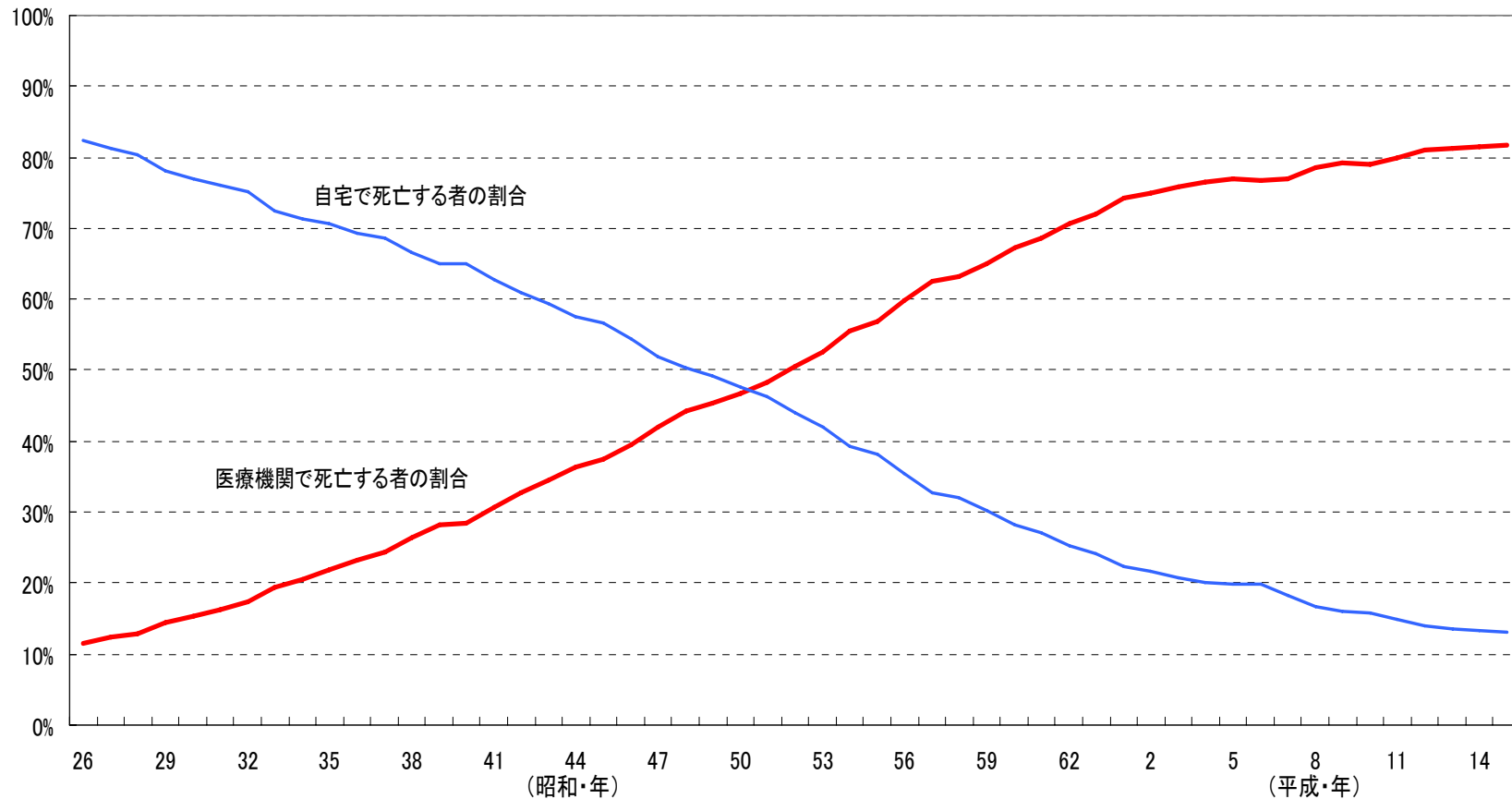


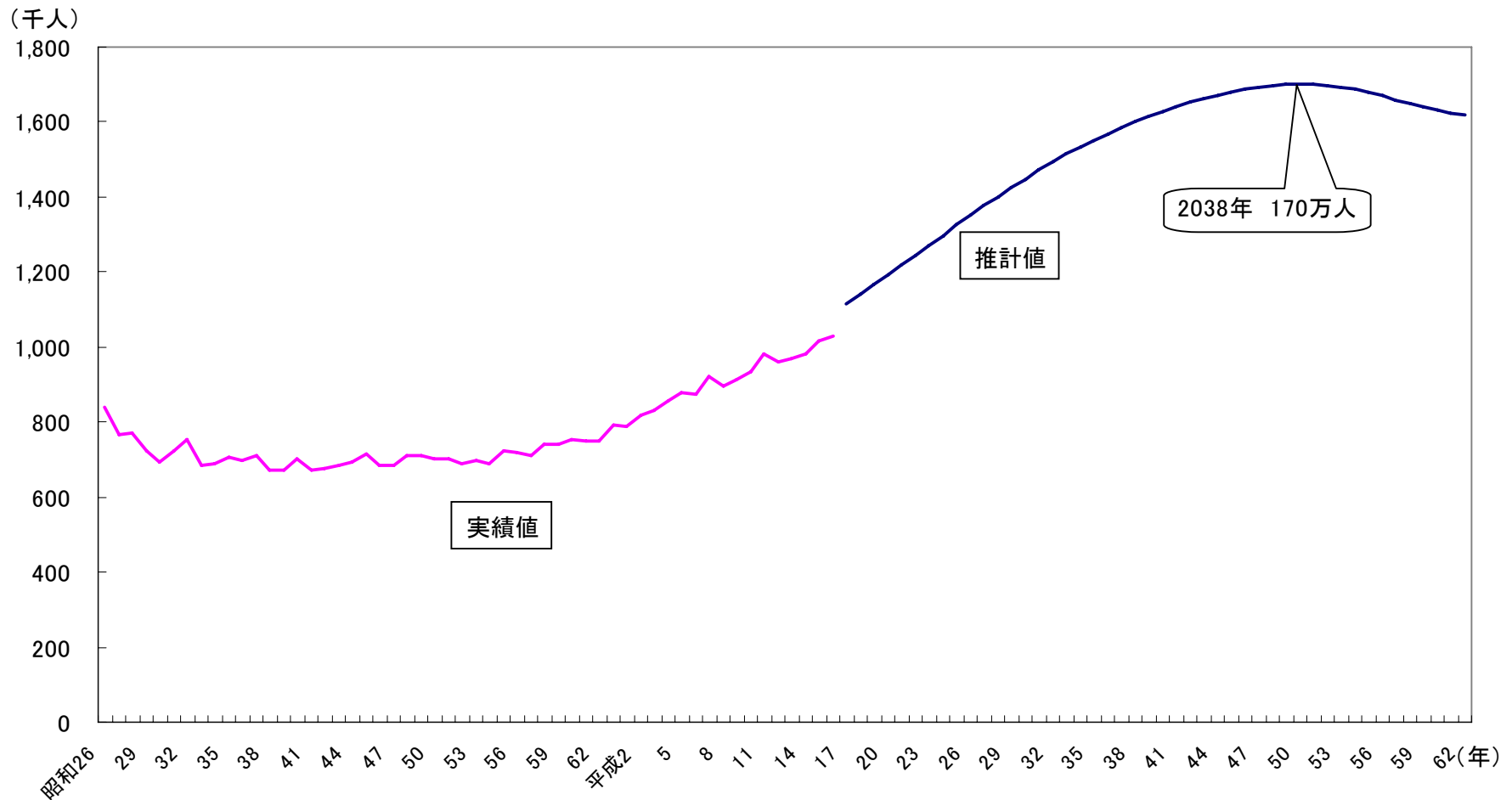
医療機関における死亡割合の年次推移

- ・ 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)

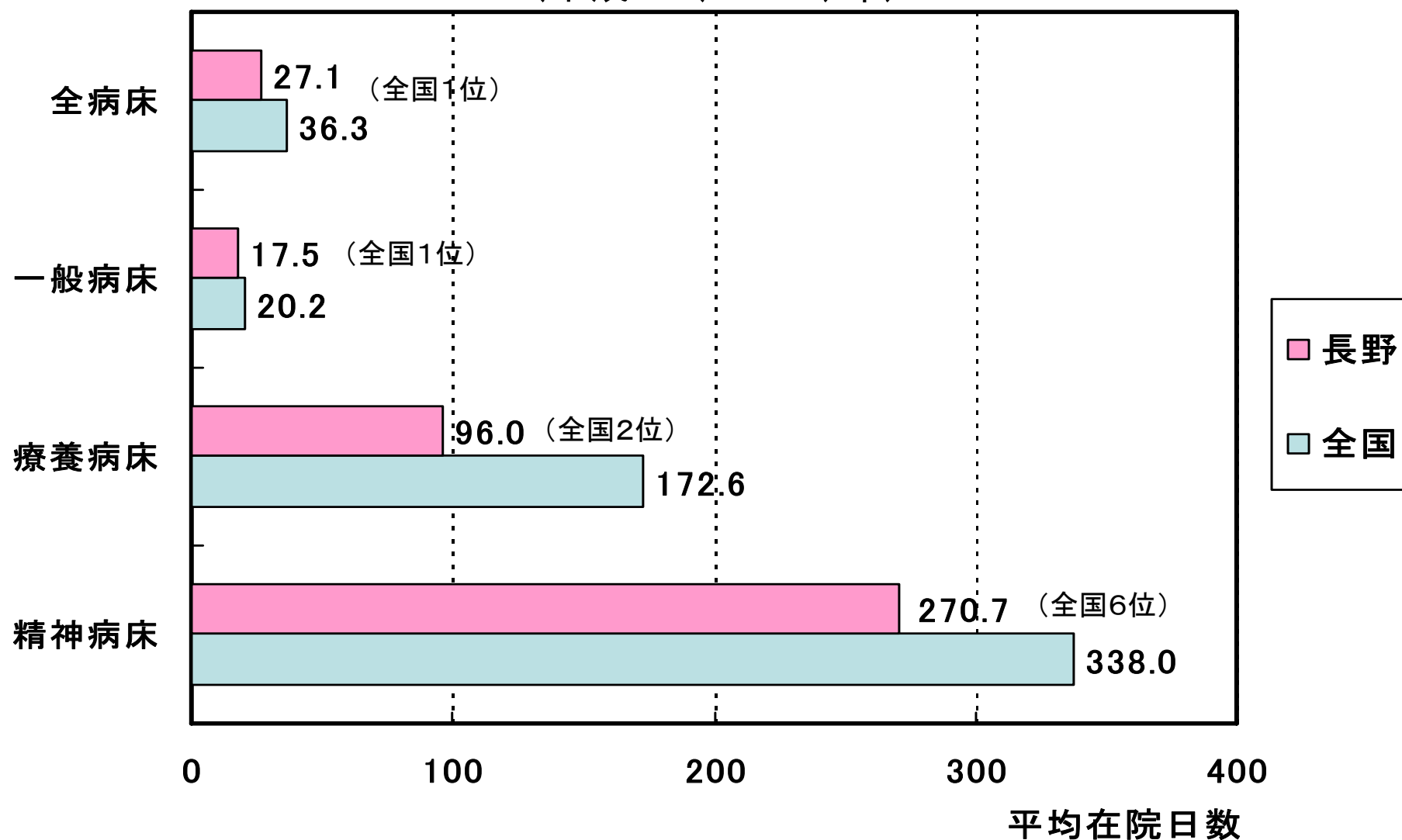
死亡数の年次推移



資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

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)

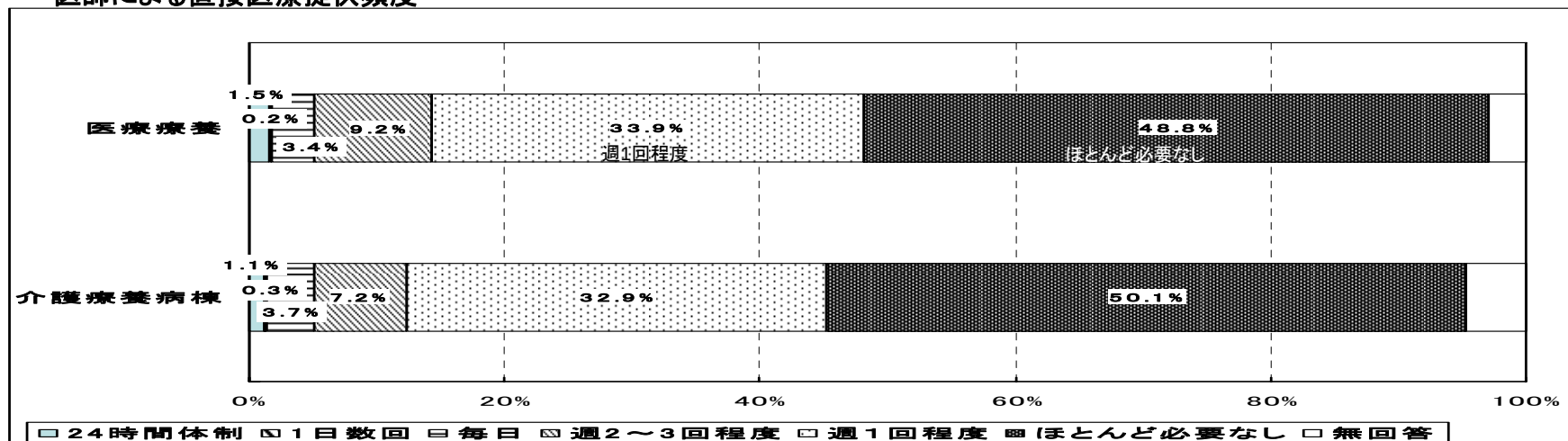


出典:平成16(2004)年病院報告

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)〕

○ 我が国の平均在院日数は国際的に見て極めて長い。特に療養病床が重要な要因の一つ。

(1) 平均在院日数(平成15年病院報告)

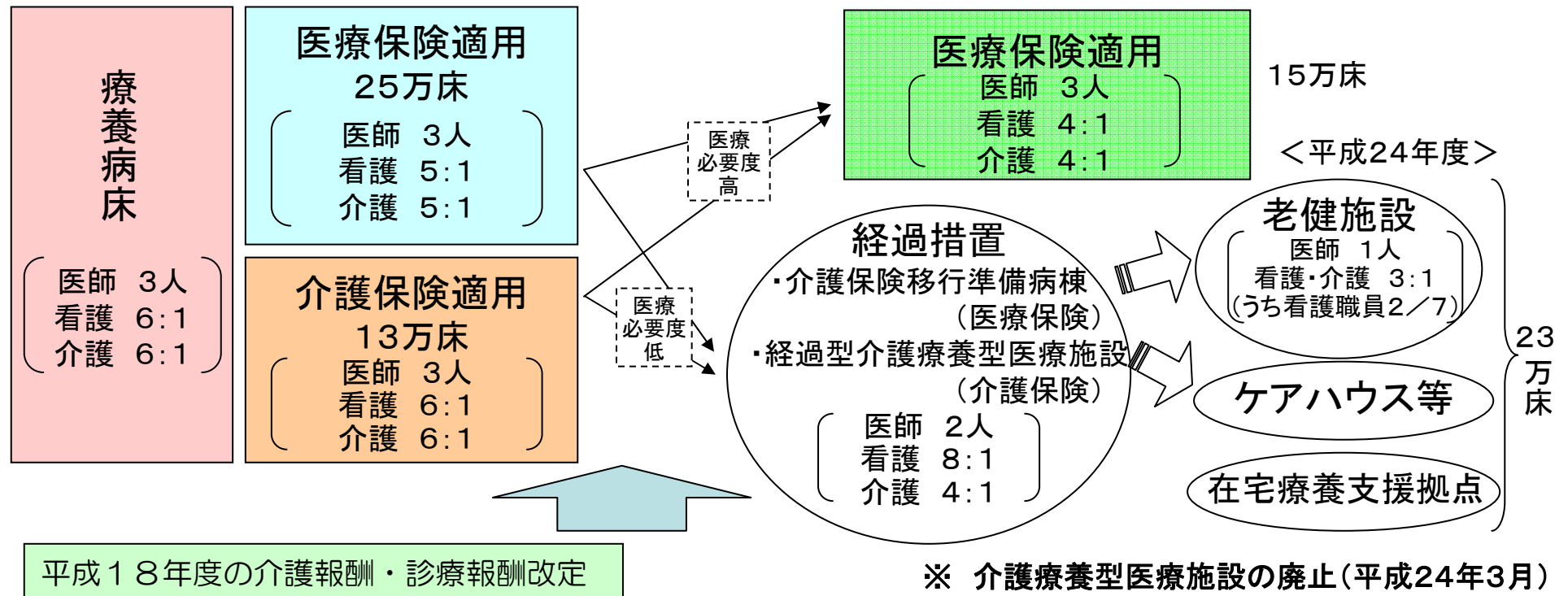
全病床	その他の病床等		
		一般病床等	療養病床等
36.4	28.3	20.7	172.3

(2) 医療提供体制の各国比較(2003年)(OECD Health Data 2005)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	36.4	10.9	13.4	7.6	6.5
人口千人当たり病床数	14.3	8.9	7.7	4.2	3.3

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、病院ではなくケアハウス等の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。



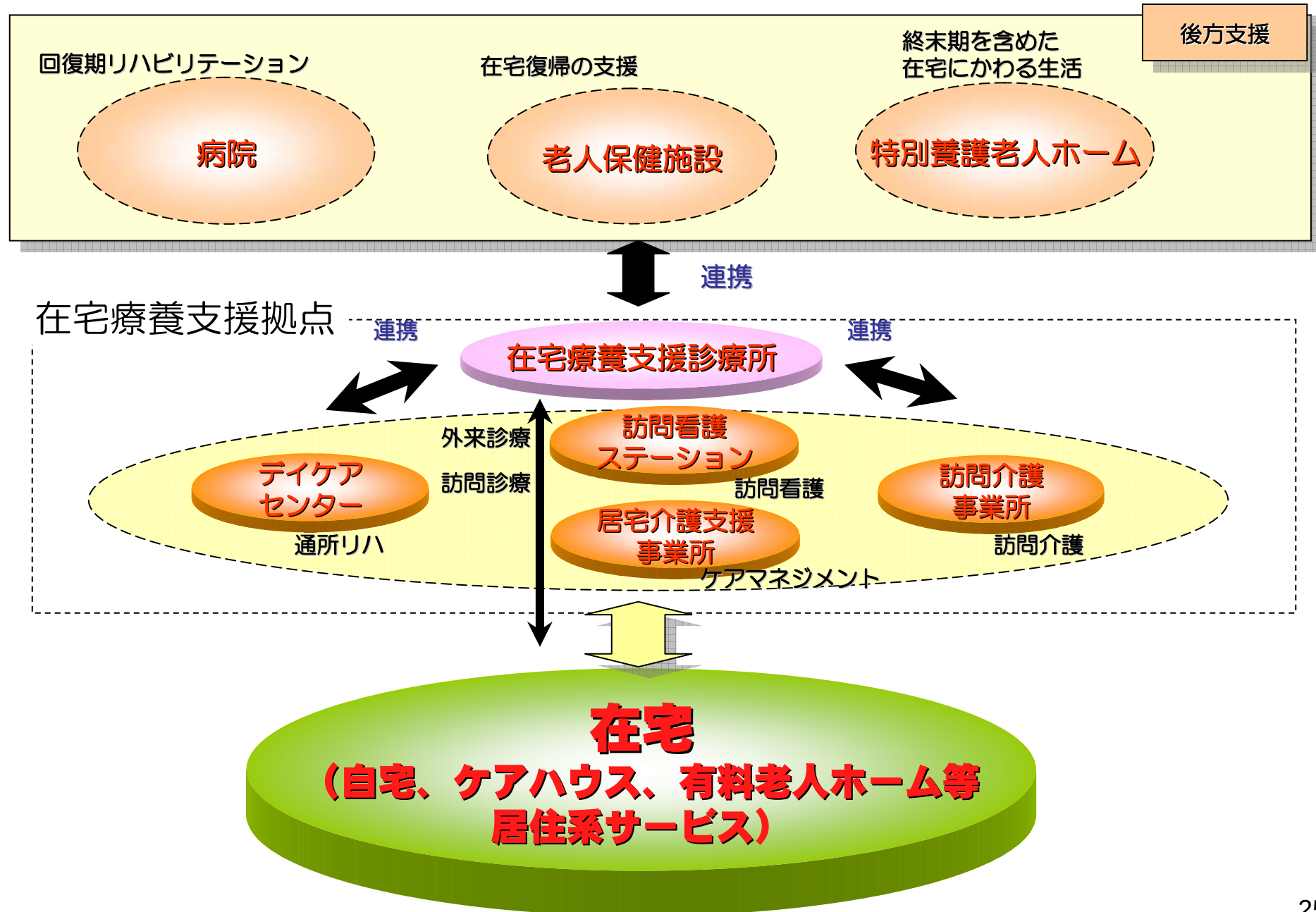
(1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設[介護報酬改定]

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

在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



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(医療療養病床が対象)

※医療療養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

※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

有料老人ホーム等

グループホーム

在宅療養支援拠点

市町村交付金による支援(介護療養病床が対象)

※介護療養型医療施設等の機能転換を促進

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

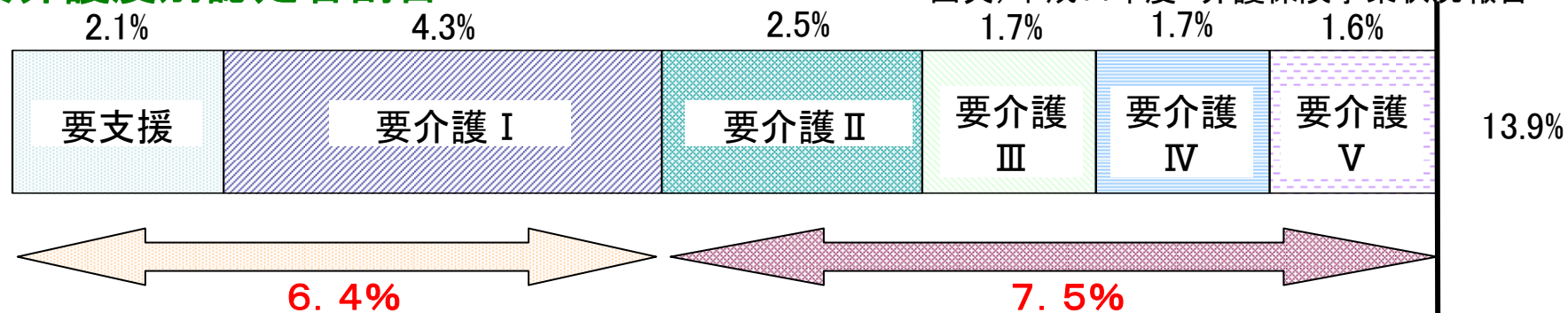
注: 既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるよう、6年間は1床当たり面積を6.4㎡(老人保健施設は8㎡)で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

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(健保法改正法の附則で措置)

65歳以上人口に占める認定者数、 各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合

出典)平成14年度 介護保険事業状況報告



○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)

日本 (2002)	※ (0.8%)	介護保険3施設 (3.2%)	4.0%
英国 (1984)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	老人ホーム (3.0%)	8.0%
スウェーデン (1990)	サービス・ハウス (5.6%)	老人ホーム (3.0%)	8.6%
デンマーク (1989)	サービス付高齢者住宅・ 高齢者住宅(3.7%)	老人ホーム(プライエム) (5.0%)	8.7%
米国 (1992)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	ナーシング・ホーム (5.0%)	10.0%

※シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム
出典)「世界の高齢者住宅」園田真理子氏(日本建築センター)

介護が付いている住まいの一般化

- 特定施設の対象を、現行の有料老人ホームと軽費老人ホームに加え、高齢者向け優良賃貸住宅等の一定の要件を満たした「住まい」にまで拡大。
- このような「住まい」を特定施設の対象とする一方で、利用者保護の観点から、情報開示、登録・届出制度等により、行政が適切に関与することが必要。

現行の特定施設

有料老人ホーム
軽費老人ホーム
(ケアハウス)

+

特定施設の対象の拡大

＜次の要件を満たす住まいにまで対象を拡大＞

○住まい：

バリアフリー
住まいとしてふさわしい居住水準
住み続けの保障

○生活支援サービス：

365日24時間の安心を保障

○介護サービス：

「早めの住み替え」「要介護になってからの住み替え」それぞれの形態に対応した多様なサービス提供形態

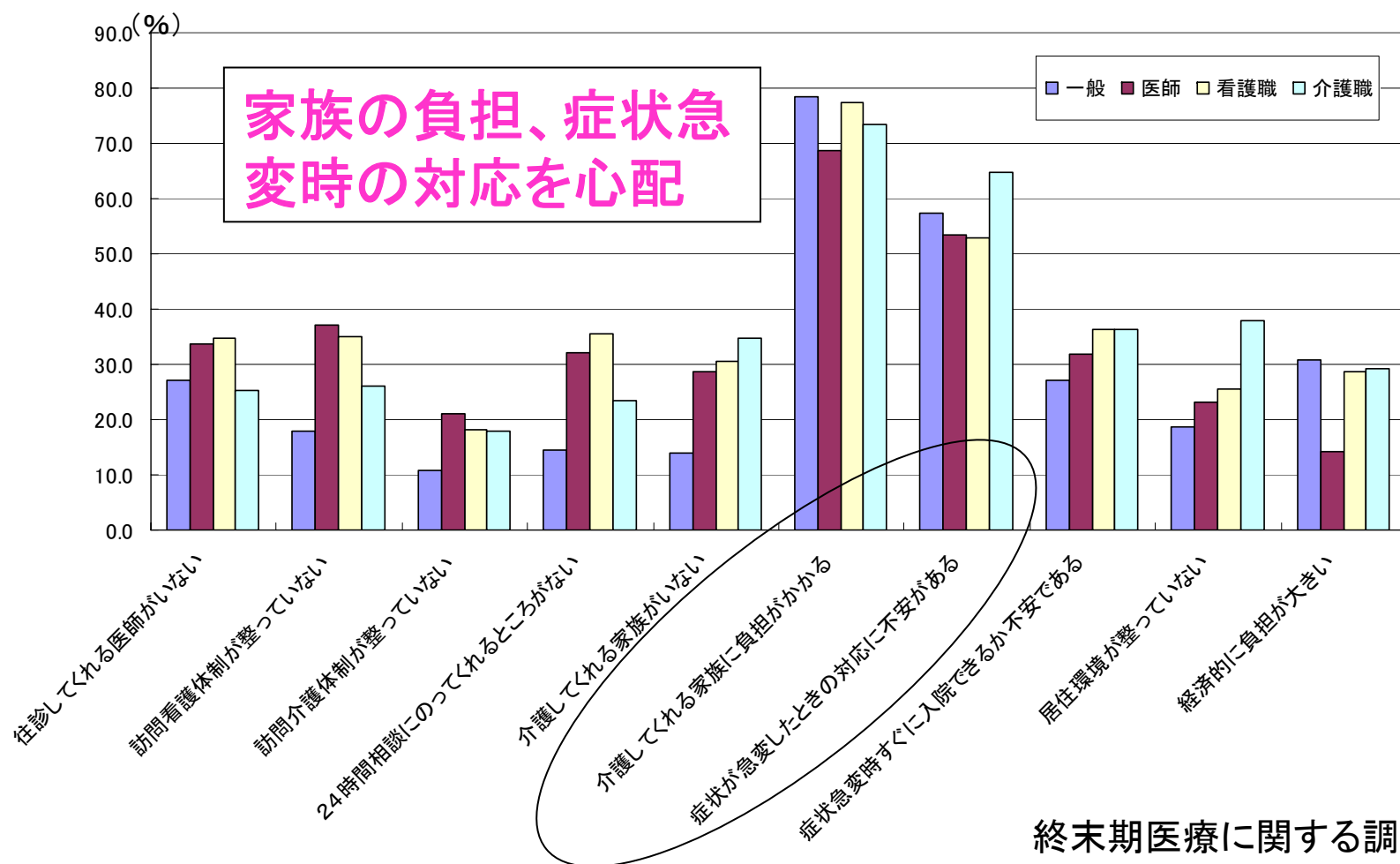
行政の適切な関与

◇ 情報開示のルール

◇ 登録・届出制度等

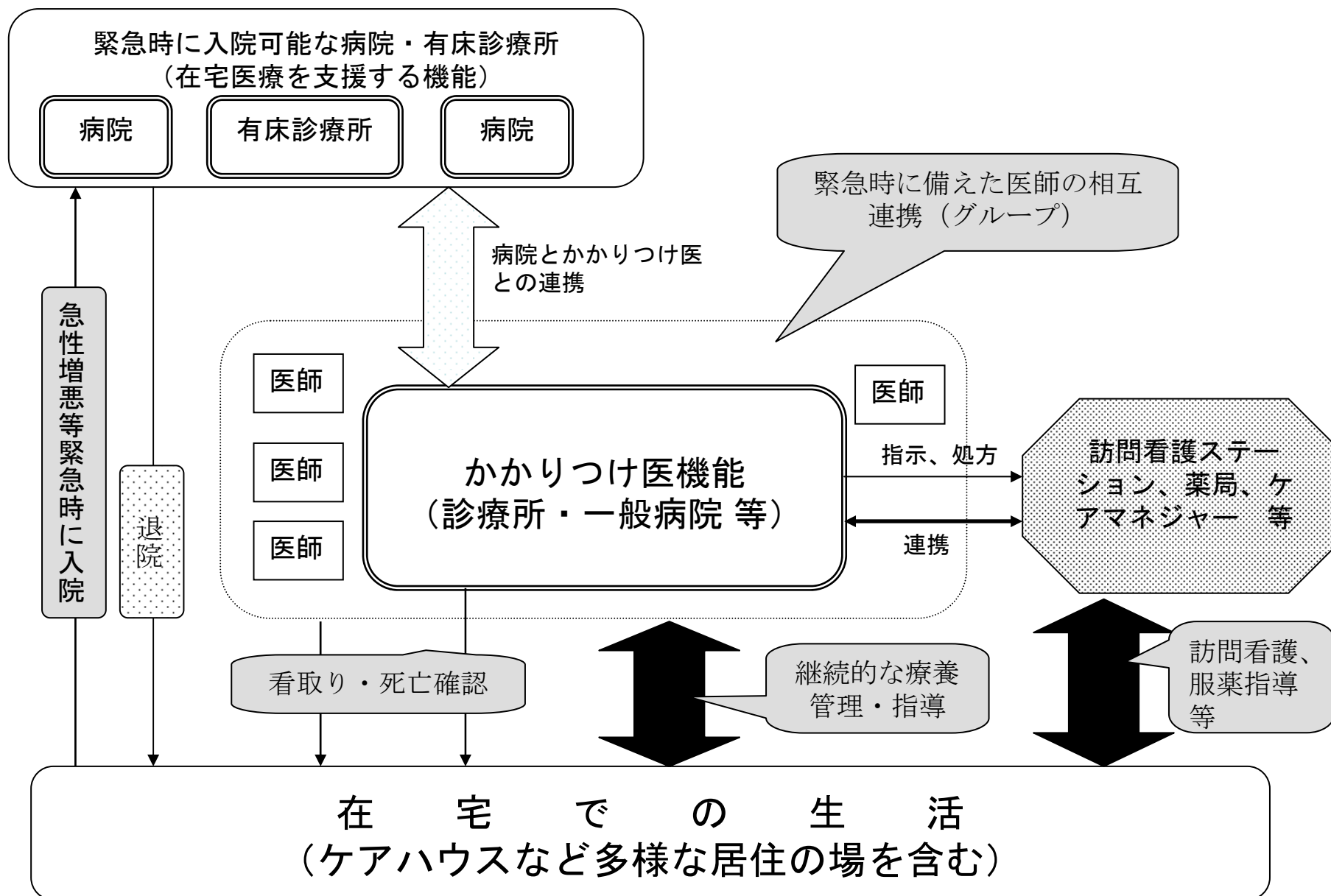
自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。

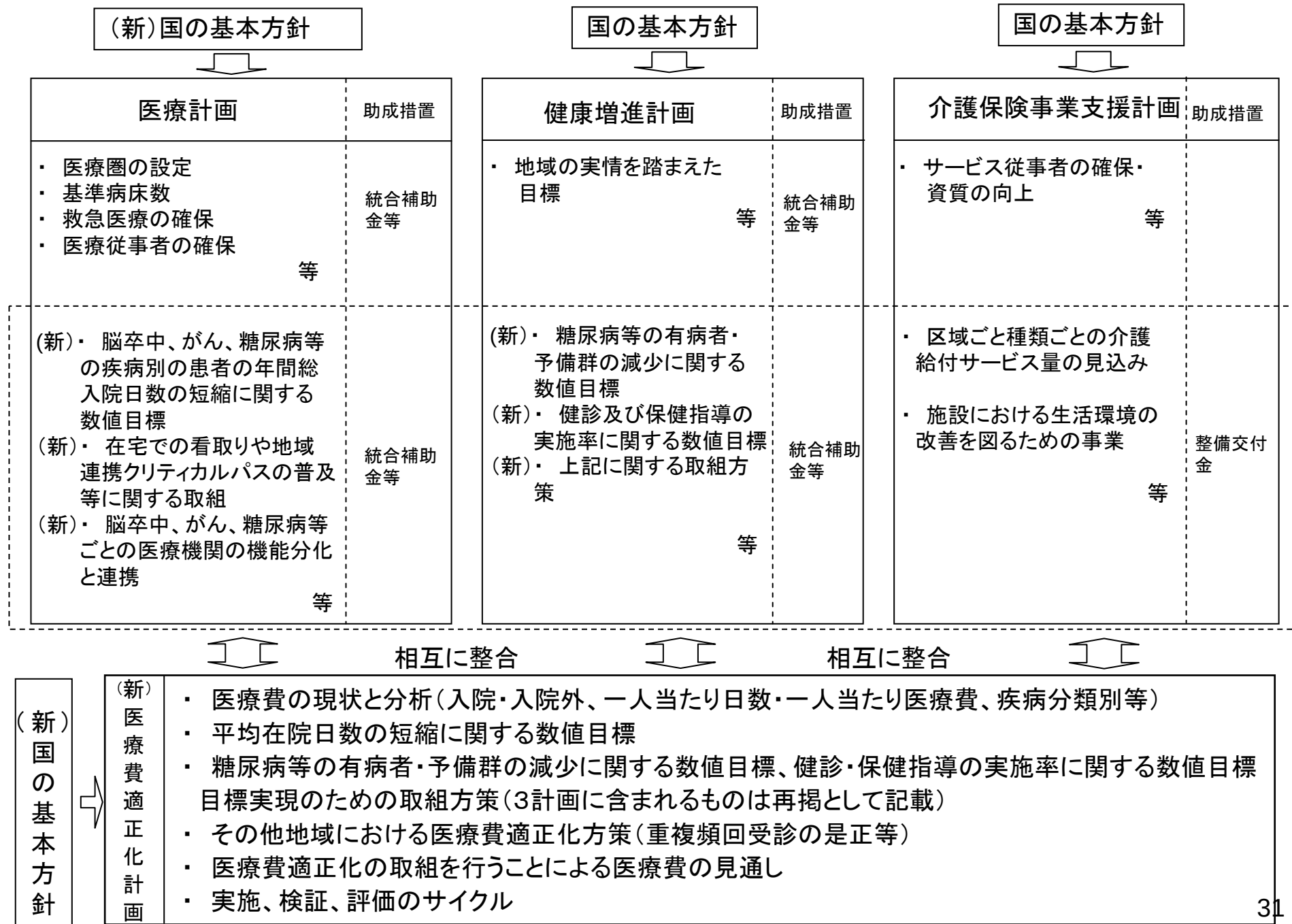


終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16)より

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



3計画と医療費適正化計画との関係



医療費適正化計画の骨格

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)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

- 医療費適正化基本方針・全国医療費適正化計画の作成
- 都道府県における事業実施への支援
 - ・ 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
- 政策目標を実現した場合の医療費の見通し
- 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)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施
 - (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
- 政策目標を実現した場合の医療費の見通し
- 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(※)
- 都道府県と協議の上、適切な医療を効率的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

- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)

- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

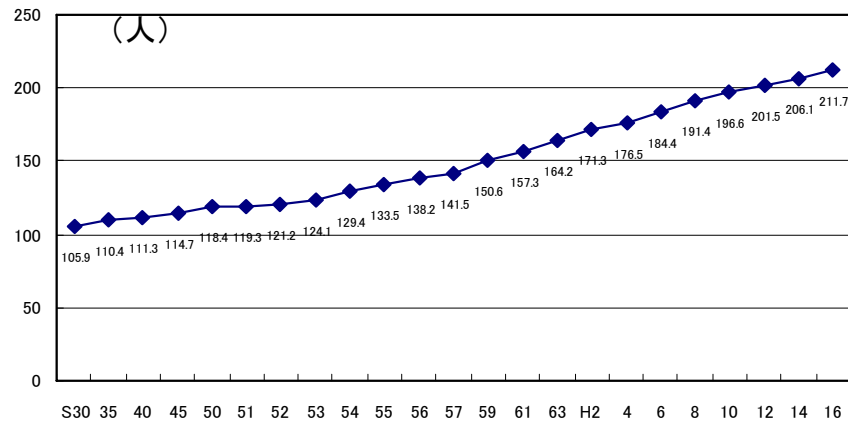
保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

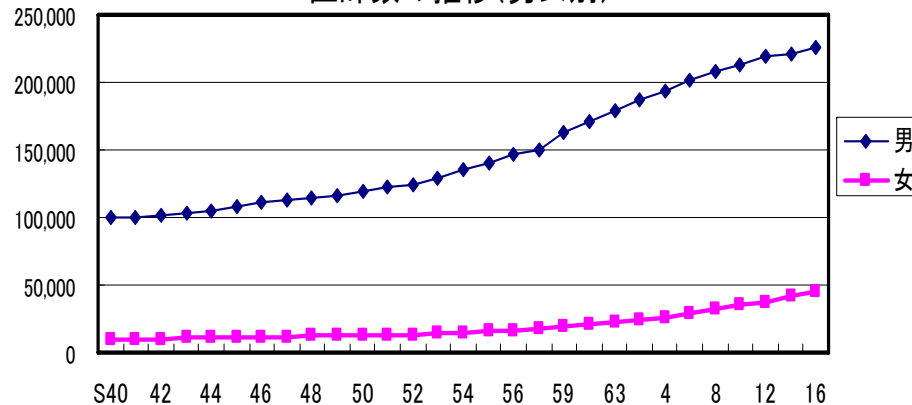
- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

医師数全体は増加している中で、女性医師比率の高まり等とあいまって、産科、小児科の医師数は減少又は低い伸びにとどまり、地域によって、特に病院勤務の医師の確保が困難となっている。

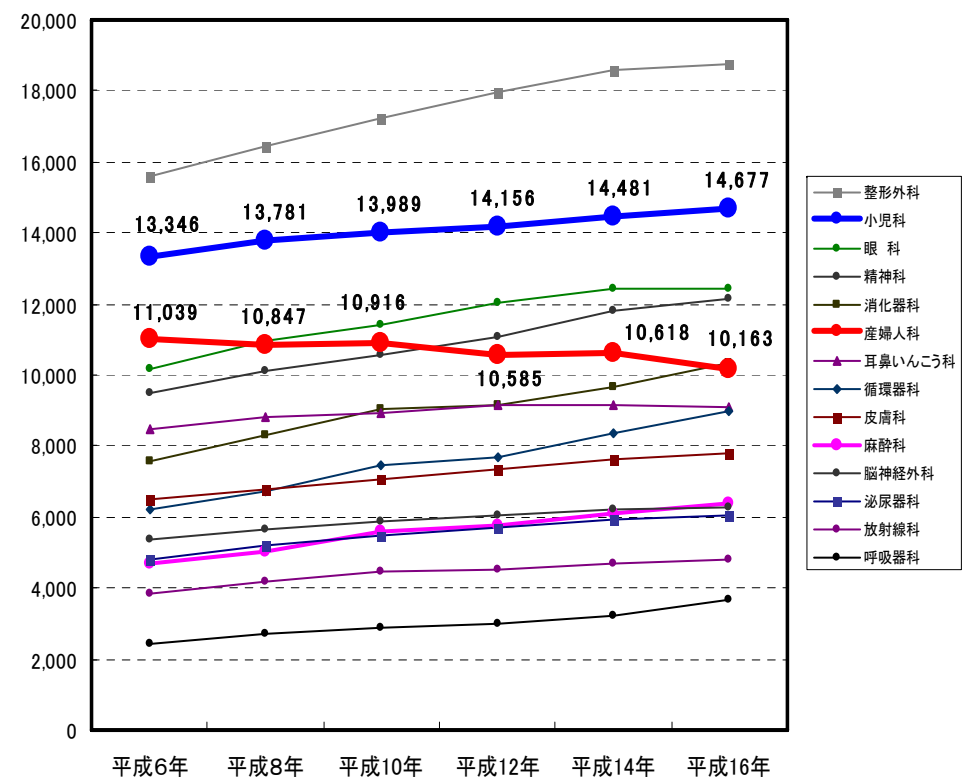
人口10万対医師数の年次推移



医師数の推移(男女別)



診療科別(主たる)医師数の年次推移



いずれも医師・歯科医師・薬剤師調査

医師確保に向けた総合的対応

～へき地等の特定地域や小児救急医療・産科医療等の特定分野での医師偏在問題への対応～

【問題の背景】

各病院に小児科医・産科医が1人ずつ配置されるなど広く薄い配置による厳しい勤務環境

病院(勤務医)への夜間・休日患者の集中

臨床研修必修化などの影響による大学医局の医師派遣等の調整機能の低下

女性医師(特に産科・小児科に多い)の増加

特に産科におけるリスクの高まりや訴訟の増加に対する懸念

➡ 病院勤務医を中心とした医師不足感の高まり

【対 応】

◇小児救急・産科の医療機能の集約化・重点化の推進

◇夜間・休日等の小児救急医療を行う病院に対する運営費補助金の増額(H18)

◇医療計画制度の見直し等を通じた地域における医療の連携体制の構築

◇小児救急電話相談事業(「#8000」)や輪番制・かかりつけ小児科医の普及等による開業医による軽症患者の受け止め

◇都道府県と地域の医療関係者(大学医局・大学病院等)との協議の場を制度化:医師派遣など実効性ある医師確保策を検討・実施

◇子育て期の女性医師の就労支援等のため「女性医師バンク(仮称)」の設立(H18)

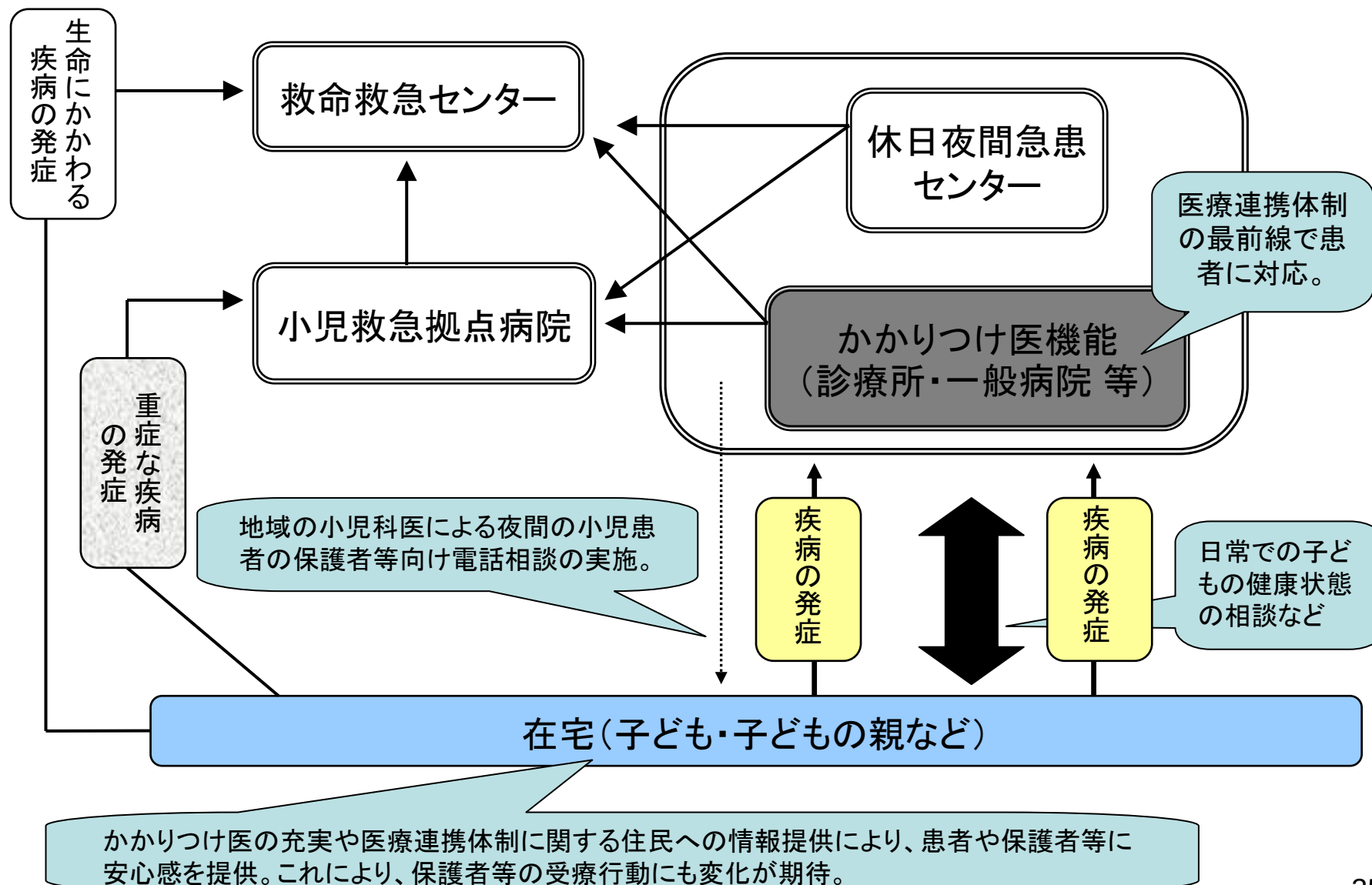
◇「診療行為に関連した死亡」を対象に中立的に原因究明を行うモデル事業(H17～) ➡ 死因究明制度等の制度化の検討

◇H18改定における重点的評価 【診療報酬】

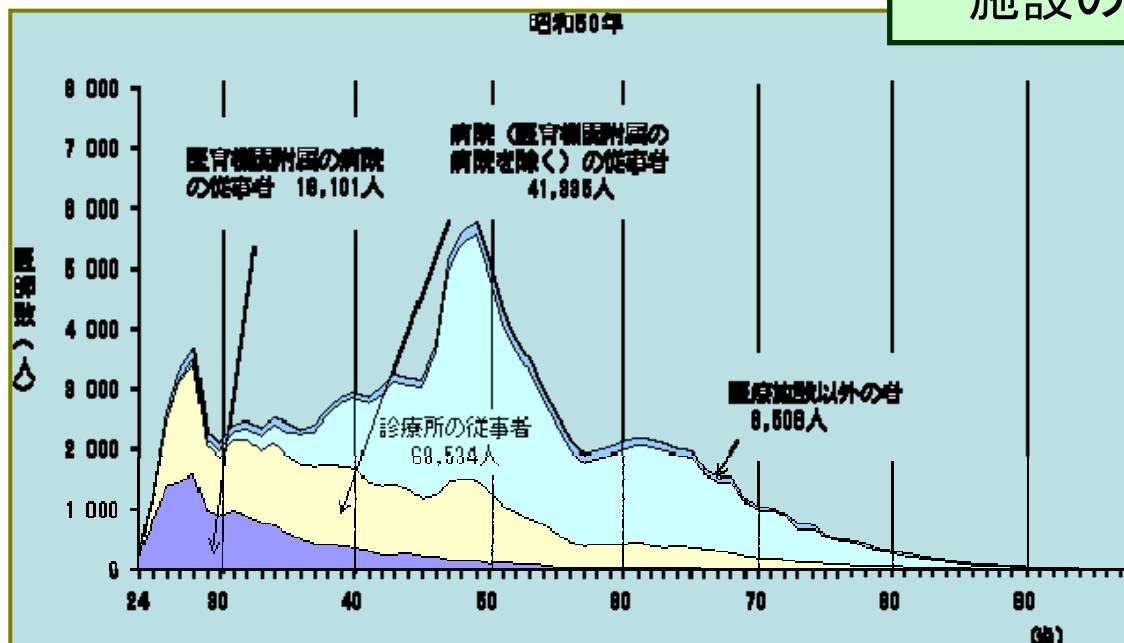
- ① 小児医療に係る地域の中核的な病院
- ② 深夜の小児救急医療
- ③ 産科医療におけるハイリスク分娩

➡ 制度・予算・診療報酬など総合的対策を実施

医療連携体制のイメージ(「小児救急」の場合)

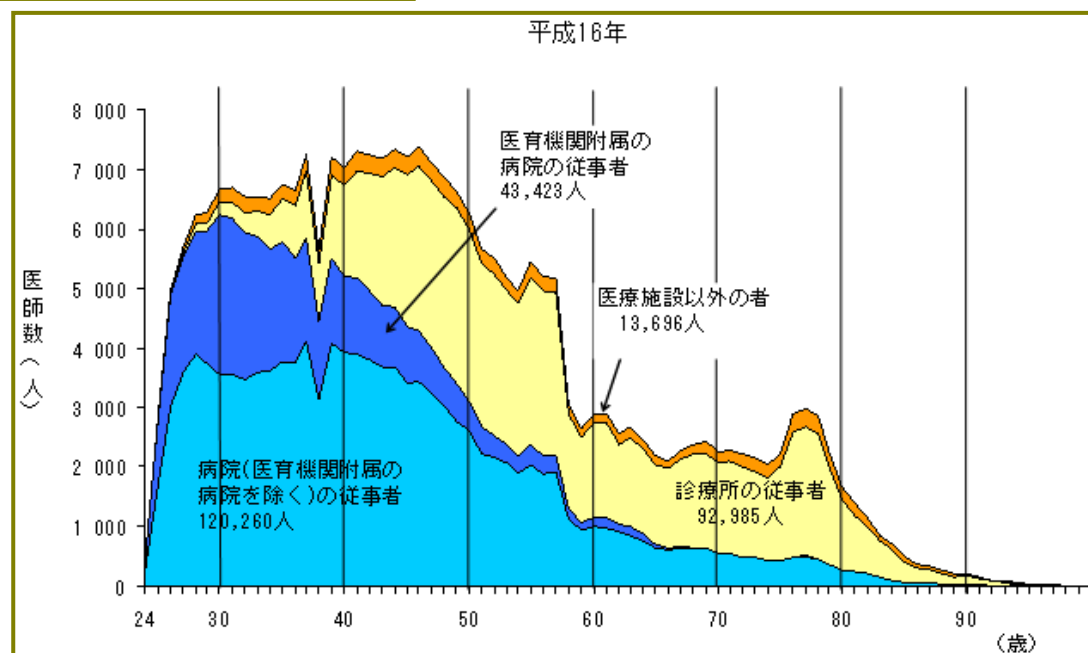


施設の種別にみた医師数(年齢別)



昭和50年

平成16年

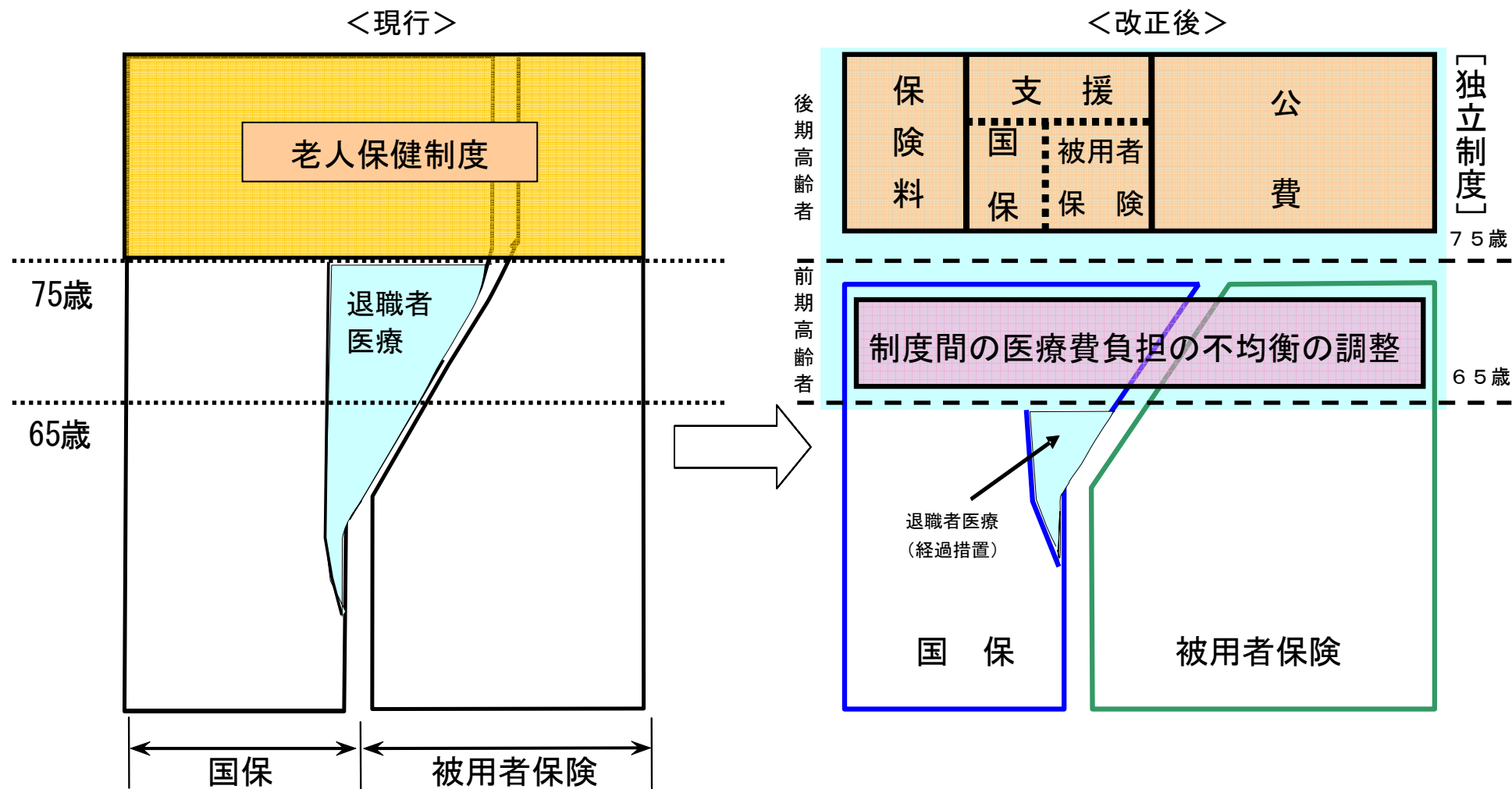


※ 医師・歯科医師・薬剤師調査

保険給付の内容・範囲の見直し等

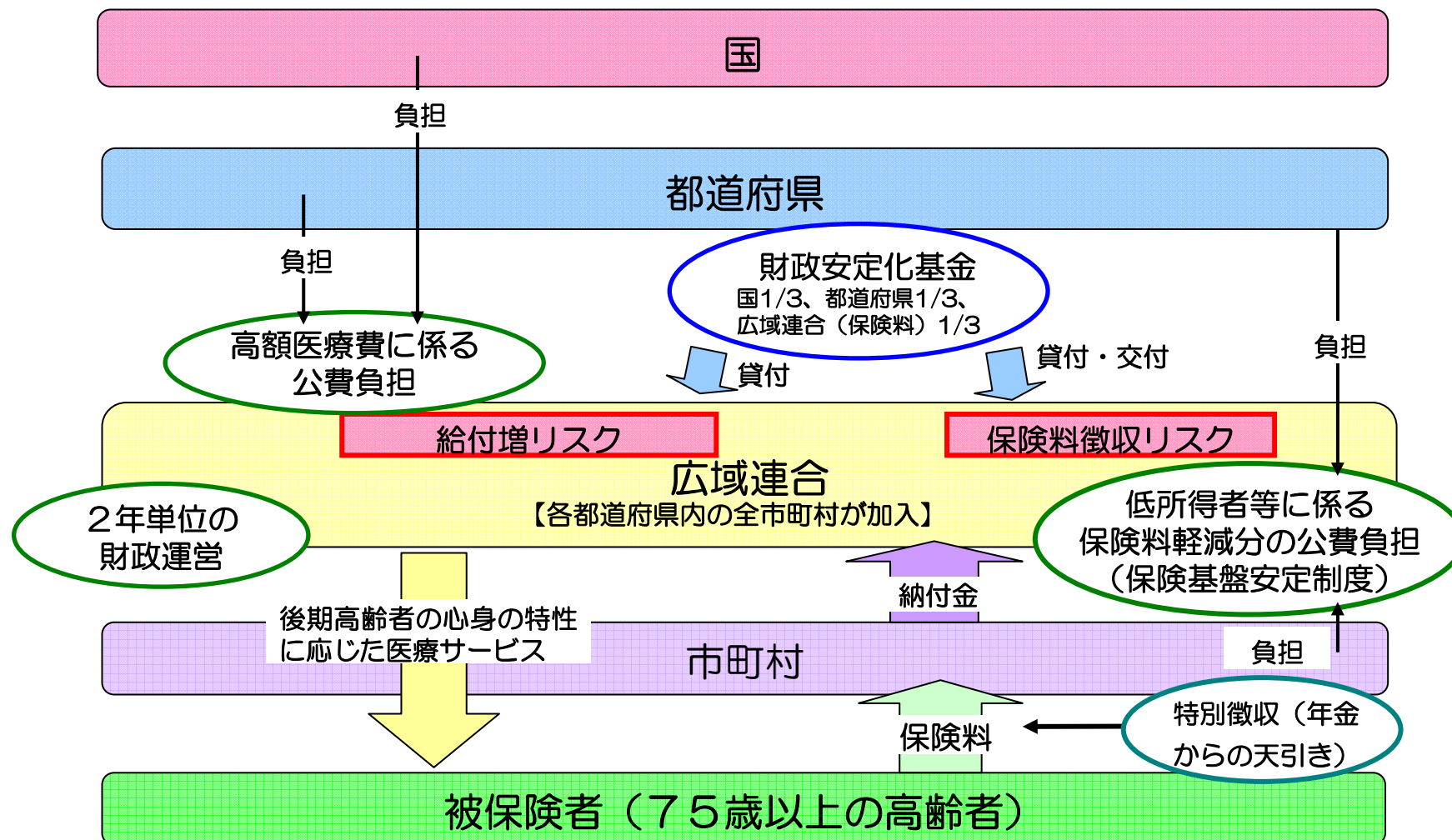
- 高齢者の患者負担の見直し(現行:70歳未満3割、70歳以上1割(ただし、現役並み所得者2割))
 - ・ 現役並み所得の70歳以上の者は3割負担 (平成18年10月～)
 - ・ 新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直し (平成20年4月～)
70～74歳 2割負担、75歳以上 1割負担(現行どおり)
- 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ (平成18年10月～)
- 高額療養費の自己負担限度額の引上げ
高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引上げ (平成18年10月～)
併せて、高齢者医療制度の創設に伴い見直し (平成20年4月～)
- 現金給付の見直し
 - ・ 出産育児一時金の見直し(30万円→35万円) (平成18年10月～)
 - ・ 傷病手当金及び出産手当金の支給水準の引上げ・支給範囲の見直し (平成19年4月～)
 - ・ 被用者保険の埋葬料の定額化(5万円) (平成18年10月～)
- 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 (平成20年4月～)
高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大
- 高額医療・高額介護合算制度の創設 (平成20年4月～)
- 保険料賦課の見直し
 - ・ 標準報酬月額の上下限の範囲の拡大 (平成19年4月～)
 - ・ 標準賞与の範囲の見直し (平成19年4月～)

新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)



国・都道府県による財政リスクの軽減

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。
広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組みとする。



医療費適正化のための地域における取組と保険者の再編・統合

A 県

- ・入院医療費が高い
- ・入院期間が長い
- ・病床数が多い
- ・入院受療率が高い（特に高血圧、糖尿病）

B 県

- ・入院・外来医療費ともに低い
- ・入院期間が短く、外来の受診頻度が低い
- ・病床数が少ない
- ・入院、外来とも受療率が低い（特に入院では高血圧、糖尿病、外来では糖尿病、虚血性心疾患）

C 県

- ・外来医療費が高い
- ・外来の受診頻度が高い
- ・病床数は全国平均並み
- ・外来受療率が高い（特に虚血性心疾患）

D 県

- ・入院医療費が高く、外来医療費が低い
- ・入院期間が長く、外来の受診頻度が低い
- ・病床数がやや多い
- ・入院受療率が高く（特に高血圧、糖尿病）、外来受療率が低い（特に虚血性心疾患、高血圧）

◎医療の地域特性（病床数・平均在院日数等の医療提供体制の状況、生活習慣病等の患者の受診動向等）を反映して、都道府県ごとの医療費の格差も大きい

地 域 に お け る 取 組

（都道府県単位で保険者・医療機関・地方公共団体が協力）

- ・医療の地域特性の調査・分析・評価
- ・医療費の適正化に向けた取組
 - －生活習慣病対策の推進
 - －医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮
 - －地域における高齢者の生活機能の重視（在宅医療の推進、居住系サービスの充実）

地域における保険者の連携・協力による取組

保険者の再編・統合と地域における取組への参加

【市町村国保】

- 小規模保険者の保険運営の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たす
- 保険財政の安定化と保険料の平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図る
- 国保財政基盤強化策について総合的に見直す

【政管健保】

- 国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立
- 都道府県単位の財政運営を基本とし、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定する

【健保組合】

- 同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を