

第7回・医療・介護WT(ワーキング・チーム)次第

2011年11月22日(木) 8:00～
衆議院議員会館地下2階 民主党C会議室
医療・介護WT座長 柚木 道義
(進行) 医療・介護WT事務局長 梅村 聡

【議 題】

- (1) 診療介護報酬同時改定について総合討論
- (2) 社会保障と税の一体改革との関連について総合討論
- (3) 論点整理

【出席者】

木下 賢志 保険局総務課長
福本 浩樹 老健局総務課長

以上

※ 次回は、11月29日(火)9:00～ 参議院議員会館 101会議室にて開催いたします。また、本日は、この後10:00～団体ヒアリングを開催いたします。

医療・介護WT「議論の整理」(案)

平成23年11月22日

医療・介護WT

厚生労働部専門会議の下に設置された「本WT」は、社会保障の抜本改革の実現に向けて、政府・与党でとりまとめた「社会保障・税一体改革成案」の具体化について議論を重ねてきた。

議論に当たっては、成案に盛り込まれた事項が、我が国が目指すべき「あるべき社会保障」と整合的であるかどうかを常に念頭に置き、単なる財政上の辻褃合わせに終始することのないよう意識してきた。

同時に、2015年に向けて機能強化、重点化・効率化を進める分野、その先の2025年の高齢社会のピークを乗り越えていくための方向性を示すことにも留意してきた。

以下、これまでの本WTにおける議論を整理したが、本WTでは意見集約が困難で、今後の厚生労働部専門会議、社会保障と税の一体改革調査会での議論にゆだねざるをえない事項も残った。

民主党が目指した「全世代を通じた安心の確保」「国民一人ひとりの安心感を高める」「包括的支援」「納得の得られる社会保障制度」「自治体、企業の役割分担」といった方向性に沿って、国民がより納得できる判断がなされることを求める。

I 総論 ～あるべき社会保障の実現に向けて～

- 民主党における、社会保障各分野の党内議論を通じて浮かび上がってきたことは、国民が社会保障という支え合いの仕組みに積極的に参加するためには、サービスの欠乏、就職難・ワーキングプア、格差拡大、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、より納得できる社会保障制度に改革が必要だということである。
- 世代間・世代内不均衡や格差是正の視点も踏まえながら、総合合算制度の検討も含む低所得者対策の実施など、全体としてのセーフティーネット機能の強化と、医療費の適正かつ効果的な配分を進めることが必要。また核家族

化や高齢者世帯の増加に対応する在宅医療・介護の充実も求められる。

- 病気になった場合にはしっかりと「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方が重要である。また、このような「あるべき医療・介護サービス」を支えるためには、医療・介護保険制度を世代間・世代内の公平に配慮した盤石なものとしていくことが必要である。
- 医療・介護分野は、現在、需要に供給が追いついておらず、こうした巨大な潜在需要に応えていくことで雇用を生み、またデバイス・ラグやドラッグ・ラグの解消を含むライフイノベーションを通じて健康分野を成長産業と位置づけることで、デフレを脱却し、経済成長に結びつけることができるものである。いわば、医療・介護分野における税・社会保障一体改革は、我が国経済の「成長のエンジン」とも言うべきものであることを忘れてはならない。

II 各論 ～サービス提供体制と保険制度の両面の機能強化～

1. 診療報酬改定

- 我が国の医療は、人材が不足・偏在し、提供体制の機能分化が不十分であり、医療機関同士の連携も不足しているといった大きな課題を抱えており、機能強化が喫緊の課題である。
- 「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の改定であり、「2025年の医療・介護の姿」を描きながら、病院・病床の機能分化・機能強化と連携、在宅医療の充実等の課題に対応する。
- 6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、医療保険と介護保険との整合性を高め、役割分担と連携をこれまで以上に進める。例えば、医療療養病床と介護療養病床の再構築、介護保険施設における医療のあり方の再検討による効率的医療の提供等による予防・医療・ケアの効率化推進、などの課題がある。
- 民主党マニフェストに基づき、救急、産科、小児科、外科等の診療分野の

再建に引き続き取り組み、国民に質が高く安全な医療を提供する。救急においては、トリアージの拡大や後方病院との連携強化など救急医療体制をより促進する施策に取り組む。

- 質の高い医療の効率的な提供に向けて、負担の大きな医療従事者の負担軽減に引き続き取り組み、実際の負担軽減につながる仕組みの検討も必要である。同時に、病院・病床の機能分化・機能強化と後方機能等を重視した医療機関間の連携を進め、特に、長期療養に関する病院・病床機能については、効率的なあり方に向けた見直しを行っていく。
- 今後、高齢者人口の増加や、高齢者世帯の増加が見込まれるなかで、地域生活を支える在宅医療を提供する医療機関について、さらにその役割を明確にし、機能強化を図っていく。特に、24時間連絡応需、緊急時の病床確保等の体制を地域の医療機関で連携して確保するような取組を進める。
- また、在宅における歯科医療や薬剤管理が促進されること等、患者一人一人の生活の質に配慮することが重要である。
- 訪問看護や訪問リハビリテーションなどの、医療と介護の整合性が求められる分野については、医療的ケアや在宅リハビリテーションの必要性に応じて、患者にとって最も効果的なサービスの提供となるよう、見直しを行う。
- あらゆる場面において本人や家族の意見が尊重されることが大原則である。人生の最後の場面で個人の状態に応じた看取りの場所や医療が確保されていることが国民の安心を実現する上で欠かせないものであり、これを充実させていく取組を行う必要がある。
- 医療保険制度を持続可能なものとするためには、医療費の適正化につながるものについては、積極的に推進していく必要があり、後発医薬品の使用促進等については、従来の取組を一層強化するとともに、その実現のために効果的な取組を新たに講じる。また、療養費については、会計検査院等からの指摘も踏まえ、今後適正化を進めることも必要である。
- 医薬品や医療機器の評価については、イノベーション推進の観点から、その評価のあり方についても検討を進める。

- 改定率については、国と保険者の厳しい財政状況を勘案し重点化・効率化をさらに進める必要があるが、他方で2010年改定による急性期入院医療の改善も途上にあること、急性期医療の後方機能の厳しい現状などに対応する必要があること、地方における地域医療の疲弊に対応すること等を考慮して、民主党マニフェスト2010において「診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます」と記載されていることを踏まえた対応を政府に求める。

2. 医療提供体制

- 医療提供体制の機能強化に向けて、高度急性期への医療資源の集中投入などの入院医療強化や、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化により、入院から早期に地域に復帰できる体制を構築する。
- 特に、急性期医療については、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等を図り、早期の社会生活復帰を可能とするため、医療資源の集中投入により機能強化を図る。また、こうした方向性を国民に分かりやすく示すことも重要である。
- また、住み慣れた環境でできるだけ過ごせるよう、在宅医療・介護を推進することが極めて重要であり、サービスの確保や医療と介護の連携強化を図るとともに、多職種での連携、協働機能や在宅医療提供体制のサポート等を行う在宅医療拠点の確立を図る。例えば、公的サービスと新しい公共などNPOやボランティアなどとの融合による新たな支えあいの構築なども推進する。
- 医療人材の確保については、医師の地域間、診療科間の偏在の解消と併せて喫緊の課題であり、負担の大きい医療従事者の労働環境の改善、医学部における地域枠の設定等の取組に加えて、都道府県が担う医療提供体制の整備の役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保の支援体制を構築する。
- また、医療現場のスタッフの業務が増大する中で、医療・生活の質の向上を求めつつスタッフの負担軽減を図るためには、チーム医療の推進が重要であり、チーム医療小委員会での議論も踏まえつつ、日本の実情に即した医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の協働・連携を図る。

- 質の高い医療を提供するためには、革新的な医薬品、医療技術の研究開発を行う医療イノベーションを推進することが重要である。このため、質の高い臨床研究や医師主導治験といった高度の医療の研究開発を行うためのインフラとして、臨床研究中核病院の整備等を進める。

3. 医療保険制度

(1) 高額療養費の見直し

- 高額療養費制度は、患者世帯の収入に応じ、自己負担に一定の上限を定めるもので、上限を越える金額を各保険者が給付する制度であり、この結果、医療費の負担は給付が約83%、自己負担が約17%となっている。従って、その原資は保険料、公費、自己負担である。
- 現在の高額療養費制度は、市町村民税非課税世帯ではないが所得が低い方の負担が重いことや、月単位では自己負担の上限は超えないが、長期にわたって負担が重い方の負担が軽減されない場合があるなどの問題を解決する必要がある。
- しかし、そのための財源を受診時定額負担（100円）で賄うことは、患者間で負担を支え合うことになる、受診抑制につながる、必要な財源は保険料と公費で対応すべき、という意見があり、導入に否定的な意見が圧倒的に多かった。
- その一方で、財源を保険料に求めることについては、各保険制度で保険料が上昇する見込みの中で、さらに各世代に保険料負担を強いることになり、保険者の理解が得られないことから、受診時定額負担も選択肢としては排除すべきでないという意見もあった。
- なお、財源を公費求めることについては、財源確保の問題とあわせ、早期の解決は困難である。
- また、高額療養費改善の対象を、所得や期間の点で、より負担が重い方に重点化し、必要な財源を縮小した形で検討できないかとの意見もあった。

- いずれにせよ、長期に負担が重い患者の負担の軽減は喫緊の課題であり、高額療養費の見直しとその財源の確保策については一体改革成案の具体化に向けた検討と併せて結論を得るべく検討を進めるべきである。将来的には、一元的な運用のさきがけとして、高額な医療費の負担を保険者・保険制度を超えて共同で支え合う仕組みを検討していくべきである。

(2) 市町村国保の財政基盤強化

- 市町村国保は国民皆保険制度の最後の砦であり、市町村国保の安定無くして皆保険の維持は無い。
- 現在の市町村国保は、失業者や退職者が加入し、低所得者が偏在するため、財政基盤が脆弱になるという構造的な問題があり、多額の一般会計繰入等で何とか収支を保っている状況であり、財政基盤の強化が喫緊の課題である。
- 社会保障・税一体改革成案には、市町村国保の財政基盤の強化として2200億円の公費を拡充することが盛り込まれているが、まずはこうした財源をなんとか確保し、財政支援を強化することが必要である。
- 併せて、市町村間の医療費、所得、保険料の格差が大きいことも不公平感を強めており、財政単位の広域化を更に進めていく必要がある。

(3) 協会けんぽの財政基盤強化

- 中小企業が多く加入する協会けんぽは、被用者保険の最後のセーフティネットであり、国民皆保険の維持・安定のためにも、保険財政の基盤強化が必要である。
- 近年、協会けんぽの報酬が急激に減少し、保険料引上げが続き、来年度の保険料率は10%を超える見込みであり、健保組合との保険料率の差は拡大している。
- 保険料上昇の要因は、高齢者医療費の増加に伴う支援金負担であり、高齢者医療費への公費を拡充すべきであるとの意見がある一方で、被用者保険の保険料負担の平準化の観点から、暫定措置となっている支援金の1/3総報酬

割と協会けんぽの国庫補助率 16.4%を維持・拡大すべきであるとの意見があった。

(4) 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度の見直しについては、民主党マニフェストに沿って、年齢で区分し、別の独立した現行制度を廃止し、75歳以上の方も、現役世代と同じ国民健康保険か被用者保険に加入する制度とすることが適当であり、後期高齢者医療制度廃止に向けた取組を進める。
- このため、国民健康保険の財政基盤強化等により、都道府県をはじめとする関係者の理解を得る努力をした上で、制度改革を速やかに実現すべきである。
- そして、将来的には、医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険を堅持する。

(5) 70歳以上75歳未満の方の患者負担

- 70歳以上75歳未満の方の患者負担は、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割負担に凍結されており、75歳以上の方や70歳未満の方と比べ、年間の1人当たり患者負担が低い状況にある。
- また、後期高齢者医療については、費用の4割を現役世代からの支援金により賄っているが、今後の高齢者医療費の伸びや支援金の総報酬割の拡大により、現役世代はさらに負担のしわ寄せを受けることとなる。
- そうした中、民主党政策インデックス 2009（1割負担維持）、一体改革成案（自己負担割合の見直しなど）などこれまでの党内議論も踏まえた対応が求められる。
- これについては、当面、個々人の負担が増加しないよう配慮する。また、保険財政も考慮し、混乱が生じないよう十分な周知を行い理解を求めた上で、世代間の公平な負担を図る観点から、自己負担割合の見直しも検討する。

(6) 予防医療の推進

- 「成案」には、生活習慣病予防や保険者機能の強化等で、外来受診の適正化が盛り込まれている。医療や介護は提供者側とサービスを受ける側との協働作業であるとの認識に立ち、健診・検診の受診等保健事業への積極的な参加を促す仕組みを構築する。
- 予防接種については、抜本的な改革を検討中であるが、対象疾患を拡大する必要がある。

(7) 適正化・効率化の推進

- 少子高齢化の進行、経済状況の変化、厳しい保険財政・国家財政という状況の下では、サービス・給付の充実のみならず、効率化できるものは効率化し、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ことも必要である。
- 具体的には、P 3の後発医薬品の使用促進や療養費の適正化のほか、予防医療、チーム医療、本人・家族の意思を尊重した適切な医療の提供を進める。
- 治療系医療用具・機器の内外価格差是正も重要。ライフイノベーション推進や薬事法改正の議論の中で対応を進める。
- また、生涯にわたる健康情報・診療情報の共有化をはじめ、ICTによるレセプト情報の利活用を進める。
- さらに、生活保護制度を悪用した医療扶助の不正受給の防止を徹底する。

4. 介護保険

(1) 地域包括ケア、介護報酬、介護予防

- 介護保険については、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域全体で介護、医療、予防等が一括的に提供される「地域包括ケア」の確立を図る。

- 介護報酬においては、在宅サービスの充実、在宅療養環境の整備、医療と介護の連携、介護人材の確保、ケアマネジメントの機能強化、看取りや認知症への対応、ケアラー（家族介護者）への支援などの課題に的確に対応する。
- また、高齢者の心身機能や生活機能の維持・向上のため、自立支援型介護、予防型介護への重点化を図る。訪問看護、訪問リハビリテーションの拠点化の推進により、訪問系と通所系サービスの相乗効果向上も重要である。
- 介護報酬改定の改定率については、介護が必要な高齢者に対して良質な介護サービスの必要量を提供するとともに、介護職員の処遇改善を介護報酬で対応する場合には、処遇改善を確実に図る観点から、民主党マニフェスト2009において「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」と記載されていることを踏まえた適切な対応を政府に求める。

(2) 介護保険制度

(ア) 介護納付金の総報酬割導入

- 介護納付金の総報酬割は、「能力に応じた負担」という観点から、介護納付金の負担を加入者の報酬に応じたものにする仕組みであるが、関係団体の意見を聴取したところ、導入すべきという意見が多かった。政府においては、こうした関係者の意見を踏まえ、適切な対応を行うべきである。

(イ) 処遇改善交付金

- 介護職員の処遇改善については、本年度限りで現行の交付金が終了することとなるが、その扱いについては、関係団体の意見等を聴取したところ、現行の交付金を継続すべきという意見があった一方、持続可能性の観点等や事業の安定性から介護報酬に組み込むべきという意見が多かった。処遇改善については、介護報酬に組み込むことが望ましいが、処遇改善交付金による対応も考えるべきである。

(ウ) 給付の重点化、利用者負担の在り方

- 給付の重点化・利用者の負担については、要支援者や軽度者への給付や負担の在り方、一定以上所得のある方の負担、ケアマネジメントや多床室への負担導入などが議論されている。

- 今後の介護保険制度については、給付の必要性・優先性、自立支援の観点、負担の公平性などの観点に立ち、効率的・重点的にサービスを提供する仕組みとする必要があるが、一律に負担を求めることは適当でなく、低所得者に配慮したものとなるよう、慎重に検討すべきである。

5. 予防接種・薬事・チーム医療

- 本WTには、報酬改定・提供体制・医療介護保険制度のほかにも、予防接種・薬事・チーム医療といった諸課題について検討を進めるため、小委員会を設置しており、各小委員会の議論を踏まえた対応を行う。

以上、医療・介護分野においては、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定を足がかりに、順次、報酬の体系的見直しを進める。また、サービス提供体制と保険制度の両面の機能強化のための法案を、税制抜本改革とともに2012年以降速やかに提出するよう求める。

そのほかの課題についても、「2025年の医療・介護の姿」の実現に向けて、着実に改革を進めていく。

医療・介護制度改革について

社会保障・税一体改革成案 工程表(抄)

		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	○ 地域の实情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化	<ul style="list-style-type: none"> ～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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現 			
	→	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
	→	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 			△0.1兆円程度	△0.6兆円程度
	→	<ul style="list-style-type: none"> GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) 			0.1兆円程度	1.2兆円程度
①	○ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度)	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度) 	<ul style="list-style-type: none"> → 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少 		0.2兆円程度	0.4兆円程度	

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

○ 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

II
医療・介護等

②

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)

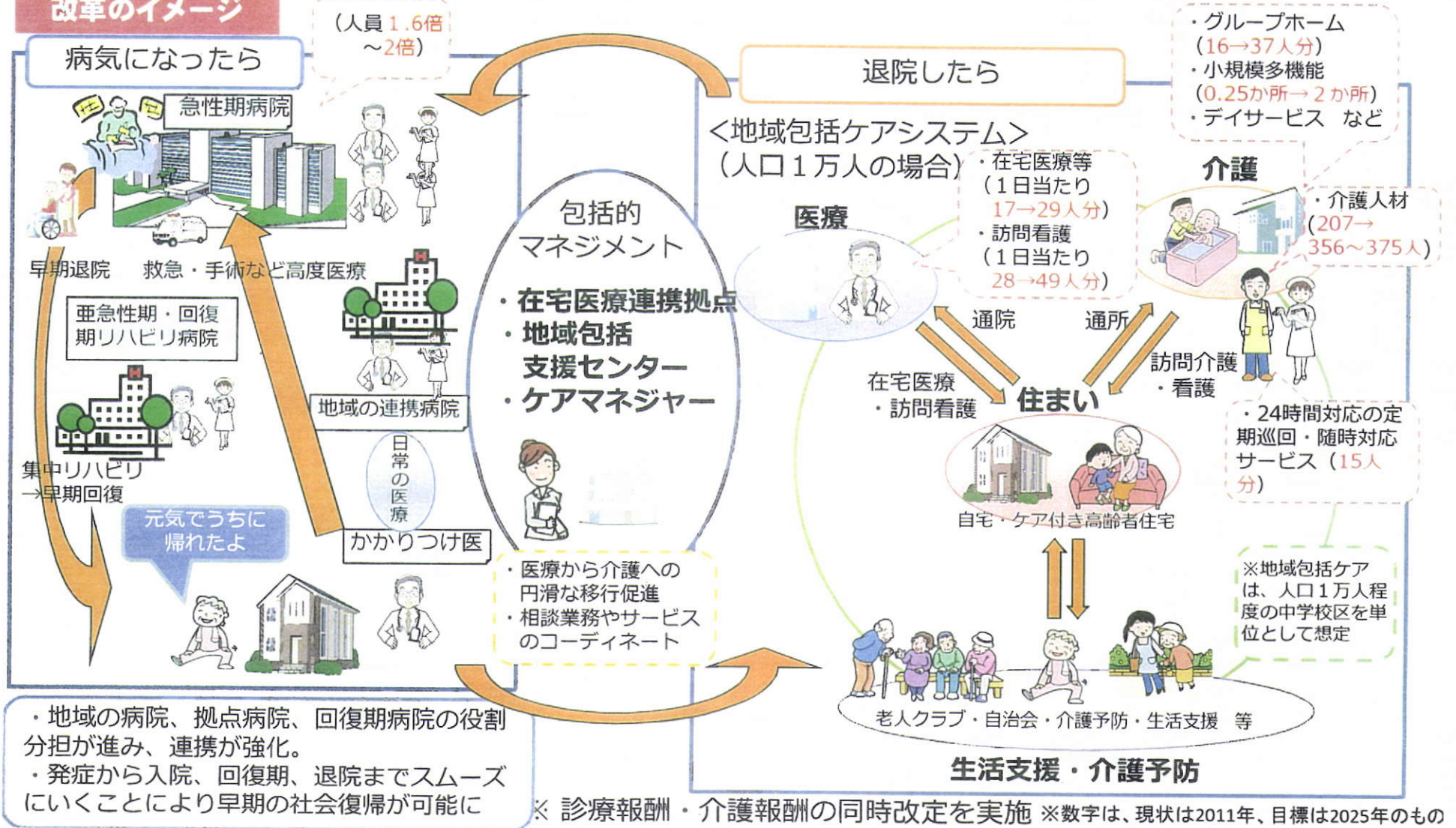
	～1兆円弱程度	-
	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

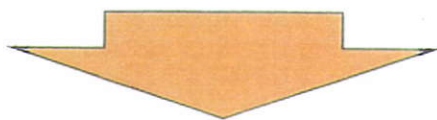
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">152万人/月</div>	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度		34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療提供体制の機能強化に向けた今後の取組

目指すべき方向性

- 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、病院・病床の機能分化・強化と集約化により、入院から早期に地域に復帰できる体制を構築
- 住み慣れた環境でできるだけ過ごせるよう、地域で適切な医療・介護サービスが受けられる体制を確立
- 医師確保や、医師の地域間、診療科間の偏在を解消するとともに、多職種協働によるチーム医療を推進
- 臨床研究を強化するなど医療イノベーションを推進することで、質の高い医療を提供



当面取り組むべき方策

- 診療設備の整備や手厚い人員配置がなされるべき急性期病床について、機能分化・強化と集約化を図るための取組を促進
- 多職種協働により地域の在宅医療を支援するための在宅医療連携拠点の創設
- 医師確保、地域偏在の解消に責任を持つ都道府県の役割強化
- 日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方の検討
- 医療の質の向上に資する国際水準の臨床研究中核病院の創設 他

平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）

重点課題（案）

（社会保障審議会医療保険部会・医療部会において議論中）

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **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、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**
チーム医療の推進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **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**
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

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**
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **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**
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **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**
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題（案）

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、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、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・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、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入院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

あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

近年の社会経済情勢の変化に対応し、あるべき医療サービスを支えるため、医療保険制度の機能強化を図る。

① 雇用基盤の変化

○ 被用者保険が適用されない被用者が増加

- 正規労働者中心の雇用前提等が変化し、非正規労働者が増加するなど、就労形態が多様化
- 市町村国保の世帯主の職業を見ると、被用者が約3割を占めている

② 医療の高度化

○ 医療の高度化で負担が重い患者が増加

- がん、難病等の新薬登場で高額薬剤が増加、高額薬剤の長期服用で負担の重い患者が増加
- 現行の高額療養費は、非課税世帯ではない中低所得者の負担が重く、また、近年この層の人数が増加

③ 少子高齢化の進行

○ 高齢者医療費は更に増加する一方、支え手は減少

- 高齢者医療費を支える支援金は、加入者数に応じた負担が基本のため、財政力の弱い協会けんぽや健保組合の負担が重い
- 70～74歳の患者負担は、法律上2割負担とされているが、毎年度、約2,000億円の予算措置により1割負担に凍結中

④ 財政基盤の弱体化

○ 市町村国保の財政悪化

- 無所得者・失業者・非正規労働者等の低所得者や、高齢者が多く加入するといった構造的な問題
- 市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ

○ 中小企業が加入する協会けんぽの財政悪化

- 賃金の低下、毎年の保険料率の引上げ

① 働き方にかかわらず同じ保障を提供

➡ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大 ※年金と同時実施

② 長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しと、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討

③ 世代間・世代内の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、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）

④ 保険財政基盤の強化

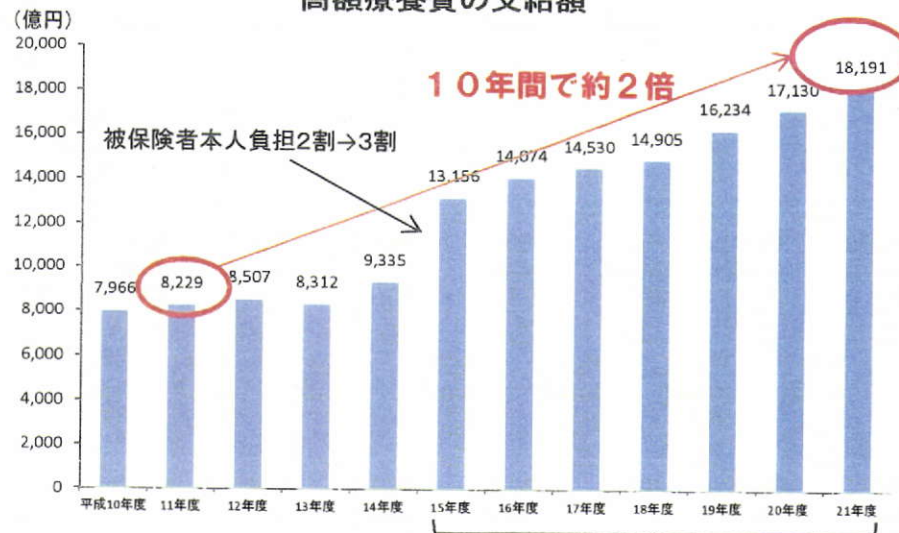
➡ 市町村国保の財政基盤の強化・広域化、協会けんぽの財政基盤の強化

高額療養費の改善と受診時定額負担の導入の検討

高額療養費について

- 高額療養費制度は、高額な医療費がかかった時に、定率負担による高額な自己負担によって、家計が破綻しないよう、所得に応じて自己負担に上限を設ける仕組み。
- 高額療養費は、自己負担割合の引き上げや医療の高度化等により、10年間で2倍程度に増加(平成11年度:約8200億円→平成21年度:約1兆8200億円)。
今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる。

高額療養費の支給額



給付費増は、保険料と公費による負担
(15年度以降、自己負担の大幅な見直しは行っていない)

現行の高額療養費の課題

- 医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって負担が重い患者が生じている。
- 特に、現在の制度では、70歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい(年収約210万～790万円)ため、中低所得者層の負担が重い。
- 自己負担上限額は月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えないが、長期にわたって負担が重い方の負担が軽減されない場合もある。

現行の自己負担上限額(70歳未満)

	月単位の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% < 4月目～: 83,400円>
一般所得者 (<u>年収約210万円</u> (※)～約790万円) (※) 3人世帯(給与所得者/夫婦1人)の場合 約210万円 単身(給与所得者)の場合 約100万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% < 4月目～: 44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～: 24,600円>