

# 医療構造改革の目指すもの

平成18年 7月 10日

厚生労働審議官 辻 哲夫

# 医療構造改革の目指すもの

## 1 今回の医療構造改革の背景

- (1)これまでの議論の経過  
～医療費の伸びの抑制をめぐる議論～
- (2)国民のあるべき健康と医療の在り方を踏まえた医療費適正化の構図

## 2 具体的な政策展開

- (1)生活習慣病対策(予防の重視)
- (2)入院から在宅までの切れ目のない医療の提供(医療機能の分化・連携)
  - ① 地域連携クリティカルパスの普及・推進等連携の強化
  - ② 療養病床の再編成
  - ③ 在宅医療の推進
- (3)三計画(医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画)及び医療費適正化計画の整合性のとれた推進
- (4)医師確保に向けた総合的な対応
- (5)短期的な医療費適正化対策
- (6)新たな高齢者医療制度の創設
- (7)医療費適正化方策と整合性のとれた医療保険者の再編・統合

## 3 医療構造改革を進める体制の整備

# 医療制度改革法の概要

## 医療制度改革大綱の基本的な考え方

### 1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- (1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
  - ・医療情報の提供による適切な選択の支援
  - ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供(医療計画の見直し等)
  - ・在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上
  - ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等
- (2) 生活習慣病対策の推進体制の構築
  - ・「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
  - ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け
  - ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

### 2. 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)
- (2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)

### 3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- (1) 新たな高齢者医療制度の創設
- (2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

## 【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案】

- ① 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- ② 医療計画制度の見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)等
- ③ 地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)
- ④ 医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)
- ⑤ 医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)
- ⑥ 医療法人制度改革 等

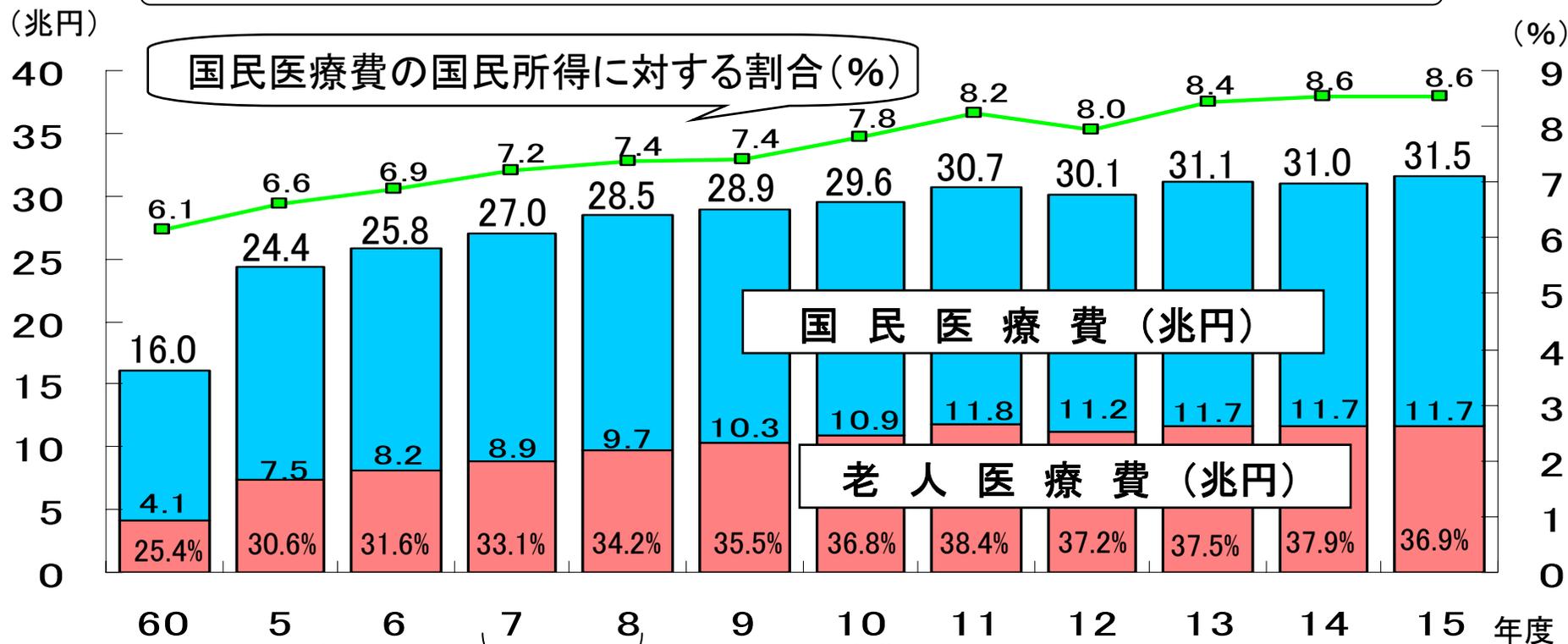
医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との調和が必要

## 【健康保険法等の一部を改正する法律案】

- ① 医療費適正化の総合的な推進
  - ・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け
  - ・保険給付の内容、範囲の見直し等
  - ・介護療養型医療施設の廃止
- ② 新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)
- ③ 都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

# 医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。



- 60 老人一部負担金の引上げ (外来900円/月 → 1000円/月、入院600円/日 → 700円/日)
- 5 老人一部負担金の引上げ (外来900円/月 → 1000円/月、入院600円/日 → 700円/日)
- 6 食事療養費制度の創設
- 7 老人一部負担金の物価スライド実施
- 8 被用者本人2割負担へ引上げ
- 9 被用者本人2割負担へ引上げ、外来薬剤一部負担導入
- 10 診療報酬・薬価等の改定 ▲1.3%
- 11 介護保険制度が施行、高齢者1割負担導入
- 12 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%
- 13 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%
- 14 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%
- 15 被用者本人3割負担へ引上げ

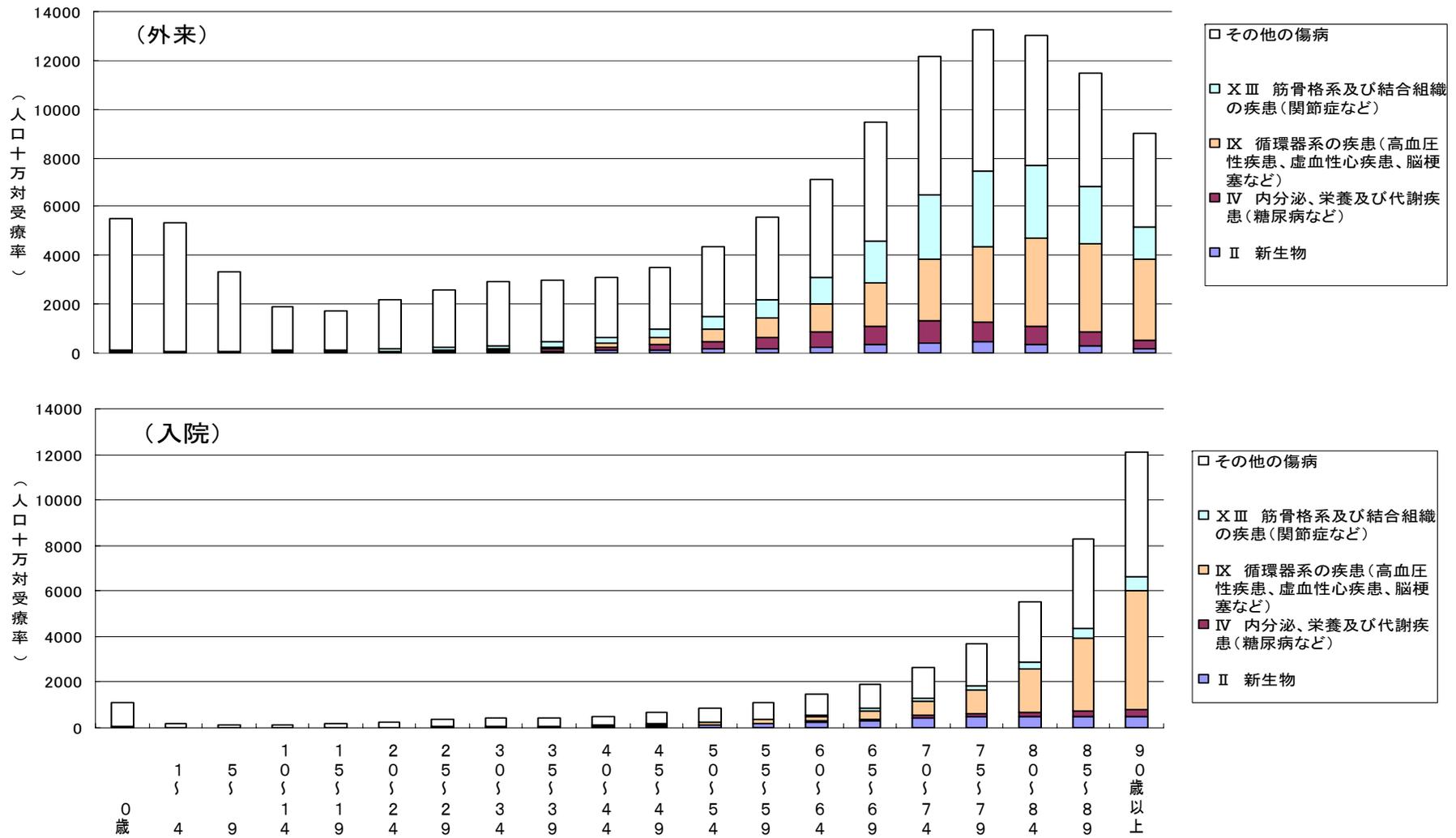
国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	60	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
国民医療費	6.1	3.8	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9
老人医療費	12.7	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7
国民所得	7.4	▲0.1	1.4	0.1	3.3	1.2	▲3.1	▲1.6	1.5	▲2.8	▲1.7	1.8

注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2004年12月発表)による。

注2: 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成15年10月より71歳以上となっている。

## 年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)



(注)「患者調査」(平成14年)により作成

# 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

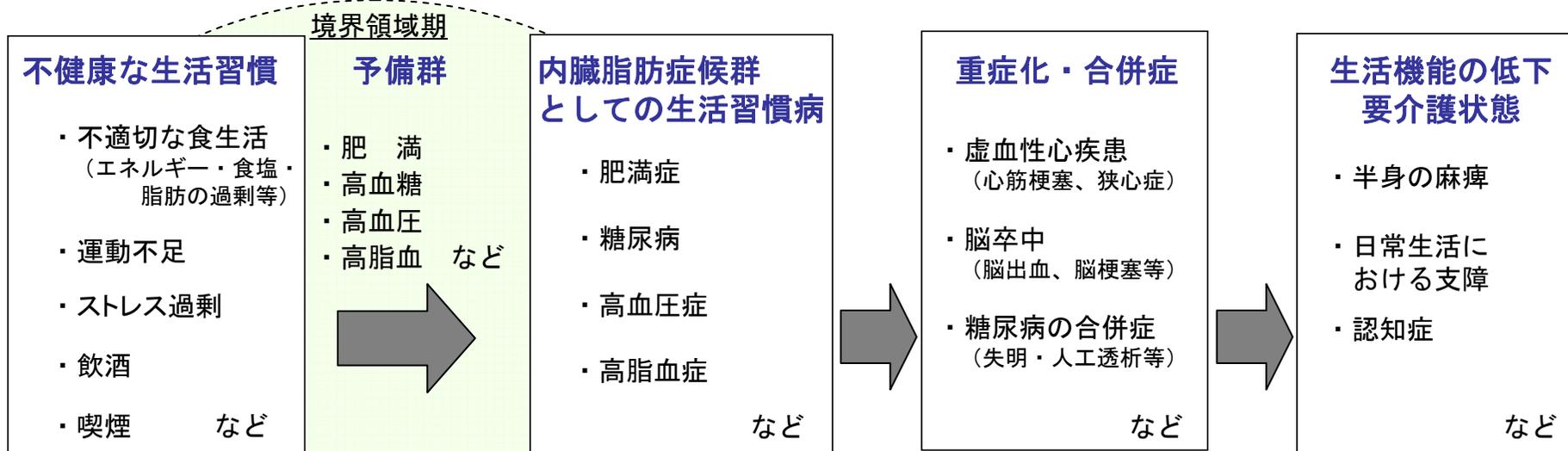
**発症リスク増大**

## ○ 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。



\* 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。

# 脳・心臓疾患に至る経過

血管障害を起している職員ほとんどがこのような経過を辿っている

## A氏 54歳 脳梗塞

	34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳
検査結果	BMI25以上(肥満)																				
											高中性脂肪										
											高血圧										
											高尿酸										
											低HDL										
治療																			一過性脳虚血治療		
																					左脳梗塞治療

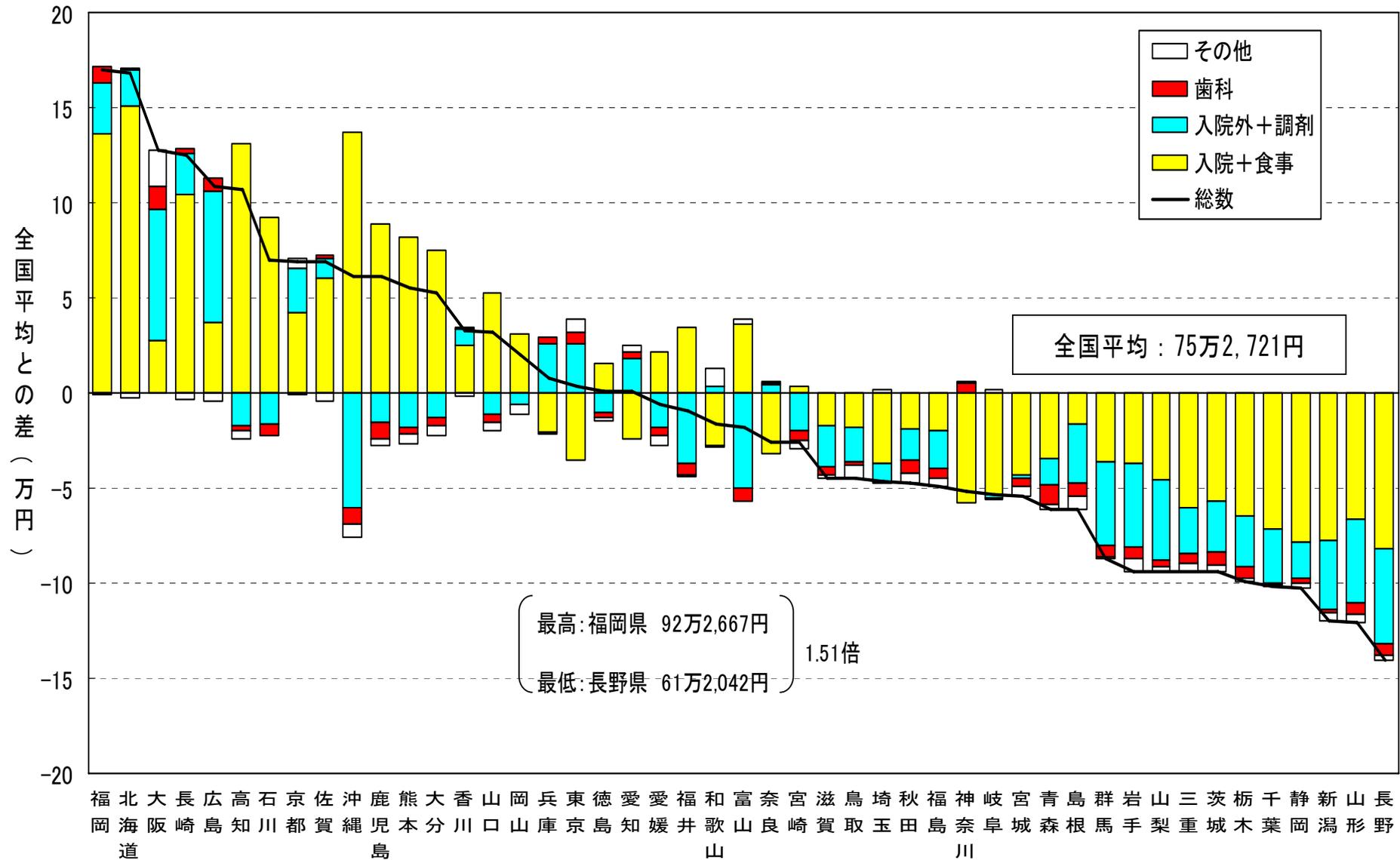
## B氏 57歳 心筋梗塞

	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳
検査結果	BMI25以上(肥満)																				
											高GPT										
											高血圧										
											高中性脂肪										
											低HDL										
心電図																高血糖					
																陰性T波					
																反時計方向回転					
																ST-T異常					
治療																			異常Q波		
																					陳旧性心筋梗塞治療

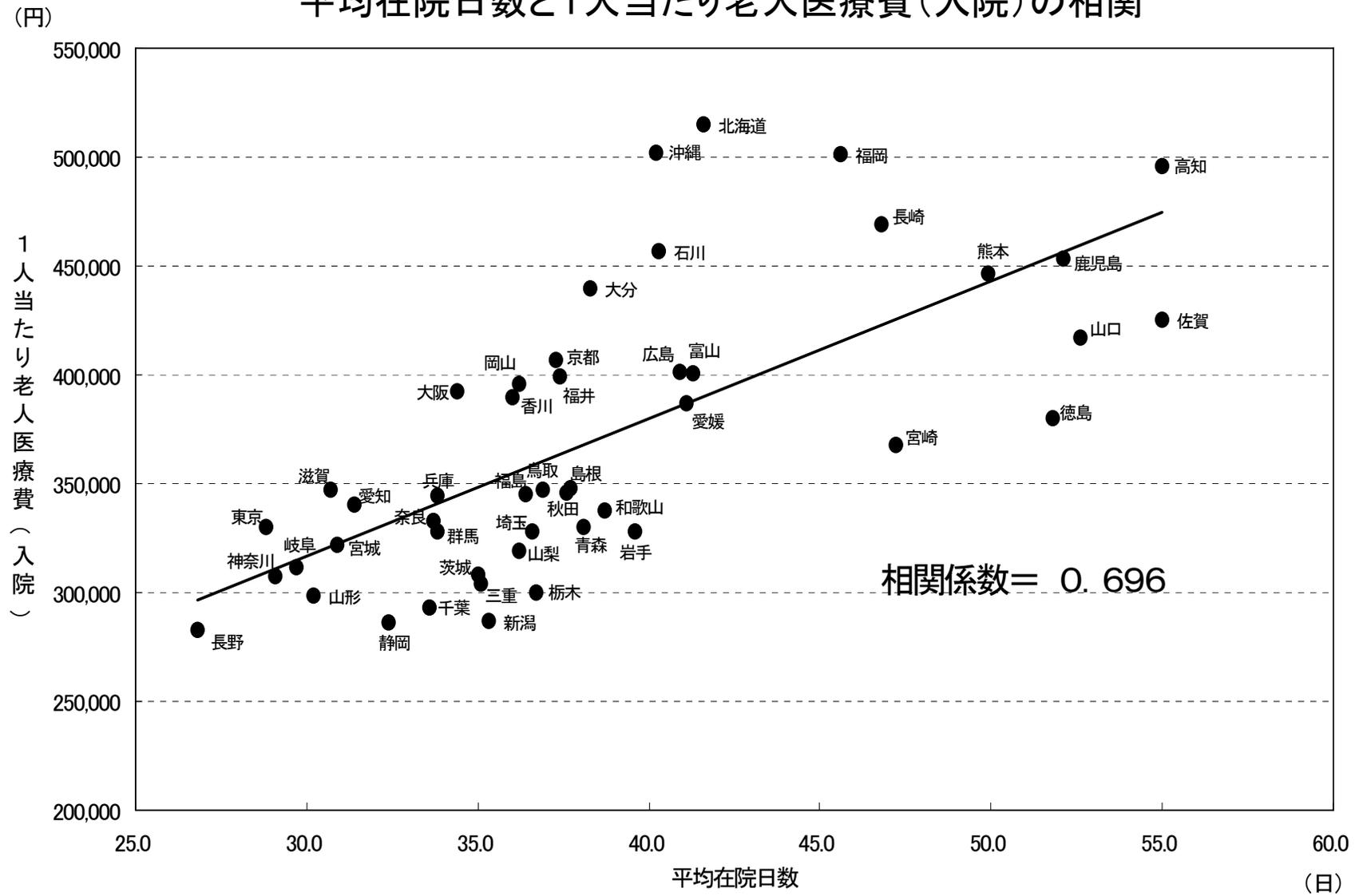
(生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会 尼崎市野口緑氏提出資料より)

# 1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) ～平成15年度～

○ 1人当たり老人医療費は、最大（福岡県）と最小（長野県）で約30万円（約1.5倍）の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。



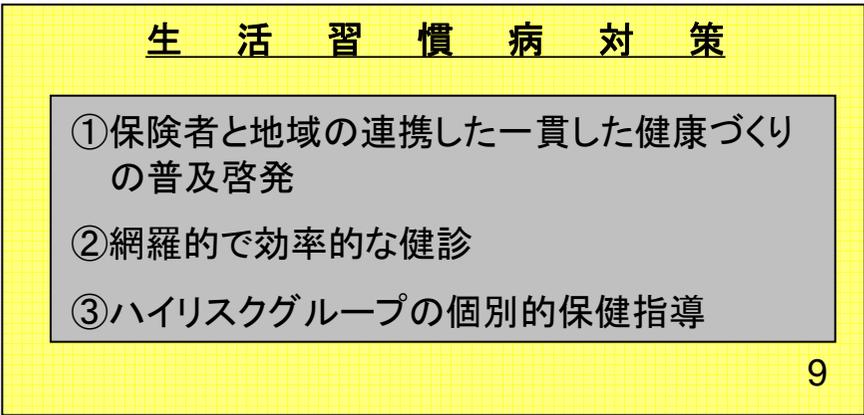
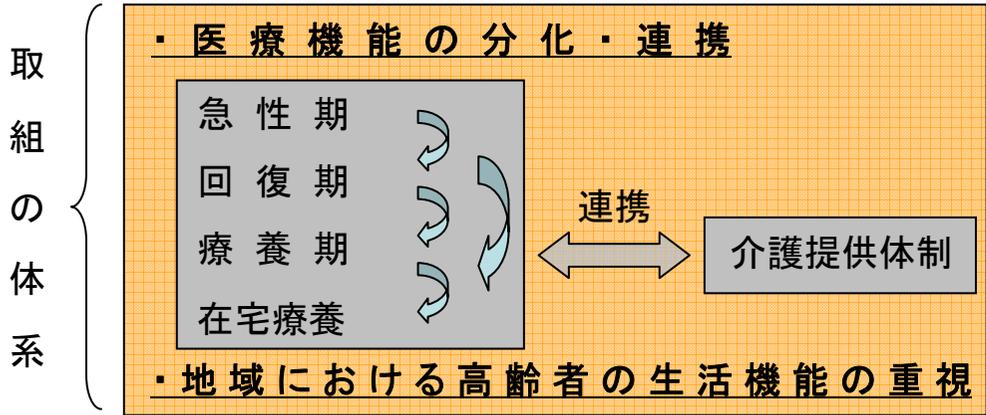
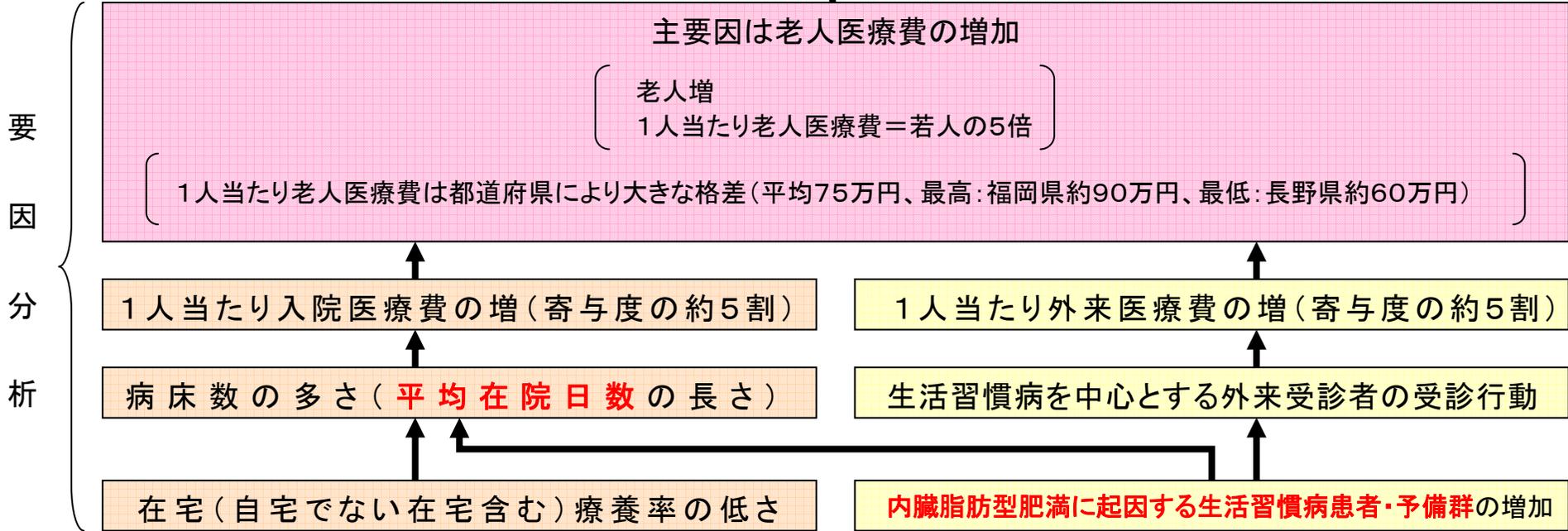
## 平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



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)

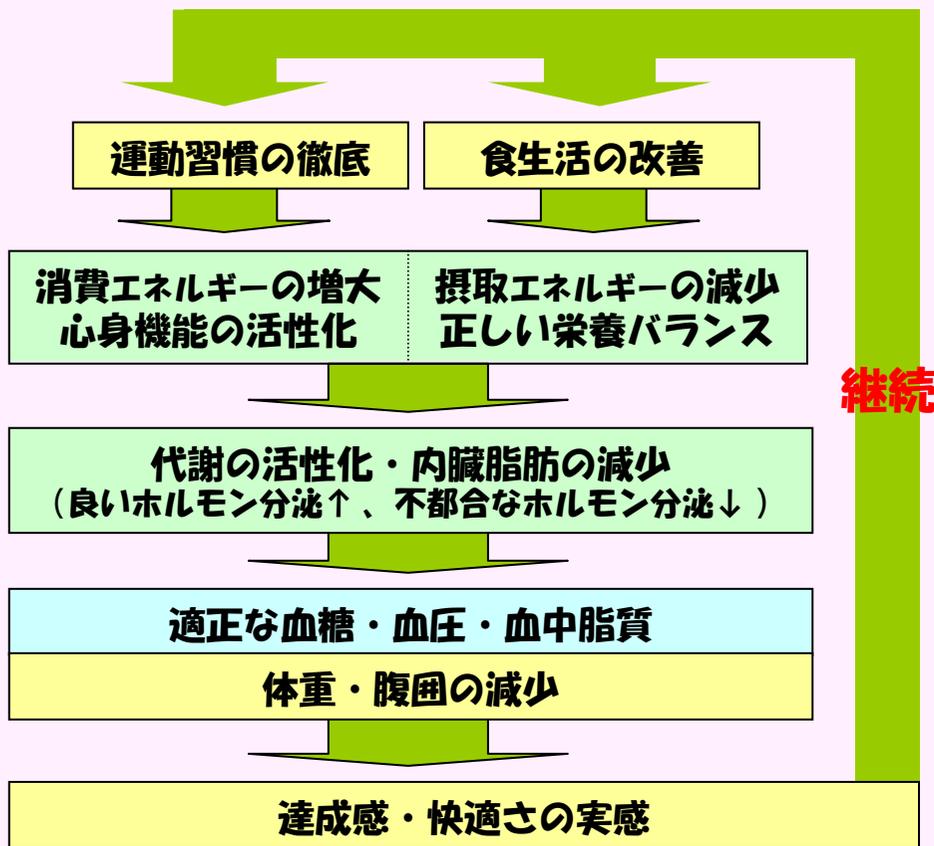
# 医療費増加の構図

## 医療費の増加



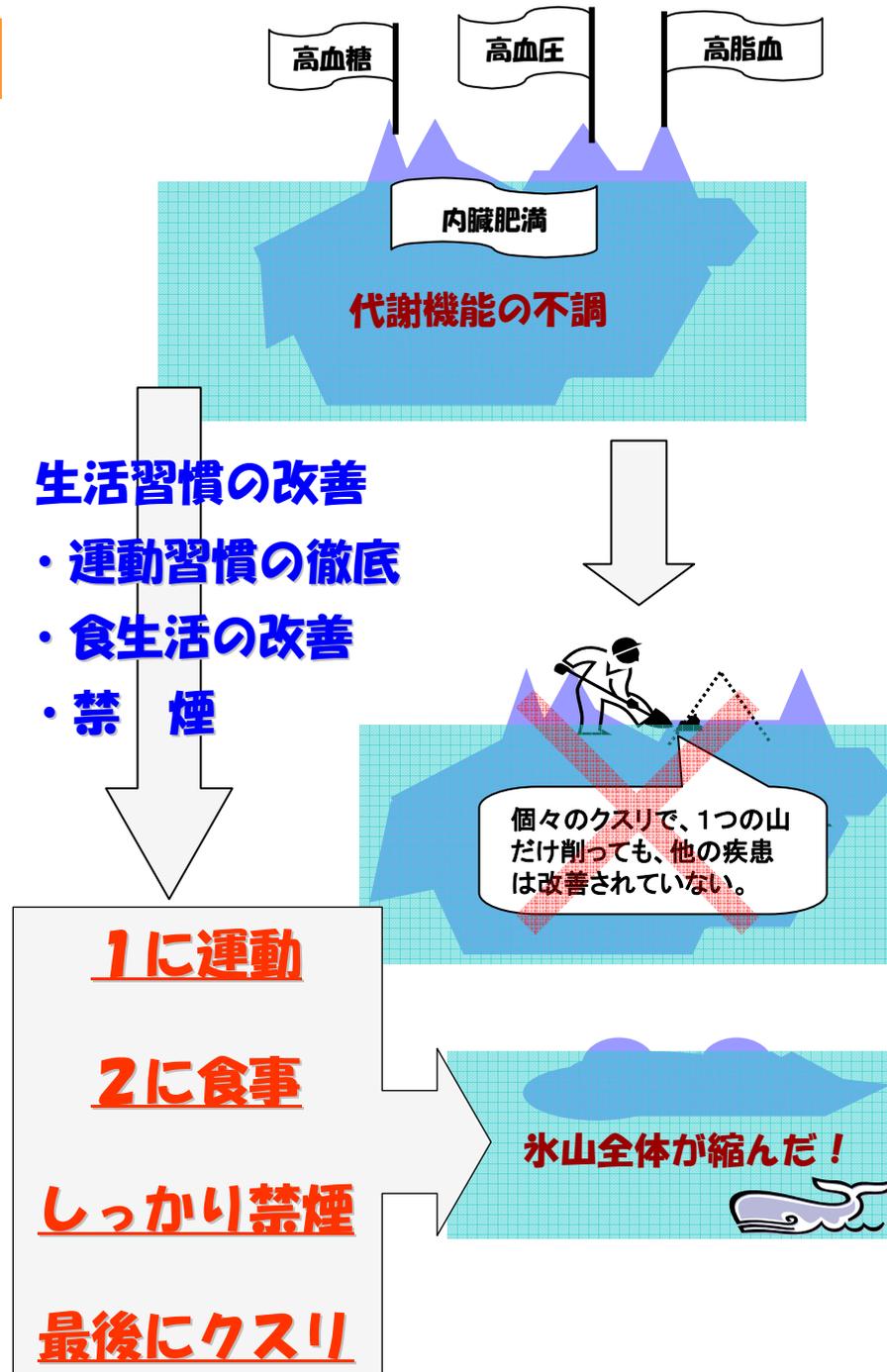
# 生活習慣病の発症・重症化予防

- 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

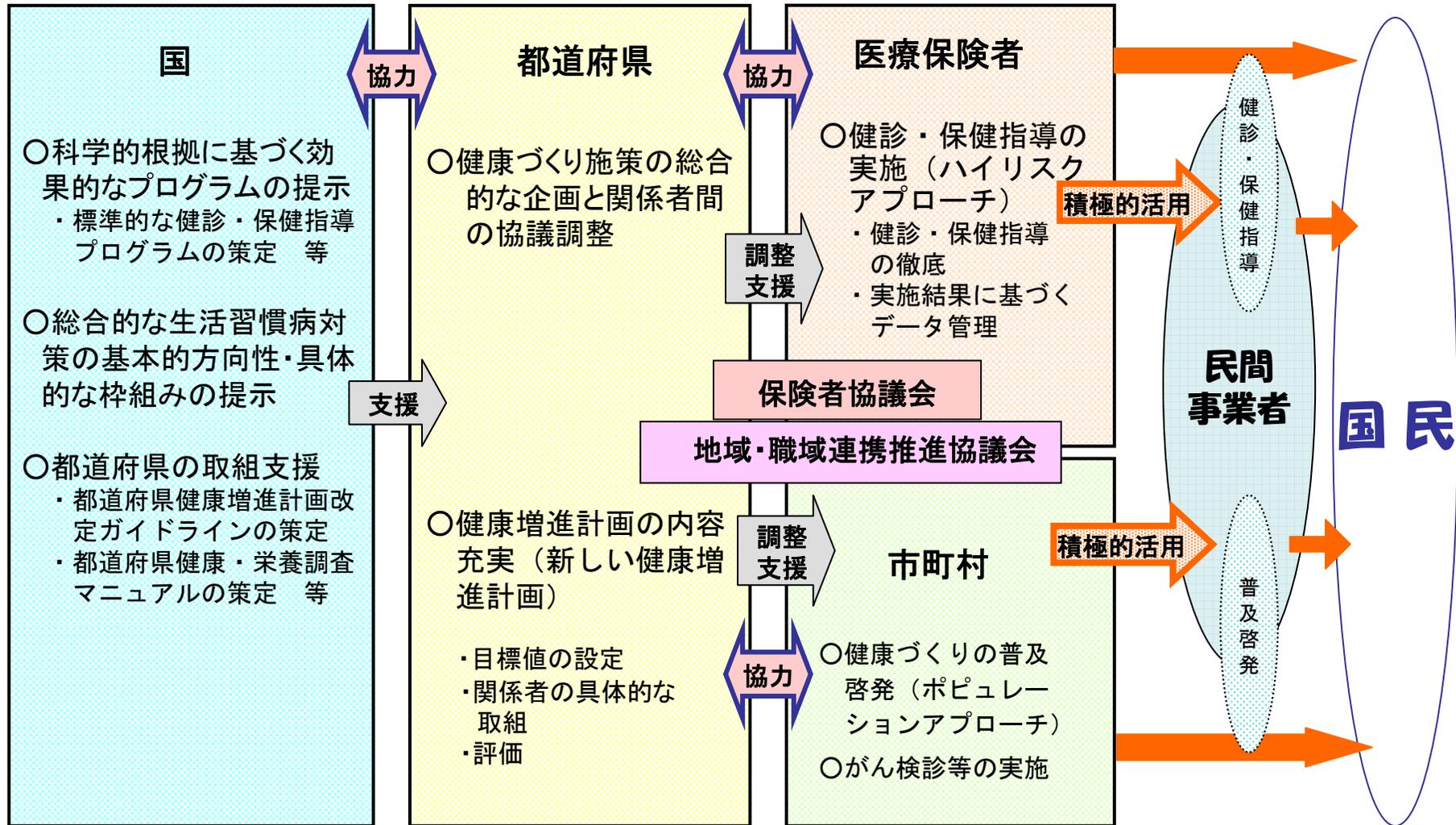


## 生活習慣の改善

- ・運動習慣の徹底
- ・食生活の改善
- ・禁煙



# 生活習慣病対策の推進体制の構築



# 健やか生活習慣国民運動推進会議（仮称）の設置について

## 1 趣 旨

生活習慣病は、今や健康長寿の最大の障害要因となるだけでなく、国民医療費にも大きな影響を与えている。

その多くは、不健全な生活の積み重ねによって内臓脂肪型肥満となり、これが原因となって引き起こされるものであるが、これは、個人が日常生活の中での適度な運動、バランスのとれた食生活、禁煙を実践することによって、予防をすることができるものである。

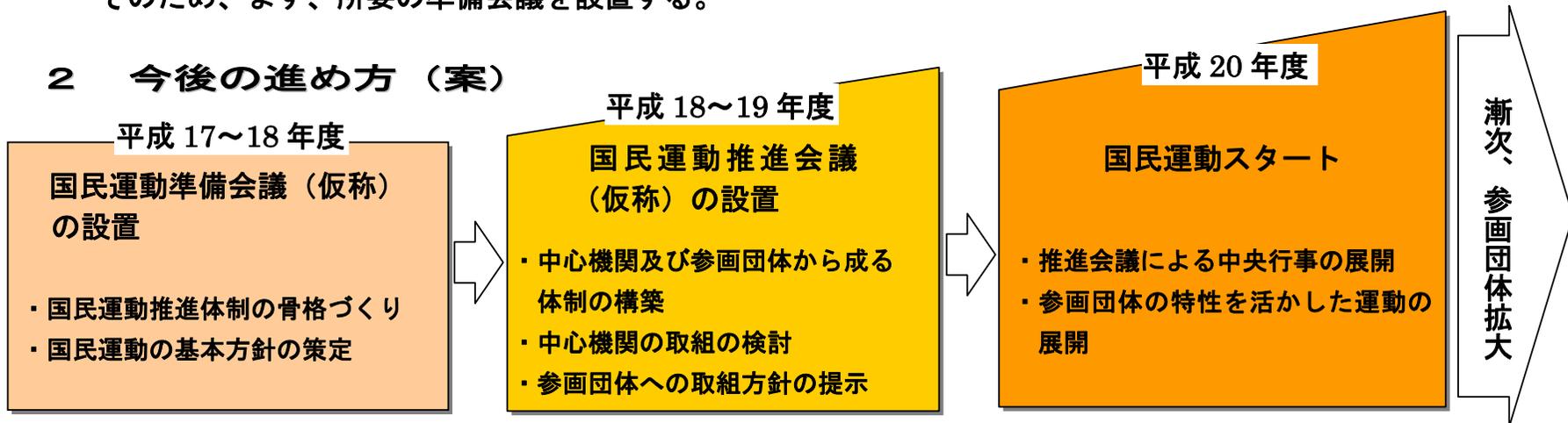
また、こうしたよい生活習慣の積み重ねは高齢期においても、できる限り元気に過ごすという「介護予防」にもつながるものであり、運動器の機能向上や低栄養状態の改善などを通じた生活機能の維持・向上にも資するものである。

このため、今後は運動習慣の定着、食生活の改善、そして禁煙を柱とする「生活習慣病予防」及び「介護予防」の取組が、食育とも連携しながら地域及び職域等において活発に展開されることにより、健やかな生活習慣は気持ちがいいことを一人一人が実感し、国民の生活文化として定着することを目指す国民運動を展開していく必要がある。

そこで、各界各層の幅広い理解と協力を得ながら、“健やか生活習慣国民運動”を展開していくための方策を検討するため、広く関係者の参画を得て、健やか生活習慣国民運動推進会議（仮称）を設置する。

そのため、まず、所要の準備会議を設置する。

## 2 今後の進め方（案）



## 生活習慣病に関する健診・保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診
特徴	プロセス重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化および将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	実施回数や参加人数(アウトプット評価)		糖尿病等の患者・予備群の25%減少(アウトカム評価)
実施主体	市町村		医療保険者

# 老人保健法の改正について

— 生活習慣病の予防健診を充実、他の各種健診や保健事業も引き続き漏れなく実施 —

<現行>

老人保健法

高齢者に対する医療給付

〔老人拠出金制度等〕

市町村による健診等の  
保健事業

↑  
公費による助成

老人保健法の  
目的や趣旨を  
踏襲しつつ、  
それを発展させ  
るものとして、  
「高齢者の医療  
の確保に関する  
法律」へと改正

<改正後(平成20年度より)>

高齢者の医療の確保に関する法律

高齢者に対する医療給付

〔後期高齢者医療制度  
前期高齢者医療財政調整〕  
医療費適正化の推進

市町村等医療保険者による生活  
習慣病健診・保健指導の義務化  
※健保被扶養者も対象  
↑  
公費による助成

国民の健康増進に関する  
基本方針等の作成

市町村による生活習慣相  
談等の実施

健康増進法等

現在実施されて  
いる各種事業を  
健康増進法等に  
より漏れなく継続  
して実施

法的に連携を担保

国民の健康増進に関する  
基本方針等の作成

市町村による生活習慣相  
談や生活習慣病以外の  
健診等の実施

健康増進法等

連携をとって総合的に健康増進を推進

# 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

～医療情報を十分に得られる～

## 医療情報の提供による適切な医療の選択の支援

- 都道府県による情報の集約と公表  
→ 医療機関が施設の医療機能を都道府県に届け出て都道府県がその情報を分かりやすく情報提供する仕組みを制度化する。
- 住民・患者に対し、自分の住む地域の医療機能や医療機関の連携の状況を医療計画により明示する。
- 広告できる事項を拡大する。

～安全で質の高い医療を安心して受けられる～

## 医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供

- 医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。
- 地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて切れ目のない医療を提供する。

※地域連携クリティカルパス  
急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる

➡ 転院・退院後も考慮した適切な医療提供の確保

～早期に在宅生活へ復帰できる～

## 在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上

- 介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携も図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得るよう、在宅医療の提供体制を地域において整備する。
- 医療計画において、脳卒中、糖尿病、がん等の在宅等での看取り率や在宅復帰率等について、数値目標を導入する。
- 24時間対応ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価等、在宅医療に係る診療報酬上の評価を充実する。

## 安全・安心で質の高い医療の基盤整備

文書交付等患者への適切な情報提供

医療安全対策の総合的推進

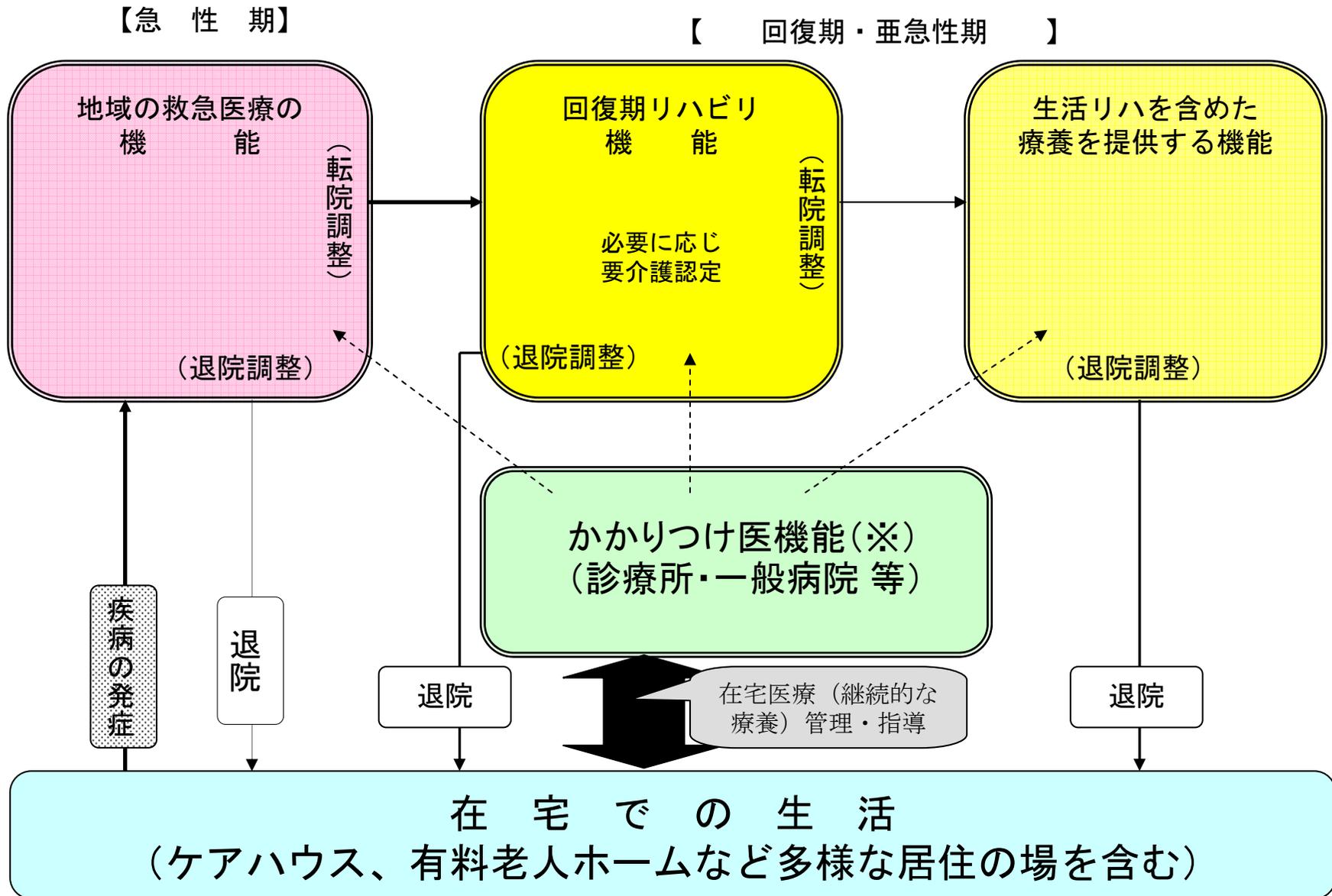
根拠に基づく医療(EBM)の推進

地域や診療科による医師偏在問題への対応

医療従事者の資質の向上

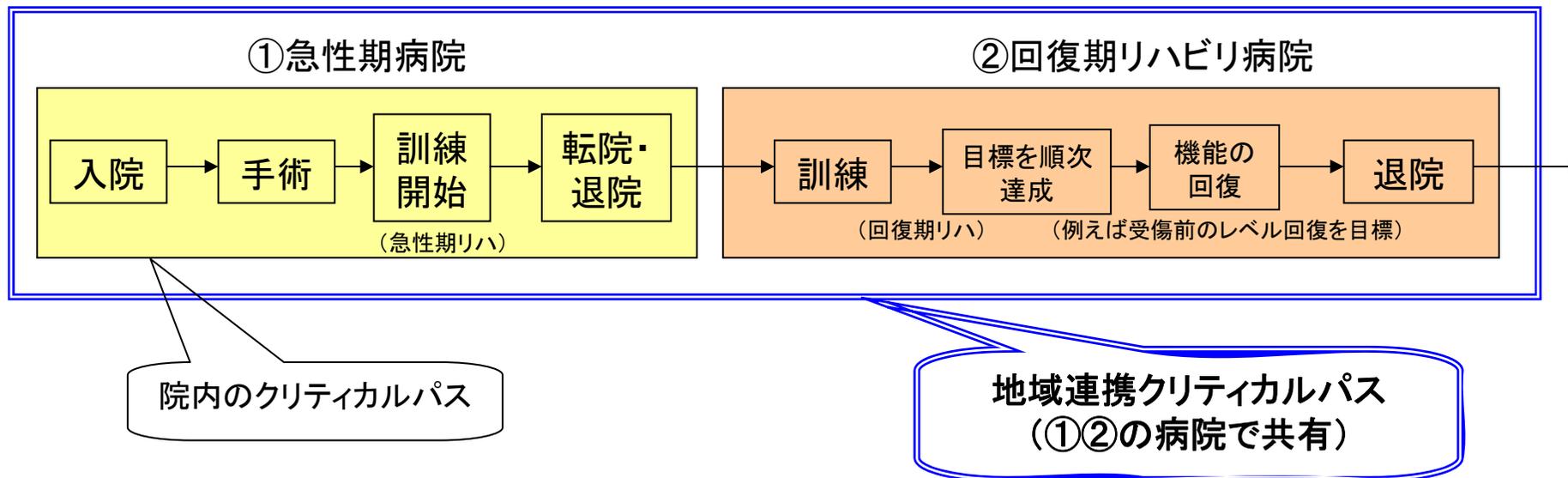
医療法人制度改革

# 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

# 地域連携クリティカルパスのイメージ



## 熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

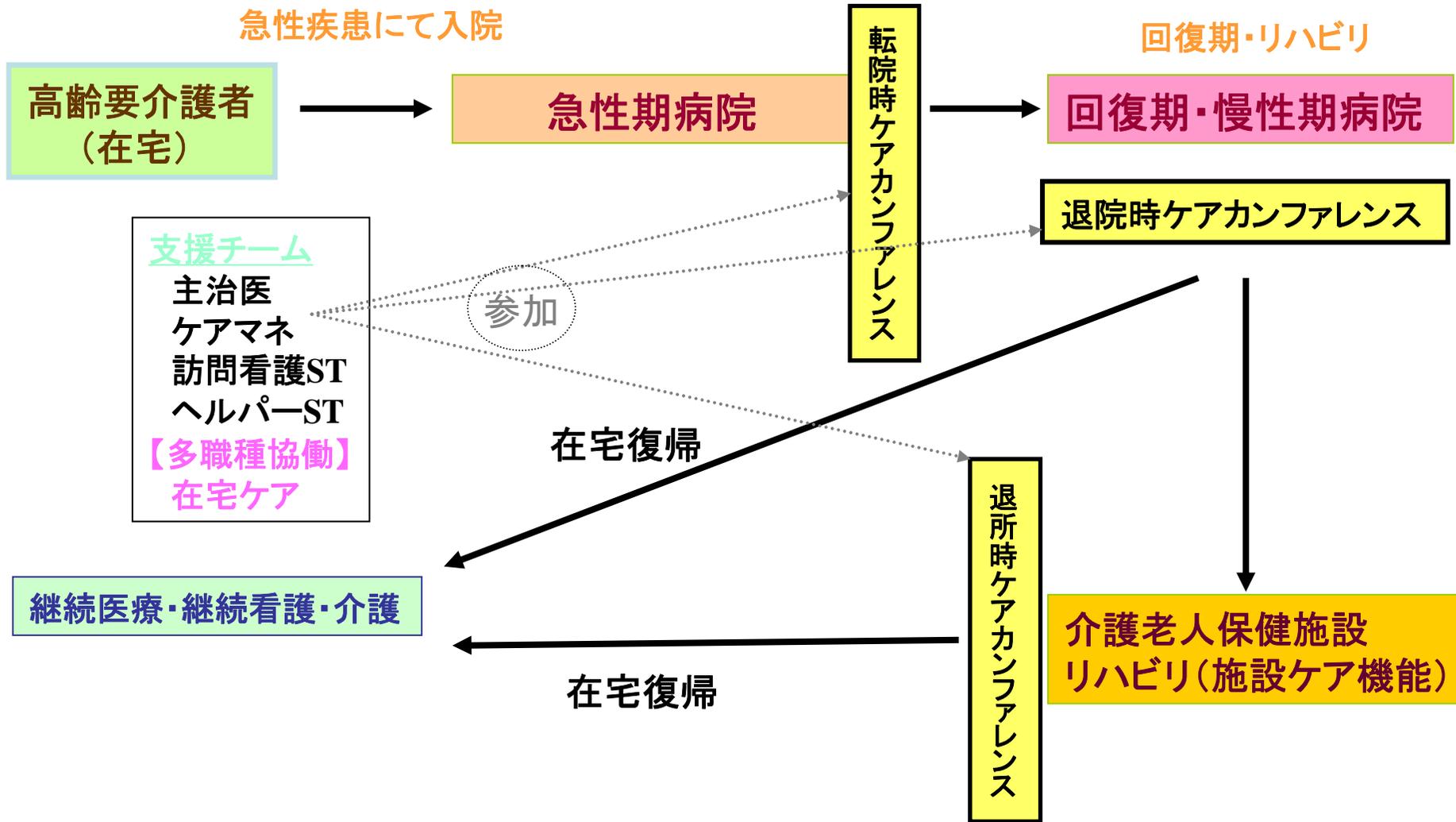
	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

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 (H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後 (H16)	53例	67.0日	約26%減

# 尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続  
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

## 医療及び医療機関に関する情報の公表

- 各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
- それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。

