

第121回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和元年11月21日（木）
14時30分～16時30分
場所：全国都市会館

（ 議 題 ）

1. 診療報酬改定の基本方針について
2. 後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について
3. 被用者保険の適用拡大について
4. 任意継続被保険者制度について

（ 配布資料 ）

- 資料1－1 令和2年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）
資料1－2 令和2年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）
資料 2 後期高齢者医療の保険料賦課限度額について
資料 3 被用者保険の適用拡大について
資料 4 任意継続被保険者制度について

- 参考資料1－1 令和2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1－2 医療保険部会（10月31日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
参考資料1－3 医療部会（10月21日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
参考資料1－4 平成30年度診療報酬改定の基本方針

委員提出資料 佐野、安藤、藤原、藤井、石上委員提出資料

第121回 社会保障審議会医療保険部会

令和元年11月21日(木) 14:30~16:30

全国都市会館 大ホール

○
速記

秋山委員 ○
 横幕審議官 ○
 濱谷局長 ○
 遠藤部会長 ○
 八神審議官 ○
 横尾委員 ○
 森委員 ○

安藤委員 ○				○松原委員
池端委員 ○ (武久参考人)				○前葉委員 (松岡参考人)
石上委員 ○				○堀委員
尾崎委員 ○ (家保参考人)				○藤原委員
兼子委員 ○				○藤井委員
佐野委員 ○				○樋口委員
菅原委員 ○				○原委員
				○林委員

○仲津留課長	○込山課長	○熊木課長	○姫野課長	○宮崎課長	○山下課長	○山田室長	○新畑室長	○森光課長	○樋口室長

総務課	木村企画官	深谷室長	荻原推進官	総務課	連携課	医療課	岡田室長	小椋管理官	田宮管理官

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和元年11月21日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
おざき まさなお 尾崎 正直	全国知事会社会保障常任委員会委員長／高知県知事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
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
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	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
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の負担軽減等につながる取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 医薬品の適正使用の推進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

令和2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

（健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代（生産年齢人口）が急激に減少していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会の実現と「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。
- 我が国の医療制度は、人口減少が進展する中で、地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題にも直面している。これらの課題に総合的に対応しながら、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要不可欠である。
- そのためには、来る人口減少社会に備えた将来の医療体制の展望を見据え、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進することが必要である。その際、高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る観点も重要である。

（患者・国民に身近な医療の実現）

- 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、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、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実することが必要である。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、行政、民間企業等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。診療報酬制度が果たす役割について、住民に丁寧に理解を広めていく

必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進）

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- その中で、医師等の働き方改革については、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も踏まえつつ、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減等を図ることが重要である。

（社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和）

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、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である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、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を図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

- 平成30年度診療報酬改定については、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定でもあったことから、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定を行った。
- 令和2年度診療報酬改定に当たっては、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めることが重要である。

（1）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

（基本的視点）

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

（具体的方向性の例）

- 医師等の負担軽減等につながる取組の評価
 - ・ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進。
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進。
 - ・ 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
 - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進。

（2）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

（基本的視点）

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、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、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

（具体的方向性の例）

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

- ・ 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、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。また、患者にとって、かかりつけ医機能を有する医療機関等が分かる仕組み等を検討。
- ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
- ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続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・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、適切な情報提供や相談への幅広い対応に資する取組、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
 - ・ 受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行の取組等を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 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推進。
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点から適切に評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
 - ・ 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携を強化。

- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続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・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
 - ・ 院内薬剤師業務を適切に評価。
- 医療における ICT の利活用
 - ・ 離島・へき地等の医療資源が少ない地域におけるニーズや、医療の質にかかるエビデンス等を踏まえ、医療における ICT の利活用を適切に評価。
 - ・ ICT を活用した医療連携の取組を推進。(再掲)

(3) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

(基本的視点)

- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の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、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

(具体的方向性の例)

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化
 - ・ 大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
- 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。
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医療介護連携、栄養指導など、

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、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

- ・ 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。

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・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・向上とともに、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)

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ・ 後発品の使用促進について、「2020年9月までに後発品医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成する」という目標を実現するための取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 重複投薬やポリファーマシー、残薬への対応、薬剤耐性（AMR）への対応や適正使用のための長期処方の在り方等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ・ 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、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

- ・ 大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
- ・ 重症化予防の取組を推進。(再掲)

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域に生きる一人ひとりが尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。このような中、我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 国民一人一人の生活が多様化する中、患者・国民にとって身近で安心・安全な医療を実現していくためには、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくことが求められる。
- 加えて、住民、医療提供者、行政、民間企業等の関係者がそれぞれの役割を自覚しながら保健・医療に関わることが重要であり、国民全体の医療制度に対する理解を深めていくための普及啓発も含め、国民に対して丁寧に説明していくことが求められている。

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

令和元年11月21日
厚生労働省保険局

賦課限度額の見直しについて

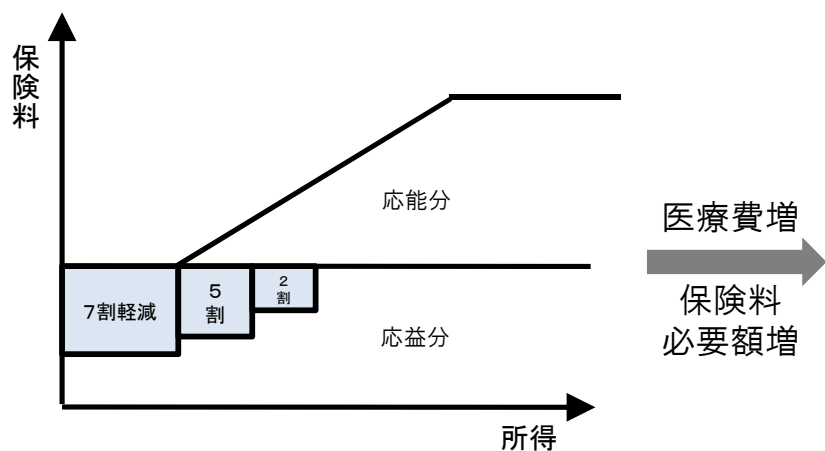
- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- これまで、保険料負担の公平を図る観点から、賦課限度額を引き上げてきたところ。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担は変わらない中で、中間所得層の負担が重くなる。【イメージ図：①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図：②】

【イメージ図】

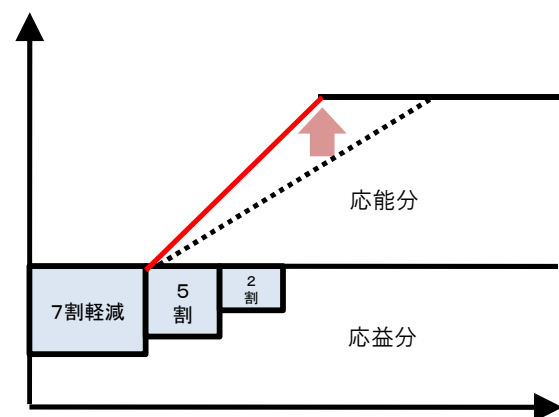
※ 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、

- ① 保険料率の引上げ
- ② 保険料率及び賦課限度額の引上げ

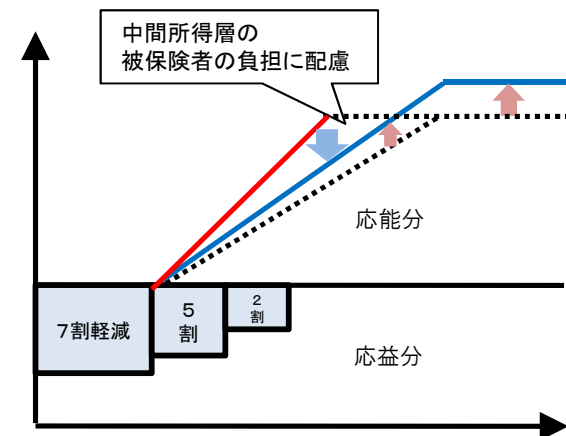
を行った場合



【イメージ図：①】
保険料率の引上げ



【イメージ図：②】
保険料率及び賦課限度額の引上げ



後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

【考え方】

○後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割を半分ずつ賦課しているが、給付と保険料負担のバランスを失すれば被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から、年間保険料に賦課限度額を設けている。

【経緯】

○制度施行時(平成20年度)

- ・国保の賦課限度額の水準を参考に、国保で賦課限度額を負担する層についてその賦課限度額と同程度までの負担となるよう50万円に設定。

○保険料率改定時(2年毎)

- ・国保の賦課限度額引上げの状況、保険料率上昇見込み等を踏まえ、平成24年度に55万円(+5万円)、平成26年度に57万円(+2万円)、平成30年度に62万円(+5万円)に設定。

【令和2年度以降の賦課限度額について】

○賦課限度額の超過被保険者の割合や、国保の賦課限度額引上げの状況等を考慮し、保険料の賦課限度額のあり方について、どのように考えるか。

		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	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
後期 高齢者	賦課限度額 (20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [5万円、10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、3.7%]	57万円 (114)	57万円 (114)	57万円 (114)	62万円 (124) [5万円、8.8%]	62万円 (124)
	賦課限度額に 達する年金収入 (年金所得)	830万円 (633万円)	830万円 (633万円)	811万円 (615万円)	811万円 (615万円)	822万円 (626万円)	822万円 (626万円)	821万円 (625万円)	821万円 (625万円)	807万円 (611万円)	807万円 (611万円)	886万円 (686万円)	886万円 (686万円)
	賦課限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.36%	1.45%	1.42%	1.50%	1.48%	1.31%	1.28% (速報値)
国保	賦課限度額 (医療分) (20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [4万円、6.8%]	65万円 (110) [2万円、3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [2万円、3.1%]	69万円 (117) [2万円、3.0%]	73万円 (124) [4万円、5.8%]	73万円 (124)	77万円 (131) [4万円、5.5%]	80万円 (136) [3万円、3.9%]

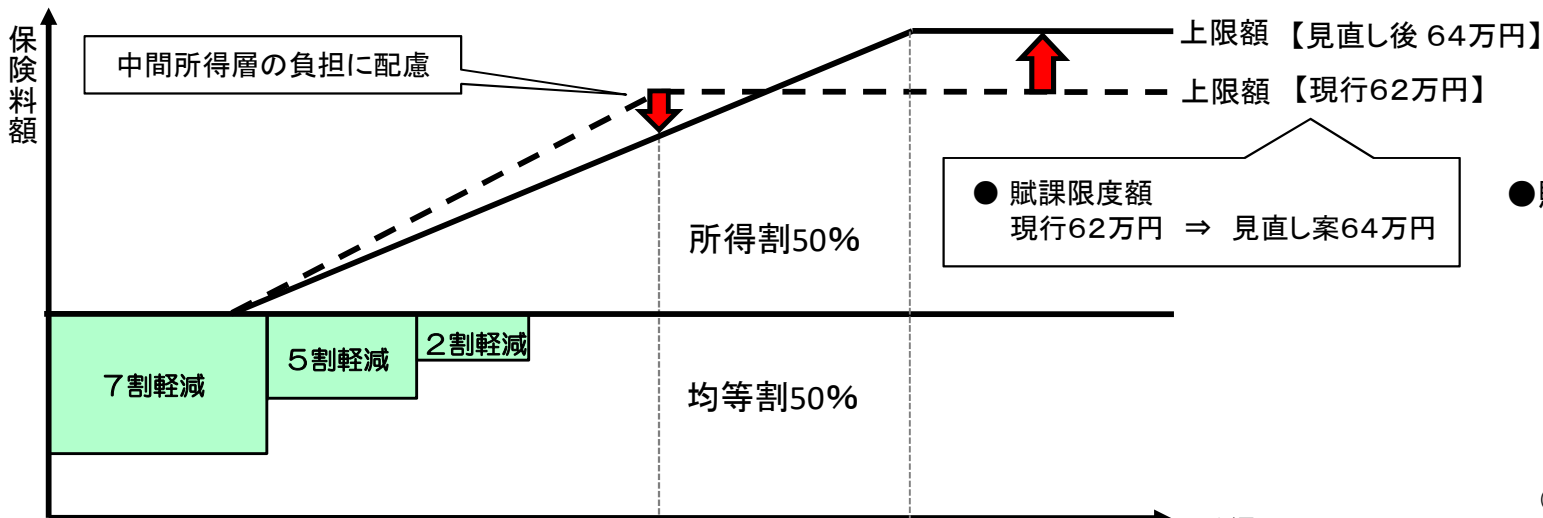
※ 賦課限度額に達する年金収入：各年度の全国平均保険料率を基に算定。

※ 年金所得＝年金収入－公的年金等控除

※ 賦課限度額超過被保険者割合：後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による。令和元年度は速報値(保険局高齢者医療課集計)。

令和2年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し（案）

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
 - 平成29年度以降の国保の賦課限度額引き上げ幅（73万円 → 80万円）も踏まえつつ、中間所得層の保険料負担の抑制、中間所得層・高所得層の保険料負担の伸び率の均衡、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直してはどうか。
- 保険料賦課限度額を2万円引き上げ、62万円を64万円としてはどうか。



● 賦課限度額超過被保険者の割合（令和2年度(推計)）
（注2）

	合計
前年度(R元)	1.28%
引上げ前(R2)	1.36%
引上げ後(R2)	1.29%

（注2）平成30年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づき、令和2年度における状況を推計したもの。ただし、令和元年度は速報値（保険局高齢者医療課集計）。

限度額に達する収入及び所得（注1）

年金収入の場合：収入886万円（年金所得686万円）／
給与収入の場合：収入896万円（給与所得686万円）

【現行】

【見直し後】

年金収入の場合：収入910万円（年金所得709万円）／
給与収入の場合：収入921万円（給与所得709万円）

（注1）平成30・令和元年度の全国平均料率に基づき算定（均等割額45,116円、所得割率8.81%）

● 賦課限度額引上げに伴う収入別の保険料への影響（令和2年度(推計)）（注3・4）

	令和元年度 (62万円)	令和2年度	
		(据え置き)	(64万円)
所得割のかかる被保険者の 平均的な年金収入(341万円)の場合 (前年度伸び率)	20.9万円	21.5万円 (+3.1%)	21.4万円 (+2.5%)
賦課限度額超過被保険者の場合 (前年度伸び率)	62.0万円	62.0万円 (+0.0%)	64.0万円 (+3.2%)

引上げにより、中間所得層の伸び率が高所得層の伸び率を若干下回る水準まで抑えられる。

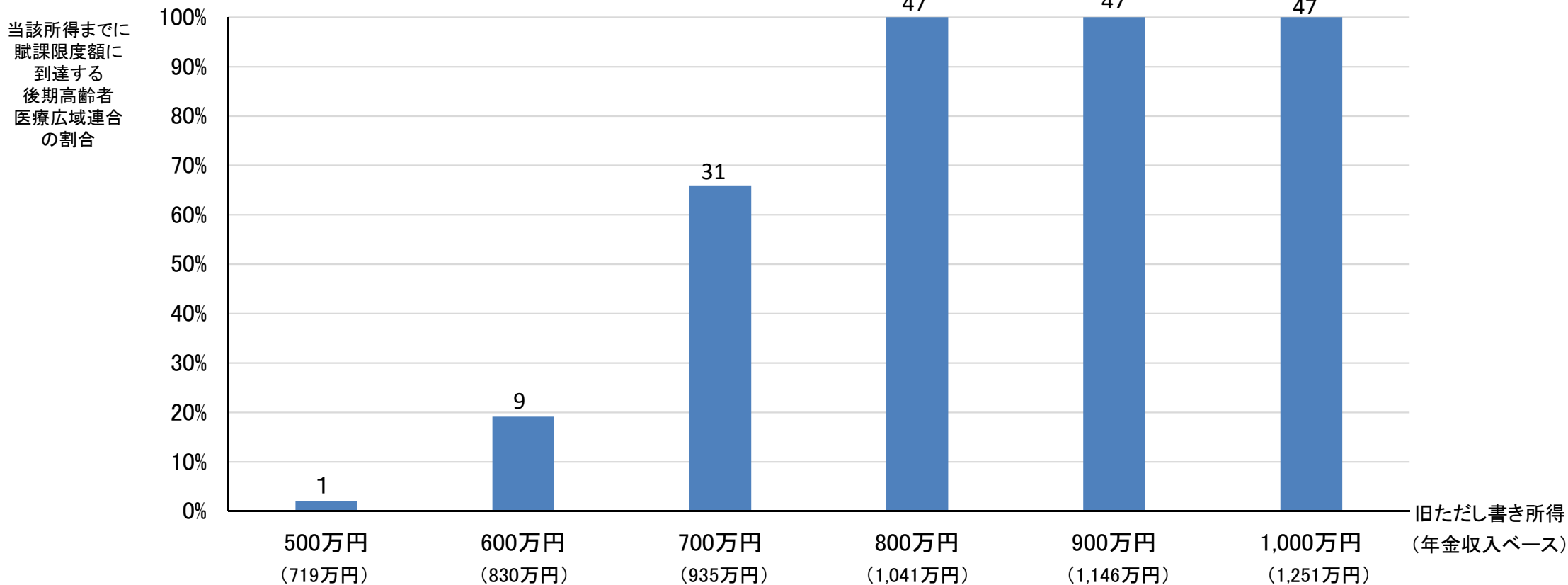
（注3）平成30年度実績に基づき、予算ベースで令和2年度における状況を推計したもの。

（注4）「所得割のかかる被保険者の平均的な年金収入(341万円)」は、所得割のかかる被保険者の平均所得(219万円)を年金収入に換算したもの。

(参考) 賦課限度額到達所得の状況(試算)

- 後期高齢者医療制度の保険料額は後期高齢者医療広域連合ごとに異なるが、旧ただし書き所得が700万円では66%、800万円以上では全ての後期高齢者医療広域連合が賦課限度額に到達する。

<所得別にみた賦課限度額に到達する後期高齢者医療広域連合数(平成30年度・令和元年度)>



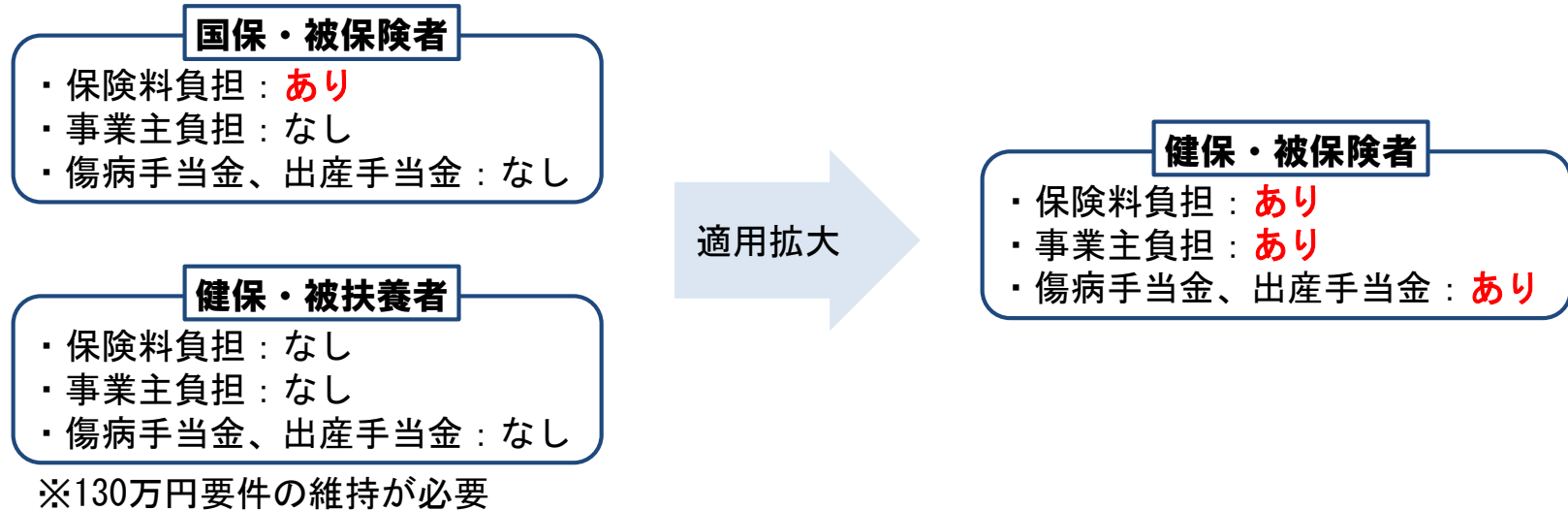
※平成30・令和元年度の全国平均保険料率(均等割額45,116円、所得割率8.81%)、賦課限度額(62万円)に基づき算定。

被用者保険の適用拡大について

2019年11月21日
厚生労働省保険局

(1) 医療保険における適用拡大について

医療保険で適用拡大を行うことの意義



被用者にふさわしい保障

- ・被用者保険として労務不能な期間の所得補償を行い、労働力の早期回復を図る観点から、健康保険では傷病手当金や出産手当金が法定給付とされている
- ・被用者でありながら健康保険の被保険者になっていない者に適用拡大していくことにより、傷病手当金や出産手当金といった被用者にふさわしい保障が享受できることになる

働き方や雇用に中立で公平な医療保険制度

- ・労働者の働き方や企業の雇い方に対して中立で公平な社会保険制度とすることにより、働きたい人の能力発揮や企業運営に必要な労働力確保が可能となる環境を構築する必要

健康保険の被扶養者に適用拡大を行うことの意義

① 被用者にふさわしい保障の確保

- ・ 被扶養者にも適用拡大を行うことで、傷病手当金や出産手当金といった被用者にふさわしい保障が享受できる

② 働き方や雇用に中立で公平な制度の構築

- ・ 被扶養者を含め一定の所得がある短時間労働者を等しく適用拡大の対象とすることで、働き方や雇用に中立な制度となる
 - 雇用する事業主の観点からは、被扶養者とそれ以外のパート・アルバイト（※）との間で人件費に差が生じないため、社会保険料の面でどちらかを選択する誘因が生じない
 - ※シングルマザー、中高年の低所得単身者（就職氷河期世代等）、高齢者 等
 - 働く被扶養者の観点からは、130万円の壁を意識せずに就労することが可能となる
- ・ また、被扶養者にも保険料を負担いただくことで、
 - ①同一条件で就労している被扶養者以外のパート・アルバイト（※）
 - ②既に適用されている501人以上企業に勤務する被扶養者との公平性が確保される

③ 医療保険財政の支え手の増加

- ・ 一定の所得がある被扶養者にも健康保険の被保険者として保険料を負担いただくことで、医療保険財政の支え手を増やすことができる

④ 事業主の事務負担の煩雑化の回避

- ・ 健康保険と厚生年金の適用事務が一体に行われることで、事業主の事務の煩雑化を避けられる

医療保険者別の財政収支(機械的推計)

※ 中小企業基本法では、従業員数50人以下で全業種の企業が「中小企業者」に当たり、従業員数が20人以下になると一部業種で「小規模企業者」に当たることから、参考として基準を50人超・20人超とした場合の推計を行った。

	協会けんぽ	健保組合	共済	国保
①従業員数50人超 【対象:65万人】	30億円	30億円	▲50億円	▲30億円
②従業員数20人超 【対象:85万人】	70億円	0億円	▲70億円	▲40億円
③要件撤廃 【対象:125万人】	140億円	▲70億円	▲110億円	▲60億円

注1) プラスは財政悪化、マイナスは財政改善。

注2) 上記の数値には、介護分に係る収支を含む。

注3) 2019年度予算ベースで試算。

注4) 国費への影響については、①: ▲430億円、②: ▲560億円、③: ▲800億円と見込まれる。

(2)被用者保険の適用事業所の範囲の見直し

被用者保険の適用事業所の範囲の見直し

【現行制度】

- 法人事業所の場合、業種や従業員規模にかかわらず被用者保険の適用事業所となる（強制適用事業所）。
- 個人事業所の場合には、強制適用事業所の範囲は、法定された16の業種のいずれかに該当し、常時5人以上の従業員を使用するものに限られている。法定16業種以外の非適用業種または従業員数5人未満の個人事業所は、適用事業所となることについて労使合意があった場合（任意包括適用事業所）を除き、非適用となっている。
- 適用事業所の範囲については、昭和60年（1985年）改正で法人が強制適用となって以来変更がない。また、限定列挙されている16の適用業種については、昭和28年（1953年）改正以来変更がない。

【見直しの意義】

- 適用事業所の範囲は、勤務先にかかわらず被用者にふさわしい保障を確保する方向で見直す必要がある。
- 法定16業種については、相当期間変更されていないが、その間新たに出現した業種はできるだけ解釈によって16業種に含めるなど（例：IT関係は「通信又は報道の事業」として適用）、時勢への対応も一定程度図られてきた。
- また、昭和60年（1985年）改正で法人が強制適用となり、さらに会社法改正等により法人設立が制度上容易となったことで、ある程度の規模及び事務処理能力を有する事業所は、法人として適用を受ける蓋然性が高くなっている。
- こうした状況も念頭に置きつつ、なお残る非適用業種については、「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」のとりまとめも踏まえ、過去の経緯と現況を個別に勘案し、見直しの必要性を検討する。

【見直しの方向】

- 非適用業種のうち、法律・会計に係る行政手続等を扱う業種（いわゆる「士業」）については、被用者保険適用に係る事務処理能力が期待できる上、
 - ① 全事業所に占める個人事業所の割合が高いこと、特に、常用雇用者数5人以上の個人事業所の割合が他の業種に比して高いことから、被用者として働きながら非適用となっている方が多いと見込まれる
 - ② 制度上、法人化に一定の制約条件があるか、そもそも法人化が不可能であることから、他の業種であれば大半が法人化しているような規模でも個人事業所に留まっている割合が高く、被用者保険制度上で個別に対応を図る必要性が高いといった要素を考慮し、適用業種とすることを検討。
- 具体的には、制度上、法人化に一定の制約条件があるか、そもそも法人化が不可能な業種として、
弁護士・司法書士・行政書士・土地家屋調査士・公認会計士・税理士・社会保険労務士・弁理士・公証人・海事代理士を適用業種とすることを検討。

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」とりまとめ(2019.9.20)

※「被用者保険の適用事業所の範囲」に関する部分抜粋

「懇談会」における議論

- 現行要件は制定後相当程度の時間が経過しており、非適用事業所に勤務するフルタイム従業員のことも斟酌すれば、労働者の保護や老後保障の観点から、現代に合った合理的な形に見直す必要があるとの意見があった。
- 従業員数5人以上の個人事業所は、業種ごとの状況を踏まえつつ原則強制適用とすべきではないかとの意見があった。特に、いわゆる土業等が非適用となっていることの合理性に関しては疑問視する意見があった。
- 見直しに際しての留意点として、強制適用とした場合の経営への影響について精緻な議論をすべきとの意見があった。
- 国民健康保険（市町村・国民健康保険組合）の財政に対する影響を勘案し、全体が納得できる制度としての方向性を図っていくことも必要との指摘があった。
- 非適用業種には小規模事業者も多く、事務負担や保険料負担が過重となる恐れがあるため、被用者の保障確保の観点とのバランスを考えると、現行の任意包括適用制度の活用を促進すれば足るのではないかとの意見があった。
- 制度上適用要件を満たしているにもかかわらず実際には未適用となっている、いわゆる未適用事業所の問題に関して、引き続き日本年金機構における適用促進の取組を徹底していくべきとの意見があった。
- 個人の事業所が適用事業所となる場合にも、個人事業主本人は被保険者資格を得ることができない点について対応を検討すべきとの意見があった。

「懇談会」とりまとめにおける今後の検討の方向性

- 適用事業所の範囲については、本来、事業形態、業種、従業員数などにかかわらず被用者にふさわしい保障を確保するのが基本であるとの考え方が示された。その上で、非適用とされた制度創設時の考え方と現状、各業種それぞれの経営・雇用環境などを個別に踏まえつつ見直しを検討すべきとの認識が共有された。
- 関連して、個人事業主本人に対する保障のあり方、未適用事業所に対する日本年金機構における対応の継続、被保険者の移動による国民健康保険の財政への影響についても指摘された。

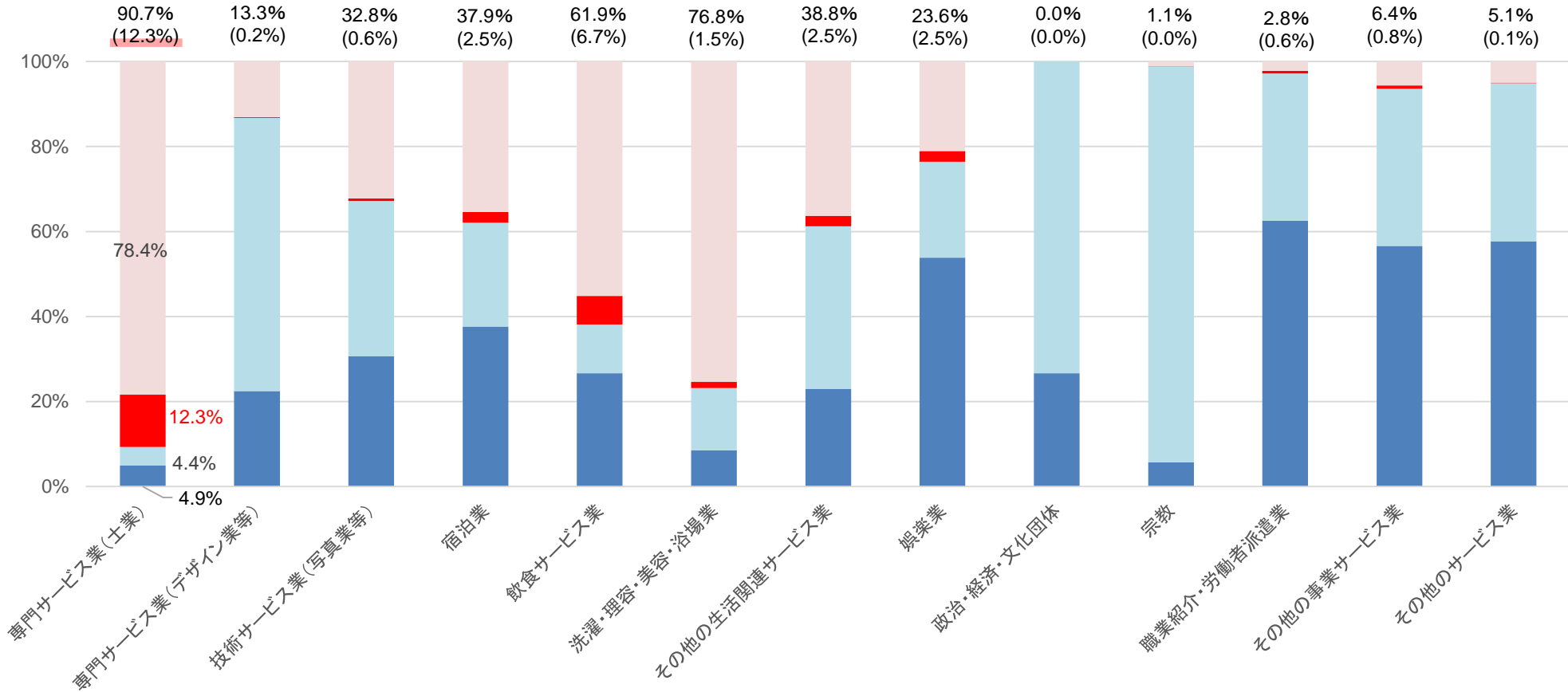
非適用業種別の法人・個人比率

- 主な非適用業種の中では、一部業種において、全事業所に占める個人事業所の割合が高い。
- 特に士業においては、常用雇用者数5人以上の個人事業所の割合が他の業種に比して高い。

全事業所に占める個人事業所の割合
 ※ ()内は個人かつ5人以上の事業所の割合

各非適用業種の事業所数の経営形態別・常用雇用者規模別内訳

■ 法人5人以上 ■ 法人5人未満 ■ 個人5人以上 ■ 個人5人未満

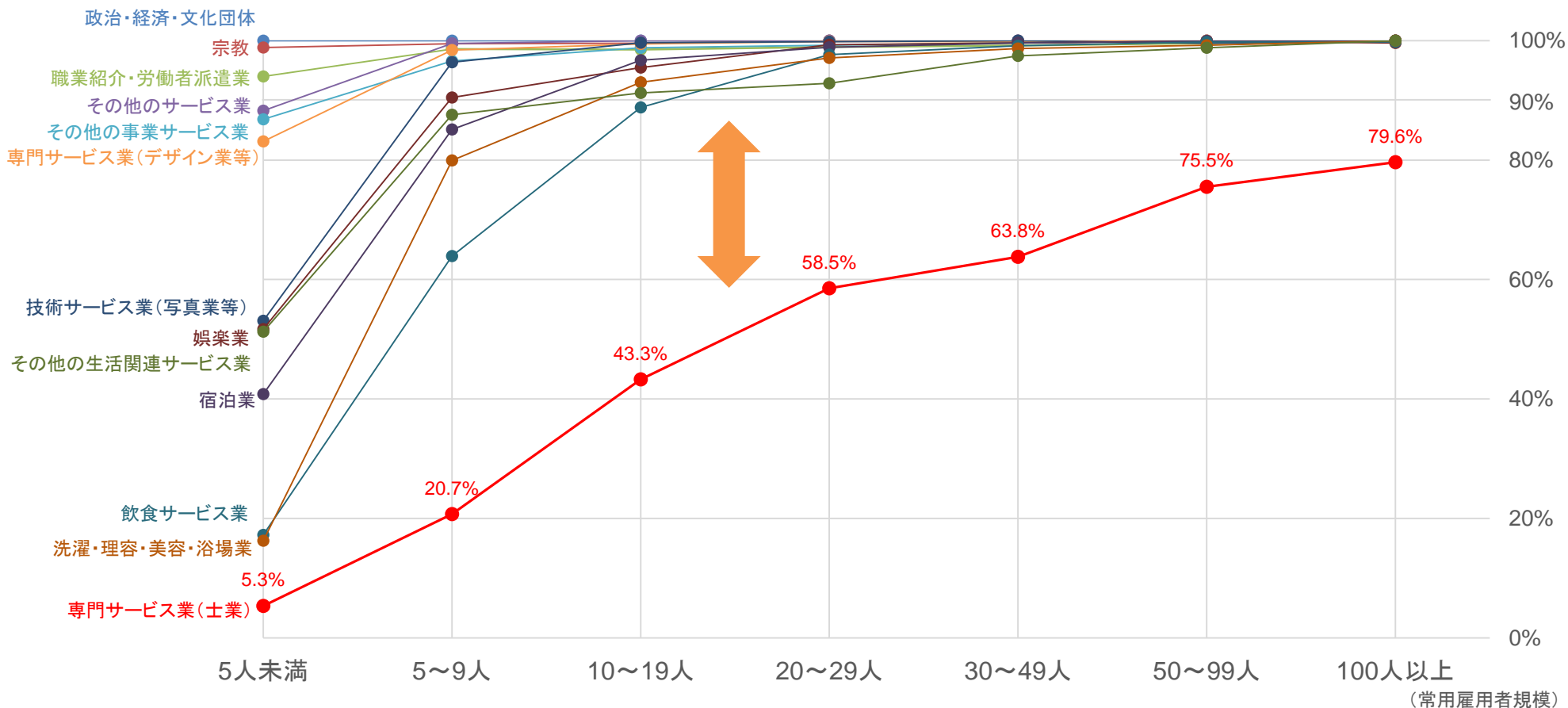


※ 「常用雇用者」には、労働時間の短いパートなども含まれており、被用者保険制度上、強制適用事業所となる基準である「常時5名以上」の判断ではカウントされない者を含むことに留意。
 ※ 「専門サービス業(士業)」は、弁護士、弁理士、公証人、司法書士、土地家屋調査士、行政書士、公認会計士、税理士、社会保険労務士からなる。なお、すべて「法人でない団体」は除いた数値。

非適用業種別の規模別法人割合

- 多くの業種で、法人割合は事業所規模が大きくなるほど上昇する傾向にある。
- ただし、士業においては、他の業種であれば大宗が法人化しているような規模でも個人事業所に留まっている割合が高く、常用雇用者数5～9人で法人2割・個人8割、常用雇用者数100人以上でも法人8割・個人2割となっている。

常用雇用者規模別の法人割合



※ 「常用雇用者」には、労働時間の短いパートなども含まれており、被用者保険制度上、強制適用事業所となる基準である「常時5名以上」の判断ではカウントされない者を含むことに留意。
 ※ 「専門サービス業(士業)」は、弁護士、弁理士、公証人、司法書士、土地家屋調査士、行政書士、公認会計士、税理士、社会保険労務士からなる。なお、すべて「法人でない団体」は除いた数値。

士業の法人化について

- 士業の法人割合が高くない要因としては、法人化に際して制度上一定の制約条件があるか、法人化がそもそも制度上不可能であることが関係している可能性がある。
- そのような特性を持つ業種を見ると、全て法律・会計に係る行政手続等を扱う業種であり、一般的に、被用者保険適用に係る事務処理能力が期待できるといえる。

- 弁護士
(⇒弁護士法人)
- 司法書士
(⇒司法書士法人)
- 行政書士
(⇒行政書士法人)
- 土地家屋調査士
(⇒土地家屋調査士法人)
- 公認会計士
(⇒監査法人)
- 税理士
(⇒税理士法人)
- 社会保険労務士
(⇒社会保険労務士法人)
- 弁理士
(⇒特許業務法人)
- 公証人
- 海事代理士

法人化に際して
制約条件がある

■ 制約条件の例

- 社員（法人出資者）は各士業の有資格者でなければならない（一部士業では複数人の有資格者の連名が必要）
- 法人の事業内容が各士業の専門分野に法律上限定されている
- 代表者・業務執行者は社員（法人出資者）でなければならない
- 社員（法人出資者）は無限連帯責任を負う

(参考)株式会社の場合

- 出資者の資格・人数に制限はない
- 事業内容は定款で定める
- 出資者と代表者・業務執行者は分離可能（所有と経営の分離）
- 出資者は出資の限度で責任を負う（有限責任）

法人化が不可能

→ 該当する10の士業を適用対象とすることを検討

(弁護士・司法書士・行政書士・土地家屋調査士・公認会計士・税理士・社会保険労務士・弁理士・公証人・海事代理士)

被用者保険の適用事業所について(現行)

- 常時1名以上使用される者がいる、法人事業所(A)・・・**強制適用**
- 常時5名以上使用される者がいる、法定16業種に該当する個人の事業所(B)・・・**強制適用**
- 上記以外(C)・・・**強制適用外**(労使合意により任意に適用事業所となることは可能＝**任意包括適用**)

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
法定16業種(※)	強制適用事業所 (A)	(B)	
上記以外の業種(非適用業種) 例: 第一次産業(農林水産業等) 接客娯楽業(旅館、飲食店等) 法務業(弁護士、税理士等) 宗教業(寺院、神社等) サービス業(飲食店・理美容店)			(C) 任意包括適用

※ 健康保険法3条3項1号及び厚生年金保険法6条1項1号に規定する以下の業種。

- ① 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業
- ② 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業
- ③ 鉱物の採掘又は採取の事業
- ④ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業
- ⑤ 貨物又は旅客の運送の事業
- ⑥ 貨物積みおろしの事業
- ⑦ 焼却、清掃又はと殺の事業
- ⑧ 物の販売又は配給の事業

- ⑨ 金融又は保険の事業
- ⑩ 物の保管又は賃貸の事業
- ⑪ 媒介周旋の事業
- ⑫ 集金、案内又は広告の事業
- ⑬ 教育、研究又は調査の事業
- ⑭ 疾病の治療、助産その他医療の事業
- ⑮ 通信又は報道の事業
- ⑯ 社会福祉法に定める社会福祉事業及び更生保護事業法に定める更生保護事業

強制適用事業所

…… 約227万事業所

任意包括適用事業所

… 約9万事業所

注：適用事業所数は、2019年5月現在

適用業種・非適用業種の分類

日本標準産業分類（大分類）	適用業種・非適用業種（個人事業主である場合）の区分
農業、林業	非適用業種
漁業	非適用業種
鉱業、採石業、砂利採取業	適用業種
建設業	適用業種
製造業	適用業種
電気・ガス・熱供給・水道業	適用業種
情報通信業	適用業種
運輸業、郵便業	適用業種
卸売業、小売業	適用業種
金融業、保険業	適用業種
不動産、物品賃貸業	適用業種
学術研究、 専門・技術サービス	学術研究業、広告業は適用業種。 専門サービス業のうち、興信所は適用業種。士業（法律事務所、特許事務所、公認会計事務所等）、デザイン業、経営コンサルタント業等是非適用業種。 技術サービス業のうち、獣医業、土木建築サービス業等は適用業種。写真業是非適用業種。
宿泊業、飲食サービス業	非適用業種
生活関連サービス業、娯楽業	生活関連サービス業のうち、旅行業、火葬・墓地管理業は適用業種。洗濯・理容・美容・浴場業是非適用業種。 娯楽業（映画館、スポーツ施設提供業等）は、非適用業種。
教育、学習支援業	適用業種（各種学校、図書館、動物園、学習塾等）
医療、福祉	適用業種（病院、助産所、社会福祉事業団体、介護施設等）
複合サービス事業	適用業種（郵便局、協同組合）
他に分類されないサービス業	廃棄物処理、自動車整備、と畜場等は適用業種。 警備業、政治・経済・文化団体、宗教等是非適用業種。

※日本標準産業分類における分類に厚生年金保険法の適用業種の一般的な分類をあてはめたものであるが、実際の適用については個別の事業所の実態を判断し適用することとなるため、上記の区分と一致しない場合がある。

※「学術研究、専門・技術サービス」「生活関連サービス業、娯楽業」「他に分類されないサービス業」については大分類で区分できないため、日本標準産業分類の中分類、小分類又は細分類における分類で区分している。

被用者保険の強制適用事業所の変遷

【健康保険】

大正11年制度創設時

強制適用対象:工場法・鉱業法の適用を受ける事業所
任意包括対象:①物の製造、②土木・建設、③鉱物採掘、④電気、⑤運送、⑥貨物積卸

昭和9年改正

強制適用対象:①物の製造、③鉱物採掘、④電気、⑤運送(陸送のみ)のうち、常時5人以上使用する事業所を追加。(②土木・建設、⑥貨物積卸は任意包括対象のまま)

昭和16年改正

強制適用対象:⑤運送(航空機)、⑥貨物積卸、⑦焼却・清掃を追加(常時5人以上)
(②土木・建設は任意包括対象のまま)

昭和17年改正

強制適用対象:職員健康保険法の対象(⑧物の販売、⑨金融・保険、⑩保管・賃貸、⑪媒介周旋、⑫集金)、常時5人以上使用する法人(業種は問わない)を追加。
任意包括対象:業種の限定を撤廃。(健康保険のみ)

昭和28年改正

強制適用対象:②土木等、⑬教育・研究、⑭医療、⑮通信・報道、⑯社会福祉を追加(常時5人以上)

※社会保障制度審議会からは、60年改正にあたり「基礎年金の導入に伴い、5人以上の事業所等の被用者との不均衡が拡大する」ことから、「この問題(5人未満事業所)の解決に着手する」ことが強く求められていた。その上で、対象を「法人」に限った理由としては、雇用実態の把握が比較的容易であること、事業所の事務処理能力が一定程度期待できること、公簿により事業所の成立等が確認できることが挙げられている。

昭和59年改正(健保)、昭和60年改正(厚年)

5人未満事業所等のうち、「法人」の事業所を強制適用対象に。

【厚生年金保険】

※主として中小企業における事業主の保険料の負担能力の点を考慮して10人以上使用の事業所に限定し、女子についてはその勤続期間が短いことから強制被保険者の対象から除くこととされた。

昭和17年制度創設時(労働者年金保険)

原則として、健康保険の強制被保険者が被保険者。ただし、常時10人未満の事業所、女子等は適用除外とされていた。

昭和19年改正(厚生年金保険法)

強制適用対象として、常時5人以上を使用する事業所、女子を追加し、任意包括の制度も設け、健康保険法と同じ枠組みとなった。

昭和44年改正

附則で、「政府は、常時5人以上の従業員を使用しないことにより厚生年金保険の適用事業所とされていない事業所について、他の社会保険制度との関連も考慮しつつ、適用事業所とするための効率的方策を調査研究し、その結果に基づいて、すみやかに、必要な措置を講ずる」旨規定。

昭和60年4月23日 参・社会労働委員会

○高杉迪忠君（略）五人未満事業所を適用の対象とできなかった理由です、法人であれ何であれ。同じ社会保険でも、（略）労働保険の雇用保険や労災保険というのはこれは全面適用なんですね。どうして厚生の方では全面適用にならないかというのはこれは不思議でならないんですよ。どうなんですか。

○政府委員（長尾立子君）（略）五人未満事業所の場合には、単にその事業所としての規模が小規模であるということではございませんで、雇用されておりましてということの事実の確認、把握というのが大変難しいということがあります。具体的には、御家族でお仕事をしておられて、そこにだれかほかの御家族以外の方を雇用されておるといような実態でございますと、移動率も非常に激しいということもございまして、また、雇用されておりましてことの証拠といえますか、名簿等が大変不十分である、就業規則等もないといような（略）要素があるわけでございます。

それで厚生年金の場合には、先生御承知のように、非常に長期間にわたりましてその方の標準報酬を決定いたしまして、その記録をずっと保険者側はとっていくということをやっておるわけでございます。したがって、ただいま申し上げましたような状況でございますと、雇用されている方の標準報酬を決定いたしまして、それをずっとこちらの方で記録していくといようなことの事務処理上の体制がなかなかとりがたいという要素があるわけでございます。

先生御指摘のように、確かに労働保険の方はこういった五人未満事業所についての適用をやっておるわけでございますが、御承知のように、労働保険の場合にはその標準報酬といったようなものがいわば事後に把握するということはあるわけでございますけれども、保険料は四月から三月までの一年間に支払った総賃金をもとにしてその年の五月に申告して納付するという仕組みをとっておりまして、こういった仕組みの違いであるとか、そういう保険としての性格の違いがあるということではないかと思っております。（略）

○高杉迪忠君（略）先ほど大臣から法人ということでお話がありました。しからばその法人に限った理由、その理由はどこにあるんですか。

○政府委員（長尾立子君）（略）適用拡大に伴います適用技術上の困難性ということを考えますと、法人になっておりますと先ほど来申し上げておりますように帳簿類等もある程度のものが備えられておるとか、事務処理上もある程度の明確さがあるのではないかというふうに考えるわけでございます。例えば五人未満でございますと、御家族じゅうでお仕事をやっていらっしゃると、そこに家族以外の雇用者が何人か入っておられるといようなケースが多いかと思うのでございますが、個人の場合には、例えば御夫婦で御商売をおやりになっている場合に、奥様分のサラリーといような、奥様は雇用者という形ではっきりととらえられているかどうかということが個人の場合にはなかなか明確になっておらないのではないかと、法人の場合はその点はある程度の仕分けをしていただいておりますのではないかとございまして。つまり、雇用実態の把握というものが法人になっておられる場合には比較的容易なのではないかとか、その事業所としての事務処理能力が一定程度の期待ができる、それから公簿等によりまして事業所としての成立そのものがある程度確認できるといようなことがございまして、今回は法人の事業所を強制適用対象として拡大をするということにいたしましたものでございます。

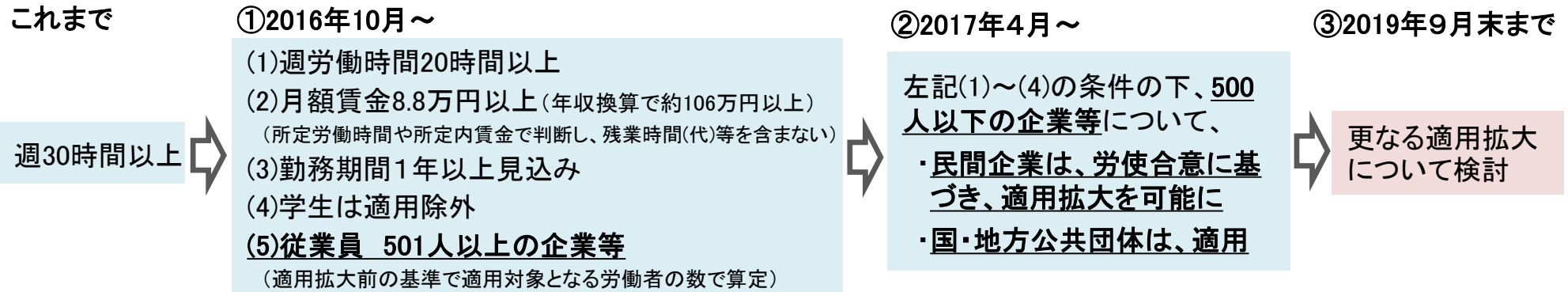
それで、個人の事業所につきましては、今申し上げましたように家族ぐるみでなさっておられるといような形が非常に多いのではないかと、思いますので、適用上大変困難な問題があると思っておりますが、法人の事業所の適用が円滑に行われました後の将来の検討課題としては引き続き研究させていただきたいと思っております。個人の事業所の中でもそういったもののしっかりしているところがあるんじゃないかという御指摘もございまして、この点につきましては、当面任意包括適用制度を活用させていただきたいと思っております。

参考資料

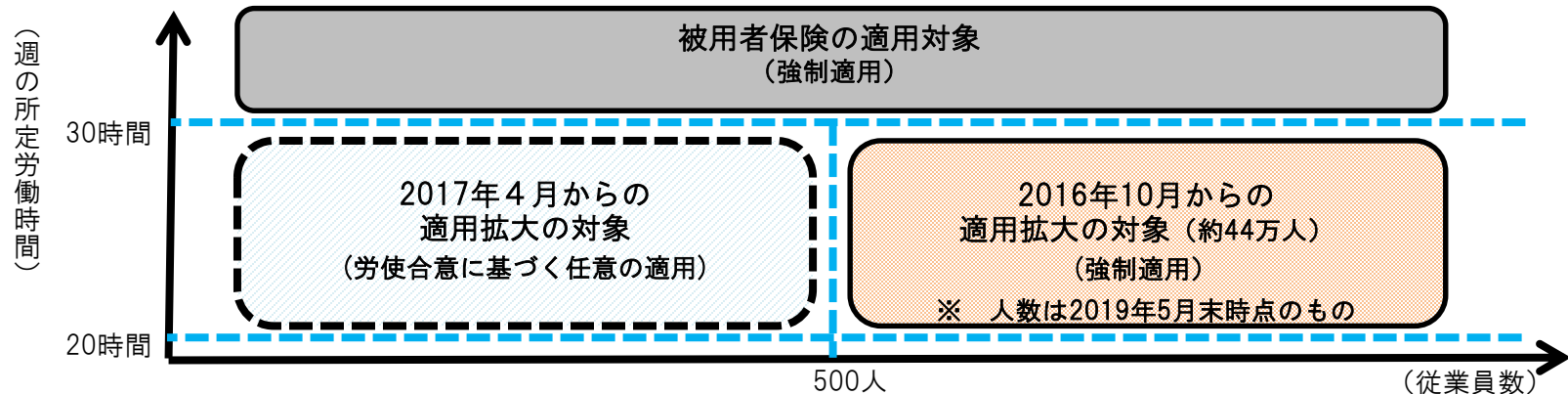
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険(年金・医療)の適用拡大を進めていくことが重要。

- ① (2016年10月～) 501人以上の企業で、月収8.8万円以上等の要件を満たす短時間労働者に適用拡大。
- ② (2017年4月～) 500人以下の企業で、労使の合意に基づき、企業単位で、短時間労働者への適用拡大を可能とする。(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする)
- ③ (2019年9月末までに) 更なる適用拡大について検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を実施。

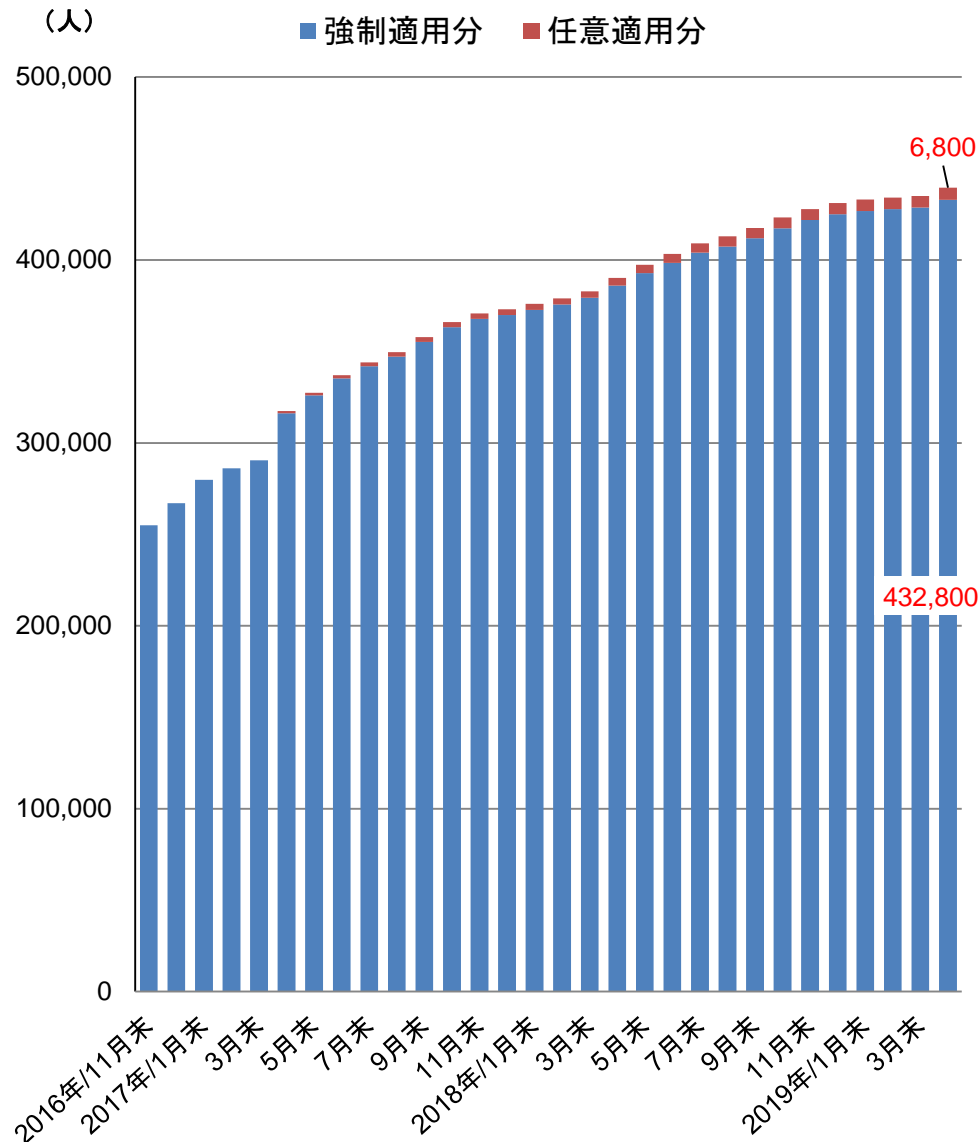


<被用者保険の適用拡大のイメージ>

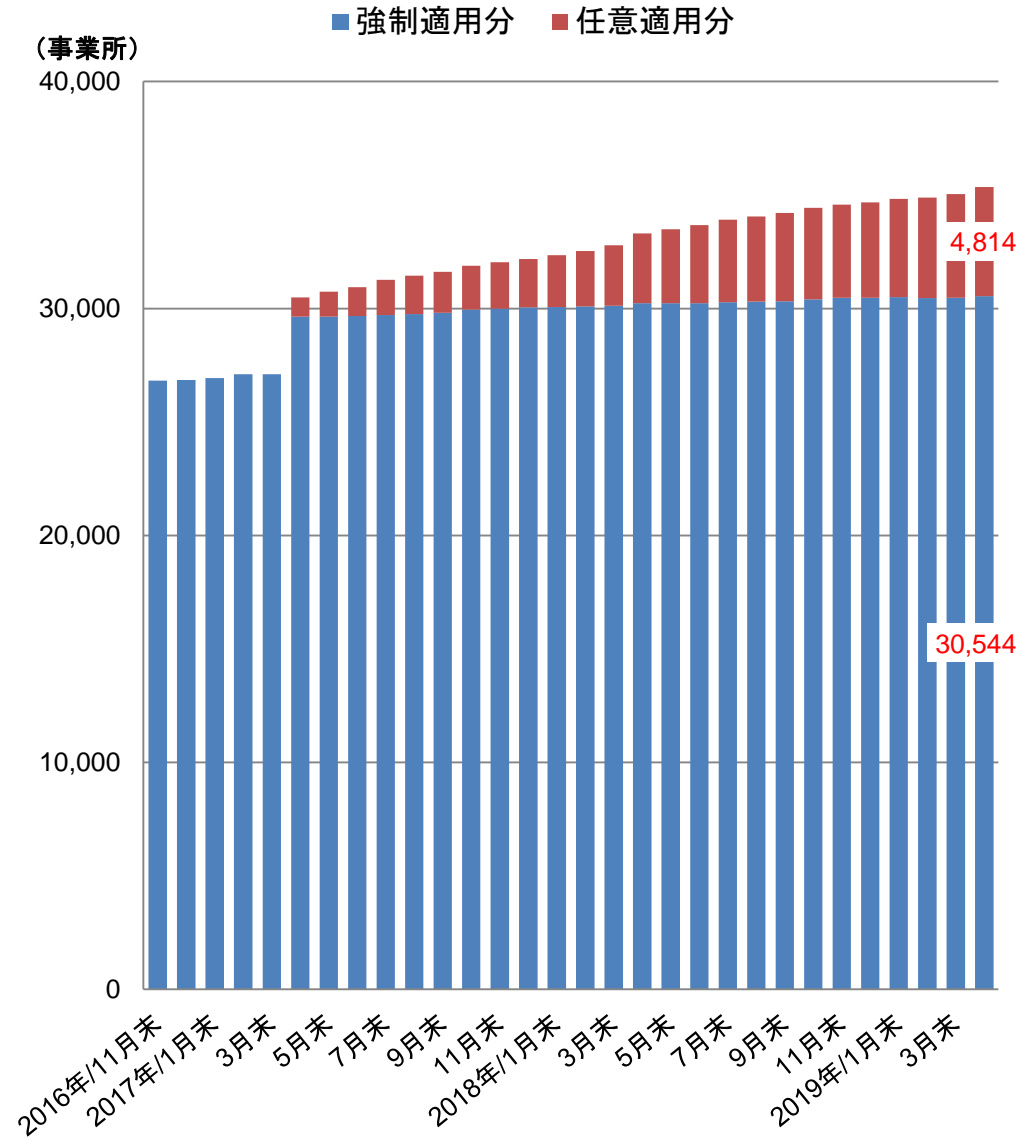


短時間被保険者数及び対象事業所の推移

短時間被保険者数



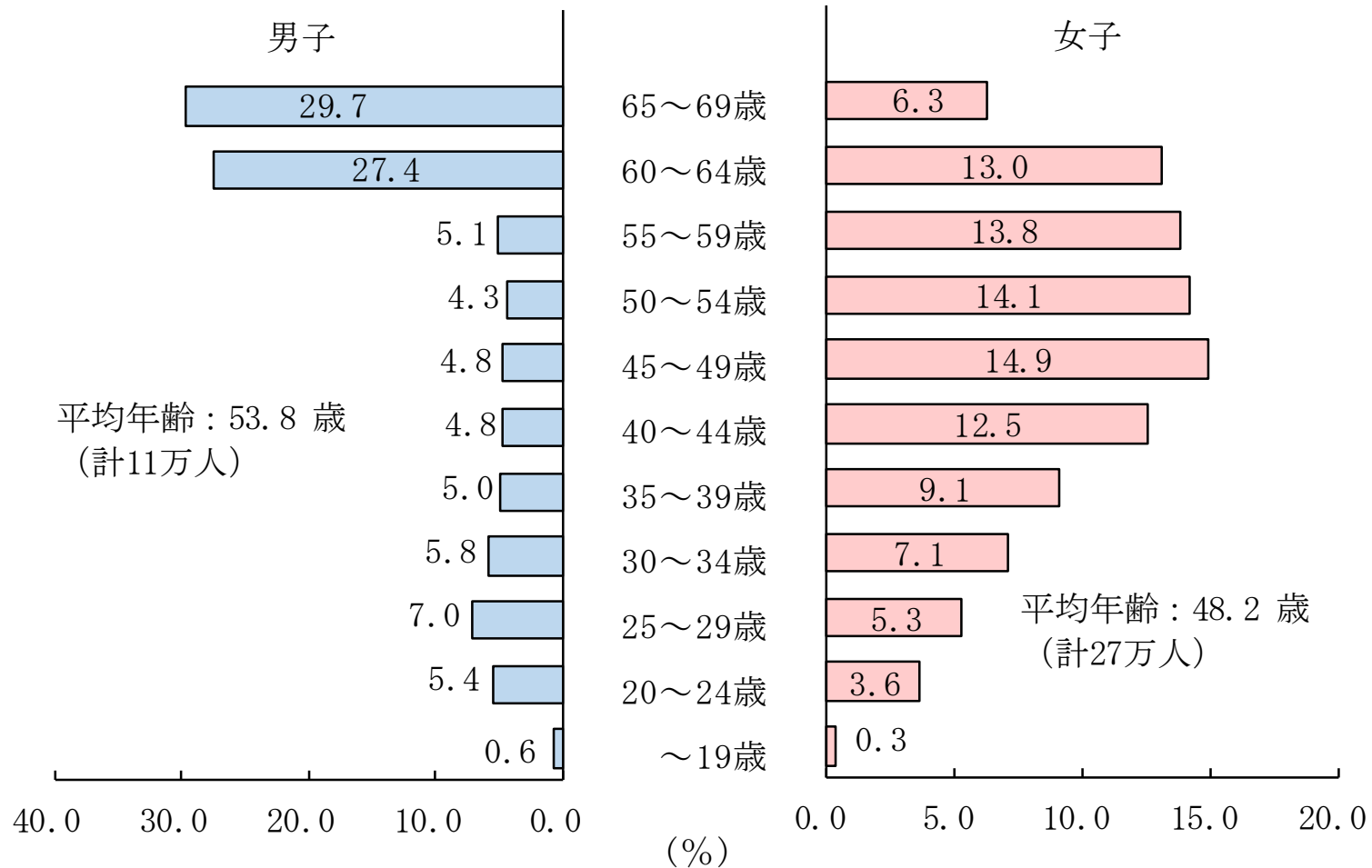
特定適用事業所数



短時間被保険者の性別・年齢階級別分布

- 適用拡大によって厚生年金加入となった者の多くは女性または高齢者であり、適用拡大はこうした者を厚生年金の支え手に加える効果をもたらしている。

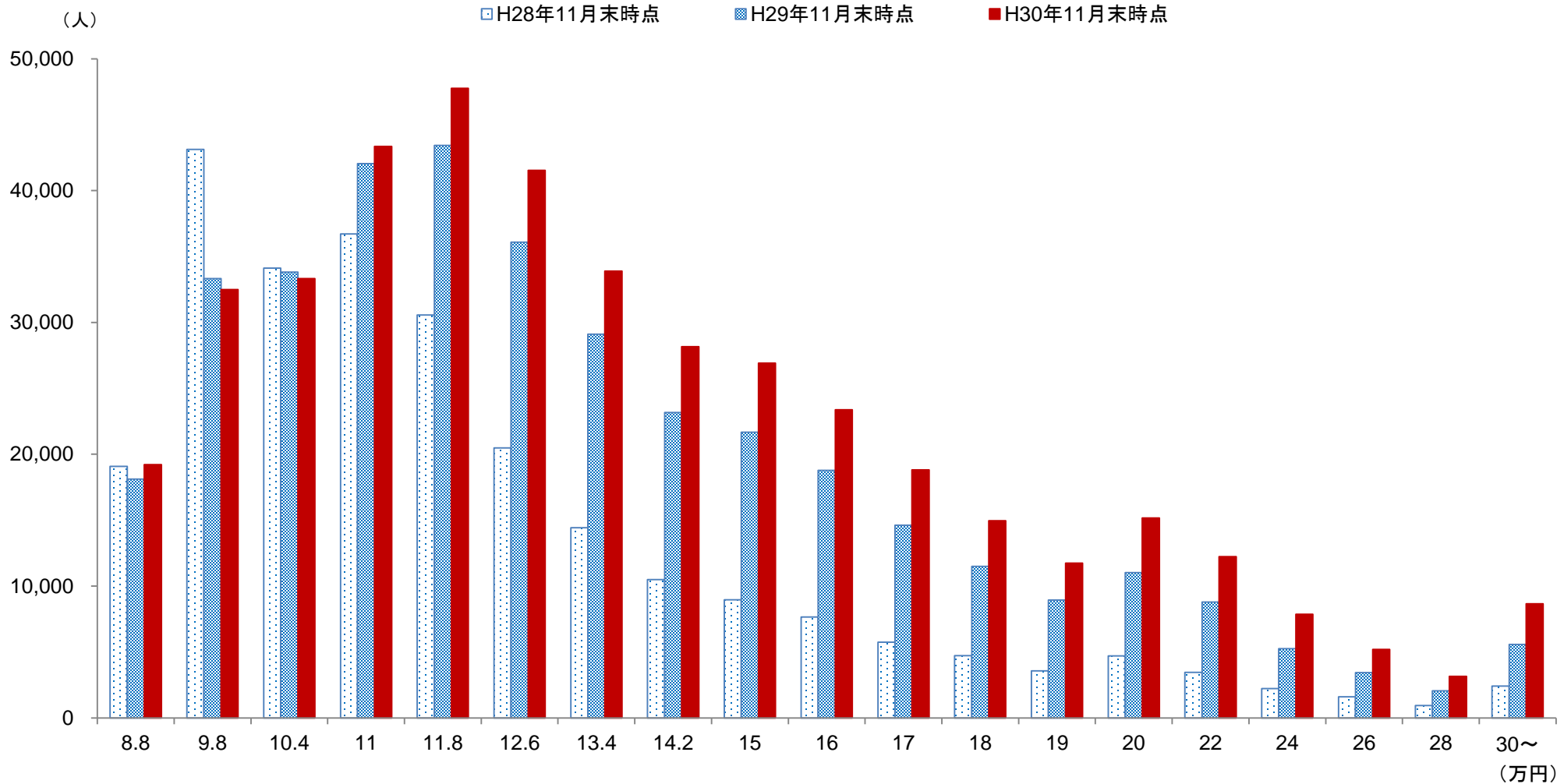
短時間被保険者の性別・年齢階層別分布



(出所)平成29年度厚生年金保険・国民年金事業の概況

短時間労働者の標準報酬月額別分布

- 短時間被保険者の標準報酬月額別の分布をみると 標準報酬月額10.4万円以下の短時間被保険者は年々減少またはほぼ横ばいである一方で、11.0万円以上の短時間被保険者は年々増加している。

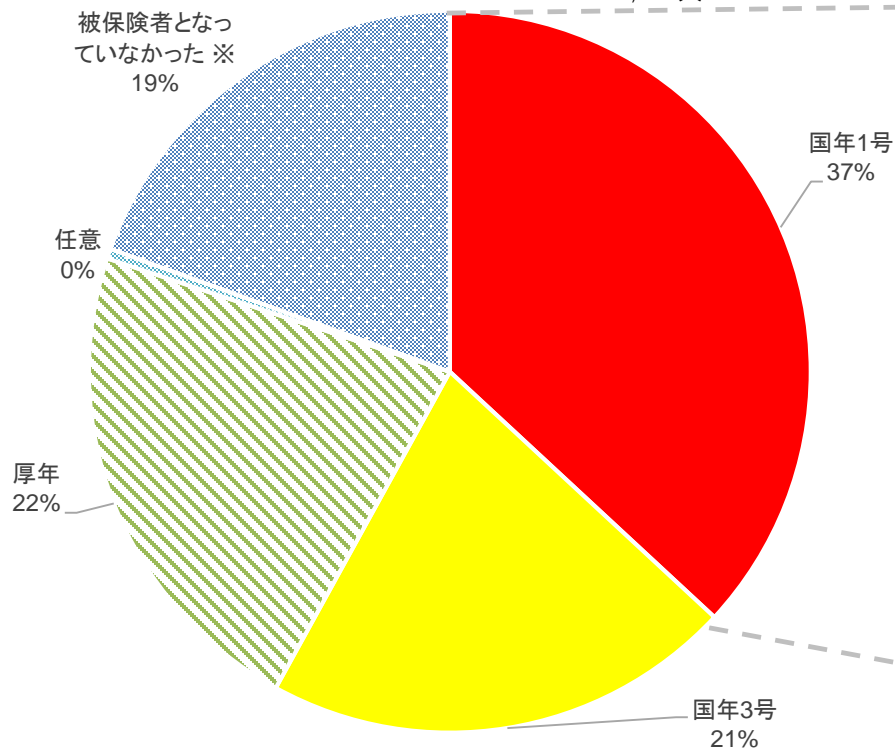


短時間被保険者の適用拡大以前の公的年金の加入状況

- 2017年末時点の短時間被保険者を対象に、適用拡大施行前の2015年末時点の公的年金の加入状況等について、日本年金機構が保有する被保険者データを特別に集計した。
- この結果によると、適用拡大によって厚生年金加入となった者のうち約4割が国民年金第1号被保険者で、その約半数が保険料を免除または未納の状態であった。

短時間被保険者の適用拡大前の
公的年金被保険者区分

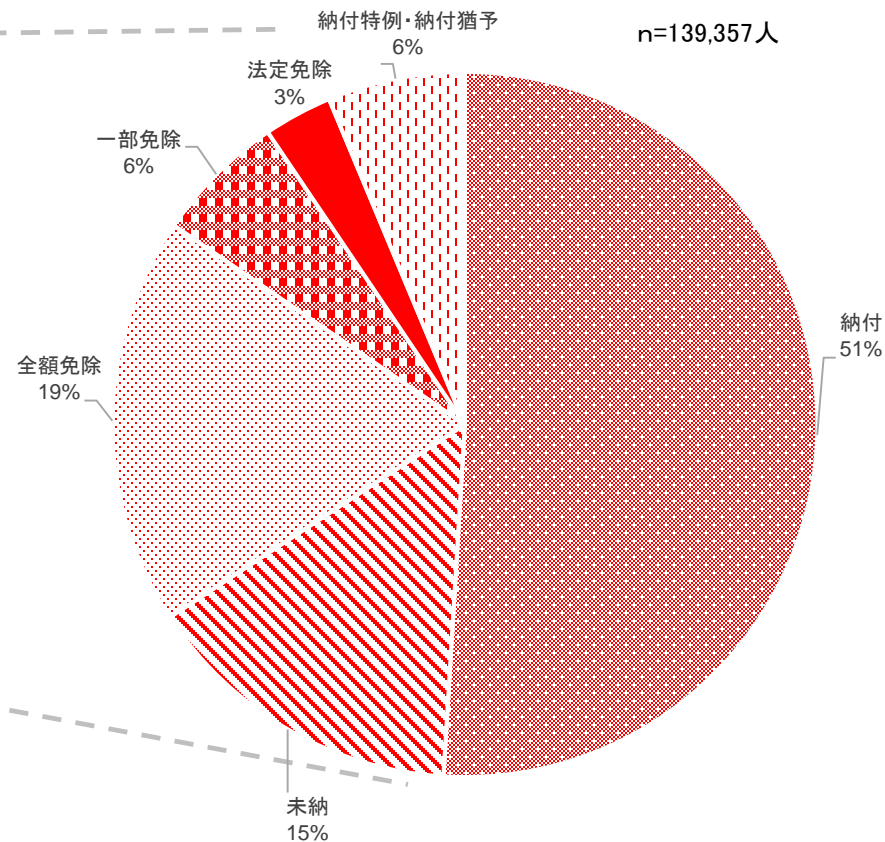
n=377,634人



(※)「被保険者となっていない」は年齢が20歳未満または60歳以上の者など

元第1号被保険者の
国民年金保険料の納付状況

n=139,357人



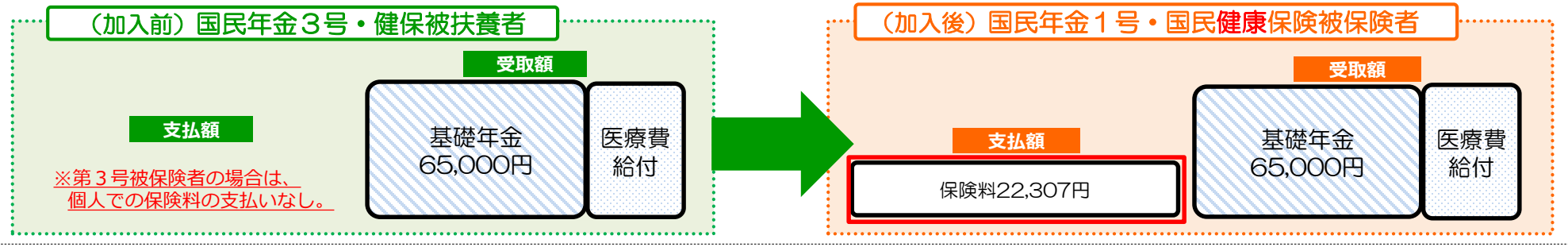
※ 適用拡大前の被保険者区分は平成27年末時点のもの。また、国民年金保険料の納付状況は今回の調査実施時点での平成27年12月分の納付状況。

被用者保険適用となることによる給付・負担の主な変化

従来：被扶養認定基準（年収130万円）を超えた場合 ⇒ **保険料のみが増加する**（給付は増えない）

国民年金保険料	国民健康保険料	増える年金額（目安）
月額16,410円	月額5,897円	なし

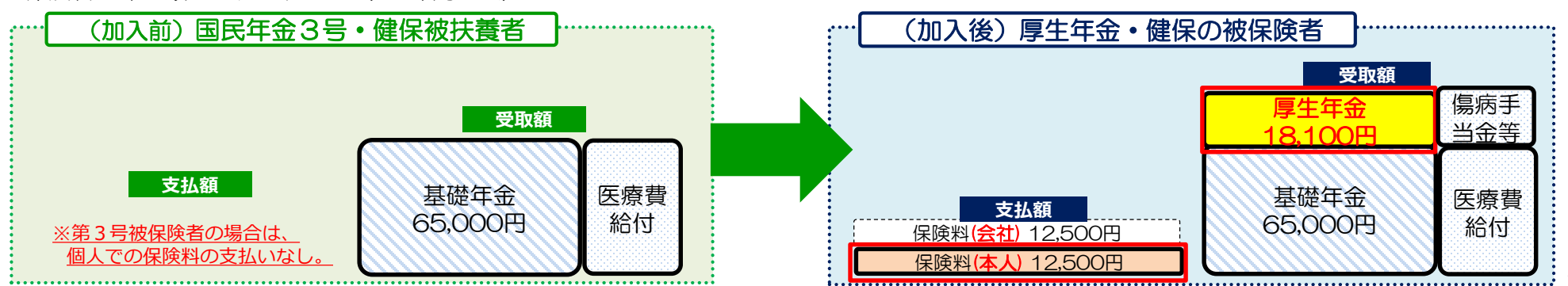
＜保険料と年金額のモデルケース（40年間加入）＞ ※金額は月額



適用拡大：501人以上規模事業所で年収106万円（月収8.8万円）を超えた場合 ⇒ **保険料だけでなく給付も増加する**

モデルケース（月収88,000円）	厚生年金保険料	健康保険料	増える年金額（目安）
40年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額18,100円／年額217,200円 × 終身
20年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額 9,000円／年額108,600円 × 終身
1年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額 500円／年額5,400円 × 終身

＜保険料と年金額のモデルケース（40年間加入）＞ ※金額は月額

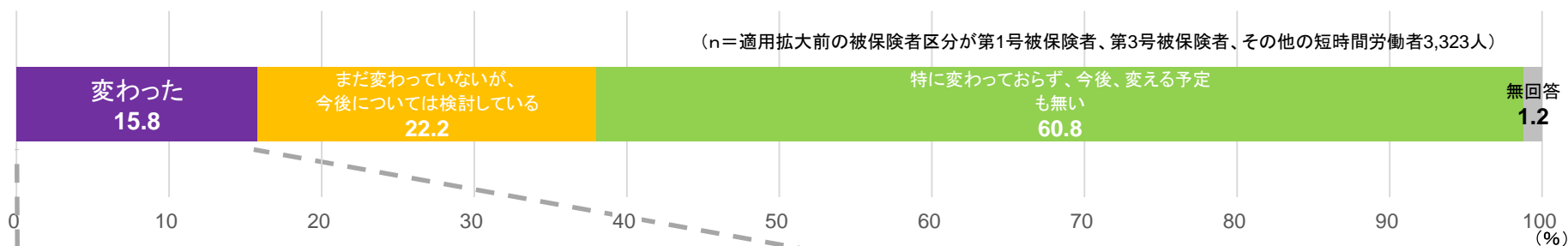


適用拡大に伴う短時間労働者の働き方の変化

- 適用拡大によって働き方を変えた者のうち、所定労働時間を延長している者が短縮している者を上回っている。労働時間を延長する動きは、適用拡大前に第3号被保険者であった者よりも、第1号被保険者であった者において顕著となっている。

働き方の変化の有無

(n=適用拡大前の被保険者区分が第1号被保険者、第3号被保険者、その他の短時間労働者3,323人)



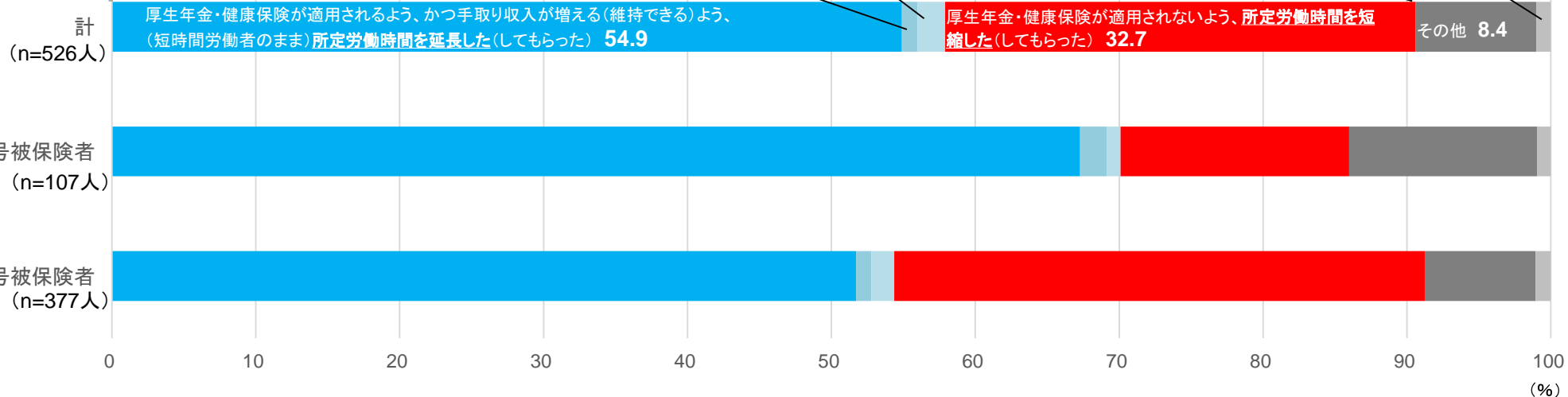
働き方の変化の内容

厚生年金・健康保険が適用されるよう、かつ手取り収入が増える(維持できる)よう、
それまで働いていた会社を辞めて転職した **1.9**

厚生年金・健康保険が適用されるよう、かつ手取り収入が増える(維持できる)よう、
正社員に転換した(してもらった) **1.1**

厚生年金・健康保険が適用されないよう、
それまで働いていた会社(大企業等)を辞めて
(社会保険の適用拡大の対象ではない中小
企業等に)転職した **0.0**

無回答 **1.0**

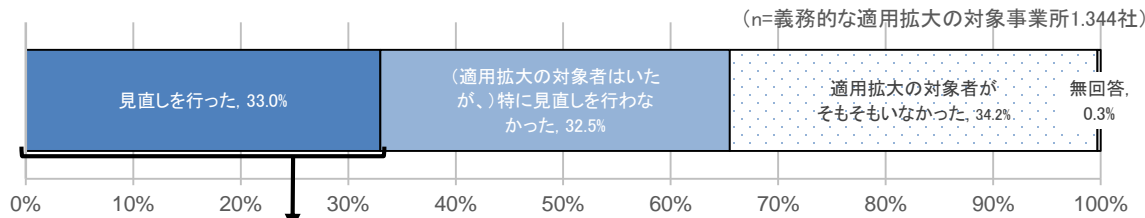


※ 義務的な適用拡大の対象事業所に働く者に限定して、働き方の変化を見ると、働き方が変わった割合は31.1%となる。しかし、働き方の変化の内容については大きな相違はない。

適用拡大に伴う企業の雇用管理の見直し状況

- 適用拡大に伴い雇用管理上の見直しを行った事業所の中では、「所定労働時間の延長」等の適用拡大策と、「所定労働時間の短縮」等の適用回避策の両方を実施した事業所が多い。
- 見直しの理由としては、適用拡大策だけでなく、適用回避策についても短時間労働者の希望を踏まえたとの回答が多くを占め、コスト回避を企図した見直しは限定的であった。

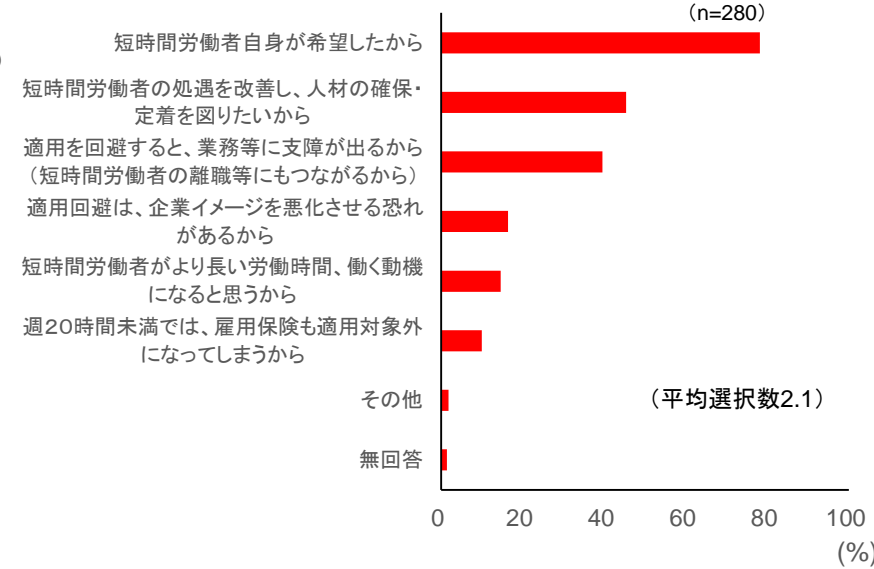
適用拡大策に伴う雇用管理の見直しの有無及び内容



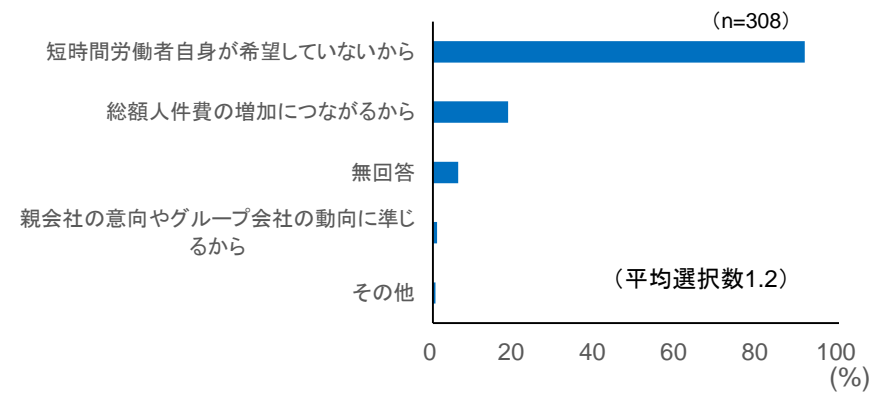
具体的な見直し内容(複数回答)		適用拡大策に相当	適用回避策に相当	割合
既存の対象者について	新たな適用拡大に伴い、対象者の所定労働時間を延長した(これに伴い、短時間労働者の雇用者数を抑制した等も含む)	選択肢1		57.6
	新たな適用拡大に伴い、対象者を正社員(短時間正社員を含む)へ転換した	選択肢2		15.3
	新たな適用を回避するため、対象者の所定労働時間を短縮した(これに伴い、短時間労働者の雇用者数が増大した等も含む)		選択肢3	66.1
	新たな適用を回避するため、対象者の月額賃金(年収)の水準設定を引き下げた		選択肢4	3.6
新たな雇用者について	新規求人に当たり、所定労働時間を(従前の設定より)延長した	選択肢5		5.4
	新規求人に当たっては、出来るだけ正社員(短時間正社員を含む)で採用するようにした	選択肢6		3.2
	新規求人に当たり、所定労働時間を(従前の設定より)短縮した		選択肢7	15.8
	新規求人に当たり、月額賃金(年収)の水準設定を引き下げた		選択肢8	1.6
	新規求人に当たり、雇用見込み期間を1年未満に抑制した		選択肢9	0.2
	出来るだけ、(適用除外の)学生を活用するようにした		選択肢10	1.4
	出来るだけ、70歳以上の高齢者を活用するようにした		選択肢11	0.2

63.2% 69.5%
両方実施が47.9%

適用拡大策をとった理由(複数回答)



適用回避策をとった理由(複数回答)

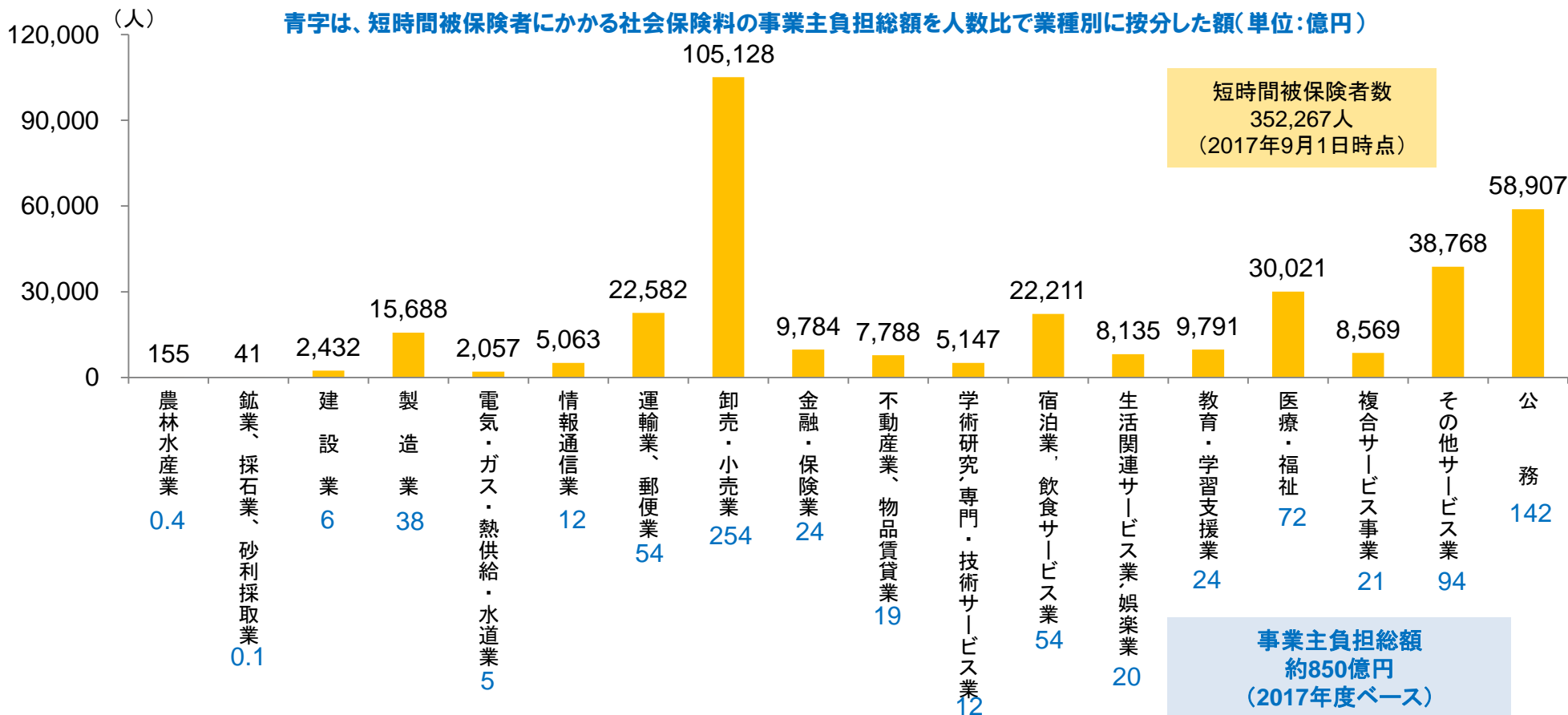


短時間被保険者の業種別分布及び企業の社会保険料負担規模

- 短時間被保険者数の業種別分布をみると、卸売・小売業が突出しているほか、その他サービス業、医療・福祉にも多く分布している。
- 被用者保険の適用拡大に伴う社会保険料の事業主負担総額は、年間約850億円と見込まれる(2017年度)。

短時間被保険者数の業種別分布

青字は、短時間被保険者にかかる社会保険料の事業主負担総額を人数比で業種別に按分した額(単位:億円)



※ 短時間被保険者数は、強制適用分と任意適用分の合計。

(出所) 厚生年金保険 業態別・規模別適用状況調(平成29年9月1日現在)
第79回社会保障審議会年金数理部会資料

- 事業主負担総額は、短時間被保険者にかかる厚生年金の標準報酬月額総額と標準賞与総額の合計額(2017年度分)に、厚生年金と健康保険の事業主負担分の保険料率(それぞれ9.15%、5%(協会けんぽの平均料率))を乗じたもの。
- 各業種の事業主負担額は、全業種の事業主負担額を、短時間被保険者数の業種別分布(2017年9月1日現在)によって機械的に按分したもの(業種ごとの報酬水準の差異は考慮していない)。

被用者保険の適用事業所について

- ・ 常時1名以上使用される者がいる、法人事業所(A) …… **強制適用**
- ・ 常時5名以上使用される者がいる、法定16業種に該当する個人の事業所(B) …… **強制適用**
- ・ 上記以外(C) …… **強制適用外** (労使合意により任意に適用事業所となることは可能 = **任意包括適用**)

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
法定16業種(※)	強制適用事業所 (A)	(B)	
上記以外の業種(非適用業種) 例: 第一次産業(農林水産業等) 接客娯楽業(旅館、飲食店等) 法務業(弁護士、税理士等) 宗教業(寺院、神社等) サービス業(飲食店・理美容店)			(C) 任意包括適用

※ 健康保険法3条3項1号及び厚生年金保険法6条1項1号に規定する以下の業種。

- ① 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業
- ② 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業
- ③ 鉱物の採掘又は採取の事業
- ④ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業
- ⑤ 貨物又は旅客の運送の事業
- ⑥ 貨物積みおろしの事業
- ⑦ 焼却、清掃又はと殺の事業
- ⑧ 物の販売又は配給の事業

- ⑨ 金融又は保険の事業
- ⑩ 物の保管又は賃貸の事業
- ⑪ 媒介周旋の事業
- ⑫ 集金、案内又は広告の事業
- ⑬ 教育、研究又は調査の事業
- ⑭ 疾病の治療、助産その他医療の事業
- ⑮ 通信又は報道の事業
- ⑯ 社会福祉法に定める社会福祉事業及び更生保護事業法に定める更生保護事業

強制適用事業所

…… 約226万事業所

任意包括適用事業所

… 約9万事業所

注：適用事業所数は、2019年4月現在

被用者保険の強制適用事業所の変遷

【健康保険】

大正11年制度創設時

強制適用対象:工場法・鉱業法の適用を受ける事業所

任意包括対象:①物の製造、②土木・建設、③鉱物採掘、④電気、⑤運送、⑥貨物積卸

昭和9年改正

強制適用対象:①物の製造、③鉱物採掘、④電気、⑤運送(陸送のみ)のうち、常時5人以上使用する事業所を追加。(②土木・建設、⑥貨物積卸は任意包括対象のまま)

昭和16年改正

強制適用対象:⑤運送(航空機)、⑥貨物積卸、⑦焼却・清掃を追加(常時5人以上)
(②土木・建設は任意包括対象のまま)

昭和17年改正

強制適用対象:職員健康保険法の対象(⑧物の販売、⑨金融・保険、⑩保管・賃貸、⑪媒介周旋、⑫集金)、常時5人以上使用する法人(業種は問わない)を追加。
任意包括対象:業種の限定を撤廃。(健康保険のみ)

昭和28年改正

強制適用対象:②土木等、⑬教育・研究、⑭医療、⑮通信・報道、⑯社会福祉を追加(常時5人以上)

※社会保障制度審議会からは、60年改正にあたり「基礎年金の導入に伴い、5人以上の事業所等の被用者との不均衡が拡大する」ことから、「この問題(5人未満事業所)の解決に着手する」ことが強く求められていた。その上で、対象を「法人」に限った理由としては、雇用実態の把握が比較的容易であること、事業所の事務処理能力が一定程度期待できること、公簿により事業所の成立等が確認できることが挙げられている。

昭和59年改正(健保)、昭和60年改正(厚年)

5人未満事業所等のうち、「法人」の事業所を強制適用対象に。

【厚生年金保険】

※主として中小企業における事業主の保険料の負担能力の点を考慮して10人以上使用の事業所に限定し、女子についてはその勤続期間が短いことから強制被保険者の対象から除くこととされた。

昭和17年制度創設時(労働者年金保険)

原則として、健康保険の強制被保険者が被保険者。ただし、常時10人未満の事業所、女子等は適用除外とされていた。

昭和19年改正(厚生年金保険法)

強制適用対象として、常時5人以上を使用する事業所、女子を追加し、任意包括の制度も設け、健康保険法と同じ枠組みとなった。

昭和44年改正

附則で、「政府は、常時5人以上の従業員を使用しないことにより厚生年金保険の適用事業所とされていない事業所について、他の社会保険制度との関連も考慮しつつ、適用事業所とするための効率的方策を調査研究し、その結果に基づいて、すみやかに、必要な措置を講ずる」旨規定。

適用拡大に関する検討規定

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年8月10日法律第62号)

(検討等)

第二条 (略)

2 政府は、**短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、平成三十一年九月三十日までに検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。**

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(平成25年12月13日法律第112号)

(公的年金制度)

第六条 (略)

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

- 一 国民年金法(昭和三十四年法律第百四十一号)及び厚生年金保険法(昭和三十九年法律第百十五号)の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方
- 二 **短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大**
- 三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方
- 四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律(平成28年12月26日法律第114号)

(検討)

第二条 政府は、この法律の**施行後速やかに**、この法律の施行の状況等を勘案し、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を一層強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、**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(平成二十五年法律第百十二号)第六条第二項各号に掲げる事項**その他必要な事項(次項に定める事項を除く。)について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 (略)

短時間労働者に対する適用拡大に関する最近の政府方針①

働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）抄

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

(2) 多様な女性活躍の推進

また、働きたい人が就業調整を意識せずに働くことができる環境をつくる。

配偶者控除等については、配偶者の収入制限を103万円から150万円に引き上げる。なお、若い世代や子育て世帯に光を当てている中で、個人所得課税の改革について、その税制全体における位置づけや負担構造のあるべき姿について検討し、丁寧に進めていく。

就業調整を意識しなくて済む仕組みの構築は、税制だけで達成できるものではない。短時間労働者の被用者保険の適用拡大の円滑な実施を図るとともに、更なる適用拡大について必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

高齢社会対策大綱（平成30年2月16日閣議決定）抄

第2 分野別の基本的施策

1 就業・所得

1) 社会保障

ウ 働き方に中立的な年金制度の構築

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者に対する年金などの保障を厚くする観点から、短時間労働者の就労実態や企業への影響等を勘案しつつ、更なる被用者保険の適用拡大に向けた検討を着実に進める。

骨太の方針2018（平成30年6月15日閣議決定）抄

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(生涯現役、在宅での看取り等)

働き方の多様化を踏まえ、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆保険制度※の実現を目指して検討を行う。その際、これまでの被用者保険の適用拡大及びそれが労働者の就業行動に与えた影響についての効果検証を行う。

※被用者保険の更なる適用拡大。

短時間労働者に対する適用拡大に関する最近の政府方針②

成長戦略実行計画（令和元年6月21日閣議決定）抄

第1章 基本的考え方

（4）人の変革

④多様な働き方の拡大のインフラ整備

多様な働き方の拡大に対応するため、勤労者皆社会保険の実現を目指して、被用者保険の短時間労働者等に対する適用拡大を進める必要がある。

骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）抄

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（多様な就労・社会参加に向けた年金制度改革等）

高齢者、女性をはじめとして多様な就労・社会参加を促進するため、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆社会保険制度※の実現を目指して検討を行う。働き方の多様化に応じた年金受給開始時期の選択肢の拡大、被用者保険の適用拡大について検討を進めるなど、多様な生き方、働き方に対応した社会保障制度を目指す。（略）

短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、これまでの被用者保険の適用拡大及びそれが労働者の就業行動に与えた影響についての効果検証を行いつつ、法案提出も含めた必要な措置を講ずる。（略）

※被用者保険の更なる適用拡大。

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」について

- ・ 法律上、短時間労働者に対する社会保険（健康保険・厚生年金保険）の適用範囲については、2019年9月末までに検討を行うこととされている。
- ・ 加えて、平均寿命が延伸し「人生100年時代」を迎え、「教育・仕事・引退」という3ステージの単線型の人生からマルチステージの人生を送るようになる中で、働き方の多様化に向けた動きが生じている。
- ・ これらの動きを踏まえた社会保険制度としての課題や対応について、社会保障審議会の医療保険部会及び年金部会における検討に資するよう、保険局長及び年金局長の招集により、関連分野の有識者や労働者・使用者団体からなる懇談会を開催。
- ・ 以下の論点について、被用者にふさわしい保障の実現、働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築等の観点から検討。
 - ✓ 短時間労働者に対する社会保険の適用範囲のあり方
 - ✓ 働き方の多様化等を踏まえた社会保険の適用におけるその他の課題

構成員

○有識者

座長 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所長
海上 泰生	立教大学兼任講師（日本政策金融公庫総合研究所主席研究員）
海老原 嗣生	株式会社ニッチモ代表取締役
菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
田中 和子	博報堂リーママプロジェクトファウンダー・株式会社VoiceVision
原 佳奈子	株式会社TIMコンサルティング取締役
平田 未緒	株式会社働きかた研究所代表取締役
山田 久	日本総合研究所理事

○労働者・使用者団体等

健康保険組合連合会	全国町村会
全国健康保険協会	日本経済団体連合会
全国市長会	日本商工会議所
全国商工会連合会	日本労働組合総連合会
全国知事会	UAゼンセン
全国中小企業団体中央会	計 19名

各回の経過

第1回（2018年12月18日）	事務局説明・意見交換	第6回（2019年5月31日）	意見交換
第2回～第4回（2019年2～3月）	関係団体ヒアリング（計3回・13団体）	第7回（2019年9月2日）	議論の整理
第5回（2019年4月16日）	ヒアリング・企業アンケート・JILPT調査結果に係る議論	第8回（2019年9月20日）	議論のとりまとめ

ヒアリング先（※ヒアリング実施順）

- ・ 全国ビルメンテナンス協会
- ・ 日本フードサービス協会
- ・ 日本チェーンストア協会
- ・ 日本スーパーマーケット協会
- ・ UAゼンセン
- ・ NPO法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ
- ・ 全国社会保険労務士会連合会
- ・ 全国スーパーマーケット協会
- ・ 日本惣菜協会
- ・ プロフェッショナル&パラルルキャリア・フリース協会
- ・ 『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
- ・ 全国生活衛生同業組合中央会
- ・ 全国コミュニティ・ユニオン連合会

＜ 短時間労働者に対するこれまでの適用拡大の結果及び影響の検証① ＞

① 適用拡大の施行状況について

- 義務的な適用拡大の対象者は制度施行後一貫して増加。任意的適用拡大についても、制度施行後、事業所数・短時間被保険者数とも一貫して増加。
- 先般の適用拡大によって新たに適用対象に含まれたのは、週労働時間20～30時間の雇用者約450万人中約40万人規模。
- 短時間被保険者の属性を見ると、40～50歳代の女性、60歳以上の高齢者が多い。
- 短時間被保険者の適用拡大前の公的年金加入状況を見ると、
 - ・ 第1号被保険者が約4割、第3号被保険者・厚年被保険者・被保険者でなかった者がそれぞれ約2割
 - ⇒ 短時間被保険者は主婦だけでない多様な属性の者で構成。
 - ・ 元第1号被保険者の納付状況を見ると、約半数が免除または未納。雇用者は自営業主等に比べ完納者の割合が低い
 - ⇒ 適用拡大は低年金リスク低減に効果。
- 短時間被保険者は一部業種に偏在（「卸売・小売」、「医療・福祉」、「運輸、郵便」）。事業主の保険料負担は、新たに被保険者となった労働者一人一人の標準報酬の概ね14.15%になり、全事業者の負担総額では年間約850億円と見られるが、これも同様に偏在の可能性。

② 労働政策研究・研修機構（JILPT）による調査結果

（事業所の動向）

- 適用拡大に伴う雇用管理上の見直し（労働時間延長・短縮など）については、労働者の希望を踏まえたケースが多数を占め、コスト回避目的の見直しは限定的。
- 任意的適用拡大制度は、多くの事業所に認知されているが、利用意向は少数。利用・不利用いずれにも人材確保に加え短時間労働者の意向が影響。
- 更なる適用拡大への対応としては、従業員への保険加入に前向きな回答が最多で4割超。人手不足の中、処遇改善の必要性への認識が窺われる。

（短時間労働者の働き方への影響）

- 適用拡大に際して働き方を変えなかった者が8割超。変えた者のうち、半数超（54.9%）が手取り収入が減少しないよう労働時間を延長。適用拡大は、働き方を変えた者についても、適用回避のための労働時間短縮というより、短時間労働者が能力発揮の機会を広げる方向に比較的多く作用。また、労働時間短縮の動きは第1号被保険者より第3号被保険者の方が多かったが、第3号被保険者の中でも労働時間延長の動きのほうが相対的に大きかった。
- 労働時間延長など保険適用の方向に働き方を変えた理由としては、元第1号被保険者は保険料負担減、元第3号被保険者は手取り収入の維持・向上、両者共通で将来の年金増など。元第3号被保険者による労働時間短縮などの理由としては、配偶者控除や健康保険の被扶養制度。被用者保険適用のメリットも認識されている一方、税・社会保険は依然として就業調整要因。
- 第3号被保険者の適用拡大への対応は、年齢、社会保険加入の捉え方（魅力を感じるか否か）、世帯年収によって差異がある。
- 自身の働きの家計への影響が大きい短時間労働者ほど、適用拡大に際して保険加入を選び、家計に余裕のある短時間労働者ほど適用を回避する傾向。 31

＜ 短時間労働者に対するこれまでの適用拡大の結果及び影響の検証② ＞

③ 関係団体に対するヒアリング結果

：第2回～第4回懇談会において、適用拡大の影響が大きい業種の団体、非適用業種の団体、働き方の多様化に関する団体、労働者団体など、計13団体に対してヒアリングを実施。

- ⇒ 適用拡大によって、労働時間を短縮する動きが目立ち、労働力不足に拍車がかかったとの意見と、労働時間を短縮する動きは限定的であったとの意見の双方があった。
- ⇒ 短時間労働者を多く雇用する労働集約的な産業からは、利益率が低い中、適用拡大に伴う社会保険料負担の増加は企業経営に対して無視できない影響を与えたとの意見があり、適用拡大が与えた影響は各産業によってその程度に違いが生じていることが窺われた。

④ 適用拡大企業に対するアンケート結果

：厚生労働省年金局において、2019年（平成31年）2～3月、適用拡大対象の従業員数501人以上の企業・任意的適用拡大を導入した従業員500人以下企業に対しアンケート。

- ⇒ 適用拡大による影響については、短時間労働者の適用回避行動が一定数見られたこと、そのことにより人手不足にさらなる影響を与えていること、社会保険料負担の増加が経営に与える影響が大きいなど、企業経営に対する負の影響も指摘された。
- ⇒ 反面、従業員への丁寧な説明により適用回避行動をある程度解消できること、むしろ人員確保や従業員の福利厚生向上に資することなど、負の影響が軽微・減殺可能、あるいは正の影響があるという認識も確認された。

< 今後の検討の方向性① >

基本的な考え方

1. 被用者にふさわしい保障の実現

- 被用者でありながら国民年金・国民健康保険加入となっている者に対して、被用者による支えあいの仕組みである厚生年金による保障（報酬比例の上乗せ給付）や健康保険による保障（病気や出産に対する傷病手当金や出産手当金の支給）が確保される。
- 保険料についても、被用者保険では労使折半の負担となる。

2. 働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築

- 労働者の働き方や企業による雇い方の選択において、社会保険制度における取扱いによって選択を歪められたり、不公平を生じたりすることがないようにする。
- 適用拡大などを通じて働き方に中立的な制度が実現すれば、働きたい人の能力発揮の機会や企業運営に必要な労働力が確保されやすくなることが期待できる。

3. 社会保障の機能強化

- 適用拡大によって厚生年金の適用対象となった者は、定額の基礎年金に加え、報酬比例給付による保障を受けられるようになる。
- 適用拡大はどのような働き方であっても共通に保障される給付である基礎年金の水準の確保につながり、これによる年金制度における所得再分配機能の維持にも資する。
（2014年（平成26年）及び2019年（令和元年）の財政検証のオプション試算においては、適用拡大の具体的な内容に関して複数の仮定を置いた上で、上述の基礎年金水準の確保の効果が具体的に示された。）



- 本懇談会では、被用者として働く者については被用者保険に加入するという基本的考え方が示された。また、具体的な適用拡大の進め方については、人手不足や社会保険料負担を通じた企業経営への影響等に留意しつつ、丁寧な検討を行う必要性が示された。

< 今後の検討の方向性② >

短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲のあり方

企業規模要件

- 被用者にふさわしい保障の確保や経済活動への中立性の維持、法律上経過措置としての規定となっていることなどの観点から、本来的な制度のあり方としては撤廃すべきものであるとの位置づけで対象を拡大していく必要性が示された。また、現実的な問題として、事業者負担の大きさを考慮した上で、負担が過重なものとならないよう、施行の時期・あり方等における配慮や支援措置の必要性について指摘された。

労働時間要件

- 被用者に相応しい保障を確保する趣旨を踏まえつつ、他の論点との優先順位や短時間労働者の就業に与える影響等も慎重に考慮した検討の必要性が示された。

賃金要件

- 就業調整の要因となるなど課題も示された一方、国民年金第1号被保険者とのバランスや、短時間労働者の就業に与える影響、賃金要件と最低賃金の水準との関係を踏まえて、制度の見直しの緊要性の程度も念頭に置いた検討の必要性が示された。

勤務期間要件

- 勤務期間要件については、事業主負担が過重にならないようにするという趣旨や、実務上の取扱いの現状を踏まえて、要件の見直しの必要性が共有された。

学生除外要件

- 事業主の事務負担への配慮という制度趣旨を念頭に置きつつ、近時の学生の就労状況の多様化や労働市場の情勢等も踏まえ、見直しの可否について検討する必要性が示された。

< 今後の検討の方向性③ >

短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲のあり方 (承前)

(健康保険における対応)

- 健康保険との関係については、厚生年金との制度上の差異に係る指摘があった一方、働き方に中立で公平な制度とする観点や実務上の課題を踏まえ、一体的適用を維持することの必要性も示された。
- 医療保険財政についても、考えられる影響について適切な試算を行った上で、所要の対応策を講じる必要性が指摘された。

(第3号被保険者制度)

- 働き方やライフスタイルの選択を阻害しない制度とするため、まずは更なる適用拡大を通じて、ある程度働く短時間労働者については被用者保険に加入する形を目指しつつ、制度のあり方についての将来像を議論していく必要性が指摘された。

被用者保険の適用事業所の範囲

- 本来、事業形態、業種、従業員数などにかかわらず被用者にふさわしい保障を確保するのが基本であるとの考え方が示された。その上で、非適用とされた制度創設時の考え方と現状、各業種それぞれの経営・雇用環境などを個別に踏まえつつ検討すべきとの認識が示された。
- 関連して、個人事業主本人に対する保障のあり方、未適用事業所に対する日本年金機構における対応の継続、被保険者の移動による国民健康保険の財政への影響についても指摘された。

複数事業所就業者に対する被用者保険の適用のあり方

- 複数事業所で就業する者については、該当する労働者に相応しい保障を確保する方策について、実務上の実行可能性も踏まえて引き続き議論していく必要性や、現行の適用の仕組みの効率化を図る必要性が指摘された。

雇用類似の働き方への対応

- 雇用類似の働き方への対応については、被用者性の高い個人事業主の保護を図る観点から、制度上・実務上の課題も踏まえつつ、働き方の多様化の進展に応じてどのような対応ができるか、引き続き議論していく必要性が指摘された。



- 提示された方向性を踏まえつつ、現実に適用拡大により影響を受ける者へも配慮しながら、社会経済の大きな変化に対応する形で社会保険の適用拡大をはじめ、働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応について、社会保障審議会医療保険部会、年金部会など適切な検討の場において検討を深め、積極的に推進していただくことを強く期待する。

任意継続被保険者制度について

令和元年11月21日
厚生労働省保険局

任意継続被保険者制度の概要

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(任意継続被保険者制度の概要)

加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none">資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none">任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき死亡したとき保険料を納付期日までに納付しなかったとき被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	<ul style="list-style-type: none">全額被保険者負担(事業主負担なし)①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額 ※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>

任意継続被保険者制度の変遷

○ 任意継続被保険者制度は、大正15年の健康保険法の施行時から存在する仕組み。これまで加入期間の延長、保険料の軽減を図る改正を行ってきており、現行の要件となっている。

	加入要件	加入期間	保険料設定方法(標準報酬月額)
大正15年	①資格喪失の前1年以内に180日以上、又は②資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者	加入期間は最大6か月	従前の標準報酬月額
昭和4年改正	資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者に改正		
昭和17年改正	資格喪失の前2か月以上被保険者であった者に改正		
昭和32年改正	資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であった者に改正		
昭和38年改正		加入期間を最大1年間に延長	
昭和51年改正		加入期間を最大2年間に延長	①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に改正
昭和59年改正		55歳以降60歳前に任意継続被保険者になった者については、加入期間を60歳に達するまでに延長	
平成14年改正		55歳以上で任意継続被保険者になった者の特例を廃止。加入期間を2年間に統一	

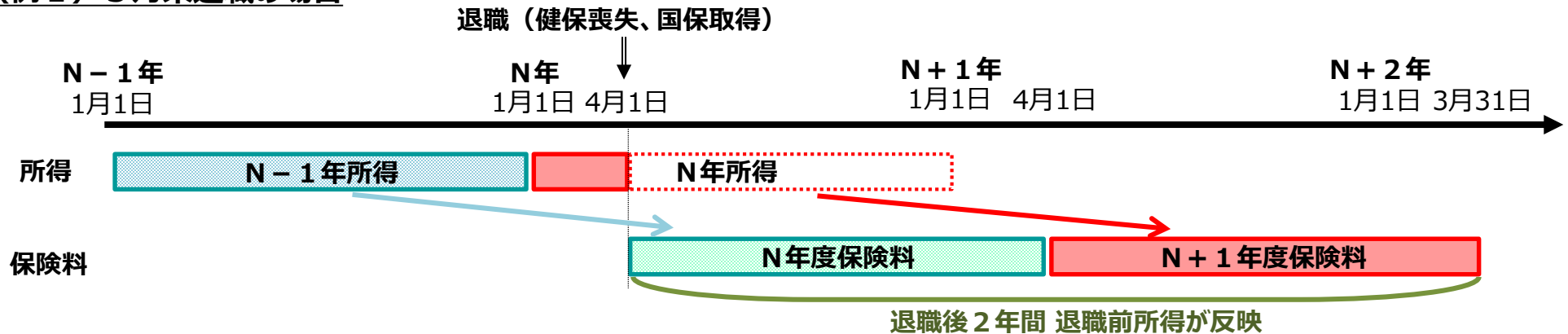
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

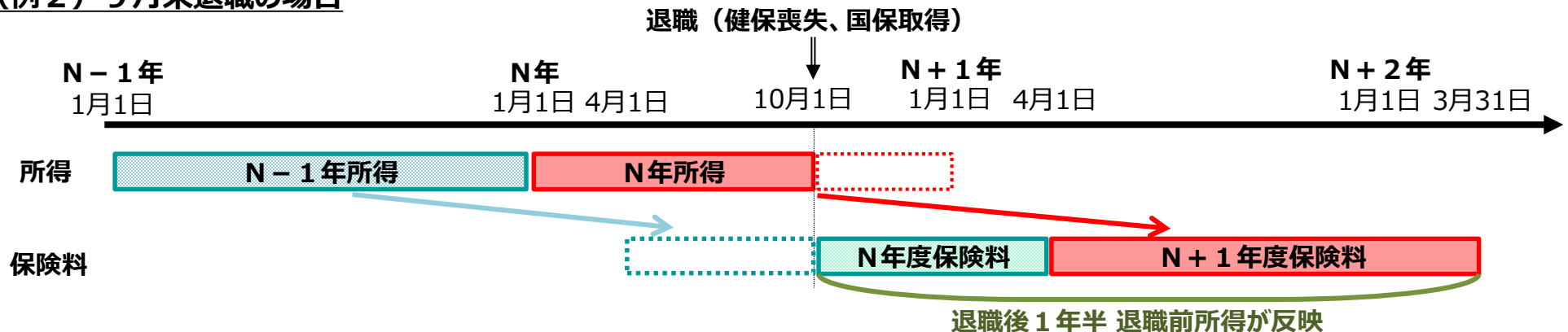
※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合



任意継続被保険者制度の概要と論点

平成28年11月30日
第101回医療保険部会 資料2

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(現行制度)

加入要件 (勤務期間)	・資格喪失の日の前日まで継続して <u>2か月以上</u> 被保険者であったこと
資格喪失事由	・任意継続被保険者となった日から起算して <u>2年</u> を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・ <u>①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額</u> に保険料率を乗じた額を負担

(論点)

①加入要件を1年以上とすることについて、どう考えるか。

②被保険者期間を最大1年とすることについて、どう考えるか。

③保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とすることについて、どう考えるか。

任意継続被保険者制度に関する医療保険部会での主な意見

■ 第97回医療保険部会（平成28年9月29日）

- 任継制度については、廃止に向けて検討していくべき。第一歩として、任継加入期間の2年から1年への見直し、加入要件のうち被保険者期間の2カ月から1年への見直し、退職時の標準報酬月額をもとにした保険料の設定を行うべきではないか。
- 前期高齢者医療制度の創設により、退職者医療制度が段階的に縮小している中、高齢者の医療費について任継制度を含めた医療保険全体としてカバーできている部分もあるのではないかと。任継加入期間を1年に短縮すると、結果的に医療費の高い高齢者が国保に加入することになるが、国保は基盤強化が必要な中で新たな負担につながる議論は慎重に行うべき。
- 任継制度は、被用者保険の長い歴史そのものだが、今日的にも、国保移行の際の保険料の激変緩和や、退職者の医療保障という役割はあるのではないかと。
- 国民皆保険を実現した際に、あるべき姿として退職者は市町村国保が対応することとなったはずであり、任継制度をいつまでも残すことに反対。ただし、国保への移行時に、前年度の所得に応じた保険料となると負担が大きいため、段階的な対応が必要。まず、任継加入期間を1年とし、再度、検討してはどうか。
- 任継制度は、国民皆保険が実現し、給付率が統一された現在、従来の意義が薄れているのは確か。一方、任継の加入要件を1年にすると、有期労働者や派遣労働者は、任継を利用できなくなるなど、比較的弱い立場の方にしわ寄せが回る可能性がある。定期的所得がない時の保護の在り方や、任継の適用範囲を絞り、頻繁に被保険者が出入りすることが起きた場合の市町村の事務コストの観点を含めつつ、慎重に考えるべきではないかと。

任意継続被保険者制度の見直しに係る財政影響(粗い試算)

平成28年11月30日
第101回医療保険部会 資料2

1. 加入要件を2か月→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲300億円	▲200億円	500億円	
収入(保険料、公費)②	▲200億円	▲100億円	400億円	
計(①-②)	▲100億円	▲100億円	100億円	200億円(100億円)

(参考) 加入期間2か月～1年の者の任継被保険者期間を最大2年→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲80億円	▲50億円	130億円	
収入(保険料、公費)②	▲60億円	▲30億円	100億円	
計(①-②)	▲30億円	▲20億円	30億円	50億円(40億円)

2. 任継被保険者期間を最大2年→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲600億円	▲500億円	1100億円	
収入(保険料、公費)②	▲400億円	▲300億円	900億円	
計(①-②)	▲200億円	▲200億円	200億円	500億円(400億円)

(参考) 任継被保険者期間を最大2年→1.5年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲300億円	▲200億円	500億円	
収入(保険料、公費)②	▲200億円	▲100億円	400億円	
計(①-②)	▲100億円	▲100億円	100億円	200億円(200億円)

3. 退職時の標準報酬月額をもとに保険料を設定した場合の財政影響

	協会	組合
保険料収入	250億円	150億円

※上記1、2、2の(参考)の財政影響は100億円単位で四捨五入、1の(参考)及び3は10億円単位で四捨五入している

今後の検討課題について

◆ 議論の整理(平成28年12月20日 社会保障審議会医療保険部会)抄

(任継続被保険者制度について)

- 任意継続被保険者について、①加入要件を2か月から1年とすること、②被保険者期間を最大2年から最大1年とすることについては、国民皆保険の実現、給付率の統一により、任意継続被保険者制度の意義が薄れてきていること等の理由から、制度の廃止に向けた当面の見直し案として賛成する意見があった一方、任意継続被保険者制度における国保移行時の保険料負担の激変緩和の意義や、国保財政、事務コスト、有期労働者の保護等の観点から慎重な意見もあった。
- 更に、任意継続被保険者の加入要件や被保険者期間の見直しについて、現下の厳しい国の財政の状況等に鑑み、当面現行のまま維持するとともに、施行後3年以内に検討する予定である短時間労働者の適用拡大と合わせて引き続き検討することについては、制度の意義が薄れていることを踏まえ、早急に検討すべきとの意見がある一方、国保の財政状況等に対する懸念から、慎重に検討すべきとの意見があった。
- 一方、③保険料の算定基礎については、現行では、保険料負担軽減の観点から、「(A)従前の標準報酬月額又は(B)当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされている。これを、組合自治の観点から、健保組合の規約により、一律に(A)か(B)かを保険料の算定基礎として設定することについては、可能な限り速やかな実施を検討することに異論はなかったが、協会けんぽについても見直しの対象とすべきとの意見があった。

＜論点＞

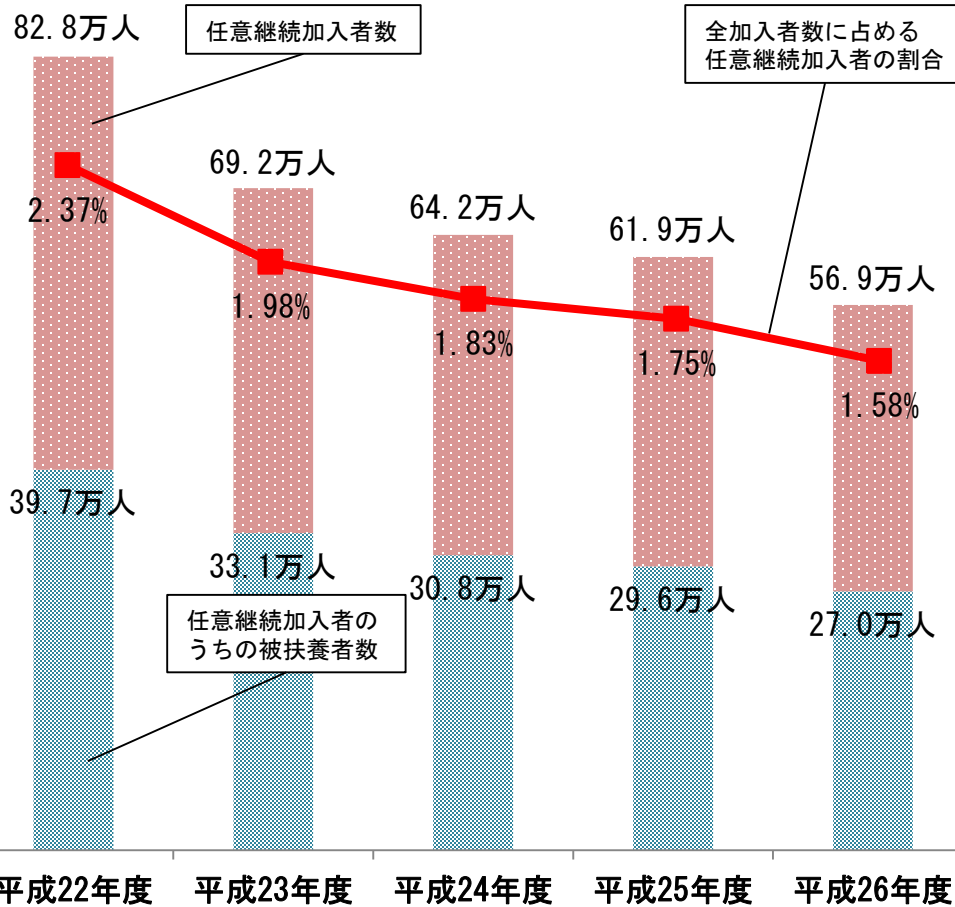
こうした過去の議論を踏まえ、任意継続被保険者制度の在り方について、特に、加入期間、加入要件、保険料設定の在り方について、どう考えるか。

参考資料

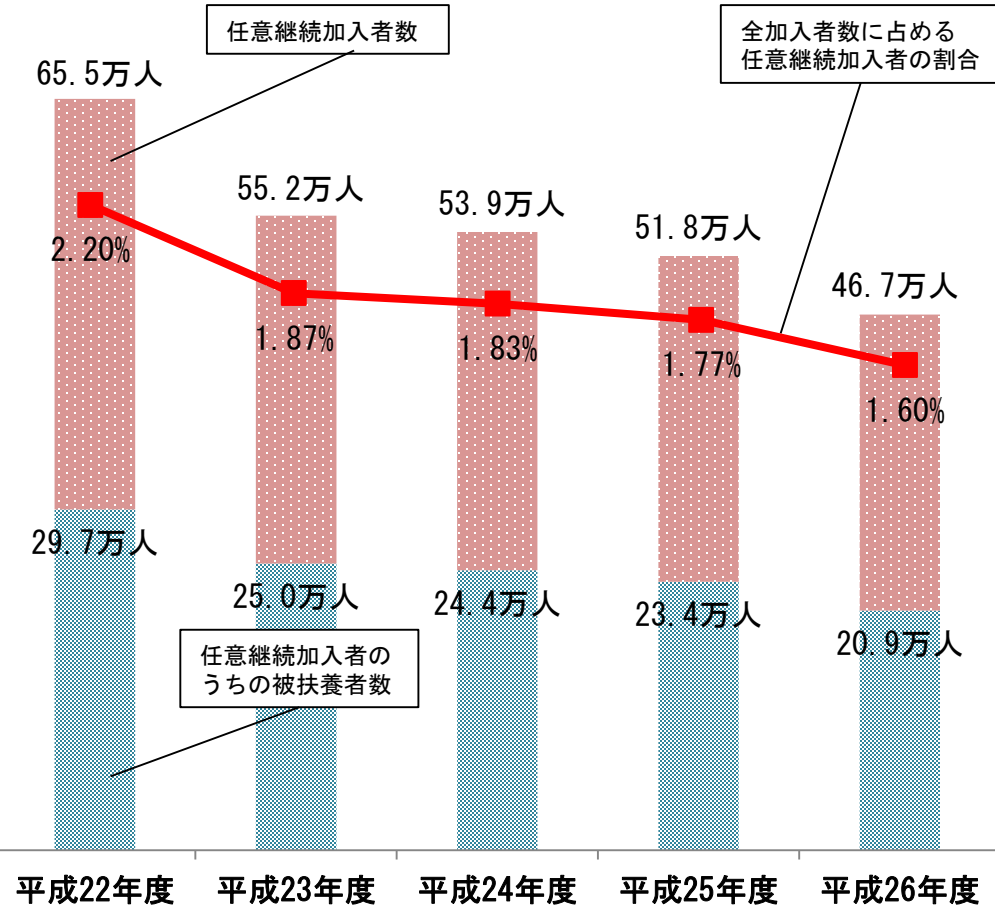
任意継続加入者数の推移

○ 平成22年度から平成26年度までにかけて、協会けんぽ及び健保組合の任意継続加入者（被扶養者を含む。）の数は減少傾向にあり、平成26年度は約104万人（全加入者の1.6%）となっている。

（協会けんぽ）



（健保組合）



※1 協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く

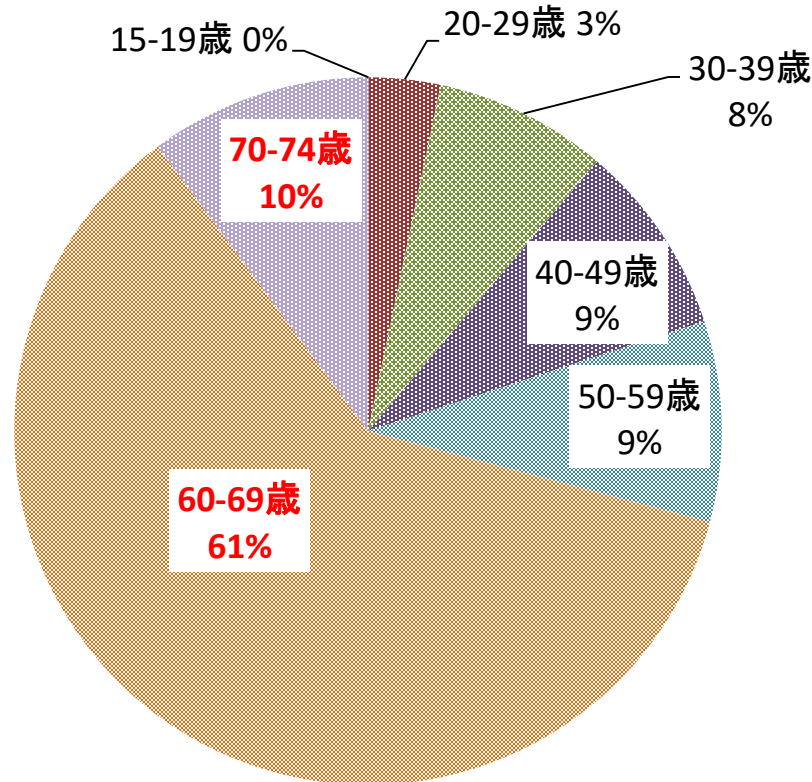
※2 数字は単年度平均

（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成22年度～平成26年度）

任意継続被保険者の年齢構成

○ 任意継続被保険者の年齢構成をみると、60歳以上の者が協会けんぽは全体の約7割、健保組合は全体の約5割を占めている。

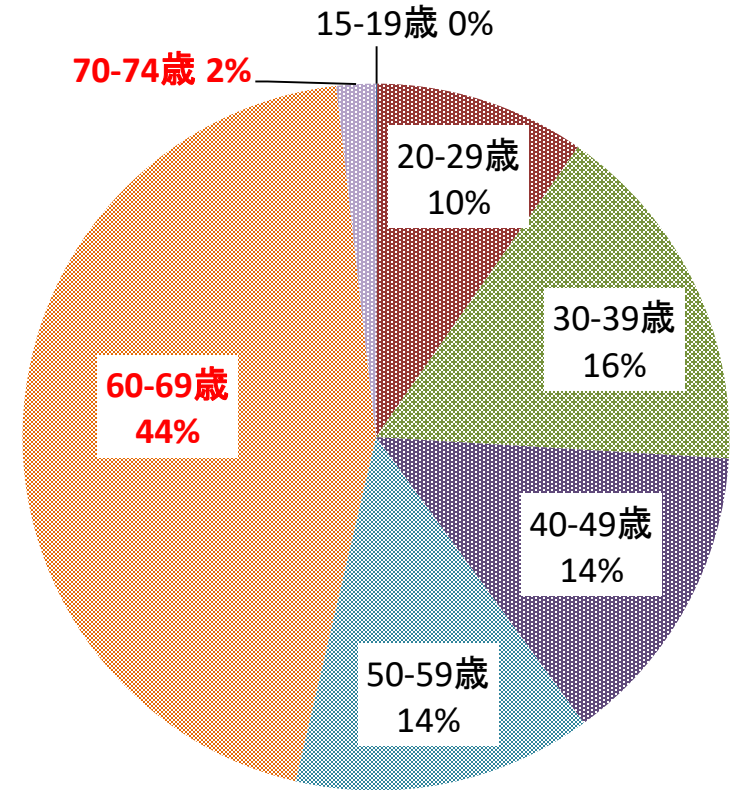
(協会けんぽ)



年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74
任意継続被保険者数(人)	91	9,776	23,728	26,301	27,470	182,056	30,356

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成26年3月時点)

(健保組合)



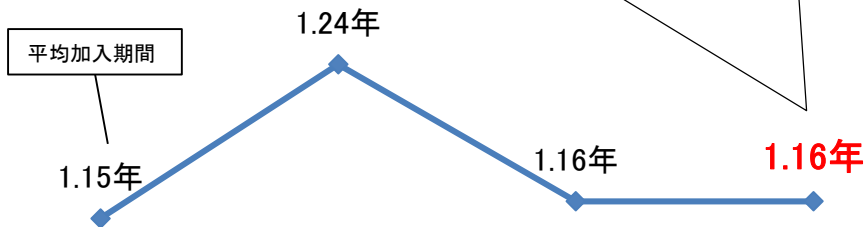
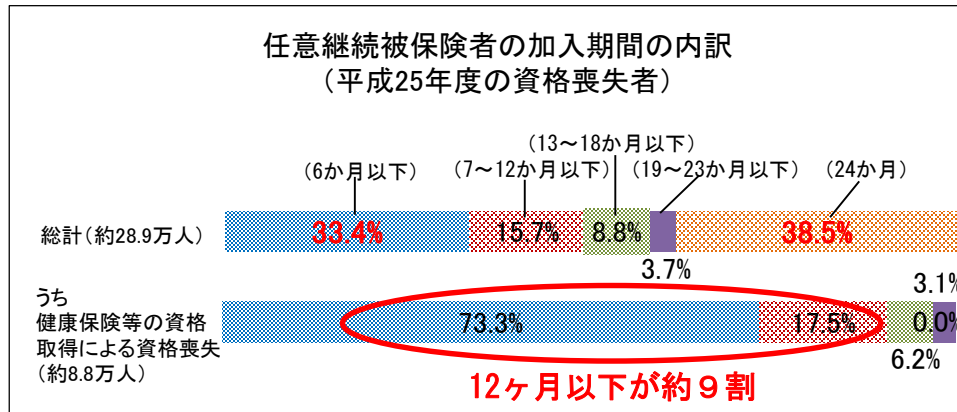
年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74
任意継続被保険者数(人)	32	6,152	10,403	8,964	8,729	28,461	1,146

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)(平成25年度)

任意継続被保険者期間の推移

- 任意継続被保険者期間は近年ほぼ横ばいであり、協会けんぽで平均約1.2年、健保組合で平均約1.1年。内訳は、協会けんぽ、健保組合ともに2年の者が最も多く約3～4割、6ヶ月以下の者が次いで多く約3割。
- 健康保険等の資格取得による資格喪失者の任意継続被保険者期間は、協会けんぽ、健保組合ともに1年以下である者が約9割となっている。

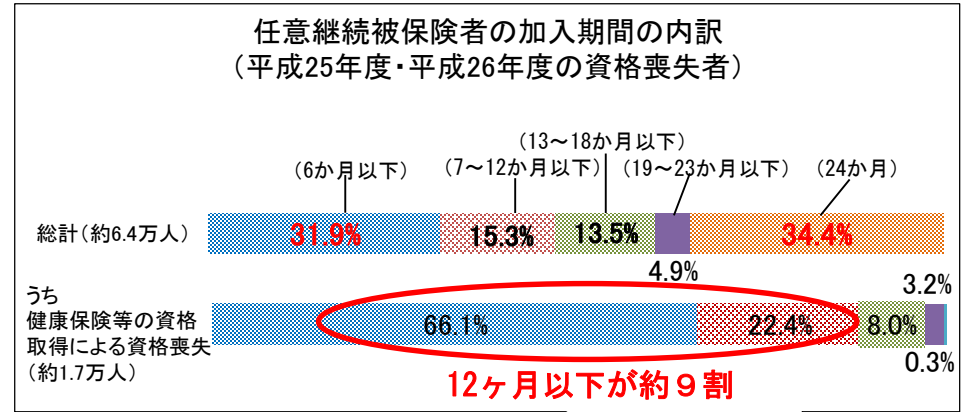
(協会けんぽ)



平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

(健保組合)



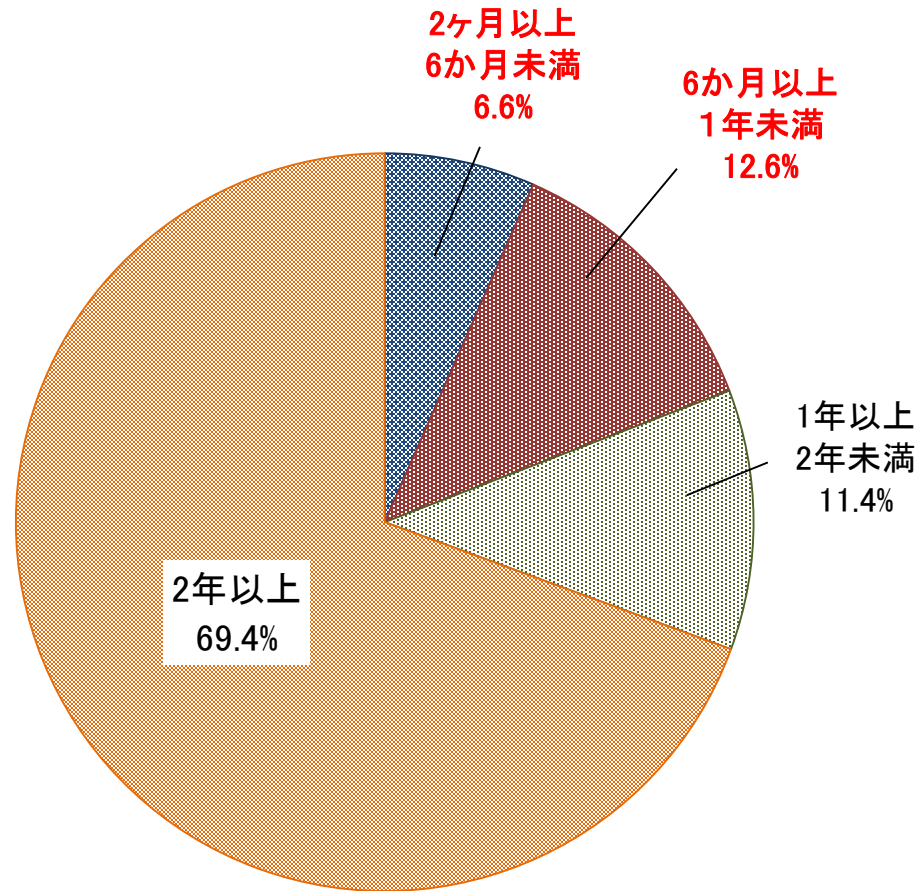
平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(93組合にて集計)

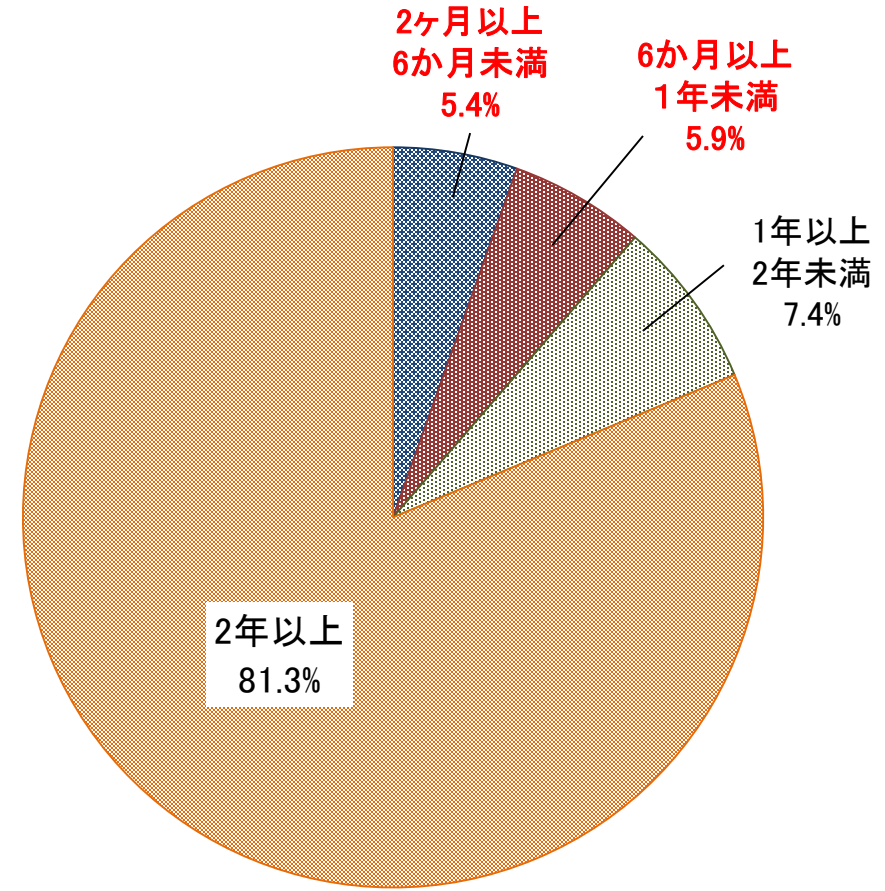
任意継続被保険者の勤務期間

○ 任意継続被保険者の勤務期間は、協会けんぽは2割、健保組合は1割の者が2ヶ月以上1年未満となっている。

(協会けんぽ)



(健保組合)



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成25年度)

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)
(平成25年度)

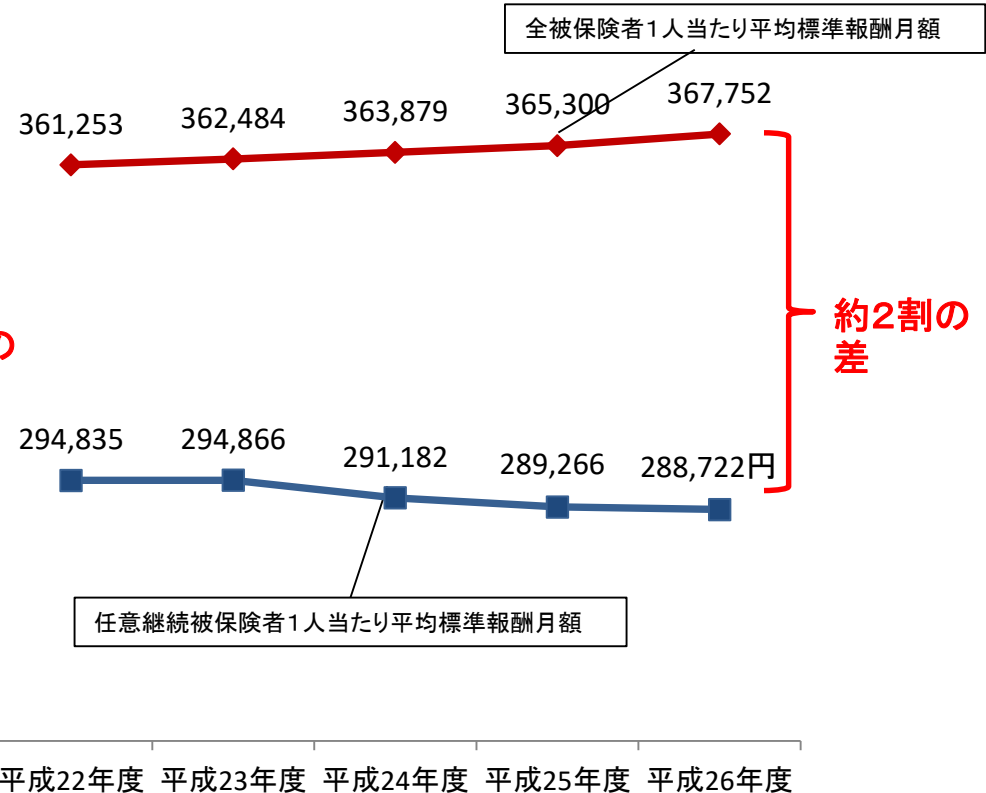
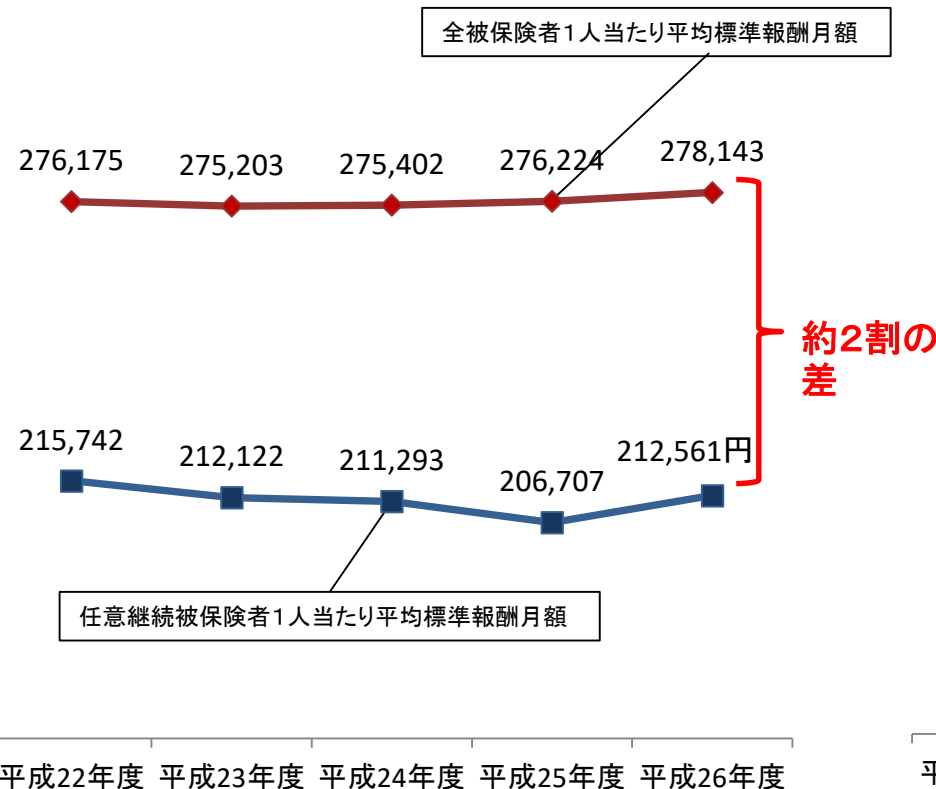
任意継続被保険者と一般被保険者の平均標準報酬月額と比較

○ 任意継続被保険者1人当たり平均標準報酬月額は、全被保険者(※)の約8割の水準となっている。

(※) 任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

(協会けんぽ)

(健保組合)

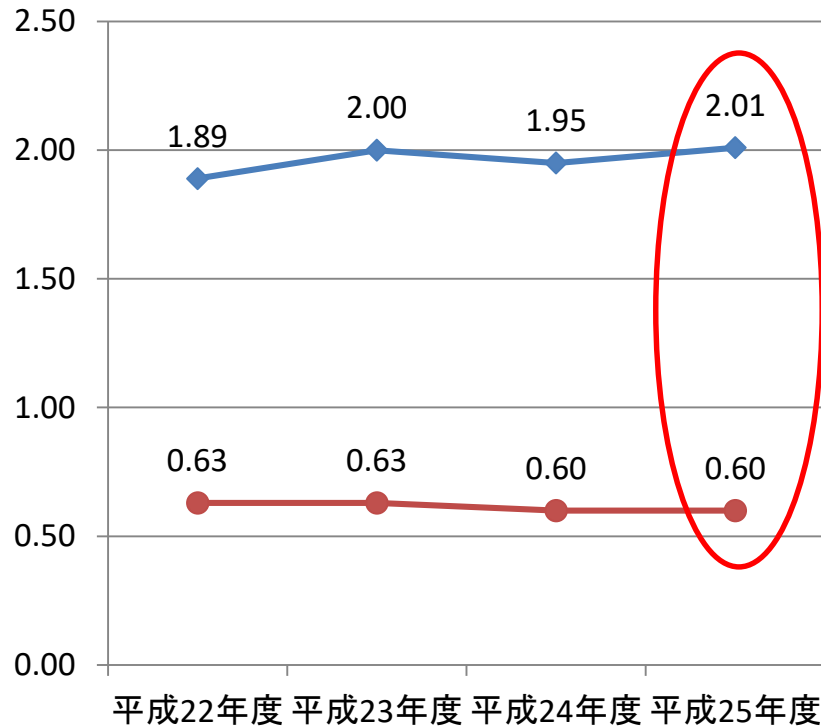


(出所) 健康保険・船員保険事業年報 (平成22年度～平成26年度)

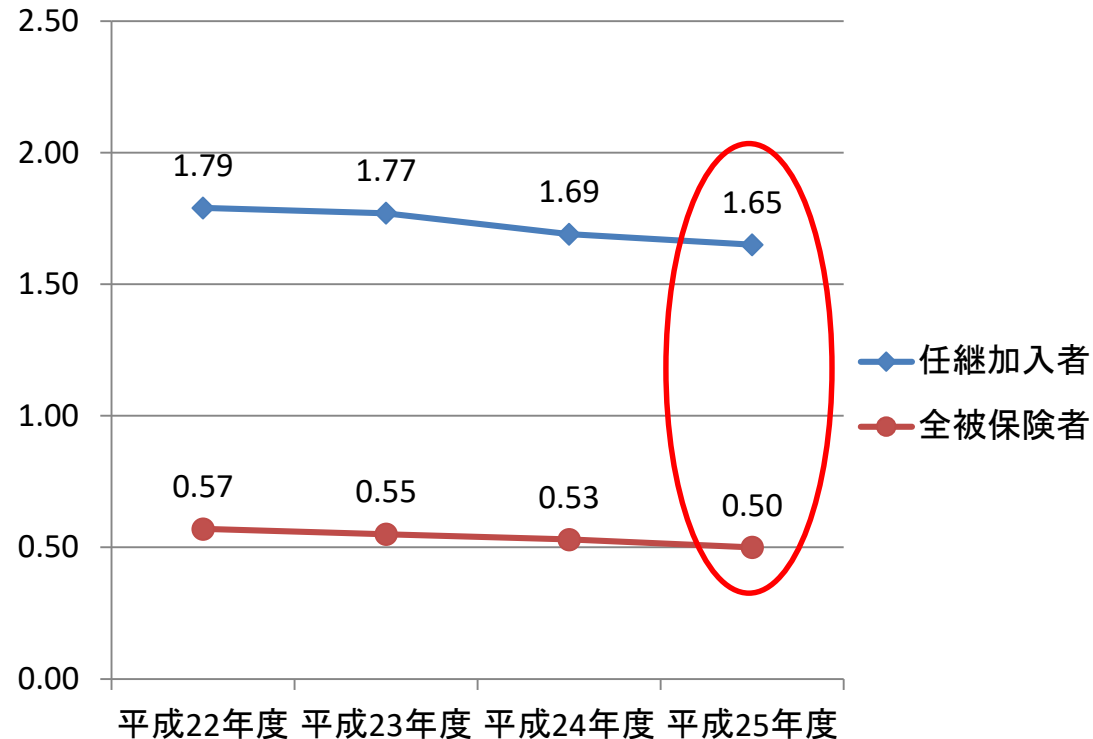
任意継続加入者に係る保険料収入に占める法定給付費の割合

○ 平成25年度の保険料収入に占める法定給付費の割合は、任意継続加入者では、協会けんぽで約2.0倍、健保組合で約1.7倍、全加入者では、協会けんぽで約0.6倍、健保組合で0.5倍となっている。

(協会けんぽ)



(健保組合)



(出所)協会けんぽ事業年報及び協会けんぽの調査に基づき作成、健康保険組合連合会の調査より抜粋(81組合にて集計)

任意継続被保険者制度の改正の趣旨(昭和38年改正、昭和51年改正)

- 任意継続被保険者制度の改正(昭和38年、昭和51年)の際の国会審議では、改正の趣旨として、国民健康保険の財政強化や退職者医療制度創設までの当面の措置である旨が説明されている。

■昭和38年改正(昭和38年3月6日 社会労働委員会) ※任意継続被保険者期間最大6ヶ月→1年の改正

- 渡海政府委員 …国民健康保険の強化については今後とも努力いたして参りますが、これと現在の被用者保険との統合という問題は、御意見でございますが、なかなか困難であろうと思います。さしあたりはでき得限りの財政力豊かな被用者保険の給付内容の拡大によりまして、間接的に国民健康保険の財政の強化というものはかって参りたい、かような考え方で、本年度におきましても、被用者保険における給付期間の延長とか、あるいは任意継続の期間の延長等を行ないまして、間接的ではございますが、国民健康保険の財政強化の一端にいたしたい、こう考えておるような次第でございますが、今後とも早急に さらに根本的な検討を加えまして、御要望のございますような線に持っていきたい、かように考えております。

■昭和51年改正(昭和51年5月17日 社会労働委員会) ※任意継続被保険者期間最大1年→2年、保険料設定方法の改正

- 大橋(敏)委員 非常に時間に制限がありますので、次に移りますが、これも厚生大臣の功績の一つかもしれませんが、任意継続保険制度ですね。この問題なんです、今度は一年を二年に延ばそうということで、このことについては別に反対ではないわけですが、要するに、任意継続になった場合は保険料を事業主分までその被保険者が当然払わねばならぬことになるわけですので、この点はやはり問題として指摘をされているところでございます。審議会等の御意見を伺いますと、これはやはり退職者医療制度を新設すべきじゃないかということがありますが、この点についての大臣の御見解を承っておきたいと思っております。

- 八木政府委員 今回の任意継続被保険者制度の改正につきましては、制度の根幹に触れるということではなしに、当面、その任意継続被保険者制度につきまして少しでも入りやすくしたいというようなことから、加入期間について一年を二年に延ばしたり、あるいは保険料につきまして、ただいま御指摘がございましたけれども、従来でございますと退職時の最終の標準報酬を基礎にするという保険料であったわけでございますが、その者の属します保険集団の平均の標準報酬を基礎にしました保険料と比較してどちらか安い方をとるというようなことで、若干の保険料の軽減は考えておるような次第でございます。

医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所 得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被用者本人									定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)								
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))	3割 薬剤一部負 担の廃止	3割	70歳未 満	3割 (義務教育就学前2割)									
	被用者本人			定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担														
	被用者家族			3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))														

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

任意継続被保険者と特例退職被保険者の比較

	任意継続被保険者制度	特例退職被保険者制度
趣旨	<ul style="list-style-type: none"> ・解雇等によりその資格を喪失した被保険者が、さらに他の事業主に雇用されること等により、強制被保険者になるまでの期間、暫定的に健康保険の被保険者となる途を開き、その生活を保護するもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことによって、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対して報いるもの
加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たした特定健康保険組合の被保険者であって、当該組合において退職日まで20年以上、または40歳以降10年以上被保険者であったこと ・老齢年金を受けることができる者
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> ・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき 	<ul style="list-style-type: none"> ・退職被保険者である者に該当しなくなったとき(※) ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき <p>(※)65歳以上になったときなど</p>
保険料	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額(※)のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・当該保険者の全被保険者(特例退職被保険者を除く)の平均の標準報酬月額の範囲内において、規約で定めた標準報酬月額

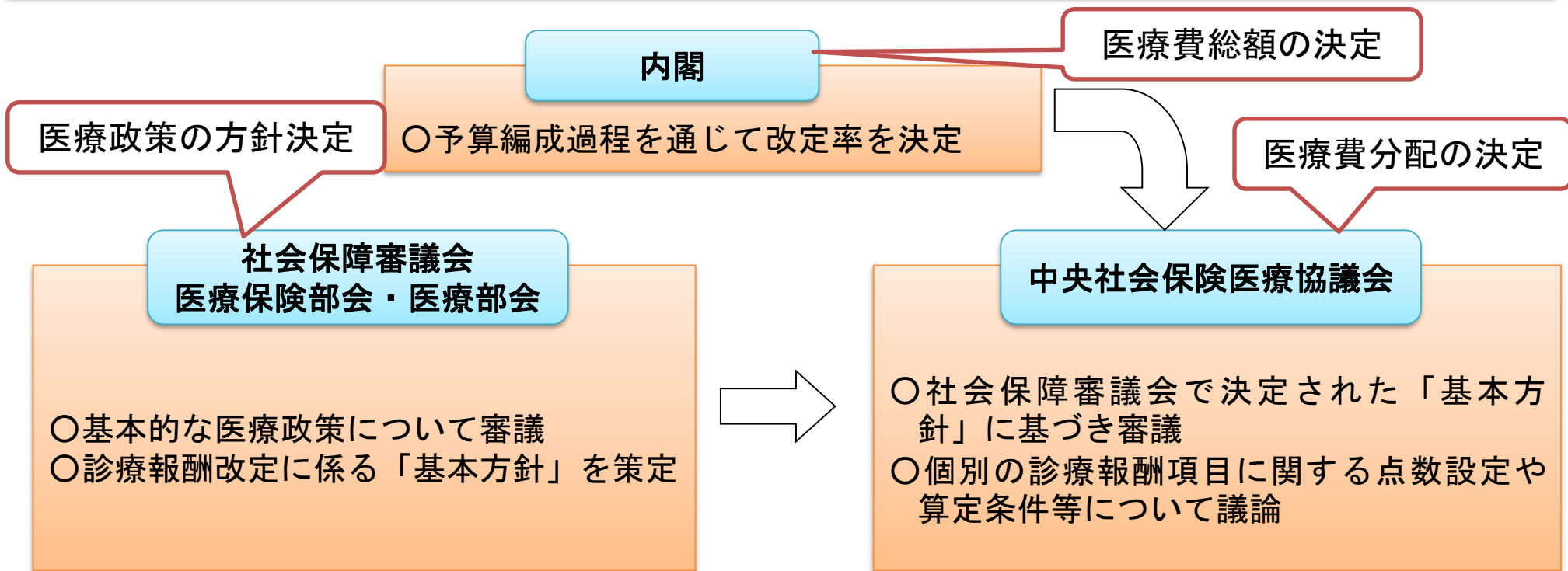
令和2年度診療報酬改定の基本方針(骨子案) に関する参考資料

令和元年11月21日
厚生労働省保険局

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。



過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

(別添)

重点課題」等

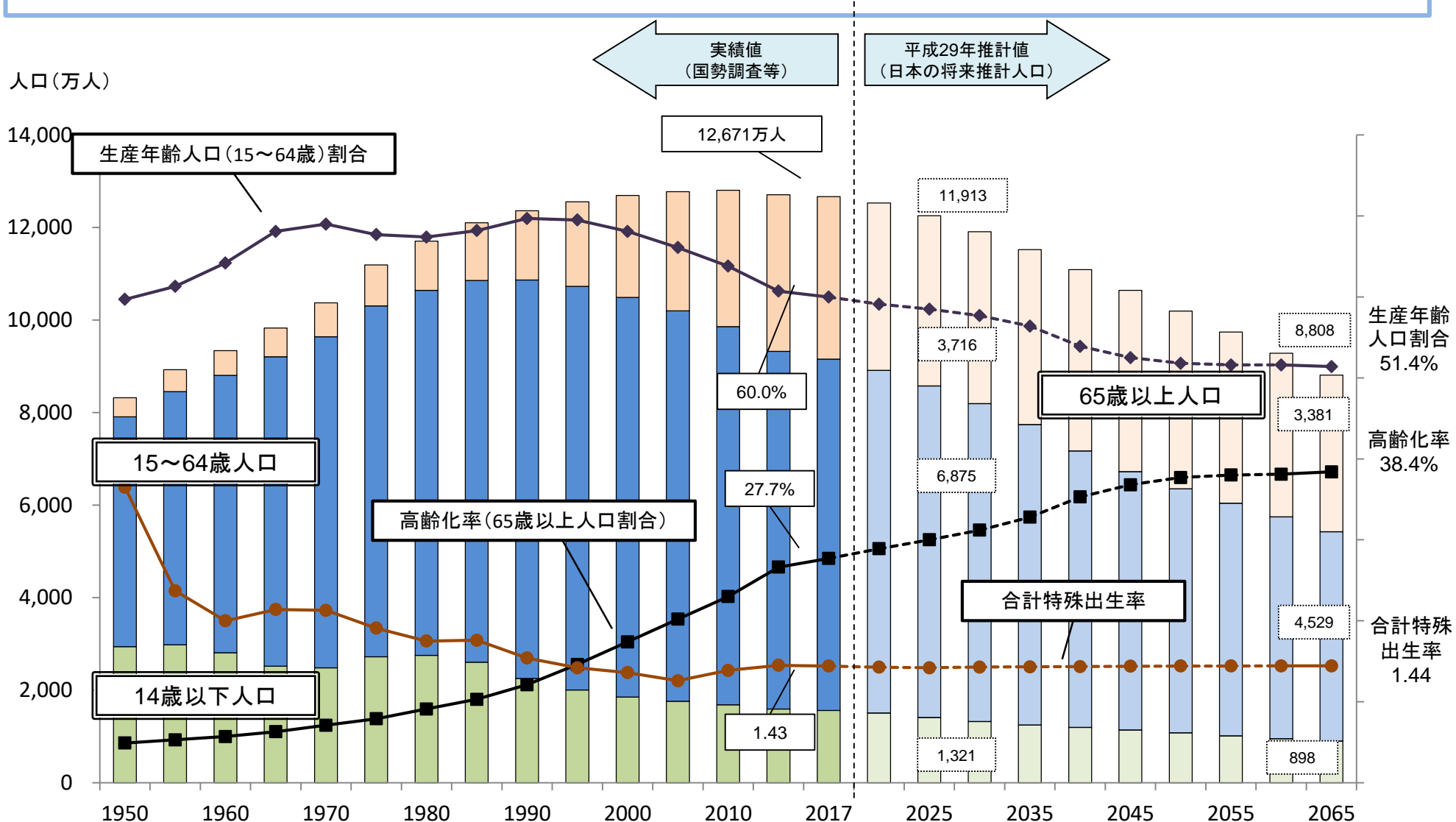
改定の視点」

	平成20年度改定	平成22年度改定	平成24年度改定	平成26年度改定	平成28年度改定	平成30年度改定
	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	1. 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減	医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	地域包括ケアシステムの推進、病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
	<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 	<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 	<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) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機能に応じた入院医療 医療従事者の負担軽減 地域包括ケアシステム推進のための取組 質の高い在宅医療、訪問看護 外来医療の機能分化 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局 医療機能や患者の状態に応じた入院医療 外来医療の機能分化、重症化予防 質の高い在宅医療・訪問看護 国民の希望に応じた看取りの推進
		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)	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"> 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、訪問の充実 			
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 	<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 	<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 医療提供の困難地域への配慮 診療所の機能 医療機関間の連携 	— ※【重点課題】に記載あり	— ※【重点課題】に記載あり	— ※【重点課題】等に記載あり
患者にわかりやすく、QOLを高める医療	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<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 明細書無料発行 入院中ADL低下予防 患者データの提出 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医、歯科医、薬剤師・薬局 ICTによる医療連携、医療データの収集・利活用 質の高いリハビリテーション 	
充実が求められる領域の評価	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 インノベーション等 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 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 新医療技術や医薬品等のインノベーション 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 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 医療技術、医薬品等のインノベーション 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 インノベーション 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 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 精神医療 難病 小児医療、周産期医療、救急医療 歯科医療 医療技術、インノベーション ICT技術の導入、データの収集活用 医療技術、インノベーション 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 精神医療 難病 小児医療、周産期医療、救急医療 歯科医療 医療技術、インノベーション アウトカムに着目した評価
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) 新技術への置換え 	<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) 新技術への置換え 	<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、社会的入院は正 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 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品、長期収載品 退院支援 医薬品の適正使用 医薬分業のための調剤報酬 重症化予防 医薬品、医療機器、検査等の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 薬価制度 後発医薬品 費用対効果の評価 医薬品の適正使用 薬局の評価 医薬品、医療機器、検査等の評価
				【医療従事者の負担軽減】		【医療従事者の負担軽減、働き方改革】
				<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 		<ul style="list-style-type: none"> チーム医療、勤務環境の改善 業務の効率化、合理化 医療従事者の負担軽減の取組 多職種連携

医療を取り巻く状況

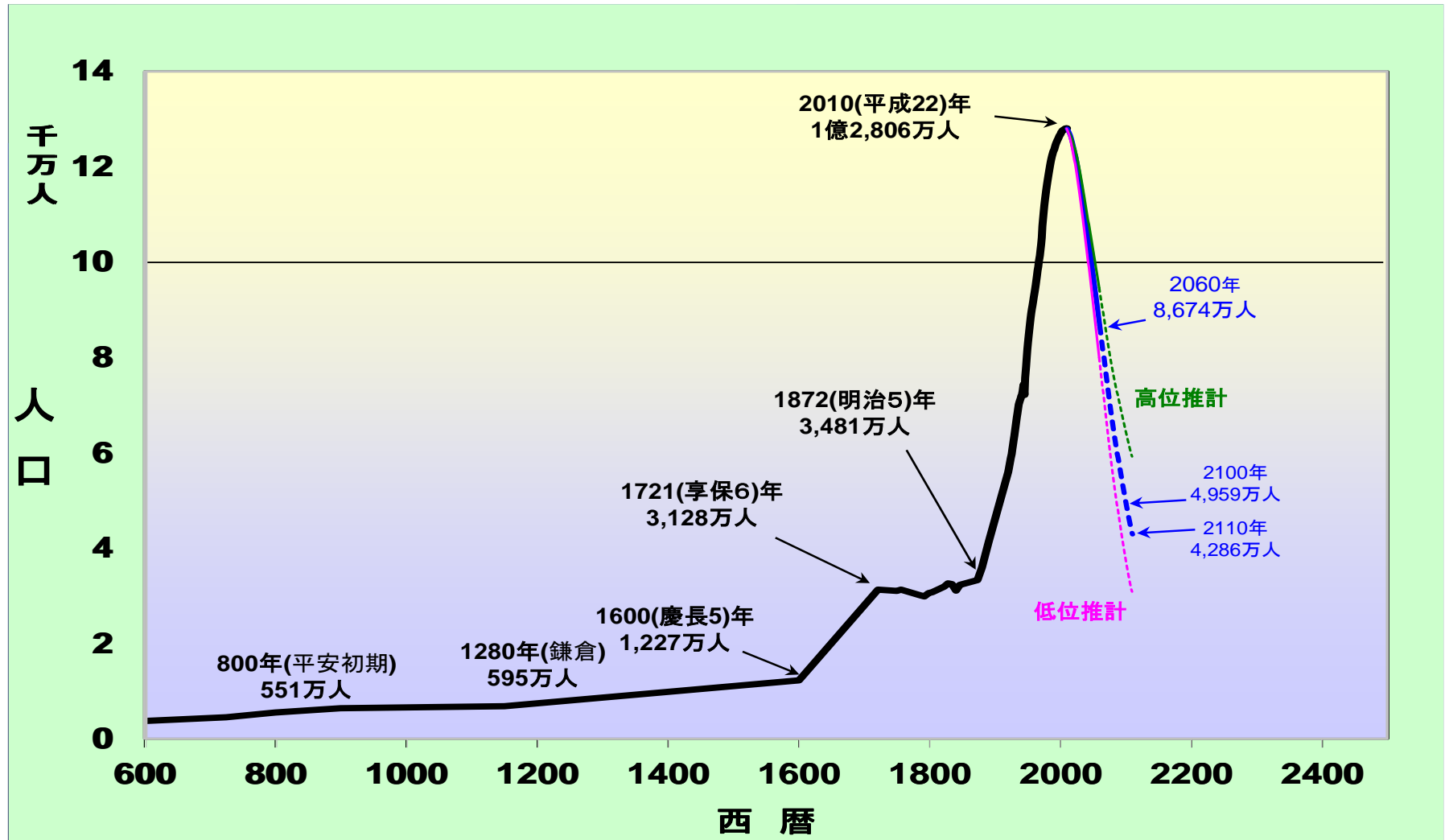
今後の年齢階級別人口の推計

○ 日本の人口は減少局面を迎えており、2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると推計されている。



(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018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29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本人口の歴史的推移

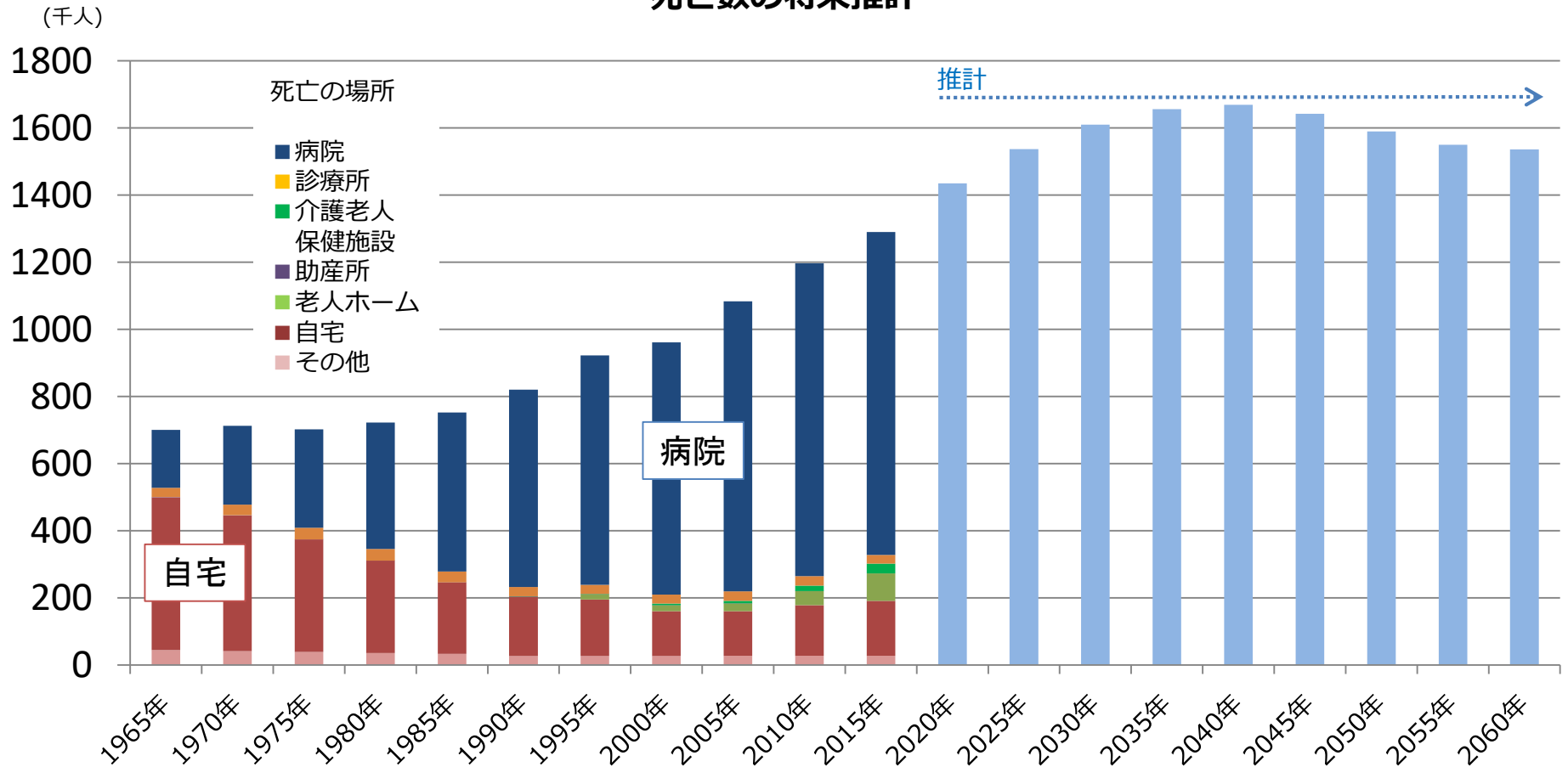


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

死亡数の将来推計

- 年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、2040年は2015年と比べ約36万人死亡者数が増加すると推計されている。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が増加傾向にある。

死亡数の将来推計



※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

出典：2015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）

2020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

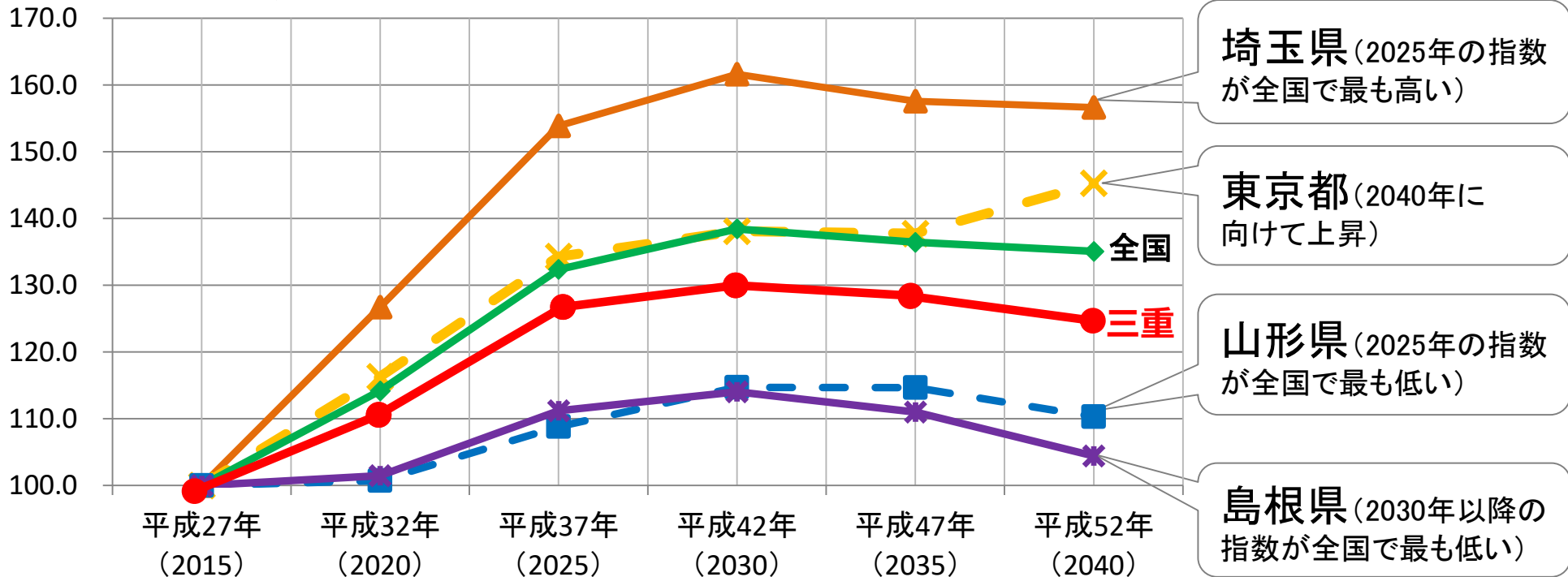
地域によって異なる高齢化のスピード

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇
その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少。

※ 2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※ 東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

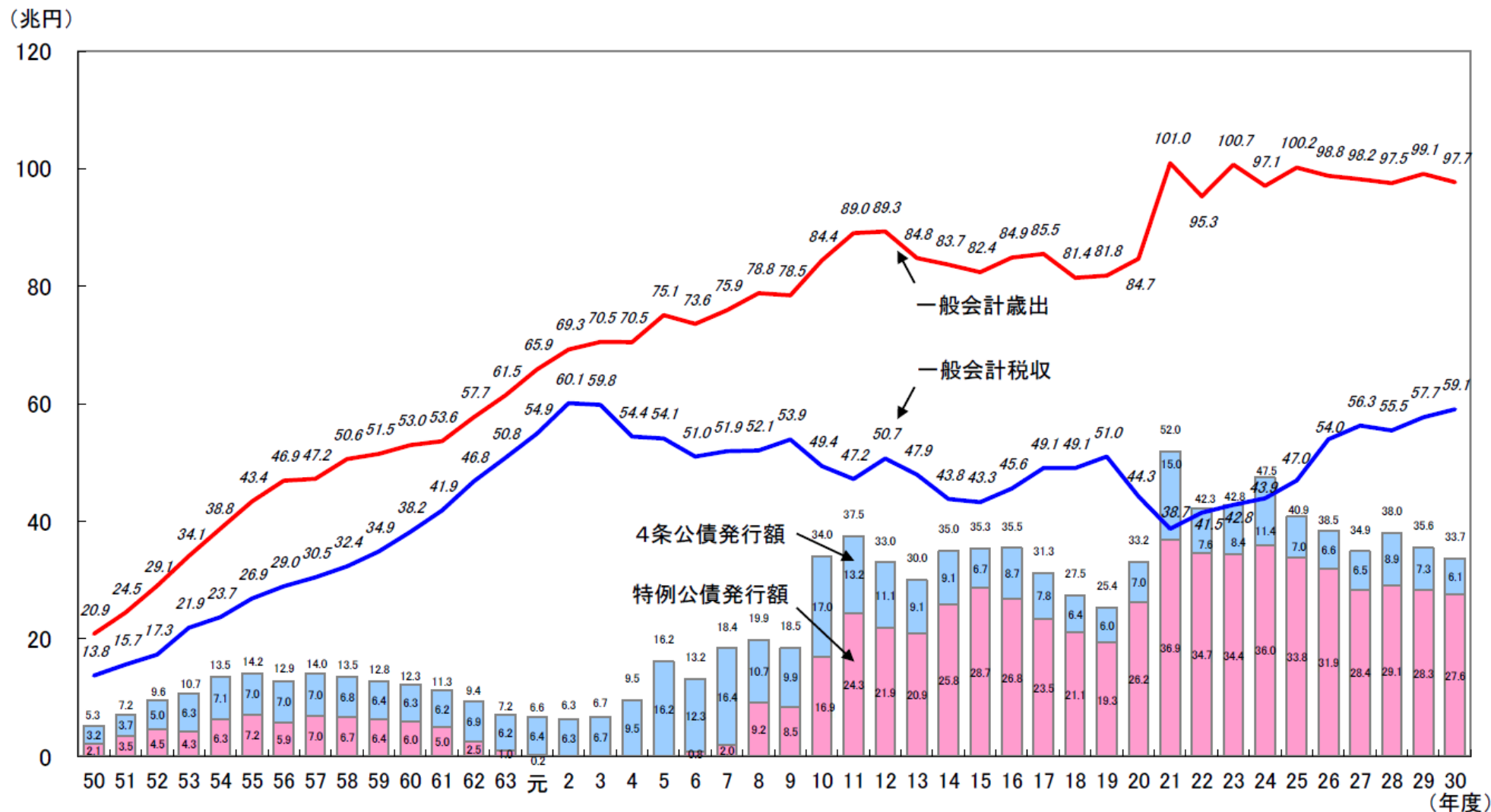
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍。埼玉県・千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県・秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差。

75歳以上人口の将来推計(平成27年人口=100)



一般会計における歳出・歳入の状況

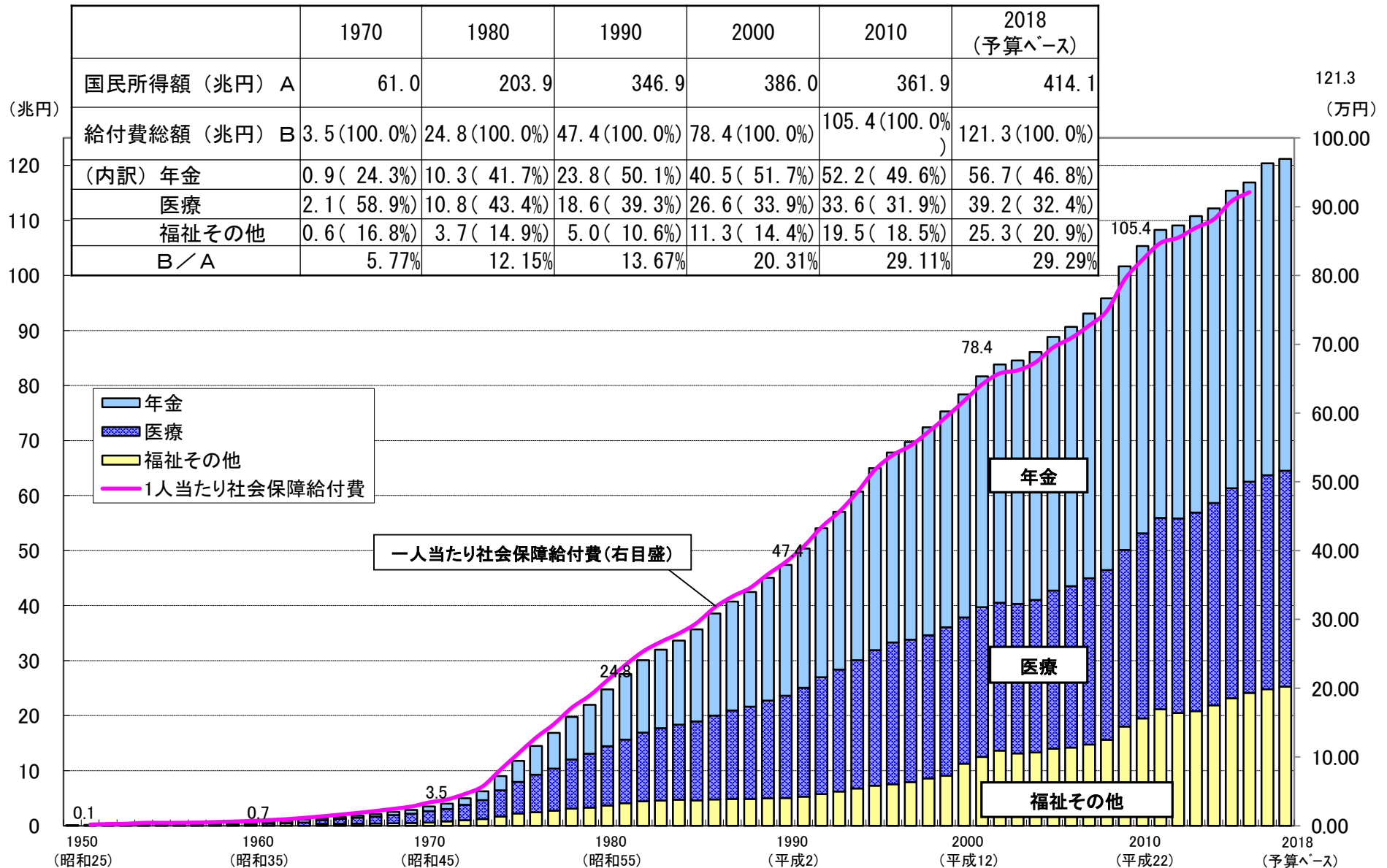
○ 我が国財政は歳出が歳入（税収）を上回る状況が続いており、借金である国債の発行によって賄っている状況。



(注1) 平成28年度までは決算、平成29年度は補正後予算、平成30年度は予算による。

(注2) 公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。

社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」、2017年度、2018年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成30年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2018年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

	人口増減率(2015年→2040年)					
	増加	±0~▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40%	~▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)			
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)			
20~50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富士市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市(12団体)	函館市(1団体)	
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	常広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、昭島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	釧路市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)	石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)	小樽市(1団体)
3~10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、柏江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、柏屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、直野津市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菟野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰府市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市(63団体)	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、桶川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、龜山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稲美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	網走市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、亶理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみぐら市、鉾田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、藤岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鶴川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、澁川市、小矢部市、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本巣市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、猪名川町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、羽田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日置市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、黒石市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白石市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、湯上町、大仙市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、大板市、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、匝瑛市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、水見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、韭崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、廣前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、真庭市、三原市、朝倉市、みやま市、雲南市、人吉市、大草市、日田市、佐伯市、臼杵市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曾於市、奄美市、南九州市(117団体)	稚内市、つがる市、気仙沼市、能代市、湯沢市、北秋田市、銚子市、南房総市、佐渡市、海津市、伊豆市、志摩市、宇陀市、新見市、萩市、長門市、東かがわ市、宇和島市、八幡浜市、嘉麻市、平戸市、対馬市、五島市、南島原市、南さつま市(27団体)

※人口は2015年時点 ※下線(赤文字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30.3)」から作成

※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

人口増減率(2015年→2040年)

	増加	±0~ ▲10%	～▲20%	～▲30%	～▲40%	～▲50%	～▲60%	～▲70%	▲70%～
1～3万人	吉岡町、滑川町、開成町、御代田町、南箕輪町、豊山町、大口町、阿久比町、朝日町、川越町、愛荘町、北島町、宇多津町、須恵町、恩納村、金武町、北谷町、北中城村、与那原町、八重瀬町(21団体)	東神楽町、矢野町、大和町、一宮町、聖籠町、内灘町、昭和町、岐南町、北方町、玉城町、福崎町、三郷町、早島町、里庄町、勝央町、坂町、松茂町、筑前町、吉野ヶ里町、三股町、嘉手納町(21団体)	幕別町、中標津町、大和町、おいらせ町、大河原町、高根沢町、榛東村、明和町、千代田町、長生村、日玉城町、福崎町の出、大井町、富士河口湖町、軽井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、忠岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町(40団体)	七飯町、俱知安町、芽室町、別海町、六ヶ所村、階上町、金ヶ崎町、村田町、七ヶ浜町、山辺町、八千代町、境町、益子町、市貝町、野木町、甘楽町、板倉町、邑桑町、嵐山町、美里町、酒々井町、横之光町、二宮町、立山町、小浜市、勝山市、あわら市、永平寺町、高浜町、若狭町、富士見町、箕輪町、松川町、小布施町、垂井町、神戸町、安八町、川辺町、御高町、森王町、久御山町、太子町、河南町、斑鳩町、御坊市、白浜町、北栄町、南部町、柏耆町、矢掛町、鏡野町、北谷町、東員町、多気町、日野町、北廣島町、田布施町、平生町、東みよし町、三木町、綾川町、まんのう町、砥部町、香美市、豊前市、宮若市、水巻町、桂川町、鹿島市、嬉野市、みやき町、有田町、川棚町、阿蘇市、長洲町、南阿蘇村、御船町、甲佐町、錦町、豊後高田市、高鍋町、新富町、門川町、屋久島町(87団体)	名寄市、富良野市、長沼町、栗山町、美瑛町、上富良野町、美幌町、斜里町、遠軽町、釧路町、藤崎町、鶴田町、野辺地町、東北町、五戸町、南部町、遠野市、陸前高田市、二戸市、雫石町、大槌町、蔵王町、山元町、松島町、加美町、涌谷町、美里町、美郷町、村山市、長井市、中山町、河北町、高島町、白鷹町、庄内町、高萩市、潮来市、城里町、那須烏山市、芳賀町、那須町、中之条町、越生町、川島町、吉見町、鶴山町、神川町、栄町、東庄町、松田町、箱根町、湯河原町、加茂市、田上町、津南町、上市町、入善町、羽咋市、中能登町、南越前町、越前町、富士川町、大町市、佐久穂町、下諏訪町、辰野町、木曾町、坂城町、飯綱町、美濃市、山県市、飛騨市、養老町、小山市、美浜町、紀宝町、与謝野町、養父市、市川町、神河町、新温泉町、平群町、河合町、大淀町、有田市、新宮市、かつらぎ町、みなべ町、岩美町、八頭町、琴浦町、大山町、津江市、邑南町、隠岐の島町、美作市、和気町、美咲町、吉備中央町、世羅町、美祢市、坂野町、上坂町、土庄町、内子町、安芸市、土佐市、宿毛市、佐川町、四万十町、うきは市、鞆手町、福智町、みやこ町、築上町、多久市、白石町、松浦市、香岐市、西海市、水俣市、氷川町、あさぎり町、玖珠町、国富町、川南町、都農町、高千穂町、枕崎市、西之表市、いちき串木野市、さつま町、長島町、徳之島町(134団体)	留萌市、紋別市、士別市、根室市、砂川市、深川市、当別町、八雲町、岩内町、余市町、白老町、日高町、浦河町、新ひだか町、平内町、板柳町、七戸町、三戸町、八幡平市、岩手町、山田町、洋野町、一戸町、丸森町、南三陸町、にかほ市、仙北市、三種町、羽後町、尾花沢市、川西町、遊佐町、大洗町、大子町、美浦村、利根町、塩谷町、那珂川町、東吾妻町、みなかみ町、ときがわ町、皆野町、小鹿野町、勝浦市、多古町、九十九里町、白子町、山北町、輪島市、志賀町、宝達志水町、大月市、上野原市、市川三郷町、飯山市、山ノ内町、揖斐川町、八百津町、下田市、南知多町、鳥羽市、熊野市、紀北町、宮津市、京丹波町、豊能町、能勢町、岬町、多可町、上郡町、佐用町、香美町、御所市、上牧町、湯浅町、那智勝浦町、串本町、奥出雲町、竹原市、江田島市、三好市、小豆島町、鬼北町、愛南町、須崎市、土佐清水市、いの町、黒潮町、芦屋町、香春町、川崎町、上天草市、美里町、和 water、山都町、芦北町、津久見市、竹田市、国東市、串間市、えびの市、阿久根市、垂水市、伊佐市、湧水町、大崎町、肝付町(107団体)	美唄市、芦別市、赤平市、森町、鱒ヶ沢町、南伊勢町(1団体)	中泊町、男鹿市、茂木町、阿賀町、朝日町、珠洲市、能登町、身延町、東伊豆町、尾鷲市、周防大島町、室戸市、新上五島町(18団体)	夕張市、川上村(1団体)
1万人未満	御蔵島村、川北町、久吉津村、日山町、宜野座村(5団体)	二セコ町、舟橋村、忍野村、山形村、豊郷村、田尻町、川日高町、上峰町、江北町、嘉島町、今帰仁村、竹富町(12団体)	東川町、鹿追町、中札内村、更別村、小笠原村、刈羽村、鳴沢村、川上村、原村、宮田村、松川村、輪之内町、富加町、和木町、西原村、綾敷村、南大東村、北大東村、与那国町(21団体)	鷹栖町、西興部村、厚真町、新冠町、土幌町、清水町、大樹町、鶴居村、大衡村、色麻町、三川町、孺恋村、高山村、川場村、昭和村、睦沢町、新島村、清川村、弥彦村、湯沢町、西桂町、山中湖村、中川村、下條村、豊丘村、池田町、白馬村、高山村、坂祝町、白川村、飛島村、宇治田原町、川西町、海士町、西栗倉村、芸西村、吉富町、北大東村、与那国町(51団体)	新篠津村、鹿部町、今金町、黒松内町、真狩村、留寿都村、共和町、泊村、仁木町、月形町、新十津川町、当麻町、中富良野町、南富良野町、猿払村、幌延町、小清水町、訓子府町、大空町、豊浦町、杜管町、安平町、上土幌町、新得町、浜中町、標茶町、標津町、田舎館村、横浜町、東通村、平泉町、川崎町、大畑町、大湯村、大江町、金山町、五霞町、横瀬町、長瀬町、神崎町、芝山町、長柄町、御宿町、大島町、利島村、神津島村、三宅村、青ヶ島村、中井町、出雲崎町、粟島浦村、美浜町、おおい町、道志村、南牧村、立科町、青木村、飯島町、阿智村、平谷村、売木村、泰阜村、喬木村、木祖村、大桑村、麻績村、生坂村、朝日村、木島平村、南伊豆町、松崎町、木曾岬町、度会町、御浜町、甲良町、多賀町、井手町、安堵町、高取町、明日香村、広川町、美浜町、印南町、日高川町、太地町、三朝町、吉賀町、西ノ島町、新庄村、奈義町、久米南町、直島町、琴平町、北川村、本山町、土佐町、橋原町、糸田町、大任町、赤村、玄海町、大町町、東彼杵町、南関町、南小国町、産山村、高森町、水上村、九重町、高原町、東串良町、中種子町、宇検村、瀬戸内町、伊仙町、知名町、国頭村、伊江村、久米島町、多良間村(120団体)	知内町、長万部町、江差町、厚沢部町、寿都町、蘭越町、喜茂別町、京極町、赤井川村、南幌町、奈井江町、由仁町、浦臼町、秩父別町、雨竜町、北竜町、比布町、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、小平町、羽幌町、遠別町、天塩町、浜頓別町、枝幸町、豊富町、清里町、置戸町、佐呂間町、湧別町、興部町、雄武町、洞爺湖町、平取町、えりも町、広尾町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町、厚岸町、弟子屈町、羅臼町、蓬田村、西目屋村、大間町、田子町、新郷村、住田町、岩泉町、田野畑村、普代村、軽米町、野田村、西川町、女川町、五城目町、八郎潟町、井川町、東成瀬村、西川町、朝日町、大石田町、最上町、舟形町、大蔵村、戸沢村、飯豊町、河内町、長野原町、草津町、片品村、東秩父村、長南町、大高町、舘南町、八丈町、真鶴町、関川村、池田町、小海町、南相木村、北相木村、長和町、阿南町、上松町、南木曾町、玉滝村、筑北村、小谷村、野沢温泉村、信濃町、小川村、栄村、関ヶ原町、七宗町、東白川村、河津町、川根本町、設楽町、東栄町、大台町、大紀町、山添村、三宅町、古座川町、北山村、智頭町、江府町、飯南町、川本町、美郷町、津和野町、知夫村、安芸太田町、大崎上島町、神石高原町、勝浦町、佐那河内村、美波町、上島町、松野町、奈半利町、田野町、中土佐町、越知町、日高村、津野町、三原村、小竹町、東峰村、添田町、太良町、小国町、津奈木町、多良木町、湯前町、相良村、山江村、荻北町、西米良村、三島村、南種子町、大和村、渡名喜村(149団体)	三笠市、上ノ国町、乙部町、奥尻町、せたな町、島牧村、神恵内村、古平町、妹背牛町、沼田町、愛別町、上川町、占冠村、音威子府村、中川町、幌加内町、増毛町、苫前町、初山別村、中頓別町、礼文町、利尻町、利尻富士町、津別町、滝上町、むかわ町、様似町、白糠町、外ヶ浜町、深浦町、大鰐町、風間浦村、佐井村、葛巻町、西和賀町、七ヶ宿町、小坂町、上小阿仁村、藤里町、八峰町、真室川町、鮭川村、小国町、上野村、下仁田町、檜原村、奥多摩町、穴水町、早川町、南部町、小菅村、根羽村、大鹿村、白川町、西伊豆町、豊根村、笠置町、和東町、南山城村、伊根町、千早赤阪村、曾爾村、吉野町、十津川村、下北山村、紀美野町、九度山町、高野町、由良町、すさみ町、若桜町、日南町、日野町、阿武町、上勝町、神山村、那賀町、牟岐町、海陽町、つるぎ町、久万高原町、伊方町、東洋町、安田町、馬路村、大川村、仁淀川町、大月町、小値賀町、五木村、球磨村、姫島村、諸塚村、椎葉村、美郷町、日之影町、五ヶ瀬町、錦江町、南大隅町(99団体)		

※人口は2015年時点 ※下線(赤文字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリー

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30.3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。

平成30年度診療報酬改定まで

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点

**「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。**

視点1

「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

視点2

「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点3

重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

視点4

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型駅前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 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 (p.6)
- 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 (p.28)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化 (p.39)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 (p.54)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化 (p.74)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・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
- 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 (p.76)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進 (p.81)
- 明細書無料発行の推進 (p.95)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 (p.97)
- 「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 (p.101)
- 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 (p.106)
- 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 (p.116)
- 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 (p.119)
- 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医療の推進
- 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
- 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 (p.126)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価 (p.171)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 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 (p.153)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進 (p.157)
- 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
- 重症化予防の取組の推進 (p.161)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 (p.165)

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➤ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等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・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、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。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、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が重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、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、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

入院医療等に関する調査・評価分科会

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

入院医療等に関する調査・評価分科会 ※

(DPC制度)

3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

入院医療等に関する調査・評価分科会

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

検証部会

5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

検証部会

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。
- 検証部会

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 検証部会

- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。
- 検証部会

(医療と介護の連携)

- 9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 総会
(検証部会、入院医療等に関する調査・評価分科会)

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

- 10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。
- 検証部会

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(データの利活用)

- 11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。 総会 ※

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。 検証部会

- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。 総会
(検証部会)

(調剤報酬)

- 14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。 検証部会

(後発医薬品の使用促進)

- 15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。 検証部会

(薬価制度の抜本改革)

- 16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。
また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。 調査実施小委、
薬価専門部会

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

費用対効果評価専門
部会、薬価専門部会、
保険医療材料専門部
会 ※

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

総会
(検証部会)

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

診療報酬基本問題小
委員会
医療技術評価分科会、
先進医療会議 ※

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

総会
(検証部会)

検討の視点

- ・疾病構造の変化やさらなる高齢化社会の進展など、わが国の医療を取り巻く状況は変化してきている。質の高い医療を患者に提供する体制の構築に向け、これまでも診療報酬改定に取り組んできた。
- ・他方、2020年度改定に向けた検討にあたっては、従来の「入院・外来」といった枠組み以外で、例えば患者の年代に目を向け、医療提供にあたって患者の抱える課題を整理し、新たな視点を加えつつ網羅的に議論することにより、これまでの診療報酬改定の取り組みを一層強化できる可能性が考えられる。

検討の方向性

- ・2020年度の診療報酬改定に向けた検討においては、春から夏までの1ラウンドにおいては、報酬の項目にとらわれすぎない活発な議論を促進する観点から、

- ① 患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ、年代別に課題を整理
- ② 昨今の医療と関連性の高いテーマについて課題を整理

を行うことを基本としてはどうか。

なお、秋からの2ラウンドについては、概ね従前のような、外来・入院・在宅・歯科・調剤といった個別テーマに分けて、これまでの診療報酬改定での検討項目、平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見、他の審議会等の議論等を踏まえた、具体的な診療報酬における評価に向けた検討を進めることとしてはどうか。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

第2章1.(2)に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分(基金創設前から存在している事業も含む)における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す。特に精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる。

病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、医療機関へのかかり方について行政・保険者等が連携し啓発を行う。高額医療機器の効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用率の向上等を図る。

人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議などの取組を推進するとともに、在宅看取りの好事例の横展開を行う。

オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実を進める。オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する。

医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。また、診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成課程を整備するとともに、改正医師法に基づき、総合診療専門研修を受けた専攻医の確保数について議論しつつ、総合診療医の養成を促進するなどプライマリ・ケアへの対応を強化する。

医師・医療従事者の働き方改革について、医師の働き方改革に関する検討会報告書も踏まえ、医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始も見据え、医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革を推進するとともに、実効的なタスク・シフティング等に取り組む。

(iii)保険者機能の強化

一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。

インセンティブの評価指標(例えば、糖尿病等の重症化予防事業)について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。

個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。

法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

介護の保険者機能強化推進交付金についても、アウトカム指標の割合の計画的引上げ等とともに、介護予防などの取組を重点的に評価するなど配分基準のメリハリの強化や更なる見える化を通じて、保険者へのインセンティブを強化する。また、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる。住所地特例制度の適用実態を把握するとともに、高齢者の移住促進の観点も踏まえ、必要な措置を検討する。

(予防・重症化予防・健康づくりの推進)

(iii)健康増進に向けた取組、アレルギー疾患・依存症対策

健康増進の観点から受動喫煙対策を徹底する。また、産学官連携による推進体制を2020年度末までに整備し、自然に健康になれる食環境づくりを推進する。脳卒中や心疾患については、昨年成立した循環器病対策基本法に基づき、循環器病対策推進基本計画を策定し、予防、医療機関の整備、情報の収集・提供、研究などの取組を着実に推進する。口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。生涯を通じた女性の健康支援の強化に取り組む。アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策を推進する。あわせて、一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく中で、健康サポート薬局についても、その効果を検証しつつ取組を進める。アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策について、相談・治療体制の整備や民間団体への支援、速やかな人材育成等に取り組む。ゲーム障害についても、実態調査の結果等を踏まえて、必要な対策に取り組む。

(iv) 診療報酬・医薬品等に係る改革

イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題等について結論を得、着実に改革を推進する。また、AIを活用した医療機器の開発や、医薬品等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化を進める。

バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進する。

調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方への在り方については引き続き検討を進める。

後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。

第2 具体的施策

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革4. 疾病・介護の予防

(1) KPIの主な進捗状況

《KPI》(新)2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを指す

⇒2016年: 男性72.14歳、女性74.79歳

(2) 新たに講ずべき具体的施策

人生100年時代の安心の基盤は「健康」であり、全世代型社会保障の構築に向けた改革を進めていくため、健康に無関心な層を含め、全ての世代や地域の住民を対象に、予防・健康づくりの取組を大胆に強化する。

ⅰ) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

① 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の抜本的な強化

- ・国民健康保険の保険者に対する保険者努力支援制度について、疾病予防や健康づくりの取組が促進されるよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。あわせて、各評価指標について、成果指標の導入拡大を進め、先進・優良事例の横展開や個人の行動変容につながる取組が強化され、民間サービスの活用等が推進されるよう見直し、配分のメリハリを強化する。
- ・健康保険組合の予防・健康事業の取組状況に応じて、後期高齢者支援金を加減算する制度について、2020年度までに最大±10%となるよう強化するとともに、保健事業の効果やインセンティブ措置の影響分析等を行い、2021年度に、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行う。
- ・その際、保険者が糖尿病性腎症の重症化リスクのある者に対し、医師と連携して、保健師等によって濃密に介入するなどの先進・優良事例の横展開や、歯科健診・がん検診等の受診率の向上等が進むよう留意する。
- ・個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。
- ・医療保険や介護保険のインセンティブ措置の指標の見直しに際しては、エビデンスに基づき予防・健康事業の効果検証を行い、徹底したPDCAサイクルを通じ、効果的な事業を展開する。

② 予防・健康づくりへ向けた個人の行動変容につなげる取組の強化

- ・生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対し、医療機関と保険者・民間事業者等が連携して、医学的管理と適切な運動等のプログラムを一体的に提供できる新たな仕組みを検討し、2019年度を目途に結論を得る。また、医療機関が運動処方箋を出しやすいよう、運動施設における標準的なプログラムを、2019年度中に作成する。あわせて、運動施設において安全かつ効果的に楽しく運動・スポーツを実践できる仕組みの実証を行うとともに、好事例の普及を図る。
- ・健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進していくため、ナッジ理論等を活用し、2019年度中に、特定健診などの各種健診の通知について、全体・平均値との比較や将来予測(AIやビッグデータ等も活用)等といった通知情報を充実するとともに、先進・優良事例の横展開を図る。
- ・東京で2020年に開催される栄養サミットを機に、健康無関心層も含め自然に健康になれる食環境づくりを推進する。民間の様々な主体と連携し、健康な食生活の推進に向けたエビデンスの構築・強化、健康な食事への接点拡大、健康無関心層への効果的な情報提供など総合的な施策について検討を進め、直ちに実施できるものから順次取り組む。
- ・野菜摂取量増加に向けた取組など、地域の多様な主体が連携し、日常の中での健康な食事・運動・社会参加を促す取組や、個々の住まいや地域の共食の場における適切な栄養管理に基づく配食サービスについて、先行事例分析やモデル実証事業等を通じて2019年度から推進する。
- ・妊娠中や子供の頃からの健康づくりを支援するため、妊産婦への適切な栄養指導に資するよう最新の知見も取り入れた食生活指針の改定を2020年度中に行うとともに、子供時代からの健やかな生活習慣形成に資する研究の推進などの取組を順次行う。

③ 疾病の早期発見に向けた取組の強化

- ・がんの早期発見・早期治療の仕組みを確立し、5年生存率の劇的な改善を達成するため、難治性がん等について、リキッドバイオプシー等の血液や唾液等による簡便で低侵襲な検査方法や治療法の開発を推進する。また、ナッジ理論等を活用した検診受診率の向上に向けた取組、受診率や有効性の向上のためのリスクに応じた検診の在り方について、2019年度中に検討し、結論を得る。
- ・全身の健康にもつながる歯周病などの歯科疾患対策を強化するため、現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会を拡大し、歯科の保健指導を充実することについて、検証の結果を踏まえ、2020年度までに検討に着手し、速やかに結論を得る。あわせて、歯科健診の受診率の向上を図るとともに、健診結果に基づき、必要な受診を促す実効的な取組や、全身疾患の治療が必要な可能性がある場合の医科歯科連携を推進する。
- ・個人が自らの健康状態を把握し、疾病を早期発見するため、医療用検査薬から一般用検査薬への迅速な転用に向けた手続の改善を図る。このため、既に実施された事例を参考としながら、行政と関係業界が協働して審査や申請の質の向上等の課題解決を図るための協働計画を2019年度中に策定し、検討を進める。あわせて、一般用医薬品等の普及等によりセルフメディケーションの推進を図る。

I 労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間(＝月平均60時間)とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることでない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（現行の適用除外等の取扱）

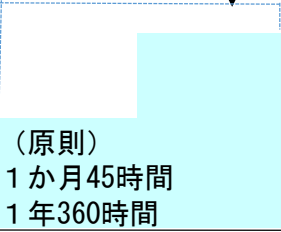
医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

医療従事者の負担を軽減し、
医師等の働き方改革を推進する視点

医師の時間外労働規制について①

一般則

- (例外)
- ・年720時間
- ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
- ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで



【時間外労働の上限】

2024年4月～

年1,860時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

B・地域医療確保
特例水準（医療機関を特定）

C-1 C-2
集中的技能向上水準
（医療機関を特定）

C-1：初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
（暫定特例水準の解消
（=2035年度末）後）

将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A

C-1 C-2

※この（原則）については医師も同様。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（努力義務）

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（義務）

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（義務）

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（努力義務）

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（義務）

【追加的健康確保措置】

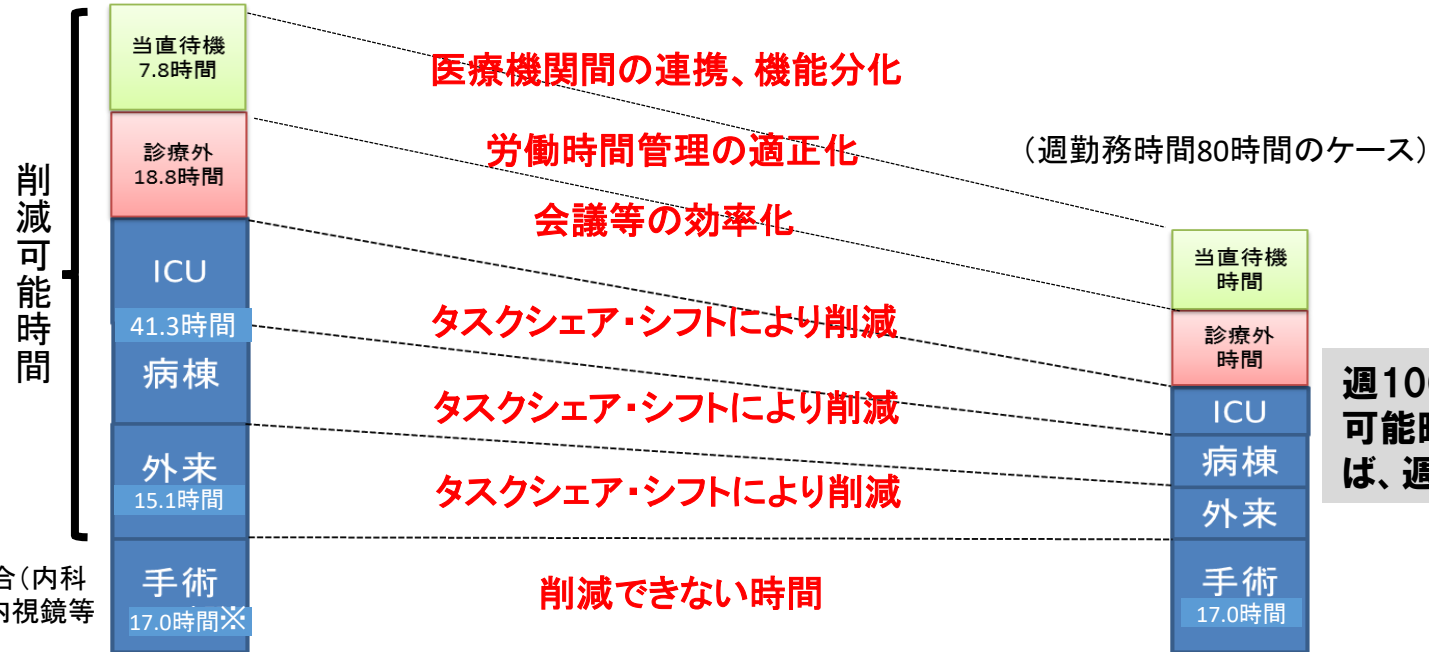
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

再掲

- 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

医療機関内での取り組み

- 医療機関の勤務環境の改善のためには、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムを機能させる必要がある。これまで診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制への評価を行ってきた。総合入院体制加算においては、病院に勤務する全医療従事者を対象とした負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備を要件とした。
- また、個別の取り組みについて、診療報酬において以下の対応を行っている。
 - ー タスク・シフティングの推進
医師事務作業補助体制加算をはじめとした、他職種へのタスク・シフティングに資する体制への評価を行っている。また、看護師の特定行為研修制度のパッケージ化がすすめられており、今後研修を修了した看護師の数は増加する見込みである。
 - ー 人員配置の合理化
診療報酬の各項目において、一定の質の担保等のために人員の配置を要件としている。これまで、医療の実態により応じた要件となるよう、常勤要件の明確化やその他の要件の見直しを行ってきた。
 - ー チーム医療・複数主治医制等の推進
医療の質向上のため、チーム医療の推進に資する体制への評価を行っている。また、一部の項目においては、算定の要件として複数主治医制等を求めているものがある。
 - ー 書類作成・研修要件等の合理化
一部の診療報酬においては、算定の要件として、診療録への記載や書類作成、研修の受講等を求めているものがある。

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応(主なもの)

<医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目>

	院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践	タスク・シフティング、チーム医療の推進	医師事務作業補助者の配置	勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	多様な勤務形態の推進	その他(外来医療の機能分化)	
H18年度				<ul style="list-style-type: none"> ・小児入院医療管理料の小児科医の常勤要件を緩和 ・ハイリスク分娩管理加算等の新設 			
H20年度	病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価(3つの診療報酬項目)		医師事務作業補助体制加算の新設			診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設	
H22年度	評価対象となる項目を拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養サポートチーム加算等を新設 ・看護補助者の配置の評価を新設 		産科・小児科・救急医療等の重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大			
H24年度		評価対象となるチーム医療の拡大 タスク・シフティングに係る評価の充実・拡大				二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設	
H26年度							
H28年度						<ul style="list-style-type: none"> ・産休・育休等に係る常勤要件の緩和 ・脳卒中ケアユニット等の夜間の医師の勤務体制の緩和 	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度		<ul style="list-style-type: none"> ・効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 ・評価の対象となる項目を整理 					常勤要件の緩和の拡大等

医療機関内での勤務環境改善の取組みの評価(主なもの)

診療報酬項目	点数	施設基準の概要
A200 総合入院体制加算 (1日につき)		
1 総合入院体制加算 1	240点	十分な人員配置及び設備を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等</u> を評価。
2 総合入院体制加算 2	180点	
3 総合入院体制加算 3	120点	
A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)		
1 医師事務作業補助体制加算 1		<u>病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価。</u>
15対1/20対1	920点/708点	
25対1/30対1	580点/495点	
40対1/50対1	405点/325点	
75対1/100対1	245点/198点	
2 医師事務作業補助体制加算 2		
15対1 補助体制加算		
15対1/20対1	860点/660点	
25対1/30対1	540点/460点	
40対1/50対1	380点/305点	
75対1/100対1	230点/188点	
A207-3 急性期看護補助体制加算 (1日につき)		
1 25対1 急性期看護補助体制加算	210点	地域の急性期医療を担う保険医療機関において、 <u>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価。</u>
(看護補助者5割以上)		
2 25対1 急性期看護補助体制加算	190点	
(看護補助者5割未満)		
3 50対1 急性期補助体制加算	170点	
4 75対1 急性期補助体制加算	130点	

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

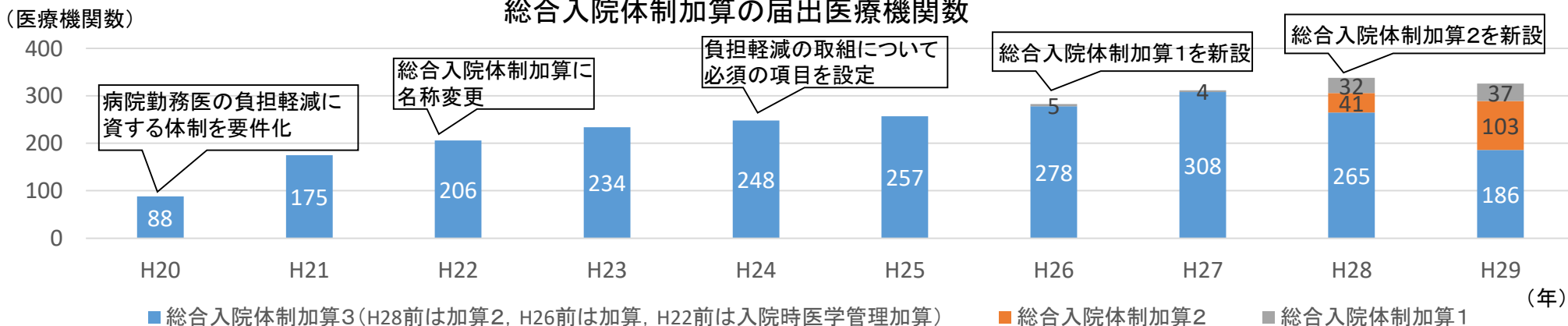
- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

- ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。
- イ **多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置**し、「**医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。
- ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。
- エ イの**計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む**。
- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
 - ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
 - ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
 - ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
 - ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。

総合入院体制加算の届出医療機関数



病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算

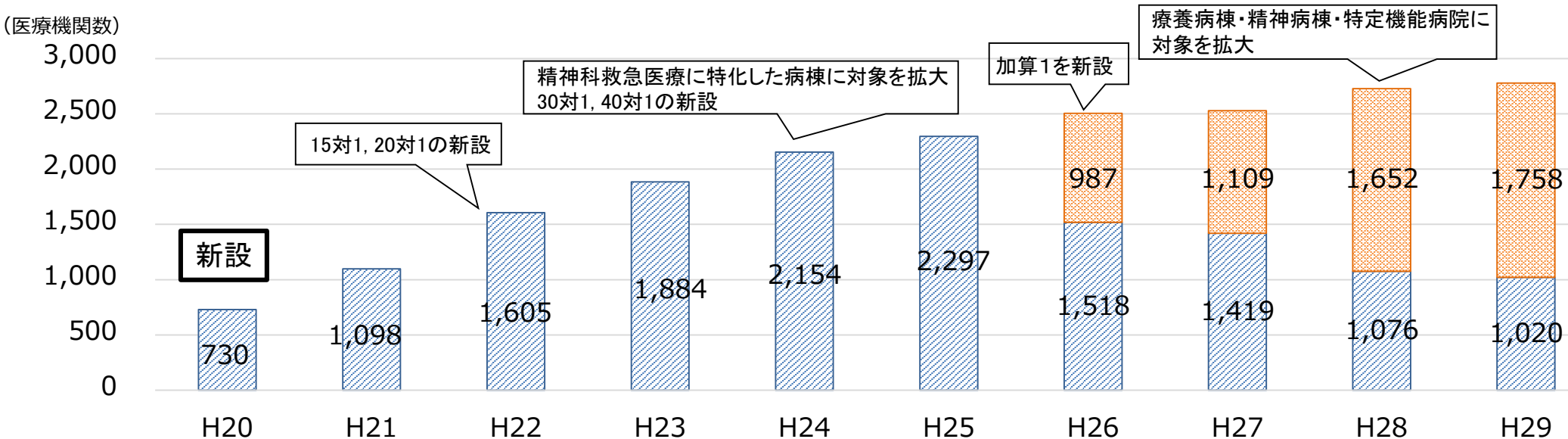
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 13対1、15対1、18対1、20対1※ 障害者施設等入院基本料の注加算 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 精神科救急入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 地域一般入院料1、2 13対1※
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料等の施設基準入院基本料の施設基準 	

※ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

診療報酬の算定にあたり作成を求めている書類

- 緩和ケア実施計画書（A226-2緩和ケア診療加算）
 - 児童・思春期精神医療入院診療計画書（A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料）
 - 栄養治療実施計画（A233-2栄養サポートチーム加算）
 - 入退院支援加算（A246入退院支援加算）
- 様式を定めているものに加え、診療録への記載を求めている事項も多数存在する。

等

診療報酬の算定にあたり求めている研修

- 緩和ケアに関する研修（医師）（A226-2緩和ケア診療加算）
- 認知療法・認知行動療法に関する研修（医師）（I003-2認知行動療法）
- 所定の研修を修了したもの等が行う院内研修（急性期一般入院基本料 他）

等

診療報酬の算定にあたり開催を求めている会議

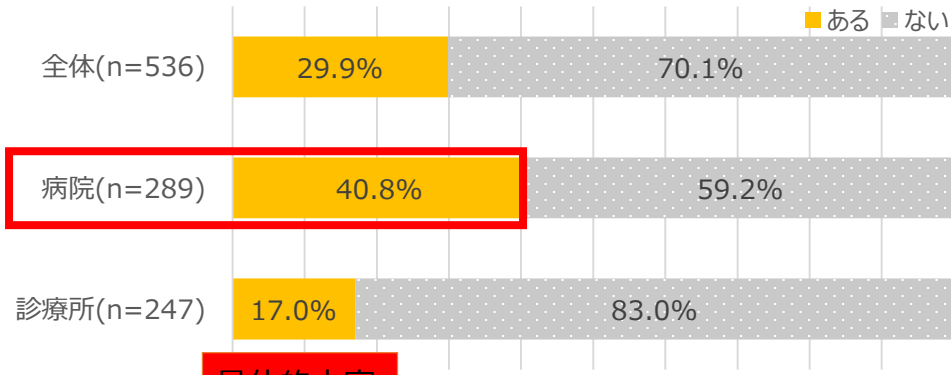
- 症状緩和に係るカンファレンス（A226-2緩和ケア診療加算）
- 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診（A230-4精神科リエゾンチーム加算）
- 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診（A233-2栄養サポートチーム加算）
- 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンス（A247認知症ケア加算）

等

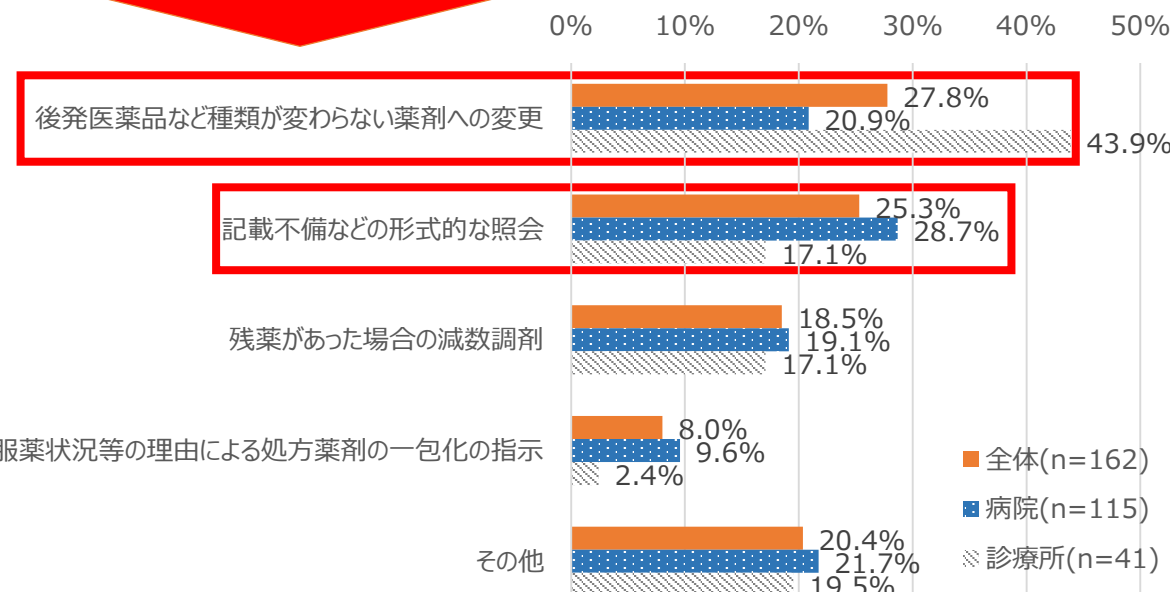
医療機関-薬局間の業務効率化の取組

- 医療機関において、薬局からの疑義照会について負担に感じているものがある。
- 医療機関と薬局間での「事前の取り決め」により、問い合わせを簡素化している医療機関がある。

■ 保険薬局からの疑義照会について、負担に感じているものはあるか¹⁾
 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



具体的内容



事前の取り決めにより、処方医への事前確認を不要としている項目 (例)²⁾

1. 成分が同一の銘柄変更
 2. 内服薬の剤形変更 (例: OD錠⇔普通錠⇔散)
 3. 内服薬の規格変更 (例: 5mg2錠→10mg1錠)
 4. 半割・粉碎・混合
 5. 医療上の必要性が認められる一包化
 6. 軟膏・クリーム剤の規格変更 (例: 5g2本⇔10g1本)
- ※ 調剤後、医療機関への報告を求める場合もある。

合意受諾書

一般社団法人川崎市薬剤師会(以下、甲といふ)は別紙「川崎市民外方疑義照会プロトコール別添1」に定める医療機関と他方薬局に係わる薬剤師法第23条2項の取扱いについて合意した。それに伴い、貴薬局(以下乙といふ)は甲の開催を受諾し十分理解した上で運用を開始するものとする。また、本プロトコールは薬局・薬局開設者および保険薬剤師の責任において運用するものとする。

記

- 1 別紙「川崎市民外方疑義照会プロトコール」のとりの合意内容であることを了承する。
- 2 本プロトコールの改定情報は甲よりホームページ・電子メール等を通じて配信する。乙は最新情報の収集を怠らないものとする。
- 3 本プロトコールの効果等についての情報収集に乙は協力し、甲へ情報無償提供を承諾する。
- 4 乙は本プロトコールの運用中止や、乙連絡先変更があった場合は、甲事務局に速やかに連絡する。
- 5 本プロトコールの不明点は処方箋発行元に連絡する。尚その回答はその医療機関の回答であり、他の医療機関には都度確認をするものとする。
- 6 乙が不正・不誠実等行為を行い、合意先医療機関又は甲がそれを認めた場合、甲は乙に対し本合意受諾解除を出来るものとする。
- 7 乙が甲会員薬局資格を失った場合、本合意受諾も失するものとする。
- 8 本プロトコール内容の変更をはじめ、甲が必要と思われる措置が発生した場合は、乙は甲の指示に従うものとする。
- 9 乙が本プロトコール運用において発生した調剤上・経済上・その他諸問題一切は、乙の責任と了承した上で運用する。

以上

平成 年 月 日

名称(甲) : 一般社団法人 川崎市薬剤師会
 住所 : 川崎市川崎区富士見 1-1-1
 代表者役職氏名 : 会長 橋元

(乙)

会員薬局住所 : 〒
 電話・FAX : TEL FAX 印
 開設者名 :
 会員薬局名 :
 情報連絡電子メール:
 (pdf等の添付ファイル受信が出来、業務として常時使用可能なメールアドレスを記載ください。ゼロとオーの混同等判るように記載してください。)

出典: 1) 医療機関の薬剤師における業務実態調査(平成29年度医療課委託調査)
 2) 川崎市薬剤師会ホームページより医療課が作成

患者・国民にとって身近であるとともに、
安心・安全で質の高い医療を実現する視点

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

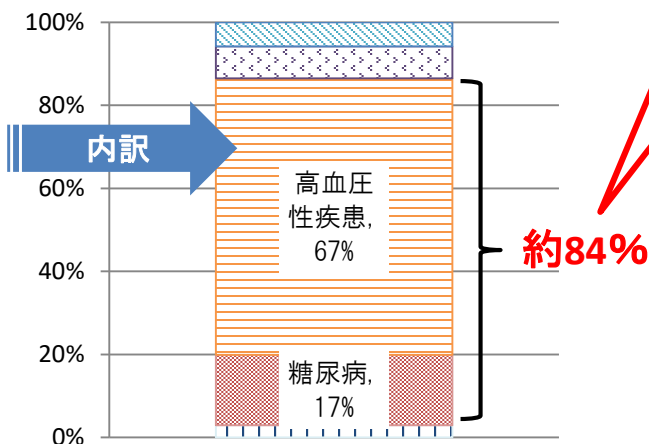
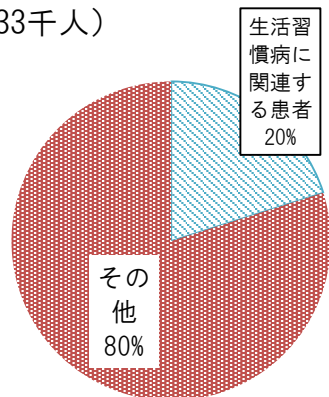
(新) 機能強化加算 80点



[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

<一般診療所の推計外来患者数>
(4,233千人)



[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
<p>地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等)</p>	<p>機能強化加算の対象患者</p>

かかりつけ歯科医の機能・役割

- かかりつけ歯科医は、地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域保健活動や外来受診患者の口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与すべきである。

患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められる。

- すなわち、かかりつけ歯科医は以下に示す3つの機能を有することで、住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目ない提供体制の確保、他職種との連携を実現することが求められる。

I 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応

- ・ 歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能に着目した歯科医療の提供
- ・ 患者に対する歯科医療機関の医療安全体制等の情報提供
- ・ 地域保健活動への参画や、住民に対する健康教育、歯科健診等の実施

II 切れ目ない提供体制の確保

- ・ 外来診療に加え、患者の状態に応じた、病院や在宅等への訪問歯科診療の実施（訪問歯科診療を実施していない場合は、当該診療を実施している歯科医療機関と連携体制を確保するなど、役割分担の明確化）
- ・ 休日・夜間等の対応困難なケースにおいては、対応可能な歯科医療機関を事前に紹介するなど、歯科医療機関間の連携体制の確保

III 他職種との連携

- ・ 医師や看護師等の医療関係職種、介護支援専門員（ケアマネージャー）等の介護関係職種等と口腔内状況の情報共有等が可能な連携体制の確保
- ・ 食支援等の日常生活の支援を目的とした他職種連携の場への参画

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所①

中医協 総 - 6
R 1 . 5 . 1 5

○ 平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の要件の見直しを行った。

【施設基準】 ※令和2年3月31日まで経過措置 ※下線部はH30改定で見直しを行った主な内容

- 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定実績。
- 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定実績。
- クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出。
- 歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出。
- 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
- 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。
- 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。
- 以下のうちの3つ以上に該当していること。
 - ・過去1年間に、在宅療養管理指導を提供した実績があること。
 - ・地域ケア会議に年1回以上出席。
 - ・介護認定審査会の委員の経験。
 - ・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加。
 - ・栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定実績。
 - ・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
 - ・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
 - ・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
 - ・自治体等が実施する事業に協力。
 - ・学校歯科医等に就任。
 - ・歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績。



医薬分業が目指すもの

- 医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ることを目指すもの

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

- 薬剤師が、薬剤服用歴（服薬状況、副作用やアレルギー歴などの状況、相談内容等）の確認などにより、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬剤師の持つ薬理学、薬物動態学、製剤学などの薬学的知見に基づいて薬学的管理・指導が行われることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などが可能となること。
- 薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、薬の効果、副作用、用法などについて患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を適切に服用することが期待できること。

薬物療法の有効性、安全性の向上

医療の質の向上

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

1. 医薬分業の現状

- （前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。
- （前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率7割、薬局数は5万9千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。
- このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務ヘシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。
- 今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

2. 今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

- （前略）患者は、外来、在宅、入院、介護施設など複数の療養環境を移行することから、療養環境に関わらず、医師と薬剤師が密に連携し、他の職種や関係機関の協力を得ながら、患者の服薬状況等の情報を一元的・継続的に把握し、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要となっている。
- （前略）がんの薬物療法に関して、経口薬が増加して外来で処方される機会が多くなっているなど、専門性が高い薬学的管理が継続的に必要となる薬物療法が提供される機会が増加している。このような状況に適切に対応するためには、臨床現場で専門性が高く、実践的な経験を有する医療機関の薬剤師が中心的な役割を果たしつつも、地域の実情に応じて、一定の資質を有する薬局の薬剤師が医療機関の薬剤師と連携しながら対応することが望ましいと考えられる。
- （前略）薬剤師・薬局が経済的な利益の追求や効率性にのみ目を奪われ、このような機能を果たさず、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務にとどまる場合には、患者にとってメリットが感じられないものとなり、今後の患者に対する医薬分業の地域医療における意義は非常に小さくなると言わざるを得ない。
- 本部会での議論では、現在の薬局薬剤師と比較して、医療機関の薬剤師は医療への貢献度が他の職種から見てもわかりやすく、その役割が見える存在になっている一方で、医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師の総数が薬局の薬剤師に比較して増えていないとの指摘があった。
- 今後、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、外来や入退院時に患者情報等の共有を行いながら切れ目のない薬学的管理と患者支援を行うことが一層求められると考えられるが、そのためには、医療機関の薬剤師の役割はさらに重要になってくる。

医薬分業の今後のあり方について③

中	医	協	総	-	6
元	.	5	.	1	5

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

3. おわりに

- 本部会では、今回、薬剤師・薬局のあり方と医薬分業のあり方に関して幅広く議論してきたが、これには、薬剤師法や薬機法上の措置のほか、医療保険制度や介護保険制度における報酬上の措置、医療法における医療計画上の措置など関連制度が密接に関係する。そのため、それら関連制度の検討に当たっては、今回の本部会での議論を踏まえることが期待される。
- （前略）医療保険制度における対応においては、平成28年度改定以降の調剤報酬改定において、患者本位の医薬分業となるよう、累次にわたる改定で見直しを進めるとされたが、今回の制度部会での議論も十分踏まえ、患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される。

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

<かかりつけ薬剤師・薬局に求められること>

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- 地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

薬局における対人業務の評価の充実

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改定前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**

改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **73点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **280点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **53点/41点**

調剤料

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現行

15日分以上 21日分以下の場合 70点

22日分以上 30日分以下の場合 80点

31日分以上の場合 87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合 67点

22日分以上 30日分以下の場合 78点

31日分以上の場合 86点

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

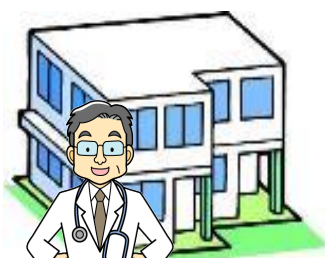
○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料	20点



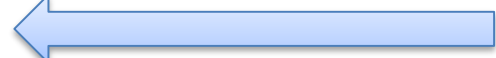
改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1	30点
※保険医療機関の求めがあった場合	
服薬情報等提供料2	20点
※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供



- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導



- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算について

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

個別要件の分類

	実績要件8項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">■ かかりつけ薬剤師届出</div>
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 服薬情報等提供料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者と連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績 </div>

※ 基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

医療機関等に対して、医療を受ける者が医療機関等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

現行制度

医療機関等
医療機能情報を都道府県に報告
医療機能情報を医療機関等において閲覧に供すること（インターネット可）
正確かつ適切な情報の提供
患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）



都道府県
集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
医療安全支援センター等による相談対応・助言



住民
インターネット上の公表システム（医療情報ネット）に必要な情報を入力すると、目的に応じた医療機関が検索可能

医療機能情報の具体例

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容・在宅医療・介護サービス、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制（医療機関等以外との連携含む）等）

○地域医療連携体制の項目にかかりつけ医機能を追加

平成31年3月14日（平成31年厚生労働省令第23号及び平成31年厚生労働省告示第65号）公布及び告示

かかりつけ医機能

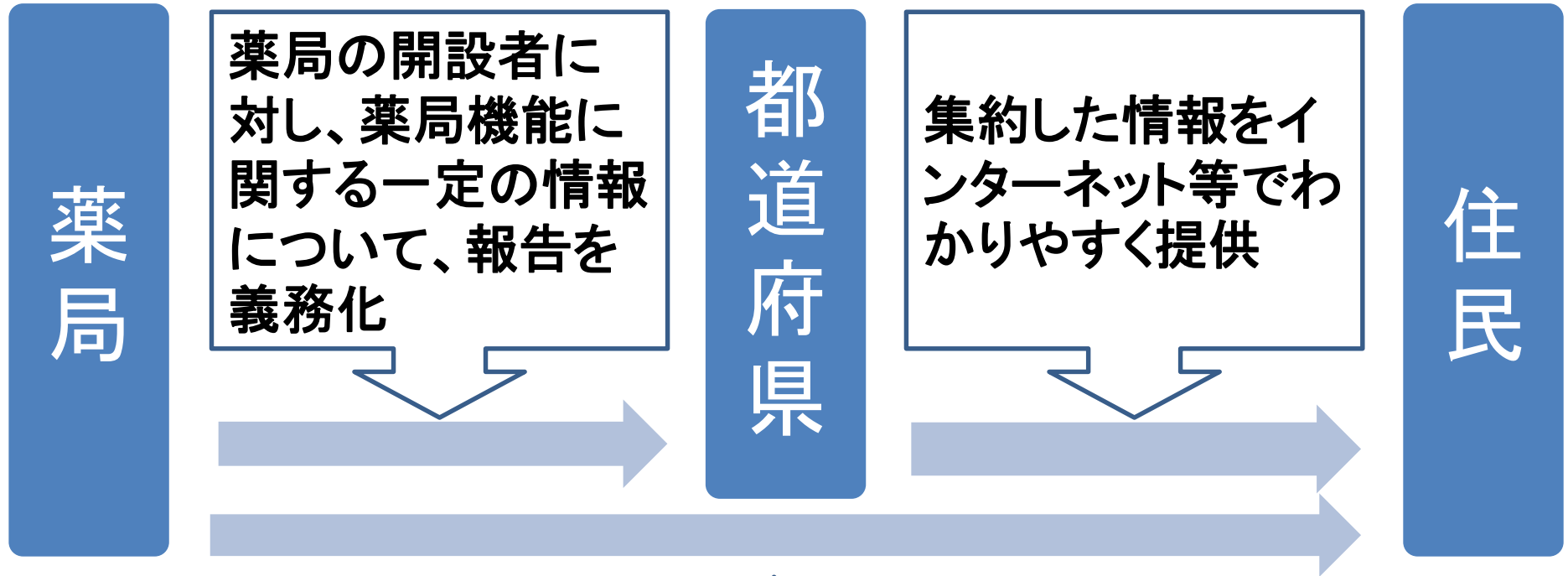
地域包括診療加算
地域包括診療料
小児かかりつけ診療料
機能強化加算

日常的な医学管理と重症化予防
地域の医療機関等との連携
在宅療養支援、介護等との連携
適切かつわかりやすい情報の提供

- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

薬局機能情報提供制度の概要

平成30年6月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会 資料1-3



- 「一定の情報」は薬局でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に応ずる必要な措置

※該当条文：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八条の二

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	—			専任常勤1名以上		
管理栄養士	—			専任常勤1名 (努力義務)		
リハビリ計画書の 栄養項目記載	—			必須		
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	— ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	—		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	—		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
自宅等に退院する割合	—		7割以上			
リハビリテーション実績指数	—	30以上	—	30以上	—	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新)	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	相談体制充実加算	500点



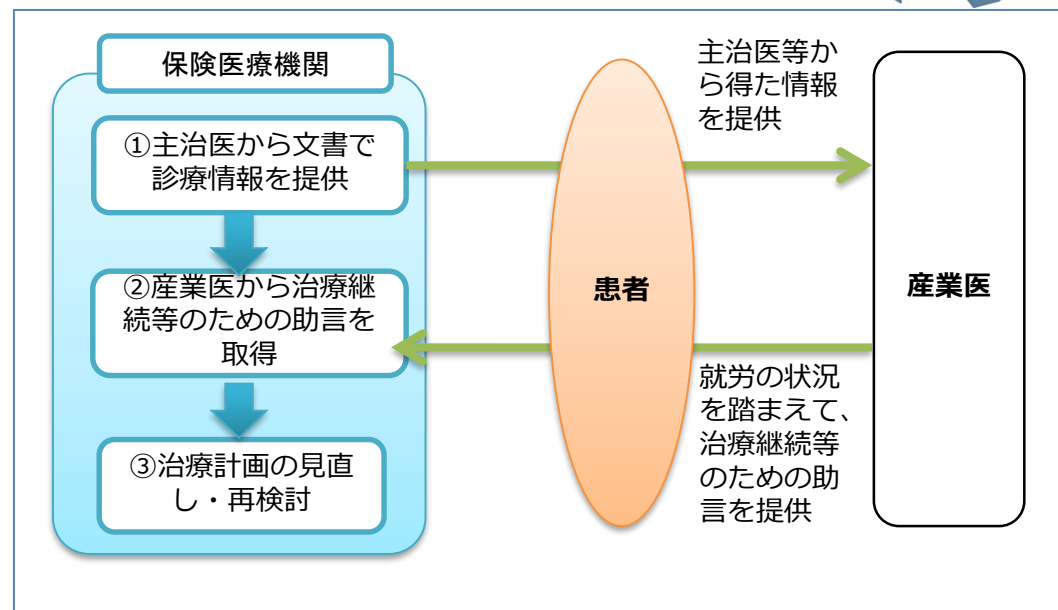
[算定要件]

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

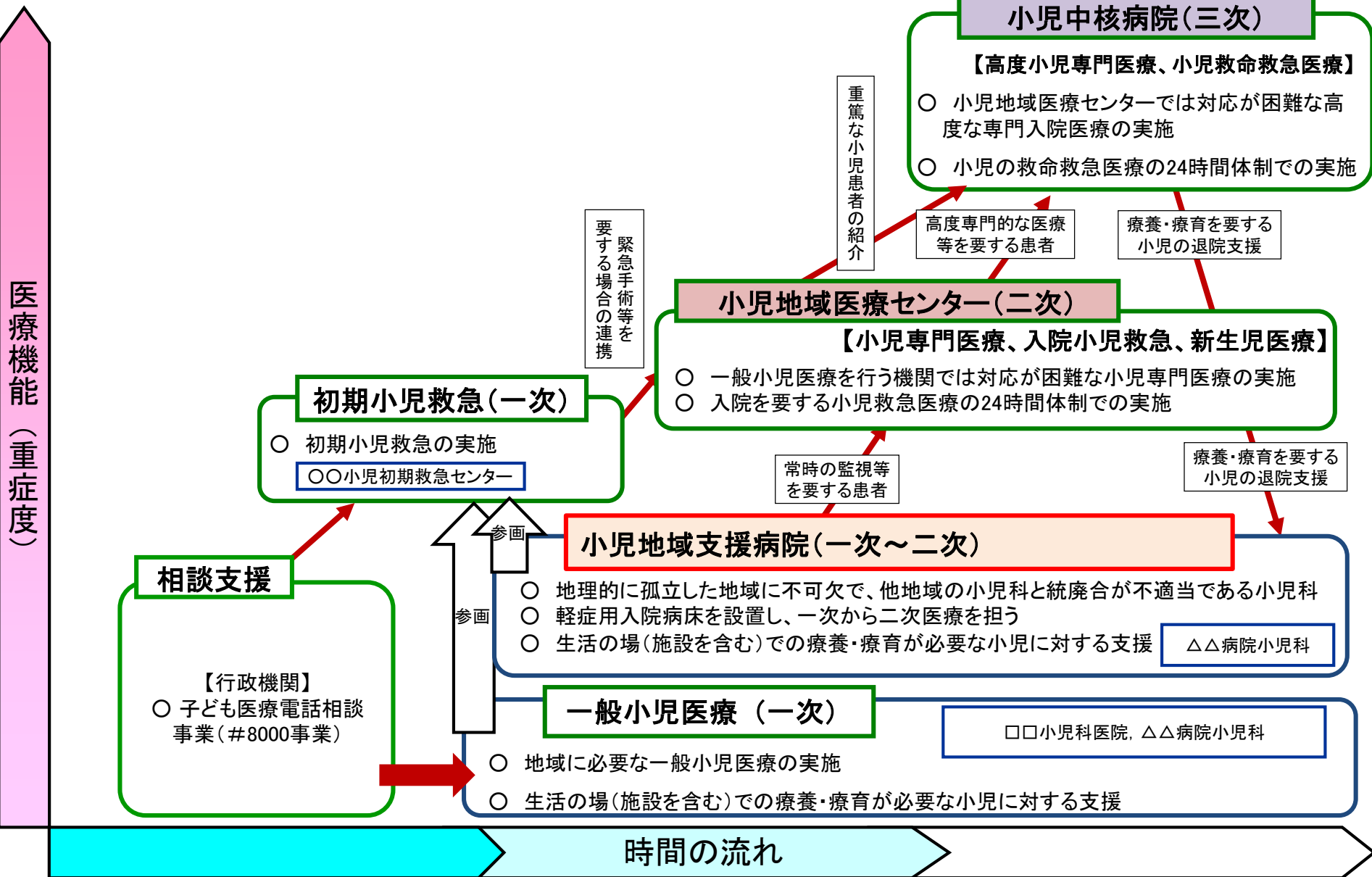
- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



患者サポート体制充実加算に
規定する窓口と兼用可

[両立支援の流れ(イメージ)]

小児医療の体制



周産期医療の体制

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し
数か所整備

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

■療育センター

平成31年4月1日現在

時間の流れ

救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（290カ所）
（うち、高度救命救急センター（41カ所））

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

平成31年4月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（421地区、2,851カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

共同利用型病院（14カ所）

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

休日夜間急患センター（575カ所）

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

- ◆ 妊産婦の診療は、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制の充実が必要。
- ◆ 出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が重要。
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため「**妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会**」を2019年2月より開催。

構成員

- 青木 龍哉 さいたま市保健福祉局理事 ◎：座長
- ◎ 五十嵐 隆 国立成育医療研究センター理事長 ○：座長代理
- 石井 和美 一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表補佐
- 井上 真智子 浜松医科大学地域家庭医療学講座特任教授
- 井本 寛子 公益社団法人日本看護協会常任理事
- 鈴木 俊治 公益社団法人日本産婦人科医会常務理事、葛飾赤十字産院副院長
- 高松 登 公益社団法人日本薬剤師会理事
- 戸矢崎 悦子 全国保健師長会総務担当理事、横浜市南区福祉保健センター子ども家庭支援課長
- 中井 章人 公益社団法人日本産科婦人科学会代議員、日本医科大学多摩永山病院院長
- 中島 久美子 読売新聞東京本社編集局医療部記者
- 中西 和代 株式会社風讃社たまごクラブ編集部統括部長
- 野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院教授
- 平川 俊夫 公益社団法人日本医師会常任理事
- 九十九 悠太 下関市保健部長
- 牧野 利彦 公益社団法人日本歯科医師会副会長
- 松本 義幸 健康保険組合連合会参与

検討のスケジュール

- ◆ 2019年2月15日 第1回 フリーディスカッション
- ◆ 2019年3月15日 第2回 妊産婦に対する医療
- ◆ 2019年4月18日 第3回 妊産婦に対する保健
- ◆ 2019年5月16日 第4回 これまでの議論の整理
- ◆ 2019年6月6日 第5回 これまでの議論の取りまとめ

※ 妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、検討会の取りまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会で必要な検討を行う。

検討事項

- ◆ 妊産婦の保健・医療に関するニーズの把握について
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実について
 - ・ 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
 - ・ 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
 - ・ 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方 等
- ◆ 妊産婦の健康管理の推進について
 - ・ 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方 等
- ◆ 妊産婦に対する保健・医療体制に関連する事項について
 - ・ 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方 等

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

- 【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握
- 【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所 500カ所
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院・診療所を無作為に抽出
- 【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦
・妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦
・正期産後、産後8日以内の入院中の産婦
・正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦
- 【調査内容】
- 妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
 - 妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
 - 妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項 等

- 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
- 中央社会保険医療協議会においては、妊産婦に対する診療の評価の在り方について、更なる検討を進めることを期待する。
- 国においては、妊産婦に対する保健・医療体制を構築するため、関係機関と協力・連携の上、引き続き取り組んでいくべきである。

相談・支援

[妊産婦の不安]

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる

- 妊娠中の健康管理で困ったこと
⇒ 栄養・食事に関すること
- 産後の健康管理で困ったこと
⇒ 授乳に関すること

産後は子どもを抱えながら外出することが困難
産後は産婦の健康管理が困難になりがち

産婦の不安解消には産後ケアが有効

● 不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

妊娠届出時に妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握
妊産婦のための食生活指針の改定に向けた調査研究の実施
「授乳・離乳の支援ガイド（平成31年3月改定）」の周知
「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を用いた支援者の育成
産後ケア事業の推進



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

[妊産婦の診療の現状]

産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り

- ・診療・薬の内容について文書を用いて説明
- ・経験が十分にある医師の診療
- ・母子健康手帳の確認

[産婦人科の現状]

コモンディーズ(風邪や花粉症等) について、
他科からの診療情報の提供が少ない
医師の労働時間が長い、分娩取扱施設が減少

[産婦人科以外の診療科の現状]

診療の際に様々な配慮が必要であり、診療を敬遠しがち
妊産婦の診療に関する研修機会が少ないので不安
妊産婦に処方できる薬剤かどうか情報が少ない

● 産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

妊産婦の診療に積極的な医療機関の把握・周知
都道府県が主体的に地域の医療機関間の連携体制の検討・構築
母子健康手帳等を活用した診療科間の情報連携 等

● 診療の質の向上に向けた取組

医師に対する妊産婦の診療に関する研修の推進
診療や薬に関する説明文書の例を作成
妊娠と薬に関する情報を医師へ提供する体制の整備・周知 等

[産婦人科] ← 連携 → [産婦人科以外の診療科]



研修
サポート体制

[支援を必要とする妊産婦への対応]

妊娠期から子育て期までつながる支援が必要
利用できる施設や制度等について十分に知られていない
周産期のうつ病は、医療機関と行政機関の連携が必要

[母子健康手帳]

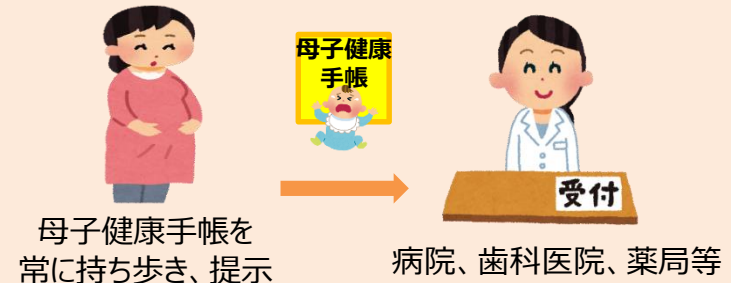
母子健康手帳は広く活用されている
妊産婦自身の健康管理のために活用できるのではないかと
増加しつつある外国人の妊産婦への支援が必要

● 妊娠期から子育て期までつながる支援

子育て世代包括支援センターの質の向上と設置の推進
医療機関と自治体の連携促進

● 母子健康手帳の活用

医療機関の受診状況を本人同意の上で医療機関が記載
多言語化（英語、中国語、韓国語、スペイン語等）



[妊婦健診、産婦健康診査]

全ての市区町村で14回以上の公費負担制度を実施
健診内容によっては、公費助成を超えるため、一部自己負担が生じる

[妊婦健診以外の診療の評価等]

妊婦健診以外に、偶発合併症等の診療の費用も生じる
4県において、所得に応じて妊産婦の診療に係る費用の一部を助成（妊産婦への医療費助成制度）

● 妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討

- ・公費補助額を超える自己負担が発生しないような工夫
- ・妊婦の同意に基づく自己負担が可能となる取組
- ・産婦健康診査の拡充

● 診療に対する評価等について

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない

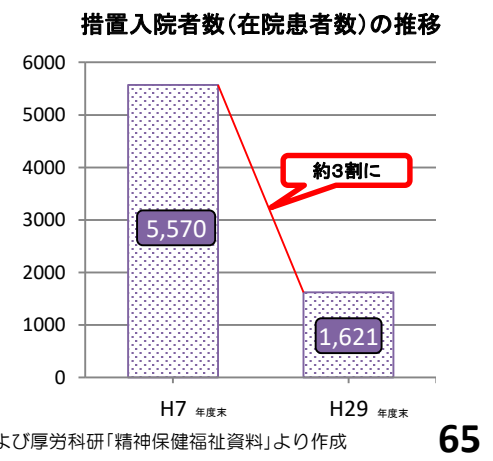
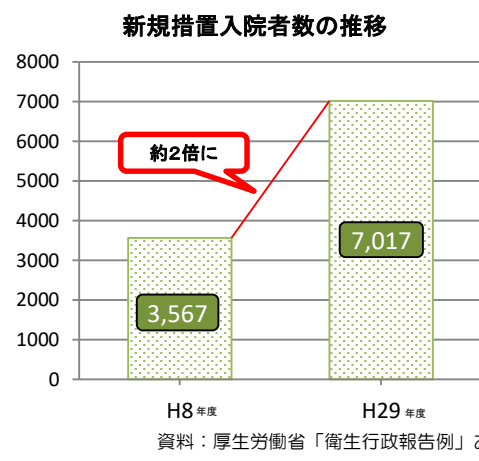
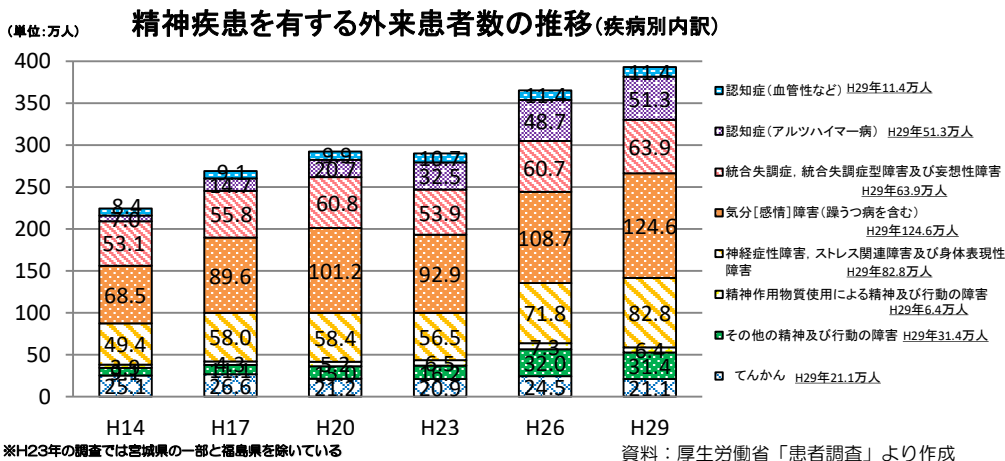
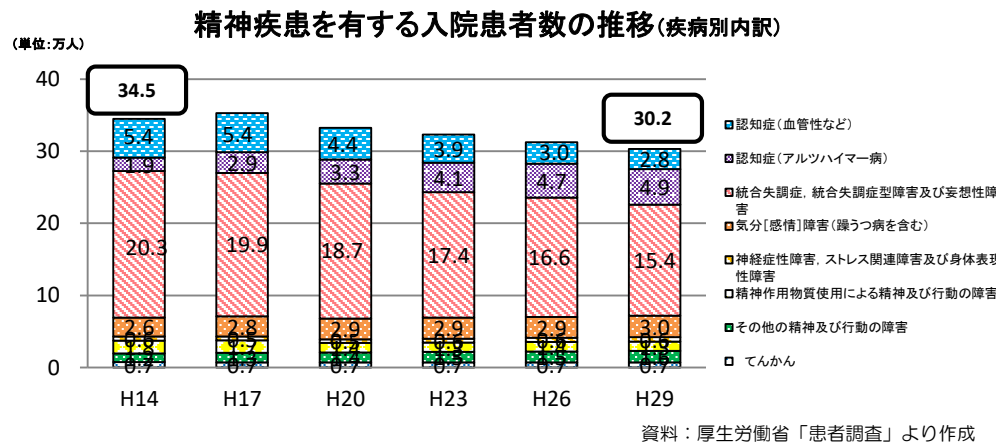
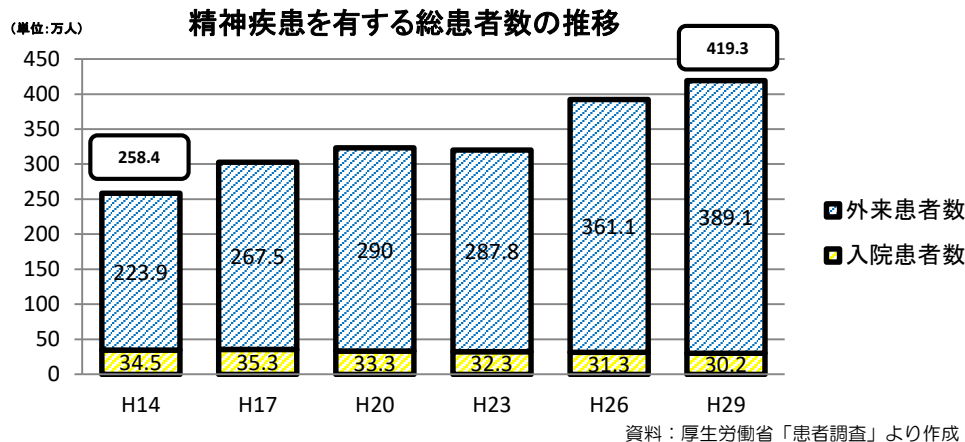
妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論

妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

精神科医療の現状について

1. 患者数、病床数、平均在院日数等

- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院:約30.2万人(※)、外来:約389.1万人】
 ※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向(約34.5万人→30.2万人【△約4万3千人】)
 一方、外来患者数は増加傾向。(認知症や気分障害(うつ病など)が特に増加)
- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割に減少しているが、疾病別に見ると、認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している。



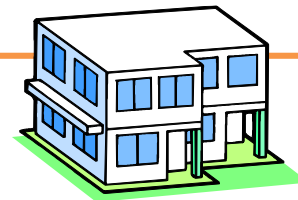
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

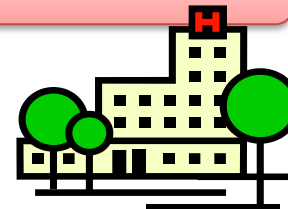
退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後



長期入院患者の地域移行の推進




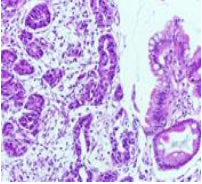
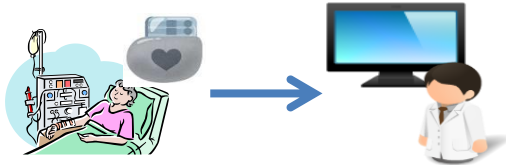
長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>	<p>[遠隔画像診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 <p>[遠隔病理診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>[オンライン診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 <p>対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p> </div>
	<p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>[遠隔モニタリング]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) <p>在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合</p>

オンライン診療料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料 70点(1月につき)

[算定要件]

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診察(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

遠隔モニタリング加算の新設

➤ 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器等を併用した指導管理を評価する観点から、遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

[算定要件]

- (1) 前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用した遠隔モニタリングを活用し、療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、**2月を限度として**所定点数に加算。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。
- (3) 対面診療の間に、適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) **少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載**しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- (5) 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法



出典：日本呼吸器学会HP

※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意



各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

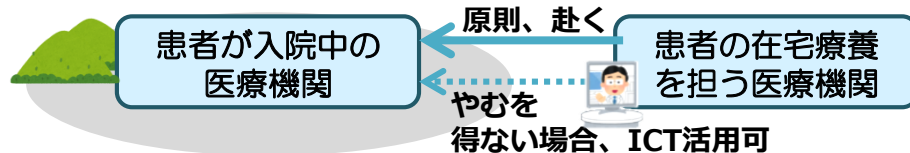
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 〔施設基準〕	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 〔施設基準〕	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 〔算定要件〕	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 〔算定要件〕	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

①いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



②在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家へ赴きカンファレンスを行っているとき ----- 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家へ赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家へ赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること ----- 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

地域医療情報連携ネットワークとは

- 患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報(患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等)を電子的に共有・閲覧できる仕組み。
- 高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制を構築。
- 地域の医療機関等の中で、患者の医療情報をICTを活用して共有するネットワークを構築することにより、医療サービスの質の向上や効率的な医療の提供が期待される。

医療情報連携ネットワークで利用される 診療情報閲覧の画面例

The screenshot shows a web-based medical information system. At the top, it displays patient information: ID (シラハ エリ 白羽 江利), birth date (1941年04月21日), and age (69歳 0ヶ月 16日). Below this is a calendar view for the month of May 2010, with various medical events and notes marked. A detailed view of a doctor's note is shown on the right, including the patient's name (小松 圭介), date (2010/03/03), and medical history. The interface includes tabs for 'カルテ' (Medical Record), '処方' (Prescription), '検査' (Examination), and '画像' (Image).

患者基本情報

医師の記載(詳細)

医師の記載

検査データ

処方データ

異なる医療機関において、効率的に患者の診療情報を閲覧・参照できる。

医療情報連携ネットワークの将来イメージ

診療所等での過去の診療情報を活かして救急医療等に対応

状態にあった質の高い医療・介護サービスを効率的に受けられる

病院の検査結果を診療に活用。紹介・逆紹介により、患者を継続的に診察

状態の変化をタイムリーに把握可能。生活状況が分かることで、投薬や処置の効果を把握しやすくする

自分の健康情報を活用して健康増進

かかりつけ医

薬局

訪問看護



画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。) (注) 多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。
2	電子的に送信	電子的に送信 (診療情報提供書に添付)	

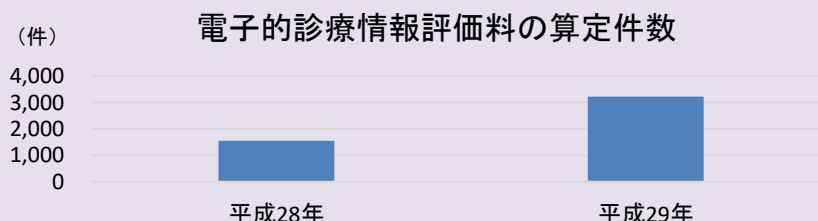
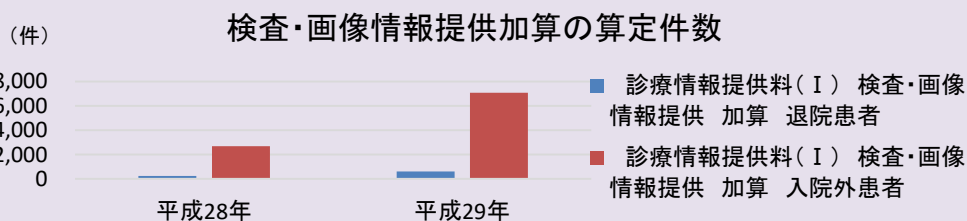
電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。) 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 (診療情報提供書に添付)	

施設基準

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、**HPKI**による電子署名を施すこと。
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能な**ネットワーク**を構築すること。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、**安全な通信環境**を確保すること。
- 保険医療機関において、**個人単位の情報の閲覧権限の管理**など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- 厚生労働省標準規格に基づく標準化された**ストレージ機能**を有する情報蓄積環境を確保すること。
- 情報の電子的な送受に関する**記録を残している**こと。(ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。)



「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
病院・診療所にかかるすべての国民と、
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

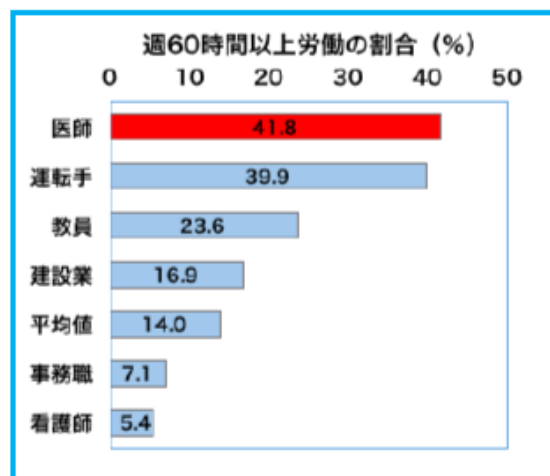
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、
すべての関係者の取り組みが前進するよう、
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「**医師は、全職種中、最も労働時間が長い**」
という現実を知ってください。

また、日本の医師の「**3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える**」(※1)こと、
「**6.5%が抑うつ中等度以上**」であること、
「**半数近くが睡眠時間が足りていない**」こと。

そして、「**76.9%がヒヤリ・ハットを体験している**」ことなども知ってください。

こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。

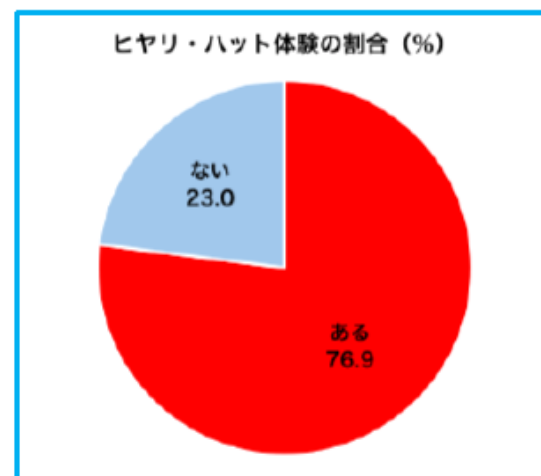


出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

勤務医1万人アンケート (H27年度)

項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当直日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申 (平成28年3月)



出典：労働政策研究・研究機構 勤務医の就労実態と意識に関する調査 (2012年)

※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schernhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302)。

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

市民側の要因

- 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

行政側の要因

- 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

「医療危機」 4つの要因

医師/医療提供者側の要因

- 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

民間企業側の要因

- 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- 健診のデータが効果的に活用されていない
- 健康投資はコストにすぎないという意識がある



～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況

疾病構造やニーズの変化・多様化

医療需要が増える中での働き手の減少

予防努力が評価されない制度

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方時間が短いなど、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民

行政

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える(※5)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/商略化に取り組む

医師/医療提供者

民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。

※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

※5 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の間で役割を担う「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。

※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※1）
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

医療機能の分化・強化、連携と
地域包括ケアシステムの推進に関する視点

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC/PDPS

1,664施設 483,747床※2
(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

85施設
58,446床※1
(+103床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
21施設 6,513床 (▲770床)

救命救急入院料
383施設 6,499床 (+1床)

特定集中治療室管理料
644施設 5,299床 (▲229床)

ハイケアユニット入院医療管理料
管理料1 493施設 4,732床
管理料2 36施設 337床
合計 529施設 5,069床 (+426床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
153施設 1,202床 (+198床)

小児特定集中治療室管理料
8施設 88床 (+4床)

新生児特定集中治療室管理料
231施設 1,615床 (▲21床)

総合周産期特定集中治療室管理料
125施設 母児・胎児 797床 (+48床)
新生児 1,615床 (+90床)

新生児治療回復室入院医療管理料
197施設 2,750床 (+17床)

一類感染症患者入院医療管理料
31施設 99床 (+6床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	68施設	192施設	105施設	371施設	138施設
医療管理料	5,027床 (+95床)	6,780床 (+4床)	2,563床 (▲64床)	7,923床 (▲298床)	-

緩和ケア病棟入院料
394施設 7,927床 (+388床)

一般病棟入院基本料

617,411床 (▲13,978床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	計
688施設 44,299床 (+5,589床)	696施設 32,560床 (▲1,736床)	124施設 5,204床 (▲820床)	1,508施設 82,063床 (+3,033床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	計
1,848施設 56,332床 (+13,503)	126施設 3,093床 (+381)	1,974施設 59,425床 (+13,884)

障害者施設等入院基本料

863施設
67,341床 (+541床)

特殊疾患病棟

入院料1	入院料2	管理料
110施設 5,850床 (▲26床)	93施設 6,877床 (+315床)	30施設 470床 (▲24床)

療養病棟入院基本料

222,344床 (+830床)

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成29年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 5,372施設 71,913床 (▲3,529床)

有床診療所 (療養) 563施設 5,523床 (▲879床)

精神病棟 1,303施設 157,205床 (▲2,915床)

精神科救急入院料
入院料1 137施設 8,630床 (+876床)
入院料2 4施設 256床 (▲2床)

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 346施設 16,220床 (+284床)
入院料2 12施設 628床 (▲62床)

精神科救急・合併症入院料
10施設 334床 (+12床)

児童・思春期精神科入院
37施設 1,223床 (+43床)

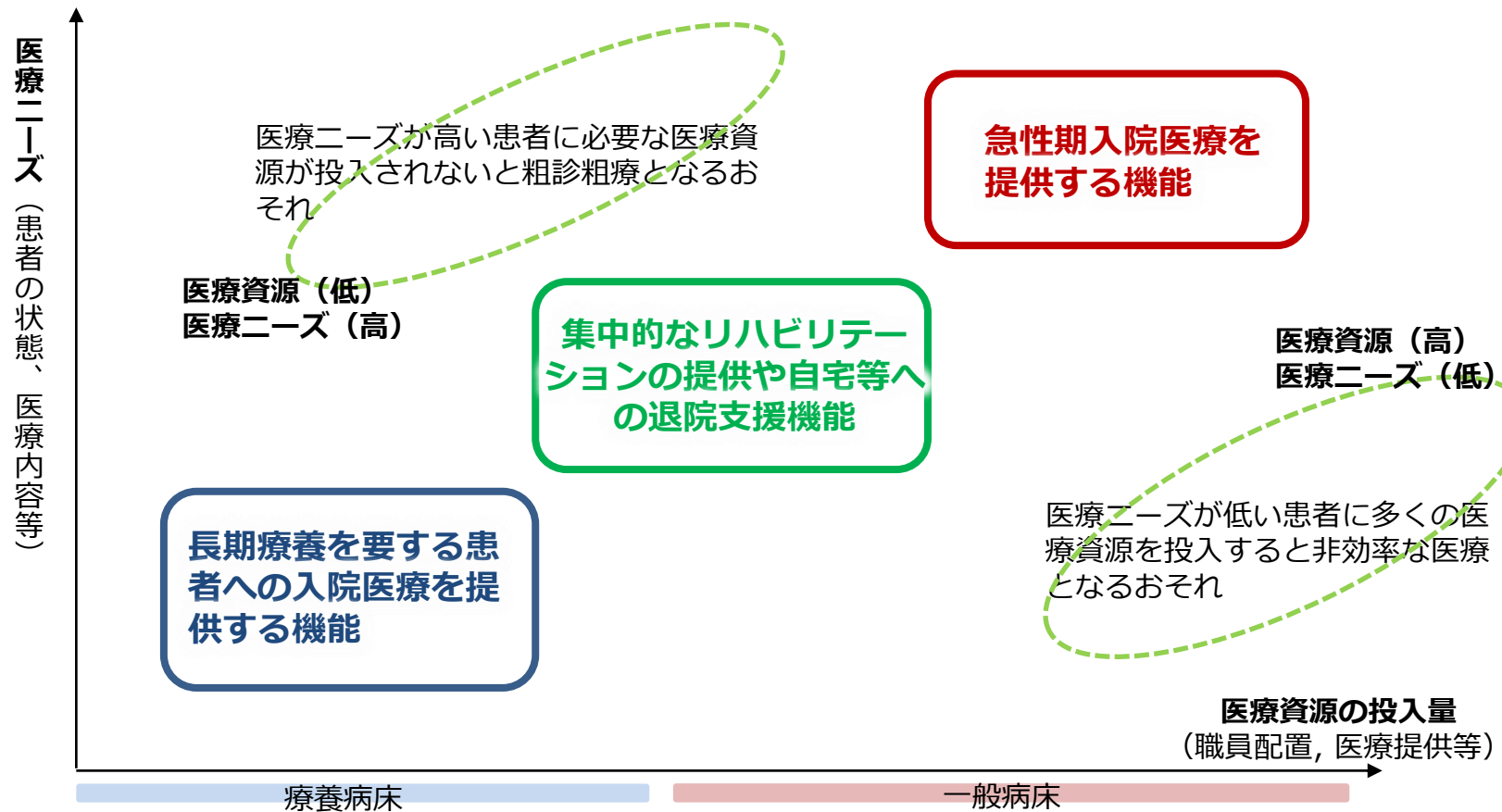
精神療養病棟入院料
824施設 92,816床 (▲1,466床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 501施設 34,911床 (+453床)
入院料2 8施設 680床 (▲256床)

結核病棟 193施設 4,627床 (▲140)

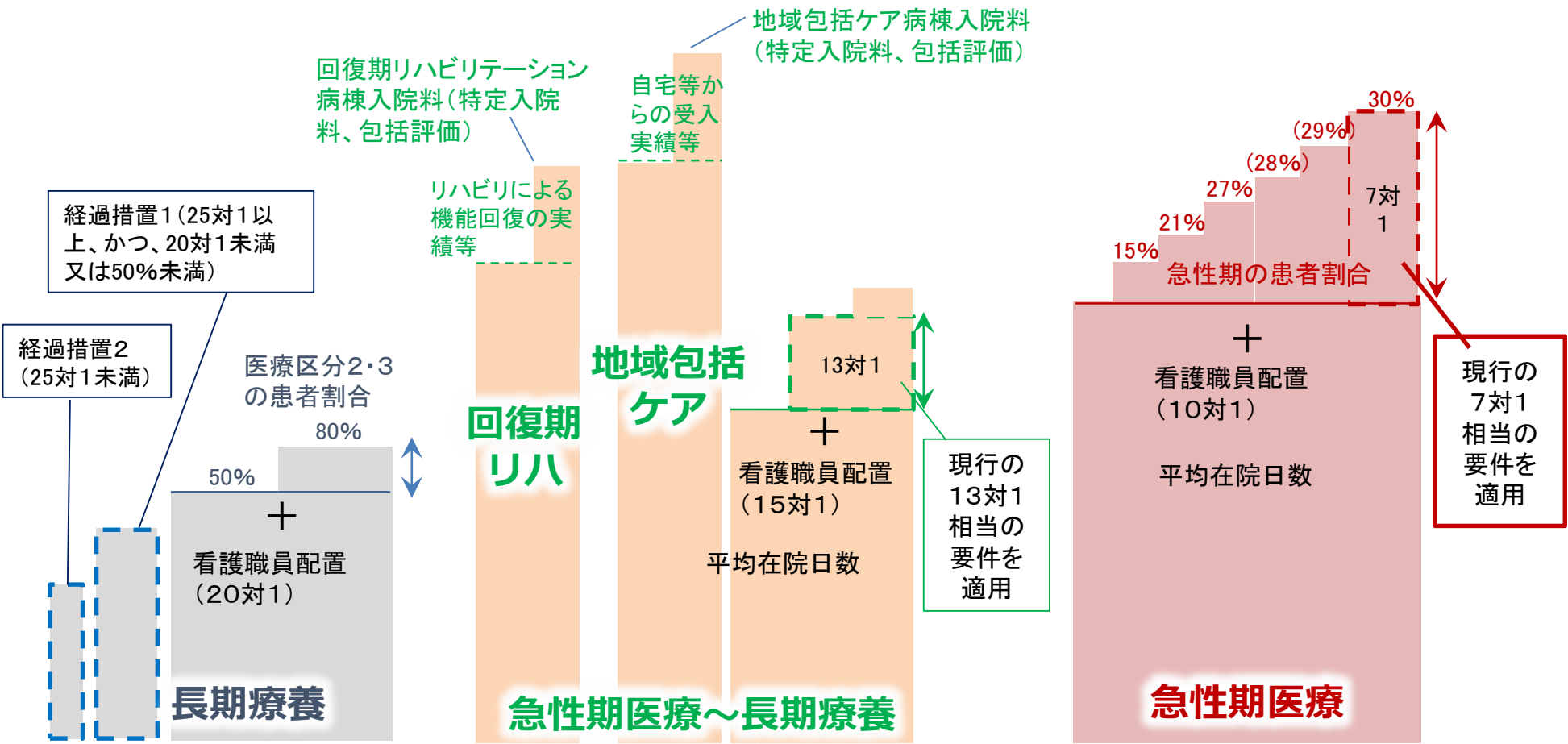
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

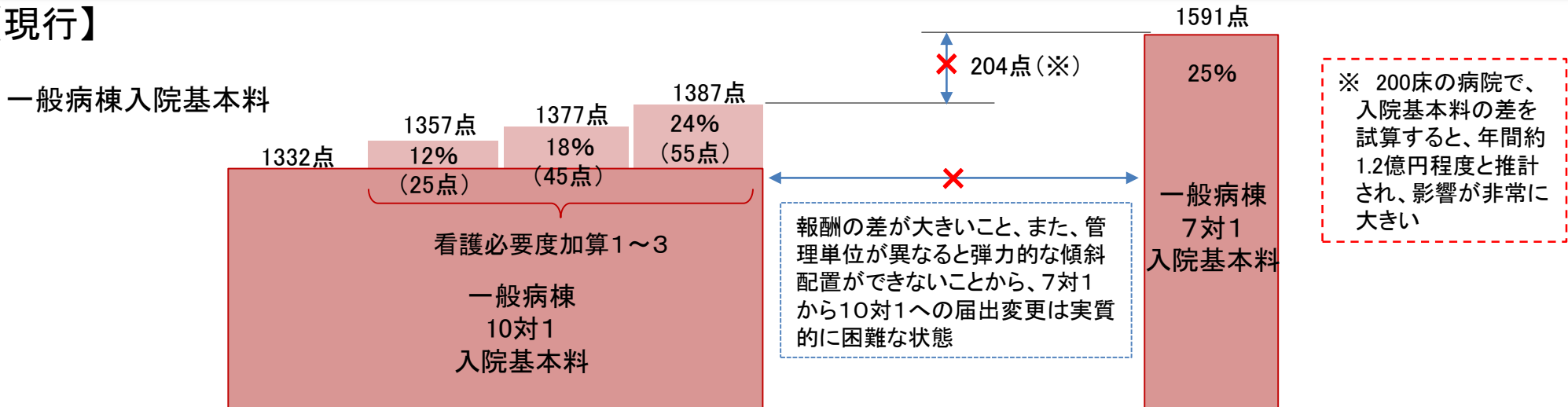
一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

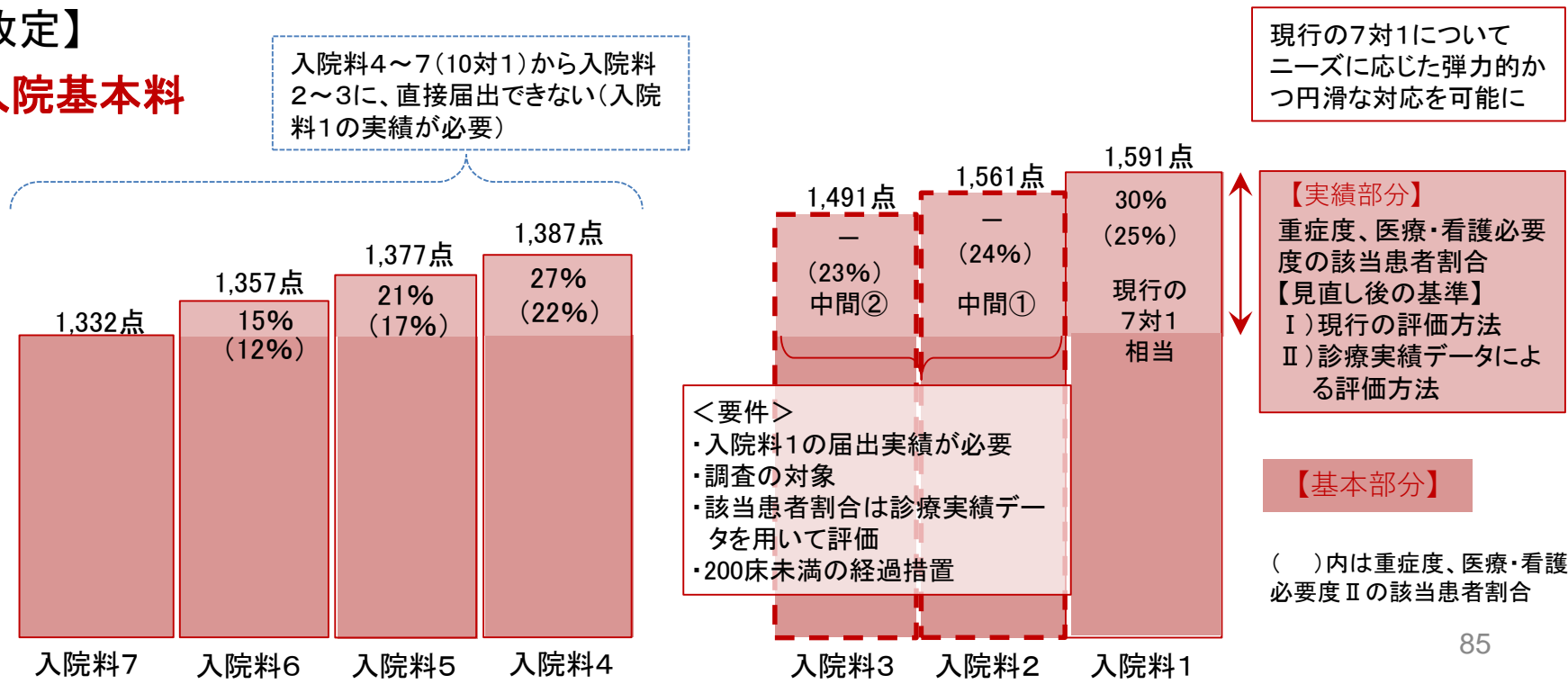
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料

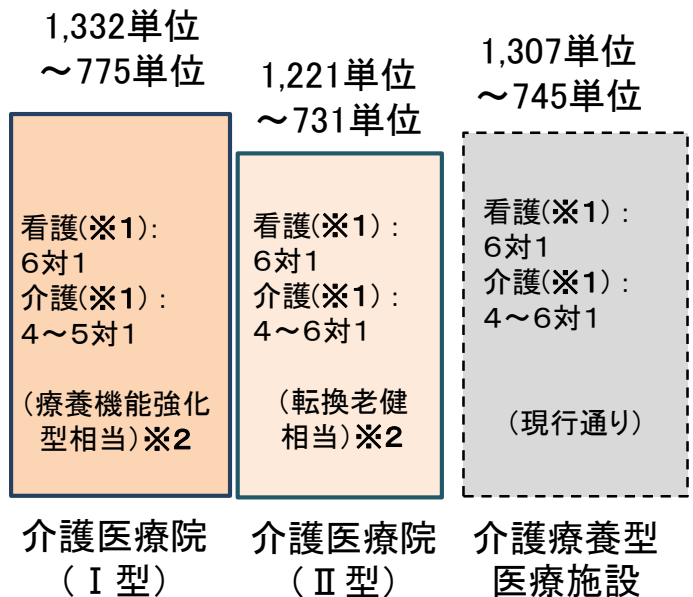


＜参考＞療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

【介護保険】 介護療養病床

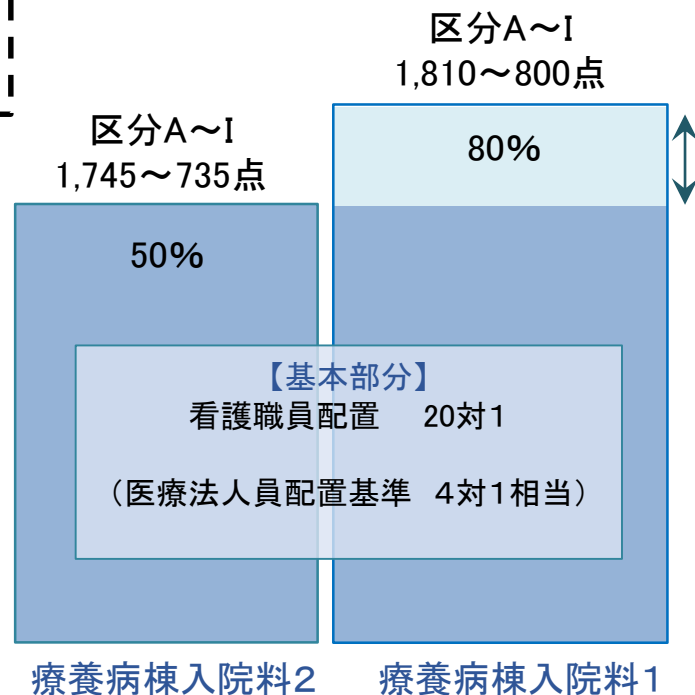
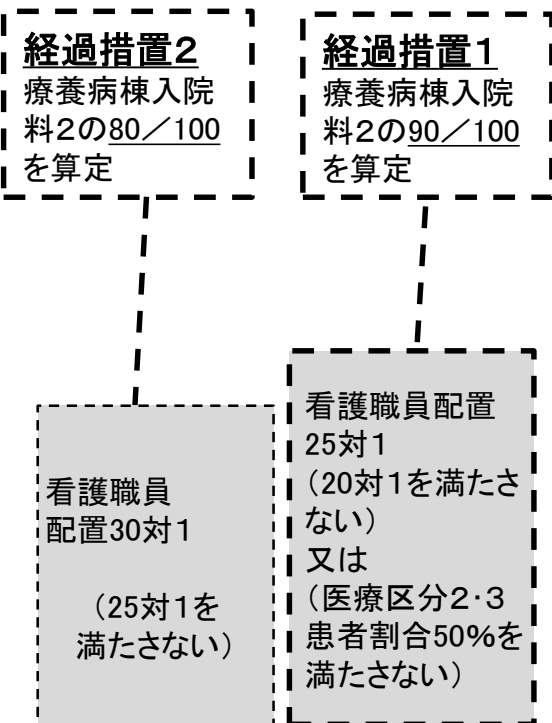
(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

(※2) 介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算 93単位/日」(1年間に限り)が算定可能。



【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

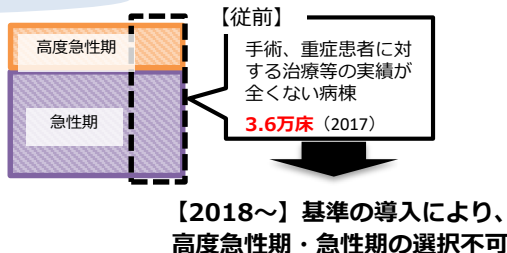
1. これまでの取組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

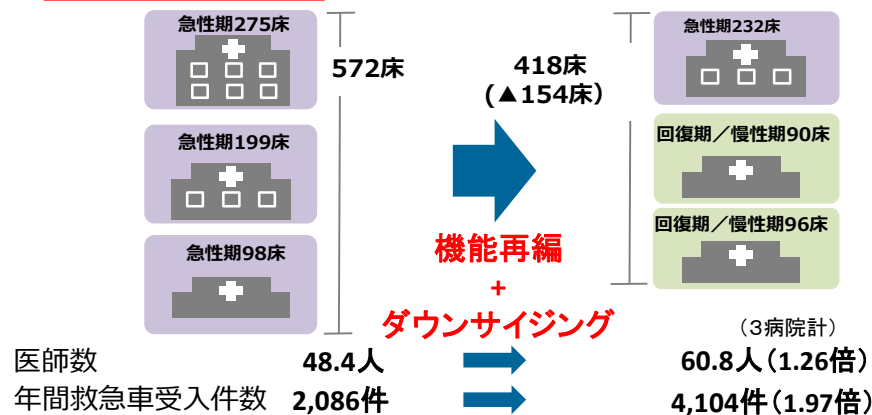
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

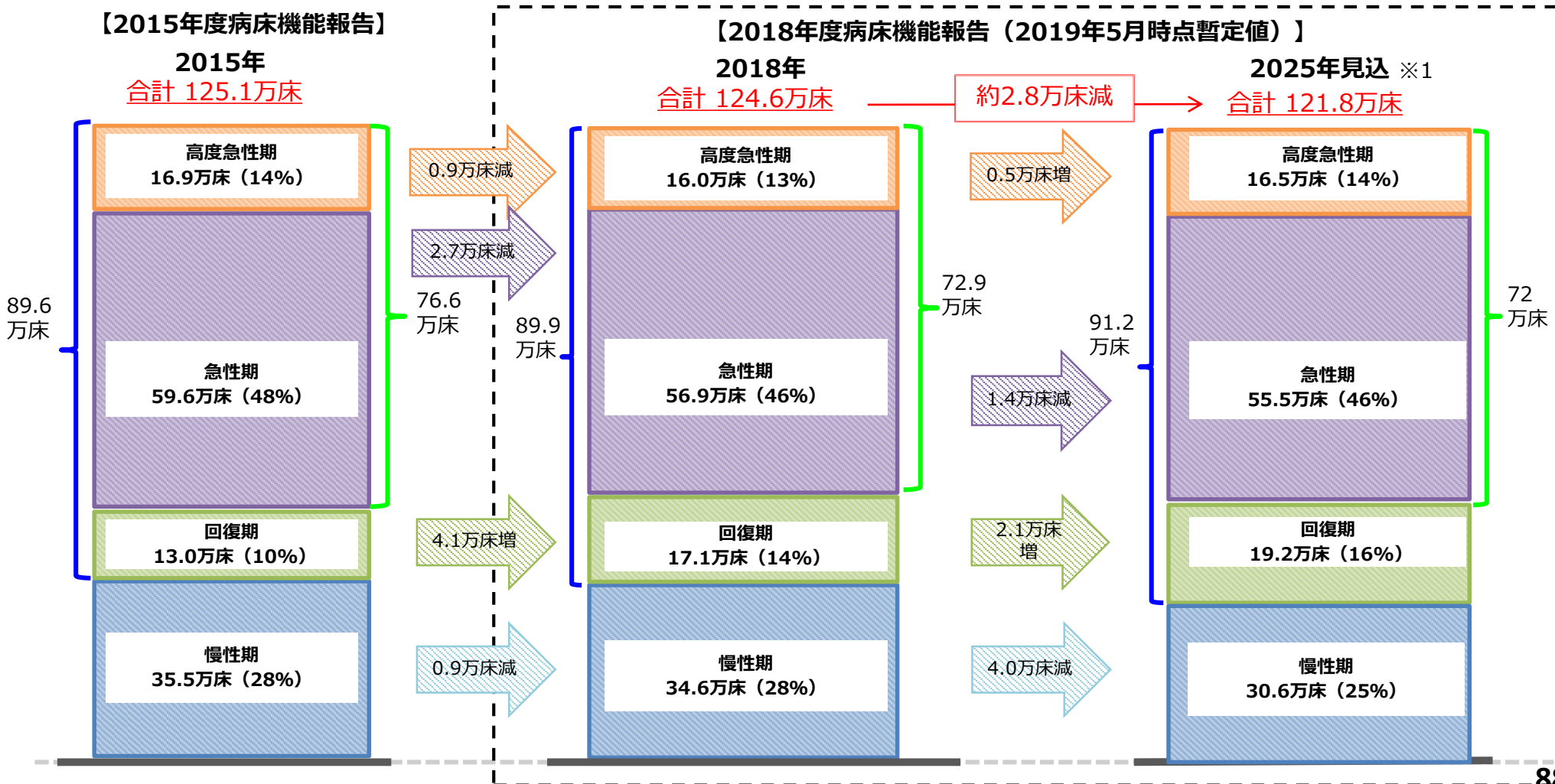
- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数※¹は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**。 ※²
- 機能別にみると、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、回復期は**6.2万床増加**、慢性期は**4.9万床減少**する見込み。

※¹：2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※²：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要



病床機能連携を評価する主な診療報酬項目

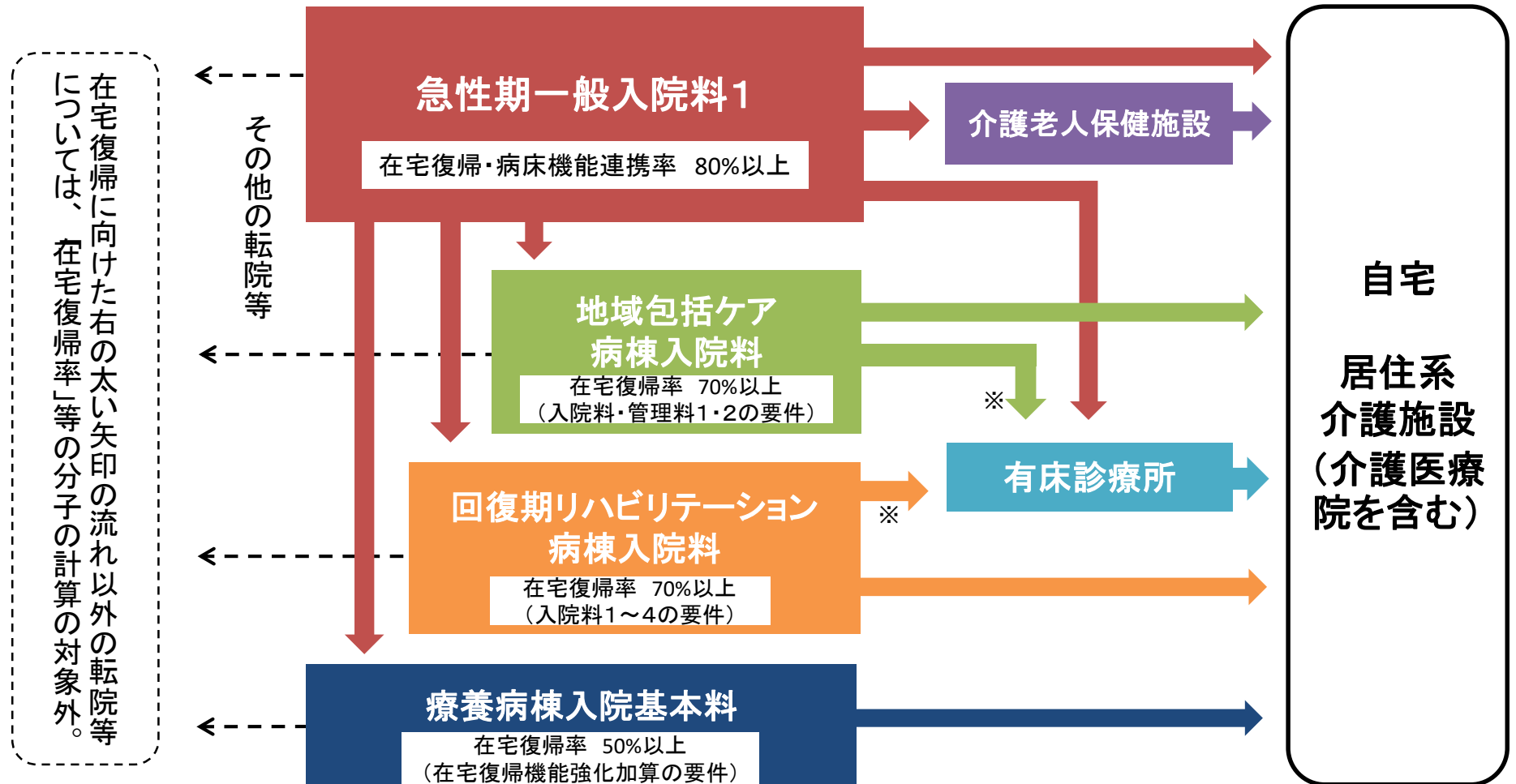
○ 一部の入院料において、他の保険医療機関や在宅から患者を受け入れた場合を評価している。

報酬項目	対象	主な要件	点数
在宅患者支援(療養)病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟(病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に算定。	1日300点(療養病床は350点)(入院から14日間)
急性期患者支援(療養)病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟(病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者について算定。	1日150点(療養病床は300点)(入院から14日間)
救急・在宅等支援(療養)病床初期加算	地域一般入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 特定一般病棟入院料	当該病棟(診療所)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日150点(入院から14日間)
有床診療所一般病床初期加算	有床診療所入院基本料	当該診療所に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日100点(入院から7日間)
重症児(者)受入連携加算	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 有床診療所(療養病床)入院基本料 特殊疾患入院料・管理料 等	当該病棟に他の保険医療機関から転院してきた患者が、他の保険医療機関においてA246入院支援加算3を算定した場合に算定。	2000点(入院初日)
在宅患者緊急入院診療加算	一般病棟入院基本料 療養病棟入院基本料 地域包括ケア病棟入院料・管理料 等	他の診療所においてC002在宅時医学総合管理料又はC002-2施設入居時等医学総合管理料等を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該診療所の求めに応じて入院させた場合に算定。	2500点～1000点(入院初日)
精神疾患診療体制加算1	一般病棟入院基本料 特定集中治療室管理料 等	当該保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合に算定。	1000点(入院初日)
緩和ケア病棟緊急入院初期加算	緩和ケア病棟入院料	当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)により在宅での緩和ケアが行われている患者の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に算定。	1日200点(入院から15日間)

在宅復帰・病床機能連率等にかかる転院・転棟の流れ

- 急性期一般入院料1や地域包括ケア病棟入院料等の施設基準において、在宅復帰や病床機能連携が適切に進むよう、在宅等に退院した患者の割合を設定している。
- 平成30年度診療報酬改定では、連携等をさらに推進する観点から、一部の計算式の見直しや、施設基準の引き上げ等を行った。

(太い矢印は在宅復帰率の算出にあたって計算式に含まれる退院・転院)

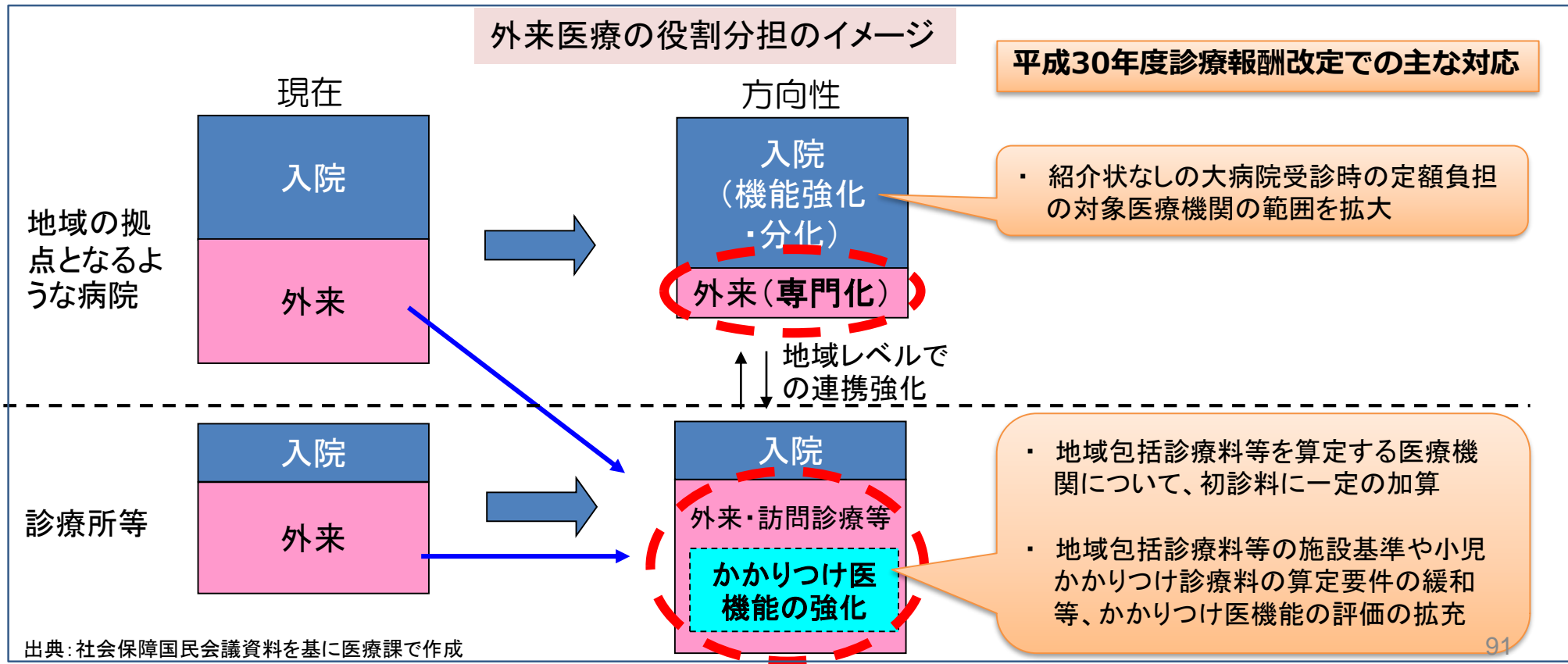


※介護サービスを提供している有床診療所に限る

外来医療の今後の方向性(イメージ)

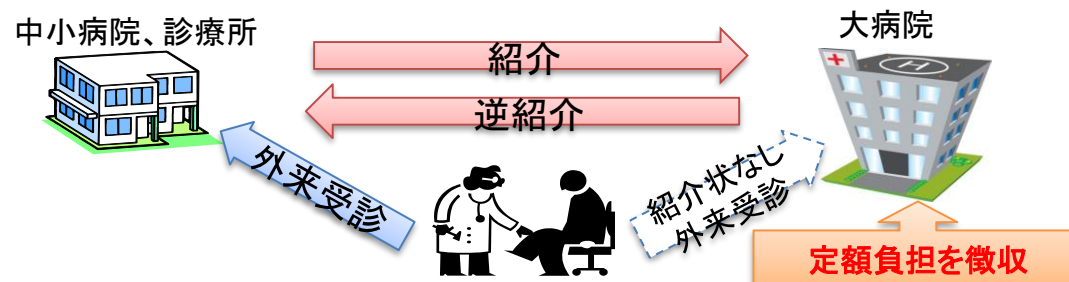
社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

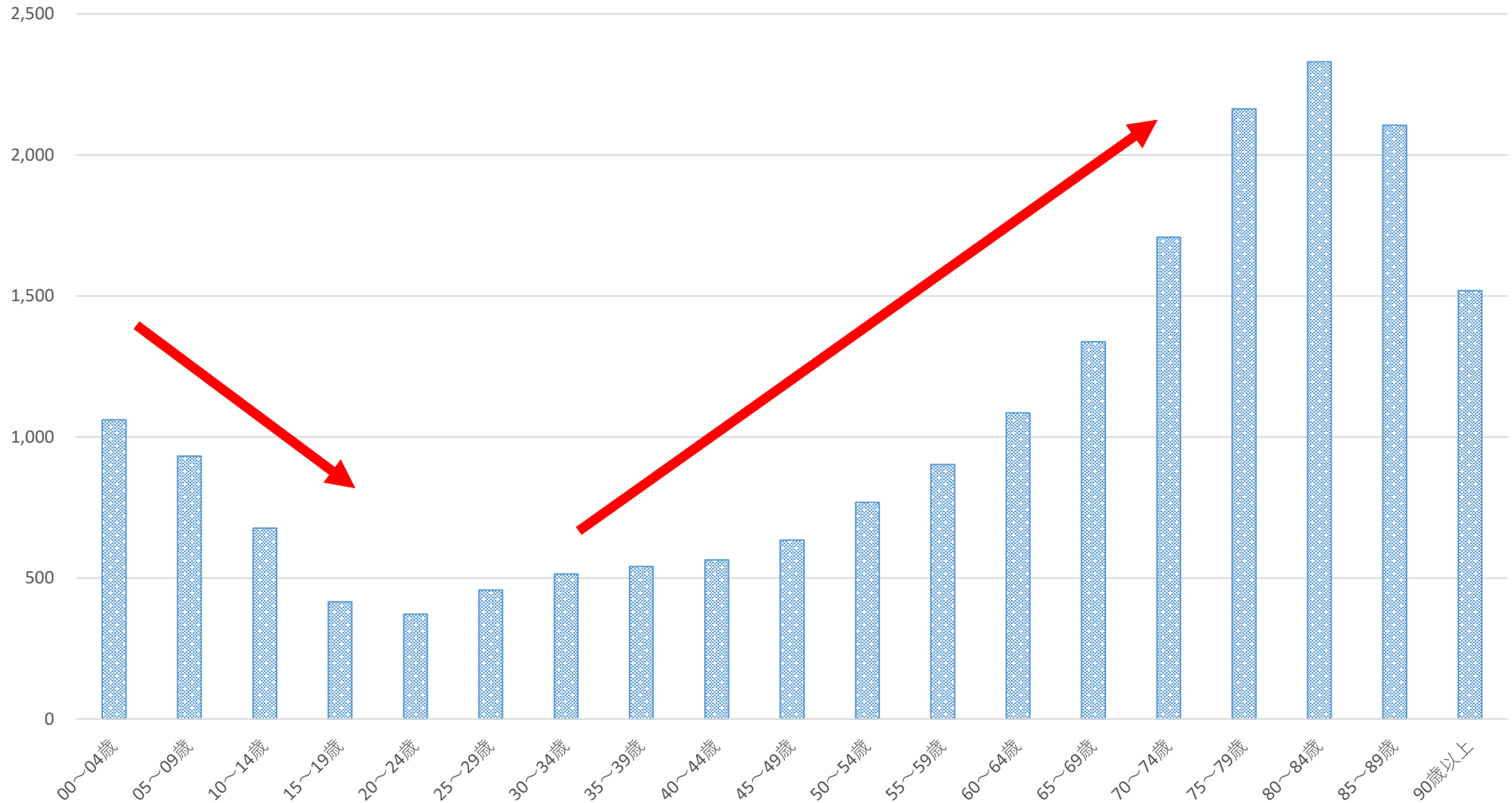
- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。（対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院）
- 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。
- ※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



外来機能：年齢別の算定回数

- 乳幼児期から年齢が上がるにつれて受診回数は減少し、20～24歳で最小となる
- その後、年齢が上がるにつれて受診回数が増加し、80～84歳に最大となる

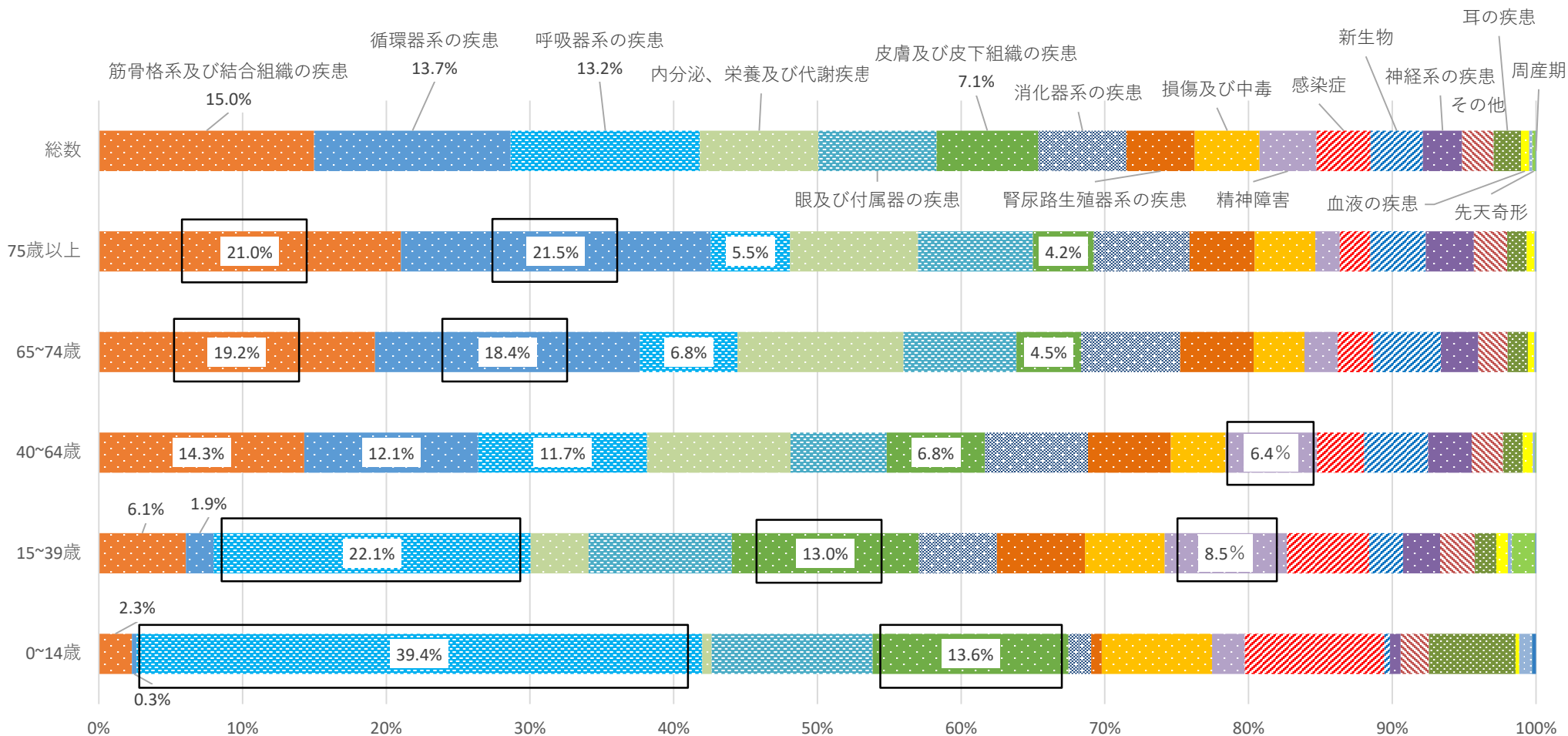
初・再診料の算定回数（人口千人当たり）



外来機能：初・再診料の算定回数が多い疾患分類

- 若年層では呼吸器や皮膚に係る疾患が多く、年齢を経ると筋骨格系や循環器に係る疾患が多くなる
- 15～64歳では、他の年齢層に比べ、精神障害の割合が高い

初・再診料を算定した疾患分類

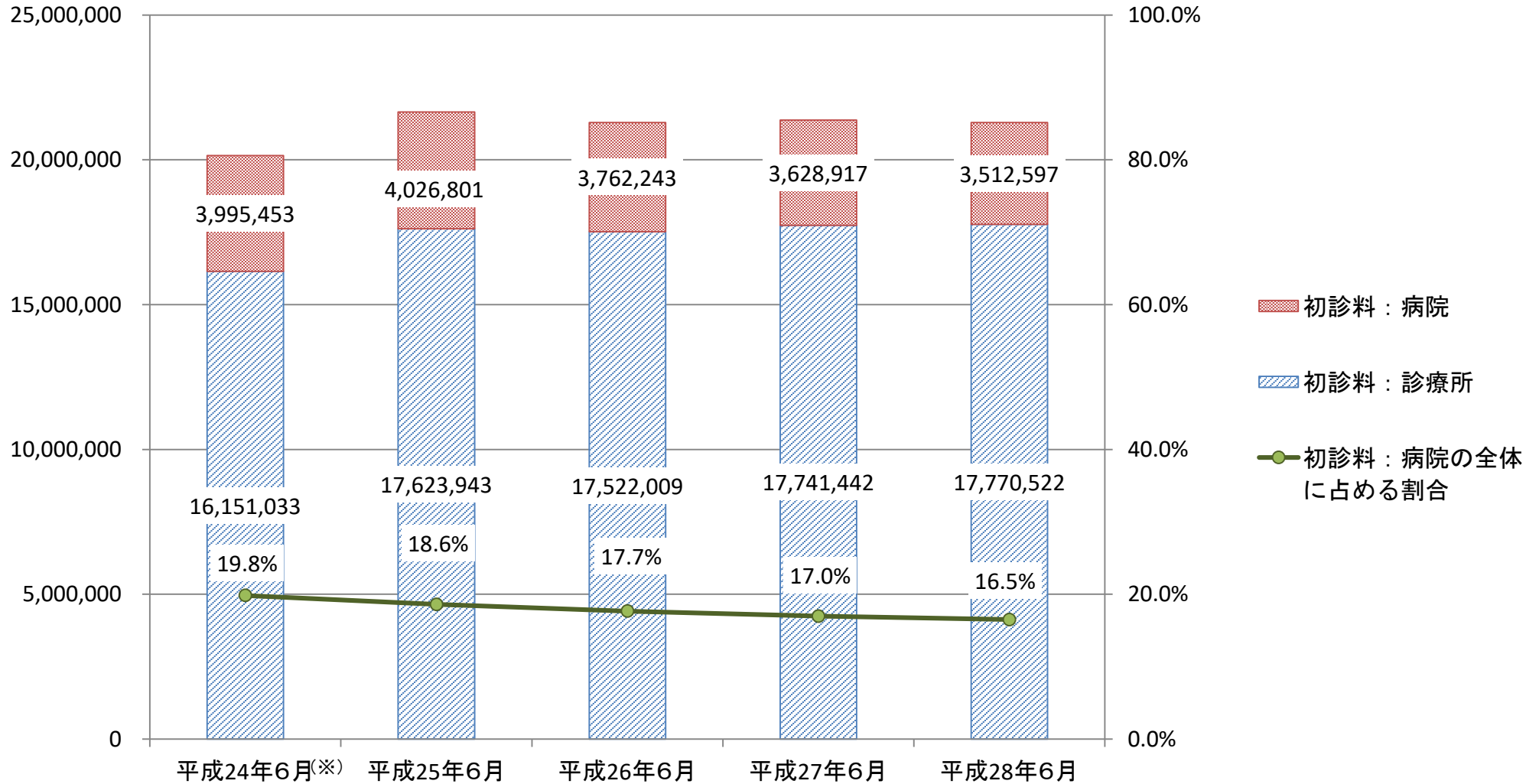


病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

○ 初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

(単位:回)

中	医	協	総	-	1
3	0	.	1	.	10



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

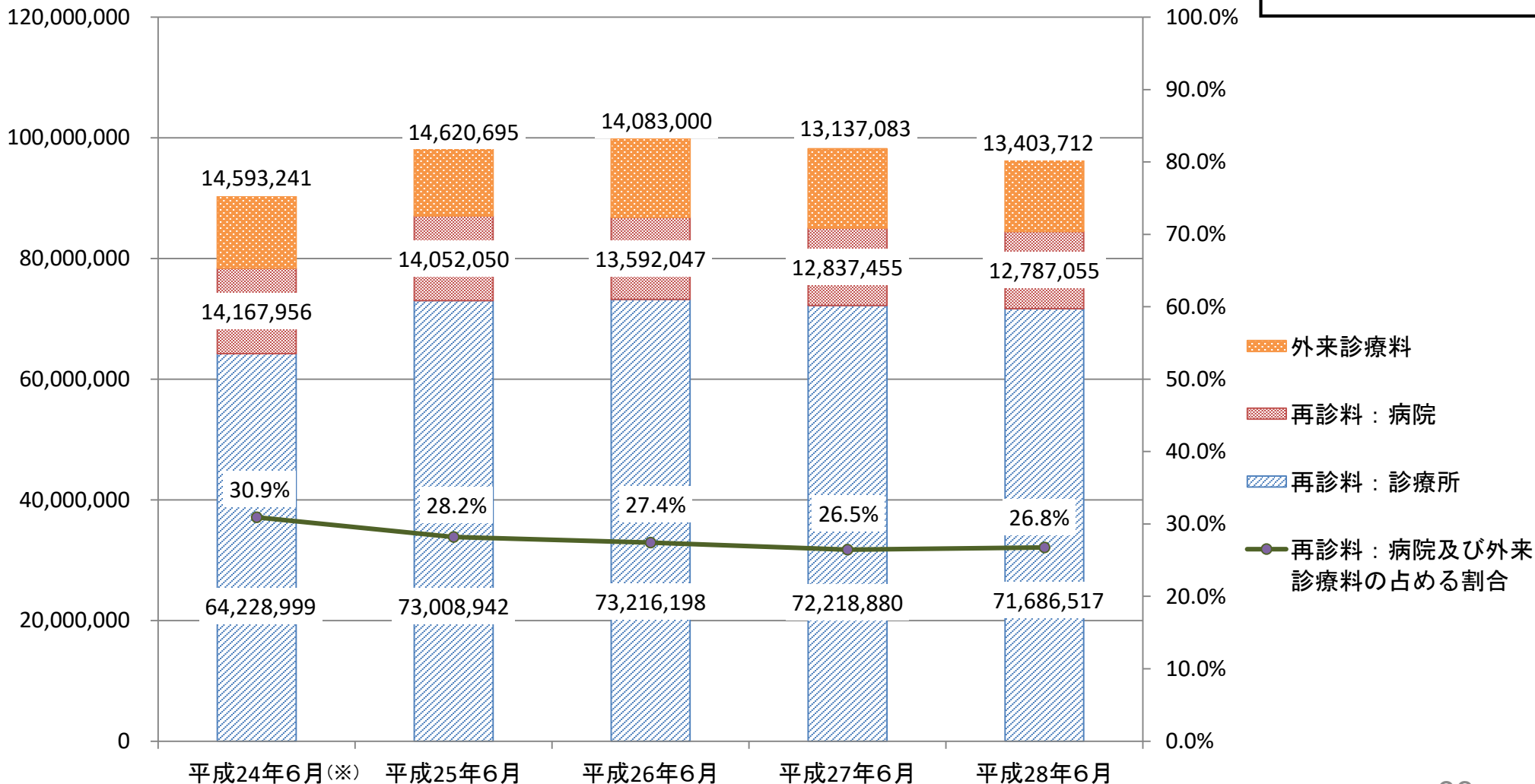
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数 of 年次推移

○ 再診料・外来診療料の算定回数は、全体として減少傾向であり、病院の占める割合も減少傾向。

(単位:回)

＜病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移＞

中	医	協	総	-	1
3	0	.	1	.	10

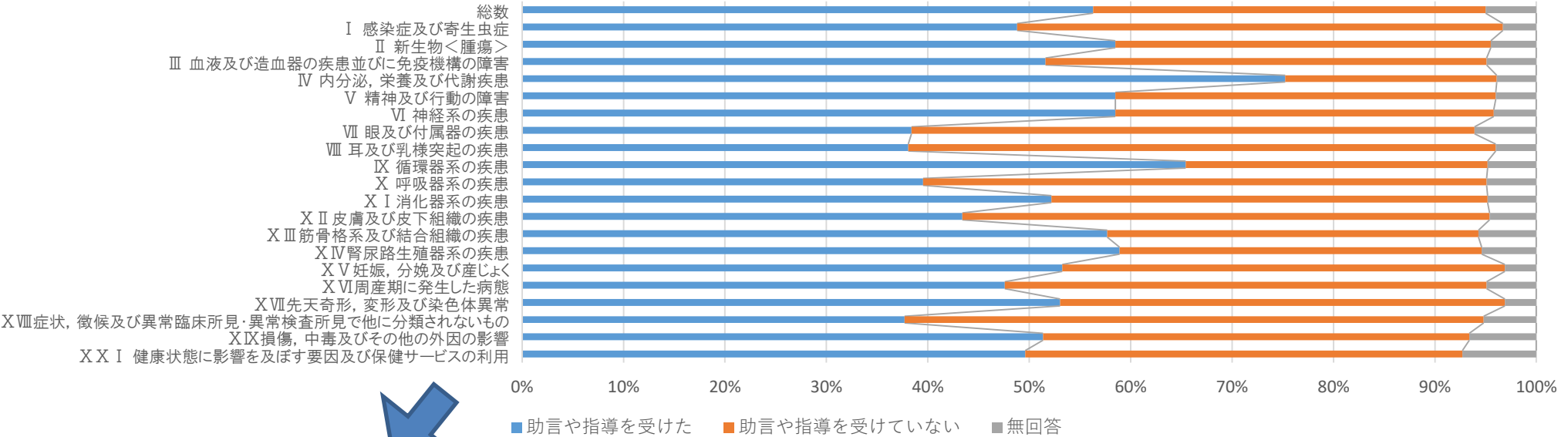


※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

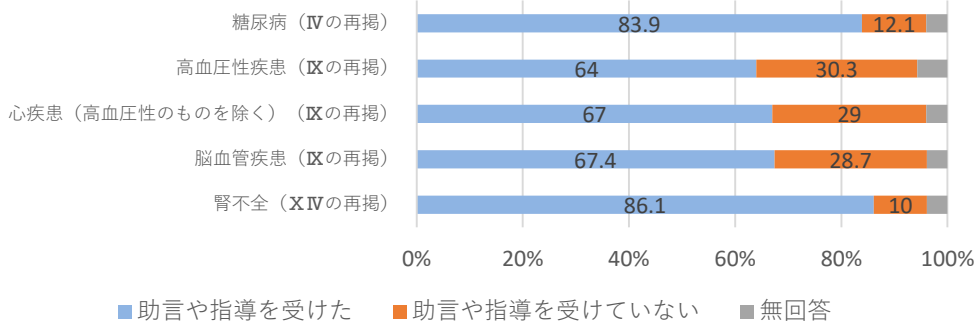
傷病分類別の生活習慣上の助言や指導の有無とその内容

- 医師・看護師・管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けた方は、全体の約5割、生活習慣病の方の約6～8割を占める。
- 生活習慣病の方に対する助言や指導の内容は「栄養・食生活」「身体活動・運動」が多い。

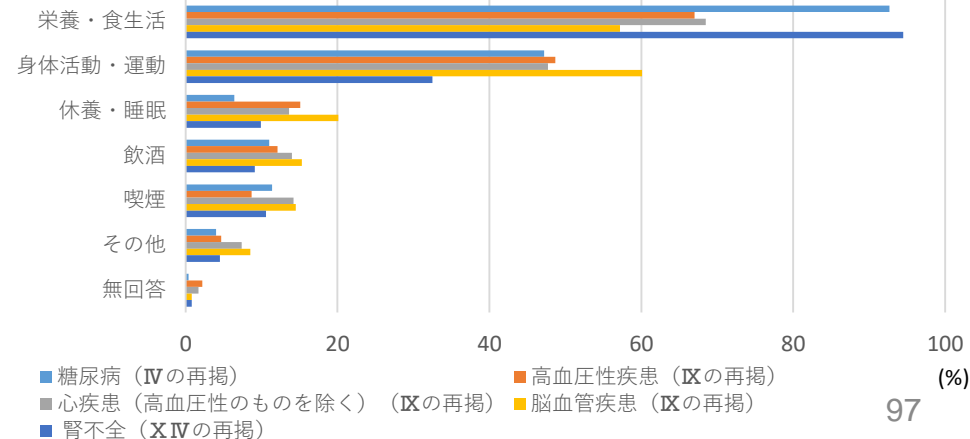
傷病分類別の医師・看護師・管理栄養士などからの生活習慣上の助言や指導の有無



主な生活習慣病（抜粋）



助言や指導の内容（複数回答）



質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

○ あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書(注)を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定。

項目	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料		薬剤師1人週
・単一建物診療患者が1人の場合	650点	40回まで
・単一建物診療患者が2～9人の場合	320点	患者1人につき
・単一建物診療患者が10人以上の場合	290点	月4回まで*
(+麻薬管理指導加算)	(+100点)	
(+乳幼児加算)	(+100点)	

(注) 薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種(訪問看護ステーション)等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,400円(月の初日の訪問の場合)



[施設基準]

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

- エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績
- オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績
- カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施
- キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績
- ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

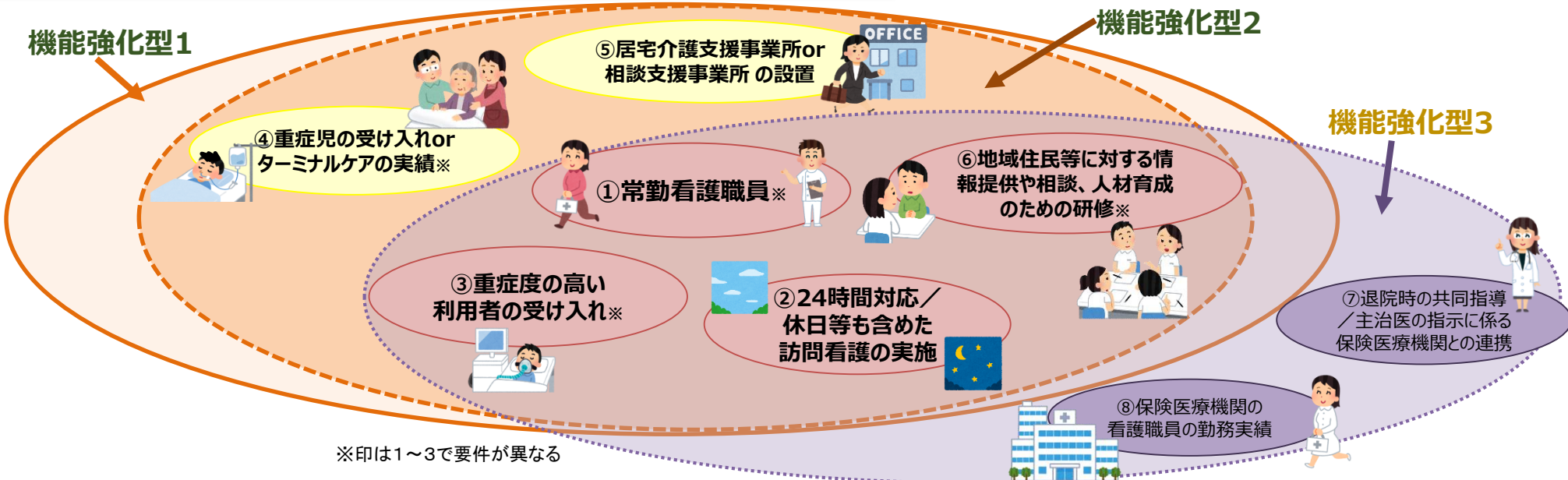
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所、**特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所**が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。**ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。**

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



要件		機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
①	常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
②	24時間対応体制加算の届出を行っている/ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施			
③	重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上/月
④	ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績※(いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人	
⑤	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)			
⑥	情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施 (望ましい)		医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績
⑦				⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
⑧				医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供

○ 平成30年度診療報酬改定において新設された訪問看護情報提供療養費3を算定した訪問看護ステーションは約1割であり、情報提供先のほとんどは医療機関である。

入院又は入所時の連携の強化

平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

➤ 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

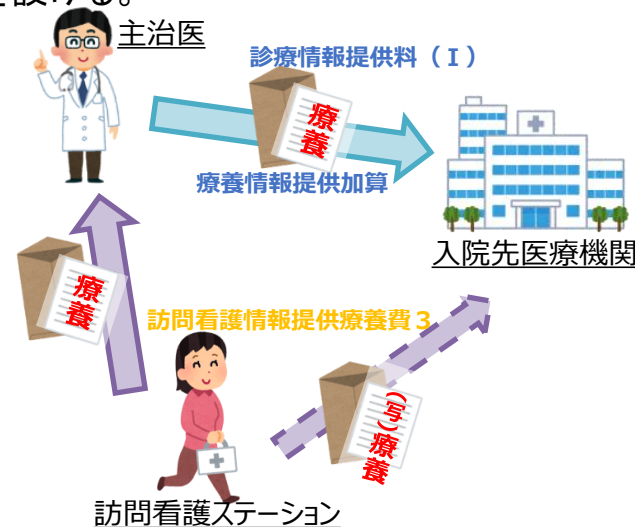
[算定要件]

保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する場合、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

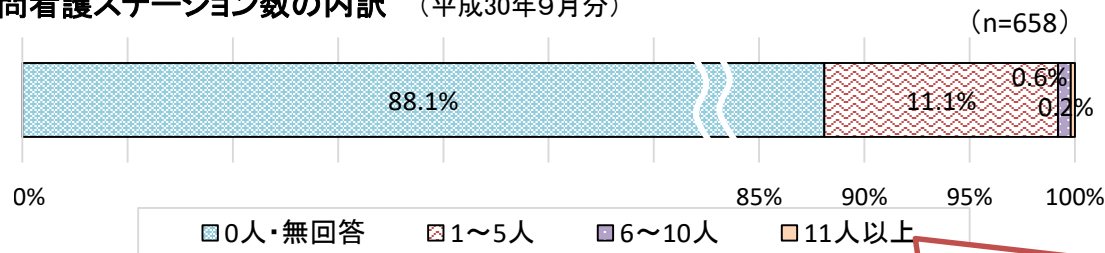
(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



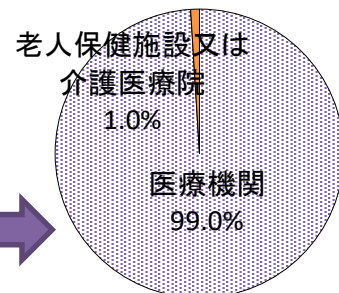
■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者数別の訪問看護ステーション数の内訳 (平成30年9月分)



<算定した利用者がいた場合>
平均人数:2.3人 中央値:1人(最小:1人、最大:26人)

■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者の入院・入所先の内訳

(入院・入所先について回答のあった計102人)



医科・歯科間での診療情報の共有

- 平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価を新設した。

診療情報連携共有料

120点【医科点数表、歯科点数表】

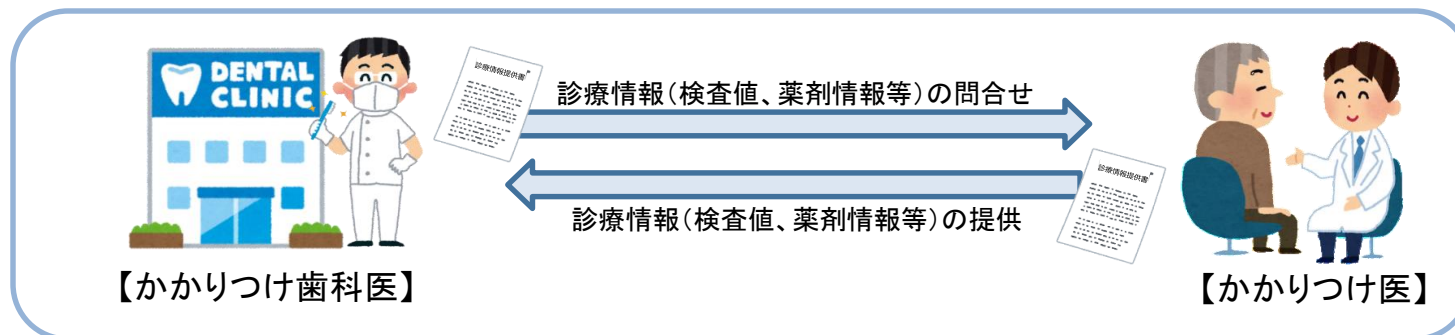
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【歯科点数表】

- ・ 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- ・ 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制(窓口の設置など)を確保していること。
- ・ 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
- ・ 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。



I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- ・療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

効率化・適正化を通じて、
制度の安定性・持続可能性を高める視点

後発医薬品の使用促進に関わる診療報酬上の対応

○ 後発医薬品の使用促進のために、診療報酬上の様々な取組が実施されている。

		個々の処方・調剤に対する評価	施設体制に対する評価	
医療機関	入院	薬剤の費用が包括されている入院料等については、間接的に後発医薬品を使用することのインセンティブとなる	後発医薬品使用体制加算（入院初日）注） <ul style="list-style-type: none"> 加算1（85%以上使用）：45点 加算2（80%以上使用）：40点 加算3（70%以上使用）：35点 加算4（60%以上使用）：22点 	
	外来		病院	外来後発医薬品使用体制加算（1処方につき） <ul style="list-style-type: none"> 加算1（85%以上使用）：5点 加算2（75%以上使用）：4点 加算3（70%以上使用）：2点
			診療所	
	処方		一般名処方加算※） <ul style="list-style-type: none"> 加算1（全品目を一般名処方）：6点 加算2（1品目以上を一般名処方）：4点 	
薬局	薬剤服用歴管理指導料 <ul style="list-style-type: none"> ○薬剤情報提供文書により、後発医薬品の有無や自局での備蓄状況を情報提供 ○一般名処方された医薬品について、後発品を調剤しない場合、明細書の摘要欄に理由を記載 	後発医薬品調剤体制加算（処方箋の受付1回につき） <ul style="list-style-type: none"> 加算1（75%以上）：18点 加算2（80%以上）：22点 加算3（85%以上）：26点 		

※）一般名処方加算の対象は厚生労働省が管理する一般名処方マスタに掲載されている医薬品であるが、注射薬は掲載されていない。このため、インスリン等の自己注射薬は一般名処方マスタには掲載されておらず、一般名処方加算の対象とはならない。

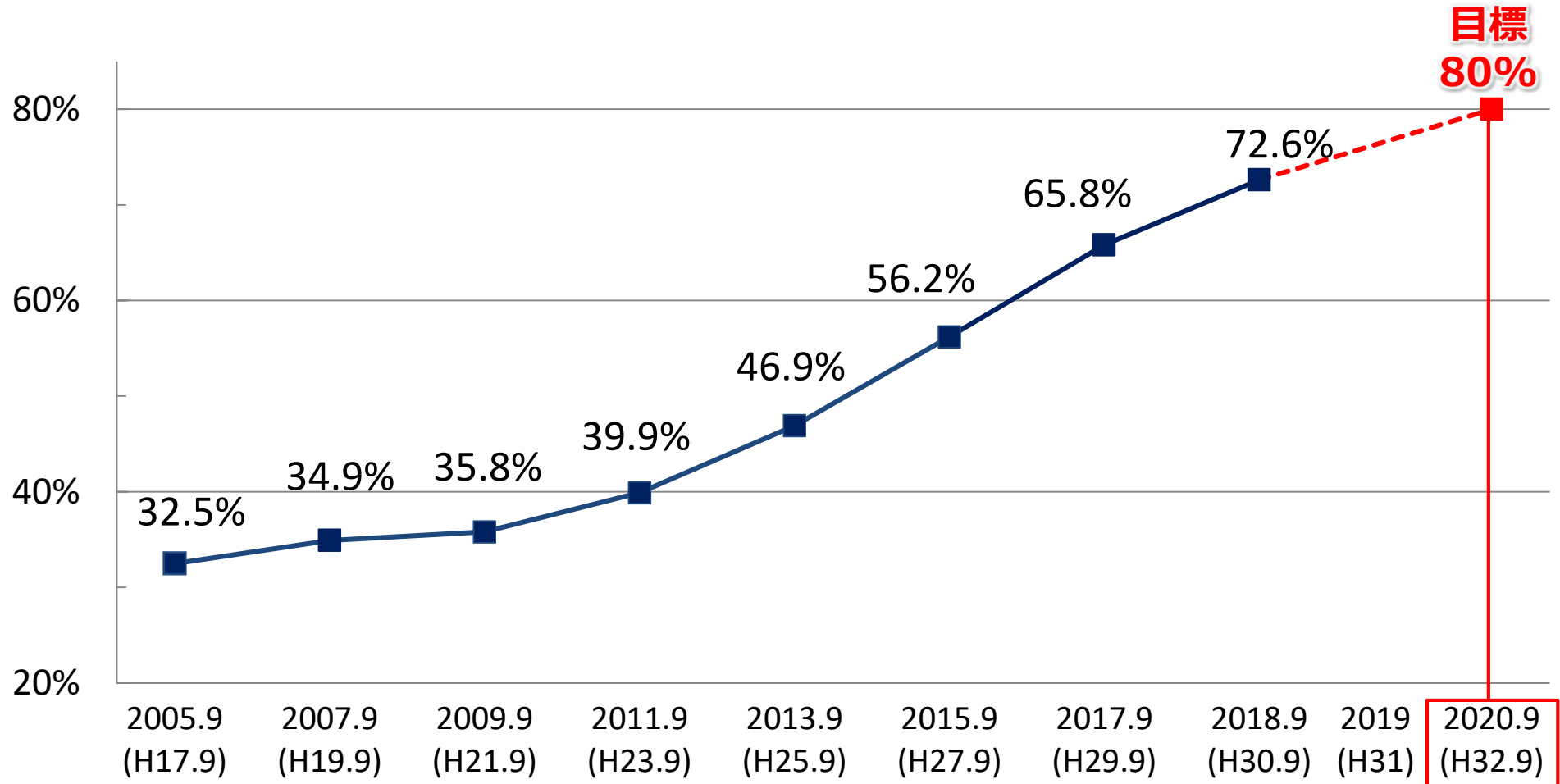
注）病院の外来患者への後発医薬品の使用に対する直接の評価はない。しかしながら、入院時の後発医薬品使用体制加算の算定の実績に、外来患者への後発医薬品の使用実績が含まれており、間接的に評価されていると言える。

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品]及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

医療機関における減薬に関する取組の評価

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① **入院前に6種類以上の内服薬**(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の**退院時に処方される内服薬が2種類以上減少**した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、**入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服**していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が**2以上減少**した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、**クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服**していたものについて、**1,000mg以上減少**した場合を含めることができる。

**(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り)
連携管理加算 50点**

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少した場合**は、所定点数を算定する。

- ② 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

	届出医療機関数	算定回数		
		H28	H29	H30
薬剤総合評価調整加算	(届出不要)	1,640	1,808	2,848
薬剤総合評価調整管理料		11,004	4,902	5,612
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算		956	516	593

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

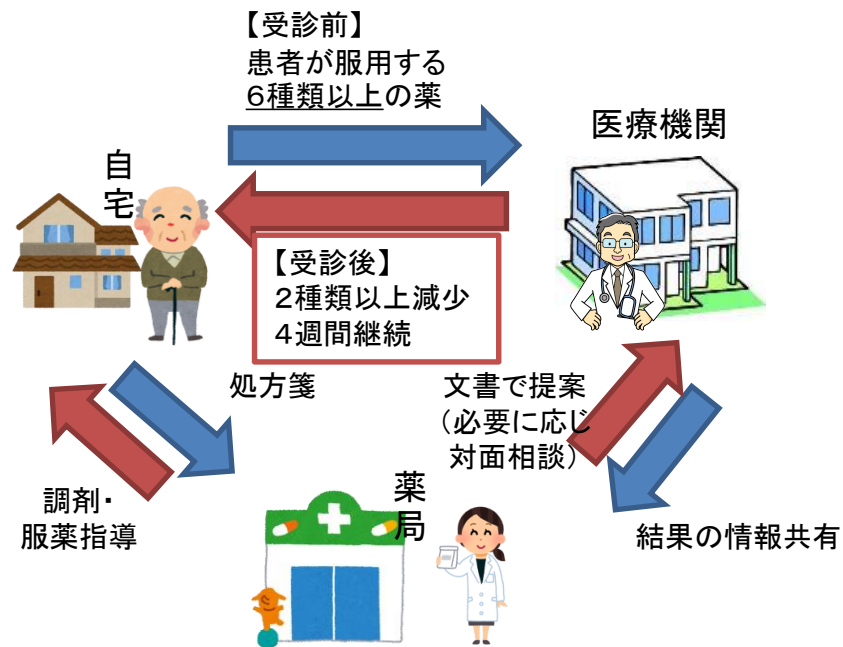
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



残薬解消に向けた薬局の取組の評価（外来服薬支援料）

外来服薬支援料

○ 残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価

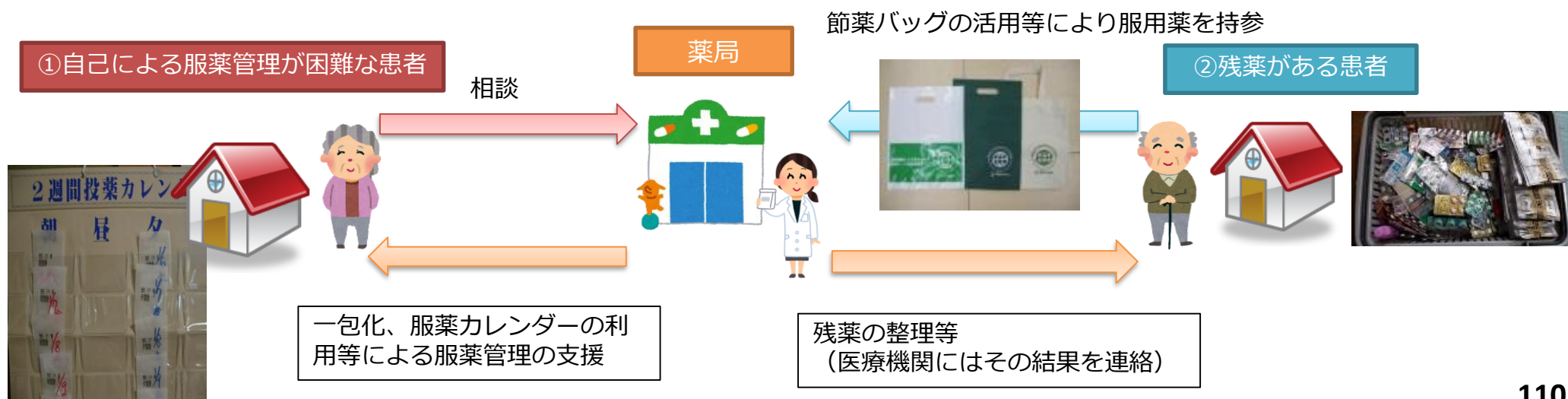
(1) 自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること

※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。

(2) いわゆるブラウンバック運動（患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組）を周知し、実際に患者等が持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

外来服薬支援料

185点（月1回まで）



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

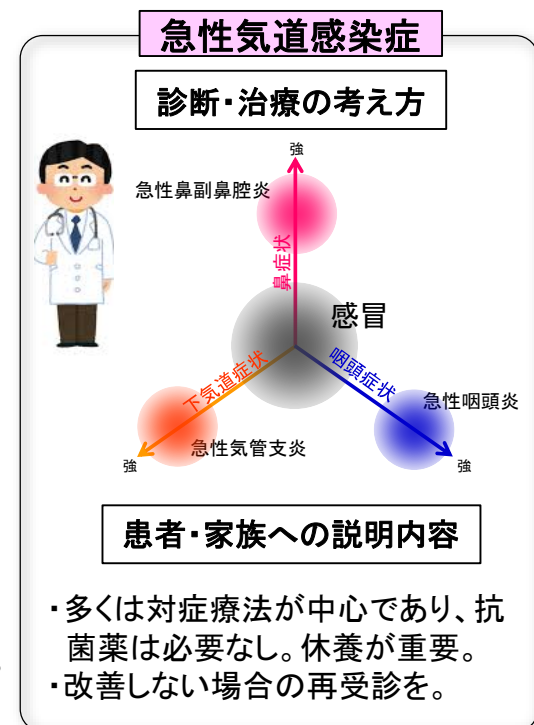
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (平成 28 年 4 月 5 日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



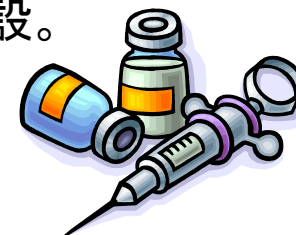
「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

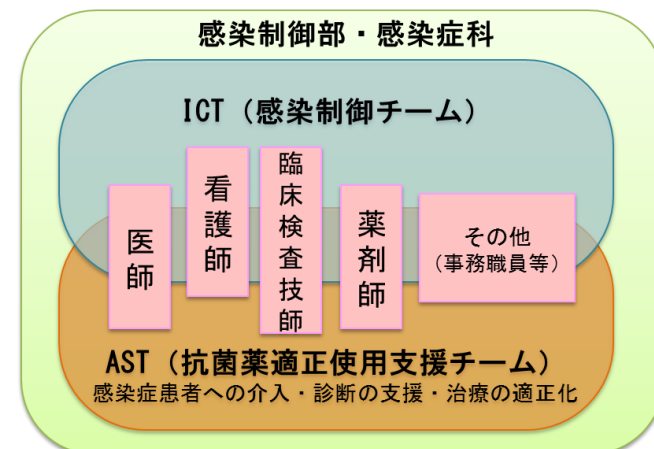
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



フォーミュラーについて

我が国でのフォーミュラーの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

(米国病院薬剤師会におけるフォーミュラーの定義等)

Continually updated list of medications and related information, representing the clinical judgment of physicians, pharmacists, and other experts in the diagnosis, prophylaxis, or treatment of disease and promotion of health.

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83

■ 院内フォーミュラー及び地域フォーミュラーについて

	院内フォーミュラー	地域フォーミュラー
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師(会)、薬剤師(会)、中核病院
ステークホルダー (意思決定者)	少ない (理事長・オーナー、薬剤部長など)	多い (診療所、薬局、中核病院、地域保険者、自治体など)
管理運営	病院薬剤部	薬剤師会(医師会)
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラーについて①

(検討体制等)

- 浜松医科大学医学部附属病院では経済性のみではなく、採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことなどにより、質と安全性の高い薬物治療を行うために院内フォーミュラーを作成。
- 院内フォーミュラーの作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っている。

■ 新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

【使用指針の基準】(抜粋)

採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことで、簡便かつ効率的な治療を行うことができる。(中略) この「フォーミュラー」の作成は経済性のみではなく、**質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施**する上で必要不可欠なものである。

■ 院内フォーミュラーの検討体制

薬剤管理委員会

- 【手順3：薬剤管理委員会での承認】
・院内フォーミュラー案を**審議、承認**する

- 【手順4：院内フォーミュラーの周知・活用】
・薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する
・必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定し、院内フォーミュラーを周知する(薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に当該院内フォーミュラーを活用)

薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

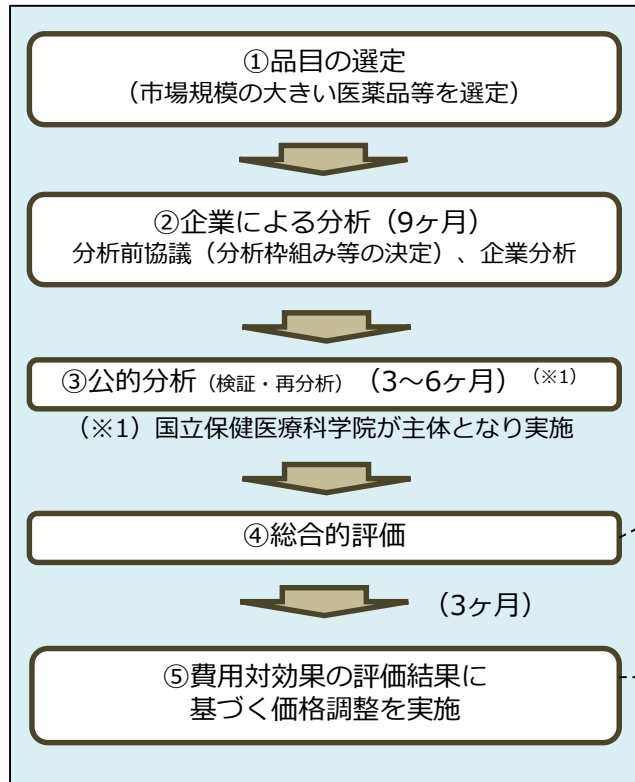
- 【手順1：院内フォーミュラー作成対象領域の選定】
・複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、院内フォーミュラー案の作成を検討する

- 【手順2：院内フォーミュラー案の立案】
・薬剤部にて院内フォーミュラー案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、薬剤部および関連する診療科等において協議し、院内フォーミュラーの原案を作成する

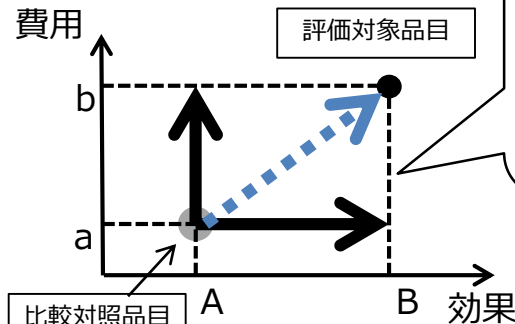
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

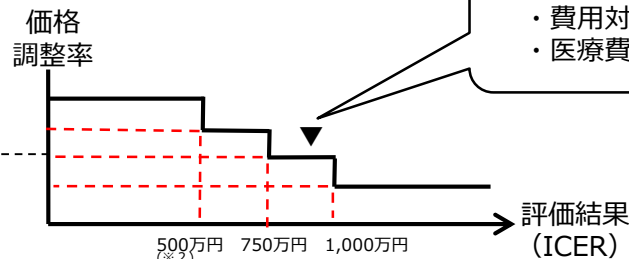
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

1. 次期薬価制度改革に向けた主な課題

(1) 平成30年度改定における附帯意見等

- 薬価制度抜本改革の骨子において検討することとされている事項
- 基礎的医薬品への対応の在り方
- 後発医薬品の薬価の在り方

(2) これまでに問題提起された事項等

- 2020年度改定における実勢価の反映
- 有効成分、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品の取扱い
- 高額な再生医療等製品の価格算定

(3) その他

- 薬価算定組織から提起された事項
- 関係業界から提起された事項のうち検討が必要と考えられるもの など

第120回社会保障審議会医療保険部会（令和元年10月31日）
各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）

<改定に当たっての基本認識>

（どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進）

- ・ 現状でも、地域によっては医療に少し不足感があったり、課題を抱えていたりするので、医療を安心して受けられる社会を実現することはとても重要なこと。特に、へき地とか過疎地といった地域への対応について配慮が必要。
- ・ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会というのは、地方公共団体としては非常に大事な観点。地方の高齢化が進んだところでは、医師の高齢化も進んでおり、民間の診療所で頑張っている先生方がリタイアし、跡継ぎがなく、閉院になってしまうというような事例も多々ある。地域に人が住んでいくためには、外来機能をこういった地域でも維持できるように評価をしてほしい。
- ・ 医師等の働き方改革については、2024年が上限と設定されるが、一般職に比べると、明らかに高いレベルの時間外労働をしている。やはり是正をしていかないと、脳血管疾患、精神障害等々の健康リスクが高く、是認することにもなりかねない。そうならないためにも、地方としても地域医療構想等やれることをやっていくので、国としても診療報酬の面でサポート出来る部分はしていただきたい。
- ・ 地域医療の確保をどう図るかといった視点にとどまらず、地域に住まう様々な困難を抱えた住民の方の生活をどう支えるかという視点を、医療保険並びに医療提供体制の構想の中で、今後、もう少し意識的に取り入れた方がよいのではないかという印象を持つ。

（その他）

- ・ 今回の視点は、4点全て重要であると考え。そういった中で、視点4つのうち、医師等の働き方改革、ここの部分の推進だけを改定の重点課題とされていることについて、違和感を覚える。
- ・ 診療報酬体系の簡素化が必要である。審査基準の統一、審査支払業務改革に取り組んでいる中で、簡素化は大事な視点。加えて、患者・国民にとって身近である医療の実現というときに、わかりやすい医療費など患者から見たときにも、大事なことはないか。26年度あるいは30年度の方針には記載しているので、明記しておいてほしい。
- ・ 医療においては、第三者の評価が重要。これをきちんと推進していくよう明記してほしい。
- ・ 2040年に向けて全国的に人口の急減が見込まれているということが、社会にとって非常に大きな制約要因になることはもう間違いないということを実感する必要がある。

今回の改定の基本的な認識を見て気になる点は、負担と給付の関係、保険適用の範囲や医療提供体制の整理・集約の在り方など不人気で議論の難しい問題について明確な記述がない。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点)

- ・ 患者さんを救うためには適切な医療提供体制がなくてはならず、医師等は過酷な状態で働くことで医療を回してきた。仮に働き方改革を進める中で、救急体制がとれなかったり、入院体制がとれなかったりした場合、大変なことが起こる。重点項目で一番きちんとやる喫緊の課題である。
- ・ 医師等の働き方改革を重点課題としているのは、2024年の4月から医師についての時間外労働の上限規制が適用される予定であることが大きな理由であると理解している。一方で、2022年には団塊の世代が後期高齢者となり始めるなど、今後も医療費が急増していくことを踏まえれば、視点4の「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」を重点的に取り組むべき課題であると考えます。
- ・ 「適切な評価を行う必要がある」という表現は踏み込み過ぎであると考えます。例えば「評価のあり方について検討する」といった記載にとどめてほしい。
- ・ 私学も含めて、国の多大な助成金で医者という仕事を得られた者が、妊娠・出産、その他の家庭的な事情で引退していくということは、国家の損失であり女医を志す若い方たちには大いに奮起してほしいが、やはり子どもは女性でなければ産めないため、その産む側の女性に対して働き方改革の上で配慮が必要。
- ・ 女性が安心して出産して働けるような仕組みをつくってほしい。
- ・ 医師でなければならない仕事よりも、医師でなくてもできるような事務作業が多過ぎる。医療に関する事務的な仕事に対する職種をもっと厚くしてほしい。今やっている仕事を投げ出して早く帰れというような仕組みにされると完全に医療は崩壊する。法律的には2024年4月まで少し時間はあるが、問題が起きないように今年から対応していかねばならない。
- ・ 「実践に資する取組の推進」について今検討していることで具体的な例をもう少し出せれば良いと思う。
- ・ 「人員配置の合理化の推進」の合理化という言葉の中には、人員配置の強化、手厚い配置といったようなことも含まれると理解でよいか。
- ・ 申請書類が非常に多く簡素化すべきであって、その簡素化の対象を十分に検討してほしい。
- ・ 視点3・視点4こそ待ったなしで取り組む必要があり、2020年度診療報酬改定で重点的に対応すべき課題と考えるので、いま一度取り組むべき課題の優先度について検討し

てほしい。

(患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点)

- ICTを活用した医療連携について、ぜひ進めてほしい。例えば、薬を処方する前段階で、多重投与等をチェックできるよう、マイナンバーと診療情報、投薬情報等を紐づけし、医療機関等において患者の受診歴や投薬歴が確認できるような仕組みをぜひ検討してほしい。
- AIについてIT、ICT系の技術系、あるいは、CEATECの技術系の進展を見ると、これから5年、10年のスパンで考えていくと非常に加速度的に進むという話がある。診療科目の分野でもAI活用について今後進んでいくと思うので、そういったことへの配慮も未来志向として必要。
- スマートフォンで顔だけみて処方するというのは、医師としては責任が持てない。ICTの活用については、患者さんにとってより有益になることを推進してほしい。
- アウトカム評価について、評価を広げていくと同時に、第三者評価などを活用しきちんと評価していくという観点も必要。

(医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点)

- 診療所には、有床診療所と無床診療所がある。特に有床診療所で地域医療にも頑張っている開業医の方は、近所の方やかかりつけ医として頑張っているケースが多く、看取りまできちんとやる志を持った方もいる、そういった方々の地域密着型の医療提供に関する努力に対しても評価が必要ではないか。
- かかりつけ医は現実問題として、開業医の平均年齢が60歳以上を超えているわけで毎日365日24時間在宅患者の要求・要望に応えることが非常に厳しくなっているというのが現状。例えば、地域の多機能病院が、かかりつけ医が対応できない部分に対応し、可能な部分がかかりつけ医で対応してくださいというような前向きで柔軟な連携ができると非常にいいと思う。
- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向けて、視点3の「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」に着実に取り組むことにより、増加する医療、介護需要に適切に対応できるような、効率的・効果的な医療・介護提供体制を構築することも重要な課題であると考えている。

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

- 「医薬品の適正使用の推進」について高齢化の中、残薬対策に関しては重要だと思うので、明記してほしい。重複投薬やポリファーマシーについて、かかりつけ機能を強化することが必要。国民もかかりつけ薬剤師を持ってほしい。後発品も保険者から被保険者への周知があって普及が進んだ側面もあり、保険者の事業として、かかりつけを持つ

ことを勧めれば、進むのではないか。

- 薬に関連した項目ばかりとなっているが、薬だけではなく、診療報酬全般にわたる効率化・適正化が必要だと考えるため、視点3における入院医療の評価とか外来医療の機能分化なども、視点4の中に明記してほしい。
- かかりつけ医機能を強化して、例えば、薬が整形外科から出ていようと精神科から出ていようと、一人の医者が投薬の状況をきちんと把握して、重複投薬にならないように評価してほしい。

第119回社会保障審議会医療保険部会（令和元年9月27日）
各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）

<改定に当たっての基本認識>

（健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

- ・ 次期改定は、団塊の世代が後期高齢者に入り始める2022年を見据えた改定になると考えており極めて重要な改定だと認識している特に、制度の持続性確保のための効率化・適正化という視点は喫緊の課題のため、大項目として入れて欲しい。
- ・ 基本認識として掲げられている「全世代型社会保障」を実現するためには、疾病を抱えながら働き続けられるようにするための環境整備が非常に重要であると考え。そのための有効な手段の一つが、オンライン診療、オンライン服薬指導であり、企業の人材確保や医師の働き方改革の観点からも重要なテーマだと考えている。
- ・ 人生の大先輩である方々が高齢者になり、その方々が安心納得して医療を受けられるよう、必要な医療が十分に担保されるような制度にしなければならない。例えば、ACPを十分に進めて高齢者の方々も納得できるような仕組みをまずつくることから始めるべきではないか。
- ・ 大前提として、医療の確保ということを勘案していかなければいけない。

（医師等の働き方改革の推進）

- ・ 看護師を初めとする医療従事者全体の働き方改革という視点で十分な検討をお願いしたい。また、地域の医療体制を確保しつつ、働き方改革を実現するためには、医師の偏在是正と地域医療構想の実現が最も重要である。

（患者・国民に身近な医療の実現）

- ・ 「がん」は国民の2人に1人がかかる病気である。「がん」になっても、「がん」を告知されても怖くない、恐れることなく診察、治療を受けることができる、そういう体制を促すことも必ず考えるべき。
- ・ 住民本位の患者にとってわかりやすい、納得のいく診療報酬改定としてほしい。

（その他）

- ・ 基本認識の中の患者・国民に身近な医療の実現、あるいは患者・国民にとってわかりやすい医療のためにも診療報酬体系の簡素化をすべき。基本方針の中でも問題意識とし

て取り上げて欲しい。

- ・ 我が国の医療を長期的にどうするかという方向性について、厚生労働省を中心に、総理官邸などと協議してまとめていただく必要もあるのではないか。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点)

- ・ 薬局薬剤師として各地域において医師を初めとする他の職種や医療機関等の関係機関と情報共有・連携しつつ、かかりつけ機能を強化して、患者に対して一元的・継続的な服薬管理のもとで薬物治療を提供すべき。そうすることで安心・安全で質の高い薬物治療の提供やチーム医療の推進、医師等の負担軽減にもつながると考える。
- ・ 人員配置の合理化は負担軽減という趣旨であれば、むしろ人員配置の強化ではないか。患者の安全が担保されることが何より大前提であり、合理性、効率性といったことばかりに軸足を置いた議論にならないよう注意すべき。
- ・ 医師の働き方改革でございますが、業務内容を十分に整理した上での見直しが必要。医療事務を十分にできるような方を配置し、医師は医師としての業務に専念できるようになれば、若い先生たちも大分楽になるのではないかと考えている。
- ・ Laborは働く、労働という意味で、Callingは天に与えられたミッション、天職とも言われますし、Missionも天命とか同じような意味がある。医療を志す若者たちが医療の学びのとき、インターンや研修をするとき、本格的に医療現場に行くときに、ぜひCallingやMissionということを自覚していただけるような、そういう医療スタッフ、医療にかかわる人々の育成を念頭に置いて今後の協議をお願いしたい。

(患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点)

- ・ 「医療の質に係るエビデンスを踏まえた遠隔診療の評価」について、「遠隔診療」ではなく「オンライン診療」と記載してほしい。また、オンライン服薬指導についても明記すべき。
- ・ 費用対効果評価は、今年度から新たに導入された制度であり、次期改定に向けた議論の中で直ちに議論すべき内容は想定されていないと考える。
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応等、患者・国民に身近な医療の実現においてもかかりつけ歯科医が担う役割は大きいため、医科歯科連携の推進について引き続き検討すべき。
- ・ 高齢者へのフレイル対策について啓発したり促したりするような取組・制度を検討してほしい。
- ・ 高齢化の進展に伴い認知症の方の入院等も依然として増えているので、認知症についても、視点の方向に記載してほしい。

- ・ 救急医療の充実について救急外来でスムーズな初期対応が行えるように、看護師は救命に係る医療的な対応だけではなく、緊急度・重症度の判断、患者や御家族への全人的な支援等の役割を担っている。そのため、救急外来での体制整備は非常に重要であり、看護師の配置基準についての議論もすべき。
- ・ 遠隔医療は、僻地や在宅で来られない方に対して対応すべきものだと考える。
- ・ 診療報酬は実際受療したときに点数がつくということですから、出来高払いを中心とした診療報酬では実際の診療実績に応じて点数がつくのは当然ではありませんし、難しいかもしれませんが、健康行動の促進、賢い受診行動を進めるような視点というものも必要ではないか。

(医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点)

- ・ 外来医療での生活習慣病等の重症化予防は非常に重要な視点のため、記載すべき。
- ・ 訪問看護の確保は、医療と生活、医療と介護をつなぐ連携の役割もあるため、さらなる拡充を図るべき。在宅療養や看取りなど、24時間365日、利用者の生活を支えるためには、訪問看護師数の確保や、機能強化型の訪問看護事業所を増やす等の必要がありステーションだけでなく病院からの訪問看護を増やすことも重要だと考える。

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

- ・ 後発医薬品の使用促進や、残薬・重複投与をなくすといったことはもちろん、限られた医療資源を有効に活用するという観点からも、OTC医薬品の活用を促す方策を考えてほしい。
- ・ 効率化・適正化は極めて重要な課題である一方、新たな医療技術についてはイノベーションをしっかりと評価できるようなめり張りのある制度が必要。そういった評価を実現するための既存技術の再評価、あるいは保険適用の状況の再検討といったこともあわせて進めていくことが必要ではないか。
- ・ 効率化・適正化だけを推すのではなく、効率化・適正化が結果として患者・国民にとっても質の高い医療になるということもあるのではないか。例えば、患者にとってのわかりやすさということで考えると、高齢者にとってたくさんの薬があることは在宅の中で管理がしにくい、あるいはがんの緩和治療においてもたくさんあり過ぎて副作用等が生じるなどの問題があるということもあると思うので、わかりやすさあるいは質の高さとセットで効率化・適正化の視点もあるのではないか。

第69回社会保障審議会医療部会（令和元年10月21日）
各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）

<改定に当たっての基本認識>

（その他）

- ・ 中医協では、この基本方針を前提として議論することとなるから、まとまった形ではなくて良いので、両部会の議論の状況を何らかの形で中医協の議論の中で示してほしい。
- ・ 投薬したから、こういう処置が入ったから、こういう点数というような診療報酬の仕組みについて医療側だけでなく市民側の理解も進めてほしい。
- ・ 2020年以降の将来展望を見据えて国民皆保険を維持するためには、改定においても効率化あるいは適正化を図ることが喫緊の課題であるといった認識は明記してほしい。
- ・ 医療提供体制側の取組が本格化する段階で、医師の働き方改革を診療報酬改定の重要課題とするのは違和感。2022年を見据えた診療報酬改定の支援ということであれば、視点4も、あるいは視点2も3も、どれも重点課題なのではないか。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

（医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点）

- ・ 医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進が重点課題に位置づけられていることは、勤務医の立場からは賛意を表したい。
- ・ 「人員配置の合理化の推進」について「適正化」のほうが文言としては適しているのではないかと思うので、修正してほしい
- ・ 医師等の働き方改革は、医師だけではなくて、医療機関内全ての働き方につながってくる。タスク・シフト、タスク・シェアが起これば、医師の業務を受けとめる看護師、あるいは薬剤師、その他さまざまな医療関係職種の働き方に密接に関わり、そういった方たちの負担をどうするのかという医療機関全体のマネジメントに関わる日本の医療に大変大きな影響を及ぼすものであり、「重点課題」とつけるかどうかは別として、今回の改定の中でも最も重要なものだという認識。
- ・ 視点1の医師等の働き方改革を推進するという意味は、どういう意味合いで使っているのか。重点課題と位置付けるのであれば、その点についてきちんと説明すべき。
- ・ 医師等の働き方改革について、評価していくには具体的にどのような理屈があるのかというところの議論がほとんどないまま「負担軽減等につながる取組の評価」という表現になっていることには、違和感を覚える。
- ・ 非常に重要な課題である医師の働き方等々が、2024年を目指してやっている段階で、具体的にそれぞれの医療機関がこういう方法でやろうというのがまだ絞れていないというのが現状だと思う。できれば、次期診療報酬改定だけではなくて、もう少し中期的

もしくは長期的な方向性を何らかに盛り込んだものをまず示してほしい。

- 全ての医療機関の中の働き方をマネジメントしていくということ自体が、医療機関の機能をしっかりと発揮できる体制にとって大事だし、そのことが国民の受ける医療の安心・安全につながると思っているので、このマネジメントを重要視していきましょと、それに取り組んできちんとやっているところを評価しましょとということは、十分に論点としてあり得ると思っている。
- ほとんどの病院では医師の働き方の管理というのはほとんどされていない。医師がどういう働き方をしているかという、その時間の把握、データの把握とどこで何をやっているのかをきちんと見なければいけない。ほとんどの病院は人事課というきちんとしたところがなくて、正直、総務課のどこか1人か2人がちょこちょこやっているのが現実であり、ここをきちんとしたものにしていかなければいけない。
- 診療報酬の基本方針が医療部会と医療保険部会とで全く同じものにならなければいけないのかという疑問がある。医療保険部会はファイナンスのサイドから、医療部会は医療提供体制のサイドから方針を定めていくという考えもあるのではないか。
- 一般企業の働き方改革は、新たに売り上げが上がるとか全く関係なく実施していること、医師の働き方を管理するのに点数をつけなければならないという議論は、一般産業から見ると、違うのではないと言われるのではないか。こういった点がコストとしてあるべきなのかという議論が必要だと思う。また、医療の提供体制の持続可能性と医師等の働き方改革を何とか実現しなければいけないという中で、どうしても必要病床数に収れんさせるということは必要になる。

(患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点)

- 全身疾患との絡みのある歯周病の管理や口腔機能低下の管理、これらのより効果的な管理のあり方を検討した上で、さらに充実させてほしい。
- 医科との連携の中で実施され、普及が進み始めている周術期の口腔機能管理については、入院患者や外来での化学療法等を行っている患者の感染予防やQOLの確保ということで役立っていると思うが、これは主に病院歯科の中で実施されている。
- 病院の中では歯科のある病院は約2割程度で歯科医師1人のみの勤務ということで、マンパワーが不足しているケースも多々ある。そういった中では、周術期管理実施の妨げとなっている部分もある、マンパワーの足りない病院歯科医や歯科のない病院との地域における連携、特に地域の歯科の診療所との連携等も重要だと思うので、実効性のある連携のあり方を検討するとともに、充実させてほしい。

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

- 全て医薬品のことだけになっているため、他の視点1、2、3にもちりばめられてあるが、持続可能性の確保のための効率化・適正化というのは、必ずしも薬だけではなく

て、外来、入院、調剤、報酬全般において求められるところだと思うので、今後の検討に反映させてほしい。

第68回社会保障審議会医療部会（令和元年9月19日）
各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）

<改定に当たっての基本認識>

（健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

- ・ 今般の基本方針でも、制度の持続可能性の確保という観点を改めて強調すべきであり、その際、今後団塊の世代が後期高齢者となり、生産年齢人口が減少していく状況も再認識した上で進めるべき。
- ・ 次期診療報酬改定はいわゆる団塊の世代が後期高齢者に入る2022年に向けて、あと2年という最後のタイミングと認識をしておき、制度の持続可能性確保のための診療報酬改定においても、適正化・効率化ができる領域を洗い出した上で具体的な見直しに着手する必要がある。このため、小項目に記載の「社会保障制度の持続可能性の確保」を大項目に書いてほしい。
- ・ 平成28年度の基本方針では、経済成長や財政健全化との調和という視点が基本認識に入っていたはずであり、今回も入れるべきではないか。
- ・ 社会保障制度の持続可能性の確保は、病院の医療提供体制の確保がどんどん難しい方向に進んでいるとう認識も踏まえて議論を進めるべき。
- ・ 人口減、特に支え手・若者が減少していくという点を基本認識に入れた上で、その上で、医師の働き方改革やICTの活用等の議論を進めるべき。
- ・ 健康寿命の延伸や健康格差を生じさせないための疾病予防、あるいは重症化予防等において歯科医療が果たすべき役割は大きい。

（患者・国民に身近な医療の実現）

- ・ 患者、国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点として挙げられている項目として、認知症の方に特化した記載も必要ではないか。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

（医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点）

- ・ 人員配置の合理化については、患者の安全が確保されることが前提であり、合理化・効率化ばかりの議論とならないようにすべき。
- ・ 医師の働き方改革について、非常に現場が疲弊している。患者側も医師側も非常に両方不満を持っている。これの解決策の一つとして、やはりかかりつけ医の推進があるではないか。

(患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点)

- ・ 重症化予防の対象疾患が口腔疾患に限られているため生活習慣病の追加をお願いしたい。

(医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点)

- ・ これからの高齢者の医療の在り方をしっかりと考えた診療報酬にしてほしい。地域包括ケアの中で、入院し地域に戻っていく高齢者の生活に対応していくためには、大病院だけではなく、中小病院でも担える部分は評価する必要がある。
- ・ 2040年に向けた医療提供のあり方として、入院医療、外来医療、そして在宅医療が3本柱となっていく。在宅医療・訪問看護の確保と書くと、医師数・看護師数の確保と読めてしまうが、これはそういうことだけではなく、入退院時の連携や急変時の対応など、在宅医療、訪問看護と一緒にされるリハビリテーションや介護などを含めサービス提供全体の仕組みの問題であることを意識して議論を進めるべき。
- ・ 訪問看護師数の確保が重要。ステーションだけではなく機能強化型の訪問看護事業所を増やすことや病院からの訪問看護を増やすことも重要である。

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

- ・ 昨年12月に厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会における薬機法等制度改正に関するとりまとめの中で、医療保険制度での対応においては、「患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される」としている。この点を踏まえた議論が必要ではないか。
- ・ 医療機関内の薬剤師の役割の評価は重要である。院外調剤から院内調剤に切り替えたことで利用者からは早くなった、便利になった、安くなったとの声があった。敷地内調剤などについても、適正な評価を行うべき。
- ・ 日本はOECDの中でも薬剤師の養成数が多い。医師の需給は医政局の検討会でやっているが、薬剤師の養成数や需給についての検討はどこでなされているのか。
- ・ 自治体病院が薬剤師を募集しても来ない。なぜかという、自治体病院で行った調査によれば、調剤薬局は仕事が容易で給与も高く、そちらにいつてしまうという報告がある。確保に苦労している。
- ・ 効率化・適正化は重要な視点だが、例示として薬のことしか入っていないのは気になる。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

平成29年12月11日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(人生100年時代を見据えた社会の実現)

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、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。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

(どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築))

- 地域の実情に応じて、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、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・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。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な

節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

(制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進)

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、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を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

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構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等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・協働する等、切れ目のない医療・介護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、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)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
 - ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 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、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続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・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、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。

- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。
- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、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し、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において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)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 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
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利

活用の推進

- ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

○ アウトカムに着目した評価の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。（再掲）
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。（再掲）

- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、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、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

○ 薬価制度の抜本改革の推進

- ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。

○ 後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
- ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、

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。(再掲)

- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。
- 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、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 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。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者が安心・納得できる医療を受けられるようにするためには、診療報酬

制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。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。

- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民に必要な支援を行うとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

令和元年11月21日

医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

社会保障審議会・医療保険部会委員
健康保険組合連合会副会長 佐野 雅宏
全国健康保険協会理事長 安藤 伸樹
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 藤原 弘之
日本商工会議所社会保障専門委員会委員 藤井 隆太
日本労働組合総連合会副事務局長 石上 千博

社会保障審議会医療保険部会では、医療保険制度の見直しに向けた議論が進められているところである。

被用者保険関係5団体は、別紙の共通する問題意識を持っており、今後、これらを踏まえて給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革に関する議論を深め、将来にわたって持続可能な制度の構築に向けた改革の実現につなげるよう切に要望する。

令和元年11月8日

厚生労働大臣

加藤 勝信 殿

健康保険組合連合会
全国健康保険協会
日本経済団体連合会
日本商工会議所
日本労働組合総連合会

医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

現在、政府は、全世代型社会保障検討会議を設置し、社会保障制度を誰もが安心できる制度とするため、議論を進めている。高齢化により医療需要が高まるなか、2022年には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれている。医療・介護・年金を合わせた保険料率の30%時代が目前に迫るなど、すでに限界に達している現役世代や企業の拠出金を合わせた保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている。こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ悪影響を及ぼすことが懸念される。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりまとめた。政府におかれては、将来にわたる制度の機能の発揮と持続性確保に向け、全世代型社会保障検討会議の取りまとめ及び骨太方針2020の策定において下記項目を盛り込み、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となっている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。現在、70～74歳の高齢者の窓口負担が2割であることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべきである。

2. 拠出金負担の軽減について

2022年度から急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性がある。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を

確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に断行すべきであり、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべきである。特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担 50%とするべきである。なお、現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう財政支援等の負担軽減措置が必要である。

3. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

4. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化や地域間格差の是正とともに、総合診療専門医の積極的育成など、より効率的・効果的な医療の実施を目指すべきである。また、終末期医療のあり方の見直し（患者の意思の尊重等）、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直していくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、フォーミュラリ（生活習慣病治療薬の適正な選択）の導入の推進、薬剤処方適正化（重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など）、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など、保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

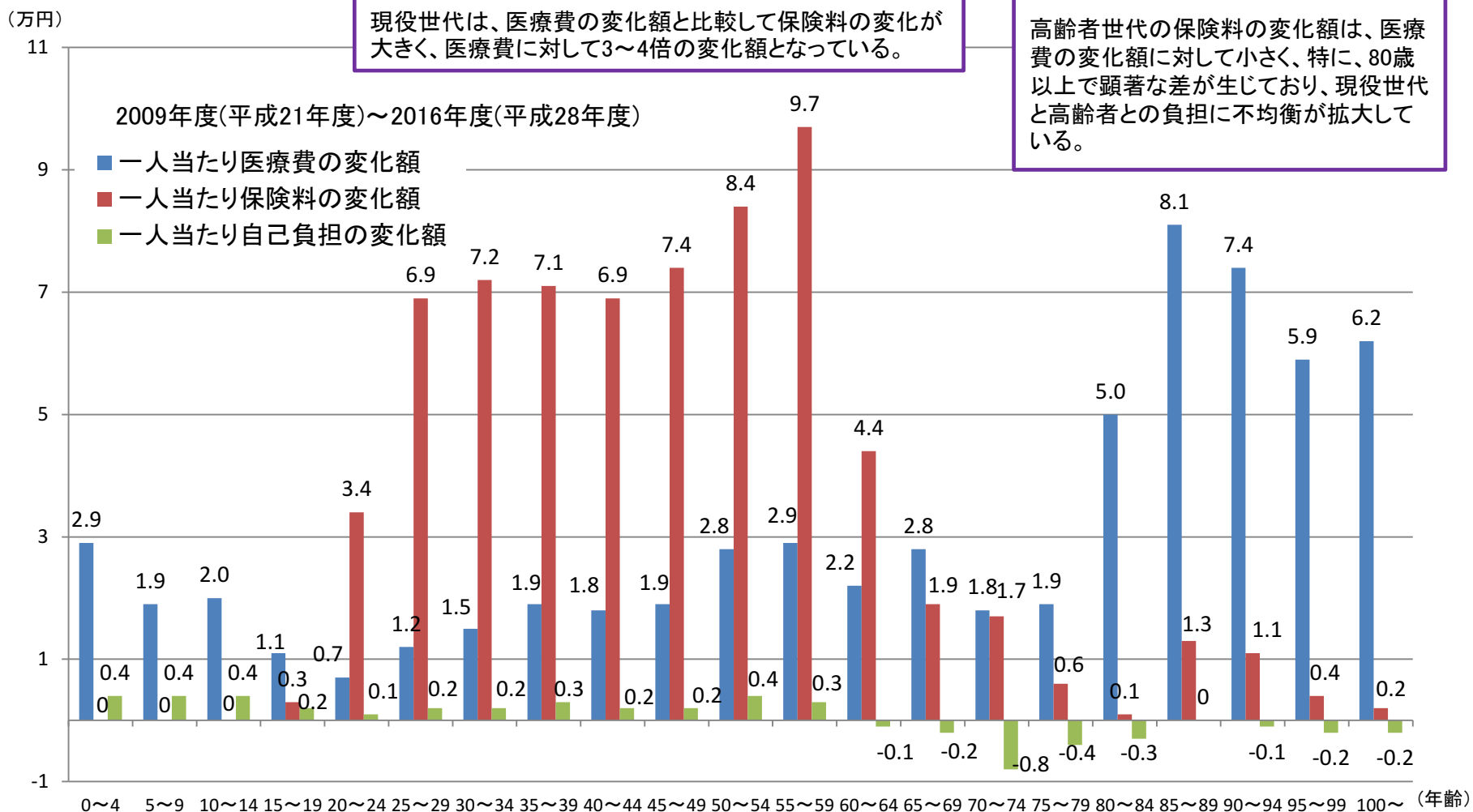
5. 社会保障の持続性確保について

社会保障制度の持続性を確保するためには、国民の理解を得ながら、社会保障にかかる歳入・歳出両面について、さらに検討を進めるべきである。この際、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。

以上

〔世代間のアンバランス〕 年齢別1人当たりの医療費・保険料・自己負担の変化額

医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転が強まっている



現役世代は、医療費の変化額と比較して保険料の変化が大きく、医療費に対して3～4倍の変化額となっている。

高齢者世代の保険料の変化額は、医療費の変化額に対して小さく、特に、80歳以上で顕著な差が生じており、現役世代と高齢者との負担に不均衡が拡大している。