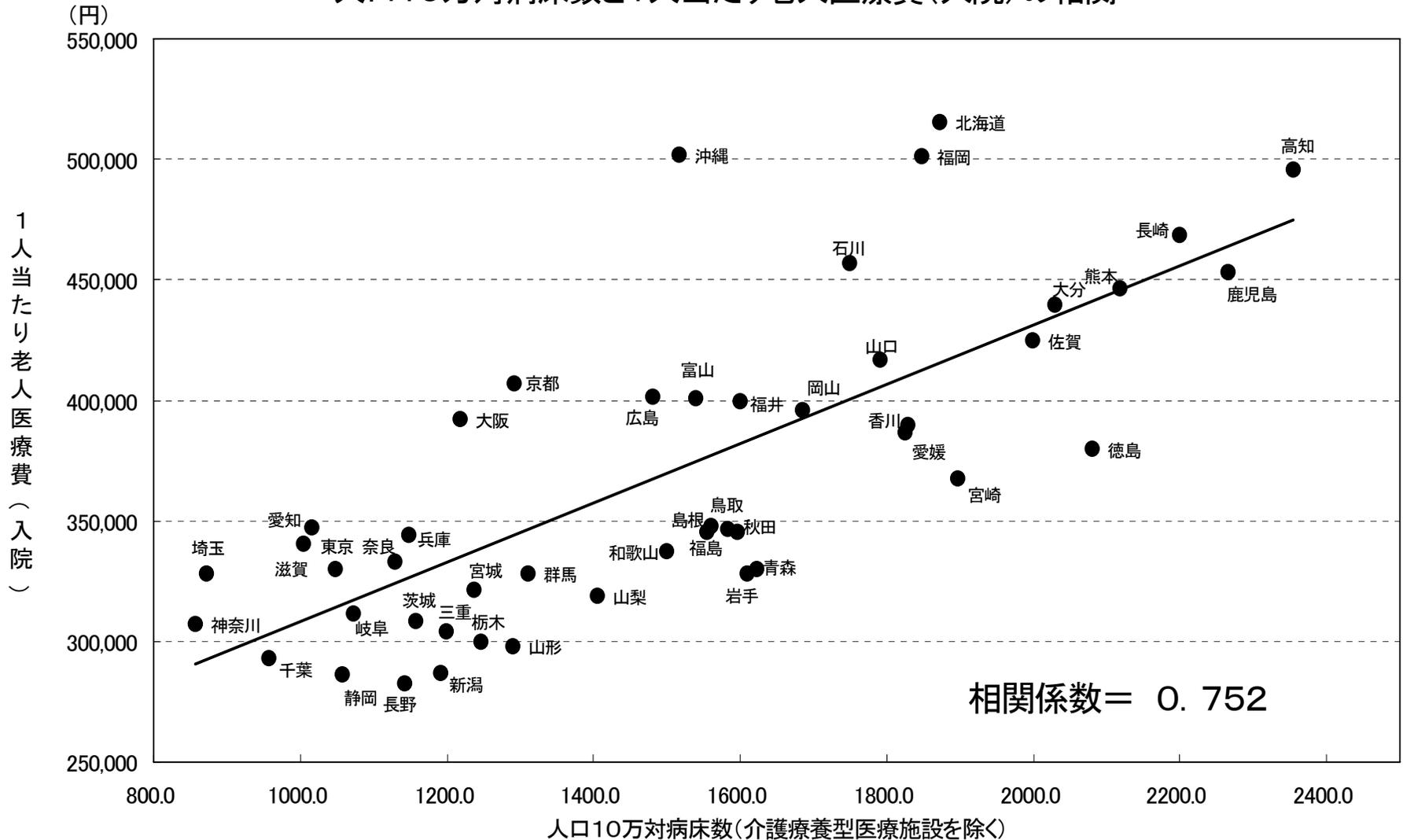


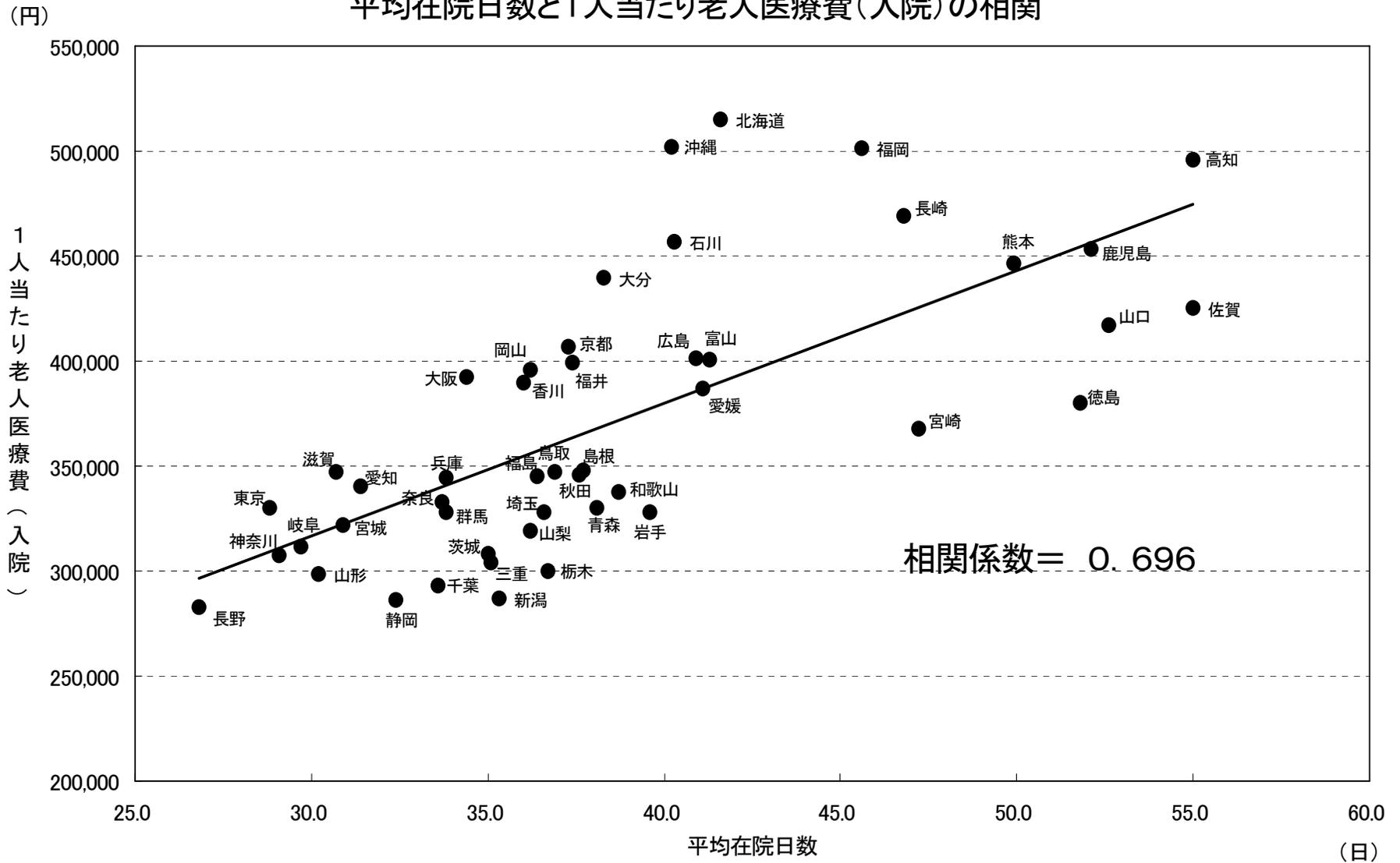
人口10万対病床数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



注: 病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設の病床数を減じたものである。

資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省官房統計情報部「医療施設調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(平成15年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

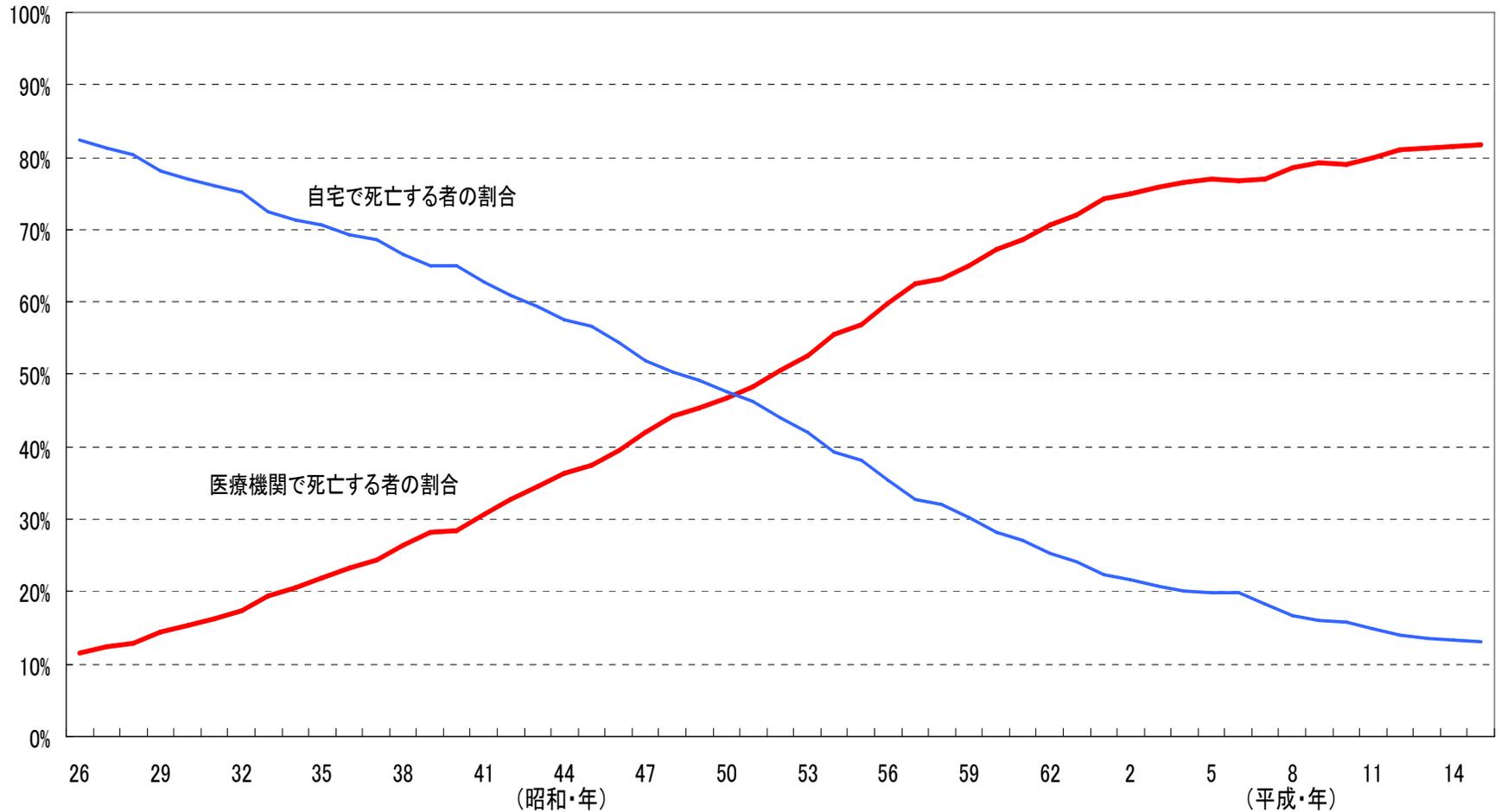
平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。

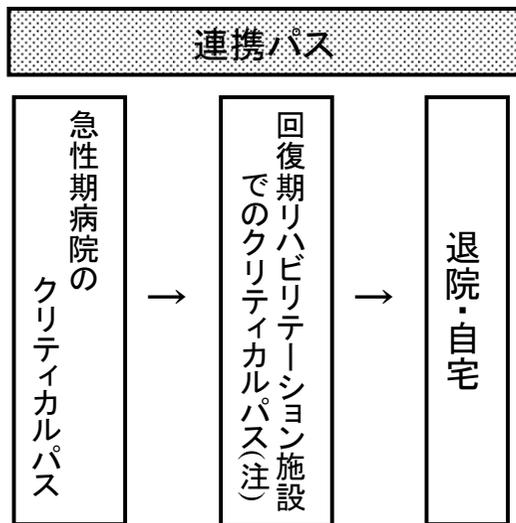


資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

熊本市内で使用されている「医療連携クリティカルパス(連携パス)」について

(1) 連携パスの基本構造

疾患別に診療ネットワークを形成し、連携パスの共通様式を作成の上、使用する。



(注)さらに、外来医療との連携も視野に入れた連携パスも今後の検討課題。

(2) 現在使用されている連携パス

- ・人工骨頭置換術
- ・人工膝関節置換術
- ・頸椎椎弓形成術
- ・肩腱板修復術
- ・脳血管障害
- ・大腸癌手術
- ・大腿骨頸部骨折骨接合術
- ・人工股関節置換術
- ・腰椎椎弓切除術
- ・下肢骨折手術
- ・胃癌手術

(3) 大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術、骨接合術)における連携パスの導入効果

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
・連携パス導入前 (平成11年1月～12月)	72例	28.5日 (A)	—
・連携パス導入後 (平成13年1月～8月)	77例	19.6日	約31%減
・連携パス導入後 (平成15年1月～17年1月)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
・連携パス導入前 (平成15年)	55例	90.8日 (B)	—
・連携パス導入後 (平成16年)	53例	67.0日	約26%減

医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進

基本的な考え方

- ◎ 医療計画制度の見直し等を通じた適切な機能分化・連携により、急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者のQOLを高め、また、トータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みをつくる。

現 状

- ① 地域の医療提供体制の現状や将来の姿が客観的・具体的な指標・数値目標により示されておらず、事後評価の仕組みも確立していない。
- ② 脳卒中、がん、糖尿病などの疾病や小児救急などの医療機能（質）や連携の状況が十分明示されていない。
- ③ 地域で疾病予防（健康づくり）、治療、介護サービスの提供と連携していないことが多い。

今後の施策の方向

- ① 医療計画制度を見直し、脳卒中、がん、糖尿病、小児救急医療など事業別に、分かりやすい指標と数値目標をもって住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにする。
※ 数値目標の例：
疾病別の年間総入院期間の短縮、
在宅看取り率の向上、
地域連携クリティカルパスの普及など
- ② ①の事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。
- ③ 地域の医療連携体制内では、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、地域で切れ目なく疾病予防、治療そして介護サービスが提供されるようになっていく。

都道府県医療費適正化計画の骨格(イメージ)

※ 最初の計画期間は平成20(2008)年度～平成24(2012)年度

1. 医療費等の現状と分析

2. 平成24(2012)年度における医療費適正化の政策目標

- (1) 生活習慣病対策
糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の減少率 等
- (2) 医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視
平均在院日数の短縮日数 等

3. 医療費適正化のための取組

- (1) 生活習慣病対策
- (2) 医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視
- (3) その他地域における医療費適正化方策
(例)レセプト審査・点検の充実、重複頻回受診の是正、医療費通知の充実等

4. 平成24(2012)年度における医療費の見通し

- (1) 医療費適正化のための取組を行わなかった場合
医療費・老人医療費の伸び率、総額
- (2) 医療費適正化のための取組を行い所期の効果をあげた場合
医療費・老人医療費の伸び率、総額

5. 政策目標達成のための関係者の役割

6. 計画期間中の検証と取組強化等

- (1) 計画策定から3年目(平成22(2010)年度)における検証、それを踏まえた取組強化
- (2) 計画終了年度(平成24(2012)年度)における検証、それを踏まえた担保措置

(注)上記平均在院日数は、平成16年病院報告による。(全国:36.3日、長野県:27.1日)

国の示す参酌標準(平成27(2015)年度)

これを踏まえ
都道府県が
目標を設定

事項	数値
生活習慣病対策	糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群を25%減少
医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視	全国平均(36日)と最短の長野県(27日)との差を半分に縮小

(注1)これらを実現するための具体的な取組レベルでの目標も示す。

(注2)平成24(2012)年度時点における数値も示す。