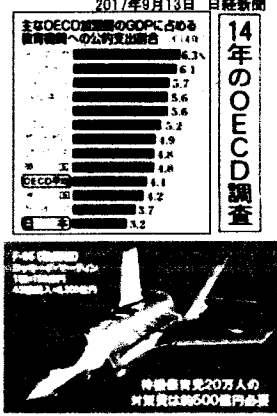
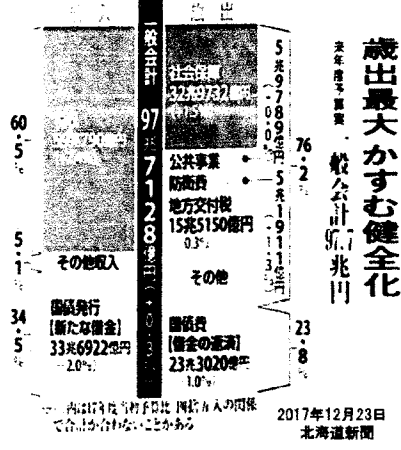


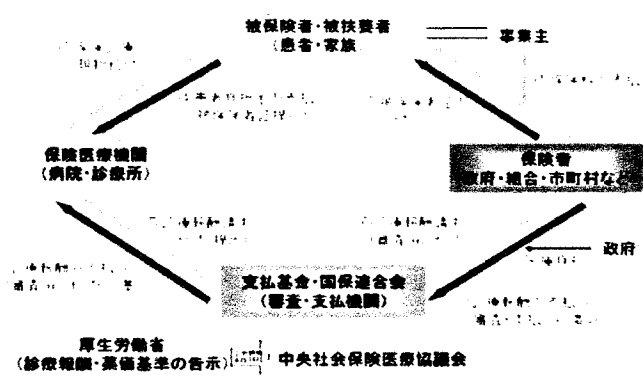
教育への公的支出割合 日本また最下位に



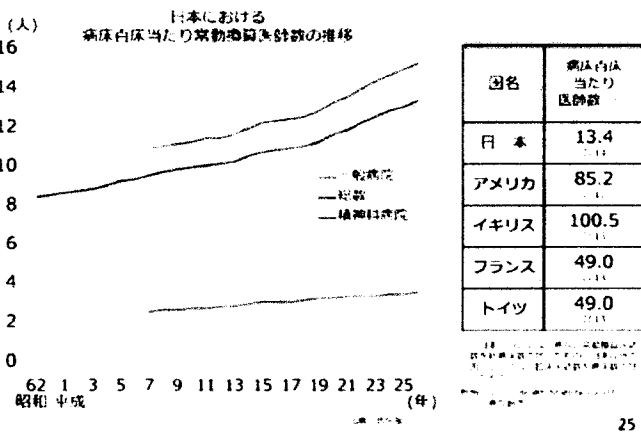
2018年度予算案



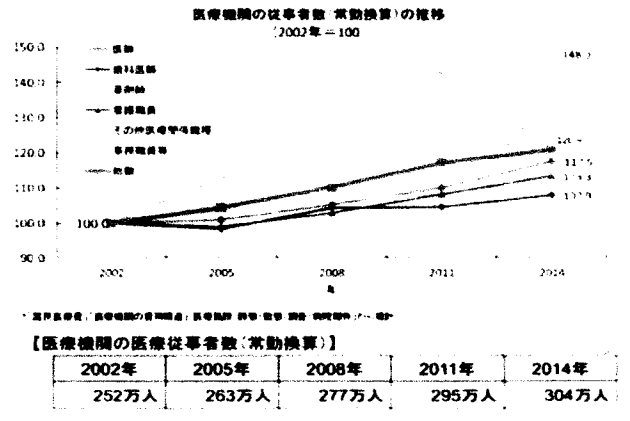
保険医療制度とは？ ～複雑な収入の仕組み～



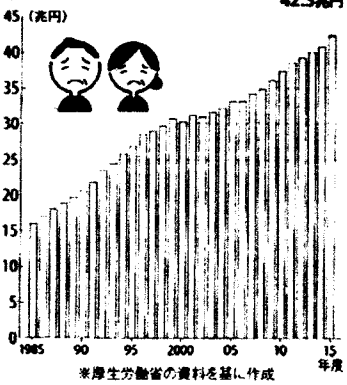
病床百床当たり医師数(日本と諸外国)



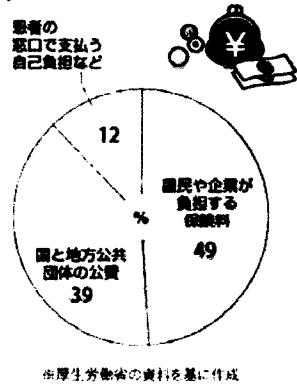
医療機関の従事者数 常勤換算の推移



増える国民医療費



国民医療費の財源は(2015年度)



厚労省の医療費抑制策

- * 医療型は縮小、介護型は廃止して「高齢者は在宅へ」
- * 療養病床を現在の38万床から15万床にまで削減
- * 一般病床入院医療費を「出来高払い」から「定額制」へ
- * 入院期間を短くして医療費を抑制
- * 後発医薬品の普及促進
- * 混合診療の導入

2018年度中に検討する主な項目

- 75歳以上の患者負担引き上げ(現在は原則1割)
- 外来受診時の定額負担のあり方
- 業の種類に応じた負担率の設定
- 金融資産額を考慮した医療費負担

医療費削減の現状と2025年の目標すべき数

項目	2015年度	2025年度(目標)
療養病床	38万床	15万床
一般病床	20万床	20万床
合計	58万床	35万床

日本の国民皆保険制度～平等・公平な医療を保障～

変わる

①全ての国民が加入対象・保険給付の対象
②公定価格の報酬制度で全国一律の給付
③患者の判断で医療機関を選び受診するフリーアクセス
④医療そのものを現物で給付

社会保障改革案ポイント 典調通審2018年4月10日
財務省がまとめた中長期的な社会保障改革案のポイント

- ★ 診療報酬の都道府県別の設定を推進
- ★ 新しい薬や医療技術の公的保険適用時に価格に見合う治療効果があるかを重視(効果・費用分析の視点を導入)
- ★ 市販薬と同じ成分の湿布やビタミン剤は保険適用から除外
- ★ 受診のたびに患者が窓口で一定額負担する制度の導入
- ★ 要介護1、2の人向けの生活援助を市区町村事業に移し、自己負担を増やす
- ★ 訪問介護サービスの過剰な利用を抑制(回数制限)
- ★ ケアプラン作成に利用者負担を設定

今後の医療のKey Word

1. がん告知・臨床倫理
医師と患者さんの信頼関係
人生観・死生観とのすり合わせ
2. 説明と同意(Informed Consent)から説明と選択(Informed Choice)へ
→ EBM + NBM
3. Quality of life (QOL) → QOTが問題
※(QOT=Quality of Treatment, 治療の質)
(手術療法、放射線療法、化学療法、緩和療法、無治療)
4. 対費用効果比(Cost-Benefit Ratio)
5. 「早期発見・早期治療」
⇒「早期発見・適切治療」へ
局所療法で治療し良質なQOLを維持
抗癌剤無用の治療が望まれる

今後の医療の課題

- * 治療成績の向上
- * 低侵襲な診断方法と治療
- * QOLの向上→QOLY
- * 費用効果分析、費用有用性分析
- * 科学・医療行政学の必要性
- * 死生観の共有、生命倫理、尊厳死

死生観の時代の北インドの平均寿命:19歳⇒仏教
孔子の中国(春秋時代)の平均寿命:30歳⇒儒教

Quality adjusted life year (QALY)