

「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理 (医療・介護分野) (案)」と主な論点 (案) Ⅱ

平成 25 年 5 月 16 日

厚生労働省

「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）」と主な論点（案）

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）	主な論点（案）
<p>■ 基本的な考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。 ○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。 ○ 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。 ○ 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。 ○ 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。

- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。
- 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）	主な論点（案）
<p>■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。 ○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体が取り組むべき。 ○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（案）	主な論点（案）
<p>■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等【医療・介護の提供体制の在り方】</p> <p>○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。</p> <p>○ 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。</p> <p>○ 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療計画の見直し及び補助金的手法と診療報酬について ・ 都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を付与する等の実効性を高めるための取組について ・ 診療報酬の地域ごとの柔軟性の検討について

- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とするにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。
 - 現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。

- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。
- 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。
- 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。
- 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必

	<p>要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。 ○ 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。 	
<p>【外来の役割分担の在り方】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。 ○ 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討すべき。 ○ 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の定額自己負担の導入について ・ かかりつけ医等のあり方について

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。
- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。
- 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。

- ・ 在宅医療の推進について
- ・ 地域における医療と介護の一体的提供について

	<p>○ 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。</p>	
<p>【医療関連データの収集・分析等】</p>	<p>○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。</p> <p>○ データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。</p> <p>○ 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。</p> <p>○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。</p> <p>○ 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。</p>	<p>・ 地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの収集やその活用について</p>

- | | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。○ 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。 | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）	主な論点（案）
<p data-bbox="73 199 607 300">■ 医療保険における療養の範囲の適正化等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="633 199 1615 300">○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。 <li data-bbox="633 379 1615 480">○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。 <li data-bbox="633 560 1615 715">○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。 <li data-bbox="633 794 1615 895">○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。 <li data-bbox="633 975 1615 1075">○ 70—74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。 <li data-bbox="633 1155 1615 1187">○ 70—74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 <li data-bbox="633 1267 1615 1423">○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1648 199 2163 300">・ 70—74歳の医療費自己負担について <li data-bbox="1648 320 2163 352">・ 高額療養費について