

V 都道府県適正化計画及び保健事業の見直し

(1) 中長期的な医療費適正化方策

基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成 ○ 都道府県における事業実施への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し ・ 医療提供体制の整備 ・ 人材養成 ・ 病床転換に関する財政支援 ○ 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県医療費適正化計画の作成 ○ 事業実施 <ul style="list-style-type: none"> (生活習慣病対策) ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導 ・ 市町村の啓発事業の指導 (在院日数の短縮) ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進 ・ 病床転換の支援 ○ 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度) |
|---|--|

実績評価の結果を踏まえた措置

- ◎ 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める。 ← ◎ 診療報酬に関する意見を提出することができる。*
- ◎ 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
- ※設定にあたっては中医協において審議

- ◎ 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等*

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

(2) 生活習慣病対策の取組

基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける。

主な内容

- 各医療保険者は、国の指針に従って計画的に実施する。(平成20年度より)
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。→ 指針において明示
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村国保で健診や保健指導を受けられるようにする。
 - 医療保険者は市町村国保における事業提供を活用することも可能。(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う。)
 - 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。

※ 市町村国保等の健診事業等に対して、一部公費による支援措置を行う。

(3) 平均在院日数短縮に向けた取組

基本的な方向

- 各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。
- こうした都道府県の取組に対して、国は、次のような各種支援措置を講じる。
 - ・ 医療計画制度の見直しに関する基本指針の策定及びマニュアルの作成
 - ・ 医療機能の分化・連携、在宅療養の推進に係る診療報酬上の評価
 - ・ 保健医療提供体制の統合補助金や整備交付金の活用
 - ・ 医療保険財源を活用した転換整備事業

主な内容

- ① 医療機能の分化・連携
 - 医療計画の見直しを通じ、脳卒中对策などの事業ごとに、急性期から回復期、療養、介護等に関係する各機関による具体的な連携体制を形成し、状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療が受けられるようにする。
- ② 在宅療養の推進
 - 病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、退院時における主治医やケアマネジャーとの連携を図り、看取りまで含めた在宅医療の支援体制を構築する。また、高齢者向けの自宅以外の多様な居住の場や療養・介護の場となる住宅の整備を推進する。
- ③ 療養病床の転換支援
 - 高齢者の療養病床について、老人保健施設や居住系サービス施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)への転換を支援する。

(4) 医療費適正化計画の期間終了時の措置

【都道府県における取組】

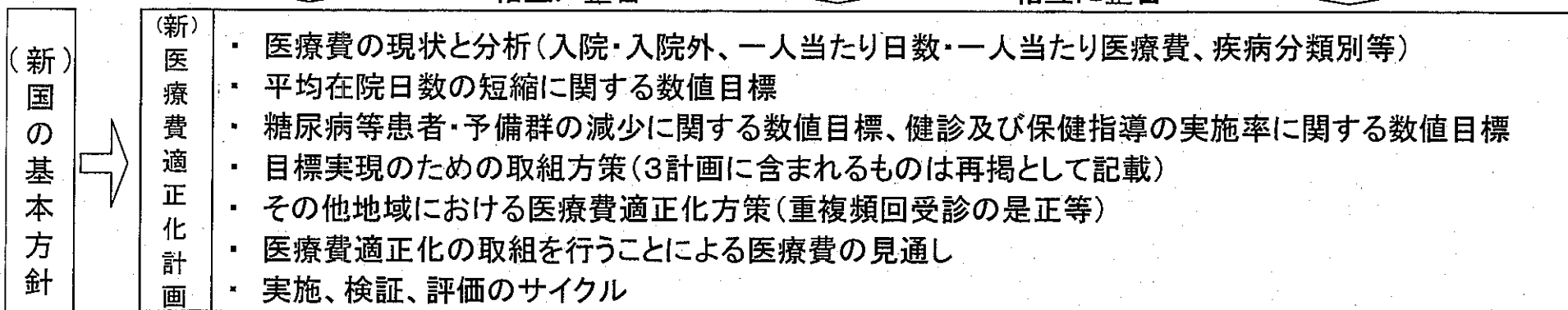
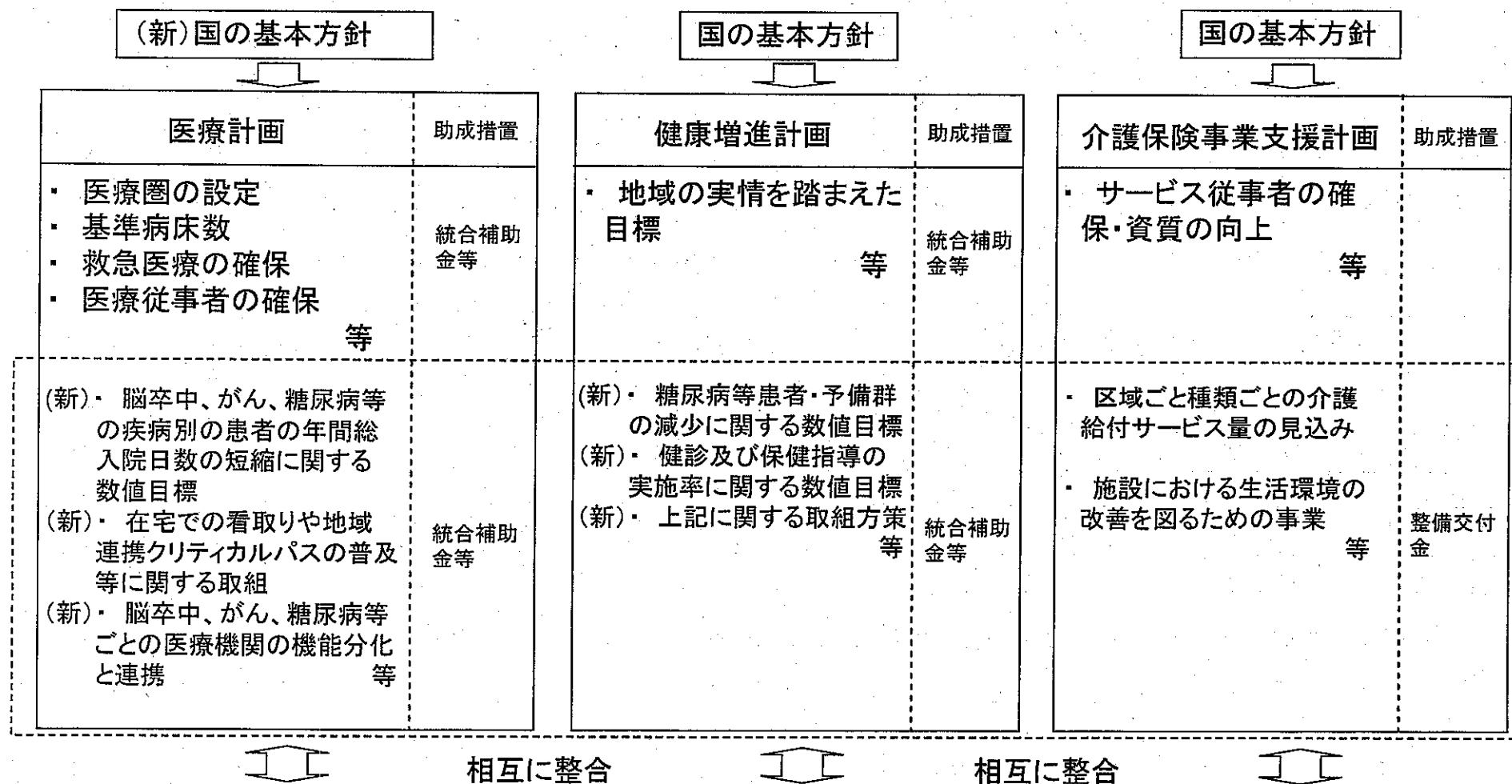
- ・ 各都道府県計画の各事業の進捗状況を把握
- ・ 都道府県計画の政策目標及び医療費見通しと、把握した実績との比較を行い、差異が生じた要因を分析
- ・ 要因分析を踏まえた対応策の案を検討
- ・ 以上を国に報告

【国における取組】

- ・ 国全体としての評価及び都道府県ごとの評価を実施
- ・ 国全体としての評価を踏まえ、診療報酬体系の見直し
- ・ 都道府県と協議した上で、都道府県ごとの特例的な診療報酬の設定

- ・ その他、都道府県の基本計画の支援等必要な取り組みを進める。

(5) 都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



(参考1)

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増
1人当たり老人医療費=若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均75万円、最高:福岡県約90万円、最低:長野県約60万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

地域における高齢者の生活機能の重視

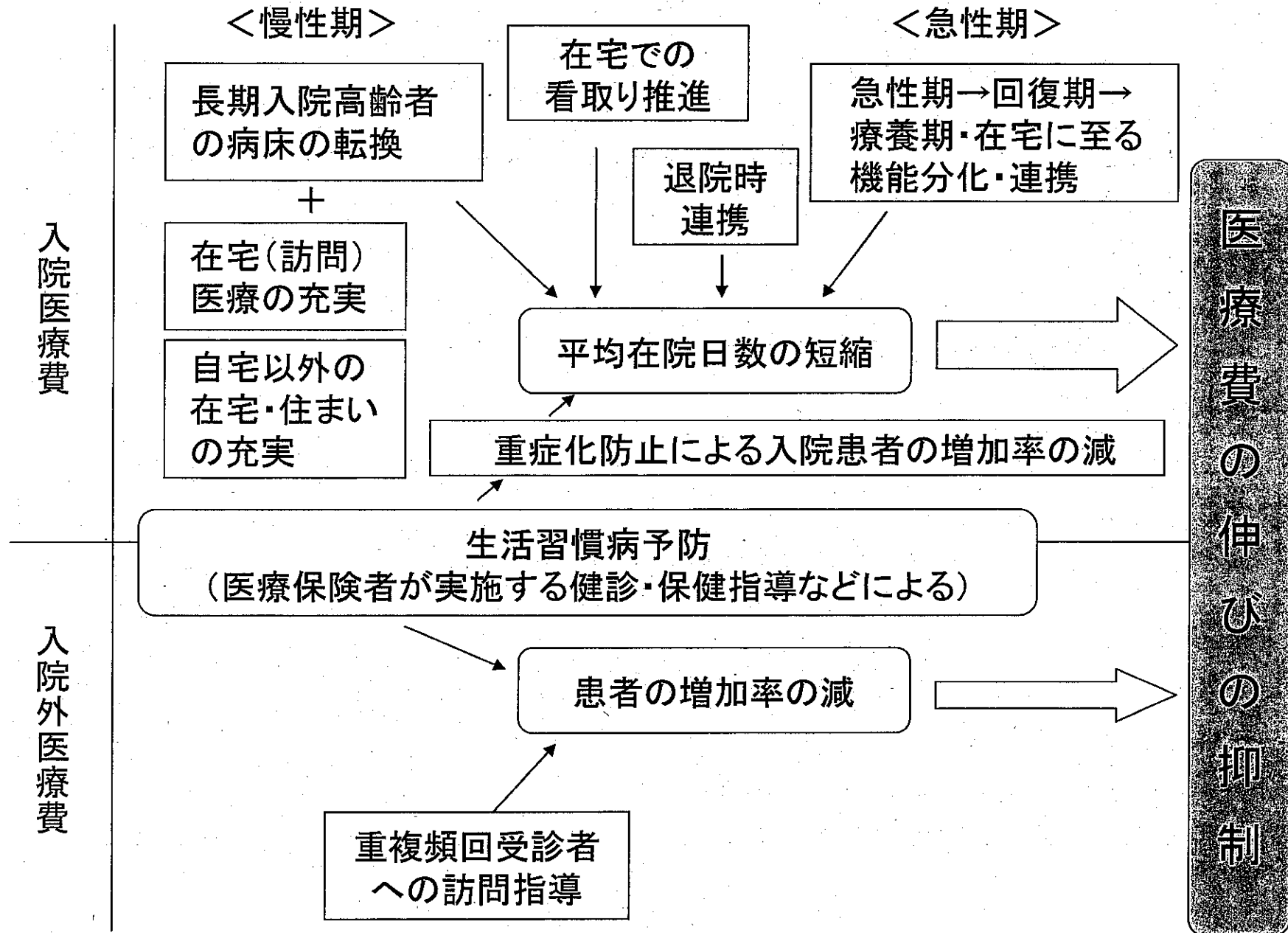
生活習慣病対策

- ①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ②網羅的で効率的な健診
- ③ハイリスクグループの個別的保健指導

要因分析

取組の体系

(参考2) 各種取組と医療費適正化の関係



生活習慣病について

生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって・・・

→ **生活習慣病の有病者・予備群が増加**

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状（粗い推計）

- ・糖尿病：有病者 740万人／予備群 880万人
- ・高血圧症：有病者 3100万人／予備群 2000万人
- ・高脂血症：有病者 3000万人
- ・脳卒中：死亡者数 13万人／年
- ・心筋梗塞：死亡者数 5万人／年

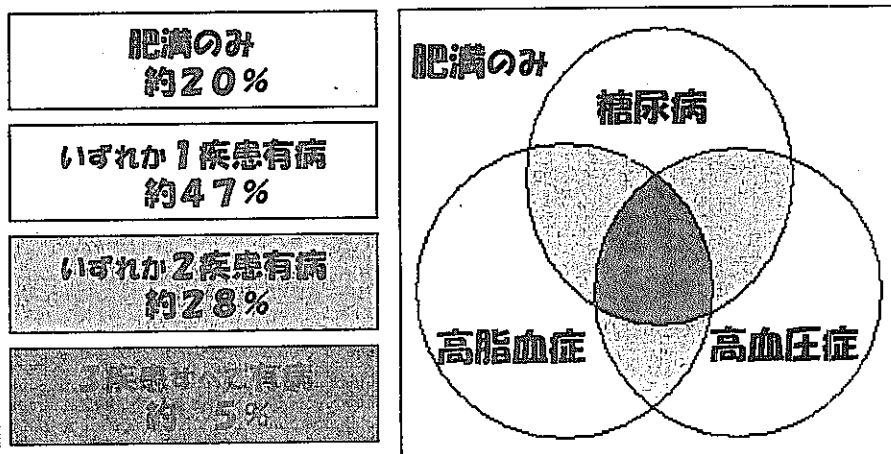
- ・がん：がん死亡者数 31万人／年
(例：胃5万人、大腸4万人、肺6万人)

総合的な生活習慣病対策の実施が急務

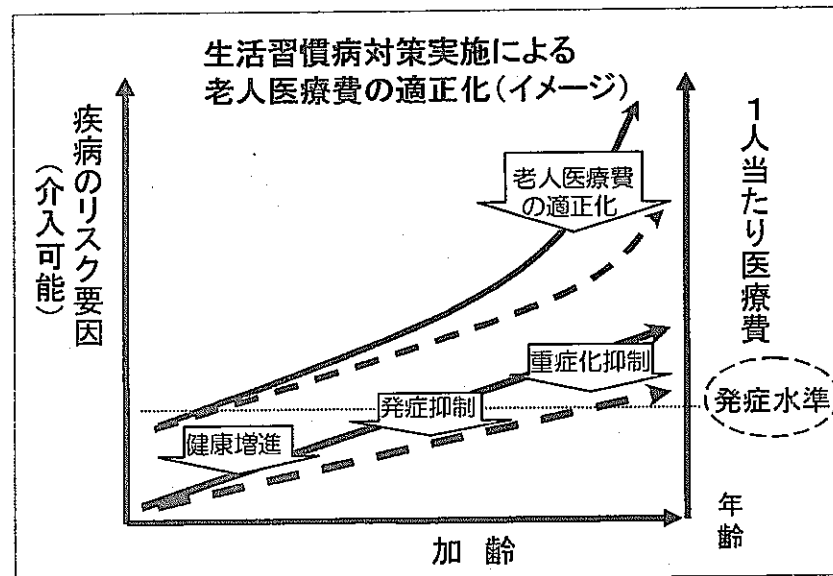
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

肥満者の生活習慣病の重複の状況(粗い推計)

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が・・・



(H14糖尿病実態調査を再集計)



生活習慣病とは

→ 不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

○ 内臓脂肪症候群としての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

○ 脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）

その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



* 喫煙により... ・動脈硬化の促進→脳卒中や虚血性心疾患の **発症リスク増大**

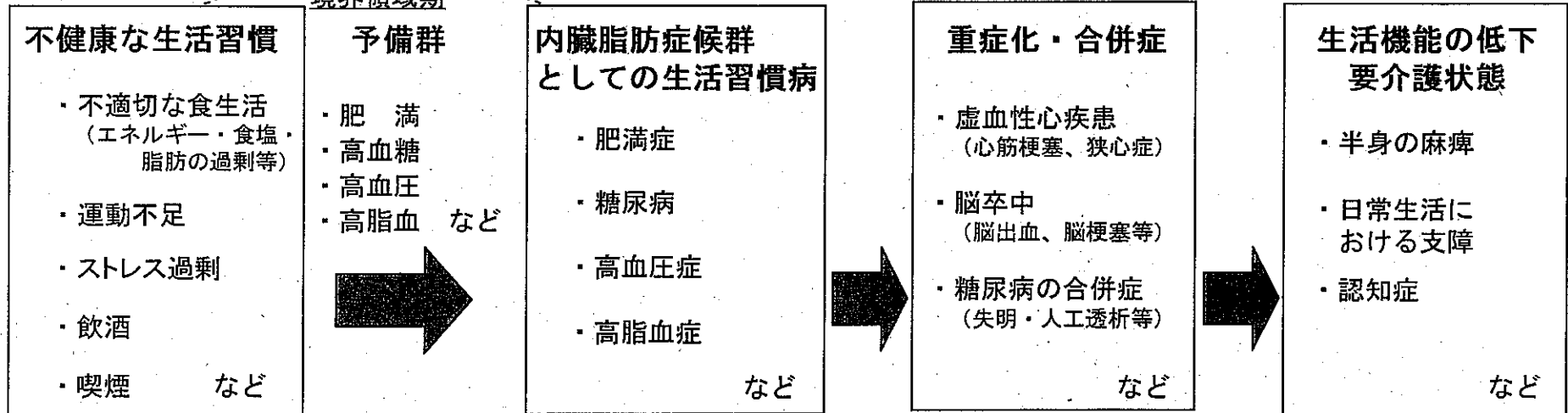
○ がん

・がん（肺がん・喉頭がん等）の **発症リスク増大**

がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

→ がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組が別途必要。

境界領域期



* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

- 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群（境界領域期）」→「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。
- どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
- とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

生活習慣病の発症・重症化予防

○高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山から水面上に出たいくつかの山」のような状態

○投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面上に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ

○根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要

運動習慣の徹底

食生活の改善

消費エネルギーの増大
心身機能の活性化

摂取エネルギーの減少
正しい栄養バランス

代謝の活性化・内臓脂肪の減少
(良いホルモン分泌↑、不都合なホルモン分泌↓)

適正な血糖・血圧・血中脂質

体重・腹囲の減少

達成感・快適さの実感

継続

生活習慣の改善

- ・運動習慣の徹底
- ・食生活の改善
- ・禁煙

1に運動

2に食事

しっかり禁煙

最後にクスリ

高血糖

高血圧

高脂血

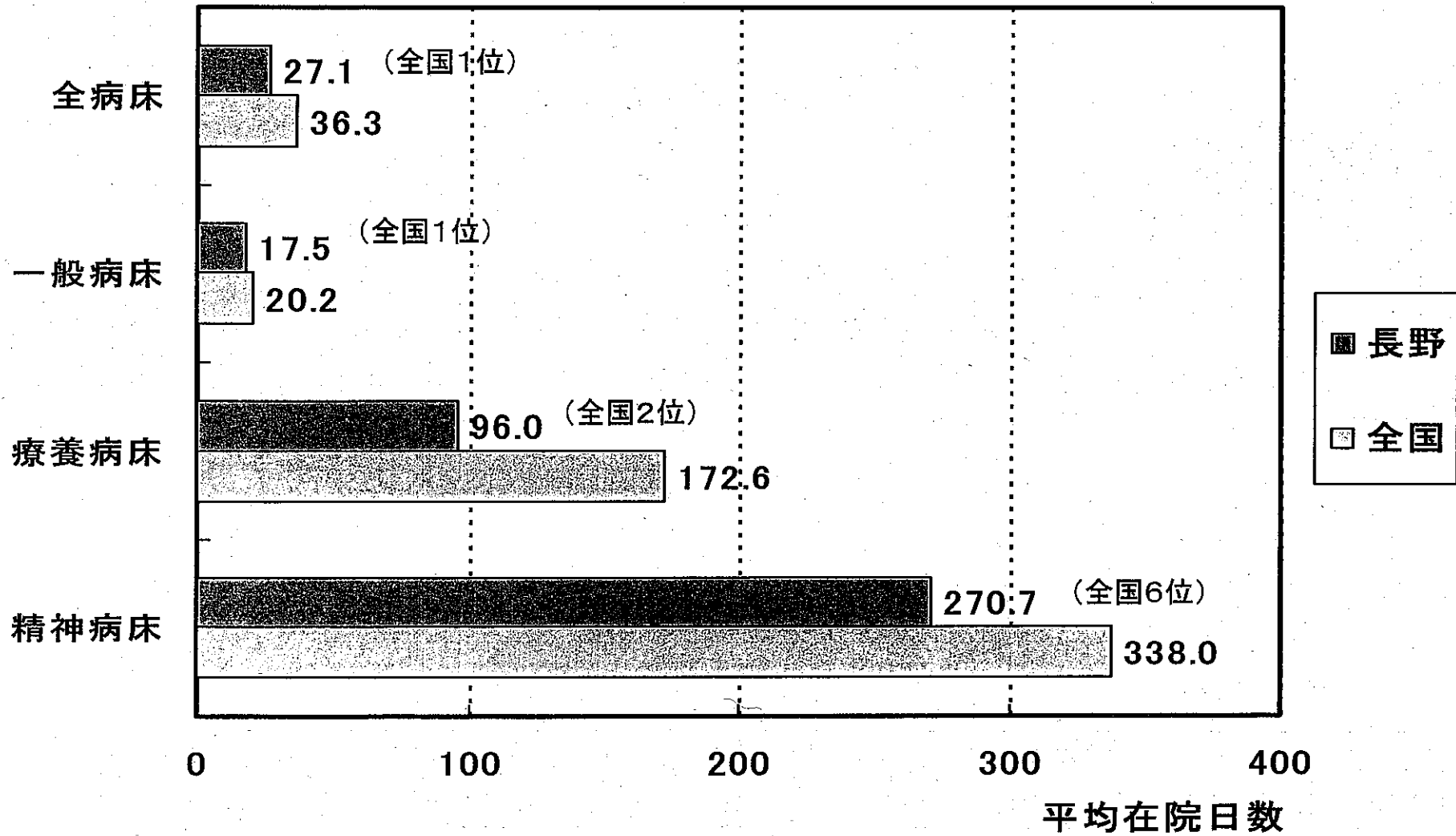
内臓肥満

生活習慣病の不安

個々のクスリで、1つの山だけ削っても、他の疾患は改善されていない。

氷山全体が縮んだ!

(参考資料1) 病床別に見た全国平均と長野県の平均在院日数の比較
(平成16(2004)年)



出典:平成16(2004)年病院報告

(参考資料3)

医療提供体制の各国比較(2003年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	36.4	14.3	13.7 (2002)	2.0 (2002)	54.0 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	37.6 (2002)	3.4	108.6 (2002)	9.7
フランス	13.4	7.7	42.5 (2002)	3.4	91.1 (2002)	7.3
イギリス	7.6	4.2	49.7 (2002)	2.2	224.0 (2002)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	66.8 (2002)	2.3 (2002)	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典):「OECD Health Data 2005」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

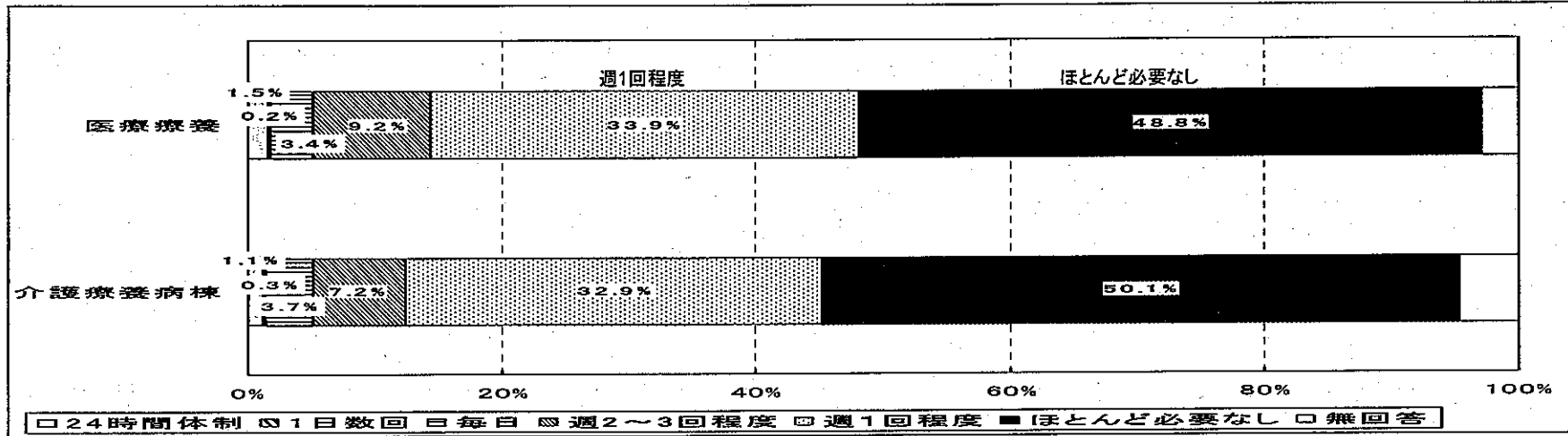
フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

療養病床の現状

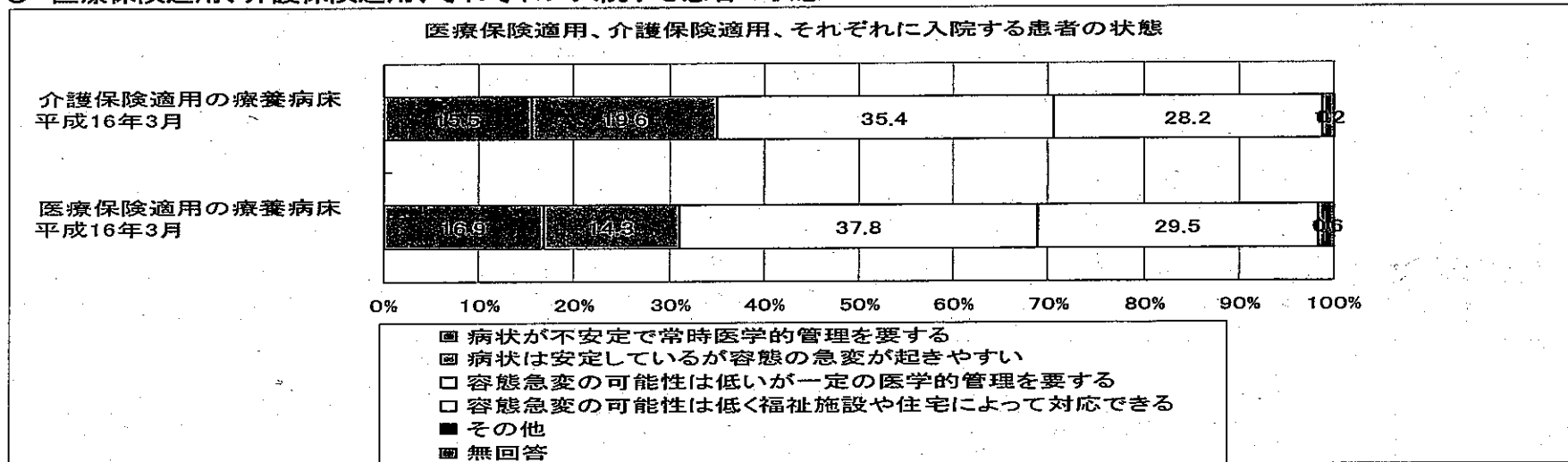
○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割

○ 医師による直接医療提供頻度



[中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)]

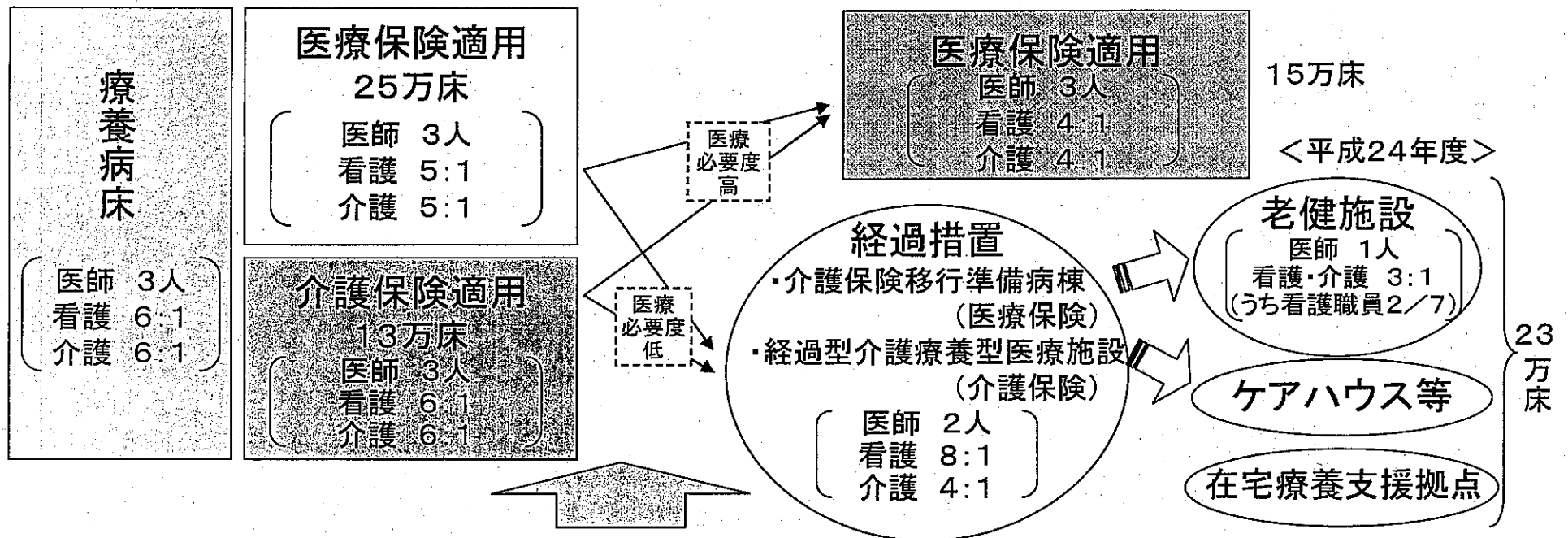
○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態



[医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)]

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
 ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

(1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設[介護報酬改定]

将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置

(2) 医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]

・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ

・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成23年度末までの経過措置として創設

療養病床が転換するときの支援措置

○療養病床について、老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成等を行うとともに、介護保険において、平成23年度までに必要な受け入れを図る。

医療保険財源による転換支援措置(医療療養病床対応)

- ※長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換するために要する費用を助成するための事業を実施
- ※都道府県が実施
- ※上記助成創設までは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニュー項目の活用により対応

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設

ケアハウス

有料老人ホーム

グループホーム

在宅療養支援拠点

市町村交付金の実施(介護療養病床対応)

- ※介護療養型医療施設等の機能転換を促進
- ※市町村が実施

医師・看護職員等の配置等が緩和された経過的類型

注: 現行の療養病床のほかに、将来的な老人保健施設や居住系サービス等への転換を念頭に移行促進措置を設ける

療養病床が老健施設に転換する場合の施設基準の緩和

注: 既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるよう、6年間は1床当たり面積を6.4㎡(老人保健施設は8㎡)で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

第4期の介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるよう参酌標準を見直し(健保法改正法案の附則で措置)

在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～

