

# 医療費適正化計画関係資料

# 1. 医療費適正化計画

# 高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画(全国医療費適正化計画)

(平成20年厚生労働省告示第442号)

## <目次>

計画期間:5年間  
(平成20年度~平成24年度)

- 第一 計画の位置付け
- 第二 医療費を取り巻く現状と課題
  - 一 医療費の動向
  - 二 平均在院日数の状況
  - 三 療養病床の状況
  - 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況
- 第三 目標と取組
  - 一 基本理念
    - 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
    - 2 超高齢社会の到来に対応するものであること
  - 二 医療費適正化に向けた目標
    - 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
    - 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
    - 3 計画期間における医療に要する費用の見通し
  - 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策
    - 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
    - 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策
- 第四 計画の推進
  - 一 関係者の連携及び協力による計画の推進
  - 二 計画の達成状況の評価
    - 1 進捗状況評価
    - 2 実績評価

年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)との相関性は高い

医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べ10%以上の減少

平均在院日数	32.2日⇒29.8日
療養病床の病床数	21万床+α(※)

(※)確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの

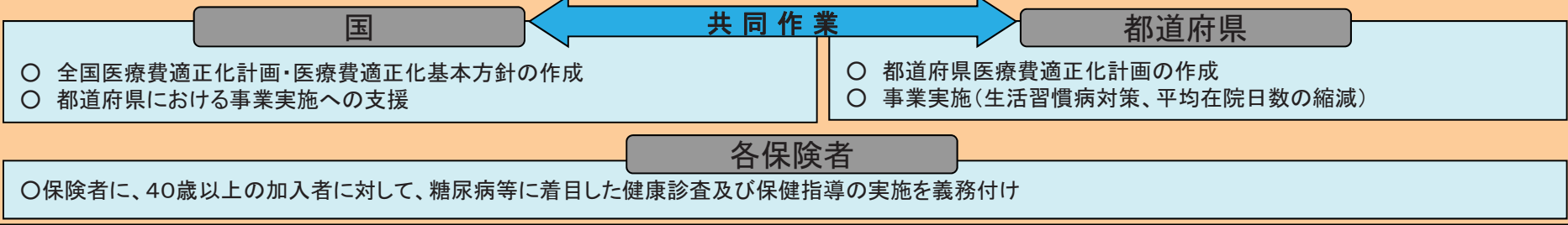
- (1) 保険者による特定健康診査等の推進
  - ① 保健事業の人材養成
  - ② 特定健康診査等の内容の見直し
  - ③ 集合的な契約の活用への支援
  - ④ 好事例の収集及び公表
  - ⑤ 国庫補助
- (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

- (1) 療養病床の再編成
  - ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等
  - ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
  - ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮
  - ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供
- (2) 医療機関の機能分化・連携
- (3) 在宅医療・地域ケアの推進

# 医療費適正化計画の中間評価(概要)

## 医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画: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
  - ・ 国民の健康の保持の推進 → 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%(平成24年度)  
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
  - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標: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24年度)



## 中間年度における進捗状況

◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

### 特定健診・保健指導の実施率

	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	41.3%
特定保健指導終了率	7.7%	12.3%

#### 【実施率向上に有効と考えられる取組】

がん検診等との同時実施  
未受診者への受診勧奨  
電話や個別訪問による通知の実施  
地域人材の活用 など。

### 平均在院日数の縮減

	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

#### 【医療の効率的な提供体制の推進の取組】

地域連携パスの普及  
在宅医療の推進  
かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

インセンティブの在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

# 特定健診・特定保健指導の実施状況①(中間評価)

## 保険者の取組の調査

- 特定健診の実施率の高い「上位保険者」とその他の保険者とを比較し、取り組みに顕著な差があった事項を調査。
- 健保組合においては、健診実施率80%以上とした保険者を、市町村国保においては、50%以上とした保険者を上位保険者とした。

## 結果概要

上位保険者では、以下の取組を行っている割合が、その他の保険者よりも大きかった。

## 健保組合

- ①個別契約の締結
- ②がん検診との同時実施
- ③被扶養者に対する健診の実施期間を一定期間に限定して実施
- ④未受診者への受診勧奨
- ⑤未受診者に対する理由把握等の取組み
- ⑥被扶養者の受診率向上のために独自の取組みの実施

## 市町村国保

- ①一定期間に限った(3ヶ月未満)集団健診の実施
- ②がん検診や肝炎ウィルス検診との同時実施
- ③機会を捉えた個別通知の実施
- ④地域人材(保健指導員、食生活改善推進員等)の活用
- ⑤受診率向上のための独自の取り組みの実施
- ⑥服薬治療中の者への保健指導の実施

※特定健診実施率上位保険者(190)の9割は対象者5,000人未満の小規模保険者(153)が占めている。

# 特定健診・特定保健指導の実施状況②(中間評価)

## 保険者の取組状況の評価

保険者の取組状況の評価から上位保険者の行っている取組をまとめると以下のとおり。

### ①がん検診等との同時実施（健保組合・市町村国保共通）

調査結果によれば、健保組合及び市町村国保に共通して、がん検診等と特定健診を同時実施を行っている保険者の受診率が高い傾向にある。

### ②健診期間の実施時期（健保組合・市町村国保共通）

健保組合（被扶養者分）では、健診期間を一年を通して設定せず、一定期間に限定している保険者の受診率が高い傾向にある。また、市町村国保では、上位被保険者の多くは3ヶ月未満の一定期間で実施している。

### ③被扶養者への対応（健保組合）

健保組合においては、特に被扶養者が特定健診を受診する際に、受診期間を定めて集中的に勧奨を実施する、被扶養者の受診率向上のために独自の取組を行っているといった、被扶養者に対してきめ細かい対応をとっている保険者の受診率が高い傾向にある。

### ④保険者毎の独自の取組（市町村国保）

市町村国保においては、地域人材（保健指導員、食生活改善推進員等）の活用、服薬治療中の者への保健指導などの独自の取組を行っている保険者の受診率が高い傾向にある。

# 医療計画制度について

## 趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。  
※ 都道府県においては、平成25年度からの医療計画(5か年計画)の策定作業を平成24年度中に行う予定。

## 平成25年度からの医療計画における記載事項

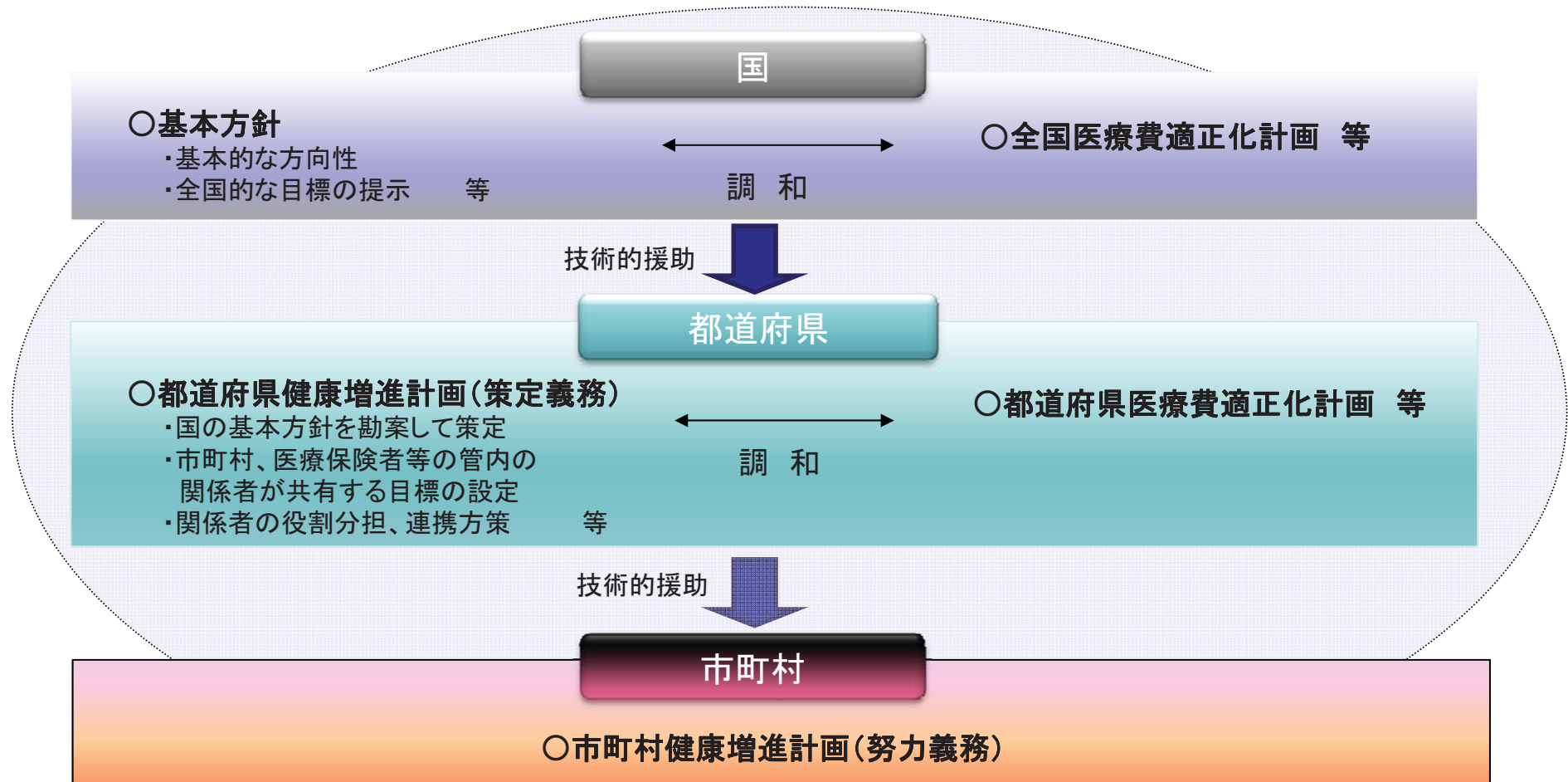
- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策  
※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保      ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定      ○ 基準病床数の算定      等  
※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

## 【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

## 健康増進計画について

- 国は、健康増進法に基づき、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な方針(以下「基本方針」という。)を定めている。
- 都道府県及び市町村は、基本方針を勘案して、住民の健康の増進に関する施策についての基本的な計画(都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画)を策定することとされている。
  - ※ 基本方針では、都道府県健康増進計画は医療費適正化計画等との調和に配慮し策定することとされている。





# 介護保険事業(支援)計画について

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24~26年度)では次の取組を推進。
  - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
  - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

## 日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や  
必要となるサービスを  
把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能  
(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

## 介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など



地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

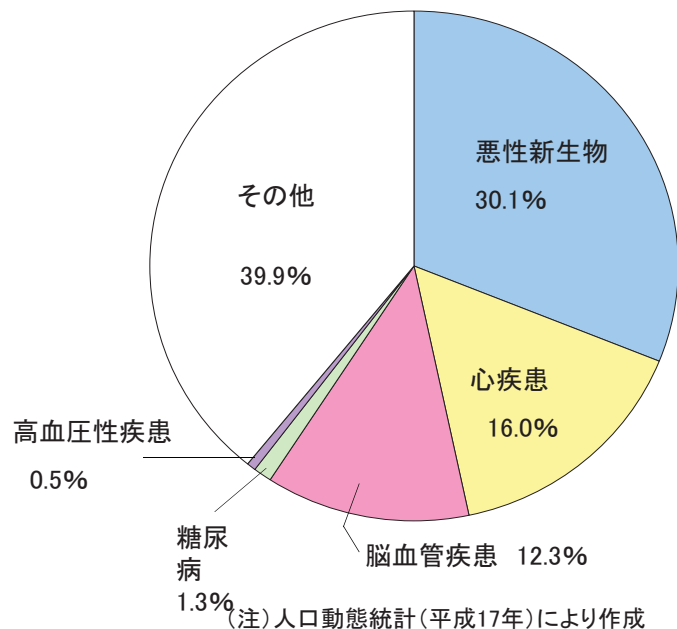
- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

## 2. 特定健診・保健指導関係

# 生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

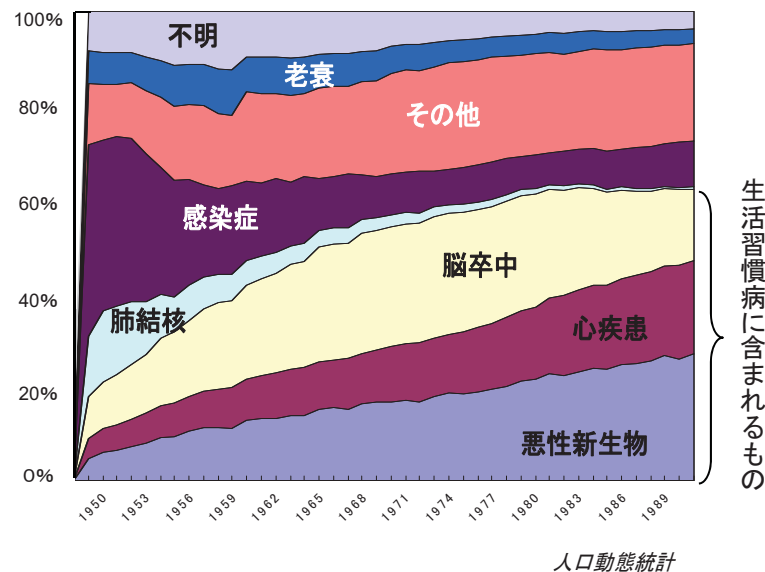
死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%



※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化  
(死亡割合1947-1989)



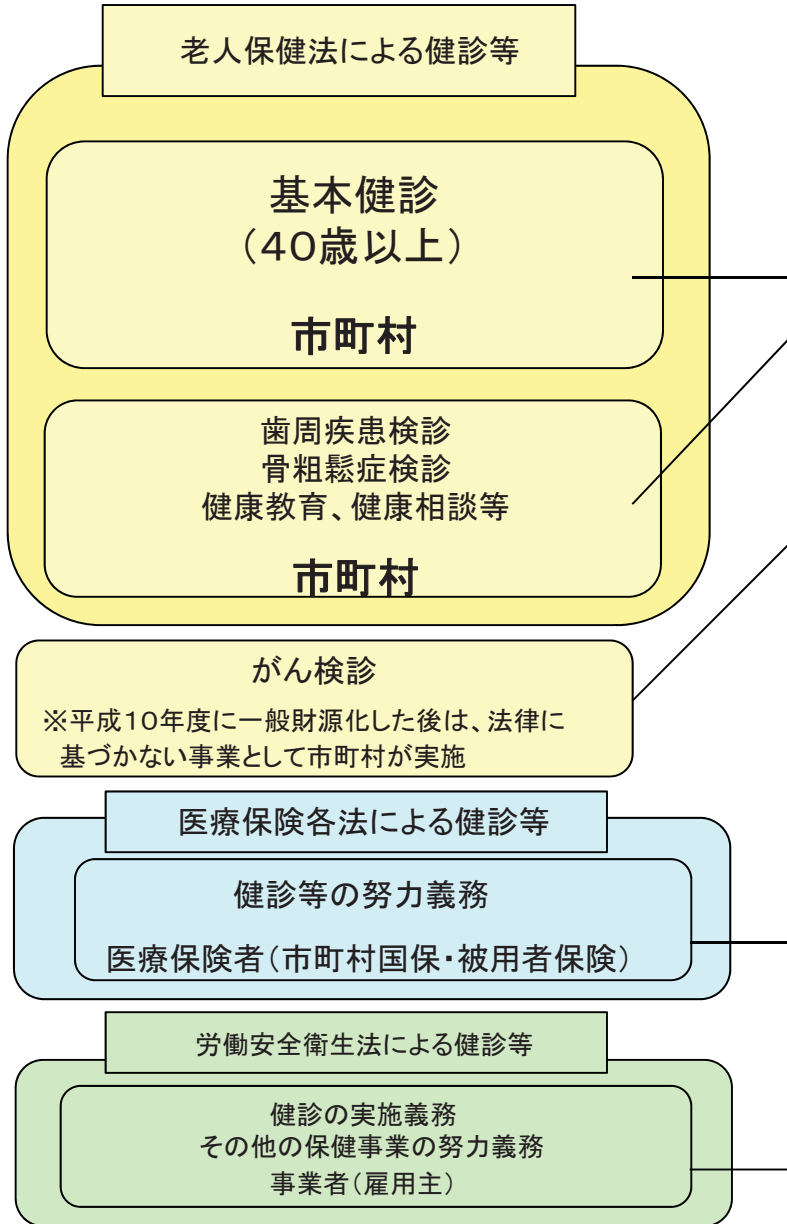
## 総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 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。

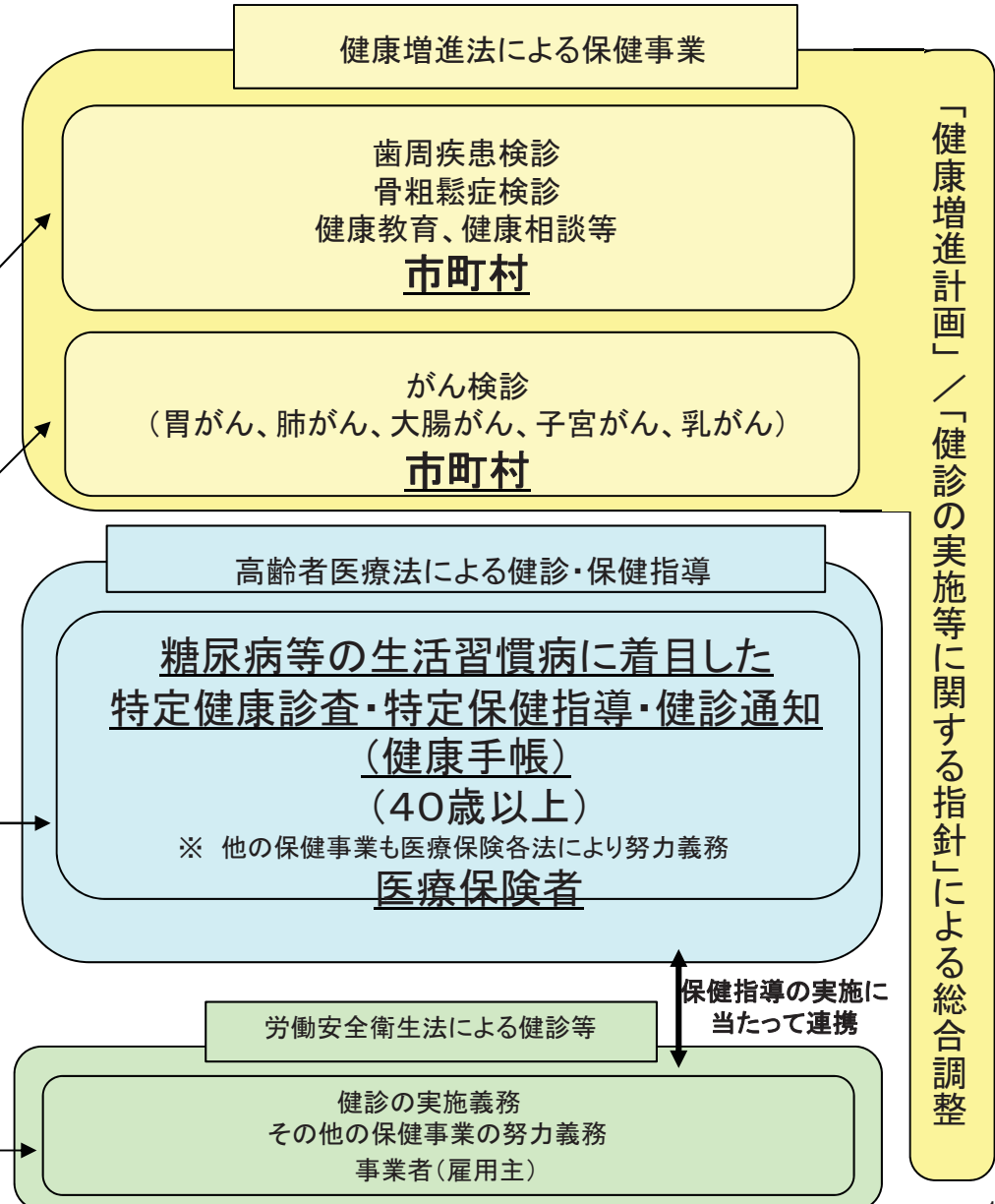
医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

# 各種保健事業の取扱いについて（総括図）

## これまでの取扱い



## 平成20年度からの取扱い



「健康増進計画」／「健診の実施等に関する指針」による総合調整

# 特定健康診査・特定保健指導の概要

## 基本的な考え方

- 内臓脂肪型肥満(メタボリックシンドローム)に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

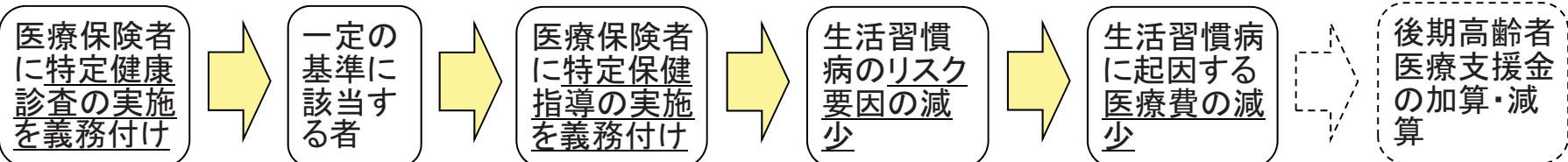
## 主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。  
【一定の基準】：腹囲が基準以上（男性85cm、女性90cm）でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者（リスクの程度によって指導内容が変化（喫煙者は指導レベル上昇））
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
  - ・特定健康診査の実施率(24年度の目標値:70%)
  - ・特定保健指導の実施率(24年度の目標値:45%)
  - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率(24年度の目標値:10%)

(参考)特定健診・保健指導の実績

	20年度	21年度	22年度※
特定健診の実施率	38.9%	41.3%	43.3%
特定保健指導終了率	7.7%	12.3%	13.7%

※ 22年度は速報値。



## 特定健康診査

対象者	<p>実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者)          実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者          除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者</p> <p>※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象</p>
基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等)</li> <li>○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)</li> <li>○ 理学的検査(身体診察)</li> <li>○ 血圧測定</li> <li>○ 血液検査             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)</li> <li>・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注)摂食時はHbA1c</li> <li>・ 肝機能検査(GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP)</li> </ul> </li> <li>○ 検尿(尿糖、尿蛋白)</li> </ul>
詳細な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心電図検査</li> <li>○ 眼底検査</li> <li>○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)</li> </ul> <p style="text-align: center;">注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>

## 保健指導対象者の選定と階層化

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

# メタボリックシンドロームの診断基準

必須

ウエスト周囲径  
(へその高さ)      男性  $\geq 85\text{cm}$   
  女性  $\geq 90\text{cm}$

上記に加え以下のうち2項目以上

高脂血

高トリグリセライド血症       $\geq 150\text{mg/dL}$   
かつ/または  
低HDLコレステロール血症       $< 40\text{mg/dL}$  男女とも

高血圧

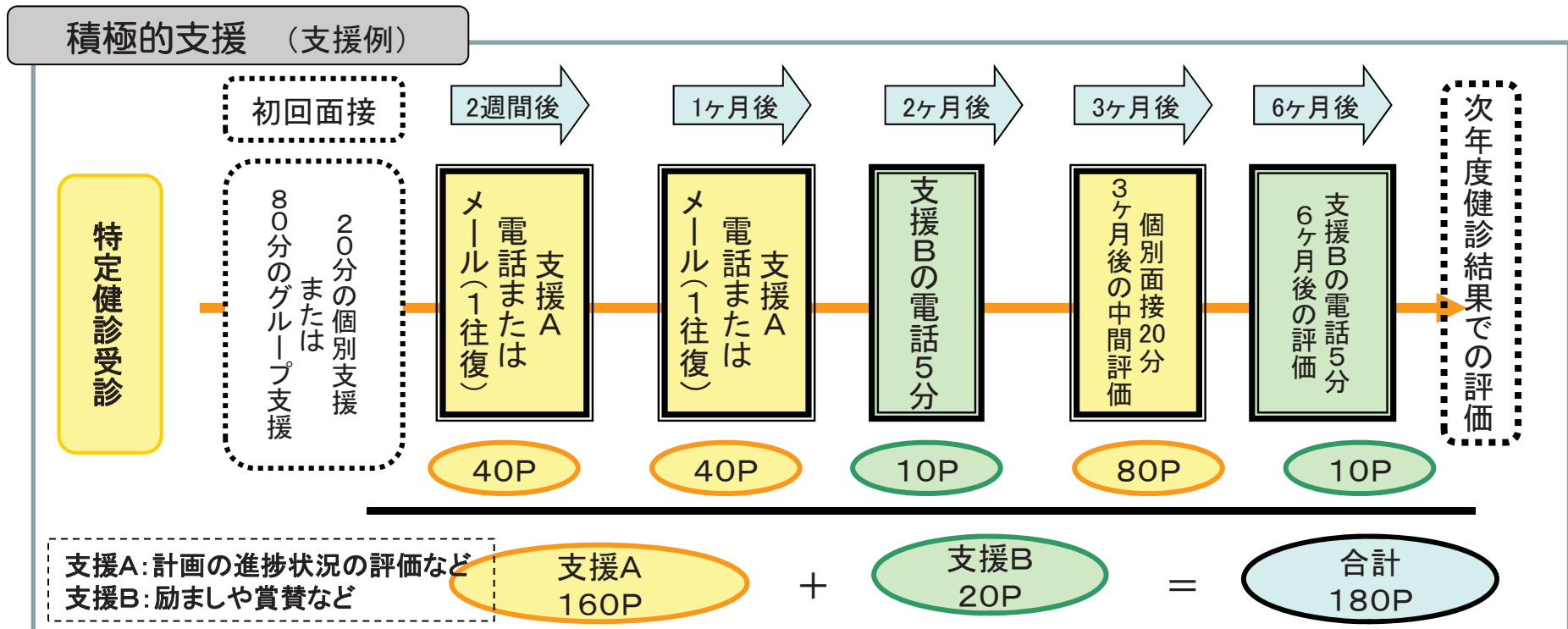
収縮期血圧       $\geq 130\text{mmHg}$   
かつ/または  
拡張期血圧       $\geq 85\text{mmHg}$

高血糖

空腹時高血糖       $\geq 110\text{mg/dL}$



# 特定保健指導の流れ



(注) 積極的支援における6ヶ月後評価は、他の継続支援と一体的に行っても良いこととなっている。

## 保険者別の参酌標準(国が示す基準)

- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

項目	全国目標	参酌標準		設定理由等	
①特定健康診査の実施率	70%	単一健保 共済	被扶養者比率 が25%未満※	80%	被保険者分については、保険者の種別で3区分し(被扶養者は分けない)、それぞれの目標実施率を各保険者における対象者数(推計値)に乗じて(加重平均値を基礎に)算定
			被扶養者比率 が25%以上※	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出	
		総合健保 政管(船保) 国保組合		70%	
		市町村国保		65%	
②特定保健指導の実施率	45%	45%		健診の場合の事業主健診のような実施率に影響する明確な要因はない	
③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	10%	10%		保健指導実施率の目標を一律とすることとあわせ、保健指導の成果である該当者及び予備群の減少率も一律とするのが合理的	

※単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した参酌標準とする。

# 平成22年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

○平成22年度の特定健診・特定保健指導の実施状況について、保険者から社会保険診療報酬支払基金への申告値をとりまとめたもの。

○集計対象

報告保険者:3,432保険者(報告対象:3,433保険者)

## ●特定健康診査の実施率(速報値)

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
52,191,043	22,586,005	43.3%

## ●特定保健指導の対象者の割合及び特定保健指導実施率(速報値)

	人数	割合・実施率
特定保健指導の対象者	4,062,881	18.0%
特定保健指導の終了者	555,921	13.7%

# 特定健診・特定保健指導の実施状況

## ●特定健康診査の保険者種別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 (速報値)	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

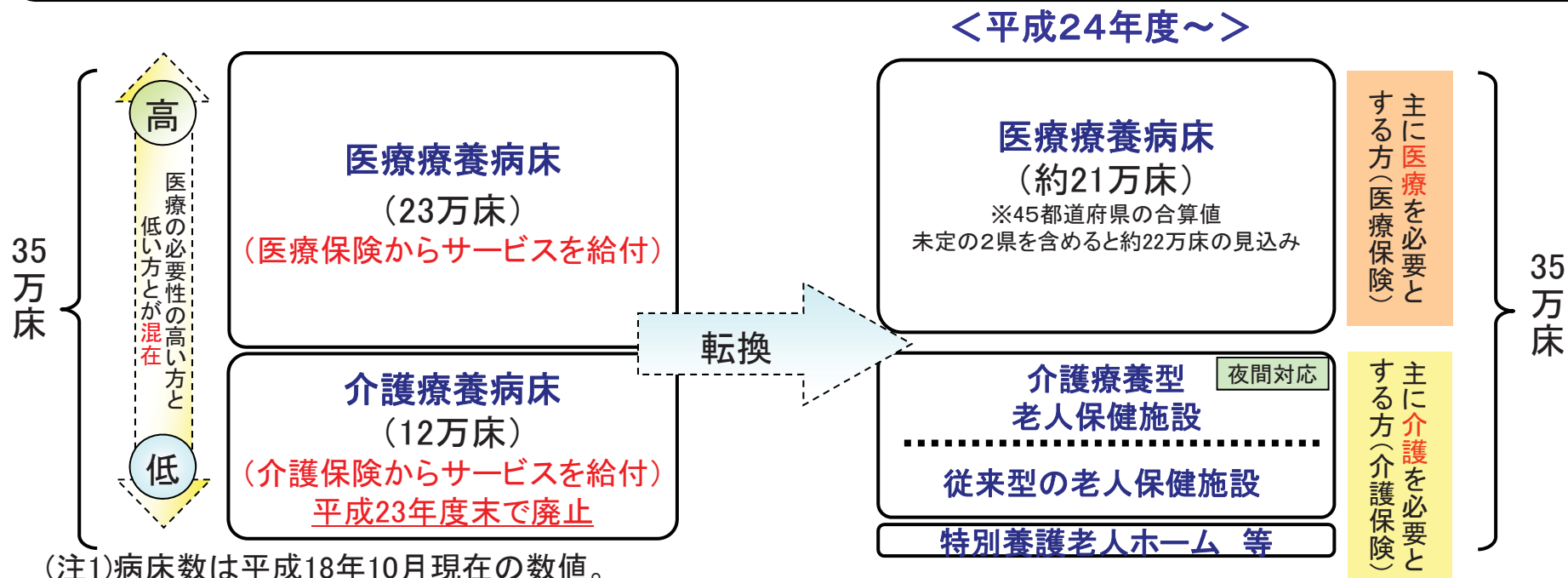
## ●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 (速報値)	13.7%	20.9%	7.7%	6.6%	6.6%	14.8%	10.4%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

### 3. 療養病床再編關係

# 第1期医療費適正化計画策定時における療養病床再編成の考え方

- 平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。  
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。  
⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。



(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

(注3)介護療養病床については、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により廃止期限を29年度末へ延長。

# 医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約137万床	約26万床	約8万床	約5,000床 <sup>※4</sup> (H20.5創設)	約31万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額 <sup>※1</sup> (H24改定後、医 療療養につい ては改定前)	(※2)	約53万円 <sup>※3</sup>	約39.8万円	・療養型 約36.2万円 <sup>※5</sup> ・療養強化型 約38.3万円 <sup>※5</sup>	約30.5万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 看護補助者 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人

施設の種類の種類



財源



※1 介護保険施設: 多床室、要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。(1単位10円)

※2 算定する入院料により異なる。

※3 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書)

※4 平成23年9月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

※5 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

## 療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※1	263,742	120,700	384,442
10月※1	251,880	117,573	369,453
平成19年4月※1	250,955	113,777	364,732
10月※1	252,211	109,457	361,668
平成20年4月※1	255,483	103,705	359,188
10月※1	258,139	99,316	357,455
平成21年4月※1	259,836	94,840	354,676
10月※1	261,288	90,887	352,175
平成22年4月※1	262,639	87,060	349,699
10月※1	263,493	83,992	347,485
平成23年4月※2	264,826	81,070	345,896
10月※2	266,248	78,862	345,110

※1 確定数

※2 概数

厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」より



## 療養病床の転換意向等調査、医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

- 療養病床再編成の今後の方針を検討するため、平成21年度から平成22年度にかけて以下の調査を実施。

### 【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】 平成22年6月実施

→ 療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握。

- 調査対象：医療保険施設・・・・・・・・一般病棟：13対1・15対1（約2,000施設）

医療療養病棟（約4,000施設）

障害者施設・特殊疾患病棟（約1,000施設）

在宅療養支援病院・診療所（約3,000施設）

介護保険施設・・・・・・介護療養型医療施設（約2,000施設）

介護老人保健施設（約2,000施設）

介護老人福祉施設（約2,000施設）

- 内容：患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

### 【療養病床の転換意向等調査】 平成22年2月及び4月実施

（診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後で2回実施）

→ 療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

- 調査対象：調査時点で療養病床を有する医療機関

- 内容：これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

## 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の結果について

- 医療療養病床と介護療養病床の機能分担が進んでいる。

### 【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】

#### 医療療養病床と介護療養病床

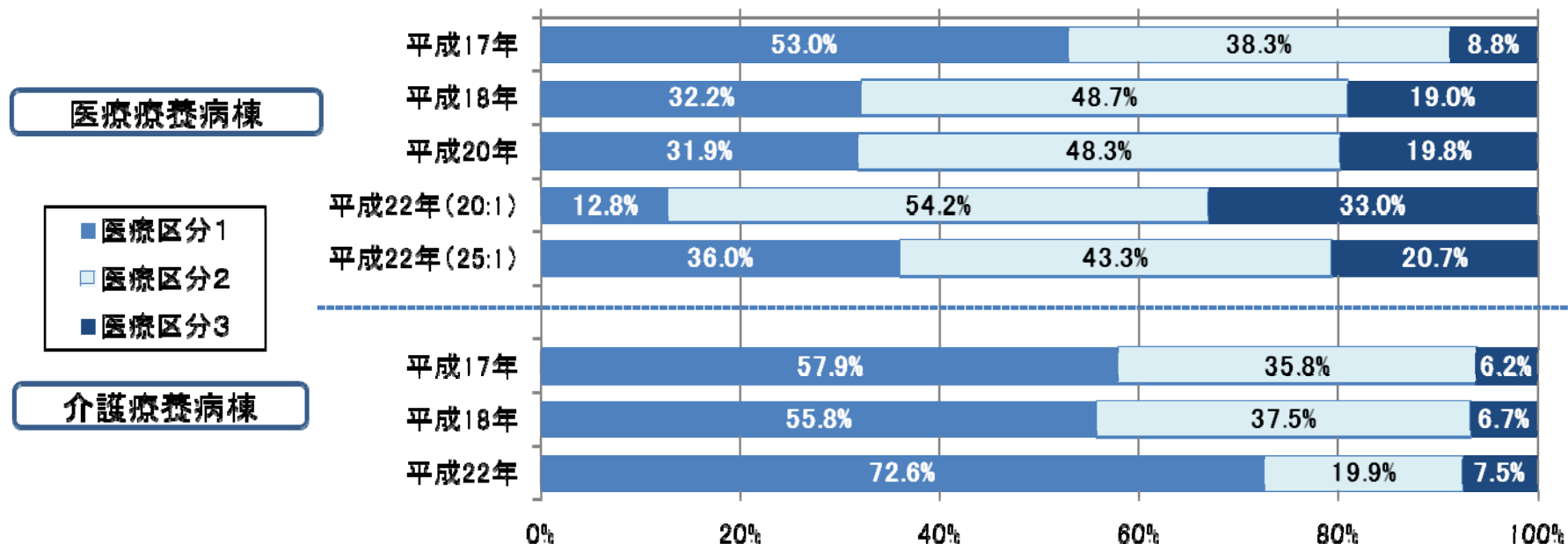
- ①医療療養病床の患者は、介護療養病床の患者よりも「医療区分2」及び「医療区分3」の占める割合が高く、「医療区分1」の割合が低い。

※平成17年度の中医協「慢性期入院医療実態調査」では、医療療養病床と介護療養病床の患者の医療区分には大きな差がなかった。

- ②医療療養病床で提供されている処置については、介護療養病床と比較して「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」などの高度な医療処置の割合が高く、明らかな差が見られた。

○療養病床における医療区分の年次推移

医療区分の年次推移



○療養病床の医療提供状況の年次推移

医療の提供状況

	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟
総数	14,472人	13,521人	16,603人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%
気管切開・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%

(出典) 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査。

## 療養病床の転換意向等調査の結果について

- 医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多い。
- 介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い。

### 【療養病床の転換意向等調査】

#### 1. これまでの転換状況

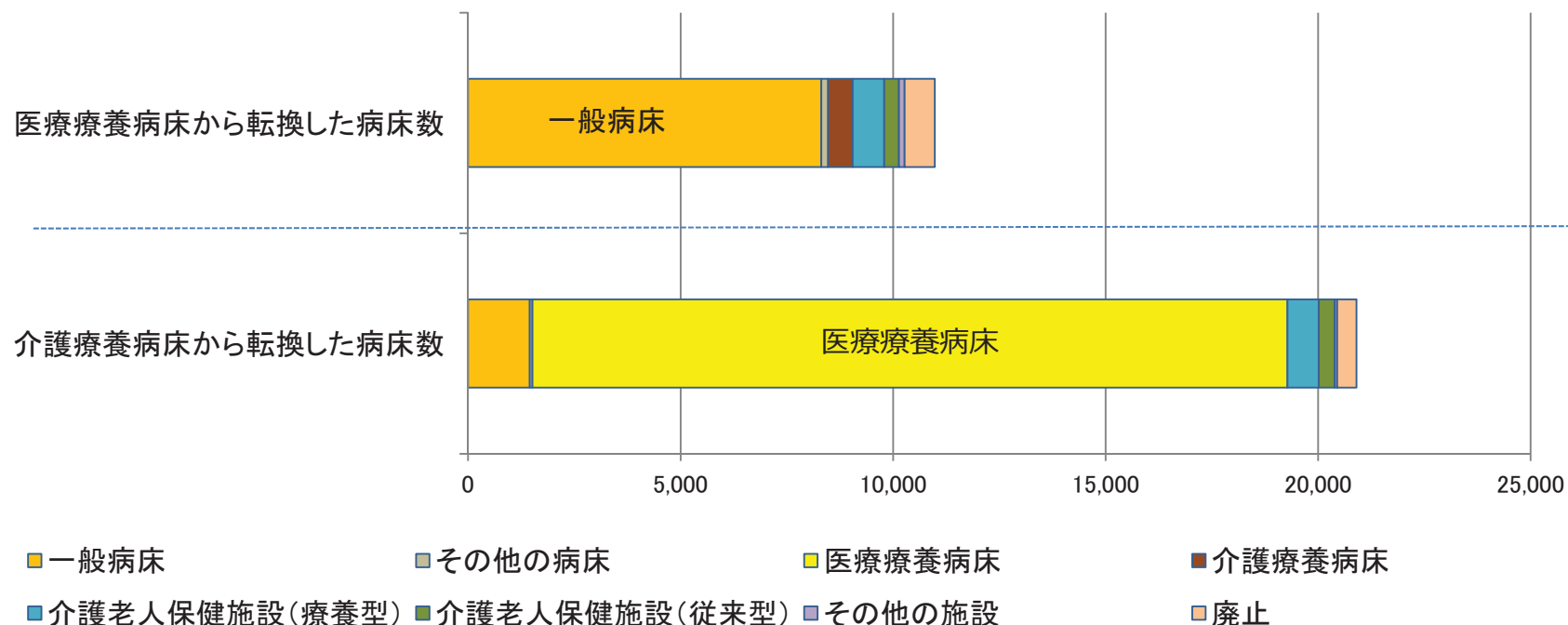
- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床<sup>(注)</sup>、廃止が約500床。

(注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

#### 2. 今後の転換意向

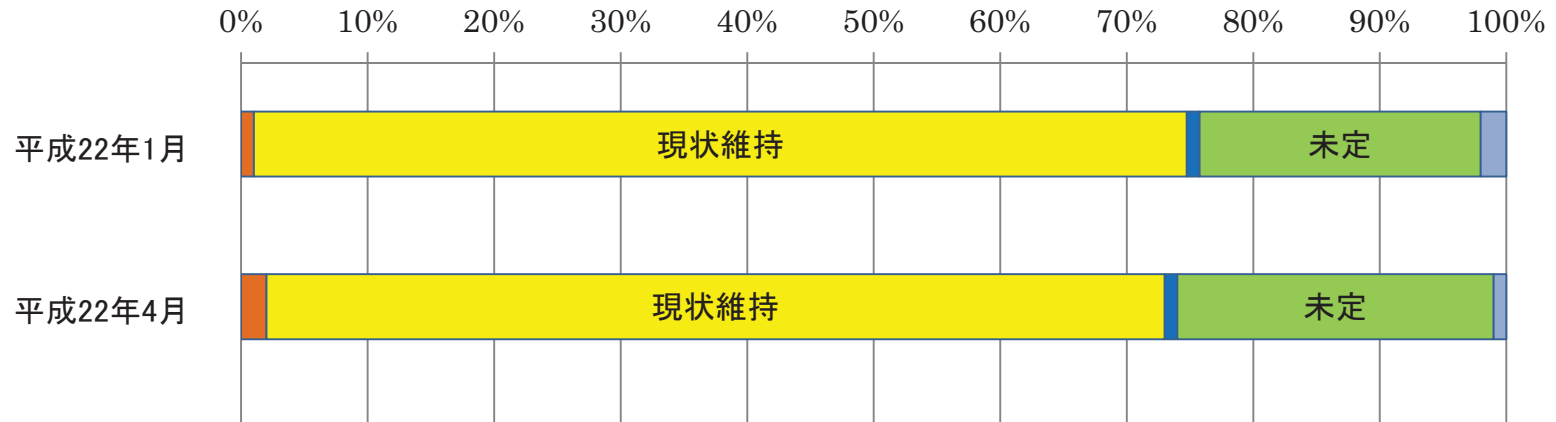
- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%

## 平成18年4月から平成22年3月末までの療養病床の転換状況

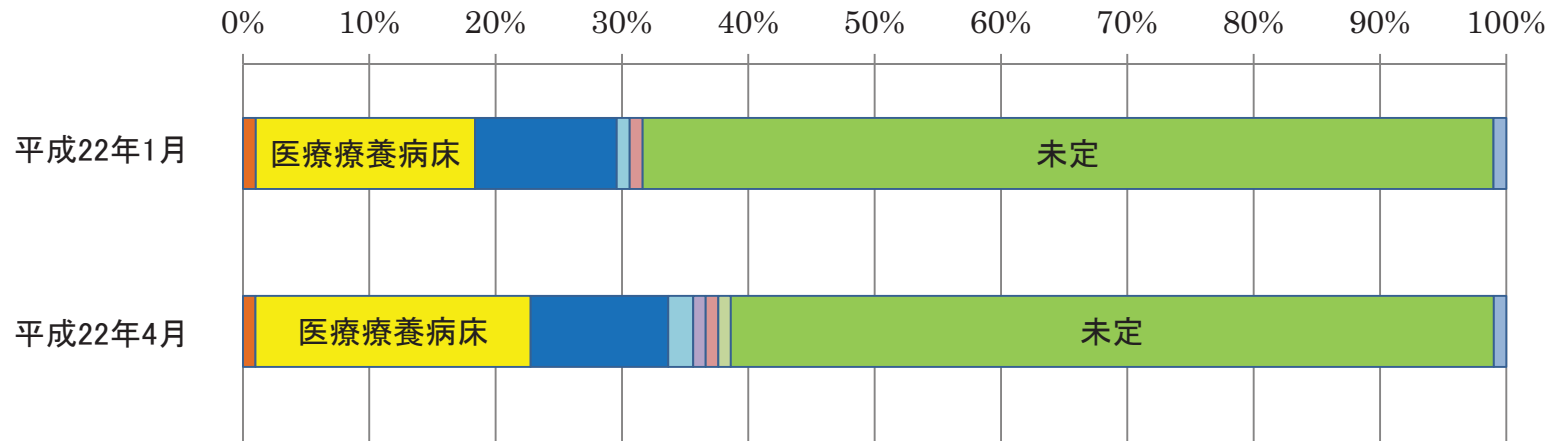


介護療養病床から医療療養病床へ転換した理由(複数回答)	割合
転換前の介護療養病床の入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断したため	68%
医師、看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できたため	26%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	26%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	24%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	13%
行政からの指導や後押しがあったため	2%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	1%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	0%
その他	27%

### 今後の医療療養病床からの転換意向



### 今後の介護療養病床からの転換意向



- 一般病床
- 医療療養病床
- 介護療養病床
- 介護老人保健施設(療養型)
- 介護老人保健施設(従来型)
- 介護老人福祉施設
- その他の施設
- 廃止
- 未定
- その他

# 介護療養病床の取扱いについて

## 【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

## 【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

## 【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

# 病床転換助成事業の概要(医療療養病床からの転換に対する助成)

- 療養病床の転換を支援するため、都道府県の区域内にある医療機関が療養病床(医療保険適用)から介護保険施設等へ転換する場合にその整備費用を都道府県から助成(平成20年度～平成24年度)。
- 費用負担割合 …… 国:都道府県:保険者=10:5:12

### 対象となる病床(案)

- ①療養病床(介護療養型医療施設を除く)
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院(又は同一診療所)内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの



### 対象となる転換先施設

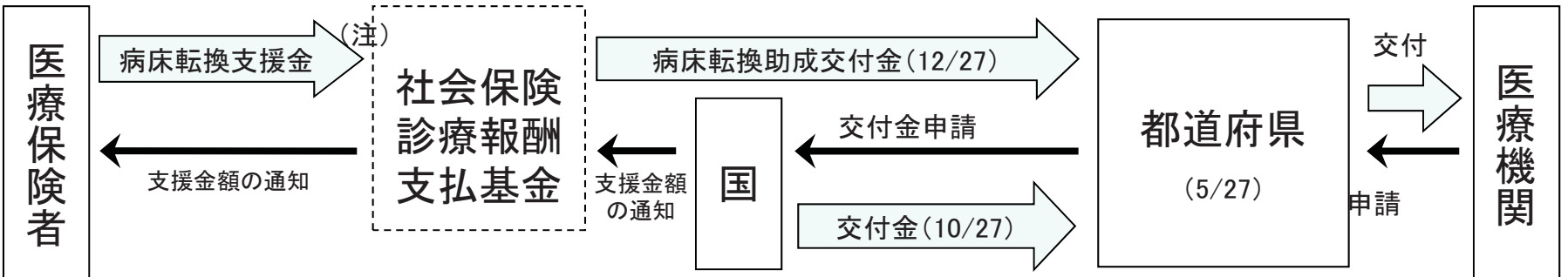
- ①ケアハウス
- ②老人保健施設
- ③有料老人ホーム  
(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
- ④特別養護老人ホーム
- ⑤ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る。)
- ⑥認知症高齢者グループホーム
- ⑦小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑧生活支援ハウス
- ⑨適合高齢者専用賃貸住宅になりうる高齢者専用賃貸住宅
- ※上記対象転換先施設については、介護療養型医療施設転換整備事業と同様

**転換に係る整備費用を助成**

**補助単価(案)**

- 創設・新設 100万円  
(既存の施設を取り壊さずに、新たに施設を整備)
- 改築 120万円(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)
- 改修 50万円(躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等))

### 病床転換助成事業の流れ



(注) 支払基金は、医療保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県に対して病床転換助成交付金を交付



# 病床転換助成事業の現状

- 現行の病床転換助成事業は、24年度末までの事業となっているが、平成22年12月の医療保険部会において、その実施を平成29年度まで延長する方針を示している。
- また、病床転換助成事業については、当初の見込みよりも病床の転換が進んでいないことなどから、平成24年3月時点で、各保険者から支払いを受けた転換助成支援金約59億円が支払基金に積み立てられている状況。
- 療養病床の転換助成事業については、介護療養病床の猶予される間は、引き続き制度を存続する方針。
- 各保険者から徴収した支援金の剰余金については、支払基金において積立金として処理することとなっていることから、こうした剰余金・積立金を保険者へ還元する規定を設けるなどの対応を今後、検討。

単位：円

	20年度	21年度	22年度	23年度	計
転換病床数	463床	778床	842床	1,067床	3,150床
剰余金額	2,656,638	6,453,903	6,223,094	5,905,442	5,905,442

○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年八月十七日法律第八十号)

## 第五章 社会保険診療報酬支払基金の高齢者医療制度関係業務

第百三十九条～第百四十二条 (略)

(区分経理)

第百四十三条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に係る経理については、第百三十九条第一項各号に掲げる業務ごとに、その他の業務に係る経理と区分して、特別の会計を設けて行わなければならない。

(利益及び損失の処理)

第百四十六条 支払基金は、高齢者医療制度関係業務(第百三十九条第二項に規定する業務を除く。次項及び次条第一項において同じ。)に関し、毎事業年度、損益計算において利益を生じたときは、前事業年度から繰り越した損失をうめ、なお残余があるときは、その残余の額は、積立金として整理しなければならない。

2 支払基金は、高齢者医療制度関係業務に関し、毎事業年度、損益計算において損失を生じたときは、前項の規定による積立金を減額して整理し、なお不足があるときは、その不足額は繰越欠損金として整理しなければならない。

3 支払基金は、予算をもつて定める金額に限り、第一項の規定による積立金を第百三十九条第一項第一号に規定する保険者に対し前期高齢者交付金を交付する業務及び同項第二号規定する後期高齢者医療広域連合に対し後期高齢者交付金を交付する業務又は同条第二項の規定により認可を受けて行う業務に要する費用に充てることができる。

附 則

(病床転換助成事業に係る支払基金の業務)

第十一条 支払基金は、第百三十九条第一項に掲げる業務のほか、保険者から病床転換支援金等を徴収し、都道府県に対し病床転換助成交付金を交付する業務及びこれに附帯する業務を行う。

2 第五章(第百三十九条第一項及び第百四十条を除く。)、第百六十八条第一項(同項第一号を除く。)及び第二項並びに第百七十条第一項の規定は、病床転換助成事業に係る支払基金の業務について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。