

「産婦人科と医療保険」

江東病院産婦人科

宮崎亮一郎

利益供与はありません

公的医療保険VS私的医療保険

公的医療保険：予め被保険者の範囲が行政によって定められている医療保障制度。多くの先進国では公的な医療保険制度を用意しているが、対象者の範囲や財源方式については国により異なる。公的医療保険でも引受人が政府機関とは限らず、民間企業が引き受ける国もある（オランダの医療、スイスの医療など）。

私的医療保険：任意加入であり、契約者の財産や所得に応じて、複数の保険会社が用意するメニューからプランを選ぶことが可能である。

私的医療保険に期待される役割は、国ごとに大きく異なる。なお任意加入の医療保険では、自己の健康状態に不安がある人ほど保険加入のインセンティブを持つため、いわゆる逆選択により健康状態の不良な被保険者集団が形成されるおそれがある。特に手術給付金など、加入者が受診を選択できる保障でこの傾向が強いと言われている。また、保険金詐欺を目的に保険加入するといったモラルリスクの問題もある。

- 1 単体医療保険
- 2 生命保険の各種特約
- 3 がん保険
- 4 傷害保険（損害保険）など

諸外国の医療保険制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
制度の概要	国民医療制度（NIH）によって原則無料で医療を提供。NHSの財源は8割が税金。残りは国民保険・受益者負担等。	職域ごとに強制加入の多数の制度があり、対象外のフランス人・外国人は普遍的医療カバレッジ（給付）制度の対象となる。	公的保険は一般労働者・年金受給者・学生を対象とした一般制度と、自営業を対象とした農業者疾病保険。	税方式による公益のサービス。財源は広域自治体（ランスティング）の税収が約7割、国からの補助金が約2割を占める。	高齢者・障害者に対するメディケア、低所得者に対するメディケイドが存在する。現役世代への医療保障は民間が担っている。	国民皆保険制度。国民は、市町村長が運営する国民健康保険、または職域ごとの被用者保険に加入する。
対象	全国民	全国民の99%	全国民の約85%	全国民	65歳以上の高齢者、障害者、低所得者のみ	全国民
種類	税方式	社会保険方式	社会保険方式	税方式	メディケア：社会保険方式 メディケイド：税方式	社会保険方式（財源は保険と税の組み合わせ）
診療報酬決定方法	国が総額を決定する。、その枠内でNHSが配分。	国が医療費総額の目標を設定。国の出先機関である地方医療庁（ARS）が、国の目標に整合するような個別報酬を決定。	国が総額と原則的なルールを決定。疾病金庫協会（保険者）と保険医協会が協議し個別報酬を決定。	ランスティングによる予算割り当て。	一部を除き保険者と病院・医師が決定。	中央社会保険医療協議会の答申に基づき国が決定。
支払方式 診療所・開業医	登録人头制（患者数ごと）+基本診療手当	出来高払い制	保険者から保険医協会に一括支払。保険医協会から個々の医師に対しては出来高払い制	ランスティングによる予算割り当て制	メディケア：出来高払い制 民間保険：出来高払い制、人头制など	出来高払い制
支払方式 病院	病院ごとの総枠予算制+実績払い	公的病院：総額予算制 私的病院：1日当たりの定額払い制	特定の療養は1件当たりの包括払制。 その他の給付は1日当たりの定額払い制。		メディケア：出来高払い制度 民間保険：出来高払い制、人头制など。	外来は出来高払い制 入院療養 DPC/PDPS定額払制が主。
アクセス	登録医師（GP）の紹介がない限り原則病院での受診はできない。	かかりつけ医の紹介なしに他の医師を受診することを制限。	フリーアクセス。	フリーアクセス。 住所地以外のランスティングで受診も可能。	フリーアクセス。 民間保険では、かかりつけ医（GP）へ訪問を義務化。	フリーアクセス。

日本における各保険者の比較

社保
国保

国保

社保



	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成27年3月末)	1,716	1	1,409	85	47
加入者数 (平成27年3月末)	3,303万人 (1,981万世帯)	3,639万人 〔被保険者2,090万人 被扶養者1,549万人〕	2,913万人 〔被保険者1,564万人 被扶養者1,349万人〕	884万人 〔被保険者449万人 被扶養者434万人〕	1,577万人
加入者平均年齢 (平成26年度)	51.5歳	36.7歳	34.4歳	33.2歳	82.3歳
65~74歳の割合 (平成26年度)	37.8%	6.0%	3.0%	1.5%	2.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成26年度)	33.3万円	16.7万円	14.9万円	15.2万円	93.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成26年度)	86万円 〔一世帯当たり 144万円〕	142万円 〔一世帯当たり(※3) 246万円〕	207万円 〔一世帯当たり(※3) 384万円〕	230万円 〔一世帯当たり(※3) 451万円〕	83万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成26年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.5万円 〔一世帯当たり 14.3万円〕	10.7万円<21.5万円> 〔被保険者一人当たり 18.7万円<37.3万円>〕	11.8万円<26.0万円> 〔被保険者一人当たり 22.0万円<48.3万円>〕	13.9万円<27.7万円> 〔被保険者一人当たり 27.2万円<54.4万円>〕	6.9万円
保険料負担率(※5)	9.9%	7.5%	5.7%	6.0%	8.3%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※7)	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※6) (平成29年度予算ベース)	4兆2,879億円 (国3兆552億円)	1兆1,227億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		7兆8,490億円 (国5兆382億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※6) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※7) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

日本の健康保険法の歴史

- 1922年 健康保険法制定 ← 企業雇用者の職域健康保険
第一次世界大戦戦勝国でILO常任理事国入り、国内工業発展労働者達の不満。
- 1937年 母子保護法、保健所法が施行
- 1938年 国民健康保険開始 ←山形県（現 戸沢村）国民健康保険組合第1号
1929年に起った世界大恐慌からの回復のために新しい政策をとると、軍事関係の工業がさらなる成長をみせるが、農産物を扱う仕事は減る。
当時、日本の半数は農家であったためこの影響を受け、農民の生活が不安定になり、貧困と病気に苦しむ状態になっていた。
今のような強制加入の仕組みではなく任意に加入する保険であった。
厚生省創設（内務省；衛生局・社会局独立）：厚生労働省（2001年）の前身
1939年乳幼児健康診査開始。
- 1942年 国民健康保険法改正 **参考：妊産婦手帳制度（妊産婦届出制度）が発足**
組合員資格のある者は**強制加入**が適用された。それからも運営が組合から**市町村**に変更されるなどを経て、**健康保険**と**国民健康保険**の加入者は徐々に拡大。
- 1961年 国民皆保険 1955年岩手県、1956年滋賀県、1957年山形県が皆保険達成
国保は5割負担だったり、保険外の医療もたくさんあったり、「保険医療じゃ十分な治療ができない」という理由で診療を断っていた医者もいた。

健康保險法 法律第七十號

朕帝國議會ノ協議ヲ經タル健康保險法ヲ裁可シ茲ニ之ヲ公布セシム 嘉仁、裕仁 印
内閣總理大臣・大蔵大臣、農商務大臣、司法大臣の署名 大正十一年四月二十一日

第一條 健康保險ニ於テハ保險者ガ被保險者ノ疾病、負傷、死亡又ハ分娩ニ關シ療養ノ給付又ハ傷病手當金、埋葬料、分娩費若ハ出産手當金ヲ為スモノトス

第五十條 被保險者分娩シタルトキハ分娩費トシテ二十圓ヲ、出産手當金トシテ分娩ノ前後勅令ヲ以テ定ムル期間一日ニ付報酬日額ノ百分ノ六十二相當スル金額ヲ支給ス

第五十一條 保險者ハ被保險者ヲ産院ニ收容シ又ハ助産ノ手當ヲ為スコトヲ得
産院ニ收容シ又ハ助産ノ手當ヲ為シタル被保險者ニ對シテ支給スヘキ分娩費及出産手當金ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ之ヲ減額スルコトヲ得

第五十二條 分娩ニ關スル保險ノ給付ニ付テハ勅令ヲ持テ分娩前一定ノ期間被保險者タリシ者ニ非サレハ之ヲ爲ササルコトヲ定ムルヲエル得

第五十三條 分娩ノ前後ニ保險者ニ●更アリタル場合ニ於テハ分娩ニ關スル保險給付ニ要スル費用ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ關係アル保險者之ヲ分這ス

第五十四條 出産手當金ノ支給ヲ為ス場合ニ於テハ其ノ期間傷病手當金ハ之ヲ支給セス

第五十八條 疾病ニ罹リ負傷シ又ハ分娩シタル場合ニ於テ繼續（繼續）シテ報酬ノ全部又ハ一部ヲ受クルコトヲ得ベキ者ニ對シテハ勅令ノ定ムル所ニ依リ之ヲ受クルコトヲ得ヘキ期間傷病手當金又ハ出産手當金ノ全部又は一部ヲ支給セス

第五十九條 前條ニ掲グル者疾病ニ罹リ負傷シ又ハ分娩シタル場合ニ於テ其ノ受クルコトヲ得ベカリシ報酬ノ全部又ハ一部ニ付其ノ全額ヲ受クルコト能ハザリシトキハ保險者ハ之ニ對シ勅令ノ定ムル所ニ依リ傷病手當金又ハ出産手當金ノ全額其ノ一部ヲ支給ス
前條ノ規定ニ依リ保險者ノ支給シタル金額ハ事業主ヨリ之ヲ徴収ス

現在の健康保険法

平成28年変更

1922年健康保険法

第一條 健康保險ニ於テハ保險者ガ被保險者ノ疾病、負傷、死亡又ハ分娩ニ關シ療養ノ給付又ハ傷病手當金、埋葬料、分娩費若ハ出産手當金ヲ為スモノトス

社保

健康保険法

(目的)

第一条 この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第七条第一項第一号に規定する業務災害をいう。）以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。

国保

国民健康保険

第二条 国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行うものとする。

各法制度と関係法

<労働法>

<休業>

産前・産後休業制度 労働基準法

育児休業制度 育児休業・介護休業法

<社会保障法>

<現金給付>

出産手当金 健康保険法

育児休業給付 雇用保険法

出産育児一時金 健康保険法（被扶養者も対象）

. 国民健康保険法

（傷病手当金 健康保険法）

<免除措置>

社会保険料の免除（産前・産後休業） . . . 健康保険法、厚生年金保険法

社会保険料の免除（育児休業） 健康保険法、厚生年金保険法

(注)市町村国保の給付は条例による。

現物給付とは
言わなくなる

公的医療保険の給付内容

(平成28年4月現在)

給付		国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割 =3割負担が原則 70歳以上75歳未満:8割(※1)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき360円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき160円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+320円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円~> 252,600円+(医療費-842,000)×1% (140,100円) <年収約770~約1,160万円> 167,400円+(医療費-558,000)×1% (93,000円) <年収約370~約770万円> 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) <~年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者 入院 外来【個人ごと】 <現役並み所得者> 80,100円 +(医療費-267,000)×1% 44,400円 (44,400円) <一般> 44,400円 12,000円 <低所得者> 24,600円 8,000円 <低所得者のうち特に所得の低い者> 15,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金 (※2)	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。国民健康保険では、支給額は、条例又は規約の定めるところによる(多くの保険者で原則42万円) 産科医療補償制度あり	
	埋葬料(※3)	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合においては埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度においては、条例又は規約の定める額を支給(ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1~5万円程度を支給)。	
	傷病手当金 出産手当金	任意給付 (実施している市町村、 後期高齢者医療広域連合はない。)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給 被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給

※1 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれていたが、平成26年4月以降新たに70歳になる被保険者等から段階的に2割となる。
 ※2 後期高齢者医療制度では出産に対する給付がない。また、健康保険の被扶養者については、家族出産育児一時金の名称で給付される。共済制度では出産費、家族出産費の名称で給付。
 ※3 被扶養者については、家族埋葬料の名称で給付、国民健康保険・後期高齢者医療制度では葬祭費の名称で給付。

保険医療機関及び**保険医療養担当規則**

厚生労働省令

第一章 **保険医療機関**の療養担当（**療養の給付**の担当の範囲）

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

医師は自らが保険医であることを忘れがち

第二章 **保険医**の診療方針等（診療の一般的方針）

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる**疾病又は負傷**に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

保険医療機関及び保険医療養担当規則 その1

厚生労働省令

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。

ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行つてはならない。

ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

妊婦健康診査は、健康診断に属する医療行為となり、療養の給付の対象外となる。

← 現金給付に属する。

不妊症に関しても、一部（体外受精・胚移植など）は療養の給付の対象外となる。

妊婦健康診査について

法的根拠

母子保健法第13条

市町村が、必要に応じて妊産婦に対して健康診査を行うことを規定。

母子保健法 (抄)

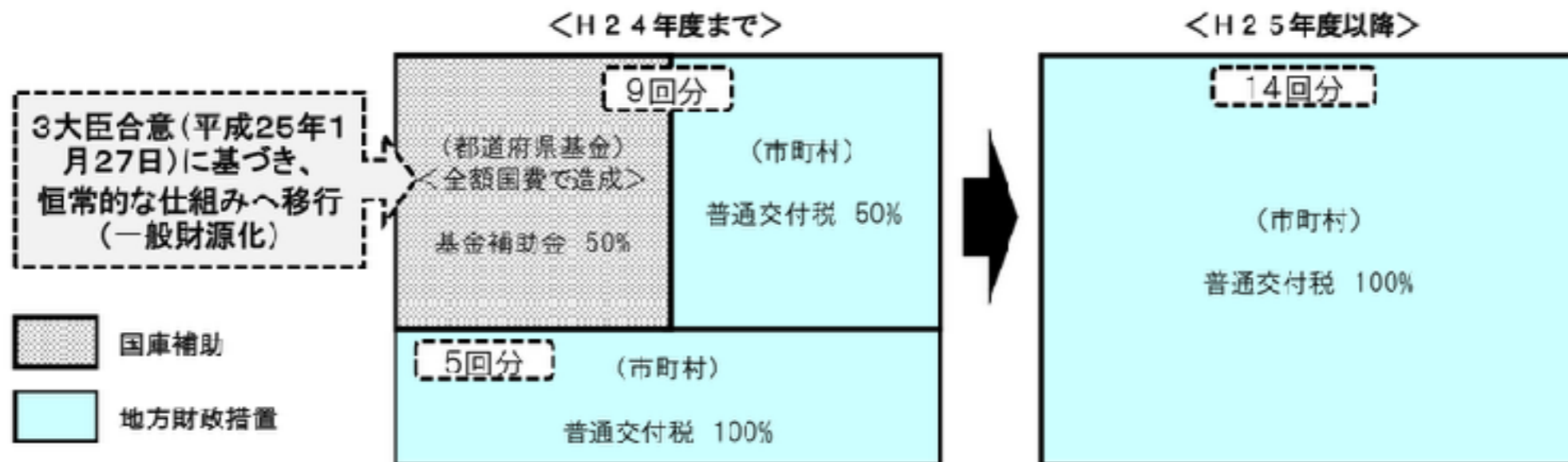
第13条

前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による妊婦に対する健康診査についての望ましい基準を定めるものとする。

この妊婦健康診査の料金には、診察料が含まれている。

妊婦健診時に「違和」を感じて、それに対して検査・処置・治療を行った場合は、保険の初診料・再診料の請求はできない。



保険医療機関及び保険医療養担当規則 その2

厚生労働省令

二 投薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。

ニ 投薬を行うに当たっては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(略)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認がなされたもの(略)の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。

ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならない。厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

保険医療機関及び保険医療養担当規則 その3

厚生労働省令

三 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せん^イの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によつて胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき
又は経口投与によつては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 注射を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ハ 内服薬との併用は、これによつて著しく治療の効果を挙げる事が明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限つて行う。

ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料 (A000)

第2節 再診料 再診料 (A001)、外来診療料 (A002)

第2部 入院料等

第1節 入院基本料 (A100)

第2節 入院基本料等加算 (A200)

第3節 特定入院料 (A300)

第4節 短期滞在手術等基本

その世界では青本
と呼ばれている。

医科診療報酬点数表

医科診療報酬点数表には、通則、運用が細かく記載されている。



第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第2部 在宅医療

第3部 検査

第4部 画像診断

第5部 投薬

第6部 注射

第7部 リハビリテーション

第8部 精神科専門療法

第9部 処置

第10部 手術

第11部 麻酔

第12部 放射線治療

第13部 病理診断

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第4章 経過措置

がん検診の歴史

わが国では1950年代後半から「がん検診」が始められ、予防対策の中心を担ってきた。

1960年（昭和35年）頃、東北大学の黒川利雄教授が中心となり、宮城県で胃がん検診のX線装置を載せた車を開発して巡回検診が始まった。

「医師が病院にいるだけでは、治療が困難な進行がんの患者しか来ない。ならば、医師の方から現場に出向いて早い段階のがんを見つけよう」との発想と言われている。

1983年には老人保健法が施行されたことで法律に裏付けられた検診が始まった。

1998年から、従来の国からの補助金は廃止されて、**市町村が自ら企画・立案し、実施する事業として位置づけられている。**

政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策基本法(平成18年法律第98号)に基づき「がん対策推進基本計画」(平成24年6月8日閣議決定。現計画は平成24年度から28年度までを計画期間とする第2期計画)を策定し、がん医療、がんの予防・早期発見等に係る各種対策を推進している。各都道府県は、同基本計画を踏まえ、「都道府県がん対策推進計画」(計画期間はおおむね平成25年度から29年度まで)を策定し、がん対策を推進している。

しかし、わが国のがん検診については、

- (1)検診の受診率が低いこと
 - (2)死亡率減少効果の観点から実施方法や対象年齢に問題があること
 - (3)精度管理が十分になされていないこと
- 等の指摘がなされている。

がん検診事業と保険診療

がん検診；子宮がん検診事業の料金は、基本診察料＋細胞診検査（頸管粘液採取料）＋病理判断料の料金が設定されている場合が多い。（市町村での料金設定を確認する。）

がん検診と同日に、子宮頸管ポリープを認めた場合にはどのように対処するのか？

1. 別日（同日再診）に保険診療をする場合

再診料＋子宮頸管ポリープ切除術＋病理診断料（組織診断料）相当を算定する。

何故、初診料を算定できないか？既に診察料に相当する料金を徴収しているからである。

別の医療機関からの紹介であれば、初診料の算定は可能である。

自身が別の医療機関（検診センター等）で、自身の医療機関へ紹介し、自身で診療する場合は再診料（紹介にはならない）、他の医師へ紹介した場合には初診料（紹介になる）の算定も可能となる。

2. 同時に保険診療をする場合

頸管ポリープがあり、検診時に切除する場合には、子宮頸管ポリープ切除術の手術料のみ請求可能となる。診察料＋病理判断料（組織診断料）相当の算定はしない。

ポイント：それぞれの項目の二重請求にならないようにすること。

外来における妊婦加算（平成30年診療報酬改定より）

第1 基本的な考え方

妊婦の外来診療について、**妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価**する観点から、初診料等における妊婦加算を新設する。

第2 具体的な内容

初診料等において妊婦に対して診療を行った場合に算定する妊婦加算を新設する。

妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。

初診料

分類	時間内	時間外	休日	深夜
病院・診療所	282	367	532	762
6歳未満	357	482	647	977
妊婦	357	482	647	977

妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。

外来診療料・再診料

分類	時間内	時間外	休日	深夜
200床以上病院	73	138	263	493
6歳未満	111	208	333	663
妊婦	111	208	333	663
200床未満病院・診療所	72	137	262	492
6歳未満	110	207	332	662
妊婦	110	207	332	662

疑義解釈（平成30年3月30日）

問1 妊婦であることはどのように確認すればよいのか。妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認が必要であるか。

（答）妊婦加算は、医師が診察の上、妊婦であると判断した場合に算定可能であり、必ずしも妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認は必要ではない。

問2 診察時には妊婦であるかが不明であったが、後日妊娠していることが判明した場合、遡って妊婦加算を算定することは可能か。

（答）診察の際に、医師が妊婦であると判断しなかった場合には、**算定不可**。

問3 妊婦加算は、妊婦が感冒等の妊娠に直接関連しない傷病について受診を行った場合に算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問4 当日の診察で妊娠が確認された場合であっても妊婦加算は算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問5 妊婦加算の算定に当たっては、診療録や診療報酬明細書にはどのような記載が必要か。

（答）当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要である。

医会報 4月号（平成30年）

医療保険部からのお知らせ 妊婦加算の取り扱いについて

1. 妊婦加算の算定に当たって、妊婦健康診査と同時に行った検査・治療・処置に関しては、摘要欄に診察料を自費にて算定として、これまで通り検査・治療・処置を算定するが、加算料は算定しない。

保険診療の初診料・再診料に対する加算として算定する。

2. 異所性妊娠、稽留流産、不全流産、胞状奇胎等の病名では妊婦加算の算定はしない。

基本的な考え方に、「妊婦の外来診療について、**妊娠の継続や胎児に配慮**した適切な診療を評価する観点から、初診料等における妊婦加算を新設する」となっている。

DPC/PDPS

2003年導入

DPC/PDPSは、急性期入院医療を対象とする1日当たり包括支払制度。

DRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination Per Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

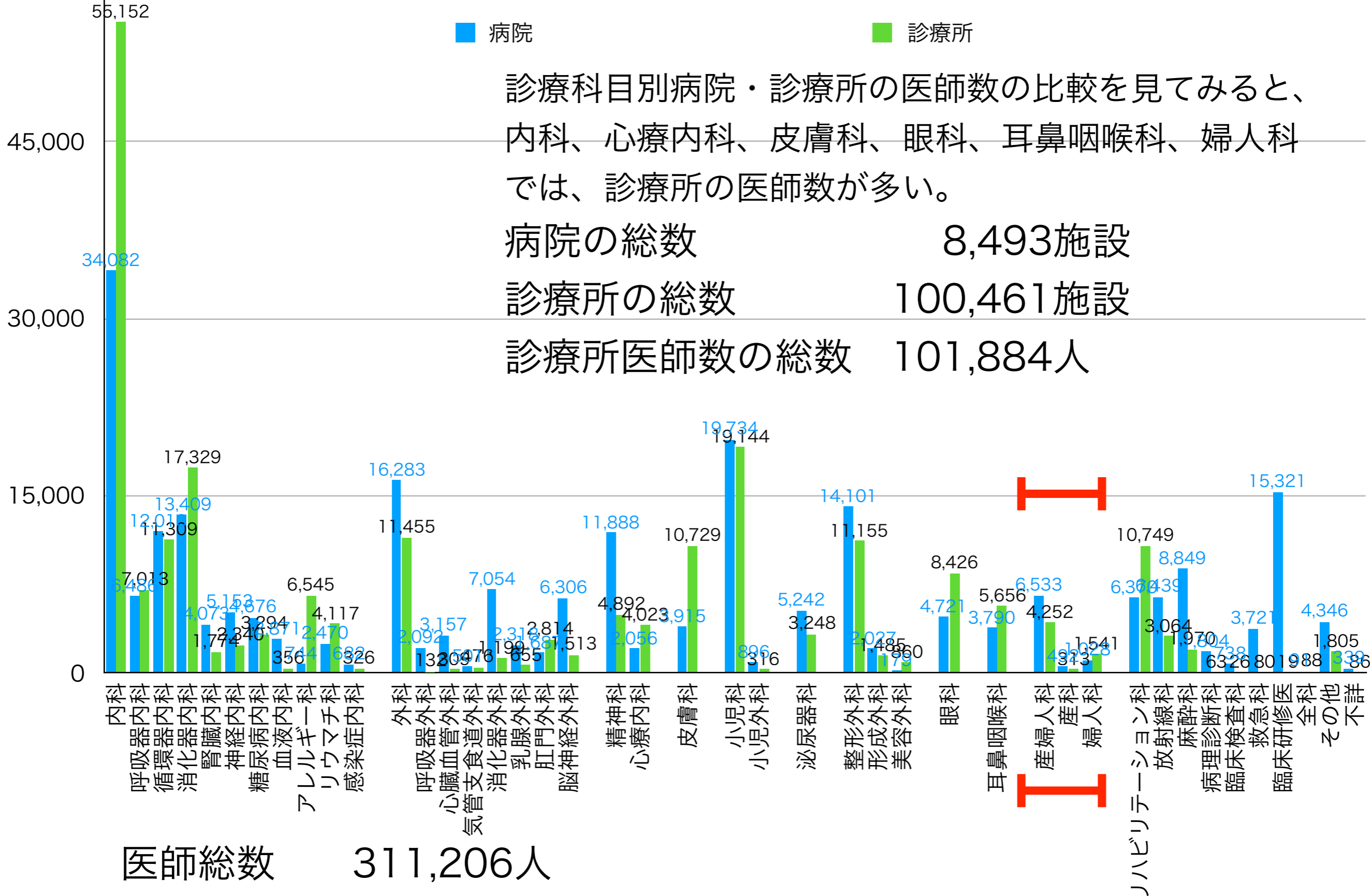
制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成30年4月1日見込みで**1,730病院**・約**49万床**となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約83%を占める。

医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。

2018年改定で、医療機関群の名称を、**DPC標準病院群**(現行のIII群)、**大学病院本院群**(現行のI群)、**DPC特定病院群**(現行のII群)に見直された。

平成26年診療科目別病院・診療所と医師数

厚労省HPより作成

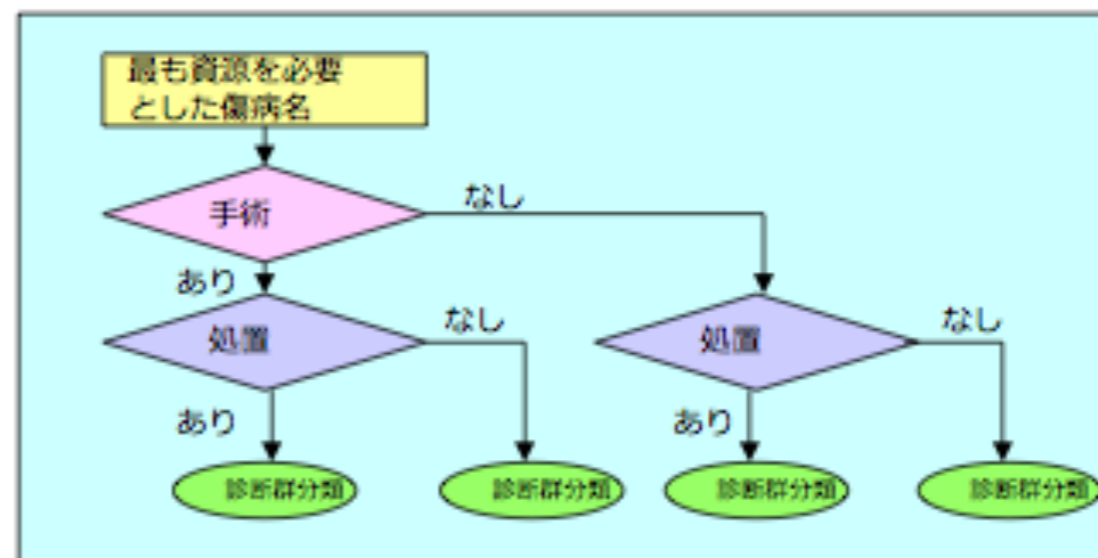


DPC ; Diagnosis Procedure Combination の基本構造

- 日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。
 - ① 「**診断 (Diagnosis)** (医療資源を最も投入した傷病名)」
 - ② 「**診療行為 (Procedure)** (手術、処置等) 等」
の「**組合せ (Combination)**」
- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC (Major Diagnostic Categories) 18種
DPCコード 4,955分類
(うち支払分類 2,462分類)
※ 平成30年度改定時



- 「傷病名」は、「ICD-10」により定義され、
「診療行為等」は、「診療報酬上の医科点数表上の区分 (Kコード等)」で定義される。

※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

- 【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
 - 検査
 - 画像診断
 - 投薬
 - 注射
 - 1000点未満の処置等

ドクターフィー的報酬部分等

- 【出来高評価部分】
- 医学管理
 - 手術
 - 麻酔
 - 放射線治療
 - 1000点以上の処置等

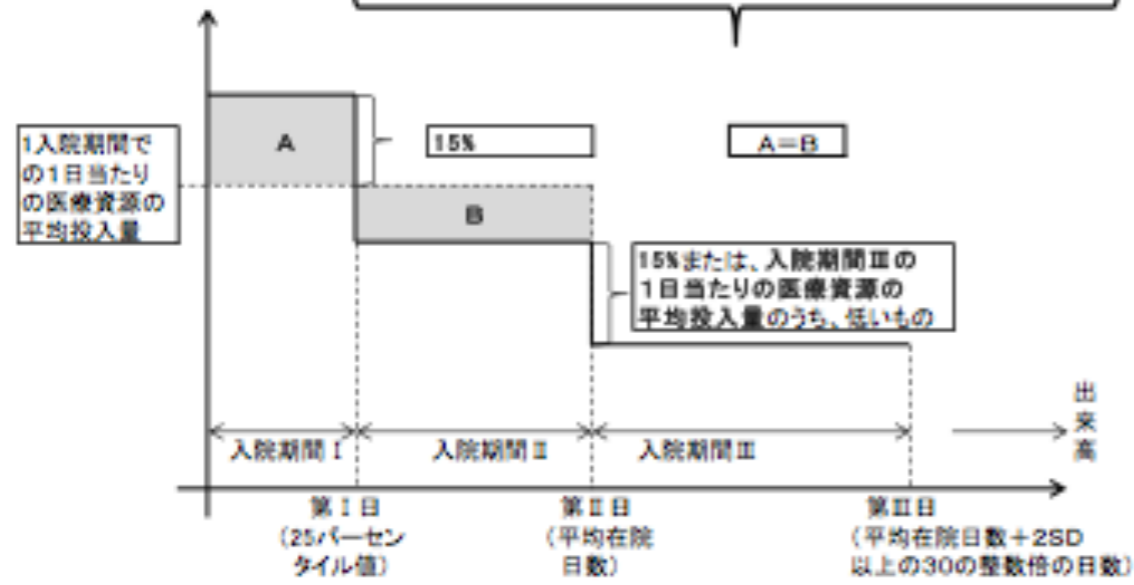
術中迅速病理組織標本作製
病理診断・判断料等

+

慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用

【包括評価部分】

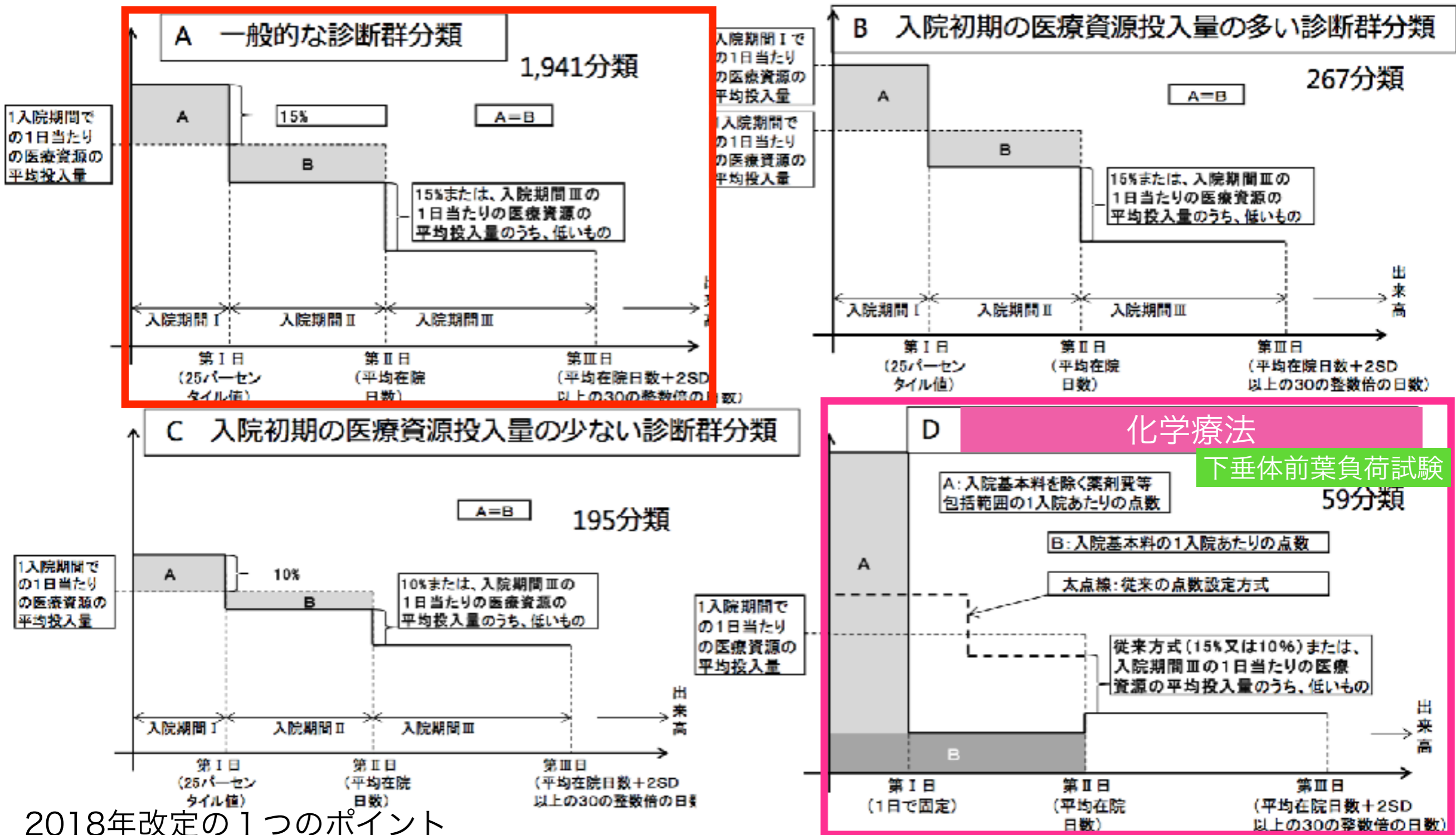
D P C 毎の
1日あたり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数



基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

1日あたり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。



2018年改定の1つのポイント

K867 子宮頸部（腔部）切除術、K873 子宮鏡下子宮筋腫核出術はA方式

婦人科化学療法はD方式（2016年から） 平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS 厚生労働省保険局保険課より一部改変

一般病院 病床規模別の損益状況

180億 千円

18,000,000

13,500,000

9,000,000

4,500,000

0

-4,500,000

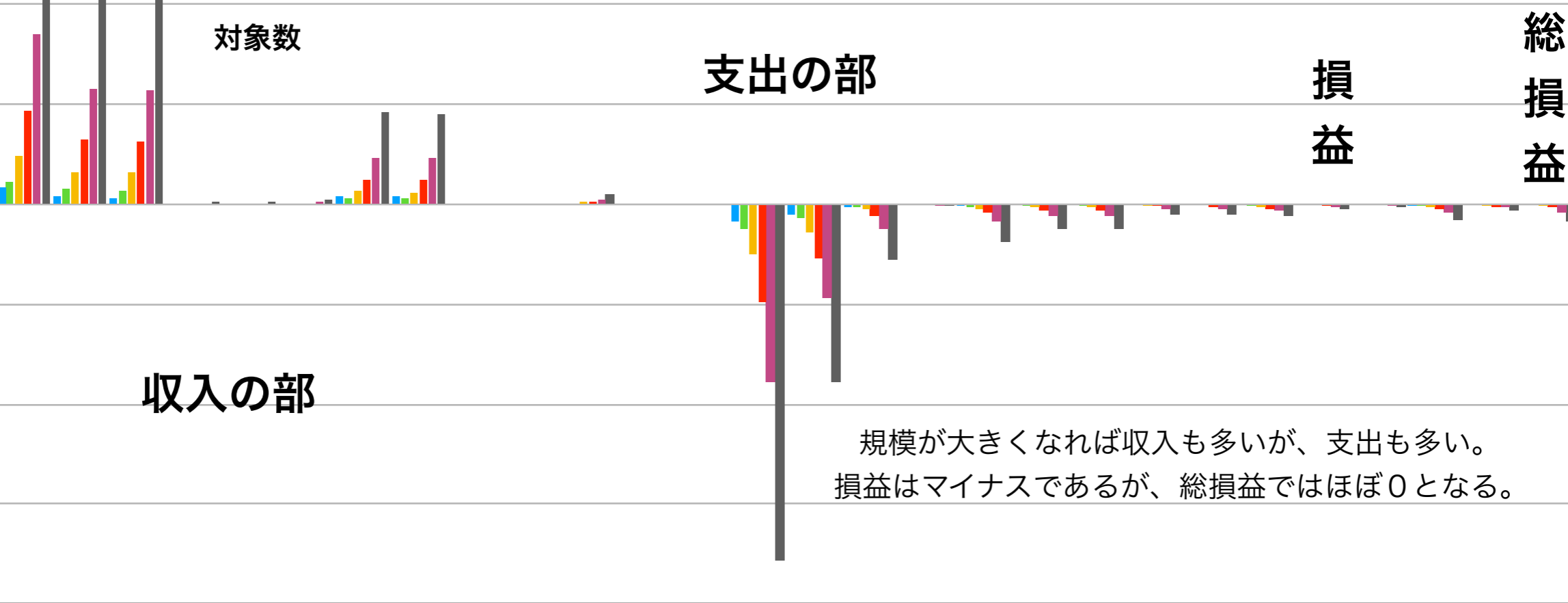
-9,000,000

-13,500,000

-18,000,000

■ 20~49床金額前年(度)
 ■ 50~99床金額前年(度)
 ■ 100~199床金額前年(度)
 ■ 200~299床金額前年(度)
 ■ 300~499床金額前年(度)
 ■ 500床以上金額前年(度)

対象数	104	197	263
	105	161	49



- I 医業収益
- 1. 入院診療収益
- 保険診療収益
- 公害等診療収益
- その他の診療収益
- 2. 特別の療養環境収益
- 3. 外来診療収益
- 保険診療収益
- 公害等診療収益
- その他の診療収益
- 4. その他の医業収益
- II 介護収益
- III 医業・介護費用
- 1. 給与費
- 2. 医薬品費
- 3. 給食用材料費
- 4. 診療材料費・医療消耗器具備品費
- 5. 委託費
- 6. 減価償却費
- (再掲) 建物減価償却費
- (再掲) 医療機器減価償却費
- 7. 設備関係費
- (再掲) 設備機器賃借料
- (再掲) 医療機器賃借料
- 8. 経費
- 9. その他の医業費用
- IV 損益差額 (I + II - III)

規模が大きくなれば収入も多いが、支出も多い。
損益はマイナスであるが、総損益ではほぼ0となる。

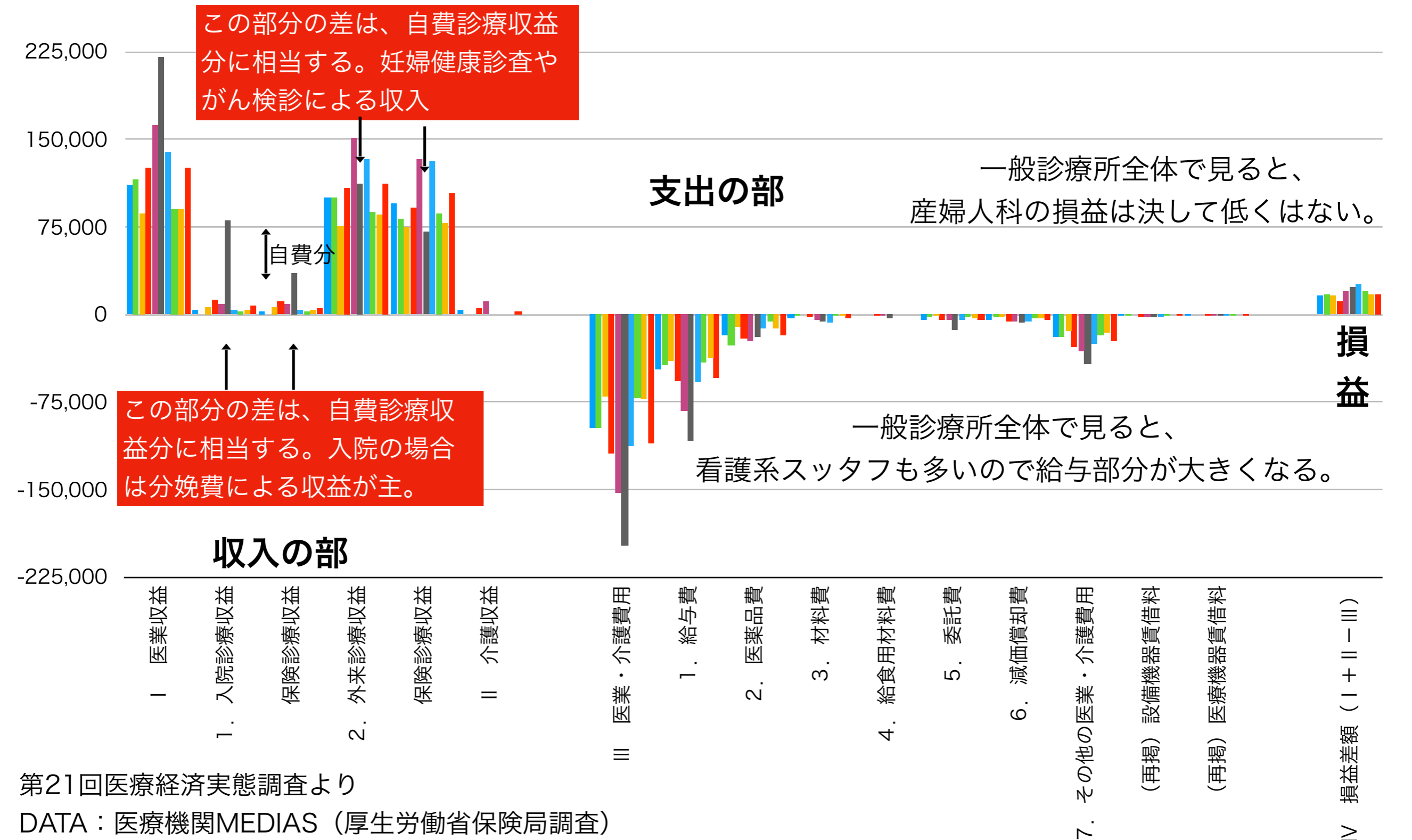
第21回医療経済実態調査より

DATA：医療機関MEDIAS（厚生労働省保険局調査）

支払基金+連合会における審査分の医療費

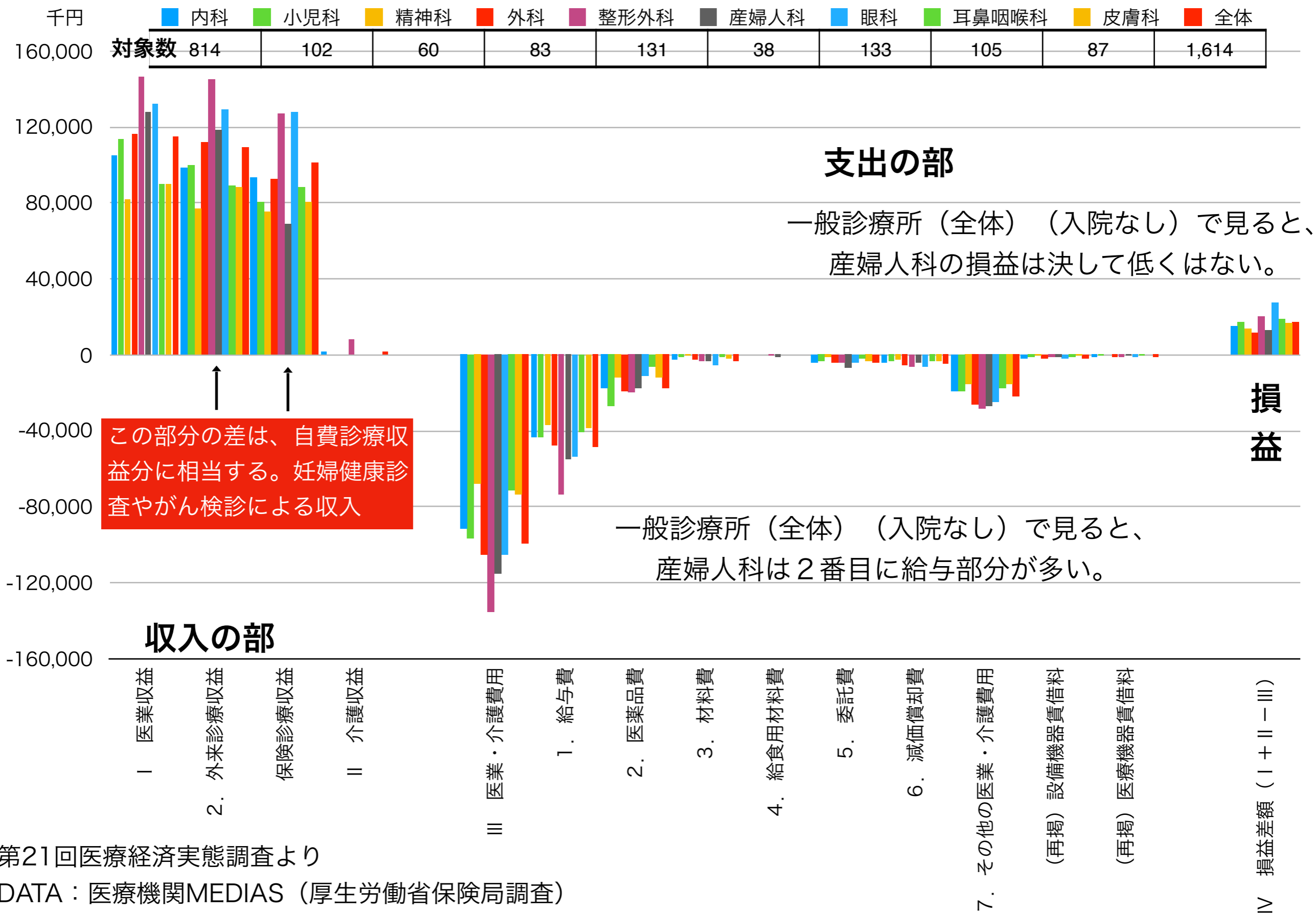
一般診療所 (全体 (青色申告者を含む)) (集計2) 全体

3億円 千円	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	全体
対象数	851	104	61	97	146	63	147	109	91	1,744



第21回医療経済実態調査より
DATA：医療機関MEDIAS (厚生労働省保険局調査)
支払基金+連合会における審査分の医療費

一般診療所 (全体 (青色申告者を含む)) (集計2) 入院診療収益なし

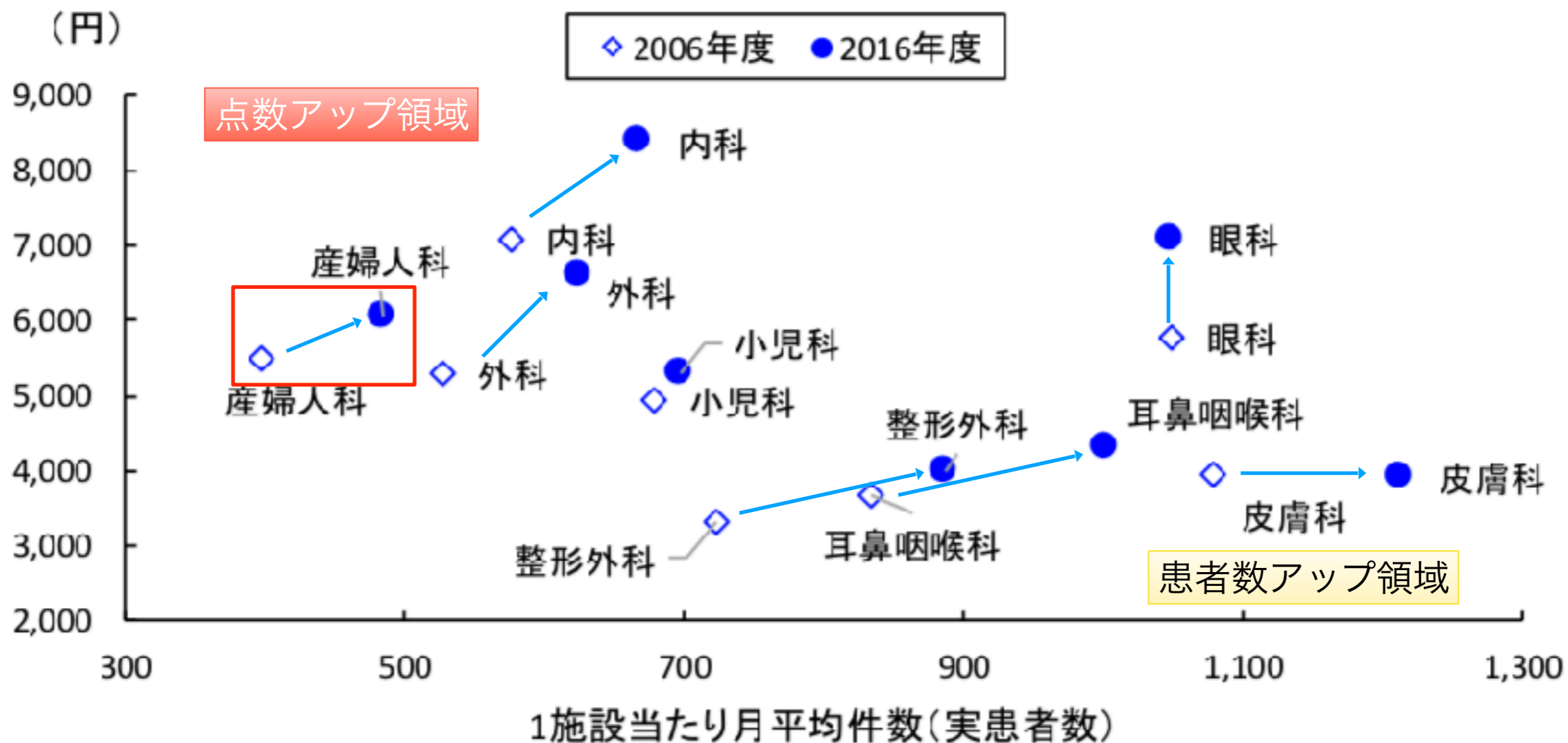


第21回医療経済実態調査より

DATA：医療機関MEDIAS (厚生労働省保険局調査)

支払基金+連合会における審査分の医療費

診療所 入院外1施設当たり月平均件数と患者1人1日当たり医療費



www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_632.html一部改変

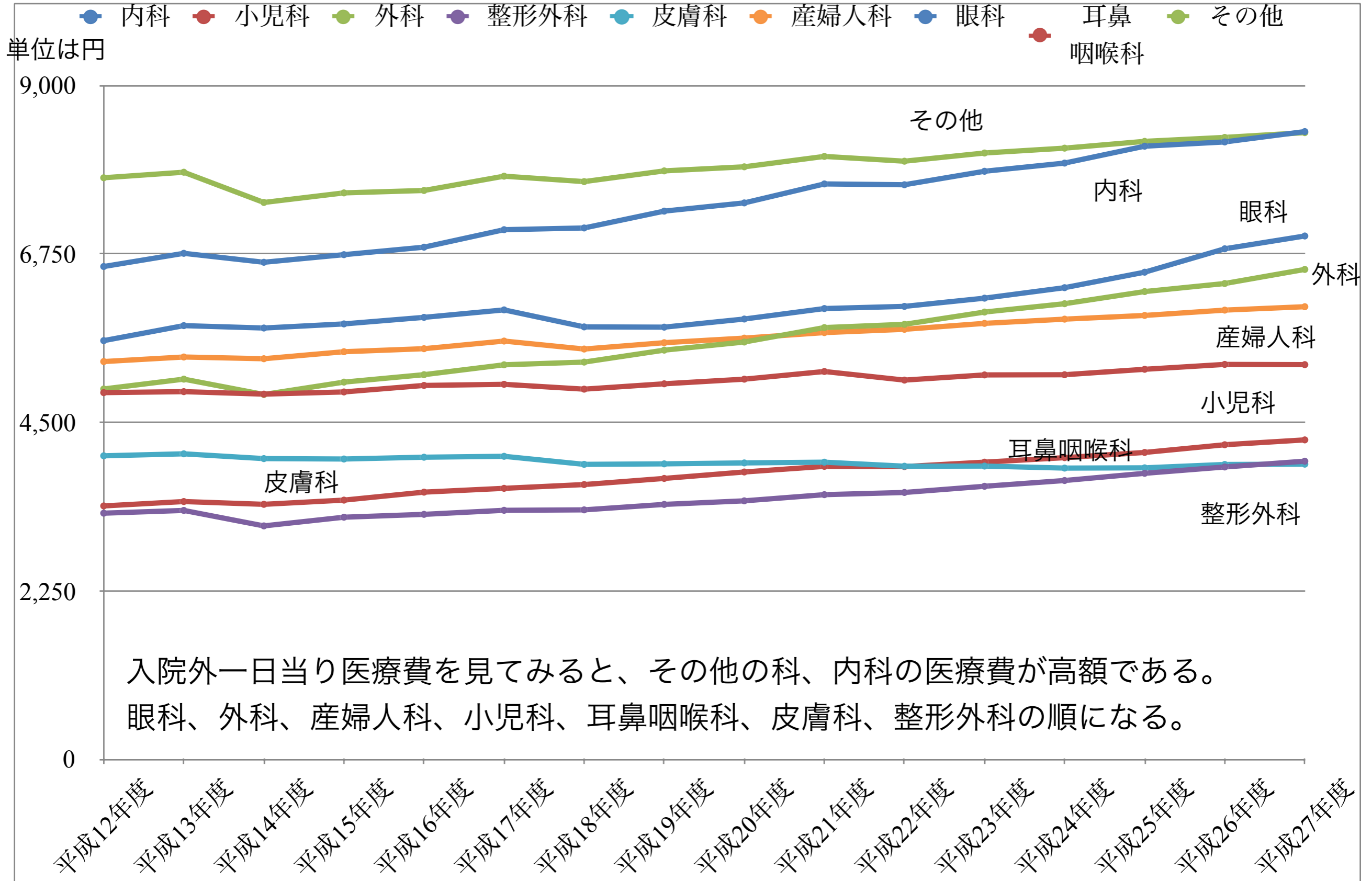
*厚生労働省「概算医療費データベース」から作成

日医総研研究部門部長 前田由美子氏資料提供

診療所 入院外 1 施設当たり月平均件数（実患者数）と患者1人1日当たり医療費をみたもの。
 保険点数で考えた場合、高額にするためには、皮膚科、耳鼻咽喉科、整形外科などが行なっているように、**1施設当たり月平均件数を多くしなければならない。**
 産婦人科が、保険だけで収入を得ようとする場合には、外来患者数の増加を図るか、点数をアップするかの2つである。

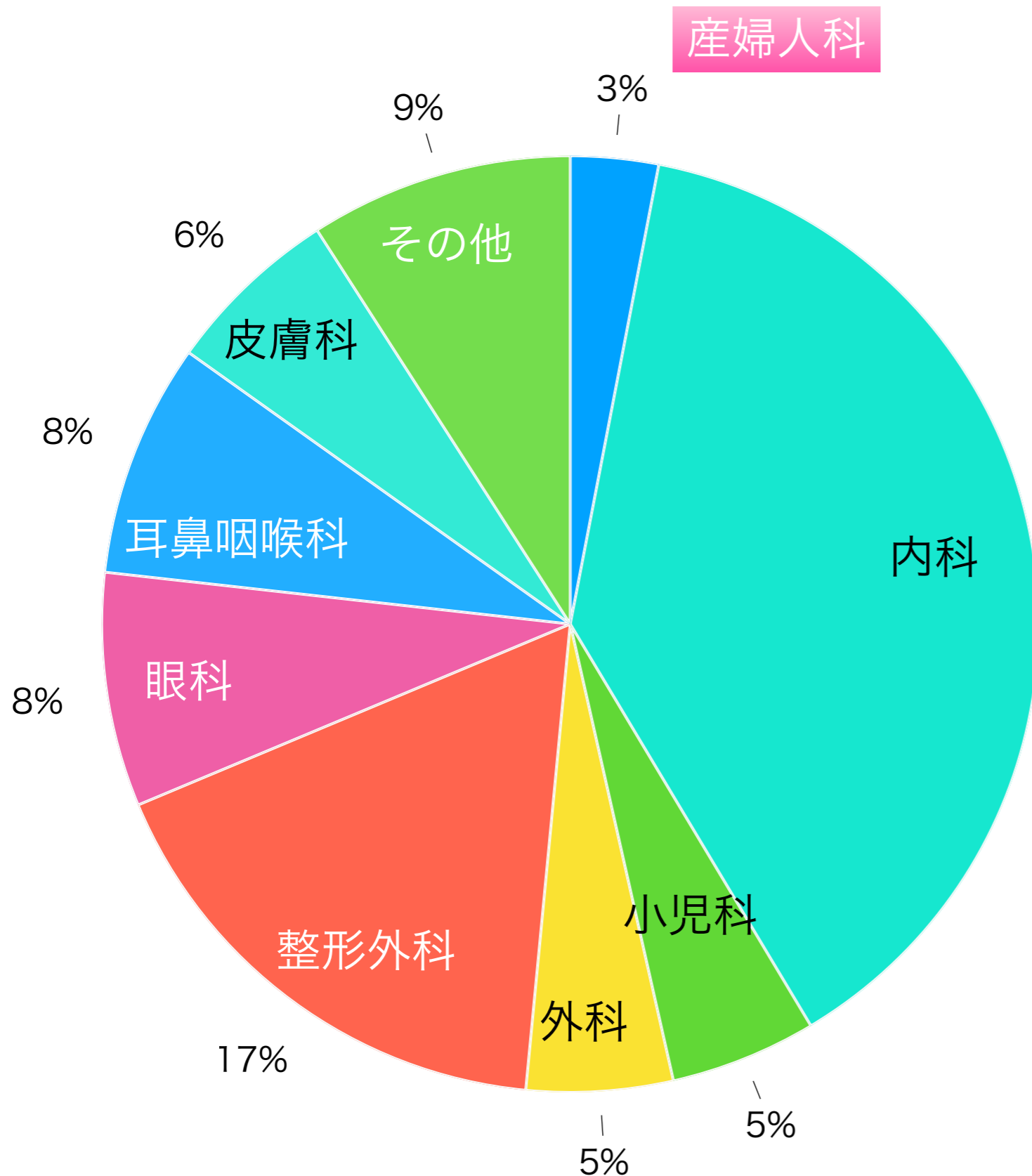
<入院外一日当り医療費> 診療科別 医科診療所

DATA：医療機関MEDIAS（厚生労働省保険局調査）



平成27年度 医療費の動向

診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳 (%)



診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳 (%) は、産婦人科は3%と極めて低い状況にある。

これは、施設数、医師数にも影響されるが、対象とする疾患数にも大きく左右される可能性が高い。

2018年公表

世界の人口：7,597,175,534人

女性の人口：35億？

<日本の人口推計>

外国人を含む総人口：

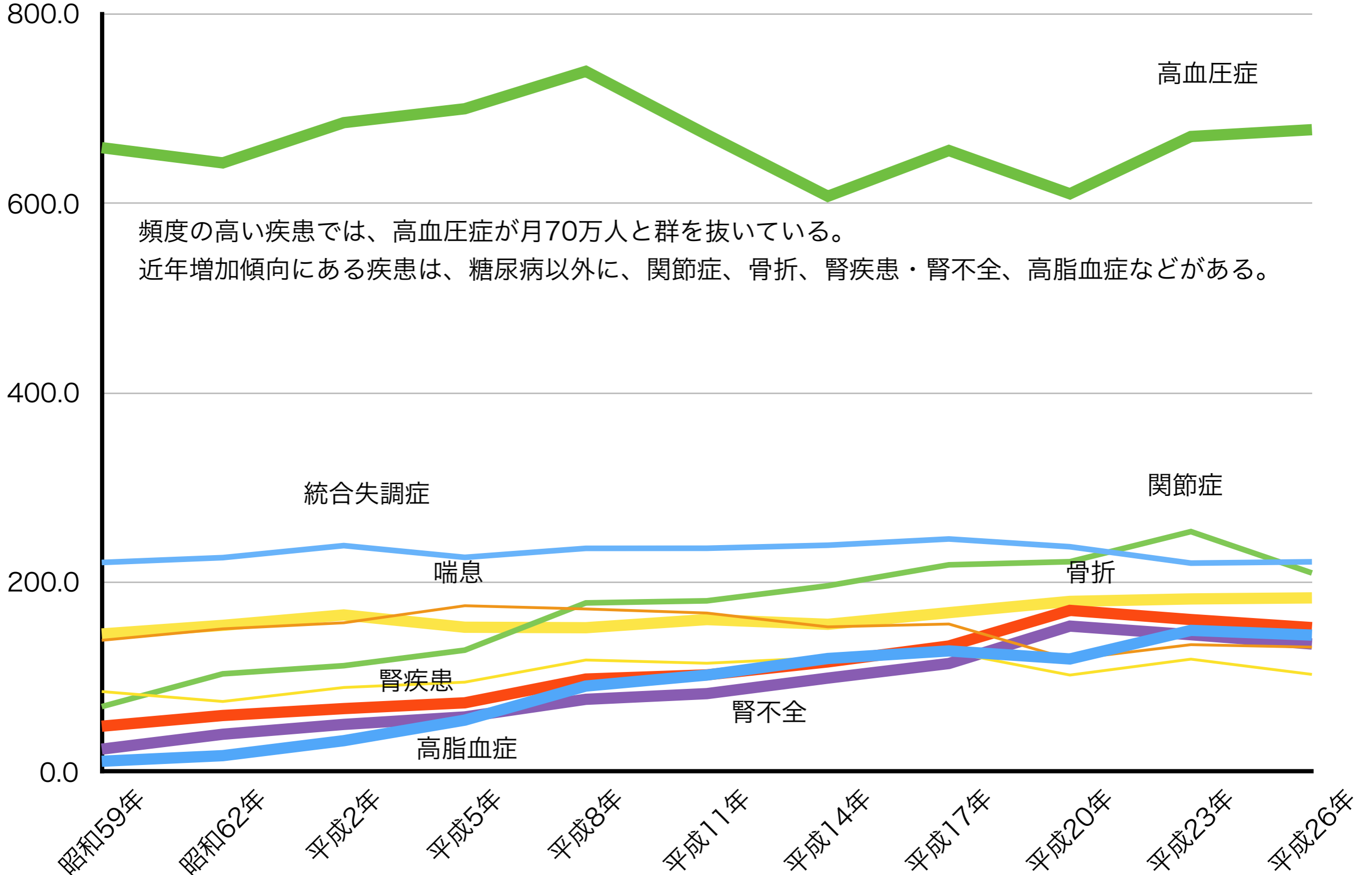
1億2,670万6,000人

15~64歳の「生産人口」は7,596万

2,000人 → 女性は3,798万人

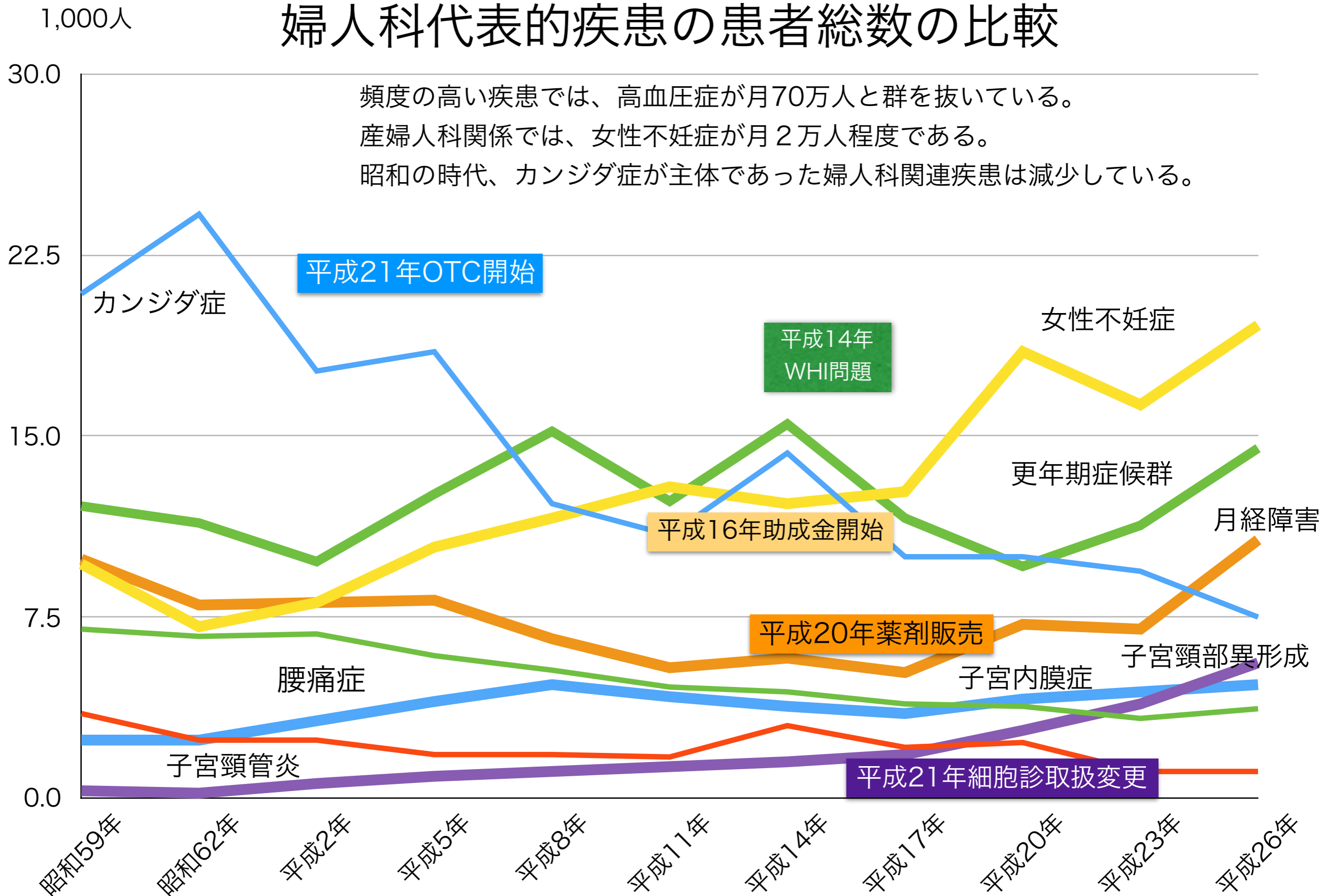
頻度の高い疾患

1,000人



各年10月の患者数からの推計 単位1,000人 疾病統計2017年より

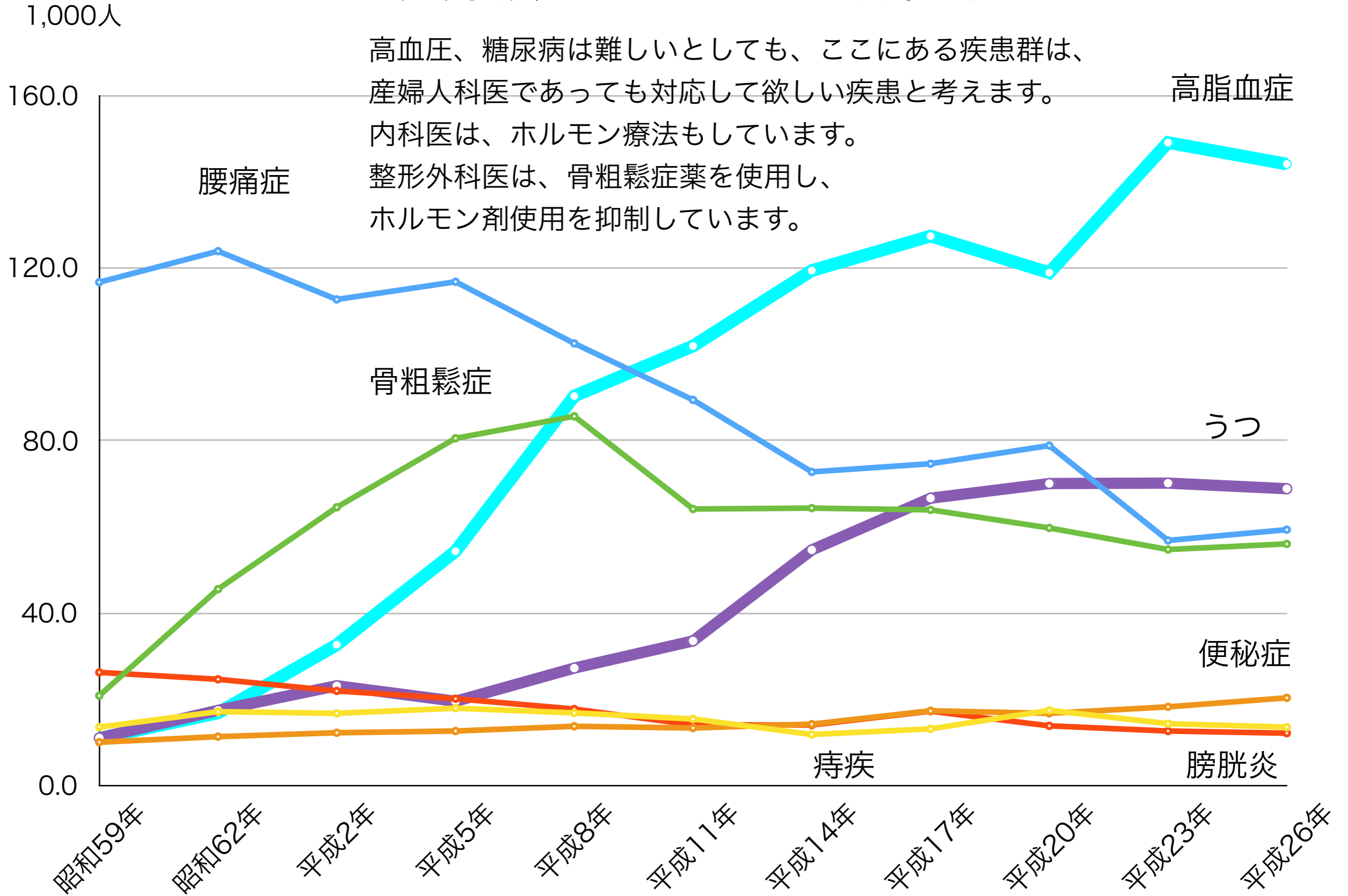
婦人科代表的疾患の患者総数の比較



各年10月の患者数からの推計 単位1,000人 疾病統計2017年より

境界領域の疾患の患者総数

高血圧、糖尿病は難しいとしても、ここにある疾患群は、産婦人科医であっても対応して欲しい疾患と考えます。内科医は、ホルモン療法もしています。整形外科医は、骨粗鬆症薬を使用し、ホルモン剤使用を抑制しています。



保険収載への道のり

会 員

各都道府県、ブロック社保協議会

各種関連学会

47都道府県に
医療保険担当者

9ブロック地区

産婦人科関連学会・研究会など

日本産婦人科医会
(医療保険委員会)

日本産科婦人科学会
(社会保険委員会)

日本医師会

内保連

外保連

内保連

中央社会保険医療協議会

厚生労働大臣

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

診療報酬改定結果検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 松原由美(早稲田大学人間科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回
平成28年度3回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回

診療報酬基本問題小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学政治学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学部老年病学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 小澤壯治(東海大学医学部医学科領域主任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長: 荒井耕(一橋大学大学院商学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6:6:4:2
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度8回
平成27年度10回
平成28年度4回

保険医療材料専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度8回
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回
平成27年度9回
平成28年度1回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

■DPC評価分科会

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

■医療技術評価分科会

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長) 時期: 年1回程度

■医療機関のコスト調査分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授) 時期: 年1回程度

■医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

■入院医療等の調査・評価分科会

会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置: H28
委員長: 田倉智之(大阪大学大学院医学系研究科医療経済産業政策学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度

内保連2018年度診療報酬改定要望

【未収載】

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1. 生体検査判断料の適応拡大：ノンストレステスト | 日本産婦人科医会 |
| 2. 生体検査判断料の適応拡大：分娩監視装置 | 日本産婦人科医会 |
| 3. 婦人科細胞診スクリーニング陰性標本に対する自動判定加算 | 日本臨床細胞学会 |
| 4. 産後メンタルヘルスケア指導管理料 | 日本産科婦人科学会 |
| 5. 子宮内膜症指導管理料 | 日本産科婦人科学会 |
| 6. ホルモン補充療法（HRT）管理料 | 日本産科婦人科学会 |
| 7. 不妊症指導管理料 | 日本産科婦人科学会 |
| 8. 反復・習慣流・死産指導管理料 | 日本産科婦人科学会 |
| 9. 妊婦に関する指導管理料 | 日本産婦人科医会 |

【既収載】

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1. 腔内照射増点 | 日本放射線腫瘍学会 |
| 2. 淋菌の核酸増幅同定精密検査における女性尿検体の適用追加 | 日本感染症学会 |
| 3. 観血的手術における術前検査へHIV検査の導入 | 日本産科婦人科学会 |
| 4. 婦人科液状細胞診の増点 | 日本臨床細胞診学会 |
| 5. 子宮頸部円錐切除術後のHPV検査 | 日本産婦人科医会 |
| 6. 細胞診 セルブロック法によるもの（増点） | 日本臨床細胞診学会 |
| 7. 免疫染色（増点） | 日本臨床細胞診学会 |
| 8. 細胞診断料（増点） | 日本臨床細胞診学会 |
| 9. HTLV-1核酸検出 | 日本産科婦人科学会 |

外保連2018年度診療報酬改定要望

【技術新設】

1. 子宮悪性腫瘍手術（腹腔鏡下、広汎）
2. ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術（子宮体癌）
3. 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
4. 腹式子宮腺筋症病巣除去術
5. ロボット支援下子宮全摘術

【技術改正】

1. 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
2. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術と子宮鏡下筋腫核出術の複数手術特例の拡大
3. 選択帝王切開
4. 緊急帝王切開
5. 腹腔内視鏡検査
6. 子宮ファイバースコピー
7. 流産手術と頸管ポリープ切除術の複数手術の適応の拡大

【材料】

1. ユーテリンマニピレーター
2. ヒスキャス
3. ペッサリー

日本医師会2018年度診療報酬改定要望

重点項目1. 妊婦診察料の新設

重点項目2. 妊産婦メンタルヘルスケア指導管理料の新設

重点項目3. 帝王切開の適応拡大；「複雑な場合」に5項目が適応とされたが、
この項目に多胎妊娠を加えられること
並びに増点：選択23,835点、緊急24,262点（外保連試案）

4. ハイリスク妊娠管理加算の適応妊娠週数の拡大 妊娠週数34週までの拡大
ハイリスク分娩管理加算の適応疾患の拡大 甲状腺疾患

5. 婦人科特定疾患指導管理料

(1) 無月経 (2) 月経周期異常 (3) 排卵障害 (4) 不育症・習慣流産・死産
(5) 子宮内膜症 (6) 更年期症候群(障害) (7) 卵巣欠落症状

6. 生体検査判断料の新設

分娩監視装置検査判断料、ノンストレステスト（一連につき）検査判断料

7. 子宮頸部切除術後のHPV検査

8. 処置料の改定

9. 婦人科材料等液状化検体細胞診加算の増点

(注1) 通則の変更 (注2)

10. 流産手術と頸管ポリープ切除術の複数手術の特例拡大

保険収載後の対応

厚生労働大臣

厚生労働省

各都道府県

ブロック社保協議会

日本産婦人科医会（医療保険委員会）

日本産科婦人科学会（社会保険委員会）

産婦人科社会保険診療報酬点数早見表

日本産婦人科医会編
平成30年1月

診療項目	診療項目	診療項目	診療項目
1. 初診	2. 再診	3. 入院	4. 手術
5. 検査	6. 処置	7. 投薬	8. 輸血
9. 輸液	10. 輸酸素	11. 輸血	12. 輸液
13. 輸酸素	14. 輸液	15. 輸血	16. 輸液
17. 輸酸素	18. 輸液	19. 輸血	20. 輸液
21. 輸酸素	22. 輸液	23. 輸血	24. 輸液
25. 輸酸素	26. 輸液	27. 輸血	28. 輸液
29. 輸酸素	30. 輸液	31. 輸血	32. 輸液
33. 輸酸素	34. 輸液	35. 輸血	36. 輸液
37. 輸酸素	38. 輸液	39. 輸血	40. 輸液
41. 輸酸素	42. 輸液	43. 輸血	44. 輸液
45. 輸酸素	46. 輸液	47. 輸血	48. 輸液
49. 輸酸素	50. 輸液	51. 輸血	52. 輸液
53. 輸酸素	54. 輸液	55. 輸血	56. 輸液
57. 輸酸素	58. 輸液	59. 輸血	60. 輸液
61. 輸酸素	62. 輸液	63. 輸血	64. 輸液
65. 輸酸素	66. 輸液	67. 輸血	68. 輸液
69. 輸酸素	70. 輸液	71. 輸血	72. 輸液
73. 輸酸素	74. 輸液	75. 輸血	76. 輸液
77. 輸酸素	78. 輸液	79. 輸血	80. 輸液
81. 輸酸素	82. 輸液	83. 輸血	84. 輸液
85. 輸酸素	86. 輸液	87. 輸血	88. 輸液
89. 輸酸素	90. 輸液	91. 輸血	92. 輸液
93. 輸酸素	94. 輸液	95. 輸血	96. 輸液
97. 輸酸素	98. 輸液	99. 輸血	100. 輸液



会 員

若手の先生方へお願い

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第2部 在宅医療

第3部 検査

第4部 画像診断

第5部 投薬

第6部 注射

第7部 リハビリテーション

第8部 精神科専門療法

第9部 処置

第10部 手術

第11部 麻酔

第12部 放射線治療

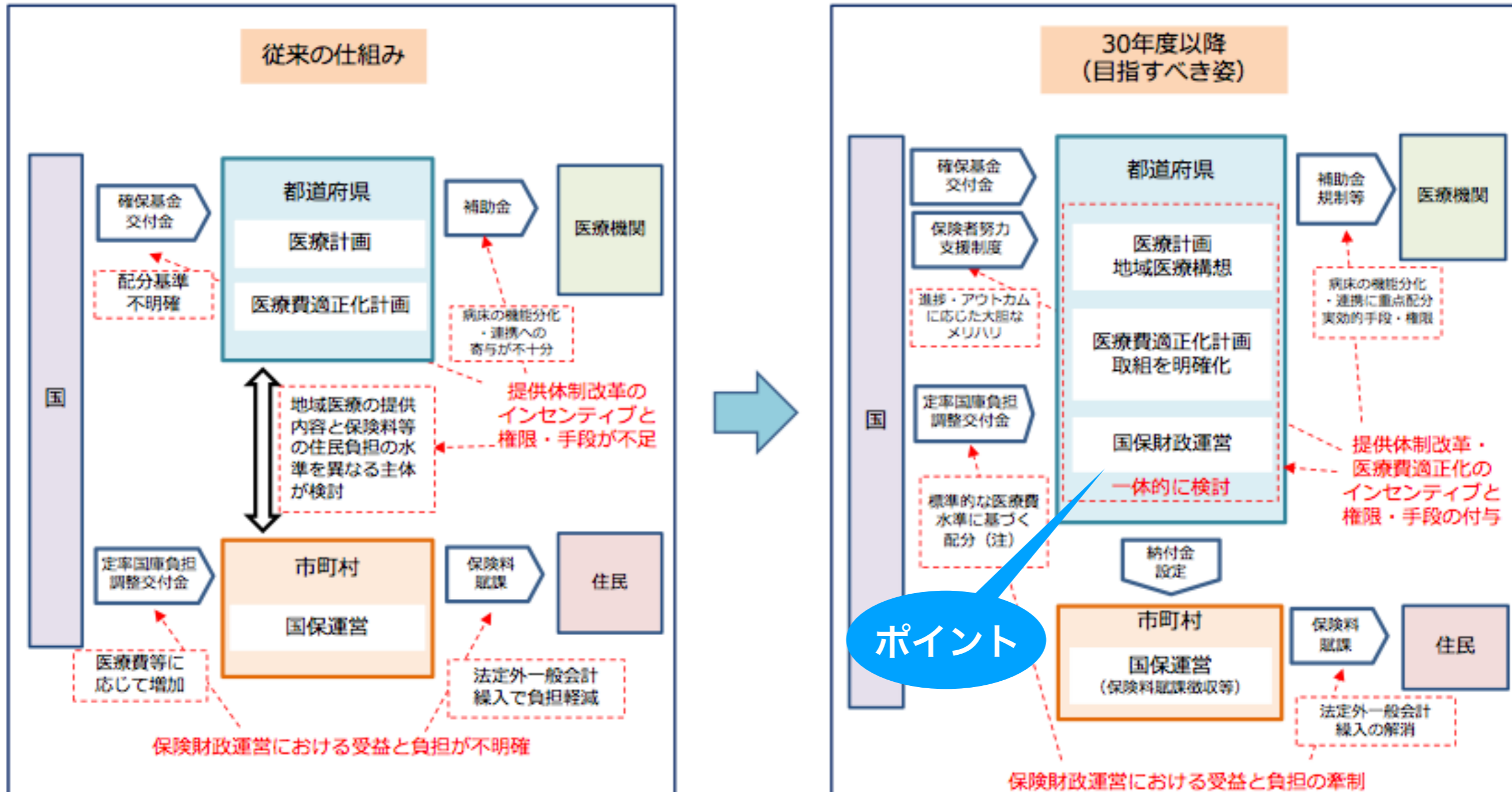
第13部 病理診断

第2章にある、検査・画像診断・処置に関しては、この20年間産婦人科関係の新しいものが出て来ていない状況です。

若い先生方には、是非そのエネルギーで新たなものを開発してもらうことをお願いします。

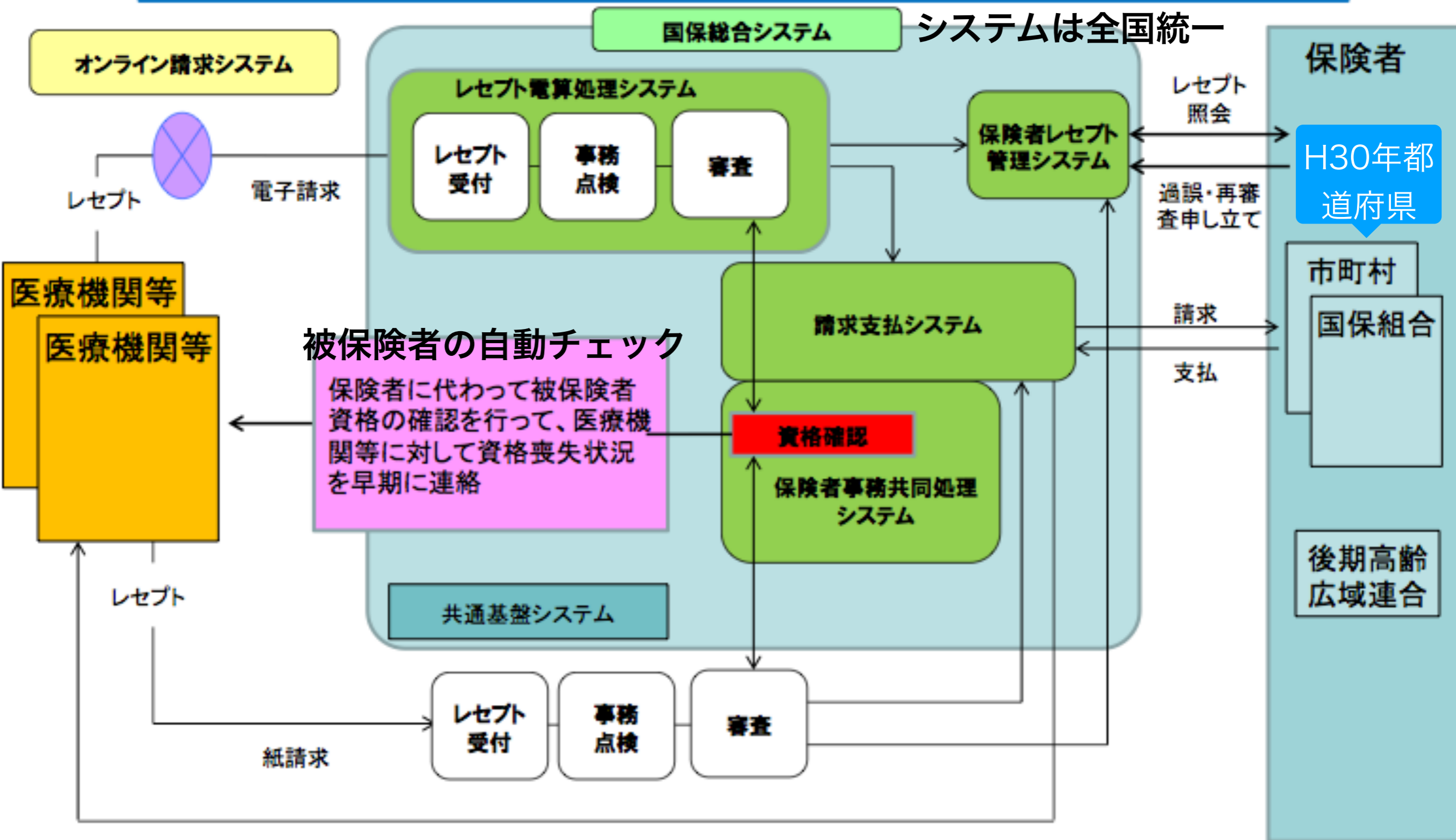
医療分野での都道府県のガバナンス強化

- 平成30年度から、都道府県において、地域医療構想の実現に向けた医療提供体制改革、医療費適正化計画の推進、国民健康保険の財政運営を一体的に担うようになる。
- 都道府県に実効的な手段・権限を付与するとともに、取組の結果に応じた強力なインセンティブを設けることで、医療保険・医療提供体制を通じたガバナンス体制を構築する必要。



(注) 全国平均の性・年齢構成別一人当たり医療費をもとに、性・年齢構成を当該自治体と等しくした場合の医療費水準。

国保連合会の現行システム（医療保険関係）のイメージ



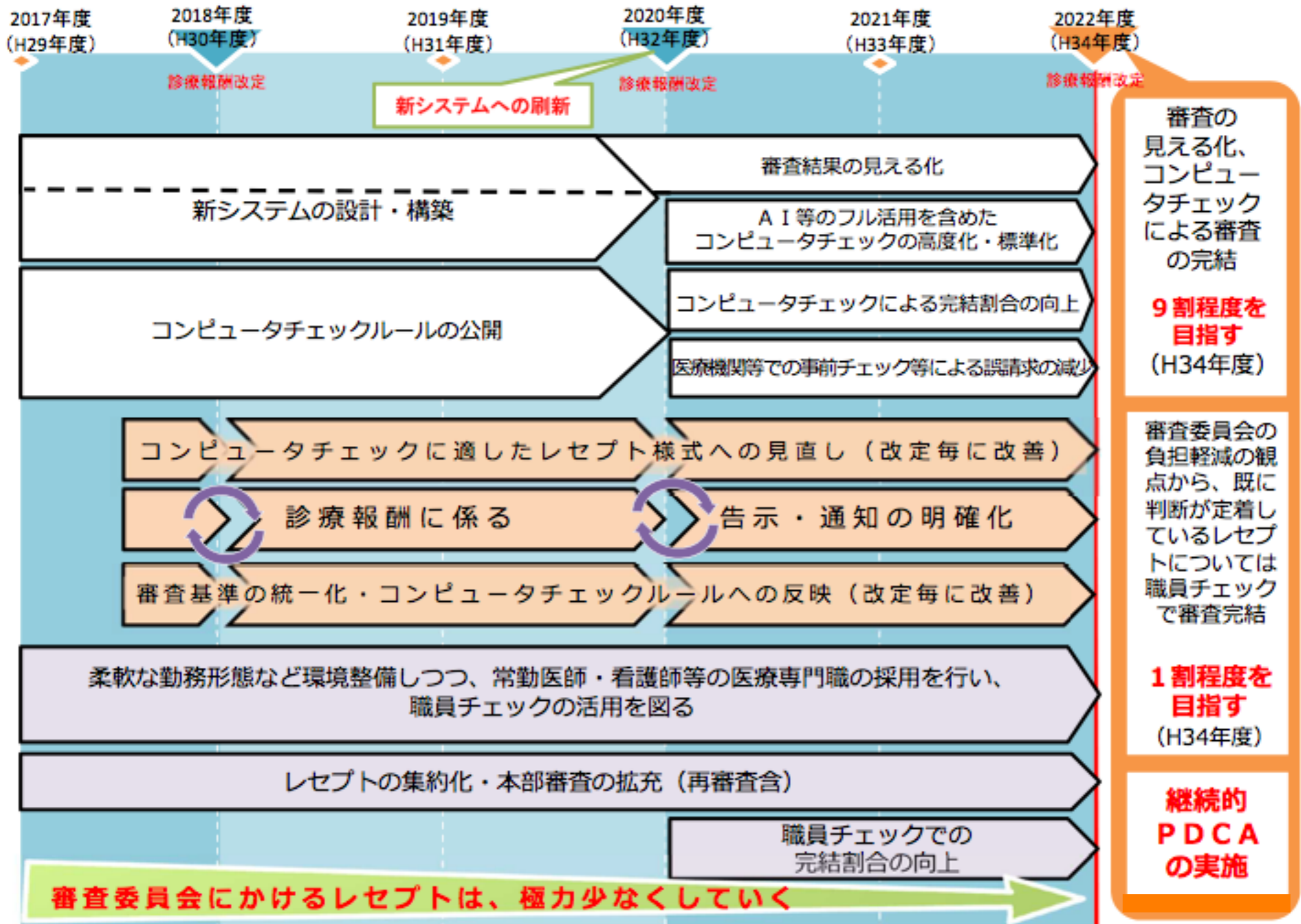
レセプト電算処理：縦覧点検、横覧点検の自動化が促進される。
 縦覧点検；6ヶ月内の検査、治療の標準回数問題を自動チェック
 横覧点検；入院・外来の管理料等、二重請求の自動チェック

平成25年

www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/130930/item3.pdf一部改変

支払基金の工程表

審査支払業務の効率化・高度化(イメージ)

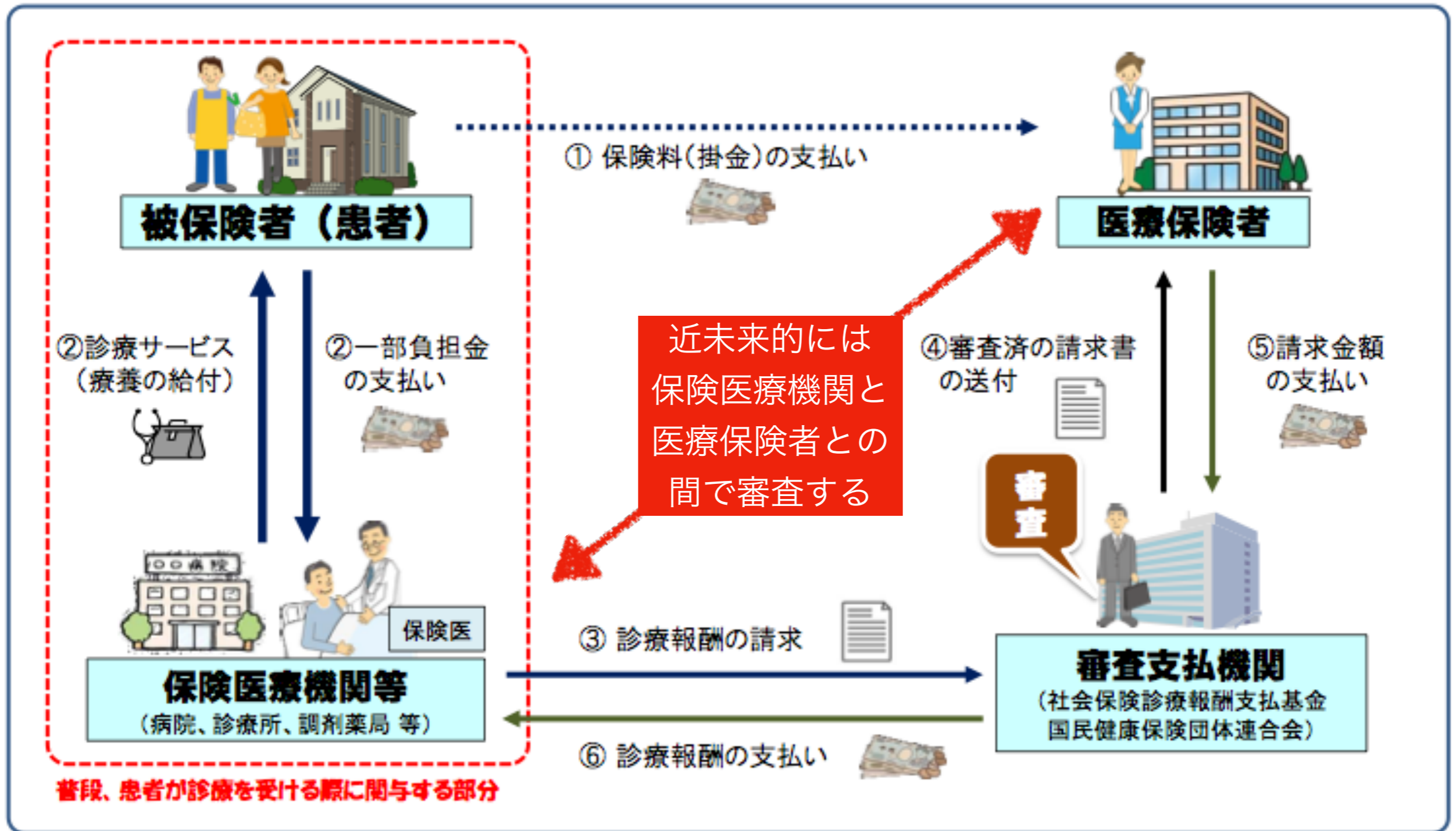


項目を設定して
検査回数
標準化

幅を持たせる診療
の妨げ

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



今から備える必要があります。

ご静聴有難う御座いました。

日常診療に役立てて頂ければ幸いです。

第70回日本産科婦人科学会

会長 八重樫伸生 東北大学産婦人科学教授

座長 平田修司 山梨大学産婦人科学教授

発表の場を頂き感謝申し上げます。