第３４回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

平成２１年１１月１６日（月）
１６時００分～１８時００分
全国都市会館　２階ホールＡ
（東京都千代田区平河町２－４－２）

（議　題）
１．協会けんぽの財政状況等について
２．平成２２年度の診療報酬改定に向けた検討について
３．その他

（資　料）
資料１　協会けんぽの収支イメージ（医療分）
資料２　協会けんぽの財政問題について
資料３　平成 22 年度診療報酬改定の視点等について
資料４　平成 22 年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について
資料５　後期高齢者医療制度に係る診療報酬について
資料６　「高齢者医療制度改革会議」の開催について

参考資料１　政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成 20 年度単年度収支決算の概要
参考資料２　平成 20 年度健保組合決算見込の概要
参考資料３　船員保険の平成 20 年度決算の概要
参考資料４　関連資料（資料４関係）
参考資料５　関連資料（資料５関係）
参考資料６　第 32 回及び第 33 回医療保険部会　各委員の発言要旨
参考資料７　第 8 回及び第 9 回医療部会　各委員の発言要旨
参考資料８　第 17 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告の概要

全国健康保険協会・第11回運営委員会資料（平成21年10月19日）

協会けんぽの収支イメージ(医療分)

（前回(9／17)の運営委員会に提出した機械的試算の基礎的数値を直近のデータに置き換え見直したもの。）

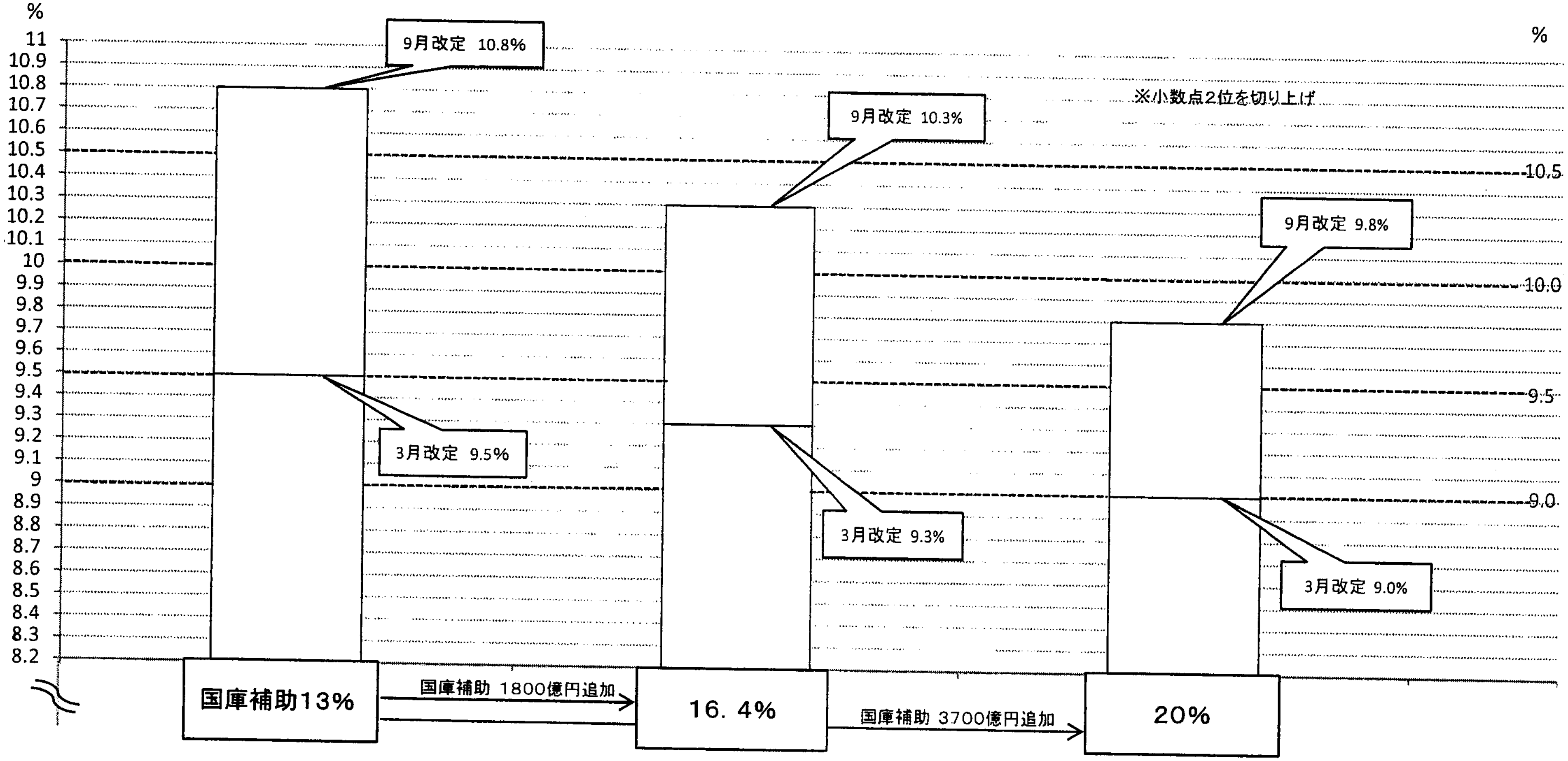
（単位：億円）

		20年度（決算）	21年度			22年度			備考
			前回概算要求時点での見直し (a)	直近状況での見直し (b)	(b)－(a)	前回概算要求時点 (c)	直近状況での見直し (d)	(d)－(c)	
収入	保険料収入	62,013	61,200	60,100	▲ 1,200	66,900～67,700	68,400	1,600	○左の22年度の保険料収入を基に機械的に試算した保険料率（３月改定の場合）　9.5%
							※1 66,600	▲ 200	※１　国庫補助率が13%から16.4%に引き上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率（３月改定の場合）　9.3%
							※2 64,700	▲ 2,100	
	国庫補助等	9,093	9,700	9,700	0	9,900	9,900	0	
							※1 11,700	1,800	※２　国庫補助率が13%から20%に引上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率（３月改定の場合）　9.0%
							※2 13,600	3,700	
	その他	251	600	600	0	300	300	0	
	計	71,357	71,500	70,300	▲ 1,200	77,100～77,900	78,600	1,600	
支出	保険給付費	43,375	44,100	44,500	400	45,200	45,200	100	
	老人保健拠出金	1,960	0	0	0	100	100	0	
	前期高齢者納付金	9,449	11,000	11,000	0	11,900	11,900	0	
	後期高齢者支援金	13,131	15,100	15,100	0	14,800	14,800	0	
	退職者給付拠出金	4,467	2,700	2,700	0	2,000	2,000	0	
	病床転換支援金	9	0	0	0	0	0	0	
	その他	1,257	1,700	1,700	0	1,600	1,600	0	
	計	73,647	74,600	75,000	400	75,500	75,500	0	
単年度収支差		▲ 2,290	▲ 3,100	▲ 4,600	▲ 1,600	1,500～2,300	3,100	1,600	
準備金残高		1,539	▲ 1,500	▲ 3,100	▲ 1,600	0～800	0	0	

（注）1. 従来の政府管掌健康保険の単年度収支と同様の手法で作成したもの。
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
3. 金額については、今後変動がありうる。

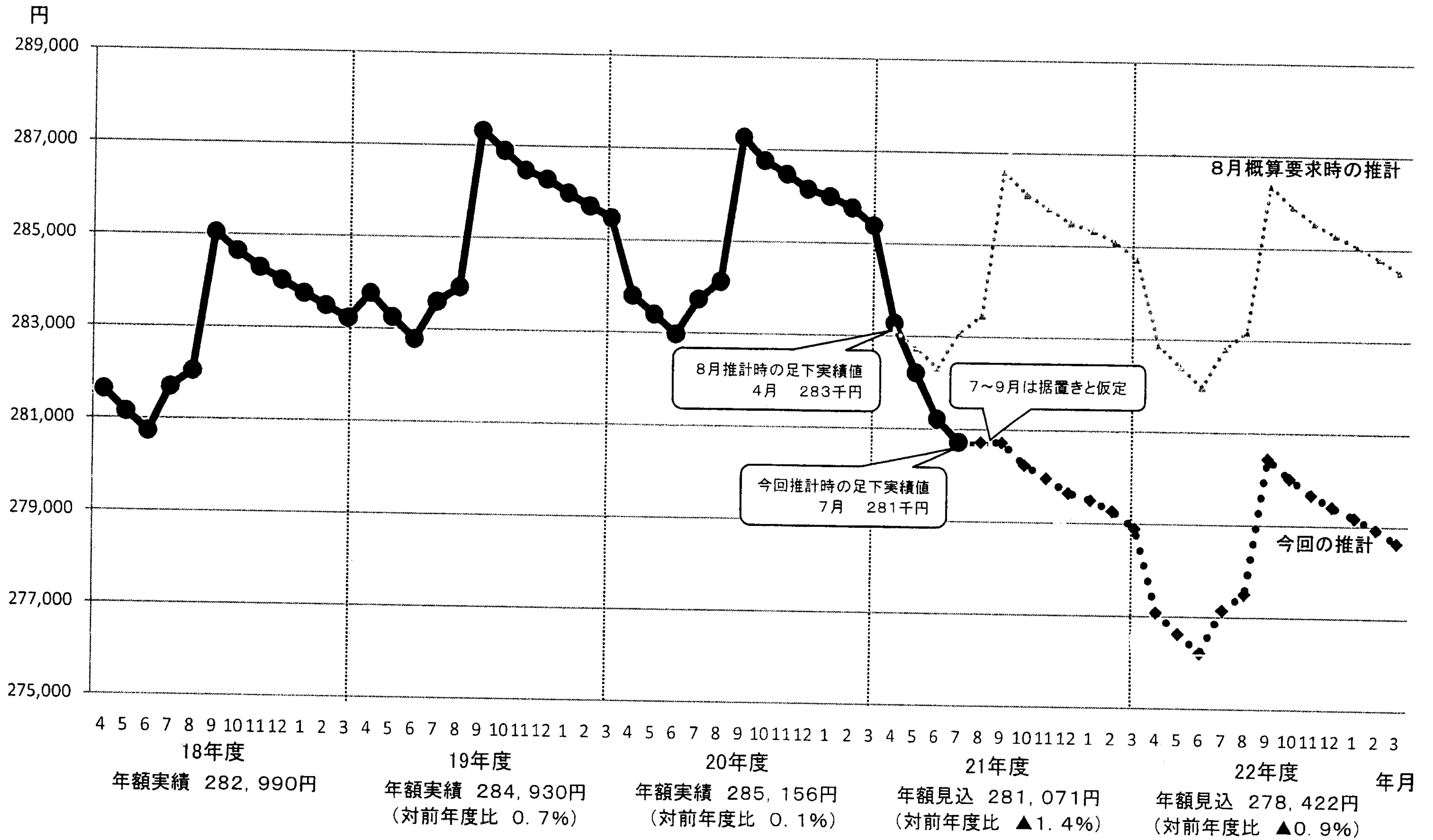
22年度平均保険料率の粗い試算（国庫補助率13%、16．4%、20%の場合）

前提：21年度の準備金残高に見込まれる赤字（3100億円）を22年度においてすべて解消



診療報酬1%当たり	0．08%（満年度も同じ）影響	0．07%（満年度で0．08%）影響	0．07%（満年度で0．08%）影響
都道府県単位料率（3月改定） ・現行の激変緩和とした場合 ・激変緩和3／10とした場合	▲0.06～＋0.06%の範囲で平均料率から変動 ▲0.17～＋0.15%の範囲で平均料率から変動	▲0.06～＋0.06%の範囲で平均料率から変動 ▲0.16～＋0.14%の範囲で平均料率から変動	▲0.06～＋0.06%の範囲で平均料率から変動 ▲0.15～＋0.14%の範囲で平均料率から変動

平均標準報酬月額の実績値と推計



協会けんぽ（政府管掌健康保険）の保険料率・国庫補助率の推移

年度	保険料率 %	法定料率	料率の調整範囲	国庫補助率 %	法定補助率	備考
44 〜	7.0 （9月〜）	7.0		定額 （225億）	予算補助	
48	7.2 （10月〜）	7.2	6.6〜8.0	10.0 （10月〜）	料率0.1%増毎に0.8%増	
49 〜	7.6 （11月〜）			13.2 （11月〜）		
51	7.8 （10月〜）			14.8 （10月〜）		
52	8.0 （53年2月〜）※			16.4 （53年2月〜）		※特別保険料1% (事業主0.5,被保険者0.3,国庫0.2)
56	8.4 （3月〜） 8.5 （11月〜）		6.6〜9.1		16.4〜20で政令で定めるが、当分の間16.4 老健分は16.4(58年2月〜)	
59 〜	8.4 （3月〜）					
61 〜	8.3 （3月〜）					
2	8.4 （3月〜）					
4	8.2 （4月〜）	8.2		13.0 （4月〜）	当分の間13.0 老健分は16.4	
9 〜	8.5 （9月〜）	8.5				
15 〜	8.2 （4月〜）※	8.2				※総報酬制へ移行 （実質的に0 7%増）
21	平均 8.2（9月〜）		3.0〜10.0			

協会けんぽの財政問題について

○協会けんぽの財政状況は非常に厳しく、平成22年度の保険料率は、現行制度のままでは、機械的な試算で1．3%の引上げ（現行8．2%→9．5%）が必要となる見通し。

○現下の厳しい経済状況の下、大幅な保険料率の引上げ（1．3%の引上げは、過去最大の引上げ幅（0．4%）の3倍超）は、家計への更なる負担となることを踏まえ、それを緩和するため、どのような方策が考えられるか。

（参考）　考えられる選択肢

○国庫補助率の引上げ

・協会けんぽの保険給付費に対する国庫補助は、健康保険法の本則上、「16．4%から20%までの範囲内で政令で定める割合」とされているが、昭和56年から、同法附則において「当分の間16．4%」、平成4年から、「当分の間 13%」とされている。

・このため、来年度予算の概算要求において、現在の暫定補助率からの引上げを事項要求。

（参考）仮に補助率を16．4%まで引き上げる場合の所要額：約1800億円

○複数年度での対応

・保険料率の引上げについて、中期的な財政計画による財政規律の下で、22年度の保険料率の引上げ幅の抑制を図ることが考えられる。（22年度の単年度収支の均衡は必要。）

○被用者保険内の費用負担の在り方の見直し

・現在、加入者数に応じて負担している拠出金等について、被用者保険内では、退職者給付拠出金のように総報酬で按分し、各保険者の負担能力に見合った負担とすることが考えられる。

（参考）

◎健康保険法（大正十一年法律第七十号）（抄）

（国庫補助）
第百五十三条　国庫は、第百五十一条に規定する費用のほか、協会が管掌する健康保険の事業の執行に要する費用のうち、被保険者に係る療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、傷病手当金、出産手当金、家族療養費、家族訪問看護療養費、家族移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用（療養の給付については、一部負担金に相当する額を控除するものとする。）の額並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による前期高齢者納付金（以下「前期高齢者納付金」という。）の納付に要する費用の額に給付費割合（同法第三十四条第一項第一号及び第二号に掲げる額の合計額に対する同項第一号に掲げる額の割合をいう。以下この条及び次条において同じ。）を乗じて得た額の合算額（同法の規定による前期高齢者交付金（以下「前期高齢者交付金」という。）がある場合には、当該合算額から当該前期高齢者交付金の額に給付費割合を乗じて得た額を控除した額）に千分の百六十四から千分の二百までの範囲内において政令で定める割合を乗じて得た額を補助する。
（第2項　略）

（保険料率）
第百六十条
3　都道府県単位保険料率は、支部被保険者を単位として、次に掲げる額に照らし、毎事業年度において財政の均衡を保つことができるものとなるよう、政令で定めるところにより算定するものとする。
一～三　（略）

附　則（抄）
（国庫補助の経過措置）
第五条　当分の間、第百五十三条第一項中「千分の百六十四から千分の二百までの範囲内において政令で定める割合」とあり、及び第百五十四条第一項中「前条第一項に規定する政令で定める割合」とあるのは「千分の百三十」と、同条第二項中「同条第一項に規定する政令で定める割合」とあるのは「千分の百六十四」とする。

附　則（平成四年法律第七号）（抄）
第六条　政府は、この法律の施行後、政府の管掌する健康保険事業の中期的財政運営の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、新健保法附則第12条[現附則第5条]の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

◎高齢者医療制度に関する検討会（厚生労働大臣主宰）「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」（平成21年3月17日）（抜粋）

3．制度の見直しに関する論点

（3）世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について

一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

平成２２年度診療報酬改定の視点等について

前回までの議論等を踏まえ、平成２２年度診療報酬改定について、どのような認識・視点で行うことが適当と考えるのか。例えば、以下のような認識、視点で改定を行うことについてどう考えるのか。

【基本認識・重点課題等】

① 前回の診療報酬改定においても、医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、危機的な状況に置かれている。

② このような基本認識に立ち、平成２２年度診療報酬改定においては、「**救急、産科、小児、外科等の医療の再建**」及び「**病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）**」を改定の重点課題として位置付けることとしてはどうか。

③ また、診療報酬改定に当たっては、地域特性への配慮や使途の特定といった補助金の役割との分担を十分に踏まえるべきである。

④ このような基本認識や重点課題を踏まえた上で、次期診療報酬改定の基本的な方向については、

イ 地域医療が危機的な状況にある中、医療費の配分の見直しではなく、医療費の底上げを行うことにより対応すべきとの意見がある一方、

ロ 保険財政が極めて厳しい状況の中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があったところ。

⑤ このような状況を踏まえ、次期診療報酬改定の基本的な方向について、どのようにあるべきか、ご議論をいただきたい。

【改定の視点】

① 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「**充実が求められる領域を適切に評価していく視点**」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

② 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「**患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を次期改定の視点の一つとしてはどうか。

③ また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるところであるが、これを実現するためには、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「**医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

④ 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は公費や保険料を主な財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「**効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点**」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

平成２２年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

前回までの議論等を踏まえ、平成２２年度診療報酬改定について、具体的にどのような「方向」で改定を行うことが考えられるのか。例えば、以下のような「方向」が考えられるのではないか。

１．重点課題関係

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

① 有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進

② 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価

③ 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価

④ 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化

⑤ 手術の適正評価　　　　　等

(2) 病院勤務医の負担軽減策の充実（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

① 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価

② 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価

③ 医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価　　　　　等

２．４つの視点関係

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

① 質の高い精神科入院医療の推進

② 歯科医療の充実

③ イノベーションの評価　　等

※ その他以下の項目を位置づけることについてどのように考えるのか、ご議論いただきたい。

○ がん医療の推進

○ 認知症医療の推進

○　新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進

○　肝炎対策の推進

(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

①　医療の透明化・分かりやすさの推進

②　医療安全対策の推進

③　心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現

④　重症化の予防　　　　等

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

①　質が高く効率的な急性期入院医療の推進

②　回復期リハビリテーション等の機能強化

③　在宅医療・在宅歯科医療の推進

④　医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進　　　　等

(4) 効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点

①　後発医薬品の使用促進

②　医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映　　等

後期高齢者医療制度に係る診療報酬について

① 昭和 58 年２月から施行された老人保健法に基づき、一定以上の年齢の方のみに適用される診療報酬として「老人診療報酬点数表」が創設され、包括払いの採用や介護の重視、在宅医療の推進など、高齢者の心身の特性に着目した評価が設けられてきたところ。

② しかしながら、平成 18 年４月の診療報酬改定において、簡素化の観点から、老人診療報酬点数表にのみ存在する診療報酬項目や、同一の診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等とで異なる診療報酬項目については、高齢者の心身の特性を踏まえたものを除き、一本化されたところ。

これに伴い、「老人診療報酬点数表」については、「医科診療報酬点数表等」と別建てとされている取扱を改め、これら２つの点数表が一本化されたところ。

③ その後、平成 20 年４月の後期高齢者医療制度の創設に伴い、改めて高齢者の診療報酬の在り方について検討を行い、ご本人が選んだ高齢者担当医が心と体の全体を診て、外来、入退院、在宅医療まで継続して関わる仕組み（後期高齢者診療料）を創設するなどの取組を進めたところ。

④ しかしながら、このような診療報酬点数については、年齢による差別ではないか、必要な医療が受けられなくなるのではないか等の指摘を受けたところ。

⑤ 一方、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、後期高齢者診療料の活用が進んでいない実態等も明らかになったところ。

⑥ このような状況を踏まえ、75 歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して、廃止することとした上で、具体的な報酬設定については、それぞれの診療報酬項目の趣旨・目的等を考慮しつつ、検討することとすべきと考えるが、この点についてご議論いただきたい。

平成２１年１１月６日　厚生労働省記者発表資料

「高齢者医療制度改革会議」の開催について

１．趣旨

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を開催する。

２．参集者

・日本高齢・退職者団体連合　事務局長	阿部　保吉
・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	池上　直己
・政治評論家・毎日新聞客員編集委員	岩見　隆夫
・東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩村　正彦（座長）
・全国市長会　国民健康保険対策特別委員長　（高知市長）	岡崎　誠也
・日本労働組合総連合会　総合政策局長	小島　茂
・諏訪中央病院名誉院長	鎌田　實
・全国知事会　社会文教常任委員会委員長（愛知県知事）	神田　真秋
・全国老人クラブ連合会　相談役・理事	見坊　和雄
・全国健康保険協会　理事長	小林　剛
・日本福祉大学社会福祉学部教授	近藤　克則
・日本経済団体連合会　社会保障委員会医療改革部会長	齊藤　正憲
・健康保険組合連合会　専務理事	対馬　忠明
・前千葉県知事	堂本　暁子
・高齢社会をよくする女性の会　理事長	樋口　恵子
・日本医師会　常任理事	三上　裕司
・目白大学大学院生涯福祉研究科教授	宮武　剛
・全国町村会　会長（添田町長）	山本　文男
・全国後期高齢者医療広域連合協議会　会長 （佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長）	横尾　俊彦

３．検討に当たっての基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

① 後期高齢者医療制度は廃止する

② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する

③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする

④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する

⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする

⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

※　１１月中に第１回を開催予定。

平成２１年８月４日
厚生労働省保険局

政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成２０年度単年度収支決算の概要

※　全国健康保険協会管掌健康保険は、平成２０年１０月１日に政府管掌健康保険を承継したところであり、平成２０年度単年度収支決算については、政府管掌健康保険と全国健康保険協会管掌健康保険とを一体的に（通算）したものである。

【概要】

○　平成２０年度単年度収支決算は、医療分で２，２９０億円の赤字。介護分で２４８億円の赤字。全体では２，５３８億円の赤字。

○　単年度赤字決算は、平成１９年度に引き続き２年連続。

（１）医療分の収支については、

①　収入面では、被保険者数の減少（平成１５年度以来５年振り）及び平均賞与月数の減少等により保険料収入が減少しているが、国庫補助の増加により収入全体では対前年度比で３０５億円の増加となり、

②　支出面では、被保険者１人当たり保険給付費の増加による保険給付費等の増加により、対前年度比で１，２０５億円の増加となった

ことにより、対前年度比で９００億円の悪化となる２，２９０億円の赤字。

（２）介護分の収支については、単年度では２４８億円の赤字となり、累積の剰余である準備金残高は４５億円の赤字。

（３）その結果、全体では収入７兆７，０２９億円に対し、支出７兆９，５６７億円となり、対前年度比で１，１８６億円の悪化となる２，５３８億円の赤字。

（４）なお、平成２０年度末の準備金残高は、医療分で１，５３９億円、介護分で▲４５億円、全体で１，４９４億円。これは、対前年度比で２，３９８億円の減少。

（５）２年連続の赤字決算であり、今後の景気及び医療費の動向等の見極めが必要であるが、引き続き厳しい状況が見込まれる。

政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成２０年度単年度収支決算（全体）

(単位：億円)

区分		平成19年度決算 (A)	平成20年度決算 (B)	差引 (B−A)	伸び率
収入	保険料収入	67,793	66,742	▲ 1,051	▲ 1.5 %
	医療分	62,677	62,013	▲ 664	▲ 1.1 %
	介護分	5,116	4,729	▲ 387	▲ 7.6 %
	国庫補助	9,197	10,036	839	9.1 %
	医療分	8,201	9,093	892	10.9 %
	介護分	996	943	▲ 53	▲ 5.3 %
	その他	174	251	77	44.1 %
	計	77,164	77,029	▲ 135	▲ 0.2 %
支出	保険給付費	42,683	43,375	692	1.6 %
	医療給付費	37,431	38,572	1,141	3.0 %
	現金給付費	5,252	4,803	▲ 449	▲ 8.6 %
	前期高齢者納付金	−	9,449	9,449	−
	後期高齢者支援金	−	13,131	13,131	−
	老人保健拠出金	17,712	1,960	▲ 15,751	▲ 88.9 %
	退職者給付拠出金	11,028	4,467	▲ 6,561	▲ 59.5 %
	病床転換支援金	−	9	9	−
	介護納付金	6,074	5,920	▲ 154	▲ 2.5 %
	その他	1,020	1,257	237	23.2 %
	計	78,516	79,567	1,051	1.3 %
単年度収支差		▲ 1,352	▲ 2,538	▲ 1,186	—
準備金残高		3,893	1,494	▲ 2,398	—
基礎計数	被保険者数（医療分）	19,879,168 人	19,830,081 人	▲ 49,087 人	▲ 0.2 %
	平均標準報酬月額（医療分）	284,930 円	285,156 円	226 円	0.1 %
	平均賞与月数	1.57 ヶ月	1.51 ヶ月	▲ 0.06 ヶ月	▲ 4.0 %
	保険料率（医療分）	82 ‰	82 ‰	—	—
	（介護分）	12.3 ‰	11.3 ‰	—	—
	被保険者１人当たり保険給付費	214,549 円	218,629 円	4,080 円	1.9 %

（注１）基礎計数は、一般被保険者分。
（注２）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
（注３）準備金残高について、平成１９年度決算は事業運営安定資金残高。
（注４）平成２０年度決算の準備金残高については、年金特別会計における健康勘定から業務勘定への繰入れに係る当年度の剰余金（１３９億円）を含む。

政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成２０年度単年度収支決算（医療分）

（単位：億円）

		平成19年度決算（A）	平成20年度決算（B）	差引（B－A）	伸び率
収入	保険料収入	62,677	62,013	▲ 664	▲ 1.1 %
	国庫補助	8,201	9,093	892	10.9 %
	その他	174	251	77	44.1 %
	日雇拠出金	2	4	2	108.9 %
	運用収入	16	7	▲ 8	▲ 52.8 %
	独立行政法人納付金	42	105	63	149.4 %
	雑収入	115	135	20	17.8 %
	計	71,052	71,357	305	0.4 %
支出	保険給付費	42,683	43,375	692	1.6 %
	医療給付費	37,431	38,572	1,141	3.0 %
	現金給付費	5,252	4,803	▲ 449	▲ 8.6 %
	前期高齢者納付金	−	9,449	9,449	−
	後期高齢者支援金	−	13,131	13,131	−
	老人保健拠出金	17,712	1,960	▲ 15,751	▲ 88.9 %
	退職者給付拠出金	11,028	4,467	▲ 6,561	▲ 59.5 %
	病床転換支援金	−	9	9	−
	その他	1,020	1,257	237	23.2 %
	業務勘定へ繰入等	978	1,209	231	23.6 %
	諸支出金	42	48	6	17.1 %
	計	72,442	73,647	1,205	1.7 %
単年度収支差		▲ 1,390	▲ 2,290	▲ 900	−
準備金残高		3,690	1,539	▲ 2,151	−
基礎計数	被保険者数	19,879,168 人	19,830,081 人	▲ 49,087 人	▲ 0.2 %
	平均標準報酬月額	284,930 円	285,156 円	226 円	0.1 %
	平均賞与月数	1.57 ヶ月	1.51 ヶ月	▲ 0.06ヶ月	▲ 4.0 %
	被保険者１人当たり保険給付費	214,549 円	218,629 円	4,080 円	1.9 %
	〃 医療給付費	188,187 円	194,423 円	6,236 円	3.3 %
	〃 現金給付費	26,362 円	24,207 円	▲ 2,155 円	▲ 8.2 %

（注１）基礎計数は、一般被保険者分。
（注２）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
（注３）準備金残高について、平成１９年度決算は事業運営安定資金残高。
（注４）平成２０年度決算の準備金残高については、年金特別会計における健康勘定から業務勘定への繰入れに係る当年度の剰余金（１３９億円）を含む。

政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成２０年度単年度収支決算（介護分）

(単位：億円)

区分		平成19年度決算 (A)	平成20年度決算 (B)	差引 (B－A)	伸び率
収入	保険料収入	5,116	4,729	▲ 387	▲ 7.6 %
	国庫補助	996	943	▲ 53	▲ 5.3 %
	計	6,112	5,672	▲ 440	▲ 7.2 %
支出	介護納付金	6,074	5,920	▲ 154	▲ 2.5 %
	計	6,074	5,920	▲ 154	▲ 2.5 %
単年度収支差		38	▲ 248	▲ 286	－
準備金残高		203	▲ 45	▲ 248	－

（注１）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
（注２）準備金残高について、平成１９年度決算は事業運営安定資金残高。

政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険の単年度収支決算（医療分）の推移

（単位：億円）

区分		平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15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
収入	保険料収入	59,294	58,851	58,214	56,636	60,167	60,221	60,667	61,442	62,677	62,013
	国庫補助	9,597	8,878	9,057	9,091	8,321	7,942	7,963	7,888	8,201	9,093
	その他	200	170	173	181	206	163	133	157	174	251
	計	69,091	67,899	67,444	65,909	68,695	68,326	68,764	69,487	71,052	71,357
支出	保険給付費	42,584	42,290	42,524	41,008	38,534	38,956	40,501	40,851	42,683	43,375
	医療給付費	37,432	37,221	37,634	36,331	33,625	33,754	35,173	35,326	37,431	38,572
	現金給付費	5,152	5,069	4,890	4,677	4,909	5,203	5,328	5,526	5,252	4,803
	前期高齢者納付金	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,449
	後期高齢者支援金	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,131
	老人保健拠出金	23,372	20,568	21,836	23,288	21,579	18,993	17,900	17,200	17,712	1,960
	退職者給付拠出金	4,754	5,086	5,816	6,539	6,693	6,888	7,951	9,306	11,028	4,467
	病床転換支援金	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
	その他	1,544	1,524	1,499	1,242	1,185	1,084	993	1,013	1,020	1,257
	計	72,254	69,468	71,675	72,077	67,991	65,921	67,345	68,370	72,442	73,647
単年度収支差		▲ 3,163	▲ 1,569	▲ 4,231	▲ 6,169	704	2,405	1,419	1,117	▲ 1,390	▲ 2,290
国庫補助繰延又はその返済		4,183	0	2,885	—	—	—	—	—	—	—
準備金残高		8,039	6,701	5,526	▲ 649	▲ 174	2,164	3,695	4,983	3,690	1,539
基礎計数	被保険者数	(▲ 1.3%) 19,778,274人	(▲ 0.3%) 19,710,746人	(▲ 0.7%) 19,564,396人	(▲ 2.1%) 19,160,150人	(▲ 0.9%) 18,989,053人	(0.5%) 19,089,854人	(0.7%) 19,229,943人	(1.5%) 19,521,941人	(1.8%) 19,879,168人	(▲ 0.2%) 19,830,081人
	平均標準報酬月額	(▲ 0.5%) 290,853円	(▲ 0.4%) 289,694円	(▲ 0.2%) 289,112円	(▲ 0.7%) 286,979円	(▲ 0.8%) 284,544円	(▲ 0.5%) 283,208円	(▲0.0%) 283,141円	(▲ 0.1%) 282,990円	(0.7%) 284,930円	(0.1%) 285,156円
	平均賞与月数	(▲ 4.1%) 1.85ヶ月	(▲ 1.5%) 1.83ヶ月	(▲ 3.9%) 1.75ヶ月	(▲ 4.2%) 1.68ヶ月	(▲ 3.3%) 1.62ヶ月	(▲ 1.8%) 1.60ヶ月	(0.1%) 1.60ヶ月	(▲ 0.6%) 1.59ヶ月	(▲ 1.3%) 1.57ヶ月	(▲ 4.0%) 1.51ヶ月
	被保険者１人当たり医療給付費	(0.1%) 188,912円	(▲ 0.2%) 188,520円	(1.9%) 192,062円	(▲ 1.4%) 189,369円	(▲ 6.6%) 176,906円	(▲ 0.1%) 176,664円	(3.5%) 182,763円	(▲ 1.1%) 180,827円	(4.1%) 188,187円	(3.3%) 194,423円

（注１）　基礎計数は、一般被保険者分。
（注２）　（　）内は、対前年度伸び率。
（注３）　端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
（注４）　準備金残高について、平成１９年度以前は事業運営安定資金残高。
（注５）　平成２０年度決算の準備金残高については、年金特別会計における健康勘定から業務勘定への繰入れに係る当年度の剰余金（１３９億円）含む。

平成 20 年度健保組合決算見込の概要

平成 21 年９月 11 日

健康保険組合連合会

問い合わせ先：健保連　企画部　調査・分析グループ
℡：０３－３４０３－０９２６

本概要は、平成 21 年 3 月末に存在した 1,497 組合の 20 年度決算見込状況を集計した結果をまとめたものである。なお、比較対象となる 19 年度の数値は 20 年 3 月末に存在した 1,518 組合の確定データである。

１．　適用状況等

◇ **組合数は解散等により引き続き減少**

◇ **被保険者数は 27 万 2 千人増加、被扶養者数は 55 万人減少**

◇ **標準報酬月額はほぼ横ばい、平均標準賞与額は 2. 1%の減少**

（１）21 年 3 月末現在の組合数は 1,497 組合で、20 年 3 月末の組合数（1,518 組合）に比べて 21 組合減少している（うち 14 組合は解散）。組合数は平成７年度（1,819 組合）以降毎年減少を続けている。

（２）1,497 組合の被保険者数は 1,604 万 3,657 人であり、前年度比約 27 万 2 千人、1.7%の増となっている。15 年度までは解散等による組合の減少とリストラ等による被保険者数の減少傾向が続き、平成６年度以降 10 年連続の減少（９年度については旧３共済の加入があったが、その分を除く）となっていたが、16 年度以降、5 年連続しての増加となった。その一方で被扶養者は 55 万人減少し、これに伴い、扶養率も 0.88 人と 19 年度に引き続き「1」以下となっている。

（３）平均標準報酬月額は 36 万 9,783 円で、前年度比 218 円、0.1%減少した。また、平均標準賞与額（年間）は 115 万 0,620 円となり、前年度比 2 万 4,708 円、2.1%の減となった。

（４）保険料率（2 月末）は 73.80‰（調整保険料率含、単純平均）で、前年度に比べ 0.72 ポイント増加した。

（５）協会けんぽの保険料率（82‰）を超えている組合は 276 組合で全体の 18.4%を占めている。

2．　保険料、保険給付費、拠出金等の状況

◇ 法定給付費は3%（981億円）増加

◇ 拠出金・納付金等合計は18.3%（4,251億円）の大幅増

◇ 拠出金の保険料収入に対する割合は、過去最高の44.3%

（1）保険料収入総額は6兆1,934億円で、19年度に比べ1,432億円、2.4%の増加となった。被保険者一人当たり額は38万6,037円で、2,425円、0.6%の増加となっている。

（2）法定給付費総額は3兆2,869億円で、19年度に比べて981億円、3.1%増加、被保険者一人当たりは20万4,869円で、2,684円、1.3%の増加となっている。

（3）納付金・拠出金の状況については、20年4月の制度改正による新高齢者医療制度の創設に伴う新たな負担等により、納付金・拠出金等計では、昨年度に比べ、4,251億円18.3%の大幅増となった。

（4）納付金・拠出金等の保険料収入に対する割合は44.3%で、19年度に比べ6ポイント増加し、過去最高の比率となった。また、5割以上を納付金・拠出金等に充てざるを得ない組合は19年度に比べ275組合増加し、361組合もある。なお、納付金・拠出金等と法定給付費を合わせた額（義務的経費）の保険料収入に対する割合は97.4%となっている。

	平成20年度	対保険料割合	平成19年度	対保険料割合	増加額
75歳以上　計 （老人保健拠出金） （後期高齢者支援金）	1兆2,748億円	20.58%	1兆1,778億円	19.47%	970億円
退職後～74歳　計 （退職者給付拠出金） （前期高齢者納付金）	1兆4,713億円	23.76%	1兆1,441億円	18.91%	3,272億円
合　計	2兆7,461億円	44.34%	2兆3,219億円	38.38%	4,242億円

※75歳以上に対する拠出は19年度までは「老人保健拠出金」のみ。20年度は「老人保健拠出金：1か月分」＋「後期高齢者支援金」となっている。また、退職後～74歳に対する拠出は19年度までは「退職者給付拠出金」のみ。20年度は「退職者給付拠出金」＋「前期高齢者納付金」となっている。なお、表中には「病床転換支援金」および「日雇拠出金」は含んでいない。

３．　経常収支の状況

◇ 納付金等負担の急増により、健保組合全体で 3,060 億円もの大幅赤字

◇ 赤字組合は全組合の約 7 割

（１）平成 20 年度の健保組合経常収支は、経常収入 6 兆 3,717 億円、経常支出 6 兆 6,778 億円で差引 3,060 億円の赤字となった。15 年度以降、19 年度までは黒字決算が続いていたが、20 年度については、20 年 4 月の制度改正による「新高齢者医療制度」の創設等に伴う、納付金等負担の大幅な増加等により、経常収支差引額は 19 年度の 600 億円から 3,660 億円減となる 3, 060 億円の赤字に転じ、組合財政は一気に悪化した。

（２）赤字組合は 19 年度に比べ 347 組合増加し、1,030 組合となり、約 7 割が赤字の状況である。赤字総額も 19 年度に比べ、2,309 億円増加し、3,878 億円となった。

（３）経常収入は、被保険者数の増に伴う保険料収入の増加等により、19 年度に比べ、1,714 億円、2.8%増加した。

（４）経常支出は、拠出金・納付金等の合計が 4,251 億円、18.3%の大幅増、また、保険給付費も 992 億円、3%増加した。その結果、経常支出全体では 5,375 億円、8.8%の増となった。

	平成20年度	平成19年度	増減	（参考） 平成18年度
経常収支差引額	△3,060億円	600億円	3,660億円減	2,372億円
赤字組合の赤字総額	△3,878億円	△1,569億円	2,309億円増	△997億円
黒字組合の黒字総額	817億円	2,169億円	1,352億円減	3,369億円
赤字組合数 （赤字組合の割合）	1,030組合 68.8%	683組合 45.0%	347組合増 22.7ﾎﾟｲﾝﾄ増	502組合 32.6%
黒字組合数 （黒字組合の割合）	467組合 31.2%	835組合 55.0%	368組合減 23.8ﾎﾟｲﾝﾄ減	1,039組合 67.4%

４．　準備金等の状況

◇ 法定準備金、別途積立金を合わせて 3 ヵ月未満は 46 組合

法令で義務づけられている準備金は 3 ヵ月となっているが、別途積立金を含めて 3 か月分を保有できていない組合は 46 組合で全組合の 3.1%を占めている。

5. 今後の見通し等

今後の見通しであるが、21 年度の予算早期集計では、健保組合全体の経常収支差引額は6,152 億円の巨額な赤字を計上している。「後期高齢者支援金」、「前期高齢者納付金」等の高齢者に係る負担は、急増した 20 年度と同規模となっており、保険給付費の増加も懸念される。さらに、昨今の経済不況による「賃金・賞与の低下」に伴う保険料収入の減少から、現下の健保組合の財政は極めて深刻な状況にある。

22 年度以降についても、こうした厳しい経済環境に加え、人口の高齢化等に伴う医療費の増加、とりわけ高齢者に係る納付金等の負担が増加することになれば、組合財政はさらに悪化し、解散せざるを得ない組合の増加により、健保組合制度の存亡にかかわる事態となることが懸念される。

健保組合の財政状況は、本来個々の組合ベースで収支状況を見るべきであり、連結して示すものではないが、平均的姿を明らかにするため、便宜的に全体集計を行ったものである。

平成 20年度健保組合決算見込　経常収支状況

（単位：億円）

		20年度決算見込	19年度決算	増　減	対前年度伸び率（%）
	組合数	1,497	1,518	21組合減	-
	被保険者数（人）	16,043,657	15,771,690	271,967人増	1.72
	被扶養者数（人）	14,198,376	14,748,015	549,639人減	-3.73
	扶養率（人）	0.88	0.94	0.06人減	-6.38
	平均標準報酬月額（円）	369,783	370,001	218円減	-0.06
	平均標準賞与（円）	1,150,620	1,175,328	24,708円減	-2.10
	平均保険料率（‰）	73.80	73.08	0.72増	0.99
	特定保険料率（‰）	34.08	–	-	-
経常収入	健康保険収入	61,984	60,550	1,434	2.37
	保険料	61,934	60,502	1,432	2.37
	国庫負担金収入等	49	48	1	2.08
	その他収入	1,733	1,453	280	19.27
	経常収入計	63,717	62,003	1,714	2.76
経常支出	事務費	1,253	1,267	-14	-1.10
	保険給付費	33,830	32,838	992	3.02
	法定給付費	32,869	31,888	981	3.08
	付加給付費	961	950	11	1.16
	拠出金・納付金等計	27,472	23,221	4,251	18.31
	老人保健拠出金・後期高齢者支援金計	12,748	11,778	970	8.24
	老人保健拠出金	1,549	11,778	-10,229	-86.85
	後期高齢者支援金	11,199	–	-	-
	退職者給付拠出金・前期高齢者納付金計	14,713	11,441	3,272	28.60
	退職者給付拠出金	4,820	11,441	-6,621	-57.87
	前期高齢者納付金	9,893	–	-	-
	病床転換支援金	7	–	-	-
	日雇拠出金	4	2	2	-
	保健事業費	3,296	3,144	152	4.83
	その他支出	927	932	-5	-0.54
	経常支出計	66,778	61,403	5,375	8.75
経常収支差引額		-3,060	600	-3,660	-

経常収支黒字組合数	467	835	368組合減	-
全組合に対する割合（%）	31.20	55.01	23.81減	-
経常収支黒字組合の黒字総額（億円）	817	2,169	-1,352	-62.33
1組合当たり 黒字額（千円）	175,041	259,815	-84,775	-32.63
経常収支赤字組合数	1,030	683	347組合増	-
全組合に対する割合（%）	68.80	44.99	23.81増	-
経常収支赤字組合の赤字総額（億円）	-3,878	-1,569	-2,309	147.16
1組合当たり 赤字額（千円）	-376,489	-229,794	-146,695	63.84

（注1）　平均保険料率（調整保険料率を含む）及び特定保険料率は単純平均である。

（注2）　経常収入とは、収入総額から「調整保険料収入」、「繰越金」、「繰入金（退職積立金を除く）」、「組合債」、「寄付金」、「国庫補助金収入（特定健康診査・保健指導補助金を除く）」、「財政調整事業交付金」、「不用財産等売払代」、「介護勘定受入」を除いて算出した額である。
経常支出とは、支出総額から「調整保険料還付金」、「営繕費」、「財政調整事業拠出金」、「財政運営安定資金」、「介護勘定繰入」を除いて算出した額である。なお、経常収支科目のうち過年度分収支未済分は除き、当年度分収支未済分は加算して算出している。

（注3）　経常収入欄のその他収入とは、「退職積立金繰入」、「特定健康診査・保健指導補助金」、「特定健康診査等事業収入」、「病院診療所収入」、「訪問看護事業収入」、「介護老人保健施設収入」、「前期高齢者交付金」、「雑収入（不用財産等売払代を除く）」の合計である。
経常支出欄のその他支出とは、「組合債費」、「保険料還付金（調整保険料還付金還付金を除く）」、「病院診療所費」、「訪問看護事業費」、「介護老人保健施設費」、「連合会費」、「出資金」、「積立金」、「その他」の合計である。

（注4）　単位未満の数は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しないことがある。

平成 20年度健保組合決算見込　経常収支1人当たり状況

(単位：円)

		20年度決算見込	19年度決算	増減額	対前年度伸び率
経常収入	健康保険収入	386,345	383,917	2,428	0.63
	保険料	386,037	383,612	2,425	0.63
	国庫負担金収入	304	302	2	0.66
	その他	4	3	1	33.33
	退職積立金繰入	342	352	-10	-2.84
	特定健康診査・保健指導補助金	114	-	-	-
	特定健康診査等事業収入	185	-	-	-
	病院診療所収入	3,514	3,626	-112	-3.09
	訪問看護事業収入	10	10	0	-
	介護老人保健施設収入	178	179	-1	-0.56
	前期高齢者交付金	3	-	-	-
	雑収入	6,459	5,044	1,415	28.05
	合計	397,149	393,128	4,021	1.02
経常支出	事務費	7,811	8,036	-225	-2.80
	保険給付費	210,862	208,209	2,653	1.27
	法定給付費	204,869	202,185	2,684	1.33
	付加給付費	5,992	6,024	-32	-0.53
	拠出金・納付金等計	171,233	147,229	24,004	16.30
	老人保健拠出金・後期高齢者支援金計	79,460	74,680	4,780	6.40
	老人保健拠出金	9,654	74,680	-65,026	-87.07
	後期高齢者支援金	69,806	-	-	-
	退職者給付拠出金・前期高齢者納付金計	91,705	72,539	19,166	26.42
	退職者給付拠出金	30,045	72,539	-42,494	-58.58
	前期高齢者納付金	61,660	-	-	-
	病床転換支援金	45	-	-	-
	日雇拠出金	22	11	11	-
	保健事業費	20,541	19,937	604	3.03
	病院診療所費	4,741	4,869	-128	-2.63
	訪問看護事業費	11	11	0	-
	介護老人保健施設費	178	176	2	1.14
	その他支出	848	856	-8	-0.93
	合計	416,225	389,324	26,901	6.91
経常収支差引額		-19,075	3,804	-22,879	

(注)　経常収入とは、収入総額から「調整保険料収入」、「繰越金」、「繰入金(退職積立金を除く)」、「組合債」、「寄付金」、「国庫補助金収入(特定健康診査・保健指導補助金を除く)」、「財政調整事業交付金」、「不用財産等売払代」、「介護勘定受入」を除いて算出した額である。

経常支出とは、支出総額から「調整保険料還付金」、「営繕費」、「財政調整事業拠出金」、「財政運営安定資金」、「介護勘定繰入」を除いて算出した額である。なお、経常収支科目のうち過年度分収支未済分は除き、当年度分収支未済分は加算して算出している。

平成 20年度健保組合決算見込　科目別収入額

(単位：億円)

		20年度決算見込	19年度決算	対前年増減額	対前年度伸び率(%)
健康保険収入	保険料	61,913	60,498	1,415	2.34
	国庫負担金	49	48	1	2.08
	その他	1	0	1	–
	小計	61,962	60,546	1,416	2.34
調整保険料収入		1,073	1,058	15	1.42
繰越金		1,683	1,278	405	31.69
繰入金	準備金繰入	290	143	147	102.80
	退職積立金繰入	55	56	−1	−1.79
	別途積立金繰入	3,635	1,709	1,926	112.70
	老人保健拠出金引当金繰入	119	28	91	325.00
	その他	–	0	0	–
	小計	4,099	1,935	2,164	111.83
組合債		11	8	3	37.50
寄付金等		33	33	0	–
国庫補助金収入		178	36	142	394.44
特定健康診査等事業収入		30	–	-	–
病院診療所収入		564	572	−8	−1.40
前期高齢者交付金		–	–	-	–
財政調整事業交付金		1,136	1,026	110	10.72
介護勘定受入		3	6	−3	−50.00
雑収入	利子収入	299	276	23	8.33
	直営保養所利用料収入	117	123	−6	−4.88
	その他の施設利用料収入	196	209	−13	−6.22
	不用財産等売払代	62	70	−8	−11.43
	高額医療費貸付金回収金等	16	23	−7	−30.43
	その他	346	164	182	110.98
	小計	1,036	865	171	19.77
収入合計		71,809	67,364	4,445	6.60
経常収入合計		63,717	62,003	1,714	2.76

経常収支差引額	−3,060	600	−3,660	-
総収支差引額	3,765	4,639	−874	−18.84
	(−1,963)	(1,480)	(−3,443)	-

(注1)　総収支差引額欄における括弧内の数値は、総収支差引額から準備金繰入、別途積立金繰入、老人保健拠出金引当金繰入、その他の繰入及び繰越金の額を除いたネットの収支差引額である。
(注2)　寄付金等は、寄付金・訪問介護事業収入・介護老人保健施設収入の合計である。
(注3)　単位未満の数は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しないことがある。

平成20年度健保組合決算見込　科目別支出額

（単位：億円）

区分		科目	20年度決算見込	19年度決算	対前年増減額	対前年度伸び率（%）
事務費		事務所費	1,244	1,259	−15	−1.19
		組合会費	9	9	0	−
		小計	1,253	1,267	−14	−1.10
保険給付費	法定給付費	被保険者分	15,770	15,158	612	4.04
		被扶養者分	14,682	14,210	472	3.32
		高齢者	1,185	1,166	19	1.63
		高額療養費	1,232	1,355	−123	−9.08
		計	32,869	31,890	979	3.07
	付加給付費	被保険分	605	590	15	2.54
		被扶養者分	316	322	−6	−1.86
		合算高額療養費付加金	40	38	2	5.26
		計	961	950	11	1.16
		小計	33,830	32,840	990	3.01
納付金		前期高齢者納付金	9,893	−	−	−
		後期高齢者支援金	11,199	−	−	−
		病床転換支援金	7	−	−	−
		日雇拠出金	4	2	2	100.00
		退職者給付拠出金	4,820	11,441	−6,621	−57.87
		老人保健拠出金	1,549	11,778	−10,229	−86.85
		小計	27,472	23,221	4,251	18.31
保健事業費		特定健康診査事業費	306	−	−	−
		特定保健指導事業費	39	−	−	−
		保健指導宣伝費	207	224	−17	−7.59
		疾病予防費	1,925	2,077	−152	−7.32
		体育奨励費	125	126	−1	−0.79
		在宅療養支援事業費	4	9	−5	−55.56
		直営保養所費	369	387	−18	−4.65
		高額医療費貸付金等	16	20	−4	−20.00
		その他	305	302	3	0.99
		小計	3,296	3,144	152	4.83
組合債費			25	3	22	733.33
還付金等			101	107	−6	−5.61
営繕費			195	264	−69	−26.14
病院診療所費			761	768	−7	−0.91
財政調整事業拠出金			1,067	1,051	16	1.52
積立金			40	55	−15	−27.27
介護勘定繰入			4	5	−1	−20.00
支出合計			68,044	62,725	5,319	8.48
経常支出合計			66,778	61,403	5,375	8.75

（注1）上記表の対前年度比で「−」とあるのは、前年度もしくは当年度の数値が0の場合である。
（注2）還付金等は、還付金・訪問看護事業費・介護老人保健施設費・連合会費・出資金・財政運営安定資金・その他の合計である。

過去5年間の適用状況の推移

	平成　16年度		平成　17年度		平成　18年度		平成　19年度		平成　20年度決算見込	
	実　　数	前年度比	実　　数	前年度比	実　　数	前年度比	実　　数	前年度比	実　　数	前年度比
組　合　数	1,584	38組合減	1,561	23組合減	1,541	20組合減	1,518	23組合減	1,497	21組合減
被保険者数（人）	14,720,811	0.04%	14,946,319	1.53%	15,352,995	2.72%	15,771,690	2.73%	16,043,657	1.72%
年間平均標準報酬月額(円)	371,223	0.22%	370,236	-0.27%	369,315	-0.25%	370,001	0.19%	369,783	-0.06%
平均標準賞与額（円）	1,164,499	1.51%	1,155,032	-0.81%	1,156,874	0.16%	1,175,328	1.60%	1,150,620	-2.10%
被保険者の平均年齢（歳）	40.26	0.03歳上昇	40.26	変化なし	40.27	0.01歳上昇	40.26	0.01歳低下	40.18	0.08歳低下
被扶養者数（人）	14,990,378	-1.98%	14,846,750	-0.96%	14,785,037	-0.42%	14,748,015	-0.25%	14,198,376	-3.73%
扶　養　率	1.02	0.02人低下	0.99	0.03人低下	0.96	0.03人低下	0.94	0.02人低下	0.88	0.06人低下
保険料率（‰）	74.84	0.63低下	73.96	0.88低下	73.18	0.78低下	73.08	0.10低下	73.80	0.72上昇
事業主	41.49	0.41低下	40.93	0.56低下	40.44	0.49低下	40.38	0.06低下	40.74	0.36上昇
被保険者	33.35	0.23低下	33.04	0.31低下	32.73	0.31低下	32.7	0.03低下	33.05	0.35上昇

(注1)保険料率欄は調整保険料率を含む全組合の2月末現在の単純平均値である。
(注2)被保険者数は年間平均、組合数及び被扶養者数については3月末の数値である。
(注3)扶養率は表中における被扶養者数/被保険者数で算出した値である。

過去５年間の財政指標値の推移

	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 決算見込	
	実　数	前年度比	実　数	前年度比	実　数	前年度比	実　数	前年度比	実　数	前年度比
1．法定給付費等に要する保険料率(‰)	61.81	2.94低下	61.09	0.72低下	60.79	0.30低下	62.84	2.05上昇	67.96	5.12上昇
2．実質保険料率(‰)	67.10	3.04低下	66.43	0.67低下	66.18	0.25低下	68.19	2.01上昇	73.09	4.90上昇
3．法定給付費等に要する保険料率が協会けんぽの保険料率を超える組合数	121	100組合減	112	9組合減	82	30組合減	115	33組合増	276	161組合増
全組合に対する割合（%）	7.64	5.99低下	7.17	0.47低下	5.32	1.85低下	7.58	2.26上昇	18.44	10.86上昇
4．保険料率が協会けんぽ料率を超える組合数	387	47組合減	323	64組合減	266	57組合減	252	14組合減	276	24組合増
全組合に対する割合（%）	24.43	2.33低下	20.69	3.74低下	17.26	3.43低下	16.6	0.66低下	18.44	1.84上昇
5．保険料収入に対する拠出金等の割合(%)	36.91	3.32低下	35.05	1.86低下	35.75	0.70上昇	38.38	2.63上昇	44.34	5.96上昇
・〃　老人保健拠出金の割合(%)	24.83	3.91低下	21.28	3.55低下	19.72	1.56低下	19.47	0.25低下	2.50	16.97低下
・〃　後期高齢者支援金の割合(%)	-	-	-	-	-	-	0	-	18.08	-
・〃　退職者給付拠出金の割合(%)	12.07	0.59上昇	13.77	1.70上昇	16.02	2.25上昇	18.91	2.89上昇	7.78	11.13低下
・〃　前期高齢者納付金の割合(%)	-	-	-	-	-	-	0	-	15.97	-
・〃　拠出金等＋法定給付費の割合(%)	87.12	2.87低下	87.12	変化なし	88.00	0.88上昇	91.09	3.09上昇	97.41	6.32上昇

（注）端数整理のため、計数が整合しないことがある。

過去10年間の保険料収入に対する法定給付費等(義務的経費)の割合の推移

(単位：%)

	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15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年度決算見込
法定給付費 ①	54.27	55.07	55.41	55.15	49.76	50.21	52.07	52.25	52.71	53.07
各種拠出金等 ②	40.29	38.45	41.52	43.86	40.23	36.91	35.05	35.75	38.38	44.34
老人保健拠出金（後期高齢者支援金）（再掲）	32.92	30.35	32.20	33.21	28.74	24.83	21.28	19.72	19.47	20.58
退職者給付拠出金（前期高齢者納付金）（再掲）	7.36	8.09	9.32	10.64	11.48	12.07	13.77	16.02	18.91	23.76
合計（①+②）	94.56	93.52	96.93	99.01	89.99	87.12	87.12	88.00	91.09	97.41

（注1）保険料収入とは、一般保険料収入に特別保険料収入を加えたものである（15年度まで）。

（注2）20年度欄の老人保健拠出金欄は「老人保健拠出金」と「後期高者支援金」の合算値である。また、退職者給付拠出金欄は「退職者給付拠出金」と「前期高齢者納付金」の合算値である。

（注3）20年度の各種拠出金等には「病床転換支援金」および「日雇拠出金」は含んでいない。

過去10年間の法定給付費及び各種拠出金等の法定給付費等(義務的経費)に対する割合の推移

(単位：%)

	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15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年度決算見込
法定給付費 ①	57.39	58.89	57.16	55.70	55.29	57.63	59.77	59.37	57.87	54.48
各種拠出金等 ②	42.61	41.11	42.84	44.30	44.71	42.37	40.23	40.63	42.13	45.52
合計（①+②）	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

（注4）法定給付費等（義務的経費）とは、法定給付費と各種拠出金等の合計である。

（注5）20年度の各種拠出金等には「病床転換支援金」および「日雇拠出金」は含んでいない。

平成20年度決算見込　保険料率別組合数

（平成21年2月末）

	単一組合	総合組合	全組合	構成割合（%）
60‰未満	128	1	129	8.6
60‰～65‰未満	132	7	139	9.3
65‰～70‰未満	183	11	194	13.0
70‰～75‰未満	261	29	290	19.4
75‰～80‰未満	201	50	251	16.8
80‰～82‰未満	89	39	128	8.6
82‰	65	25	90	6.0
82‰～85‰未満	42	24	66	4.4
85‰～90‰未満	81	57	138	9.2
90‰～95‰未満	29	19	48	3.2
95‰以上	14	10	24	1.6
計	1,225	272	1,497	100.0

（注1）保険料率には調整保険料率が含まれる。なお、全組合平均は　73.8‰である。

（注2）保険料率82‰（協会けんぽ料率）を超える料率を設定している組合は、　276組合（単一　166組合、総合　110組合）で全組合の　18.44%を占める。

（注3）保険料率90‰以上の料率を設定している組合は、　72組合（単一　43組合、総合　29組合）で全組合の　4.81%を占める。

{内、95‰以上は　24組合（単一　14組合、総合　10組合）で全組合の　1.6%}

平成20年度決算見込　介護保険料率別組合数

（平成21年2月末）

介護保険料率	組合数	構成割合(%)
8‰未満	133	8.9
8‰～9‰未満	166	11.1
9‰～10‰未満	229	15.3
10‰～11‰未満	302	20.2
11‰～12‰未満	227	15.2
12‰～13‰未満	210	14.0
13‰～14‰未満	85	5.7
14‰以上未満	145	9.7
計	1,497	100.0

(注1) 介護保険料率の全組合平均は、　10.61‰である。

平成20年度決算見込　合算保険料率別組合数

（平成21年2月末）

合算保険料率	組合数	構成割合(%)
70‰未満	163	10.9
70‰～75‰未満	134	9.0
75‰～80‰未満	199	13.3
80‰～85‰未満	233	15.6
85‰～90‰未満	229	15.3
90‰～95‰未満	263	17.6
95‰～100‰未満	152	10.2
100‰以上	124	8.3
計	1,497	100.0

(注2) 合算保険料率とは一般保険料率＋調整保険料率＋介護保険料率の合計である。なお、合算保険料率の全組合平均は、　84.41‰である。

平成20年度決算見込　保険料収入に対する納付金等の割合別組合数

75歳以上
【老人保健拠出金＋後期高齢者支援金】

	組合数	割合(%)
15%未満	44	2.9
15～20%未満	568	37.9
20～25%未満	644	43.0
25～30%未満	177	11.8
30～35%未満	47	3.1
35%以上	17	1.1
計	1,497	100.0
平均		20.58

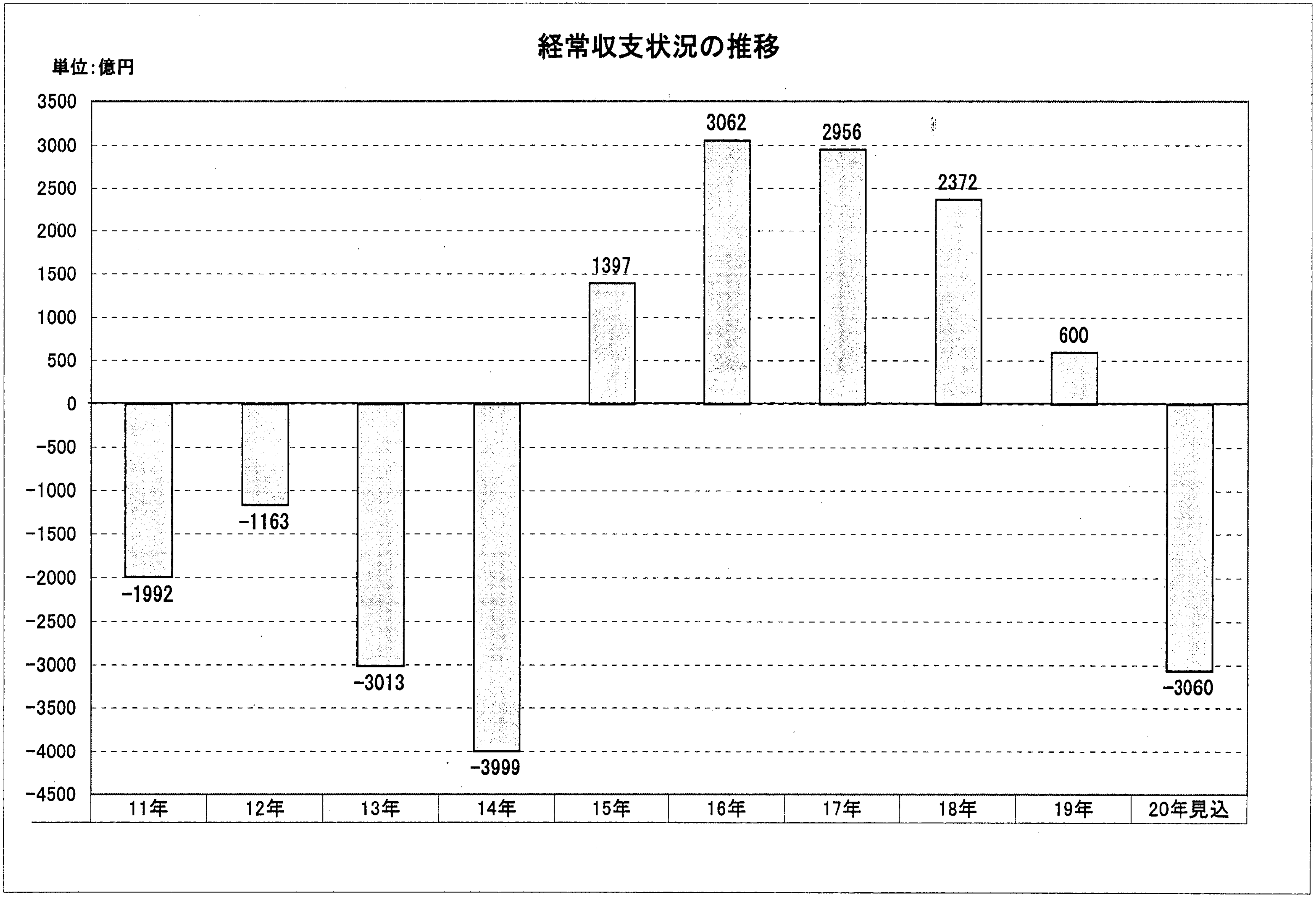
退職後～74歳
【退職者給付拠出金＋前期高齢者納付金】

	組合数	割合(%)
15%未満	72	4.8
15～20%未満	255	17.0
20～25%未満	540	36.1
25～30%未満	442	29.5
30～35%未満	133	8.9
35%以上	55	3.7
計	1,497	100.0
平均		23.76

拠出金・納付金等合計

	組合数	割合(%)
20%未満	2	0.1
20～30%未満	24	1.6
30～40%未満	308	20.6
40～50%未満	802	53.6
50～60%未満	294	19.6
60%以上	67	4.5
計	1,497	100.0
平均		44.34

(注1) 「割合(%)」欄の数値については端数整理のため、計数が整合しないことがある。
(注2) 拠出金・納付金等合計には「病床転換支援金」及び「日雇拠出金」は含んでいない。



経常収支状況の推移
単位:億円
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
-500
-1000
-1500
-2000
-2500
-3000
-3500
-4000
-4500
-1992
-1163
-3013
-3999
1397
3062
2956
2372
600
-3060
11年
12年
13年
14年
15年
16年
17年
18年
19年
20年見込

平成 20年度　介護保険決算見込状況

1．適用状況

		20年度決算見込	19年度決算	増減数	対前年度伸び率
介護保険第２号被保険者数（人）		10,747,898	10,553,400	194,498人増	1.8
介護保険第２号被保険者たる被保険者数（人）		7,407,530	7,226,205	181,325人増	2.5
特定健康保険組合		605	616	11組合減	-1.8
特定被保険者数（人）		107,117	104,278	2,839人増	2.7
平均標準報酬月額（円）		438,326	440,017	1,691円減	-0.4
平均標準賞与額（円）		1,474,557	1,510,602	36,045円減	-2.4
介護保険料率（‰）（２月末）	事業主	5.37	5.57	0.20ポイント下降	-3.6
	被保険者	5.24	5.44	0.20ポイント下降	-3.7
	計	10.61	11.01	0.40ポイント下降	-3.6

2．収支状況

（単位：億円、%）

		20年度決算見込	19年度決算	増減額	対前年度伸び率
収入	介護保険収入	5,122	5,239	-117	-2.2
	繰越金	179	125	54	43.2
	繰入金	50	42	8	19.0
	一般勘定受入	4	5	-1	-20.0
	その他の収入	4	3	1	33.3
	収入合計	5,359	5,414	-55	-1.0
支出	介護納付金	4,804	4,938	-134	-2.7
	介護保険料還付金	1	1	-	0.0
	積立金	37	28	9	32.1
	一般勘定繰入	3	6	-3	-50.0
	その他の支出	-	0	-	-
	支出合計	4,845	4,973	-128	-2.6
収支差引額		514	441	73	16.6

3．決算残金処分予定額

	20年度決算見込
準　備　金	269
繰　越　金	245
計	514

（注）単位未満の数は四捨五入しているため、各項目の計と合計は一致しないことがある。

(別紙)

損益計算書

自平成 20 年4月1日　至平成 21 年3月31日

(単位：億円)

借方		貸方	
経常損益			
事業損益			
保険給付費	33,830	健康保険収入	61,975
納付金	27,472	保険料収入	61,925
前期高齢者納付金	9,893	国庫負担金収入等	49
後期高齢者支援金	11,199		
病床転換支援金	7	交付金	0
日雇拠出金	1,549	前期高齢者交付金	0
退職者給付拠出金	4,820		
老人保健拠出金	4		
保健事業費等	4,070	保健事業等収入	955
特定健康診査事業費	306	直営保養所利用料収入	117
特定保健指導事業費	39	その他の施設利用料収入	196
直営保養所費	369	病院診療所収入	564
その他保健事業費等	3,357	訪問看護事業収入	2
一般管理費	1,253	介護老人保健施設収入	29
その他事業費用	241		
		その他事業収益	55
		退職給付引当金繰入	55
事業損益計	66,866		62,985
事業利益（▲損失）	▲ 3,881		
事業外損益			
支払利息	1	受取利息	292
その他事業外費用	37	その他事業外収益	408
事業外損益計	38		700
事業外利益（▲損失）	662		
経常損益計	66,904		63,686
経常利益（▲損失）	▲ 3,219		
特別損益			
財政調整事業拠出金	1,067	調整保険料収入	1,073
その他	73	財政調整事業交付金	1,136
		国庫補助金収入	160
		寄付金	3
		その他	77
特別損益計	1,140		2,449
特別利益（▲損失）	1,309		
損益計	68,044		66,134
当期利益（▲損失）	▲ 1,910		

貸借対照表

平成 21 年3月31日

(単位：億円)

借方		貸方	
流動資産	32,630	流動負債	11
預貯金・信託	32,487	未払費用・未払金等	11
未収収益・未収金	132	固定負債	573
短期貸付金	10	組合債	30
固定資産	17,315	退職給付引当金	500
土地	2,025	退職給付引当金積立不足	43
建物	3,063		
国債・社債	10,680	法定準備金	16,267
基金委託金	763	別途積立金	25,904
出資金	160	その他	5,584
住宅貸付金	8	次期繰越利益	1,605
その他	616	当期利益（▲損失）	▲1,910
借方計	49,945	貸方計	49,945

(注1) 上記数値は、平成20年度決算見込残金処分予定額に基づく処分後の額である。

(注2) 本文中の法定準備金を含む積立金の額と貸借対照表上の法定準備金と別途積立金の合計額が異なるのは、貸借対照表上の別途積立金には老人保健拠出金引当金が含まれているからである。

(注3) 単位未満の数は四捨五入しているため、各項目の計と合計は一致しないことがある。

平成20年度健保組合決算見込に基づく損益計算書及び貸借対照表について

今回、公表する損益計算書及び貸借対照表（別紙）は、健保組合会計に求められている「わかりやすさ」と「透明性」の確保の観点から作成したものであり、収支情報に加えて財務諸表の作成に必要なデータを健保組合から収集して、それらの合計値に基づいて健保連において作成したものであることをお断りしておく。

ポイント

1．平成20年度は、経常損益で−3219億円の赤字となり、これに特別損益を加えた当期損益は−1910億円となる見込である。

2．貸借対照表上の総資産は4兆9945億円となり、負債総額は585億円、差引正味財産は4兆9360億円となる見込である。

なお、経常収支差と損益計算書の経常損益との差及びネットの総収支差と当期損益との差は、（参考）のとおりである。

（参考）

Ⅰ.経常収支差と経常損益及びネットの総収支差と当期損益の差

*1　経常収支差(−3060億円)と経常損益(−3219億円)の差(▲159億円)が生じる要因

経常収支差(−3060億円)と経常損益(−3219億円)の差(▲159億円)が生じる要因は、現金の移動があり、経常収入や経常支出には含まれるが、それに見合う資産や負債の増減があるため、収益や費用には含まれない経常収入(▲22億円)や経常支出(44億円)があり、また、減価償却費など経常支出には計上されていないが、損益計算書上、経常費用として計上されるべき費用・損失(▲180億円)があるためである。詳細は以下のとおりである。<単位未満については四捨五入しているため、計数が整合しないことがある。>

表1　経常損益に含まれない経常収支

経常収益に含まれない経常収入		経常費用に含まれない経常支出	
高額医療費貸付回収金等	22 億円	高額医療費貸付金等・出資金	16 億円
		組合債費(元金償還部分)	24 億円
		積立金(退職積立金を除く)	4 億円
経常収支差からマイナス	22 億円	経常収支差にプラス	44 億円

表2　経常損益に計上したもの

経常費用に計上したもの	
減価償却費	175 億円
残金処分(退職積立金)	0 億円
不納欠損額	5 億円
預貯金・信託評価損	0 億円
経常収支差からマイナス	180 億円

*2　ネットの収支差と当期損益の差が生じる要因

ネットの収支差(−1963億円)と当期損益(−1910億円)の差(▲53億円)が生じる要因は、ネットの収支には上記*1における差(▲159億円)に加え、基本的には*1と同様の理由により収益や費用に含まれない収入(▲90億円)や支出(200億円)が含まれており、また、支出には計上されていないが、新たに費用に計上されるべきもの(▲73億円)及び収益には計上されていないが、新たに収益に計上されるべきもの(175億円)が含まれているためである。詳細は以下のとおりである。<単位未満については四捨五入しているため、計数が整合しないことがある。>

表1

収益に含まれない収入		費用に含まれない支出	
前年度以前収入未済額(不納欠損を除く)	15 億円	前年度以前支出未済額	1 億円
組合債	11 億円	営繕費	195 億円
不用財産等売払代	62 億円	介護勘定繰入	4 億円
介護勘定受入	3 億円	財政運営安定資金	0 億円
ネットの収支差からマイナス	90 億円	ネットの収支差にプラス	200 億円

表2

新たに費用に計上したもの		新たに収益に計上したもの	
当年度支出未済額	0 億円	当年度収入未済額	98 億円
固定資産売却/廃却損	67 億円	固定資産売却益	70 億円
固定資産等評価損	1 億円	国債・社債等債券売却益	6 億円
国債・社債等債券売却損	0 億円		
国債・社債等債券等評価損	4 億円		
ネットの収支差からマイナス	73 億円	ネットの収支差にプラス	175 億円

Ⅱ. 損益計算書、貸借対照表の「その他」の科目

《損益計算書》

事業損益・その他事業費用＝退職給付引当金繰入、減価償却費、連合会費、還付金

事業外損益・その他事業外費用＝支出中のその他（当年度支出未済増減後）＋収入未済・貸付金不納欠損額

事業外損益・その他事業外収益＝雑収入中のその他（当年度収入未済増減後）

特別損益・その他（借方）＝固定資産売却/廃却損・評価損、国債・社債等債券売却・評価損

特別損益・その他（貸方）＝固定資産売却益、国債・社債等債券売却益

《貸借対照表》

借方・その他＝（病院・診療所、保養所等の）備品等

貸方・その他＝その他財産（土地・建物・備品等）

次期繰越利益の内訳

次期繰越利益＝当年度繰越金＋未収収益・未収金＋短期貸付金－未払費用・未払金

　　　－組合債－退職給付引当金積立不足額

　＝1539億円＋132億円＋10億円－4億円－30億円－43億円＝1605億円

平成 21 年 8 月 4 日
社　会　保　険　庁

船員保険の平成２０年度決算の概要

○ 船員保険の平成２０年度決算は、４０億円の黒字。
○ 黒字決算は、平成１５年度から６年連続。

１　全体としては、

①　収入面では、平均標準報酬月額が昨年度に引き続き増加をしたものの、被保険者数は昭和４７年度以降実質３７年連続で減少し、保険料収入が対前年度比で３億円の減少したこと等により、収入全体が５億円の減少。

②　支出面では、旧法職務上年金において受給者数の減少により４億円減少したものの、疾病保険給付費及び保険者納付金において４億円の増加等により、支出全体が１億円の増加となった。

２　その結果、収入６７４億円に対し、支出６３４億円となり、対前年度比で６億円の減少となる４０億円の黒字。

３　部門別では、
①　疾病部門において、対前年度比で７億円の減少となる２１億円の黒字
②　年金部門において、対前年度比で５億円の改善となる６億円の赤字
③　失業部門において、対前年度比で１億円の減少となる２０億円の黒字
等となったところ。

４　なお、平成２０年度末の積立金残高は、１，３３３億円。これは、対前年度比で４０億円の増加。

船員保険の平成２０年度決算（全体）

（単位：億円）

区分		平成19年度決算（A）	平成20年度決算（B）	差引（B－A）	伸率
収入	保険料収入	615	612	▲3	▲0.5％
	一般会計からの受入れ	39	39	1	1.4％
	運用収入	13	13	▲0	▲0.2％
	その他	10	10	0	4.7％
	年金特別会計業務勘定からの受入れ	3	—	▲3	▲100.0％
	計	679	674	▲5	▲0.8％
支出	疾病保険給付費及び保険者納付金	371	376	4	1.1％
	病床転換支援金	—	0	0	—
	年金保険給付費	44	44	0	0.1％
	職務上年金給付費年金特別会計へ繰入れ	121	117	▲4	▲3.1％
	失業保険給付費	17	17	▲0	▲0.4％
	介護納付金	33	30	▲3	▲8.2％
	業務取扱費	13	14	1	8.7％
	福祉事業費	33	35	2	6.1％
	諸支出金	1	1	▲0	▲14.3％
	その他	1	0	▲0	▲28.6％
	計	633	634	1	0.1％
単年度収支差		46	40	▲6	—
積立金残高		1,293	1,333	40	—

（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

船員保険制度の見直しについて

〔参　考〕

雇用保険法等の一部を改正する法律（平成19年法律第30号）において、船員保険事業のうち、失業部門及び職務上疾病・年金部門をそれぞれ雇用保険制度及び労災保険制度に統合し、見直し後の船員保険の運営主体を全国健康保険協会とする等所要の改正が行われた。

〔現　行〕

船員保険制度

- 職務外疾病部門
（医療保険）
- 職務上疾病・年金部門
（労災保険相当部分＋独自給付）
- 失業部門
（雇用保険相当部分）

※ 国（社会保険庁）が実施

○船員保険として、職務外疾病部門及び独自給付を一体的に実施

○船員保険特別会計を廃止し、労働保険特別会計及び年金特別会計に統合

〔見　直　し　後〕

船員保険制度

- 職務外疾病部門
- 独自給付

※ 全国健康保険協会が実施

労災保険制度

職務上疾病・年金部門
労災保険相当部分を船員保険制度から切り離し、労災保険制度に統合

※ 国（厚生労働省）が実施

雇用保険制度

失業部門
雇用保険相当部分を船員保険制度から切り離し、雇用保険制度に統合

※ 国（厚生労働省）が実施

施行日：平成22年1月1日

関連資料（資料４関係）

○　精神保健福祉対策関連資料　Ｐ　１

○　がん対策関連資料　Ｐ　５

○　認知症対策関連資料　Ｐ　７

○　肝炎対策関連資料　Ｐ　９

○　未承認薬・適応外薬解消関連資料　Ｐ１０

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

➡

● 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進
● 精神疾患にかかった場合でも
・質の高い医療
・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービス
を受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
● 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

[illegible]

[illegible]による医療の質の向上

精神医療の質の向上

●薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

目標値
●統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
●入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

●地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

地域生活支援体制の強化

●患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

普及啓発の重点的実施

●施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

1 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方

◆ 精神保健医療の水準の向上
◆ 医療機関の地域医療の機能充実を促進
◆ ニーズの高まっている領域への重点化

改革の具体像

外来・在宅医療

◆ 地域生活を支える医療の充実
◆ 医療機関の機能の改革の円滑化

●精神科救急医療の確保・質の向上
●在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
●精神科デイ・ケアの重点化
●ケアマネジメント機能の充実
●未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）
●重症者の在宅での包括的支援の確保

●疾患等に応じた医療の充実
・気分障害
・依存症
・児童思春期

●早期支援体制の充実

●地域医療体制・高次の医療体制の確保
●「4疾病5事業」への位置づけの検討
●医療従事者の確保
●保健所・精神保健福祉センターの機能強化

入院医療

急性期

◆ 入院医療の再編・重点化
◆ 医療機能の充実と適切な評価

●人員基準の充実
●救急・急性期医療の確保
●重症度に応じた評価体系
●認知症への専門医療の確保
●身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

長期の療養

◇ [illegible]生活支援体制の整備
◇ [illegible]の促進
◇ [illegible]の適正化

●統合失調症入院患者数の目標値
19.6万人<H17>→15万人<H26>
（認知症はH23年度までに設定）

●平均残存率・退院率の目標により精神病床約7万床の減少を促進

●障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
●高齢精神障害者の生活の場の確保

精神保健医療体系の再構築

①入院医療の再編・重点化

○ 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。

＜統合失調症＞

○ 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。

※ 入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。

※ 平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。

○ 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。

＜認知症＞

○ 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化。

○ BPSD（認知症の行動・心理症状）や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。

○ 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。

※ 生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。

＜身体合併症＞

○ いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

○ 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。

○ 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。

○ 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

③早期支援体制の検討

○ 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。

※ まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。

○ 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

○ 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。

○ 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要（あわせて地域医療体制との連携体制の構築）。

- 高次の精神科救急を行う精神科病院
- いわゆる総合病院精神科
- 高齢者の診療を行う精神科病院
- 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院（ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限定的）
- その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関

○ 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」（特に5事業）として精神医療を位置付けることについて検討。

○ 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。

○ 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

2　精神医療の質の向上

基本的考え方

- 薬物療法等について、標準的な治療を促進
- 医療従事者の資質向上
- 実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1　精神保健医療体系の再構築に掲げた取り組み

○入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
○精神科救急医療の確保・質の向上
○在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
○疾患・病状に応じた専門医療の確保
　（認知症、身体合併症、気分障害等）

等

精神科における診療の質の向上

- ●診療ガイドラインの作成・普及
- ●患者等への分かりやすい情報提供
- ●抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- ●精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- ●精神科医の専門医制度の定着
- ●精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- ●医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- ●心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- ●研究費の確保
- ●病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- ●臨床研究の積極的推進
- ●施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

3　地域生活支援体制の強化

基本的考え方

- ◆相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆地域における支援体制づくり
- ◆居住系の福祉サービスの確保
- ◆精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

○相談支援の充実
　－退院時の支援、24時間の支援
○自立支援協議会の活性化
○ケアマネジメント機能の充実
　－対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
○ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
○重症者への重点的・包括的支援の実施
○相談支援の質の向上
○精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

○訪問による生活支援の充実
○ショートステイの充実
○就労支援の強化
○家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

○グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
○公営住宅への入居促進
○公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
○民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

○地域生活移行の個別支援
○福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

●政策検討への精神障害者の参画
●ピアサポートの推進
●家族支援の推進

医療サービス

○精神科救急医療体制の確保
　－精神科救急医療システムの機能強化
　－精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
　－精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
○精神保健指定医の確保
○未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
　－訪問による多職種チームでの支援体制の構築
○精神科訪問看護・訪問診療の充実
　－訪問看護の普及促進
　－重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
○精神科デイ・ケア等の重点化

これまでの取り組みと成果

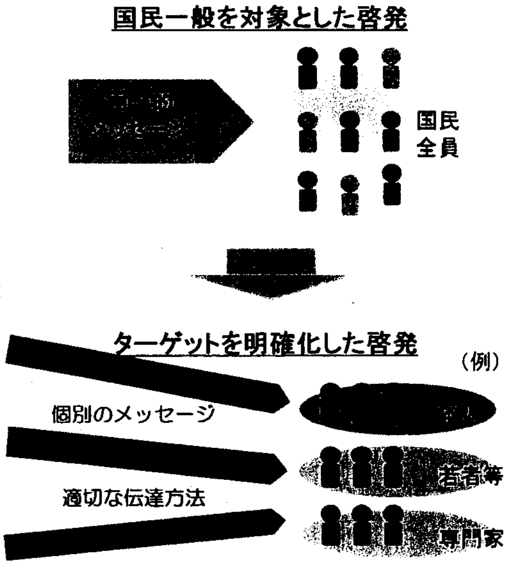
- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかかりうることへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

基本的考え方

◆ **国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ**
◆ **「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に**

改革の具体像

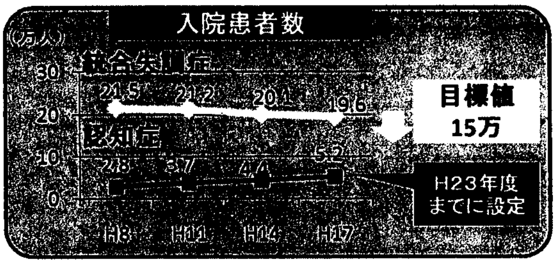
- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実



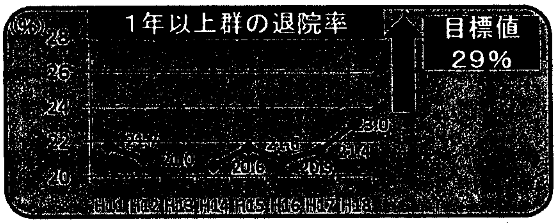
◇ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証
※目標値については別途設定

5 目標値の設定

新たな目標値（[illegible]）
統合失調症による入院患者数 約15万人
（平成17年患者調査時点 19.6万人）
認知症に関する目標値
平成23年度までに具体化



改革ビジョンにおける目標値（[illegible]）
1年未満入院患者の
各都道府県の平均残存率（1年未満群）
24%以下
各都道府県の退院率（1年以上群）
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床（H19.10）について、約7万床相当の減少が促進される

＜目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計＞
平成21年現在：31.3万床　平成27年（試算）：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床

※目標の達成等に向けて、更に以下を推進
○個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を[illegible]支援・促す方策を[illegible]
○個々の事業（予算事業等）単位で施策の実施状況に関する目標を[illegible]
（例）認知症疾患医療センター、[illegible]等
○普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進

がん対策推進協議会

国

厚生労働大臣

がん対策推進基本計画案の作成

↓

がん対策推進基本計画

閣議決定・国会報告

⇔ 連携

地方公共団体

都道府県

都道府県がん対策推進計画

がん医療の提供の状況等を踏まえ策定

がん予防及び早期発見の推進

- ○ がん予防の推進
- ○ がん検診の質の向上等

がん医療の均てん化の促進等

- ○ 専門的な知識及び技能を有する医師、その他の医療従事者の育成
- ○ 医療機関の整備等
- ○ がん患者の療養生活の質の維持向上
- ○ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

研究の推進等

- ○ がんに関する研究の促進
- ○ 研究成果の活用
- ○ 医薬品及び医療機器の早期承認に資する治験の促進
- ○ 臨床研究に係る環境整備

⇒ 国民

がん対策推進基本計画の概要（平成19年6月閣議決定）

重点的に取り組むべき課題

- (1)放射線療法・化学療法の推進、これらを専門的に行う医師等の育成
- (2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- (3)がん登録の推進

全体目標【10年以内】

- がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）
- 全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
②緩和ケア ③在宅医療 ④診療ガイドラインの作成 ⑤その他

- ☆ すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
- ☆ すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得【10年以内(運用上5年以内)】

2. 医療機関の整備等

- ☆ すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を設置【3年以内】
- ☆ 5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備【5年以内】

3. がん医療に関する相談支援及び情報提供

- ☆ すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所以上整備【3年以内】

4. がん登録

- ☆ 院内がん登録を実施している医療機関を増加

5. がんの予防

- ☆ 未成年者の喫煙率を0%とする【3年以内】

6. がんの早期発見

- ☆ がん検診の受診率について、50%以上とする【5年以内】

7. がん研究

- ☆ がん対策に資する研究をより一層推進

平成20年度診療報酬改定におけるがん対策関係の評価①

放射線治療の充実

- 副作用が少ない新しい放射線治療法を保険導入

  (新) 強度変調放射線治療(IMRT)　3,000点(1回目)

- 放射線治療における充実した安全管理体制の評価

  (新) 医療機器安全管理料2　1,000点

- 日常生活を送りながら、通院で受けられる体制を評価

  (新) 外来放射線治療加算　100点

化学療法の充実

- 日常生活を送りながら、通院で受けられる充実した体制を評価

  (新) 外来化学療法加算1(区分新設)　500点

がん診療連携拠点病院の評価

- 地域のがん診療の確保のため「がん診療連携拠点病院」の評価を充実

  がん診療連携拠点病院加算　200点 → 400点

平成20年度診療報酬改定におけるがん対策関係の評価②

緩和ケアの普及と充実　～痛みのないがん治療を目指す～

- WHO方式によるがん性疼痛治療法に従って、麻薬を処方し痛みを緩和することに対する評価を創設

  (新) がん性疼痛緩和管理指導料　100点

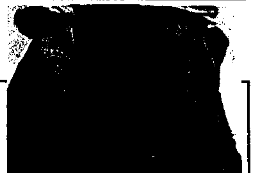
- 緩和ケアチームを充実し評価を引き上げ

  緩和ケア診療加算　250点 → 300点

- 緩和ケア病棟の役割の見直し(終末期だけなく緩和ケアの導入や在宅がん患者を診る医師の後方支援を行う)

- 在宅で使用する麻薬等の注射薬、医療材料の対象範囲の拡大

リンパ浮腫に関する評価



- がんの手術に際し、リンパ浮腫を防止するための指導を評価

  (新) リンパ浮腫指導管理料　100点

- リンパ浮腫の重篤化予防のための弾性着衣(ストッキング等)を保険導入(療養費払い)

  (新) (年間2回計4セット給付)

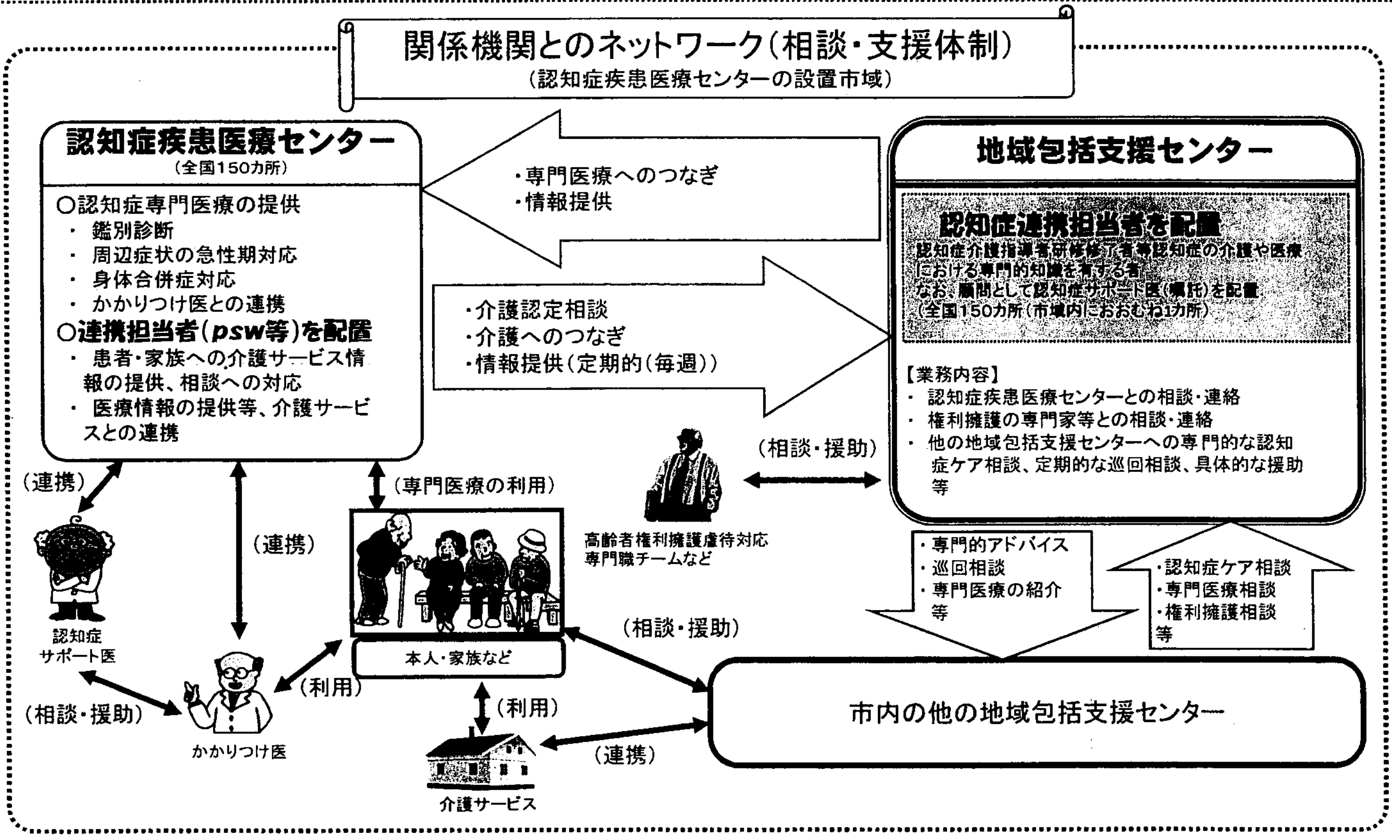
認知症対策について

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	➤正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明	➤幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足	➤専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 ➤BPSDの適切な治療が行われていない ➤重篤な身体疾患の治療が円滑でない	➤認知症ケアの質の施設・事業所間格差 ➤医療との連携を含めた地域ケアが不十分 ➤地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 ➤認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分	➤若年性認知症に対する国民の理解不足 ➤「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	➤医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 ➤要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し	➤各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進	➤早期診断の促進 ➤BPSD急性期の適切な医療の提供 ➤身体合併症に対する適切な対応	➤認知症ケア標準化・高度化 ➤医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 ➤誰もが自らの問題と認識し、 ・認知症に関する理解の普及 ・認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実	➤若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

医療から介護への切れ目のないサービスを提供

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施

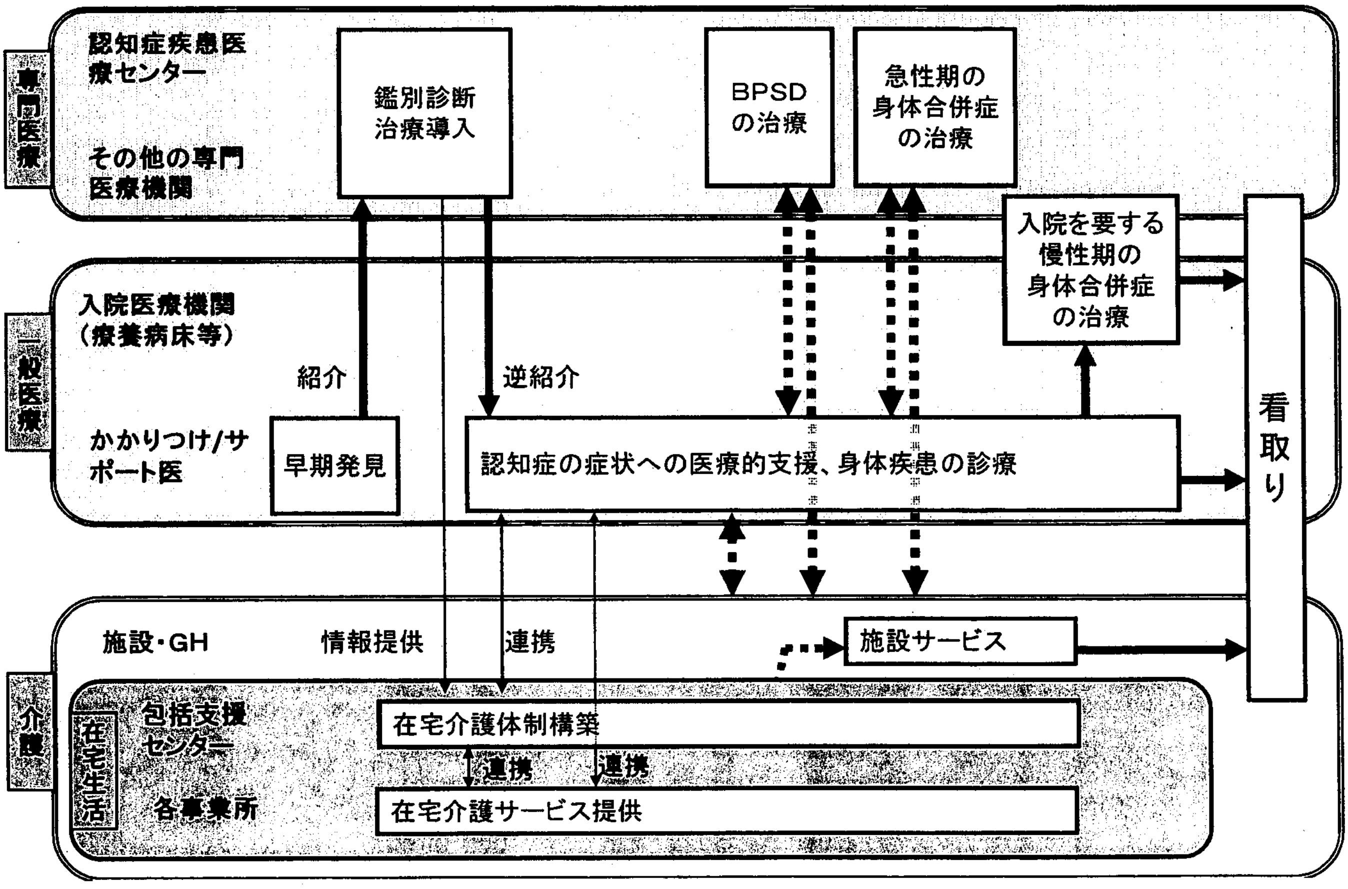


認知症の医療・介護体制

【今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 H21.9.24】

	必要な支援	対象の明確化と必要量の把握	機能の強化	連携の強化
専門医療（精神科医療）	・早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定・見直し ・BPSD（認知症の行動・心理症状）に対する介護的支援・医療の提供	・認知症の有病率や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査の早急な実施（H22年度まで） ・入院が必要な認知症の患者像の明確化 ・精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等の明確化（H23年度まで）	・専門医療機関の機能の重点化 ・認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備、 →認知症病棟等の体制の充実 →身体合併症に対応する機能の確保 ・精神科病院における、身体合併症への一定の対応	認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化
一般医療	・身体疾患に対する医療の提供 ・かかりつけ医による認知症に対する外来医療		・一般病床及び療養病床の認知症対応力の強化 ・認知症に対応した外来医療 ・介護保険施設等における施設における適切な医療	
介護	・ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供		・介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の場の更なる確保 ・介護保険サービスの機能の充実	

認知症の医療体制（イメージ）



肝炎対策の推進

【施策の方向性】
○ 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。
○ 検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進する。
○ 検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備

○ インターフェロン治療に関する医療費の助成の実施

2. 肝炎ウイルス検査の促進

○ 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備

○ 市町村等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

○ 診療体制の整備の拡充
○ 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

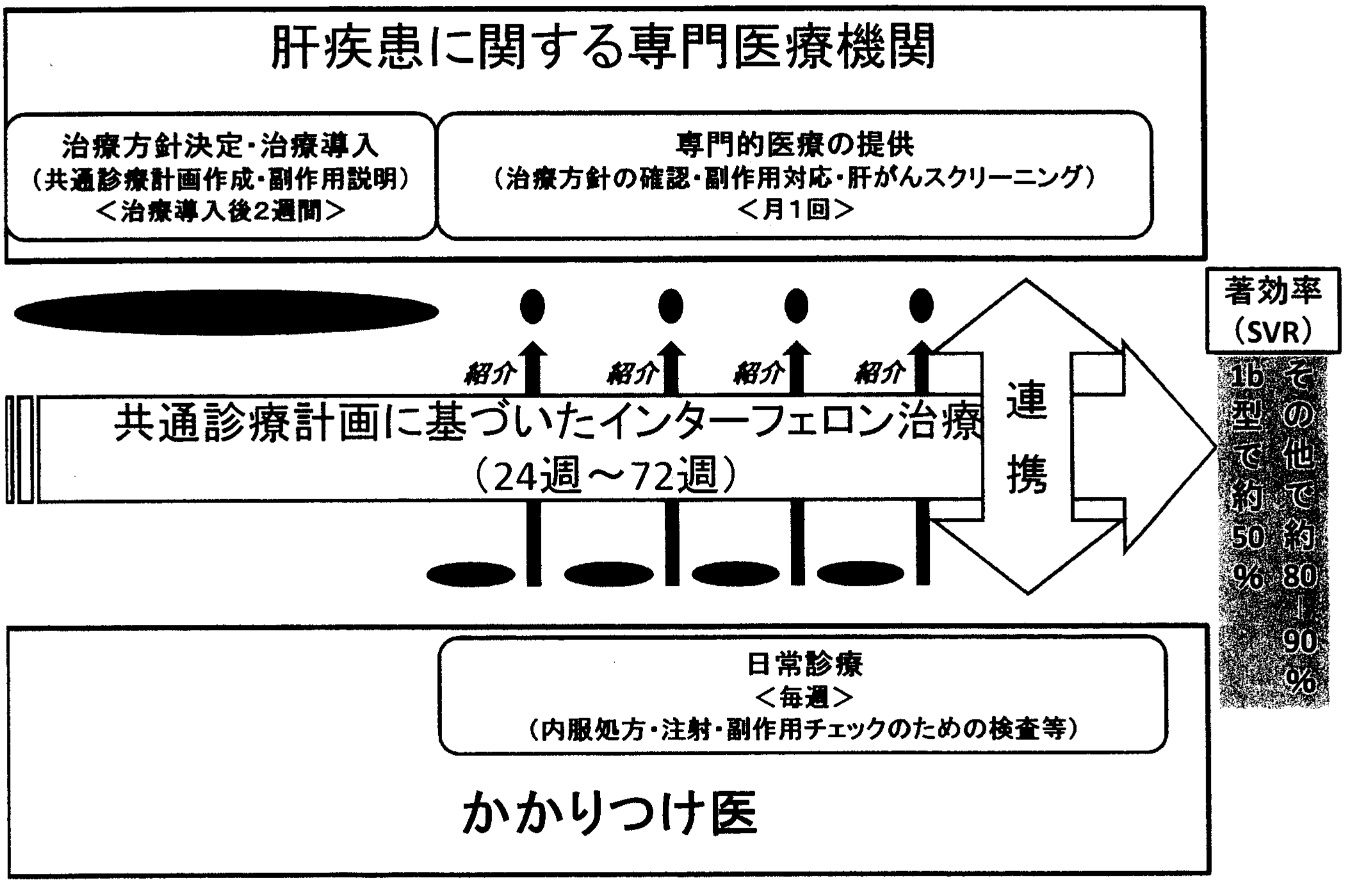
4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

○ 職場や地域などあらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

○ 肝炎研究7カ年戦略の推進
○ 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

インターフェロン治療における専門医療機関とかかりつけ医の治療連携



未承認薬・適応外薬解消に向けての検討について

欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医療上必要な医薬品や適応（未承認薬等）を解消するため、未承認薬等の優先度の検討、承認のために必要な試験の有無・種類の検討などを行う。

未承認薬・適応外薬に係る要望の公募を実施。募集期間は本年6月18日から、8月17日まで。

＜公募する要望の条件＞

○未承認薬

欧米4か国（米、英、独、仏）のいずれかの国で承認されていること

◎適応外薬

欧米4か国のいずれかの国で承認（公的医療保険制度の適用を含む）されていること

「医療上その必要性が高い」とは次の（1）及び（2）の両方に該当するもの

（1）適応疾病の重篤性が次のいずれかの場合

ア 生命の重大な影響がある疾患（致死的な疾患）

イ 病気の進行が不可逆的で、日常生活に著しい影響を及ぼす疾患

ウ その他日常生活に著しい影響を及ぼす疾患

（2）医療上の有用性が次のいずれかの場合

ア 既存の療法が国内にない

イ 欧米の臨床試験において有効性・安全性等が既存の療法と比べて明らかに優れている

ウ 欧米において標準的療法に位置づけられている

※ 学会等にあっては、科学的エビデンスに基づく有効性及び安全性の評価等を添付して提出

（今後の検討の流れ）

【学会、患者団体等】
未承認薬・適応外薬に係る要望

→約200の団体・個人から約600の要望が提出、重複をまとめると**約370件の要望**

【製薬業界】
要望に係る見解の提出
（現在回収中）

有識者会議（仮称）

【製薬企業】
承認申請に向けた開発の実施

【開発支援】
- 希少疾病用医薬品指定等により開発支援
- 評価報告書の作成による支援（医学薬学上公知の場合）
- 必要な試験等の指導

【審議会】
必要に応じて、評価報告書等の事前評価等

関連資料（資料5関係）

○　後期高齢者医療に係る診療報酬項目　Ｐ　１

○　後期高齢者診療料　Ｐ　３

○　後期高齢者終末期相談支援料　Ｐ　５

○　後期高齢者特定入院基本料　Ｐ　８

後期高齢者医療に係る診療報酬項目

【医科診療報酬点数表】

項目番号		項目名		点数	点数の概要
A100	注4	後期高齢者特定入院基本料（※）	（1日につき）	928点	後期高齢者である患者であって、一般病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）に該当するもの（特定入院料を算定する患者を除く。）について算定する。
A239		後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（※）	（入院初日）	500点	別の保険医療機関（診療所に限る。）において後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に算定する。
A240		後期高齢者総合評価加算（※）	（入院中1回）	50点	入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に算定する。
A241		後期高齢者退院調整加算（※）	（退院時1回）	100点	退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するものに対して、退院調整を行った場合に算定する。
A316		診療所後期高齢者医療管理料 1 14日以内の期間 2 15日以上の期間	（1日につき）	1,080点 645点	入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。
B011－3	注2	薬剤情報提供料の加算（※）（後期高齢者手帳記載加算）	（月1回）	5点	後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に算定する。
B014		後期高齢者退院時薬剤情報提供料（※）	（退院時1回）	100点	保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に算定する。
B015		後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	（退院時1回）	180点	栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する。
B016		後期高齢者診療料	（月1回）	600点	後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定する。
B017		後期高齢者外来継続指導料	（退院後最初の診療日）	200点	後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに算定する。
B018		後期高齢者終末期相談支援料（※）	（1回限り）	200点	保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。
C005	注7	後期高齢者終末期相談支援加算	（1回限り）	200点	保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

J001－5		後期高齢者処置	(1日につき)	12点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず算定する。
J001－6		後期高齢者精神病棟等処置料	(1日につき)	15点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず算定する。 イ　創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 ロ　皮膚科軟膏処置 (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

注:(※)の付く点数については、歯科診療報酬点数表に同様の点数が存在。

【歯科診療報酬点数表】

項目番号		項目名		点数	点数の概要
C001－2		後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	(月1回)	180点	在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等(社会福祉施設等を含む。)において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する。

【調剤報酬点数表】

項目番号		項目名		点数	点数の概要
18		後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	(処方せん受付1回につき)	35点	後期高齢者の患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 ・患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬にかかる薬剤についての名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ・処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ・調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
19		後期高齢者終末期相談支援料	(1回限り)	200点	保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者(在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。)に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

後期高齢者診療料の概要

■後期高齢者診療料　　600点（月１回）

【基本的な考え方】

後期高齢者の外来診療について、治療の長期化、複数疾患の罹患といった心身の特性を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価。

【具体的な内容】

○定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、栄養、運動又は日常生活等につき療養上必要な指導及び診療を行う。

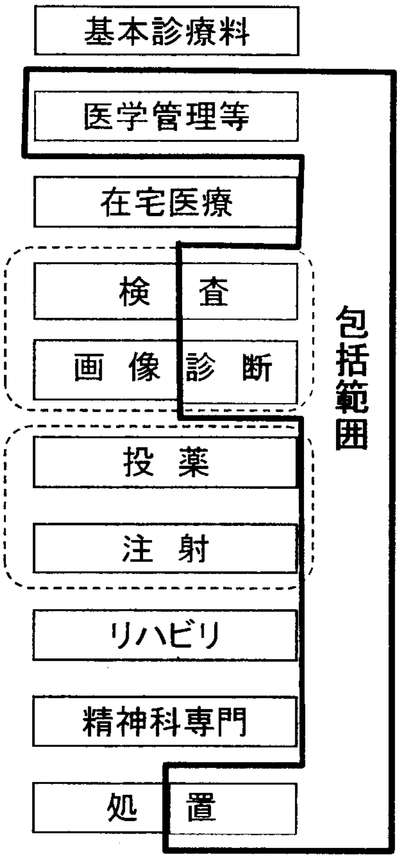
○診療計画には、他医療機関での診療スケジュール、他の保健・福祉サービスとの連携等について記載。

【施設要件】

○診療所　又は半径４km以内に診療所が存在しない病院

○後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師を配置

後期高齢者診療料の包括範囲



○病状の急性増悪時に実施した550点以上の検査、画像診断、処置は出来高で算定可。その際、その理由等を診療報酬明細書の適用欄に記載。

○医療機関は、患者ごとに後期高齢者診療料も従来の出来高による算定も選択できる。

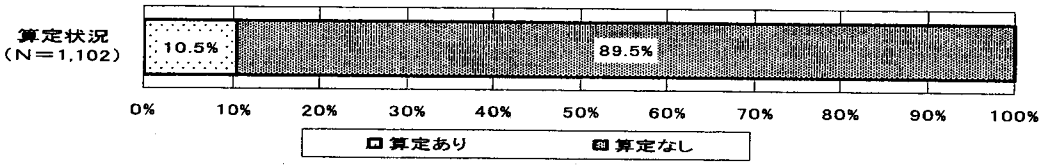
対象疾患

結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

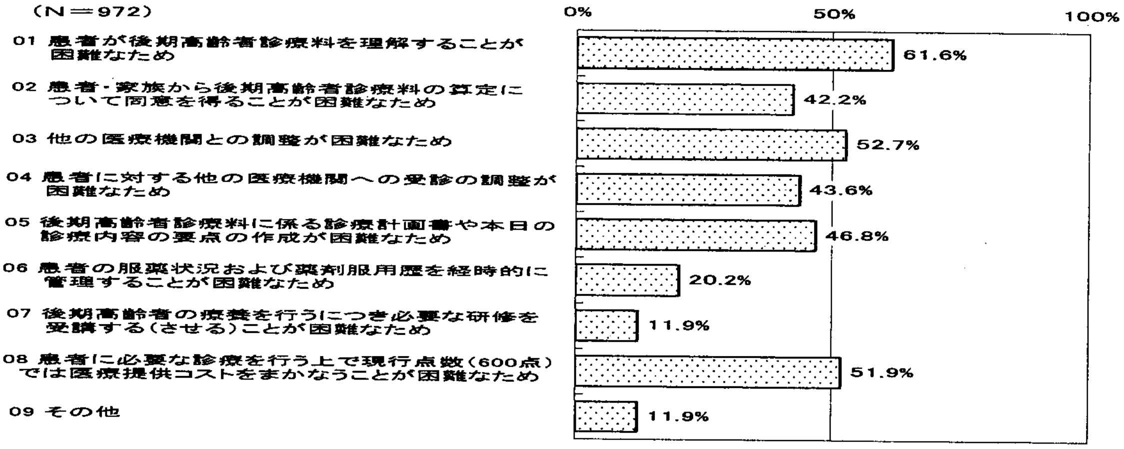
後期高齢者診療料の検証結果① 算定状況

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査（平成21年5月中医協検証部会）

（1）後期高齢者診療料の算定状況



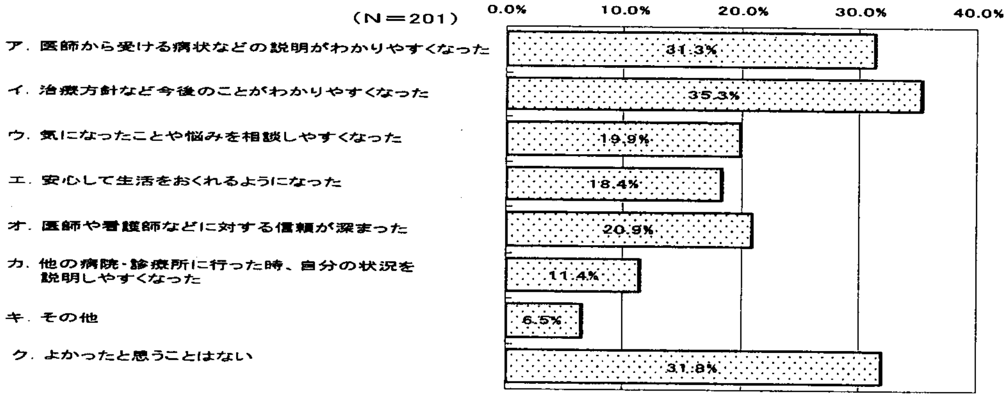
（2）医療機関が後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



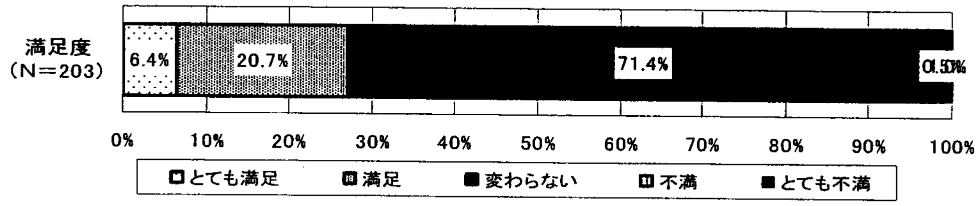
後期高齢者診療料の検証結果② 算定後の評価

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査（平成21年5月中医協検証部会）

（3）後期高齢者診療料の算定後のよかった点



（4）後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する患者の満足度の変化



後期高齢者診療料の検証結果③ 検証部会の評価

(1)届出と算定状況の乖離

○後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関のうち約9割が算定せず。

○理由として指摘されている事項

・患者が後期高齢者診療料を理解することが困難

・患者、家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難

・他の医療機関との調整が難しい

・コスト面での理由

(2)患者による評価の多様性

○患者調査においてよくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在。

○満足度について、患者の71.4%が「変わらない」と回答。

(3)診療報酬としての意義

○一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。

○当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のものであるため、制度発足から間もない時点の調査では限界があったのではないか。

後期高齢者終末期相談支援料の概要

■後期高齢者終末期相談支援料　　200点(1回に限る)

【基本的な考え方】

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

【具体的な内容】

○医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族とともに、終末期における診療方針等について十分話し合い、その内容を文書等にまとめた場合を評価。

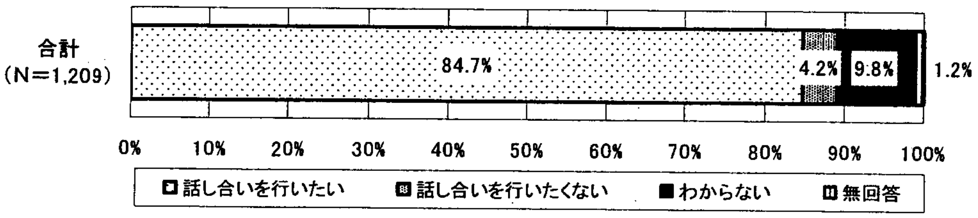
○患者の意思決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「終末期医療に関するガイドライン」を参考にする。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果① 国民の意識

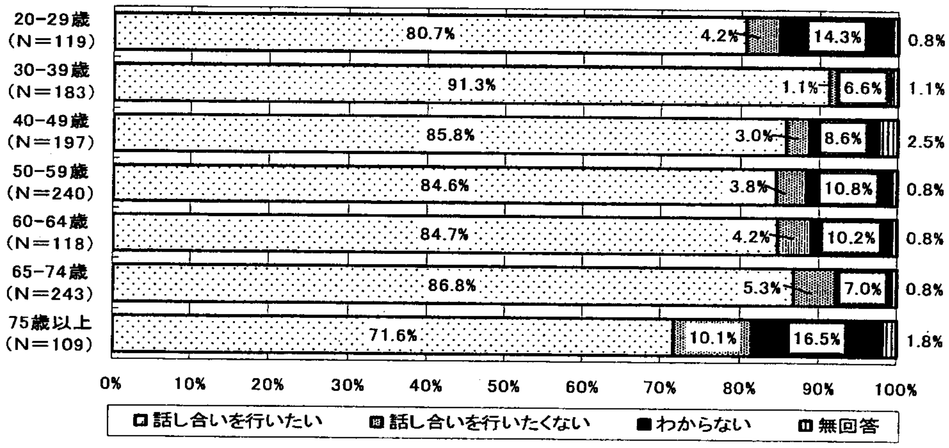
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査（平成21年5月中医協検証部会）

（1）終末期の治療方針等についての話し合いに関する国民の意識

①全体



②年齢階層別

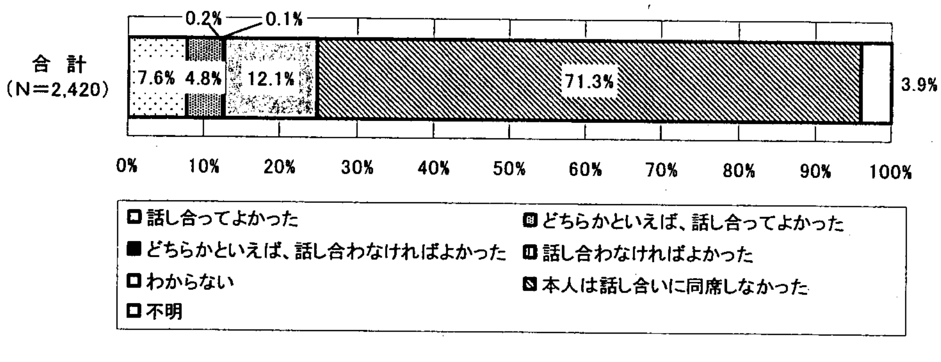


後期高齢者終末期相談支援料の検証結果② 満足度

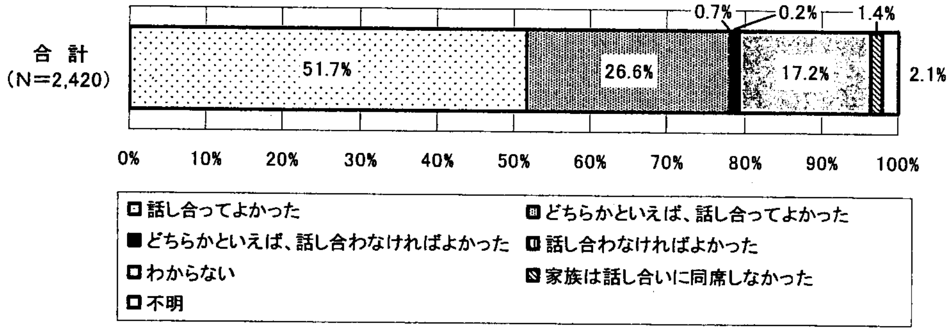
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査（平成21年5月中医協検証部会）

（2）話し合い後の患者・家族の状況（事例調査における医療スタッフの回答）

①本人の様子



②家族の様子

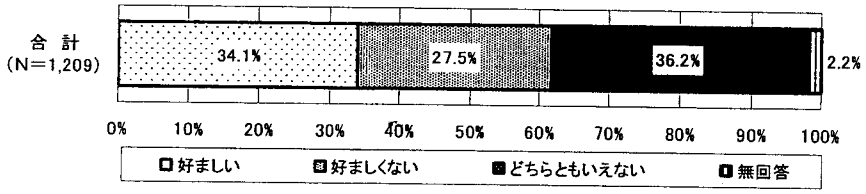


後期高齢者終末期相談支援料の検証結果③　費用への意識

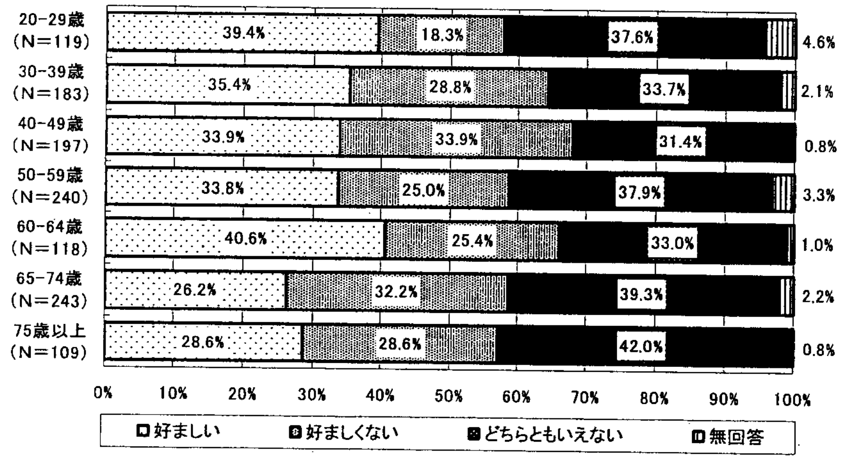
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査（平成21年5月中医協検証部会）

（3）公的医療保険から医療機関に費用が支払われることに対する国民の意識

①全体



②年齢階層別



後期高齢者終末期相談支援料の検証結果④　検証部会の評価

（1）国民の意識

○終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合は84.7%と高かった。

○一方で、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて「好ましい」が34.1%、「好ましくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%となり、意見が分かれた。

（2）患者本人の話し合いへの参加

○事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。

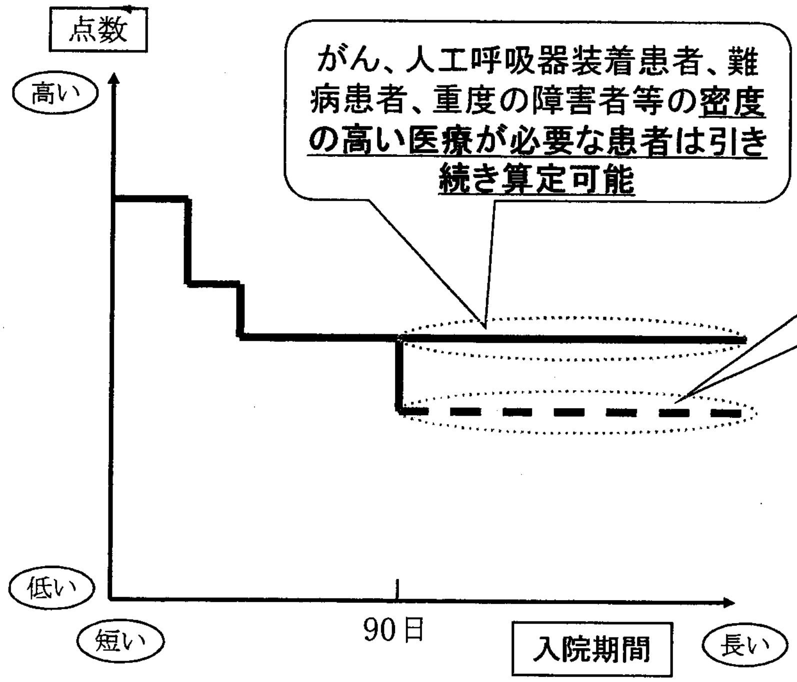
（3）話し合いの影響

○実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。

（4）診療報酬としての意義

○平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

一般病棟に長期入院している高齢者の入院基本料について



平成20年度改定における取組

・名称を変更
老人特定入院基本料→後期高齢者特定入院基本料

・病棟機能の明確化の観点からの対象患者の見直し

※ 重度の意識障害、人工呼吸器装着、喀痰吸引等のない脳卒中患者や認知症の患者を減額対象に
※ 半年間の猶予期間を設定（１０月１日施行）

・退院調整加算を新設

・脳卒中医療の充実
※ 急性期の治療の評価
※ 地域連携体制の評価
※ リハビリ医療の充実

一般病棟とは救急患者、重症患者等のために急性期の入院医療を提供するための病棟

第３２回及び第３３回社会保障審議会医療保険部会　各委員の発言要旨

Ⅰ　診療報酬関係

１　診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

①　骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（６月３日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。(21.7.15 藤原委員)

②　国民皆保険を守り、安心で質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方に基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。(21.7.15 逢見委員)

③　診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。(21.7.15 対馬委員)

④　全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。(21.7.15 斉藤委員)

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。(21.7.15 逢見委員)

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということなのだろうか。産科や小児科へという点は結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口２０～３０万人に１つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。(21.7.15 樋口委員)

⑤　病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。(21.7.15 斉藤委員)

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。(21.7.15 小林委員)

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではないか。(21.7.15 岩本委員)

⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。(21.7.15 岩月委員)

⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21.8.27 藤原委員・日医)

⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21.8.27 藤原委員・日医)

⑨ ４つの視点は賛成。(21.8.27 岩田参考人)

⑩ ２０年度改定の４つの視点と緊急課題について、この２年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21.8.27 逢見委員)

⑪ ４つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21.8.27 逢見委員)

⑬ 改定の４つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21.8.27 対馬委員)

⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21.8.27 小林委員)

⑮ ４つの視点に書かれていない点を２つ付け加えたい。１つは「医療の見える化」「ＩＴ化の推進」であり、もう１つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21.8.27 対馬委員)

⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21.8.27 大内委員)

⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄があることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ

給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が 20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21.8.27 樋口委員)

⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか。(21.8.27 岩本委員)

⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていかないといけない。(21.8.27 西村委員)

⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はあるが、「量」という観点が抜けている。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会で通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21.8.27 西村委員)

2 厳しい保険者財政について

① 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。(21.7.15 斉藤委員)

② 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。(21.7.15 逢見委員)

③ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を引上げるような状況ではない。(21.7.15 小林委員)

④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。(21.7.15 岡崎委員)

⑤ 健保組合全体で 21 年度予算6兆円に対して、赤字が 6,150 億円で1割にも達する。20 年度から2年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。(21.7.15 対馬委員)

3　救急・産科・小児科医療

①　救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。(21.7.15 坂本委員)

②　救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21.8.27 藤原委員・日医)

③　救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別にしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21.8.27 逢見委員)

④　救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21.8.27 坂本委員)

4　かかりつけ医

①　高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が刹那的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。(21.7.15 多田委員)

②　後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75 歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。そういった意味では後期高齢者診療料も、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。(21.7.15 藤原委員)

③　ヨーロッパではプライマリケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのよ

うな人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。（21.8.27 多田委員）

④ 開業医はプライマリケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。（21.8.27 藤原委員・日医）

⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。（21.8.27 多田委員）

⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。（21.8.27 岩本委員）

5 心身の特性を踏まえた医療

① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方は減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。（21.8.27 樋口委員）

② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。（21.8.27 樋口委員）

6 チーム医療

① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を発揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。（21.8.27 岩月委員）

② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもないので、看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。（21.8.27 坂本委員）

7 後発医薬品の使用促進等

① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行

っていくべき。(21.8.27 小林委員)

② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21.8.27 逢見委員)

③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

8 歯科医療

① 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。平成２０年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。(21.7.15 渡辺委員)

② 平成８年から平成１９年まで、歯科医療費は２兆５千億円程度で推移している。１診療所単位で見ると、この間に保険収入は約１５％の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。(21.7.15 渡辺委員)

③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太 2009 において 8020 運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、８０２０達成者は２５％を超えた。さらに、50%を目標にして、ＱＯＬの高い社会を目指す所存。(21.8.27 渡辺委員)

④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020 運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21.8.27 渡辺委員)

⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21.8.27 渡辺委員)

⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21.8.27 渡辺委員)

⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21.8.27 渡辺委員)

9 その他の診療報酬

① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21.8.27 対馬委員)

② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄

く広く乗せることができるためである。(21.8.27 藤原委員・日医)

③　病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21.8.27 逢見委員)

④　愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クラークの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとありがたい。(21.8.27 岩田参考人)

⑤　医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21.8.27 逢見委員)

10　診療報酬と補助金

①　救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。(21.7.15 斉藤委員)

②　予算で対応しているところ、診療報酬でみるところの役割分担も考えるべき。(21.7.15 小林委員)

③　医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

④　診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21.8.27 岩村委員)

11　その他

・　診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになろうか。(21.7.15 岩本委員)

Ⅱ　診療報酬以外

①　これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。(21.7.15 斉藤委員)

②　社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21.7.15 樋口委員)

③　昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急

対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。(21.7.15 樋口委員)

④　少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。(21.7.15 見坊委員)

⑤　後期高齢者の制度は、何故７５歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、７５歳の前後で変わるわけではない。(21.7.15 見坊委員)

⑥　高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21.8.27 岡崎委員)

⑦　４つの視点はそのとおりだが、現実的なところが欠けている。救急医療を担う医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要。(21.8.27 山本委員)

⑧　公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまい、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21.8.27 山本委員)

⑨　過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を１．５倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21.8.27 西村委員)

⑩　生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一挙に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21.8.27 岡崎委員)

⑪　高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21.8.27 逢見委員)

第８回及び９回社会保障審議会医療部会　各委員の発言要旨

Ⅰ　診療報酬関係

１　４つの視点、「選択と集中」（全般）

① 資料に「平成２２年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられる」とあるが、これが４つの視点のことを指しているのであれば反対。この視点は、医療費削減の考え方に基づいた平成１８年改定のときの視点だ。「医療を効率的に提供」というのは医療費を削減するという意味であり、「医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討」というのは財政中立という意味だ。(21.8.26 中川委員)

② まさかマイナス改定はないだろうが、今までの方針を見直した方がよいのではないか。(21.8.26 水田委員)

③ ４つの視点だけを見ると当然のように思われるが、18 年の視点は 2,200 億円シーリングや▲3.16%など医療費を抑制するという考え方のもとで作られたものなので、もう一度議論し直すべき。その後に各論の議論をすべき。(21.8.26 西澤委員)

④ この当然ともいえる基本方針は、安易に変えるべきものではなく、医療サービスの提供側がぶれずに常に意識しておくべきものであろう。その上で問題は、具体的な中身と評価だと思う。(21.8.26 堤委員)

⑤ 健保組合数は、最大で１８００組合ほどがあったが、現在は解散する組合が多く、１５００組合を切ってしまった。２２年度改定ではバランスのとれた選択と集中といった観点から改定が必要。全体の底上げアップを受け入れられる状況ではない。(21.8.26 高智委員)

⑥ 基本方針の検証についての資料を出していただき、この検証の評価を踏まえた基本方針にすべきだが、前回に引き続きこの「視点」は必要。２回の改定だけでは改善できない。これに新たな視点を加えるかどうか。(21.8.26 小島委員)

⑦ ４つの視点以外に、緊急課題も当然入れるべき。(21.8.26 村上委員)

⑧ 「終末期医療」を含め、後期高齢者医療の診療報酬についても、医療部会で議論する必要がある。(21.8.26 小島委員)

⑨ 「誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられる」という文言の中に、「どこでも」を入れたい。大都市でも中小都市でも地方でも、そのときどきに必要な医療を受けられるようにすることが重要だ。(21.8.26 竹嶋委員)

⑩ 18 年度に定められた基本方針について、確かにその当時とは情勢は変わっているし、国民の意識も変わってきている。これを踏まえて、基本方針をどう変えていくか。基本方針の中に目標を設定するという方法もあるだろうし、地域医療の崩壊を防ぎ、国民に安心、安全な医療を提供するといった視点もあるだろう。

また、医療と介護との連携といった視点が足りない。(21.8.26 部会長代理)

⑪ 救急医療の体制の確保のためにも後方支援は必要だし、急性増悪した在宅患者を救急医療に送らないで済むようにするためにも、訪問看護と併せて在宅医療の充実が重要。(21.8.26 部会長代理)

⑫ 提出資料にあるように、医療の質や医療安全の推進、医療の「見える化」のための診療報酬の配分や、医療の均てん化のために、医師不足の地域には係数をかけるなどの制度も必要であると考える。(21.8.26 海辺委員)

⑬ １０年２０年後の医療のあるべき将来像を考えるべき。その際には、平成２０年６月２６日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべき。(21.8.26 海辺委員)

⑭ 診療報酬改定の目標を提示しなければならない。改定によって、不採算部門は採算が取れるようになったのかをまず検証し、採算が取れていても勤務医の過重労働が解消されない場合は、診療報酬だけではなく、別の対策も講じる必要がある。検証の結果をみても、勤務医の労働環境は改善するよりむしろ悪化しており、個別目標を立て必要な対策を講じないといつまで経っても同じである。(21.8.26 海辺委員)

⑮ 基本方針の実施状況で、様々な点数を新設や充実したというが、どれだけ効果があったのか疑問。医者は増えたのか、奪い合いが起こっているのではないか。アウトカムが見えない中で、議論を行うことはできるのか。(21.8.26 水田委員)

⑯ 平成２０年度の基本方針への対応状況の資料には、平成２０年度改定によって取り入れられた各評価の実施状況が記載されているが、むしろ、診療報酬改定がサービス水準にどう結び付いたのか、治療の結果はどうだったのか、といったアウトカム評価が重要である。できれば地域ごとにそれぞれの状況に応じた評価軸を作れればいいが、なかなかそれは難しいだろう。(21.8.26 堤委員)

2 救急・産科・小児科医療

① 救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、１箇所に集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。(21.7.9 竹嶋委員)

② ＤＰＣにおいて、小児に特有な医療を機能評価係数により評価してほしい。(21.7.9 加藤委員)

③ 病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに３時間も４時間もかかってしまう。地域の小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。(21.7.9 加藤委員)

④ 在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。急性期治療を終えた小児で長期に入院している患者について、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に入院する必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。(21.7.9 加藤委員)

⑤　小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。(21.7.9 斉藤委員)

⑥　救急・産科・小児科への対策が指摘されているが、平成１７年度、平成１９年度の議論の時にも、同じような資料が出ている。３年経ったらそれなりの成果が出てもよいのではないか。(21.8.26 海辺委員)

⑦　「救急・産科・小児科」だけで十分なのか、不採算となっている部門はどこなのか。どこの診療科も大変なのではないか。(21.8.26 海辺委員)

⑧　「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(21.8.26 中川委員)

⑨　救急の評価、特に小児の救急の更なる評価が必要。年齢が低いほど、技術に習熟度が必要で時間もかかる。大人以上にマンパワーが必要。小児救急の受け皿も必要。(21.8.26 加藤委員)

⑩　ハイリスク分娩の評価があるが、それに付随して新生児にも同様のリスクがある。新生児医療の体制も十分な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)

⑪　小児救急で、医療機関の医師が患者を受け取るために他の医療機関に出向いていって、搬送中から医療を行う事例があるが、この際の出向いて受け取りに行く側の適正な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)

⑫　小児の在宅医療には看護師の研修が必要であり、そのための評価をすべき。また、在宅医療で用いる医療材料についても、訪問看護療養費などで評価してほしい。急変した在宅医療の患者を受け入れる医療機関の体制の評価が必要。(21.8.26 加藤委員)

⑬　がん、ＤＰＣ、在宅医療、看取り、疼痛緩和などについても、小児をきちんと評価してほしい。(21.8.26 加藤委員)

⑭　子どもの心のケアについては、入院は評価が低い。外来も長時間、夜中まで対応している病院、診療所が多いので、評価が必要。(21.8.26 加藤委員)

⑮　日本では１歳から４歳児の死亡率が高いという資料にショックを受けた。問題点の所在を研究・調査して、何らかの手を打たないといけない。(21.8.26 高智委員)

３　内科

・　外科医不足の話があるが、内科医も不足している。地方では、内科医不足のために病院を閉鎖している。入院料の引き上げが必要。(21.8.26 村上委員)

４　外科

①　医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。(21.7.9 邉見委員)

②　外科医不足は深刻だが、４０代の医師が沢山いるため、３０代の医師が減って

きているのがわかりにくい。一人前になるのに１０年かかると言われており１０年後が心配である。また、修業が長いので希望者が少ない。(21.8.26 邉見委員)

③ 診療報酬点数表を外国人に見せると、安いと驚かれる。特に手術などの技術料が安すぎる。この状況を解決するには、どういう体制やチームで医療を行うか、を考えなければいけない。「物より技術、技術よりシステム」という視点が今後の診療報酬の考え方ではないか。(21.8.26 邉見委員)

5 精神科

・ 精神の入院基本料は低い。(１５対１の場合) 結核より８６０円も安い。検証して欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

6 在宅医療

① 在宅医療も効率的に提供することが重要。暮らしを支える医療には、訪問看護のあり方がカギとなる。(21.8.26 齋藤(訓)委員)

② 在宅歯科医療が重要だが、地域の医療関係者との連携が充分ではなく、認知度が低いといった課題がある。総合的な取組が必要。また、在宅患者に対する入院歯科医療の提供体制を十分確保することも重要。地域の受け皿となる医療機関の評価も必要。(21.8.26 近藤委員)

7 チーム医療

① 30 種くらいの職種によって病院医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クラークや臨床工学技士、ＭＳＷの退院支援などは評価されたが、まだたくさんある。(21.7.9 邉見委員)

② 患者の状態の悪化を防止することが重要。視点でいえば、効率的な医療の提供に該当するのではないか。医療機関間の連携も必要だが、感染症対策や合併症の予防など、医療機関内で行えることもある。そのためには、看護師が患者の状態を評価し、その後の状態変化の予測に基づき、看護を実践することが必要だが、高度な判断が必要。専門看護師や認定看護師は増えており、そのような看護師がいる病院では回復が早まっているという事例もある。専門看護師、認定看護師の配置についても、方向性として明確にしてほしい。(21.8.26 齋藤(訓)委員)

③ 勤務医対策として、看護師ができることは前向きに行っていきたい。そのためにも、看護補助者も含めた役割分担の視点が必要。事務クラークのように、看護補助者も評価できないか。(21.8.26 齋藤(訓)委員)

④ 勤務医の負担軽減を含めてチーム医療にどう取り組むか。また、どのような形でそこに薬剤師が関わっていくかが重要。まずは仕組みを考えないと、薬剤師が入っていけない。すぐに診療報酬で評価するのは難しいかもしれないが、医薬品の供給体制についてどうあるべきかを考えることが必要。(21.8.26 山本(信)委員)

8　勤務医負担軽減

① 医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。(21.7.9 海辺委員)

② 医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。(21.7.9 斉藤委員)

③ 奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。(21.7.9 村上委員)

9　医療安全

・ 医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築するべき。(21.7.9 山本委員)

10　有床診療所

① ６月中旬に有床診議連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。(21.7.9 渡辺委員)

※診療報酬に関する要望内容

- 入院基本料の全体的な引き上げ
- 入院基本料の逓減制の変更
- ２段階の看護配置基準を、４人未満、４～７人未満、７人以上の３段階に変更し、実態に近い評価に変える
- 複数医師配置加算の引き上げ
- 入院時医学管理加算の新設

② ２年前の改定で、救急・産科・小児科を評価したが、その後方の受け皿となるべき一般の病院や、有床診、クリニックなどの評価は、財源の問題もありできなかった。特に有床診療所を活かしていきたい。(21.8.26 竹嶋委員)

③ 国民の病床に対する意識調査では、国民が考える最重点課題は、２００６年では救急医療体制の整備であったが、２００８年では高齢者が長期入院する施設となっている。(21.8.26 竹嶋委員)

④ 有床診療所は現在、約１１，０００施設にまで減ってきており、このままでは崩壊してしまう。有床診の入院基本料は２，８００円というものもあり、安すぎる。有床診は、２４時間の緊急時の対応の中で、入院施設としても、在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。貴重な医療資源を活用すべきである。(21.8.26 竹嶋委員)

⑤　今後、医療提供体制を議論するこの医療部会で、もっと有床診療所の位置づけを議論していきたい。人員配置基準も病院とは別にして、診療報酬体系も別につくるべきである。(21.8.26 竹嶋委員)

⑥　有床診療所の入院料を病院並みにしても、本当にそれだけでできるのか。どういう役割を担うかを考えないとできないし、国民の意識も変える必要がある。(21.8.26 部会長)

⑦　有床診療所について意見があったが、様々な役割がありひとくくりにはできない。機能を明確にする必要がある。病院の機能についても明確化を求めていきたい。(21.8.26 渡辺委員)

11　歯科医療

①　地域歯科医療は平成 18 年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。(21.7.9 近藤委員)

②　少子高齢化により、児童の虫歯は減ったが高齢者の疾患は増加。骨太 2009 に記載されている 8020 運動の推進が重要。また歯を積極的に残すための治療技術の評価と同時に歯の欠損等に対する治療技術に対する評価が重要。歯科医療は命に直接関係はないかもしれないが、生活を支える医療、生きる力を支える医療であり、安全、安心の医療のためには欠かすことはできない。20 年度の基本方針と同じ観点から、22 年度の基本方針においても盛り込んでほしい。(21.8.26 近藤委員)

③　口腔ケアは、小児にとっても重要である。歯のない乳幼児のケアや在宅口腔ケアなど、歯科医師に是非ご協力をいただきたい。(21.8.26 加藤委員)

④　歯科医療は、小児であれ高齢者であれ、研修は整いつつある。小児医療機関との連携を図っていきたい。(21.8.26 近藤委員)

⑤　歯科の診療報酬が低いのには驚いている。見直しが必要。障害児の歯もしっかり診察してもらっている。(水田委員)

12　薬事制度・後発医薬品

①　日本で未承認の医薬品を緊急に承認できるようにすべき。こういった薬価制度のあり方についても検討するべきではないか。(21.8.26 小島委員)

②　未承認、効能追加の医薬品の迅速かつ安全な形での保険適用について、きちんと政策として位置づけなければならない。(21.8.26 山本(信)委員)

③　ジェネリック医薬品について、差額通知システムの導入を進めているが、実際に行動に移す患者さんのジェネリックへの不安を解消しないといけないため、国

がイニシアティブをとってほしい。(21.8.26 高智委員)

13 財源

① 財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。(21.7.9 海辺委員)

② 地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。(21.7.9 中川委員)

14 効果的・効率的な医療

・ 医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われており、有効な使い方をするべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。(21.7.9 堤委員)

14 その他

① 診療報酬の算定根拠が国民からみると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に開かれた会議にするべき。(21.7.9 海辺委員)

② 今回、緊急的な措置として、補助金によって対応している部分があるかと思うが、補助金による措置はいつまでも続くものではない。診療報酬によって重点的に評価すべき分野をしっかりと議論する必要がある。(21.8.26 堤委員)

③ 慢性期疾患の重症化の予防は、充分な成果があがっていない。さらなる支援システムが必要。(21.8.26 辻本委員)

④ 医療の見える化、透明化・公平性の観点から言うと、病院と診療所の再診料が同一の医療サービスで異なる価格となっているのは説明できない。真っ当な考え方で整理をしてほしい。(21.8.26 高智委員)

Ⅱ　診療報酬以外

1　医療部会における議論のあり方等について

① 平成 20 年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの４つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの４つの視点がどうなったかの検証が必要。(21.7.9 小島委員)

② 医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。(21.7.9 西澤委員)

③ 診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキチンと分けて議論すべき。(21.7.9 田中委員)

④ 落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないか。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。(21.7.9 日野委員)

⑤ 我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われないようにしなければならない。(21.7.9 海辺委員)

⑥ 今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。(21.7.9 田中委員)

⑦ 平成２０年度改定の時の資料を見てみると、中医協には、基本方針がまとめられる前の８月に基本的な考え方が伝えられ、医療部会と中医協が平行して議論を行っている。こういった方法だとどこに責任があるかがわからない。大臣への諮問の前に、基本方針との整合性を検証するべきではないか。(21.8.26 海辺委員)

⑧ 議事進行について、あらかじめ次回の論点を提示し、各委員が責任を持って意見を提出することが必要。出された意見は、部会長の権限で優先順位をつけて議論する。また、有志でのＷＧの設置も検討すべき。(21.8.26 海辺委員)

⑨ 前回あった「医療の提供体制に関する審議も行われるべきである」という意見に賛成。その際には、医療現場が大変であるということを裏付ける客観的なデータが必要であり、タウンミーティングを行うなど、国民の意見を反映させる仕組みも作るべき。(21.8.26 海辺委員)

⑩ 基本方針を議論するには、他の検討会で指摘されている事項が医療部会に上がってきて、その整合性を見なければならない。(21.8.26 海辺委員)

⑪ 出身団体の利害にとらわれないのは当然。(21.8.26 海辺委員)

2　医療の国民へのわかりやすさ・住民参加について

① 医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。(21.7.9 海辺委員)

② 質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。(21.7.9 海辺委員)

③　適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。(21.7.9 高智委員)

④　医療への地域住民の参加についての支援策を考えてほしい。ボランティアの養成講座などを行っているが、ボランティアを受け入れる医療機関側の意識が欠如している。インセンティブを考えてもらえないか。(21.8.26 辻本委員)

⑤　医療への地域住民の参加は大賛成。コンビニ診療を減らすべき。各地域の医師会などと協力して行っていくべき。(21.8.26 邉見委員)

⑥　サッカーや野球のようなファンクラブが、なぜ医療界には存在しないのか。医療の見える化や、健康教育を行うなど、医療を生活の真ん中に持ってくるべき。(21.8.26 邉見委員)

3　診療報酬関係以外

①　医療のあり方全般

- 医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。(21.7.9 竹嶋委員)
- これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。(21.7.9 日野委員)
- 中期プログラムの安心強化の３原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医者の権利が守られていない。医者に期待されるのはありがたいが、医者も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまう。ＤＰＣなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。(21.7.9 日野委員)
- 機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クラークを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやってみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。(21.7.9 日野委員)
- 現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで１０年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。(21.7.9 海辺委員)

②　産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- 骨太２００９では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。(21.7.9 山本委員)
- 女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げれ

ばよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。(21.7.9 渡辺委員)

〔産科〕

- 周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。(21.7.9 加藤委員)
- ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。(21.7.9 斉藤委員)

〔救急医療〕

- 救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#８０００」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。(21.7.9 斉藤委員)
- 救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

③ 歯科医療について

- 今回「骨太の方針 2009」のなかに「8020 運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020 運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。(21.7.9 近藤委員)

④ 精神医療について

- 医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、３００床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。(21.7.9 山崎参考人)

⑤ 総合医関係

- 総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナーとなる。(21.7.9 高智委員)
- 全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」も存在し、国民から期待と信頼を得ている。(21.7.9 高智委員)

⑥ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- 職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないので、立法化により推進してほしい。(21.7.9 加藤委員)

〔医師の加重労働〕

- 医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。(21.7.9 山崎参考人)

⑦ 医師不足・医師偏在

- へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。(21.7.9 渡辺委員)
- 医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。(21.7.9 邉見委員)
- 予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。(21.7.9 小島委員)
- 医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。(21.7.9 村上委員)

⑧ 補助金

- 地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。(21.7.9 海辺委員)
- 様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。(21.7.9 村上委員)
- 地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、地域の病院団体や医師会等、関係団体とよく相談して決めて欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- 医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- 地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。(21.7.9 竹嶋委員)
- 地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。(21.7.9 石田参考人)

⑨ 患者負担について

・ 患者負担３割は、限界まできている。(21.7.9 高智委員)

・ 一律３割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で３割の支払いは困難になる。(21.7.9 海辺委員)

・ 日本はＯＣＥＤ諸国に比べ、患者負担は１０％ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。(21.7.9 田中委員)

⑩ その他

・ 死亡者が増加しているので、看取りについても多様な視点に立って迅速に対応してほしい。(21.7.9 高智委員)

・ 医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。(21.7.9 海辺委員)

・ 本日の東京新聞の朝刊に「地域の急患連携に加算」という記事が出た。こういった現場を一喜一憂させるような記事が減るようにしてほしい。(21.8.26 中川委員)

・ 「「社会保障国民会議最終報告（平成２０年１１月４日)」は尊重されるべきものではあるが、このとおりの改定が行われることが決定されているものではない」ということを聞いて安心した。(21.8.26 中川委員)

・ 今回の介護報酬改定や、補正予算の補助金で、介護職員の給与を上げるという話があるが、同じ病院において、介護の方の職員だけ給与を上げ、病棟に勤務している同じ介護職員（看護助手）の給与を上げないという理屈はなく、経営がしにくくなる。２４年に同時改定があるので、そこでは整合性をとって改定をしてほしい。(21.8.26 日野委員)

・ 健保連では、医学部の学生に対して保険経済についての課外授業を行うことがあるが、学生からは、保険経済について勉強する機会が欲しいという声がある。医学部のカリキュラムを見直して（厚労省・文科省間の連携)、こういった講義を、できれば必修のかたちで加えてほしい。(21.8.26 高智委員)

第１７回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告
（平成２１年１０月３０日公表）の概要

１．調査の概要

（１）この調査は、病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が平成２１年６月に実施したものである。

（２）調査の対象及び客体
社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険調剤を行っている全国の保険薬局のうち１ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数が３００件以上の薬局を対象とし、これらの医療機関等を、地域別等に層化し、次の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体とした。
なお、特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院（以下「特定機能病院等」という。）については、別途、全ての施設を調査客体とした。

病　　院	１／　５
一般診療所	１／２５
歯科診療所	１／５０
保険薬局	１／２５

（３）有効回答率

	１９年６月	２１年６月
病　　院	５７．０%	５６．６%
一般診療所	４５．５%	４４．０%
歯科診療所	６２．３%	６０．１%
保険薬局	６３．２%	６２．８%

（注）特定機能病院等は含まない。

（４）調査の時期
平成２１年６月の１月間と平成２１年３月末までに終了する直近の事業年（度）の１年間について調査した。

２．平成２１年６月分の集計結果（１施設当たりの損益状況）

（１）一般病院

（医療法人）　　　　（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	136,877	99.8%	154,428	99.9%	12.8%
Ⅱ　介護収益	248	0.2%	158	0.1%	▲36.3%
Ⅲ　医業・介護費用	135,242	98.6%	151,345	97.9%	11.9%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	1,883	1.4%	3,241	2.1%	－
施設数	304	－	274	－	－
平均病床数	132	－	138	－	－

（国公立）　　　　（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	371,249	100.0%	381,838	100.0%	2.9%
Ⅱ　介護収益	185	0.0%	177	0.0%	▲4.3%
Ⅲ　医業・介護費用	426,656	114.9%	426,866	111.7%	0.0%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲55,221	▲14.9%	▲44,851	▲11.7%	－
施設数	120	－	137	－	－
平均病床数	291	－	292	－	－

（注１）医業・介護収益に占める介護収益の割合が２％未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）
（注２）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。
（注３）損益状況における数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。（以下同様）
（注４）「構成比率」は、「Ⅰ　医業収益」と「Ⅱ　介護収益」を合算した金額に対する各収益科目、又は費用科目の割合である。（以下同様）
（注５）平成１９年６月と平成２１年６月を比較すると、平成２１年６月の方が平日が１日多く、土曜日が１日少ないことに留意する必要がある。（以下同様）

（全体）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	243,257	99.9%	278,535	99.9%	14.5%
Ⅱ　介護収益	268	0.1%	242	0.1%	▲9.7%
Ⅲ　医業・介護費用	255,640	105.0%	291,271	104.5%	13.9%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲12,115	▲5.0%	▲12,494	▲4.5%	－
施設数	563	－	549	－	－
平均病床数	194	－	208	－	－

〔参考〕（国公立を除く）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	208,587	99.9%	244,185	99.9%	17.1%
Ⅱ　介護収益	291	0.1%	263	0.1%	▲9.6%
Ⅲ　医業・介護費用	209,315	100.2%	246,183	100.7%	▲17.6%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲438	▲0.2%	▲1,735	▲0.7%	－
施設数	443	－	412	－	－
平均病床数	167	－	181	－	－

（注１）医業・介護収益に占める介護収益の割合が２%未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注２）「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

（２）一般診療所

〔入院診療収益あり〕

（個人）　（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	13,990	98.4%	13,718	99.2%	▲1.9%
Ⅱ　介護収益	233	1.6%	114	0.8%	▲51.1%
Ⅲ　医業・介護費用	12,176	85.6%	11,769	85.1%	▲3.3%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	2,046	14.4%	2,063	14.9%	－
施設数	43	－	18	－	－

（医療法人）　（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	21,467	96.5%	28,132	97.4%	31.0%
Ⅱ　介護収益	779	3.5%	742	2.6%	▲4.7%
Ⅲ　医業・介護費用	20,716	93.1%	26,869	93.1%	29.7%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	1,530	6.9%	2,005	6.9%	－
施設数	75	－	69	－	－

〔入院診療収益なし〕

（個人）　（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	6,351	99.5%	6,655	99.7%	4.8%
Ⅱ　介護収益	34	0.5%	18	0.3%	▲47.1%
Ⅲ　医業・介護費用	4,144	64.9%	4,625	69.3%	11.6%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	2,241	35.1%	2,048	30.7%	－
施設数	584	－	492	－	－

（注）調査に回答した全ての医療機関の集計である。

（医療法人）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	10,871	98.3%	10,768	97.8%	▲0.9%
Ⅱ　介護収益	190	1.7%	239	2.2%	25.8%
Ⅲ　医業・介護費用	10,011	90.5%	10,636	96.6%	6.2%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	1,050	9.5%	371	3.4%	－
施設数	427	－	443	－	－

〔全体〕

（個人）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	6,874	99.3%	6,904	99.7%	0.4%
Ⅱ　介護収益	48	0.7%	21	0.3%	▲56.3%
Ⅲ　医業・介護費用	4,695	67.8%	4,877	70.4%	3.9%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	2,228	32.2%	2,048	29.6%	－
施設数	627	－	510	－	－

（医療法人）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	12,454	97.8%	13,108	97.7%	5.3%
Ⅱ　介護収益	278	2.2%	307	2.3%	10.4%
Ⅲ　医業・介護費用	11,610	91.2%	12,824	95.6%	10.5%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	1,122	8.8%	592	4.4%	－
施設数	502	－	512	－	－

（注）調査に回答した全ての医療機関の集計である。

（３）歯科診療所

（個人）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	3,455	99.9%	3,616	100.0%	4.7%
Ⅱ　介護収益	2	0.1%	1	0.0%	▲50.0%
Ⅲ　医業・介護費用	2,228	64.4%	2,415	66.8%	8.4%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	1,229	35.6%	1,202	33.2%	—
施設数	593	—	551	—	—

（医療法人）

（単位：千円、%）

	１９年６月		２１年６月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　医業収益	6,775	99.7%	8,033	99.8%	18.6%
Ⅱ　介護収益	18	0.3%	16	0.2%	▲11.1%
Ⅲ　医業・介護費用	6,017	88.6%	7,299	90.7%	21.3%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	776	11.4%	750	9.3%	—
施設数	116	—	108	—	—

（注）調査に回答した全ての医療機関の集計である。

（4）保険薬局

（個人）

（単位：千円、%）

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　収益	6,775	99.9%	7,683	99.9%	13.4%
Ⅱ　介護収益	5	0.1%	7	0.1%	40.0%
Ⅲ　費用	5,944	87.7%	6,958	90.5%	17.1%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	835	12.3%	733	9.5%	－
施設数	81	－	78	－	－
処方せん枚数	1,035	－	1,018	－	－

（法人）

（単位：千円、%）

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金　額	構成比率	金　額	構成比率	
Ⅰ　収益	12,446	99.7%	13,416	99.8%	7.8%
Ⅱ　介護収益	33	0.3%	24	0.2%	▲27.3%
Ⅲ　費用	11,634	93.2%	12,907	96.0%	10.9%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	844	6.8%	533	4.0%	－
施設数	818	－	888	－	－
処方せん枚数	1,681	－	1,636	－	－

（注）調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

（留意事項）
個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

３．直近の事業年（度）の集計結果（１施設当たりの損益状況）

（１）一般病院

（単位：千円、%）

	医療法人		国公立	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	1, 814, 393	99. 9%	4, 480, 167	100. 0%
Ⅱ　介護収益	1, 529	0. 1%	1, 450	0. 0%
Ⅲ　医業・介護費用	1, 791, 359	98. 6%	4, 968, 837	110. 9%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	24, 562	1. 4%	▲487, 221	▲10. 9%
施設数	274	－	137	－
平均病床数	138	－	292	－

（単位：千円、%）

	全体		〔参考〕国公立を除く	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	3, 256, 389	99. 9%	2, 849, 452	99. 9%
Ⅱ　介護収益	2, 457	0. 1%	2, 793	0. 1%
Ⅲ　医業・介護費用	3, 401, 388	104. 4%	2, 880, 173	101. 0%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲142, 542	▲4. 4%	▲27, 928	▲1. 0%
施設数	549	－	412	－
平均病床数	208	－	181	－

（注１）医業・介護収益に占める介護収益の割合が２%未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注２）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。

（注３）「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

（２） 一般診療所

〔入院診療収益あり〕

（単位：千円、%）

	個人		医療法人	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	144,154	99.1%	330,141	96.9%
Ⅱ　介護収益	1,366	0.9%	10,712	3.1%
Ⅲ　医業・介護費用	129,382	88.9%	317,736	93.2%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	16,139	11.1%	23,118	6.8%
施設数	19	－	72	－

〔入院診療収益なし〕

（単位：千円、%）

	個人		医療法人	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	77,782	99.7%	129,103	98.3%
Ⅱ　介護収益	202	0.3%	2,290	1.7%
Ⅲ　医業・介護費用	53,667	68.8%	126,330	96.1%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	24,317	31.2%	5,063	3.9%
施設数	491	－	440	－

〔全体〕

（単位：千円、%）

	個人		医療法人	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	80,255	99.7%	157,374	97.8%
Ⅱ　介護収益	246	0.3%	3,475	2.2%
Ⅲ　医業・介護費用	56,488	70.2%	153,247	95.3%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	24,012	29.8%	7,602	4.7%
施設数	510	－	512	－

（注）調査に回答した全ての医療機関の集計である。

（３） 歯科診療所

（単位：千円、%）

	個人		医療法人	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　医業収益	42,004	100.0%	92,710	100.0%
Ⅱ　介護収益	11	0.0%	137	0.1%
Ⅲ　医業・介護費用	28,661	68.2%	86,295	93.1%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	13,355	31.8%	6,552	7.1%
施設数	551	—	108	—

（注）調査に回答した全ての医療機関の集計である。

（４） 保険薬局

（単位：千円、%）

	個人		法人	
	金　額	構成比率	金　額	構成比率
Ⅰ　収益	85,814	99.9%	153,896	99.8%
Ⅱ　介護収益	53	0.1%	258	0.2%
Ⅲ　費用	79,295	92.3%	144,973	94.0%
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	6,571	7.7%	9,180	6.0%
施設数	78	—	888	—
処方せん枚数	1,018	—	1,636	—

（注）調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

（留意事項）
個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

〔参考１〕 職種別常勤職員１人平均給料月額等

（１）一般病院

（医療法人）　（単位：円、％）

	１９年６月			２１年６月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	2,547,396	44,301	2,591,697	2,583,621	43,354	2,626,975	1.4%
医師	1,236,244	99,927	1,336,171	1,200,714	87,101	1,287,815	▲3.6%
歯科医師	788,018	116,753	904,771	897,445	82,080	979,524	8.3%
薬剤師	331,645	68,519	400,164	335,268	68,916	404,185	1.0%
看護職員	301,429	64,716	366,146	314,458	66,923	381,381	4.2%
医療技術員	283,381	61,036	344,417	289,052	65,532	354,584	3.0%

（公立）　（単位：円、％）

	１９年６月			２１年６月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	1,332,833	300,482	1,633,316	1,341,652	309,463	1,651,115	1.1%
医師	1,000,285	189,260	1,189,545	1,105,151	207,253	1,312,404	10.3%
歯科医師	859,723	198,120	1,057,843	965,711	194,021	1,159,732	9.6%
薬剤師	421,173	129,516	550,689	425,508	131,407	556,915	1.1%
看護職員	378,769	109,406	488,175	384,345	113,144	497,489	1.9%
医療技術員	403,880	122,126	526,006	394,720	122,788	517,508	▲1.6%

（２）一般診療所（医療法人）

（単位：円）

	２１年６月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	2,106,147	2,383	2,108,530
医師	1,147,775	12,541	1,160,315
薬剤師	585,519	20,919	606,438
看護職員	267,290	55,141	322,431
医療技術員	282,884	58,359	341,244

（３）歯科診療所（医療法人）

（単位：円）

	２１年６月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	1,139,977	21,751	1,161,728
歯科医師	546,311	25,421	571,732
歯科衛生士	211,495	28,190	239,685
歯科技工士	327,391	39,665	367,056
薬剤師	－	－	－

（注１）賞与(②)は、直近事業年（度）の１／１２の額である。
（注２）「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。（以下同様）
（注３）「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に関わる専門技術員である。（以下同様）

〔参考２〕 職種別常勤職員１人平均給料年（度）額等

（１）一般病院

（単位：円、％）

	医療法人			公立		
	平均給料年(度)額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料年(度)額(①)	賞与(②)	①+②
病院長	31,183,044	520,245	31,703,290	16,033,616	3,713,552	19,747,168
医師	14,458,341	1,045,214	15,503,555	12,477,462	2,487,042	14,964,504
歯科医師	10,133,302	984,958	11,118,260	10,793,681	2,328,248	13,121,929
薬剤師	3,934,841	826,994	4,761,835	5,152,584	1,576,886	6,729,470
看護職員	3,778,590	803,078	4,581,668	4,601,824	1,357,729	5,959,553
医療技術員	3,529,663	786,385	4,316,048	4,822,595	1,473,455	6,296,050

（２）一般診療所（医療法人）

（単位：円）

	医療法人		
	平均給料年(度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	25,563,716	28,592	25,592,308
医師	12,886,934	150,488	13,037,422
薬剤師	7,395,400	251,027	7,646,427
看護職員	3,140,536	661,697	3,802,233
医療技術員	3,423,009	700,311	4,123,320

（３）歯科診療所（医療法人）

（単位：円）

	医療法人		
	平均給料年(度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	13,434,816	261,014	13,695,830
歯科医師	6,493,276	305,057	6,798,333
歯科衛生士	2,555,446	338,281	2,893,727
歯科技工士	3,803,136	475,986	4,279,122
薬剤師	−	−	−