

年末までの検討項目に係る参考資料

○年末までの検討項目 番号は、経済・財政再生計画改革工程表の項目番号

<医療・介護>

②介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換

<医療>

③入院時の光熱水費負担の見直し

⑨かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入

⑳()高額療養費(月額負担上限)の見直し

㉒金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大

㉔()スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方

<介護>

⑰地域差分を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討

⑳()高額介護サービス費(月額負担上限)の見直し

㉒()介護保険の利用者負担の在り方

㉓()介護納付金の総報酬割

㉔()軽度者に対する生活援助サービス等の在り方

設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

委員

（◎は部会長、○は部会長代理）

- | | | | |
|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|
| ・阿部 泰久 | （日本経済団体連合会参与） | ・白川 修二 | （健康保険組合連合会副会長・専務理事） |
| ・荒井 正吾 | （全国知事会 / 奈良県知事） | ・鈴木 邦彦 | （日本医師会常任理事） |
| ・市原 俊男 | （高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事） | ・鈴木 森夫 | （認知症の人と家族の会常任理事） |
| ・井上 由起子 | （日本社会事業大学専門職大学院教授） | ・瀬戸 雅嗣 | （全国老人福祉施設協議会副会長） |
| ・井上 由美子 | （高齢社会をよくする女性の会理事） | ・武久 洋三 | （日本慢性期医療協会会長） |
| ・岩田 利雄 | （全国町村会 / 東庄町長） | ・田中 滋 | （慶應義塾大学名誉教授） |
| ・岩村 正彦 | （東京大学大学院法学政治学研究科教授） | ・土居 文朗 | （慶應義塾大学経済学部教授） |
| ◎ 遠藤 久夫 | （学習院大学経済学部教授） | ○ 永井 良三 | （自治医科大学学長） |
| ・遠藤 秀樹 | （日本歯科医師会常務理事） | ・西澤 寛俊 | （全日本病院協会会長） |
| ・岡崎 誠也 | （全国市長会 / 高知市長） | ・東 憲太郎 | （全国老人保健施設協会会長） |
| ・加納 繁照 | （日本医療法人協会会長） | ・平川 則男 | （日本労働組合総連合会総合政策局長） |
| ・亀井 利克 | （三重県国民健康保険団体連合会理事長 / 名張市長） | ・松本 隆利 | （日本病院会理事） |
| ・川上 純一 | （日本薬剤師会常務理事） | ・見元 伊津子 | （日本精神科病院協会理事） |
| ・小林 剛 | （全国健康保険協会理事長） | ・横尾 俊彦 | （全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長） |
| ・齋藤 訓子 | （日本看護協会常任理事） | ・吉岡 充 | （全国抑制廃止研究会理事長） |
| ・柴口 里則 | （日本介護支援専門員協会副会長） | | |

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日（検討会の整理案の報告）
- 第2回：平成28年6月22日（関係者ヒアリング）
- 第3回：日程調整中

スケジュール

具体的な制度設計について検討を進め、年内のとりまとめを目指す。
 なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

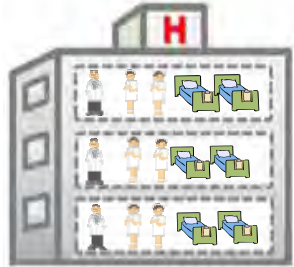
医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

**医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設**

〔医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。〕

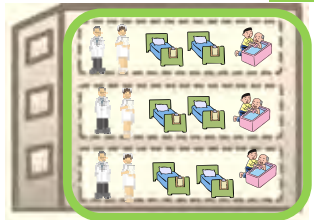
- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

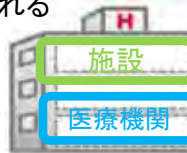
新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



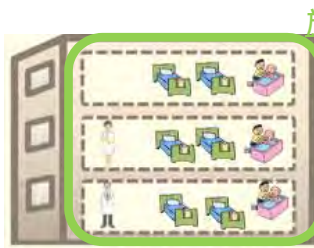
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



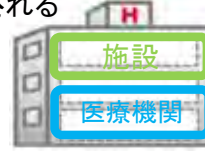
新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



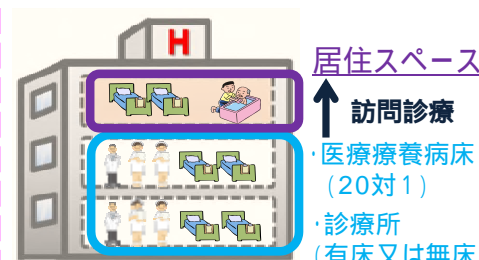
- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2) 医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



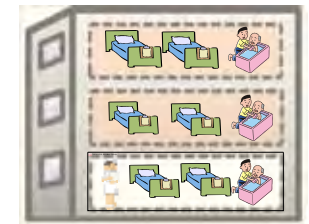
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



診療所等

- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会において議論。**

新たな類型の整理案について

医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

要介護度や年齢が高い者が多い

80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める

平均在院日数が長く、死亡退院が多い

医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院

一定程度の医療が必要

医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低い、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『住まい』の機能を満たす）

経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

医療機能を内包した施設類型（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型

医療機能の集約化等により、医療療養病床(20対1)や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。

(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年度未 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年度未 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年度未 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13.7万床(1)	約7.6万床(1)	約6.1万床(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26年7月1日現在)

(2)病院報告(平成27年8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。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

③

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分 (医療区分、以外の者)	医療区分、 (スモン、筋ジス等)
<p>640円</p> <p>保険給付 280円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>554円</p> <p>保険給付 94円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 460円</p>	<p>554円</p> <p>保険給付 194円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p>
	<p>398円</p> <p>保険給付 78円</p> <p>自己負担 (光熱水費) 320円</p>	<p>398円</p> <p>保険給付 398円</p>

(参考) 介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>1380円</p> <p>全額自己負担 金額は施設との契約による</p>	<p>1380円</p> <p>補足給付 730円</p> <p>自己負担 650円</p> <p>自己負担 370円</p>

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1日) (居住費:1日)

介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

上記補足給付の自己負担額は、市町村非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日)
上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。
上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。
(注)平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

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

<平成27年度以前>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	一般所得	360円	一般所得	460円
低所得 (住民税非課税)	210円				
低所得 (住民税非課税で 一定所得以下)	100円				

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(対象者数 約70万人)

(食材費) (食材費+調理費)

難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

③

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設との負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の者を対象に、一日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床の医療区分ⅡⅢの者については、医療度の必要性が高いことを踏まえ、居住費負担を求めている。

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分	医療区分	
65歳未満	一般所得	食費460円/食 (H30.4～)		
	低所得	食費210円/食 (注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食 (注2) 居住費320円/日	食費460円/食 (H30.4～) 居住費0円	食費460円/食 (H30.4～)
	低所得	食費210円/食 (注1) 居住費320円/日	食費210円/食 居住費0円	食費210円/食 (注1)
	低所得 (70歳以上のみ)	食費130円/食 (注3) 居住費320円/日 (注3)	食費100円/食 居住費0円	食費100円/食

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

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年度以降に養成を開始。

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

- [27年度]28年度予算に、かかりつけ医の業務の実態把握、効果検証等を行う調査研究事業を計上。
- [28年度~]調査研究事業を実施しつつ更なる取組を検討。

○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

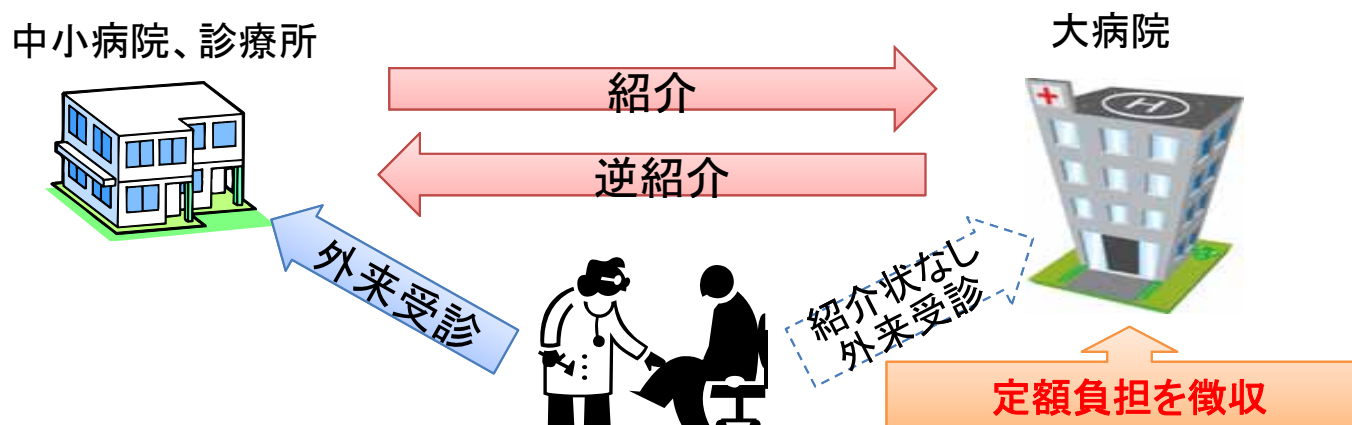
○患者負担の在り方の検討

- [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

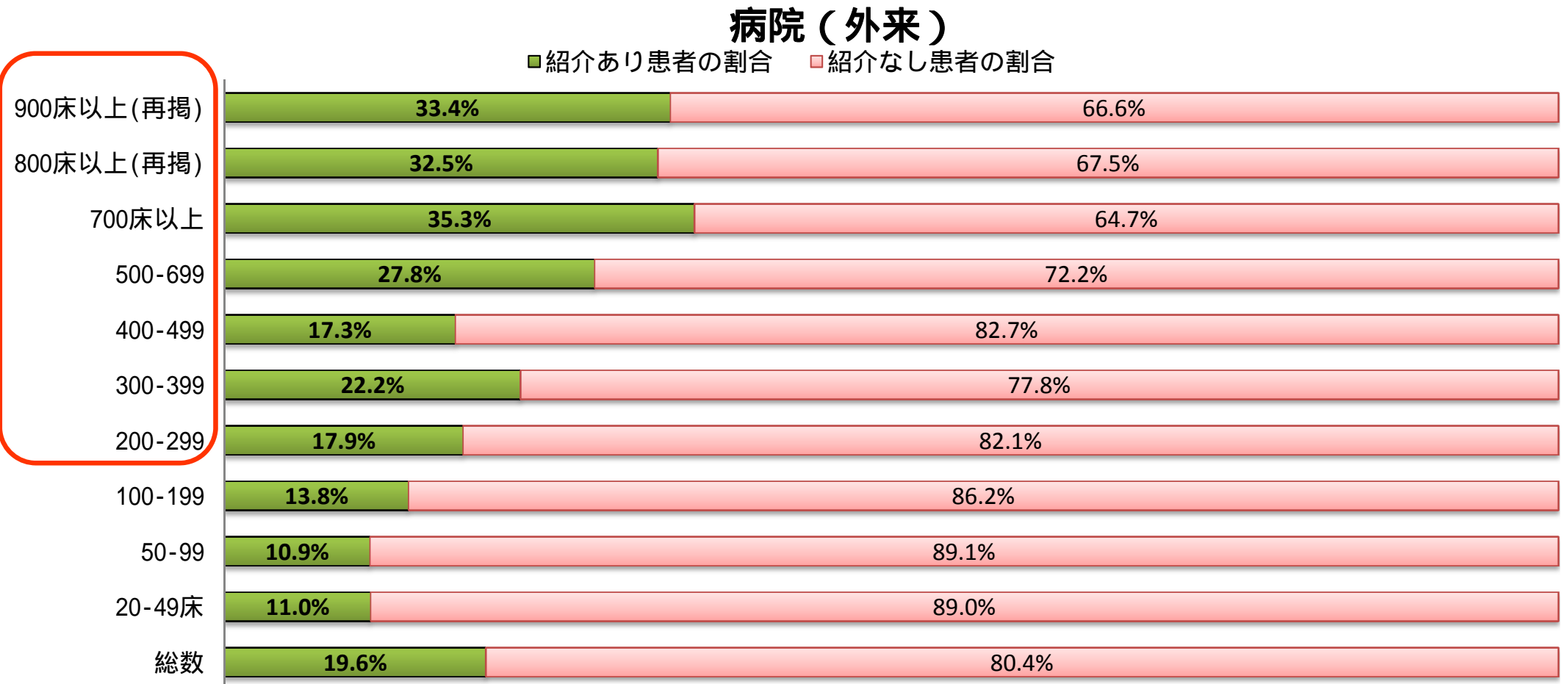
- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を計上
- [29年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を引き続き支援するための予算を検討

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



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。