



経済・財政一体改革推進委員会  
第18回 社会保障ワーキング・グループ

# 医療介護提供体制等

平成29年3月22日  
厚生労働省

## 医療介護提供体制等

### < 地域医療構想や地域連携の実現に向けた取組 >

#### 地域医療構想の推進

- (1) 地域医療構想の実現に向けた国、都道府県のガバナンス強化に関し、地域医療構想調整会議の議論の進め方、病床の転換等に向け実効性のある措置や財政面や診療報酬による対応等。
  - 各都道府県の地域医療構想会議への支援策
  - 医療法の規定の活用に関する具体的な考え方等（知事の指示、要請等）
  - 地域医療介護総合確保基金の効果的な活用（現在の執行状況と課題）
  - 診療報酬による対応
- (2) 慢性期の見直しに係る在宅医療等の新たなサービスの需要量と整合性のある受け皿の確保。在宅医療の充実をはじめ、市町村における地域包括ケアシステムの構築に対する支援策。

#### 病床機能報告

- (1) 定量的基準の検討等、病床機能報告の定義の更なる明確化についての検討状況。
- (2) 病床機能報告等による進捗把握、これを基礎にした提供体制の整備（適正化）へのインセンティブとして保険者努力支援制度や国保等調整交付金の活用方策。

#### かかりつけ医の普及方策等

- ・ かかりつけ医の普及を進める方策及び病院外来受診等の負担の在り方。

#### 医療従事者の需給対策

- ・ 地域偏在・診療科偏在の是正など医師・看護職員等の需給に係る対策の検討状況。

## < 医療費適正化に向けた取組 >

### 医療費適正化計画の実効性確保

- (1) 医療費適正化基本方針に追加する外来医療費の適正化に関する具体的取組。入院医療費については、地域医療構想の実現をはじめ政策的手段を駆使した取組。
- (2) 高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策。

## < 平成30年度改定に向けた診療報酬の課題等 >

### 診療報酬改定の影響検証、課題等

- (1) 医療機関、在宅医療等の地域連携強化に向けたこれまでの改定の狙いと影響、課題等。
- (2) 平成30年度改定に向けた検討課題と検討スケジュール。

### 地域医療構想の実現に向けた診療報酬

- (1) 7：1入院基本料など機能に応じた病床の適切な評価のあり方。
- (2) 慢性期病床の地域差是正に向けて療養病床の入院患者の重症度を適切に評価するなど、診療報酬上の更なる対応。
- (3) 医療療養病床、介護療養病床の見直し、新施設等の検討内容とそれに合わせた診療報酬・介護報酬。

### 費用対効果評価等

- ・ 患者にとっての医療価値を実現するための改定の在り方、アウトカムに基づく評価、費用対効果評価に向けての検討状況。

## < 介護保険制度における課題と取組 >

### 介護報酬改定

- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた実効性のある方策や生活援助を中心とした訪問介護、通所介護等の見直しなど、平成30年度介護報酬改定に向けた検討状況。

### 保険者機能、インセンティブ

- (1) 保険者機能の強化とインセンティブについて、制度改正等の取組状況。
- (2) 自立支援等に対する介護事業者へのインセンティブについて、介護報酬改定での対応方策についての検討状況。

### 介護保険事業計画

- ・ 地域医療構想、医療計画との整合性を踏まえた、介護保険事業計画の策定方針についての検討状況。

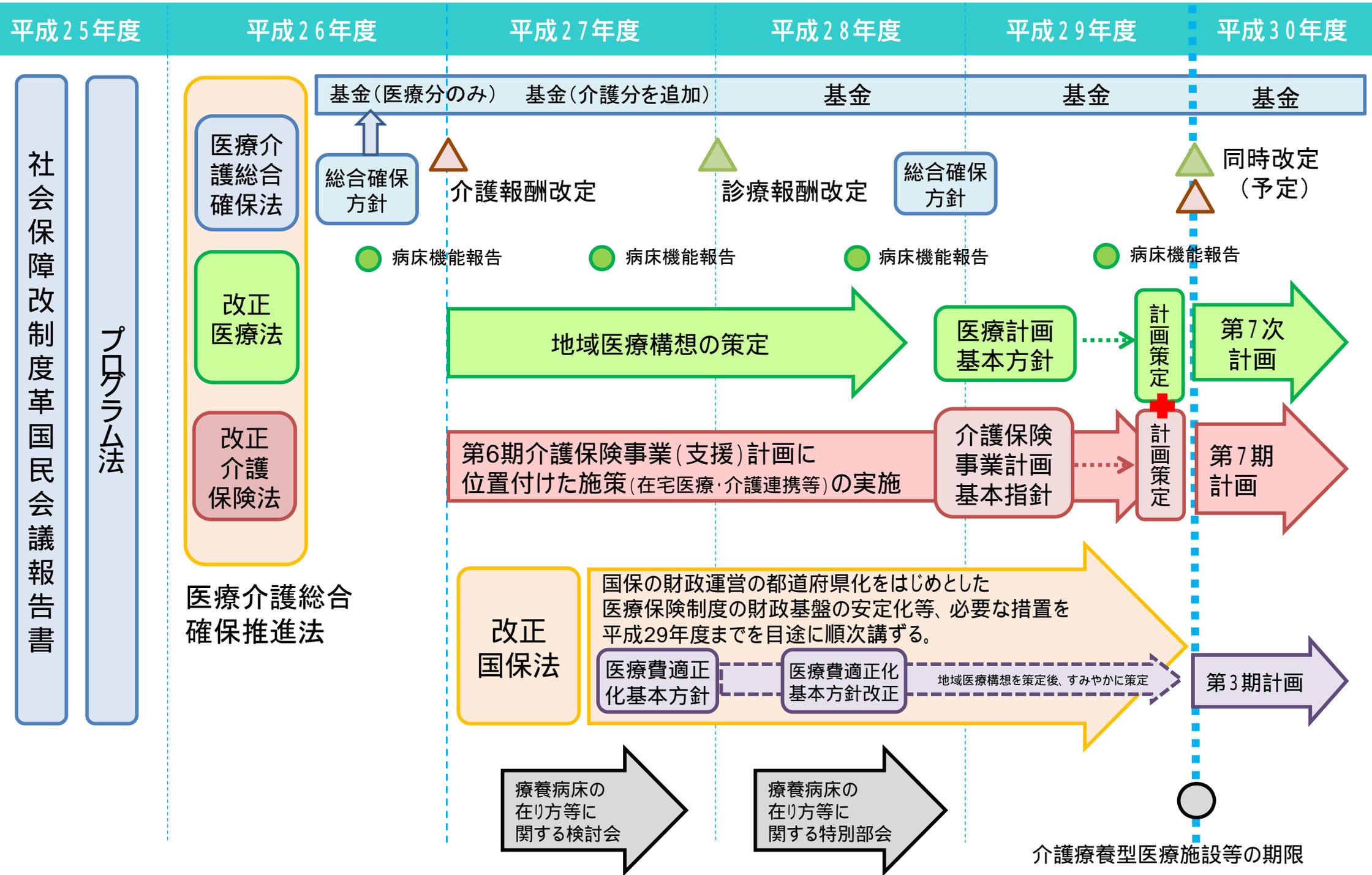
### 地域支援事業への移行

- ・ 介護予防訪問介護等について地域支援事業への移行状況等。

## ICTの活用

地域情報ネットワーク、遠隔医療等の進展の踏まえた診療報酬上の評価の在り方

# 医療と介護の一体改革に係る主な取組のイメージ



社会保障改制度革国民会議報告書

プログラム法

医療介護総合確保推進法

介護療養型医療施設等の期限

# 地域医療構想の策定状況について

● 地域医療構想は、29年1月末で39都道府県が策定済み。年度内に全ての都道府県で策定予定。

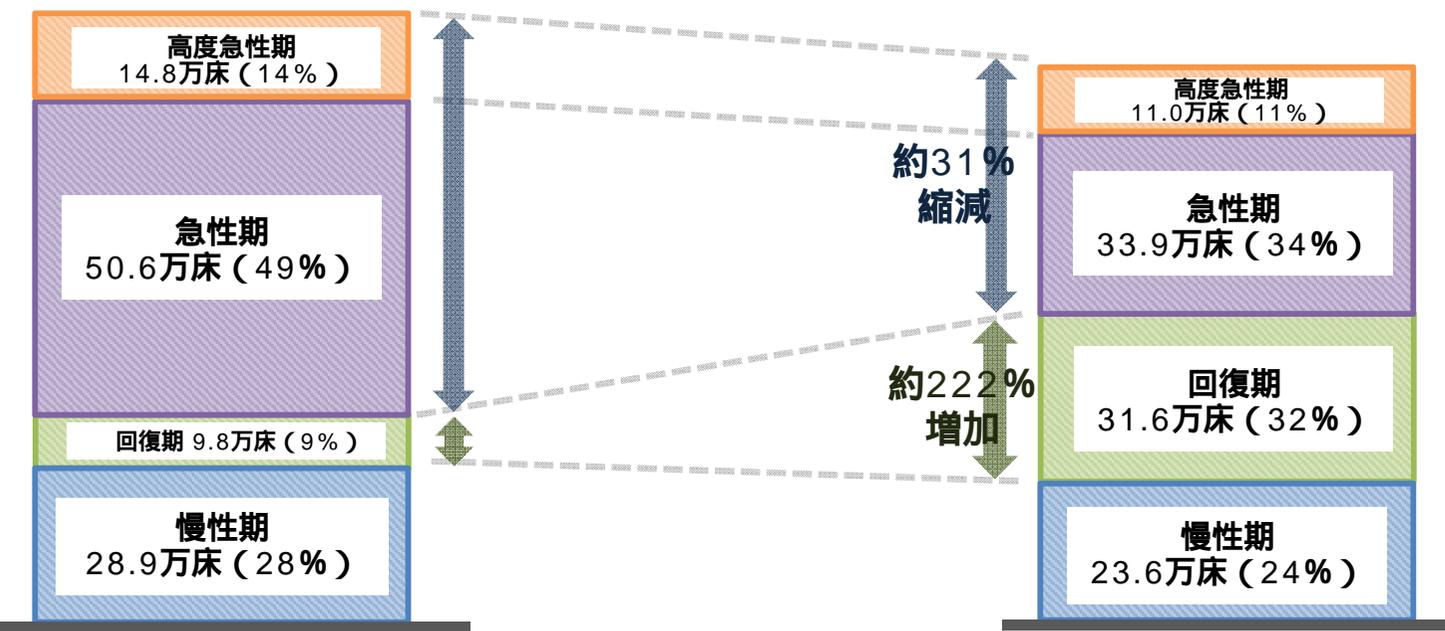
平成28年度中に策定：8府県  
新潟・富山・長野・三重・京都・福岡・熊本・沖縄



## 39都道府県の病床機能報告・地域医療構想の病床比較

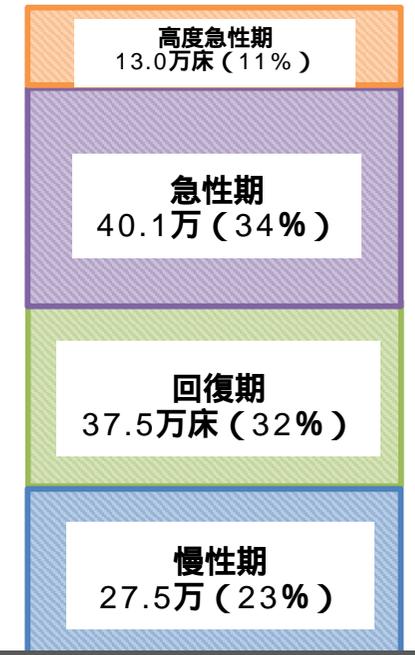
【足元の病床機能報告】  
合計 106.5万床

【2025年の病床必要量】  
合計 100.1万床



### 【参考】

【2025年の全国推計】  
合計118.1万床



内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」資料(パターンB)

# 地域医療構想の実現プロセス

1. まず、**医療機関が「地域医療構想調整会議」**で協議を行い、機能分化・連携を進める。  
都道府県は、**地域医療介護総合確保基金**を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた**都道府県知事の役割**を適切に発揮。

## STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

## STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。



では、**将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合**

## STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

**都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。**

### 【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

## 医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

### 地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

### 調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

→ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

## 新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

### <津軽構想区域>

#### 新たな中核病院



- 国立病院機構弘前病院 (342床)
- 弘前市立病院(250床)

**統合し、新たな中核病院を整備**

- 救命救急センター
- 臨床研修指定病院
- 地域災害拠点病院
- 地域周産期母子医療センター
- 地域医療支援病院 等

#### 黒石病院 (機能分化、病床削減)



回復期機能へ

#### 板柳中央病院 (機能分化)



回復期、慢性期機能へ

#### 大鰐病院 (機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

- 黒石病院(257床)
- 大鰐病院(60床)
- 板柳中央病院(87床)
- その他の中小病院

**病床規模の縮小や回復期・慢性期機能へ転換**

# 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル(イメージ)

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
国	全ての都道府県で構想策定完了予定	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(前期)</li> <li>データブック配布及び説明会</li> <li>基金に関するヒアリング</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(中期)</li> <li>地域医療構想の取組状況の把握</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(後期)</li> <li>病床機能報告の実施</li> </ul>					
		▽ : 国から都道府県へ進捗確認		▽			▽			▽				▽
都道府県全体		(平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始)												
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</b></li> <li>県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示</li> </ul>												
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理(国において全国状況を整理)</li> <li>●<b>地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供</b>(議事録の公開、説明会等)</li> </ul>												
調整会議		<b>1回目</b>			<b>2回目</b>			<b>3回目</b>			<b>4回目</b>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認</b></li> <li>各医療機関の役割の明確化</li> <li>各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用</li> <li>不足する医療機能の確認</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論</b></li> <li>地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す</li> <li>病床機能報告に向けて方向性を確認</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う</li> </ul>			

# 都道府県知事の権限の行使の流れ

## 【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ①都道府県知事への理由書提出
- ②調整会議での協議への参加
- ③都道府県医療審議会での理由等説明

応答の  
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

## 【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

**不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与**

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

## 【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合  
(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合  
(公的医療機関等)

命令・指示・勧告に従わない

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項  
及び第4項

○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

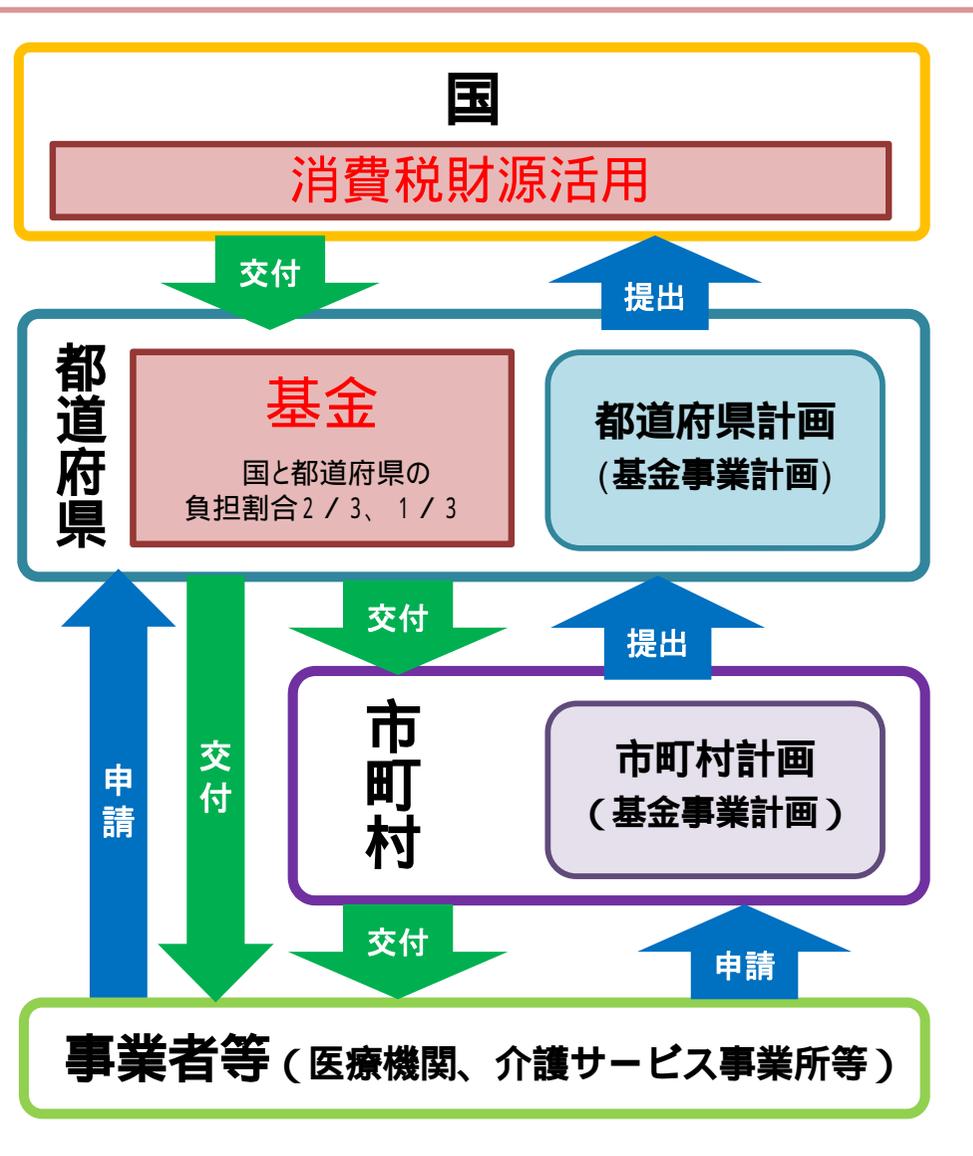
※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

# 地域医療介護総合確保基金

医療介護提供体制等①(1)

平成29年度政府予算案:公費で1,628億円  
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 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、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(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

# 地域医療介護総合確保基金(医療分)の交付状況等について

## 交付決定の状況

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
交付決定日	平成26年11月19日	平成28年1月6日	平成28年11月22日
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	174億円	454億円	458億円
②居宅等における医療の提供に関する事業	206億円	65億円	47億円
③医療従事者の確保に関する事業	524億円	385億円	399億円
合 計	904億円	904億円	904億円

(参考)

第186回通常国会において成立した医療介護総合確保法では、厚生労働大臣は「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(以下「総合確保方針」という。)を定めなければならない。」と規定しており、これに基づき、平成26年9月12日に総合確保方針が告示され、基金を充てて実施する事業の範囲として、

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

が定められており、医療分としては1, 2及び4を実施。

## 平成26年度に交付した基金を活用した事業の実施状況

26年度に交付した904億円について、26年度及び27年度分の実施計画額633億円(総額の70.0%)に対して、27年度末までの執行額は594億円。

	(計画時)	(執行額、率)
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	93億円	82億円(88.2%)
② 居宅等における医療の提供に関する事業	100億円	87億円(87.0%)
③ 医療従事者の確保に関する事業	440億円	425億円(96.6%)
<b>合計</b>	<b>633億円</b>	<b>594億円(93.8%)</b>

## 平成27年度に交付した基金を活用した事業の実施状況

27年度に交付した904億円のうち、27年度分の実施計画額479億円(総額の53.0%)に対して、27年度末までの執行額は419億円。

	(計画時)	(執行額、率)
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	121億円	78億円(64.5%)
② 居宅等における医療の提供に関する事業	41億円	34億円(82.9%)
③ 医療従事者の確保に関する事業	317億円	307億円(96.8%)
<b>合計</b>	<b>479億円</b>	<b>419億円(87.5%)</b>

# 病床の機能分化・連携に向けた地域医療介護総合確保基金の重点配分（案）

（医療分の事業区分）

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

（配分方針）

地域医療構想調整会議の議論の結果を踏まえて、**具体的な整備計画を策定している都道府県**に対して**重点的に配分**

**地域の実情に応じた配分**

※ II 及び III の事業を含めた全体の配分についても、整備計画の策定状況を踏まえたメリハリをつけた配分を行うことを検討

- 先行的に在宅医療等の整備を進めていかないと、退院後の在宅移行の受け皿ができず、かえって病床の機能分化・連携が進まない
- II 及び III の事業には、地域医療支援センターの運営費や看護師養成所の運営費・整備費、病院内保育所の運営費等（※）の継続的な実施が必要な事業も含まれている

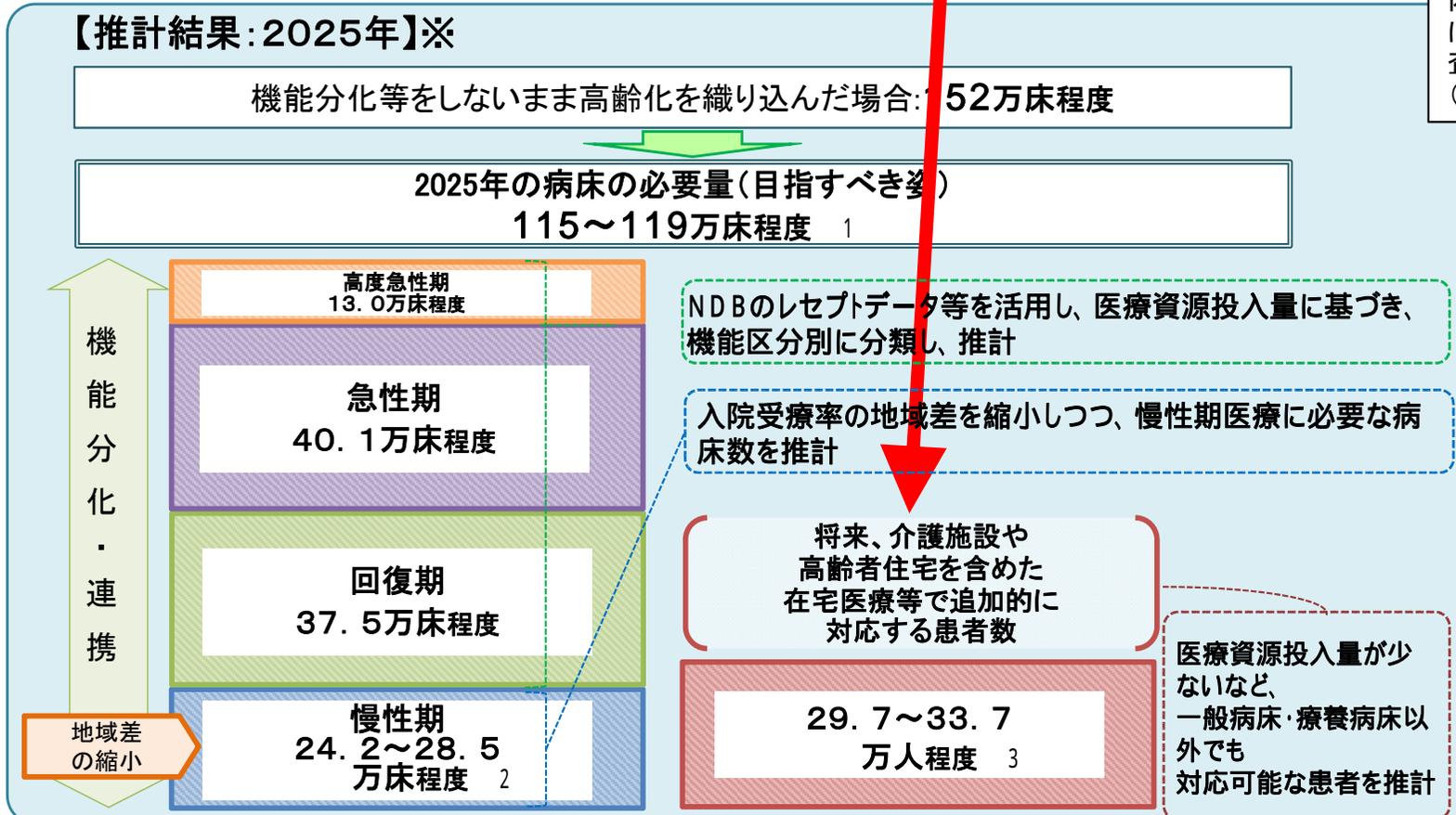
※ これらの事業は、基金創設前より国庫補助で実施

「経済財政運営と改革の基本方針2016」(平成28年6月2日)抄

地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する。



## 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果※

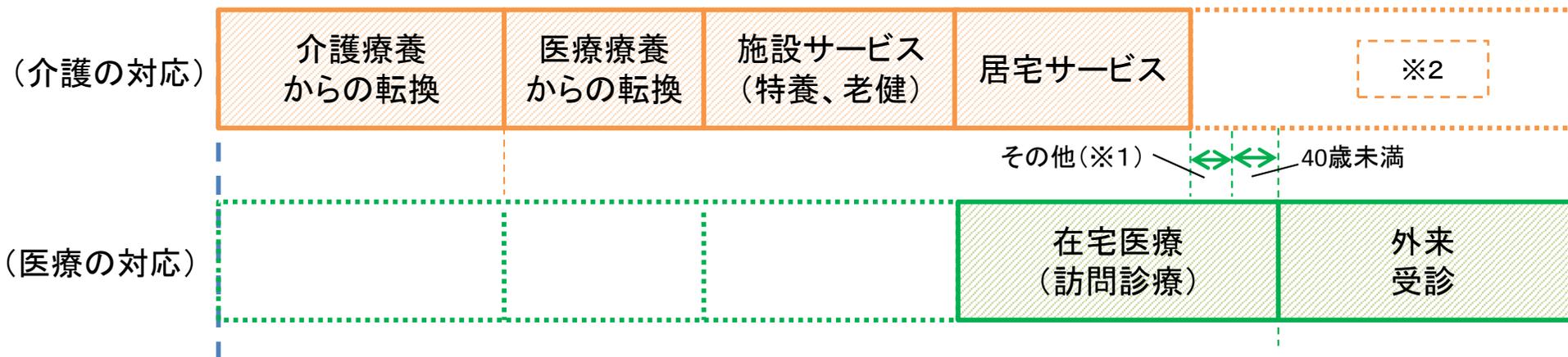
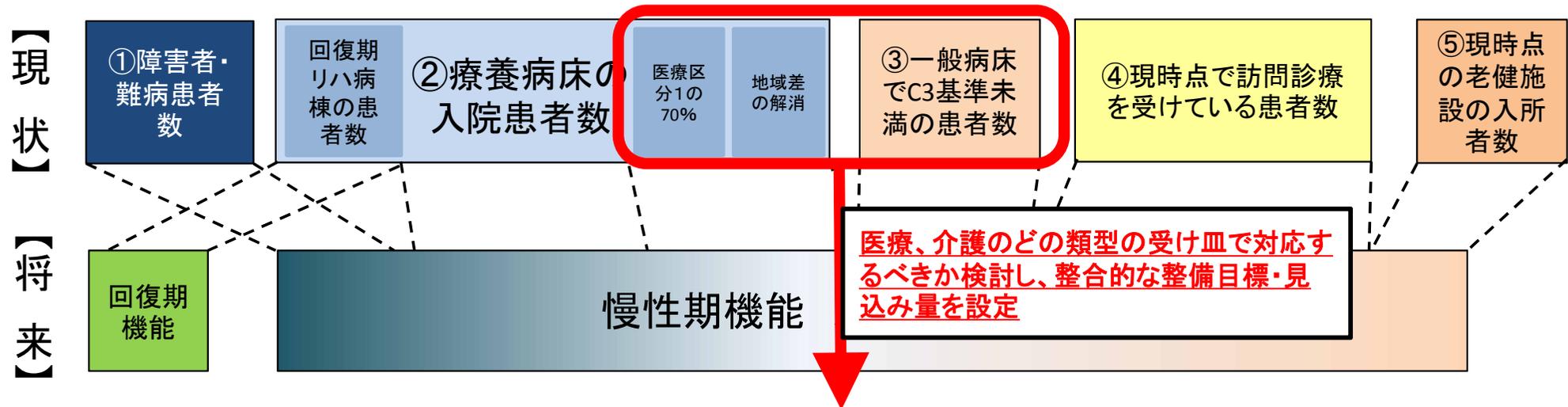


内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告(H27.6.15)資料(抜粋)一部改変

※地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の過程を置いて推計したもの。実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある。

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

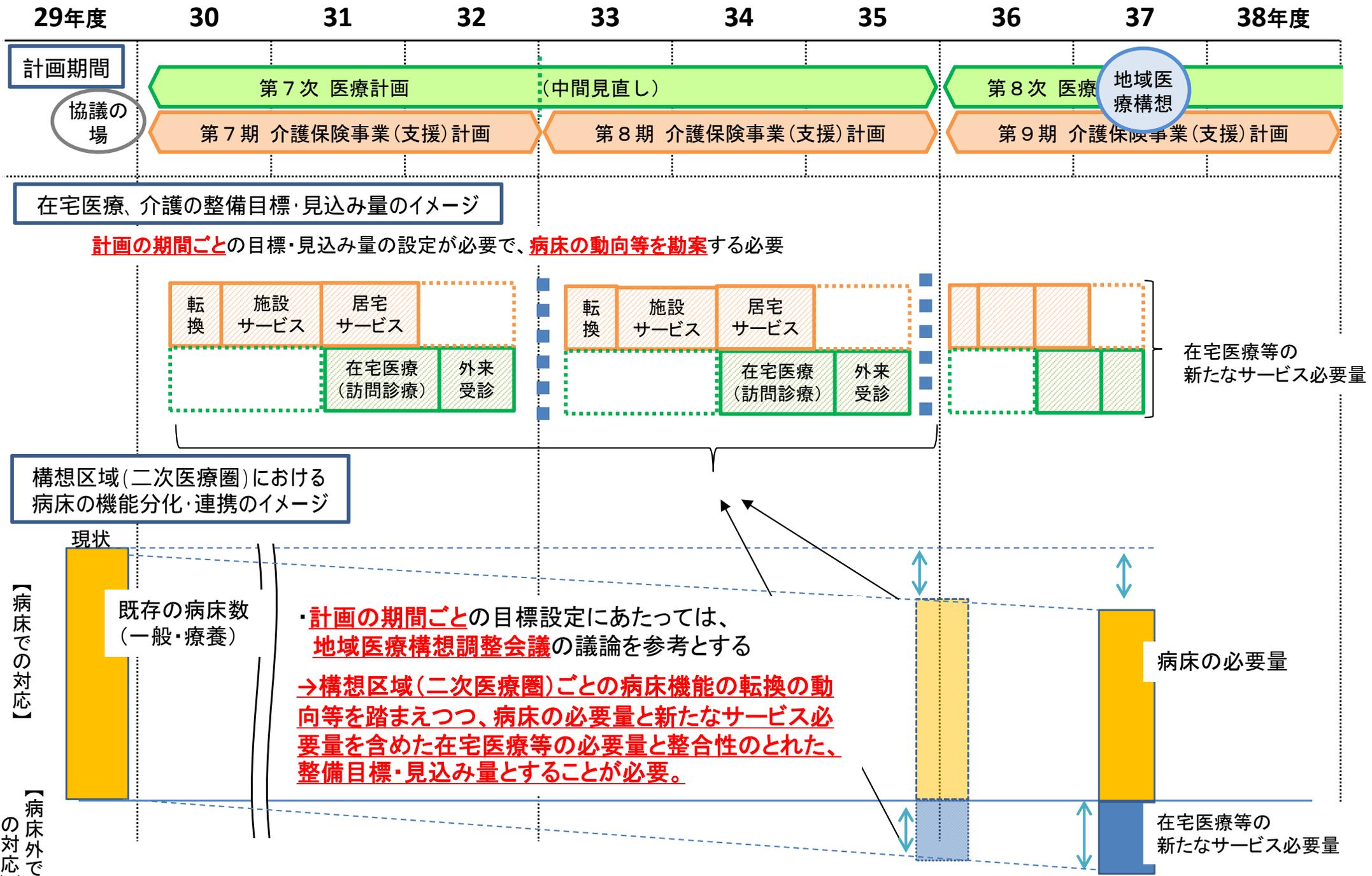
都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。



(※1) その他: 介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

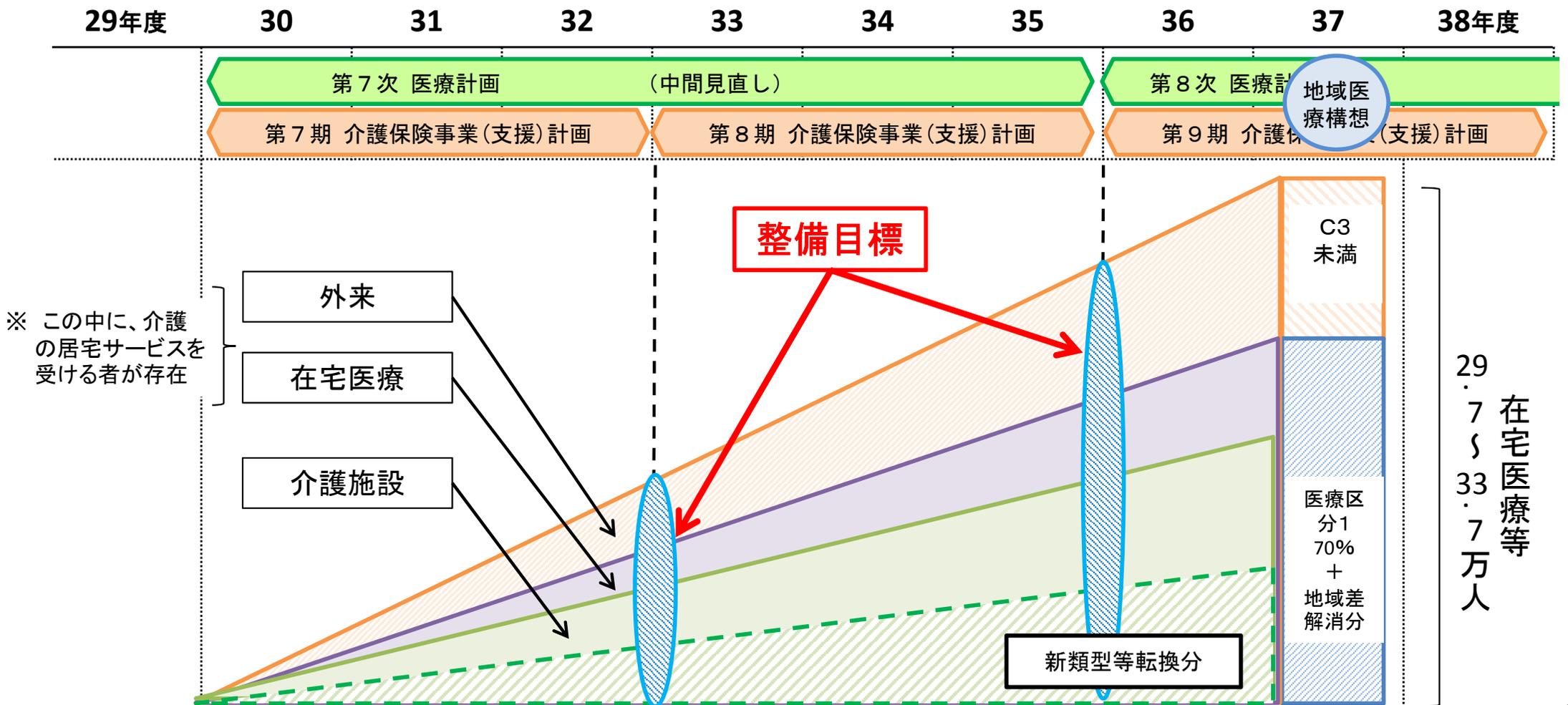
# 統合的な整備目標・見込み量のイメージ



# 次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

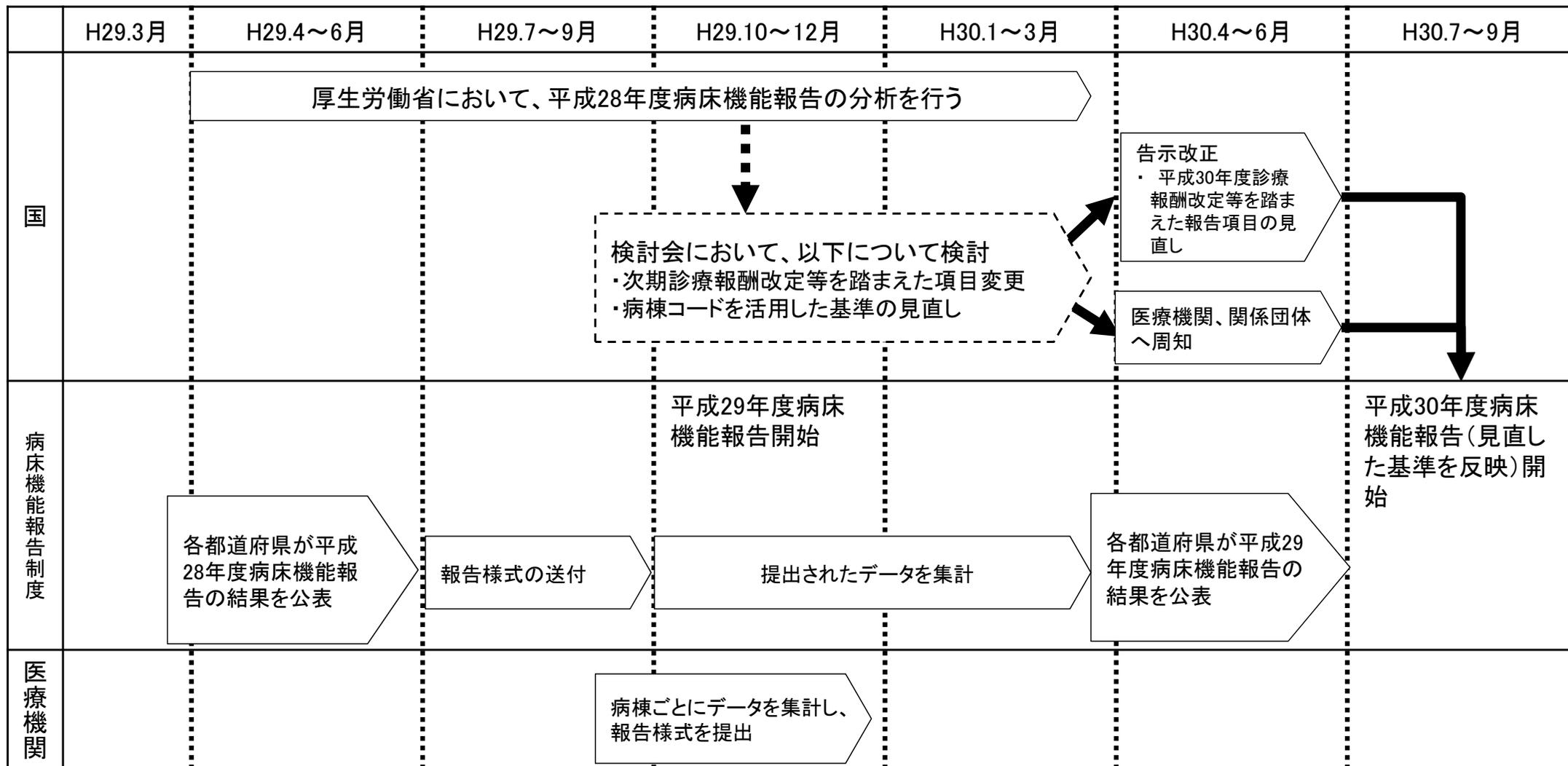
医療介護提供体制等①(2)・⑪

- 在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計。
- これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等に対応するものについては、外来医療等に対応することが考えられる。
- 対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、統合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。



# 平成29年度以降の病床機能報告に関するスケジュールについて(案)

医療介護提供体制等②



# 病床機能報告結果の各種施策への反映

## 病床機能報告制度の概要

- 医療機関は、毎年、病棟単位で、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期のいずれかの医療機能について「現状(7月1日現在)」と「今後の方向(6年後)」を各都道府県へ報告。
- 都道府県は病床機能報告の結果を基に、地域における病床機能分化・連携の進捗管理を実施。
- 平成28年度からは、レセプトデータを活用する医療の内容に関する項目について、病棟ごとに把握が可能となった。

## ■ 把握可能な項目

病床機能報告においては、主に以下の内容を病棟単位で把握可能。

- ・医療機能ごとの病床数
- ・今後(6年後)の医療機能転換の予定
- ・看護師等医療従事者の配置状況
- ・入院患者が算定する入院基本料、実施された手術等の医療行為
- ・非稼働病床数(7月1日時点において、過去一年間一度も患者を収容しなかった病床)

## 病床機能報告制度と各種施策の関連等

地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期～回復期については、<u>人員配置、診療内容に基づいて、地域で担うべき政策医療ごとの医療機能について議論。</u></li> <li>・慢性期については、療養病床を有する病棟の入院患者の状況等から療養病床、在宅医療及び介護施設等への機能転換を検討</li> </ul>
地域医療介護総合確保基金(医療分)の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各医療機関の急性期から回復期等への医療機能転換の予定を踏まえ、整備対象となる医療機関名や医療機能ごとの病床数について、地域医療構想調整会議において議論し、その上で決定した具体的な整備計画について、<u>基金の活用を検討</u></li> <li>・特に<u>医療機能分化・連携に係るものへ重点的な配分を検討</u></li> </ul>
知事権限の行使(非稼働病床)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各医療機関の非稼働病床の保有状況が、地域の医療提供体制上、合理的な理由があるかどうかを確認</li> <li>・<u>合理的な理由があると認められない場合は、権限行使を視野に入れた対応</u></li> </ul>
国民健康保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の効率的な提供の推進に向けた保険者努力支援制度等の活用について検討</li> </ul>

## 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

- 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。



# かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担

## 社会保障審議会医療保険部会における「議論の整理」（平成28年12月20日）

（かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担）

外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、

- ・ 診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に対する初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する
  - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする
- 等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的にやっていくことが重要である。

平成28年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等も盛り込まれている。また、平成27年度国保法等改正において、平成28年4月から大病院の責務として、紹介状をなしで受診する患者から、診療報酬に上乘せさせる形で、一定額以上の定額負担（選定療養）を徴収することとした。

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、改革工程表において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされている。

これを踏まえ、当部会においては、「かかりつけ医」以外の者に受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、

定額負担を求めることについて、どう考えるか

定額負担を求める範囲（かかりつけ医以外）について、どう考えるか。

等の各論点について議論を行った。

かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

- ◆ 新たな時代にふさわしい医療提供体制の構築に向けた道筋を描き、基本哲学となる保健医療・介護のビジョンの確立に向け、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」を平成28年10月に設置
- ◆ 日本の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きな変化に直面。こうした変化を踏まえ、従来からの発想や手法を超えて、「我が国が目指す新たな医療の在り方」と、この在り方を踏まえた「医師・看護師等の新しい働き方・確保の在り方」を検討

## 構成員

◎：座長

井元 清哉	東京大学医科学研究所ヘルスインテリジェンスセンター教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
熊谷 雅美	恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長
◎ 渋谷 健司	東京大学大学院 医学系研究科国際保健政策学教室教授
庄子 育子	日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員
鈴木 英敬	三重県知事
永井 康德	医療法人ゆうの森理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
星 北斗	公益財団法人 星総合病院理事長
堀田 聰子	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授
丸山 泉	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長
山内 英子	聖路加国際病院 乳腺外科部長・ブレストセンター長

## 本検討会に期待される成果

- ◆ 今後の医療の在り方、これを踏まえた医療従事者の働き方に関する「基本哲学」、これからの医療政策の「背骨」となるもの
- ◆ 新たな時代にふさわしい医療・介護従事者の需給推計の在り方の起点
- ◆ 医療・介護従事者の確保の具体的な方策などに つながるもの

## 検討のスケジュール

- ◆ 10/ 3 第1回 自由討議
- ◆ 10/25 第2回 今後の検討の全体構造を討議
- ◆ 11/15 第3回 構成員からのプレゼン
- ◆ 11/24 第4回 構成員からのプレゼン
- ◆ 12/ 5 第5回 中間的な議論の整理に向けた議論①
- ◆ 12/19 第6回 中間的な議論の整理に向けた議論②
- ◆ 12/22 第7回 中間的な議論の整理
- ◆ 1/16 第8回 関係団体等からのヒアリング①
- ◆ 1/26 第9回 関係団体等からのヒアリング②
- ◆ 2/ 6 第10回 構成員からのプレゼン
- ◆ 2/20 第11回 ヒアリング、構成員からのプレゼン
- ◆ 2/28 第12回 ヒアリング、構成員からのプレゼン
- ◆ 3/ 6 第13回 自由討議
- ◆ 医師の働き方・勤務状況に関する全国的な調査研究も実施し、議論に提供。（研究班代表者：井元構成員）
- ◆ この調査結果も踏まえ、本年度中を目途にとりまとめ予定。

- ◆ 現在の医師の勤務実態や、働き方の意向・キャリア意識を正しく把握することを目的に、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を実施。
- ◆ 調査結果を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の議論に反映させるとともに、医師の需給に関するより精緻な推計を実施予定。

## 調査対象

- ◆ 全国の医療施設に勤務する医師(病床規模等により層化無作為抽出した医療施設に勤務する医師)を対象とする。また、医療施設に対しても調査を実施。
- ◆ 調査対象数は全国の医師約10万人と、初めての大規模全国調査。

## 調査内容

- ◆ 次の項目について重点的に調査を実施。
  - ① 出身地・出身医学部所在地・家族構成・収入等を含む、医師の属性に関する項目
  - ② 医師の勤務実態を詳細に把握するためのタイムスタディに関する項目
  - ③ 他職種との役割分担やキャリア意識等の将来の働き方に関する項目
  - ④ 将来の勤務地に関する意向等の医師偏在対策に関する項目

## スケジュール

- ◆ 平成28年12月8(木)～14日(水) 本調査実施
- ◆ 平成28年12月中旬 調査票回収
- ◆ 平成28年12月下旬～29年1月 集計及び解析
- ◆ 平成29年2月～3月 ビジョン検討会に報告



問題意識

我が国の医療・介護は、人口・社会経済の変化に十分対応しきれておらず、「現場従事者の負担とモラル(士気)」に過度に依存

- ・ 過重労働や超過勤務が恒常化 ⇒ 医療の質や安全性が脅かされる
- ・ 疾病構造の変化や多死社会・人口減少などの構造的変化に対応した専門分野の確立及び医療従事者の育成や働き方への対応が急務
- ・ 多様化・複雑化する患者ニーズに応え、費用対効果(生産性)の高いサービスが提供されているかの疑念 ⇒ 国民の理解とそれに基づく負担に依拠する社会保障の基盤である医療・介護の存立そのものが危ぶまれる



新たな医療・介護の在り方とそれを踏まえた医療従事者の働き方に関する **基本哲学** 及び **ビジョン** を策定  
⇒ 今後の医療従事者の需給の推計の考え方や医師の確保等に関する具体的施策に反映

基本哲学

地域や職場における個々の医療従事者の多様な働き方やキャリアの実現  
今後の医療サービスや社会システム全体の持続可能性を左右

根幹に据えるべき基本哲学

- ✓ 医療従事者を貴重な社会の資産ととらえ、様々な可能性が最大限に発揮できる環境
- ✓ 均一化・規格化されたサービスを大量に提供する(「プッシュ型」)モデルから脱却  
⇒ 住民・患者の能動的な関与とニーズに併せてサービスを設計し創造する(「プル型」)モデルを確立
- ✓ 医療従事者の役割や機能が、加速する社会的・経済的・技術的な時代の変化に柔軟かつ迅速に適応し、進化できるシステム

ビジョン

地域が主導して、医療・介護と生活を支える

- 地域(都道府県等の自治体)が中心となって従事者の需給や偏在対策を決定
- 国は必要な権限を委譲  
⇒ 人材育成や都道府県間の資源配分の適正化等の支援
- 医療の基本領域としてプライマリ・ケアを確立。また、プライマリ・ケア人材を育成・確保
- 看護師・薬剤師・介護人材等の業務範囲の拡大等  
⇒ 柔軟なタスク・シフティング/タスク・シェアリングを推進
- 情報技術の活用やインセンティブ付与等の枠組みといった環境整備  
⇒ 住民・患者も予防・治療に積極的に参画

個人の能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方を実現する

- 年齢・性別に依らず個々人の能力と意欲に応じ、疲弊しない体制等を整備
  - ・ グループ診療等の活用
  - ・ 労働環境の見える化・改善
  - ・ 医療機関の人材マネジメントシステムの確立
  - ・ 診療報酬をはじめとした制度的対応 等

高い生産性と付加価値を生み出す

- 診療行為の内容と成果の見える化を強かに推進  
⇒ エビデンスの蓄積・分析・活用により更なる医学の進歩と知見の拡大・深化
- AI、ビッグデータ等の新たな情報技術の活用等  
⇒ 医療従事者の生産性の向上や医療の需給ギャップの是正、潜在労働力の有効活用やヘルスリテラシーの普及啓発

ビジョンを踏まえた医師の需給・偏在対策についての考え方

前提

- ✓ 医師等の需給と偏在に関する議論 ⇒ 住民・患者にとって必要な機能をどう確保するかという点に着目
- ✓ 医師供給数が十分であっても、医師偏在が解消しなければ、地域・診療科の医師不足は根本的には解消しない

偏在発生の原因

- 個々の医師の意向と選択に基づく一種の調整作用の結果
- 大学医局等の人為的な資源配分の帰結
- 地域の医師確保の取組みの差異

偏在解決の考え方

医師が望むキャリアや働き方の実現と統合的に解決  
 ⇒ 個々の医師が感応しにくい経済的インセンティブや物理的な移転の強制的手段のみに依存 **×**  
 ⇒ 地域主体で、医師の意欲と能力を喚起し、能動的な関わりの結果として是正される方策を模索することが必要 **○**

身近で広範な医療の機能

- 全国各地で容易なアクセスを目指す
  - ・プライマリ・ケアの確保
  - ・チーム医療の推進
  - ・必要な人材の重点的な育成や地域ごとの規制の特例の推進

高度な医療の機能

- 機能の集約
- 成果の見える化／モニタリング
- 情報公開の推進

偏在対策

医療の機能の存在状況の「見える化」

- 医師の意向や考え方の把握・分析（10万人規模の働き方調査等）
- 一律な制度設計ではなく、偏在の発生要因を地域や医療機関ごとに精査 ⇒ 都道府県等の地方自治体が地域の状況に応じて自立的に対策
- 医療機関のガバナンス、組織人事システムや労務管理等の実態と課題を把握・分析し、改善を図る

都道府県等の地方自治体が主体的に地域医療を確保

- 地域のマネジメント機能を確立
  - ・都道府県等が主導し、大学医局、関係団体等のプロフェッショナルと協議
  - ・効果的に取組を進められるよう、医師養成、確保にかかる制度的な環境整備を推進
- 各都道府県を越えた課題 ⇒ 大学医局、関係団体等のプロフェッショナルと協力し、地域相互の連携 ⇒ 国は人的・財政的・制度的に支援

プライマリ・ケアの活用等

- プライマリ・ケアの活用
- サービス提供体制の強化（グループ診療の推進等）
- 情報技術の活用促進
- 診療報酬、基金等の経済的手法、規制的手法の効果を精査 ⇒ 手法の組み合わせを検討

今後の進め方

個々の医療従事者の意向や希望を十分に踏まえ、さらに議論を深める

- 10万人規模で実施中の働き方調査の結果
- 現場の医師・医療従事者（若手・国際を含む）の意見
- 職能団体の意見
- 都道府県や市町村の医療行政担当者や住民等からの意見

# 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療費適正化計画の策定について

(第3期:H30~35年度)

医療介護提供体制等⑤

(1) H28年11月に厚生労働省で医療費適正化基本方針（告示）を改正して医療費の見込みの算定式を提示。12月に計画の策定作業を支援するための推計ツールを都道府県に配布した。

H29年1月~2月にブロック会議を開催し、都道府県担当者と保険者協議会関係者に算定式や推計ツールを説明。各都道府県では、H29年度中に、保険者協議会での議論も踏まえつつ、適正化計画を策定することとしている。

(※) 高齢者医療確保法で、①厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化基本方針を定める、②都道府県は、医療費適正化基本方針に即し、都道府県医療費適正化計画を定めるとしている。

(2) 医療費の見込みの算定式では、(イ)入院医療費は、当該都道府県の医療計画に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を踏まえて推計する、(ロ)外来医療費は、以下の医療費適正化の効果を織り込んで推計する。各都道府県は、さらに個別の取組目標を任意で盛り込むことができる。この算定式を踏まえ、一定の仮定の下に全国での効果額を試算すると、外来医療費は、H35年度に0.6兆円程度の効果額が見込まれる。

【外来医療費のH35年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】

①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成による効果額

▲約200億円

②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%）による効果額

▲約4000億円

③糖尿病の重症化予防により40歳以上の糖尿病の者の1人当たり医療費の平均との差が半分になった場合の効果額

▲約800億円

④医薬品の適正使用により3医療機関以上から重複投薬を受けている者が半分になった場合と、

▲約600億円

65歳以上で、15種類以上の薬剤を投与されている者が半分になった場合の効果額

▲約6000億円

地域差半減のためには、さらに0.2兆円程度の効果が必要であり、国では、レセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について、追加を検討する（平成29年秋頃目途に都道府県に示す予定）。

(3) 地域差半減については、年齢調整後の一人当たり医療費（入院医療費と外来医療費の合計）について、全国平均との差を半減させることを目指す。

(※1) 具体的には、第3期医療費適正化計画の基準年度であるH26年度時点において全国平均を超えている都道府県の一人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との比率が、H35年度時点に半減していることを目指す。

(※2) H27年国保法等改正により、H27年度から毎年度、国において、全国医療費適正化計画の進捗状況を公表している。地域差半減に向けた取組はH30年度からの第3期医療費適正化計画に基づき進捗管理を行うが、上記のH26年度時点の比率からの進捗はH28年度実績から公表する。

- 高齢者の医療の確保に関する法律では、厚生労働大臣は、全国及び都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果、計画における医療の効率的な提供の推進の目標を達成し、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こととされている（同法第14条）。
- 第2期の全国及び都道府県医療費適正化計画については、同法に基づき、平成30年度に実績の評価を行うため、同法第14条の規定の適用に関する考え方について、第2期の都道府県医療費適正化計画の進捗状況や同法の規定を踏まえ、平成29年度中に関係審議会等において検討を行う。

## ◎高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

第8条第4項 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第2号 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

(都道府県医療費適正化計画)

第9条第3項 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

第2号 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

(計画の実績に関する評価)

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、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該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。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第13条 都道府県は、前条第1項の評価の結果、第9条第3項第2号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第1項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

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号の目標を達成し、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。

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

## 改定の基本的視点

「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。  
地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。

### 視点1

「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

### 視点2

「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

### 視点3

重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

### 視点4

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型駅前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

## 28年度診療報酬改定に係る答申附帯意見(抜粋)

医療介護提供体制等⑥(1)

平成28年度診療  
報酬改定資料(改)

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
  - ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む)
  - ・ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
  - ・ 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
  - ・ 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。
- 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。  
あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。

## 1. 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

### ① 入院医療

- ・ 医療機能、患者の状態に応じた評価
- ・ 医療従事者の負担軽減 等

### ② 外来医療

- ・ かかりつけ医・歯科医機能
- ・ 生活習慣病治療薬等の処方 等

### ③ 在宅医療

- ・ 患者の特性等に応じた評価
- ・ 訪問リハビリテーション指導管理 等

### ④ 医療と介護の連携

- ・ 療養病床・施設系サービスにおける医療
- ・ 維持期のリハビリテーション 等

## 2. 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現

- ・ アウトカムに基づく評価
- ・ 患者や家族等への情報提供や相談支援
- ・ 医療機能等に関する情報提供や公表
- ・ 患者の選択に基づくサービス提供

## 3. 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進

- ・ 緩和ケアを含むがん
- ・ 認知症
- ・ 精神医療
- ・ リハビリテーション
- ・ 口腔疾患の重症化予防等
- ・ 薬剤管理業務

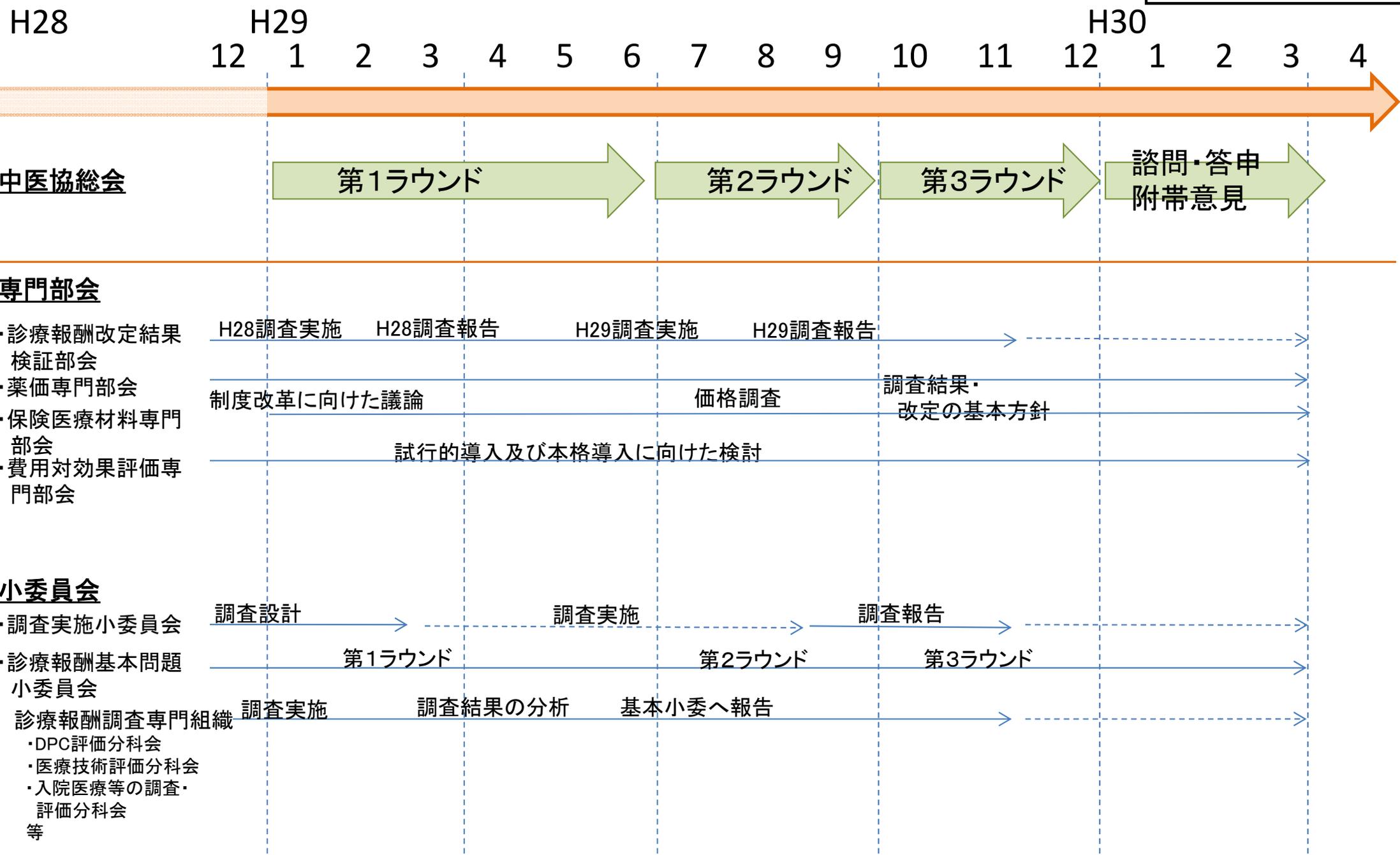
## 4. 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

- ① 医療品、医療機器等の適切な評価
  - ・ 薬価制度の抜本改革
  - ・ 費用対効果
  - ・ 新しい医療技術の保険適用 等
- ② 次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
  - ・ バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能)などの新たな技術への対応 等

# 中医協の検討スケジュール

医療介護提供体制等⑥(2)

中医協 総 - 4参考2(改)  
28.12.21



## 一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

### 重症度、医療・看護必要度の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

- ① 手術
- ② 救命等に係る内科的治療
  - ・経皮的血管内治療
  - ・経皮的心筋焼灼術
  - ・侵襲的な消化器治療 等
- ③ 救急搬送
- ④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

### 7対1入院基本料の基準の見直し

- 「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し
  - ・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%⇒25%<sup>(※)</sup>に見直す
- 在宅復帰率の見直し
  - ・在宅復帰率の基準を75%⇒80%に見直す

※ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

### 重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価

- 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の充実

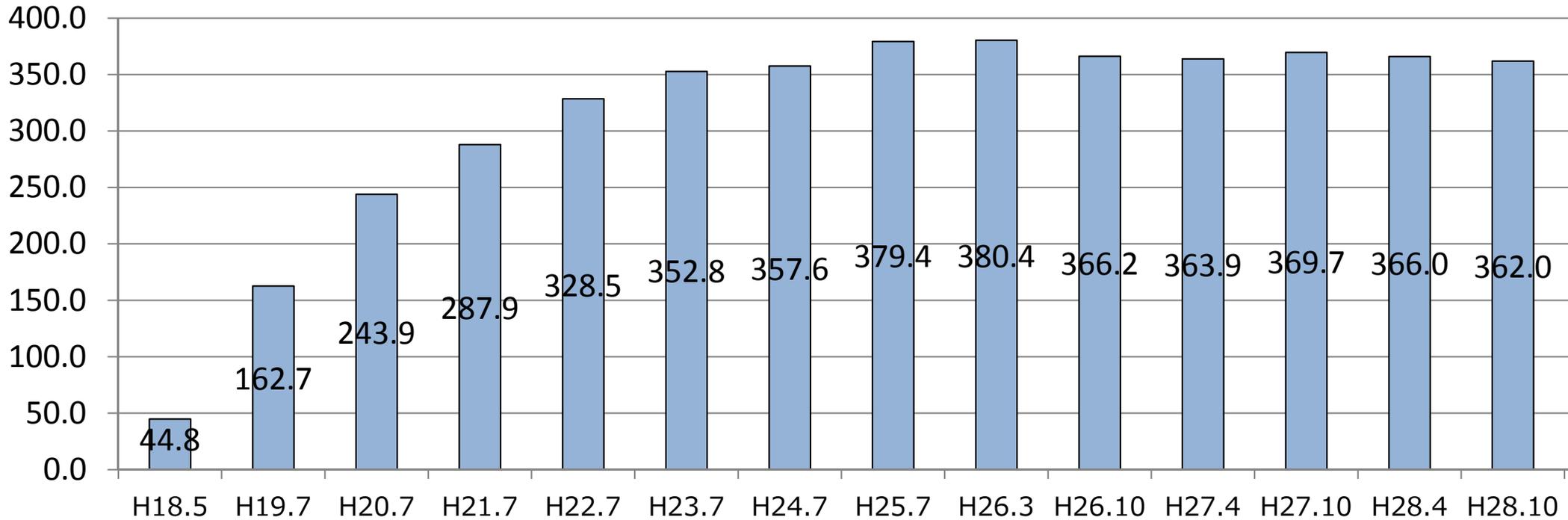
### 病棟群単位による届出の評価

- 7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

# 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。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



↑  
[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

↑  
[H20.4]  
重症度・看護  
必要度の導入

↑  
[H24.4]  
重症度・看護必要度  
該当患者割合基準の見直し  
(10%→15%)  
平均在院日数要件の見直し  
(19日→18日)

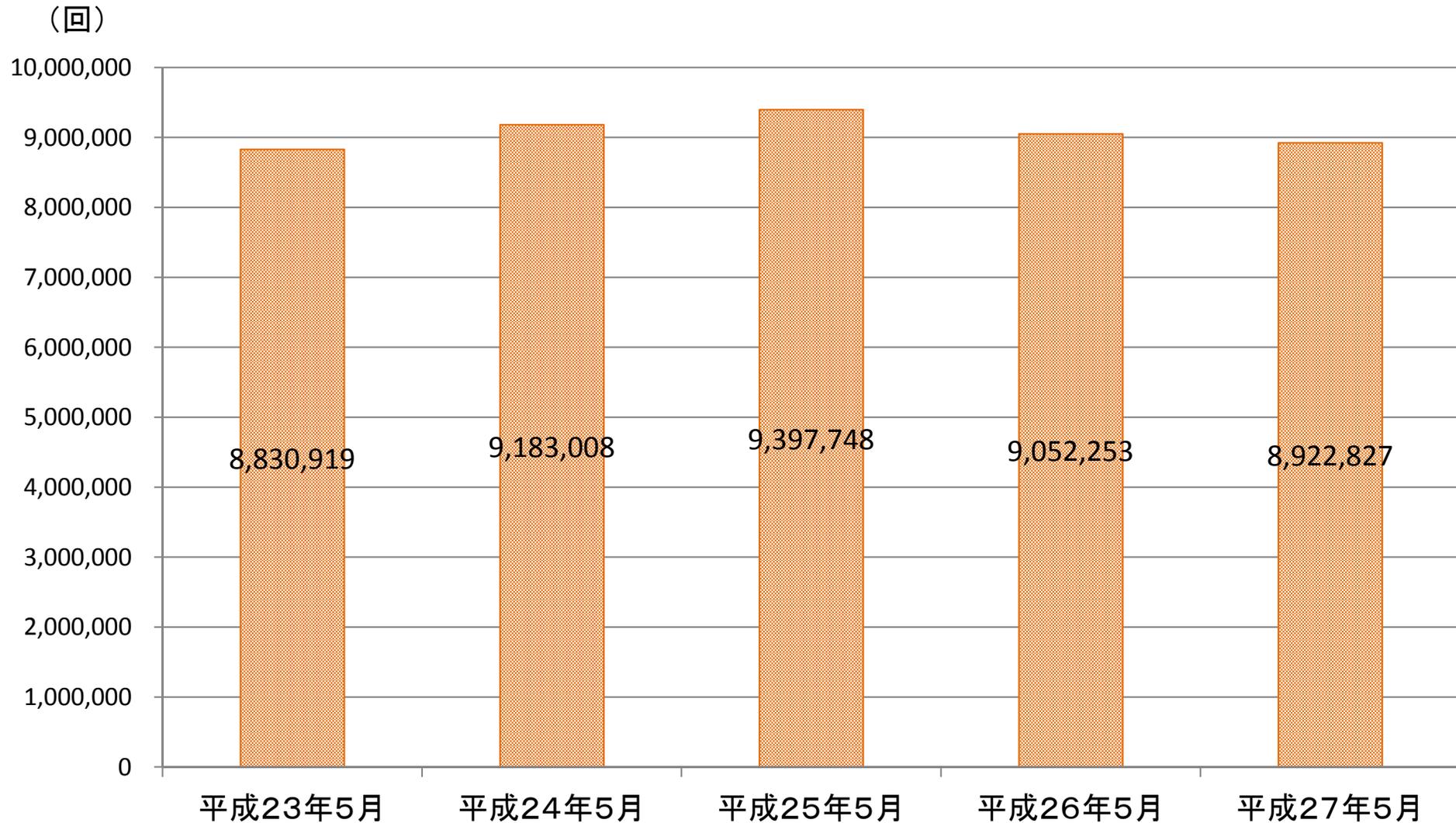
↑  
[H26.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

↑  
[H28.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A・B項目の見直し／C項目の追加  
該当患者割合基準の見直し  
(15%→25%)  
在宅復帰率の見直し  
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なること、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。

# 一般病棟7対1入院基本料の算定回数の推移

○ 一般病棟7対1入院基本料の算定回数は、平成25年をピークに減少傾向である。



※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。  
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した推計値

# 療養病棟における医療機能に応じた評価

医療介護提供体制等⑦(2)

平成28年度診療報酬改定資料(改)

## 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

### 現行(7対1入院基本料)

【療養病棟入院基本料1】  
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

【療養病棟入院基本料2】  
入院患者に関する要件なし



### 改定後(7対1入院基本料)

【療養病棟入院基本料1】  
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

【療養病棟入院基本料2】  
**当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上**

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。
  - ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
  - ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

## 療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

### 現行

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

#### 医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



### 改定後

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
  - ・**常時流量3L/分以上を必要とする状態**
  - ・**心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)**
  - ・**肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)**

#### 医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・**糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)**
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・**精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合**
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

# 療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

医療介護提供体制等⑦(2)

中医協 総 - 5  
28.1.25

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)</li> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

### ADL区分

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

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。

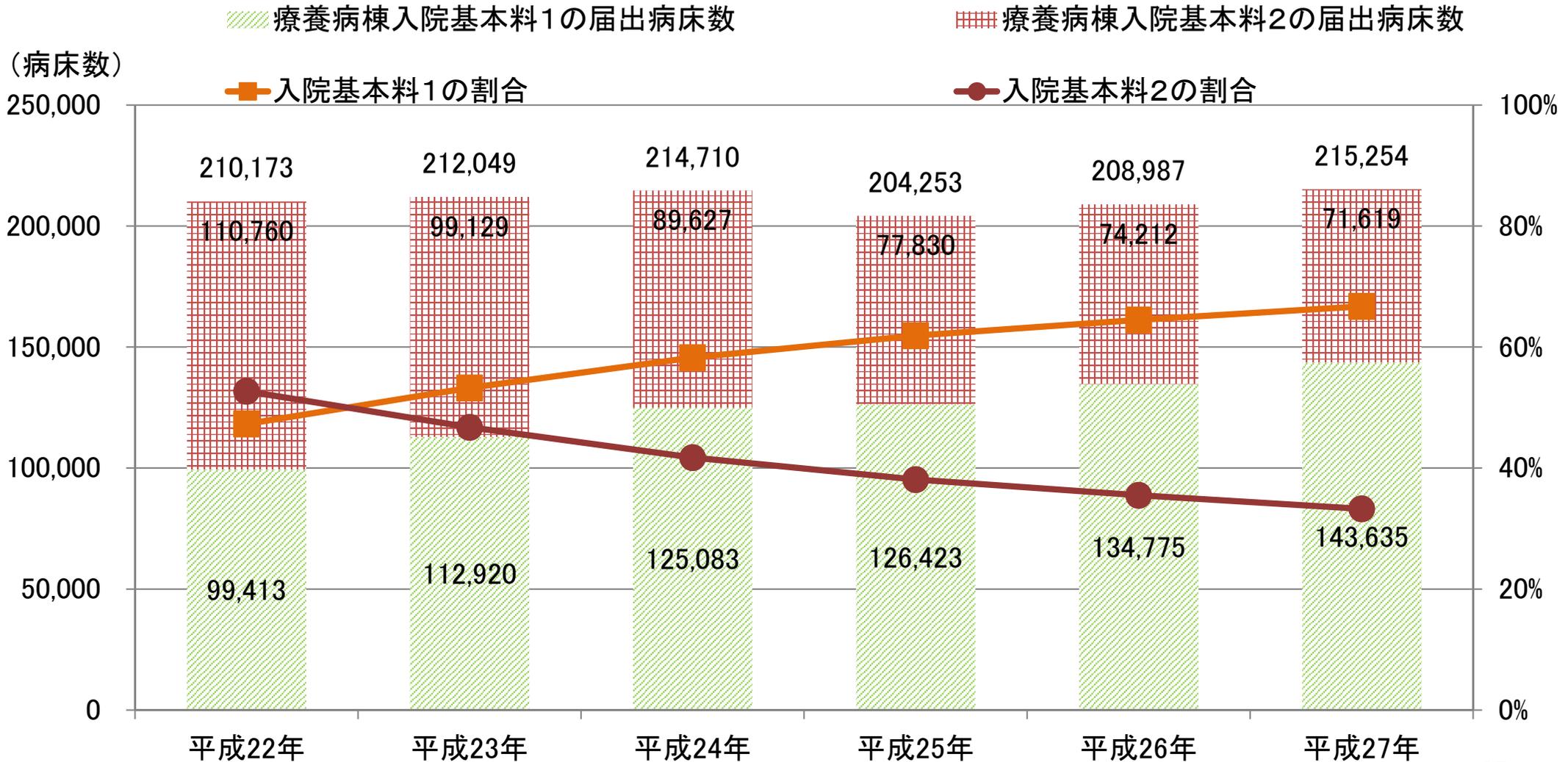
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

( 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 )

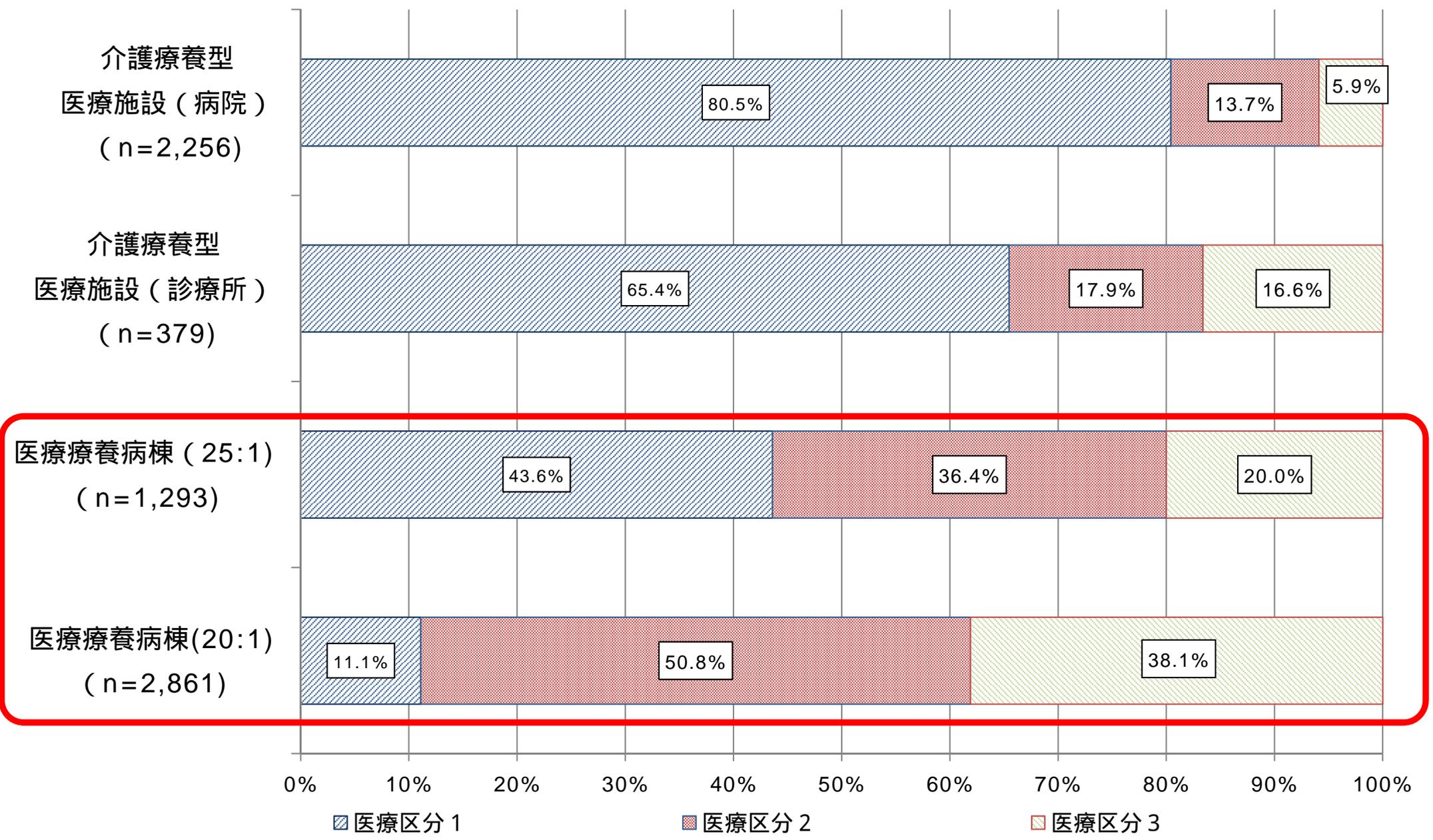
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

# 療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数はほぼ横ばい。
- 入院基本料1(20対1)の病床数は増加傾向。



# 入院患者 / 入所者の医療区分



## 新たな介護保険施設(介護医療院)の創設

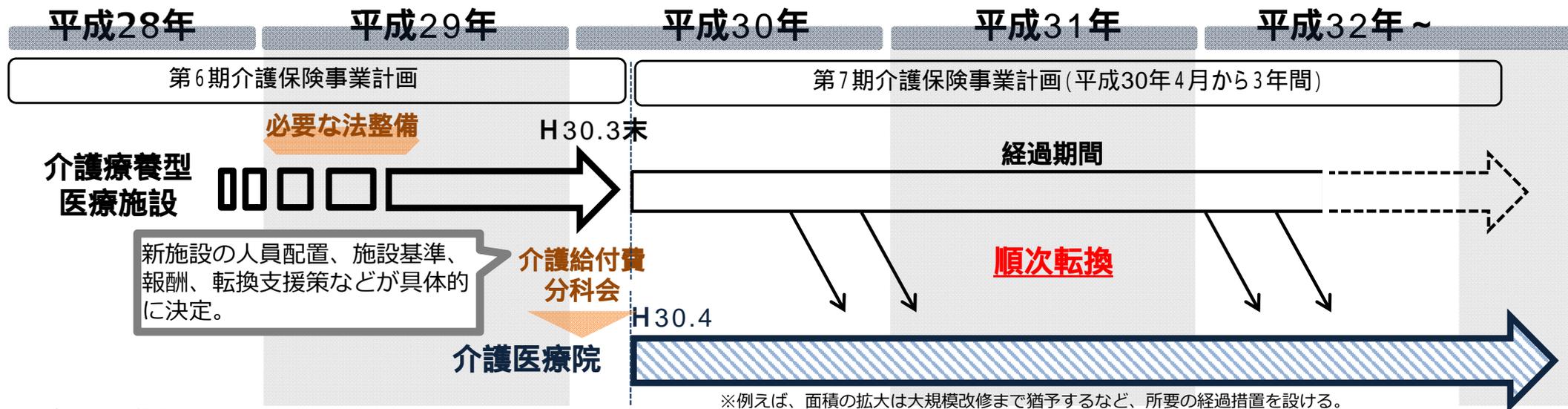
○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「 <u>長期療養のための医療</u> 」と「 <u>日常生活上の世話（介護）</u> 」を一体的に提供する。 (介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。  
※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

(介護医療院で想定されるサービス)  
①介護療養病床相当(主な利用者:医学管理が必要な重介護者)  
②老健施設相当以上(主な利用者像:①より比較的容体が安定した者)

## スケジュール(イメージ)



(参考) 過去の転換支援策  
床面積等の施設基準の緩和措置、地域医療介護総合確保基金等による改築工事等へ費用助成、介護保険事業(支援)計画における弾力的な運用等

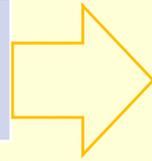
★ 医療療養病床の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討。

## 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

### 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



### 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定 (6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

## 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数) / (疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

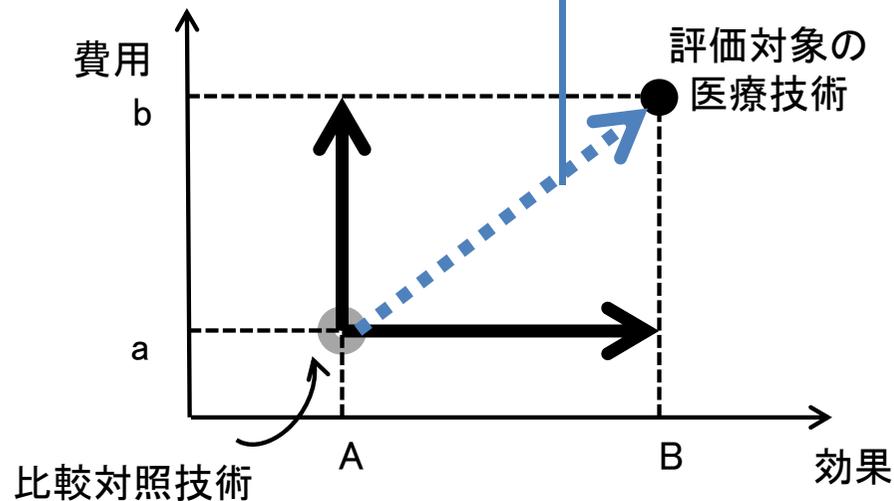
[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

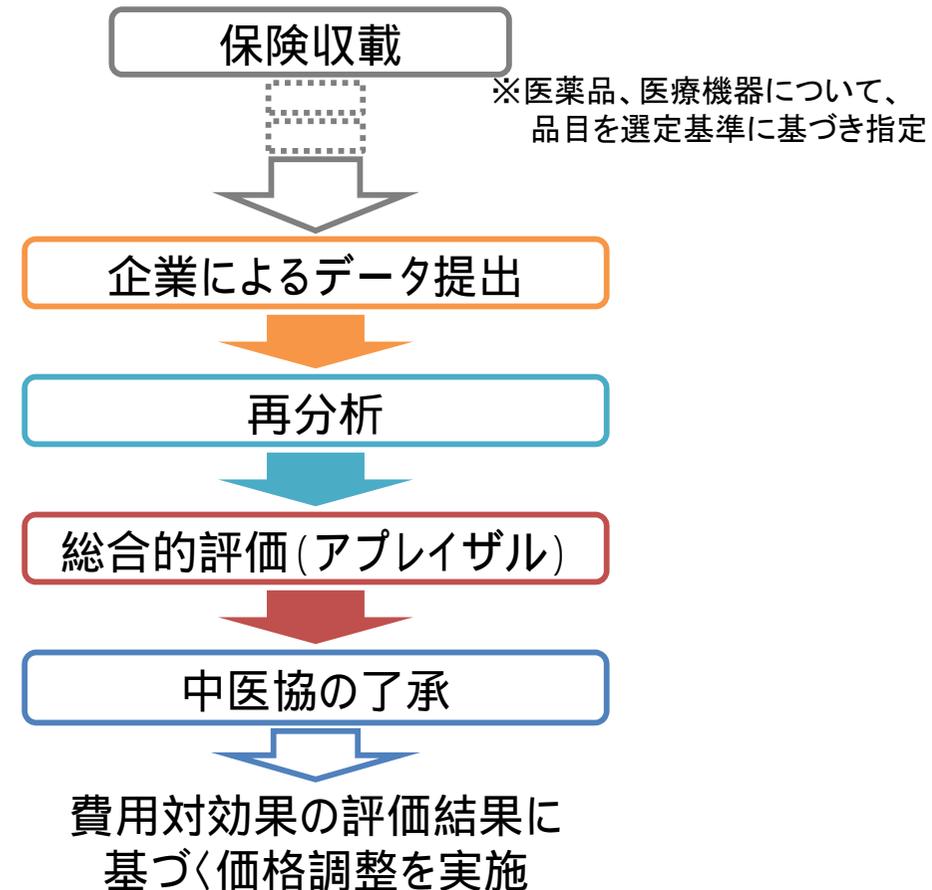
- 中医協における議論を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

## <費用効果分析の手順>

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



## <評価の一連の流れ(イメージ)>



➤ 効果指標は質調整生存年 (QALY; Quality-adjusted life year) を基本としつつ、疾患や医薬品・医療機器等の特性等に応じて、その他の指標も用いることができる。

## QALYの計算方法

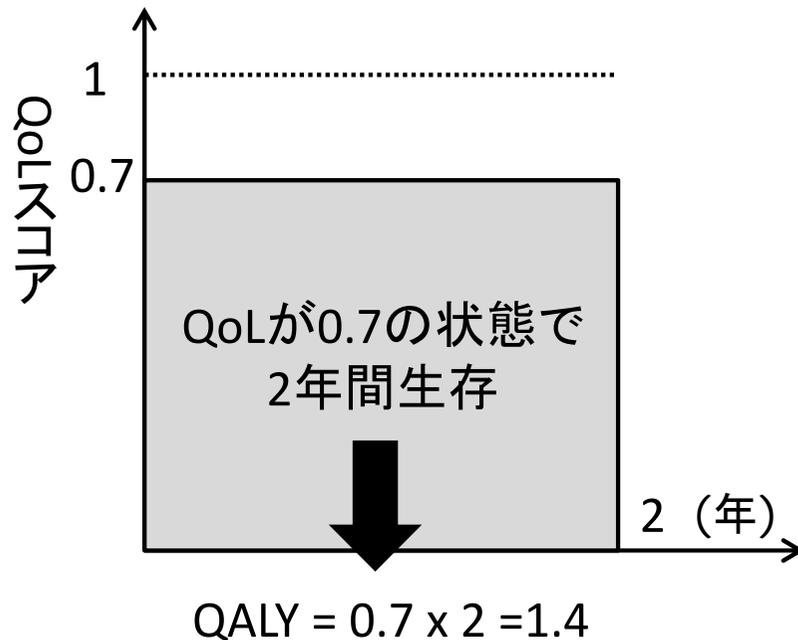
ある健康状態でのQALY =【QoLスコア】 × 【生存年数】

- 生存年数と生活の質(QoL)の双方を考慮する。
- QoLについては、1を完全な健康、0を死亡とする「QoLスコア(効用値)」を用いる。

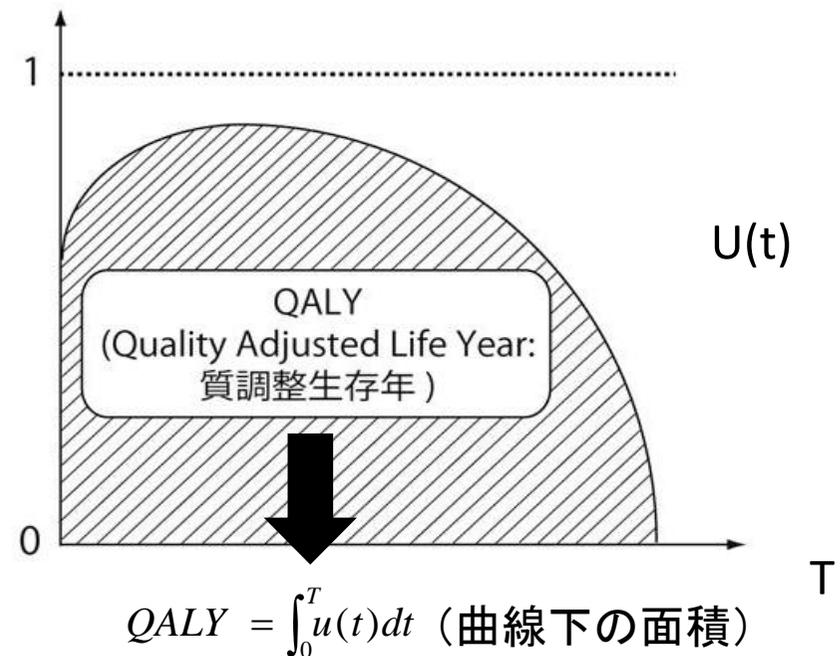
## (QALYの利点)

- 多くの疾患で使用できる。
- 複数の効果やトレードオフを同時に評価できる。
- 結果の解釈がしやすい。

### 【健康状態が一定のとき】



### 【健康状態が変化するとき】



# 既収載品にかかる対象品目の選定基準と対象品目

## <既収載品の選定基準> (考え方)財政影響、革新性・有用性が大きい品目(医薬品、医療機器)を対象

### 除外要件

- イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、 □ 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等

### 抽出要件

- イ 平成24年度から平成27年度、かつ、類似薬効(機能区分)比較方式のうち、**補正加算の加算率が最高**

10%以上の補正加算が認められたものの中で、**ピーク時予測売上高が最高**

- 平成24年度から平成27年度、かつ、原価計算方式のうち、

### 営業利益率の加算率が最高

10%以上の加算が認められたものの中で、**ピーク時予測売上高が最高**

これによって選定された品目の薬理作用類似薬(同一機能区分に該当する医療機器)も対象

## <既収載品に係る対象品目>

	医薬品(7品目)		医療機器(6品目)	
類似薬効(機能区分)比較方式	○ソバルディ (ギリアド・サイエンシズ)	C型慢性肝炎	○カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステム (川澄化学工業)	胸部大動脈瘤
	ハーボニー (ギリアド・サイエンシズ)		○アクティバRC (日本メトロニック)	手の震え等
	ヴィキラックス (アッヴィ合同会社)		バーサイスDBSシステム (ボストン・サイエンティフィック ジャパン)	
	ダクルインザ (ブリストル・マイヤーズ)		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ (セント・ジュード・メディカル)	
	スンベプラ (ブリストル・マイヤーズ)			
原価計算方式	●オプジーボ (小野薬品工業)	悪性黒色腫等	●ジャック (ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング)	外傷性軟骨欠損症
	●カドサイラ (中外製薬)	HER2陽性の再発乳癌等	●サピエンXT (エドワーズライフサイエンス)	重度大動脈弁狭窄症

## H28.4 費用対効果評価の試行的導入

### <再算定>

- 再算定に係る品目を指定し、該当企業においてデータ提出の準備を開始
- 再分析グループにおいて再分析の準備を開始
- 費用対効果評価専門組織において事前協議(夏頃×切)

### <新規>

- 提出されたデータの再分析を実施

- H28年度内
- 企業による分析結果の提出×切
  - 再分析グループによる再分析の開始

### H29年度内

- 費用対効果評価のあり方に関する中間的とりまとめ(夏目途)
- <中間的とりまとめを踏まえ、試行的導入の対象品目について以下を実施>
- 費用対効果評価専門組織において、総合的評価(アプレイザル)を実施
  - 薬価算定組織及び保険医療材料専門組織において、評価結果に基づく価格調整を実施し、価格算定案を作成

## H30.4 費用対効果評価の制度化

○ 平成30年度介護報酬改定に向けた課題については、本年4月より社会保障審議会介護給付費分科会において検討し、本年末頃結論を得る予定。

## 介護保険部会等において検討すべきとされた主な事項

介護保険制度の見直しに関する意見より抜粋  
(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

- リハビリテーションの見直し  
通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化等
- 中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化  
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等について、サービス提供量の増加や機能強化・効率化の観点からの人員基準や利用定員等の見直し
- 特別養護老人ホーム  
施設内での医療ニーズや看取りに、より一層対応できるような仕組み
- 医療サービスと介護サービスの連携の推進  
入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等との連携
- 生産性向上・業務効率化  
ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準等の見直し
- 訪問介護における生活援助  
生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等

## 経済・財政再生計画 改革工程表

経済・財政再生計画 改革工程表 2016改訂版(抜粋)  
(平成28年12月21日経済財政諮問会議決定)

	集中改革期間			2019年度		
	～2016年度	2017年度	2018年度			
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
	<p>&lt;⑦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&gt;                      &lt;(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・福祉用具貸与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&gt;</p>					
	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の在り方について、関係審議会等において検討		軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる			
	軽度者に係る生活援助、福祉用具貸与及び住宅改修に係る負担の在り方について、関係審議会等において検討		生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定について、関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応  通所介護などその他の給付の適正化について、介護報酬改定の議論の過程で関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応			

# 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進 (地域包括ケア強化法案)

医療介護提供体制等⑩(1)

## 見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
  - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
  - ② 適切な指標による実績評価
  - ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

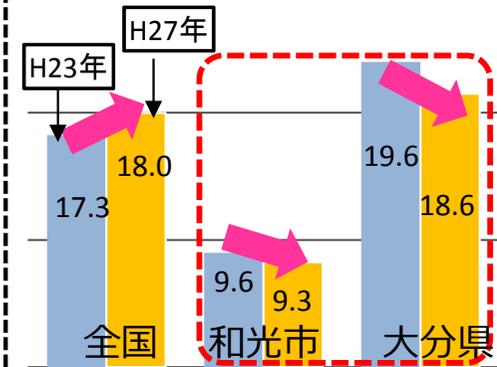
### 主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

### 要介護認定率の推移



データに基づく  
地域課題の  
分析

取組内容・  
目標の計画への  
記載

保険者機能の発揮・向上(取組内容)

- ・リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
- ・保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援等

適切な指標による  
実績評価

- ・要介護状態の維持・改善度合い
- ・地域ケア会議の開催状況等

インセンティブ

- ・結果の公表
- ・財政的インセンティブ付与

国による  
分析支援

都道府県が研修等を通じて市町村を支援

## 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）

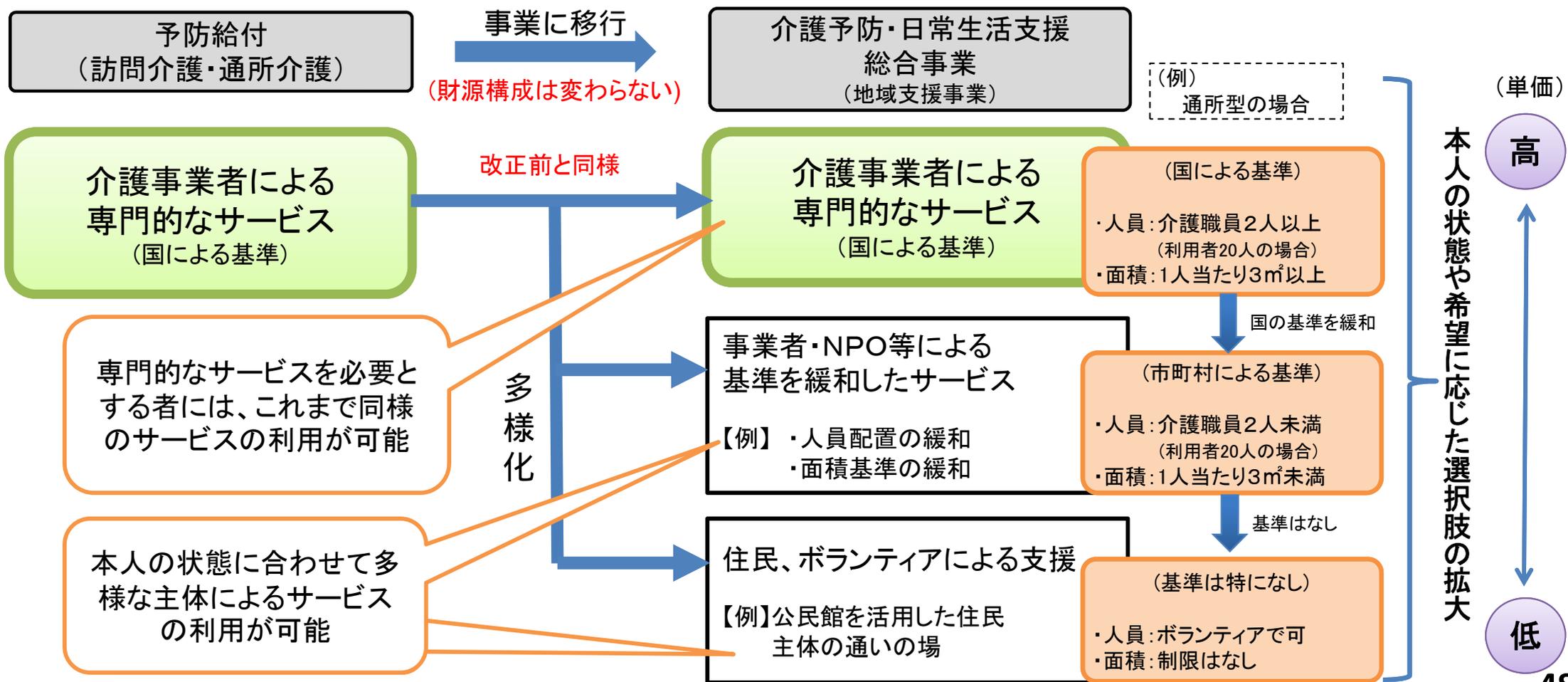
省内の検討を踏まえ、29年4月以降の社会保障審議会介護給付費分科会へ提案、議論

# 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26年法改正前 > — 介護保険制度 — < 平成26年法改正後 >



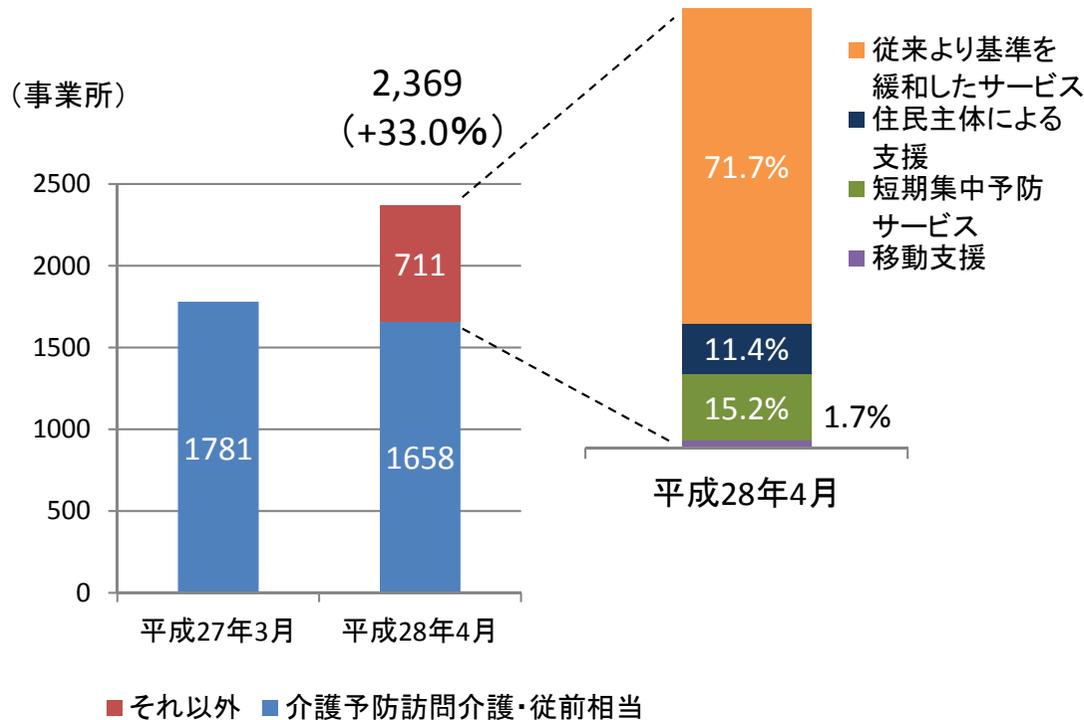
○ 平成28年4月までに516／1579の保険者が総合事業を実施（平成28年7月1日調査）

○ 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

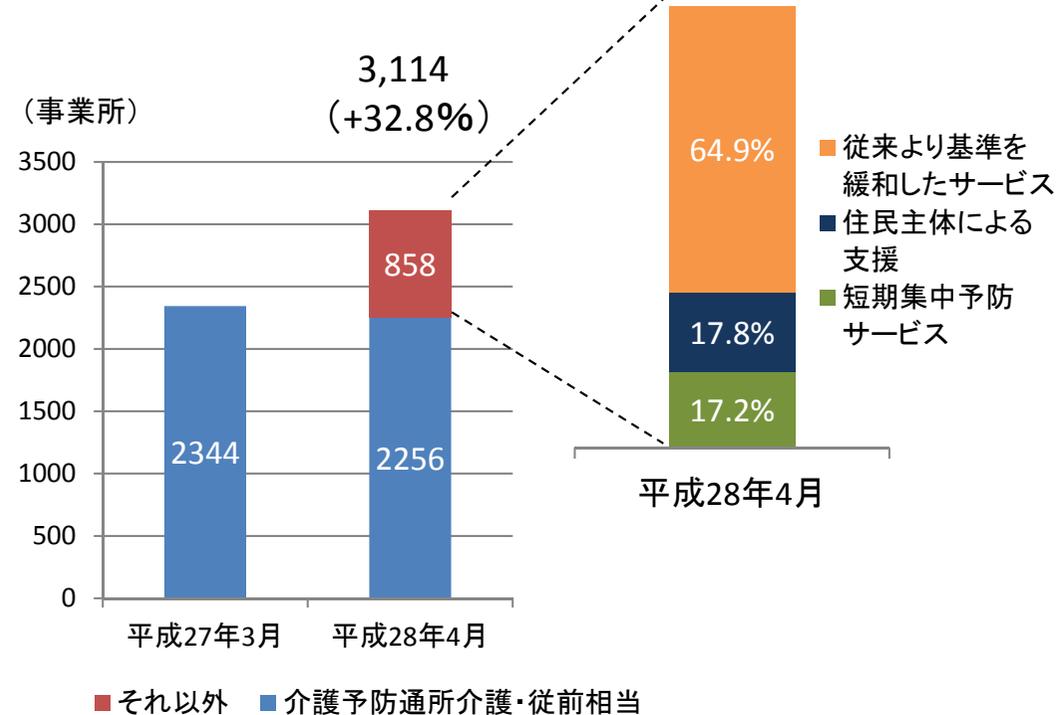
○ サービス別事業所数推移

- ・ 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



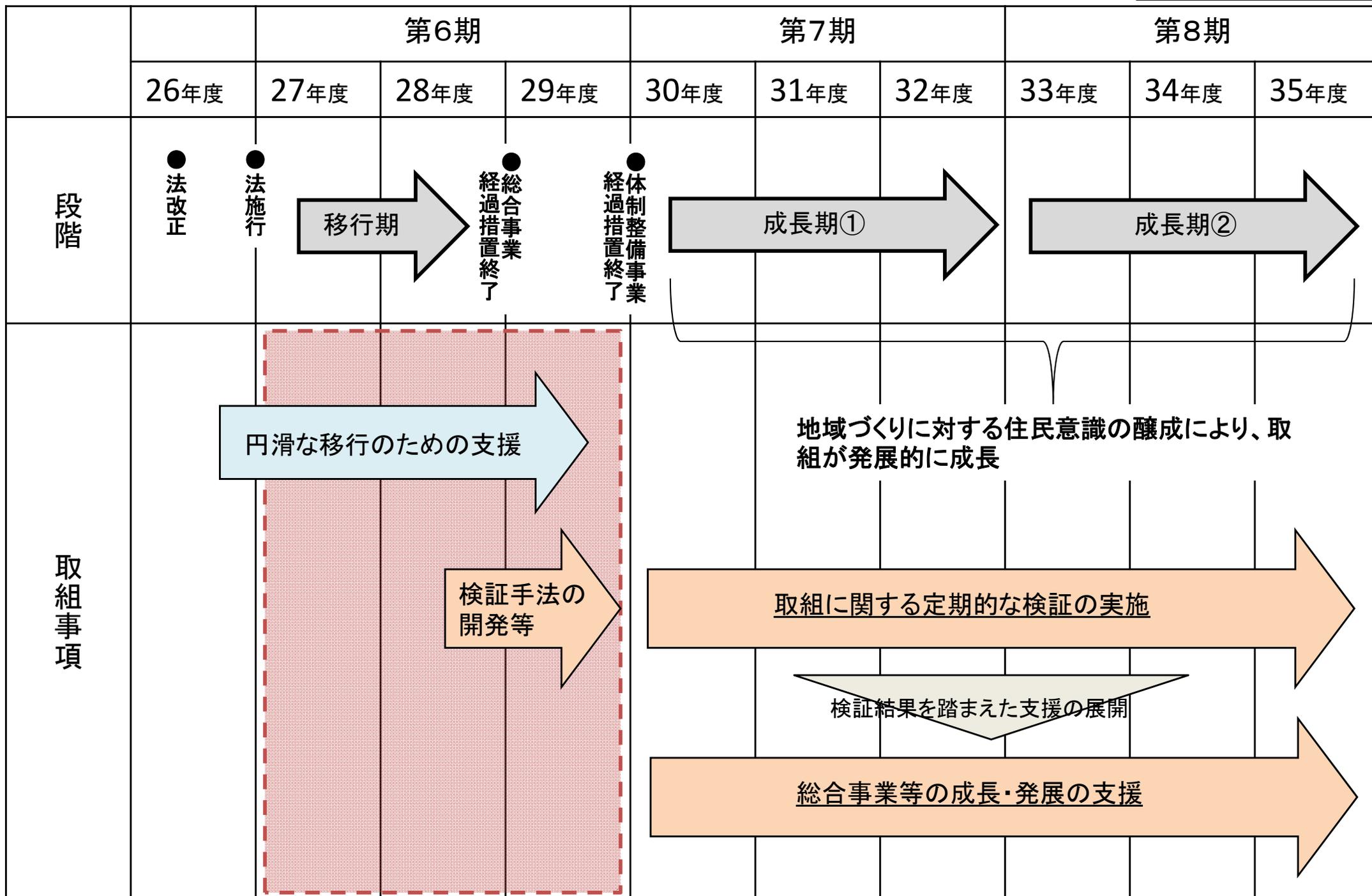
通所サービス



※ 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)

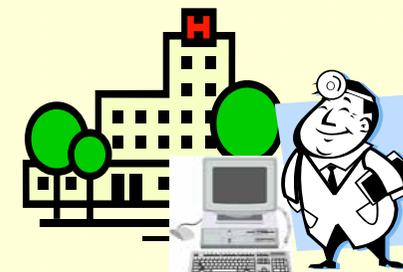
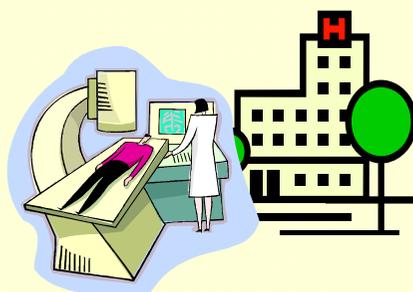
イ 退院患者の場合 200点

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】**

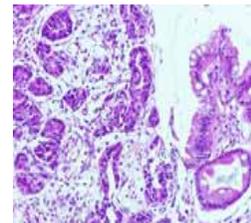
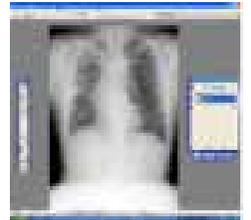
専門的な知識を持って遠隔的に画像診断を行うなど、患者に対する医療サービスが向上している場合を評価。 ※診断等に係る費用は、医療機関間の相互の合議に委ねる

**・ 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。

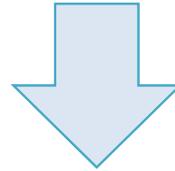
**・ 心臓ペースメーカーの遠隔モニタリング**

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

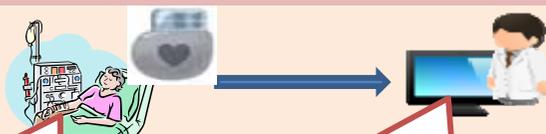
・患者から採取した標本画像等を他医療機関の専従の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価。

## 【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）

## &lt; 遠隔診療 &gt;

○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。

## &lt; AI活用 &gt;

○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

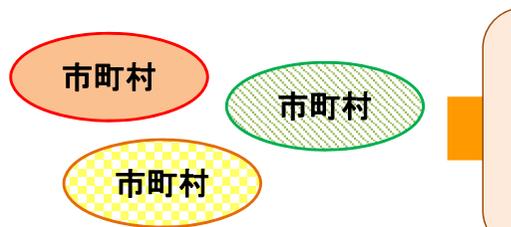
# 国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○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

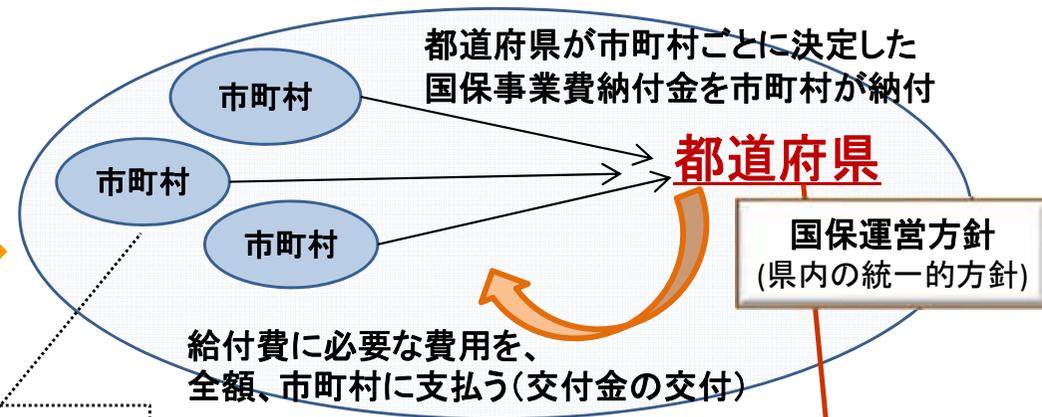
（構造的な課題）

- ・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"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ <b>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</b></li> </ul>	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<b>財政運営の責任主体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定</li> <li>・ 財政安定化基金の設置・運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u></li> </ul>
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"> <li>・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<b>被保険者証等の発行</b>)</li> </ul>
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"> <li>・ <b>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</b></li> <li>・ 個々の事情に応じた賦課・徴収</li> </ul>
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</b></li> <li>・ 市町村が行った保険給付の点検</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>保険給付の決定</u></li> <li>・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等</li> </ul>
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <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)</li> </ul>

## 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○年度」を「平成○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