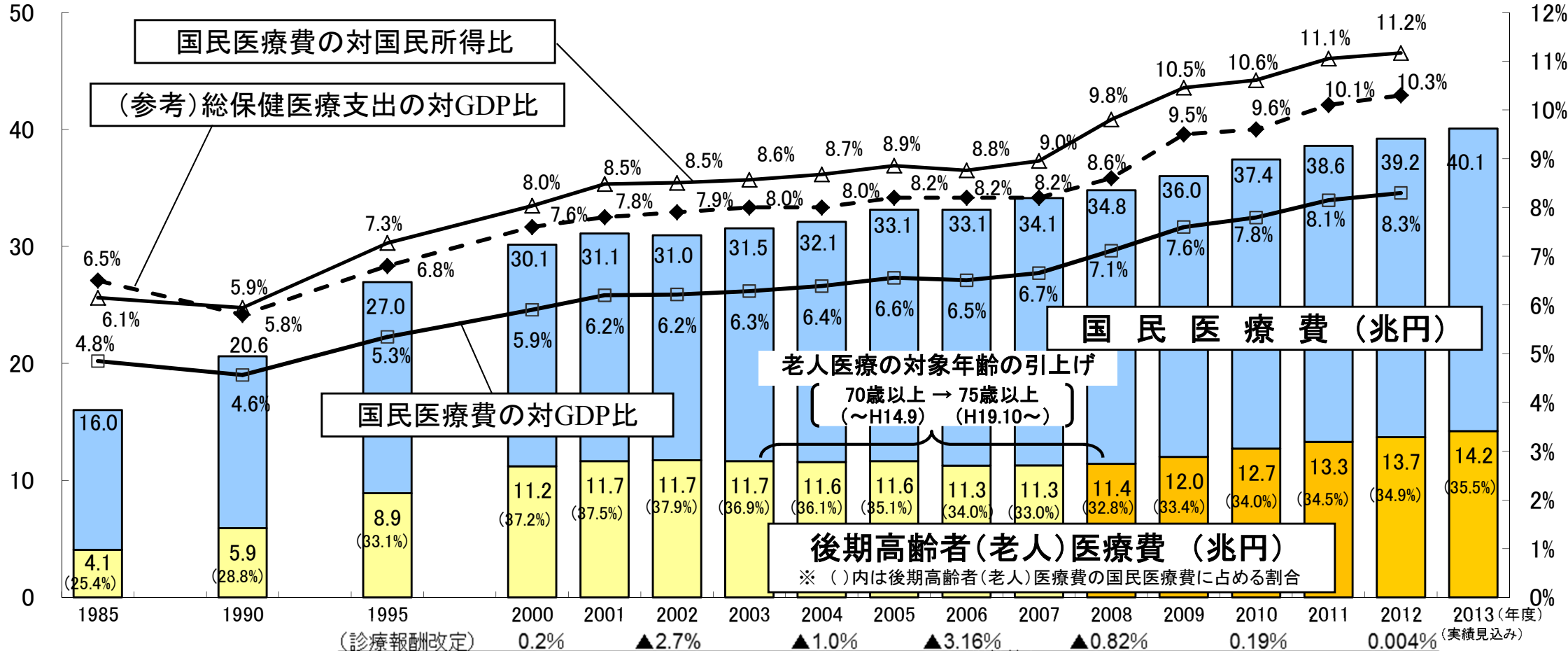


医療保険制度改革について

平成26年12月5日
厚生労働省保険局総務課

医療費の動向

(兆円)



<対前年度伸び率>

(主な制度改正) ・介護保険制度施行 ・高齢者1割・被用者本人
 ・高齢者1割負担導入 負担徹底 3割負担等
 ・現役並み所得高齢者 3割負担等
 ・未就学児 2割負担 (%)

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.7
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲1.0	0.6	-
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	▲0.2	1.9

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2013年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2013年度分は、2012年度の国民医療費に2013年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

医療費の伸び率の要因分解

- 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。
 ※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%
診療報酬改定 ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学2割負担					

注1: 医療費の伸び率は、平成24年度までは国民医療費の伸び率、平成25年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成25年度の高齢化の影響は、平成24年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成25年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

これまでの医療費の推移について

- 過去10年の医療費の伸びとGDPの伸びを比較すると、医療費の伸びが高く、医療費の対GDP比は上昇している。

医療費の伸び 2.4%
GDPの伸び Δ 0.5%

(平成14年度から平成24年度までの10年間の伸び率の年平均)

- 医療費の伸びの要因を分解してみると、近年はその他要因(医療の高度化等)が大きい。

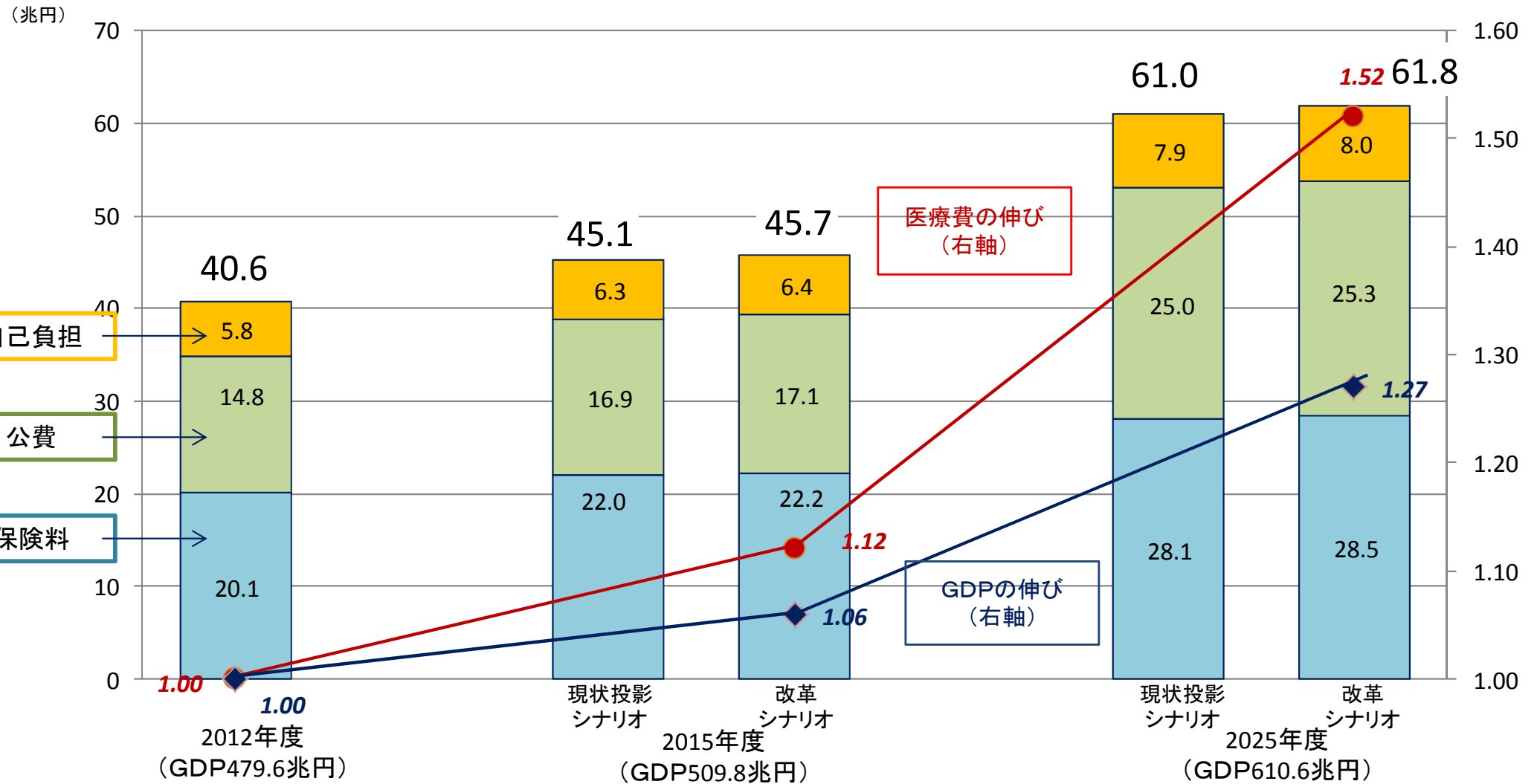
高齢化等の要因 プラス1.5%程度
その他要因(医療の高度化等) プラス1~2%程度

ただし、制度改正の影響により伸び率が低い年度がある

この他、2年毎に行われる診療報酬改定の影響がある。

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。
 これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。
 ※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、対GDP比（青線、赤線）を重視するのが適当。



- ※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

社会保障制度改革国民会議(H24.11.30:第1回 ⇒ H25.8.6:報告書とりまとめ)

- 社会保障制度改革国民会議(国民会議)は、社会保障制度改革推進法(改革推進法)(※1)に基づき、設置。
(設置期限:平成25年8月21日)
(※1)自民党、公明党、民主党の3党合意に基づく議員立法。平成24年8月10日成立、同22日公布。
- 改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野(年金、医療、介護、少子化対策)に係る「改革の基本方針」及び3党実務者協議でとりまとめた「検討項目」に基づき、15名の有識者(清家篤会長)が20回にわたり審議。
- 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、法律の施行後1年以内(平成25年8月21日まで)に、必要な法制上の措置を講ずることとされた。(改革推進法第4条)

⇒ 「『法制上の措置』の骨子」(H25.8.21:閣議決定)

社会保障改革プログラム法(H25.10.15:提出 ⇒ H25.12.5:成立、H25.12.13:公布)

- 「『法制上の措置』の骨子」に基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示。

平成26年の通常国会以降:順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出予定。

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

【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同13日公布・施行）

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- 少子化対策（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- **医療制度**（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、**国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し（平成26年度実施済み）**、難病対策 等）
- 介護保険制度（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- 公的年金制度（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、**医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出**することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日（平成25年12月13日）（一部を除く。）

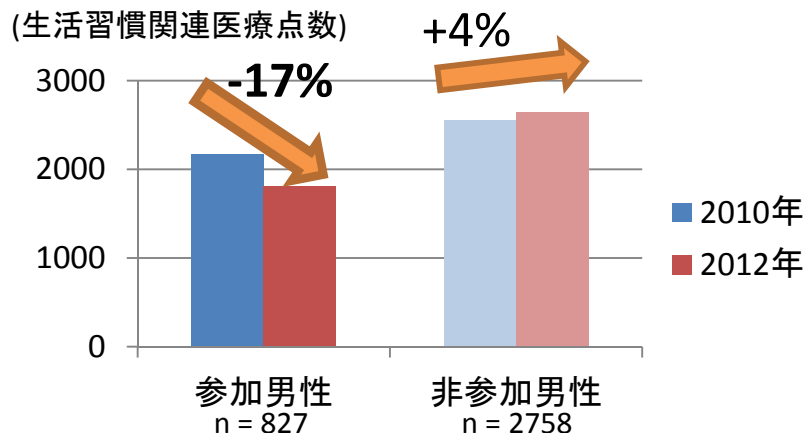
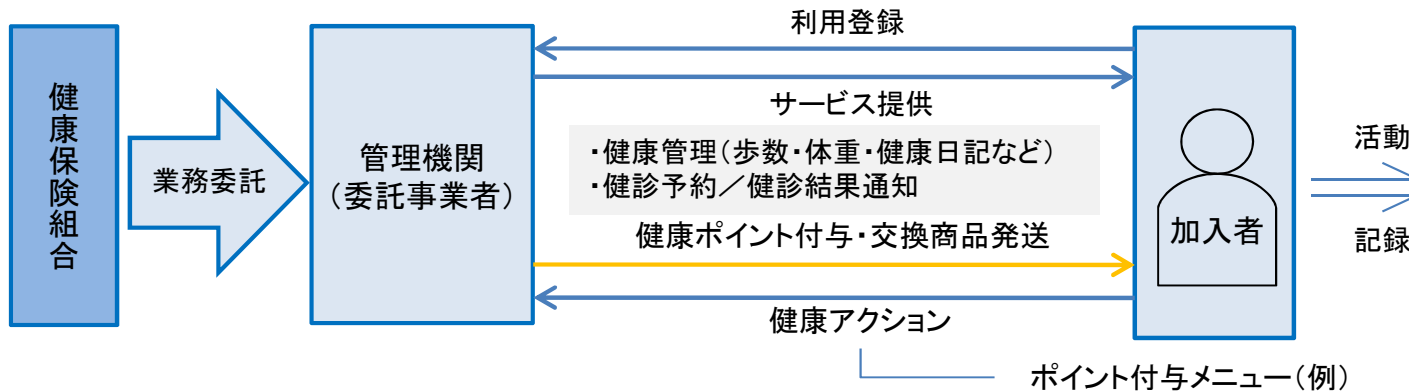
個人に対する健康・予防インセンティブの付与

保険者が、加入者個々人の健診受診状況、予防・健康づくり活動等に応じて、ヘルスケアポイントを付与するなど、個人の健康へのインセンティブを強化することを検討。

※保険料を軽減することについては、公的医療保険制度の趣旨を踏まえつつ検討

<A健康保険組合における取組例>

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(ヘルスケアポイント)を付与するとともに、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取組の実施



健康管理ツールの参加・非参加者における医療費の推移

- ポイント付与メニュー(例)
- ・歩数・体重を記録する
 - ・健康アンケートに答える
 - ・健康診断を受ける



データヘルスの推進

- 保険者は、レセプトが電子化された平成21年度以降、レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有することが可能になった。
- レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)を今後推進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

- ・ レセプトや特定健診等の分析を踏まえた保健事業の推進
被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報の収集・分析を踏まえ、保険者の特性や課題を把握した上での効果的な保健事業の実施。

〔 保険者による分析を支援するシステムが稼働

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ レセプト管理・分析システム：平成26年4月から

② 糖尿病性腎症重症化予防を始めとする有病者の重症化の予防

- ・ 保健指導の実施
病名・投薬状況等から必要と判断される者に対し、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う
- ・ 医療機関への受診勧奨
健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

③ 被保険者に対する情報提供・指導

- ・ 重複・頻回受診者に対する指導
同一の疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導
- ・ 後発医薬品の使用促進
差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進
- ・ 医療費通知の送付
医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知

保険者によるデータ分析のための基盤整備

- レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有する状況となっている。
- 保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、現在、各データベースシステムが順次稼働を開始している。
- 保険者機能の強化等の観点から、健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業(データヘルス)の実施に当たり、保健事業担当者への研修の実施等も行いつつ、今後も保険者に対して、各データベースシステムの有効活用を支援していく。

<各データベースシステムの概要>

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会(本部)	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会(本部+各支部)	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※歯科を含む 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※後期高齢者医療含む ・介護レセプト情報 ※歯科レセは今年度中収載予定
システムの活用方策	<p>現状の把握</p> <p>健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握</p>	<p>現状の把握</p> <p>都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握</p>	<p>現状の把握</p> <p>その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化</p>
	<p>保健指導への活用</p> <p>適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施</p>		
稼働時期	平成26年4月～	平成20年10月～ ※平成27年1月よりシステム刷新予定	平成25年10月～順次稼働

保険者によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

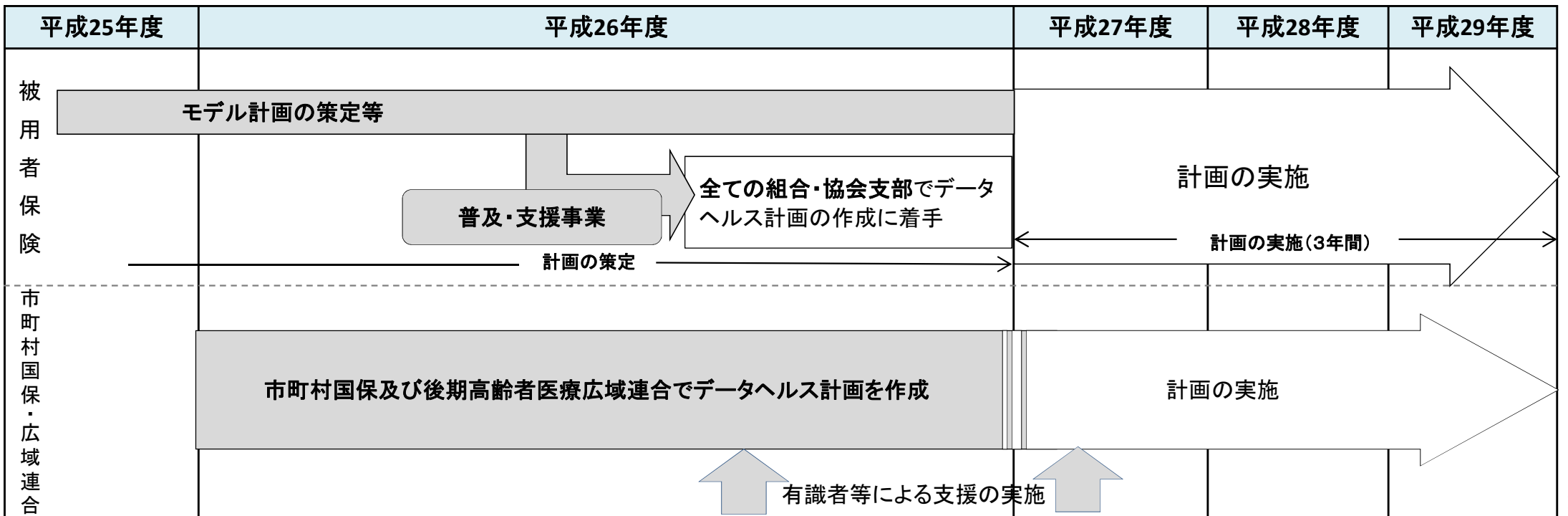
- 昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、本年4月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

日本再興戦略(平成25年6月14日閣議決定) 抄

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

- 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。
 - ・現在、一部の健保組合等において、こうした取組のモデルとなる計画の策定等を先行的に進めているところ。
 - ・市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。
- 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

<データヘルス計画の実施スケジュール>



高額療養費制度の見直し

1. 見直しの趣旨

○ 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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。(70~74歳患者負担特例措置の見直しに併せて行うもの。)

2. 見直しの内容

(見直し前)

		月単位の上限額 (円)
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円~)	150,000+ (医療費-500,000) × 1% <多数回該当 : 83,400>
	健保 : 標報53万円以上 国保 : 旧ただし書き所得600万円超	
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外)	80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>
	3人世帯 (給与所得者/夫婦子1人の場合 : 年収約210万~約770万円)	
住民税非課税		35,400 <多数回該当 : 24,600>

(見直し後)

		月単位の上限額 (円)	
70歳未満	年収約1,160万円~	252,600+	約1,330万人
	健保 : 標報83万円以上 国保 : 旧ただし書き所得901万円超	(医療費-842,000) × 1% <多数回該当 : 140,100>	
	年収約770~約1,160万円	167,400+	約4,060万人
	健保 : 標報53万~79万円 国保 : 旧ただし書き所得600万~901万円	(医療費-558,000) × 1% <多数回該当 : 93,000>	
年収約370~約770万円	80,100+		
健保 : 標報28万~50万円 国保 : 旧ただし書き所得210万~600万円	(医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>		
~年収約370万円	57,600		
健保 : 標報26万円以下 国保 : 旧ただし書き所得210万円以下	<多数回該当 : 44,400>		
住民税非課税		35,400 <多数回該当 : 24,600>	

70歳~74歳

所得区分	窓口負担割合	80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>	
		外来	その他
現役並み所得者 (年収約370万円~)	3割	44,400	44,400
健保 : 標報28万円以上 国保 : 課税所得145万以上			
一般 (~年収約370万円)	2割 (※3)	12,000	44,400
健保 : 標報26万円以下(※1) 国保 : 課税所得145万円未満(※1)			
住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

70歳~74歳

所得区分	窓口負担割合	80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>	
		外来	その他
現役並み所得者 (年収約370万円~)	3割	44,400	44,400
健保 : 標報28万円以上 国保 : 課税所得145万以上			
一般 (~年収約370万円)	2割 (※3)	12,000	44,400
健保 : 標報26万円以下(※1) 国保 : 課税所得145万円未満(※1)(※2)			
住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。
 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。
 (注)75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

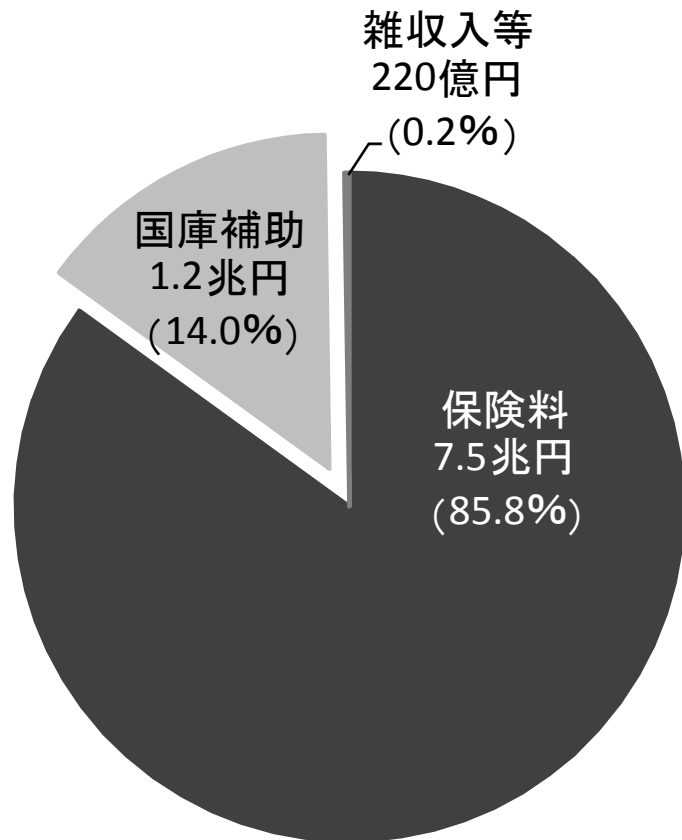
3. 施行日

システム改修等に要する期間を考慮し、平成27年1月を予定。

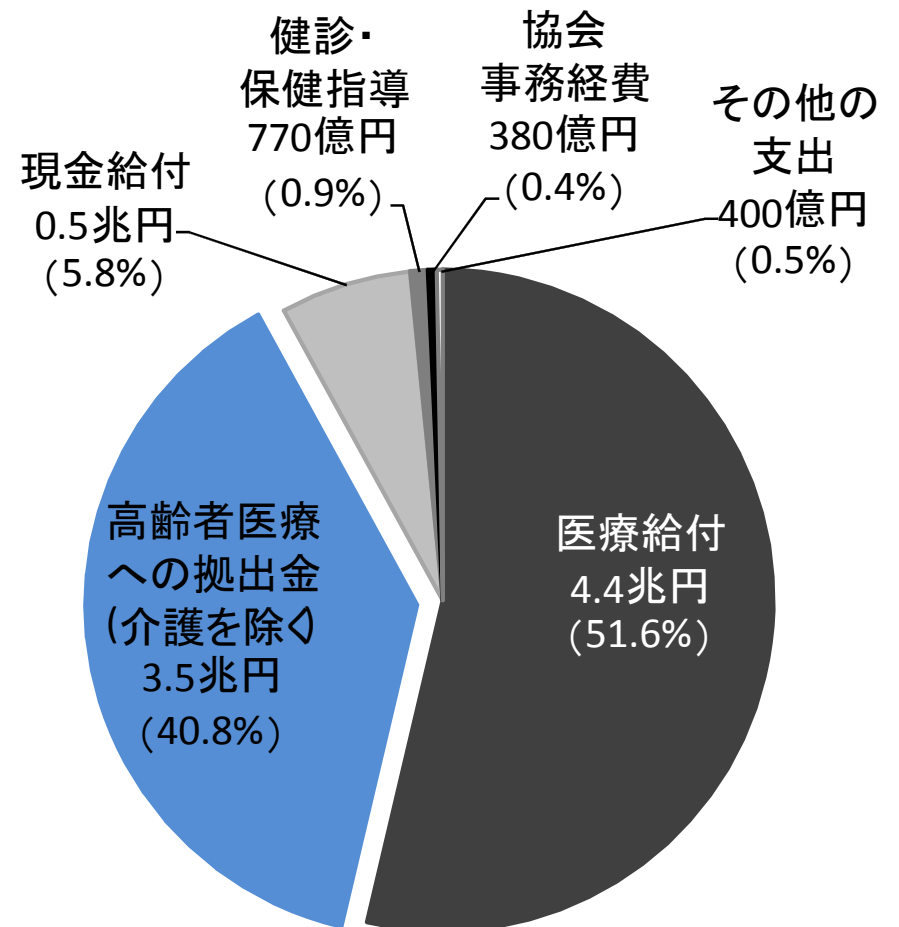
協会けんぽの財政構造（25年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約9兆円だが、その約4割超、約3.5兆円が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成25年度では前年度よりも2,100億円増加。

収入 8兆7,291億円



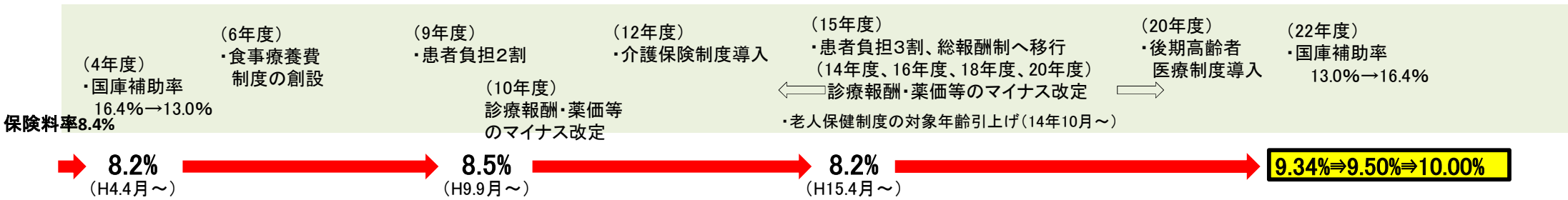
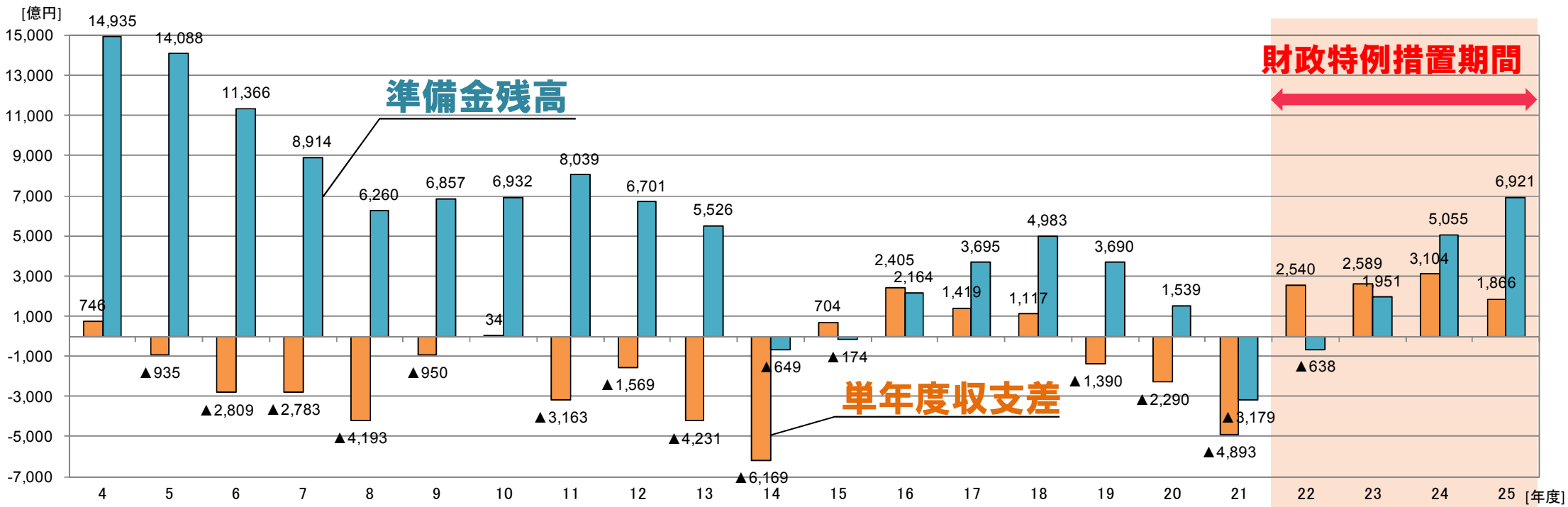
支出 8兆5,425億円



(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積 黒字・赤字)は、21年度末で▲3,200億円に悪化。この▲3,200億円は、財政特例措置と保険料率の引上げにより、2カ年で解消。
- 平成25年度決算では、単年度収支差は1,866億円の黒字、準備金残高は6,921億円

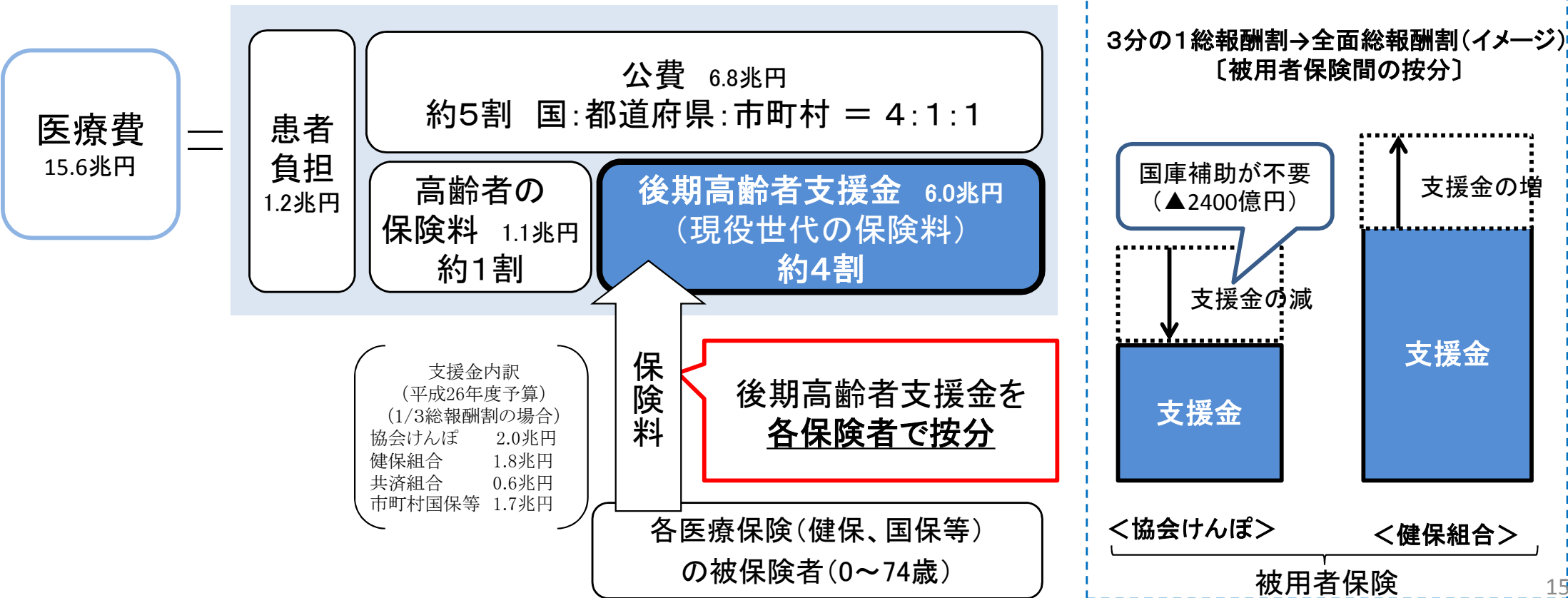


(注) 1. 平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上。
 2. 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

後期高齢者支援金の総報酬割について

- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち後期高齢者支援金(現役世代の保険料)は、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分。
- 加入者数に応じた按分だけでは、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなるため、平成22年度から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬(財政力)、3分の2を加入者割とする特例措置を実施(平成26年度末までの措置)

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担について

- 社会保障制度改革国民会議報告書、プログラム法を踏まえ、フリーアクセスの基本は守りつつ、外来の機能分化(※)を図る観点から、紹介状なしで大病院を受診する場合に患者に定額負担を求めることを検討。

※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

- 10月15日の社会保障審議会 医療保険部会において、対象医療機関、定額負担の額、対象外の患者等の論点を提示して議論。

■ 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

3 医療保険制度改革

(略) 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、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。

■ 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年法律第112号)(抄)

第4条第7項 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、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。

- ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

■ 論点(平成26年10月15日 第82回社会保障審議会医療保険部会資料より抜粋)

- 定額負担を求める保険医療機関(大病院)の範囲をどうするか。
- 初診のみではなく、再診についても対象とするか。
- また、定額負担の額(初診・再診)をどうするか。
- 定額負担を求めない(求める)患者・ケースはどういうものか。
- 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか。

先進医療について

先進医療とは

- 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術について、安全性、有効性等を個別に確認したものは、保険診療と保険外診療との併用を認め将来的な保険導入に向けた評価を行う。
- 先進医療部分を除く一般の診療と共通する部分については保険が適用される(先進医療部分は全額自己負担)。
- 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

実施状況

- 平成18年の健康保険法改正により、先進医療制度を創設。
- これにより、先進医療の実施医療機関数が飛躍的に増加、先進医療の保険導入件数も大幅に増加。

(先進医療の実施状況)

	【参考】先進医療創設以前 (平成18年3月時点)	先進医療 (平成26年10月時点)
対象技術数	95技術	101技術(A:58技術、B:43技術)
実施医療機関数	126医療機関(平成17年4月時点)	1,345医療機関

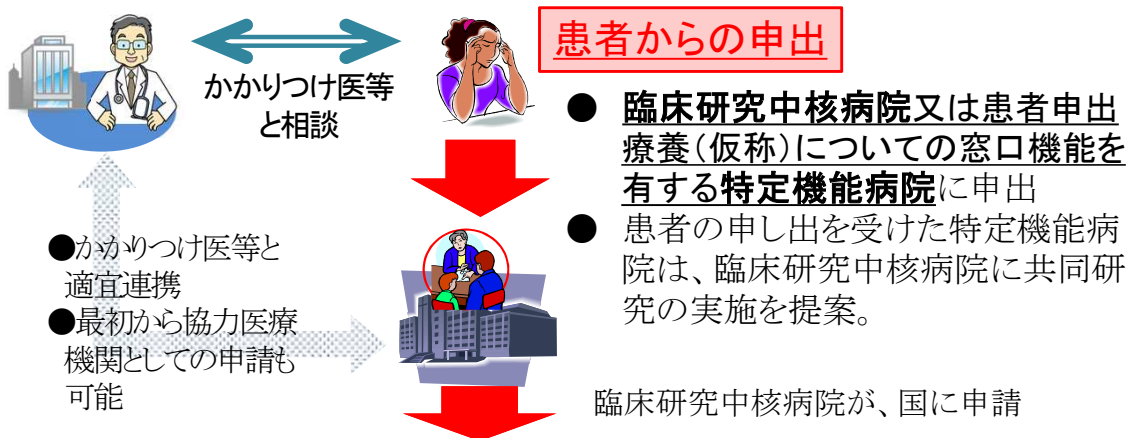
(先進医療の保険導入件数)

	【参考】先進医療創設以前 (平成8年4月～平成18年3月)	先進医療 (平成18年4月～平成26年4月)
保険導入された技術数	32技術(一部保険適用含む。)	80技術(一部保険適用含む。)

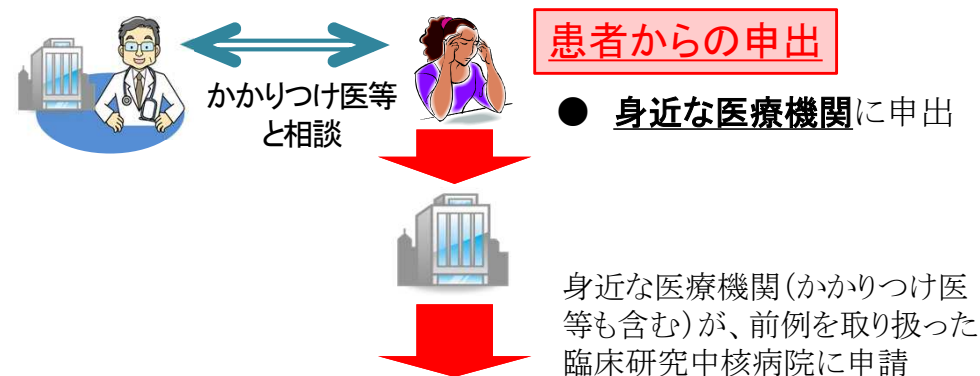
(注)平成18年度は8技術、平成20年度は24技術、平成22年度は14技術、平成24年度は24技術、平成25年度は2技術、平成26年度は8技術、保険導入された。¹⁷

患者申出療養（仮称）

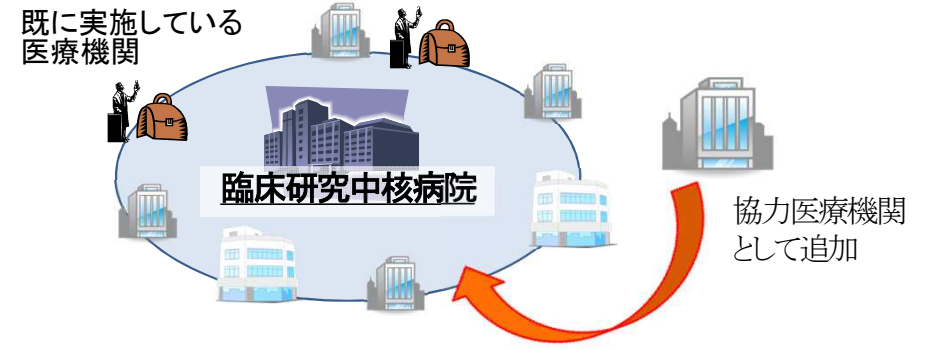
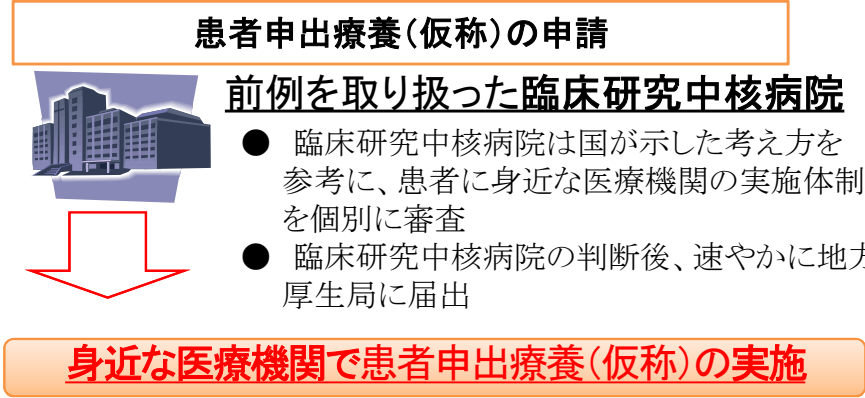
〈患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合〉



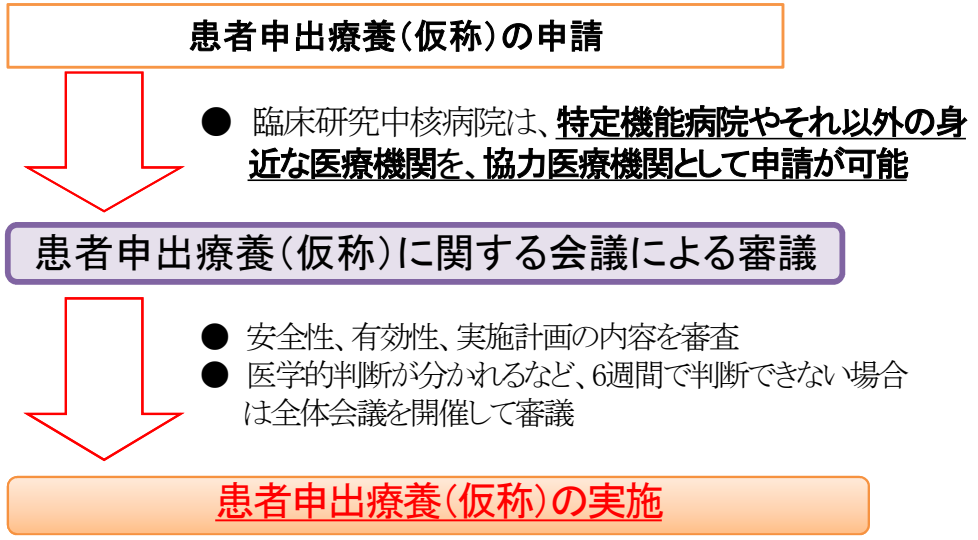
〈既に患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合（共同研究の申請）〉



原則2週間



原則6週間



- 申出を受けた**臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養（仮称）が開始**
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

（医療・介護提供体制の適正化）

平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する。

国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す。

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

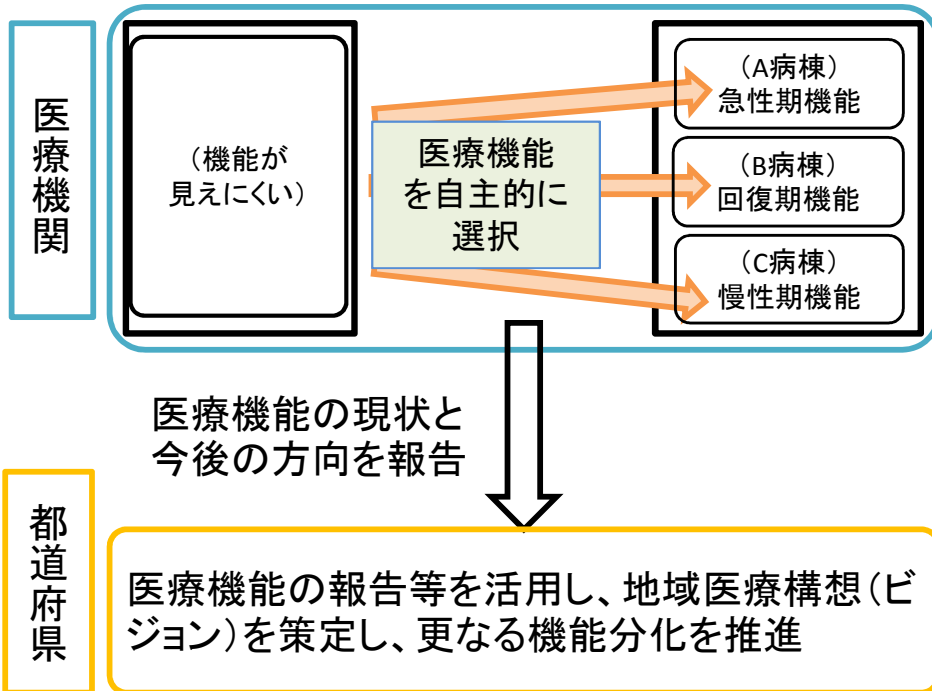
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療費適正化計画の概要について

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

根拠法	: 高齢者の医療の確保に関する法律	
作成主体	: 国、都道府県	
計画期間	: 5年（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）	
主な記載事項	: ・医療費の見通し（必須記載事項） ・健康の保持の推進に関する目標・具体的な取組 ・医療の効率的な提供の推進に関する目標・具体的な取組	}（任意記載事項）

＜都道府県医療費適正化計画において定める目標＞

・ 住民の健康の保持の推進に関する目標

- (1) 特定健康診査の実施率に関する目標(数値)
- (2) 特定保健指導の実施率に関する目標(数値)
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標(数値)
- (4) たばこ対策に関する目標

・ 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
- (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

第1期 医療費適正化計画（平成20～24年度）の進捗状況について

健康の保持の推進に関する目標

- 特定健診・保健指導の実施率については、着実に上昇してきているものの、目標とは開きがある状況である。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、着実に上昇してきており、目標を達成している。

	第1期目標（24年度）	平成24年度実績	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度
特定健診実施率	70%	46.2%	44.7%	43.2%	41.3%	38.9%
特定保健指導実施率	45%	16.4%	15.0%	13.1%	12.3%	7.7%
メタボ該当者・予備群減少率	10%以上減 (平成20年度比)	12.0%	9.7%	7.9%	4.7%	-

平均在院日数の短縮に関する目標

- 平成18年時点における全国平均(32.2日)と最短の長野県(25.0日)との差を9分の3短縮し、平成24年の全国平均を29.8日にとすると定めたところ。
- 平成24年の全国の平均在院日数の実績は29.7日、最短は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数(29.8日)を下回る結果となっている。

	第1期目標(24年度)	24年	23年	22年	21年	20年
平均在院日数	29.8日	29.7日	30.4日	30.7日	31.3日	31.6日

医療費の見通し

- 平均在院日数の短縮の目標を達成した場合の医療費の見通しについて各都道府県において推計を実施。
- 47都道府県の見通しを積み上げると、計画策定時は平成24年度に約0.9兆円の適正化効果額を見込んでいたところ。
- 47都道府県ベースの第1期計画で見込んでいた医療費の総額と、医療費の総額の実績を比較すると、計画期間当初の平成20年度で、第1期計画での見込よりも0.4兆円下回る結果となっており、この結果も考慮する必要があるが、平成24年度の実績は、第1期計画における様々な取組を考慮した場合と比較しても、約0.2兆円下回る結果になっている

	第1期計画医療費見通し (47都道府県)①	医療費(実績)②	第1期計画医療費見通し(47都道府県)と 医療費(実績)との比較(①-②)
平成20年度	34.5兆円	34.1兆円	▲0.4兆円
平成24年度 (適正化前)	39.5兆円	38.4兆円	▲0.2兆円
平成24年度 (適正化後)	38.6兆円		