

経済・財政一体改革推進委員会
第5回 社会保障ワーキング・グループ
参考資料集

平成27年11月16日(月)

社会保障分野の検討項目(各項目の工程等)の一覧

(1) 医療・介護提供体制の適正化

- ①都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進(療養病床に係る地域差の是正)【p.3】
- ②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係る制度上の見直しの検討【p.12】
- ③医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討
- ④地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討
- ⑤外来医療費について、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を是正【p.15】
- ⑥地域医療構想と整合的な形で、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。国が27年度中に標準的な算定方式を示す。(都道府県別の医療費の差の半減を目指す)【p.15】
- ⑦在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築【p.17】
- ⑧人生の最終段階における医療の在り方を検討【p.24】
- ⑨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【p.26】
- ⑩看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討
- ⑪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ための取組
 - (i)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【p.35】
 - (ii)医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討【p.37】
 - (iii)機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、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【p.38】
 - (iv)都道府県の体制・権限の整備の検討 等【p.44】

(2) インセンティブ改革

- ⑫全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、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、特定健診等の受診率向上に取り組むつつ、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【p.45】
- ⑬国保において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映
- ⑭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係る制度設計
 - (i)2018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【p.47】
 - (ii)国保保険料に対する医療費の地域差の一層の反映【p.48】
 - (iii)後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化【p.53】

- (iv)医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方 等
- ⑮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による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進【p.54】
- ⑯セルフメディケーションの推進
- ⑰要介護認定率や一人当たり介護費の地域差を分析し、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の、制度的な対応も含めて検討【p.56】
- ⑱高齢者のフレイル対策の推進【p.58】
- ⑲「がん対策加速化プラン」を年内めどに策定し、がん対策の取組を一層推進【p.59】

(3) 公的サービスの産業化

- ⑳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、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開【p.60】
- ㉑医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等
 - (i)障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討・実施
 - (ii)事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進
- ㉒介護人材の資質の向上と事業経営の規模の拡大やICT・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上
- ㉓マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組
 - (i)医療保険のオンライン資格確認の導入【p.69】
 - (ii)医療・介護機関等の間の情報連携の促進による患者負担軽減と利便性向上【p.70】
 - (iii)医療等分野における研究開発の促進【p.70】

(4) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

- ㉔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の検討
 - (i)高額療養費制度の在り方【p.72】
 - (ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方【p.72】
 - (iii)高額介護サービス費制度の在り方
 - (iv)介護保険における利用者負担の在り方 等
- ㉕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ための検討
 - (i)介護納付金の総報酬割【p.82】
 - (ii)その他の課題
- ㉖医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討
- ㉗公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討
 - (i)次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討【p.87】
 - (ii)医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す【p.93】

- (iii)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方等の在り方等の検討
- (iv)市販類似薬に係る保険給付について見直しを検討【p.95】
- (v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等【p.98】

(5) 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革

- ㉘後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる。【p.104】
- ㉙後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討【p.109】
- ㉚後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討【p.111】
- ㉛基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討【p.113】
- ㉜市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化
- ㉝薬価改定の在り方について、2018年度までの改定実績も踏まえ、その頻度を含め検討
- ㉞適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善【p.117】
- ㉟医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討
- ㊱かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す【p.123】
- ㊲平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し【p.141】
- ㊳診療報酬改定における前回改定の結果・保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明

(6) 年金

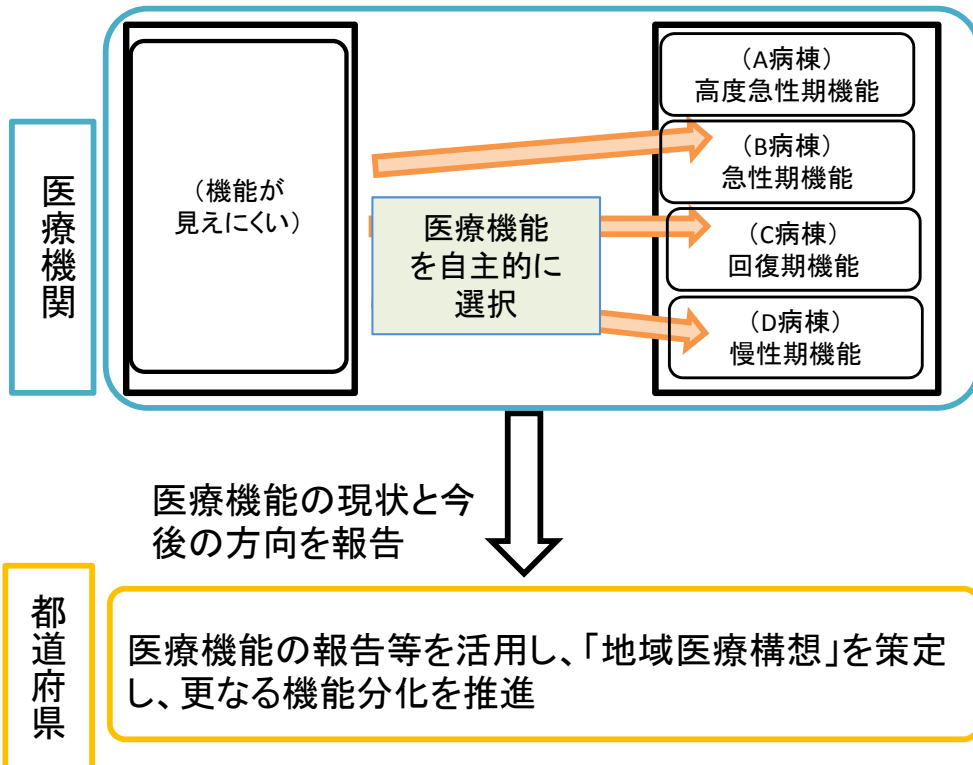
- ㊴社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討【p.146】
 - (i)マクロ経済スライドの在り方
 - (ii)短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大
 - (iii)高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方
 - (iv)高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し 等

(7) 生活保護等

- ㊵就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む【p.149】
- ㊶生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化【p.159】
- ㊷平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し
- ㊸生活困窮者自立支援制度の着実な推進【p.161】
- ㊹雇用保険の国庫負担の当面の在り方の検討【p.164】

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
 - ※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



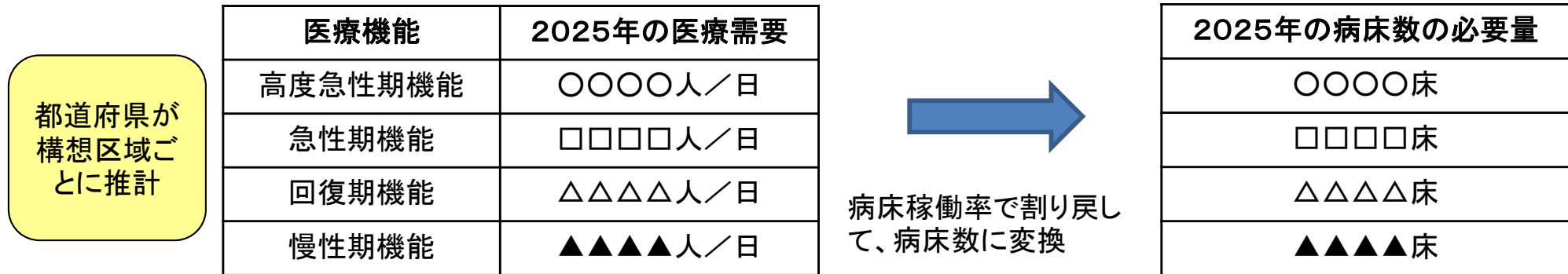
(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
 - 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

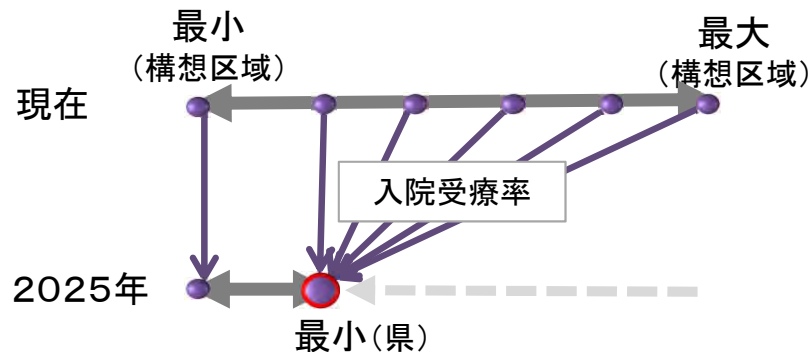
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院受
療率を低下する。

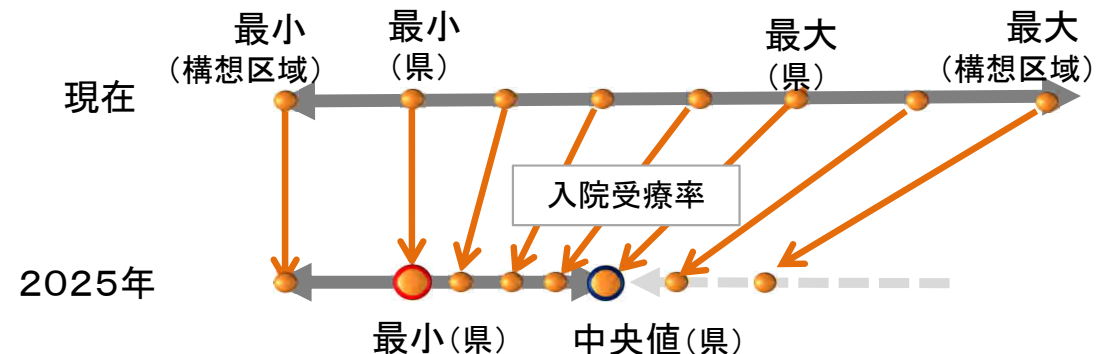
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



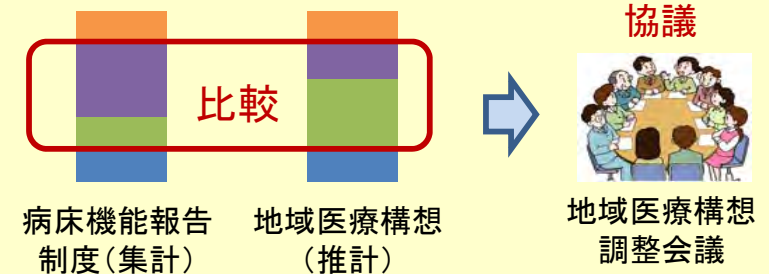
② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。

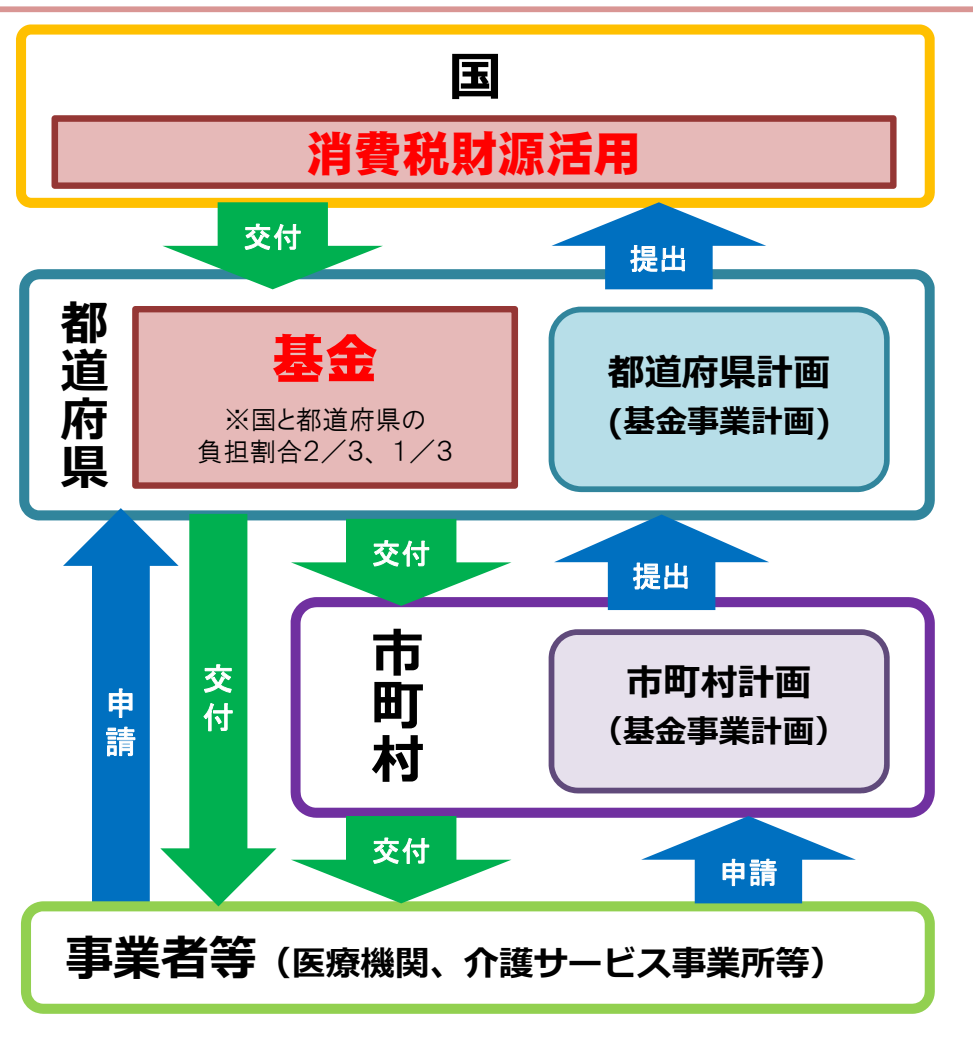


④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

平成27年度予算 公費で 1,628 億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

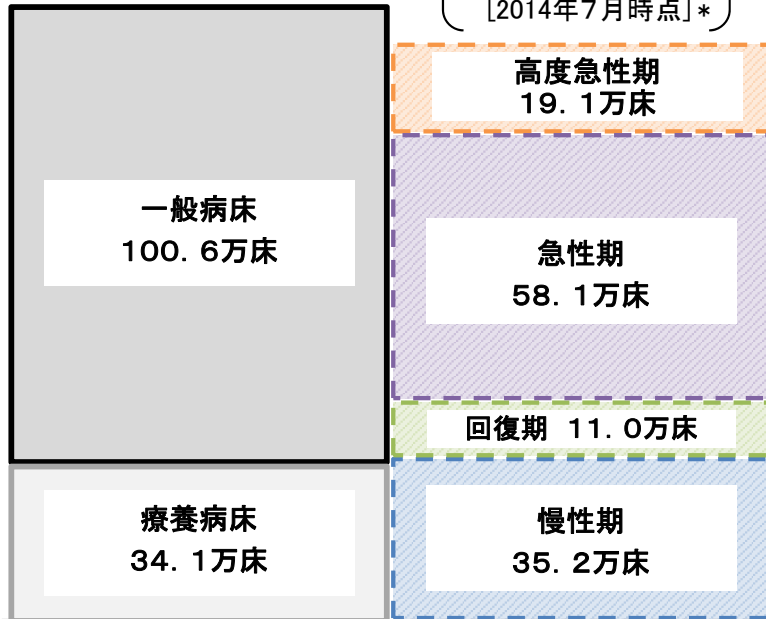
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】 ※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

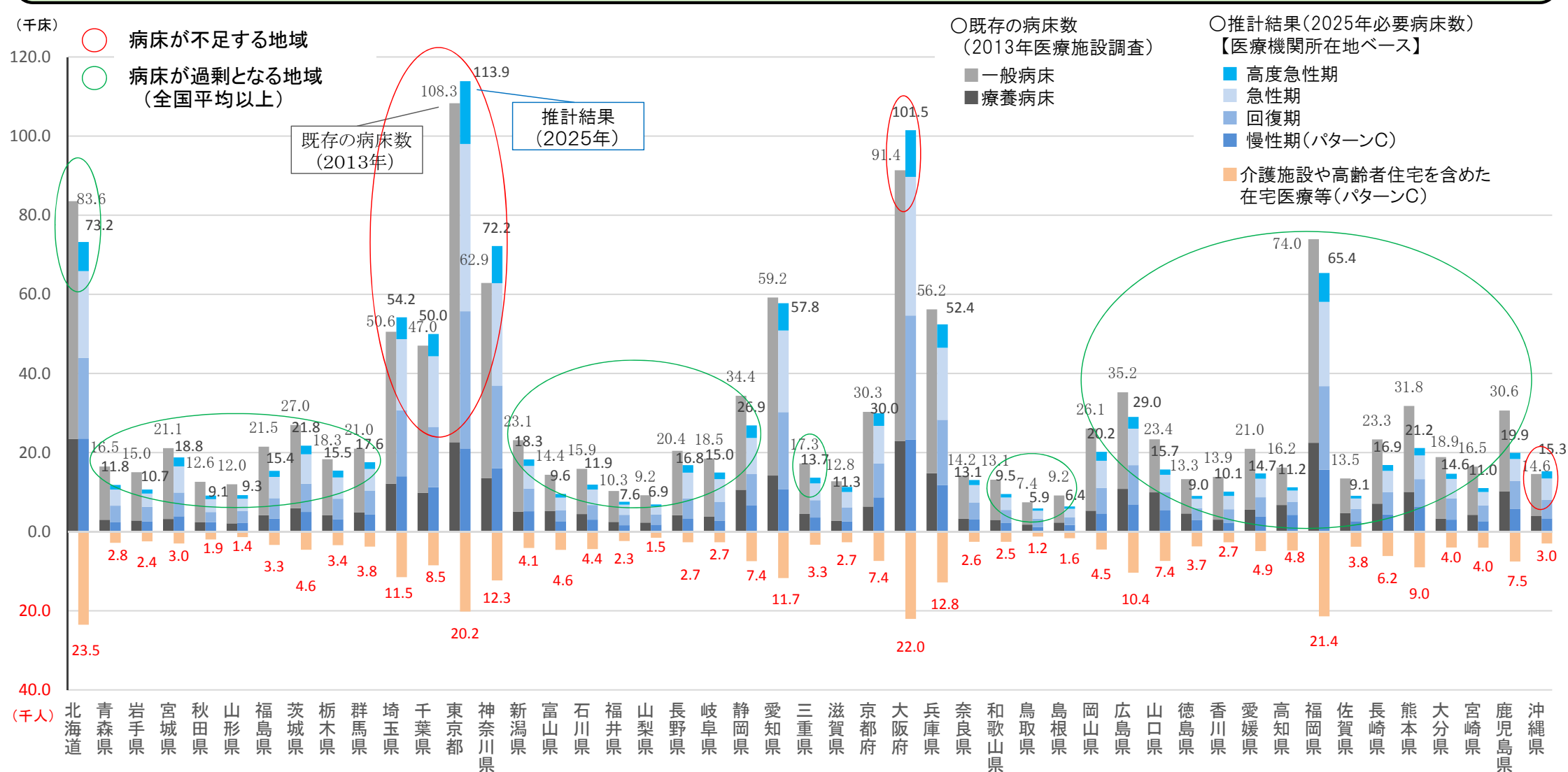
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

① 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。

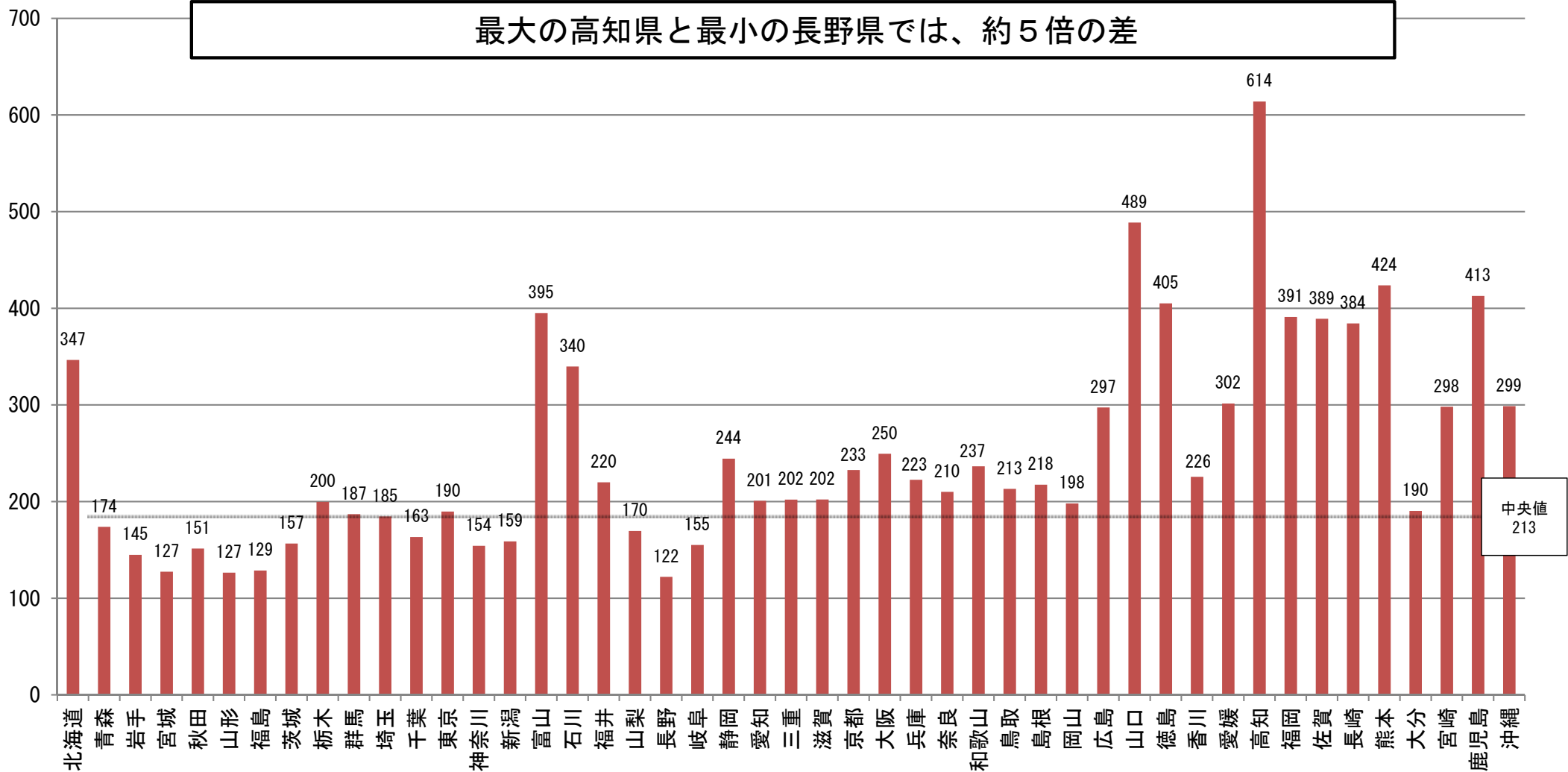


療養病床の都道府県別の入院受療率（性・年齢階級調整）

都道府県別の入院受療率（人口10万当たりの入院患者数）を、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数 ÷ 各都道府県の期待入院患者数（ \sum 〔全国の性・年齢別入院受療率 × 各都道府県の性・年齢別推計人口〕） × 全国の入院受療率



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。
- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。
 - ※ 「地域医療介護総合確保基金」(H27年度は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、
 - 1 病床の機能分化・連携に関する事業
 - 2 在宅医療の推進
 - 3 介護施設等の整備に関する事業
 - 4 医療従事者の確保に関する事業
 - 5 介護従事者の確保に関する事業
 が対象。
 医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直していく。
 - ※ 回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種の確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給の見直しを検討。
- こうした見直しの中で、医師の養成数についても、医学部入学定員等について検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。
 - ※ 2025年頃には人口10万人あたりの医師数はOECD加重平均を超える見込み。
 一方、18歳人口の減少により医学部に進学する者の割合は132人に1人(2014年)から92人に1人(2050年)になる見込み。

3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。

※ 「地域医療介護総合確保基金」

「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。

- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・統合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に有識者による検討会を直ちに設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、検討を開始。年内をメドに見直しの選択肢を整理。

- ※ 【検討内容】
- ① 介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方
 - ② ①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方

- ※ 【スケジュール】
- ・ 7月10日に第1回会議を開催し、年内をメドに制度改正に向けた選択肢を整理。
 - ・ 来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改正に向けて議論。
(介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止されることとなっている。)

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長) ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授) ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長) ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授) ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授) ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長) ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授) ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事) | <ul style="list-style-type: none"> ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長) ○田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授) ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長) ・土居 文朗 (慶応義塾大学経済学部教授) ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長) ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授) ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長) ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授) |
|--|--|

今後のスケジュール (予定)

- 本年7月10日に第1回を開催。月に1~2回程度開催し、年内を目途に検討会としての報告をとりまとめ。
- 年明け以降、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改正に向けた議論を開始。

(参考) 医療療養病床と介護療養病床の現状

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末 まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に 6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末 まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例) (※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、 その他

(※1) 施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2) 病院報告(平成27年3月分概数)

(※3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

(注) 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

「見える化」と地域差の是正①

「見える化」の枠組み

医療の「見える化」

○病床機能報告制度・地域医療構想

- ・ 医療機関が、現在の病床機能と今後の方向性を病棟単位で都道府県に報告。都道府県が、**地域ごとに各病床機能の医療需要及び将来の必要病床数**を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進。
- ・ 地域医療構想等を踏まえ、**医師・看護職員等の需給を見直し、地域定着対策を推進。**

○医療費適正化計画 (地域ごとの医療費等)

- ・ 医療費適正化計画の策定を通じて、**地域ごとの医療費、医療費目標、医療費適正化に向けた取組状況等**を明らかにし、**地域差の要因分析、医療費適正化効果のエビデンスの提示等**を実施。

○データヘルス (レセプト・健診情報等を活用した保健事業)

- ・ 保険者が策定する**データヘルスの計画**を把握・分析し、**保険者ごとの取組状況等**を明らかにする。

住民負担の「見える化」

○国保における標準保険料率

- ・ 国保の財政運営が都道府県に移行した後、**地域ごとの医療費水準が反映された標準保険料率**を提示。

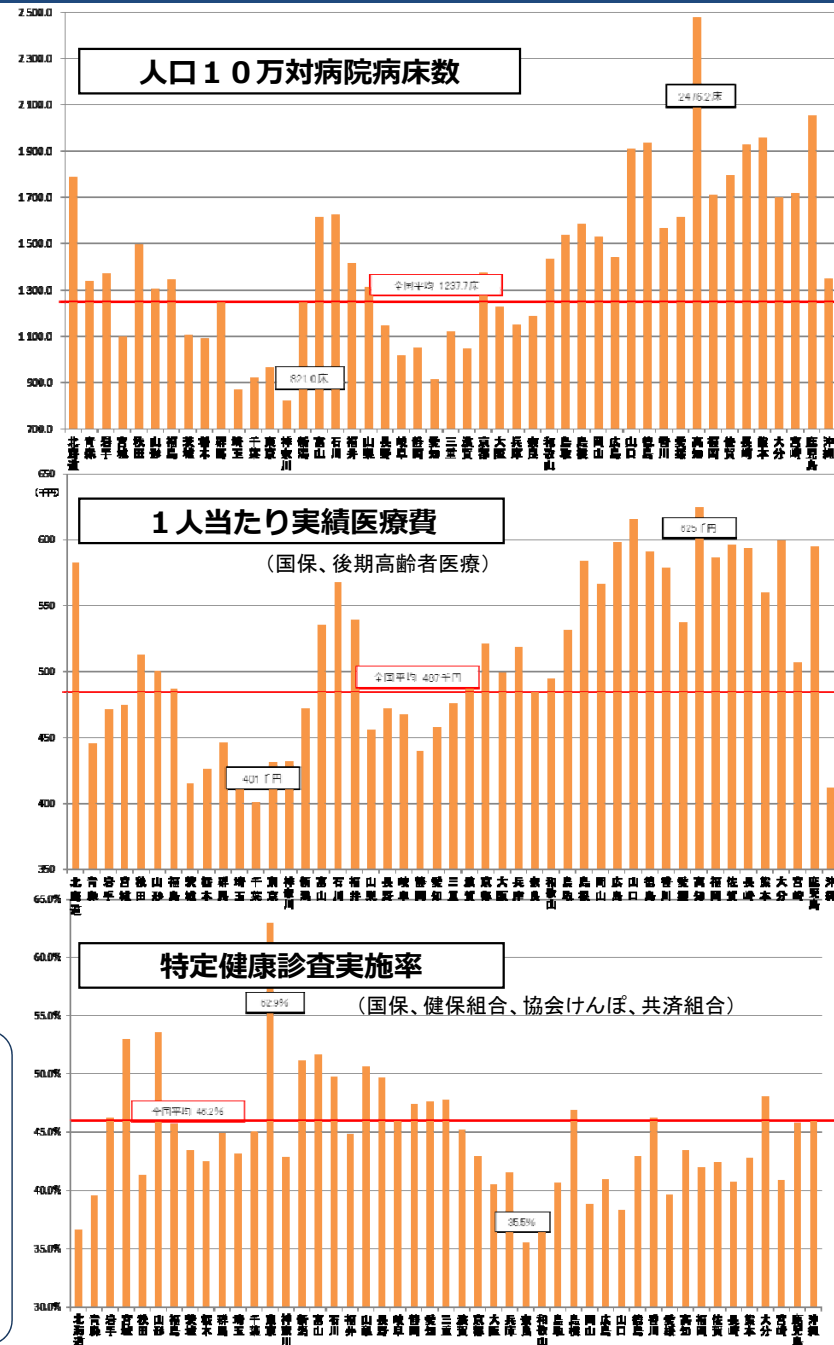
病床機能報告制度のデータ、レセプト・特定健診等のNDBデータ、DPCデータ、病院報告、患者調査等の統計データなどを活用

分析項目 (都道府県別、二次医療圏別、市町村別、保険者別など)

○**医療提供体制** [病床数、**将来の必要病床数**、平均在院日数、**疾病別患者数**、**後発医薬品の使用割合**、**重複受診・投与の状況** 等]

○**予防・健康づくり** [特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者数、**重症化予防(糖尿病性腎症・脳卒中・心筋梗塞等)の取組状況** 等]

○**医療費** [入院・外来別、**病床種類別**、**性・年齢別**、**疾患別** 等]
赤枠は、新たに「見える化」する項目



「見える化」と地域差の是正②

～平成29(2017)年度

平成30(2018)年度～

「見える化」の推進

地域医療構想を策定し、病床機能の分化・連携を推進

(①調整会議の開催、②基金の効果的な活用、
⇒調整会議における協議だけでは進まない場合には、③知事による要請・指示等(※))
※要請・指示等に従わない場合・・・(要請の場合は催告した上で)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 等

医療費適正化計画(平成30(2018)年度改訂予定)の前倒し・加速化

保険者努力支援制度の趣旨を前倒しで実施(現行補助に反映)

都道府県による国保の財政運営開始

(都道府県が提供体制と保険制度の両面
から責任を果たす体制を確立)

医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時策定

地域において患者ニーズ
にあった機能別の病床数
の実現

都道府県ごとの医療費目標
を設定し、
PDCAサイクルを強化

インセンティブの強化

- ・医療費適正化に積極的に取り組む保険者、自治体を重点的に支援
- ・健康産業の拡大に向けた好事例の横展開を進めるプラットフォームに協力

地域差の是正

インセンティブの強化

○保険者へのインセンティブ

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
時期	平成27(2015)年度から新たな指標を検討し、順次実施			
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、データヘルスの指標等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

○医療提供者へのインセンティブ

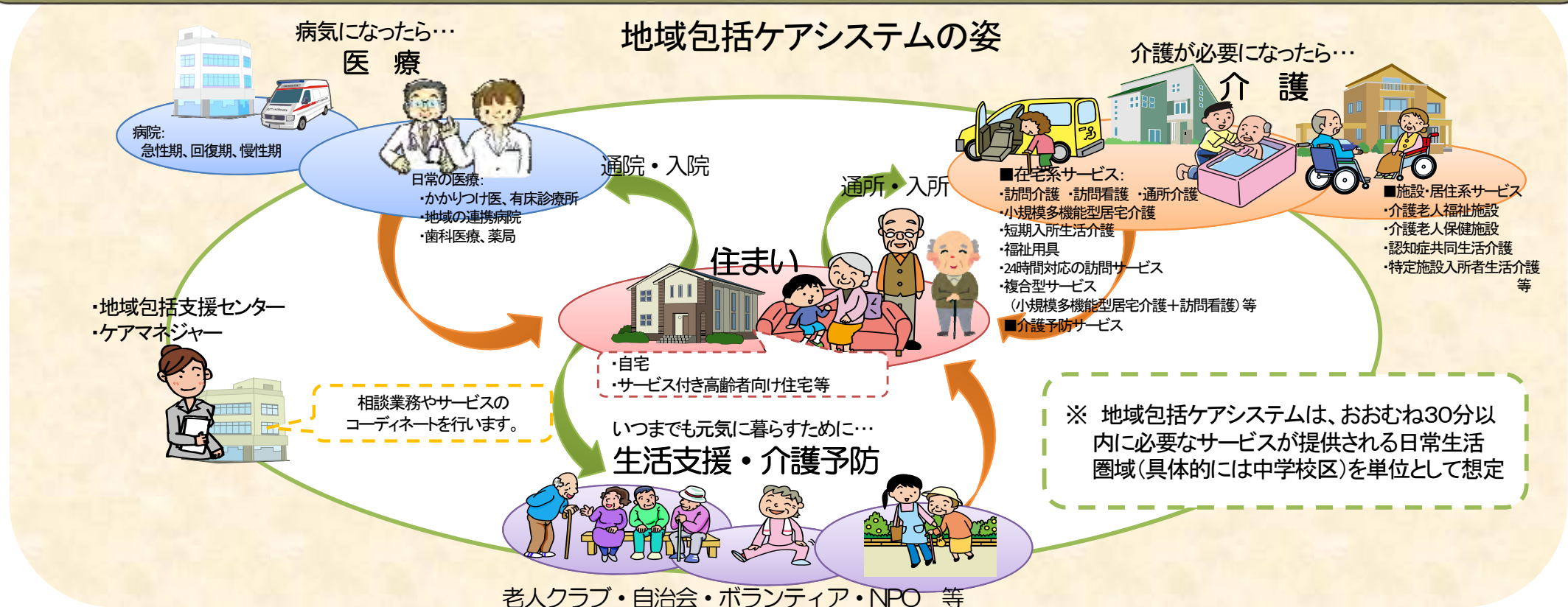
[平成28(2016)年度診療報酬改定で検討]
 ・病床の機能に応じた評価(高度急性期、急性期、回復期、慢性期等)
 ・かかりつけ医、かかりつけ薬局の評価
 ・いわゆる門前薬局に対する評価の見直し
 ・後発医薬品の使用促進

○個人へのインセンティブ

・保険者によるヘルスケアポイントの導入、保険料への支援(平成27(2015)年度中にガイドライン作成)

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



新しい地域支援事業の全体像

< 現行 >

介護保険制度

< 見直し後 >

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 21%
- 2号保険料 29%

【財源構成】

- 国 39.5%
- 都道府県 19.75%
- 市町村 19.75%
- 1号保険料 21%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

- 訪問看護、福祉用具等
- 訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
- ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 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)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等)
- **生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

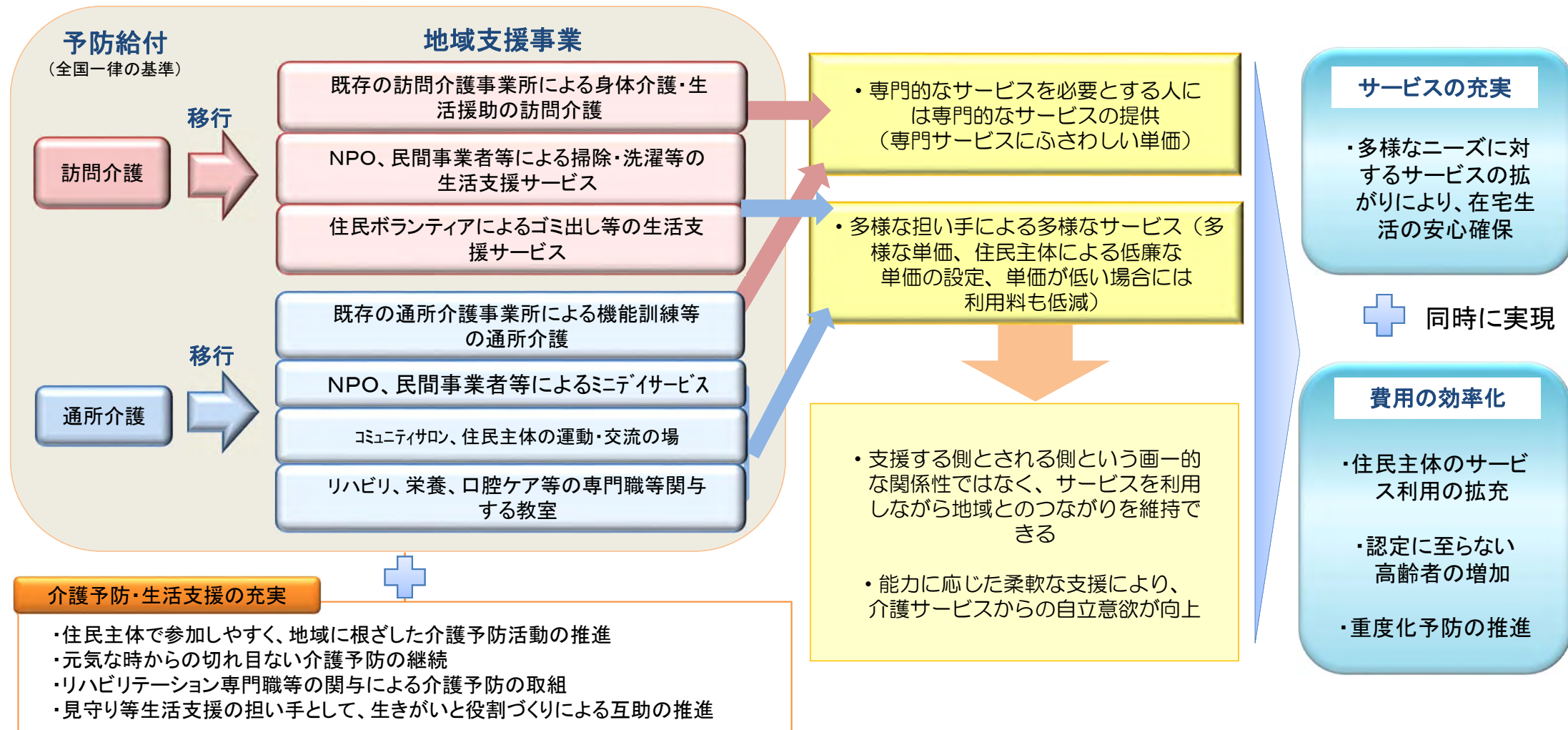
地域支援事業

地域支援事業

総合事業と生活支援サービスの充実

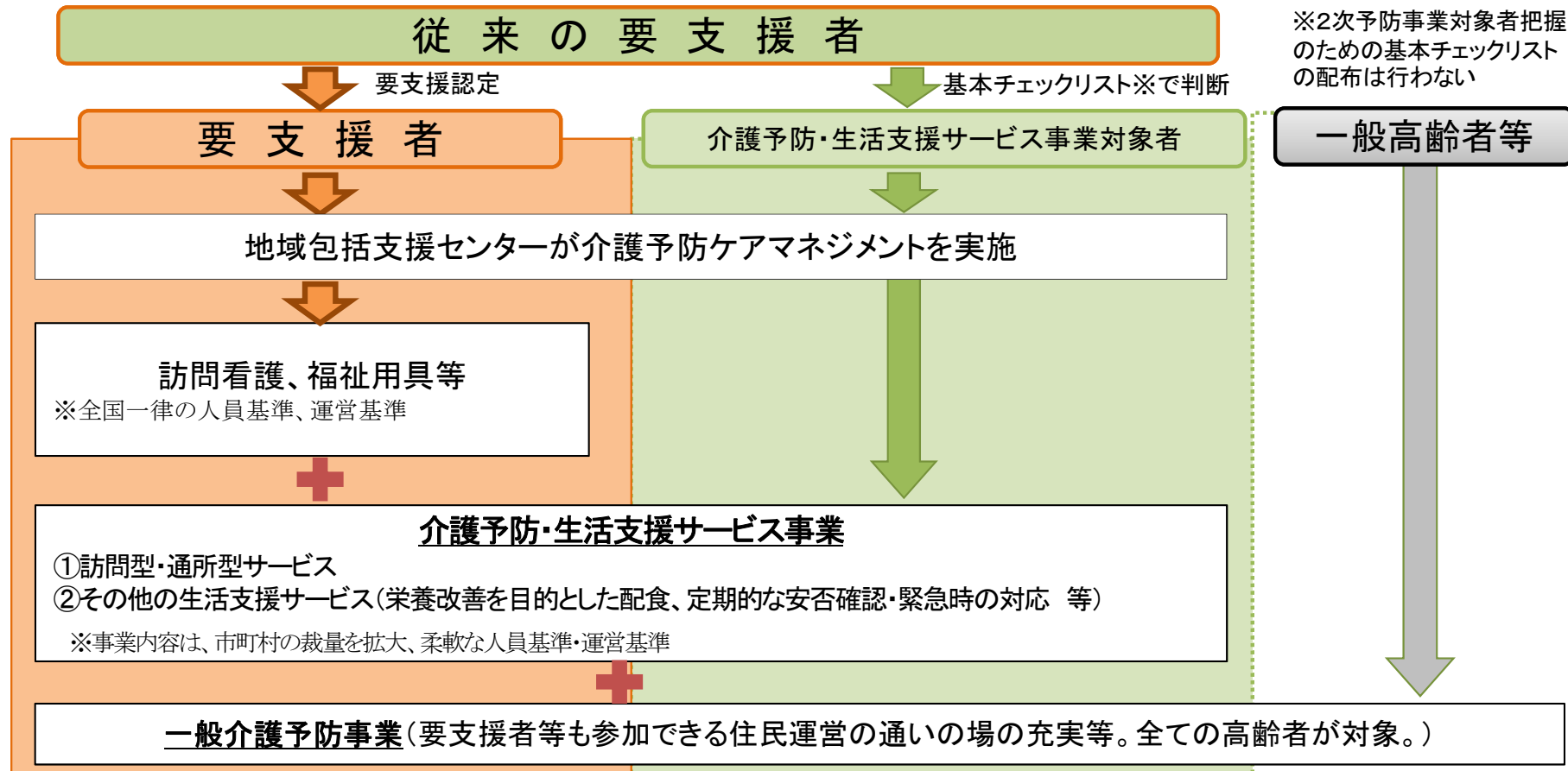
○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

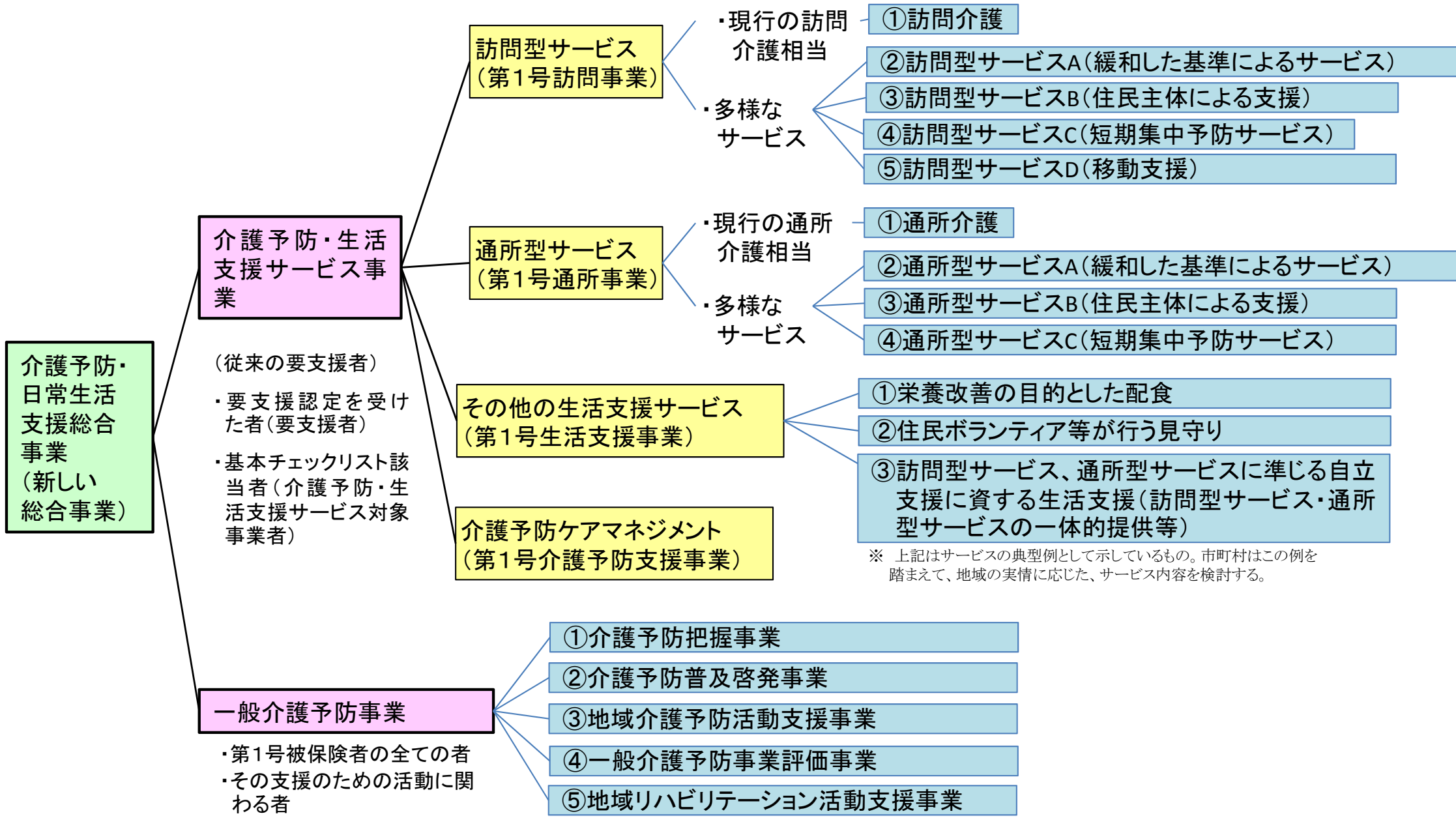
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す(平成29年度末には全て事業に移行)。
 - 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと、介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



介護予防給付

総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

⑦

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

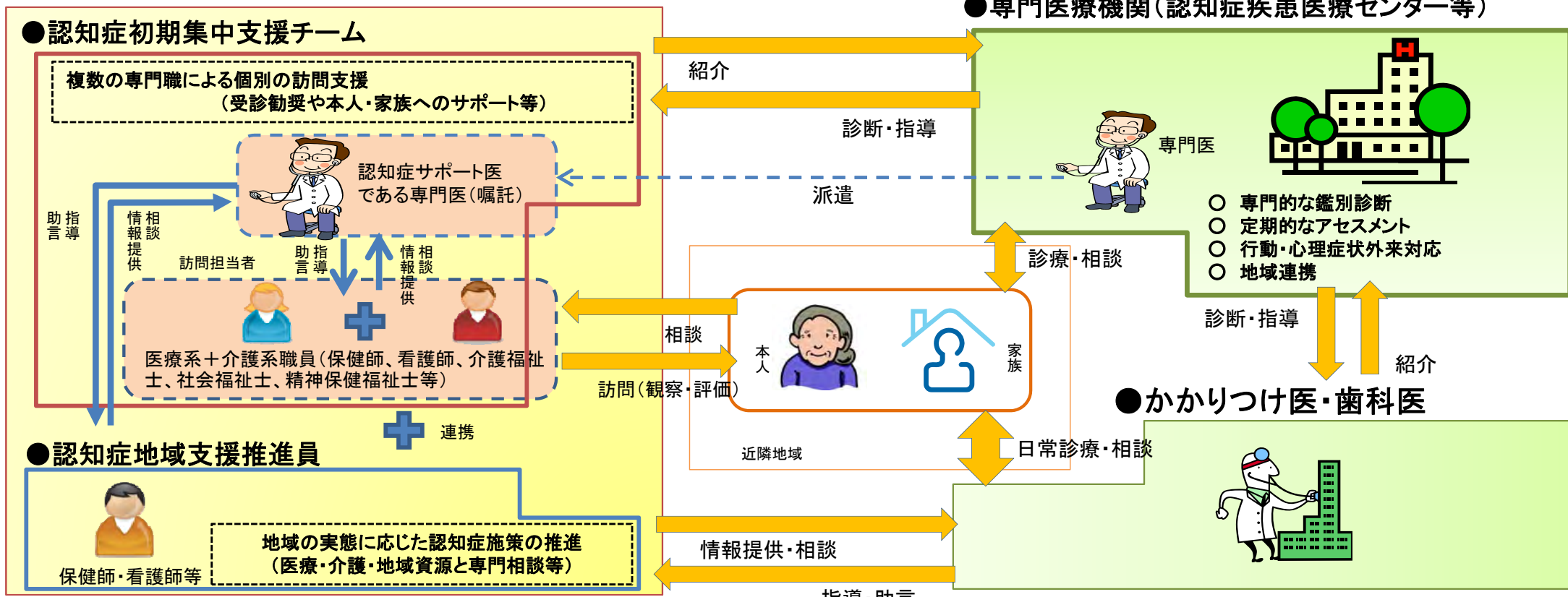
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- 認知症初期集中支援チーム** (個別の訪問支援) 一複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員** (専任の連携支援・相談等) 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

人生の最終段階における医療体制整備事業について

平成28年度概算要求額
99百万円

【背景・課題】

- 高齢化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「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」(平成19年策定、平成26年改称)を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

【事業内容】

- 平成26、27年のモデル事業の成果を踏まえ、国において、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開することで、患者の相談体制の基盤を強化する。
- ガイドラインや研修内容など、国の取組を紹介するリーフレットを作成するなど、国民、医療従事者に対する普及啓発活動を強化する。

H26～27年度
試行事業(15医療機関)

15か所の医療機関に、患者の相談に乗る医療・ケアチームを配置

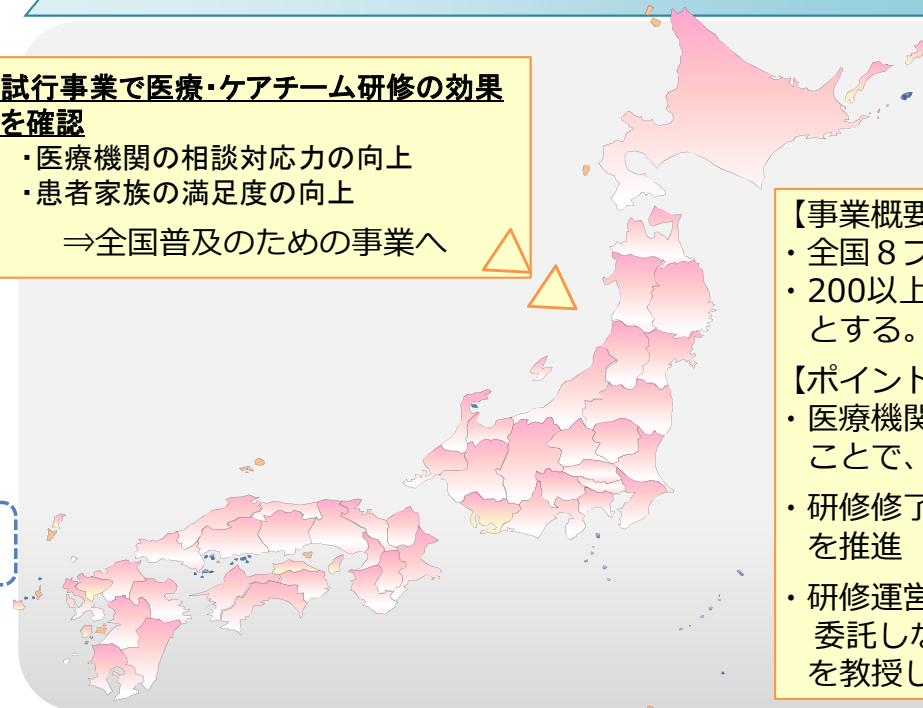


H28年度
全国8ブロックで人材育成研修を実施

試行事業で医療・ケアチーム研修の効果を確認

- ・医療機関の相談対応力の向上
- ・患者家族の満足度の向上

⇒全国普及のための事業へ



【事業概要】

- ・全国8ブロックで計16回程度の研修を実施
- ・200以上の医療機関での医療ケアチーム養成を目標とする。

【ポイント】

- ・医療機関単位(チーム単位)で研修に参加させることで、現場で即効的な対応が可能
- ・研修修了者には伝達研修を行うよう求め、横展開を推進
- ・研修運営は地域の医師会、看護協会、関係学会等に一部委託しながら実施することで、運営ノウハウを教授し、研修の継続性、拡大性を担保

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

平成26年度予算 54百万円 10か所
平成27年度予算 32百万円 5か所

【背景・課題】

- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要。
- このため、平成19年に「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」を策定し、周知を図っているが、医療従事者に十分認知されているとは言えない状況である中※、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が求められている（社会保障制度改革推進法、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）。※平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査



- ガイドラインに準拠した医療・ケアチームに対する研修会の開催
- モデル事業を実施する医療機関に対する支援・進捗管理・評価 等

研修、事業支援、
進捗管理等

実施状況、評価に必要な
報告等

【医療・ケアチーム】
医師（必須）、看護師、
MSW等

医療機関
(26年度は10か所。27年度は5か所。)

- 人生の最終段階における医療に係る相談にのる医療・ケアチームを配置する。（医療・ケアチームのメンバーは評価機関が開催する研修会を受講する。）
- 相談員は患者からの相談に応じるとともに、必要に応じて関係者の調整を行う。
- 医療内容の決定が困難な場合は、複数の専門職種からなる倫理委員会を設置する。
- 事業実施においては、研究機関と連携するとともに、事業の評価に必要な報告等を行う。



人生の最終段階における医療に関する適切な相談体制のあり方を検討

総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポート。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「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」
(日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

※地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数:計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度から養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人:69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [28年度]かかりつけ医が健康づくり・予防、病診連携、在宅医療、看取り等を幅広く担うモデルを構築するための予算を新たに要求
- [29年度]モデル事業や、以下の関係施策の取組状況を踏まえ、事業内容の拡充等を検討
- [30年度]さらなるかかりつけ医普及促進方策の検討

○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

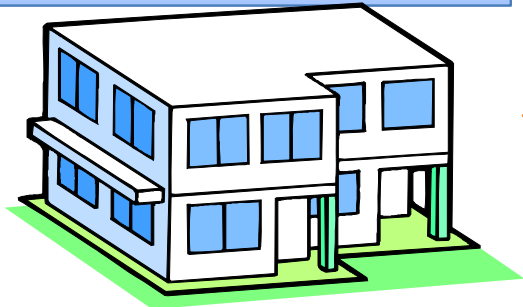
- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を要求
- [29年度]総合診療専門医など、地域医療研修を行う研修プログラムの運営に対する支援を検討

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

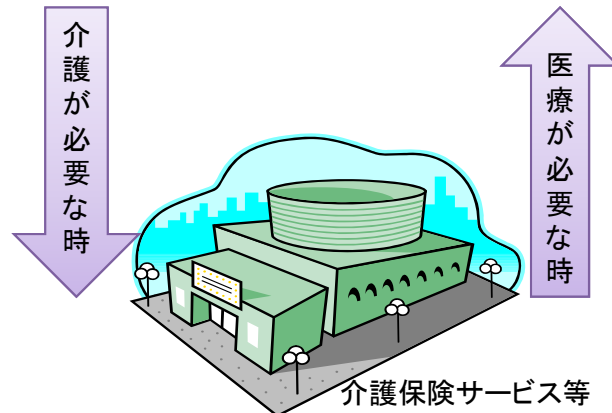
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

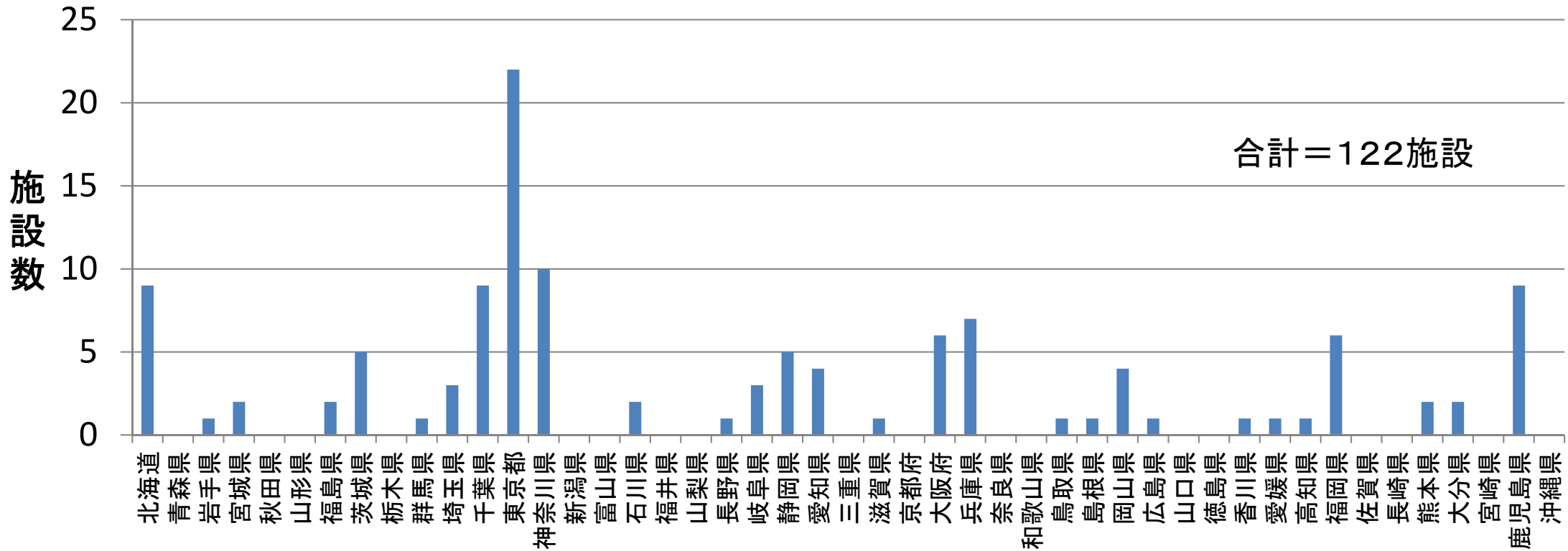
- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

地域包括診療料の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

○ 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

地域包括診療料を届け出た施設数



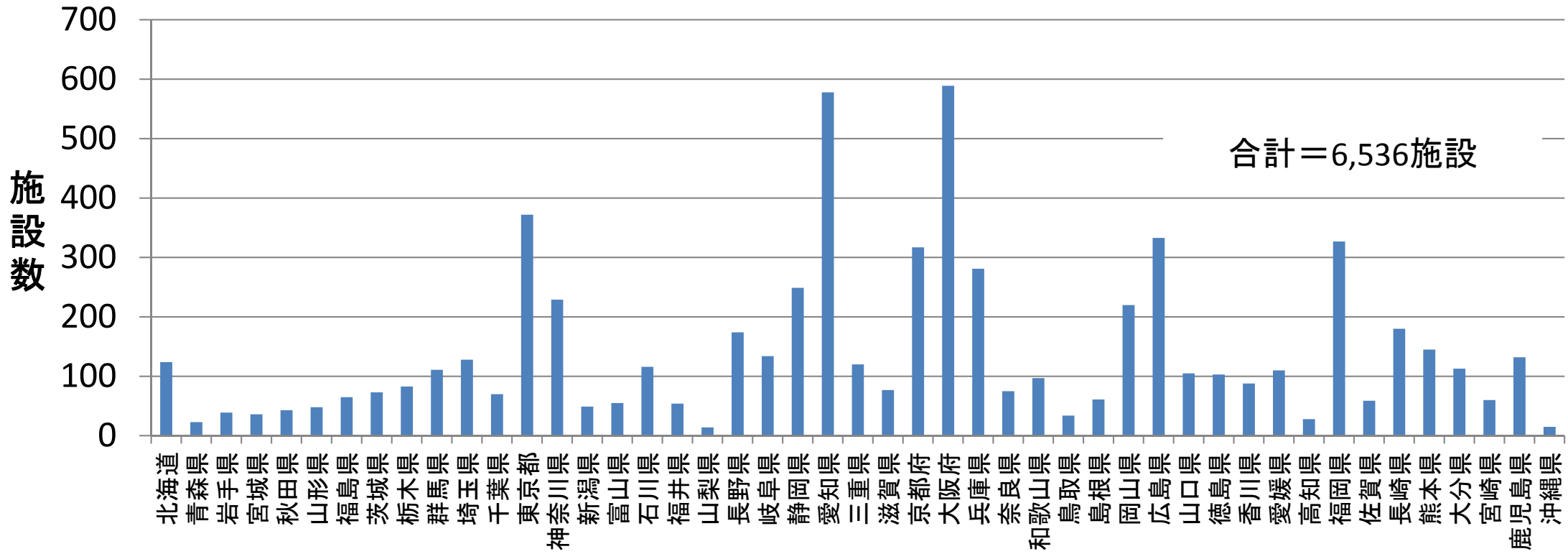
平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療加算の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

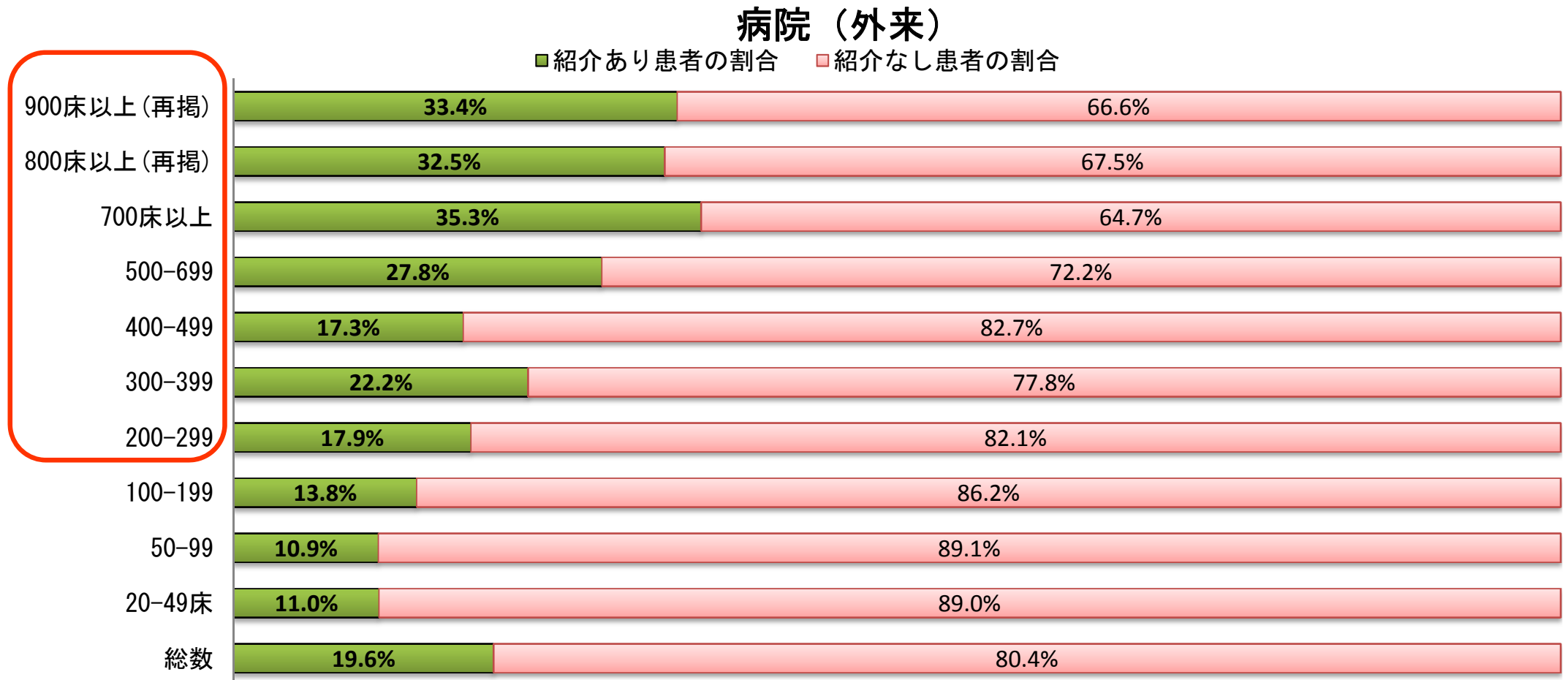
地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

病床規模別の紹介率の状況

- 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。



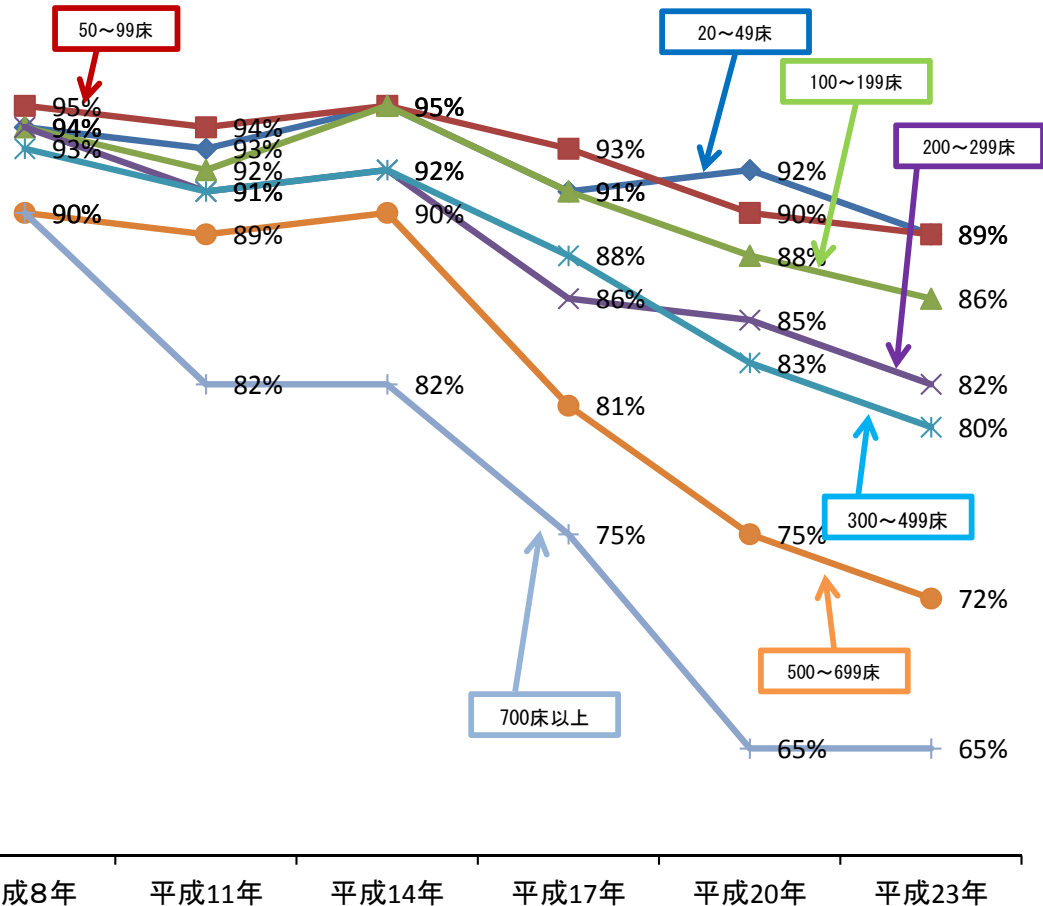
紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

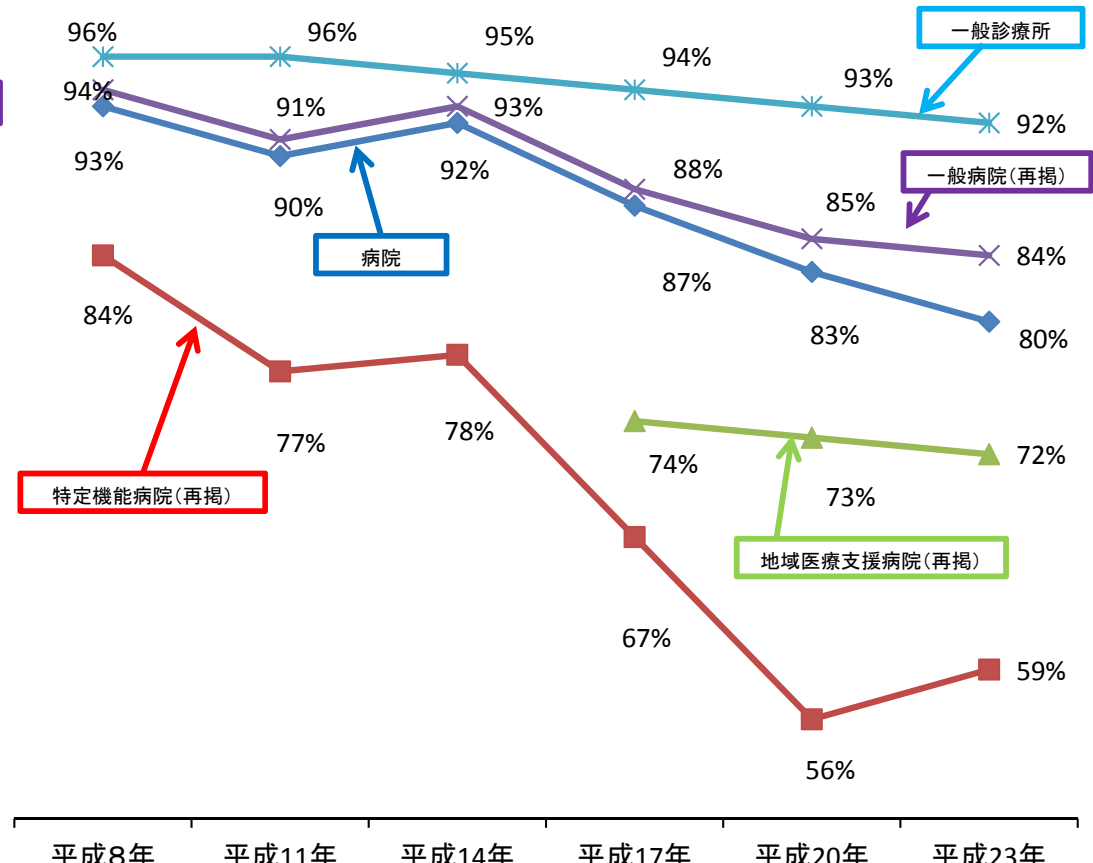
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
- 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>

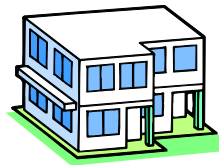


(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。
 注: 平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする（選定療養の義務化）。【平成28年4月施行】
- 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。
 - ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
 - ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所



外来受診



紹介状なし外来受診

大病院



【現行の取扱い】

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

（設定状況（平成25年7月1日現在））

初診：1,191施設（最高8,400円、最低105円 平均2,130円）

再診：110施設（最高：5,250円、最低210円 平均1,006円）

定額負担を徴収



療養に要した費用

定額負担の徴収
を義務化

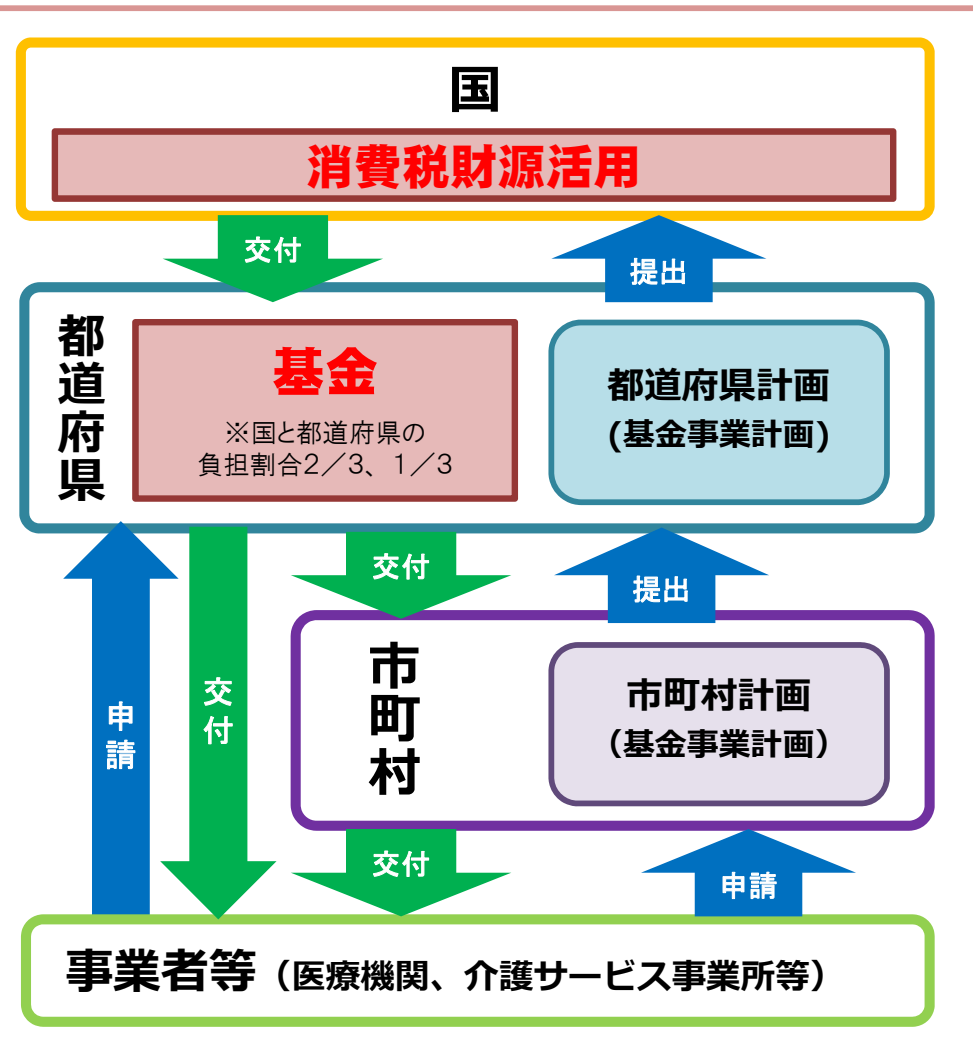
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

平成27年度予算:公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

平成27年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の配分方法について

- 地域医療介護総合確保基金(医療分)については、次の事業を対象としている。
 - I 病床の機能分化・連携
 - II 在宅医療の推進
 - III 医療従事者の確保

- 平成27年度の予算額は904億円。各都道府県の地域医療構想の達成に向けた取り組み状況を基金の配分に反映させるため、2回に分けて配分を行い、1回目に総額の2/3相当(約611億円)を配分し、2回目に残りの1/3相当(約293億円)を配分することとしている。

- 1回目の配分では、地域医療構想の達成に向け、Iの事業に重点的に配分を行った。

27年度 内示額<第1回>

I 病床の機能分化・連携	339億円 (55.5%)
II 在宅医療の推進	45億円 (7.4%)
III 医療従事者の確保	227億円 (37.2%)
計	611億円

(参考1) 26年度 交付決定額

I 病床の機能分化・連携	174億円 (19.2%)
II 在宅医療の推進	206億円 (22.8%)
III 医療従事者の確保	524億円 (58.0%)
計	904億円

(参考2) 27年度 要望状況

I 病床の機能分化・連携	460億円 (37.8%)
II 在宅医療の推進	169億円 (13.9%)
III 医療従事者の確保	588億円 (48.3%)
計	1,217億円

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

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

スケジュール・留意点

- 骨太方針2015を踏まえ、今年10月からの医療保険部会等で、関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、今年度内に見直す医療費適正化基本方針に基づき、来年度以降、都道府県がPDCAの強化等の医療費適正化計画の見直しを行う予定であり、見直し後の医療費適正化計画や地域医療構想等を踏まえる必要。

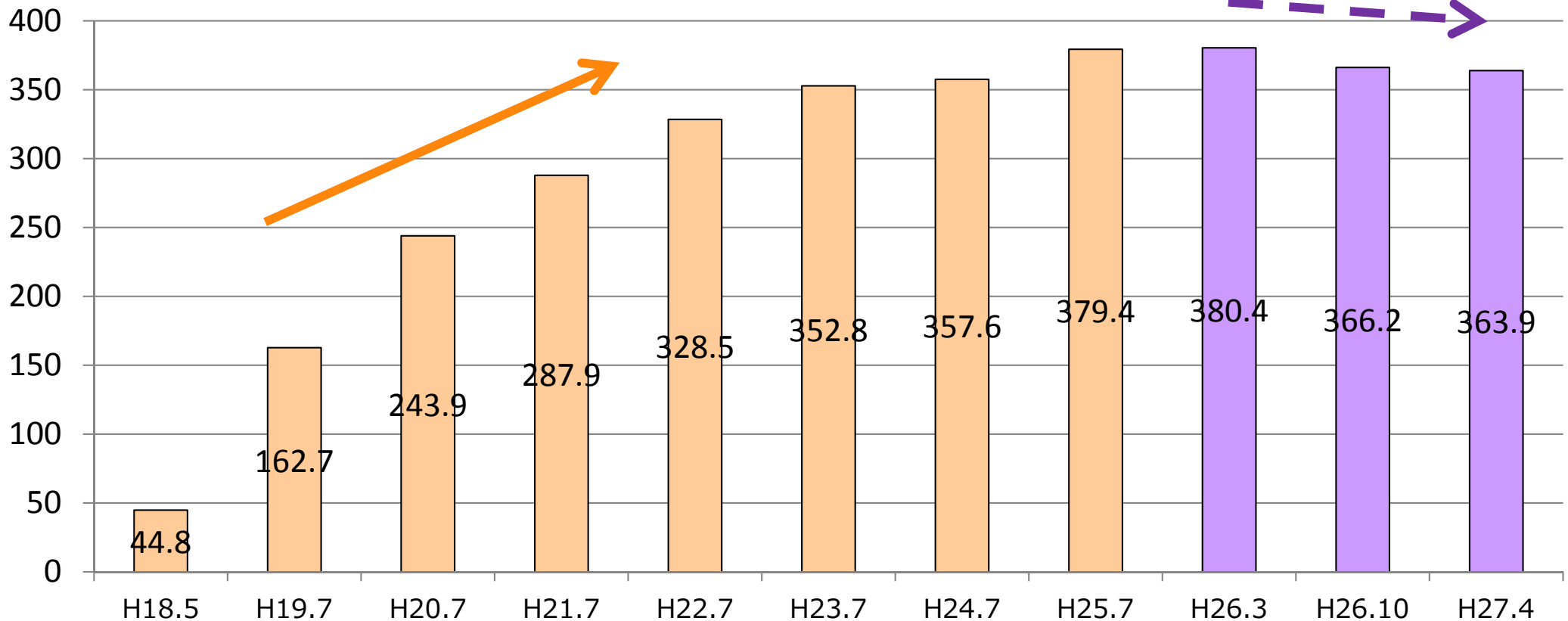
【留意点】

- 平成25年5月の医療保険部会において、地域ごとの診療報酬の設定については、支払側・診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納得が得られない」との意見であった。
- また、地域によって、同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題について整理が必要がある。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、26年以降は減少傾向に転じている。

届出病床数（千床）



※それぞれ月初時点の値。平成26年以後は厚生局が有する情報を速報として集計したものであり、集計方法が異なる。（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

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再見直し

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再見直し

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

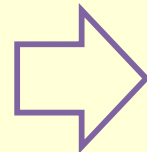
在宅復帰率の導入

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について、**急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(削除)
	(削除)
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

[経過措置]

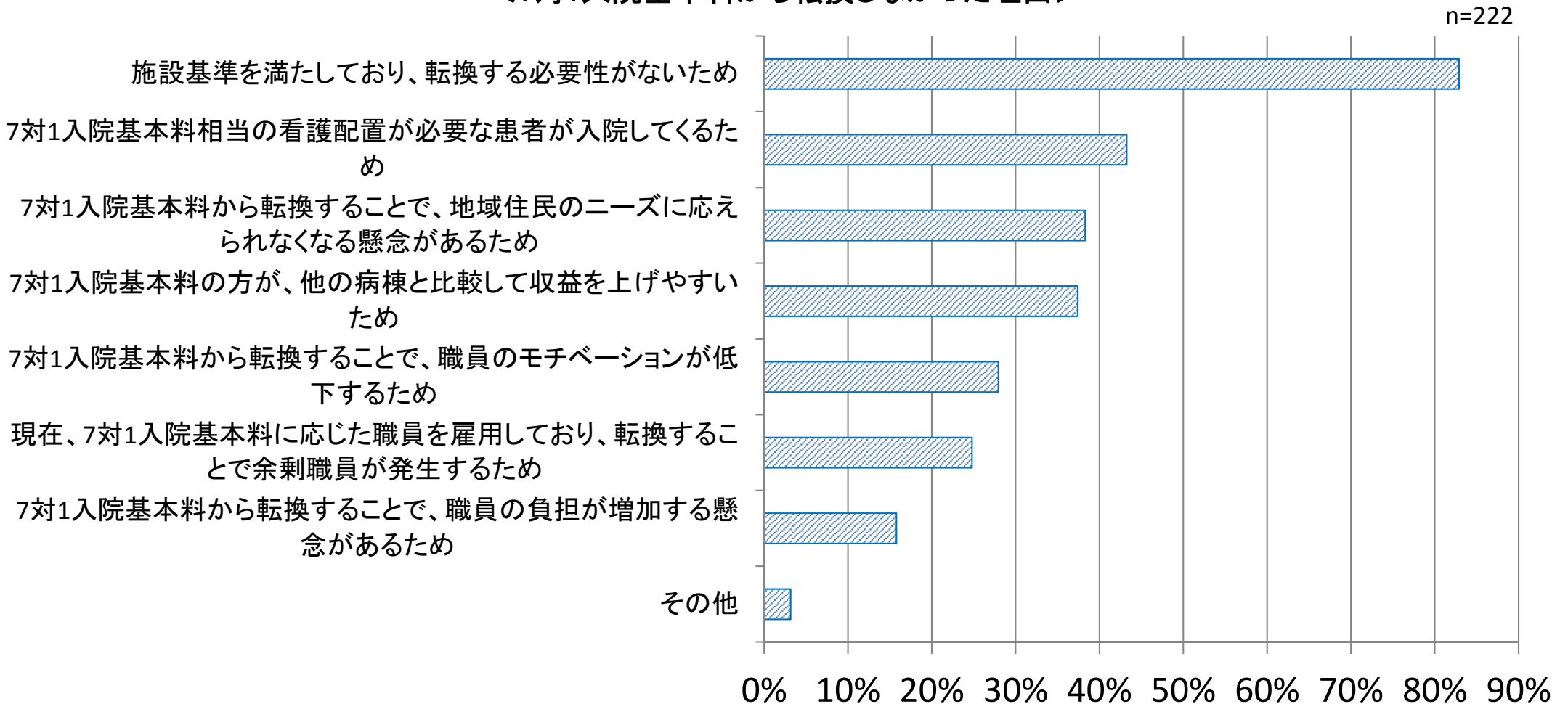
・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

「7対1入院基本料」の患者像の評価が厳格化された

7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由

- 7対1入院基本料から転換しなかった理由としては、「必要な患者が入院してくるため」や「地域住民のニーズに応えられなくなる懸念があるため」よりも、「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」と回答した割合が多かった。

<7対1入院基本料から転換しなかった理由>



療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】
看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) ・慢性閉塞性肺疾(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) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】
看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

ADL区分

ADL区分1: 11点未満
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

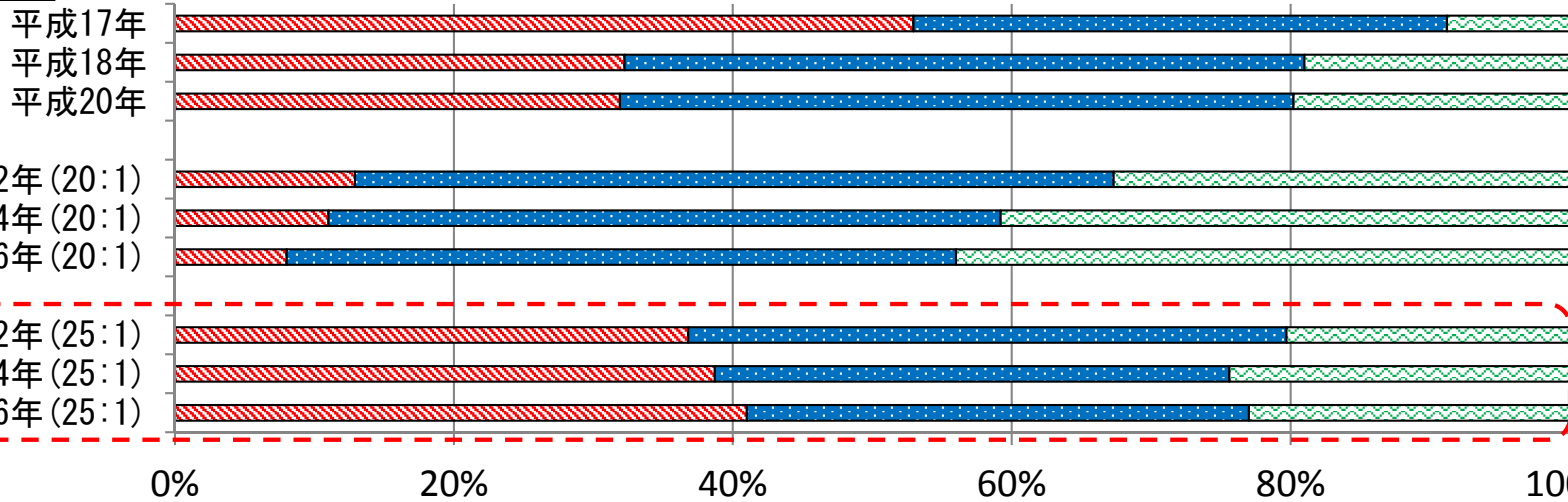
中医協 診 - 1 - 2
2 7 . 9 . 9

医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では医療区分1の患者の割合は減少する傾向にあるが、療養病棟入院基本料2の届出病棟ではその割合は増加する傾向にある。

医療療養

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

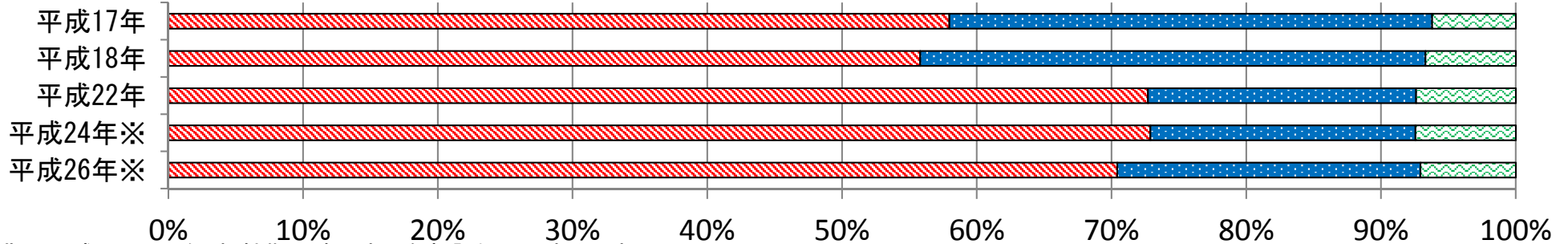


許可病床数(割合)		
年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

療養1

療養2

(参考)介護療養



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養:療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養:介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

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

○ 都道府県知事は、開設許可の際に、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こととする。

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〕

○ 都道府県知事は、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、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等には命令)することができることとする。

〔「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合〕

○ 都道府県知事は、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)することができることとする。

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特に必要がある場合において、都道府県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こととする。

※ 従来の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっていた。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 地域医療支援病院の不承認・承認の取消し

保険者へのインセンティブについて

- 現在、特定健診・特定保健指導の実施率を後期高齢者支援金の加算・減算制度の指標としているところ。
- この指標に加え、後発医薬品の使用状況・重症化予防の取組など、新たな指標を検討し、インセンティブを強化する。その際、日本健康会議のKPIと連動して取組を推進する。
- まずは、今秋から保険者種別共通の評価項目について検討を行い、その上で、保険者種別ごとの制度設計等を検討し、年度内目途にとりまとめを行う。

現状と課題

- 現行の保険者へのインセンティブとしては、後期高齢者支援金の加算・減算制度があり、特定健診・特定保健指導の実施率の指標としているところ。
 - ・特定健診の目標は70%(市町村国保は65%、単一健保・共済は80%を基準に被扶養者割合に応じて設定)
 - ・特定保健指導の目標は45%
- 単一指標による評価であることに加え、保険者の規模、国保・被用者保険別などの状況が異なるにも関わらず、一律の比較となっていることと等の課題があり、保険者のインセンティブを強化するために、見直しを行う。
- 国保においては、本年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、保険者努力支援制度を規定。

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- かかりつけ医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。
- 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組を行う。

【見直しの方向性】

- 後発医薬品の使用割合や重症化予防への取組を追加し、複数指標により評価することを検討。
- 加算・減算制度は健保組合及び共済組合のみを対象とし、国保及び協会けんぽ等については、それぞれ独自のインセンティブ制度を設ける。
- 加算減算制度においては、より多くの保険者に広く薄く加算するとともに、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへとすることを検討。
- 改革後の国保においては、医療費の地域差を保険料率に反映する仕組みを検討。

【スケジュール】

- 保険者種別共通の評価項目について年内目処に検討し、それを踏まえ、保険者種別ごとの制度設計等を検討し、年度内目途にとりまとめを行う。
- 保険者努力支援制度は、地方との協議の中で具体的な仕組みを検討。

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者ごとの重症化予防や、後発医薬品の使用状況に係る保険者の取組を「見える化」する。
- 特定健診・保健指導の実施率については、医療費適正化計画の枠組みの中で進捗を管理。

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(前倒しで現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

個人へのインセンティブについて

- 個人へのインセンティブ事業(健康ポイント等)は、既に保険者の保健事業として行われている。(保険者の約1割で実施)
- 本年の医療保険制度改革関連法で、保険者の保健事業の中で、加入者への自助努力の支援をするように努めることを明示。
- 今後は関係者によるWGを開催し、本年度内にインセンティブ事業のガイドラインや事例集を作成し、保険者の取組の促進を図るとともに、予防税制(がん検診、特定健診、予防接種、人間ドック等の費用に係る所得控除)を要望し、個人の取組を支援。
- 日本健康会議と連携したKPIを設定し、ポータルサイトで保険者の取組を「見える化」していく。

現状と課題

- インセンティブ事業については既に保険者の保健事業において行われているところ。

(実施状況)

・医療保険者全体:13%

市町村国保:16%、国保組合:6%、健保組合:11%、
協会けんぽ:支部で実施、共済組合:12%、
後期高齢者医療広域連合:0%

事例

ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、**健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント(健康ポイント)を付与する仕組み**やSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。



ポータルサイトで
健康情報の「見える化」

イメージ図)

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- 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。
- 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。

【そのための方策・スケジュール】

- 関係者によるWGを開催し、本年度内にガイドラインを策定する。
 - ・9月末から関係者によるWGを開催
 - ・WGでの議論について年内目途にとりまとめ
 - ・年度内にガイドラインを策定、保健事業告示の改正、事例集の作成
- 平成28年度税制改正要望において、個人ががん検診、特定健診、予防接種、人間ドック等に要した費用の一部を所得控除の対象とする「個人の健康増進・疾病予防の推進のための所得控除制度の創設」を要望する。

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者のインセンティブの事業の取組を「見える化」する。

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

- 現行の後期高齢者支援金の加算・減算制度については、これまでも、①一部の保険者にペナルティーを課す仕組みとなっていること、②地域・職域の別など保険者ごとに状況が異なる中で、一律に実績を比較する仕組みとなっていること、③特定健診・保健指導の実施率のみの単一の指標による評価となっていること、といった課題が指摘されてきた。
- これらを踏まえ、保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブについて、保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度に見直す方向で検討を進めることとする。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
評価項目	保険者種別共通の項目を設定 (各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定)				
検討の場	「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下にWGを設置し、検討	協会けんぽ(運営委員会)で検討	地方3団体関係者と調整しつつ厚労省において検討(国保基盤強化協議会)	国保組合等関係者と調整しつつ厚労省において検討	広域連合等関係者と調整しつつ厚労省において検討
	⇒「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、各検討状況を把握しながら進めていく				

国保における保険者努力支援制度について

平成27年5月法改正
医療保険制度改革

概要・規模

(概要)

○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発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ことで、国保の財政基盤を強化する。

(規模)

700億円～800億円程度(平成30年度～)

※保険者努力支援制度の趣旨については、平成30年度からの施行前、平成28年度における特別調整交付金の交付ルールに反映する予定

指標

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を決定する。

○指標については、後期高齢者支援金の加算・減算で用いられる予定の指標も踏まえ、今後、地方と協議の上決定することとしているが、例えば、

- ・被保険者の健康の保持増進に努力として、特定健診・特定保健指導等の実施状況
- ・医療の効率的な提供の推進に対する努力として、後発医薬品使用割合
- ・国保が抱える課題に対する努力として、収納率向上の状況 等を指標として用いることを検討。

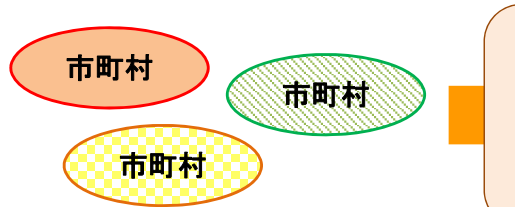
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○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役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



- ・**国の財政支援の拡充**
- ・**都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす**

(構造的な課題)

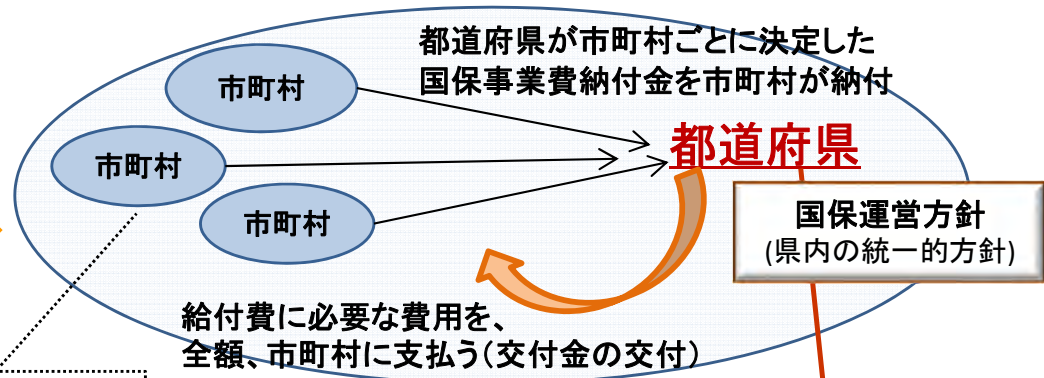
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
 ※保険料率は市町村ごとに決定
 ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

※詳細は引き続き地方と協議

国保保険料の賦課、徴収の仕組み（イメージ）〔平成30年度施行〕

市町村ごとの納付金を決定
(医療費水準、所得水準を考慮)

県全体	〇億円

A市	〇億円
B町	〇千万円
	⋮

- ・納付金の決定
- ・標準保険料率の提示

徴収した保険料等を財源として納付金を都道府県に支払い

納付金の支払い

都道府県が各市町村が納付金を納めるために必要な標準保険料率を示す

都 道 府 県

市 町 村

保険料の賦課・徴収

標準保険料率を参考に、各市町村が、保険料率を決定し、賦課・徴収

住 民

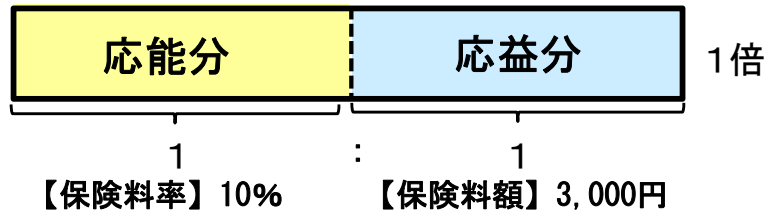
保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ) [平成30年度施行]

詳細は引き続き地方と協議

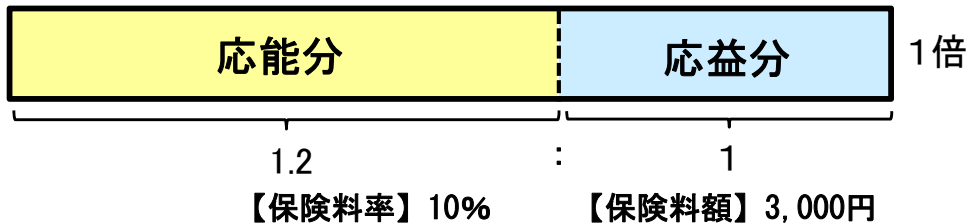
<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

- 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

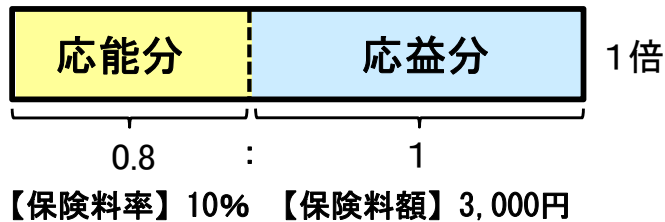
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



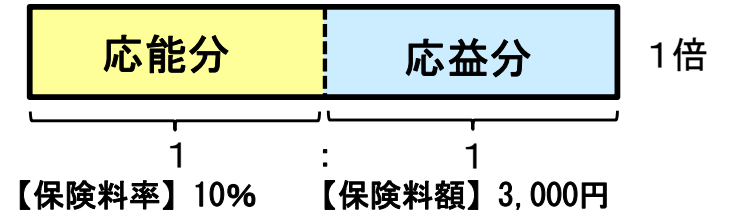
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



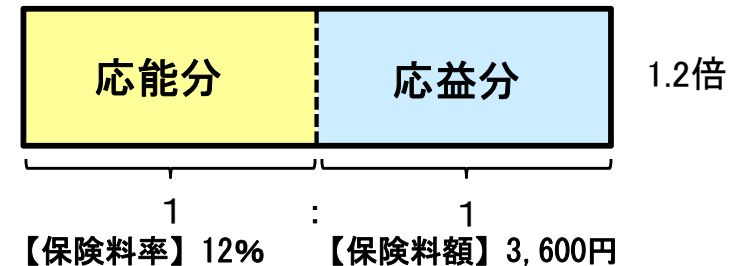
<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

- 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

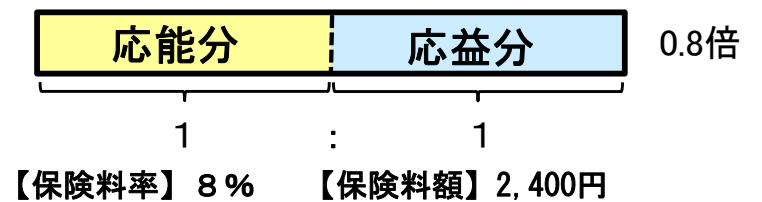
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)

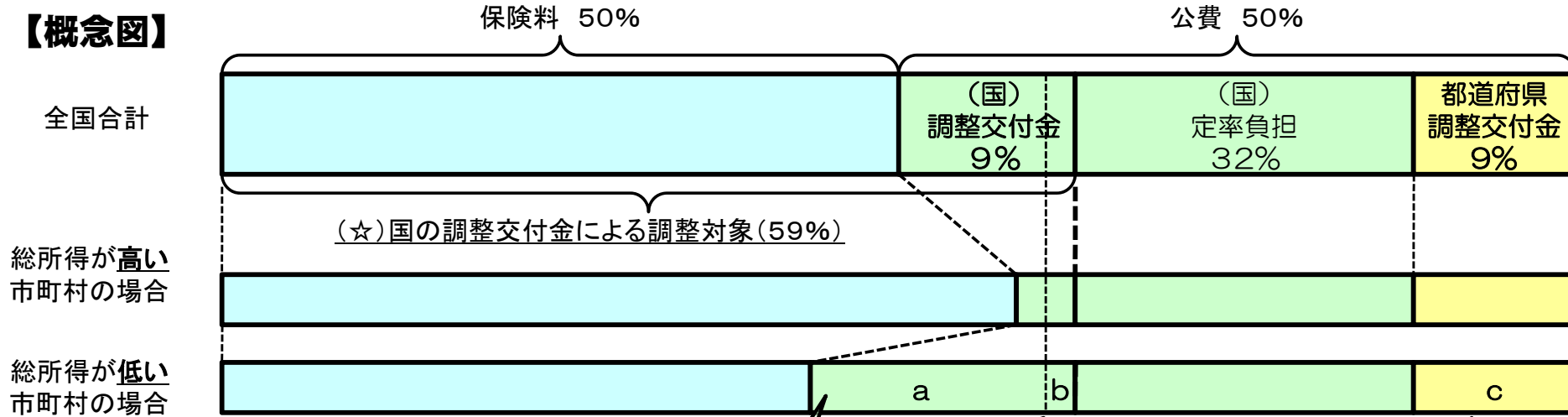


※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

国・都道府県の「調整交付金」の概要

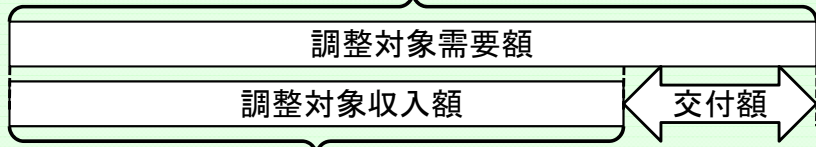
【概念図】



(a) 普通調整交付金(概ね7%分)

市町村間の財政力の不均衡等を調整するために交付。

上図の(☆)



当該市町村の所得水準・医療費水準に応じて本来徴収すべき保険料収入額

(b) 特別調整交付金(概ね2%分)

市町村に特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付。

〈特別な事情の例〉

- ・ 災害等による保険料の減免額等が多額である場合
- ・ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

※普通調整交付金と特別調整交付金は、相互流用可。

(c) 都道府県調整交付金

都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うことを目的に交付。
(交付基準等は、都道府県条例で規定。)

※実際には、9%のうち、6%程度は給付費に応じて定率で配分。
3%程度が医療費適正化の取組等を評価して配分。

○ 国の普通調整交付金については、国保改革による広域化に伴い、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す(地方と協議しながら検討)

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、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設
- 具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施(実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施)。

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

〈平成25年度の加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- 特定健診・保健指導の実施率

②保険者の実績を比較

- 支援金の減算

特定健診・保健指導の目標を達成した保険者

※なお、平成26年度以降は、平成25年度の減算保険者数と同程度の対象者が選定されるよう、調整済実施係数を設定予定。

- 支援金の加算

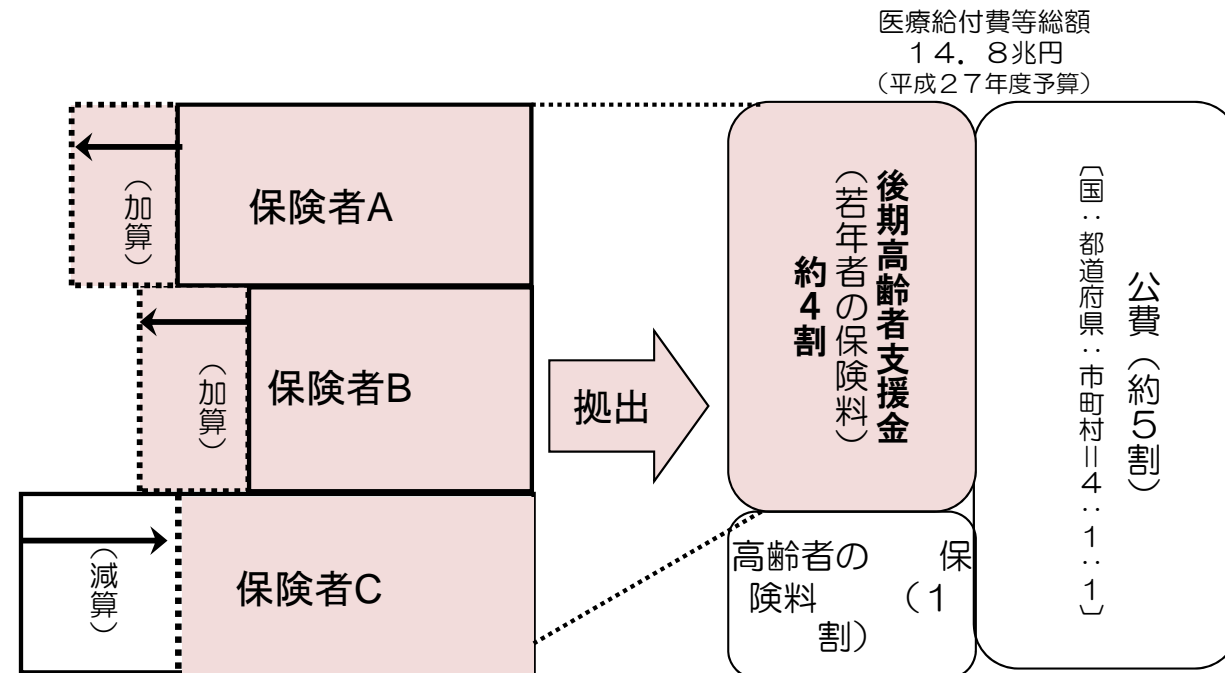
特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

③加算率は0.23%に設定 (法律上は上限10%)

※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。

④減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定 (法律上は上限10%)

〈後期高齢者支援金の仕組み〉



個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化について

- 予防・健康づくりに取り組む加入者に対してヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、インセンティブを提供する取組については、既に一部の健保組合や市町村で、保健事業として実施されている。
- このような、保険者が加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要であり、今般の医療保険制度改革でも、保険者の努力義務として位置付けている(平成28年4月施行予定)。

(参考)個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブに関する該当条文

◎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(平成27年法律第31号) (抄)

○健康保険法の一部改正

※傍線部分は今回改正により追加した箇所

第五十条 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、健康相談及び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、高齢者の医療の確保に関する法律、共済各法等の保健事業の規定においても同様に追加

- また、具体的な検討に当たっては、国会においてなされた以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎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案に対する附帯決議(抄)

(平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

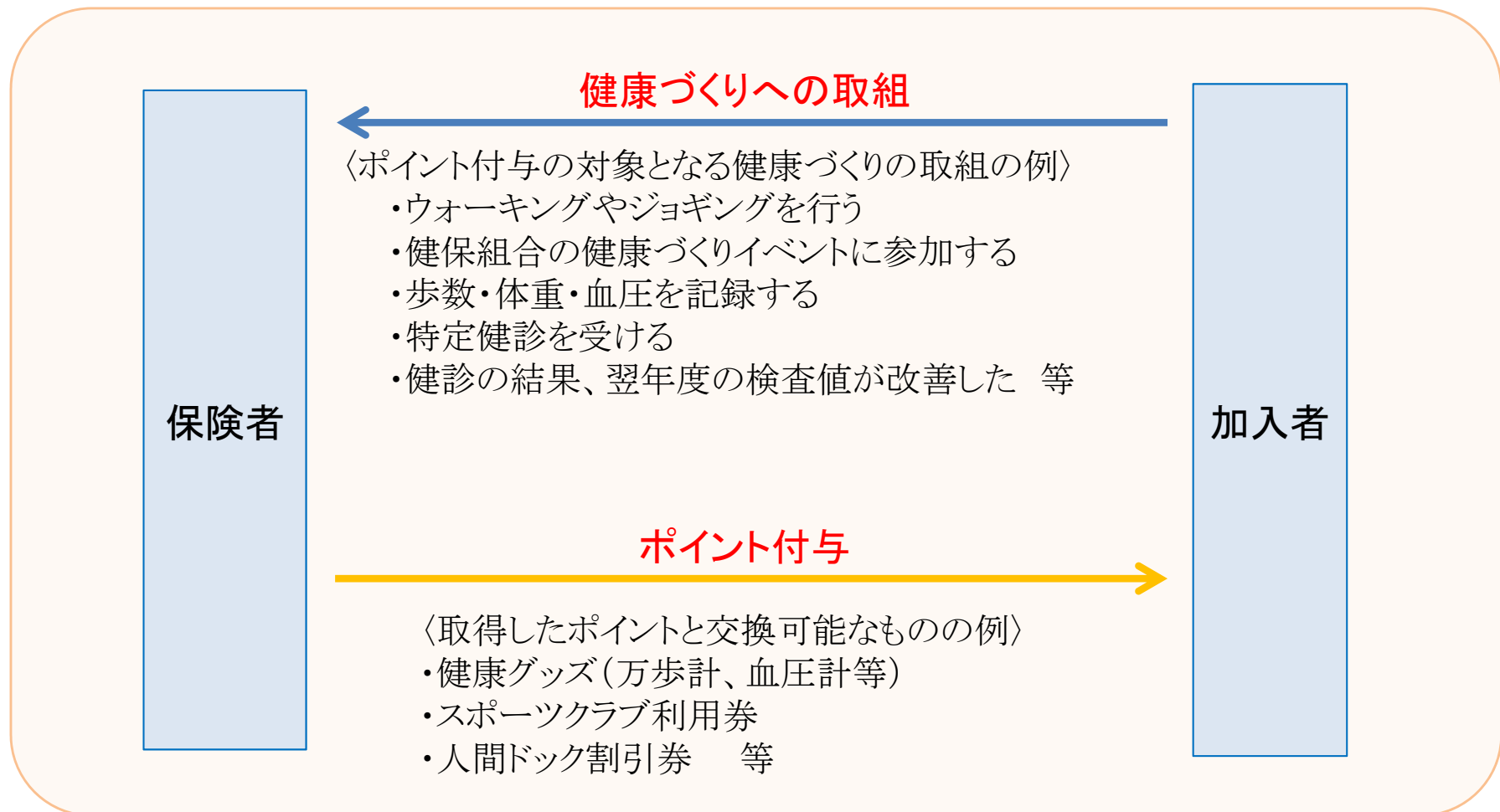
四、医療費適正化計画及び予防・健康づくりについて

2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないように、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

- 今後、実施主体である保険者等と相談しつつ、平成27年度中に、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを厚生労働省において策定していく。

ヘルスケアポイントを活用した個人に対する予防・健康づくりの推進

- 医療保険者におけるインセンティブ付与の取組として、現在、一部の健康保険組合や市町村で、被保険者のウォーキングやジョギング等の健康づくりの取組に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイントを付与する取組を実施。



介護費用の構造と要素

- 介護費用は様々な要因によって変動するため、介護費用を構成する要素に分けて分析することが有効である。
- 介護サービス費用を構成する要素は、大きく以下の通りである。

施設サービス: 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設

居住系サービス: 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

在宅サービス: 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援、介護予防支援、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、

介護費用(1月当たり)

$$= \text{①-1 施設サービス費用} + \text{①-2 居住系サービス費用} + \text{①-3 在宅サービス費用}$$

①サービス費用

=

②サービス受給者数

×

サービス利用者1人1月当たり費用

②サービス受給者数

=

③認定者数

×

サービス受給率

③認定者数

=

第1号被保険者数

×

要支援・要介護認定率

構成要素である「要支援・要介護認定率」「受給率」「サービス利用者1人1月当たり費用」及び「施設・居住系と在宅サービスのバランス」に着目して介護費用の地域差分析を行う

地域差を生じる要素と分析の視点

要支援・要介護認定率

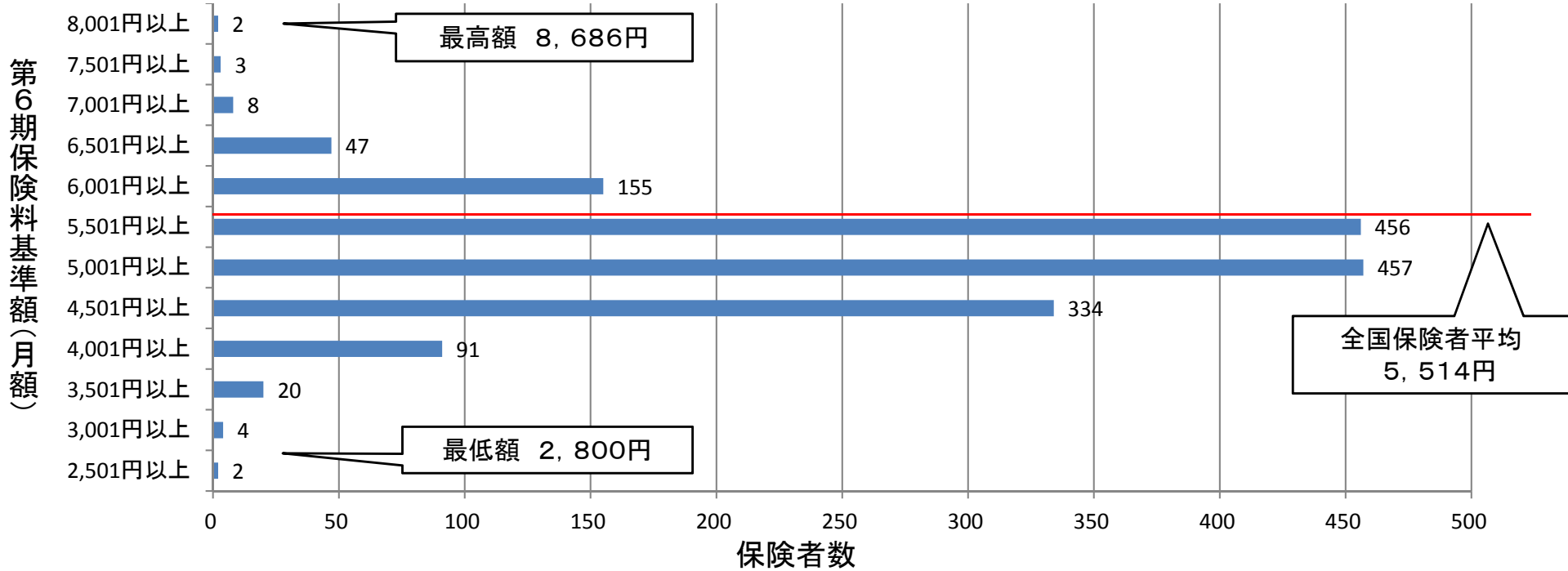
サービス受給率

サービス利用者1人1月当たり費用

- 第1号被保険者(65歳以上人口)のうち介護サービスを利用する可能性がある高齢者(要支援・要介護者)の割合に他の保険者と乖離があれば、介護予防等の取組の観点から分析する。

- 要支援・要介護者が利用しているサービスを「受給している高齢者の割合(サービス受給率)」の観点から見ることで、どのサービスの受給者に地域差があるかを分析する。
- 「受給しているサービスの単価(サービス利用者1人1月当たり費用)」の観点から見ることで、サービスの利用のされ方(日数・回数等)に地域差があるかを分析する。

第6期保険料基準額（月額）の保険者分布



保険料基準額高額保険者

保険料基準額低額保険者

保険者名(都道府県名)	第6期基準額(月額)
天川村(奈良県)	8,686
飯館村(福島県)	8,003
黒滝村(奈良県)	7,800
美咲町(岡山県)	
双葉町(福島県)	7,528
三島町(福島県)	7,500
大熊町(福島県)	
葛尾村(福島県)	7,450
三戸町(青森県)	
瀬戸内町(鹿児島県)	7,300

保険者名(都道府県名)	第6期基準額(月額)
三島村(鹿児島県)	2,800
音威子府村(北海道)	3,000
中札内村(北海道)	3,100
檜枝岐村(福島県)	3,340
興部町(北海道)	3,500
平取町(北海道)	
登別市(北海道)	3,700
奥尻町(北海道)	
遠軽町(北海道)	
四街道市(千葉県)	

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度要望額：10.7億円
(平成27年度予算額：－)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

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。

概要

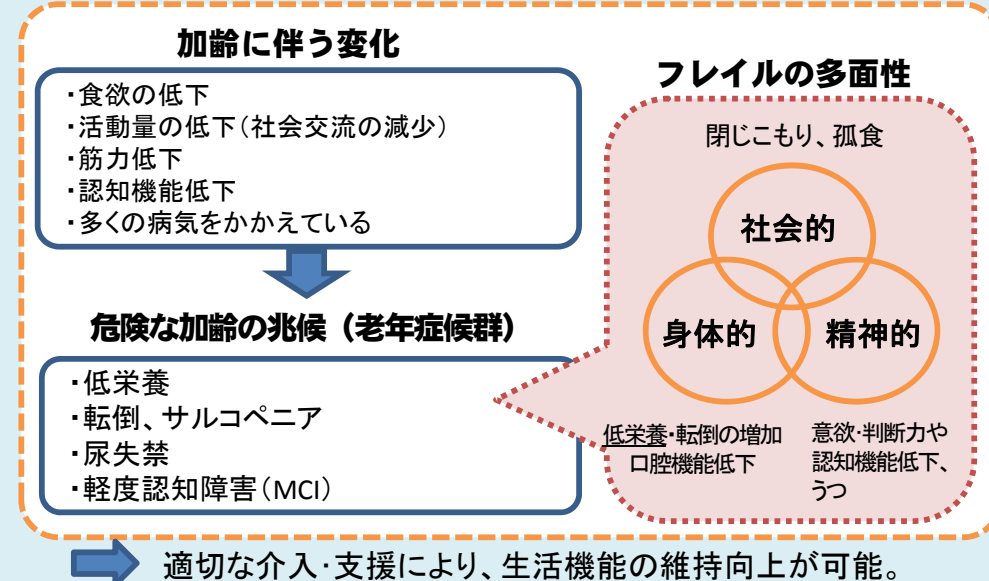
- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
 ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ



(参考)高齢者の特性(例:虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。



総合的ながん対策の推進について

平成27年中を目途に「がん対策加速化プラン」を策定し、「予防」「治療・研究」「共生」を3本の柱として、がん対策を加速化する。

平成28年度要求額 250億円 地域医療介護総合確保基金等の
+1,904億円の内数（国立がん研究センター運営費交付金含む）
 （平成27年度予算額 216億円 +1,938億円の内数（国立がん研究センター運営費交付金含む））

※がん対策以外も含む経費は「内数」として集計。
 28年度要求額 27年度予算額

		28年度要求額	27年度予算額
予防		85億円	82億円
	がん検診の充実に向けた取組	27億円	26億円
	東京オリンピック・パラリンピック2020に向けた一層の受動喫煙防止対策 等	12億円	11億円
	感染症（ヒト菌、肝炎ウイルス等）等によるがんの予防 等	46億円	45億円
治療・研究		152億円	123億円
	難治性がん、希少がんの研究開発 等	113億円	91億円
	ライフステージを意識したがん対策の充実	4億円	3億円
	がん診療連携拠点病院等の機能強化、がん登録の推進 等	36億円	28億円
共生		13億円	11億円
	緩和ケアを含む地域完結型のがん医療・介護の推進	5億円	5億円
	がんと就労の調和の推進	4億円	2億円
	がんに関する相談支援と情報提供 等	4億円	4億円

※計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

※複数の柱に重複する事業については、主な柱に一括して計上。

データヘルス・健康経営の好事例の横展開

- 事業主や保険者においては、データヘルス計画の策定・実施、健康経営の取組を進めてきたところ。
- 今後、さらにこの取組を進めるため、健康経営銘柄の継続的实施、中小企業に対する保険者の後押しにより、事業主の健康投資を促進するほか、データヘルス計画の効果検証事業を行う。
- 次世代ヘルスケア産業協議会とも連携して取組を推進し、保険者や事業主の取組をポータルサイトで「見える化」する。

現状と課題

【健康経営】

- 昨年3月に「健康経営銘柄」22社を選定し、公表。
※健康経営銘柄:長期的な視点からの企業価値の向上を重視する投資家にとって魅力ある企業を紹介するもの
- 健康経営について、大企業では経営層の巻き込み不足、中小企業では、健康投資に係るメリットが見えない、健康投資に係る資金・人材の不足といった課題がある。

【データヘルス】

- 昨年度までにほぼ全ての健保組合がデータヘルス計画を策定し、本年度から、計画に基づく事業を実施。好事例の横展開のため、事業の評価基準の策定、効果検証を行う必要。



※平成26年度の健康経営銘柄:
アサヒグループホールディングス、東レ、花王、
ロート製薬、東燃ゼネラル石油、ブリヂストン、TOTO、
神戸製鋼所、コニカミノルタ、川崎重工業、テルモ、
アシックス、広島ガス、東京急行電鉄、日本航空、
SCSK、丸紅、ローソン、三菱UFJフィナンシャル・
グループ、大和証券グループ本社、第一生命保険、
リンクアンドモチベーション

今後の対応方針・スケジュール

【KPIの設定】

- 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。
- 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。

【そのための方策】

- 健康投資を推進するための環境整備を行う。
 - ・大企業(健保組合)…株式市場で評価される仕組みの構築
⇒ 先進的な取組を行う企業の経年的なフォローアップや、健康経営を行う企業による情報発信
 - ・中小企業(協会けんぽ)…金融・労働市場で評価される仕組みの構築、保険者による後押し
⇒協会けんぽによる中小企業向けの保健事業の強化
(大支部の一社一健康宣言、広島支部のヘルスケア通信簿)
⇒「健康経営優良企業」の選定を行う仕組みの創設
- データヘルスの好事例の収集、評価指標の構築を実施

【スケジュール】

- ・年明け 第2回健康経営銘柄の発表
- ・来年4月 健康経営優良企業の申請開始
- ・来年夏 第2回日本健康会議で進捗状況の報告

【進捗管理の仕組み】

- 日本健康会議のポータルサイトで、保険者や事業主の取組を「見える化」する。

日 本 健 康 会 議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、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。

日時：2015年7月10日（金）11:45－12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

1. 趣旨説明	日本商工会議所	（会頭	三村 明夫）
2. キーノートスピーチ	東北大学大学院 医学系研究科	（教授	辻 一郎 ）
3. メンバー紹介			
4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」	健康保険組合 連合会	（会長	大塚 陸毅）
5. 今後の活動について	日本医師会	（会長	横倉 義武）
6. 来賓挨拶 （総理挨拶）	厚生労働省	（大臣 官房副長官	塩崎 恭久 加藤 勝信）
7. フォトセッション			



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00－15:00）

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

日本健康会議
実行委員

日本経済団体連合会	会長	榊原 定征
日本商工会議所	会頭	三村 明夫
経済同友会	代表幹事	小林 喜光
全国商工会連合会	会長	石澤 義文
全国中小企業団体中央会	会長	大村 功作
日本労働組合総連合会	会長	古賀 申明
健康保険組合連合会	会長	大塚 陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林 剛
全国国民健康保険組合協会	会長	真野 章
国民健康保険中央会	会長	岡崎 誠也
全国後期高齢者医療広域連合協議会	会長	横尾 俊彦
全国知事会	会長	山田 啓二
全国市長会	会長	森 民夫
全国町村会	会長	藤原 忠彦
日本医師会	会長	横倉 義武
日本歯科医師会	会長	高木 幹正
日本薬剤師会	会長	山本 信夫
日本看護協会	会長	坂本 すが
日本栄養士会	会長	小松 龍史
チーム医療推進協議会	代表	半田 一登
住友商事	相談役	岡 素之
自治医科大学	学長	永井 良三
東北大学大学院医学系研究科	教授	辻 一郎
あいち健康の森健康科学総合センター	センター長	津下 一代
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	教授	森山 美知子
千葉大学予防医学センター	教授	近藤 克則
京都大学産官学連携本部	客員教授	宮田 俊男
日本糖尿病学会	理事長	門脇 孝
東京都荒川区	区長	西川 太一郎
読売新聞グループ本社	取締役最高顧問	老川 祥一
テレビ東京	相談役	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

全32名

健康なまち・職場づくり宣言2020

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 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 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 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 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 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 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 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。

宣言（KPI）を達成するためのワーキンググループ

- 1) ヘルスケアポイント等情報提供WG
- 2) 重症化予防（国保・後期広域）WG
- 3) 健康経営500社WG
- 4) 中小1万社健康宣言WG
- 5) 保険者データ管理・セキュリティWG
- 6) 保険者向け委託事業者導入ガイドラインWG
- 7) 保険者からのヘルスケア事業者情報の収集・分析WG
- 8) 保険者における後発医薬品推進WG
- 9) ソーシャルキャピタル・生涯就労支援システムWG

日本健康会議ポータルサイト

日本健康会議のHPにおいて、健康なまち・職場づくり宣言2020で、宣言ごとに、取組を実施している保険者等と先進的な取組を可視化。

【イメージ図】



データヘルスポータルサイト

医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトを開設。

- 医療保険者と地方自治体や企業、大学等が保健事業を通じて連携を促進するための仕組みづくりとして、保健事業のプラットフォームを構築
- 各医療保険者が実施する効果的な保健事業の情報発信を行う場を提供



【「データヘルスポータルサイト」イメージ図】

〇レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業（先進的保健事業の推進プロジェクト）

平成28年度要望額：12.8億円

＜概要＞

保険者ごとに規模・形態・事業環境や既存事業・事業主との連携等の状況が異なるため、単に個別具体的な取組事例を共有するだけでは、多くの保険者が先進的な保健事業を取り入れることは困難である。

より多くの保険者が積極的に保健事業を取り入れるためには、効果的・効率的な保健事業がPDCAサイクルに基づき実践されるために、体系的に整理された保健事業の効果検証の方法が共有されることにより、保険者が自ら効果検証を実現できるようにすることが一つの方法である。

本事業では先進的な保健事業について、将来的に多くの保険者が保健事業に取り入れることができるよう、その取組結果だけでなく、ストラクチャー（事業構成・実施体制）やプロセス（実施過程）を検証し、体系的に整理することとする。

①先進的な保健事業の選定 (A)

②保健事業手順書の作成 (P)

③保健事業の展開 (D)

④保健事業の検証 (C)

1. 被保険者の健康増進を目的とした生産的な職場づくりに向けたコラボヘルス推進事業
2. 加入者への意識づけを目的とした健診データに基づく個別性の高い情報提供事業
3. 被扶養者などを対象とした特定健診の受診率向上に向けた受診勧奨事業
4. リスク者の減少を狙った保健指導事業



多くの保険者に展開



効果検証



先進的な保健事業(例)

保健事業名

概要

A健保

職場環境整備による高血圧対策事業

社員食堂メニューの減塩メニュー化、就業時間中の体操の実施等、職場環境の改善を通じて高血圧者対策を実施する。

B健保

軽度の心筋梗塞・脳卒中再発予防プログラム

主治医その他医療専門職と連携して運動・栄養・減塩法及び服薬遵守の指導等の再発予防プログラムを実施する。

C健保

ICTを活用した婦人科疾患教育事業

健康診断結果及び医療費の経年変化分析に基づき得られた結果を活用し、女性の健康課題をテーマとした保健事業を実施する。

○データヘルスの効果的な実施推進事業

平成28年度要望額：30百万円

平成26年度より全ての医療保険者においてレセプト・特定健診等データを活用した効果的・効率的な保健事業実施のための計画（データヘルス計画）を策定し、平成27年度から当該計画に基づいた保健事業が実施されることとなる。

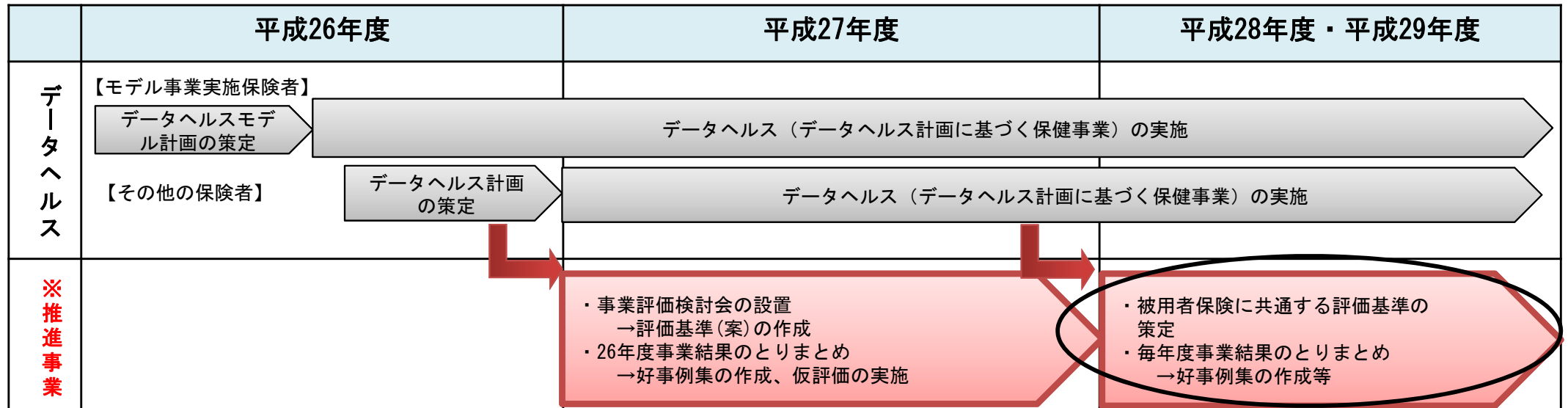
国においては、平成26年度までに、基盤となるデータ分析システムの整備、保健事業の指針の改正、データヘルスモデル計画の策定・普及の支援を行っているところである。

今後もデータヘルスが円滑に実施され定着するために、医療保険者が実施したデータヘルス事業について、事業実施状況の把握を行った上で、保険者規模・種別等に応じて総合評価するための評価基準案の作成や評価結果の高い保険者の好事例集の作成等を行うための経費を補助する。

【事業内容】

- 事業の評価方法を検討し、評価基準を策定する。
- データヘルス計画及び事業実施状況をとりとまとめ、好事例集の作成等。

【事業内容のイメージ図】



予防・健康づくりに向けたインセンティブの取組支援 (データヘルス・サービス見本市)

医療保険者、企業、地方自治体等での個人の健康づくりを促す仕組を促進するため、

- ①各医療保険者と企業等とのマッチングを行う機会の提供(ヘルスケアフォーラム)
- ②医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトの開設を行う。

①ヘルスケアフォーラム等の開催(平成26年度補正予算:1.2億円)

→各医療保険者による個人の健康づくりを促す仕組を促進するための情報交換や、企業とのマッチングの機会を提供

- ・先進的な医療保険者、企業、地方自治体等による取組事例の発表
- ・健康づくりの取組を実施している医療保険者、企業、地方自治体等との情報交換
- ・医療保険者と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチング

②ヘルスケアポータルサイトの開設(平成26年度補正予算:1.8億円)

→医療保険者と地方自治体や企業、大学等が保健事業を通じて連携を促進するための仕組づくりとして、保健事業のポータルサイトを開設

- ・保険者協議会を通じた都道府県単位の連携の仕組みづくり
- ・全国の医療保険者の取組事例を紹介
- ・個人の健康づくりを促すための情報を発信
- ・保険者評価によるインセンティブ付与を活用した保険者機能を強化する仕組を構築



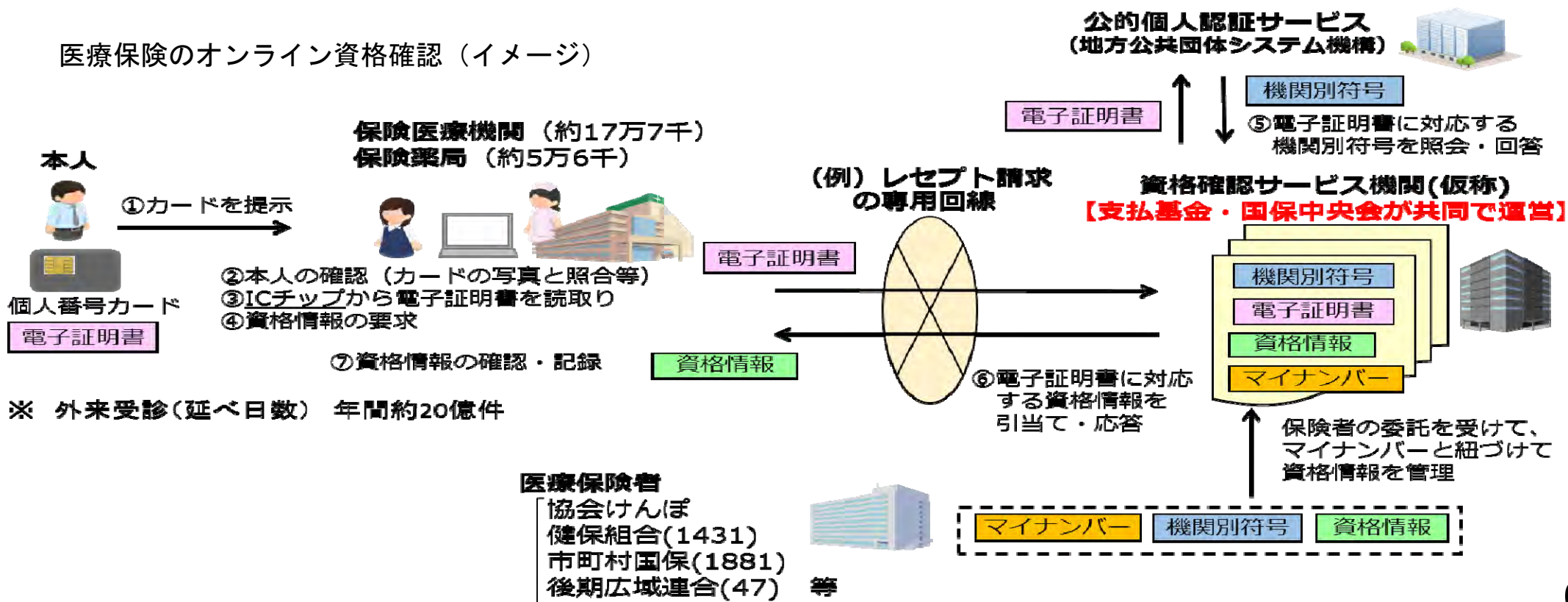
【「データヘルスポータルサイト」イメージ図】

医療保険分野における番号制度の利活用推進事業

事業内容

- 「日本再興戦略」改訂2015(平成27年6月30日閣議決定)において、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野における番号制度の導入として、①2017年7月以降に、医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口で個人番号カードを健康保険証として利用可能とする、②2018年度から、オンライン資格確認の基盤を活用して医療等分野における番号の段階的運用を開始など、医療等分野のICT化を徹底することとしている。
- 具体的には、平成27年度の調査研究による、技術的課題及び費用対効果などを踏まえ、医療保険のオンライン資格確認システムの整備に向け、具体的な制度・システムの詳細について、医療保険者などと意見交換を行いながら検討を進める。さらにNDBにおけるマイナンバー制度基盤の活用のあり方について検討を進める。

医療保険のオンライン資格確認 (イメージ)



※ 外来受診(延べ日数) 年間約20億件

① 個人番号カードに健康保険証の機能を持たせる 【2017年7月以降(※)できるだけ早期】

→ 医療機関等の事務の効率化に資する。

② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入

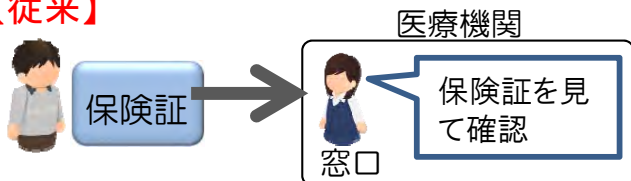
【2018年度から段階的運用開始、2020年の本格運用を目指す】

→ 医療機関や研究機関での患者データの共有や追跡が効率的に実施でき、医療連携や研究が推進される。

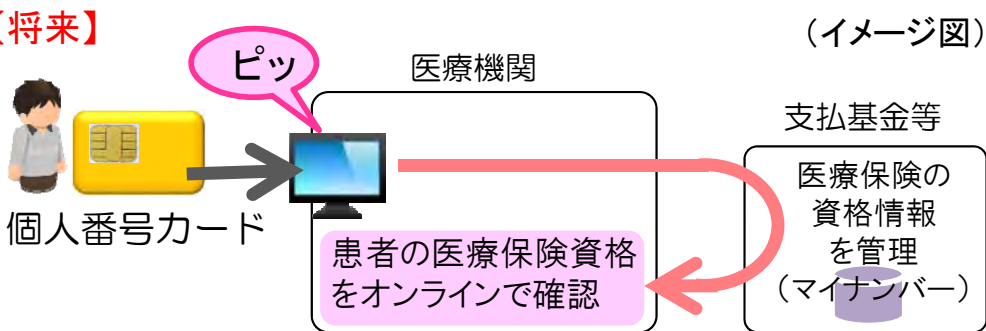
① 個人番号カードに健康保険証機能を付与

○ 個人番号カードで、医療機関の窓口での医療保険資格の確認ができる仕組みを構築する。(オンライン資格確認)

【従来】



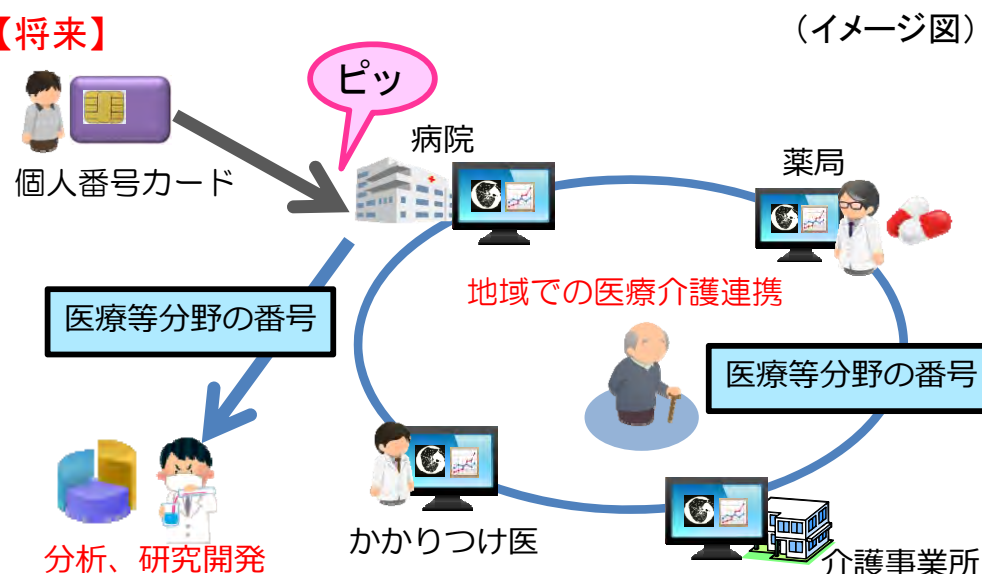
【将来】



② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入

○ 病院、診療所間の患者情報の共有や、医学研究でのデータ管理などに利用可能な番号を検討、導入
【制度設計について2015年中に検討・一定の結論】

【将来】



※2017年7月から、マイナンバー制度による、医療保険者や自治体間の情報連携が開始される予定。

マイナンバー制度のインフラを活用

① 電子カルテデータの標準化の環境整備 【2020年度までに実施】

→ 異なる医療機関からのデータの集積、比較分析、データの共有が効率化し、研究開発等が推進される。

② 医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用

【2015年度からさらなる研究事業等を実施・2020年度を目標に利用拡大のための基盤を整備】

→ 医療に関する様々なデータの集積や、多様な分析が推進され、医療の質の向上、コスト・経営の効率化、研究開発の推進等に資する。

● ナショナルデータベース

全国規模でレセプト・特定健診データを蓄積。受療行動の傾向を把握し、医療費適正化計画の策定等に利用(レセプト約92億5,000万件(2015年4月時点))

→ 今後の拡充

大学等に限定されていた集計データ提供を2016年度から民間に拡大

● DPCデータ

全国規模の急性期病院の入院に関するレセプトデータ等。診療行為や投薬の実施傾向を把握可能。(1,500病院、1,000万件(2012年度))

→ DPCデータベースを2016年度中に構築。民間提供等の拡大を図る

● 各種疾患データベース

例) ナショナルクリニカルデータベース(NCD) 手術症例に関する実績等を登録、分析する外科系学会の取組(手術情報400万件(2013年度末時点))

→ 各種の疾患データベースについて対象の拡大等を図る

● 国立病院機構 IT事業

電子カルテデータが利用しやすくなるよう標準化を推進。(20~30病院(2015年度目標))

→ ・実施病院について順次拡充
・経営の効率化や研究への活用等を進める

● 医療情報データベース

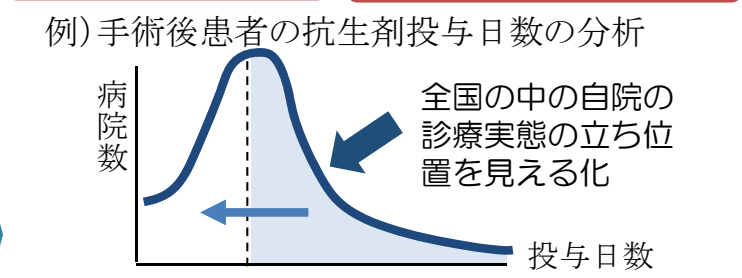
PMDAで、協力医療機関の検査結果や電子カルテデータを分析し、医薬品等の安全対策を実施。(現在試行期間中)

→ ・2018年度までに300万人のデータを分析・活用することを目指す
・さらに、研究への活用を進める

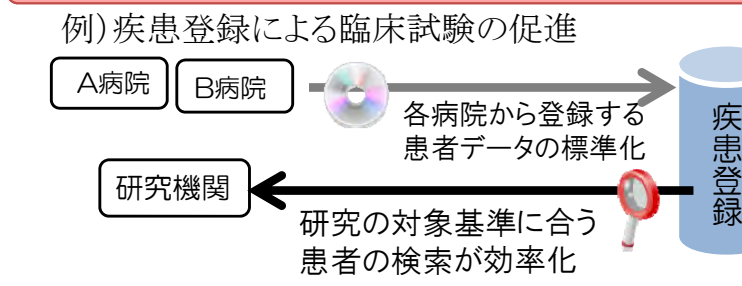
複数のデータベースの相互利用について研究事業等を実施(2015年度)

↑ 期待される効果 ↓

医療の質の向上 コスト・経営の効率化



日本発の新薬、医療機器等の開発・安全対策



さらに...

データの提供者である患者へのメリットの還元
医療機関の自律的な経営や診療の向上 71

高額療養費制度、後期高齢者の窓口負担の在り方の検討

- 骨太方針2015を踏まえ、本年10月からの医療保険部会等で関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、患者の負担増に国民の理解が得られるか、必要な医療が確保されるか等の課題に留意が必要。

- 70～74歳の窓口負担について、平成26年4月から、以下の見直しを実施中。
 - ・ 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
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。

- 高額療養費制度について、平成27年1月から、負担能力に応じた負担とする観点で、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定。

見直し前	見直し後
上位所得者 年収約770万円～	年収約1,160万円～
一般所得者(上位所得者・低所得者以外)	年収約770～約1,160万円
住民税非課税	年収約370～約770万円
	～年収約370万円
	住民税非課税

- 医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、医療費に占める自己負担の割合は高齢者の方が低い。
- 他方、収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

年齢(負担割合)	医療費に占める自己負担の割合	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	8.1%	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)	7.7%
65～69歳(3割)	21.1%	3.8%
20～64歳(3割)	22.3%	1.4%

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

高額療養費制度の概要

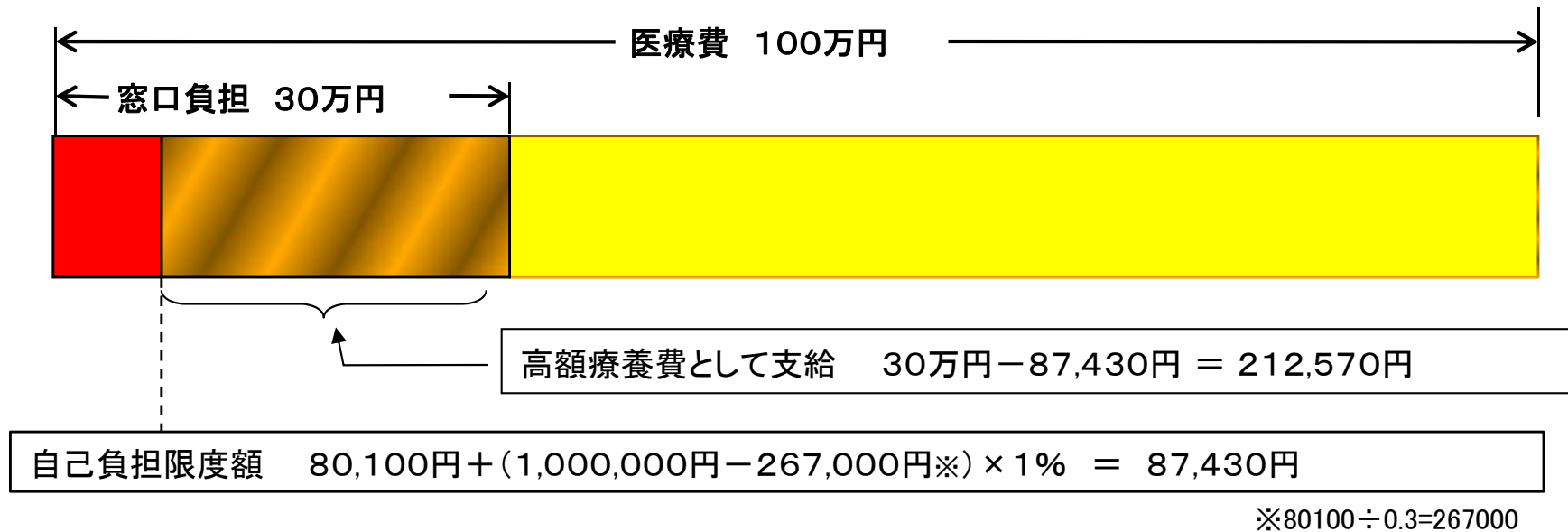
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

(※1) 入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

(※2) 外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース (3割負担)>



(注) 同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金(70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要)を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

1. 見直しの趣旨

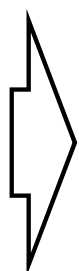
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

(見直し前)

(見直し後)

		月単位の上限額（円）		
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円～) 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超	150,000+ (医療費－500,000) × 1% <多数回該当：83,400>		
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) 3人世帯（給与所得者/夫婦子1人の場合： 年収約210万～約770万円）	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>		
	住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>		
	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 44,400	80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)	2割 (※3)	12,000	44,400	
住民税非課税		8,000	24,600	
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000	
70歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	44,400	80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)	1割	12,000	44,400
	住民税非課税		8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000



		月単位の上限額（円）		
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600+ (医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>		
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400+ (医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>		
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>		
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 <多数回該当：44,400>		
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>			
70歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 44,400	80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	2割 (※3)	12,000	44,400
	住民税非課税		8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	44,400	80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)	1割	12,000	44,400
	住民税非課税		8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

約1,330万人

約4,060万人

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 ※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。 (注)75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

高年齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来（個人ごと）	
現役並み所得者		44,400円 (⑤)	80,100円＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数回該当※44,400円〉 (①)
一般		12,000円 (⑥)	44,400円 (②)
低所得者	住民税非課税	8,000円 (④)	24,600円 (③)
	住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円 (④)

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

所得区分要件・限度額設定の考え方

- ①現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。
- ②一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。
- ③70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。
- ④平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。
- ⑤現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。
- ⑥一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

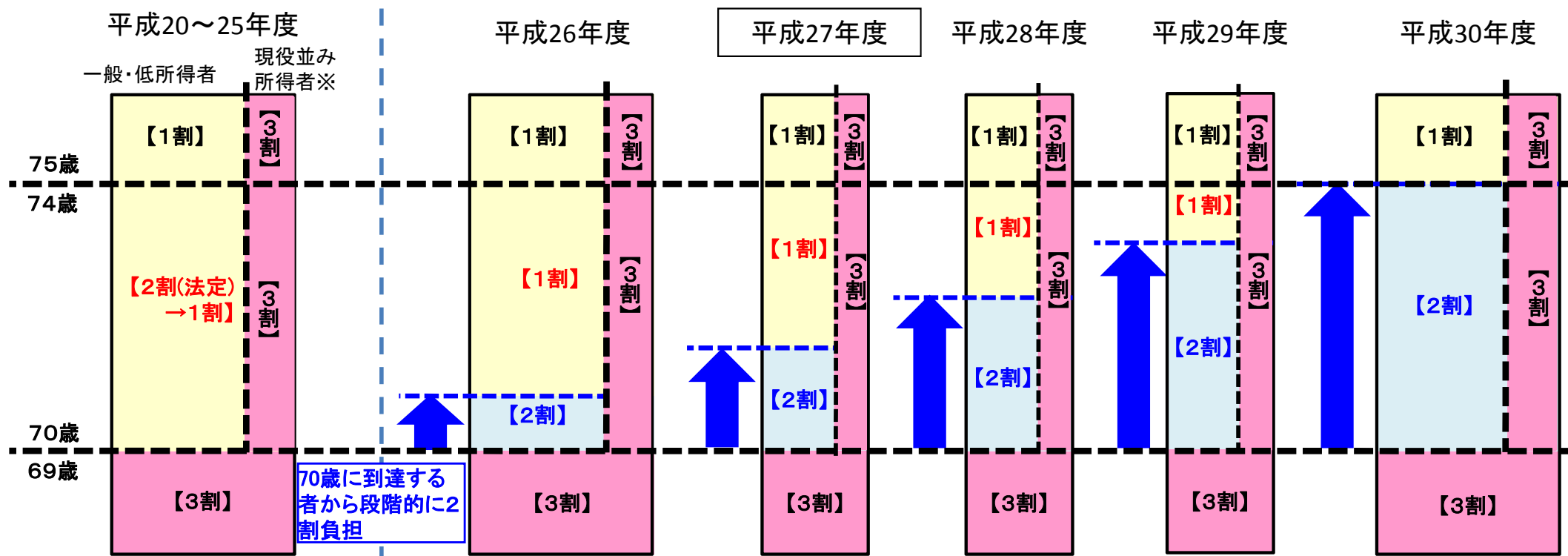
医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度												後期高齢者 医療制度	
				高齢者		なし		入院300円/日 外来400円/月		→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担		定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を選 択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設		定率1割負担 (現役並み所得者2割)			
被用者本人		定額 負担														70～ 74歳	
				若人		国保		3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部負 担の廃止		3割			
被用者本人		定額				→1割(S59～) 高額療養費創設		入院2割 外来2割+薬剤一部負担									
被用者家族		被用者家族		3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))											

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大
 (参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月から2割とする改正を行った。

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。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成27年度当初予算 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

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

※括弧内は被保険者に占める割合

区分	自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)	
		外来			
現役並み所得者	3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	102 (6.7%)	
一般	1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)	
低所得者		住民税 非課税	8,000円	24,600円	317 (20.8%)
		住民税 非課税 (所得が 一定以下)		15,000円	282 (18.5%)
被保険者計				1,527	

※厚生労働省保険局「平成25年度後期高齢者医療事業年報」

年齢階級別の自己負担の状況

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		91.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.1万円	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	7.7%
65～69歳(3割)		42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)		17.5万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	7.1万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	2.1%
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		274万円	3.9万円	1.4%

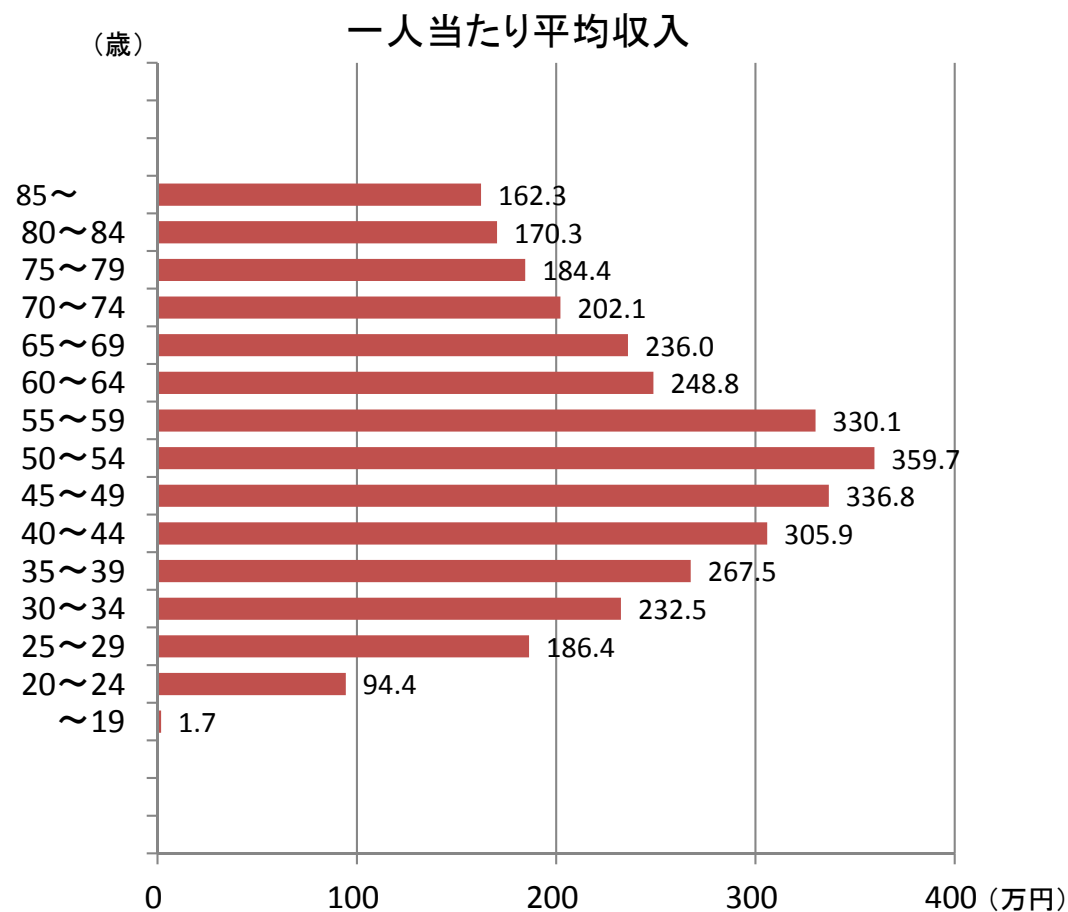
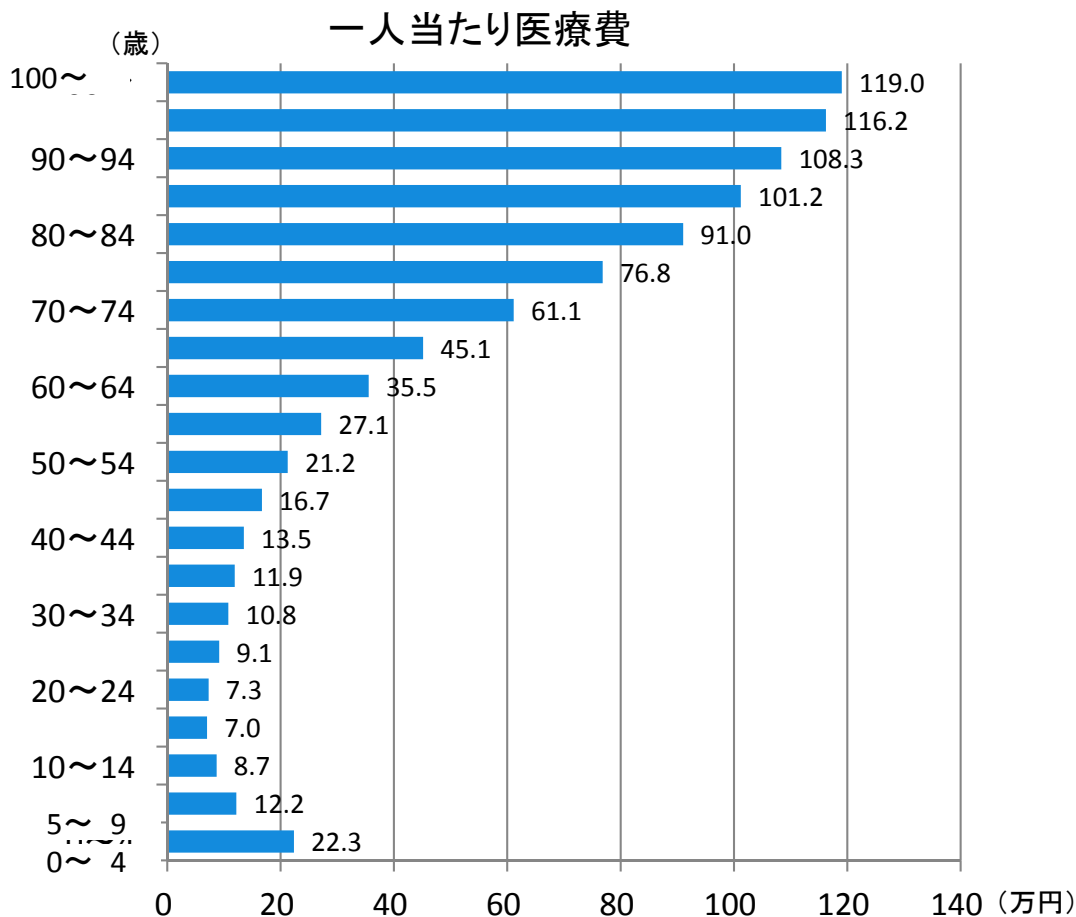
※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の値。

※ 75歳以上の医療費が占める割合は、平成24年度の数値(医療保険に関する基礎資料)

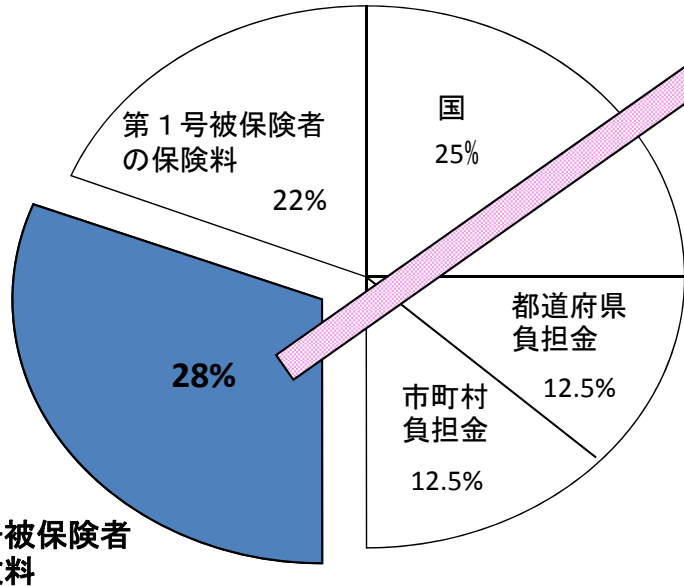
※ 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

介護納付金の総報酬割

- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]

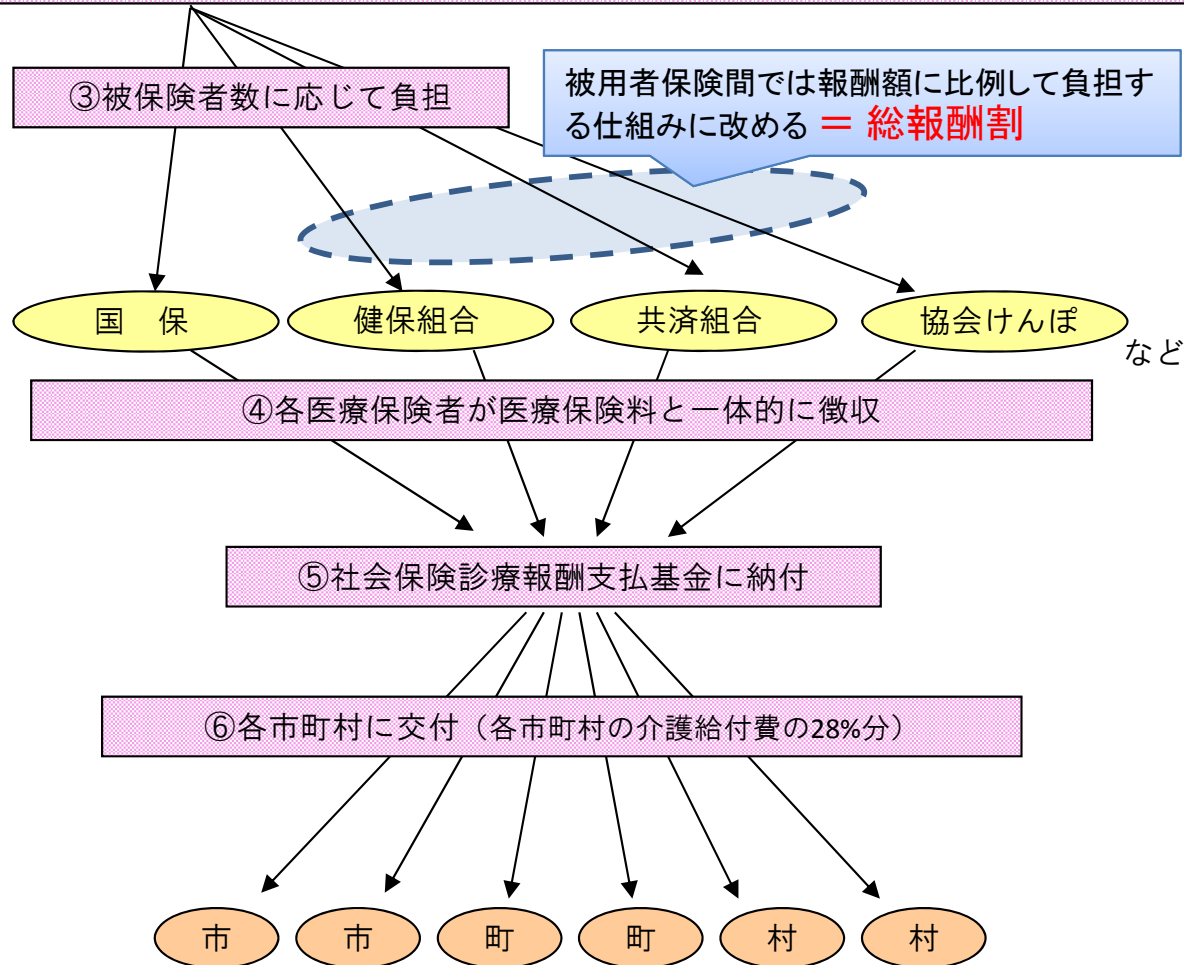
①第2号被保険者(40~64歳)は給付費の28%を負担



②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
(介護給付費の28% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)

③被保険者数に応じて負担

被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組みに改める = 総報酬割



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

	平成27年度介護保険料率
協会けんぽ	1.58%
健保組合	1.409%

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1384組合)ベースの速報値

(参考)介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会
介護保険部会資料より

○ 健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

	現行		
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12 / (B)
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	443万円	1.21%
協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)
共済組合 (全組合(85組合)平均)	4,463円	553万円	0.97%



総報酬割とした場合	
報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(c)/12
1.37%	5,058円 【+595円】
	3,459円 【-272円】
	6,313円 【+1,850円】

○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

	現行		
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12 / (B)
上位10組合 平均	4,463円	838万円	0.64%
下位10組合 平均		261万円	2.05%



総報酬割とした場合	
報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(c)/12
1.37%	9,567円 【+5,104円】
	2,980円 【-1,483円】

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会
介護保険部会資料より

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する負担割合	1.77%	1.48%	1.21%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6,775億円 (-541億円)	5,975億円 (-141億円)	6,152億円 (+267億円)	2,197億円 (+269億円)
	報酬額に対する負担割合	1.64% (-0.13%)	1.44% (-0.04%)	1.27% (+0.06%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,694億円		6,685億円 (+800億円)	2,735億円 (+807億円)
		(-1,622億円)	(-422億円)		
	報酬額に対する負担割合	1.37%		1.37% (+0.16%)	1.37% (+0.40%)
		(-0.40%)	(-0.11%)		

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	1012組合	84組合
負担減	431組合	1組合

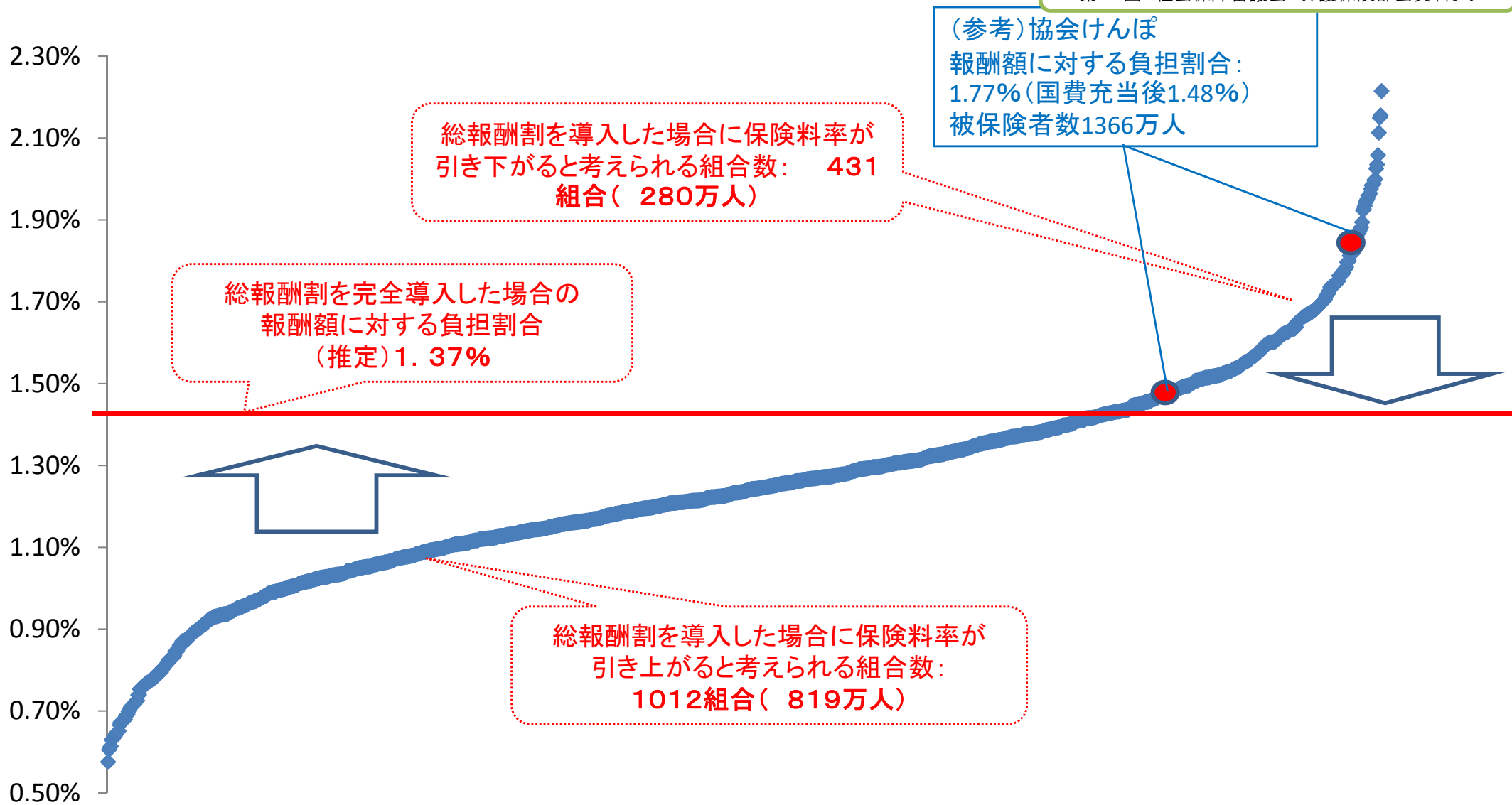
※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

(参考)健保組合の介護保険料率(介護納付金総額/総報酬額)の分布

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会 介護保険部会資料より



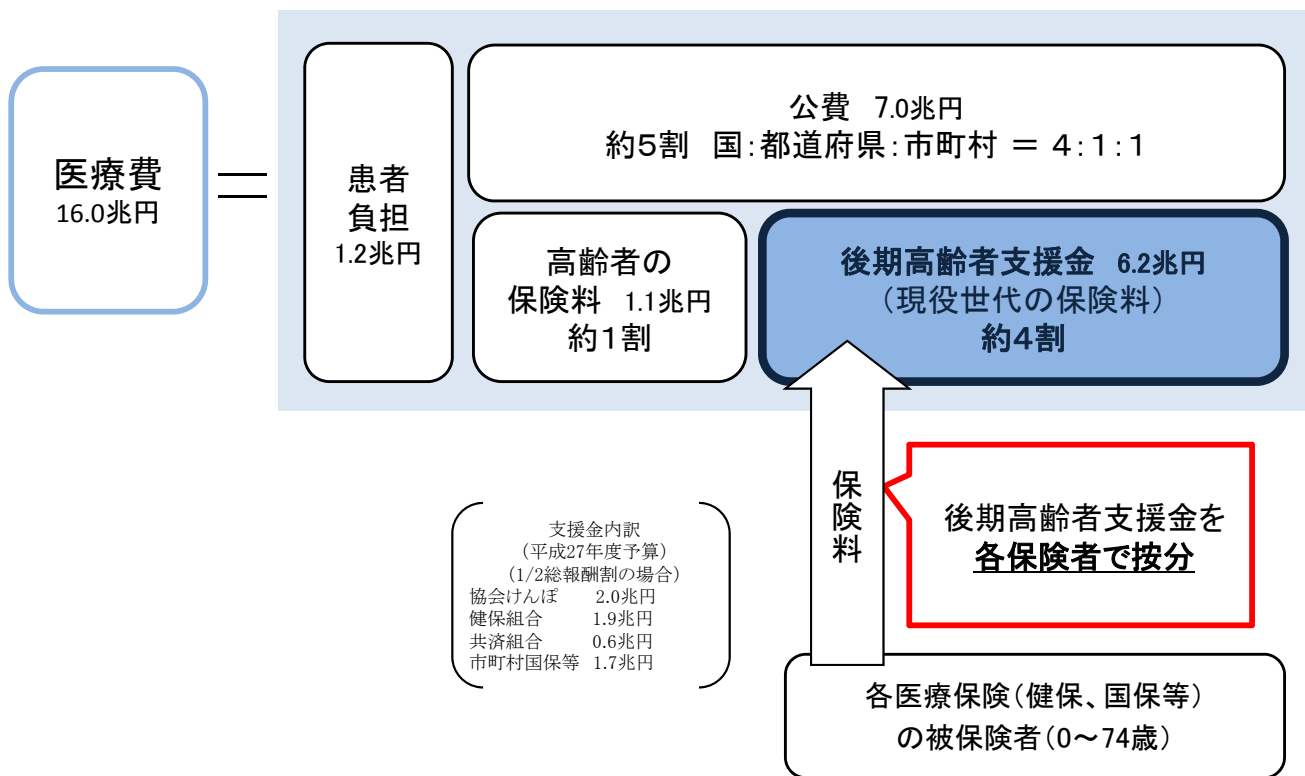
※ 平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

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

平成27年5月法改正
医療保険制度改革

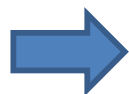
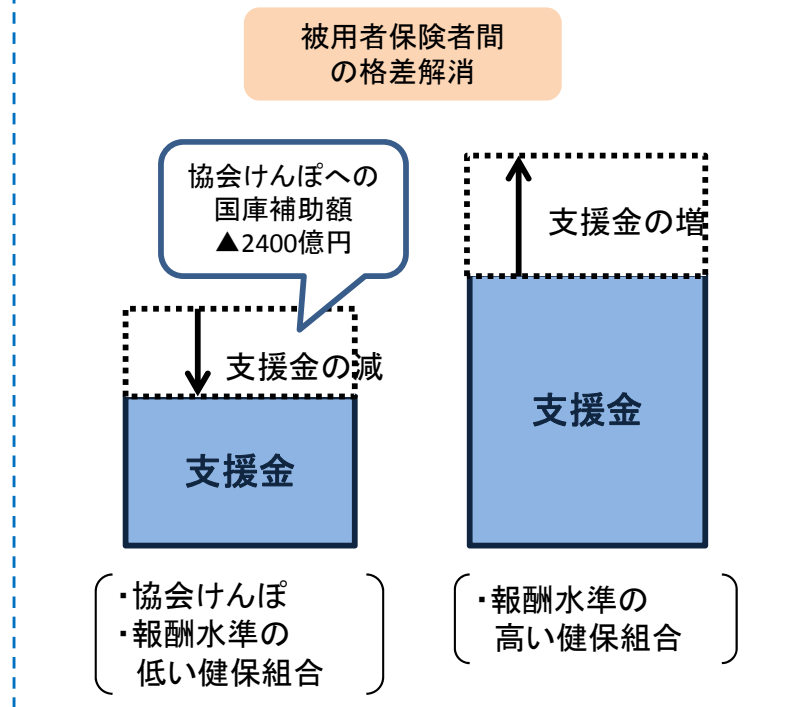
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



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〕



後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入による健保組合の負担増は1500億円(ただし、700億円規模の被用者保険者への支援を実施)

平成26年度介護保険法改正による新しい地域支援事業の全体像

<従前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%

都道府県 12.5%

市町村 12.5%

1号保険料 22%

2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%

都道府県 19.5%

市町村 19.5%

1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
- ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

従前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)

- 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)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進** (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- **生活支援サービスの体制整備** (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

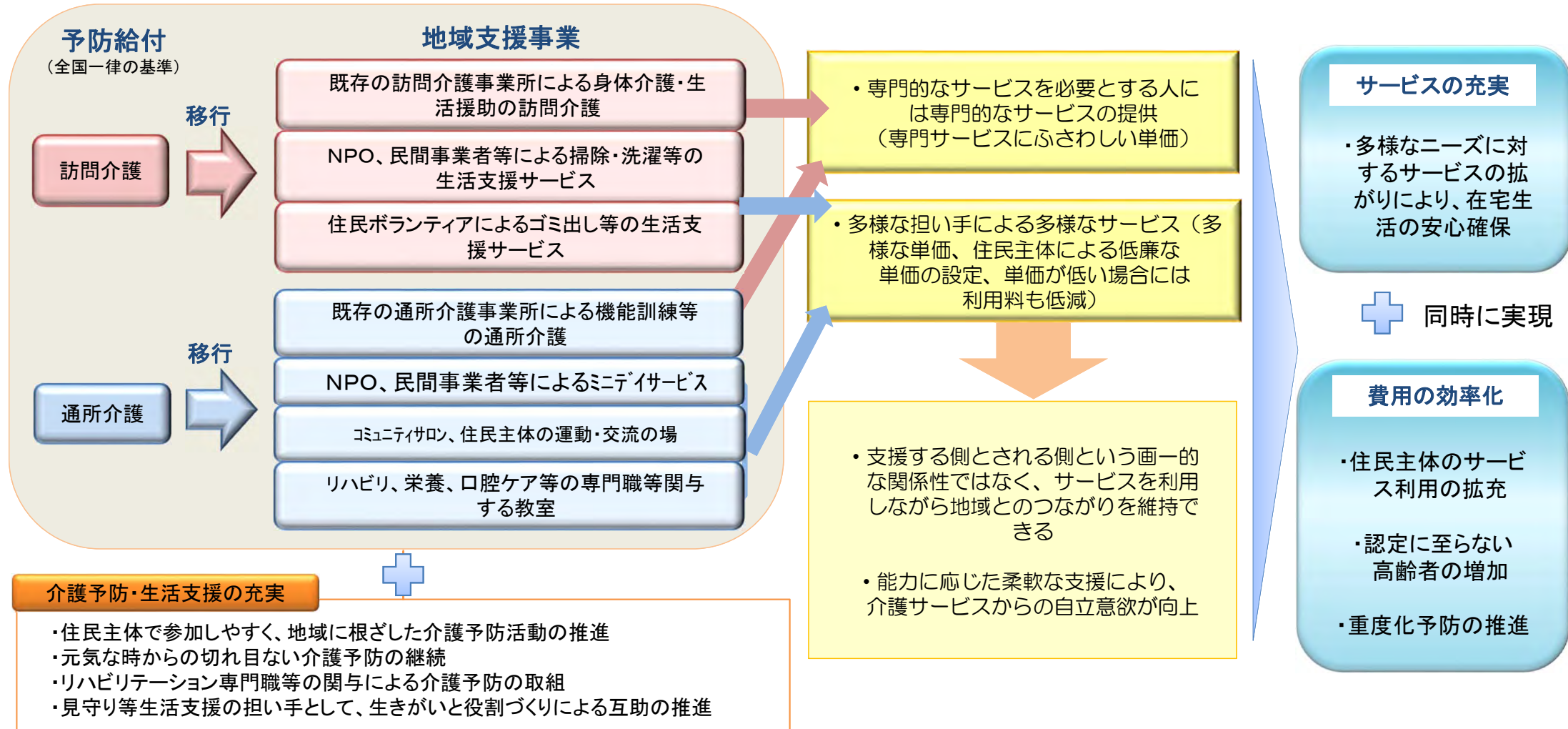
- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

総合事業と生活支援サービスの充実

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



訪問介護における身体介護と生活援助

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

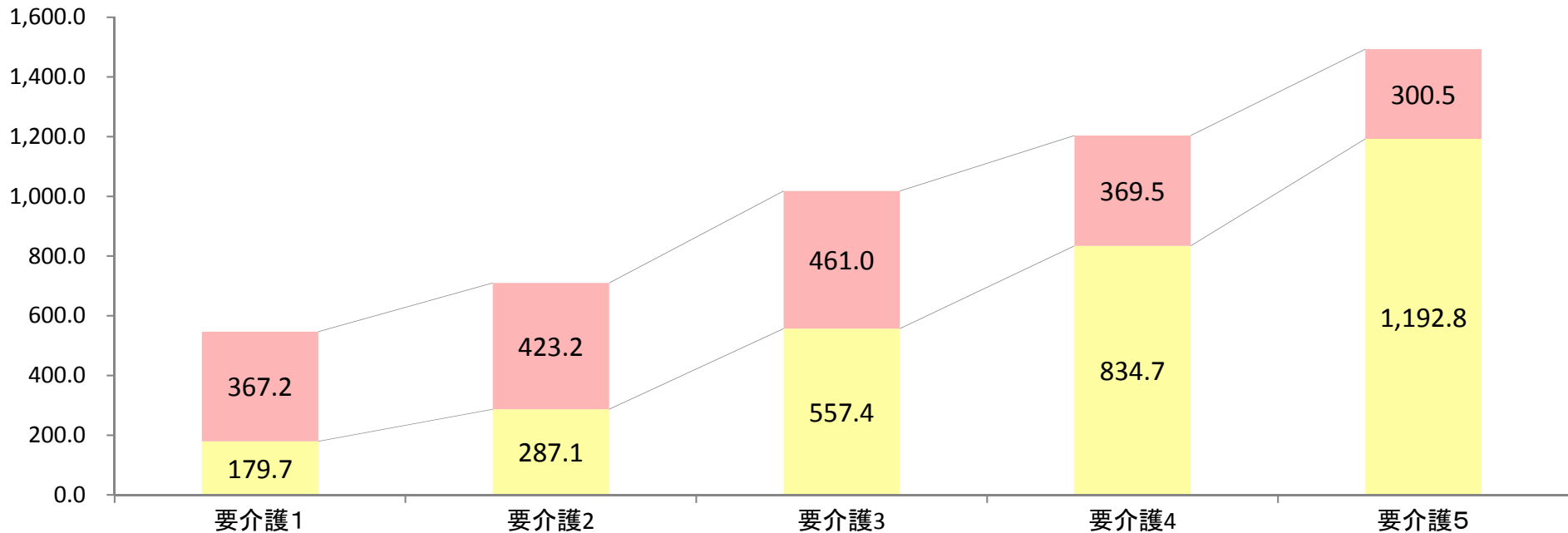
※「訪問介護員等」とは、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 ≫ 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等（例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等）
- ② 生活援助 ≫ 家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる者に対して行われるもの（例：調理、洗濯、掃除 等）
- ③ 通院等乗降介助 ≫ 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

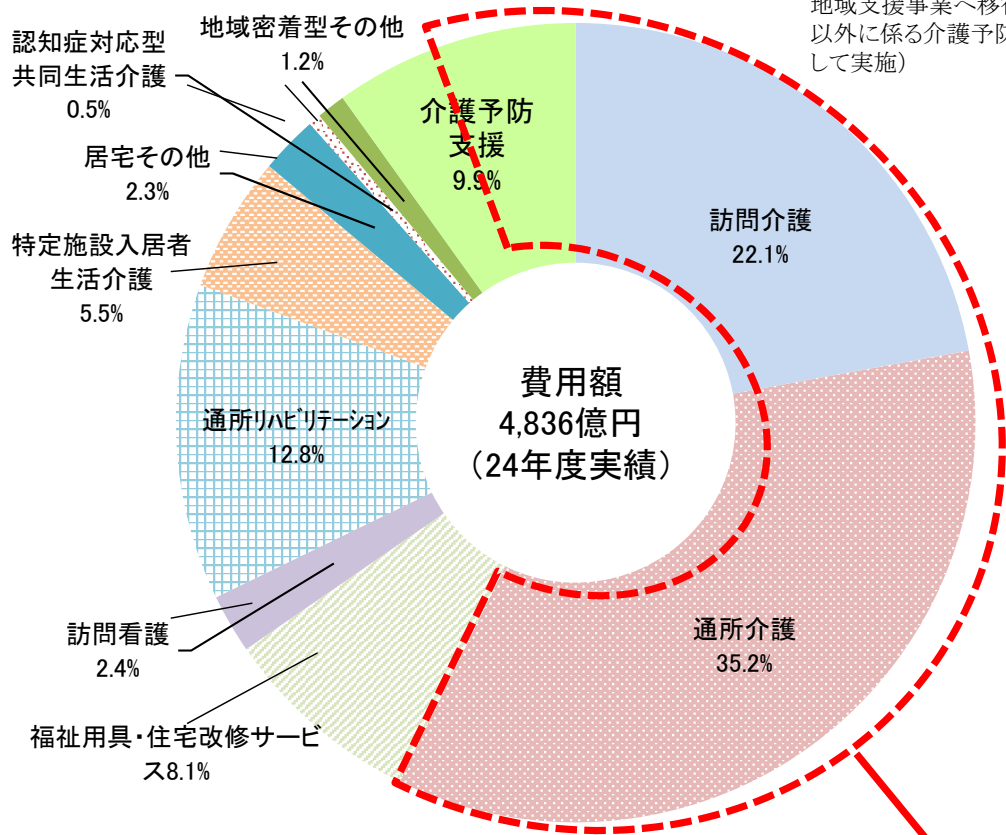
（分/月） 1ヶ月当たりの要介護度別・類型別利用者一人当たり
利用時間（平成27年3月サービス分（4月審査分））

■： 身体介護中心型 ■： 生活援助中心型



軽度者に対する給付の概要

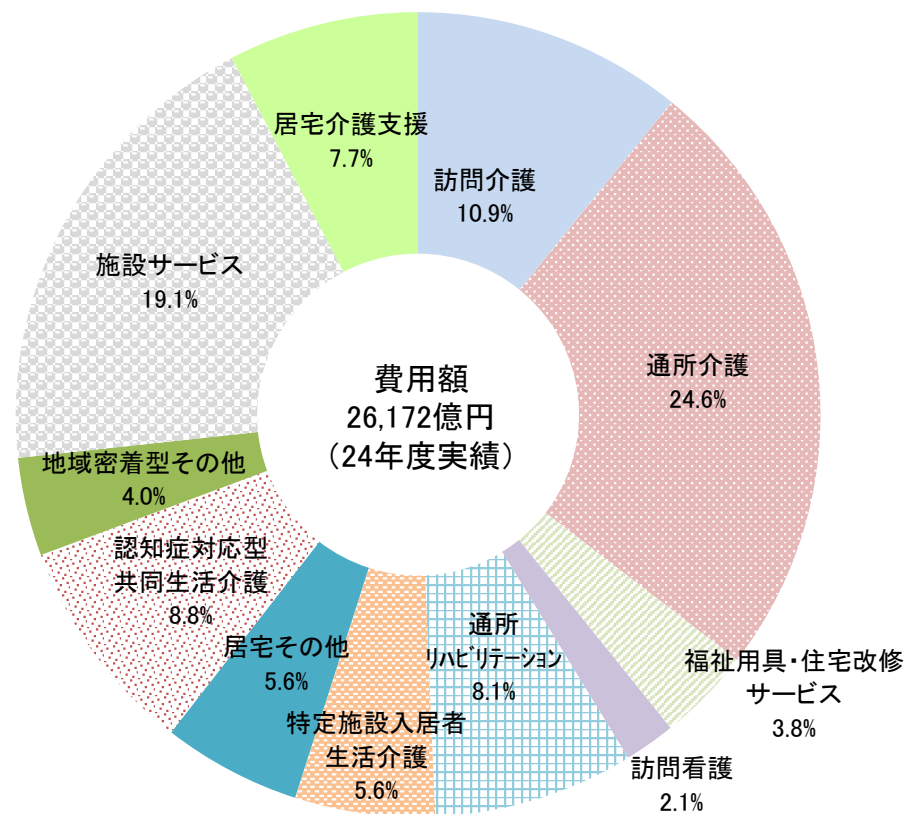
要支援1・2に対する給付



※ 訪問介護、通所介護に係る介護予防支援は地域支援事業へ移行（訪問介護、通所介護以外に係る介護予防支援は、引き続き給付として実施）

平成29年度末までに地域支援事業へ移行

要介護1・2に対する給付



介護保険における福祉用具・住宅改修の概要

- 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。原則は貸与であるが、貸与になじまない性質のものは、購入費を保険給付の対象としている。
- 要介護者等が、自宅に手すりを取付ける等の住宅改修を行おうとするときは、申請書を提出し、工事完成後、費用発生の実態がわかる書類等を提出することにより、実際の住宅改修費の9割相当額が償還払いで支給される。

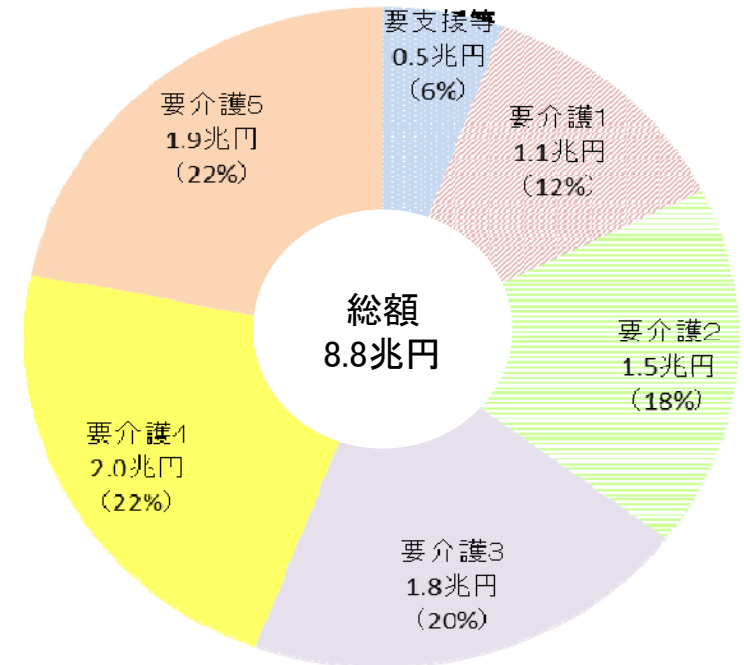
	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	住宅改修
対象種目等	<ul style="list-style-type: none"> ① 車いす(付属品含む) ② 特殊寝台(付属品含む) ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 手すり(工事を伴わないもの) ⑥ スロープ(工事を伴わないもの) ⑦ 歩行器 ⑧ 歩行補助つえ ⑨ 認知症老人徘徊感知機器 ⑩ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ⑪ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ① 腰掛便座 ② 自動排泄処理装置の交換可能部品 ③ 入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、入浴用介助ベルト) ④ 簡易浴槽 ⑤ 移動用リフトのつり具の部分 	<ul style="list-style-type: none"> ① 手すりの取付け ② 段差の解消 ③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ④ 引き戸等への扉の取替え ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修
限度額	区分支給限度基準額(要支援、要介護度別)の範囲内において、他のサービスと組み合わせ	同一年度で10万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額	同一住宅で20万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額

〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

- 介護に社会保険制度を採用している主な国は、日本、ドイツ、韓国。
- 給付については、ドイツ、韓国では中重度者のみが対象とされており、日本の要支援者、要介護1、2に相当する軽度者は対象外とされている。
- 利用者負担については、韓国では、負担割合が在宅給付は15%、施設給付は20%とされている。（ドイツの保険給付は定額制（部分保険）であり、それを超える部分は全額自己負担。）

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等(全国で1,579)	介護金庫(全国で124)	国民健康保険公団(全国で1)
要介護区分	7段階(軽度も対象) (要介護1~5、要支援1・2)	3段階(中度以上) ※要介護Ⅲの「特に重度」を加えると4段階。また、2013(H25)年に、認知症の者等を対象とする要介護0が創設。	3段階(中度以上)
給付対象者	○65歳以上の要支援者・要介護者 ○40~64歳の加齢に伴う特定疾病により要支援・要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患により要介護状態となった者
被保険者	○第1号被保険者(65歳以上) ○第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)	公的医療保険の加入者(年齢制限なし)	国民健康保険の加入者(年齢制限なし)
利用者負担	原則1割	保険給付は定額制、それを超える部分は自己負担	在宅給付15% 施設給付20%
総費用に占める利用者負担の比率	7.1%	30.4%	17.8%

介護保険総費用の構成割合
(2012(H24)年度実績)



(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」に基づき作成。

(出所) 増田雅暢「世界の介護保障」2014、OECD Health System Accounts Database, 2010 等に基づき作成

医療保険における費用対効果評価について

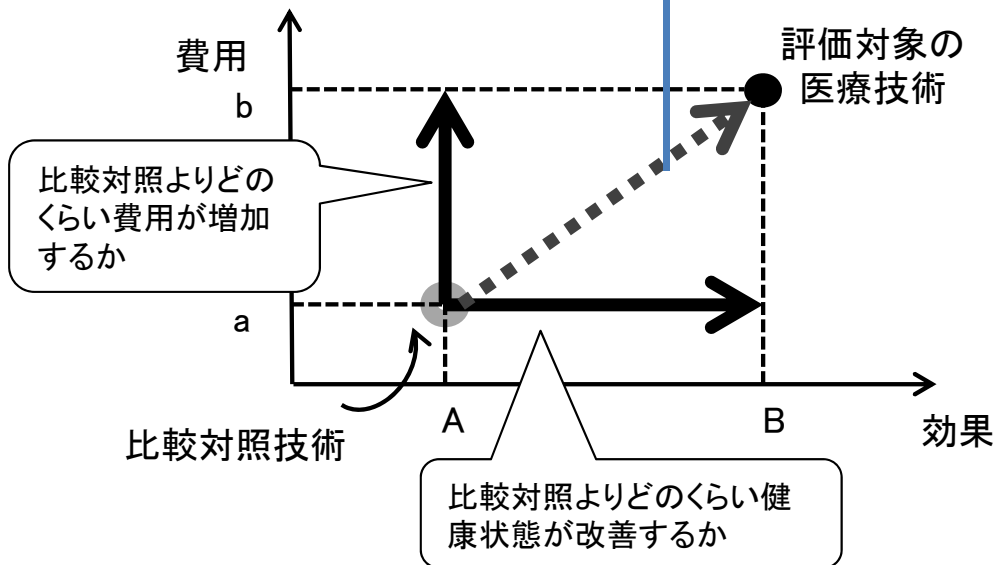
- 費用対効果評価について、中医協において、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等の検討を行い、平成28年度に試行的導入を実施。
- 本格的な導入に向けて、中医協における議論を継続。
- なお、費用対効果の本格的な導入に当たっては、十分な体制の整備(予算、組織・定員等)が必要。

○平成27年8月の中医協の中間報告において、以下の事項が確認された。

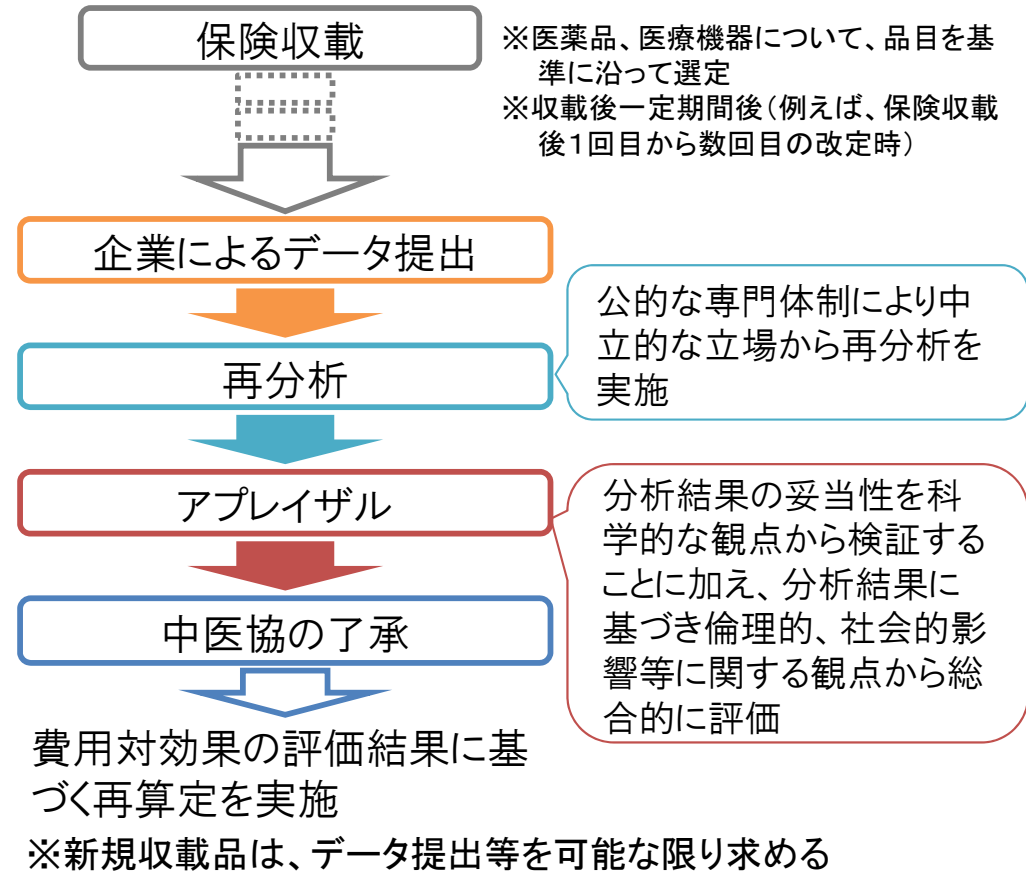
費用効果分析の手順

- 評価対象の医療技術と比較対照の医療技術との増分費用効果比(ICER)の評価を行う。

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



評価の一連の流れ(イメージ)



費用対効果評価に係る検討の経緯と今後のスケジュール

○これまでの経緯 ○

- H24.2 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H24.5 費用対効果評価専門部会の創設
- ・対象技術
 - ・評価手法(効果指標の取り扱い等)
 - ・評価結果の活用方法
- 等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- H25.11 「議論の中間的な整理」
- H26.2 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H26.4 具体例を用いた検討の公開方法等について議論
～12
- H27.1 具体例の分析結果等について非公開で議論
～4
- H27.5 具体例の検討に係る議論を通じた課題等を報告し、
～7 個別の論点にそって議論
- H27.8 中間報告とりまとめ

○今後のスケジュール ○

- H27年内 試行的導入に向けて今後検討すべき事項について議論
- H27年度内(目途) 試行的導入に係る品目の選定や具体的な運用のあり方について結論
- H28年度 試行的導入の実施

平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見

革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)

・革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入等

医療分野のイノベーションの恩恵を受けたいという患者ニーズと医療保険の持続可能性という双方の要請に応えるよう、革新的な医療技術等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を2016年度を目途に試行的に導入する。また、費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養費制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指す

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		<ul style="list-style-type: none"> ○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	(右のような注意事項はない)	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの(要指導医薬品を除く。)をいう。」(医薬品医療機器法第4条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

ビタミン剤・うがい薬に関する 診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」及び「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」について、対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

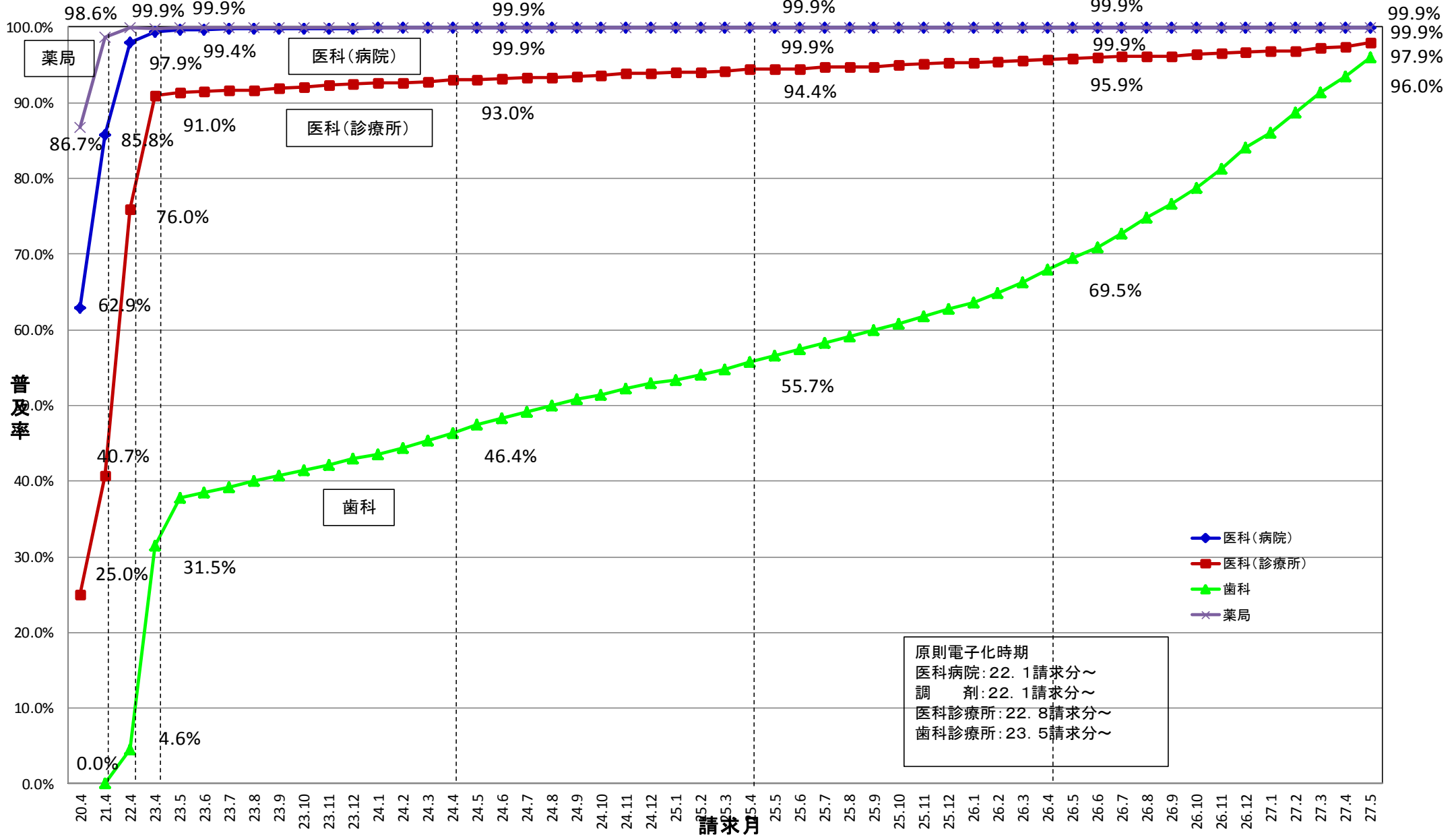
H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



レセプトの電子化による効率化効果について

1. 業務の効率化

- レセプトの電子化等により審査業務の効率化が可能になり、職員の削減及び審査支払手数料引き下げを継続して実施

①職員数

支払基金 平成20年度 5,184人→平成25年度 4,559人(▲625人)

国保連 平成20年度 5,579人→平成25年度 5,157人(▲422人)

②審査支払手数料

支払基金 平成20年度 96.65円→平成26年度 80.60円(▲16.05円)

国保連 平成20年度 68.05円→平成26年度 53.16円(▲14.89円)

5年間で約1,000人の効率化を実現

支払基金においては5年間で約82.7億円の削減効果

2. レセプト審査の質の向上

- レセプト審査においてコンピューターチェックが可能となったことにより、効果的効率的な査定が可能になっている。

①査定におけるコンピューターチェックの貢献（支払基金）

②レセプトを時系列や科目横断的につなぎ合わせての審査が可能に。

ひと月約20億円の査定額のうち、約12億円分でコンピューターチェックが寄与。

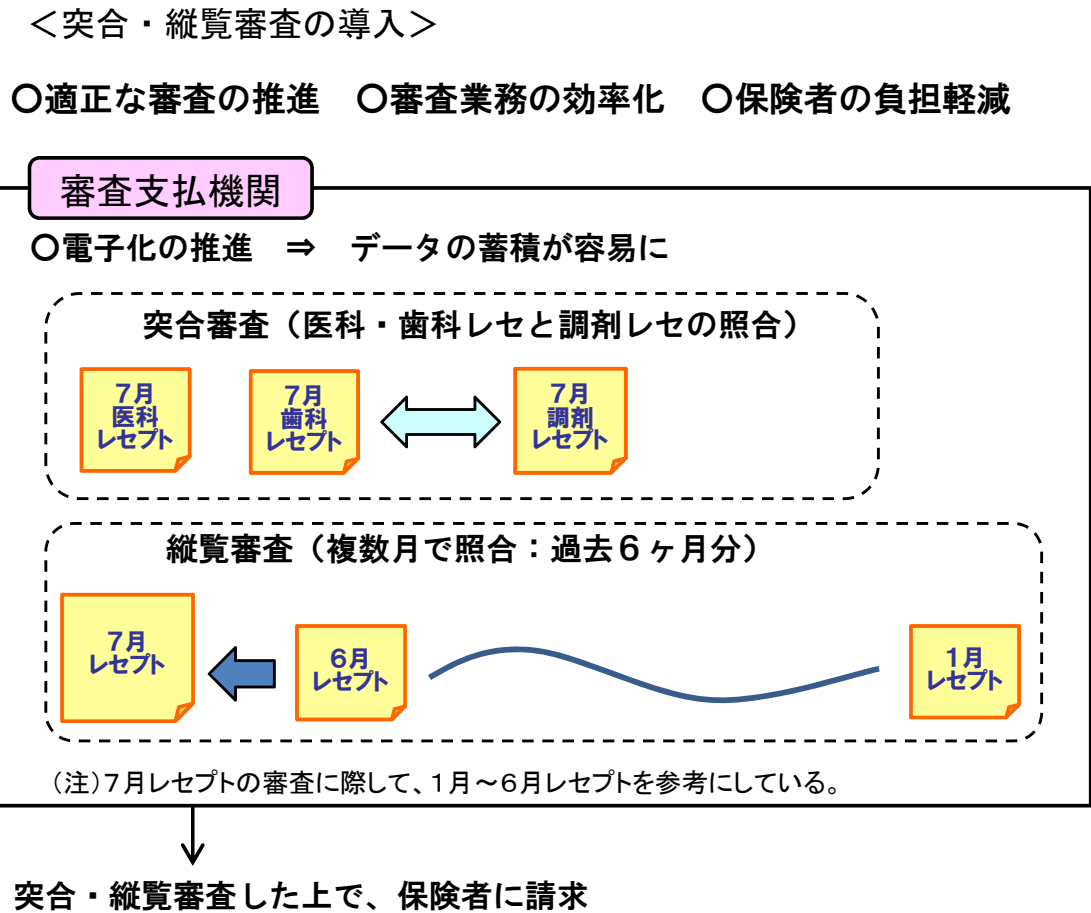
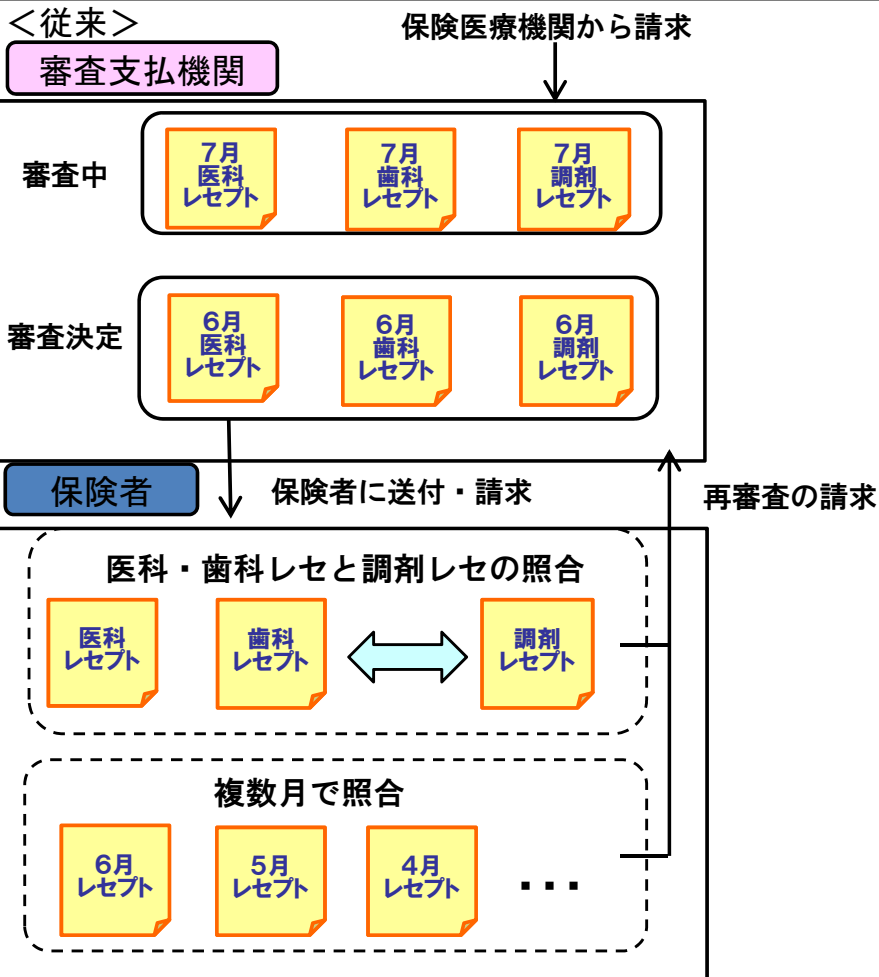
医科・歯科と調剤レセを突合して病名と薬剤を照合したチェックが可能に。

時系列の突合により、複数月に1回のみ算定が認められている検査が毎月実施されているケースなどを見つけることが可能に。

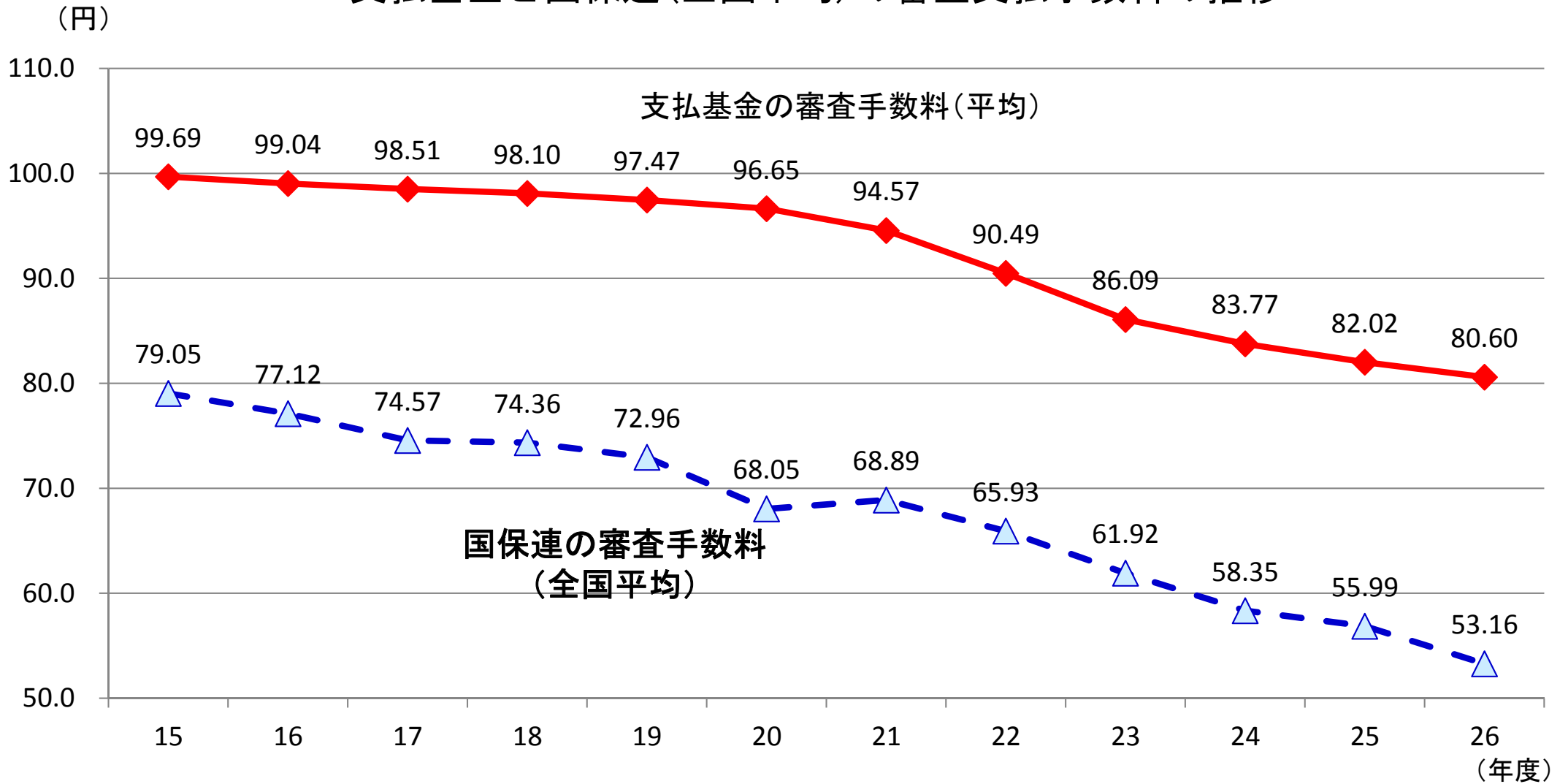
レセプトの電子化に対応した縦覧・突合審査の導入

(参考)

- これまでは紙レセプトが大半であったため、審査支払機関（支払基金及び国保連）ではレセプトごとに単月審査を行い、①レセプトを受け取った保険者において、患者ごとに複数月のレセプトを名寄せ・照合した点検（縦覧点検）や、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを患者単位で照合した点検（突合点検）を行い、②この点検結果による保険者の申出を受け、審査支払機関で再審査を行っていた。
- レセプトの電子化が進み、データの抽出や蓄積が容易となったため、レセプトの適正な審査を推進する観点から、審査支払機関では、最初の審査の段階から、縦覧・突合審査を導入（国保連：23年10月～、支払基金：24年3月～）。



支払基金と国保連(全国平均)の審査支払手数料の推移



(注1) 支払基金は、専門の審査支払機関であり、手数料以外の財源を有しないため、審査支払業務に必要な経費をすべて手数料の算定基礎に計上。これに対し、47国保連は、審査支払業務だけでなく保険者業務等を実施する機関であり、手数料以外の収入(負担金等)を有する。

(注2) 24年度以前は決算(確定)、25年度は決算(速報)国保連は決算(速報)

(注3) 26年度の手数料は、支払基金・国保連とも予算値である。

(注4) 国保連の審査手数料は、15年~19年度は「国保+老人保健制度」の手数料単価、20年度以降は「国保+後期高齢者医療制度」の手数料単価。

保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査について

○保険局内に「指導監査プロジェクトチーム」を設置し、保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査の見直しを検討。

- ・設置：平成27年7月1日
- ・目的：指導監査及び適時調査についての見直しを集中的に検討
- ・組織：保険局内に、保険局長が指名する職員をもって構成

◆指導監査

- 現状における課題解消に向けた検討
- 実施可能なものから順次実施

(検討事項)

- ・指導監査全般の在り方の見直し
- ・関係団体等からの要望を踏まえた見直し
- ・事後的な指導から予防・教育的な観点による指導の強化 等

◆適時調査

- 効率的かつ効果的な調査に向けた検討
- 今年度に検討し、平成28年度から実施

(検討事項)

- ・調査サイクルの短縮方策
- ・新たな調査方法の検討及び実施マニュアルの整備 等

【取組の現状】

◆指導監査

- ・健康保険法等に基づき、保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局等が指導(集団指導、個別指導など)や監査を実施。

◆適時調査

- ・保険局医療課長通知に基づき、施設基準を届け出ている保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局が直接赴いて施設基準の充足状況を調査。

【見直しの必要性】

◆指導監査

- ・指導監査の取扱いに係る指導大綱や監査要綱を平成7年に制定したが、既に20年を経過し、制度の硬直化が指摘されている。(医療機関等の増加に伴い指導の実施が十分にはできていないこと、指導対象となる医療機関等が固定化傾向にあること 等)

◆適時調査

- ・施設基準項目の増加・複雑化に伴い、通知で定めた年1回の頻度で調査することが困難となっている(現状は平均約4年に1回)。
- ・それに加え、効率的・効果的な統一の調査マニュアルが必要となっている。

平成25年度における指導監査等の実施状況

◆ 指導

(実施件数の推移)

	23年度	24年度	25年度
個別指導	3,955	4,302	4,400
新規個別指導	5,634	6,103	6,170
集团的個別指導	13,554	13,622	13,745

[25‘返還金額] 約34億円(対前年度比約6億円減)

◆ 適時調査

(実施件数の推移)

23年度	24年度	25年度
2,274	2,409	2,508

[25‘返還金額] 約62億円(対前年度比約10億円減)

◆ 監査

(実施件数の推移)

23年度	24年度	25年度
161	97	94

[25‘返還金額] 約50億円(対前年度比約33億円増)

[25‘取消等の状況]

- ・保険医療機関等 59件(対前年度比13件減)
 - (内訳) 指定取消 20件
 - 指定取消相当 39件
- ・保険医等 26人(対前年度比16人減)
 - (内訳) 登録取消 26人
 - 登録取消相当 0人

後発医薬品使用促進策の推移について(1)

	薬事承認・診療報酬上の取組	医療保険制度・その他の取組
2002(平成14)年	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品を調剤した場合に、1調剤当たり2点を加算 	
2005(平成17)年	<ul style="list-style-type: none"> ・新たに承認申請する後発医薬品の名称を「一般名+剤形+含量+会社名(屋号)」とするように指導 	
2006(平成18)年	<ul style="list-style-type: none"> ・処方せん様式の見直し(後発医薬品に変更が可能と判断した場合に保険医が署名等するように様式に変更) ・保険薬局の後発医薬品情報提供料の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・先発品にある医療上必要な含量違いの全規格取り揃えをメーカーに指示
2007(平成19)年	<ul style="list-style-type: none"> ・薬価収載を年1回から2回に増やす 	<ul style="list-style-type: none"> ・政府が「経済財政改革の基本方針2007」で2012年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にすることを決定 ・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定
2008(平成20)年	<ul style="list-style-type: none"> ・処方せん様式の見直し(後発医薬品に変更が可能と判断した場合に保険医が署名等するようにしていた従来の様式を、後発医薬品に変更が不可能と判断した場合に保険医が署名等する様式に変更) ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の導入 ・保険医療機関及び保険医療養担当規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則に保険医及び保険薬剤師に対する使用・調剤の努力義務等を規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・第一期適正化計画(H20~24年度) ・都道府県において安心使用促進のための都道府県協議会を設置(都道府県委託事業)
2009(平成21)年		<ul style="list-style-type: none"> ・保険者による被保険者(患者)に対する普及啓発として、「ジェネリック医薬品希望カード」を原則すべての被保険者に配布すること等を実施
2010(平成22)年	<ul style="list-style-type: none"> ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し ・保険薬局での後発医薬品への変更調剤の環境を整備(含量違いの後発医薬品等の変更可) ・保険医療機関の入院基本料における後発医薬品使用体制加算の導入 ・保険医療機関及び保険医療養担当規則に保険医に対して患者の意向確認などの対応の努力義務を追加 	

後発医薬品使用促進策の推移について(2)

	薬事承認・診療報酬上の取組	医療保険制度・その他の取組
2012(平成24)年	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>処方せん様式の見直し</u>(処方薬ごとの後発医薬品への変更の可否を明示するよう、処方せん様式を変更) ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し ・保険医療機関における後発医薬品の積極的使用に対する体制の評価 ・一般名処方加算の導入、一般名処方マスタの公表等により、一般名処方を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の品質確保 →医療関係者向けジェネリック医薬品Q&Aを作成配布
2013(平成25)年		<ul style="list-style-type: none"> ・第二期医療費適正化計画(H25～29年度) ・<u>「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を公表</u> →数量シェアの目標を2018年3月末までに60%以上とする
2014(平成26)年	<ul style="list-style-type: none"> ・保険薬局の調剤基本料における<u>後発医薬品調剤体制加算の要件見直し</u>(「後発医薬品のさらなる使用促進のロードマップ」の新指標に基づく評価) ・一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書に記載 ・<u>DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)において、機能評価係数に後発医薬品指数を新設し、後発医薬品を使用した場合を評価</u> ・後発医薬品の薬価を新規収載時に6がけに ・後発医薬品の既収載品薬価は3グループの統一価格に整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品切替による削減効果額等を保険者が把握するためのシステムが稼働予定(H26.12から順次)
2015(平成27)年以降		<p><医療保険制度改革における対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保における保険者努力支援制度の創設(後発医薬品使用割合等の取組を評価) ・医療費適正化計画の見直し(後発医薬品使用割合を指標に追加) ・後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し(後発医薬品使用割合を指標に追加)

後発医薬品の使用促進のための環境整備①

処方せん様式の変更

(平成24年度改定で見直しを実施)

- 処方せん様式を変更※して、医師から処方された医薬品ごとにジェネリック医薬品への変更の可否を明示

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん			
この処方せんは、Zの保険薬局でも有効です。			
公費負担番号	保険者番号	処方せん番号	処方せん種別
公費負担形態	保険者種別	処方せん発行日	処方せん有効期限
処方せん発行日	処方せん有効期限	処方せん発行時間	処方せん発行場所
処方せん発行医師	処方せん発行医師	処方せん発行医師	処方せん発行医師
変更不可	※この欄を追加 テノミン錠50mg 1錠 ノルバスクOD錠5mg 1錠 1日1回 朝食後 7日分 【般】ファモチジン錠20mg 2錠 1日2回朝食後・就寝前 7日分		
医師署名	一般名処方の場合、保険薬局でジェネリック医薬品又は先発医薬品を選択可		

ここに変更不可の印(「レ」印など)が無い場合は、保険薬局でジェネリック医薬品へ変更可能

一般名処方の場合、保険薬局でジェネリック医薬品又は先発医薬品を選択可

処方せん料

(平成24年度改定で加算を新設)

- 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算

後発医薬品調剤体制加算

(平成26年度改定で見直しを実施)

- 保険薬局における後発医薬品の調剤を促進するため「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。

項目	点数	施設基準
後発医薬品調剤体制加算1	18点	数量シェアが55%以上
後発医薬品調剤体制加算2	22点	数量シェアが65%以上

新指標の数量シェア

後発医薬品

後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品

- ※ 新指標の適用により調剤割合に極端な偏りがある保険薬局が加算を受けないよう、別途カットオフ値を設定
- 注) 先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品、全ての後発医薬品より同額又は低額な先発医薬品は対象から外す。
- <参考> 旧指標の数量シェアは、後発医薬品/全医薬品

後発医薬品使用体制加算

- 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を行っている。

項目	点数	施設基準
後発医薬品使用体制加算1	35点 (入院初日に加算)	後発医薬品の採用割合30%以上
後発医薬品使用体制加算2	28点 (入院初日に加算)	後発医薬品の採用割合20%以上30%未満

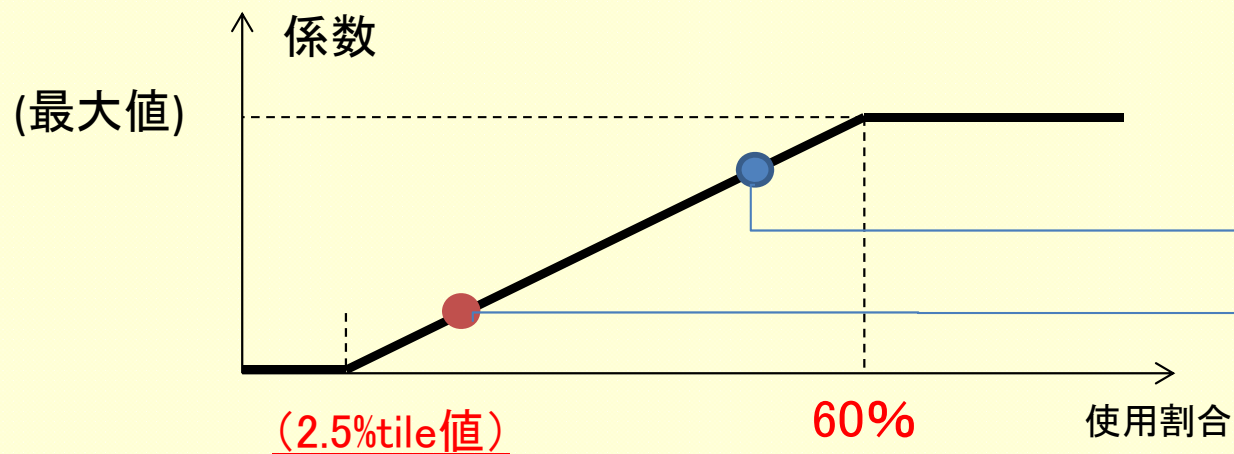
※ 採用割合の算出式 = 当該保険医療機関における「後発医薬品の採用品目数/全ての医薬品の採用品目数」

後発医薬品の使用促進のための環境整備②

後発医薬品係数（DPC対象病院）

（平成26年度改定で導入）

- DPC（診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度）病院については、当該医療機関の入院医療で使用される後発医薬品の使用割合（数量ベース）に基づく評価を行う。（使用割合に応じた係数を付与）



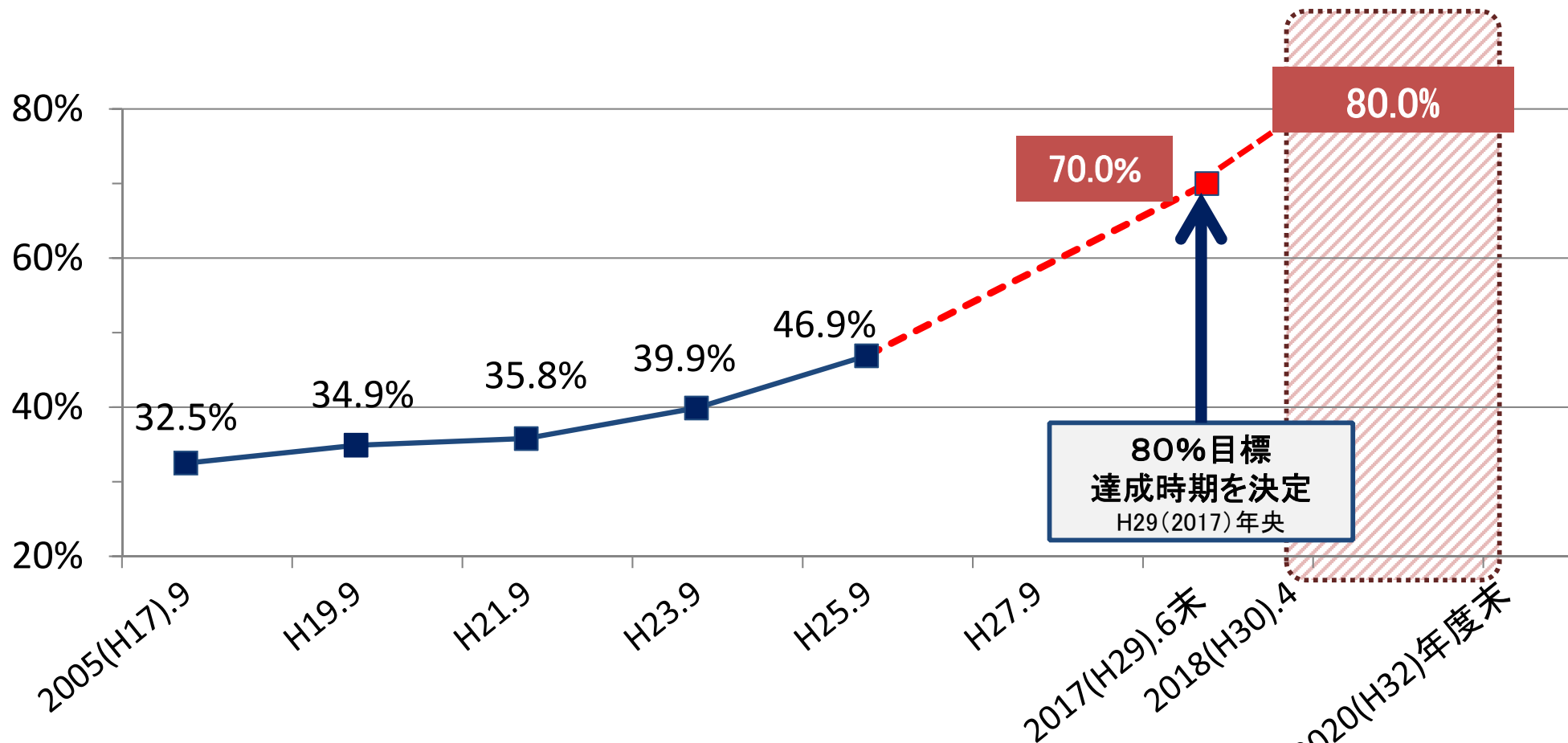
（例）

	使用割合	係数
A病院	50%	<u>0.0055</u>
B病院	10%	<u>0.0017</u>
...

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア 目標

- ① 2017年（平成29年）中に**70%以上**
- ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%以上**



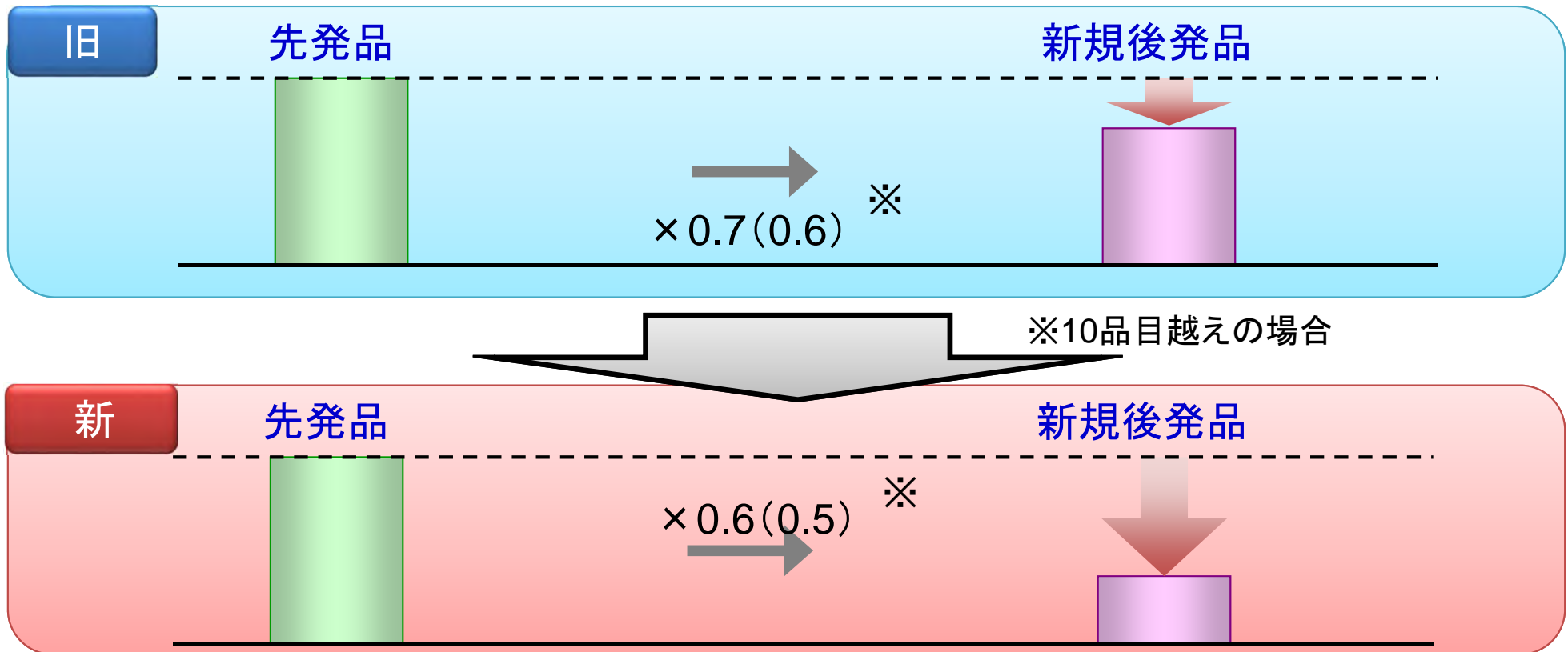
注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

厚生労働省調べ

新規収載後発医薬品の薬価

対応

- ◆ 「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とする。
- ◆ なお、バイオ後続品については従前どおりとすることとする。（先発品の100分の70を乗じた額。臨床試験の充実度に応じて、当該額に100分の10を上限として乗じた額を加算）

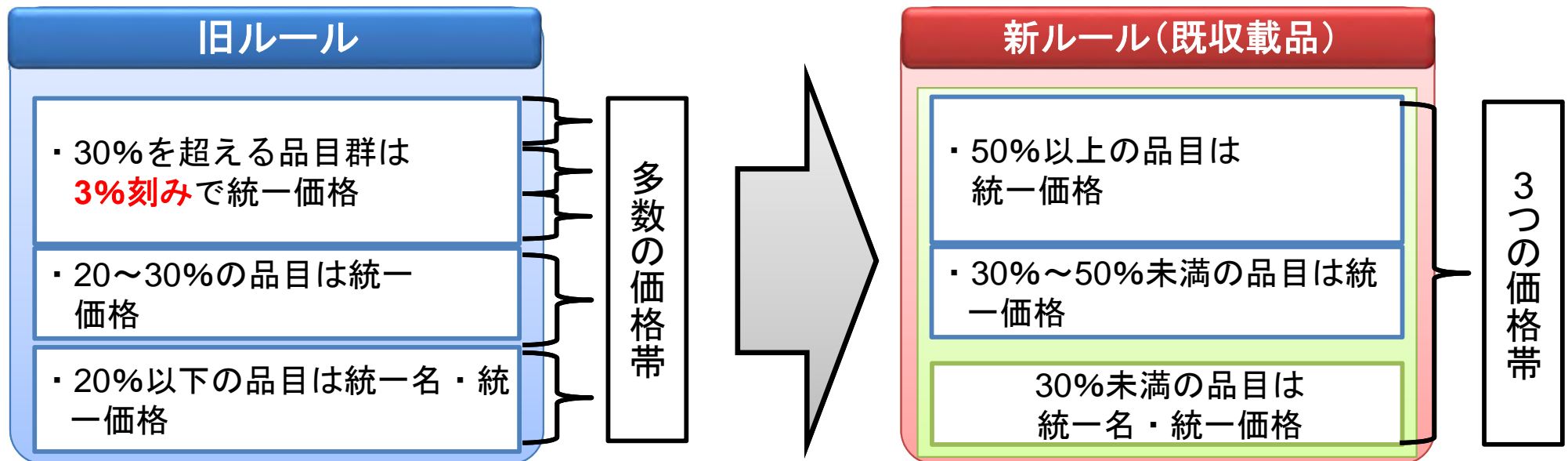


既収載後発医薬品の薬価の改定

対応

◆ 後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。

- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
- ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。



後発医薬品への移行状況を踏まえた長期収載品の価格引下げ

これまでの経緯

- 長期収載品の薬価に関しては、平成14年度の薬価制度改革において、後発品のある先発品等について、新規後発品収載後又は再審査期間終了後の最初の薬価改定時に調整幅方式で改定した薬価の一定割合を引き下げる
こととした。（4～6%の引き下げ。18年度は6～8%）

※平成22年度、24年度は上記に加え、長期収載品の薬価の追加引き下げを特例的に行った。

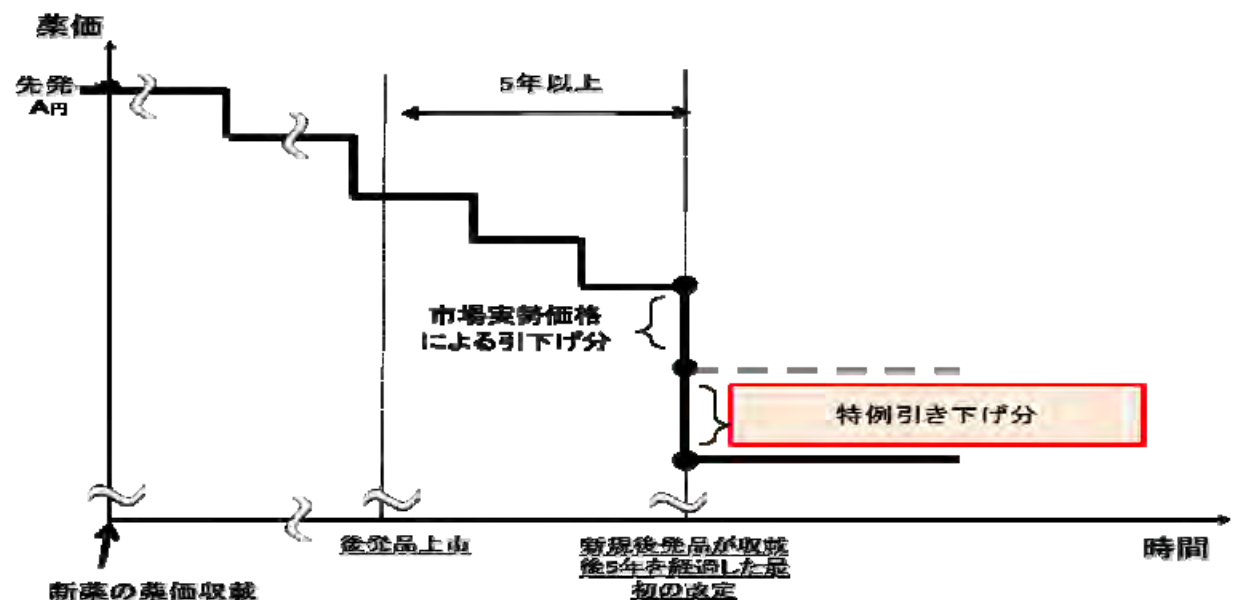
- さらに、平成26年度の薬価制度改革では、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の試行を継続する一方で、特許期間満了後は後発品への置換えによる医療費適正化を進める観点から、（上記対応に代えて）一定期間（5年）を経ても適切な置換えがなかった場合には、それ以降の薬価改定ごとに、先発品の薬価を引下げるルールを導入。

現行制度の概要

最初の後発品が薬価収載されて5年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が60%未満となる先発品について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置き換え率に応じて特例的な引下げを行うもの。

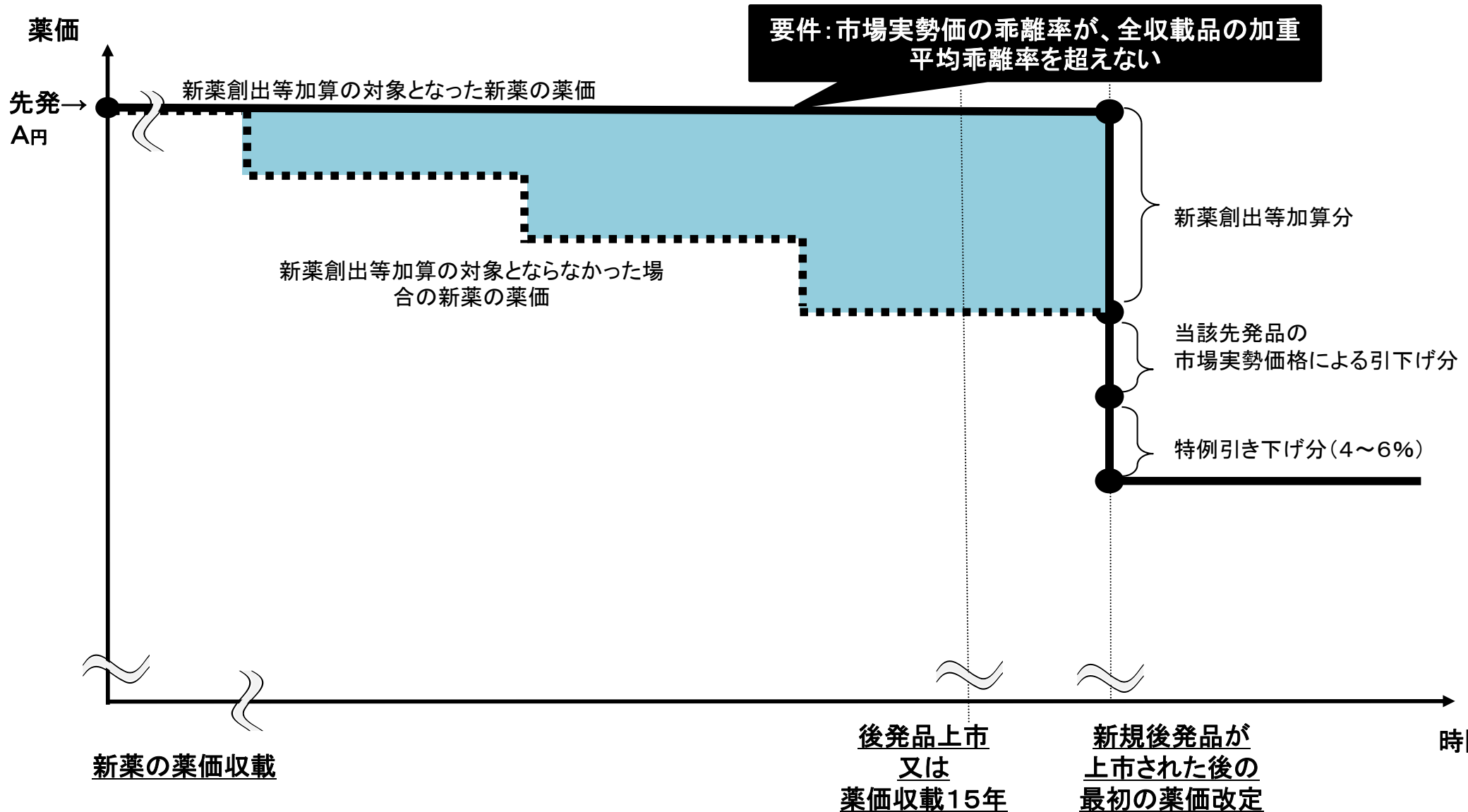
<引き下げ幅>

- ◆20%未満：2.0%
- ◆20～40%：1.75%
- ◆40～60%：1.5%



(参考)平成26年度薬価制度改革以前の特例引下げ

- 平成26年度以前は、最初の後発品が薬価収載された直後の薬価改定の際に1度だけ、先発品の薬価の特例引下げが行われていた。



平成27年9月4日公表
厚生労働省

医薬品産業強化総合戦略(概要)

背景

- 我が国は世界で数少ない**新薬創出国**であり、知識集約型産業である医薬品産業は、「日本再興戦略」や「健康・医療戦略」においても我が国の**成長産業**の柱の一つとして位置づけられている。
- 「**後発医薬品80%時代**」において、「国民への良質な医薬品の安定供給」・「医療費の効率化」・「産業の競争力強化」を**三位一体で実現**するため、医薬品産業の競争力強化に向けた緊急的・集中実施的な総合戦略を策定する。

(2017年央に進捗状況を確認し総合戦略の見直しを行う。)

国民への良質な医薬品の安定供給

後発医薬品80%時代

医療費の効率化

産業の競争力強化

I イノベーションの推進

①臨床研究・治験活性化等

- ・クリニカル・イノベーション・ネットワークの構築
- ・ゲノム医療、iPS細胞等を用いた創薬、核酸医薬品、バイオ医薬品などを重点的に支援
- ・既存薬と希少疾病等を関連付けるためのエビデンス構築に係る研究を推進するなどドラッグ・リポジショニングを促進

②産学官の連携強化(大学発優れたシーズの実用化)

- ・産学官コンソーシアムによる疾患登録情報の共同活用
- ・実用化段階に移行する研究の薬事戦略相談の活用促進
- ・官民対話の拡充

③イノベーションの評価

- ・保険償還価格でイノベーションを適正に評価
- ・流通改善(単品単価取引の推進)

II 質の高い効率的な医療の実現

①基礎的医薬品等の安定供給の確保

- ・「基礎的医薬品」の要件を明確にした上で、薬価上必要な措置などについて検討

②後発医薬品の使用の加速化(=長期収載品比率の減少)

- ・診療報酬・調剤報酬上の促進策の在り方について検討
- ・安定供給の確保と国民負担軽減の観点から薬価を検討
- ・規格揃え等の見直し
- ・品質確保対策の充実
- ・1成分に対し多くの後発品が薬価収載されることへの対応策を検討

③流通の安定化・近代化

- ・新規収載時の後発品の新バーコード表示を必須化
- ・新バーコード表示の必須化に向けた工程表の策定
- ・単品単価取引の推進

III グローバルな視点での政策の再構築

①国際支援

- ・人口増等に伴い市場拡大する新興国等との協力・支援
- ・国際交渉等を通じて、各国で知的財産が高い水準で保護される制度が設けられることを目指す

②国際薬事規制調和戦略

- ・国際薬事規制調和戦略(本年6月策定)を推進
- ・日本のレギュラトリーサイエンスを世界へ発信
- ・PMDAに「アジア医薬品・医療機器薬事トレーニングセンター」を設置

③医薬品産業の将来像(論点)

- ・グローバルに展開できる新薬の創出
- ・M&A等による事業規模拡大
- ・バイオベンチャーの活用
- ・長期収載品比率が減少する中で、新薬創出が困難なメーカーは事業転換
- ・後発医薬品メーカーの集約化・大型化

基礎的医薬品等の安定供給の確保

(医薬品産業強化総合戦略(概要)重点項目Ⅱ-①)

基本的考え方

- 临床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる「基礎的医薬品」については、過度の価格下落が続けば、今後、市場への継続な供給を行うことが困難となる
- このような基礎的医薬品について、継続的な安定供給の確保が必要
- 有効性、安全性が明確で且つ安価な医薬品の利用は、質の高い効率的な医療に資するものであり重要

「基礎的医薬品」の安定供給のための薬価上の措置

- ・ 最低薬価では供給の維持(製造設備の改修を含む)が困難な品目や以前に不採算品再算定を受けた品目も含め、基礎的医薬品の要件を明確にした上で、薬価上必要な措置などについて検討を行う

新薬創出・適応外薬解消等促進加算

- 目的

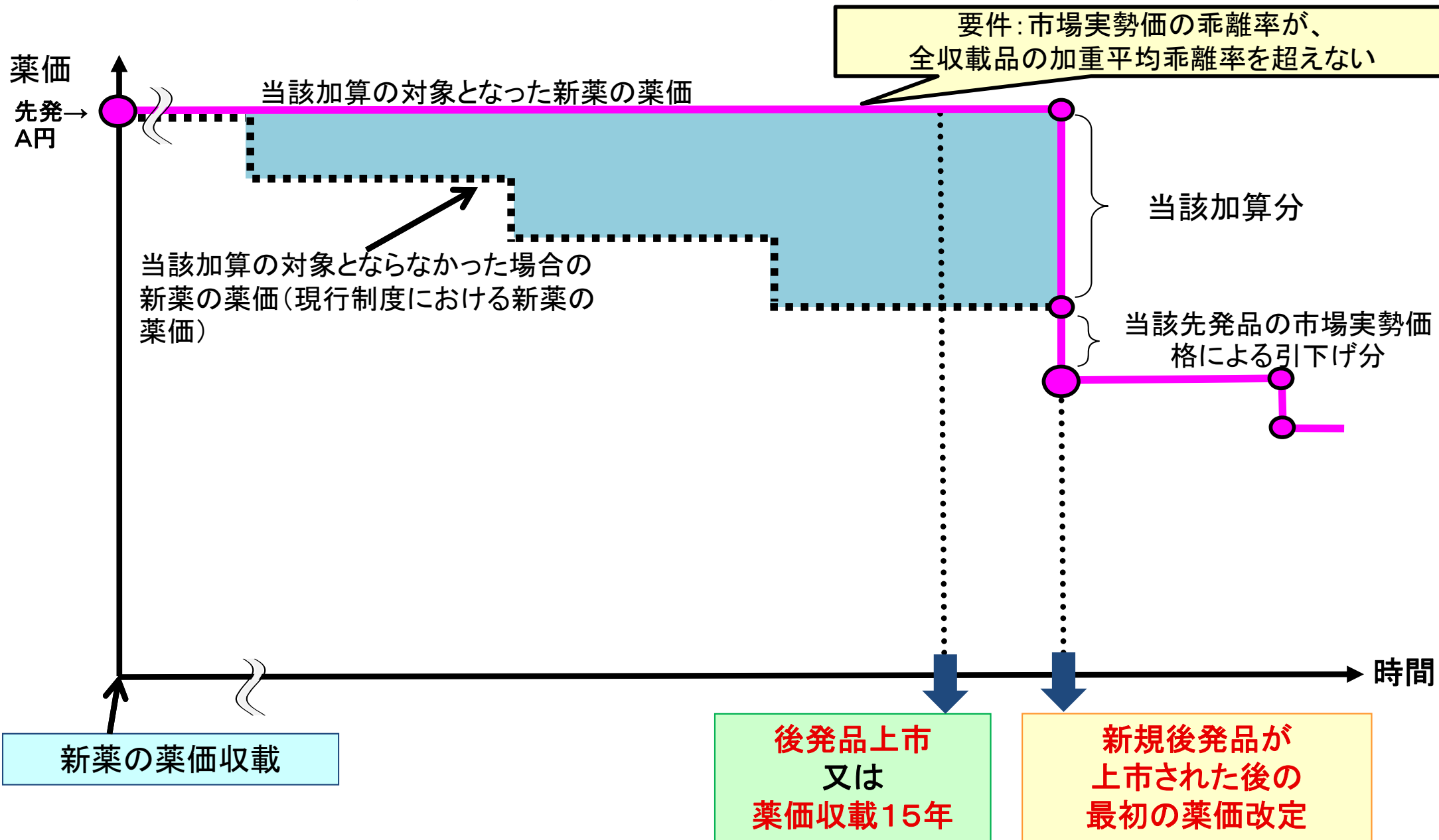
- 後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に猶予することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させること

(平成25年12月25日 中央社会保険医療協議会了解)

- これまでの経緯

- 平成22年度薬価制度改革において試行的に導入
- 平成24年及び平成26年度薬価改定において試行を継続

イノベーションの評価:「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」と 当該加算が適用された新薬の薬価算定の薬価の推移のイメージ



医療用医薬品の流通改善について(緊急提言)概要

H19.9.28 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会

※流通改善に当たって取引当事者が留意すべき事項(概要)

1. 一次売差マイナスと割戻し・アローアンスの拡大傾向の改善 (メーカーと卸の取引)

- 適正な仕切価水準の設定及び割戻し・アローアンスの整理縮小と基準の明確化
 - ・割戻し・アローアンスのうち、一次仕切価へ反映可能なものは反映
 - ・割戻し・アローアンスの運用の見直しなど取引の一層の透明化を確保

2. 長期にわたる未妥結・仮納入の改善 (卸と医療機関/薬局の取引)

- 経済合理性のある価格交渉の実施
- 長期にわたる未妥結・仮納入とは、6ヶ月を超える場合と定義

3. 総価契約の改善 (卸と医療機関/薬局の取引)

- 医薬品の価値と価格を反映した取引の推進
 - ・銘柄別薬価制度の趣旨を踏まえ、単品単価交渉を推進
 - ・総価契約を行う場合でも、価値と価格を踏まえた取引を行う趣旨から、除外品目設定の努力

※流通改善に当たって取引当事者が持つべき基本認識(抜粋)

- ★ 医療用医薬品は、医療の一環として位置付けられるものであり、生命関連商品として、他の商品以上に価格形成、取引条件等についての透明性、公平性の確保が求められている。
- ★ 公的保険制度下においては、現行薬価制度の信頼性を確保する観点から、早期妥結及び単品単価契約が求められている。
- ★ 一年にも及ぶ価格交渉は、機会費用の発生などの観点からも経済合理性を欠いた取引である。

調剤報酬等における適正化・合理化

妥結率が低い保険薬局等の適正化

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 282点]
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 73点]
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 72点]

<調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

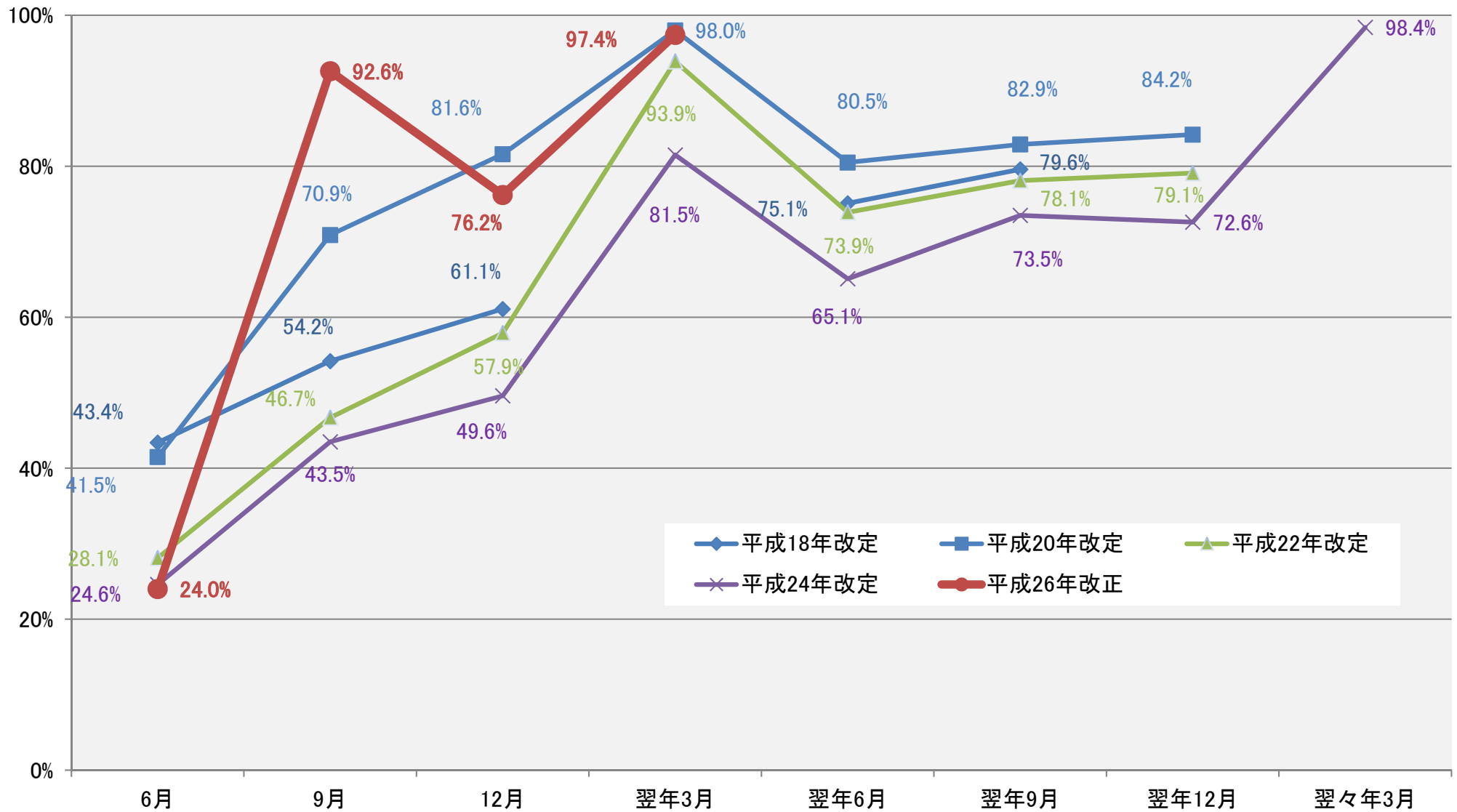
(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 41点]
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 25点]

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

妥結率の推移

(平成18-19, 20-21, 22-23, 24-25, 26年度 医療機関・薬局合計)

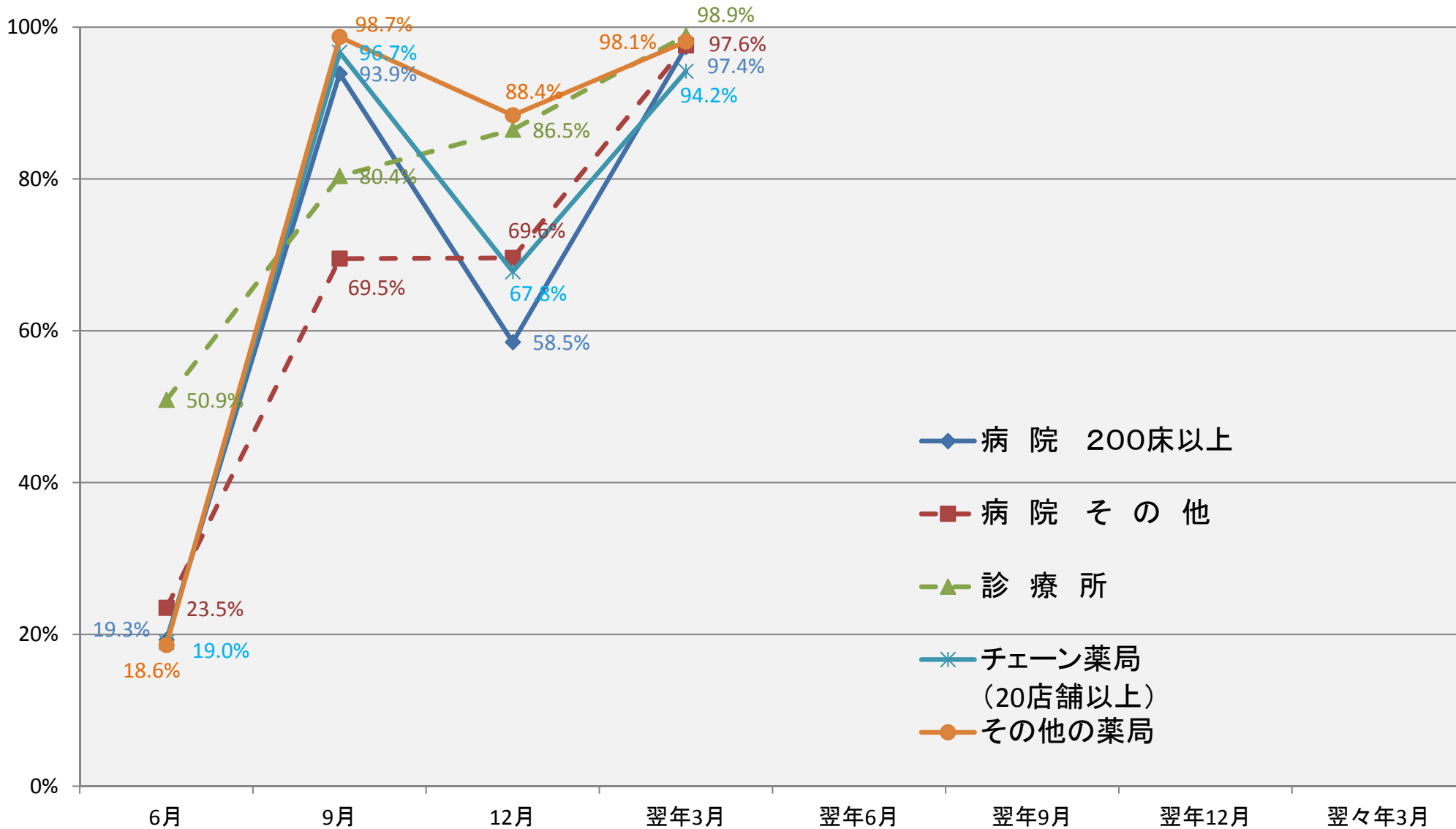


(注) 平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。
「翌々年3月」については、平成24年度改定分においてのみ実施

データ
厚生労働省

妥結率の推移

(平成26年度 医療機関・薬局区分別)

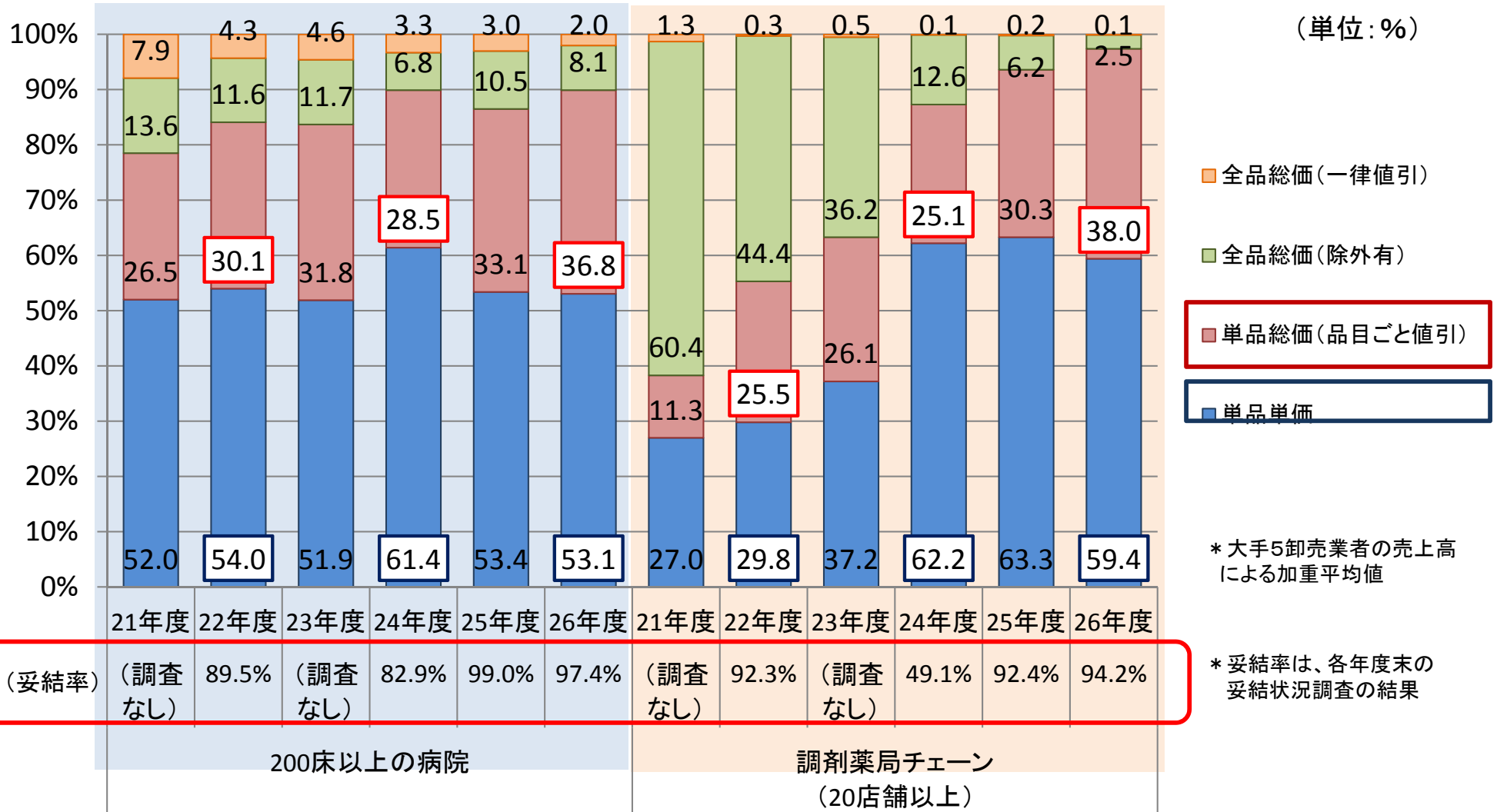


データ
厚生労働省

単品単価取引の状況

薬価改定1年目(24年度と26年度)で比較すると、

- 200床以上の病院は、5割強であるが24年度と比較して減少。
- 調剤薬局チェーン(20店舗以上)は、6割弱であるが24年度と比較して減少。



医療用医薬品の流通改善の促進について（提言） 概要

～後発医薬品の更なる使用促進などの環境変化に対応する持続可能な流通機能の観点から～

H27.9.1 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会

今後の流通改善に当たっての基本的な認識

○ 医療用医薬品の流通を取り巻く環境は大きな転換期

- ・創薬に係るイノベーションの推進
- ・後発品の急速な伸張
- ・未妥結減算制度の導入 など

→ 平成19年の緊急提言に加え、急激な環境変化を踏まえた提言の取りまとめ

★流通改善での3つの基本

適切な価格形成による
薬価制度の安定的運営への協力

災害時においても的確な流通が可能となる
強靱な流通機能により、将来にわたり安定
的供給を行うため

将来にわたる流通機能
の安定性の確保

流通経費等の
負担の公平性の確保

今後取り組むべき事項

1. 医薬品の価値に基づく単品単価交渉の更なる促進

- 流通当事者が納得する適正な市場実勢価格の形成には十分な交渉期間の確保が必要
- 現行薬価制度（銘柄別収載・市場実勢価格による価格改定）から、単品単価での取引が最も重要
- 新薬発売後の継続的なイノベーション評価は、流通過程での市場実勢価格が唯一の指標
- 覚書締結の更なる推進、単品単価取引等の適切な価格形成やコスト負担に対する取組への評価について検討

2. 後発品の更なる使用促進を踏まえた流通のあり方

- 市場流通に多大な影響を及ぼすため、平成29年度央までに流通の混乱を避けるための措置が必要
- 汎用医薬品リストの作成・共有化、効率的な在庫管理・配送を行う供給体制、変動情報を含んだ新バーコード表示必須化に向けた工程表の作成、一般名処方の推進
- 先発品のような率ベースではなく、金額ベースの取引形態についての検討

3. 市場の変化や社会的要請に対応する流通のあり方

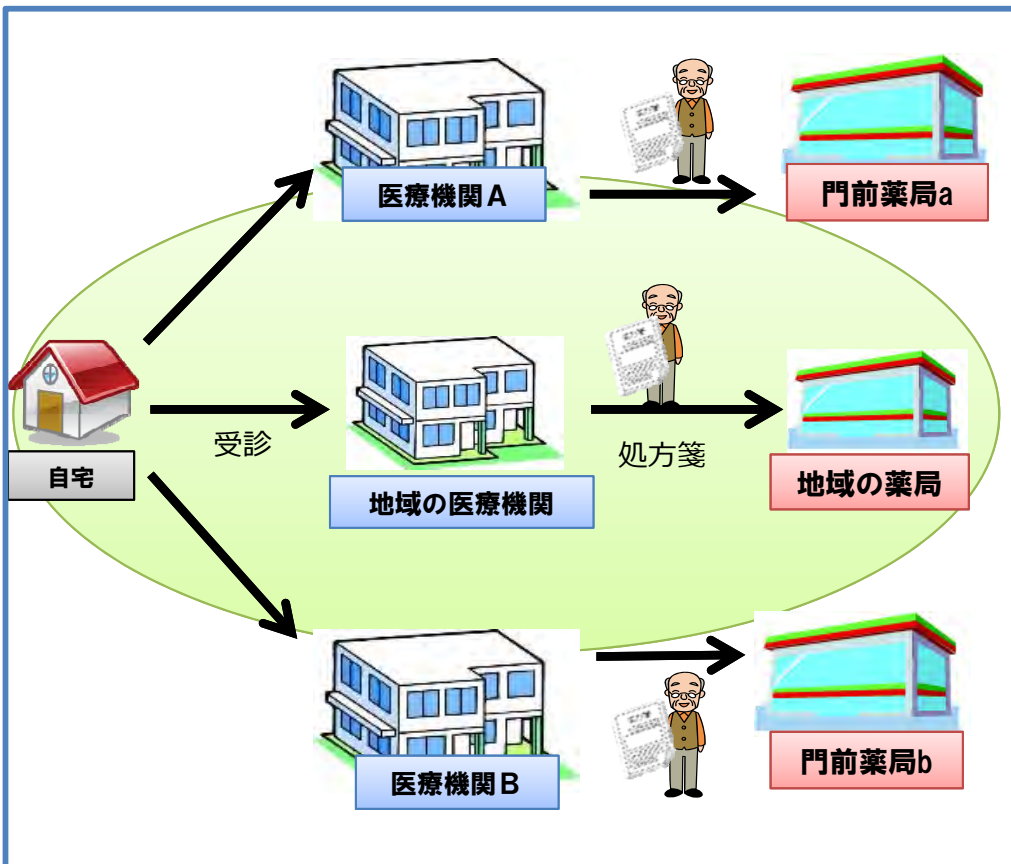
- 個々の医薬品ごとに流通コストが賄える適正な利益が確保できるような仕組みを検討
- 医療上の必要性を踏まえた継続的な安定供給確保に資する観点から基礎的医薬品の扱いについての議論が必要
- 全ての医療用医薬品に対する強制力のある措置に基づくバーコード必須表示など、適切な流通を確保する方策の検討

医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

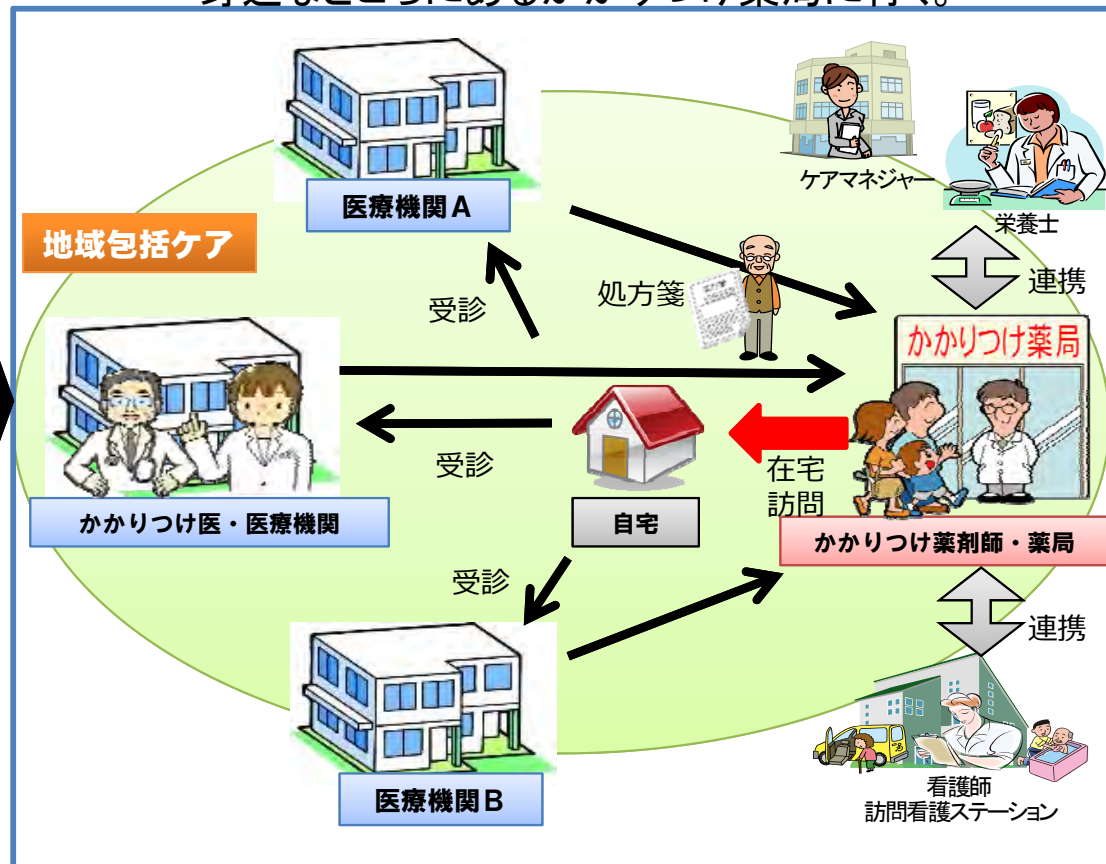
今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後

患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



患者本位の医薬分業の実現に向けて ①

地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たす、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組む。



<患者本位の医薬分業で実現できること>

- 服用歴や現在服用中の全ての薬剤に関する情報等を一元的・継続的に把握し、次のような処方内容のチェックを受けられる
 - ✓ 複数診療科を受診した場合でも、多剤・重複投薬等や相互作用が防止される
 - ✓ 薬の副作用や期待される効果の継続的な確認を受けられる
- 在宅で療養する患者も、行き届いた薬学的管理が受けられる
- 過去の服薬情報等が分かる薬剤師が相談に乗ってくれる。また、薬について不安なことが出てきた場合には、いつでも電話等で相談できる
- かかりつけ薬剤師からの丁寧な説明により、薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。これにより、残薬が解消される など

「患者のための薬局ビジョン」

～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

健康サポート機能

健康サポート薬局

- ☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**
 - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT(電子版お薬手帳等)も活用し、
 - ・患者がかかる**全ての医療機関を把握**
 - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・**24時間**の対応
 - ・**在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆ 疑義照会・
処方提案

☆ 副作用・服薬状況の
フィードバック

・医療情報連携ネットワークでの情報共有

☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
☆ 医療機関への受診勧奨

患者本位の医薬分業の実現に向けて②

患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

➤ 患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進するため、調剤報酬の例えば以下のような評価等の在り方について検討する。

- 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価
- かかりつけ医と連携した服薬管理に対する評価
- 処方薬の一元的・継続的管理に対する評価
- 薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進に対する評価
- いわゆる門前薬局に対する評価の見直し など
 - 患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、多剤・重複投薬等の防止や残薬解消により、医療費の適正化にもつながる

→ 調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次に亘る改定で対応するよう、今後、中央社会保険医療協議会で具体的に検討。

医薬分業の評価① ～安全性の確保～

1 処方内容のチェック

- ・複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無等の確認
- ・後発医薬品が増えており、医師が全ての薬を把握することが困難
- ・年間7.9億枚の処方箋について、薬局・薬剤師が確認。うち年間約4,300万枚^(※)の処方箋について医師への疑義照会を実施

※ 平成25年度厚生労働省委託調査より

2 丁寧な服薬指導

- ・薬の効果、副作用等について、丁寧に説明できる(有効性・安全性の向上)。
- ・患者が薬をもらうための待ち時間の短縮などのメリットもある。

3 患者が余らせた医薬品(残薬)の解消

- ・約9割の薬局は交付する医薬品の減量を行っており、そのきっかけは、「薬剤師から患者への提案」が約4割

※ 残薬の放置は、患者が自己判断で服用したり服用すべき薬と混同するなど、安全性上の影響がある。

1 医療費に占める薬剤費比率の低下

・平成5年度 28.5% ⇒ 平成24年度 21.7% (2.7兆円の削減効果)

※ この間、医療費は15兆円(24.4兆円→39.2兆円)伸びており、薬剤費比率に変化がなければ、薬剤費は4兆円の伸びになるところ。実際は、薬剤費は1.6兆円(6.94兆円→8.49兆円)の伸びに抑えられている(2.7兆円の適正化)。

2 薬局における後発医薬品の使用割合の上昇

・平成27年3月の使用割合は58.4%(←平成25年4月は46.5%)

※ 患者が後発医薬品に変更したきっかけは、約7割が薬剤師からの説明

※ 後発医薬品の置換えによる適正化額の推計は約4000億円(23年度)

3 残薬の解消を通じた薬剤費の削減効果

・在宅医療での残薬管理により、薬剤費の削減効果が見込めるとの報告がある(推計約400億円)

4 医薬分業率の上昇による薬剤料の低減

・医薬分業率が高いと薬剤料が低くなるとの報告がある

※ 処方箋受取率100%の場合、0%の場合と比べて1日あたり薬剤料が27.0%削減できるとの推計

● 「「日本再興戦略」改訂2014」の中短期工程表（平成26年6月24日 閣議決定）【抜粋】

- ① 薬局・薬剤師を活用したセルフメディケーションの推進
- ② 充実した相談体制や設備などを有する薬局を住民に公表する仕組みの検討

薬局の現状の問題点

- 一般用医薬品を取り扱わない薬局が多数
- 薬局の業務も処方箋に基づく調剤業務が殆ど
- 地域の健康づくりの拠点になるような取組が不十分
- 医薬分業についての十分な理解が得られていない

薬局・薬剤師を活用したモデル事業の推進

委託先：都道府県
(再委託可)

- 平成26年度の事業を踏まえた事業を展開
セルフメディケーションに効果的な事業の充実・発展

<平成26年度モデル事業の例>

- ◇ 一般用医薬品等の適正使用に関する相談窓口の設置や適正使用に関する啓発資材の作成・配布
- ◇ セルフメディケーション推進のためのセミナーの開催(食生活、禁煙、心の健康、高齢者、アルコール、在宅医療)
- ◇ 血圧計などの検査機器を用いた健康チェックを行う体制の整備
- ◇ 薬の適正使用、健康づくり等に役立つ「電子版お薬手帳」の普及

etc.

【事業例】

- 平成26年度事業を踏まえ、
- ・ 把握できた課題の改善
 - ・ 事業規模の拡大
(内容や対象薬局数の拡大、他都道府県との連携 など)
 - ・ 他都道府県の事業の導入 etc.

充実した相談体制や設備などを有する薬局を住民に公表する仕組みの検討

- 積極的に健康サポート機能を発揮する薬局
(健康サポート薬局)の基準の作成等

【健康サポート薬局概要】

- ① かかりつけ薬局の基本的な機能
- ② 以下のような健康づくり支援の積極的な取組み
 - ・ 要指導、一般用医薬品、健康食品等の適正な使用に関する助言
 - ・ 健康相談体制の整備及びかかりつけ医をはじめとした専門職種や関係機関への紹介
 - ・ 地域の薬局の中で率先した健康づくりの積極的で具体的な支援

【基準】

薬剤師の資質、薬局の設備、薬局における表示、医薬品の供給体制、開局時間、地域における連携体制の構築、健康相談・健康づくり支援 etc.



より効果的な取組を全国展開し、
国民が健康サポート薬局に容易にアクセスできるようにすることで
国民のセルフメディケーションの推進を図る。

健康サポートに関わる薬局・薬剤師を活用した新たな取組

1. 健康サポート機能を有する薬局の位置づけ

- (1) かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、
- (2) 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局

【「積極的に支援」とは】

- ① 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言
- ② 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介
- ③ 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施

健康サポートに関わる薬局・薬剤師を活用した新たな取組

2. 健康サポート機能を有する薬局の基準

(1) 関係機関※とあらかじめ連携体制を構築

※ 医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーションのほか、健診や保健指導の実施機関、市町村保健センターその他の行政機関、介護保険法における介護予防・日常生活支援総合事業の実施者等

(2) 人員配置・運営

- ① 相談対応や関係機関への紹介に関する**研修を修了した薬剤師が常駐**
- ② 平日働く社会人も相談できるよう、**土日も一定時間開局**
- ③ 地域住民の**健康の維持・増進を具体的に支援**

※ 薬剤師のお薬相談会、健診の受診勧奨、認知症の早期発見、管理栄養士の栄養相談会など

(3) 医薬品等の取扱い・設備

- ① **要指導医薬品等**を適切に選択できるような**供給機能や助言の体制**
- ② **プライバシーに配慮した相談窓口**を設置
- ③ 健康サポート機能を有する旨やその内容を薬局内外に表示

3. 公表の仕組み・名称

【公表の仕組み】

薬局機能情報提供制度※の項目に位置づけ、都道府県のHPで公表

※ 薬局が都道府県に対して、薬局の機能に関する情報を報告し、都道府県がインターネット等で公表する仕組み

【名称】

健康サポート薬局

分割調剤等に対する関係会議からの指摘

- 分割調剤やリフィル制度に関しては、骨太の方針2014や規制改革実施計画において指摘されており、今後、中央社会保険医療協議会において検討予定。

- 「経済財政運営と改革の基本方針2014」 (平成26年6月24日閣議決定)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(薬価・医薬品に係る改革)

医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性・適正性について検証するとともに、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討する。

その際、薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰返し利用する制度(リフィル制度)等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。

- 「規制改革実施計画」 (平成27年6月30日閣議決定)

Ⅱ 分野別措置事項

1. 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

① 医薬分業推進の下での規制の見直し

リフィル処方せんの導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。

【平成27年度検討・結論】

疑義照会の割合と処方変更の頻度

患者情報や薬歴などから、患者が複数診療科を受診している場合の医薬品の重複や、併用している医薬品との相互作用等、処方内容に薬学的観点から疑義がある場合に、薬剤師が処方医に対して連絡・確認(疑義照会)を行い、必要な場合に処方に変更されることで、薬物療法の有効性・安全性の向上に貢献する。

	回数
①処方受付回数	60,617
②上記のうち、疑義照会した回数 (処方箋受付回数に占める割合)	3,262 (5.4%)



	回数※	左記のうち、重複投薬・相互作用防止加算算定回数
④処方に変更があった回数 (③に占める割合)	2,231 (70.6%)	445 (14.1%)
⑤処方に変更がなかった回数 (③に占める割合)	929 (29.4%)	51 (1.6%)

③処方変更の有無を明らかにしている回数
3,160

〈調査期間中のある代表的な1日のデータを集計したもの(回答薬局数=949)〉

※処方変更の有無を明らかにしていない回答があったため、④+⑤の合計回数が疑義照会した回数(②)になっていない

年間 約4,300万枚相当の処方箋について疑義照会を実施

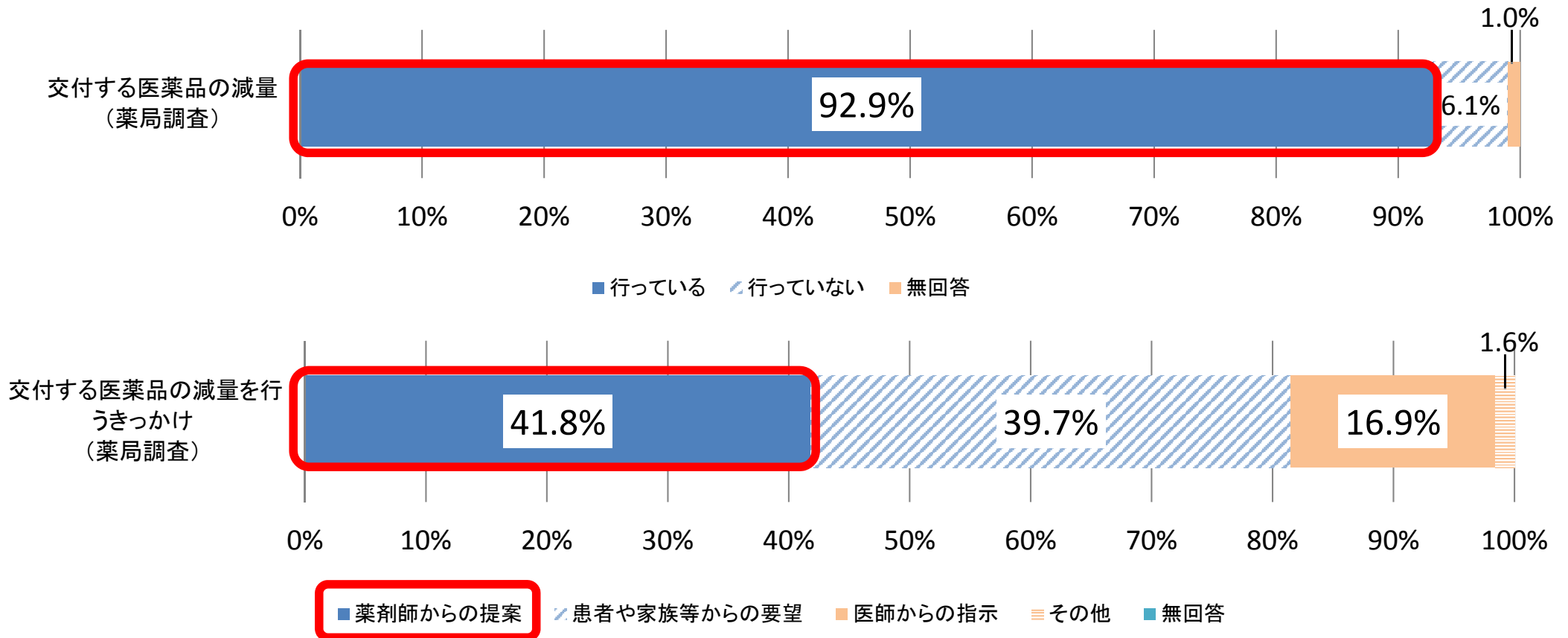
(年間処方箋枚数7.9億枚に5.4%を乗じて算出)

平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」を元に集計

残薬への対応の現状について

○残薬が無駄にならないように医薬品の減量を行っているか？（薬局調査N=998）

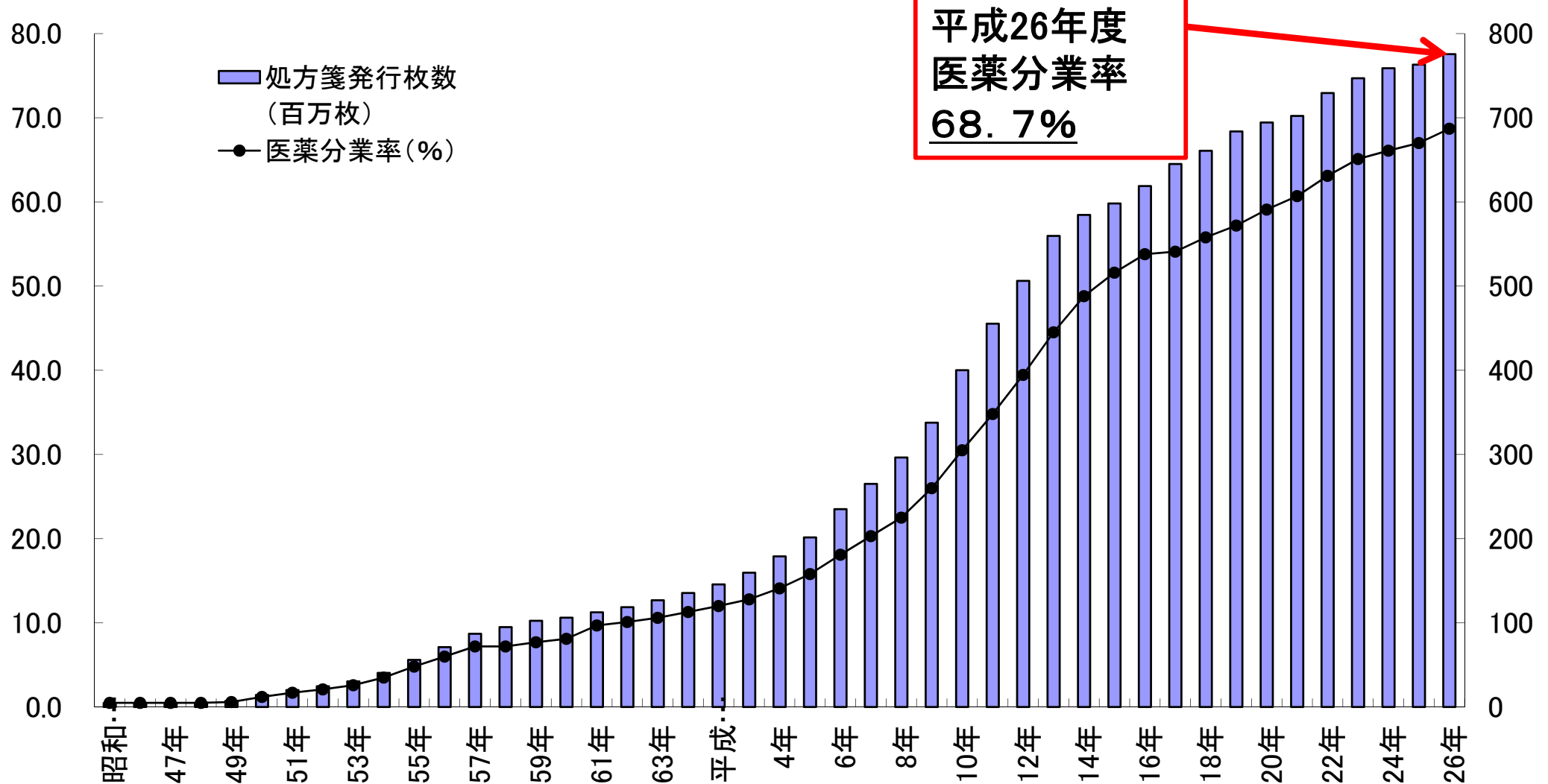
○医薬品の減量を行うきっかけは何か？（薬局調査N=927）



〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」（速報値）

○ 約9割の薬局は交付する医薬品の減量を行っており、そのきっかけは、「薬剤師からの提案」及び「患者や家族等からの要望」が約8割である。

医薬分業率の年次推移



医薬分業率は年々上昇している。

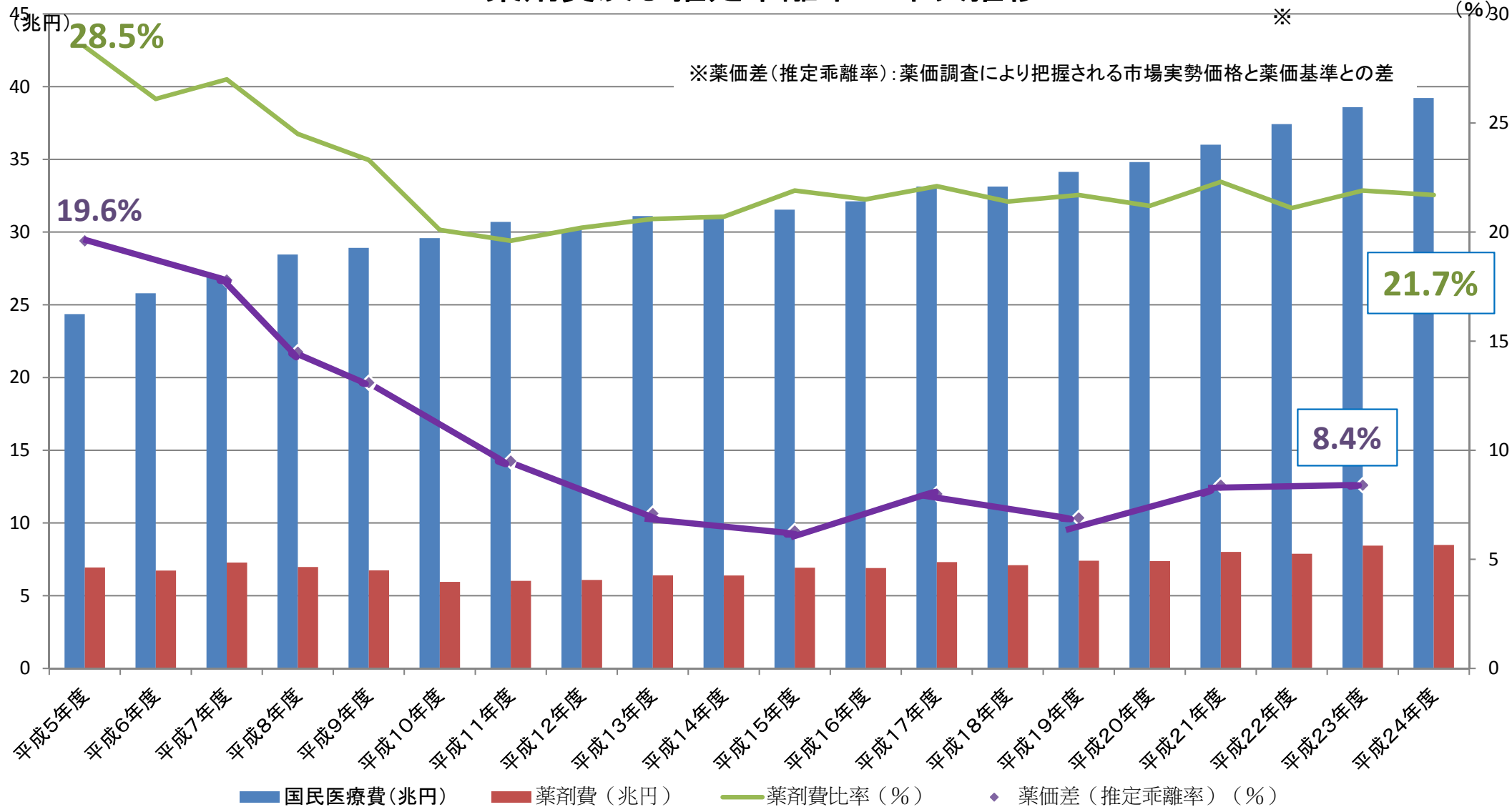
$$\text{※医薬分業率(\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{内科診療(入院外)日数} \times \text{内科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

薬価差(推定乖離率)及び薬剤費比率の年次推移

(兆円)

薬剤費及び推定乖離率の年次推移

(%)



この20年で、薬価差(推定乖離率)及び国民医療費に占める薬剤費比率は低下している。

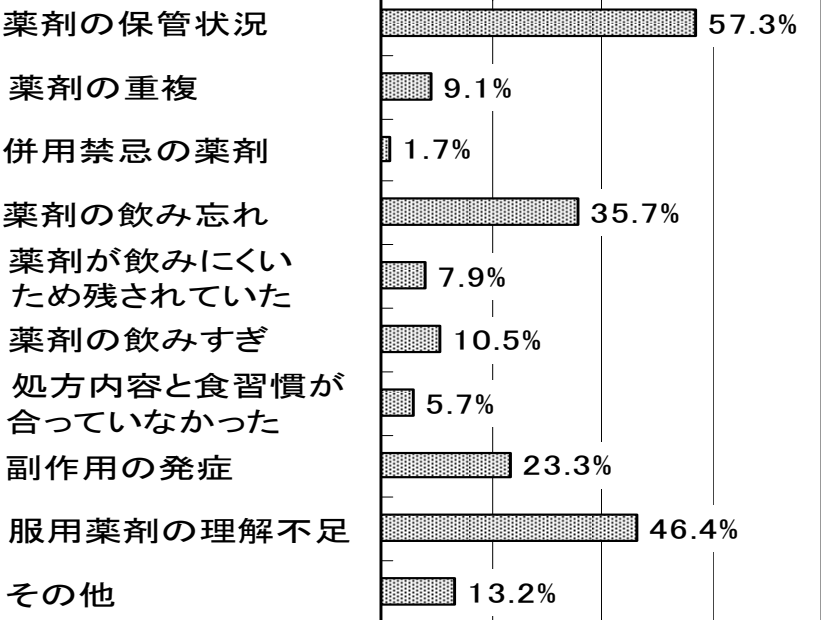
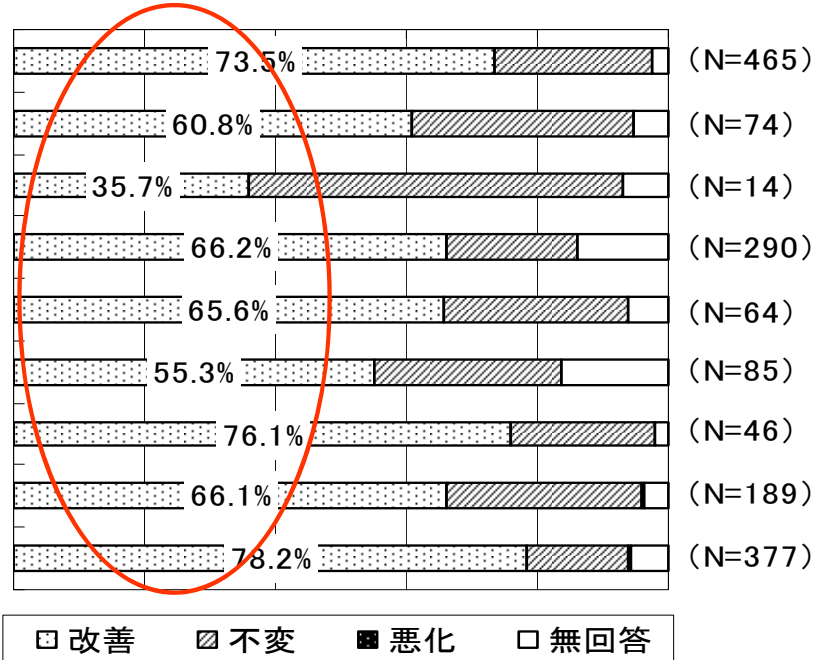
在宅医療における残薬管理

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果

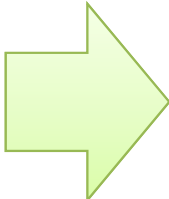
(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



(参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円



在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導
ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

医薬分業による薬剤費の削減効果

「医薬分業による薬剤費削減効果の検討」パスカル薬局・横井正之（2012年5月、滋賀県薬会誌）

⇒ 後に、直近データ（平成23年度）を用いた分析が、「Global Journal of Health Science」（Canadian Center of Science and Education）に掲載

➤ 都道府県別の「処方せん受取率」※1と「1日あたり薬剤料」（内服薬）※2のデータを使用し、医薬分業による薬剤費の減少比率（推定値）を考察

※1. 日本薬剤師会とりまとめ

※2. 調剤医療費（電算処理分）の動向（厚生労働省保険局調査課）

<使用データ> 平成22年度分

- 処方せん受取率
最高80.8%（秋田）～ 最小32.6%（福井）
- 内服薬の1日あたり薬剤料
最高298円（石川）～ 最小213円（沖縄）

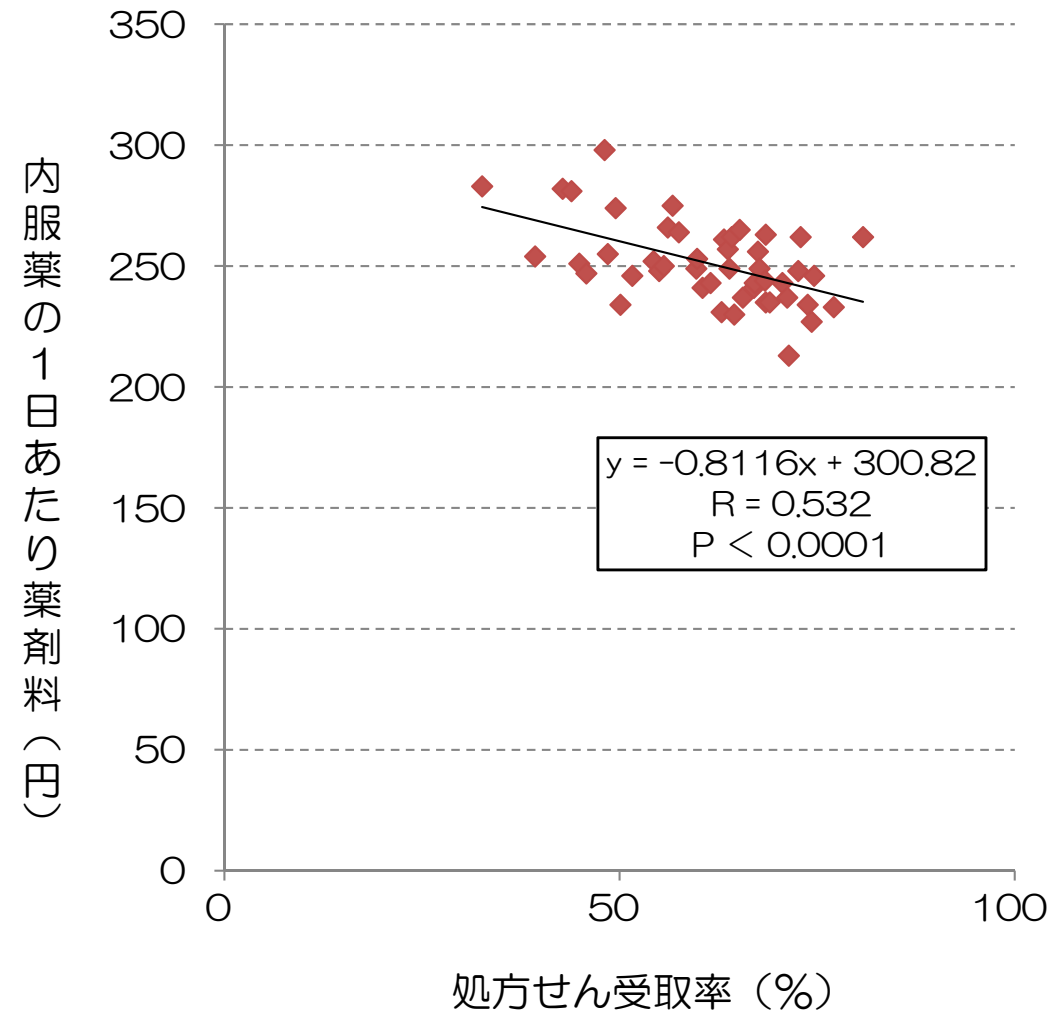
➤ 「処方せん受取率」と「1日あたり内服薬薬剤料」の相関関係

⇒ 有意な負の相関関係（ $P < 0.0001$ ）

➤ 処方せん受取率100%であれば、0%の場合と比べて**1日あたり薬剤料が27.0%削減できる**ことを示唆

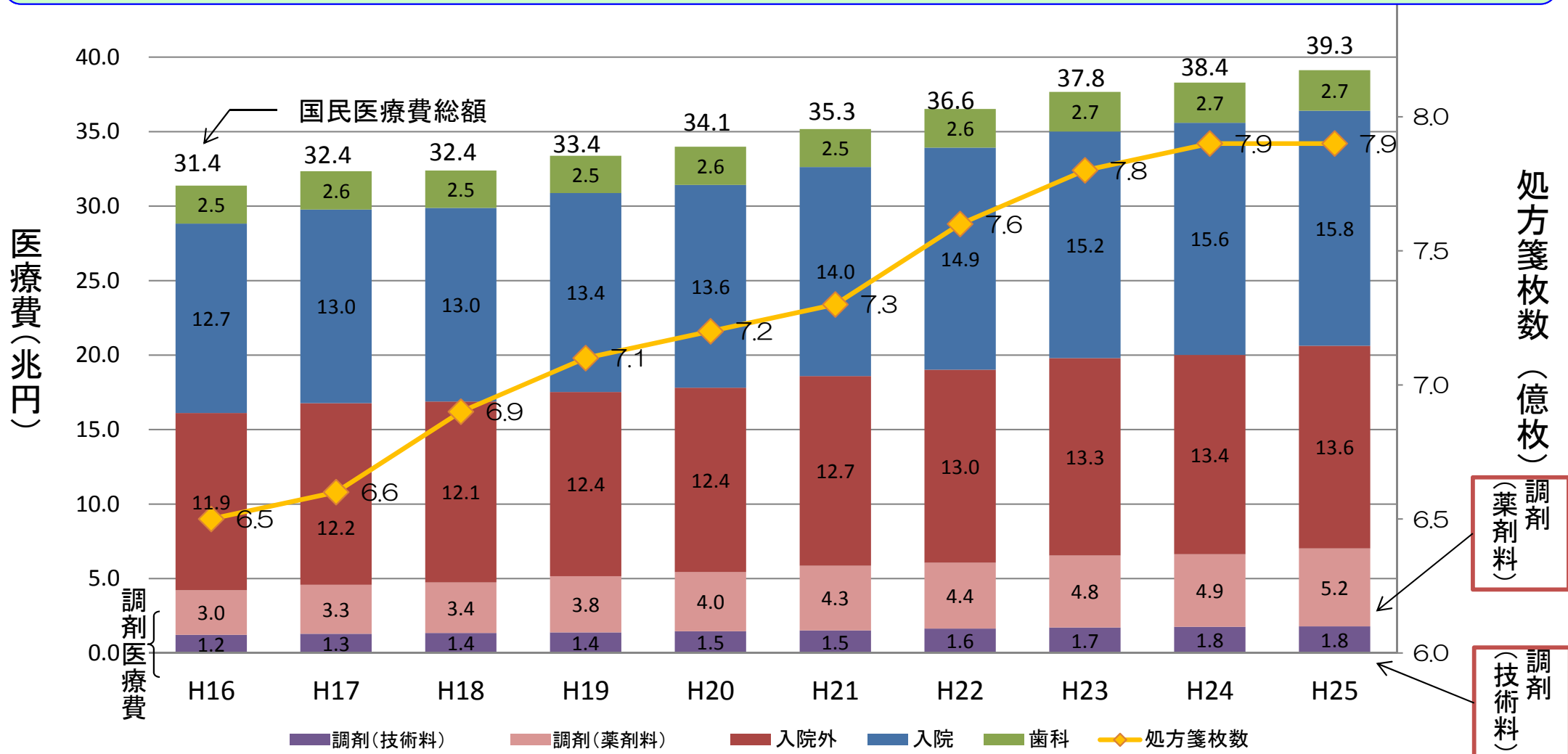
$$\frac{(-0.8116 \times 100\% + 300.82)}{(-0.8116 \times 0\% + 300.82)} = 73.0\%$$

内服薬の1日あたり薬剤料と
処方せん受取率の関係



医療費と調剤医療費の推移

調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



医療費の動向、調剤医療費の動向(保険局調査課)、社会医療診療行為別調査(大臣官房統計情報部)を基に作成

(参考)米国のリフィル処方箋について

中医協 総 - 4
27.7.22

リフィル処方箋とは

- 一定期間内に反復使用できる処方箋のこと
- 医師は、処方箋に繰り返し使用できる回数を定めて患者に交付し、患者は当該処方箋で繰り返し薬局で薬を受け取ることができる。
- 米国では、麻薬等の依存性薬物以外はリフィルが広く認められている。

回数を記入

J.Q. Physician, M.D.
1234 Any Street
Austin, Texas 78701
(512) 123-4567

Name: M.Y. Patient Date: 6/15/02
Address: 789 Happy Dr., Austin, TX

A generically equivalent drug product may be dispensed unless the practitioner hand writes the words 'Brand Necessary' or 'Brand Medically Necessary' on the face of the prescription.

Procardia 10mg
#30
1 daily in a.m.

Brand Necessary

Refill 2 times *J.Q. Physician*
Signature

米国リフィル処方箋

<参考:米国以外の国での取り扱い※>

英国: 雛形となる処方箋(親処方箋)と発行番号が打たれた処方箋(子処方箋)がセットとなっているリPEATABLE処方箋により、患者は、薬局から繰り返し医薬品を受け取ることができる。

仏国: 慢性疾患の投薬では6ヶ月の処方制限があり、一方で薬局の調剤は3ヶ月の制限があり、患者は薬局から1ヶ月分あるいは3ヶ月分毎に分割して調剤を受ける。

独国: リフィル諸制度は行われていない。

The image shows a screenshot of a British Repeatable Prescription form. It features a grid layout with various fields for patient information, medication details, and a section for ordering repeat prescriptions. A blue box highlights the 'Patient Number' and 'Medication' fields. A red box highlights the 'Tick Here To Order A Repeat Prescription' checkbox. The form is titled 'Repeatable Prescription' and includes a 'Patient Number' field and a 'Medication' field.

英国リPEATABLE処方箋

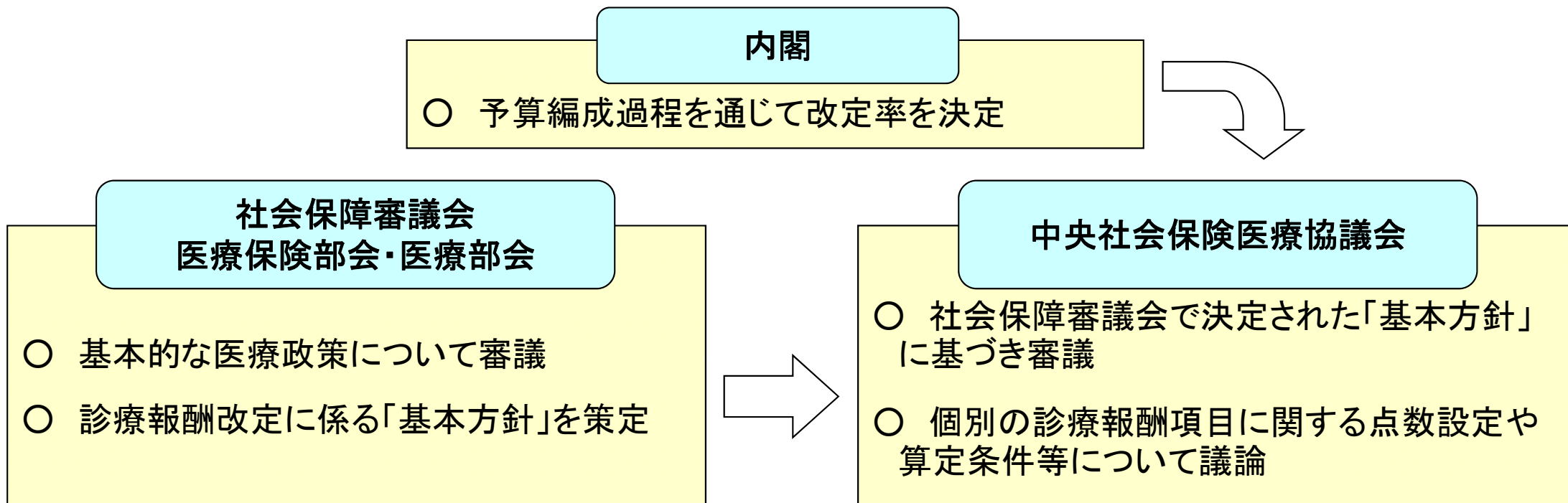
診療報酬の改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明

- 平成28年度診療報酬改定については、医療機関の経営状況、対応が必要な医療課題、前回改定の検証結果などを踏まえながら、今後、中医協において検討していく。
- 診療報酬改定の内容については、
 - ・ 中医協における議論の途中(1月頃)で、パブリックコメントや公聴会を実施
 - ・ 中医協の答申時に個別改定事項を公開するとともに、最終的に告示・通知を
発出し、その後、説明会を開催
(3月に厚生労働省本省で行う地方厚生局向け説明会の模様は、USTREAMを利用したライブ放送を行うとともに、YouTubeでも公開(厚生労働省動画チャンネル))
 - ・ 記者説明会では、具体的な入院症例も基にして改定内容を説明
するなどにより、広く国民に周知している。
- 引き続き、国民に対して、診療報酬改定の基本方針を踏まえ、改定の趣旨やどういった医療課題への対応を目指したものかなど、分かりやすく説明していく。

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）

平成28年度診療報酬改定のスケジュール（案）

平成27年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

夏以降 平成28年度診療報酬改定の基本方針の議論

11月下旬～12月初旬 平成28年度診療報酬改定の
基本方針の策定

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方
について議論

(～12月)

検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

10月～11月 医療経済実態調査の結果報告

12月上旬 薬価調査・材料価格調査の結果報告

内閣

12月下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

平成28年

厚生労働大臣

1月中旬

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- ・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」

に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療
報酬点数の設定に係る調査・審議

(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月中旬

厚生労働大臣に対し、改定案を答申

厚生労働大臣

3月上旬 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

平成28年4月1日 施行

次期診療報酬改定の基本方針の検討について

- 平成28年度改定は、「診療報酬改定の基本方針」の策定が始まった平成18年度改定から10年目という節目に当たる。
- これまでの「診療報酬改定の基本方針」では、基本認識等についての「基本的考え方」に続いて、「重点課題」や「改定の視点」等を定めた上で、「検討の方向」を示している。
- 平成18年度診療報酬改定の基本方針で示された4つの「改定の視点」は、これまでの改定では基本的には継承されつつ、それぞれの改定時における医療を取り巻く状況を踏まえた重点課題等が追加されてきたところ。

これらを踏まえ、平成28年度の診療報酬改定の基本方針の策定にあたって、以下の点を検討すべきではないか。

(1) 改定に当たっての基本認識について

① 超高齢社会における医療政策の基本方向

- (例) ・ 国民一人一人の状態に応じた質が高く効率的な医療の実現
- ・ 国民皆保険の堅持と制度の持続可能性の確保
 - ・ 「治す医療」から「治し、支える医療」への転換
 - ・ 「保健医療2035」の提言
 - ・ 費用対効果の考慮

② 地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築

- (例) ・ 「医療介護総合確保推進法」や「医療と介護を総合的に確保するための基本的な方針」を踏まえた対応
- ・ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築を目指した診療報酬と介護報酬の連携

③ 経済・財政との調和

- (例) ・ 「経済財政運営と改革の基本方針2015」、「日本再興戦略2015」、「規制改革実施計画」等の指摘事項への対応
- ・ 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
 - ・ 医療資源の効率的な配分と適切な医業経営の確保

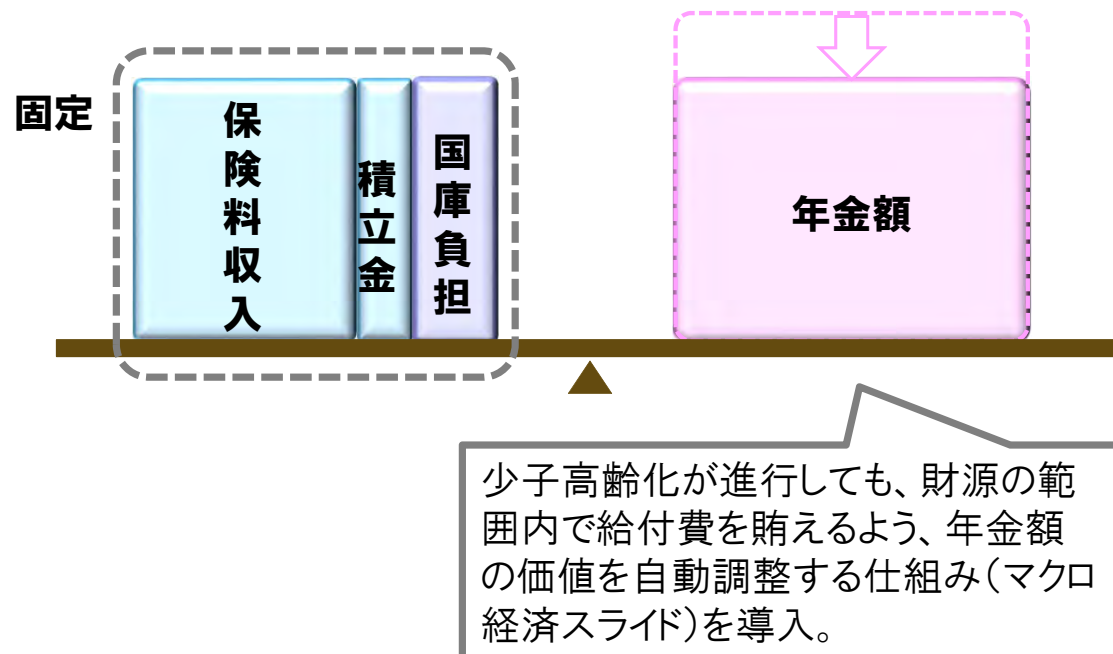
(2) 改定の基本的視点と具体的方向性について

- 平成28年度改定においても、これまでの「4つの視点」の考え方（※別添参照）は基本的には継承しつつ、医療を受け、医療保険制度を支える国民に診療報酬改定の意義をわかりやすく伝えることからどのような表現が考えられるか。
- それぞれの視点について、具体的な検討の「方向」については、どのようなものが考えられるか。

「視点」の例	「方向」の例
<p>(例) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療の評価 • 地域包括ケアシステム推進のための多職種連携による取り組みの強化（退院支援、医療介護連携、医・歯・薬連携、栄養指導など） • 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 • 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化 • チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み等を通じた医療従事者の負担軽減
<p>(例) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質が高い医療を実現する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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の推進 • 質の高いリハビリテーションの評価等、疾病からの早期回復の推進
<p>(例) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 • 「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 • 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 • 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 • 救急医療、小児医療、周産期医療の充実 • 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 • 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の適切な評価
<p>(例) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 退院支援等の取組による早期退院の推進 • 残薬や多剤・重複投薬を減らすための取組の推進など、医薬品の適正使用を推進するための方策 • いわゆる門前薬局の評価の見直し • 重症化予防の取り組みの推進 • 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

- 公的年金制度については、平成16年改正により、保険料の上限を固定し、その範囲内で給付水準を調整する仕組み（マクロ経済スライド）を導入しており、平成27年4月よりマクロ経済スライドが発動。したがって、年金の給付費は、将来にわたって対GDP比で概ね一定。
- 平成26年の財政検証結果や、社会保障審議会年金部会における議論の整理（平成27年1月21日）等を踏まえ、年金制度を支える経済社会の発展（特に労働参加の促進）へ寄与するとともに、それを通じて、年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準の確保等を図るという観点から、以下の事項について見直しを検討。

<平成16年改正後の財政フレーム>



<検討項目>

- ・短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進
- ・年金額の改定ルールの見直し
 - (1)物価>賃金の場合は賃金に合わせることを徹底
 - (2)マクロ経済スライドの見直し
- ・国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の取扱い

短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進

短時間労働者への適用拡大(平成28年10月～)

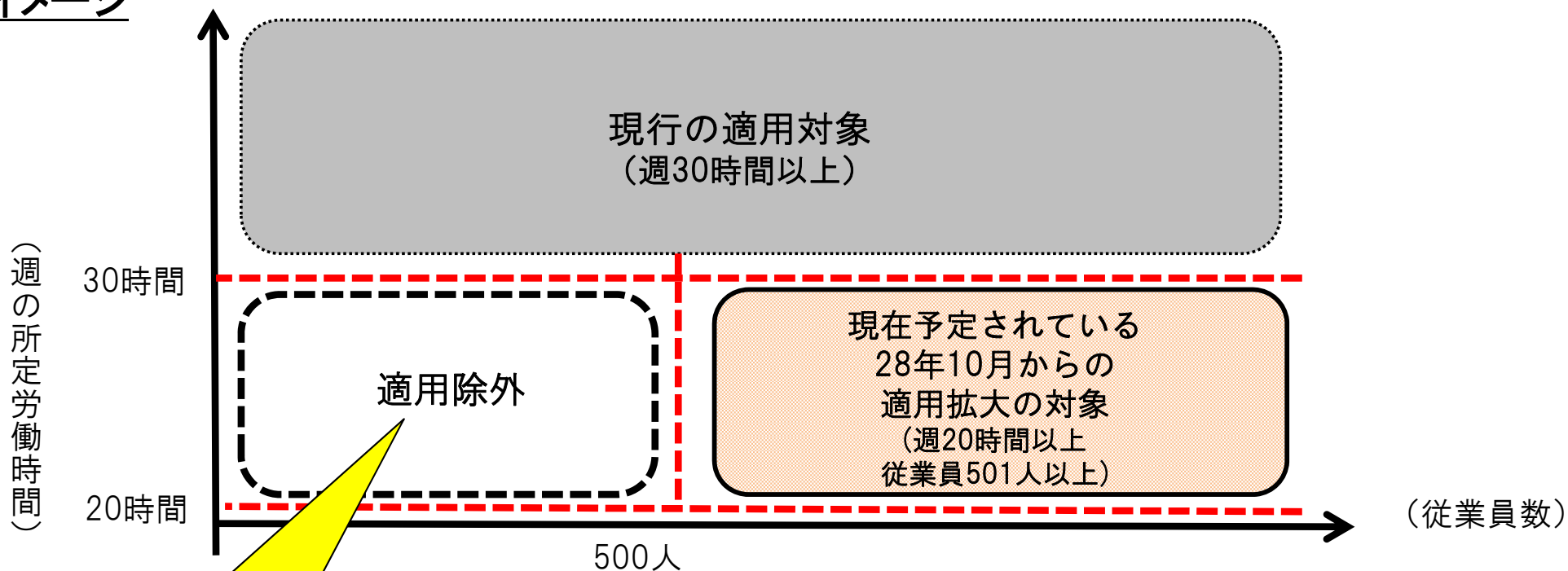
現行

○週30時間以上



- ①週20時間以上
- ②月額賃金8.8万円以上(年収106万円以上)
- ③勤務期間1年以上見込み
- ④学生は適用除外
- ⑤従業員 501人以上の企業
(適用拡大前の基準で適用対象となる労働者の数で算定)

イメージ



【「年金部会における議論の整理 (H27.1.21)」より】

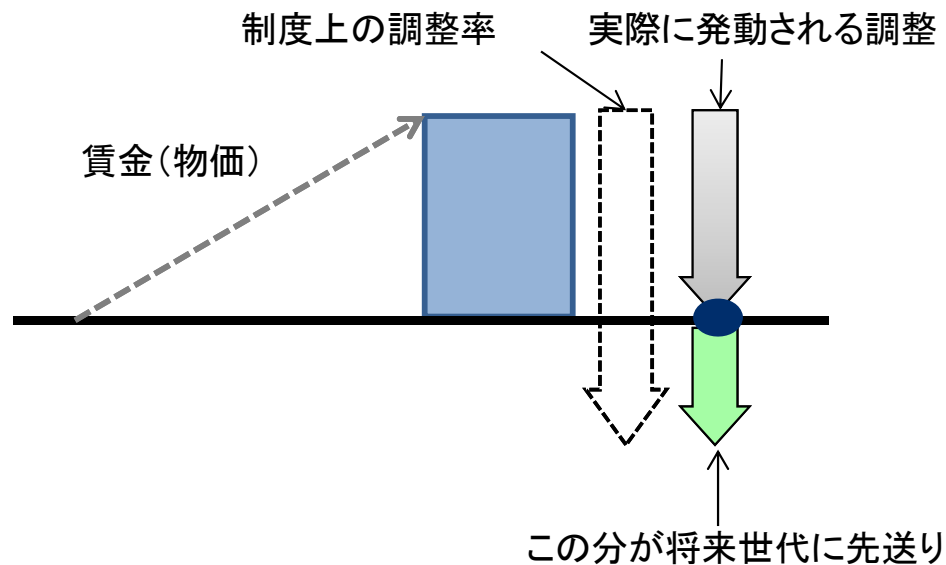
・平成28年10月施行の適用拡大の対象から外れるもの、特に企業規模要件を満たさない事業所について、労使の合意を前提として、任意で適用拡大できるようにすることが考えられるとの意見あり。 (法改正の必要)

年金額改定ルールの見直し ～マクロ経済スライドの見直し～

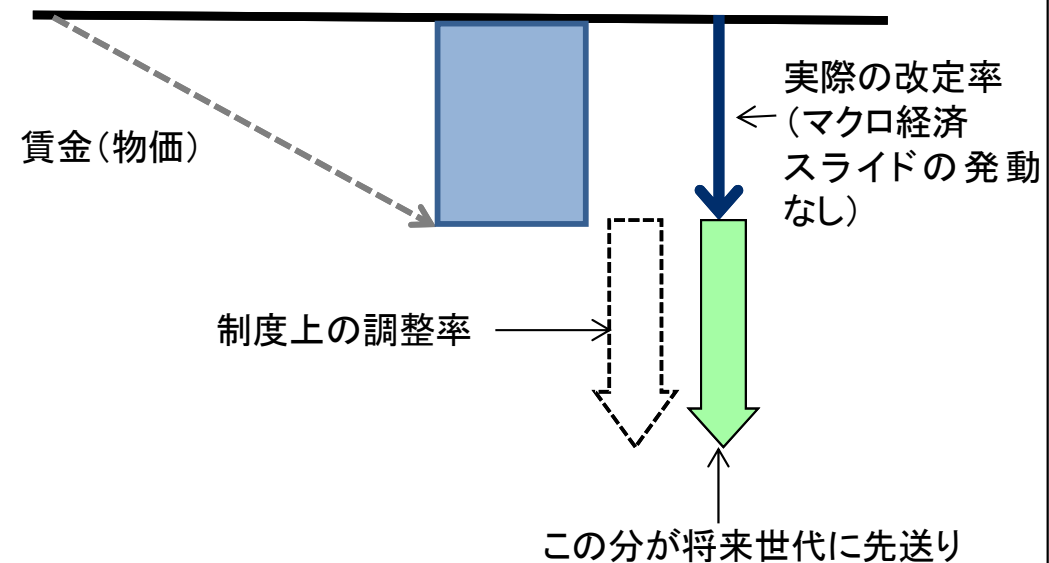
【「年金部会における議論の整理（H27.1.21）」より】

- 将来世代の給付水準を確保する観点からは、マクロ経済スライドによる調整が極力先送りされないよう工夫することが重要となるという認識について、概ね共有。
- 調整幅は物価・賃金の伸びの範囲内にとどめる、基礎年金はマクロ経済スライドの対象外とすべき、との意見がある一方、持続可能性が危ぶまれることで困るのは年金受給者であること、マクロ経済スライドの実施の徹底により影響を受ける年金受給者については他の低所得者向けの制度で対応し、年金制度はシンプルにすべきとの意見あり。

①賃金・物価の伸びが小さい場合 （年金額の改定なし）



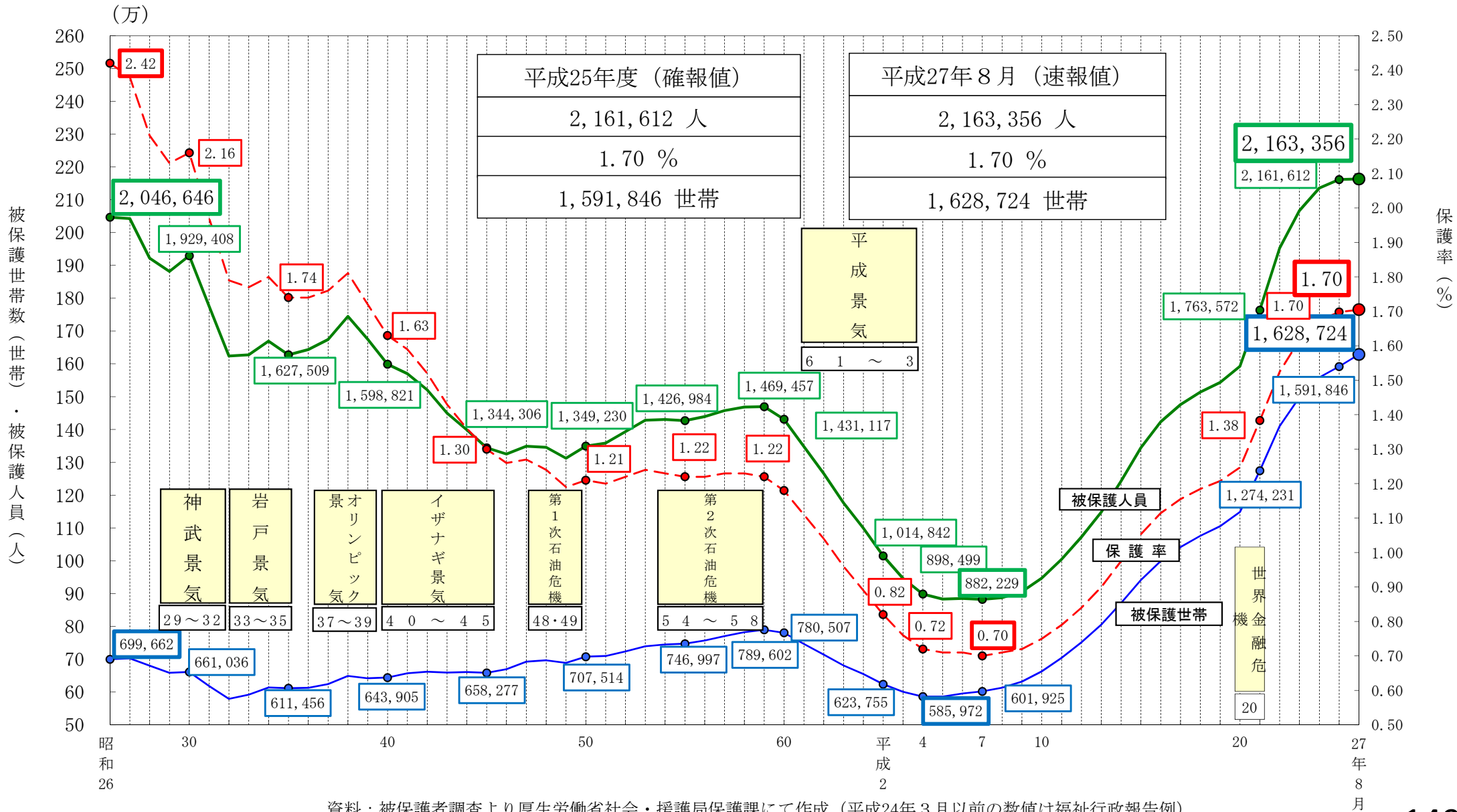
②賃金・物価の伸びがマイナスの場合 （賃金・物価による年金額改定）



- 現行の仕組みでは ↓部分が数十年先の将来世代の年金給付水準の低下という形で先送りされる。
- 将来世代の給付水準の確保のためには、これを極力先送りしない制度上の工夫が重要。

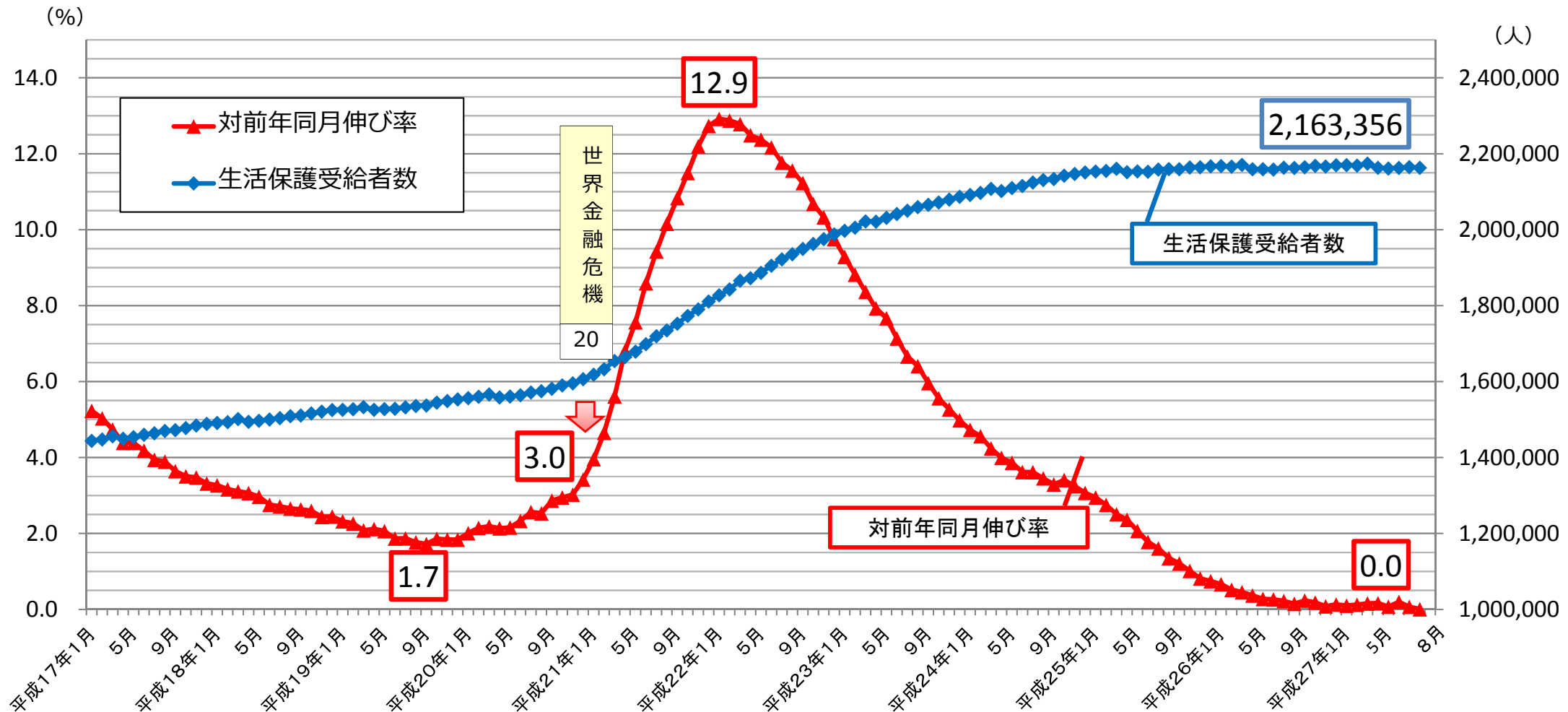
被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移

生活保護受給者数は約216万人であり、平成23年に過去最高を更新して以降増加傾向が続いている。



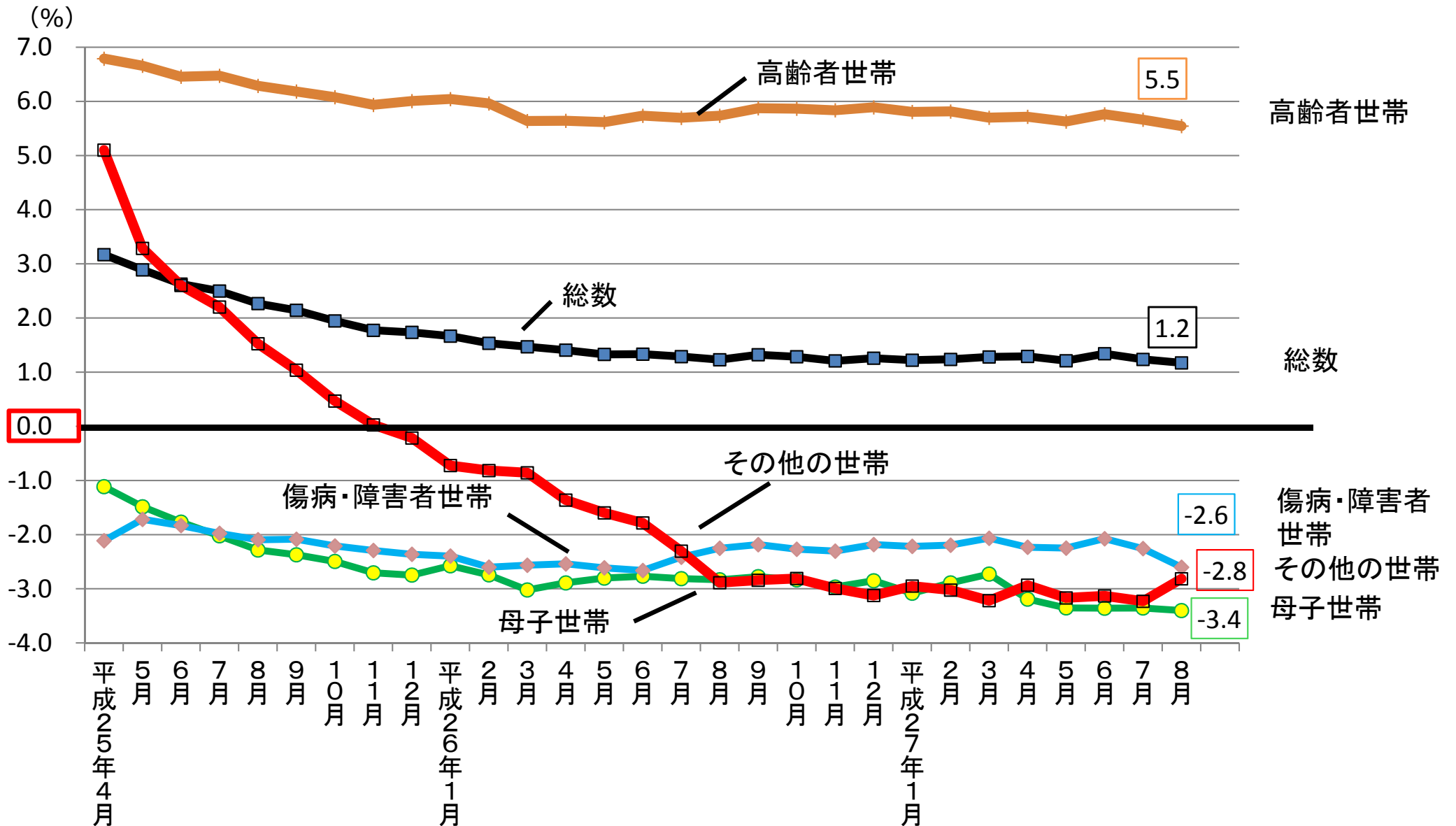
過去10年間の生活保護受給者数の推移

- 生活保護受給者数は平成27年8月現在で216万3356人となっている。
平成20年10月頃の世界金融危機以降急増したが、季節要因による増減はあるものの、近年、ほぼ横ばいで推移している。
- 平成27年8月の対前年同月伸び率は0.0%となり、平成22年1月の12.9%をピークに減少傾向が継続しており、過去10年間で低い水準となっている。



世帯類型別被保護世帯数の対前年同月伸び率の推移

高齢者世帯を除く世帯類型については、対前年同月伸び率はマイナスになっている。

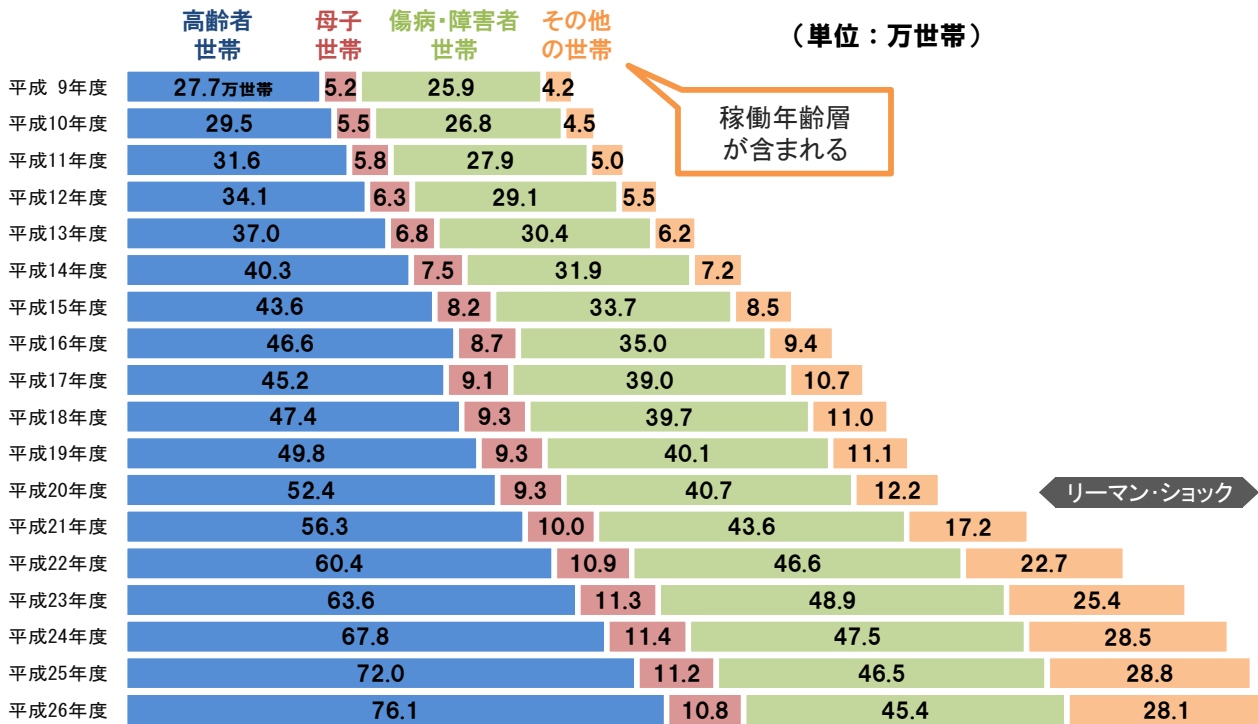


資料：被保護者調査 月次調査（速報値）

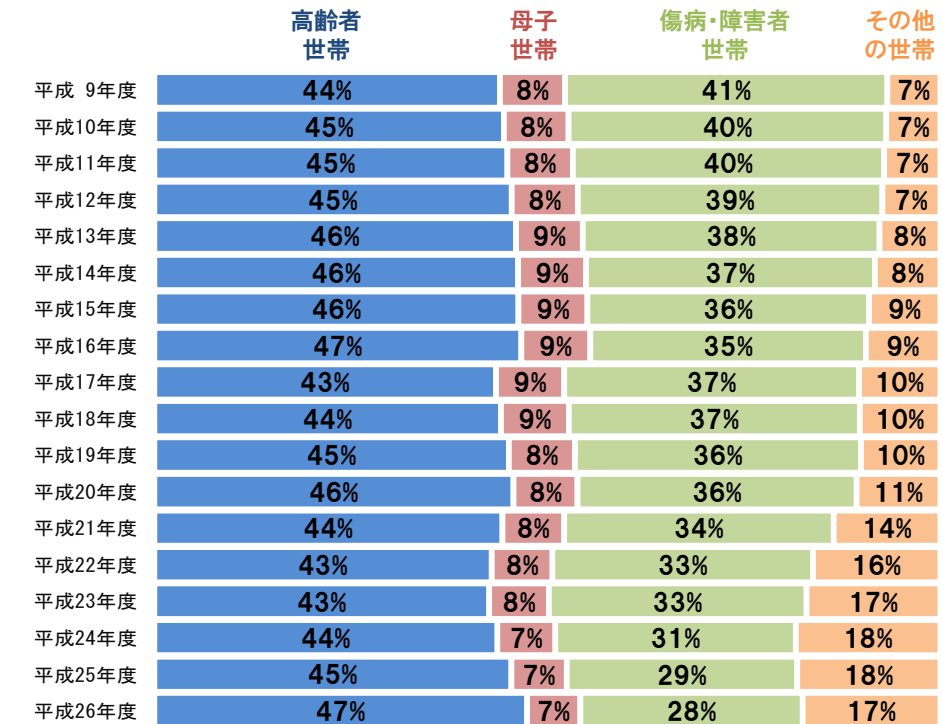
世帯類型別の生活保護受給世帯数と構成割合の推移

リーマン・ショック後、特に稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」の割合が大きく増加した。近年、景気回復等の影響により「その他の世帯」は減少傾向となっているが、「高齢者世帯」のみ増加傾向にある。

■ 世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



■ 世帯類型別の構成割合の推移



【資料】平成23年度以前は福祉行政報告例、平成24年度以降は被保護者調査(平成26年度は速報値)
注：世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

世帯類型の定義

- 高齢者世帯：男女とも65歳以上(平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上)の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯
- 母子世帯：死別・離別・生死不明及び未婚等により現に配偶者がいない65歳未満(平成17年3月以前は、18歳以上60歳未満)の女子と18歳未満のその子(養子を含む。)のみで構成されている世帯
- 障害者世帯：世帯主が障害者加算を受けているか、障害・知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯
- 傷病者世帯：世帯主が入院(介護老人保健施設入所を含む。)しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯
- その他の世帯：上記以外の世帯

参考

その他の世帯のうち年齢階級別にみた世帯人員の構成割合

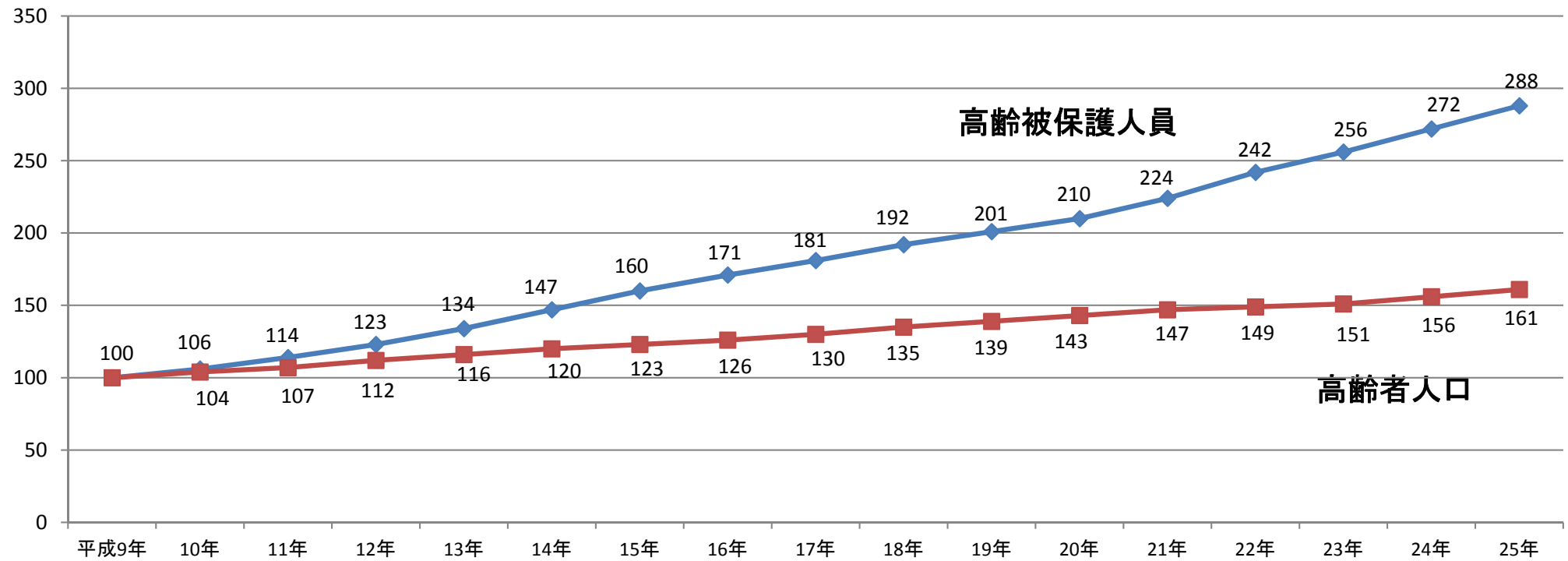
- ・ 20~29歳：5.4%
- ・ 50歳以上：54.0%

(平成25年)

65歳以上人口の伸びに関する比較(被保護人員と総人口)

- 高齢者人口の伸びに対し、高齢被保護人員数の伸びの方が大きい。
- 具体的には、高齢者人口と高齢被保護人員者について、平成9年を100とした場合、平成25年で被保護人員は288に対し、総人口は161となっている。

(指数)



	平成9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年
被保護人員(人)	306,547	325,316	348,157	377,122	411,830	449,320	489,843	525,131	555,096	587,252	616,963	642,829	687,662	740,978	783,404	832,511	881,531
(指数)	100	106	114	123	134	147	160	171	181	192	201	210	224	242	256	272	288
総人口(千人)	19,758	20,508	21,186	22,041	22,869	23,628	24,311	24,876	25,761	26,604	27,464	28,216	29,005	29,484	29,752	30,793	31,898
(指数)	100	104	107	112	116	120	123	126	130	135	139	143	147	149	151	156	161

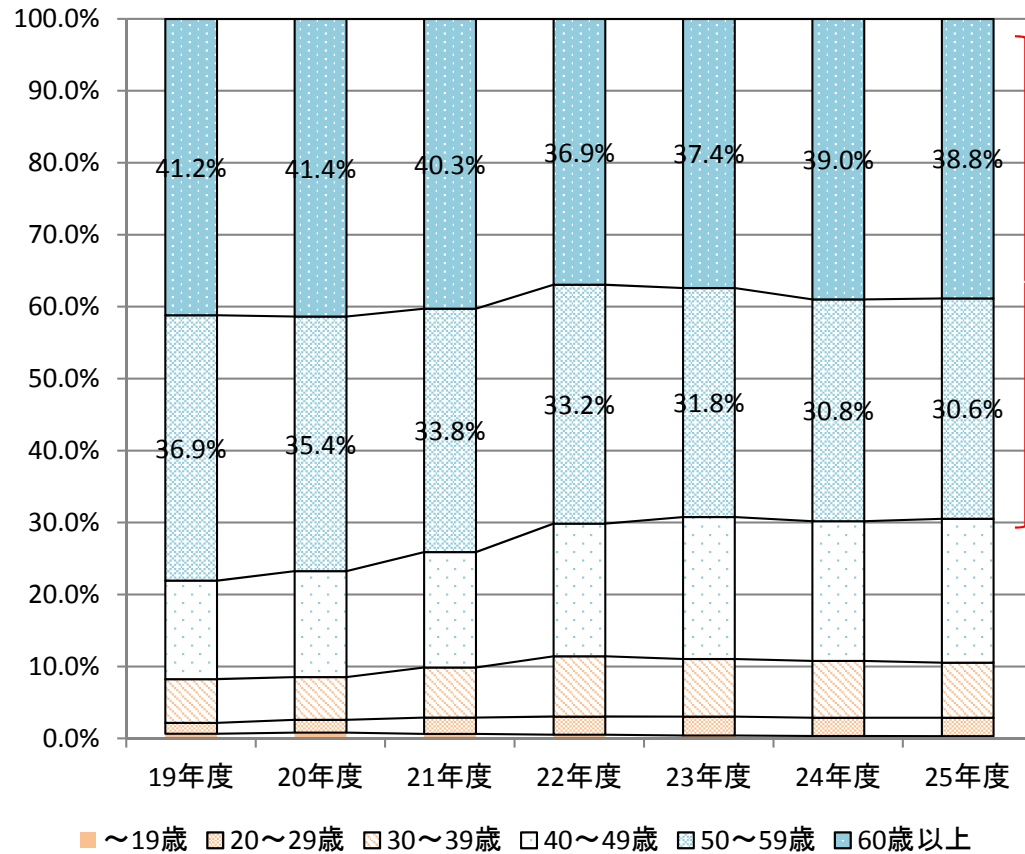
資料)厚生労働省「被保護者調査年次調査(平成23年までは被保護者全国一斉調査)」、総務省「人口推計」
 総人口は、各年10月1日現在推計人口。また、被保護人員は、各年7月31日現在(平成22年までは7月1日現在)

生活保護世帯のその他世帯の状況

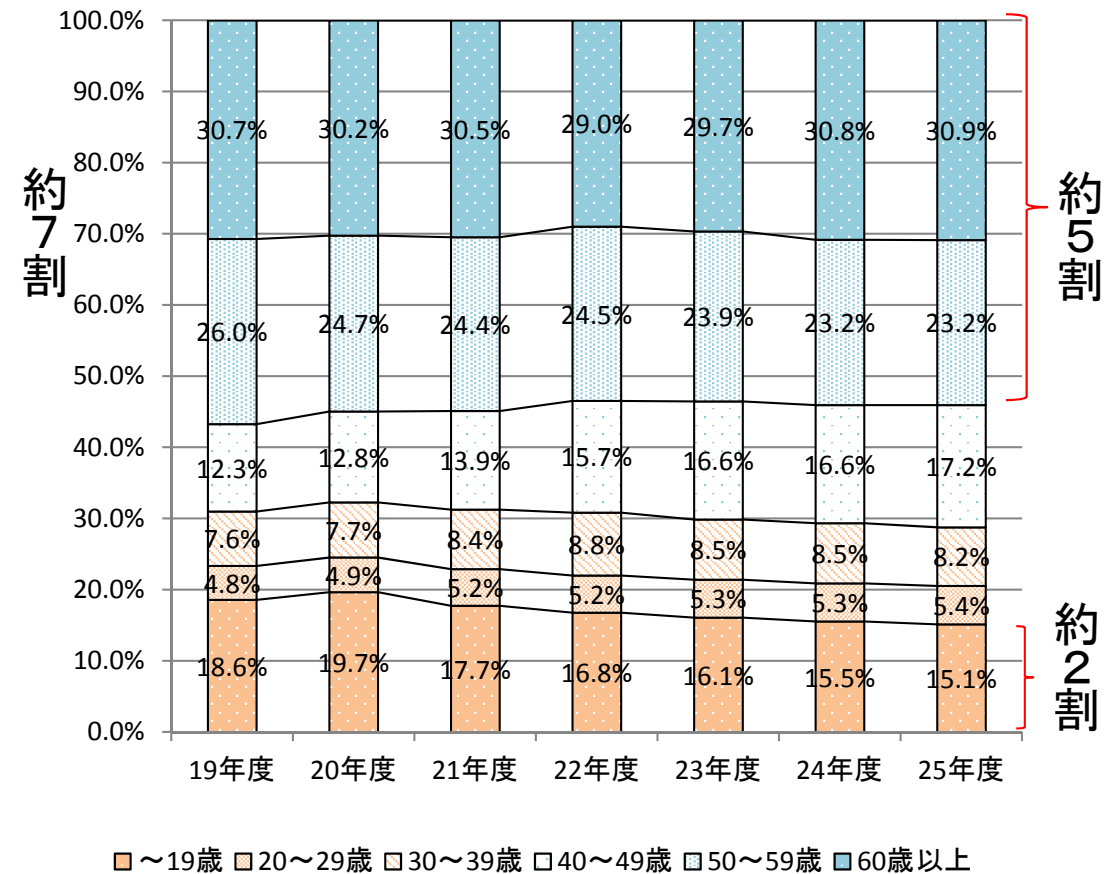
生活保護世帯(その他世帯)の世帯主は、就労が困難な50歳以上が約7割を占めており、世帯員についても就労が困難な50歳以上及び20歳未満の未成年が合わせて約7割(うち、60歳以上が約3割)を占めている。

また、その他世帯数約30.5万世帯のうち、約3.7万人の世帯員において、障害又は傷病を有している。

その他世帯の世帯主の年齢別割合の推移



その他世帯の世帯員の年齢別割合の推移



出典 被保護者調査(平成23年度以前は、被保護者全国一斉調査)

生活保護適正化に向けたこれまでの取組例

法改正、基準の見直し、通知の発出による運用改善などの手法により、適正化に向けた様々な対応を行っている。

法改正



○就労による自立の促進

- ・受給中の就労収入を仮想的に積み立て、脱却時に支給する「就労自立給付金」を創設
- ・就労支援をはじめ、新たな就労の場の発掘など、就労支援体制の構築を行う「被保護者就労支援事業」を自治体の必須事業として法定化
- ⇒状況に応じた就労支援の実施と、保護脱却のインセンティブ強化

○不正・不適正受給対策の強化

- ・福祉事務所の調査権限の強化（官公署等の回答義務創設等）
- ・不正受給の罰則の引き上げ
- ・不正受給の徴収金の上乗せ
- ・不正受給額と保護費の相殺
- ・扶養義務者に対する報告要求

⇒厳正な対処のための制度強化

○医療扶助の適正化

- ・指定医療機関の指定要件、取消要件の明確化、指定の更新制（有効期間）の導入 等
- ・医療機関等が後発医薬品の使用を促すことを明確化

⇒医療機関の不正事案に対する厳正な対処と後発医薬品の使用促進

生活保護基準見直し

○生活扶助基準の見直し

（平成25年8月～）

- ・年齢・世帯人員、居住地域の3要素からの検証結果に基づき、制度内の不均衡を適正化
- ・物価の変動分（▲4.78%）を生活扶助基準に反映させ適正化

○住宅扶助基準の見直し

（平成27年7月～）

- ・各地域における家賃実態、近年の家賃物価の動向等を踏まえ適正化
- ・床面積に応じて上限額を減額する仕組み導入し、貧困ビジネス是正 等

○冬季加算の見直し

（平成27年10月～）

- ・一般低所得世帯における冬季に増加する光熱費支出の地区別の実態や、光熱費物価の動向等を踏まえ適正化
- ・冬季に増加する光熱費支出の世帯人数別・級地別の実態を踏まえ適正化



運用改善

（※平成25年度以降の取組の一部を記載）

○医療扶助適正化関係

- ・後発医薬品について、更なる使用促進を図るため、**①院外処方における使用割合が75%を下回る福祉事務所が「後発医薬品使用促進計画」を策定すること**
- ②院内処方の使用割合が75%未満の医療機関に対し都道府県等が協力要請を行うこと**

を自治体に通知（平成27年度～）

- ・レセプト点検の強化のため、電子レセプトシステムの活用事例集を作成し、全国へ周知（平成27年度～）
- ・生活習慣病の重症化予防のため、福祉事務所が医療機関や公衆衛生部局と連携しつつ、受診動向や服薬状況の確認を行う「健康管理支援」を推進（平成27年度～）
- ・頻回転院の適正化のため、**転院を行う場合の事前連絡や囑託医協議を徹底**（平成26年8月～）

○自立支援の促進

- ・「就労支援促進計画」を策定し、**就労事業の効果検証及び的確な見直しを行うこと**を通知。
- ・「自立活動確認書」の作成や短時間・低額であっても一旦就労することを促すことなど、**保護脱却まで切れ目ない就労支援を行うための基本方針**を自治体に通知



全国会議等における周知徹底

生活保護制度に係る今後の課題と対応方針

経済財政運営と改革の基本方針2015（骨太の方針）（抜粋）

第3章 5. [1] 社会保障（生活保護等）

足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証にあわせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。

被保護者の就労による自立の支援

- 平成27年度から必須事業化された「**被保護者就労支援事業**」を着実に推進するとともに、失業期間が長期にわたることから勤労意欲が低下しており、直ちに就労することが難しい被保護者を対象とする「**被保護者就労準備支援事業**」により切れ目なく就労支援を実施。
- 生活困窮者等に対して**農業体験等**を実施することにより就農を含めた就労支援を推進する。（**来年度予算要求中**）

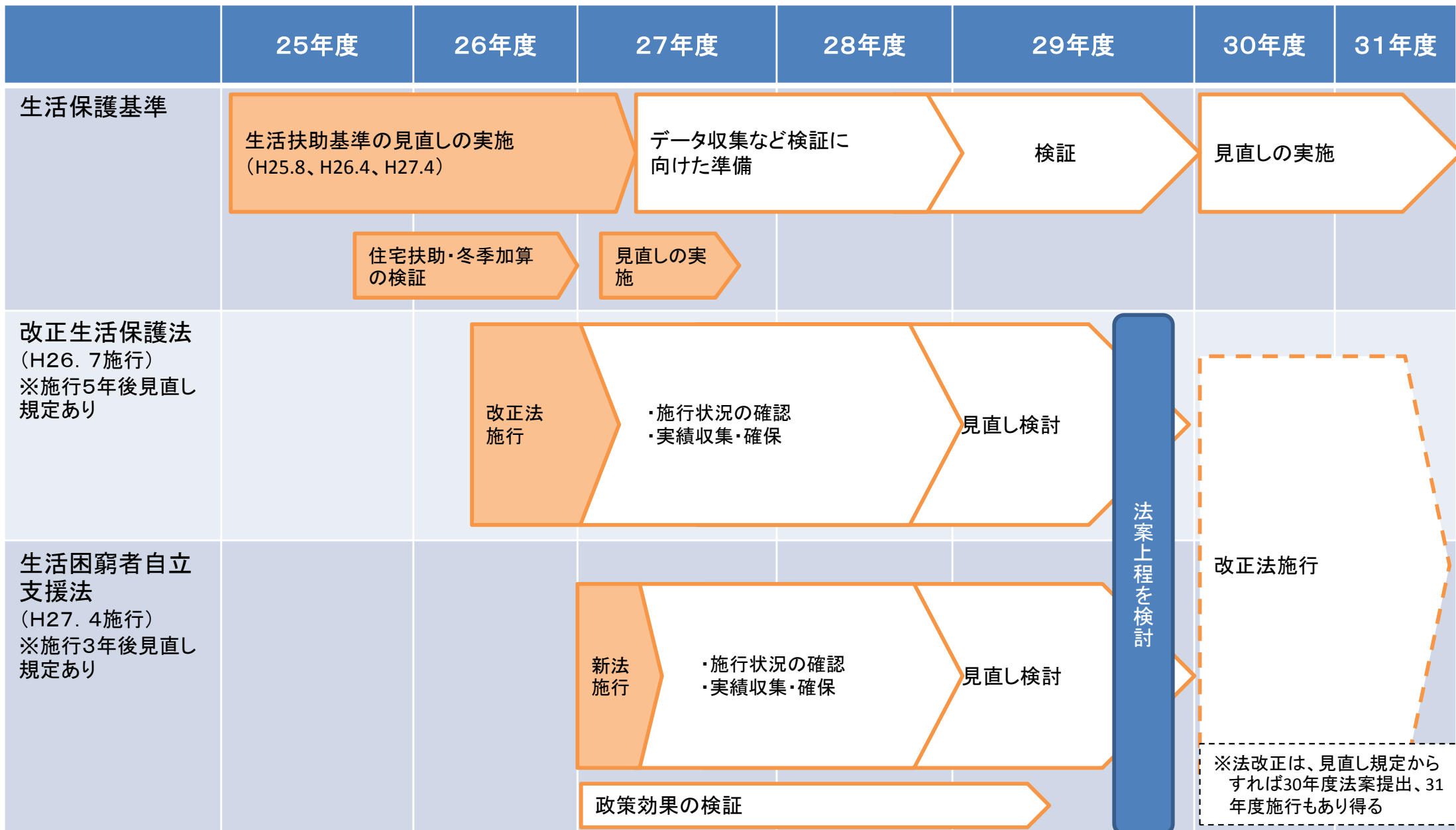
医療扶助等の適正化

- 後発医薬品の使用促進**に関して、平成27年度から新たに75%を目標として自治体における後発医薬品の使用促進計画の作成等の取組を推進。さらに、医療全体の動きを踏まえ、必要に応じて目標の見直しも検討。
- 不適切な頻回受診や重複処方等の適正化**を図るため、福祉事務所のケースワーカーと地域の薬局や訪問看護ステーションが連携し適正受診指導や服薬指導、後発医薬品の使用促進等を推進。（**来年度予算要求中**）

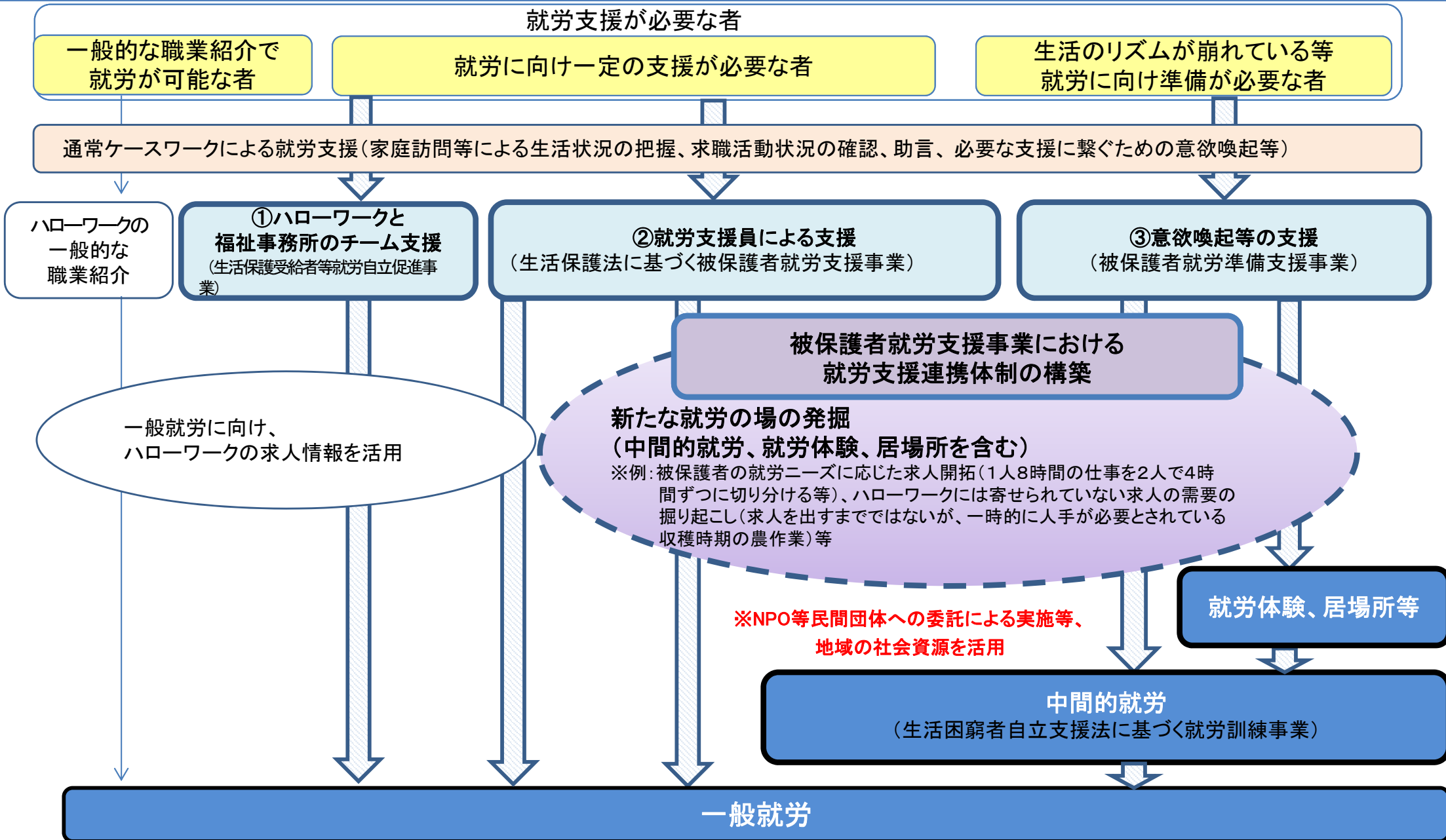
生活扶助基準及び生活保護制度の見直し

- 生活扶助基準については5年に1度の頻度で検証を行うこととされており、平成29年度の次期見直しにおいては、検証手法についても検討した上で、**一般低所得者の消費実態等をきめ細かく検証し、基準の在り方を検討。**
- 制度全般については、改正生活保護法で制度化された就労支援や適正化等の取組の施行状況を検証しながら、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、予断なく必要な見直しの検討を進める。

今後の生活保護・生活困窮者自立支援制度の見直しについて



生活保護受給者の状況に応じた就労支援の体系



生活保護における後発医薬品の使用促進の取組

現在の取扱い

医師等が後発医薬品の使用が可能であると判断した場合は、**後発医薬品を原則として使用する**。

※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

- ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
- ・ その理由が「先発医薬品の方が高額だから」「理由を言わない」等の場合については、必要に応じて福祉事務所の健康管理指導の対象とする。

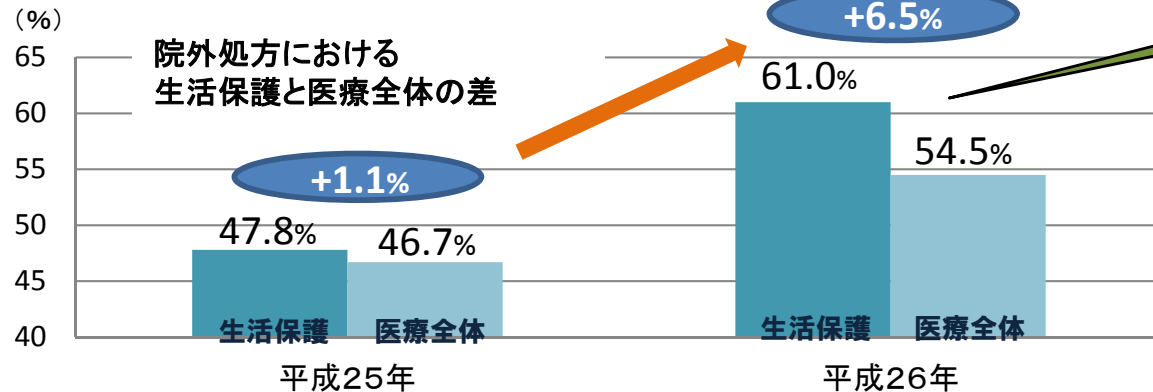


生活保護法改正により、後発医薬品の使用を促すことを法律上明確化（平成26年1月1日施行）

第34条第3項（略）医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができると認めたものについては、被保護者に対し、可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努めるものとする。

取組の効果

（院外処方における使用割合（数量シェア））



しかし...

- 院外処方の使用割合には、**都道府県等**の間で差がある。
【最高】那覇市 78.9% ~ 【最低】和歌山県 45.6%
- また、院外処方が61.0%に到達する一方で、**院内処方**は、**51.6%**にとどまっている。

（出典）

- ・「医療扶助実態調査（各年6月審査分）」
- ・「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向（5月診療分）」

平成27年度からの新たな取組

New!!

1. 後発医薬品使用促進計画の策定（院外処方）

- 後発医薬品の使用割合が75%未満の福祉事務所等において、使用促進に関する計画を策定。
- 使用促進の取組が一定の基準を満たす場合、医療扶助適正化関係補助金の補助率を引上げ。

2. 院内処方の使用割合が75%未満の医療機関に対し、都道府県等が後発医薬品使用促進を要請

生活保護受給者への適正受診指導等の強化（推進枠）

生活保護における適正受診指導等の状況

【平成28年度要求額】 214, 131千円

- 不適切な頻回受診者や重複処方者等に対しては、主にケースワーカーが適正受診指導を行っている。
- しかし、ケースワーカーは医学的な専門知識がなく、現在の仕組みの中で更なる適正化効果を上げることには限界がある。（保健師等専門職の配置がある福祉事務所は全体の16.9%。保護課調べ）

医療保険者の取組では…

- ①保健師等による頻回受診に対する指導
- ②薬剤師（薬剤師会へ委託）による重複処方等に対する指導等の取組を行っており、一定の効果。

<頻回受診の改善率>

市町村国保（呉市の例）	: 58.7%
生活保護（全体）	: 46.0%

訪問看護STや薬局とCWの連携により適正化等を強化

1. 薬局の薬剤師と連携した服薬指導による適正化等

- 不適切な重複処方について、適正受診指導を実施
- 複数薬局にかかっている場合、1カ所の薬局へ整理
→ **重複投薬、多剤投薬、併用禁忌等の解消**
- アレルギー等の理由以外で先発医薬品を服用している者に対する後発医薬品への切り替え指導
→ **後発医薬品の使用促進**

2. 訪問看護STの保健師、看護師等による適正受診指導等

- 頻回受診者に対する適正受診指導の実施
→ **不要な受診の解消**
- 健康管理支援（健康相談、受診勧奨等）
→ **糖尿病等の早期発見、重症化予防**

イメージ



＜福祉事務所＞

レセプトデータ等から適正受診指導等が必要な者を抽出



新たな生活困窮者自立支援制度

包括的な相談支援

◆自立相談支援事業

〈対個人〉

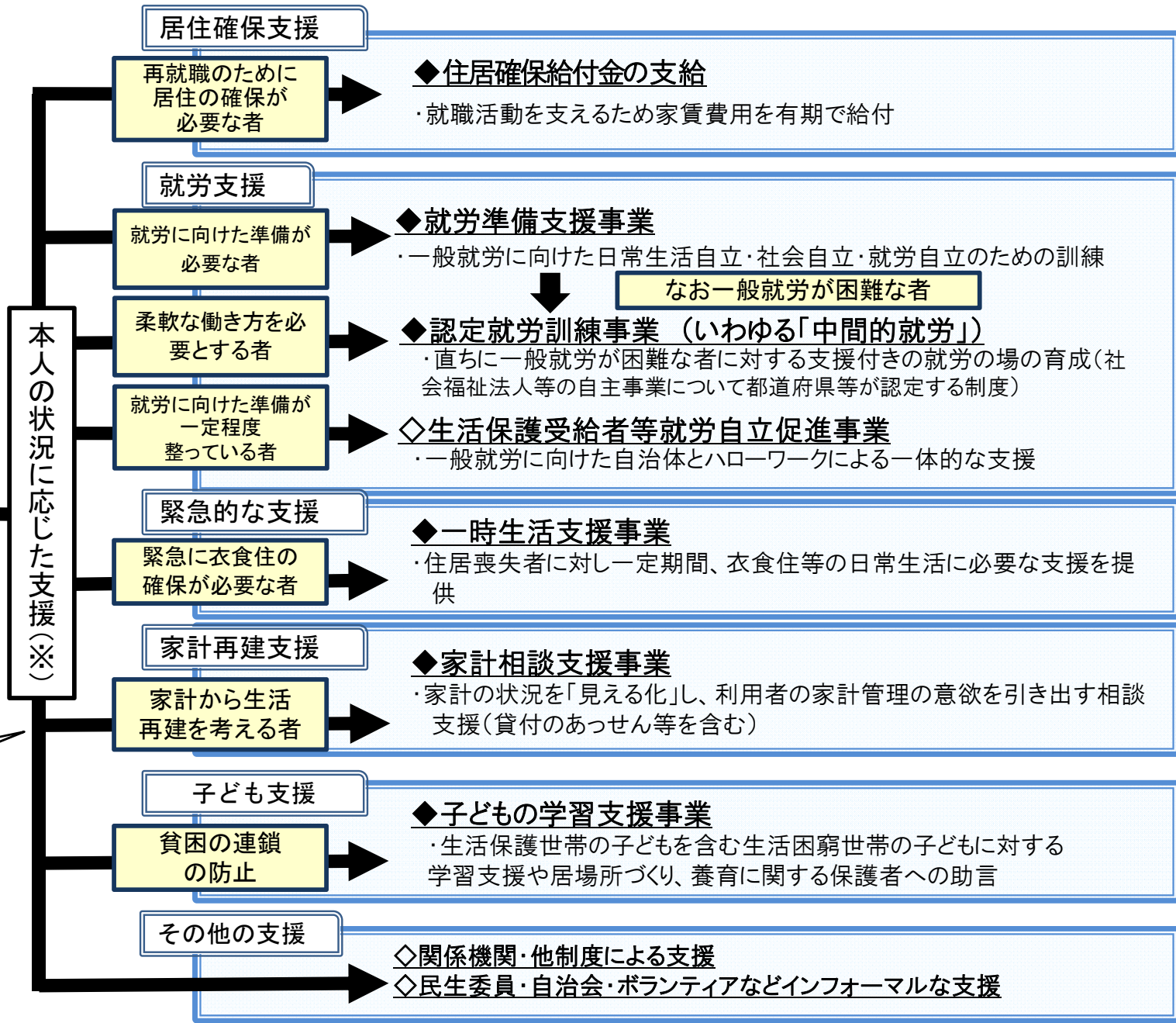
- ・訪問支援等(アウトリーチ)も含め、生活保護に至る前の段階から早期に支援
- ・生活と就労に関する支援員を配置し、ワンストップ型の相談窓口により、情報とサービスの拠点として機能
- ・一人ひとりの状況に応じ自立に向けた支援計画(自立支援計画)を作成

〈対地域〉

- ・地域ネットワークの強化・社会資源の開発など地域づくりも担う

基本は、自立に向けた人的支援を包括的に提供

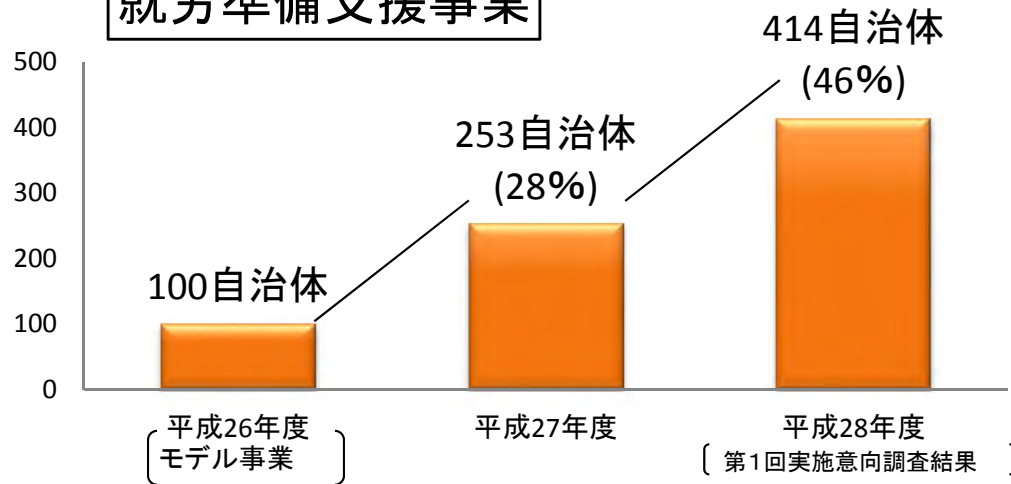
※ 右記は、法に規定する支援(◆)を中心に記載しているが、これ以外に様々な支援(◇)があることに留意



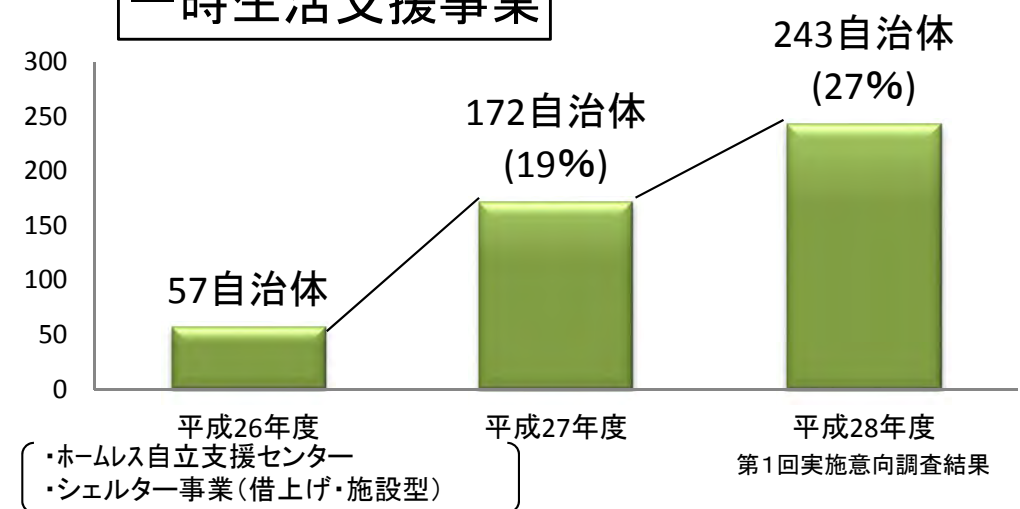
任意事業の実施状況について

○ 平成28年度の任意事業の実施予定自治体数は、平成27年度の実施自治体数(事業実施状況調査による調査)と比較して、それぞれ大幅に増加する見込みとなっている。

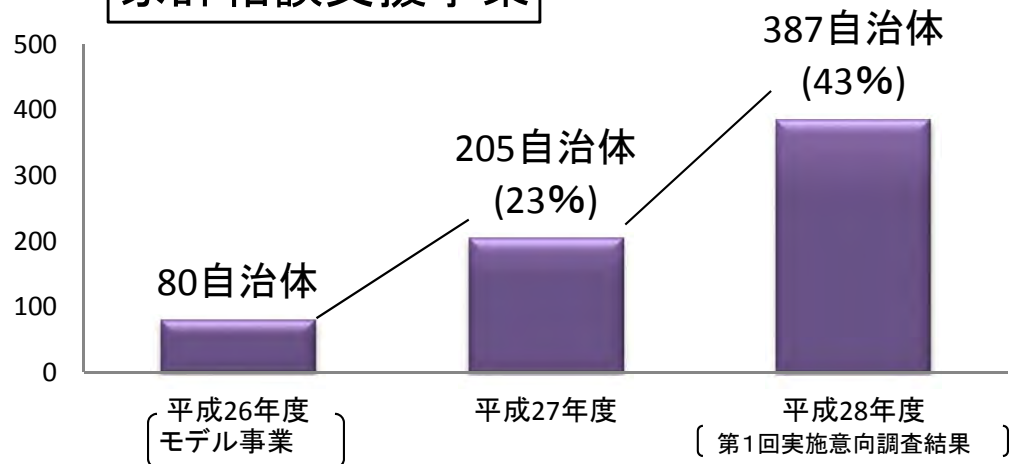
就労準備支援事業



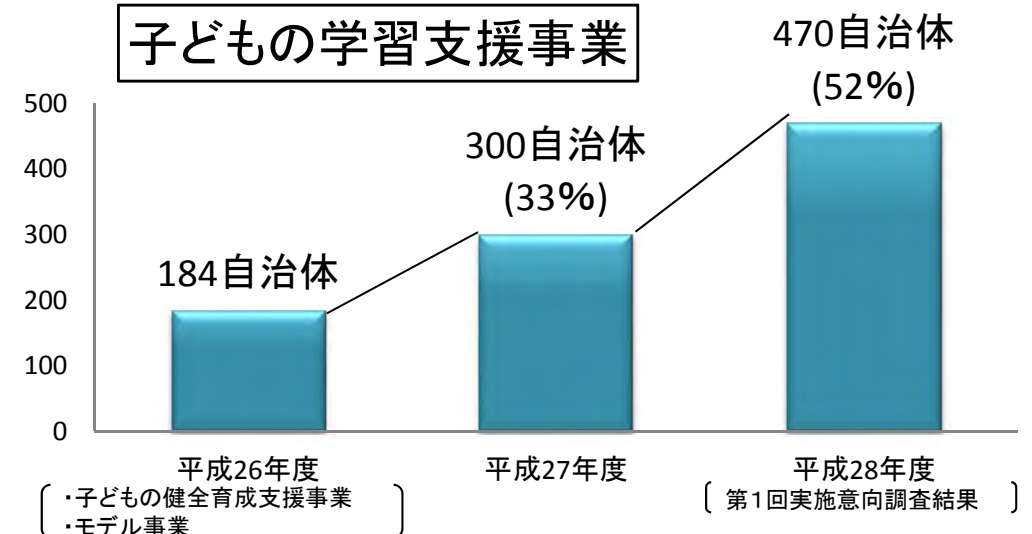
一時生活支援事業



家計相談支援事業



子どもの学習支援事業



※平成28年度分は、第1回事業実施意向調査(平成27年7月16日実施)による。実施予定の自治体についても、意思表示している割合で実施予定として含めている。

平成28年度 生活困窮者自立支援法等関係予算の概算要求

43

(単位:億円)

	事業名 (補助率)	平成27年度 予算額	平成28年度 要求+要望額	増▲減額	備考
必須事業 (負担金)	自立相談支援事業(3/4)	136 (182)	136 (182)	0 (0)	
	住居確保給付金(3/4)	17 (23)	17 (23)	0 (0)	
	被保護者就労支援事業(3/4)	64 (86)	64 (86)	0 (0)	
	小計	218 (290)	218 (290)	0 (0)	
任意事業 (補助金)	就労準備支援事業(2/3)	35 (53)	35 (53)	0 (0)	(推進枠)就農促進事業(生活困窮者分)
	被保護者就労準備支援事業(2/3)	29 (43)	29 (43)	0 (0)	(推進枠)就農促進事業(被保護者分)
	一時生活支援事業(2/3)	23 (34)	23 (34)	0 (0)	
	家計相談支援事業(1/2)	19 (39)	19 (39)	0 (0)	
	子どもの学習支援事業(1/2)	19 (38)	33 (66)	14 (28)	(推進枠)高校中退防止・家庭訪問強化含む ※その他、教育支援資金の見直し21億円
	その他の生活困窮者の自立促進事業(1/2)	58 (115)	68 (137)	11 (21)	(推進枠)就労訓練事業
	小計	183 (322)	207 (371)	25 (49)	
合計		400 (612)	425 (662)	25 (49)	

※ 計数は四捨五入による。()書は総事業費。

雇用保険の国庫負担

①現状について

	失業保険 (昭22) (昭24) (昭27) (昭34) (昭35) (昭45)	雇用保険 (昭50) (昭53) (昭54) (昭56) (昭57) (昭61) (昭63) (平4) (平5) (平10) (平13) (平14) (平17) (平19) (平21) (平22) (平23) (平24) (平27)
失業等給付 保険料率 (労使折半)	$\frac{22}{1,000}$ $\frac{20}{1,000}$ $\frac{16}{1,000}$ → $\frac{14}{1,000}$ $\frac{13}{1,000}$	$\frac{10}{1,000}$ → $\frac{11}{1,000}$ (法改正) → $\frac{9}{1,000}$ $\frac{8}{1,000}$ (弾力) (法改正) → $\frac{12}{1,000}$ $\frac{14}{1,000}$ $\frac{16}{1,000}$ $\frac{12}{1,000}$ $\frac{8}{1,000}$ $\frac{12}{1,000}$ (法改正) (弾力) (法改正) (弾力) (法改正) (弾力) → $\frac{10}{1,000}$ (法改正・弾力) 注1
国庫負担率 (基本手当)	$\frac{1}{3}$ → $\frac{1}{4}$	→ 22.5% (1/4 × 0.9) 20.0% (1/4 × 0.8) 14.0% (20.0% × 0.7) $\frac{1}{4}$ → 13.75% (1/4 × 0.55) (注2)

注1: 失業等給付に係る保険料率は原則14/1000であるが、財政状況に照らし、現在は10/1000となっている。

注2: 失業等給付の国庫負担については原則1/4負担となっているが、平成19年度より暫定的に国庫負担を本来の負担額の55%に引き下げている。(雇用保険法附則第13条)

②雇用保険法附則第15条

雇用保険の国庫負担の本則復帰に関する条項（附則第15条）

第十五条 雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で附則第十三条に規定する国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする。

③審議会等における指摘

雇用保険部会報告書（平成25年12月26日）（抄）

雇用保険の保険事故である失業は、政府の経済対策・雇用対策とも関係が深く、政府もその責任を担うべきであるから、求職者支援制度に係る財源を含め、雇用保険法附則第15条の「できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする」との規定に基づく措置を講ずるべきである。

一般社団法人 日本経済団体連合会 「財政健全化計画の策定に向けた提言（抄）」（平成27年5月19日）

今後、公費負担を社会保険料負担へとより一層付け替えることは、現役世代の納得が得られない上、企業や個人の活力の発揮や経済成長を阻害するものであり、反対である。

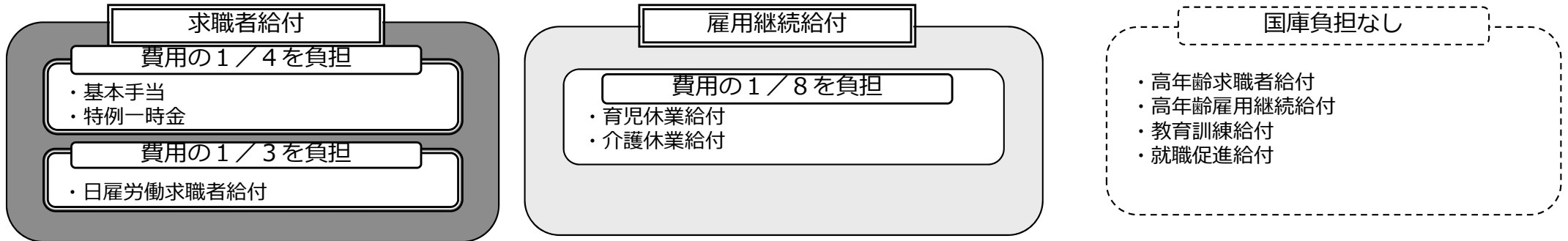
日本労働組合連合会 事務局長談話 政府の「経済財政運営と改革の基本方針2015」に対する談話（平成27年6月30日）

雇用保険の国庫負担の当面の在り方について、検討するとしているが、国庫負担は雇用の安定に対する国の責務である。これを放棄することに等しい停止や引き下げは、決してあってはならない。

失業等給付に係る国庫負担について

基本的考え方

雇用保険の保険事故である失業については、政府の経済政策、雇用政策と無縁ではなく、政府もその責任の一端を担うとの考え方から、単に労使双方のみの拠出に委ねることなく、国庫も失業等給付に要する費用の一部を負担している。



国庫負担の現状

- 雇用保険（失業等給付）の**国庫負担については本来の55%の額に暫定的に引き下げている。**（平成19年度～）
- 雇用保険法附則第15条において、「**できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で附則第13条に規定する国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする**」とされている。

<参考：雇用保険法附則>

（国庫負担に関する暫定措置）

第十三条 国庫は、第六十六条第一項及び第六十七条前段の規定による**国庫の負担については、当分の間、これらの規定にかかわらず、これらの規定による国庫の負担額の百分の五十五に相当する額を負担する。**

2・3 （略）

第十五条 **雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で附則第十三条に規定する国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする。**