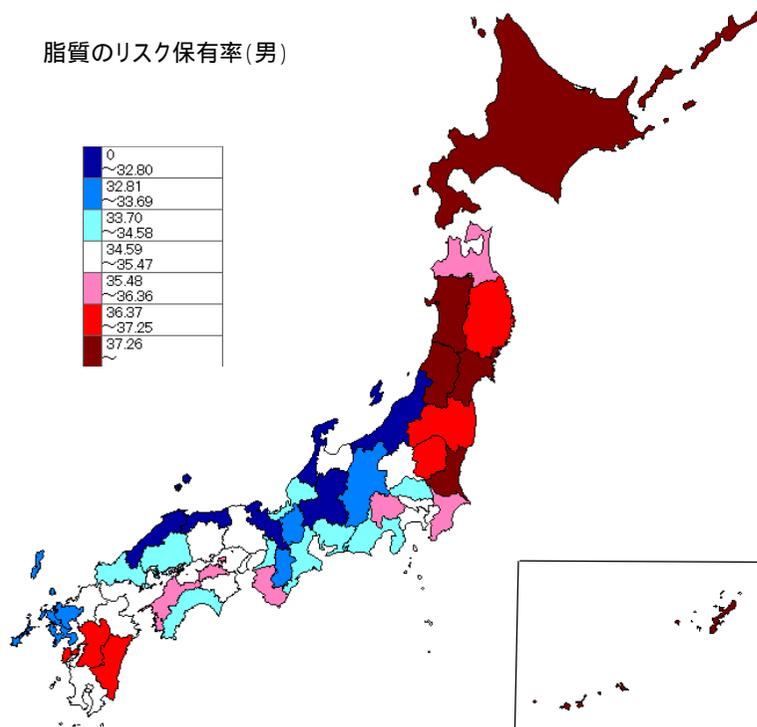
血圧のリスク保有率(男)



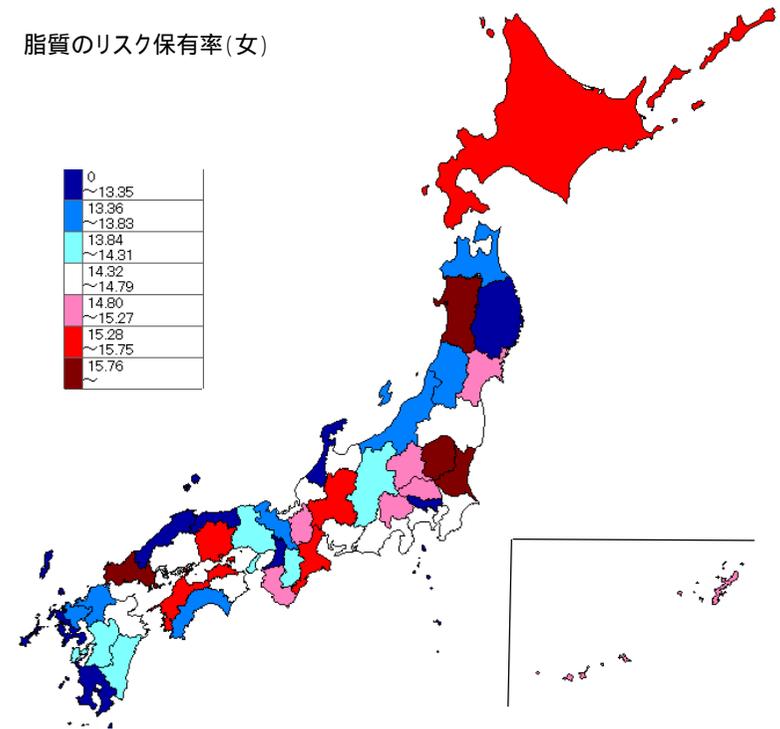
血圧のリスク保有率(女)



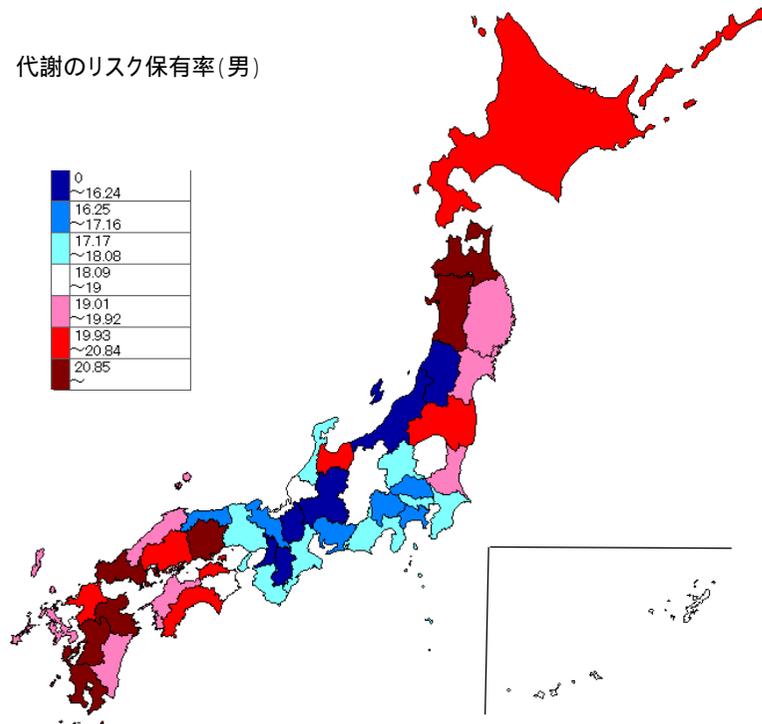
脂質のリスク保有率(男)



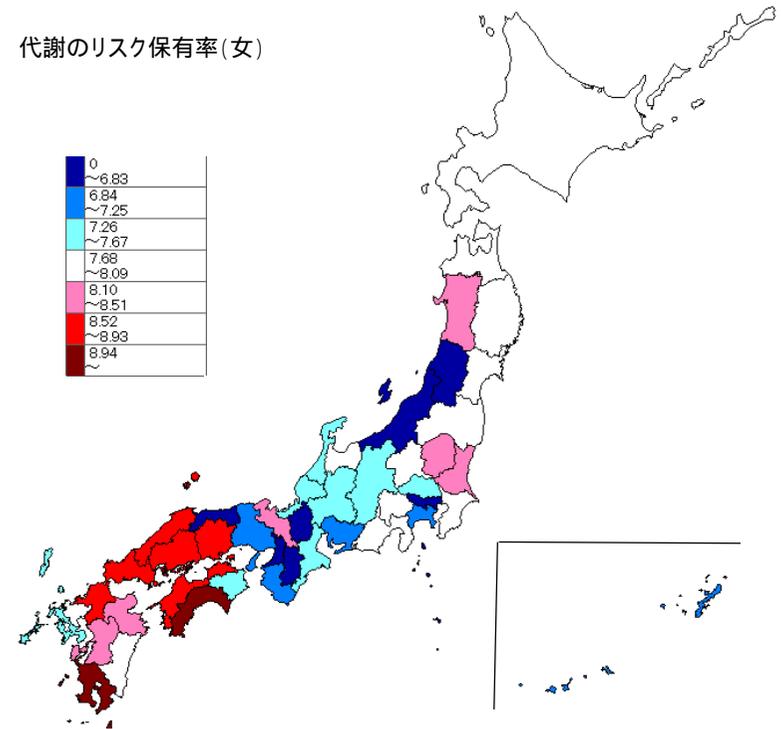
脂質のリスク保有率(女)



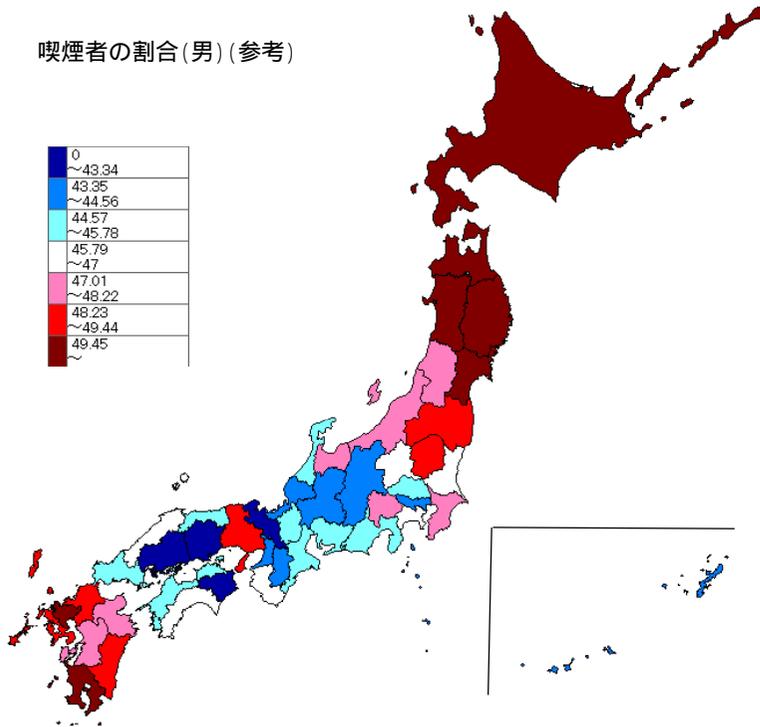
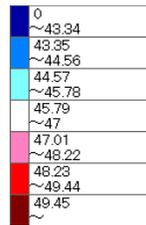
代謝のリスク保有率(男)



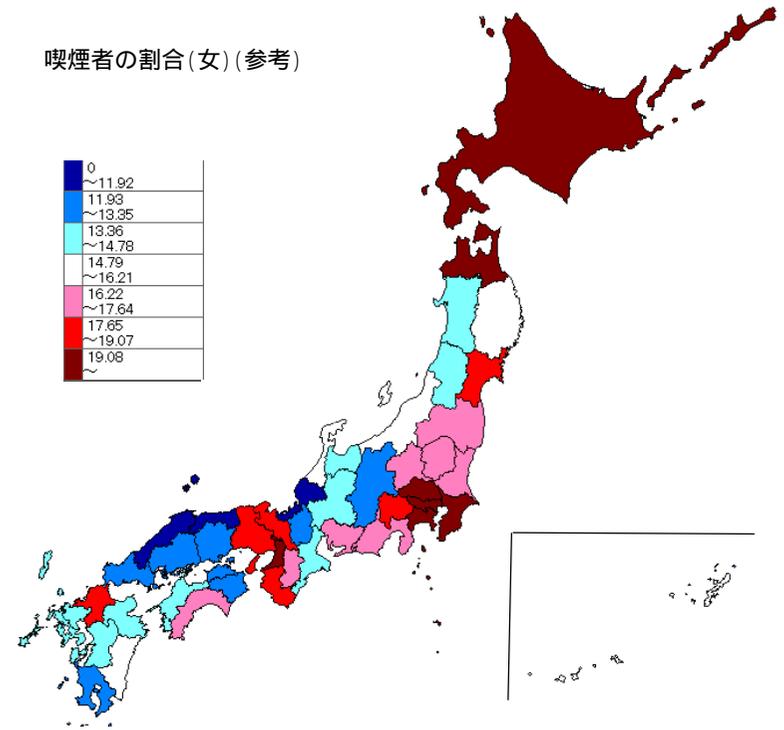
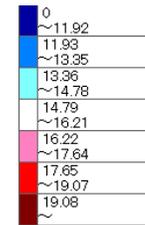
代謝のリスク保有率(女)



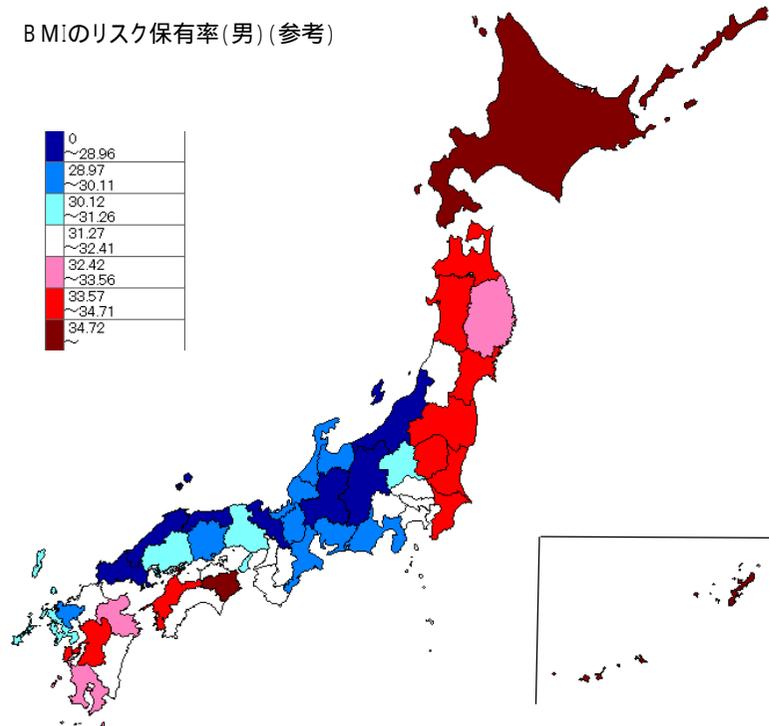
喫煙者の割合(男)(参考)



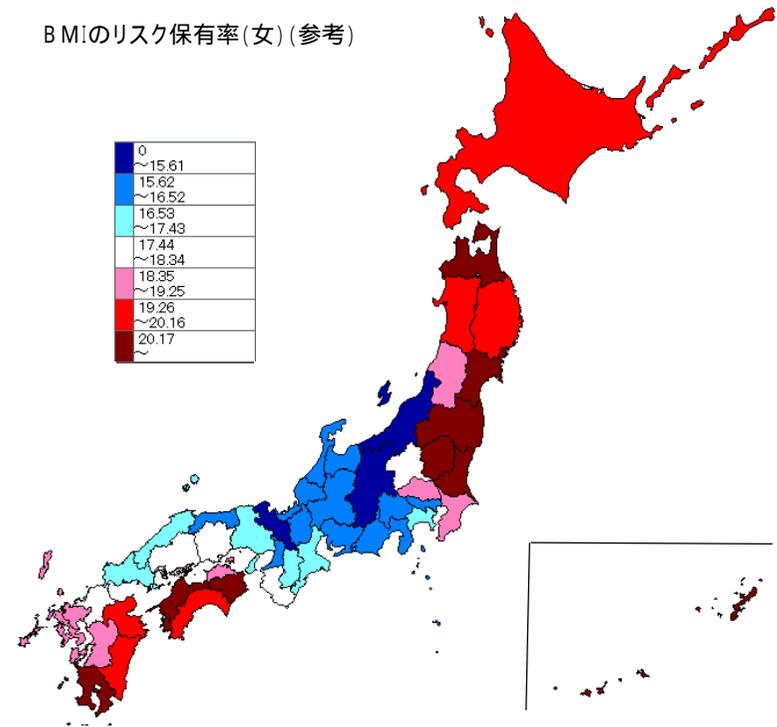
喫煙者の割合(女)(参考)



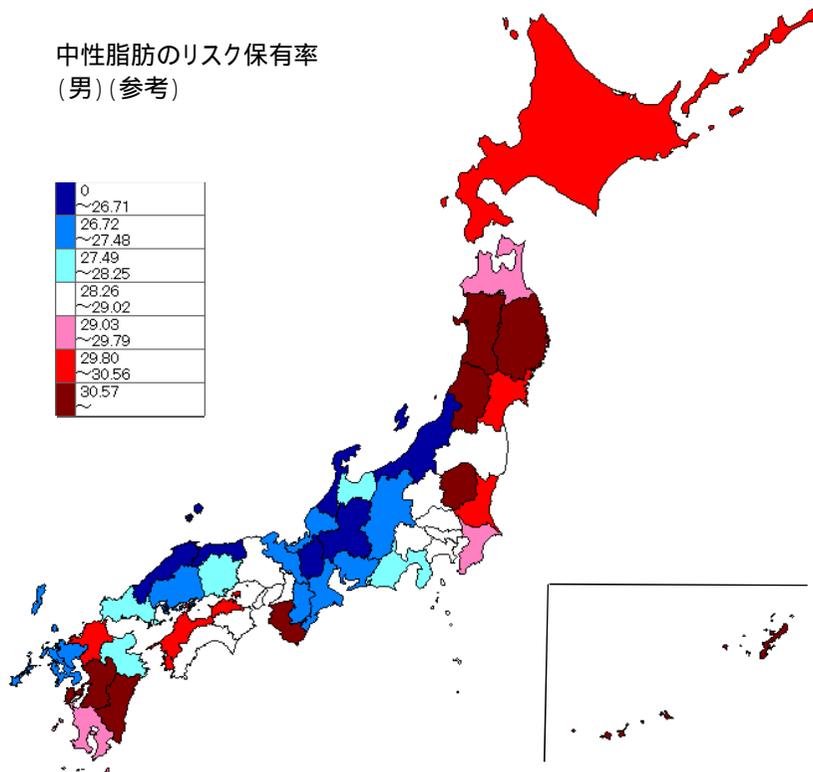
BMIのリスク保有率(男)(参考)



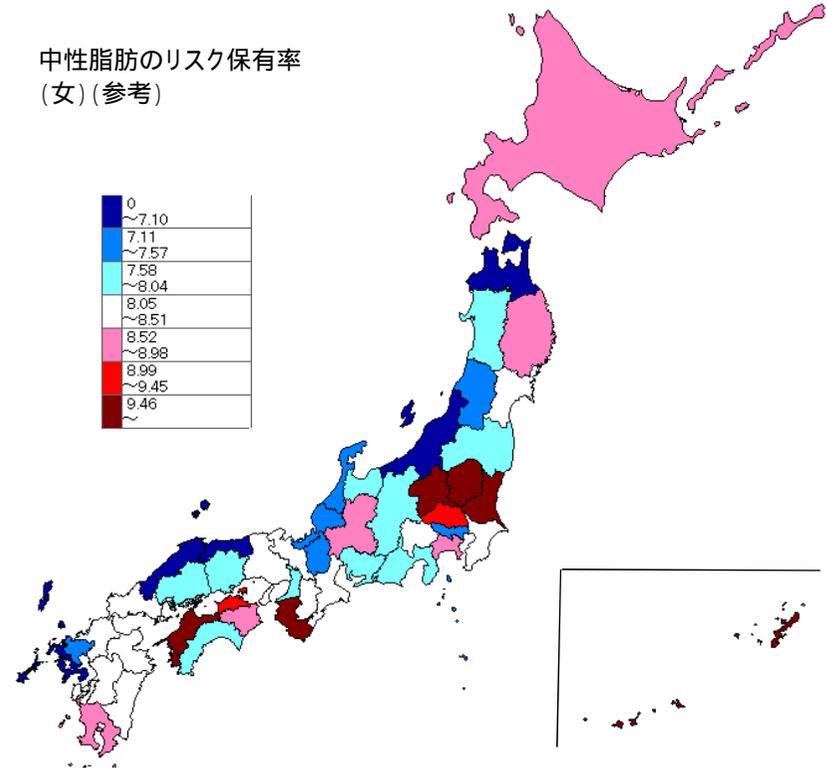
BMIのリスク保有率(女)(参考)



中性脂肪のリスク保有率
(男)(参考)

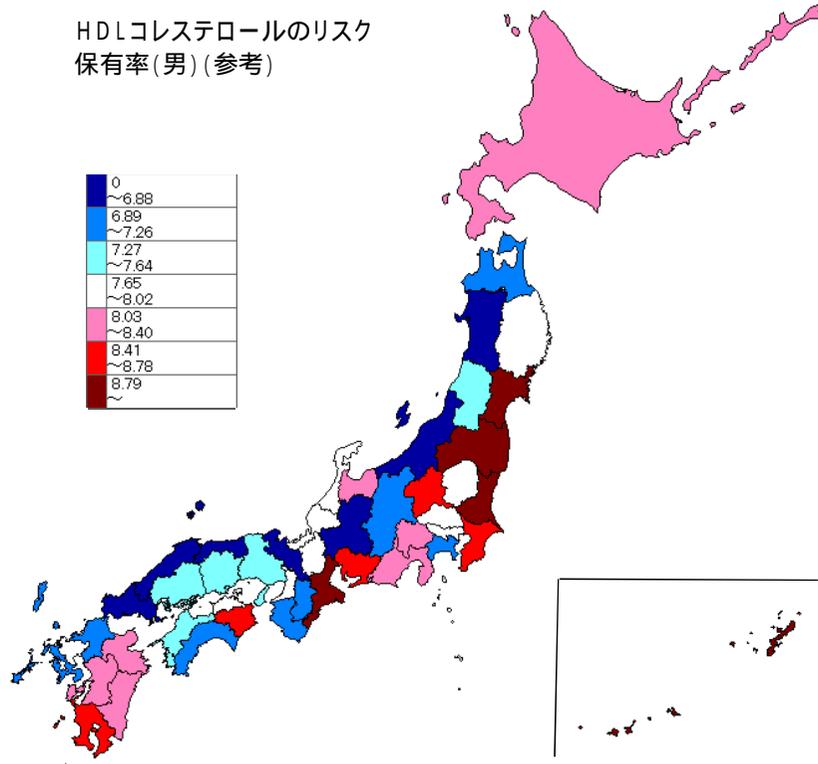


中性脂肪のリスク保有率
(女)(参考)



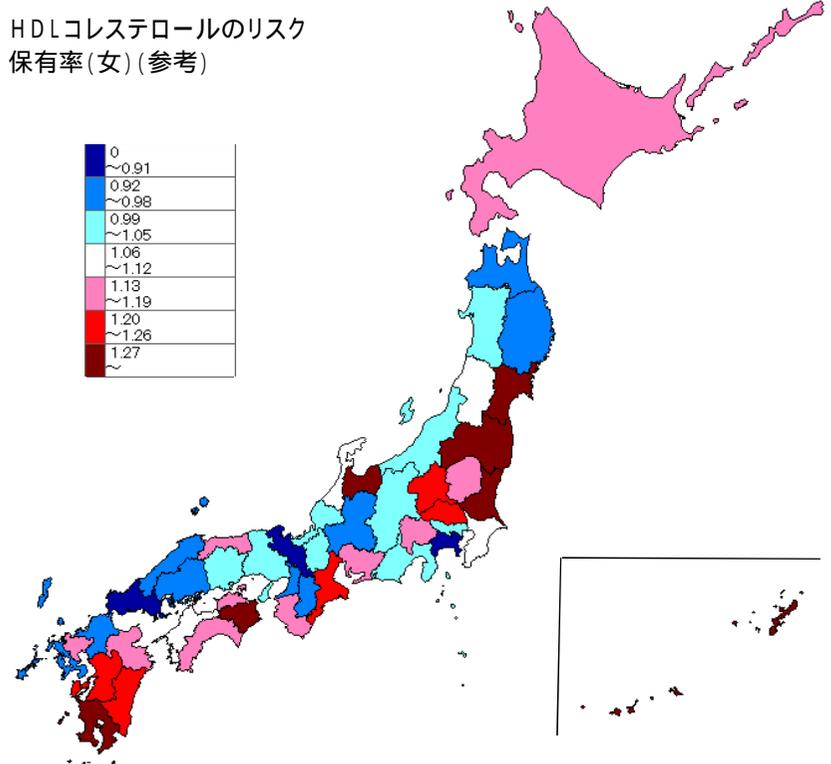
HDLコレステロールのリスク
保有率(男)(参考)

0
~6.88
6.89
~7.26
7.27
~7.64
7.65
~8.02
8.03
~8.40
8.41
~8.78
8.79
~



HDLコレステロールのリスク
保有率(女)(参考)

0
~0.91
0.92
~0.98
0.99
~1.05
1.06
~1.12
1.13
~1.19
1.20
~1.26
1.27
~



[参考]

医療費データについて

- ・傷病合計の医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績（平成22年4月～平成23年3月）である。
- ・医療費の「合計」は社会保険診療報酬支払基金審査分（入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費）、療養費（柔道整復療養費等）、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。
- ・傷病別の医療費は、平成22年4月～平成23年3月のレセプト（入院については電子レセプトのみ、入院外については電子レセプト及び電算機で作成されたレセプト（続紙付レセプトを除く））の集計値であり、入院外レセプトと調剤レセプトを接続させている。
- ・都道府県別の医療費は、加入者の事業所所在地の都道府県毎に集計したものである。

健診データについて

- ・集計対象データは平成22年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成21年度中に受診した生活習慣病予防健診（一般健診、付加健診）データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの（35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定）とし、リスク保有者割合等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。

メタボリックリスク保有率は、 かつ ～ のうち2項目以上に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）

メタボリックリスク予備群の割合は、 かつ ～ のうち1項目に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）

腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者（ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者）の割合

血圧のリスク保有率は収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者の割合

脂質のリスク保有率は中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者の割合

代謝のリスク保有率は空腹時血糖110mg/dl以上（ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c 5.5%以上）、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合

喫煙者の割合は問診票において喫煙者であると回答した者の割合

BMIのリスク保有率はBMI（肥満度）が25以上の者の割合

脂質（中性脂肪）のリスク保有率は中性脂肪 150mg/dl以上の者の割合

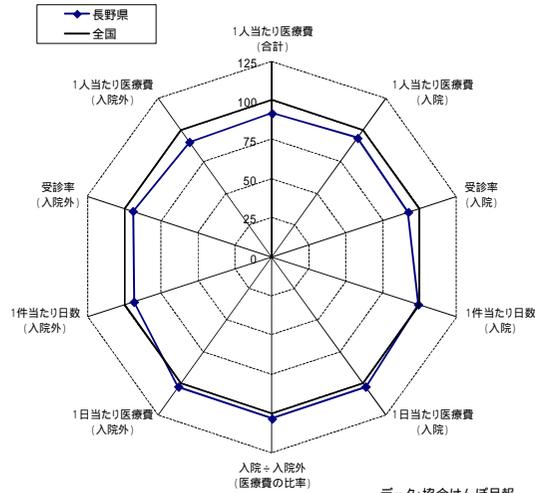
脂質（HDLコレステロール）のリスク保有率はHDLコレステロール 40mg/dl未満の者の割合

都道府県別医療費に関する レーダーチャート等 (長野県、佐賀県)

平成22年度

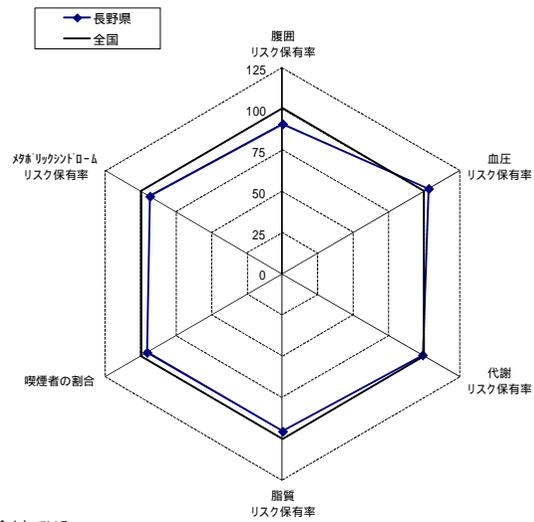
長野県(平成22年度)

医療費に関するレーダーチャート

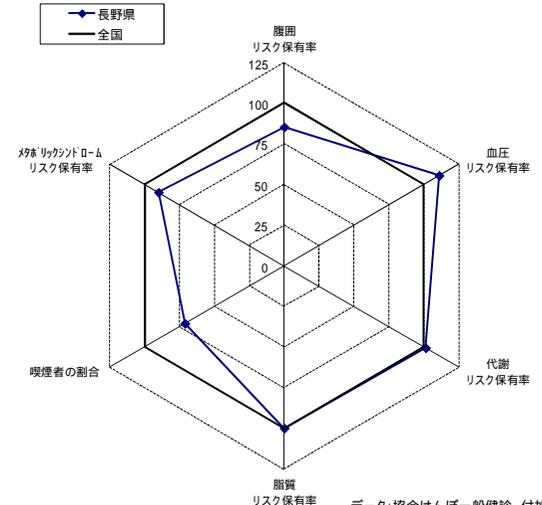


データ：協会けんぽ月報
年次：平成22年度
注：入院外医療費には調剤分が含まれている

健診データに関するレーダーチャート(男性)



健診データに関するレーダーチャート(女性)



データ：協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次：平成22年度

入院の医療費の上位10疾病

長野県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.9%
2	他の消化器系の疾患		4.5%
3	他の妊娠、分娩及び産じょく		4.4%
4	良性新生物		3.9%
5	虚血性心疾患		3.6%
6	統合失調症及び妄想性障害		3.1%
7	他の心疾患		3.1%
8	骨折		3.0%
9	他の損傷及び他の外因の影響		2.6%
10	他の神経系の疾患		2.5%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			13.6%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.9%
2	他の消化器系の疾患		4.7%
3	良性新生物		4.1%
4	虚血性心疾患		3.9%
5	他の妊娠、分娩及び産じょく		3.9%
6	他の心疾患		3.2%
7	骨折		3.1%
8	統合失調症及び妄想性障害		2.7%
9	肺の悪性新生物		2.6%
10	脳梗塞		2.6%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			19.3%

入院外の医療費の上位10疾病

長野県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.7%
2	糖尿病		6.3%
3	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.2%
4	腎不全		3.7%
5	喘息		3.5%
6	他の急性上気道感染症		2.9%
7	皮膚炎及び湿疹		2.6%
8	アレルギー性鼻炎		2.4%
9	他の神経系の疾患		2.2%
10	他の消化器系の疾患		2.2%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			21.2%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.8%
2	糖尿病		6.1%
3	喘息		4.4%
4	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.3%
5	腎不全		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.2%
7	アレルギー性鼻炎		3.0%
8	皮膚炎及び湿疹		2.8%
9	他の消化器系の疾患		2.3%
10	急性気管支及び細気管支炎		2.0%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			21.2%

データ：レセプト基本情報データを使用した集計値
年次：平成22年度
注：医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている
注：割合は傷病名が不詳のレセプトを除いた構成割合

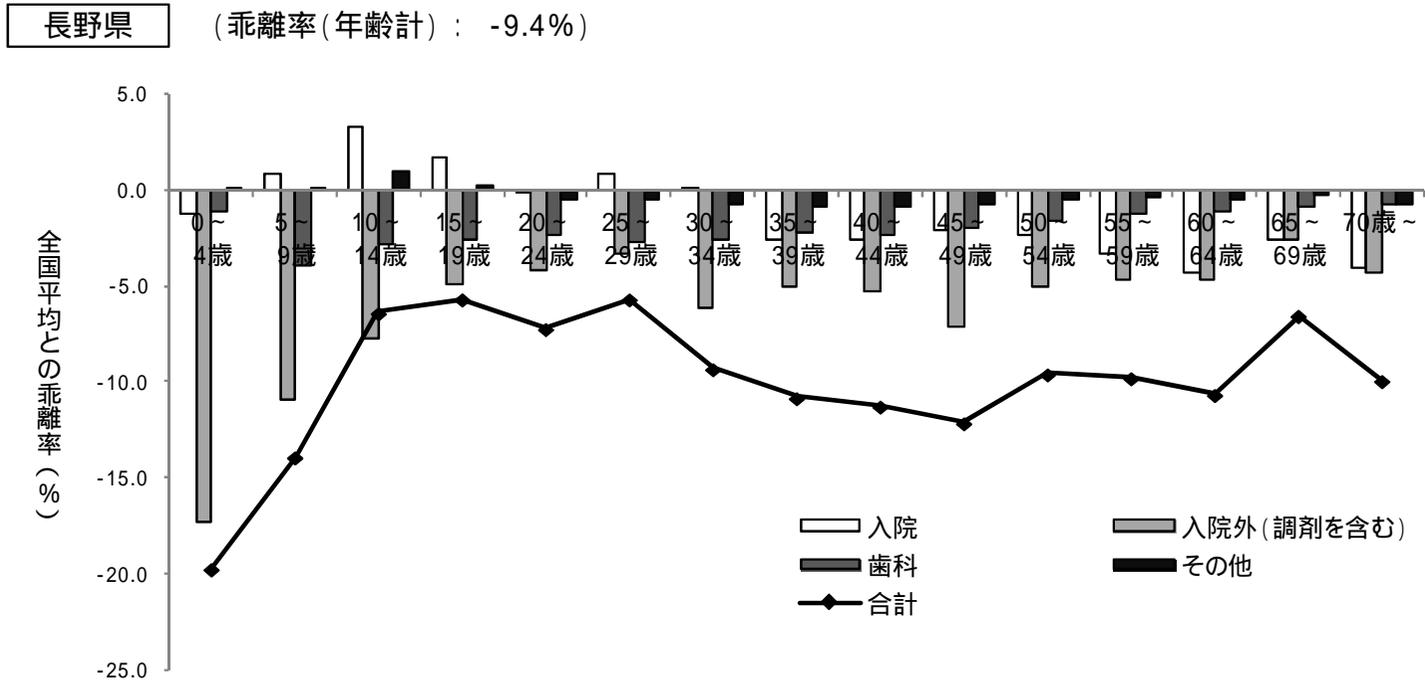
長野県(平成22年度)

健診データについての全国値との比較

健診の指標	長野県			全国		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
メタボリックシンドロームのリスク保有率	11.9%	17.3%	3.3%	13.4%	18.5%	3.7%
腹囲のリスク保有率	28.8%	40.8%	10.0%	33.6%	44.9%	11.7%
血圧のリスク保有率	41.0%	46.8%	31.9%	39.7%	45.4%	28.8%
脂質のリスク保有率	25.9%	33.4%	14.2%	27.9%	35.0%	14.2%
代謝(空腹時血糖)のリスク保有率	14.1%	18.2%	7.6%	14.7%	18.4%	7.5%
喫煙者の割合	31.8%	44.3%	12.1%	36.3%	46.4%	17.0%
BMIのリスク保有率(参考)	23.5%	28.5%	15.6%	26.9%	31.6%	17.8%
脂質(中性脂肪)のリスク保有率(参考)	19.5%	27.0%	7.8%	21.6%	28.6%	8.1%
脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率(参考)	4.6%	6.9%	1.0%	5.5%	7.8%	1.1%

データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成22年度

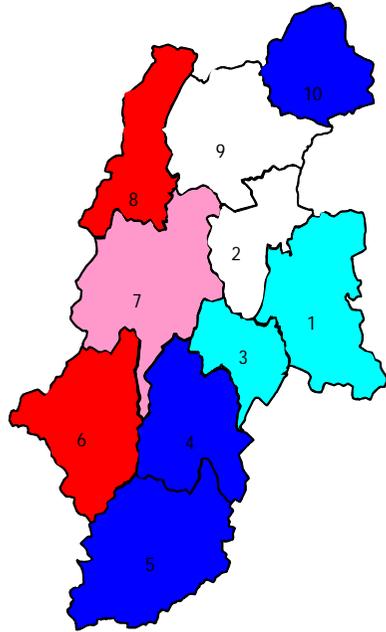
年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率及び診療種別寄与度分解(平成22年度)



長野県(平成22年度)

長野県の二次医療圏別1人当たり医療費(入院・外来・歯科・調剤合計)

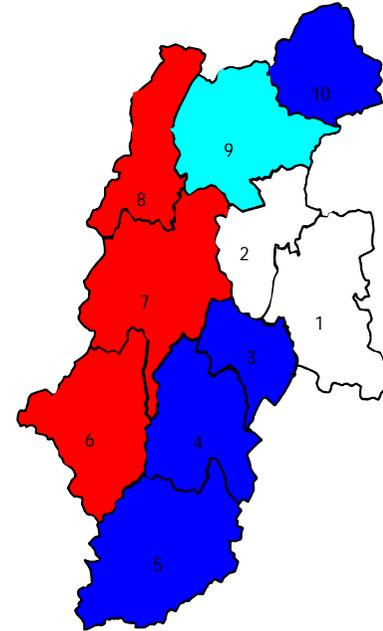
~ 136,700
136,700 ~ 140,000
140,000 ~ 143,300
143,300 ~ 146,600
146,600 ~



	1人当たり医療費
全国計	153,276
長野県	139,175
1 佐久	139,252
2 上小	141,229
3 諏訪	136,967
4 上伊那	133,290
5 飯伊	129,447
6 木曾	158,930
7 松本	146,323
8 大北	147,954
9 長野	141,110
10 北信	134,313
その他	125,513

年齢調整後

~ 135,000
135,000 ~ 137,800
137,800 ~ 140,600
140,600 ~ 143,400
143,400 ~



	1人当たり医療費
全国計	153,276
長野県	137,504
1 佐久	138,162
2 上小	138,636
3 諏訪	132,771
4 上伊那	132,005
5 飯伊	128,451
6 木曾	143,409
7 松本	144,972
8 大北	143,540
9 長野	137,693
10 北信	133,255
その他	137,998

注: 各都道府県支部の加入者に係るデータを対象とし、被保険者の住所地が属する二次医療圏別に集計したものである。

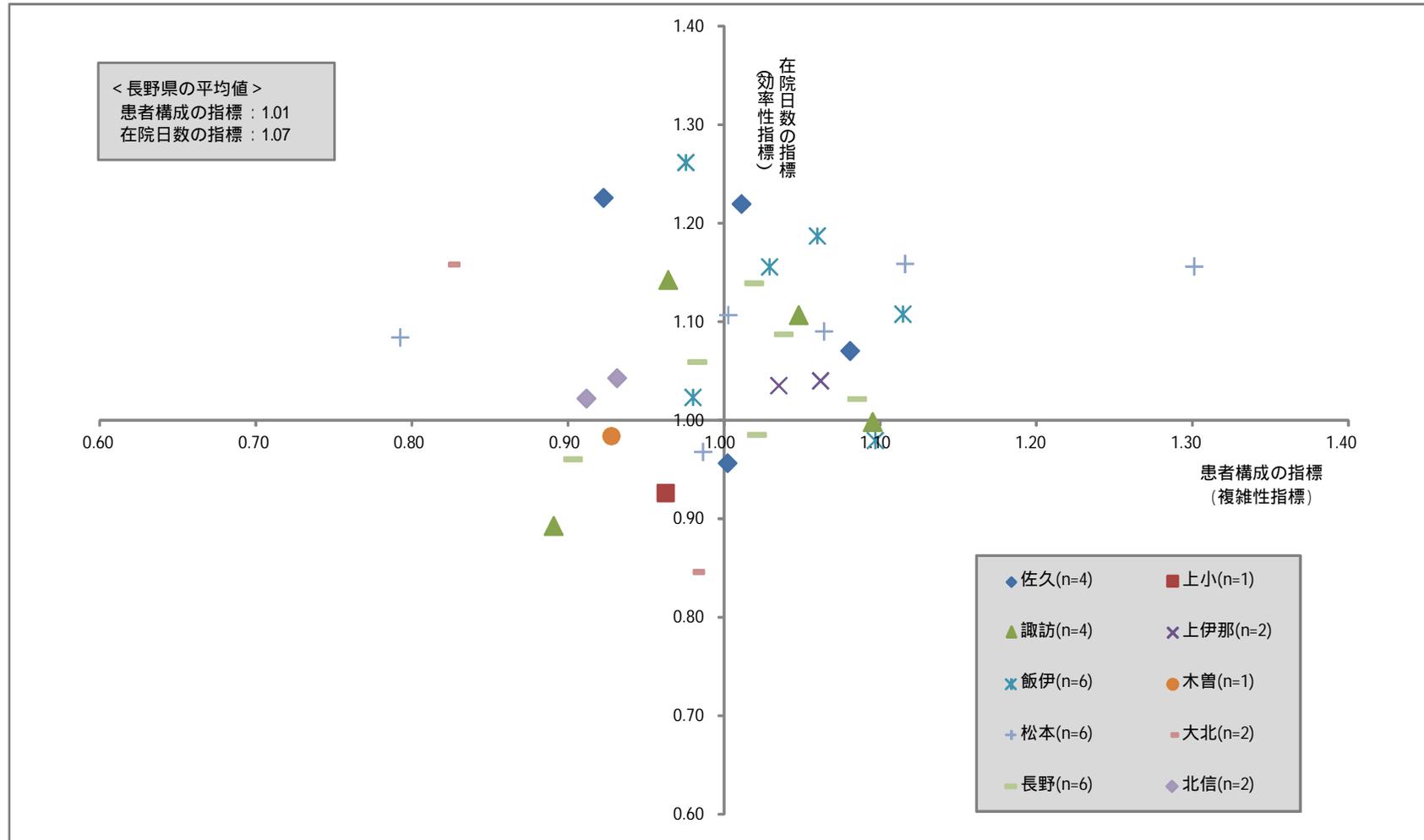
長野県(平成22年度)

長野県の医療機関所在地(二次医療圏)、加入者住所地(二次医療圏)別レセプト件数(平成22年度、入院)

		医療機関所在地(二次医療圏)											合計
		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	その他	
加入者住所 地 (二次医療圏)	佐久	3,551 (82.0)	150 (3.5)	71 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	154 (3.6)	0 (0.0)	145 (3.3)	2 (0.0)	257 (5.9)	4,330 (100.0)
	上小	1,008 (20.8)	2,588 (53.5)	53 (1.1)	5 (0.1)	3 (0.1)	7 (0.1)	469 (9.7)	3 (0.1)	442 (9.1)	12 (0.2)	248 (5.1)	4,838 (100.0)
	諏訪	16 (0.2)	41 (0.6)	5,267 (80.9)	64 (1.0)	11 (0.2)	3 (0.0)	666 (10.2)	4 (0.1)	63 (1.0)	4 (0.1)	375 (5.8)	6,514 (100.0)
	上伊那	17 (0.4)	18 (0.4)	484 (10.4)	3,056 (65.9)	240 (5.2)	4 (0.1)	558 (12.0)	4 (0.1)	42 (0.9)	3 (0.1)	209 (4.5)	4,635 (100.0)
	飯伊	2 (0.0)	1 (0.0)	61 (1.3)	86 (1.8)	3,842 (82.4)	2 (0.0)	319 (6.8)	0 (0.0)	38 (0.8)	3 (0.1)	311 (6.7)	4,665 (100.0)
	木曾	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.7)	41 (4.3)	3 (0.3)	492 (51.2)	276 (28.7)	0 (0.0)	5 (0.5)	0 (0.0)	137 (14.3)	961 (100.0)
	松本	38 (0.3)	146 (1.3)	282 (2.6)	57 (0.5)	19 (0.2)	35 (0.3)	9,597 (88.1)	264 (2.4)	128 (1.2)	6 (0.1)	326 (3.0)	10,898 (100.0)
	大北	5 (0.3)	3 (0.2)	27 (1.4)	3 (0.2)	1 (0.1)	0 (0.0)	696 (35.3)	1,085 (55.0)	87 (4.4)	5 (0.3)	62 (3.1)	1,974 (100.0)
	長野	122 (0.9)	404 (3.0)	49 (0.4)	20 (0.1)	7 (0.1)	0 (0.0)	467 (3.5)	24 (0.2)	11,591 (86.2)	226 (1.7)	534 (4.0)	13,444 (100.0)
	北信	4 (0.2)	49 (2.0)	23 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	106 (4.4)	0 (0.0)	659 (27.4)	1,445 (60.2)	115 (4.8)	2,402 (100.0)
	その他	18 (0.6)	18 (0.6)	41 (1.3)	3 (0.1)	14 (0.4)	2 (0.1)	48 (1.5)	2 (0.1)	32 (1.0)	10 (0.3)	2,957 (94.0)	3,145 (100.0)
合計	4,781 (8.3)	3,418 (5.9)	6,365 (11.0)	3,335 (5.8)	4,141 (7.2)	545 (0.9)	13,356 (23.1)	1,386 (2.4)	13,232 (22.9)	1,716 (3.0)	5,531 (9.6)	57,806 (100.0)	

長野県(平成22年度)

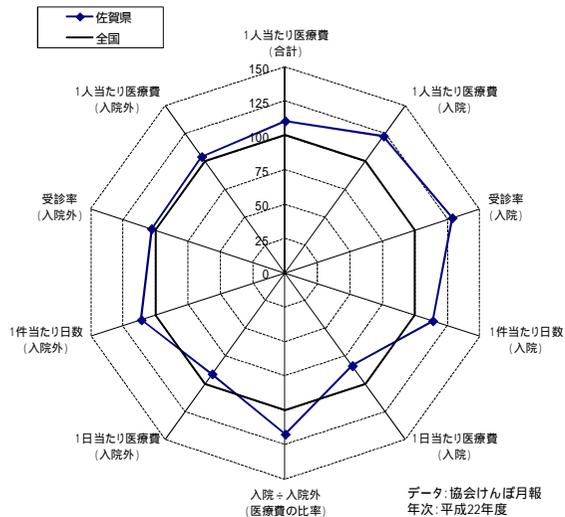
長野県のDPC対象・準備病院における患者構成の指標と在院日数の指標(平成22年度)



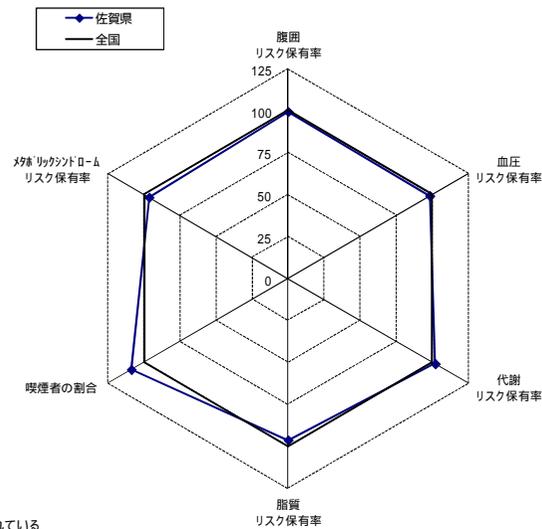
- (注) 1. 平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告(厚生労働省)において公開されたDPC対象・準備病院のデータ(平成22年7～12月、全傷病計)を基に作成。
2. 患者構成の指標(複雑性指標)とは、平均的に在院日数が長くなる患者の多さ(複雑性)を表す指標(値が大きいほど在院日数が長くなる患者が多い(複雑性が高い))であり、在院日数の指標(効率性指標)とは、DPC(診断群分類)ごとの患者の在院日数の短さ(効率性)を表す指標(値が大きいほど患者の在院日数が短い(効率性が高い))である。
3. 図では、各病院を二次医療圏ごとに分類。

佐賀県(平成22年度)

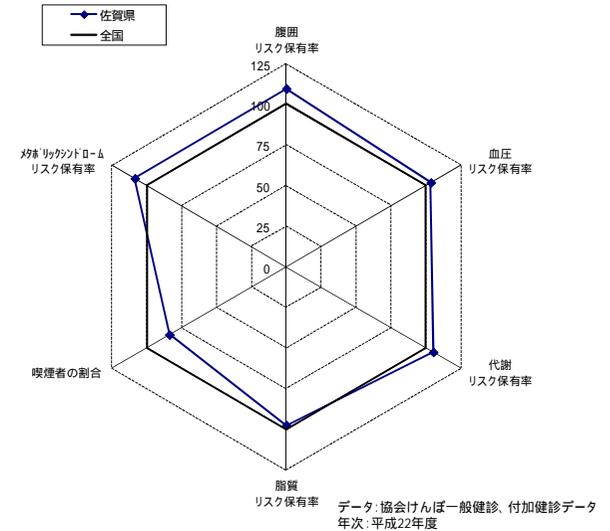
医療費に関するレーダーチャート



健診データに関するレーダーチャート(男性)



健診データに関するレーダーチャート(女性)



入院の医療費の上位10疾病

佐賀県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		5.7%
2	他の消化器系の疾患		4.7%
3	統合失調症及び妄想性障害		4.5%
4	良性新生物		4.0%
5	骨折		3.8%
6	他の損傷及び他の外因の影響		3.1%
7	脳梗塞		3.0%
8	虚血性心疾患		2.7%
9	他の妊娠、分娩及び産じょく		2.5%
10	他の神経系の疾患		2.3%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			11.3%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.9%
2	他の消化器系の疾患		4.7%
3	良性新生物		4.1%
4	虚血性心疾患		3.9%
5	他の妊娠、分娩及び産じょく		3.9%
6	他の心疾患		3.2%
7	骨折		3.1%
8	統合失調症及び妄想性障害		2.7%
9	肺の悪性新生物		2.6%
10	脳梗塞		2.6%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			19.3%

入院外の医療費の上位10疾病

佐賀県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.9%
2	糖尿病		5.4%
3	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.1%
4	腎不全		3.9%
5	喘息		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.4%
7	アレルギー性鼻炎		3.3%
8	皮膚炎及び湿疹		3.2%
9	急性気管支及び細気管支炎		2.6%
10	他の消化器系の疾患		2.4%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			20.3%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.8%
2	糖尿病		6.1%
3	喘息		4.4%
4	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.3%
5	腎不全		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.2%
7	アレルギー性鼻炎		3.0%
8	皮膚炎及び湿疹		2.8%
9	他の消化器系の疾患		2.3%
10	急性気管支及び細気管支炎		2.0%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			21.2%

データ:レセプト基本情報データを使用した集計値
年次:平成22年度
注:医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている
注:割合は傷病名が不詳のレセプトを除いた構成割合

佐賀県(平成22年度)

健診データについての全国値との比較

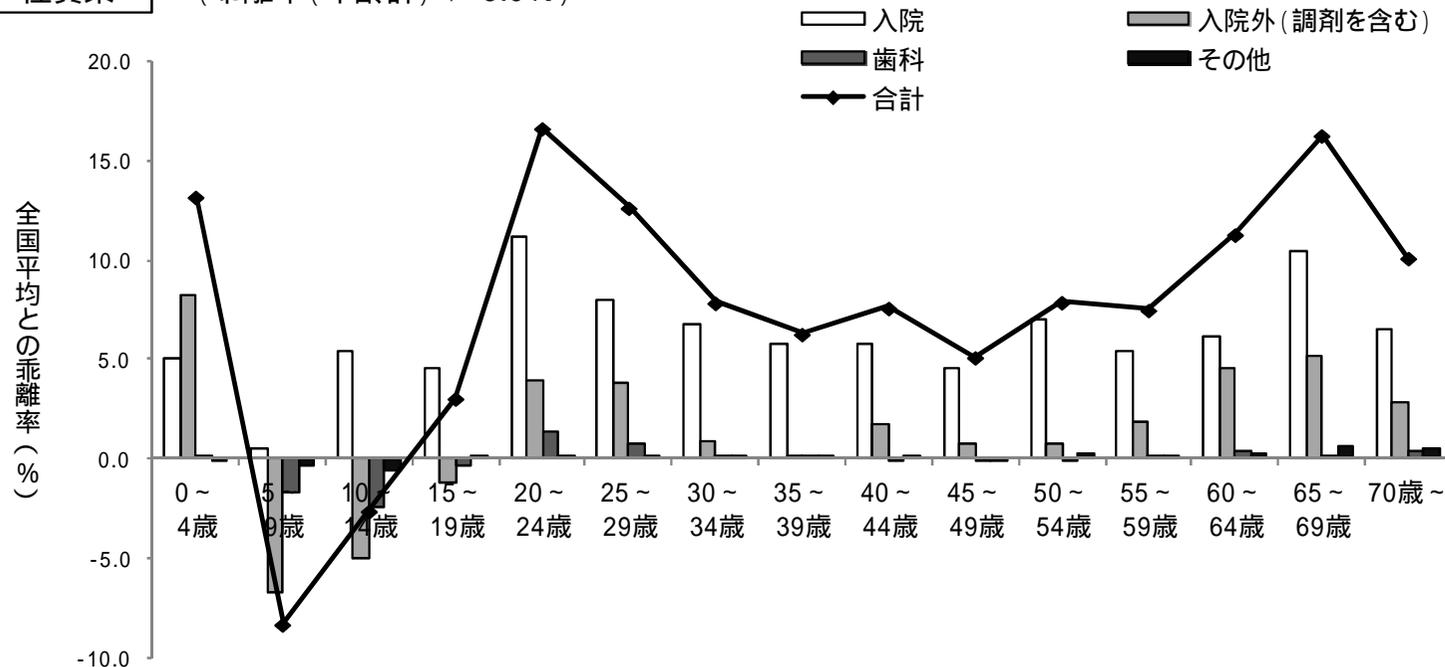
健診の指標	佐賀県			全国		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
メタボリックシンドロームのリスク保有率	12.4%	17.8%	4.0%	13.4%	18.5%	3.7%
腹囲のリスク保有率	32.2%	44.6%	12.8%	33.6%	44.9%	11.7%
血圧のリスク保有率	38.8%	44.6%	29.8%	39.7%	45.4%	28.8%
脂質のリスク保有率	25.9%	33.7%	13.8%	27.9%	35.0%	14.2%
代謝(空腹時血糖)のリスク保有率	14.5%	18.8%	7.9%	14.7%	18.4%	7.5%
喫煙者の割合	36.3%	50.4%	14.3%	36.3%	46.4%	17.0%
BMIのリスク保有率(参考)	25.4%	29.9%	18.5%	26.9%	31.6%	17.8%
脂質(中性脂肪)のリスク保有率(参考)	19.5%	27.5%	7.2%	21.6%	28.6%	8.1%
脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率(参考)	5.3%	7.9%	1.2%	5.5%	7.8%	1.1%

データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成22年度

年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率及び診療種別寄与度分解(平成22年度)

佐賀県

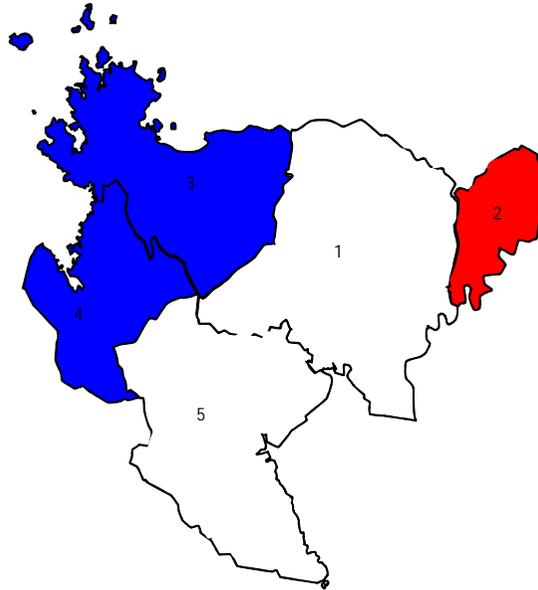
(乖離率(年齢計): 8.9%)



佐賀県(平成22年度)

佐賀県の二次医療圏別1人当たり医療費(入院・外来・歯科・調剤合計)

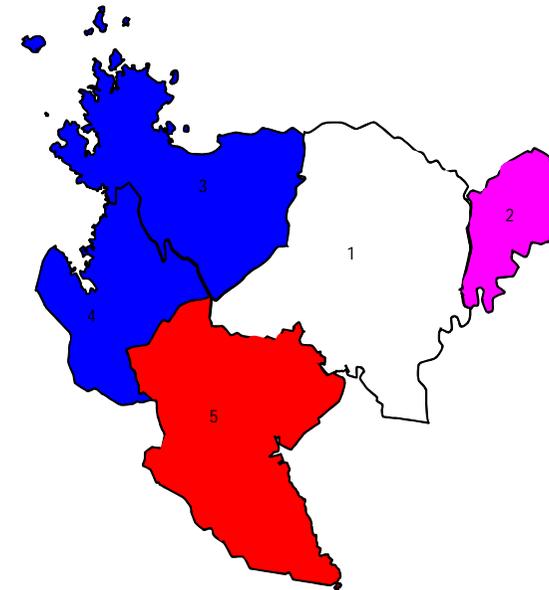
~ 168,400
168,400 ~ 171,900
171,900 ~ 175,400
175,400 ~ 178,900
178,900 ~



	1人当たり医療費
全国計	153,276
佐賀県	167,469
1 中部	173,949
2 東部	179,031
3 北部	166,478
4 西部	156,951
5 南部	172,086
その他	143,506

年齢調整後

~ 171,300
171,300 ~ 172,000
172,000 ~ 172,700
172,700 ~ 173,400
173,400 ~



	1人当たり医療費
全国計	153,276
佐賀県	167,014
1 中部	172,190
2 東部	173,241
3 北部	163,795
4 西部	155,326
5 南部	173,500
その他	150,955

注:各都道府県支部の加入者に係るデータを対象とし、被保険者の住所地が属する二次医療圏別に集計したものである。

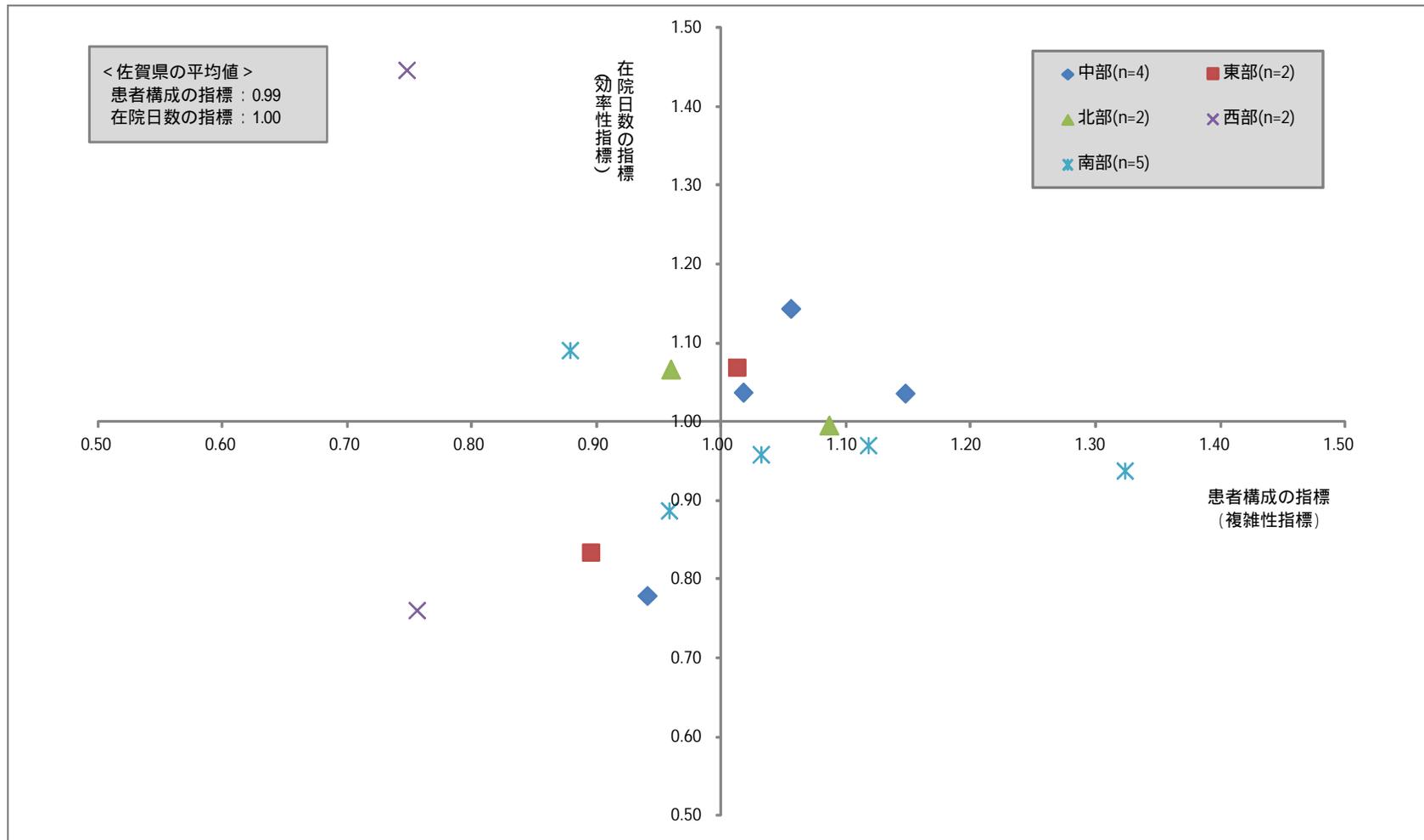
佐賀県(平成22年度)

佐賀県の医療機関所在地(二次医療圏)、加入者住所地(二次医療圏)別レセプト件数(平成22年度、入院)

		医療機関所在地(二次医療圏)						
		中部	東部	北部	西部	南部	その他	合計
加入者 住所 地 (二 次 医 療 圏)	中部	11,167 (82.5)	334 (2.5)	54 (0.4)	48 (0.4)	512 (3.8)	1,424 (10.5)	13,539 (100.0)
	東部	258 (9.7)	1,003 (37.6)	1 (0.0)	1 (0.0)	18 (0.7)	1,384 (51.9)	2,665 (100.0)
	北部	648 (11.1)	57 (1.0)	4,263 (73.2)	55 (0.9)	56 (1.0)	744 (12.8)	5,823 (100.0)
	西部	404 (10.8)	39 (1.0)	198 (5.3)	1,863 (49.9)	586 (15.7)	643 (17.2)	3,733 (100.0)
	南部	1,705 (21.0)	120 (1.5)	16 (0.2)	135 (1.7)	5,365 (66.2)	761 (9.4)	8,102 (100.0)
	その他	221 (5.5)	66 (1.6)	39 (1.0)	86 (2.1)	100 (2.5)	3,520 (87.3)	4,032 (100.0)
	合計	14,403 (38.0)	1,619 (4.3)	4,571 (12.1)	2,188 (5.8)	6,637 (17.5)	8,476 (22.4)	37,894 (100.0)

佐賀県(平成22年度)

佐賀県のDPC対象・準備病院における患者構成の指標と在院日数の指標(平成22年度)



- (注) 1. 平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告(厚生労働省)において公開されたDPC対象・準備病院のデータ(平成22年7~12月、全傷病計)を基に作成。
2. 患者構成の指標(複雑性指標)とは、平均的に在院日数が長くかかる患者の多さ(複雑性)を表す指標(値が大きいほど在院日数が長くかかる患者が多い(複雑性が高い))であり、在院日数の指標(効率性指標)とは、DPC(診断群分類)ごとの患者の在院日数の長さ(効率性)を表す指標(値が大きいほど患者の在院日数が短い(効率性が高い))である。
3. 図では、各病院を二次医療圏ごとに分類。

[参考]

医療費データについて

- ・レーダーチャートの医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績(平成22年4月～平成23年3月)である。
- ・傷病別、年齢階級別及び二次医療圏別の医療費は平成22年4月～平成23年3月分のレセプトの集計値であり、年齢階級別と二次医療圏別の平均加入者数は各月末の加入者情報の集計値である。
- ・都道府県別の医療費は加入者の事業所所在地の都道府県毎に、二次医療圏別の医療費は被保険者の住所地の二次医療圏別にそれぞれ集計したものである。
- ・年齢階級別加入者1人当たり医療費の「合計」は社会保険診療報酬支払基金審査分(入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費)、療養費(柔道整復療養費等)、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。
- ・年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率は、以下の計算式により算出している。
年齢階級別乖離率 = (当該都道府県の年齢階級別加入者1人当たり医療費 - 全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費) ÷ 全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費 × 100
= $\sum \{ (\text{当該都道府県の年齢階級別・診療種別加入者1人当たり医療費} - \text{全国平均の年齢階級別・診療種別加入者1人当たり医療費}) \div \text{全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費} \times 100 \}$
- ・上記式の下線部分が年齢階級別乖離率の診療種別寄与度となり、各年齢階級で診療種別寄与度を合計すると当該年齢階級の乖離率となる。

DPC対象・準備病院のデータについて

- ・患者構成の指標(複雑性指標)及び在院日数の指標(効率性指標)は、それぞれ以下の計算式により算出されたものである。
患者構成の指標 = 当該病院のDPC(診断群分類)別平均在院日数を全国平均と同じにした場合の当該病院の平均在院日数 ÷ 全病院の平均在院日数
在院日数の指標 = 全病院の平均在院日数 ÷ 当該病院のDPC別患者割合を全国平均と同じにした場合の当該病院の平均在院日数

健診データについて

・集計対象データは、平成22年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成22年度中に受診した生活習慣病予防健診(一般健診、付加健診)データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの(35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定)とし、リスク保有者割合等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。

メタボリックリスク保有率は、かつ～のうち2項目以上に該当する者の割合(分母は集計対象データ総数)

腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者(ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者)の割合

血圧のリスク保有率は収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者の割合

脂質のリスク保有率は中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者の割合

代謝のリスク保有率は空腹時血糖110mg/dl以上(ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c 5.5%以上)、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合

喫煙者の割合は問診票において喫煙者であると回答した者の割合

BMIのリスク保有率はBMI(肥満度)が25以上の者の割合

脂質(中性脂肪)のリスク保有率は中性脂肪150mg/dl以上の者の割合

脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率はHDLコレステロール40mg/dl未満の者の割合

医師・柔道整復師等の人数の推移について

○医師、柔道整復師等の人数(各年末現在)

		平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	H12-H22 比較
医師	人数	255,792	262,687	270,371	277,927	286,699	295,049	39,257
	伸び率	-	2.7%	2.9%	2.8%	3.2%	2.9%	15.3%
	対10万人	201.5	206.1	211.7	217.5	224.5	230.4	28.9
整形外科医	人数	17,952	18,572	18,771	18,870	19,273	19,975	2,023
	伸び率	-	3.5%	1.1%	0.5%	2.1%	3.6%	11.3%
	対10万人	14.1	14.6	14.7	14.8	15.1	15.6	1.5
柔道整復師	人数	30,830	32,483	35,077	38,693	43,946	50,428	19,598
	伸び率	-	5.4%	8.0%	10.3%	13.6%	14.7%	63.6%
	対10万人	24.3	25.5	27.5	30.3	34.4	40.1	15.8
あん摩・マッサージ 指圧師	人数	96,788	97,313	98,148	101,039	101,913	104,663	7,875
	伸び率	-	0.5%	0.9%	2.9%	0.9%	2.7%	8.1%
	対10万人	76.3	76.4	76.9	79.1	79.8	83.3	7.0
はり師	人数	71,551	73,967	76,643	81,361	86,208	92,421	20,870
	伸び率	-	3.4%	3.6%	6.2%	6.0%	7.2%	29.2%
	対10万人	56.4	58.0	60.0	63.7	67.5	73.5	17.1
きゅう師	人数	70,146	72,307	75,100	79,932	84,629	90,664	20,518
	伸び率	-	3.1%	3.9%	6.4%	5.9%	7.1%	29.3%
	対10万人	55.3	56.7	58.8	62.6	66.3	72.1	16.8

※1 「整形外科医」欄については、主たる診療科名が整形外科である医師の数値

※2 柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の数値のうち、平成22年は宮城県を除いて集計した数値

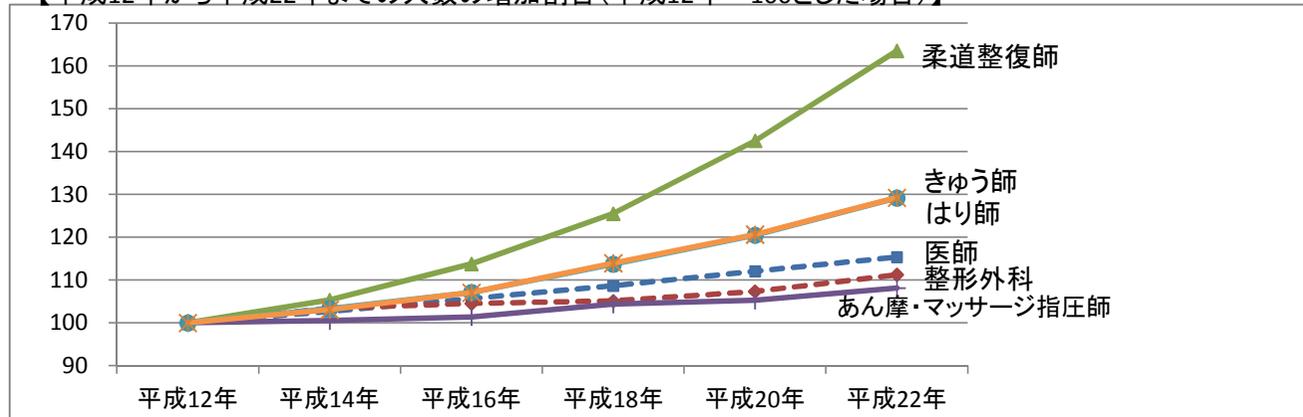
※3 「伸び率」欄は、それぞれ2年前からの伸び率

※4 「対10万人」欄は、人口10万人あたりの人数

※5 「H12-H22比較」欄は、それぞれ平成12年と平成22年の数値を比較したときの増加数・伸び率

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「衛生行政報告例」

【平成12年から平成22年までの人数の増加割合(平成12年=100とした場合)】



【参考】柔道整復等に係る療養費の推移

(金額:億円)

区分		平成12年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	H16-H21 比較	H12-H21 比較
国民医療費		301,418	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067	38,956	58,649
対前年度伸び率		-	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	12.1%	19.5%
全体	柔道整復		3,370	3,493	3,630	3,830	3,933	4,023	653	
	対前年度伸び率		-	3.6%	3.9%	5.5%	2.7%	2.3%	19.4%	
	はり・きゆう		162	191	221	247	267	293	131	
	対前年度伸び率		-	17.9%	15.7%	11.8%	8.1%	9.7%	80.9%	
	あん摩・マッ サージ・指圧		215	250	294	339	374	459	244	
	対前年度伸び率		-	16.3%	17.6%	15.3%	10.3%	22.7%	113.5%	
計		3,747	3,934	4,145	4,416	4,574	4,775	1,028		
対前年度伸び率		-	5.0%	5.4%	6.5%	3.6%	4.4%	27.4%		
協会けんぽ (政管健保)	柔道整復	450	468	499	542	585	604	635	168	185
	対前年度伸び率	-	5.6%	6.7%	8.6%	7.9%	3.3%	5.2%	35.9%	41.0%
	はり・きゆう	6	13	16	18	21	24	28	15	21
	対前年度伸び率	-	21.8%	20.3%	16.0%	16.5%	14.5%	13.4%	111.0%	330.6%
	あん摩・マッ サージ・指圧	3	5	6	7	8	10	13	8	10
対前年度伸び率	-	22.8%	20.5%	15.7%	22.3%	25.1%	20.2%	156.3%	389.3%	
計		459	486	520	567	614	639	676	190	216
対前年度伸び率		-	6.1%	7.2%	8.9%	8.3%	3.9%	5.8%	39.1%	47.0%

※1 「柔道整復」、「はり・きゆう」、「あん摩・マッサージ・指圧」欄の数値については、次のとおり。

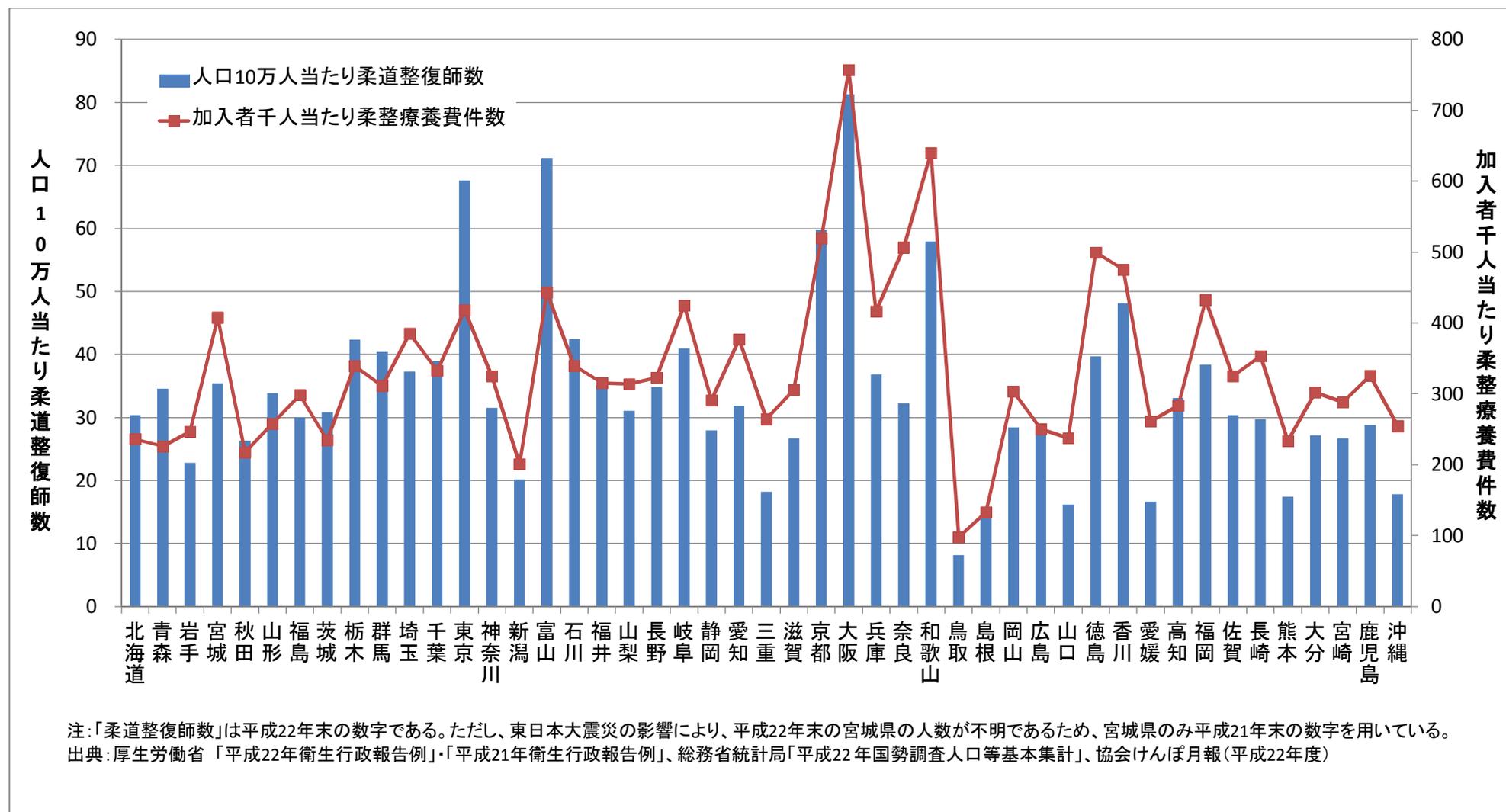
・「全体」欄の数値は、全制度を通じた療養費の推計値(厚生労働省保険局医療課とりまとめ)

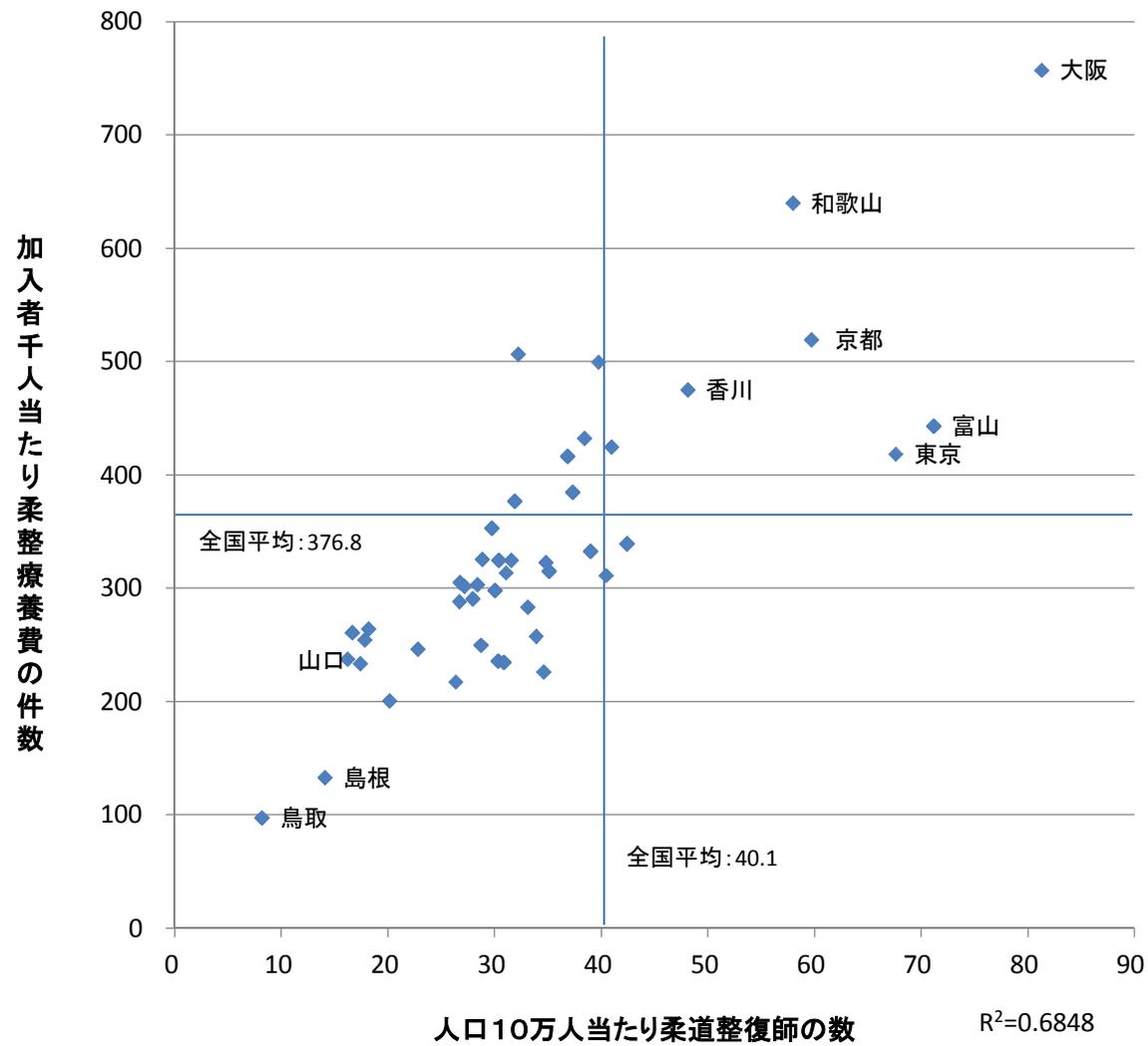
・「協会けんぽ(政管健保)」欄の数値は、政管健保・協会けんぽにおける療養費(給付費ベース)の実績値

※2 「H16-H21比較」、「H12-H21比較」欄は、それぞれ平成16年または平成12年と平成21年の数値を比較したときの増加数・伸び率

出典:厚生労働省資料、社会保険庁「事業年報」、全国健康保険協会「事業年報」

人口10万人当たり柔道整復師数と協会けんぽ加入者千人当たり柔整療養費の件数(平成22年度)





注:東日本大震災の影響により、平成22年の宮城県の柔道整復師数が不明であるため、宮城県を除いている。

出典:厚生労働省「平成22年衛生行政報告例」、総務省統計局「平成22年国勢調査人口等基本集計」、協会けんぽ月報(平成22年度)