

第47回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成23年10月26日（水）
16時00分～18時00分
場所：灘尾ホール（新霞が関ビルLB階）

（議 題）

1. 社会保障・税一体改革成案における患者負担に関する事項について
2. 医療費適正化計画について
3. 次回の診療報酬改定に向けた検討について

（配布資料）

【議題1について】

資料1 社会保障・税一体改革成案におけるその他の患者負担に関する事項（第46回医療保険部会 資料3）

【議題2について】

資料2 医療費適正化計画について

参考資料 医療費適正化計画について

【議題3について】

資料3 平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）

資料4 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等
（第45回医療保険部会 資料2）

資料5 社会保障審議会医療保険部会・医療部会における各委員の発言
要旨

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成23年10月26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理事 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 全国町村会副会長／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なる女性の会理事長 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 かんの 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47回社会保障審議会医療保険部会

平成23年10月26日(水) 16:00~18:00

全社協・灘尾ホール

岩 本 委 員 〇 安 部 委 員 〇 唐 澤 審 議 官 〇 岩 村 部 会 長 代 理 〇 遠 藤 部 会 長 〇 外 口 局 長 〇 和 田 委 員 〇 横 尾 委 員 〇 〇 〇 速 記																																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 300px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td> 逢 見 委 員 〇 (参 考 人) 大 谷 委 員 〇 (参 考 人) 紙 屋 委 員 〇 川 尻 委 員 〇 小 林 委 員 〇 齊 藤 正 憲 委 員 〇 柴 田 委 員 〇 </td> <td colspan="8"></td> <td> 〇 山 下 委 員 〇 堀 委 員 〇 福 田 委 員 (参 考 人) 〇 樋 口 委 員 〇 高 原 委 員 〇 鈴 木 委 員 〇 白 川 委 員 </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				逢 見 委 員 〇 (参 考 人) 大 谷 委 員 〇 (参 考 人) 紙 屋 委 員 〇 川 尻 委 員 〇 小 林 委 員 〇 齊 藤 正 憲 委 員 〇 柴 田 委 員 〇									〇 山 下 委 員 〇 堀 委 員 〇 福 田 委 員 (参 考 人) 〇 樋 口 委 員 〇 高 原 委 員 〇 鈴 木 委 員 〇 白 川 委 員										
逢 見 委 員 〇 (参 考 人) 大 谷 委 員 〇 (参 考 人) 紙 屋 委 員 〇 川 尻 委 員 〇 小 林 委 員 〇 齊 藤 正 憲 委 員 〇 柴 田 委 員 〇									〇 山 下 委 員 〇 堀 委 員 〇 福 田 委 員 (参 考 人) 〇 樋 口 委 員 〇 高 原 委 員 〇 鈴 木 委 員 〇 白 川 委 員																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>〇 村 山 課 長</td> <td>〇 濱 谷 課 長</td> <td>〇 西 辻 課 長</td> <td>〇 鈴 木 室 長</td> <td>〇 木 下 課 長</td> <td>〇 鈴 木 課 長</td> <td>〇 迫 井 企 画 官</td> <td>〇 屋 敷 室 長</td> <td>〇 横 幕 課 長</td> <td>〇 北 澤 室 長</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>〇 下 島 企 画 官</td> <td>〇 高 木 補 佐</td> <td>〇 石 井 補 佐</td> <td>〇 山 田 補 佐</td> <td>〇 鳥 山 管 理 官</td> <td>〇 吉 田 管 理 官</td> <td>〇 宮 寄 室 長</td> <td>〇 榑 原 管 理 官</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										〇 村 山 課 長	〇 濱 谷 課 長	〇 西 辻 課 長	〇 鈴 木 室 長	〇 木 下 課 長	〇 鈴 木 課 長	〇 迫 井 企 画 官	〇 屋 敷 室 長	〇 横 幕 課 長	〇 北 澤 室 長											〇 下 島 企 画 官	〇 高 木 補 佐	〇 石 井 補 佐	〇 山 田 補 佐	〇 鳥 山 管 理 官	〇 吉 田 管 理 官	〇 宮 寄 室 長	〇 榑 原 管 理 官		
〇 村 山 課 長	〇 濱 谷 課 長	〇 西 辻 課 長	〇 鈴 木 室 長	〇 木 下 課 長	〇 鈴 木 課 長	〇 迫 井 企 画 官	〇 屋 敷 室 長	〇 横 幕 課 長	〇 北 澤 室 長																														
〇 下 島 企 画 官	〇 高 木 補 佐	〇 石 井 補 佐	〇 山 田 補 佐	〇 鳥 山 管 理 官	〇 吉 田 管 理 官	〇 宮 寄 室 長	〇 榑 原 管 理 官																																
傍 聴 者 席																																							

平成23年10月26日	第47回社会保障審議会医療保険部会	資料1
平成23年10月12日	第46回社会保障審議会医療保険部会	資料3

社会保障・税一体改革成案における その他の患者負担に関する事項

平成23年10月12日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案における その他の患者負担に関する事項

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。

(参考1)

昨年の医療保険部会で議論された論点

- ・市販品類似薬を保険外とすることについて

(参考2)

海外の制度や日本の過去の制度

- ・フランスでは、薬剤の治療上の貢献度・有用度に応じ、段階的な償還率を設定している
- ・我が国でも、かつて、外来薬剤費について、処方される薬剤の種類の数により、一部負担を設けていた
(平成9年の健保法等の一部改正により導入され、平成14年改正まで存続)

70～74歳の自己負担割合の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、自己負担割合を見直す。

諸外国の薬剤自己負担

項目	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ
医療保険制度	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全国民を対象	社会保険方式 (公的疾病保険と民間保険の混合) ※国民皆保険	社会保険方式 (法定疾病保険と民間保険)	民間保険が主(一部、公的医療保障) ※皆保険ではない
公的保険の保険者 (制度名)	・国民保健サービス(NHS)	疾病金庫 ・一般制度 ・特別制度 ・自営業者社会制度 ・農業社会制度	疾病金庫 独立した法人 ・企業疾病金庫 ・同業者疾病金庫 ・地区疾病金庫 ・代替金庫連盟など	・メディケア(連邦政府が運用) 高齢者、障害者の医療保険 ・メディケイド(連邦政府・州の共同運用) 低所得者への医療扶助 ・SCHIP(各州が運用) 貧困家庭の子ども
薬剤の自己負担	薬剤費には自己負担(7.20£)があるが、16歳未満、16～18歳のフルタイムの学生、60歳以上、出産前後の女性、疾患、所得などによる社会的弱者については、自己負担免除となっている。	薬剤毎に公的保険からの償還率が、100・65・30・15・0%の5段階に設定。 ※補完医療保険によって公的疾病保険の自己負担がカバーされるが、償還率15%以下の医薬品は対象外。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	医薬品の患者負担は、給付額の10%だが、負担額は5～10ユーロの範囲に限定。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	自己負担額は保険の種類や契約内容等で異なる。 メディケアパートD(任意加入)の場合; \$310まで:全額自己負担 \$310～\$2840: (処方箋薬額ー\$310) ×25%負担 \$2840～6448:全額自己負担(但し、ブランド薬の場合は企業が50%割引き) \$6448～:5%負担

(出典) 平成22年度厚生労働省保険局医療課による委託事業「薬剤使用状況等に関する調査研究」

平成21年～22年「医療関連データ集」医療経済研究機構

70～74歳の自己負担割合の見直し

○ 70～74歳の方の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

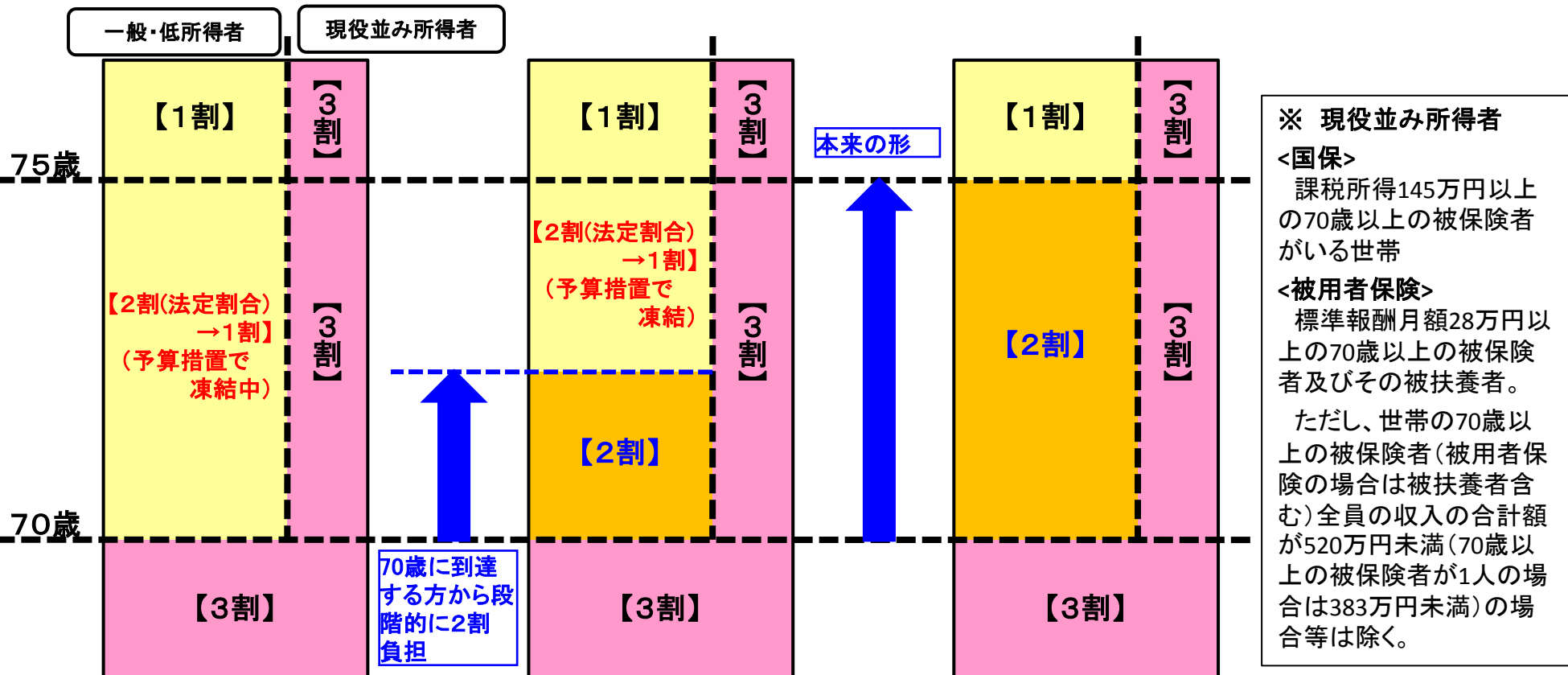
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ（平成22年12月20日）－抄－

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきとの意見があった。」

※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

+2,000億円（協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円）



医療費適正化計画について

平成23年10月26日

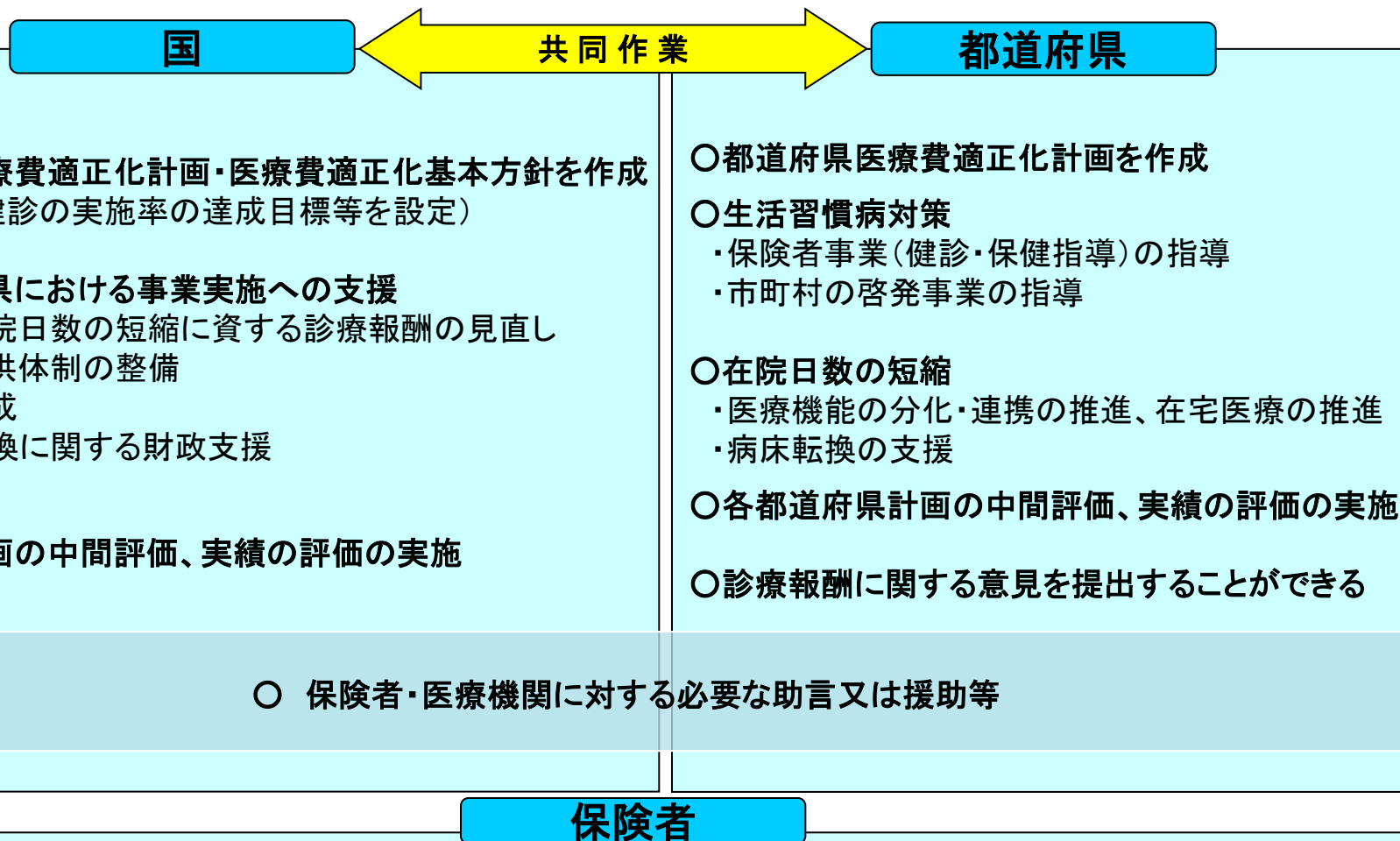
厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

医療費適正化計画について

基本的な考え方

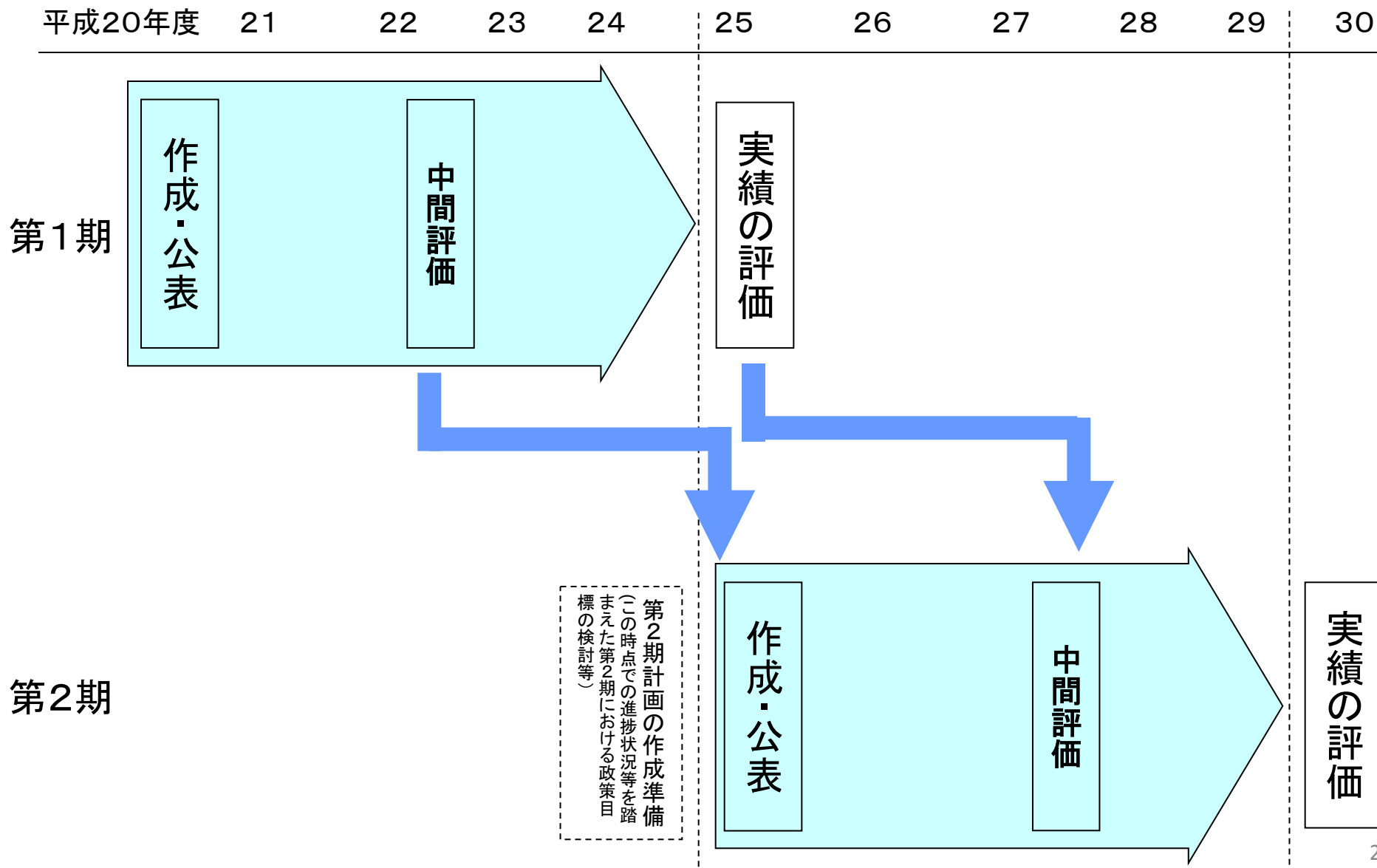
- ◎ 平成20年度を初年度とする5年計画として、以下の政策目標(※)を掲げ、医療費の伸びを適正化することを目的に国及び都道府県において策定。
- ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少 (平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小 (同上)
- ※ 平成17年の医療制度構造改革試案等で示された目標であり、平均在院日数は平成16年の病院報告を基にしている。



- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

医療費適正化計画のサイクル

○ 医療費適正化計画は、平成20年度を始期とする1期5年間の計画であり、1期の中間年度である平成22年度において進捗状況の評価を行った上で、平成25年度から2期の計画期間が始まることとなる。



医療費適正化計画の中間評価(概要)

医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 国民の健康の保持の推進 → 政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
 - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標:全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)短縮(平成24年度)

※平均在院日数は、平成18年の病院報告の計数

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施(生活習慣病対策、平均在院日数の縮減)

各保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

中間年度における進捗状況

- ◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

特定健診・保健指導の実施率

	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	40.5%
特定保健指導終了率	7.7%	13.0%

※ 21年度は速報値である。

【実施率向上に有効と考えられる取組】

がん検診等との同時実施
未受診者への受診勧奨
電話や個別訪問による通知の実施
地域人材の活用 など。

平均在院日数の縮減

	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

【医療の効率的な提供体制の推進の取組】

地域連携パスの普及
在宅医療の推進
かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

実施状況の評価の在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

特定健診・特定保健指導の実施状況(中間評価①)

達成目標

平成24年度における全国目標として、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、内臓脂肪症候群とその予備群の減少率を10%と設定。各保険者の状況に応じて異なる特定健診の実施率の参酌標準を設定。

(参考) 保険者毎の特定健診の実施率の参酌標準:

単一健保・共済: 80%、総合健保・協会けんぽ・国保組合: 70% 市町村国保: 65%

進捗の状況

○平成21年度における特定健診の実施率(速報値)は40.5%、特定保健指導は13.0%となっている。

○特定健診の実施率の高い「上位保険者」とその他の保険者とを比較し、取り組みに顕著な差があった事項を調査。

○健保組合においては、健診実施率80%以上の保険者を、市町村国保においては、50%以上の保険者を上位保険者とした。上位保険者に顕著な取り組みとしては、以下のようなものがあった。



健保組合

- ①個別契約の締結
- ②がん検診との同時実施
- ③被扶養者に対する健診の実施期間を一定期間に限定して実施
- ④未受診者への受診勧奨
- ⑤未受診者に対する理由把握等の取組み
- ⑥被扶養者の受診率向上のために独自の取組みの実施

市町村国保

- ①一定期間に限った(3ヶ月未満)集団健診の実施
- ②がん検診や肝炎ウィルス検診との同時実施
- ③機会を捉えた個別通知の実施
- ④地域人材(保健指導員、食生活改善推進員等)の活用
- ⑤受診率向上のための独自の取り組みの実施
- ⑥服薬治療中の者への保健指導の実施

※ 特定健診実施率上位保険者(190)の9割は対象者5,000人未満の小規模保険者(153)が占めている。

平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

●特定健康診査の保険者種別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 (確定値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	22.8%	59.9%
平成21年度 (速報値)	40.5%	31.4%	36.0%	30.3%	63.3%	32.1%	65.4%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	6.6%	4.2%
平成21年度 (速報値)	13.0%	21.5%	6.9%	7.2%	12.4%	9.8%	9.4%

平均在院日数縮減等の取組み(中間評価②)

達成目標

1. 平均在院日数の縮減

医療制度改革大綱(平成17年12月政府・与党医療改革協議会)等において、平成27年度までに、平均在院日数の全国平均について、最短の長野県との差を半分に短縮するという長期目標が定められた。

これを踏まえ、医療費適正化計画においては、平成24年度において、18年度病院報告における平均在院日数の全国平均32.2日を29.8日に短縮するとの目標が定められた。

2. 療養病床の再編

利用者の状態に即した適切なサービスの提供等の観点から、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者が利用している療養病床は介護保険施設等に転換することを内容とする療養病床の再編を推進する、とされている。

療養病床は、平成18年時点で約35万床(医療療養病床:23万床、介護療養病床:12万床)あったが、このうち介護療養病床については平成23年度末で廃止することとされていた。こうした方針を前提に医療費適正化計画を策定した都道府県の療養病床の目標病床数は平成24年度時点で約21万床となった。

進捗の状況

1. 平均在院日数について

平成21年の平均在院日数の全国平均31.3日であり、最短は東京都の23.9日となっており、全国平均、最短ともに減少しているが、全国平均と最短との差は拡大しており、都道府県間のばらつきも大きい。

2. 療養病床の再編について

平成21年度から22年度にかけて行われた「療養病床の転換意向等調査」や「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」が行われ、医療療養病床又は介護療養病床から老健施設等への転換が進んでいないといった結果を踏まえ、平成23年度末とされていた介護療養病床の転換期限を29年度末まで延長することとなった。こうした状況を踏まえ、利用者の状態像に応じて医療機関が自主的に行う病床転換については、引き続き支援を行うこととしつつ、療養病床に係る目標は凍結し、目標数へ向けた機械的な削減はしないこととした。

(参考)平均在院日数の現状

(参考)病床の種類別の平均在院日数

年次	全病床	全病床 (介護療養病床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	介護療養病床 (再掲)
平成18年	34.7	32.2	19.2	320.3	9.2	70.5	171.4	268.6
平成19年	34.1	31.7	19.0	317.9	9.3	70.0	177.1	284.2
平成20年	33.8	31.6	18.8	312.9	10.2	74.2	176.6	292.3
平成21年	33.2	31.3	18.5	307.4	6.8	72.5	179.5	298.8
平成22年	32.5	30.7	18.2	301.0	10.1	71.5	176.4	300.2

(参考)病床の種類別にみた平均在院日数の対前年増減数

	H18	H19	H20	H21	H22	H18—H22
介護療養病床を除く 全病床	—	▲0.5	▲0.1	▲0.3	▲0.6	▲1.5
全病床	▲1.0	▲0.6	▲0.3	▲0.6	▲0.7	▲2.2
精神病床	▲6.9	▲2.4	▲5.0	▲5.5	▲6.4	▲19.3
感染症病床	▲0.6	0.1	0.9	▲3.4	3.3	0.9
結核病床	▲1.4	▲0.5	4.2	▲1.7	▲1.0	1.0
一般病床	▲0.6	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.3	▲1.0
療養病床	▲1.4	5.7	▲0.5	2.9	▲3.1	5.0
介護療養病床	—	15.6	8.1	6.5	1.4	31.6

○ 医療療養病床と介護療養病床の機能分担が進んでいる。

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】

医療療養病床と介護療養病床

- ①医療療養病床の患者は、介護療養病床の患者よりも「医療区分2」及び「医療区分3」の占める割合が高く、「医療区分1」の割合が低い。

※平成17年度の中医協「慢性期入院医療実態調査」では、医療療養病床と介護療養病床の患者の医療区分には大きな差がなかった。

- ②医療療養病床で提供されている処置については、介護療養病床と比較して「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」などの高度な医療処置の割合が高く、明らかな差が見られた。

(注)「医療区分」とは、医療の必要性の高い方から順に3から1まで設定される。

(参考)療養病床の転換意向等調査の結果について

○ 医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多い。

○ 介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い。

【療養病床の転換意向等調査】

1. これまでの転換状況

- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床^(注)、廃止が約500床。

(注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査(平成22年2月時点)では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

2. 今後の転換意向

- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%

特定健診・保健指導の見直しについて

保険者による検討会の立ち上げ

○ 特定健診・特定保健指導については、保険者による検討会を4月25日に再開。新たに「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」として、今までの実績等を踏まえ、以下の検討を行っている。

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

主な検討事項

①特定健診のあり方について

治療中の者や75歳以上の高齢者への対応の論点、非肥満のリスク保有者への対応（腹囲基準について）、HbA1cの表記の変更等

②受診促進の制度的な手当て

特に被扶養者に対する受診促進（市町村への委託、市町村がん検診との連携）、PR方法

③円滑な実施についての実務的課題

労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得、実施機関側とのシステム連携及び確実な問診結果データ作成等の協力

④実施を促進する方策等について

支援金の加算・減算制度について

など。

今後の予定

○ 8月29日の第4回開催までに議論を概ね一巡。標準的な健診・保健指導プログラムを所掌している健康局とも連携し、25年度からの次期医療費適正化計画の期間における実施のあり方を検討。

保険者による健診・保健指導等に関する検討会における議論

○実施率向上に向けた方策

特定健診・保健指導の実施率向上に向けて、

- ①被用者保険の保険者が市町村国保へ特定健診・保健指導を委託する場合の再委託要件の緩和、
 - ②事業主健診の結果を保険者へ送付すること等について、改めて関係者へ周知・徹底を図ること、
 - ③特定保健指導の初回面接者と6ヶ月後評価者が同一人でなければならないとする要件の見直し、
 - ④保健指導実施後に服薬治療中であることが判明した者を実施率に反映しないこと、
- などの方向性を確認。

○腹囲の基準について

現在、男性:85cm、女性:90cmとなっている特定保健指導対象者の階層化基準について、関係学会から参考人を招き議論。主な内容としては、①現行の腹囲基準についての考え方(特に女性の腹囲基準について)、②腹囲基準に該当しない(非肥満の)リスク保有者に対する対策、について議論。

○特定保健指導について

現行のポイント制(積極的支援の180ポイント)のあり方などについて、より現場の保健師等の創意工夫を発揮できる方法がないか等について議論。

○被用者保険の被扶養者の受診率向上について

被用者保険の被扶養者の受診率を向上させるための施策について、特に、現在、市町村で行われているがん検診等との連携をどのように行うかなど、について議論。

○HbA1cの表記見直しへの対応

日本糖尿病学会において、HbA1cの表記を現行のJDS値から国際標準値(NGSP相当値)へ変更することが決定され、関係者間で協議した結果、平成24年度においては、特定健診・保健指導の保険者への結果通知及び国への報告については、現行のJDS値のみを用いることとなった。25年度以降の対応は、日常臨床における関係者間での調整状況を踏まえ、今後、関係者間で協議する方針。

○後期高齢者支援金の加算・減算制度について

各保険者の置かれた状況を踏まえ、関係者の納得が得られるような特定健診・保健指導の実施状況の評価のあり方等について今後、引き続き議論。

(参考)保険者による健診・保健指導等に関する検討会開催実績

平成23年4月25日 第1回開催

- ・検討会の位置づけ
- ・特定健診・保健指導の実施状況
- ・高齢者への対応、治療中の者への保健指導について
- ・特定健診・保健指導に対する意見について

平成23年6月4日 第2回開催

- ・特定健診・保健指導に関する検討事項等について(再委託要件、保健指導の初回面接者と評価者の取扱い、事業主健診との連携、HbA1c表記見直し、保健指導開始後に服薬歴が判明した者の取扱いについて)

平成23年6月20日 第3回開催

- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・HbA1c表記の見直しについて
- ・特定健診・保健指導のインセンティブのあり方について

平成23年8月29日 第4回開催

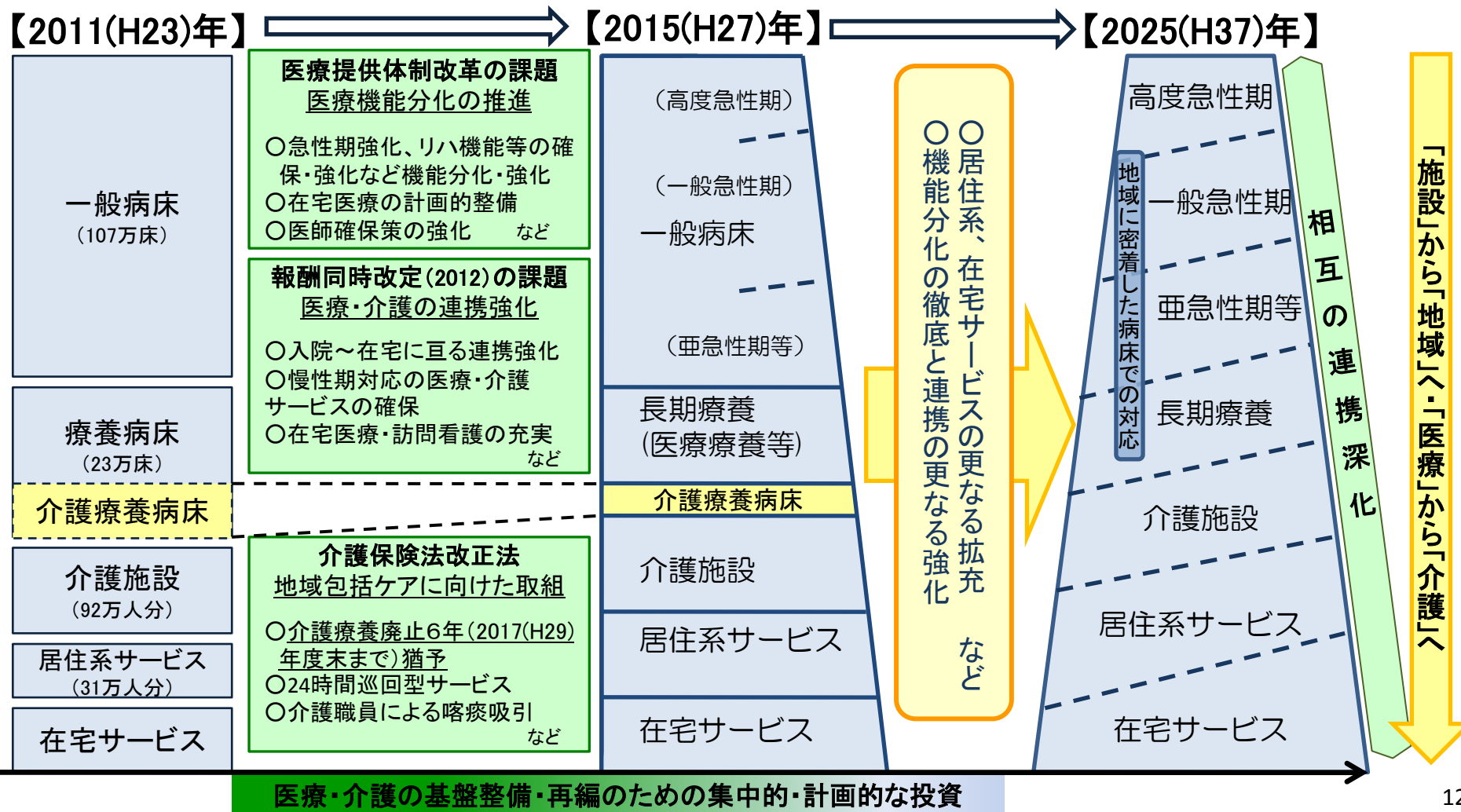
- ・後期高齢者支援金の加算・減算制度について
- ・特定保健指導等について
- ・集合契約の健診項目の多様化・被扶養者への対策・保険者協議会について

平成23年10月13日 第5回開催

- ・HbA1c表記の見直しへの対応について
- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・治療中の者への保健指導の実施について

社会保障・税一体改革における医療・介護の機能分化・連携

- 社会保障・税一体改革においては、療養病床に限らず、現在の一般病床を含めた病床全体と介護施設、居住系、在宅サービスを含めた医療・介護サービスの提供体制全体の機能強化・分化・連携の方針が示されている。
- 今後、この方針に基づき病床機能の機能分化・連携等については医療部会で、診療報酬・介護報酬改定については、中医協や介護給付費分科会等で議論が行われる見込み。
- 次期医療費適正化計画における医療提供体制についての目標は、こうした方針に則り策定される必要がある。



第2期医療費適正化計画について

第2期医療費適正化計画の策定に当たっての基本的な考え方

○保険者による検討会の議論の反映

「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」における関係者の議論を踏まえ、第2期医療費適正化計画の計画期間における特定健診・保健指導の実施方針を盛り込む。

○社会保障・税一体改革等と整合性のとれた医療提供体制の目標

「社会保障・税一体改革成案」に盛り込まれた医療提供体制の機能強化・分化・連携のあり方や医療計画等と整合性のとれた医療提供体制の構築を盛り込む。



今後、都道府県の意見も踏まえた上で、医療計画等の関係する方針とも整合性をとりながら、第2期医療費適正化計画の基本方針を提示する予定。

参考資料

1. 医療費適正化計画

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増

1人当たり老人医療費＝若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均82万円、最高:福岡県約102万円、最低:長野県約67万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

- ①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ②網羅的で効率的な健診
- ③ハイリスクグループの個別的保健指導

要因分析

取組の体系

高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画(全国医療費適正化計画)

(平成20年厚生労働省告示第442号)

<目次>

計画期間:5年間
(平成20年度～平成24年度)

第一 計画の位置付け

年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び

第二 医療費を取り巻く現状と課題

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)との相関性は高い

一 医療費の動向

医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム
該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人

二 平均在院日数の状況

三 療養病床の状況

四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べ 10%以上の減少

第三 目標と取組

一 基本理念

- 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
- 2 超高齢社会の到来に対応するものであること

二 医療費適正化に向けた目標

- 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
- 3 計画期間における医療に要する費用の見通し

三 目標を達成するために国が取り組むべき施策

- 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

平均在院日数	32.2日⇒29.8日
療養病床の病床数	21万床+ α (※)

(※)確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの

(1) 保険者による特定健康診査等の推進

- ① 保健事業の人材養成
- ② 特定健康診査等の内容の見直し
- ③ 集合的な契約の活用への支援
- ④ 好事例の収集及び公表
- ⑤ 国庫補助

(2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

第四 計画の推進

一 関係者の連携及び協力による計画の推進

二 計画の達成状況の評価

- 1 進捗状況評価
- 2 実績評価

(1) 療養病床の再編成

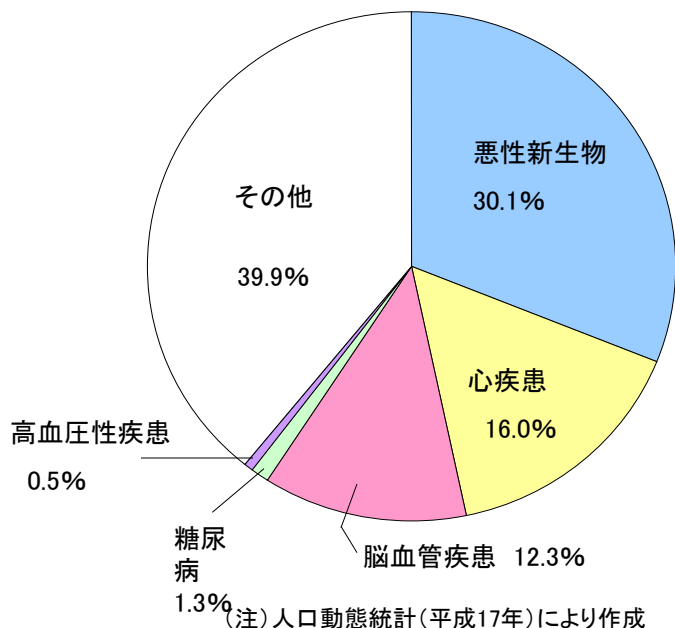
- ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等
 - ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
 - ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮
 - ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供
- #### (2) 医療機関の機能分化・連携
- #### (3) 在宅医療・地域ケアの推進

2. 特定健診・保健指導関係

生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

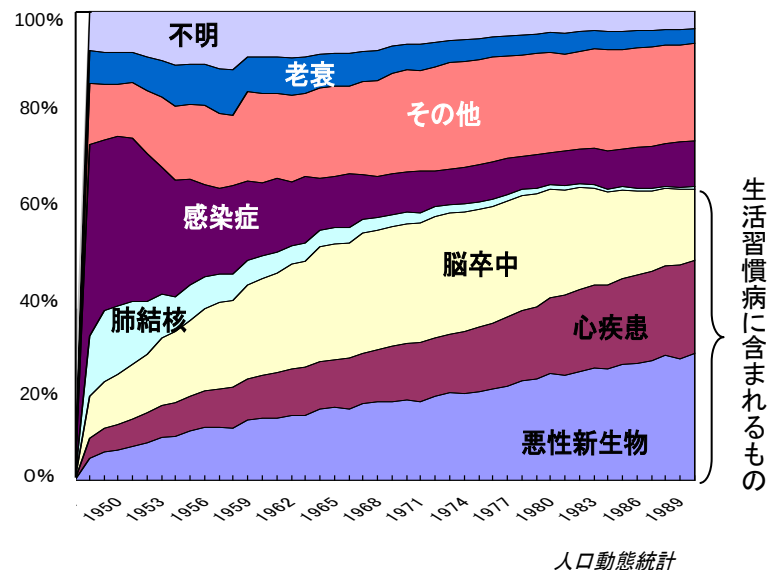
死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%



※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化
(死亡割合1947-1989)



総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

各種保健事業の取扱いについて（総括図）

これまでの取扱い

老人保健法による健診等

基本健診
(40歳以上)

市町村

歯周疾患検診
骨粗鬆症検診
健康教育、健康相談等

市町村

がん検診

※平成10年度に一般財源化した後は、法律に
基づかない事業として市町村が実施

医療保険各法による健診等

健診等の努力義務

医療保険者(市町村国保・被用者保険)

労働安全衛生法による健診等

健診の実施義務
その他の保健事業の努力義務
事業者(雇用主)

平成20年度からの取扱い

健康増進法による保健事業

歯周疾患検診
骨粗鬆症検診
健康教育、健康相談等

市町村

がん検診
(胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がん)

市町村

高齢者医療法による健診・保健指導

糖尿病等の生活習慣病に着目した
特定健康診査・特定保健指導・健診通知
(健康手帳)

(40歳以上)

※ 他の保健事業も医療保険各法により努力義務

医療保険者

労働安全衛生法による健診等

健診の実施義務
その他の保健事業の努力義務
事業者(雇用主)

保健指導の実施に
当たって連携

「健康増進計画」／「健診の実施等に関する指針」による総合調整

特定健康診査・特定保健指導

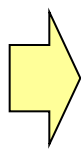
基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける(平成20年度より)。

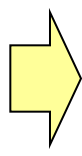
主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
 - 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
 - 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
 - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
 - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
 - 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
 - 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
 - ・特定健康診査の実施率
 - ・特定保健指導の実施率
 - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ※ 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。

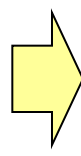
医療保険者に特定健康診査の実施を義務付け



一定の基準に該当する者



医療保険者に特定保健指導の実施を義務付け



生活習慣病のリスク要因の減少



生活習慣病に起因する医療費の減少



後期高齢者医療支援金の加算・減算

40-74歳の医療保険
加入者＝約5,600万人

保険者による健診・保健指導の実施(平成20年度施行)

医療保険者に特定健診の実施を義務付け

対象者:40~74歳の医療保険加入者 約5,600万人
(平成20年度)

一定の基準に該当する者

対象者:約25%

医療保険者に特定保健指導の実施を義務付け

生活習慣病のリスク要因の減少

生活習慣病に起因する医療費の減少

医療保険者による後期高齢者医療支援金の加算・減算

平成25年度より、後期高齢者医療支援金について、以下の項目の目標達成状況をもとに加算・減算

○項目

- ・特定健診の実施率
- ・特定保健指導の実施率
- ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

特定健康診査

対象者	実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者 ※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象
基本的な健診の項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注)摂食時はHbA1c ・ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

保健指導対象者の選定と階層化

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ③**血压** a 収縮期血压130mmHg以上 又は b 拡張期血压85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血压		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

メタボリックシンドロームの診断基準

必須

ウェスト周囲径
(へその高さ)

男性 $\geq 85\text{cm}$
女性 $\geq 90\text{cm}$

上記に加え以下のうち2項目以上

高脂血

高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dL}$
かつ/または
低HDLコレステロール血症 $< 40\text{mg/dL}$ 男女とも

高血圧

収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$
かつ/または
拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$

高血糖

空腹時高血糖 $\geq 110\text{mg/dL}$

特定保健指導(動機付け支援)

支援形態	〈面接による支援〉次のいずれか ●1人20分以上の個別支援 ●1グループ80分以上のグループ支援 〈6か月後の評価〉次のいずれか ●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	〈個別支援〉 ●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ●体重・腹囲の計測方法について説明する。 ●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。 〈6か月後の評価〉 ●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

特定保健指導(積極的支援)

○初回時の面接による支援

動機づけ支援における面接による支援と同様。

○3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。
支援内容	<u>支援A(積極的関与タイプ)</u> ●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 〈中間評価〉 ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。 <u>支援B(励ましタイプ)</u> ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
支援ポイント	合計180ポイント以上とする 内訳; <u>支援A(積極的関与タイプ)</u>: 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上 <u>支援B(励ましタイプ)</u>: 個別支援B、電話B、e-mail Bで20ポイント以上

○6ヶ月後の評価

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

保険者別の参酌標準(国が示す基準)

- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

項目	全国目標	参酌標準		設定理由等
①特定健康診査の実施率	70%	単一健保 共済	被扶養者比率が25%未満※	80%
			被扶養者比率が25%以上※	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出
		総合健保 政管(船保) 国保組合		70%
		市町村国保		65%
②特定保健指導の実施率	45%	45%		健診の場合の事業主健診のような実施率に影響する明確な要因はない
③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	10%	10%		保健指導実施率の目標を一律とすることとあわせ、保健指導の成果である該当者及び予備群の減少率も一律とするのが合理的

※単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した参酌標準とする。

後期高齢者支援金の加算・減算のイメージ

〈加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率
- ・ 内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

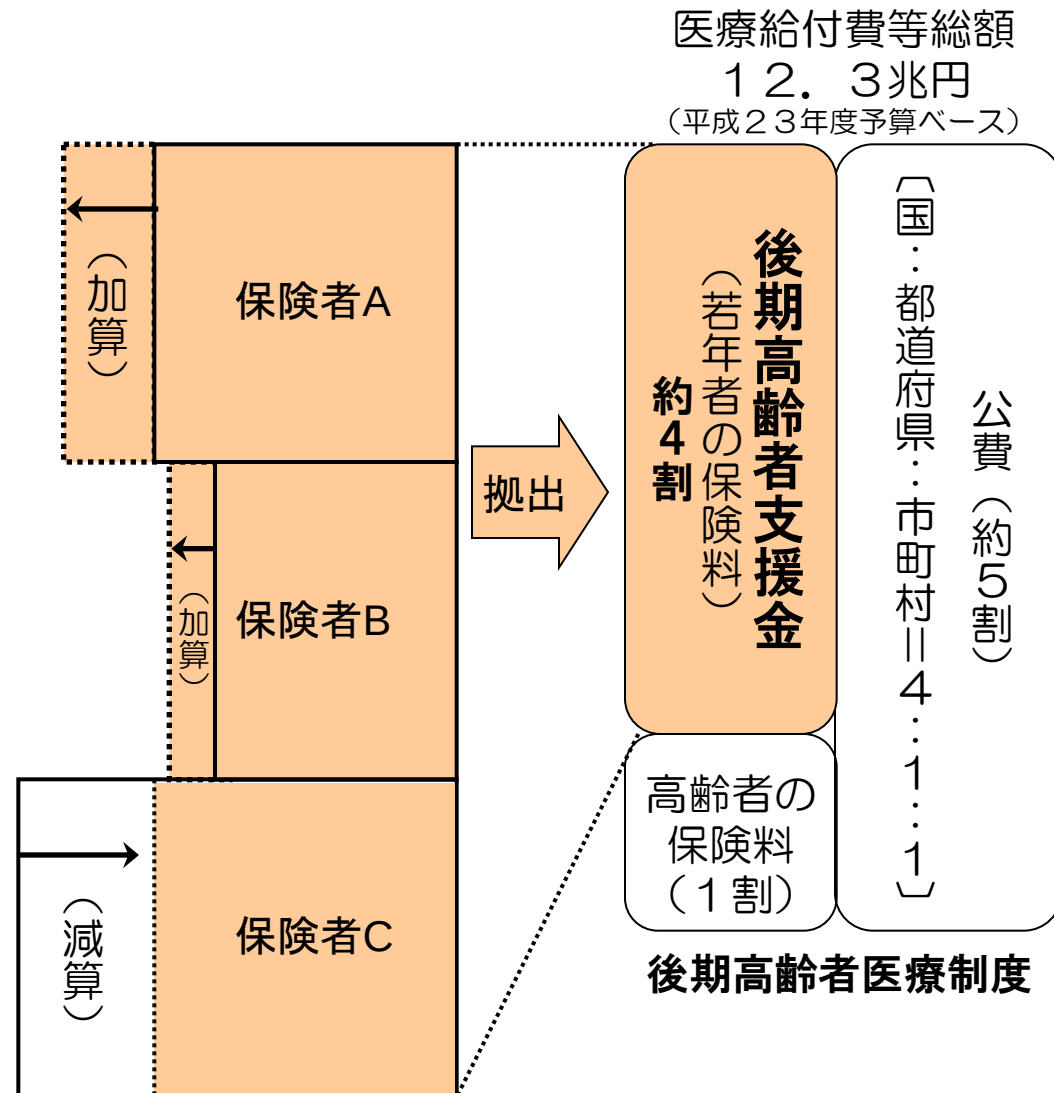
②保険者の実績を比較

- 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
- 実績の上がっていない保険者 ⇒ 支援金の加算

◆減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

◆減算額と加算額の総額は ±ゼロ

※具体的な算出方法は、今後検討



特定健康診査・保健指導に係る助成について

<事業概要・趣旨>

平成20年4月より、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療保険者は、40歳以上の加入者に対して糖尿病等生活習慣病の予防に着目した健診及び保健指導（以下「特定健診等」という。）の実施が義務づけられたところ。

生活習慣病の予防という成果をあげるためには、特定健診等の実施率を高めることが必要となることから、国における国民の健康の保持の責任を果たし、医療保険者の積極的な取組に伴う財政的な負担を軽減を図る。

<助 成 額> 平成23年度予算額 245億円

<助 成 先> 保険者（市町村国保、協会けんぽ、健保組合 等）

<費用負担割合>

市町村国保	国1/3、都道府県1/3、保険者1/3
その他の保険者	予算の範囲内での国庫補助（定額）

（平成22年度においては、市町村国保と同程度を予定）

平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況（速報値）

○平成21年度の特定健診・特定保健指導の実施状況について、保険者から社会保険診療報酬支払基金への申告値を速報値としてまとめたもの。

○集計対象

平成22年度12月末時点で報告のあった3,449保険者（報告対象：3,450保険者）

特定健康診査の実施率（速報値）（全体）

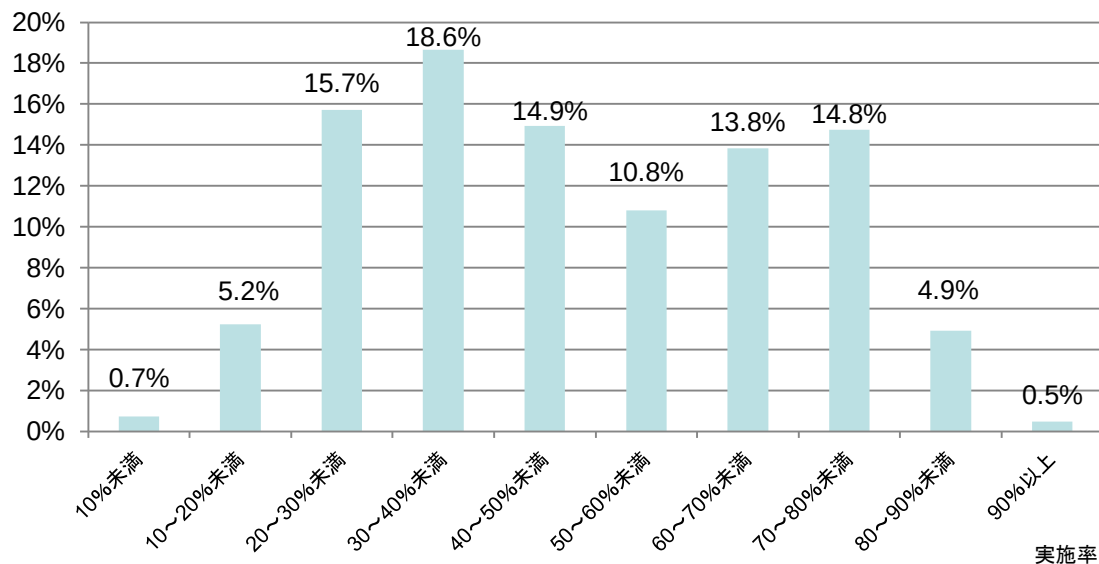
対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
52,207,120	21,147,356	40.5%

特定保健指導の対象者の割合及び特定保健指導実施率（速報値）

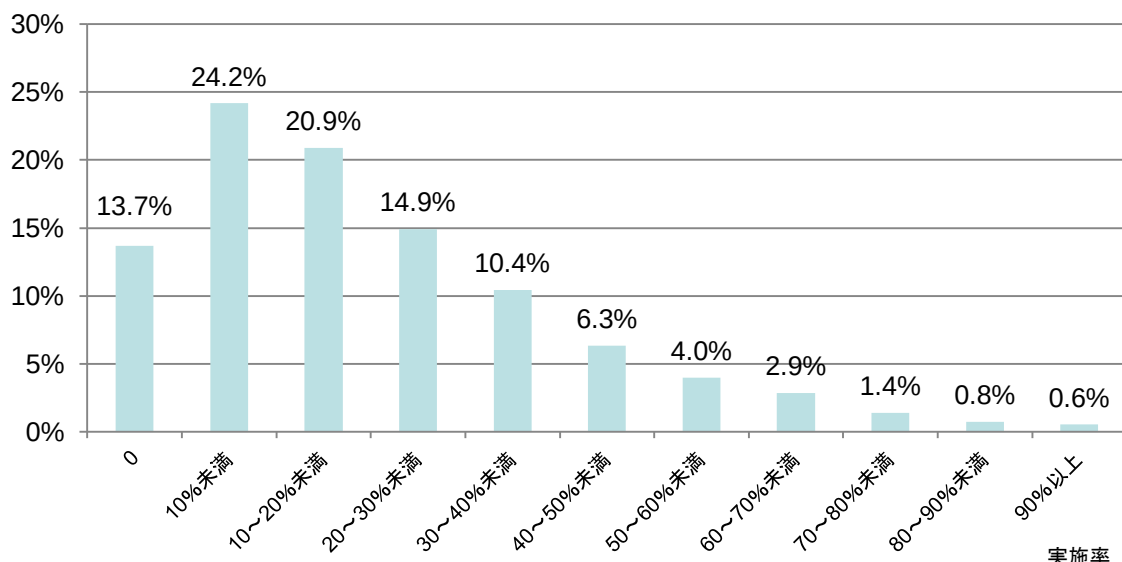
	人数	割合・実施率
特定保健指導の対象者	3,998,172	18.5%
特定保健指導の終了者	518,198	13.0%

平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

特定健康診査実施率(速報値)の分布状況



特定保健指導の実施率(速報値)の分布状況



平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況（速報値）

●特定健康診査の保険者種別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 （確定値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	22.8%	59.9%
平成21年度 （速報値）	40.5%	31.4%	36.0%	30.3%	63.3%	32.1%	65.4%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 （確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	6.6%	4.2%
平成21年度 （速報値）	13.0%	21.5%	6.9%	7.2%	12.4%	9.8%	9.4%

平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

●内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合

	人数	割合
内臓脂肪症候群該当者	3,113,354	14.4%
内臓脂肪症候群予備群	2,651,613	12.3%

※ 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者:内臓脂肪の蓄積(主に腹囲により測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、2つ以上に該当する者。

※ 内臓脂肪症候群予備群:内臓脂肪の蓄積(主に腹囲により測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準の1つに該当する者。

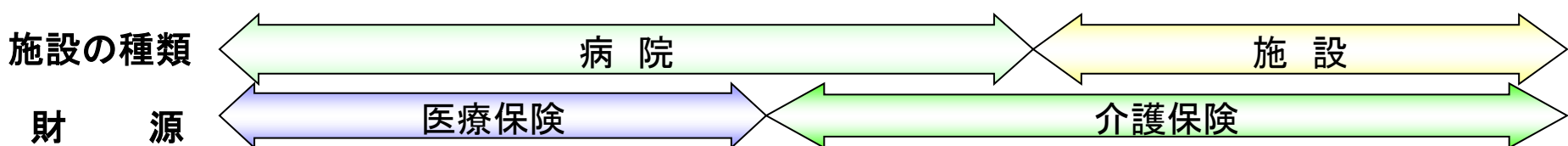
●薬剤を服用している者の割合(重複あり)

	人数	割合
高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者	4,150,645	19.2%
脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者	2,323,362	10.7%
糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者	903,818	4.2%

3. 療養病床再編関係

医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約103万床	約26万床	約8万床	約4,000床※ ⁴ (H20.5創設)	約32万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※ ¹ (H21改定後)	(※ ²)	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※ ³	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人



※¹ 多床室 甲地 要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※² 算定する入院料により異なる。

※³ 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※⁴ 平成23年2月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。



療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※1	263,742	120,700	384,442



平成22年12月※2	264,558	83,101	347,659
------------	---------	--------	---------

※1 確定数

※2 概数

(参考)病床の種類別の平均在院日数

年次	全病床	全病床 (介護療養病床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	介護療養病床 (再掲)
平成18年	34.7	32.2	19.2	320.3	9.2	70.5	171.4	268.6
平成19年	34.1	31.7	19.0	317.9	9.3	70.0	177.1	284.2
平成20年	33.8	31.6	18.8	312.9	10.2	74.2	176.6	292.3
平成21年	33.2	31.3	18.5	307.4	6.8	72.5	179.5	298.8
平成22年	32.5	30.7	18.2	301.0	10.1	71.5	176.4	300.2

出典:病院報告

(参考)介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の推移

	平均在院日数				変化日数	変化率		平均在院日数				変化日数	変化率
	平成18	平成19	平成20	平成21	18→21	18→21		平成18	平成19	平成20	平成21	18→21	18→21
全国	32.2	31.7	31.6	31.3	-0.9	-2.8%	京都	31.3	30.7	30.6	30.1	-1.2	-3.8%
北海道	37.1	36.5	36.6	35.9	-1.2	-3.2%	大阪	29.6	29.4	29.6	29.6	0.0	0.0%
青森	35.1	34.3	34.2	33.4	-1.7	-4.8%	兵庫	30.0	29.5	29.4	28.8	-1.2	-4.0%
岩手	35.5	35.1	35.6	35.3	-0.2	-0.6%	奈良	30.5	30.0	29.9	29.1	-1.4	-4.6%
宮城	29.0	28.5	28.4	27.8	-1.2	-4.1%	和歌山	34.2	32.8	32.9	33.3	-0.9	-2.6%
秋田	35.3	34.3	34.1	34.1	-1.2	-3.4%	鳥取	33.9	33.2	32.4	32.2	-1.7	-5.0%
山形	28.9	28.7	29.5	29.6	0.7	2.4%	島根	32.6	32.5	33.0	33.2	0.6	1.8%
福島	35.0	34.4	34.2	33.7	-1.3	-3.7%	岡山	32.1	31.4	31.3	31.0	-1.1	-3.4%
茨城	31.9	31.6	31.5	31.1	-0.8	-2.5%	広島	34.8	34.4	33.8	33.2	-1.6	-4.6%
栃木	34.9	34.4	33.9	33.4	-1.5	-4.3%	山口	42.8	42.9	42.2	41.9	-0.9	-2.1%
群馬	31.2	31.1	30.8	30.6	-0.6	-1.9%	徳島	43.2	42.6	42.5	42.2	-1.0	-2.3%
埼玉	33.3	32.9	32.8	32.3	-1.0	-3.0%	香川	32.7	31.9	31.9	31.7	-1.0	-3.1%
千葉	30.4	29.6	29.3	28.8	-1.6	-5.3%	愛媛	35.9	35.9	35.9	35.5	-0.4	-1.1%
東京	25.4	24.6	24.3	23.9	-1.5	-5.9%	高知	46.4	46.2	46.1	46.1	-0.3	-0.6%
神奈川	25.5	25.1	24.8	24.4	-1.1	-4.3%	福岡	39.6	39.2	38.8	38.3	-1.3	-3.3%
新潟	32.1	32.0	32.0	31.8	-0.3	-0.9%	佐賀	48.5	47.1	47.5	46.6	-1.9	-3.9%
富山	33.2	32.5	32.7	32.4	-0.8	-2.4%	長崎	42.4	42.2	42.4	41.5	-0.9	-2.1%
石川	35.3	34.6	34.9	34.9	-0.4	-1.1%	熊本	42.1	41.5	41.5	41.8	-0.3	-0.7%
福井	32.8	31.9	31.5	31.1	-1.7	-5.2%	大分	36.1	36.1	36.0	35.7	-0.4	-1.1%
山梨	34.8	34.2	33.9	33.6	-1.2	-3.4%	宮崎	40.5	39.6	40.1	40.0	-0.5	-1.2%
長野	25.0	25.1	25.1	24.8	-0.2	-0.8%	鹿児島	47.7	46.7	46.8	46.4	-1.3	-2.7%
岐阜	27.5	26.9	26.6	26.3	-1.2	-4.4%	沖縄	36.3	34.6	34.4	33.8	-2.5	-6.9%
静岡	28.8	28.6	28.5	28.7	-0.1	-0.3%							
愛知	27.4	27.0	26.9	26.4	-1.0	-3.6%							
三重	32.9	32.2	32.1	31.6	-1.3	-4.0%							
滋賀	27.5	27.7	27.9	27.2	-0.3	-1.1%							

出典:平成18年は「病院報告」より保険局調査課作成、
平成19年～21年は「病院報告」

病床転換助成事業の概要(医療療養病床からの転換に対する助成)

- 療養病床の転換を支援するため、都道府県の区域内にある医療機関が療養病床(医療保険適用)から介護保険施設等へ転換する場合にその整備費用を都道府県から助成(平成20年度～平成24年度)。
- 費用負担割合 …… 国:都道府県:保険者=10:5:12

対象となる病床(案)

- ①療養病床(介護療養型医療施設を除く)
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院(又は同一診療所)内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの

転換

対象となる転換先施設

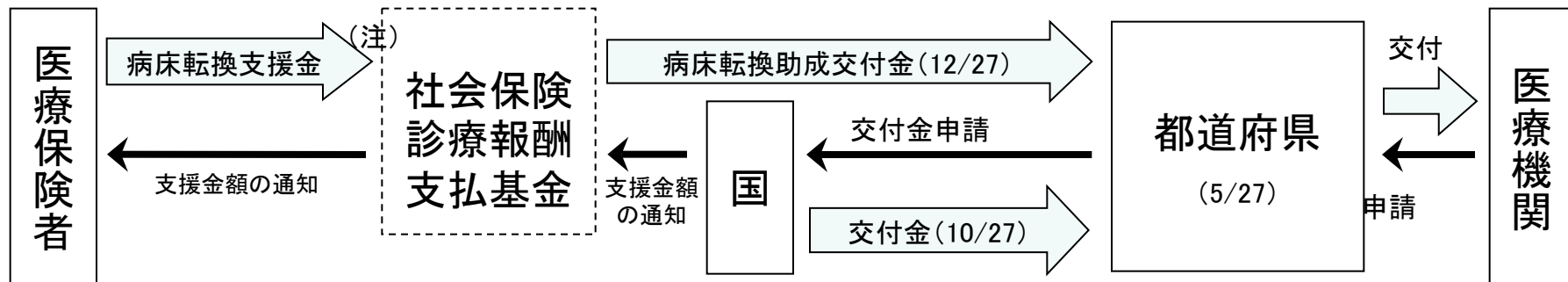
- ①ケアハウス
 - ②老人保健施設
 - ③有料老人ホーム
(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
 - ④特別養護老人ホーム
 - ⑤ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る。)
 - ⑥認知症高齢者グループホーム
 - ⑦小規模多機能型居宅介護事業所
 - ⑧生活支援ハウス
 - ⑨適合高齢者専用賃貸住宅になりうる高齢者専用賃貸住宅
- ※上記対象転換先施設については、介護療養型医療施設転換整備事業と同様

転換に係る整備費用を助成

補助単価(案)

- 創設・新設 100万円
(既存の施設を取り壊さずに、新たに施設を整備)
- 改築 120万円(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)
- 改修 50万円(躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等))

病床転換助成事業の流れ



(注) 支払基金は、医療保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県に対して病床転換助成交付金を交付

病床転換助成事業について

平成22年12月2日
医療保険部会資料

- 医療療養病床から介護保険施設等への転換を支援する取組は引き続き必要であると考えられることから、療養病床の転換助成事業については介護療養病床の廃止が猶予される間は、引き続き制度を存続することとしてはどうか。
- 各保険者毎に徴収した支援金については、当初の見込みよりも転換が進んでいない現状があることから、平成21年度までで約65億円の残高が支払基金において生じている状況。この剰余金については、支払基金において積立金として処理することとなっており、保険者へ返還する規定がないことから、制度存続に併せて保険者への返還規定を設けてはどうか。

(参考1)2年間の執行実績

【20,21年度合計】

(単位：百万円)

支援金徴収額	6,703	22,000床
実績額	249	1,241床
差引計	6,454	20,759床
執行率	3.72%	5.64%

(参考2)保険者毎の剰余金

(単位：百万円)

	①20年度徴収額 (10,000床)	②20年度実績 (463床)	③差引(①－②)	④21年度徴収額 (12,000床)	⑤21年度実績 (778床)	⑥差引(④－⑤)	剰余金計 (③+⑥)
協会けんぽ	834	30	804	1,209	46	1,163	1,967
健保組合	712	26	687	1,034	39	994	1,681
共済組合	219	8	211	313	12	301	512
市町村国保	902	32	870	1,267	48	1,219	2,088
国保組合	88	3	85	125	5	120	205
合計	2,756	99	2,657	3,947	150	3,797	6,454

○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年八月十七日法律第八十号)

第五章 社会保険診療報酬支払基金の高齢者医療制度関係業務

第百三十九条～第百四十二条 (略)

(区分経理)

第百四十三条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に係る経理については、第百三十九条第一項各号に掲げる業務ごとに、その他の業務に係る経理と区分して、特別の会計を設けて行わなければならない。

(利益及び損失の処理)

第百四十六条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務(第百三十九条第二項に規定する業務を除く。次項及び次条第一項において同じ。)に関し、毎事業年度、損益計算において利益を生じたときは、前事業年度から繰り越した損失をうめ、なお残余があるときは、その残余の額は、積立金として整理しなければならない。

2 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に関し、毎事業年度、損益計算において損失を生じたときは、前項の規定による積立金を減額して整理し、なお不足があるときは、その不足額は繰越欠損金として整理しなければならない。

3 支払基金は、予算をもつて定める金額に限り、第一項の規定による積立金を第百三十九条第一項第一号に規定する保険者に対し前期高齢者交付金を交付する業務及び同項第二号規定する後期高齢者医療広域連合に対し後期高齢者交付金を交付する業務又は同条第二項の規定により認可を受けて行う業務に要する費用に充てることができる。

附 則

(病床転換助成事業に係る支払基金の業務)

第十一条 支払基金は、第百三十九条第一項に掲げる業務のほか、保険者から病床転換支援金等を徴収し、都道府県に対し病床転換助成交付金を交付する業務及びこれに附帯する業務を行う。

2 第五章(第百三十九条第一項及び第百四十条を除く。)、第百六十八条第一項(同項第一号を除く。)及び第二項並びに第百七十条第一項の規定は、病床転換助成事業に係る支払基金の業務について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

平成24年度診療報酬改定の基本的認識、 視点、方向等（案）

平成23年10月26日
保険局

平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）

前回までの議論を踏まえ、平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等について、以下の事項を検討してはどうか。

1. 基本的な認識

次期診療報酬改定について、以下のような基本的な認識を共有することとしてはどうか。

【案】

- 医療は国民の安心の基盤であり、超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた社会保障と税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に沿って、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等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべき。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療、介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、これらを切れ目なく提供するとともに、役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要。
- 効率的かつ効果的な医療資源の利用のためには、医療関係者や行政、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、それぞれの立場での取組を進めるべき。
- 東日本大震災により明らかとなった、災害時における医療提供体制の問題点等に鑑み、補助金との役割分担を踏まえた、診療報酬における対応の検討が必要。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置などあらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点的に取り組む課題について

【案】

次期診療報酬改定においては、社会保障・税一体改革成案等を踏まえ、上記のような基本的な認識のもと、どのような事項について、重点的に取り組むべきか。

- 今後も、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえつつ、医療従事者の負担軽減について、重点的に取り組むこととしてはどうか。
- 診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点的に取り組むこととしてはどうか。

3. 改定の視点について

前回までの議論において、平成22年度診療報酬改定の基本方針における「4つの視点」については、今後も医療保険制度及び医療政策が目指すべきものとして、同様の趣旨のものを引き続き視点とするべきとの意見も多くあったが、どのような視点が相応しいか。

【案】

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

がん医療、認知症医療など、超高齢社会において国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要ではないか。

【案】

「患者等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」

患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけることが重要ではないか。生活の質という観点も含め、患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが重要ではないか。

【案】

「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」

超高齢社会において持続可能な医療保険制度を実現していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要ではないか。

【案】

「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」

医療費は国民の保険料や公費を主な財源としており、患者の負担の軽減の観点からも適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要ではないか。

4. 具体的な次期改定の方角について

上記で案として提示した、重点的に取り組むべき課題(案)や、改定の視点(案)について、以下のような方角についてどう考えるか。

【重点的に取り組む課題 案】

今後も、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、医療従事者の負担軽減

【具体的な方角案】

- ・ 救急、産科、小児、外科等の医師等の医療従事者の負担軽減に資する勤務体制の改善等の取組に対する評価
- ・ 救急外来や外来診療の機能分化の評価
- ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

【重点的に取り組む課題 案】

診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえた、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組

【具体的な方角案】

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・ 看取りに至るまでの医療の適切な評価
- ・ 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・ 地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・ 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・ 維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携

【改定の視点 案】

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

【具体的な方向案】

- ・ 緩和ケアを含む、がん医療の充実
- ・ 感染症、生活習慣病対策の適切な評価
- ・ 認知症の早期診断等、重度の認知症の周辺症状に対する精神科医療の適切な評価
- ・ 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
- ・ 地域移行を推進し、地域生活を支えるための精神科医療の評価
- ・ リハビリテーションの充実
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
- ・ 東日本大震災を踏まえた診療報酬における災害対応の検討
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価

【改定の視点 案】

「患者等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」

【具体的な方向案】

- ・ 医療安全対策等の推進の評価
- ・ 退院支援の充実等、患者に対する相談支援体制への評価
- ・ 明細書無料発行の促進
- ・ 診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化

【改定の視点 案】

「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」

【具体的な方向案】

- ・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
- ・ 慢性期入院医療の適正な評価
- ・ 医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価
- ・ 診療所の機能に着目した評価

【改定の視点 案】

「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」

【具体的な方向案】

- ・ 後発医薬品の使用促進策
- ・ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

5. 将来に向けた課題について

- 従来の基本方針においては次期改定までの課題のみを記載してきたが、今回の基本方針においては、社会保障・税一体改革成案等において診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、将来に向けて取り組んでいくこととしてはどうか。

【将来に向けた課題 案】

社会保障と税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等

- ・ 高度急性期、一般急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
- ・ 地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応
- ・ 外来診療の役割分担
- ・ 在宅医療の充実

- その際には、どのようなことに留意すべきか。

【案】

- 地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行う。
- 持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行う。
- 将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて検討を行う。

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年改定	平成20年改定	平成22年改定
重点課題等	—	【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減	【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
		・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進	・地域連携による救急患者の受入れの推進 ・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 ・後方病床、在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価
	—	—	【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減
			・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種との連携の評価
視 点	① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点	① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点	① 患者から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
	・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進	・明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価	・診療報酬を患者等に分かりやすいものにすることの検討 ・医療安全対策の推進に対する評価 ・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に対する評価 ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
	② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点	② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点	② 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
	・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討	・診断群分類別包括評価（DPC）の支払対象病院の在り方、拡大等 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価	・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に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価
	③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点	③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点	③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
	・産科や小児科、救急料等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療技術のについて、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化	・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のためのための新しい取組に対する評価 ・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進 ・IT化の積極的な推進	・がん医療の推進 ・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 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価
	④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点	④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点	④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
	・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 ・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価	・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価	・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定時期について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということを考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOL を高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)
- ・ 前回は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)

- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき（9/16 横尾委員）

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。（7/21 岡崎委員）
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。（9/16 逢見委員）
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。（9/16 岩本委員）
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。（9/16 鈴木委員）
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということを想定して検討すべき。（9/16 横尾委員）

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。（9/16 高原委員）
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。（9/16 逢見委員）
- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行って誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。（9/16 横尾委員）
- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要（9/16 堀委員）

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき（9/16 白川委員）
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにして欲しい（9/16 山下委員）
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる（9/16 逢見委員）
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。（9/16 斎藤（正）委員（藤原参考人））

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。（9/16 堀委員）

7 薬剤師・薬局関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないで、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。（7/21、9/16 高原委員）
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。（7/21、9/16 高原委員）
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販薬医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があって、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。（7/21 安部委員）
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。（9/16 安部委員）

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護

人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)

- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。(9/16 樋口委員)
- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。(9/16 高原委員)
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。(9/16 横尾委員)

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。(9/16 横尾委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき(9/16 横尾委員)
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。(9/16 鈴木委員)

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課

題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)

- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)
- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部会長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が 3 割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見

直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力しているところであり、例えば、改定では人員配置基準に関わることは要件緩和はともかく変更すべきではない。

(9/22 中川委員)

- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。

(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22 小島委員)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)

- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22 山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注意が必要(9/22 山本委員)
- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(7/20 山本委員(森参考人))

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(7/20 横倉委員)
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(7/20 小島委員(伊藤参考人))

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作って欲しい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(7/20 横倉委員)
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)
- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護という地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所の機能の一つに、いわゆる日常生活の療養指導を確実にやっていただく機能を求めていきたい。(7/20 斎藤(訓)委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を

医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)

- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和 23 年に 40 対 1 となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をするべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を決めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)
- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の（方向の例）で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般

救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科3次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)

- 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。(9/22 邊見委員)
- 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当をを必要。(9/22 相澤委員)
- 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)