

これまでの取組

未来投資会議構造改革徹底推進会合
「医療・介護－生活者の暮らしを豊かに」会合（第5回）
資料3：厚生労働省提出資料（平成29年2月20日）

● 介護報酬における介護サービスの質の評価

プロセス評価

適切なリハビリの計画とその管理に対する評価を行うことや、
摂食・嚥下障害等の低下が著しい入所者の経口維持支援を
多職種による会議等で充実させることに対して評価をしてきた。

アウトカム評価

在宅復帰する利用者の割合が高い施設についての評価や、
サービス終了後、社会参加に資する取組に移行する割合が
高いリハビリ事業所について評価を行ってきた。

※ ①リハビリテーションマネジメント加算 ②経口維持加算 ③在宅復帰・在宅療養支援機能加算 ④社会参加支援加算

今後の検討の進め方

省内で以下について検討

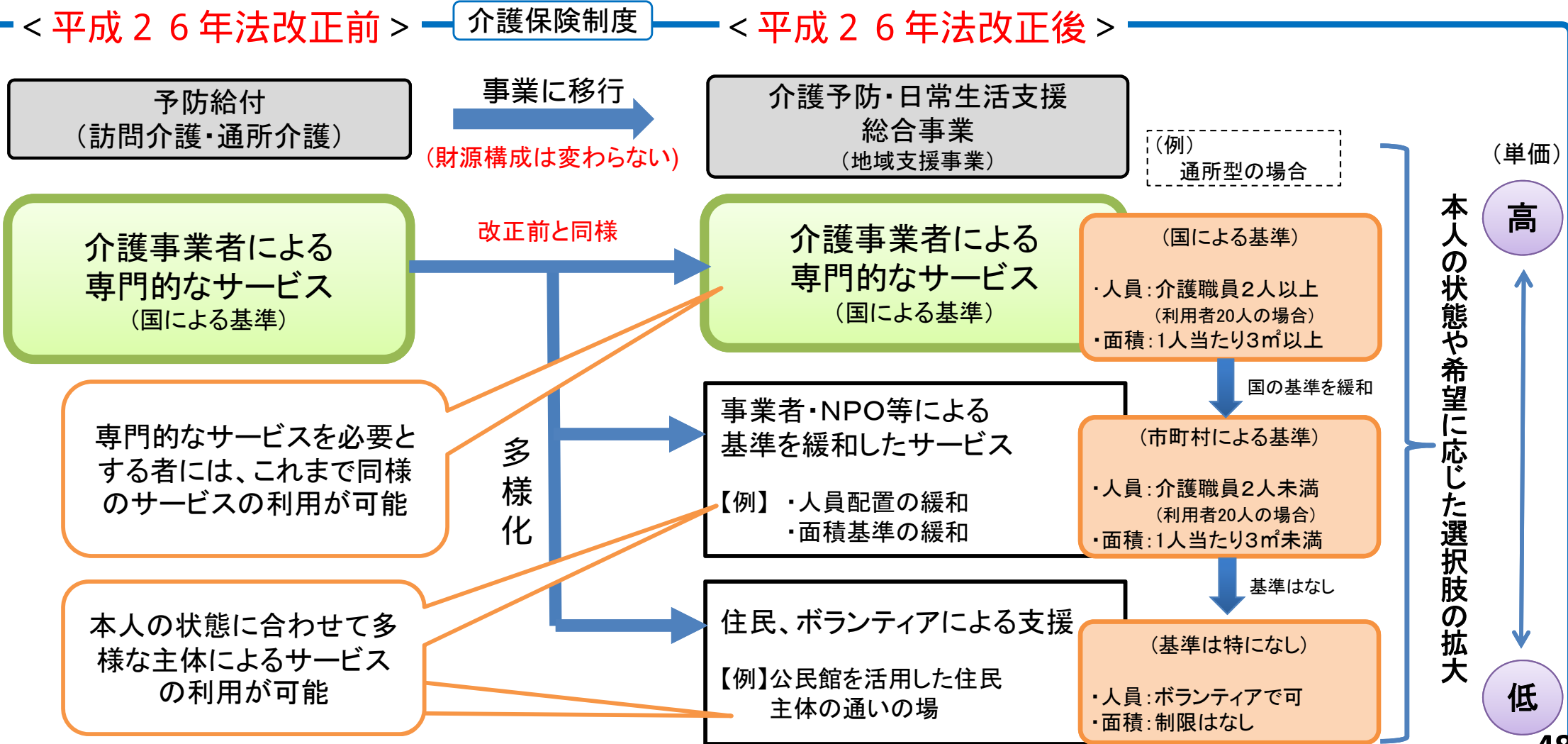
- 対象とするサービス（居宅サービスか、施設サービスか等）
- 評価の視点（ストラクチャ、プロセス、アウトカム、及びそれらの組み合わせ等）
- アウトカム評価を用いる場合の課題
 - インセンティブの趣旨
 - ✓ 個々の「よい結果」への対価を支払うのか（個人単位の評価）
 - ✓ 「よい結果」が期待できる「よいプロセス」へのコストを賄うのか（事業所単位の評価）
 - 用いる指標
 - ✓ 要介護度に加えて、他の指標についても利点・欠点を整理、相互比較。
(特に、いわゆるクリームスキミングの防止については具体的な対策が必要。)
- インセンティブ付与の方法（加算、基準緩和等）

省内の検討を踏まえ、29年4月以降の社会保障審議会介護給付費分科会へ提案、議論

市町村による新しい事業(介護予防・日常生活支援総合事業)における多様なサービス

医療介護提供体制等⑫

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实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。 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。



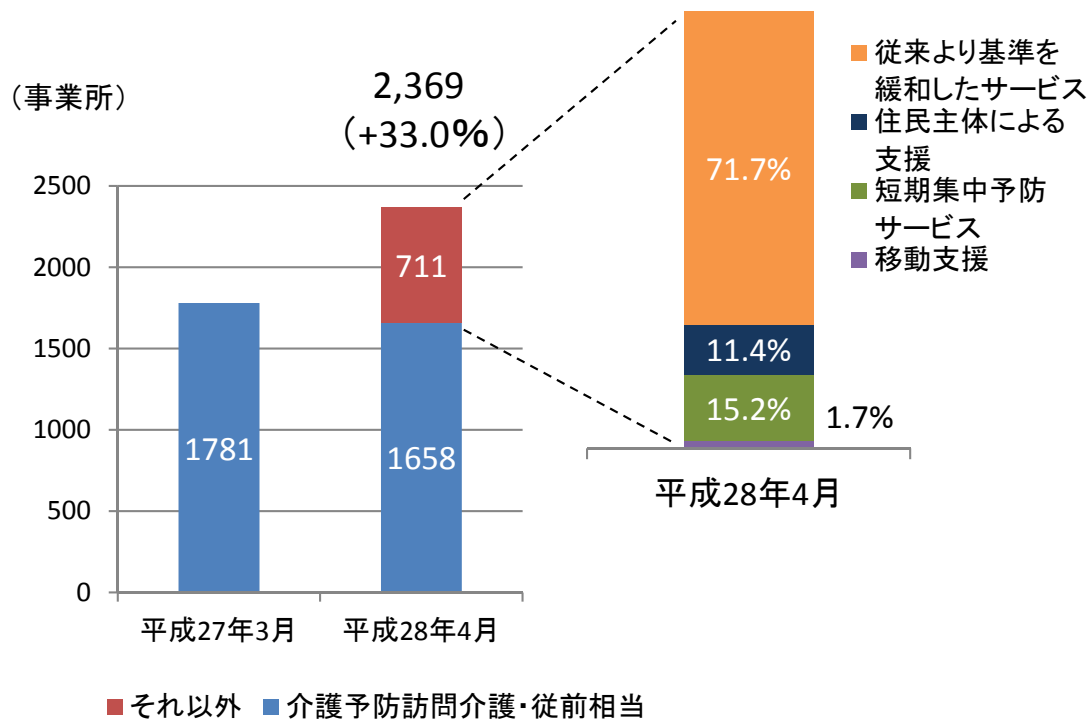
○ 平成28年4月までに516／1579の保険者が総合事業を実施（平成28年7月1日調査）

○ 平成29年4月までに全ての保険者が総合事業を実施する予定

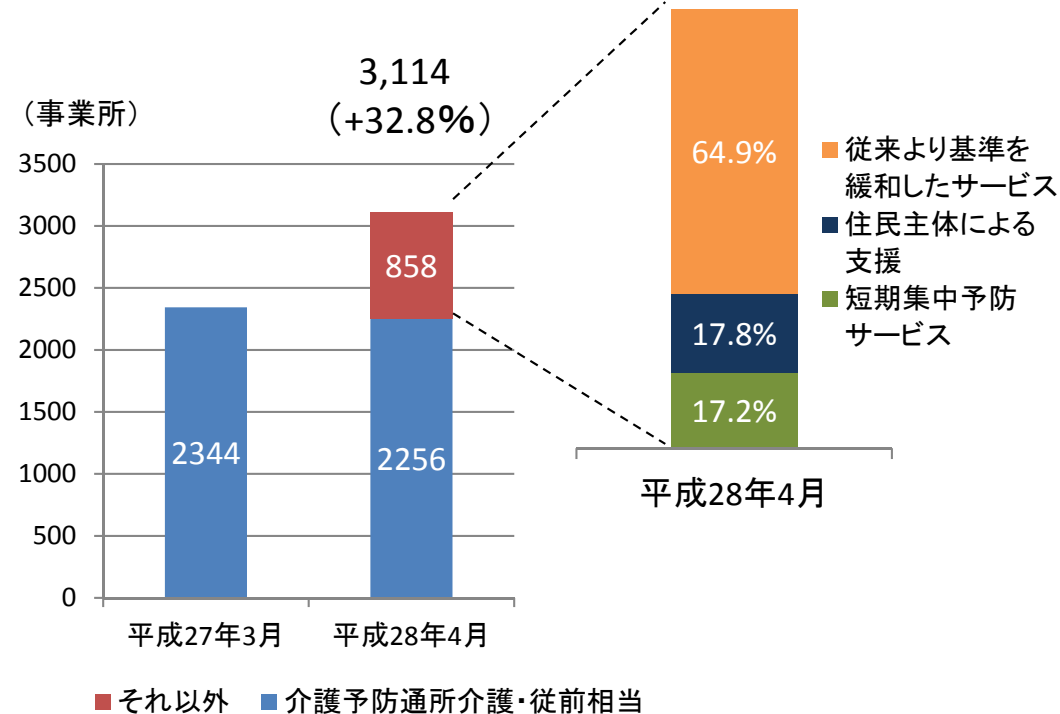
○ サービス別事業所数推移

- ・ 以下は、平成27年4月に総合事業へ移行した78自治体に対し、総合事業等の実施状況について、確認を行った結果をまとめたもの。
- ・ 総合事業の開始から1年間で、従前の介護予防訪問介護・通所介護以外の「多様なサービス」が出現。
- ・ 「多様なサービス」の内訳を見ると、訪問・通所サービスともにサービスA（緩和した基準によるサービス）が最も多い。

訪問サービス



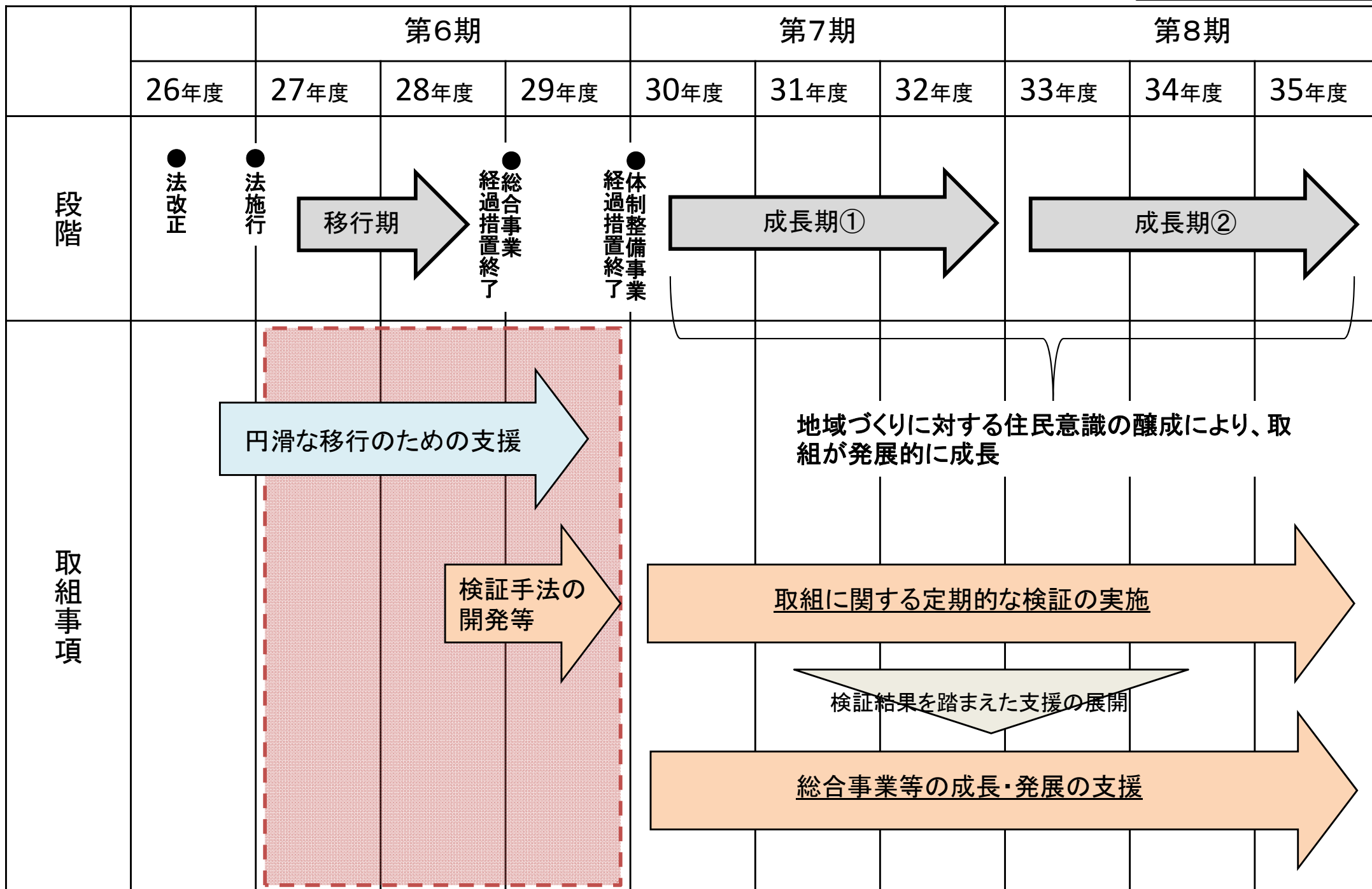
通所サービス



※ 生活支援サービス(配食、見守り等)は、平成28年4月時点で132カ所。

総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)等のロードマップ【第6～8期】(イメージ)

医療介護提供体制等⑫



情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進

平成28年度診療
報酬改定資料

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- ▶ 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- ▶ 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

(新) 検査・画像情報提供加算

(診療情報提供料の加算として評価)

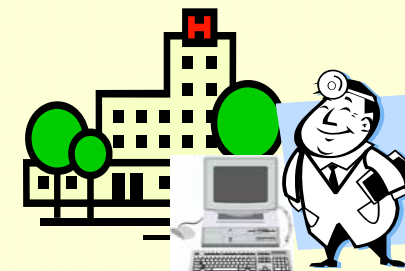
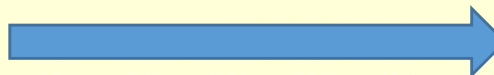
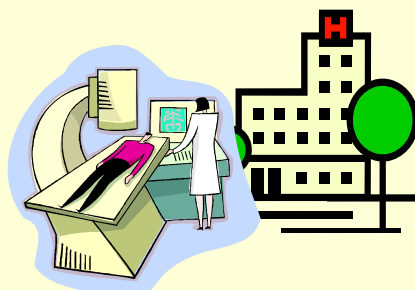
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

(新) 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

【医師と医師(D to D)の場合】

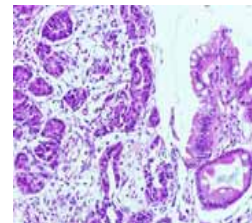
専門的な知識を持って遠隔的に画像診断を行うなど、患者に対する医療サービスが向上している場合を評価。 ※診断等に係る費用は、医療機関間の相互の合議に委ねる

・ 放射線画像の専門医のいる病院への転送

CT等により撮影された画像を他医療機関の専門の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価。

・ 病理画像の病理医のいる病院への転送

患者から採取した標本画像等を他医療機関の専従の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価。

**【医師と患者(D to P)の場合】****・ 電話等による再診**

患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し、電話、テレビ画像等を用いて、適切な指示をした場合に限り、再診料が算定可能。

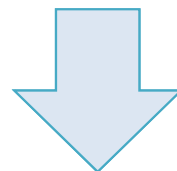
・ 心臓ペースメーカーの遠隔モニタリング

体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った際に、遠隔モニタリング加算が算定可能。



【課題】

- 近年、遠隔診療や遠隔モニタリング等については、専門医のいる病院への放射線画像の転送や心臓ペースメーカーの遠隔モニタリング療養指導・助言に加え、慢性疾患の重症化予防や健康指導・管理といった多様なサービス提供モデルが検討されており、様々な状況で実用化に向けた取り組みが行われている中で、より質が高く適切な医療の提供に資する遠隔診療の診療報酬上の評価の在り方の検討を行う必要がある。



【今後の進め方】

- エビデンスを収集した上で、平成30年度診療報酬改定に向けて、関係審議会において対応を検討していく。

遠隔診療やAIの活用

第6回未来投資会議
構造改革徹底推進会合
厚生労働省提出資料(29.3.9)

これまでの取組

【遠隔診療】

診療報酬上の取扱い

【医師対医師のケース】

・遠隔画像診断

・CT等により撮影された画像を他医療機関の専門の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価。

・遠隔病理診断

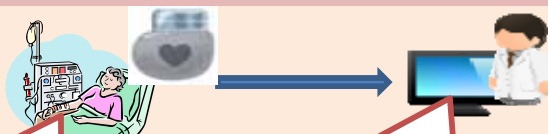
・患者から採取した標本画像等を他医療機関の専従の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価。

【医師対患者のケース】

・電話等（テレビ画像等も含む）による再診

・心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

・在宅患者のペースメーカーから送信されたデータを医師が確認し、指導・管理を行うことが可能。
この場合の指導・管理行為も診療報酬により評価。



在宅患者のペースメーカーから稼働状況を送信。

医師は医療機関において稼働状況を確認。状況に応じて必要な指導を行う。

【AI活用】

人工知能（AI）の研究開発の取組

平成28年度より、臨床研究等ICT基盤構築研究事業及び医療のデジタル革命実現プロジェクト等において、X線や病理診断へのAIの応用や、AIを活用した診療支援システムの開発に関連した研究事業を開始している。

目指すべき姿・課題・今後の進め方

目指すべき姿（例）

< 遠隔診療 >

○モニタリング等を活用し、患者の情報を取得することで、より適切な診療を受けられる。

< AI活用 >

○膨大な科学的知見や、患者の大量の医療情報をAIで把握・分析し、患者へ最適・安全な医療を提供する。

課題・今後の進め方

【遠隔診療】

多様なサービス提供モデルが検討されている中で、より質が高く適切な医療の提供に資する診療について、報酬上の評価の在り方の検討を行う必要がある。

関係審議会での議論を踏まえ、エビデンスを収集した上で診療報酬改定での対応を検討していく。

【AI活用】

AIの活用が想定される領域を特定するとともに、個別のAI技術の研究開発と、それらの製品の安全性・有効性等の確保方策を同時に進めていく必要。

データヘルス改革推進本部の下で、保健医療分野におけるAI活用推進懇談会において開発推進方策と質・安全性確保策を検討し、必要な施策を講じる。

參考資料

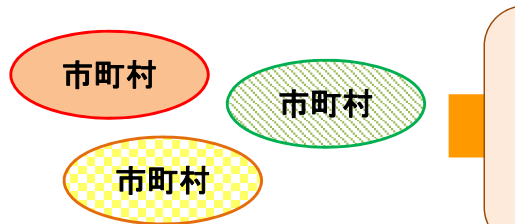
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○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な役割を担い、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

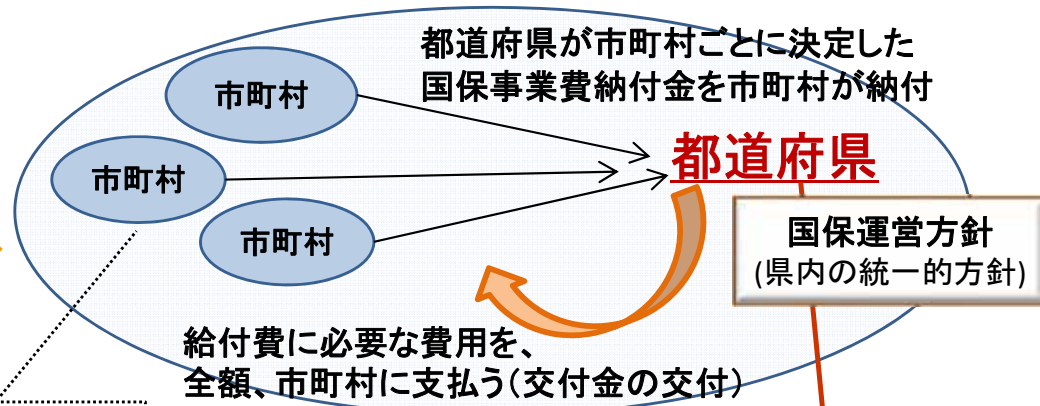
（構造的な課題）

- ・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

【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

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

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

改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

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

第二期医療費適正化計画の進捗状況（平成27年度）

- 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第11条の規定（平成27年5月29日施行の改正規定）により、厚生労働省は平成27年度より毎年度、全国医療費適正化計画の進捗状況の公表を行うこととされている。
- 第二期医療費適正化計画では、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率、平均在院日数に関する数値目標と、医療費の見通しについて定めており、これらの直近の進捗状況を報告する。

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成29年度 （目標値）
特定健康診査の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%	47.6%	48.6%	70%
特定保健指導の実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%	17.7%	17.8%	45%
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	-	-	-	2.12%	3.09%	3.47%	3.18%	25%
医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮（※1）	31.6日	31.3日	30.7日	30.4日	29.7日	29.2日	28.6日	28.6日
実績医療費（※2）	34兆8,084億円	36兆67億円	37兆4,202億円	38兆5,850億円	39兆2,117億円	40兆610億円	40兆8,071億円	- （※3）

【出典】

（※1）平均在院日数の出典は病院報告（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）であるが、年度単位ではなく年単位の統計のため、表中「平成〇年度」を「平成〇年」と読み替える。

（※2）実績医療費は国民医療費（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）を用いている。

（※3）計画期間における医療費の見通しを示している46都道府県の医療費の見通しを機械的に足し上げると、特定健診等の推進や平均在院日数の短縮等がなされた場合の医療費は約45.6兆円となっている。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況①

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率（％）		特定保健指導の実施率（％）		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（％）		平均在院日数（日）		
	平成25年度	目標	平成25年度	目標	平成25年度	目標	平成25年	平成26年	目標
北海道	36.4	69.0	13.2	45.0	2.30	25.0	33.3	32.5	33.0
青森県	40.7	68.0	22.9	45.0	0.91	25.0	31.1	30.1	31.5
岩手県	47.1	70.0	14.8	45.0	6.10		32.0	31.1	30.0
宮城県	54.5	70.0	16.0	45.0	4.30	25.0	26.2	26.2	26.4
秋田県	41.6	70.0	23.1	45.0	3.70	6.3	32.1	31.3	31.1
山形県	54.8	70.0	23.3	45.0	10.60	25.0	28.2	28.0	28.6
福島県	46.6	70.0	21.5	45.0	0.45	25.0	30.5	30.1	30.4
茨城県	46.2	70.0	18.6	45.0	6.70	25.0	28.7	28.0	29.5
栃木県	44.7	70.0	19.1	45.0	-0.20	25.0	31.1	30.3	29.2
群馬県	46.3	70.0	15.3	35.0	-0.70	25.0	28.1	27.8	28.7
埼玉県	45.8	70.0	15.4	45.0	3.20	25.0	30.1	29.2	30.8
千葉県	48.3	70.0	16.5	45.0	0.60	25.0	26.6	26.1	27.8
東京都	65.5		14.7		3.29		22.4	22.1	
神奈川県	45.9	70.0	13.0	45.0	1.50	25.0	22.7	22.2	23.7
新潟県	52.7	70.0	19.2	45.0	4.14	25.0	32.5	32.1	
富山県	53.8	70.0	21.7	45.0	-2.88	25.0	30.9	30.6	30.4
石川県	51.5	70.0	24.6	45.0	4.78	25.0	34.5	33.9	
福井県	45.4	70.0	23.4	45.0	-5.40	25.0	29.4	28.8	28.1
山梨県	51.6	70.0	23.3	45.0	1.00	25.0	30.3	30.0	28.4
長野県	51.3	70.0	27.8	45.0	4.99	25.0	23.7	23.4	(H23より減少)
岐阜県	46.4	70.0	24.0	45.0	8.00	25.0	25.1	24.7	25.4
静岡県	49.3	70.0	18.0	45.0	7.10	25.0	27.5	27.1	27.9
愛知県	49.6	70.0	18.7	45.0	1.60	25.0	24.7	24.2	24.6
三重県	50.2	70.0	18.6	45.0	1.39	25.0	29.5	28.9	

※ 数字の記載のないものは、現時点で都道府県において公表がされていないため。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況②

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率（％）		特定保健指導の実施率（％）		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（％）		平均在院日数（日）		
	平成25年度	目標	平成25年度	目標	平成25年度	目標	平成25年	平成26年	目標
滋賀県	47.9	70.0	19.3	45.0	-1.20	25.0	26.1	25.9	26.7
京都府	43.6	70.0	15.7	45.0	-1.50	25.0	31.2	30.2	
大阪府	41.0	70.0	11.8	45.0	4.30	25.0	28.9	27.9	28.5
兵庫県	42.3	70.0	15.9	45.0	4.50	25.0	27.3	26.7	25.0
奈良県	37.5	65.0	16.4	45.0	0.10	25.0	26.9	26.2	引き続き減少
和歌山県	39.2	70.0	21.9	45.0	1.00	25.0	30.3	29.6	30.2
鳥取県	42.4	70.0	22.0	45.0			29.9	29.9	
島根県	47.4	70.0	21.8	45.0	-0.2	(25.0)	31.1	30.2	
岡山県	39.5	70.0	18.2	45.0	4.10	25.0	28.7	28.1	27.4
広島県	41.4	65.0	21.5	45.0	-6.00	25.0	33.7	32.8	
山口県	38.5	70.0	20.1	45.0	-0.30	25.0	40.5	39.9	40.9
徳島県	43.5	70.0	31.2	45.0	5.02	13.0	38.8	38.0	36.5
香川県	46.8	80.0	28.3	60.0	-1.80	25.0	28.9	28.2	29.6
愛媛県	39.8	70.0	21.2	45.0	3.10	25.0	34.5	33.6	
高知県	42.9	65.0	15.5	45.0	3.10	25.0	43.6	42.9	43.1
福岡県	42.3	70.0	18.6	45.0	-1.29	25.0	35.5	34.6	35.1
佐賀県	42.5	70.0	28.7	45.0	0.12	25.0	42.2	41.6	39.5
長崎県									
熊本県	42.9	70.0	28.9	45.0	1.39	25.0	40.2	39.5	36.3
大分県	48.4	70.0	27.5	45.0	4.51	10.0	33.6	33.0	31.6
宮崎県	40.1	70.0	24.6	45.0	-3.59		37.8	37.1	33.5
鹿児島県	45.2	65.0	25.7	45.0	1.91	25.0	43.8	43.3	41.5
沖縄県	45.3	70.0	33.9	45.0	-0.20	25.0	31.0	30.4	28.5

※ 数字の記載のないものは、現時点で都道府県において公表がされていないため。

保険者協議会について

改正の内容

- 平成27年の医療保険制度改革において、高齢者の医療の確保に関する法律を改正し、医療費適正化計画について以下のとおり見直しを行うこととした。
 - ・ 都道府県が医療費適正化計画を作成又は変更する際には、あらかじめ、保険者協議会に協議しなければならないこととする。
 - ・ 都道府県が医療費適正化計画の作成や施策の実施に関して、保険者等に必要な協力を求める場合は、保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

改正後の条文

- 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)(抄)

(都道府県医療費適正化計画)

第九条

- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村(第一百五十七条の二第一項の保険者協議会(以下この項及び第十項において「保険者協議会」という。))が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会)に協議しなければならない。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。
- 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

施行日

平成28年4月1日施行