

〔平成27年11月19日（木）〕  
10時00分～12時00分  
厚生労働省専用22会議室（18階）

## 第42回

# 社会保障審議会医療部会

## 議 事 次 第

- 次期診療報酬改定の基本方針の検討について

### （配布資料）

資料1 平成28年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）

参考資料1 平成28年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）に関する参考資料

参考資料2 社会保障審議会 医療部会（10月22日）各委員の発言要旨

参考資料3 社会保障審議会 医療保険部会（10月21日）各委員の発言要旨

(平成27年11月19日 時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
阿部 泰久	(社) 日本経済団体連合会常務理事
安部 好弘	(社) 日本薬剤師会常務理事
阿真 京子	(社) 知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
荒井 正吾	全国知事会 (奈良県知事)
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
加納 繁照	(社) 日本医療法人協会会長
釜菴 敏	(社) 日本医師会常任理事
菊池 令子	(社) 日本看護協会副会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
※ 楠岡 英雄	(独) 国立病院機構大阪医療センター院長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
平川 則男	日本労働組合総連合会 総合政策局長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
渡邊 正臣	(社) 日本歯科医師会副会長

◎ : 部会長

○ : 部会長代理

※ : 社会保障審議会委員

## 平成 28 年度 診 療 報 酬 改 定 の 基 本 方 針 ( 骨 子 案 )

### 1. 改 定 に 当 た っ て の 基 本 認 識

#### ( 超 高 齢 社 会 に お け る 医 療 政 策 の 基 本 方 向 )

- いわゆる「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）に向けて、制度の持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安全・安心で質が高く効率的な医療を受けられるようにすることが重要。
- 同時に、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が必要。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが重要。
- また、この「超高齢社会」という問題に加えて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応、医療保険制度の持続可能性の確保といった様々な課題に直面。さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な問題に対応するためには、地域の実情も考慮しつつ、平成 26 年度に設置された地域医療介護総合確保基金をはじめ、診療報酬、予防・健康づくり、更には介護保険制度も含め、それぞれの政策ツールの特性・限界等を踏まえた総合的な政策の構築が不可欠。
- 2035 年に向けて保健医療の価値を高めるための目標を掲げた「保健医療 2035」も踏まえ、「患者にとっての価値」を考慮した報酬体系を目指していくことが必要。

#### ( 地 域 包 括 ケ ア シ ス テ ム と 効 率 的 で 質 の 高 い 医 療 提 供 体 制 の 構 築 )

- 「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成 30 年度（2018 年度）に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025 年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていく。
- 特に、地域包括ケアシステムや効率的で質の高い提供体制の整備には、質の高い人材を継続的に確保していくことが不可欠。人口の減少傾向や現下の人材不足の状況に鑑み、医療従事者の確保・定着に向けて、地域医療介護総合確保基金による対応との役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要。

### **(経済成長や財政健全化との調和)**

- 医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要。「経済財政運営と改革の基本方針 2015」や「日本再興戦略 2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献にも留意することが必要。

## **2. 改定の基本的視点と具体的方向性**

### **(1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点**

#### **【重点課題】**

#### **(基本的視点)**

- 医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスにつながるなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、在宅医療・訪問看護などの整備を含め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

#### **(具体的方向性の例)**

##### ア 医療機能に応じた入院医療の評価

- ・ 効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進。

##### イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保

- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した医療従事者の確保・養成等と併せて、多職種の活用によるチーム医療の評価、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を推進し、医療従事者の負担軽減を図る。

##### ウ 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。

- ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。
- ・ 退院支援、医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化。

#### エ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効率的で質の高い在宅医療・訪問看護の提供体制を確保。

#### オ 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

- ・ 本年5月に成立した医療保険制度改革法も踏まえ、大病院と中小病院・診療所の機能分化を進めることについて検討。
- ・ 外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、診療所等における複数の慢性疾患を有する患者に療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施する機能を評価。

## **(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点**

### **(基本的視点)**

- 患者にとって、医療の安心・安全が確保されていることは当然のことであるが、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえれば、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき、患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、病気を治すだけでなく、「生活の質」を高める「治し、支える医療」を実現することが重要。

### **(具体的方向性の例)**

- ア かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
  - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
  - ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。(再掲)

イ 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進

- ・ 情報通信技術（ICT）が一層進歩する中で、ICT を活用した医療連携による医療サービスの向上の評価を進めるとともに、医療に関するデータの収集・活用を推進することで、実態やエビデンスに基づく評価を図る。

ウ 質の高いリハビリテーションの評価等、疾病からの早期回復の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を進め、疾病からの早期回復の推進を図る。

### **（３）重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点**

#### **（基本的視点）**

- 国民の疾病による死亡の最大の原因となっているがんや心疾患、脳卒中に加え、高齢化の進展に伴い今後増加が見込まれる認知症や救急医療など、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野については、国民の安心・安全を確保する観点から、時々の診療報酬改定においても適切に評価していくことが重要。

#### **（具体的方向性の例）**

- 上記の基本的視点から、以下の事項について検討を行う必要。
  - ア 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
  - イ 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
  - ウ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
  - エ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
  - オ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
  - カ 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
  - キ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
  - ク 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価 等

### **（４）効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点**

#### **（基本的視点）**

- 今後、医療費が増大していくことが見込まれる中で、国民皆保険を維持するためには、制度の持続可能性を高める不断の取り組みが必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療費の効率化・適正化を図ることが必要。

### (具体的方向性の例)

- ア 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
  - ・ 後発品の使用促進について、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな目標の実現に向けた診療報酬上の取組について見直し。
  - ・ 後発医薬品の価格適正化に向け、価格算定ルールを見直し。
  - ・ 前回改定の影響を踏まえつつ、現行の長期収載品の価格引下げルールの要件の見直し。
- イ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
  - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で生活を継続できるための取組を推進。
- ウ 残薬や多剤・重複投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
  - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を推進し、残薬や多剤・重複投薬の削減を進める。
- エ 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
  - ・ 服薬情報の一元的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価するとともに、かかりつけ機能を発揮できていないいわゆる門前薬局の評価の適正化等を進める。
- オ 重症化予防の取組の推進
  - ・ 重症化予防に向けて、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- カ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。
  - ・ また、医薬品や医療機器等の費用対効果評価の試行的導入について検討。

## 3. 将来を見据えた課題

- 地域医療構想を踏まえた第7次医療計画が開始される平成30年度に向け、実情に応じて必要な医療機能が地域全体としてバランスよく提供されるよう、今後、診療報酬と地域医療介護総合確保基金の役割を踏まえながら、診療報酬においても必要な対応を検討。

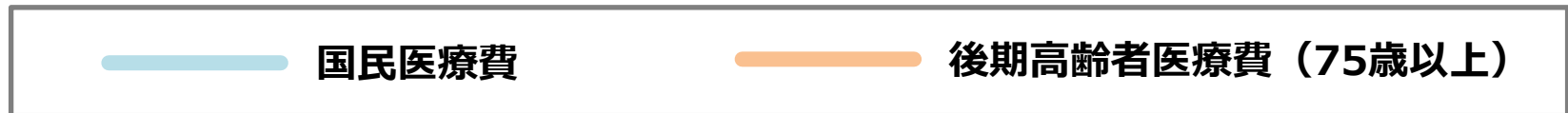
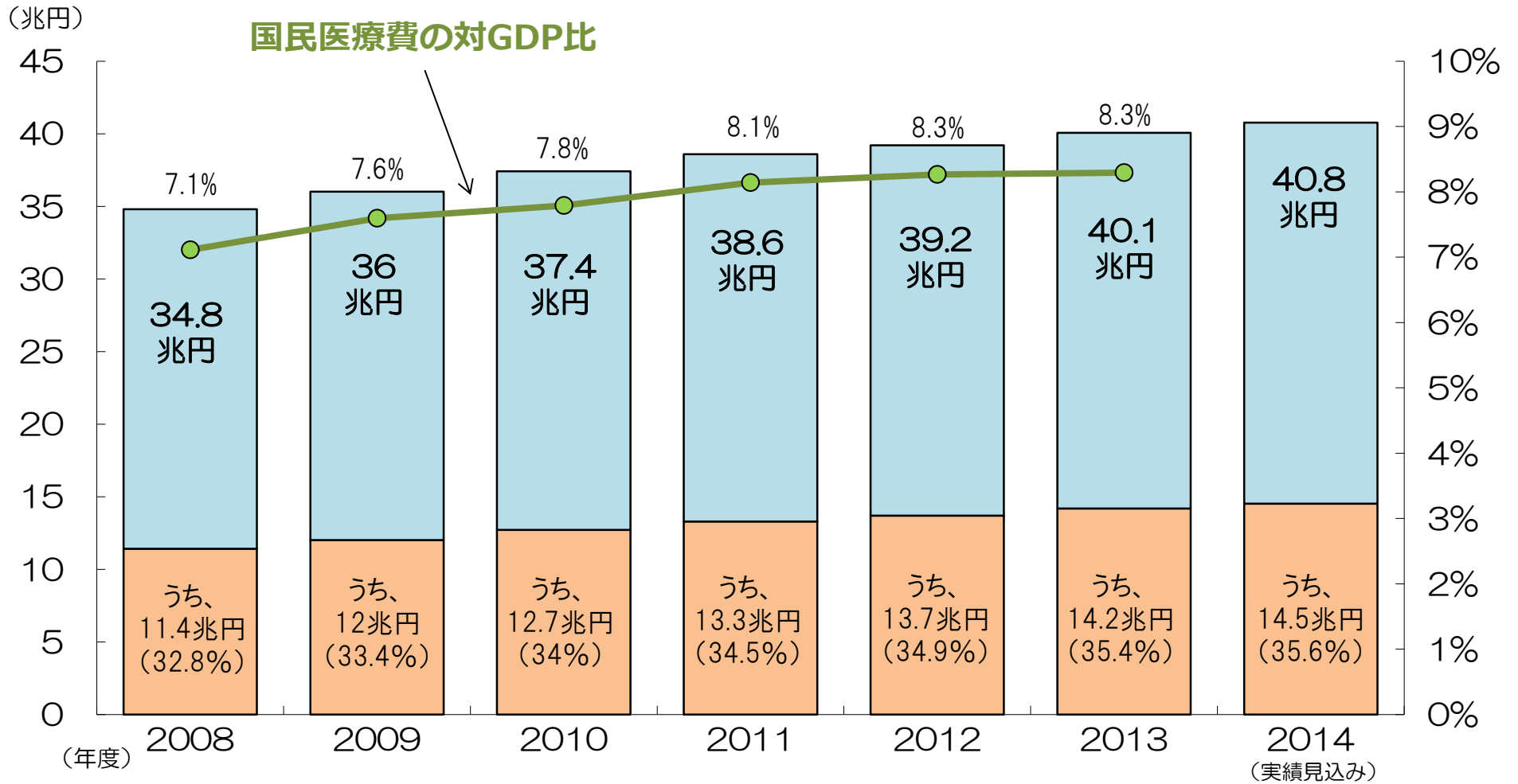
- 平成 30 年度の同時改定を見据え、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療の普及について、引き続き検討を行う必要。
- 国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア・セルフメディケーションの推進、保険外併用療養の活用等について広く議論が求められる。



# 平成28年度診療報酬改定の 基本方針(骨子案)に関する参考資料

平成27年11月19日  
厚生労働省

# 医療費の動向



(出典)平成25年度国民医療費の概況、後期高齢者医療事業状況報告(平成25年度(年報))、GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

(注)2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率を乗じることによって推計。

# 医療費の伸び率の要因分解

近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。

※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)
医療費の伸び率 ①	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%
診療報酬改定 ②	-0.82%		0.19%		0.004%		0.10% <small>(注3)</small>
人口増の影響 ③	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%
制度改正	H20.4 未就学2割負担						

注1: 医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成26年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成26年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3: 平成26年度の診療報酬改定の0.10%は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分+1.36%(本体(+0.63%)と薬価等(+0.73%)の合計)を含む。

# 平成25年度 国民医療費の構造

- 平成25年度における国民医療費総額は、40兆610億円（人口1人当たり国民医療費31万4,700円）。
- 財源別にみると、公費は15.5兆円（38.8%）、保険料は19.5兆円（48.7%）、患者負担等は5兆円（12.5%）
- 診療種類別にみると、医科診療が28.7兆円（71.8%）、歯科診療2.7兆円（6.8%）、薬局調剤が7.1兆円（17.8%）
- 医療機関の費用構造は、人件費が18.6兆円（46.4%）、医薬品が8.9兆円（22.3%）、材料費が2.6兆円（6.4%）

## ≪国民医療費総額（40兆610億円）の内訳≫

【財源別内訳】

<b>公費</b> 15.5兆円（38.8%）		<b>保険料</b> 19.5兆円（48.7%）		<b>その他 ※1</b> 5兆円（12.5%）
<b>国庫</b> 10.4兆円 （25.9%）	<b>地方</b> 5.2兆円 （12.9%）	<b>事業主</b> 8.1兆円 （20.3%）	<b>被保険者</b> 11.4兆円 （28.5%）	<b>患者負担</b> 4.7兆円 （11.8%）
※国民健康保険の保険料が含まれている。				

【診療種類別内訳】

<b>医科診療</b> 28.7兆円（71.8%） ※うち、入院医療費15.0兆円（37.4%）／入院外医療費13.8兆円（34.4%）	<b>歯科診療</b> 2.7兆円 （6.8%）	<b>薬局調剤</b> 7.1兆円 （17.8%）	<b>その他</b> ※2
--	--------------------------------	---------------------------------	------------------

【医療機関の費用構造】※3

<b>医療サービス従事者</b> （医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） 18.6兆円（46.4%）	<b>医薬品</b> 8.9兆円（22.3%）	<b>委託費</b> 1.9兆円 （4.8%）	<b>経費、その他</b> （光熱費、賃借料、 支払利息等） 8.0兆円（20.0%）
<b>医療材料</b> （診療材料、給食材料等） 2.6兆円（6.4%）			

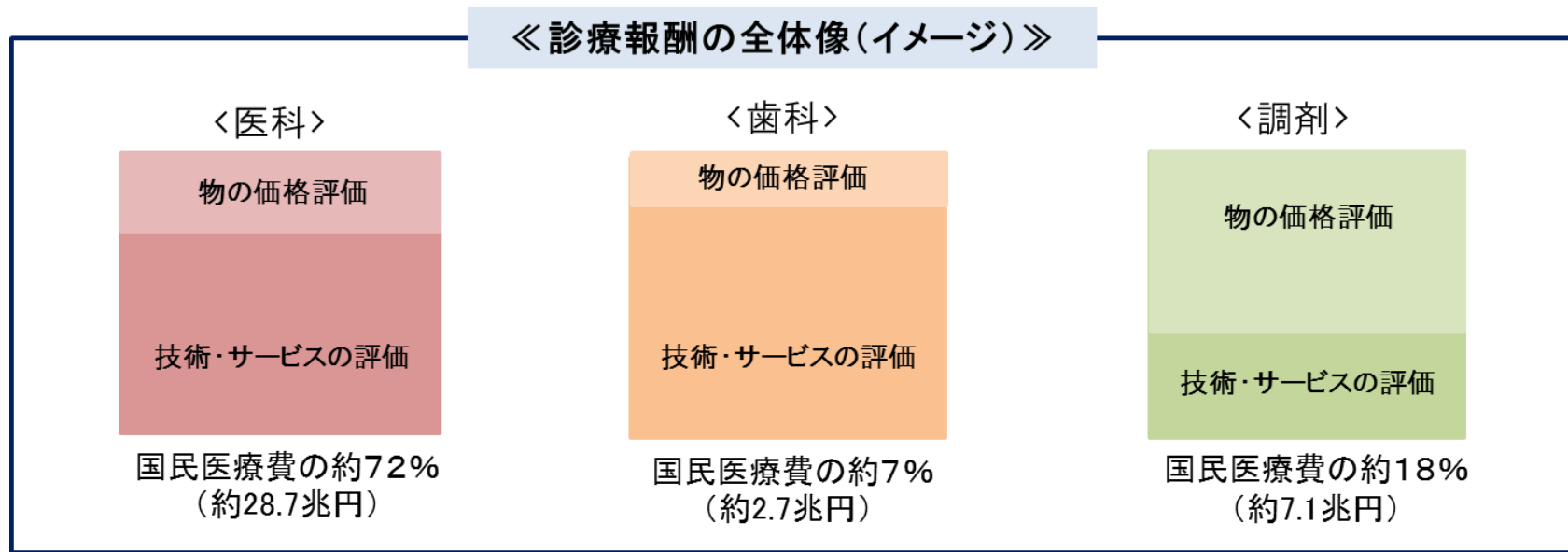
※1 患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等）

※2 入院時食事・生活医療費：0.8兆円（2.0%）、訪問看護医療費：0.1兆円（0.3%）、療養費等：0.6兆円（1.4%）

※3 「平成25年度 国民医療費」及び「医療経済実態調査（平成27年）」の結果等に基づき推計

# 診療報酬とは

- 診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が保険医療サービスに対する対価として受け取る報酬。
- 診療報酬は、「技術・サービスの評価」と「物の価格評価」から構成されており、医科・歯科・調剤のそれぞれについて、個々の技術、サービスを点数化して評価。
  - ※ 医薬品・医療材料については薬価基準・材料価格基準で価格を定める。



- 具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される。
  - (例) 盲腸で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、盲腸の手術代、検査料、薬剤料と加算される。
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえ決定。

# 診療報酬のイメージ

- (例) ● 急性虫垂炎にて入院。  
● 入院当日に脊椎麻酔下に開腹虫垂切除術施行。手術当日夜から食事開始し、4日間入院。



その他
手術 麻酔
投薬・注射 薬剤
画像診断
検査
入院基本料

○入院基本料 7,128点

(内訳) 10対1入院基本料 1,332点×4  
14日以内の加算 450点×4

○入院基本料等加算(4日分) 870点

(内訳) 総合入院体制加算2(1日につき) 120点×4  
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 20点  
診療録管理体制加算2(入院初日) 30点  
医療安全対策加算(入院初日) 85点  
医師事務作業補助体制加算2(入院初日) 255点

○手術 虫垂切除術 6,210点

○麻酔 950点

(内訳) 脊椎麻酔 850点  
麻酔管理料(Ⅱ) 100点

計 15,158点

(入院時食事療養(Ⅰ) 1食640円×8食 5,120円)

**医療費合計 156,700円**

※その他検査、画像診断、投薬、注射等

(自己負担割合3割の場合の一部負担金 47,010円)

## (入院基本料)

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種類別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。

※療養病棟入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。

## (入院基本料等加算)

人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。

# 調剤報酬のイメージ

- (例) ( ● 発熱等の症状で診療所を外来受診。  
● かぜ症候群と診断され、解熱鎮痛剤3日分を院外処方される。 )
- 処方箋に基づき保険薬局で調剤を受ける。



薬剤料
薬学管理料
調剤料
調剤基本料

○ <u>調剤基本料</u>	41点
○ <u>調剤料</u> (内訳)3日分の処方=5点×3日	15点
○ <u>薬学管理料</u>	41点
○ <u>薬剤料</u> (内訳) カロナール錠200mg × 2錠 × 1日3回	15点

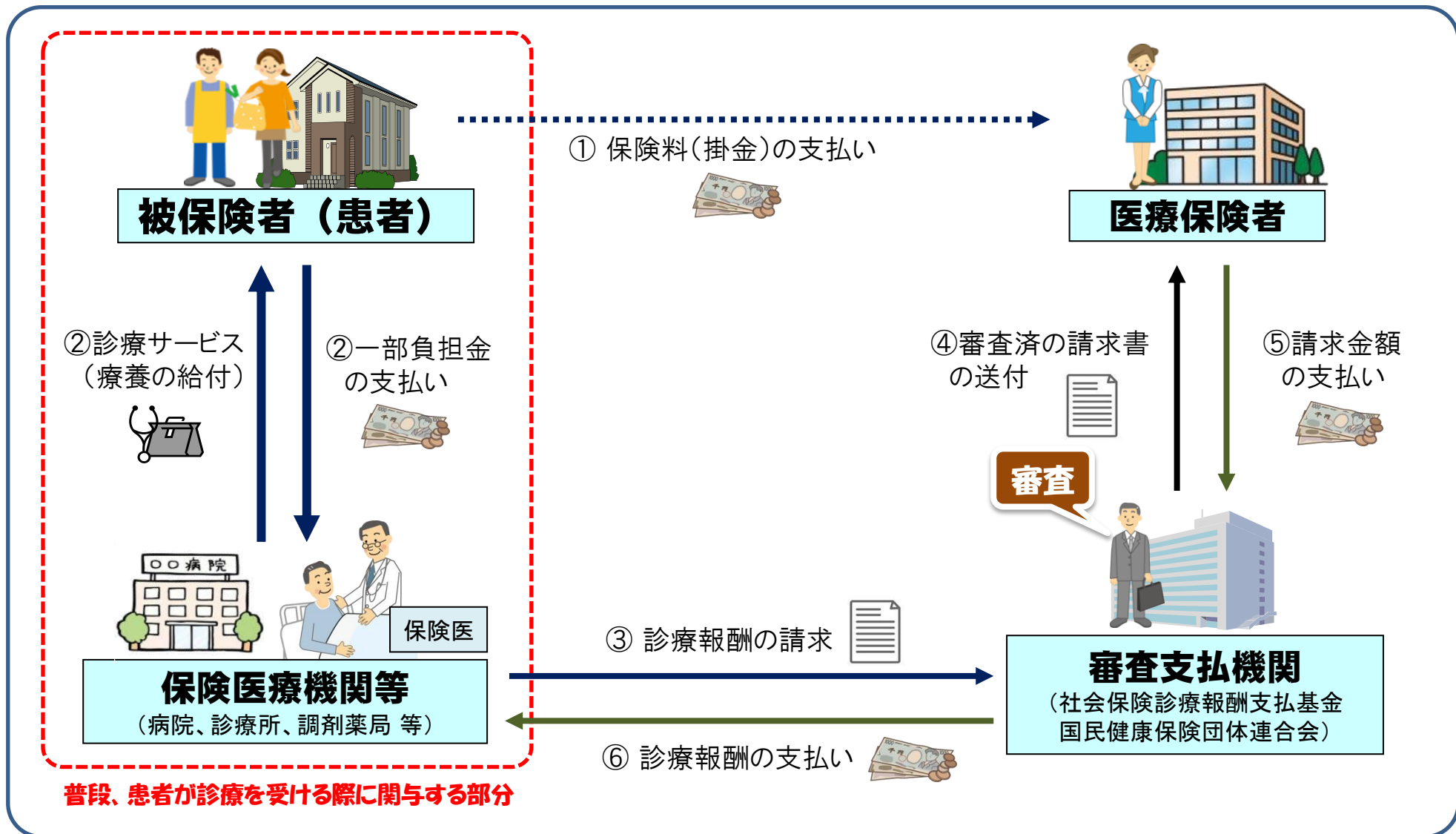
計 112点

医療費合計1,120円

(自己負担割合3割の場合の一部負担金 340円)

# 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。

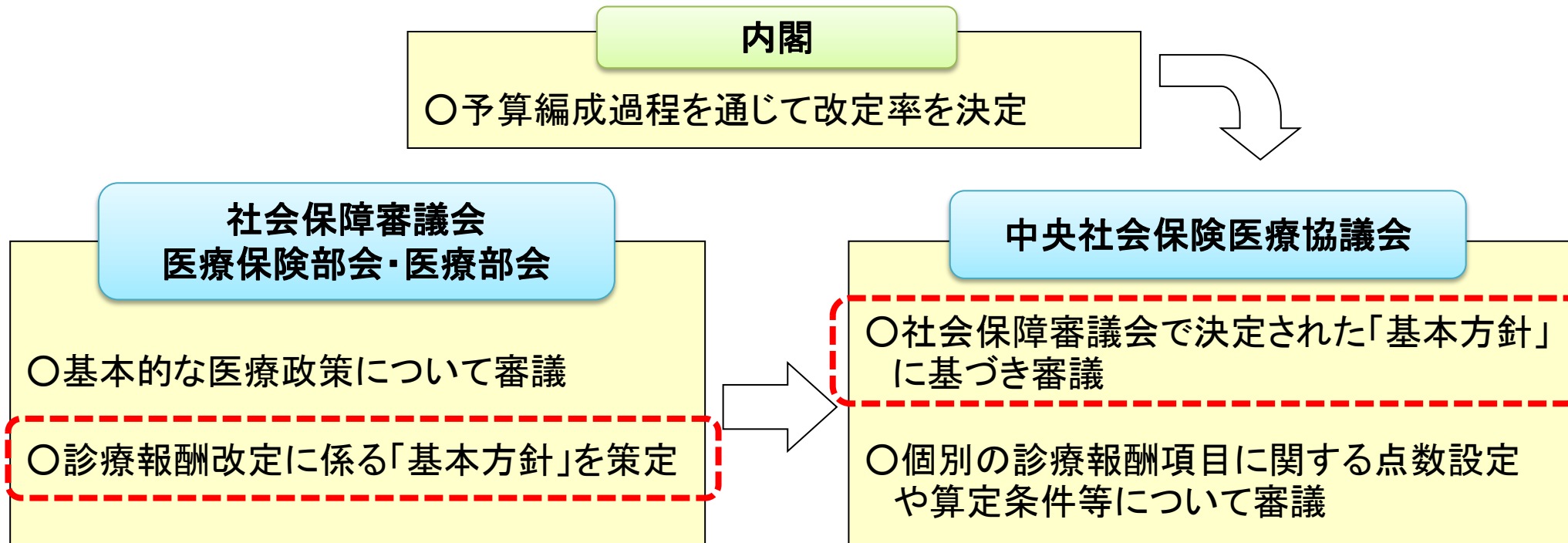




# 診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



## 【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）

# 医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
- 例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。
- また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
- このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。  
2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

## 今後の高齢化の見込み

	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者 人口(割合)	2,948万人 (23.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上高齢者 人口(割合)	1,419万人 (11.1%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

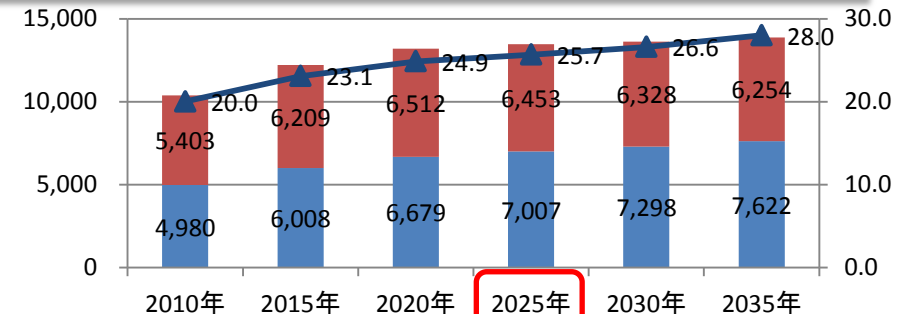
## 認知症高齢者数の推計

2012年:約462万人



2025年:約700万人

## 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計

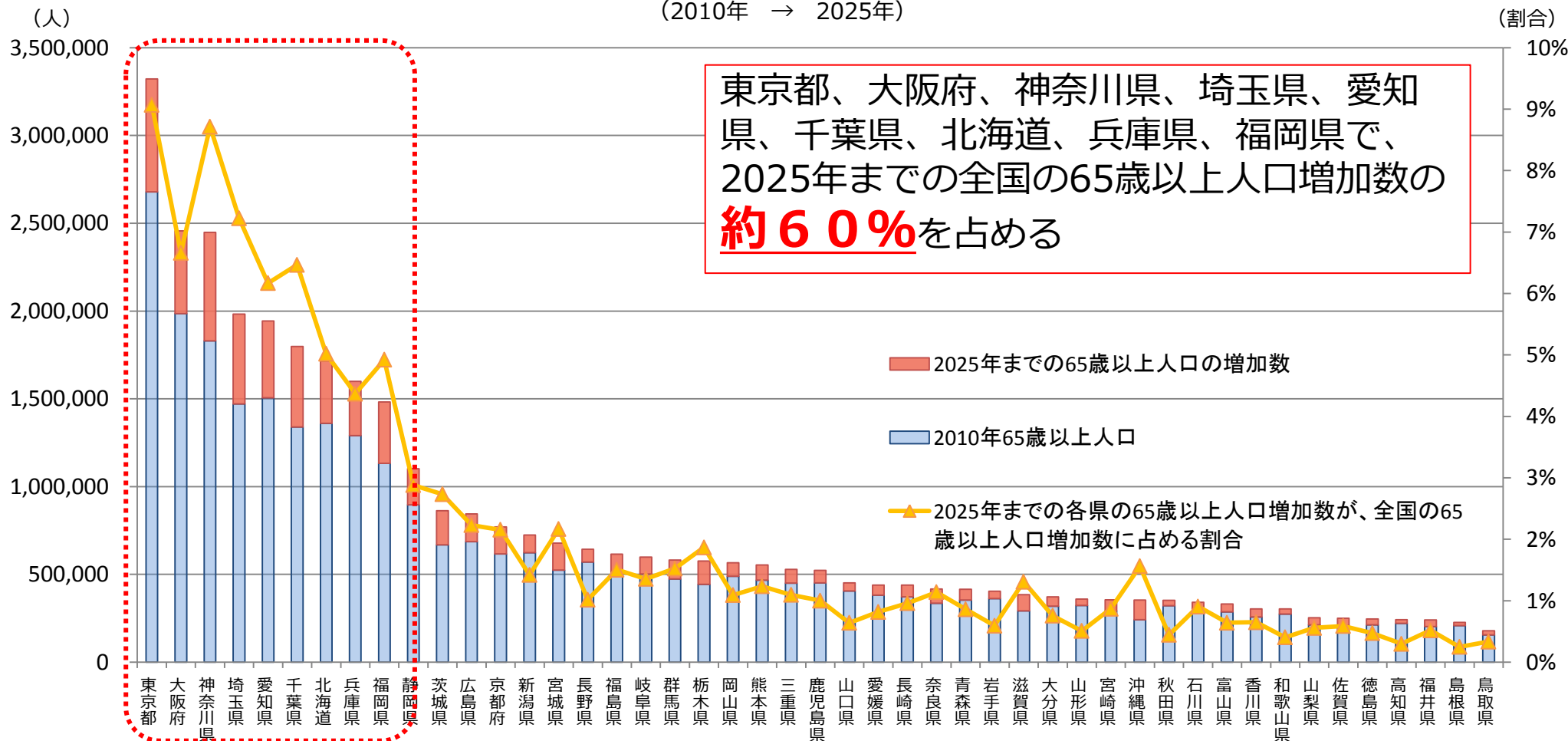


- 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯数
- 世帯主が65歳以上の単独世帯数
- ▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯が全体に占める割合

# 高齢者数増加の地域差について

○ 高齢化の進展には地域差があり、今後、首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加することが予想される。

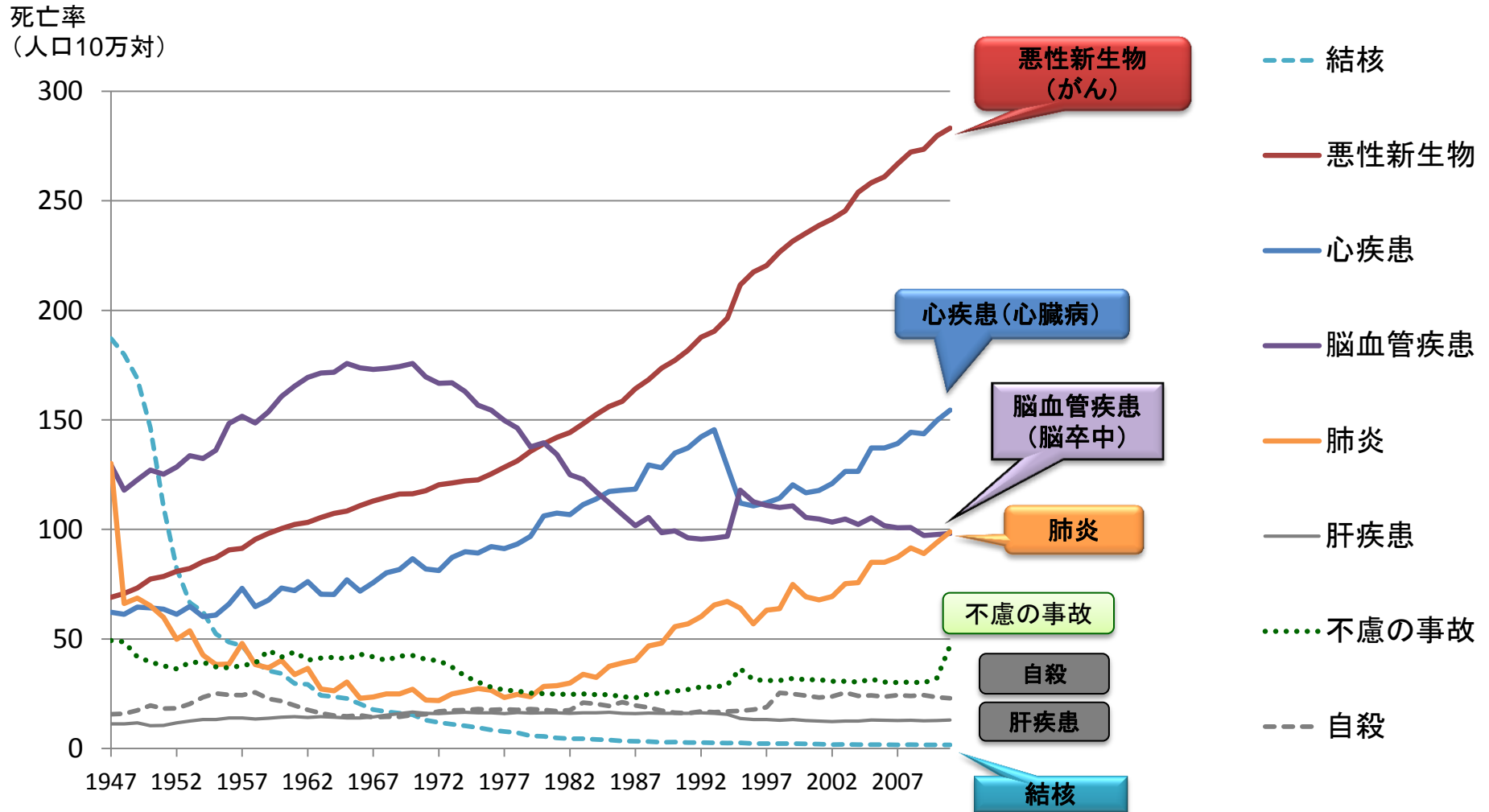
都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数  
(2010年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成22年）  
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

# 主な疾患別の死亡率の推移

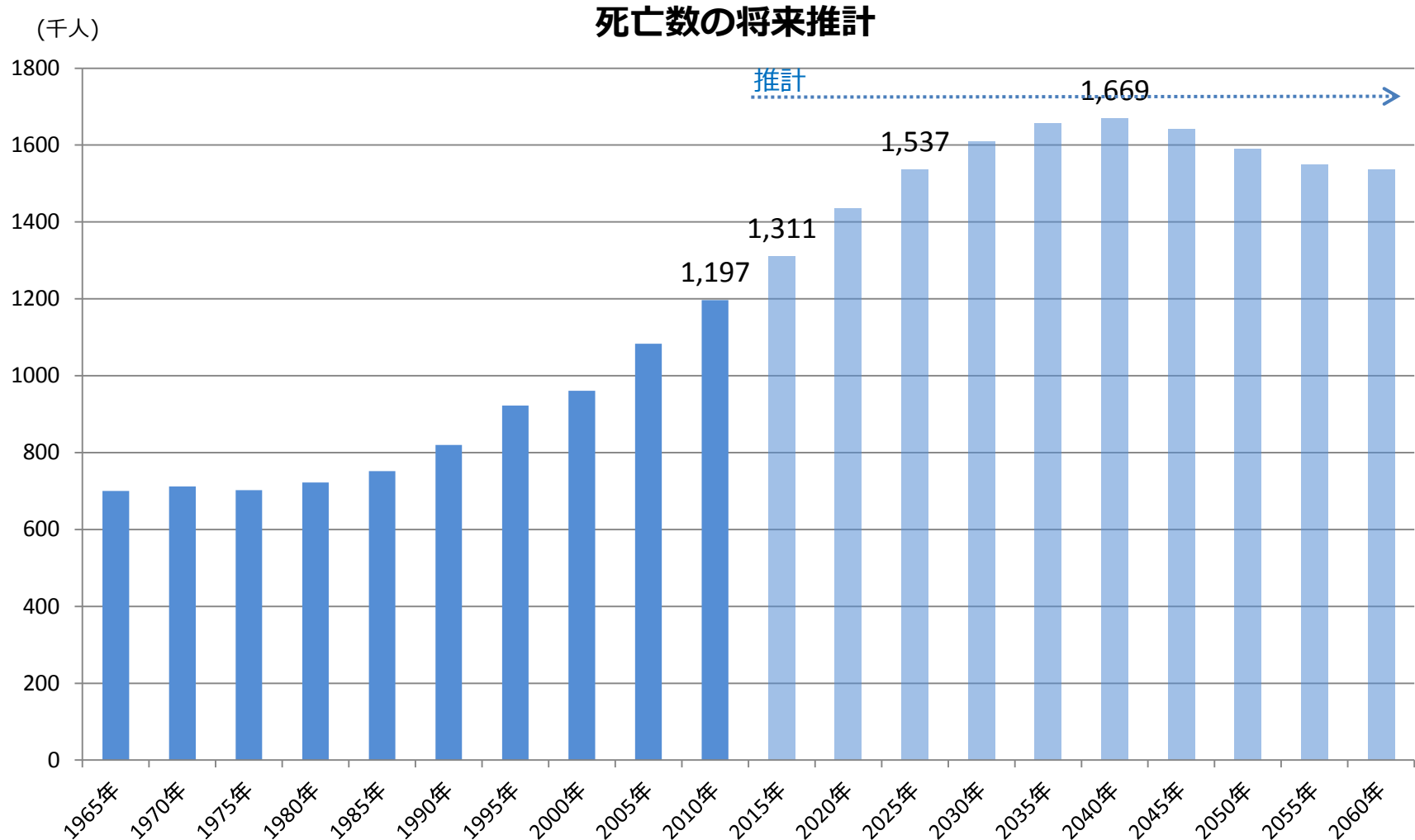
高齢化の進展により、医療ニーズが、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。



出典:「人口動態統計(1947~2011年)」

# 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



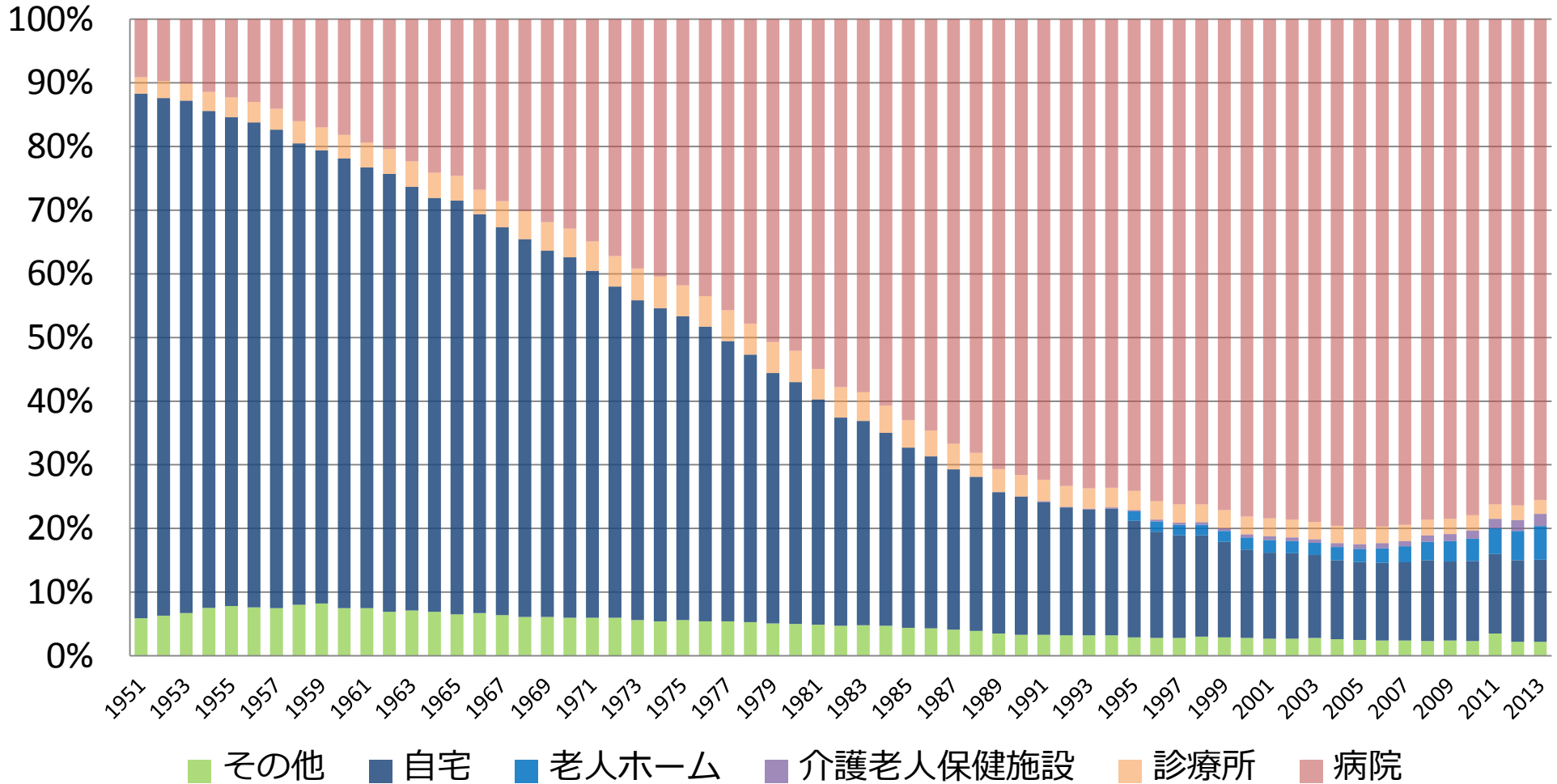
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

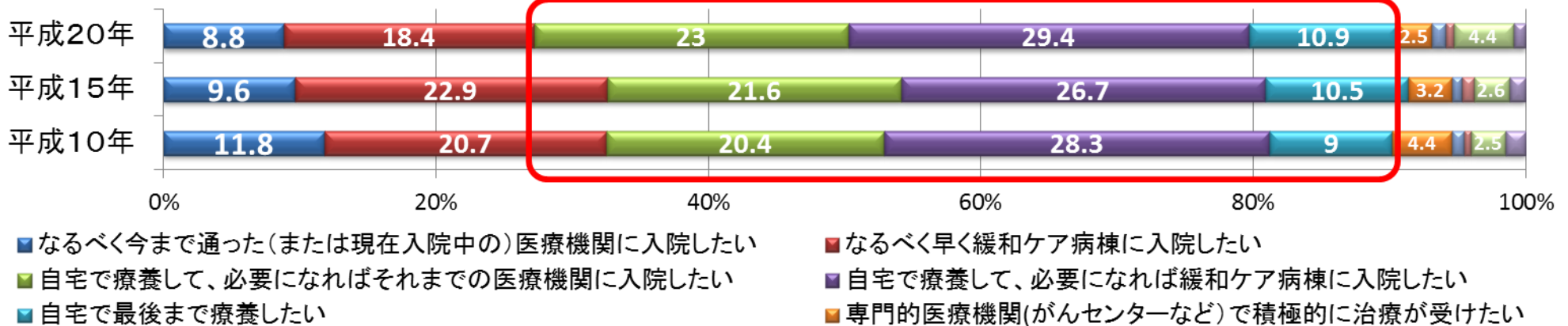
# 死亡の場所（年次推移）

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

## 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率

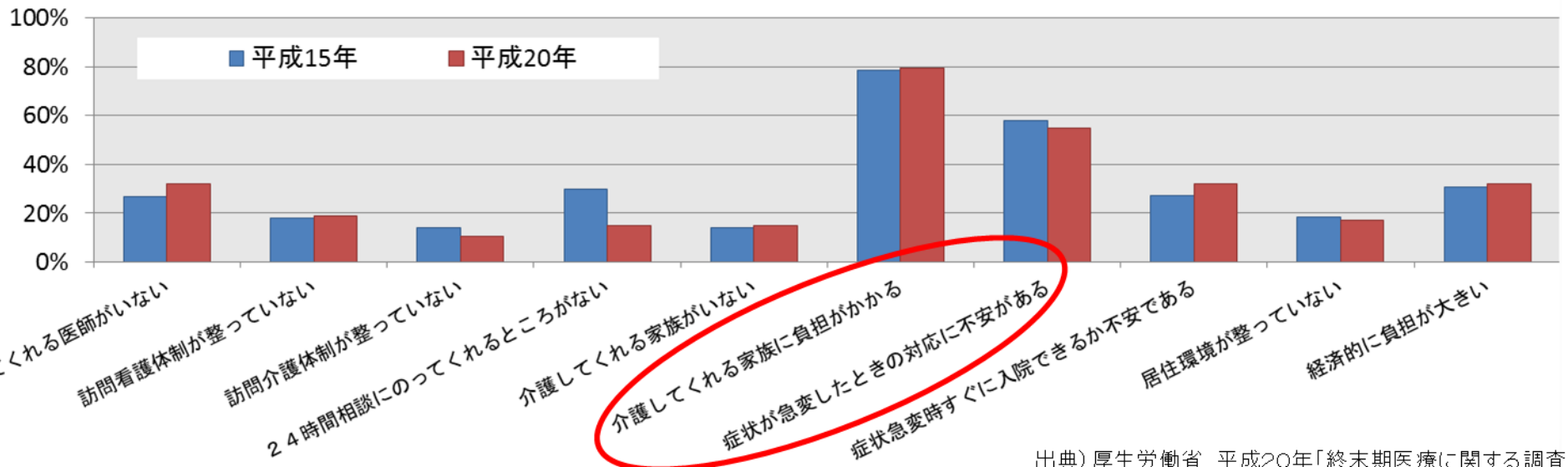


# 終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

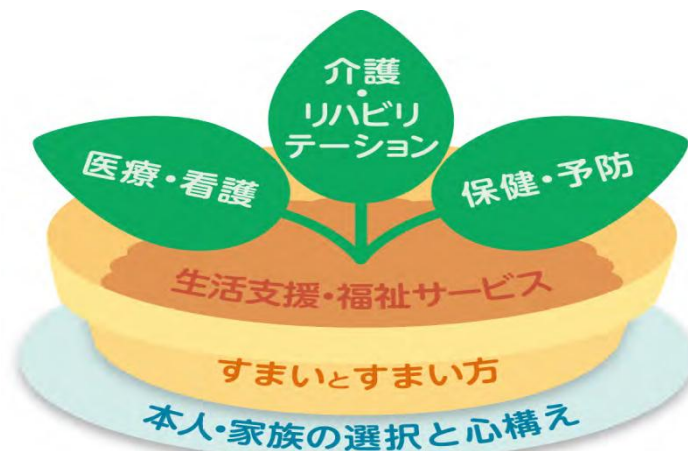
## 自宅で最期まで療養することが困難な理由 (複数回答)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

# 地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

地域の実情に応じて、  
高齢者が、可能な限り、  
住み慣れた地域でその有する能力に応じ  
自立した日常生活を営むことができるよう、  
医療、介護、介護予防、  
住まい及び自立した日常生活の支援が  
包括的に確保される体制



【出典】地域包括ケア研究会  
「地域包括ケアシステムを構築する  
ための制度論等に関する調査研究事  
業報告書」(H26年3月)



# 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（概要）

## 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

## 概要

### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化**  
※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

### 4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

## 施行期日

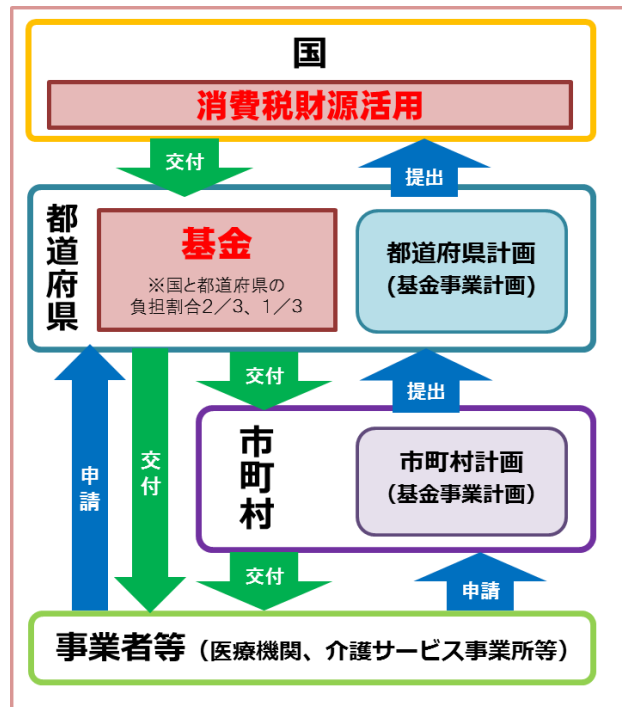
公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

# 診療報酬と地域医療介護総合確保基金との関係

## 診療報酬と基金との関係

- 診療報酬は、国民皆保険の下、国民に必要な医療サービスの対価として設定されるものであり、全国一律の点数設計が原則。(改定率については、物価・賃金の動向、医療機関の収支状況、対応が必要な医療課題(地域包括ケア等)などを勘案して決定。)
- 一方、基金は、特定の事業を促進し、地域の実情に応じた課題解決に対応するもの。

《cf.地域医療介護総合確保基金の仕組み》



### 1. 地域医療介護総合確保基金の設置

- 地域医療介護総合確保基金は、都道府県に設置。

### 2. 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 都道府県は、市町村計画の事業をとりまとめ、以下の5つの事業を対象として、地域の実情に応じ、事業計画である都道府県計画を策定。

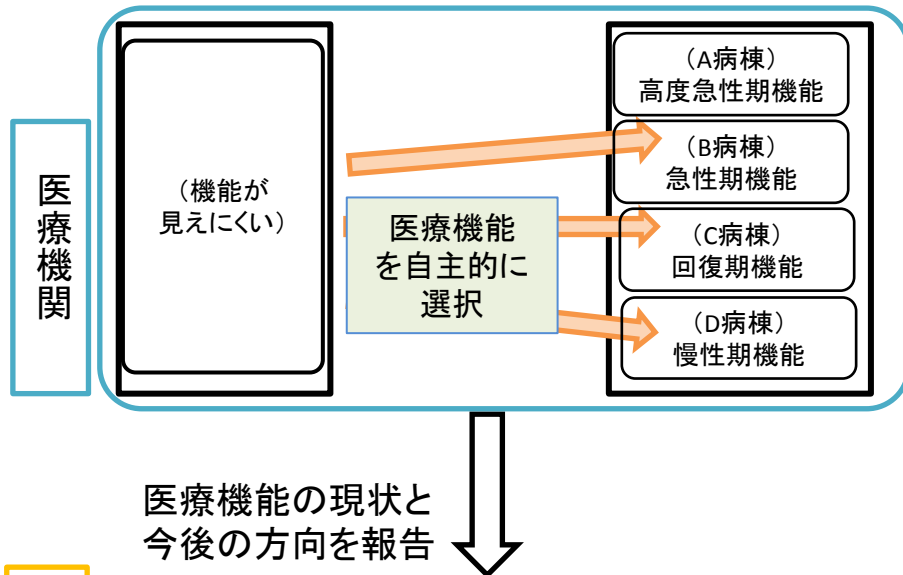
(対象事業)

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

⇒ 診療報酬と地域医療介護総合確保基金を車の両輪として、医療提供体制の改革を実行。

# 地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



## （「地域医療構想」の内容）

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

# 医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画  
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護  
総合確保法

基金造成・執行  
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定(予定)

総合確保方針

同時改定  
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の  
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画  
基本方針

医療計画  
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア  
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・  
連携の影響を  
両計画に反映

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業  
(支援)計画策定

介護保険事業  
計画基本指針

・2025年度までの  
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症  
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立  
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

## 2035年に向けての課題と展望

- 保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、格差の増大、グローバル化の進展
- 単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、価値やビジョンを共有し、新たな「社会システム」としての保健医療の再構築が必要
- 世界最高の健康水準を維持すると同時に、保健医療分野における技術やシステムの革新を通じて我が国の経済成長や発展の主軸として寄与
- 財政再建にも真摯に向き合い、我が国の経済財政に積極的に貢献
- 少子高齢社会を乗り越え、日本がさらに発展し、これから高齢化に直面する国際社会をリードすることで、健康長寿大国としての地位を確立

## 保健医療のパラダイムシフト

### これまで

量の拡大

インプット  
中心

行政による  
規制

キュア中心

発散

### 2035年に向けて

質の改善

患者の価値  
中心

当事者による  
規律

ケア中心

統合

# 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等（平成18年度改定～平成22年度改定）

		平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定
「重点課題」等			<b>産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</b>  ・医師以外の書類作成等 ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送 ・専門的な小児医療 ・診療所の夜間開業 ・大病院の入院医療の比率向上	<b>1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</b>  ・地域連携による救急患者の受入れ ・新生児等の救急搬送を担う医師 ・後方病床・在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価  <b>2. 病院勤務医の負担軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）</b>  ・医師以外の医療職等の役割 ・地域の医療機関や医療・介護関係職種との連携 ・医療クラークの配置
	<b>医療機能の分化・連携の推進</b>	・医療機能の連携体制 ・在宅医療や終末期医療 ・平均在院日数の短縮 ・DPC病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料	・入院医療の在り方 ・DPC病院の在り方・拡大 ・医療の結果による質の評価 ・医療ニーズに着目した評価 ・医介連携等、在宅医療の推進 ・歯科医療の充実	・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等 ・在宅医療、訪看、在宅歯科医療 ・介護関係者も含めた多職種連携
	<b>患者にわかりやすく、QOLを高める医療</b>	・わかりやすい診療報酬体系 ・領収書発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供 ・生活習慣病等の重症化予防	・わかりやすい診療報酬体系等 ・医療機関の明細書の発行 ・外来医療への移行 ・夕刻以降の診療所の開業 ・薬局調剤の夜間休日・24時間対応	・わかりやすい診療報酬体系等 ・医療安全対策 ・心身の特性やQOLの配慮 ・疾病の重症化予防
	<b>充実が求められる領域の評価</b>	・産科、小児科、救急医療等 ・IT化 ・医療安全 ・医療技術の評価と保険導入手続の透明化・明確化	・がん医療 ・イノベーション等 ・脳卒中 ・自殺・子どもの心 ・医療安全、新技術等 ・オンライン化・IT化	・がん医療 ・認知症 ・精神科入院医療 ・歯科医療 ・新型インフル等の感染症 ・肝炎 ・手術以外の医療技術 ・新医療技術や医薬品等のイノベーション
<b>効率化できる領域の適正化</b>	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) ・慢性期入院医療 ・入院時の食事 ・不適切な頻回受診の抑制 ・コンタクトレンズ診療等検査の適正化 ・かかりつけ歯科医・薬局	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) ・新技術への置換え	・後発医薬品 ・市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) ・新技術への置換え	

# 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等（平成24年度改定・平成26年度改定）

		平成24年度改定	平成26年度改定
「重点課題」等		<b>1. 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム医療の促進</li> <li>・勤務体制の改善等の取組</li> <li>・救急外来や外来診療の機能分化</li> </ul>	<b>医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワーク</li> <li>・入院医療 (病床の機能分化等)</li> <li>・外来医療 (外来医療の機能分化、連携)</li> <li>・在宅医療 (量と質の確保)</li> </ul>
		<b>2. 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護の連携</li> <li>・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携</li> <li>・看取りに至るまでの医療の充実</li> <li>・早期の在宅療養や地域生活への復帰</li> <li>・在宅歯科・在宅薬剤管理、訪看の充実</li> </ul>	
「改定の視点」	医療機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院機能にあわせた入院医療</li> <li>・慢性期入院医療</li> <li>・診療所の機能</li> <li>・医療提供の困難地域への配慮</li> <li>・医療機関間の連携</li> </ul>	— ※【重点課題】に記載あり
	患者にわかりやすく、QOLを高める医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬点数表の平易化・簡素化</li> <li>・医療安全対策</li> <li>・患者に対する相談支援体制</li> <li>・明細書無料発行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬点数表の平易化・簡素化</li> <li>・医療安全対策</li> <li>・患者に対する相談指導</li> <li>・患者データの提出</li> <li>・明細書無料発行</li> <li>・入院中ADL低下予防</li> </ul>
	充実が求められる領域の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療</li> <li>・認知症</li> <li>・医療技術、医薬品等のイノベーション</li> <li>・精神疾患</li> <li>・歯科医療</li> <li>・生活習慣病</li> <li>・感染症</li> <li>・リハビリテーション</li> <li>・手術等の医療技術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療</li> <li>・認知症</li> <li>・イノベーション</li> <li>・精神科医療</li> <li>・歯科医療</li> <li>・救急医療、小児医療、周産期医療</li> <li>・リハビリテーション</li> <li>・投薬管理</li> <li>・医療技術</li> </ul>
	効率化できる領域の適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品</li> <li>・市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等)</li> <li>・平均在院日数減少、社会的入院是正</li> <li>・治療効果が低くなった技術の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品</li> <li>・医薬品、医療機器、検査等の評価</li> <li>・長期収載品の薬価特例的引下げ</li> <li>・平均在院日数の減少や社会的入院の是正</li> <li>・大規模薬局の調剤報酬の適正化</li> </ul>
			<b>【医療従事者の負担軽減】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム医療</li> <li>・医療従事者の負担軽減の取組</li> <li>・救急外来の機能分化</li> </ul>

**社会保障審議会 医療部会（10月22日）各委員の発言要旨****1. 改定に当たっての基本認識について****（超高齢社会における医療政策の基本方向）**

- 日本の社会の最大の課題の1つは少子高齢化。高齢化の話だけではなく、少子化についても取り上げるべき。
- 地方創生・消滅危惧自治体の問題は重要な政策課題。診療報酬にも地域特性という観点が必要。

**（地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築）**

- 保健医療2035については医療部会等での論議を経たものではなく、保健医療2035に基づきという表現は書き過ぎであり修正が必要。

**2. 改定の基本的視点と具体的方向性について****（1）地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点**

- 「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点」とあるのは、「地域包括ケアシステムを推進するための医療機能の分化・強化、連携」とするべき。

**（医療機能に応じた入院医療の評価）**

- 「医療機能に応じた入院医療の評価」を、「病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療の評価」との記載に変更すべき。
- 医療機能の分化・強化、連携については、患者側の理解を得ながら促進していくことが重要。
- 医療機能の分化と連携を図っていくのはよいが、現場は混乱している。もう少し、現場の理解・納得のもとで進めていくことが必要。

**（チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保）**

- 看護職員は女性が多く、勤務環境改善の視点からは夜勤・交代制勤務の改善が重要。看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を遵守すること等を明記することが必要。
- 医療従事者の勤務環境の改善というのは重要な点であり、労働時間管理の徹底を図ることが必要。



- 勤務医が健康で長い間働けるように、安全で質の高い医療を提供するためには、診療報酬上でさらなる工夫が必要。
- 診療報酬は、看護師の数のみでなく、介護福祉士、心理士、栄養士、薬剤師等の他職種も含めた評価が重要。単に「チーム医療の推進」とするのではなく、「チーム医療の推進と評価」とすべき。
- 医師事務作業補助体制加算については、単科の精神科病院も含めて診療報酬上の評価を行うべき。

#### **(質の高い在宅医療・訪問看護の確保)**

- 特別養護老人ホーム等への訪問看護に対する医療保険適用の拡大について、将来的な課題として検討することが必要。

#### **(地域包括ケアシステム推進のための取組の強化)**

- 「主治医」ではなく「かかりつけ医」と記載することが適当。
- 「主治医」「かかりつけ医」という記載について、議論経過を整理し、それぞれの概念を明確にして議論することが必要。
- 多職種連携による退院支援の強化とチーム医療の推進が必要。

### **(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質が高い医療を実現する視点**

#### **(かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価)**

- 「かかりつけ薬剤師・薬局」については、「かかりつけ薬局」よりも「かかりつけ薬剤師」を評価する方が適切ではないか。
- 「かかりつけ薬剤師」という概念のもと、薬剤師の顔の見えるサービスを提供していく中で、現時点では、薬局でその体制整備や管理の在り方をコントロールしていくことが必要。今後それが当たり前の姿になれば、「かかりつけ薬剤師」という単独で記載することが可能になる。

#### **(情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進)**

- 患者の納得という観点から、全ての医療機関において診療明細書の無料発行を推進することにより、医療の透明化と安心で質の高い医療の発展につなげることが重要。
- 電子化されたレセプトデータの分析、活用を進めていくべき。

### **(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点**

- 救急医療については、高齢者救急というのがメインになっていくので、何らかの評価が必要。

#### **(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点**

- 基本的な認識に記載されている費用対効果について、具体的な方向性にも明記することが必要。
- 調剤報酬については、経年的な変化を見ると、医科・歯科に比べて非常に伸びている。調剤報酬の適正化、見直しといった項目が必要。
- 本部会の中では医科・歯科・調剤全てを取り上げるべきで、調剤報酬を特別に記載して議論することは適当ではない。
- 院外と院内の調剤料の差については、修正することが必要。
- 院外と院内の調剤料については、調剤報酬と診療報酬全体の中で薬剤師を評価する仕組みに違いはある。

#### **(退院支援等の取組による早期の在宅復帰の推進)**

- 在宅復帰をより推進するような取組みについて評価していく方向性で検討されるべき。ストラクチャー評価ではなく、アウトカム評価を加えていくことが重要。
- 患者が安心・納得して退院する、というのは非常に重要なこと。単に、平均在院日数の短縮を議論するのは不適切。また、「早期の在宅復帰の推進」とあるのは「在宅復帰の推進」とすべき。
- 患者が退院したとしても、その後の受け皿となる仕組みが十分にできていない現状があることにも留意が必要。
- 病院の相談で最も多いのは、このまま病院を出なくてはいけないことが不安だという声。適切な形で在宅が必要ということは理解するが、そういう声が多いことも留意すべき。

### **3. その他**

- 診療報酬制度では、医療のどの分野をカバーし、どの分野はカバーできないのかを明確にして、体系を構築することが必要。
- 診療報酬改定では、エビデンスを最大限活用し、医療機関の経営に与える意味、診療報酬制度が果たそうとしている役割と限界、他の政策手段との整合性、地域の医療ニーズの多様性との関係等を明確に提示することが必要。
- 地域包括ケアでは医療と介護が近接する。とりわけ、30年度には介護報酬と診療報酬の同時改定が予定されており、介護保険と医療保険の境界と配分を明確にすることが必要。

**社会保障審議会 医療保険部会（10月21日）各委員の発言要旨****1. 改定に当たっての基本認識について****（超高齢社会における医療政策の基本方向）**

- 疾病が発症してから「治し、支える医療」に加え、予防が大切。予防により、医療費の適正化や患者負担を軽減していくことが必要。
- セルフメディケーションの考えに基づき、国民自らが健康づくりに取り組むよう意識改革を促すことが必要。

**（地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築）**

- 保健医療2035については、医療保険部会等での論議を経たものではなく、保健医療2035に基づきという表現は書き過ぎであり修正が必要。
- 急激な少子高齢化や医療技術の進歩など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、団塊世代が後期高齢者となる2025年の先を見据えた長期的な視点も持続可能性を向上するためにも必要である。その意味で、保健医療2035の理念やビジョンを、ある程度踏まえることが必要。
- 地域包括ケア、特に介護と医療の連携は極めて重要。治療が終わった後にも、介護の中で改善することに力を置いて、医療費の削減、介護保険の高騰の抑制に資する努力が必要。
- 2016年度の診療報酬改定が、2025年を見据えた中長期的政策の流れの一環であることを踏まえ、在宅医療・訪問看護の充実など、地域包括ケアシステムなどを可能な限り推し進める方針を打ち出していくことが必要。

**（経済成長や財政健全化との調和）**

- 骨太の方針では社会保障費の増加分を高齢化による自然増加に相当する伸びの範囲内におさめるとしており、次期診療報酬の改定方針にとって重要なもの。この点を明確化することが必要。

**2. 改定の基本的視点と具体的方向性について****（1）地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点****（医療機能に応じた入院医療の評価）**

- 病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療を評価すると打ち出すことが必要。

- 医療機能の分化・強化、連携の促進について、基金も活用しながら取り組んでいくことを明確化することが必要。
- 急性期に半年入院しているようなケースがある。特定除外の見直しが行われたところであるが、引き続き取り組んでいくことが必要。

#### **(チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保)**

- 看護職員は女性が多く、勤務環境改善の視点からは夜勤・交代制勤務の改善が重要。看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を遵守すること等を明記することが必要。
- 医療従事者の勤務環境の改善というのは重要な点であり、労働時間管理の推進徹底を図ることが必要。

#### **(地域包括ケアシステム推進のための取組の強化)**

- 1人の主治医ではなく、複数の疾患を有する患者には、それぞれの疾患のかかりつけ医が対応できるようなかかりつけ医機能の確保が重要。かかりつけ医機能について十分な評価が必要。
- かかりつけ医という概念と主治医とか総合診療医という概念について、整理することが必要。その上で機能を高めることに異存はないが、評価という表現は改めることが必要。
- 地域包括ケアシステムには在宅医療の充実は欠かせないが、医療資源の乏しい地域等において、地域間格差が生じないように検討を進めることが必要。
- 多職種連携による退院支援の強化とチーム医療の推進が必要。

#### **(医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化)**

- 外来医療の機能分化は、主治医の役割が重要。引き続きこの主治医機能の確保に向けた取組みを進めることが必要。

### **(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質が高い医療を実現する視点**

- 安心・安全を担保するため、医療機関に対する第三者による評価を推進することが重要。

#### **(かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価)**

- 超高齢社会の中で様々な疾患、課題を抱えた患者に対する継続的な歯科医療提供をする従来からのかかりつけ的要素と、他の医療機関・施設等との連携・訪問といった機能を果たす要素と、両面からかかりつけ歯科医機能を充実させていくことが必要。

### **(情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進)**

- 患者の納得という観点から、全ての医療機関において診療明細書の無料発行を推進することにより、医療の透明化と安心で質の高い医療の発展につなげることが重要。
- ICTを使ったデータ収集について、収集の推進のみならず、その有効な活用ということまで触れていただくことが必要。

### **(質の高いリハビリテーションの評価等、疾病からの早期回復の推進)**

- 回復期リハ病棟におけるリハビリについては、何単位したかではなく、どれだけよくなったかで評価をしていくことが必要。

### **(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点**

- 慢性期医療では重い認知症の方が多いが、医療区分には認知症を評価する項目がない。医療区分の中で何らかの評価をすることが必要。
- 自殺者対策については総合的な取組みが重要であるので、自殺対策の推進を位置づけることが必要。

### **(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点**

- 費用対効果評価という考え方は非常に重要。費用対効果評価の試行的導入という文言を盛り込むことが必要。

### **(後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討)**

- 不適正な取扱いが報道された調剤医療費について十分に機能して支払われていたのかどうかを一から検証することが必要。そういったところから効率化、適正化を行うべきであり、明確化することが必要。
- 調剤報酬については、残薬、多剤・重複投与の削減への取組み、相互作用の防止、また、後発品の使用促進など医薬分業による効果が出ており、評価するところは評価し、適正化すべきところは適正化することが必要。

### **(残薬や多剤・重複投薬を減らすための取組の推進など、医薬品の適正使用を推進するための方策)**

- 残薬や多剤・重複投薬を減らすためには、医師、薬剤師の協力による取組みの推進が必要。かかりつけ薬剤師・薬局を推進しながら薬学管理を進め、安全性、有効性を確保していくことが重要。
- 残薬・重複投薬の問題は、医師と薬剤師の連携が非常に重要になってくる。

### **(重症化予防の取組の推進)**

- 回復期、慢性期の病棟では、急性期から重度な患者がきて、回復した場合にも特に評価はない状況であり、治療して改善して退院したという場合には、何らかの評価をすることが必要。