

国立保健医療科学院 公開シンポジウム2017

# 医療(介護)制度改革の方向と課題

社会保障・人口問題研究所

遠藤久夫

## 1. 医療保険

- (1) 医療費の動向：①公費割合の上昇、②自然増の変化と薬剤費
- (2) 自己負担、保険料：①自己負担、保険料率の上昇、②総報酬割の導入
- (3) 高薬価と薬価基準制度：①新薬創出加算、②高分子薬、③費用対効果
- (4) 予防の推進：評価とインセンティブ・ディスインセンティブ
- (5) 都道府県の役割強化：①国保運営、②医療費適正化

## 2. 医療提供体制

- (1) 地域医療構想：①病床機能報告制度、②地域医療構想、  
③地域医療介護総合確保基金
- (2) 在宅医療：①診療報酬、②医療計画
- (3) 療養病床の再編：①地域医療構想、②介護医療院
- (4) 専門医制度と医師偏在対策：①日本専門医機構、②検討会

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

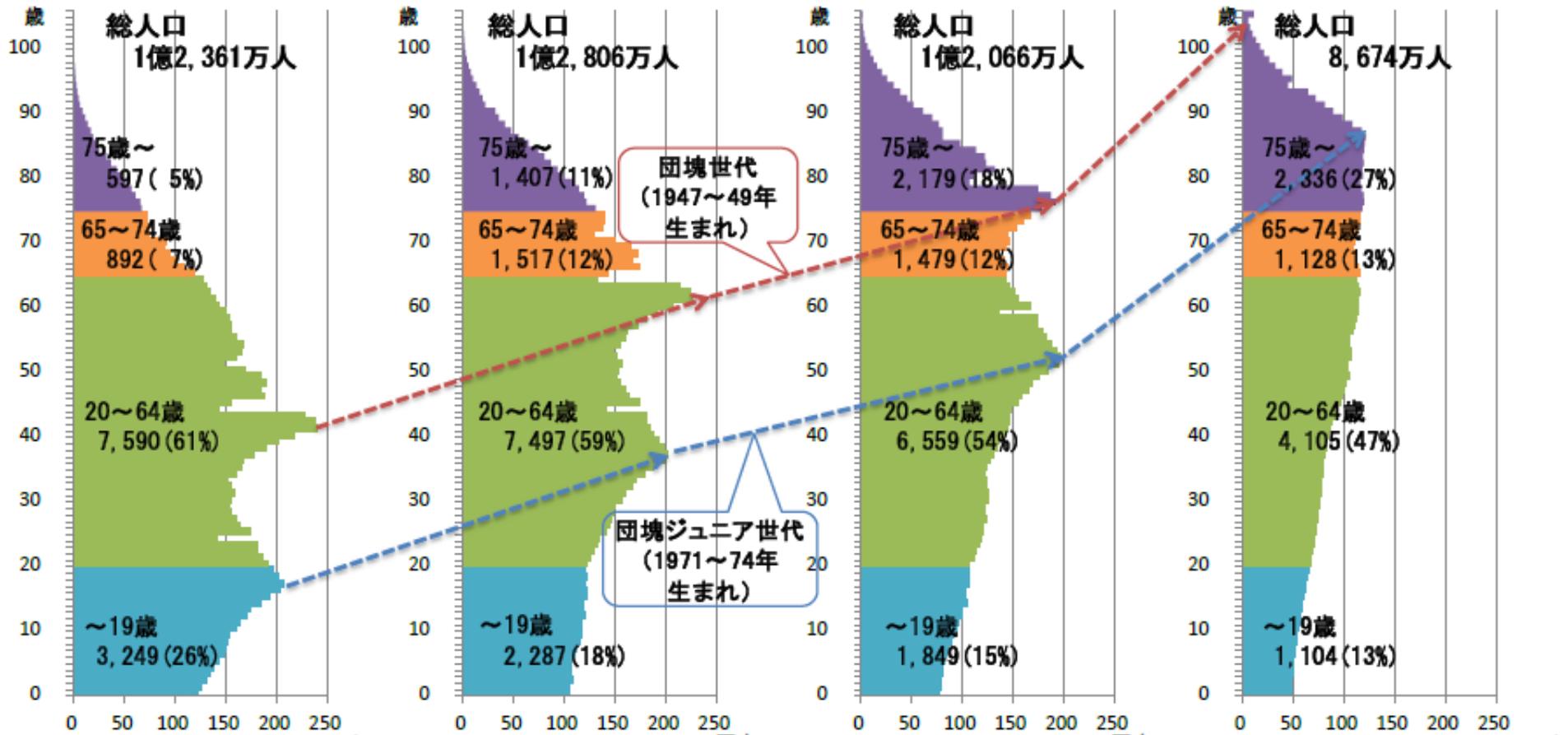
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



65歳~人口 / 20~64歳人口 =  $\frac{1}{5.1}$

65歳~人口 / 20~64歳人口 =  $\frac{1}{2.6}$

65歳~人口 / 20~64歳人口 =  $\frac{1}{1.8}$

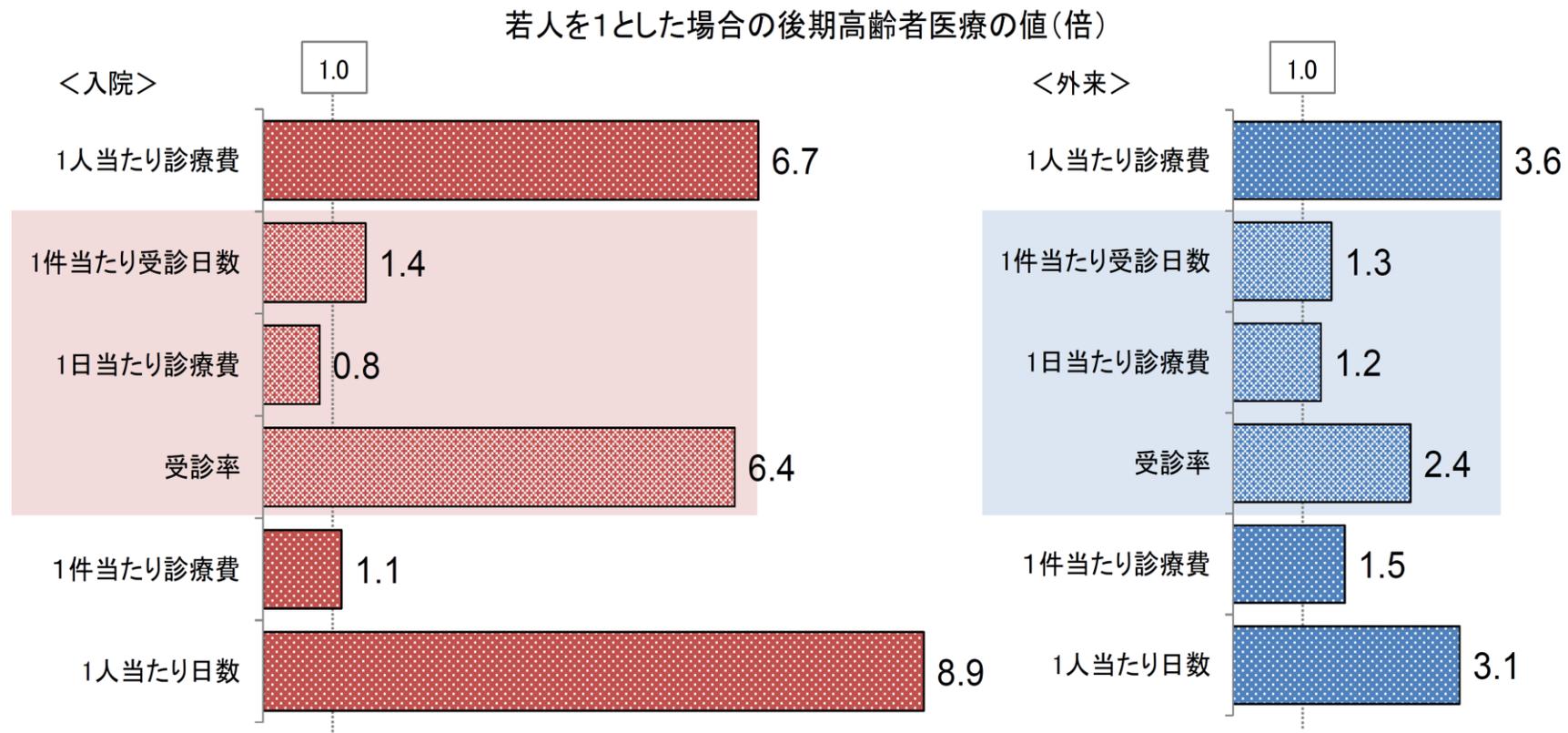
65歳~人口 / 20~64歳人口 =  $\frac{1}{1.2}$

厚生労働省作成

(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

## 後期高齢者医療費の特性

- 一人当たり診療費について比較すると、若人は20.5万円であるのに対し、後期高齢者は91.6万円であり、後期高齢者は若人の約4.5倍。
- 一人当たり診療費の構成要素や1件当たり診療費、一人当たり日数を比較しても、後期高齢者は若人よりも全体的に大きい傾向。



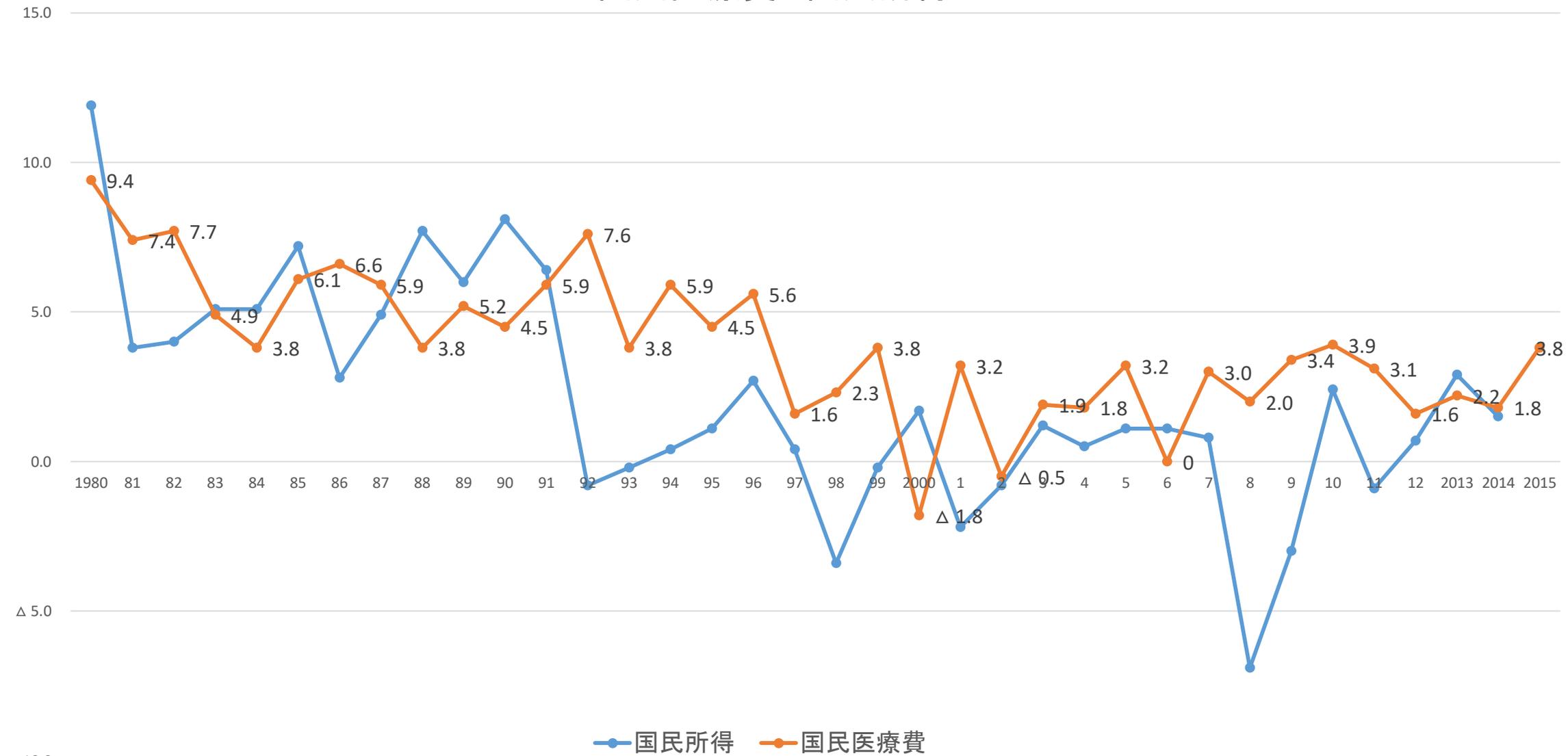
厚生労働省作成

※1 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。

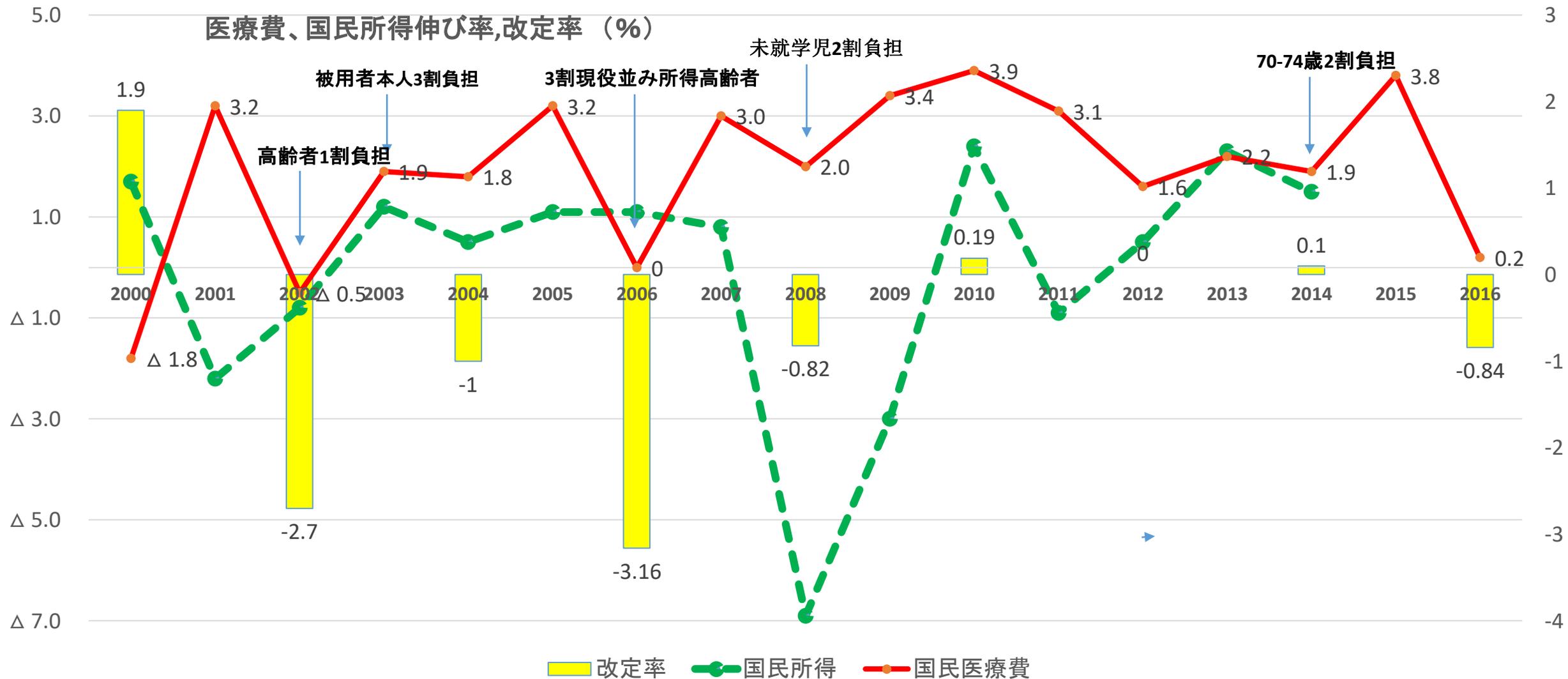
※2 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。

出典：各制度の事業年報等をもとに保険局高齢者医療課で作成。

# 国民医療費と国民所得



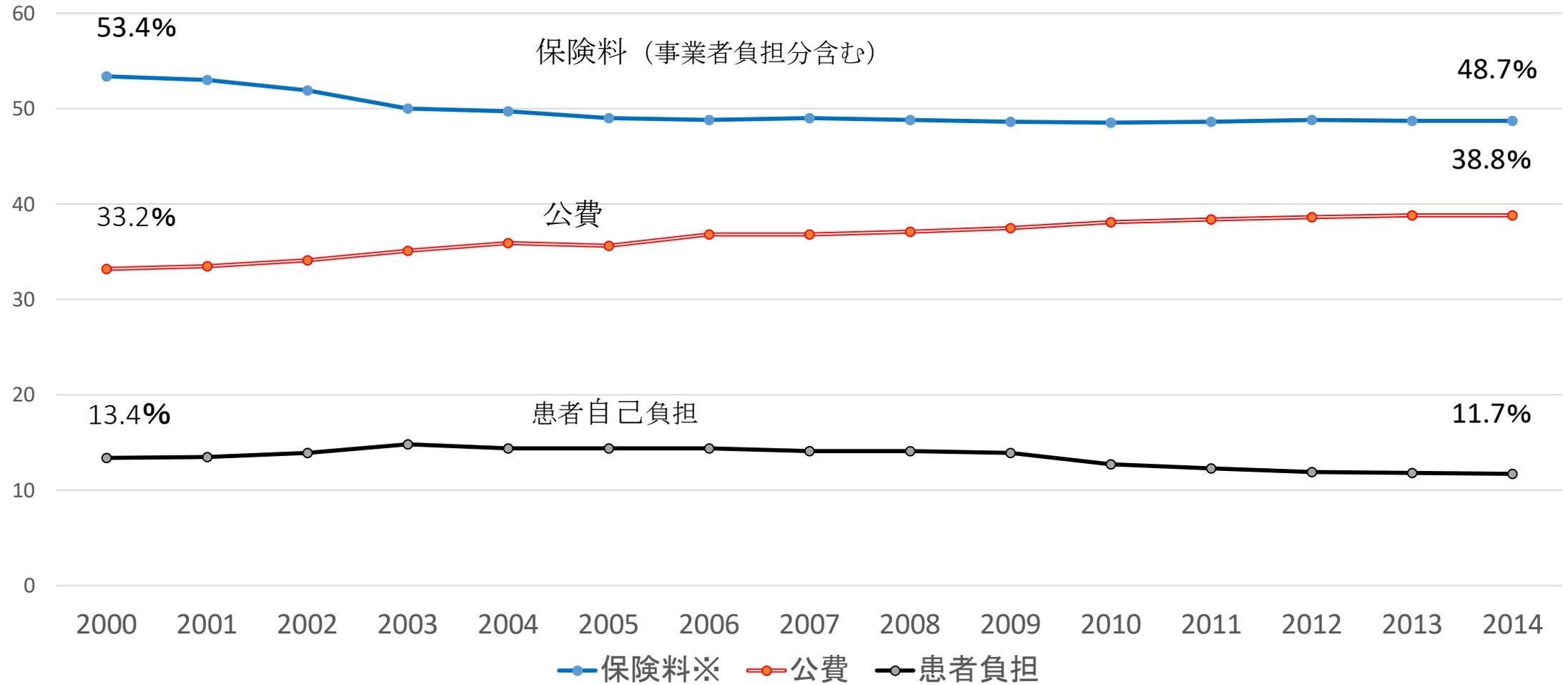
# 医療費、国民所得伸び率,改定率 (%)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
国民所得	1.7	- 2.2	-0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	- 6.9	- 3.0	2.4	- 0.9	0.5	2.3	1.5		
国民医療費	- 1.8	3.2	-0.5	1.9	1.8	3.2	- 0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	<b>0.2</b>
国民医療費/国民所得	<b>8.03</b>	<b>8.48</b>	<b>8.51</b>	<b>8.57</b>	<b>8.68</b>	<b>8.86</b>	<b>8.76</b>	<b>8.95</b>	<b>9.8</b>	<b>10.46</b>	<b>10.61</b>	<b>11.04</b>	<b>11.17</b>	<b>11.16</b>	<b>11.2</b>		
改定率	<b>1.9</b>		<b>-2.7</b>		<b>-1</b>		<b>-3.16</b>		<b>-0.82</b>		<b>0.19</b>		<b>0</b>		<b>0.1</b>		<b>6 -0.84</b>

※2015年度は概算医療費(MEDIAS)、2016年度は概算医療費(MEDIAS)で4~7月の対前年

# 国民医療費の財源推移〈%〉



後期高齢者人口/全人口： 2000年7.1% ⇒ 2015年12.9%

# 医療保険制度における自己負担の推移

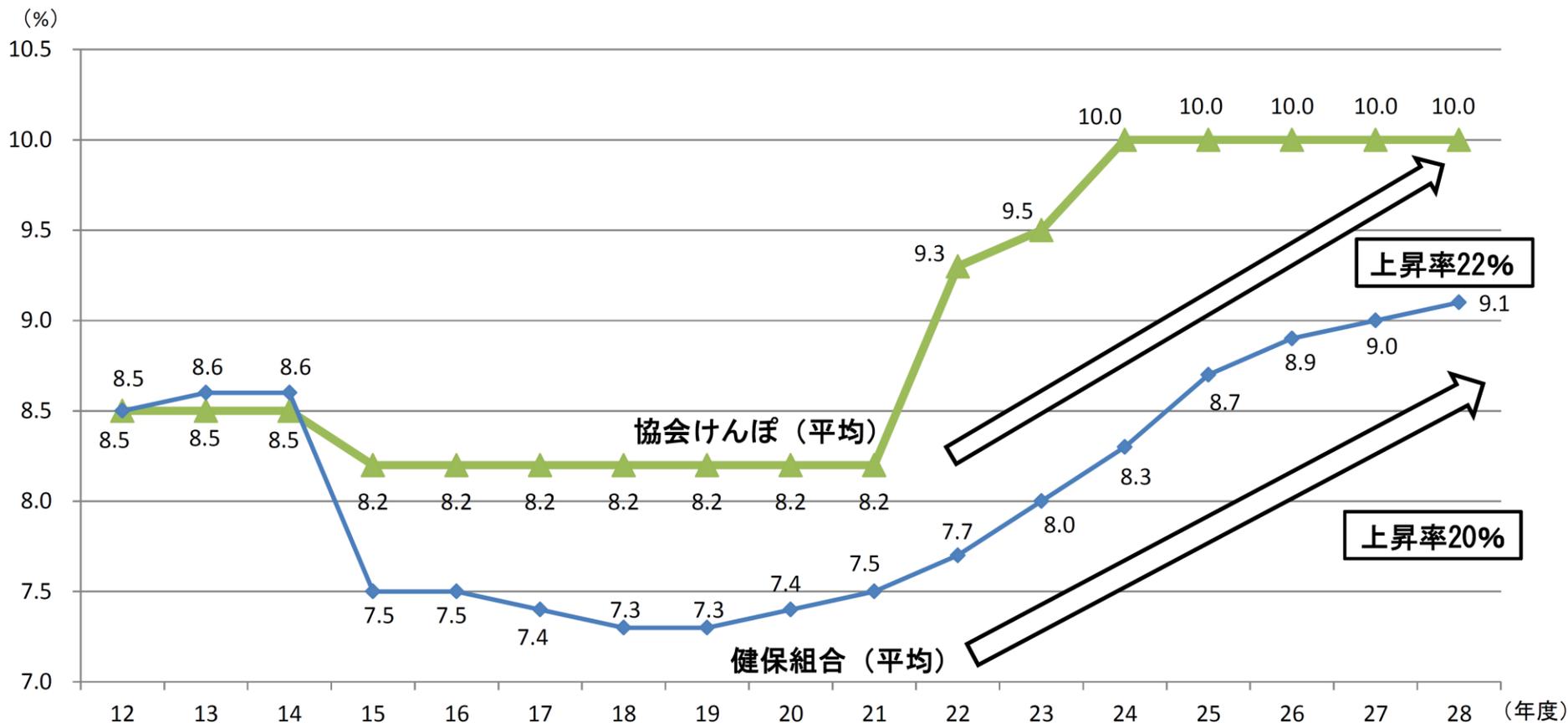
～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						後期高齢者 医療制度
国 保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)
被用者本人	定額負担							70～74歳	※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)
被用者家族	5割	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	70歳未満	3割 (義務教育就学前2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	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。

# 協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

[7]

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている（協会けんぽは、24年度以降10.0%で推移）。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



(※ 1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※ 2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、平成25年度までは実績、26年度は実績見込、27年度は予算ベース、28年度は予算早期集計ベースによる。

(※ 3) 協会けんぽは全国平均の保険料率。（平成28年度 最高：佐賀支部 10.33% 最低：新潟支部 9.79%）

厚生労働省作成

# 後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

- 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H27年度2,300億円）は不要となる。

## ○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H27年度推計）

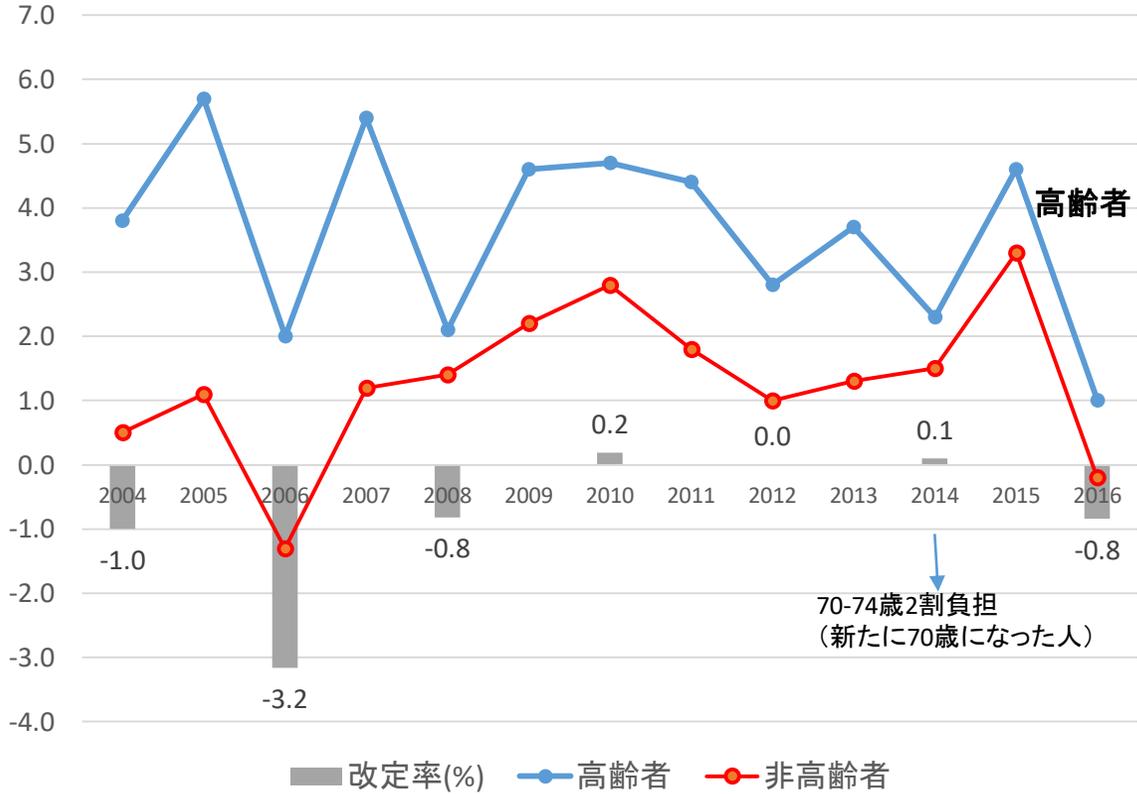
		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,300億円 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">うち公費 2,300億円</span>	1兆2,300億円	3,900億円	3兆600億円
	加入者数	3,400万人(47%)	2,800万人(40%)	900万人(12%)	7,100万人
	1/3 総報酬割	6,000億円	6,800億円	2,400億円	1兆5,300億円
	総報酬額	72.0兆円(40%)	81.5兆円(45%)	28.3兆円(16%)	182.2兆円
	計(①)	2兆400億円	1兆9,200億円	6,200億円	4兆5,800億円
1/2総報酬割(③)		1兆9,800億円	1兆9,500億円	6,500億円	4兆5,800億円
負担額の変化(③-①)		▲600億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆9,200億円	1兆9,900億円	6,700億円	4兆5,800億円
負担額の変化(④-①)		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆8,100億円	2兆600億円	7,100億円	4兆5,800億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,300億円	1,400億円	900億円	±0億円

## ○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（H27年度推計）

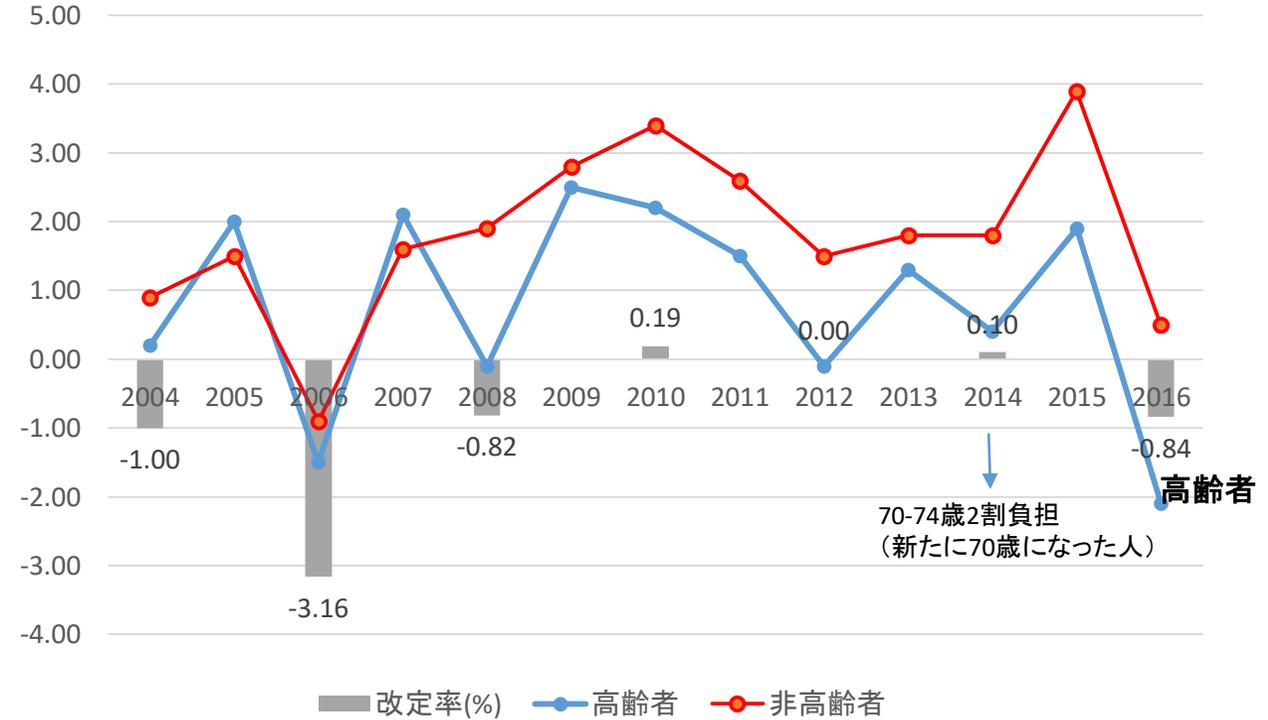
	健保組合	共済
負担増	909	81
負担減	502	4

※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。  
 ※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

年齢階層別医療費の変化率(%)



年齢階層別1人当たり医療費の変化率(%)



高齢者: 2004-2011年は70歳以上、2012-2016年は75歳以上

非高齢者: 2004-2011年は70歳未満、2012-2016年は75歳未満

2016年は4-7月 MEDIASより作成

# 医療費の「その他」を要因とする伸び

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%	3.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤												1.36%	
その他(①-②-③-④-⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%	2.7%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (※)	

注1: 医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度以降は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成27年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3: 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

注4: 平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

# 伸びの分解① 診療種別(入院・外来)の推計

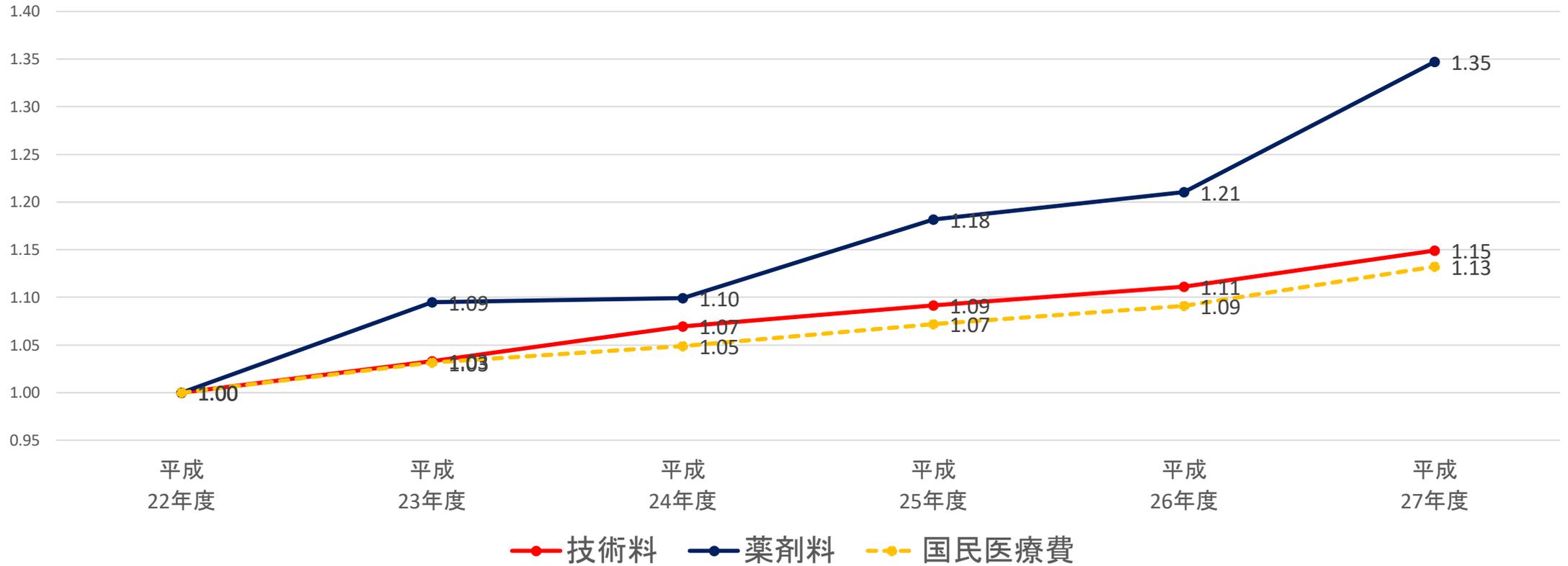
医療費の伸びについて、人口要因を除いたその他の要因による伸びを入院・外来等の診療種別で見た場合、以下の通り。

	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸びから人口増の影響 及び高齢化の影響を除いた分 診療報酬改定、医療の高度化、 患者負担の見直し 等	2.2%	2.3%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.7%
医科入院	0.6%	1.6%	0.2%	0.4%	-0.0%	0.1%	0.2%
医科入院外+調剤	1.6%	0.6%	1.7%	0.0%	1.1%	0.4%	2.4%
うち、調剤	1.0%	0.6%	1.2%	0.0%	0.8%	0.2%	1.5%
その他 歯科、訪問看護、療養費 等	-0.1%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
(再掲)診療報酬改定分		0.19%		0.004%		0.10%	

厚生労働省作成

(注) 平成21年度～平成25年度については、国民医療費の診療種別、年齢階級別人口1人当たり医療費を元に推計。また、平成26年度及び平成27年度については、平成25年度の診療種別、年齢階級別人口1人当たり国民医療費と平成26年度及び平成27年度の年齢階級別人口を元に推計。

## 調剤技術料、薬剤料、国民医療費推移

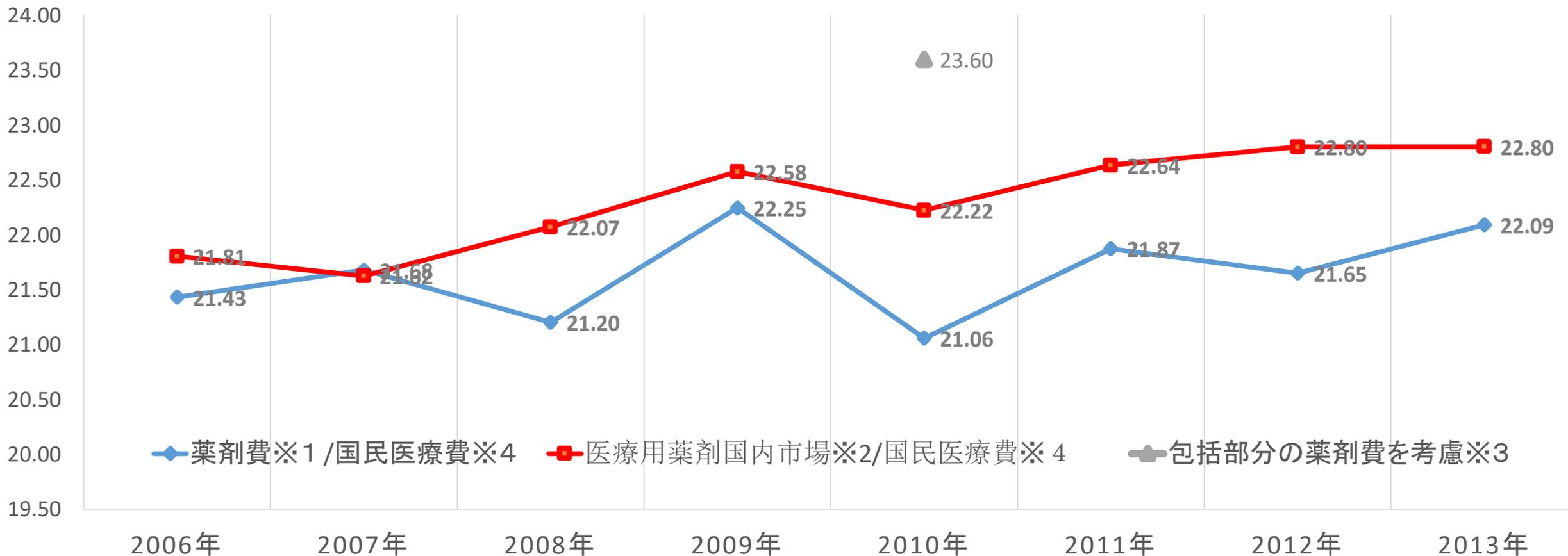


	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度
調剤医療費	1.00	1.08	1.09	1.16	1.18	1.29
技術料	1.00	1.03	1.07	1.09	1.11	1.15
薬剤料	1.00	1.09	1.10	1.18	1.21	1.35
国民医療費	1.00	1.03	1.05	1.07	1.09	1.13

## 内服薬 薬剤料総額(薬効分類別) 対前年度同期差(全年齢)

			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27年度		
			4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～2月	4月～9月	10月～2月	
	内服薬 総数		535	3,496	▲ 188	3,008	758	318	440	4,613	1,815	2,798	
11	中枢神経系用薬		422	938	273	672	348	198	150	460	245	214	
21	循環器官用薬		▲ 189	724	▲ 525	570	▲ 586	▲ 229	▲ 357	142	35	108	
22	呼吸器官用薬		▲ 3	18	▲ 38	▲ 7	▲ 29	▲ 15	▲ 14	13	7	6	
23	消化器官用薬		▲ 118	286	▲ 198	298	▲ 127	▲ 55	▲ 72	155	83	71	
25	泌尿生殖器官および肛門用薬		7	78	3	76	52	22	29	64	38	26	
39	その他の代謝性医薬品		139	608	313	669	228	118	111	465	255	210	
	396	糖尿病用剤	102	428	236	432	135	77	58	282	154	128	
42	腫瘍用薬		45	116	27	153	222	58	164	344	217	127	
	429	その他の腫瘍用薬	60	134	46	154	269	82	187	354	224	130	
44	アレルギー用薬		141	186	▲ 81	▲ 9	▲ 43	▲ 36	▲ 7	117	39	79	
61	抗生物質製剤		11	20	▲ 104	▲ 10	▲ 74	▲ 37	▲ 36	▲ 4	▲ 1	▲ 3	
62	化学療法剤		▲ 38	73	▲ 31	54	357	95	262	2,501	650	1,851	
	625	抗ウイルス剤	▲ 6	40	▲ 7	63	400	116	284	2,528	666	1,862	

## 医療費に占める薬剤費の推移



薬剤費※1：厚生労働省発表数値。社会医療診療行為別調査から作成しているため包括部分の薬剤費は反映されていない

医療用薬剤国内市場※2：医薬生産動態調査・医療用医薬品の生産金額+輸入品-輸出品により算出

包括部分の薬剤費を考慮※3：包括部分の薬剤費を推計して薬剤費に加えた数値（平成23年10月社会保障審議会医療保険部会）

国民医療費※4：厚生労働省発表数値。

# DPC包括制において高額医薬品（※）として検討された医薬品

（※）当該医薬品の標準的使用による薬剤費が使用していない薬剤費の84%タイルを超える（23年10月より）

平成28年(1～5月)			平成27年			平成26年			平成25年		
①新規収載数	<b>11</b>		①新規収載数	<b>27</b>		①新規収載数	<b>27</b>		①新規収載数	<b>12</b>	
	内資	外資		内資	外資		内資	外資		内資	外資
抗がん剤	1	6	抗がん剤	4	5	抗がん剤	6	6	抗がん剤	1	3
その他		4	その他	7	11	その他	4	11	その他	2	6
小計	1	10	小計	11	16	小計	10	17	小計	3	9
②適用拡大数	<b>8</b>		②適用拡大数	<b>13</b>		②適用拡大数	<b>26</b>		②適用拡大数	<b>12</b>	
抗がん剤	4		抗がん剤	5		抗がん剤	13		抗がん剤	7	
その他	4		その他	8		その他	13		その他	5	
平成24年			平成23年								
①新規収載数	<b>13</b>		①新規収載数	<b>8</b>							
	内資	外資		内資	外資						
抗がん剤	1	3	抗がん剤	1	1						
その他	2	7	その他	3	3						
小計	3	10	小計	4	4						
②適用拡大数	<b>9</b>		②適用拡大数	<b>5</b>							
抗がん剤	4		抗がん剤	4							
その他	5		その他	1							

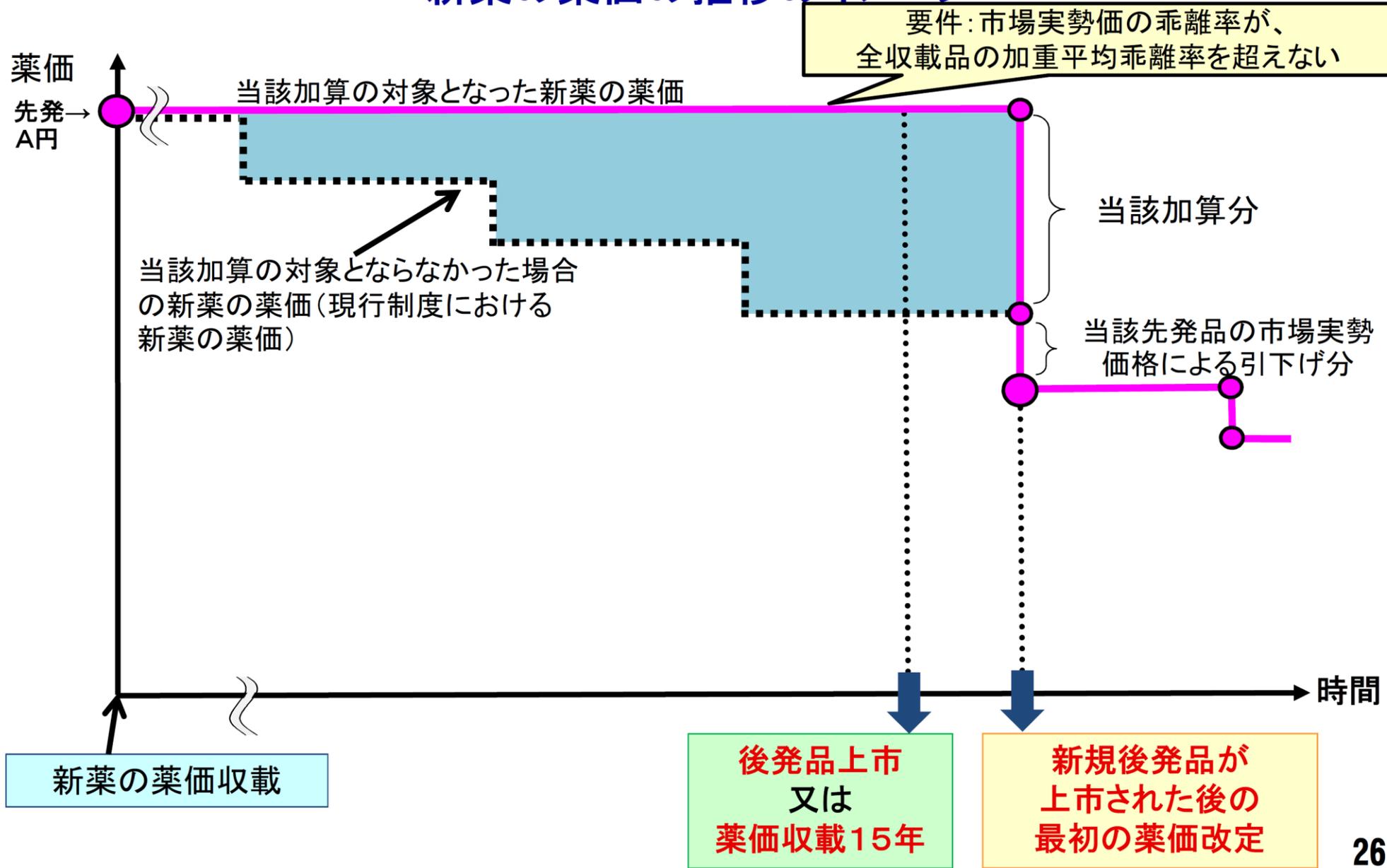
○新規収載、適用拡大とも増加傾向が顕著にみられる。←新薬創出・適応外薬解消等促進加算の影響？

○新規収載品については外資企業の割合が大きい。⇒外資企業67%(66/98):平成23年～平成28年(1～5月)合計

○高額医薬品のうち抗がん剤の割合は新規収載品で39%(38/98)、適用拡大で51%(37/73)と抗がん剤が多く、その傾向は適用拡大により顕著。

○新規収載品は原価計算方式(39件)の方が類似薬効比較方式(59件)より少ないものの、すべての医薬品を対象とすれば原価計算方式の割合が高い。

# 「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」が適用された 新薬の薬価の推移のイメージ



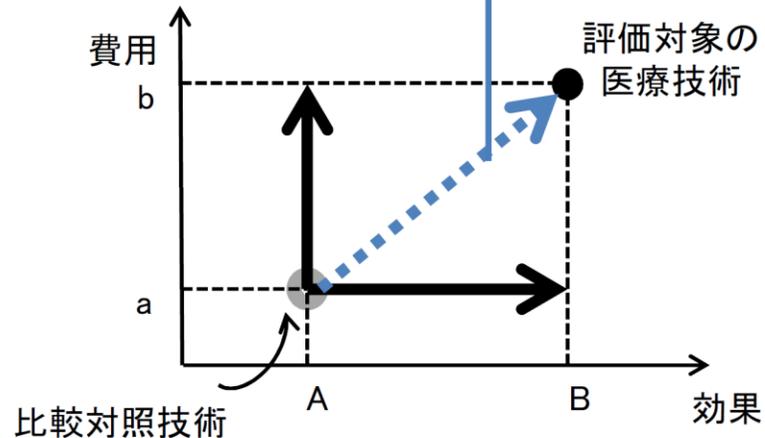
# 費用対効果評価の試行的導入について(概要)

中医協 費-1 参考  
28.4.27

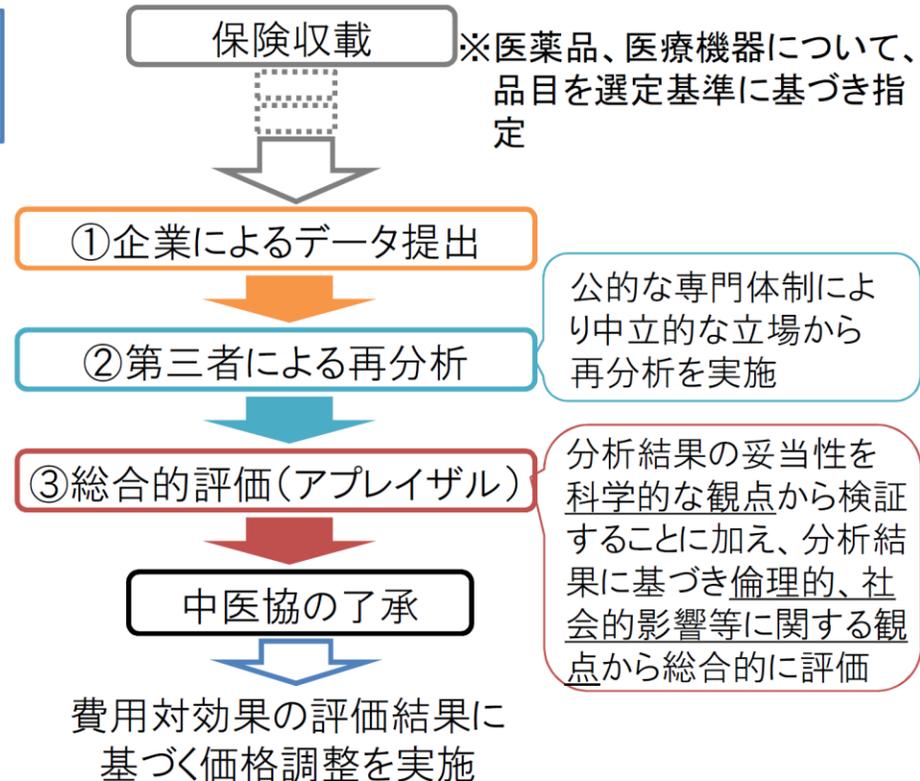
- 中医協における議論を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

## <費用効果分析の手順>

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



## <評価の一連の流れ(イメージ)>



厚生労働省作成

# 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについて

○ 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについては、平成27年国保法等改正において、国保の保険者努力支援制度を創設するとともに、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈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
指標	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				

厚生労働省作成

## 今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標 (保険者による健診・保健指導等に関する検討会での取りまとめ：平成28年1月)

- 保険者による健診・保健指導等に関する検討会で、保険者において種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、平成28年1月に、以下のとおり、とりまとめた。保険者努力支援制度と後期高齢者支援金の加算・減算制度については、この取りまとめを踏まえ、保険者種別ごとに具体的な制度設計等を検討していく。

### ア 予防・健康づくりに係る指標

#### 【指標①】 特定健診・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

- 具体例 特定健診・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、健診未受診者・保健指導未利用者対策

#### 【指標②】 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- 具体例 がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

#### 【指標③】 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 具体例 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

#### 【指標④】 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 具体例 ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

### イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

#### 【指標⑤】 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 具体例 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

#### 【指標⑥】 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 具体例 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するものや後発医薬品の使用割合など

厚生労働省作成

# 国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

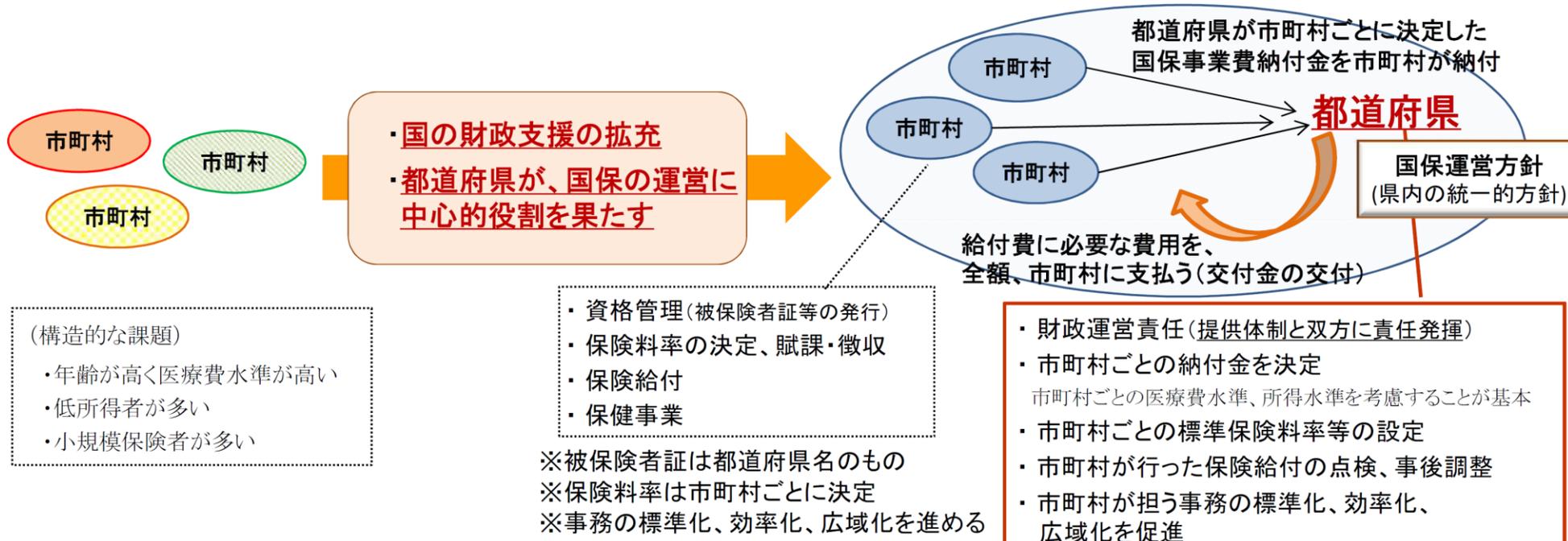
## ○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・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

### 【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



○ 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

厚生労働省作成

# 医療費の見込み（目標）と個別の取組目標との関係の整理案

- 医療費の見込みの推計式については、医療費適正化基本方針（平成28年3月告示）で示した医療費の見込みの算定方法の考え方を踏まえ、以下のように整理したい。

## <医療費の見込みの推計式（必須）>

### 医療費の見込み（高齢者医療確保法第9条第2項）

- 入院外等 ・ 自然体の医療費見込み
  - ▲後発医薬品の普及（80%）による効果
  - ▲特定健診・保健指導の実施率の達成（70%、45%）による効果
  - ▲外来医療費の1人当たり医療費の地域差縮減を目指す取組の効果
- 入院 ・ 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた推計

## <個別の取組目標（任意）>

- 個別の取組目標については、任意記載事項となっているが、各都道府県は、マクロの医療費の見込みを達成できるような取組目標を定めていただきたい。  
※都道府県が独自に設定する取組による効果を盛り込むことは可能。

### ◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※平成27年改正後

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、**当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果**を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項を定めるものとする。
- 3 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。
  - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
  - 二 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
  - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
  - 四～六 （略）

厚生労働省作成

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱

別紙2

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取扱う。

## 高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

## 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

## 回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

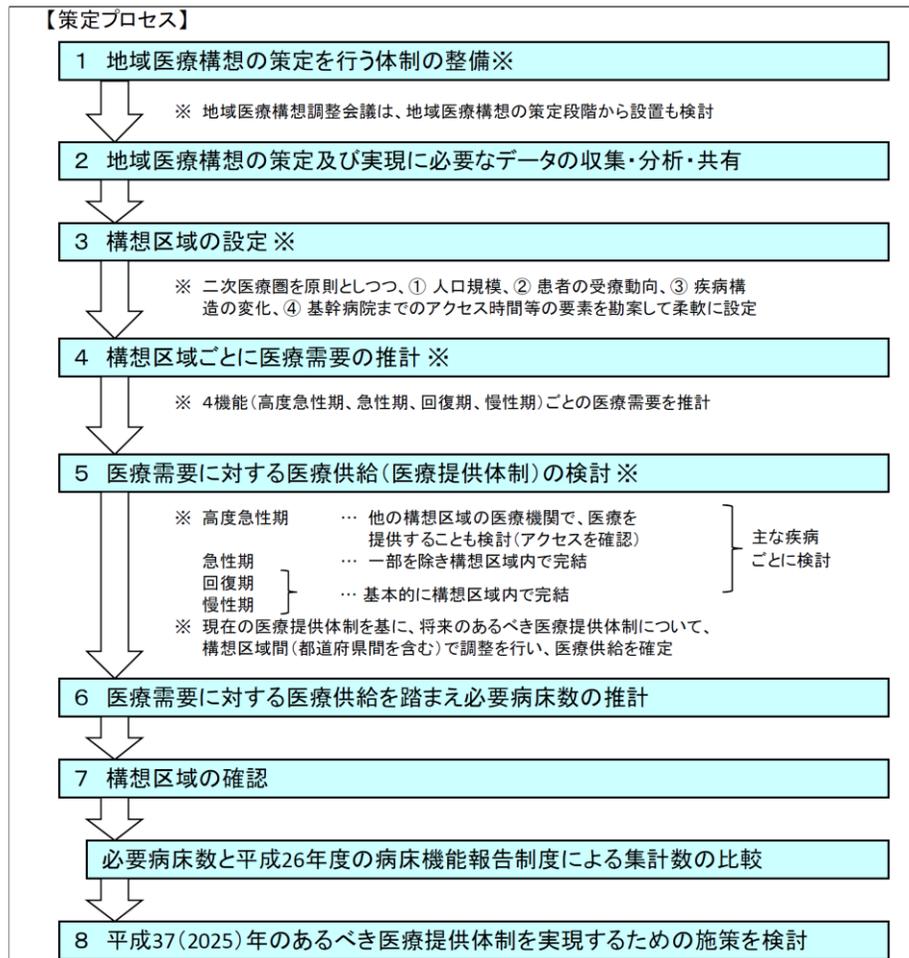
## 慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

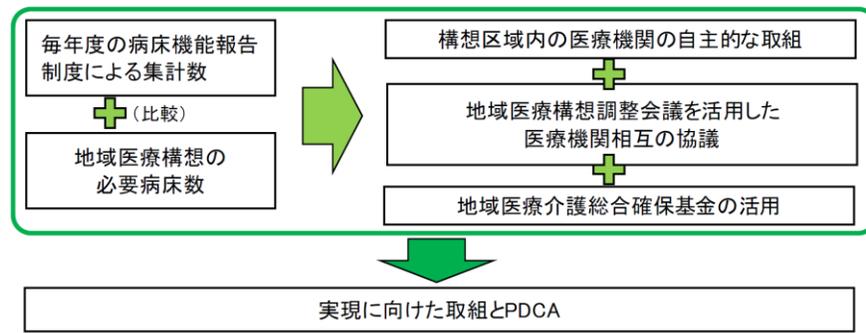
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

厚生労働省作成

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。



(参考)策定後の取組

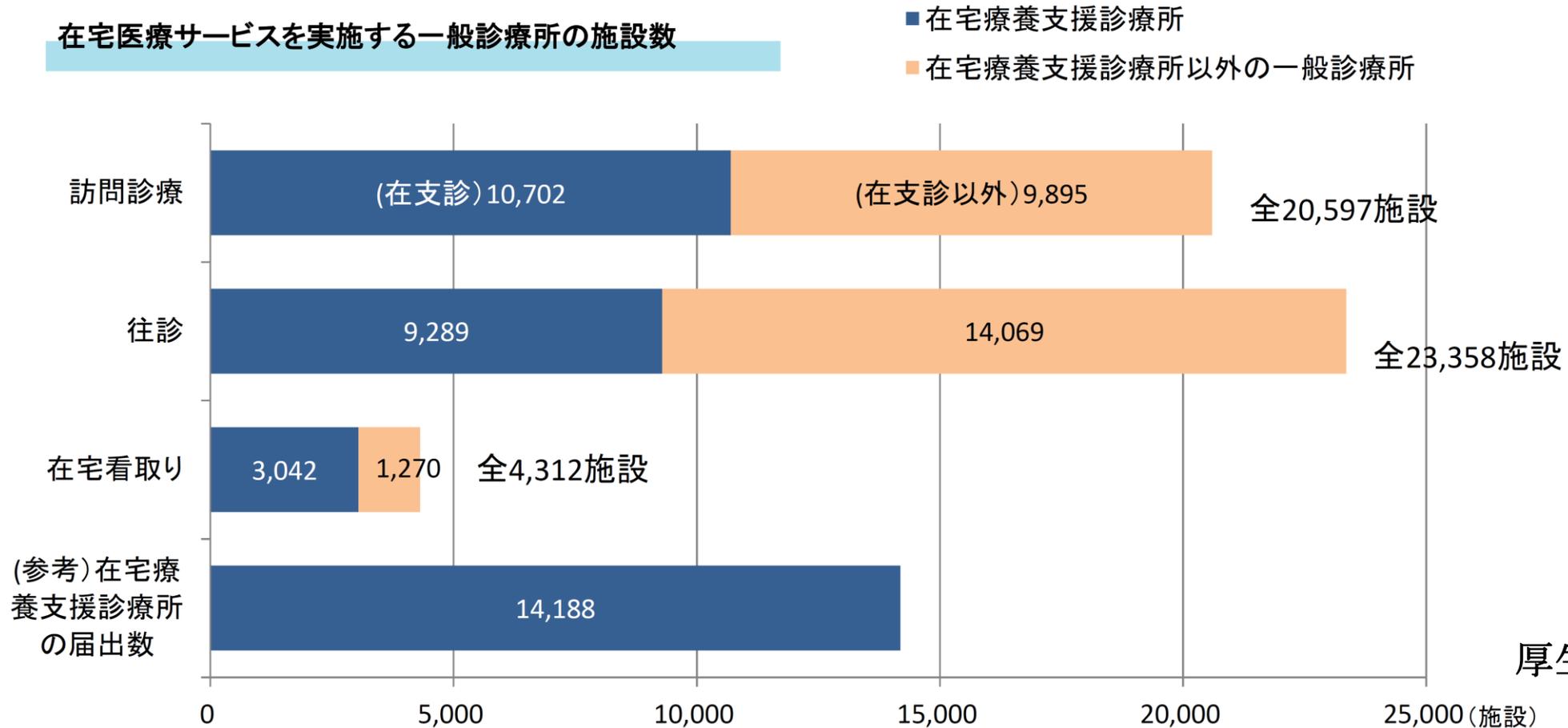


厚生労働省作成

## 在宅医療サービスを実施する診療所の属性

- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

### 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数



厚生労働省作成

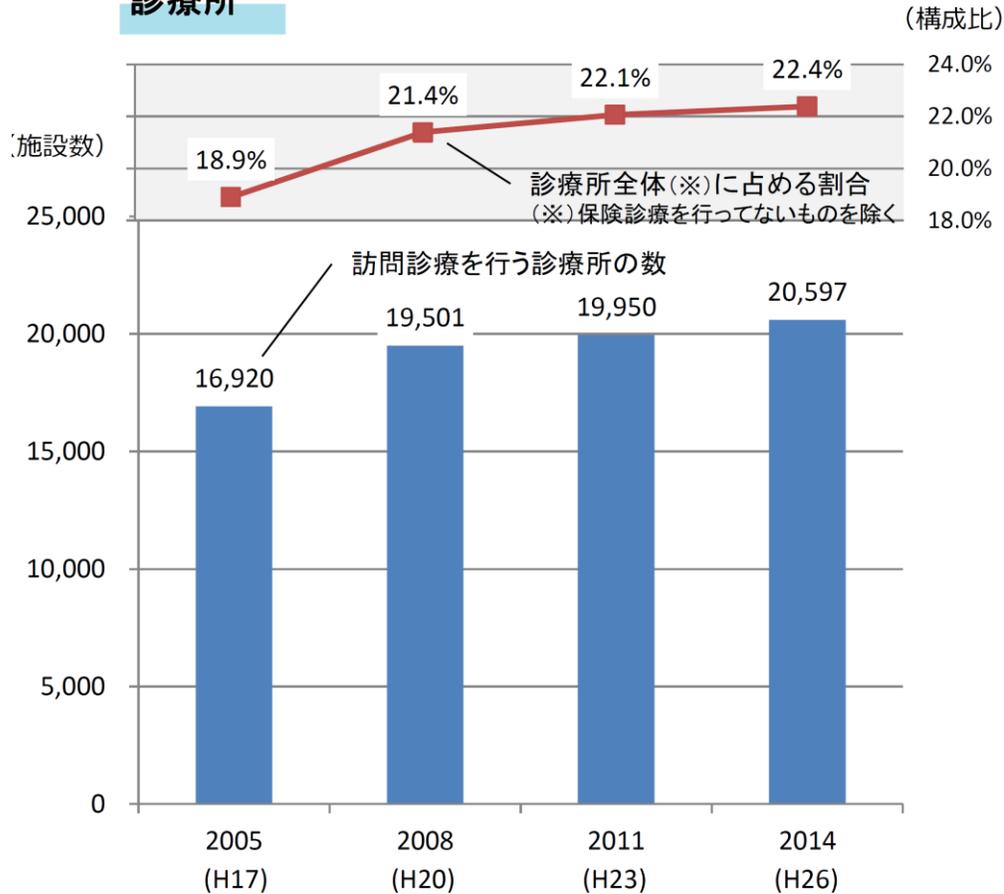
# 在宅医療の提供体制 ～日常の療養支援～

○ 日常的な訪問診療に対応する医療機関の数は増加傾向で、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%に至る。

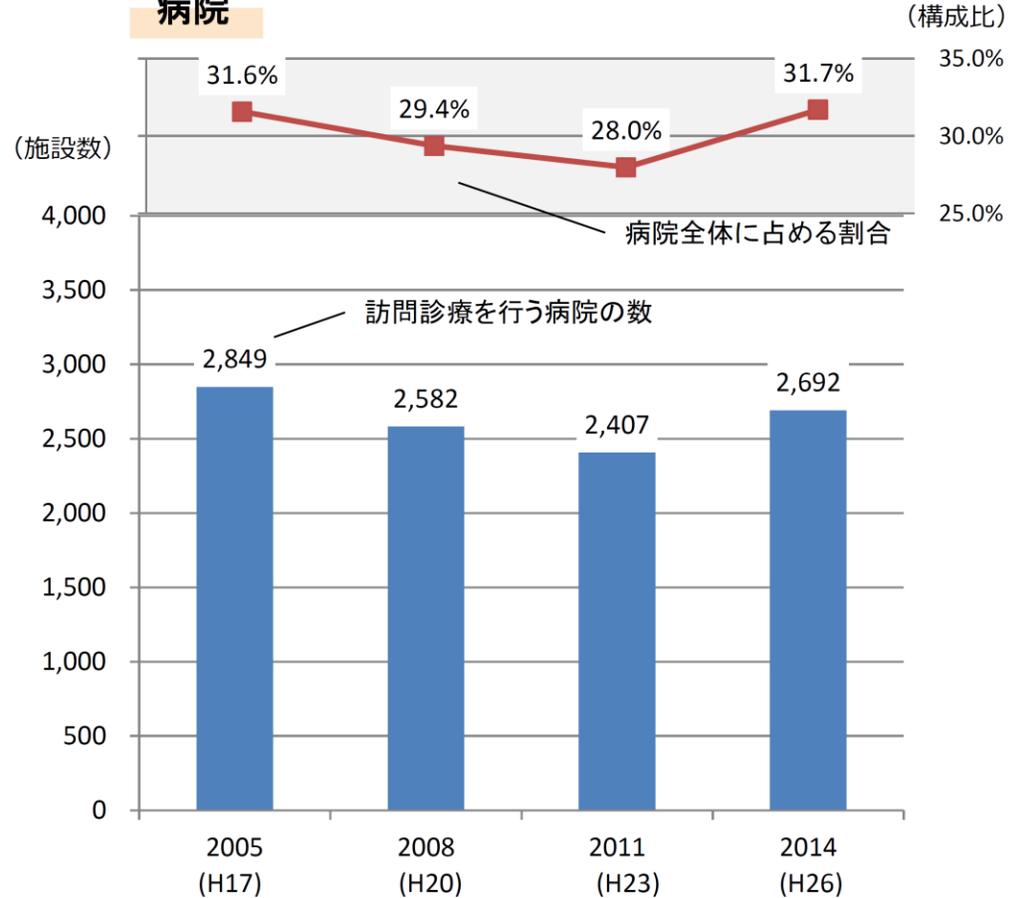
## 訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的な訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

### 診療所



### 病院



出典：医療施設調査（厚生労働省）

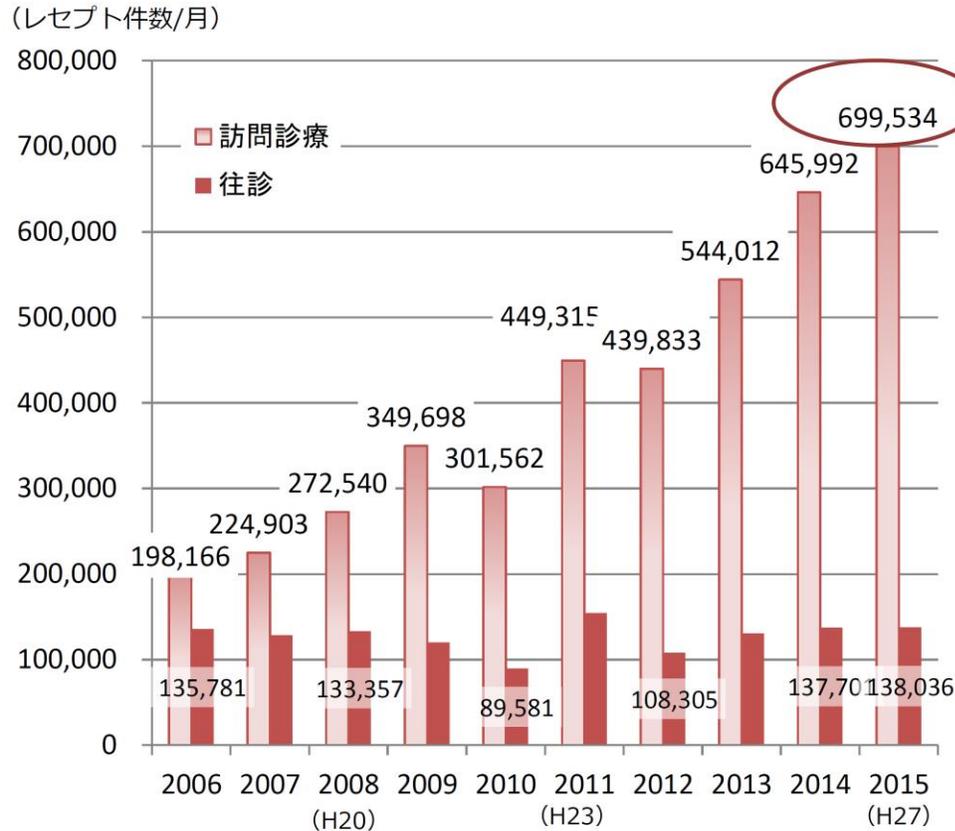
厚生労働省作成

# 在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

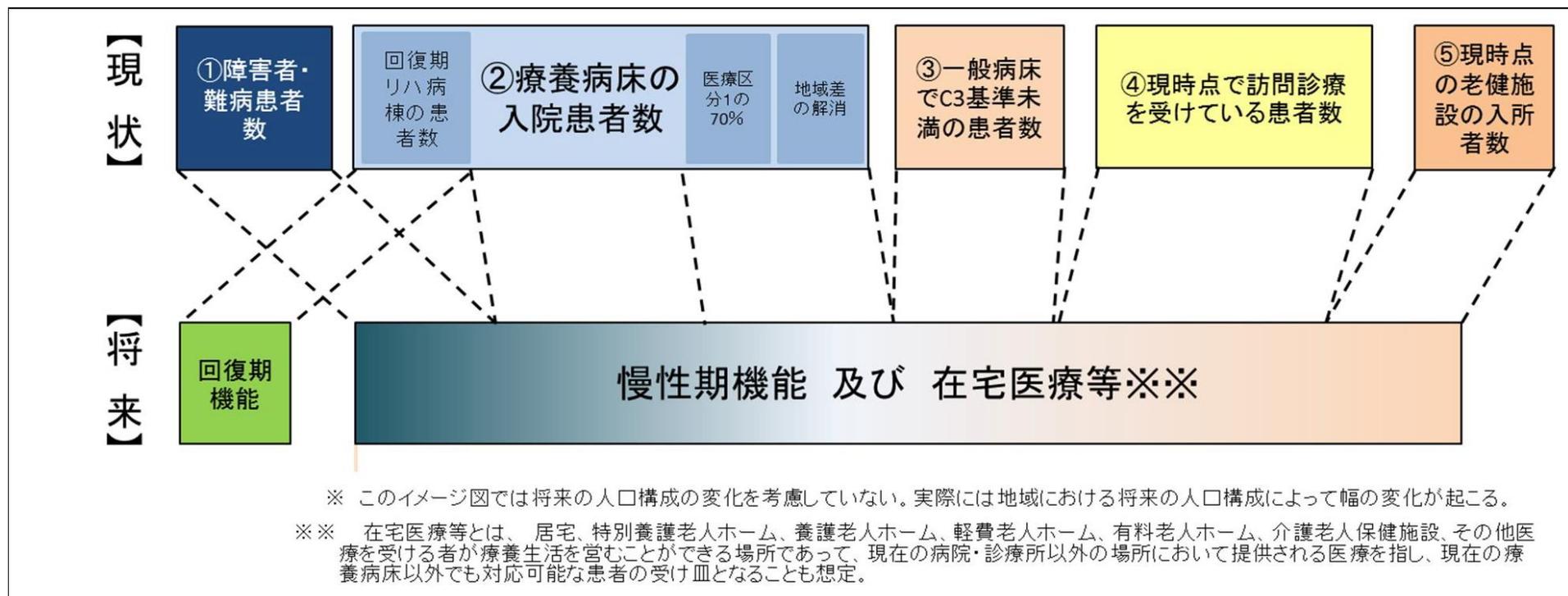
(レセプト件/月、%)

	2008 (H20)	2011 (H23)	2015 (H27)
計	272,540	449,315	699,534
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	598 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,165 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,909 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,542 (2.8%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	49,719 (7.1%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	200,606 (28.7%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	423,995 (60.6%)

出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

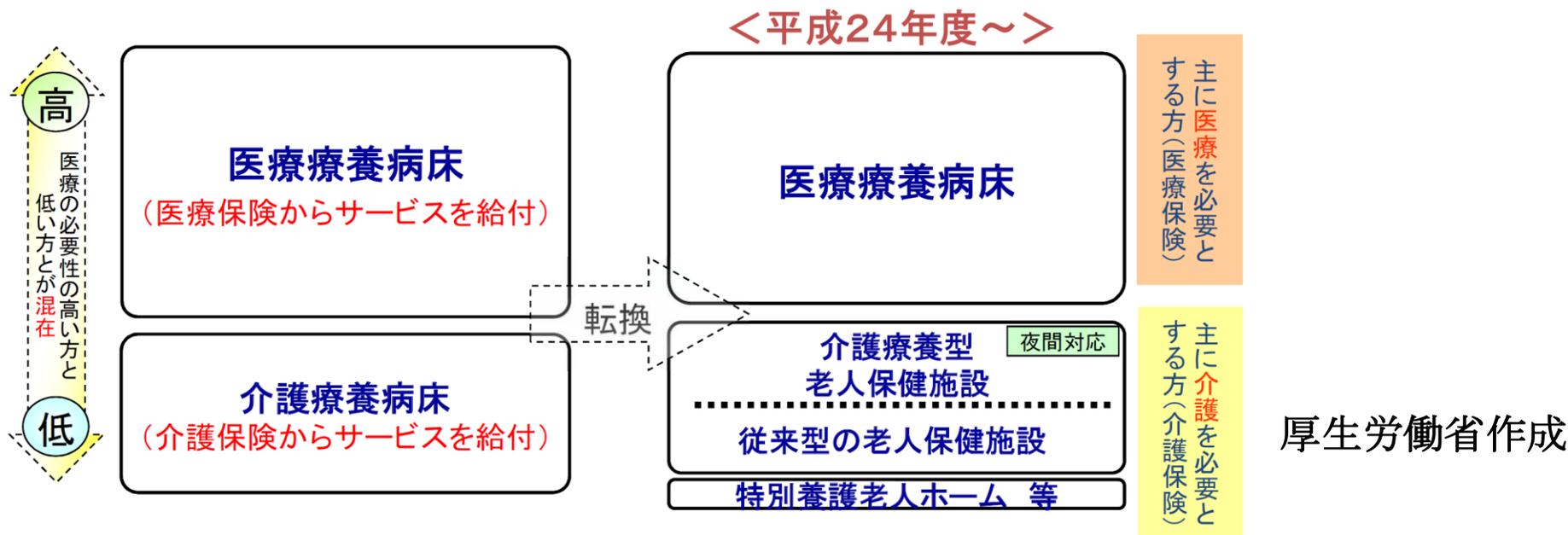
厚生労働省作成

図6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※



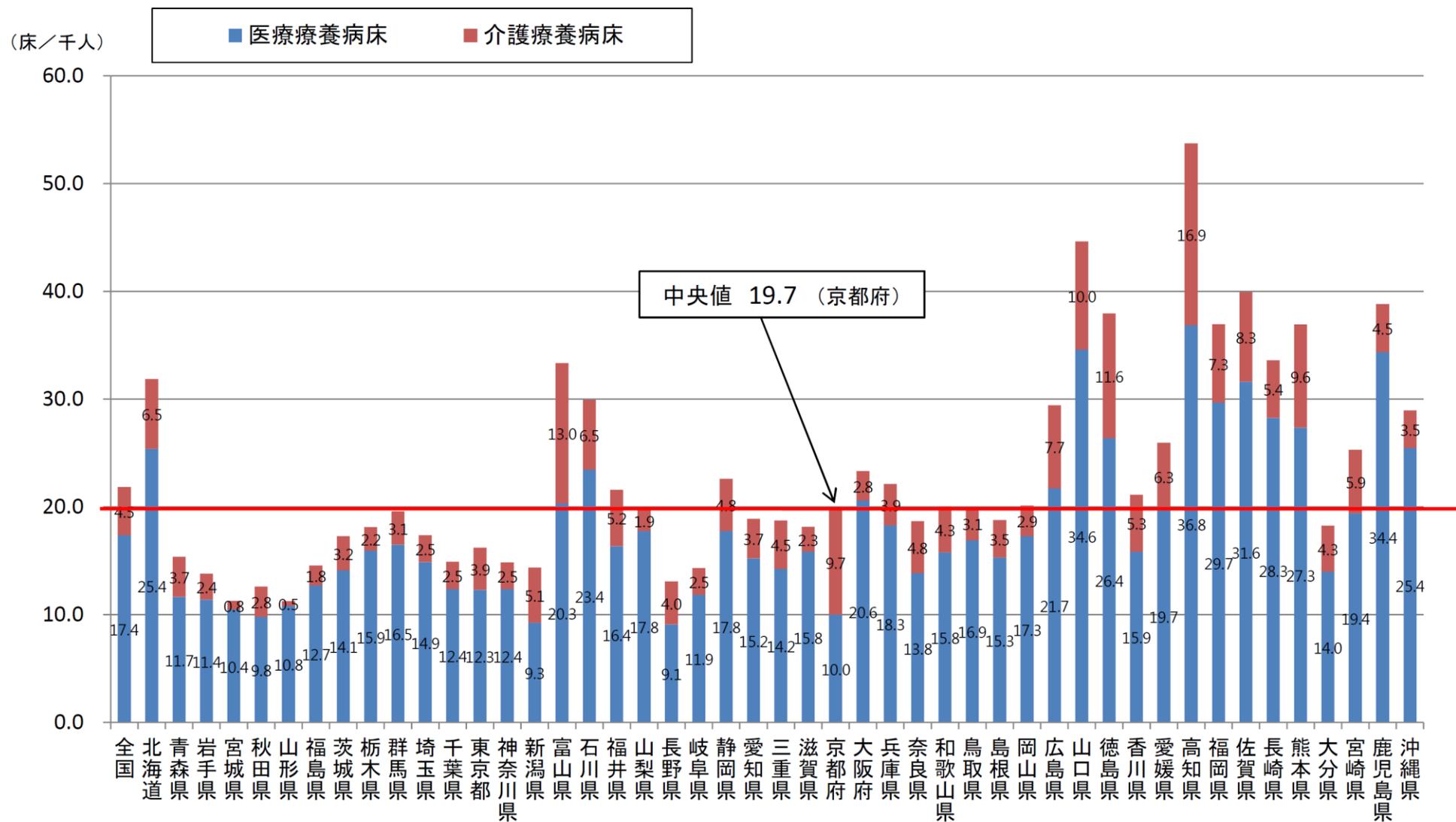
## H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 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や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者  
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

# 75歳以上人口千人あたり病床数（医療療養病床・介護療養病床）



厚生労働省作成

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、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、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設													
	(Ⅰ)	(Ⅱ)												
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設													
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。													
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者												
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <table border="1"> <tr><td>医師</td><td>48対1 (3人以上)</td></tr> <tr><td>看護</td><td>6対1</td></tr> <tr><td>介護</td><td>6対1</td></tr> </table>	医師	48対1 (3人以上)	看護	6対1	介護	6対1	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <table border="1"> <tr><td>医師</td><td>100対1 (1人以上)</td></tr> <tr><td>看護</td><td>3対1</td></tr> <tr><td>介護</td><td>※ うち看護2/7程度</td></tr> </table>	医師	100対1 (1人以上)	看護	3対1	介護	※ うち看護2/7程度
医師	48対1 (3人以上)													
看護	6対1													
介護	6対1													
医師	100対1 (1人以上)													
看護	3対1													
介護	※ うち看護2/7程度													
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>													
面積	老健施設相当 (8.0 m <sup>2</sup> /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。													
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象													

厚生労働省作成

年齢別2000年から2014年の医師増加倍率

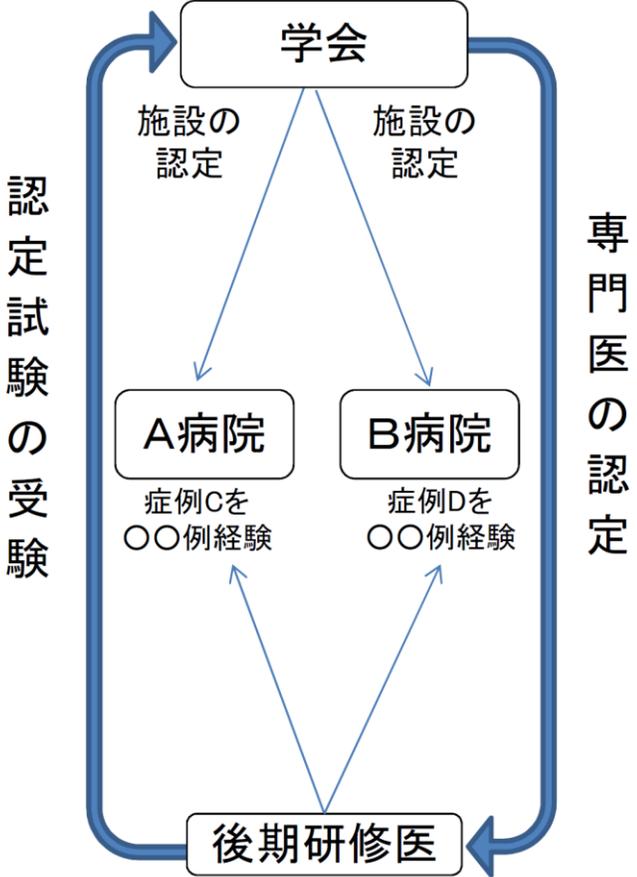
	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-49歳	50-69歳	全年齢		25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-49歳	50-69歳	全年齢
全 国	1.02	1.04	0.96	1.07	1.84	1.22	24 三重	0.83	0.90	0.86	1.03	1.78	1.19
01 北海道	0.85	0.82	0.81	1.01	1.83	1.14	25 滋賀	0.99	1.05	0.88	1.07	2.28	1.27
02 青森	1.05	0.67	0.73	0.87	1.68	1.08	26 京都	0.99	1.06	1.13	1.14	1.68	1.21
03 岩手	0.96	0.84	0.69	0.90	1.60	1.06	27 大阪	1.06	1.04	0.94	1.02	1.80	1.18
04 宮城	1.13	1.07	0.91	1.13	1.65	1.22	28 兵庫	1.12	1.07	0.96	1.10	1.75	1.24
05 秋田	1.06	0.80	0.64	0.87	1.93	1.10	29 奈良	0.68	0.85	0.90	1.05	2.04	1.19
06 山形	0.92	0.87	0.80	0.86	1.86	1.13	30 和歌山	1.13	0.84	0.89	0.92	1.64	1.14
07 福島	0.81	0.74	0.56	0.77	1.70	1.03	31 鳥取	0.85	0.64	0.99	0.92	1.73	1.11
08 茨城	0.97	1.07	0.95	1.03	1.97	1.22	32 島根	0.83	0.62	0.77	1.02	1.78	1.08
09 栃木	0.92	0.95	0.95	0.95	2.00	1.17	33 岡山	1.18	1.13	1.02	1.02	1.72	1.25
10 群馬	0.78	0.99	0.96	1.03	1.69	1.17	34 広島	0.87	0.86	0.86	0.95	1.78	1.14
11 埼玉	1.16	1.11	1.01	1.18	1.96	1.36	35 山口	0.78	0.65	0.73	0.93	1.60	1.04
12 千葉	1.31	1.35	1.05	1.29	1.86	1.40	36 徳島	0.84	0.92	0.96	0.81	1.71	1.12
13 東京	1.14	1.38	1.23	1.28	1.94	1.33	37 香川	0.93	0.81	0.77	0.94	1.81	1.11
14 神奈川	1.29	1.25	1.10	1.24	1.88	1.34	38 愛媛	0.89	0.67	0.70	0.87	1.93	1.10
15 新潟	0.78	0.81	0.81	0.90	1.70	1.08	39 高知	0.71	0.63	0.69	1.01	1.80	1.06
16 富山	0.80	0.75	0.75	0.89	1.99	1.10	40 福岡	0.92	1.15	1.04	1.09	1.92	1.25
17 石川	1.08	1.04	1.04	0.96	1.73	1.19	41 佐賀	1.08	1.12	1.00	0.99	2.02	1.23
18 福井	1.13	0.76	0.78	1.12	2.02	1.19	42 長崎	0.84	0.98	0.84	0.91	1.62	1.16
19 山梨	0.93	0.77	0.70	1.06	2.29	1.17	43 熊本	0.81	0.89	0.88	1.01	1.75	1.14
20 長野	1.03	0.98	0.83	1.06	1.87	1.21	44 大分	0.73	0.69	0.86	1.06	2.09	1.17
21 岐阜	1.09	0.92	0.90	1.04	1.87	1.24	45 宮崎	0.74	0.63	0.70	0.98	2.19	1.13
22 静岡	0.94	1.01	0.96	1.08	1.79	1.19	46 鹿児島	0.72	0.69	0.77	0.99	1.97	1.13
23 愛知	1.14	1.17	1.07	1.12	1.75	1.26	47 沖縄	1.20	1.16	0.97	1.39	2.02	1.47

# 従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

## 従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

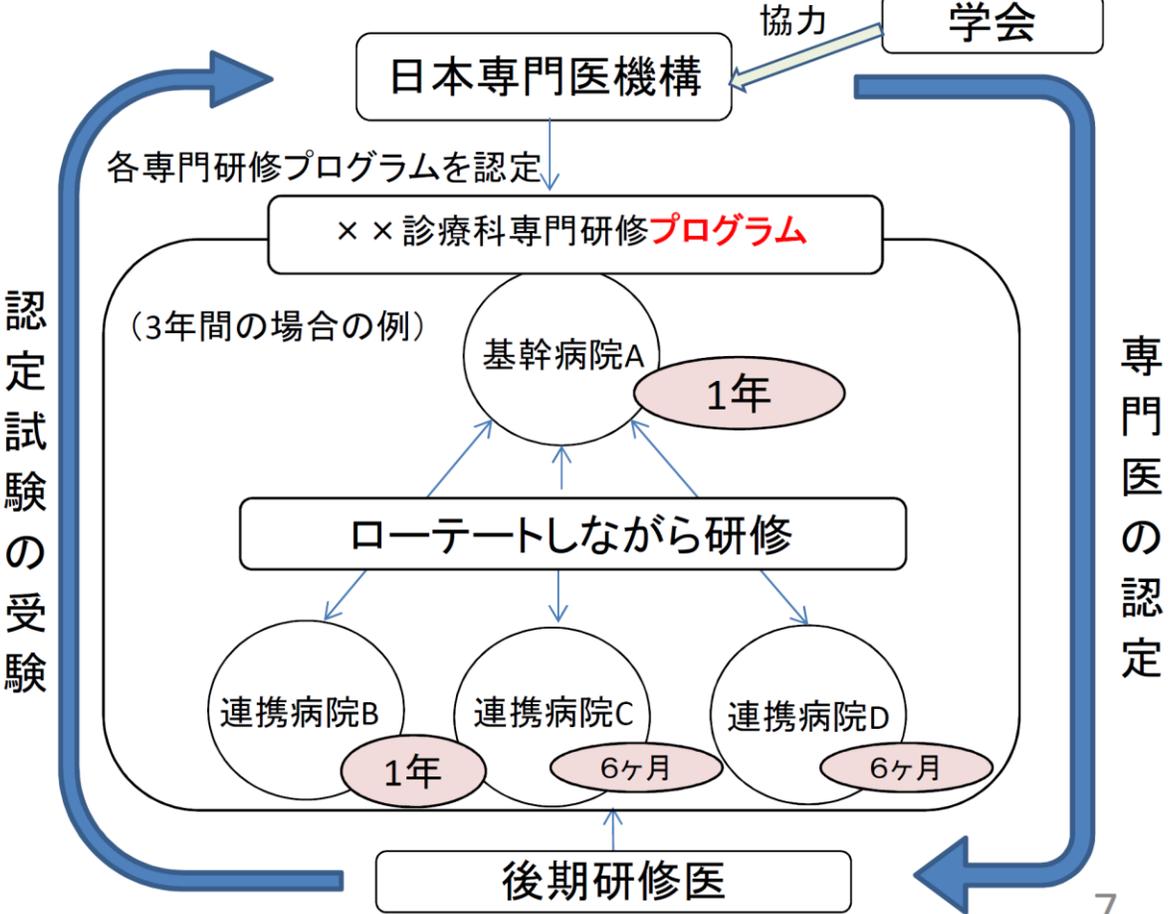
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



## 新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)



出典が記されていないスライドは厚生労働省等の資料を基に筆者(遠藤久夫)が作成