

社会保障制度改革国民会議 「議論の整理」(医療・介護分野) に関する参考資料Ⅱ

平成25年5月16日
厚生労働省

【目次】

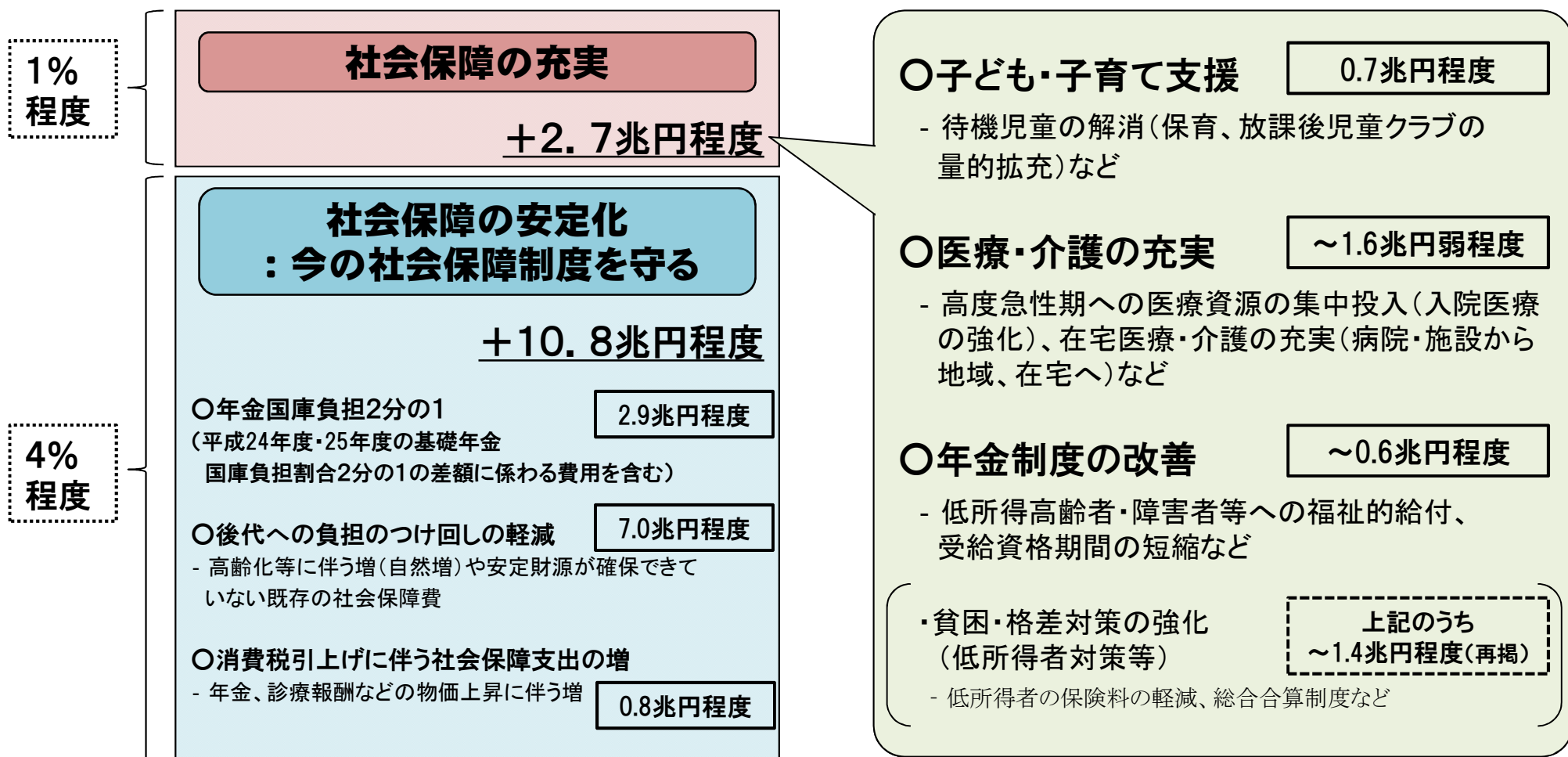
■ 基本的な考え方	2
■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見	6
■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等	
【医療・介護の提供体制の在り方】	16
【外来の役割分担の在り方】	29
【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】	34
【医療関連データの収集・分析等】	38
■ 医療保険における療養の範囲の適正化等	49

「基本的な考え方」 関連資料

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、
今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



改革の方向性

社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

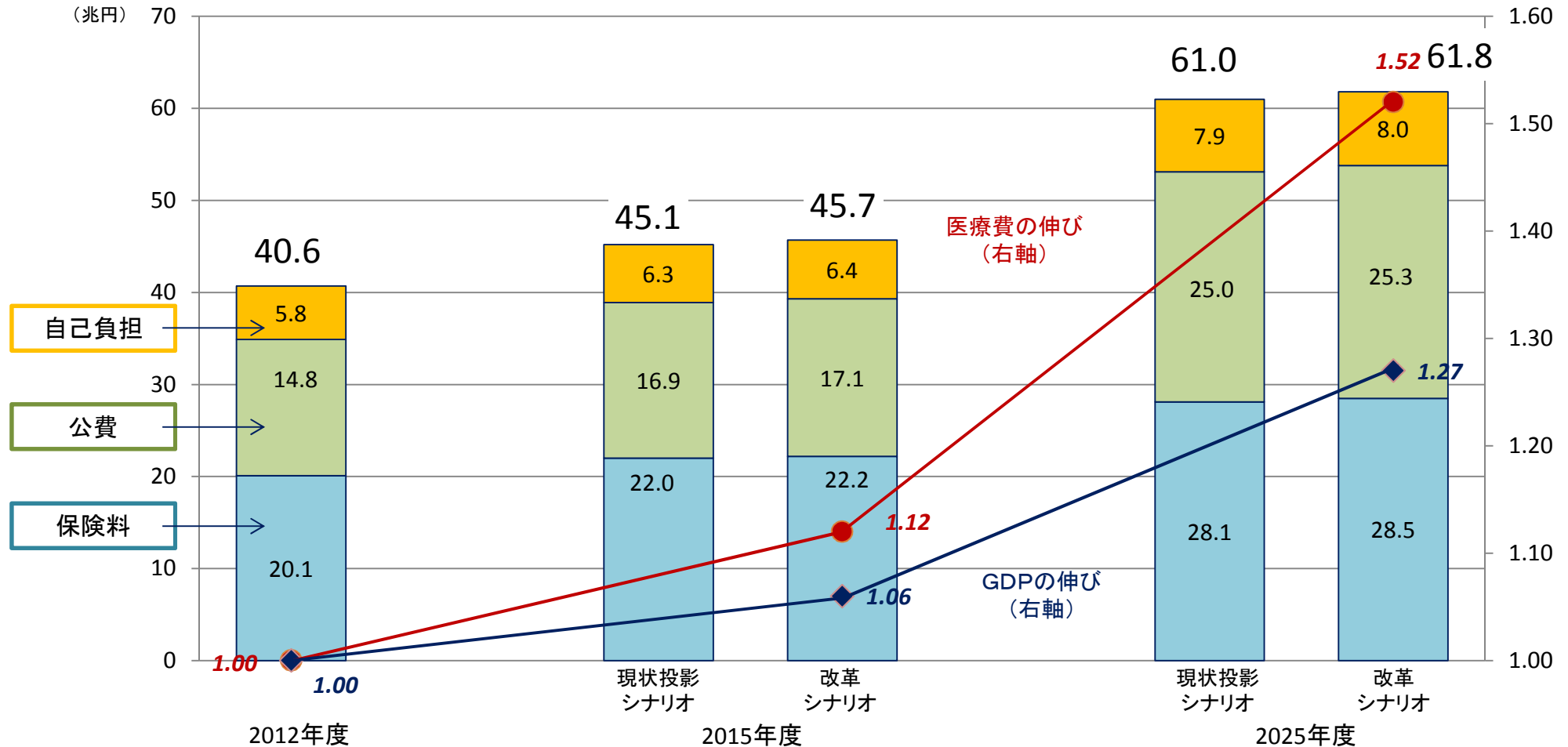
2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度－～1.2兆円程度）

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)	0.7兆円程度		
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	～1.4兆円程度	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)	▲～0.5兆円程度
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし)	0.6兆円程度	○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小	

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

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の伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



※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。

「健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見」 関連資料

国・都道府県による医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正などにより中長期的に医療費適正化に取り組むため、国及び都道府県が計画を策定（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）

政策目標	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボ該当者・予備群減少率	平均在院日数
第1期 (24年度)	70%	45%	10%以上減（平成20年度比）	全国平均（32.2日）と最短の長野県（25日）の差を9分の3（29.8日）に縮小
第2期 (29年度)	70%	45%	25%以上減（平成20年度比）	社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が目標を設定

医療費適正化計画の目標の進捗状況について

特定健診・保健指導等の推進

平成23年度実施率 (速報値)	全 体	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
特定健診	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
特定保健指導	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%

実施率の状況

- ・特定健診・特定保健指導ともに、目標とはまだ開きがあるものの、実施率は着実に上昇してきている。
- ・特定健診の実施率は被用者保険において高い傾向にあるのに対して、特定保健指導の実施率は市町村国保や健保組合において高い。

特定健診・保健指導の効果

- ・特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 **▲約32%（21年度）**
- ・メタボリックシンドローム該当者と非該当者との年間医療費の比較 **▲約9万円（22年度）**

平均在院日数の縮減

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

平均在院日数の状況

- ・全国平均で見れば、目標には届いていないものの一定程度縮減してきている。
- ・全国平均と最短との差はほとんど縮小しておらず、都道府県間のばらつきも大きい。

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 （速報値）	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
平成22年度 （確報値）	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 （確報値）	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 （確報値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 （速報値）	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%
平成22年度 （確報値）	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 （確報値）	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 （確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

保険者による医療費適正化の取組

- 医療保険者は医療費適正化のための取組を主体的に実施。
- 厚生労働省では、医療費適正化の推進などの保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、保険者による主体的な取組を促進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

- ・ 医療費分析の実施

被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報を収集・分析を行う

（保険者による分析を支援するシステムが稼働予定（平成24年度予算等で補助））

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ 健保連システム：平成26年6月頃から

② 被保険者に対する情報提供・指導

- ・ 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

- ・ 重複・頻回受診者に対する指導

同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

③ 有病者の重症化の予防

- ・ 保健指導の実施

投薬状況等から一定の判断を行った上で、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

④ 給付の適正化

- ・ レセプト点検の実施

請求誤りの多い事項等重要事項を定めた上でレセプト点検を行う

- ・ 傷病手当の適正支給

レセプト等関係資料の確認、調査等により、傷病手当の適正支給に努める

- ・ 柔道整復師に係る療養費の適正化

被施術者への医療費通知や負傷部位の原因調査により療養費の給付適正化を図る

2. 医療保険者による疾病予防等の取組を促進する

25年4月23日
産業競争力会議厚生労働省提出資料

■ 好事例を横展開させるための3つの取組

I. 好事例をモデル化する



- ・レセプトデータ
- ・特定健診データ

- ・ジェネリック医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知
- ・健診データから異常値の者を抽出、レセプトデータと突合して、医療機関未受診者に**受診勧奨**
- ・運動や食事などの**生活習慣改善を指導**（重症化予防プログラム）
- ・複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者などに対して**訪問指導**

被保険者



II. レセプトデータ・健診データ等の分析のためのシステムを整備する

III. モデル化された取組の実施のために必要な費用に対する支援を検討する

■ 特定健診・保健指導の実施率の更なる向上

- 特定健診・保健指導の効果に関するエビデンスの検証及び周知を行い、保険者の主体的な取組を促進
（例 メタボ該当者と非該当者の平均医療費には約年9万円の差が存在
特定保健指導を終了した者の約1／3が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ではなくなる）
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、現行制度に対して関係者からは廃止も含め意見があり、今年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討

保険者の取組（広島県呉市の事例）

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。
平成20年7月から24年3月までの通知者の77%が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防（受診勧奨）

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防（重症化予防）

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

（重複受診） 件数:51件 診療費削減額:54,160円 最大18,380円／人 診療費減

（頻回受診） 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日／月 → 1日／月
114,610円／人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件（呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知）

後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み

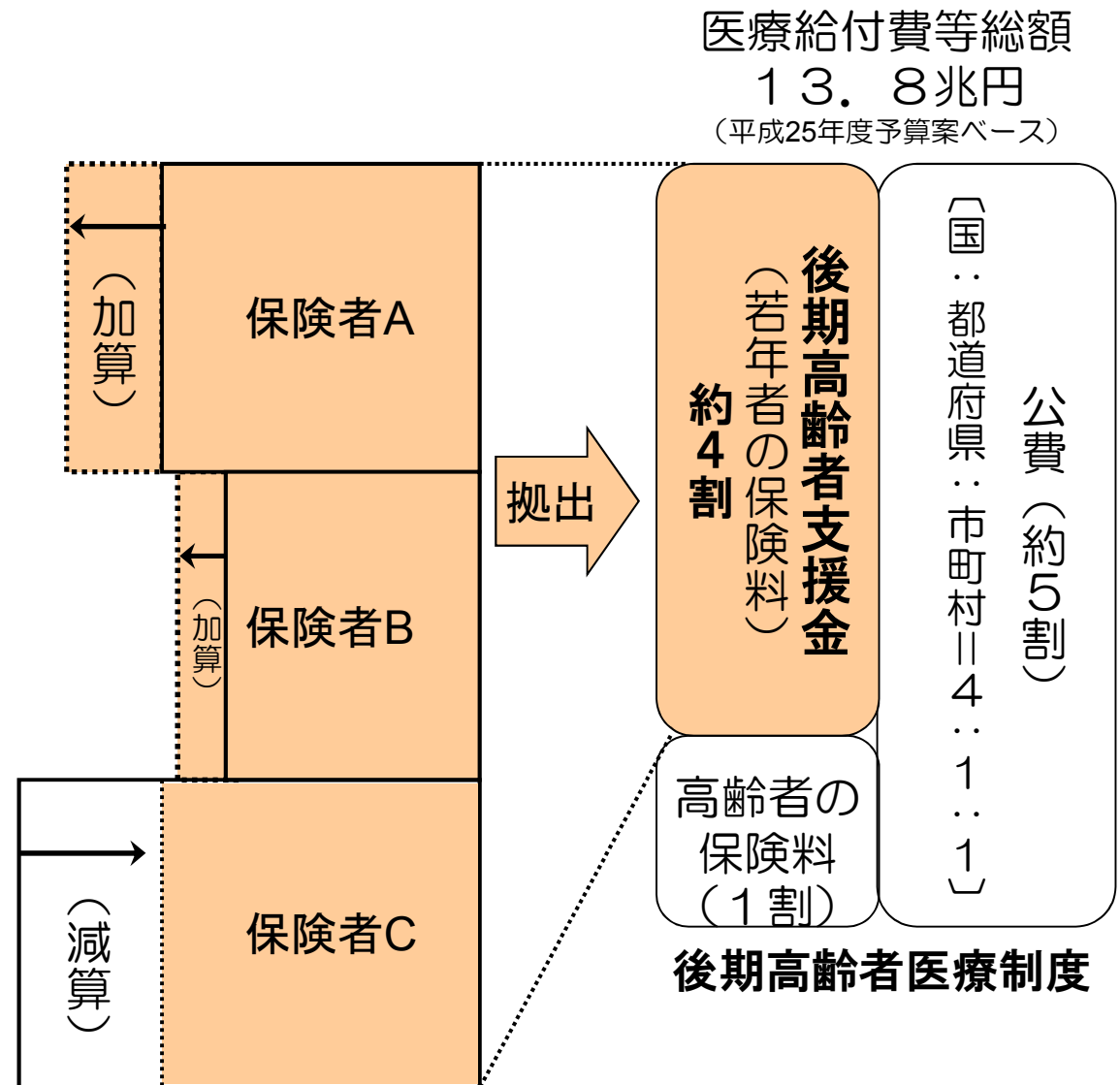
各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈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
 - 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
 - 実績の上がっていない保険者 ⇒ 支援金の加算

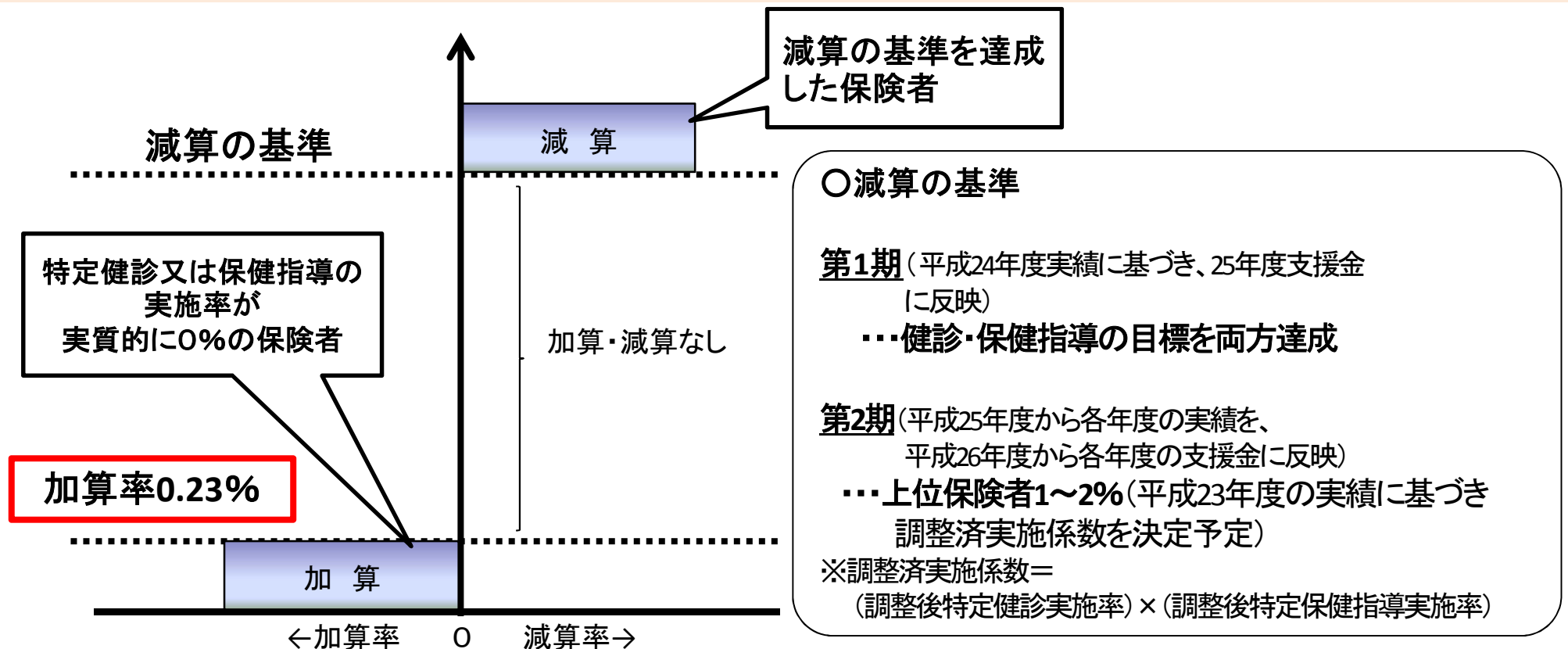
◆ 加算率は0.23%に設定。

◆ 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。



後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

- 後期高齢者支援金の加算・減算は、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する、保険者による生活習慣病予防のための取組み(特定健診及び保健指導)の状況进行评估するためのもの。
- 後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成25年度から実施。
 - ・ 保険者種別ごとの事情を考慮(実施率を調整)
 - ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し加算
 - ・ 第1期は、特定健診・保健指導の目標(参酌標準)を両方達成した保険者に対し減算
 - ・ 第2期は、上位1~2%程度の保険者に対し減算
 - ・ 実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から



その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

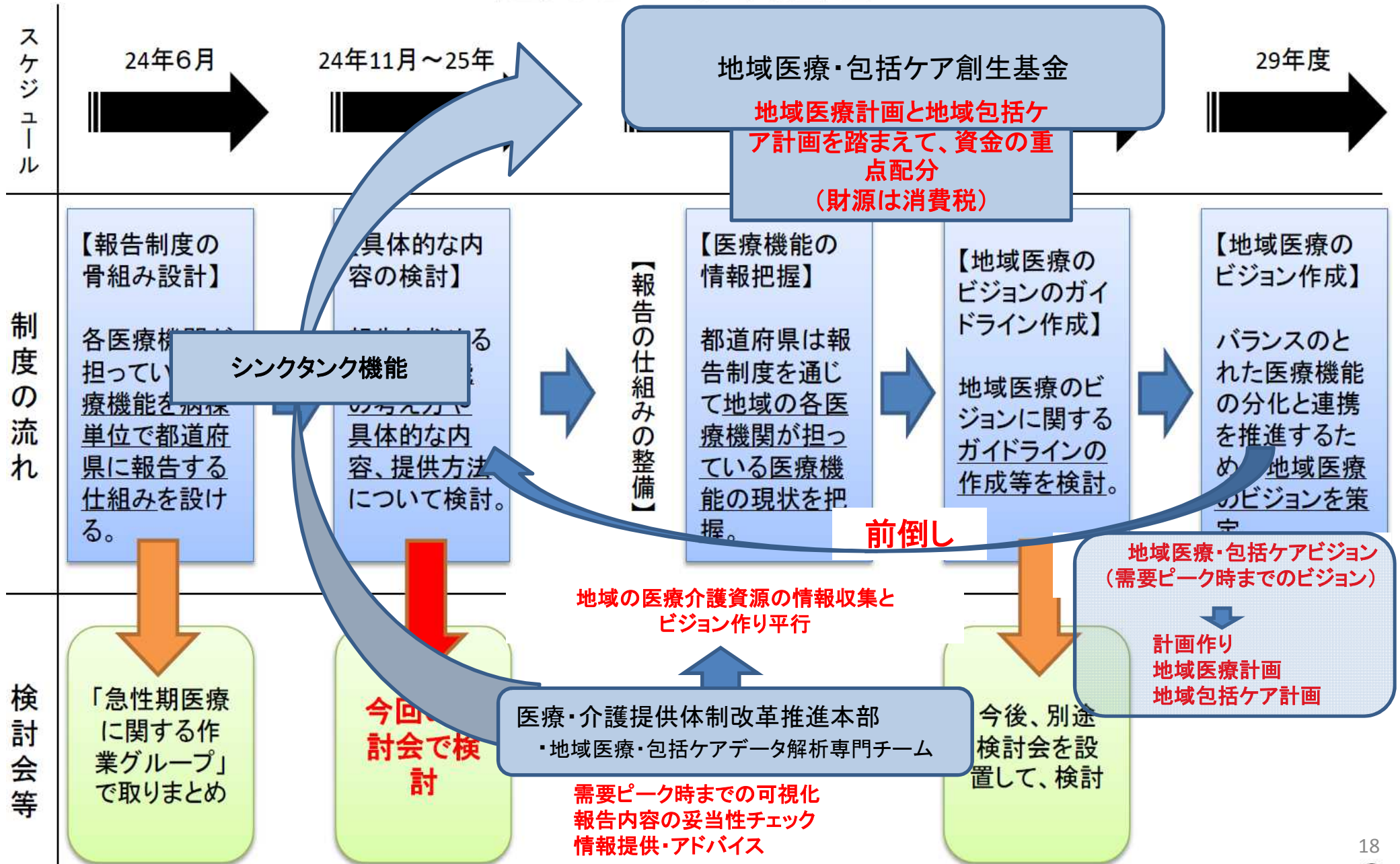
「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【医療・介護の提供体制の在り方】
関連資料

2次医療圏の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョン作成を

- 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」(厚労省医政局)における「報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ」の前倒し。
- 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。
- 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る。
- それに沿った医療機能の分化・連携を促すための「地域医療・包括ケア創生基金」を創設(財源として消費税増収を活用)。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは、医療機能の分化・連携を補助金的手法で誘導。
- 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。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

平成25年4月19日
第9回社会保障制度改革国民会議
権丈委員提出資料



医療介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら

- 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。
 - その実効性を高めるため、後述(51頁参照)するとおり、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、実効性を高めるための諸施策を講ずる
 - 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町づくりにも参画できるように医療法人制度の見直しを行う。
- などの方策を検討する。
- 地域医療ビジョンの前倒しでの策定に加え、上記の方向性を医療法改正で明示する。

病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

○病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせることで)事実上の機能区分が行われる。

○医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。

○診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。

○新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。

○医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

○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実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、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。

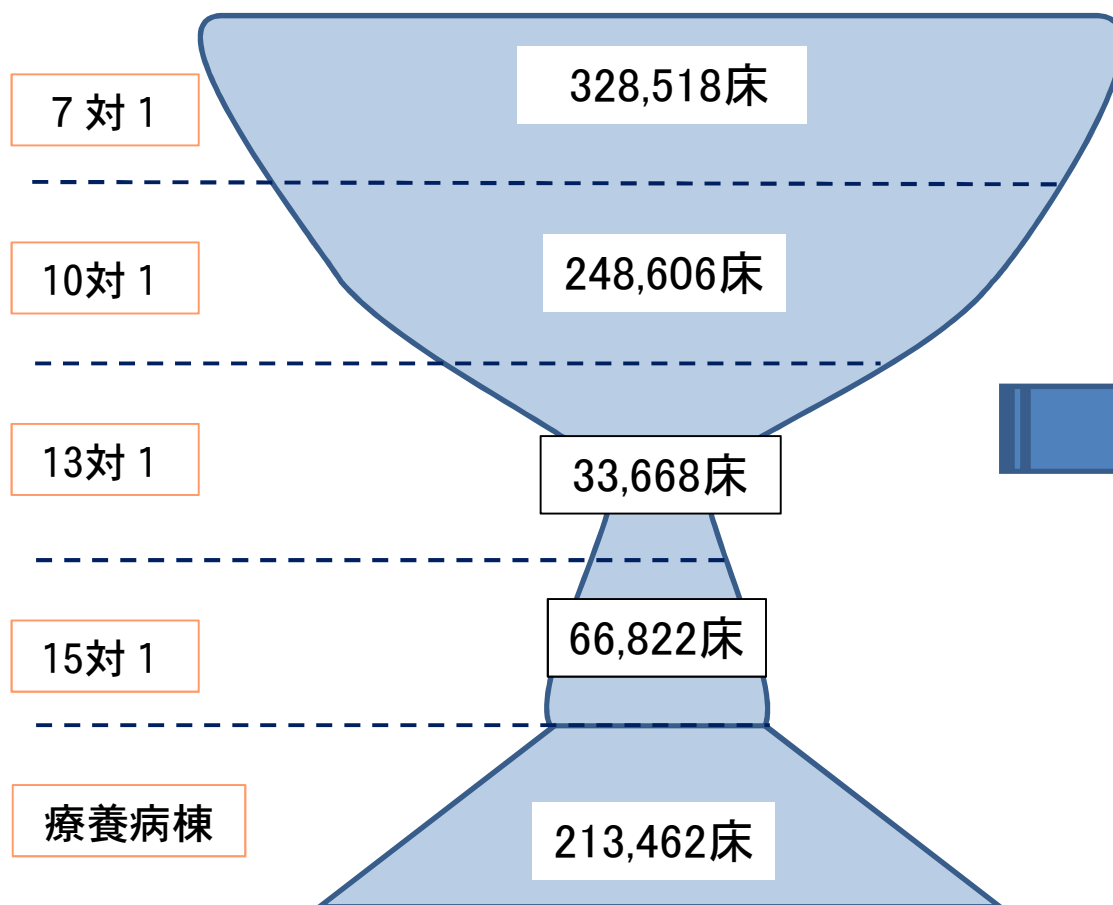
○しかしながら、医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。 ○医療法による機能区分の数は多くない。 ○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。	○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。 ○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。 ○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。 ○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。
機能区分の例	(病院) ・ 地域医療支援病院 ・ 特定機能病院 (病床) ・ 一般病床 ・ 療養病床 ・ 精神病床 ・ 結核病床・ ・ 感染症病床	(病院) ・ DPC対象病院 ・ 在宅療養支援病院 (病棟) ・ 7対1入院基本料 ・ 10対1入院基本料 ・ 亜急性期入院医療管理料 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ・ 特定機能病院入院基本料 ・ 地域医療支援病院入院診療加算等
内容の見直しの特徴	○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。	○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。 ○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。

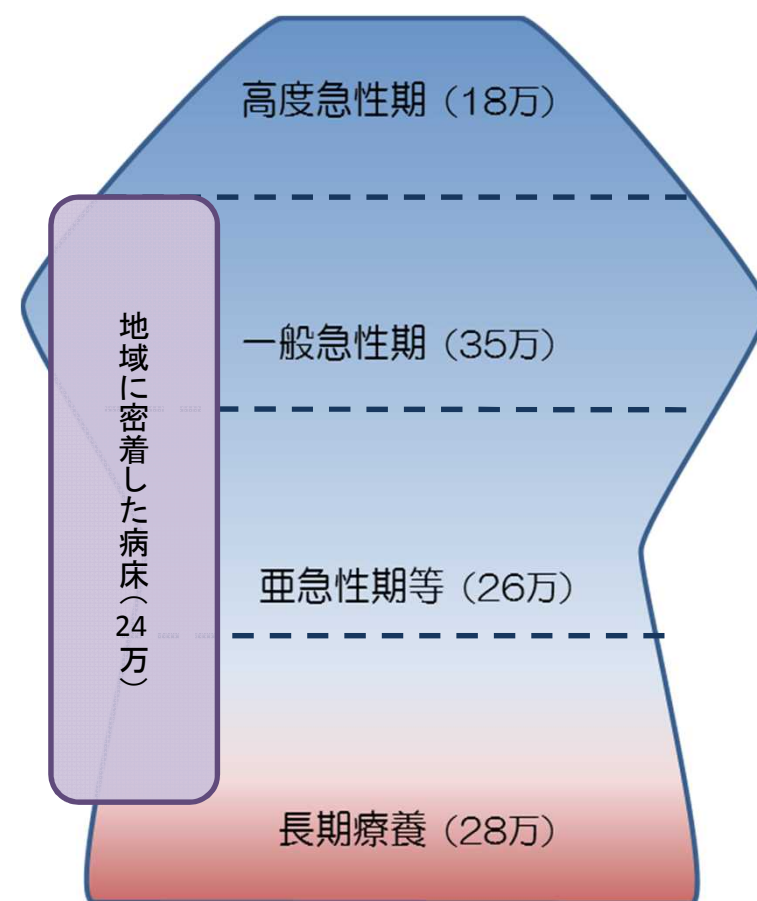
	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	○必ずしも十分に機能しているとはいえない。 ○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。	○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。 （平均在院日数の短縮） ・入院基本料を平均在院日数に応じて逡減させる ・退院支援の評価（連携強化） ・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制） ・紹介患者割合による報酬の引き下げ
地域偏在の是正に対する有効性	○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。	○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。 ※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞

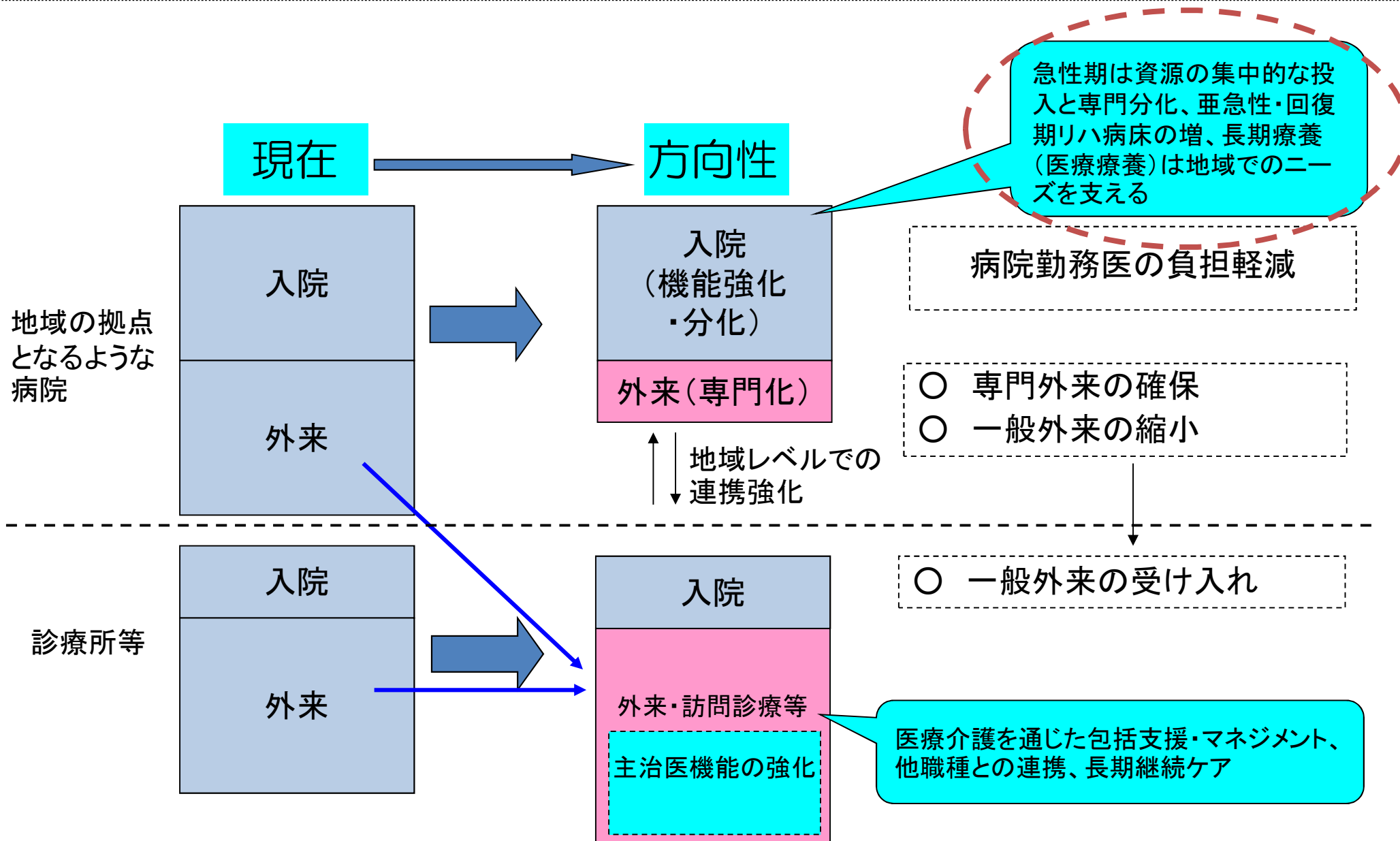


保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 2
2 3 . 1 0 . 5

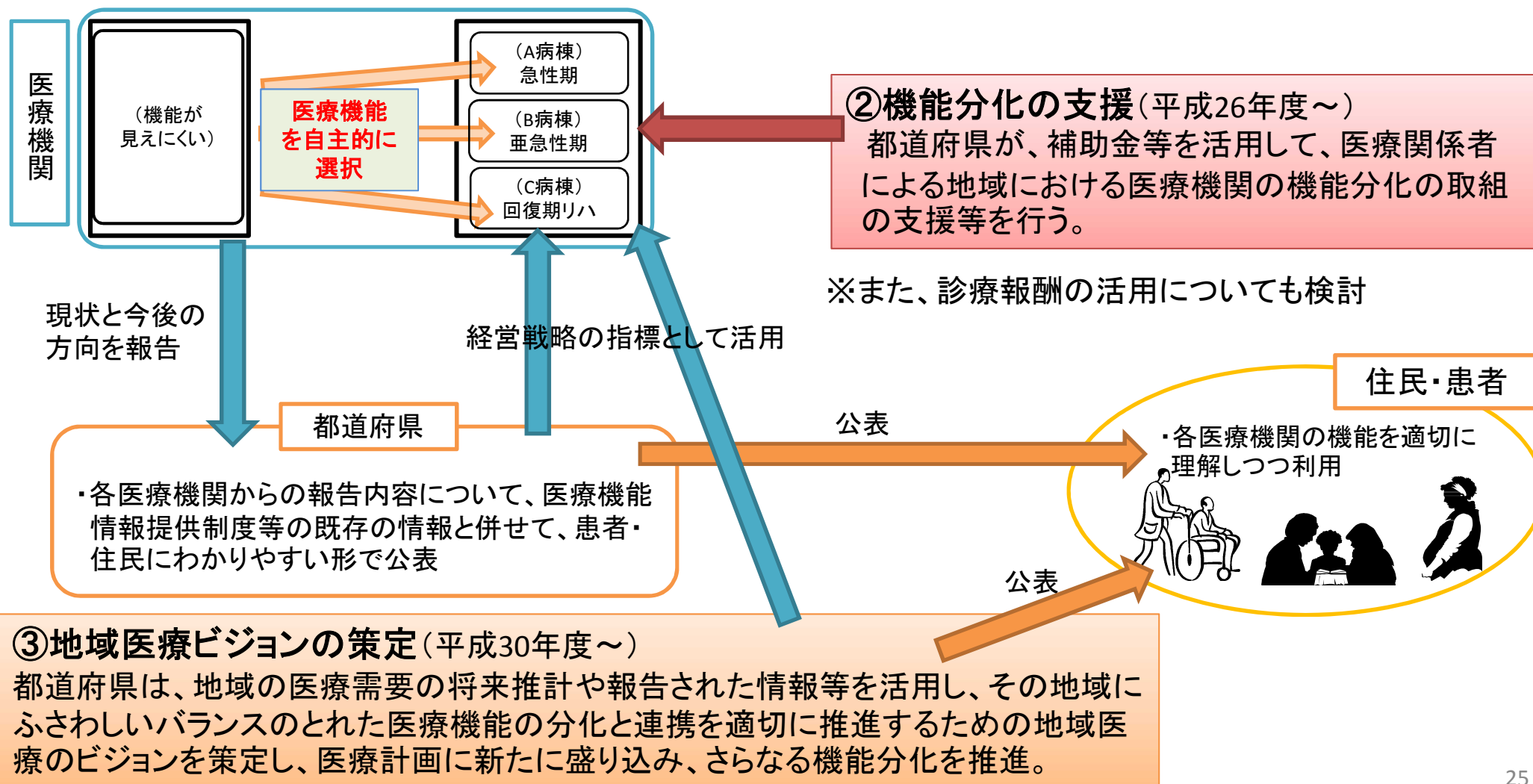


機能分化を推進するための仕組み

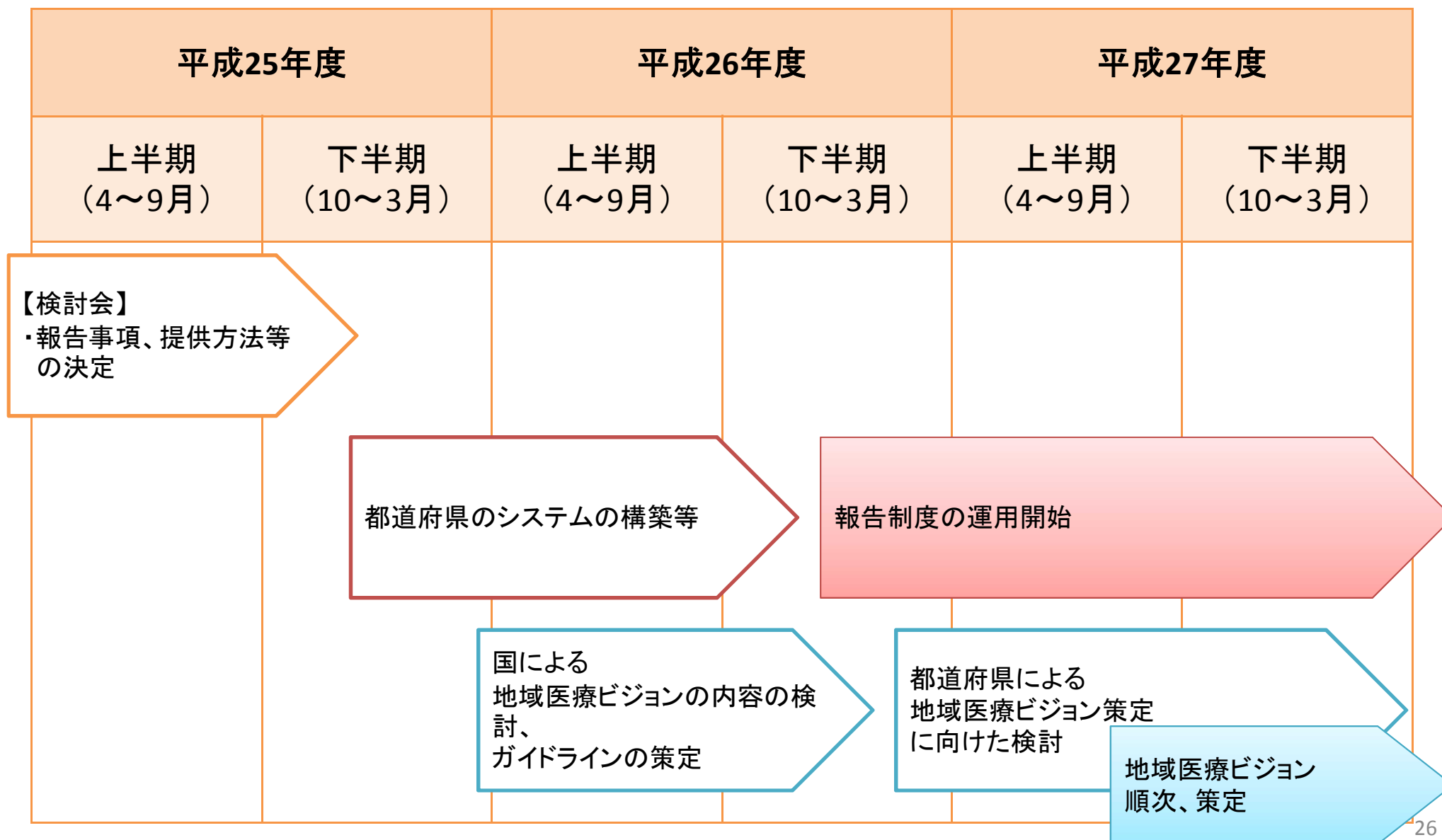
第4回病床機能情報の報告・提供 の具体的なあり方に関する検討会	資料
平成25年3月7日	4

①医療機関による報告(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を進める。



地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



保険医療機関・保険薬局の指定・取消権限について

保険医療機関・保険薬局の指定・取消は、都道府県知事の機関委任事務とされていたが、

- ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること、
- ②保険医療機関の指定等は、国が保険者に代わり、全国を通じて公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関を指定する事務であること、

から、平成11年の地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（平成11年法律第87号）によって、国の直接執行事務とされた。

平成11年地方分権一括法前の健康保険法の規定

○健康保険法（大正11年法律第70号）第43条の3

〔保険医療機関又は保険薬局の指定〕

第四十三条の三 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ハ命令ノ定ムル所ニ依リ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ其ノ開設者ノ申請アリタルモノニ就キ都道府県知事之ヲ行フ

- ③ **都道府県知事** 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ当該病院若ハ診療所又ハ薬局ガ本法ノ規定ニ依リ保険医療機関若ハ保険薬局ノ指定若ハ第四十四条第一項第一号ニ規定スル特定承認保険医療機関ノ承認ヲ取消サレ五年ヲ経過セザルモノナルトキ又ハ保険給付ニ関シ診療若ハ調剤ノ内容ノ適切ヲ欠ク虞アリトシテ重テ第四十三条ノ七第一項（第四十三条ノ十七第九項、第四十四条第十三項及第十四項、第五十九条ノ二第八項並ニ第六十九条ノ三十一ニ於テ準用スル場合ヲ含ム）ノ規定ニ依ル指導ヲ受ケタルモノナルトキ其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不適当ト認ムルモノナルトキハ其ノ指定ヲ拒ムコトヲ得

〔保険医療機関及び保険薬局の指定の取消〕

第四十三条の十二 保険医療機関又ハ保険薬局ガ左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ**都道府県知事**其ノ指定ヲ取消スコトヲ得（略）

現在の健康保険法の規定

○健康保険法（大正11年法律第70号）第65条

（保険医療機関又は保険薬局の指定）

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

- 3 **厚生労働大臣**は、第一項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。（略）

（保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し）

第八十条 **厚生労働大臣**は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。（略）

地域ごとの診療報酬の特例（根拠条文）

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）

（診療報酬に係る意見の提出等）

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二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。

【参照条文（抜粋）】

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 （略）

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 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

（都道府県医療費適正化計画）

第九条 （略）

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

二 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

（計画の進捗状況に関する評価）

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

（計画の実績に関する評価）

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県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、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

3 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。

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【外来の役割分担の在り方】
関連資料

フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
 - 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
 - この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、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、患者と医師の信頼関係を基軸とした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る。
- 委員からの要求
 - 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

外来診療の機能分化の推進

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

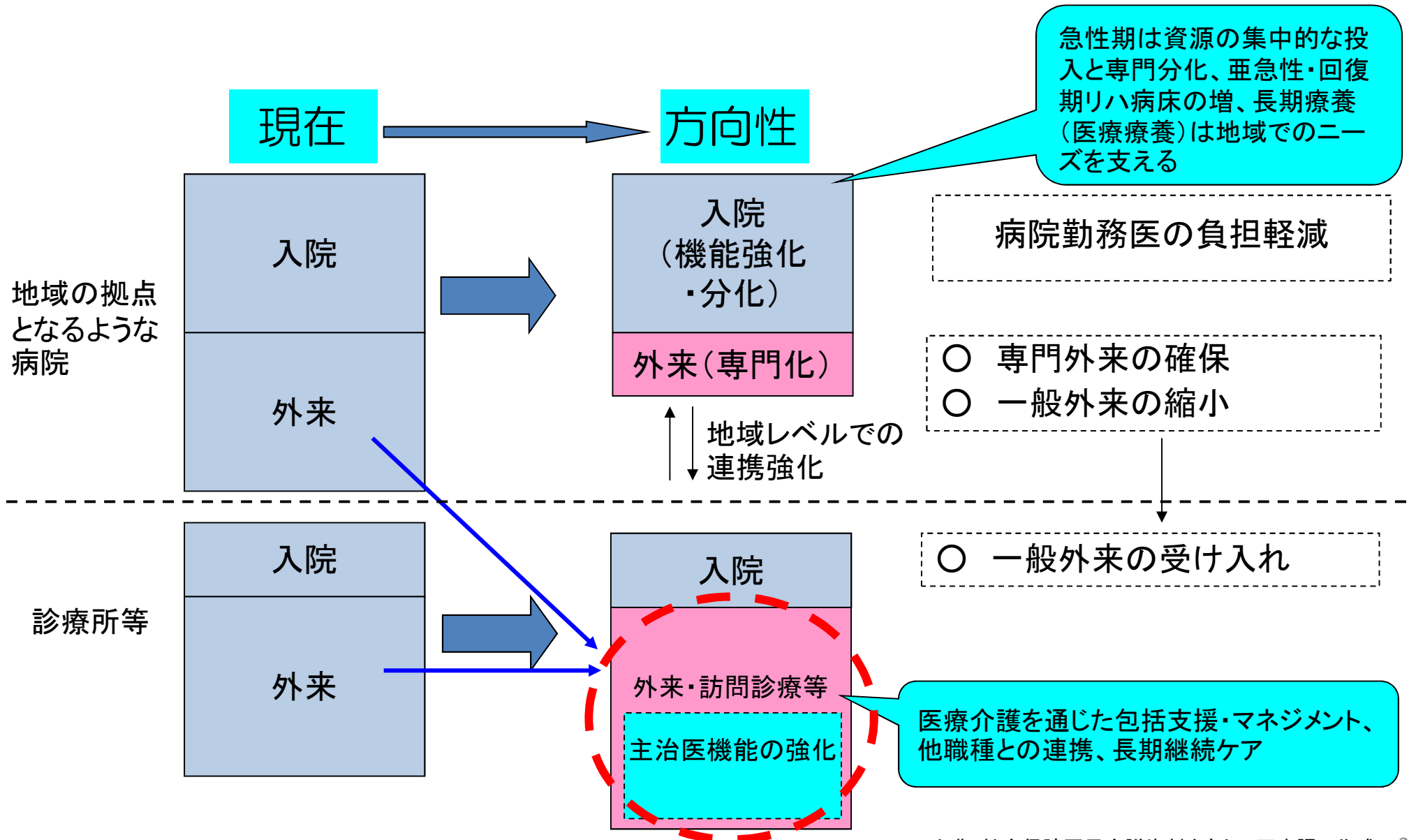
$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



救急外来や外来診療の機能分化の推進

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】
関連資料

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：①の医師数については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

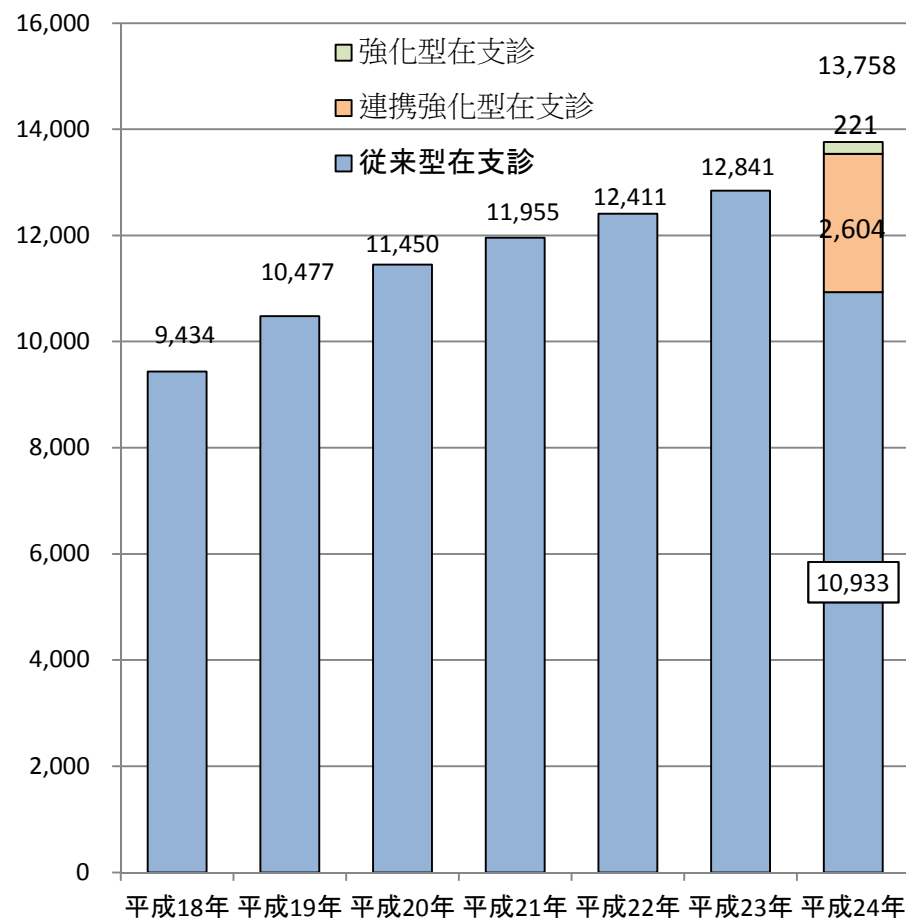
- ① 200床未満の病院であって、4km以内に診療所がない
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

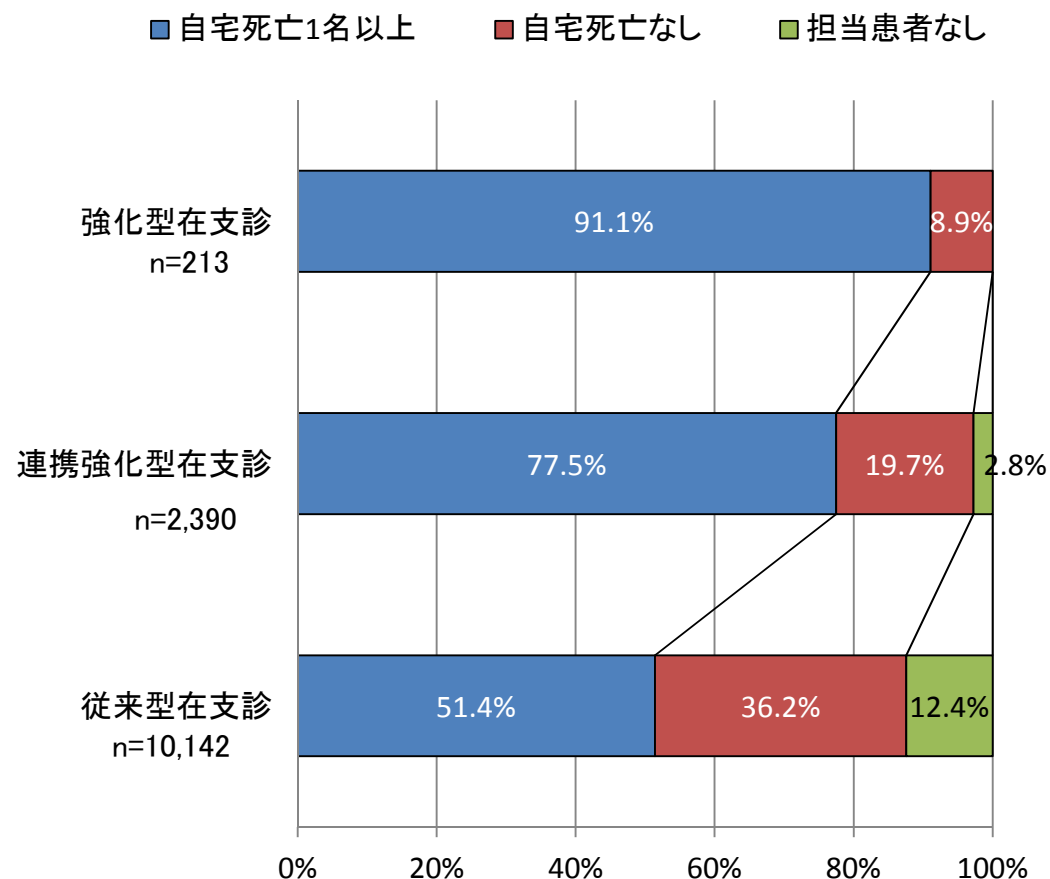
在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

(届出数)

在宅療養支援診療所届出数



在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)

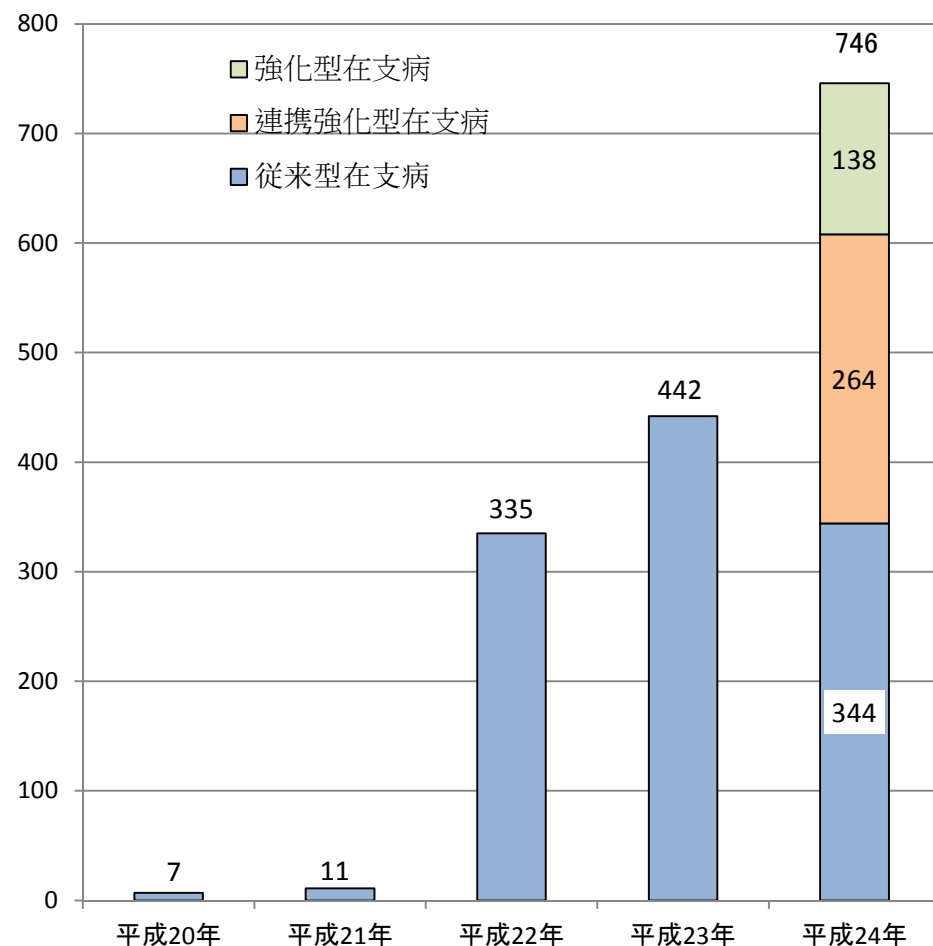


(注1) 平成23年10月1日現在の診療所総数は99,547
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

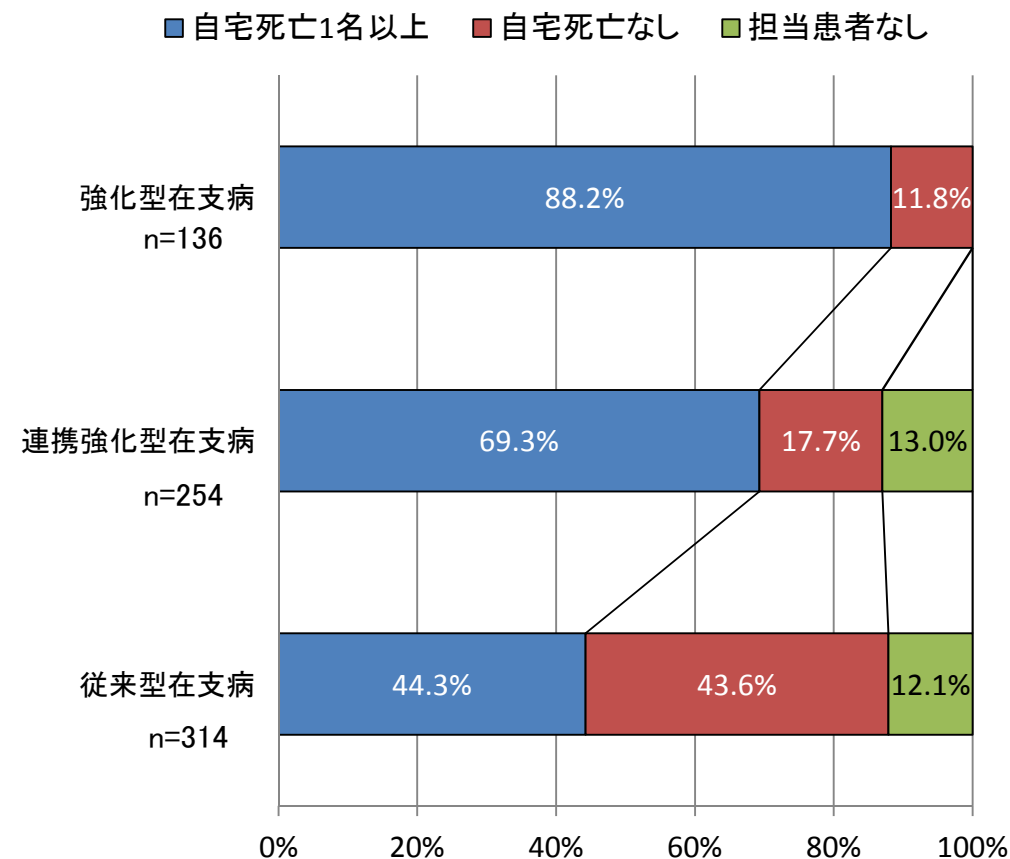
在宅療養支援病院の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援病院届出数



(注1) 平成23年10月1日現在の病院総数は8,605
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【医療関連データの収集・分析等】
関連資料

レセプト・特定健診等情報の利活用について

保有主体		データベース	使用目的	活用例
国 (厚生労働大臣)		○ONDB →レセプト情報・特定 健診等情報	医療費適正化計画の 作成、実施、評価に資 する	○ 医療費適正化計画の策定、実施及び評価 ・ 特定健診の結果から、検査値(腹囲、血圧、血糖値 等)を都道府県別、年齢階級別、性別に集計したデータ の都道府県への提供・公表 ・ 調剤レセプトの分析を活用した都道府県別、年齢別の 薬剤の使用状況や調剤医療費の動向の分析
保険者	保険者中央 団体 (国民健康 保険中央会、 健康保険組 合連合会)	○OKDB(国保データ ベース) ※平成25年10月稼働 予定 →レセプト情報(後期 高齢者医療広域連 合も含む)・特定健 診等情報・介護情報 ○健保連システム ※平成26年4月稼働予 定 →レセプト情報・特定 健診等情報	①当該保険者の加入 者についての健康状 況の把握・比較分析 ②疾病別等の医療費 の分析	○ 現在は、保険者が個別のシステムを用いて、下記の事 項等について分析等を行っているが、今回のシステム整 備により大幅に環境が整備され、下記の事項の他に、特 に、全国平均などと比較した当該保険者に関する評価も 可能となる。 ① 現状の把握(医療費分析の実施) ② 被保険者に対する情報提供・指導(医療費通知の送 付、重複・頻回受診者に対する指導等) ③ 有病者の重症化予防(保健指導の実施、医療機関へ の重症化予防) ④ 給付の適正化(レセプト点検の実施、傷病手当の適 正支給等)
	その他(保険 者)	○独自のシステムや 民間事業者への委 託により医療費分析 等を行っている		

レセプト・特定健診データベース(NDB)の概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため

[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣

(注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約59億件[平成21年4月～平成25年2月診療分] ※平成25年5月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約9,000万件[平成20年度～平成23年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

データの利活用の例

- ・特定健診データ(腹囲、血圧、血糖値等)を都道府県、年齢階級、性別に集計し、国民の健康状態を分析
- ・レセプト・特定健診等データから、特定健診・保健指導の効果を推計(メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差や、特定保健指導によりメタボリックシンドローム該当者から外れる率等を算出)
- ・レセプトデータ(調剤)から、都道府県、年齢別の、薬剤の使用状況や調剤医療費の動向を分析

DPCデータ*の主な項目

* DPC/PDPS導入影響評価のための調査(退院患者調査)による調査データを指す。

内容

患者別匿名化情報

簡易診療録情報

- ・ 日付情報（入院日、退院日等）
- ・ 診断情報（主傷病名等）
- ・ 患者情報（生年月日、性別、郵便番号等）
- ・ 入院経路（退院時の患者の状態（傷病の治癒、軽快、死亡等）、救急搬送の有無等）
- ・ 診療情報（身長、体重、ADLスコア、がんの分類等）等

診療報酬 請求情報

医科点数表に基づく出来高点数情報

診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報等

施設情報（病床数、届け出ている入院基本料等）

国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼動予定)

保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用し、被保険者の健康水準の向上(きめ細かな生活習慣病の予防対策等)対策を推進する。

1 地域の状況を把握

- 特定健診の結果及び疾病別医療費等の分析により、生活習慣病の状況や、健康課題を明らかにできる
- 要介護状態区分と疾病との関係を把握する

4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

有病者や予備群等の改善の確認

地域における疾病予防のための取り組み(例)

2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

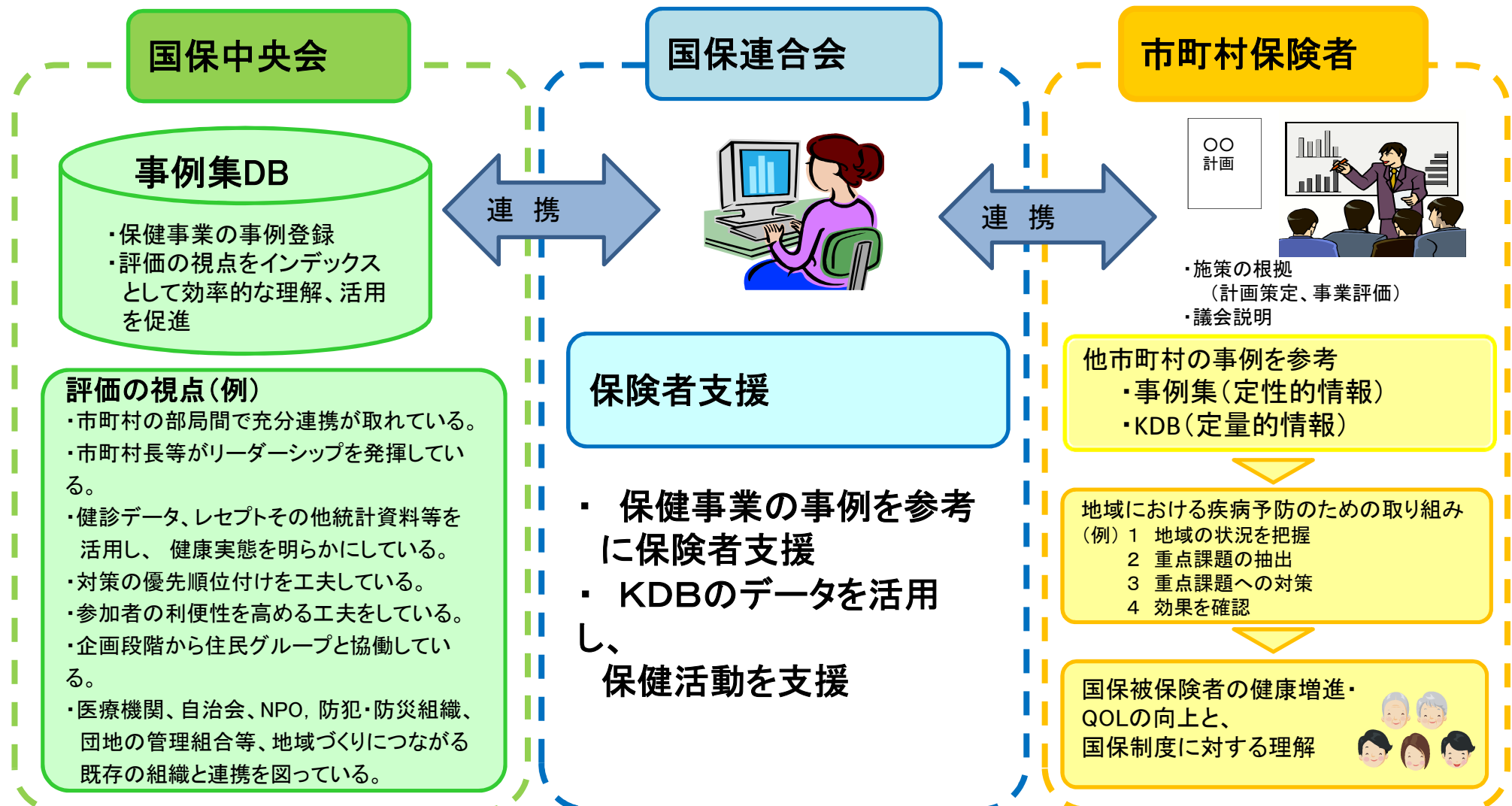
予防対策の疾病を選択

3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

評価の視点を明らかにした保健事業事例集データベースの展開



健保組合の保険者機能強化のためのネットワーク基盤の整備

目的

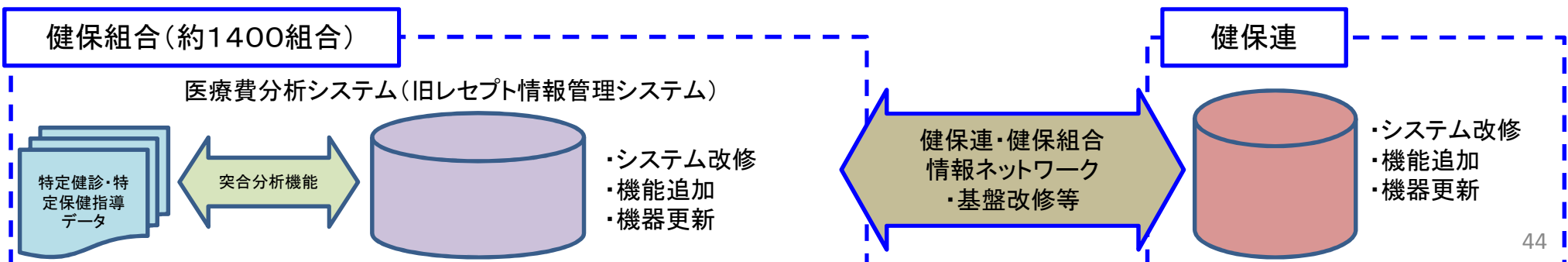
○健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発（平成15年）から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

事業概要

- 健保組合のレセプト情報管理システムの改修・機器更新等を行う（新システム「医療費分析システム」）とともに、健保組合と健康保険組合連合会間の情報ネットワークに係る基盤整備を実施。
 - ・レセプト情報管理システムのシステム改修・機器更新（新システム「医療費分析システム」）
 - ・医療費と特定健診・特定保健指導データの突合分析機能導入
 - ・健保連・健保組合情報ネットワークの改修・機器更新 等

スケジュール

- 平成25年～ システム改修等の実施
- 平成26年4月～ 新システムの稼働

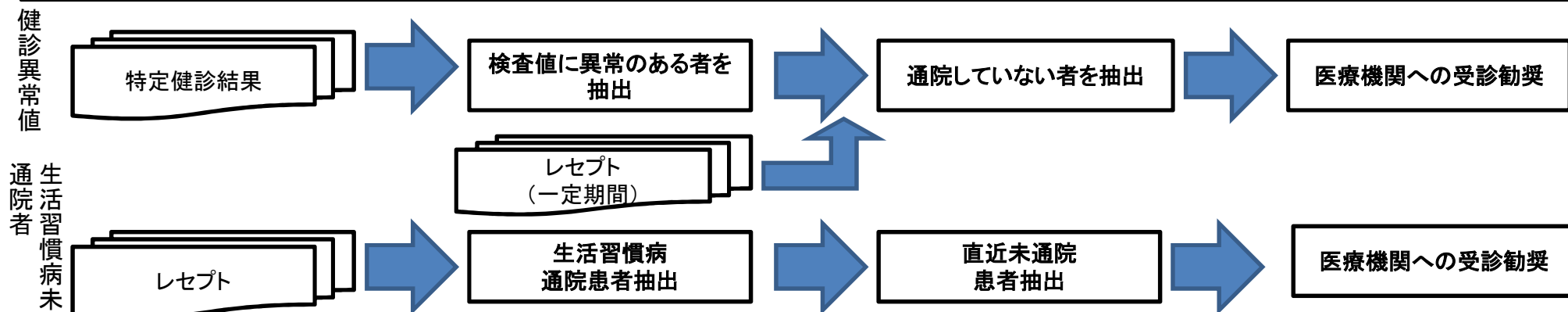


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

○ 電子レセプトを活用することにより、保険者が行う様々な保健事業の対象となる被保険者を抽出することが、紙レセプトよりも容易となる。今後、保険者が医療機関等の関係者と連携した上で、重症化予防等の保健事業に、より積極的に関与していくことが求められる。

受診勧奨

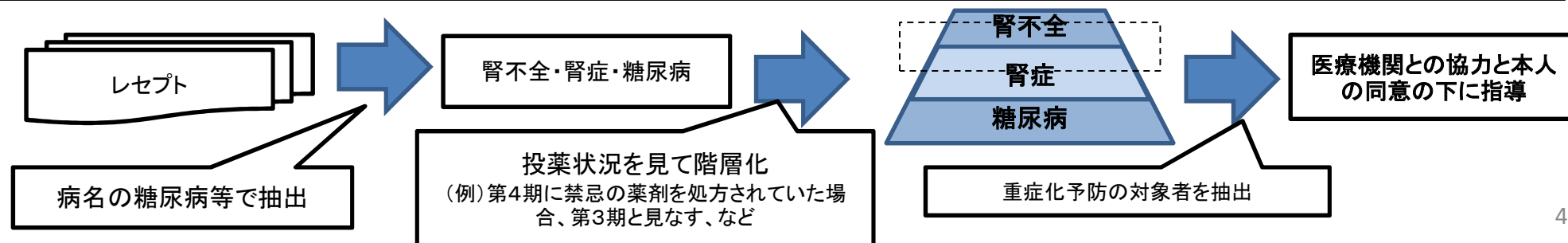
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



重症化予防

保険者において、レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う。

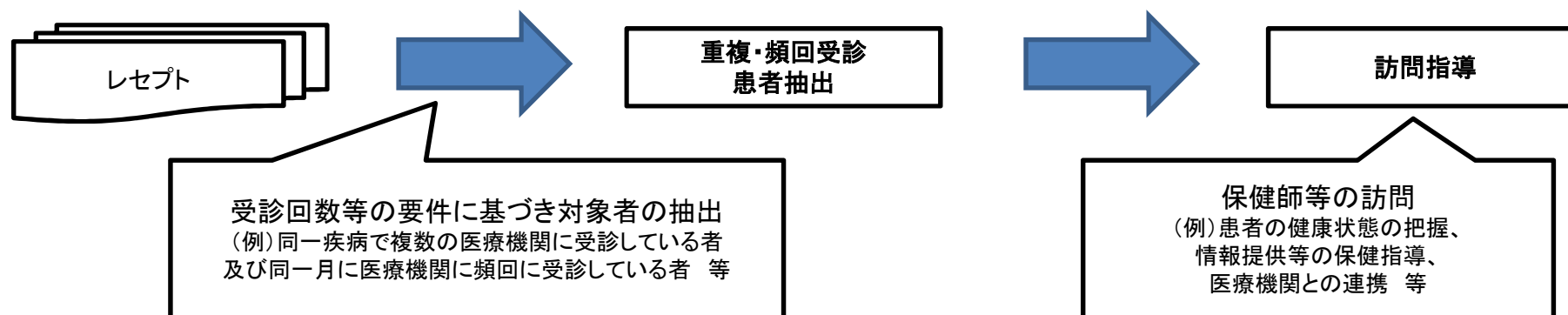
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



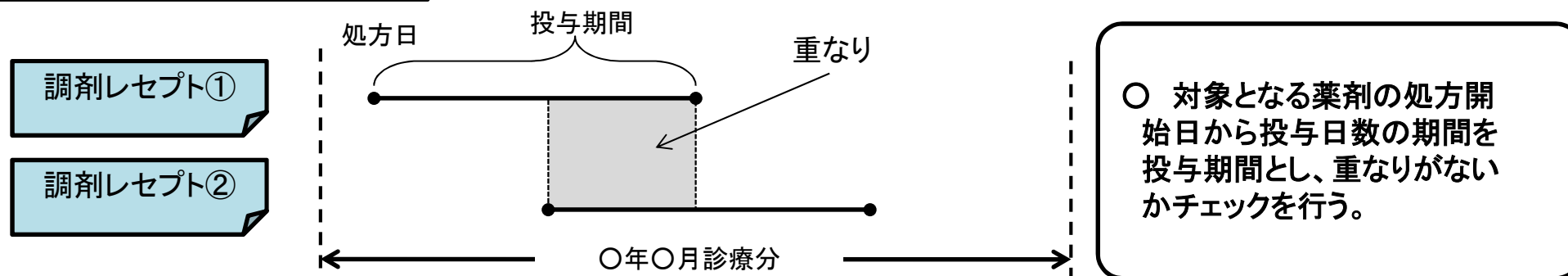
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

重複・頻回受診者への訪問指導

- 電子レセプトを活用し、被保険者の受診状況をチェックする保険者の取り組みが行われており、電子レセプトで把握した受診状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行うことにより、適正な受診の指導を行う。



調剤レセプトの場合(例)



医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

第13回医療部会資料より
（平成22年11月11日）

病院等に対して、医療を受ける者が病院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（薬局についても同様の制度あり）

創設前

〔病院等に関する情報を入手する手段〕

- 病院等の広告
- インターネット等による広報
※ 病院等からの任意情報
- 院内掲示 等

〔視点〕

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

現行制度

病
院
等

- 病院等管理者は、医療機能情報を都道府県に一年に一回以上報告（報告時期は都道府県毎に異なる）

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

- 医療機能情報を病院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（努力義務）
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

〔医療機能情報の具体例〕

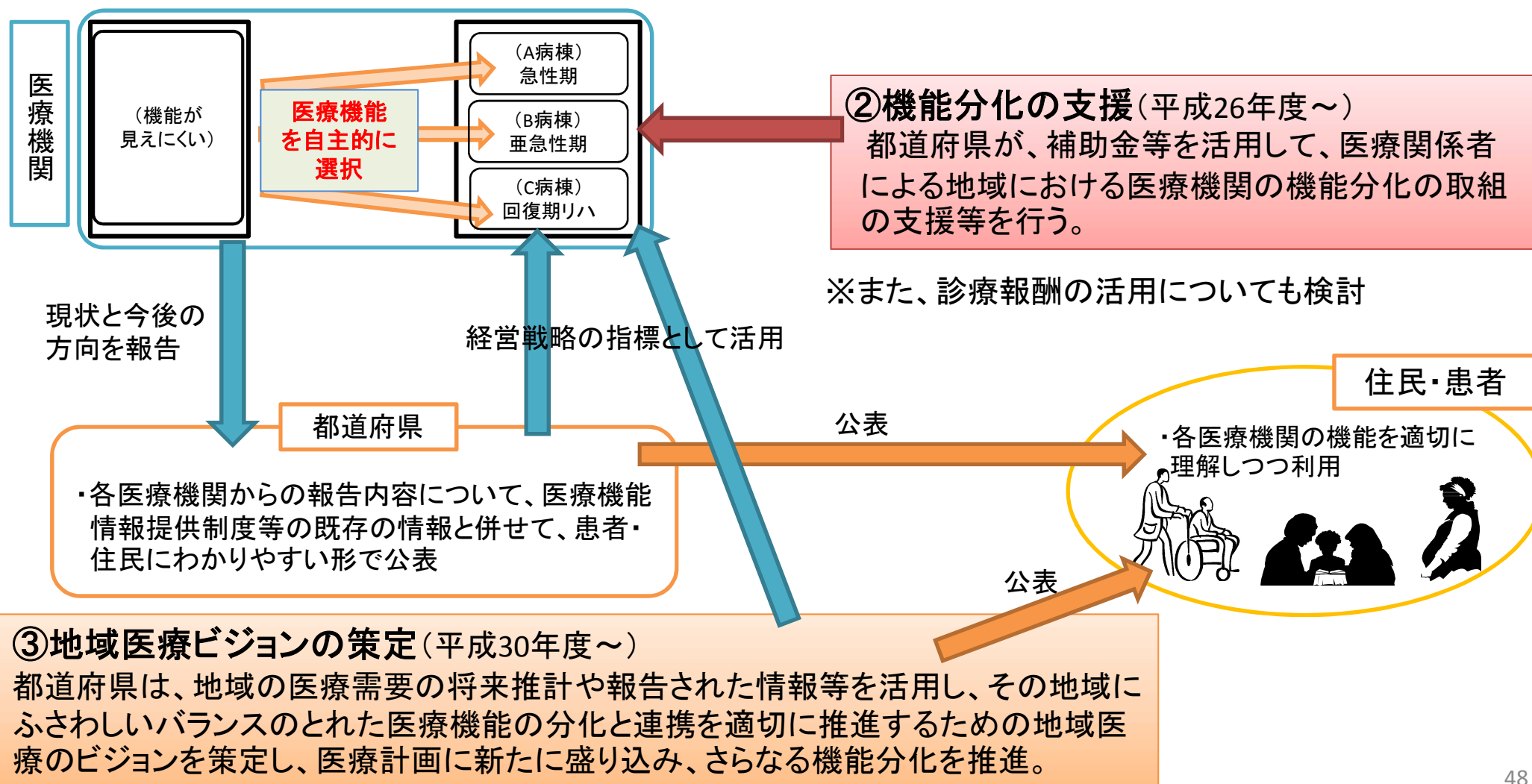
- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等）
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

機能分化を推進するための仕組み

第4回病床機能情報の報告・提供 の具体的なあり方に関する検討会	資料
平成25年3月7日	4

①医療機関による報告(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を進める。



「医療保険における療養の範囲の適正化等」 関連資料

フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
 - 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
 - この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、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、患者と医師の信頼関係を基軸とした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る。
- 委員からの要求
 - 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

（平成24年2月17日
閣議決定）

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模（※）の見直しを想定したもの（一般所得者の区分の細分化と年間上限額の設定）であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

（※）一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円）ただし、低所得者に配慮」としている。

〔現行〕

〔見直しのイメージ案〕

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,400円
＋（医療費－500,000）×1%

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,000円 年間上限：996,000円（※1）

（※1）83,000円×12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
＋（医療費－267,000）×1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円（※5）

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

当初3ヶ月：62,000円（※4） 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円（※5）

《年収300万円以下（一般所得者）》

当初3ヶ月：44,000円（※2） 4月目～：35,000円（※3） 年間上限：378,000円（※6）

（※2）現行の4月目以降とほぼ同じ額 （※3）低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額

（※4）年収600万円以上と300万円以下の中間の額 （※5）44,000円×12月×95% （※6）35,000円×12月×90%

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,000円 4月目～：24,000円 年間上限：259,000円（※7）

（※7）24,000円×12月×90%

[現行]

[見直しのイメージ案]

70
歳
以
上

《現役並み所得者》

当初3ヶ月：80,100円 4月目～：44,400円
＋(医療費－267,000)×1%

【外来：44,400円】

《現役並み所得者（年収600万円以上）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《現役並み所得者（年収600万円以下）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：62,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

当初3ヶ月：44,000円 4月目～：35,000円 年間上限：378,000円

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,000円 【外来：7,500円】 年間上限：259,000円 (※11)

(※11) 24,000円×12月×90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：7,500円】 年間上限：162,000円 (※12)

(※12) 15,000円×12月×90%

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいいため、財政中立とするためには、受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

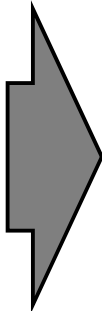
	給付費	保険料＋公費		
			保険料	公費
総計	約3600億円	約3600億円	約2500億円	約1200億円
協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1500億円	約1200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

- （注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。
- （注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。
- （注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。
- （注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

別紙1－2

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する。

70歳未満		月単位の上限額			月単位の上限額	年間の上限額
	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1 % ＜4月目～：83,400円＞		上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1 % ＜4月目～：83,400円＞	1,200,600円 (150,000円 × 3月 ＋83,400円 × 9月)
	一般所得者 (年収約210万円(※) ～約790万円) (※) ・3人世帯(給与所得者/ 夫婦1人)の場合 ：約210万円 ・単身(給与所得者)の場合 ：約100万円	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1 % ＜4月目～：44,400円＞		一般所得者	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1 % ＜4月目～：44,400円＞	639,900円 (80,100円 × 3月 ＋44,400円 × 9月)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞		年収約300万円以下 健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所得 が年間160万円以下		532,800円 (44,400円 × 12月)
				低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞	327,600円 (35,400円 × 3月 ＋24,600円 × 9月)

(※) 70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定した場合、財政影響は約100億円（うち公費約20億円）となる。

※ 高額療養費の改善（給付増）に際しては、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に影響があるので、個別制度ベースで財政中立とする必要がある

	給付費	保険料＋公費	保険料	公費	うち国費
総計	約100億円	約100億円	約80億円	約20億円	約20億円
協会けんぽ	約20億円	約30億円	約20億円	約0億円	約0億円
健保組合	約20億円	約30億円	約30億円	—	—
共済組合	約10億円	約10億円	約10億円	—	—
市町村国保	約50億円	約30億円	約20億円	約20億円	約10億円
後期医療	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注3）給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
この効果を見込まない場合の影響額は記載している影響額の半分程度となる。

第3章 具体的施策

Ⅲ. 暮らしの安心・地域活性化

1. 暮らしの安心の確保

(1) 安心できる医療体制の構築等

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、介護と連携した在宅医療の体制整備の支援や医学生に対する修学資金の貸与など地域の医師確保の推進、新型インフルエンザの発生に備えたワクチン備蓄の維持等の施策を推進する。また、若年層への対策を含む新たな自殺対策等を進める。

70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

- ・在宅医療や地域の医師確保の推進等(厚生労働省)
- ・新型インフルエンザ対策の推進: プレパンデミックワクチンの備蓄維持等(厚生労働省)
- ・社会福祉施設の円滑な運営支援(厚生労働省)
- ・自殺対策の推進: 若年層対策等(内閣府)
- ・安定した医療保険制度の構築(厚生労働省)

等

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（9）後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。