

平成25年8月2日(金)
17時00分～19時00分
航空会館大ホール(7階)

第30回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 次回の診療報酬改定に向けた検討について①
- 社会保障制度改革国民会議の議論の状況報告
- 医療法等の改正について

(配布資料)

- 資料1 平成26年度診療報酬改定のスケジュール(案)
- 資料2 中央社会保険医療協議会等における議論の状況
- 資料3-1 前回の医療部会での主な議論・意見
- 資料3-2 荒井委員提出資料(第29回社会保障審議会医療部会)
- 資料3-3 医療法等の改正概要

荒井委員提出資料

- 参考資料1-1 平成24年度診療報酬改定のスケジュール
- 参考資料1-2 平成18年度～平成24年度診療報酬改定の基本方針
- 参考資料1-3 平成24年度診療報酬改定の概要
- 参考資料1-4 平成24年度診療報酬改定に当たっての中央社会保険医療協議会の附帯意見
- 参考資料1-5 平成25年8月1日 医療保険部会資料(医療保険部会における議論)
- 参考資料2-1 第16回社会保障制度改革国民会議に提出した社会保障審議会医療部会に係る資料
- 参考資料2-2 平成25年8月2日 第19回社会保障制度改革国民会議資料
- 参考資料3 医療法等改正法案参考資料

第30回社会保障審議会医療部会

平成25年8月2日(金)
17:00~19:00
航空会館大ホール(7階)

速記

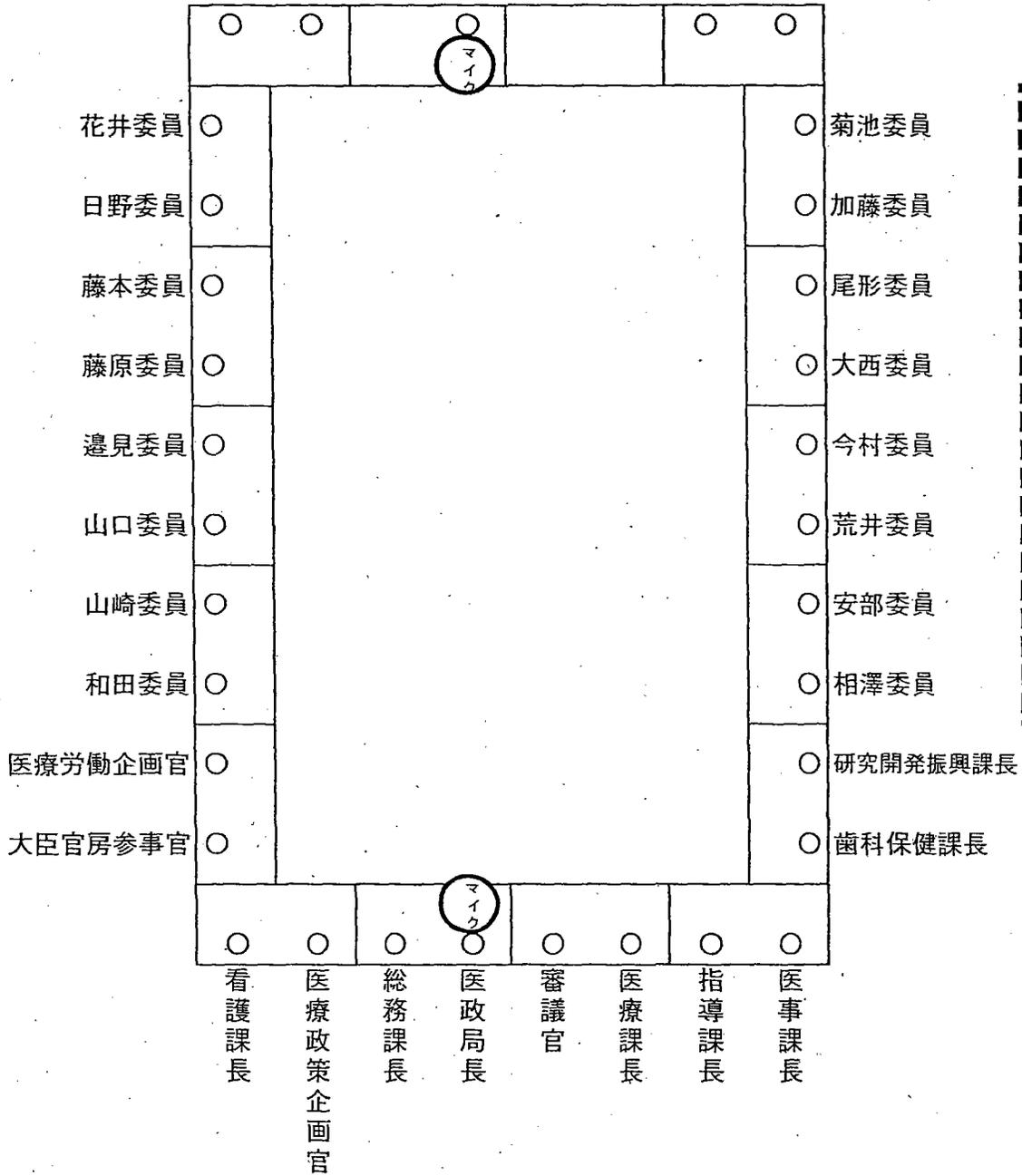
田中部会長代理

高智委員
白鳥委員

中川委員
西澤委員

随
行
者
席

随
行
者
席



事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成25年8月2日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
安部 好弘	(社) 日本薬剤師会常務理事
荒井 正吾	全国知事会 (奈良県知事)
今村 聡	(社) 日本医師会副会長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター一名誉総長
菊池 令子	(社) 日本看護協会副会長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院病院長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
藤本 晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事長
藤原 清明	(社) 日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
和田 明人	(社) 日本歯科医師会副会長

◎ : 部会長 ○ : 部会長代理

※ : 社会保障審議会委員

平成26年度診療報酬改定のスケジュール(案)

【第64回社会保障審議会医療保険部会
(平成25年7月25日)資料】

平成25年

社会保障国民会議

中医協

4月～8月 社会保障制度改革の議論→とりまとめ

入院医療、外来医療、在宅医療のあり方について議論

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

5月 国民会議の論点について議論

10月末 医療経済実態調査結果報告

夏・秋頃 平成26年度診療報酬改定の基本方針の議論

～12月

・検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

内閣

12月下旬

予算編成過程において、診療報酬等の改定率を決定

12月上旬 薬価調査・材料価格調査結果報告

平成26年

厚生労働大臣

1月中旬

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- ・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」に基づき診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう諮問

1月～

・厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

厚生労働大臣

3月上旬 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

2月中旬

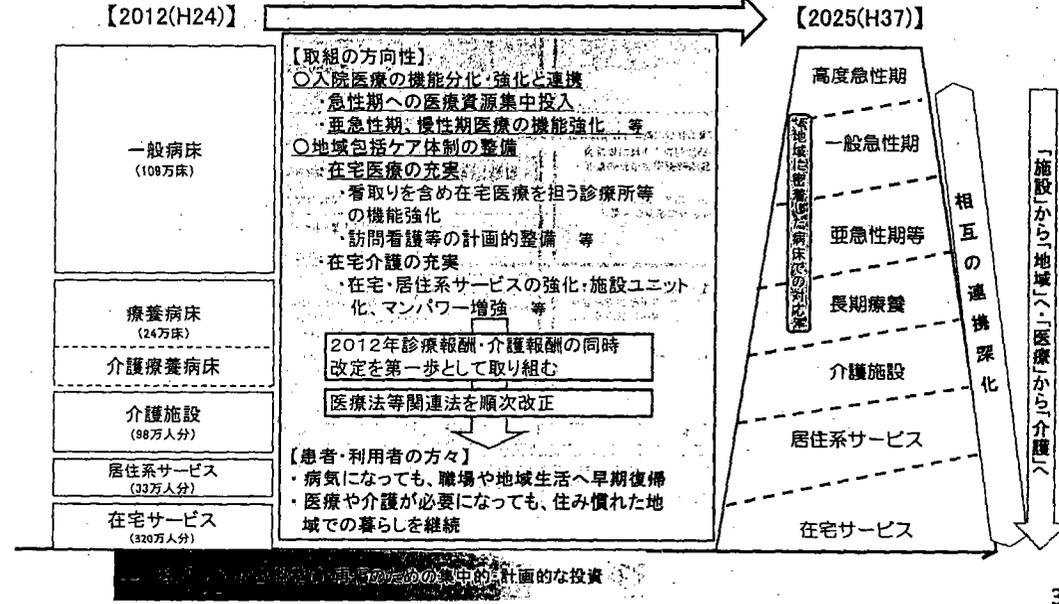
・厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

平成26年4月1日 施行

中央社会保険医療協議会等における議論の状況

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯
2. 入院医療について
 - ①高度急性期・一般急性期について
 - ②長期療養について
 - ③亜急性期等について
 - ④地域特性について
 - ⑤有床診療所における入院医療について
3. 外来医療について
4. 在宅医療について

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します。



改革の方向性 社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目 2015年度の所要額(公費) 合計 ≈ 2.7兆円程度 (～3.8兆円程度～1.2兆円程度)

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 (例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(特種児童の確保) 【医療・介護】 ○ 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礎整備のための一体的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度) ○ 保険者負担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 ・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(被用者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) 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所得者への配慮・保険給付の重点化 ・1号被保険者の所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) c その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	○ 平均在院日数の減少等(A:4,400億円程度) ・外来受診の適正化(A:1,300億円程度) ・介護予防・重症化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (A:1,800億円程度)		
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ● 最低保障年金(税附方式) <現行制度の改善> ○ 高度高齢者の強化 ・雇用者高齢者・障害者等への福祉給付(5,800億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産前産後期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職高齢年金の見直しの検討 (※は公費への影響なし)	・公費への影響は完全実施の場合は△1,800億円 改正法では、公費への影響は縮小(△200億円程度) ・介護納付金の税額割増導入(完全実施すれば△1,500億円) ・経度者に対する医療訓練等重症化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の特長可能性の観点から高年齢者の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間で負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)		
○ 物価スライド特例分の削減 ・平成25年度から平成27年度の3年間で削減し、平成28年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・特に毎年A.0.0%のマクロ経済スライドをすすと、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 賃金超過上の引上げの検討 ● 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ● 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・高齢年金の支給開始年齢引き上げの場合、1割引き上げると、引上げ年々△0.5兆円程度公費縮小	○ 0.6兆円程度		

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯

【※】党の「確約書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかわる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

社会保障・税一体改革大綱 (抜粋)

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(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)

- 高齢化が一段と進む2025年に、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を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「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」の双方を実現する。

(1)医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

5

iii 医師確保対策

- ・医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2)地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(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)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ケアマネジメントの機能強化を図る。

6

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種のチームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1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

重点課題

「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
チーム医療の促進、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
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

- 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

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

8

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1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

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 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、引き続き、「社会保障・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。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた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、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、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べきである。
- また、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べきである。
- さらに、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、検討を行っていく必要がある。

9

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・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。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

11

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会長 森田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118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8まで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。

10

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・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。
- (質が高く効率的な医療提供体制)
- 8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・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。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。
- 9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
 - ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
 - ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

12

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目的に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 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。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

13

2. 入院医療について

①高度急性期・一般急性期について

②長期療養について

③亜急性期等について

④地域特性について

⑤有床診療所における入院医療について

15

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回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。

- (1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5)診療報酬における消費税の取扱い
- (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

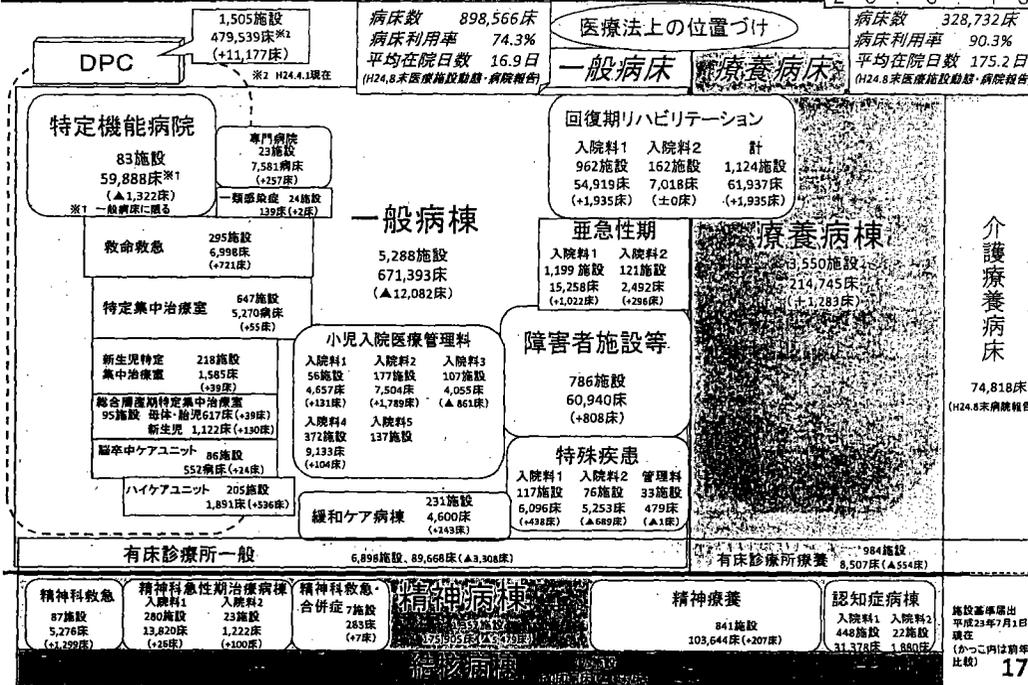
なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

14

2. 入院医療について

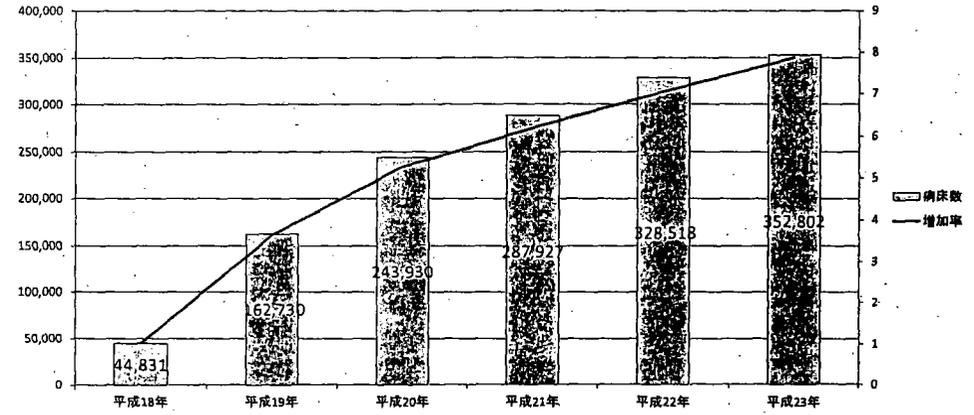
①高度急性期・一般急性期について

16



一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

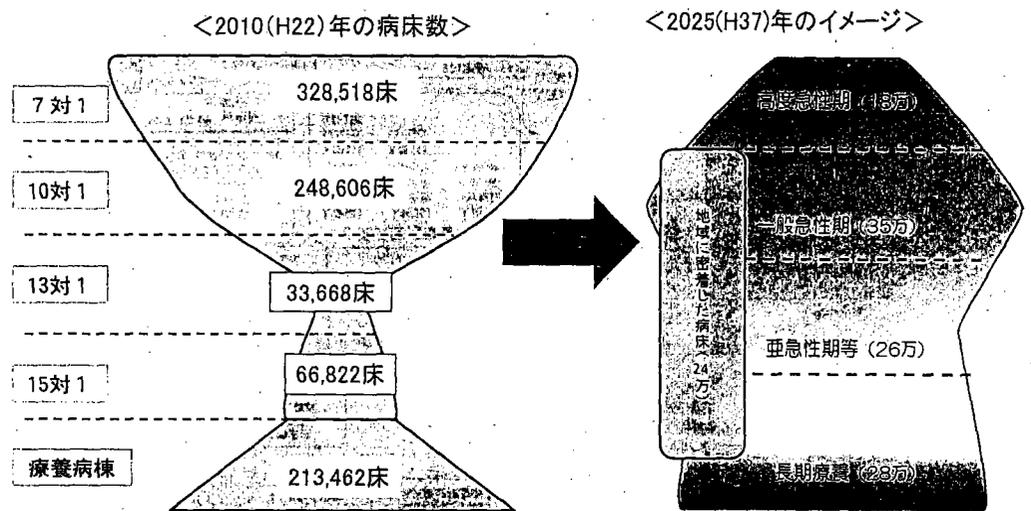
(平成18年を1とした時の伸び率)



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

○7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
○平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

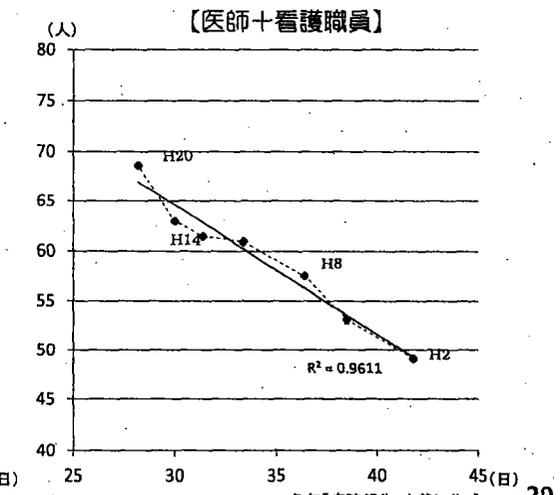
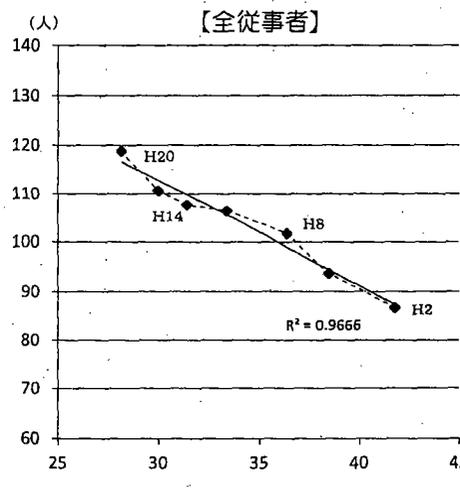


現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

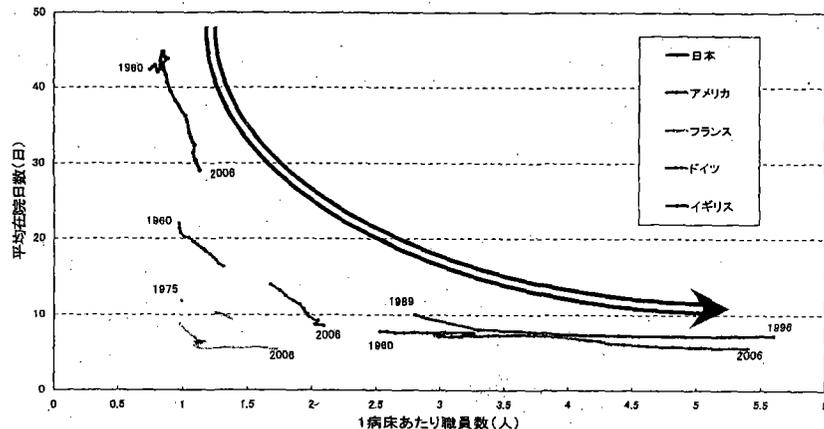
100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	<平成2年>	<平成8年>	<平成14年>	<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	101.7人	107.6人	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	57.5人	61.4人	68.6人
平均在院日数	41.8日	36.4日	31.4日	28.2日

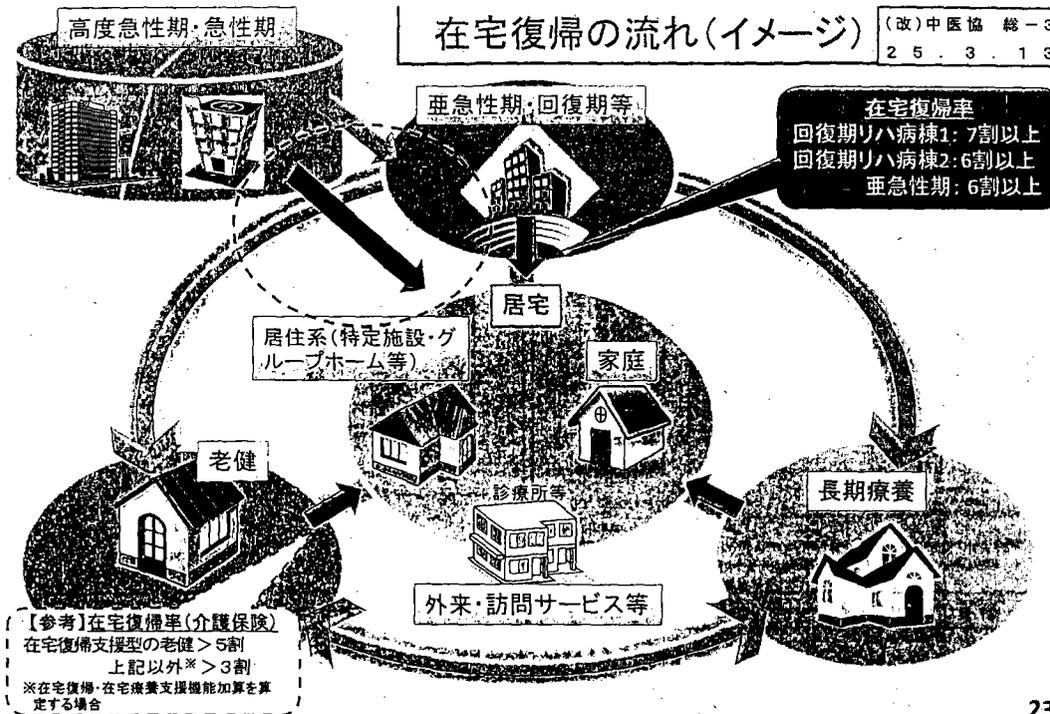


海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」
 (注) 1. 日本は一般病棟の数値である。 2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。
 出典: 社会保障改革に関する集中検討会議: 医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について) <平成23年6月>を基に保険局医療課作成

病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

項目	0点	1点	2点
A モニタリング及び処置等			
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
B 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレーナの管理	なし		あり
B 患者の状況等			
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が

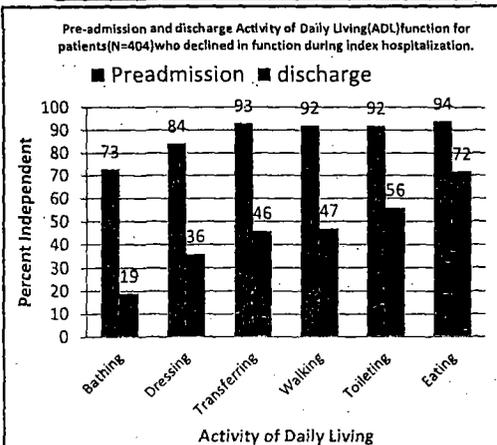
要件となるもの

項目	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

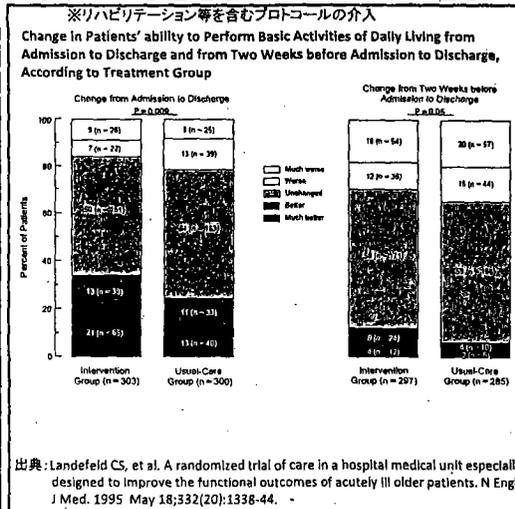
急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群※の比較



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995; May 18;332(20):1338-44.

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

2. 入院医療について ②長期療養について

25

慢性期入院医療の適切な評価 (平成24年診療報酬改定)

中医協 総-3
25. 3. 13

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

▶ 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外とする。

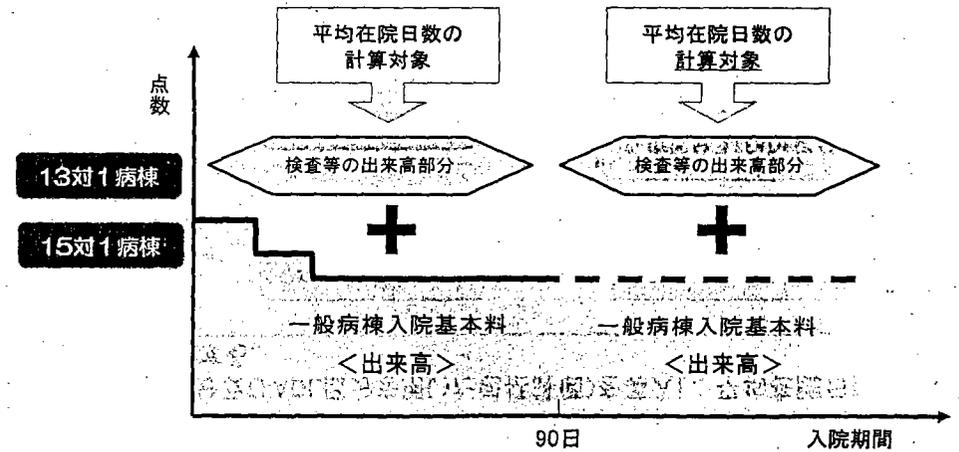
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。
なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

26

パターン①

中医協 総-3
25. 3. 13

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。

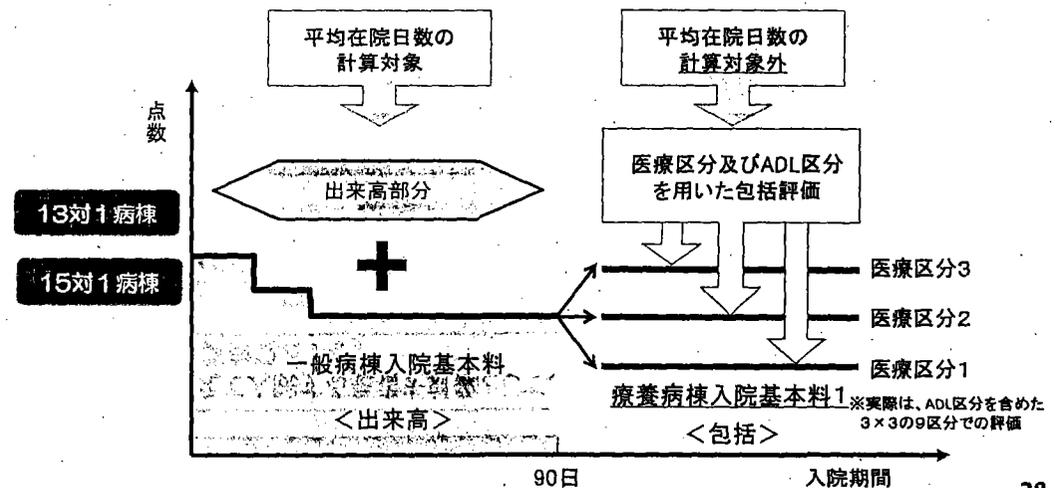


27

パターン②

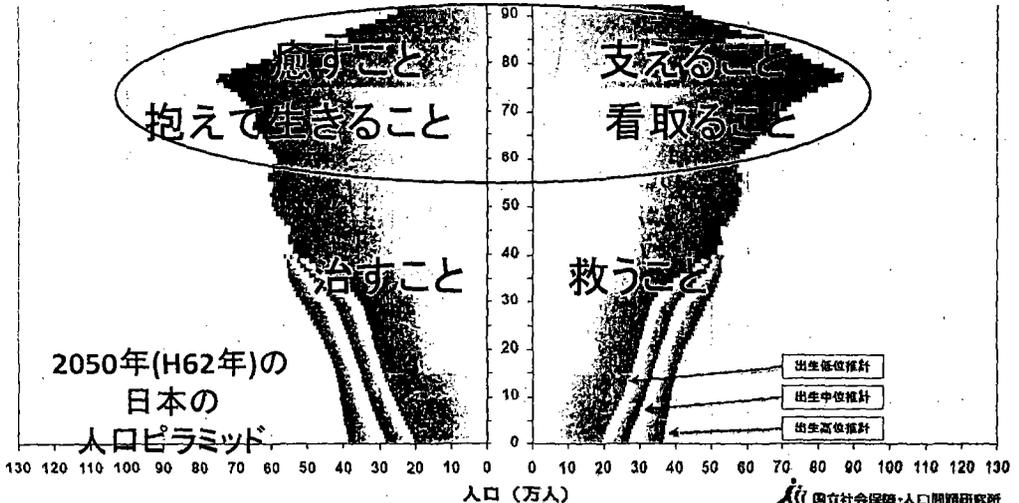
中医協 総-3
25. 3. 13

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



28

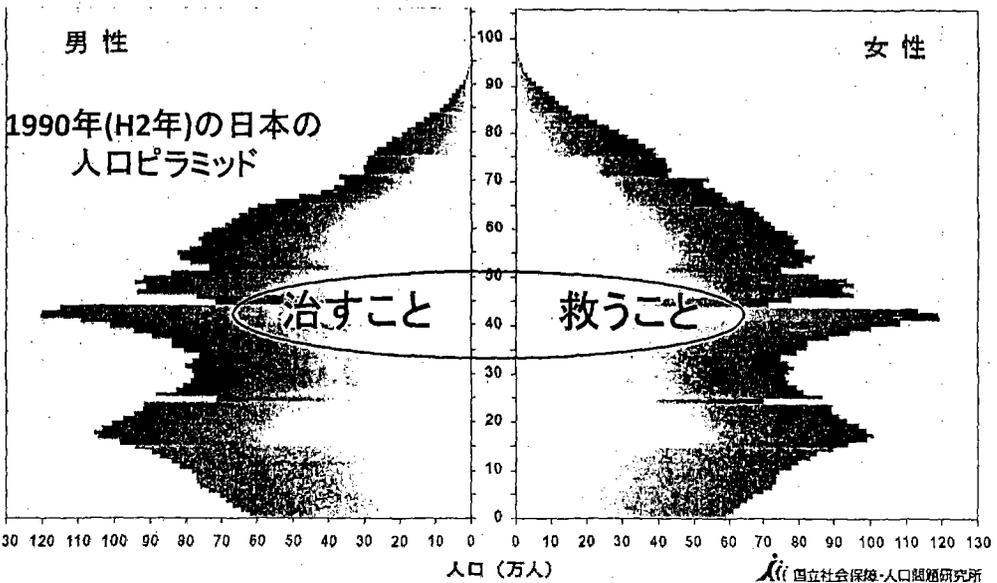
多くの病気を治せなくなる頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

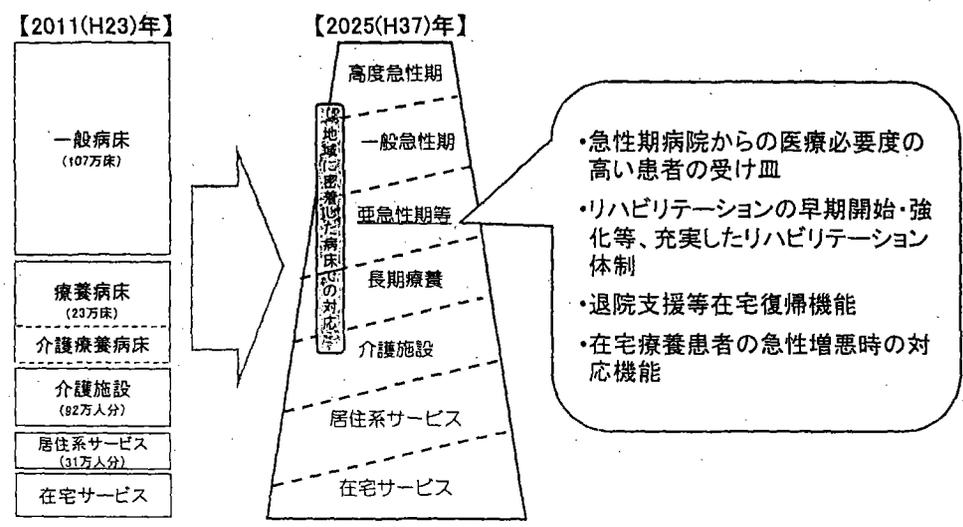
2. 入院医療について
③亜急性期等について

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

亜急性期等の病棟に期待される役割について



(社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋)

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)* *広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日

2. 入院医療について
④地域特性について

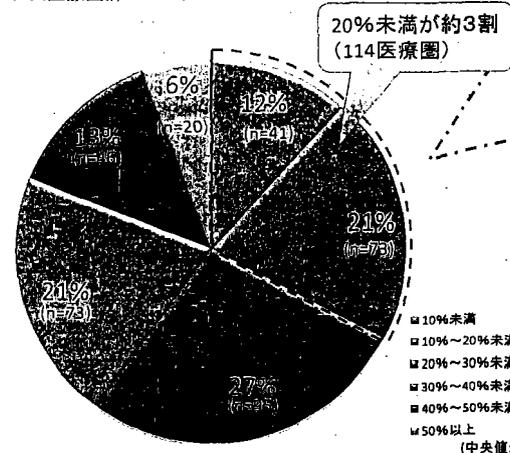
治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(～14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g～1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(～7日) 7,701点(8日～14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間

治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

地域の医療体制について
(2次医療圏毎の状況)

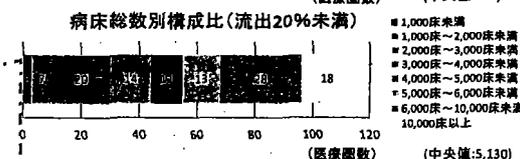
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348カ所)



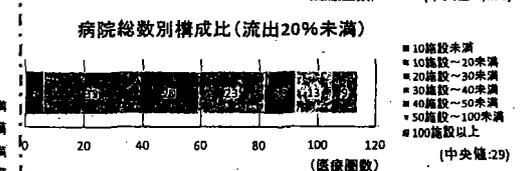
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



病院総数別構成比(流出20%未満)

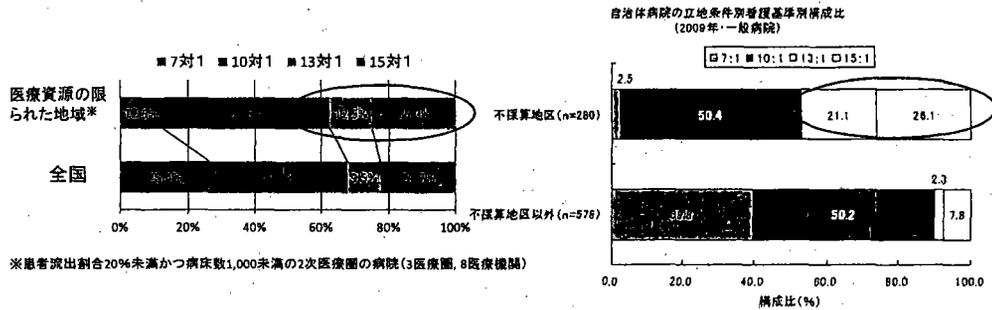


患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

*出所: 総務省「地方公営企業年報(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

(注)不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること

第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること

* 取組として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区域が市町村の領域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

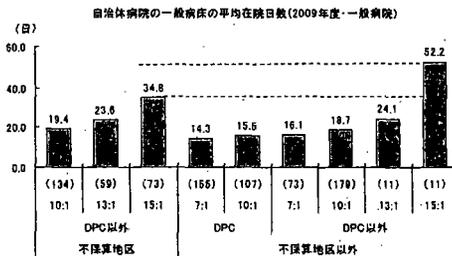
出典: 1) 医療課調べ

2) 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

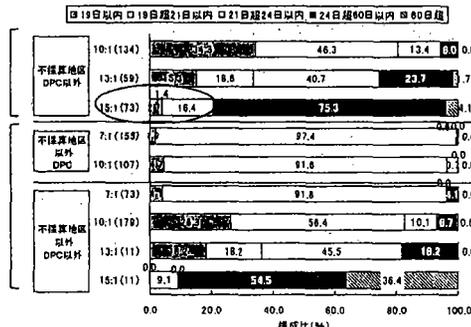
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年報(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内は病床数、n<10のカテゴリは非表示。



*出所: 総務省「地方公営企業年報(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内は病床数、n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

看護配置基準	7:1	10:1	13:1	15:1
一般病棟入院基本料	7:1	10:1	13:1	15:1
急性期病棟等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	30日以内

限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

出典: 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

地域医療を支える有床診療所の主な機能(入院医療)

専門医療を担う機能
(眼科、産婦人科、リハビリテーション等)

病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算等)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能

有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能

在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能

看取り加算を評価(平成24年診療報酬改定)

緩和ケアの提供機能

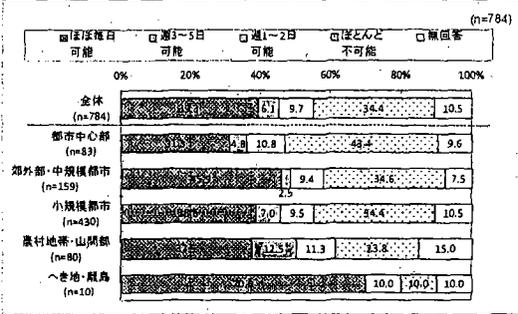
有床診療所における緩和ケア診療を評価(平成24年診療報酬改定)

有床診療所の夜間救急の対応

【夜間救急対応の可否】N=784

【地域別】

図 13 夜間の救急対応の可否 - 地域別



※無回答を除く

- 都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。
- 医師や看護職員の体制を整えることでより多くの緊急入院を受け入れていることが把握できた。

調査対象：全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設
回収率：27.9% (1,011施設) <うち有床784施設、休床・無床化施設227施設>
出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」 41

【22年4月1ヶ月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況】

緊急入院件数	医師数 (常勤換算)	看護職員 (常勤換算)	看護補助者 (常勤換算)
0件(n=317)	1.6	8.2	1.5
1~4件(n=181)	1.7	10.2	2.4
5件以上(n=125)	2.1	11.6	2.4

後方病床としての有床診療所の受入状況

(平成22年改定の要点)

救急病院や介護施設、自宅からの入院院に対する評価を新設

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

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

<有床診療所療養病床> n=188(施設数)

	平成21年10月		平成22年10月		
	人数	人数	人数	人数	
入院・転院してきた患者数	125人	140人 (+12.0%)	58人	58人 (+20.8%)	
直前の居場所	自宅	58人	58人	58人	
	病院	48人	58人 (+20.8%)	14人	14人
	特養等施設	14人	14人	14人	14人

<有床診療所一般病床> n=231(施設数)

	平成21年10月		平成22年10月		
	人数	人数	人数	人数	
入院・転院してきた患者数	2579人	2594人 (+0.6%)	2222人	2237人 (+0.7%)	
直前の居場所	自宅	2222人	2222人	2237人 (+0.7%)	
	病院	190人	196人 (+3.2%)	137人	137人
	特養等施設	137人	137人	137人	137人

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

- 有床診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

【入院元】 n=6,867(患者数) 一般病床および医療療養病床

	自宅(在宅医療なし)	自宅(在宅医療あり)	病院	他の有床診療所	介護施設	無回答
全体(単位%)	62.6	6.1	17.9	1.0	6.4	6.0

出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」

- 病診連携において、有床診療所が一定の後方支援機能を果たしている。

入院医療の適切な推進に向けた課題と論点

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病床における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受け入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

- 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

IV. 地域特性について

- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

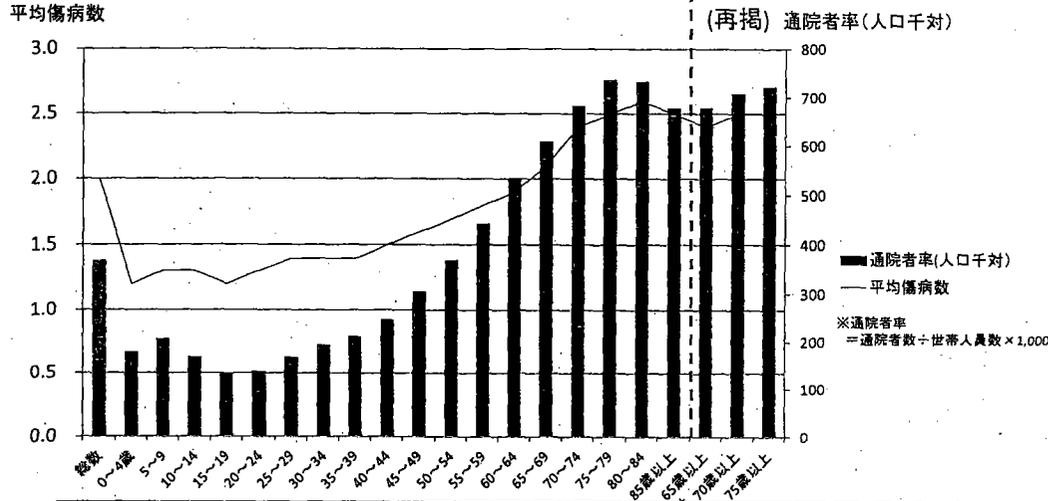
V. 有床診療所における入院医療について

- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

3. 外来医療について

年齢別平均傷病数と通院者率

中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3



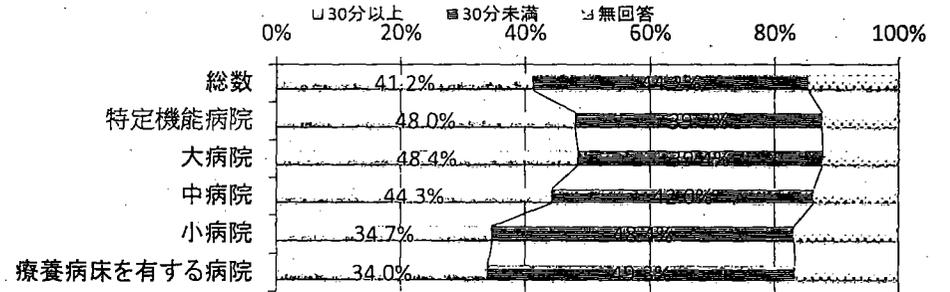
○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典:平成22年 国民生活基礎調査をもとに医療課で作成 45

外来患者の診察前の待ち時間

中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3



※ 医師による診察を受けていない者は除いた
 ※ 予約した場合は予約した時刻からの待ち時間
 ※ 大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
 ※ 中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床~499床の病院
 ※ 小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床~99床の病院

○ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

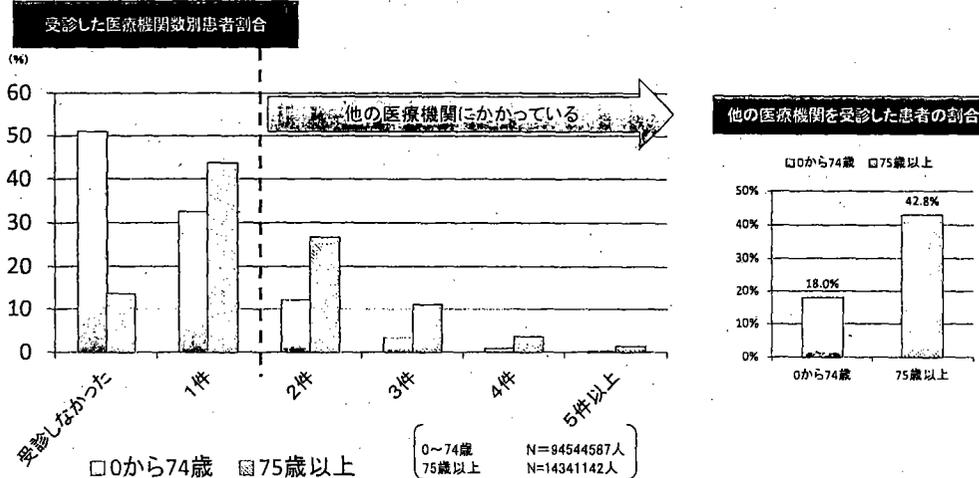
調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	485施設	35施設	69施設	143施設	120施設	118施設
有効回答数(外来患者票)	98,988	25,178	29,422	27,001	9,757	7,630

出典:平成23年受療行動調査をもとに医療課で作成 47

受診した医療機関数別患者割合(年齢階級別)

中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

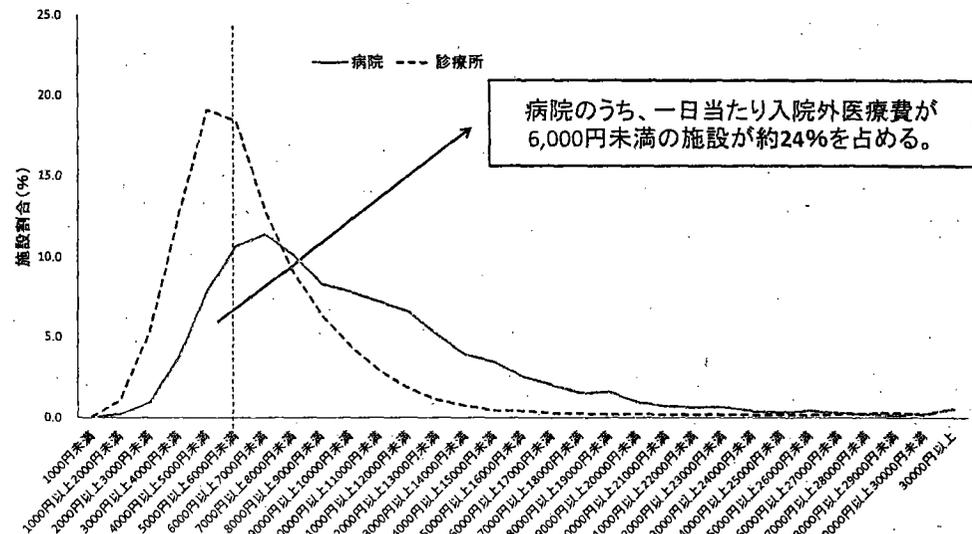


出典:平成22年度 医療給付実態調査報告をもとに医療課で作成

○ 75歳以上では複数の医療機関を受診している割合が高かった。

医療機関別一日あたり入院外医療費(平成24年6月分)

(改) 中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3



○ 病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

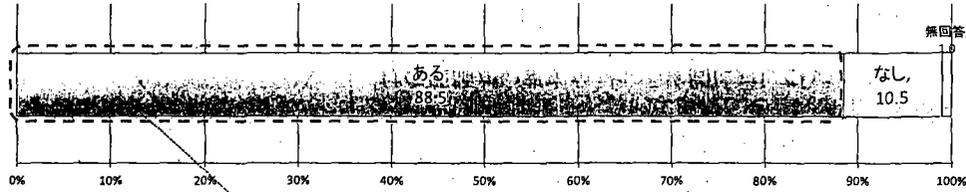
出典:最近の医療費の動向(メディアス)〔概算医療費(保険局調査課特別集計)をもとに医療課で作成 48

外来医療における役割分担について

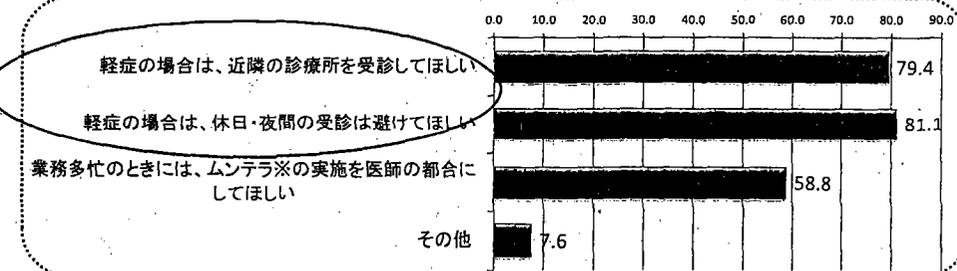
(改) 中医協 総-3
23.11.30

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



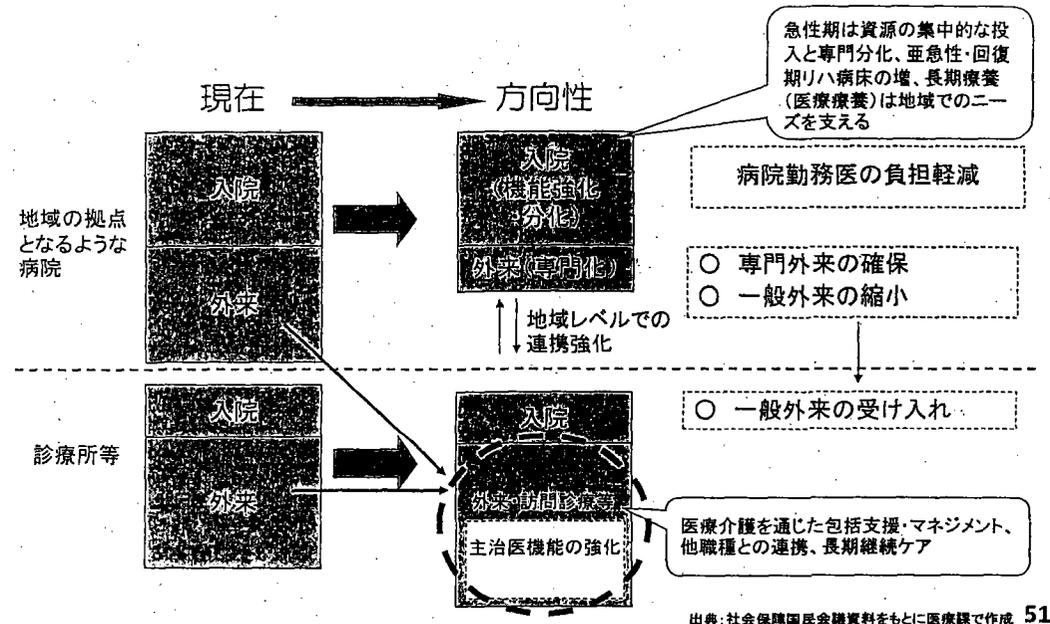
協力してほしい内容(n=1,150)



※ 患者・家族へ病状や治療方針等について説明を行うこと 出典:平成21年度「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」49

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



出典: 社会保障国民会議資料をもとに医療課で作成 51

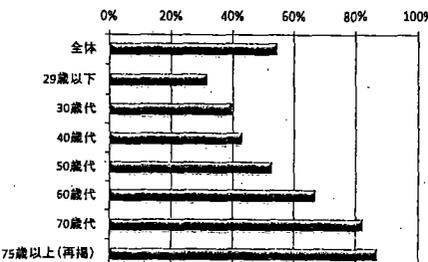
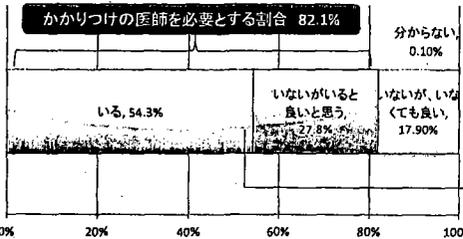
かかりつけの医師の有無

中医協 総-1
25.1.23

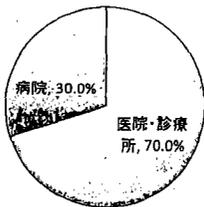
総合的に診るかかりつけの医師の有無(n=1,240)

年齢別かかりつけの医師がいる割合(n=1,240)

□ いる □ いないが、いると思う □ いないが、いても良い □ 分からない



かかりつけの医師の医療機関(n=970)

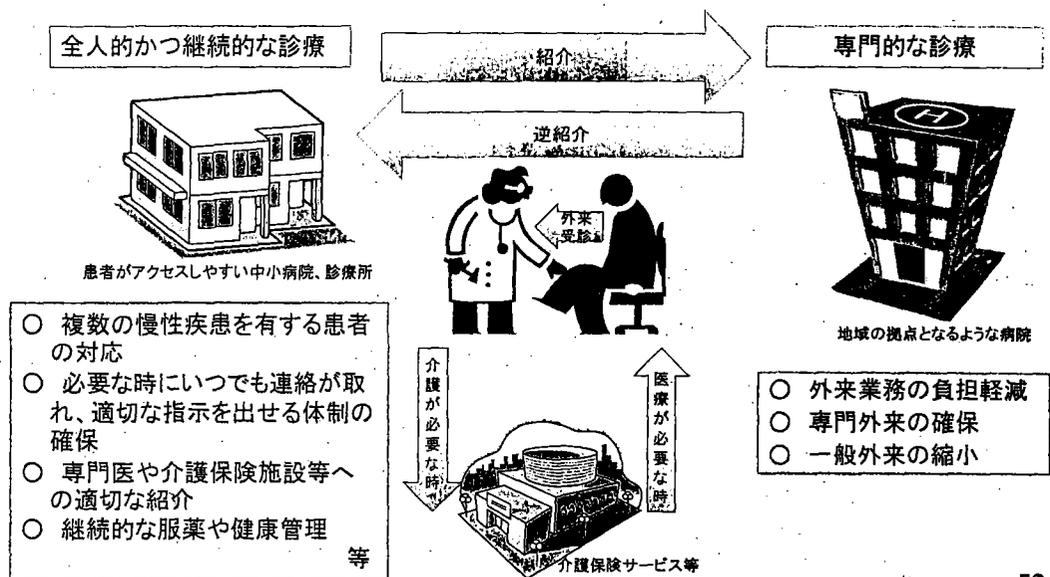


- 「病気や健康度を総合的に診療してくれる身近なかかりつけの医師がいますか」という質問に対して「いる」と回答した国民は54.3%、「いないが、いると思う」が27.8%存在し、かかりつけ医を必要とする割合は約8割であった。
- かかりつけの医師の医療機関をたずねると、医院・診療所が70.0%を占め、病院は30.0%であった。
- 年齢が上がるほどかかりつけの医師がいる割合が高くなる傾向がみられた。

出典: 第4回 日本の医療に関する意識調査 (2012年4月17日 日本医師会総合政策研究機構)をもとに医療課で作成 50

外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

中医協 総-1
25.1.23



主治医機能の強化の課題と論点について

中医協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。



【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所的主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

外来医療の課題と論点について

中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%あり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。



【論点】

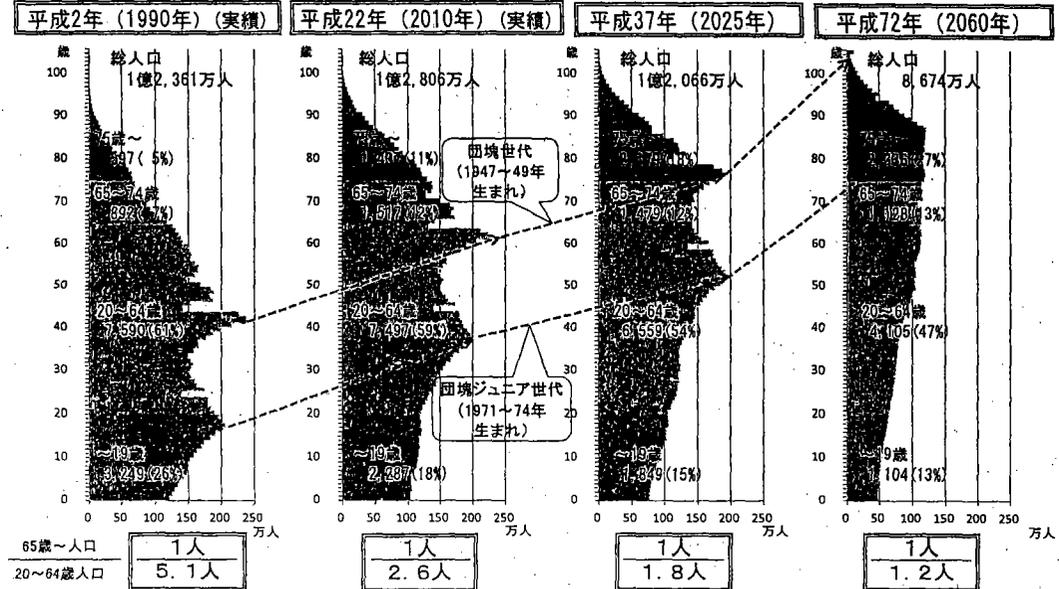
- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

4. 在宅医療について

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

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



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

(認知症高齢者の増加)

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。
※下段は65歳以上人口に対する比率
出典:老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室推計(平成24年)

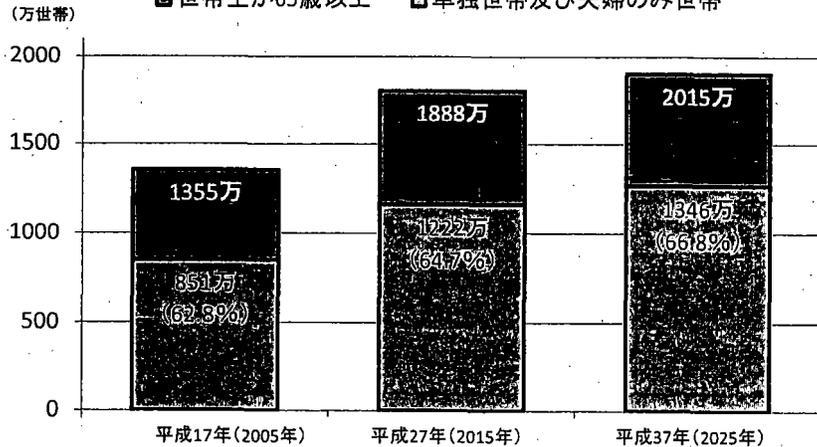
(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

将来推計(年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく

(高齢者世帯の増加)

高齢世帯の推計
(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)
■世帯主が65歳以上 ■単独世帯及び夫婦のみ世帯



出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」J2013(平成25)年1月推計

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

(日本のどこで高齢者数が増加しているのか)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

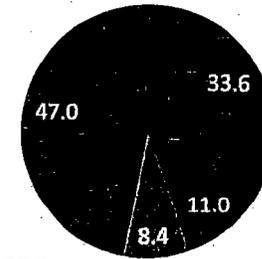
平成17→27年
高齢者 都道府県別増加数 割合(%)
(総計で800万人増加)

■首都圏4都県
(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県)

■大阪府

■愛知県

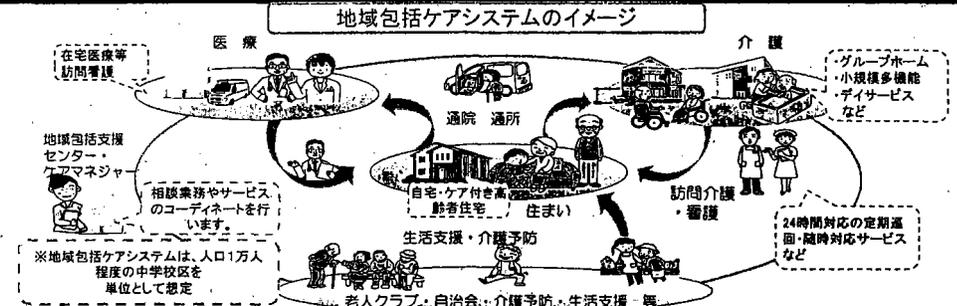
■その他41道府県



国立社会保障・人口問題研究所
「日本の都道府県別将来推計人口」より作成

首都圏をはじめとする都市部において、今後高齢者数が増加する

地域包括ケアシステム



【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のないサービス提供)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

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

中医協 総 - 4
2 5 . 6 . 2 6

高齢者の居住の安定確保に関する法律 (改正法: 公布 H23.4.28 / 施行 H23.10.20)

1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

- 《ハード》
 - ・床面積は原則25㎡以上
 - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
 - ・バリアフリー (廊下幅、段差解消、手すり設置)
- 《サービス》
 - ・サービスを提供すること (少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供)
 - [サービスの例: 食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》
 - ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること
 - (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

登録戸数: 111,966戸
(平成25年5月31日現在)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

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

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
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 など

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

3. 行政による指導監督

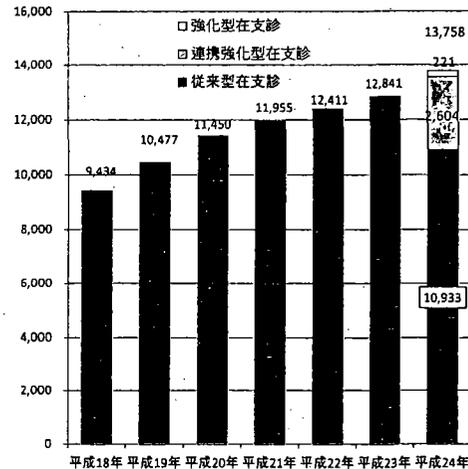
- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し



中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

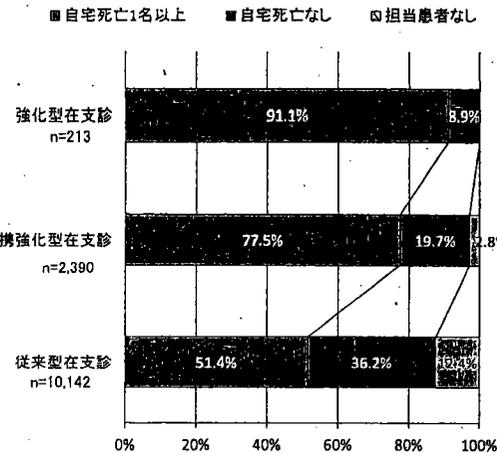
在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援診療所届出数



(注) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

在宅療養支援診療所の年間実績 (平成24年7月時点)



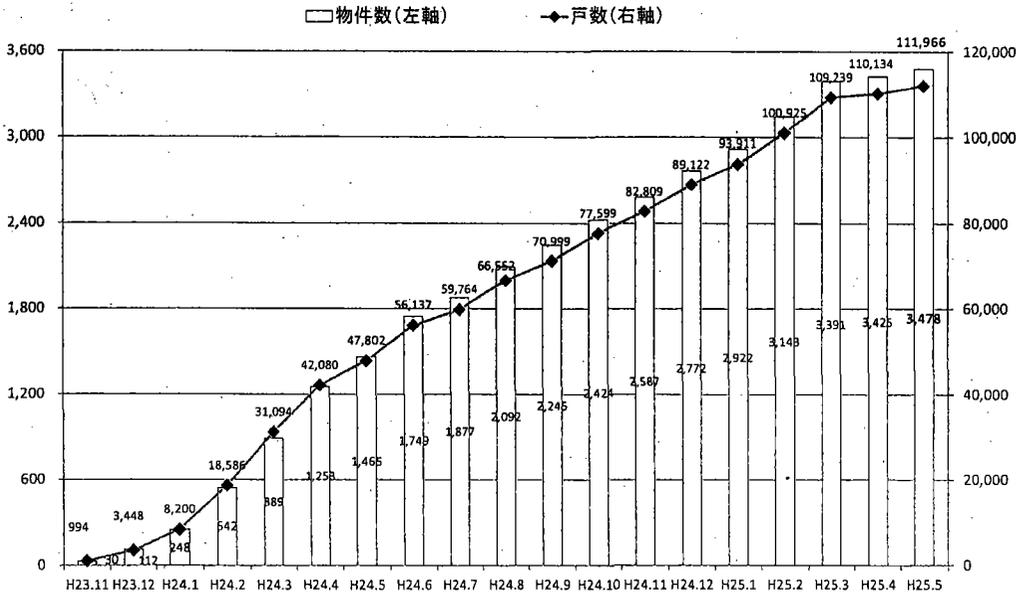
(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

出典: 保険局医療課調べ (平成24年7月1日時点)

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

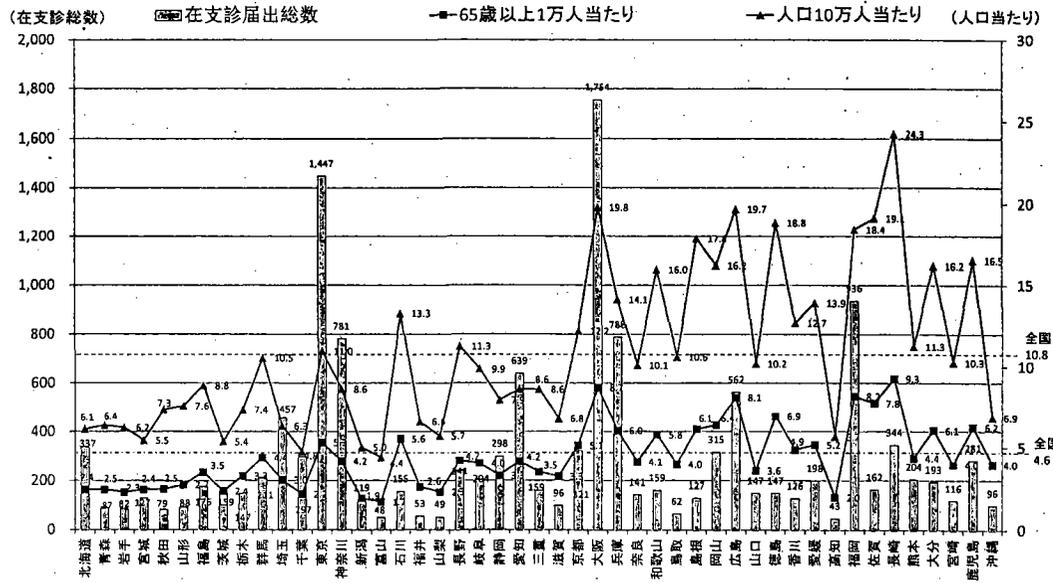
中医協 総 - 4
2 5 . 6 . 2 6

平成25年5月31日時点



在宅療養支援診療所の都道府県別分布

中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

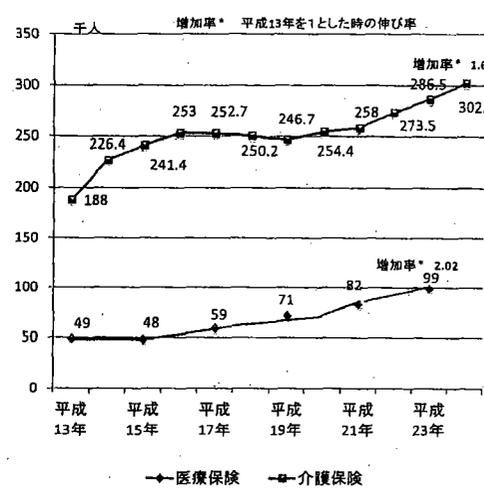


訪問看護の利用者数の推移

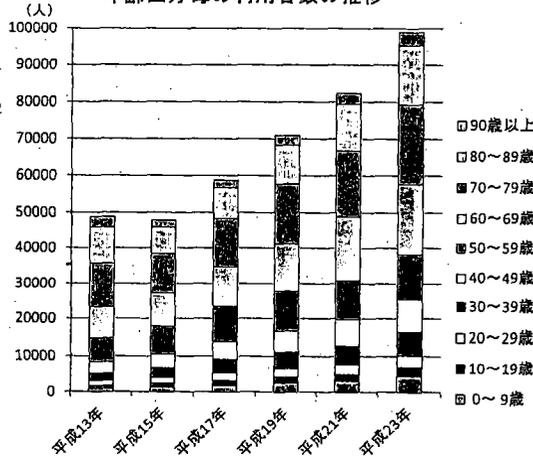
中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者は、どの年齢層も増加している。

訪問看護利用者数の推移



医療保険の訪問看護利用者年齢区分毎の利用者数の推移



介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査分
医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

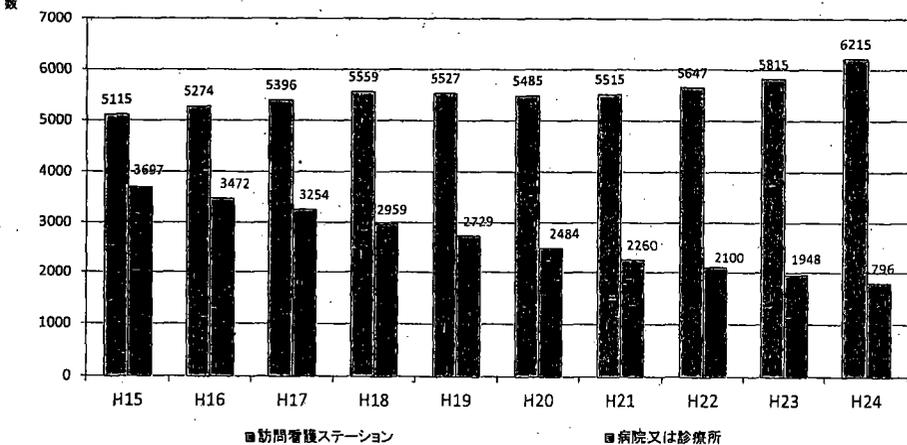
保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分) 65

訪問看護事業所数の推移

中医協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

- 訪問看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護事業所数は減少している。

訪問看護事業所数の推移



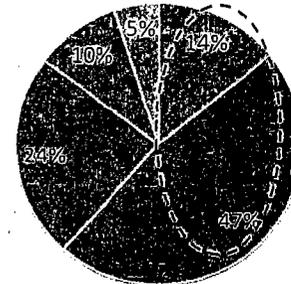
介護給付費実態調査(各年7月審査分)

訪問看護ステーションの規模別状況

中医協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

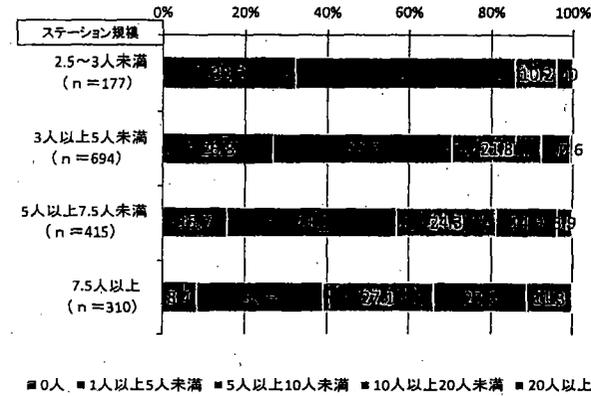
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%(参考)1事業所当たり看護職員数:約4.3人
- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

職員*数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



*訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



日本看護協会:訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業(平成21年3月)をもとに厚生労働省にて作成

在宅療養支援歯科診療所について

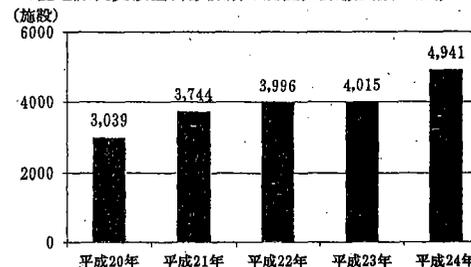
中医協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

- ◆ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>



<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

	歯科診	歯科診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 [平成24年度改定対応]	同一建物居住者以外の場合:110点 同一居住者の場合:45点	-

在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」(平成22年3月19日厚生労働省)(抜粋)

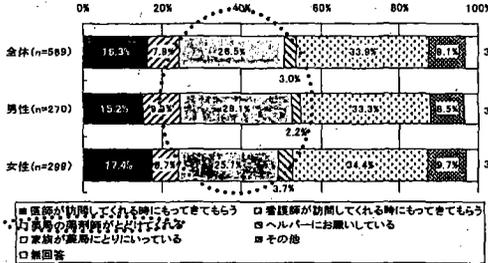
3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

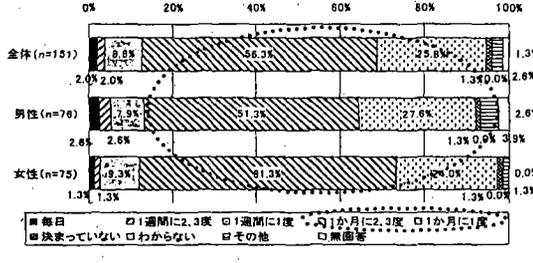
- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

現在の状況(参考)

<在宅患者が普段服薬している薬の受け取り方法>



<薬局の薬剤師が医薬品を患者へ届ける頻度>



【出典】平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 結果概要(速報)

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

- 高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。

診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

- 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒~10分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4~5回/月)

患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。

【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

今後の論点の整理

- これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

入院医療

- ① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
 - ② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
 - ③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方
- 等

外来医療

- ① かかりつけ医機能の評価
 - ② 大病院の紹介外来の推進
- 等

在宅医療

- ① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
 - ② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進
- 等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病床における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受け入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

- 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

IV. 地域特性について

- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

V. 有床診療所における入院医療について

- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

73

- ・ 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- ・ 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- ・ 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さがあげられる。
- ・ 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。

【論点】

- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

74

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- ・ 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- ・ これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。

【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

75

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。

【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

76

前回の医療部会での主な議論・意見

注1：前回の医療部会の議事録をもとに、事務局でまとめたものである。

注2：荒井委員からは意見書が提出されており、以下は、それ以外の議論・意見をまとめたものである。

<総論>

- 高齢化と少子化が急速に進展する中で、現在の医療提供体制のままで、本当に日本は大丈夫なのか、ということを議論すべき。議論にあたっては、現状を正しく把握することが必要である。（相澤委員）
- 都道府県と国の役割分担・責任分担を明確にする必要がある。（樋口委員）

1. 病床の機能分化・連携の推進

- 地域医療ビジョン策定にあたっては、「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月15日・急性期医療に関する作業グループ）で示されている通り、まずは、都道府県が報告制度を通じて医療機関の現状を把握し、国において、都道府県に報告された医療機能に関する情報を分析すべき。国は、この分析を踏まえ、地域医療ビジョンのガイドラインを作成し、その後、各都道府県によるビジョンの作成に移るというタイムスケジュールとするべきである。（西澤委員・中川委員）
- 医療機関が報告する医療機能については、引き続き、検討会で慎重に議論を行っていくべきである。（中川委員）
- 患者が急性期・亜急性期・回復期のどの機能に行けば良いのか正しく理解できるような、分かりやすい国民への情報提供のあり方を議論すべきである。（山口委員）

2. 在宅医療の推進

- 病院の機能だけでなく、在宅医療も絡めて調査を行ったうえで、医療提供体制を考えるべきである。（藤本委員）
- 在宅医療を推進するにあたっては、地域の医療財源としての診療所が、実態としてどれくらいの診療機能を持っているのかを調べるべきではないか。（山崎委員）
- 地域では高齢の開業医が多い中で、実際にどのくらいの医師が在宅医療を担うことができるのか、実態を把握する必要がある。在宅医療について、国が考えているニーズと、実際に提供できる体制がどの程度あるのかを、まずは正しく把握することが必要である。（今村委員）
- 在宅医療は、地域包括ケアシステムの一部であるから、医療計画だけではなく、市町村のつくる介護保険事業計画等とのリンケージを進めていかないとうまく機能しない。（田中部会長代理）
- 在宅医療の推進が一定のテンポ、速度を持って進展しなければ、やがて多くの高齢者の居場所がなくなることにつながるという危機感を共有することが必要。（高智委員）

3. 特定機能病院の承認の更新制の導入

- 特定機能病院の承認の更新制の導入は妥当である。現在検討されている特定機能病院の承認要件の見直しについては、特定機能病院の制度化から約20年が経過する点を考慮し、その間における高度の医療レベルの変化や、臨床研究、研修等の達成度等との関係も踏まえて検討するべきである。（加藤委員）

4. 医師確保対策（地域医療支援センター（仮称）の設置）

5. 看護職員確保対策

- ナースセンターによる職場復帰システムが実効的に構築されるよう、今後、看護師籍や業務従事者届出制度等との連動や、ナースセンターの機能強化等について、十分に検討する必要がある。（齋藤委員（菊池参考人））

6. 医療機関における勤務環境の改善

- 自主的な勤務環境マネジメントシステムの創設に賛成。看護職員確保対策の観点からは、夜勤交代制の勤務環境の改善や、妊娠中・育児中でも働き続けられる勤務環境の整備が有効。このため、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組むマネジメントシステムを創設し、行政がそうした取り組みを支援する仕組みは重要。（齋藤委員（菊池参考人））

7. チーム医療の推進

8. 医療事故に係る調査の仕組み等の整備

- 基本的なあり方について、病院団体は、これに賛成したものではない。医療事故については、再発防止に力点を置くべきであり、第三者機関を設けることはいいが、行政による懲罰や行政処分の対象となる、さらには刑法が適用できるという現在の仕組みを改正する方向での検討をお願いしたい。（日野委員）

9. 臨床研究の推進

10. 外国医師等の臨床修練制度の見直し

11. 歯科技工士国家試験の見直し

12. 持分なし医療法人への移行の促進

- 医療法人については、非営利性だけでなく、医療が有する公益性や、社会・地域貢献等の観点から、21世紀にふさわしい医療法人のあり方を議論しないと、人々の信用を得るのは難しいのではないかと。（田中部会長代理）
- 今回、制度改正を行うにあたっては、同時に税務の面での検討を行い、税務当局との調整を適切に進めるべきである。（山崎委員）

（以上）

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

荒井委員提出資料

平成25年6月20日

1 当医療部会においては、かねてより真摯な議論が行われ、日本の医療制度改革のために、大いに貢献されてこられたことに、深甚なる敬意を表し、感謝を申し上げます。

2 日本の医療提供制度において、都道府県は一定の重要な役割を果たしていると考えられるので、これからの医療提供のあり方についての議論においては、知事会をはじめ地方行政の関係者と厚生労働省をはじめ国の医療関係者との間で、建設的で忌憚のない意見交換が行われることを期待します。

3 本日の医療部会開催までに、知事会事務局と厚生労働省医政局との間で十分な意思疎通が行われなかったこともあり、本日までに知事会としての意見を充分集約できていない実情にありますので、本日は私個人の意見を中心に、以下稚拙な面もありますが、とりあえず申し述べさせていただくこととします。

4 一般病床の機能分化について

(1) 一般病床の機能分化については、医療資源適正化のため必要だという点は理解します。ところで、今回、急性期医療を中心に、一般病床の機能分化を行う考え方については、その目的とするところがあまり明確でないように思います。「急性期医療の強化」なのか、行き過ぎたと言われる「7:1看護の是正」なのか、その他の目的なのか、充分理解できません。「急性期、亜急性期、回復期医療の病床の機能分化」については、患者サイドから見てその意味するところ、医療計画策定者から見てその目的とするところが、よく分かりません。

(2) 「急性期医療の強化」が目的であれば、毎日のように救急病院に運び込まれる超高齢者に対する急性期医療のあり方、さらにはわが国の終末期医療提供のあり方について、明瞭で堅実な考え方を確立する必要があると思われま

(3) 医療機能の分類の概念（急性期、亜急性期、回復期等）は疾病ごとにその意味が異なることもあるので、より明確に定義づけられる必要があると思えますが、分類された医療機能の概念を、医療計画において、病床（病棟）の種類を分けるといった形で、制度化するには、まだ検討課題が多く残っていると考

(4) また、医療機能の分化に対応して、診療報酬の改定、病床（病棟）の区分に付随する人的医療資源（医師・看護師等）の配置・確保を、どのように措置されるのか明確ではありません。

(5) 一般病床の機能（細分化）は医療法でなく、医療機関が力量に応じて、国（地方厚生局）へ申請・認定を受ける診療報酬の仕組みの中で規定されているものです。都道府県にはこれらを制御する権限はないため、このままでは都道府県が一般病床の機能分化の推進をどのように進められるか不明瞭です。

(6) なお、本県では、既存の病床数が基準病床数を超える状況にあるものの、使われていない病床があることから、まず、既存病床の有効利用を図りたいと考えています。

また、医療法上、都道府県知事は病院の開設許可権限がありますが、建物の構造・設備や人的な要件が整っている限り、これを許可する仕組みです。良質な医療の提供という観点から、病院等の開設許可に際し、患者に提供される医療の質を加味した評価の仕組みがあっても良いのではないかと（例えば、診療報酬上の不正等を抱えていた機関であっても、許可される仕組みは問題ではないか）。

(7) このように目的、制度化の輪郭、付随して整うべき措置の内容など、中核となる項目について、理解が充分行き渡っていない状況のなかで、医療計画策定に加えて、医療機能の報告徴収義務が課され、更に、その情報等をベースに一般病床機能分化の促進等を盛り込む「地域医療ビジョン」作成の責任を知事に課す医療法改正案は、今のところ、受け入れ難いと考えます。

5 在宅医療の推進について

(1) 「在宅医療」は極めて重要なものと認識しており、その推進に積極的に取り組まれることに敬意を表します。

(2) 医療計画に記載される在宅医療の推進が、単なる「絵に描いた餅」にならないようにするためには、次のような事項が明確にされるべきものと考えます。

① 在宅高齢者には医療ほかの諸ニーズ（食事、買い物、介護、社会活動、住居内環境等）がありますが、このような高齢者 QOL の内で医療はどのような役目を果たすべきと考え、医療法の中でどのように位置付けられようとし

ているのか。

②「病院医療」と「在宅医療」の内容は大いに異なるものと思われるが、「在宅医療」の定義と果たすべき機能は法上どのように定められるのか。もし明確に定められれば、「在宅環境」の整備に大きな役割を果たすべきと考えている地方公共団体にとって大きな意味が生じるものと考えます。

③「在宅医療」の担い手（医師等）と「在宅ケア」の担い手（介護士、保健師、ケアマネージャー等）との関係、協力のあり方をどのように考えているのか。医療法と関連する法規において、「在宅医療」と「在宅ケア」に共通する目的の定義、法的なリンクが必要ではないのか。

④在宅医療における ADR のようなもの（非医師による代替行為）を推進する必要があるのではないかと。その際、「医師の指導のもとに」行うものとされている看護師の業務の在宅医療における再定義など、非医師による在宅医療行為を積極的に定義する必要があるのではないかと。（現状においては、在宅医療を担う医師が不足する状況）

⑤在宅の終末期医療のあり方はどのように考えておられるのか。在宅での看取りをご家族にとって意味があるものにするには、在宅における終末期の過ごし方（QOD）について、医療提供のあり方も含めて、関係者の間での共有される認識が必要ではないのか。

(3) 「在宅医療」の内容について、以上のような論点が見出される中、関係者の間での十分な意見交換のないまま、「在宅医療」を医療計画に記載するという法改正だけでは、「在宅医療の推進」に寄与するところは少ないものと考えます。

(4) いわゆる「社会的入院」の扱い方について

①高齢者はその終末期、自宅、急性期病床、療養病床、一般病床、老人保健施設、特別養護施設等においてどのように過ごせばよいのか。終末期の過ごし方を積極的に確立しなければ、終末期における医療の位置づけは難しいものと考えます。

②「多死社会」がまもなく訪れるこの時期に、高齢者に対する地域医療ビジョンを策定する観点からは、次のような点が明確にされるべきと考えます。

・療養病床における医療の内容と老人保健施設における医療の内容はどのような違いがあるのか。また、それぞれはどのようなものであるべきなのか。

・人生の末期において、身の置き場のない人をどのように扱うのか。

6 特定機能病院の承認の更新制について
更新制度は必要と考えます。

7 医師確保対策について

(1) 医師の地域間、診療科間での「偏在」は、地域にとって、最も重要な課題のひとつです。平成23年12月22日の本部会の意見において、

「・・・都道府県が地域の医師確保に責任をもって取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。」と述べられていることは、当を得た意見であると思います。

(2) ところで、医師確保、医師偏在を是正するための都道府県の手段は皆無に等しく、今回の法改正で提言されている「地域医療支援センター」の設置だけではとても期待される役割を都道府県は果たし得ないと思います。

(3) 医師確保、医師の偏在是正のために、国と地方はどのように役割分担すべきかを真摯に話し合い、今次の医療法改正を機に国を挙げての実効性のある体制を構築すべきだと考えます。

(4) そのためには、まず医療法を所管されている立場の国として、次のようなことについて、明確に所見を述べられ、地方との対話のきっかけを作られるべきだと考えます。

①医師の地域間、診療科間での「偏在」をどのような手法で確認、認定されようとしているのか。

②「医師偏在」の原因をどのように認識され、その解消をどのような仕組みで解消されようとしているのか

③女性医師の勤務地、診療科の「偏在」をどのように認識されているのか。

④医師の育成地と勤務地の「偏在」の根本的原因をどのように考えられ、その是正策は、どのようなものをお考えおられるのか。

⑤地域支援センターのあるべき機能をどのように考えておられるのか。支援の内容はどのようなものを想定しておられるのか。それは効果がありそうなものか。支援はどのような仕組みで実行可能か。

(5) さらに、国と地方との役割分担についての国のお考えを明確に開陳していただくことが何よりも重要と想料します。都道府県は、医師確保対策、医師偏在是正対策において、より重要な役割を果たしたいと考えており、その観点から、都道府県知事の権限及び責任の強化は必要と考えます。

(6) 急性期医療の強化、医師の診療科間の偏在是正、専門医の地域医療への貢献の拡大等のためにも「専門医の認定制度の確立」は極めて重要と認識します。学会に委ねるのではなく、国による専門医制度の確立が望まれます。今後実施される専門医の認定制度の中に、地域医療への貢献の要素を盛り込まれる必要があると考えるので、その点について知事会との意見交換を早めに行いたいと考えます。

8 看護師確保対策について

(1) 潜在看護師に対する再就職支援の観点から、業務に従事していない者の都道府県知事への届出は適切なものと考えます。

(2) 地域における看護師の確保、質の向上の観点から、看護師の職業アイデンティティ及びキャリアパスの確立は是非とも必要であり、そのための都道府県知事の権限及び責任の強化が必要と考えます。その点について、国との議論を深めさせていただきたいと考えます。

(3) また、有能な看護師（例えば、中堅や主任クラス）になるところで、出産・育児・就学への対応を求められ職場から離職せざるを得ないなどの要因を踏まえた対策の充実も重要と考えます。

9 医療機関の勤務環境改善について

(1) 医療機関における夜間勤務、超過勤務の実態は過酷であり、良質な医療提供の観点から一日も早い環境改善が必要と考えます。

(2) ところが、そのため誰が何をすべきかといったことが明確ではありません。また、医療勤務環境改善センター（仮称）のような、どのような権能を持ち、どのような機能を果たせるのかまだ不明確な組織を設置するだけの法改正で、医療機関の勤務環境が改善できると考えておられるならば、不十分な対応姿勢と存じます。医療法所管官庁として、勤務環境改善に向けての気迫と見識を示してほしいと思います。

(3) 医師の医療機関における時間外勤務、宿直について、医療法と労働基準法の規定に齟齬があります。早急な立法による解決が必要と考えます。

(参照：県立奈良病院時間外勤務手当事件)

①医療法第16条は「病院の管理者は病院に医師を「宿直」させねばならない」と規定するが、働き方についての規定は存在しない。

②労働基準法第41条では「宿直は、監視又は断続的労働に従事する者として、

常態としてほとんど労働する必要がない勤務のみを認める」参考：厚生労働省通達（平成14年3月19日付）

10 チーム医療の推進について

(1) チーム医療の認識とその推進は必要なことと存じます。

また、地域医療計画の遂行にあたって、「チーム医療」の概念を取り入れていくことも必要と考えていますので、次のような事項についても、考慮していただきたく存じます。

(2) 医療の現場は多様であり（過疎地の診療所、救命救急センターが病棟、老健施設、在宅等）、その中で医療専門家が果たすべき役割が異なります、状況の異なる医療現場を前提に、望ましい「チーム医療」の概念を明確にしておく必要があると思います。

(3) あらゆる医療現場に、医師が存在するとは限りませんので、医療が必要な現場に医師が不在の場合のADRのようなもの（非医師による代替行為）を推進していただきたく存じます。

(4) 「チーム医療行為」の責任の所在を常に確認しておく必要があると考えます。

11 医療事故に係る調査の仕組み等

(1) 医療事故の原因究明、再発防止の取組みは極めて重要であるので、仕組みづくりに取り組まれる姿勢には敬意を表します。

(2) 医療事故の原因究明、再発防止のためには、医療事故が発生した場合、その原因を絶えず調査し、調査結果を収集・集積し、原因を調査する独立性の高い、中立的な常設機関が必要と考えます。

(3) 遺族又は医療機関の求めに応じて第三者機関を設置するのでは、「遺族のため又は医療機関のため」の調査になりがちで、「再発防止のため」の調査という大事な目的が見過されてしまいます。

(4) 原因究明のための中立性、独立性の高い調査機関の設立と、国も関与した医療事故の補償制度の確立は是非とも必要です。そうしなければ、医療事故に係る訴訟が増大し、司法資源を偏って消費しかねません。

(5) 医療事故に関しては、都道府県も一定の調査権限（医療法第25条の立入検査等）はありますが、調査結果を分析する能力は充分ではなく、また、調査結果が医療内容の是正、医師の処分などに生かされることもありません。（奈良県山本病院事件参照）

(6) 医療の質の安全管理、医療機関のリスクマネジメント、医療事故の予防は、地域における良質な医療の確保のため重要なことですので、都道府県知事の調査の充実と結果を集積し、分析する機関の設置が望ましいと考えます。

1.2 医療法とその他の医療関係法制の体系化づくりについて

(1) 都道府県は、医療関係法規に基づく権限・責任が分掌されている例が多くありますが、国法間における関連づけ、体系化が充分なされていないため、法の執行及び諸計画の策定にあたって、とまどうことが数多くあります。

(2) 今次の医療法改正にあたっては、まず医療関係法体系の中での医療法の位置付けをより明確にされることを強く希望します。そのために、医療法の目的の中にそのような規定を盛り込むことを検討していただきたく存じます。また、具体的施策の展開にあたっては、健康増進、予防医学の分野の法制と医療法との法的なリンク、診療報酬制度と医療提供制度との法的関連づけ、健康保険指定制度と医療提供制度との法的関連づけを明確にされることを強く希望します。

(3) とりわけ、健康保険法における保険医療機関の指定の取消を受けそうな医療機関が廃止の届出を出さず、ブローカーの暗躍の下、医療資源を有利に「売却」しようとする現状は、わが国医療産業の見苦しい部分であり、看過し難く、関係法規の整備を強く希望します。（参照 最近の奈良県の事情）

1.3 検討の時間が足らず本日述べることのできなかつた部分については、後日の意見表明もありうることをご了承下さい。

医療法等改正法案の全体像

医療サービス提供体制の現状と課題

- 今後、高齢化の進展により、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。これに対応するためには、医療サービスをより効果的・効率的に提供していく必要がある。

こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。

- ・病院・病床の機能・役割分担が不明確
- ・急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能が不足
- ・多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・充実が必要

また、人材確保の面では、以下の課題が存在。

- ・医師が地域間・診療科間で偏在
- ・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、医療スタッフの業務増大
- ・長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境

- 医療事故の原因究明・再発防止のため、全ての医療機関に医療事故を調査する仕組みを確立していくことが課題。

- 次世代のより良質な医療の提供を図っていくため、臨床研究の基盤を整備し、基礎研究の成果を実用化に結びつけていくことが課題。

医療法等改正法案による対応の方向性

病院・病床機能の分化・連携

- 1 病床の機能分化・連携の推進
- 2 在宅医療の推進
- 3 特定機能病院の承認の更新制の導入

人材確保・チーム医療の推進

- 4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)
- 5 看護職員確保対策(看護師復職支援のための届出制度)
- 6 医療機関における勤務環境の改善
- 7 チーム医療の推進(特定行為に係る看護師の研修制度等)

医療事故の原因究明・再発防止

- 8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備

臨床研究の推進

- 9 臨床研究の推進(臨床研究中核病院(仮称)の位置づけ)

その他

- 10 外国医師等の臨床修練制度の見直し
- 11 歯科技工士国家試験の見直し
- 12 持分なし医療法人への移行の促進

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化などの医療を取り巻く環境の変化に対応するため、「社会保障・税一体改革」(平成24年2月17日閣議決定)に基づく病院・病床機能の分化・強化や、在宅医療の充実、チーム医療の推進等により、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する。

法案の概要

1 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係)

- ① 各医療機関が、その有する病床の医療機能(急性期、亜急性期、回復期等)を都道府県知事に報告する仕組みを創設。
- ② 都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(地域医療ビジョン)を策定。

※ 上記と併せて、国・都道府県・病院・有床診療所の役割や、国民・患者の責務を規定。

2 在宅医療の推進(医療法関係)

- ・ 医療計画において、在宅医療についても5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。

3 特定機能病院の承認の更新制の導入(医療法関係)

- ・ 高度の医療の提供等を担う特定機能病院について、その質を継続的に確保するため、更新制を導入。

4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)(医療法関係)

- ・ 都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足病院の医師確保の支援等を行う地域医療支援センター(仮称)の設置の努力義務規定を創設。

5 看護職員確保対策(看護師等確保促進法関係)

- ・ 看護職員の復職を効果的に支援する観点から、看護師免許等の保持者について、都道府県ナースセンターへの届出制度を創設。

6 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係)

- ・ 国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置等を規定。

7 チーム医療の推進

- ① 診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール(手順書)に基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係)
- ② 診療放射線技師の業務範囲を拡大(診療放射線技師法関係)
- ③ 歯科衛生士の業務実施態勢を見直し(歯科衛生士法関係)

8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係)

- ・ 医療事故の原因究明及び再発防止を図るため、医療機関に対する院内調査の実施を義務付け、各医療機関から報告のあった調査結果の分析や再発防止策に係る普及・啓発を行うとともに、遺族又は医療機関の求めに応じて医療事故に係る調査を行う第三者機関の設置等を規定。

9 臨床研究の推進(医療法関係)

- ・ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院(仮称)として位置づける。

10 外国医師等の臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係)

- ・ 臨床修練制度について、手続・要件の簡素化を行うとともに、研修目的に加えて、教授・臨床研究目的の場合における診療行為を新たに認める。

11 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係)

- ・ 現在都道府県が行っている試験について、国が実施。

12 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係)

- ・ 持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行するための移行計画を策定し、都道府県知事がこれを認定する仕組み等を設ける。

※現段階の検討内容であり、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ、引き続き検討を行う。

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成25年8月2日

1. 先般の医療部会において、「知事をはじめ地方行政の関係者と厚生労働省をはじめ国の医療関係者との間で、建設的で忌憚のない意見交換が行われることを期待します。」と申し述べたところ、早速先月18日に医療法改正に係る厚生労働省と都道府県との協議が開催されましたことを感謝申し上げます。

2. 知事会においても、早速医療法改正についての勉強会を立ち上げました。今後とも、真摯な意見交換を行い、医療法改正に向けて、建設的に協議が進むようにしていきたいと考えています。

3. 近い将来、高齢化に伴う大幅な病床不足が確実に見込まれる中、病院・病床の機能分化、機能に応じた医療資源の集中投入は喫緊の課題であり、医療法改正とこれに基づく具体的な施策の展開は早急に実施すべきであると考えており、私としても積極的に協力をしたいと考えています。

4. 診療報酬について

(1) 診療報酬は、国において決められることですが、医療機関にとって極めて大きなインセンティブとなるため、診療報酬による誘導は慎重な配慮が必要と考えます。このことは、かつて7：1看護に関する診療報酬改定が病床の偏在を招いたことをよく検証する必要があります。

(2) 医療機能分化については、医療法と診療報酬を車の両輪として進めることが必要である、との厚労省の考え方が既に示されています。医療機能分化について、「地域医療ビジョン」の策定など、都道府県において一定の役割を担うことが求められている以上、地域の実情に応じて医療機能分化に資する補助金の創設を強く要望をします。そして、この補助金は、施設整備に限定することなく、ソフト事業も対象とし、公立病院・民間病院のいずれも対象とすることが重要です。

(3) 診療報酬は全国一律で地域の実情にきめ細かな対応はできない反面、補助金は地域の実情に応じて、医療資源を適正に配置する有効な誘導策となり得るため、診療報酬はこの補助金と整合的な形で、目標を明確にして重点化することが必要と考えます。

(4) 補助金、目標が明確にされた診療報酬と併せて、都道府県が主体的に、地域の実情に応じた最適な医療提供体制を構築できるような手法の導入についても、この際実現していただくことを要望します。

平成24年度診療報酬改定のスケジュール

平成23年

内閣

中医協

【第64回社会保障審議会医療保険部会
(平成25年7月25日)資料】

6月30日 社会保障・税一体改革 成案

社会保障審議会

7月～12月 診療報酬改定に係る基本方針について審議

12月1日 平成24年度診療報酬改定の基本方針

内閣

12月21日

予算編成過程において、診療報酬等の改定率を決定

平成24年

厚生労働大臣

1月18日

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- ・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」に基づき診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月5日 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

10月末 医療経済実態調査結果報告

～12月

- ・ 検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

12月上旬 薬価調査・材料価格調査結果報告

1月～

- ・ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

2月10日

- ・ 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

平成24年4月1日 施行

第30回社会保障審議会医療部会	参考資料1-2
平成25年8月2日	

【第64回社会保障審議会医療保険部会(平成25年7月25日)資料】

平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成23年12月1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24年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

- 国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。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である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「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)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である。
- 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、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、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した意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 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. 重点課題

- 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下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、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から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が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課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、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あり、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」を改定の視点として位置付けることとする。
- 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、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求められており、「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」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、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あり、「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」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、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あり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、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ことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 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

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、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、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、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・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、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推進などに関する適切な評価について検討するべきである。

- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、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についても検討するべきである。

(2) 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

- 患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、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、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・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 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

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、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、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、医療機関間の連携に対する評価などについて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

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある

領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。

平成21年12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

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 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、引き続き、「社会保障・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。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた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、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、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べきである。
- また、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べきである。
- さらに、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、検討を行っていく必要がある。

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使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、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19年12月3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

1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠であり、各地域で必要な医療の確保を図るためにも、不断の取組が求められる。
- (2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」(平成17年11月)に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等(別紙参照)を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識して対応するべきである。
- (3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある。
- (4) 平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

【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

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

（産科・小児科への重点評価）

ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。

（診療所・病院の役割分担等）

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。

（病院勤務医の事務負担の軽減）

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

(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

患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

（医療費の内容の情報提供）

ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討するべきである。

（分かりやすい診療報酬体系等）

イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、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について、さらに必要な見直しを行うべきである。

（生活を重視した医療）

ウ 患者の生活を重視する視点から、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の在り方について検討するべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方について、検討するべきである（緊急課題のイの一部再掲）。

（保険薬局の機能強化）

エ 診療所の夜間開業等に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、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の在り方について検討するべきである。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」（緊急課題のウ）は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(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

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が安心・納得して早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを充実していくことが必要である。

(質が高い効率的な入院医療の推進)

ア 医療計画見直し等の医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き、検討するべきである。

(質の評価手法の検討)

イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討していくべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。

(在宅医療の推進)

エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした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の在り方について検討するべきである。

(歯科医療の充実)

オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、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の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「診療所・病院の役割分担等」（同イ）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(2)の視点にも位置付けられる。

(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

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については、国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。

(脳卒中対策)

イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、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が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

(自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、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。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、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について検討するべきである。

(オンライン化・IT化の促進)

カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(3)の視点にも位置付けられる。

(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

国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

(新しい技術への置換え)

ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、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(3)のエの一部再掲)。

(後発品の使用促進等)

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、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について検討するべきである(3)のオの再掲)。

(市場実勢価格の反映)

ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである((2)のウの再掲)。

(その他効率化や適正化すべき項目)

オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討するべきである。

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日、後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4 終わりに

中医協におかれては、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。

(別紙)

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25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

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

参考資料 4

平成17年11月25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

平成18年度診療報酬改定の基本方針

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - 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
 - 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
 - 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

価値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

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。
- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

2 4つの視点から見た平成18年度改定の基本方針

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

- 必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見て分かりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。
- このため、診療報酬体系の見直しに当たっては、そもそも診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする視点に立って、見直しを推進するべきである。
とりわけ、診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分からないままに費用を負担しているものもあるとの指摘もあり、現行の診療報酬の名称等の位置付けも含め、点検を行っていくべきである。

- 患者への情報提供の推進の観点からは、患者が保険医療機関を受診等した場合に医療費の内容の分かる領収書の発行を受けることができるよう、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組と併せ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務付けることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。

- また、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供する観点からは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策について検討するべきである。

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

- 質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。

- また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、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の在り方について検討するべきである。

- さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在

り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討するべきである。

- このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討するべきである。

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

- 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については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。
- 例えば、産科や小児科、救急医療等については、診療科・部門による医師の偏在により地域において必要な医療が確保されていないとの指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、これらの領域に対する診療報酬上の適切な評価について検討するべきである。
- また、医療分野においてはIT化が遅れているが、IT化を推進していくことは、被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにとってメリットのあることであり、解決すべき課題を整理しつつ、これを集中的に推進していくための方策についても検討するべきである。
- さらに、医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性についても検討していくべきである。
- このほか、医療技術については、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術については、有効性、安全性等のほか、その導入の効果についても十分に確認した上で、適切に保険導入を図っていくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮していくべきである。

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

- 国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。
- このため、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方、入院時の食事に係る評価の在り方、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の在り方、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の在り方、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の在り方等について検討するべきである。
- また、医薬品については、画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方で、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性の維持に資するものであることから、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討するべきである。
- このほか、医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

③ 終わりに

- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、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。
- また、平成18年度診療報酬改定の結果については、本基本方針に即した改定であったかどうか、実際の改定の効果がどの程度あったのか等について、中医協において検証を行い、その結果を当部会に報告いただくことを希望する。

平成24年度診療報酬改定の概要②

平成24年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

歯科における重点配分(4,700億円)

- I 負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)
- II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実
 - ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。(1,500億円)
- III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入
 - ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。(2,000億円)

歯科における重点配分(500億円)

- I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等
 - ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。
- II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
 - ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

- I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実
 - ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。
- II 後発医薬品の使用促進
 - ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

2

平成24年度診療報酬改定の概要③

重点課題1 急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ① 救急・周産期医療の推進
- ② 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- ③ 救急外来や外来診療の機能分化
- ④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

重点課題2 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及び在宅医療等の充実

- ① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- ② 看取りに至るまでの医療の充実
- ③ 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実
- ④ 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

- ① 医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療
- ② 医療安全対策、患者への相談支援対策の充実
- ③ 病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価
- ④ 後発医薬品の使用促進、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価など

3

平成24年度診療報酬改定の概要①

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38% (約5,500億円)
医科	+1.55% (約4,700億円)
歯科	+1.70% (約500億円)
調剤	+0.46% (約300億円)
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

1

病院医療従事者の勤務体制の改善等①

▶ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド4)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド12)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド13)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド9)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド12)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド22)

<病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例>

【必須項目の例】

- ・ 医師と医療関係職種等における役割分担
- ・ 外来縮小の取り組み※ 等

※特定機能病院及び一般病床500床以上の病院に限る

【選択項目の例】

- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮 等

6

救急・周産期医療の推進①

小児救急医療の評価

▶ 従来からある、一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日あたり)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

【算定要件】

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

【施設基準】

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

4

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

▶ 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) 30対1	410点
(新) 40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。

7

救急・周産期医療の推進②

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

▶ 一般病棟(13対1、15対1)において、急性期後の患者、状態が悪化した在宅療養中の患者、介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設し、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)

▶ 療養病棟においても、療養病棟入院基本料1(20対1)算定病床について、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行い、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点 → 300点(1日につき)

5

救急外来や外来診療の機能分化の推進②

初・再診料及び関連する加算の評価

- ▶ 現在は、同一日の2科目以降の再診は評価されていないが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療料を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診を評価を行う。

(新) 再診料 _____ 34点(同一日2科目の場合)

(新) 外来診療料 _____ 34点(同一日2科目の場合)

- ▶ 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

【改定後】時間外対応加算

地域医療貢献加算	3点
----------	----



(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

【算定要件】
 時間外対応加算1: 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。
 時間外対応加算2: 標榜時間外の準夜間において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。
 時間外対応加算3: 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜間において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。
 連携する医療機関数は、3以下とする。連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

10

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価③

看護補助者配置の手厚い評価

- ▶ より手厚い看護補助者の配置や夜間配置等の評価を行い、看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担の推進を図る。

■看護補助者のより手厚い配置

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上※) 160点

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満※) 140点

※届出に必要な看護補助者の数に占める看護補助者(みなし看護補助者(入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超過して配置している看護職員)を除く)の割合(常勤換算)

■夜間の看護補助者のより手厚い配置

(新) 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 10点

(新) 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点

■夜間の看護職員の手厚い配置

(新) 看護職員夜間配置加算 50点

【施設基準】夜勤の看護職員数は、当該病棟の入院患者数に対して、12対1以上であること

8

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- ▶ 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 _____ 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 _____ 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

【算定要件】
 ・紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
 ※ただし、逆紹介率が30%以上の場合は除く。
 ・当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

11

救急外来や外来診療の機能分化の推進①

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- ▶ 従来は、小児に対するトリアージのみが評価されていたが、全年齢層の夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかに院内トリアージを実施した場合の評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 院内トリアージ実施料 100点(初診時)

- ▶ 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)

- ▶ 地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げて、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点

2 550点 → 600点

地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点

※地域連携小児夜間・休日診療料1:小児科医が一定時間入院している場合
 2:小児科医が常時入院している場合

9

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価(術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的)

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300点
【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(I) 190点
【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(II) 300点
【入院中の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(III) 190点
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

(新) 周術期専門的口腔衛生処置 80点

14

チーム医療の推進①

一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。

➤(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

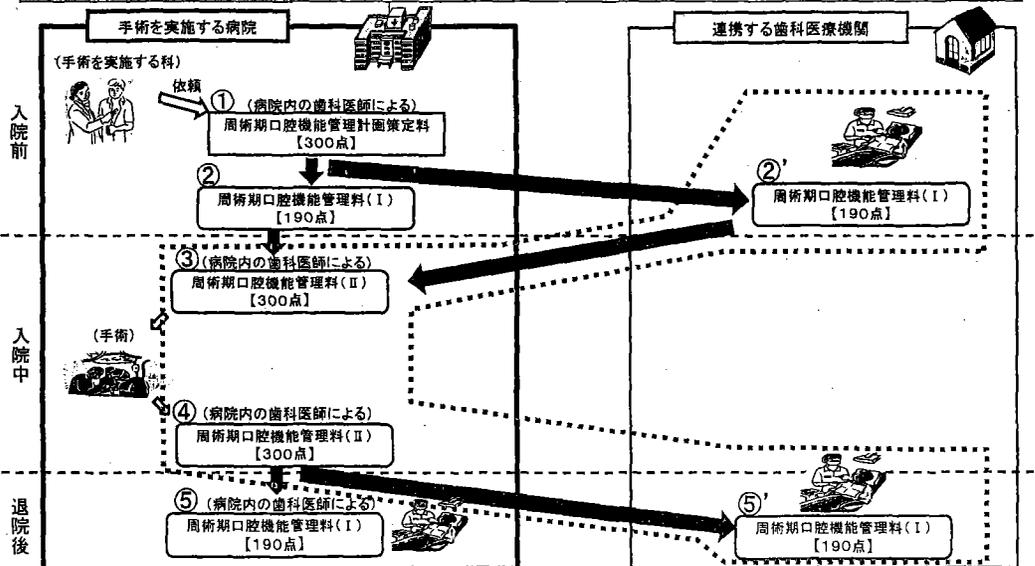
臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理の評価

- 医師、専門性の高い看護師等のチームによる臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価を新設し、移植医療の充実を図る。

(新) 移植後患者指導管理料
臓器移植後患者指導管理料 300点(月1回)
造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点(月1回)

2

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

15

チーム医療の推進②

外来緩和ケアチームの評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療に対する評価を新設し、緩和ケアの充実を図る。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点(月1回)

薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

13

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患者までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

18

訪問看護の充実

医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- ▶ 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- ▶ 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- ▶ 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

(新) 複数名訪問看護加算 300点(訪問看護療養費3,000円)

▶ 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア^(※))

(新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円

(新) 訪問看護基本療養費(専門の研修を受けた看護師) 1,285点

▶ 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

(※) 緩和ケアについては、スライド16再掲

19

在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

▶ 医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・ 緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・ 在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・ 在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・ 在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点

往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

▶ 緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

16

在宅歯科医療の評価

在宅歯科医療の推進

▶ 歯科訪問診療の対象者の表現の見直し

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者 → 在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者

▶ 歯科訪問診療料の評価の引き上げ

歯科訪問診療料1 830点 → 850点

【同一建物居住者(在宅等で2人以上を診療した場合)以外に対する歯科訪問診療をした際の評価】

▶ 歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

【歯科治療に必要な切削器具等を常時携行している場合の評価】

同一初診期間中 同一建物居住者以外: 170点
1回目: 232点 → 同一建物居住者 同一日に5人以下: 85点
2回目以降: 90点 同一日に6人以上: 50点

▶ 歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価

(新) 歯科訪問診療補助加算 同一建物居住者以外: 110点
同一建物居住者: 45点

17

生活習慣病対策の推進

糖尿病透析予防指導の評価

▶ 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- 糖尿病教室等を実施していること。
- 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

22

維持期リハビリテーションの評価

維持期リハビリテーションの評価

▶ 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション*について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されなが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料> 【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	245点	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	221点
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	200点	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	180点
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	100点	脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	90点
運動器リハビリテーション料(I)	175点	運動器リハビリテーション料(I)	158点
運動器リハビリテーション料(II)	165点	運動器リハビリテーション料(II)	149点
運動器リハビリテーション料(III)	80点	運動器リハビリテーション料(III)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

20

精神科急性期医療の充実

精神科医療機関間の連携の評価

▶ 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が受け入れた場合の評価を新設し、精神科救急医療機関と後方病床としての精神科医療機関の連携を評価する。

(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 1,000点

(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 2,000点

[算定要件]

精神科救急医療機関に緊急入院した患者が、入院日から60日以内に他の精神科医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関

精神科救急搬送患者地域連携受入加算

精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、児童・思春期入院医療管理料の届出を行っている医療機関

23

がん医療の推進

緩和ケアの評価

▶ 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。【現行】 緩和ケア病棟入院料(1日につき) 【改定後】

緩和ケア病棟入院料	3,780点	(改) 30日以内の場合	4,791点
		(改) 31日以上60日以内の場合	4,291点
		(改) 61日以上の場合	3,291点

がん診療連携の充実

▶ 多様化したがん治療に対応できるよう、がん診療連携に係る評価について要件等の見直しを行い、地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる。

(改) がん診療連携拠点病院加算

従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

(改) がん治療連携計画策定料

従来は、手術後に速やかに退院した場合のみ算定可能であったが、退院後の外来診療時や、計画変更時でも算定可能とする。

21

認知症対策の推進

認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症患者について、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

認知症治療病棟入院料1		認知症治療病棟入院料1	
60日以内の期間	1,450点	30日以内の期間	1,761点
61日以上	1,180点	31日以上60日以内の期間	1,461点
		61日以上	1,171点

- 看護職員の数等が異なる認知症治療病棟入院料2についても、同様に評価体系を見直す。

26

精神科慢性期医療の充実

精神療養病棟入院料の見直し

- 精神科救急医療体制の確保への協力及び重症者を受入れている病棟の評価を行い、より質の高い精神医療の充実を図る。

精神療養病棟入院料(1日につき)		精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,050点		1,061点
重症者加算(1日につき)	40点	(新) 重症者加算1(1日につき)	60点
		(新) 重症者加算2(1日につき)	30点

〔算定要件〕
重症者加算:当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

〔算定要件〕
重症者加算1
精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であって、当該患者のGAF尺度による判定が30以下であること。
重症者加算2
当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

- 退院支援部署による支援で退院した場合の加算を新設し、早期退院を推進する。

(新) 退院調整加算 500点(退院時1回)

24

感染防止対策の評価

感染防止対策の評価

- 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)
(新) 2 100点(入院初日)

【施設基準】

感染防止対策加算1

- 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 (ア又はイのうち1名は専従であること。)
- 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2(感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可とする。
- 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

27

地域における精神医療の評価

通院・在宅精神療法の見直し

- 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

通院・在宅精神療法(1回につき)		(新)通院・在宅精神療法(1回につき)	
1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	500点	1 初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	700点
2 1以外の場合		2 1以外の場合	
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点

25

生活の質に配慮した歯科医療

歯の保存に資する技術の評価

> 歯周病に関する技術の評価の見直し

スケーリング【歯石の除去】(3分の1顎につき):64点 → 66点
 スケーリング・ルートプレーニング【歯石の除去及び歯根面の滑沢化】(1歯につき)
 前歯:58点 → 60点、小臼歯:62点 → 64点、大臼歯:68点 → 72点
 歯周病安定期治療の実施間隔の見直しや歯周外科手術の評価の引き上げ ほか

> 歯内療法(歯の神経等の治療)に関する評価の見直し

抜髄【歯の神経の除去】(1歯につき)単根管:220点 → 228点
 感染根管処置【細菌感染した歯質や神経の除去】(1歯につき)単根管:130点 → 144点
 根管貼薬処置【根管に薬剤を貼付】(1歯1回につき)単根管:20点 → 26点 ほか

障害者歯科医療の充実

> 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算 → 歯科診療特別対応加算

※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化

30

歯科固有の技術の見直し等

患者の視点に立った歯科医療の充実

> 歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関の評価の見直し

外来診療環境体制加算(初診料の加算):30点 → 28点
 (新) 再診時外来診療環境体制加算(再診料の加算) 2点

歯科固有の技術の適切な評価

> 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

初期う蝕早期充填処置【う蝕の進展を防止するための治療】:120点 → 122点
 窩洞形成【う蝕治療のために歯の形態を整える治療】単純なもの:54点 → 60点
 う蝕歯即時充填形成【う蝕に罹患した歯を1日で行う治療】(1歯につき):120点 → 126点
 金属歯冠修復【失われた歯の形態・機能を回復する治療】(1個につき):445点 → 454点 ほか

> 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

印象採得【入れ歯作製のための歯型どり】(1個につき)歯冠修復 連合印象:60点 → 62点
 有床義歯【入れ歯作製】総義歯(1顎につき):2,060点 → 2,100点
 有床義歯修理【入れ歯の修理】(1床につき):220点 → 224点 ほか

31

リハビリテーションの充実①

回復期リハビリテーション病棟の評価

> 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

【施設基準】(回復期リハビリテーション病棟入院料1のみ記載)

回復期リハビリテーション病棟入院料1

- ① 看護配置常時13対1以上(看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 看護補助者常時30対1以上
- ③ 専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の社会福祉士等1名以上
- ④ 在宅復帰率7割以上
- ⑤ 新規入院患者の3割以上が重症の患者であること
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度」A項目1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

28

リハビリテーションの充実②

早期リハビリテーションの評価

> 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、早期リハビリテーションの評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

14日以内の期間

(新) ① リハビリテーション科の医師が

勤務している医療機関の場合 75点

② その他の場合 30点

15日以上30日以内の期間 30点

【算定要件】

- 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料については治療開始日から起算して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定する。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

29

手術料や内科的な技術等の評価

2. 外保連試算を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試算第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡の大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

基本的な考え方

▶ 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価(スライド33枚目)

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 手術料の引き上げ(スライド34枚目)

「外保連試算第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

3. 内科的技術の評価(スライド34枚目)

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

4. 先進医療からの保険導入(スライド34枚目)

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設(スライド34枚目)

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

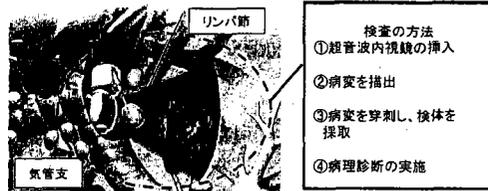
新たな医療技術の具体的な例

新しい医療技術の例

▶ 技術名: コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



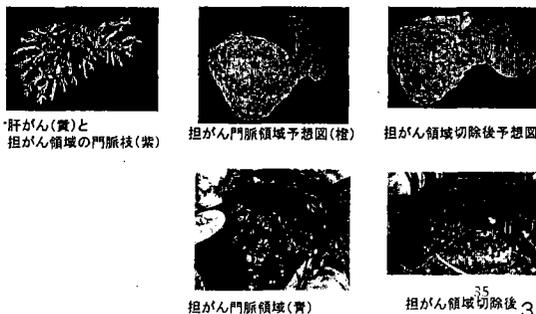
イメージ図: リンパ節穿刺の場合

▶ 技術名: 肝切除術における画像支援ナビゲーション

技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



肝がん(黄)と 胆がん領域の門脈枝(青)

胆がん領域切除後

医療技術の適切な評価②

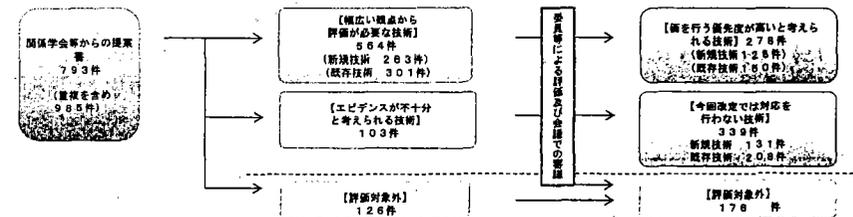
医療技術評価分科会での検討

1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術: コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術: 血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

▶ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院入院基本料*	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

* ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

38

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

➤ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

➤ (新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

36

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

➤ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 2 1,911点

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率6割以上であること

39

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

➤ 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

⇨ 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



400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

➤ 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を事例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

37

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料における包括的評価の拡充

薬局における薬学的管理指導の充実を図るため、お薬手帳を通じた情報提供、残薬確認、後発医薬品に関する情報提供を包括的に評価する。

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—	—	・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—	—	・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供		薬剤情報提供料	廃止

ハイリスク薬について薬学的管理指導項目の明確化

算定要件が不明確であるなどの指摘があることから、ハイリスク薬(要注意薬)服用患者に対し、その効果や関連副作用の有無等の確認すべき内容等を明確化する。

6歳未満の乳幼児への服薬指導に対する評価

6歳未満の乳幼児への服薬指導を充実させるため、乳幼児への服薬指導に対する評価を、薬学管理料の加算として新設する。

(新) 乳幼児服薬指導加算 5点(処方せんの受付1回につき)

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

薬局における取組の評価

- ▶ 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供*を評価する。
* 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。
- ▶ 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

現行		改定後	
調剤数量割合 20%	6点	調剤数量割合 22%	5点
25%	13点	30%	15点
30%	17点	35%	19点

医療機関における取組の評価等

- ▶ 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。
30点(採用品目割合:20%) → 28点(採用品目割合:20%以上)
35点(採用品目割合:30%以上)
- ▶ 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。

(新) 一般名処方加算 2点(処方せん交付1回)

銘柄名処方(現行)	一般名処方(改定後)
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- ▶ 諸外国の例にならい、個々の処方薬*ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

* これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- ▶ 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

- ▶ 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

(新) 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合 2,000点

その他の場合 1,000点

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

診療所の機能に着目した評価②

有床診療所の柔軟な病床運用

- ▶ 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。

- ▶ 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、検体検査実施料の引き上げを行う。

例) WT1mRNA核酸増幅検査	2,000点	→	2,520点
細菌培養同定検査 血液、穿刺液	150点	→	190点
結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点	→	850点

検査区分の細分化

- 1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合に、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

例) プロテインs → プロテインs活性、プロテインs抗原
 マイコプラズマ抗体価 → マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量

検体検査名称の見直し

- 標準検査名称・標準検査法名称を参考に検体検査の名称を見直す。

例) 単純ヘルペスウイルス特異抗原 → 単純ヘルペスウイルス抗原定性
 梅毒脂質抗原使用検査(定性) → 梅毒血清反応(STS)定性

50

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撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

コンピューター断層撮影装置 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

コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1, 2以外の場合	950点

[施設基準] CT撮影の64列以上の場合、MRI撮影の3テスラ以上の場合については、画像診断管理加算2(※)が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

※放射線科を擁している病院であることや画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていることなど4項目が要件

医療機器の保守管理に関する評価

- 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

48

人工腎臓の適正な評価

新たな技術の評価及び評価の見直し

- 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法(オンライン血液透析濾過)を評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

(新)慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,255点(1日につき)

[算定要件] 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合

[施設基準] 透析水質確保加算2(※)を算定していること(※:透析液の水質を確保するため、水質検査を実施するなどの基準を満たした場合の加算)

- オンライン血液透析濾過では使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点

人工腎臓(1日につき)	
1 透析液水質確保加算1	8点
2 透析液水質確保加算2	20点

[施設基準]

- ①月1回以上水質検査を実施し、関係学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。
- ②透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

- 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

49

【第64回社会保障審議会医療保険部会(平成25年7月25日)資料】

平成24年2月10日

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見 (別添)

厚生労働大臣
小宮山 洋子殿

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118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8まで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。

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・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。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リ

ハビリテーションの実施状況について調査・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。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・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。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目的に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講ずること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 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。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化

(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期取載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講ずること。

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回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。

- (1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5)診療報酬における消費税の取扱い
- (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて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。

期 診 療 報 酬 改 定 に お け る 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 関 連 の 基 本 的 な 考 え 方 に つ い て

(こ れ ま で の 医 療 保 険 部 会 に お け る 議 論 等 を 整 理 し た も の)

1. 基 本 認 識 に つ い て

こ れ ま で の 議 論 等 を 整 理 し た も の	委 員 の 意 見 等
<p>ア 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 で は 、 消 費 税 率 を 引 き 上 げ 、 医 療 ・ 介 護 サ ー ビ ス の 機 能 強 化 と 重 点 化 ・ 効 率 化 に 取 り 組 む こ と と さ れ て お り 、 こ れ ら の 方 向 性 を 踏 ま え 、 診 療 報 酬 改 定 の 検 討 を 進 め る べ き 。</p> <p>＜ 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 で の 見 直 し の 方 向 性 ＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急 性 期 病 床 の 位 置 付 け を 明 確 化 し 、 医 療 資 源 の 集 中 投 入 に よ る 機 能 強 化 を 図 る な ど 、 病 院 ・ 病 床 の 機 能 分 化 ・ 強 化 を 推 進 ・ 病 診 連 携 、 医 療 ・ 介 護 連 携 等 に よ り 必 要 な サ ー ビ ス を 確 保 し つ つ 、 一 般 病 棟 に お け る 長 期 入 院 の 適 正 化 を 推 進 ・ 在 宅 医 療 の 拠 点 と な る 医 療 機 関 の 趣 旨 及 び 役 割 を 明 確 化 す る な ど 、 在 宅 医 療 を 充 実 <p>イ 病 院 ・ 病 床 の 機 能 分 化 ・ 強 化 と 連 携 は 、 診 療 報 酬 と 補 助 金 に よ る 誘 導 が 考 え ら れ る が 、 そ れ ぞ れ の 特 性 を 考 慮 し な が ら 、 診 療 報 酬 と 補 助 金 を 適 切 に 組 み 合 わ せ て 対 応 す る こ と が 適 当 。</p>	<p>《 平 成 25 年 7 月 25 日 の 医 療 保 険 部 会 で の 主 な 意 見 》</p> <p>(ア) 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 で は 、 医 療 サ ー ビ ス の 充 実 の た め に 、 消 費 税 引 上 げ 財 源 を 利 用 す る こ と と さ れ て い る 。 平 成 26 年 度 に は 消 費 税 率 の 8% へ の 引 上 げ が 行 わ れ る こ と か ら 、 消 費 税 引 上 げ の 財 源 の メ ー ン を 診 療 報 酬 改 定 に 充 て て 、 医 療 サ ー ビ ス の 充 実 を 図 る べ き 。 2025 年 に 向 け て 、 現 場 で の 取 組 を 応 援 す る よ う な 改 定 に す べ き 。</p> <p>(イ) こ の 10 年 で 約 8% の 医 療 費 と 介 護 費 用 の 減 額 が 起 こ り 、 少 し 改 善 し て も ま だ 1% も 改 善 し て い な い 。 増 大 す る 社 会 保 障 費 を カ バ ー す る た め に 消 費 税 を 上 げ る と 言 っ て い た が 、 い つ の 間 に か 消 費 税 の 一 部 し か 社 会 保 障 費 に 使 わ な い と い う 風 潮 が で て い る 。 そ の 中 で 、 医 療 費 と 介 護 費 用 を 上 げ て も ら い た い と 当 然 お 願 い す る わ け だ が 、 医 療 提 供 側 も 効 率 化 で き る と こ ろ は 効 率 化 す る こ と が 必 要 。</p> <p>(ウ) 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 で 2025 年 に 向 け た 方 向 性 が 示 さ れ て い る が 、 こ の 方 向 で 進 め る べ き 。 医 療 費 は 年 2, 3% の 伸 び で あり 、 こ の ま ま で は 財 政 的 に 破 綻 す る 。 い くら 消 費 税 を 上 げ て も 追 い つ か な い の で 、 医 療 の 充 実 と 同 時 に 、 効 率 化 を 進 め る べ き 。 医 療 の 効 率 化 で は 、 国 民 の 意 識 改 革 と 、 医 療 提 供 体 制 の 効 率 化 が 必 要 。 効 率 化 の 項 目 を 具 体 的 に ど う す る か 、 工 程 表 に 落 と し 込 む よ う な 政 策 作 り を お 願 い し た い 。</p> <p>《 「 医 療 保 険 部 会 に お け る 主 な 議 論 」 (平 成 25 年 5 月 医 療 保 険 部 会) 》</p> <p>(ア) 診 療 報 酬 と 補 助 金 は そ れ ぞ れ 一 長 一 短 あ る の で 、 そ れ ぞ れ の 利 点 と い う も の を い か し な が ら 、 最 適 な 組 み 合 わ せ と い う も の を 考 え て い く と い う の が 一 番 政 策 的 に は よ い 。 そ の 際 に は 、 消 費 税 の 引 上 げ に よ っ て 生 ま れ る 財 源 を 活 用 し て い く 形 で 、 2014 年 度 か ら 実 施 し て い く こ と が よ い 。</p> <p>(イ) 診 療 報 酬 は あ ま ね く 全 て の 医 療 機 関 に 行 き わ た る 一 方 、 補 助 金 は ど う し て も 公 的 な と こ ろ 中 心 と な っ て し ま う の で 、 両 方 の 手 法 が 必 要 で あり が 、 診 療 報 酬 が メ ー ン で 、 補 助 金 は サ ブ と す べ き 。</p> <p>(ウ) 補 助 金 は 底 辺 を 底 上 げ す る た め の も の で あり 、 一 般 の 事 業 者 に 対 し て は 、 診 療 報 酬 で 自 己 改 革 を 促 す こ と が 、 地 域 の 医 療 資 源 、 医 療 機 能 の ア ッ プ に な る の で は な い か 。</p>

1

こ れ ま で の 議 論 等 を 整 理 し た も の	委 員 の 意 見 等
<p>ウ 病 院 ・ 病 床 の 機 能 分 化 ・ 強 化 と 連 携 は 、 患 者 が 必 要 な 医 療 を 受 け ら れ な い 事 態 が 発 生 し な い よ う 、 患 者 の 受 け 皿 を 整 備 し な が ら 段 階 的 ・ 計 画 的 に 進 め る 必 要 。</p> <p>エ 病 院 ・ 病 床 の 機 能 分 化 ・ 強 化 と 連 携 に 当 た っ て は 、 医 療 従 事 者 の 確 保 が 重 要 で あり 、 医 療 従 事 者 の 負 担 軽 減 と と も に 、 チ ー ム 医 療 の 推 進 に 引 き 続 き 取 り 組 む 必 要 。</p> <p>オ 平 成 26 年 度 診 療 報 酬 改 定 に お い て も 、 医 療 法 改 正 に よ る 対 応 を 待 た ず に 、 社 会 保 障 ・ 税 一 体 改 革 で 示 さ れ て い る 「 平 成 37 年 度 (2025 年 度) の 医 療 の 姿 」 を 見 据 え つ つ 、 平 成 24 年 度 改 定 に 引 き 続 き 、 病 院 ・ 病 床 の 機 能 分 化 ・ 強 化 と 連 携 、 外 来 診 療 の 機 能 分 化 、 在 宅 医 療 の 充 実 等 に 取 り 組 む 必 要 。</p>	<p>《 平 成 25 年 7 月 25 日 の 医 療 保 険 部 会 で の 主 な 意 見 》</p> <p>(ア) 中 山 間 地 で は 、 自 宅 療 養 だ け で は 支 え き れ な い 。 療 養 病 床 が 廃 業 に 追 い 込 ま れ た ケ ー ス も あ る こ と か ら 、 地 域 の 実 態 を 踏 ま え 、 医 療 を 受 け ら れ な い 者 が で な い よ う 配 慮 が 必 要 。</p> <p>(イ) 高 度 急 性 期 、 一 般 急 性 期 、 亜 急 性 期 、 回 復 期 等 に 一 般 病 床 を 区 分 し 、 必 要 な 病 床 数 に バ ラ ン ス よ く 配 分 し て い く 改 革 が 必 要 。</p> <p>《 平 成 25 年 7 月 25 日 の 医 療 保 険 部 会 で の 主 な 意 見 》</p> <p>(ア) 2025 年 の 医 療 ・ 介 護 提 供 体 制 を 実 現 す る た め 、 医 療 従 事 者 の 確 保 が 必 要 。 看 護 職 の 離 職 防 止 ・ 定 着 対 策 を は じ め 、 医 療 従 事 者 が 長 く 働 け る よ う な 勤 務 環 境 の 整 備 を 重 点 的 に 進 め る 必 要 。</p> <p>(イ) 病 棟 薬 剤 師 は 、 持 参 薬 の 管 理 、 ハ イ リ ス ク 薬 の 管 理 、 服 薬 指 導 、 モ ニ タ リ ン グ 、 勤 務 医 の 負 担 軽 減 等 に 努 め て お り 、 病 棟 に お け る 薬 剤 師 業 務 の 評 価 が 必 要 。</p> <p>(ウ) 入 院 前 と 入 院 中 の 薬 剤 の 連 携 が 重 要 で あり 、 薬 局 薬 剤 師 と 病 棟 薬 剤 師 が 連 携 す る こ と に よ り 、 質 の 高 い 切 れ 目 の な い 業 務 を 行 い た い 。</p> <p>《 「 平 成 24 年 度 診 療 報 酬 改 定 の 基 本 方 針 」 (平 成 23 年 12 月 医 療 保 険 部 会) 》</p> <p>(ア) 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 ・ 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 。</p> <p>(イ) す な わ ち 、 急 性 期 、 亜 急 性 期 、 慢 性 期 等 の 病 院 ・ 病 床 機 能 の 分 化 ・ 強 化 、 こ れ と 併 せ た 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 な ど に つ い て は 、 今 後 と も 、 そ の 推 進 に 向 け た 評 価 の 検 討 に 取 り 組 ん で い く べ き で あり 。</p>

2

2. 次期診療報酬改定(社会保障・税一体改革関連)の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>① 高度急性期・一般急性期について</p> <p>ア 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた入院医療の評価を行う観点から、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化 患者の状態に応じた医療の提供 入院早期からのリハビリテーションや退院支援の推進 急性期病院の平均在院日数の短縮 等 	<p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。</p> <p>(イ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。</p> <p>(ウ) 急性期病床の機能分化・強化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要があり、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。</p> <p>(エ) 急性期の患者ができるだけ早く退院したり、次のステージの病床に移れるように、廃用症候群予防のための早期のリハビリや、退院支援の充実が必要。</p> <p>(オ) 入院早期から退院後の生活を見据えて、身体機能の低下を防ぎ、日常生活動作を回復させる支援が必要。多くの職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期からの生活支援に軸を置くリハビリテーションを推進すべき。</p>
<p>② 長期療養について</p> <p>ア 急性期病棟と長期療養を担う病棟の機能分化を図り、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受入れを推進する観点から、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟における長期入院患者の評価の適正化 	<p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。〔再掲〕</p> <p>(イ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われている</p>

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<ul style="list-style-type: none"> 長期療養を担う病棟の受入体制の充実 等 	<p>のか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。〔再掲〕</p> <p>(ウ) 急性期病床の機能分化・強化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要があり、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。〔再掲〕</p>
<p>③ 亜急性期等について</p> <p>ア 病床の機能分化に向けた評価を行うため、急性期病床からの患者の受入れ、リハビリの提供、在宅患者の急変時の受入れなど、亜急性期・回復期を担う病床の機能をそれぞれ明確化し、亜急性期・回復期の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。</p>	<p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ 200 床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、前回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。</p> <p>(イ) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。</p> <p>(ウ) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。〔再掲〕</p> <p>(エ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。〔再掲〕</p> <p>(オ) リハビリは急性期、疾病の早期にすべきというのは分かるが、慢性期のリハビリも必要。</p>

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
④ 地域特性について	《平成 25 年 7 月 25 日 医療保険部会資料》 (ア) 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。
⑤ 有床診療所における入院医療について ア 有床診療所については、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。	《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》 (ア) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。〔再掲〕 (イ) 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ 200 床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、前回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。〔再掲〕

(2) 外来診療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
ア 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来診療の機能分化を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。 ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価 ・ 大病院の専門外来の評価 ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等	《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》 (ア) かかりつけ医機能の充実が必要。かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医学情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な医師。かかりつけ医が在宅医療の中心となれるよう研修を行っていくが、かかりつけ医機能の評価が必要。その際、日本のかかりつけ医は、複数の疾患があれば複数の現状を踏まえる必要。 (イ) かかりつけ医機能の充実が必要。軽症患者が大病院に直接行くのは、医療資源を非効率に使っている。まずは診療所や小規模な病院でかかりつけ医機能を担い、必要に応じて専門病院や大病院に紹介し、ある程度回復したら、逆紹介により診療所等で回復を見届ける仕組みに変えていく必要。

(3) 在宅医療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
ア 在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進し、地域包括ケアシステムを構築するため、以下の事項について検討を行う必要がある。 ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化 ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価とともに、訪問看護ステーションの大規模化の推進 ・ 在宅歯科医療の推進 ・ 在宅薬剤管理指導の推進 ・ 訪問診療の適正化 等	《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》 (ア) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。〔再掲〕 (イ) 在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護を推進していく必要。24 時間対応や看取り・重度化への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションの評価を行うとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策を検討すべき。また、病床の機能分化が進むと、地域で多様な患者への対応が求められるため、医療依存度の高い者への訪問看護が適切に評価される仕組みが必要。医療機関と訪問看護ステーションの連携により、専門的なケアを提供できる人材を活用する仕組みが必要。 (ロ) 在宅医療を進める必要。自宅に帰るだけでなく、介護施設等も含めて、地域全体で考えて、地域包括ケアシステムを構築すべき。ただし、診療報酬・介護報酬で全部やるのは無理なので、補助金と併用して進める必要。医療、介護等の分野で横断的に検討し、地域ごとに地域包括ケアシステムが完成するような仕組みを検討してほしい。 (ハ) 家族構成が変化し、高齢者の一人暮らしや高齢夫婦のみ世帯が増える。在宅医療の体制は地域によって整備状況が異なる。地域包括ケアシステムは、介護からボールが投げられ、医療側がキャッチすると思うが、医療難民がでないようになりたい。 (ニ) 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。 (ヒ) 薬局の在宅医療の推進に向けて、量の確保とともに、質の高い在宅医療の体制整備を行っている。しかし、薬局の在宅医療の実績は少ない。より積極的な在宅医療への参加を進めたい。訪問薬剤管理指導を実施するため、かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、地域の実情に合わせた 24 時間の相談体制を整備したい。また、慢性疾患の患者を中心に長期処方が増えており、患者に応じた調剤、薬剤の交付、管理を行いたい。残薬の確認・管理は医薬品の適正使用を促し、医療費の節約にも貢献。次の診療報酬改定では、かかりつけ薬局・薬剤師機能の評価をお願いしたい。 (ヘ) 在宅医療で最近みられるようになってきた不適切事例については、行政と医師会が協力して、なくしていくことも必要。

社会保障審議会医療部会における主な議論

平成25年6月20日
社会保障審議会医療部会

この資料は、平成25年4月22日の第10回社会保障制度改革国民会議提出資料「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」に対する平成25年6月20日の社会保障審議会医療部会における主な意見であり、同部会の意見を集約したものではない。同部会では、引き続き、医療提供体制に関する十分な議論を行っていく。

■改革の基本的な考え方

- 2025年時点の少子高齢社会を目前とし、悠長にはしてられず、改革に早期に着手する必要があるのではないか。
- 国民の安心を確保するためには、在宅や老後のケア、医療保険も含めた改革の全体像を示すことが必要ではないか。

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 現在、各医療機関等の不断努力により一定の医療機能の分化と連携が行われているが、より適切に推進していくことが重要であることから、まずは、都道府県が、医療提供者等の主体的な取組の下で、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して十分な現状分析を行うべきではないか。その上で、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画にこれを盛り込み、実効性を確保しつつ、機能分化・連携を推進していくべきではないか。
- また、退院後の施設・在宅医療といった受け皿が不足することにより、病院が本来の医療機能を果たせなくなることも考えられるので、病院で提供される医療と、在宅医療・介護及び施設介護等との連携を踏まえた情報収集と分析を行ったうえで、計画を策定するべきではないか。
- 地域医療ビジョンは次期医療計画の策定期間である平成30年度を待たず、

前倒して作成すべきではないか。

その際、国において示すガイドラインは、都道府県や医療関係者等の意見を踏まえ作成し、都道府県における地域医療ビジョンを策定するための検討期間を十分に確保して進めていくべきではないか。また、ガイドラインは病床機能報告制度により報告された情報を活用・分析し、作成すべき。

なお、地域によっては、医師・看護職員不足等の厳しい条件下で急性期医療等を担っている医療機関も多い。ガイドラインの作成にあたっては、医療現場や都道府県行政に混乱を招かないよう、地域の実情を反映できる仕組みが必要ではないか。

- 医療機能の分類の概念(急性期、亜急性期、回復期等)は疾病ごとにその意味が異なることもあるので、より明確に定義づけられる必要があるが、医療ビジョンにおいて、病床(病棟)の種類を分けるといった形で制度化するには、まだ検討課題が多く残っている。
- 都道府県や医療関係者の理解が得られないままでの地域医療ビジョンの前倒しは行うべきではなく、丁寧かつ継続的な議論が必要ではないか。
- 医療機能の分化と連携については、制度を実効性あるものとして運用できるかどうか等について、まずは国が具体的な提案を行うとともに、都道府県との間で手順を踏んだ丁寧かつ継続的な議論が必要であり、都道府県の同意の下で法案の提出を行うべきではないか。
- 診療報酬と補助金的手法それぞれの特性を踏まえ、効果的に組み合わせる地域における医療課題の解決を果たしていくことが適当であり、その具体的な在り方について引き続き検討するべきではないか。
- 今後、都道府県の意見を踏まえながら、医療提供体制に係る都道府県の権限・役割の在り方について、更に議論を深めていくべきではないか。
- 地域包括ケアや病床機能の分化を進めようとする中、患者側は医療機能の分化の実態自体を把握できず、理解に至っていない。病床機能の把握と将来のビジョン設定に加え、病院の機能が急性期か亜急性期かといったことや、その機能はどんな状態のときに利用するのか、住民・患者にとってわかりやすい医療提供体制のあり方を検討すべき。

【外来の役割分担の在り方】

- 高齢化が進展し、医療サービスの需要が増大する中、かかりつけ医の役割は重要であり、その評価の在り方等について、我が国の医療提供体制の現状を踏まえつつ、議論を深めていくべきではないか。

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 市町村が中心となって、地域医師会等の協力を得つつ、介護と連携した在宅医療を推進することにより、地域包括ケアシステムを実現する体制を構築していくべきではないか。
- 在宅医療の推進は医療計画だけでは不十分であり、市町村や介護保険との連携をしっかりと図っていくべき。
- 医療法と関連する法規において、「在宅医療」と「在宅ケア」に共通する目的の定義、法的なリンクが必要ではないのか。
- 在宅医療を推進するに当たっては、また地域の在宅医療の体制を十分に把握することが必要ではないか。
- 看護師の在宅医療における業務のあり方について検討する必要があるのではないか。

【医療法人制度等の在り方】

- 医療法人の公益性や社会性、地域貢献という観点から、21世紀にふさわしい医療法人のあり方を議論すべきではないか。
- 医療法人制度については、医療法人の非営利性を担保すること、本来業務である病院等の経営に支障を来さないことなどを前提としつつ、医療機能の分化・連携の推進や医療法人の健全な経営が図られるよう、具体的な提案内容についての検討を行っていくべきではないか。

【人材の確保】

- 少子化が進展する中、看護職員を確保するためには、看護師等の復職支援のための届出制度の創設など、効果的かつ抜本的な看護職員確保対策が必要ではないか。

- 医療の質の向上や医療安全の確保を図る観点からも、医療機関の勤務環境の改善を促進する仕組みを導入することにより、医師、看護職員等の医療スタッフの離職防止・定着促進を図っていく必要があるのではないか。

- 今般の医療法等改正案には、都道府県の組織のあり方にまで国が関与しようとする内容が含まれているが、都道府県の自主性を損なうものであってはならず、都道府県の同意の下で法案の提出等を行うべきではないか。

- 医師確保、医師の偏在是正のために、国と地方はどのように役割分担をすべきかを真摯に話し合い、今次の医療法改正を機に国を挙げての実効性のある体制を構築すべき。

- 医師の地域間、診療科間での「偏在」、女性医師の勤務地、診療科の「偏在」、医師の育成地と勤務地の「偏在」がある。都道府県は、医師確保対策、医師偏在是正対策において、より重要な役割を果たしたいと考えており、その観点から、都道府県知事の権限及び責任の強化が必要ではないか。

- チーム医療の推進に資するよう、各医療関係職種の業務範囲等の見直しを行うことが必要であることから、特定行為に係る看護師の研修制度の創設、診療放射線技師の業務範囲の拡大、歯科衛生士の業務実施態勢の見直しを行うべきではないか。また、他の医療関係職種の業務についても、必要な見直しを議論していくべきではないか。

- 専門医の養成にあたり、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じた養成プログラムの配置の在り方などを工夫することが必要ではないか。

- 専門医の地域医療への貢献の拡大が重要ではないか。

【医療関連データの収集・分析等】

- 医療計画の作成及びその後の評価や見直しの際において、各種調査で把握している情報やレセプトデータ等を活用するべきではないか。その他、病床機能報告制度の情報や医療機能情報提供制度の情報等も含め、様々な情報を分かりやすく整理するなど、よりきめ細かく医療提供体制の状況を明らかにしていくべきではないか。

- 関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ(診療行為の効果)を、全国的に各分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進することにより、医療の質の一層の向上を図るべきではないか。

**■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、
人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備**

- 国民の生命観・倫理観に深く関連する問題であることから、今後も、国民の意識を定期的に把握するとともに、患者本人の意思決定を基本とし医療・ケアチームで治療方針を検討するという「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の考え方が医療現場に浸透するよう、周知啓発等に取り組み、引き続き国民的議論を注視していくべきではないか。
- 在宅での看取りをご家族にとって意味があるものにするには、在宅における終末期の過ごし方(QOD)について、医療提供のあり方も含めて、関係者間での共有される認識が必要ではないのか。

第19回 社会保障制度改革国民会議

議事次第

平成25年8月2日(金)
10:00～12:00
於：官邸2階大ホール

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 報告書のとりまとめに向けた議論
4. 閉会

【資料】

- 資料1-1 各論部分(少子化対策分野)(案)
- 資料1-2 各論部分(医療・介護分野)(案)
- 資料1-3 各論部分(年金分野)(案)
- 資料2 総論部分(案)

資料1-1

I 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性

少子化対策、子ども・子育て支援策は、すなわち次世代育成支援である。その目的は第一義的に、すべての子どもたちが健やかに成長するために、出生前から乳幼児期、就学後まで一貫して切れ目なく良質な成長環境を保障することにある。

子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながるものである。そのためすべての世代が連携して、すべての子どもの成長をあたたく見守り、支えることができる社会の構築を目指すことが、社会保障制度改革の基本をなすものと考えられる。

少子化対策は、1990年の1.57ショックを契機として始められたが、その後、2005年度からの10年間を集中期間として取り組みが進められてきた。この間、2007年の『子どもと家族を応援する日本』重点戦略を経て、昨年の子ども・子育て関連3法まで、長年の議論を基に着実に施策が積み重ねられてきた。しかしながら、少子化傾向は一向に癒止めがかかっていない。その背景に、今なお子どもと子育てをめぐる厳しい実態があることを直視しなくてはならない。危機感をもって集中的な施策を講じるべきである。

この度、社会保障と税の一体改革の中に、子育て支援が位置づけられ、子ども・子育て支援新制度を設けて、恒久財源の確保が決定されたことは、歴史的に大きな一歩である。これを機に過去の対策を改めて精査し、また少子化脱却に成功した国々の先行事例に学びつつ、少子化対策・子育て支援をさらに着実に推進していくことが求められる。

少子化の原因の主たるものとして、若年失業者やフリーターが多いなど若者が社会的に自立することが難しい状況であることに加えて、出産・子育ての機会費用が大きいことがあげられる。若い世代の希望を実現することが社会の責務であり、未来は変えられるとの強い意志をもって改革に望むべきである。妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援が必要であり、具体的には、まず出産・子育てと就労継続の二者択一状況を解決することが必要である。とりわけ第1子出産を機に約6割の女性が就労継続を断念している事実は放置できない。内閣府の報告書によれば、日本の女性の就業希望者(342万人)が、仮に希望通りに就業することができれば、単純試算で約7兆円、GDP比で1.5%の付加価値が創造されるとされている。女性の活躍は成長戦略の中核であり、若い世代のニーズをかなえ、社会保障の持続性を守るためにも、M字カーブの解消、子育て期も含めて人生の各ステージで女性が活躍できる社会づくり・環境整備、ワーク・ライフ・バランスの確保が急務である。このことが、ひいては男女を問わず就労環境の改善につながる。子ども・子育て支援新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進める必要がある。

施策の推進に当たっては、国・都道府県・市町村・企業が一体となって、それ

ぞれの役割と機能を十分に発揮すべきである。とりわけ地域の実情に即した施策の展開の重要性からも、基礎自治体である市町村の主体的・積極的な取り組みが求められる。また人材の安定的確保と経済成長の意義を考慮すれば、少子化対策の重要性は企業にとっても大きく、拠出への協力が必要である。

以上、少子化対策分野の施策については、今後も子ども・子育て会議等において関係者により鋭意議論を行い、速やかな実施とともに、長期的な視野に立って検討を積み重ねていく必要がある。

2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題

新制度は、すべての子どもたちの健やかな成長を保障することを主眼とし、幼児教育・保育の量的拡大や質の向上、地域の子ども・子育て支援の充実などを進めるものである。すなわち共働き家庭の子ども、片働き家庭の子ども、ひとり親家庭の子ども、親のいない子ども、障害や難病・小児慢性疾患を抱えている子ども、都会で暮らす子ども、地方の人口減少地域で暮らす子どもなど、すべての子どもの発達を保障することである。

また、近年、子どもの貧困からくる格差問題、とくに母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の貧困は看過できない。子どもの時の貧困格差は、教育や学習等の機会の格差となって、大人になってからの貧困につながるという事実を直視しなければならない。加えて障害のある子どもや、虐待の増加も一因となって、社会的養護の必要な子どもも増えている。

こうした子どもや子育てをめぐる厳しい実態を放置するとしたら、それは少子化を加速させるだけでなく、そもそも社会の成熟度が問われることである。困難に苦しむ子どもとすべての子育て世代を一人も残すことなく見守り、全世代参加で支援ができる社会を築くことが、社会保障の役割に他ならない。

(1) 子どもの発達初期の環境整備と地域の子育て支援の推進

就学前の発達環境は、子どもの生涯に亘る人間形成の基礎となるものである。子どもの「今」は、社会の「未来」であり、OECD教育委員会はすでに1998年に「幼児教育・保育政策に関する調査プロジェクト」を発足し、「Starting Strong」を実施しており、日本においても、幼児教育・保育の質・量の充実が必要である。

日本では、従来、就学前の子どもの過ごす場として、幼児期の子どもに対して学校教育法に基づく教育を提供する幼稚園と児童福祉法に基づく保育を提供する保育所があった。それぞれに所管官庁や振興法等が異なり、主として、前者は両親のうちいずれか一方が働く家庭の子どもが利用し、後者は両親が共に働く家庭やひとり親家庭の子どもが利用する施設である。

しかしながら、子育て世代の生活環境は変化が激しく、働き方も多様化しつつある。一時仕事を中断したり、再開したりすることもあり、保護者の環境が変化するたびに子どもが保育所から幼稚園に移ったり、その逆の場合もある。保育所を

探し回っても適切な保育所が見つからず就労に多大な影響の出る親が少なくない実態もある。こうした現状を改善するため、認可保育所と幼稚園の二つの施設類型を超えて、所管を一元化し、認定こども園法に基づき、幼児期の子どもにいずれも保障されるべき学校教育と保育を単一の施設で受けることができる幼保連携型認定こども園など、認定こども園の普及推進が必要である。

また親は、どの親も慣れない子育てに苦勞し、知識や技術も必ずしも充分ではなく、育児の負担感も大きい。すべての子育て世帯の親が、働いている親だけでなく、在宅で子育てをしている親も含め、幼児教育及び保育の専門職のサポートを受けられるようにするためにも、地域の子育て支援の機能に重要な役割を果たす認定こども園等の充実をはじめとして、地域の子育て支援施策の一層の推進が不可欠である。

子育て支援は、地域の実情に合わせた施策の立案、実行が必要である。都市部では待機児童問題が深刻化している一方で、地方では子どもの人口減少が進み、従来の施設型の幼児教育や保育環境の維持が困難となる中、子どもどうしが集団で過ごす健全な成長環境が阻害されている。質を担保することを前提としたうえで、認定こども園等と連携する形で小規模保育や家庭的保育の充実など、地域の実態に即して柔軟に対応できる制度への移行が必要である。

(2) 両立支援の観点からの待機児童対策と放課後児童対策の充実

大都市部を中心とした待機児童問題の解消は、子どもの成長環境の整備のために必要であることはもちろんのこと、親の就業継続の観点からも喫緊の課題である。2年後に予定されている新制度のスタートを待つことなく、「待機児童解消加速化プラン」を用いて、できることから対策を打つ必要がある。その際には、保育の質の確保の重要性が非常に大きい。待機児童対策においては、認定こども園、幼稚園及び保育所等の事業主体の協力はもちろん、地域の子育て支援に対するニーズを把握し、施策の企画調整及び実施を行う地方公共団体の理解と事業の裏付けとなる財源確保が必須であり、消費税増収分などを活用すべきである。

「小1の壁」の指摘もあるように、学習期の放課後対策が現状、まだ手薄である。学習期の子どもにとって望ましい環境整備が進められることは、子どもの成長にとって重要なことは勿論であるが、共働きやひとり親家庭の増加に加えて、地域の治安にも懸念が多くなっている今日の状況からして、その重要性は一層増している。放課後児童クラブは1997年に児童福祉法に位置付けられたが、質量共に課題を残す形で今日に至っている。子どもたちの健やかな育ちを保障するという観点からして、小学校と放課後児童クラブの連携により、教育と福祉の連続性が担保されるべきである。また指導員の研修の整備、さらには地域の人々が積極的に関わって、支援していく体制の構築などが必要である。

3

財源とともに施策の推進にとって大切なことは、子ども・子育て支援の理念を理解し、適切な知識と技術を蓄えた人材である。質の高い幼児教育・保育をはじめとする子ども・子育て支援を進めるに当たって基本となるのは、それを提供する人材であり、国、地方自治体、教育・保育を提供する事業者は、人材の確保、養成及び就業環境の整備を総合的に推進することが必要である。また、たとえば子育てが一段落し、長年企業等で活躍してきた団塊世代などに対する子育て支援についての研修を充実させ、中高年世代が地域の子ども・子育て支援に活躍し、若い世代を支える機会を増やすことも必要である。

(2) 子育て支援を含む社会保障のすべてが支える未来の社会

今般の一体改革において、高齢世代中心の給付という構造を見直し、全世代型の社会保障への転換が図られ、子ども・子育て支援の充実が約束されたことは画期的であり、これを強力に推進していく必要がある。このため、子ども・子育て支援に向けたさらなる財源確保の重要性はいうまでもなく、また、高齢者も含めたすべての世代が、多様な環境にあるすべての子どもたちや若い世代を支えていくことが大切である。

しかしながら、こうした取組や努力を世代間対立の問題にすることがあってはならない。

高齢化が急速に進む中、介護対策も喫緊課題とされており、それは単に高齢者の問題にとどまるものではない。介護の社会化を図ることは、とりもなおさず若い世代の介護負担を軽減し、現役世代が子育てや就労に励むことができることを意味する。また医療・介護分野は、今後、需要が拡大し、若い世代の就労の受け皿ともなりうる。さらには高齢者がいかに安心して老後を迎え、病を受け入れ、死を迎えることができるか、いわゆるQOD(クオリティ・オブ・デス)への整備と保障は、若い世代にとっても、自身の人生の将来の希望につながる。

人は、幼少期、学習期、青年期、壮年期、老年期の人生の各段階において、様々なリスクに直面する。本人ばかりでなく、大切な身近な人々等が子育て・医療・介護などに関する社会保障を必要とする場合もある。こうしたリスクをともに支え合い、子育てはもとよりすべての分野において、若い世代の将来への不安を安心と希望に変えることこそが、社会保障の役割であり、本質であって、社会保障の充実、社会の活力の基盤である。換言すれば、社会保障はいずれの世代にとっても負担ではなく、今の困難を分かち合い、未来の社会に協力しあうためであるという哲学を広く育むことが必要である。

(3) 妊娠・出産・子育てへの連続的支援

新生児遺棄等が後を絶たず、妊婦健診等を受診しないまま飛び込み出産する事例も見られる。さらには親の育児不安や育児ストレスも深刻化しているなど対応すべき課題が多い。これまでも妊婦期から子育て期にかけての支援は行われてきているが、それらを有機的に束ねた上で対策を強化することが必要である。そのため、市町村(母子保健担当、児童福祉担当)を中心として、保健所、産科、小児科等の医療機関、認定こども園、保育所、幼稚園、小規模保育や家庭的保育、学校等、さまざまな機関の関係者がその機能の連携・情報の共有の強化を図り、妊婦期からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討する必要がある。こうした支援について、子ども・子育て支援新制度を踏まえ、今後、さらなる拡充の観点から検討すべきである。

(4) ワーク・ライフ・バランス

ワーク・ライフ・バランスの促進は、すべての世帯の生き方と社会保障制度全体に大きく影響するものである。これまで、次世代育成支援対策推進法や「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」などを踏まえた取組を推進してきたが、企業の子育て支援に向けた行動変容を促すためにも、企業における仕事と子育ての両立支援について、より一層の取組の推進が必要である。

特に中小企業・非正規については、育児休業の取得が難しい状況にある。これら中小企業・非正規を含め、育児休業の取得促進など様々な取組を通じて、男女ともに仕事と子育ての両立支援を進めていくことが必要である。このため、平成26年度までの時限立法であり、企業における仕事と子育ての両立支援を推進するための強力なツールの一つである「次世代育成支援対策推進法」について、今後の10年間をさらなる取組期間として位置付け、その延長・見直しを積極的に検討すべきである。なお、育児休業取得に関しては、中小企業・非正規に加え、取得率の低い男性の取得促進に注力すべきであり、企業の社会的責任も大きい。育児休業を取得しやすくするために、育児休業期間中の経済的支援の在り方も含めた検討を進めるべきである。

3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合い

(1) 取り組みの着実な推進のための財源確保と人材確保

子ども・子育て支援の充実、すべての子どもの健やかな成長を保障し、子育て世代の活躍を促進し、経済成長及び社会保障の持続可能性を担保するうえで、必須の要件である。子ども・子育て支援新制度に即した、積極的かつ着実な推進が必要であるが、そのためには財源確保が欠かせない。とりわけ子ども・子育て支援は未来社会への投資であり、量的な拡充のみならず質の改善が不可欠である。そのため今般の消費税引き上げによる財源(0.7兆円)では足りず、附帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要がある。

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病状と共存しながらQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、突のころ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

1970年代、1980年代を迎えた欧州のいくつかの国では、主たる患者が高齢者になってもおお医療が「病院完結型」であったことから、医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチのあることが認識されていた。そしてその後、病院病床数を削減する方向に向かい、医療と介護がQOLの維持改善という同じ目標を掲げた医療福祉システムの構築に進んでいった。

日本では、こうした流れの中で、1985年に第1次医療法改正が行われ、病床数の上限を規制し、都道府県に5年ごとの医療計画の作成が義務づけられた。だが、第1次医療法改正で病床規制の前に駆け込み増床を誘発してしまい、他国に比した日本の病床数の多さは一層際立ったものとなる。医療計画も病床過剰地域での病床の増加を抑えることはできても適正数まで減らすことはできない状況が続いている。

第2次以降の医療法改正において、2001年に一般病床と療養病床を区分するなどの見直しが行われたが、医療提供体制の改革の次の大きな動きとして注目すべきは、2008年の福田・麻生政権時の社会保障国民会議である。「社会保障の機能強化」と「サービスの効率化」を同時に実現していくことを謳った社会保障国民会議では、迎えるべき超高齢社会である2025年度におけるあるべき医療・介護サービスの提供体制を確立する青写真が描かれた。そしてその時に描かれた改革の目的と政策の方向性は、野田政権時の「社会保障・税一体改革大綱」、そして第2次安倍政権における「経済財政運営と改革の方針」と、政権の更迭にかかわらず

1

しかしながら、高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供できることになる。2008年の社会保障国民会議から5年経ったが、あの時の提言が実現されているようには見えないという声で医療現場からも多く、ゆえに、今般の当国民会議には多方面から大きな期待が寄せられてきた。さらには、医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じて客観的データに基づく政策、つまり医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。そして、そうしたシステムの下では、医療専門職集団の自己規律も、社会から一層強く求められることは言うまでもない。

一方、医療における質的な供給のミスマッチが続いてきたとは言え、日本の医療費の対GDP比は、現在、OECD諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的に交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。こうした中、日本の医療機関は相当の経営努力を置けてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと言える。

だが、GDPの2倍に及ぶ公的債務ゆえに金利の上昇に脆弱な体質を持つ日本は、途な金利の上昇を避けるために財政健全化の具体的な進捗を国内外に示さなければならぬという事情を負っている。今後、医療・介護の実態ニーズ(実需)の増大が、安定成長・低成長基調への移行のなかで進むことになるという展望の中で、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いつつも、医療・介護資源より患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかなければならない。改革推進法第6条に規定されているとおり皆保険の維持、われわれ国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを失わずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならないのである。

ここで年金財政と比較をすれば、年金給付費の対GDP比は2012年度で11.2%、2025年度で9.9%とその比率が低下することが期待されているのに、医療給付費は2012年度～2025年度間に7.3%(自己負担含む総医療費8.5%)から8.8%(同10.1%)へと1.5%ポイントの増加が試算されており、同時期、介護給付費は1.8%(自己負担含む総介護費1.9%)から3.2%(同3.5%)へと1.5%ポイントの増加が見込まれ、財源調達ベースとなるGDPの伸び率を上回って医療・介護給付費が増加することになる。サービスの効率化を図るとは言え、医療・介護給付

3

引き継がれ、医療・介護分野の改革の優先課題として位置づけられ続けてきたのである。

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっていくという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の類は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのまま当事者皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによってはじめて、努力しただけが報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

(2) 医療問題の日本的特徴

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心であるとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形(私的所有)で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、突のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先遣隊はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

2

費の増加圧力が高まる中で国民皆保険を維持するという事は、国民すべての人々のニーズに応じて利用できるよう準備しておくことが望ましい公的サービスが国民経済の中で規模の厚みが増すということである。ゆえに負担面では、保険料の徴収と給付段階の両側面において、これまで以上に能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められることになる。

(3) 改革の方向性

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、たしかにこれまで働き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段によって政策の方向を大きく転換してきたこともあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病棟の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分をはじめとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で対応の努力をすれば円滑な運営ができるという見直しを明らかにすることが必要であろう。さらに、これまで強く求められてきた要望に応え、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、すみやかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識すべきである。

また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重傷病棟への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に変えていく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、ゆるやかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣

4

れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分に提供されていない。そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。その際には、機能分化した病床機能にふさわしい設備・人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体が中心となって、計画的に養成・研修することを考えていくことも重要である。

こうした「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供者側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

こうした改革の必要性や方向性は幅広く共有されながらも、実際の行政の取組としては、地域において診療所を含む医療機関の一般病床が担っている医療機能の情報を都道府県に報告する仕組みを医療法上の制度として設けることなどが計画されてきたにとどまっておらず、改革が実現に至るにはなお長い道程が見込まれてきた。

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しつらしたといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たずして断行していかねばならないのである。

その際、国民のQOLを高めるとともに、高齢者の社会参加も含め、社会の支え手を少しでも増やしていく観点からも、国民の健康の維持増進、疾病の予防及

び早期発見等を積極的に促進する必要も生まれてくる。具体的には、医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせるように取り組むと共に、医療保険者がICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりを行うなど疾病予防の促進等を図ることで、国民の健康寿命を延ばし、平均寿命との差の短縮を目指していかなければならない。医療保険者がその加入者の健康維持・疾病予防に積極的に取り組むようインセンティブが働く仕組みの構築も検討すべきである。

総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、前回の社会保障制度改革国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあると言っても過言ではない。

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づき見直しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期間である平成30年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的に主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係

者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務については、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保険事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

こうした国民健康保険の保険者の都道府県移行は積年の課題であったが、時勢も、長年保険者となることについてはリスク等もあり問題があるという姿勢をとり続けてきた知事会が、国民健康保険について、「国保の構造的な問題を抜本的に解決し、将来にわたり持続可能な制度を構築することとした上で、国保の保険者の在り方について議論すべき」との見解を市長会・町村会と共同で表明し、さらに、知事会単独で、「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明している。この時機を逸することなくその道筋を付けることこそが当国民会議の責務である。その際にも必要となる国民健康保険の財政的な構造問題への対応については後述するが、いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、たとえばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等をすみやかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシ

ィ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティ作りに必要な資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリポート等を通じて促進する制度など、規制の見直しが幅広い観点から必要である。

特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複業法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められる。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的かつ包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められる。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならない。かからず一体的な役割があらためて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間などさまざまな関係者間で生じる連携を誰がどのようにならしていかうかというところが重要となる。たしかに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熟慮者者がとりまとめ役、市町村

等の行政がそのよき協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、平成27年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直す必要がある。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業（地域包括推進事業（仮称））として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである。

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等をもとより、空家等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

なお、地域医療ビジョン同様、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら2025年までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にすべきであるなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

なお、地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。また、地域医師会等の協力を得ながら、複数の疾患を抱える高

齢者が自分の健康状態をよく把握している身近な医師を受診することを促す体制を構築していくことも必要である。

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。

その活用手段として、診療報酬・介護報酬の役割も考えられるが、医療・介護サービスの提供体制改革に係る診療報酬や介護報酬の活用については、福田・麻生政権時の社会保障国民会議の際には、体系的な見直し前提とされていたことに留意する必要がある。医療・介護サービスの在り方が「地域完結型」に変わるからには、それに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。

また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統合など計画から実行まで一定の期間が必要な場合も含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とする柔軟なものとする必要がある。

いずれにせよ、消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元の方法が示されることが大切である。

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病や傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性

を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

もちろん、そのような医師の養成と並行して、自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。これに合わせて、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である。医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激励が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録業務化等を推進していく必要がある。

なお、医療職種の職務の見直しは医師不足問題にも資するものがある。医師不足と言われる一方で、この問題は必ずしも医師数の問題だけではなく、医師でなければ担えない業務以外の仕事も医師が担っているために医師不足が深刻化している側面がある。その観点から、医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。

加えて、死生観・価値観の多様化も進む中、改革推進法（第6条第3号）にも規定されているとおり、「個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められている。

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援することすなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためには、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

また、慢性疾患の増加は、低い確率でも相対的に良いとされればその医療が選択されるという確率的医療が増えることにつながる。より有効かつ効率的な医療が模索される必要があり、そのためには、医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的なデータ収集を行うことが必要である。例えば、関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ（診療行為の効果）を、全国的に分散ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進することが考えられ、これらの取組の成果に基づき、保険で承認された医療も、費用対効果などの観点から常に再評価される仕組みを構築することも検討すべきである。

さらには、国が保有するレセプト等データの活用促進も不可欠である。具

体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

こうした努力は、データに基づく医療システムの制御という可能性を切り開くものであり、日本の医療の一番の問題であった、制御機構がないままの医療提供体制という問題の克服に必ず資するものがある。

(7) 改革の推進体制の整備

都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定、これらを踏まえた医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国民健康保険の保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険制度充足以来の大事業になる。市町村ごとに中学校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業となる。地域ぐるみの官民協力が不可欠な中、国も相応の責任を果たしていかなければならない。

今般の社会保障制度改革を実現するエンジンとして、政府の下に、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と連動させていかなければならない。

その際、まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことである。こうしたデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。また、このデータ解析により、実情に合わせていかに設計されることもある現今の2次医療圏の見直しそのものも期待されることになる。

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋を付けることこそが国民会議の責務であると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかかわる課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法（第6条第2号）にも規定されているとおり、医療保険制度改革について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、このため、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかねばならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となる。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政の構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬制にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置とあわせ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税

制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めるとして保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること(総報酬割)を平成25年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのため負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている。健康組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、平成27年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中で保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いには、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付けられており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要が

ある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬制の導入をはじめ、必要な改善を行っていくことが適当である。

(2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

併せて、改革推進法(第6条第2号)では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「ゆるやかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外來患者を中心とし、一般的な外來受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床以上の病院の外來受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めようとする仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側にも、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない。患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

また、現在、暫定的に1割負担となっている70~74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、「経済財政運営と改革の基本方針」(平成25年6月14日閣議決定)のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現在の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるとして保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となる

よう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70~74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要がある。

(3) 難病対策等の改革

希少・難治性疾患(いわゆる「難病」)への対策については、昭和47年に「難病対策要綱」が策定され、40年にわたり各種事業が推進されてきた。

特に、医療費助成は、難病が原因不明であって、治療方法が確立されていないため、長期にわたる療養が必要となり、その結果、比較的若い時期から長期にわたる高額な医療費の負担が必要となるなどといった難病特有の事情に着目して設けられてきた。

しかし、難病対策については、相対的には他の福祉制度等に隠れて光が当たってこなかった印象は否めず、対象となる疾患同様に原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平が指摘され、予算面でも医療費助成における都道府県の超過負担の早急な解消が求められているなど、様々な課題を抱えている。

難病で苦しんでいる人々が将来に「希望」を持って生きられるよう、難病対策の改革に総合かつ一体的に取り組む必要があり、医療費助成については、消費税増収分を活用して、将来にわたって持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置づけ、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべきである。

ただし、社会保障給付の制度として位置づける以上、公平性の観点を欠くことはできず、対象疾患の認定基準の見直しや、類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し等についてもあわせて検討することが必要である。

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたる子どもについても同様の課題があり、児童の健全育成の観点から、身体面、精神面、経済面で困難な状況に置かれ、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援として、難病対策と同様の措置を講じていく必要がある。

4. 介護保険制度改革

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題であるが、それとともに、今後の高齢化の中で、持続可能性を高めていくために、改革措

道法（第7条）において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することが求められている。

まず、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、上記（4）で述べた予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要である。介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。その際、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要がある。

さらに、施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得（フロー）を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産（ストック）も勘案すべきである。また、低所得と認定する所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう、見直すべきである。

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

次に、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗じることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬額の状況も踏まえつつ検討すべきである。

こうした取組も含め、負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要がある。

資料1-3

Ⅲ 年金分野の改革

1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題

(1) 社会保障国民会議による定量的シミュレーションの実施とその含意

社会保障・税一体改革に連なる動きの起点とも言える2008年に開催された社会保障国民会議においては、年金制度に関して、社会保障方式で運営されてきた歴史をもつ年金を税方式に転換する際の「移行問題」を可視化する定量的シミュレーションが行われた。具体的には、当時提唱されていた4つの移行方法を対象にシミュレーションが行われ、政策のフィージビリティを考査する材料が提供された。

この中で納付率の低下（未納の増加）の影響もシミュレーションされ、そこで得られたファクトをもとに、社会保障国民会議においては、

- 1) 納付率低下（未納の増加）が原因で現行制度が財政的に破綻することはないこと
- 2) 未納問題はマクロの年金財政の問題というよりは、将来の低年金者、無年金者の増大によって、国民皆年金制度の本来的機能である「すべての国民の老後の所得保障」が十分に機能しなくなるという問題であること
- 3) その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となること

などの考え方を示した。

その後行われた閣議決定（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」）では、社会保障国民会議で別途行われた医療・介護費用のシミュレーション結果も踏まえ、社会保障方式による制度運営を前提とした基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る諸改革に取り組むこととされた。

その後、政権交代を経て、社会保障・税一体改革の検討が進められたが、これらの社会保障国民会議において行われた議論は、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や、最低保障機能の強化（最終的には、三党協議により、低所得・低年金高齢者等への福祉的な給付金として実現）等の改革メニューの下地となった。また、改革推進法の立法過程では、「社会保障方式を基本とする」ことが三党で合意された。

(2) 2012年の社会保障・税一体改革による年金関連四法の成立による到達点

2012年の社会保障・税一体改革により年金関連四法が成立した。これにより、基礎年金の国庫負担割合2分の1の恒久化や年金特例水準の解消が行われ、2004年改革によって導入された長期的な給付と負担を均衡させるための年金財政フレームが完成を見た。

また、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や低所得・低年金高齢者等への福祉的給付の創設が行われ、雇用基盤の変化など社会経済状況の変化に対応した

社会保障のセーフティネット強化の取組みにも着手することとなった。

(3) 今後の年金制度改革の検討の視点

わが国の年金制度は、2004年改革の年金財政フレームで、将来的な負担の水準を固定し、給付を自動調整して長期的に財政均衡する仕組みとしたことで、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまることとなった。その意味において、今後の社会経済情勢の変化に対応して適時適切な改革を行っていくことは必要であるものの、基本的に制度の長期的な持続可能性は確保されている。この認識は、一体改革関連法案の審議の過程で、当時の総理大臣をはじめ関係者が答弁で明らかにしている。

2012年の改革では、実施を見送るものの、改革に至る中でマクロ経済スライドや支給開始年齢のあり方についての検討が課題として上げられ、また、年金機能強化法の附則においても短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大が検討事項としてあげられている。

これらの課題は、上記の年金関連四法による到達点を踏まえ、「長期的な持続可能性をより強固なものとする」、「社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する」という2つの要請から検討すべき課題と整理できる。

今後は、2004年改革の年金財政フレームの中で、長期的な財政均衡を前提に、限られた資金をどのような形で年金給付として分配すれば、社会的厚生を高め、国民生活の安定に寄与するか、就労インセンティブを強化するなど、年金制度においては与件である経済や雇用の活性化にいかに関与するかといった観点で検討を行い、前述した2つの要請に応えていくことが求められている。

2 年金制度体系に関する議論の整理

(1) 年金制度の本来の性格と制度体系選択に当たっての現実的な制約

年金制度の本質的な役割である「稼働所得の喪失の補填」という考えから敷衍するならば、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、一つの理想形である。この点については、定額負担・定額給付体系を選択した国民年金創設時の議論においても意識されていたところである。

しかしながら、当時においても、また、現時点においても、我が国において、自営業者を含めた所得比例型の年金制度を目指していくために必要となる、正確で公平な所得捕捉や事業所得と給与所得を通じた保険料賦課ベースの統一（現在、給与収入全額が被用者保険料の賦課対象となっている給与所得者と課税所得ベースで保険料が賦課される事業所得者との間で公平な賦課ベースの設定）等の条件は整っていない状況にあり、現時点での政策選択は、この現実的な制約下で実行可能な制度構築を図る観点から行わなければならない。

(2) 具体的な改革へのアプローチ

本会議における議論を総括すると、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、一つの理想形としてとらえることができるものの、そのための条件が成就するフィージビリティや、定年による労働市場からの引退が稼働機会の喪失を意味する被用者と、引退年齢を自分で決められることができ、多くの場合事業資産を有したままゆやかに引退していく自営業者との違いを踏まえた年金制度の一元化をどう考えるかに関しては、その距離感や妥当性について、委員の間で認識の違いが存在した。

同時に、このような認識の違いはあるものの、条件が満たされた際にはじめて可能となる将来の議論で対立して改革が進まないことは、国民にとって望ましいものではないという認識は、共有されたところである。

一方で、本来自営業者を対象者として充足した国民年金については、被保険者像は大きく変化し、農地や商店等の稼働手段を有する自営業者は減り、短時間労働者等稼働手段を持たず、被用者としての保障が必要な者が増加している状況にある。このような状況に対応するためには、被用者にふさわしい保障を実現するために被用者保険の適用拡大を進める必要がある。

それとともに、国民年金について、低所得者層が制度の保障の網からこぼれ落ちないようにし、負担能力に応じた負担を適切に求めていく観点から、国民年金保険料の多段階免除の積極活用や負担能力を有する滞納者に対する徴収強化を行う必要がある。

これらの対応は、所得比例年金に一元化していく立場からも通らなければいけないステップであることが、以前より指摘されている。すなわち、年金制度については、どのような制度体系を目指すとも必要となる課題の解決を進め、将来の制度体系については引き続き議論するという二段階のアプローチを採ることが必要である。

これに合わせて、本会議における議論を通じて、低所得者に対するセーフティネットの強化に関しては、年金制度だけで対応するのではなく社会保障全体で対応すること、各種制度において重点的かつ公平に低所得者対策を強化していく際に必要となる所得捕捉強化について取り組んでいくべきことについても、認識が共有されたところである。

3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能(防貧機能)を強化する改革に向けて

(1) マクロ経済スライドの見直し

マクロ経済スライドによる年金水準の調整は、2009年の財政検証では約30年間かけて行われることとなっているが、このような長い期間の間には当然に経済変動が存在する。このため、デフレ経済からの脱却を果たした後においても、実際の物価や賃金の変動具合によっては、スライド調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得ることとなる。

改革が多くの先進諸国で取り組まれている。

わが国の将来を展望しても、65歳時平均余命でみると、基礎年金創設時(昭和61年)には男性15.52年、女性18.94年だったが、現時点(平成23年)には男性18.69年、女性23.66年と3~5年程度伸びており、直近の人口推計(平成24年1月、中位推計)では、2060年時点で男性22.33年、女性27.72年と、現在よりもさらに4年程度伸びると推計されている。

労働力人口の推計(平成24年)をみると、現在の労働力率(15歳以上人口比約60%)を維持するためには、雇用継続が義務化された60歳代前半はもとより、60歳代後半の労働力率をかなりの程度(男性で2010年48.7%→2030年65.0%)引き上げることが必要となることが示されている。

また、これまで、年金の支給開始年齢については、将来の年金の給付規模の伸びを抑制する観点から、専ら年金財政上の問題として議論されてきた。しかし、2004年の制度改革によって、将来の保険料率を固定しているため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。

以上のような状況を踏まえると、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点からではなく、平均寿命が延び、個々人の人生が長期化する中で、ミクロ的には一人一人の人生における就労期間と引退期間のバランスをどう考えるか、マクロ的には社会全体が高齢化する中で就労人口と非就労人口のバランスをどう考えるかという問題として検討されるべきものである。その際には、生涯現役社会の実現を展望しつつ、これを前提とした高齢者の働き方と「年金受給」との組み合わせについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要である。

なお、この検討に当たっては、職務の内容と高齢者の対応可能性等も考慮し、高齢者の就業機会の幅を広げることに取り組むとともに、多様な就業と引退への移行に対応できる弾力的な年金受給のあり方について、在職老齢年金も一体として検討を進めるべきである。

(4) 高所得者の年金給付の見直し

マクロ経済スライドの発動による年金水準の調整は、中長期間にわたって世代間の給付と負担のバランスを図ることを通じて、年金制度の持続可能性を高めるものと言える。このことを考慮すると、今後は、年金制度における世代内の再分配機能を強化していくことが求められる。

この点に関して、当初一体改革関連法の内容の一部として提案された、高齢期の所得によって基礎年金の国庫負担相当分に係る給付を調整する規定については、三党協議を踏まえた修正に伴い、検討規定に移されることとなった。

世代内の再分配機能を強化する観点からの検討については、この検討規定に基づく検討のみならず、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や控除上限のあり方など、様々な方法を検討すべきである。一体改革関連法には年金課税のあり方についての検討規定も設けられており、公的年金等控除をはじめとした年金課税のあり方について見直しを行っていくべきである。

他方で、将来の保険料負担水準を固定した以上、早期に年金水準の調整を進められた方が、将来の受給者の給付水準を相対的に高く維持することができる。

このため、マクロ経済スライドについては、仮に将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、検討を行うことが必要である。

2009年の財政検証においては、約10年間で水準調整が完了する報酬比例部分に比べて、基礎年金の調整期間が約30年と長期間にわたり、水準の調整の度合いも大きくなっている。本会議における議論の中では、基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下することへの懸念が示されており、基礎年金と報酬比例部分のバランスにわたっての検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も含めた検討も合わせて行うことが求められる。

(2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

年金制度体系をめぐる議論の整理のところに記述したように、国民年金被保険者の中に被用者性を有する被保険者が増加していることが、本来被用者として必要な給付が保障されない、保険料が納められないというゆがみを生じさせている。このような認識に立って、被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何に関わらず必要なのである。

実際に、パートタイム労働者のうち、自らが主たる生計維持者となっている(主に自分の収入で暮らしている)者の割合は約3割に達しており、若年層の非正規雇用者の約4割が正社員への転換を希望しているなど、いわゆる非正規労働者についても被用者としての保障の体系に組み入れていく必要性は高くなっている。

一体改革関連法によって、一定の条件下で短時間労働者約25万人を対象に適用拡大が行われることとなったが、被用者保険の適用対象外となる週20時間以上30時間未満で働く短時間労働者は全体で400万人いると推計されている。さらに今後も、適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、法律の附則にも明記された適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要である。

(3) 高齢期の就労と年金受給のあり方

高齢化が進み、生涯現役社会に向けた取組が進められていく中で、高齢者の働き方と年金受給のあり方をどう組み合わせるかについても、今後の検討課題となってくる。

2009年の財政検証では年金制度の持続可能性が確認されている。また、現在2025年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上であり、直ちに具体的な見直しを行う環境にはないことから、中長期的課題として考える必要がある。

この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要がある。

一方、世界に目を向けると、高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る

また、これに併せて、公的年金等控除や遺族年金等に対する非課税措置の存在により、世帯としての収入の多寡と低所得者対策の適用が逆転してしまうようなケースが生じていることが指摘されており、世代内の再分配機能を強化するとともに、負担と給付の公平を確保する観点から検討が求められる。

4 世代間の連帯に向けて

(1) 国際的な年金議論の動向

先進諸国の年金制度やその改革動向をレビューしているOECDのレポート(Pensions at a Glance 2011)では、

- 1) 年金政策は常に「給付額の十分性」と「制度の持続可能性」という矛盾する要請を抱え、そのディレンマの中での舵取りがより困難になっていること
- 2) このディレンマから抜け出すルートとして、「就労期間の長期化」、「公的年金の支給努力の対象の中心を最も脆弱な人々とする」、「進行中又は今後必要となる公的給付の削減を補完するために、退職後のための貯蓄を奨励すること」の3つがあげられること

を指摘している。これらは先進諸国の年金改革に共通する事項であるが、わが国が直面する課題とも一致する。

また、本年1月にIMFの主催で開催された「世界危機後のアジアにおける財政的に持続可能かつ公平な年金制度の設計」と題した会合において、

- 1) 年金制度で鍵になる変数は将来の生産物であり、積立方式と賦課方式は、単に、将来の生産物に対する請求権を制度化するための財政的な仕組みが異なるに過ぎず、積立方式は、人口構造の変化の問題を自動的に解決するわけではないこと
- 2) 年金財政問題の解決策は、①平均年金月額の下げ、②支給開始年齢の上げ、③保険料の引上げ、④国民総生産の増大政策の4つしかなく、これらのアプローチが含まれていない年金財政改善案はいずれも幻想にすぎないこと

が明かにプレゼンテーションされている。

これらは、国際的な年金議論の到達点ともいえるものであり、わが国における改革の議論も、このような考え方に立脚して進めるべきものである。

(2) 世代間の公平論に関して

個人が納付した、あるいはこれから納付することとなる保険料累計額の現在価値と、受け取った、あるいはこれから受け取ることとなる年金給付累計額の現在価値を比較して、世代によってこの関係が異なることをもって、世代間の不公平を指摘されることがしばしばある。

しかしながら、いわゆる中立命題の本質である私的な扶養と公的な扶養の代替を考えれば、年金制度の中だけで自分が払った保険料と自分が受け取る年金給付

を比較する計算は、本来の意味での世代間の公平を表すものではない。仮に、公的年金が存在しなければ、その分同様に私的な扶養負担が増えることとなるだけであり、私的扶養の代替という年金制度が持つ本来機能を踏まえた議論が必要である。

さらに、公的年金制度は、寿命の不確実性のリスクや生涯を通じた所得喪失（障害年金、遺族年金）への対応といった保険としての機能を有しているが、例えば障害年金の周知度は50%程度にとどまって（平成23年国民年金被保険者実態調査）おり、このような機能の再認識が必要である。

残念ながら、世間に流布している情報だけではなく、公的に行われている年金制度の説明や年金教育の現場においてさえも、給付と負担の倍率が何倍だから払い損だとか、払った以上にもらえるとか、私的な扶養と公的な扶養の代替性や生涯を通じた保障の価値という年金制度の本質を考慮しない情報引用が見られ、世代間の連帯の構築の妨げとなっている。年金教育、年金相談、広報などの取組みについては、より注意深く、かつ、強力に進めるべきである。

一方で、世代間の不公平の主張の背景には、給付は高齢世代中心で負担は現役世代中心というわが国社会保障の構造や、必要な給付の見直しに対する抵抗感の強さ、制度に対する信頼感の低下や不安感の増加があるとの指摘もなされた。諸外国では、家族政策や就労支援等現役世代を給付対象とした給付も一定の規模を占めるほか、年金制度において給付と負担の均衡度合いや平均寿命の伸長等にリンクして給付の調整を行うメカニズムの導入が進められている。わが国においても、次世代支援など未来への投資の拡充による「全世代対応型」への転換を進めるとともに、持続可能性と将来の給付の確保に必要な措置を着実に進めるメカニズムを制度に組み込んでいくことも求められるところである。

(3) 将来の生産の拡大こそが重要

IMF 会合における指摘を待つまでもなく、年金制度の持続可能性を高めるためには、年金制度にとって与件である経済の成長や雇用の拡大、人口減少の緩和が重要である。

このため、高齢者や女性、若者の雇用を促進する対策や、仕事と子育ての両立支援の強化に取り組むとともに、年金制度においても、働き方に中立的な制度設計、働いて保険料を納付したことが給付に反映する形で透明感、納得感を高める改革が必要である。

例えば、第3号被保険者制度については、多くの女性の生涯設計に影響を持つ制度となっており、国民の間にある多様な意見に耳を傾けつつ、方向性としては、短時間労働者の被用者保険適用を拡大していくことなど、制度の支え手を増やす方向で検討を進めるべきである。また、一体改革関連法で検討規定とされた第1号被保険者の出産前後の保険料免除に関しても、年金制度における次世代育成への配慮を強化する観点からの対応が求められる。

7

資料 2

総論部分（案）

国民へのメッセージ（検討中）

第1部 社会保障制度改革の全体像

1 社会保障制度改革国民会議の使命

(1) これまでの社会保障制度改革の経緯

我が国のこの20～30年の社会保障制度改革の経緯を概観すると、1990年代初頭にはバブル経済が崩壊し、日本経済が長期にわたり低迷する中で、1990（平成2）年には「1.57ショック」として少子化が社会問題として本格的に意識され、また、1994（平成6）年には、65歳以上の人口が14%を超え、「高齢社会」が到来した。この中で、子育て支援の分野では「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」（1994（平成6）年）が策定され、また、我が国の第5番目の社会保険として介護保険制度（2000（平成12）年）が実施された。

また、2000年代以降には、社会保障構造改革として、年金制度改革（2004（平成16）年）、介護保険改革（2005（平成17）年）、高齢者医療制度改革（2006（平成18）年）が実施され、これにより、各制度の持続可能性は高まったが、少子化対策の遅れ、高齢化の一層の進行に伴う制度の持続可能性、医療・介護の現場の疲弊、非正規雇用の労働者等に対するセーフティネット機能の低下等の問題が顕在化した。

こうした状況を踏まえ、福田・麻生政権時の社会保障国民会議（2008（平成20）年）、安心社会実現会議（2009（平成21）年）において、新しい社会保障の在り方をめぐる議論が開始された。社会保障国民会議では、社会保障の機能強化について具体的な提言が行われ、安心社会実現会議では、社会保障、雇用、教育の連携を踏まえて安心社会への道筋が厘正された。また、少子化対策としては、2007（平成19）年に「子どもと家族を応援する日本」重点戦略が策定された。こうした議論を踏まえ、平成21年税制改正法附則第104条には、消費税の全額が「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」に充てられることを含めた税制の抜本的な改革を行うための法制上の措置を2011（平成23）年度までに講ずることが明記された。

さらに、民主党政権下においても、先の安心社会実現会議等の議論が引き継がれ、2010（平成22）年10月には社会保障改革に関する有識者検討会が設置されるとともに、社会保障の具体的な制度改革と税制改正について一体的に検討が

1

(4) 財政検証と制度改革の議論

少なくとも5年に1度実施することとされている年金制度の財政検証については、来年度実施されることとなっているが、一体改革関連で行われた制度改革の影響を適切に反映することはもちろん、単に財政の現況と見直しを示すだけでなく、上記に示した課題の検討に資するような検証作業を行い、その結果を踏まえて遅滞なくその後の制度改革につなげていくべきである。

8

進められた。2011（平成23）年7月には、「社会保障・税一体改革案」が閣議報告されるとともに、昨年2月には「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、その内容を実現するための関連法案が、昨年の通常国会に提出された。衆・参両議院で合わせて200時間以上の集中的な審議が行われ、衆議院における修正等を経て、昨年の8月10日の参議院本会議で可決、成立した。

消費税を段階的に10%に引き上げる税制改革関連法案及び子ども・子育て支援関連法案、年金関連法案の成立により、消費税（国・地方、現行分の地方消費税を除く。）については、社会保障財源化されるとともに、消費増収分の具体的な活用先として、子ども・子育て支援の拡充を図ること、年金分野においては、基礎年金の国庫負担割合を3分の1から2分の1に引き上げることのほか、低所得者に対する福祉的給付などの措置が講じられることとなった。

(2) 社会保障制度改革国民会議の使命

社会保障・税一体改革関連法案の国会審議が開始される中で、昨年6月、自由民主党、公明党、民主党の三党（以下「三党」という。）で確認書が合意され、それに基づき、三党の提案で社会保障制度改革推進法案が国会に提出され、他の一体改革関連法案と同時に昨年8月10日に成立した。社会保障制度改革推進法（以下「改革推進法」という。）においては、政府は、改革推進法に規定された基本的な考え方や、基本方針にのっとり、社会保障制度改革を行うものとされ、このために必要な法制上の措置については、法律施行後1年以内に、国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとされた。また、国民会議の立ち上げに当たっては、三党の合意による国民会議における検討項目が示されている。

このように、2008（平成20）年の社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の議論については、2回の政権交代を超えて共有できる一連の流れがある。

国民会議においては、こうした議論の流れを踏まえつつ、平成24年2月17日に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず、幅広い観点に立ち、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議することをその使命としている。

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

(1) 自助・共助・公助の最適な組合せ

我が国の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。

これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組み

2

である「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困難などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである。

この「共助」の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。

したがって、我が国の社会保険制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される「自助の共同化」としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の「公助」は自助・共助を補完するという位置づけとなる。なお、これは、我が国の社会保険の出発点となった1950(昭和25)年の社会保険制度審議会の勧告にも示されている。

社会保険制度改革においては、こうした自助・共助・公助の位置づけを前提とした上で、我が国の社会経済の情勢の変化を踏まえて、その最適なバランスをどのように図るのかについて議論が求められている。

(2) 社会保険の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制

社会保険とマクロ経済や財政は密接不可分な関係にあり、十分に相互の状況を踏まえながら、一体的に検討することが必要である。

現行の社会保険制度の基本的な枠組みが作られた高度経済成長期以降、少子高齢化の進行、生産年齢人口の減少、経済の長期低迷とグローバル化の進行、家族や地域の扶養機能の低下、非正規雇用の労働者の増加による雇用環境の変化など、我が国の社会経済情勢については、大きな変化が生じている。

その中で、子育ての不安、高齢期の医療や介護の不安、雇用の不安定化、格差の拡大、社会的つながり・連帯感のほころびなど、国民のリスクが多様化するともに拡大している。こうしたリスクやニーズに対応していくためには、社会保険の機能強化を図らなければならない。

また一方で、経済成長の鈍化と少子高齢化の更なる進行の中で、社会保険費は経済成長を上回って継続的に増大しており、国民の負担の増大は不可避となっている。

こうした中で、既存の社会保険の安定財源を確保するとともに、社会保険の機能強化を図るためには、税や社会保険料の負担増は避けられないが、こうした負担について国民の納得を得るとともに、持続可能な社会保険を構築していくためには、同様の政策目的を最小の費用で実施するという観点から、徹底した給付の重点化・効率化が求められる。

また、社会保険が、現在、巨額の後代負担を生みながら、財政運営を行っていることは、制度の持続可能性や世代間の公平という観点からも大きな問題であり、現在の世代の給付に必要な財源は、後代につけ回すことなく、現在の世代で確保できるようにすることが不可欠である。

3

③ 税と社会保険料の役割分担

社会保険制度の財源は、原則、保険料であるが、我が国の社会保険制度には、多くの公費(税財源)が投入されている。例えば、全国民に給付される基礎年金には国費が2分の1投入され、自営業者や年金受給者等の無職者等が加入し、医療サービスを受ける国民健康保険には、国費と地方費が2分の1投入され、中小企業のサラリーマンが加入する全国健康保険協会の給付費にも一部国費が投入されている。さらに、後期高齢者医療制度や介護保険制度にも、国費と地方費が2分の1投入されている。税と保険料の役割分担については、どのように考えるべきであろうか。

我が国の医療保険制度や年金制度は、被用者保険と自営業者等を対象とした保険に分かれており、医療保険制度は、それぞれのグループ内において、さらに細かく保険者が分立していること、また、無職者や低所得者であっても、医療保険制度や年金制度に加入するという皆保険・皆年金の考え方をとっていることが特色となっている。なお、国際的にも、低所得者や無職者まで含めて制度に加入させる仕組みは一般的なものではなく、1961(昭和36)年という我が国がまだ貧しい段階でこれを果たしたことは特筆に値する。

社会保険制度への公費投入の理由は、一つは、無職者や低所得者も保険に加入できるように、保険料の負担水準を引き下げることであり、もう一つは、保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正することである。

まず、前者については、現行制度の下では、現在、高齢化の進行や非正規雇用の労働者の増加による所得格差が増大する中で、保険料負担の逆進性を強めることとなる。したがって、逆進性緩和の観点から低所得者の保険料軽減や標準報酬月額の上昇限度額の引上げを行うなど、社会保険料の在り方を再点検した上で、社会保険の維持と機能強化のために公費を投入することが必要となる場合がある。

一方、後者については、制度分立は保険者の仕組みの問題であり、基本的には保険制度の中での調整が求められ、公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである。

また、給付の大宗を社会保険制度で賄っている年金・医療・介護については、すでに財源の4割弱が公費(税財源)で占められており、これらの給付が増えれば、必要となる税財源が増えていくこととなるが、社会保険をめぐる財政は、社会保険関係費が増大する中で、それに合わせた税負担がなされておらず、その不足分をいわゆる赤字公債で補っている状況であり、消費税が増税された後もこの構造が解消されるわけではない。こうした状況は、国・地方を通じた財政の健全化、社会保険の持続可能性、世代間の公平という観点から極めて問題である。

5

このため、「自助努力を支えることにより、公的制度へ依存を減らす」ことや、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことによって社会保険の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである。また、ICTの活用や医療データの整備など社会保険の重点化・効率化につながるハード面の整備とそれを活用できる人材の育成などソフト面の整備が重要である。

(3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担

① 国民皆保険・皆年金と社会保険方式の意義

「国民皆保険・皆年金」は、すべての国民が、公的医療保険や公的年金による保障を受けられるようにする制度であり、我が国の社会保険の中核として、国民生活を支えてきた。この仕組みは、「社会保険方式」として運営され、保険証一枚で医療機関にフリーアクセスできる公的医療保険や、世界最長の長寿社会を支える公的年金は、世界に誇れる我が国の共有財産となっている。

社会保険方式は、国民の参加意識や権利意識を確保し、保険料を支払った人にその見返りとして受給権を保障する仕組みであり、いわゆる自助を共同化し、国民の自立を社会的に支援する仕組みである。

社会保険方式は、保険料の見返りとして給付を受けられることから、権利性が強く、給付と負担の関係が明確であることから、必要な給付水準に対する負担について理解を得られやすく、また、保険というリスク分散の考えに立つことで、社会保険の対象を一定の困難者から国民全体に拡大した普遍的な制度となっている。

一方、社会保険方式のデメリットは、保険料を納付しない者、制度への加入手続きをとらない者は、保障を受けられないことであるが、我が国は、皆保険・皆年金制度を実質的に確保する観点から、所得水準を勘案した負担しやすい保険料とすることや、免除制度を設けることにより、できる限りすべての者を保険の加入者とするための仕組みを組み込んでいる。

② 皆保険・皆年金のセーフティネット機能(防貧機能)の弱体化

近年、被用者保険に加入できず、さらに国民年金や国民健康保険の保険料が未納になることによって皆保険・皆年金の網の目から外れてしまう非正規雇用の労働者が少なくないことが大きな問題となっている。

我が国の皆保険・皆年金制度の国民の生活保障として意義を貫徹していくためには、効果的な未納・未加入対策を講じていくことや、非正規雇用の労働者にも社会保険が十分機能するよう、被用者保険の適用拡大など就労形態の変化に対応した制度設計の見直しを図っていくことが課題となっている。また、経済・雇用政策等様々な政策を連携させて、すべての人々が安定して働ける社会を目指すことが求められる。

4

こうした我が国の財政状況も踏まえれば、社会保険への税の投入については、上記の所得格差の調整を含め、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすべきである。透明性と納得性にその特徴があることから、制度が必要以上に複雑にならないようにできる限り努力しなければならない。

(4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平

① すべての世代を対象とした社会保険制度へ

少子高齢化の進行と現役世代の雇用環境が悪化する中で、これまでの我が国の社会保険の特徴であった「給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心」という構造を見直し、給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とすることが求められる。

社会保険の持続可能性にとってとりわけ重要なことは、子育て中の人々など若い人々が日々の暮らしに安心感をもち、将来に対し、夢と希望がもてることであり、社会保険制度改革は、こうした視点から取り組む必要がある。将来に対し、夢と希望を抱くことができる社会保険を構築することによって、若い人々も納得して制度に積極的に参加することができる。

こうした観点から、若い人々も含め、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保険に転換することを目指し、子ども・子育て支援など、若い人々の希望につながる投資を積極的に行うことが必要である。こうした取組を通じて、若い人々の負担感ができる限り高まることのないようにすることが重要である。

② 将来の社会を支える世代への負担の先送りの解消

国の基礎的財政収支対象経費に占める社会保険関係費の割合が4割を超えており、税収は歳出の半分ずつ購入していない状況に照らせば、社会保険関係費の相当部分を将来の社会を支える世代につけ回しているということになる。

現在の世代が享受する社会保険給付について、給付に見合った負担を確保せず、その負担を将来の社会を支える世代に先送ることは、財政健全化の観点のみならず、社会保険の持続可能性や世代間の公平の観点からも大きな問題であり、速やかに解消し、将来の社会を支える世代の負担ができる限り少なくなるようにする必要がある。高齢化が急速に進む中でも、将来の社会を支える世代の痛みを少しでも緩和するために、現在の世代が、何ができるのかをしっかりと考えなければならない。

いずれにせよ、受益と負担が見合わない社会保険はいずれ機能しなくなり、その結果、社会の活力を失わせてしまうこととなる。このように社会保険制度改革と財政健全化は、同時達成が必須となっている。

6

③ 「世代間の獲得論」と高齢者向け給付の持つ「現役世代のメリット」

年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度を念頭に、「世代間の不公平」を指摘する意見がある。すなわち、「親の世代は、少ない負担で多額の給付がもたらされたが、若い世代は負担に比べてもらえる給付が少ない」という世代間の獲得論の主張である。

しかし、年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度は、子どもが老親を扶養するという私的扶養を社会化したものであることに十分留意が必要である。例えば、年金制度が十分に成熟する以前の世代は、親の私的扶養もしながら、自らの保険料を納めてきたのであり、公的年金の給付と負担だけをみて獲得論を議論するのは不適切である。また、介護保険制度の創設により、家計における税・保険料の負担は増加したが、一方で介護サービスが大幅に増加し、その結果、主に女性が担っていた家族内での介護負担は軽減している。

このように年金制度を始めとする社会保障は、単に高齢世代のメリットとなっているだけではなく、高齢世代の生活保障を社会的な仕組みとして行うことによって、その子や孫の負うべき負担を軽減し、現役世代のメリットにもなっていることを考慮する必要がある。

なお、公的年金制度が遺族年金や障害年金など若い世代にも起こり得る所得喪失のリスクに対応していること、事後的な社会経済変動にも対応できる仕組みであること、寿命の不確実性をカバーする終身保障であることなど、様々なリスクヘッジ機能を有していることも忘れてはならない。

このようなことに留意しつつ、他方、世代間の不公平論が流布する土壌があることにも目配りが必要である。負担の先送りの解消はもとより、教育現場等を含め、社会保障の意義や若い人々にとってのメリットを正しく理解してもらえよう努力することや、若い人々の納得感が得られる全世代型の社会保障への転換を目に見える形で推進することが重要である。

また、高齢世代にも、社会保障が世代間の連帯・助け合いの制度であることを理解してもらい、社会保障を持続可能なものとしていく努力を求めなければならない。

3 社会保障制度改革の方向性

(1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へ

我が国の社会保障の枠組みは、1961（昭和36）年の国民皆保険・普年金を経て、年金や医療の給付の大幅な改善が実施された1973（昭和48）年（「福祉元年」と呼ばれる）に完成されたものである。右肩上がりの経済成長と低失業率、それにより形成された正規雇用・終身雇用の男性労働者の夫と専業主婦の妻と子どもという核家族がモデルの下で、「現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障」という生活保障モデルが確立し、また、高齢化率も現在に比べるとかなり低いレベルであった。

まちづくりとして推進することが必要である。

こうしたまちづくりを、21世紀（2025年）の新しいコミュニティの再生と位置づけ、こうした取組を通じて、超高齢化の中にあっても、誰もが安心し、かつ希望をもって生きることができる「成熟社会の構築」に向けてチャレンジすべきである。

もとより、こうした社会保障制度の再編・再構築とは、我が国の社会保障制度の持つ長所はそのまま生かし、時代に合わなくなった点を見直すことで、これまで以上に良い制度を後代に引き継ぐためのものであり、真に必要な改革を着実に行うことが必要である。

(2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型（2025年）日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、世代間の公平だけではなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらう必要がある。

このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

(3) 女性、若者、高齢者、障害者などすべての人々が働き続けられる社会

これまでの男性中心の働き手という家族形態から、男性も女性もともに働き、ともに子育てするという家族形態へ変化してきた。この変化に対応し、子育て支援の充実など夫婦の働き方を問わず子育てができる環境を整備することが、社会保障に求められている。

女性の就業については、夫婦共働きが増加し、就業率が上昇傾向にあるものの、いまだ男性よりも低い水準となっている。また、女性の労働力率を年齢階級別にみると、30歳代を底としたいわゆるM字カーブがみられ、依然として、出産、子育てを機に就業を中断する女性が多い。少子化が進む中、働きながら子育てできる環境整備を進めることが重要であり、また、女性の就業率の上昇は経済成長にも資することからも、子ども・子育て支援新制度による保育の充実に加え、父母ともに育児に関わるワーク・ライフ・バランスを着実に実現していく必要がある。

また、高齢者についても、健康寿命が延伸することを踏まえ、高齢者が培って

これに対して、1990年代以降の国内外の社会経済状況の変化の中で、これまでの社会保障が前提としていた我が国の社会経済構造は大きく変化してきている。

まず、日本の人口構成は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025（平成37）年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となり、高齢者の中で高齢の者が増える超高齢社会になっていく。

また、社会保障支出が増える中、支え手である生産年齢人口は少なくなっていく。一方で、核家族化の進行や高齢世帯の増加、さらには夫婦共働き増加により、家族や親族の支え合いの機能が希薄化し、また、都市化に伴う生活様式の全国的な浸透や人口の減少により、地域の支え合いの機能も低下していくことを免れない。

さらに、高度経済成長期に形成され、安定経済成長期で維持されてきた日本型雇用システムに代表される企業による生活保障機能についても、経済のグローバル化や経済の低成長に対応するために増加した非正規雇用の労働者については適用されず、これらの人々には企業の保護の傘から外れるといった状況になっている。雇用については、賃金や処遇の在り方を見直すことで、企業内の人材を育て、長期にわたって雇用する仕組みを維持しやすくすることが求められている。

こうした社会経済状況の変化を踏まえ、我が国の社会保障制度を「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」に再構築して、国民生活の安心を確保していくことが、喫緊の課題となっている。

男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とした「1970年代モデル」では、社会保障は専ら「年金」、「医療」、「介護」が中心となっていたが、「21世紀（2025年）日本モデル」では、年金、医療、介護の前提となる。現役世代の「雇用」や「子育て支援」、さらには、「低所得者・格差の問題」や「住まい」の問題なども社会保障として大きな課題となってくる。

なお、1990（平成2）年に「1.57ショック」として、少子化問題が社会的に認識されたにもかかわらず、必要な施策が必ずしも十分に進まなかったのは、こうした施策が年金・医療・介護のように財源調達の高い社会保障方式を採っておらず、当時、急速に悪化した財政状況の下で、必要な財源が確保されなかった点にも原因があったことに留意すべきである。

したがって、「21世紀（2025年）日本モデル」の社会保障については、必要な財源を確保した上で、子ども・子育て支援を回ることや、経済政策・雇用政策・地域政策などの施策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること等を始めとしてすべての世代を支援の対象とし、また、すべての世代が、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障とすることが必要である。

また、限られた資源を有効に活用するとともに、QOL（Quality of Life）の向上という観点から、様々な生活上の困難があっても、地域の中で、その人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面における

きた知識や経験を活かせるよう、意欲と能力がある限り、年齢にかかわらず、働くことができる社会の実現に向けた取組が必要である。

さらに、人口減少社会となった我が国では、明日の社会を支える若者が安定的な雇用につき、適切な職業キャリアを積むことができるようにすることが、何より重要であり、新規卒卒者を含む若者に対する効果的な就業支援等を検討すべきである。

こうした取組により、社会保障の支えられる側、支える側という従来の考え方を乗り越えて、女性や若者、高齢者、障害者を始め働く意欲のあるすべての人が働くことができる社会を目指し、支え手に回る側を増やすことに国を挙げて積極的にチャレンジすべきである。

(4) すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実

少子化の問題は、社会保障全体に関わる問題であり、また子育て支援は、親子、家族のためだけでなく、社会保障の持続可能性（担い手の確保）や経済成長にも資するものである。これをすべての世代に夢や希望を与える日本社会の未来への投資であると認識し、取り組むべきである。

子育てを社会全体で支援して、子育てを楽しめる社会としていくことが必要であり、妊娠・出産から子育てまでのトータルな支援や、発達初期の教育・保育などすべての子どもへの良質な発達環境の支援を充実していくことが求められる。

加えて、子どもの発達初期の環境は、後の思春期や成人期の発達にも影響を及ぼすものであり、良質な環境の整備が格差・貧困対策としても効果的であることに留意すべきである。

(5) 低所得者・不安定雇用の労働者への対応

我が国の社会保障制度は、低所得者や無職者でも加入できるよう工夫した仕組みであるが、非正規雇用の労働者等が増大する中で、制度的に被用者保険制度の適用から除外されている者が増大し、他方で国民健康保険などでは低所得のために保険料を支払うことが難しくなる者が増加してきた。

グローバル化等による雇用の不安定が、格差・貧困問題の深刻化につながらないよう、働き方の違いにかかわらず、安定した生活を営むことができる環境を整備することが重要である。このためには、まずは、非正規労働者の雇用の安定や処遇の改善を図ることが必要であり、また、非正規雇用の労働者に対して社会保障が十分機能するように、こうした労働者にも被用者保険本来の姿に直し、制度を適用されるようにしていくこと（被用者保険の適用拡大）が重要である。

格差・貧困問題の深刻化は、社会の統合を脅かし、社会の分裂を招くとともに、多くの人の能力が発揮されずに終わり、社会的な連帯意識も弱まり、扶助費や行政コストの肥大化を招くことになる。こうした、格差・貧困問題を解決するためには、誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境を整備するとともに、

税制や社会保障制度を通じて、負担できる者が負担する仕組みなど所得再分配機能をも強化しつつ、経済政策、雇用政策、教育政策、地域政策、税制など、様々な政策を連携させていく必要がある。また、税制抜本改革法の規定に基づく「総合算制度」（医療、介護、保育等に関する自己負担の合計額に一定の上限を設ける仕組みその他これに準ずるものをいう。）の創設の検討も重要である。

こうした施策を実行していくためには、年金税制等により優遇されている高齢者の問題などを検討し、低所得者をより適切に把握できるような仕組みを目指すことが重要である。

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75歳以上の高齢の高齢者が急増する一方、地方圏では、75歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なっており、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。

高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療も、それに合わせたかたちで変化の中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち、医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等とのインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域のもつ生

活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」と言える。

病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025（平成37）年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、全国から先駆的実践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組を早急を開始すべきである。

医療・介護の地域包括ケアシステムの構築により、地域ごとに形成されるサービスのネットワークは、高齢者介護のみならず、子ども・子育て支援、障害者福祉、困難者支援にも貴重な社会資源となり、個人が尊厳をもって生きていくための、将来の世代に引き継げる貴重な共通財産となる。

(7) 国と地方が協働して支える社会保障制度改革

子育て、医療、介護など社会保障の多くが、地方公共団体を通じて国民に提供されており、社会保障における地方公共団体の役割は極めて大きい。制度運営について、住民と直接向き合う地方公共団体は、各地域における社会保障の運営責任者というべき存在であると言える。

したがって、今後の社会保障制度改革については、その成果を確実に国民に還元していくためにも、地方公共団体の理解が得られるような改革とし、自己改革や応分の負担など国と地方公共団体がそれぞれ責任を果たしながら、対等な立場で協力し合う関係を築くことが重要である。

また、社会保障制度改革の推進に当たっては、国が基本的なビジョンを示しつつも、地方公共団体が主体的かつ総合的に改革に取り組んでいけるよう、社会保障における国・都道府県・市町村の役割分担の見直し、地方公共団体の必要な役割・財源の強化、社会保障制度改革を進めるための基盤整備について、国と地方公共団体が連携して進めていくことが必要である。

(8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

2025（平成37）年には、団塊の世代がすべて、75歳以上の高齢者となり、高齢者の中でも高齢の者が増加する。また、人口の減少により、2050（平成62）年には人の居住している地域の2割は無人化されるといわれる。

こうした中で要介護者が急増するとともに、認知症などが大きな問題となり、また、人口減少による限界集落の問題など、多くの解決すべき課題が想定されている。

しかし、その一方で、今後の高齢社会では、平均寿命、とりわけ健康寿命が伸びることで老後という、自分が自分らしく生きられる豊かな自由な時間が増え、その中で新しい人生の意味を見つけ出すことも可能となる。

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢

者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

社会保障の制度設計に当たって、中年期からの健康管理や介護予防など個々人が、リスクの低減に向けた自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みや、サービスの選択肢を増やし、個人が選択していける仕組みを組み込むことも必要となる。

また、健康で長寿を実現することは人類の理想であり、人生90年時代には、これまでの画一的な人生モデルではなく、多様な人生設計が可能となる。90年の人生を健康で、持てる力を最大限に発揮して生きるために、個人が人生設計能力を高める必要がある。

このように、人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い、一つ一つ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として、超高齢社会の中を充実して生きていける社会づくりを、「成熟社会の構築」ととらえて、チャレンジしていくことが必要である。

4 社会保障制度改革の道筋 一時間軸で考える一

上記のような考え方に沿った制度改革については、将来あるべき社会像を想定した上で、短期と中長期に分けて実現すべきである。

すなわち、まずは、消費増税という国民負担を社会保障制度改革の実施という形で速やかに国民に還元するため、今般の一体改革による消費税の増収が段階的に生じる期間内に集中的に実施すべき改革である。また、中長期とは、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025（平成37）年を念頭において段階的に実施すべき改革である。

こうした時間軸に沿って、国民の合意を得ながら、目標に向けて着実に改革を進め、実現していくことが必要である。そもそも、少子高齢化が急速に進む我が国の現状を踏まえれば、社会保障制度改革の実施は先送りできない待ったなしの課題である。このことを十分に認識しながら、この改革を進めていく必要がある。

このような改革の道筋については、定期的に改革の方向性やその進捗状況をフォローアップしていくことが必要であり、政府の下で必要な体制を確保すべきである。

こうした社会保障制度改革には、以上のような政府（政治や行政）の取組だけでなく、実際にサービスを担うサービス提供事業者の自己改革が必要である。また、社会保障は、国民生活に密着し、一人一人にとって不可欠なものとなっている。こうした社会保障を今後も維持、発展させていくためには、社会保障を国民の共通財

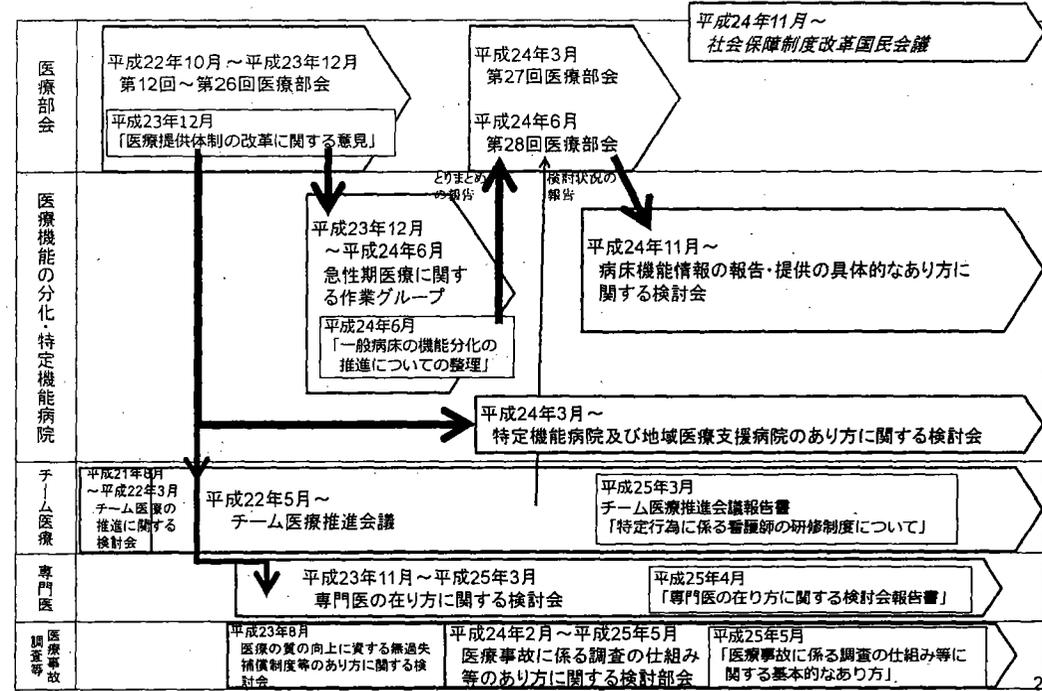
産として、守り、育てていくという意識を持つことが大切である。

このためには、政府は、社会保障の現状や動向等についての情報公開等を行うだけでなく、若し時期から、教育現場等において社会保障の意義や役割を学ぶことのできる機会を設けていくことが必要である。

【第29回社会保障審議会医療部会(平成25年6月20日)資料】

医療法等改正法案 参考資料

医療提供体制の改革に関する議論の経緯



医療提供体制の改革に関する意見のポイント (平成23年12月22日社会保障審議会医療部会)

I 基本的な考え方

○現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
○①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

II 個別の論点について

地域の実情に応じた医師等確保対策

【医師の養成・配置のあり方】
○総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。
【医師確保対策のあり方】
○キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
○都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の供給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

病院・病床の機能の明確化・強化

【病床区分のあり方】
○一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化が必要であり、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要。
○一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的な方策について、検討の場を設け、早急に検討(※)。
【臨床研究中核病院(仮称)の創設】
○医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。
【特定機能病院のあり方】
○高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

在宅医療・連携の推進

【在宅医療の推進・医療・介護間の連携】
○在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。
○在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化するべき。
○在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

【チーム医療の推進】
○限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。
【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】
○安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要。
○診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

社会保障・税一体改革大綱(抄)

平成24年2月17日 閣議決定

第1部 社会保障改革 第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(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)
○高齢化が一段と進む2025年に、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を実現する。
○予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかりと「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」の双方を実現する。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

○急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

- i 病院・病床機能の分化・強化
 - ・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。
- ii 在宅医療の推進
 - ・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

III 医師確保対策

○医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

IV チーム医療の推進

○多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

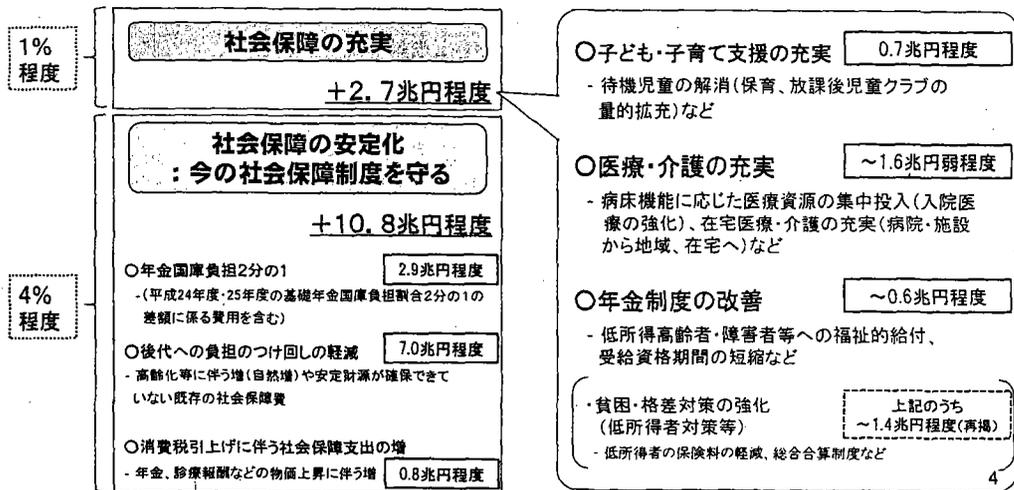
★あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を踏まながら検討する。

※「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で具体的な仕組みがとりまとめられ、平成24年6月の社会保障審議会医療部会で了承。

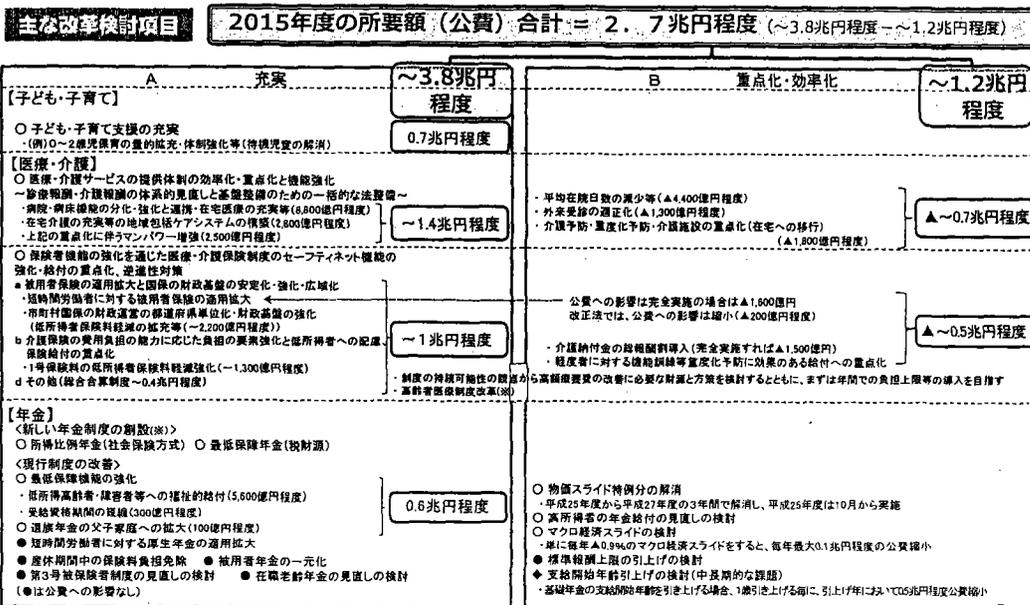
消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



充実と重点化・効率化の同時実施



(※)3号の「建設費」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

○現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。

○しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。

○したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期			
一般急性期	80万人/日	86万人/日	97万人/日
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	31万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	34万人/日
入院計	133万人/日	143万人/日	162万人/日

2. 必要病床数の見込み

	【一般病床】 107万床	【一般病床】 114万床	【一般病床】 129万床
高度急性期			
一般急性期	75%程度	75%程度	75%程度
亜急性期・回復期等	19～20日程度	19～20日程度	19～20日程度
長期療養(慢性期)	23万床	27万床	34万床
精神病床	35万床	36万床	37万床
入院計	166万床	178万床	202万床
	80%程度 30～31日程度	80%程度 30～31日程度	80%程度 30～31日程度

(参考)総人口 1億2729万人 1億2623万人 1億2157万人

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。6

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

【趣旨】

- 24年6月に「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、社会保障審議会医療部会です承された「一般病床の機能分化の推進についての整理」では、一般病床の機能分化の推進に向け、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入することとされた。この報告制度に関し、「報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討場において、別途検討を進める」とされたところ。
- これを踏まえ、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討を行うため、本検討会を開催する。

【本検討会において議論すべき論点】

1. 医療機能の具体的な内容について

- ・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。
- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。
- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。(例)地域一般、障害者・特殊疾患等

2. 医療機能毎の報告事項について

- ・1.の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

3. 病床機能情報の提供について

- ・患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
- ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適当か。
- ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適当か。

【構成員】

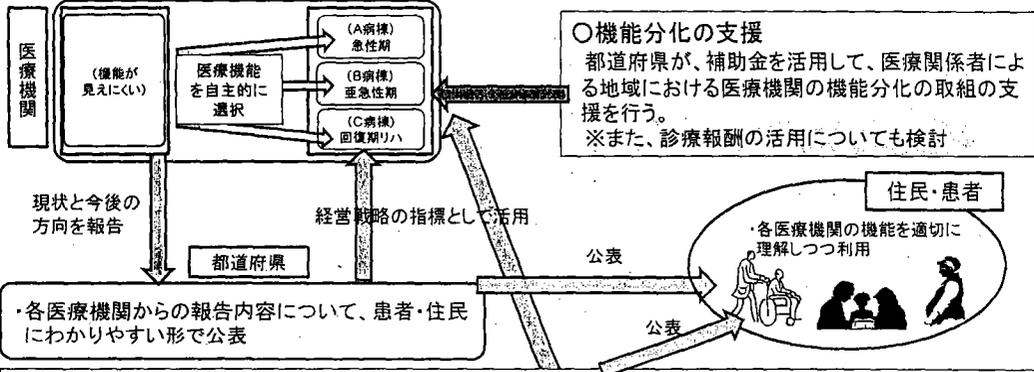
- | | | | |
|--------|----------------------|-------|---------------------------|
| 相澤 孝夫 | 一般社団法人日本病院会副会長 | 西澤 寛俊 | 公益社団法人全日本病院協会会長 |
| 安部 好弘 | 公益社団法人日本薬剤師会常務理事 | 花井 圭子 | 日本労働組合総連合会総合政策局長 |
| ◎遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部部長 | 松田 晋哉 | 産業医科大学教授 |
| ◎尾形 裕也 | 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授 | 三上 裕司 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 加納 繁照 | 一般社団法人日本医療法人協会会長代行 | 山口 育子 | NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| 高智 英太郎 | 健康保険組合連合会理事 | 山崎 理 | 新潟県福祉保健部副部長 |
| 齋藤 訓子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 | | |

◎は座長、○は座長代理 (五十音順)

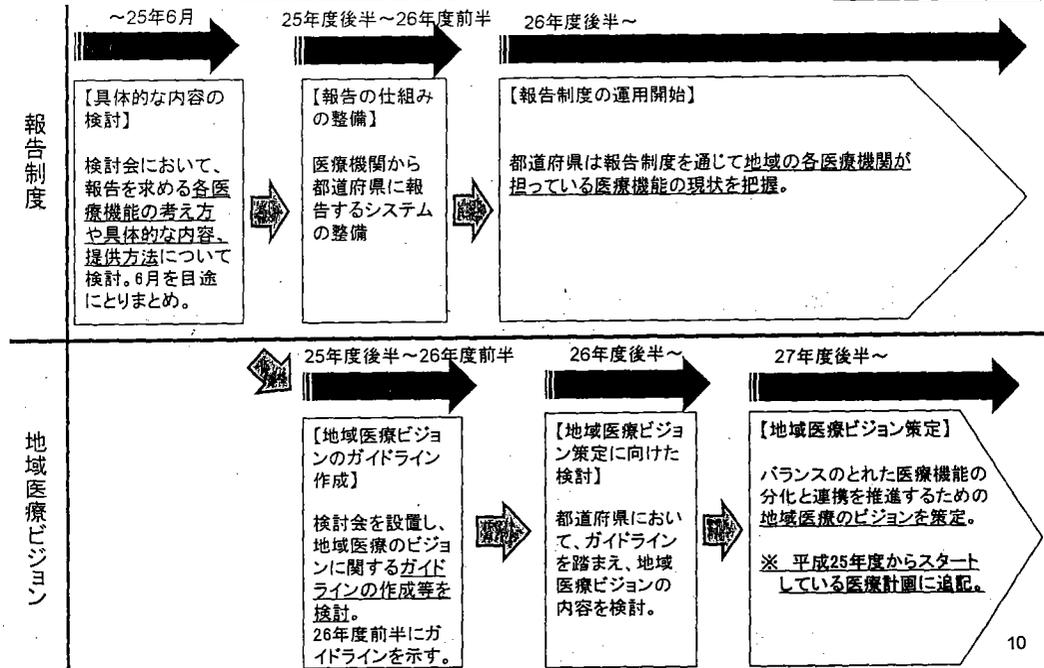
【開催状況】

- 第1回 24年11月16日(金)、第2回 12月13日(木)、第3回 25年1月11日(金)、第4回 25年3月7日(木)、第5回 25年4月25日(木)、第6回 25年5月30日(木)

○医療機関による報告(平成26年度～)
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



○地域医療ビジョンの策定(平成27年度～)
・都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。
・国は、都道府県における地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



医療機関が報告する医療機能について 第14回社会保障制度改革国民会議 (平成25年6月10日)資料

○医療機関は、以下の医療機能の中から、その有する病床の医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で都道府県に報告する。

医療機能の名称	医療機能の内容
急性期	○主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
亜急性期	○主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能
回復期リハビリテーション	○主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能。
長期療養	○主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○主として、長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
地域多機能	○一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能

※ 高度急性期については、主に急性期機能と報告のあった医療機関の情報に基づき、その位置付けについて今後検討。

○また、医療機関は、上記の「医療機能」と併せて、地域医療ビジョンを策定する上で必要な「提供している医療の具体的な内容に関する情報」を都道府県に報告する。

【報告する情報の例】
(全医療機能共通の報告事項)
病床数、高額医療機器の配置状況、医療従事者の配置状況、入院患者数、入棟前の場所別患者数、退棟先の場所別患者数等
(急性期機能の報告事項)
看護必要度(入院患者に提供されるべき看護の必要量)を満たす患者の割合、救急からの入院患者数、全身麻酔手術件数、悪性腫瘍手術件数等

在宅医療・介護の推進について

できる限り、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界2位)、男性79歳(同8位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- 国民の60%以上が自宅で療養を望んでいる。
- ケアマネジャーの50%近くが医師との連携が取りづらいつ感じているなど医療・介護の連携が十分とはいえない。

- 国民の希望に応える療養の場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、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、地域包括ケアシステムの構築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、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■施策を総動員し、「在宅医療・介護」を推進

- 予算での対応
・平成24年度補正予算や平成25年度予算により、在宅医療・介護を推進
※平成24年度補正予算：在宅医療など都道府県における必要性の高い事業を支援するため、地域医療再生基金に500億円積み増し
※平成25年度予算：小児の在宅医療の推進のためのモデル事業(1.7億円)、地域で在宅医療を担う多職種を育成するための研修(1.0億円)等
- 制度的対応
・平成25年度からの5カ年の医療計画に、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記
・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中
- 診療報酬・介護報酬
・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価
- 組織
・省内に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置し、在宅医療・介護を関係部局で一体的に推進

特定機能病院制度の概要

趣旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

役割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること(紹介率30%以上の維持)
- 病床数……400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
 - ・医師……通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。
 - ・薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。(一般は入院患者数÷70)
 - ・看護師等……入院患者数÷2が最低基準。(一般は入院患者数÷3)
 [外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
 - ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。 等

※承認を受けている病院(平成25年4月1日現在) …… 86病院

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

【趣旨】

社会保障審議会医療部会において、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件について、具体的に検討することが必要とされたことから、本検討会において、これらの具体化に向けて検討を行う。

【主な検討項目】

- 特定機能病院の承認要件の見直し
- 地域医療支援病院の承認要件の見直し

【構成員】

- | | | | |
|---------|-------------------|-------|--------------------|
| ○ 上田 茂 | 日本医療機能評価機構理事 | 霧島 一彦 | 健康保険組合連合会理事 |
| 梅本 逸郎 | 時事通信社外国経済部部長 | 中川 俊男 | 公益社団法人日本医師会副会長 |
| ◎ 遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部教授 | 西澤 寛俊 | 公益社団法人全日本病院協会会長 |
| 遠藤 秀治 | 公益社団法人日本薬剤師会理事 | 遠見 公雄 | 公益社団法人全国自治体病院協議会会長 |
| 梶井 英治 | 自治医科大学教授 | 松田 晋哉 | 産業医科大学教授 |
| 齋藤 訓子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 | 眞鍋 馨 | 長野県健康福祉部長 |
| 堺 常雄 | 一般社団法人日本病院会会長 | 宮崎 勝 | 千葉大学附属病院病院長 |
| 佐藤 保 | 公益社団法人日本歯科医師会常務理事 | 森山 寛 | 東京慈恵会医科大学附属病院病院長 |
| 島崎 謙治 | 政策研究大学院大学教授 | | |
- ◎は座長 ○座長代理(五十音順)

【開催状況】

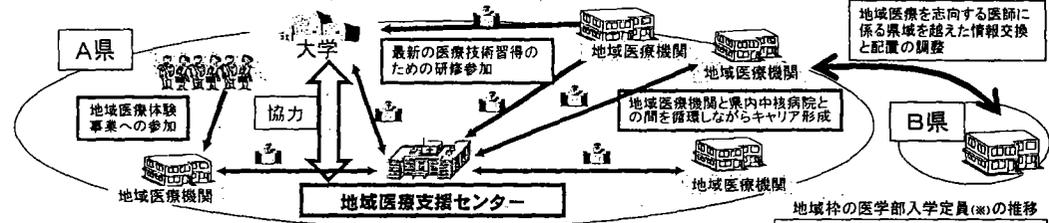
第1回 平成24年3月15日、第2回 平成24年4月26日、第3回 平成24年6月29日、第4回 平成24年7月27日、
第5回 平成25年3月27日、第6回 平成25年5月30日

地域医療支援センター運営経費

平成25年度予算9.6億円(平成24年度予算7.3億円)
(30箇所) (20箇所)

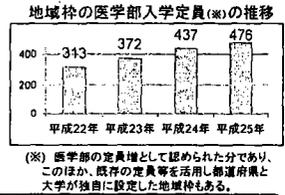
地域医療支援センターの目的と体制

- ▶ 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を活用しながら、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、専任事務職員3名 ・設置場所：都道府県庁、○○大学病院、都道府県立病院等



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種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、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、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。また、公的補助金決定にも参画。

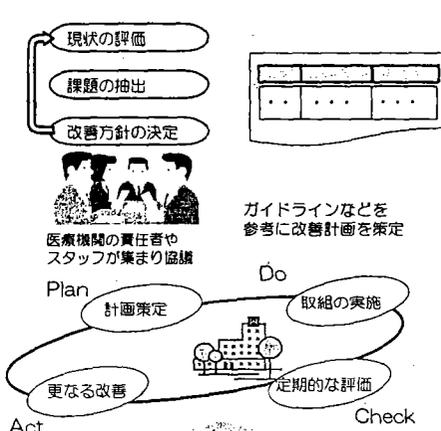


- ▶ 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- ▶ 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成25年3月末時点)

医療機関の勤務環境改善に向けたスキーム

- 医師、看護師等の医療スタッフの勤務環境を改善することにより、医療安全の確保及び医療の質の向上を図ることが必要
- 医療機関の責任者などがスタッフと協力して、「雇用の質」向上に取り組むための自主的な勤務環境改善活動を促進するシステム＝「雇用の質」向上マネジメントシステムを制度化
- 医療勤務環境改善支援センターは、労務管理面など勤務環境改善に向けた医療機関の取組をバックアップ

各医療機関の取組み



医療勤務環境改善支援センター

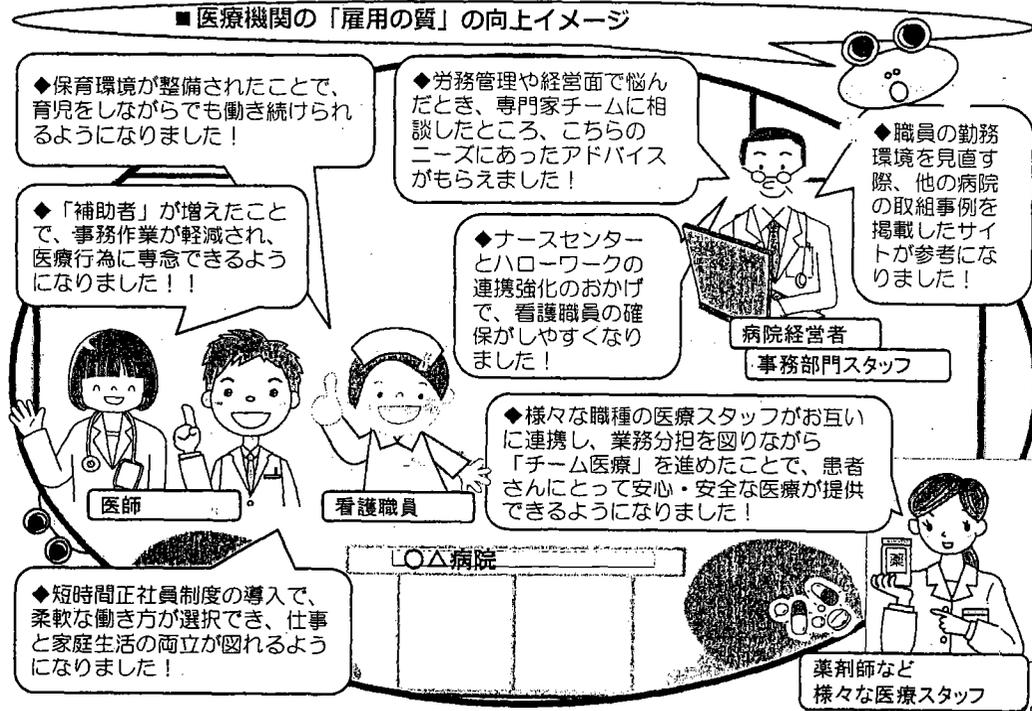
働きやすい環境整備に向けた各医療機関の取組を総合的・専門的にアドバイス(労務管理面、診療報酬面、経営や人事など多様なニーズに対応するコンサルティング)
※医療関係団体等による実施を想定

都道府県等による支援関係団体の連携

医療法への位置づけ(案)

- 【各医療機関による自主的な勤務環境改善の取組】
- 各医療機関の自主的な取組を支援するため、厚生労働省は、医療機関の勤務環境改善を図るためのシステム(PCOAサイクル型のマネジメント・システム)を整備するとともに、その円滑な実施のためのガイドラインを策定。
- 【医療機関に対する支援】
- 国・都道府県等は、コンサルティング、研修、意識の啓発などにより、医療機関の勤務環境の改善の支援措置を講ずるよう努めること。
- また、各都道府県ごとに、医療機関に対する勤務環境改善を支援するための「支援センター」を設置。
- その他の関連規定を整備

■医療機関の「雇用の質」の向上イメージ



看護職員確保対策について

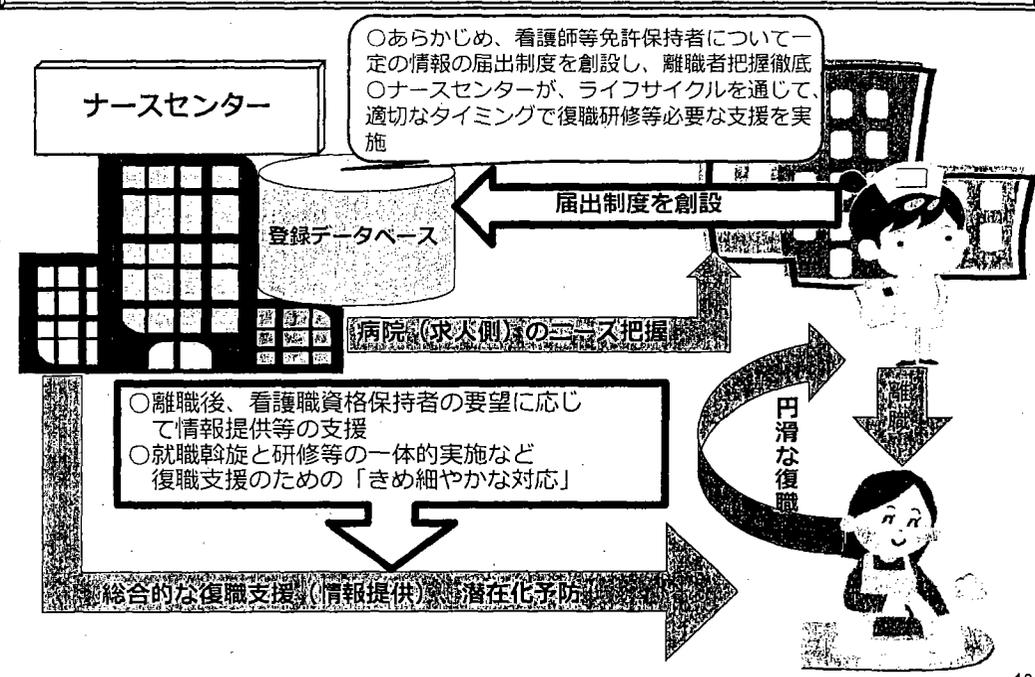
(背景)

- 少子化が進展する中、今後必要とされる看護職員を確保するためには、抜本的な看護職員確保対策が不可欠。
- 離職中の者を含め、個々の看護師免許保持者の状況を的確に把握した上で、それぞれのニーズを踏まえた研修、情報提供、相談、職業紹介等の支援を実施していく仕組みや、働きやすい職場づくりによる離職防止の徹底等の取組が不可欠。

(対応の方向性)

- (1) 看護職員の復職支援の強化
 - ・看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
 - ・ナースセンターが、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等必要な支援を実施。
- (2) 勤務環境の改善を通じた定着・離職防止
 - ・医師等を含めた医療スタッフ全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善活動を促進するとともに、医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取組をバックアップするシステムを構築。こうしたシステムを普及させることで、看護職員について定着・離職防止を推進。

看護師等人材確保法改正による新たな取組のスキーム



チーム医療の推進について

- 社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月)
多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

1. 特定行為に係る看護師の研修制度の創設

チーム医療の推進に資するよう、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、看護師がその能力を最大限に発揮できるような環境を整備するため、「高度な専門知識と技能等が必要な行為(特定行為)の明確化」と「医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度の導入」について、チーム医療推進会議において、取りまとめたところ。

2. その他の医療関係職種の業務範囲や業務実施態勢の見直し

その他の医療関係職種についても、チーム医療を推進する観点から、業務範囲等の見直しを検討。
<具体例>

(1) 診療放射線技師

- 診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為について、新たに業務範囲に追加。
 - ・CT検査、MRI検査等において造影剤自動注入器を用いた造影剤投与を行うこと
 - ・下部消化管検査に際して、カテーテル挿入部(肛門)を確認の上、肛門よりカテーテルを挿入すること等

(2) 歯科衛生士

- 歯科衛生士が歯科医師の「直接の指導」の下に実施しているフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置について、歯科医師との緊密な連携を図った上で実施することを認める。

特定行為に係る看護師の研修制度

- 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要がある行為（以下「特定行為」という。）について、保助看法において明確化する。
なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。
- ※ 特定行為の規定方法は限定列举方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。
- 医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、以下のような研修を受けることを制度化する。
 - ・ 医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール（プロトコールの対象となる患者及び病態の範囲、特定行為を実施するに際しての確認事項及び行為の内容、医師への連絡体制など厚生労働省令で定める事項が定められているもの）に基づき、特定行為を行うおととする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修（以下「指定研修」という。）の受講を義務づける。
 - ・ 指定研修の受講が義務づけられない、特定行為を行う看護師については、医療安全の観点から、保助看法上の資質の向上に係る努力義務として、特定行為の実施に係る研修を受けることを追加する。
- ※ 既存の看護師であっても、プロトコールに基づき特定行為を行うおとする場合は指定研修を受けなければならないことから、制度施行後、一定期間内に研修を受けなければならないこととするといった経過措置を設ける。
- ※ 特定行為が追加された場合であって、かつ、当該内容が研修の教育内容も変更する必要がある場合においては、当該内容に係る追加の研修義務が生じる。
- 厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。
 - ※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。
- 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。
 - ※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。
- 厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。
 - ※ 指定研修機関における研修を修了したこと看護師籍への登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない。

20

医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会の概要

1 趣旨

「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の検討課題の一つである医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討を行う。

2 主な検討項目

- 1) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方
- 2) 再発防止のための仕組みのあり方
- 3) その他

3 構成員

- 有賀 徹 昭和大学病院 院長
 九洲大学大学院医学研究科医療経営・管理学講座 准教授
 鮎澤 純子 練馬総合病院 院長
 飯田 修平 専修大学 名誉教授
 岩井 宜子 南山大学大学院法務研究科 教授／弁護士
 加藤 良夫 東北大学 総長
 山見 進 日本医師会 常任理事
 高杉 敬久 医療事故被害者・遺族／新葛飾病院セーフティマネージャー
 豊田 郁子 独立行政法人労働者健康福祉機構 秋田労災病院 第二内科部長
 中澤 堅次 東京大学大学院法政学研究所 教授
 樋口 範雄 読売新聞東京本社 編集局社会保障部 記者
 本田麻由美 日本看護協会 常任理事
 松みどり 宮澤 潤 宮澤潤法律事務所 弁護士
 山口 育子 NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
 山口 徹 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 顧問
 ○山本 和彦 一橋大学大学院法学研究科 教授
 ○座長、五十音順（敬称略）

4 検討スケジュール

- 第1回 平成24年 2月15日
・今後の検討方針の確認、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業のヒアリング等
- 第2回 平成24年 3月29日
・関係団体からのヒアリング
- 第3回 平成24年 4月27日
・構成員からのヒアリング
- 第4回 平成24年 6月14日
・調査を行う目的、対象や範囲、組織について
- 第5回 平成24年 7月26日
・調査を行う組織、調査結果の取扱いについて
- 第6回 平成24年 8月30日
・調査の実務、医療安全支援センターとの関係について
- 第7回 平成24年 9月28日
・診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実務についてヒアリング、調査に必要な費用負担について
- 第8回 平成24年10月26日
・捜査機関との関係について
- 第9回 平成24年12月14日
・消費者安全調査委員会について消費者庁からのヒアリング・再発防止のあり方について
- 第10回 平成25年 2月 7日
・関係団体等からのヒアリング
- 第11回 平成25年 3月22日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点
- 第12回 平成25年 4月18日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点
- 第13回 平成25年 5月29日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方（とりまとめ）

22

医療事故に係る調査の仕組み等について

これまでの経緯

- 平成19年
- 医療事故に係る調査の仕組みについて、自民党「医療紛争処理のあり方検討会」（座長：大村秀章議員）の取りまとめ（平成19年12月）において、新制度の骨格や政府における留意事項を提示。
- 平成20年
- 厚生労働省においては、平成19年4月から検討会で検討を行い、三次にわたる試案公表と意見募集を実施。提出された意見と自民党の検討会での議論を踏まえ、平成20年6月に「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表。
 - 第三次試案や大綱案に対して、医療関係者の一部から様々な懸念が寄せられた。
- 平成21年
- 政権交代があり、当時の厚生労働大臣より「（厚労省）第三次試案及び大綱案のまま成案にすることは考えていない」旨の国会答弁があった。
- 平成23年以降
- こうした中、民主党のマニフェスト等に基づき、平成23年8月に厚生労働大臣政務官主宰の「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を設置し、検討を開始したが、同検討会で「まずは、その前提となる医療事故調査制度の見直しをつけるべき」との意見があったことも踏まえ、平成24年2月に同検討会の下に「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」（大臣政務官主宰）を設置。
 - 同検討部会は、13回開催し、平成25年5月に「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」をとりまとめた。

21

医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方

1. 調査の目的

- 原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

2. 調査の対象

- 診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）
- 死亡事例以外については、段階的に拡大していく方向で検討する。

3. 調査の流れ

- 医療機関は、診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）が発生した場合、まずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに、必要に応じて第三者機関に助言を求めつつ、速やかに院内調査を行い、当該調査結果について第三者機関に報告する。（第三者機関から行政機関へ報告しない。）
- 院内調査の実施状況や結果に納得が得られなかった場合など、遺族又は医療機関から調査の申請があったものについて、第三者機関が調査を行う。

4. 院内調査のあり方について

- 診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）が発生した場合、医療機関は院内に事故調査委員会を設置するものとする。その際、中立性・透明性・公正性・専門性の観点から、原則として外部の医療の専門家の支援を受けることとし、必要に応じてその他の分野についても外部の支援を求めることとする。
- 外部の支援を円滑・迅速に受け取ることができるよう、その支援や連絡・調整を行う主体として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等を「支援法人・組織」として予め登録する仕組みを設けることとする。
- 診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）が発生した場合、医療機関は、遺族に対し、調査の方法（実施体制、解剖や死亡時画像診断の手続き等）を記載した書面を交付するとともに、死体の保存（遺族が拒否した場合を除く。）、関係書類等の保管を行うこととする。

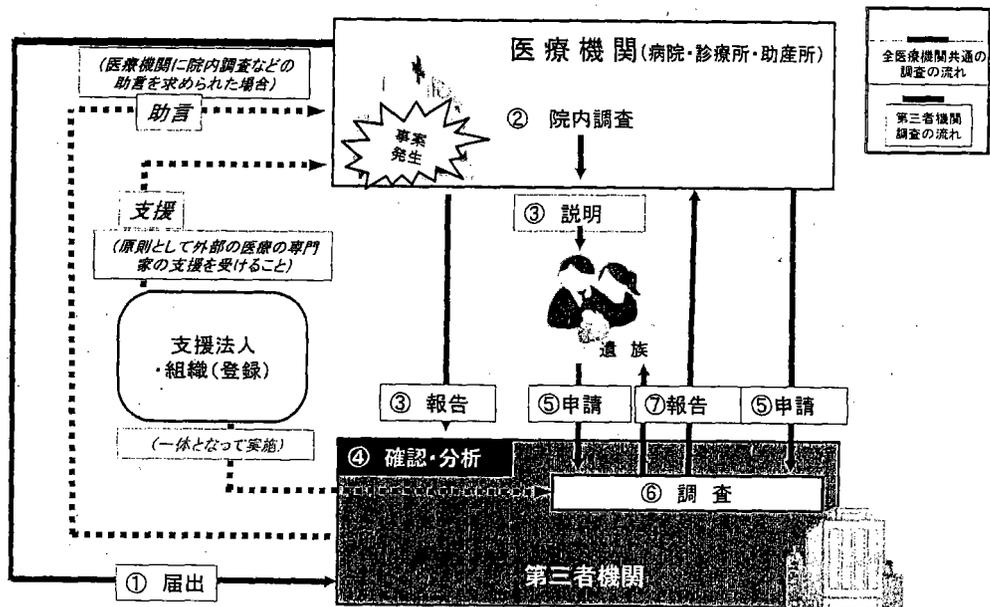
23

- 院内調査の報告書は、遺族に十分説明の上、開示しなければならないものとし、院内調査の実施費用は医療機関の負担とする。なお、国は、医療機関が行う院内調査における解剖や死亡時画像診断に対する支援の充実を図るよう努めることとする。
 - 上記の院内事故調査の手順については、第三者機関への届け出を含め、厚生労働省においてガイドラインを策定する。
- 5. 第三者機関のあり方について**
- 独立性・中立性・透明性・公正性・専門性を有する民間組織を設置する。
 - 第三者機関は以下の内容を業務とすることとする。
 - ① 医療機関からの求めに応じて行う院内調査の方法等に係る助言
 - ② 医療機関から報告のあった院内調査結果の報告書に係る確認・検証・分析
 - ※ 当該確認・検証・分析は、医療事故の再発防止のために行われるものであって、医療事故に関わった医療関係者の過失を認定するために行われるものではない。
 - ③ 遺族又は医療機関からの求めに応じて行う医療事故に係る調査
 - ④ 医療事故の再発防止策に係る普及・啓発
 - ⑤ 支援法人・組織や医療機関において事故調査等に携わる者への研修
 - 第三者機関は、全国に一つの機関とし、調査の実施に際しては、案件ごとに各都道府県の「支援法人・組織」と一体となって行うこととする。なお、調査に際しては、既に院内調査に関与している支援法人・組織と重複することがないようにすべきである。
 - 医療機関は、第三者機関の調査に協力すべきものであることを位置付けた上で、仮に、医療機関の協力が得られず調査ができない状況が生じた場合には、その旨を報告書に記載し、公表することとする。
 - 第三者機関が実施した医療事故に係る調査報告書は、遺族及び医療機関に交付することとする。
 - 第三者機関が実施する調査は、医療事故の原因究明及び再発防止を図るものであるとともに、遺族又は医療機関からの申請に基づき行うものであることから、その費用については、学会・医療関係団体からの負担金や国からの補助金に加え、調査を申請した者（遺族や医療機関）からも負担を求めるものの、制度の趣旨を踏まえ、申請を妨げることとならないよう十分配慮しつつ、負担のあり方について検討することとする。
 - 第三者機関からの警察への通報は行わない。（医師が検案をして異状があると認めたときは、従前どおり、医師法第21条に基づき、医師から所轄警察署へ届け出る。）

24

(参考)

医療事故調査制度における調査制度の仕組み



※ 第三者機関への調査の申請は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

25

臨床研究の推進（臨床研究中核病院(仮称)の整備）

日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担える体制（人員、設備等）を有する病院を臨床研究中核病院として医療法に位置づける。

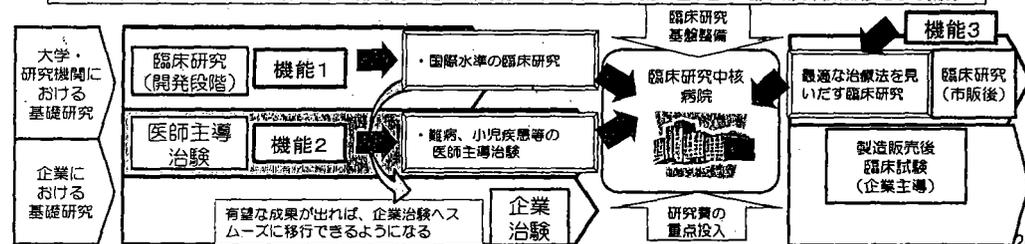
目的

- ・臨床研究の質を保证する。（これにより、薬事法の承認申請への活用や先進医療における取扱いの弾力化が可能となる。）
- ・難病や小児疾病等の治療のための医師主導治験を継続的に実施可能な体制を確保する。
 - 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発や未承認薬等の開発につながるとともに、より効果の高い治療等が、より迅速に全国の医療現場で広く行われることになる。

臨床研究中核病院の主な機能

- 機能1 大学等発の医薬品候補物質等を用いた国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究を実施できる。
- 機能2 患者数の少ない難病・小児等の医師主導治験を実施できる。
- 機能3 市販後に既存薬の組合せ等により最適な治療法を見いだす臨床研究を実施できる

予算事業として、早期・探索的臨床試験拠点（ヒトに初めて新規薬物・機軸を投与・使用する臨床研究を世界に先駆けて行う拠点）を平成23年度から5か所、臨床研究中核病院を平成24年度から5か所、平成25年度からは更に5か所整備中。
 → 体制整備を進める中で、今後、法令に規定する一定の基準を満たした病院については、医療法の「臨床研究中核病院」として承認。



26

外国医師の臨床修練制度の見直しについて

平成23年6月8日第18回社会
 保障審議会医療部会提出資料

1. 見直しの具体的な内容

(1) 年限の弾力化

- 現行は、許可の有効期間は最長2年間とされているため、例えば、日本の医学部の大学院（一般に4年課程）に留学したとしても、十分な臨床教育を受けられない可能性がある。
- このため、医療分野の国際交流の進展等により一層寄与する観点から、正当な理由（医学部の大学院に在学中等）があると認められる範囲（最長2年間）で、許可の有効期間の延長を認めることとする。

※ 大学院に在学中の者については、在学中の期間に限り、再延長（最長2年間）を認めることとする。
 ※ 歯科医師については、医師と同様の見直しを行うこととする。また、看護師等については、正当な理由があると認められる場合に限り、現行の許可の有効期間（1年間）を最長1年間延長することができることとする。

(2) 手続・要件の簡素化

- 臨床修練制度は制度施行（昭和62年）から20年以上が経過し、この間、受入病院において、外国の医師の受入れに関するノウハウの蓄積、外国の医師の能力等を主体的に確認する仕組みの整備等が進められているが、一方、当事者からは「手続が煩雑」「要件が厳し過ぎる」等の指摘もなされている。
- このため、制度運用の実態に沿って、受入病院の責任において、①外国の医師の能力水準、②適切な指導体制、③医療事故等が発生した際の賠償能力、を確保する仕組みに改めるとともに、厚生労働大臣が関与する手続・要件を簡素化する方向で見直しを行うこととする。

【見直しの具体的な内容】

- ◆ 厚労大臣による指導医認定制度を廃止（外国の医師の語学能力に適した指導医を受入病院が選任）
- ◆ 受入病院と緊密な連携体制が確保されている病院・診療所における臨床修練の実施を許容
- ◆ 不適切な事例が発覚した場合の対応（立入検査、法令違反の事実の公表等）を整備
- また、入国後速やかに臨床修練を開始できるようにするため、入国前でも臨床修練の許可を受けることができるよう整備することとする。

27

(3) 教授・臨床研究における診療の容認

- 現行は、医療研修を目的として来日した外国の医師に限って診療を行うことが認められているが、今後、医療分野における国際交流が進む中で、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースも想定される。
- このため、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。具体的な要件については、教授・臨床研究の安全かつ適切な実施を確保する観点から、以下のとおりとすることとする。

	教授・臨床研究	臨床修練
外国における臨床経験	<ul style="list-style-type: none"> 教授・臨床研究に関連する診療科・診療分野における10年以上の診療経験があること 教授・臨床研究の実施に必要な卓越した水準の診療・研究能力を有するものと認められること 	<ul style="list-style-type: none"> 3年以上の診療経験があること
受入病院の基準	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療研究センター等 	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院、臨床研修病院、その他の臨床研修病院と同等の教育体制を有する病院
責任者の選任	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院が実施責任者を選任 実施責任者が計画書を作成。計画書に従って適切に実施されるよう管理。 	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院が指導医を選任 指導医が実際に指導監督
説明責任	<ul style="list-style-type: none"> 計画書の公表 外国の医師の氏名、実績等の院内掲示 	<ul style="list-style-type: none"> 外国の医師の氏名等の院内掲示
実施可能な業務の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 教授・臨床研究に関連する診療（処方せんの交付を除く。） 	<ul style="list-style-type: none"> 制限無し（処方せんの交付を除く。）
実施可能な場所	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院を含む。） 	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院・診療所を含む。）

2. 見直しに当たっての留意点

- 詳細な制度設計については、広く関係者の御意見をお聞きした上で決定することとする。
- 今回の見直しは、外国の医師免許を日本の医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである点に十分留意することとする。

持分なし医療法人への移行促進策（移行計画の策定等）

平成18年医療法改正で、医療法人の非営利性を徹底するため、持分なし医療法人（解散時の残余財産の帰属先について個人（出資者）を除外し、また、持分として出資額に応じた法人資産の払戻請求が認められない）が医療法の本則となったが、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行が十分に進んでいるとは言えない。

医療法人数 48,820(H25.3.31)

うち社団法人 48,428(持分なし 6,525 持分あり 41,903 (社団法人全体の87%))、財団法人 392

このため、持分あり医療法人から持分なし医療法人に移行するものについて、その間、医療法人の経営者の死亡により相続が発生することがあっても、相続税の支払いのための出資持分払戻などにより医療継続が困難になるようなことなく、引き続き医療を提供できるようにするため、医療法人による任意の選択の下で、法律に基づく移行計画の策定と都道府県知事の認定制度の創設など、さらなる移行促進策を検討していく。

法律への位置づけ(案)

○ 移行について計画的な取組を行う医療法人を、都道府県知事が認定する仕組みを導入する。

- ・ 移行検討の定款変更、移行計画の作成などを要件とする。

○ 認定を受けた医療法人に対しては、都道府県が指導、助言等の支援を行う。

普及・啓発

○ 都道府県会議など幅広い機会を捉えて、持分なし医療法人への移行の意義や「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用等について周知を行う。

その他の支援策(検討中の案)

○ 税制措置、補助制度及び融資制度について検討。

- ・ 出資者の死亡に伴い相続人に発生する相続税の納税猶予等の特例措置
- ・ 移行を支援するコンサルタントに係る経費の補助
- ・ 出資金の払戻の際に要する資金の融資

歯科技工士法改正に関する資料
(歯科技工士国家試験の全国統一化)

歯科専門職の資質向上検討会
(平成24年11月28日)

1. 歯科技工士国家試験の全国統一化をするための改正

【現状と課題】

- 昭和57年の歯科技工士法の一部改正により、歯科技工士免許が都道府県知事免許から厚生大臣免許（現在は厚生労働大臣免許）になったが、実技試験の実施の面から試験は当分の間、歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が行うこととされた。
- 試験科目、試験時間、合格基準、試験の出題基準等の試験内容は「歯科技工士国家試験実施要綱」で厚生労働省が定めており、試験形式等の詳細な事項に関しては、各都道府県知事が試験委員会を開催して試験問題を作成しているため、均てんな試験の実施が望まれる。
- 近年、インプラントやCAD/CAM等の精密な技術が必要とされる歯科技工物の需要が増加しているが、地域によってはこのような高度な技術に係る試験問題を作成できる試験委員を確保し、出題することが困難な状況になっている。
- このような状況の変化を踏まえ、歯科技工士国家試験問題を国が作成することとしてはどうか。



歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう歯科技工士法を改める。

2. 試験実施体制等

【現状と課題】

- 歯科技工士国家試験の全国統一化に際しては、現行は各都道府県が行っている試験問題の作成、採点その他の試験の実施に關しての事務を、国が行う必要があるが、行政組織の拡大を図ることは、今後の行政改革の観点からは適当ではないと考えられる。
- こうしたことから、試験の実施に関する事務を、厚生労働省令により指定する者（指定試験機関）に行わせてはどうか。なお、歯科衛生士等の国家試験は、指定試験機関で実施されている。
- また、歯科技工士の登録の実施等に関する事務についても同様の観点から、厚生労働省令により指定するもの（指定登録機関）に行わせてはどうか。



厚生労働大臣が実施することとなっている歯科技工士国家試験を指定試験機関においても実施できるよう、歯科技工士法を改める。
歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるよう、歯科技工士法を改める。