

第70回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年11月8日（金）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館

（議題）

1. 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
2. 次回の診療報酬改定に向けた検討について
3. 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について（医療保険部会に係る事項）

（配布資料）

- 資料 1 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
- 資料 2 平成26年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）
- 資料 3 - 1 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について
(第34回 社会保障審議会 医療部会（平成25年10月11日）資料1)
- 資料 3 - 2 保険者協議会の取組
- 参考資料 1 次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・医療部会における議論を整理したもの）
(平成25年9月6日)
- 参考資料 2 社会保障審議会 医療保険部会（平成25年10月23日）各委員の発言要旨【未定稿】
- 参考資料 3 社会保障審議会 医療部会（平成25年10月11日）各委員の発言要旨【未定稿】

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年11月8日現在

<p>本 委 員</p>	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫 たかはし むつこ 高橋 睦子 ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授 日本労働組合総連合会副事務局長 全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事</p>
<p>臨 時 委 員</p>	<p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おおたに たかこ 大谷 貴子 おかざき せいや 岡崎 誠也 かわじり たかお 川尻 禮郎 きくち れいこ 菊池 令子 こばやし たけし 小林 剛 さいとう まさやす 齋藤 正寧 しばた まさと 柴田 雅人 しらかわ しゅうじ 白川 修二 すずき くにひこ 鈴木 邦彦 たけひさ ようぞう 武久 洋三 ひぐち けいこ 樋口 恵子 ふじい りゅうた 藤井 隆太 ほり けんろう 堀 憲郎 もり ちとし 森 千年 もり まさひら 森 昌平 よこお としひこ 横尾 俊彦 わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>東京大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院経済学研究科教授 全国骨髓バンク推進連絡協議会顧問 全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長 全国老人クラブ連合会理事 日本看護協会副会長 全国健康保険協会 理事長 全国町村会財政委員会委員／秋田県井川町長 国民健康保険中央会理事長 健康保険組合連合会専務理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長 日本商工会議所社会保障専門委員会委員 日本歯科医師会常務理事 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長 日本薬剤師会常務理事 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長 早稲田大学法学学術院教授</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第70回社会保障審議会医療保険部会

平成25年11月8日(金) 16:00~18:00

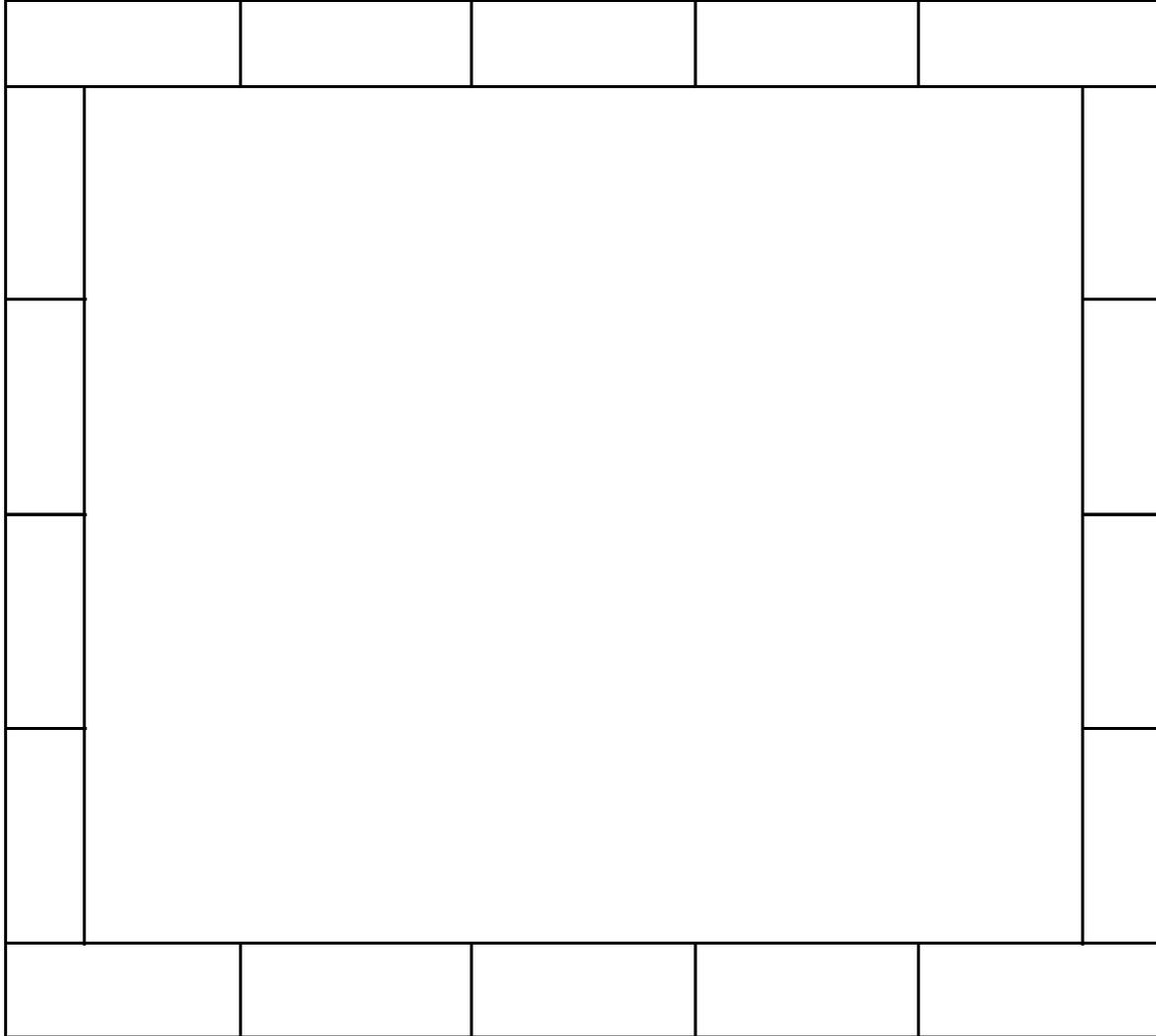
全国都市会館 大ホール (2階)

川 岡 岩 木 遠 神 和 横
 尻 崎 本 倉 藤 田 田 尾
 委 委 委 局 部 審 委 委
 員 員 員 長 会 議 員 員
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

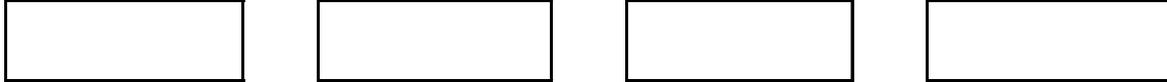
○
 速 記

菊池委員 ○
 小林委員 ○
 齋藤委員 ○
 柴田委員 ○
 白川委員 ○
 鈴木委員 ○
 高橋委員 ○

○森昌平委員
 ○森千年委員
 (参考人)
 ○堀委員
 ○藤井委員
 ○福田委員
 (参考人)
 ○樋口委員
 ○武久委員
 ○田中企画官



○佐久間室長
 ○安藤室長
 ○中村課長
 ○横幕課長
 ○大島課長
 ○鳥井課長
 ○宇都宮課長
 ○竹林室長
 ○佐々木企画官
 ○秋田課長



○藤田管理官
 ○渡辺室長
 ○国民健康保険課局
 ○保険局保険課
 ○末原室長
 ○田口管理官
 ○近澤管理官
 ○鎌田企画官

傍 聴 者 席

国民健康保険・後期高齢者医療の 保険料(税)の賦課(課税)限度額について

平成25年11月8日
厚生労働省保険局

■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

第1部 社会保障制度改革の全体像

3 社会保障制度改革の方向性

(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ことが必要である。

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。

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

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

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併せ、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。もともと、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ことを通じ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、相当の高所得の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。

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(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。

… (略) …

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、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」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、現行の仕組みでは、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いう保険料負担における考え方と同様の制度改革が求められる。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。

■ 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について (平成25年8月21日閣議決定)(抜粋)

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置

イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置

ロ・ハ (略)

ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し

ロ (略)

■ 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定) (抜粋)

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等

(医療制度)

第4条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ・ハ (略)

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 医療保険の保険給付となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ (略)

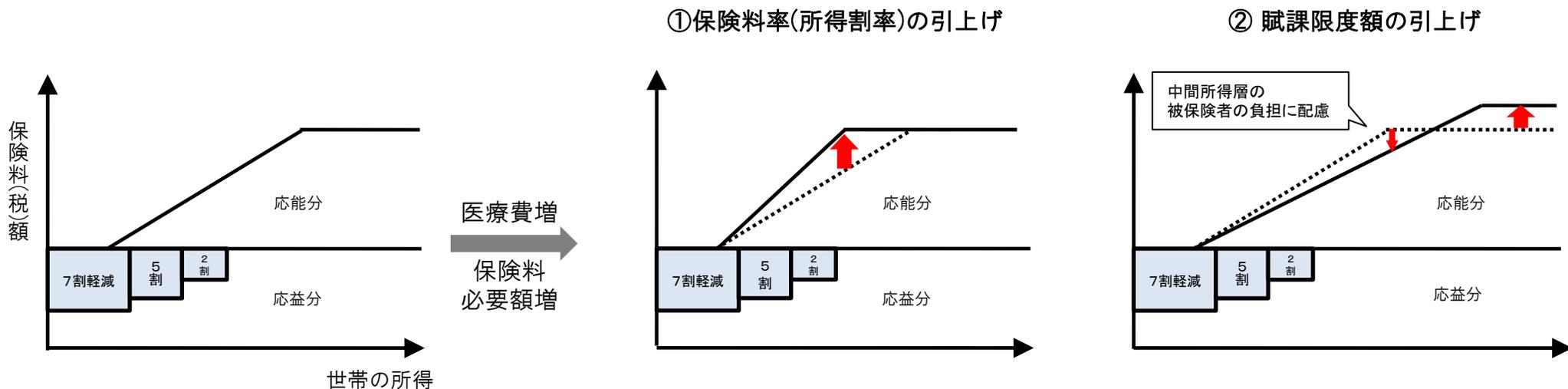
8 **政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。**

医療保険制度における保険料上限額(賦課限度額)について

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況において、例えば、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担と比較し、中間所得層の負担がより重くなる。【イメージ図:①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図:②】
- 今後、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、保険料負担の上限の在り方について、どのように考えるか。

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

- * 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、例えば、①保険料率(所得割率)の引上げ ② 賦課限度額の見直し を行うことが考えられる。



健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 現行の健康保険制度において、標準報酬月額の等級は全47等級あり、下限は5.8万円、上限は121万円となっている。
(健康保険法(大正11年法律第70号)第40条第1項)
- 現行法上、標準報酬月額の最高等級該当者の全体に占める割合が1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合に、改定後の最高等級該当者の全体に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できる。
(健康保険法第40条第2項)

(参考1) 標準報酬月額の等級 (健康保険法第40条第1項)

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上 370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上 73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上 395,000円未満
...
第23級	320,000円	310,000円以上 330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上 350,000円未満			

(※) 標準報酬月額とは、健康保険の保険料と保険給付額を算出する基礎として、事務処理の正確化と簡略化を図るために、実際の報酬月額を当てはめる切りの良い額のこと。
具体的には、健康保険は58,000円～1,210,000円の47等級に分かれており、該当する標準報酬月額に保険料率を掛け合わせることで支払うべき保険料額を算定するとともに、標準報酬月額の記録をもとに傷病手当金額、出産手当金額を算定する。

(参考2) 健康保険法第40条第2項

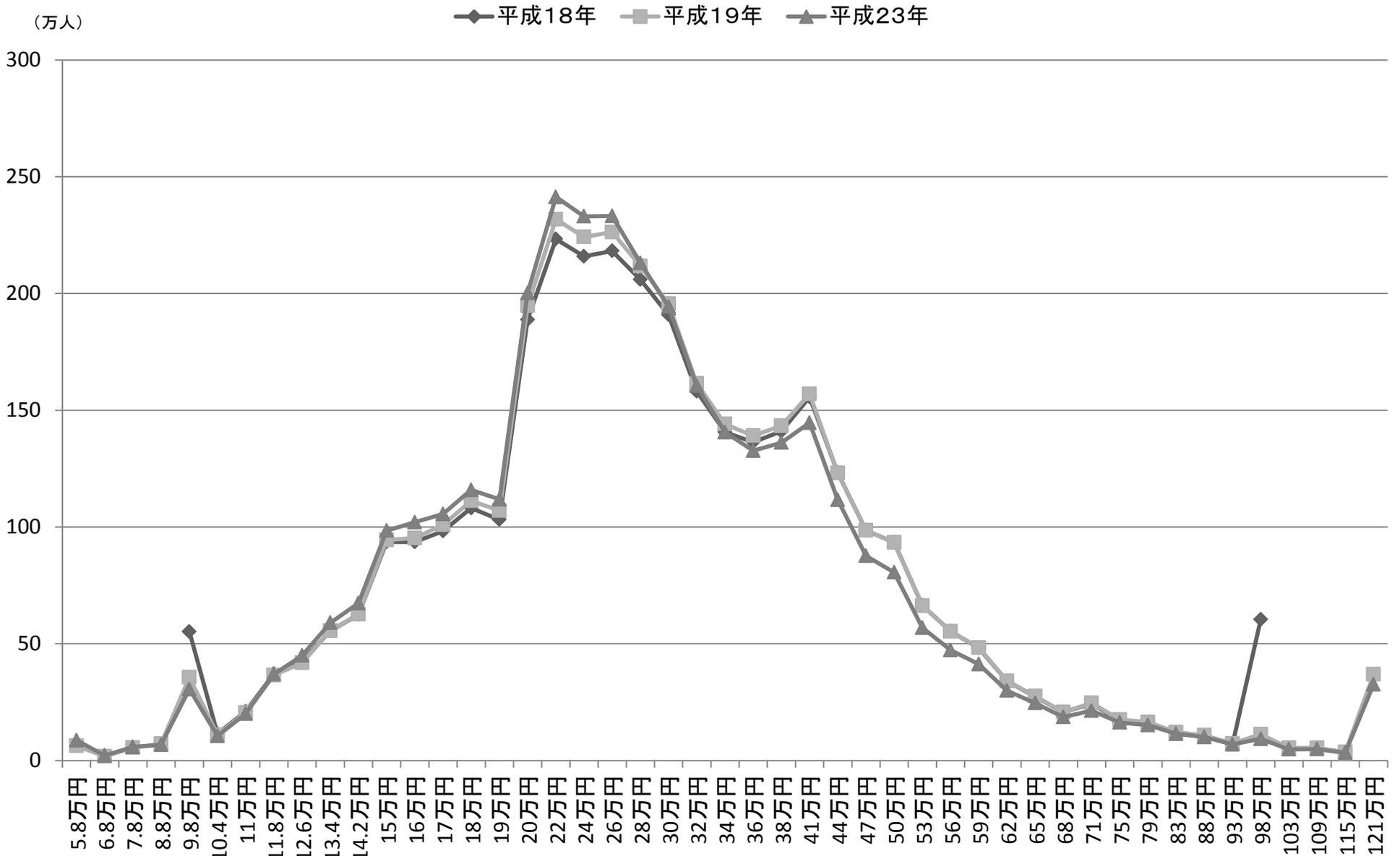
毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

健康保険制度の標準報酬月額の上限に該当する被保険者の割合

- 平成18年の健康保険法改正において、
 - ・ 標準報酬月額の等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級について、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
 - ・ 政令による上限の改定ルールについて、改定を行うことができるのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。【平成19年4月施行】
- 現行の規定のもと、平成19年度以降、標準報酬月額の上限改定は行われておらず、平成23年度末の標準報酬月額の高等級該当者の全体に占める割合は、「0.93%」となっている。

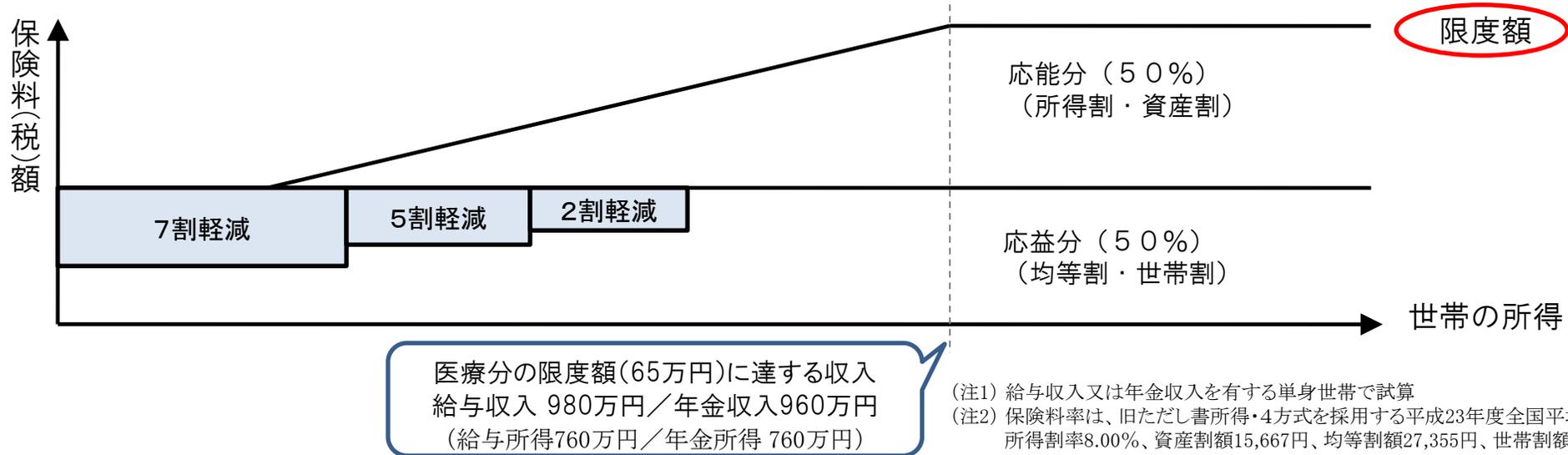
	標準報酬月額 上限	標準報酬月額 の平均額	全被保険者に対する 上限該当者の割合	備 考
昭和51年度末	320,000円	143,016円	3.93%	
昭和53年度末	380,000円	166,828円	3.72%	
昭和56年度末	470,000円	200,321円	3.52%	【昭和55年改正】 標準報酬月額の上限該当者が全体の3%を超え、かつその状態が継続すると認められる場合に、所用の手続きを経た上で、政令で等級を追加できることとした。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
昭和59年度末	710,000円	229,249円	1.59%	
平成4年度末	980,000円	305,202円	1.57%	
平成17年度末	980,000円	321,565円	1.71%	
平成18年度末	980,000円	321,070円	1.74%	
平成19年度末	1,210,000円	323,181円	1.15%	【平成18年改正】 政令による等級の追加時の基準を3%から1.5%に変更。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
平成20年度末	1,210,000円	323,988円	1.02%	
平成21年度末	1,210,000円	313,677円	0.92%	
平成22年度末	1,210,000円	314,896円	0.91%	
平成23年度末	1,210,000円	314,484円	0.93%	

標準報酬月額等級別分布(平成18年、19年及び23年)



国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額について

- 市町村国保では、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料(税)により賄うこととされている。
 - 保険料(税)は、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分(所得割、資産割)と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分(均等割、世帯割)から構成されており、①国保の医療給付費等に充てる基礎賦課分、②後期高齢者支援金等に充てる分、③介護納付金に充てる分の3種類の保険料(税)がそれぞれ賦課される。
 - 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料(税)(均等割・世帯割)の7割、5割又は2割を軽減している。
 - 国保料(税)の賦課(課税)限度額は、上述の3種類の保険料(税)それぞれについて法令で規定されており、現在は、①基礎賦課分 51万円、②後期高齢者支援金等分 14万円、③介護納付金分 12万円となっている。
- ・医療分(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)の限度額は65万円、介護納付金分を含めると77万円となっている。
 ・根拠法令：国民健康保険法施行令(昭和33年政令第362号)第29条の7、地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第56条の88の2



	医療分(計)	基礎賦課(課税)分 (医療給付費等に充てる分)	後期高齢者支援金等 賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
国保料(税)賦課(課税)限度額	65万円	51万円	14万円	12万円	77万円
限度額超過世帯の割合(平成25年度)(※)	2.72%	2.60%	3.41%	3.59%	2.46%

(※) 厚生労働省保険局「平成23年度 国民健康保険実態調査」をもとに、平成25年度における賦課限度額を超える世帯割合を推計したものの。

国民健康保険料(税) 賦課(課税) 限度額の推移

- これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引き上げ幅の最大は「4万円」となっている。
- 国保料(税)賦課(課税)限度額は、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額超過世帯割合の状況(超過世帯割合の前年度比較・バランス等)を考慮し、合計で「4万円」を引き上げ幅の上限として見直しを行っている。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
	引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額	
平成4年度			46万円	+2万円					46万円	+2万円
5年度			50万円	+4万円					50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-	68万円	+3万円
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成3年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

国保保険料(税) 賦課(課税) 限度額を超える世帯の割合(平成25・26年度 推計)

- 平成25・26年度の限度額超過世帯の割合を見ると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のいずれにおいても、限度額超過世帯の割合が増加する見込みとなっている。
- 平成26年度の限度額超過世帯の割合(見込み)は、基礎賦課分は3%未満である一方、後期高齢者支援金等分は3.5%超、介護納付金分は4%超となっており、ばらつきが見られる。

(1) 基礎賦課分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
46.0万円	3.19%	3.31%
47.0万円	3.05%	3.17%
48.0万円	2.91%	3.03%
49.0万円	2.80%	2.90%
50.0万円	2.70%	2.79%
51.0万円	2.60%	2.70%
52.0万円	2.51%	2.59%
53.0万円	2.42%	2.51%
54.0万円	2.33%	2.41%

(2) 後期高齢者支援金等分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
11.0万円	5.58%	5.82%
12.0万円	4.68%	4.86%
13.0万円	3.96%	4.12%
14.0万円	3.41%	3.56%
15.0万円	2.95%	3.08%
16.0万円	2.58%	2.70%
17.0万円	2.30%	2.38%
18.0万円	2.06%	2.14%
19.0万円	1.88%	1.95%

(3) 介護納付金分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
11.0万円	4.34%	4.93%
12.0万円	3.59%	4.07%
13.0万円	3.05%	3.43%
14.0万円	2.64%	2.99%
15.0万円	2.35%	2.60%
16.0万円	2.06%	2.33%
17.0万円	1.84%	2.07%
18.0万円	1.67%	1.86%
19.0万円	1.52%	1.69%

■医療分 (1)+(2)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
63.0万円	2.90%	3.02%
64.0万円	2.80%	2.91%
65.0万円	2.72%	2.82%
66.0万円	2.64%	2.74%
67.0万円	2.57%	2.66%
68.0万円	2.49%	2.59%
69.0万円	2.44%	2.51%
70.0万円	2.36%	2.46%

■合計 (1)+(2)+(3)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
75.0万円	2.59%	2.73%
76.0万円	2.54%	2.65%
77.0万円	2.46%	2.58%
78.0万円	2.39%	2.53%
79.0万円	2.32%	2.45%
80.0万円	2.28%	2.38%
81.0万円	2.22%	2.31%
82.0万円	2.17%	2.27%

(注1) は平成25年度の賦課(課税)限度額

(注2) 平成23年度国民健康保険実態調査に基づき、25・26年度における状況を推計したもの。

国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額・被用者保険の標準報酬月額の見直しについて

- 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定)において、「国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等の上限額の引上げ」が盛り込まれていることを踏まえ、保険料負担の公平の確保の観点から、国保料(税)の限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額について、見直しを検討することとしてはどうか。

- 被用者保険の標準報酬月額等の見直しは法改正が必要な事項であることから、被用者保険の標準報酬月額の上限額を含めた医療保険制度における保険料負担の上限の在り方については、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」に盛り込まれた他の医療保険制度関係の事項とあわせて、平成27年の通常国会への法案提出を目指して、来年度から本格的に議論を行うこととしてはどうか。

- ただし、国民健康保険の保険料(税)賦課(課税)限度額については、
 - ① 基礎賦課(課税)分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のそれぞれで、平成25年度と比べて平成26年度の限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ② 平成26年度における国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)をみると、基礎賦課分は3%未満である一方、後期高齢者支援金等分は3.5%超、介護納付金分は4%超となっており、ばらつきが見られることから、これまでの国保料(税)賦課(課税)限度額の見直しの考え方に照らし、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直すこととしてはどうか。

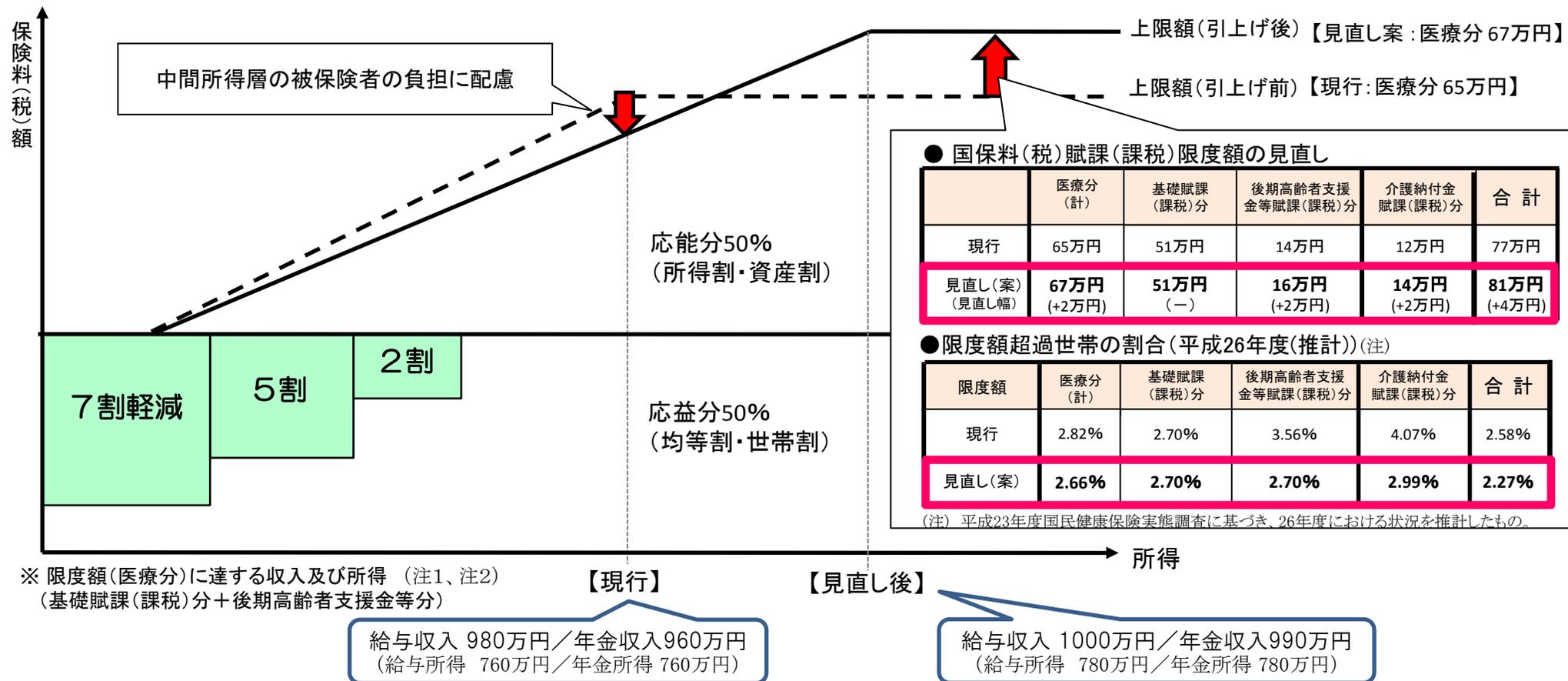
(参考) 国保保険料(税)の賦課(課税)限度額を超える世帯の割合			
	平成25年度		平成26年度
基礎賦課(課税)分	2.60%	⇒	2.70%
後期高齢者支援金等分	3.41%	⇒	3.56%
介護納付金分	3.59%	⇒	4.07%

(※) 平成27年度以降の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直しについては、被用者保険の標準報酬月額の上限額引上げの考え方を踏まえて、国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しのルール(見直しのタイミング・引上げ幅等)の検討を行うこととする。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し(案)

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直すこととしてはどうか。
- 例えば、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げることとしてはどうか。

(※) 後期高齢者支援金等分・介護納付金分を2万円ずつ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のすべてにおいて、限度額超過世帯の割合がいずれも3%未満となる。



(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成23年度全国平均値で試算。平成23年度 所得割率 8.00%、資産割額 15,667円、均等割額 27,355円、世帯割額 26,337円。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し(案)

【限度額超過世帯の割合】

○ 平成26年度において、例えば、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合がいずれも3%未満となる。

(1) 基礎賦課分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
46.0万円	3.19%	3.31%
47.0万円	3.05%	3.17%
48.0万円	2.91%	3.03%
49.0万円	2.80%	2.90%
50.0万円	2.70%	2.79%
51.0万円	2.60%	2.70%
52.0万円	2.51%	2.59%
53.0万円	2.42%	2.51%
54.0万円	2.33%	2.41%

据え置き

(2) 後期高齢者支援金等分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
11.0万円	5.58%	5.82%
12.0万円	4.68%	4.86%
13.0万円	3.96%	4.12%
14.0万円	3.41%	3.56%
15.0万円	2.95%	3.08%
16.0万円	2.58%	2.70%
17.0万円	2.30%	2.38%
18.0万円	2.06%	2.14%
19.0万円	1.88%	1.95%

+2万円

(3) 介護納付金分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
11.0万円	4.34%	4.93%
12.0万円	3.59%	4.07%
13.0万円	3.05%	3.43%
14.0万円	2.64%	2.99%
15.0万円	2.35%	2.60%
16.0万円	2.06%	2.33%
17.0万円	1.84%	2.07%
18.0万円	1.67%	1.86%
19.0万円	1.52%	1.69%

+2万円

■医療分 (1)+(2)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
63.0万円	2.90%	3.02%
64.0万円	2.80%	2.91%
65.0万円	2.72%	2.82%
66.0万円	2.64%	2.74%
67.0万円	2.57%	2.66%
68.0万円	2.49%	2.59%
69.0万円	2.44%	2.51%
70.0万円	2.36%	2.46%

+2万円

■合計 (1)+(2)+(3)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成25年度	平成26年度
75.0万円	2.59%	2.73%
76.0万円	2.54%	2.65%
77.0万円	2.46%	2.58%
78.0万円	2.39%	2.53%
79.0万円	2.32%	2.45%
80.0万円	2.28%	2.38%
81.0万円	2.22%	2.31%
82.0万円	2.17%	2.27%

+4万円

(注1) は平成25年度の賦課(課税)限度額

(注2) 平成23年度国民健康保険実態調査に基づき、25・26年度における状況を推計したもの。

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

[考え方]

- 後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割を半分ずつ賦課しているが、給付と保険料負担のバランスを失すれば被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から、年間保険料に限度額を設けている。

[経緯]

○制度施行時(平成20年度)

- ・ 国保の賦課限度額の水準を参考に、国保で限度額を負担する層についてその限度額と同程度までの負担となるよう、50万円に設定。

※高齢者では所得割を負担する者が約3割と少なく、国保に比べ所得割率が高くなることから、中間所得層の負担を一定に抑えるため、負担能力の高い者に応分の負担を求めている(限度額超過被保険者割合は国保より小さい)。

○平成24年度(2回目の保険料改定)

- ・ 国保の限度額引上げの状況等を踏まえ、5万円引上げ55万円に設定。

[例(夫婦世帯)] 夫:年金収入930万円(年金所得・事業所得730万円)、妻:年金収入153万円以下[所得割なし] のケース

国保 65万円 (限度額) → 後期 59.3万円 (限度額) (夫 55万円、妻 4.3万円)

		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
後期 高齢者	賦課限度額 (20年度基準) [変化幅]	50万 (100)	50万 (100)	50万 (100)	50万 (100)	55万 (110) [+5万円、+10.0%]	55万 (110)
	限度額に達する 年金収入(年金所得)	830万(633万)	830万(633万)	811万(615万)	811万(615万)	822万(626万)	822万(626万)
	限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.34%
国保	賦課限度額(医療分) (20年度基準) [変化幅]	59万 (100)	59万 (100)	63万 (107) [+4万円、+6.8%]	65万 (110) [+2万円、+3.2%]	65万 (110)	65万 (110)

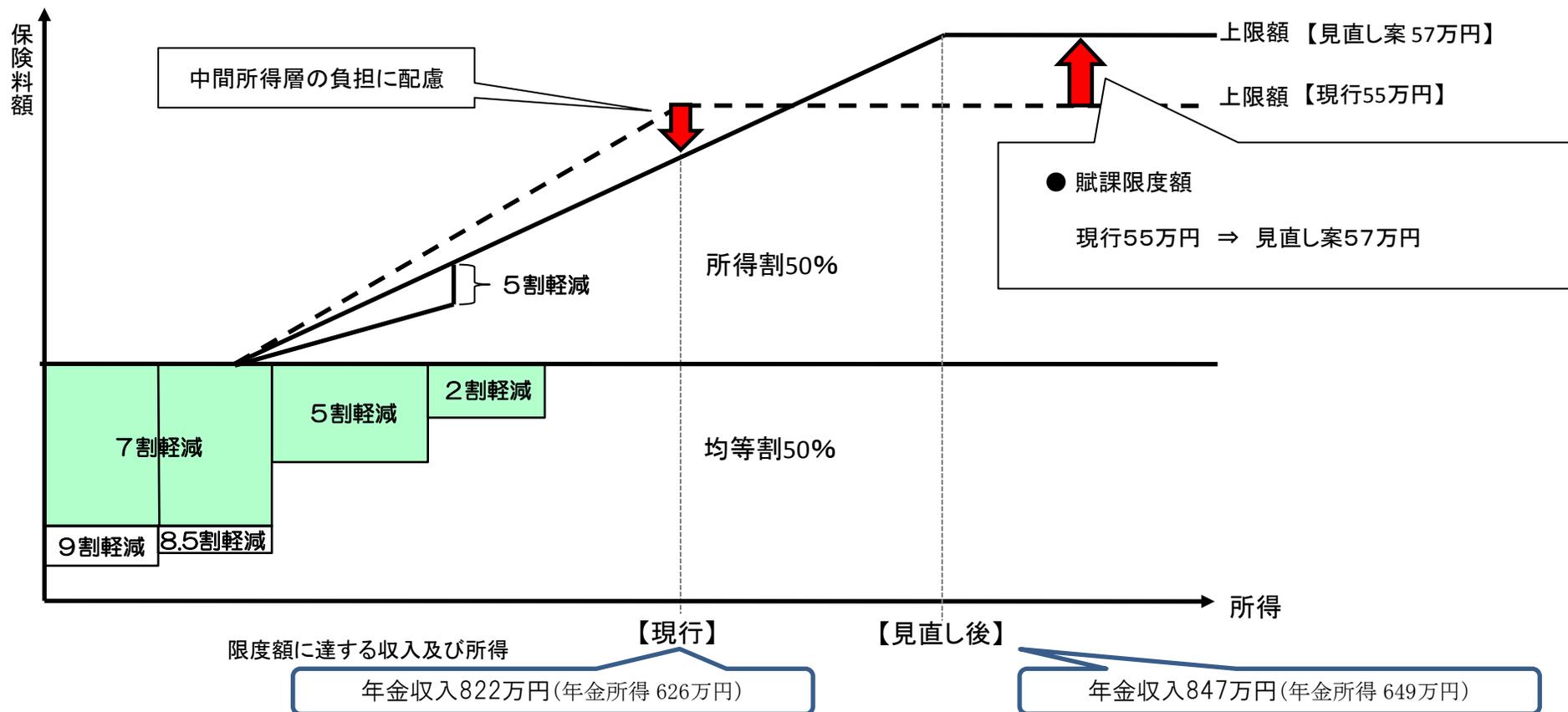
※1 賦課限度額超過被保険者割合:平成20~24年度は被保険者実態調査報告に、平成25年度は確定賦課時実績による。

※2 賦課限度額に達する年金収入:全国平均の均等割額・所得割率を基に算定。

※3 年金所得=年金収入-公的年金等控除

平成26年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し(案)

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
- 国保の限度額見直しに伴い、国保で限度額を負担する層が後期高齢者医療でも同程度までの負担となるよう、限度額を見直してはどうか。
 - 国保の限度額(医療分)を2万円引き上げる場合、後期高齢者医療でも2万円引き上げ、55万円を57万円としてはどうか。



*平成24・25年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額43,550円、所得割率8.55%)

参考資料

標準報酬月額別被保険者数 協会(一般) (平成23年度末現在)

○ 標準報酬月額ごとの被保険者数分布をみると、全国健康保険協会管掌健康保険の一般被保険者約1960万人中約18万人(0.92%)が上限の121万円に該当している。

標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)
5.8	83,946	0.43	20.0	1,403,894	7.15	59.0	119,247	0.61
6.8	20,007	0.10	22.0	1,534,148	7.81	62.0	57,576	0.29
7.8	54,111	0.28	24.0	1,424,750	7.26	65.0	54,916	0.28
8.8	58,267	0.30	26.0	1,412,509	7.20	68.0	33,281	0.17
9.8	282,912	1.44	28.0	1,260,890	6.42	71.0	69,702	0.36
10.4	83,082	0.42	30.0	1,122,548	5.72	75.0	39,862	0.20
11.0	153,798	0.78	32.0	830,516	4.23	79.0	56,123	0.29
11.8	286,866	1.46	34.0	687,620	3.50	83.0	32,477	0.17
12.6	329,792	1.68	36.0	643,644	3.28	88.0	34,812	0.18
13.4	436,548	2.22	38.0	576,104	2.93	93.0	19,765	0.10
14.2	495,073	2.52	41.0	604,161	3.08	98.0	54,302	0.28
15.0	757,170	3.86	44.0	394,160	2.01	103.0	16,804	0.09
16.0	745,400	3.80	47.0	254,688	1.30	109.0	20,814	0.11
17.0	761,737	3.88	50.0	275,391	1.40	115.0	12,145	0.06
18.0	837,952	4.27	53.0	130,630	0.67	121.0	181,456	0.92
19.0	774,661	3.95	56.0	110,689	0.56	計	19,630,946	100.00

標準報酬月額別被保険者数 組合健保（平成23年度末現在）

○ 標準報酬月額ごとの被保険者数分布をみると、組合管掌健康保険の被保険者（特例退職被保険者を除く）約1530万人中、約14万人(0.95%)が上限の121万円に該当している。

標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)
5.8	2,738	0.02	20.0	597,935	3.91	59.0	293,242	1.92
6.8	1,255	0.01	22.0	879,165	5.76	62.0	241,647	1.58
7.8	4,187	0.03	24.0	905,419	5.93	65.0	191,400	1.25
8.8	8,746	0.06	26.0	919,138	6.02	68.0	152,928	1.00
9.8	22,540	0.15	28.0	869,647	5.69	71.0	143,716	0.94
10.4	22,379	0.15	30.0	820,987	5.38	75.0	122,972	0.81
11.0	46,054	0.30	32.0	774,099	5.07	79.0	95,566	0.63
11.8	82,873	0.54	34.0	718,378	4.70	83.0	81,815	0.54
12.6	119,769	0.78	36.0	682,950	4.47	88.0	65,532	0.43
13.4	153,069	1.00	38.0	785,450	5.14	93.0	49,037	0.32
14.2	178,457	1.17	41.0	842,104	5.51	98.0	38,268	0.25
15.0	227,305	1.49	44.0	722,380	4.73	103.0	31,310	0.20
16.0	274,723	1.80	47.0	621,863	4.07	109.0	28,017	0.18
17.0	293,922	1.92	50.0	530,355	3.47	115.0	21,286	0.14
18.0	320,578	2.10	53.0	438,021	2.87	121.0	144,654	0.95
19.0	343,716	2.25	56.0	361,911	2.37	計	15,273,503	100.00

標準報酬月額別被保険者数 健康保険計（平成23年度末現在）

○ 標準報酬月額ごとの被保険者数分布をみると、健康保険の被保険者約3490万人中、約33万人(0.93%)が上限の121万円に該当している。

標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)	標準報酬月額 (万円)	被保険者数 (人)	割合 (%)
5.8	86,684	0.25	20.0	2,001,829	5.74	59.0	412,489	1.18
6.8	21,262	0.06	22.0	2,413,313	6.91	62.0	299,223	0.86
7.8	58,298	0.17	24.0	2,330,169	6.68	65.0	246,316	0.71
8.8	67,013	0.19	26.0	2,331,647	6.68	68.0	186,209	0.53
9.8	305,452	0.88	28.0	2,130,537	6.10	71.0	213,418	0.61
10.4	105,461	0.30	30.0	1,943,535	5.57	75.0	162,834	0.47
11.0	199,852	0.57	32.0	1,604,615	4.60	79.0	151,689	0.43
11.8	369,739	1.06	34.0	1,405,998	4.03	83.0	114,292	0.33
12.6	449,561	1.29	36.0	1,326,594	3.80	88.0	100,344	0.29
13.4	589,617	1.69	38.0	1,361,554	3.90	93.0	68,802	0.20
14.2	673,530	1.93	41.0	1,446,265	4.14	98.0	92,570	0.27
15.0	984,475	2.82	44.0	1,116,540	3.20	103.0	48,114	0.14
16.0	1,020,123	2.92	47.0	876,551	2.51	109.0	48,831	0.14
17.0	1,055,659	3.02	50.0	805,746	2.31	115.0	33,431	0.10
18.0	1,158,530	3.32	53.0	568,651	1.63	121.0	326,110	0.93
19.0	1,118,377	3.20	56.0	472,600	1.35	計	34,904,449	100.00

協会けんぽの保険料上限額について（平成25年度）

- 協会けんぽの保険料率は各都道府県支部ごとに異なるが、平成25年度の保険料上限額は、113万5,440円～116万6,310円となっている。

〔佐賀県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.71\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.71\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,166,310\text{円}} \end{aligned}$$

〔長野県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.40\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.40\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,135,440\text{円}} \end{aligned}$$

平成26年度 税制改正要望事項（抜粋）

保険関係

○ 国民健康保険税の課税限度額の見直し及び低所得者に係る保険税軽減の拡充 〔国民健康保険税〕

国民健康保険税の課税限度額を見直す。
また、国民健康保険税の軽減判定所得の基準を見直し、国民健康保険税の軽減対象を拡大する。

高額療養費の見直し案

<70歳未満>

現行

所得区分	限度額(月単位)
上位所得者 年収約770万円以上 (標準報酬月額53万円以上)	150000+1% <83400> ※標準報酬53万円に対応する総報酬月額60万円の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額60万円の2ヶ月程度となるよう設定。
一般所得者 ~770	80100+1% <44400> ※平成16年度の政管平均標準報酬28万円に対応する総報酬月額(32万円)の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額32万円の2ヶ月程度となるよう設定。
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>

案1

所得区分	限度額(月単位)
年収約1510万円以上 (標準121万円)	322500+1% <179100>
1160~1510 (83~115万)	252600+1% <140100>
970~1160 (65~79万円)	207600+1% <115200>
770~970 (53~62万円)	167400+1% <93000>
570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>
370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>
310~370 (24~26万)	62100 <44400>
~310 (22万円以下)	44400 <44400>
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>

案2

所得区分	限度額(月単位)
1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>
770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>
570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>
370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>
~370 (26万円以下)	57600 <44400>
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>

案3

所得区分	限度額(月単位)
1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>
770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>
370~770 (28~50万円)	80100+1% <44400>
~370 (26万円以下)	57600 <44400>
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>

<70~74歳(3割・2割負担の者)>

所得区分	限度額(月単位)	
	外来(個人ごと)	
現役並み所得者 370~(標準28万以上)	44400	80100+1% <44400>
一般所得者 370以下(標準26万以下)	12000	44400
低II	8000	24600
低I		15000

所得区分	限度額(月単位)	
	外来(個人ごと)	
570以上 (標準41万以上)	68100	122400+1% <68100>
370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>
310~370 (24~26万)	24600	62100 <44400>
~310 (22万以下)	12000	44400 <44400>
低II	8000	24600
低I		15000

所得区分	限度額(月単位)	
	外来(個人ごと)	
570以上 (標準41万以上)	68100	122400+1% <68100>
370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>
370以下(標準26万以下)	12000	44400
低II	8000	24600
低I		15000

所得区分	限度額(月単位)	
	外来(個人ごと)	
370~(標準28万以上)	44400	80100+1% <44400>
370以下(標準26万以下)	12000	44400
低II	8000	24600
低I		15000

※ 70~74歳(1割負担の者)及び75歳以上については、据え置くこととする。

実施時期については、見直し案の決定後、システム改修等に要する期間を考慮したうえで、平成27年1月から実施することを目指す。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	医療保険計
年収約1,510万円以上 (標報121万円、旧ただ所得1,235万円超)	約 40 万人 (1.3%)	約 40 万人 (1.4%)	約 40 万人 (1.2%)	約 140 万人 (1.3%)
年収約1,160～約1,510万円 (標報83万～115万円、旧ただ所得901万～1,235万円)	約 40 万人 (1.3%)	約 90 万人 (3.0%)	約 30 万人 (1.0%)	約 190 万人 (1.8%)
年収約970～約1,160万円 (標報65万～79万円、旧ただ所得721万～901万円)	約 60 万人 (1.8%)	約 200 万人 (6.8%)	約 30 万人 (1.0%)	約 360 万人 (3.4%)
年収約770～約970万円 (標報53万～62万円、旧ただ所得600万～721万円)	約 110 万人 (3.1%)	約 380 万人 (12.9%)	約 30 万人 (1.1%)	約 640 万人 (6.1%)
年収約570～約770万円 (標報41～50万円、旧ただ所得370万～600万円)	約 380 万人 (11.1%)	約 670 万人 (22.8%)	約 160 万人 (5.2%)	約1,450万人 (13.7%)
年収約370～約570万円 (標報28～38万円、旧ただ所得210万～370万円)	約1,090万人 (31.7%)	約 850 万人 (29.3%)	約 390 万人 (12.9%)	約2,700万人 (25.5%)
年収約310～約370万円 (標報24～26万円、旧ただ所得168万～210万円)	約 480 万人 (13.9%)	約 260 万人 (8.9%)	約 190 万人 (6.5%)	約1,060万人 (10.0%)
年収約310万円以下 (標報22万円以下、旧ただ所得168万円以下)	約1,210万人 (35.2%)	約 440 万人 (15.0%)	約1,110万人 (36.9%)	約3,000万人 (28.3%)
低所得者 (住民税非課税)	約 20 万人 (0.6%)	約 2 万人 (0.1%)	約1,030万人 (34.2%)	約1,050万人 (9.9%)
計	約3,430万人 (100.0%)	約2,920万人 (100.0%)	約3,010万人 (100.0%)	約10,590万人 (100.0%)

[70歳以上]

[参考]

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	70～74歳計	後期高齢者
現役並み 所得者	年収約570万円～ (標報41万円以上、 課税所得293万円以上)	約 4 万人 (7.1%)	約 1 万人 (5.1%)	約 10 万人 (2.4%)	約 20 万人 (3.1%)
	年収約370～約570万円 (標報28～38 万円、課税所得145万～293万円)	約 4 万人 (7.2%)	約 3 万人 (10.3%)	約 30 万人 (4.9%)	約 40 万人 (5.5%)
一般	年収約310～約370万円 (標報24～26 万円、課税所得97万～145万円)	約 2 万人 (4.3%)	約 10 万人 (28.0%)	約 30 万人 (5.2%)	約 40 万人 (6.3%)
	年収約310万円以下 (標報22万円以下 課税所得97万円未満)	約 40 万人 (75.9%)	約 20 万人 (56.5%)	約 280 万人 (51.5%)	約 350万人 (54.1%)
低所得者	Ⅱ (住民税非課税、年収約80～約160万円)	約 1 万人 (2.1%)	約 0 万人 (0.2%)	約 140 万人 (24.8%)	約 140万人 (21.1%)
	Ⅰ (住民税非課税、年収約80万円以下)	約 2 万人 (3.4%)	約 0 万人 (0.0%)	約 60 万人 (11.2%)	約 60 万人 (9.8%)
計	約 60 万人 (100.0%)	約 30万人 (100.0%)	約550万人 (100.0%)	約 650万人 (100.0%)	約1,450万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成23年度平均(保険局調べ)。

平成26年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)

1. 基本認識(案)について

- ア 社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組み、2025(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図ることとされている
- イ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、患者が必要な医療を受けられない事態が生じないように、急性期後の受け皿となる病床を整備し、在宅医療等を充実する必要
- ウ 診療報酬と補助金を適切に組み合わせつつ、医療法改正による対応に先駆けて、診療報酬改定に取り組む必要
- エ 平成26年度診療報酬改定において、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む

2. 重点課題(案)について

① 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

- ア 社会保障・税一体改革において、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている中、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組む

3. 改定の視点(案)について

① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア 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を充実することが重要

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

ア 患者の立場から、必要な情報に基づき、納得して医療に参加していけることが重要

イ 生活の質という観点も含め、患者が心身の状態に合った医療を受けることが重要

③ 医療従事者の負担を軽減する視点

ア 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療従事者の負担を軽減することが重要

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

ア 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

4. 検討の方向(案)について

【重点課題】

① 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

ア 入院医療

◇急性期病床の機能の明確化、急性期後の受け皿となる病床の整備、有床診の機能に応じた評価 等

イ 外来医療

◇診療所・中小病院の主治医機能の評価、大病院の専門外来の評価 等

ウ 在宅医療

◇在宅療養支援診療所・病院の機能強化、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進、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 等

エ 連携ネットワーク

◇入院、在宅、歯科、薬局、看護、介護等のネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携 等

【改定の視点】

① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア がん医療の推進

イ 精神疾患に対する医療の推進

ウ 認知症対策の推進

エ 救急医療、小児医療、周産期医療の推進

オ リハビリテーションの推進

カ 口腔機能の維持向上等、生活の質に配慮した歯科医療の推進

キ 手術等の医療技術の適切な評価

ク 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 等

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

- ア 医療安全対策等の推進
- イ 明細書無料発行の推進
- ウ 診療報酬点数表の平易化・簡素化
- エ 患者データの提出 等

③ 医療従事者の負担を軽減する視点

- ア 医療従事者の負担軽減
- イ 救急外来の機能分化の推進
- ウ チーム医療の推進 等

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- ア 後発医薬品の使用促進
- イ 長期収載品の薬価の特例的な引下げ
- ウ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- エ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 等

5. 消費税率8%への引上げに伴う対応について

- ア 診療報酬とは別建ての高額投資対応は実施せず、診療報酬改定により対応
- イ 基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本

6. 将来に向けた課題について

- ア 引き続き、2025(平成37)年に向けて、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む
- イ 医療技術の費用対効果評価について検討

地域医療ビジョンを実現するために必要な措置 (必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等) 及び 新たな財政支援制度の創設について

- | | |
|--|---------------------|
| 1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について | ・・・・・・・・・・・・・・・・P7 |
| 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について | ・・・・・・・・・・・・・・・・P10 |

【「一般病床の機能分化の推進についての整理」（急性期医療に関する作業グループ 平成24年6月15日）】

1. 基本的な考え方

(略)

- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。

この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。

(略)

3. 地域において均衡のとれた機能分化と連携を推進していくための方策

- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。

- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした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見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、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地域ごとに策定する。

(略)

- 国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う。

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く見通しを踏まえた上で、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。

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である2018(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制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かつ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、財政運営を始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・保健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。

(略)

その際に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

(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。

具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。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。

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、体系的な見直しが必要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。

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廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なもの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した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ありようが示されることが大切である。

【「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（平成25年8月21日閣議決定）】（抜粋）

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

（略）

（3）医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域に必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置

（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）

ハ 新たな財政支援の制度の創設

ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

（略）

（5）次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、（3）に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について

- 地域における医療機能の分化・連携については、まず、病床機能報告制度の仕組みにより、各医療機関が担っている医療機能の現状を把握・分析し、それを通じて、医療機関が他の医療機関と必要な連携をしつつ、自主的に機能の分化を進めるとともに、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・連携を進めるため、都道府県において、二次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含む地域医療ビジョンを策定することが求められる。
また、国・都道府県は診療報酬と新たな財政支援の仕組みを適切に組み合わせて、機能の分化・連携を進める医療機関を支援していくことが必要であると考えられる。
- その一方で、都道府県が、地域医療ビジョンの実現のために、これまで以上に主体的に地域ごとの医療機能の分化・連携を進めていくことができるよう、必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等について、検討することが必要である。
- このため、以下において、
 1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係
 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について、具体的内容、メリット及び課題・論点等を整理する。

～25年

25年度後半～26年度

26年度中

27年度～

【病床機能報告制度の具体的な報告項目の検討】

検討会において、地域医療ビジョンで定める内容も踏まえて、具体的な報告事項について検討

【報告の仕組みの整備】

医療機関から都道府県に報告するシステムの整備

【報告制度の運用開始】

都道府県は報告制度を通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握

【地域医療ビジョンのガイドライン策定】

病床機能報告制度で報告された情報を取り込み、最終的にガイドラインを策定

【地域医療ビジョン策定】

ガイドラインを踏まえ、都道府県で地域医療ビジョンを策定

※ 平成25年度からスタートしている医療計画に追記。

【ガイドライン検討のための準備】
地域医療ビジョンの内容のうち、将来の医療需要や医療機能別の必要量等に関する知見の整理

【地域医療ビジョンのガイドラインの検討】

都道府県や医療関係者の参画を得て、検討会を設置

1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について

1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について

- 「必要な病床の適切な区分の設定」については、以下の2つの案があると考えられるが、これらについてどう考えるか。

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

※医療法上の病床区分、病床区分ごとの人員配置・構造設備基準、基準病床数制度の概要については、参考資料を参照。

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

(具体的内容)

- まずは、各医療機能の定性的な基準により病床機能報告制度を開始するが、次の段階で、医療法上の一般病床・療養病床について、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定めることとする。
- その上で、各医療機能の既存病床数が基準病床数を超過している場合には、当該医療機能の病床の新規開設・増床について、現行の基準病床数に基づく新規開設・増床の許可に係る仕組み（公的医療機関の場合は許可しない、一般医療機関の場合は勧告）を適用する。

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

(具体的内容)

- 病床機能報告制度については、当初は、各医療機能の内容は定性的な基準とするが、報告された情報を分析し、今後、各医療機能の定量的な基準（※）を定める。
※ 定量的な基準は、例えば、手術や処置等医療の内容を踏まえた指標により、設定することを想定しているが、医療資源の適切な投入の観点から、どの指標が良いのか等について、今後、病床機能報告制度の情報を分析して、検討。
- 定量的な基準については、都道府県が、地域において医療機能に著しい偏りがある等の一定の場合には、政策的に一定の範囲内で補正することができることとする。
- その上で、診療報酬と新たな財政支援の仕組みとを適切に組み合わせて、必要な医療機能の病床数へと誘導していくこととする。

※ 案1・案2のいずれにしても、各医療機能の基準病床数又は地域医療ビジョンの必要量については、都道府県が地域の事情に応じて、一定の補正を行うことができることを検討。

2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援 制度の創設について

- 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について、以下のような内容が考えられるが、これらについてどう考えるか。

(1) 医療計画の機能強化等

- ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取
- ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置
- ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）
- ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出

(2) 新たな財政支援制度の創設

(3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化

- ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請
- ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

【参考】 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与の比較

○ 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与は以下のとおり。

	公的医療機関	公的医療機関以外の一般医療機関
① 病床過剰地域における開設・増床について	許可しないことができる (公的医療機関以外に、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等が開設する病院も対象)	要件を満たしていれば許可することになる。 ただし、都道府県が医療計画の推進のため、勧告を行うことができる。 勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。
② 稼働していない病床の扱い	削減を命令することができる	規定なし
③ 医療従事者の確保等の都道府県の施策への協力	協力義務が規定されている	規定なし (ただし、広く医療従事者に対して、協力の努力義務が課せられている)
④ 医療機関の設置について	設置を命令することができる	規定なし
⑤ 建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施について	命令・指示をすることができる	規定なし

※ 医療法上、全ての医療機関(公的医療機関含む)について、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとするとの努力義務が規定されている。

※ 医療法上の「公的医療機関」: 以下のものが開設する病院
都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

(1) ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取

1. 現行制度の概要

- 医療法上、都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づき医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならないとされている。また、医療計画を定め、変更するときは、あらかじめ医療審議会及び市町村の意見を聴かなければならないとされている。

医療法第30条の4 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2～10（略）

- 1.1 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。
- 1.2 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聴かなければならない。

2. 具体的内容

- 社会保障制度改革国民会議報告書においては、
 - ・ 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）を都道府県とすべき旨が指摘されている。

- このような中、医療保険の費用負担者である医療保険者の参画を得た医療計画とし、医療機能の分化・連携を進め、効率的・効果的な医療提供体制を構築していくため、医療計画を定め又は変更する時に、あらかじめ、医療保険者の意見を聴くこととしてはどうか。
- その際、特定の医療保険者の意見ではなく、現在、都道府県ごとに設置されている保険者協議会には、健康保険組合連合会や全国健康保険協会の都道府県支部も構成員となっていることを踏まえ、この保険者協議会の意見を聴くこととしてはどうか。

※ [保険者協議会の構成員]

- ・ 国民健康保険の保険者たる市町村を代表する者
- ・ 健康保険組合連合会支部を代表する者
- ・ 全国健康保険協会支部を代表する者
- ・ 国民健康保険組合を代表する者
- ・ 国民健康保険団体連合会を代表する者
- ・ 後期高齢者医療広域連合を代表する者 等

3. メリット

- 患者・住民の視点に立ち、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく上で、医療計画の策定等に際し医療保険者の意見を聴くことは、有効な方策となるのではないか。

4. 課題・論点

- 現在、都道府県ごとに設置され、国保連合会が事務局を担う保険者協議会を法定化し、機能を強化することが前提となる。

1. 現行制度の概要

(地域医療対策協議会)

- 医療法上、都道府県が、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等について協議する場として、地域医療対策協議会が設けられている。

※ 地域医療対策協議会の構成

- 一 特定機能病院
- 二 地域医療支援病院
- 三 第三十一条に規定する公的医療機関
- 四 医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- 五 診療に関する学識経験者の団体
- 六 大学その他の医療従事者の養成に関係する機関
- 七 当該都道府県知事の認定を受けた第四十二条の二第一項に規定する社会医療法人
- 八 その他厚生労働省令で定める者

(圏域連携会議)

- 医政局長通知により、都道府県は、必要に応じて、二次医療圏を単位として、5疾病・5事業及び在宅医療について、関係者が具体的な連携等を協議する場（圏域連携会議）を設けることとされている。

①構成 各医療機能を担う全ての関係者

②内容 以下の点について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

- ・ 医療連携の必要性について認識の共有
- ・ 医療機関等に係る人員、施設整備及び診療機能に関する情報の共有
- ・ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

2. 具体的内容

- 地域医療ビジョンを実現していくためには、医療機関の自主的な機能分化・連携の取り組みが不可欠であるが、具体的に、個別の医療機関同士が、地域における機能分化・連携について協議し、進めていくための場を設置することとしてはどうか。
- 現在、医療計画の5疾病・5事業及び在宅医療の推進のために、都道府県が必要に応じて二次医療圏ごとに設けている圏域連携会議の場を活用して、地域ごとの機能分化・連携の推進について、議論することとしてはどうか。
- この議論の場には、地域の病院の開設者等の医療関係者、都道府県、医療保険者の代表等、地域の機能分化・連携に係る主要な関係者の参画を求めているかどうか。

3. メリット

- 二次医療圏等において、どの医療機関がどの医療機能を担うか、どのように連携していくかについて、個別具体的な協議が行われることで、医療機関の自主的な機能分化と連携が進むことが期待される。

4. 課題・論点

- 医療機能の分化・連携について、二次医療圏ごとに協議する場を医療法上、規定することとするか。

(1) ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）

1. 現行制度の概要

（医療計画について）

- 医療法において、厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（基本方針）を定めるものとしてされている。
また、都道府県は、基本方針に則し、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定めるものとしてされている。

（介護保険事業支援計画について）

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（基本指針）を定めるものとしてされている。
また、都道府県は、基本指針に即して、三年を一期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画（都道府県介護保険事業支援計画）を定めるものとしてされている。
- なお、医療計画と介護保険事業支援計画ともに、双方との調和が保たれるように努めなければならないとされている。

2. 具体的内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。
在宅医療・介護連携の推進については、第32回医療部会で提示した論点があると考えられるが、医療・介護サービスの一体的確保を進めるため、これに加え、都道府県が策定する医療計画について、次頁のような見直しについてどう考えるか。

- 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定することとしてはどうか。

- 具体的には、
 - ・ 国が定める両計画の基本方針を統合的なものにして、策定する
 - ・ 現在、医療計画の計画期間は5年、介護保険事業支援計画の計画期間は3年となっているが、両者の整合を図る観点から、医療計画の策定サイクルを見直す（両者の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、計画期間を6年に見直し、在宅医療など介護保険と関係する部分等は、中間年（3年）で必要な見直しを行う）
 - ・ 国、都道府県、市町村（介護保険事業計画を策定）において、こうした統合的な基本方針や計画を策定し、進めるための協議を行う
 - ・ 訪問看護など市町村の介護保険事業計画に盛り込まれた在宅医療サービスを確保するための取組について、医療計画に記載すること等が考えられるのではないか。

3. メリット

- 入院医療における病院・病床の機能分化・連携の推進と、退院患者の受入れ体制として必須の在宅医療・介護サービスの確保とが、同時かつ一体的に進められるようになる。

4. 課題・論点

- 都道府県・市町村が協議を行う上では、既存の医療や介護に係る協議との役割分担を整理し、効率的に行っていくことが必要。

1. 現行制度の概要

- 高齢者医療確保法において、都道府県には医療費適正化計画を評価した上での診療報酬への意見提出権限が付与されている。

[高齢者医療確保法の規定内容]

- ・ 都道府県は、医療費適正化計画の実績の評価を行った結果、医療費適正化計画に掲げる医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に必要なときは、厚生労働大臣に対し、診療報酬への意見を提出できる。(法第13条第1項)
- ・ 厚生労働大臣は、都道府県から意見が提出されたときは、この意見に配慮して診療報酬を定めるよう努めなければならない。(法第13条第2項)
- ・ 厚生労働大臣は、医療費適正化計画の実績の評価を行った結果、医療費適正化計画に掲げる医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要なときは、他の都道府県の区域の診療報酬と異なる定めをすることができる。(法第14条第1項)
- ・ 上記の異なる定めをするに当たっては、厚生労働大臣は、関係都道府県知事に協議するものとする。(法第14条第2項)

2. 具体的内容

- 都道府県が地域医療ビジョンを実現していく上で、診療報酬を活用して医療機能の分化・連携を推進していくことができるよう、現行の医療費適正化計画に係る都道府県の診療報酬への意見提出のような仕組みを導入することが考えられないか。

3. メリット

- 各都道府県の地域医療ビジョンの達成状況に応じて、都道府県が診療報酬に関する意見を提出できることが明確になる。

4. 課題・論点

- 医療費適正化計画との整合を図るとともに、医療費適正化に資する意見を提出することとするなど、医療保険財政への影響も踏まえた議論が必要ではないか。

1. 具体的な内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。
また、医療・介護サービスの提供体制は、地域ごとの様々な実情に応じて、整備される必要があり、そのためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の新たな財政支援の仕組みが必要ではないか。
- 新たな財政支援の仕組みは、消費税増収分を活用して設けることとし、医療機関の施設や設備の整備だけでなく、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等も対象とする柔軟なものとするべきではないか。
- また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとしてはどうか。

2. メリット

- 都道府県が、地域の実情を踏まえて、医療・介護サービスの提供体制の一体的な確保を進めることができる。

3. 課題・論点

- ① 消費税増収分を活用する前提として、地域医療ビジョン、介護保険事業計画等の策定を通じて、実効ある医療・介護サービス提供体制の改革の姿を示していくことが必要。
- ② 既存の基金事業（地域医療再生基金、介護基盤緊急整備等臨時特例基金）により実施している基盤整備との関係について、整理が必要。

(3) ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請

1. 現行制度の概要

- 既存病床数が基準病床数を超えている病床過剰地域においては、新たな病床の整備が一定、制限されることとなっているが、病床過剰地域の中には、開設許可を受けていながら、一定期間稼働していない病床が存在する地域もあり、医療資源が有効に活用されていない。

※ 千葉県が平成24年8月に県内の病院に対して行った調査では、「医療法上許可を得ているが、医療機関の都合により、実際には入院できる状態にない病床」は一般病床で2,189床(6.4%)。(病院の自記式回答による)

- 現行の医療法においては 都道府県知事は、病床過剰地域において、公的医療機関等の病床が、正当な理由がないのに、業務の全部又は一部を行っていないときは、あらかじめ医療審議会の意見を聴いて、当該医療機関の開設者等に対して、病床数を削減する措置を採るべきことを命ずることができることとされている。(医療法第7条の2第3項)

◎医療法 第7条の2 (略)

2 (略)

3 都道府県知事は、第一項各号に掲げる者が開設する病院(療養病床等を有するものに限る。)又は診療所(前条第三項の許可を得て病床を設置するものに限る。)の所在地を含む地域(医療計画において定める第三十条の四第二項第九号に規定する区域をいう。)における療養病床及び一般病床の数が、同条第五項の厚生労働省令で定める基準に従い医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数を既に超えている場合において、当該病院又は診療所が、正当な理由がないのに、前条第一項若しくは第二項の許可に係る療養病床等又は同条第三項の許可を受けた病床に係る業務の全部又は一部を行っていないときは、当該業務を行っていない病床数の範囲内で、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を採るべきことを命ずることができる。

4・5 (略)

6 都道府県知事は、第一項若しくは第二項の規定により前条第一項から第三項までの許可を与えない処分をし、又は第三項の規定により命令しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。

7 (略)

2. 具体的な内容

- 都道府県知事は、既存病床数が基準病床数を超えている地域において、公的医療機関等以外の医療機関の病床が、正当な理由がなく、一定期間稼働していないときは、あらかじめ医療審議会の意見を聴いて、当該医療機関の開設者等に対して、一定の期限までに稼働させるか、削減の措置を講ずるよう要請することができることとしてはどうか。

3. メリット

- 稼働していない病床を整理し基準病床数の枠の有効活用を図り、地域において必要な医療機能の病床の整備に役立てることができる。

4. 課題・論点

- ① 一定期間稼働していない病床の定義をどうするか。
今年度から、医療法第25条の立入調査において、「平成25年4月1日時点で1年間稼働していない病床を除いた」稼働病床数を調査することとしているが、これと同様の考え方とするか。
- ② 第5次医療法改正（H18年改正）で導入した公的医療機関の稼働していない病床に対する削減命令の活用実績がない中で、まずは、これの活用を図っていくべきではないか。

1. 現行制度の概要

(医療計画の達成に資するための医療連携体制構築への協力)

- 医療法において、医療機関に対しては、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとするとの努力義務が規定されている。

(公的医療機関に対する行政の関与(命令や規制))

- 医療法においては、戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核とすることを意図して、公的医療機関制度が設けられている。
- 公的医療機関は、その公共性や提供する医療の公益性に着目して与えられているものであり、法人税の非課税措置をはじめ、各種の税制上の優遇措置を受けている。これらの優遇措置と引き替えに、医療法においては、公的医療機関は一般の医療機関と比べて、強い行政の関与を受けることとなっている。

※ 医療法上の「公的医療機関」：以下のものが開設する病院
都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、
社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

- 具体的には、医療法上、以下のものが規定されている。
 - ① 病床過剰地域における開設・増床の許可制限(医療法第7条の2第1項)
 - ② 稼働していない病床の削減の命令(医療法第7条の2第3項)
 - ③ 医療従事者の確保等の都道府県の施策への公的医療機関の協力義務(医療法第31条)
 - ④ 公的医療機関の設置命令(医療法第34条)
 - ⑤ 公的医療機関に対する命令及び指示※(医療法第35条)

※ 建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施に係る命令・指示

2. 具体的な内容

- 公的医療機関の医療法上の位置づけを勘案し、都道府県知事は、地域医療ビジョンで定めた必要量の達成に必要と認める時は、公的医療機関に対して、必要量に照らして過剰となっている医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能の充実等を指示することができることとしてはどうか。
- また、公的医療機関以外の一般の医療機関に対しても、過剰な医療機能からの転換等を要請することができることとしてはどうか。

3. メリット

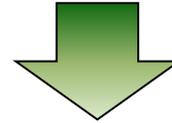
- 都道府県知事は、法的根拠を持って、医療機関に対して、過剰な医療機能からの転換等の要請又は指示を行うことができるようになる。

4. 課題・論点

- 機能転換を要請・指示するとしても、医療機関自体の経営方針や経営改革の方向、また、開設者をはじめ医療従事者等の意向等も踏まえ、都道府県において、関係者とよく調整・協議していただくことが必要になる。

保険者協議会の取組

- 医療保険の保険者は、これまでも保健事業を行ってきたところであるが、都道府県ごとに健康水準や医療費水準に格差がある中で、都道府県単位で保険者が共通認識を持ち、行政や医療関係者等の協力を得ながら、生活習慣の改善から始める健康づくりの推進等について整合的な対応を行うことが求められている。
- また、生活習慣病対策や、その中でも特に被用者保険の被扶養者等に対する対策については、職域保険・地域保険が連携して取り組む必要がある。



保険者の連携協力を円滑に行うため、都道府県内の保険者を構成員として、
都道府県ごとに**保険者協議会**を設置

《構成員》市町村国保 国保組合 健保組合 共済組合 協会けんぽ 後期高齢者医療広域連合 都道府県
《事務局》国民健康保険団体連合会

- ◇市町村(地域保健)との連携
- ◇医療関係者との連携・協力
- ◇保険者間の物的・人的資源の共同利用
- ◇保険者間の知識・ノウハウの共有
- ◇特定健診等の円滑な実施のための協力

- ◎医療費の分析
- ◎マンパワーの確保(研修の実施)
- ◎ホームページを活用した周知・情報提供
- ◎健診・保健指導の評価・検討
- ◎集合契約による健診・保健指導の体制確立

次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

(これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの)

平成 25 年9月6日

1. 基本認識について

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、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。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。

イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組む、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。

ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、

- ・ 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、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
- ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床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役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。

エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。

オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

- ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、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、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。
- また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。
- イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、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べきである。
- ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当である。
- エ また、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り、引き続き検討していく。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・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

① 高度急性期・一般急性期について

- ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、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である。
- イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。
- ウ このため、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評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。
- ・ 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
 - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、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・転院支援の推進
 - ・ 退院・転院に係る連携の強化
 - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ ①アのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なりハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実が求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成 24 年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

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、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う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。

(2) 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携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

(3) 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、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するため、介護報酬との連携に留意しつつ、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
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・ 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、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

(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

社会保障審議会 医療保険部会(10/23) 各委員の発言要旨【未定稿】

- 前回改定の重点項目や方向性は、今回の改定でも引き続き推進すべき。
- 「重点課題」は、医療機能分化とネットワークの構築に一本化していただきたい。
- 医療従事者の負担軽減と、医療と介護の連携体制の強化、在宅医療の充実は、引き続き、将来の医療・介護提供体制を確保するために、重点課題として取り組む必要。
- 地域に密着した医療を充実するということを「重点課題」の一つに入れていただきたい。かかりつけ機能の充実を通じた地域包括ケアの推進が必要。
- 医療と介護の連携は実態としては進んでおらず、「重点課題」に入れるべき。
- 介護と医療の連携は重要であり、地域包括ケアを診療報酬体系の中で位置づけるべき。

- がん医療、周産期医療、小児医療、精神科入院医療の機能分化と地域移行を推進すべき。
- 認知症に対する医療の充実を急ぐとともに、介護との連携強化につながる改定を行うべき。また、難病対策も患者の立場から充実していくべき。
- 自殺予防対策について、医療面でも引き続き対応すべき。
- がん、認知症、リハビリテーション、栄養が重要であり、重点的に取り組むべき。
- リハビリテーションでは、慢性期のリハビリテーションも含めた充実が必要。
- 口腔機能に着目した歯科医療技術の評価、生活の質に配慮した歯科医療を進めるべき。
- かかりつけ薬局機能を強化していきたい。
- イノベーションの適切な評価に引き続き取り組むべき。

- 患者の視点から、明細書の発行をさらに進展させるべき。

- 医療の効率化を推進すべきであり、後発医療薬品の使用促進、レセプト電算化の推進、高額医療機器の共同利用、平均在院日数の縮減などに取り組むべき。
- 救急のトリアージ、高齢者の慢性期の急変と本当の救急との住み分けを効率化することが大事。高齢者の慢性期の医療を充実させて効率化していくことが大事。
- 新たなロードマップに示された目標に向かって後発医薬品の促進をしていきたい。
- 医療のICT化の促進による医療提供体制の効率化を入れるべき。データに基づき重複検査、重複投薬の排除など、給付の重点化・効率化を図ることができる。遠隔診療も加えるべき。
- ジェネリック医薬品の使用促進、長期収載品の薬価の大幅な引下げを行うべき。平均在院日数の減少や7対1病院の見直しを通じた病床機能の分化・連携の推進、主治医機能の強化、大病院の紹介外来の推進等に取り組むべき。

- 医療従事者の負担軽減については、医療従事者の離職を防止し、人材を確保する観点から、看護職の夜勤交代制勤務の負担軽減策等、現在の基準を後退させないようお願いする。
- 医療従事者の確保策を充実すべき。救急、周産期、外科等の急性期医療を担う勤務医や看護職員、コメディカルの負担軽減を進めるべき。
- 在宅における多職種共同の推進が必要。
- 病院薬剤師の病棟業務の推進により、チーム医療の推進、医師の負担軽減を図るべき。

社会保障審議会 医療部会(10/11) 各委員の発言要旨【未定稿】

- 基本方針は、前回の基本方針を踏襲することでお願いしたい。
- 事務局が提案する次期改定に向けた論点の大項目の立て方でよい。
- 9月6日付の「基本的な考え方」は、このまま最終的な基本方針に残る、変えないということではなく、柔軟に議論して、最終的な考え方を作ることが必要。

- 安心・安全な医療提供体制を整備する観点から充実が求められる分野として、がん医療の充実、精神科入院医療の機能分化と地域移行、周産期医療、小児医療の充実を図る必要。
- 精神科医療については、5疾病・5事業に入り、また、精神保健福祉法が改正され、来年4月から施行される。指針の取りまとめをしているが、精神科医療は大変になっており、次期診療報酬改定で対応が必要。
- 認知症対策の促進について、さらに強調する形で盛り込むべき。
- 歯科医療では、金属アレルギーの問題が大きい。メタルフリーを目指していく方向は大事。

- 患者から見て分かりやすく納得できる視点が引き続き重要。
- 明細書の無料発行は、次回改定でも必要。国民から見て納得できる診療報酬体系についても重点を置く必要。費用対効果も重要。
- 患者から見て分かりやすく納得できるためには、診療報酬の患者データの徹底した収集と分析・評価、国民への開示が大変重要。DPCにより急性期の医療をしっかりと分析して評価する必要。
- 患者から見て分かりやすく納得でき、安心できるという項目は、本当に患者に届くような形のあり方をお願いしたい。
- 領収書明細発行の義務化をさらに促進する必要。

- 効率化する余地があると思われる領域を適正化する視点も大事。
- 雇用や賃金は厳しい状況である中で、物価は上昇傾向であり、国民の生活は依然として厳しい。国民医療費は12年間で外来・入院とも3割の伸びで、GDPの伸びを上回る。高齢化の進展により、医療保険財政は危機的な状況。平成26年度改定では、一層の重点化と効率化を進める必要。
- 平均在院日数の削減により、引き続き社会的入院等の是正にも取り組む必要。
- 主治医機能の評価をした上で、必要度の低い長期・頻回受診の是正、重複受診・重複検査の是正等にも保険者を含めて取り組む必要。
- 医療の効率化の推進について、後発医薬品の使用促進、レセプト電算化の促進等を強調する必要。

- 医療従事者の負担軽減と在宅医療の充実は、引き続き重点課題とすべき。特に医療従事者の負担軽減については、離職防止、人材確保の観点から、今設けられている基準を後退させてはならない。
- 医療従事者、勤務医の負担軽減について努力したい。

- 勤務環境の改善について、病院の中に踏み込んで、何が問題なのか調べる仕組みを導入する必要。
- 医療、歯科医療、あらゆる職種の連携は大変重要。
- 現場で困っているのは介護職員の不足。介護職員が来ない大きな要因の一つが給料水準。それ以上の給料を払うと経営が苦しくなる構造を変えてほしい。

- 病床の機能分化について、各病床の役割を明確にした上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期後の受け皿の強化・確保が必要。
- 在宅医療と入院医療の連携が不十分。連携を充実させるため、在宅医療の多職種チームと入院の多職種チームがお互いに連携し合う仕組みをつくることが重要。
- 不適正な訪問診療などの事例が伝えられている。真に必要な患者に在宅医療が提供されるよう、在宅医療が適正に提供される仕組みを構築する必要。
- 在宅医療、在宅訪問をきちんと評価すべき。チーム医療に関する評価も考慮すべき。
- 訪問看護について、給料は十分出ているが、なり手がいない。働きがい不十分であり、制度を変える、利用者の意識を変えることが必要。