

第92回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成27年12月2日（水）
14時00分～16時00分
場所：TKPガーデンシティ永田町
バンケット1A

（議 題）

1. 平成28年度診療報酬改定の基本方針（案）について
2. 医療保険制度改革の施行について
3. 治療用装具療養費検討専門委員会（仮称）の設置について

（配布資料）

- | | | |
|---------|---|--------------------------------|
| 資 料 | 1 | 平成28年度診療報酬改定の基本方針（案） |
| 資 料 | 2 | 精神病院に入院する患者の入院時食事療養費について |
| 資 料 | 3 | 治療用装具療養費検討専門委員会（仮称）の設置について |
| 参 考 資 料 | 1 | 平成28年度診療報酬改定の基本方針（案）に関する参考資料 |
| 参 考 資 料 | 2 | 社会保障審議会 医療保険部会（11月20日）各委員の発言要旨 |
| 参 考 資 料 | 3 | 社会保障審議会 医療部会（11月19日）各委員の発言要旨 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成27年12月2日

いわむら まさひこ ○ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
かわじり たかお 川尻 禮郎	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会 理事長
しばた まさと 柴田 雅人	国民健康保険中央会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員／新潟県聖籠町長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

第92回 社会保障審議会医療保険部会

平成27年12月2日(水) 14:00~16:00

TKPガーデンシティ永田町 バンケットホール1A

○
速記

吉田 審議官 ○
唐澤 局長 ○
遠藤 部会長 ○
代岩 村部会 理長 ○
谷内 審議官 ○
渡邊 委員 ○

遠藤 秀樹 委員 ○			○ 和田 委員
菊池 委員 ○			○ 横尾 委員
小林 委員 ○			○ 森 委員
柴田 委員 ○			○ 望月 委員
白川 委員 ○			○ 松原 委員
新谷 委員 ○			○ 堀 委員
菅原 委員 ○			○ 藤井 委員
武久 委員 ○			○ 福田 委員 (参 考 人)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

○ 秋 田 課 長
○ 藤 原 課 長
○ 榎 本 課 長
○ 宮 本 課 長
○ 渡 辺 課 長
○ 城 課 長
○ 宮 崎 課 長
○ 眞 鍋 企 画 官
○ 安 藤 室 長

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○ 仲 津 留 企 画 官
○ 高 齢 者 医 療 課
○ 国 民 健 康 保 險 課
○ 保 險 課
○ 友 田 室 長
○ 連 携 政 策 課
○ 三 浦 室 長
○ 田 口 管 理 官
○ 中 井 管 理 官
○ 鈴 木 室 長
○ 赤 羽 根 室 長

傍 聴 者 席

平成 28 年度診療報酬改定の基本方針（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である。
- 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」への転換が求められる とともに、健康寿命の延伸の観点から予防・健康づくりの取組が重要となってくる。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である。
- 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しており、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である。
- さらに、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である。

（地域包括ケアシステムと 効果的・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 効果的・効率的で質の高い 医療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である。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である。

(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である。

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と連携・協働するにつなぐなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要である。
- 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、効果的・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である。

(具体的方向性の例)

- ア 医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 効果的・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進め、医療従事者の負担を軽減。
- 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。
- ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

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、効果的・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果的・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である。

(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・利活用の推進

- ・ 情報通信技術（ICT）が一層進歩する中で、患者や医療関係者の視点に立って、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・利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推進。

ウ 質の高いリハビリテーションの評価等、患者疾病からの早期の機能回復の推進

- ・ 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、疾病から患者の早期の機能回復を推進。
- ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。（再掲）

（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、肺炎、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である。

（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組が必要である。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求められる。

(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療養や生活を継続できるための取組を推進。(再掲)
- ウ 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬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進め、残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬重複投薬の削減を推進。
- 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推進。
- 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。

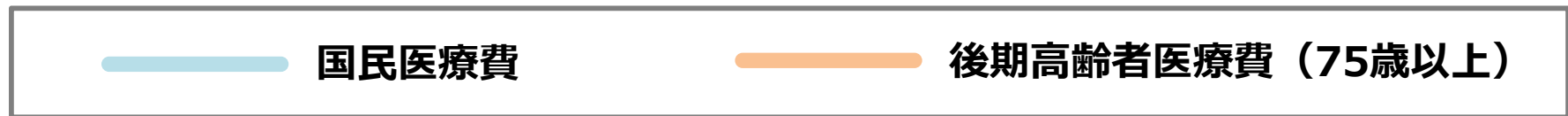
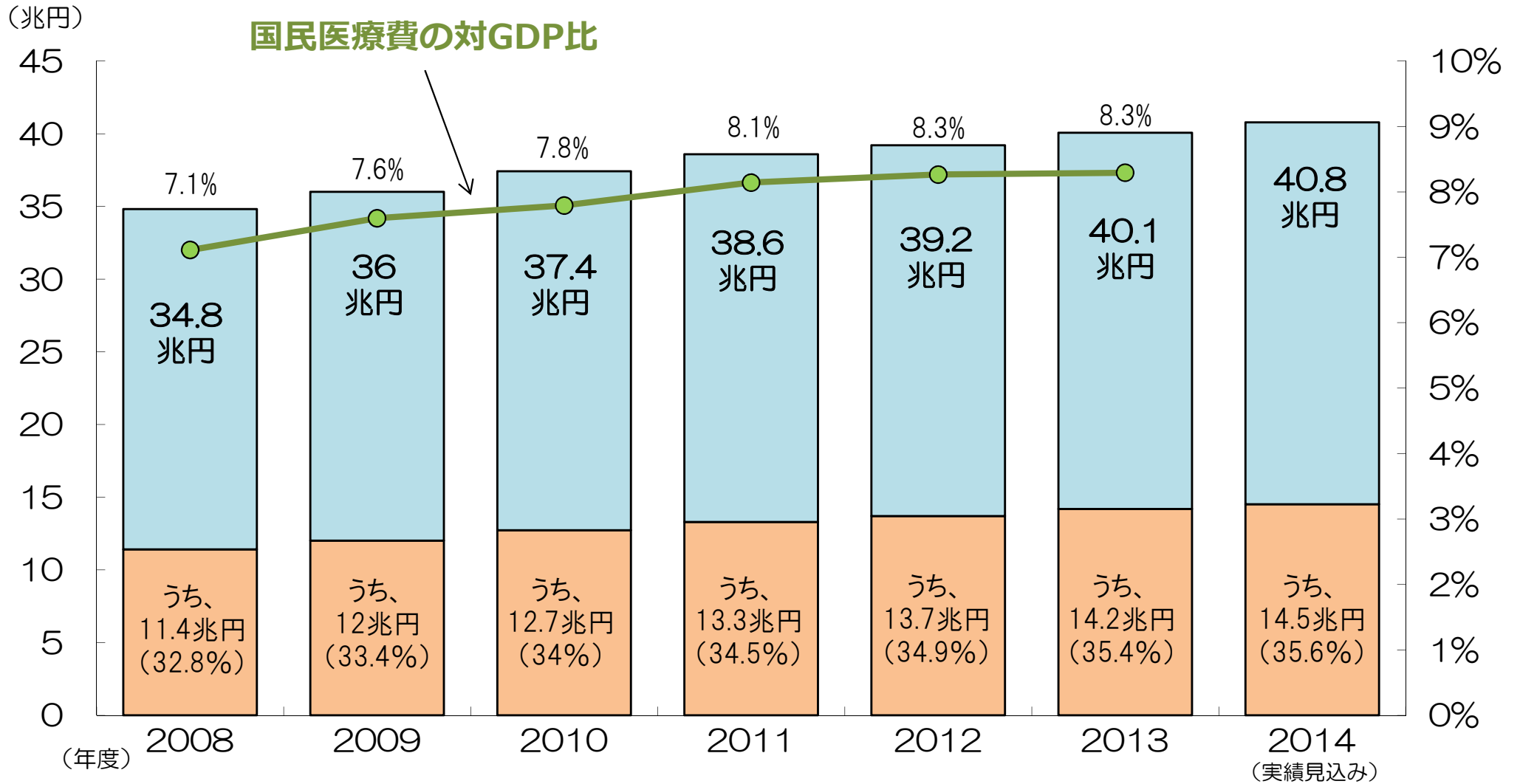
3. 将来を見据えた課題

- 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すべきである。
- 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や情報通信技術（ICT）の活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討を行う必要がある。
- 患者にとって安心・納得できる医療を提供していくためには、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくしていくための取組を継続していくことが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。
- 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(案)に関する参考資料

平成27年12月2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	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	平成26年度
	(2008)	(2009)	(2010)	(2011)	(2012)	(2013)	(2014)
医療費の伸び率 ①	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%
診療報酬改定の影響 (消費税対応分を除く) ②	-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%
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%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤	—		—		—		+1.36%
その他 (①-②-③-④-⑤) ・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: 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、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を指す。

注4: 平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

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】

公費 15.5兆円（38.8%）		保険料 19.5兆円（48.7%）		その他 ※1 5兆円（12.5%）
国庫 10.4兆円 （25.9%）	地方 5.2兆円 （12.9%）	事業主 8.1兆円 （20.3%）	被保険者 11.4兆円 （28.5%）	患者負担 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】

医科診療 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%）	歯科診療 2.7兆円 （6.8%）	薬局調剤 7.1兆円 （17.8%）	その他 ※2
--	--------------------------------	---------------------------------	------------------

【医療機関の費用構造】 ※3

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

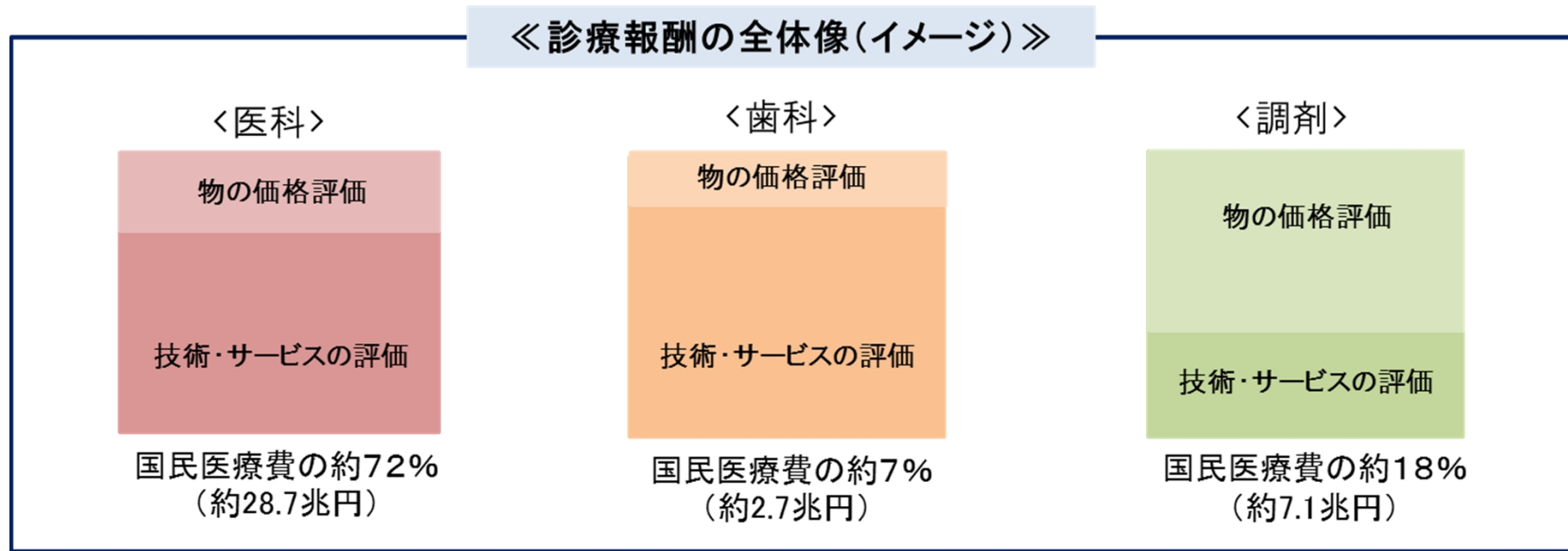
※2 入院時食事・生活医療費：0.8兆円（2.0%）、訪問看護医療費：0.1兆円（0.3%）、療養費等：0.6兆円（1.4%）

※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

出典：「平成25年度 国民医療費」

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	○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	
投薬・注射 薬剤	○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	
画像診断		
検査		計 15,158点
入院基本料	(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。

※一部の病院については、急性期入院医療を対象に包括払い制度(DPC制度)を導入し、1日の診療報酬を包括払いしている。

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。



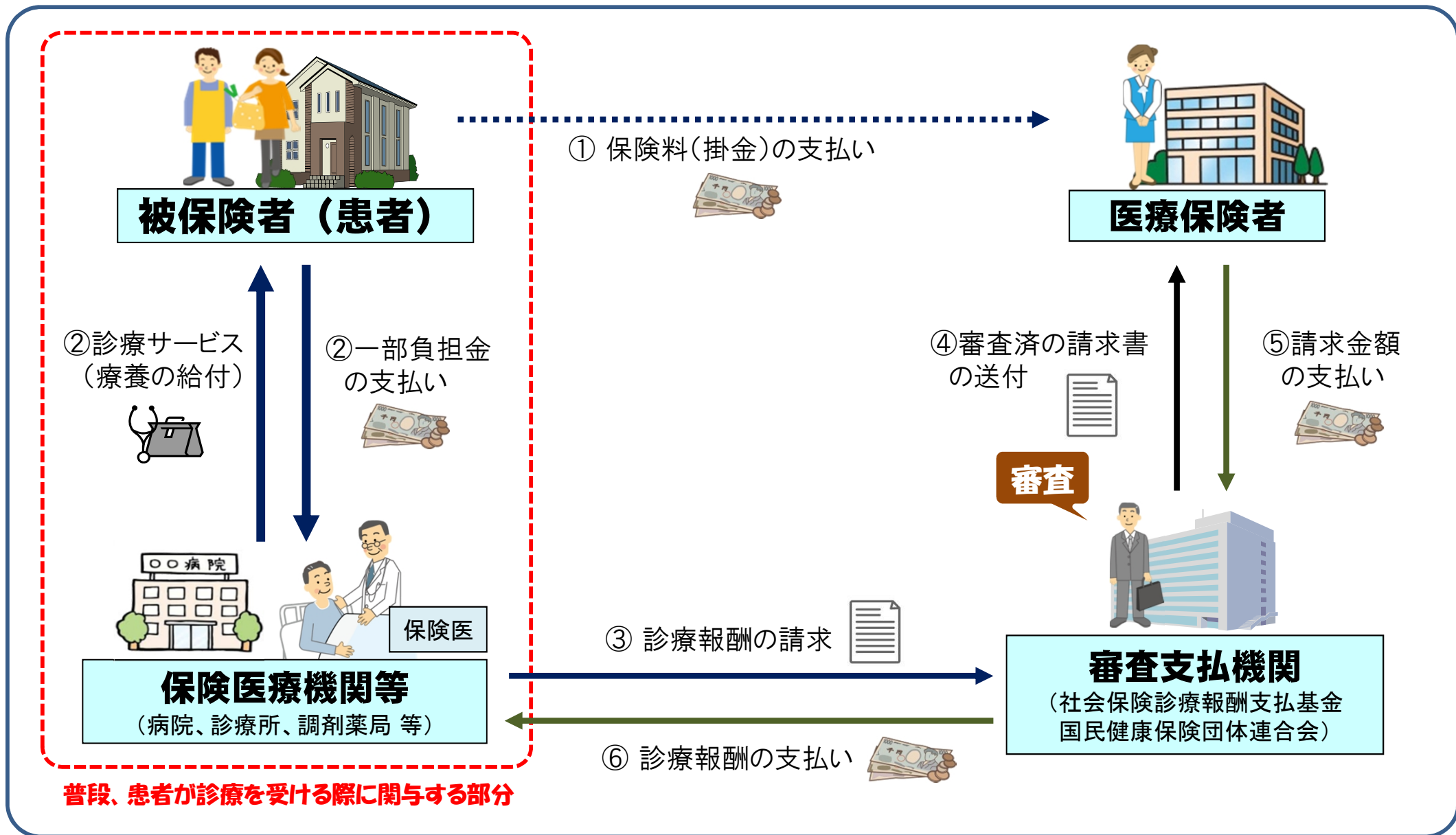
○ <u>調剤基本料</u>	41点
○ <u>調剤料</u> (内訳)3日分の処方=5点×3日	15点
○ <u>薬学管理料</u>	41点
○ <u>薬剤料</u> (内訳) カロナール錠200mg × 2錠 × 1日3回	15点

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

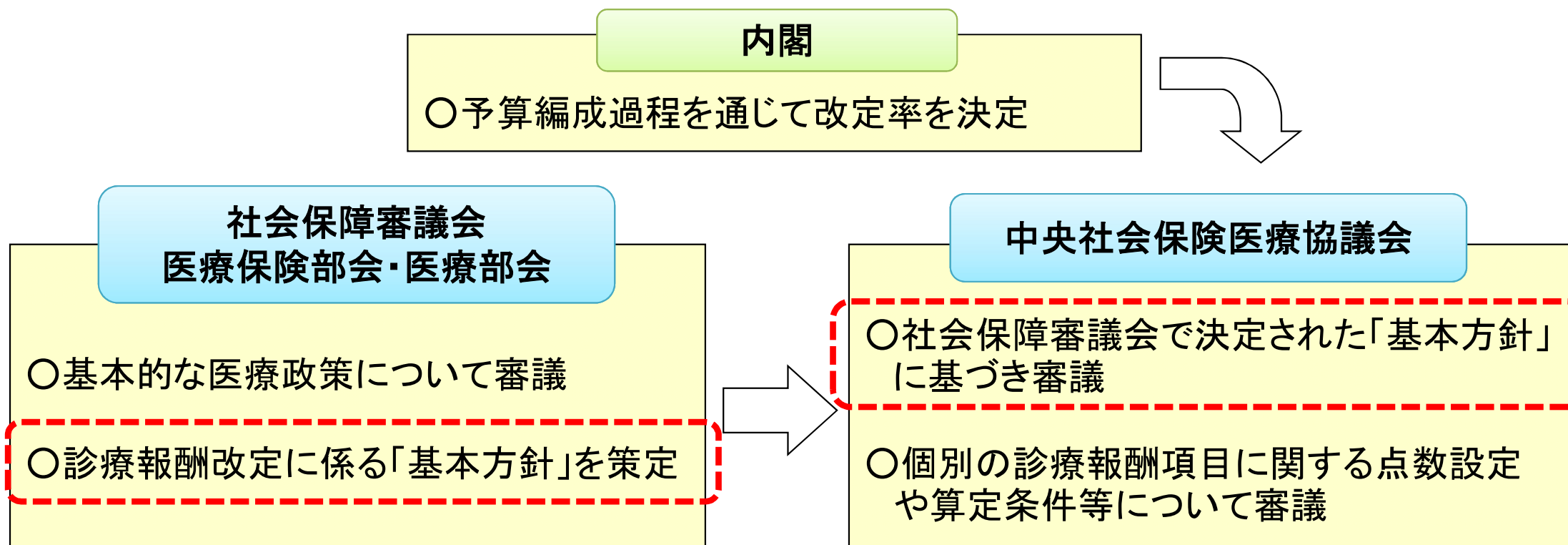
保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



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%)

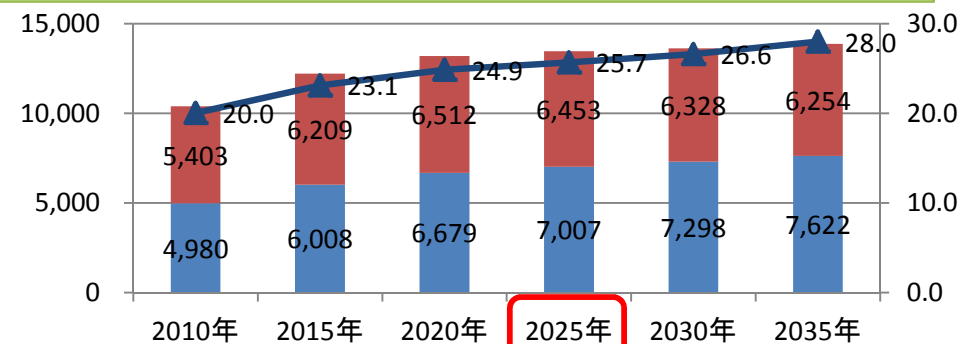
認知症高齢者数の推計

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

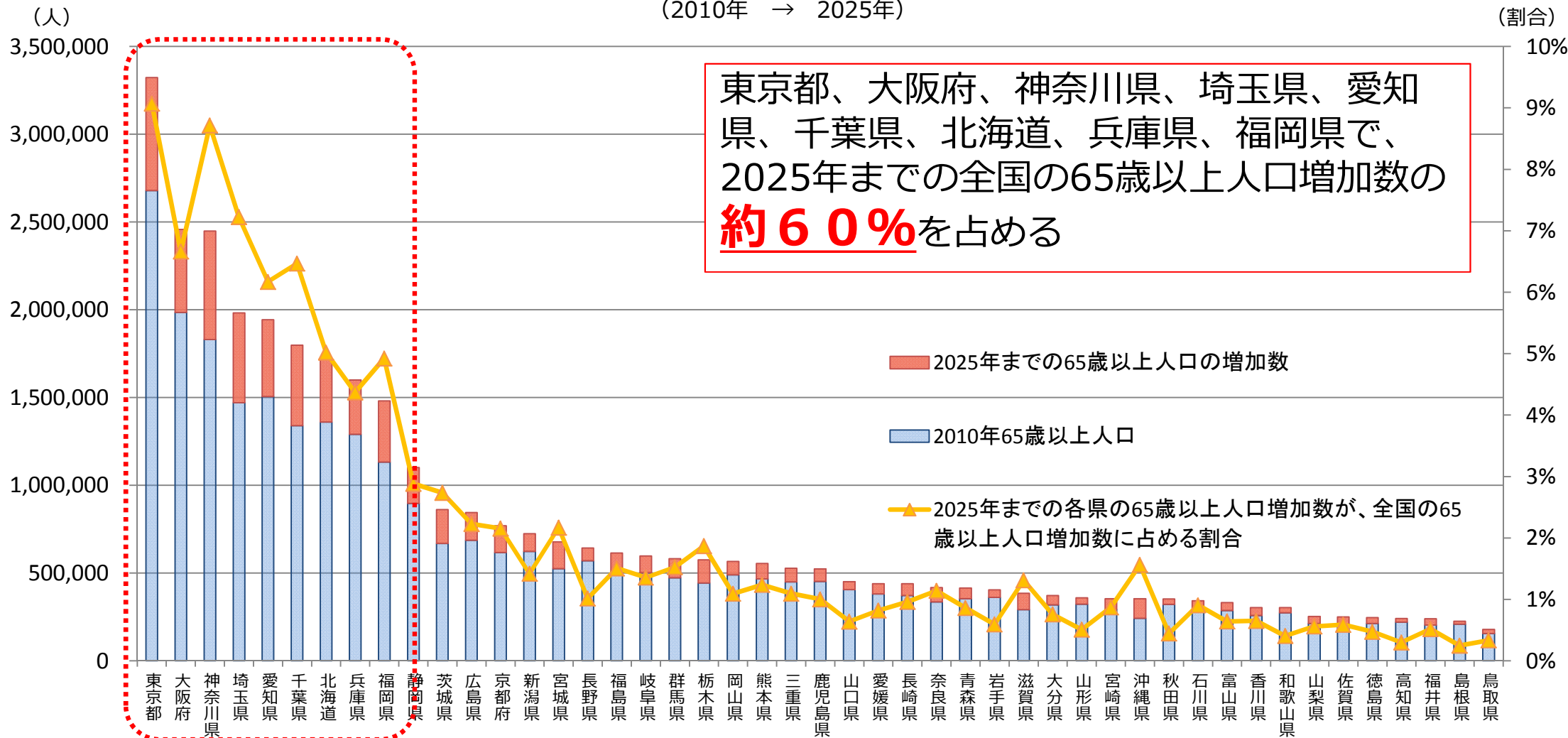


- 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯数
- 世帯主が65歳以上の単独世帯数
- ▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯が全体に占める割合

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)

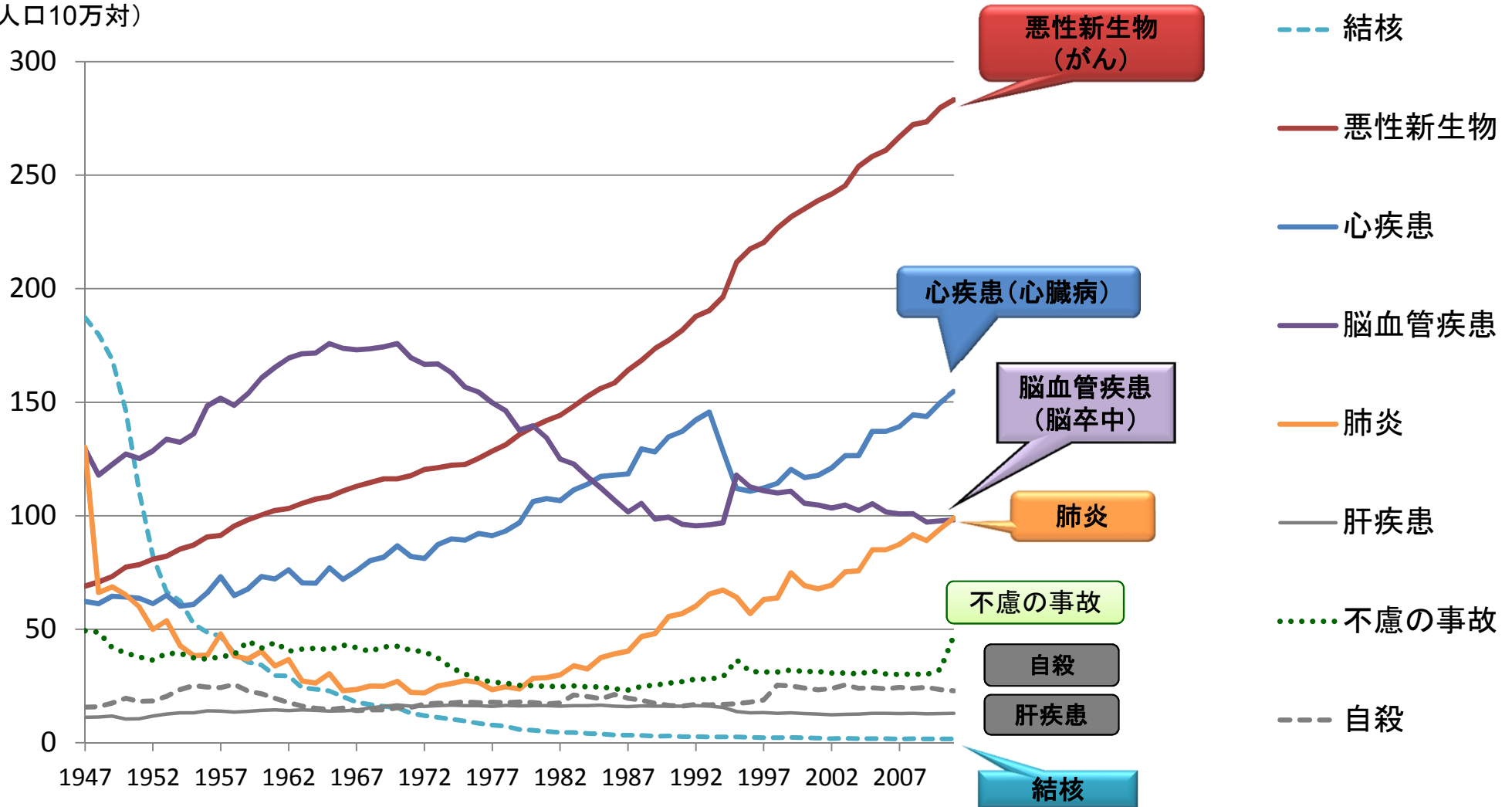


出典：国勢調査（平成22年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

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。

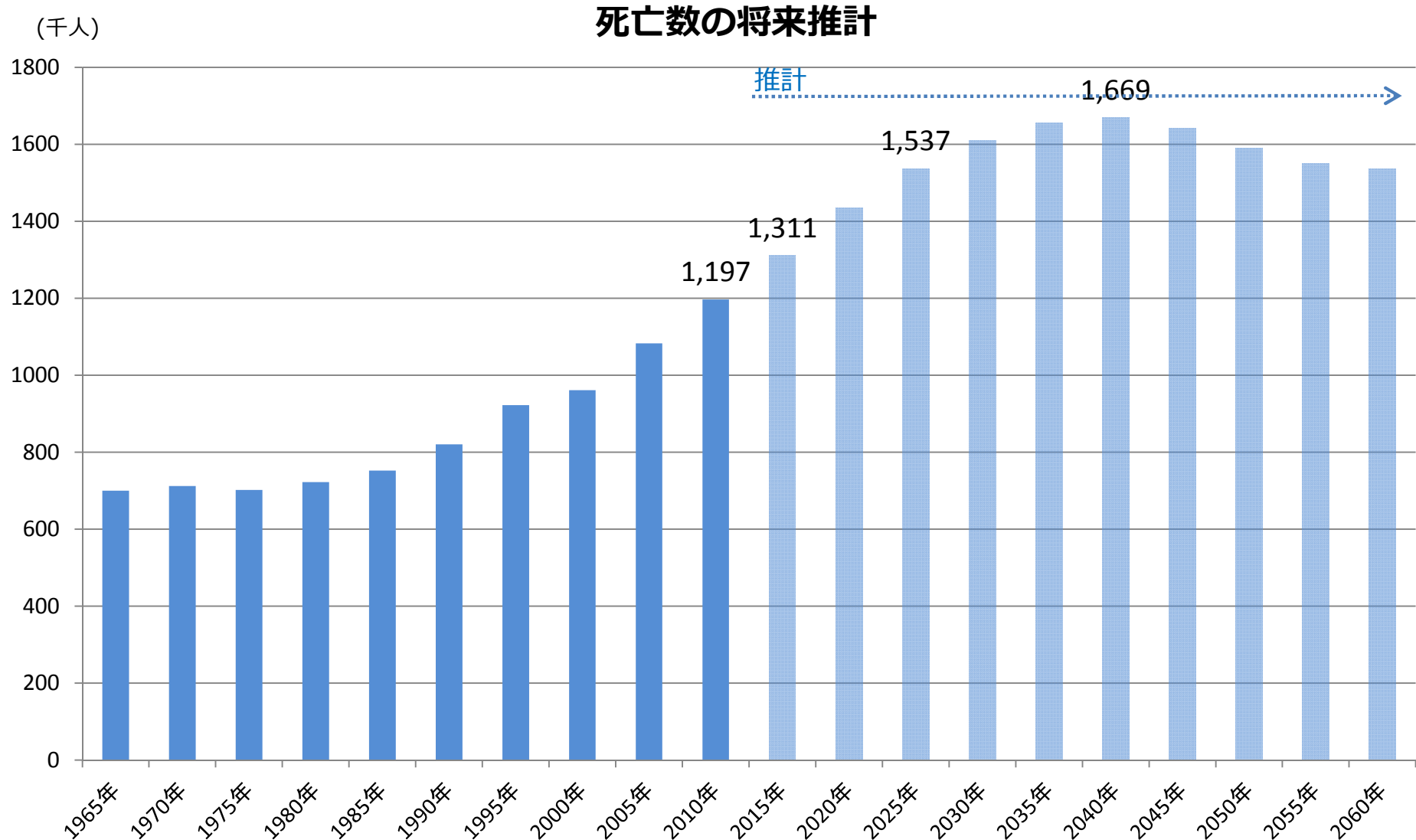
死亡率
(人口10万対)



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。

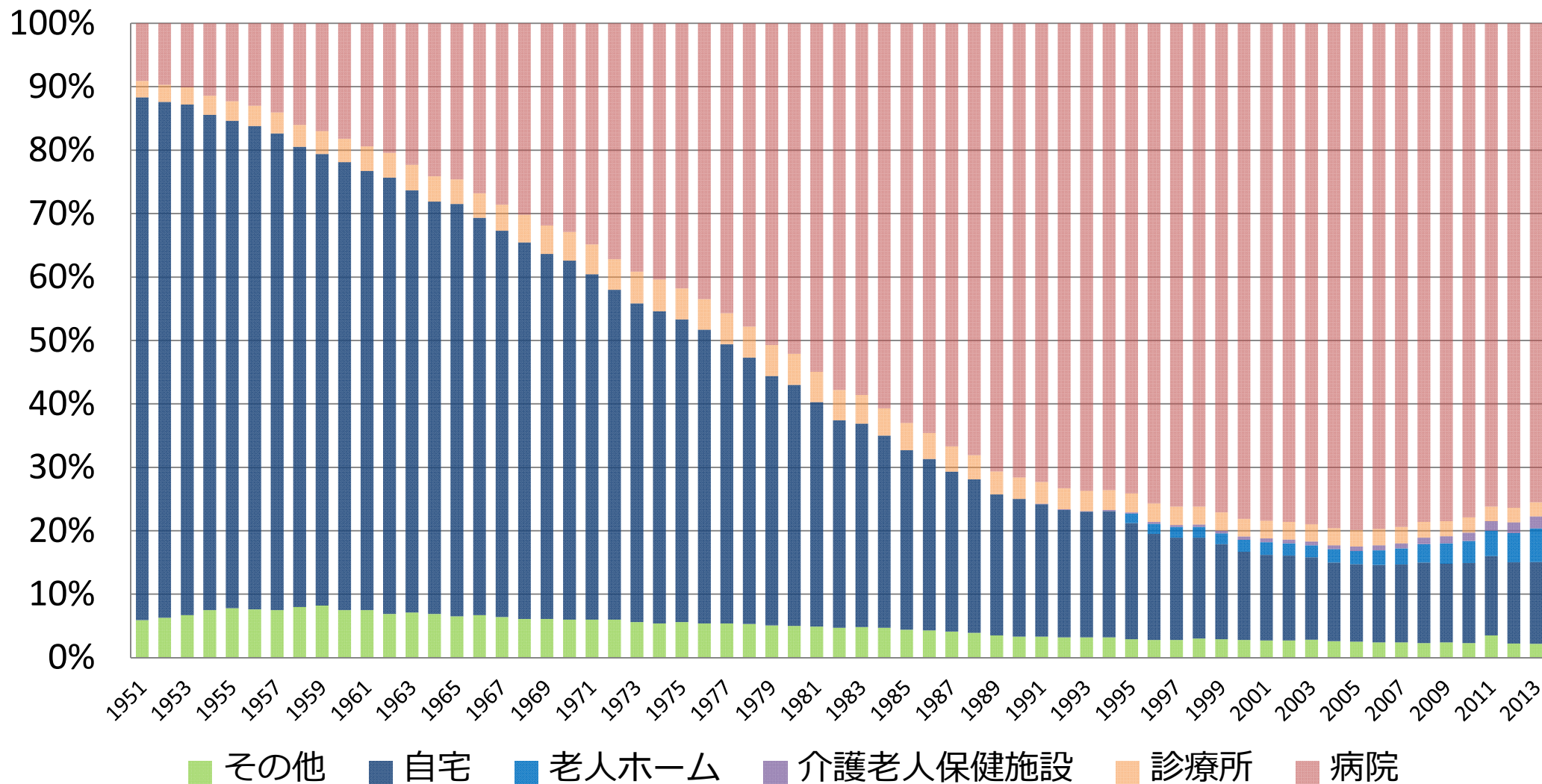


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

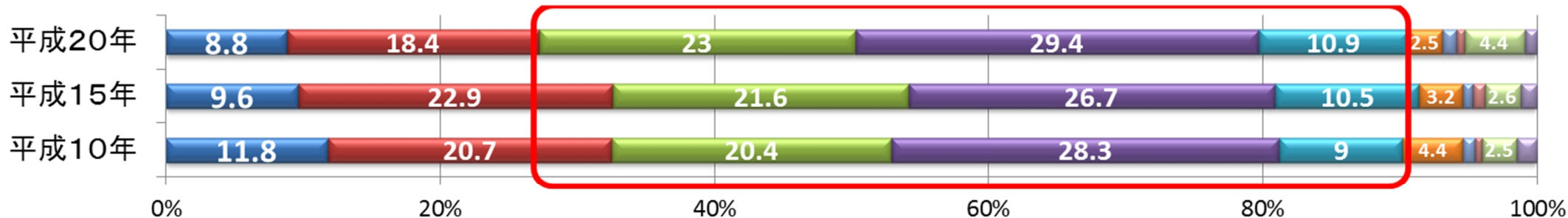
死亡の場所（年次推移）

- 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



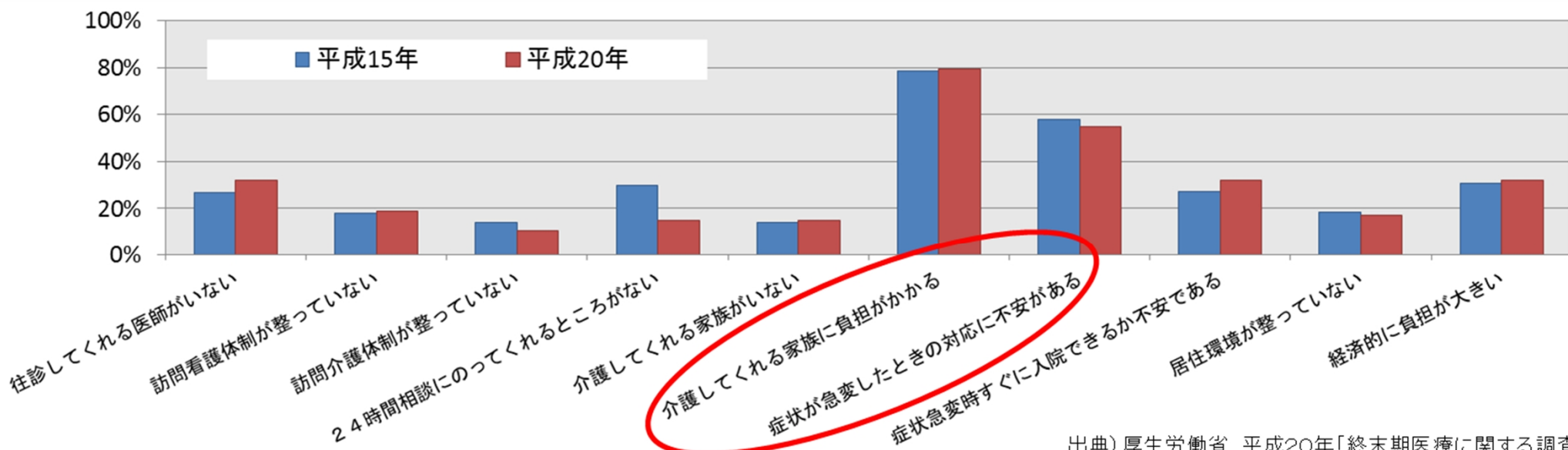
終末期の療養場所に関する希望



- なるべく最後まで療養したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- なるべく早く今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい

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)

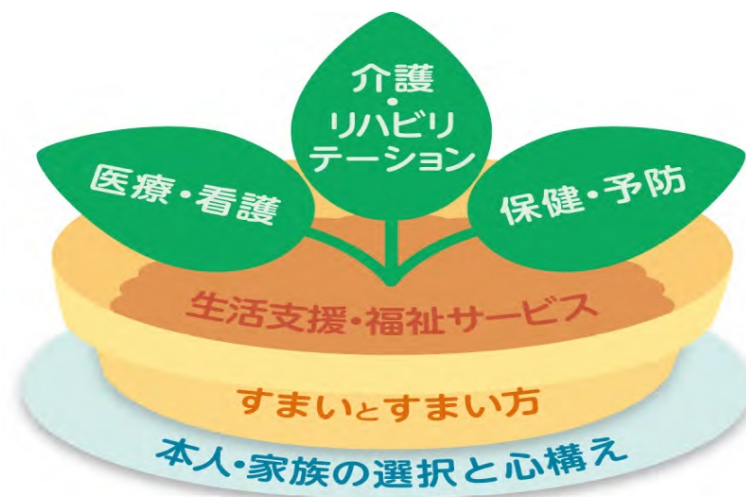


出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

※厚生労働省「終末期医療に関する調査」においては、全国の満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法にて抽出し、客体としている。

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

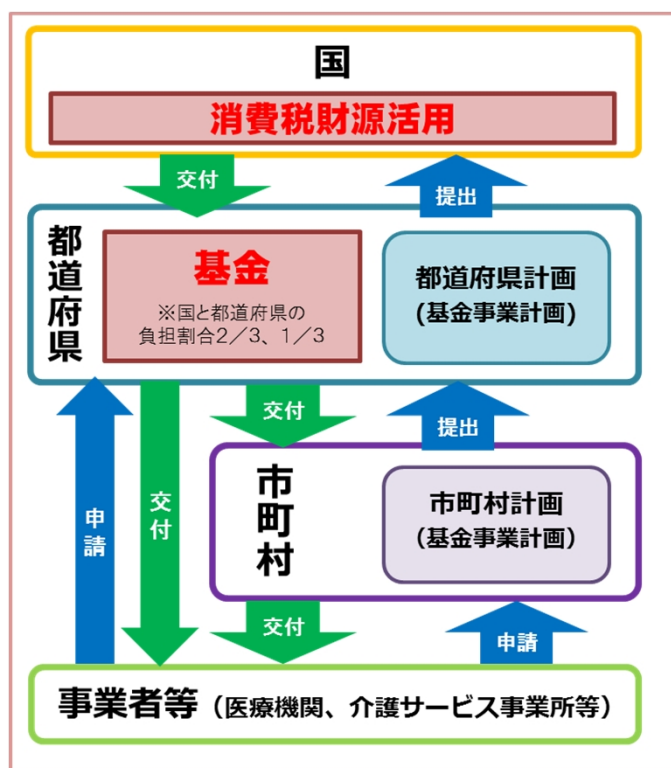
公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

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。

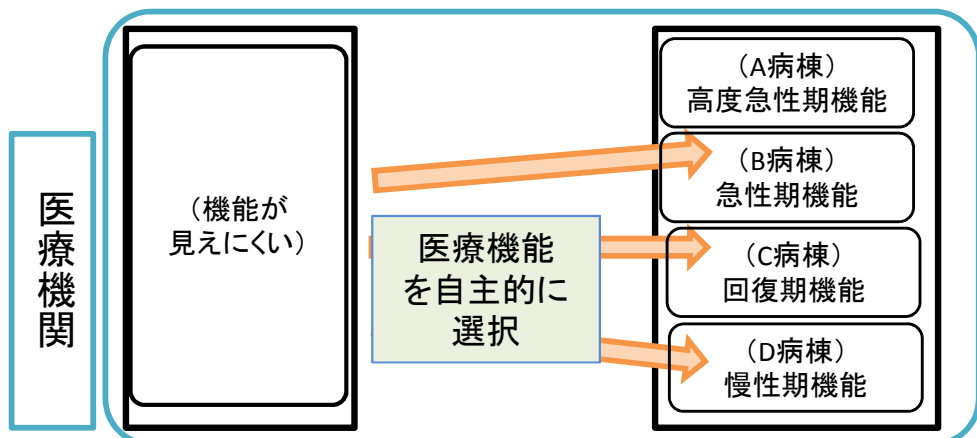
(対象事業)

- 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。



医療機能の現状と今後の方向を報告

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

（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

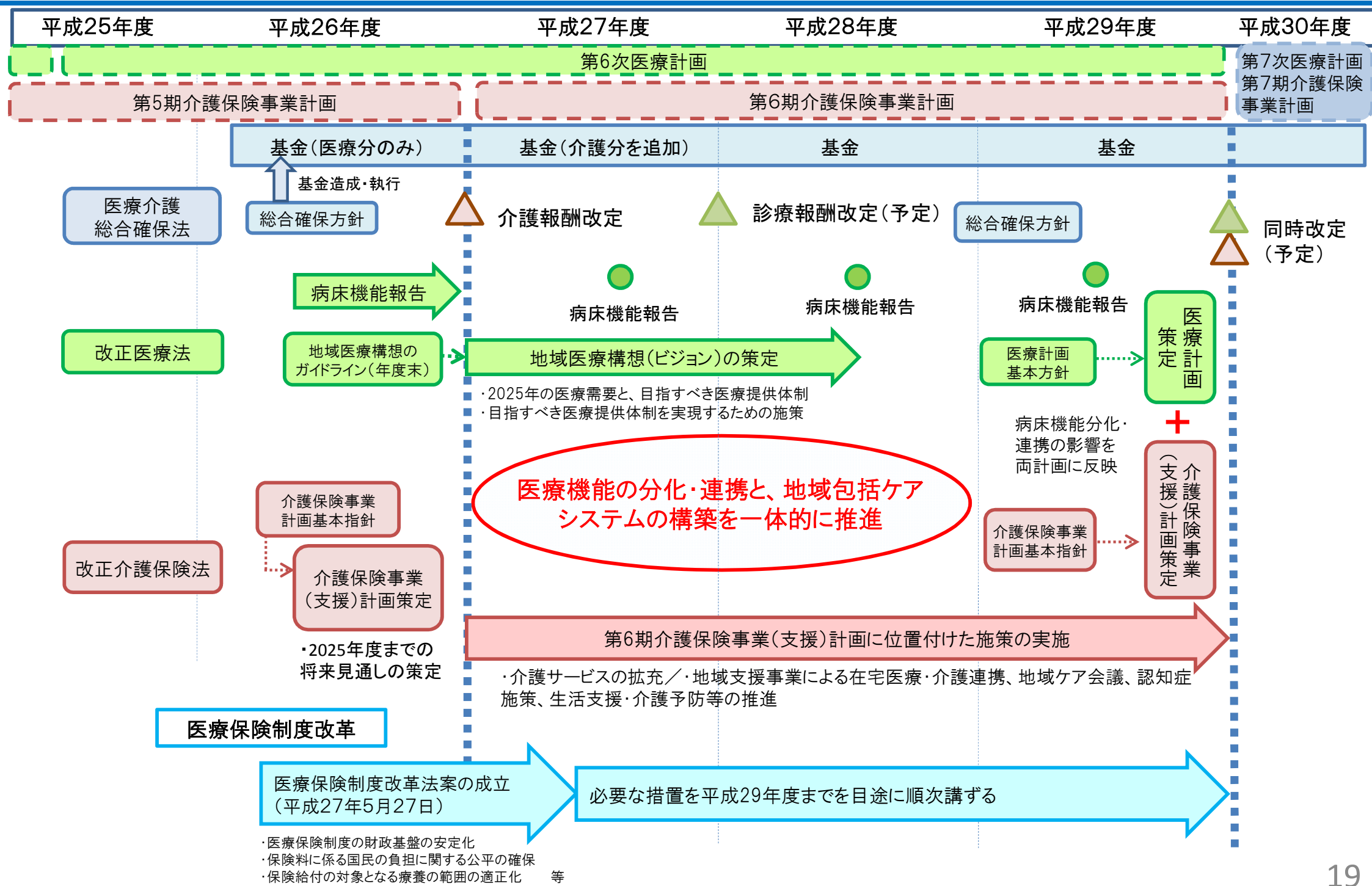
- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計

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

- 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



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	—	産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減	1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
「改定の視点」	医療機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	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）
	患者にわかりやすく、QOLを高める医療	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、訪問、在宅歯科医療 ・介護関係者も含めた多職種連携
	充実が求められる領域の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	効率化できる領域の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

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