

【参考資料】

平成27年10月29日

財務省主計局

医療提供体制の適正化（病床機能の分化・連携）

①の一部 A

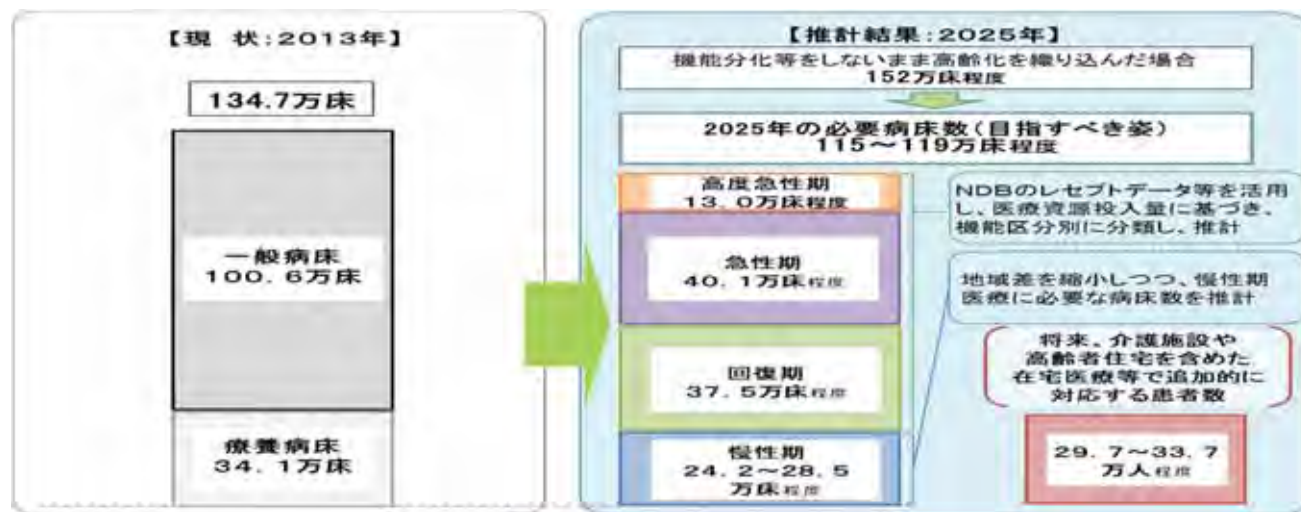
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。」

【論点】

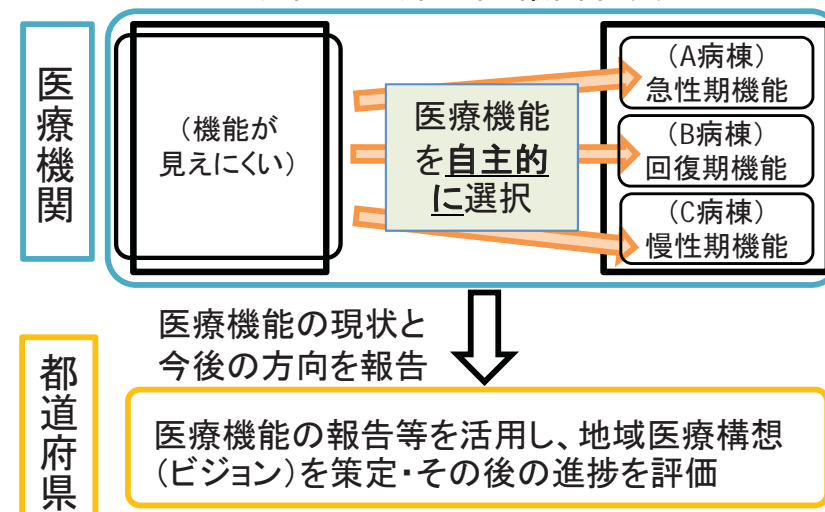
- 都道府県毎の地域医療構想の早期策定とそれに基づく2025年のあるべき機能病床数の達成、それまでの進捗チェックが必要。
- その際、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的なものとなっているため、各医療機関による病床機能報告の内容は客観性に乏しく、地域医療構想に基づく病床の機能分化の進捗を質的・量的にチェックできない。

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について



※「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(平成27年6月15日)提出資料を基に作成

現行の病床機能報告制度



※ 厚生労働省資料を基に作成

【改革の具体的な方向性】 (案)

- 地域医療構想を早期に策定し、推進すべき。
- 病床機能分化の進捗評価等（P D C Aの実施）に必須となる病床機能報告制度について、地域医療構想策定ガイドラインと統合的な定量的基準を設定する形で見直しが必要。

【検討・実施時期】 (案)

- 2016年度末までに全ての都道府県において地域医療構想を策定する（策定できない都道府県は理由を開示し、策定期限を明確化する）。
- 遅くとも28年10月の次期病床機能報告時までには用いることができるよう、病床機能報告制度の新たな定量的基準を設定する。

【KPIの在り方】 (案)

- 2016年度末までに全ての都道府県において地域医療構想を策定する。
- 地域医療構想に示される2025年段階の医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床数の達成、2020年時点の中間目標の設定。

医療提供体制の適正化（医療費適正化計画）

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「地域医療構想と統合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。」

【論点】

- 都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と統合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒しで策定することとされている。
- 外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、医療費目標を医療費適正化計画に盛り込むこととされている。（既述）



【改革の方向性】（案）

- 都道府県において、地域医療構想と統合的な医療費適正化計画を早期に策定すべき。
- 次期医療費適正化計画において、標準的な算定方式を踏まえた具体的な目標を設定すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 都道府県による第3期医療費適正化計画は平成30年度開始・前倒し可とされているが、なるべく多くの都道府県が前倒し実施となるよう、環境整備を図るべき。

【KPIの在り方】（案）

- 平成28年度末までに全都道府県において医療費適正化計画の策定を目指す。（策定できない都道府県は理由を開示し、策定期間を明確化する。）
 - 病床の4機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）別の医療費や、後発医薬品の使用促進、重複・頻回受診／重複投薬の防止など、医療の提供に関する目標の設定。
- 3 ※ 具体的な項目・数値については、専門調査会WGの分析を踏まえて設定。

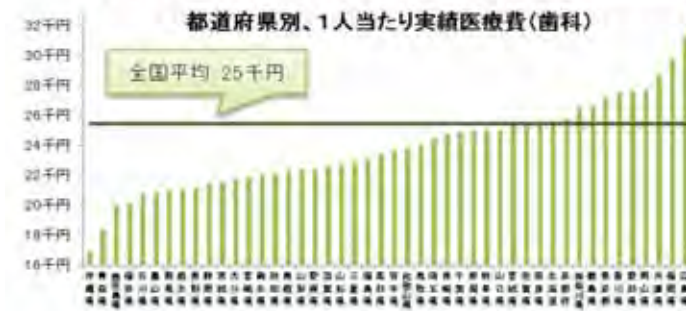
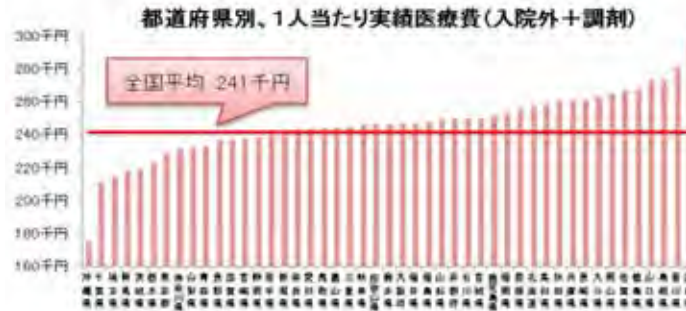
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。」

【論点】

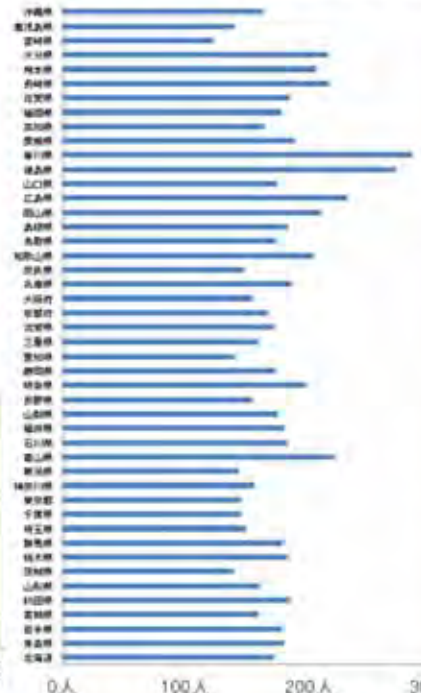
- 外来医療費についても、各種既存データから地域差の存在が推察されることから、データに基づきその要因を分析し、合理的でない地域差を解消する必要がある。

1人当たり医療費の地域差
(市町村国民健康保険+後期高齢者医療)

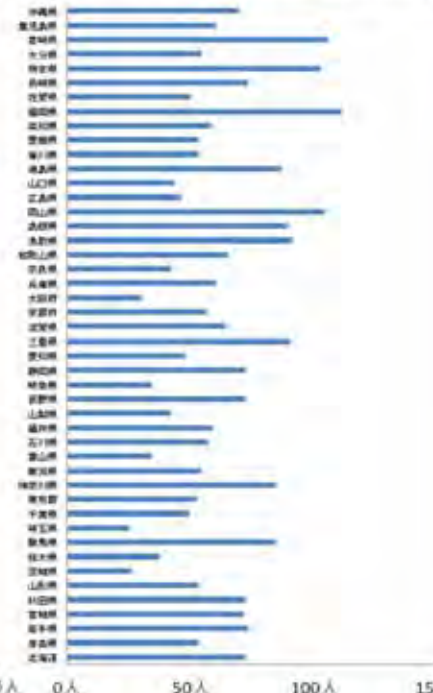


(出典)厚生労働省保険局調査課「平成24年度医療費の地域差分析」

糖尿病外来の受療率
(人口10万人当たり)の地域差



気分障害外来の受療率
(人口10万人当たり)の地域差



(出典)平成20年患者調査

【改革の方向性】(案)

- NDB等を活用して、外来医療費の地域差の要因等を分析し、情報を公開するとともに、医療費適正化計画への反映等を通じて不合理な地域差の解消を図るべき。

【検討・実施時期】(案)

- 今年度中に分析を実施するとともに、その結果を踏まえ、合理的でない地域差要因の解消に向けた標準的な算定式等を示し、次期医療費適正化計画に反映させるべき。

【KPIの在り方】(案)

- 例えば、疾病別・年齢別の受療率、1件当たり日数、1日当たり点数等、後発医薬品の使用状況、重複投薬・多剤投与の状況等が考えられる。
- ※ 具体的な項目・数値については、専門調査会WGの分析を踏まえて設定。

医療提供体制の適正化（療養病床）

①の一部、② A/D

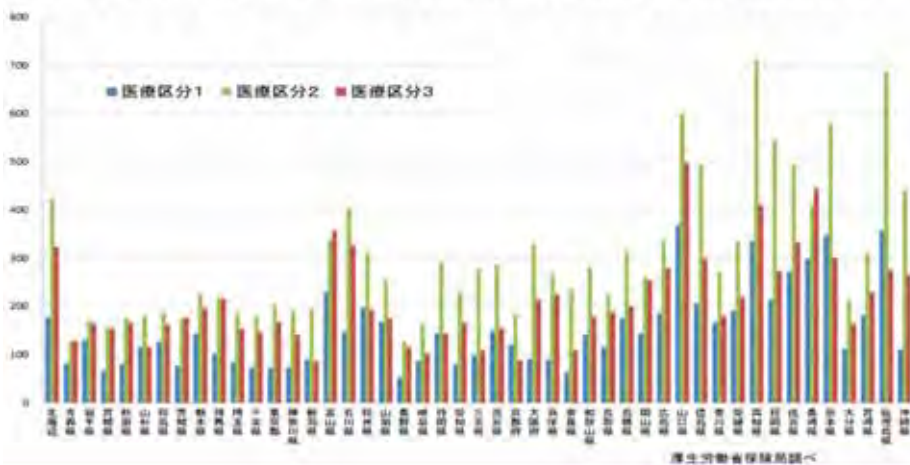
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を確実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討する（略）。」

【論点】

- 慢性期病床については地域医療構想・医療費適正化計画に基づき、入院受療率の地域差を縮小し、病床数を減少させていく必要。
- その際、特に高い診療報酬（療養病棟入院基本料）の対象となる医療区分2、3の人口に対する受療率の地域差が大きいことを踏まえ、診療報酬体系についても見直しが必要。医療区分の算定要件のうち、スモン等の特定疾患ではなく、状態・医療処置の要件の適用の違いによって生じていると考えられる。
- また、慢性期病床の減少に伴い、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制を効率的に整備していくことが必要。

医療区分別入院受療率（医療療養病床、65歳以上人口10万人あたり）



	入院基本料1 (20:1)	入院基本料2 (25:1)	
医療区分3	1,468点 ～ 1,810点	1,403点 ～ 1,745点	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）
医療区分2	1,412点 ～ 1,230点	1,165点 ～ 1,347点	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺炎（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
医療区分1	814点 ～ 967点	750点 ～ 902点	【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷措置）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者		

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 医療区分2、3の要件の厳格化・客観化を進めるべき。その上で、医療区分1のような、医療必要度の低い患者が多い病床に係る入院基本料については、患者の状態に見合ったケアが可能となるよう、医療従事者の配置基準を緩和するとともに、報酬を引き下げるべき。
- ② 介護療養病床については、法律の規定どおり29年度末に廃止し、（療養型）介護老人保健施設などを含め、現在の介護療養病床よりも人員配置の緩和された効率的な受け皿への転換を推進するべき。

【検討・実施時期】（案）

- ①について：28年度診療報酬改定において実現を図る。
- ②について：29年度までに予定通り介護療養病床を廃止しつつ、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」の結論等も踏まえ、効率的な受け皿への転換を含め、慢性期に対応した効率的なサービス提供体制を構築する。

【KPIの在り方】（案）

- 地域医療構想ガイドラインが想定する入院受療率の地域差解消を2025年までに達成、2020年時点の中間目標の設定。
- ⑤ 医療区分2、3に係る入院受療率の地域差

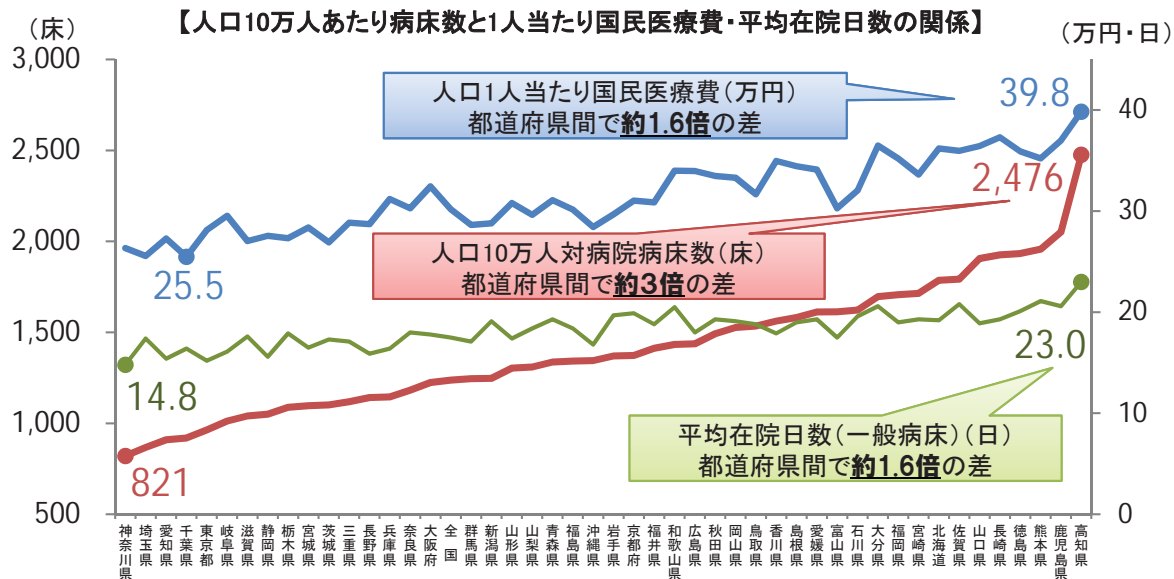
(参考1) 我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院日数(急性期)	人口千人当たり総病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.0 (17.9)	13.4	16.4※1	2.2※1	74.3※1	10.0※1
ドイツ	9.3 (7.9)	8.3	46.5	3.8	137.5	11.4
フランス	12.6 (5.1)	6.4	48.1※2	3.3※2	136.7※2	8.7※2
イギリス	7.3 (6.5)	3.0	95.2	2.8	290.6	8.6
アメリカ	6.1 (5.4)	3.1※1	79.9※1	2.5	366.6※1・2	11.1※1・2

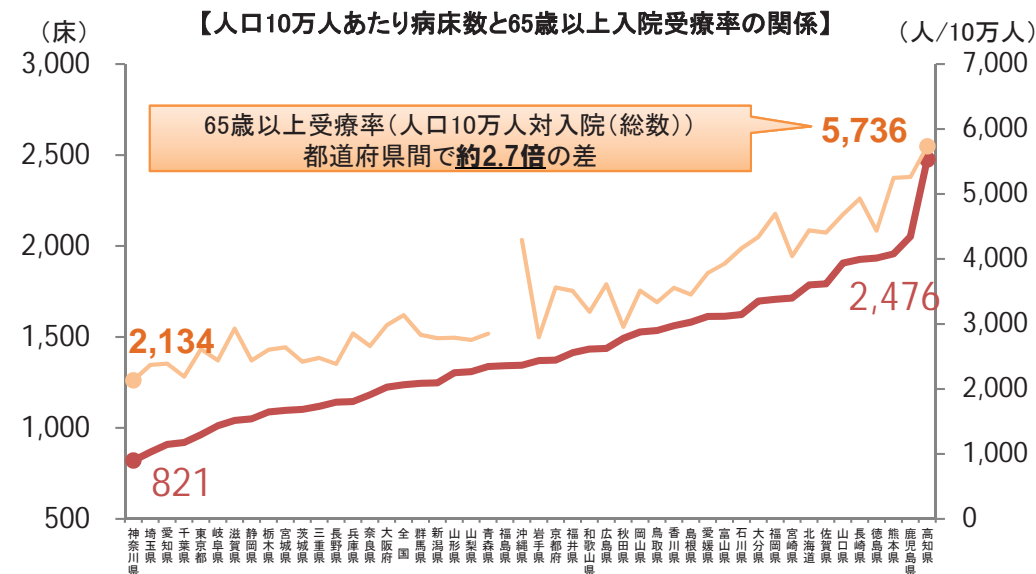
出典:「OECD Health Data 2012」

注1:「※1」は2010年のデータ。

注2:「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。



出典:平均在院日数、人口10万人対病院病床数:平成25年医療施設(動態)調査・病院報告
 人口1人当たり国民医療費:平成23年国民医療費



(出典)人口10万人対病院病床数:平成25年医療施設(動態)調査・病院報告
 入院受療率:性・年齢階級別調整後入院受療率(間接法)

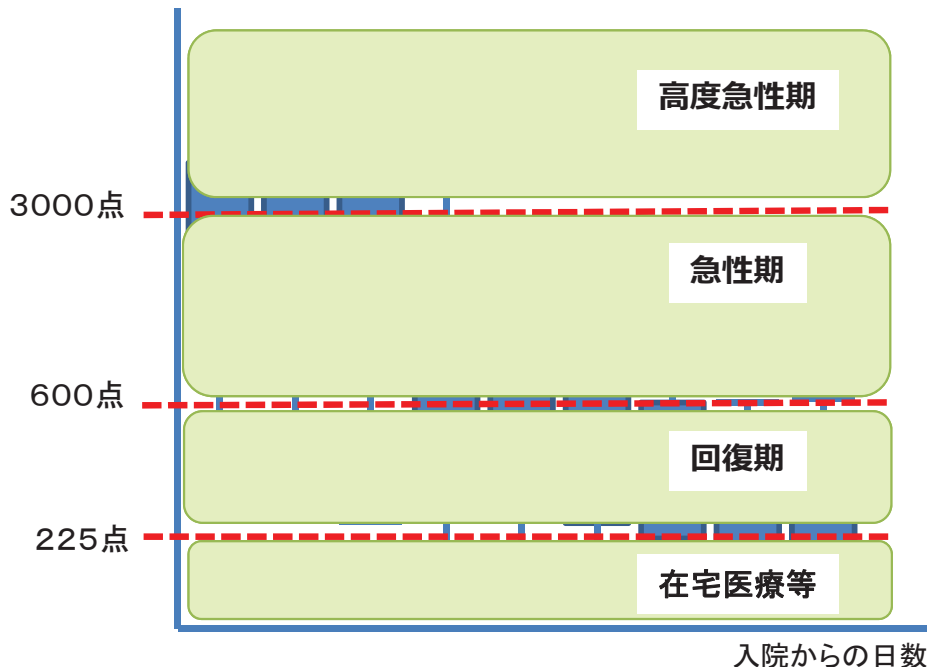
(参考2) 地域医療構想の概要

- 地域医療構想に盛り込まれる病床数については、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに推計することとされている。
- その推計の考え方・手法について、これまで、政府（内閣官房・厚生労働省）において検討を進めてきたが、先般「地域医療構想ガイドライン」としてとりまとめられたところ（27.3.31）。
- このガイドラインに基づき、現在、都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想を策定中。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

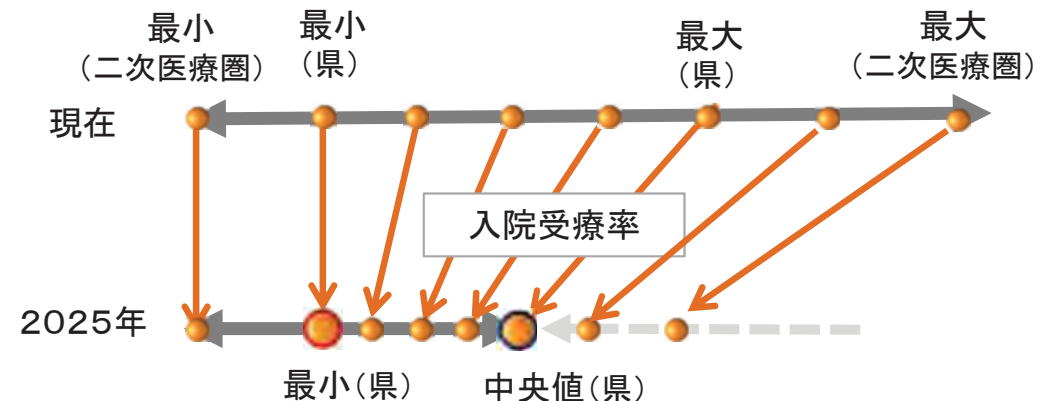


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や（略）等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、法律上、
 - ① 病床の機能分化・連携、
 - ② 在宅医療の提供、
 - ③ 医療従事者の確保、
 に関する事業に充てることとされており、特に急務の課題である病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、①に重点的配分を行う方針が定められている。
- 「骨太の方針2015」に則り、引き続き、28年度以降も①への重点的配分を進めることが必要。
 その際、②③において実施に不可欠な事業に適切な配慮を行いつつ、厚生労働省において、①に係る好事例の紹介や基金配分の予見可能性を高め、①への重点化が円滑に進むような環境整備を行うことも必要。

地域医療介護総合確保基金

対象事業	予算
I. 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	○26年度予算：904億円（新規） （配分状況） I：174億円、II：206億円、III：524億円 （19.2%） （22.8%） （58.0%）
	○27年度予算：904億円 （配分状況） I：454億円、II：65億円、III：385億円 （50.3%） （7.2%） （42.6%）
II. 在宅医療の提供等に関する事業	
III. 医療従事者の確保に関する事業	

【改革の具体的な方向性】（案）

- 「骨太の方針2015」に則り、28年度以降も地域医療介護総合確保基金について、病床機能の分化・連携に資する事業への重点的配分を進めるべき。

【検討・実施時期】（案）

- 27年度における取組を28年度以降も継続・拡大する。

【KPIの在り方】（案）

- 医療提供体制改革を推進するための地域医療介護総合確保基金の「I. 病床の機能分化・連携」への重点配分のあり方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの（略）医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討、（略）都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条において、厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が定められているが、実施例はない。
- 地域医療構想の実現に当たり、都道府県は、公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令や、非稼働病床の削減の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、命令はできない（要請等のみ）。

【改革の具体的な方向性】（案）

- 高齢者医療確保法第14条を必要に応じて活用できるよう、実施に当たっての課題を分析し、国において運用に係るガイドラインを策定すべき。
- 民間医療機関に対する他施設への転換命令等を付与するなど、医療保険上の指定に係る都道府県の権限を一層強化すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 高齢者医療確保法第14条の活用に向けて、医療費適正化計画の前倒し実施が事実上開始される平成29年度に間に合うよう、速やかに検討を開始し、平成28年中に特例の運用に係るガイドラインを取りまとめる。
- 医療保険上の指定に係る都道府県の権限強化については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

地域医療構想（ビジョン）を実現するための現行の仕組み

(1) 「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現に向け、医療関係者、保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。協議だけでは進まない場合、知事が以下の措置を講ずることが可能。

(2) 都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。
※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒ 【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

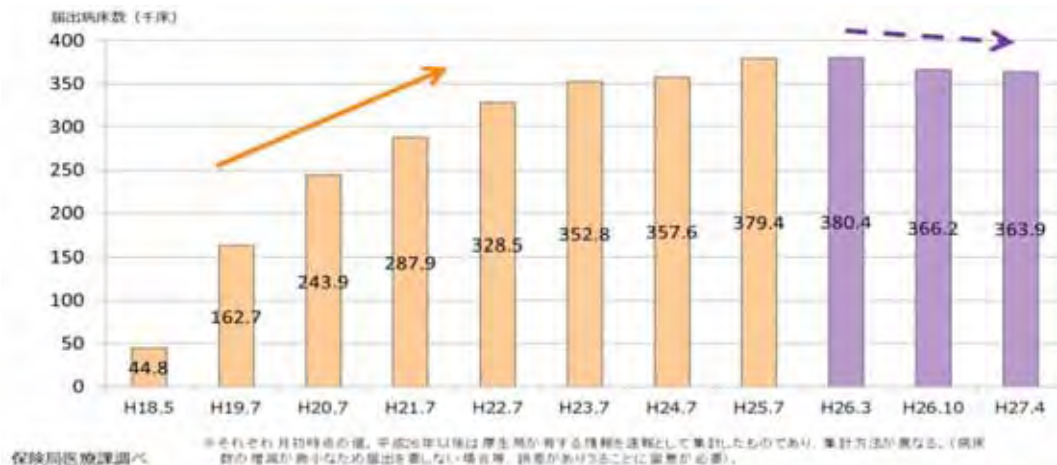
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応（略）等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 26年度改定において、7対1入院基本料の要件の厳格化等の措置を講じたが、依然として病床の機能分化は進展していない。現在進めている病床再編・地域差是正を促進する観点から、28年度診療報酬改定において一層の取組強化が必要。

一般病棟入院基本料7対1病床数の推移



7対1入院基本料の経緯（平均在院日数・看護必要度）

平成17年	医療制度改革大綱 「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し 「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10～15%以上」 平均在院日数要件の見直し 「平均在院日数が19日～18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し 「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 データ提出加算の要件化 在宅復帰率の導入

※ 厚生労働省作成資料

【改革の具体的な方向性】（案）

- 診療報酬において、
 - ① 7対1入院基本料の要件の一層の厳格化、
 - ② 病床の4機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）と整合性のある点数・算定要件の設定、
 - ③ 療養病棟入院基本料における医療区分2, 3の要件の厳格化・客観化（再掲）を図ることなどにより、病床機能の分化・連携を推進すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 病床機能の分化・連携に資する26年度診療報酬改定の内容と実績を検証し、その効果の評価した上で、上記①、③については28年度診療報酬改定に、上記②については28年度/30年度診療報酬改定に、効果的な方策を盛り込む。

【KPIの在り方】（案）

- 7対1入院基本料を算定する病床数

(参考) 診療報酬改定による医療提供体制の適正化(一般病棟)

○ 一般病棟7対1入院基本料などの施設基準の在り方については、中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」等における議論などを踏まえつつ、例えば次のような取組みを実施していくことにより、地域医療構想と整合性のある診療報酬体系としていくことが必要ではないか。

① 「重症度、医療・看護必要度」の見直し・基準割合の引上げ等

7対1入院基本料の施設基準の1つである現行の「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者割合(A項目2点以上・B項目3点以上の比率15%以上)が高い医療機関は、手術などの高度な治療の実施件数が少ない傾向が見られる。

- 急性期病床に期待される機能を適切に評価できる基準となるよう、比率の大幅な引上げを含む見直しが必要ではないか。
- また、「重症度、医療・看護必要度」の基準を10対1入院基本料の施設基準にも追加すべきではないか。

② 手術件数等の要件の追加

7対1入院基本料を算定する病棟は、一定水準以上の専門的な医療機能を提供することが期待されている。

- 提供する医療の内容や実績(例えば、手術件数など)を基準に反映することが必要ではないか。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 創傷処置 ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く) ②褥瘡の処置	なし	あり		8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり		9 起き上がり	できる	できない	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり		10 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 心電図モニターの管理	なし	あり		11 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 シリンジポンプの管理	なし	あり		12 口腔清潔	できる	できない	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり		13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の管理(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージの管理	なし		あり	14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

(参考) 総合入院体制加算1の施設基準

総合的・専門的急性期医療を担うことが期待される病棟への加算である「総合入院体制加算1」の施設基準では、以下の手術件数の要件が設けられている。

- ・全身麻酔による手術件数が年800件以上。かつ、以下の全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	40件/年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件/年以上
エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件/年以上
オ 化学療法	4,000件/年以上
カ 分娩件数	100件/年以上

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。」

【論点】

- 入院時の生活療養費について、療養病床のうち65歳以上の医療区分Ⅰに該当する患者（一般所得）については自己負担があるが、それ以外については自己負担がなく、在宅療養等との公平性が確保されていない。

（参考）27年度医療保険制度改革において、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見直しを実施。

（※）低所得者は引上げを行わない（据え置き）。難病患者、小児慢性特定疾患患者は負担額を据え置く。

65歳以上医療区分Ⅰ （一般所得）の療養病床	その他	介護保険施設 （老健・療養病床（多床室）） 補足給付における 基準費用額	介護保険施設 （特養（多床室）） 補足給付における 基準費用額
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
<p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 320円</p>	<p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 0円</p>	<p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 370円</p>	<p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 〔室料〕 840円</p>

【改革の具体的な方向性】（案）

- 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めていくべき。

【検討・実施時期】（案）

- 法改正を待たずに実現可能なもの（医療区分Ⅱ、Ⅲへの拡大）については、速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。
- 法改正が必要なもの（一般病床等への拡大）については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。」

【論点】

- かかりつけ医の普及については、26年度診療報酬改定において地域包括診療料を新設するなど、その環境整備に努めているが、ほとんど進展していない。

※ 地域包括診療料の届出施設数：122施設（26年7月時点）

- かかりつけ医の普及に向けて、診療報酬上の対応をさらに進めるとともに、外来の機能分化を進める観点から、外来時の患者負担の在り方についても見直すことが必要。

- 具体的には、限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を十分に発揮しつつ、国民皆保険制度を維持していく観点も踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合の患者負担について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべきではないか。

（参考）フランスの外来医療

かかりつけ医を利用した場合の自己負担率は30%であるのに対し、かかりつけ医を利用しない場合の自己負担率は原則70%とされている。

【患者負担のイメージ（受診時定額負担の場合）】

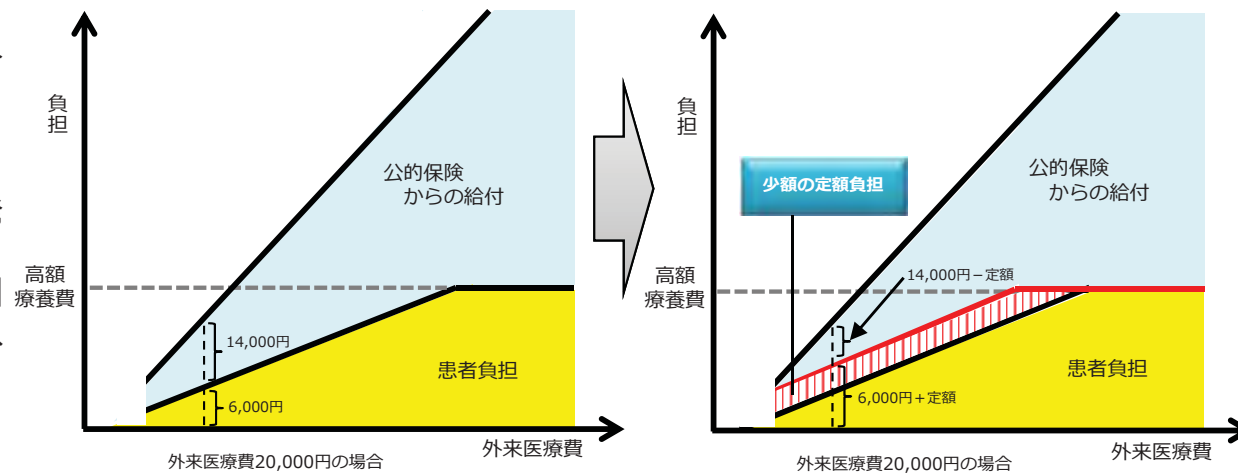
外来医療費 = 初診料 (2,820円) + 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤 (処方費、医薬品費)

現行制度（定額負担導入前）

・定率負担（70歳未満：3割、70～74歳：原則2割、75歳以上：1割）
 ・ただし、月額一定額（高額療養費）を上限（所得に応じて8,000円～44,000円(70歳以上)、35,400円～252,600円+医療費の1%(70歳未満)）

定額負担導入後

・定率負担に加え、少額の定額負担
 ・ただし、月額一定額上限（高額医療費）の適用は維持



【改革の具体的な方向性】（案）

- かかりつけ医の普及の観点から、地域包括診療料の請求が進まない理由を分析した上で、必要な要件緩和などを進めるべき。
- 外来の機能分化と医療保険制度の持続可能性の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合（地域包括診療料が適用されない場合）に、現行の定率負担（月額上限あり）に加え、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべき。

【検討・実施時期】（案）

- かかりつけ医の普及に資する診療報酬上の対応については、平成28年度改定から見直しを進める。
- 外来時の定額負担については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り13早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「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利いた運用方法の確立、（略）後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化（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。」

【論点】

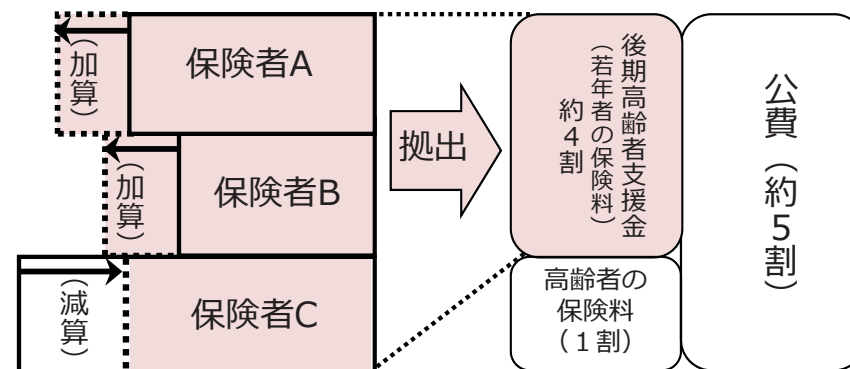
[国民健康保険]

- 平成30年度より、医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を發揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付する仕組みが創設された（保険者努力支援制度：700～800億円程度）。今後、配分に当たっての基準を検討する必要がある。

[被用者保険]

- 現状の後期高齢者支援金の加算・減算制度については、加減算の指標が1つのみ（特定健診及び保健指導の実施率）であり、加算率も低く（0.23%、加算総額7,600万円（25年度実績））、実効性のある仕組みになっているとは言い難い。

【参考】現在の後期高齢者支援金に係る加減算制度の枠組み



【改革の方向性】（案）

[国民健康保険]

- 30年度に新設される保険者努力支援制度については、真に医療費適正化に資する指標（例：後発医薬品使用割合、重複・頻回受診、重複投薬）に依るべき。
- また、指標の達成状況に応じて大胆に傾斜をつけた配分を行うべき。
- さらに、指標に基づくインセンティブ措置は、都道府県間のみならず、同一都道府県内の市町村間の配分にも講ずるべき。

[被用者保険]

- 後期高齢者支援金の加減算制度についても加減算の指標を増やし、指標の達成状況に応じて、大胆に傾斜をつけた配分を行うべき。

【検討・実施時期】（案）

- 保険者努力支援制度については、27年度中に指標を決定し、28年度から財政調整交付金による運用を開始、28、29年度の実績に基づき30年度から本格実施。後期高齢者支援金の加算・減算制度については、30年度からの実施に向け、27年度中に指標を決定。

【KPIの在り方】（案）

- 指標の達成状況に応じた、保険者に対する保険者努力支援制度・後期高齢者支援金加減算制度における傾斜配分の状況

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「2018年度（平成30年度）までに（略）国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映（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。」

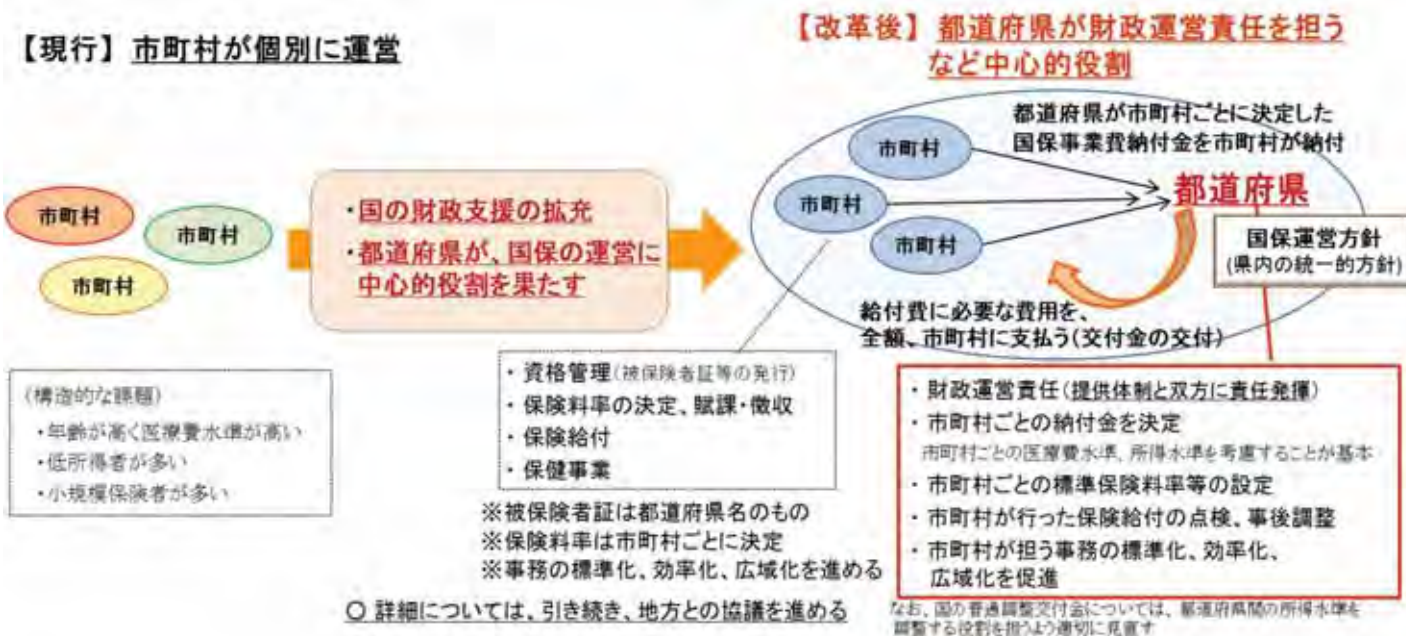
【論点】

- 平成30年度より、
 - ・ 都道府県は医療費水準等に基づき市町村ごとの国保事業費納付金を決定し、市町村は同納付金を都道府県に納付する、
 - ・ 都道府県は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提示し、市町村はこれを参考に保険料率を決定する、
 など、都道府県が国保運営の中心的役割を担うこととなる。

- 現行の国の調整交付金は、自治体間の所得水準だけでなく医療費水準の格差についても一部調整を行っているため、医療費の地域差が保険料に適切に反映されず、保険者・個人の医療費適正化に向けたインセンティブが働かない。

（※）後期高齢者医療制度において、国の調整交付金は、広域連合間の所得水準の格差については調整を行っているが、医療費水準の格差については調整を行っていない。

- このため、遅くとも30年度までに「骨太の方針2015」に則った国保財政の仕組みの見直しが必要。



※ 厚生労働省作成資料

【改革の方向性】（案）

- 所得水準による差異について補正を行い、なお残る医療費格差については、適切に保険料水準に反映させるよう、調整交付金の配分方法も含め国保財政の仕組みを見直す。

【検討・実施時期】（案）

- 平成30年度からの施行に向け、平成29年度中に余裕をもって各自治体が業務の見直しや条例改正等を実施できるよう、平成1527年度中に基礎的枠組みを決定し、平成28年度中に精緻化を図る。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。また、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。」

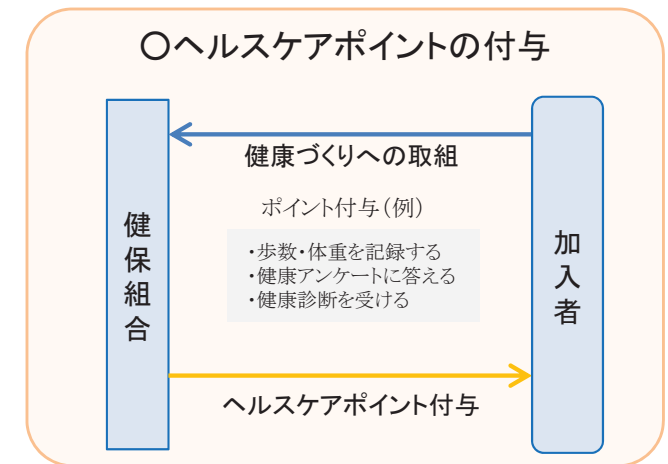
【論点】

- 個人による疾病予防の努力や健康管理に係る取組状況にかかわらず、保険料の負担水準に違いはない（ただし、一部の保険者において、こうした取組に対してヘルスケアポイントの付与が行われている）。
- 27年の医療保険制度改革において、健康管理及び疾病の予防に係る個人の努力義務が規定された（28年4月施行予定）。

（参考）健康保険法の一部改正（下線は追加箇所）

第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談、健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

※ 国民健康保険法等にも同様の規定を追加



※ 厚生労働省作成資料

【改革の方向性】（案）

- 個人による疾病予防や健康管理に係る取組状況を踏まえ、保健事業の一環として、ヘルスケアポイントの付与や現金給付、保険料の傾斜設定を行うべき。

【検討・実施時期】（案）

- 27年度中に厚生労働省においてガイドラインを策定し、各保険者において順次実施する。

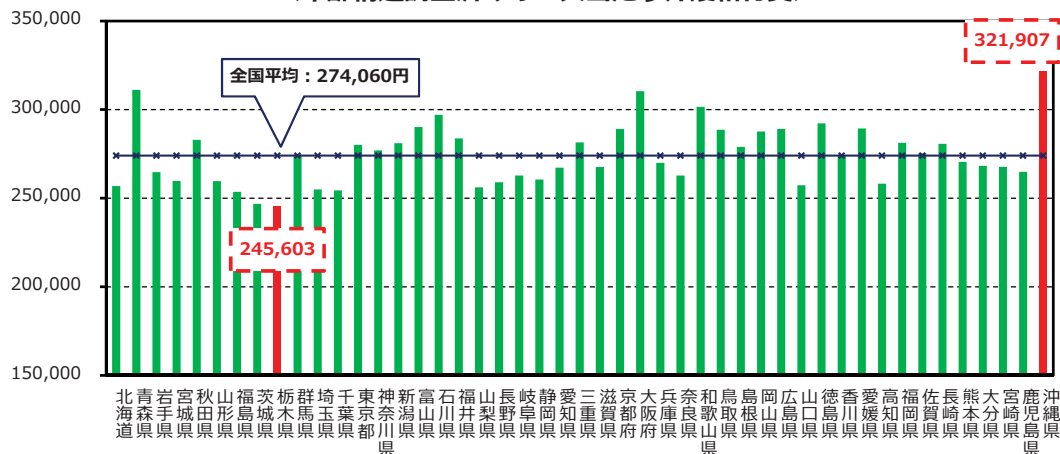
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う。」

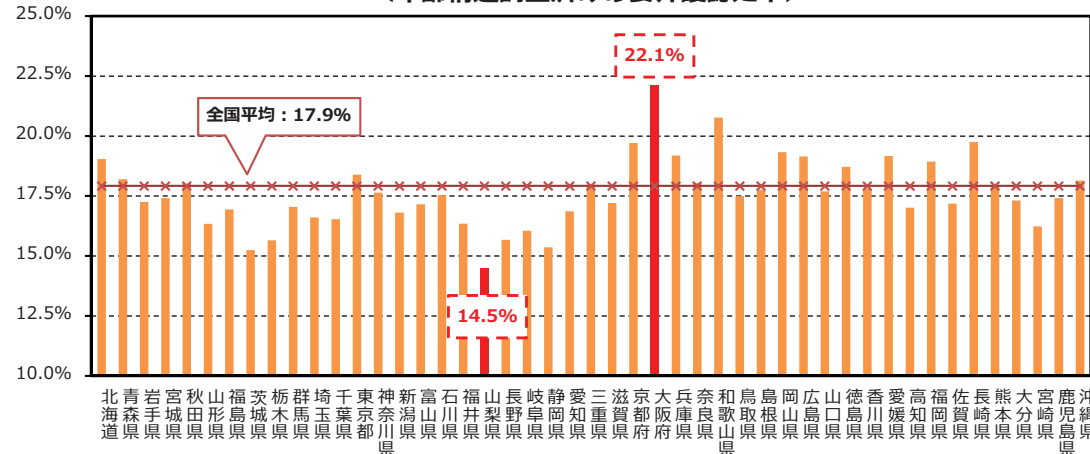
【論点】

- 要介護認定適正化事業や介護給付適正化計画等により、各保険者が問題のある要介護認定や過大な介護給付等の適正化を推進する取組を実施しているが、要介護認定率や一人当たり介護給付費については、依然として地域差が存在する。

＜年齢構造調整済みの一人当たり介護給付費＞



＜年齢構造調整済みの要介護認定率＞



【出典】介護保険総合データベース等を基に厚生労働省において集計・試算

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 要介護認定率や一人当たり介護給付費について、地域差の要因分析を実施・公表すべき。
- ② 不合理な一人当たり介護給付費の地域差を是正するため、都道府県・市町村が独自に給付量を適正化できる仕組みの導入や市町村がケアマネジメントの適正化に取り組む権限の強化等により、各市町村の保険者機能及び各都道府県の保険者支援機能の強化を図るべき。
- ③ 市町村による独自の取組を支援するため、介護給付費適正化に向けたインセンティブを強化する観点から、財政調整交付金として交付する国庫負担金の給付費総額に占める割合を引き上げるとともに、2号保険料や財政調整交付金の傾斜配分の枠組みを検討・導入すべき。

【検討・実施時期】（案）

- ①については、医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ等において、調整手法の検討や地域差の分析を進め、平成27年度末までに分析手法を示す。
- ②、③については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

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

【論点】

- 医療費の適正化等の観点から、健康増進・予防サービスに関する優良事例の全国展開を図る取組が民間主導で開始されている。

【参考】「日本健康会議」(平成27年7月10日発足)における横展開の戦略

- ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省と協力して具体的な推進方を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
- ②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

※平成26年度補正予算において、「予防・健康づくりに向けたインセンティブの取組への支援」のため、3億円を措置

- <情報集約>
- 都道府県及び市町村取組を情報収集
- 保険者団体による情報収集
- <支援施策の実施>
- WGでの状況確認・検討
- テーマごとに支援策実施



【改革の方向性】(案)

- 政府の「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」(平成27年9月9日設置)等を活用し、日本健康会議等の成果も取り込みながら優良事例の創出・全国展開を図る。これにより、自治体や企業・保険者の競争を促進していくべき。

【検討・実施時期】(案)

- 「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」において、優良事例のヒアリング等を通じ、その全国展開に向けた進め方について、平成27年中に一定の方向性を取りまとめる。

【KPIの在り方】(案)

- 「日本健康会議」の「健康な・まち職場づくり宣言2020」(8つの宣言)を参考に設定することが考えられる。

宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。	宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。
宣言3	予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

高額療養費制度の在り方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」

【論点】

- 70歳以上の高齢者については、①月単位の上限額が70歳未満に比べて低額に設定されている、②外来について70歳未満には無い更なる特例措置が講じられているなど、若年者よりも負担が低い状況となっている。
- 負担の公平の観点から、年齢のみを理由に負担上限について異なる取扱いがされている高額療養費制度の見直しは最優先の課題。

		現役		高齢者(現状)		
		70歳未満		70歳～74歳	75歳以上	
		3割負担 (就学前2割)		2割負担 * 26年4月以降70歳になる者から (現役並み所得者2割)	1割負担 (現役並み所得者3割)	
高額療養費月額上限	入院	医療費の自己負担		現役並み所得(年収約370万円以上) (6.6%※)	8.7万円(注3)	
		年収約1,160万円～				25.4万円(注1)
		年収約770万円～約1,160万円				17.2万円(注2)
		年収約370万円～約770万円				8.7万円(注3)
	～年収約370万円		5.8万円(注3)	同じ所得水準の 現役より軽減		
	住民税非課税		3.5万円(注4)			
外来	年収約370万円以上～		上記(入院の場合)と同じ	現役並み所得	4.4万円	
	～年収約370万円			一般所得	1.2万円	
	住民税非課税			住民税非課税	0.8万円	

上記は医療費が100万円と仮定した場合の金額。(※)は後期高齢者に占める割合、
(注1)4か月目以降は14.0万円、(注2)4か月目以降は9.3万円、(注3)4か月目以降は4.4万円、(注4)4か月目以降は2.5万円、(注5)年金収入のみの場合、単身世帯で年金収入155万円以下。

【改革の具体的な方向性】(案)

- 負担能力に応じた適正な負担とするため、①高齢者のみに設けられている外来の特例措置を廃止し、②入院・外来を通じて、高齢者の自己負担の月額上限を所得水準に応じて現役世代と同じ水準へと見直すべき。あわせて、③「現役並み所得」の基準について、妥当性の検証・見直しを行うべき。

【検討・実施時期】(案)

- 速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討するとともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改革の施行状況も踏まえつつ、検討を行う」

【論点】

- 高額介護サービス費制度により、介護保険給付に係る利用者負担額が限度額を超える場合に超えた金額が高額介護サービス費として支給されているが、その限度額が医療保険制度（高額療養費）よりも部分的に低くなっており見直しが必要。
- 利用者負担割合については、制度の持続性確保の観点から2割負担に移行することが必要。平成27年8月より、住民税課税世帯のうち、一定以上の所得（合計所得金額160万円以上）を有する者については、介護保険給付に係る利用者負担割合が1割から2割に引き上げられたが、今後、段階的に、医療保険との均衡を踏まえて、65～74歳について原則2割負担とし、次に75歳以上についても2割負担とすべき。

<利用者負担限度額（介護、医療）>

<利用者負担限度額>	高額介護サービス費	高額療養費	
		70歳以上	65歳以上70歳未満
現役並み所得（上位所得）	44,400円（世帯）※1	44,400円（多数回該当）	140,100円（多数回該当）※2 93,000円（多数回該当）※3
一般	37,200円（世帯）	44,400円	44,400円（多数回該当）
住民税非課税等	24,600円（世帯）	24,600円	24,600円（多数回該当）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）	15,000円	24,600円（多数回該当）

- ※1 対象となる世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合
- ※2 対象となる高齢者の年収が約1,160万円以上
- ※3 対象となる高齢者の年収が約770万円以上かつ約1160万円未満

<介護：利用者負担割合>

一定以上の所得 ※4	それ以外
2割負担	1割負担

<医療：利用者負担割合>

	現役並み所得 ※5	それ以外
75歳以上	3割負担	1割負担 ※6
70～74歳	3割負担	2割負担

- ※4 合計所得金額（年金収入＋その他の所得の合計額）が160万円以上
- ※5 収入の合計額が、単身世帯で383万円以上、2人以上の世帯で520万円以上
- ※6 平成26年4月以降に70歳になる者から2割負担を適用（26年3月未だに70歳に達している者は1割負担）

【改革の具体的な方向性】（案）

<高額介護サービス費制度>

- 高額介護サービス費制度について、高額療養費と同水準まで利用者負担限度額を引き上げるべき。

<利用者負担割合（2割負担の対象者の見直し）>

- ① 65歳以上74歳以下の高齢者について、医療制度との均衡を踏まえ、原則2割負担化への見直しを実施すべき。
- ② その上で、医療保険制度における窓口負担に係る議論の状況を踏まえつつ、75歳以上の高齢者についても、原則2割負担の導入を検討すべき。

【検討・実施時期】（案）

高額介護サービス費制度の見直しについては、速やかに関係審議会等において検討を開始し、遅くとも28年末までのできる限り早い時期に、制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。

利用者負担の見直しについて、

①については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

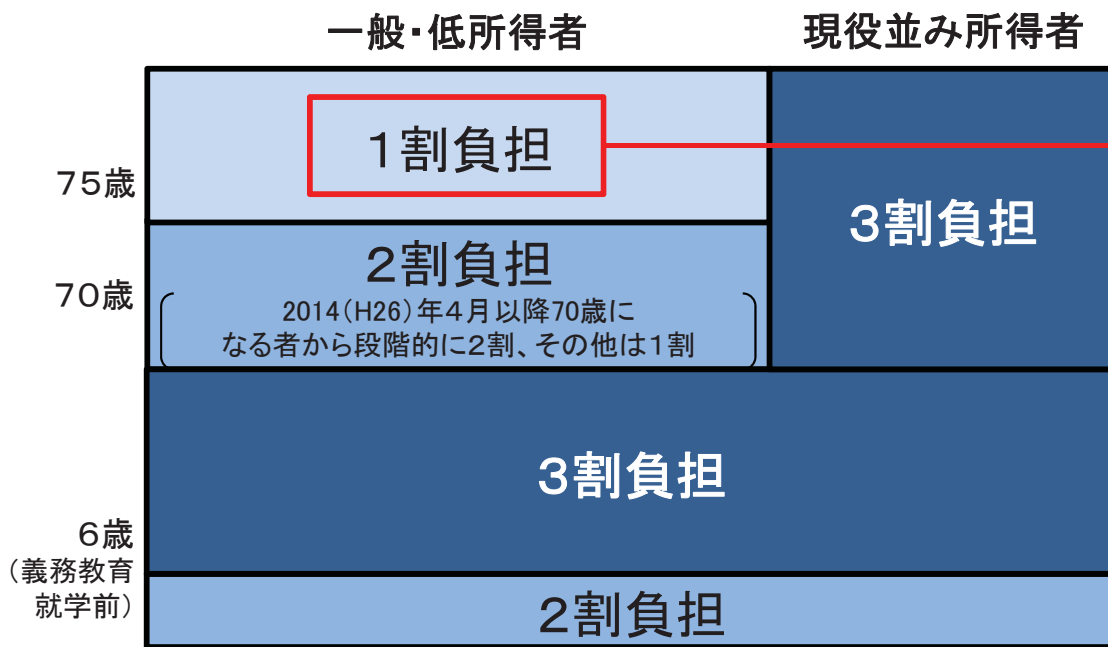
②については、関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」

【論点】

- 高齢者の定率の窓口負担は、原則となる負担率が1割または2割と、現役世代の3割よりも軽減されている。



【見直しの考え方】

- 2019 (H31) 年新たに75歳になる者
 - ・ 現在の取組を連続的に延伸し、2割負担を維持
- 2019 (H31) 年時点で既に75歳の者
 - ・ 2019年以降、1割負担から2割負担へ数年かけて段階的に引上げ

【改革の具体的な方向性】（案）

- 70歳～74歳の定率窓口負担を段階的に1割から2割に引き上げている現在の取組を連続的に延伸する観点から、2019 (H31) 年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019 (H31) 年時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

【検討・実施時期】（案）

- 関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

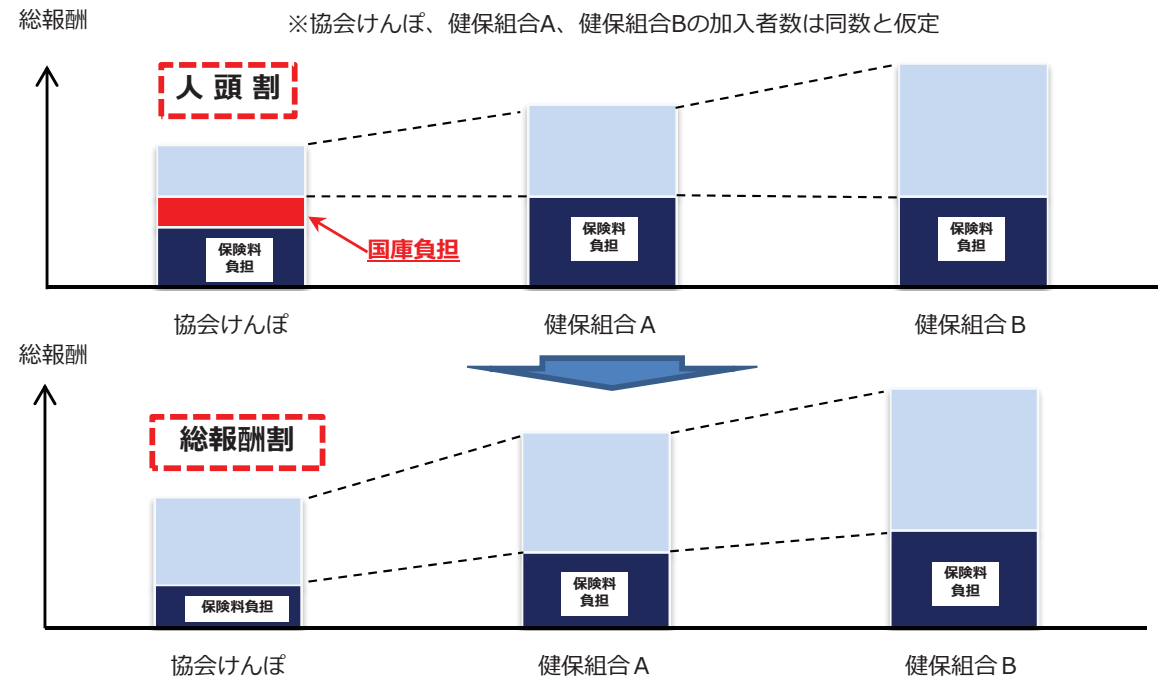
「また、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。」

【論点】

- 第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、各医療保険者が徴収しているが（介護納付金）、これを医療保険者間で按分する際、加入者数割（人头割）となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている。

＜人头割から総報酬割への移行のイメージ＞

※協会けんぽ、健保組合A、健保組合Bの加入者数は同数と仮定



人頭割

(被保険者に応じ負担)

総報酬割

(被用者保険者間では報酬額に比例して負担)

介護納付金

社会保険診療支払基金

介護給付費 (9.4兆円)

第1号保険料 (65歳以上)
2.1兆円
【22%】

公費

4.7兆円
【50%】

国：2.2兆円
地方：2.5兆円

第2号保険料 (40～64歳)
2.6兆円
【28%】

※ 負担割合は原則として、
・国25%、
・都道府県12.5%、
・市町村12.5%。
ただし、施設等給付の場合は、
・国20%、
・都道府県17.5%、
・市町村12.5%

国民健康保険 (0.8兆円)

公費 (0.37兆円)
・国 (0.31兆円)
・都道府県 (0.06兆円)

協会けんぽ (0.9兆円)

国費 (0.15兆円)

健保組合等 (0.9兆円)

被用者保険

【改革の具体的な方向性】 (案)

- 後期高齢者支援金と同様、介護納付金についても所得に応じた公平な負担とする観点から、段階的に総報酬割へ移行すべき。
(注) 後期高齢者支援金については、平成29年度からの全面総報酬割導入に向けて、総報酬割部分が段階的に引き上げられている。

【検討・実施時期】 (案)

- 速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

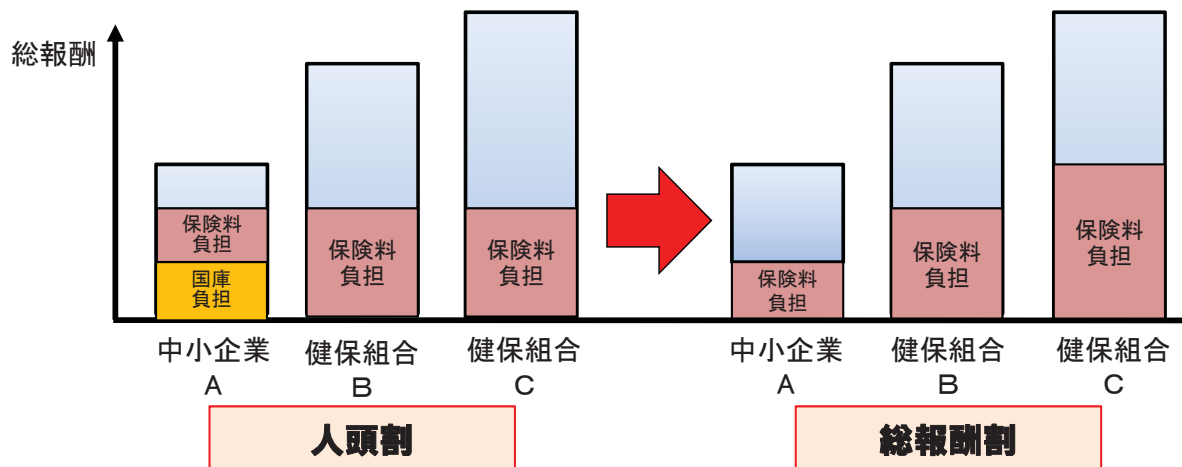
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」

【論点】

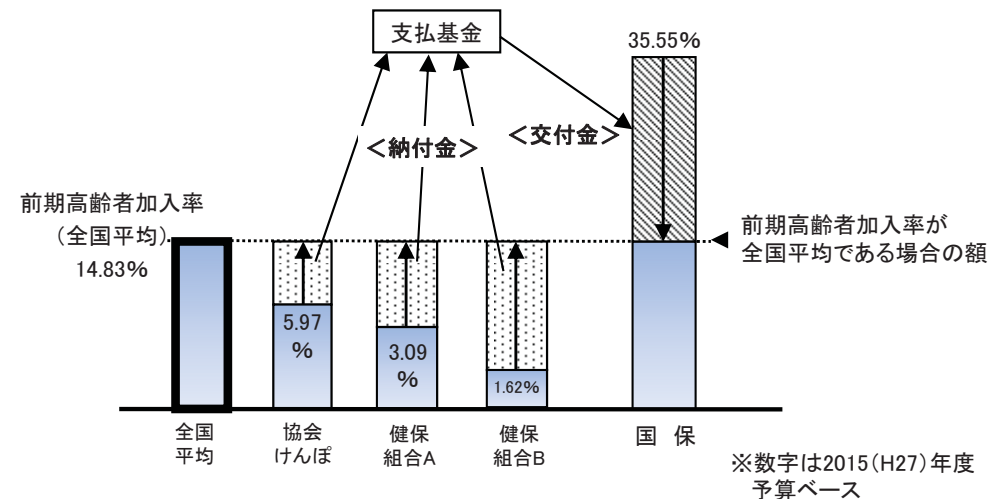
- 前期高齢者（65～74歳）の医療給付費については、保険者間で高齢者が偏在することによる負担の不均衡を是正するため、財政調整が図られているが、その方式は各保険者の前期高齢者の加入者数に応じた人頭割となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている。

人頭割から総報酬割への移行のイメージ



(注)各保険者とも前期高齢者加入率が同等と仮定。

【参考】現行の財政調整の方式(イメージ)



※数字は2015(H27)年度予算ベース

【改革の具体的な方向性】（案）

- 最終的には被用者保険を統合することも視野に、後期高齢者支援金と同様、総報酬割化による被用者間の負担の公平化を図るべき。
(注) 後期高齢者支援金については、平成29年度からの全面総報酬割導入に向けて、総報酬割部分が段階的に引き上げられている。

【検討・実施時期】（案）

- 関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。