

第120回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和元年10月31日（木）
17時30分～19時00分
場所：TKP 東京駅日本橋カンファレンスセンター

（ 議 題 ）

1. 診療報酬改定の基本方針について
2. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について
資 料 2 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

- 参考資料1-1 医療保険部会（9月27日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
参考資料1-2 医療部会（9月19日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
参考資料1-3 次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等に関する現状等
参考資料1-4 平成30年度診療報酬改定の基本方針
参 考 資 料 2 第119回医療保険部会で御依頼のあった資料
参 考 資 料 3 第119回医療保険部会資料2（医療保険制度をめぐる状況）（一部追加）

- 委員提出資料1 藤原委員提出資料
委員提出資料2 前葉委員提出資料

第120回 社会保障審議会医療保険部会

令和元年10月31日(木) 17:30~19:00

TKP東京駅日本橋カンファレンスセンター ホール7

○
速記

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

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

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

木村企画官	深谷室長	荻原推進官	国保課	総務課	連携課	新畑室長	岡田室長	小椋管理官	田宮管理官

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和元年10月31日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
おざき まさなお 尾崎 正直	全国知事会社会保障常任委員会委員長／高知県知事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
むらかみ ひでと 村上 英人	宮城県蔵王町長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

令和元年10月31日
厚生労働省保険局

改定に当たっての基本認識について

○ 改定に当たっての基本認識については、以下のように示すこととしてはどうか。

▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現

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

▶ 患者・国民に身近な医療の実現

- 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実することが必要ではないか。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（市民、医療提供者、行政、民間企業等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要ではないか。

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

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

▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、医療政策においても経済・財政との調和を図っていくことが重要ではないか。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要ではないか。

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、今回の改定においては、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も見据えつつ、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減を図ることが重要であることから、医師等の働き方改革を推進する視点に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進 【重点課題】

視点2 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現

視点3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

具体的方向性について

視点1 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進【重点課題】

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

【考えられる具体的方向性の例】

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

視点2 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現

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

【考えられる具体的方向性の例】

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
 - ・ 患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医等の機能を評価
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、適切な情報提供や相談への幅広い対応に資する取組、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を進める
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点から適切に評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- 医療におけるICTの利活用
 - ・ 医療資源が少ない地域におけるニーズや、医療の質にかかるエビデンス等を踏まえ、医療におけるICTの利活用を適切に評価
 - ・ ICTを活用した医療連携による医療サービス向上の評価を推進

視点3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能の分化・強化、連携を推進
- 外来医療の機能分化
 - ・ 大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を踏まえ、質の高い在宅医療・訪問看護を推進
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組、医療機関間の連携や医療・介護等の連携の推進
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ・ 後発品の使用促進に係る目標を実現するための取組を推進
 - ・ バイオ後続品の使用促進の方策等について検討
- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 重複投薬やポリファーマシー、薬剤耐性（AMR）への対応や適正使用のための長期処方の在り方等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保
 - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う

国民健康保険の保険料（税）の 賦課（課税）限度額について

令和元年10月31日
厚生労働省保険局

賦課限度額の見直しについて

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- これまで、保険料負担の公平を図る観点から、賦課限度額を引き上げてきたところ。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が十分に伸びない状況において、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担は変わらない中で、中間所得層の負担が重くなる。【イメージ図：①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図：②】

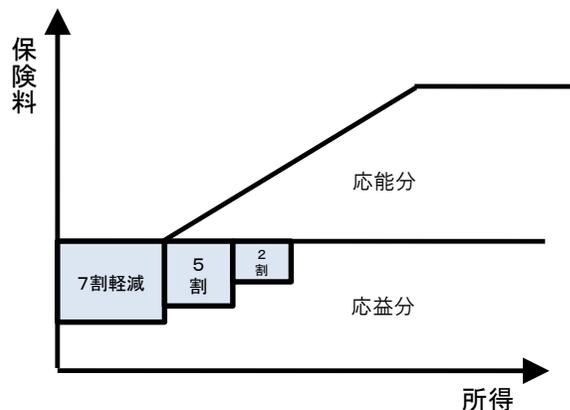
【イメージ図】

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

①保険料率の引上げ

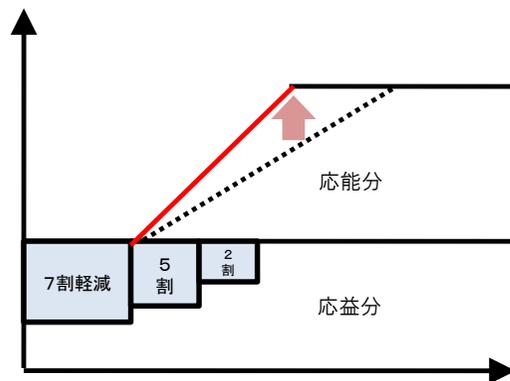
②保険料率及び賦課限度額の引上げ

を行った場合

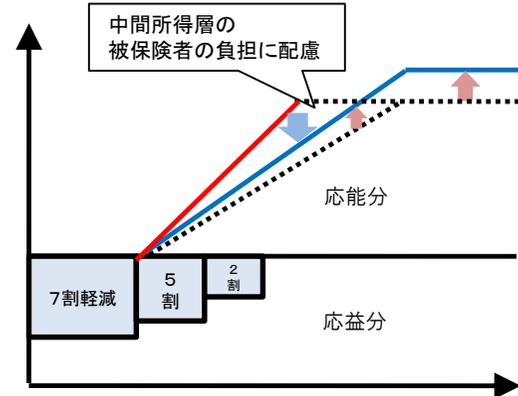


医療費増
→
保険料
必要額増

【イメージ図：①】
保険料率の引上げ



【イメージ図：②】
保険料率及び賦課限度額の引上げ



【参考】賦課限度額の推移

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
	引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額	
平成5年度			50万円	+4万円					50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-	68万円	+3万円
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24・25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	+2万円	16万円	-	89万円	+4万円
29年度	73万円	-	54万円	-	19万円	-	16万円	-	89万円	-
30年度	77万円	+4万円	58万円	+4万円	19万円	-	16万円	-	93万円	+4万円
31年度	80万円	+3万円	61万円	+3万円	19万円	-	16万円	-	96万円	+3万円

(注1) 平成19年度までは、老健拋出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成4年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられた以外は、引上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

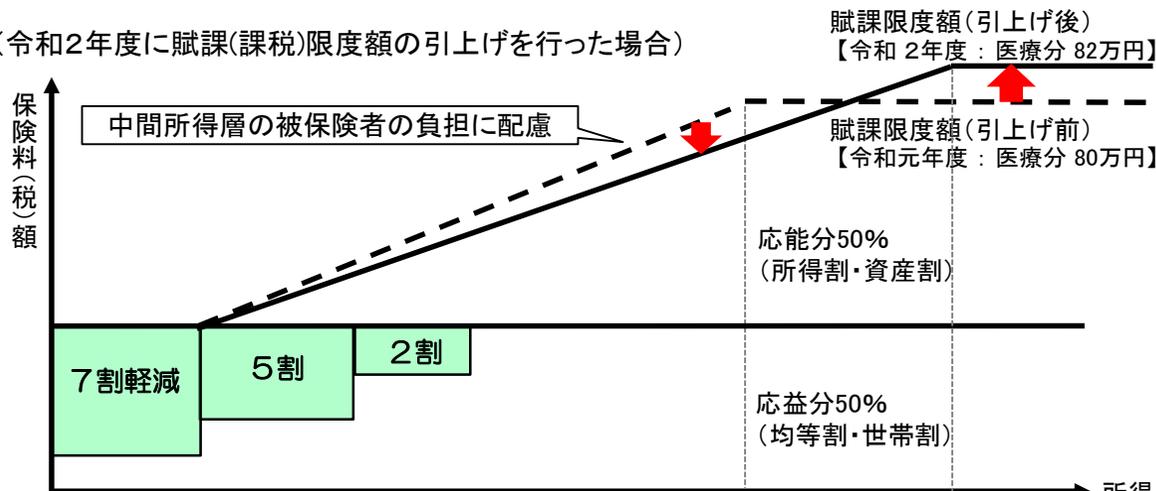
令和2年度の国保保険料(税)に係る賦課(課税)限度額の在り方(案)

○ 国保保険料(税)の賦課(課税)限度額については、これまで被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、該当世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%~1.5%の間となるように法定されている。

○ 令和2年度においては、医療給付費等の増加が見込まれる中で、基礎賦課分を2万円、介護納付金分を1万円、それぞれ引き上げることにより、中間所得層と高所得層の引上げ幅の公平を図ることとしてはどうか。(後期高齢者支援金等分は据え置く)

(令和2年度に賦課(課税)限度額の引上げを行った場合)



※ 賦課限度額(医療分)に達する収入及び所得(注1、注2)【令和元年度】 【令和2年度】
(基礎賦課分+後期高齢者支援金等賦課分)

給与収入 約1,090万円/年金収入 約1,080万円
(給与所得 約870万円/年金所得 約870万円)

給与収入 約1,120万円/年金収入 約1,110万円
(給与所得 約900万円/年金所得 約900万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成29年度全国平均値で試算。【平成29年度】所得割率 8.66%、資産割額 14,192円、均等割額 30,202円、世帯割額 28,208円。同様の考え方で令和2年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約1,000万円/年金収入約980万円、2方式の場合には給与収入約1,110万円/年金収入約1,100万円。

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

	令和元年度 医療分 (80万円)	令和2年度 医療分 (据え置き) (82万円)	令和元年度 介護分 (16万円)	令和2年度 介護分 (据え置き) (17万円)	令和元年度 合計 (96万円)	令和2年度 合計 (据え置き) (99万円)
年収400万円 (前年度伸び率)	27.8万円	28.6万円 (+2.7%)	2.39万円	2.63万円 (+10.0%)	30.2万円	31.2万円 (+3.3%)
限度額該当世帯 (前年度伸び率)	80.0万円	80.0万円 (+0.0%)	16.0万円	17.0万円 (+6.3%)	96.0万円	99.0万円 (+3.1%)

(注4) 中間所得層と高所得層(賦課(課税)限度額到達世帯)について、平成29年度実績に基づき、予算ベースで令和2年度における状況を推計したもの。

● 賦課(課税)限度額の引上げ案(令和2年度)

	医療分 (計)	基礎賦課 (課税)分	後期高齢者支援 金等賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
引上げ前	80万円	61万円	19万円	16万円	96万円
引上げ後 (引上げ幅)	82万円 (+2万円)	63万円 (+2万円)	19万円 (引上げなし)	17万円 (+1万円)	99万円 (+3万円)

● 限度額該当世帯の割合(令和2年度(推計))(注3)

	医療分 (計)	基礎賦課 (課税)分	後期高齢者支援 金等賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
前年度(R元)	1.94%	2.00%	1.76%	0.97%	1.69%
引上げ前(R2)	2.02%	2.11%	1.79%	1.11%	1.79%
引上げ後(R2)	1.93%	1.99%	1.79%	1.00%	1.68%

(注3) 平成29年度国民健康保険実態調査に基づき、令和2年度における状況を推計したもの。

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

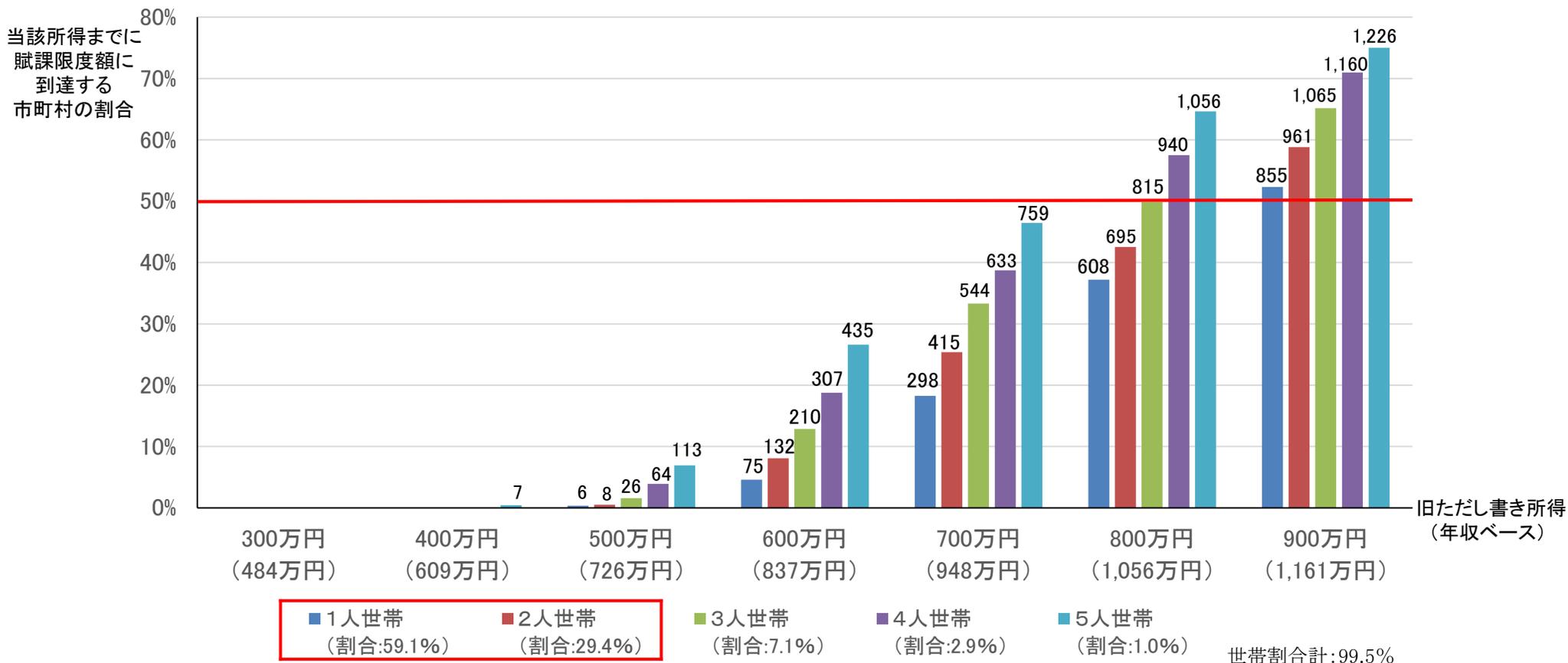
引上げを行わないと該当世帯が増加するところ、引上げにより現状をほぼ維持。

(参考) 世帯人数ごとの賦課限度額到達所得の状況(試算)

○ 国保世帯の保険料額は世帯人数によって異なるが、国保世帯の約9割を占める2人までの世帯でみた場合、所得が800万円(年収ベースで1,056万円)では賦課限度額に到達する市町村は半数に満たない(約43%)。また、所得600万円(年収ベースで837万円)で賦課限度額に到達する市町村は全市町村の約8%。

※ 国保世帯の約1%に当たる5人世帯であっても、所得が700万円(年収ベースで948万円)では賦課限度額に到達する市町村は半数を超えず、所得600万円(年収ベースで837万円)で賦課限度額に到達する市町村は全市町村の約27%。

<所得別・世帯人数別にみた賦課限度額到達市町村数(平成29年度)>



※ 平成29年度賦課限度額:基礎賦課分54万円、後期高齢者支援金賦課分19万円、介護納付金賦課分16万円 ⇒ 合計89万円

※ 平成29年度保険料率(4方式の場合、1世帯当たり平均の資産割額と仮定して資産割を算定)により試算を行い、基礎賦課分・後期高齢者支援金賦課分・介護納付金賦課分の全てにおいて賦課限度額に到達した市町村(政令で定める限度額と同額の賦課限度額を設定する市町村(1,634団体))の割合を計上(国民健康保険事業年報等)。

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

＜改定に当たっての基本認識＞

（健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

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

（医師等の働き方改革の推進）

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

（患者・国民に身近な医療の実現）

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

（その他）

- ・ 基本認識の中の患者・国民に身近な医療の実現、あるいは患者・国民にとってわかりやすい医療のためにも診療報酬体系の簡素化をすべき。基本方針の中でも問題意識として取り上げて欲しい。
- ・ 我が国の医療を長期的にどうするかという方向性について、厚生労働省を中心に、総理官邸かどこかと協議してまとめていただく必要もあるのではないか。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点)

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

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

- ・ 「医療の質に係るエビデンスを踏まえた遠隔診療の評価」について、「遠隔診療」ではなく「オンライン診療」と記載してほしい。また、オンライン服薬指導についても明記すべき。
- ・ 費用対効果評価は、今年度から新たに導入された制度であり、次期改定に向けた議論の中で直ちに議論すべき内容は想定されていないと考える。

- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応等、患者・国民に身近な医療の実現においてもかかりつけ歯科医が担う役割は大きいため、医科歯科連携の推進について引き続き検討すべき。
- ・ 高齢者へのフレイル対策について啓発したり促したりするような取組・制度を検討してほしい。
- ・ 高齢化の進展に伴い認知症の方の入院等も依然として増えているので、認知症についても、視点の方向に記載してほしい。
- ・ 救急医療の充実について救急外来でスムーズな初期対応が行えるように、看護師は救命に係る医療的な対応だけではなくて、緊急度・重症度の判断、患者や御家族への全人的な支援等の役割を担っている。そのため、救急外来での体制整備は非常に重要であり、看護師の配置基準についての議論もすべき。
- ・ 遠隔医療は、僻地や在宅で来られない方に対して対応すべきものだと考える。
- ・ 診療報酬は実際受療したときに点数がつくということですから、健康につけるということではないのですけれども、健康を促す、多くの診療をせず少ない治療で患者さんが帰れるようなことにも点数がつくような、つまり健康行動というか、健康な賢い受診行動を進めるような視点というものも必要ではないか。

(医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点)

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

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

- ・ 後発医薬品の使用促進や、残薬・重複投与をなくすといったことはもちろん、限られた医療資源を有効に活用するという観点からも、OTC医薬品の活用を促す方策を考えてほしい。
- ・ 効率化・適正化は極めて重要な課題である一方、新たな医療技術についてはイノベー

ションをしっかりと評価できるようなめり張りのある制度が必要。そういった評価を実現するための既存技術の再評価、あるいは保険適用の状況の再検討といったこともあわせて進めていくことが必要ではないか。

- ・ 効率化・適正化だけを推すのではなく、効率化・適正化が結果として患者・国民にとっても質の高い医療になるということもあるのではないか。例えば、患者にとってのわかりやすさということで考えると、高齢者にとってたくさんの薬があることは在宅の中で管理がしにくい、あるいはがんの緩和治療においてもたくさんあり過ぎて問題があるということもあると思うので、わかりやすさあるいは質の高さとセットで効率化・適正化の視点もあるのではないか。

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

<改定に当たっての基本認識>

（健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

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

（患者・国民に身近な医療の実現）

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

<改定の基本的視点と具体的方向性>

（医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点）

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

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

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

(医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点)

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

(効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点)

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

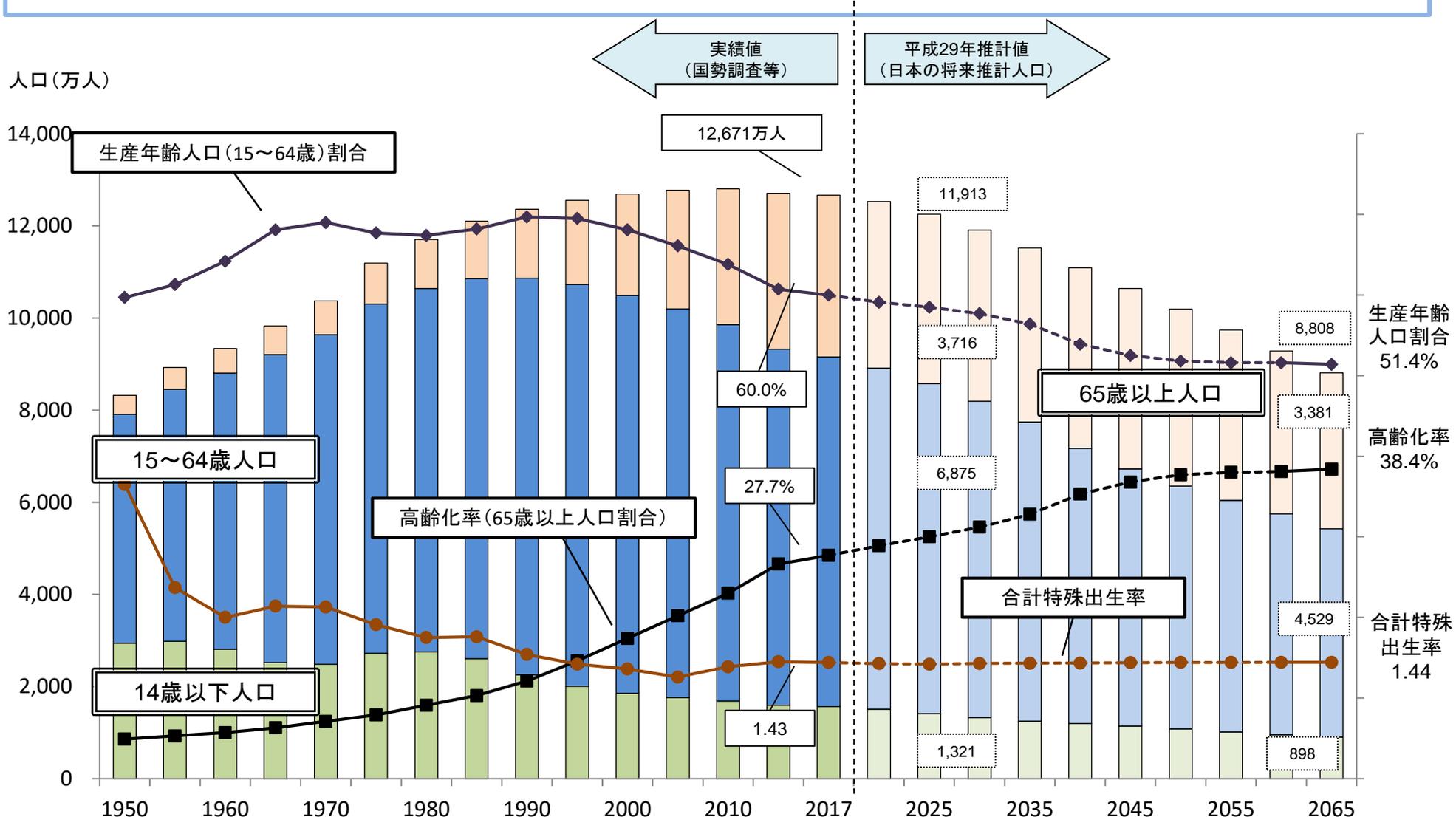
次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、 方向性等に関する現状等

令和元年10月31日
厚生労働省保険局

医療を取り巻く状況

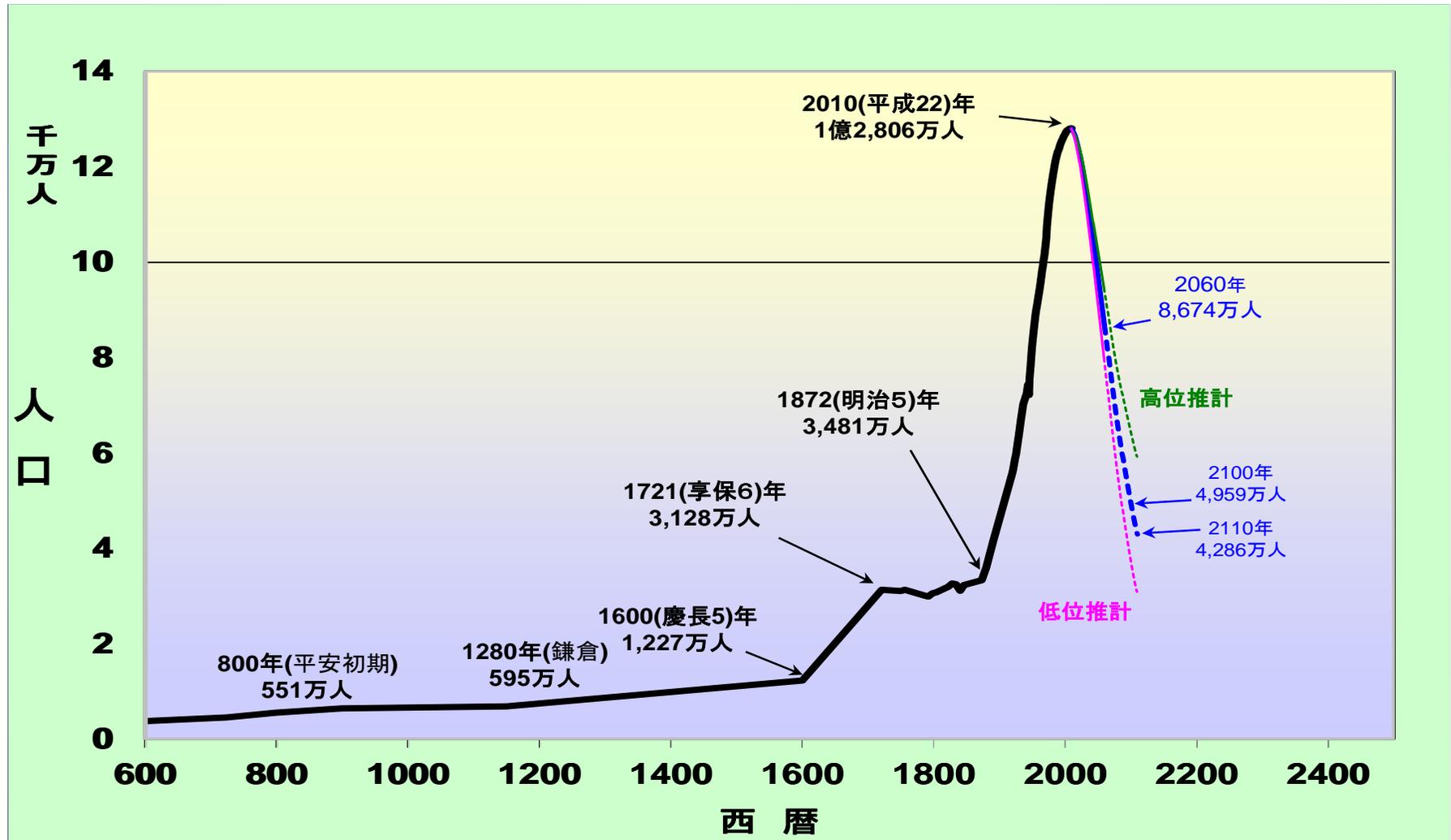
今後の年齢階級別人口の推計

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



(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本人口の歴史的推移

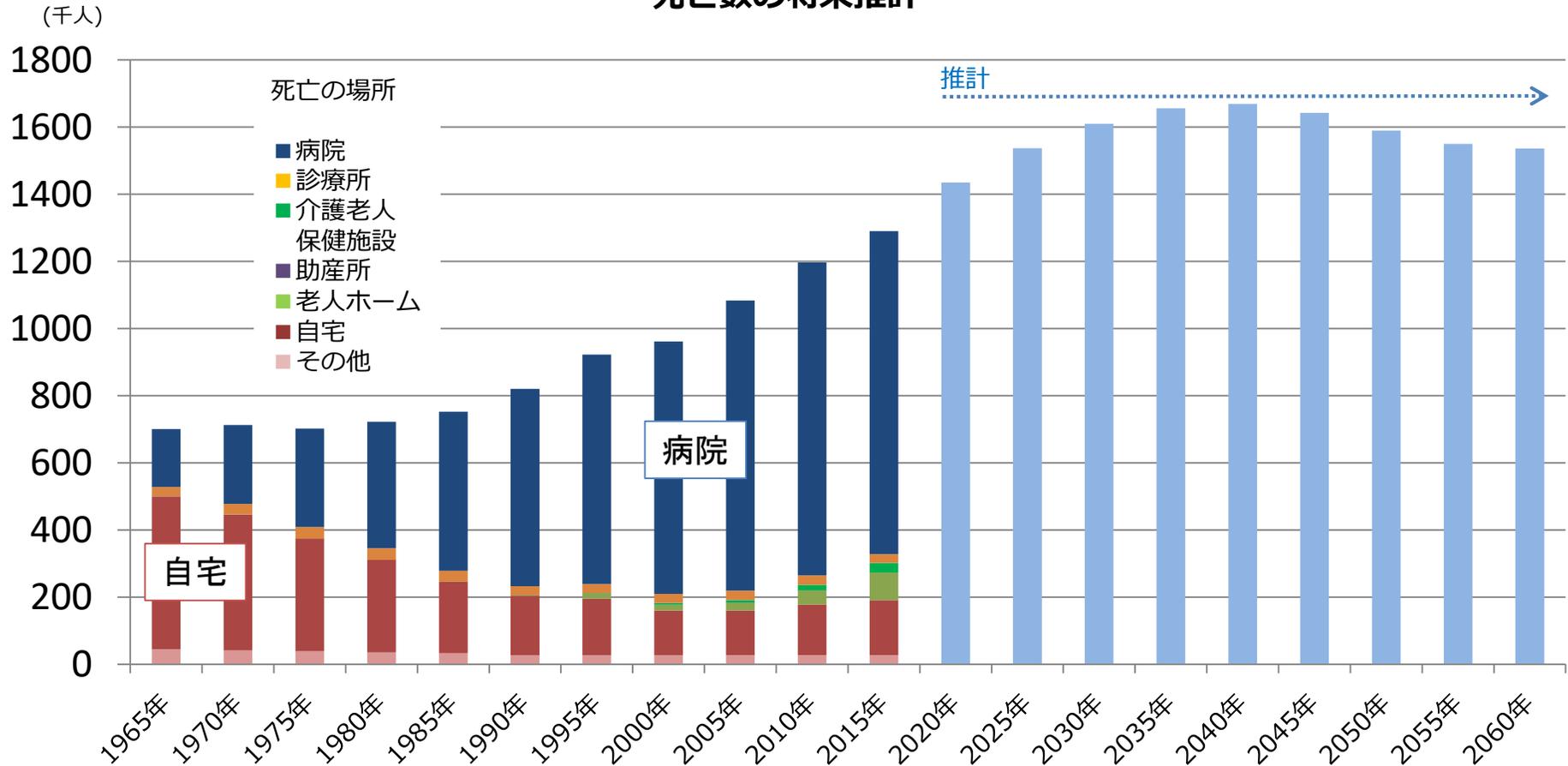


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

死亡数の将来推計

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

死亡数の将来推計



※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

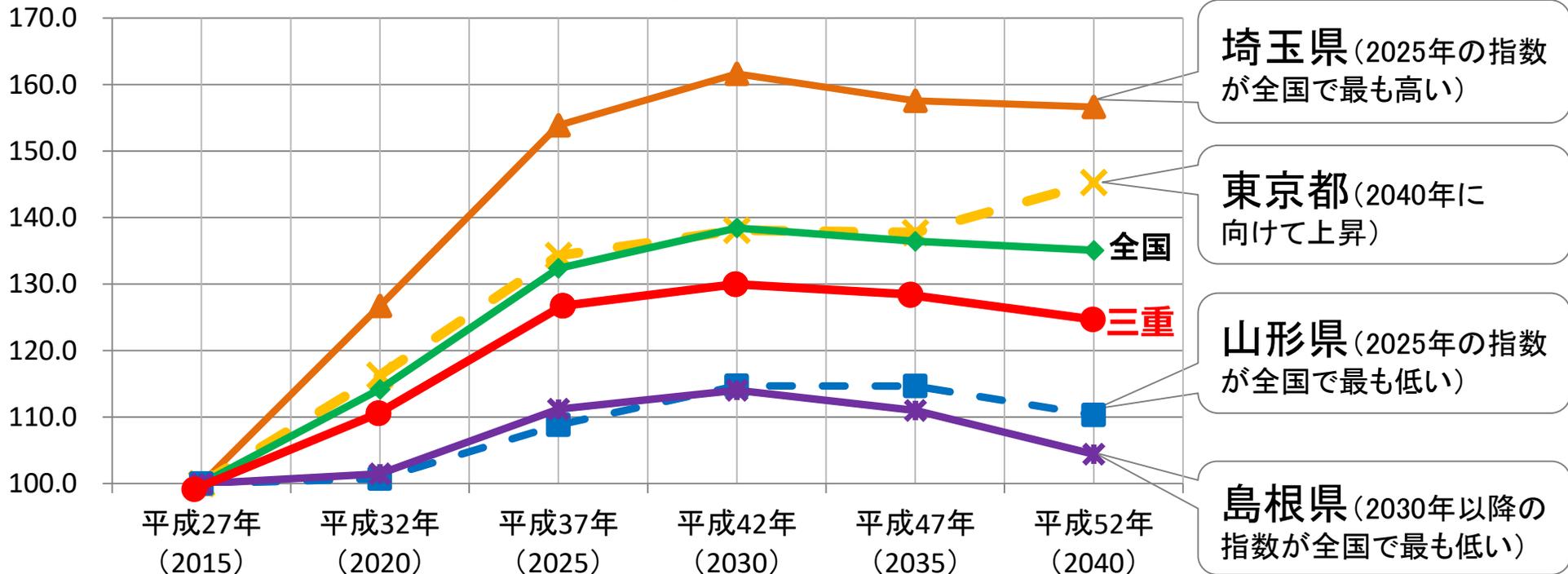
地域によって異なる高齢化のスピード

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

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

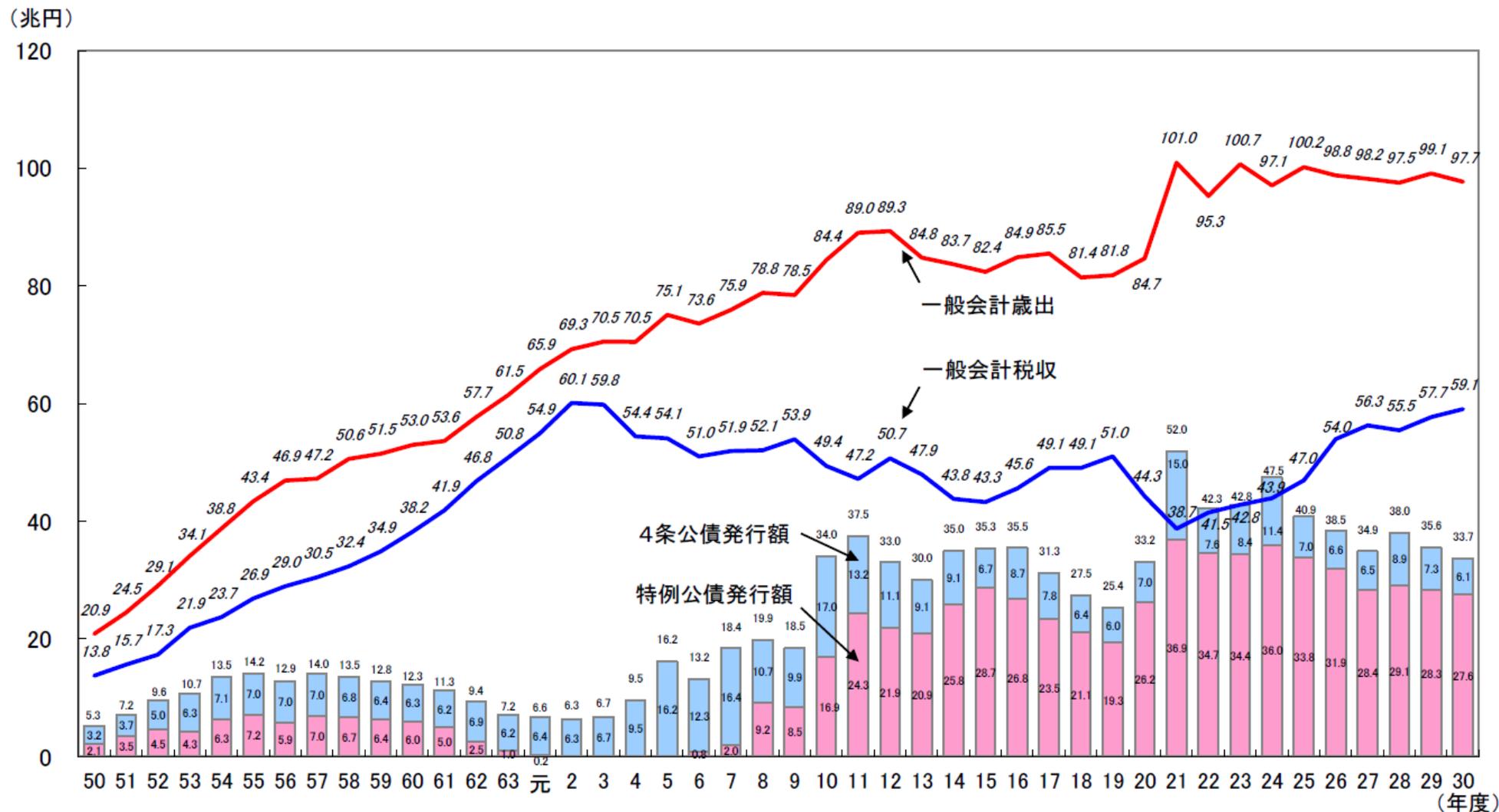
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍。埼玉県・千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県・秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差。

75歳以上人口の将来推計(平成27年人口=100)



一般会計における歳出・歳入の状況

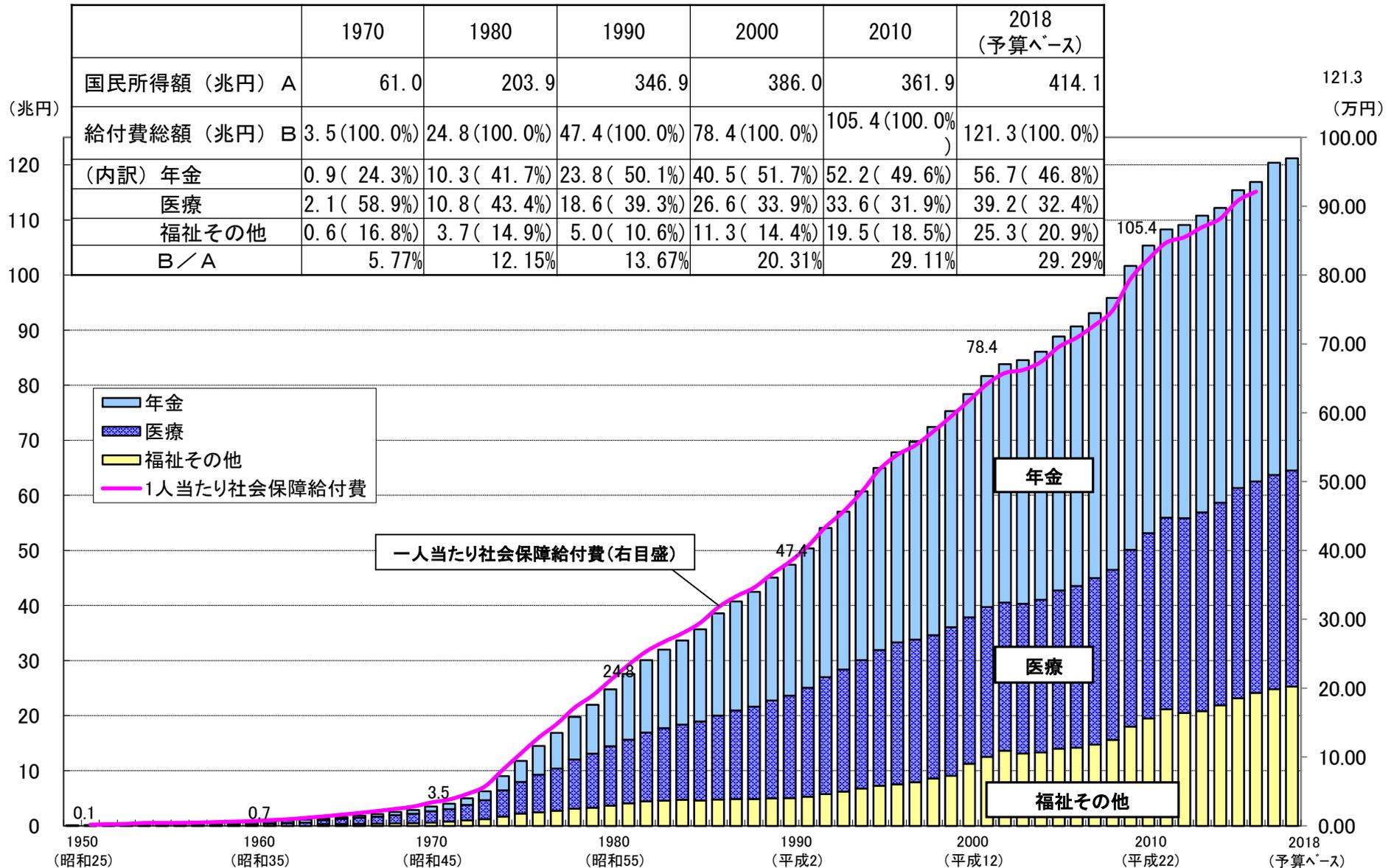
○ 我が国財政は歳出が歳入（税収）を上回る状況が続いており、借金である国債の発行によって賄っている状況。



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

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

社会保障給付費の推移



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

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

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

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

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

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

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

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

平成30年度診療報酬改定まで

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

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

重点課題

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

改定の視点

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

将来に向けた課題

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

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

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

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

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

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

28年度診療報酬改定の基本的考え方

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

改定の基本的視点

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

視点1

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

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

視点2

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

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点3

重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

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

視点4

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること

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

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価(p.6)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保(p.28)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.39)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.54)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.74)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進(p.76)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.81)
- 明細書無料発行の推進(p.95)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価(p.97)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価(p.101)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価(p.106)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価(p.116)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実(p.119)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価(p.126)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価(p.171)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(p.153)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(p.157)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進(p.161)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.165)

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

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

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

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

➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

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

改定の基本的視点

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

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

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

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(入院医療)

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

入院医療等に関する調査・評価分科会

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

入院医療等に関する調査・評価分科会 ※

(DPC制度)

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

入院医療等に関する調査・評価分科会

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

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

検証部会

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

検証部会

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(医薬品の適正使用)

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

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

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

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

(医療と介護の連携)

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

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

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

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(データの利活用)

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

(歯科診療報酬)

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

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

(調剤報酬)

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

(後発医薬品の使用促進)

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

(薬価制度の抜本改革)

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

答申書附帯意見

主な検討の場

※は調査を行わないもの。

(費用対効果評価)

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

費用対効果評価専門
部会、薬価専門部会、
保険医療材料専門部
会 ※

(明細書の無料発行)

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

総会
(検証部会)

(医療技術の評価)

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

診療報酬基本問題小
委員会
医療技術評価分科会、
先進医療会議 ※

(その他)

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

総会
(検証部会)

検討の視点

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

検討の方向性

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

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

を行うことを基本としてはどうか。

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

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

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

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

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

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

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

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

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化

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

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

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

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

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

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

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

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

(iii)保険者機能の強化

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

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

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

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

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

(予防・重症化予防・健康づくりの推進)

(iii)健康増進に向けた取組、アレルギー疾患・依存症対策

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

(iv) 診療報酬・医薬品等に係る改革

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

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

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

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

第2 具体的施策

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革4. 疾病・介護の予防

(1) KPIの主な進捗状況

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

⇒2016年: 男性72.14歳、女性74.79歳

(2) 新たに講ずべき具体的施策

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

い) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

① 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の抜本的な強化

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

② 予防・健康づくりへ向けた個人の行動変容につなげる取組の強化

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

③ 疾病の早期発見に向けた取組の強化

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

労働基準法等改正など長時間労働の是正等について

(「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)の関係部分の抜粋)

I 労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

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

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

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

（現行の適用除外等の取扱）

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

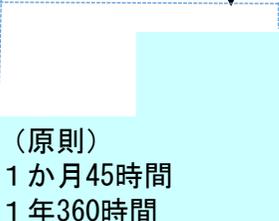
医療従事者の負担を軽減し、
医師等の働き方改革を推進する視点

医師の時間外労働規制について①

一般則

【時間外労働の上限】

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



2024年4月～

年1,860時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

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

年960時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

B・地域医療確保
暫定
特例水準
(医療機関を特定)

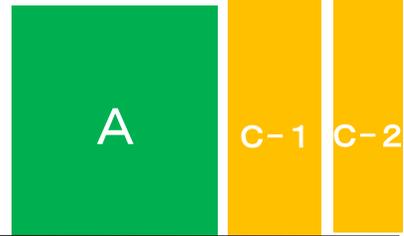
C-1 C-2
集中的技能向上水準
(医療機関を特定)

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

将来 (暫定特例水準の解消 (=2035年度末)後)

将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む



※この（原則）については医師も同様。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

【追加的健康確保措置】

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

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

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

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）

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

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

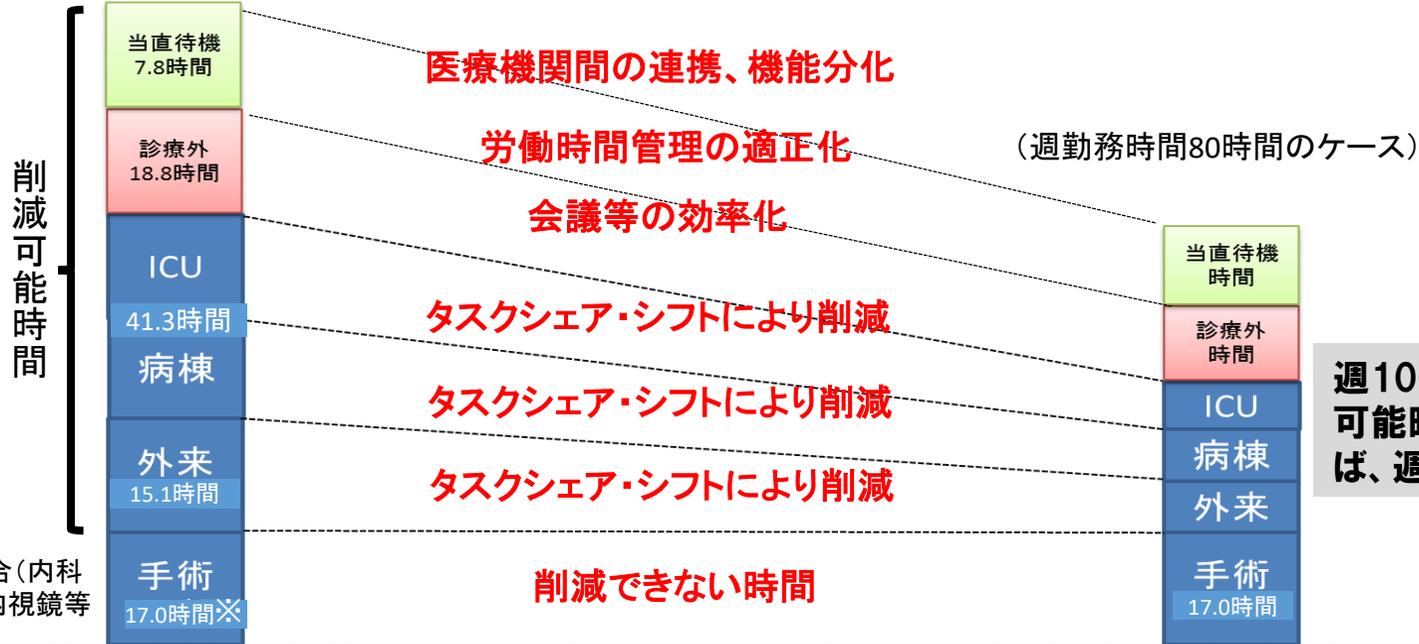
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

再掲

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

(週勤務時間100時間のケース)



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

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減できない時間

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

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

医療機関内での取り組み

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

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応(主なもの)

<医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目>

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

医療機関内での勤務環境改善の取組みの評価(主なもの)

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

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

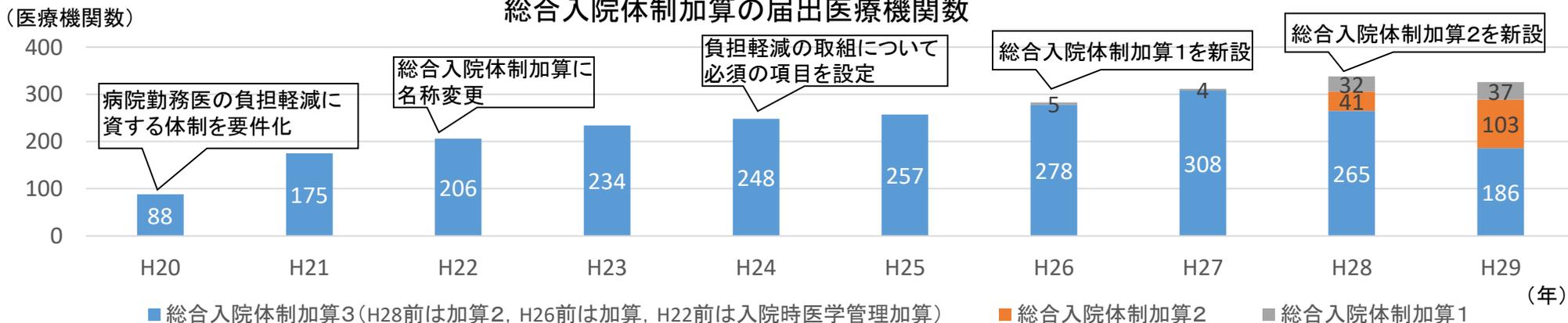
- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

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

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

総合入院体制加算の届出医療機関数



病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算

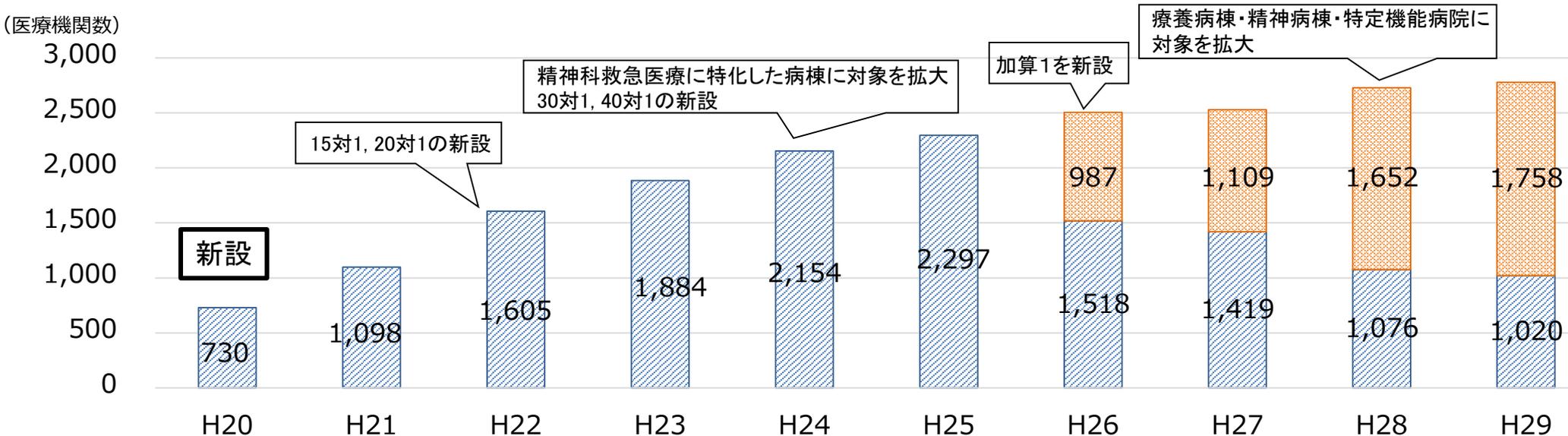
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

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



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



看護職員の負担軽減策の全体像

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

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

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

診療報酬の算定にあたり作成を求めている書類

- 緩和ケア実施計画書(A226-2緩和ケア診療加算)
- 児童・思春期精神医療入院診療計画書(A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料)
- 栄養治療実施計画(A233-2栄養サポートチーム加算)
- 入退院支援加算(A246入退院支援加算)

様式を定めているものに加え、診療録への記載を求めている事項も多数存在する。

等

診療報酬の算定にあたり求めている研修

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

等

診療報酬の算定にあたり開催を求めている会議

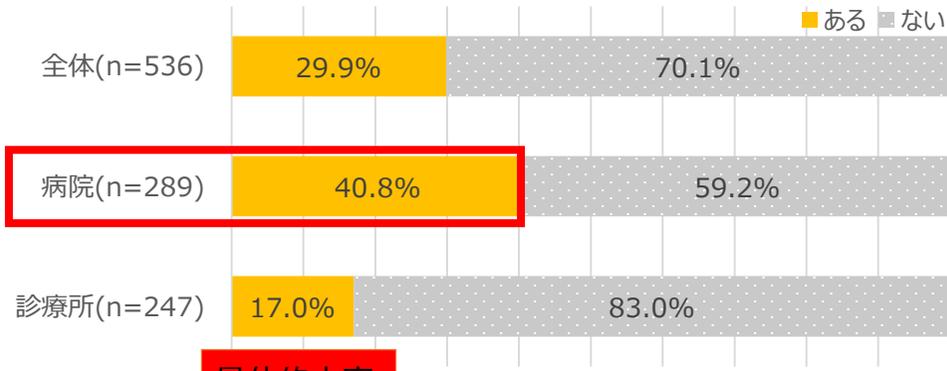
- 症状緩和に係るカンファレンス(A226-2緩和ケア診療加算)
- 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診
(A230-4精神科リエゾンチーム加算)
- 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診(A233-2栄養サポートチーム加算)
- 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンス(A247認知症ケア加算)

等

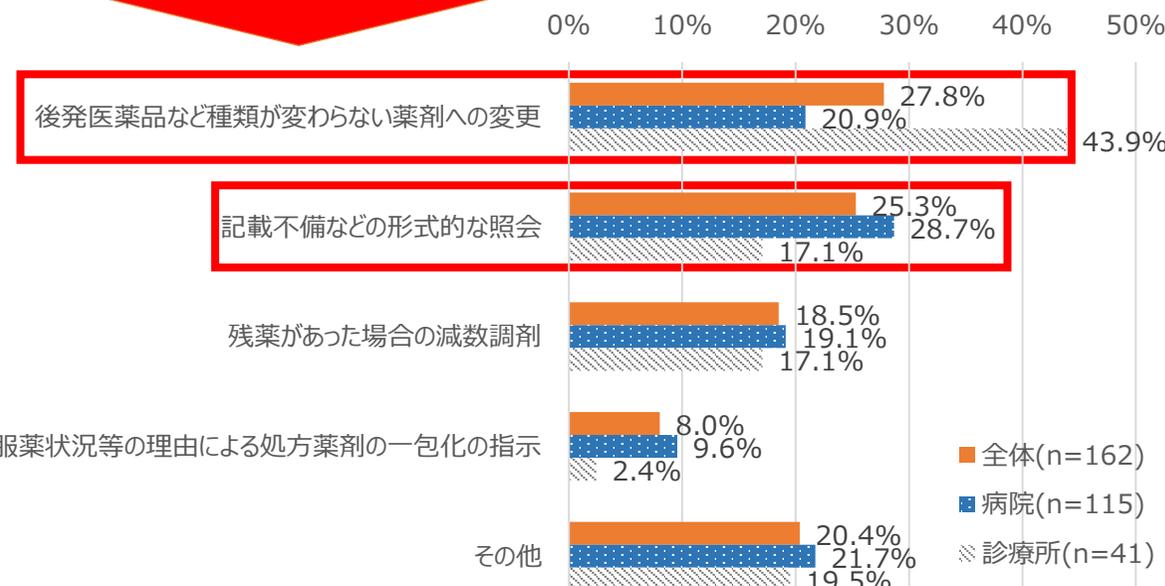
医療機関-薬局間の業務効率化の取組

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

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



具体的内容



事前の取り決めにより、処方医への事前確認を不要としている項目(例)²⁾

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

合意受諾書

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

記

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

平成 年 月 日

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

(乙)

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

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

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

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは(定義)

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

「かかりつけ医機能」

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

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

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

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

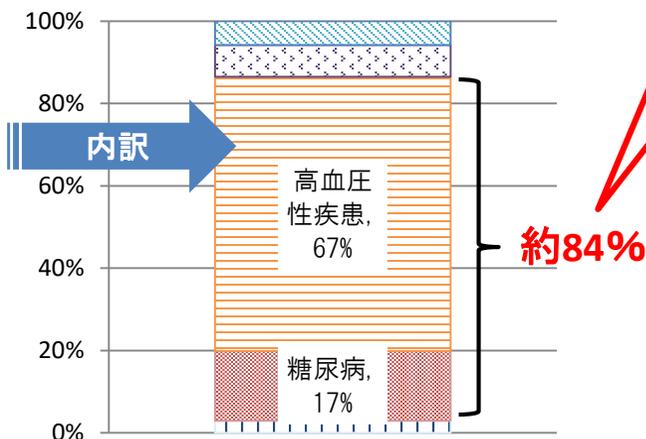
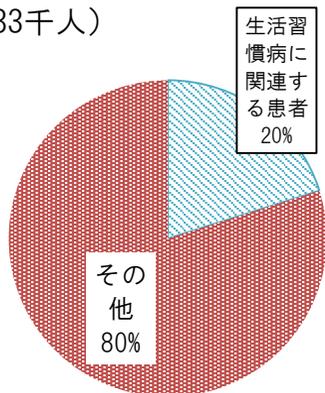
(新) 機能強化加算 80点



[算定要件]

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

<一般診療所の推計外来患者数>
(4,233千人)



[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

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

かかりつけ歯科医の機能・役割

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

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

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

I 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応

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

II 切れ目ない提供体制の確保

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

III 他職種との連携

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

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所①

中医協 総 - 6

R 1 . 5 . 1 5

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

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

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



医薬分業が目指すもの

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

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

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

薬物療法の有効性、安全性の向上

医療の質の向上

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

1. 医薬分業の現状

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

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

2. 今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

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

医薬分業の今後のあり方について③

中	医	協	総	-	6
元	.	5	.	1	5

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

3. おわりに

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

かかりつけ薬剤師

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

<かかりつけ薬剤師・薬局に求められること>

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

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

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

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

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

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

薬局における対人業務の評価の充実

1. かかりつけ薬剤師の評価

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

改定前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**

改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **73点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **280点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **53点/41点**

調剤料

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

現行

15日分以上 21日分以下の場合 70点

22日分以上 30日分以下の場合 80点

31日分以上の場合 87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合 67点

22日分以上 30日分以下の場合 78点

31日分以上の場合 86点

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

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

現行	
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料	20点



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

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供



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



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導



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



患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

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

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算について

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

(新) 地域支援体制加算 35点

個別要件の分類

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

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

医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

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

現行制度

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



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



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

医療機能情報の具体例

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

○地域医療連携体制の項目にかかりつけ医機能を追加

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

かかりつけ医機能

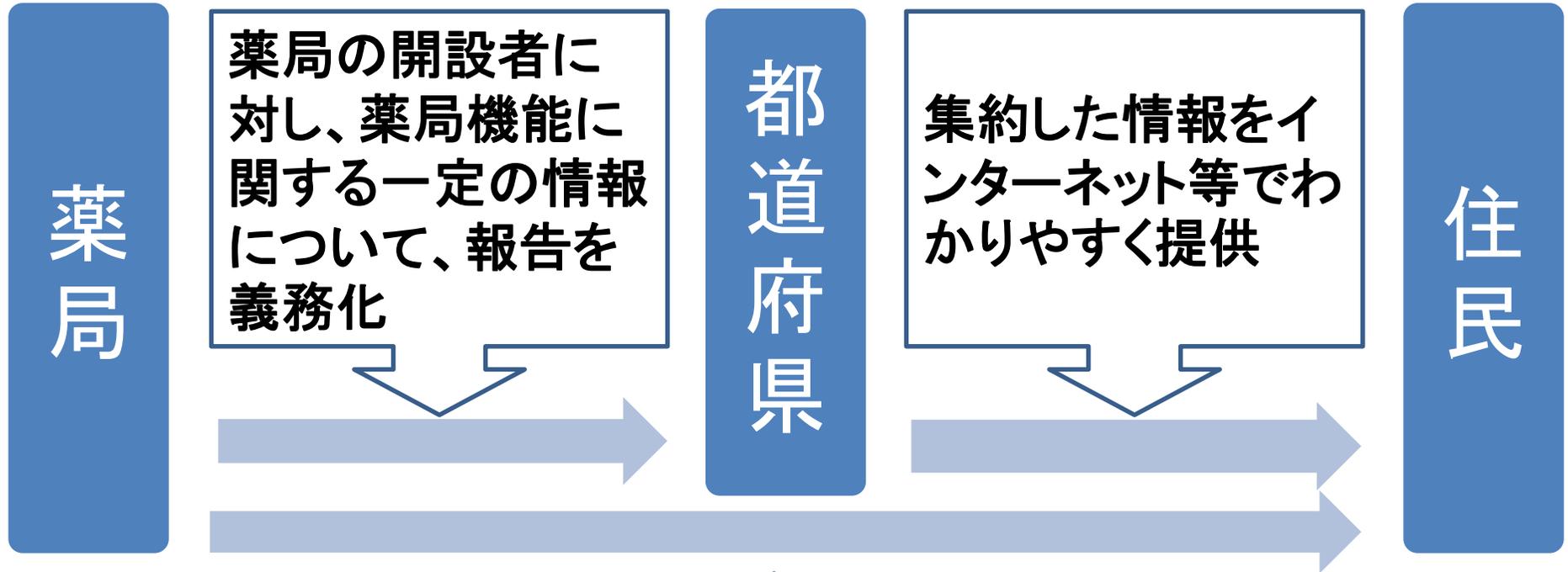
地域包括診療加算
地域包括診療料
小児かかりつけ診療料
機能強化加算

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

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

薬局機能情報提供制度の概要

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



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

※該当条文：医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第八条の二

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

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

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

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

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

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

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



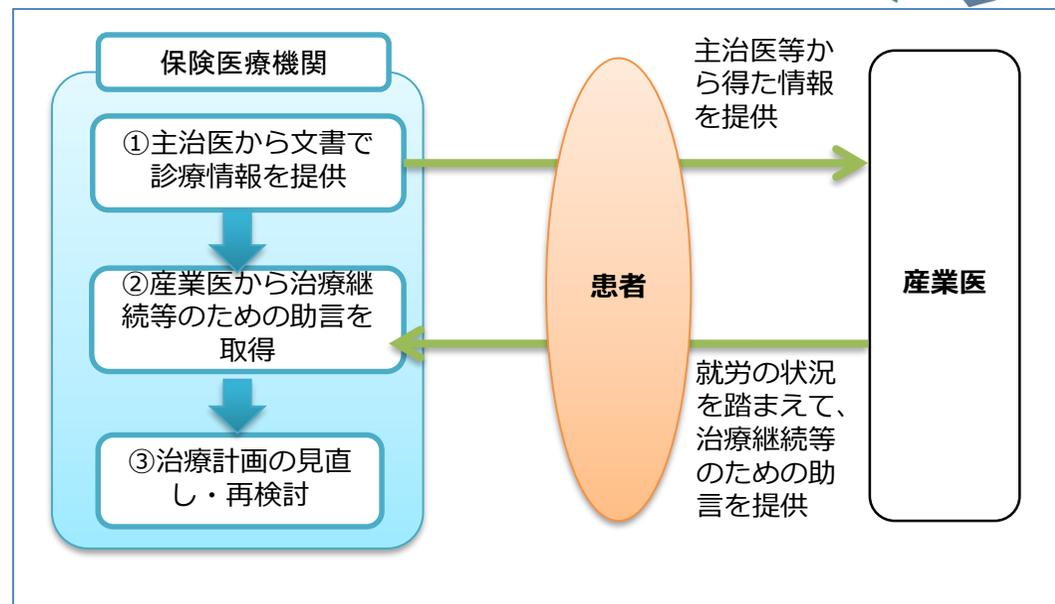
[算定要件]

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

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

[相談体制充実加算の施設基準]

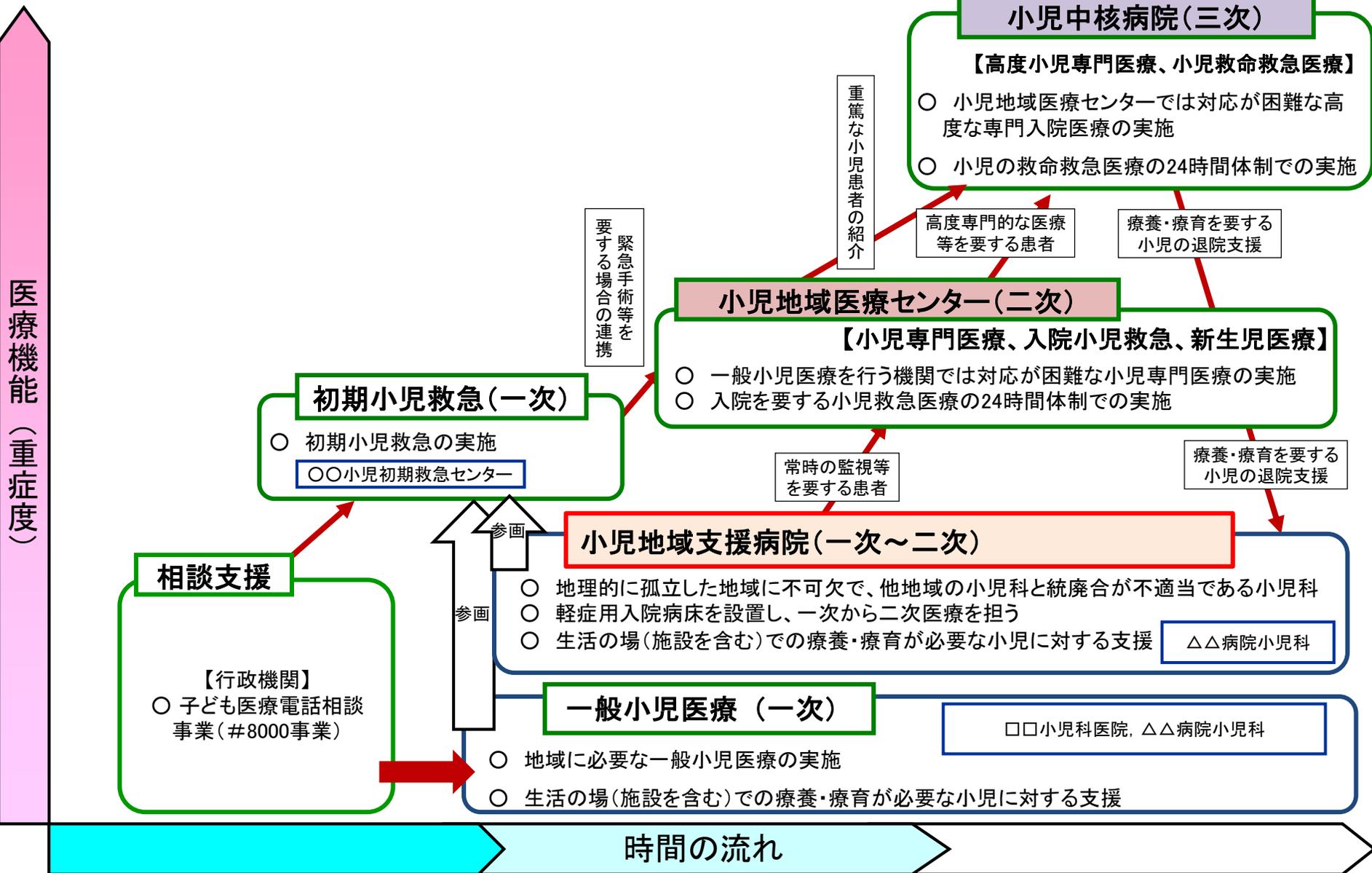
- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



患者サポート体制充実加算に
規定する窓口と兼用可

[両立支援の流れ(イメージ)]

小児医療の体制



周産期医療の体制

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター

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

109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

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

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

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

療養・療育支援

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

■療育センター

平成31年4月1日現在

時間の流れ

救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（290カ所）
（うち、高度救命救急センター（41カ所））

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

平成31年4月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（421地区、2,851カ所）

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

共同利用型病院（14カ所）

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

平成30年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

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

休日夜間急患センター（575カ所）

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

平成30年4月1日現在

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

構成員

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

検討のスケジュール

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

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

検討事項

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

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

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

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

相談・支援

[妊産婦の不安]

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる

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

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

産婦の不安解消には産後ケアが有効

● 不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

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



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

[妊産婦の診療の現状]

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

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

[産婦人科の現状]

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

[産婦人科以外の診療科の現状]

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

● 産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

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

● 診療の質の向上に向けた取組

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

[産婦人科] ← 連携 → [産婦人科以外の診療科]



研修
サポート体制

[支援を必要とする妊産婦への対応]

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

[母子健康手帳]

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

● 妊娠期から子育て期までつなげる支援

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

● 母子健康手帳の活用

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



● 妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討

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

● 診療に対する評価等について

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

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

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

[妊婦健診、産婦健康診査]

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

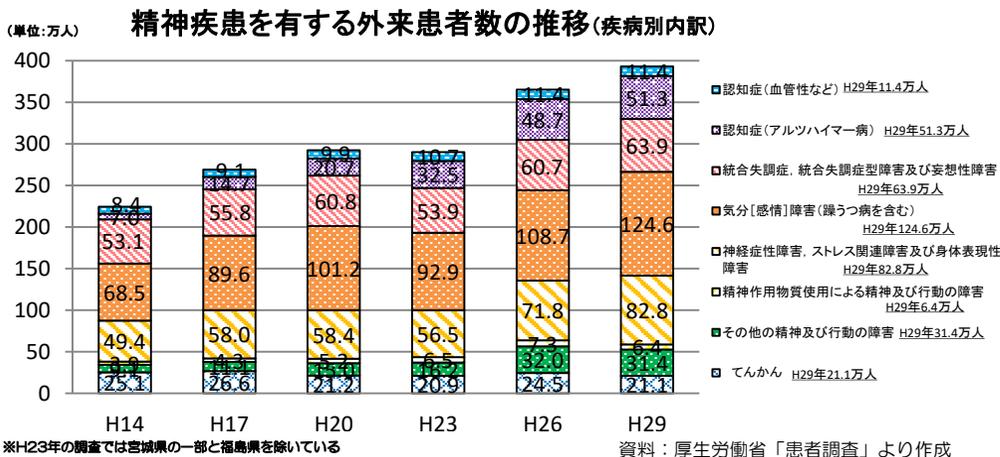
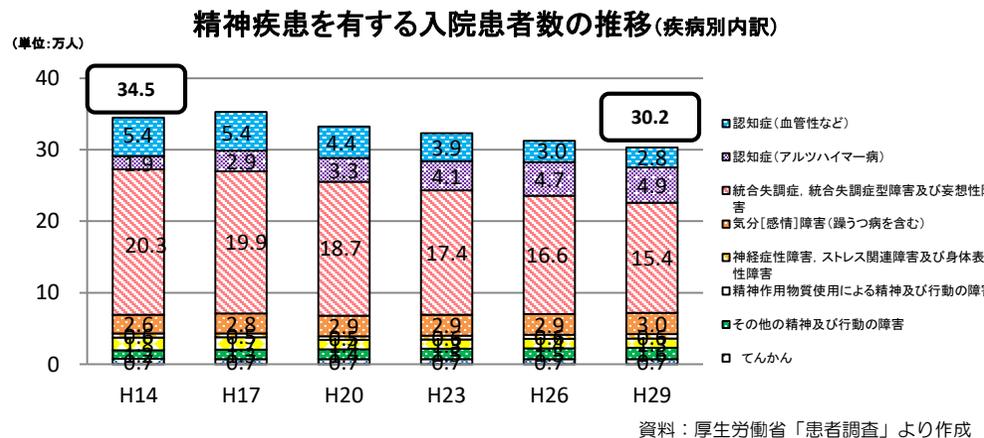
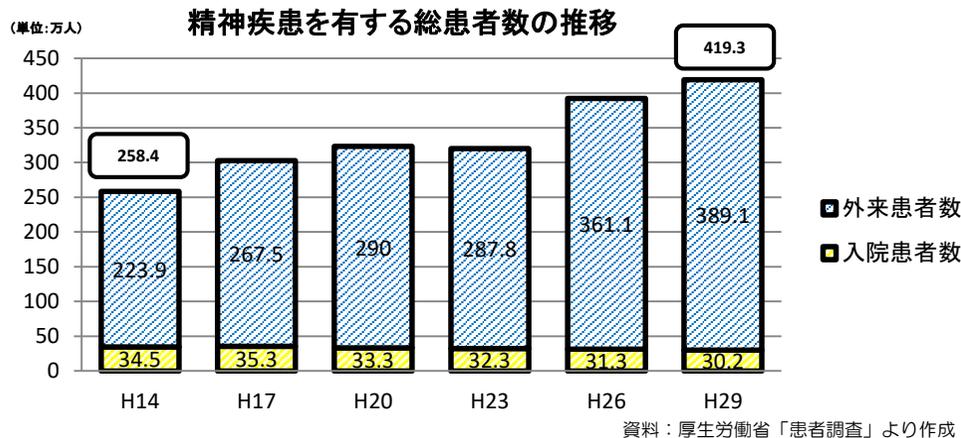
[妊婦健診以外の診療の評価等]

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

精神科医療の現状について

1. 患者数、病床数、平均在院日数等

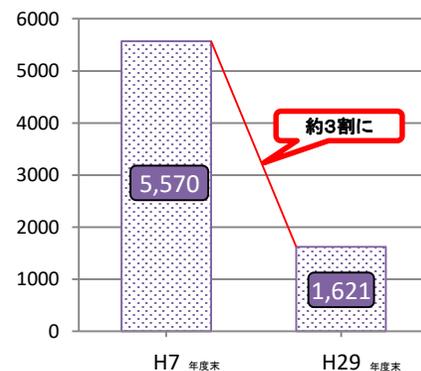
- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院：約30.2万人(※)、外来：約389.1万人】
 ※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向(約34.5万人→30.2万人【△約4万3千人】)
 一方、外来患者数は増加傾向。(認知症や気分障害(うつ病など)が特に増加)
- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割に減少しているが、疾病別に見ると、認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している。



新規措置入院者数の推移



措置入院者数(在院患者数)の推移



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」および厚労科研「精神保健福祉資料」より作成

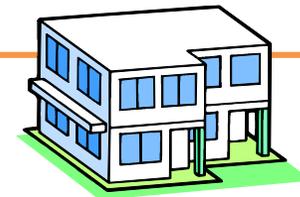
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

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

退院後

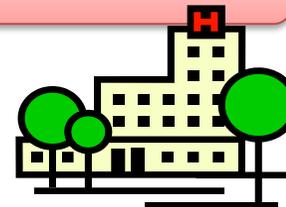
- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後



- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進

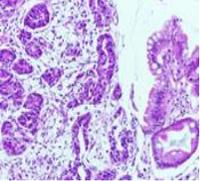
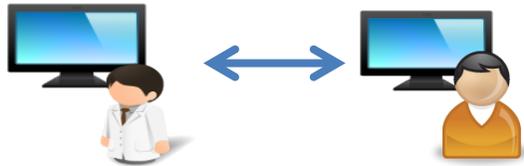
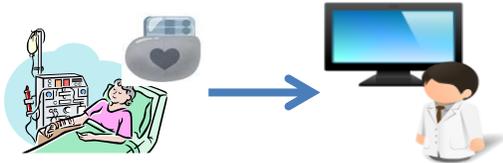


長期入院中

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

退院後

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

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

オンライン診療料の新設

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



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

[オンライン診療料が算定可能な患者]

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

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

遠隔モニタリング加算の新設

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

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

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法



出典：日本呼吸器学会HP

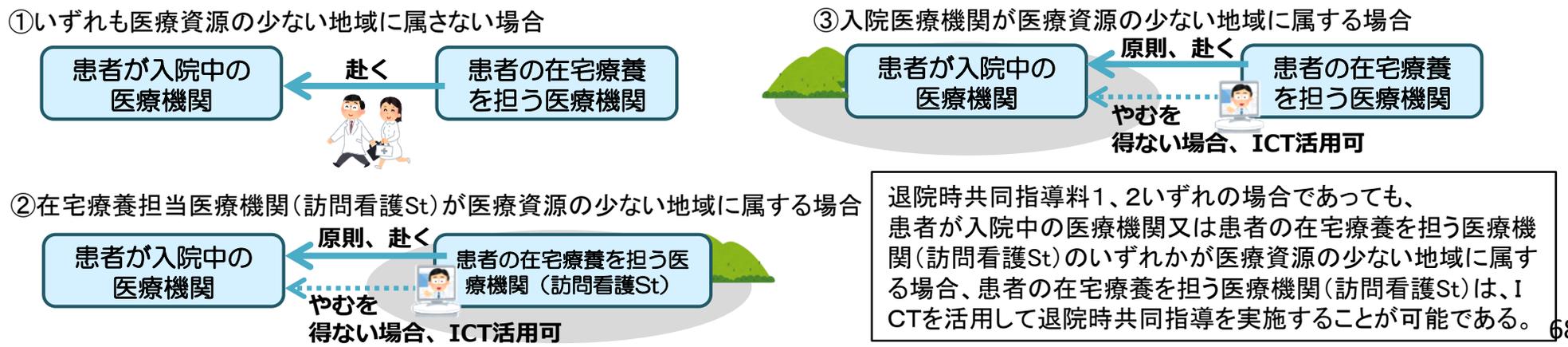
※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意



各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

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

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）



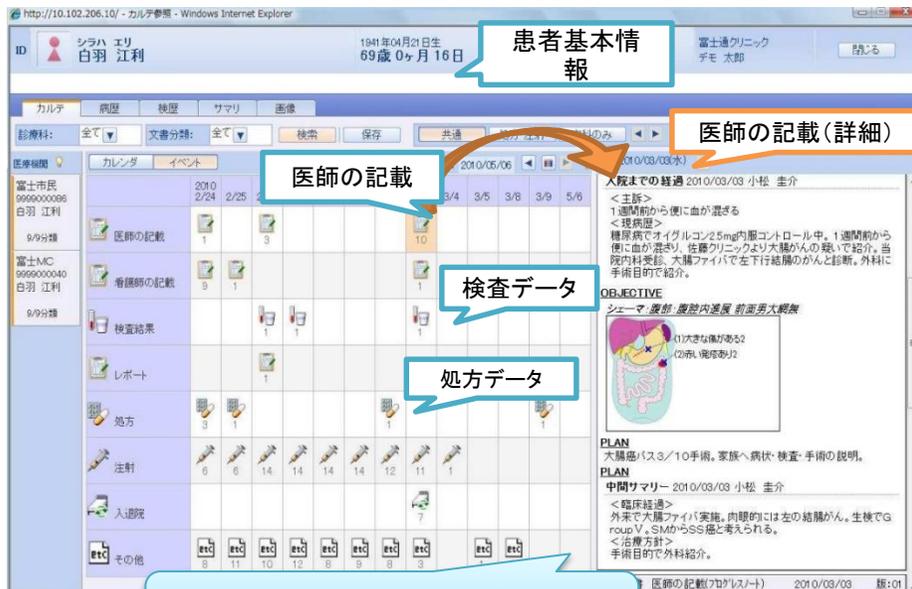
各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

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

地域医療情報連携ネットワークとは

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

医療情報連携ネットワークで利用される 診療情報閲覧の画面例



異なる医療機関において、効率的に患者の診療情報を閲覧・参照できる。

医療情報連携ネットワークの将来イメージ

診療所等での過去の診療情報を活かして救急医療等に対応

状態にあった質の高い医療・介護サービスを効率的に受けられる

病院の検査結果を診療に活用。紹介・逆紹介により、患者を継続的に診察

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

自分の健康情報を活用して健康増進

かかりつけ医

薬局

訪問看護



病院

医療情報連携ネットワーク



画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

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

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

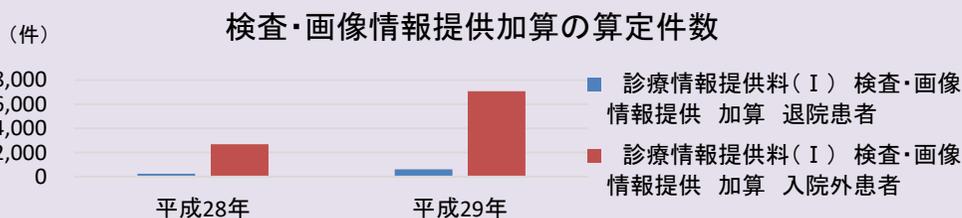
電子的診療情報評価料

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

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

施設基準

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



「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

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

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

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

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

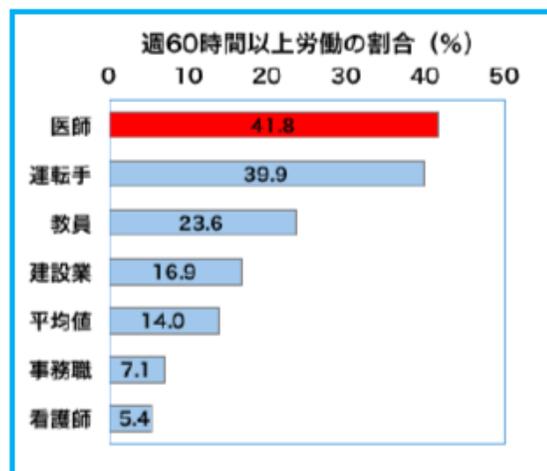
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、
すべての関係者の取り組みが前進するよう、
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

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

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

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

こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。

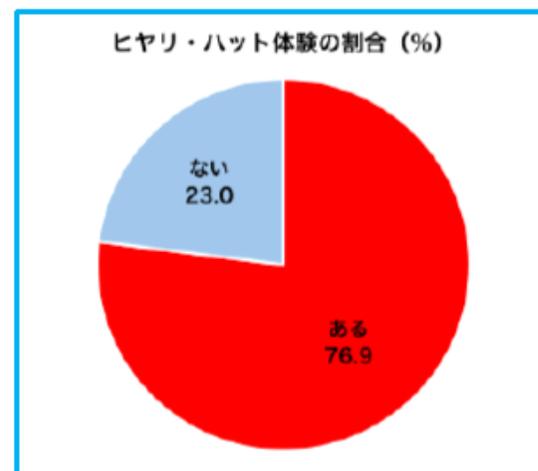


出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

勤務医1万人アンケート (H27年度)

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

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



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

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

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

市民側の要因

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

行政側の要因

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

「医療危機」 4つの要因

医師/医療提供者側の要因

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

民間企業側の要因

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



～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況

疾病構造やニーズの変化・多様化

医療需要が増える中での働き手の減少

予防努力が評価されない制度

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

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

市民

行政

行政のアクションの例

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

医師/医療提供者

民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

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

民間企業のアクションの例

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

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

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

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

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

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

市民のアクションの例

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

医師/医療提供者のアクションの例

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

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

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

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

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

行政のアクションの例

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

民間企業のアクションの例

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

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

医療機能の分化・強化、連携と
地域包括ケアシステムの推進に関する視点

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

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

DPC/PDPS

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

特定機能病院 入院基本料

85施設
58,446床※1
(+103床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
21施設 6,513床 (▲770床)

救命救急入院料
383施設 6,499床 (+1床)

特定集中治療室管理料
644施設 5,299床 (▲229床)

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

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
153施設 1,202床 (+198床)

小児特定集中治療室管理料
8施設 88床 (+4床)

新生児特定集中治療室管理料
231施設 1,615床 (▲21床)

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

新生児治療回復室入院医療管理料
197施設 2,750床 (+17床)

一類感染症患者入院医療管理料
31施設 99床 (+6床)

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

緩和ケア病棟入院料
394施設 7,927床 (+388床)

一般病棟入院基本料

617,411床 (▲13,978床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

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

障害者施設等入院基本料

863施設
67,341床 (+541床)

特殊疾患病棟

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

療養病棟入院基本料

222,344床 (+830床)

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成29年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 5,372施設 71,913床 (▲3,529床)

有床診療所 (療養) 563施設 5,523床 (▲879床)

精神病棟 1,303施設 157,205床 (▲2,915床)

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

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

精神科救急・合併症入院料
10施設 334床 (+12床)

児童・思春期精神科入院
37施設 1,223床 (+43床)

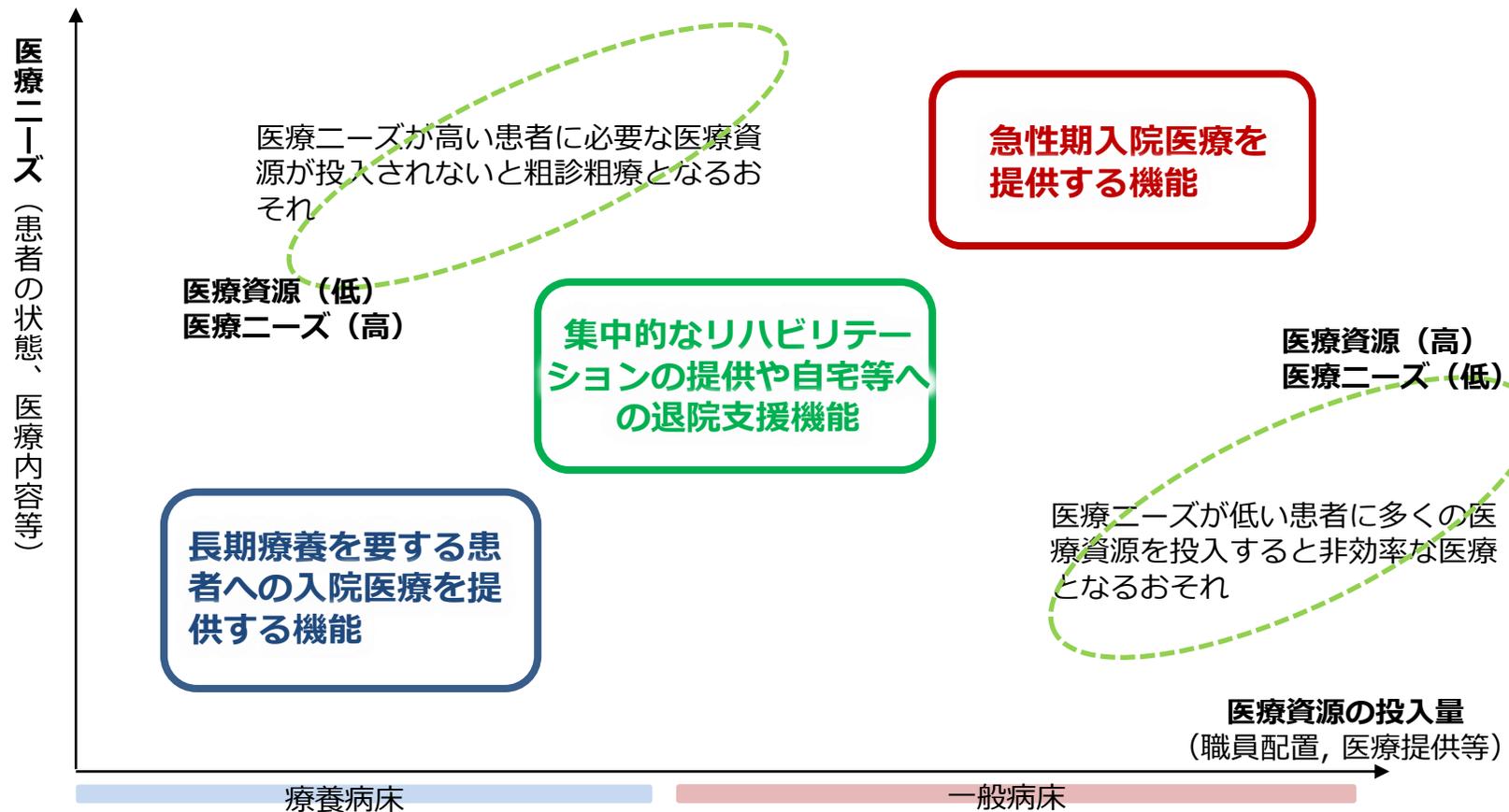
精神療養病棟入院料
824施設 92,816床 (▲1,466床)

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

結核病棟 193施設 4,627床 (▲140)

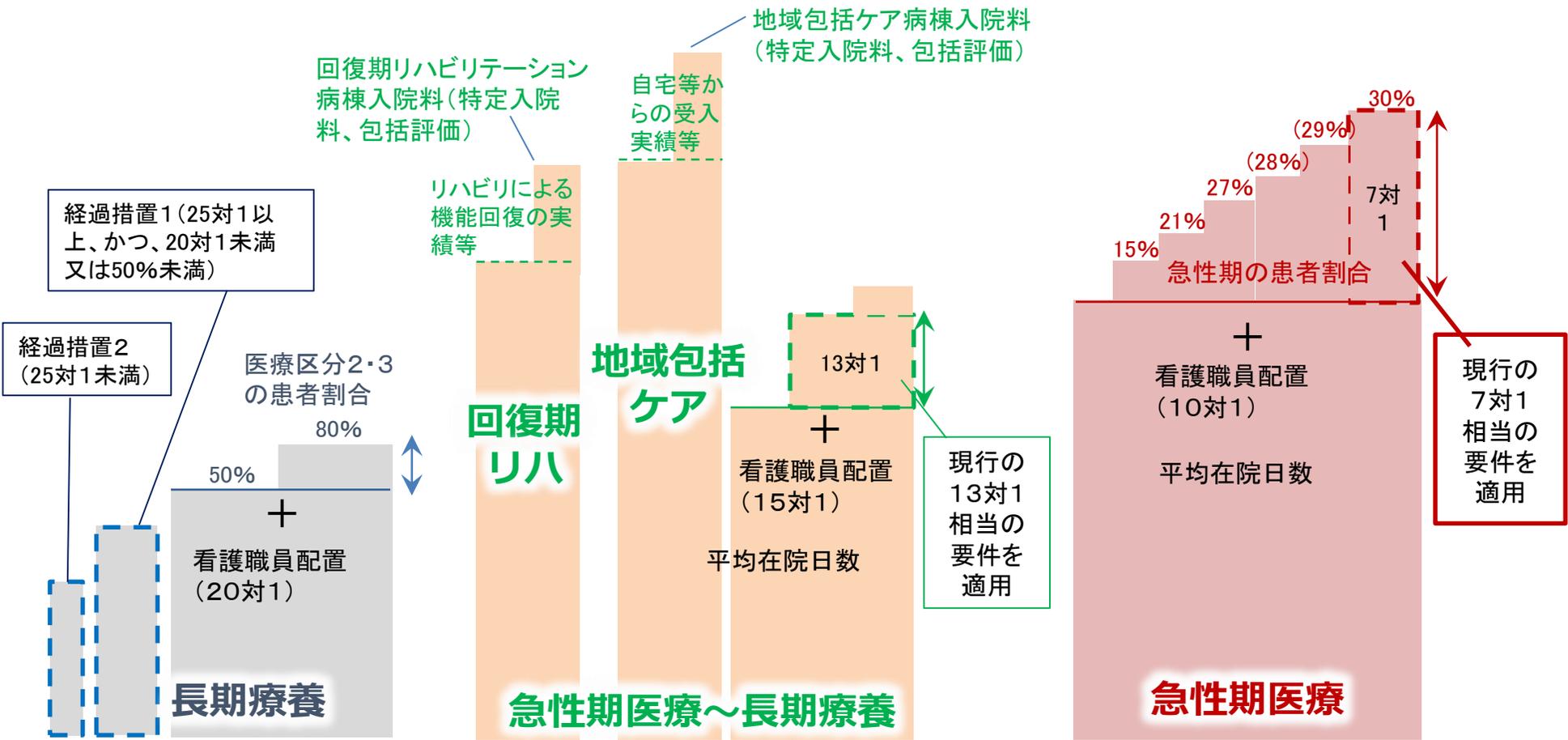
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

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



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

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



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

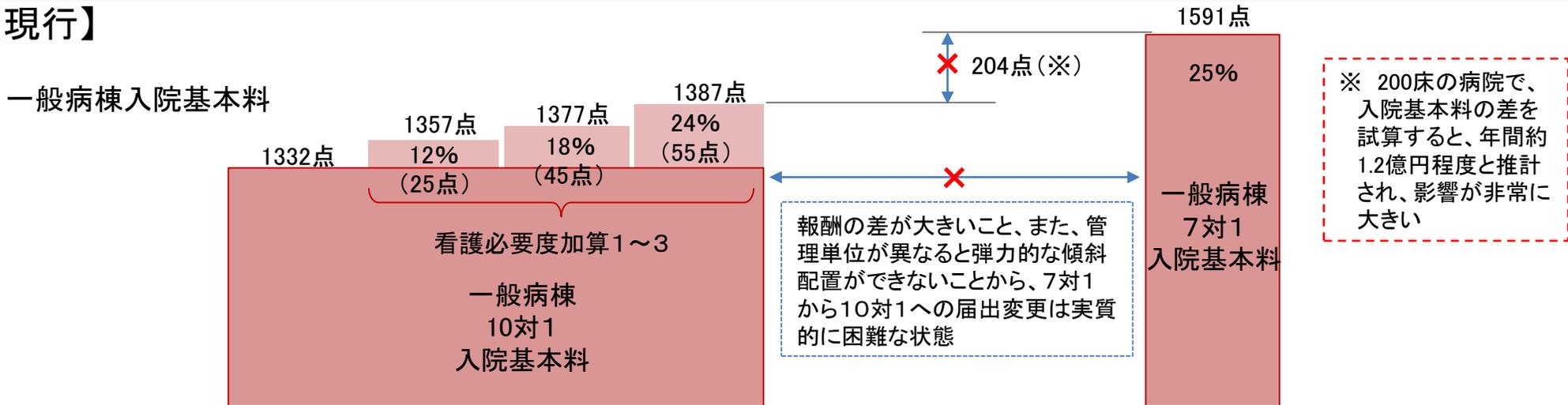
一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

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

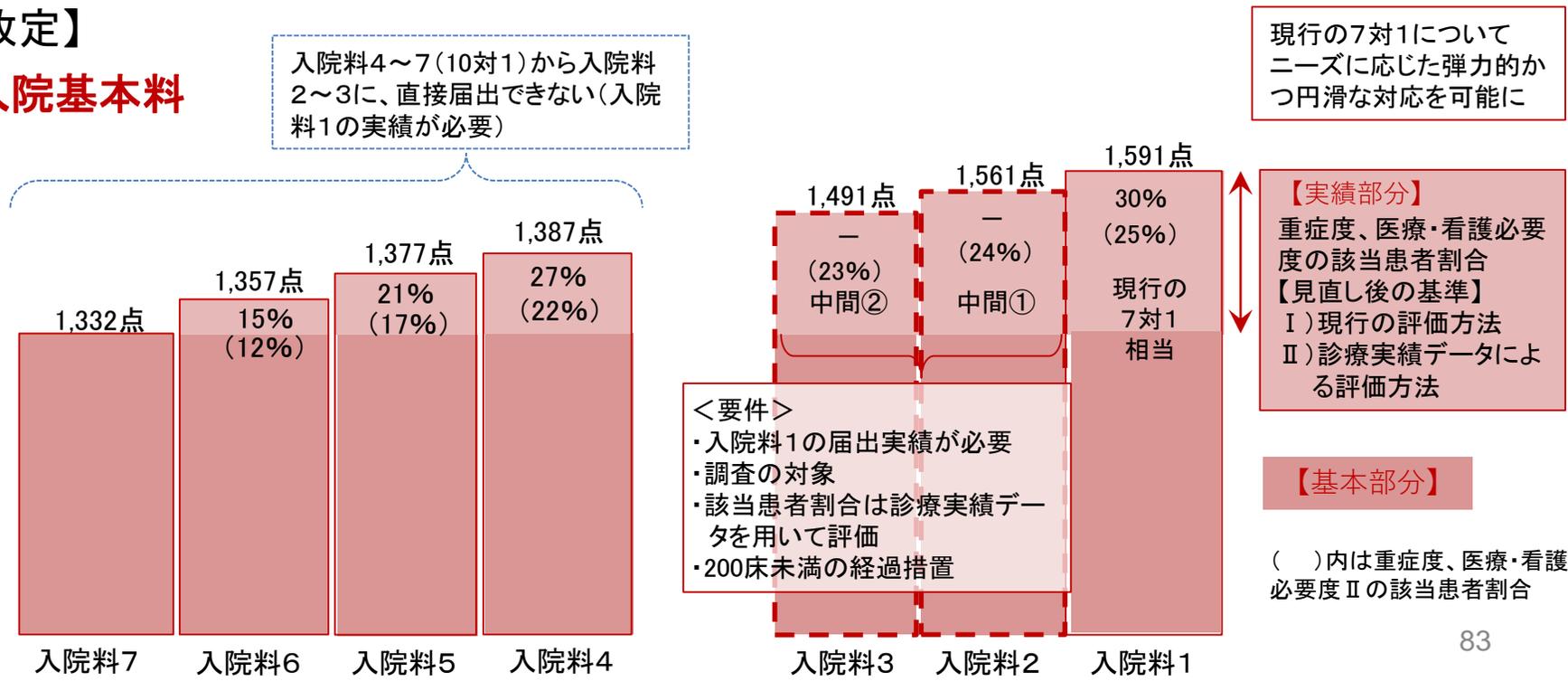
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料

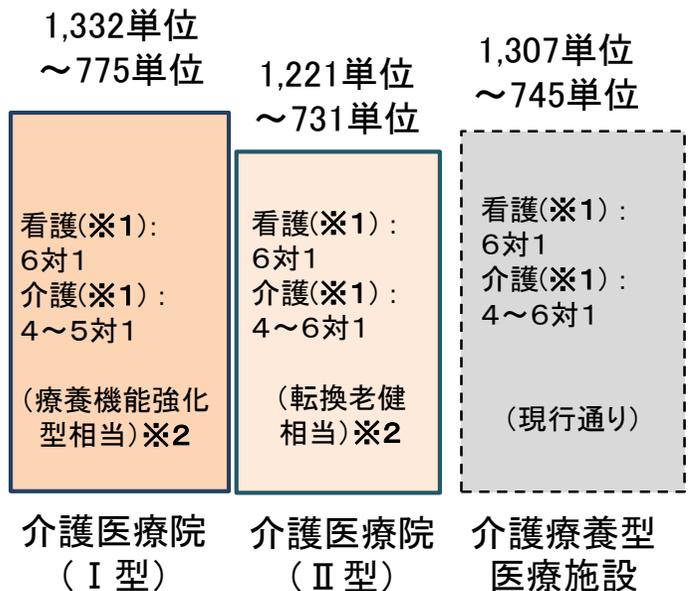


＜参考＞療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

【介護保険】 介護療養病床

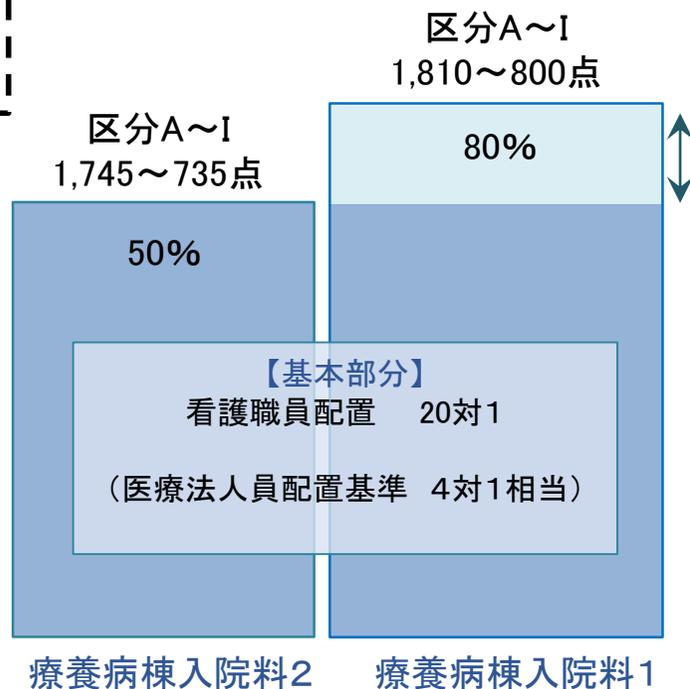
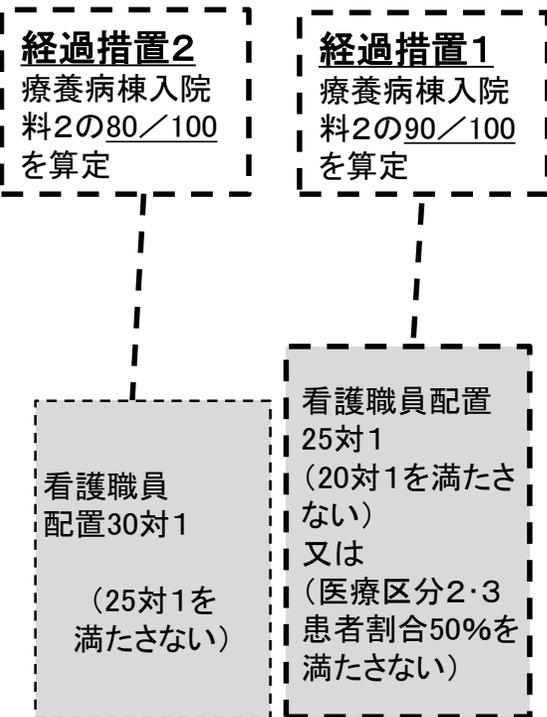
(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

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



【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

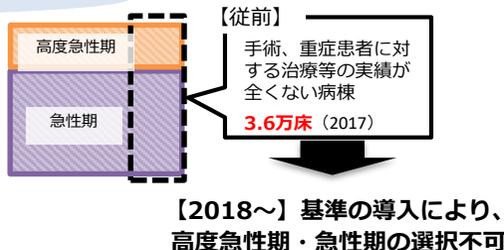
1. これまでの取組み

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

地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

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



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

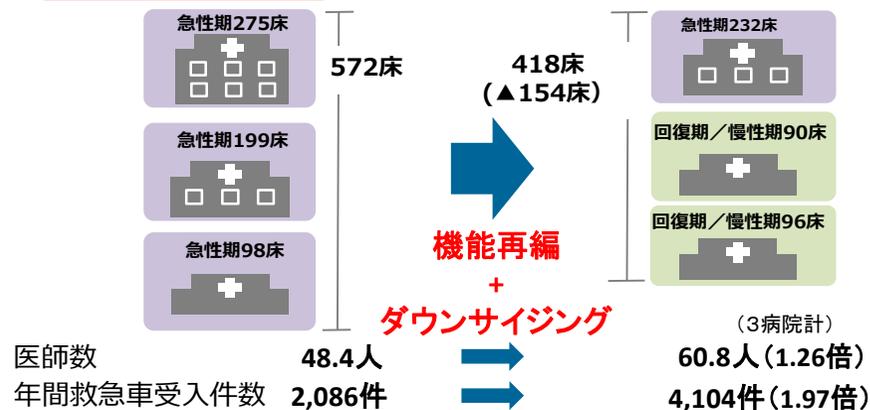
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

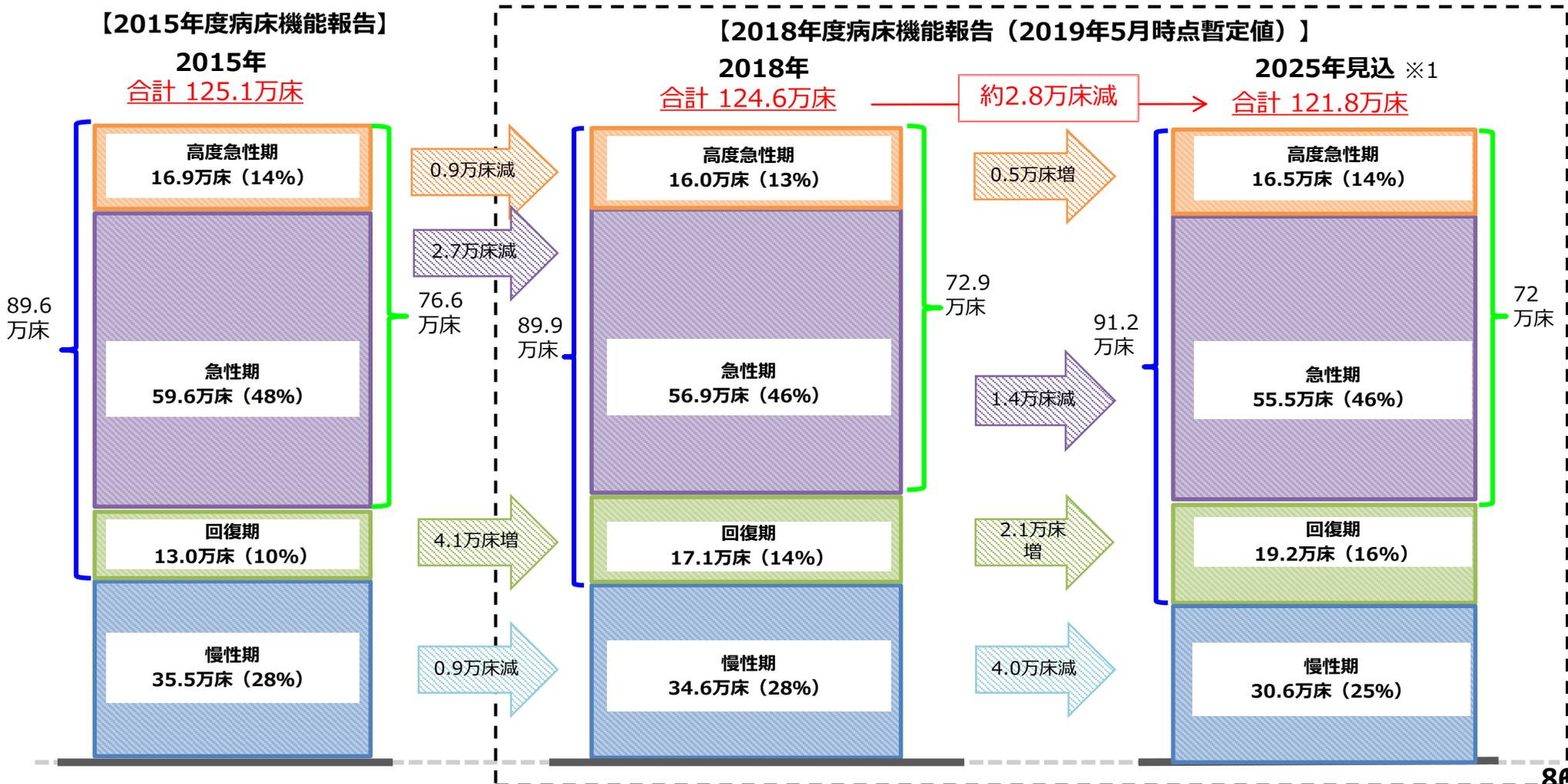
- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



病床機能ごとの病床数の推移

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

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



病床機能連携を評価する主な診療報酬項目

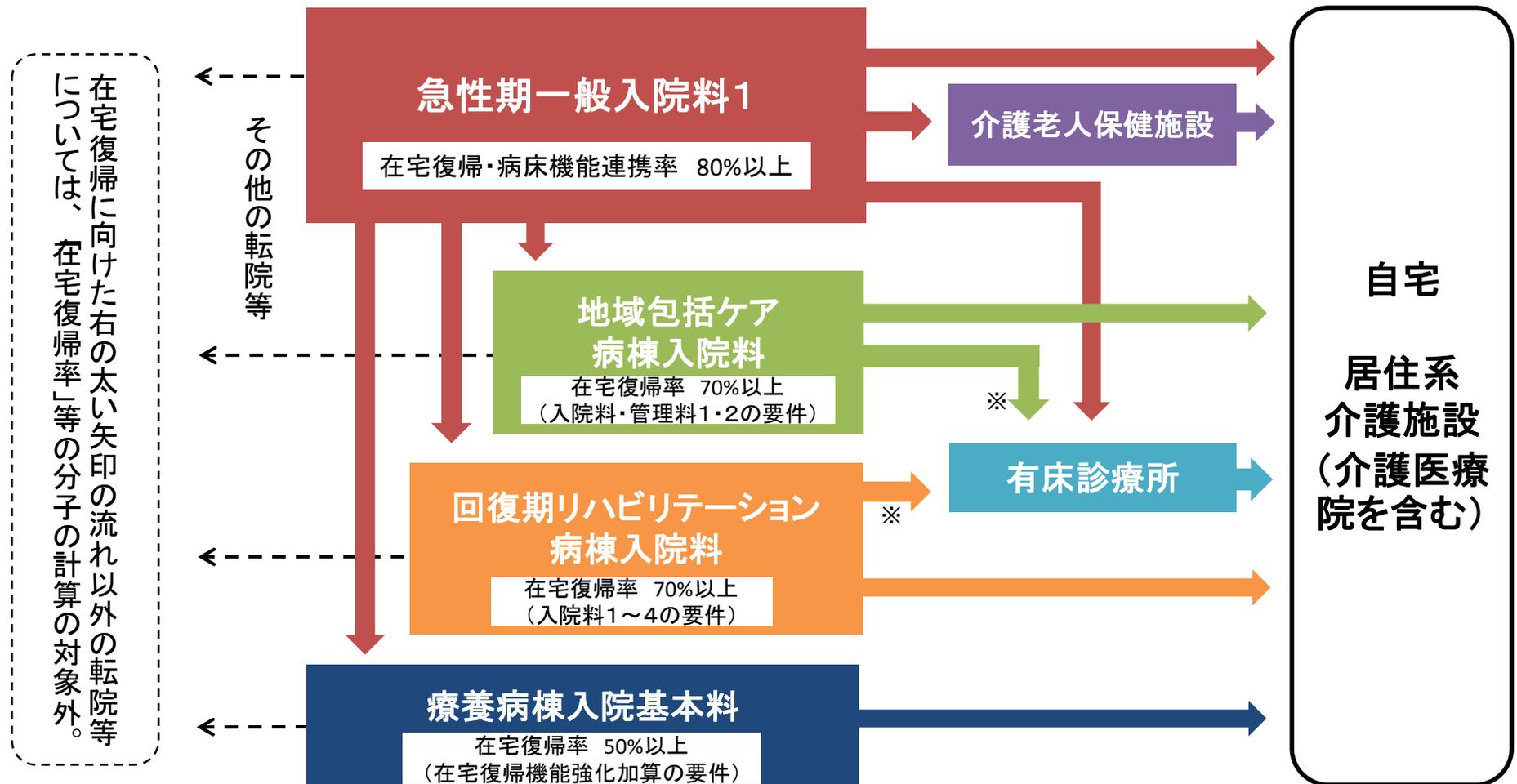
○ 一部の入院料において、他の保険医療機関や在宅から患者を受け入れた場合を評価している。

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

在宅復帰・病床機能連率等にかかる転院・転棟の流れ

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

(太い矢印は在宅復帰率の算出にあたって計算式に含まれる退院・転院)

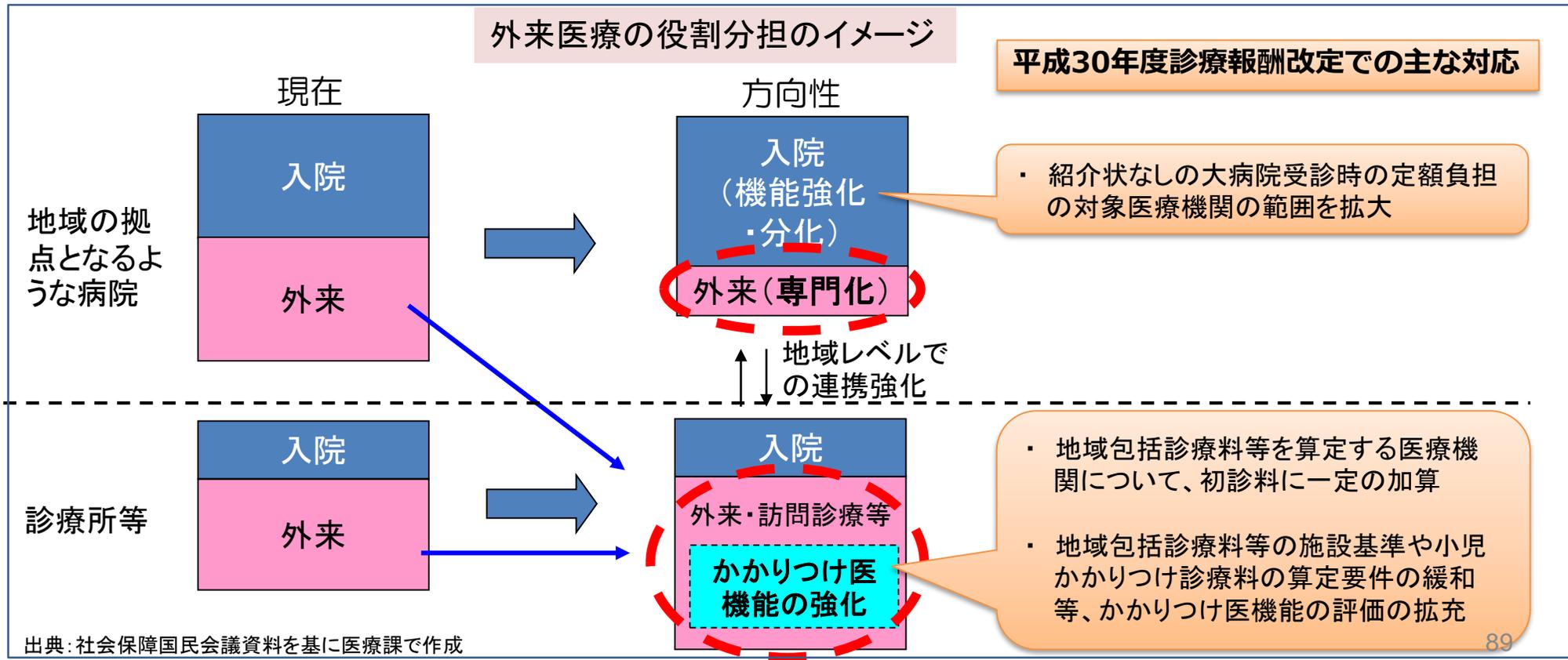


※介護サービスを提供している有床診療所に限る

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

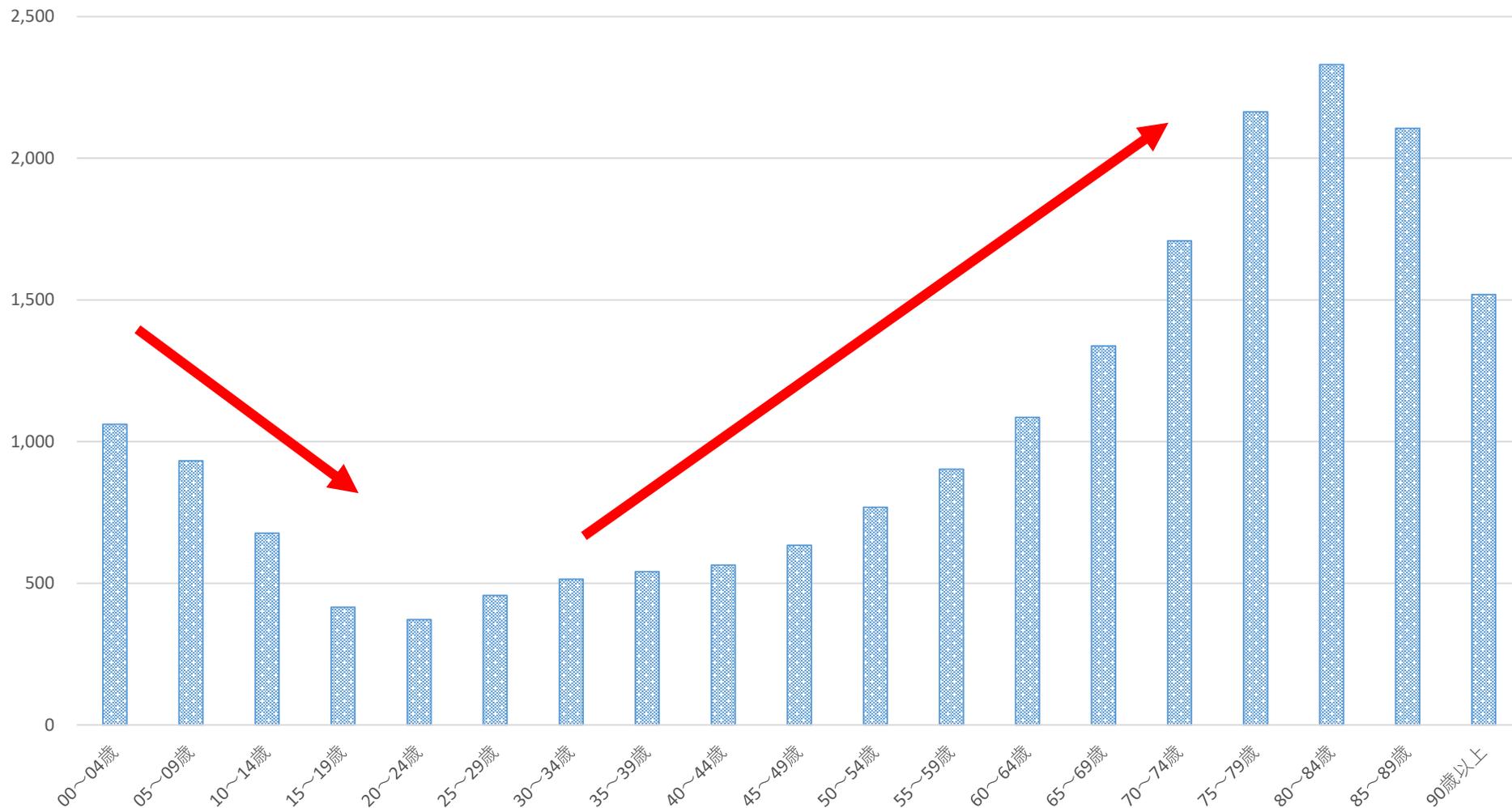
- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。（対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院）
- 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。
- ※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その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



外来機能：年齢別の算定回数

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

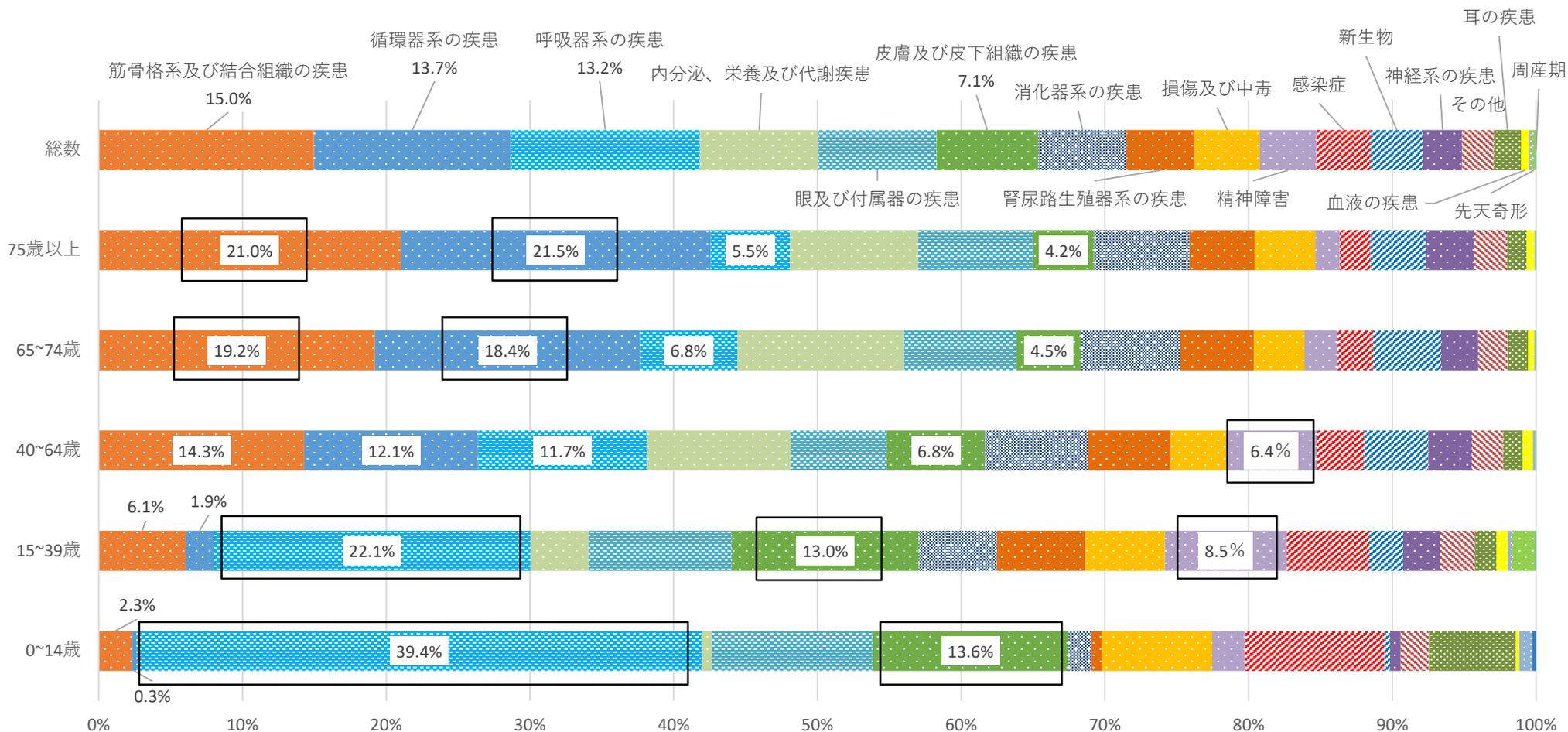
初・再診料の算定回数（人口千人当たり）



外来機能：初・再診料の算定回数が多い疾患分類

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

初・再診料を算定した疾患分類

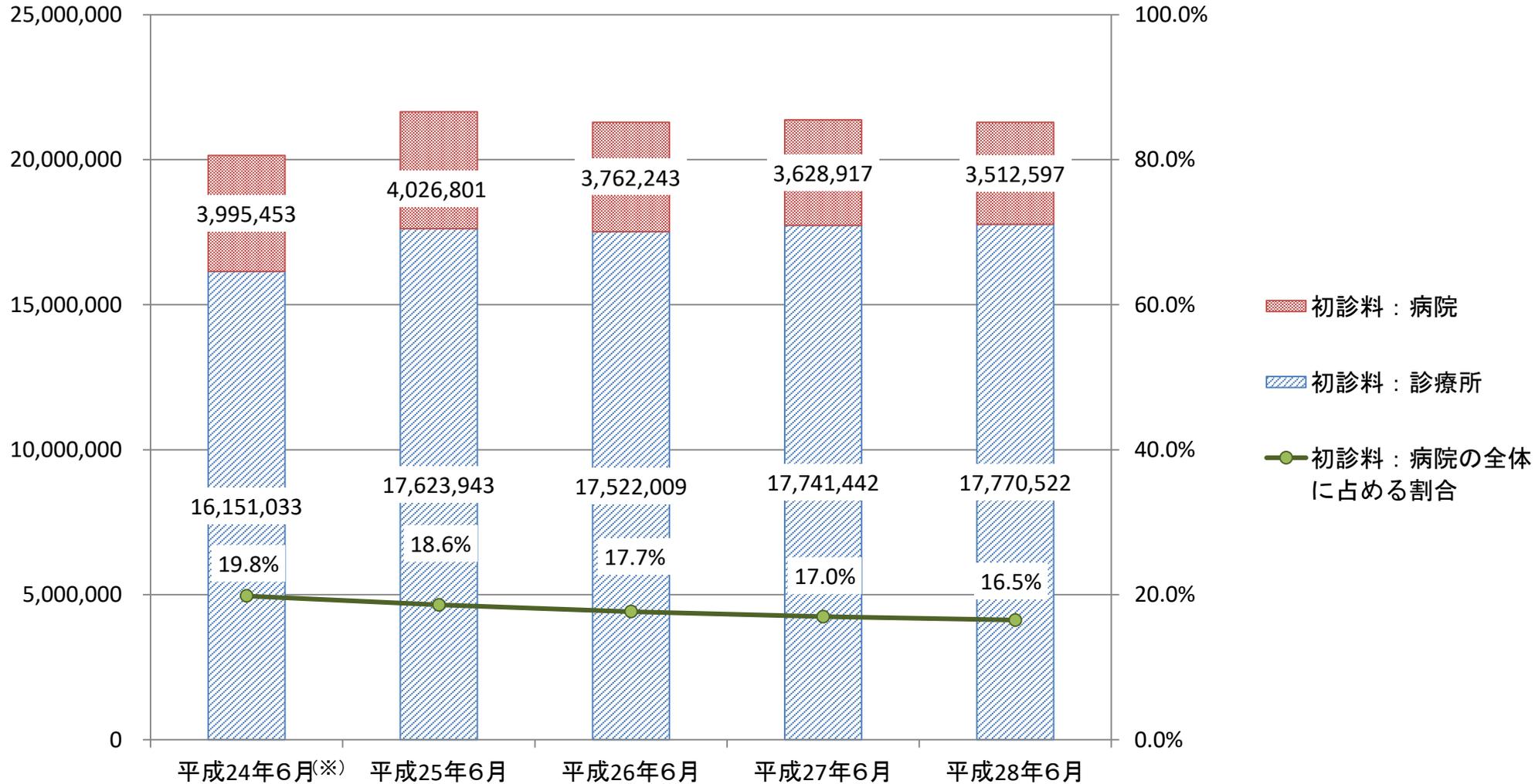


病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

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

(単位:回)

中	医	協	総	-	1
3	0	.	1	.	10



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

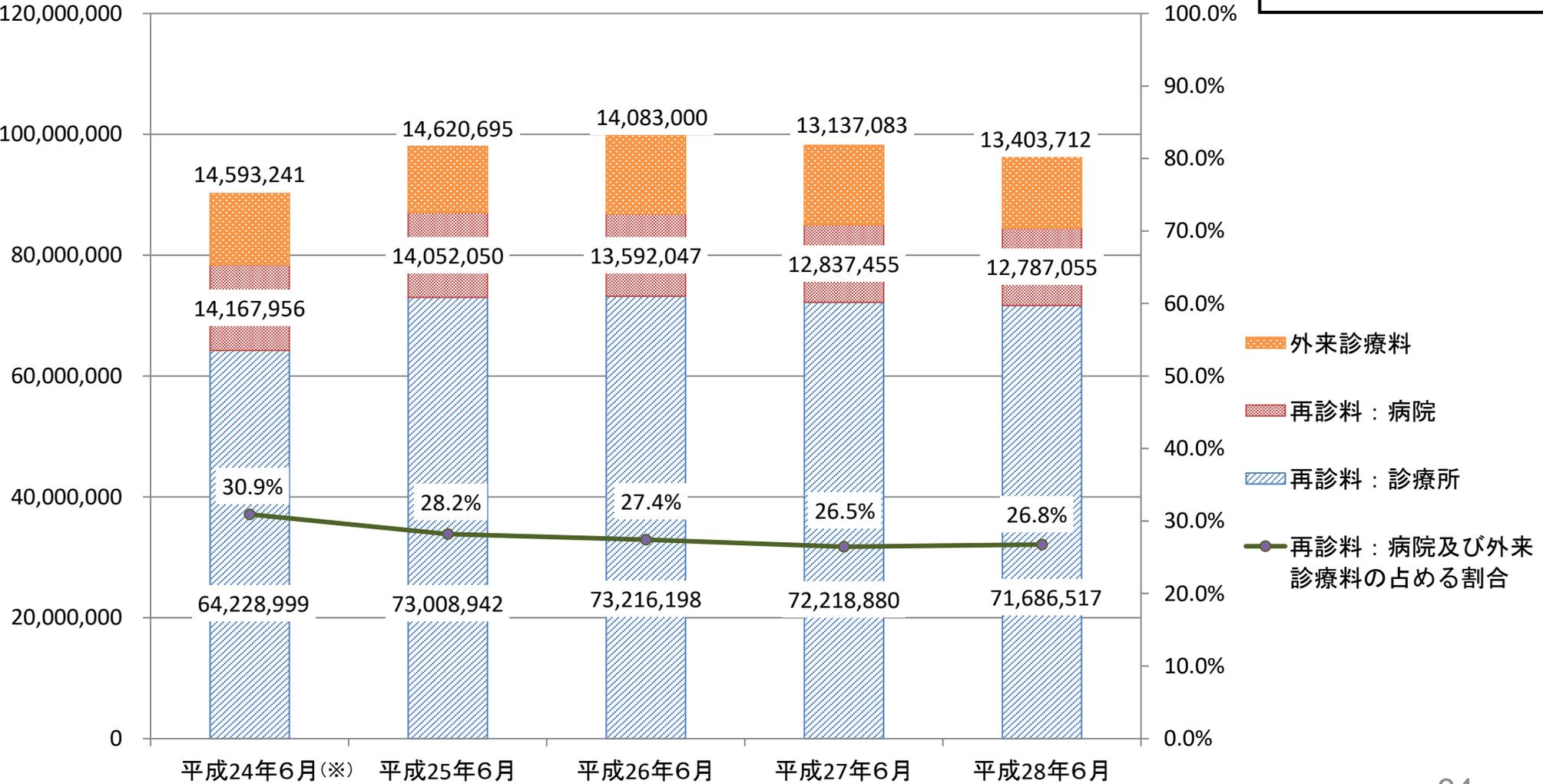
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数 of 年次推移

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

(単位:回)

<病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移>

中	医	協	総	-	1
3	0	.	1	.	10

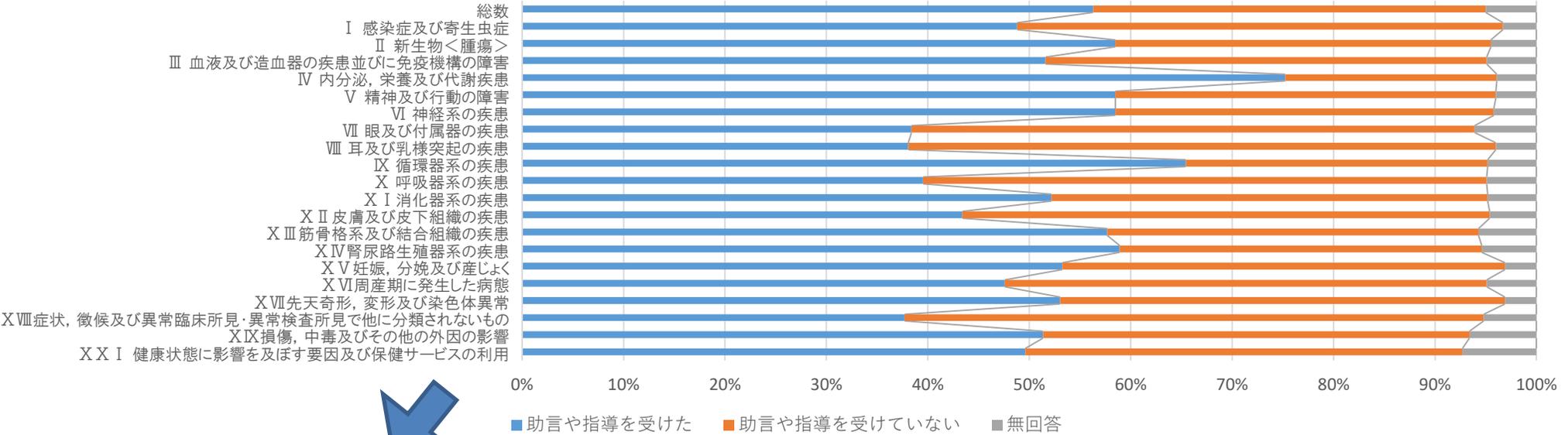


※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

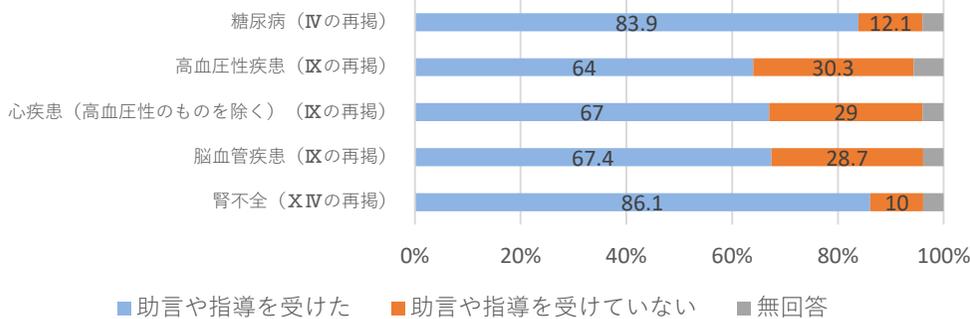
傷病分類別の生活習慣上の助言や指導の有無とその内容

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

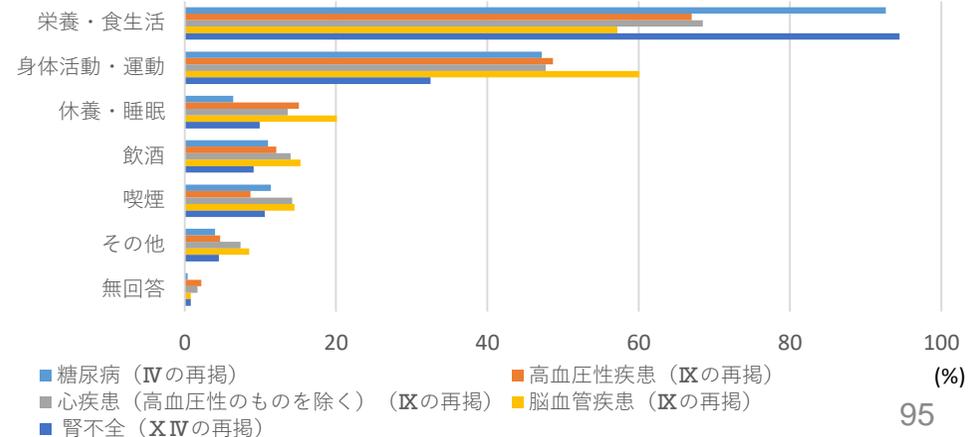
傷病分類別の医師・看護師・管理栄養士などからの生活習慣上の助言や指導の有無



主な生活習慣病（抜粋）



助言や指導の内容（複数回答）



質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

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

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

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

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

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

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

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

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

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

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

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

末期の患者への緊急対応の評価

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

ターミナルケアの評価の充実

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

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

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

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

（注）薬学的管理指導計画書

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

質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

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

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



[施設基準]

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

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



福祉サービス事業との連携推進

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

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

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



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

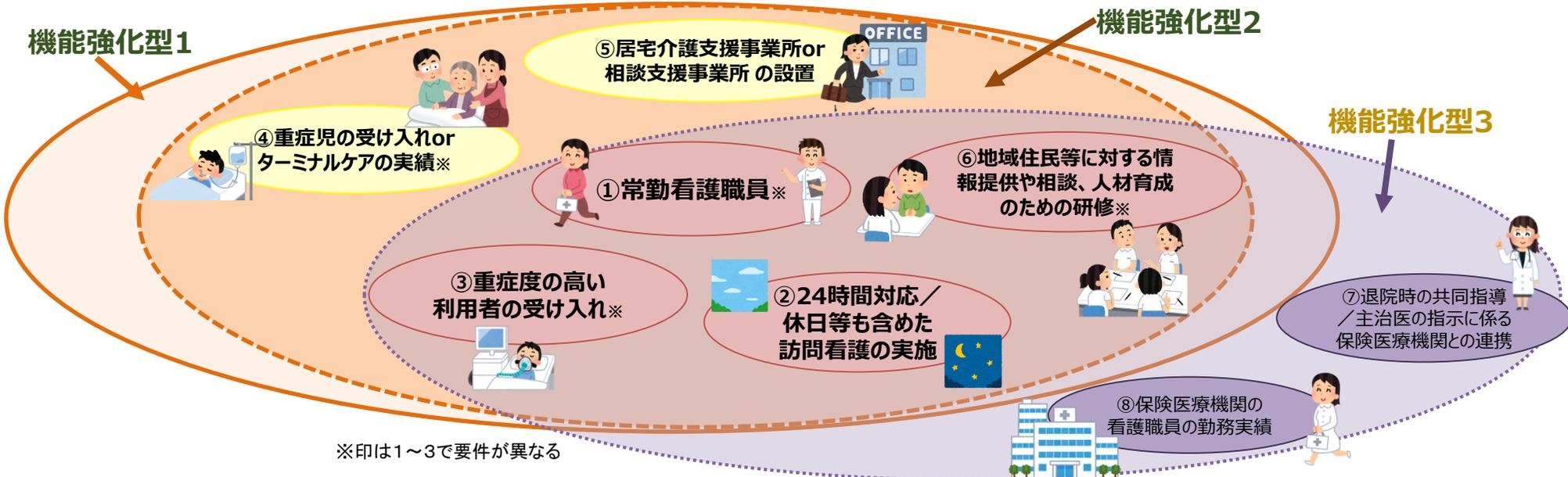
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

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

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



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

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

訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供

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

入院又は入所時の連携の強化

平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

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

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

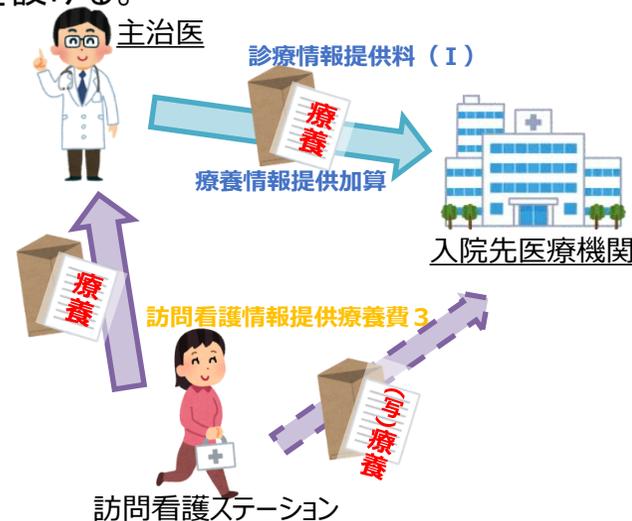
[算定要件]

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

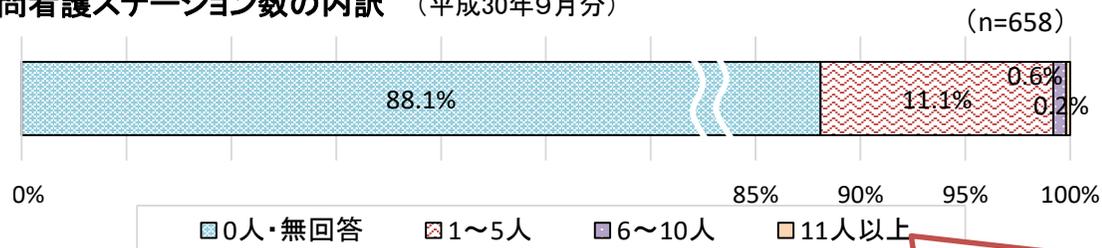
(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

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



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

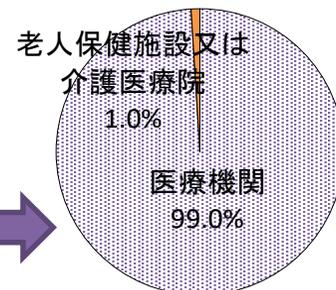


<算定した利用者がいた場合>

平均人数:2.3人 中央値:1人(最小:1人、最大:26人)

■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者の入院・入所先の内訳

(入院・入所先について回答のあった計102人)



医科・歯科間での診療情報の共有

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

診療情報連携共有料

120点【医科点数表、歯科点数表】

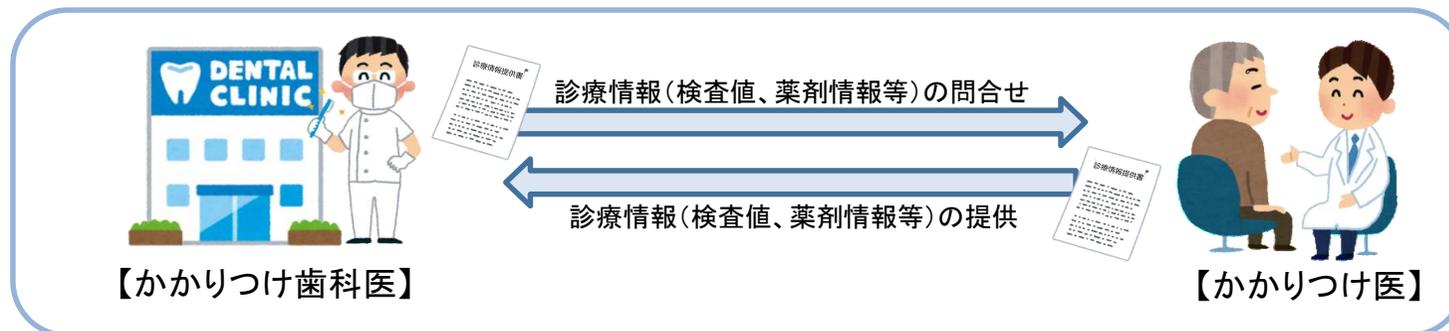
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

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

[算定要件]【歯科点数表】

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



I 地域包括ケアシステムの推進

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

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

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

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

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

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

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

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

⑤ 認知症の人への対応の強化

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

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。

効率化・適正化を通じて、
制度の安定性・持続可能性を高める視点

後発医薬品の使用促進に関わる診療報酬上の対応

○ 後発医薬品の使用促進のために、診療報酬上の様々な取組が実施されている。

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

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

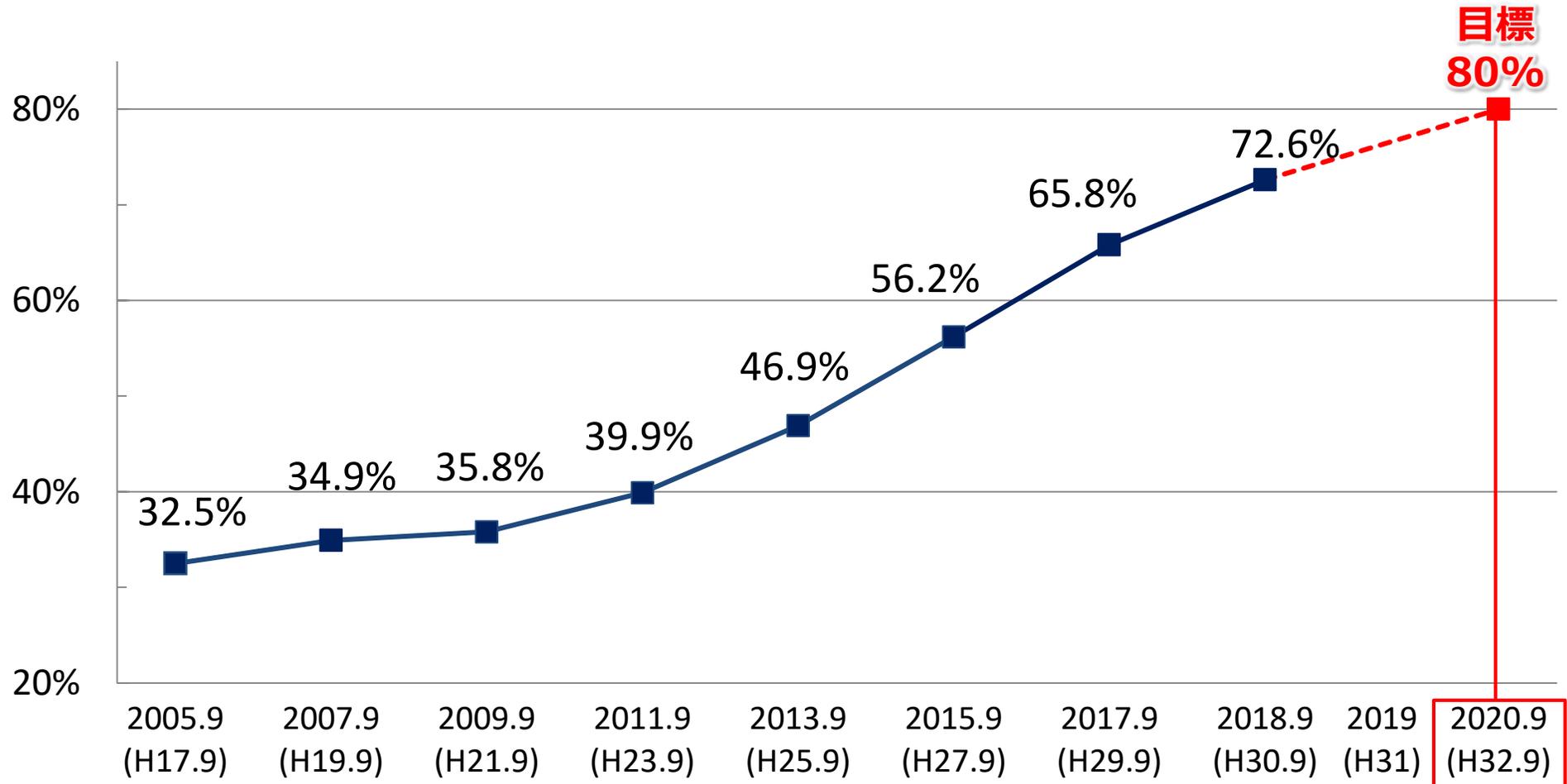
注）病院の外来患者への後発医薬品の使用に対する直接の評価はない。しかしながら、入院時の後発医薬品使用体制加算の算定の実績に、外来患者への後発医薬品の使用実績が含まれており、間接的に評価されていると言える。

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

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

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



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

医療機関における減薬に関する取組の評価

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

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

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

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

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

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

[算定要件]

① 薬剤総合評価調整管理料

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

② 連携管理加算

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

<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

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

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

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

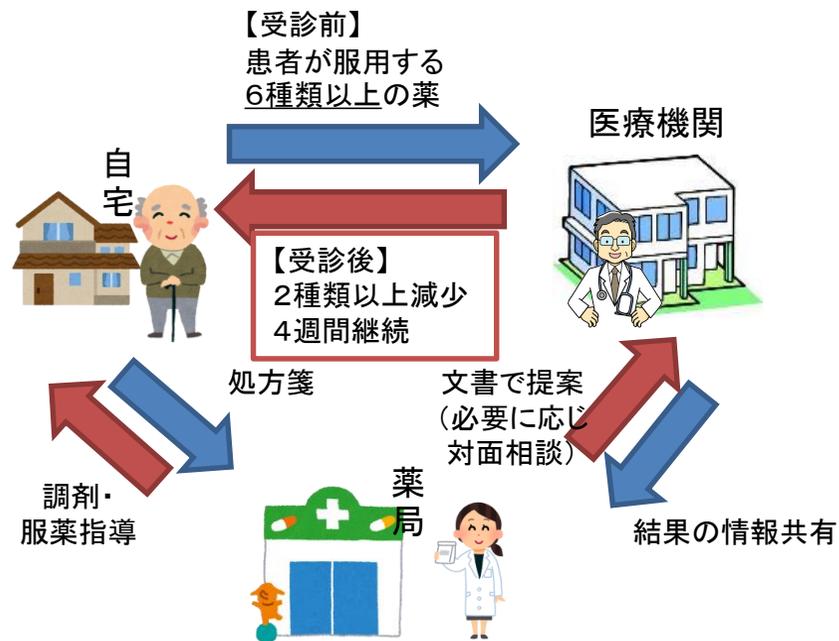
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

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

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



残薬解消に向けた薬局の取組の評価（外来服薬支援料）

外来服薬支援料

○ 残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価

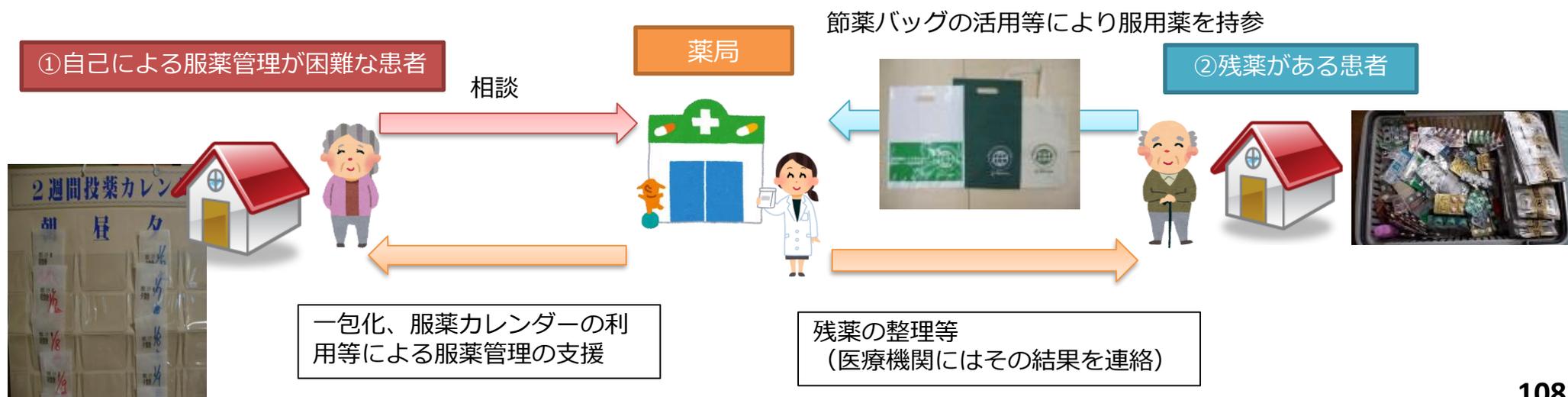
(1) 自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること

※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。

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

外来服薬支援料

185点（月1回まで）



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

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

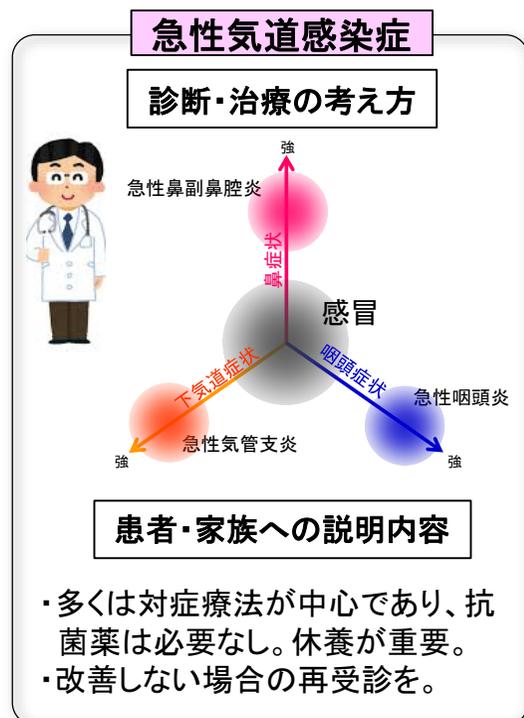
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

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

抗菌薬適正使用支援加算の新設

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



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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

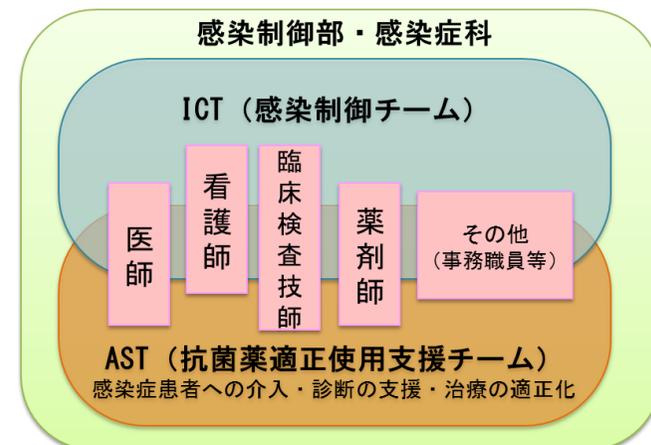
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

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

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

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

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



フォーミュラーについて

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

(米国病院薬剤師会におけるフォーミュラーの定義等)

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

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

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

■ 院内フォーミュラー及び地域フォーミュラーについて

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

浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラーについて①

(検討体制等)

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

■ 新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

【使用指針の基準】(抜粋)

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

■ 院内フォーミュラーの検討体制

薬剤管理委員会

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

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

薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

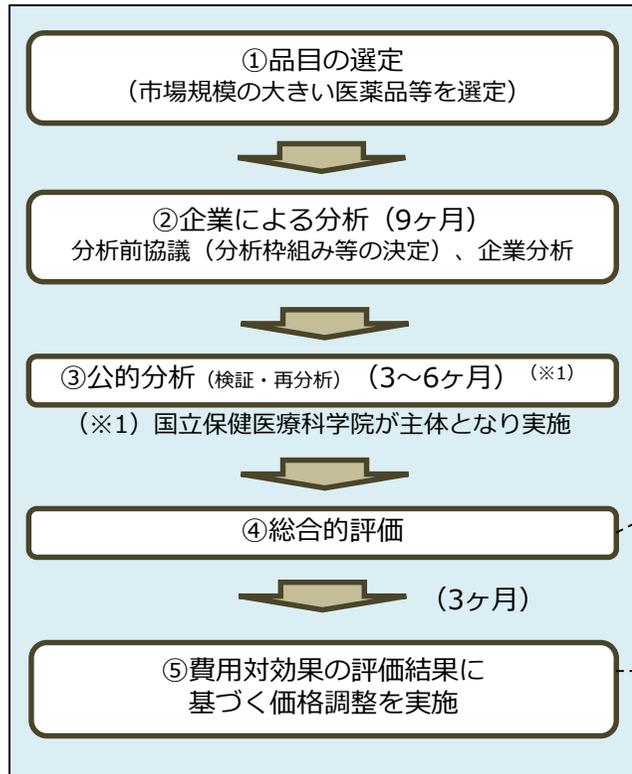
- 【手順1：院内フォーミュラー作成対象領域の選定】
・複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、院内フォーミュラー案の作成を検討する

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

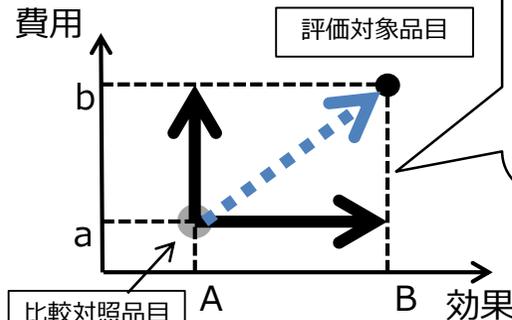
費用対効果評価制度について（概要）

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

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



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

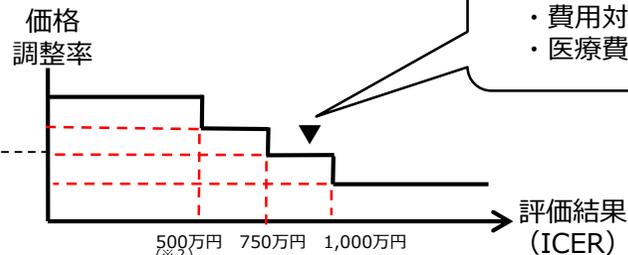
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

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

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

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



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

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

1. 次期薬価制度改革に向けた主な課題

(1) 平成30年度改定における附帯意見等

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

(2) これまでに問題提起された事項等

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

(3) その他

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

平成30年度診療報酬改定の基本方針

平成29年12月11日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(人生100年時代を見据えた社会の実現)

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

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

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な

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

(制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進)

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

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

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

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

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

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

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

活用の推進

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

○ アウトカムに着目した評価の推進

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

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

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

(具体的方向性の例)

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

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

○ 外来医療の機能分化

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

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

○ 薬価制度の抜本改革の推進

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

○ 後発医薬品の使用促進

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

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

○ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

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

疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)

- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。
- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

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

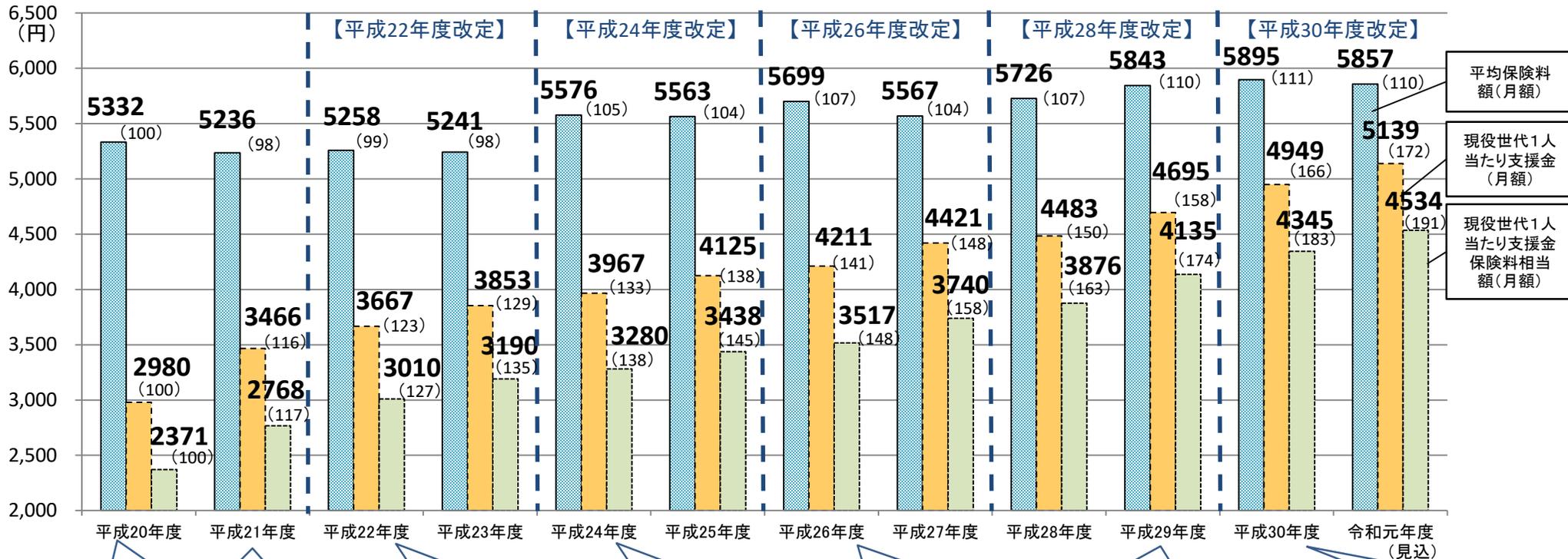
制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。

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

第119回医療保険部会で御依頼のあった資料

令和元年10月31日
厚生労働省保険局

後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
 ・賦課限度額 年55万円→57万円

・所得割5割軽減→2割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減

・所得割2割軽減→軽減なし
 ・元被扶養者に対する均等割7割軽減→5割軽減
 ・賦課限度額 年57万円→62万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度・令和元年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	86.9万円 (122)	—
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)		11.18%(112)

※ 平均保険料額は平成20～30年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和元年度は保険料改定時見込み。
 ※ 支援金は、平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。
 ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
 ※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28年度については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
 ※ 1人当たり医療給付費は後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。
 ※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

後期高齢者の保険料と現役世代の後期高齢者支援金の状況

令和元年度の後期高齢者平均保険料額は月5,857円（20年度比1.10倍）、現役世代一人当たり後期高齢者支援金保険料相当額は月4,534円（20年度比1.91倍）。

（月額・単位：円）

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
① 後期高齢者一人当たり平均保険料額	5,332 (100)	5,236 (98)	5,258 (99)	5,241 (98)	5,576 (105)	5,563 (104)	5,699 (107)	5,567 (104)	5,726 (107)	5,843 (110)	5,895 (111)	5,857 (110)
② 現役世代一人当たり支援金保険料相当額	2,371 (100)	2,768 (117)	3,010 (127)	3,190 (135)	3,280 (138)	3,438 (145)	3,517 (148)	3,740 (158)	3,876 (163)	4,135 (174)	4,345 (183)	4,534 (191)

平成20年度

【① 後期高齢者一人当たり平均保険料額】

0.8兆円を
高齢者 1,320万人で負担

=

後期高齢者一人当たり平均保険料額
: 5,332円

【② 現役世代一人当たり支援金保険料相当額】

3.3兆円を
現役世代 1億1,437万人で負担

=

現役世代一人当たり支援金保険料相当額
: 2,371円

令和元年度

【① 後期高齢者一人当たり平均保険料額】

1.2兆円を
高齢者 1,776万人で負担

=

後期高齢者一人当たり平均保険料額
: 5,857円 (1.10倍)

【② 現役世代一人当たり支援金保険料相当額】

6.0兆円を
現役世代 1億948万人で負担

=

現役世代一人当たり支援金保険料相当額
: 4,534円 (1.91倍)

（参考）公費による軽減（高齢者の保険料軽減や現役世代の国保・協会けんぽへの公費等）を行う前の金額

（月額・単位：円）

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
① 後期高齢者一人当たり平均保険料額(軽減前)	6,916 (100)	6,839 (99)	6,881 (100)	6,868 (99)	7,282 (105)	7,271 (105)	7,540 (109)	7,440 (108)	7,607 (110)	7,617 (110)	7,592 (110)	—
② 現役世代一人当たり支援金額	2,980 (100)	3,466 (116)	3,667 (123)	3,853 (129)	3,967 (133)	4,125 (138)	4,211 (141)	4,421 (148)	4,483 (150)	4,695 (158)	4,949 (166)	5,139 (172)

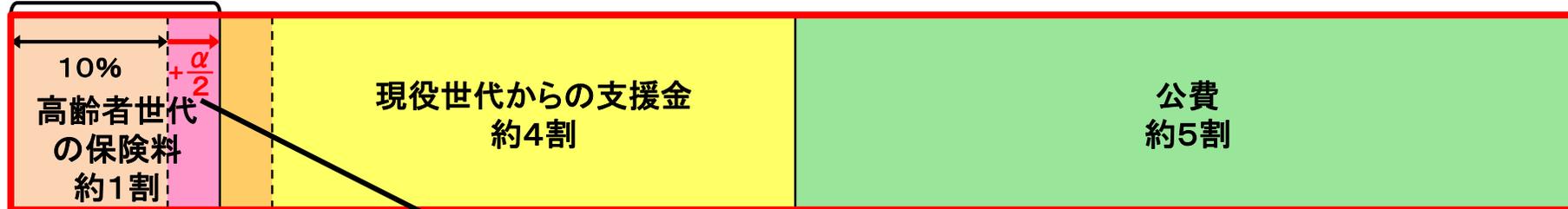
- 「現役世代人口の減少」による現役世代一人当たりの負担の増加については、高齢者と現役世代で折半して負担する仕組みとなっている（後期高齢者負担率による調整）。
- 一方、「後期高齢者一人当たり医療費の増加」による負担の増加は、高齢者と現役世代双方の一人当たりの負担に影響を与えるのに対して、「高齢者世代人口の増加」による負担の増加は、現役世代一人当たりの負担の増加要因となる。

※()内の数値は平成20年度の数値を100とした場合の数値。
 ※後期高齢者一人当たり平均保険料額及び後期高齢者一人当たり平均保険料額(軽減前)は平成20～30年度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」(保険局調査課)、令和元年度は保険料改定時見込みの数値。後期高齢者一人当たり平均保険料額(軽減前)は保険料算定額から賦課限度額を超える額を控除したもの。
 ※現役世代一人当たり支援金保険料相当額及び現役世代一人当たり支援金額は平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。
 ※現役世代一人当たり支援金額は、現役世代一人当たり支援金保険料相当額から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除する前のもの。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

後期高齢者負担率について

- 後期高齢者医療制度の医療給付費については、高齢者世代が約1割、現役世代が約4割、公費が約5割を負担することとされている。このうち、高齢者世代の負担割合については、後期高齢者負担率により定められている。
- 後期高齢者負担率については、平成20年度の10%を起点として、人口が減少する現役世代1人当たりの負担の増加に配慮し、2年ごとに「現役世代人口の減少」による現役世代1人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、設定する仕組みになっている。
- これに基づき、平成30年度・令和元年度の後期高齢者負担率を11.18%に定める。

後期高齢者負担率



現役世代人口の減少による現役世代1人当たりの負担の増加分(α)

＜後期高齢者負担率＞
 「現役世代人口の減少」による現役世代1人当たりの負担の増加分 α を、高齢者と現役世代で折半。折半した分 $\alpha/2$ について、高齢者の負担率が増加することとなる。

後期高齢者負担率の推移

	平成20・21年度	平成22・23年度	平成24・25年度	平成26・27年度	平成28・29年度	平成30年度・令和元年度
後期高齢者負担率	10%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%

医療保険制度をめぐる状況

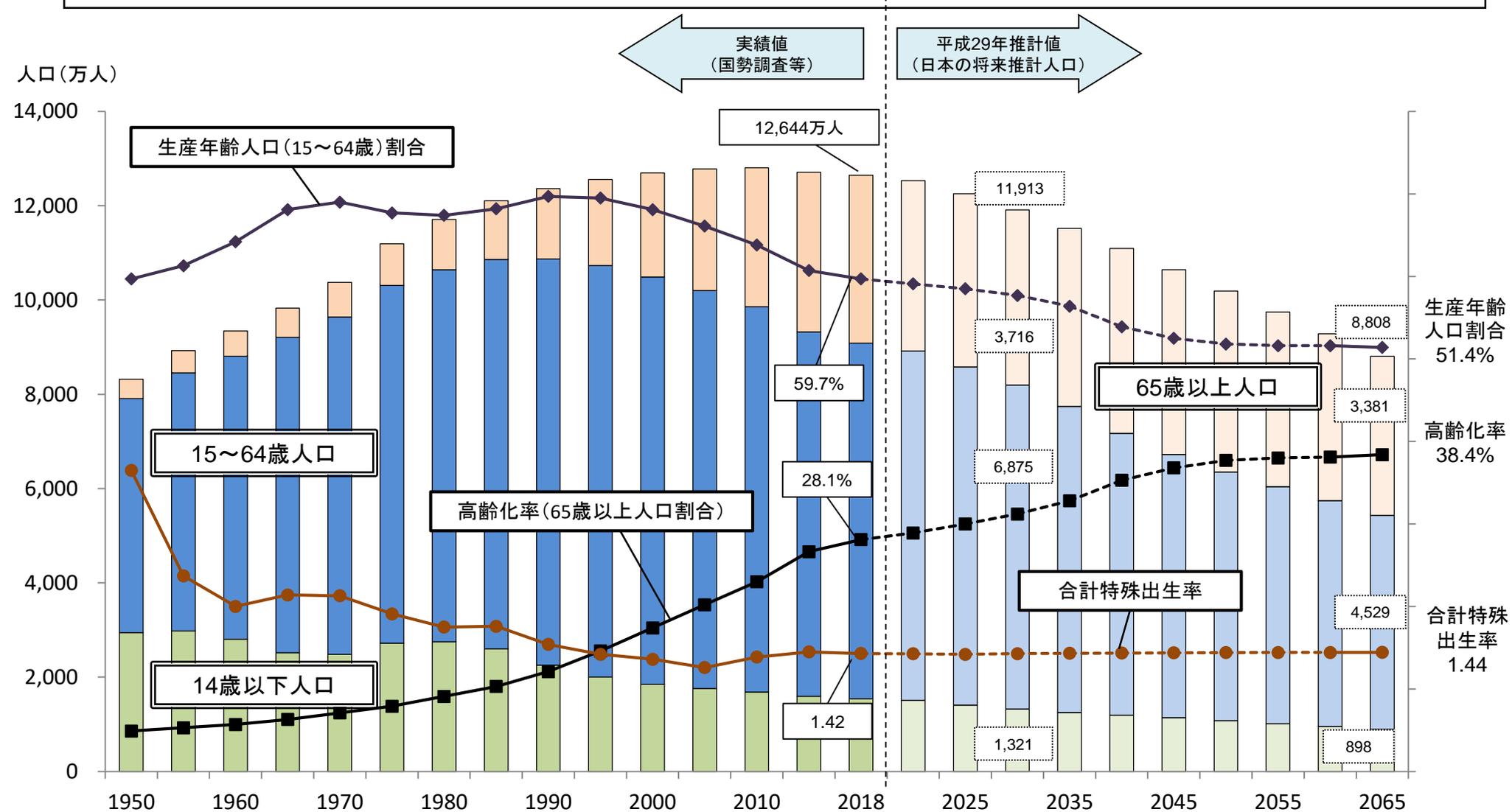
目次

○人口と医療費の動向等	2
○保険制度の状況	10
1. 国民健康保険	
2. 被用者保険	
3. 後期高齢者医療制度	
4. 予防・健康づくり	
○医療保険制度の見直しの状況	61

人口と医療費の動向等

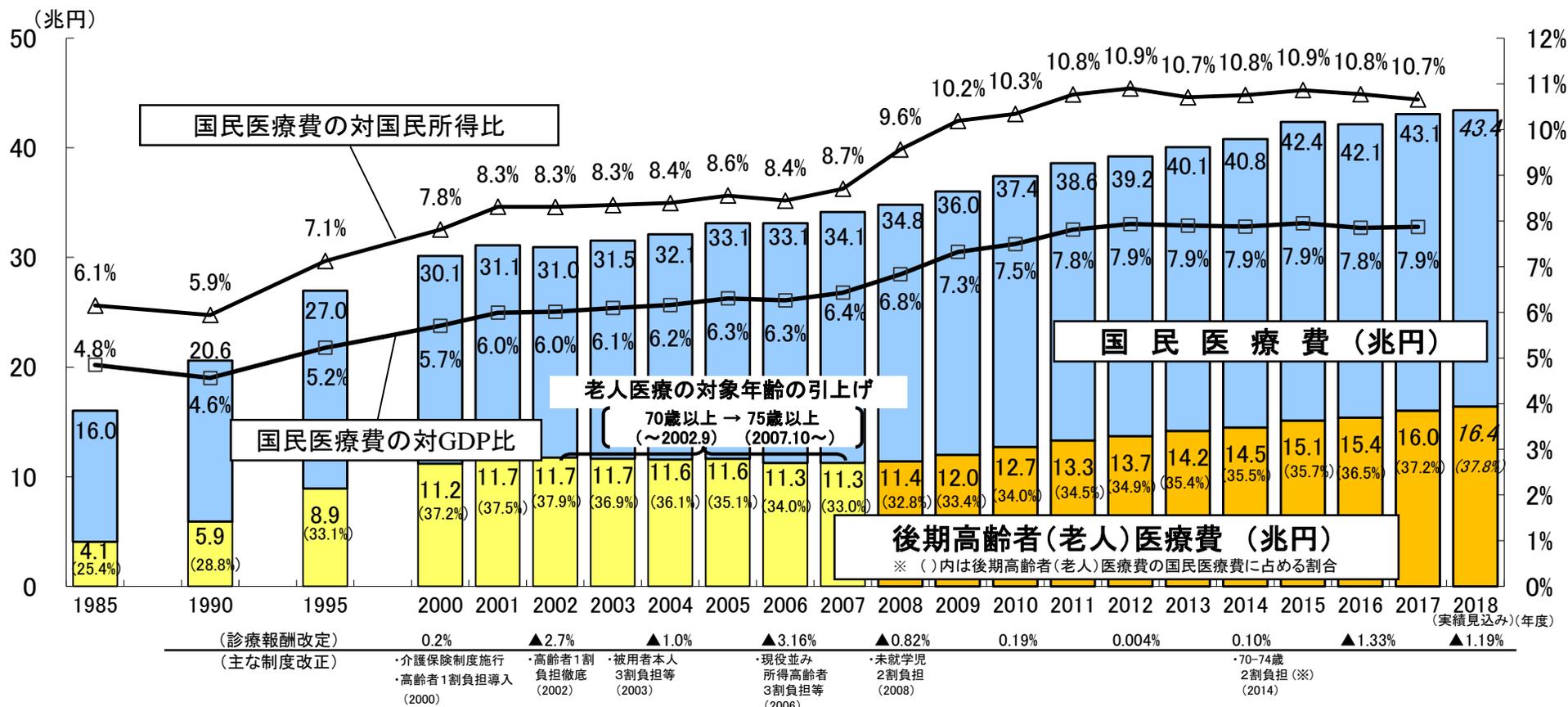
日本の人口の推移

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



(出所) 2018年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2018年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)
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	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8
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	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.4
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

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。

注2 2018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。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018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。

(※)70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、平成30年度は1.1%。
その要因には、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)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)
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%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8% (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1% (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% [-1.26%] 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)
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%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1% (注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						H26.4 70-74歳 2割負担 (注6)				

注1: 医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成29、30年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

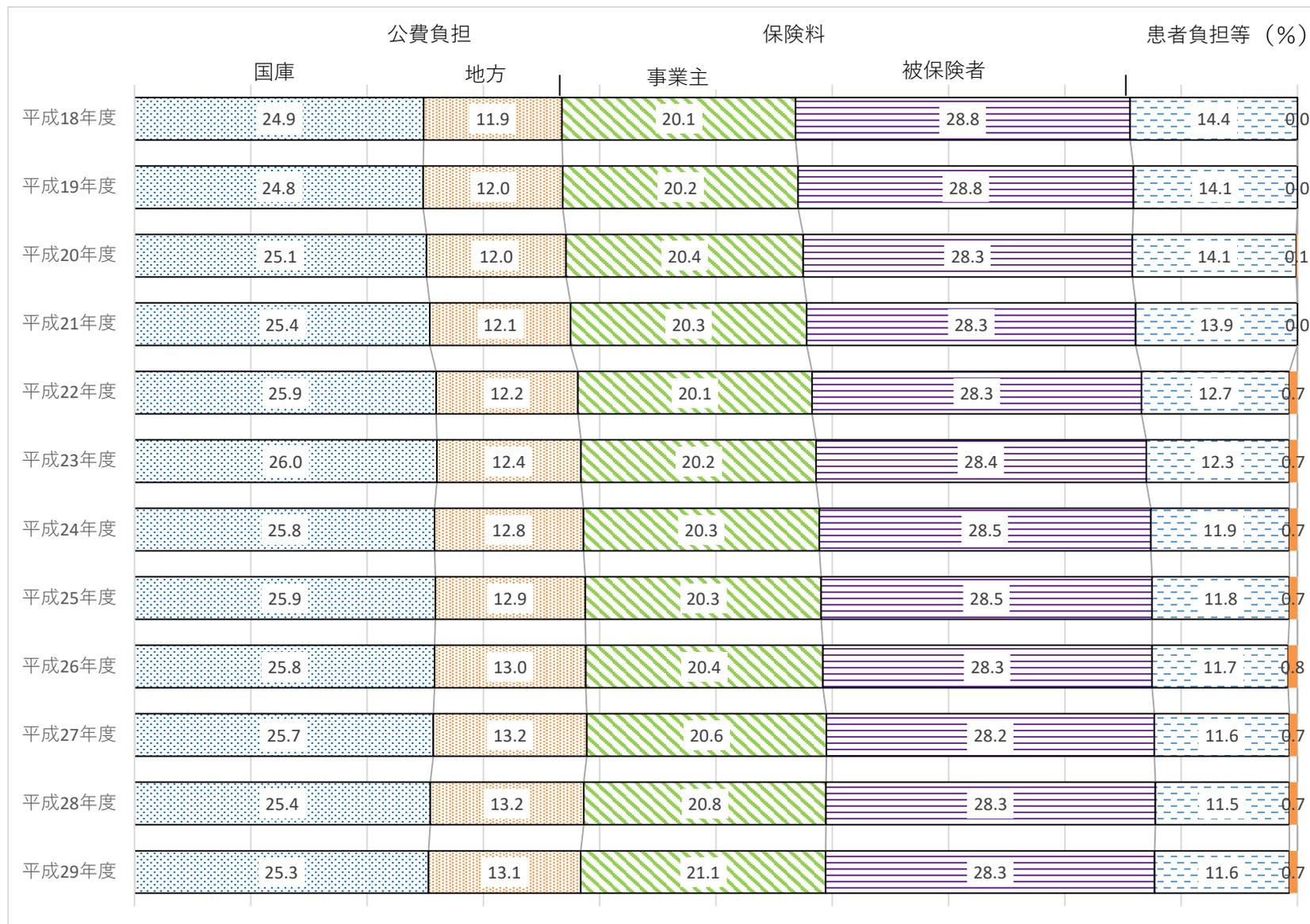
注4: 平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

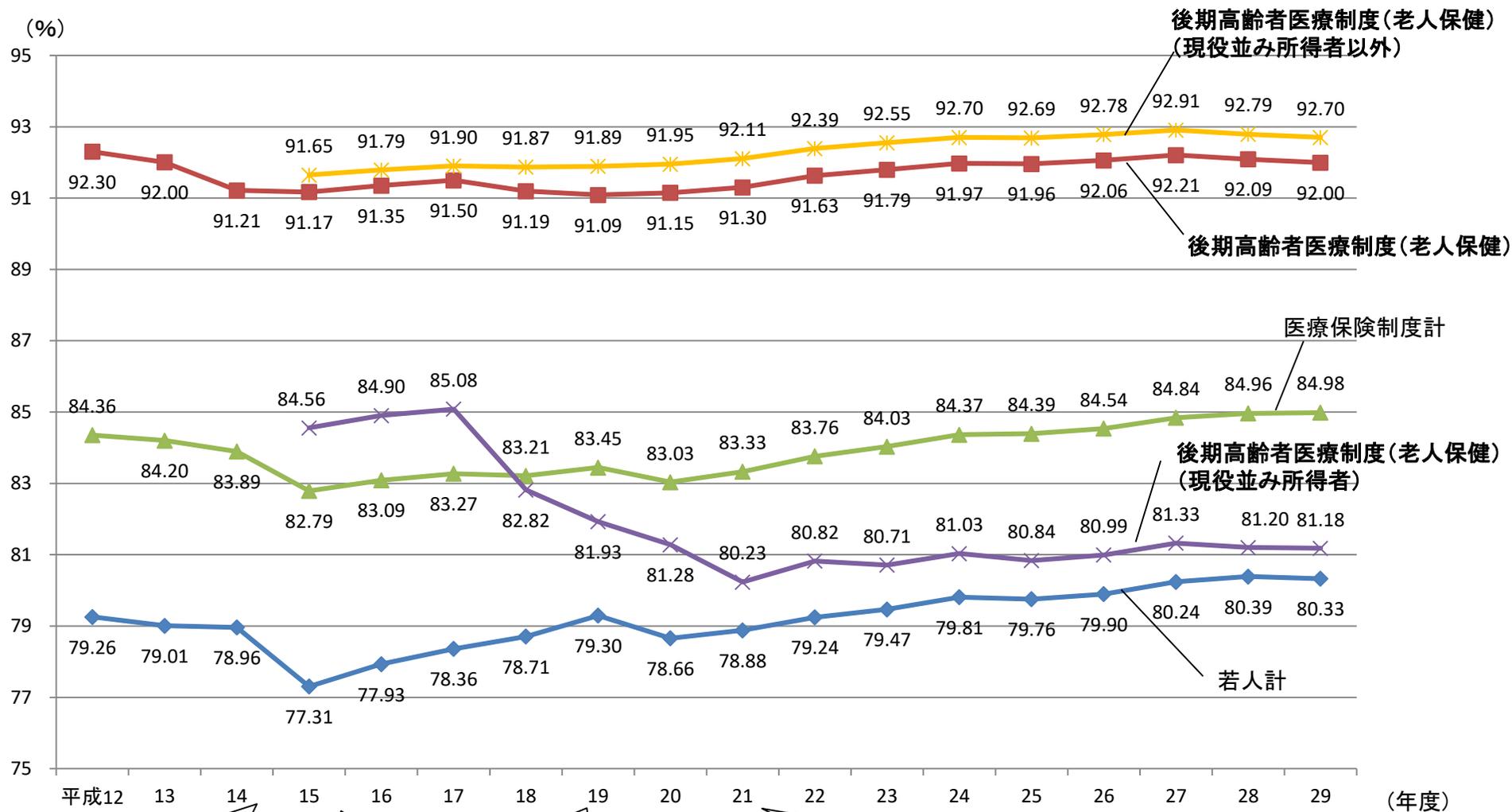
国民医療費の財源別内訳の推移



出典：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「平成29年度国民医療費」

実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



H14.10～70歳以上
:定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
:2割→3割

H18.10～70歳以上
:現役並み:2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前:2割

H26.4～70～74歳
:順次凍結解除

(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。
 出典:各制度の事業年報等を基に作成

OECD加盟国の保健医療支出の状況(2018年)

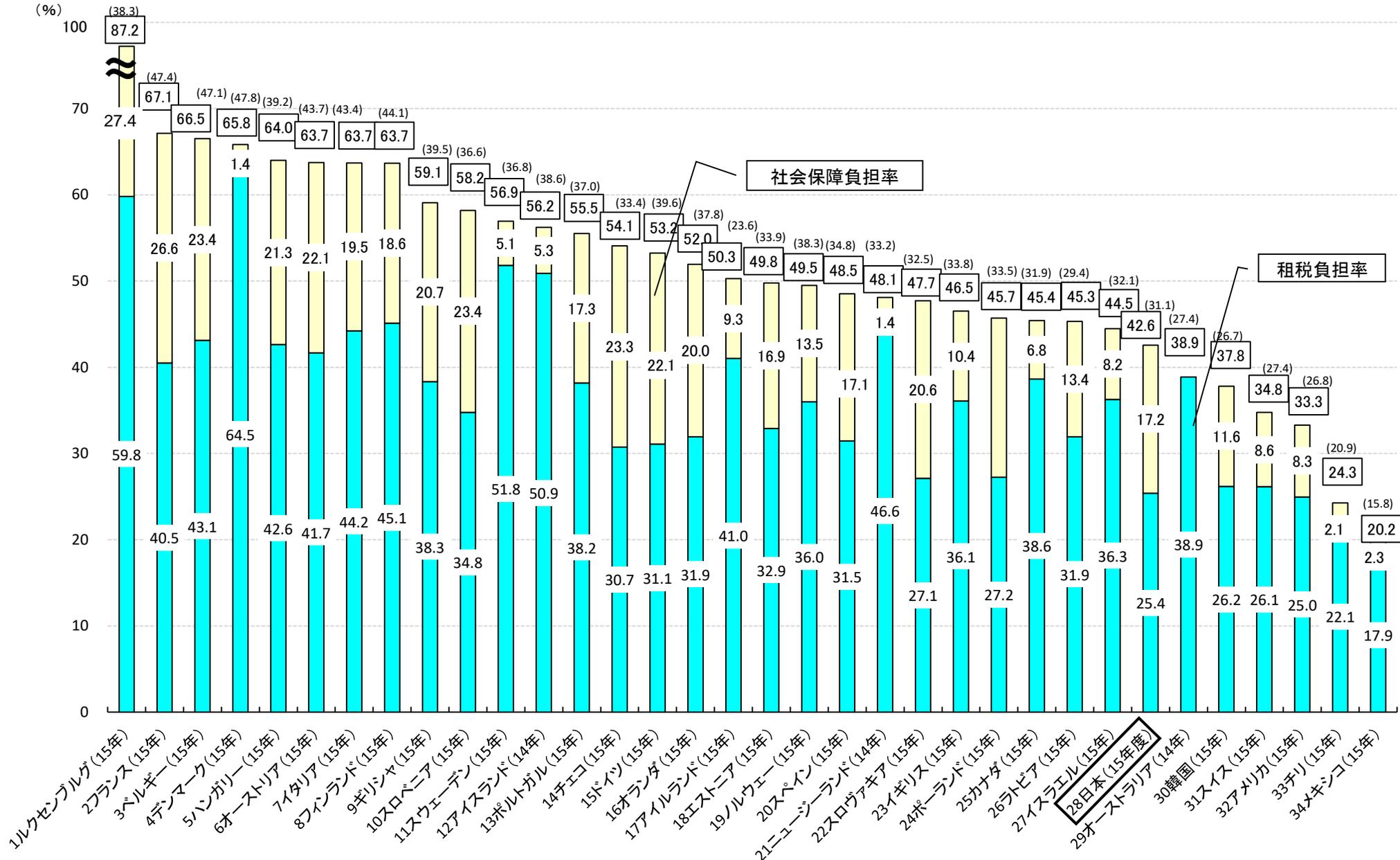
国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位			
アメリカ合衆国	16.9	1	10,586	1	
ス イ ス	12.2	2	7,317	2	
ド イ ツ	11.2	3	5,986	4	
フ ラ ン ス	11.2	4	4,965	12	
ス ウ ェ ー デ ン	11.0	5	5,447	5	
日 本	10.9	6	4,766	15	
カ ナ ダ	10.7	7	4,974	11	
デ ン マ ー ク	10.5	8	5,299	7	
ベ ル ギ ー	10.4	9	4,944	13	
オ ー ス ト リ ア	10.3	10	5,395	6	
ノ ル ウ ェ ー	10.2	11	6,187	3	
オ ラ ン ダ	9.9	12	5,288	8	
イ ギ リ ス	9.8	13	4,070	18	
ニュージーランド	9.3	14	3,923	19	
オーストラリア	9.3	15	5,005	10	
ポ ル ト ガ ル	9.1	16	2,861	24	
フィンランド	9.1	17	4,236	17	
チ リ	8.9	18	2,182	31	

国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位			
ス ペ イ ン	8.9	19	3,323	21	
イ タ リ ア	8.8	20	3,428	20	
アイスランド	8.3	21	4,349	16	
韓 国	8.1	22	3,192	22	
ス ロ ベ ニ ア	7.9	23	2,859	25	
ギ リ シ ャ	7.8	24	2,238	29	
イスラエル	7.5	25	2,780	26	
チ ェ コ	7.5	26	3,033	23	
アイルランド	7.0	27	4,869	14	
リトアニア	6.8	28	2,416	27	
ス ロ バ キ ア	6.7	29	2,290	28	
ハンガリー	6.6	30	2,047	33	
エ ス ト ニ ア	6.4	31	2,231	30	
ポ ー ラ ン ド	6.3	32	2,056	32	
ラ ト ヴ ィ ア	5.9	33	1,749	34	
メ キ シ コ	5.5	34	1,138	36	
ルクセンブルク	5.4	35	5,070	9	
ト ル コ	4.2	36	1,227	35	
OECD平均	8.8		3,992		

【出典】「OECD HEALTH Statistics 2019」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

国民負担率の国際比較（OECD加盟35カ国）



(注1) OECD加盟国35カ国中34カ国の実績値。残る1カ国(トルコ)については、国民所得の計数が取れず、国民負担率(対国民所得比)が算出不能であるため掲載していない。

(注2) 括弧内の数字は、対GDP比の国民負担率。

(出典) 日本：内閣府「国民経済計算」等 諸外国：National Accounts (OECD) Revenue Statistics(OECD)

保険制度の状況

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約16兆円

- ・75歳以上
- ・約1,800万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,680万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険
(都道府県・市町村国保
+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,170万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約4,070万人
- ・保険者数:1

約6兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,830万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約850万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、令和元年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療(対象者約4万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,680万人)の内訳は、国保約1,250万人、協会けんぽ約320万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 〔被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人〕	2,948万人 〔被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人〕	865万人 〔被保険者453万人 被扶養者411万人〕	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.8%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.2万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 〔一世帯当たり 136万円〕	151万円 〔一世帯当たり(※3) 254万円〕	218万円 〔一世帯当たり(※3) 388万円〕	242万円 〔一世帯当たり(※3) 460万円〕	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.7万円 〔一世帯当たり 13.9万円〕	11.4万円 <22.8万円> 〔被保険者一人当たり 19.1万円 <38.3万円>〕	12.7万円 <27.8万円> 〔被保険者一人当たり 22.7万円 <49.7万円>〕	14.2万円 <28.4万円> 〔被保険者一人当たり 27.1万円 <54.1万円>〕	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
協会けんぽ	2,091万人	2,159万人 (+68万人)	2,244万人 (+85万人)	2,322万人 (+77万人)
健康保険組合	1,564万人	1,581万人 (+17万人)	1,628万人 (+47万人)	1,649万人 (+20万人)
船員保険	6万人	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)
共済組合	449万人	450万人 (+1万人)	451万人 (+1万人)	453万人 (+2万人)
国民健康保険	3,594万人	3,469万人 (▲125万人)	3,294万人 (▲175万人)	3,148万人 (▲146万人)
後期高齢者医療制度	1,577万人	1,624万人 (+47万人)	1,678万人 (+54万人)	1,722万人 (+44万人)
合計	9,281万人	9,289万人 (+7万人)	9,301万人 (+13万人)	9,298万人 (▲3万人)

※1 各制度の事業年報等を基に作成。

※2 協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。

※3 各年度末現在の数値。

※4 括弧内は前年度に対する増減。

※5 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

医療給付費等総額： 約111,200億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
※4 予算額：約900億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担
事業規模：3,800億円、国庫補助額：1,000億円

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,500億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(26,000億円)

法定外一般会計繰入
約1,800億円 ※2

保険者支援制度

保険料軽減制度

調整交付金(国)

(9%)※1
8,100億円

定率国庫負担

(32%)※1
22,600億円

都道府県繰入金

(9%)※1
6,400億円

前期高齢者交付金

36,700億円
※3

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

公費負担額

国 計： 34,000億円
都道府県計： 11,300億円
市町村計： 1,800億円

50%

50%

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある
 ※2 平成29年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる
 ※4 平成31年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

平成30年度国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

<p>1. 運営の在り方 (総論)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 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運営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 ○ 都道府県が、都道府県内の<u>統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u> 	
	<h3>都道府県の主な役割</h3>	<h3>市町村の主な役割</h3>
<p>2. 財政運営</p>	<p>財政運営の責任主体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保事業費納付金を都道府県に納付
<p>3. 資格管理</p>	<p>国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進</p> <p style="text-align: right;">※4. と5. も同様</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(被保険者証等の発行)
<p>4. 保険料の決定 賦課・徴収</p>	<p>標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
<p>5. 保険給付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付の決定 ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
<p>6. 保健事業</p>	<p>市町村に対し、必要な助言・支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 (データヘルス事業等)

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度（令和元年度）
は910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入

※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞

保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

30年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

$\alpha=0$ とすることによって、医療費水準によらず、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、 $\alpha=0$ を設定した場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

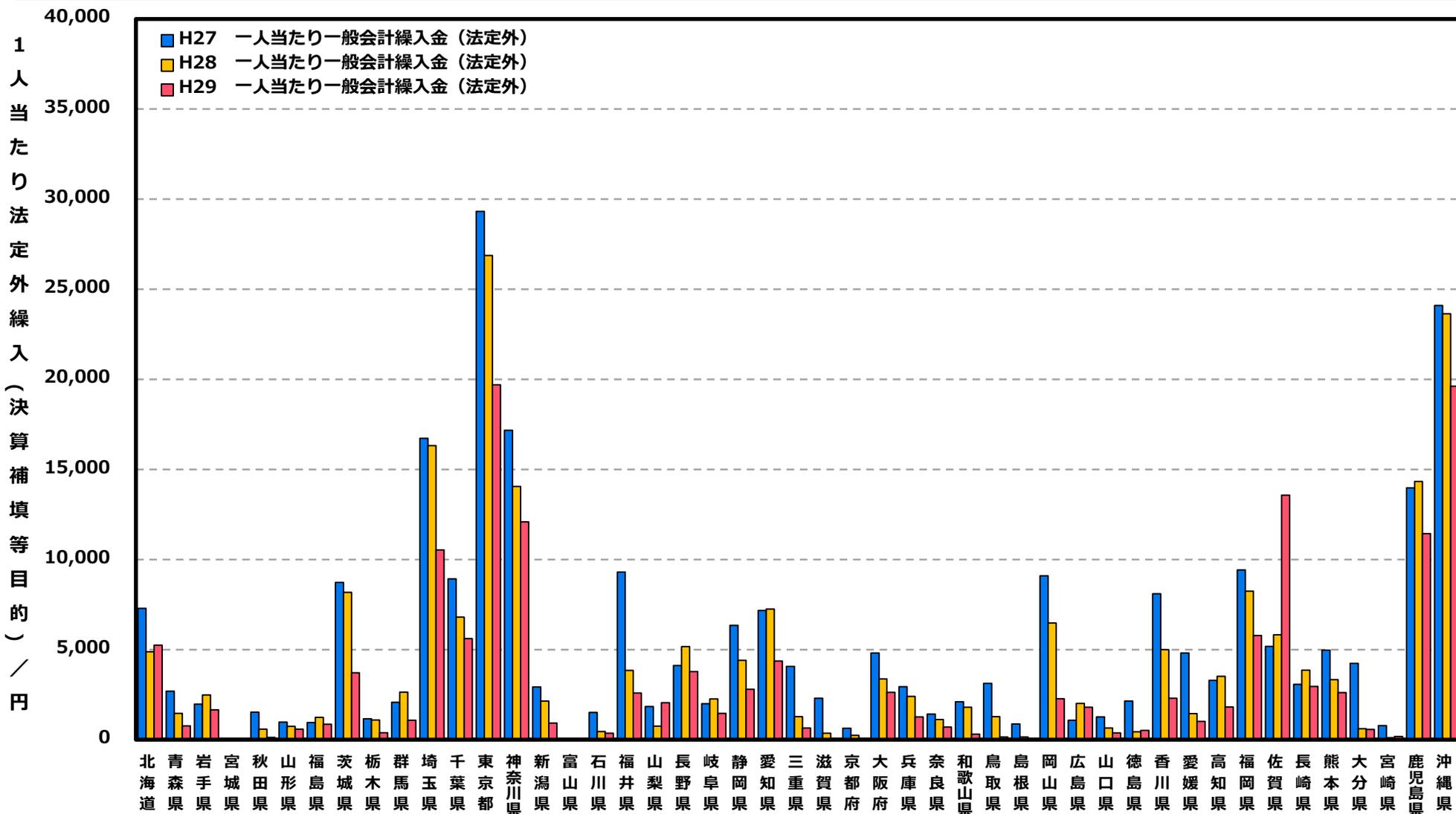
③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成29年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉県、東京都、神奈川県、佐賀県、鹿児島県、沖縄県である。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告

(注) 「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金」については、平成27年度より定義を再整理しているため、それ以前の年度との単純な比較は困難。

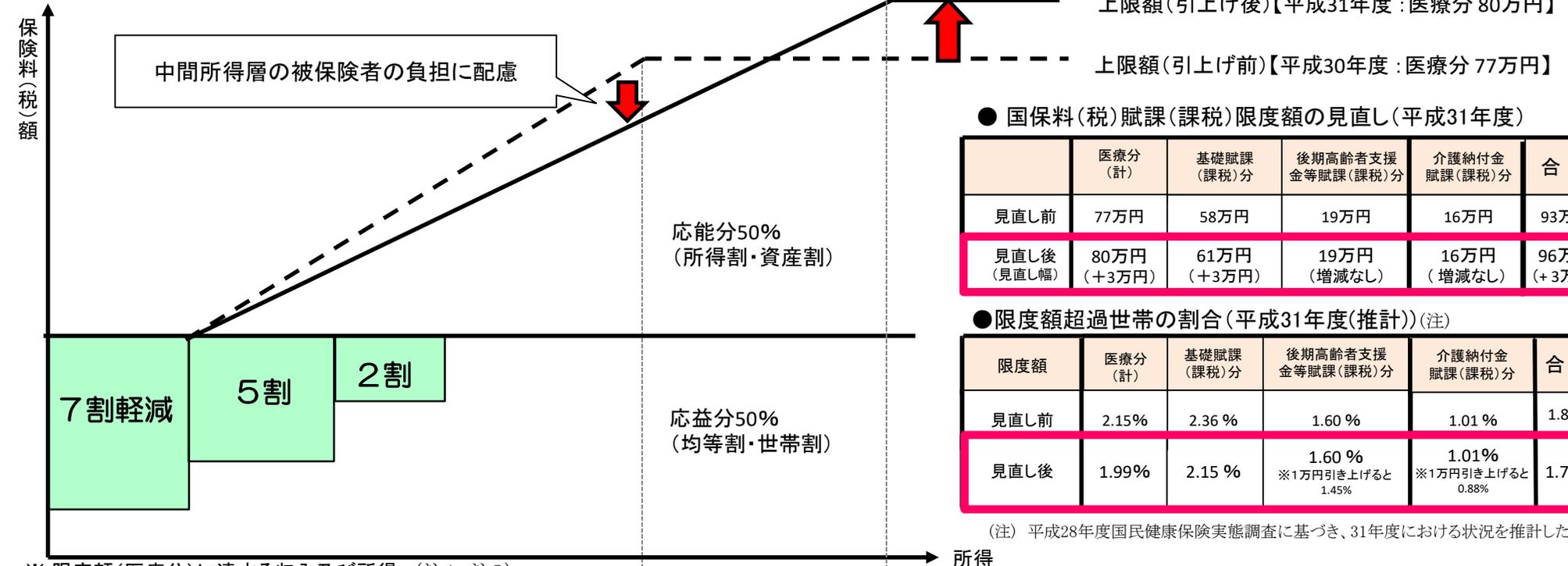
平成31年度の国保保険料(税) 賦課(課税) 限度額の在り方

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%~1.5%の間となるように法定されている。

- 平成31年度においては、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、基礎賦課分を3万円引き上げることとする。(後期高齢者支援金等分及び介護納付金分は据え置く)

【参考】平成31年度において引上げを行った場合



上限額(引上げ後)【平成31年度:医療分 80万円】

上限額(引上げ前)【平成30年度:医療分 77万円】

中間所得層の被保険者の負担に配慮

応能分50%
(所得割・資産割)

応益分50%
(均等割・世帯割)

● 国保料(税)賦課(課税)限度額の見直し(平成31年度)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	77万円	58万円	19万円	16万円	93万円
見直し後(見直し幅)	80万円(+3万円)	61万円(+3万円)	19万円(増減なし)	16万円(増減なし)	96万円(+3万円)

● 限度額超過世帯の割合(平成31年度(推計))(注)

限度額	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	2.15%	2.36%	1.60%	1.01%	1.86%
見直し後	1.99%	2.15%	1.60% ※1万円引き上げると1.45%	1.01% ※1万円引き上げると0.88%	1.75%

(注) 平成28年度国民健康保険実態調査に基づき、31年度における状況を推計したもの。

※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得(注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成30年度】

【平成31年度】

給与収入 約1,060万円 / 年金収入 約1,060万円
(給与所得 約840万円 / 年金所得 約840万円)

給与収入 約1,100万円 / 年金収入 約1,090万円
(給与所得 約880万円 / 年金所得 約880万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

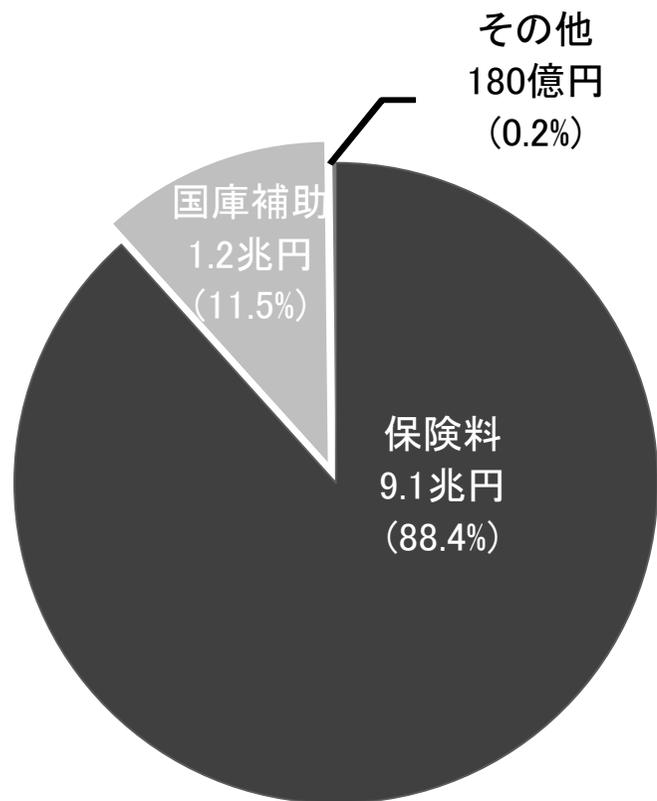
(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成28年度全国平均値で試算。平成28年度 所得割率 8.59%、資産割額 14,329円、均等割額 29,989円、世帯割額 28,153円。同様の考え方で平成31年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約980万円/年金収入約960万円、2方式の場合には給与収入約1,120万円/年金収入約1,110万円となる。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

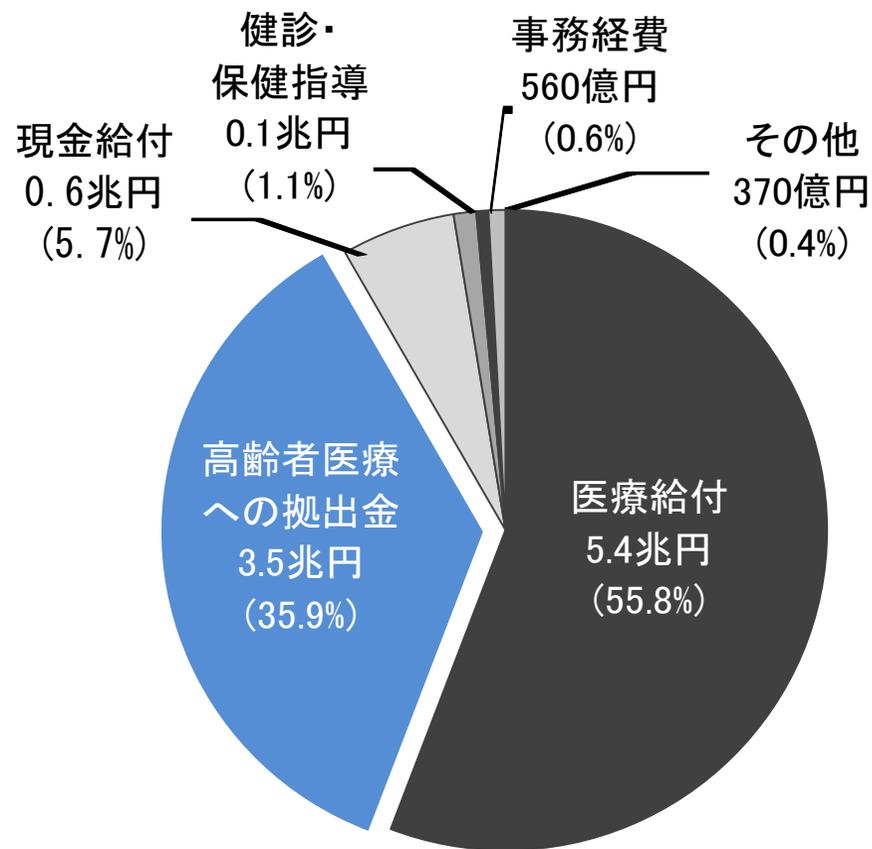
協会けんぽの財政構造（30年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約10兆円だが、その約3.5割、約3.5兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

収入 10兆3,461億円

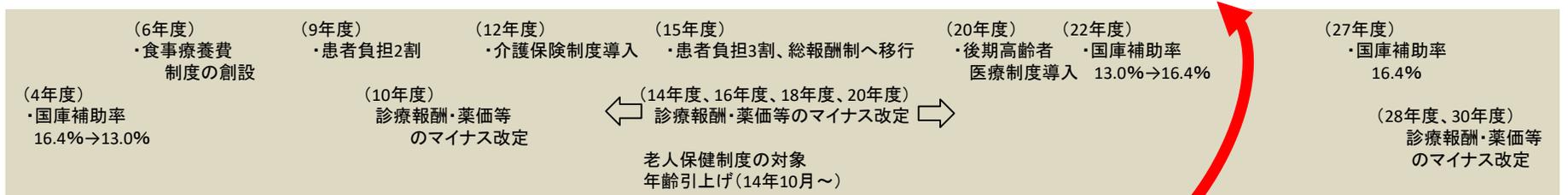
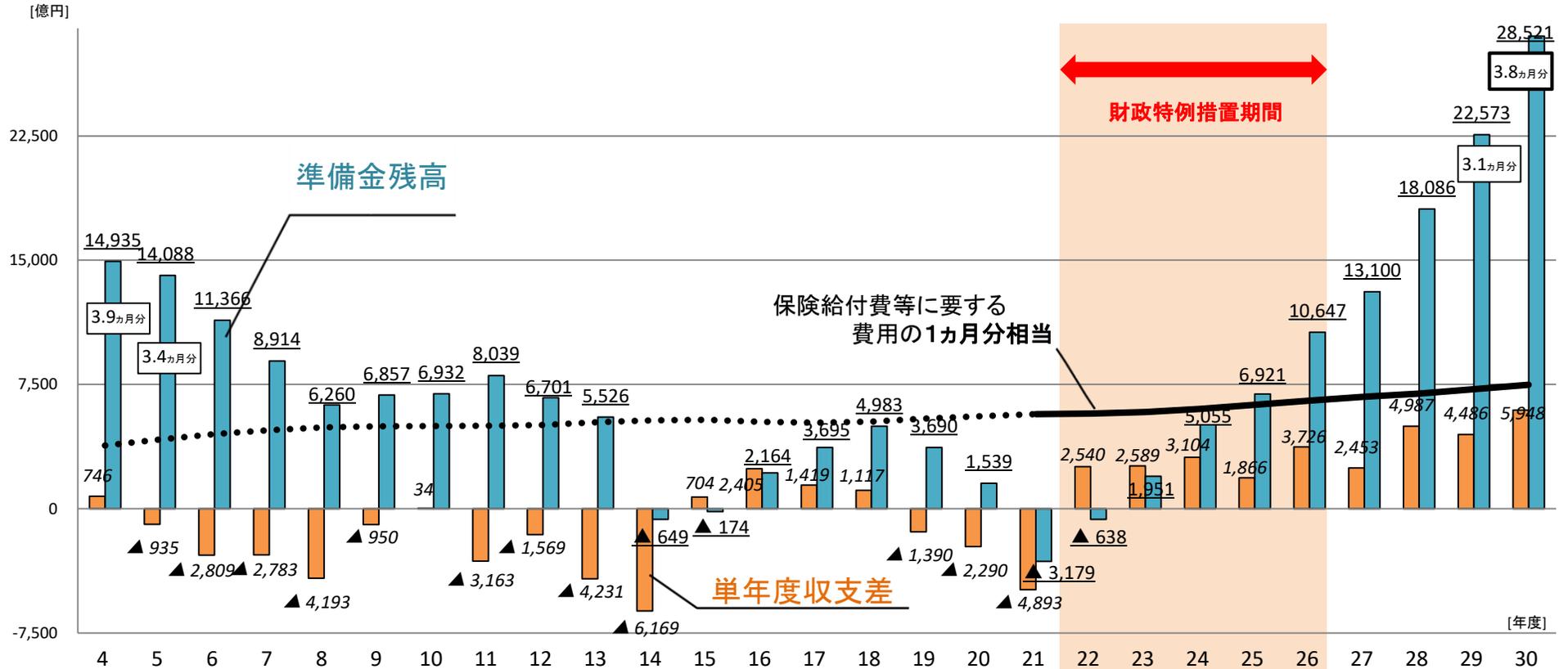


支出 9兆7,513億円



(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

単年度収支差と準備金残高等の推移 (協会会計と国の特別会計との合算ベース)

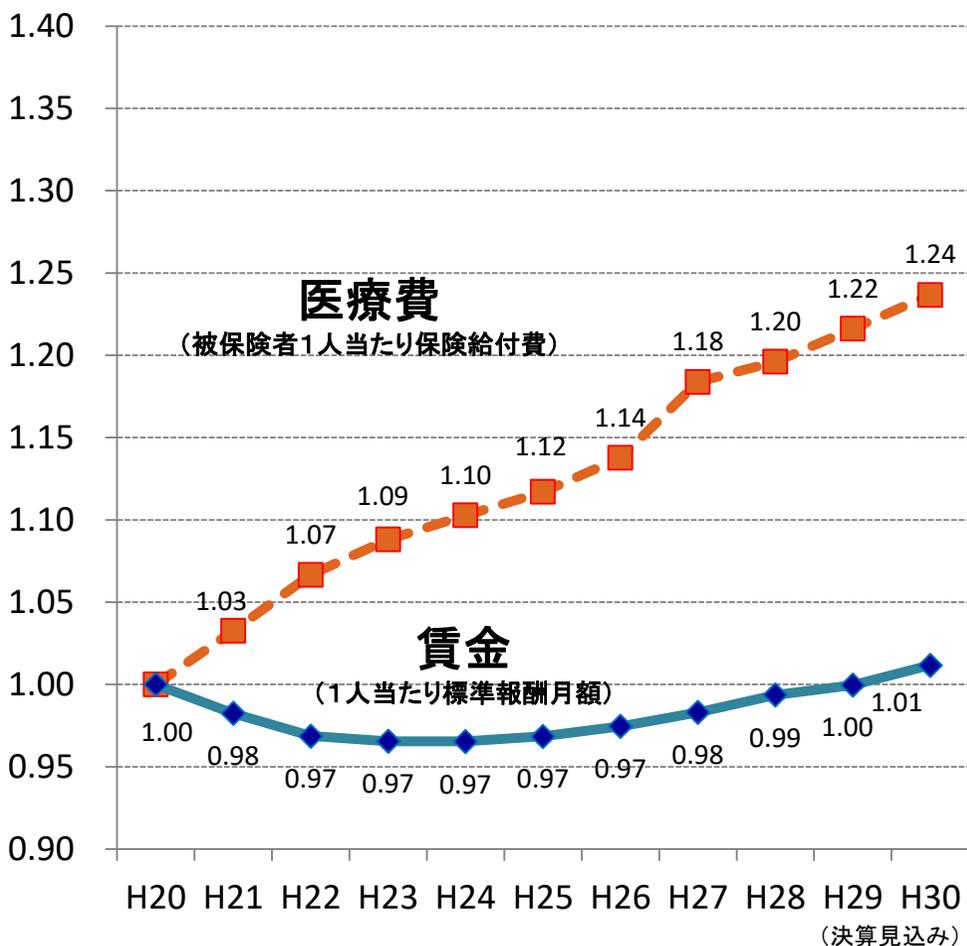


(注) 1.平成8年度、9年度、11年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2.平成21年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 3.協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1ヵ月分を準備金(法定準備金)として積み立てなければならないとされている(健康保険法160条の2)。

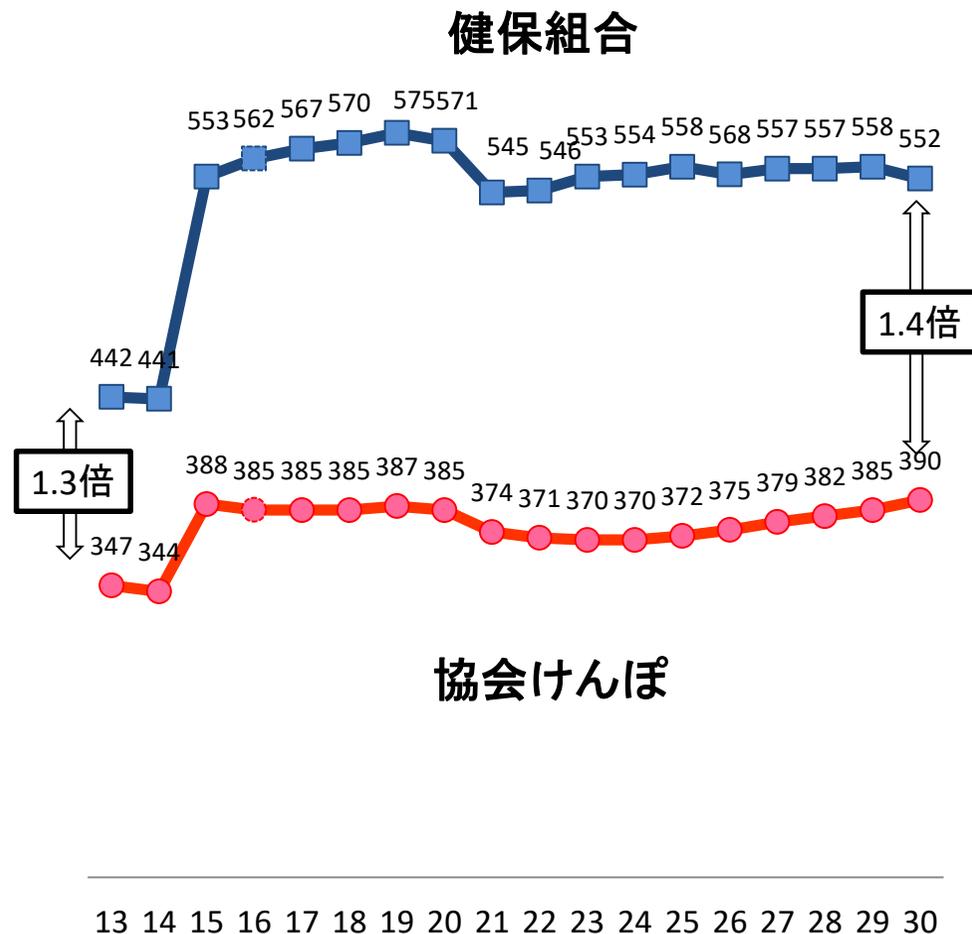
協会の財政構造と財政力格差について

- 協会けんぽの財政は、医療費が賃金の伸び率を上回って伸びている。
- 協会の報酬水準は低く、他の健保組合と比べて1.4倍の格差がある。

協会の保険財政の傾向

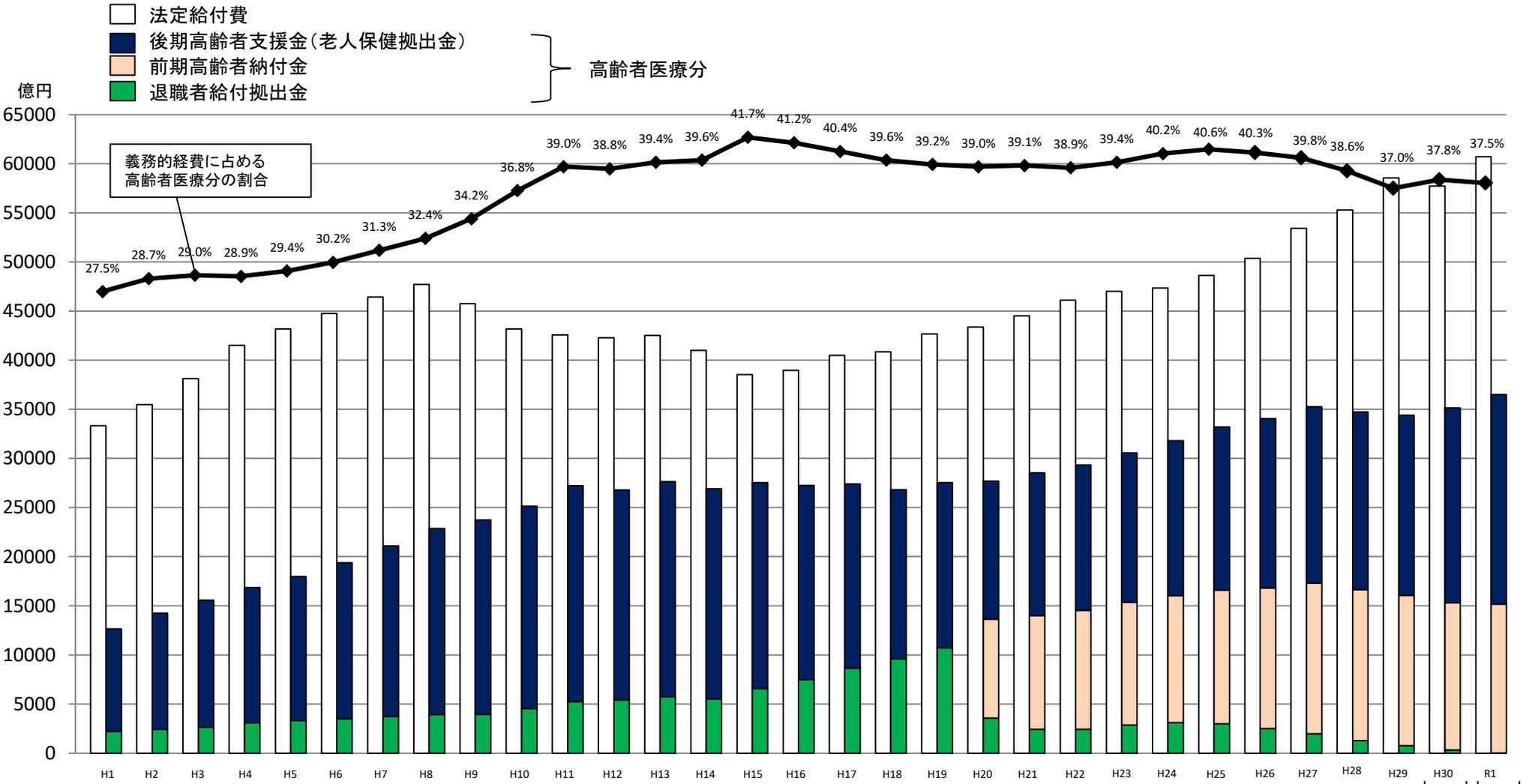


協会と健保組合の報酬水準の比較



高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.5%（令和元年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成29年度までは実績額を、平成30年度は概算額を、令和元年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成29年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成30年度は概算賦課額。令和元年度は予算額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、

平成29年度以降は全面総報酬割としている。

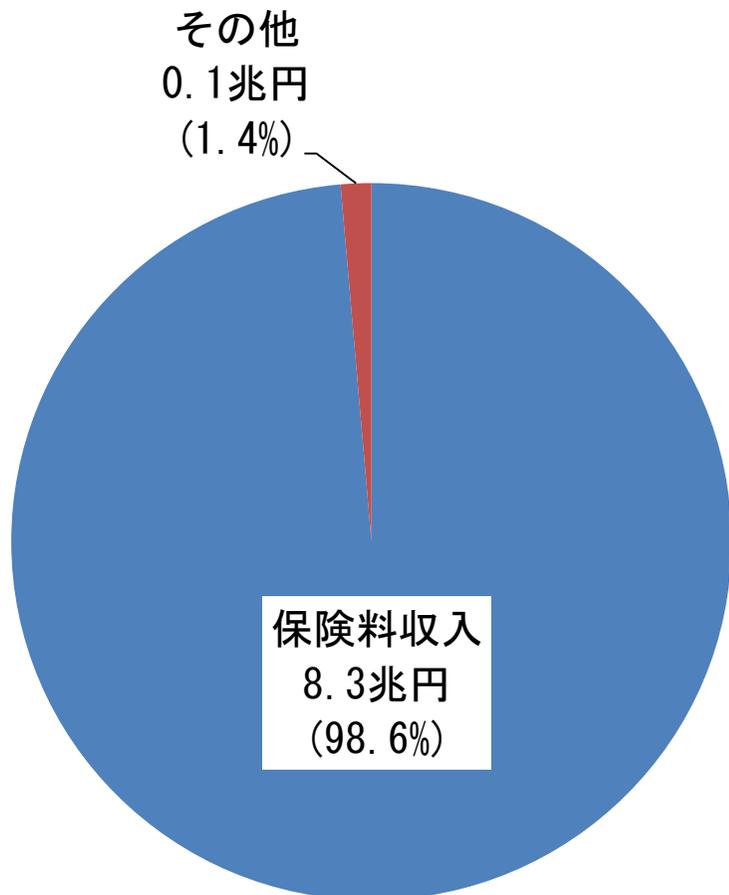
※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

(概算) (予算)

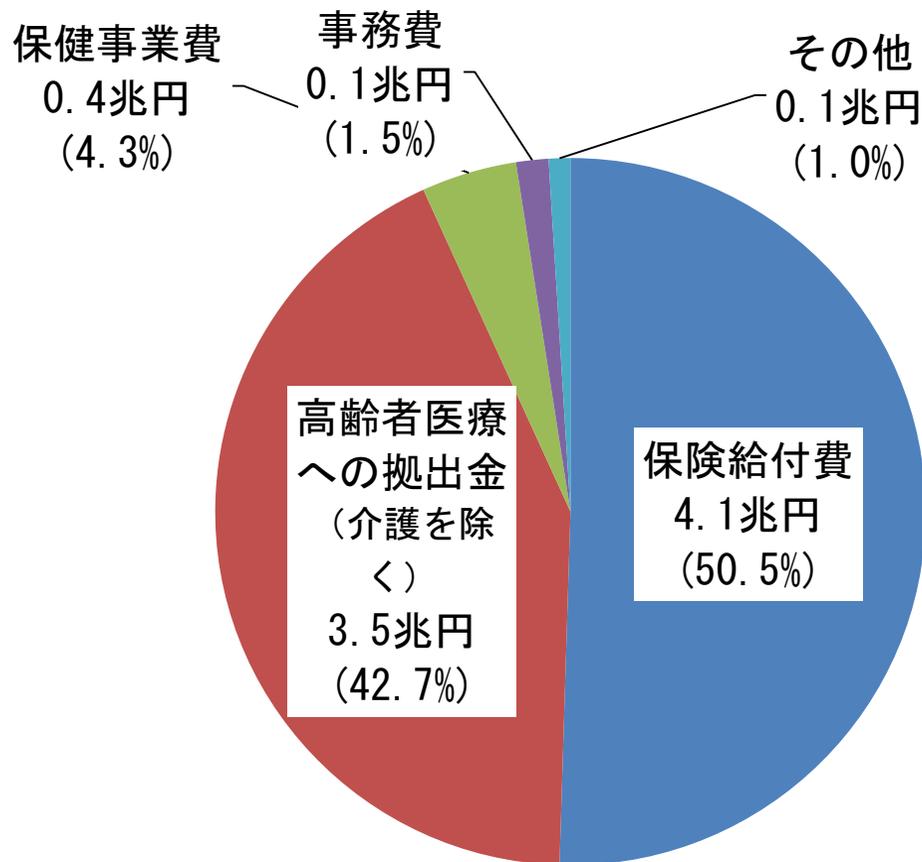
健康保険組合の財政構造（30年度決算見込）

○ 健保組合の経常収入は約8.4兆円、経常支出は約8.1兆円であり、そのうち約4.1兆円（約5割）が保険給付費に、約3.5兆円（約4割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入 8兆3,906億円



経常支出 8兆859億円

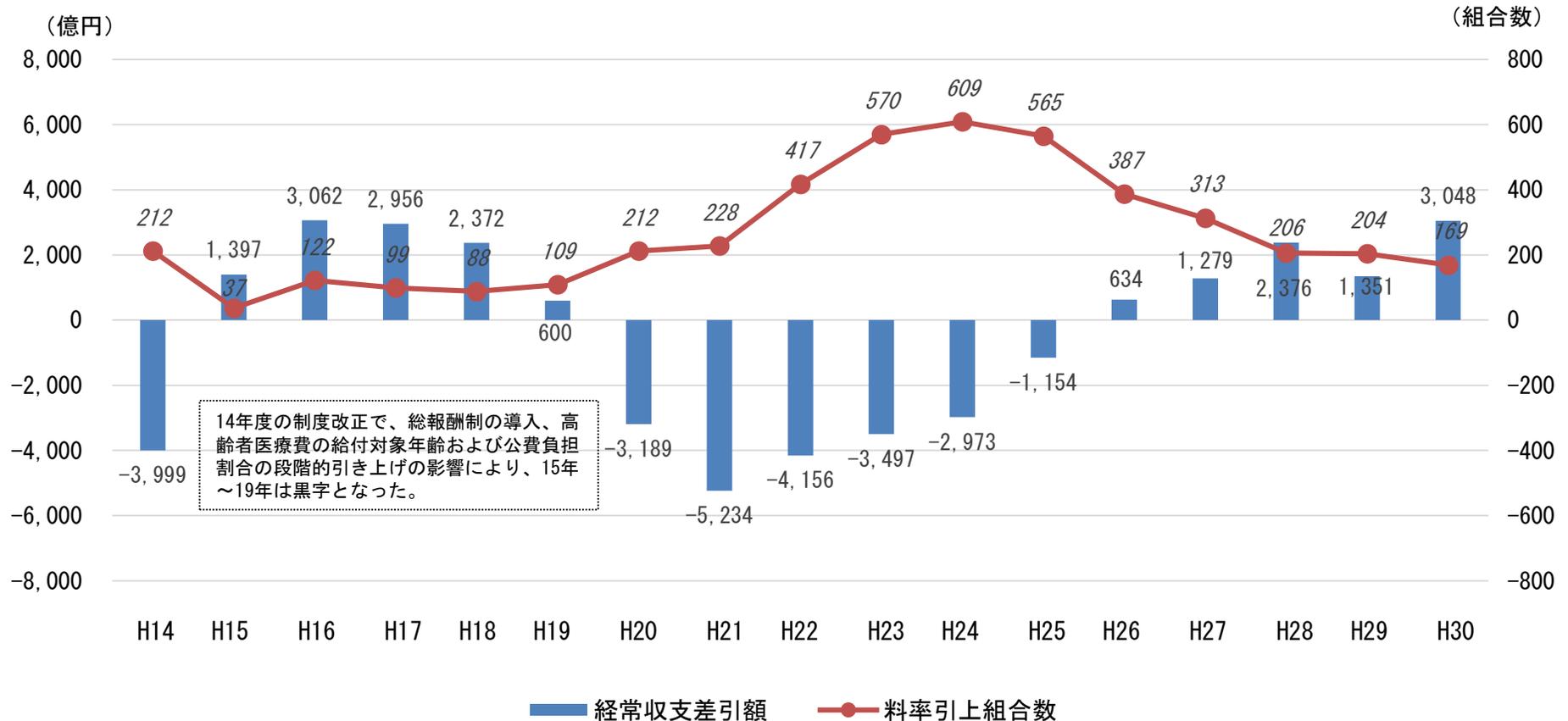


(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

30年度決算見込（令和元年9月9日健保連発表）

- ・ 単年度黒字：平成29年度に引き続き、5年連続で3,048 億円の経常黒字
- ・ 保険料率の引上げ：健保組合全体の約 1.2 割（169組合）
→平均保険料率（9.167%→9.21%） 対前年度伸び率0.47%
- ・ 保険料収入に占める拠出金等の割合：41.75%



(※1) 平成14～29年度までは決算、30年度は決算見込の数値である。

(※2) 保険料引き上げ組合数は、14～29年度までは前年度決算との比較、30年度は29年度決算との比較である。

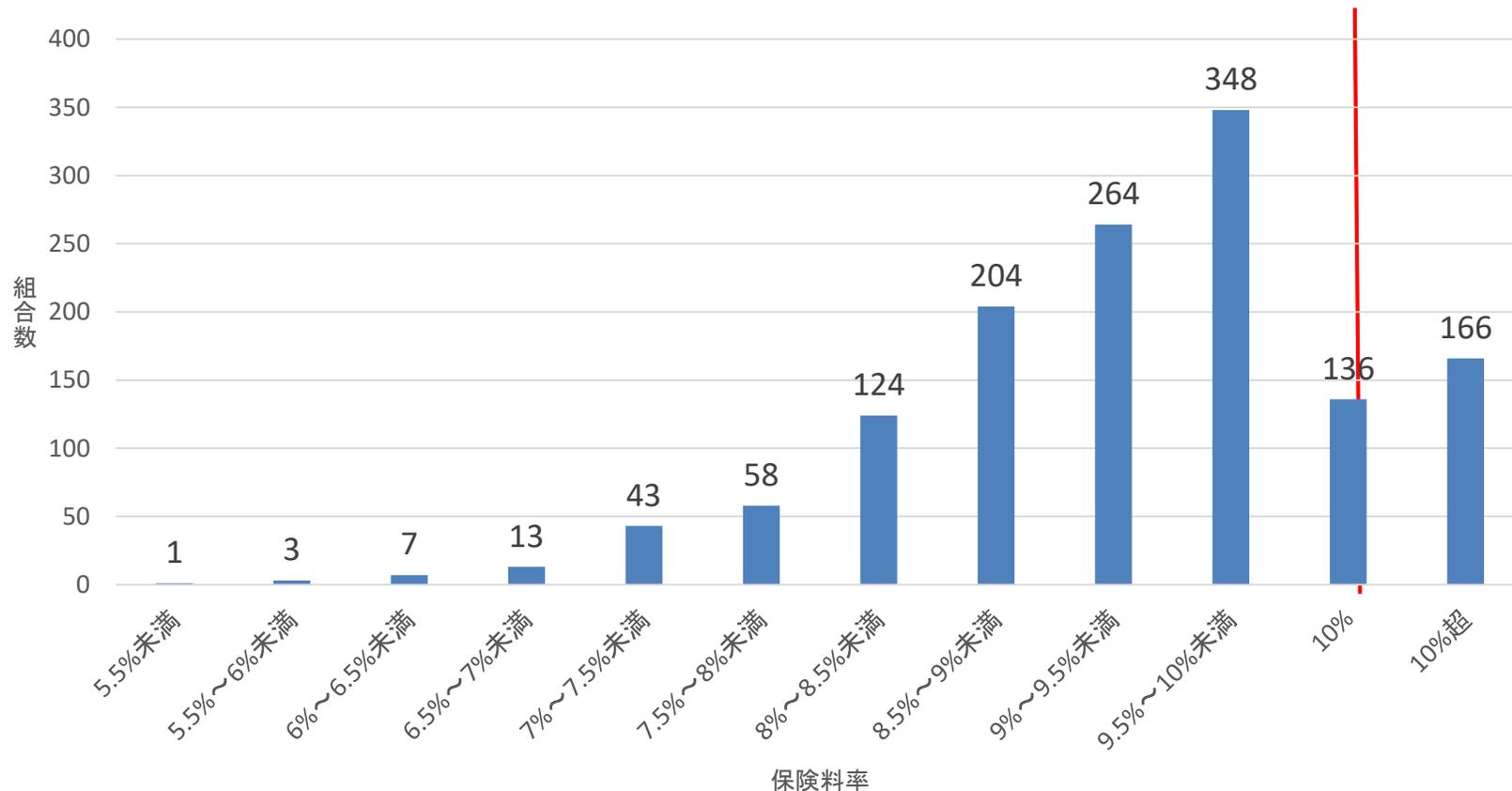
健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成31年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.2 %、最高12%となっている。

また、協会けんぽの平均保険料率(10.0%)以上の健康保険組合は302組合ある。

全組合の平均：9.218%
(31年度予算早期集計：1,367/1,388組合)

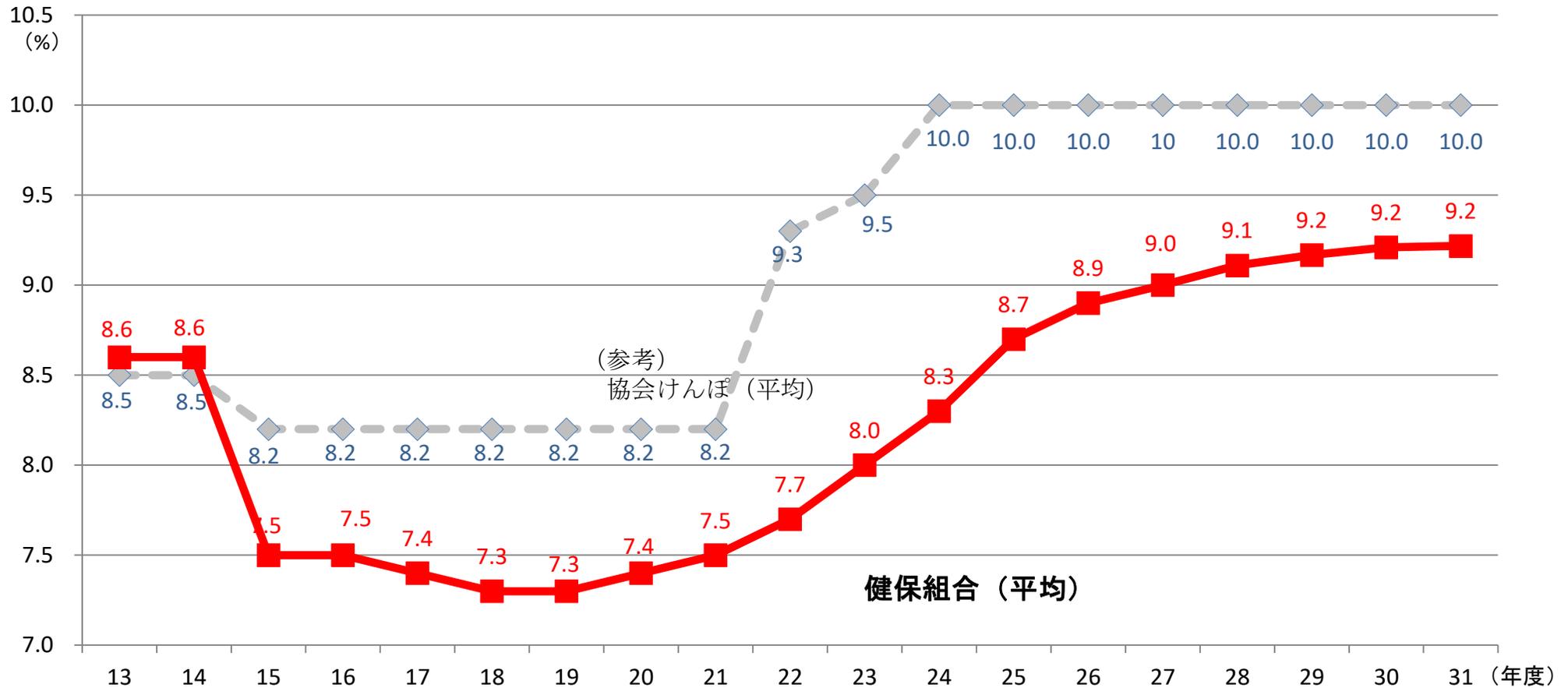
協会けんぽの平均保険料率
10.0%(H31年度)



(注1) 保険料率には調整保険料率を含む

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.53 %

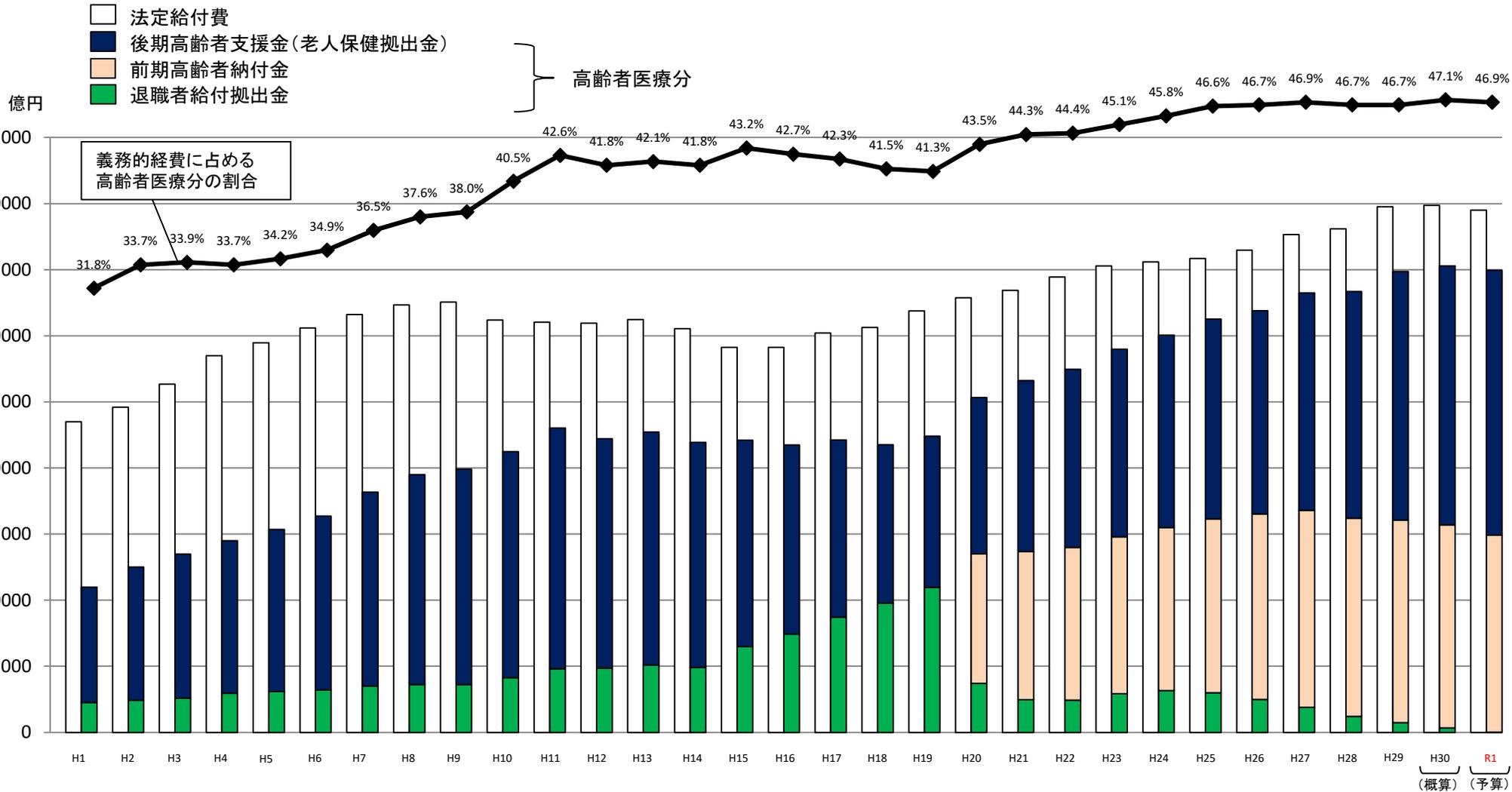
健康保険組合の保険料率の推移



- (※ 1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。
- (※ 2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～29年度は決算、30年度は決算見込、31年度は予算早期集計による。

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、46.9%（令和元年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成29年度までは実績額を、平成30年度は概算額を、令和元年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成29年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成30年度は概算賦課額を、令和元年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

被用者保険者への支援について

	特別負担調整 (高齢者医療特別負担調整交付金)	高齢者医療運営円滑化等補助金		
		(既存分)	(新規分)	
予算額 (令和元年度)	100億円	120.4億円	600億円(※1)	
開始年度 ・概要	<p><平成29年度から> <u>拠出金負担が、義務的支出(※2)に比べ過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。</u></p> <p>[拠出金負担(前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金)の軽減措置]</p>	<p><平成2年度から> 被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ることを目的として、総報酬に占める前期高齢者納付金の割合(所要保険料率)が<u>重い保険者に対して負担軽減を行う。※3</u></p> <p>[前期高齢者納付金負担の軽減措置]</p>	<p><平成27年度から> <u>団塊世代が前期高齢者に到達することにより、前期高齢者納付金が増加することが見込まれることから、納付金負担が過大となる保険者の負担を軽減するため、前期高齢者納付金負担の伸びに着目した負担軽減を行う。</u></p>	
対象組合数 (令和元年度)	116組合(健115、共1)	1,065組合(健1,008、共57)※4		
助成額	100億円	120.4億円(241組合)	575.6億円(894組合)	22.5億円(182組合)
助成要件 (令和元年度)	<ul style="list-style-type: none"> ・義務的支出に占める拠出金負担の割合が53.614%以上の保険者については、その過大な負担分を全保険者で按分し、 ・それに加えて、財政力が平均以下の保険者に限り、50.04395%以上53.614%未満である部分の2分の1を国庫補助し、残りの2分の1部分を全保険者で按分する。 <p>⇒ 結果として、該当する保険者は、拠出金負担の割合が50.04395%を超えないこととなる。</p>	<p>(既存分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所要保険料率が健保組合平均(1.67%)の1.1倍以上、かつ、 ・被保険者一人当たり総報酬額が健保組合平均(577万円)未満の保険者を対象とする。 <ul style="list-style-type: none"> ・1.3倍～ 60%助成 ・1.2倍～1.3倍 30%助成 ・1.1倍～1.2倍 15%助成(※5) 	<p>(新規分:平成27年度～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から令和元年度への伸び率が大きい保険者に対し、伸び率に応じて助成する。 <ul style="list-style-type: none"> ・2.5倍～ 85%助成 ・2.0倍～2.5倍 65%助成 ・1.5倍～2.0倍 45%助成 ・1.35倍～1.5倍 25%助成 ・1.2倍～1.35倍 13%助成 	<p>(急増分:令和元年度～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、平成30年度から令和元年度(単年度)又は平成29年度及び30年度の平均値(2年平均)から令和元年度への伸び率に応じて助成する。 <ul style="list-style-type: none"> ・2.0倍～ 80%助成 ・1.5倍～2.0倍 60%助成 ・1.1倍～1.5倍 40%助成

(※1) 旧臨給(指定組合の保険給付等に要する費用に対して行う助成事業)7.9億円を含む。

(※2) 法定給付費等+後期高齢者支援金+前期高齢者納付金

(※3) 平成29年度から被用者保険者の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたことから、所要保険料率の算出については前期高齢者納付金のみを対象としている。

(※4) 既存分・新規分(伸び率)・急増分それぞれで対象となっている保険者がいるため、重複を考慮すると1,065組合となる。

(※5) 15%助成は、全体の予算規模を勘案の上、実質11.4%助成となる。

○事業概要

- ・過去の解散組合の分析から、現在のままでは解散を選択する蓋然性の高い健保組合を対象とし、保険者機能強化の観点から、**3か年の「事業実施計画」を策定**させ、財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業の実施に係る経費を助成。
- ・併せて、保険料収入による健全経営を確立するため、**3か年の収支均衡計画を策定**させる。
- ・計画期間中に次のいずれかの条件の達成を求めていく。
 - ①保険料率の一定以上の引き上げ
 - ②保有資産割合の一定以上の増加
 - ③経常黒字の達成

○対象組合

- ・平成29年度決算において次の全ての基準に該当する健保組合。
 - ①保険料率が9.5%以上
 - ②財源率が9.0%超
 - ③保有資産が200%未満
 - ④経常赤字が過去3か年度連続している組合

○算定方法

- ・保険者機能強化事業については、前年度における財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業費の増加分を補助対象経費とする。（ただし、前年度の対象経費を上限とする）
- ・補助対象経費に対しては、次の基準で補助割合を設定する。
 - a) 対象組合の1人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合には1/2を補助
 - b) 対象組合の1人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合には1/3を補助



1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

高齢者医療制度の財政

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,800万人

<後期高齢者医療費>

17.7兆円(令和元年度予算ベース)

給付費 16.3兆円

患者負担 1.4兆円

<保険料額(平成30年度・令和元年度見込)>

全国平均 約5,860円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約750円/月

前期高齢者に係る財政調整

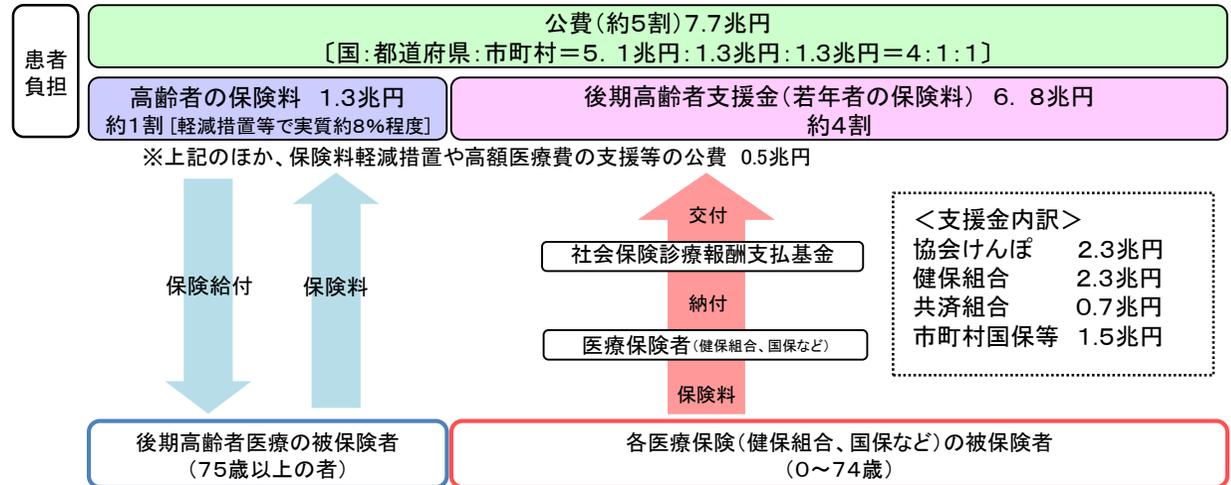
<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,680万人

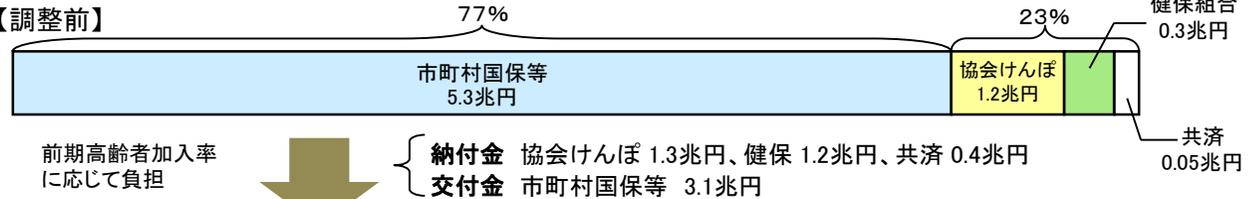
<前期高齢者給付費>

6.9兆円
(令和元年度予算ベース)

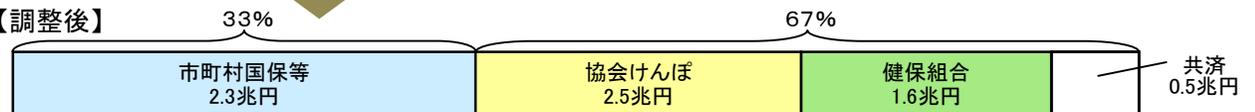
【全市町村が加入する広域連合】



【調整前】



【調整後】

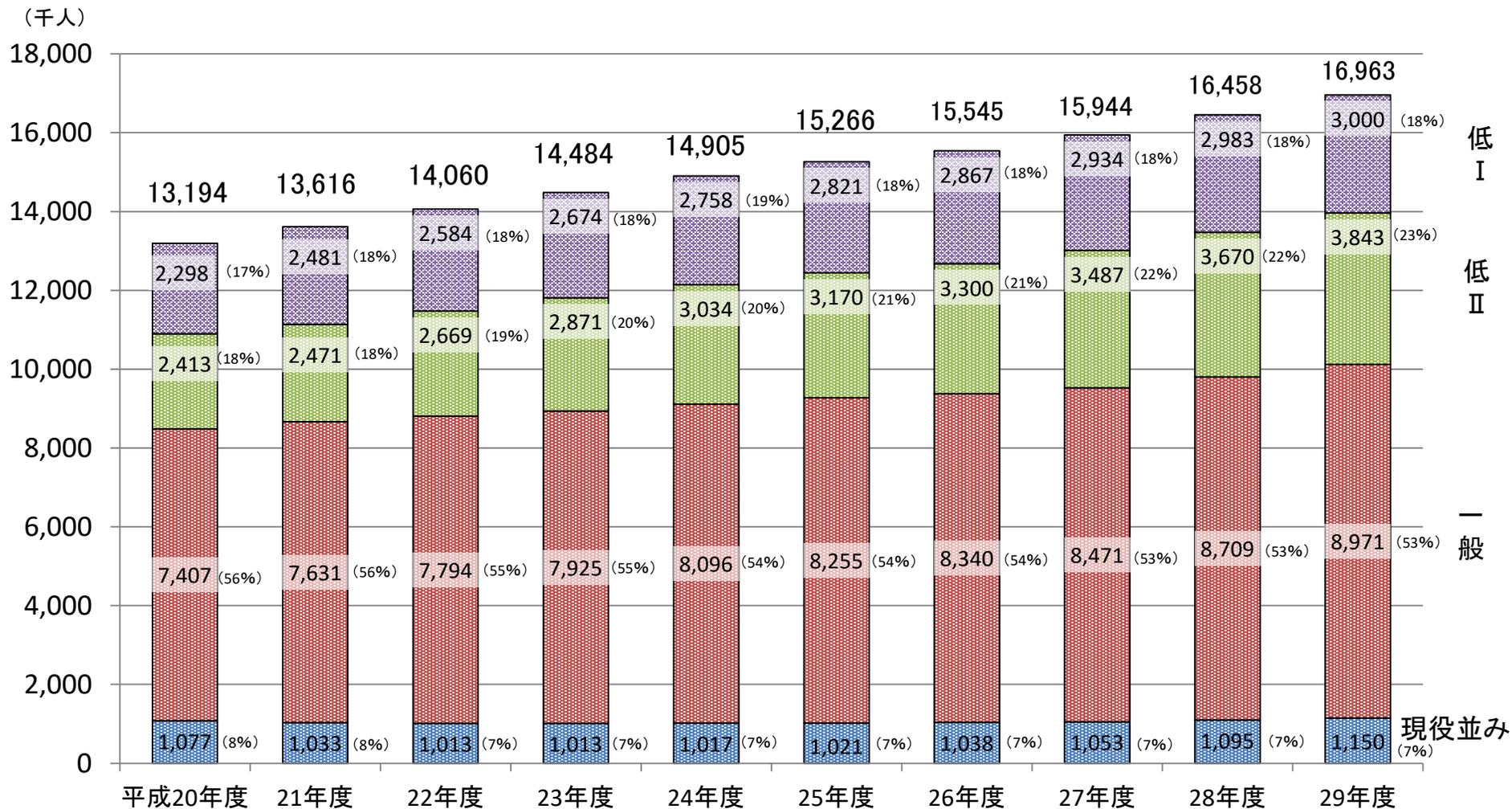


※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

※ 数値は令和元年度予算ベース。

後期高齢者医療制度の被保険者数の推移(所得階層別)

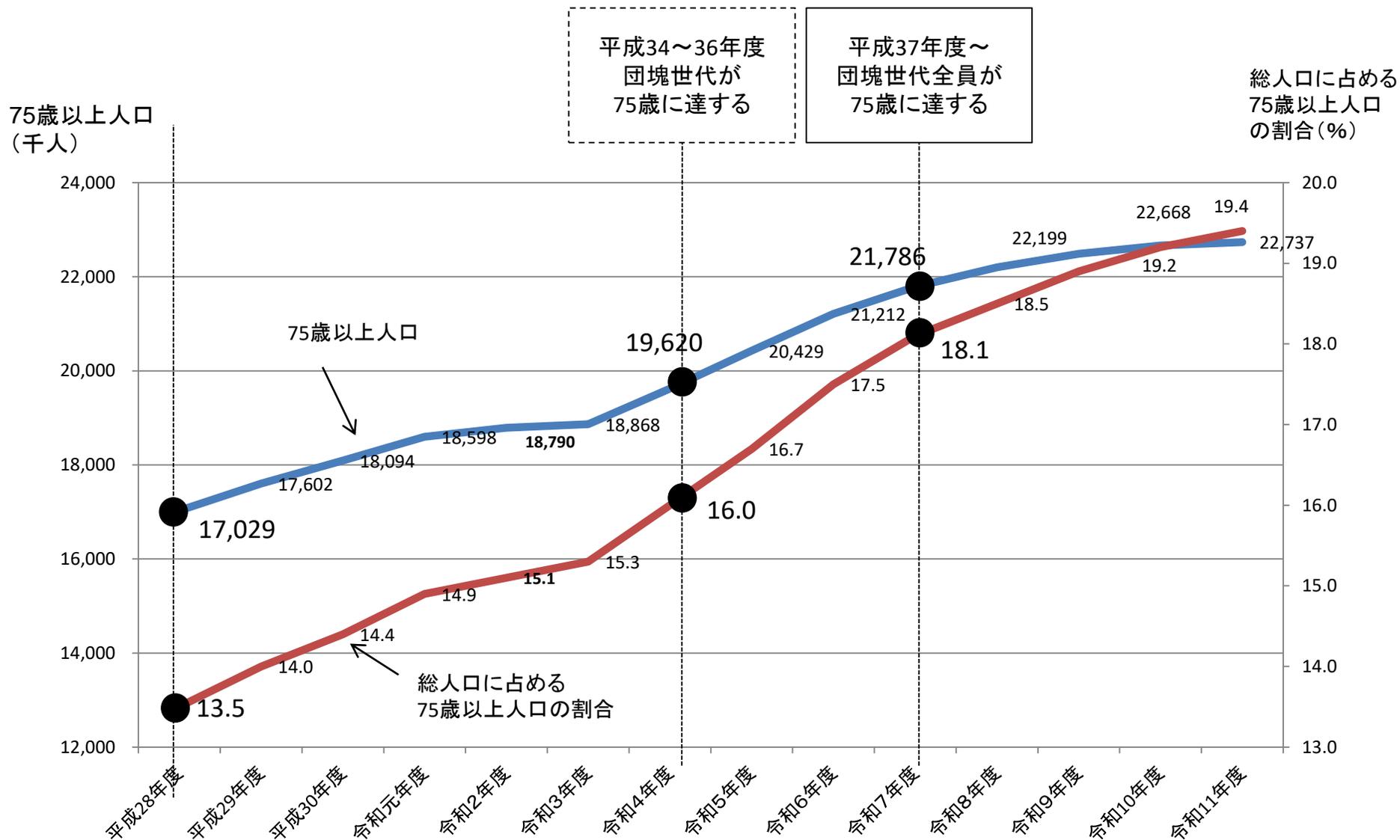
○ 後期高齢者医療制度の被保険者数は、平成29年度は約1,696万人(平成20年度から約29%増)となり、総人口の7人に1人は75歳以上。



出典：後期高齢者医療事業状況報告（平成29年度）

後期高齢者数の推移

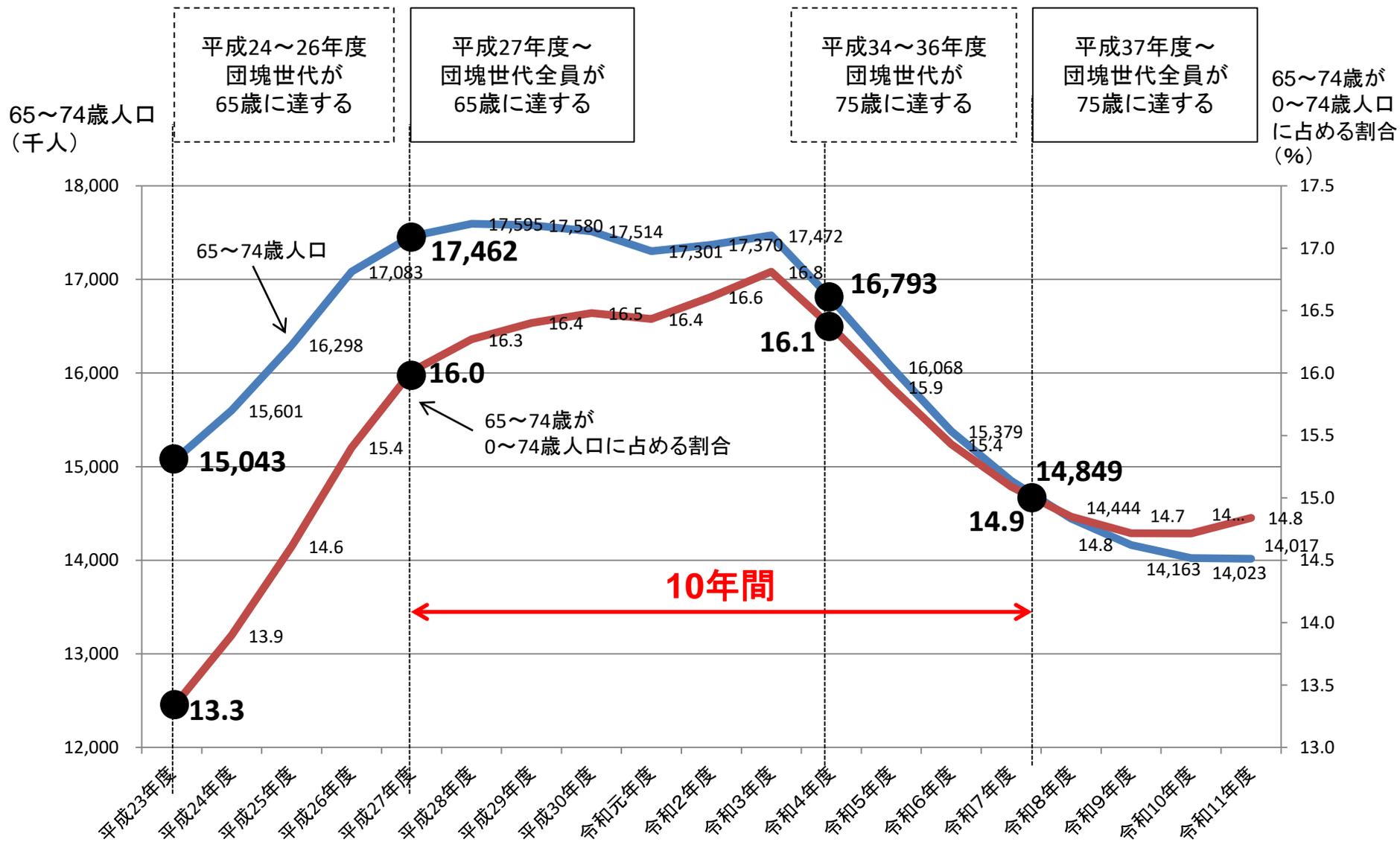
○ 団塊の世代は平成34年度以降順次後期高齢者に移行し、37年度には全員後期高齢者になる。



(出典) 日本の将来推計人口(平成29年4月10日公表)(国立社会保障・人口問題研究所)

前期高齢者数の推移

○ 団塊の世代は平成27年度以降全員が前期高齢者となり、その期間は10年続く。



(出典1) 日本の将来推計人口(平成29年4月10日公表)(国立社会保障・人口問題研究所)

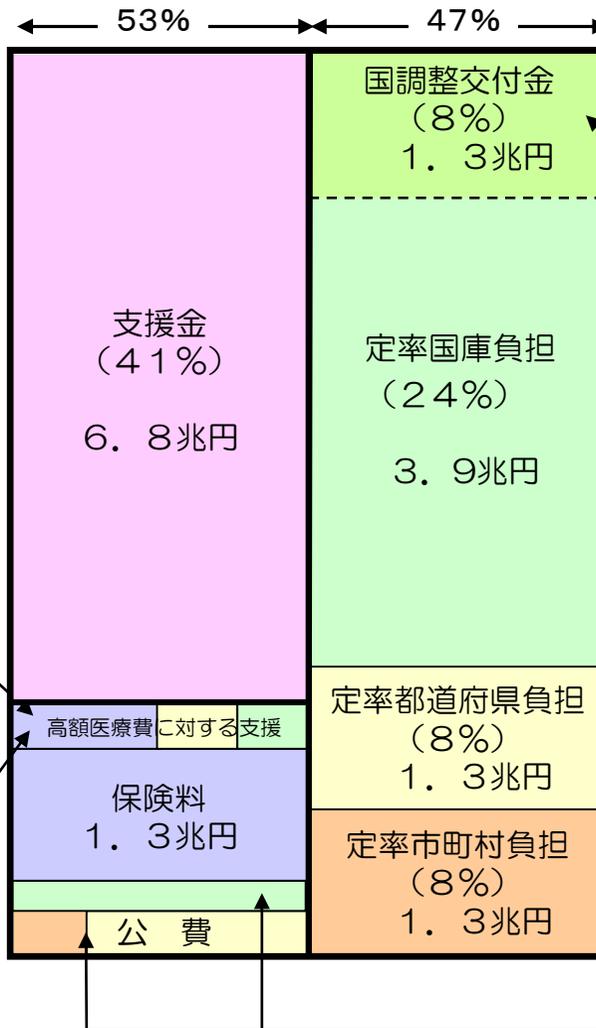
(出典2) 各年10月1日現在人口(総務省統計局)

後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和元年度予算ベース)

医療給付費等総額：16.3兆円

都道府県単位の広域連合



財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.1兆円程度（基金残高）

高額医療費に対する支援

○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.3兆円

特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。

54億円（うち国10億円）

調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。
○特別調整交付金（調整交付金の1/10）
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）
・保険料軽減特例

○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減
…均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減（資格取得後2年間分）
＜市町村1/4、都道府県3/4＞
0.3兆円程度

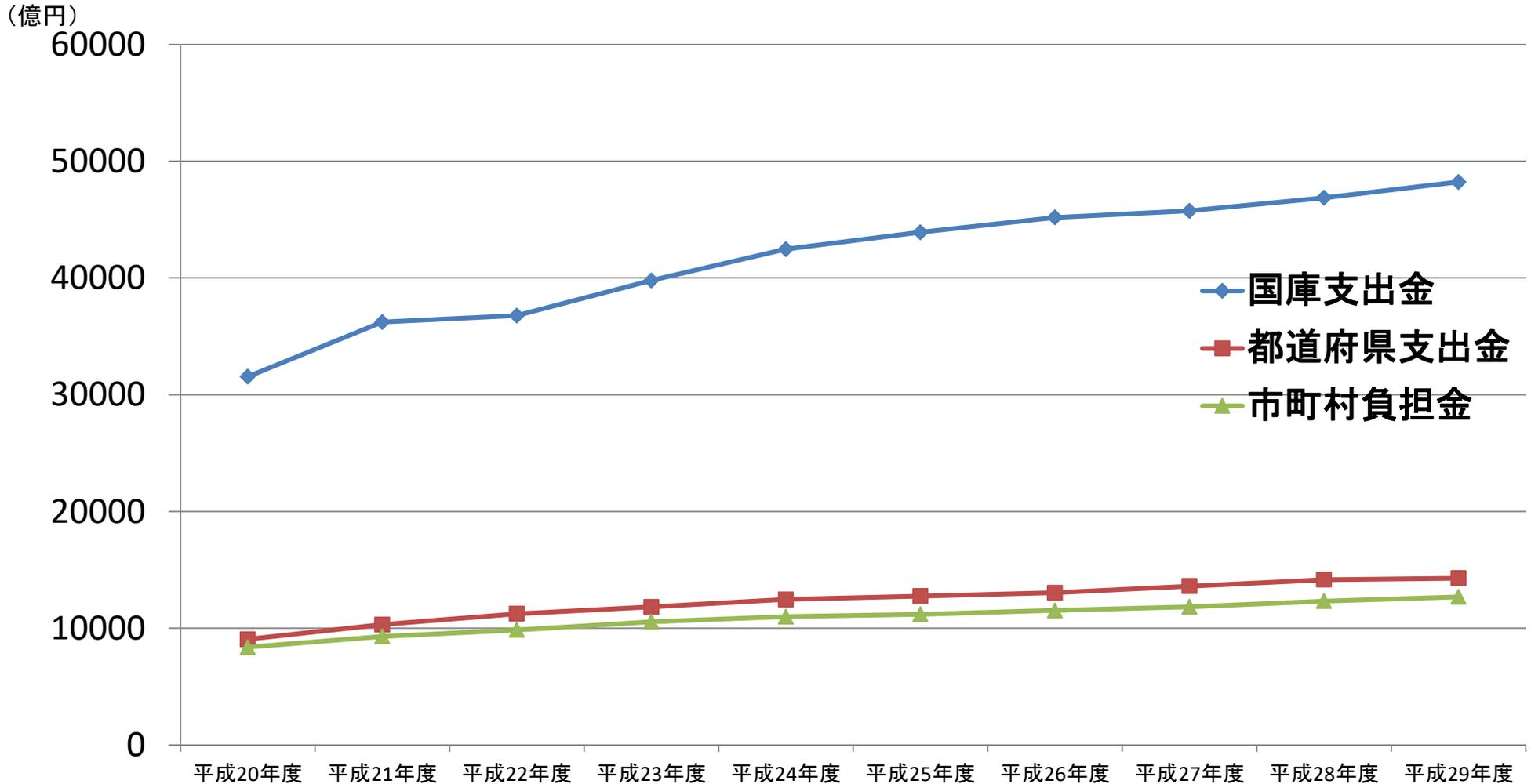
○保険料軽減特例（国）
・低所得者の更なる保険料軽減
…均等割9割・8.5割軽減

419億円

※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

後期高齢者医療広域連合への公費支出(特別会計)の推移

○ 後期高齢者医療広域連合への公費支出(特別会計)は、制度創設(平成20年度)以降、増加しており、国庫支出金については、平成29年度は約4.8兆円(平成20年度比約53%増)。



後期高齢者支援金の推移

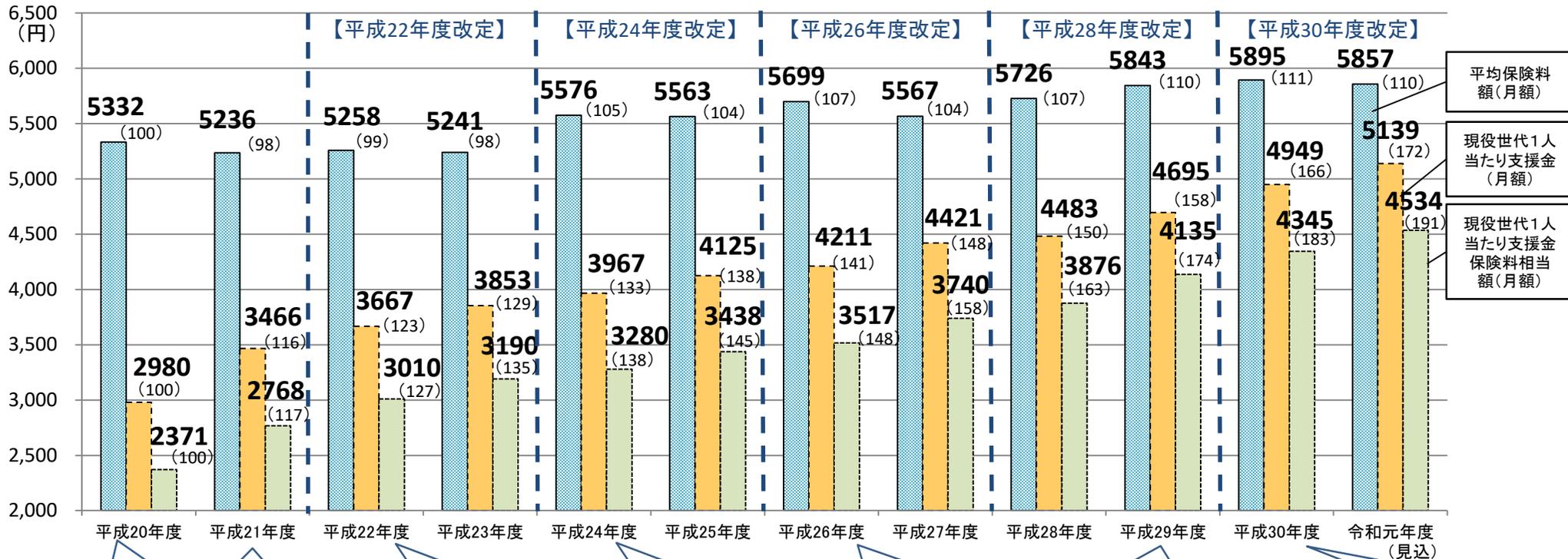
(兆円)



※ 平成28年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成28年度の医療費等の状況～(平成31年1月))。平成29、30年度は概算賦課ベース、令和元年度は予算ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
 ・賦課限度額 年55万円→57万円

・所得割5割軽減→2割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減

・所得割2割軽減→軽減なし
 ・元被扶養者に対する均等割7割軽減→5割軽減
 ・賦課限度額 年57万円→62万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度・令和元年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	86.9万円 (122)	—
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)		11.18%(112)

※ 平均保険料額は平成20～30年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和元年度は保険料改定時見込みであり、令和元年度における保険料軽減特例の見直しの影響を考慮しているかは広域連合の判断による。

※ 支援金は、平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。

※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28年度については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。

※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。

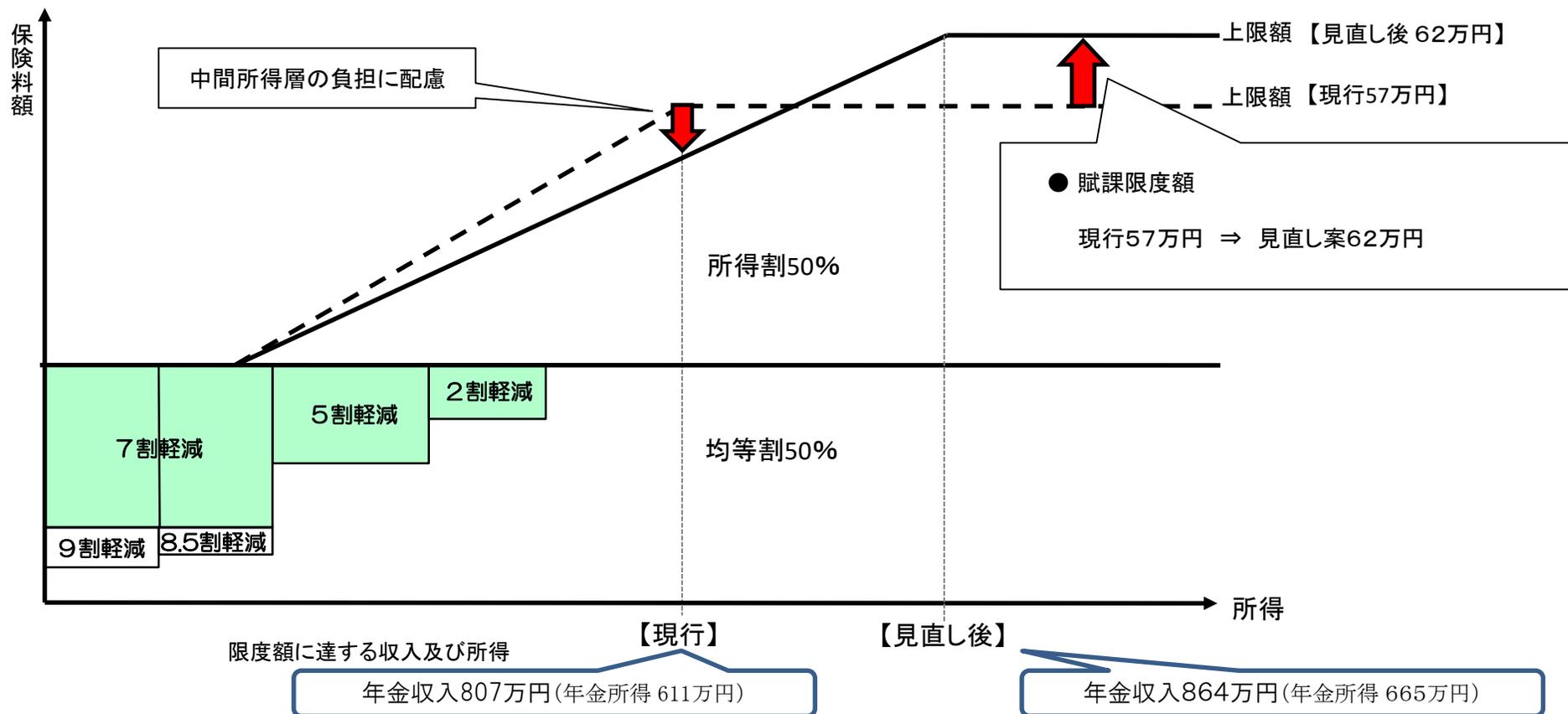
※ 1人当たり医療給付費は後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。

※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

平成30年4月から実施

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
- 平成26年度以降の国保の賦課限度額引き上げ幅(67万円→73万円)も踏まえ、中間所得層の保険料負担の抑制、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直す。
→ 保険料賦課限度額を5万円引き上げ、57万円を62万円とする。

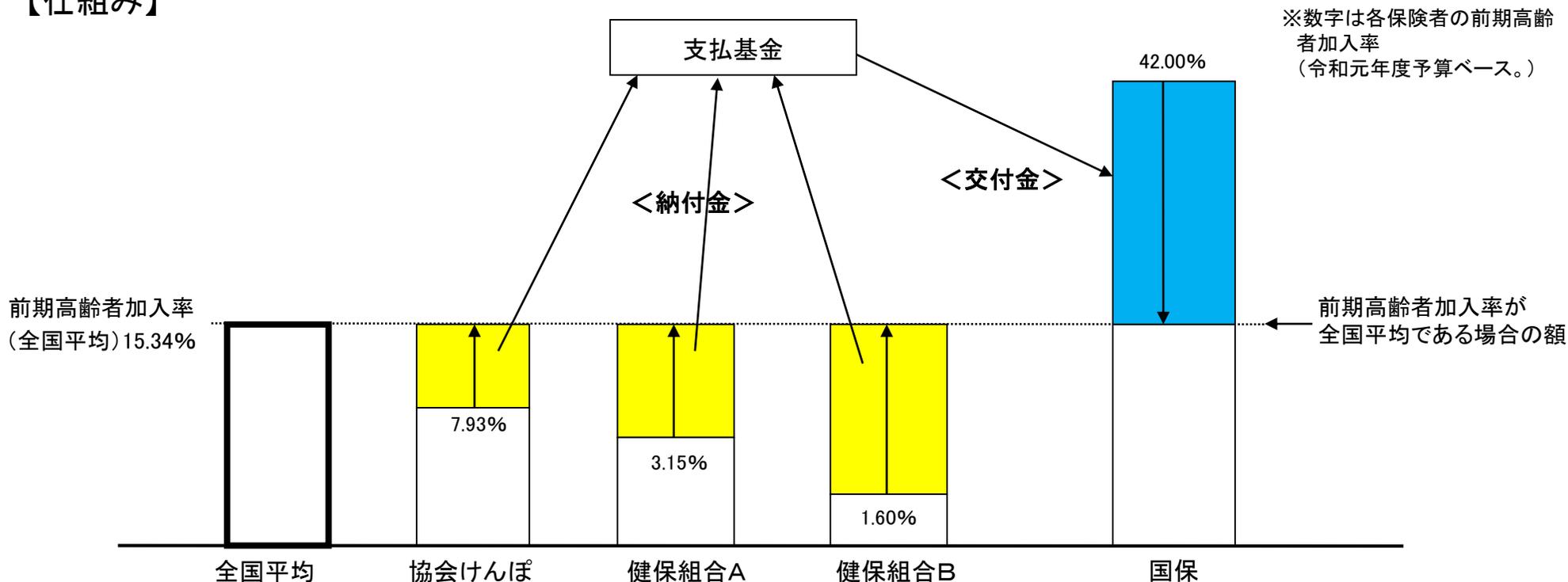


*平成28・29年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額45,289円、所得割率9.09%)

前期高齢者に係る財政調整(給付費及び後期高齢者支援金)の仕組み

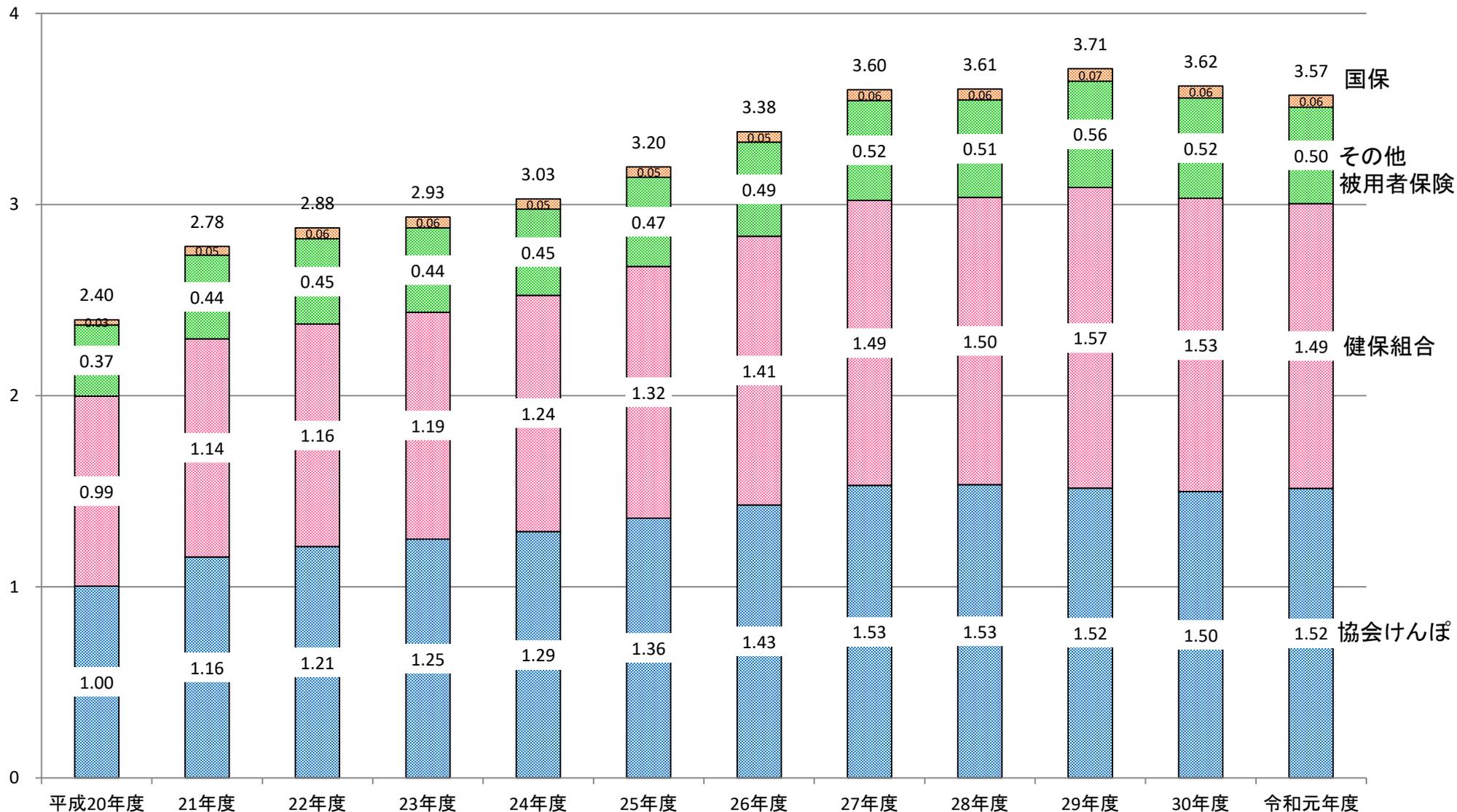
- 各保険者の①前期高齢者給付費と②前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして調整。
- 保険者ごとの前期高齢者加入率に応じて負担調整している。

【仕組み】



前期高齢者納付金の推移

(兆円)



※ 平成28年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成28年度の医療費等の状況～(平成31年1月))。

平成29、30年度は概算賦課ベース、令和元年度は予算ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

健康寿命延伸プランの概要

- **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり(長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

II

疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 等

III

介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

医療費適正化計画について

根拠法：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

計画期間：第1期／平成20～24年度、第2期／平成25～29年度、第3期／平成30～35年度（2023年度）

実施主体：都道府県

※ 国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成。国は都道府県の計画を積み上げて「全国医療費適正化計画」を作成。

趣旨：制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が、計画に定めた目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるもの。

※ 医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延など様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける枠組み。

第1期（平成20～24年度）、第2期（平成25～29年度）

- 平成18年の医療保険制度改革で医療費適正化計画の枠組みを創設（平成18年6月 健康保険法等改正法 公布）。

【計画の考え方】

- 入院医療費：平均在院日数の縮減
- 外来医療費：特定健診・保健指導の推進

第3期（平成30～35年度（2023年度））～

- 平成26年の医療法改正で将来の医療需要に着目して医療機能の分化・連携を図る「地域医療構想」の枠組みを創設。
- これを受けて平成27年に高齢者医療確保法を改正。入院医療費について地域医療構想の成果を医療費適正化計画に反映する枠組みへと見直し。

【計画の考え方】

- 入院医療費：各都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映
- 外来医療費：特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用など

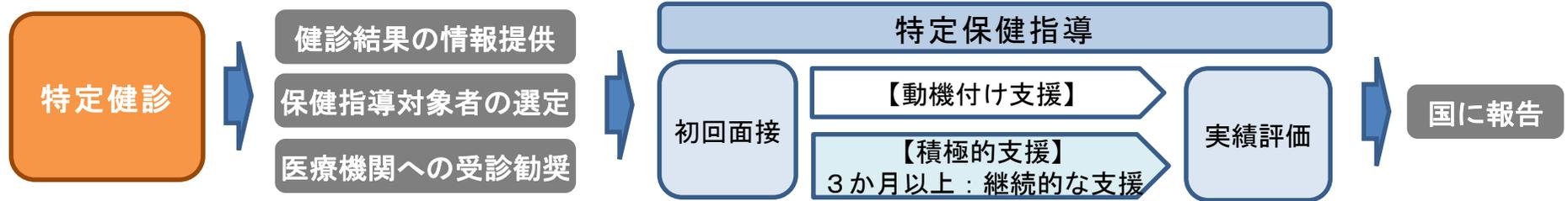
◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条

※平成27年改正後の条文（平成26年の法改正で医療法に地域医療構想が規定されたことを受けた改正。第3期の医療費適正化計画から適用）

- 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（略）に関する事項を定めるものとする。
- 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、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
 - 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 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
 - 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項（四～六項 略）

特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



<特定保健指導の選定基準> (※) 服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当				
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当				
	1つ該当				

<特定健診の検査項目>

- ・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→「かんで食えるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

<特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（2008年度）→ 2858万人（2017年度） 昨年度比で100万人増
 実施率 38.9%（2008年度）→ 53.1%（2017年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 95.9万人（2017年度）
 実施率 7.7%（2008年度）→ 19.5%（2017年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。
 （2017年度実績～）



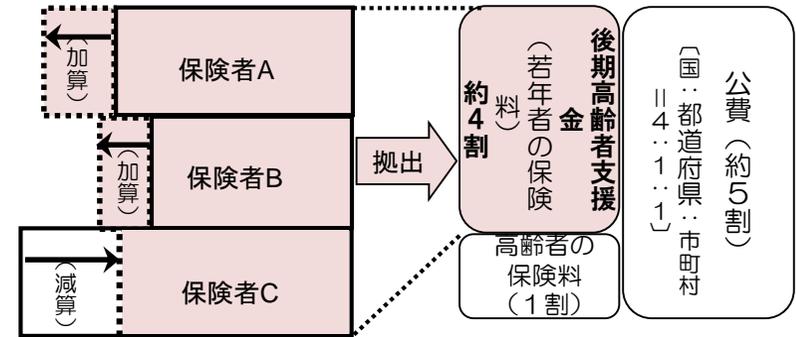
【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180ℓ・イット）による評価に代えて、3か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（2cm以上、2kg以上）による評価を可能とする。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～） 等

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、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後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直し。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



【2018年度以降】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）

1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%)

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

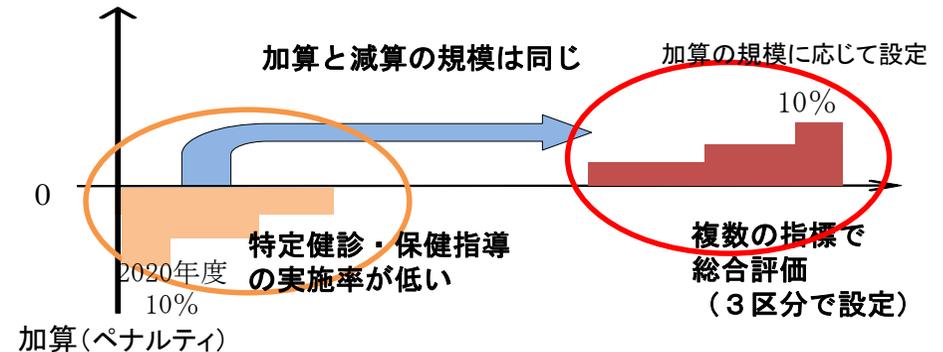
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅(＝成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅(＝成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

減算(インセンティブ)



➡ 2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

制度趣旨

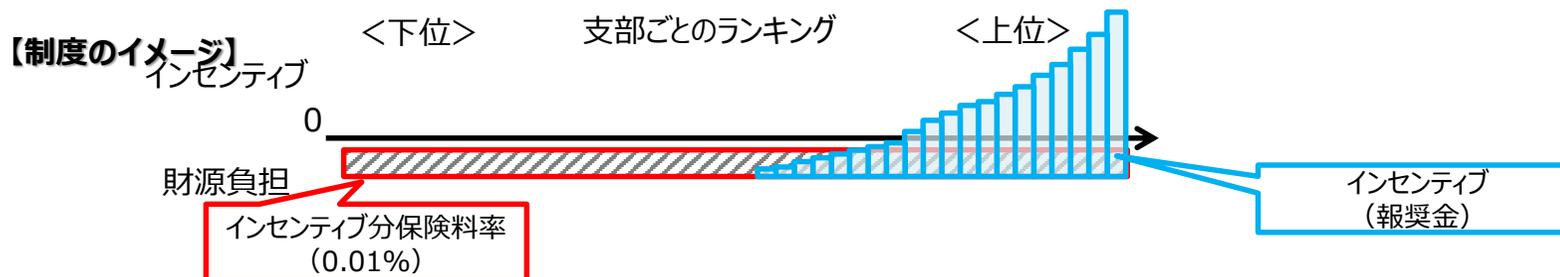
医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与。

①評価指標・②評価指標ごとの重み付け

- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。

③ 支部ごとのインセンティブの効かせ方について

- 保険料率の算定方法を見直し、インセンティブ分保険料率として、新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率（平成29年度は全支部一律で2.10%）の中に、0.01%（※）を盛り込む。
 （※）協会けんぽ各支部の実績は一定の範囲内に収斂している中で、新たな財源捻出の必要性から負担を求めるものであるため、保険料率への影響を生じさせる範囲内で、加入者・事業主への納得感に十分配慮する観点から設定。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。
 平成30年度（平成32年度保険料率）：0.004% ⇒ 平成31年度（平成33年度保険料率）：0.007% ⇒ 平成32年度（平成34年度保険料率）：0.01%
- その上で、評価指標に基づき全支部をランキング付けし、ランキングで上位過半数に該当した支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う。



国保の保険者努力支援制度の実施について

保険者努力支援制度

実施時期：30年度以降

対象：市町村及び都道府県

規模：約800億円（国保改革による公費拡充の財源を活用） ※別途、特調より約200億円を追加

評価指標：前倒しの実施状況を踏まえ、29年夏に30年度分の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示し、29年秋に評価を実施。31年度分以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期：28年度及び29年度

対象：市町村

規模：特別調整交付金の一部を活用して実施（平成28年度：150億円、平成29年度：250億円）

評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

国民健康保険制度における保険者努力支援制度（平成31年度）について（全体像）

市町村分（500億円程度）※内、特調より88億円程度を措置

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度より一定程度改善した場合
- に評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・法定外繰入の削減

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】

・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(iii)】

○ 法定外繰入の解消等

・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(iv)・県指標③】

・ 赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ(令和元・2年度)について

○考え方について

【予算規模について】

- 一定のインセンティブを付与する観点から100億円の予算とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方について】

- 管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化する。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加する。
- 事業の実施にかかる評価指標は110点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は20点満点の計130点満点とする。

○事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標

指標①

- 健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標②

- 歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標③

- 重症化予防の取組の実施状況
→ 実施市町村数に関する指標を細分化
→ 国保の保健事業との継続した実施に係る指標を追加

指標④

- 被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施
→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑤

- 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑥

- 後発医薬品の使用割合
- 後発医薬品の使用促進

固有の指標

指標①

- データヘルス計画の実施状況

指標②

- 高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況
→ 実施市町村数に関する指標を細分化
→ 国保の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携した実施に係る指標を追加

指標③

- 専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

指標④

- 医療費通知の取組の実施状況

指標⑤

- 地域包括ケアの推進等（在宅医療・介護の連携、一体的実施等）
→ 一体的実施に係る指標を追加

指標⑥

- 第三者求償の取組状況

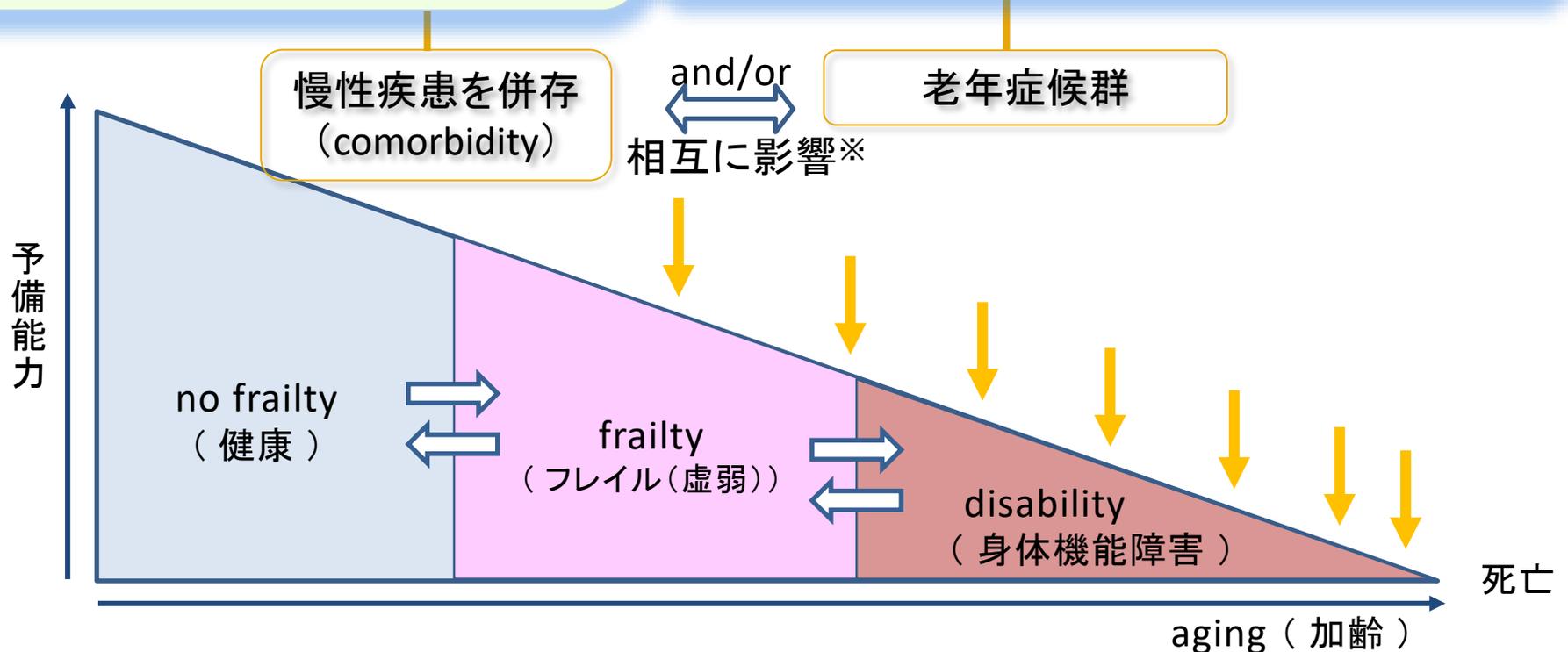
○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点

高齢者の健康状態の特性等について

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患

- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療保険

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
 - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
 - ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
 - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)

○フレイル状態に着目した
疾病予防の取組の必要性
(運動、口腔、栄養、社会参加
等のアプローチ)

保健事業と介護予防の
一体的な実施(データ分析、
事業のコーディネート等)

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護保険

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

令和元年5月15日成立

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】**
 - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】**

（令和元年10月1日）
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】**
 - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日））
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】**
 - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（令和2年4月1日）
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】**
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（令和2年4月1日）
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（公布日）
- 6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】**
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（令和3年4月1日）
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（令和2年10月1日）
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。（令和2年10月1日）
- 7. その他**
 - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（公布日）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。(法)
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

<市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施>



- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。(法)
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人件費等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。(法)
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。(法)
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。(法)
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

- 都道府県 (保健所含む)
- 国保中央会
国保連合会
- 三師会等の
医療関係団体

- 事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等
- データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 (法)
- 取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。(法)
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

※ (法) は法改正事項

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

①事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源+特別調整交付金）

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

保健事業

⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

介護予防の事業等

生活機能の改善

⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

疾病予防・重症化予防

⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

市町村における一体的実施

※市町村が配置する保健師等が実施

(関係機関等への委託もありえる)

保健事業

- ① 地域に医療専門職を配置(費用は広域連合が拠出)
- ② KDBを活用して地域の健康課題(→地域診断)や住民個人の健康課題(→個別指導※)を把握 (※重症化予防、低栄養防止、重複受診等指導、受診勧奨など)
- ③ ②に加えて、通いの場で健康相談や健康指導等を行うことにより、通いの場の充実を図る。

コミュニティへの
積極関与

介護予防

※市民の積極的な参画を含め、多様な主体が運営

- ① 住民が主体となって積極的に参画する機会を発掘、創造
- ② 様々な場や拠点を開拓。住民への参加の呼びかけ。

通いの場等に保健医療の
視点でも関与。

両者をコーディネートする市町村の役割強化
人材育成・研修等も課題

医療保険制度の見直しの状況

これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

	H14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	R1年度	
保険料			国保の低所得者の保険料軽減措置の拡充			後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・均等割 9割、8.5割軽減 → 7割軽減※ (R1.10) ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4) ※8.5割軽減の者は年金生活者支援給付金等のない低所得者であることに鑑み、1年間は8.5割軽減と本則の差を補填。		医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健保法等の一部改正	
					後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入			国保の低所得者（保険料の軽減対象者）数に応じた保険者への財政支援	
患者負担	H14.10～70歳以上 定率1割 現役並み2割 H15.4～ 健保2割 →3割	H18.10～ 70歳以上 現役並み 2割→3割 入院時の居住費の導入 高額療養費の 上限引上げ	70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割→2割			入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得)	入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者	紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ※特定機能病院及び許可病床400床以上に紹介状なし初診時5,000円	高額療養費の見直し (70歳以上) 一般(外来)1.2万円/月→1.8万円/月 一般(世帯)4.44万円/月→5.76万円/月 現役並み(外来)4.44万円/月→特例廃止 現役並み(世帯)8.01万円/月→3区分化
			高額療養費の見直し (70歳未満) 所得区分細分化(3区分→5区分)						
診療報酬	本体 ▲1.3% 薬価等 ▲1.4% 【参考】 本体+薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等 ▲1.8% 【参考】 本体+薬価等 ▲3.16%	(通常改定分) 本体 +0.1% 薬価等 ▲1.36% (消費税対応分) 本体 +0.63% 薬価等 +0.73% (合計) 本体 +0.73% 薬価等 ▲0.63% 【参考】 本体+薬価等 +0.1%		本体 +0.49% 薬価等※1 ▲1.82% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.33% ※1 うち、市場拡大再算定の特例分等▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52%(市場拡大再算定(通常分)を除くと、▲1.33%) ※2 実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%	本体 +0.55% 薬価等※1 ▲1.74% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.19% ※1 うち、薬価制度改革分▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45% ※2 実勢価等改定分で計算すると▲0.9%	(消費税引上げに伴う対応) 本体 +0.41% 薬価等※ ▲0.48% 【参考】 本体+薬価等 ▲0.07% ※ うち、消費税対応分+0.47%、実勢価改定分▲0.95%		

社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月:社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

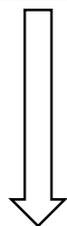
平成24年2月17日:社会保障・税一体改革大綱閣議決定

社会保障と税の一体改革の経緯②



- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～: 社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

8月: 税制抜本改革法(消費税率の引上げ) / 子ども・子育て支援関連3法 / 年金関連4法 が成立

平成24年11月～: 社会保障制度改革国民会議

(委員は15名の有識者により構成(会長: 清家篤 慶應義塾長))



- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年8月6日: 国民会議報告書とりまとめ

10月15日: 社会保障制度改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案(社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案)の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等について規定

12月5日: 社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日: 公布・施行



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、難病対策・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し、成立。

社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた改革の方向性

- すべての世代が安心感と納得感の得られる、「全世代型」の社会保障制度に転換を図る。そして、社会保障制度を将来の世代にしっかり伝える。

超高齢社会へ

家族・地域の支え合い機能の低下

雇用の不安定化

社会経済情勢の変容

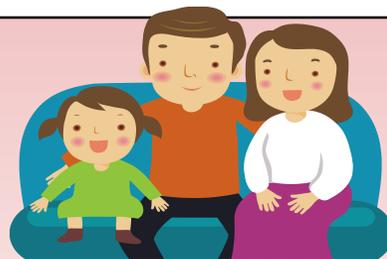
社会保障の機能の充実と、財源確保及び給付の重点化・効率化による安定化

持続可能な
社会保障の構築



子ども・子育て支援策の充実等、若い人々の希望につながる投資を積極的実施

若い人々も納得して
社会保障制度に積極的参加



年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う

すべての世代が相互に支え合い、必要な財源を確保



子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに



社会保障改革プログラム法（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）

【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、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

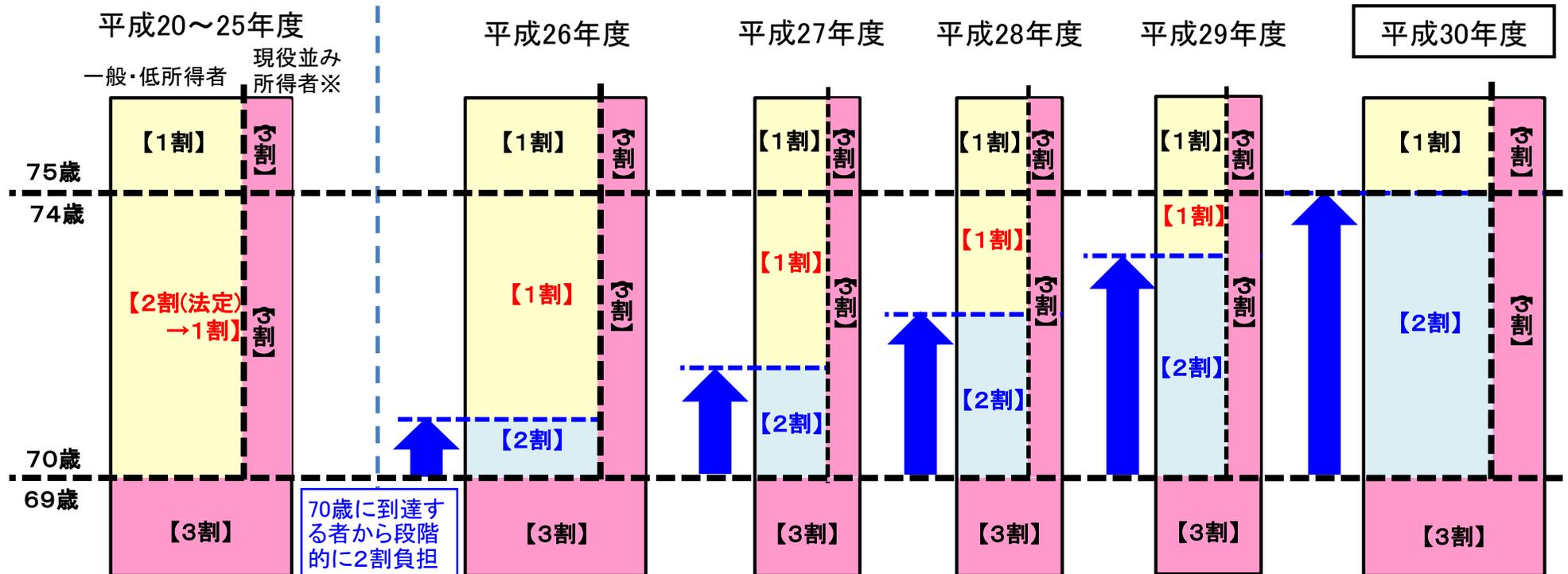
■ 施行期日

公布日（平成25年12月13日）

（ただし、改革推進本部関連は平成26年1月12日、改革推進会議関連は平成26年6月12日） **67**

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 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。
- 令和元年度予算 11億円 (参考)平成30年度予算 405億円、平成29年度予算 930億円、平成28年度予算 1,146億円、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

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の概要 (平成27年5月27日成立)

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に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 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

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする (紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ (121万円から139万円に)

4. その他

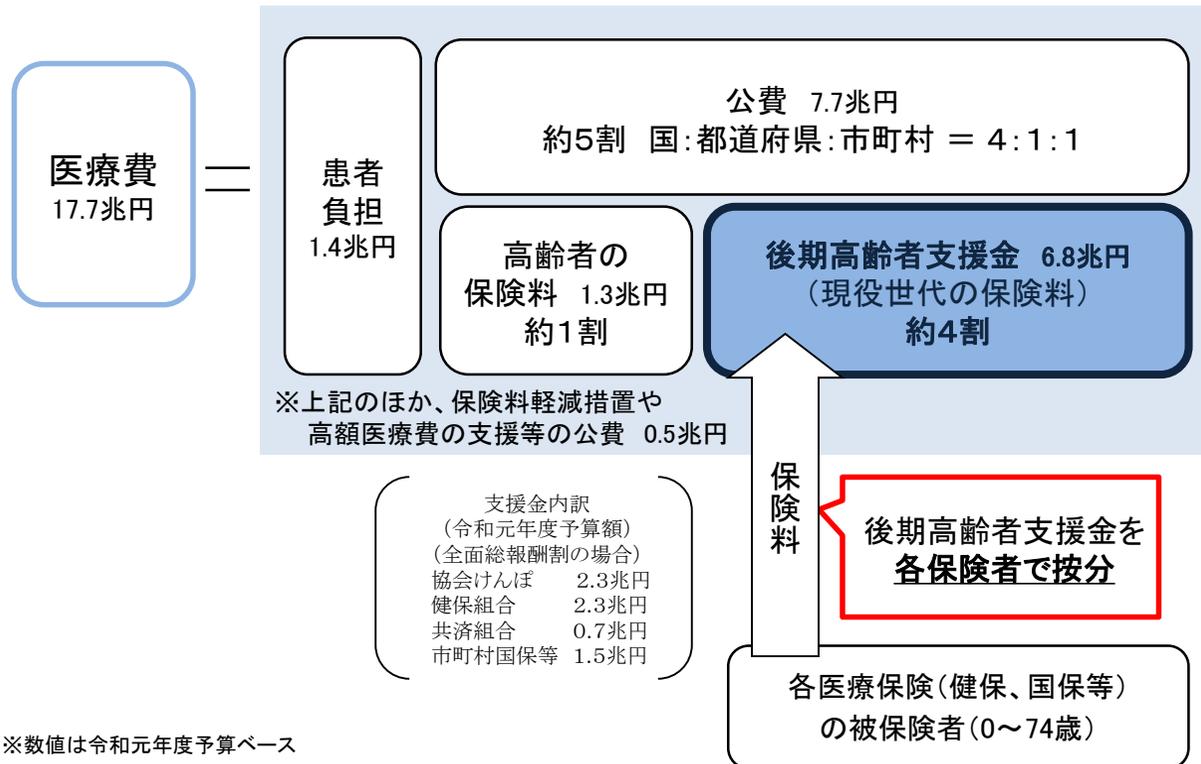
- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設 (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す
- 全面総報酬割による国費約2,400億円(※)のうち約1,700億円は国保への財政支援の拡充に充てる(29年度～)

※ 制度改正時の見込み

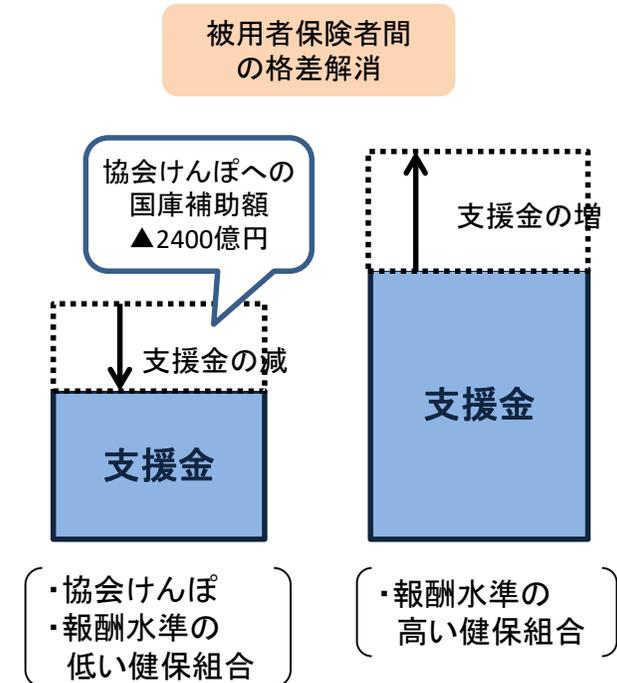
【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



※数値は令和元年度予算ベース

後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



- 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施
 - ・制度化分として平成29年度から100億円。
 - ・平成27年度は新規分として約110億円。全面総報酬割が実施された平成29年度から600億円。
- 具体的には、
 - ①平成29年度から対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策において、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、
 - ②平成27年度から段階的に拡充してきた高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減を図る

① 拠出金負担の軽減(制度化)

100億円
(令和元年度予算額)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位6%)の負担軽減を実施。
- この対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定。平成30年度の対象は、財政力(総報酬)が平均以下の上位8.03%。

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映。

② 前期高齢者納付金負担の軽減

600億円
(令和元年度予算額)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- 前期納付金負担の負担増の緩和のため、前期高齢者納付金負担の伸び(負担が重い保険者に高い助成率を適用)に着目した負担軽減を実施。

・これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金(既存分)が令和元年度予算額は120億円。

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

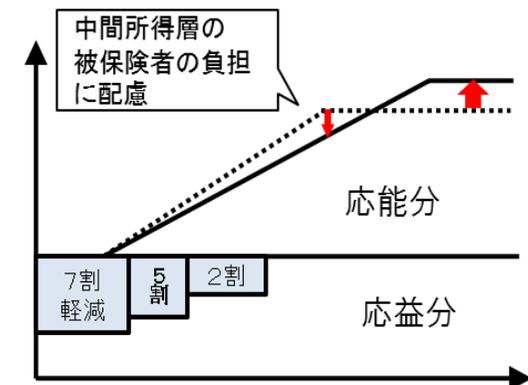
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(平成31年度:年間96万円)

○ **より負担能力に応じた負担とする観点**から、被用者保険の仕組みとの**バランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ**

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成31年度は3万円引上げた(年間93万円→96万円)

賦課限度額の引上げの仕組み



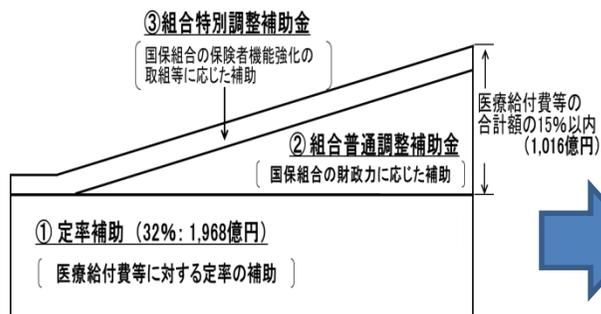
被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

- 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。
- 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。
- また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

国保組合・・・同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人

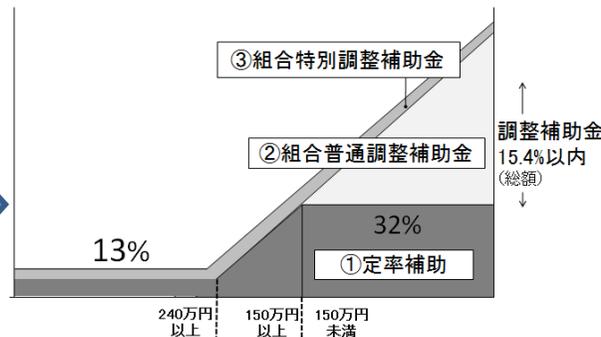
(医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種38組合 計162組合(277万人※))※被保険者数は平成29年度末

H27年度の国庫補助



見直し

(令和2年度)



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

	国保組合の平均所得	平成27年度	平成28年度～令和元年度	令和2年度
定率補助	150万円未満		32% (現行通り)	
	150万円以上 160万円未満	32%	→ ※5年間かけて段階的な見直し	※所得水準10万円毎に2%ずつ調整する、段階的なきめ細かい補助率を設定
	240万円以上			13.0%
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合		15%以内		15.4%以内

※ 国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200万円)を設定し計算する。

※ 平成9年9月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の逡減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

入院時食事療養費の見直し

見直し内容

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<～平成27年度>

	負担額(1食)
一般所得	260円
低所得Ⅱ	210円
低所得Ⅰ	100円

(食材費)

<平成28年度～>

	負担額(1食)
一般所得	360円

低所得者は、引き上げない。
(据え置き)

<平成30年度～>

	負担額(1食)
一般所得	460円

(食材費+調理費)

1年以上入院する精神疾患の長期入院患者への配慮措置

- 平成28年4月1日において、既に1年を超えて精神病床に入院している患者の負担額は、経過措置として、当分の間据え置く。
- また、合併症等により転退院しても、直ちに再入院する場合は、経過措置の対象から外れず、引き続き負担額を据え置く。
- なお、平成28年4月1日時点では入院期間が1年未満の者が、その後通算して入院期間が1年を超えたとしても、対象外。

平成30年度～460円/食

平成28年度～360円/食

～平成27年度
260円/食

【経過措置】既に1年を超える長期入院患者は、1食260円で据置き。(転退院しても同じ)

改革工程表等に基づき平成29年度以降 実施した事項

70歳以上の高額療養費制度の見直し

制度概要

○ 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。

※入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

○ 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。

○ 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。

○ 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限(外来年間合算)を設ける。

※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月(70歳以上)

区分	外来(個人)	限度額(世帯 ^{※1})
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満^{※2}</small>	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(1段目・29年8月～30年7月)

外来(個人)	限度額(世帯 ^{※1})
57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
14,000円 (年14.4万円 ^{※3})	57,600円 <44,400円>
8,000円	24,600円
	15,000円

○2段目(30年8月～)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯 ^{※1})
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年14.4万円 ^{※3})	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(69歳以下)

限度額(世帯)
252,600円 + 1% <140,100円>
167,400円 + 1% <93,000円>
80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円 <44,400円>
35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※2 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。

※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

入院時の居住費(光熱水費相当額)の見直し

見直し内容

- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとする。
- ただし、難病患者については、居住費（光熱水費相当額）の負担を求めない。

<平成29年10月以前>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円/日
難病患者	

<平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円/日
難病患者	0円/日

<平成30年4月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	
難病患者	0円/日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

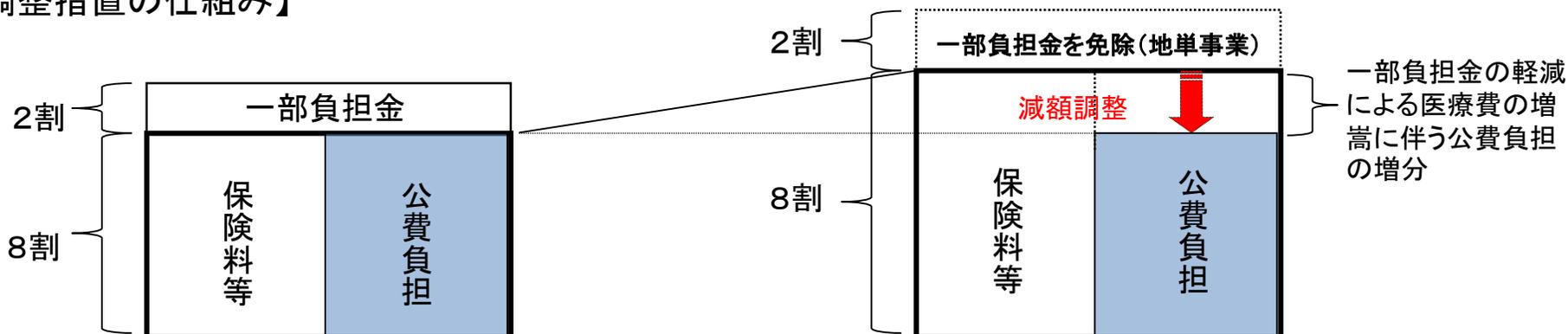
子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて

- 地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」(平成28年3月28日)を踏まえ、見直しを含め検討し、28年末までに結論を得るとされていた。
- 平成28年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額(3割、ただし未就学児は2割)分に係る医療費助成について調査したところ、市町村毎に、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。
- このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。(「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について)(保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知)。

(参考)国保の減額調整措置について

- 医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
- 地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。 [昭和59年～]

【減額調整措置の仕組み】



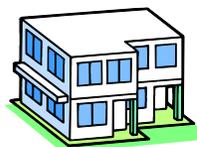
地方単独事業を実施していない市町村

地方単独事業を実施している市町村

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担（平成30年度改定後）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び許可病床400床以上※の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。※平成30年度診療報酬改定において、一般病床500床以上から許可病床400床以上へと見直し
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

中小病院、診療所



大病院

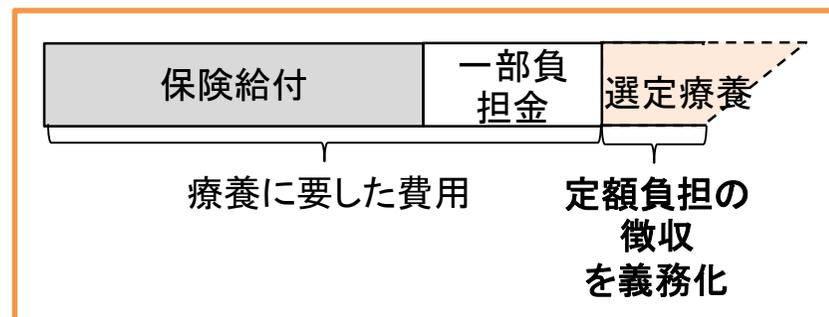


外来受診



紹介状なし
外来受診

定額負担を徴収



高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用について

高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用の考え方については、昨年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知している。

○平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について(抜粋)

(平成30年3月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知)

3. 実績評価のプロセス

(4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

- ・ 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
- ・ 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

- ① 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

- ② その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
- ③ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や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かを議論した上で判断していく必要がある。

3. 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策

- 高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、
 - ① 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
 - ② 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、
旨が規定されている。
- 改革工程表においては、「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。
- 上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
 - ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や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かを議論した上で判断していく必要がある。
- これらの点について、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

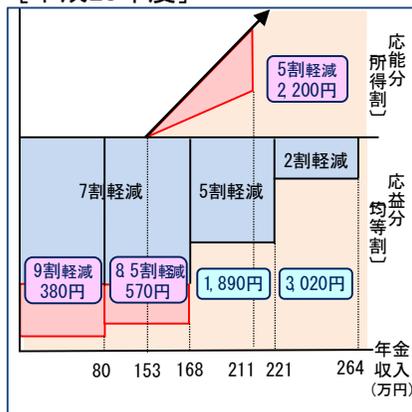
制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は811万人、当該軽減に要する費用は、国費が606億円、地財措置が139億円。(平成30年度予算)

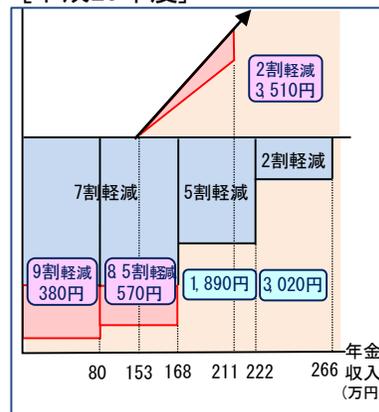
見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則(軽減なし)とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、令和元年度に本則(軽減なし)とする。

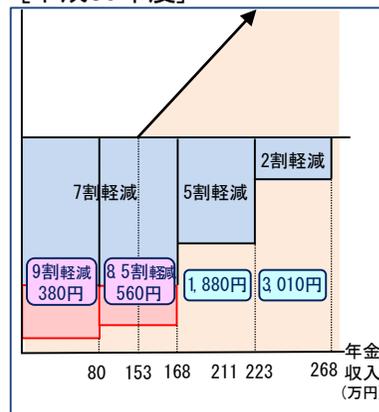
[平成28年度]



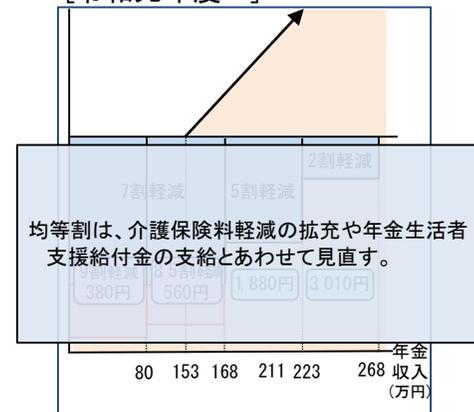
[平成29年度]



[平成30年度]



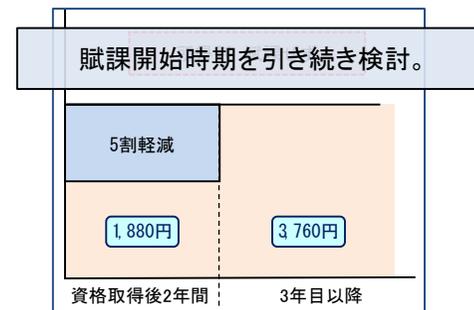
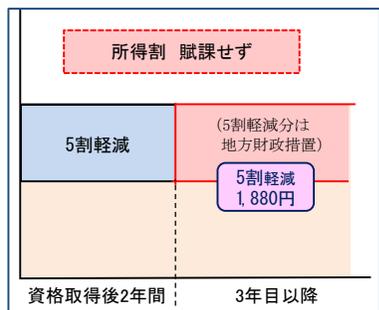
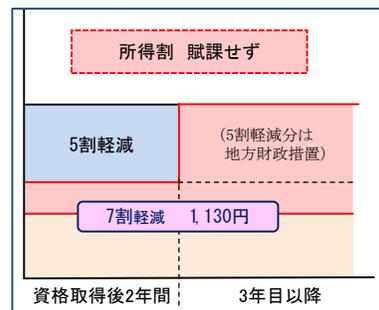
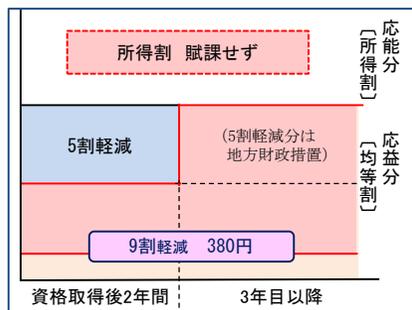
[令和元年度~]



所得割・均等割の軽減

※年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)。

元被扶養者の軽減



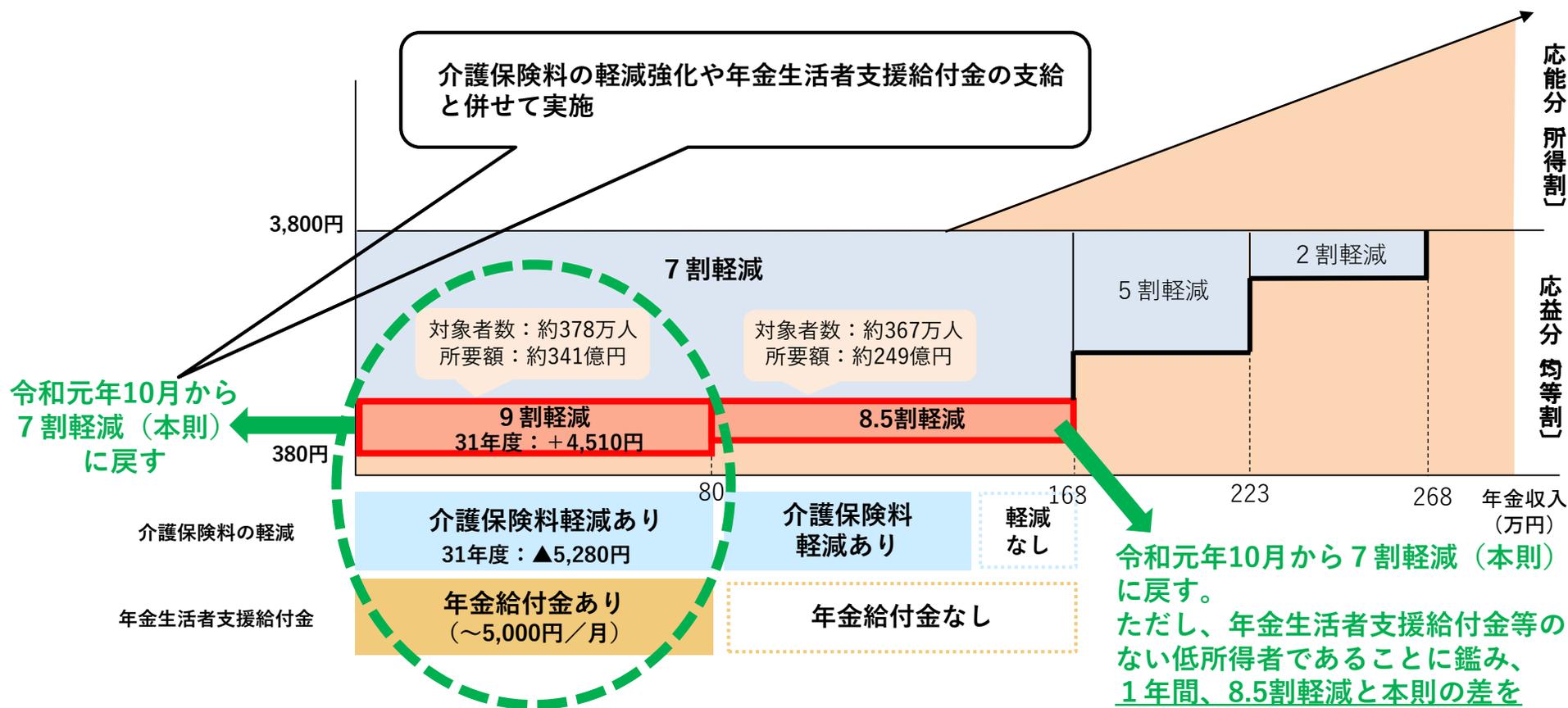
□ 法令上の軽減 □ 特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※ 保険料額は、平成28・29年度及び平成30年度・令和元年度の全国平均保険料率により算出。
 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定・個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定・個人で賦課。

75歳以上高齢者の医療保険料軽減特例の見直しについて

<均等割軽減見直しについてのこれまでの経緯>

「今後の社会保障改革の実施について」（平成28年12月22日 社会保障制度改革推進本部（本部長：内閣総理大臣）決定）
 (2) 均等割の軽減特例の見直しについては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することとする。



※ 保険料額は、平成30年度・令和元年度全国平均保険料率により算出。

※ 参考データについて、被保険者数は平成29年度（後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告）、医療費総額及び1人当たり医療費は平成28年度（後期高齢者医療事業年報）。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】**
 - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】**

（令和元年10月1日）
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】**
 - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日））
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】**
 - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（令和2年4月1日）
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】**
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（令和2年4月1日）
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（公布日）
- 6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】**
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（令和3年4月1日）
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（令和2年10月1日）
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。

（令和2年10月1日）
- 7. その他**
 - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（公布日）

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部の取りまとめ

2040年を見据えた社会保障制度改革

■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

<増収分を活用した社会保障の充実>

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護・年金の充実

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成

■ 消費税率引上げ（8%→10%）<2019年10月予定>

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が一区切り

■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

○ 経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）（抜粋）

基盤強化期間の重点課題は、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していくこと及び一般会計における社会保障関係費の伸びを、財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるための仕組みに沿ったものとするものである。

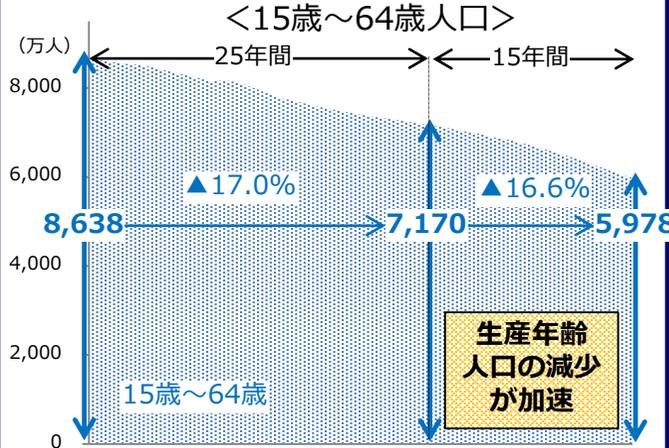
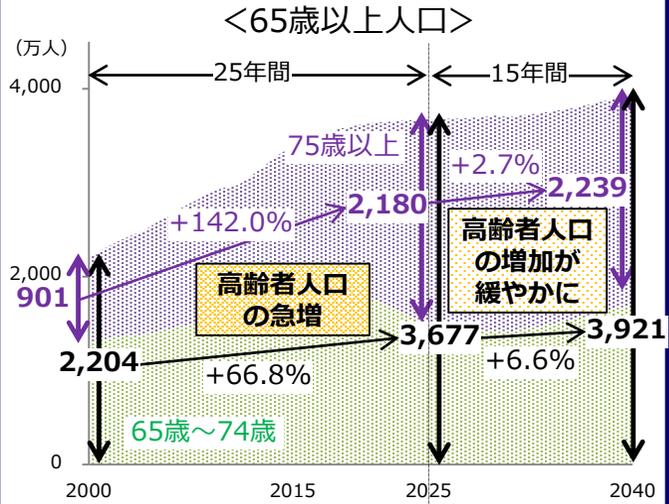
こうした取組に向け、2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有し、国民的議論を喚起することが重要であり、受療率や生産性の動向、支え手の減少や医療技術の高度化の進展等を踏まえた具体的な将来見通しを関係府省が連携して示す。あわせて、予防・健康づくり等による受療率の低下や生産性向上の実現に向けて、具体的な目標とそれにつながる各施策のK P I を掲げ推進する。

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

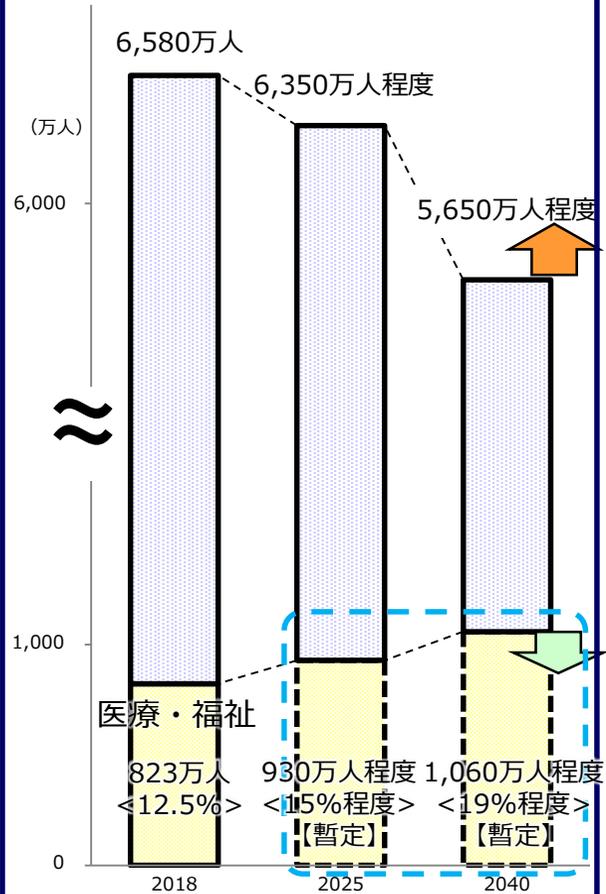
人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
 ⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

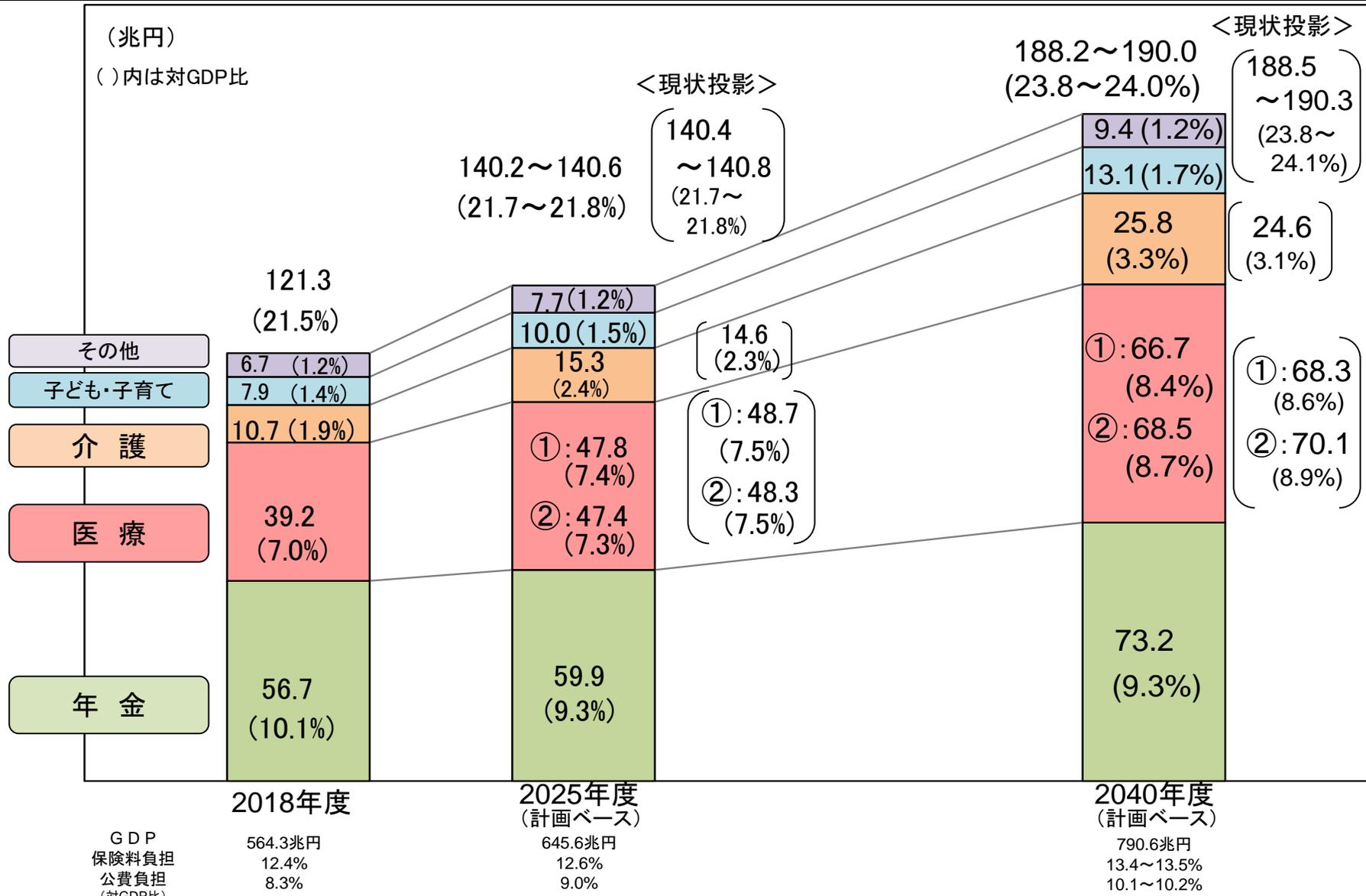
2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保
 ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり **87**

(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)(2016年以降)

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）より



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

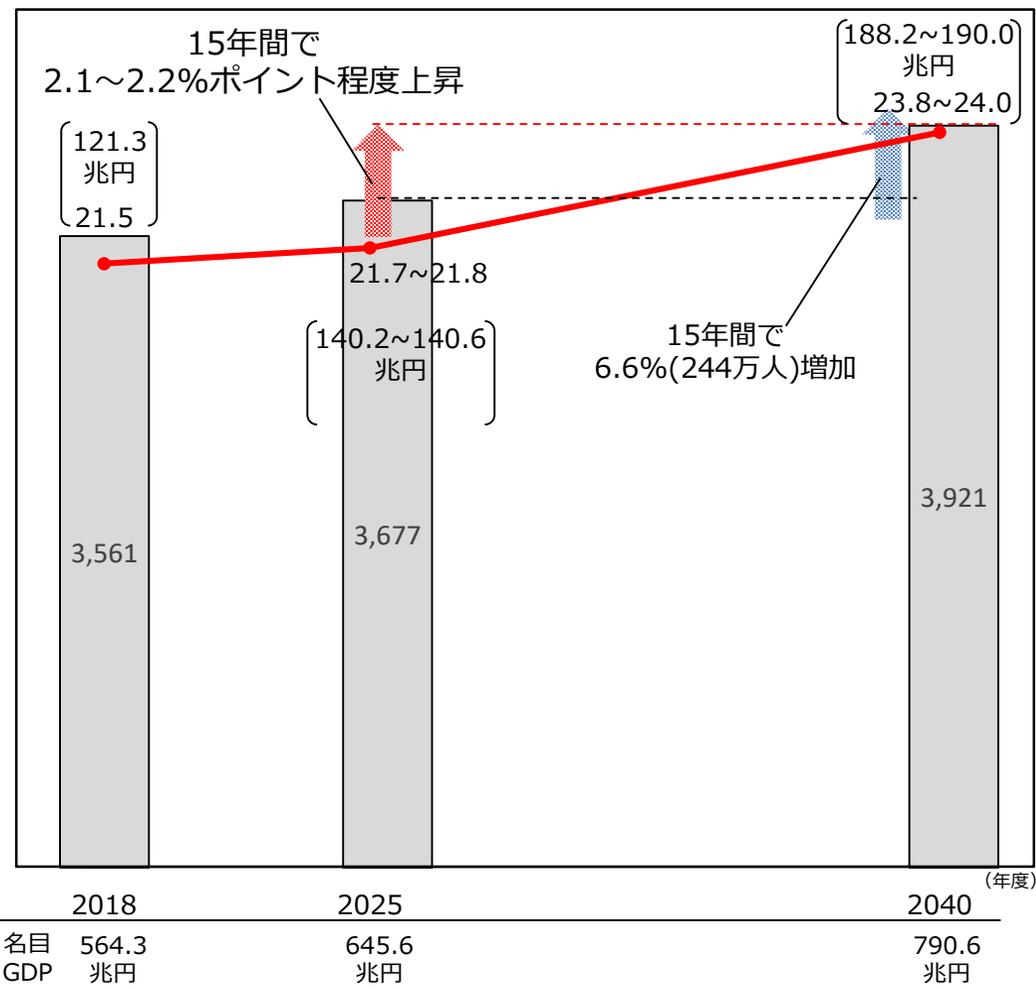
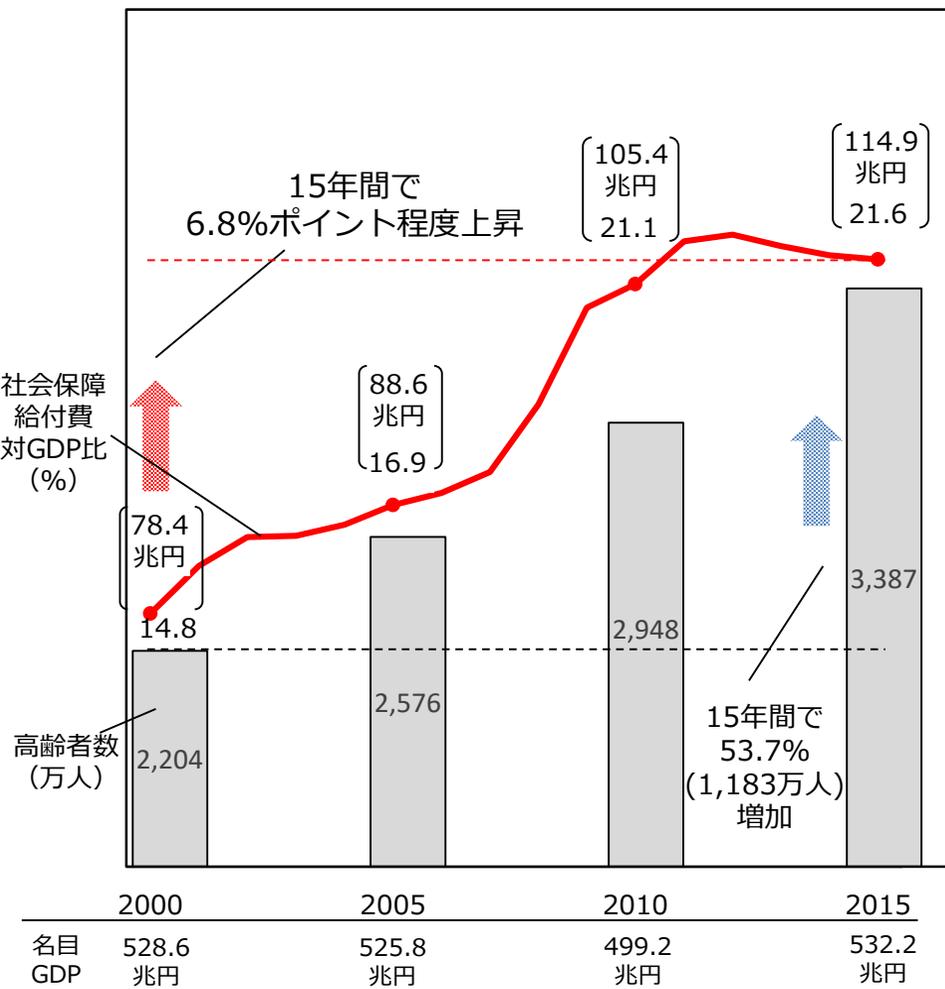
※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税

2040年に向けた社会保障給付費対GDP比等の推移（実績と将来見通し）

- 高齢者の増加のペースが変わること等から、2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇したのに対し、2025年度から2040年度の15年間では2.1~2.2%ポイント程度の上昇と見込まれている。

＜2000～2015年度の社会保障給付費対GDP比等【実績】＞

＜2018～2040年度の社会保障給付費対GDP比等【将来見通し】＞



(出典) 2000～2015年度は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し

【経済：ベースラインケース】

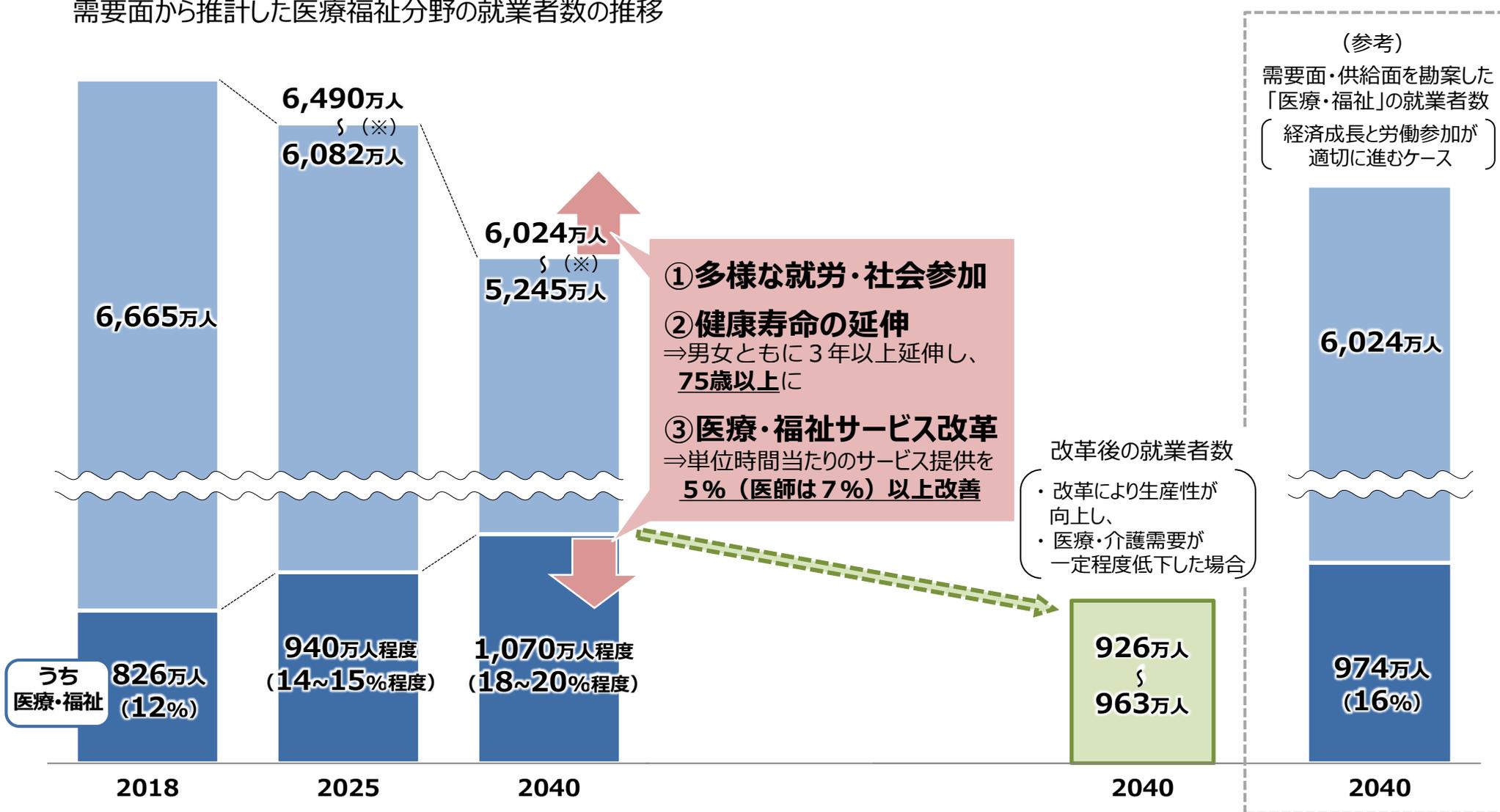
	計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険			
協会けんぽ	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険			
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み(協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値)である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション（平成30年5月21日）の改定

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

2040年を展望した社会保障・働き方改革の検討について

趣旨

- 2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業も増加。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会参加の環境整備や②健康寿命の延伸を進めるとともに、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上を図りつつ、④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めることが必要。
- このため、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を設置するとともに、部局横断的な政策課題について、従来の所掌にとらわれることなく取り組むためプロジェクトチームを設けて検討する。

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部

本部長 : 厚生労働大臣

本部長代理 : 厚生労働副大臣
厚生労働大臣政務官

事務局長 : 政策統括官(総合政策担当)

本部長員 :
厚生労働事務次官、厚生労働審議官、
医務技監、その他部局長

※プロジェクトチームにおける検討を基に改革案を審議

横断的課題に関するプロジェクトチーム

①健康寿命延伸PT(疾病予防・介護予防に関する施策等)

主査: 奈尾審議官(健康局) 副主査: 八神審議官(保険局)、大坪審議官、江崎統括調整官

②疾病・介護予防、健康づくり実証事業推進PT(予防・健康づくりの実証事業)

主査: 奈尾審議官(健康局) 主査代理: 山下医療介護連携政策課長
副主査: 佐々木厚生科学課長、田口歯科保健課長、神ノ田健康課長、江浪がん・疾病対策課長、岡野認知症施策推進室長、眞鍋老人保健課長、熊木国民健康保険課長、朝川参事官

③医療・福祉サービス改革PT(ロボット、AI、ICTの実用化等)

主査: 諏訪園審議官(老健局) 副主査: 迫井審議官(医政局)、江崎統括調整官

④高齢者雇用PT(高齢者の雇用就業機会の確保等)

主査: 達谷窟高齢・障害者雇用開発審議官 副主査: 岸本審議官(職業安定局)、井内審議官(人材開発統括官)

⑤就職氷河期世代活躍支援PT(就職氷河期世代の活躍支援)

主査: 土屋厚生労働審議官
副主査: 井内審議官(人材開発統括官)、小林職業安定局長、藤澤雇用環境・均等局長、谷内社会・援護局長、定塚人材開発統括官、伊原政策統括官、山田審議官(統計、総合政策、政策評価担当)

⑥障害者雇用・福祉連携強化PT(雇用施策と福祉施策の連携等)

主査: 土屋厚生労働審議官 副主査: 達谷窟高齢・障害者雇用開発審議官、橋本障害保健福祉部長

⑦地域共生PT(縦割りを越えた地域における包括的な支援体制の整備等)

主査: 中村審議官(政策統括官(総合政策担当))
副主査: 辺見審議官(社会・援護局)、依田審議官(子ども家庭局)、橋本障害保健福祉部長、諏訪園審議官(老健局)

⑧賃金底上げPT(最低賃金を含む賃金引き上げをしやすい環境の整備等)

主査: 土屋厚生労働審議官
副主査: 吉永審議官(労働基準局)、吉田医政局長、浅沼生活衛生・食品安全審議官、坂口労働基準局長、小林職業安定局長、藤澤雇用環境・均等局長、渡辺子ども家庭局長、谷内社会・援護局長、橋本障害保健福祉部長、大島老健局長、濱谷保険局長、高橋年金局長、定塚人材開発統括官、伊原政策統括官

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→ 「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

《現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題》

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 70歳までの就業機会の確保
- 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
- 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- 地域共生・地域の支え合い
- 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に

- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**

- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、
データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、
シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

《引き続き取り組む政策課題》

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

多様な就労・社会参加

- 現役世代人口の急減など人口減少が進む一方、高齢者の「若返り」が見られる中、より多くの人々が意欲や能力に応じ社会の担い手としてより長く活躍できるよう、
 - ①「一人ひとりの意思や能力、個々の事情に応じた**多様で柔軟な働き方を選択可能とする社会**」
 - ②「**地域に生きる一人一人が尊重され、多様な就労・社会参加の機会を得ながら、「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともにつづいていく**地域共生社会****」の実現に向けた環境整備を進める。
- あわせて、エイジフリー社会への変化を踏まえて、**人生100年時代に向けた年金制度改革**に取り組む。

《政策課題毎の主な取組》

70歳までの就業機会の確保

- ◆ 様々な就業や社会参加の形態も含め、70歳までの就業機会を確保する制度の創設
- ◆ 高齢者の活躍を促進する環境整備（労働市場の整備、企業、労働者、地域の取組への支援）

就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援

- ◆ 地域ごとの支援のためのプラットフォームの形成・活用
- ◆ 就職氷河期世代、一人ひとりにつながる積極的な広報
- ◆ 対象者（不安定な就労状態にある方、長期にわたり無業の状態にある方、社会参加に向けて支援を必要とする方）の個別の状況に応じたきめ細やかな各種事業の展開

副業・兼業の促進

- ◆ ガイドライン等による、原則として労働者は副業・兼業を行うことが可能である旨の周知
- ◆ 健康確保の充実と労働時間管理の在り方について検討
- ◆ 労災保険給付の在り方、雇用保険及び社会保険上の取扱いの在り方について引き続き検討

中途採用の拡大

- ◆ 個々の大企業における中途採用比率の情報公開
- ◆ 「中途採用・経験者採用協議会」の知見を活用した企業への働きかけ強化
- ◆ ハローワークにおける求職者の状況に応じたマッチング支援の充実
- ◆ 職業情報提供サイト（日本版O-NET）（仮称）の2020年中の運用開始
- ◆ 中途採用等支援助成金の見直し

地域共生・地域の支え合い

- ◆ 世帯の複合的なニーズやライフステージの変化に柔軟に対応できるよう、新たな制度の創設を含め、包括的な支援体制の構築に向けた方策を検討
- ◆ 地域住民をはじめ多様な主体がつながり、活動する地域共生の取組の促進
- ◆ 高齢者も障害者も利用できるサービスの推進

人生100年時代に向けた年金制度改革

- ◆ 多様な就労を年金制度に取り込む被用者保険の適用拡大
- ◆ 就労期の長期化による年金水準の充実
（就労・制度加入と年金受給の時期や組合せの選択肢の拡大、就労に中立的かつ公平性にも留意した在職老齢年金制度等の見直し、私的年金の加入可能年齢等の見直し）

健康寿命延伸プランの概要

- **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり (長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

II

疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化 (60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 等

III

介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充 (2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

医療・福祉サービス改革プランの概要

● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**5%（医師については7%）以上の改善**を目指す

※（各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

I

ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化
(未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進)
- ◆ データヘルス改革(2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進)
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施
(2020年度から全国に普及・展開)
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実
(本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し) 等

III

組織マネジメント改革

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し
(実績評価の拡充など)（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組(2020年代初頭までに介護の文書量半減)、報酬改定対応コストの削減(次期報酬改定に向けて検討) 等

II

タスクシフティング、 シニア人材の活用推進

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成(2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成 等)
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策(2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加) 等

IV

経営の大規模化・ 協働化

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及(今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開)
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与(今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施)
- ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置(今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ)

新経済・財政再生計画 改革工程表2018
経済財政運営と改革の基本方針2019
成長戦略実行計画

新経済・財政再生計画 改革工程表2018 (抄)

(平成30年12月20日 経済財政諮問会議決定)

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	高齢者医療制度について、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補足給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。 <<厚生労働省>>	骨太2020	----->	-	-
	53 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 <<厚生労働省>>	骨太2020	----->	-	-
	54 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 <<厚生労働省>>	骨太2020	----->	-	-

新経済・財政再生計画 改革工程表2018（抄）

（平成30年12月20日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	55 外来受診時等の定額負担の導入を検討 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	諸外国の例やかかりつけ機能の在り方を踏まえつつ、病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進する観点から、大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大をはじめとした外来受診時等の定額負担の導入・活用について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫	骨太2020	----->	-	-
	56 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。	骨太2020	----->	-	-
	60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。	骨太2020	----->	-	-
	61 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。	骨太2020	----->	-	-

第2章 Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

1. 成長戦略実行計画をはじめとする成長力の強化

(2) 全世代型社会保障への改革

③ 疾病・介護の予防

(i) 疾病予防の促進について

(保険者努力支援制度(国民健康保険))

- ・ 先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度(国民健康保険)の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、(a)生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、(b)予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを強化する。

(後期高齢者支援金の加減算制度(企業健保組合))

- ・ 後期高齢者支援金の加減算の幅を2017年度の0.23%から2020年度に両側に最大10%まで引き上げることで、保険者(企業健保組合)の予防・健康インセンティブを強化する。

(iii) エビデンスに基づく政策の促進

- ・ 上記(i)や(ii)の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

第2章 Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

2. 人づくり革命、働き方改革、所得向上策の推進

(1) 少子高齢化に対応した人づくり革命の推進

⑦ 少子化対策、子ども・子育て支援

- ・ 不妊治療への支援、予期せぬ妊娠等により不安を抱えた若年妊婦等への支援、産後ケアの充実などの支援強化に取り組むとともに、妊産婦の負担増につながらない配慮を検討しつつ、妊産婦の診療に積極的な医療機関を増やし、診療の質の向上を図る。また、成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進するため、成育基本法に基づく取組を進める。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

- ・ 新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。
- ・ なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。
- ・ あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。
- ・ また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。
- ・ 第2章1.(2)に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(予防・重症化予防・健康づくりの推進)

(i) 健康寿命延伸プランの推進

・ 健康寿命延伸プランを推進し、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指す。健康寿命の延伸に関する実効的なPDCAサイクルの構築に向けて、各都道府県・市町村の取組の参考となるよう、健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を行い、客観的な指標等をしっかりと設定・活用しつつ、施策を推進する。健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進及び地域・保険者間の格差の解消に向け、自然に健康になれる環境づくりや行動変容を促す仕掛けなど新たな手法も活用し、次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等に取り組む。

(ii) 生活習慣病・慢性腎臓病・認知症・介護予防への重点的取組

- ・ 糖尿病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を推進する。特定健診・特定保健指導について、地域の医師会等と連携するモデルを全国展開しつつ、実施率向上を目指し、2023年度までに特定健診70%、特定保健指導45%の達成を実現する。保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。
- ・ がん検診受診率の向上のため、職域におけるがん検診実施状況の把握方法を確立するとともに、がん検診と特定健診の一体的実施等に取り組む。受診率や有効性の向上のためのリスクに応じたがん検診の在り方について検討する。
- ・ 特に働き盛りの40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向けて、40歳代に脳血管疾患や乳がんの罹患りかん率が急上昇すること等についての特定健診対象者への注意喚起と受診促進(例えば、がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等)、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等について総合的に取り組む。
- ・ 高齢者一人一人に対し、フレイルなどの心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。高齢者の通いの場の活用など、介護予防の取組の更なる推進に向け、介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化を図る。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

- ・ データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとMID-NET176の連携、AIの実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、AIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。
- ・ レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の使途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化

- ・ 病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。
- ・ 病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、医療機関へのかかり方について行政・保険者等が連携し啓発を行う。
- ・ 高額医療機器の効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用率の向上等を図る。
- ・ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実を進める。オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。
- ・ 生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(iii) 保険者機能の強化

- ・ 一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。
- ・ インセンティブの評価指標(例えば、糖尿病等の重症化予防事業)について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。
- ・ 個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。
- ・ 法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。
- ・ 国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律181第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。
- ・ 国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(iv) 診療報酬・医薬品等に係る改革

- ・ イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題¹⁸²等について結論を得、着実に改革を推進する。
- ・ 調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方への在り方については引き続き検討を進める。
- ・ 後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。

¹⁸² 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(給付と負担の見直しに向けて)

- ・ 社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

I Society5.0の実現

5. スマート公共サービス

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 個人、法人による 手続の自動化

⑤ マイナンバーカードの普及、利活用の推進等

- ・ また、マイナンバーカードの健康保険証利用を進めるため、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、医療保険事務の効率化や患者の利便性の向上等を図り、2021年3月から本格運用する。これに、全国の医療機関等ができる限り早期かつ円滑に対応できるよう、2022年度中におおむね全ての医療機関等での導入を目指し、医療機関等の読み取り端末、システム等の早期整備を十分に支援する。
- ・ さらに、保険者ごとに被保険者の具体的なマイナンバーカード取得促進策を速やかに策定するとともに、国家公務員や地方公務員等による本年度中のマイナンバーカードの取得を推進する。

Ⅱ 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防

(2)新たに講ずべき具体的施策

ⅰ)人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

① 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の抜本的な強化

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

Ⅱ 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防

(2) 新たに講ずべき具体的施策

ⅰ) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

② 予防・健康づくりへ向けた個人の行動変容につなげる取組の強化

・ 生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対し、医療機関と保険者・民間事業者等が連携して、医学的管理と適切な運動等のプログラムを一体的に提供できる新たな仕組みを検討し、2019年度を目途に結論を得る。また、医療機関が運動処方箋を出しやすいよう、運動施設における標準的なプログラムを、2019年度中に作成する。あわせて、運動施設において安全かつ効果的に楽しく運動・スポーツを実践できる仕組みの実証を行うとともに、好事例の普及を図る。

・ 健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進していくため、ナッジ理論等を活用し、2019年度中に、特定健診などの各種健診の通知について、全体・平均値との比較や将来予測(AIやビッグデータ等も活用)等といった通知情報を充実するとともに、先進・優良事例の横展開を図る。

④ 保険者と企業とが連携した健康づくり、健康経営、健康投資の促進

・ 企業・保険者連携での予防・健康づくり「コラボヘルス」の取組を深化させる。加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況を見える化し、経営者に通知する健康スコアリングレポートについて、健保組合や事業主への働きかけを強化するため、評価指標に経年変化を加えるなど、通知内容の充実や通知方法の工夫を行う。同様の取組を、2020年度からは全保険者種別で実施するとともに、2021年度からは、健保組合、国家公務員共済組合について事業主単位で実施する。

⑤ データ等を活用した予防・健康づくりの効果検証、民間予防・健康サービスの促進

・ 保険者や地方公共団体等の予防健康事業における活用につなげるため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための実証を行う。

・ その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定め、その結果を踏まえ、保険者等による適切な予防健康事業の実施を促進する。

⑥ 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・ 75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。

II 全世代型社会保障への改革

5. 次世代ヘルスケア

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

① 健康・医療・介護サービス提供の基盤となるデータ利活用の推進

ア) オンライン資格確認等

- ・ 医療保険の被保険者番号を個人単位化するとともに、マイナンバーカードを健康保険証として利用できる「オンライン資格確認」の2020年度からの本格運用に向けて、必要なシステム整備を着実に進める。新設される医療情報化支援基金を活用し、医療機関及び薬局のシステム整備を支援する。
- ・ また、医療等分野における識別子(ID)については、オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報の連結の仕組みの検討を進め、必要な法的手当を行い、2021年度からの運用開始を目指す。

イ) 医療機関等における健康・医療情報の連携・活用

- ・ 患者の保健医療情報を全国の医療機関等で確認可能とすべく、着実に取組を進める。このため、レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報を確認できる仕組みについては、2021年10月以降稼働させることを目指す。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの保健医療情報ネットワークに関する実証結果等を踏まえて課題を整理し、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、運営主体や費用負担の在り方等の検討を進め、2020年夏までに、その実現のための工程表を策定する。なお、介護情報との連携についても、引き続き検討する。

エ) PHR の推進

- ・ 個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進につなげるための仕組みであるPHR(Personal Health Record)を推進する。マイナポータルを通じた個人へのデータ提供について、2020年度から特定健診データの提供を開始するとともに、2021年10月請求分から、薬剤情報のデータの提供を開始することを目指す。

オ) 健康・医療・介護情報のビッグデータとしての活用

- ・ レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベース(介護DB)の連結解析を2020年度から本格稼働し、行政・保険者・研究者・民間事業者など幅広い主体の利活用を可能とする。2019年度以降、関係する他の公的データベースとの連結の必要性についても検討し、法的・技術的課題が解決できたものから順次連結解析を実現する。

Ⅱ 全世代型社会保障への改革

5. 次世代ヘルスケア

(2)新たに講ずべき具体的施策

i)技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

②ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

ア)オンライン医療の推進

- ・ 診療から服薬指導に至る一連の医療プロセスを、一貫してオンラインで広く受けられるよう、オンライン服薬指導等について盛り込んだ医薬品医療機器等法の一部改正法案について、国会での早期成立を図る。法案成立後、提供体制等のルールについて速やかに検討を行うとともに、上記の状況を踏まえ、オンライン服薬指導に関する診療報酬上の評価を検討する。
- ・ 次期診療報酬改定に向けて、オンライン診療料の普及状況を調査・検証し、安全性・有効性が確認された疾患については、オンライン診療料の対象に追加することを検討する。また、オンライン診療の実施方法や実施体制等の要件についても、オンライン診療の適切な普及・促進に向けて必要な見直しを行う。

社会保障審議会 医療保険部会

部会長 遠藤 久夫 殿

第120回社会保障審議会医療保険部会に対する意見

2019年10月31日

一般社団法人 日本経済団体連合会

医療・介護改革部会長 藤原 弘之

第120回医療保険部会に欠席いたしますが、今回の議題に関連して、下記の通り、当会の意見を提出いたします。今後の審議に向けて、宜しくお取り計らいいただきませうようお願いいたします。

記

1. 診療報酬改定の基本方針について

- 「改定にあたっての基本認識」に「社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和」を柱として追加した点は大いに評価できる。
- 他方、「具体的方向性」の視点4「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」について、前回も意見を提出した通り、高齢化により医療需要が増す中で医療保険制度の持続可能性を確保するためには、診療報酬全般にわたり効率化・適正化を進め、メリハリのある改定とすることが重要である。この観点から、視点4において、「薬」に関連した項目に限らず、外来、入院、調剤等も含めて、幅広く対応していくことが不可欠である。

この観点から、他の視点で整理されている項目、例えば、視点2における薬局の評価、あるいは視点3における「入院医療の評価」や「外来医療」などについても、効率化・適正化の視点からも見直しを進めることが必要であり、視点4において明記すべきである。

- また、前回も意見を提出しているが、今後の医療提供体制を考える上で、ICT等新たな技術の活用は極めて有用である。具体的には、患者・国民にとって安心で質の高い医療を実現する観点からオンライン診療の推進等についても検討を進めるべきであり、その点も盛り込むべきである。
- さらに、視点1の「医療従事者の負担の軽減」や「医師等の働き方改革の推進」について「適切な評価を行う必要がある」と現時点で断定的な表現となっている点は踏み込みすぎである。「患者や保険者の視点も踏まえるとともに、総合的な

医療提供体制改革の進展を前提として、評価のあり方について検討する」との表現に見直すべきである。

医師の働き方改革については、地域医療構想の実現や医師偏在対策などの進展が基盤となり実現されるべきものである。こうした他の施策の取組の進展や成果が明らかでない中で、診療報酬上の対応を先行させるべきではない。

また、「具体的方向性の例」として掲げられている事項について、個別にその効果等を検証することの必要性に加えて、資料にもあるとおり「患者や保険者の視点」からそれを診療報酬として支払うことに納得性があるものかどうかも含めて多面的に精査する必要がある。一例をあげれば、「医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントの実践に資する取組」について、真に働き方改革の推進に効果的なものとなるのか、また、その費用を診療報酬として患者や保険者が支払うことの妥当性も含めて精査するなど慎重に検討を行う必要がある。

こうしたことから、「適切な評価を行う必要がある」との断定的な記載は適当ではなく、表現を見直すべきである。

2. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

- 国民健康保険の保険料の賦課限度額について、事務局提案の方向で引き上げるべきと考える。なお、後期高齢者医療の保険料の賦課限度額についても同様の方向で対応すべきと考える。

以 上

令和元年10月31日 第120回社会保障審議会医療保険部会 前葉委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会
部会長 遠藤久夫 様

第120回社会保障審議会医療保険部会に対する意見

全国市長会
津市長 前葉 泰幸

第120回社会保障審議会医療保険部会を欠席いたしますが、当会として下記の意見を提出いたします。今後のご審議にむけ、よろしくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

1. 国民健康保険保険料（税）の賦課限度額について

賦課限度額のあり方については、これまでの部会でも全国市長会代表の委員が意見を申し上げているところですが、市町村保険者毎に保険料率も違っており、料率の高い一部の市町村保険者や、被保険者ひとり一人に均等割がかかる国保制度において多人数世帯にあつては、500万円程度の所得で限度額に到達する世帯もあり、引き上げにあつては、こうした実態にあることも慎重に検討した上で対応していただきたい。

また、賦課限度額制度の在り方については、こうした現状を踏まえ、引続き国と地方の国保基盤強化協議会WGにおいて、議論を継続していただくよう要望する。

※参考（P.4）の資料では、低所得で限度額に達している世帯は少ないとされているが、具体的な資料をお示しし、WGで協議させていただきたい。