

経済・財政再生計画 改革工程表
(平成27年12月24日 経済財政諮問会議)
(保険局関係抜粋)に関する参考資料

平成28年1月20日
厚生労働省保険局

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

今後のスケジュール (予定)

- 昨年7月10日に第1回を開催し、本年1月までに7回開催。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改正に向けた議論を開始。

(参考) 医療療養病床と介護療養病床の現状

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末 まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に 6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末 まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例) (※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、 その他

(※1)施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年8月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

(注)医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等)
<p>640円 保険給付 380円 自己負担 (食料費) 260円(注)</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>554円 保険給付 94円 自己負担 (食料費、調理費) 460円</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>554円 保険給付 294円 自己負担 (食料費) 260円(注)</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>
	<p>398円 保険給付 78円 自己負担 (光熱水費) 320円</p> <p>(居住費:1日)</p>	<p>398円 保険給付 398円 自己負担 0円</p> <p>(居住費:1日)</p>

(参考)介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>全額自己負担 ※金額は施設との契約による</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>1380円 補足給付 730円 自己負担 650円</p> <p>※平成27年度介護報酬改定により、1日320円→370円に改定。</p> <p>自己負担 370円</p> <p>(食費:1日) (居住費:1日)</p>

※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注)平成27年国保法等改正により、難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

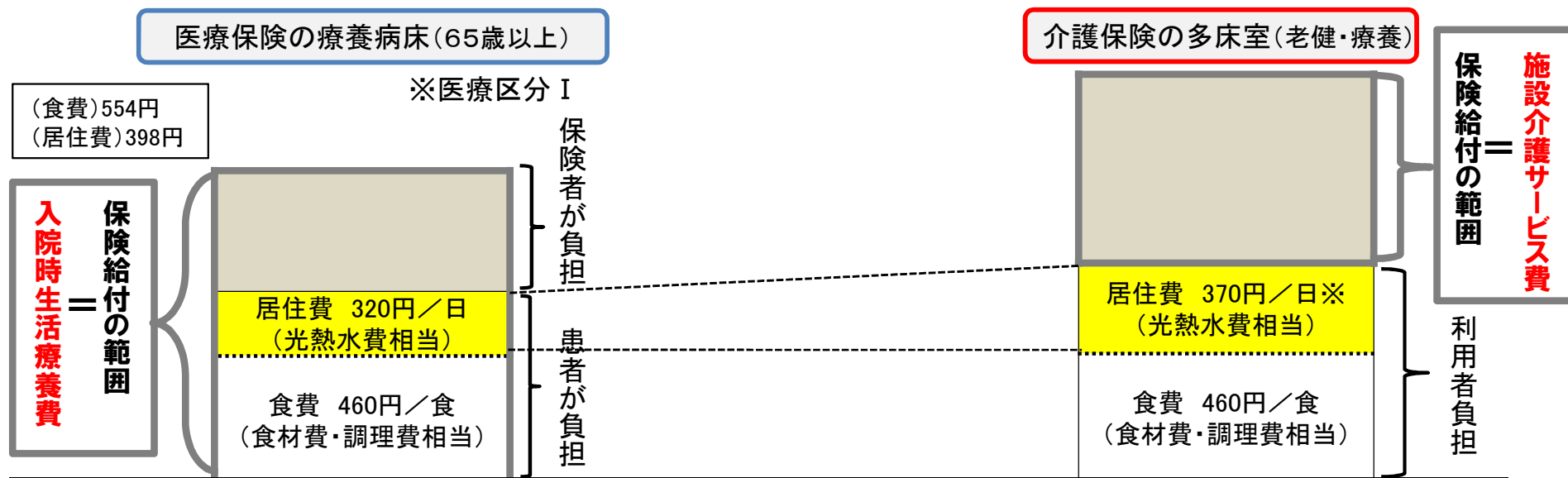
～昭和46年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
昭和47年 ～ 平成5年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
平成6年～	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食費は、保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として、食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
平成17年～	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u> ➢ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
平成18年～	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時生活療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u> ・ 一方、療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、<u>介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

入院時生活療養費における居住費負担について

③②⑥

- 平成17年10月から、介護保険では、介護療養病床を含む介護保険3施設における食費及び居住費が原則として保険給付外となったことを踏まえ、平成18年から、医療療養病床における食費・居住費については、医学的管理の下で提供される観点から、保険給付の対象とする一方で、自己負担を求めることとした。(入院時生活療養費の創設)
- 具体的には、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設における負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の方に対して、介護保険施設(多床室)における食費及び居住費の額を勘案して、食費(食材料費、調理費相当)として1食460円、居住費(光熱水費相当)として1日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床のうち、入院医療の必要性が高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、一般病床等と同様に、食費のみの負担とし、居住費負担は求めないこととしている。
- なお、介護保険施設の多床室の居住費負担については、平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査の光熱水費相当額を踏まえた見直しを行っている(平成27年4月から、1日当たり320円→370円)。

※ 平成15年家計調査:約320円/日(9,460円/月)→平成27年家計調査:約370円(11,215円/月)



※ 特養の場合、光熱水費相当に加えて室料相当の計840円/日の負担

法改正事項(平成27年5月成立)

①医療費の見通しや行動目標の見直し

- ・病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた『医療に要する費用の見込み(医療費目標)』を定めるよう見直し
- ・『行動目標』を医療費適正化効果との関係で見直し
- ・医療費の推計方法・行動目標の推計式等を提示

②要因分析・対策実施の強化

- ・都道府県は『地域医療構想に基づく医療提供体制の整備』『医療保険者の取組の進捗状況管理』を担う
- ・要因分析・対策実施の努力義務の規定を新設

③策定プロセスの見直し

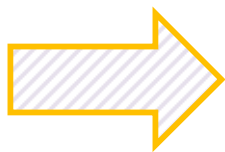
- ・計画期間を『6年』に変更
- ・『毎年度の進捗状況管理』を導入し、次期計画策定等に反映

* 第3期計画期間の平成30年度から反映。ただし、地域医療構想の策定期間により前倒しで計画策定が可能。



医療費適正化基本方針(告示)の見直し

1. 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費の推計式の設定
2. 外来医療費の推計式の設定
3. 現在の行動目標(特定健診・特定保健指導の実施率、平均在院日数等)について医療費適正化効果の観点から見直し



これらについて、医療介護情報専門調査会WGにおいて検討を行い、今年度中(*)に医療費適正化基本方針を策定。

(*)今年度中に地域医療構想を策定し、平成28年度に適正化計画の見直しを行うことが可能となるよう今年度中に基本方針を策定。

第3期医療費適正化基本方針の基本的な考え方①

⑤⑥

○ 国において定める医療費適正化基本方針においては、「①住民の健康の保持の推進」と「②医療の効率的な提供の推進」に関する目標と、その結果としての「③医療費の目標」を盛り込む必要(下記の□枠内)がある。

1. 計画の基本理念

2. 計画における行動目標

- ①住民の健康の保持の推進に関する目標
- ②医療の効率的な提供の推進に関する目標
※標準的な目標値の推計方法も設定

<参考:現計画>

- ①住民の健康の保持の推進に関する目標
 - ・特定健診・保健指導の実施率
 - ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- ②医療の効率的な提供の推進に関する目標
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・後発医薬品の普及(定性的な目標)

3. 行動目標達成のために取り組むべき施策

4. 医療費の目標

- ・入院医療費について
- ・外来医療費について
※標準的な医療費の推計方法も設定

5. 計画の達成状況の評価方法等

- ・毎年度の進捗状況管理、計画終了前の暫定評価の実施
- ・医療費の実績が目標を上回る場合には、要因分析・対策を実施 等

【入院医療費について】

○ 入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた目標を設定するよう、引き続き検討を行う。

【外来医療費】

○ 外来医療費については、現在の外来医療費から一定の方法により将来推計を行い、その結果から、適正化効果額を差し引いたものを医療費目標とすることを基本的な考え方とする。

○ その際の適正化効果としては、都道府県や保険者等による適正化に向けた取組につなげていくことを念頭に、現在、医療・介護情報専門調査会WGにおいて検討している、疾病別医療費の3要素(受療率、1人当たり日数、1日当たり診療費)の地域差や、薬剤費の適正化(例えば、後発医薬品の使用促進、重複投与の適正化)等を踏まえることとし、具体的な内容については、引き続き検討を行う。

医療費の分析

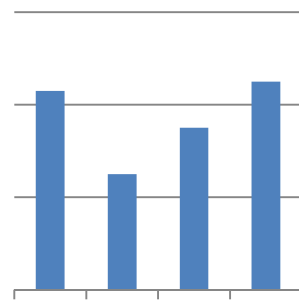
地域差の「見える化」

取組の検討

入院医療費

外来医療費

地域差分析



A県 B県 C県 D県

地域差の
要因は何か

- ・ 地域差の背景となる要素についての分析を行った上で、**対策による地域差の縮減を検討**
- ・ 可能なものについては都道府県の行動目標に位置づけることを検討

都道府県による取組

- (例)・総合確保基金等の仕組みを活用
- ・保険者の予防等の取組への働きかけ

保険者による取組

- (例)・保健事業の中で加入者への予防対策の実施
- ・保健事業の中で加入者への後発医薬品使用促進・重複投薬対策の実施

「見える化」を通じて、地域医療の在り方の議論に資するもの

総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポート。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「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」
(日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

※地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数:計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度から養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人:69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [28年度]かかりつけ医が健康づくり・予防、病診連携、在宅医療、看取り等を幅広く担うモデルを構築するための予算を新たに要求
- [29年度]モデル事業や、以下の関係施策の取組状況を踏まえ、事業内容の拡充等を検討
- [30年度]さらなるかかりつけ医普及促進方策の検討

○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

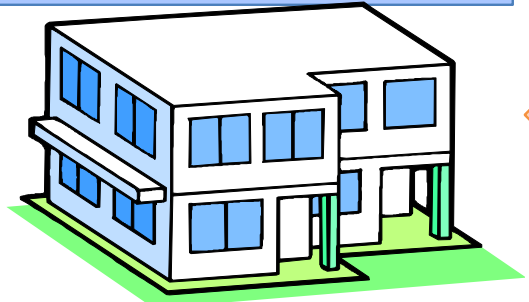
- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を要求
- [29年度]総合診療専門医など、地域医療研修を行う研修プログラムの運営に対する支援を検討

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

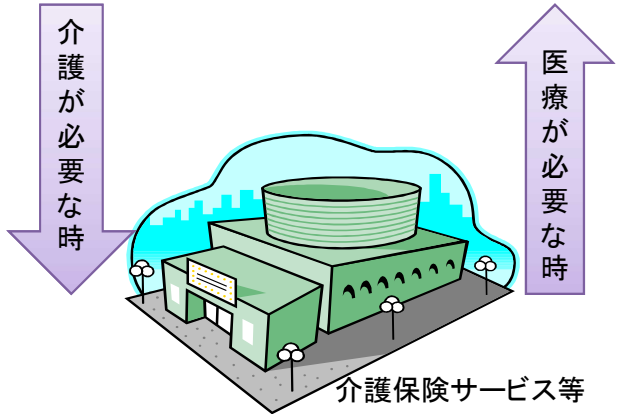
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

平成27年5月
医療保険制度改革

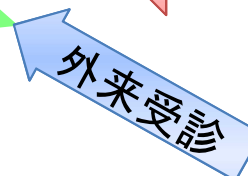
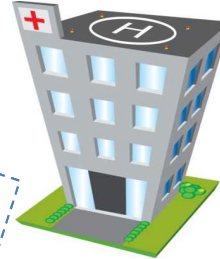
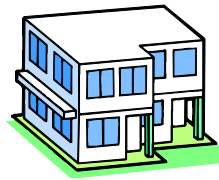
○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。【平成28年4月施行】

○定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所

大病院



【現行の取扱い】

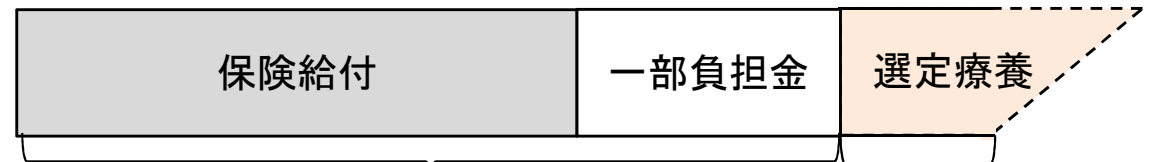
・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

(設定状況(平成25年7月1日現在))

初診: 1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)

再診: 110施設(最高:5,250円、最低210円 平均1,006円)

定額負担を徴収



療養に要した費用

定額負担の徴収を義務化

※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、具体的金額については中医協で議論。

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

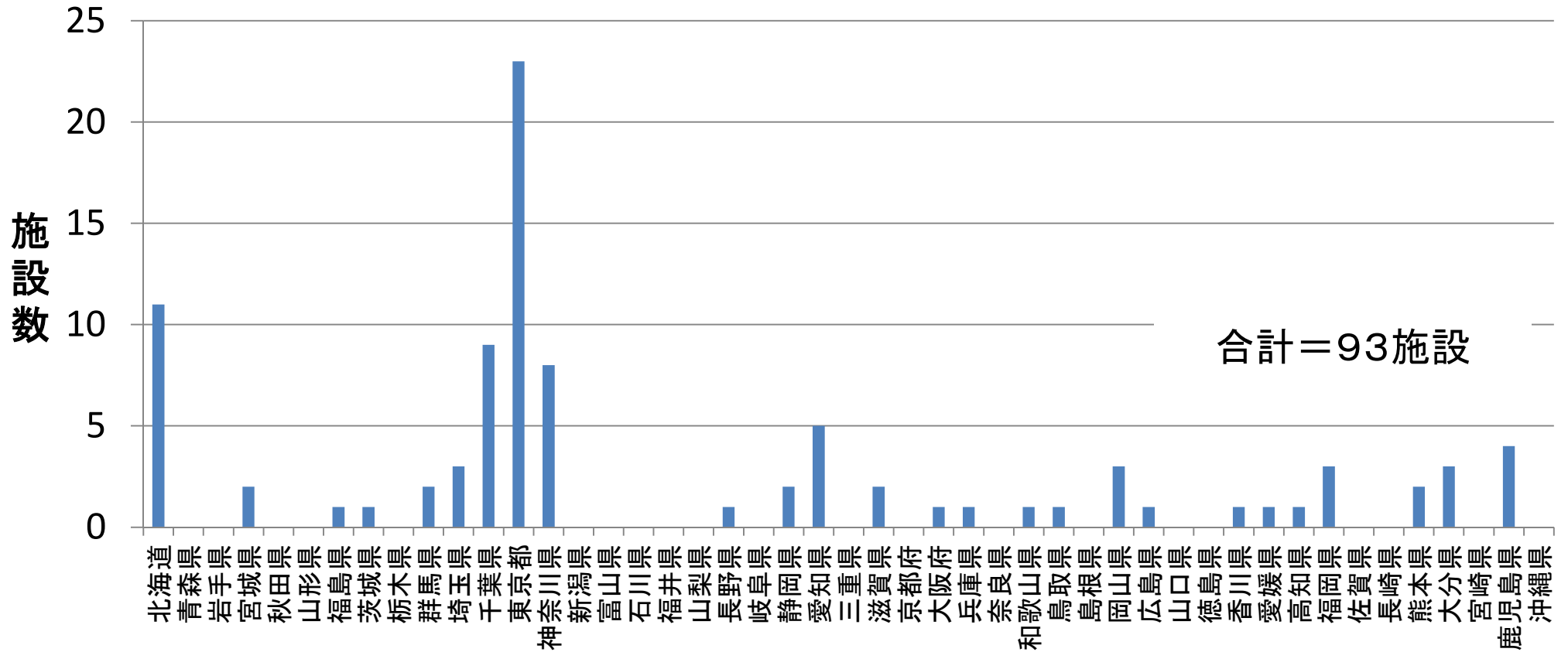
[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

地域包括診療料の届出状況

地域包括診療料を届け出た施設数

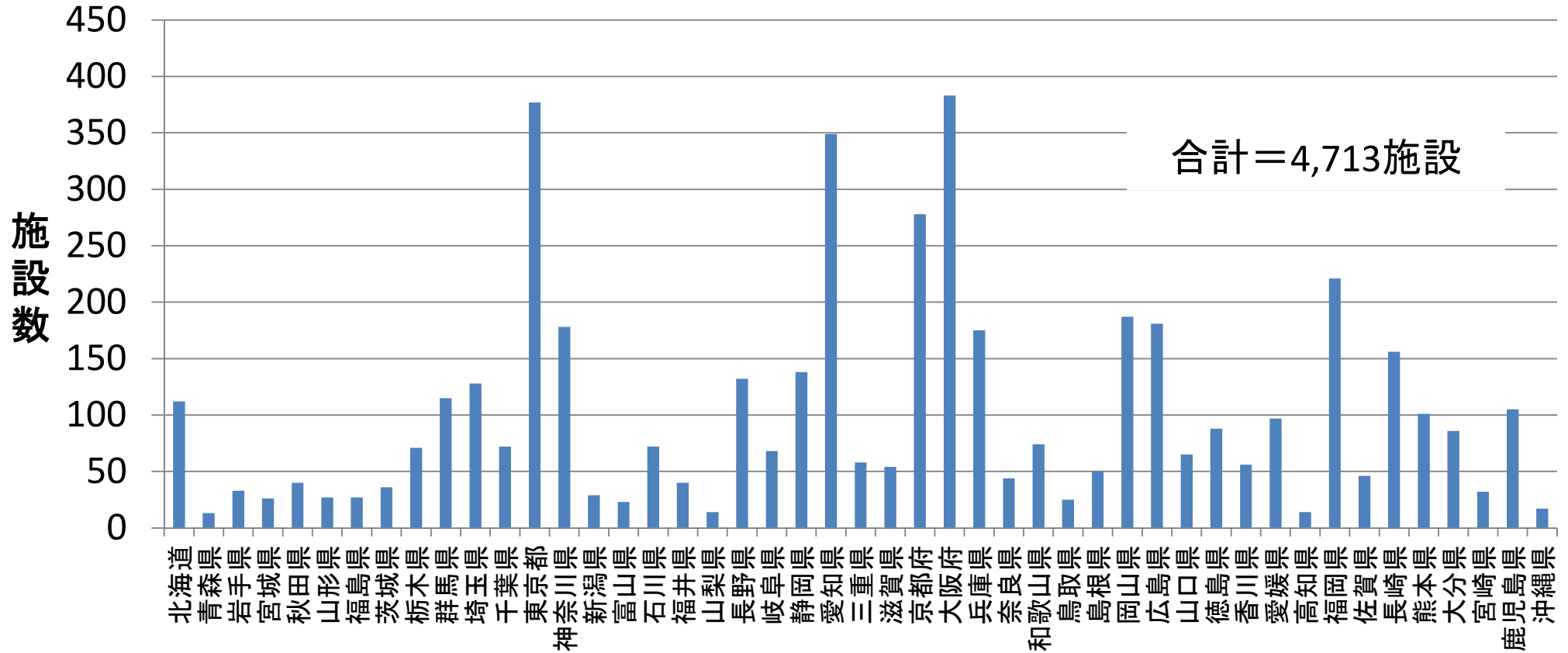


平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

	全国平均	東京都	神奈川県	山口県	愛媛県	福岡県
地域包括診療料 施設数	約2施設	23施設	8施設	0施設	1施設	3施設
診療所数	100,528	12,758	6,545	1,280	1,247	4,564

地域包括診療加算の届出状況

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

	全国平均	東京都	神奈川県	山口県	愛媛県	福岡県
地域包括診療料 施設数	約100施設	377施設	178施設	65施設	97施設	221施設
診療所数	100,528	12,758	6,545	1,280	1,247	4,564

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

スケジュール・留意点

- 骨太方針2015を踏まえ、平成27年10月から、医療保険部会等で、関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、今年度内に見直す医療費適正化基本方針に基づき、来年度以降、都道府県がPDCAの強化等の医療費適正化計画の見直しを行う予定であり、見直し後の医療費適正化計画や地域医療構想等を踏まえる必要。

【留意点】

- 平成25年5月の医療保険部会において、地域ごとの診療報酬の設定については、支払側・診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納得が得られない」との意見であった。
- また、地域によって、同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題について整理が必要がある。

7対1入院基本料の経緯(平均在院日数・看護必要度)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」

データ提出加算の要件化

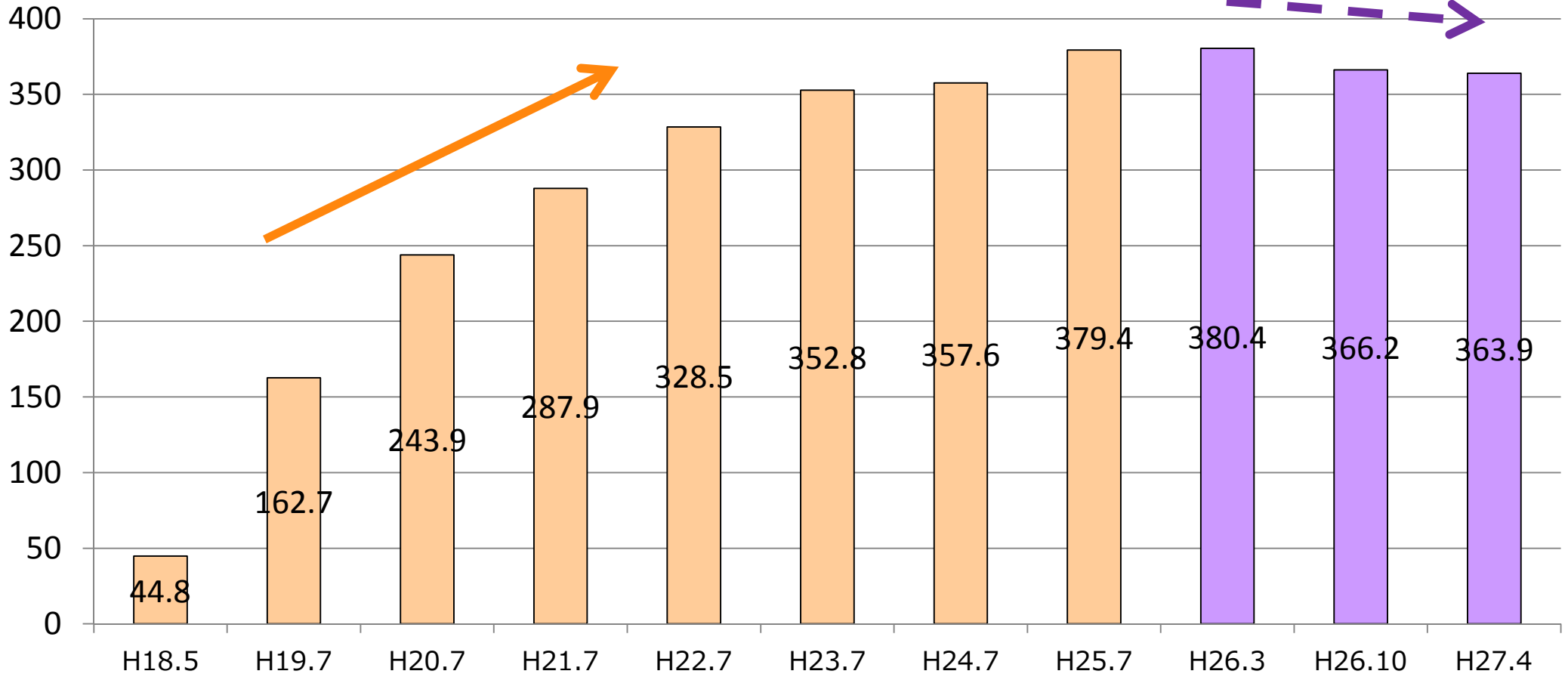
在宅復帰率の導入

中医協 総 - 3
27.3.4
(一部改変)

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、26年以降は減少傾向に転じている。

届出病床数 (千床)



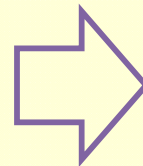
※それぞれ月初時点の値。平成26年以後は厚生局が有する情報を速報として集計したものであり、集計方法が異なる。(病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要)。

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)
	(削除)
	(削除)
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

「7対1入院基本料」の患者像の評価が厳格化された

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

⑪ (iii)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし	/	あり

測定・評価が要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上
10対1入院基本料	測定・評価のみ(要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料	7対1の場合 15%以上 10対1の場合 5%以上
一般病棟看護必要度 評価加算 一般病棟13対1入院基本料、 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ(要件なし)

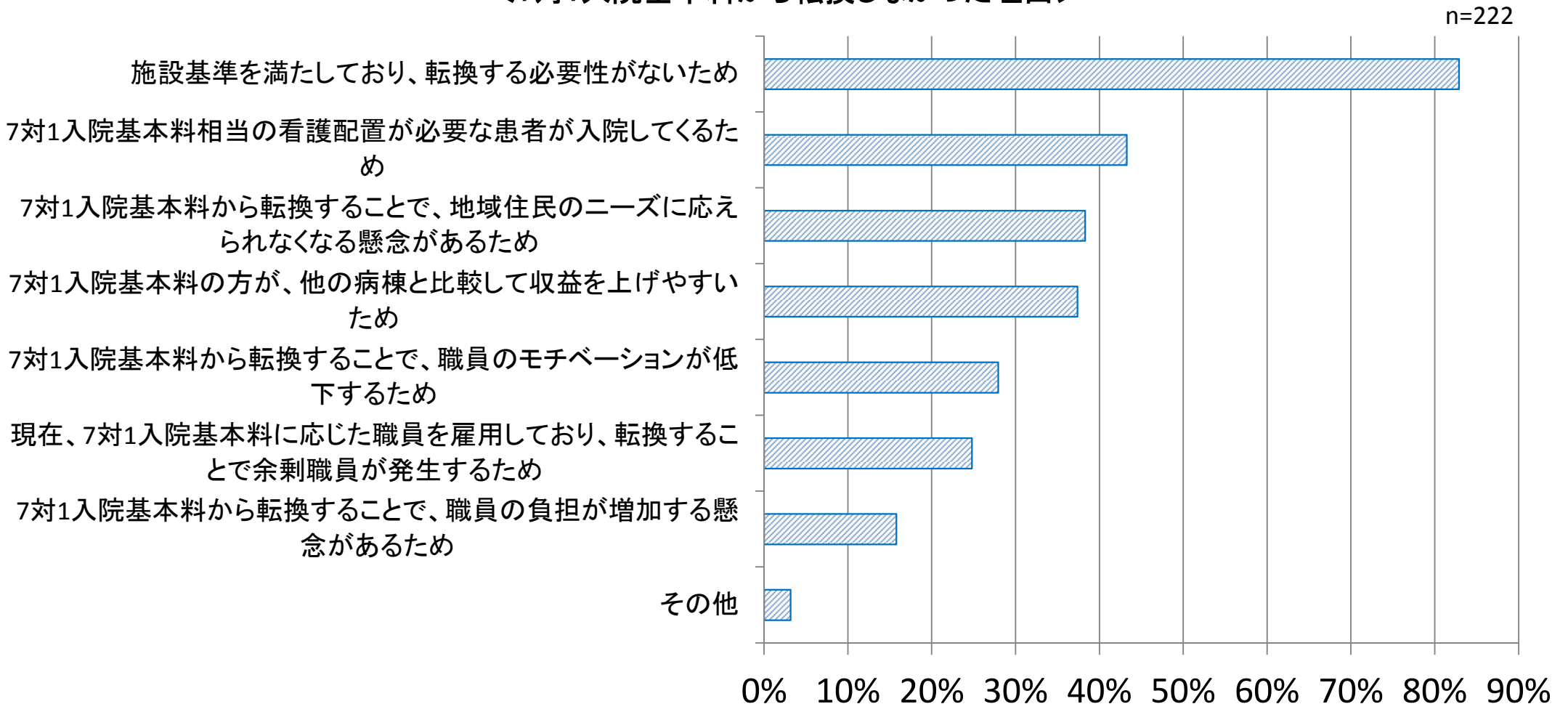
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

※ A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由

- 7対1入院基本料から転換しなかった理由としては、「必要な患者が入院してくるため」や「地域住民のニーズに応えられなくなる懸念があるため」よりも、「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」と回答した割合が多かった。

<7対1入院基本料から転換しなかった理由>



療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

ADL区分

ADL区分1: 11点未満

ADL区分2: 11点以上~23点未満

ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援 のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

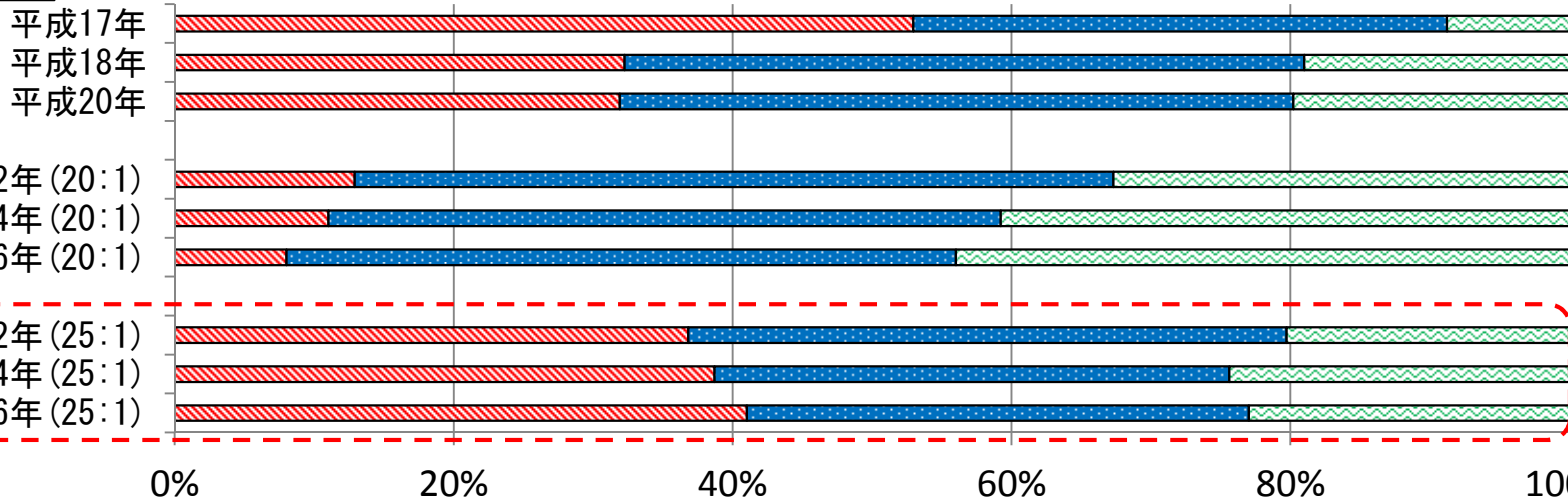
中医協 診 - 1 - 2
2 7 . 9 . 9

医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では医療区分1の患者の割合は減少する傾向にあるが、療養病棟入院基本料2の届出病棟ではその割合は増加する傾向にある。

医療療養

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

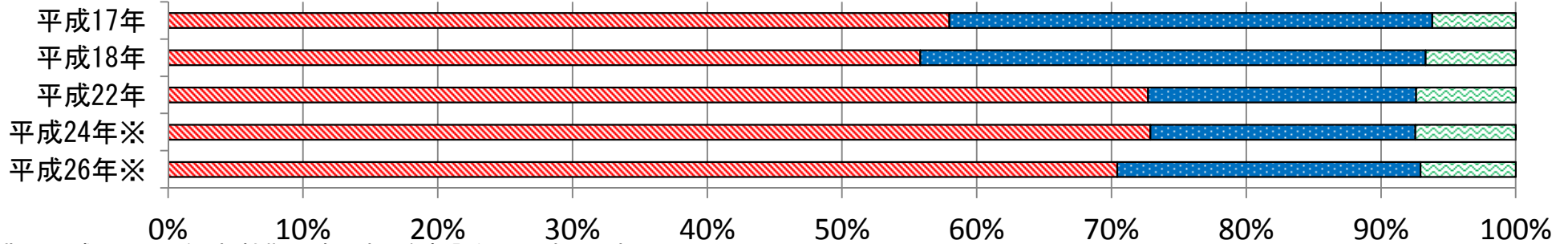


年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

療養1

療養2

(参考)介護療養



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養;療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養;介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

保険者へのインセンティブについて

- 現在、特定健診・特定保健指導の実施率を後期高齢者支援金の加算・減算制度の指標としているところ。
- この指標に加え、後発医薬品の使用状況・重症化予防の取組など、新たな指標を検討し、インセンティブを強化する。その際、日本健康会議のKPIと連動して取組を推進する。
- 昨年10月から保険者種別共通の評価項目について検討を行っており、本年1月に取りまとめを行ったところ。その結果を踏まえ、保険者種別ごとのインセンティブを強化する仕組みの制度設計等を検討し、年度内目途に関係者による検討会に報告予定。

現状と課題

- 現行の保険者へのインセンティブとしては、後期高齢者支援金の加算・減算制度があり、特定健診・特定保健指導の実施率の指標としているところ。
- 単一指標による評価であることに加え、保険者の規模、国保・被用者保険別などの状況が異なるにもかかわらず、一律の比較となっていることと等の課題があり、保険者のインセンティブを強化するために、見直しを行う。
- 国保においては、本年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、保険者努力支援制度を規定。

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- かかりつけ医と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
- 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。

【見直しの方向性】

- 後発医薬品の使用割合や重症化予防への取組を追加し、複数指標により評価することを検討。
- 加算・減算制度は健保組合及び共済組合のみを対象とし、国保及び協会けんぽ等については、それぞれ独自のインセンティブ制度を設ける。
- 加算減算制度においては、より多くの保険者に広く薄く加算するとともに、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへとすることを検討。
- 改革後の国保においては、医療費の地域差を保険料率に反映する仕組みを検討。

【スケジュール】

- 保険者種別共通の評価項目について本年1月に取りまとめを行ったところ。その結果を踏まえ、保険者種別ごとのインセンティブを強化する仕組みの制度設計等を検討し、年度内目途に関係者による検討会に報告予定。
- 保険者努力支援制度は、地方との協議の中で具体的な仕組みを検討。

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者ごとの重症化予防や、後発医薬品の使用状況に係る保険者の取組を「見える化」する。
- 特定健診・保健指導の実施率については、医療費適正化計画の枠組みの中で進捗を管理。

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(前倒しで現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

個人へのインセンティブについて

- 個人へのインセンティブ事業(健康ポイント等)は、既に保険者の保健事業として行われている。(保険者の約1割で実施)
- 本年の医療保険制度改革関連法で、保険者の保健事業の中で、加入者への自助努力の支援をするように努めることを明示。
- 今後は関係者によるWGを開催し、本年度内にインセンティブ事業のガイドラインや事例集を作成し、保険者の取組の促進を図る。
- 日本健康会議と連携したKPIを設定し、ポータルサイトで保険者の取組を「見える化」していく。

現状と課題

- インセンティブ事業については既に保険者の保健事業において行われているところ。

(実施状況)

・医療保険者全体:13%

市町村国保:16%、国保組合:6%、健保組合:11%、
協会けんぽ:支部で実施、共済組合:12%、
後期高齢者医療広域連合:0%

事例

ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、**健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント(健康ポイント)を付与する仕組み**やSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。



ポータルサイトで
健康情報の「見える化」

イメージ図]

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
- 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。

【そのための方策・スケジュール】

- 昨年9月から、関係者によるWGを開催し、本年度内にガイドラインを策定、保健事業告示の改正、事例集の作成予定。

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者のインセンティブの事業の取組を「見える化」する。

○ これまでの検討会での指摘や日本再興戦略等を踏まえ、本年の医療保険制度改革関連法において、国保の保険者努力支援制度が創設されたこともあり、保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合 ・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後(平成30年度～)〉



保険者種別	健康保険組合 ・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県 ・市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 (各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定)				

○ なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。
 ◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
 参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

5 保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

国保における保険者努力支援制度について

平成27年5月法改正
医療保険制度改革

概要・規模

(概要)

○医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

(規模)

700億円～800億円程度(平成30年度～)

※保険者努力支援制度の趣旨については、平成30年度からの施行前、平成28年度における特別調整交付金の交付ルールに反映する予定

指標

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を決定する。

○指標については、後期高齢者支援金の加算・減算で用いられる予定の指標も踏まえ、今後、地方と協議の上決定することとしているが、例えば、

- ・被保険者の健康の保持増進に努力として、特定健診・特定保健指導等の実施状況
- ・医療の効率的な提供の推進に対する努力として、後発医薬品使用割合
- ・国保が抱える課題に対する努力として、収納率向上の状況 等を指標として用いることを検討。

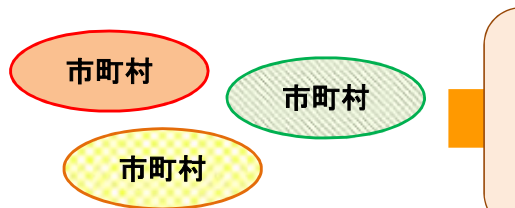
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



・**国の財政支援の拡充**
 ・**都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす**

(構造的な課題)

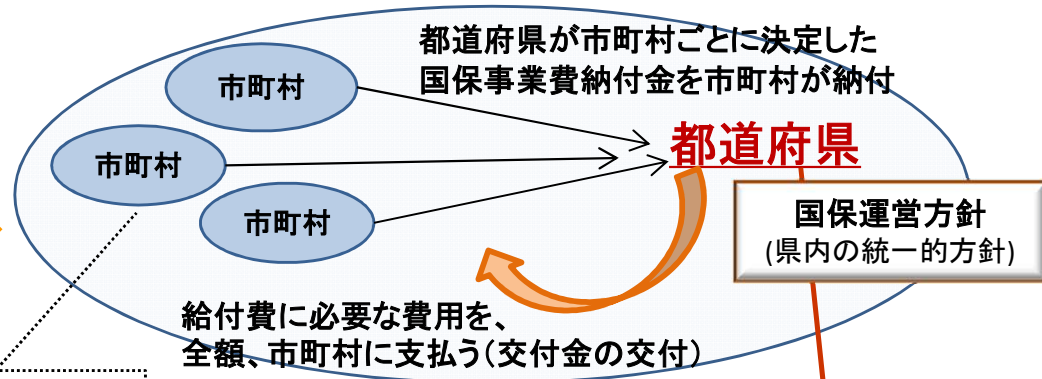
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
 ※保険料率は市町村ごとに決定
 ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割

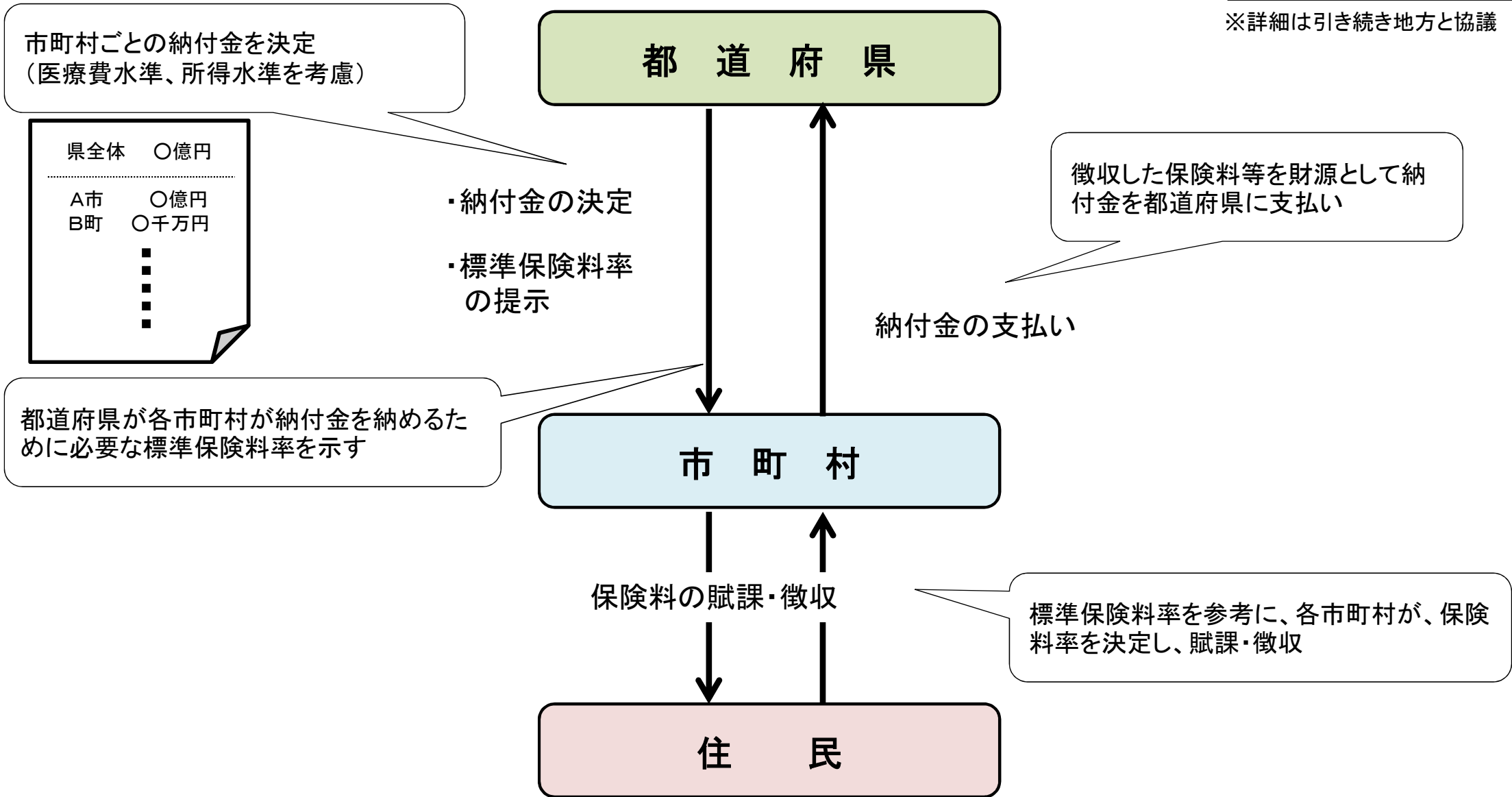


- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

※詳細は引き続き地方と協議

国保険料の賦課、徴収の仕組み（イメージ）〔平成30年度施行〕

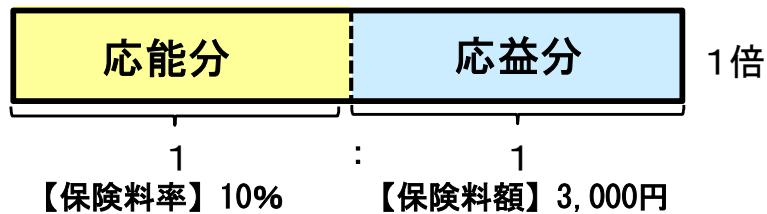


保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ) [平成30年度施行]

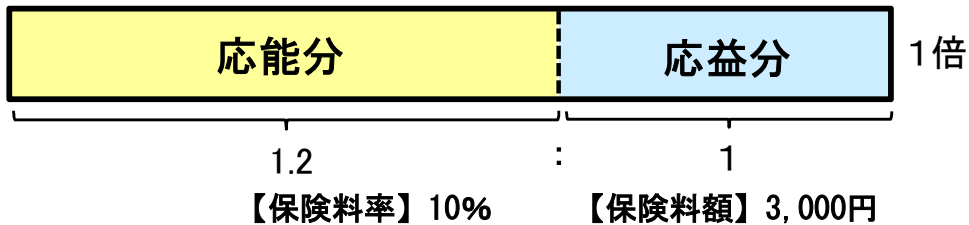
<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

- 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

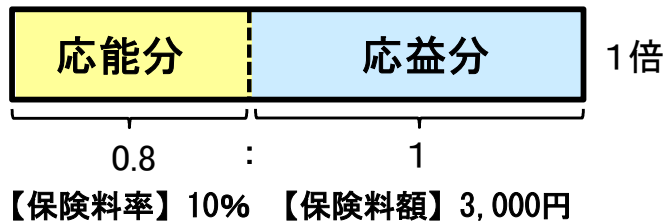
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



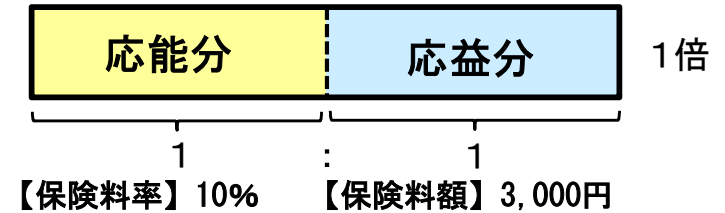
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



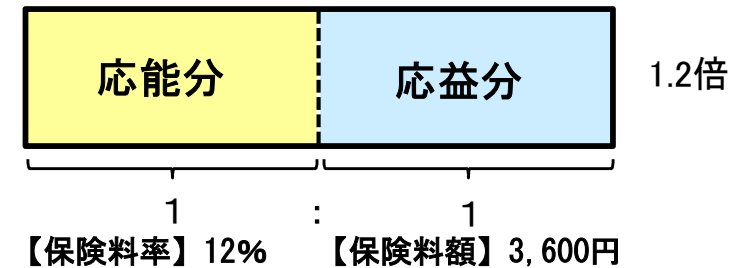
<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

- 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

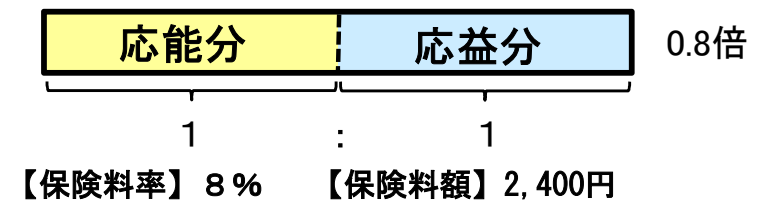
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)

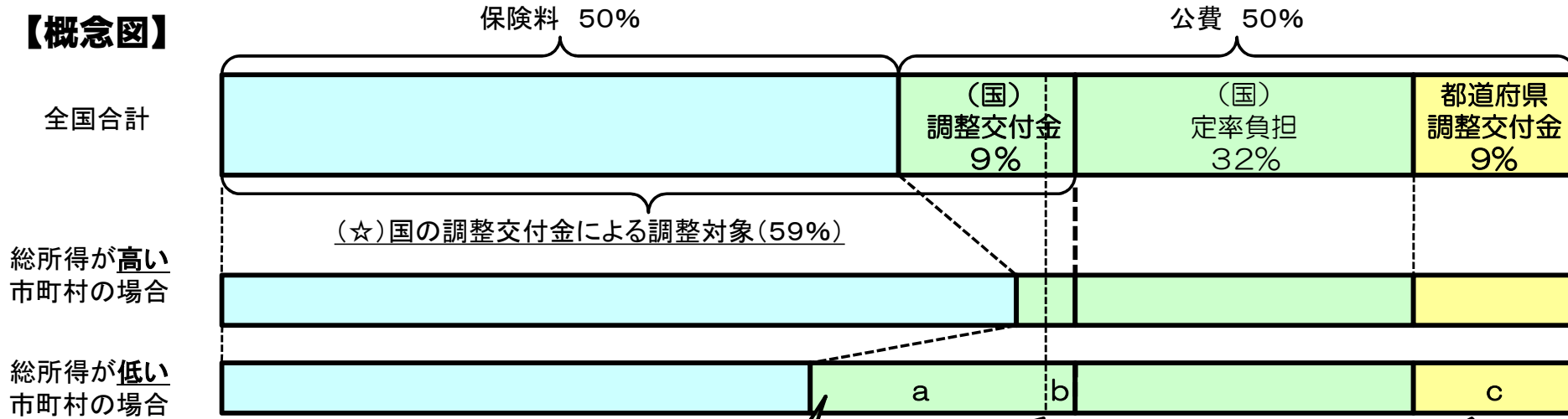


※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

国・都道府県の「調整交付金」の概要

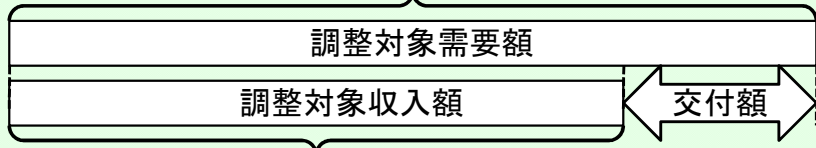
【概念図】



(a) 普通調整交付金(概ね7%分)

市町村間の財政力の不均衡等を調整するために交付。

上図の(☆)



当該市町村の所得水準・医療費水準に応じて本来徴収すべき保険料収入額

(b) 特別調整交付金(概ね2%分)

市町村に特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付。

〈特別な事情の例〉

- ・ 災害等による保険料の減免額等が多額である場合
- ・ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

※普通調整交付金と特別調整交付金は、相互流用可。

(c) 都道府県調整交付金

都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うことを目的に交付。
(交付基準等は、都道府県条例で規定。)

※実際には、9%のうち、6%程度は給付費に応じて定率で配分。
3%程度が医療費適正化の取組等を評価して配分。

○ 国の普通調整交付金については、国保改革による広域化に伴い、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す(地方と協議しながら検討)

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設
- 具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施(実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施)。

各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- 特定健診・保健指導の実施率

②保険者の実績を比較

- 支援金の減算

保険者種別毎の特定健診・保健指導の実施率について一定の調整を行った上で、実施率が高い保険者

※減算対象保険者に係る減算率が前年度と同程度となるよう、減算対象保険者を決定。

- 支援金の加算

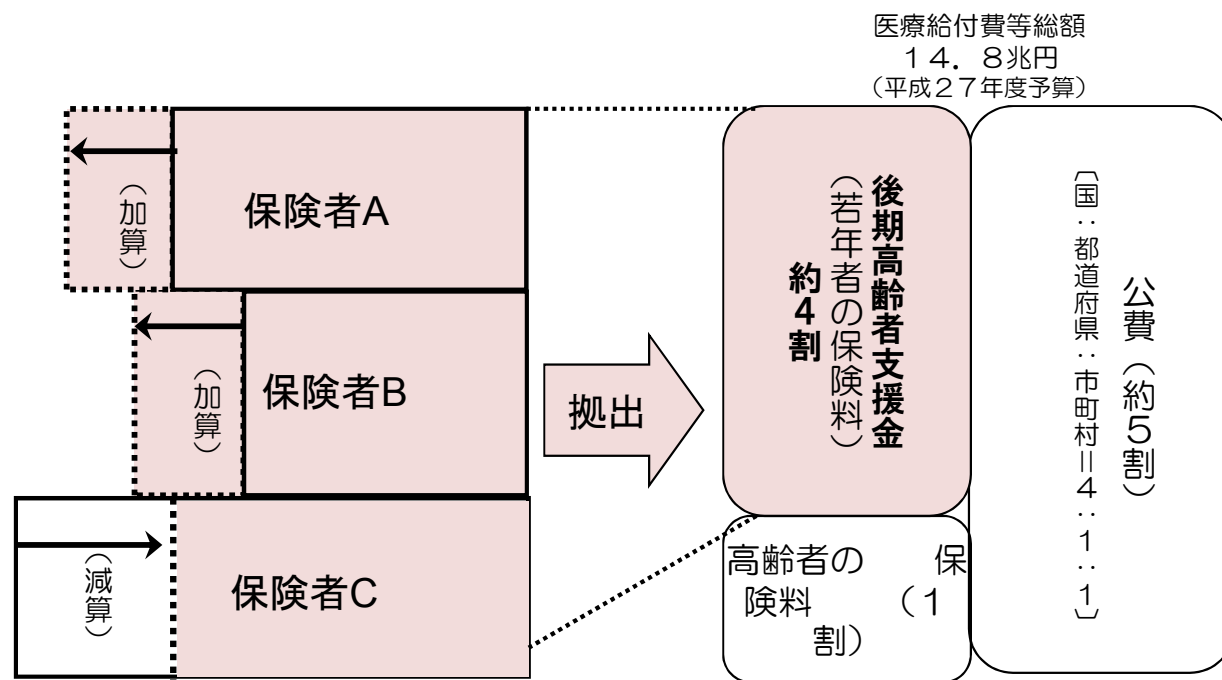
特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

③加算率は0.23%に設定 (法律上は上限10%)

※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。

④減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定 (法律上は上限10%)

〈後期高齢者支援金の仕組み〉



個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化について

15

- 予防・健康づくりに取り組む加入者に対してヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、インセンティブを提供する取組については、既に一部の健保組合や市町村で、保健事業として実施されている。
- このような、保険者が加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要であり、今般の医療保険制度改革でも、保険者の努力義務として位置付けている(平成28年4月施行予定)。

(参考)個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブに関する該当条文

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成27年法律第31号)(抄)

○健康保険法の一部改正

※傍線部分は今回改正により追加した箇所

第五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導(以下この項及び第五十四条の二において「特定健康診査等」という。)を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者(以下この条において「被保険者等」という。)の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

※ 国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、共済各法等の保健事業の規定においても同様に追加

- また、具体的な検討に当たっては、国会においてなされた以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議(抄)

(平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

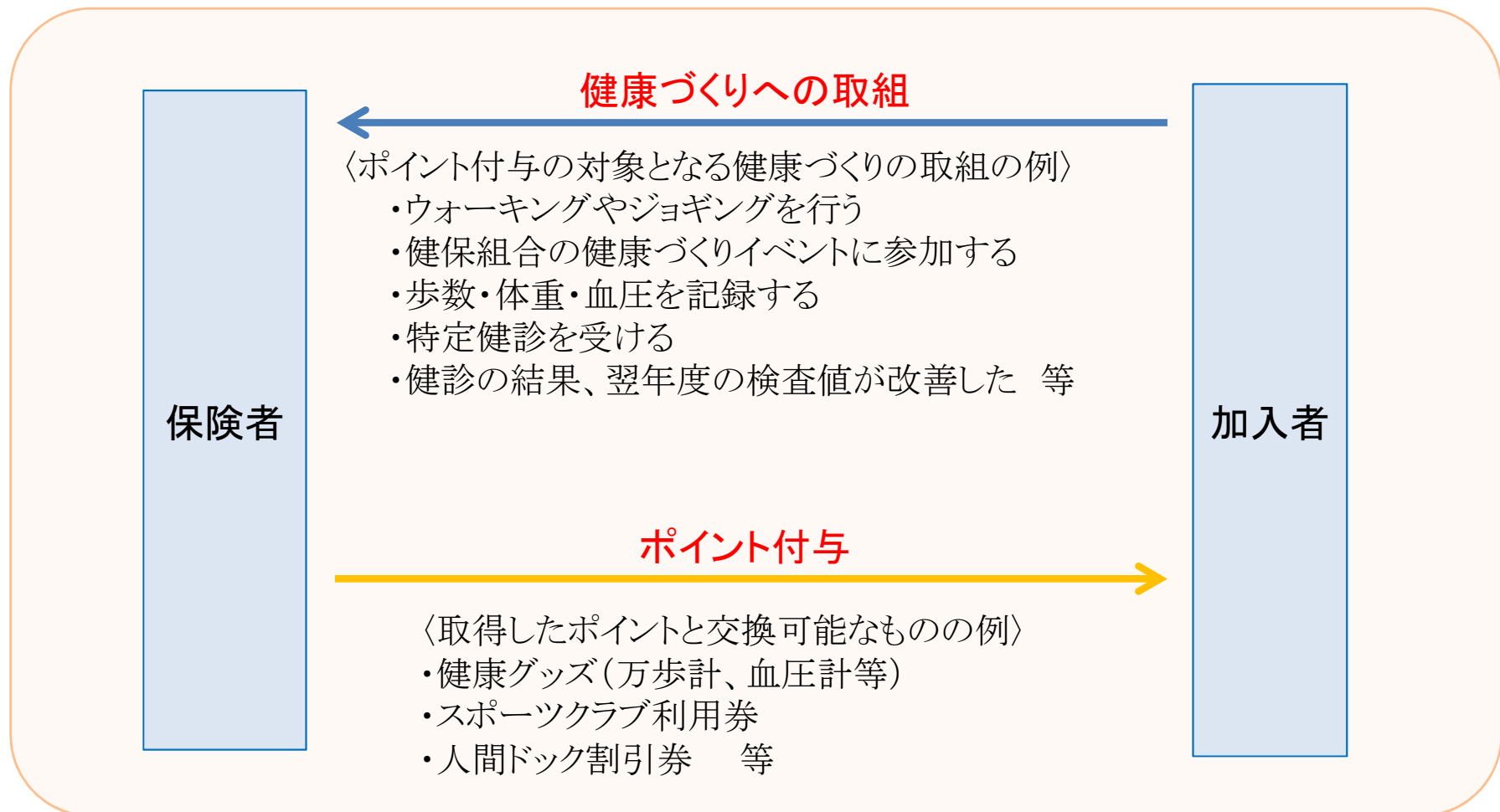
四、医療費適正化計画及び予防・健康づくりについて

2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないように、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

- 今後、実施主体である保険者等と相談しつつ、平成27年度中に、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを厚生労働省において策定していく。

ヘルスケアポイントを活用した個人に対する予防・健康づくりの推進

- 医療保険者におけるインセンティブ付与の取組として、現在、一部の健康保険組合や市町村で、被保険者のウォーキングやジョギング等の健康づくりの取組に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイントを付与する取組を実施。



高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

平成28年度予算案 3.6億円(新規)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導 ・外出困難者への訪問歯科健診 ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院

薬局



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、摂食等の口腔機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。37

データヘルス・健康経営の好事例の横展開

- 事業主や保険者においては、データヘルス計画の策定・実施、健康経営の取組を進めてきたところ。
- 今後、さらにこの取組を進めるため、健康経営銘柄の継続的实施、中小企業に対する保険者の後押しにより、事業主の健康投資を促進するほか、データヘルス計画の効果検証事業を行う。
- 次世代ヘルスケア産業協議会とも連携して取組を推進し、保険者や事業主の取組をポータルサイトで「見える化」する。

現状と課題

【健康経営】

- 昨年3月に「健康経営銘柄」22社を選定し、公表。
※健康経営銘柄:長期的な視点からの企業価値の向上を重視する投資家にとって魅力ある企業を紹介するもの
- 健康経営について、大企業では経営層の巻き込み不足、中小企業では、健康投資に係るメリットが見えない、健康投資に係る資金・人材の不足といった課題がある。

【データヘルス】

- 昨年度までにほぼ全ての健保組合がデータヘルス計画を策定し、本年度から、計画に基づく事業を実施。好事例の横展開のため、事業の評価基準の策定、効果検証を行う必要。



※平成26年度の健康経営銘柄:
アサヒグループホールディングス、東レ、花王、
ロート製薬、東燃ゼネラル石油、ブリヂストン、TOTO、
神戸製鋼所、コニカミノルタ、川崎重工業、テルモ、
アシックス、広島ガス、東京急行電鉄、日本航空、
SCSK、丸紅、ローソン、三菱UFJフィナンシャル・
グループ、大和証券グループ本社、第一生命保険、
リンクアンドモチベーション

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
- 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

【そのための方策】

- 健康投資を推進するための環境整備を行う。
 - ・大企業(健保組合)…株式市場で評価される仕組みの構築
⇒ 先進的な取組を行う企業の経年的なフォローアップや、健康経営を行う企業による情報発信
 - ・中小企業(協会けんぽ)…金融・労働市場で評価される仕組みの構築、保険者による後押し
⇒ 協会けんぽによる中小企業向けの保健事業の強化
(大支部の一社一健康宣言、広島支部のヘルスケア通信簿)
⇒ 「健康経営優良企業」の選定を行う仕組みの創設
- データヘルスの好事例の収集、評価指標の構築を実施

【スケジュール】

- ・平成28年1月 第2回健康経営銘柄の発表
- ・平成28年4月 健康経営優良企業の申請開始
- ・平成28年夏 第2回日本健康会議で進捗状況の報告

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者や事業主の取組を「見える化」する。

日 本 健 康 会 議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金）11:45－12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

1. 趣旨説明	日本商工会議所	（会頭	三村 明夫）
2. キーノートスピーチ	東北大学大学院 医学系研究科	（教授	辻 一郎）
3. メンバー紹介			
4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」	健康保険組合 連合会	（会長	大塚 陸毅）
5. 今後の活動について	日本医師会	（会長	横倉 義武）
6. 来賓挨拶 （総理挨拶）	厚生労働省	（大臣 官房副長官	塩崎 恭久 加藤 勝信）
7. フォトセッション			



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00－15:00）

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

日本健康会議
実行委員

日本経済団体連合会	会長	榑原 定征
日本商工会議所	会頭	三村 明夫
経済同友会	代表幹事	小林 喜光
全国商工会連合会	会長	石澤 義文
全国中小企業団体中央会	会長	大村 功作
日本労働組合総連合会	会長	古賀 伸明
健康保険組合連合会	会長	大塚 陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林 剛
全国国民健康保険組合協会	会長	真野 章
国民健康保険中央会	会長	岡崎 誠也
全国後期高齢者医療広域連合協議会	会長	横尾 俊彦
全国知事会	会長	山田 啓二
全国市長会	会長	森 民夫
全国町村会	会長	藤原 忠彦
日本医師会	会長	横倉 義武
日本歯科医師会	会長	高木 幹正
日本薬剤師会	会長	山本 信夫
日本看護協会	会長	坂本 すが
日本栄養士会	会長	小松 龍史
チーム医療推進協議会	代表	半田 一登
住友商事	相談役	岡 素之
自治医科大学	学長	永井 良三
東北大学大学院医学系研究科	教授	辻 一郎
あいち健康の森健康科学総合センター	センター長	津下 一代
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	教授	森山 美知子
千葉大学予防医学センター	教授	近藤 克則
京都大学産官学連携本部	客員教授	宮田 俊男
日本糖尿病学会	理事長	門脇 孝
東京都荒川区	区長	西川 太一郎
読売新聞グループ本社	取締役最高顧問	老川 祥一
テレビ東京	相談役	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

全32名

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

健康なまち・職場づくり宣言2020

宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取組組等の活用を図る。一府、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術 (ICT) 等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

宣言（KPI）を達成するためのワーキンググループ

- 1) ヘルスケアポイント等情報提供WG
- 2) 重症化予防（国保・後期広域）WG
- 3) 健康経営500社WG
- 4) 中小1万社健康宣言WG
- 5) 保険者データ管理・セキュリティWG
- 6) 保険者向け委託事業者導入ガイドラインWG
- 7) 保険者からのヘルスケア事業者情報の収集・分析WG
- 8) 保険者における後発医薬品推進WG
- 9) ソーシャルキャピタル・生涯就労支援システムWG

日本健康会議ポータルサイト

日本健康会議のHPにおいて、健康なまち・職場づくり宣言2020で、宣言ごとに、取組を実施している保険者等と先進的な取組を可視化。

【イメージ図】



データヘルスポータルサイト

医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトを開設。

- 医療保険者と地方自治体や企業、大学等が保健事業を通じて連携を促進するための仕組みづくりとして、保健事業のプラットフォームを構築
- 各医療保険者が実施する効果的な保健事業の情報発信を行う場を提供



【「データヘルスポータルサイト」イメージ図】

〇レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

平成28年度予算（案）額：2.8億円

先進的な保険者に限らず、中・小規模の保険者も等しく効率的かつ効果的なデータヘルス事業を導入し、運営ができるよう、先進的なデータヘルス事業を体系的に整理、パッケージ化して全国的に横展開を推進するとともに、大学や保険者、地域の関係機関と連携し実践的なカリキュラムの開発、潜在保健師の活用などを通じて、データヘルス事業の導入、運営等に係る環境整備を図る。

(1) 先進的なデータヘルス事業のパッケージ化

【宣言1】予防インセンティブを活用した保健事業等

【宣言2】糖尿病性腎症の重症化予防等

【宣言3】被扶養者の健診受診率向上事業等

【宣言4・5】健康経営・健康宣言運動事業等

【宣言6】ICTを活用した個人に最適化された情報提供等事業

〇多くの保険者が先進的なデータヘルス事業を抵抗感なく導入し、事業運営ができるように、先進的なデータヘルス事業について、その事業構成や実施体制、実施過程の検証作業までのPDCAサイクルを体系的に整理してパッケージ化し、全国的な横展開を推進する。

(2) データヘルス事業の導入、運営のための人材育成・環境整備



〇大学や保険者、地域の関係機関と連携しデータヘルス事業の実践的なカリキュラムの開発や、潜在保健師などを活用してデータヘルス事業に明るい人材を育成し、データヘルス事業の導入、運営に係る環境整備を図る。

(3) 中小規模・財政難保険者への支援及び初期費用の補助



〇データヘルス事業の運営に十分な資源を投入できない中・小規模の保険者であっても持続的に事業運営ができるよう、事業導入に係る初期費用を補助する。

○データヘルスの効果的な実施推進事業

平成28年度予算（案）額：15百万円

平成26年度より全ての医療保険者においてレセプト・特定健診等データを活用した効果的・効率的な保健事業実施のための計画（データヘルス計画）を策定し、平成27年度から当該計画に基づいた保健事業が実施されることとなる。

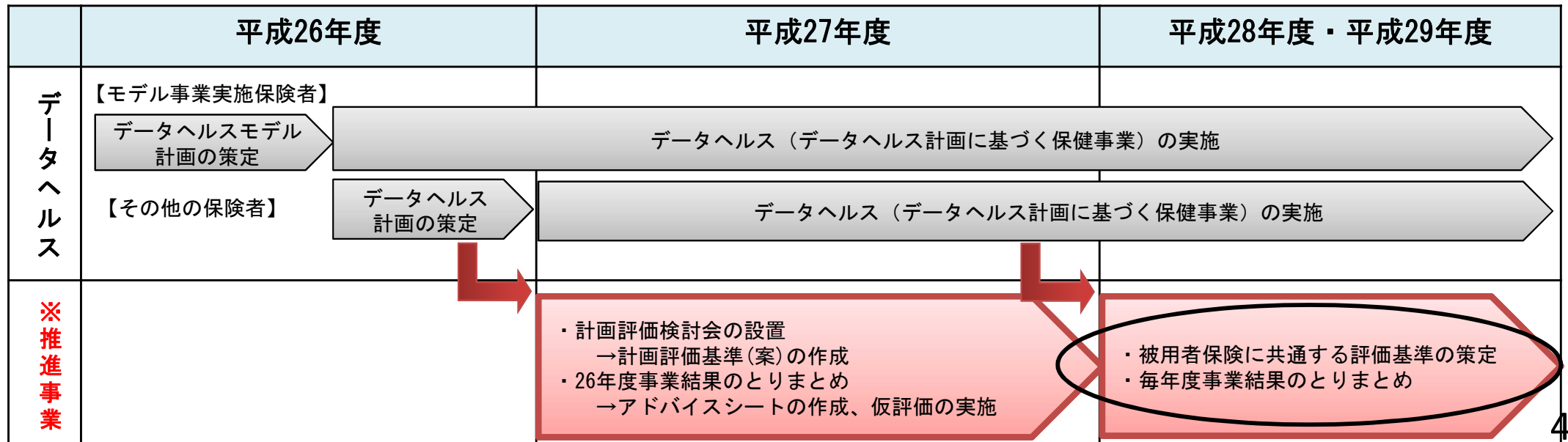
国においては、平成26年度までに、基盤となるデータ分析システムの整備、保健事業の指針の改正、データヘルスモデル計画の策定・普及の支援を行っているところである。

今後もデータヘルスが円滑に実施され定着するために、医療保険者が実施したデータヘルス事業について、事業実施状況の把握を行った上で、保険者規模・種別等に応じて総合評価するための評価基準案の作成を行うための経費を補助する。

【事業内容】

- 事業の評価方法を検討し、評価基準を策定する。
- データヘルス計画及び事業実施状況をとりまとめ、好事例集の作成等。

【事業内容のイメージ図】



予防・健康づくりに向けたインセンティブの取組支援 (データヘルス・サービス見本市)

医療保険者、企業、地方自治体等での個人の健康づくりを促す仕組を促進するため、

- ①各医療保険者と企業等とのマッチングを行う機会の提供(ヘルスケアフォーラム)
- ②医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトの開設を行う。

①ヘルスケアフォーラム等の開催(平成26年度補正予算:1.2億円)

→各医療保険者による個人の健康づくりを促す仕組を促進するための情報交換や、企業とのマッチングの機会を提供

- ・先進的な医療保険者、企業、地方自治体等による取組事例の発表
- ・健康づくりの取組を実施している医療保険者、企業、地方自治体等との情報交換
- ・医療保険者と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチング

②ヘルスケアポータルサイトの開設(平成26年度補正予算:1.8億円)

→医療保険者と地方自治体や企業、大学等が保健事業を通じて連携を促進するための仕組づくりとして、保健事業のポータルサイトを開設

- ・保険者協議会を通じた都道府県単位の連携の仕組みづくり
- ・全国の医療保険者の取組事例を紹介
- ・個人の健康づくりを促すための情報を発信
- ・保険者評価によるインセンティブ付与を活用した保険者機能を強化する仕組を構築

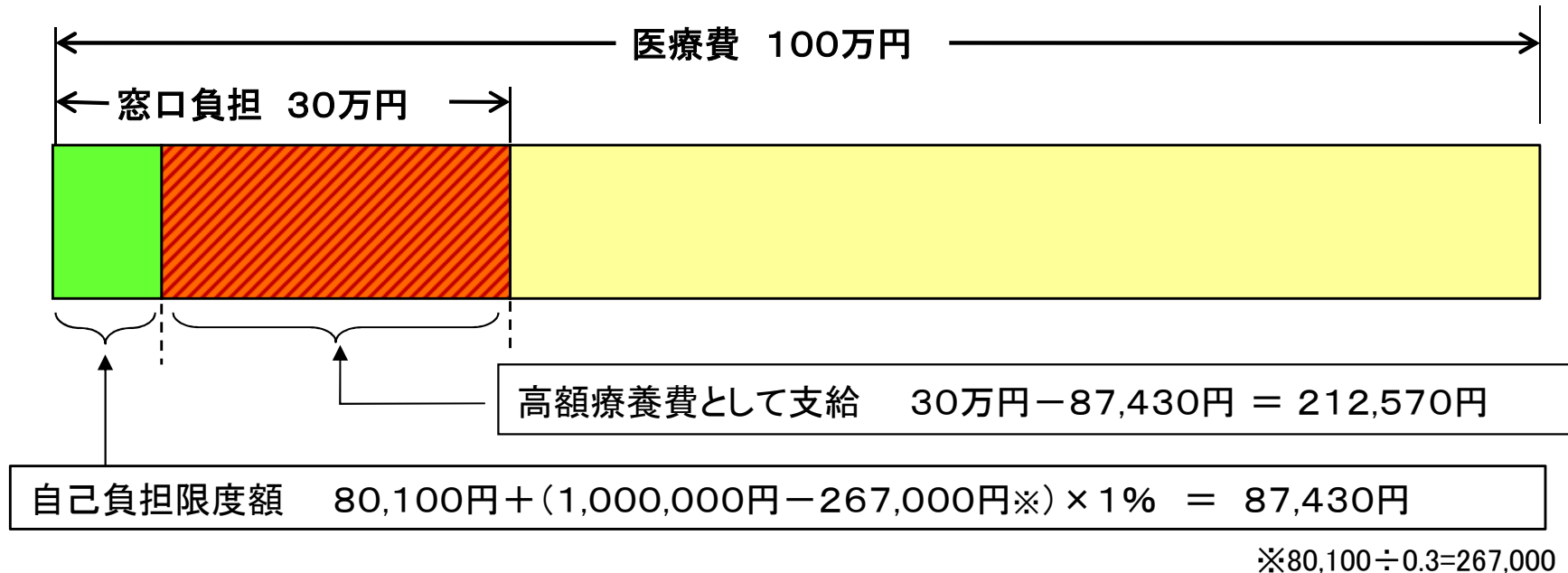


【「データヘルスポータルサイト」イメージ図】

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
 - （※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
 - （※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費制度の概要

②4(i)

75歳

現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	窓口負担割合	外来	80,100+
	3割	44,400	(総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満	1割	12,000	44,400
		住民税非課税	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000

70歳
74歳

現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	窓口負担割合	外来	80,100+
	3割	44,400	(総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下 国保：課税所得145万円未満	2割	12,000	44,400
		住民税非課税	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000

70歳未満

	月単位の上限額(円)
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600+ (医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400+ (医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

27年1月新設区分
対象：約1,330万人

27年1月新設区分
対象：約4,060万人

高年齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来（個人ごと）	
現役並み所得者		44,400円 ⁽⁵⁾	80,100円＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数回該当※44,400円〉 ⁽¹⁾
一般		12,000円 ⁽⁶⁾	44,400円 ⁽²⁾
低所得者	住民税非課税	8,000円 ⁽⁴⁾	24,600円 ⁽³⁾
	住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円 ⁽⁴⁾

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

所得区分要件・限度額設定の考え方

- ①現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。
- ②一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。
- ③70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。
- ④平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。
- ⑤現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。
- ⑥一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

高額療養費制度の主な改正経緯（健康保険法関係）

②④(i)

○ 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

制度改正(施行年月)	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	<ul style="list-style-type: none"> 医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(5割→3割)
昭和56年3月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 被扶養者について低所得者の所得区分を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(入院3割→2割) 本人一部負担金(定額)の引上げ
昭和59年10月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額(一般3万円、低所得者2万1千円) 多数該当世帯の負担軽減を創設 高額長期疾病の特例(血友病、慢性腎不全)を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の定率負担(1割)の導入 退職者医療制度の創設
平成8年6月	<ul style="list-style-type: none"> 高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加 	
平成13年1月	<ul style="list-style-type: none"> 高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ(22%→25%) 一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ(3万円→2万1千円) 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の総報酬制(ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課)を導入(平成15年4月施行) 被保険者本人の3割負担の導入(平成15年4月施行)
平成19年4月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化 	<ul style="list-style-type: none"> 現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ(2割→3割)
平成24年4月	<ul style="list-style-type: none"> 外来時の高額療養費の現物給付化 	
平成27年1月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について所得区分を細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し (年収約370万円以下は引下げ、約770万円以上は引上げ) 	<ul style="list-style-type: none"> 70~74歳の自己負担の特例措置の見直し (平成26年4月に新たに70歳になる者から段階的に2割負担)

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の見直しを行ってきた。

医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

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	
				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)			
被用者本人		定額 負担														70～ 74歳	
				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			
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		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
 (参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月から2割とする改正を行った。

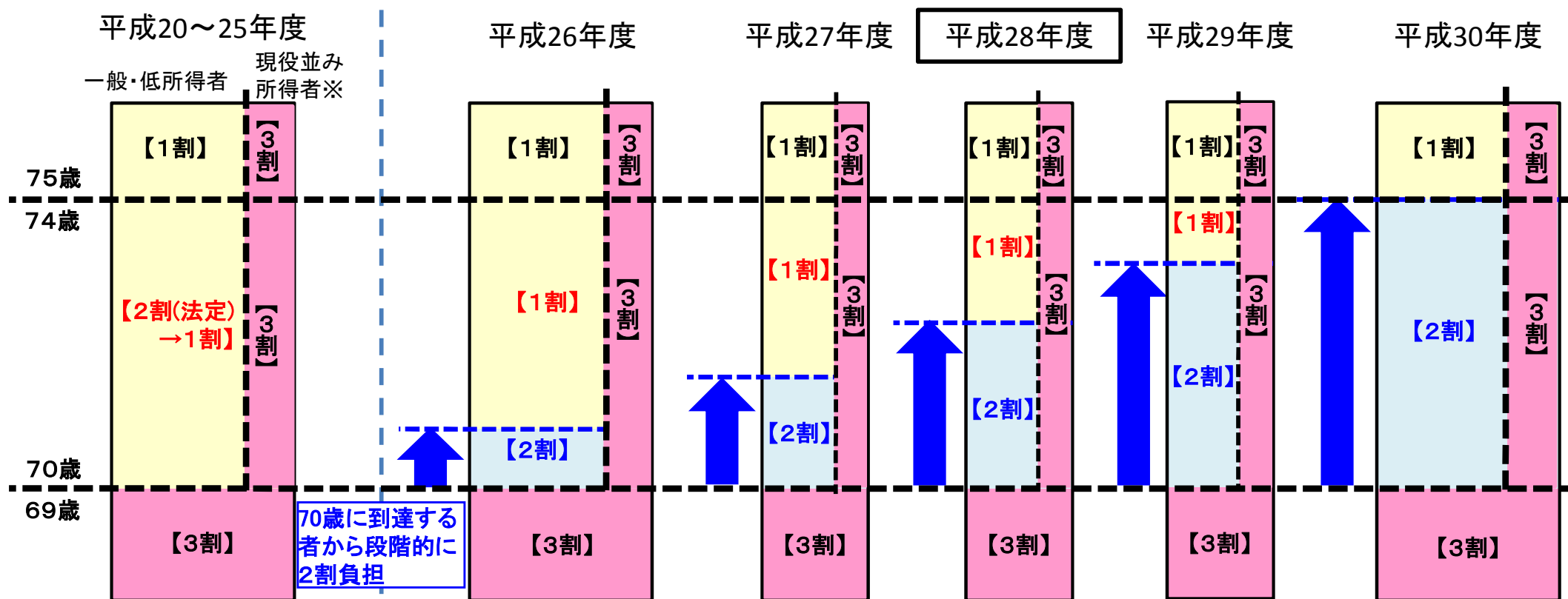
70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

②④ (ii)

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。

○ 平成28年度予算案 1,146億円

(参考)平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円



※ 現役並み所得者・・・国保世帯:課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険:標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

②④(i)(ii)

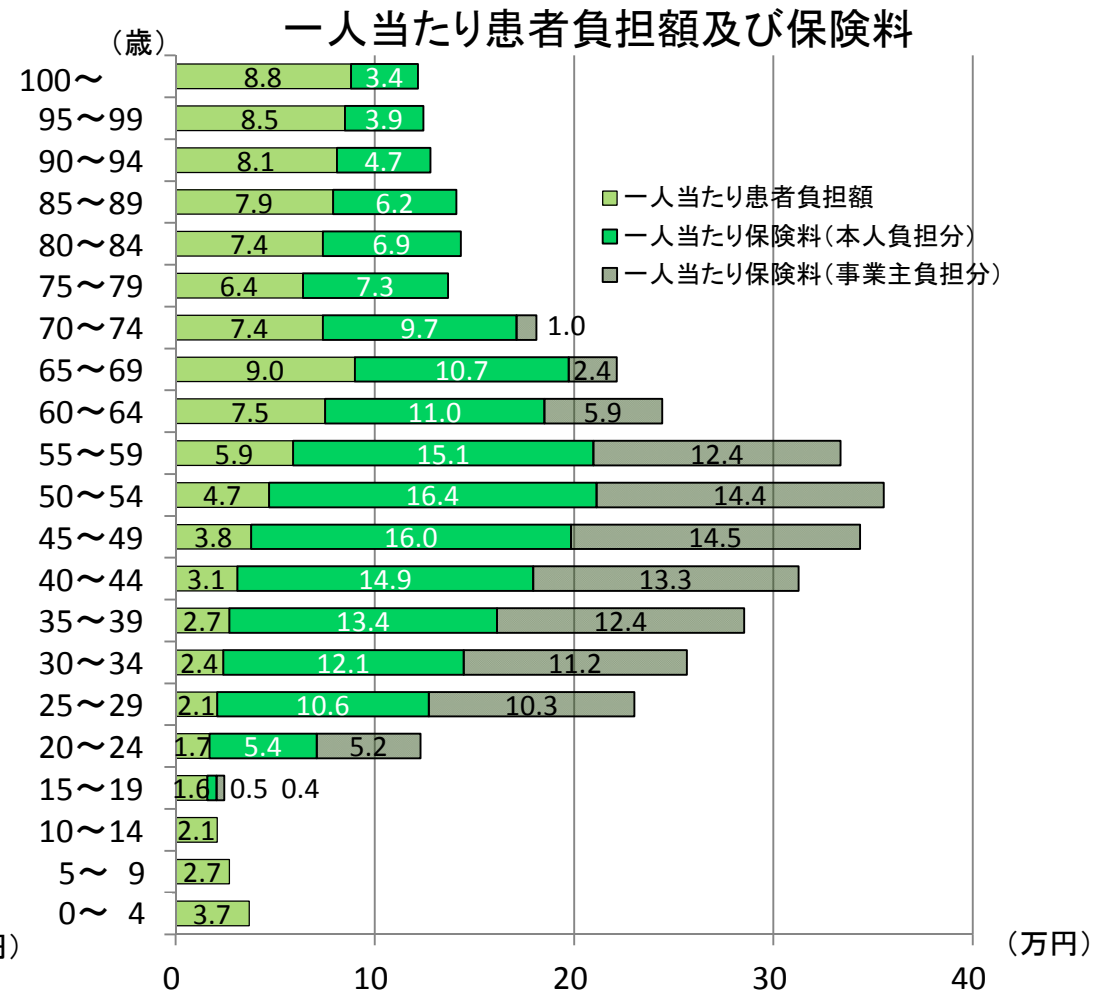
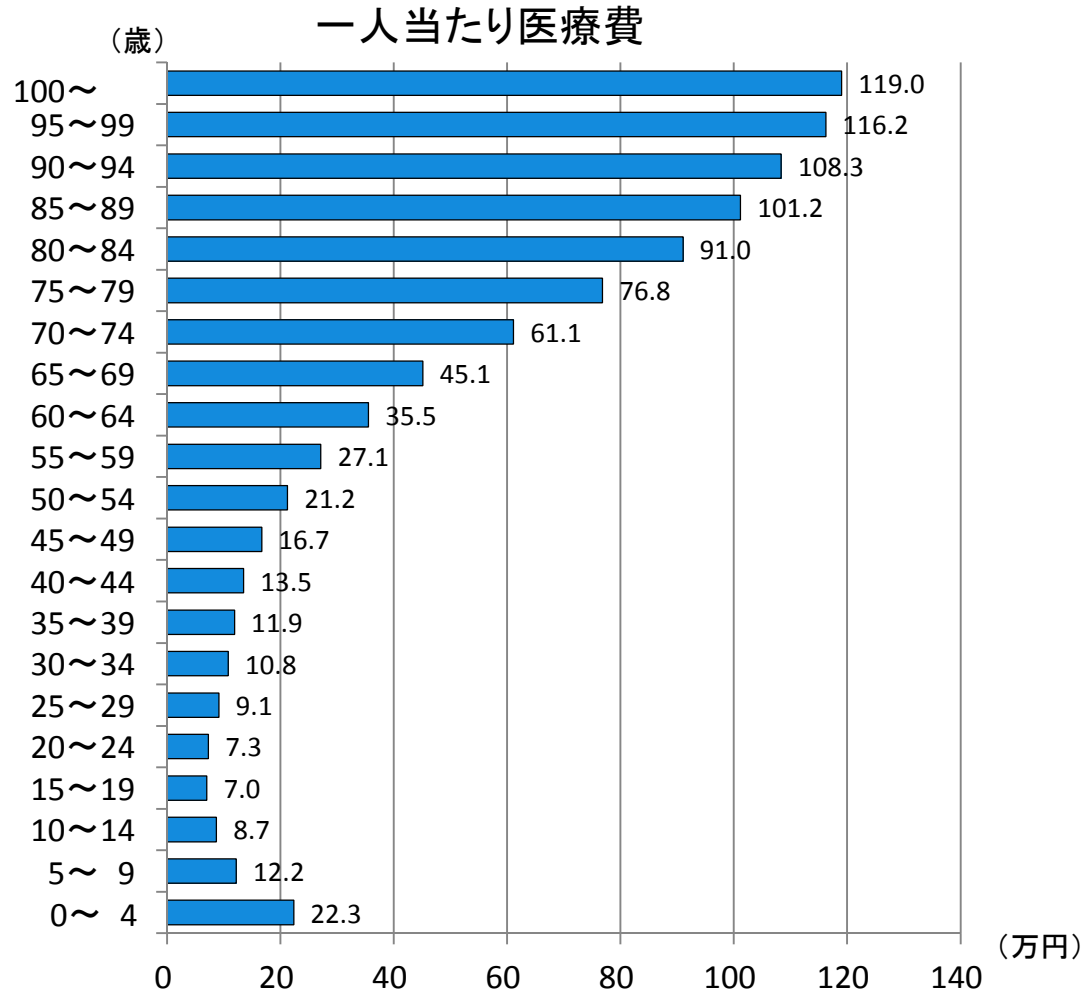
- 後期高齢者医療の被保険者において、現役並み所得者が約7%である一方で、低所得者は約4割を占める。

※括弧内は被保険者に占める割合

区分		自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)
			外来		
現役並み所得者		3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	102 (6.7%)
一般		1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	317 (20.8%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)			15,000円	282 (18.5%)
被保険者計					1,527

年齢階級別の1人当たり医療費・患者負担額及び保険料について

- 年齢階級別に、患者負担額に保険料を加えた負担の額をみると、現役世代の負担が多い。
- ただし、これは、高齢期に増加する医療費が、社会連帯の精神に基づく後期高齢者支援金を通じて、現役世代の保険料によっても賄われていることによるもの。



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の数値。

※ 一人当たり患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成24年度の数値。

年齢階級別の負担状況①

②④(i)(ii)

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		91.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.1万円	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	7.7%
65～69歳(3割)		42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)		17.5万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	7.1万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	2.1%
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		274万円	3.9万円	1.4%

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

年齢階級別の負担状況②

②④(i)(ii)

- 自己負担額に保険料負担を加えた場合の収入に占める負担の割合をみると、保険料の事業主負担分を含めても、現役世代が約9～10%となっているのに対して、高齢世代が約8～9%となっている。

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担+保険料※4(年)	収入に対する自己負担+保険料※4の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	14.1万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	17.8万円 (16.8万円)	8.8% (8.3%)
	1割凍結 (現役並み所得3割)		15.0万円 (14.0万円)	7.4% (6.9%)
65～69歳(3割)		236万円	22.0万円 (19.6万円)	9.3% (8.3%)
20～64歳(3割)		274万円	28.0万円 (16.8万円)	10.2% (6.1%)

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成24年度の数値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

医療保険制度別の実効給付率の推移

24(i)(ii)

		被用者保険計			国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合					
被 保 険 者 (7 0 歳 未 満)	平成12年度	82.42	81.34	83.10	85.22	78.83	78.72	80.26	80.30	—	—
	13	82.31	81.23	82.98	85.10	78.53	78.49	79.11	80.06	—	—
	14	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—
	23	76.07	75.38	76.63	77.24	79.14	79.19	78.35	77.94	—	—
24	76.40	75.73	76.95	77.57	79.53	79.59	78.59	78.28	—	—	
7 0 歳 以 上	平成12年度	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	14	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—
	23	84.60	84.52	84.74	84.68	87.20	87.23	85.96	86.89	—	—
24	85.01	84.93	85.12	85.20	87.65	87.68	86.33	87.33	—	—	
計	平成12年度	79.58	78.87	79.75	81.95	78.83	78.72	80.26	79.26	92.30	84.36
	13	79.39	78.72	79.49	81.75	78.53	78.49	79.11	79.01	92.00	84.20
	14	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33
	22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76
	23	77.52	77.16	77.76	78.26	81.34	81.45	79.23	79.47	91.79	84.03
24	77.75	77.40	77.99	78.49	81.80	81.91	79.50	79.81	91.97	84.37	

(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。

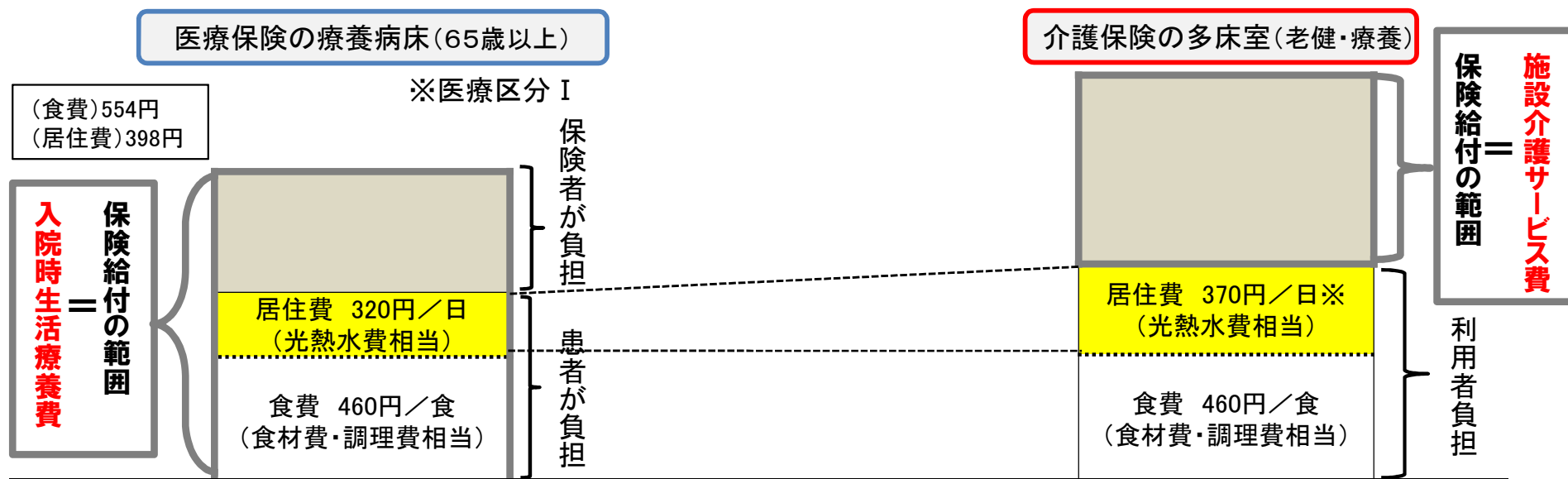
(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

入院時生活療養費における居住費負担について

③②⑥

- 平成17年10月から、介護保険では、介護療養病床を含む介護保険3施設における食費及び居住費が原則として保険給付外となったことを踏まえ、平成18年から、医療療養病床における食費・居住費については、医学的管理の下で提供される観点から、保険給付の対象とする一方で、自己負担を求めることとした。(入院時生活療養費の創設)
- 具体的には、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設における負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の方に対して、介護保険施設(多床室)における食費及び居住費の額を勘案して、食費(食材料費、調理費相当)として1食460円、居住費(光熱水費相当)として1日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床のうち、入院医療の必要性が高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、一般病床等と同様に、食費のみの負担とし、居住費負担は求めないこととしている。
- なお、介護保険施設の多床室の居住費負担については、平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査の光熱水費相当額を踏まえた見直しを行っている(平成27年4月から、1日当たり320円→370円)。

※ 平成15年家計調査:約320円/日(9,460円/月)→平成27年家計調査:約370円(11,215円/月)

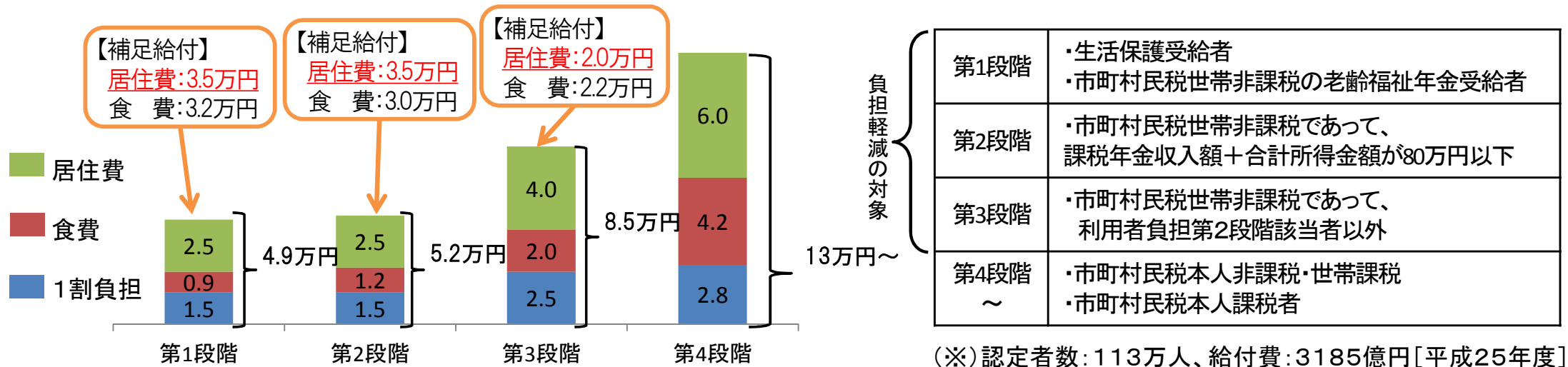


※ 特養の場合、光熱水費相当に加えて
室料相当の計840円/日の負担

食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



<要件の見直し>

- ① 預貯金等 → 一定額超の預貯金等 (単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超) がある場合には、対象外。 → 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ (加算金) を設ける
- ② 配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- ③ 非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金 (遺族年金・障害年金) も勘案する

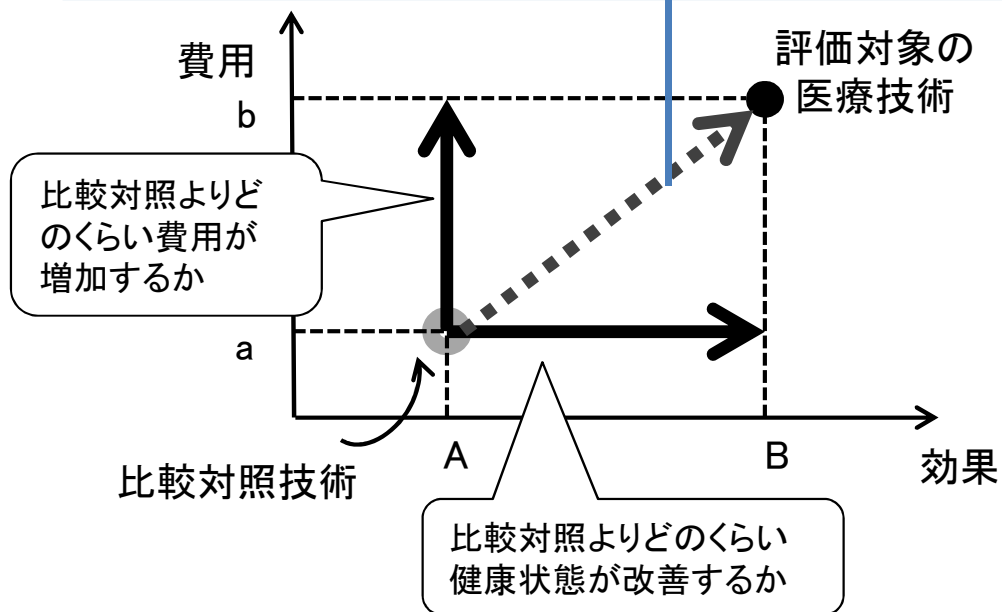
- 費用対効果評価について、中医協において、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等の検討を行い、平成28年度に試行的導入を実施。
- 本格的な導入に向けて、中医協における議論を継続。
- なお、費用対効果の本格的な導入に当たっては、十分な体制の整備(予算、組織・定員等)が必要。

○平成27年12月の中医協において、以下の事項が確認された。

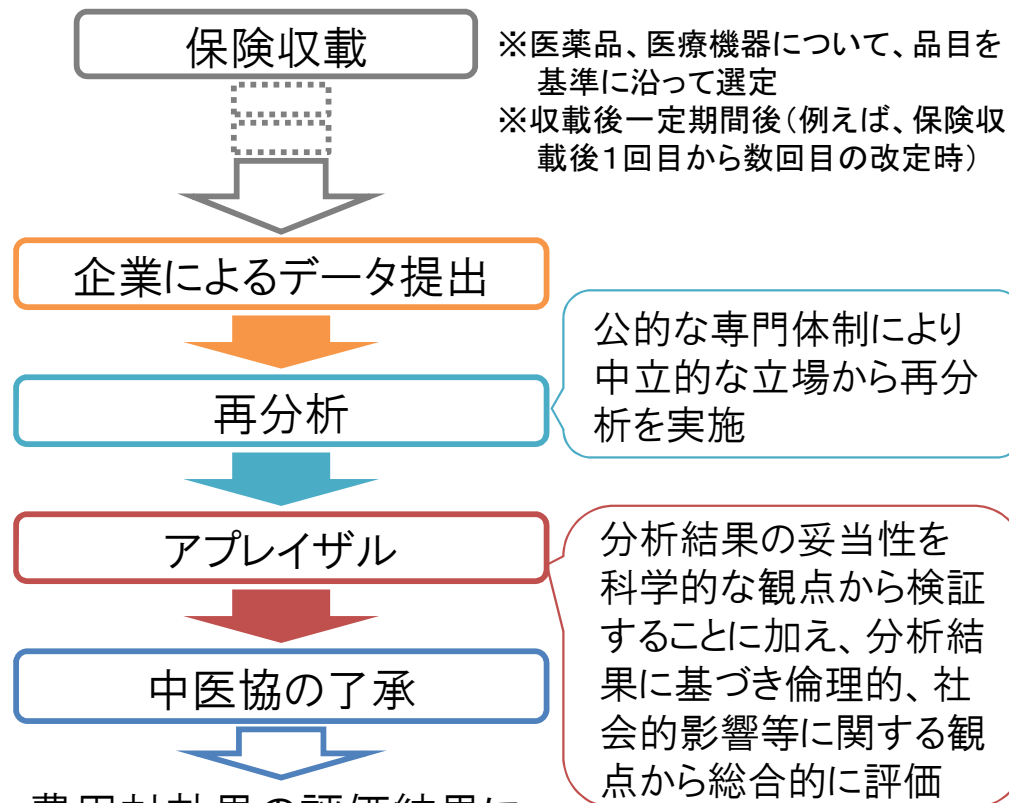
費用効果分析の手順

- 評価対象の医療技術と比較対照の医療技術との増分費用効果比(ICER)の評価を行う。

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



評価の一連の流れ(イメージ)



費用対効果の評価結果に基づく再算定を実施

※新規収載品は、データ提出等を可能な限り求める

費用対効果評価に係る検討の経緯と今後のスケジュール

○これまでの経緯 ○

- H24.2 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H24.5 費用対効果評価専門部会の創設
- ・対象技術
 - ・評価手法(効果指標の取り扱い等)
 - ・評価結果の活用方法
- 等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- H25.11 「議論の中間的な整理」
- H26.2 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H26.4 具体例を用いた検討の公開方法等について議論
～12
- H27.1 具体例の分析結果等について非公開で議論
～4
- H27.5 具体例の検討に係る議論を通じた課題等を報告し、個別の論点にそって議論
～11
- H27.12 試行的導入についてとりまとめ**

○今後のスケジュール ○

- H27年度内(目途) 試行的導入に係る品目の選定基準や具体的な運用のあり方について結論
- H28年度 試行的導入の実施

平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見

革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)

・革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入等
医療分野のイノベーションの恩恵を受けたいという患者ニーズと医療保険の持続可能性という双方の要請に応えるよう、革新的な医療技術等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を2016年度を目途に試行的に導入する。また、費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養費制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指す

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		<ul style="list-style-type: none"> ○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	(右のような注意事項はない)	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの(要指導医薬品を除く。)をいう。」(医薬品医療機器法第4条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

ビタミン剤・うがい薬に関する 診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」及び「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」について、対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

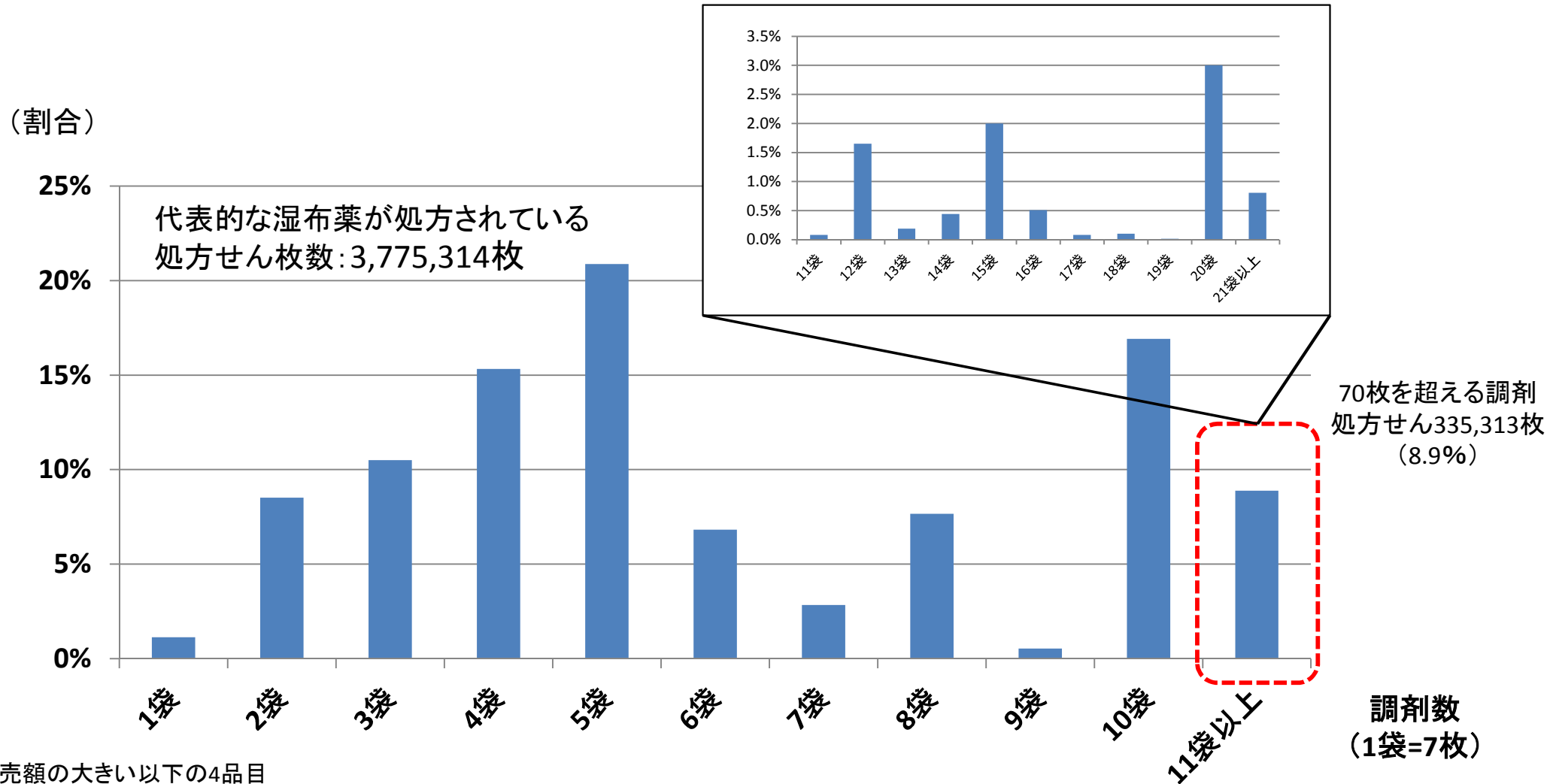
保険給付の対象範囲を検討するに当たって留意すべき事項

平成27年3月19日規制改革会議
第32回 健康・医療ワーキング
グループ資料(一部改変)

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤される例が一定数存在する。

代表的な湿布薬※の処方せん1枚当たり調剤数量の分布(%)



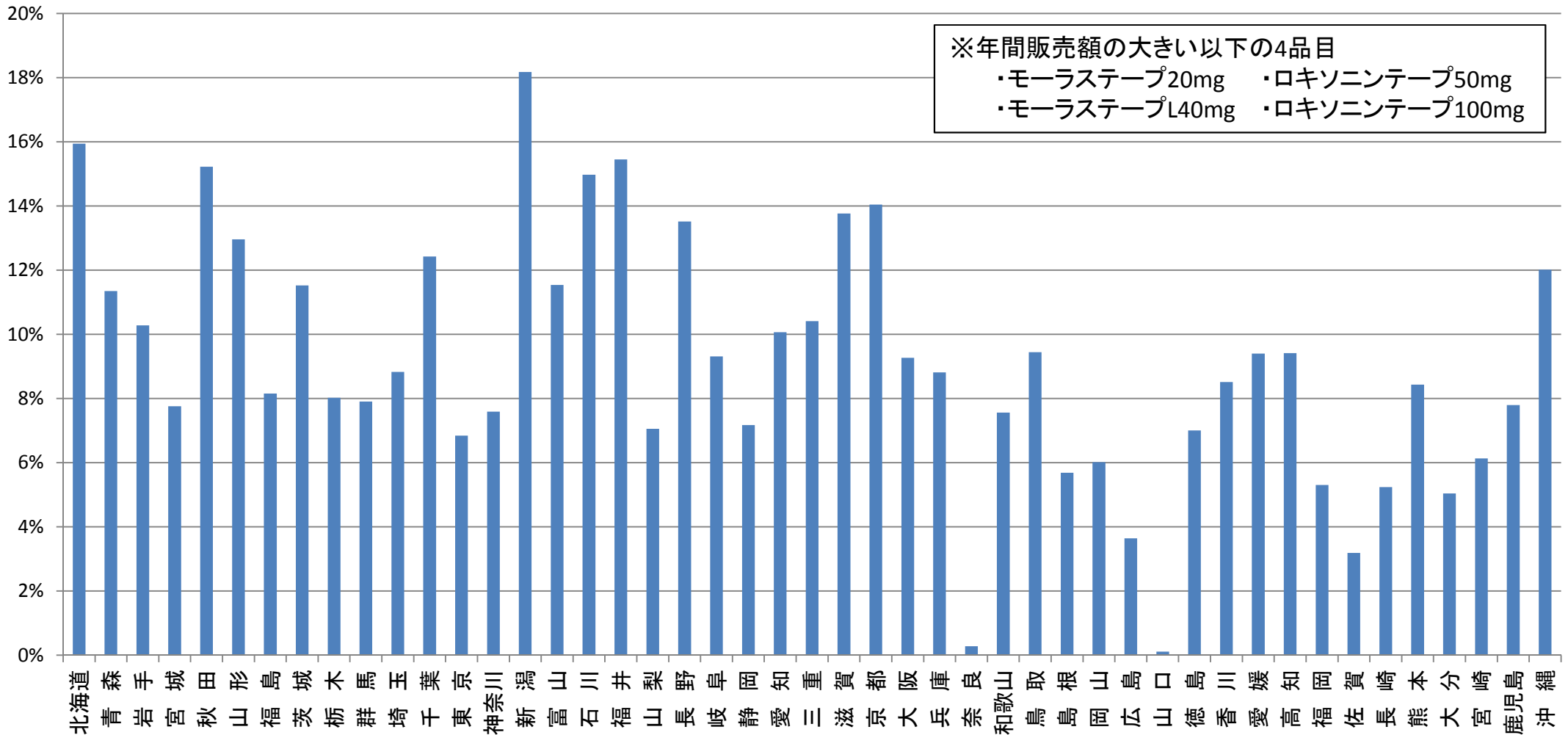
※年間販売額の大きい以下の4品目

- ・モーラステープ20mg
- ・ロキソニンテープ50mg
- ・モーラステープL40mg
- ・ロキソニンテープ100mg

○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤されている状況は、都道府県によって様々である。

代表的な湿布薬※が処方された処方せんのうち
70枚を超えて調剤された処方せんの割合(%)

(割合)

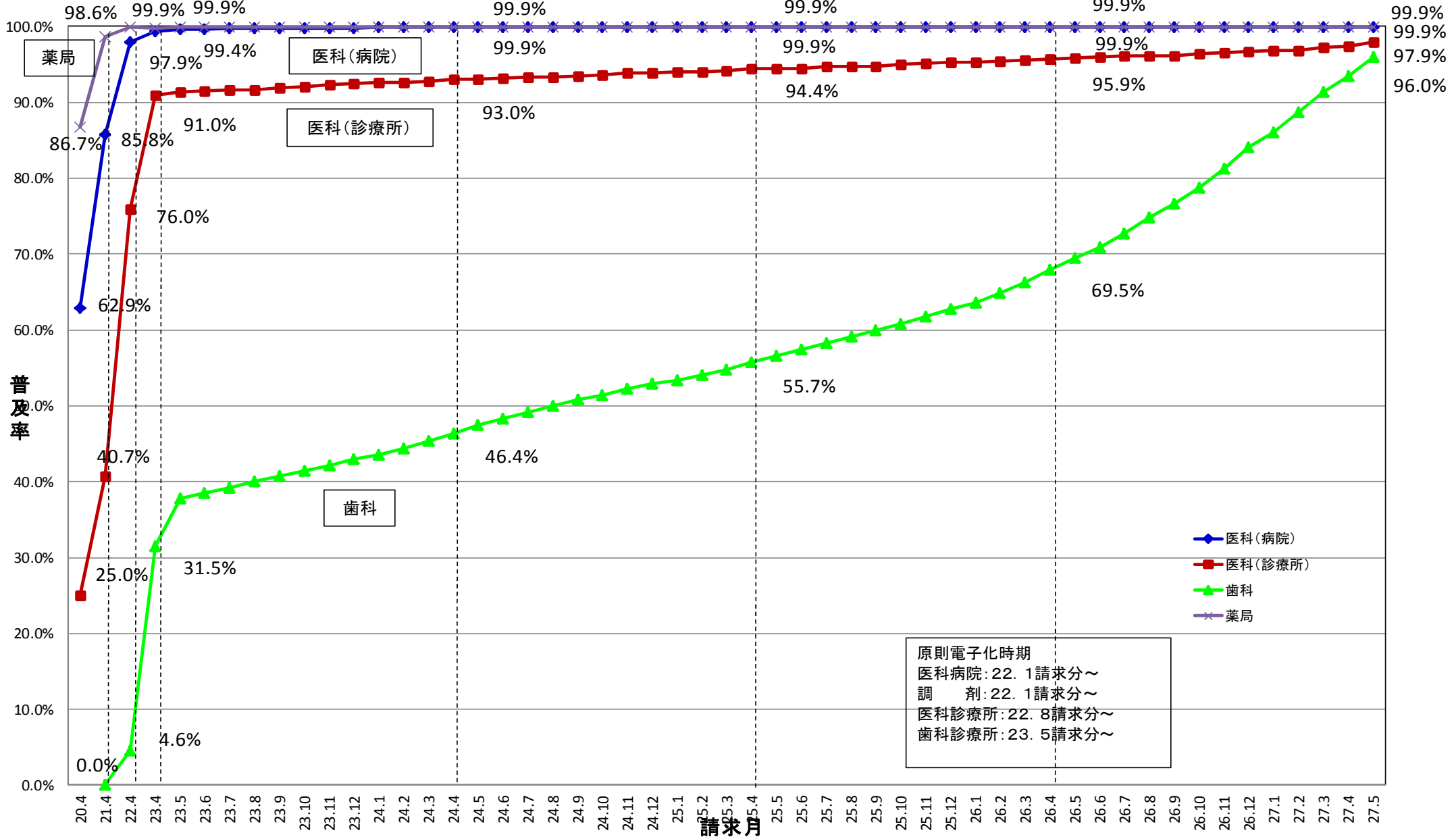


IV-6 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

(5) 一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

- ① 一定枚数を超えて湿布薬を処方する場合には、原則として処方せん料、処方料、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず一度に一定枚数以上投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することとする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せんや診療報酬明細書に、投薬全量のほか、具体的な用量等を記載することとする。

医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



1. 業務の効率化

- レセプトの電子化等により審査業務の効率化が可能になり、職員の削減及び審査支払手数料引き下げを継続して実施

①職員数

支払基金 平成20年度 5,184人→平成26年度 4,434人(▲750人)
 国保連 平成20年度 5,579人→平成26年度 5,150人(▲429人)

②審査支払手数料

支払基金 平成20年度 96.65円→平成26年度 80.60円(▲16.05円)
 国保連 平成20年度 68.05円→平成26年度 53.16円(▲14.89円)

5年間で約1,179人の効率化を実現

支払基金においては5年間で約82.7億円の削減効果

2. レセプト審査の質の向上

- レセプト審査においてコンピューターチェックが可能となったことにより、効果的効率的な査定が可能になっている。

①査定におけるコンピューターチェックの貢献（支払基金）

②レセプトを時系列や科目横断的につなぎ合わせての審査が可能に。

ひと月約20億円の査定額のうち、約12億円分でコンピューターチェックが寄与。

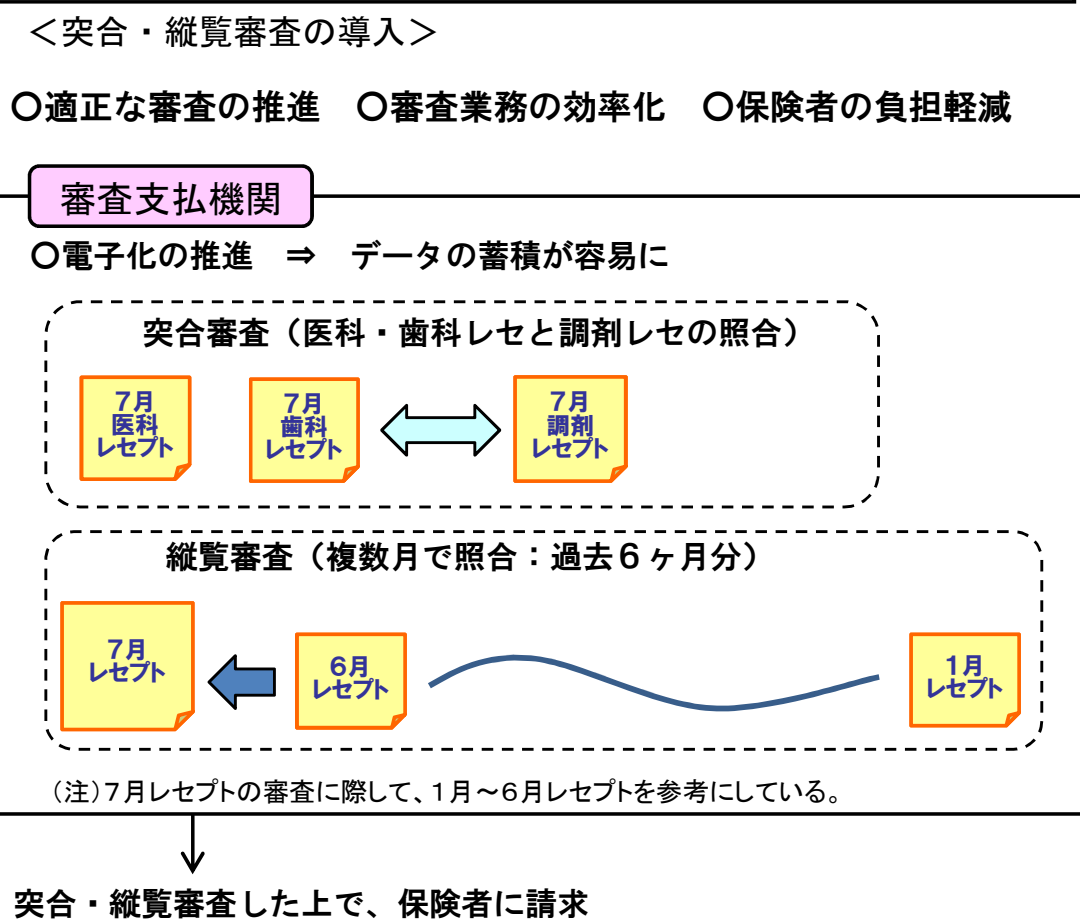
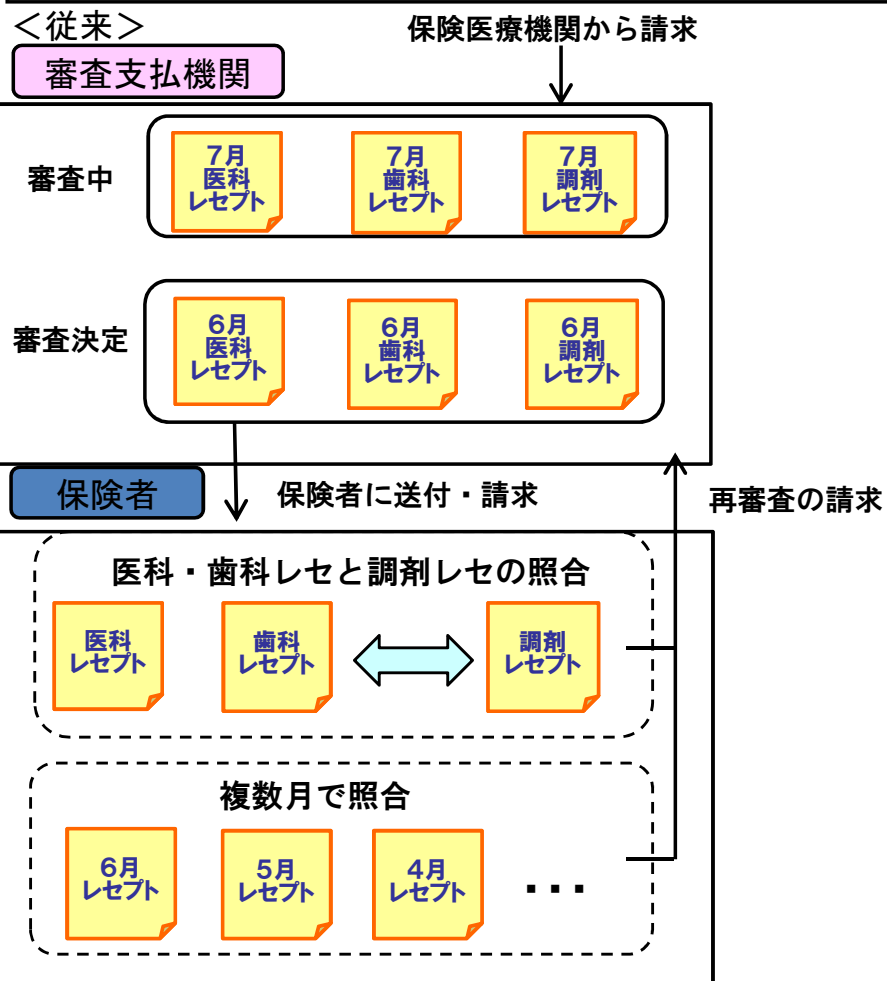
医科・歯科と調剤レセを突合して病名と薬剤を照合したチェックが可能に。

時系列の突合により、複数月に1回のみ算定が認められている検査が毎月実施されているケースなどを見つけることが可能に。

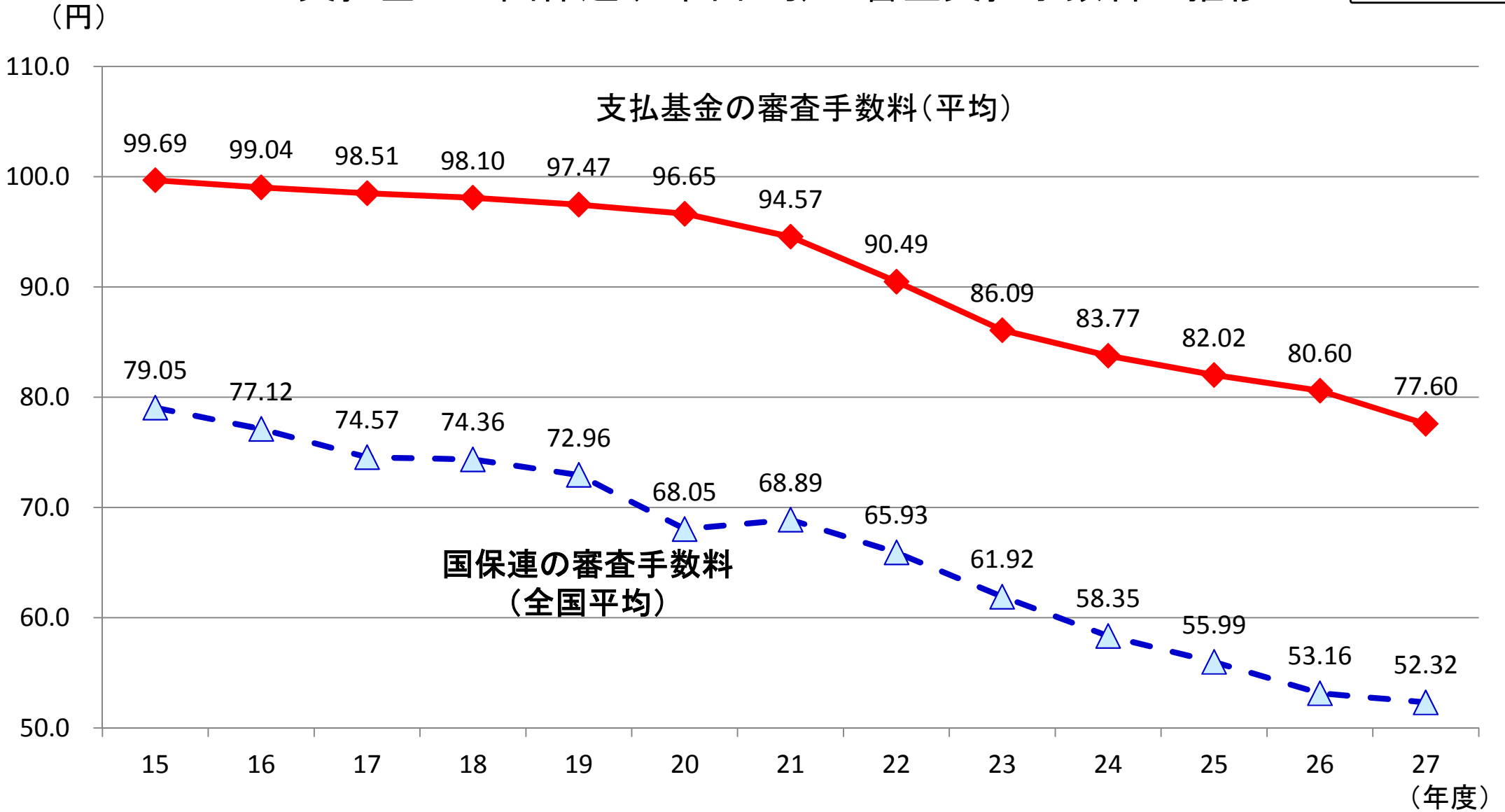
レセプトの電子化に対応した縦覧・突合審査の導入

(参考)

- これまでは紙レセプトが大半であったため、審査支払機関（支払基金及び国保連）ではレセプトごとに単月審査を行い、①レセプトを受け取った保険者において、患者ごとに複数月のレセプトを名寄せ・照合した点検（縦覧点検）や、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを患者単位で照合した点検（突合点検）を行い、②この点検結果による保険者の申出を受け、審査支払機関で再審査を行っていた。
- レセプトの電子化が進み、データの抽出や蓄積が容易となったため、レセプトの適正な審査を推進する観点から、審査支払機関では、最初の審査の段階から、縦覧・突合審査を導入（国保連：23年10月～、支払基金：24年3月～）。



支払基金と国保連(全国平均)の審査支払手数料の推移



(注1) 支払基金は、専門の審査支払機関であり、手数料以外の財源を有しないため、審査支払業務に必要な経費をすべて手数料の算定基礎に計上。これに対し、47国保連は、審査支払業務だけでなく保険者業務等を実施する機関であり、手数料以外の収入(負担金等)を有する。

(注2) 25年度以前は決算(確定)、26年度は予算(確定)である。

(注3) 27年度の手数料は、支払基金・国保連とも予算(速報)である。

(注4) 国保連の審査手数料は、15年~19年度は「国保+老人保健制度」の手数料単価、20年度以降は「国保+後期高齢者医療制度」の手数料単価。

保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査について

○保険局内に「指導監査プロジェクトチーム」を設置し、保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査の見直しを検討。

- ・設置：平成27年7月1日
- ・目的：指導監査及び適時調査についての見直しを集中的に検討
- ・組織：保険局内に、保険局長が指名する職員をもって構成

◆指導監査

- 現状における課題解消に向けた検討
- 実施可能なものから順次実施

(検討事項)

- ・指導監査全般の在り方の見直し
- ・関係団体等からの要望を踏まえた見直し
- ・事後的な指導から予防・教育的な観点による指導の強化 等

◆適時調査

- 効率的かつ効果的な調査に向けた検討
- 今年度に検討し、平成28年度から実施

(検討事項)

- ・調査サイクルの短縮方策
- ・新たな調査方法の検討及び実施マニュアルの整備 等

【取組の現状】

◆指導監査

- ・健康保険法等に基づき、保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局等が指導(集団指導、個別指導など)や監査を実施。

◆適時調査

- ・保険局医療課長通知に基づき、施設基準を届け出ている保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局が直接赴いて施設基準の充足状況を調査。

【見直しの必要性】

◆指導監査

- ・指導監査の取扱いに係る指導大綱や監査要綱を平成7年に制定したが、既に20年を経過し、制度の硬直化が指摘されている。(医療機関等の増加に伴い指導の実施が十分にはできていないこと、指導対象となる医療機関等が固定化傾向にあること 等)

◆適時調査

- ・施設基準項目の増加・複雑化に伴い、通知で定めた年1回の頻度で調査することが困難となっている(現状は平均約4年に1回)。
- ・それに加え、効率的・効果的な統一の調査マニュアルが必要となっている。

平成26年度における指導監査等の実施状況

◆ 指導

(実施件数の推移)

	24年度	25年度	26年度
個別指導	4,302	4,400	4,466
新規個別指導	6,103	6,170	6,518
集团的個別指導	13,352	13,469	13,079

[26‘返還金額] 約41億円(対前年度比約7億円増)

◆ 適時調査

(実施件数の推移)

24年度	25年度	26年度
2,409	2,508	2,347

[26‘返還金額] 約65億円(対前年度比約3億円増)

◆ 監査

(実施件数の推移)

24年度	25年度	26年度
97	94	87

[26‘返還金額] 約27億円(対前年度比約23億円減)

[26‘取消等の状況]

- ・保険医療機関等 41件(対前年度比18件減)
 - (内訳) 指定取消 17件
 - 指定取消相当 24件
- ・保険医等 30人(対前年度比4人増)
 - (内訳) 登録取消 29人
 - 登録取消相当 1人

I 新規収載医薬品の薬価算定

5. 新規後発医薬品

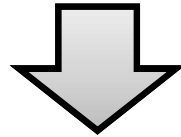
現行ルールでは、新規後発医薬品の薬価は「先発品の100分の60を乗じた額(内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額)」とすることとされているが、「先発品の100分の50を乗じた額(内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の40を乗じた額)」とする。なお、バイオ後続品については従前どおりとする。

あわせて、既に価格帯が形成されている成分に遅れて後発医薬品が収載される場合は、原則として最低の価格帯に合わせることで、改定後に価格帯が増えない制度にする。

新規収載される後発医薬品の薬価

【現行制度】

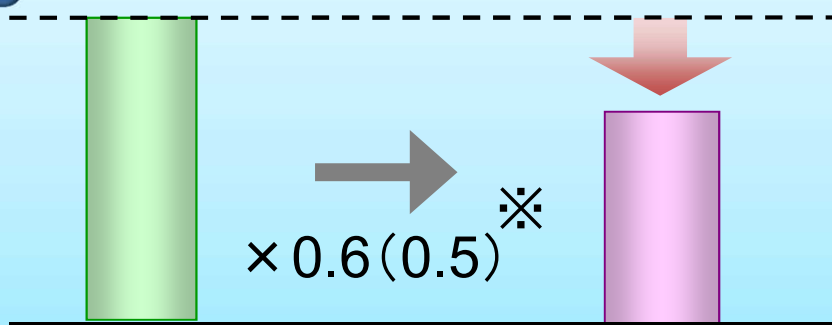
- 新規収載される後発医薬品の薬価については、先発品の6割を原則（10品目を超える内用薬の場合は5割）



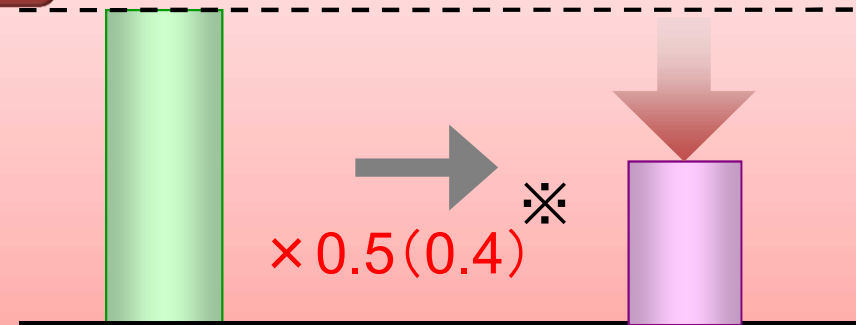
【改正案】

- 新規収載される後発医薬品の薬価については、先発品の5割を原則（10品目を超える内用薬は4割）

現状 先発品 新規後発品



改正案 先発品 新規後発品



※10品目超えの内用薬の場合

Ⅱ 既収載医薬品の薬価改定

1. 後発医薬品

現行ルールでは、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとしている。

- ① 最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額(統一名)とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額(銘柄別)とする。
- ③ 最高価格の50%の額以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額(銘柄別)とする。

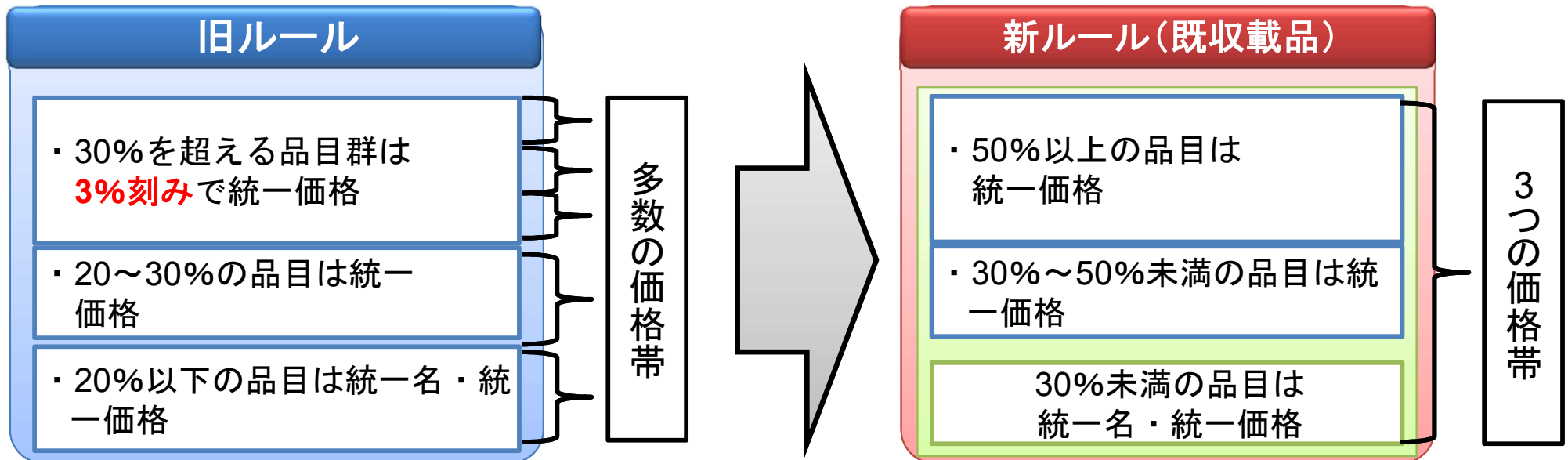
平成28年度薬価制度改革においては、現行の最高価格(主として長期収載品)を基準とした3価格帯を維持することとするが、改定後の価格帯の状況を踏まえ、更なる価格帯の集約について検討する。

既収載後発医薬品の薬価の改定

対応

◆ 後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。

- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
- ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。



「平成28年度薬価制度改革の骨子」

(平成27年12月25日中央社会保険医療協議会了承)

30

Ⅱ 既収載医薬品の薬価改定

2. 長期収載品

一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られていない場合の「特例的な引き下げ」(Z2)の対象となる後発医薬品の置換え率について、新たな数量シェア目標を踏まえ、「20%未満」、「20%以上40%未満」、「40%以上60%未満」の3区分をそれぞれ、「30%未満」、「30%以上50%未満」、「50%以上70%未満」と引き上げる。

これまでの経緯

- 長期収載品の薬価に関しては、平成14年度の薬価制度改革において、後発品のある先発品等について、新規後発品収載後又は再審査期間終了後の最初の薬価改定時に調整幅方式で改定した薬価の一定割合を引き下げることにした。（4～6%の引き下げ。18年度は6～8%）

※平成22年度、24年度は上記に加え、長期収載品の薬価の追加引き下げを特例的に行った。

- さらに、平成26年度の薬価制度改革では、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の試行を継続する一方で、特許期間満了後は後発品への置換えによる医療費適正化を進める観点から、（上記対応に代えて）一定期間（5年）を経ても適切な置換えがなかった場合には、それ以降の薬価改定ごとに、先発品の薬価を引下げるルールを導入。

現行制度の概要

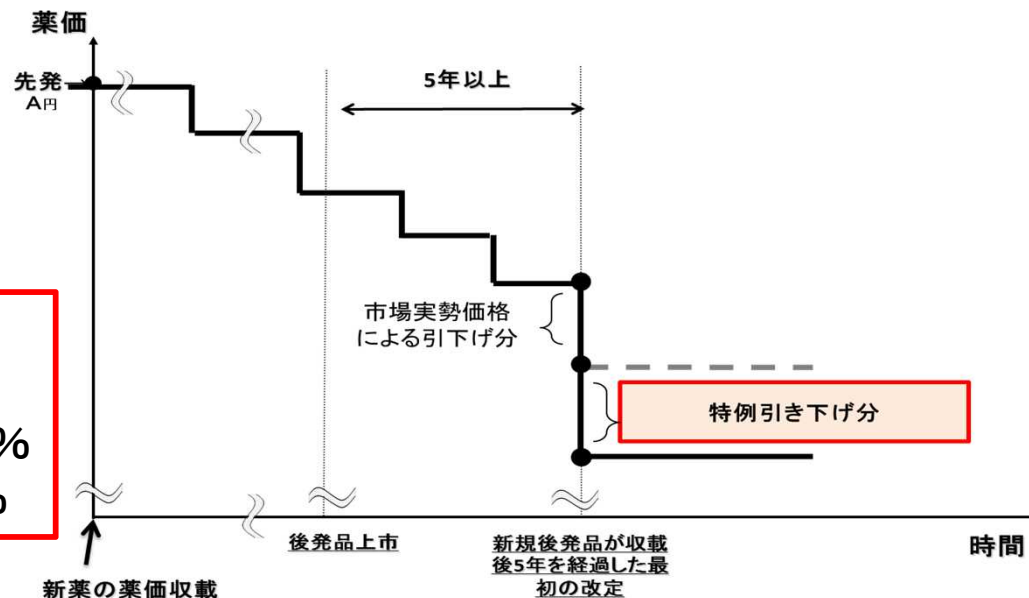
最初の後発品が薬価収載されて5年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が60%未満となる先発品について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置き換え率に応じて特例的な引下げを行うもの。

<引き下げ幅>

- ・20%未満：▲2.0%
- ・20～40%：▲1.75%
- ・40～60%：▲1.5%

【改正案】

- ・ **30%未満**：▲2.0%
- ・ **30～50%未満**：▲1.75%
- ・ **50～70%未満**：▲1.5%



「平成28年度薬価制度改革の骨子」

(平成27年12月25日中央社会保険医療協議会了解)

31

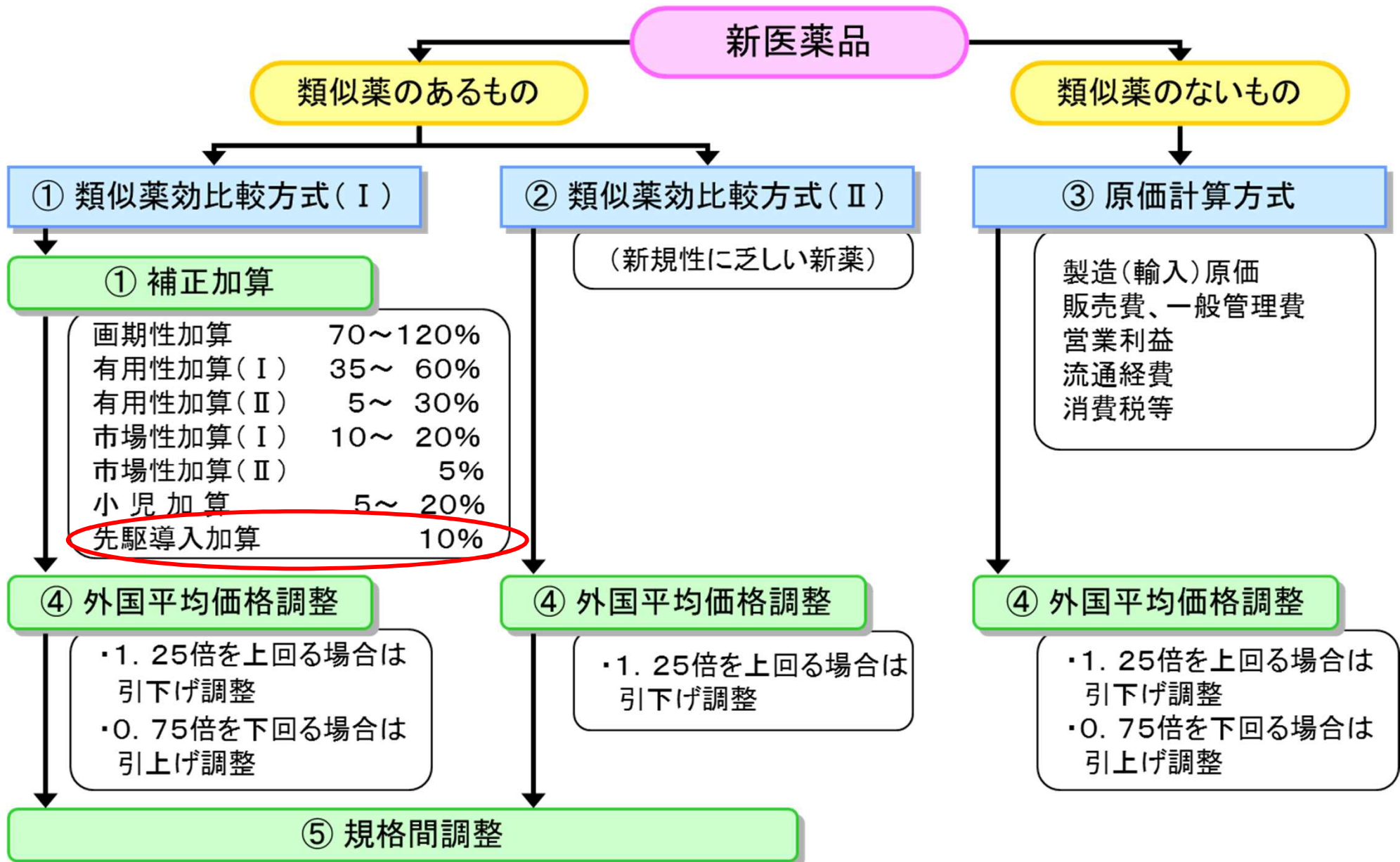
I 新規収載医薬品の薬価算定

1. 先駆け審査指定制度加算

現行の先駆導入加算を「先駆け審査指定制度加算」とし、先駆け審査指定品目を当該加算又は原価計算方式の営業利益率で評価する。

また、加算率については「10%」を原則としつつ、充実した国内臨床試験成績に基づき我が国の医療に貢献する医薬品については、市場性加算（I）と同様に、最大で「20%」までの加算で評価できることとする。

先駆導入加算について



(注) 有用性の高いキット製品については、上記⑤の後、キット特徴部分の原材料費を加え、加算(5%)

先駆け審査指定制度

世界に先駆けて、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品を日本で早期に実用化すべく、日本での開発を促進する「先駆け審査指定制度」を創設する。

指定基準

○画期的な治療方法の一刻も早い実用化が求められている疾患等を対象とした医薬品等について、以下の2要件を基に指定

1. 世界に先駆けて開発され、日本に最初(世界同時申請も可)に申請が計画されること(開発初期からPMDAの相談を受けていることが望ましい)
2. 作用機序等の非臨床試験データ及び開発初期(第Ⅰ相から前期第Ⅱ相まで)の臨床試験データから、既存の治療法に比した大幅な改善等、対象疾患に係る著明な有効性が見込まれること

指定制度の内容

 :承認取得までの期間の短縮に関するもの

 :その他開発促進に関する取組

①優先相談

〔 2か月 → 1か月 〕

- 相談者との事前のやりとりを迅速に行い、資料提出から治験相談までの期間を短縮。

②事前評価の充実

〔 実質的な審査の前倒し 〕

- 事前評価を充実させ、英語資料の提出も認める。

③優先審査

〔 12か月 → 6か月 〕

- 総審査期間の目標を、6か月に。
※場合によっては第Ⅲ相試験の結果の承認申請後の提出を認め、開発から承認までの期間を短縮

④審査パートナー制度

〔 PMDA版コンシェルジュ 〕

- 審査、安全対策、品質管理、信頼性保証等承認までに必要な工程の総括管理を行う管理職をコンシェルジュとして設置。

⑤製造販売後の安全対策充実

〔 再審査期間の延長 〕

- 再審査期間の延長を含めた製造販売後の安全対策、海外への情報発信、学会との連携等の充実

指定手続

1. 申請者が審査管理課に申請し、PMDAの評価を受け、60日以内に指定の可否を通知。
2. 審査管理課が申請者に指定の申請を打診し、申請があった場合、PMDAの評価を受け、30日以内に指定の可否を通知。

「平成28年度薬価制度改革の骨子」

(平成27年12月25日中央社会保険医療協議会了解)

31

Ⅱ 既収載医薬品の薬価改定

4. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進が掲げられ、また、国内の未承認薬・適応外薬についても新たな要望が募集されている現状を踏まえ、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の試行を継続する。

なお、平成28年度薬価制度改革後も引き続き未承認薬・適応外薬の開発の進捗を確認することに加え、新薬創出のための研究開発の具体的成果についても確認し、制度の在り方について検討する。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の経緯について (新薬創出等加算)

31

目的

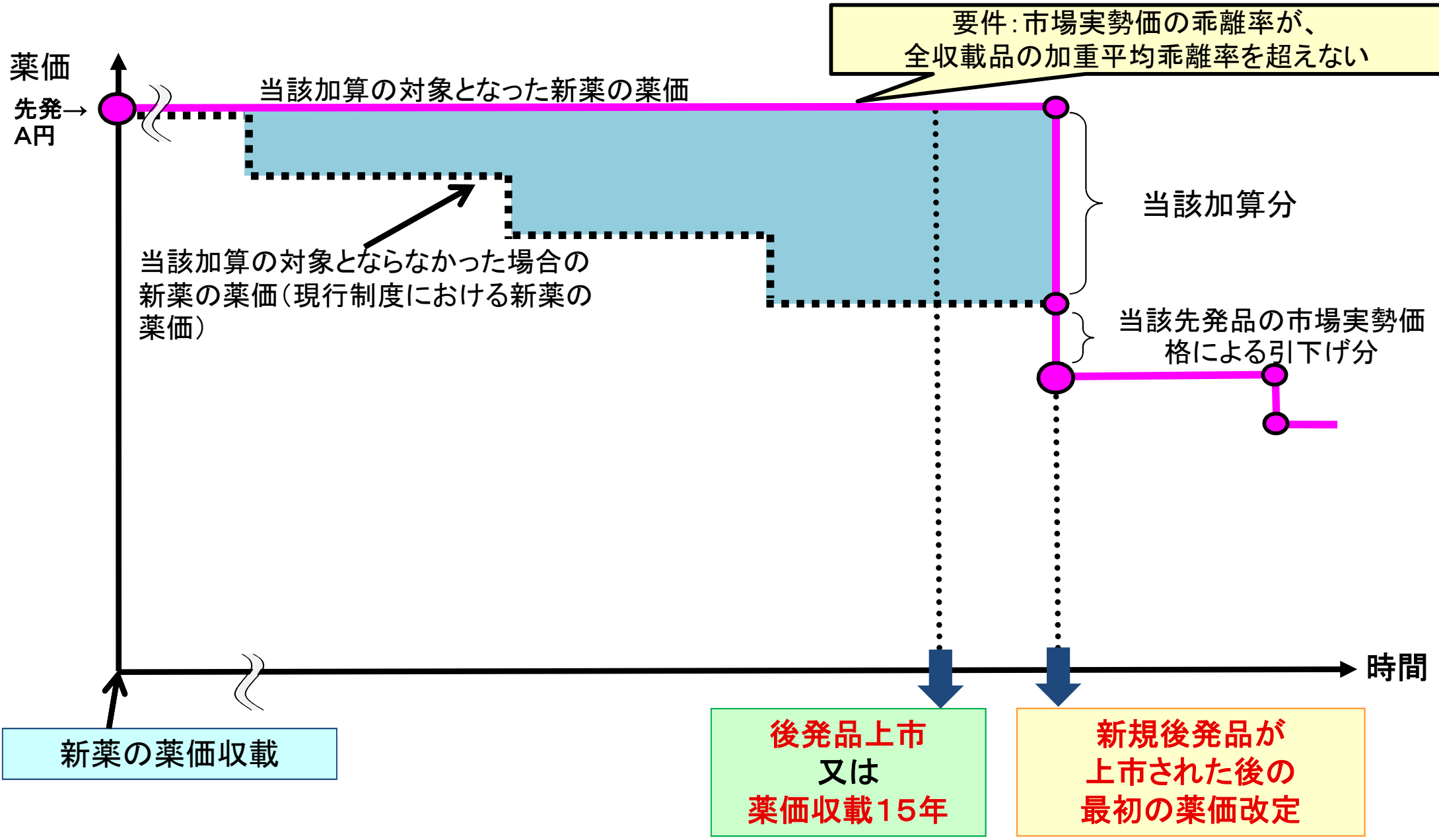
後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に猶予することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させること

(平成25年12月25日 中央社会保険医療協議会了解)

これまでの経緯

- 平成22年度薬価制度改革において試行的に導入
- 平成24年及び平成26年度薬価改定において試行を継続

イノベーションの評価:「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」と 当該加算が適用された新薬の薬価算定の薬価の推移のイメージ



Ⅱ 既収載医薬品の薬価改定

3. 基礎的医薬品

基礎的医薬品については、現行の不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として位置付け、平成28年度薬価制度改革においては試行的な取組みとして、下記の要件を全て満たす医薬品を対象とし、最も販売額が大きい銘柄に価格を集約してその薬価を維持することとする。

- ① 収載から25年以上経過し、かつ成分全体及び銘柄の乖離率が全ての既収載品の平均乖離率以下
- ② 一般的なガイドラインに記載され、広く医療機関で使用されている等、汎用性のあるもの
- ③ 過去の不採算品再算定品目、並びに古くから医療の基盤となっている病原生物に対する医薬品及び医療用麻薬

なお、基礎的医薬品の制度によらず十分な収益性が見込まれる品目は対象外とするとともに、基礎的医薬品として薬価が維持されている間は継続的な安定供給を求めることとする。

現行制度と基礎的医薬品の考え方について

● 前回の薬価専門部会での議論を踏まえた整理(案)

最低薬価	<ul style="list-style-type: none"> ・剤形ごとにかかる最低限の供給コストを確保するため、成分に関係なく剤形ごとに設定しているもの。
不採算品再算定	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医療上の必要性が高いもの。 ・最低薬価が設定されていない、または、最低薬価では採算が取れないもの。 ・薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの。
基礎的医薬品	<p>(制度の位置付け)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度。 <p>(対象品目の要件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療上の必要性が高いもの。 ・医療現場において、長期間にわたり広く使用されていることから、有効性・安全性が確立されているもの。 ・継続的に市場への安定供給を確保(製造設備の改修を含む)することが必要なもの。

妥結率が低い保険薬局等の適正化

中医協 総 - 1
27.12.4

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 282点]
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 73点]
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 72点]

<調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 41点]
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 25点]

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。(注)

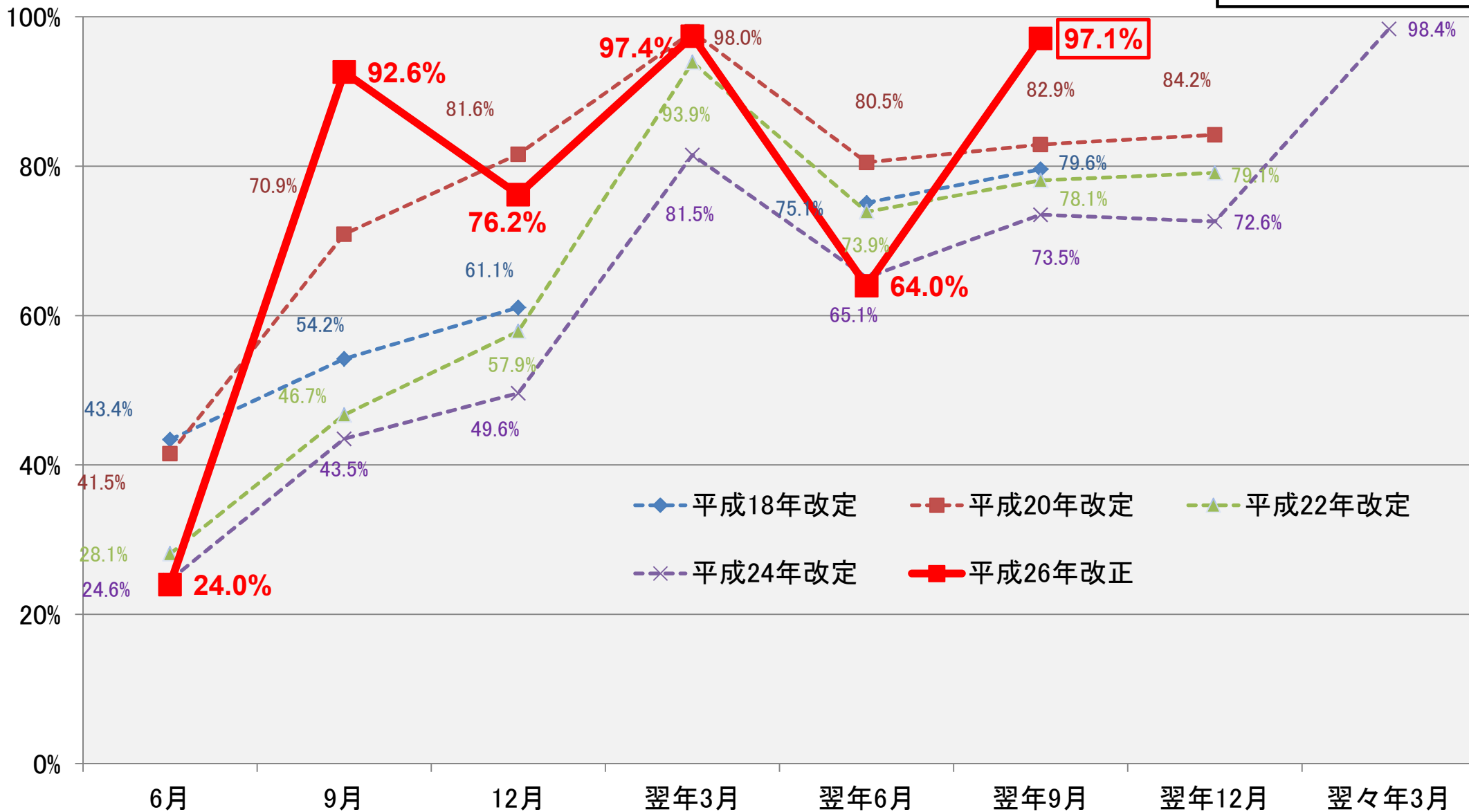
(注) 施設基準に係る届出事項となっていない。

妥結率の推移

(平成18-19, 20-21, 22-23, 24-25, 26-27年度)

34

中医協 総 - 1
27 . 12 . 4



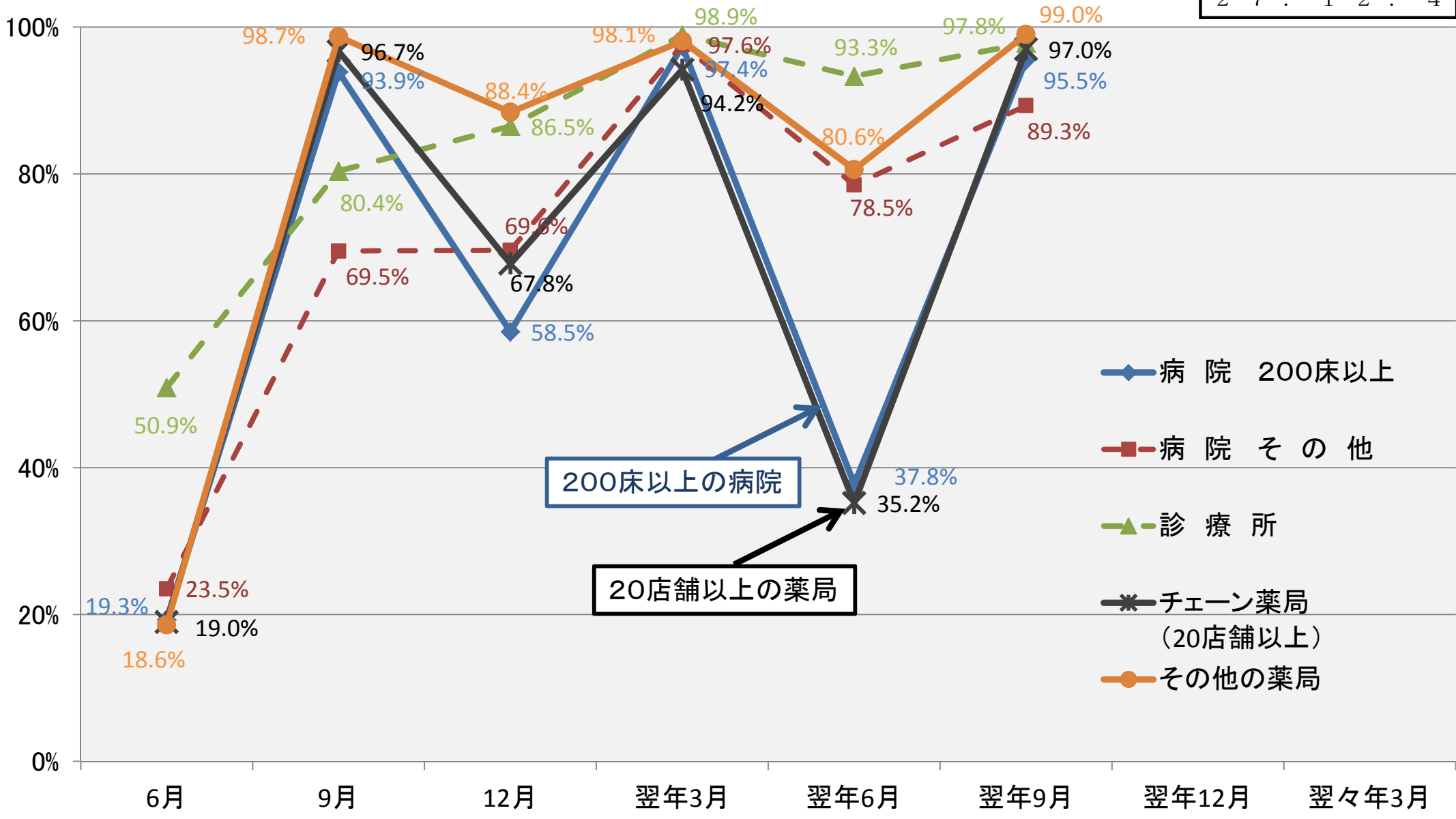
(注) 平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。
「翌々年3月」については、平成24年度改定分においてのみ実施

データ
厚生労働省

妥結率の推移

(平成26-27年度 医療機関・薬局区分別)

中医協 総 - 1
27 . 12 . 4



200床以上の病院

20店舗以上の薬局

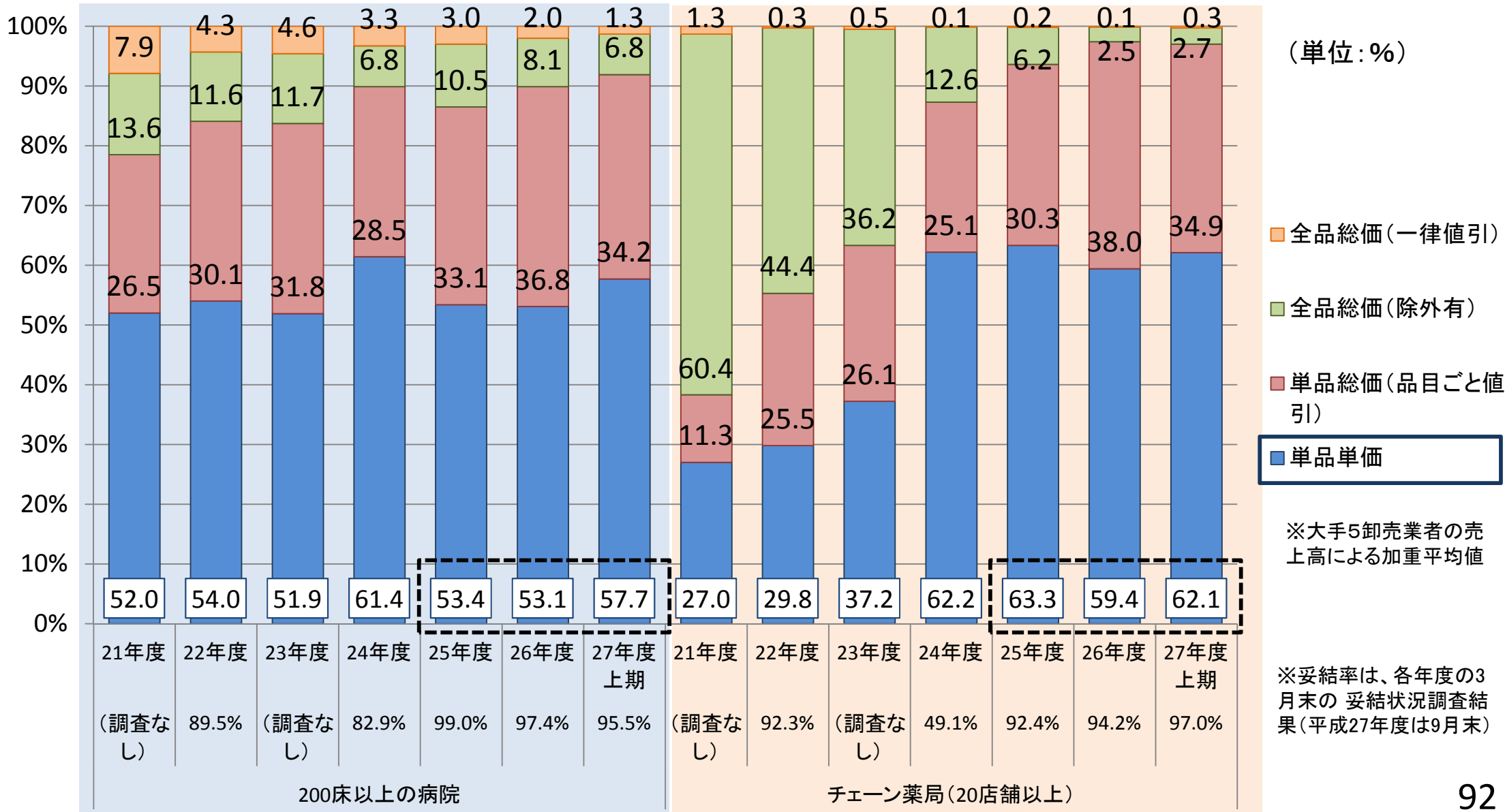
- 病院 200床以上
- 病院 その他
- 診療所
- チェーン薬局 (20店舗以上)
- その他の薬局

単品単価取引の状況

中医協 総 - 1
27.12.4

単品単価取引については、

- 200床以上の病院は、前年度と比較して増加。25年度と比較しても増加。
- チェーン薬局(20店舗以上)は、前年度と比較して増加。25年度と比較して若干の減少。



診療報酬の改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明

- 平成28年度診療報酬改定については、医療機関の経営状況、対応が必要な医療課題、前回改定の検証結果などを踏まえながら、今後、中医協において検討していく。
- 診療報酬改定の内容については、
 - 中医協における議論の途中(1月頃)で、パブリックコメントや公聴会を実施
 - 中医協の答申時に個別改定事項を公開するとともに、最終的に告示・通知を
発出し、その後、説明会を開催
(3月に厚生労働省本省で行う地方厚生局向け説明会の模様は、USTREAMを利用したライブ放送を行うとともに、YouTubeでも公開(厚生労働省動画チャンネル))
 - 記者説明会では、具体的な入院症例も基にして改定内容を説明
するなどにより、広く国民に周知している。
- 引き続き、国民に対して、診療報酬改定の基本方針を踏まえ、改定の趣旨やどういった医療課題への対応を目指したものかなど、分かりやすく説明していく。