

第43回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成22年12月2日(木)
10時00分～12時00分
場所：はあといん乃木坂
B1階「フルール」

(議題)

1. 平成23年度以降の出産育児一時金制度について
2. 高額療養費制度について
3. 療養病床の再編について
4. 国民健康保険組合に対する補助の見直しについて
5. 行政刷新会議「事業仕分け」における指摘事項について
6. 医療費の適正化等の取組について
7. その他

(配布資料)

【議題1について】

資料1 平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方について
委員提出資料1 井上委員提出資料
委員提出資料2 毛利委員提出資料

【議題2について】

資料2 高額療養費制度について
委員提出資料3 横尾委員提出資料

【議題3について】

資料3 療養病床の再編について

【議題4について】

資料4 国民健康保険組合に対する補助の見直しについて

【議題5について】

資料5-1 第13回行政刷新会議（平成22年11月9日）資料
2-3 「過去の事業仕分け等の検証結果を踏まえた対応
について」（抄）

資料5-2 「事業仕分け」指摘事項に対する平成22年度の対応
状況について

参考資料1 第35回及び第37回医療保険部会議事概要（「事業
仕分け」指摘事項関係）

【議題6について】

資料6 医療費の適正化等の取組について

参考資料2 医療・介護サービスの質の向上・効率化プログラム
（平成19年5月）

【議題7について】

資料7 社会保険診療報酬支払基金における審査及び請求支払に係
る業務フロー（現行）（前回部会における宿題事項）

委員提出資料4 高原委員提出資料

平成23年度以降の出産育児一時金制度の 在り方について

平成22年12月2日
厚生労働省保険局

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(申請・支払方法①)

1. 直接支払制度の改善

- 支払のさらなる早期化
 - ・ 診療報酬の支払早期化に伴い、各月25日請求に係る出産育児一時金の支払等を早期化する。
- 手続の簡素化
 - ・ 専用請求書について、申請先となる保険者ごとに、1枚につき妊産婦3名連記となっているものを、1枚につき、1名とする。
 - ・ 記載項目について、見直しを行う。

2. 小規模施設等における受取代理の仕組みの制度化

- 小規模施設等においては、受取代理の実施も可能とする。
 - ・ 対象施設は、①事務的負担が過大となる小規模の施設や、②資金繰りへの影響が大きいと考えられる施設、とする。
 - ・ 年間平均分娩件数が100件以下の診療所、助産所や、収入に占める正常分娩に係る収入の割合が50%以上の診療所、助産所を目安として、受取代理を実施する施設は、厚生労働省に対して届出を行うものとする。
 - ・ 届出施設においては、①直接支払と受取代理の併用実施、②受取代理の実施のみ、のいずれの対応も可能とする。(ただし、妊婦等が選択する場合は、妊婦等が保険者へ直接申請し、支給を受けることも可能)
 - ・ 受取代理を実施する施設の名称について、届出をもとに、厚生労働省から保険者へ情報提供するものとする。

※ 現在、分娩件数の約9割で、直接支払制度が利用されている。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(申請・支払方法②)

3. 直接支払制度等の実施の選択

- 直接支払(又は受取代理)を実施するかどうかは、医療機関等の選択とする。
- 直接支払(又は受取代理)を実施する医療機関等であっても、①直接支払制度(又は受取代理制度)を利用するか、②保険者へ直接請求し、支給を受けるかは、従来どおり、妊婦等の選択とする。

4. 実施状況の把握

- 実施状況を把握の上、必要に応じて見直しを検討する。

5. その他

- 独立行政法人福祉医療機構による低利融資について、引き続き実施する。
- 健康保険法第106条に係る支給調整について、医療機関等、妊婦等の負担軽減のため、保険者間での調整の仕組みを早急に整理する。
- 申請手続等の所要の整備を行う。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(申請・支払方法③)

病院

診療所・助産所

◇直接支払制度を改善

①支払のさらなる早期化

②手続の簡素化

事務負担、資金繰りへの影響が大きい施設

○ 受取代理の実施も可能。(直接支払との併用実施も可能)

直接支払等非対応医療機関等

○ 直接支払(又は受取代理)を実施するかどうかは、医療機関等の選択。

(参考1)

○ 分娩件数/月別の診療所の割合・当該診療所における分娩件数計の全体の分娩数に占める割合

件数/月	~5	~10	~15	~20	~25	~30	~35	~40	~45	~50
施設数	15.5%	23.8%	33.3%	43.2%	53.5%	63.7%	71.0%	77.0%	82.7%	86.4%
分娩数	0.4%	1.6%	3.7%	6.8%	11.0%	15.9%	20.1%	24.0%	28.2%	31.2%

※厚生労働省「医療施設調査」(平成20年)より、保険局において集計。分娩数は、平成20年9月におけるもの。

(参考2)

○ 産婦人科診療所における医業収益に占めるその他の診療収益の割合別の診療所の割合

医業収益に占めるその他の診療収益の割合	40%~	50%~	60%~	70%~
診療所の割合	40%	30%	14%	12%

※厚生労働省「医療経済実態調査」(平成21年6月)をもとに、保険局において集計。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(支給額等)

1. 支給額について

○ 出産育児一時金の支給額は、42万円※とする。

※ 在胎週数が22週に達していないなど、産科医療補償制度加算対象出産ではない場合は、39万円

2. 保険者への支援について

○ 医療保険者への支援については、医療保険制度全体の中での医療保険者への影響も含めて、引き続き、予算編成過程において検討する。

3. 今後の支給額の在り方について

○ 出産育児一時金による出産に要すべき費用の経済的負担の軽減を図るには、出産に要する費用のうち、どの範囲まで手当すべきか等について、今後も、必要に応じて議論していく。

社会 保障 審 議 会 医 療 保 険 部 会 (出 産 育 児 一 時 金 問 題) の
審 議 進 行 に 関 す る 上 申 書 (5)

平 成 2 2 年 1 2 月 2 日

社会 保障 審 議 会 医 療 保 険 部 会 御 中

井 上 清 成 (弁 護 士)

出 産 育 児 一 時 金 直 接 支 払 制 度 に つ い て

1. 補 充 説 明 書 (申 請 ・ 支 払 方 法)

補充説明書（申請・支払方法）

平成22年12月2日

井上 清成（弁護士）

（趣旨）

妊産婦等の便益促進と選択の幅を確保することを第一義として、保険者、分娩機関、厚生労働省が相互に負担を調整しつつ、平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しを行ったものである。この見直しは、保険者・分娩機関・厚生労働省のいずれをも拘束するものではないが、妊産婦等のためのものであるという趣旨に照らし、尊重されることが望まれる。

（1. 直接支払制度の改善・継続）

専用請求書の記載項目は、分娩費用一切（社会保険診療報酬部分は除く。）、一部負担金、産科医療補償制度加入保険料の3項目を中心に絞る。

（2. 小規模施設等における受取代理の仕組みの制度化）

- ・ 受取代理とは、学会・医会共同提案に基づく「妊娠4ヶ月以上の妊婦等による事前申請可能な振込指定型の受取代理」とする。
- ・ 受取代理を実施する施設は、目安に該当する施設といえども実施しなければならないわけではなく、直接支払のみを実施してもよい。逆に、目安に拘束されるものでもなく、受取代理の実施を相当と思料する施設はその希望によって選択して実施してもよい。
- ・ 届出は分娩機関の判断によって行われるものであり、目安は一応のものにすぎない。
- ・ 届出書式は、名称等と受取代理実施可能の旨を記載する体裁のものとする。

（3. 直接支払制度等の実施の選択）

償還払い、直接支払、受取代理の実施の選択に際しては、妊産婦等の便益促進と選択の幅の確保の趣旨を尊重して運用する。

（4. 実施状況の把握）

見直しの検討の必要性の判断においては、妊産婦等・保険者・分娩機関に徒らに混乱を生ぜしめないよう留意する。

（5. その他）

- ・ 保険者間の支給調整の仕組みを整理するに際しては、妊産婦等の利益を第一義として考慮する。
- ・ 申請書式および通知内容等の所要の整備に際しては、その整備の途中経過において社会保障審議会医療保険部会の関係委員との協議を重ね、最終的に同部会への報告を得てから、申請手続等を実施に移すこととする。

出産育児一時金について

社団法人日本助産師会 毛利多恵子

1 選択制の確保

出産一時金に関しては、償還払い、事前申請受け取り代理制度も選択可能となることを強く要望いたします。

2 手続きの簡素化

① 説明の簡素化

妊婦に母子健康手帳を交付する際に出産育児一時金の受け取り方の選択肢や手続き、医療機関による違いがあるなど保険者等から全国共通の説明文を配布していただきたいと思ひます。

② 事前代理受け取り制度について

国保、社会保険それぞれ滞納があつても 直接支払制度と同じく全額支払うことができるようお願ひします。経済状況が苦しいなか子育てをする女性たちへの支援として考えていただきたいと思ひます。滞納状況によって支払額が異なる場合は、本人に通知し医療機関が事前に知ることができる配慮をしてください。

3 保険に加入していないなど経済的困窮におかれる女性への出産手当金を社会保障として国に支援していただきたいと思ひます。

4 専用請求書の見直しについて

直接支払制度が継続される場合、専用請求書の項目の見直しを助産所や院内助産システムなどにも通用するよう項目名や説明文の内容について見直しを要望いたします。

健康体であり正常経過の多い出産を料金化する場合、保健師助産師看護師法に規定される業務（助産や保健指導）が反映される請求書内容の改善を求めます。ケアを受けた女性が何に料金が支払われたのかが明確になるよう、詳細内容が検討されることを望みます。検討時には必ず日本助産師会や日本看護協会助産職能メンバーも入れていただくことを望みます。

産む人それぞれの多様なニーズに応えられるためのケアの柔軟性や個別性に対する料金、

24時間いつ分娩が生じてもよいように人を待機させる安全対策確保の料金などどこに含めるべきか明示できるよう再検討していただきたいと思ひます。助産所の場合は助産師二人が分娩中には寄り添い継続ケアすることによる安全性の確保を目指しております。分娩料の中には、分娩進行と分娩経過が正常であるかどうかの観察と判断、痛みの緩和ケア、本人や家族への状況説明、異常の早期発見、分娩介助が含まれると考えます。助産師が行う業務である「助産」という言葉を保健師助産師看護師法の業務規程と同様に加えていただくほうがよいと考えます。また在宅における分娩や家庭訪問料金なども説明文に明示されることを望みます。

資料

「処置・手当」→「産褥母体管理・指導料」への変更

医学的処置などは検査・薬剤に含め、産褥期の母親のケア料金を独立していただきたいと思
います。

そのことにより女性はどのようなケアを受けたか、そのためにどのような料金を支払ったか
を理解でき、産褥の保健指導の強化が図られると思います。

退院後の母親が必ずであろう24時間の育児、産褥期のからだの変化、母乳育児への戸惑いと
不安に影響する産後早期、特に入院中のケアが重要となります。育児不安や産褥うつが多くな
っており、ましてや産褥3日目や4日目の早期退院が増えている現在、産後のケア料金をあえ
て項目として明示することが必要と考えます。

「手当」という言葉は、「臨時応急の手当て」という言葉であり、臨時応急の包括的指示による
助産師が行う処置を表しているので、産褥期のケアとは別に表現することを要望いたします。

助産所は正常出産を対象としており、病院や診療所と比較すると入院料が安く、差額室料も
少額となっています。検査・薬剤も少額であり臨時応急の包括的指示による手当の実費請求分
に相当します。分娩料と処置手当料が病院や診療所と比較すると高くなっているのは、分娩中
ふたりの助産師が付き添うことの人件費、つねに離れず寄り添いケアをすること、処置手当料
には産褥期の保健指導料金、乳房管理手技料金など産褥期のケア料金が含まれているのだと考
えます。

専用請求書項目	全国助産所		全国病院		全国診療所	
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
入院日数	5	5	7	6	6	6
入院料	77.726	80.000	138.612	139.220	82.428	84.000
室料差額	2.365	0	14.412	0	14.361	0
分娩料	245.199	240.000	198.645	190.000	241.972	236.000
新生児管理保育料	39.643	40.250	46.182	48.000	55.216	57.700
検査・薬剤料	1.585	0	12.853	11.120	10.554	7.350
処置・手当料	32.666	33.000	11.714	3.700	13.678	6.000
産科医療補償制度	29.788	30.000	29.593	30.000	29.690	30.000
その他	19.213	16.871	24.573	15.220	23.862	17.180
妊婦合計負担額	448.186	448.000	476.586	465.560	471.761	465.190

専用請求書項目と説明内容案

専用請求書項目	現在の内容	タイトル変更または説明内容追加
入院料	室料、食事料、	
室料差額	妊婦の選定による差額	
分娩料	正常分娩時の医師・助産師の技術料および分娩時の看護・介助料。異常分娩時は-とする。	説明内容追加 分娩時の助産および助産師管理料（正常を逸脱していないかの監視、疼痛緩和、疼痛緩和と精神的サポート、分娩時の保健指導、家族等への説明など）、オンコール体制など分娩時安全確保体制追加
新生児管理保育料	新生児にかかる管理・保育に要した費用。検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用。療養の給付となった場合は含まれない。	追加内容 在宅における新生児管理・ケア料金付加料金
検査・薬剤料	妊婦[産褥含む]にかかる検査・薬剤料。療養の給付対象は含まない	<u>タイトル変更（追加修正）</u> →検査・薬剤料・処置・緊急時手当 説明内容 妊婦、褥婦にかかる検査・薬剤料・医学的処置・包括的指示に伴う手当などをいう。療養の給付対象は含まれない。
処置・手当料	妊婦（産褥含む）にかかる医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用。療養給付対象は含まない	<u>タイトル変更（新設）</u> →産褥母体管理 指導料 説明内容 産褥期の母体ケア、保健指導、乳房管理手技料、在宅ケア付加料金など（保健師助産師看護師法にある業務内容を明示する）
産科医療補償制度	掛け金相当費用	
その他	文書料、材料費および医療外費用（お祝い膳など）等。上記に含まれない費用。	<u>タイトル変更(追加修正)</u> →文書料その他

高額療養費制度について

厚生労働省保険局

高額療養費の支給手続きの改善について

外来診療における現物給付化について

- 同一の医療機関等において同一月の外来診療の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は（※1～3）、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関等に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）を導入したい。 → 別紙参照

（※1）入院では、高額療養費が現物給付化されている。

（※2）外来のうち、在宅又は特定施設に入所し通院困難な者に対して行われる「在宅時医学総合管理料」「在宅末期総合診療料」「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定する診療（同一医療機関での他の診療を含む）は、現物給付化されている。

（※3）外来では、患者が複数の医療機関や薬局に受診する場合がありますが、ある医療機関で他医療機関での窓口負担を把握することができないので、同一の医療機関等で同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合に、現物給付化の対象とする。

支給申請手続きの簡素化について

- 被保険者番号、被保険者名、受診医療機関、支給予定額等の必要事項をあらかじめ記載した支給申請書を被保険者に送付・通知する（ターンアラウンド方式：被保険者は給付金の振込先等の記入・押印だけして返送）など、支給申請手続きの簡素化について、保険者において、引き続き、積極的に取り組んでいく。

（※4）協会けんぽでは、上記のターンアラウンド方式を導入している（平成22年2月から全支部で実施）。

（※5）健保組合では、7割強の保険者で被保険者からの申請を待つことなく対象者の抽出を行い、所定の口座に振り込みを行う支給手続き（自動払い）を行っており、15%の保険者で対象者に申請書を送付している（平成19年度実績）。

（※6）市町村国保では、9割の保険者で支給勧奨しており、このうち約4割の保険者で申請書を送付して高額療養費の申請を促している。（平成22年7月に、高額療養費に関する被保険者への周知や利便性の向上の積極的な取組について、国から国保保険者に再度依頼（9月8日医療保険部会参考資料））

診療月が暦月をまたがる場合について

- 入院等が暦月をまたがる場合に、複数月の窓口負担の合計額をもって自己負担限度額を超えているかどうかを判断することは、以下のような解決が困難な課題があり、引き続き、どのような方法が可能かを検討する。
 - ① 保険者は、現在、患者の窓口負担額をレセプトでのみ把握せざるを得ない。レセプトは現在、月単位で請求する仕組みとしていることから、高額療養費の支給額の決定も暦月単位で決定せざるを得ない。
 - ② 暦月をまたがる場合も計算する方法として、例えば2カ月や3カ月単位で自己負担限度額を新たに設定する方法も考えられるが、給付の公平を確保するためには、1カ月単位の自己負担限度額の2倍や3倍の水準で設定せざるを得ず、仕組みが複雑になるが給付の改善の余地がほとんどないと考えられる。

外来診療における高額療養費の現物給付化について（案）

外来診療において、同一医療機関等での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関等に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）を導入したい。 （※）入院は既に現物給付化している。

<主な手続き>

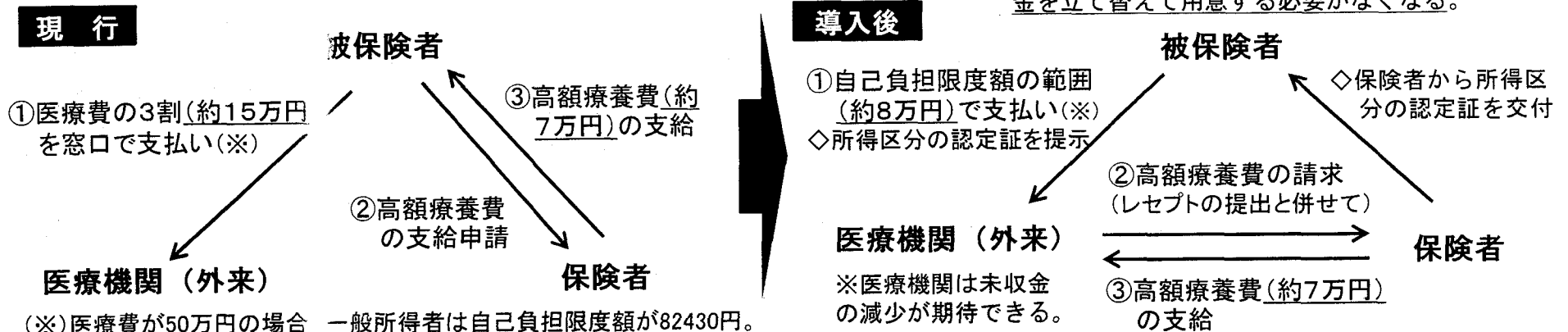
- すべての年齢の被保険者及び被扶養者について、同一の保険医療機関又は保険薬局において同一月の外来診療の窓口負担（定率一部負担金。同一月での複数回の受診を含む）が自己負担限度額を超える場合、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる。
- 所得によって自己負担限度額が異なるため、被保険者等はあらかじめ保険者から「限度額適用認定証」の交付を受け、当該認定証を保険医療機関等の窓口で提示する。
- 多数該当になる被保険者等は、その旨を証明するものを保険者に申請し、これを保険医療機関等に提示する仕組みを検討（過去12ヶ月に3回以上同一の保険医療機関等で高額療養費に該当する場合、申請等を必要としない）。

<実施時期>

- 対応可能な保険者、保険医療機関及び保険薬局については、できるだけ平成23年度中の実施ができるよう準備（窓口での事務負担等を考慮し、対象保険医療機関等を逐次拡大）。平成24年度から全保険者での実施を目指す。

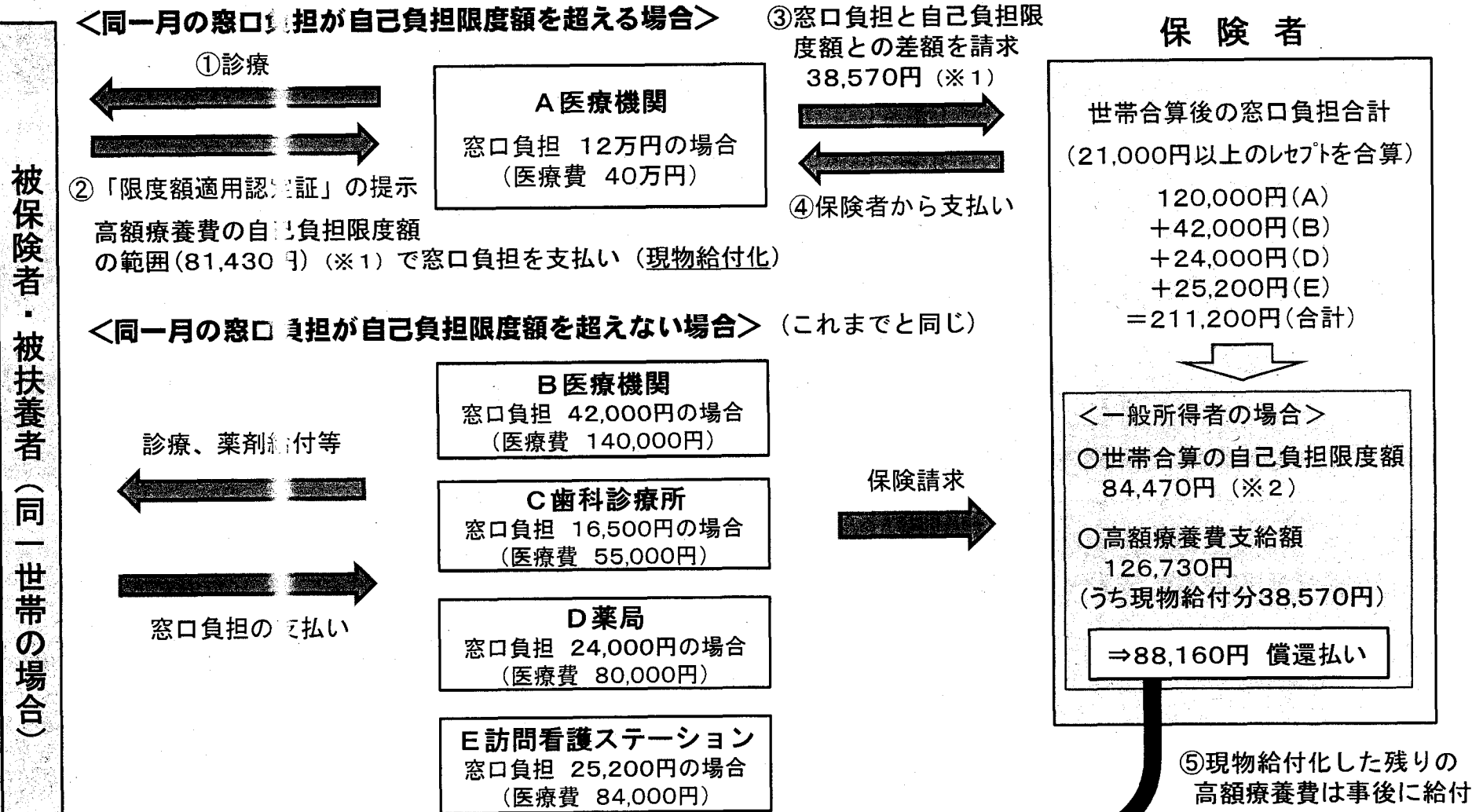
（例）通院で高額な医療費を支払った場合（医療費約50万円）
【同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合】

※被保険者は医療機関でいったん支払う窓口負担が自己負担限度額までですむ。一度に多額のお金を立て替えて用意する必要がなくなる。



外来診療での高額療養費の現物給付化の手続き（複数の医療機関等を受診した場合）

- 外来診療において同一月の患者の窓口負担が自己負担限度額を超える場合（下図A）、患者は自己負担限度額の範囲で窓口負担を支払い、医療機関等が窓口負担と自己負担限度額の差額を保険者に請求する（現物給付化）。
- 外来診療において同一月の患者の窓口負担が自己負担限度額を超えない場合（下図B～E）は、医療機関等における窓口の手続きはこれまでと同じ（高額療養費は、被保険者が事後に保険者に申請。保険者から給付される）。



(※1) 一般所得者の自己負担限度額 (A) = 80,100 + (40万円 - 267,000) × 1% = 81,430円 → 12万円 - 81,430円 = 38,570円
 (※2) 一般所得者の自己負担限度額 (A～E) = 80,100 + [(40万円 + 14万円 + 8万円 + 84,000円) - 267,000] × 1% = 84,470円
 (※3) C 歯科診療所の窓口負担は21,000円以下であるため、世帯合算の対象とならない。

高額療養費制度に関する改善の要望

(平成22年通常国会での質問・要望等があったもの(順不同))

- 70歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引き下げ
- 世帯合算の合算対象基準額(現行70歳未満は21000円以上のレセプトが合算の対象)の引下げ、レセプト単位(医科・歯科・入院・外来別)で合算対象基準額を設定する取扱いの見直し
- 暦月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給
- 外来における高額療養費の現物給付化
- 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化
- 高額長期疾病(自己負担1万円)の対象となっていないものの高額長期疾病への追加

(参考) 総理所信の代表質問における菅総理大臣答弁

「高額療養費制度については、患者負担に一定の歯止めをかけているが、患者負担の現状や医療保険財政への影響等を勘案しつつ、その在り方を検討」(平成22年6月14日)

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

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

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

[70歳以上]

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

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

70歳未満の月額療養費の所得区分別の範囲について（給与所得者の場合（※1））

<p>上位所得者</p>	<p>[被用者保険] 標準報酬53万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約790万円以上（※2） ※「標準報酬53万円の下限（515千円）」×12月＋「標準報酬50万円と標準報酬53万円の平成20年度の平均賞与額（1,014千円）」＝785万円</p> <p>[国民健康保険] 旧たがし書き所得600万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約840万円以上 ※給与収入837万円の給与所得（837万円×0.9－120万円＝633.3万円）－基礎控除33万円＝約600万円</p>
<p>一般所得者</p>	<p>[被用者保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 790万円まで</p> <p>[国民健康保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 840万円まで</p>
<p>低所得者 （市町村 税非課税）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身人世帯の場合（本人が給与所得者）：給与年収ベースで100万円まで ※給与所得控除(65万円)＋35万円＝100万円 ・ 夫婦人世帯の場合（夫が給与所得者）：給与年収ベースで156万円まで ※給与所得控除(65万円)＋35万円×2人＋21万円＝156万円 ・ 3人世帯の場合（夫婦と子1人、夫は給与所得者）：給与年収ベースで206万円まで ※給与年収206万円の給与所得控除（79.8万円）＋35万円×3人＋21万円＝206万円

（※1）給与収入のみの世帯を仮定して機械的に計算したものである。

（※2）被用者保険における高所得者の給与年収ベースは、平均額を用いて試算したものであり、個人別には実際の賞与額によって異なる。

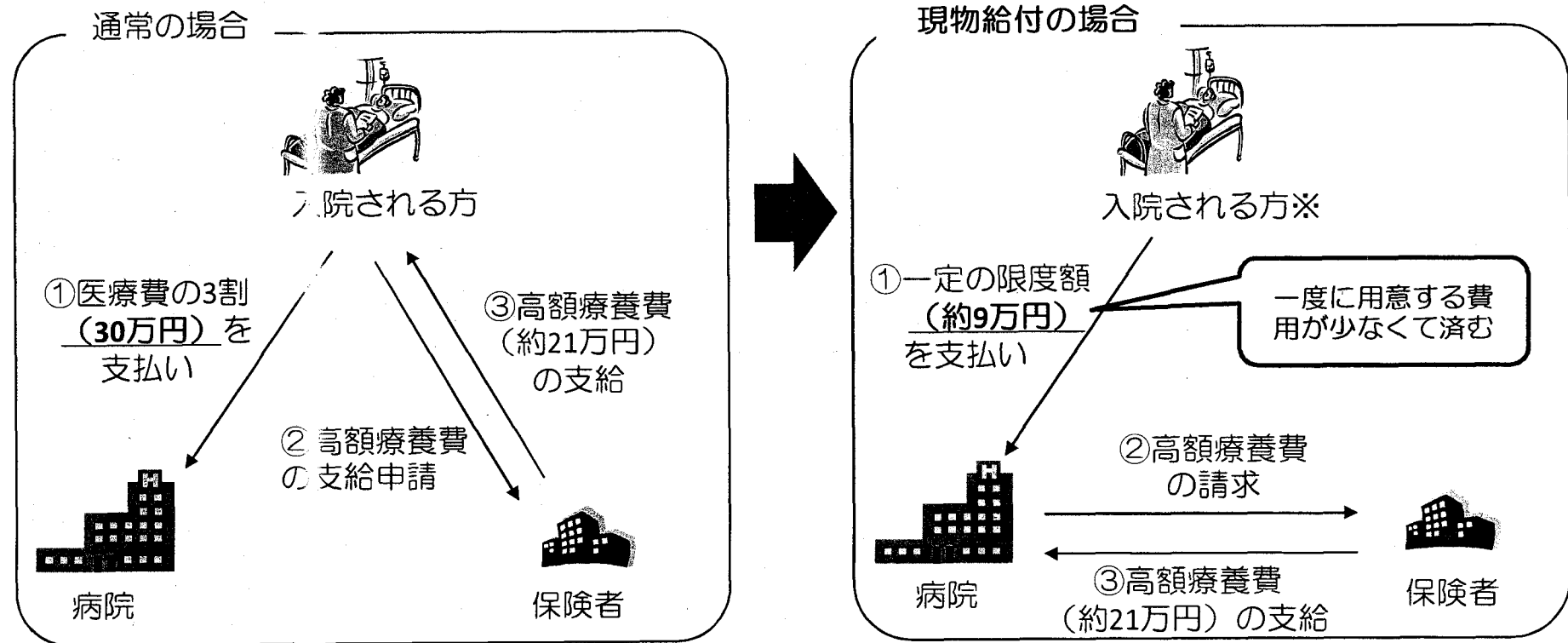
入院における高額療養費の現物給付の仕組み

入院される方については、事前に所得区分の認定証を保険者から発行してもらうことにより、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組みとしている。これにより、窓口で一度に用意する費用が少なくて済む。

※ 高額療養費は医療機関や薬局に直接支払われるため、事後に保険者に対して、高額療養費の支給申請をする手間が省ける。

※ 70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめることができる（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要）。

<例>100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



※70歳以上の低所得者及び70歳未満の方は、事前に保険者の所得区分認定を受けておく必要がある

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと
 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。
 ※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

<参考>

	疾病名	患者数	1月当たり総医療費
①	慢性腎不全（人工透析）	約30万人（※1）	約40万円（※2）
②	血友病A・血友病B	約5千人（※3）	約30万円（※4）
③	血液製剤に起因するHIV感染症	約100人（※5）	—（※6）

- ※1 「図説 我が国の慢性透析療法の現況（社）日本透析医学会」より、2009年末において慢性透析療法を実施している患者数。
- ※2 「第13回透析医療費実態調査報告」より、人工透析が含まれる外来レセプト（2009年6月診療分）の平均請求点数×10円。人工透析以外の治療に要した費用も含まれる。
- ※3 「平成21年度血液凝固依存性因子障害患者数調査」より、平成21年5月31日現在の血友病A及び血友病Bの患者数の合計。血漿分画製剤を投与していない患者数を含む。
- ※4 「平成21年度血液凝固因子製剤必要量調査」に基づく必要量（20年度実績）に平成20年時の薬価を乗じて試算した、血液製剤の使用費用。入院や検査の費用等は含まれていない。
- ※5 平成20年度の先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象者のうち、血液製剤に起因するHIV感染症患者。
- ※6 多剤併用療法が普及する以前「HIV感染症の医療費に関する研究（平成10年度）」によれば約20万円。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧 ただし書き所得600万円以上)	約300万人 (8.6%)	約780万人 (25.9%)	約170万人 (5.6%)
一般	約3,130万人 (90.9%)	約2,230万人 (74.0%)	約2,010万人 (65.1%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約10万人 (0.4%)	約2万人 (0.1%)	約900万人 (29.3%)
計	約3,440万人 (100.0%)	約3,020万人 (100.0%)	約3,090万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70~74歳)	健保組合 (70~74歳)	市町村国保 (70~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
現役並み所得者	約9万人 (15.0%)	約4万人 (14.6%)	約40万人 (8.5%)	約110万人 (8.1%)
一般	約50万人 (82.0%)	約20万人 (84.9%)	約300万人 (56.2%)	約740万人 (56.2%)
低所得者Ⅱ	約0.8万人 (1.4%)	約0.05万人 (0.2%)	約120万人 (21.9%)	約240万人 (18.3%)
低所得者Ⅰ	約1.0万人 (1.6%)	約0.1万人 (0.3%)	約70万人 (13.3%)	約230万人 (17.4%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約530万人 (100.0%)	約1320万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成20年度平均(保険局調べ)。ただし、後期高齢者については4月から翌年2月の平均である。

高額療養費の支給実績（平成19年度）

		支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険		約1438万件	約1兆2177億円	84,657円
	政府 掌	約240万件	2704億円	112,462円
	健保 合	約158万件	1693億円	106,986円
	共済	約52万件	519億円	99,757円
	国保	約987万件	7248億円	73,465円
老人保健		約2327万件	約4056億円	17,433円
計		約3765万件	約1兆6234億円	43,115円

		支給件数	支給額	1件当たり支給額
現金給付		約2625万件 (69.7%)	約9142億円 (56.3%)	34,827円
現物給付		約1140万件 (30.3%)	約7092億円 (43.7%)	62,198円
計		約3765万件 (100%)	約1兆6234億円 (100%)	43,115円

(注) 国保の現物給付は「高額長期疾病（特定疾病）」分のみを計上している。

自己負担の軽減について要望がある疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり総医療費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与(慢性期) ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	約1万2千人(平成20年患者調査)
消化管間質腫瘍 (GIST)	粘膜下腫瘍の一種で消化管壁に腫瘍が生じる。症状が現れにくいため、腫瘍が大きくなるまで発見されにくい。自覚症状としては、下血、腹痛、腹部のしこりなど。切除することが基本であるが、切除困難な場合にはグリベックやスーテントによる投薬治療となる。なお、グリベック等による投薬治療により、腫瘍の増殖は抑えられるものの、腫瘍が完全に消失することは少ない。	グリベック、スーテントの投与	グリベック：約33万円 スーテント：約48～96万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	不明
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与	約18万円(体重60kgの場合。2か月に1回投与) ※年齢・所得区分によっては高額療養費の支給水準にまで窓口負担が達しない	約33万6千人(平成20年患者調査)
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	気管支に慢性的な炎症を起こし、肺が次第に壊れていくため、呼吸困難となる病気。	抗コリン薬吸入、在宅酸素療法など	在宅酸素療法の場合、約10万円	約22.4万人(平成20年患者調査)

(※1) 7月14日の医療保険部会以降、9月13日に「発作性夜間ヘモグロビン尿症(PNH)」、10月25日に「生物学的製剤を使用しているリウマチ患者」についても自己負担軽減の要望があったところ。

(※2) 「1月当たり総医療費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計したもの。

7月14日部会で要請があった自己負担限度額に関する粗い試算

- 前回(7月14日)の議論で、岡崎委員、小林委員、柴田委員から、高額療養費の自己負担限度額の設定については保険財政に影響が与えることから、検討に当たって財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一般所得者の自己負担限度額について、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。
- なお、今回の試算に当たっては、前回指摘された「必要な財源の負担の在り方」や「制度を通じた所得再分配効果」については、考慮に入れていない(例えば、全体で保険財政に中立となるよう、自己負担限度額全体を設定)。

<試算の前提>

- 70歳未満の一般所得者のうち、所得が低い層(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当44,400円>」

→ 「 $44,400円 + (医療費 - 148,000円) \times 1\%$ <多数該当35,400円>」

(※1) 健保：標準報酬月額22万円以下(ボーナス含む年収で約300万円以下)

国保：旧ただし書き所得160万円以下(年収約300万円以下)

(※2) 前提との均衡確保のため、70歳以上の一般所得者についても、一部自己負担限度額の調整が必要となる。

<試算の結果>

給付費ベース 約2,000億円(うち保険料 約1,700億円、公費 約900億円)の新たな財源が必要となる。

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
健保 標報22万円以下 国保 旧ただし書き所得が160万円以下	44,400円 + (医療費 - 148,000円) × 1% <多数該当35,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

※70歳以上(一般所得)についても所要の調整が必要になる。

委員から要請があった自己負担限度額に関する粗い試算（追加の試算）

- 9月8日部会の議論で、高額療養費の給付改善を検討するに当たっては、保険財政への影響を考慮し、あわせて上位所得者などの自己負担限度額の見直しを検討すべきであり、その財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。

<試算の前提1>

- 70歳未満の上位所得者のうち、所得が高い層（※1）の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。
 現行：「150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <多数該当83,400円>」
 → 「250,000円（※2） + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円（※2）>」

- （※1）健保：標準報酬月額68万円以上（ボーナス含む年収で約1000万円以上）
 国保：旧ただし書き所得770万円以上（年収約1000万円以上）

（参考）家計調査（平成21年）の勤労者世帯の10分位階級の上位第1分位の最低年収 1059万円

- （※2）自己負担限度額については、機械的に約10万円（多数該当は約5万円）高い水準に設定した。

<試算の結果>

見直しで見込まれる影響額 給付費ベース 約250億円（うち保険料 約200億円、公費 約50億円）

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

健保 標準報酬68万円以上 国保 旧ただし書き所得が 年間770万円以上	250,000円 + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間 600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

<試算の前提2>

○ 70歳未満の上位所得者のうち、「試算の前提1」以外の者(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <多数該当 83,400円>」

→ 「180,000円(※2) + (医療費 - 600,000円) × 1% <多数該当 100,000円(※2)>」

(※1) 健保：標準報酬月額53万円～65万円(ボーナス含む年収で約790万円～約1000万円)
 国保：旧ただし書き所得600万円～770万円(年収約840万円～約1000万円)

(※2) 自己負担限度額については、年間の自己負担の合計が、その所得層のほぼ中間の年収900万円の月収2か月分(150万円)を超えないよう、機械的に約3万円(多数該当は約1.5万円)高い水準に設定した。

<試算の結果>

見直して見込まれる影響額 給付費ベース 約110億円(うち保険料 約100億円、公費 約10億円)

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>



健保：標準報酬68万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間770万円以上	250,000円 + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当 140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間 600万円以上	180,000円 + (医療費 - 600,000) × 1% <多数該当 100,000円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

	(イ) 一般所得者のうち年収300万円以下の自己負担限度額 (80100円→44400円)	(ロ) 上位所得者のうち年収1000万円以上の自己負担限度額 (15万円→25万円)	(ハ) 上位所得者のうち年収約800万円～1000万円の自己負担限度額 (15万円→18万円)	(イ)～(ハ)
①保険料負担への影響	約1700億円増	約200億円減	約100億円減	約1400億円増
協会けんぽ	約500億円増	約50億円減	約20億円減	約500億円増
健保組合	約300億円増	約80億円減	約50億円減	約200億円増
共済組合	約100億円増	約30億円減	約20億円減	約60億円増
国民健康保険	約700億円増	約50億円減	約10億円減	約600億円増
後期高齢者医療	約50億円増	—	—	約50億円増
②公費負担への影響	約900億円増	約50億円減	約10億円減	約800億円増
給付費への影響 (①+②)	約2600億円増	約250億円減	約110億円減	約2200億円増

(注) 100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため(ロ)及び(ハ)の「給付費への影響」を除く)、合計の数字が一致しない場合がある。

2010年12月2日

第 43 回 社会保障審議会 医療保険部会 への意見

委員 横尾 俊彦

市議会定例会のため出席叶いませんので、意見を提出します。

本来なら部会に出席のうえ、発言すべきところですが、これまでの議論及び事前にいただいた資料に目を通しての意見を述べますので、よろしくお願いします。

○「高額療養費制度」について

高額療養費における所得区分の見直しについて、現在、議論されている方向性には賛同できます。

しかしながら、これまでの部会における委員の御意見、私も含め、特に保険者の立場であられる委員からは、「被保険者への給付サービスの向上は必要であるが、昨今の保険者の財政状況を鑑みると、これ以上の保険者の財政負担、被保険者の保険料率の上昇は考えられない」との御意見が大勢であると認識しています。

後期高齢者医療制度を運営している当協議会においても、11月18日に厚生労働大臣へ提出した要望の中で、「高額療養費制度の見直しを財政運営期間の途中に行う場合、その財源を国費で補填」するよう求めているところです。

つきましては、各保険者の財政を圧迫せず、被保険者の保険料率に大幅な上昇が生じないような仕組みの構築、そのための国費投入について、十分御配慮いただきたく、意見として申し述べます。

また、本日の資料に案として提示されている「外来診療における高額療養費の現物給付化」についても、前述の要望において提出しているところです。

なお、いずれの検討事項においても、実施段階における留意すべき点として、被保険者・医療機関等への周知は言うまでもありませんが、被保険者の利便性が向上される分、保険者及び医療機関の事務が少なからず煩雑になることが思慮されるため、負担軽減に大きな役割を果たす「システムの改修・整備」が大変重要となりますので、その構築費用も併せ、十分御配慮いただきようお願いしたく、意見として申し述べます。

療養病床の再編について

平成22年12月2日

厚生労働省保険局総務課

療養病床の転換意向等調査、医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

- 療養病床再編成の今後の方針を検討するため、平成21年度から平成22年度にかけて以下の調査を実施。

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】 平成22年6月実施

→ 療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握。

- 調査対象：医療保険施設……………一般病棟：13対1・15対1（約2,000施設）

医療療養病棟（約4,000施設）

障害者施設・特殊疾患病棟（約1,000施設）

在宅療養支援病院・診療所（約3,000施設）

介護保険施設……………介護療養型医療施設（約2,000施設）

介護老人保健施設（約2,000施設）

介護老人福祉施設（約2,000施設）

- 内容：患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

【療養病床の転換意向等調査】 平成22年2月及び4月実施

（診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後で2回実施）

→ 療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

- 調査対象：調査時点で療養病床を有する医療機関

- 内容：これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の結果について

- 医療療養病床と介護療養病床の機能分担が進んでいる。

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】

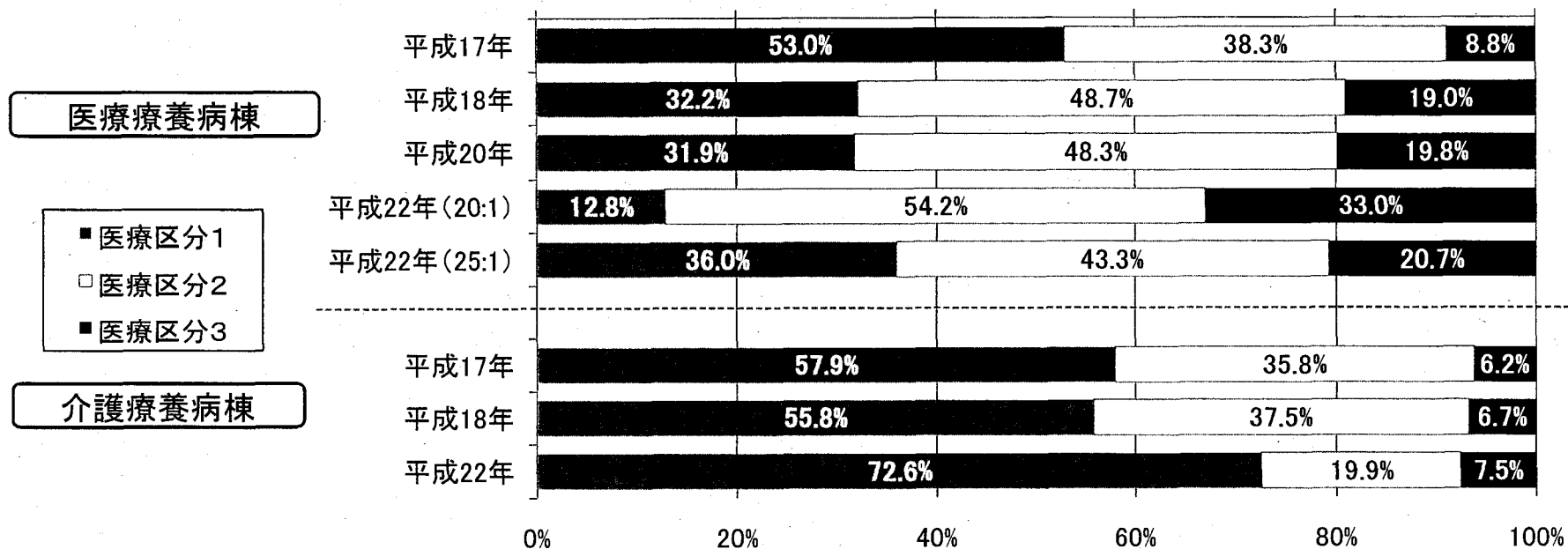
医療療養病床と介護療養病床

- ①医療療養病床の患者は、介護療養病床の患者よりも「医療区分2」及び「医療区分3」の占める割合が高く、「医療区分1」の割合が低い。

※平成17年度の中医協「慢性期入院医療実態調査」では、医療療養病床と介護療養病床の患者の医療区分には大きな差がなかった。

- ②医療療養病床で提供されている処置については、介護療養病床と比較して「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」などの高度な医療処置の割合が高く、明らかな差が見られた。

医療区分の年次推移



医療の提供状況

	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟
総数	14,472人	13,521人	16,603人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%
気管切開・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%

療養病床の転換意向等調査の結果について

- 医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多い。
- 介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い。

【療養病床の転換意向等調査】

1. これまでの転換状況

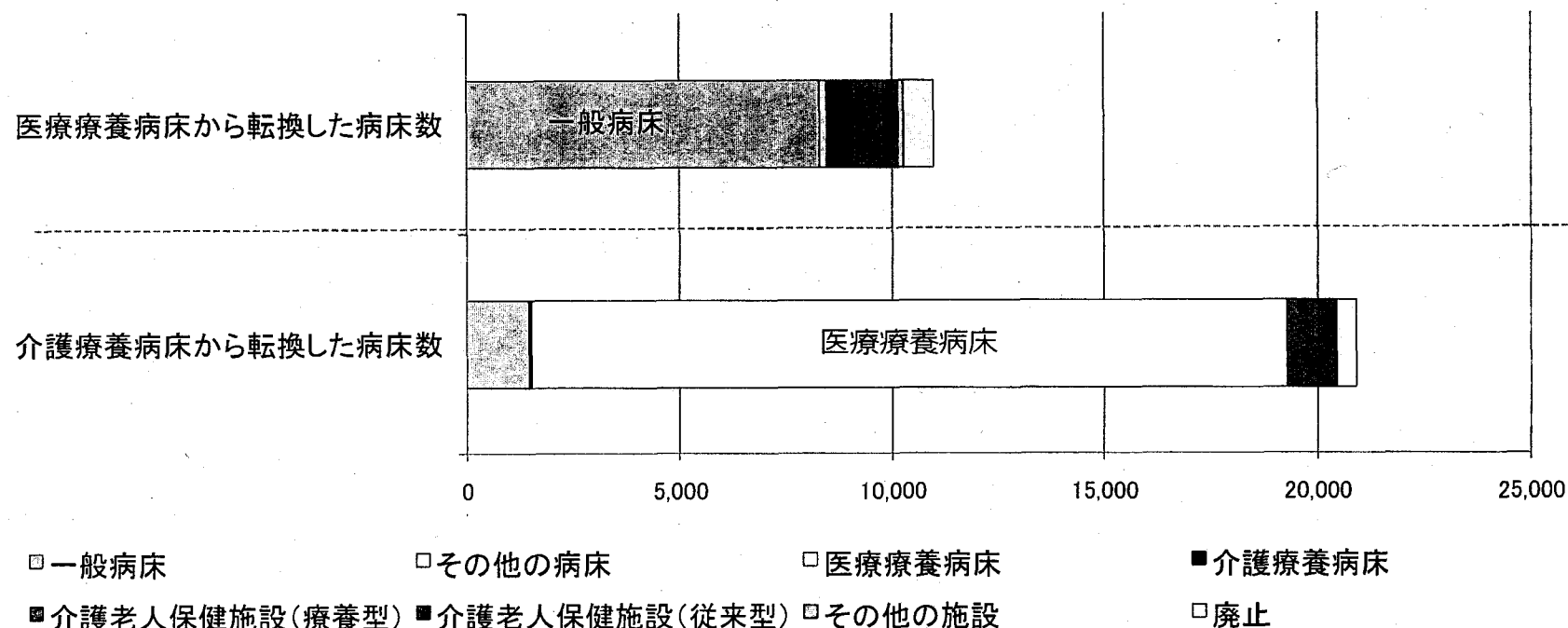
- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床^(注)、廃止が約500床。

(注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

2. 今後の転換意向

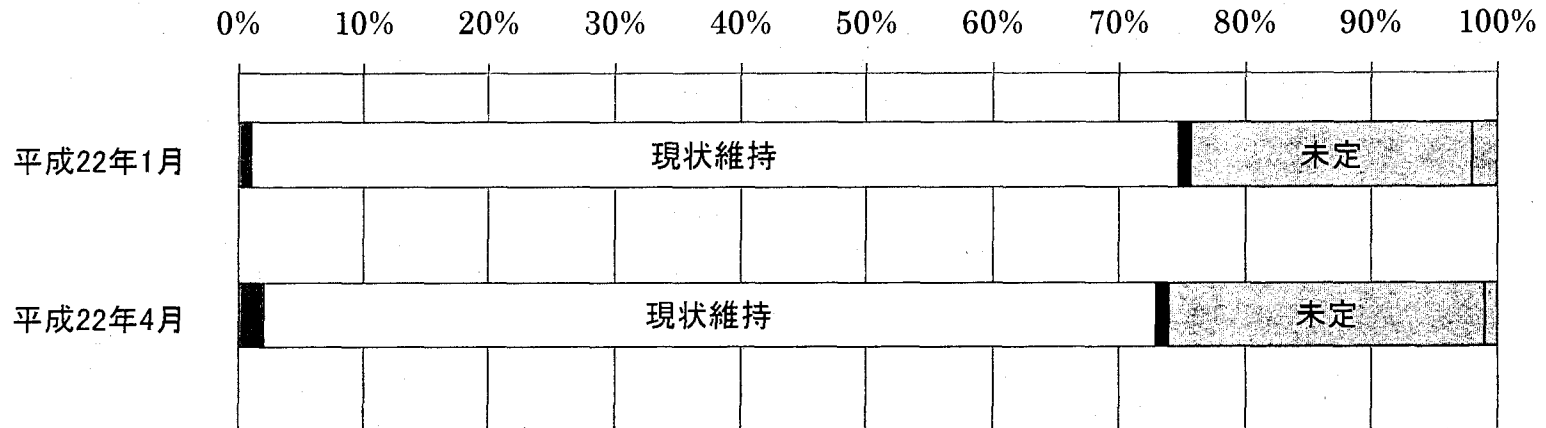
- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%

平成18年4月から平成22年3月末までの療養病床の転換状況

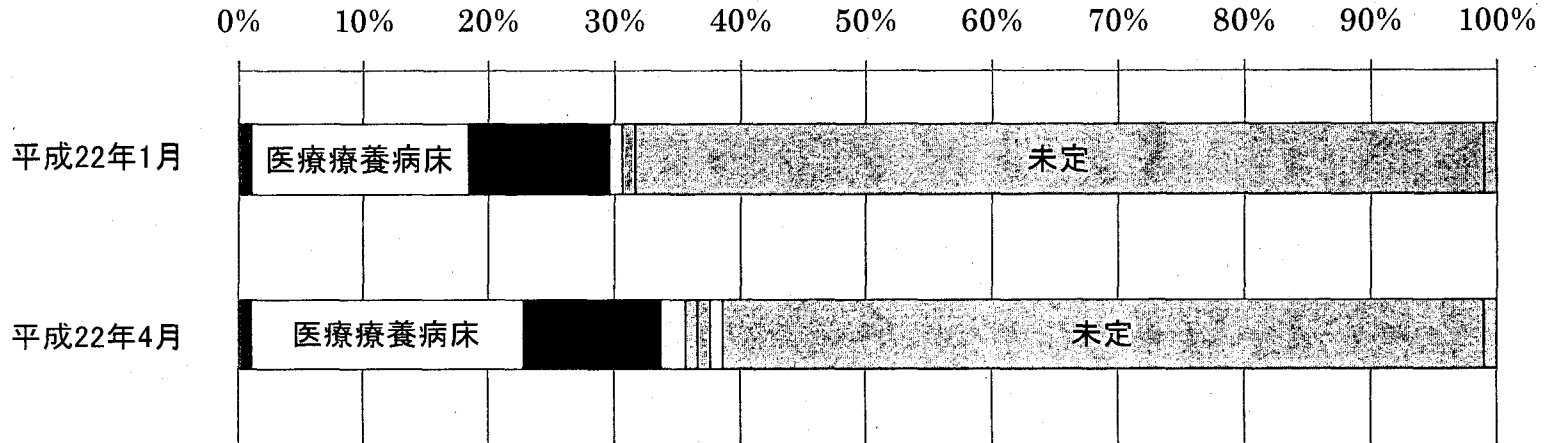


介護療養病床から医療療養病床へ転換した理由(複数回答)	割合
転換前の介護療養病床の入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断したため	68%
医師、看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できたため	26%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	26%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	24%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	13%
行政からの指導や後押しがあったため	2%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	1%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	0%
その他	27%

今後の医療療養病床からの転換意向



今後の介護療養病床からの転換意向



- 一般病床
- 介護老人保健施設(療養型)
- その他の施設
- その他
- 医療療養病床
- 介護老人保健施設(従来型)
- 廃止
- 介護療養病床
- 介護老人福祉施設
- 未定

介護保険制度の見直しに関する意見(抜粋)

(平成22年11月30日 社会保障審議会介護保険部会)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

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

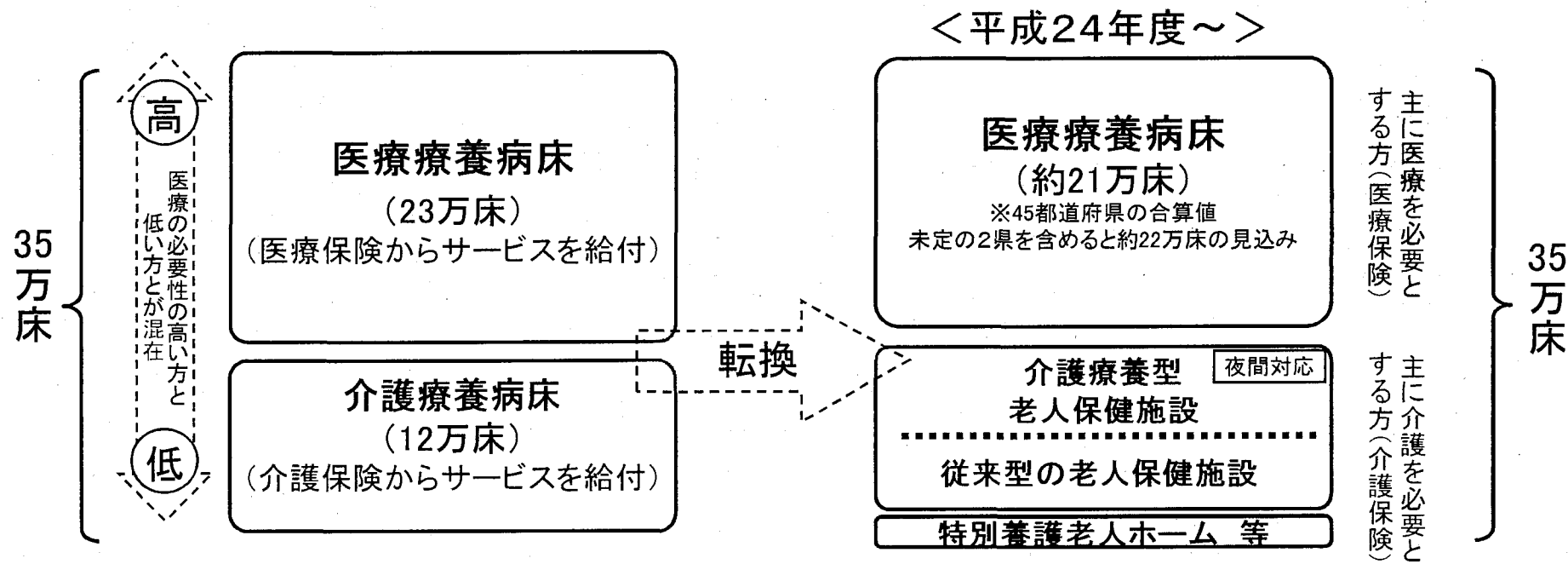
(5) 施設サービス

(介護療養病床の取扱い)

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

療養病床再編成のこれまでの考え方

- 平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 現在の療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。
⇒医療・介護トータルを受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

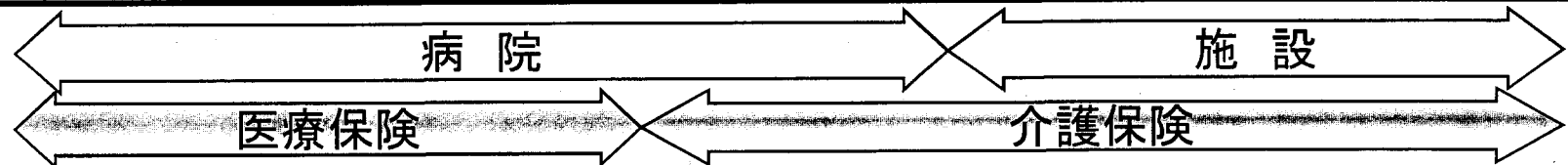


(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。
 (注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約103万床	約26万床	約9万床	約3,770床※4 (H20.5創設)	約32万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※1 (H21改定後)	(※2)	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※3	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員18人 介護職員18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人

施設の種類の種類



財源

※1 多床室 甲地 の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※2 算定する入院料により異なる。

※3 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※4 平成22年8月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※1	263,742	120,700	384,442
平成19年4月※1	250,955	113,777	364,732
平成20年4月※1	255,483	103,705	359,188
平成21年4月※2	260,452	94,839	355,291
平成22年4月※2	262,665	87,142	349,807

※1 確定数

※2 概数

平成22年診療報酬改定における療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

(単位:点)

➤評価区分の見直しと適正化

【改訂前】

【算定要件】

25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合には20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

➤日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

病床転換助成事業について

病床転換助成事業の概要(医療療養病床からの転換に対する助成)

- 療養病床の転換を支援するため、都道府県の区域内にある医療機関が療養病床(医療保険適用)から介護保険施設等へ転換する場合にその整備費用を都道府県から助成(平成20年度～平成24年度)。
- 費用負担割合 …… 国:都道府県:保険者=10:5:12

対象となる病床(案)

- ①療養病床(介護療養型医療施設を除く)
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院(又は同一診療所)内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの



対象となる転換先施設(案)

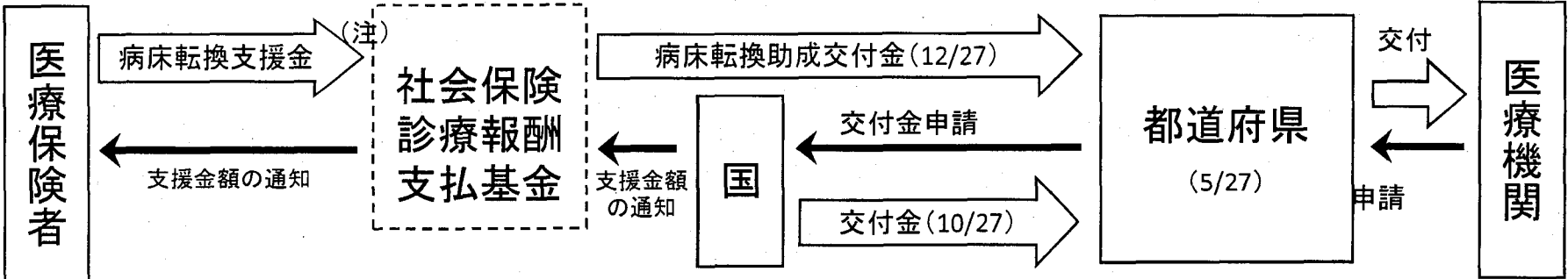
- ①ケアハウス
- ②老人保健施設
- ③有料老人ホーム
(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
- ④特別養護老人ホーム
- ⑤ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る。)
- ⑥認知症高齢者グループホーム
- ⑦小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑧生活支援ハウス
- ⑨適合高齢者専用賃貸住宅になりうる高齢者専用賃貸住宅
- ※上記対象転換先施設については、介護療養型医療施設転換整備事業と同様

転換に係る整備費用を助成

補助単価(案)

- 創設・新設 100万円
(既存の施設を取り壊さずに、新たに施設を整備)
- 改築 120万円(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)
- 改修 50万円(躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等))

病床転換助成事業の流れ



(注)支払基金は、医療保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県に対して病床転換助成交付金を交付

病床転換助成事業について

- 医療療養病床から介護保険施設等への転換を支援する取組は引き続き必要であると考えられることから、療養病床の転換助成事業については介護療養病床の廃止が猶予される間は、引き続き制度を存続することとしてはどうか。
- 各保険者毎に徴収した支援金については、当初の見込みよりも転換が進んでいない現状があることから、平成21年度までで約65億円の残高が支払基金において生じている状況。この剰余金については、支払基金において積立金として処理することとなっており、保険者へ返還する規定がないことから、制度存続に併せて保険者への返還規定を設けてはどうか。

(参考1) 2年間の執行実績

【20, 21年度合計】 (単位: 百万円)

支援金徴収額	6,703	22,000床
実績額	249	1,241床
差引計	6,454	20,759床
執行率	3.72%	5.64%

(参考2) 保険者毎の剰余金

(単位: 百万円)

	①20年度徴収額 (10,000床)	②20年度実績 (463床)	③差引(①-②)	④21年度徴収額 (12,000床)	⑤21年度実績 (778床)	⑥差引(④-⑤)	剰余金計 (③+⑥)
協会けんぽ	834	30	804	1,209	46	1,163	1,967
健保組合	712	26	687	1,034	39	994	1,681
共済組合	219	8	211	313	12	301	512
市町村国保	902	32	870	1,267	48	1,219	2,088
国保組合	88	3	85	125	5	120	205
合計	2,756	99	2,657	3,947	150	3,797	6,454

○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年八月十七日法律第八十号)

第五章 社会保険診療報酬支払基金の高齢者医療制度関係業務

第百三十九条～第百四十二条 (略)

(区分経理)

第百四十三条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に係る経理については、第百三十九条第一項各号に掲げる業務ごとに、その他の業務に係る経理と区分して、特別の会計を設けて行わなければならない。

(利益及び損失の処理)

第百四十六条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務(第百三十九条第二項に規定する業務を除く。次項及び次条第一項において同じ。)に関し、毎事業年度、損益計算において利益を生じたときは、前事業年度から繰り越した損失をうめ、なお残余があるときは、その残余の額は、積立金として整理しなければならない。

2 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に関し、毎事業年度、損益計算において損失を生じたときは、前項の規定による積立金を減額して整理し、なお不足があるときは、その不足額は繰越欠損金として整理しなければならない。

3 支払基金は、予算をもつて定める金額に限り、第一項の規定による積立金を第百三十九条第一項第一号に規定する保険者に対し前期高齢者交付金を交付する業務及び同項第二号規定する後期高齢者医療広域連合に対し後期高齢者交付金を交付する業務又は同条第二項の規定により認可を受けて行う業務に要する費用に充てることができる。

附 則

(病床転換助成事業に係る支払基金の業務)

第十一条 支払基金は、第百三十九条第一項に掲げる業務のほか、保険者から病床転換支援金等を徴収し、都道府県に対し病床転換助成交付金を交付する業務及びこれに附帯する業務を行う。

2 第五章(第百三十九条第一項及び第百四十条を除く。)、第百六十八条第一項(同項第一号を除く。)及び第二項並びに第百七十条第一項の規定は、病床転換助成事業に係る支払基金の業務について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

国民健康保険組合に対する 補助の見直しについて

平成22年12月2日

厚生労働省保険局国民健康保険課

これまでの議論

1. 厚生労働省行政事業レビュー(5月31日)

平成22年5月、厚生労働省行政事業レビューが行われ、国保組合に対する国庫補助のあり方について議論が行われた。

(結論)

事業は継続するが更なる見直しが必要

(主なコメント)

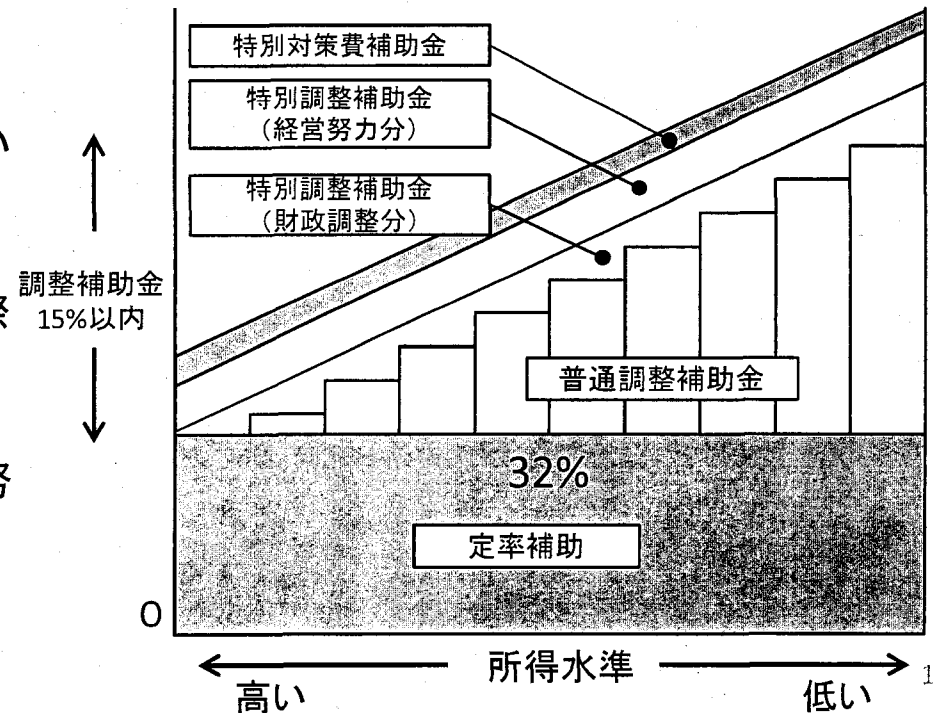
- 財政基盤に不安のない組合に対して国庫金が入ることを長期的には廃止すべき。定率分の見直しも必要。
- 特別調整補助金の「経営努力分」と特別対策補助金の廃止、定率補助と調整補助金の増額を含めた見直し。
- 本来、協会けんぽに加入すべきであるが、平成9年以前に健保の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者の定率補助を引き下げ、協会けんぽと同様の水準に抑えるべき。

2. 医療保険部会での議論(10月27日)

(主な意見)

- 一挙に補助率を引き下げるのは困難かもしれないので、段階的实施などの配慮をしつつ、基本的な考え方に沿って見直すべき。
- 医師国保は財政力があるように思われるが、実際には赤字であり積立金を取り崩して運営している。
- 医師国保や歯科医師国保も、財政状況が厳しい中、自家診療分は保険給付しないといった保険者努力により経営をしている。
- 削減した国庫補助は、医療費に回すべき。

【現行の補助制度】



行政刷新会議の事業仕分けへの対応

○行政刷新会議の事業仕分け(11月16日)

厚生労働省行政事業レビューの結論等を踏まえ、次の基本的考え方に基づき、補助制度全般についての見直し案(A案・B案)を提示。

(見直しの基本的考え方)

- ① 個々の国保組合の「所得水準に応じた補助」を基本とする。
- ② 市町村国保や協会けんぽに対する国庫補助とのバランスを確保する。
- ③ 国保組合に対する不信感や不公平感を持たれないようにする。
- ④ 国保組合が果たしてきた役割を踏まえ、保険者機能の強化に資するようになる。
- ⑤ 各国保組合への財政影響に配慮し、激変緩和措置を設ける(5年間)。

(注)定率補助の見直しには、法改正が必要。

行政刷新会議に提出したA案・B案の概要

【A案】

○ 定率補助を3段階の補助とする。その際、国保組合は、健保組合と異なり事業主負担がなく、国民健康保険の一環として一定の補助が必要であるため、補助率を協会けんぽの水準(16.4%)以上とする。

【国庫補助削減額の粗い試算(5年後)】

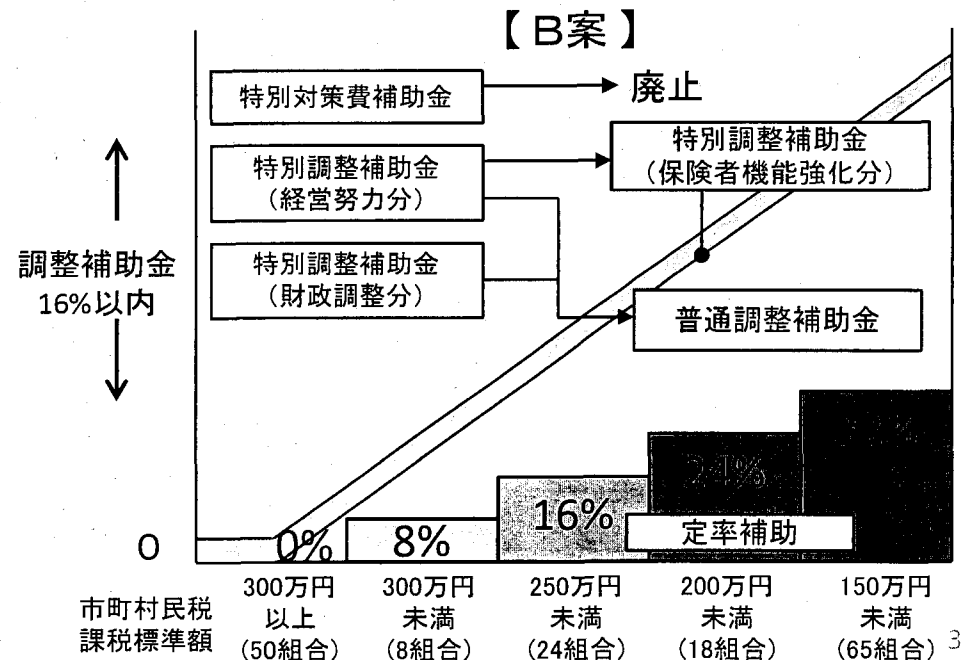
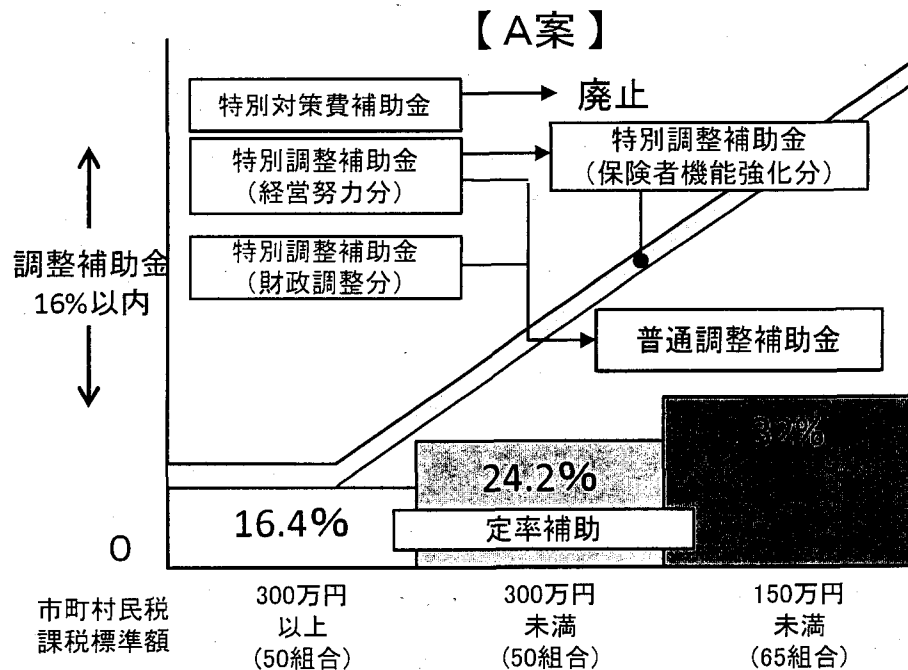
- 国庫補助の削減額 **▲290億円程度**
- 加入者1人当たり削減額 医師国保▲2.4万円、歯科医師国保▲1.9万円、薬剤師国保▲2.7万円
一般業種国保▲2.6万円、全国土木建築国保組合▲0.9万円

【B案】 ※行政事業レビューの指摘どおり

○ 定率補助を5段階の補助とする。その際、所得水準の高い組合に対する定率補助は、廃止(0%)。

【国庫補助削減額の粗い試算(5年後)】

- 国庫補助の削減額 **▲420億円程度**
- 加入者1人当たり削減額 医師国保▲4.9万円、歯科医師国保▲3.0万円、薬剤師国保▲3.3万円
一般業種国保▲2.9万円、全国土木建築国保組合▲0.9万円



今後の対応方針

行政刷新会議の事業仕分けWGの評価結果

1. 評価結果

見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

① 国の事業として廃止 0名

② 見直しを行う 13名:

ア 所得水準の高い国保組合(健保組合を参考)に対する定率補助の

a.廃止 12名

b.協会けんぽ並みに引下げ 0名

イ その他 3名

③ 見直しを行わない 0名

2. とりまとめコメント

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているので、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちで集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案で進んでいただきたいということを結論とする。



今後の対応方針

事業仕分けの結論等を踏まえ、予算編成過程において、検討。

(参考1)

定率補助の見直し

	A案	B案
一般の国保組合加入者の補助率	<p>協会けんぽの補助率(16.4%)を勘案しつつ、定率補助を引き下げ、16.4%、24.2%、32%の3段階とする。【▲170億円程度、国民健康保険法改正が必要】</p> <p>ア. 国保組合については、健保組合と異なり事業主負担がなく、国民健康保険の一環として一定の補助が必要。少なくとも協会けんぽの水準(16.4%)以上の補助率とすることが適当。</p> <p>イ. 定率補助では、調整補助金と異なり、医療給付費等の変動に応じて翌年度に精算がなされることとなっており、財政運営の安定を図るため、所得水準に応じ、一定の定率補助を設けることが必要。</p>	<p>定率補助を0、8、16、24、32%の5段階とする。【▲290億円程度、国保法改正が必要】</p>
適用除外承認を受けて加入している者の補助率	<p>本来、協会けんぽに加入すべきであるが、健康保険の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者の定率補助については、平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者も含め、協会けんぽの水準(16.4%)に統一する。【▲110億円程度、国民健康保険法改正が必要】</p>	<p>同左。ただし、16.4%以下の定率補助が併せて適用されるので、補助率は、0、8、16、16.4%となる。【▲140億円程度、国保法改正が必要】</p>
後期高齢者支援金の拠出に対する補助金	<p>平成25年度からの高齢者医療制度見直しに伴い、被用者保険グループの後期高齢者支援金の拠出に総報酬割が全面的に導入されれば(現在1/3部分のみ)、当該支援金に係る協会けんぽに対する補助は廃止されることになるため、これに合わせ、健保の適用除外承認を受けて加入している者の支援金に係る定率補助についても、加入時期にかかわらず、</p> <ol style="list-style-type: none">① 全国土木建築国保組合は、被用者保険グループとみなし、総報酬割に全面的に参加させることとし、補助を廃止。② その他の国保組合は、所得に応じた補助に変更。 <p>【▲30億円程度、高齢者医療確保法改正が必要】</p>	<p>同左【▲15億円程度、国保法改正が必要】</p>
介護納付金の拠出に対する補助金	<p>平成23年度からの介護保険制度見直しに伴い、被用者保険グループの介護納付金の拠出に総報酬割が導入されれば、後期高齢者支援金と同様の措置を講ずる。【▲10億円程度、介護保険法改正が必要】</p>	<p>同左【▲5億円程度、介護保険法改正が必要】</p>

(参考2) 調整補助金・特別対策費補助金の見直し(A案・B案共通)

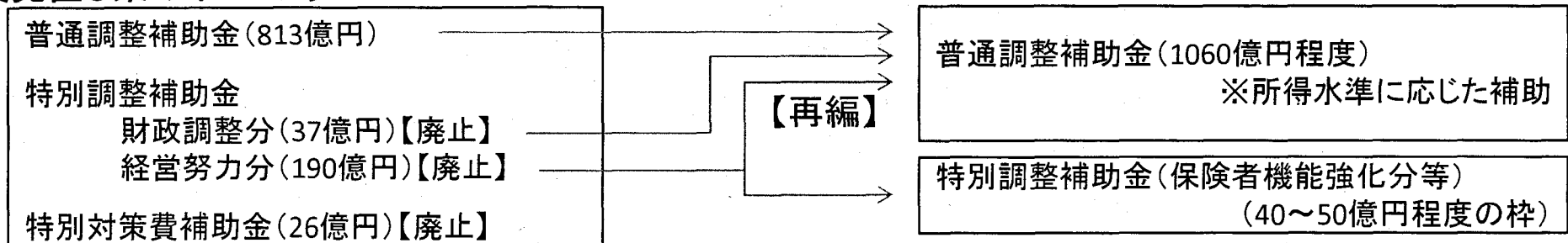
【現行制度】

普通調整補助金(813億円)		10段階区分に応じた補助率(0~23%)により交付
特別調整補助金 (230億円)	財政調整分(37億円)	「調整対象需要額－調整対象収入額」を補填
	経営努力分(190億円)	各組合の医療費適正化等への取組状況を点数評価し、配分額を決定
	原子爆弾被爆者医療費等への支援(2億円)	原子爆弾被爆者の医療費が一定割合以上の組合等に対して財政支援
特別対策費補助金(26億円)		国保組合が各種事業を行った場合、その費用を補助

【見直し案】

- 特別調整補助金の「経営努力分」と「財政調整分」を廃止し、普通調整補助金に統合。
- 普通調整補助金については、定率引下げによる所得水準の低い組合への財政影響を緩和するため、調整補助金の総枠を給付費等の「15%以内」から「16%以内」としつつ、配分方法を見直し、「所得水準に応じた補助」を徹底（市町村国保と同様の仕組み）。
 - 《新たな配分方法》 「調整対象需要額(当該組合が保険料で賄うことが予定されている額)」から「調整対象収入額(当該組合が徴収すべき理論上の保険料額)」を控除した額を交付。各組合への配分額＝調整対象需要額(A)－調整対象収入額(B)
 - 調整対象需要額(A)＝医療給付費等－一定率補助
 - 調整対象収入額(B)＝応益額(被保険者数×係数)＋応能額(課税所得額×係数)
- 特別調整補助金は、保険者機能強化のための補助と位置付け。保険者機能強化に資する補助対象事業のメニュー（例：健診・保健指導、レセプト点検、後発品差額通知等）を示した指針を作成し、これに沿った事業に対して補助（市町村国保と同様の仕組み）。原子爆弾被爆者医療費等への財政支援は、存続。
- 特別対策費補助金は、廃止。

【見直し案のイメージ】



第 13 回 行政刷新会議 (平成 22 年 11 月 9 日) 資料 2 - 3 (抄)

平成 22 年 11 月 9 日
行政刷新会議

過去の事業仕分け等の反映状況の検証結果を踏まえた
対応について (案)

事業仕分け第 3 弾 (後半) の再仕分けの対象となる事業については、関係府省からのヒアリングや事業シートのチェック、現場の実態を把握するための現地調査等を通じ、対象事業候補の選定を行ってきた。

候補の選定過程においては、公開の場で再仕分けを行う事業以外にも、別紙の指摘内容のとおり、事業仕分け第 1 弾、第 2 弾及び行政事業レビューの評価結果や取りまとめコメントの指摘の平成 23 年度概算要求への反映が不十分と見られる事業があった。こうした事業の存在を放置すれば、政権の基盤をなす最重要施策であり、今まで国民に見えなかった予算編成過程を明らかにし、行政の透明性を高め、無駄の根絶を図るという事業仕分けの意義を損なうおそれがある。

このため、関係府省・部局に対し、平成 23 年度予算編成過程において、広く国民に対する説明責任を果たしつつ、別紙の指摘を踏まえた適切な対応を行うことを求める。

(別紙)

事業名等	その他医療関係の適正化・効率化 (③入院時の食費・居住費のあり方)
事業仕分け結果等	○事業仕分け第1弾 事業番号2-6③ 「その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)」 ・評価結果：見直しを行う ・とりまとめコメント(略) 15名の仕分け人全員が「見直しを行う」。 「エ.入院時の食費・居住費の見直し」は12名であった。 以上より、仕分けチームとしてはア～エの論点について、この結論に従って見直しをする。
指摘内容	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において、食費・居住費(光熱水費)の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論を行った上で、見直しを盛り込むことについては見送った。」とのことであるが、その後、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)」の評価結果に則した次回診療報酬改定に向けて入院時の食費・居住費の見直しが行われていない。

(別紙)

事業名等	後発品のある先発品などの薬価の見直し
事業仕分け結果等	○事業仕分け第1弾 事業番号2-5 「後発品のある先発品などの薬価の見直し」 ・評価結果：見直しを行う ・とりまとめコメント（略） エの市販品類似薬を保険外とする方向性については当WGの結論とするが、どの範囲を保険適用外にするかについては、今後も十分な議論が必要である。
指摘内容	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において『市販類似薬は保険外とする』ことについて議論を行った上で、保険外とすることは見送った。」とのことであり、その後、次回診療報酬改定に向けて事業仕分け第1弾における「後発品のある先発品などの薬価の見直し」の評価結果に則して、どの範囲を保険適用外にするかについての議論は行われていない。

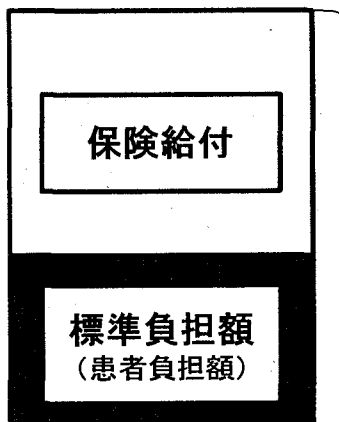
行政刷新会議「事業仕分け」 における指摘事項について

平成22年12月2日
厚生労働省保険局

入院時の食費・居住費について

①現行制度

保険給付
 =①基準額(食費・居住費の提供に必要な額)から、②標準負担額(患者が負担する額)を除いた額



基準額
 (食費・居住費の提供に必要な額)

②経緯

平成6年10月

食費に係る負担を導入(食材料費のみ)

※ 標準負担額については、600円(1日)→760円→780円
 →260円(1食)に変遷

平成17年10月

介護保険法改正→介護保険施設の食費(食材料費+調理費(調理員の人件費))・居住費(光熱水費)を利用者負担

平成18年10月

療養病床に入院する65歳以上の方に、食材料費に加え、調理費及び居住費の負担を導入

③標準負担額(例)

区分	療養病床に入院する65歳以上の方(※1)	左以外の方(一般病床など)
一般の方	(食費) <u>1食460円(※2)</u> (居住費) <u>1日320円</u>	1食につき 260円
市町村民税非課税の世帯に属する方等	(食費) 1食210円 (居住費) 1日320円	1食につき 210円(※3)
上記のうち、世帯全員が一定の所得以下	(食費) 1食130円 (居住費) 1日320円(※4)	1食につき 100円

(参考)介護保険施設に入所している方(多床室)	
標準的な利用者負担額	(食費) <u>1日1380円</u> (居住費) <u>1日320円</u>
(例)年金80万円超で市町村民税非課税	(食費) 1日650円 (居住費) 1日320円
(例)年金80万円以下の者	(食費) 1日390円 (居住費) 1日320円
(例)生活保護受給者	(食費) 320円 (居住費) 0円

※1:難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※2:管理栄養士等による栄養管理、適時・適温の食事等が提供されている場合に限る。

※3過去1年間の入院日数が90日超の場合、※4老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減。

入院時の食費・居住費に係る論点(今年の医療保険部会に提示した論点)

(1)見直し(標準負担額の引上げ)を行うこととするか。

見直しは患者負担につながることをどのように考えるか。

(2)仮に見直しを行う場合には、以下の論点が考えられる。

①見直しの対象は、食費のみとするか、居住費も含めるか。

- 現在、療養病床に入院する65歳以上の方に居住費の負担を求めている根拠として、①介護保険施設に入所する方とのバランス、②年金給付を受けている場合における基礎的な生活費の二重給付の解消、がある。

②標準負担額は何に着目した額とするか。引上げ幅をどの程度とするか。

- 現在、療養病床における食費・居住費については、「平均的な家計における食費・居住費の状況、介護保険法における利用者負担額に相当する額」を勘案することとされている。
- 一方、一般病床等における食費については、「平均的な家計における食費の状況」を勘案。

③どのような方を標準負担額引上げの対象とするか。

- ◆ 現在でも、入院医療の必要性の高い方については食費(食材料費)のみの負担となっていることから、入院医療の必要性が低い方を対象とするか。
- ◆ 療養病床に入院する方との均衡から、入院期間が長期間の方を対象とするか。
- ◆ 現行制度や介護保険における食費・居住費と同様、低所得者については負担額を抑えるか。

「事業仕分け」指摘事項に対する平成22年度の対応状況

入院中の食費・居住費のあり方について

評価結果 取りまとめコメント	評価結果・取りまとめコメントに対する対応状況	備考
<p>【評価結果】 見直しを行う</p> <p>【取りまとめコメント】 「エ. 入院時の食費・居住費の見直し」は12名であった。</p> <p>【予算担当部局論点】 ・入院時の食費・居住費自体は圧縮した上で、若者や一般病床の患者にも公平な負担を求める →病気にならなくてもかかる経費であり、可能な限り、保険や患者への請求額自体を圧縮した上で、若者にも公平に負担していただくべきではないか。</p>	<p>平成22年度予算において、入院時の食費・居住費(光熱水費)に係る患者負担の見直しは行っていない。</p> <p>【取りまとめコメントへの対応状況】</p> <p>○ 入院時の食費・居住費(光熱水費)の見直しについては、過去の事業仕分けの結果を踏まえ、社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において、食費・居住費(光熱水費)の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論。</p> <p>○ これに対し、委員からは以下のような意見があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事と単純に比較して患者負担を考えるべきではない。 ・ 居住費(光熱水費)の負担を患者に求めると、入院前の住居を維持したまま一般病棟に入院する方にとっては二重の負担となる。 ・ 患者負担を増加させる見直しには慎重な検討が必要。 <p>○ これを受け、平成22年度予算では、入院中の食費・居住費(光熱水費)の見直しは盛り込まないこととした。</p>	<p>※ 入院時の食費・居住費(光熱水費)の見直しを行うためには、健康保険法の改正が必要。</p> <p>※ <平成21年11月19日 参・厚労委における長妻厚生労働大臣答弁> 「行政刷新会議としての結論等を踏まえ、また、患者の方々の負担が増えることも考慮し、検討を行ってまいりたい」。</p>

市販薬と類似した医療用医薬品について

1 市販薬と医療用医薬品について

- 市販薬： 患者が薬局で購入し、自らの判断で使用する医薬品
- 医療用医薬品： 医師が患者の治療のために処方する医薬品（注）

注 たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のとおり。

市販薬： 「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は1日450mgまで。

医療用医薬品： 「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は1日600mg。

2 医療保険における取扱

- 他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

市販薬と類似した医療用医薬品を保険外とすることに係る論点 (今年の医療保険部会に提示した論点)

1 市販品類似薬を保険給付外とした場合、これらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになるが、この点についてどのように考えるか。

2 また、保険給付外とする市販品類似薬の範囲によって、どのような患者にどの程度の負担が生じるのか、吟味する必要があるのではないかと(注)。

(注)負担増になる患者層の例

- ・湿布薬:主として関節痛などをもつ高齢者
- ・うがい薬・かぜ薬:主として小児。また、現行の医療費助成と同様に自治体が負担するのであれば、多くの自治体において、公費負担が増加
- ・漢方薬:不定愁訴、更年期障害、自律神経失調症などの中高年

3 市販品類似薬の中には、市販品と異なる重篤な疾患の効能を有しているものがあり(注)、その場合、保険給付と給付外の効能を整理する必要があるほか、同じ漢方薬でも、医療用医薬品と成分や含量が同じものが市販品にあるとは限らないなど、保険給付と給付外の切り分けの考え方について整理が必要ではないか。

(注)例えば、ビタミンB₁製剤の場合、ビタミンB₁欠乏症のほか、ウェルニッケ脳炎などの効能を有する。

4 市販品類似薬を保険給付外とすることにより、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇したり、特定分野の医薬品の安定供給に大きな影響を与えたりする場合があります。どう考えるか。

5 仮に実施するとしても、保険給付外とする市販品類似薬の範囲を選定するに当たっては、その基準を策定する必要があるとともに、専門家や負担増となる患者の意見を聴くなど透明性を確保した形で行う必要がある、実施するまでに一定程度の時間が必要ではないか。

「事業仕分け」指摘事項に対する平成22年度の対応状況

市販薬と類似した医療用医薬品について

評価結果 取りまとめコメント	評価結果・取りまとめコメントに対する 対応状況	備考
<p>【評価結果】 見直しを行う (見直しを行う11名)</p> <p>【取りまとめコメント】</p> <p>エの市販品類似薬を保険外とする方向性については当WGの結論とするが、どの範囲を保険適用外にするかについては、今後も十分な議論が必要である。</p>	<p>【市販品類似薬は保険外】</p> <p>○ 昨年の事業仕分けの結果を踏まえ、社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において「市販類似薬は保険外とする」ことについて議論を行った。</p> <p>○これに対し、複数の委員から、患者の負担が増えること、保険給付と給付外への切り分けが困難であること等の意見があった。これらを受け、保険外とすることは見送った。</p>	<p>「市販類似品は保険外」とすることを見送った理由は次のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none">① 保険給付外となることにより患者負担の増加につながる② 負担及び影響が患者毎に異なる③ 同一成分でも医療用と一般用で効能・効果、含量が異なる場合など、保険給付と給付外への切り分け及び市販類似薬の範囲の選定が困難である④ 新薬開発の躊躇、安定供給への影響が懸念される

第 35 回（平成 21 年 11 月 25 日）及び第 37 回（平成 21 年 12 月 8 日）

医療保険部会議事概要（行政刷新会議「事業仕分け」指摘事項関係）

○入院時の食費・居住費の見直しについて

・食費負担は困る。食費・居住費は最初に介護の施設で食費と居住費を取りはじめた。さらに、医療の方で負担が軽いということでそれとのバランスということで取り始めた。シーソーのよう。自分は介護の審議会で議論してきたが、これだけの費用はかかっていないとってこの話にはずっとみんな反対していた。月に 5.1 万円もかかる。再検討してほしい。

・これまでの高齢者医療制度の歴史は、財政が厳しくなる中で、その負担増をどこに求めるかに終始してきた。大幅な負担増には反対であることが患者サイドの意見だったが、大きな改革をしないと制度崩壊は十分承知しているが、この間患者サイドに求められてきたことは、高齢者自身も健康に留意して、病気にならないようにしていくことを基本として、国民皆保険を活用していくことだった。しかし、この間の改正では、保険料であったり、食費・居住費の負担増ばかりがなされてきた。現在では食費・居住費が平均的に月 5.1 万～10.2 万円かかる。負担増については反対。十分な議論をしてほしい。

・患者負担を強いるもので反対である。現在は景気も厳しく、受診抑制もある中で、負担の増大には反対。入院中の食事はこれまでから治療の一環だという整理をしてきたはずで、健康な方々と一緒にするのは反対。日本の自己負担はすでに諸外国と比較してもかなり高いというデータがあり、この状況で保険を外すと、負担が高くなり受診抑制に繋がる。

・食費・居住費を療養病床と同じに考えるのはおかしい。どう考えても治療の一環なので負担はおかしい。若人について一般病床が生活の場というのは全くなじまないの、この理屈は全く受け入れられない。

・そもそも居住費という言葉を使うことに違和感を覚える。病院は居住施設ではない。特養の多床室と病院の多床室では面積基準も違うし、病院には娯楽室などもない。病気の治療のための一時緊急避難的な施設であり、居宅ではない。そこに居住費というのは使ってほしくない。

○市販薬と類似した医療用医薬品を保険外とすることについて

・痛み止め・湿布薬などは高齢者が主に使用するものであり、保険を外すのはそうした方々の負担になるので反対。

・湿布薬については、単にひんやりするものと成分のしっかりはいったもの 2 種類あるが、きちんと仕分け人は理解しているのか。

・薬は絶対に反対である。この案は、風邪や頭痛、腹痛などの軽い病気は医者に行かずにドラッグストアで買って治せといわんばかりである。もともとドラッグストアで買う市販の風邪薬にも、パッケージには医師の診断をうけて相談して服用するように書いてある。薬というものは本来医師が診断して処方すべきもの。患者サイドが要求してそのまま医者が薬を出すということは考えられない。行政刷新会議のやり方は非常に荒っぽいやり方であり、本格的な議論をすべきもの。この方向には納得できない。薬関係については、従前通りやっていただきたい。

・患者負担を強いるもので反対である。現在は景気も厳しく、受診抑制もある中で、負担の増大には反対。日本の自己負担はすでに諸外国と比較してもかなり高いというデータがあり、この状況で保険を外すと、負担が高くなり受診抑制に繋がる。薬については、副作用の面でも保険から外すことには問題がある。また、保険外になると薬価収載のインセンティブを削ぐものとなり、医薬品の価格が自由に決められるようになり、高所得者しか薬が買えなくなる。

・資料に、「製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇する」とあるが、薬価収載に載せるインセンティブが働かなくなり、メーカーが自由に価格を決めることになり、国民に一定の価格で医薬品を提供できないことがおこってくることも考えられるので、大きな問題として捉える必要。

・薬剤師は薬局で市販薬を売って儲かるから賛成なのではないかと思われると困るので言うておくが、反対である。我々がこの部会で発言したことというのは、今後こういった形で行政刷新会議に伝わるのか確認したい。

・論点はいずれももっともなものだと思う。この理屈だと、入院中の患者が湿布が必要なとき、医師が書いた処方箋をもらって買いに行かないといけなくなる。これは混合診療の議論にも再び火をつけることになる。また、アスピリンという薬があるが、これもいろんな使い方するが、医療の現場でのいろんな使い方と、市販薬で使われる場合のいろんな使い方とは違う。負担増は問題だが、現場での対応を考えると、市販類似薬を一律に外すことは大変問題が大きい。

・事業仕分けでは、漢方薬に特定した市販類似薬の議論が行われたのか。市販品類似薬が効くためには、全国民が同じ体重で、同じタイプでないといけないと思うが、通常はドクターが患者さんごとに体重を量ったり、体調などを管理して、ミリグラム単位で処方すると思うが、そのあたりについて反論はしなかったのか。

・事業仕分けは、うがいとか湿布薬があがっているということは、不要不急の薬が保険から出ているのを抑えて全体として保険給付費を抑えたいという趣旨かと思うが、そのために本来必要とされている人にまでネガティブな影響があると思うので、どの薬にしても問題が多いと思う。

医療費の適正化対策等の取組みについて

平成22年12月2日

厚生労働省保険局総務課

医療費の適正化等に関連した主な取り組み方針

1. 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」(平成19年5月)(主な取組)

- ・ 後発医薬品の使用促進

平成24年度までにシェア（数量ベース）を16.8%から30%（倍増）以上にする。

- ・ 診療報酬の包括払いの促進

平成24年度までにDPC支払対象病院数360（平成18年度）を当面1,000（3倍増）にする。

- ・ IT化の推進

レセプトのオンライン化の促進。

2. その他の主な指摘

○行政刷新会議「事業仕分け」(平成21年11月)

- ・ レセプト審査の適正化対策(審査率と手数料を連動すべき)
- ・ 柔道整復師の3部位請求に対する給付見直し

○行政事業レビュー(平成22年5月)

- ・ 柔道整復師への指導・監査(査定基準の明確化等)
- ・ 保険者等の医療費適正化の取組(レセプト点検の重点化、医療費通知の100%実施、後発医薬品の更なる使用促進、適正受診の普及啓発、資格再確認)

後発医薬品の使用促進のこれまでの主な取組み

- 平成18年3月
 - ・「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」(医政局長通知) 関係団体等に対して、安定供給や規格の統一について周知依頼。

- 平成18年度
 - ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更可」欄を設ける。)

- 平成19年9月
 - ・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定。国による後発医薬品メーカーへの安定供給についての指導や品質に関する試験検査の実施・結果の公表など。

- 平成20年度
 - ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更不可」欄に変更。)
 - ・後発医薬品調剤体制加算
 - 直近3ヶ月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上である場合に、処方せんの受付1回につき4点の加算。
 - ・療担規則に保険医及び保険薬剤師に対する使用・調剤の努力義務等を規定。

- 平成22年度
 - ・後発医薬品調剤体制加算の見直し
 - 処方せん毎ではなく、数量ベースでの後発医薬品の使用割合に応じて加算。
 - ・薬局での後発医薬品への変更調剤の環境整備(含量違いの後発品等に変更可)
 - ・療担規則に保険医に対して患者の意向確認などの対応の努力義務を追加。

DPC制度の推進

- 平成22年度におけるDPC対象病院数は、1,391病院(22年7月1日見込み)。病床数では約46万床となり、一般病床(約90万床)の半数以上となっている。
- 平成15年度からDPCに参加した各病院において、平均在院日数は減少傾向となっており、減少要因は、患者構成の変化ではなく、主に診断群分類毎の在院日数の減少によるものと考えられる。「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」最終報告(平成22年6月)

○DPC対象病院の推移

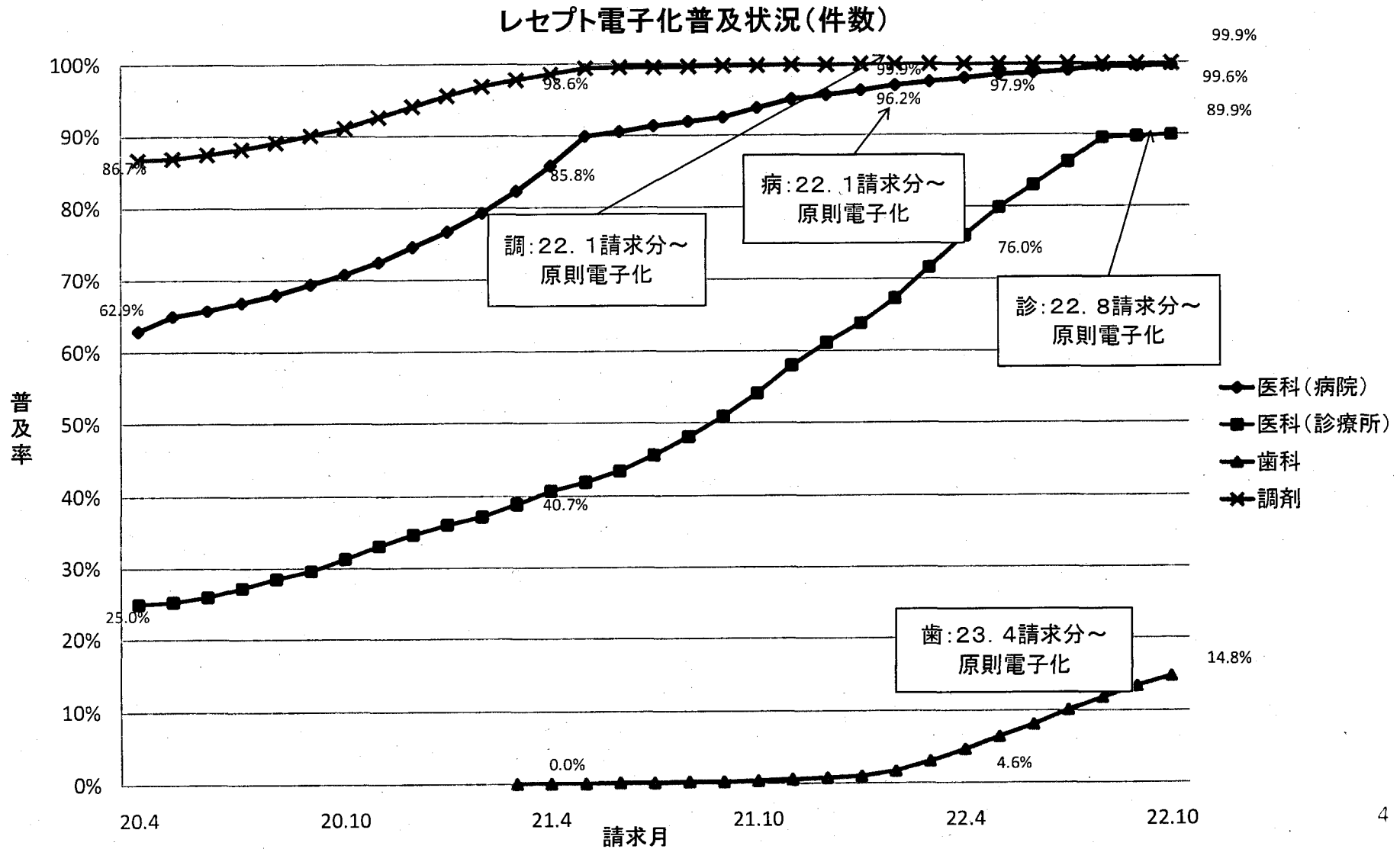
病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	1	13	14	15	7	94	144
平成18年度DPC対象病院	5	30	47	71	44	162	359
平成20年度DPC対象病院	39	103	134	134	88	217	715
平成21年度DPC対象病院	133	254	261	227	137	269	1,281
平成22年度DPC対象病院	154	288	284	244	146	275	1,391
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	3,279	2,335	795	585	294	426	7,714

○DPC対象病院の病床数推移

病院類型	100床未満	100床以上	200床以上	300床以上	400床以上	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,983	66,983
平成16年度DPC対象病院	74	2,024	3,596	5,107	3,081	76,099	89,981
平成18年度DPC対象病院	326	4,676	11,839	24,268	19,466	116,613	177,188
平成20年度DPC対象病院	2,806	15,821	32,803	45,876	38,892	151,377	287,575
平成21年度DPC対象病院	9,206	38,442	64,160	77,574	60,534	183,330	433,246
平成22年度DPC対象病院	10,384	43,196	69,745	83,781	54,474	187,127	458,707
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	119,939	190,638	113,436	141,738	100,976	242,710	909,437

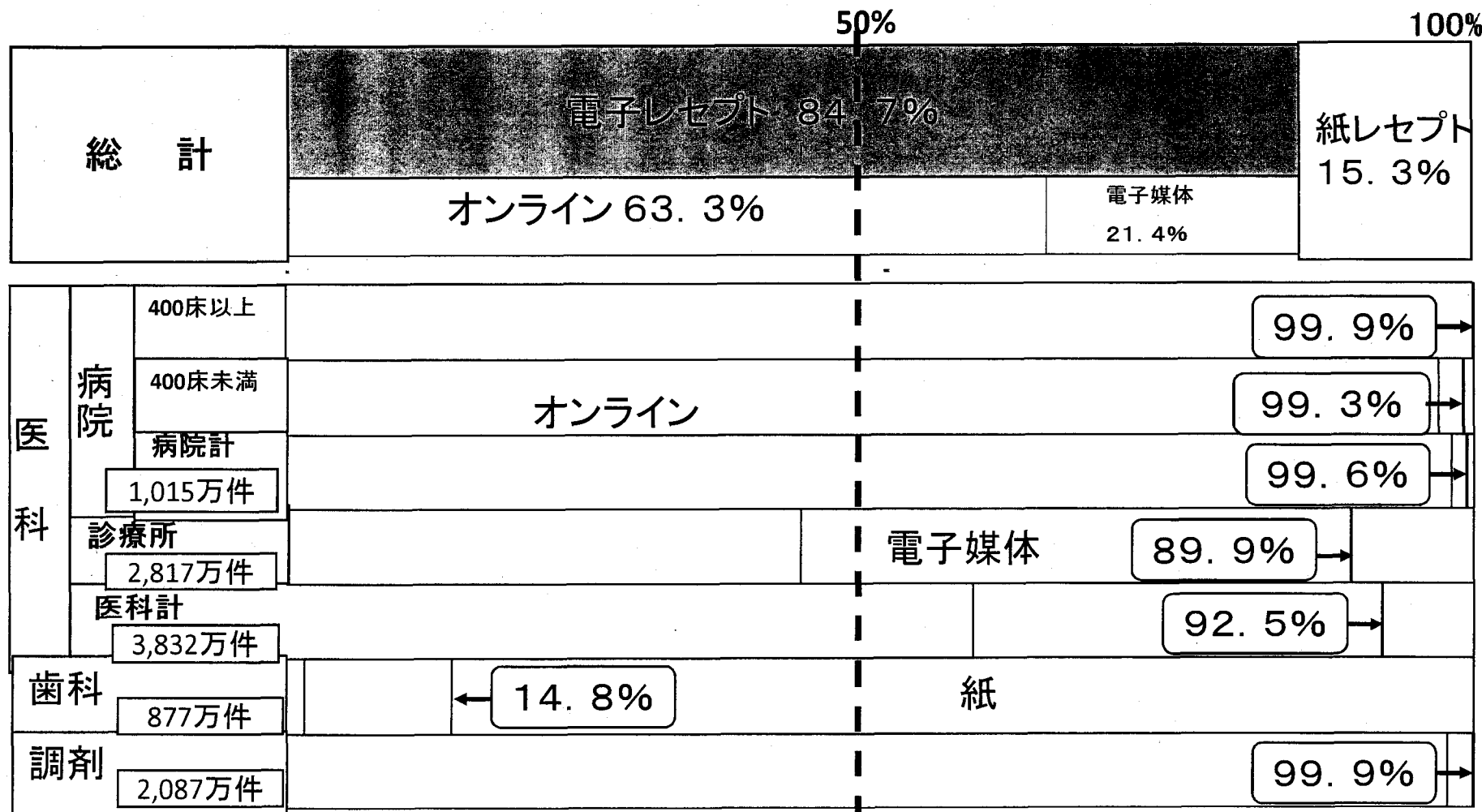
レセプト電子化の取組み

○ レセプトの電子化(オンライン又は電子媒体による請求)の取組みについては、平成22年度10月請求分で84.7%(件数ベース)となっている。



電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成22年10月請求分】

普及率



(参考)事務費単価の推移(支払基金)

○ 支払基金において、紙レセプトの審査支払分と比して、レセプトの電子媒体による請求について6円(114円20銭→108円20銭)、オンラインによる請求について10円20銭(114円20銭→104円)の事務費単価引き下げを行っている。

○ さらに、「支払基金サービス向上計画(案)」(22年9月)に基づき、電子化等を踏まえた業務の集約化、職員定員の削減、給与水準の見直し等のコスト削減によって、27年度の平均手数料を80.0円まで引き下げる予定(22年度の平均手数料90.24円と比較して11.3%減)。

社会保険診療報酬支払基金事務費単価の推移

区分	年度	14	15	16	17	18	19	20	21	22
事務費単価	審査支払分	116円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	—	113円20銭	112円20銭	110円20銭	108円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	—	112円00銭	108円50銭	104円00銭
	調剤分	59円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	—	56円20銭	55円20銭	53円20銭	51円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	—	55円00銭	51円50銭	47円00銭
(税込)	審査のみ分	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭

(注)平成19年度に事務費単価の設定を行った「電子請求促進分」(電子媒体およびオンラインによる請求)について、平成20年度より「電子媒体請求促進分」および「オンライン請求促進分」へ設定の見直しを行った。

柔道整復療養費等の見直し

○平成21年11月 行政刷新会議の指摘

- ・ 柔道整復療養費は国民医療費の伸びを上回る勢いで増加。
- ・ 部位別請求の地域差が大きい。→ 多部位請求の適正化など給付の適正化が必要。

○平成22年療養費改定における対応(±0%、医科外来の改定率0.31%)

① 多部位請求の適正化

4部位目の給付率の見直し(33%→0%)

3部位目の給付率の見直し(80%→70%)

② その他の適正化事項

- ・ 領収書の無料発行を義務付け
- ・ 明細書については希望する者に発行を義務付け
- ・ 骨折・脱臼の医師の同意を施術録のみならずレセプトにも記載。
- ・ レセプトに施術日を記載。
- ・ 不正等があった場合に施術所の管理者だけでなく開設者の責任も問えるようにする。

(参考) 柔道整復に係る療養費の推移

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
柔道整復療養費	2,887億円	2,999億円	3,098億円	3,212億円	3,377億円

(参考)平成21年度決算検査報告(抜粋)

(22年11月5日)

柔道整復師の施術に係る療養費の支給について(厚生労働大臣あて)

(中略)

3 本院が表示する意見

厚生労働省において、柔道整復療養費の支給を適正なものとするよう、次のとおり意見を表示する。

- ア 柔道整復療養費の支給対象となる負傷の範囲を例示するなどして、算定基準等がより明確になるよう検討を行うとともに、長期又は頻度が高い施術が必要な場合には、例えば、申請書にその理由を記載させるなどの方策を執ること
- イ 保険者等及び柔整審査会に対して、点検及び審査に関する指針等を示すなどして、施術が療養上必要な範囲及び限度で行われているかに重点を置いた点検及び審査を行うよう指導するなどして体制を強化すること
- ウ 保険者等に対して、内科的原因による疾患並びに単なる肩こり及び筋肉疲労に対する施術は柔道整復療養費の支給対象外であることを被保険者等に周知徹底するよう指導すること

平成23年度予算に向けた取組み

平成23年度以降、主に以下のような保険給付の適正化に向けた取組みを予定。

後発医薬品の更なる使用促進

- 後発医薬品の切り替えた場合の差額通知等、保険者における取組みを踏まえ更なる使用促進のための施策を講じる。

電子化に伴うレセプト点検による適正化

- 23年度より、国保連及び支払基金においてレセプトの縦覧・突合審査が行われることとなっており、これにより更なるレセプト点検による保険給付の適正化を図る。

柔道整復師に係る療養費の適正化

- 行政刷新会議や会計検査院の指摘も踏まえ、例えば患者への医療費通知・負傷部位や原因の調査など、療養費の給付適正化に係る施策を講じる。

保険者による更なる適正化の取組

- 現在、一部の保険者において行っている取組みについて、他の保険者においても実施を進め、更なる保険給付の適正化を図る。

例)レセプトデータの活用、後発医薬品希望カード・差額通知、医療費通知、被扶養者の資格確認、適正受診の勧奨など。

保険者の取組(広島県呉市の事例)

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から22年3月までの対象者の6割超が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成21年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:23件 診療費削減額:432,229円 最大89,220円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:80人 診療費削減1,906,642円 最大 受診日数30日/月 → 15日/月
80,550円/人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)

保険者の取組(協会けんぽの事例)

保険者機能強化アクションプラン

制定：平成20年12月
改定：平成22年5月

協会は、保険者として健康保険事業を行い、加入者の健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者等の利益の実現を図ることを基本使命としている。協会がこのような保険者としての機能を強化し、その機能を十分に発揮していくため、次のような取組みを実施する。また、今後、これらの実施状況等も踏まえ、必要な取組みの拡充・追加を行い、さらに保険者機能の強化を図る。

1. 地域の医療費等分析の推進

- 各都道府県の医療費、健診及び保健指導の結果の状況を集計・分析し、都道府県ごとにレーダーチャート等を作成し、加入者等に情報提供を行い、支部における活用を進める。
- 医療の質やコスト等に関するデータの収集やデータベースの充実を図るとともに、さらに詳細な情報が提供できるよう、情報収集・分析の手法に関して検討を進める。

2. ジェネリック医薬品の使用促進

- 22年度診療報酬改定によるジェネリック医薬品の選択をより容易にする仕組みの導入を踏まえつつ、加入者の視点から、ジェネリック医薬品の使用を促進するための各般の方策を進める。
- 特に、生活習慣病に重点を置き、ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担額の削減効果等を通知するサービスの全国展開の定着を図るとともに、その効果を踏まえつつ、より効率的な通知のあり方について検討していく。

3. 保健指導の効果的な推進

○特定保健指導について、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を評価、検証し、効果的な保健指導を実施する。

○レセプトデータと健診データ、保健指導データの分析結果を活用し、保健指導をはじめとした生活習慣病予防対策の効果的な実施に取り組む。

4. 関係方面への積極的な発信

○保険者間の連携のもと、医療費や健診データ等の分析結果も活かし、中央社会保険医療協議会をはじめ関係方面に対して、加入者・事業主の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信していく。

○支部から都道府県医療政策部局などの関係方面に対して、意見を積極的に発信していく。

5. 調査研究の推進

○医療や保健事業に対する様々な加入者のニーズ等の収集・分析を進める。

○22年度においては、保険者機能の強化のための基盤の整備を図るため、有識者に参画を求め、次期の医療・介護の報酬改定に向けた調査研究を行うとともに、医療費適正化や医療の質の確保及び医療費データ等の分析などにおける保険者の役割や推進方策等に関して引き続き調査研究を実施する。

○これらの成果を踏まえ、具体的な取組みに活かしていく。

6. 医療の利用に関する情報の提供

○希望者に対するインターネットを通じた医療費通知サービスについて、個人情報保護等に留意して実施する。

○加入者に対し、医療サービスや医療機関を適切に利用するための情報提供や啓発に努める。

7. 加入者や事業主への広報

○リーフレットなど紙媒体による広報を継続しつつ、ホームページ、メールマガジンなどのITを活用するとともに、地元メディアにおける発信力を強化して、より効率的に加入者や事業主に対する広報を進める。

○モニターや加入者アンケート、対話集会の開催等を通じて加入者や事業主の声を直接聞く取組みを進める。

○各保険者における医療費適正化事業に係る経費等について(平成21年度実績見込)

(単位:億円)

	全国健康保険協会		健康保険組合 (20年度実績)		市町村国保			国保組合		広域連合 (後期高齢者)			合計 (注)3		
	事業費①	国庫補助額②	事業費①	国庫補助額②	事業費①	国庫補助額②	その他 財源③	事業費①	国庫補助額②	事業費①	国庫補助額②	その他 財源③	事業費①	国庫補助額②	その他 財源③
レセプト点検関係	55.9	-	(注)4 約400	4.0	(注)1	-	都道府県 35.5	9.5	6.6	(注)2	-	地財 13.9	(65.4)	(6.6)	49.4
後発医薬品の促進 (希望カード)	0.5	0.5			1.8	1.6	-	0.2	0.2	2.3	0.8	-	(4.8)	(3.1)	-
後発医薬品の促進 (差額通知)	5.6	-			0.7	0.6	-	-	-	-	-	-	(6.3)	(0.6)	-
医療費通知関係	7.5	-			(注)1	-	都道府県 30.7	2.8	2.8	(注)2	-	地財 20.7	(10.3)	(2.8)	51.4
被扶養者資格の 再確認関係	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.5	-	-
(注)5 特定健康診査・ 特定保健指導	81.6	23.5	344.7	18.2	371.5	123.8	都道府県 123.8	22.7	7.6	184.9	39.1	地財 35.2	1,005.4	212.2	159.0
合計	152.6	24.0	744.7	22.2	374.0	126.0	190.0	35.2	17.2	187.2	39.9	69.8	1,493.7	229.3	259.8

(注)1. 市町村国保におけるレセプト点検及び医療費通知にかかる事業については、全て都道府県調整交付金の事業であることから、国庫補助は入っておらず、事業費の総額は把握できていない。(表中の(注)1の額については20実績)

2. 広域連合(後期高齢者)におけるレセプト点検及び医療費通知にかかる事業については、全て地方財政措置により行われていることから、国庫補助は入っておらず、事業費の総額は把握できていない。

3. レセプト点検関係、後発医薬品の促進(希望カード)、後発医薬品の促進(差額通知)及び医療費通知関係の合計欄の()書きについては、健康保険組合の内訳が把握できていないことから、当該額については加算していない。

4. 健康保険組合の事業費については、平成20年度健康保険組合決算概要表の疾病予防費及び保健指導宣伝費から推計した額(約400億円)を計上。

5. 「特定健康診査・特定保健指導」は、40歳以上75歳未満の者を対象に、生活習慣病の予防を目的として行われるもの(実施義務)であり、後期高齢者医療制度の「健康診査」は、生活習慣病の早期発見・早期治療を目的として、特定健康診査の検査項目に準じて実施するもの(努力義務)。また、当該健康経費の他に、各保険者においては、特定健康診査・特定保健指導の対象者以外(40歳未満)の人間ドック等の補助事業を別途実施している。

(参考資料)

医療・介護サービスの質の向上・効率化プログラム

(平成19年5月経済財政諮問会議提出資料)

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて

策定趣旨・目標期間

必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間

具体的取組の概要

取組	主な目標・指標	政策手段
(1) 予防重視の観点		
1. 生活習慣病対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> 平成27年度までに、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群を平成20年度比で25%以上減少(平成24年度までに10%以上減少) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新健康フロンティア戦略に沿って、各界各層を巻き込み、国民運動を展開 ○ 平成20年度から、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導を推進
2. 介護予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> 平成17年から平成26年までの10年間で、要介護者を「7人に1人」から「10人に1人」に 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者に対する予防給付や特定高齢者(要支援になるおそれのある人)の判断基準の見直しによる介護予防事業の推進
(2) サービスの質向上・効率化の観点		
3. 平均在院日数の短縮	<ul style="list-style-type: none"> 平成27年度までに、平均在院日数について、全国平均と最短の県の差を半分に(平成24年度までに差を3分の1短縮) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成20年度から、国・都道府県において、平均在院日数の短縮等に係る目標を掲げた医療費適正化計画(5カ年計画)を策定
4. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年度までに、全都道府県において、新たな医療計画を策定、主要な疾病ごとに急性期、回復期から在宅療養までの一貫した医療連携体制を明示 平成20年度までに、全都道府県において、地域ケア体制整備構想を策定、地域ケア体制の将来像を明記 	<ul style="list-style-type: none"> ○ いわゆるターミナルケアを含め、自宅、ケアハウス、有料老人ホーム等の在宅で療養を望む人の希望に応える体制づくり ○ 地域における高齢者の生活の継続を支援するため在宅生活への移行や在宅ケアの充実 ○ 在宅医療・在宅介護の推進につき住宅政策と連携
5. 往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視、診療所と病院の役割の明確化	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年度中に、総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討 平成20年度中に、地域連携クリティカルパス(31都道府県で実施〔平成18年度〕)の全国実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開業医の役割として往診・訪問診療、休日・時間外診療を重視、地域の医療機関の機能分化と連携
6. EBM(Evidence-based-Medicine: 根拠に基づく医療)の推進、医療の標準化	<ul style="list-style-type: none"> EBMに基づき <ol style="list-style-type: none"> 平成21年度までに総合的な初期診療のガイドラインの作成 平成24年度までに診療ガイドラインの診療現場への普及を一層促進するための方策を確立 	<ul style="list-style-type: none"> ○ EBMの一層の理解・定着の促進、効率化や医療安全の確保のための医療の標準化の検討

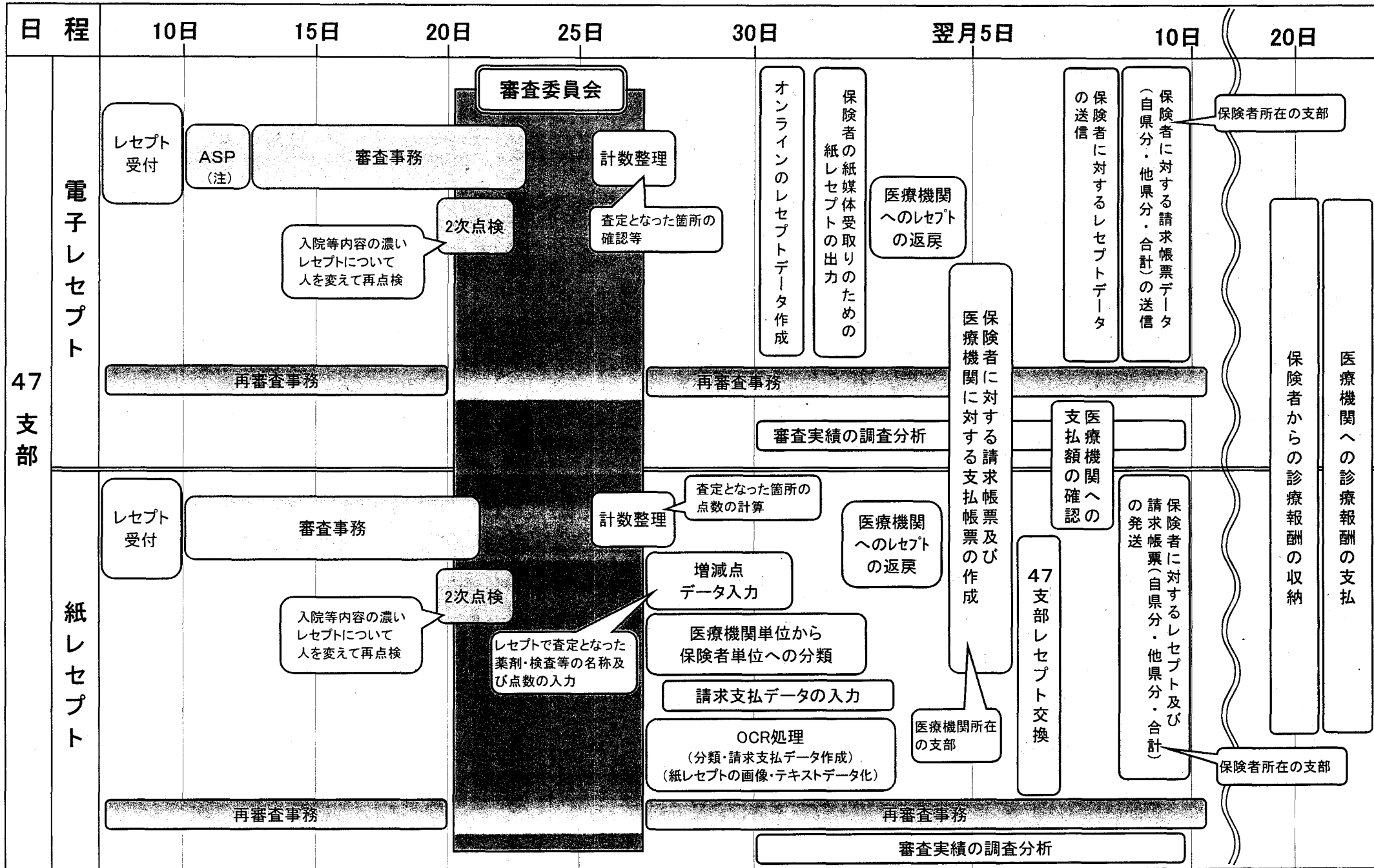
取組	主な目標・指標	政策手段
(2)サービスの質向上・効率化の観点		
7. 重複、不要検査の是正や健診の標準化	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年度までに、検査項目毎の検査測定値等の標準化(例えば血液検査) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関における検査や健診の標準化・精度管理の推進、IT化等を通じた医療機関の連携等による重複検査の排除の推進、診療報酬の包括化等
8. 後発医薬品の使用促進	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度までに、後発医薬品のシェア(数量ベースで16.8%〔平成16年度〕)を30%(現状から倍増)以上に 	<ul style="list-style-type: none"> 情報提供・安定供給についての後発医薬品メーカーに対する指導の徹底、国民や医療関係者に対する先発医薬品との同等性等についての情報提供・啓発等 処方せん様式の変更の効果の検証結果を踏まえた使用促進のための効果的な措置の検討
9. 不正な保険医療機関、介護サービス事業者等への指導・監査の強化	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の包括化の普及に伴い保険医療機関等の指導・監査を更に強化(個別指導の数を毎年8,000箇所を目指す) 平成19年度中に広域で事業展開する指定訪問介護事業所の監査を実施し、平成24年度までに営利法人の全ての介護サービス事業所に対し指導監査を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 更なる指導・監査の強化を図るとともに、不正な診療を行う保険医療機関等に対して厳正に対処 法令に違反する介護サービス事業者を始めとして全ての事業者に法令遵守を徹底
10. 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年中に、医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直しについて、一定の結論を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の業務負担の軽減等の観点から、医療従事者等の業務範囲・役割分担の見直しを順次実施
(3)診療報酬体系等の見直し		
11. 診療報酬・薬価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 平成18年度診療報酬改定の結果検証等を踏まえ、平成20年度に、次期改定を実施 	<ul style="list-style-type: none"> PDCAサイクルを通じた診療報酬改定(薬価・医療材料を含む。)の適切な実施
12. 診療報酬の包括払いの促進	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度までに、病院の機能分化を推進する中で、DPC支払い対象病院数360(平成18年度)を当面1000(現状から3倍増)に 	<ul style="list-style-type: none"> DPC(急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度)制度の精緻化や対象病院の着実な拡大 診療報酬の包括化対象の拡大
13. 後期高齢者の心身の特性に応じた診療報酬の創設	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年度に、後期高齢者の診療報酬を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者医療の現状等を踏まえ、必要かつ適切な医療の確保を前提とした後期高齢者の心身の特性にふさわしい診療報酬体系の確立
14. 介護報酬の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年に、介護事業経営実態調査を実施し、その結果等を踏まえ、平成21年度に、次期改定を実施 	<ul style="list-style-type: none"> PDCAサイクルを通じた介護報酬改定の適切な実施

取 組	主な目標・指標	政策手段
(4)国民の利便性向上の観点		
15.健康情報の効率的な利活用等のためのIT化の推進	・平成22年4月までに、8割以上、平成23年4月までに、原則全てのレセプトをオンライン化	○「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」(平成19年3月27日厚生労働省)の着実な実施
16.健康ITカード(仮称)の導入に向けた検討	・平成19年中を目途に、健康ITカード(仮称)の導入に向けた結論	○平成19年中を目途に、社会保障全体を視野に入れたシステムの基本構想づくり・個人情報の保護・費用対効果等について検討
(5)国民の安全・安心を支える良質かつ適正なサービスの確保の観点		
17. 医師確保対策など地域医療提供体制の整備	・平成20年度までに、全都道府県の医療計画において、主要な4疾病・5事業について、医療機能に着目した診療実施施設を各医療圏域ごとに明示	○産科・小児科といった診療科や地域による医師の偏在に対する拠点病院づくり等、各般の医師確保対策の着実かつきめ細やかな推進 ○医療計画を通じた医療連携体制の構築
18. 患者に対する医療情報の提供の推進	・平成20年度中に、全都道府県において、医療の実績、結果に関する事項を含めてインターネット等による情報提供を実施	○広告規制の見直し、都道府県による医療機関の医療機能に関するインターネット等による分かりやすい情報提供
19. 医療・介護の安全体制の確保	・平成19年度中に、死因究明制度等について有識者による検討会の議論を踏まえ結論	○医療従事者や介護専門職の資質の向上・役割分担の在り方の検討、診療に係る死因究明制度等の検討などによる、医療・介護の安全体制の確保
20. 公立病院等の果たすべき役割を踏まえた重点化、効率化	・平成20年度までに、全都道府県において、拠点病院と地域の医療機関の医療機能の分化・連携への取組を含む、新たな医療計画を策定	○新たな医療計画制度を通じ、公立病院等が果たしてきた役割を踏まえた、拠点病院と地域の医療機関の医療機能の分化・連携

フォローアップ

各取組の着実な実施を図る観点から、社会保障審議会等の場において、プログラムの実施状況について、PDCAの下に必要な検証を行い、必要に応じ政策手段の見直しを行う。

支 払 基 金 に お け る 審 査 及 び 請 求 支 払 に 係 る 業 務 フ ロ ー (現 行)



(注)オンラインで請求されたレセプトは、ASP(=Application Service Provider)を通じて、記載もれ等を点検している。

救急医療用ヘリコプター費用の医療保険上の取扱いについて

○運行費用に対する整理事項

①ドクターヘリが必要とされている救急搬送や僻地医療は、地域の医療提供体制の整備の範疇であることとの関係をどのように考えるか。

非都市部の市町レベルでは、医師確保や医療機関の整備など自前で行うことが困難であるため、救急医療体制は広域で整備する必要がある。そのためには、適切な治療を行うことができる医療機関に短時間で搬送できる体制と、ドクターヘリやドクターカーを使って医師・看護師を救急現場に投入することで補完が可能となります。つまり、県や道州制などの広域での整備することでより有効活用ができると考えます。

②移送費は、患者の自己負担が発生していることを前提に、保険給付として被保険者に支給されるもの。医療機関や運行会社等の実施期間に支払われるものではない点をどのように考えるか。

移送費としての考え方は、転院搬送のときにのみ当てはまるため、ドクターヘリの運航費用としては合わないと思います。

③ドクターヘリによる救急搬送が有効な地域と救急用自動車による搬送が有効な地域であることや、ドクターヘリに代えて防災ヘリを活用して救急搬送を行っている地域もある中で、地域によって対象を区別しない保険給付の平等性との関係をどのように考えるのか。

救急車が有効な距離であっても、救出時間がかかる場合などはドクターヘリの適応になります。考え方として、ドクターヘリの医師看護師が接触するのが早いか、医療機関の医師引き渡しが早いかになりますので、一概に距離だけの判断にはなりません。防災ヘリのドクターヘリ的運用の場合、ドクターヘリと比べ、要請から離陸までのレスポンスタイムが長くなりますので、救急車と同じような反応とは言えません。（レスポンスタイム：要請があって医師看護師が搭乗して離陸するまでの時間）

従来、医療機関が消防本部からの依頼で救急現場に同乗する医師派遣要請や転院搬送に伴う医師同乗とは、一線を画す内容と考えます。

従って、ドクターヘリによる活動は、傷病者の生命を維持するために現場にて医療活動を行うことですから、この運営に関わる費用を公的な資金(税金や診療報酬など)で運営される必要があると考えます。

④厳しい医療保険財政において、運行費用を対象とすることによる保険料負担増をどのように考えるのか。

ドクターヘリによる運航経費の負担増は確かにあるが、ドクターヘリが関わることにより医療費が軽減できることも報告されている。

ドクターヘリと救急車の両方競合的に利用されている地域の患者を選定し（ドクターヘリ二十六人、救急車四十四人）、それらの者を、年齢、性別、外傷重症度を表す Injury Severity Score (ISS) 等でそろえて比較したところ、ドクターヘリ搬送患者のほうが、入院日数で十七日短く、入院保険点数で十一万点低いという結果が得られた。

更に、平成 15 年の厚生労働科学研究にて、ドクターヘリ運航している 7 施設で取り扱った救急患者について、ドクターヘリ運航による実転帰とその患者を救急車搬送した場合の推定転帰を比較した研究があり、死亡が 27%、重症後遺症が 45%削減されており、前述の入院保険点数の低減と合わせると、最終的に保険者が支払う費用を低減させることができると考えます。

*添付 スライド資料に概要記載。

ドクターヘリの役割と防災ヘリの役割の相違について

ドクターヘリは、搬送を行うことが目的ではなく、救急現場にて迅速な初期治療と適切な医療機関に短時間で搬送することが任務になります。

ドクターヘリの場合、現場で医療機関での治療と同じ医療行為を行いますので、今回のような場合はある一定時間蘇生治療を行っても反応がない場合には、ドクターヘリで搬送するより近くの医療機関で対応頂くという医学的な判断を行っています。実際、医学的適応からドクターヘリに収容して蘇生治療を行いながら搬送することも行っています。

ドクターヘリの中で蘇生はできないというのでは、医学的適応から外れる場合はドクターヘリでの搬送を行わないです。

次に、内部のスペースの問題は、ドクターヘリは迅速に対応できるように最小限の大きさの機体を使用しています。そのため、救助も任務とする防災ヘリとは機体の大きさや内部のスペースには違いがあります。

ドクターヘリの特徴は、機内は狭いですが、現場から医療を開始しヘリ機内でも集中治療を継続できるというメリットがあります。

防災ヘリの場合、機内のスペースはありますが、医師看護師は同乗していませんし、医療機器に関してはほとんど搭載されていない状況です。

内部スペースだけの問題ではありませんので、ご確認ください。

添付資料

ドクターヘリの医療費削減効果に関する研究

研究対象：日本医大千葉北総病院が取り扱った交通事故のうち、救急車とヘリいずれでも搬送が可能である地域で発生した事故の患者（2003年1月から2006年3月までの間）

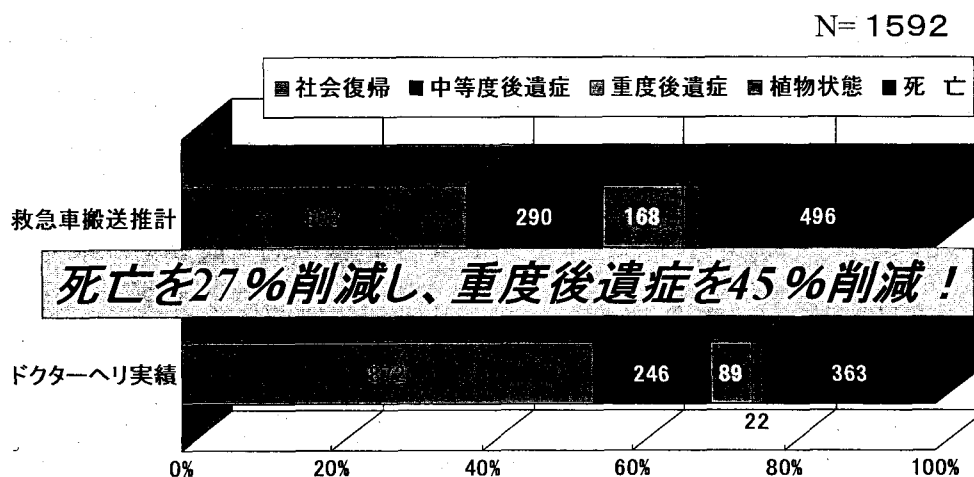
研究方法：上記患者をドクターヘリ搬送患者（26人）と救急車搬送患者（44人）に分け、それらの患者の間で、性別、年齢、現場血圧、現場呼吸数、ISS、JCS等の背景要因をそろえた上、入院日数、入院点数の比較を行った。

研究者：東大医科研 山口拓洋 客員准教授（臨床試験データ管理学）
日本医科大 千葉北総病院 益子邦洋 教授

評価項目	ドクターヘリ	救急車	差
入院日数	21.8	38.5	-16.7
入院点数	132595	245554	-112959

ドクターヘリの医療効果

—ドクターヘリ運航7病院の2003年実績—



厚生労働科学研究「ドクターヘリの実態と評価に関する研究」班

HOSPITAL VIEW

ホスピタル ビュー | 2010.10 | Vol.6

救急専用の機器等を装備したヘリコプターに救急医や看護師が乗り込み、現場へと急行するドクターヘリ。搬送時間の短縮だけではなく、現場到着時から病院搬送までの間にも継続的な救急医療を行えることにより、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果があるとされています。

日本では2001年に厚生労働省による導入促進事業が開始され、2010年7月現在の配備状況は19道府県23カ所にとどまっていますが、法整備も進み中、各地域での配備や計画のペースも徐々に早まっており、今後のさらなる普及に期待が寄せられています。

今回は、2006年にドクターヘリを導入した長崎県の運営について、基地病院である国立病院機構 長崎医療センターの救命救急センター長 高山隼人先生にお話を伺いました。

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
救命救急センター長 救急科部長 高山隼人 先生

現場からの治療開始で予後改善に大きな成果 救急医療の質を高めるドクターヘリ

長崎県では早くから厚生労働省にドクターヘリ(以下DH)導入の働きかけを行っていましたが、県で唯一の救命救急センターである当院が国立のため、国の補助制度の対象とならず進展しませんでした。しかし関係者の尽力もあって、2006年6月、日本で初めて、県を実施主体とするDH導入が認められたのです。

DH導入の必要性については、「長崎は離島が多いからですね」とよく言われますが、実際はそうではありません。多くの場合は離島内での初期対応が可能で、実際、高次医療のための施設間搬送を除くと、離島へのDH出勤は、年に数回にとどまっています。

実は長崎県でDHによる搬送が必要だと考えられていたのは、本土地区でした。市街地では、渋滞が多いだけでなく路面電車が走っている地域もあり、救急車搬送に時間を要してしまうことが多々あったのです。救急医療では「15分以内の早期の治療開始が有効」ですが、こ

のような地域こそDH導入により、早期治療の開始、搬送時間の短縮などが期待されていました。

このように、DHは、離島や過疎地、積雪地といった特殊な環境だけで必要なものではなく、日本のあらゆる地域で救急医療に貢献できるものだと思います。



独立行政法人 国立病院機構 長崎医療センター
所在地/長崎県長崎市
病床数/643床(救命救急センターを含む)

表1●長崎県のドクターヘリ要請基準

1. 生命の危機が疑われる時(意識の異常、呼吸の異常、循環の異常(冷感、冷汗)、胸痛や麻痺)
2. 重症患者で搬送に長時間要すると予想される時
3. 特殊救急患者(重症熱傷、多発外傷、四肢切断等)で搬送時間の短縮が必要とされる時
4. 救急現場で緊急診断処置に医師を必要とする時



年間の運行費用は約2億円かかり、従来は国と県が折半していたが、昨年度から補助制度が変わって県の負担は実質4分の1となった。導入以来、日本でDHによる事故は皆無。長崎医療センターでの1回のフライトにかかる時間は平均約70分。1日に6回出動した日もあるという。

「迷ったときには呼ぶ」 早期出動要請がDHの要

長崎県では、DHの要請には4つの基準があります(表1)。また、要請方法には、①消防への通報段階、②救急隊の出動途上の段階、③救急隊が接触した段階、④病院間搬送——があり、④を除くと、消防や救急隊が要請することが原則となります。

①の段階での要請が最も早期で有効ですが、まだ要請経験も少ない導入当初は、通報内容から要請するか否かの判断するのは難しかったため、どうしても現場到着後に救急隊が要請することが多くなり、要請件数もなかなか増えませんでした。

そこで、各地の消防本部を回り、救急隊員や最初に通報を受ける指令課の方々を対象に講習会を行い、要請が有効なケースについて地道に理解を促しました。

そのような場で、私たちが基本的な姿勢としてお願いしてきたのは「迷ったときには呼ぶ」ということです。現場では、状態をより深刻に過大評価してしまう「オーバートリアージ」と、過少に評価してしまう「アンダートリアージ」がありますが、重要なのはアンダートリアージを減らすことです。迷ってしまう状況であれば、過大評価を恐れずに要請する方がアンダートリアージの回避なることを理解してもらいました。

また、講習だけではなく、救急隊員や指令課の方々が勉強や経験を積み重ね、より適切な判断ができるようになるにつれて、少しずつDHが要請されるケースが増えていきました(図1)。現在では、年間出動回数は400件以上、オーバートリアージはそのうち2割もなく、着実に判断の質は向上していると思います。

現在でも2カ月に1回、「ドクターヘリ症例検討会」で、事例の検討や意見交換などを継続的に行って、知識の向上に努めています。

DHの役割は地域支援 医療機関と住民の理解が基本

他院との役割分担や関係づくりも、DH運営のポイントとなります。どの医療圏でも、例えば「どのような患者が」「どの病院で受け入れ可能か」といった救急医療での役割分担はある程度できているものです。DHはその圏域を飛び越えて患者搬送ができるわけですが、本来の目的は地域医療を支援することであり、既存の救急体制を壊しては支援とは言えません。そこで、地域ごとの役割分担を調べ、それに沿って搬送することを基本ルールとしました。現状で、DH搬送患者のうち、当院に搬送する割合は半数程度です。年に1回、地域医師会にも搬送状況をフィードバックしており、DHに対する理解も高まっていると思います。

一方、私たちから地域の病院にお願いしたのは「DHの電話窓口を一本化し、通常の救急の扱いとは分けて欲しい」ということです。電話交換手に状況を説明して医師につないでもらい、また説明を繰り返しては時間が足りません。DHの場合は、余分な説明が不要で担当医師につながるようにしてもらいました。

また、ヘリの運航では、騒音や離着陸時の大量の砂埃が近隣住民にご迷惑をおかけし、実際に苦情も入ります。ですから、騒音への理解のために、毎年1回は病院周囲の町内会に県の担当者や私が出向き、「皆様のご協力でこれだけの患者さんを救うことができました」と成果を報告し、住民の理解を得るように努めています。

DHは地域のために導入されるものです。地域医療機関や住民の声に十分に配慮しなければ、本来の役割を果たすことはできないのです。

図1 ● 長崎医療センタードクターヘリの出動件数の推移

2006年の導入から着実に出動件数が増えていることがわかる。

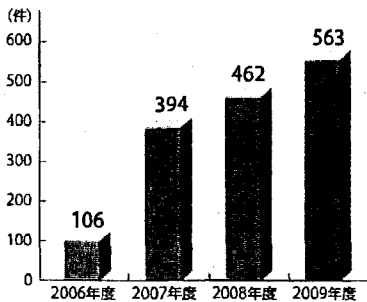


表2 ● 防ぎ得た死亡と予後改善率

もしドクターヘリで搬送された患者が救急車で搬送されていたら...

2009年4月から2010年3月にDHで出動した患者の内、退院時の報告を受けた260例を、受け入れ医療機関の担当医師とFDが検証して、推定。救急車搬送だった場合の推定転帰と比較した予後改善率は21.2% (55/260)、また、DH搬送で救うことができた(死亡を避けることができた)命は12例と推定される。

ドクターヘリ最終転帰	救急車搬送を想定した場合の推定転帰			
	回復・社会復帰	中等度後遺症	重症後遺症	死亡
回復・社会復帰	150	111	30	3
中等度後遺症	42		29	10
重症後遺症	14			11
死亡	54			54
総計	260	111	59	24

自院の救急医療の質向上にも貢献

「早期の治療開始」「搬送時間の短縮」「適切な医療機関での治療」が揃って初めてDHは効力を発揮しますが、これらの基本は何よりも現場スタッフの的確な判断、治療であることは言うまでもありません。

当院ではフライトドクター(以下FD)5名、フライトナース(以下FN)10名がそれぞれシフトを組んでいます。

FDやFNについては、法的に厳密な資格要件はありませんが、日本航空医療学会が推奨している要件があります。私たちがそれらを考慮してメンバーを選びますが、端的に言えば、FDでは、当院の救急外来で単独診療ができる能力、外傷や内因性疾患、どちらにも適切に初期対応ができる知識と技術が基準になります。

さらにFD、FNには、他のスタッフへの適切な指示、救急隊とのコミュニケーションといったマネジメント能力や協調性なども不可欠で、それだけ「現場は厳しい」ということです。しかし「DHによって救えた命」(表2)を目の当たりにすることで、救急スタッフ全員の救急医療に対するモチベーションが高まり、レベルアップや自信へとつながっているのは確かです。

また、DHのスムーズな運営は、病院全体の理解や支援がなければ成り立ちません。患者搬入後には各診療科や手術室、事務部門などの迅速なサポートは必須です。当院はDH導入当初は常勤の救急医が3名で、全員がFDも兼務という厳しい人員体制で開始しましたが、滞りなく運営できたのは、他の部門から救急部門への日常的なサポートがあったおかげです。

一方、DHにはどうしても「不採算」のイメージがありま

すが、病院経営に貢献している面もあります。DHの基地病院は、地域でも信頼できる救急施設として認知されますし、他の医療圏から重症患者が搬送されることもありますので、僅かながらも病院の収益増につながっています。

このように、DH導入は、地域への貢献だけではなく、基地病院となる当院にも大きく貢献しているのです。

DH運営に欠かせない3つのポイント

DHは、日本の救急医療において大きな役割を担うものです。様々な問題や課題はありますが、関係者が協力し、少しずつでもDHの普及と救急医療の質を上げていく努力をしていければと思います。

当院でも、救急隊員が常駐する「救急ワークステーション」の院内設置を計画しています。これによってさらに地域に貢献できる救急体制の充実を図っていくつもりです。

1. 消防との連携

DHの要請は消防からが基本。出動要請が遠慮や躊躇なく行われるには、経験や知識の習得だけではなく、現場での、そして日常でのコミュニケーションが必要です。

2. 地域医療機関・住民との連携

「早期の現場対応」の次は、搬入先医療機関で、「いかに早く適切な治療が行えるか」が重要。他院との連携、また、地域住民の理解はスムーズな患者搬送につながります。

3. 院内での連携

DHの運営、救急患者搬入は他科によっては日常業務の妨げとも受け取られがちです。日ごろからの協力体制、DHの意義などへの理解を深めておくことが大切です。



第18回

日本航空医療学会総会

The 18th Annual Meeting of
the Japanese Society for Aeromedical Services

テーマ

航空医療における課題を考える

会期：平成23年11月12日(土)

会場：長崎ブリックホール

長崎県長崎市茂里町2-38

会長：高山隼人

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
救命救急センター長

後援：長崎県・長崎県医師会



演題募集期間

平成23年7月1日(金)～8月8日(月)

演題申込みはHPより <http://www.jsas18.org/>

学術集会事務局：独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

担当：救命救急センター 中道親昭・菅根和枝/管理課 佐々木豊光

〒856-8562 長崎県大村市久原2丁目1001-1 TEL 0957-52-3121 FAX 0957-54-0292

<http://www.jsas18.org/> e-mail : info@jsas18.org