

これまでの取組状況と 今後の課題（医療分野）

平成24年12月7日
遠藤委員提出資料

医療に係る改革の課題

【医療・介護サービス保障の強化】

1 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- ・健康増進の総合的な推進
- ・医療費適正化の推進 等

2 医療サービス提供体制の制度改革

- ・病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進（機能強化）
- ・医師確保対策、チーム医療の推進（人材確保）

3 医療保険の財政基盤の安定化等

- ・市町村国保の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保等
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

4 個人の尊厳と患者の意思がより尊重される医療の確保

- ・国民の希望を踏まえた在宅医療の確保
- ・人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備

5 今後の高齢者医療制度にかかる改革

- ・高齢者医療制度の在り方
- ・70～74歳の患者負担の在り方

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等

現状と課題

○健康増進の総合的な推進

- ・ 生活習慣病の予防、社会生活を営むため必要な機能の維持等を図る必要がある。
- ・ 日本のがん検診の受診率（概ね20～30%）は、諸外国に比べ低水準。

○医療費の適正化

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増加。
- ・ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている。

※ 平成20～24年度 第1期医療費適正化計画
平成25～29年度 第2期医療費適正化計画

今後の方向性

○健康増進の総合的な推進

- ・ 第二次健康日本21により、生活習慣病の発症予防、重症化予防を図り、健康寿命を延伸する。
- ・ がん検診の受診率について、平成28年度までに50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目指す。

○医療費適正化の推進

- ・ 第2期医療費適正化計画において、平成29年度に向けた医療費の見通しを立て、次のような対策を推進。
 - ・ 特定健診・保健指導の実施による生活習慣病の発症予防
 - ・ 医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等による平均在院日数の縮減
- ※平成29年度までの全国目標：
特定健診実施率70%
特定保健指導実施率45%
- ・ 外来受診の適正化等（生活習慣病予防等）、ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減について、診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、取組を推進する。

医療サービス提供体制の制度改革（機能強化）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、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。
 - ・ 一般病床の機能分担が不明確。
 - ・ 急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能などが不足。
 - ・ 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、地域包括ケアシステムの構築が必要。

今後の方向性

【病院・病床機能の分化・強化】

- 一般病床の機能分化を推進するため、
 - ・ 医療機関が病床機能の内容（急性期、亜急性期、回復期等）などを都道府県に報告し、
 - ・ 都道府県が、その情報を活用して、医療計画において、地域における病院・病床機能の分化と連携のビジョンを策定。
- 病院・病床機能の分化・連携を確保し、病状等に見合った医療サービスの提供と平均在院日数の減少につながる医療資源の適切な投入を行い、効果的・効率的な医療を提供。

【在宅医療の推進】

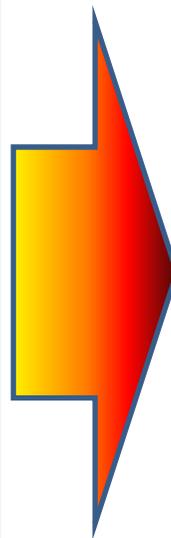
- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療サービス提供体制の制度改革(人材確保)

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、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。
- こうした中、人材確保の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、医師数は少ない(ただし、医師数は毎年4000人程度増加する傾向)。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、医師を始めとするスタッフの業務が増大。



今後の方向性

【医師確保対策】

- 医学部入学定員を増員(平成24年度は8,991名(平成19年度と比較し1,366名増員))し、その中で特定の地域等での勤務を条件付けることができる「地域枠」を設定。平成25年度も引き続き増員予定。
- 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の支援を行う地域医療支援センターを設置。(平成24年度で、20道府県)。今後さらに拡充。
- 各都道府県に設置された地域医療再生基金(～25年度末)を活用するなど、人材確保を含め、地域の状況に応じた取組を推進。
- 臨床研修医の地域的な適正配置を促進するため、都道府県別の募集定員の上限を設定。
- 医師や看護師が働き続けられる環境等を整備するため、医療現場での雇用環境改善を推進。

【チーム医療の推進】

- 看護師に関する高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化と能力認証の仕組みの導入、診療放射線技師や歯科衛生士の業務範囲の拡大、薬剤師など医療関係職種の仕事の見直しの検討を図り、効率的で質の高い医療を実現。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○市町村国保の財政基盤の安定化

- 市町村国保は、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しており、相対的に保険料負担が重い。
- 市町村国保財政は赤字であり、決算補填等のため市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ・繰上充用を行っている。
 - *法定外一般会計繰入・繰上充用：約5,000億円
- 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が存在し、市町村間の格差がある。
 - *都道府県内の保険料格差最大：2.8倍(長野県)

○保険料に係る国民負担に関する公平の確保等

- 中小企業の従業員を加入者とする協会けんぽは、大企業中心の健保組合と比べて財政基盤が弱く、保険料を賦課する賃金水準も低い。このため、
 - 協会けんぽへの国庫補助を行うとともに、
 - 高齢者医療の支援金の3分の1について、被用者保険者の負担能力に応じた負担（総報酬割）としている。

今後の方向性

■ 医療保険制度については、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、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。

(市町村国保の財政基盤の安定化)

- 以下のような取組を実施。
 - 平成24年国保法改正において、財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化(市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担)などを実施(27年4月1日から)
 - 市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化(～2200億円程度)
- 今後とも、市町村国保の財政基盤の安定化に向けた取組を推進。

(保険料にかかる国民負担に関する公平の確保等)

- 今後の高齢者医療制度にかかる改革の中で、高齢者医療の支援金について、全面総報酬割とすることを検討する。
- 国保組合の国庫補助の見直し

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

(医療費の伸びの増大)

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増大している。

(高額療養費や難病対策の見直し)

- ・ 医療の高度化に伴い、がん患者など長期にわたって、自己負担の重い患者が生じている。
- ・ また、難病の医療費助成についても、対応が求められている。

今後の方向性

(保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等)

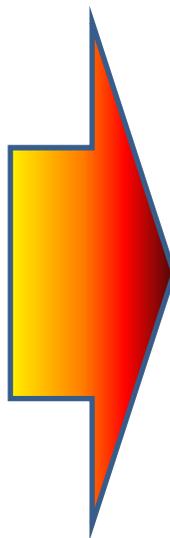
- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、後発医薬品の総合的な使用促進を図るとともに、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。また、医薬品の患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直すことについて検討する。
- 高額療養費については、
 - ・ 制度の持続可能性の観点から、保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、改善に必要な財源と方策等について検討する。
難病の医療費助成についても、公平・安定的な仕組みを検討する。



個人の尊厳と患者の意思がより尊重される 医療の確保

現状と課題

- 今後の高齢化の進展を見据えつつ、疾病を抱えても自分らしい生活を続けられる環境の整備が必要。
- こうした中、以下の課題が存在。
 - ・ 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・地域包括ケアシステムの構築が必要。
 - ・ 人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備が必要。
 - ※ これまでほぼ5年おきに計4回の終末期医療に関する意識調査を実施するとともに（今年度中に新たな調査を実施予定）、平成19年に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成。



今後の方向性

- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。（再掲）
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。
- 終末期医療のあり方は、国民の死生観に深く関わる課題であり、国民的議論を踏まえつつ対応。

今後の高齢者医療制度にかかる改革

現状と課題

- 旧老人保健制度では次の問題あり。
 - ・高齢と現役の負担関係が不明確
 - ・加入制度や市町村により保険料額に高低 等
- このため、75歳以上が独立した後期高齢者医療制度施行(平成20年4月)。
 - ・給付費13.1兆円、加入者約1,500万人(平成24年)
- これに対し、「年齢による差別」と受け止め。
 - ・運用面で可能な限り対応済。
 - ※75歳以上の年齢に着目した診療報酬の廃止等
 - ・平成22年12月、高齢者医療制度改革会議が見直し案をとりまとめ。
 - ※75歳以上は国保又は被用者保険に加入。最終的に全年齢で国保を都道府県単位化等
- 民自公3党合意、社会保障制度改革推進法で規定。

今後の高齢者医療制度の改革については、あらかじめ三党間で合意に向けて協議するとともに、状況等を踏まえ、必要に応じて社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

今後の方向性

- 民自公3党合意及び社会保障制度改革推進法を踏まえ、以下について検討を進める。
 1. 高齢者医療制度の在り方
 - 制度的枠組みの在り方
 - 制度的枠組みにかかわらず検討を要する課題
 - ・支援金(総報酬割の検討(負担の公平化))・保険料・公費負担の在り方 等
 2. 70~74歳の患者負担の在り方
 - 現在1割に凍結(法定は2割)されている70~74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、25年度以降の取扱いを25年度予算編成過程で検討

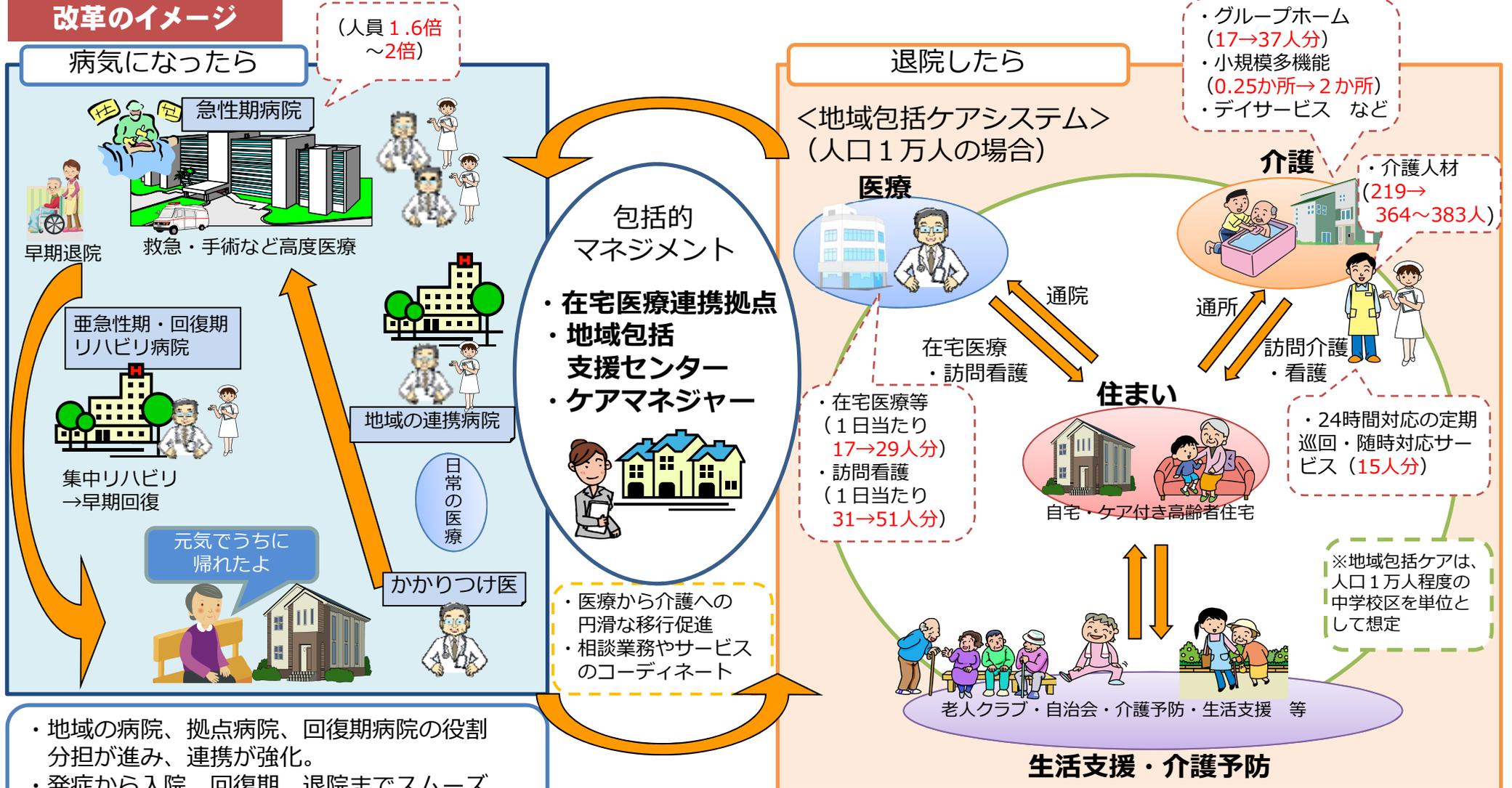
參考資料

医療・介護サービス保障の強化

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

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

改革のイメージ



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

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

健康日本21(第2次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第1次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

がん対策推進基本計画(平成24年6月8日閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3)がん登録の推進

新(4)働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(2) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新**⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(病理、リハビリテーション、希少がん)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

新7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、高齢者医療確保法により、平成20年度から、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている
- ◎ 平成20年度を初年度とする第1期医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - (政策目標)・特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少
 - ・平均在院日数について、全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小
- ◎ 平成25年度を初年度とする第2期医療費適正化計画(5年計画:平成29年度まで)を国及び都道府県において策定する予定
 - (政策目標)・特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から25%以上減少(都道府県ごとの目標については、全国目標を踏まえ、各都道府県が独自に設定)
 - ・平均在院日数については、社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が独自に目標を設定

医療費適正化計画の目標の達成状況について

特定健診・保健指導等の推進

○特定健診・保健指導の実施率の推移

	20年度	22年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	43.3%
特定保健指導終了率	7.7%	13.7%

○特定健診・保健指導の効果

- ・特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 ▲約32%(21年度)
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者との医療費の比較 ▲約9万円(22年度)

平均在院日数の縮減

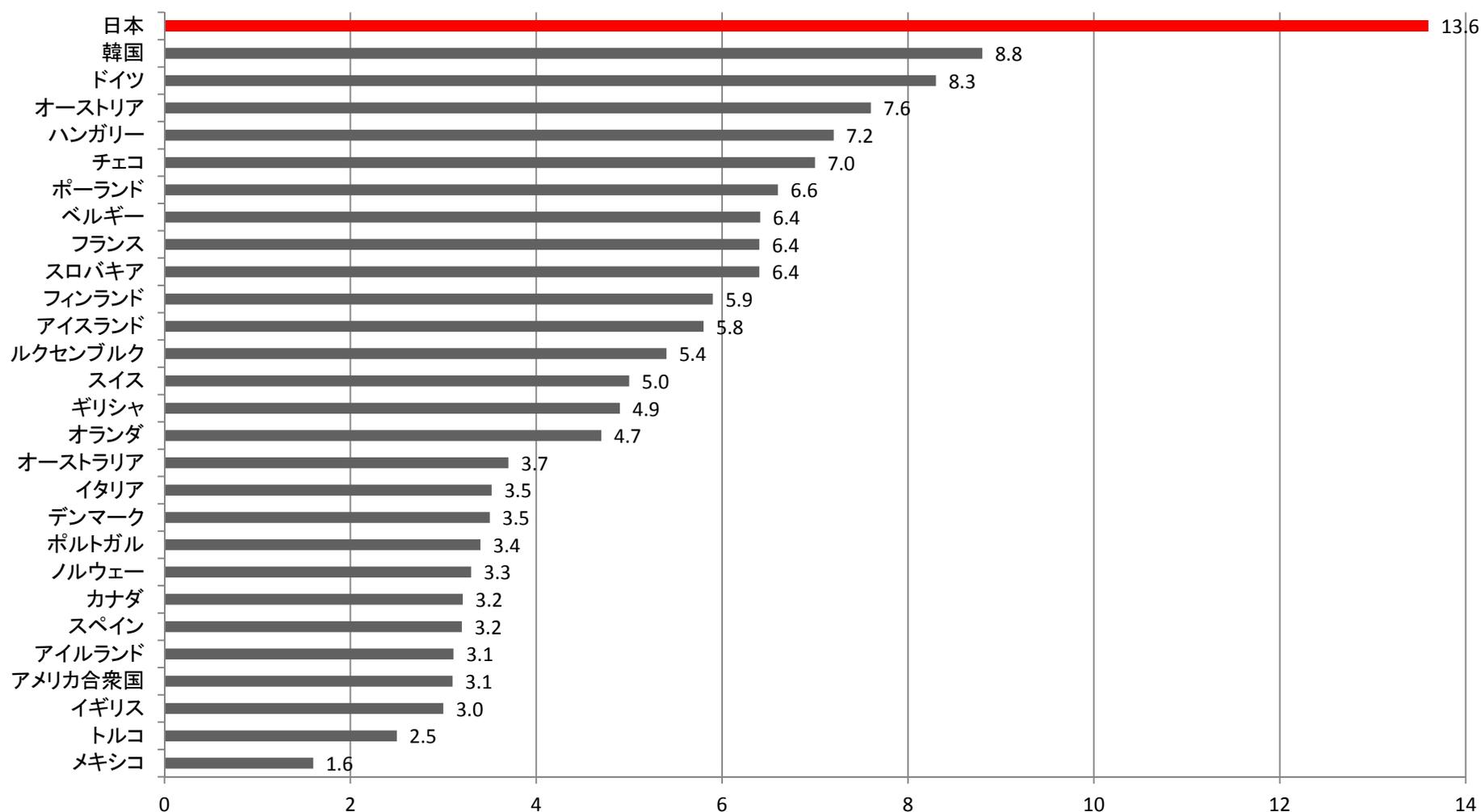
○平均在院日数の推移

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

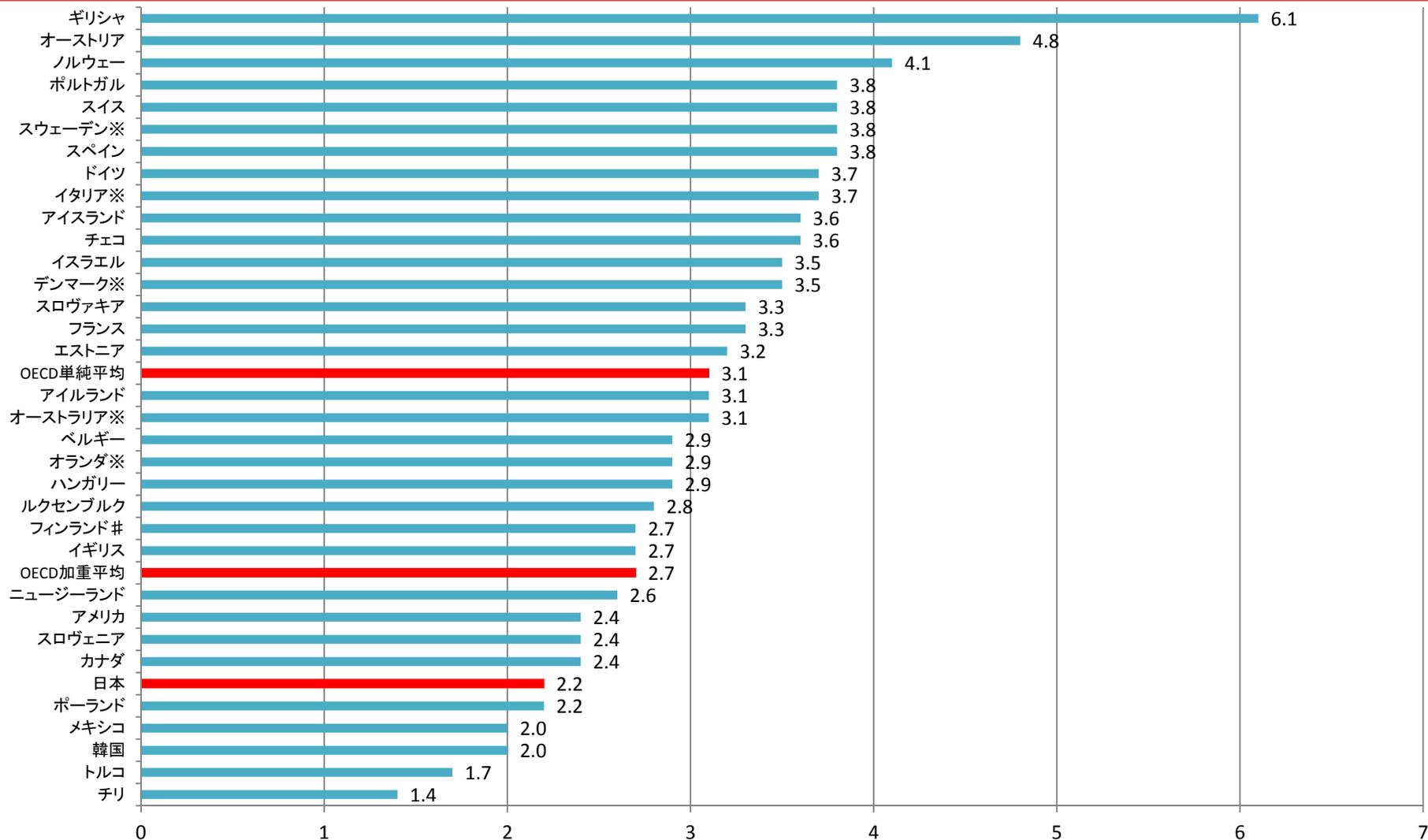


出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1)アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

(注2)ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2010年(平成22年))



※は2009年、#は2008年

注1 単純平均とは、各国の人口1000人当たり医師数の合計を国数で割った値

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数に1000を乗じた値

注3 ギリシャ・スロヴァキア・フランス・アイルランド・オランダ・カナダ・トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらぬ医師を含み、ポルトガル・チリは資格を有して現役で働いていない医師を含む

注4 アイルランドは推計値

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	80万人 / 日	86万人 / 日	97万人 / 日
一般急性期			
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	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	23万床 91%程度 150日程度	27万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度
精神病床	35万床 90%程度 300日程度	36万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度
入院計	166万床 80%程度 30~31日程度	178万床 80%程度 30~31日程度	202万床 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。

医療・介護機能の再編（将来像）

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。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

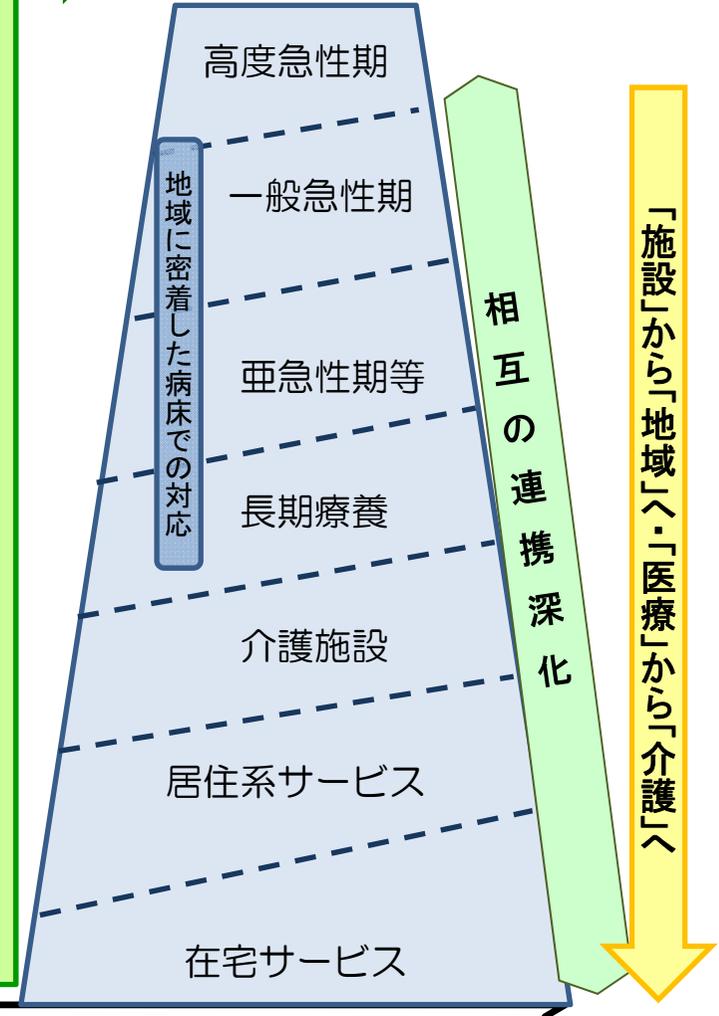
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

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需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。

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。

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。

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、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

※「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」で基本的な枠組みがとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会です承。具体的な事項について、「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」で検討中。「看護師の能力認証の仕組み」の法制化については、「チーム医療推進会議」において、制度の詳細について、検討中。

一般病床の機能分化を推進するための仕組み

○一般病床の機能分化を推進していくため、

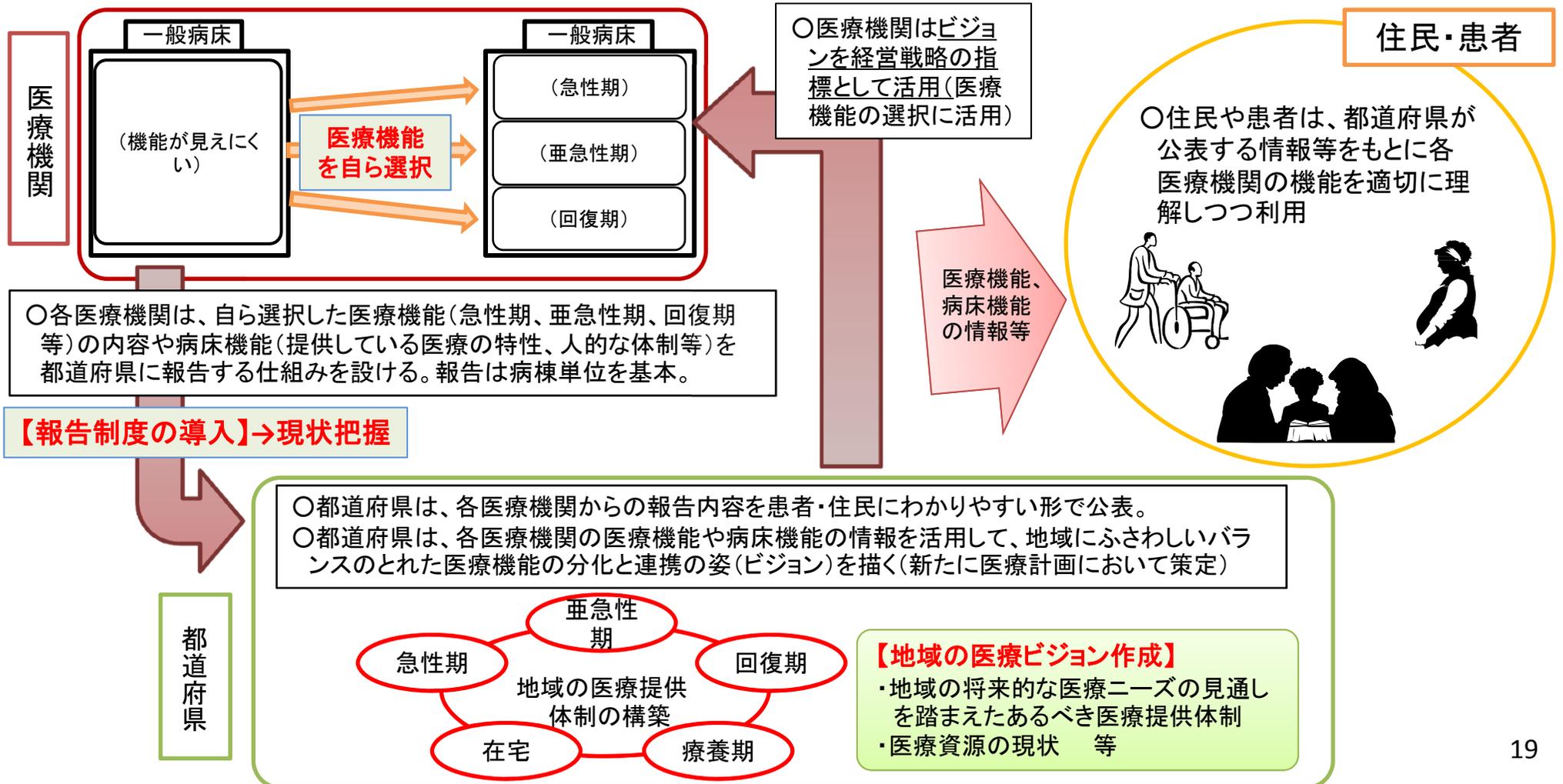
①医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、

②報告を受けた情報を活用し、医療計画において、その地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定

する仕組みを導入。これにより、地域の実情に応じた医療機能の分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る。

※この枠組みについては「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会です承。

○「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」において、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中。



在宅医療の推進

(背景)

- 日本は国民皆保険のもと、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立し、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 一方、国民の60%以上は自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

国民の希望に応える療養の場の確保は喫緊の課題

(在宅医療・介護あんしん2012)

平成24年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけ、予算、制度、報酬を総動員して在宅医療・介護を推進。

① 予算での対応

- 多職種協働による在宅医療を担う人材の育成、在宅医療・介護の連携のための調整を行う拠点の整備に関する予算の計上などにより、省横断的に在宅医療・介護を推進。

② 制度的対応

- 在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示。

(参考)平成24年度中に各都道府県で策定作業→平成25年度から5年間の新計画

③ 診療報酬・介護報酬

- 平成24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価。

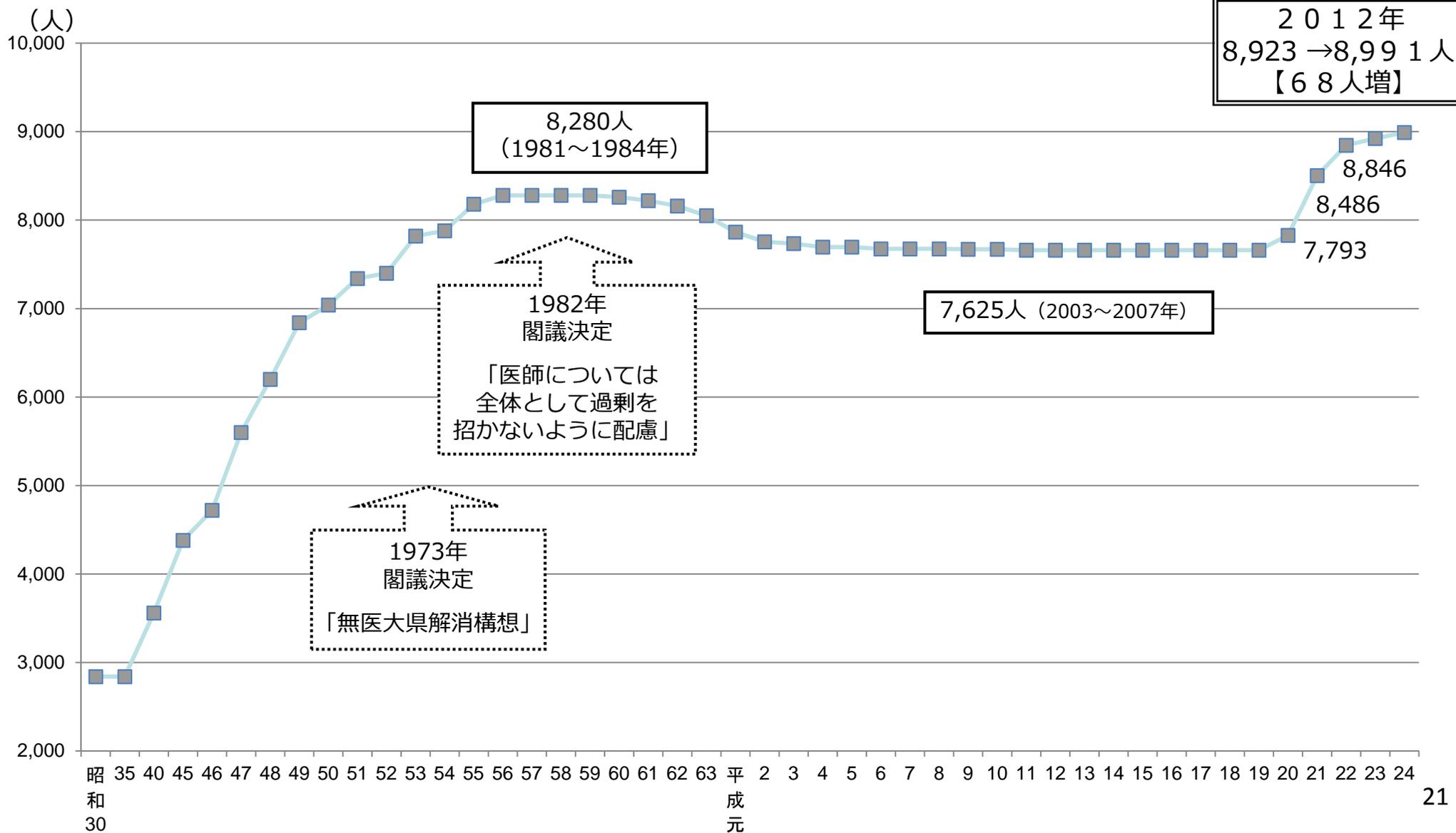
(今後の対応)

- 提言型政策仕分け(平成24年7月)での提言等を踏まえ、同年8月に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置(主査:医政局長、副主査:老健局長、保険局長、大臣官房審議官(医療・介護地域連携担当、医療・介護連携担当))し、2025年に向けた具体的施策について検討中。

医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年7,625→平成24年8,991人 (計1,366人増))



地域医療支援センター運営経費

平成25年度概算要求 11.4億円 (平成24年度予算 7.3億円)
(33箇所) (20箇所)

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

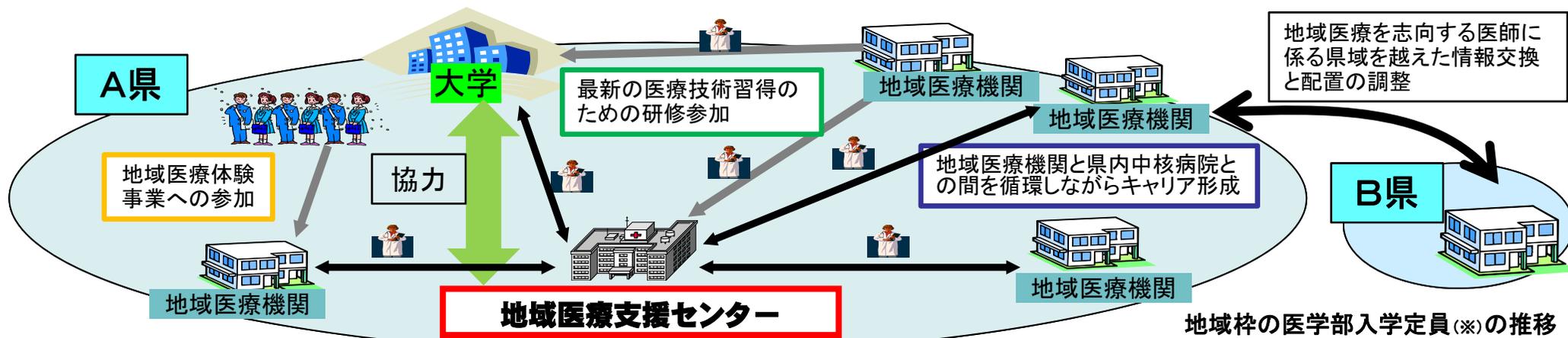
▶ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかとする将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

- ▶ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組む**コントロールタワーの確立**。
- ▶ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、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、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、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個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- ▶ 平成24年度現在、全国20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620名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成24年7月末時点)
- ▶ 平成25年度は、先行実施県での事業実施状況を踏まえ、支援センター事業がより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業実施の意向を持つ13箇所を加えた33箇所の運営経費について要求する。

地域医療再生基金の概要

21年度補正 予算総額2350億円
(25億円×94地域)

22年度補正 予算総額2100億円
(15億円×52地域+加算額1320億円)

※被災3県については23年度補正予算でさらに720億円を上積み

基金の目的

- 地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 従来の病院毎(点)への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体(面)への支援。

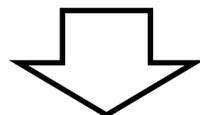
事業概要

- ◎都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援
- 対象地域 【21年度補正】二次医療圏を基本とする地域
【22年度補正】都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
(医師確保対策や救急医療体制の強化、ICTを活用した診療情報の共有 など)
- 計画期間 平成25年度まで
- 交付決定 【21年度補正】22年1月29日に交付決定済み
【22年度補正】被災三県以外については23年12月12日交付決定済み
被災三県については24年3月7日までに交付決定済み
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

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. 看護師の能力を認証する仕組みの導入

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が必要な行為の明確化」と「能力認証の仕組みの導入」について、現在、チーム医療推進会議において、具体的な検討を進めているところ。

2. その他の医療関係職種の業務範囲の見直し

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。

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。

<求められる専門医像>

専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

<地域医療の安定的確保>

医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

- ①中立的な第三者機関の具体的な体制
- ②現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
- ③国の関与の在り方
- ④医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係

新たな仕組みの導入

- 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
- 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
- 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。
- 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 地域医療の安定的確保

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

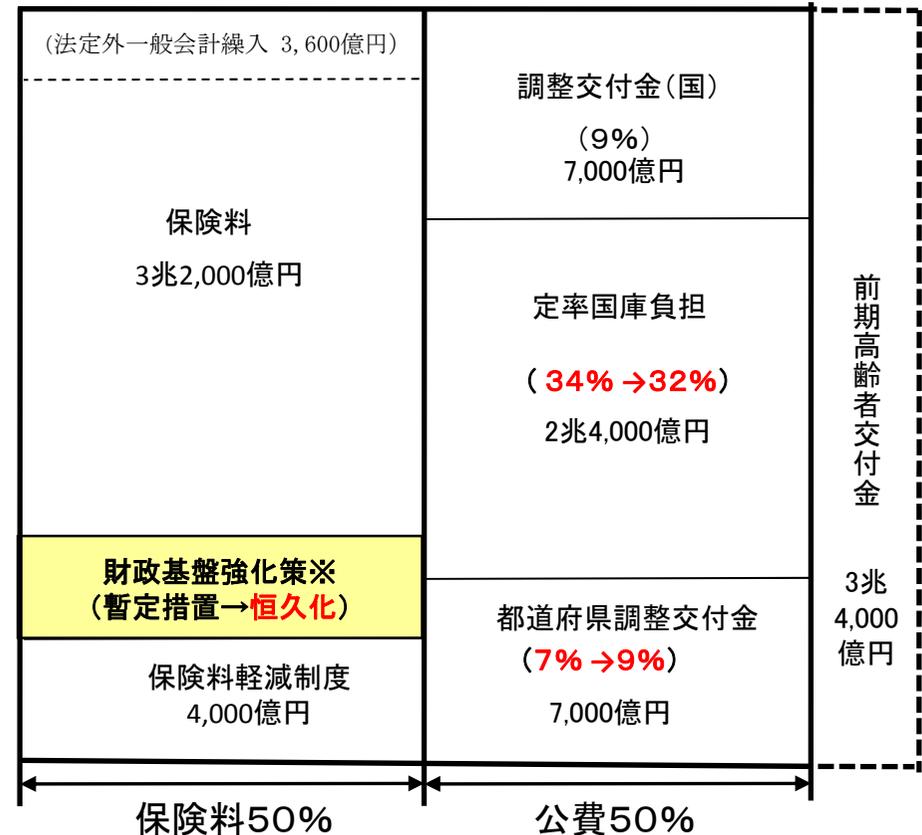
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

(1)、(2) 平成27年4月1日
(3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

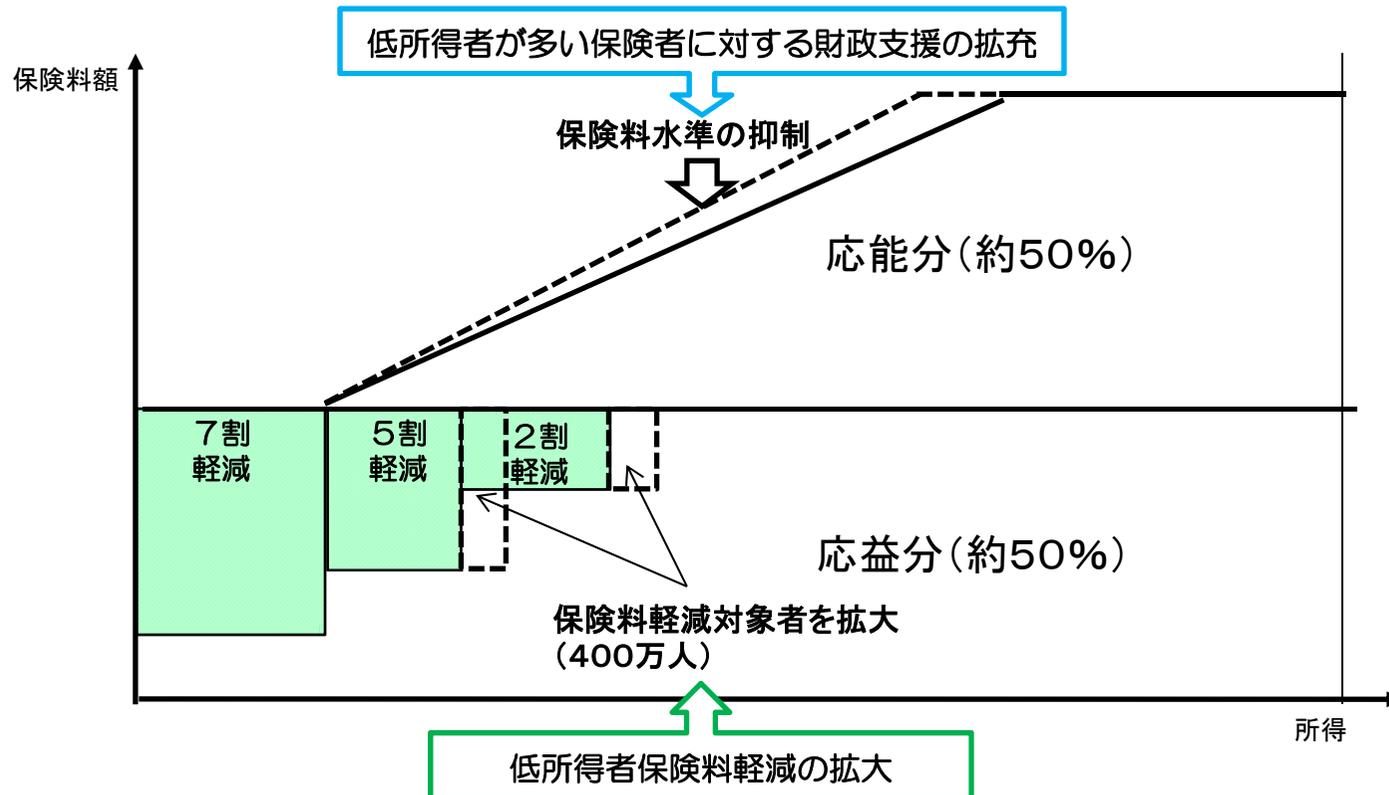
- ・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) *27年度ベース

☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

- ・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充
- ・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



協会けんぽの財政再建の措置（平成22年度～24年度）

○ 協会けんぽは、平成22年改正の健康保険法で、平成22年7月から24年度までの間、後期高齢者支援金の総報酬割（3分の1）と併せて、**国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）の措置**が講じられている。

（※）リーマンショック後の景気悪化による保険料収入の激減により、平成21年度に4900億円の収支赤字を計上し、積立金を取り崩しても3200億円の負債が生じたため、平成22年に健康保険法を改正して、財政再建の措置を講じた。

（※）平成4年に法律附則で「当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする」と定め、それまで16.4%であった補助を13%に引き下げた。

◇協会けんぽの財政再建の措置（平成22年7月～24年度）

①国庫補助率の引上げ：13%→16.4%（平成24年度予算ベースで+2000億円）

②**後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割**を導入（平成24年度予算ベースで▲1000億円）

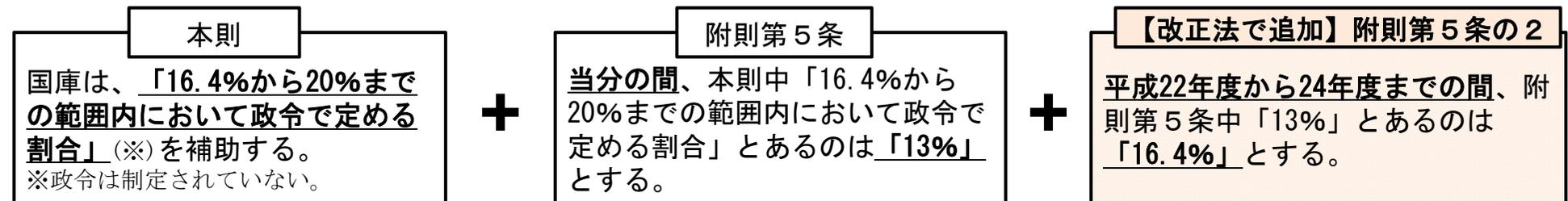
③単年度収支均衡原則の緩和（21年度末の累積債務3200億円を3年間で解消）

（参考）協会けんぽの保険料率：8.2%（21年度）→9.34%（22年度）→9.5%（23年度）→10.0%（24年度）

（1.8%分の引き上げ＝約1兆3000億円）

○ 平成22年健保法改正法の附則（検討規定）では、国庫補助率を、①「**当分の間13%**」とする規定と、②「**3年間16.4%**」とする規定の両方について、**24年度までの間に検討し、所要の措置を講じると**されている。

（※）24年度中に法律上の手当てを行わない場合、25年4月以降、国庫補助率が13%に戻るとともに、後期高齢者支援金もすべて加入者割となる。**措置が終了した場合、保険料率がさらに全国平均で0.4%程度上がる影響**がある。

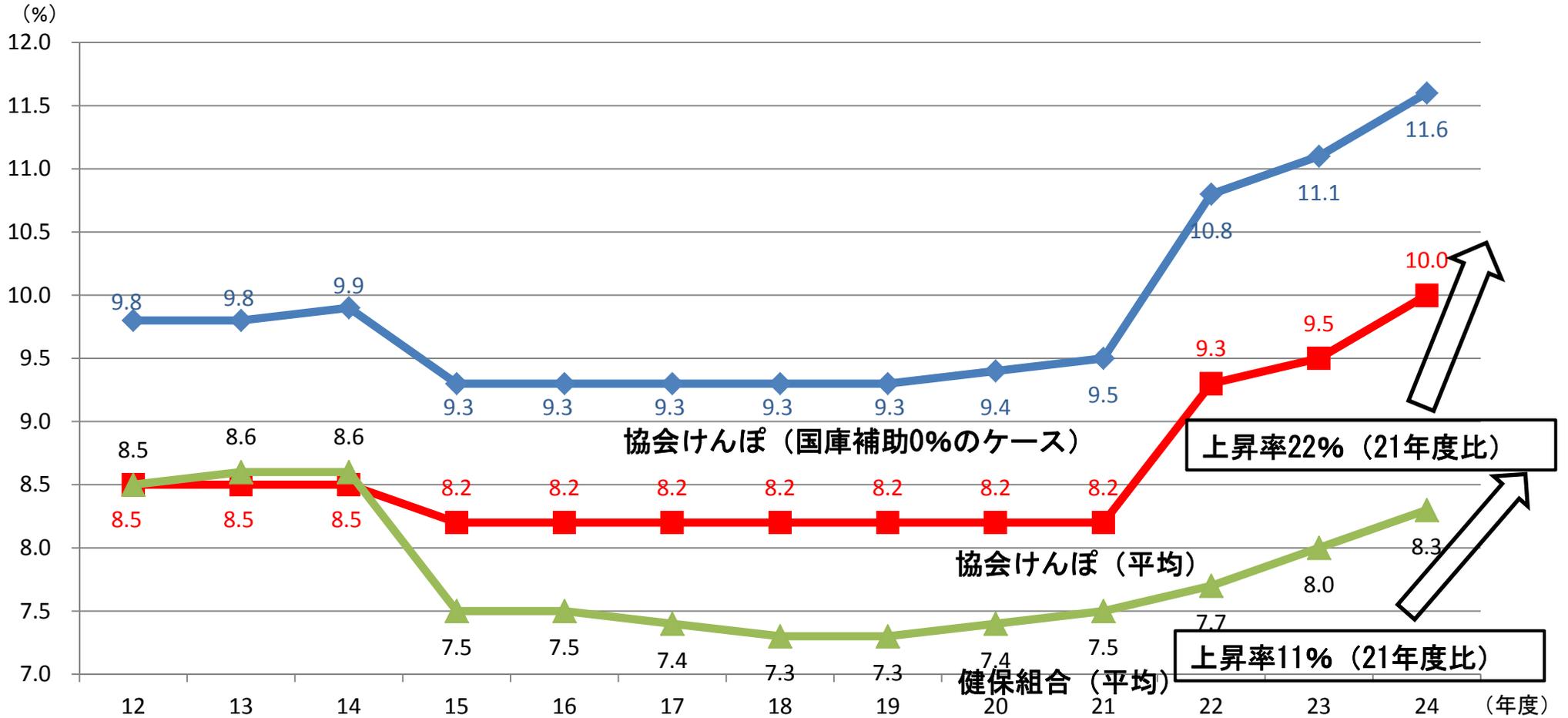


平成22年改正健保法附則第2条：検討規定

政府は、**附則第5条及び第5条の2の規定**について、協会けんぽの財政状況、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状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、**24年度までの間に検討**を行い、必要があると認めるときは、**所要の措置を講じる**。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽの引き上げ率の方がより大きい。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。

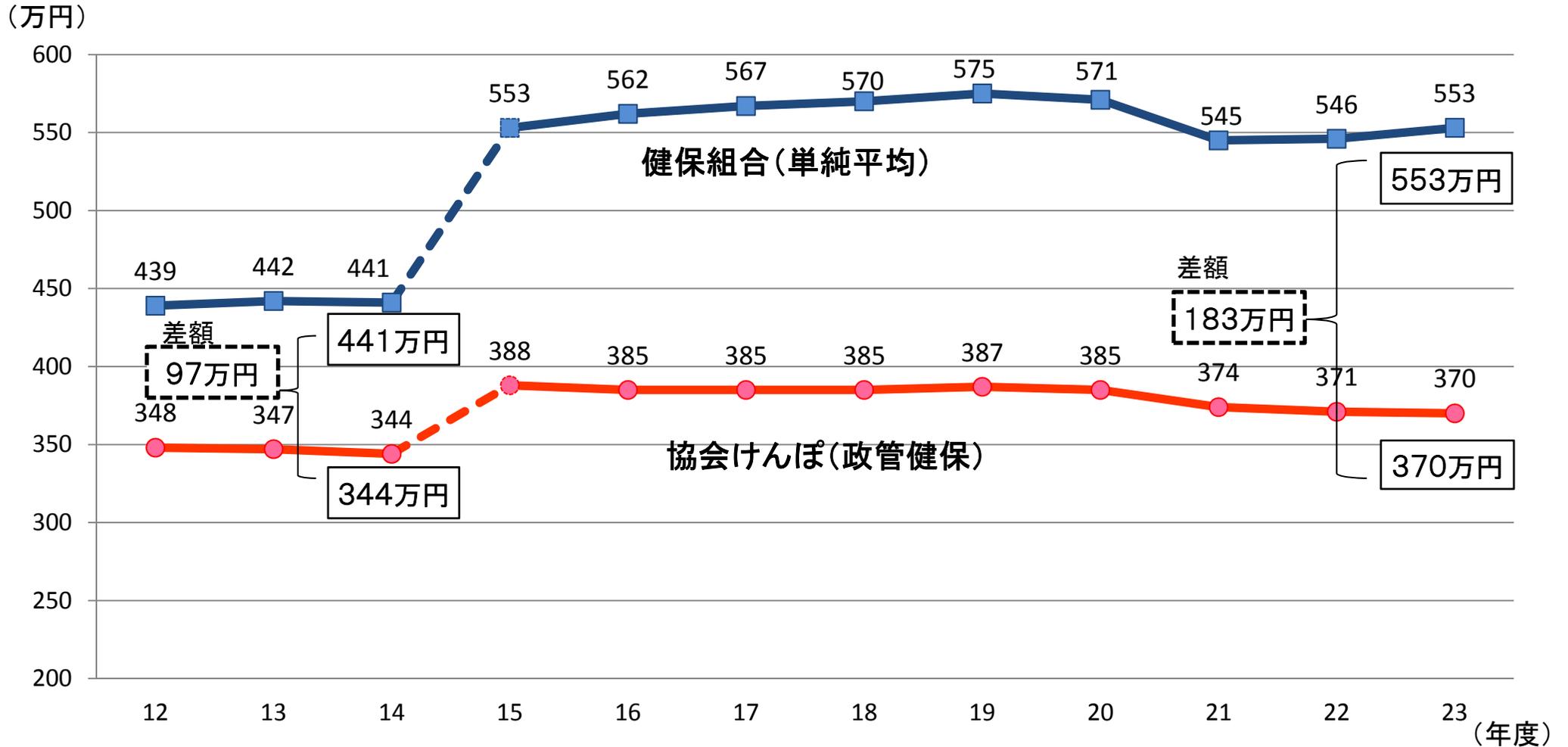


(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）について

ジェネリック医薬品の主な特徴

- ① 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ。
- ② 価格が安い（当初の薬価は先発医薬品の70%）。
- ③ 添加物等の有効成分以外の成分が異なる場合がある。（苦みの軽減、使用感の改善等のため）
* 先発医薬品との同等性は承認時等で確認。その基準は欧米と同じ。



価格が安いことによる患者負担の軽減、医療保険財政の効率化



○医療関係者の意識

- ① 医療関係者全般に、品質や安定供給に不安を抱き、使い慣れた先発医薬品に代えて、ジェネリック医薬品をあえて用いる必要性を十分に感じていない。
- ② 薬局における品揃えの負担、ジェネリック医薬品の選択の難しさ（ある高血圧の薬は34社がジェネリック医薬品を供給）

○患者の意識

- ① ジェネリック医薬品の認知度はある程度進んでいる。
- ② 患者としては、薬代が安くなるメリットがある一方で、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。



主な対応方策

平成24年度までにジェネリック医薬品の数量シェア30%達成を目標に（平成23年9月現在22.8%）

- ①主に医療機関、薬局向け対応



・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

（ジェネリック企業による在庫確保、国の試験研究機関による品質試験の実施等）

・診療報酬上の環境整備

（薬局における調剤数量の割合に応じた段階的な評価と変更調剤の環境整備、積極的に使用する医療機関に対する評価、保険医に対する患者の意向確認などの対応の努力義務 など）

- ②主に患者向け対応



・ジェネリック医薬品希望カードの配布

・ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知 など

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		<ul style="list-style-type: none"> ○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	（右のような注意事項はない）	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。 など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているものをいう。」(薬事法第25条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成17年3月31日付け薬食発第0331015号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

高額療養費制度の概要

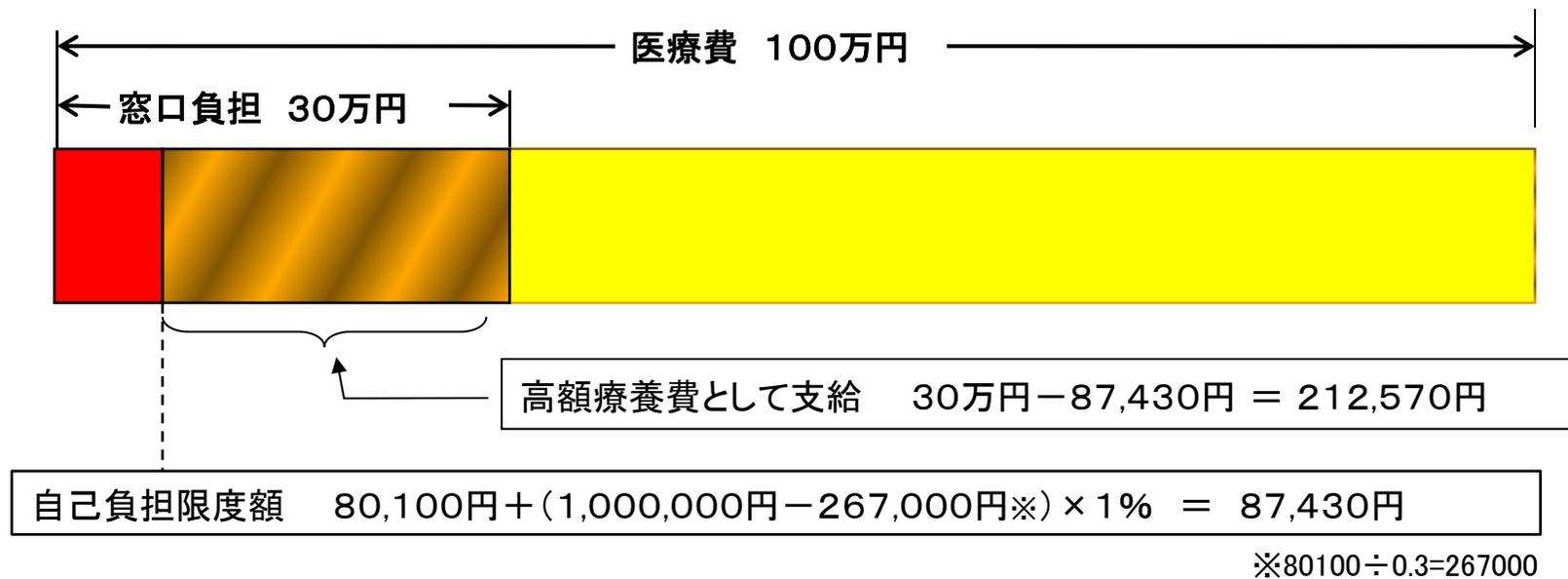
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

今後の難病対策の在り方(中間報告)

平成24年8月16日厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会
(平成24年8月22日に疾病対策部会です承)

1. 難病対策の必要性と理念

- 難病の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。また、患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えることを目指す

2. 「難病」の定義、範囲の在り方

- 総合的な難病対策の外縁となる「難病」の定義は、「難病対策要綱」をも参考にしつつ、できるだけ幅広くとらえるべき。一方で、個別施策の対象となる疾病の範囲は、広く国民の理解を得られるよう、それぞれの施策の趣旨・目的等も踏まえ、比較的可成りな疾病を基本に選定すべき

3. 医療費助成の在り方

① 対象疾患の在り方

- 特定疾患の4要素(①希少、②原因不明、③治療法未確立、④長期にわたる生活の支障)を基本的に踏襲
- 対象疾患の拡大を含めた見直しにあたっては公平な対象疾患の選定が必要。また、対象疾患の定期的な見直しが必要
- 対象患者に重症度等の基準を設定
- 対象疾患は研究班の調査結果等も参考に今後更に検討

② 対象患者の認定等の在り方

- 指定専門医の診断や指定医療機関での受診を認定の要件とする
- 治療ガイドライン策定・周知による治療の適正化
- 患者データの収集方法の見直し

③ 給付水準の在り方

- 難病の特性を踏まえつつ他制度との均衡を図るとともに、施策の安定性を確保し、国民の理解を得られるよう、給付水準の見直しを検討

4. 福祉サービスの在り方

- 障害者総合支援法の対象疾患について、研究班の調査結果や難病対策における医療費助成の対象疾患参考しつつ検討
- 障害程度区分の認定に当たっては、難病ごとの特性にきめ細かく配慮

5. 難病相談・支援センターの在り方

- 医療機関、就労支援機関等との連携強化
- 各都道府県における必要な体制の確保
- ピアサポートなど患者視点に立った相談支援
- 難病相談・支援センターの中心的な機能を担うセンターの在り方について検討

6. 難病手帳(カード)(仮称)の在り方

- 目的、効果、事務負担等を他制度の例も参考に検討

7. 難病研究の在り方

- 臨床調査研究分野と研究奨励分野の区分の見直し
- 診断基準の作成、病態解明、治療法開発、創薬の研究を重点的に目指す
- 患者の研究への参加、研究成果の患者への還元
- 関係者が一体となる研究の総合戦略、研究についての国際協力

8. 難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方

- 高い専門性を有する「新・難病医療拠点病院(仮称)」を整備
- 地域で医療、介護サービスが受けられるよう「難病医療地域基幹病院(仮称)」を整備
- 難病患者の受け入れ・退院調整を行う「難病医療コーディネーター(仮称)」を設置について検討
- 地域の支援体制を整備するための「難病対策地域協議会(仮称)」を設置について検討
- 超希少疾患の高度専門的な対応を行う「難病治療研究センター(仮称)」の在り方について検討

9. 就労支援の在り方

- 難病に関する知識や既存の支援策(助成金等)の普及啓発
- 既存の支援策の充実や難病相談・支援センターと就労支援機関等との連携強化

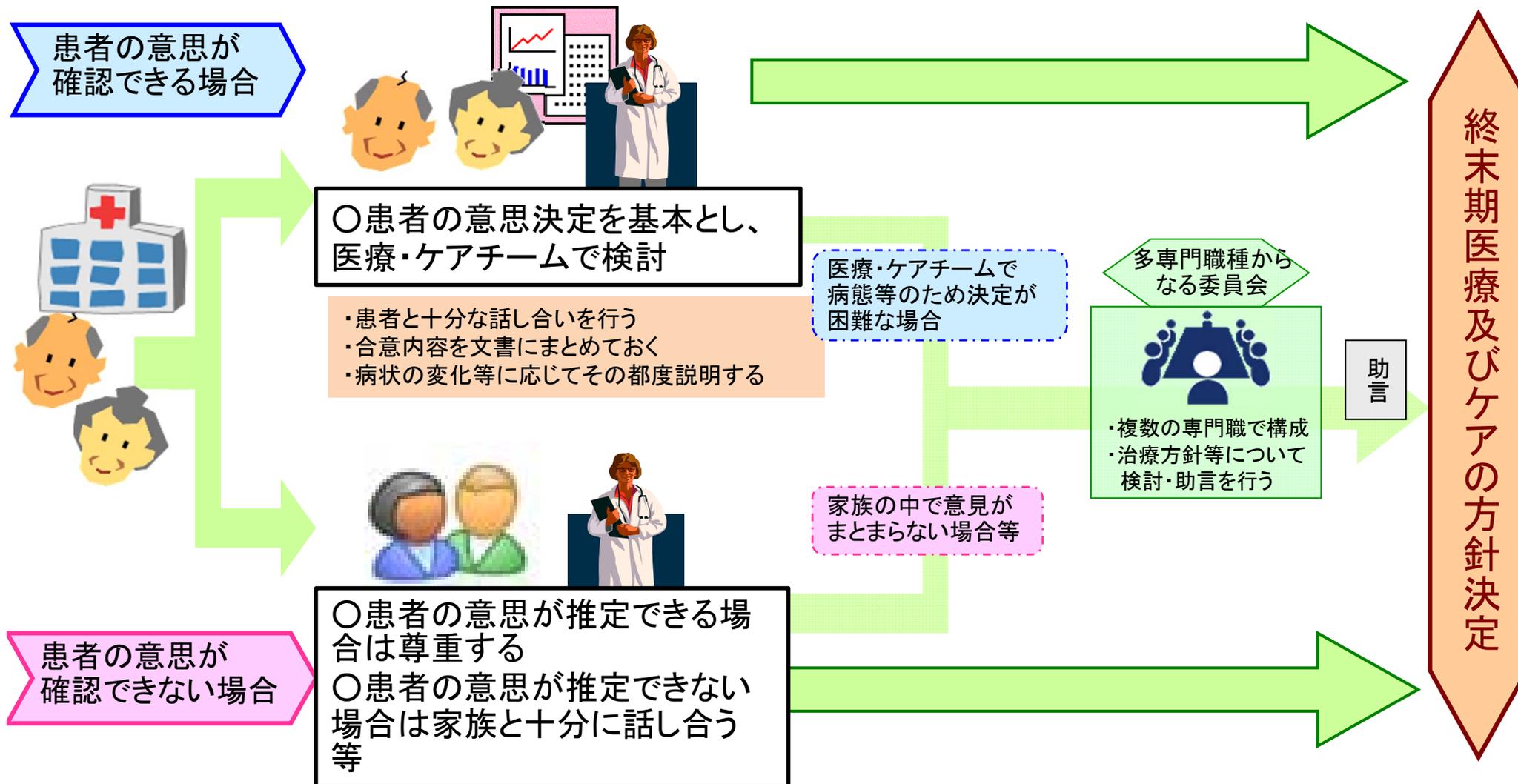
10. 難病を持つ子どもへの支援の在り方

- 難病相談・支援センターにおいて、難病の子ども等の相談
- 小児の難病の治療研究
- 小児期と成人期の担当医師の連携
- 難病を持つ子どもに対する総合的な自立支援について検討

11. 小児期から難病に罹患している者が成人移行する場合の支援の在り方

- 小児から成人にかけての切れ目のない支援の在り方を検討
- 医療従事者に対する研修、小児期からの担当医師との連携促進
- 小児期から難病に罹患している者について総合的な自立支援を検討

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」における手続きの流れ(イメージ図)



高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

- 高齢化の進展、医療技術の高度化等により、高齢者の医療費は大幅に増加。
- 「国民皆保険」の下、高齢化の進展、産業構造の変化等により、国保と被用者保険との間で、年齢構成や所得に偏り。
- 国保にはほとんどの高齢者が加入し、また、所得水準が低いことから、そのままでは支えられないという構造的な課題。
→ 一層の増大が見込まれる高齢者の医療費について、制度横断的に社会全体で支える必要。

経緯

- 昭和36年 「国民皆保険」達成
- 昭和48年 老人医療費無料化…老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。
- 昭和58年 老人保健制度創設…高齢者にも患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。
→ 被用者保険側の不満の高まり
・拠出金負担が増大する一方、給付責任(市町村)と財政責任(各保険者)の分離により、各保険者が医療費を直接コントロールできない。 ※患者負担引上げ、公費拡充、介護保険制度創設等により、逐次対応。
- 平成20年 後期高齢者医療制度創設…75歳以上の独立制度(都道府県単位の広域連合が運営)とし、公費と支援金により社会全体で支える。

現行制度

<後期高齢者医療制度>

- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。

- 75歳以上の方は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

<前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>

- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。
※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

課題

- 「年齢による差別」と受け止められた。

<運用面> 75歳以上という年齢に着目した診療報酬17項目を廃止するなど、可能な限り対応済み。

<制度体系> 「高齢者医療制度改革会議」で、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も、現役世代と同様に、国保か被用者保険に加入する案をとりまとめ。

- 制度の枠組みを超えた課題

- ・高齢者の医療費の伸びを、どう適正化していくか。
- ・国保や被用者保険が運営上の課題を抱える中、高齢者医療制度を支える現役世代の負担を、どう分かち合うか。
- ・世代間・世代内の負担の公平を、どのように図っていくか。 36

現行の高齢者医療制度

制度の概要

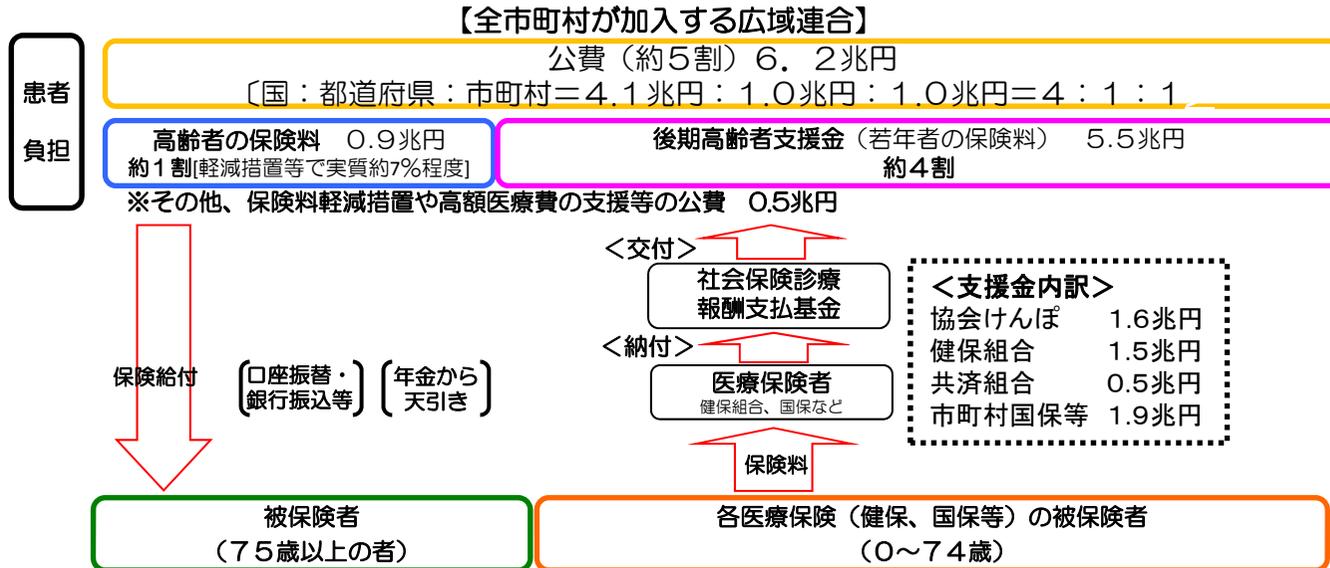
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
14.2兆円（平成24年度予算ベース）
給付費 13.1兆円
患者負担1.1兆円

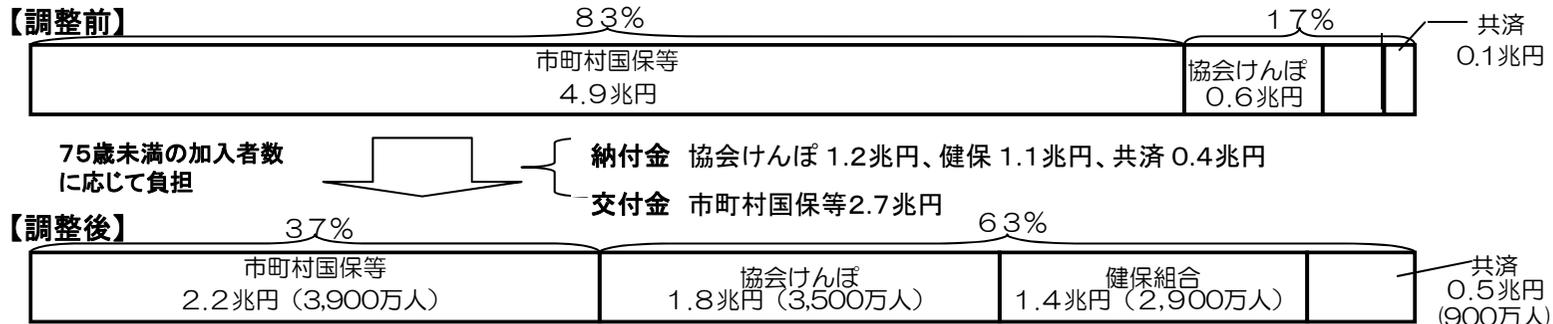
＜保険料額（平成24年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者 約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.9兆円
（平成24年度予算ベース）



高齢者医療の制度的枠組み

《高齢者医療の制度的枠組みに関する主な課題》

【年齢による区分】年齢で区分する独立制度をどう考えるか。

【被用者・被扶養者の扱い】被用者の保険料負担や給付、被扶養者の位置付けについて、世代間、世代内の公平をどう図るか。

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立型の高齢者医療制度に加入。

《現行制度》

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

75歳

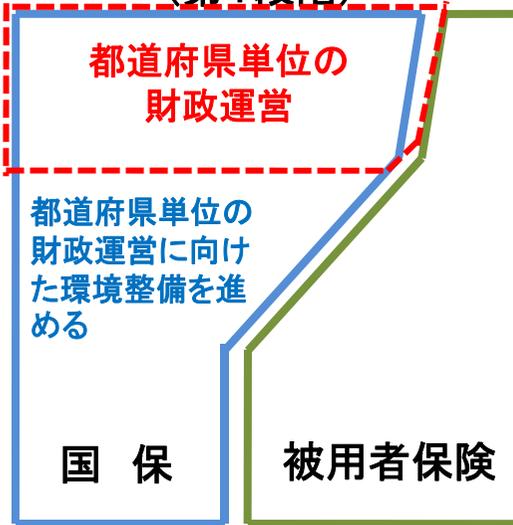


75歳以上の高齢者は、国保または被用者保険に加入。国保の高齢者医療を都道府県単位化。

《改革会議案》 (第1段階)

都道府県単位の
財政運営

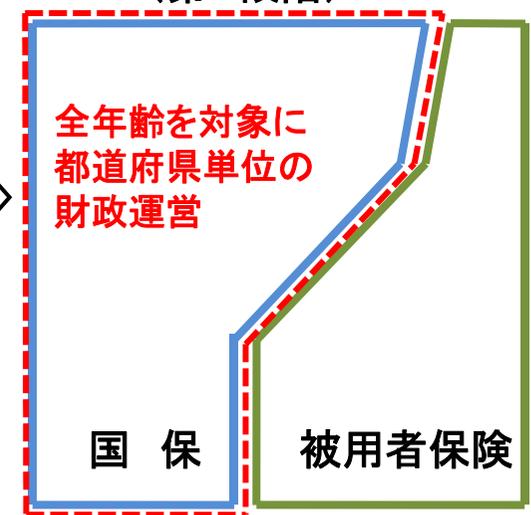
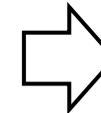
都道府県単位
の財政運営向け
環境整備を進める



全年齢で国保を都道府県単位化。

《改革会議案》 (第2段階)

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営



【国保の課題】

- 低所得・市町村格差など構造的課題と赤字への対応
- 相対的に重い保険料負担の軽減
- 財政運営の都道府県単位化の推進

【被用者保険の課題】

- 協会けんぽの運営の安定化
- 保険者間の財政力格差の公平化(支援金の総報酬割等)

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

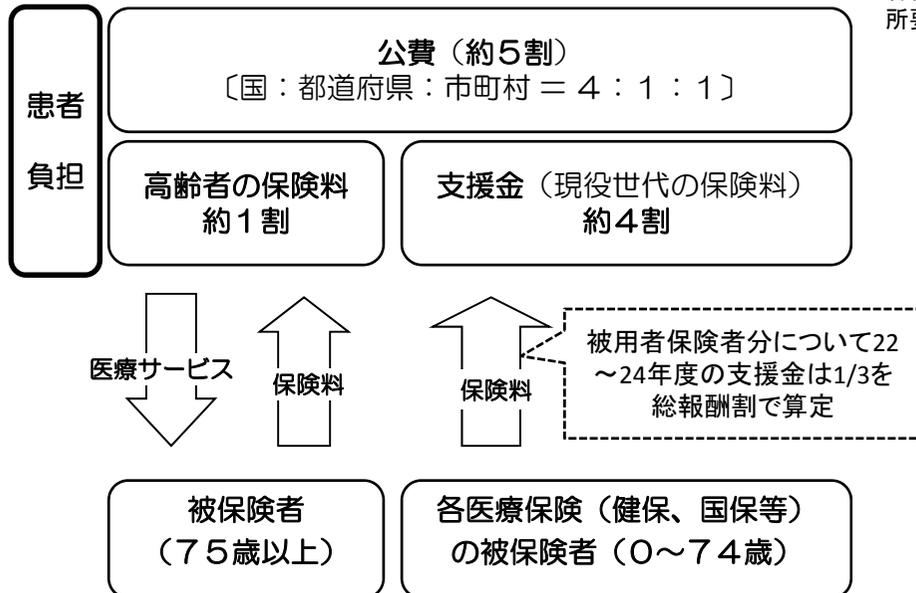
現状

- 75歳以上の者の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金について、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

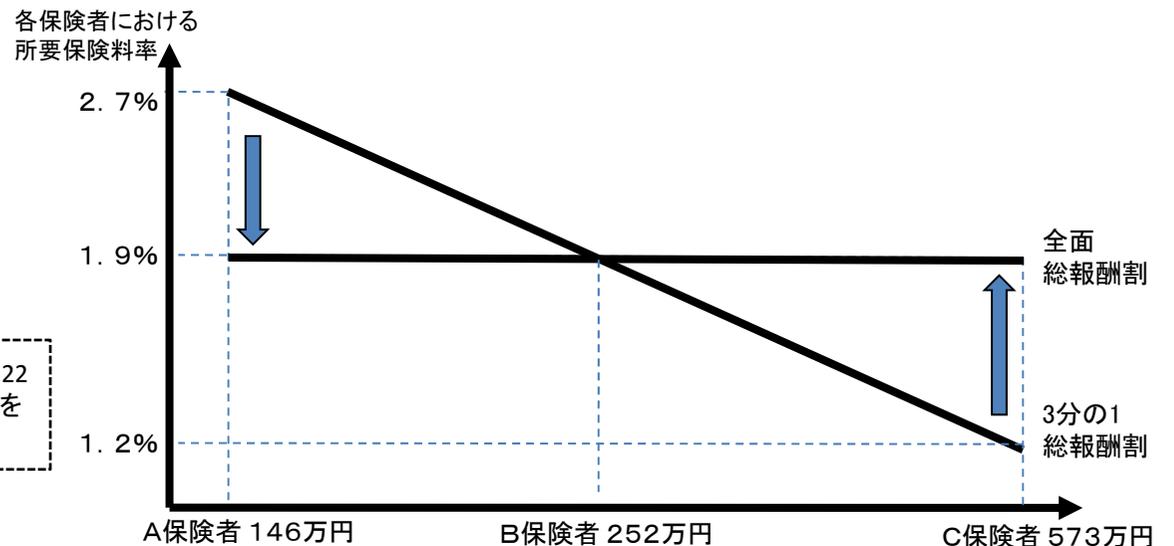
厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいくさえ合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

保険料軽減の特例措置

現状

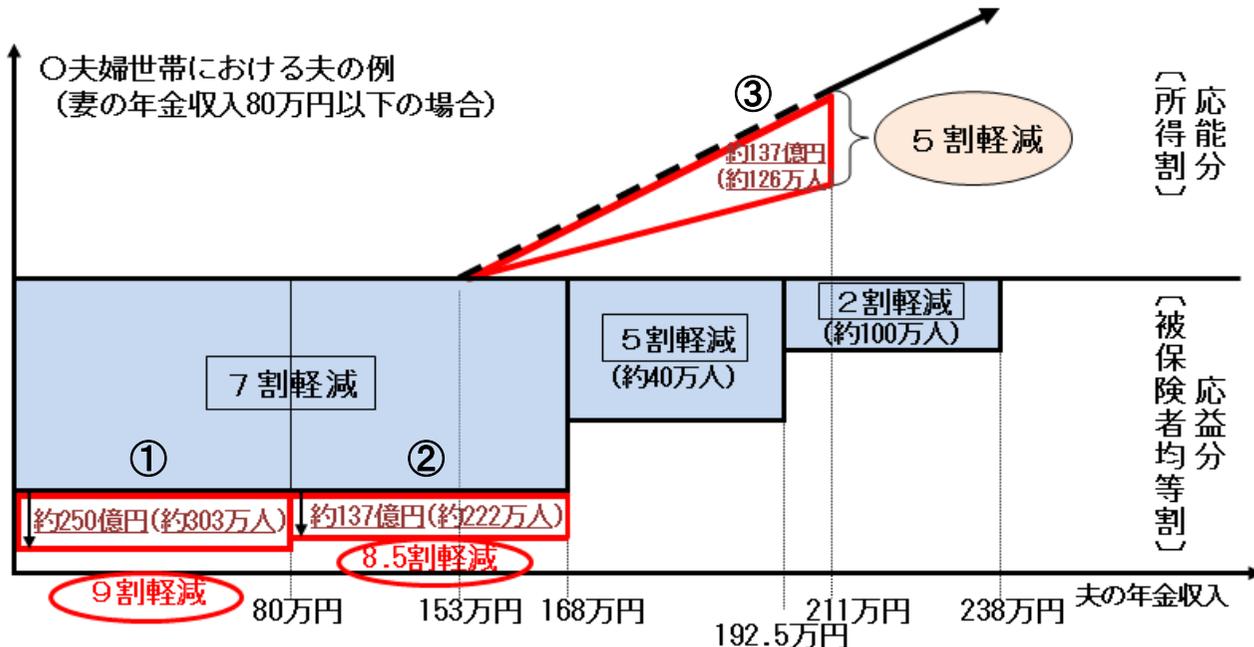
- 75歳以上の方の保険料は、所得に応じ、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年4月の制度施行前後に行われた政府・与党決定に基づき、次の特例措置を講じ、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続している。
 - ①均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の収入なし)の場合、**均等割9割軽減**
 - ②その他の7割軽減に該当する者について、**均等割8.5割軽減**
 - ③低所得者(年金収入211万円まで)について、**所得割5割軽減**
 - ④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減、**所得割10割軽減**

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

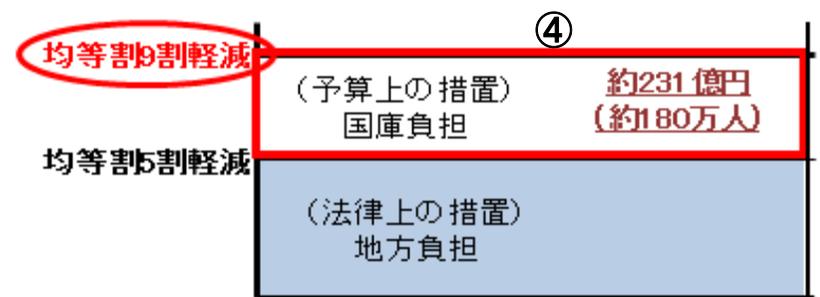
75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。(※)

※ 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめでは、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の被用者と被扶養者は被用者保険に加入することとしていることから、75歳以上の元被扶養者の保険料軽減特例措置の見直しに言及していない。

【低所得者への保険料軽減(平成24年度)】



【元被扶養者への保険料軽減(平成24年度)】



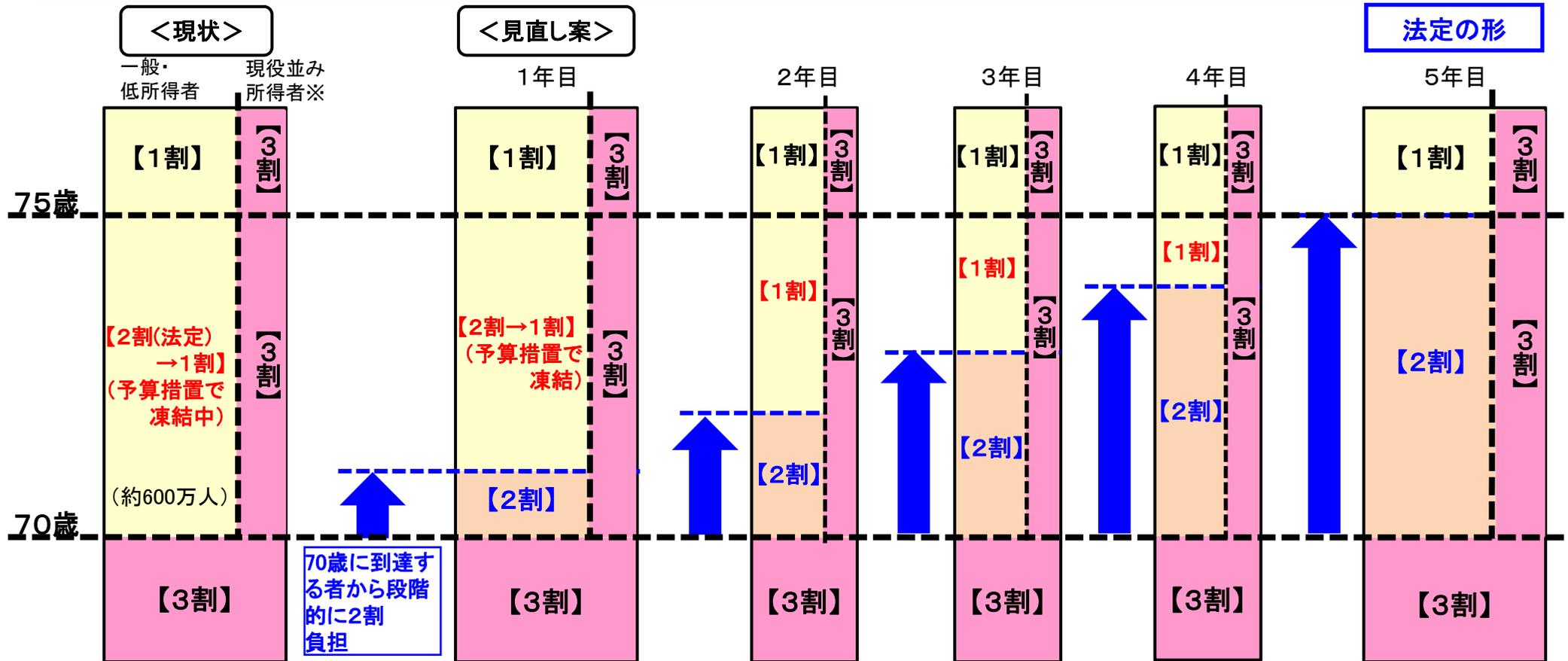
※元被扶養者の軽減(均等割5割軽減、所得割10割軽減)は、制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減(均等割9割軽減、所得割10割軽減)している。

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日 閣議決定) 一抄一
 「世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する」「平成25年度以降の取扱いは、平成25年度の予算編成過程で検討する」



※ 現役並み所得者
 国保世帯: 課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯
 被用者保険: 標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
 (ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)