

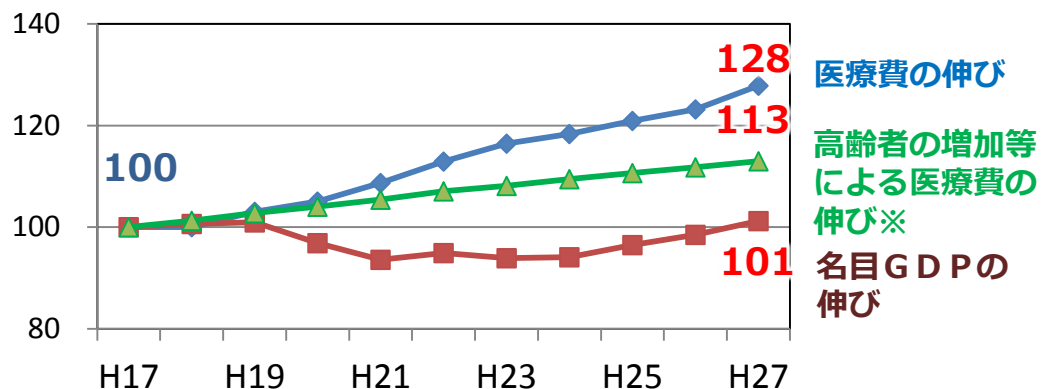
予防・健康・医療・介護の ガバナンス改革



平成29年4月12日
塩崎臨時議員提出資料

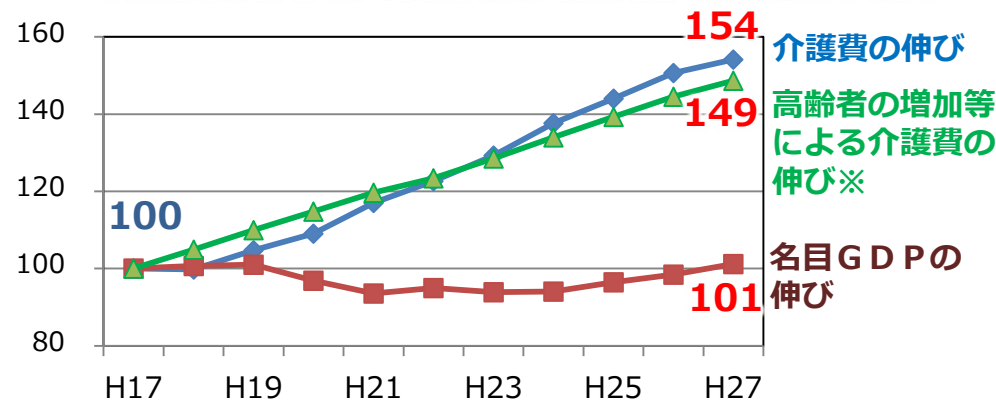
●医療・介護費は経済の伸び以上に増加。その要因を分析し、**データに基づく政策の戦略的展開**により、個人・保険者・医療機関等の**自発的な行動変容を促すことが必須**。

医療費の伸びは「高齢者の増加等」以外の要因も大きい



※平成17年を基準年（100）とし、年齢階層別の医療費・介護費の一人あたり費用に、人口構造の変化を織り込んだ『年齢階層別の人口』を掛け合わせることで算出される増加率。

介護費の伸びは「高齢者の増加等」の要因が大きい



医療費の伸び（+28%）の要因と対策

①高齢者の増加等の影響（+13%）

- 予防・健康づくり（特定健診・保健指導等）
- 受診行動の変容

②高齢者の増加等以外の影響（+15%）

- 入院 **+3%** ← 患者の状態に応じた医療の効率的な提供、病床の機能分化・連携
- 入院外 **+3%** ← 医療費適正化計画（重複・多剤投与の防止等）、審査の見直し
- 薬剤等 **+9%** ← 適正な薬価、先進治療の高額薬剤への対応



介護費の伸び（+54%）の要因と対策

①高齢者の増加等の影響（+49%）

- 予防・健康づくり（介護予防等）
- 自立支援・重度化防止
- ▶**自立に実効性ある科学的な介護の実現**
- 施設、在宅等を通じたサービス利用の適正化

②高齢者の増加等以外の影響（+5%）

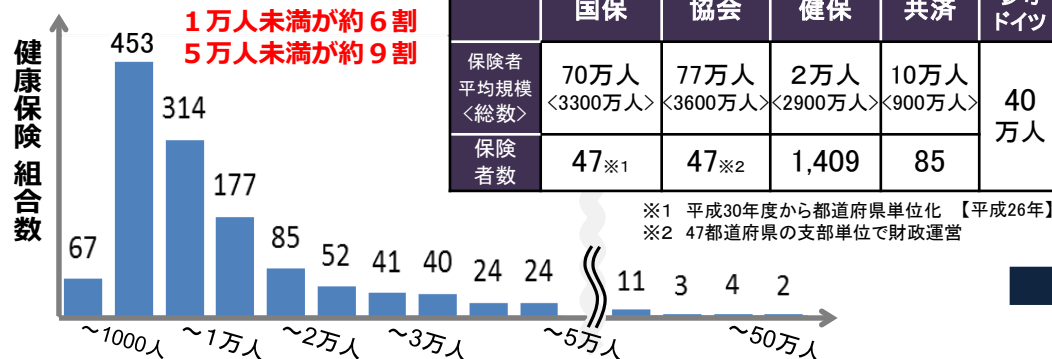
- 施設 **▲14%** ← 地域における入所定員の適切な設定
- 居住系 **+6%**
- 在宅 **+13%** ← ケアプランチェック等



保険者機能の抜本強化 – 全ての保険者による自発的取組 –

- **医療保険者は、特定健診・保健指導をはじめとする加入者の予防・健康づくりや重症化予防等に取り組むべき。**
- しかし、その役割を十分に果たせてないのが現状。このため、保険者機能の抜本強化に向け実効的施策を講ずる。

■ 健保に小規模保険者が集中



データ利活用環境の整備(29年度～、32年度稼働)

- ✓ データを活用した**加入者の行動変容を促す働きかけは、保険者の責務。**
- ✓ このため、既存システムとの関係も整理し、データが集まる支払基金等に、**データヘルスのシステムを集約し、健保組合はもとより全ての保険者を強力に支援。**

■ 法定義務の特定健診・保健指導の実施も不十分

	20年度	26年度	目標 70%
特定健診	39%	~	49%
保健指導	8%	~	18%

目標 45%

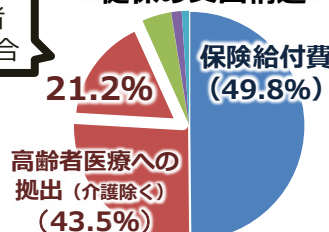
■ 予防・健康づくりの取組も不十分

加算率(ペナルティ)
+0.23%

減算率(インセンティブ)
▲0.048%

後期高齢者
支援金の割合

「健保の支出構造」



■ 特定健診以外の取組も必要

ーがん検診受診率：胃がん:39.6%、乳がん:43.4%

保険者の自発的な取組の推進

(1) 保険者に対するインセンティブを強化。

- ① **健保・共済**：「**加減算制度**」
⇒ 加算率(ペナルティ)・減算率(インセンティブ)とも、**最大で法定上限(±10%)まで引き上げ。**
(+0.23% ~ ▲0.048% ➡ **±10%**)

- ② **協会けんぽ**：「**都道府県別保険料**」に反映

- ③ **国保**：「**保険者努力支援制度**」
(平成30年度から実施。財政規模700~800億円)

- ✓ 各制度共通の評価指標に、特定健診等に加えて、**新たにがん検診・歯科検診の実施状況等を追加。**

(2) 全保険者の特定健診・保健指導の実施率を、**29年度実績から公表し、開示を強化。**

都道府県の保健ガバナンスの抜本強化

－ 地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の役割の明確化 －

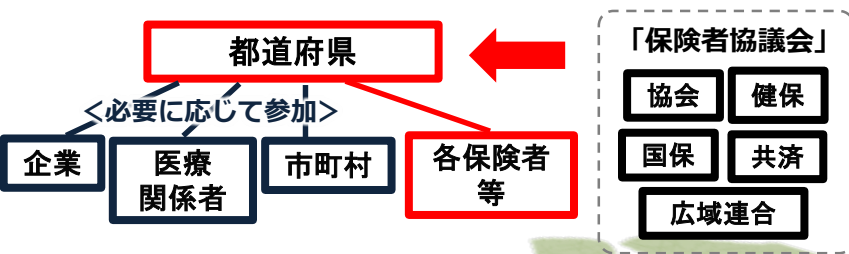
- 地域における『予防・健康・医療・介護』は、それぞれ密接に関連するが、制度がバラバラ。都道府県の役割は限定的。
- **都道府県を、個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔へ。** このため、**制度(権限)・予算(財政)・情報(データ)・人材**などの面で、**都道府県の保健ガバナンスの抜本強化**を検討。

	予防・健康	医療		介護
		提供体制	保険	
都道府県の役割	適正化計画の策定	医療計画の策定	国保の保険者(H30～)	市町村支援

制度(権限)の強化

－ 都道府県が取りまとめる協議体の構築(「保険者協議会」の改組) －

- 住民の健康づくりや、効率的な医療・介護の提供体制の構築など、様々な地域課題に取り組む。



予算(財政)の強化

－ 都道府県のインセンティブ改革(保険者努力支援制度等) －

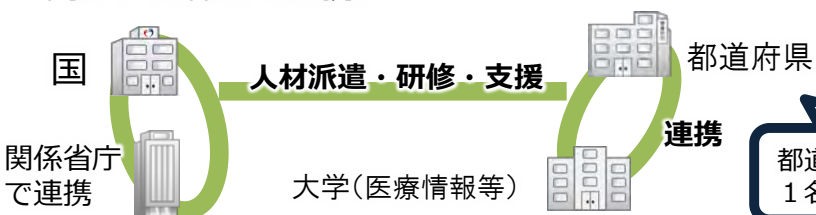
- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。



人材の強化

－ 主体的な医療施策の企画立案能力の向上 －

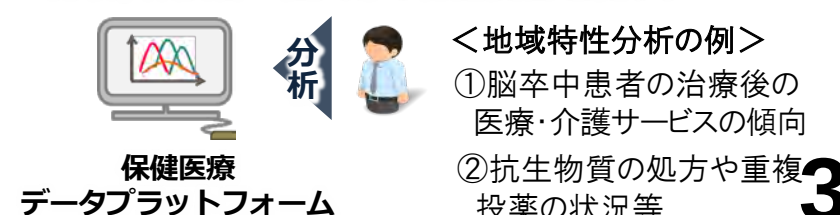
- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



情報(データ)の強化

－ 都道府県によるビッグデータへのアクセス確保・分析機能強化 －

- 「保健医療データプラットフォーム」を都道府県が分析。保険者・個人等の行動変容を促す。



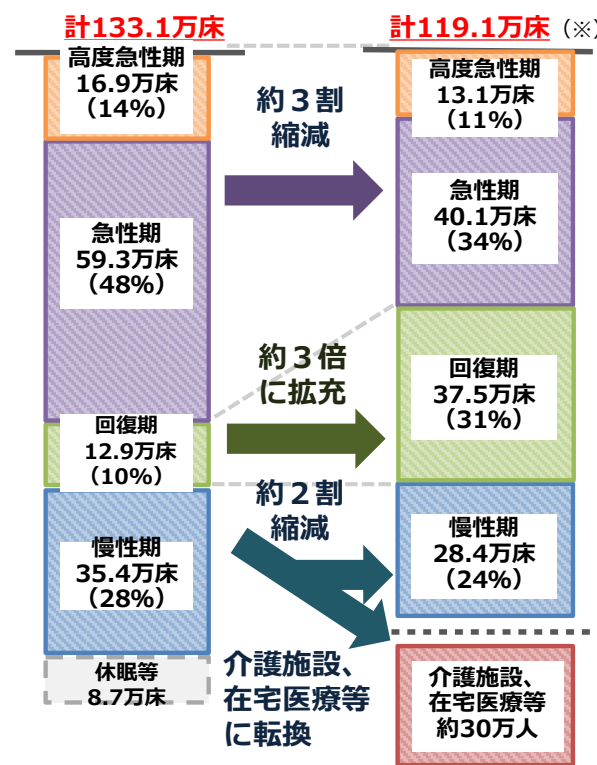
「地域医療構想」の達成の推進

- 平成29年度以降、地域ごとの「**地域医療構想調整会議**」での**具体的議論を促進**。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒**地域ごとに、2025（平成37）年時点での病床の必要量を『見える化』**

【足下の病床機能】
（平成27年7月現在）

【2025（平成37）年の
病床必要量】



①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討**。

議論の一例

		手術件数	リハビリ件数
A病院 急性期 250床	手術件数	50 (件/月)	200 (件/月)
	リハビリ件数	200 (件/月)	50 (件/月)
	国からデータ提供		
B病院 急性期 200床	手術件数	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院 急性期 100床	手術件数	5 (件/月)	100 (件/月)

C病院は、
・手術の件数は少ない
・リハビリの実施件数は他院と同等

C病院の方針

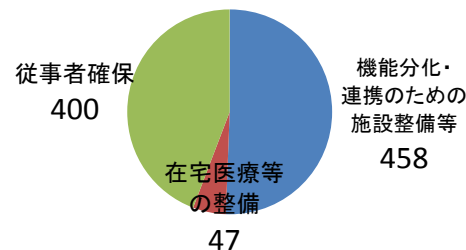
C病院を回復期機能へ転換し、
病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績
（平成28年度）

合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計
114.8～119.1万床の範囲内

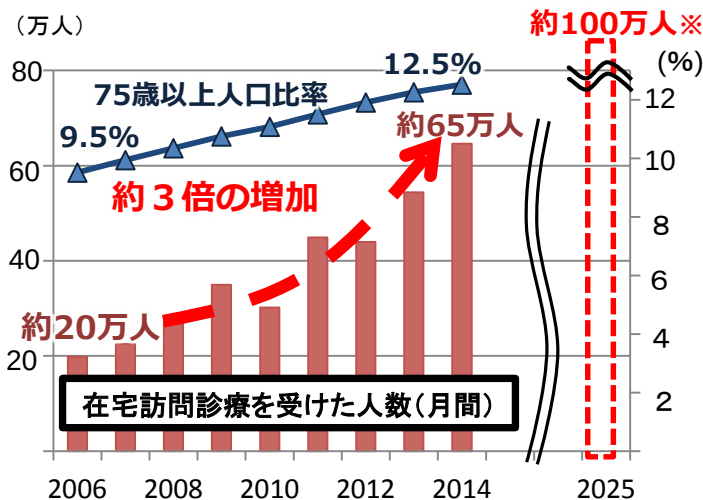
平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進。**

I 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化

- **かかりつけ医機能を普及・促進**
- 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化 等

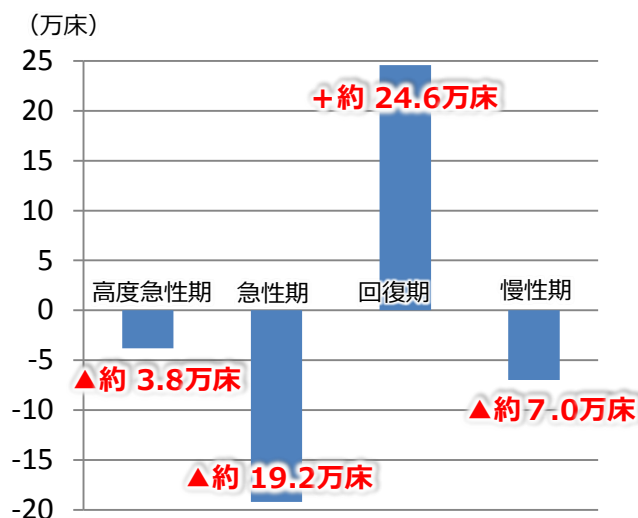
在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率



II 医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築

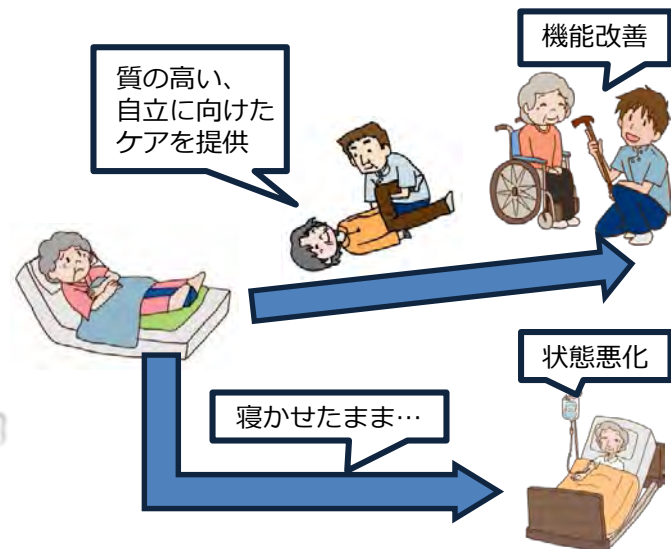
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

現在の病床数（平成27年7月現在）と2025（平成37）年の病床必要量の差



III 質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等

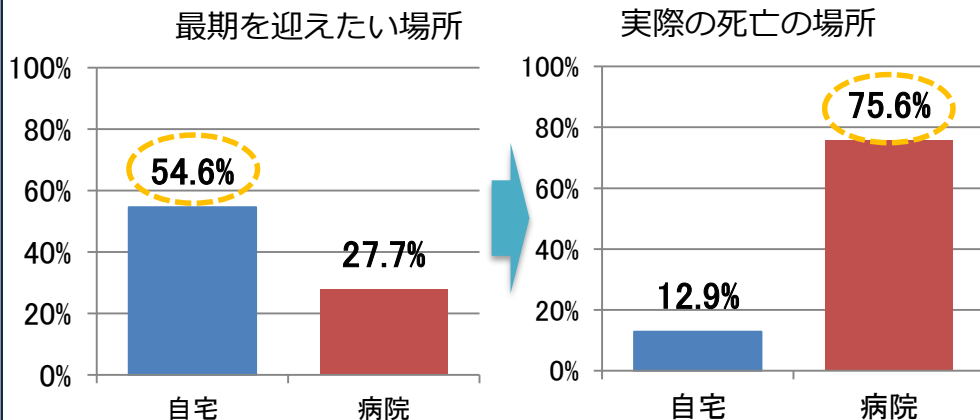
- **費用対効果や、アウトカムに基づく評価を推進**
- **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



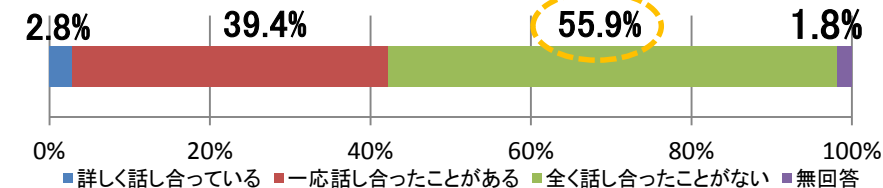
★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。

「人生の最終段階における医療」に関する取組

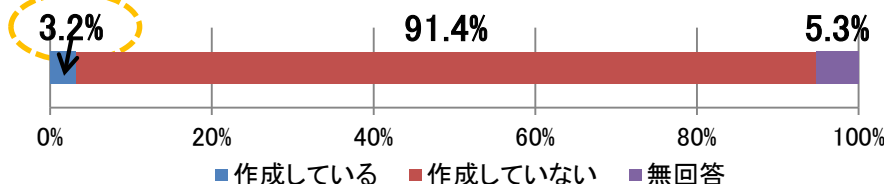
- **最期を迎えたい場所が自宅54.6%に対し、実際の死亡の場所は病院が75.6%**



- 「人生の最終段階における医療」について **家族と全く話し合ったことがない者の割合が55.9%**



- **意思表示の書面を作成している者の割合は3.2%**



- ⊗ 「人生の最終段階における医療」について、十分な情報提供や具体的手段が示されておらず、普段から考える機会や**本人の意思を表明する環境が整備**されていない

住民向け普及・啓発(29年度～新規)

- ✓ 平成29年度早期に検討会を開催し、年度内に結論
- ✓ 住民が考える機会を確保し、家族等と話し合うために必要な情報等を整理
- ✓ **普及・啓発資料を作成し、周知**

- ⊗ **本人の意思が、家族やかかりつけ医、救急隊員や救急医療機関で共有されていないため、本人の意思に反した延命治療や救急搬送が行われる可能性がある**

在宅・救急医療連携(29年度～新規)

- ✓ 本人の意思を身近で予め聞くことができる「かかりつけ医」や救急搬送を行う「救急隊員」、対応する「救急医療機関」の**連携により、本人の意思を共有する仕組みを構築**

(参考) 救急搬送された65歳以上の者約310万人(H27年)のうち、
 ・初診時に死亡が確認された者 約6万人
 ・3週間以上の入院を必要とする重症者 約35万人
 (この中にも本人の意思が共有されていない者が存在すると想定)

人材育成研修(継続)

- ✓ 相談に適切に対応できる医師・看護師等の人材育成、卒前の教育や卒後の臨床研修も含め実施