

## 第44回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成23年7月21日（木）  
13時00分～15時00分  
場所：霞が関ビル35階  
東海大学校友会館

### （議題）

1. 部会長の選任及び部会長代理の指名について
2. 東日本大震災への対応について
3. 治療用装具の療養費に関する受領委任の取扱いについて
4. 社会保障・税一体改革成案について
5. 次回の診療報酬改定に向けた検討について
6. その他

### （配布資料）

#### 【議題2について】

資料1 東日本大震災への対応について

#### 【議題3について】

資料2 治療用装具の療養費に関する受領委任の取扱いについて

#### 【議題4について】

資料3 社会保障・税一体改革成案

資料4 社会保障・税一体改革成案における改革項目参考資料（抄）

#### 【議題5について】

資料5 平成22年度診療報酬改定のスケジュール

資料6 平成22年度診療報酬改定の基本方針

資料7 平成22年度診療報酬改定の概要

資料8 中央社会保険医療協議会答申書（平成22年度診療報酬改定  
について）

資料9 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について

資料10 医療提供体制について

資料11 次期介護報酬改定等について

#### 【議題6について】

資料12 レセプトの電子化の状況と診療報酬の支払い早期化について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成23年7月21日現在

本 委 員	えんどう ひさお ◎遠藤 久夫 おうみ なおと 逢見 直人 ふくだ とみかず 福田 富一	学習院大学経済学部教授  日本労働組合総連合会副事務局長  全国知事会社会文教常任委員長／栃木県知事
臨 時 委 員	あべ よしひろ 安部 好弘 いわむら まさひこ ○岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おおたに たかこ 大谷 貴子 おかざき せいや 岡崎 誠也 かみや かつこ 紙屋 克子 かわじり たかお 川尻 禮郎 こばやし たけし 小林 剛 さいとう まさのり 齊藤 正憲 さいとう まさやす 齋藤 正寧 しばた まさと 柴田 雅人 しらかわ しゅうじ 白川 修二 すずき くにひこ 鈴木 邦彦 たかはら あきら 高原 晶 ひぐち けいこ 樋口 恵子 ほり けんろう 堀 憲郎 やました いっぺい 山下 一平 よこお としひこ 横尾 俊彦 わだ よしたか 和田 仁孝	日本薬剤師会常務理事  東京大学大学院法学政治学研究科教授  東京大学大学院経済学研究科教授  全国骨髓バンク推進連絡協議会前会長  全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長  静岡県立大学大学院看護学研究科教授  全国老人クラブ連合会評議員  全国健康保険協会 理事長  日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長  全国町村会行政部会長／秋田県井川町長  国民健康保険中央会理事長  健康保険組合連合会専務理事  日本医師会常任理事  諫早医師会会長  NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長  日本歯科医師会常務理事  日本商工会議所社会保障専門委員会委員  全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長  早稲田大学法学学術院教授
専 門 委 員	あま きょうこ 阿真 京子 いのうえ きよなり 井上 清成 うんの のぶや 海野 信也 かの まさひろ 神野 正博 てらお としひこ 寺尾 俊彦 もうり たえこ 毛利 多恵子	知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会代表  弁護士  日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長  全日本病院協会副会長  日本産婦人科医会会長  日本助産師会副会長

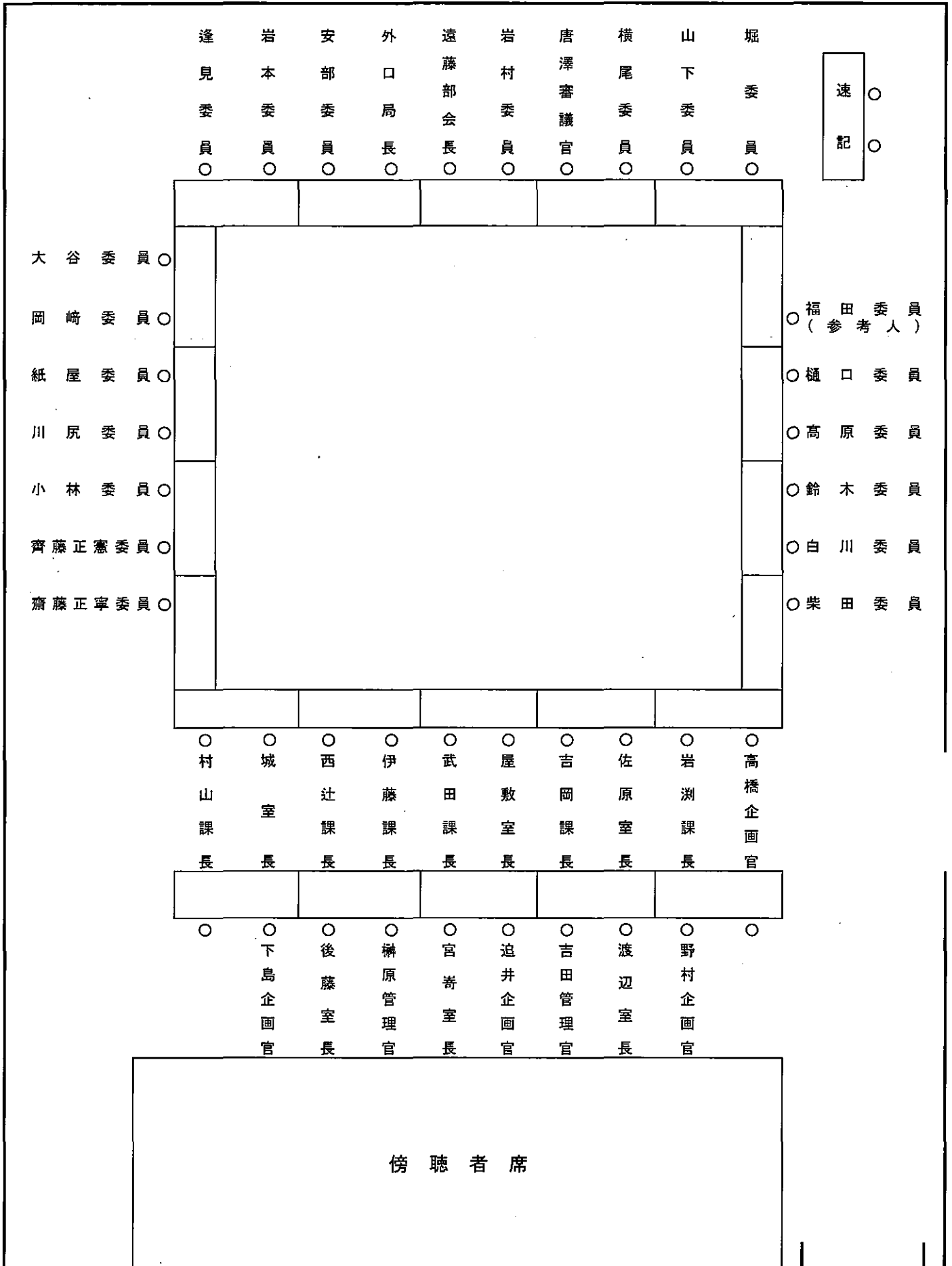
(注1)◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(注2)専門委員は「平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方の検討」を専門事項とする。

# 第44回社会保障審議会医療保険部会

平成23年7月21日(木) 13:00~15:00

東海大学校友会館 阿蘇の間 (35階)



# 東日本大震災への対応について

平成23年7月21日

厚生労働省保険局

# 医療保険制度における対応について

東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律、平成23年度第1次補正予算及び事務連絡により、下記の対応を実施。

## 1 被保険者証なしでの受診・一部負担金等の免除

- ・ 被保険者証等を紛失した場合も、氏名、生年月日等を申し出ることによって医療機関で保険診療を受けることができることとした。（6月末日までの取り扱い。7月1日からは被保険者証が必要。）
- ・ 住宅が全半壊等した方、主たる生計維持者が死亡又は行方不明の方、原発の事故に伴う政府の避難指示等の対象となっている方などは、被災地以外の市町村に転入した場合を含めて、医療機関に一部負担金等の自己負担を支払わずに受診することができることとした。（6月末日までは、口頭で申し立てるだけで免除。7月1日からは、一部地域を除き、各保険者が発行する一部負担金等の免除証明書が必要。）

## 2 保険料の免除、猶予等

- ・ 保険者の判断により保険料の減免（※）、徴収猶予及び納期限の延長を実施。
  - ※ 健康保険、船員保険  
震災により、従業員に対する報酬の支払いに著しい支障が生じている事業所等の保険料を減免
  - ※ 国民健康保険  
震災により、主たる生計維持者の住宅が全半壊等した世帯、主たる生計維持者が死亡又は行方不明の世帯等の保険料を減免
  - ※ 後期高齢者医療制度  
震災により、主たる生計維持者の住宅が全半壊等した方、主たる生計維持者が死亡又は行方不明の方等の保険料を減免

# 医療保険制度における対応について

## 3 保険者への財政支援

- ・ 一部負担金等の免除や、保険料の減免を行った保険者への財政措置を実施。
- ・ 審査支払機関へ費用を支払うことのできない保険者については、審査支払機関が当該費用を立替払い。また、立替払いのために借入が必要な審査支払機関に対する支援を実施。

## 4 医療機関等への配慮

- ・ 医療機関等は、免除した一部負担金等を含め診療に要する費用の全額（10割）を審査支払機関に請求。
- ・ 医療機関等が、被災により診療録を滅失した場合などには、概算による請求ができることとした。（3月～5月診療分）
- ・ 被災者の方を数多く受け入れた医療機関等については、医療法上の許可病床数を大幅に超過して入院患者を受け入れた場合や、看護師の配置基準を満たさなくなった場合、入院患者の平均在院日数が基準を超えることとなった場合であっても、入院料の減額措置を行わないこととした。

## 5 療養費関係

- ・ 今回の震災に伴い、あん摩マッサージ指圧師の施術及びはり師、きゅう師の施術に係る医師の同意書について、一定の条件の下、療養費支給申請書にその添付を省略することができることとした。
- ・ 被災者の方の治療用装具に係る療養費については、装具業者による代理受領により受給することができることとした。

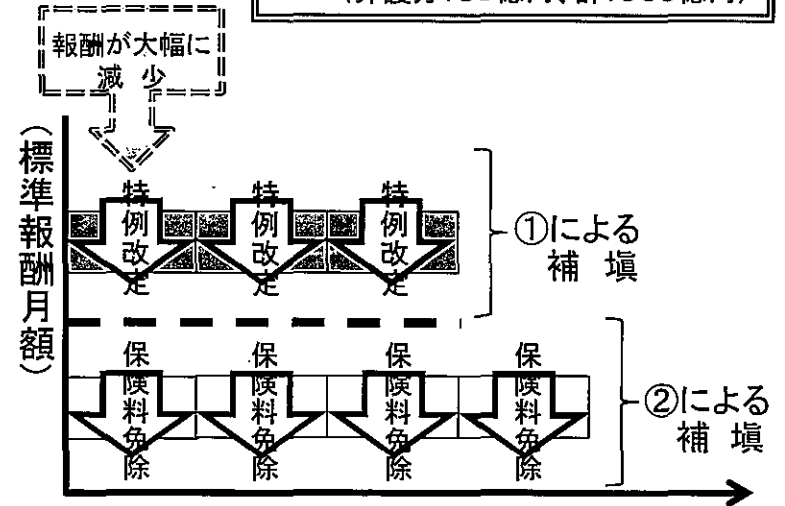
# 医療保険者への財政支援措置

平成23年度1次補正  
**864億円**  
 (介護分:39億円、計:903億円)

## 1. 保険料の減免等による損失補填 **<483億円>** (介護2号保険料分:39億円、計:522億円)

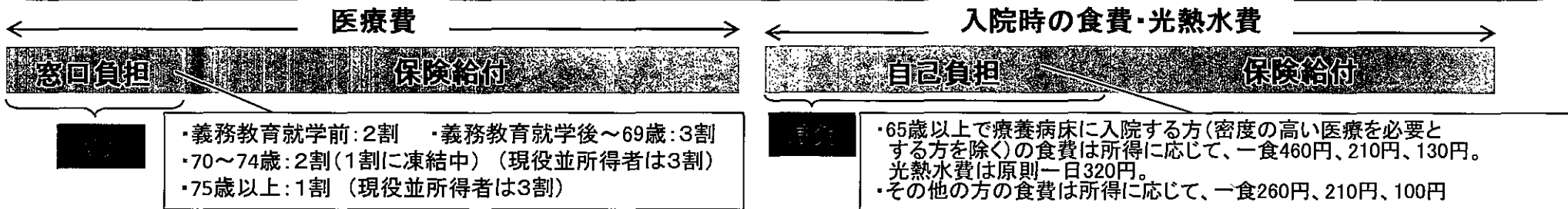
①標準報酬の改定の特例による損失の補填 **(102億円)**  
 震災に伴い急激に報酬が減少した被保険者の標準報酬月額を即時改定を行った被用者保険者への補助  
 (※)通常は、報酬に大幅な変動が生じた月から一定の期間(概ね3ヶ月)の平均をもって、その翌月(概ね4ヶ月目)から随時改定を行う。

②保険料の減免による損失補填 **(381億円)**  
 震災に伴い保険料を減免した(※)保険者への補助  
 (※)災害により、従業員に対する報酬の支払いに著しい支障が生じている事業所等の保険料を減免



## 2. 一部負担金等の減免による損失補填 **<350億円>** 被災地にお住まいで生活にお困りの方(※)の医療機関等での窓口負担や入院時の食費・光熱水費の自己負担分を減免した保険者への補助

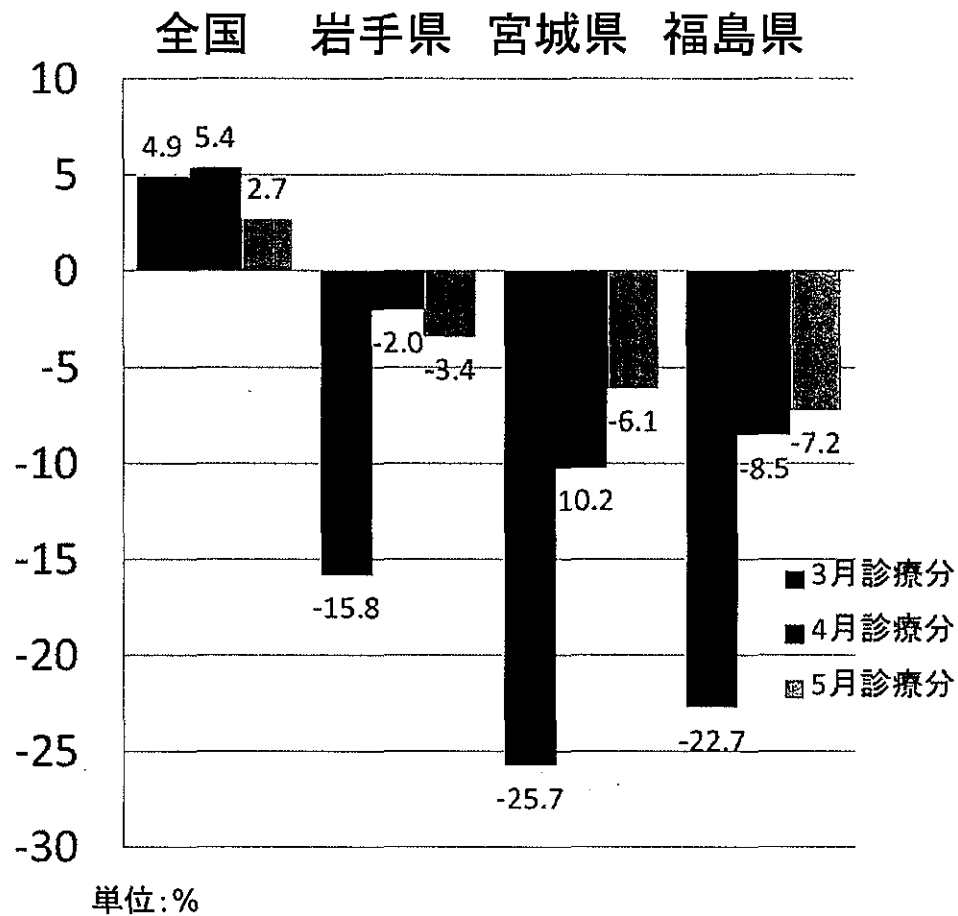
- (※) ①住宅が全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした方 ②主たる生計維持者が死亡したり、重篤な傷病を負った方  
 ③主たる生計維持者が行方不明である方 ④主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方 ⑤主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方  
 ⑥原発の事故に伴い政府の避難指示、計画的避難区域及び緊急時避難準備区域に関する指示の対象となっている方  
 ⑦特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている方



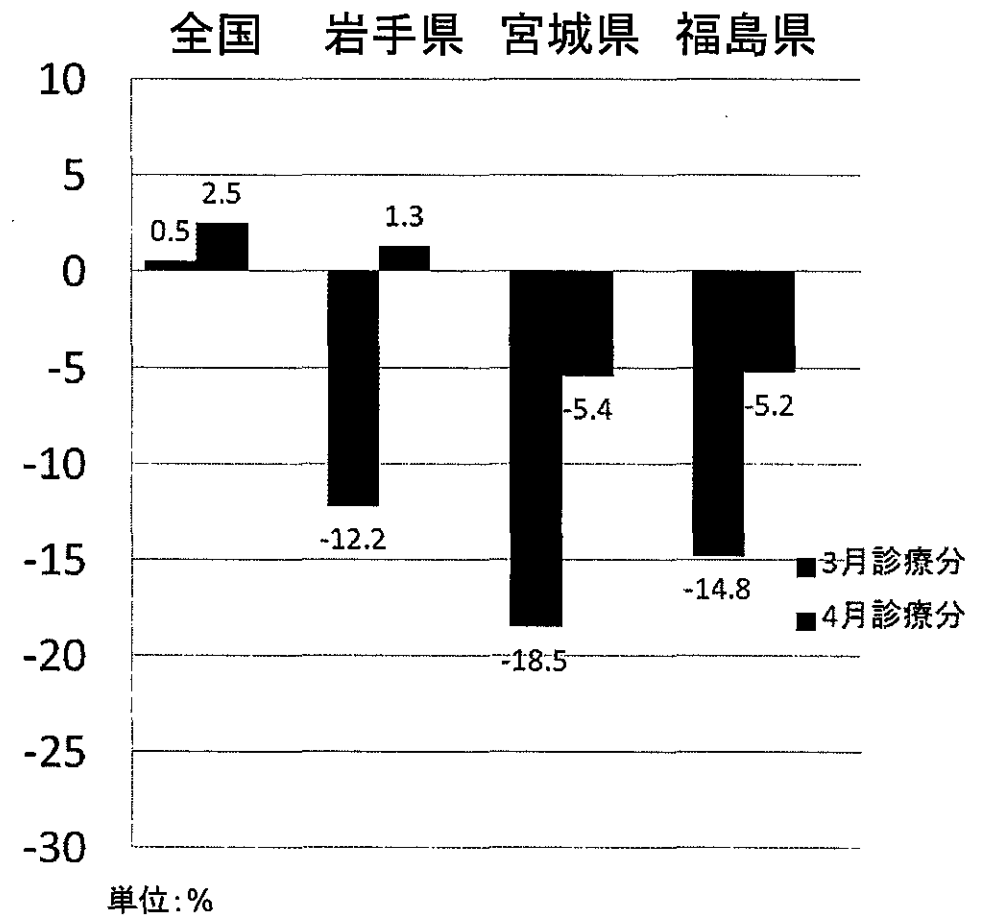
## 3. 市町村国保等への支援 **<32億円>** ・市町村国保のシステム復旧費用等への補助 ・国保連合会の診療報酬等の立替払いに伴う借入利息に対する補助 等

# 震災後のレセプト受付状況(件数)(前年同月比)

## 支払基金分



## 国保連合会分



※ 社会保険診療報酬支払基金及び国保中央会の報告に基づき保険局で作成



# 平成23年3月診療分(4月処理)の受付状況(支払基金分)

- ・ 医療機関等の罹災の多かった宮城県及び福島県において、受付件数の大幅な減少。
- ・ 前年同月対比23～33%程度の減。

(単位:千件、%)

	合計	前年 同月比	医科	前年 同月比	歯科	前年 同月比	調剤	前年 同月比	
全国計	82,766	4.9	46,321	3.8	9,550	▲1.4	26,854	9.5	
災害救助法適用地域	02 青森	737	▲3.2	407	▲5.3	70	▲5.6	259	1.0
	03 岩手	608	▲15.8	336	▲15.7	69	▲21.3	203	▲13.9
	04 宮城	1,061	▲25.7	573	▲26.4	114	▲32.5	374	▲22.1
	07 福島	920	▲22.7	512	▲24.5	97	▲27.6	311	▲17.8
	08 茨城	1,760	▲4.3	971	▲5.1	196	▲11.3	593	▲0.4
	09 栃木	1,267	▲2.6	751	▲3.7	139	▲8.8	376	2.1
	12 千葉	3,458	2.0	1,860	0.1	413	1.2	1,183	5.3
	15 新潟	1,394	2.3	756	1.7	160	▲3.1	477	5.2
	20 長野	1,143	6.9	667	5.9	137	1.2	339	11.3

※ 社会保険診療報酬支払基金からの報告を基に保険局保険課が作成したものの5

# 平成23年4月診療分(5月処理)の受付状況(支払基金分)

- ・医療機関等の罹災の多かった宮城県及び福島県において、受付件数前年同月対比10%程度の減。
- ・宮城支部の歯科医療機関の受付件数については、前月(▲32.5%減)と同様に大幅な減。

(単位:千件、%)

		合計	前年 同月比	医科	前年 同月比	歯科	前年 同月比	調剤	前年 同月比
全国計		76,889	5.4	42,900	4.5	9,293	2.2	24,655	8.1
災害救助法適用地域	02 青森	781	4.6	429	3.4	70	▲0.7	281	7.9
	03 岩手	679	▲2.0	369	▲3.1	70	▲11.6	239	3.0
	04 宮城	1,197	▲10.2	645	▲11.8	125	▲20.4	427	▲3.9
	07 福島	1,002	▲8.5	558	▲10.1	105	▲14.7	338	▲3.5
	08 茨城	1,708	4.5	935	3.6	209	1.8	564	7.1
	09 栃木	1,179	2.7	694	2.1	143	▲1.0	341	5.8
	12 千葉	3,175	3.3	1,695	2.3	423	1.5	1,056	5.8
	15 新潟	1,601	22.7	868	22.6	173	12.6	560	26.4
	20 長野	1,120	12.3	652	12.0	128	2.2	339	17.3

※ 社会保険診療報酬支払基金からの報告を基に保険局保険課が作成したもの。6

## 平成23年5月診療分(6月処理)の受付状況(支払基金分)

- ・医療機関等の罹災の多かった宮城県及び福島県において、受付件数前年同月対比4～10%程度の減。
  - ・概算請求届出医療機関が減少(通常の方法で請求することが可能となった医療機関の増加)し、震災から約2か月経過しているが、被災地の岩手・宮城・福島3県は依然として、前年同月比の伸び率はマイナスである。
- (単位:千件、%)

	合計	前年	医科	前年	歯科	前年	調剤	前年	
		同月比		同月比		同月比		同月比	
全国計	75,041	2.7	42,227	1.9	9,221	2.3	23,552	4.1	
災害救助法適用地域	02 青森	737	2.1	406	0.4	69	1.8	262	4.9
	03 岩手	644	▲3.4	355	▲3.6	71	▲6.6	217	▲1.9
	04 宮城	1,226	▲6.1	670	▲7.1	143	▲7.8	413	▲3.8
	07 福島	1,015	▲7.2	568	▲9.4	115	▲4.7	332	▲4.1
	08 茨城	1,684	4.0	929	3.0	211	5.0	543	5.2
	09 栃木	1,151	▲0.1	683	▲0.9	142	▲1.2	326	2.1
	12 千葉	3,090	▲0.3	1,663	▲1.1	423	1.5	1,003	0.4
	15 新潟	1,573	21.7	861	21.6	174	12.8	537	25.2
	20 長野	1,040	4.3	608	3.9	126	0.7	306	6.5

※新潟県は、23年4月より市町村の医療費助成事業を受託したことによる増である。

※「合計」欄の数値は、訪問及び審査のみ分を含む数値である。 ※社会保険診療報酬支払基金からの報告を基に保険局保険課が作成したもの。7

## 平成23年3月診療分(4月処理)の受付状況(国保連合会分)

- ・ 県内の全市町村が災害救助法の適用となっている岩手県、宮城県、福島県では10%を超える受付件数の減少となっている。

件数 (一般・退職・後期計)

(単位:件)

	平成23年4月審査分							
	合計	前年 同月比	医科	前年 同月比	歯科	前年 同月比	調剤	前年 同月比
全国計	82,067,561	0.5	47,191,609	▲ 1.6	7,631,481	▲ 0.1	27,244,471	4.5
青森県	986,805	▲ 2.4	568,455	▲ 5.1	58,734	▲ 2.9	359,616	2.3
岩手県	844,516	▲ 12.2	485,588	▲ 13.3	60,681	▲ 16.2	298,247	▲ 9.4
宮城県	1,276,190	▲ 18.5	709,954	▲ 20.4	93,879	▲ 24.6	472,357	▲ 14.0
福島県	1,171,391	▲ 14.8	669,900	▲ 18.0	80,077	▲ 20.0	421,414	▲ 7.9
茨城県	1,672,612	▲ 3.9	957,359	▲ 5.5	143,812	▲ 8.6	571,441	0.4
栃木県	1,186,365	▲ 2.0	723,585	▲ 3.8	102,268	▲ 5.5	360,512	2.9
千葉県	3,509,325	0.6	1,946,933	▲ 1.1	355,687	▲ 1.9	1,206,705	4.2
新潟県	1,644,412	▲ 0.6	919,270	▲ 2.7	141,174	0.1	583,968	2.7
長野県	1,428,467	0.8	843,486	▲ 1.7	125,584	3.7	459,397	4.8

※ 国保中央会からの報告を基に保険局国民健康保険課が作成したもの。

## 平成23年4月診療分(5月処理)の受付状況(国保連合会分)

- 宮城県、福島県は、減少幅は縮小しているが、依然として受付件数が前年同月比で減少。

件数 (一般・退職・後期計)

(単位:件)

	平成23年5月審査分							
	合計	前年 同月比	医科	前年 同月比	歯科	前年 同月比	調剤	前年 同月比
全国計	81,435,997	2.5	46,698,239	1.5	7,646,015	2.4	27,091,743	4.3
青森県	1,043,824	3.6	598,553	2.3	58,855	▲ 0.2	386,416	6.1
岩手県	959,847	1.3	540,388	▲ 0.3	63,956	▲ 8.4	355,503	5.9
宮城県	1,458,634	▲ 5.4	803,754	▲ 7.4	103,624	▲ 15.9	551,256	0.2
福島県	1,266,466	▲ 5.2	725,077	▲ 7.2	85,998	▲ 11.6	455,391	▲ 0.5
茨城県	1,706,855	1.9	972,416	1.0	150,693	▲ 1.4	583,746	4.3
栃木県	1,186,436	2.0	720,059	1.2	105,348	0.1	361,029	4.1
千葉県	3,475,984	3.0	1,919,977	2.0	367,446	3.2	1,188,561	4.4
新潟県	1,649,495	1.5	919,013	0.8	142,358	2.5	588,124	2.4
長野県	1,430,444	3.5	845,656	2.6	122,028	4.0	462,760	5.0

※ 国保中央会からの報告を基に保険局国民健康保険課が作成したものです。

**平成23年7月1日から医療機関等の窓口での取扱いが下記のように変わります。**

**1. 保険診療を受ける際には、従来通り、窓口での「保険証」(被保険者証)の提示が必要になります。**

**2. 窓口負担が免除となるためには、一部負担金等の「免除証明書」の提示が必要となります。**

平成23年7月1日からは、一部負担金等の免除証明書の提示が必要となりますので、ご加入の医療保険の保険者に申請して下さい。

- ・免除となるのは、平成24年2月29日までです。(入院時食事療養費及び入院時生活療養費については、別途定める期限までの間)
- ・なお、免除の対象となる方で、免除証明書を提示できず窓口負担を支払った方は、支払った窓口負担の還付を受けることができますので、申請をお願いします。

**(窓口負担が免除される方)**

- (1) 災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域の住民(地震発生後、他市町村へ転出した方を含む)であり、
- (2) 以下のいずれかに該当する方
  - ① 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした方
  - ② 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った方
  - ③ 主たる生計維持者の行方が不明である方
  - ④ 主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方
  - ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方
  - ⑥ 原発の事故に伴い、政府の避難指示、計画的避難区域及び緊急時避難準備区域に関する指示の対象となっている方
  - ⑦ 特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている方

※ ただし、「以下の市町村国保にご加入の方」又は「以下の3県の後期高齢者医療制度にご加入の方で、保険証に記載された住所が以下の市町村である方」は、右欄の目から免除証明書の提示が必要となります

県名	市町村名	提示が必要となる日
岩手県	宮古市、大船渡市、陸前高田市、大槌町、山田町	平成23年 8月 1日
宮城県	女川町	平成23年10月 1日
	南三陸町	平成23年 9月 1日
福島県	田村市、南相馬市	平成23年 8月 1日
	広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯舘村	免除期間終了まで 免除証明書は不要

**◎ご加入の医療保険の保険者への保険証や免除証明書の申請を忘れずに。**

申請の方法等のお問い合わせは、ご加入の医療保険の保険者をお願いします。

## 社会保障・税一体改革成案

平成 23 年 6 月 30 日

政府・与党社会保障改革検討本部決定

### はじめに

社会保障と税の一体改革については、平成 22 年 10 月に政府・与党社会保障改革検討本部を設置し、以来、同年 11 月から 12 月にかけて社会保障改革に関する有識者検討会を開催、本年 2 月から 6 月にかけては社会保障改革に関する集中検討会議を開催するなど、精力的に議論を進めてきた。また、この間、与党(民主党・国民新党)においても、民主党社会保障と税の抜本改革調査会等において議論を深め、報告の取りまとめ等を行ってきた。

本成案は、「社会保障改革の推進について」(平成 22 年 12 月 14 日閣議決定)(別紙 1)に基づき、政府・与党におけるこれらの集中的な検討の成果をもとに、社会保障と税の一体改革の具体的方向について取りまとめたものである。政府・与党においては、本成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとする。

この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、本成案をもって野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

本年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、我が国に未曾有の被害をもたらした。この国難を克服していくためには、単なる災害復旧にとどまらず、活力ある日本の再生を視野に入れた復興のための施策を推進していく必要がある。このため、被災地・被災者に十分に配慮し、社会保障・税一体改革については、復興対策との両立を図りつつ取り組むものとする。この中で、未来志向の見地から、被災地を少子高齢化が進む日本の先進的モデルとしていく。

## I 社会保障改革の全体像

### 1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

現行の社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降今日まで、①非正規雇用の増加等の雇用基盤の変化、②地域・家族のセーフティネット機能の減退、③人口、とりわけ現役世代の顕著な減少、④高齢化に伴う社会保障に関わる費用の急速な増大、⑤経済の低迷、デフレの長期化等厳しい経済・財政状況、⑥企業のセーフティネット機能の減退、といった社会経済諸情勢の大きな変化が生じている。

これらを踏まえ、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図っていくことが求められている。

社会保障改革を行うに当たっては、社会保障国民会議、安心社会実現会議以来の様々な議論の積み重ねを尊重し、昨年12月の社会保障改革に関する有識者検討会報告で示された「3つの理念」(①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力)や「5つの原則」(①全世代対応、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源)を踏まえたものとしていくことが重要である。

まず、セーフティネットに生じたほころびや格差の拡大などに対応し、所得の再分配機能の強化や家族関係の支出の拡大を通じて、全世代を通じた安心の確保を図り、かつ、国民一人ひとりの安心感を高めていく。このため、セーフティネットから抜け落ちていた人を含め、すべての人が社会保障の受益者であることを実感できるようにしていく。制度が出産・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で選択できる社会、雇用などを通じて参加が保障される社会、子どもが家族や社会と関わり良質な環境の中でしっかりと育つ社会を目指す。

社会保障は国民が支え合いの仕組みに積極的に参加することで強固なものになっていくが、そのためには、サービスの不足、就職難、ワーキングプア、社会的疎外、虐待などの国民が直面する現実の課題に立ち向かい、情報開示や必要な効率化などの質の向上を図りつつ、より公平・公正で自助・共助・公助の最適なバランスによって支えられる社会保障制度に改革をしていく。支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられる



よう支える医療・介護が実現した社会を目指す。

そして、より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障の実現を目指し、国民皆保険・皆年金を堅持した上で、給付と負担のバランスを前提として、それぞれ OECD 先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行い、中規模・高機能な社会保障体制を目指す。

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

- ① 自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。
- ② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。
- ③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。
- ④ 社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する。
- ⑤ 国民の視点で、地方単独事業を含む社会保障給付の全体像を整理するとともに、地域や個人の多様なニーズに的確に対応できるよう、地方の現場における経験や創意を取り入れ、各種サービスのワンストップ化をはじめ制度の簡素化や質の向上を推進する。

## 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

### (1) 改革の優先順位

厚生労働省案に示す「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、 2. 参加保障・包括的支援(全ての人に参加できる社会)、 3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制、 4. 安心に基づく活力)を

踏まえ、

- ① 子ども・子育て支援、若者雇用対策
- ② 医療・介護等のサービス改革
- ③ 年金改革
- ④ 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」

についてまず優先的に取り組む。

## (2) 個別分野における具体的改革

個別分野における具体的改革項目については、

- ① 5月23日及び30日に総理から示された「安心」3本柱、「支え合い」3本柱、「成長」3本柱について、着実な実行を図る。
- ② 負担と給付の関係が明確な社会保険(=共助・連帯)の枠組みの強化による機能強化を基本とする。
- ③ ①及び②を前提に、社会の分断・二極化、貧困・格差の再生産の防止の観点から、社会保険制度において適用拡大や低所得者対策を実施するなどにより、セーフティネット機能の強化を図る。
- ④ 世代間のみならず、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う。
- ⑤ 医療・介護・保育等のサービス分野における多様な主体の参加、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図る。

といった点を基本に、必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に実施する。

個別分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目の内容及び改革の工程は、別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の欄A～Cに示すとおりであり、各改革項目の記述に当たっては、可能な限り具体的な数値目標を示すとともに、成長戦略に関係の深い項目についてはその旨付記した。

### <個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>

#### I 子ども・子育て

- 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴い、地域の実情に応じた保育等の量的拡充や幼保一体化などの機能強化を図る。
  - ・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実
  - ・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

## II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
  - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
  - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
  - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
    - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
  - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
    - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
    - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
  - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
    - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
  - d) その他
    - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討

- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

### Ⅲ 年金

- 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。
  - ・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)
- 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。
  - ・ 最低保障機能の強化+高所得者の年金給付の見直し
  - ・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化
  - ・ マクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げなどの検討
- 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

### Ⅳ 就労促進

- 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率の M 字カーブの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。その際、地域の実情に応じ、関係機関が連携し、就労促進施策を福祉、産業振興、教育施策などと総合的に実施する。
- デーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現を図る。
- 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

### Ⅴ I～IV以外の充実、重点化・効率化

- ・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し(就労・自立支援の充実、医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底、関係機関の連携強化などの重点化・効率化)、総合的

な障害者施策の充実(制度の谷間のない支援、地域移行・地域生活の支援)、  
難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示

- ・ また、社会保障制度の持続可能性向上のためには、次世代を担う子ども・若者の育成が肝要であり、上記の社会保障制度改革と併せて、雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備や、教育の質と機会均等を確保するための方策、特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化に取り組む。

## VI 地方単独事業

- 以上の改革の方向も勘案し、地方自治体は、国費に関連する制度と相まって、地域の実情に応じて、社会保障関係の地方単独事業を実施する。

### [再掲] 貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

- 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス
- 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大
- 社会保険制度における低所得者対策の強化
  - ・ 市町村国保・介護保険における低所得者への配慮、高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)、総合合算制度、年金制度における最低保障機能の強化
- 第2のセーフティネットの構築
  - ・ 求職者支援制度の創設、複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)
- 生活保護の見直し

### (3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

社会保障・税に関わる番号制度は、主として、真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率的かつ適切に提供することを目的に導入を目指すものである。その導入により、国民の給付と負担の公正性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。

その導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。

6 月には「社会保障・税番号大綱」を策定し、今秋以降可能な限り早期に国会への法案提出を目指す。

## Ⅱ 社会保障費用の推計

### 1 機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)にかかる費用

子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目にかかる費用(公費)の推計は別紙2の欄 D 及び E に示すとおりである。

改革全体を通じて、2015 年度において

充実による額 3.8 兆円程度

重点化・効率化による額 ~▲1.2 兆円程度

を一つの目途として、機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)による追加所要額(公費)は、約 2.7 兆円程度と見込まれる。

2015 年段階における各分野ごとの追加所要額(公費)は、

I 子ども・子育て 0.7 兆円程度

(税制抜本改革以外の財源も含めて 1 兆円超程度の措置を今後検討)

II 医療・介護等 ~1.6 兆円弱程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)

III 年金 ~0.6 兆円程度

(再掲: 貧困・格差対策

~1.4 兆円程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)

と見込まれる。

### 2 社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

社会保障給付にかかる現行の費用推計については、そのベースとなる統計が基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。<sup>1</sup>

### Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿

#### 1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

##### (1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保

民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理等、社会保障財源のあり方に関する累次の報告や関係法律の規定を踏まえ、国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収(国・地方)を主要な財源として確保する。

消費税収(国・地方)については、このうち国分が現在予算総則上高齢者三経費に充当されているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(「社会保障四経費」、平成 21 年度税制改正法附則 104 条)に充当する分野を拡充する。社会保障の安定財源確保に向けて、消費税収の規模とこれらの費用の関係を踏まえ、国・地方合わせた消費税収の充実を図る。

##### (2) 消費税収の使途の明確化

消費税収(国・地方、現行分の地方消費税を除く)については、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない<sup>2</sup>こととし、消費税を原則として社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、その使途を明確化する(消費税収の社会保障財源化)。

さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収(国・地方)を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度

<sup>1</sup> 2011 年度予算ベースでは、社会保障給付に係る国・地方公費は 39.4 兆円である。

他方、総務省推計によれば、2011 年度で、地方単独事業として社会保障に関連する支出は 7.7 兆円と見込まれる。

<sup>2</sup> 有識者検討会報告において引用されている「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(平成 20 年 12 月 24 日閣議決定)参照

の一層の安定・強化につなげていく。

### (3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保

上記(1)及び(2)の改革を進めるに当たり、国民一人一人に包括的な支援を行うという社会保障の考え方からすれば、地域住民に身近なところでサービスを設計し、実行する地方自治体の役割は極めて重要であり、地方による分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。現行分の消費税収(国・地方)についてはこれまでの経緯を踏まえ国・地方の配分(地方分については現行分の地方消費税及び消費税の現行の交付税法定率分)と地方分の基本的枠組みを変更しないことを前提として、引上げ分の消費税収(国・地方)については(1)の分野に則った範囲の社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた配分を実現することとし、国とともに社会保障制度を支える地方自治体の社会保障給付に対する安定財源の確保を図る。

今般の社会保障改革における安定財源確保の考え方を踏まえつつ、Ⅱ-2における総合的な整理を行った上で、地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるよう、Ⅳ(5)に掲げる地方税制の改革などを行う。

### (4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)を踏まえ、社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する(別紙3)。

## 2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されない。現在の社会保障給付の財源の多くが赤字公債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような状況は、社会保障のあり方としても、危機的とも言える国・地方の財政状況からもこれ以上放置することはできず、「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」<sup>3</sup>との原則に一刻も早く立ち戻る

<sup>3</sup> 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理



必要がある。

今回の社会保障改革の目指すところは、「社会保障の機能強化」と「機能維持—制度の持続可能性の確保」である。社会保障改革の財源確保と財政健全化は相反する課題ではなく、両者を同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はない。<sup>4</sup>

このような考え方に立って、社会保障・税一体改革においては、社会保障給付にかかる安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する。

具体的には、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、国・地方合わせて、上記Ⅱ-1で示す「機能強化」にかかる費用、高齢化の進行等により増大する費用及び基礎年金国庫負担2分の1を実現するために必要な費用(社会保障国民会議では、この3つの経費を合計して「機能強化」として試算している)、後代に付け回しをしている「機能維持」にかかる費用及び消費税率引上げに伴う社会保障支出等の増加に要する費用を賄うことにより、社会保障の安定財源確保を図る<sup>5</sup>。

これらの取組みなどにより、2015年度段階での財政健全化目標<sup>6</sup>の達成に向かうことで<sup>7</sup>、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

#### IV 税制全体の抜本改革

税制抜本改革については、社会保障改革の進め方との整合性にも配慮しつつ、平成21年度税制改正法附則104条第3項及び平成22年度・23年度税制改正大

<sup>4</sup> 「社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。」(有識者検討会報告)

<sup>5</sup> Ⅱ-2における総合的な整理を踏まえた対応に留意する。

<sup>6</sup> 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)において、国及び国・地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化させた上で、2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させることとされている。

<sup>7</sup> 財政健全化目標の達成所要額は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)を前提としている(年央に改訂)。

綱(閣議決定)で示された改革の方向性に沿って、以下の考え方により検討を加え、個人所得課税、法人課税、消費課税、資産課税にわたる改革を進める。また、地方に関わる事項については、地方団体の意見に十分配慮して、検討を進めることとする。

### (1) 個人所得課税

雇用形態や就業構造の変化も踏まえながら、格差の是正や所得再分配機能等の回復のため、各種の所得控除の見直しや税率構造の改革を行う。給付付き税額控除については、所得把握のための番号制度等を前提に、関連する社会保障制度の見直しと併せて検討を進める。金融証券税制について、金融所得課税の一体化に取り組む。

### (2) 法人課税

企業の国際的な競争力の維持・向上、国内への立地の確保・促進、雇用と国内投資の拡大を図る観点から、国際的な協調や主要国との競争条件等にも留意しつつ、課税ベースの拡大等と併せ、法人実効税率の引下げを行う。地域経済の柱となり、雇用を大半を担っている中小法人に対する軽減税率についても、中小企業関連の租税特別措置の見直しと併せ、引下げを行う。

### (3) 消費課税

消費税(国・地方)については、本成案に則って所要の改正を行う。いわゆる逆進性の問題については、消費税率(国・地方)が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお対策が必要となった場合には、制度の簡素化や効率性などの観点から、複数税率よりも給付などによる対応を優先することを基本に総合的に検討する。

併せて、消費税制度の信頼性を確保するための一層の課税の適正化を行うほか、消費税と個別間接税の関係等の論点について検討する。

エネルギー課税については、地球温暖化対策の観点から、エネルギー起源CO2排出抑制等を図るための税を導入する。また、地球温暖化対策に係る諸施策を地域において総合的に進めるため、地方公共団体の財源を確保する仕組みについて検討する。車体課税については、地球温暖化対策の観点や国及び地方の財政の状況も踏まえつつ、簡素化、グリーン化、負担の軽減等を行う方

向で見直しを検討する。

#### (4) 資産課税

資産再分配機能を回復し、格差の固定化を防止する観点から、相続税の課税ベース、税率構造を見直し、負担の適正化を行う。これと併せ、高齢者が保有する資産の現役世代への早期移転を促し、その有効活用を通じた経済社会の活性化を図るとの観点から、世代を超えた資産格差の固定化にも配慮しつつ、贈与税を軽減する。また、事業承継税制について、運用状況等を踏まえ見直しを検討する。

#### (5) 地方税制

地域主権改革の推進及び国と地方を通じた社会保障制度の安定財源の確保の観点から、地方消費税を充実するとともに、地方法人課税のあり方を見直すことなどにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系を構築する。また、税制を通じて住民自治を確立するため、現行の地方税制度を「自主的な判断」と「執行の責任」を拡大する方向で改革する。

#### (6) その他

上記の改革のほか、社会保障・税に関わる共通番号制度の導入を含む納税環境の整備を進めるとともに、国際的租税回避の防止を通じて適切な課税権を確保しつつ投資交流の促進等を図る等の国際課税に関する取組みや国際連帯税等について、検討を行う。

なお、平成22年度・23年度税制改正においては、このような方向性を踏まえ、税制抜本改革の一環をなす緊要性の高い改革に取り組んできたところであり、現在、国会において審議が行われている平成23年度税制改正については、引き続き、その早期実現を目指す。

## V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障・税一体改革にあたっては、「国と地方の協議の場」で真摯に協議を行い、国・地方を通じた改革の円滑かつ着実な推進を図る。

社会保障改革については、税制抜本改革の実施と併せ、別紙2に示された工程表に従い、各分野において遅滞なく順次その実施を図る。

税制抜本改革については、政府は日本銀行と一体となってデフレ脱却と経済活性化に向けた取組みを行い、これを通じて経済状況を好転させることを条件として遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、平成 21 年度税制改正法附則 104 条に示された道筋に従って平成 23 年度中に必要な法制上の措置を講じる<sup>8</sup>。

上記の「経済状況の好転」は、名目・実質成長率など種々の経済指標の数値の改善状況を確認しつつ、東日本大震災の影響等からの景気回復過程の状況、国際経済の動向等を見極め、総合的に判断するものとする。また、税制抜本改革の実施にあたっては、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。これらの事項については、政府・与党において参照すべき経済指標、その数値についての考え方を含め十分検討し、上記の法制化の際に必要な措置を具体化する。

以上のスケジュールに基づき、国会議員定数の削減や、公務員人件費の削減、特別会計改革や公共調達改革等の不断の行政改革及び予算の組替えの活用等による徹底的な歳出の無駄の排除に向けた取組みを強めて、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進める。

## VI デフレ脱却への取組み、経済成長との好循環の実現

デフレからの脱却を実現するため、政府として強力かつ総合的な政策努力を最

<sup>8</sup> 平成 21 年度税制改正法附則 104 条第 1 項：政府は、基礎年金の国庫負担割合の二分の一への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、平成二十年度を含む三年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成二十三年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。この場合において、当該改革は、二千年代(平成二十二年から平成三十一年までの期間をいう。)の半ばまでに持続可能な財政構造を確立することを旨とするものとする。

大限行うとともに、日本銀行に対しては、引き続き、政府と緊密な情報交換・連携を保ちつつ、適切かつ機動的な金融政策運営により経済を下支えするよう期待する。これにより、我が国経済を本格的な成長軌道に乗せていく。また、社会保障・税一体改革により、社会保障分野における潜在需要を顕在化し、安心できる社会保障制度を確立することが、雇用を生み、消費を拡大するという経済成長との好循環を通じて、成長と物価の安定的上昇に寄与する。

社会保障は需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創造など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進める。

## 社会保障改革の推進について

〔平成 22 年 12 月 14 日〕  
閣 議 決 定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

## 1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、2 3 年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。  
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

## 2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年 1 月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

A 充実  
(金額は公費(2015年))

B 重点化・効率化  
(金額は公費(2015年))

C 工程

D 所要額(公費) 2015年  
E 所要額(公費) 2025年

○ 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴う地域の实情に応じた保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化

新システム具体案を  
早期にとりまとめ

0.7兆円程度

1兆円超程度



税制抜本改革とともに、  
早急に法案提出

※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討

※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討

子ども・子育て

- ・ 0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)
- ・ 質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化の実現)

- ・ 指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入促進 ☆
- 〔質を確保するための基準と併せて質の改善を図る〕

→ 3歳未満児の保育の利用率  
2010年 23% → 2014年 35%(2017年 44%)

- ・ 幼稚園などの既存施設の有効活用や、小規模保育、家庭的保育などの多様な保育の推進

- ・ 総合的な子育て支援(家庭や地域における養育の支援)の充実

- ・ 国及び地方における実施体制の一元化  
(「子ども家庭省(仮称)」の創設等)

→ 放課後児童クラブの利用児童数  
2010年 81万人 → 2014年 111万人

- ・ 社会的養護の充実

- 女性の就業率の向上 ☆
- 保育等の従業者の増加 ☆

→ 女性(25～44歳)の就業率  
2009年 66% → 2020年 73%

- ・ 制度・財源・給付について包括的・一元的な制度を構築

子ども  
子育て  
計

充実計  
(2015年)

0.7兆円程度

※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討

重点化・効率化計  
(2015年)

0.7兆円程度

※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討

1兆円超程度

※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討

A 充実  
(金額は公費(2015年))

B 重点化・効率化  
(金額は公費(2015年))

C 工程

D 所要額(公費)  
2015年

E 所要額(公費)  
2025年

○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～

- ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等)
- ・ 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等)  
(8,700億円程度)

- ・ 平均在院日数の減少等  
(▲4,300億円程度)



→ ○平均在院日数：2011年 19～20日程度  
→ 2025年 高度急性期：15～16日程度  
一般急性期： 9日程度  
○病床数：概ね現状水準  
○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少

0.4兆円程度 1.3兆円程度

- ・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

- ・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出

△0.1兆円程度 △0.6兆円程度

- ・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現

→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増  
一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増  
在宅医療等：2011年 17万人/日  
→ 2025年 29万人/日

- ・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等)(▲1,200億円程度)
- ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減

→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少

- ・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等
- ・ 施設のユニット化 (2,500億円程度)

- ・ 介護予防・重度化予防
- ・ 介護施設の重点化(在宅への移行)  
(▲1,800億円程度)



→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少

0.1兆円程度 1.2兆円程度

- ・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆  
(2,400億円程度)

→ 医療介護従事者：2011年 462万人  
→ 2025年 704～739万人  
(1.6倍程度)

0.2兆円程度 0.4兆円程度

II 医療・介護等

①

医療・介護①小計

充実計(2015年) ~1.4兆円程度

重点化・効率化計(2015年) ~0.7兆円程度

(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算)  
~0.6兆円程度 ~2.3兆円程度



A 充実  
(金額は公費(2015年))

B 重点化・効率化  
(金額は公費(2015年))

C 工程

D 所要額(公費)  
2015年

E 所要額(公費)  
2025年

II  
医療・介護等  
②

○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策

a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円)

- ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化
- ・ 財政基盤の強化  
(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

- ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)
- ・ 介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円)
- ・ 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化

※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動

c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

- ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)
- ・ 受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)ただし、低所得者に配慮。

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

d その他

- ・ 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)
- ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討
- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す)
- ・ 国保組合の国庫補助の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出



順次実施

～0.3兆円程度  
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

～0.1兆円程度  
…受診時定額負担等と併せて検討

総合合算制度：  
2015年の番号制度以降導入

総合合算制度  
～0.4兆円程度

医療・介護②小計	充実計 (2015年)	1兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)
医療・介護計	充実計 (2015年)	～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～1.2兆円程度 (改革の内容により変動)

	～1兆円弱程度	—
	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

**【新しい年金制度の創設】**

「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する

国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む

○ **所得比例年金(社会保険方式)**

- ・ 職種を問わず全ての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付
- ・ 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分)
- ・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出

○ **最低保障年金(税財源)**

- ・ 最低保障年金の満額は7万円(現在価額)
- ・ 生涯平均年収ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする
- ・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする

**【現行制度の改善】**

○ **最低保障機能の強化**

- ・ 低所得者への加算
- ・ 障害基礎年金への加算
- ・ 受給資格期間の短縮

0.6兆円程度



○ **高所得者の年金給付の見直し**

低所得者への加算と併せて検討  
なお、公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討

税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出

～0.6兆円程度

～0.7兆円程度



順次実施

(注2)

※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動

※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動

※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提

※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始(1,500万円以上は公費負担分を全額減額)とすると▲450億円程度公費縮小

A 充実  
(金額は公費(2015年))

B 重点化・効率化  
(金額は公費(2015年))

C 工程

D 所要額(公費) 2015年 E 所要額(公費) 2025年

● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人

● 第3号被保険者制度の見直し  
・新しい年金制度の方向性(二分二乗)を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討

● 在職老齢年金の見直し  
・60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討

(注2) ● 産休期間中の保険料負担免除

● 被用者年金の一元化

(●は公費への影響なし)

○ マクロ経済スライド

- ・世代間の公平等の観点から見直しを検討
- ・仮に、特例水準を3年間で解消すると、年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費縮小
- ・その後、単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年0.1兆円程度の公費縮小
- ※ 物価・賃金が上昇した年のマクロ経済スライドの発動による給付抑制は、現行制度で織り込み済み

○ 支給開始年齢引上げ

- ・先進諸国(欧米)の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68~70歳へのさらなる引上げを視野に検討
- ・厚生年金の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討
- ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

● 標準報酬上限の引上げ

- ・健康保険制度を参考に見直しを検討

2012年以降速やかに  
法案提出



順次実施

※ 今後、「現行制度の改善」全体について、検討の場とスケジュールを明確化した上で、法案提出に向けて検討

【業務運営の効率化】  
業務運営及びシステムの改善

年金計 充実計 (2015年) 0.6兆円程度 (改革の内容により変動)

重点化・効率化計 (2015年) 影響額は改革の内容により変動

~0.6兆円程度 ~0.7兆円程度

2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度  
(充実3.8兆円程度、重点化・効率化~▲1.2兆円程度を一つの目標)

IV 就 労 促 進	<p>○<b>全員参加型社会の実現</b> ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保</li> <li>・女性の就業率のM字カーブの解消</li> <li>・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり</li> <li>・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進</li> <li>・地域の実情に応じた関係機関の連携と就労促進施策の総合的実施</li> </ul>	<p>○<b>就労促進策の継続的推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就業率 2009年 75% → 2020年 80% (若者: 74% → 77%) (女性(25~44歳): 66% → 73%) (高齢者: 57% → 63%)</li> <li>・ジョブ・カード取得者 300万人(2020年)</li> <li>・障害者の実雇用率 1.8%(2020年)</li> </ul>
	<p>○<b>ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定</li> <li>・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討</li> <li>・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保</li> </ul>	<p>○総合的ビジョン: 2011年に策定</p> <p>○法制度整備: 2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置</p> <p>○労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討</p>
	<p>○<b>雇用保険・求職者支援制度の財源の検討</b></p>	<p>○雇用保険法、求職者支援法の規定(注3)を踏まえ検討</p>
I S IV 以 外 の 充 実 、 重 点 化 ・ 効 率 化 項 目	<p>○<b>サービス基盤の整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備</li> </ul>	<p>○計画的・集中的基盤整備</p>
	<p>○<b>医療イノベーションの推進</b> ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国際水準の臨床研究中核病院等の創設</li> <li>・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援</li> <li>・独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)の体制強化</li> <li>・保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討</li> </ul>	<p>○臨床研究中核病院等: 2011年度から3年間で15か所程度創設</p> <p>○臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分</p> <p>○PMDAの審査体制等の強化: 2013年度末までに常勤数を751名に増員(2011年4月1日現在648名)。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討</p> <p>○先進医療制度の申請・審査手続きの効率化: 2011年度からの実施に向け検討</p>
	<p>○<b>第2のセーフティネットの構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・求職者支援制度の創設</li> <li>・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネット施策の切れ目ない連携</li> <li>・生活保護受給者等に対する就労支援 → プログラム参加者数及び就労・増収者の増加</li> <li>・複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)</li> <li>・住宅支援の仕組みの検討</li> </ul>	<p>○求職者支援制度: 2011年度創設</p> <p>○引き続き総合的に推進</p> <p>○事業の継続実施</p> <p>○ワンストップ・伴走型の市町村主導の専任機関の設置(順次設置)</p>
	<p>○<b>生活保護の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化</li> <li>・子どもの貧困連鎖の防止</li> <li>・医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底</li> <li>・客観的データに基づく生活保護基準の検討</li> </ul>	<p>○関連制度の改革と併せ検討</p> <p>○生活保護基準: 基準部会(2011年4月開始)において、2012年末までに検証を実施</p> <p>○生保基準以外: 国と地方の協議の開催(2011年5月開始) → 必要に応じて法案提出</p>
	<p>○<b>障害者施策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供、障害者の地域移行や地域生活の支援について検討</li> </ul>	<p>○障がい者制度改革推進本部の検討を踏まえ、障害者総合福祉法(仮称)の2012年法案提出</p>
	<p>○<b>難病対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期高額医療の高額療養費の見直し(再掲)など難病医療費の支援のあり方の検討</li> </ul>	<p>○引き続き制度横断的に検討</p>
	<p>○<b>震災復興</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな安心地域モデルの提示</li> </ul>	<p>○震災復興の検討の中で対応</p>
	<p>○<b>次世代を担う子ども・若者の育成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備</li> <li>・教育の質と機会均等の確保(特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化)</li> </ul>	<p>○引き続き総合的に検討</p>

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保障制度改革の方向性と具体策」(平成23年5月12日)及びその関連の医療・介護に係る推計等その他、社会保障改革に関する集中検討会議での提案も盛り込んで機械的に試算したもの。  
 (注2)基礎年全国負担2分の1財源については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。  
 (注3)雇用保険法: 雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で、国庫負担に関する暫定措置を廃止する。  
 求職者支援法: 法施行後3年を目途とした特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に関する費用負担の在り方について速やかに検討する。

1. 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス

2. 社会保険の適用拡大

a 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

b 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 (完全実施の場合△1,600億円)

3. 社会保険制度における低所得者対策の強化

a 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化

(低所得者保険料軽減の拡充等 (～2,200億円程度))

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化 (～1,300億円)

※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動

c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

・ 長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減 (～1,300億円程度)

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

d 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)

e 年金制度の最低保障機能の強化

・ 低所得者への加算  
・ 障害基礎年金への加算  
・ 受給資格期間の短縮 } (0.6兆円程度)

※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動

※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提

4. 第2のセーフティネットの構築

a 求職者支援制度の創設(費用負担の在り方の検討を含む)

b 複合的困難を抱える者への伴走型支援

c 生活保護受給者等に対する就労支援

d 住宅支援の仕組みの検討

5. 最後のセーフティネットである生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)

・ 稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化  
・ 子どもの貧困連鎖の防止  
・ 医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底  
・ 客観的データに基づく生活保護基準の検討

～0.3兆円程度  
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

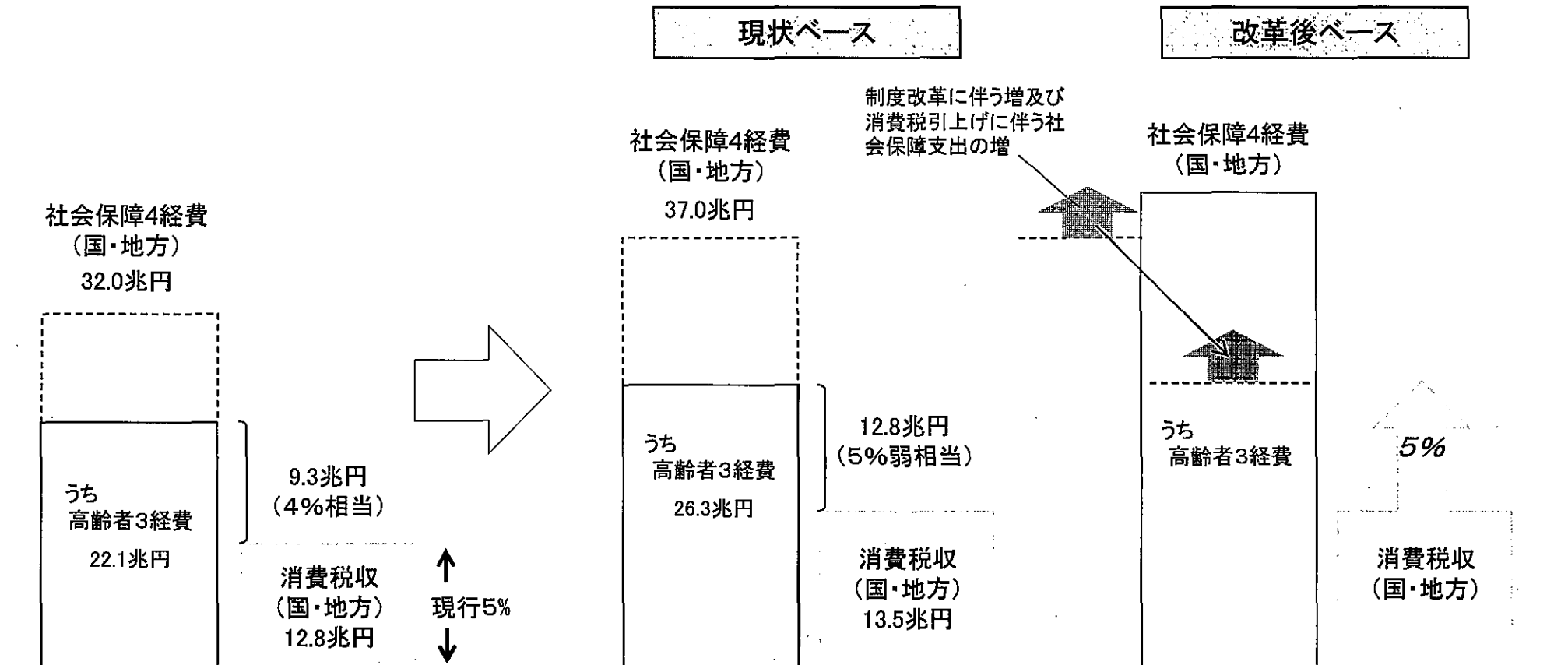
～0.1兆円程度  
…受診時定額負担等と併せて検討

総合合算制度  
～0.4兆円程度

～0.6兆円程度  
…高所得者の年金給付の見直しと併せて検討

(2011年度)

(2015年度)(※)



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

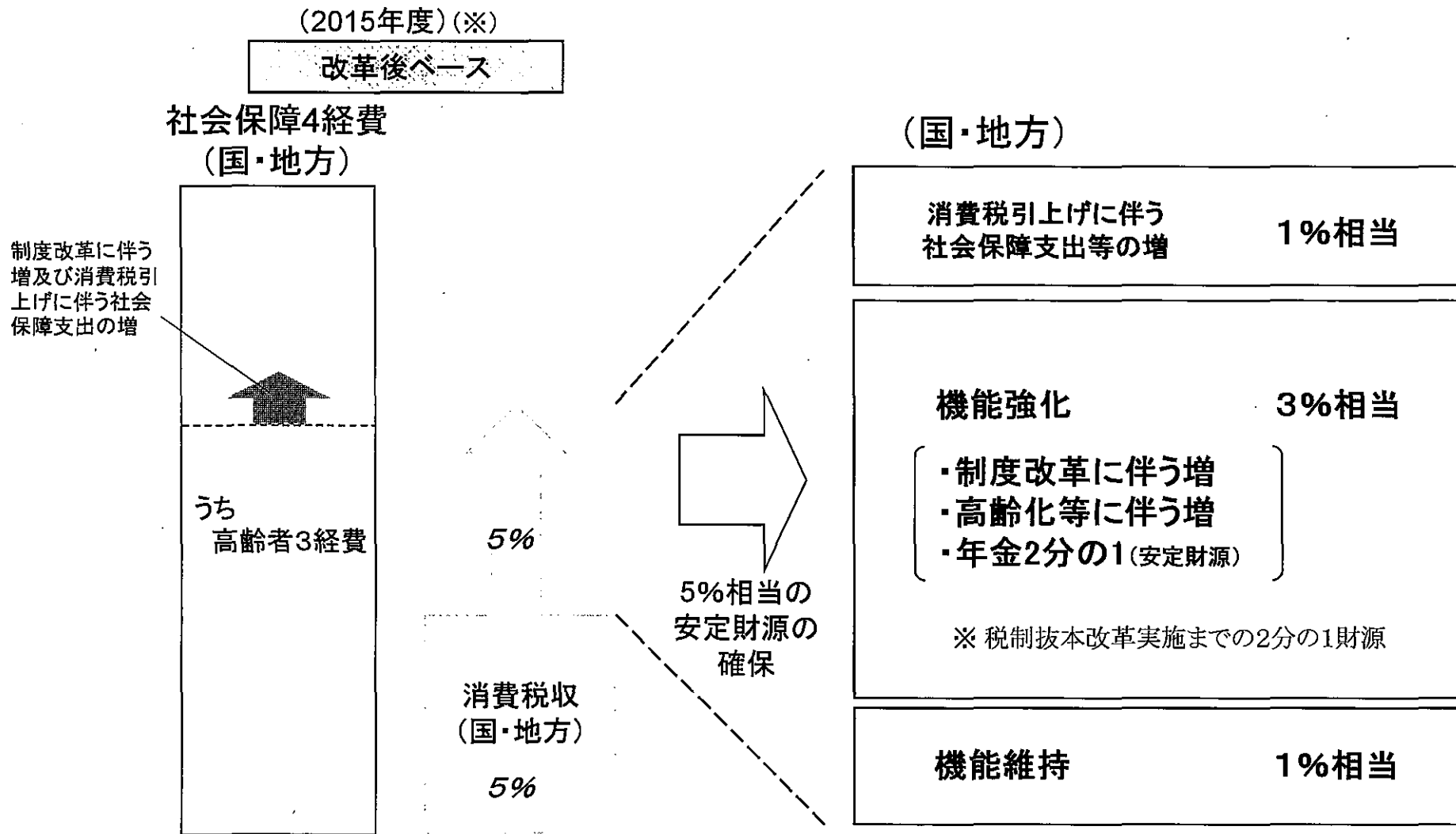
(注1) 消費税収は、現在は、国分は予算総則により高齢者3経費に充てられ、地方分は一般財源である。

(注2) 消費税収(国分)を充当する社会保障給付の具体的分野(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。

(注3) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

(注4) 2015年度の消費税収は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)に基づく推計(年央に改訂)。

# 社会保障改革の安定財源の確保



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

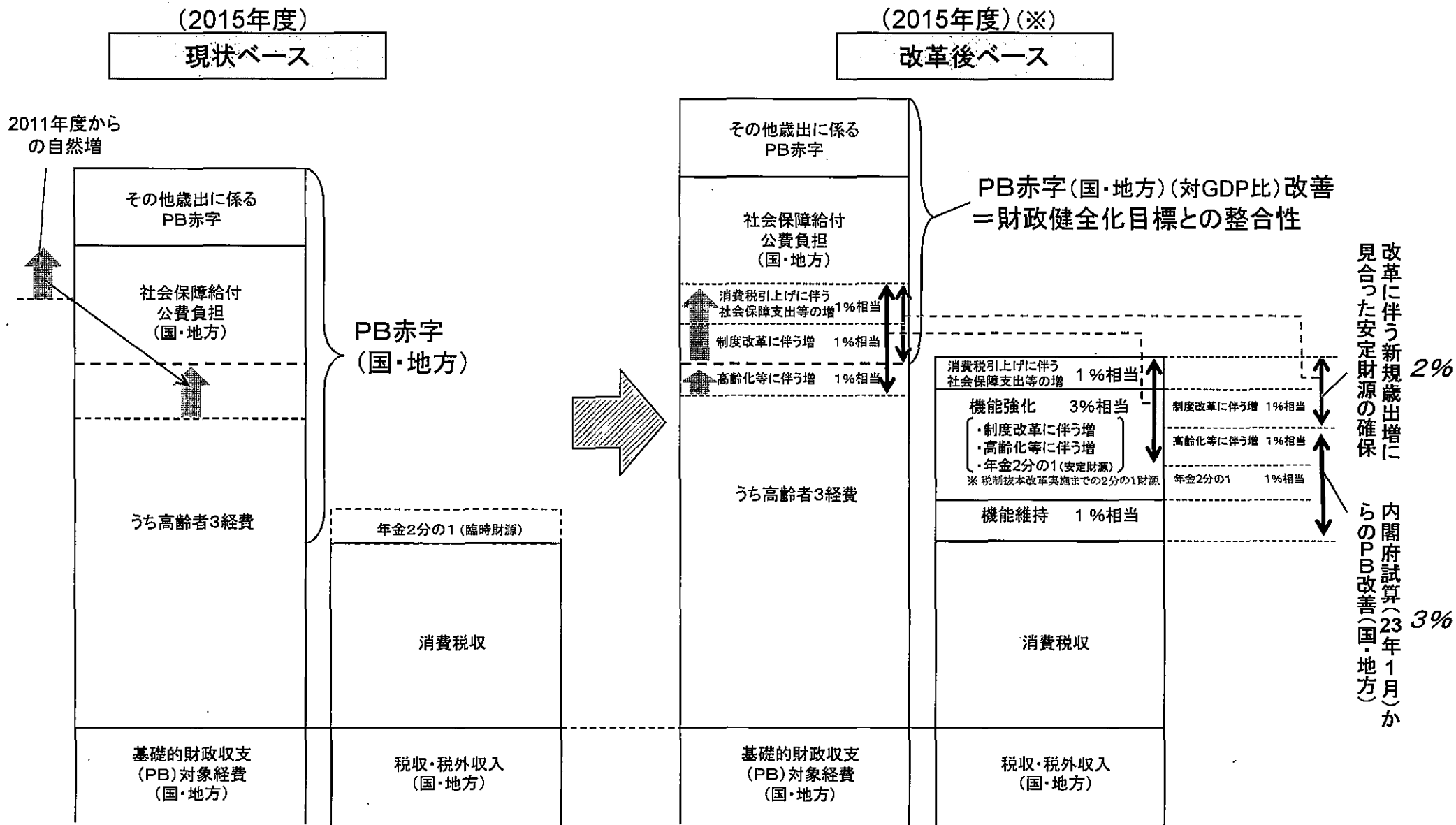
(注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

(注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。

(注3) 機能強化の額は、厚労省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙1のとおり。

(注4) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

# 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

(注1) 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。

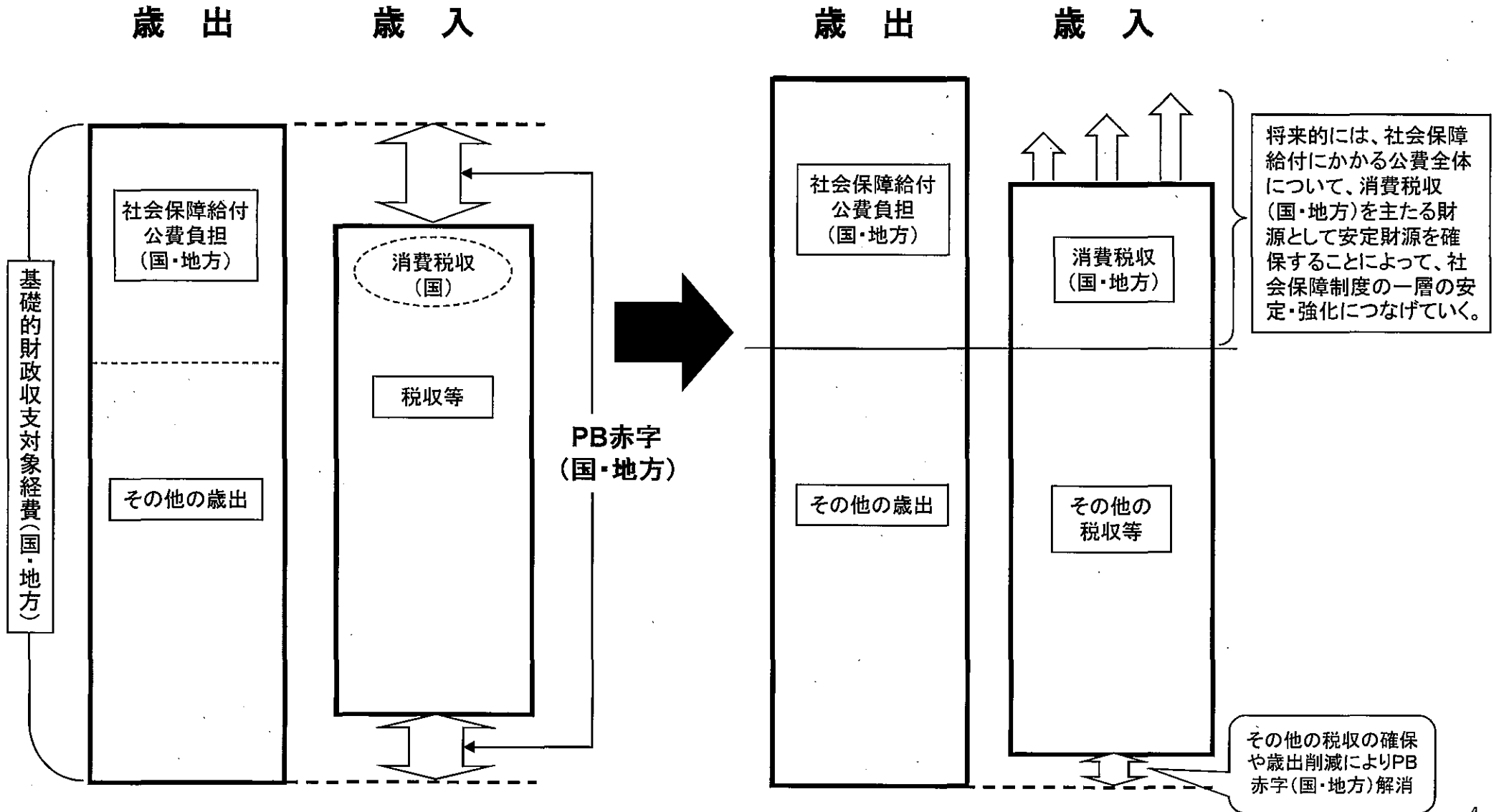
(注2) 改革後ベースにおける「高齢化等に伴う増」は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸び(「機能維持」に含まれる)を超える増加のことである。

(注3) 社会保障給付には、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。



< 現状のイメージ >

< 将来のイメージ >



# 社会保障・税一体改革成案における改革項目

## 参 考 資 料 (抄)

内 閣 官 房  
社会保障改革担当室

医療・介護等

# 医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）  
2015年  
0.4兆円程度

## <現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化する中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。



## 充 実

### <改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。  
（例）高度急性期対応の従事者：現状の約2倍程度（2025年に）  
亜急性期等対応の従事者：コメディカルを中心に現状の約3割程度増（同上）
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ（訪問支援）体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。

（合わせて8,700億円程度）

## 重点化・効率化

### <改革の具体策>

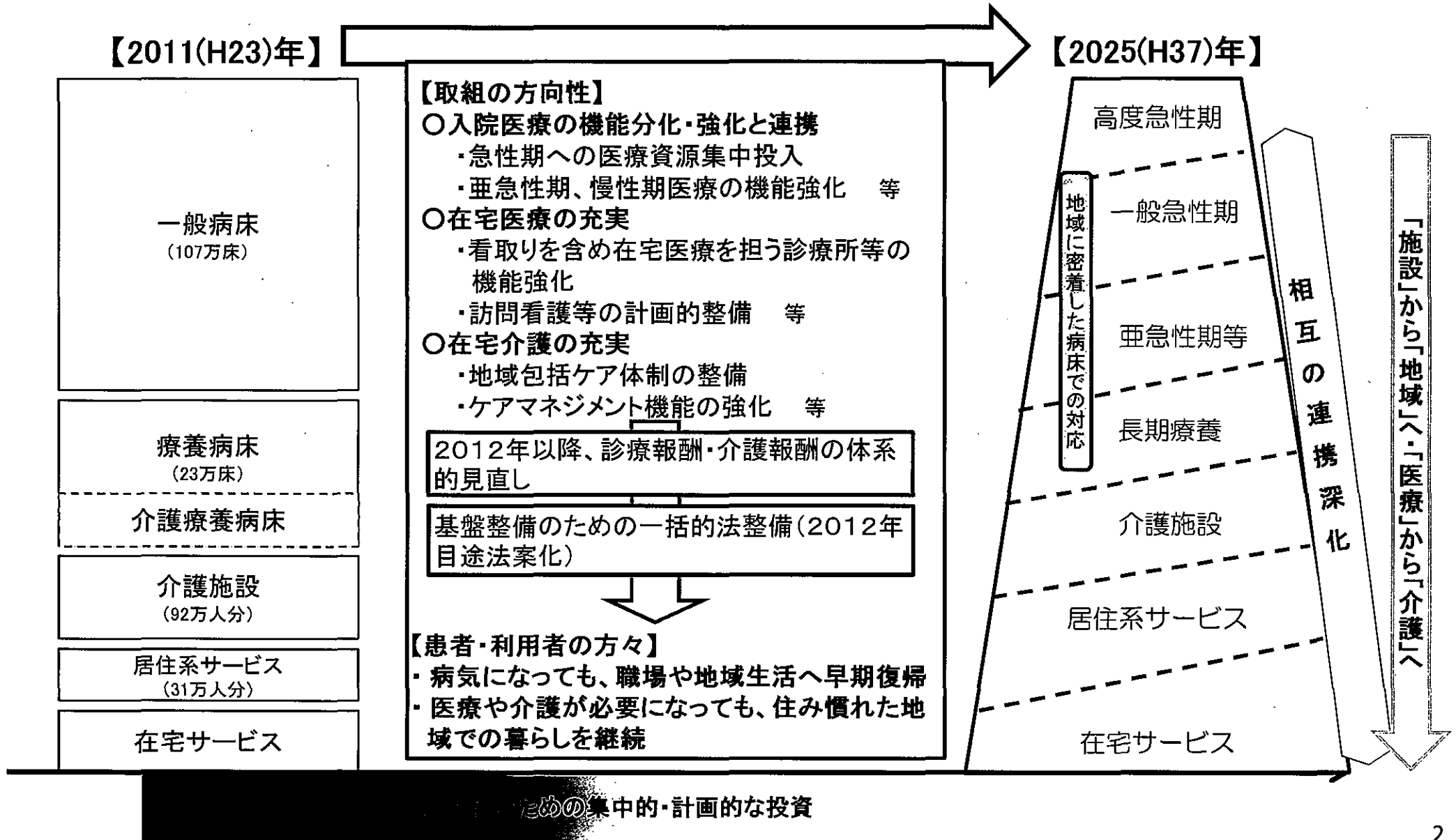
- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。 （▲4,300億円程度）

所要額（公費）2015年  
P10～14までの小計

～0.6兆円程度  
（機能分化等が全て実現する場合の試算）

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

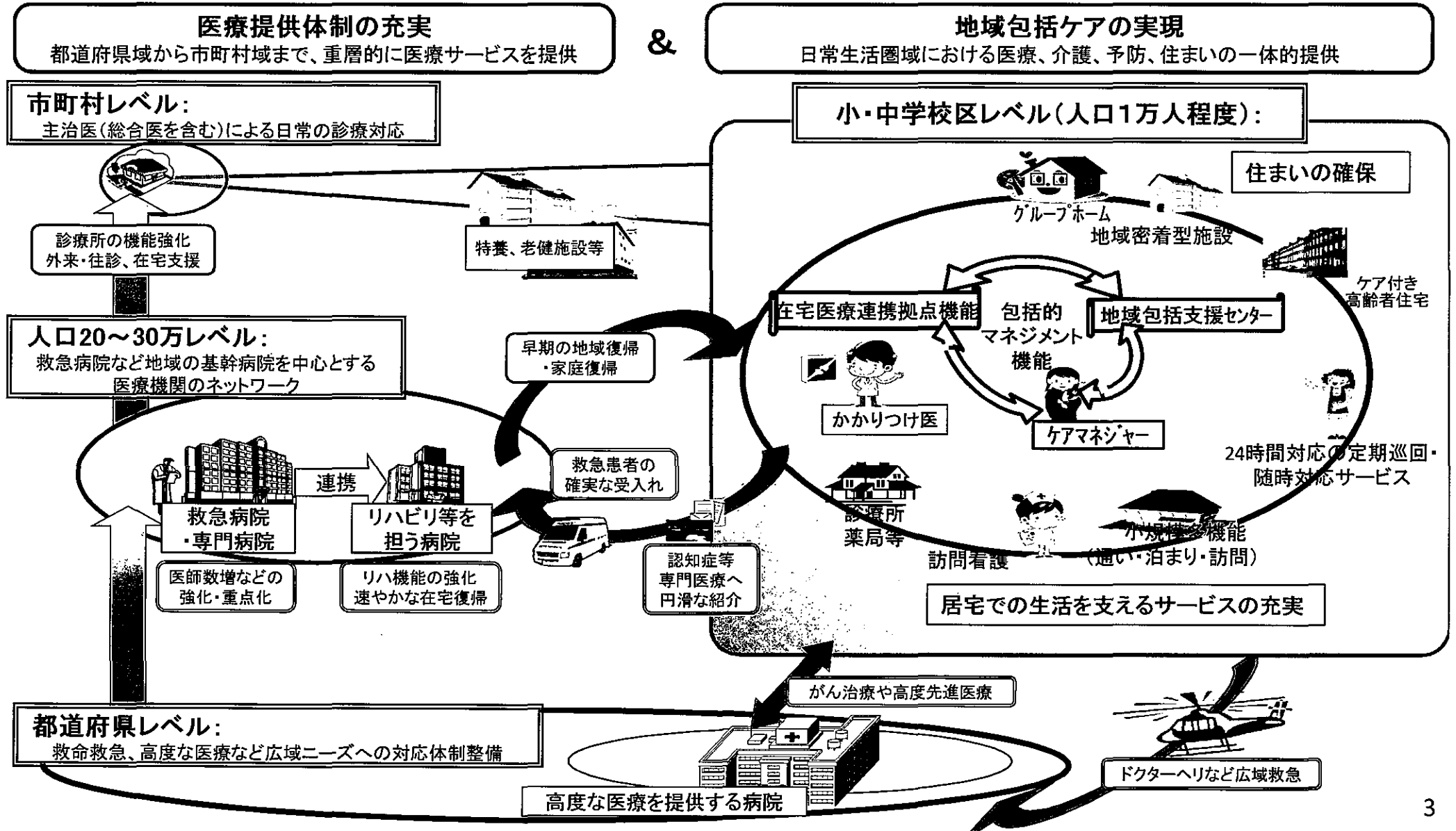
- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○ 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



# 外来受診の適正化等の取組み ～健康増進などで医療機関にかからなくて済むように～

- 生活習慣病予防の積極的な推進、医療連携の推進、ICTの利活用、番号制度の導入、保険者による適正な受診の指導や電子化したデータを用いた保健事業の推進などにより、国民の生活の質を向上。

所要額（公費）  
2015年  
▲ 0.1兆円程度

## <現状>

- 日本人の死亡原因の約6割が生活習慣病。
- 在宅医療で、医療関係者と介護の関係者間で必要な情報を十分に共有できていない。
- 一度に多くの医療機関で診察を受けたり、短い期間で何度も医療機関にかかったりするなど、日本の一人あたり外来診察回数は、諸外国と比べて多い。

(参考)1人あたり外来診察回数の国際比較(年単位)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口一人あたり 外来診察回数	4.0 (※1)	5.9	7.8	6.9	2.8 (※2)	13.4 (※1)

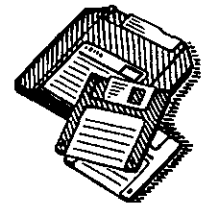
(出典):「OECD Health Data 2010」

注「※1」は2007年のデータ「※2」は2006年のデータ

## 重点化・効率化

### <改革の具体策>

- 特定健診を推進して、生活習慣病を予防
- 医療機関などの連携を強化し、必要な時に迅速にサービスを受けられるように。
- 電子化の推進で利便性の向上  
医療・健康情報を電子化し、自分の健康管理がより簡単に。診療報酬の請求を電子化し、事務を簡素・効率化。
- 電子化したデータを用いて市町村などの保険者が、適正な受診の指導などを実施
- 番号制度の導入で医療・介護サービスの手続きがより簡単に。



氏名: ○○  
番号: ××-××



保険証は一枚だけで可、医療・介護で重複した手続きが1回に、など。

# 介護サービスの改革 ～地域包括ケアの確立～

<p>今後の急速な高齢化の進展や、単身・高齢者夫婦のみの世帯増加のなかで、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めて行く介護サービス提供体制の実現に取り組むため、</p> <p>①「地域包括ケアシステム」(※)の確立のための在宅サービス等の充実</p> <p>※日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制</p> <p>②介護予防の推進、重度化予防等の高齢者の自立に資する給付への重点化等に取り組む。</p>	<p>所要額 (公費)</p> <p>2015年</p> <p>0.1兆円程度</p>
	<p>重点化に伴う マンパワー増強</p> <p>0.2兆円程度</p>

**<現状>**

- 高齢化の進展に伴い、介護保険制度の給付費は急増  
12年度3.6兆円 → 22年度7.9兆円
- 一方、サービス間や医療・住宅等の他の施策との連携が不十分。
- 都市部での高齢化等により単身・夫婦のみの高齢者世帯は一層増加。
- 今後、更なる増加が見込まれる認知症高齢者に対するサービスの質・量が不十分。
- ケアマネジメントも含め、サービスが必ずしも利用者の自立につながっていないとの指摘。

**充 実**

**<改革の具体策>**

- 地域包括ケアシステムの確立を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の在宅サービスの充実、ケアマネジメントの機能強化、医療との連携強化を推進。
- 小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化。
- 施設について、ユニット化等の個別ケアを推進。
- サービスの充実を支える介護職員の処遇の改善。

(合わせて2,500億円程度)  
(2,400億円程度)

**重点化・効率化**

**<改革の具体策>**

- 介護予防の推進、機能訓練等の重度化予防に資する給付への重点化等により、要介護者数の減少を図る。
- 地域包括ケアシステムの実現により、重度者を含む要介護高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とし、在宅への移行を図る。

(合わせて▲1,800億円程度)



# (参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)( " )</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増)</li> <li>・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増</li> </ul>
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)  ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度</li> <li>・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)</li> </ul> <p>( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合)</li> <li>( 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )</li> </ul>
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>

# 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

～医療保険における非正規労働者対策と国保財政の強化～

非正規労働者や低所得者・無収入者の増大に対応し、医療保険制度のセーフティネット機能の強化を図るため、

- ①短時間労働者に対する被用者保険の適用を拡大する。
- ②市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ、財政基盤の強化を行う。

所要額（公費）

2015年

～0.3兆円程度

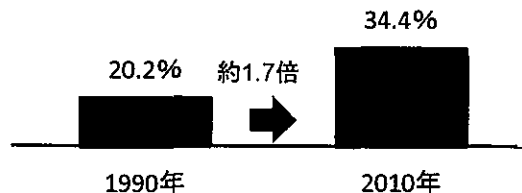
…被用者保険の適用拡大、  
総報酬割と併せて検討

## <現状>

### 【非正規労働者の増大と保障の弱体化】

- 同じ仕事でも労働時間等により被用者保険が適用されない非正規労働者が増加。

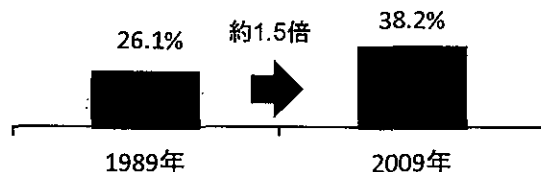
雇用者に占める非正規労働者の割合



### 【市町村国保の財政悪化】

- 財政規模の小さな市町村の国保は運営が不安定。
- 低所得者や無収入者の増大により財政基盤が弱体化。

保険料軽減措置を受けている低所得者世帯の割合



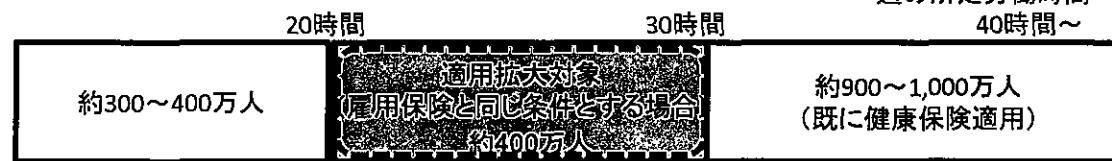
## 充 実

### <改革の具体策>

#### 【短時間労働者への被用者保険の適用拡大】

- 被用者保険の適用範囲を拡大し、短時間労働者のセーフティネット機能を強化。（完全実施の場合、公費で▲1,600億円の財政影響）

非正規労働者への健康保険適用拡大のイメージ



非正規労働者(※) (約1,700～1,800万人)

※ 労働力調査(2010年)によると、非正規労働者(勤め先の呼称が「パート」、「アルバイト」、「派遣社員」、「契約社員・嘱託」、「その他」の者)は合計で1,755万人。

#### 【市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化】

- 各都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき広域化の環境整備。市町村国保の財政運営の都道府県単位化を目指す。
- 低所得者の保険料軽減措置の拡充等により、市町村国保の財政基盤を強化。（公費で最大2,200億円程度の財政影響）

# 介護保険の機能強化等 ～能力に応じた負担と給付の重点化～

- 今後も保険料負担の増加が見込まれる介護保険制度を支えるため、
  - ①負担については、応能負担の要素を強化しつつ、低所得者への配慮を行うとともに、
  - ②給付について、被保険者の自立に資するものに重点化する。

【再掲】 所要額（公費）  
2015年  
～0.3兆円程度  
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

## <現状>

- 介護サービスの利用増加に伴い、第1号被保険者(65歳以上)の保険料は大きく上昇。
- 第2号被保険者の保険料(40～65歳)については、現在、各医療保険者が被保険者の数に応じて負担しており、相対的に財政力の弱い保険者の負担が重くなっている。
- また、給付については、必ずしも利用者の自立につながっていないという指摘もある。

## 充 実

### <改革の具体策>

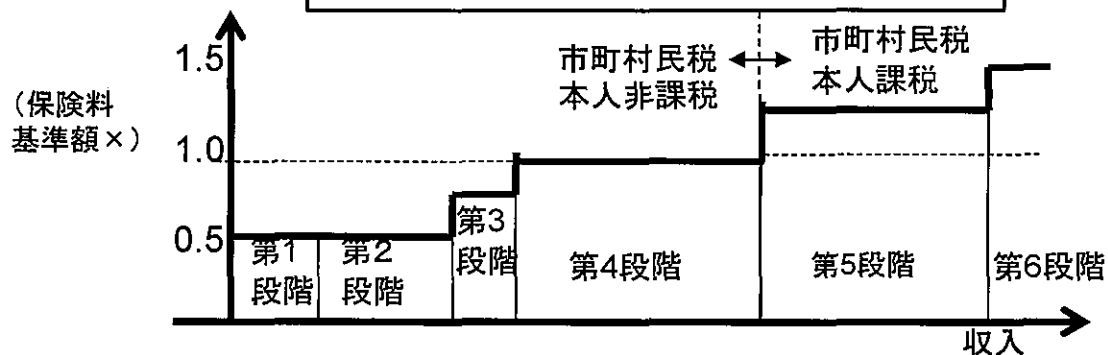
- 第1号被保険者の保険料について、公費を導入し、低所得者の負担軽減を図る。(～1,300億円程度)

## 重点化・効率化

### <改革の具体策>

- 第2号被保険者の保険料について、被用者保険の各保険者の財政力(加入者の総報酬)に応じて負担する仕組みとし、応能負担の要素を強化する。  
(完全実施で▲1,600億円程度)
- 軽度者について、機能訓練等の重度化予防に効果のあるものに給付の重点化を図る。

参考① 現行の第1号保険料の仕組み



参考② 第2号保険料率

	平均標準報酬月額	介護保険料率
健康保険組合	約36万円	1.16%
協会けんぽ	約28万円	1.50%

※ 平均標準報酬月額は平成21年10月時点、介護保険料率は平成22年

# 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- 医療保険のセーフティネット機能を強化するため、長期に高額な医療費がかかる患者の負担を軽減し、高額療養費の自己負担限度額の見直しを行う。併せて、受診時における定額の一部負担等の導入を検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）する。ただし、低所得者に配慮する。

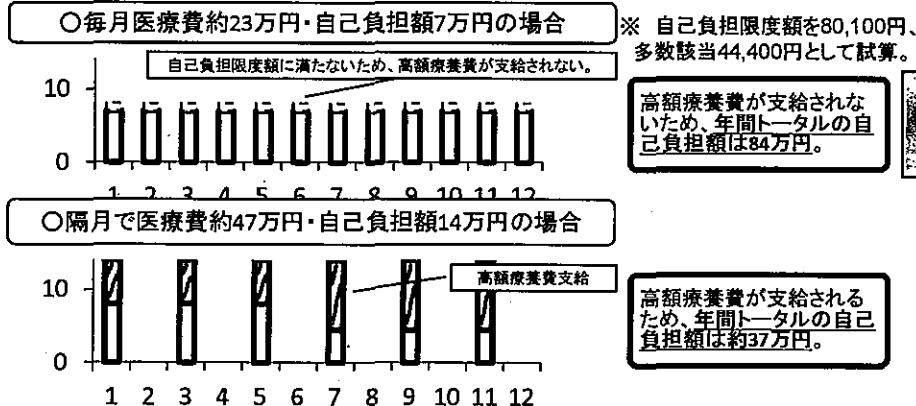
所要額（公費）  
2015年  
～0.1兆円程度  
…受診時定額負担等と併せて検討。

## <現状>

- 医療の進歩により、長期に高額な治療薬を服用するなどにより、医療費負担の重い患者が生じている。
- 高額療養費の所得区分（70歳未満）の一般所得者の年収の幅が大きくなっている。

	年収の目安 (夫婦子1人の給与と所得者世帯の場合)	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	約790万円以上	約150,000円 <多数該当 83,400円>
一般	約210万円～約790万円	約80,100円 <多数該当 44,400円>
低所得者	約210万円以下	35,400円 <多数該当 24,600円>

- 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合がある。



- 高額療養費の見直しには相当規模の財源の確保が必要。

## 充 実

### <改革の具体策>

高額療養費について、以下のような見直しによる負担軽減を検討。  
(公費で～1,300億円程度)

- ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担の軽減  
(例えば、年収に応じた自己負担の上限について、現在の区分を細分化して、きめ細かく対応する。)
- ② 自己負担額に年間上限額を設ける

## 重点化・効率化

### <改革の具体策>

- 高額療養費の見直しに必要な財源をまかなうため、定額の自己負担を受診時に求めることなどを検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時低額負担については低所得者に配慮。

(初診・再診時に100円の負担をお願いした場合に、公費で▲1,300億円)

# 総合合算制度の導入 ～番号制度を活用した低所得者の自己負担軽減～

- 税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化
- 社会保険制度の持続性・安定性の確保
- 制度横断的な自己負担軽減策の導入

所要額（公費）  
2015年以降  
～0.4兆円程度

## <現状>

- 今後の高齢化や社会保障の機能強化に伴い負担の増加が見込まれる中で、低所得層の負担能力へのきめ細かな配慮が必要
- 貯蓄も少ない低所得者が失業したり病気にかかると、生活保護に至る手前で受け止められるセーフティネットが不十分
- 各社会保障制度で個別に低所得者対策が講じられているが、累次の改正により複雑化し、国民には全体像が分かりにくい

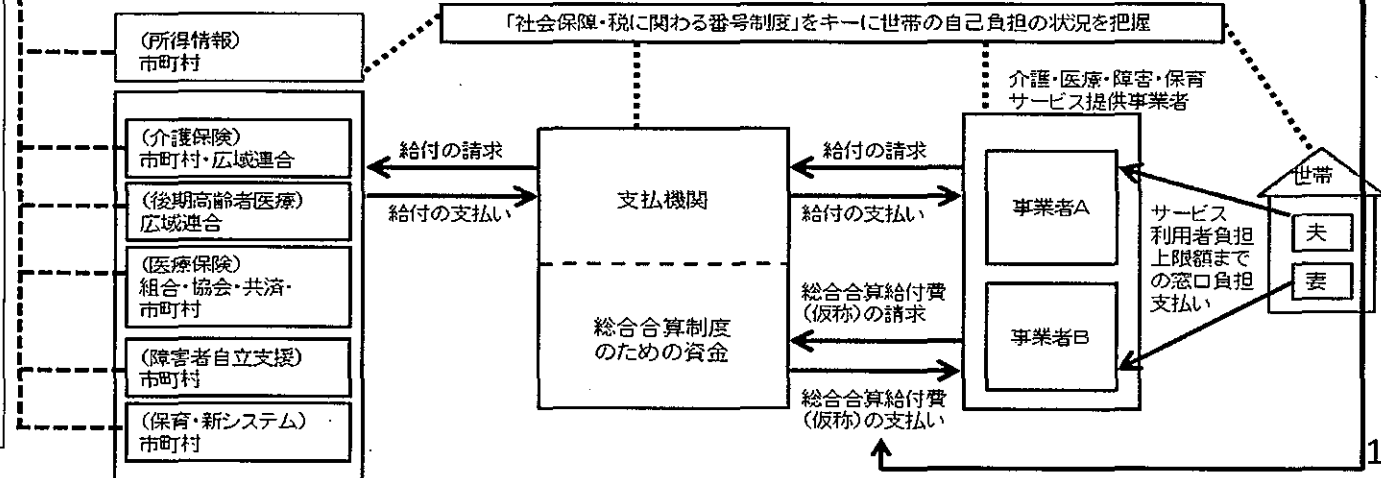
## 充 実

- 「低所得者の家計に過重な負担をかけない」観点から、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育・障害に関する自己負担の合計額に上限を設定
- 基礎的な消費支出等を踏まえ、負担上限を年収の一定割合とするなど、低所得者に対してきめ細かく設定
- 2015年以降の「社会保障・税に関わる番号制度」等の情報連携基盤の整備が前提

総合合算制度のイメージ

○年	医療	介護	障害	保育	負担計	年収	負担限度 年収×10% (仮置き)	総合合算 給付差 (仮称)
夫	10	10	0	0	20	200	20	5
妻	10	0	5	0	15	100		
世帯	20	10	5	0	35	300	30	

各制度の実施主体の情報連携により各世帯の自己負担の状況を集約



## 高齢者医療制度の見直し

○ 高齢者医療制度については、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みを構築する。

### <現状>

高齢者医療制度については、新たな制度のあり方について厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度改革会議」において検討を進め、平成22年12月に最終とりまとめを行った。

### <改革の具体策>

高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

### 〔参考〕 高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」(平成22年12月20日)の概要

#### <制度の基本的枠組み>

- ① 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとする。

#### <国保の運営のあり方>

- ② 国保については、第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化する。

#### <公費>

- ③ 75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

#### <高齢者の保険料>

- ④ 国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ⑤ 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改める。

#### <現役世代の保険料による支援金>

- ⑥ 75歳以上の高齢者への支援金については、被用者保険者間での按分方法を各保険者の総報酬に応じた負担とする。

#### <患者負担>

- ⑦ 70歳から74歳までの高齢者の患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に1割負担から本来の2割負担とする。

※ 前期高齢者の医療給付費への公費投入も検討課題。

## 後発医薬品の更なる使用促進等 ～後発医薬品のシェアを30%に～

- 現在、後発医薬品（ジェネリック医薬品）のシェア（数量ベース）を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

### <現状>

- 先発品と比べて低価格の後発医薬品は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のために重要。現在、数量シェアを30%に引き上げることが目標。
- 後発医薬品のシェアは近年、上昇しているが、更なる使用促進を図る必要。また、併せて医薬品の患者負担の見直しを行う。



(参考)日本の後発医薬品の数量シェアの推移

	H17年9月	H19年9月	H21年9月	22年12月※
後発医薬品割合	16.8	18.7	20.2	22.8

厚生労働省調べ(薬価調査に基づく)。  
但し、22年12月のみ、レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したもので、調査方法が異なるので、単純に比較はできない。

(参考)諸外国の後発医薬品の数量シェア

	アメリカ	イギリス	ドイツ
後発医薬品の数量シェア(%)	69	61	64

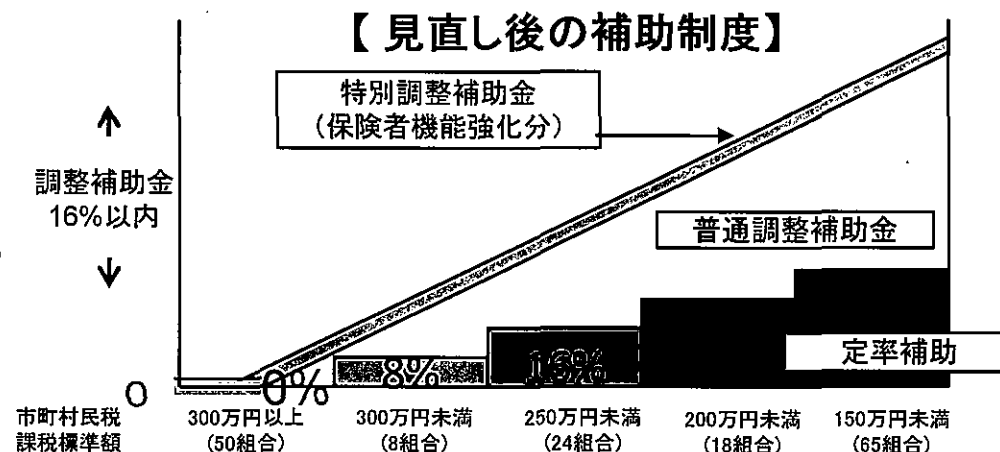
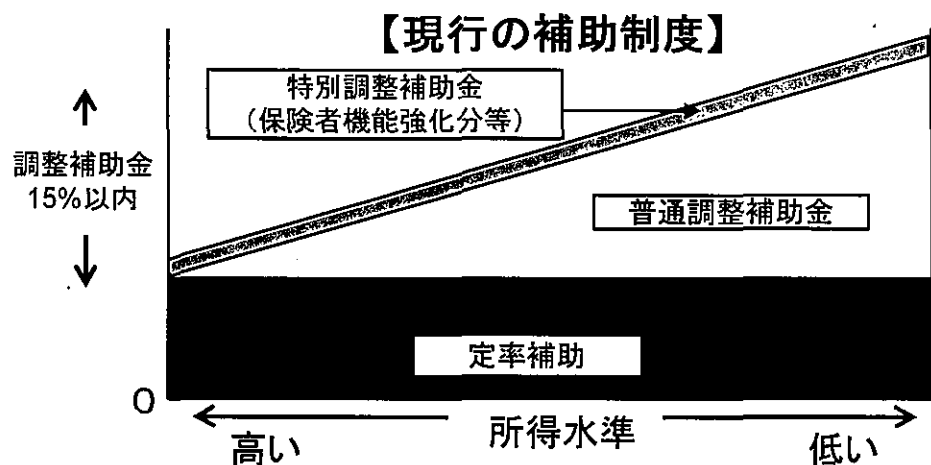
(出典)IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース、MAT Dec 2008  
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

### <改革の具体策>

- 診療報酬の見直し等により後発医薬品の使用促進を図っており、こうした取組を更に進める。
- 都道府県に協議会を設置し、国民や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるような環境整備を図る。また、モデル保険者による差額通知サービスの実施により、保険者における使用促進の取組みを推進。
- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

# 国民健康保険組合の国庫補助の見直し

○ 国保組合に対する国庫補助を、所得水準に応じた5段階の補助とする。



## 現状

1. 国保組合の所得水準にかかわらず、医療給付費等の32%を定率補助。
2. 本来、健康保険の適用を受けるべき者が、年金事務所から適用除外承認を受けて国保組合に加入している場合の定率補助は、協会けんぽ（16.4%）の水準。  
ただし、平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者については、32%。
3. 調整補助金の総枠は医療給付費等の「15%以内」。

## 重点化・効率化

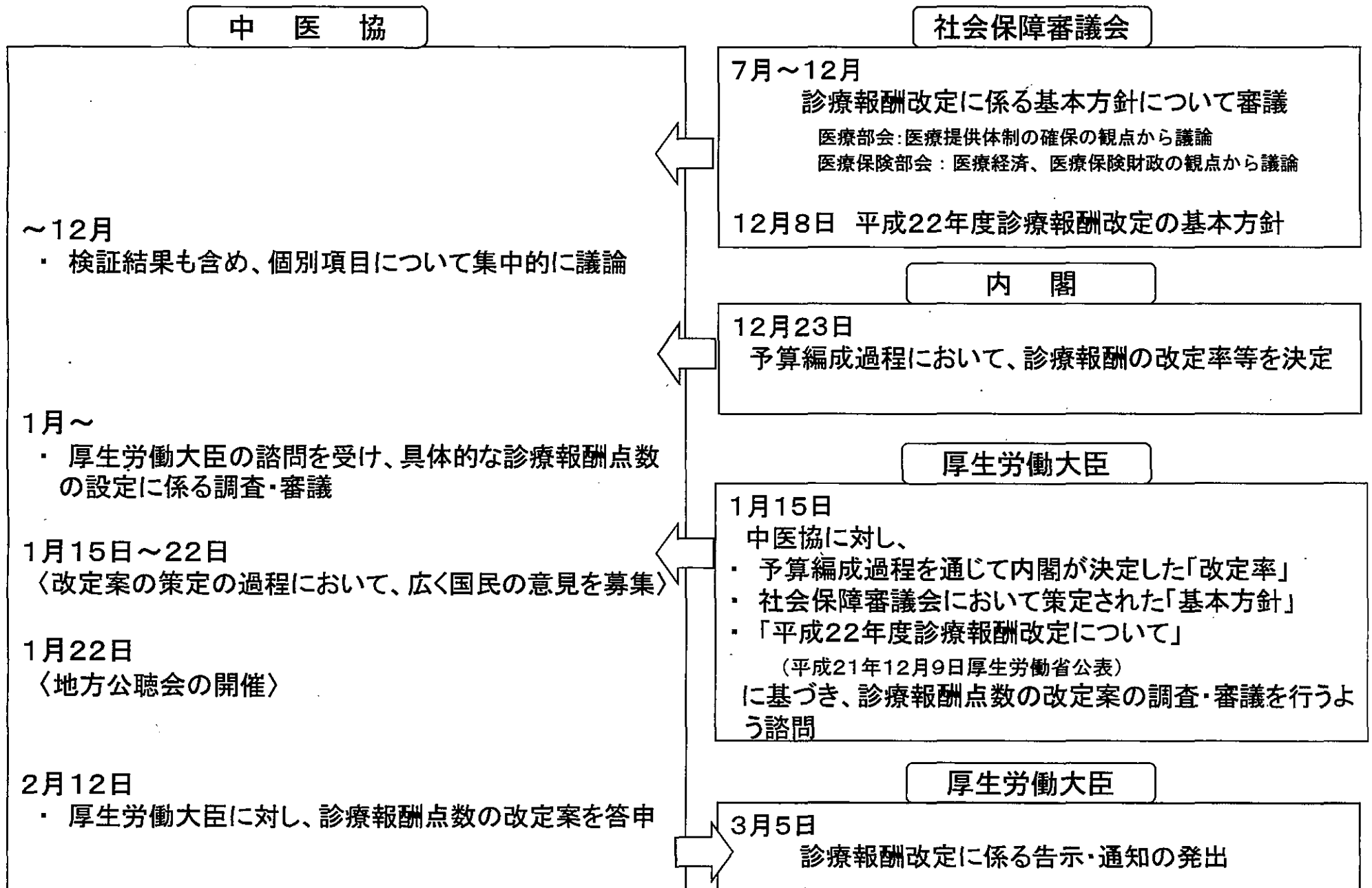
1. 国保組合の所得水準に応じた5段階の補助。
2. 平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者も含め、協会けんぽの水準（16.4%）に統一。
3. 調整補助金の総枠を「16%以内」に拡大。

(注1) 行政刷新会議の再仕分け(平成22年11月16日)の結論に沿った見直し。政省令改正等により実施できる見直しについては、平成23年度から既に実施済。

(注2) 国庫補助削減額の粗い試算(5年後)  
▲420億円程度(平成22年度予算ベース)



## 平成22年度診療報酬改定のスケジュール



**平成 22 年度診療報酬改定の基本方針**

平成 21 年 1 月 8 日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

**I 平成 22 年度診療報酬改定に係る基本的考え方****1. 基本認識・重点課題等**

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみても GDP に対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組む**べきである。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や用途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

## **2. 改定の視点**

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、**「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、**「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、**「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置

付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## **Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）**

### **1. 重点課題**

#### **(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

#### **(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）**

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

## **2. 4つの視点**

### **(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### **(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現することが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

### **(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け

られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

#### **(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

### **Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について**

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

#### **IV 終わりに**

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

# 平成22年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課



# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ 10年ぶりのネットプラス改定

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%  
(約4,800億円)

入院 +3.03%  
(約4,400億円)  
外来 +0.31%  
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題
  - ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
  - ・病院勤務医の負担軽減
2. 4つの視点  
充実が求められる領域の評価 など
3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 救急医療の評価の充実について

## 救急入院医療の充実

### ➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実段階Aの加算 500点 → 1,000点

### ➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

### ➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

## 地域の連携による救急外来の評価

### ➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

### ➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

⑨地域連携夜間・休日診療料 100点

# 産科・小児医療の評価の充実について

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

### ➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

### ➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

## 新生児集中治療の評価

### ➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

### ➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

## 小児の入院医療の充実

### ➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

# 病院勤務医の負担の軽減について

## 病院勤務医の事務負担の軽減

### ➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1	15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

## 手厚い人員体制による入院医療の評価

### ➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

⑨ 急性期看護補助体制加算1 (50対1配置) 120点 (14日まで)

⑨ 急性期看護補助体制加算2 (75対1配置) 80点 (14日まで)

## 多職種からなるチームによる取組の評価

### ➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

⑨ 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

### ➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点 (週1回)

# 手術料の適正な評価について

## 外保連試算を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、  
脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など  
約1800項目のうちの約半数程度を増点



## 小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても乳幼児加算の対象とする

## 新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。  
腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入

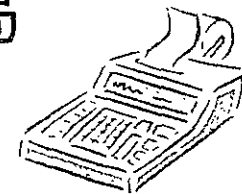
# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局  
⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行  
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用  
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局  
⇒ 明細書発行に関する状況を院内掲示する  
院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、  
費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価  
① (新) 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

# 急性期の入院医療の評価

## 早期の入院医療の評価

- 一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる  
14日以内の期間の加算 428点 → 450点(1日につき)

## 急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(10対1入院基本料)の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し、評価を行っていることを評価

⑨ 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



### 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

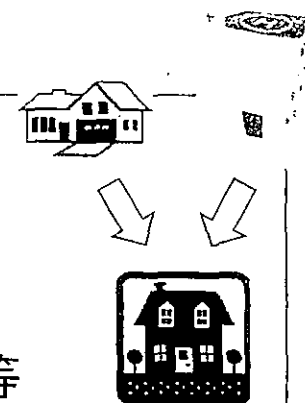
# 急性期医療に対する後方病床機能の強化

## 初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

### ➤ 有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

① 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定。

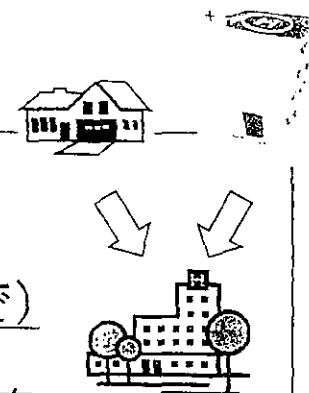


## 初期加算の創設(病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床)

### ➤ 療養病床が担う後方病床機能の評価

① 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。





# 地域医療を支える有床診療所の評価



## 有床診療所入院基本料の再編成

➤ 実態を踏まえた評価区分の見直し

【現行】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員5人以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員1～4人)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点



【改定後】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員7人以上)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員4～6人)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点
有床診療所 入院基本料3 (看護職員1～3人)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点

## 初期加算等の創設

➤ 後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)  
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

➤ 医師配置加算の見直し

医師配置加算1(60点→88点)  
医師配置加算2(60点)

➤ 入院基本料等加算の拡充

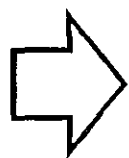
新たに「無菌治療室管理加算」等を有床診療所でも算定可能に

# 在宅復帰後を見越した地域連携の評価

## 在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

- 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた3段階の地域連携診療計画を評価

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料	600点



⑨

⑨

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1 地域連携診療計画退院計画加算	600点 100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点

## 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

- 入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同して、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

⑨ 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

# がん医療の推進について

## がん診療連携拠点病院に係る評価

- がん診療連携拠点病院におけるカンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- がん診療に係る地域連携の評価

⑨ がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

⑨ がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

## がん治療の評価

- 複雑化、高度化する外来化学療法の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- 放射線治療病室におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

## がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮したがん患者リハビリテーションの評価

⑨ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

# 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

## 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

- 新型インフルエンザが大流行した状況において、療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等については出来高での算定を可能とする。

## 陰圧室管理の評価

- 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

	1 個室加算	300点
⑨	2 陰圧室加算	200点

## 結核病棟の評価

- 結核病棟における平均在院日数要件の見直し  
7対1入院基本料、10対1入院基本料における平均在院日数要件をなくす。
- 小規模な結核病棟におけるユニットのルールを明確化  
小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

## 地域の連携による疾患対策の評価について

### 肝炎対策の充実

- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

### 認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

⑨ 認知症専門診断管理料 500点

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

⑨ 認知症専門医療機関連携加算 50点

# 精神医療の評価の充実について

## 精神入院医療の充実

### ➤ 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

### ➤ 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算  $\frac{300\text{点}}{200\text{点}}$  → 350点

### ➤ 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

## 専門性の高い精神医療の評価

### ➤ うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

### ➤ アルコール依存症に対する専門的治療の評価

⑨ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)  
100点(31日以上60日以内)

# 在宅及び障害者歯科医療について

## 在宅歯科医療の推進

- 歯科衛生士による在宅療養患者に対する歯科衛生指導の充実

訪問歯科衛生指導料

(複雑なもの)350点 → 360点 (簡単なもの)100点 → 120点

- 在宅療養患者に対するよりきめ細かな歯科疾患の管理の充実

⑨ 歯科疾患在宅療養管理料

(在宅療養支援歯科診療所の場合) 140点(月1回)

(その他の場合) 130点(月1回)

## 障害者歯科医療の充実

- 歯科衛生士による障害者に対する実地指導の充実

⑨ 歯科衛生実地指導料2 100点(月1回)

- 障害者歯科医療の連携の促進(歯科診療所では歯科治療が困難であった

障害者を病院歯科や口腔保健センター等が受入れ、治療を行った場合を評価)

⑨ 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回)

## 病院歯科機能の強化及び生活の質に配慮した歯科医療の充実

### 病院歯科機能の強化

#### ➤ 地域歯科診療を支援している病院歯科の機能の強化

地域歯科診療支援病院入院加算(入院初日300点)の対象患者の拡大

在宅療養が必要な患者 → 在宅療養が必要な患者又は障害者である患者

### 有床義歯(入れ歯)の管理体系の見直し

#### ➤ 歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科保険医療

機関の取組を評価(有床義歯の修理の加算を創設)

① 歯科技工加算 20点(義歯1個の修理の加算)

#### ➤ 有床義歯の調整の評価を新設

① 有床義歯調整管理料 30点(月2回)



# 歯科固有の技術の評価について

## 歯科固有の技術の適切な評価

### ➤ う蝕(むし歯)、歯周病、有床義歯(入れ歯)等の評価の見直し

#### 根管貼薬処置(歯の根の治療)

(単根管) 14点 → 20点

(3根管以上) 28点 → 30点

総義歯(総入れ歯) 2,050点 → 2,060点

歯周組織再生誘導手術(一次手術) 630点 → 730点

### ➤ 歯科診療報酬体系の簡素化(一部の技術を基本診療料に包括して評価)

歯科初診料 182点 → 218点

歯科再診料 40点 → 42点

スタディモデル 50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目) 130点 → 110点(引下げ分)

## 新規の歯科医療技術の保険導入

### ➤ 歯周病の手術を行う際のレーザーによる歯石除去等を評価

⑨ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

## 手術以外の医療技術の適正な評価について

### 先進医療技術の保険導入(手術以外)

- 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、  
胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など  
5項目の新規技術を保険導入

### 新規保険収載提案技術等の保険導入(手術以外)

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の  
保険導入及び既存技術の再評価を行う。  
イメージガイド下放射線治療(IGRT)、特殊光を用いた画像強調  
観察を併用した拡大内視鏡検査など約170項目を評価

### 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

- 新規医療材料等に対応する技術料の設定及び診療実態に即し  
た評価体系の見直し  
局所陰圧閉鎖処置、一酸化窒素吸入療法など  
11項目において新設及び見直し

## 再診料等の見直しについて

### 外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる5分ルール)については廃止
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、要件を追加

多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

### 再診料の見直し

- 再診料の病診統一
- |          |     |   |     |     |
|----------|-----|---|-----|-----|
| 再診料(診療所) | 71点 | → | 再診料 | 69点 |
| 再診料(病院)  | 60点 |   |     |     |

### 地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価

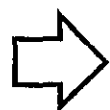
⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

# 医療安全対策の推進について

## 医療安全対策の充実

### ➤ 医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

①新 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

### ➤ 感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

①新 感染防止対策加算 100点

## 医薬品安全管理の充実

### ➤ 医薬品安全管理の評価

①新 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

## 医療機器安全管理の充実

### ➤ 医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

# 人工腎臓の適正な評価について

## 評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分への見直し
- 薬価の引き下げに伴う包括点数の見直し

外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

4時間未満	2,117点	→	2,075点
4時間以上5時間未満	2,267点	→	2,235点
5時間以上	2,397点	→	2,370点
その他の場合	1,590点	→	1,580点

## 透析液水質確保加算

- 人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準を達成した場合の評価

⑨ 透析液水質確保加算 10点



## 質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

### 診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

### DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%を新たな機能評価係数に置き換え
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入  
データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数

### 診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

# 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の再編成

### ➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

#### 【現行】

【算定要件】25:1配置  
ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



#### 【改定後】

#### 療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

#### 療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

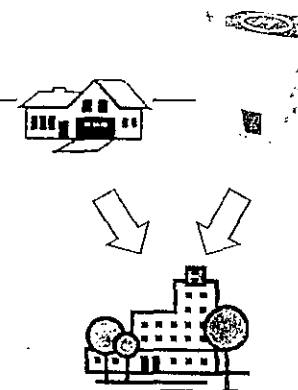
### ➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

## 初期加算の創設

### ➤ 後方病床機能の評価

**新** 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



## 疾患別リハビリテーションの充実

### 脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

### 発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

### 発症早期からのリハビリテーションの充実

➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点 → 45点(1単位につき)

### 維持期のリハビリテーション

➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供は継続



# 回復期リハビリテーション等の推進

## 回復期リハビリテーションの評価

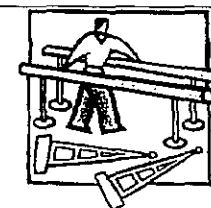
- 回復期リハビリテーション病棟入院料に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



## 亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- 亜急性期病床において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

⑨リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

# 在宅医療の評価について

## 訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

## 在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

⑨ 在宅移行早期加算 100点

## 訪問看護の推進について①

### 患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和

① 末期の悪性腫瘍等の利用者と、訪問看護が毎日必要な利用者  
2カ所→3カ所

② 特別訪問看護指示書の指示期間中に週4日以上訪問看護が必要な利用者

1カ所→2カ所

### 患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ 安全管理体制の整備を要件とし訪問看護管理療養費の引上げ

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円

(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。

② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

## 訪問看護の推進について②

### 乳幼児等への訪問看護の推進



#### ➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

①	乳幼児加算(3歳未満)	500円※1 / 50点※2(1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※1 / 50点※2(1日につき)

### 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、ターミナルケアを行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※1 / ターミナルケア加算※2

### 患者の状態に応じた訪問看護の充実

- 重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)のある者を重症者管理加算※1 / 在宅移行管理加算※2の対象として追加

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

## 訪問看護の推進について③

### 患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者<sup>(注)</sup>に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算<sup>※1</sup> / 複数名訪問看護・指導加算<sup>※2</sup> (週1回)

(看護師等の場合) 4,300円<sup>※1</sup> / 430点<sup>※2</sup>

(准看護師の場合) 3,800円<sup>※1</sup> / 380点<sup>※2</sup>

(注)対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

## 患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

### 長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

- 一包化薬調剤料について、内服薬調剤料との差を分かりやすくするため、加算として整理した上で、長期投薬時の評価を適正化

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

### ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

- 抗がん剤などのハイリスク薬を服用する患者に対して副作用の確認や必要な指導を行う場合の加算を創設

⑨ 特定薬剤管理指導加算 4点

### 調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

- 地域医療を支える薬局に配慮し、特例の要件(処方せん受付回数が4,000回超/月)を一部緩和するとともに、点数を引上げ

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

※ 処方せん受付回数から、時間外加算、訪問薬剤管理指導等に係る処方せんを除外

# 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

## 薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的な加算を適用

後発医薬品調剤体制加算 4点（処方せんベースの調剤率 30%以上）

→ 6点、13点、17点（数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上）

- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を認める

※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件

含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)

類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

## 医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、使用を進める体制の評価（入院基本料への加算）

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点

※ 採用品目数の割合が20%以上であること

# 検体検査の評価の充実について

## 検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

### ➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		⑨ 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

## 検体検査実施料の見直し

### ➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

## 外来迅速検体検査加算

### ➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点



# 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

## 検体検査実施料の適正化について

- 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し  
検体検査約620項目のうち  
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

## 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

- 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術  
早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点 → 長径2cm以上 7,000点  
その他のポリープ・粘膜切除術 5,360点 → 長径2cm未満 5,000点

## 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

- 使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

# エックス線撮影料

## デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

### E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

### 電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

## 評価体系の見直し

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい等の観点から、画像撮影の評価を見直す。また、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

### E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

現行	
1 CT撮影	
イ マルチスライス型の機器による場合	850点
ロ イ以外の場合	660点

改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

### E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1300点
2 1以外の場合	1080点

改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
2 1以外の場合	1000点

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

# 後期高齢者医療の診療報酬について

## 後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

## その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

### ➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

→ 退院時薬剤情報管理指導料



### ➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

平成 22 年 2 月 12 日

厚生労働大臣

長 妻 昭 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 遠 藤 久 夫

答 申 書

(平成 22 年度診療報酬改定について)

平成 22 年 1 月 15 日 付 け 厚 生 労 働 省 発 保 0115 第 1 号 を も っ て 諮 問 の あ っ た 件  
に つ い て、別 紙 1 から 別 紙 6 ま だ の 改 正 案 を 答 申 す る。

な お、答 申 に 当 た っ て の 本 協 議 会 の 意 見 は、別 添 の と お り で あ る。

(別添)

- 1 再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、その在り方について検討を行うこととするほか、財政影響も含め、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 新生児集中治療の評価や小児救急医療の評価、有床診療所・療養病床の後方病床機能の評価を含め、平成22年度診療報酬改定で重点課題として評価した事項については、見直しにおける影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 4 平成22年度診療報酬改定で講じることとした、厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果を検証するとともに、その結果等を踏まえ、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと。
- 5 救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者や地方公共団体をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行うこと。
- 6 看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で、看護職員の配置や夜勤時間に関する要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等について、検討を行うこと。
- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 9 リハビリテーションや精神医療など、平成22年度診療報酬改定で大幅な見直しを行った分野については、その影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

- 1 0 平成22年度診療報酬改定以降順次実施するDPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行うこと。
- 1 1 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 1 2 地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行うこと。
- 1 3 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行うこと。
- 1 4 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。
- 1 5 明細書発行の実施状況等を検証するとともに、その結果も踏まえながら、患者への情報提供の在り方について検討を行うこと。
- 1 6 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
- (1) チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化及び病院勤務医の負担軽減の状況
  - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
  - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
  - (4) 義歯修理の実施状況、義歯に関する患者満足度の状況及び歯科技工士の雇用状況
  - (5) 後発医薬品の処方・調剤の状況

なお、上記の事項については、できるだけ早急に取り組を開始するとともに、国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

## 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について

### I 診療報酬改定の結果検証

診療報酬改定については、その結果の検証を行い、それをその後の診療報酬改定に係る議論につなげていくことが求められており、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会において、検証作業を行っているところ。

### II 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証項目

平成 22 年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協意見を踏まえ、診療報酬改定結果検証部会において、以下のとおり検証項目が決定されたところ。

#### 1. 重点課題

##### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能の評価など、救急医療の充実・強化のための見直しの影響（22年度に調査を実施済）

##### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響
- チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化

#### 2. 4つの視点

##### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- 精神入院医療における重症度評価導入後の影響
- 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
- 歯科技工加算の創設による影響（22年度に調査を実施済）

##### (2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 明細書発行の原則義務化後の実施状況及び影響（22年度に調査を実施済）



- 外来管理加算の要件見直し、地域医療貢献加算の創設による影響  
(22年度に調査を実施済)

**(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響
- 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

**(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 後発医薬品の処方・調剤の状況 (22年度に調査を実施済)

**Ⅲ 今後の検証スケジュール**

平成22年度に調査を行ったものについては、今後、検証部会においてその検証を実施。

平成23年度に調査を行うものについては、現在調査を実施中。

# 医療提供体制について

平成23年7月21日  
厚生労働省医政局

# 医療提供体制の概要

## 制度の基本構造

- 我が国の医療提供体制にかかる施策体系は、主に医療施設と医療従事者に対する法律を中心に構成されている。



**医療法**：医療提供の理念、病院及び診療所の構造設備、医療機関の運営主体（医療法人）に関する規制等、主に医療施設の在り方（モノ）に関して規定。



**医師法、保健師助産師看護師法等**：医師、看護師等の医療従事者（ヒト）に関する資格・業務等について規定

## 基礎データ

### 【主な施設数】

病院：8,739 診療所：99,635 歯科診療所：68,097（平成21年）



### 【主な医療従事者数】

医師：286,699人 歯科医師：99,426人 薬剤師：267,751人 看護職員：1,397,333人（平成20年）

## 我が国の医療提供体制の主な特徴


- 国民皆保険制度の下、フリーアクセスにより、どの医療機関でも受診が可能であり、世界最長の平均寿命を達成するなど、世界の中でも高い保健医療水準を実現。
- 個人及び民間医療機関（医療法人）が病院数で6,235と70.3%、病床（ベッド）数で896,648と55.3%を占めており、民間中心の医療提供体制となっている。

※ 公的な医療機関としては、国直営のハンセン病療養所（13カ所）、地方自治体が運営する自治体病院、（独）国立病院機構が運営する病院（144病院）、6つの国立高度専門医療研究センター（NC独法）などがある。

## 医療提供体制の現状と課題について(概要)

我が国の医療提供体制については、高い保健医療水準の確保に貢献してきたが、近年、下記のような課題が指摘されている。

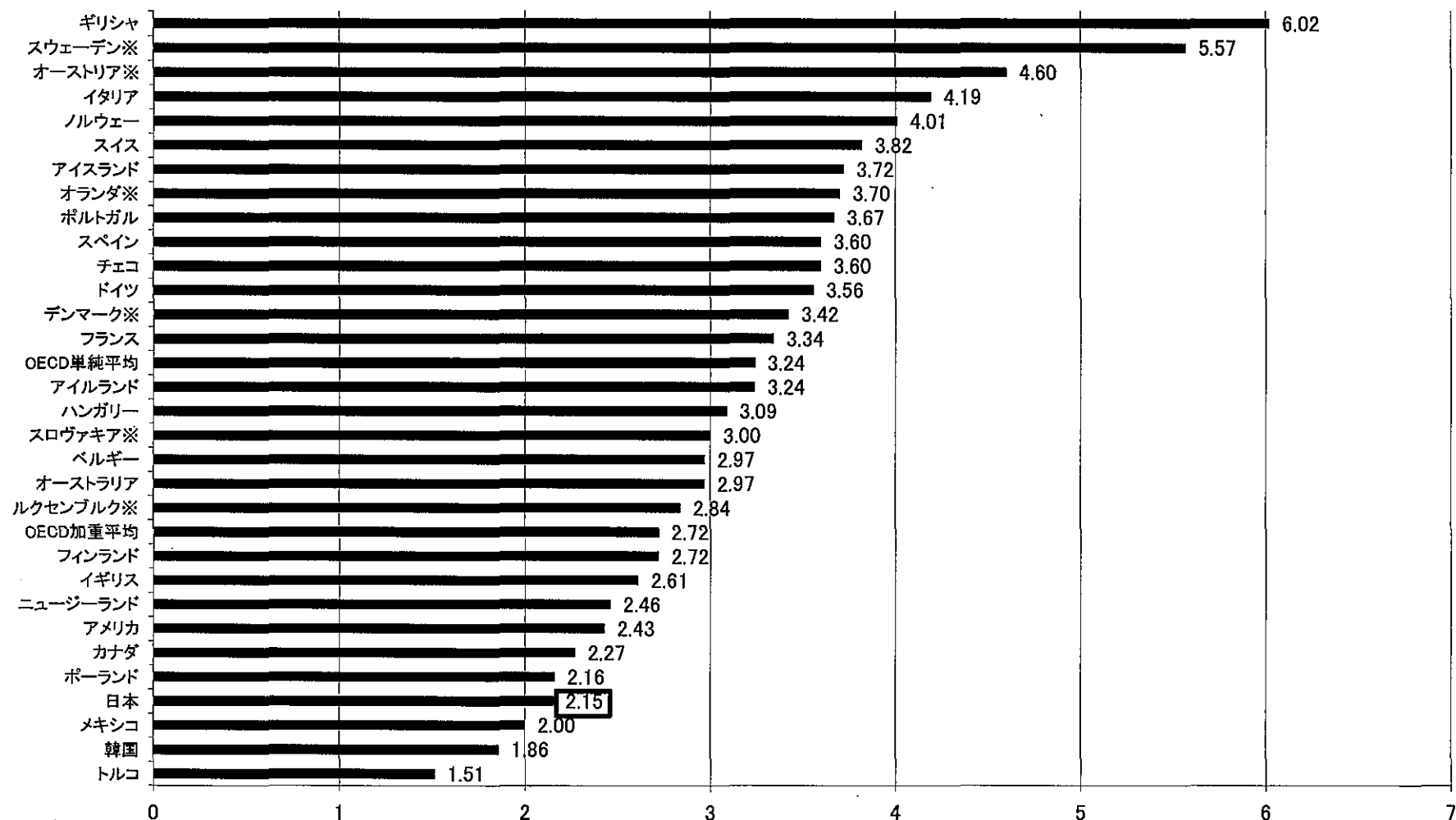
- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在が発生
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難
- ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務増大
- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 病院・病床の機能分担が不明確
- ・ 疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化などにより、医療提供体制の機能強化を図る必要がある。

# 人口千人当たり臨床医数の国際比較(2008年(平成20年))

○我が国の人口千人当たり臨床医数は、OECD単純平均の約2/3となっている。



※は2007年

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

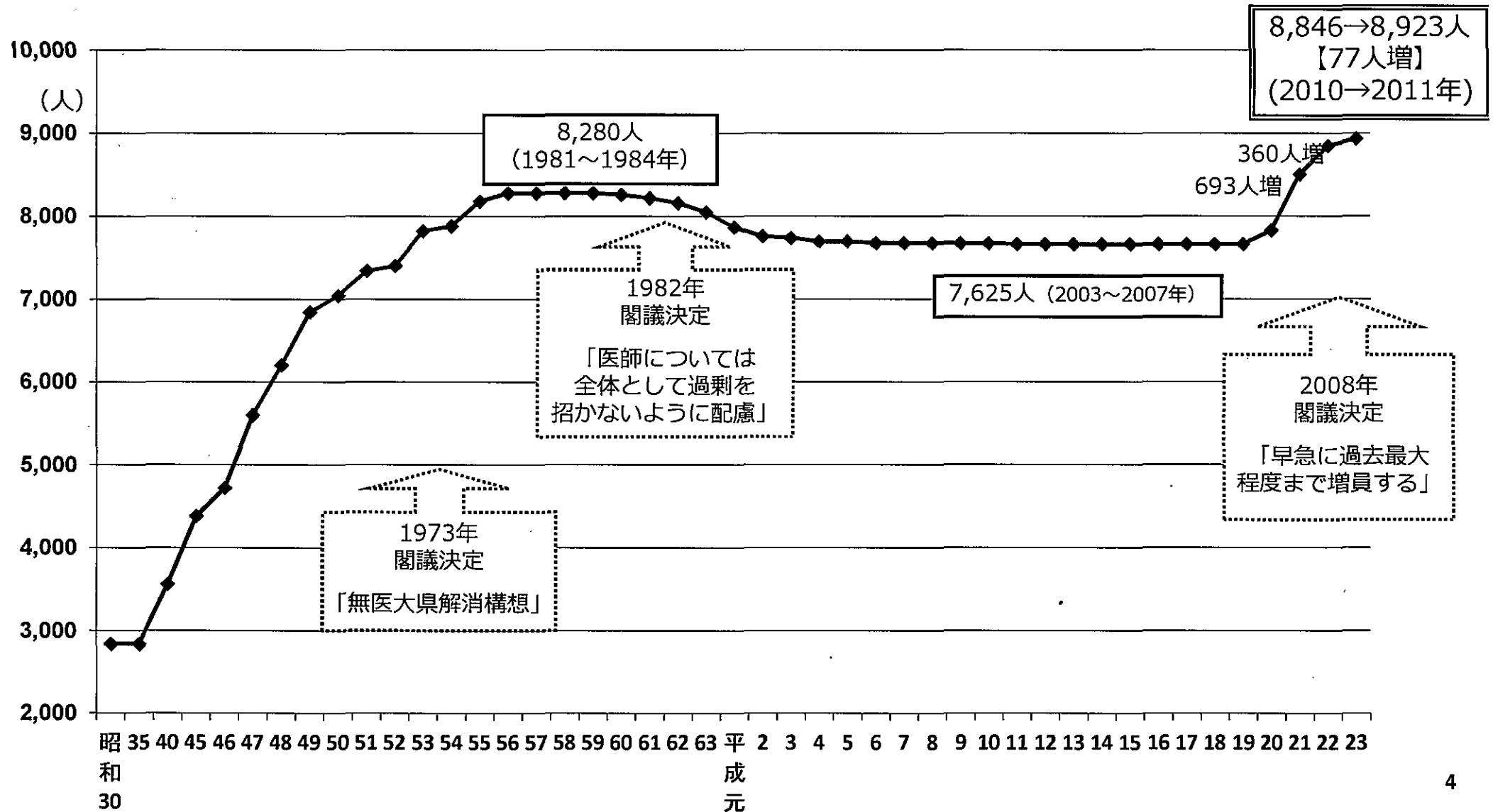
注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。

OECD Health Data2010より

# 医学部入学定員の年次推移

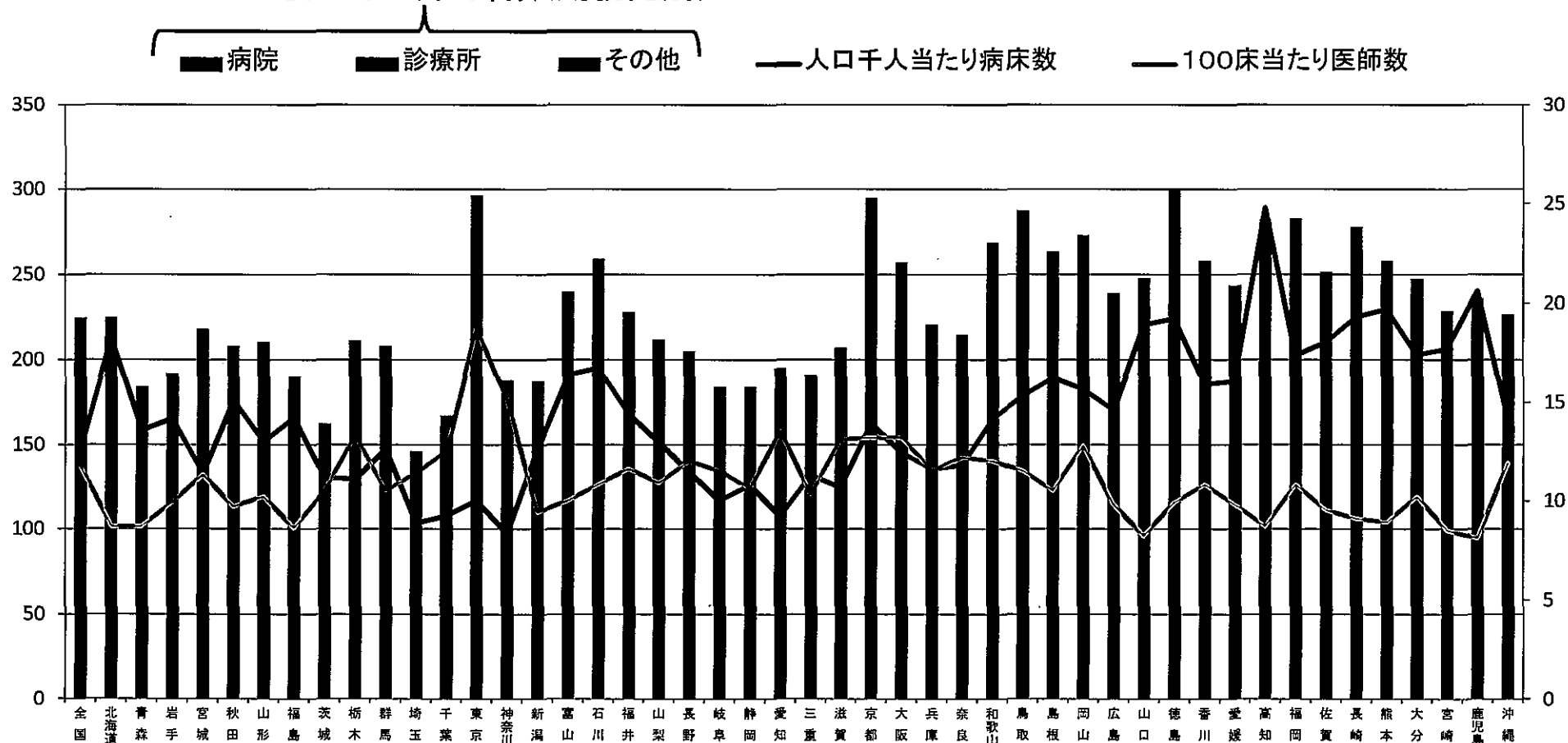
○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。



# 人口当たり医師数

- 人口当たり医師数は、地域によって差がある。
- 人口当たり医師数が全国平均より高めな地域であっても、人口当たり病床が多ければ、結果的に病床当たりの医師配置は薄くなる。

人口10万人当たり医師数(勤務先別)



※医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師調査(各平成20年)に基づき作成

# 病院等における必要医師数実態調査の概要

○全国的に医師が不足しているが、地域、診療科によって不足の程度が異なる。

## 病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 全国統一的方法により各医療機関が必要と考えている医師数を調査
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
- <回収率> 病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%

## 調査結果のポイント

- 現員医師数(167,063人)に対する倍率
  - ・必要求人医師数 18,288人 1.11倍
  - ・必要医師数 24,033人 1.14倍

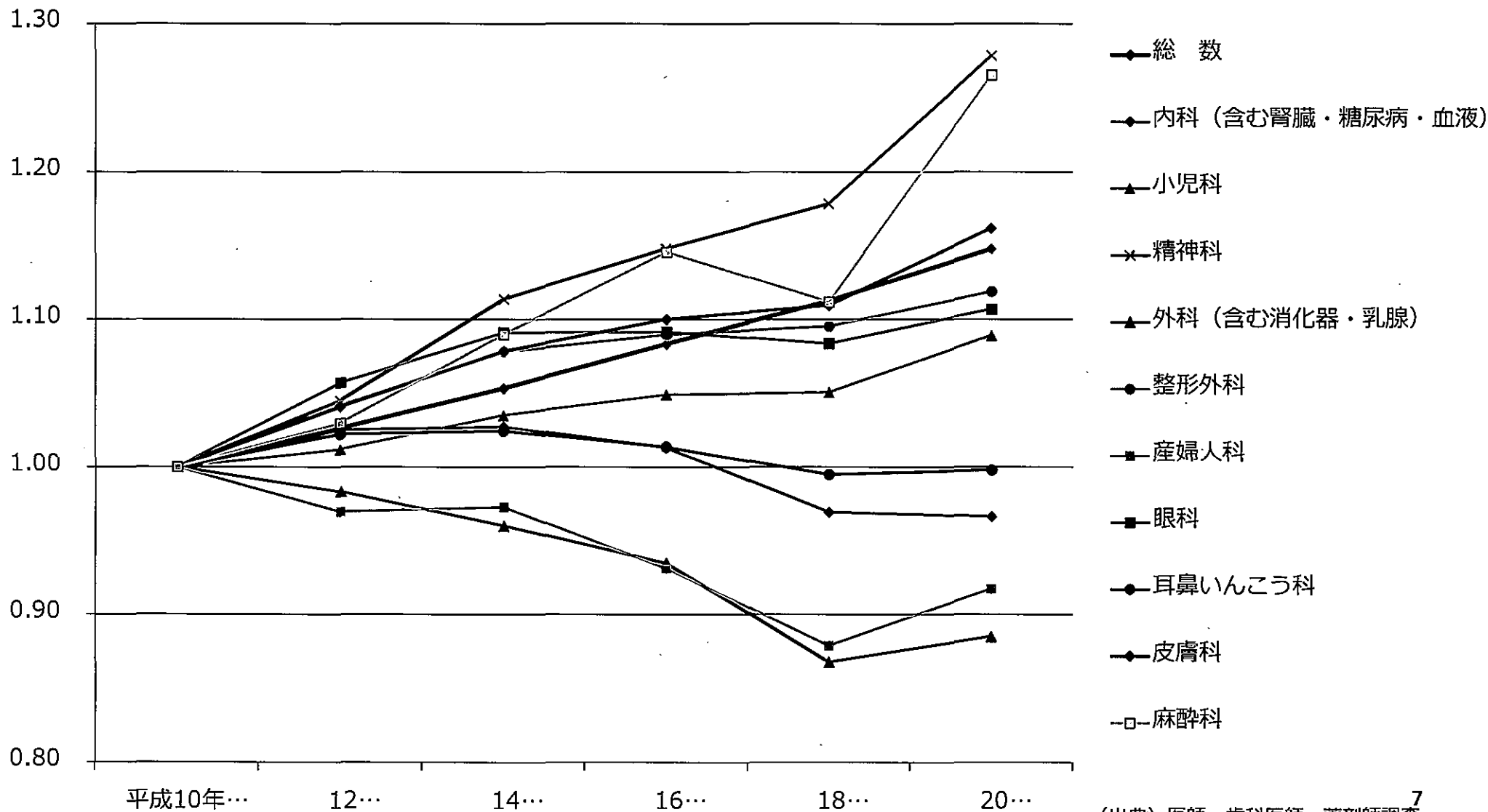
※ 倍率は、いずれも必要数と現員数の合計値を、現員数で除したもの  
(必要医師数 = 必要求人医師数 + 求人していないが必要と考える医師数)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県
  - ・必要求人医師数：島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
  - ・必要医師数：岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科
  - ・必要求人医師数：リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、
  - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、



# 診療科別医師数の推移（平成10年を1.0とした場合）

○多くの診療科で増加傾向。

○外科、産婦人科は減少傾向にあったが、平成20年は増加に転じた。



## 医療提供体制の各国比較（2008年）

○ 我が国は諸外国に比して平均在院日数が長く、また、病床当たりの医療従事者数が少ない。

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	33.8	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (予測値)
アメリカ	6.3	3.1 (予測値)	77.9	2.4	344.2	10.8

(出典):「OECD Health Data 2010」

※医師数は臨床医師数(ただし、フランスにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ医師も含む)

※看護職員数は臨床看護師数(ただし、フランスとアメリカにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ看護職員も含む)

※平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の通り各国で定義が異なる。

日本:全病院の病床　ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床　イギリス:イギリス国営医療サービス事業に登録されている全病床(長期病床を除く)

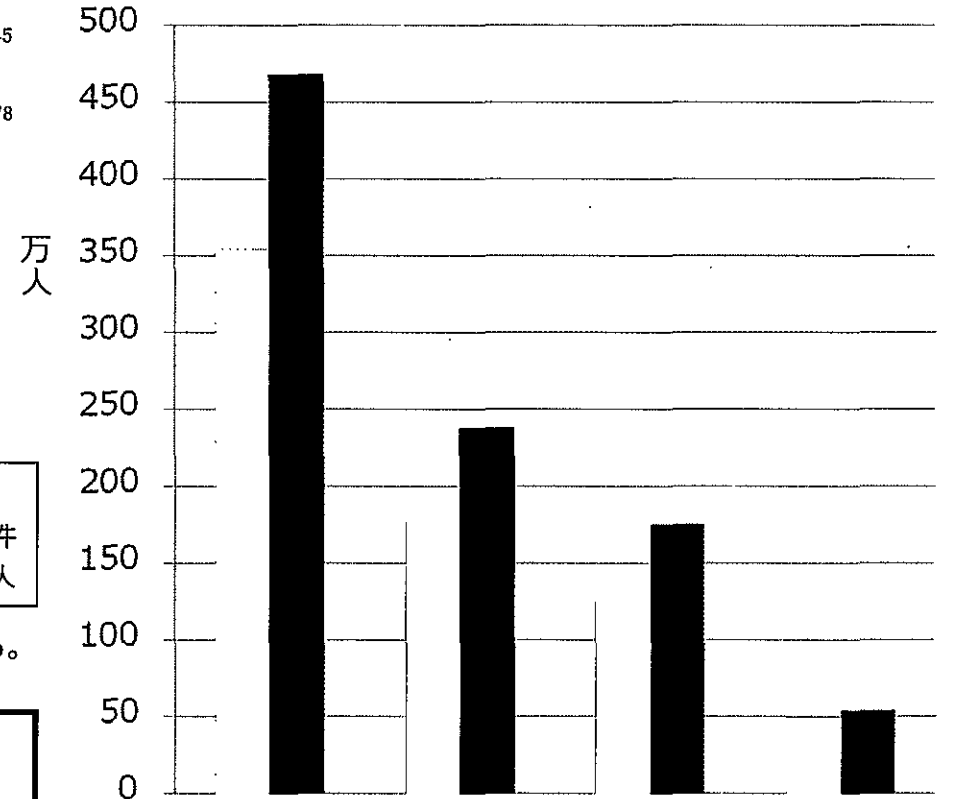
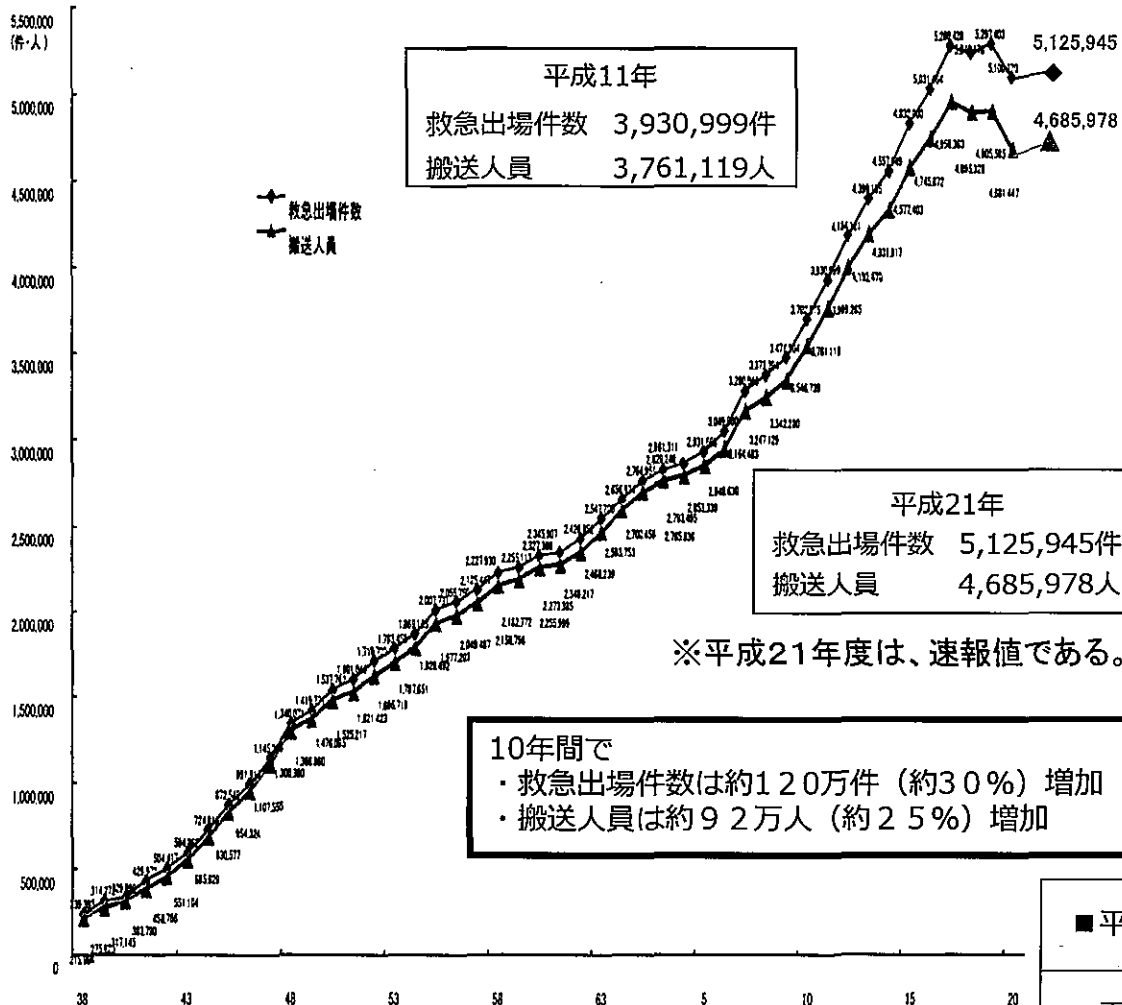
アメリカ:アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

※日本における病床種別毎の平均在院日数は、一般病床18.8日、療養病床176.6日、精神病床312.9日 (出典):「平成20年病院報告」

# 救急出動件数及び搬送人員の推移(左図)

## 過去10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)(右図)

○救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増しているが、搬送人員数の伸びは、主に軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。

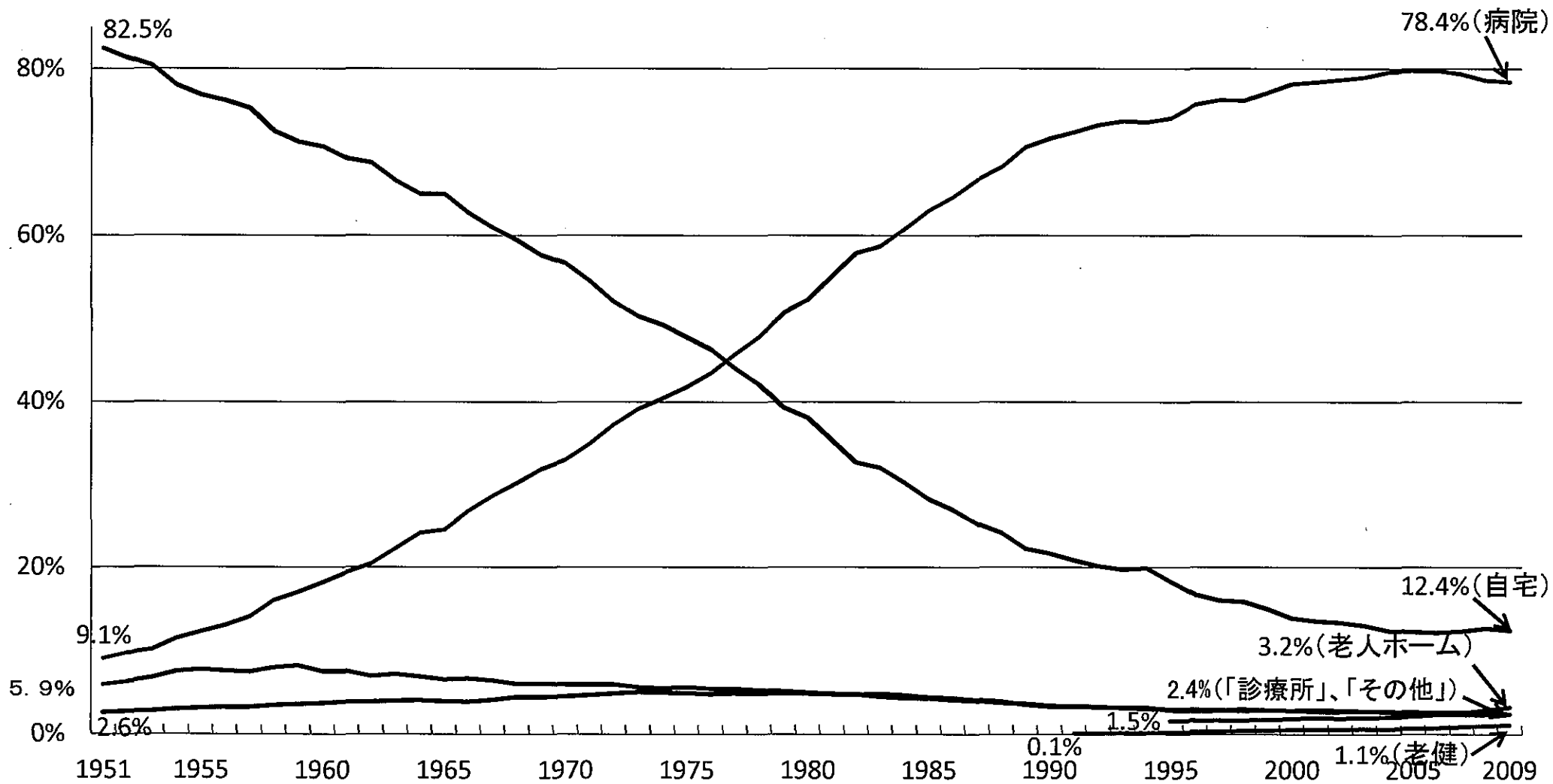


	全体	軽症	中等症	重症
■平成10年	354.1	178.3	125.9	49.8
■平成20年	467.9	237.8	175.8	53.7

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。  
2 各年とも1月から12月までの数値である。

# 死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。



— 病院 — 診療所 — 介護老人保健施設 — 老人ホーム — 自宅 — その他

※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

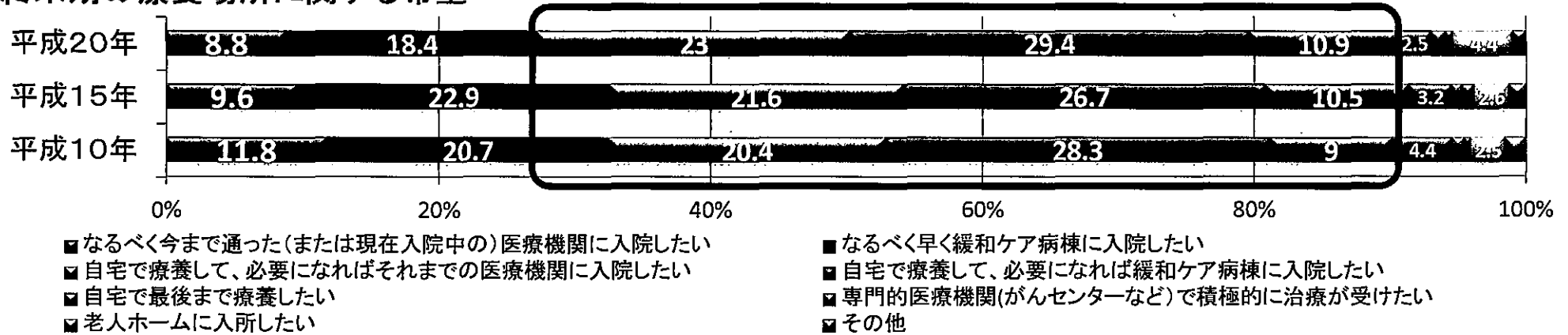
出典)厚生労働省「人口動態調査」

# 終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

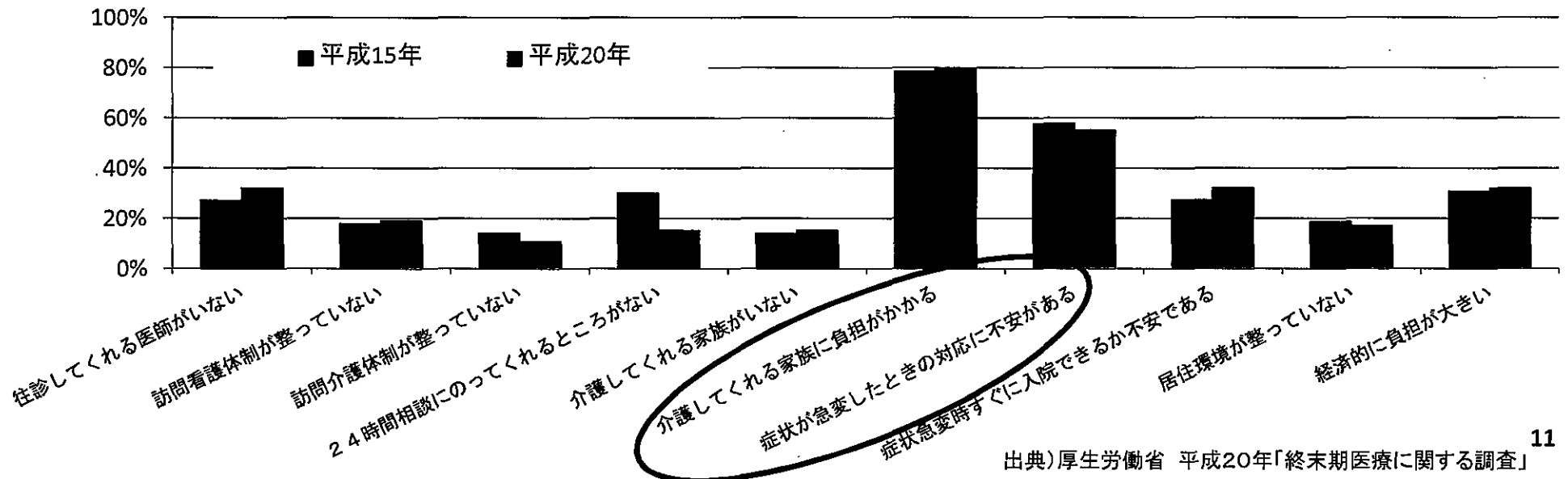
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている。

## ■終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

## ■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

# 地域医療支援センター運営経費

平成23年度予算 5.5億円

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

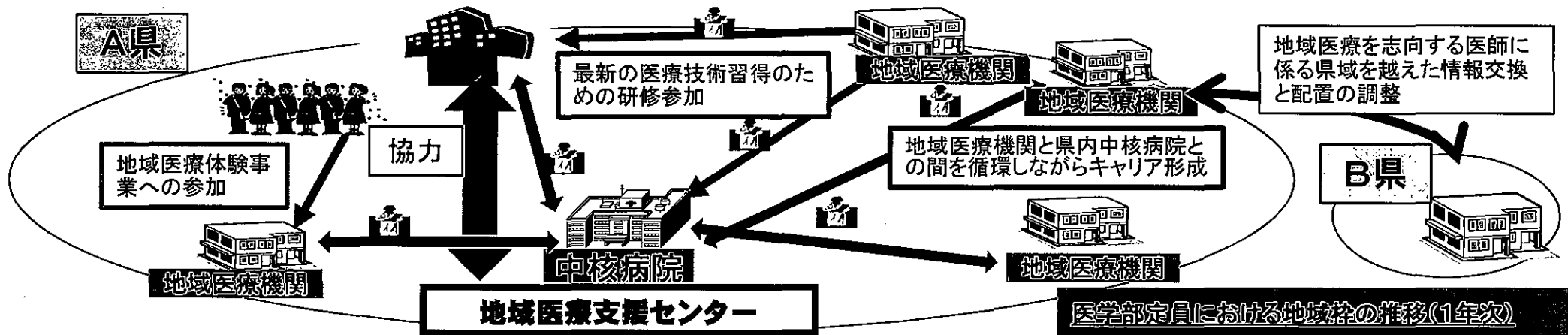
➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかとする将来への不安等

## 地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師など活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

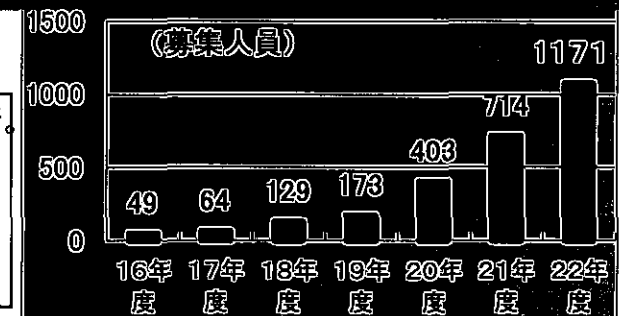
・ 設置場所：都道府県立病院、〇〇大学病院等



## 地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。公的補助金決定にも参画する権限を付与。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



➢ 平成23年度は、15箇所※で先行的に事業を実施。 ※「県内医師の地域偏在が大きい」、「へき地、無医地区が多い」等を基に選定。

➢ 先行事例の経験を蓄積し、今後の取組に活かしていくことで、各都道府県の医師確保対策の取組みを継続的に支援。

## 現状の課題

現在の地域医療再生計画は、二次医療圏を基本単位としていることから、都道府県単位(三次医療圏)の広域医療圏における医療提供体制の考え方が、十分に計画されているとはいえない状況である。

## 事業概要

◎ 都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援

- 対象地域 都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
- 計画期間 平成25年度までの4年間
- 予算総額 2,100億円 (15億円×52地域、加算額 1,320億円) (上限120億円)
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

## 今後のスケジュール案

- |            |                  |
|------------|------------------|
| 平成23年6月16日 | 地域医療再生計画の提出期限    |
| 8月中旬       | 有識者会議の開催         |
| 8月下旬       | 都道府県に対する交付金の額の内示 |
| 9月初旬       | 都道府県に対する交付金の交付決定 |

※被災3県については、左のスケジュールに関係なく、交付額の上限である120億円を確保。そのうち基礎額部分の15億円については、医療機能を回復するために緊急的に必要である場合は、前倒して交付することを可能とした。

## 社会保障審議会医療部会の最近の開催状況について

社会保障審議会医療部会において、今後の医療提供体制のあり方について議論を行っているところ。現在の主な議論の状況は下記のとおり。

### ○ 10月15日 総論

- ・ 医療提供体制の総論

### ○ 11月11日 医療を支える基盤(ソフト)

- ・ 医師等医療人材の確保
- ・ 情報提供・広告・安全確保
- ・ 医療法人

### ○ 12月 2日 医療を支える基盤(ハード)

- ・ 医療施設体系
- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院

### ○ 12月22日 地域における医療体制

- ・ 医療計画
- ・ 救急医療、小児・周産期医療
- ・ 在宅医療

### ○ 2月17日

- ・ 前回までの議論の整理
- ・ 在宅医療

### ○ 3月 9日

- ・ 前回までの議論の整理
- ・ 病床区分の在り方

### ○ 6月 8日

- ・ 東日本大震災への対応
- ・ 社会保障集中検討会議提出資料について

### ○ 7月 6日

- ・ 特定機能病院・地域医療支援病院について
- ・ 4疾病5事業について(精神疾患の取扱いについて)

### ○ 7月20日

- ・ 診療報酬改定について
- ・ 外来診療機能等について



社会保障・税一体改革成案(抄)  
(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)

I 社会保障改革の全体像

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

(2) 個別分野における具体的改革

＜個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)＞

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。  
そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
  - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
  - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

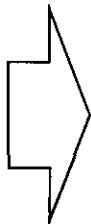
# 医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）  
2015年  
0.4兆円程度

## <現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化する中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。



## 充 実

### <改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。  
(例) 高度急性期対応の従事者：現状の約2倍程度(2025年に)  
亜急性期等対応の従事者：コメディカルを中心に現状の約3割程度増(同上)
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ（訪問支援）体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。

（合わせて8,700億円程度）

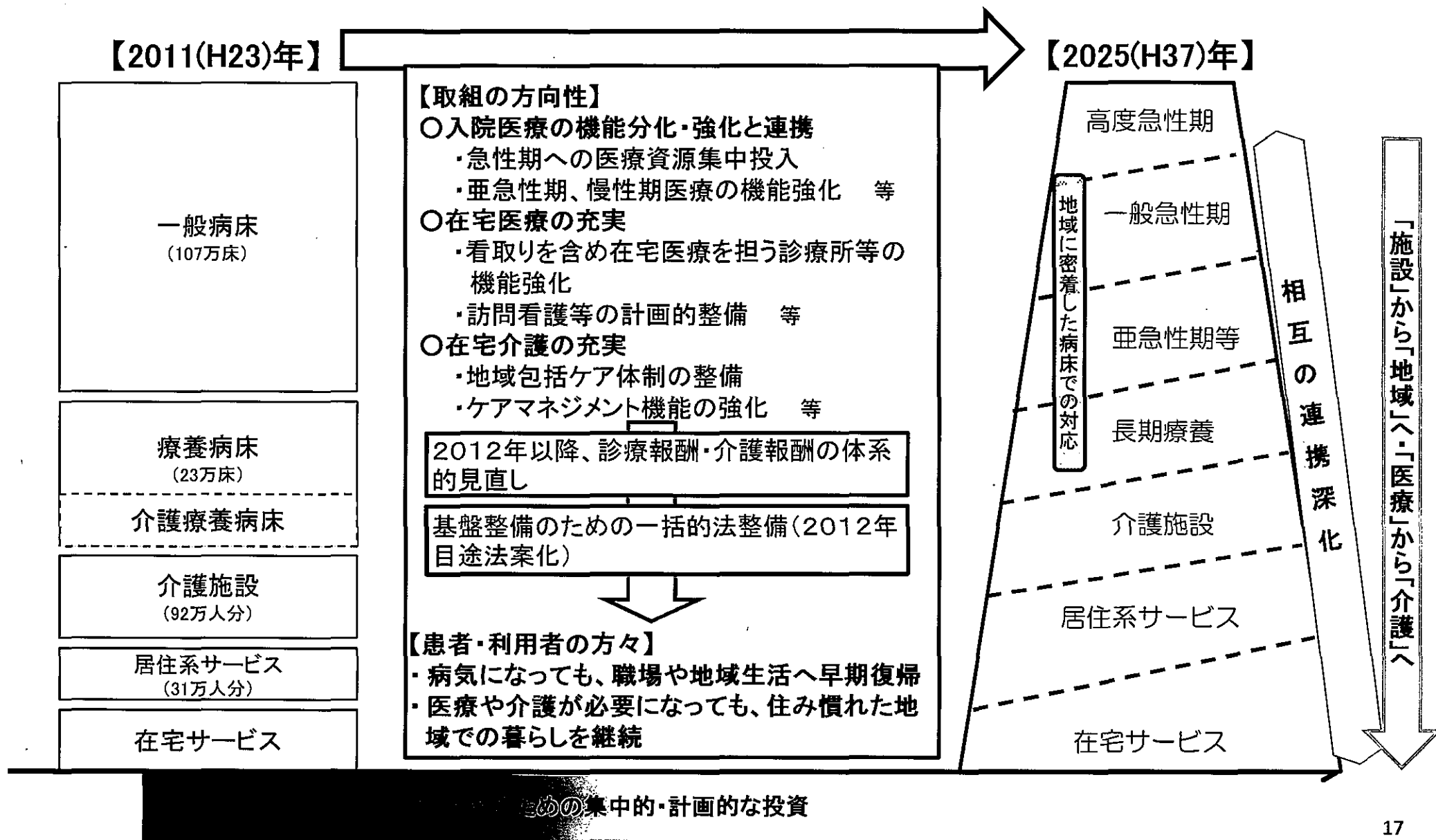
## 重点化・効率化

### <改革の具体策>

- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。（▲4,300億円程度）

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

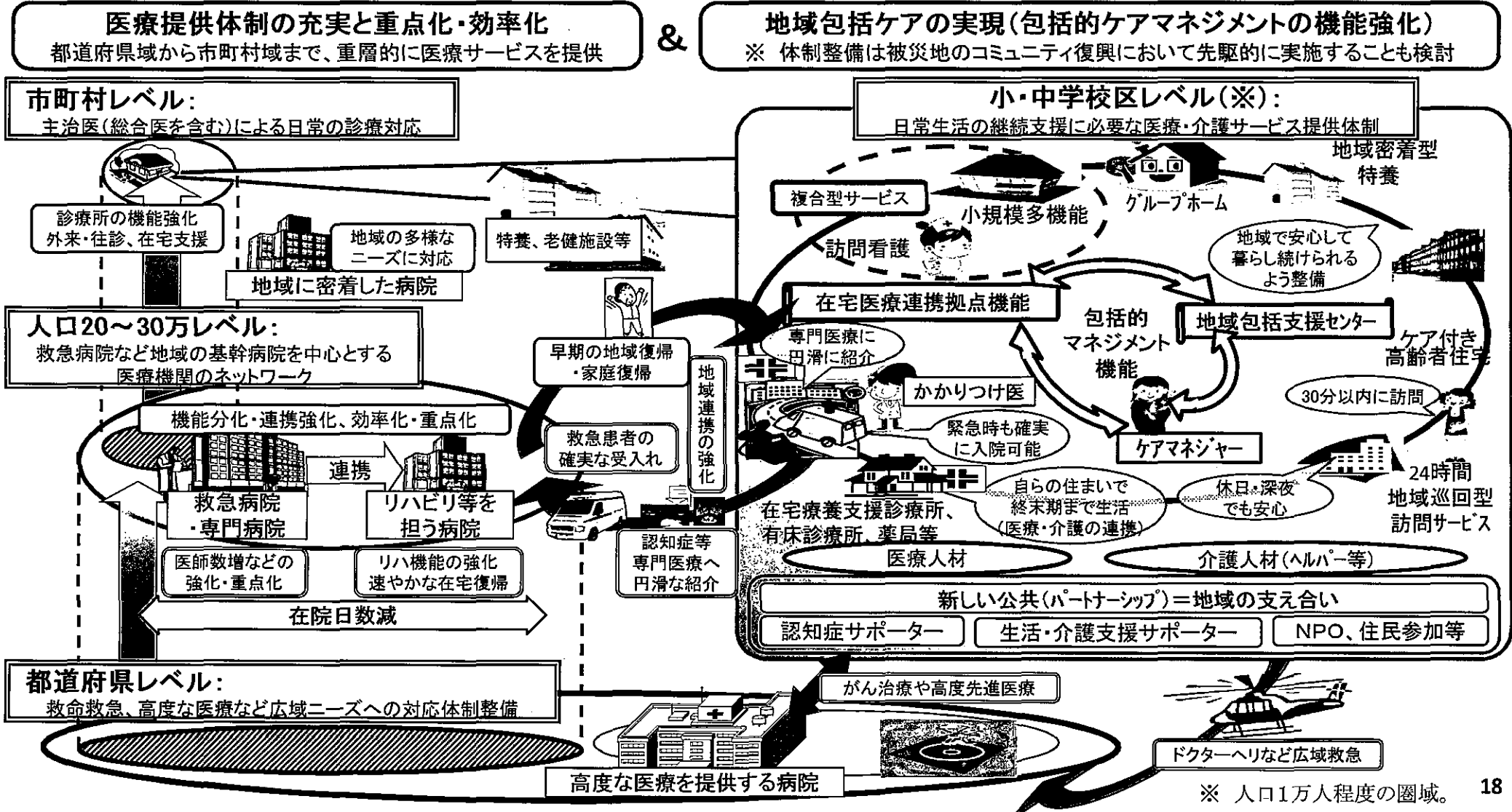


# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



# 参考資料

## ～最近の主な報告書等の概要～

# 終末期医療のあり方に関する懇談会(概要)

## ■終末期医療のあり方に関する懇談会

- 平成20年3月に実施された一般国民及び医療福祉従事者(医師、看護職員、介護施設職員)に対する終末期医療に関する調査、関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方について検討を行った。
- 平成20年10月から計6回開催し、平成22年12月に「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」がとりまとめられた。

## ■終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見の概要

(「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」(平成22年12月)より作成)

- リビング・ウィルの法制化については慎重な意見が多かったが、リビング・ウィルが患者の医師を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- 医療福祉従事者から十分な情報提供や説明を行うためには、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい知識の普及が重要である。
- 患者をそばで支える家族へのケア、遺族に対するグリーフケアについて今後議論を深めるべきである。

# チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書概要）①

## 1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担し、ついでに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

## 2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

### 【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

### 【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急に実施

### 【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

<行為例>

◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時等の薬剤変更・中止

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要。

## チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書概要）②

### 3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クレーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

### 4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。



# 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書(平成23年6月公表)(概要)

～魅力ある職業として「職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進」～

## 職場づくり

## 人づくり

## ネットワークづくり

現状・課題

- ・看護師長等の経験に依存した労働時間等管理
- ・看護師に委ねられる事務量の増加
- ・育児等との両立の困難さ  
→離職の増加

- ・質と量の両面における人材確保
- ・継続的なキャリア形成支援の必要性

- ・地域レベルにおける医療行政、労働行政及び関係者の新たなネットワークづくりの必要性

23年度の取組

### 【医療機関の取組】

- ◆労働時間管理者の明確化
- ◆申送りの改善
- ◆雇用制度、保育施設、職場風土の改善

### 【行政の取組】

- ◆労働時間設定改善コンサルタントによる支援・研修の実施
- ◆業務改善取組事例や多様な働き方の導入に関する好事例の情報提供・管理者研修への支援
- ◆保育施設への財政的支援

### 【医療機関の取組】

- ◆新人看護師への研修内容等の充実
- ◆求職者への効果的な情報提供

### 【行政の取組】

- ◆新人看護師から専門性の高い看護師の養成までの体系的な支援
- ◆潜在看護職員復職研修事業の実施
- ◆ハローワークやナースセンターの利用促進

- ◆都道府県労働局、都道府県、関係団体、地域住民等による協働の枠組みを構築

↓  
地域の医療従事者の勤務環境改善等に取り組む恒常的な連絡協議の場として育成

今後の課題

- 23年度の取組のフォローアップを行い、24年度以降も、PT構成部局等の有機的な連携による取組を強化・継続。
- 医師をはじめ医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた課題と対応に関する幅広い知見の収集・分析。
- 中医協において、看護師等を含めた病院医療従事者の負担軽減策に関し、平成24年度診療報酬改定に向けて検討。

# 次期介護報酬改定等について

平成23年7月21日  
厚生労働省老健局

# 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

## 1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。(P2)
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。(P3)
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。(P4、5)
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)(P6)

## 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。(P7)
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

## 3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正) (P8)

## 4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

## 5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

## 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

### 【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

# 地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への  
包括的な支援(地域包括ケア)を推進

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24～26年度)では次の取組を推進。
  - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
  - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

## 日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や  
必要となるサービス  
を把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能  
(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

## 介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

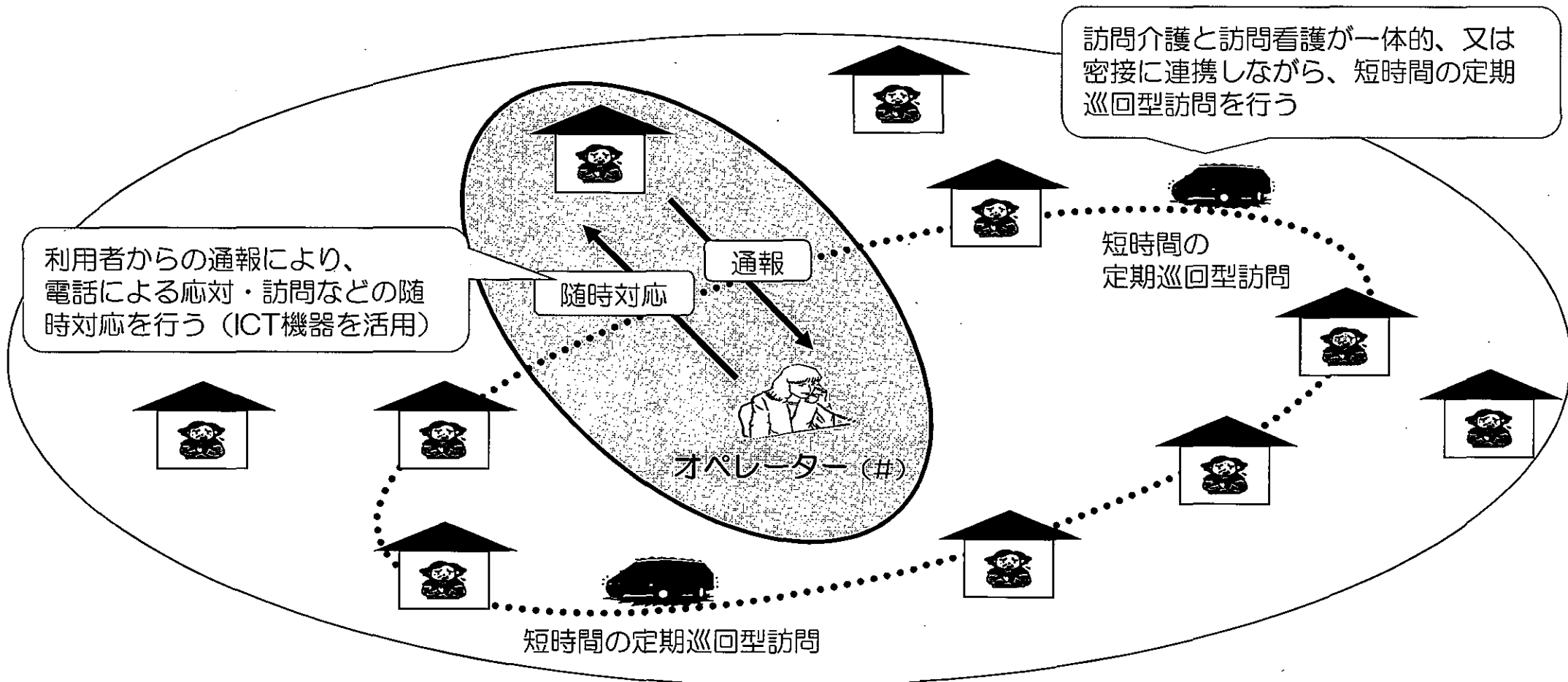


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

# 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。

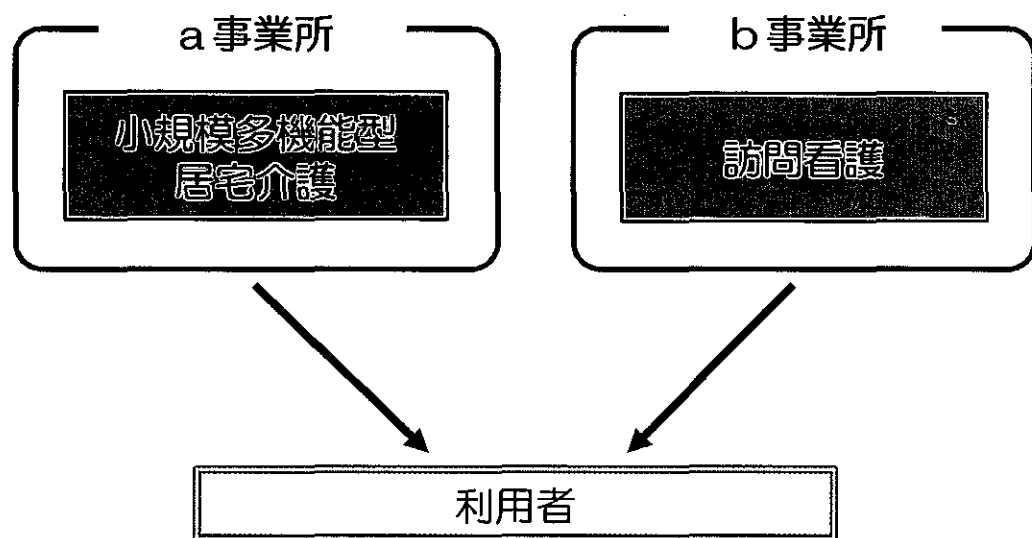
※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

# オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討。

# 複合型サービスの創設

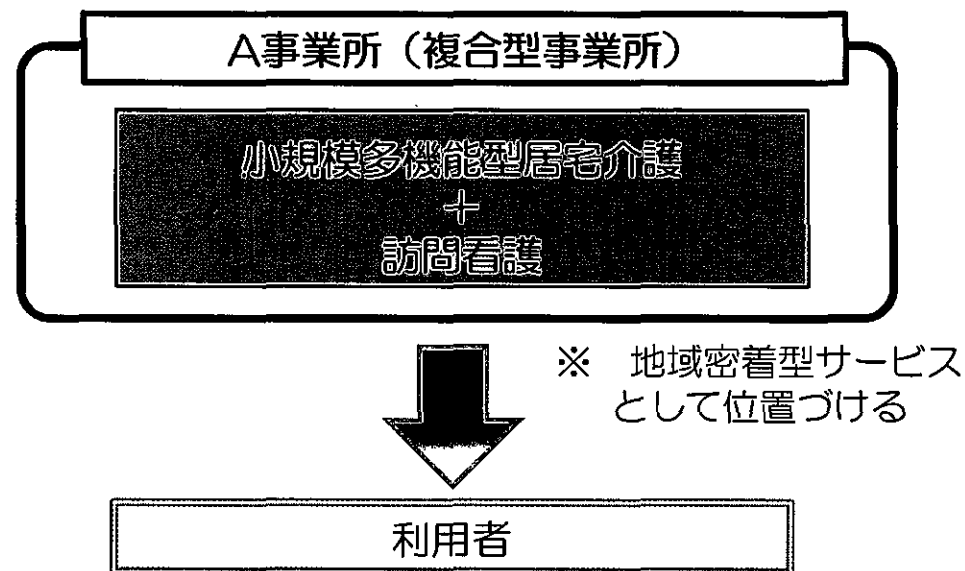
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせる複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

## 現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。

## 創設後



- 1つの事業所から、サービスが組み合わせられて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能。

# 介護療養病床の取扱いについて

## 【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

## 【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

## 【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。



# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)

## 趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

☆具体的な行為については省令で定める

- ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

## 介護職員等の範囲

○介護福祉士

☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等

☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

## 登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆基本研修、実地研修を行うこと

☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事

☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

## 登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校

※医療機関は対象外

出典:介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

## 実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行

(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)

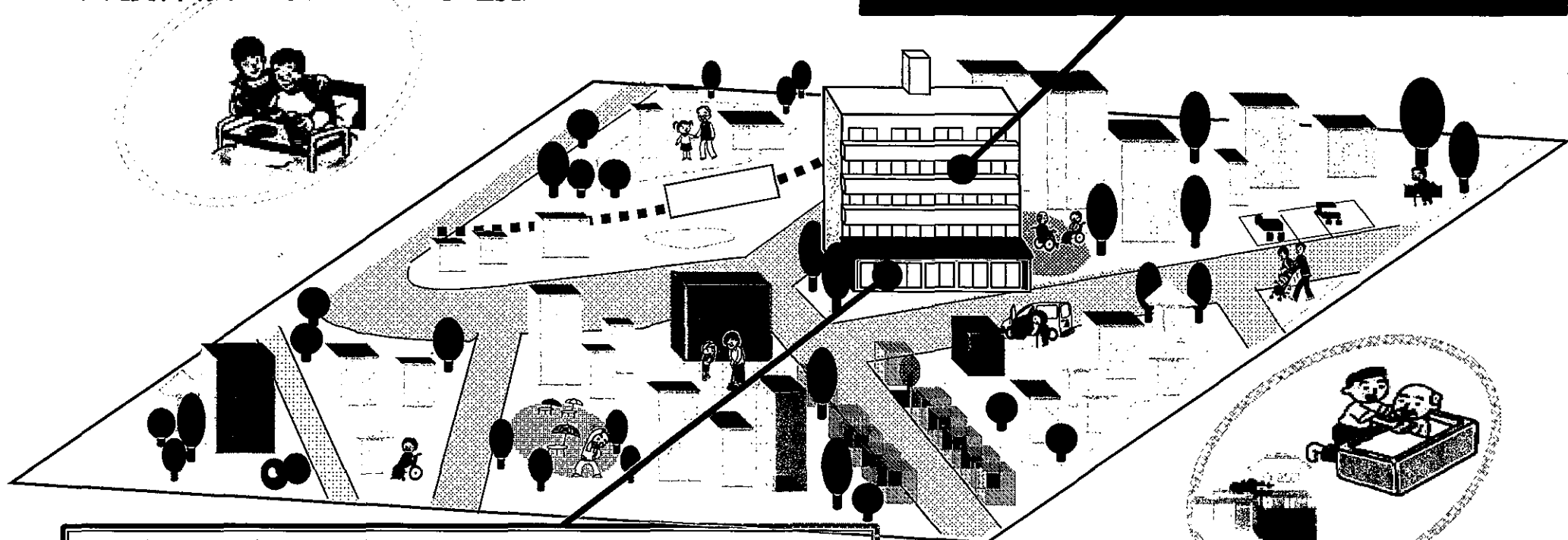
○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置

# サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」(高齢者住まい法:国土交通省・厚生労働省共管)に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」(介護保険法:厚生労働省)などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護  
「定期巡回・随時対応サービス」  
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅  
(国土交通省・厚生労働省共管)  
→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、  
ヘルプステーション、  
デイサービスセンター、  
定期巡回・随時対応サービス (新設)

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

## 介護給付費分科会の検討スケジュールについて（案）

### 【平成 23 年】

#### 4 月～夏頃 フリーターキング+事業者団体等ヒアリング

##### <テーマ>

- 4 月 13 日 総論
- 4 月 27 日 総論、地域区分について
- 5 月 13 日 介護人材の確保と処遇の改善策について  
定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスについて
- 5 月 30 日 介護保険施設について  
医療と介護の連携について
- 6 月 16 日 高齢者の住まいについて  
認知症への対応について
- 今後（予定） リハビリ、軽度者への対応について  
福祉用具について

※事業者団体等ヒアリングについては、テーマに応じて選定。

秋頃 平成 23 年介護事業経営実態調査結果とりまとめ

秋頃～12 月 居宅サービス・施設サービス等について議論（各論）

12 月中旬 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・取りまとめ

### 平成 24 年度政府予算編成

### 【平成 24 年】

1 月

介護報酬改定案 諮問・答申

4 月

平成 24 年 4 月改定施行

# レセプトの電子化の状況と 診療報酬の支払い早期化について

平成23年7月21日

厚生労働省保険局総務課

# 1. レセプト電子化の状況

# レセプト電子化の経緯

## ○ 平成17年12月 医療制度改革大綱

平成23年度当初よりレセプトオンラインの完全義務化の方針

## ○ 民主党政策集 INDEX2009 医療政策

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改める。

## ○ 平成21年11月 請求省令の改正

レセプト請求の完全オンライン化を原則化に改めるとともに、例外措置を定める。また、医科、歯科、調剤それぞれの原則電子化とする期限を定める。

### 【例外措置】

- ・ 光ディスク等の電子媒体による請求でも可。
- ・ 電子化が困難な診療所等(レセプトを手書きで作成している、医師が高齢など)については紙レセプトで可。
- ・ 電子レセプトに対応していないレセコンを使用している診療所等については、次回更新時期まで猶予(最大で平成26年度末まで)。

## ○ 平成23年4月

歯科医療機関について、平成23年4月に原則電子レセプトでの請求を行うこととなる期限を迎え、全ての医療機関・薬局について電子レセプトでの請求が原則化。

○医療制度改革大綱（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）（抜粋）

3. 公的保険給付の内容・範囲の見直し等

（5）レセプトIT化の推進等

医療保険事務全体の効率化を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成18年度からオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。

○民主党政策集INDEX2009（平成21年7月）（抜粋）

●レセプトオンライン請求の原則化

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改め、過疎地の診療所をはじめとする小規模医療機関の撤退などに象徴される医療現場の混乱や地域医療の崩壊が起こらないようにします。レセプトのオンライン化は本来、医療機関と調剤薬局等が医療情報を共有しつつ、事務効率の向上、医療費の過大・不正請求の防止、検査や投薬の重複チェックなど医療の透明化、平準化に資するものです。しかし、政府が07年に閣議決定した請求の「完全義務化」は、関係者の理解が十分得られていません。導入にあたっては、患者情報のセキュリティ強化とあわせ、医療機関でのコスト面、人材面での負担が過度にならないよう、国による財政負担や診療報酬上の十分なインセンティブを設けます。また、医療費の内容と単価がわかる領収書が発行されるようにします。外来管理加算の5分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃します。

# レセプト電子化のスケジュール

- 本年4月に歯科医療機関が原則レセプト電子化期限を迎え、全ての医療機関・薬局が原則電子化へ移行。
- 一方で、手書きでレセプトを作成している、又は医師等が高齢である、といった事由により例外的に紙請求が認められる場合もある。こうした例外のうち、電子レセプトに対応していないレセプトコンピューターを使用している場合、最大平成26年度末まで紙レセプトでの請求が認められる。

		原則		例外規定		
				【手書き】	【高齢者】	【リース期間切れ等】
医 科	病 院	・平成20年4月～	400床以上で レセプト電子請求を行っているもの(注1)	レセプトコンピューター を使用していない場合  ↓  紙で請求可 (電子媒体又は オンラインによる 請求に移行するよう 努めるものとする)	/	/
		・平成21年4月(注2)～	400床未満で レセプト電子請求を行っているもの(注1)			
科	診 療 所	・平成22年7月～	レセプトコンピューターを使用しているもの			
		・平成22年7月～	レセプトコンピューターを使用しているもの			
歯 科		・平成23年4月～	レセプトコンピューターを使用しているもの	紙で請求可	↓  紙で請求可	
薬 局		・平成21年4月(注2)～	レセプトコンピューターを使用しているもの			年間請求件数が1200 件以下の薬局の レセプトコンピューター のリース期間又は 減価償却期間の 終了まで (最大平成22年度末)  ↓  紙で請求可

(注1) レセプトコンピューターにレセプト文字データ変換ソフトの適用が可能である場合を含む。

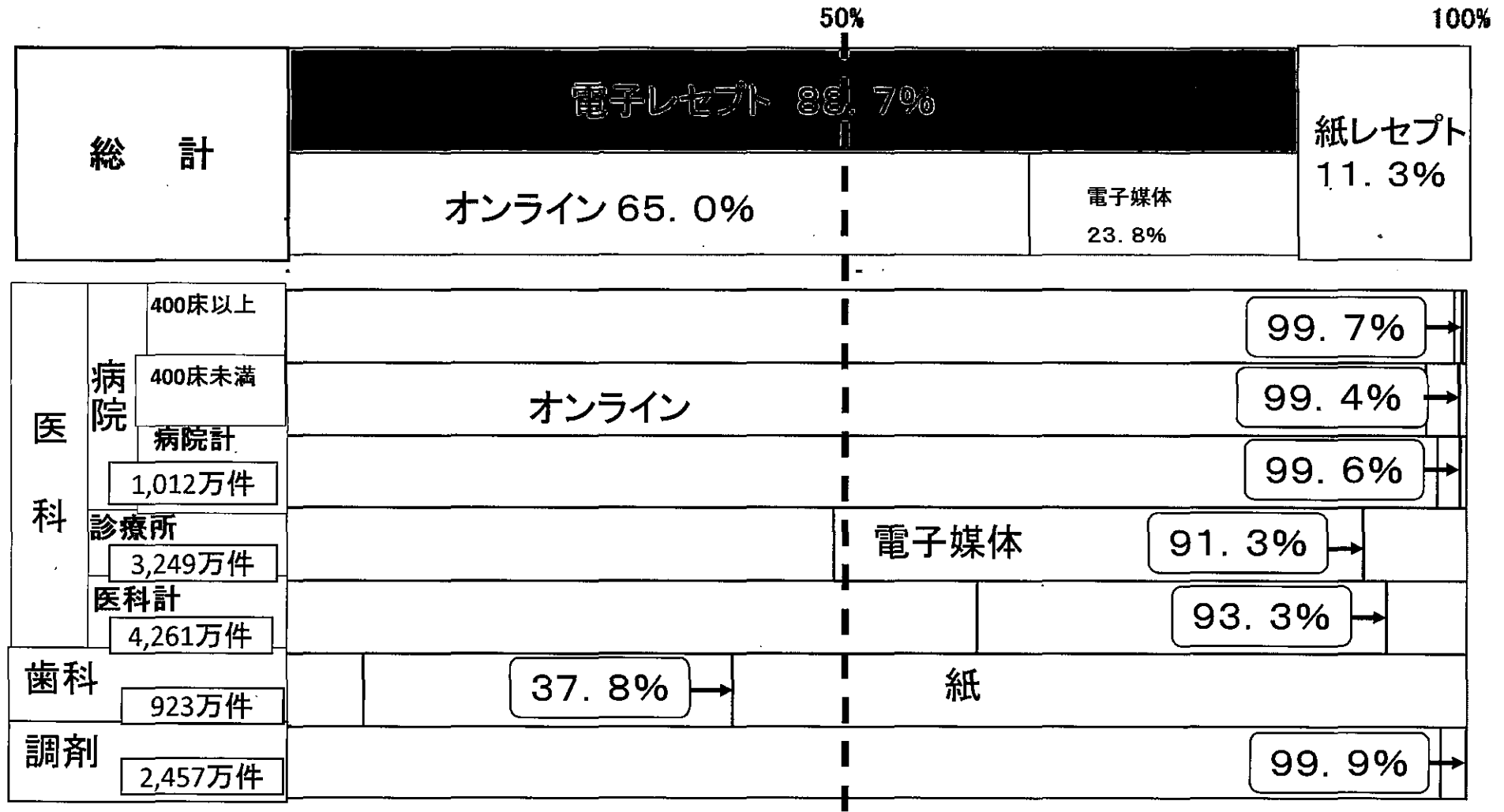
(注2) 平成21年4月時にオンライン請求を行えなかった病院・薬局は、平成21年12月診療分から。

※ この他、個別事情(回線障害、業者の対応遅れ、改築工事中、概ね1年以内に廃院予定、その他特に困難な事由)による猶予規定あり。



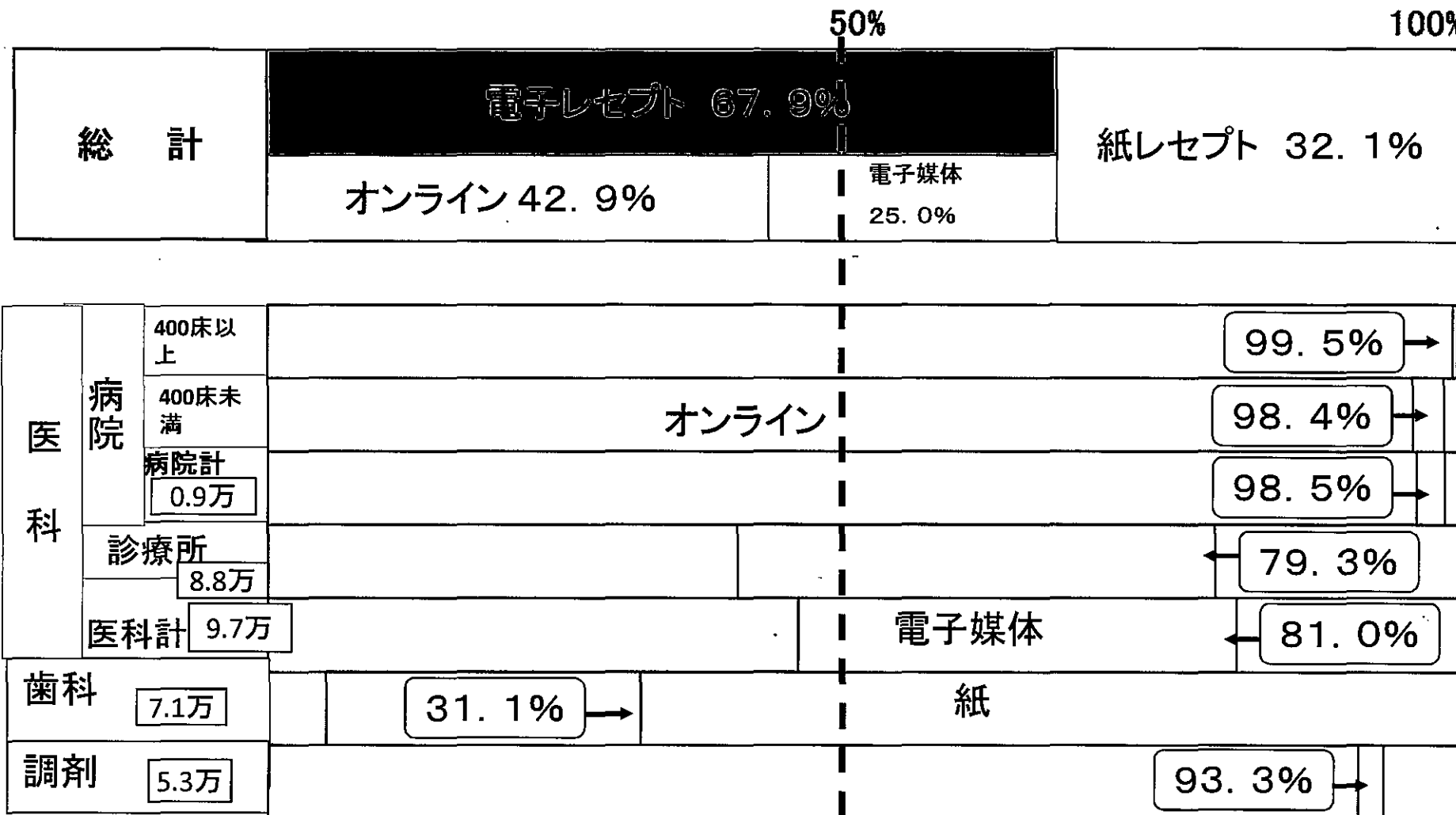
電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年5月請求分】

普及率



電子レセプト請求普及状況(施設数ベース)【平成23年5月請求分】

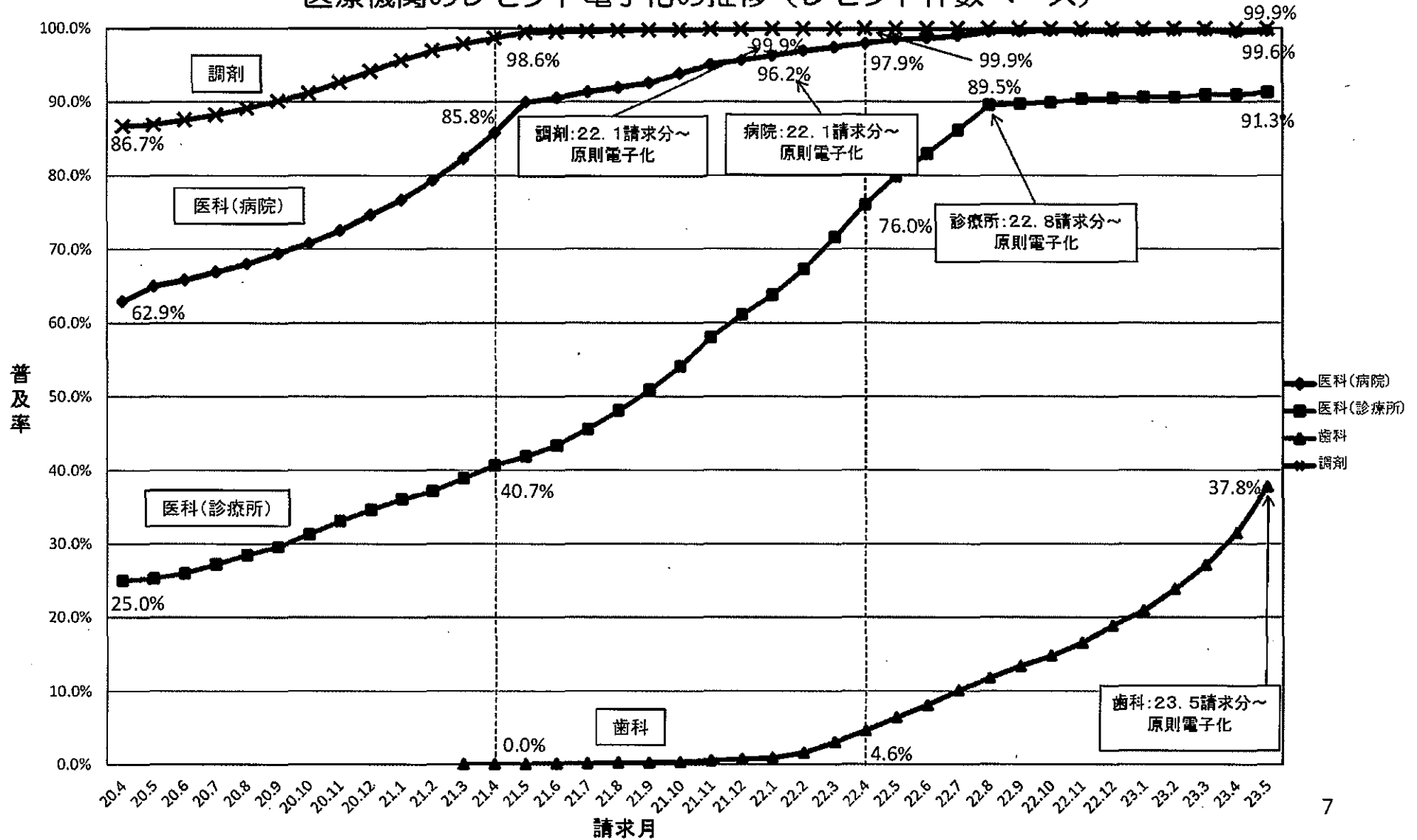
普及率



社会保険診療報酬支払基金調べ

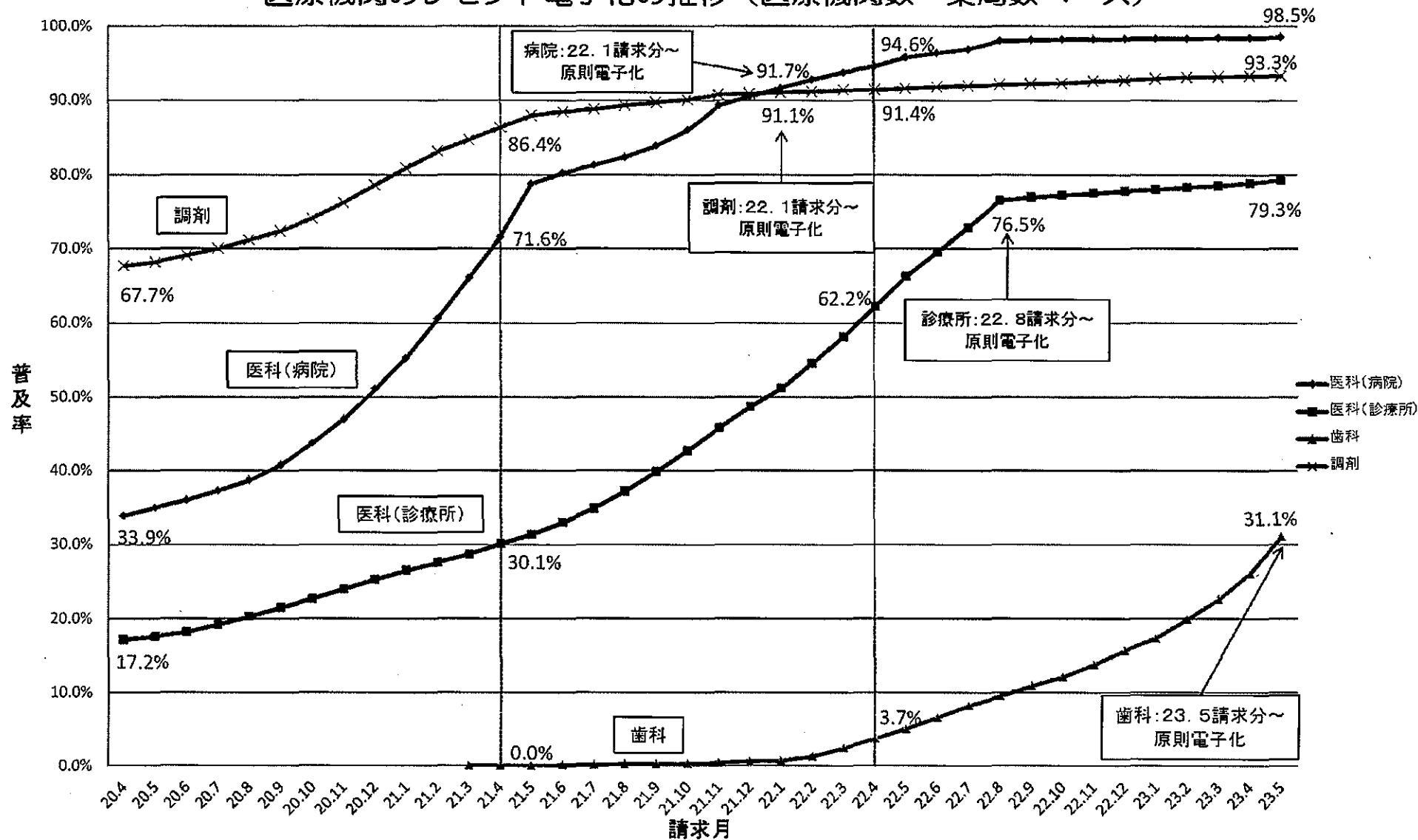
# 電子レセプト普及状況(件数ベース)の推移 (平成23年5月請求分まで)

## 医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



# 電子レセプト普及状況(施設数ベース)の推移 (平成23年5月請求分まで)

## 医療機関のレセプト電子化の推移 (医療機関数・薬局数ベース)



# 平成23年4月請求時点でのレセプト請求の内訳(施設数ベース)

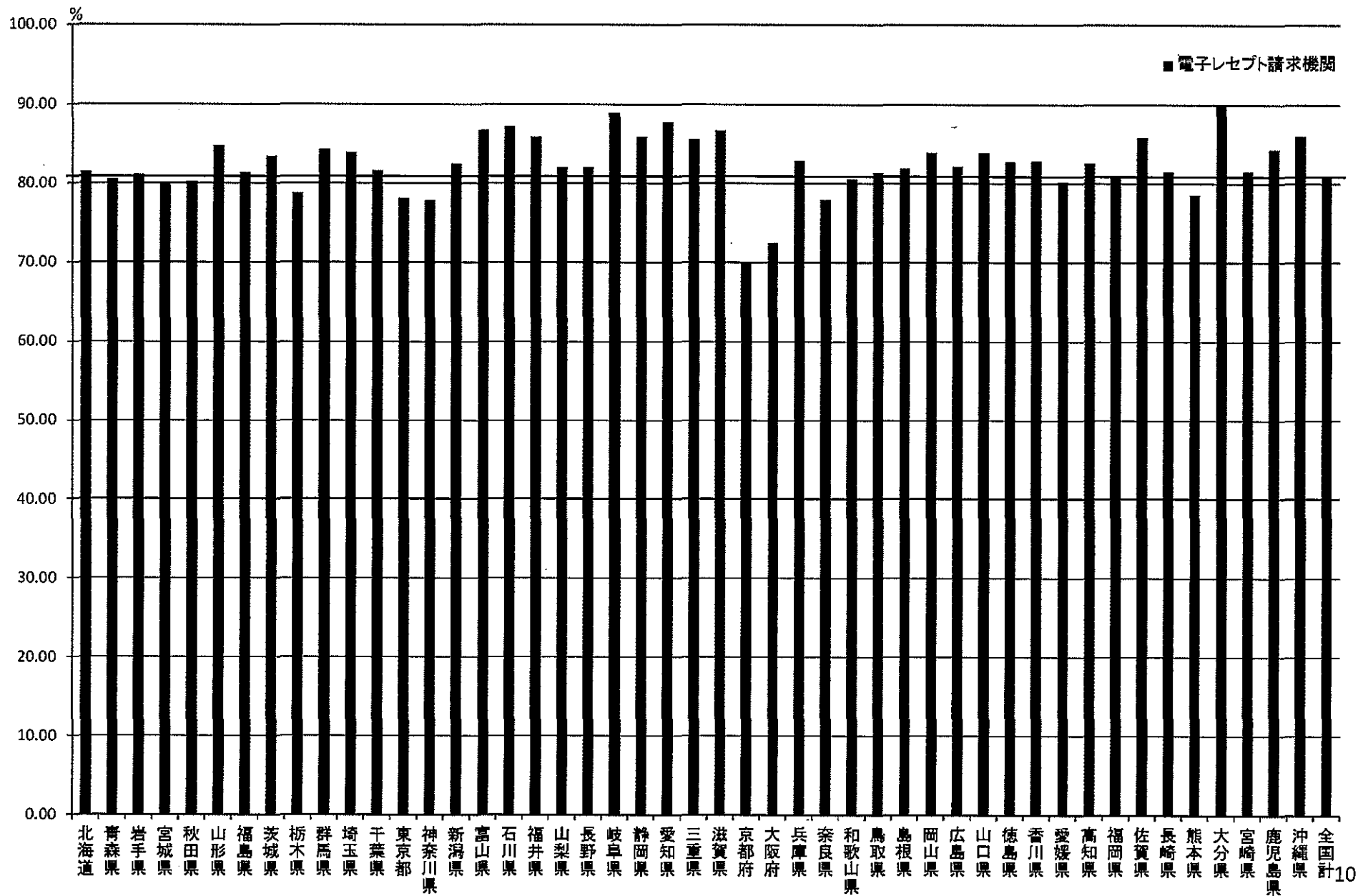
○ 施設数ベースで見ると、医療機関・薬局等の総計約220,824カ所のうち、平成23年4月請求時点で紙レセプトによる請求を行っている医療機関・薬局等は70,858カ所であり、全体の32.1%(医科:19.0%、歯科:68.9%、調剤:6.7%)となっている。

平成23年5月31日現在

		医療機関 数 薬局数 A	電子レセプトによる請求						紙レセプトによる請求					
			オンライン による請求		電子媒体 による請求		レセコン出力 による請求		手書き による請求					
			B	率(%) [B/A]	C	率(%) [C/A]	D	率(%) [D/A]	E	率(%) [E/A]	F	率(%) [F/A]	G	率(%) [G/A]
医 科	400床以上	807	803	99.5	800	99.1	3	0.4	4	0.5	0	0.0	4	0.5
	400床未満	7,855	7,730	98.4	7,521	95.7	209	2.7	125	1.6	78	1.0	47	0.6
	病院計	8,662	8,533	98.5	8,321	96.1	212	2.4	129	1.5	78	0.9	51	0.6
	診療所	87,946	69,702	79.3	34,470	39.2	35,232	40.1	18,244	20.7	9,842	11.2	8,402	9.6
	医科計	96,608	78,235	81.0	42,791	44.3	35,444	36.7	18,373	19.0	9,920	10.3	8,453	8.8
歯 科		71,030	22,099	31.1	3,409	4.8	18,690	26.3	48,931	68.9	37,002	52.1	11,929	16.8
調 剤		53,186	49,632	93.3	48,510	91.2	1,122	2.1	3,554	6.7	569	1.1	2,985	5.6
総 合 計		220,824	149,966	67.9	94,710	42.9	55,256	25.0	70,858	32.1	47,491	21.5	23,367	10.6

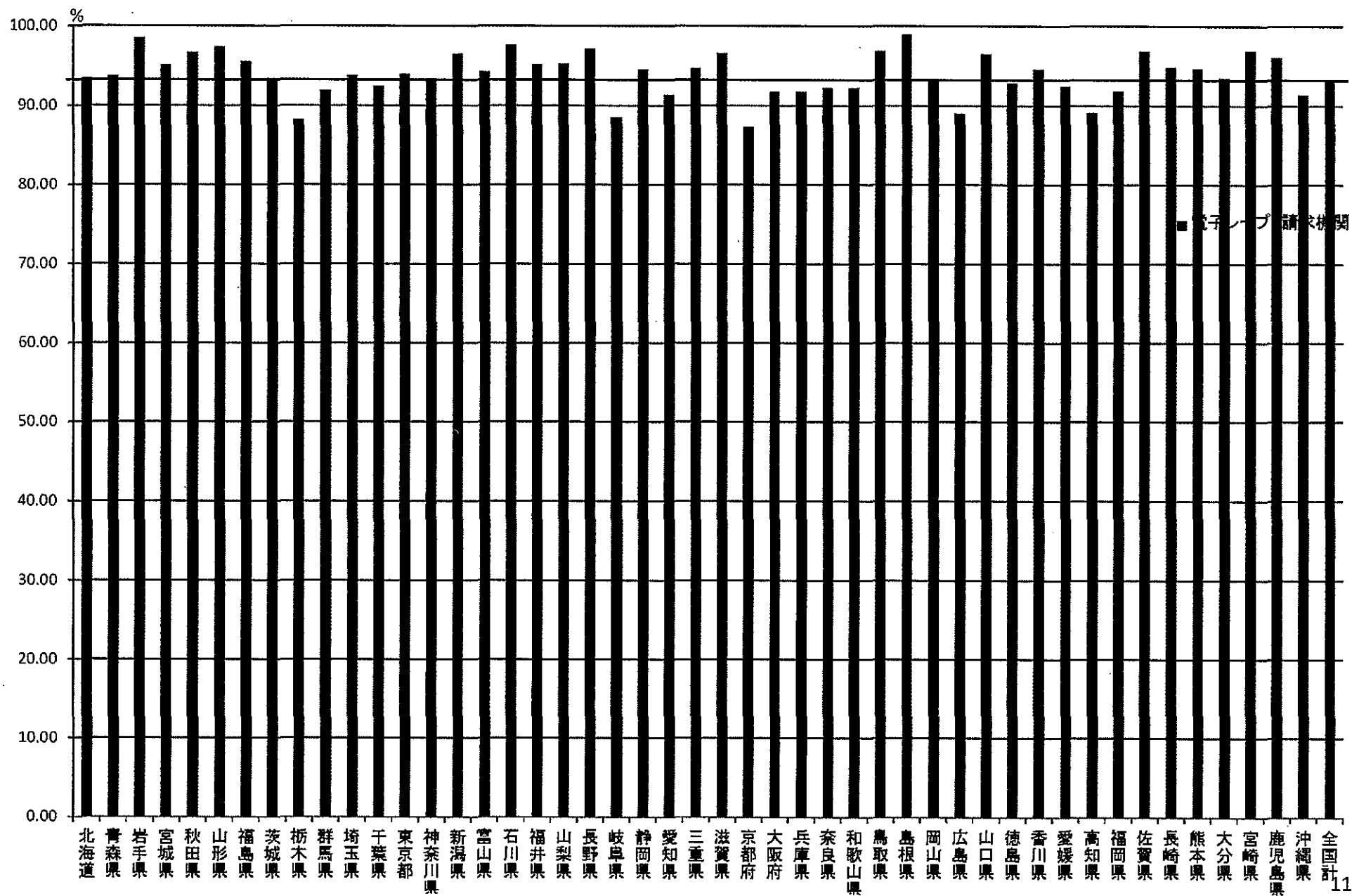
# 都道府県毎の電子化普及状況(医科・施設数ベース)

医科における電子レセプト状況(平成23年4月診療分)



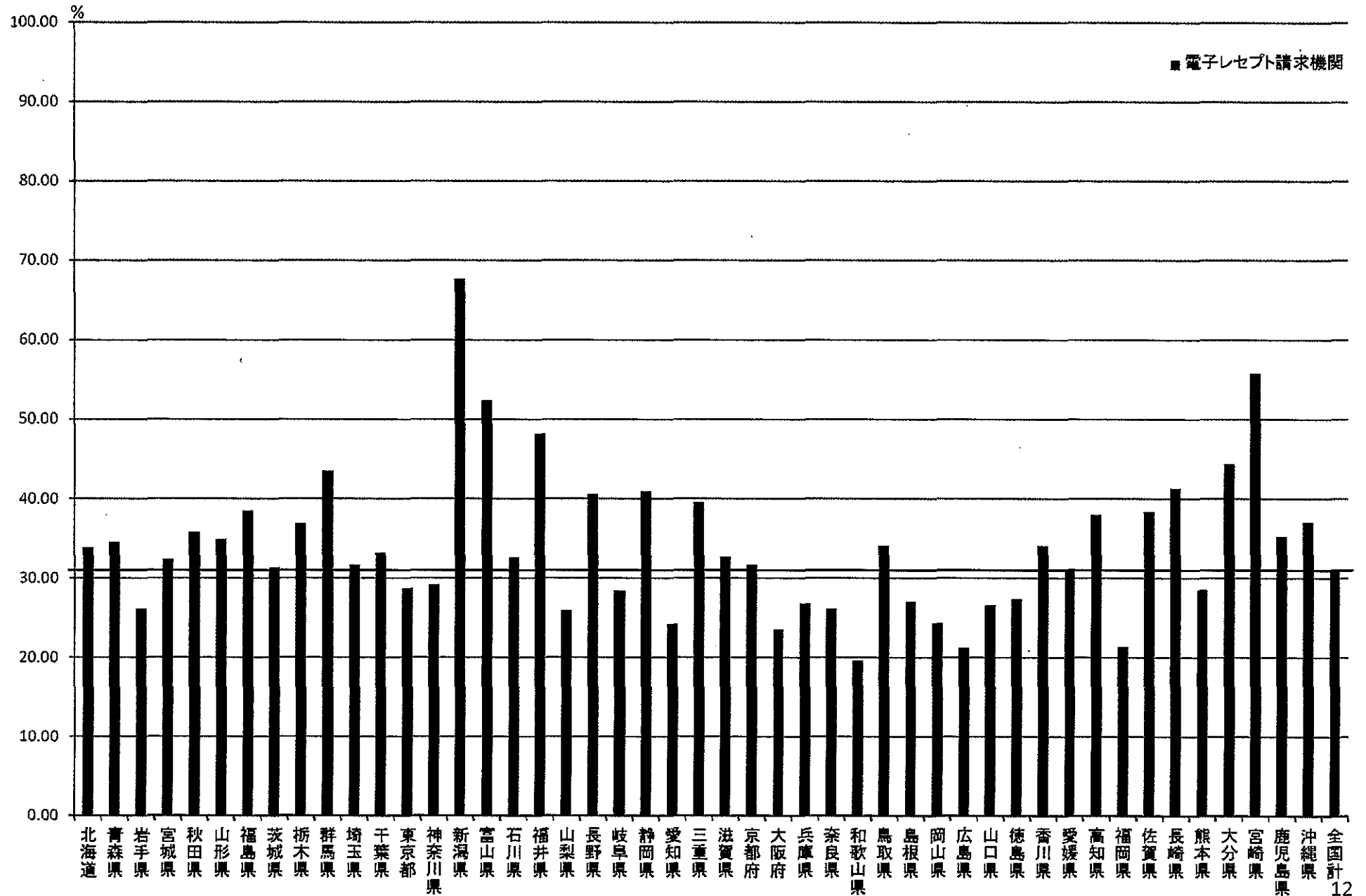
# 都道府県毎の電子化普及状況(調剤・施設数ベース)

調剤における電子レセプト状況(平成23年4月診療分)



# 都道府県毎の電子化普及状況(歯科・施設数ベース)

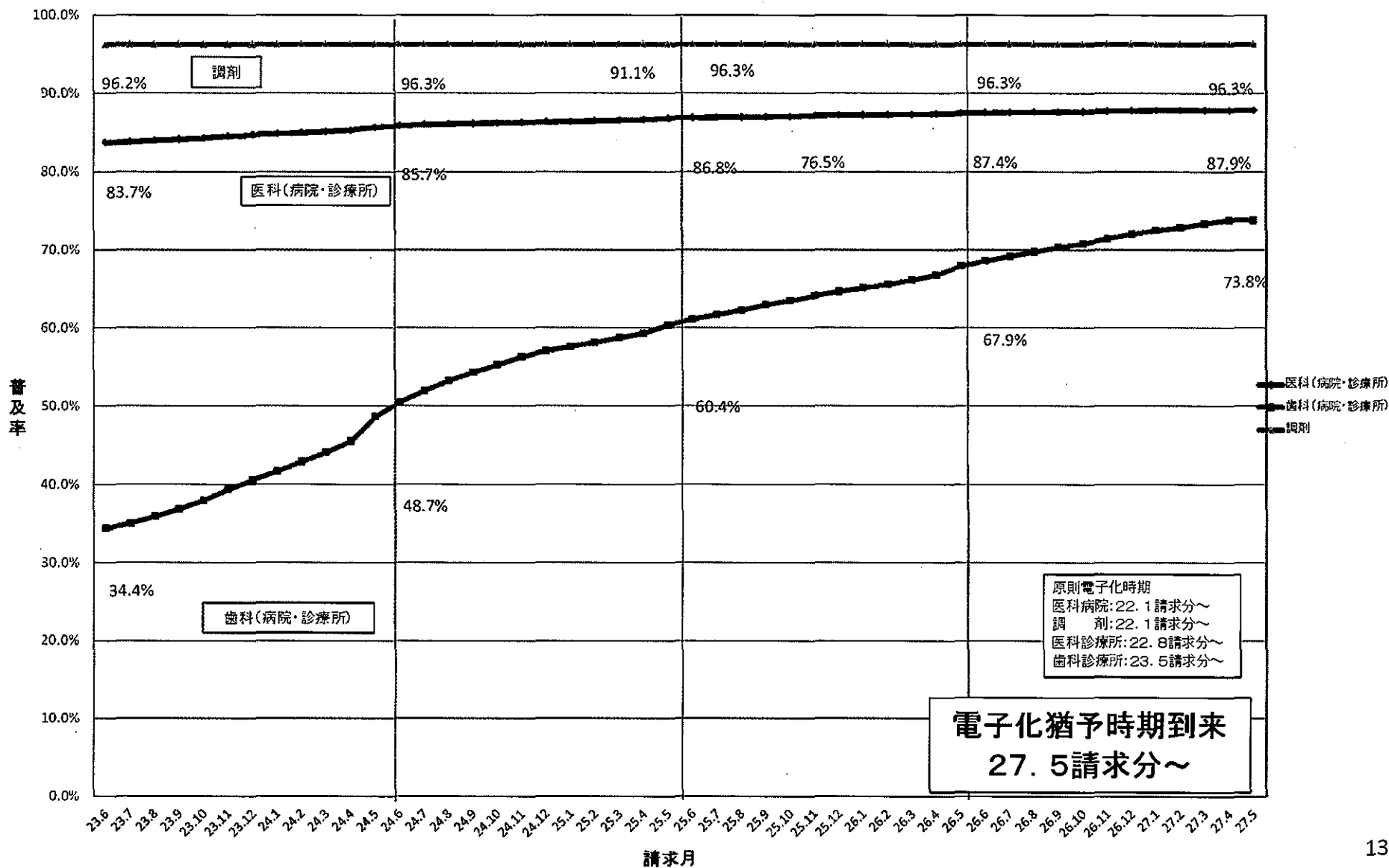
歯科における電子レセプト状況(平成23年4月診療分)





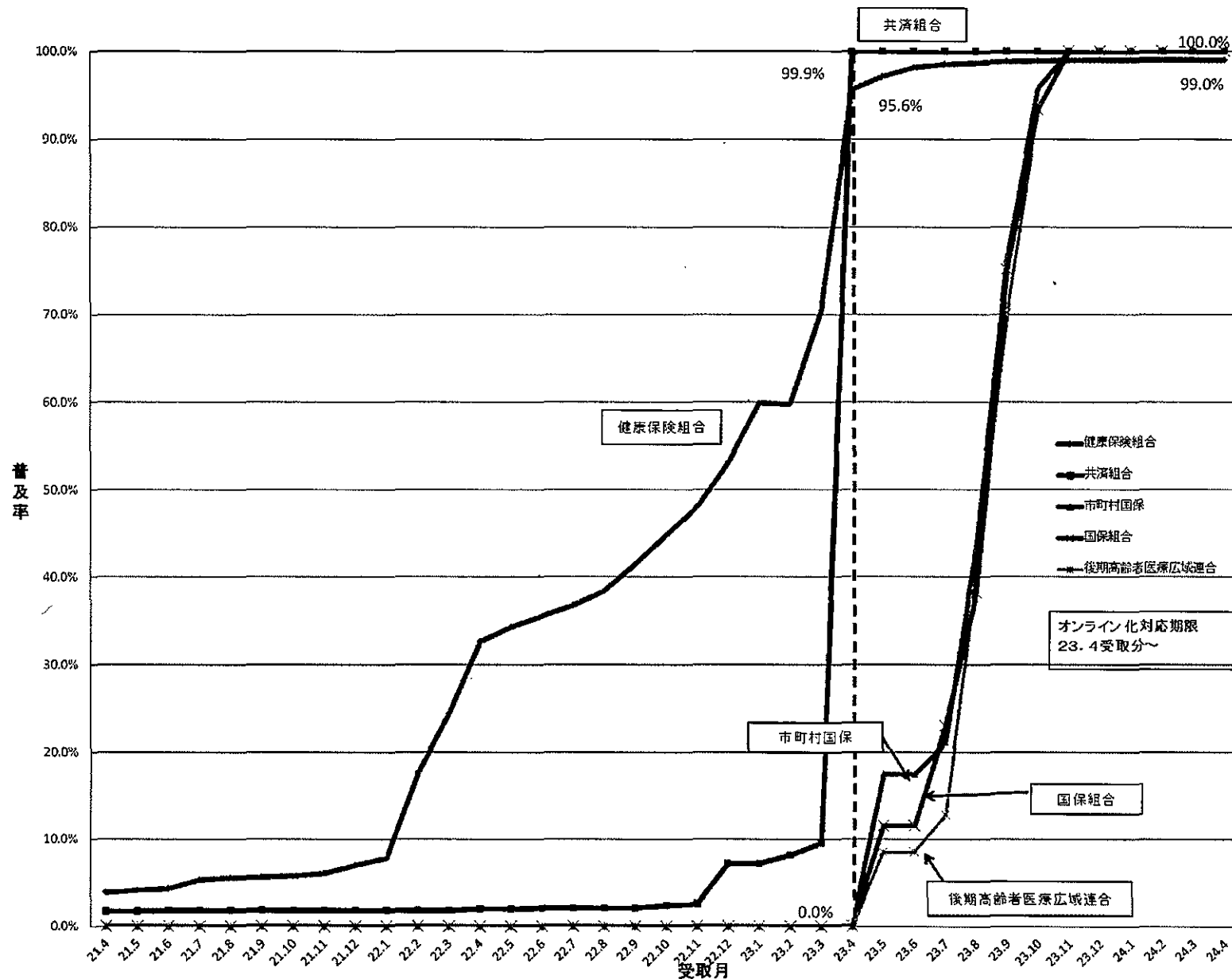
# 今後の医療機関等の電子化普及状況(施設数ベース)の見込み

○免除・猶予届出の内容から、今後の医療機関等のレセプト電子化状況の見込みを推計すると以下のとおり。手書きレセプトや高齢者などの要件に当てはまることにより、レセプト電子化が免除される医療機関等を除くと、最終的に施設数ベースで調剤:96.3%、医科:87.9%、歯科:73.8%の電子化率となる見込み。



# 保険者における電子化普及状況の見込み(保険者ベース)

○保険者においても平成23年4月からオンラインによる請求の受け取りが原則化。本年4月時点は、未対応の保険者が多いが、今後、23年度内にほぼ全ての保険者がオンラインによる請求の受け取りへ移行する見込み。



# 保険者のレセプトのオンライン受取りについての猶予要件

○保険者においても、平成23年4月よりレセプトのオンラインにおける受け取りが義務化されるが、医療機関等に認められている猶予要件を参考に、以下に該当する場合には、例外的に、レセプトのオンラインによる受け取りが猶予される。

○ただし、レセプトを手書きで作成している、職員等が高齢である、といった医療機関に認められている免除要件は保険者については認めておらず、それぞれの要件に応じた猶予期間が過ぎれば、全ての保険者がオンラインによるレセプト受け取りを行うこととなる。

## <保険者のレセプトオンライン受取りについての猶予要件>

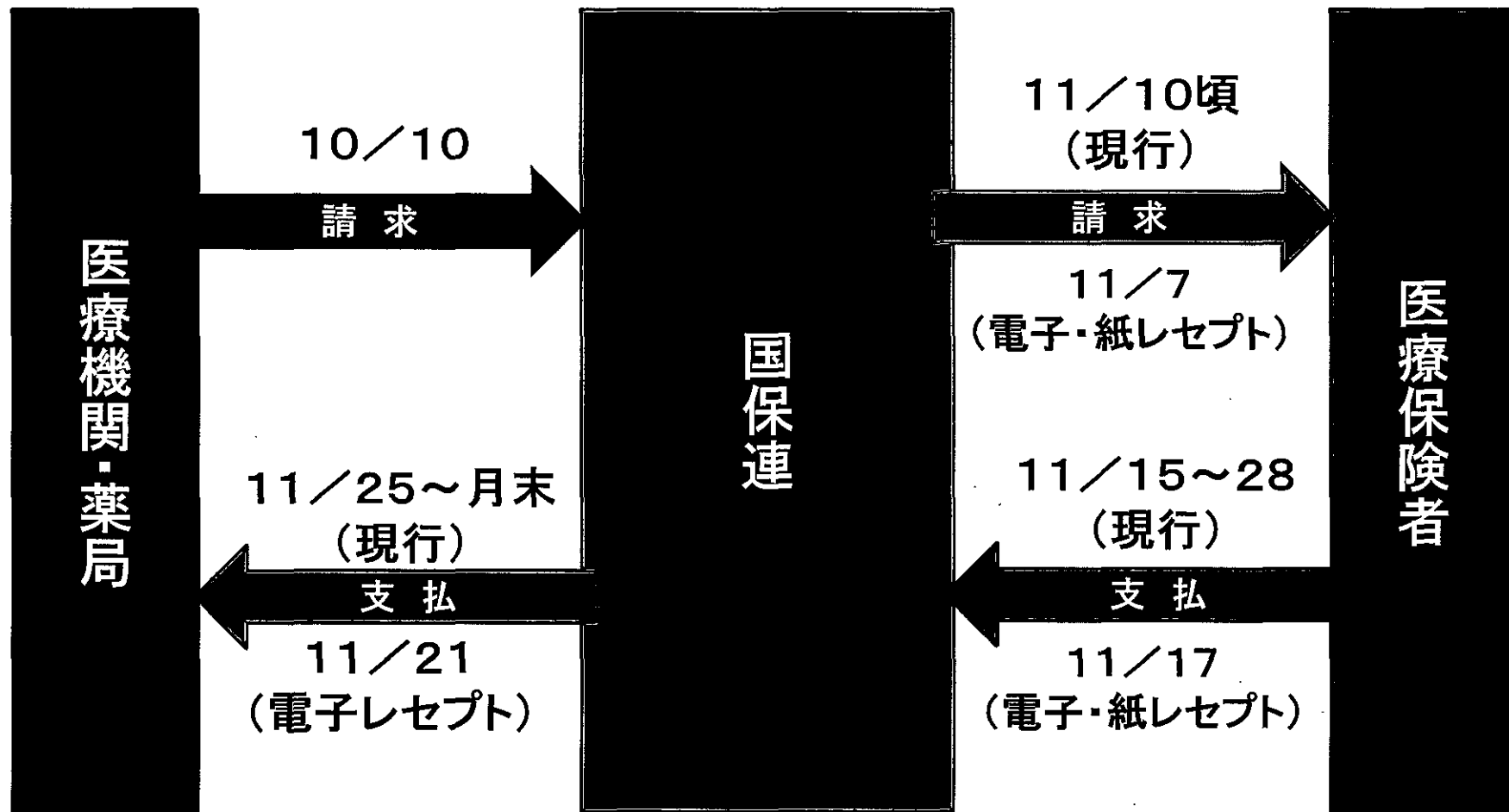
- ①電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険者であって、当該障害が生じている間、電子情報処理組織を使用して、診療(調剤)報酬明細情報の受け取りができない保険者
- ②オンライン請求用コンピュータの販売事業者との間で電子情報処理組織を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険者であって、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、完了するまでの間、電子情報処理組織を使用して、診療(調剤)報酬明細情報の受け取りができない保険者
- ③改築のための工事中である施設又は臨時の施設において業務を行っている保険者であって、当該施設において業務を行っている間、電子情報処理組織を使用して、診療(調剤)報酬明細情報の受け取りができない保険者
- ④合併又は解散に関する計画を定めている保険者であって、合併又は解散までの間、電子情報処理組織を使用して、診療(調剤)報酬明細情報の受け取りができない保険者
- ⑤その他、電子情報処理組織を使用して、診療(調剤)報酬明細情報の受け取りを行うことが特に困難な事情がある保険者

## 2. 診療報酬の支払い早期化について

# 支払い早期化のイメージ

○レセプト電子化の進捗状況や、昨年の医療保険部会等での御議論も踏まえ、下記のように国保連を介した診療報酬の支払いについて、本年の10月請求分より支払い早期化を行う方向で関係者間において調整を実施。これにより、国保連を介した診療報酬については、約1週間～10日程度、現在より支払いが早期化される見込みだった。

## <平成23年9月診療分の例>



※ 紙レセ分は現行どおり。

(注) 支払いは原則20日だが、平成23年11月20日は休日のため、21日の支払いとなる。

# 診療報酬の支払い早期化の意義

診療報酬の支払い早期化については以下のような意義があると考えられる。

- 全ての医療機関等において、レセプト電子化が原則となったが、施設数ベースで見ると未だ電子化を行っていない医療機関等が3割程度存在。支払い早期化は、こうした医療機関等に対してレセプト電子化のメリットを与える。
- 既にレセプトの電子化へ移行した医療機関等に対して、電子化による審査支払事務の効率化等のメリットを還元する。

(参考1)平成22年10月27日 医療保険部会議事録

○鈴木委員(日本医師会 常任理事)

(略) 医療機関では、給与の支払いと振り込みが月末になるもので、数日間、非常に資金繰りが激しくなるということで、そうでない医療機関もあるかとは思いますが、私のところなどは非常に経営が厳しいので、自分のところの数字で申しわけありません、恐縮ですが、毎月、給与を払うために6,000万円から8,000万円、当座貸し越しで借りて、1週間、10日ぐらいで返すのですが、その利息が短期間とはいえ、年間60万円以上かかるということを今までずっとやってきた。

診療所さんによっては、給与を翌月に払う。月末にしか入ってこないからというところもあると聞いておりますので、1週間でも早くなるということは、我々にとっては非常に大きなメリットがあるということを御理解いただければと思います。

(参考2)「診療報酬の支払いの早期化に関する要望(抜粋)」四病院団体協議会 平成22年9月3日

診療報酬について、その請求から医療機関への支払いに要する期間をできる限り短縮することにより、レセプトのオンライン請求によるメリットを医療機関にも還元する方策を講ずべきと考えるため、その旨要望したい。

# 支払い早期化についての関係者の調査結果①(概要)

## 再調査の実施

- 支払い早期化の可否については、昨年末にも保険者に対して調査を行っているが、本年に入っても随時、17ページのスケジュールを前提に調査を実施。支払い早期化への対応について、市町村国保、国保組合、広域連合及び各自治体の公費負担医療担当部局に対して、診療報酬の請求が、各月6～7日となることを前提に、各月18日前後に各国保連へ支払うことについて対応を調査した。  
結果の概要は以下のとおり。

## 市町村国保・国保組合

- 本年5月時点の国保中央会の調査では、1,720市町村国保及び164国保組合について調査を実施。
- 約96.4%の市町村国保と約95.7%の国保組合が支払い早期化への対応は可能と回答(本年5月時点)。
- 対応が困難と回答した保険者の主な要因としては、支出決裁に時間を要する(市町村国保:約37.6%、国保組合:約21.4%)、会計上の出金ルール(市町村国保約40.9%、国保組合:約7.1%)などがあり、このほか、保険料の納付期日や負担金等の入金期日との関係が挙げられている(本年2月時点)。

## 後期高齢者医療広域連合

- 47都道府県後期高齢者医療広域連合について調査を実施(本年2月時点)。
- 42の後期高齢者医療広域連合が支払い早期化への対応は可能と回答。
- 対応が困難と回答した後期高齢者医療広域連合の主な要因としては、後期高齢者交付金の入金期日(5広域連合)、保険料・定率負担の市町村からの入金期日(3広域連合)との関係があり、このほか、取扱い金融機関との取り決めや支出決裁に時間を要するなどが挙げられている。

# 支払い早期化についての関係者の調査結果②(概要)

## 公費負担医療関係

- 支払い早期化への対応について、延べ5,079の都道府県、指定都市、中核市等の公費負担医療担当部局に調査を実施。
- 全体の84.5%の部局において、事務的な処理で対応が可能との回答。また、94.8%の部局においては、資金繰りの面でも特段の支障は生じない、との回答。
- 事務処理として支障が生じる主な事由は、自治体毎の出納ルール上、支払い日が固定されているなどがある。

(参考)公費負担医療一覧 ※ 生活保護は、支払基金のみを介するため今回の調査の対象としていない。

法別	略称	根拠法等	契約者
51	特定	H15. 6. 6環保企発第030606004号環境事務次官通知「茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱について」	茨城県
51	特定	H14. 4. 30環保業第227号環境事務次官通知「水俣病総合対策費の国庫補助について」	新潟県外3
51	特定	H17. 5. 24環保企発第050524001号環境事務次官通知「メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業について」	熊本県
66	石綿	石綿による健康被害の救済に関する法律	環境再生保全機構
22	麻薬	麻薬及び向精神薬取締法	都道府県
10	結核	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	都道府県、市、特別区
11	結核	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	都道府県、市、特別区
28	感染	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	都道府県、市、特別区
29	感染	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	都道府県、市、特別区
38	肝炎	H20. 3. 31健発第0331001号厚生労働省健康局長通知「感染症対策特別促進事業について」	都道府県
51	特定	S48. 4. 17衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知「特定疾患治療研究事業について」	都道府県
51	特定	H元. 7. 24健医発第896号厚生省保健医療局長通知「先天性血液 固因子障害等治療研究事業について」	都道府県
18	原爆	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	国
19	原爆	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	国
43	老被	S48. 4. 17衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知「老人被爆者に係る医療に関する費用の取扱いについて」	国
23	母子	母子保健法	都道府県、市、特別区
17	児童	児童福祉法	都道府県、市、特別区
52	小児	児童福祉法	都道府県、市
25	中国	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律	都道府県、市町村、特別区
53	措置	児童福祉法	都道府県、市町村、特別区
16	育成	障害者自立支援法	都道府県、市、特別区
79	施設	児童福祉法	都道府県、市
15	更正	障害者自立支援法	都道府県、市町村、特別区
20	精神	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	都道府県、市
21	通院	障害者自立支援法	都道府県、市
24	介護	障害者自立支援法	都道府県、市町村、特別区
30	観察	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律	地方厚生(支)局
13	戦傷	戦傷病者特別援護法	国
14	戦傷	戦傷病者特別援護法	国



# 支払い早期化の実施時期について

---

- 各都道府県国保連は、平成23年度当初に国保総合システムの導入を予定しており、これにより審査支払に係る決済スケジュールを原則として、全国一律とする予定。

支払い早期化もこのシステム導入・稼働に併せて実施する予定であったが、本年3月の大震災の発生による計画停電等により、本年5月から導入を予定していたシステムについて、十分な導入試験が進まなかったことにより、本年10月請求分からの支払い早期化への対応が困難な状況となっている。

- 支払い早期化の実施にあたっては、システム稼働後、数ヶ月間安定的な運用が確保されるか確認する必要。

また、年末や年度末は、支払いスケジュールがタイトとなることも考慮する必要がある。

- 国保総合システムについては、国保中央会において、現在6連合会を重点的にサポートし、システムの品質を向上させるとともに、その稼働状況を全連合会に情報提供しており、10月には全連合会が稼働することとなっている。

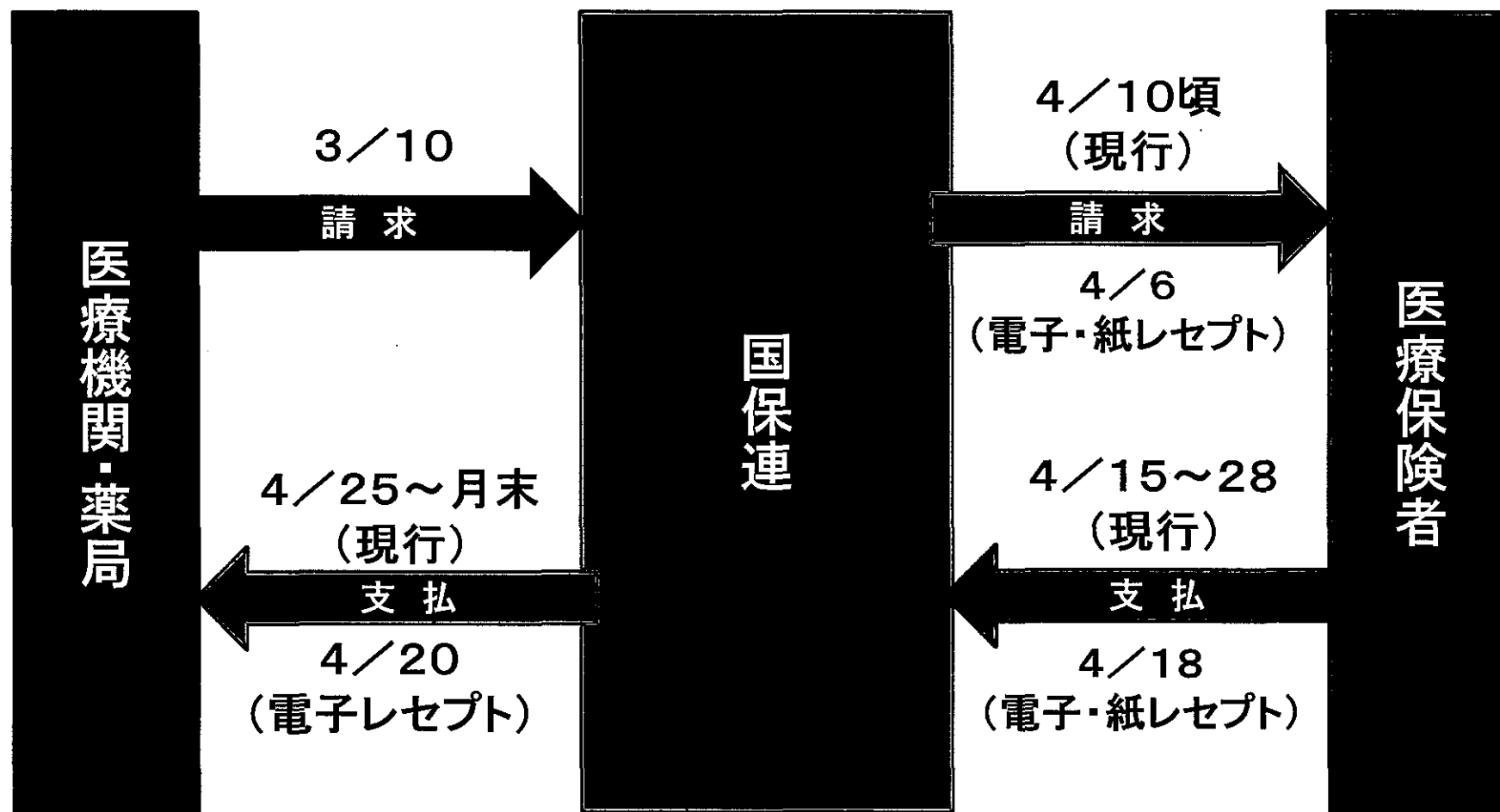
# 支払い早期化について方針

- 保険者への支払い早期化についての調査結果によれば、市町村国保においては、請求書受理から払込までの間  
が8日であれば事務的には対応できると回答した市町村国保が約9割。後期高齢者医療制度においては、同様に回  
答した広域連合が9割強(46都道府県)。  
これを踏まえ、国保連から医療機関等への支払い日については、診療翌々月の20日に早期化する方針。  
(注) 20日支払いであれば、民間の医療機関等の給与支払い日(概ね月末)がカバーされる。
- その際、今後、医療機関等に対してレセプト電子化のインセンティブを与えるため、支払いの早期化を行うのは、オ  
ンライン・レセ電の届け出を行った医療機関等のみとする。  
(注1) 出産育児一時金の直接支払制度による請求については、各月25日請求の正常分娩分(電子)及び各月10  
日請求の異常分娩分(電子・紙)を早期化。  
(注2) 出産育児一時金の正常分娩分については、被用者保険の保険者からの国保連への支払いを早期化するこ  
とも依頼する。
- なお、従来から20日より前に医療機関等へ支払いを行っていた国保連については、従来通りとし、今般の措置に  
よって医療機関等への支払いが部分的にでも従来より遅れることがないようにする。
- 公費負担医療については、調査結果を踏まえ、同様の対応を依頼する。
- 支払い早期化の実施時期については、
  - ①全国保連で10月から新システムが稼働を開始すること、
  - ②新システムの稼働開始後、しばらくは安定的な運用が確保されるか確認する必要があること、
  - ③年末や年度末は、休日等により元々支払い日程がタイトとなっていること、  
を考慮する必要がある。

平成24年3月請求分から支払い早期化を行う方向で、近日中に関係者へ通知を発出。

# 平成24年3月請求分の支払い早期化イメージ

<平成24年2月診療分の例>



※ 紙レセ分は現行どおり。