

医療・介護に関する資料

平成23年5月19日

厚生労働省

基本的考え方

【現状の課題】 我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う**人材が不足・偏在**し、医療・介護の**提供体制の機能分化が不十分**であり、**連携も不足**している、②近年の状況変化（**雇用基盤の変化、高齢化、医療の高度化、格差の拡大**等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えている。

【施策の方向】 持続可能な制度を構築するため、運営の効率化を図りつつ、医療・介護のサービス提供体制と保険制度の両面の機能強化を行う必要がある。

改革案の具体的内容（ポイント）

○ 以下の施策について、24年度診療・介護報酬同時改定及び以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

■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（→3～6ページ）

- ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- ・ 病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
- ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化
- ・ 精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化

■それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化（→7～9ページ）

- ・ 働き方にかかわらず保障を提供
- ・ 長期・高額な医療への対応のためのセーフティネット機能の強化
- ・ 世代間の負担の公平化
- ・ 所得格差を踏まえた基盤の強化・保険者機能の強化

■医療・介護制度の運営の効率化（→10～11ページ）

- ・ 生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防、ICTの利活用、後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮

医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- 在宅医療の強化
- チーム医療の推進
- 精神保健医療の改革

地域包括ケアシステム
ケアマネジメント
の機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大
(ゆらぎの是正・包摂型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の
支え合いの仕組みの構築
(全世代を通じた公平な仕組み)
- 高額療養費の見直し
(長期・高度医療への対応と重点化)
- 医療保険の財政基盤の強化等
(皆保険制度の堅持、セーフティネット機能の強化)

介護保険制度

- 保険料負担の公平化
(応能負担と低所得者への配慮)
- 保険給付の重点化
(軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防)
- 市町村の役割の重視
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の拡大の検討

医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に
資するICTの利活用
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供
体制等への保険者機能の発揮
- 療養費の見直し

平成24年
診療・介護
報酬の
同時改定
及び以後
の各改定

医療・介護
サービス
提供体制
の基盤整
備のため
の一括的
な法整備

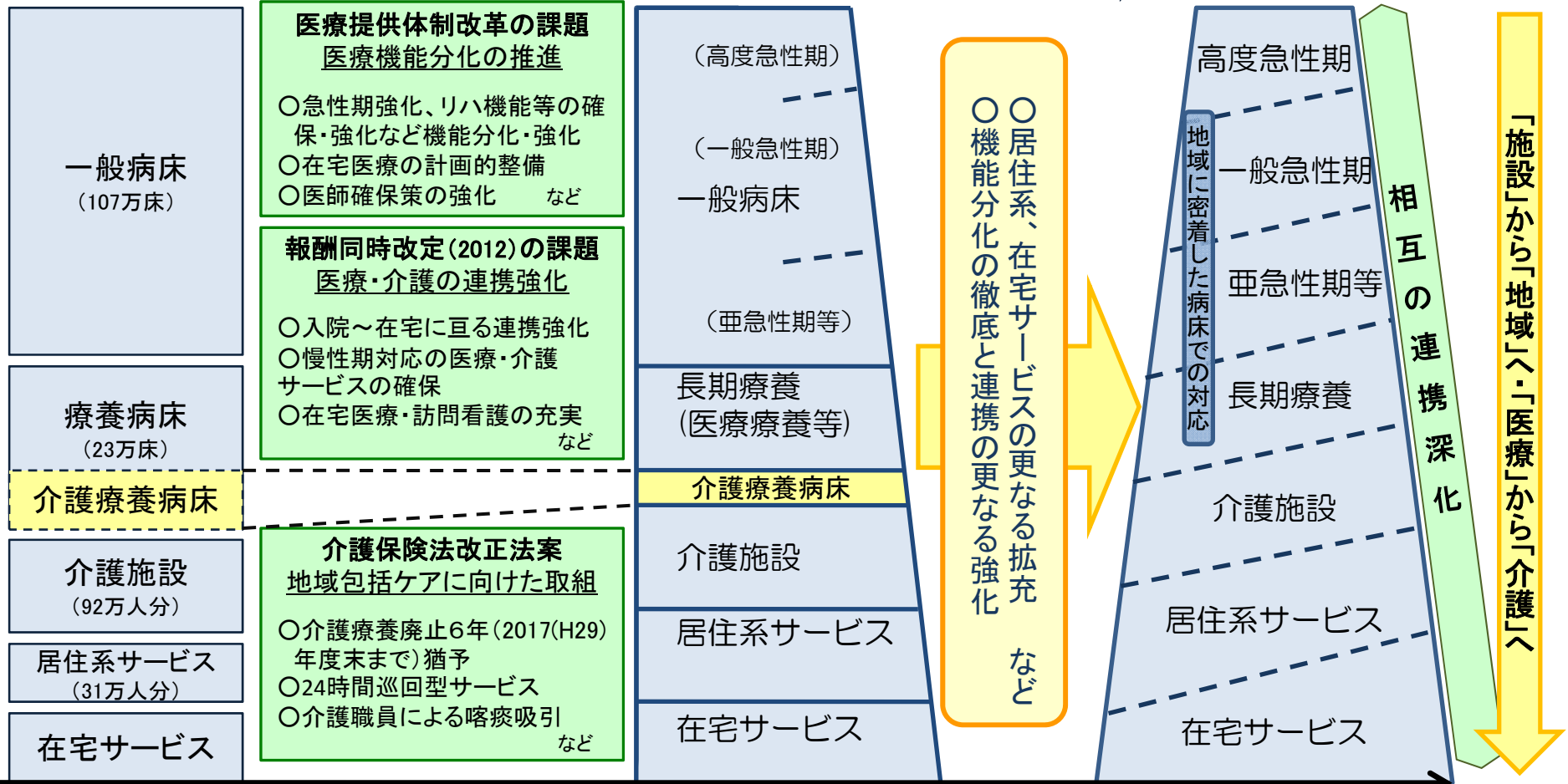
医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財
源の裏づけの下、
順次実施。

将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



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・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

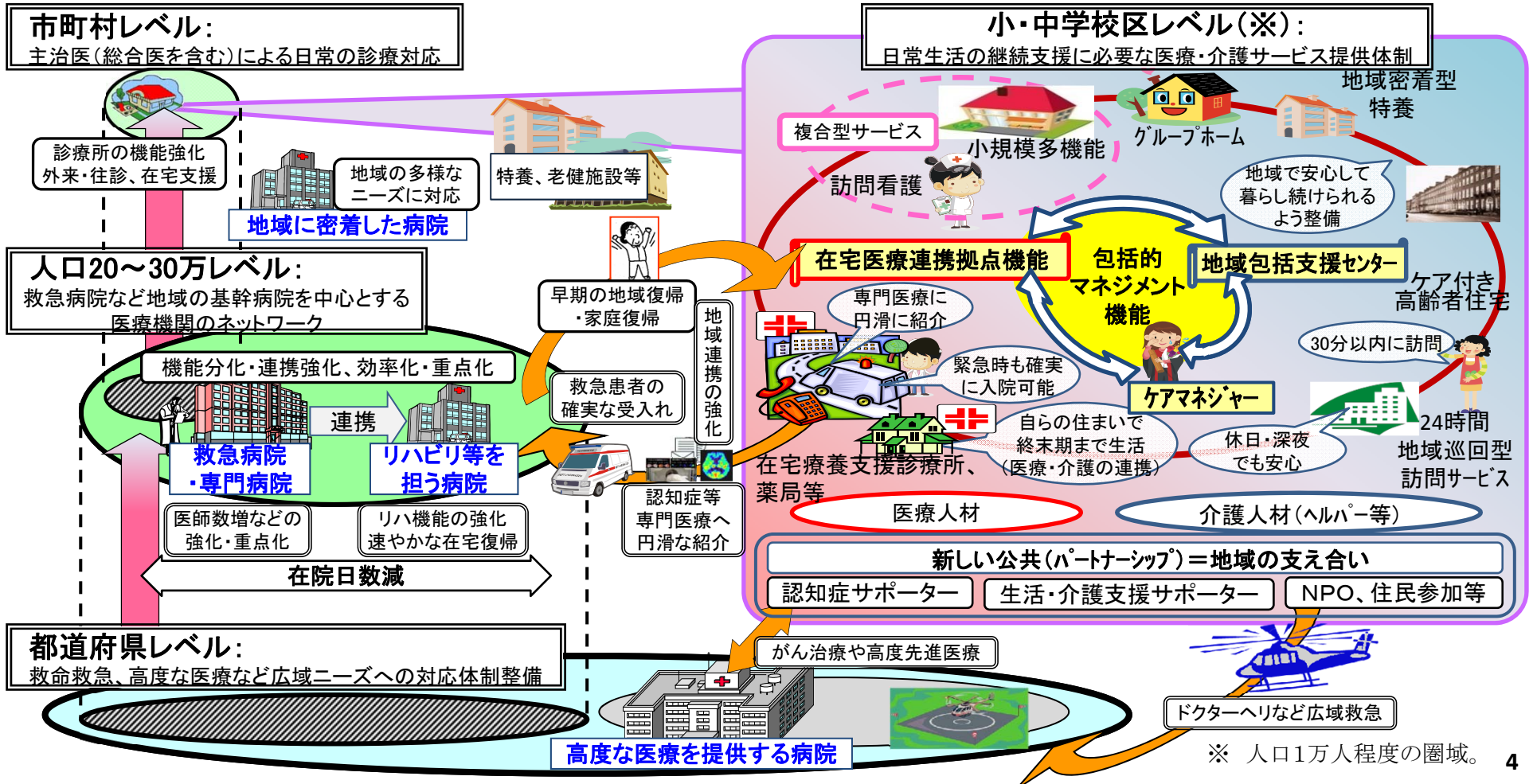
○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の効率化・重点化と機能強化
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)
※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。

- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難



医師確保・偏在是正と、医療機関間や他職種との役割分担・連携が重要に

- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 一般病床の機能分担が不明確
- ・ 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増大



機能分化とそれに応じた資源投入や、多職種の協働が重要に

疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

医師不足対策など目下の課題に取り組みつつ、必要な分野への医療資源の思い切った集中投入など構造的な改革が必要

①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化（連携パス普及、情報共有等）

③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援（訪問支援）体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因（過失の有無等）を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

医療・介護サービスの提供体制の機能強化、効率化・重点化

○ 医療・介護サービスの提供体制について、人員資源等の集中的な投入及び機能分化を前提に強化を図る一方で、平均在院日数の縮減や予防事業の実施などにより、運営の効率化・重点化を図る。

【医療分野】

○機能強化

- ・ 医師の不足・偏在への対応
- ・ 急性期医療への医療資源の集中投入を始めとする医療機能強化
- ・ 在宅医療提供体制の強化による在宅医療の需要増・入院の減少

○効率化・重点化

- ・ 医療資源の重点的投入及び機能分化による平均在院日数の減少等
- ・ 生活習慣病の予防による健康の保持・増進
- ・ 地域の医療連携の推進による患者の状態に適した医療の提供
- ・ ICTの利活用等（審査支払事務の効率化、レセプトデータベースの活用など）

【介護分野】

○機能強化

- ・ 介護職員の処遇改善・資質の向上
- ・ 利用者それぞれのニーズに合わせた施設介護における個別ケアの普及
- ・ 居宅系・在宅サービスの充実・強化
- ・ 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備
- ・ 地域での日常生活を可能とするための居宅サービスの充実（24時間安心の在宅サービスなど）
- ・ 医療ニーズの低い利用者の入院からの移行にともなう介護の総需要の増

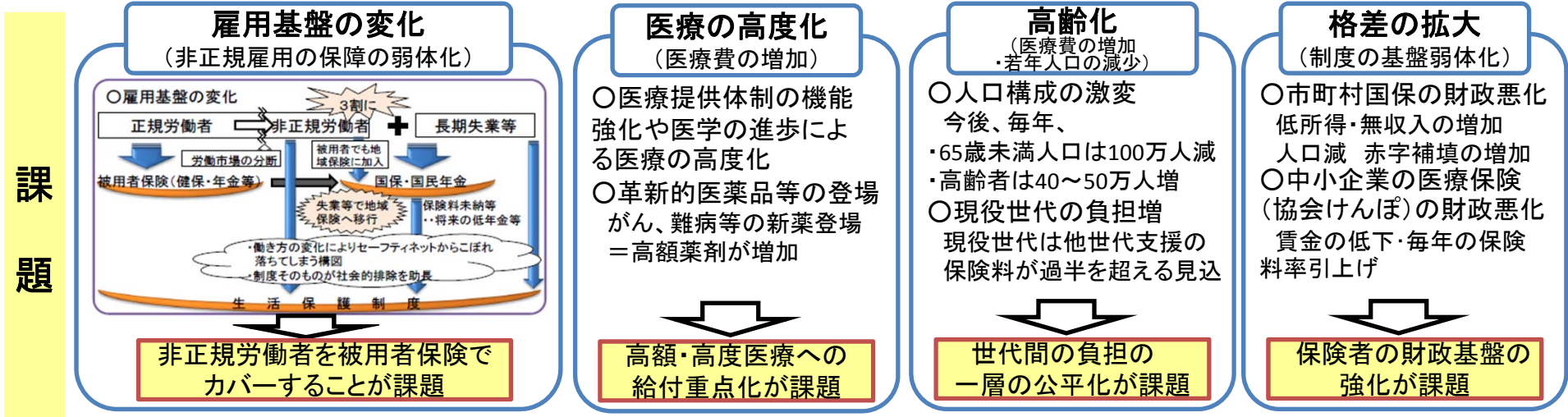
○効率化・重点化

- ・ 介護予防、重度化予防等への保険給付の重点化

あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

～ 社会的包摂を体現し、全世代に配慮した、長期的に維持可能な医療保険制度へ ～

- ①非正規雇用の増大による雇用基盤の変化、②医療の高度化による医療費の増加、③高齢化と若年人口の減少による人口構成の激変と現役世代の負担増、④格差の拡大による医療保険制度の財政基盤の弱体化、という近年の状況の変化に対応するための医療保険制度の機能強化が必要。



この現状を放置すれば、医療費の増大により現行制度の矛盾が拡大。皆保険制度の維持は困難に。50周年を迎えた国民皆保険制度を堅持するため、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠。

対応の方向性

①働き方にかかわらず同じ保障を提供

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

②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのため定の額負担の導入など 保険給付の重点化

③世代間の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み

④所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化

➡ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

・財源論
と合わせ、
・国民的議論
の下、
・パッケージ
として

総合的な改革
を目指す

医療保険制度をとりまく現状・課題

○ ①非正規労働者への被用者保険の適用拡大、②長期・高額医療への対応のための高額療養費の見直しによるセーフティネット機能の強化、③高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みの構築、④保険者の財政基盤の安定化・強化による皆保険制度の維持、が課題であり、保険制度の機能強化が必要。

①非正規労働者の増加

就労者の3割以上が非正規雇用である。雇用形態の変化に対応した制度改正が求められる。

【非正規労働者の割合】

雇用者	5,111万人	100%
うち非正規	1,755万人	34.4%

※ 2010年 労働力調査(詳細集計)年平均

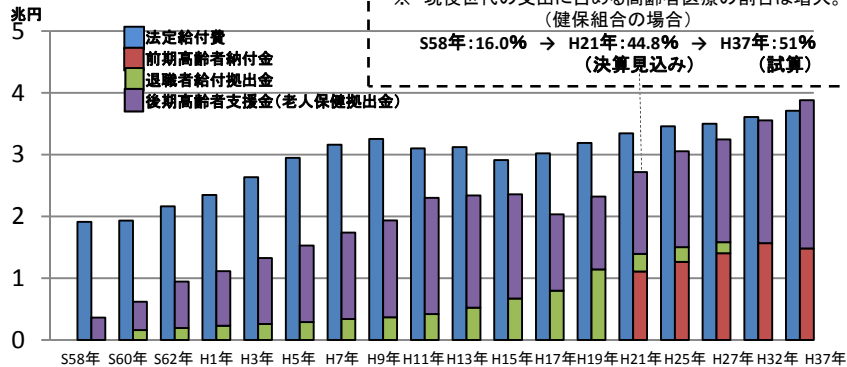
【非正規労働者の保険加入状況】

被用者保険の被扶養者	約330万人
国保加入者	約300万人

※ 公的年金等への加入状況等を調べた調査により積み上げた計数であり、労働力調査とは対象が異なる。

③高齢者医療の現状

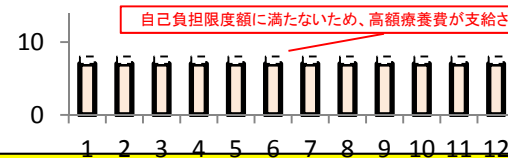
高齢者医療について、現役世代の医療費負担が年々増加している状況にあり、高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みが必要。



②高額療養費の現状

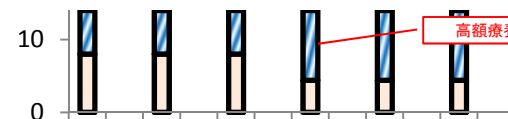
同じ医療費でも高額療養費が支給されるケースとされないケースがあり、セーフティネット機能の強化が必要。

○毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



高額療養費が支給されないため、年間トータル自己負担額は84万円。
 ※ 自己負担限度額を80,100円として試算。

○隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間トータル自己負担額は約37万円。
 ※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。

※ 併せて財政中立を前提に給付の重点化を図る。

④保険者の財政状況

各保険者の財政も厳しい状況が続いており、財政基盤の安定化・強化が必要。(単位:億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993	
	支出	129,087	124,496	125,927	
	収支差	▲1,290	93	66	
	一般会計繰入を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628(注1)	
協会けんぽ (注2) (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,064
	支出	72,442	73,647	74,628	76,001
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,063
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲1,116
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	61,729
	支出	61,403	66,847	66,952	68,350
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲6,621
後期高齢者医療	収入		98,517	113,219	
	支出		95,510	112,502	
	収支差		3,007	717	

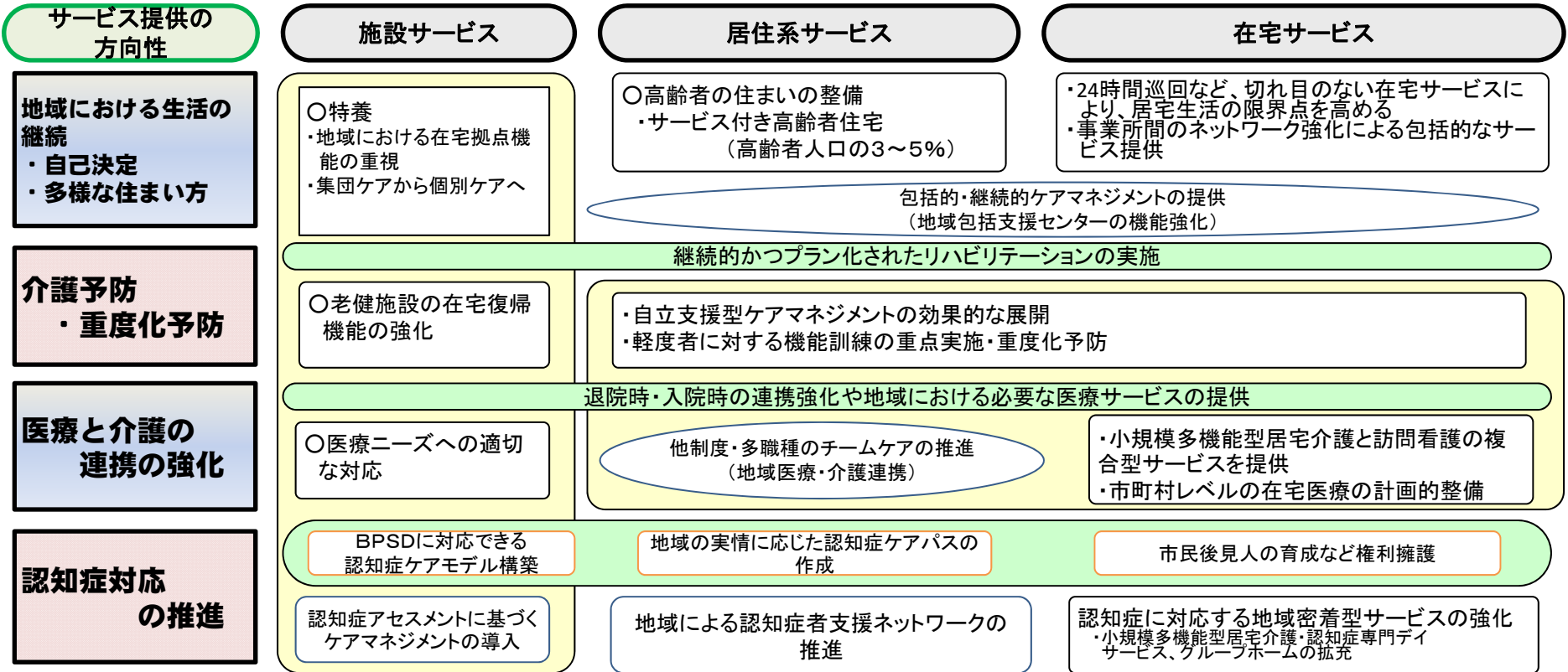
(注1) 決算補てんに用いられた東京都の財政調整交付金を含めた収支差は▲3,242億円

(注2) 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)

このため、次のような制度改正を検討する。○被用者保険の適用拡大、○高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など保険給付の重点化、○前期・後期高齢者を通じて高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みの構築、○国保等の低所得者対策・財政基盤の安定化・強化、○地域の医療提供体制について、保険者がより積極的に関与する仕組みの構築、など。

高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

- 介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。
- 高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。
- ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保険方式の堅持
- ・能力に応じた負担と低所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視 (ニーズ調査に基づく事業計画策定と推進)
- ・被保険者の範囲拡大の検討

介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進
(学卒者、潜在有資格者、離職者の対策、マッチング機能の強化)
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

医療・介護分野におけるICTの利活用について

- 「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院－診療所間で検査データを共有することが可能となる。

3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳／カード、電子版糖尿病連携手帳

4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

医療・介護制度改革の将来推計の考え方

○ 今般の改革にあたっては、医療・介護制度改革の考え方を踏まえ、平成18年に公表された社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、以下のように医療提供体制の機能分化の程度等について大胆な仮定を置いた上で2025年までの医療・介護サービスの需給の状況や必要な費用等を推計し、試算を行う。

○基本改革シナリオ

①急性期の医療ニーズについて

現在の一般病床で対応している医療ニーズのうち、約2割が高度急性期、約5割が一般急性期、約3割が亜急性期・回復期リハ等と仮定する。ただし、地方では急性期から長期療養までを一体的に対応する型の医療機関等の存在も織り込む。

②長期療養ニーズについて

現在の医療療養・介護療養病床で対応しているニーズのうち、医療区分1に該当する方は介護施設、医療区分2・3に該当する方は、医療療養病床で対応すると仮定する。

※ 介護療養病床については、廃止を6年間延長し平成29年度末まで存続と仮定。

③医療人材投入について

医療ニーズに応じて、治療・ケア体制の強化、リハビリ、チーム医療等の推進等を図るため、マンパワーの投入強化を仮定。

(高度急性期:2倍程度、一般急性期:1.6倍程度、亜急性期・回復期リハ等:コメディカルを中心に1.3倍程度、長期療養:コメディカルを中心に1.1倍程度 等)

④平均在院日数について

各病床において機能分化を行い医療資源の集中投入により、平均在院日数を短縮。

(高度急性期:2割程度 一般急性期:33%程度 亜急性期・回復期リハ:2割程度 医療療養病床:1割程度 精神病床:1割程度)

○機能分化の程度等に応じた別シナリオ

上記の基本改革シナリオを前提に、医療機関の機能分化の程度等に応じた別シナリオを検討。

【備考】従来、医療費の将来推計について、名目額に着目して推計のたびに下方修正となっているとの指摘があること(対経済規模比で見ると国民所得比概ね1割強で推移)等を踏まえ、社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションの表章の方法等も参考に、対経済規模比の表章を中心とするなど数値が適切に取り扱われるよう工夫する予定。

(参考)過去の2025年度における国民医療費の推計値(抜粋)

- ・ 1994年推計 141兆円(国民所得の推計値990～1330兆円に対して 11～14%程度)
- ・ 2000年推計 81兆円(国民所得の推計値660兆円に対して12%程度)
- ・ 2006年推計 56～65兆円(当時の改革の想定により幅がある。国民所得の推計値492～540兆円に対して10～13%程度)
- ・ 2010年推計 52～61兆円(対応する経済の見通しはなかった。診療報酬改定をどの程度見込むかで幅がある)

医療・介護制度改革の将来推計の考え方（イメージ）

【効率化・重点化要素】

- 平均在院日数の短縮／病床の効率化／役割分担の見直し等
- 介護予防・重度化予防等
- 生活習慣病予防や後発医薬品の利用促進等

など

【機能強化】

- 医療資源の集中投入（単価増）等
- 在宅医療・在宅介護の推進等
- 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備等（※これらに伴い従事者数も増加）

など

