

4. 医療費適正化のための取組と そのマクロ的効果の試算

医療費適正化のための取組

【長期的に効果の現れる取組】

- ・生活習慣病対策の推進

【中期的に効果の現れる取組】

- ・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

【短期的に効果の現れる取組】

- ・公的保険給付の範囲の在り方の検討等

（参考）これまで議論されてきた医療費の適正化対策

日本型参照価格制度、OTC（一般用医薬品）類似薬（ビタミン剤等）の扱いや免責制など公的保険給付の内容及び範囲の見直し、老人医療費の伸び率管理制度

(1)生活習慣病対策の推進 - 糖尿病を中心として

生活習慣病対策による医療費適正化効果

(一定の前提に基づき粗い試算を行ったもの)

○ 糖尿病の発症予防・重症化予防の対策は、心疾患、脳卒中等の対策とも共通しており、それらの対策も合わせると、生活習慣病全体の医療費について、一定の医療費適正化効果があるものと考えられる

(単位:兆円)

	平成14年度 (2002年度)	平成16年度 (2004年度)	平成27年度 (2015年度)	平成37年度 (2025年度)
国民医療費	31.1	32.1	49.2	69.0
うち生活習慣病分	7.2	7.5	12.2	18.0
(国民医療費に占める割合)	(23%)	(23%)	(25%)	(26%)
医療費適正化効果	—	—	1.6	2.8

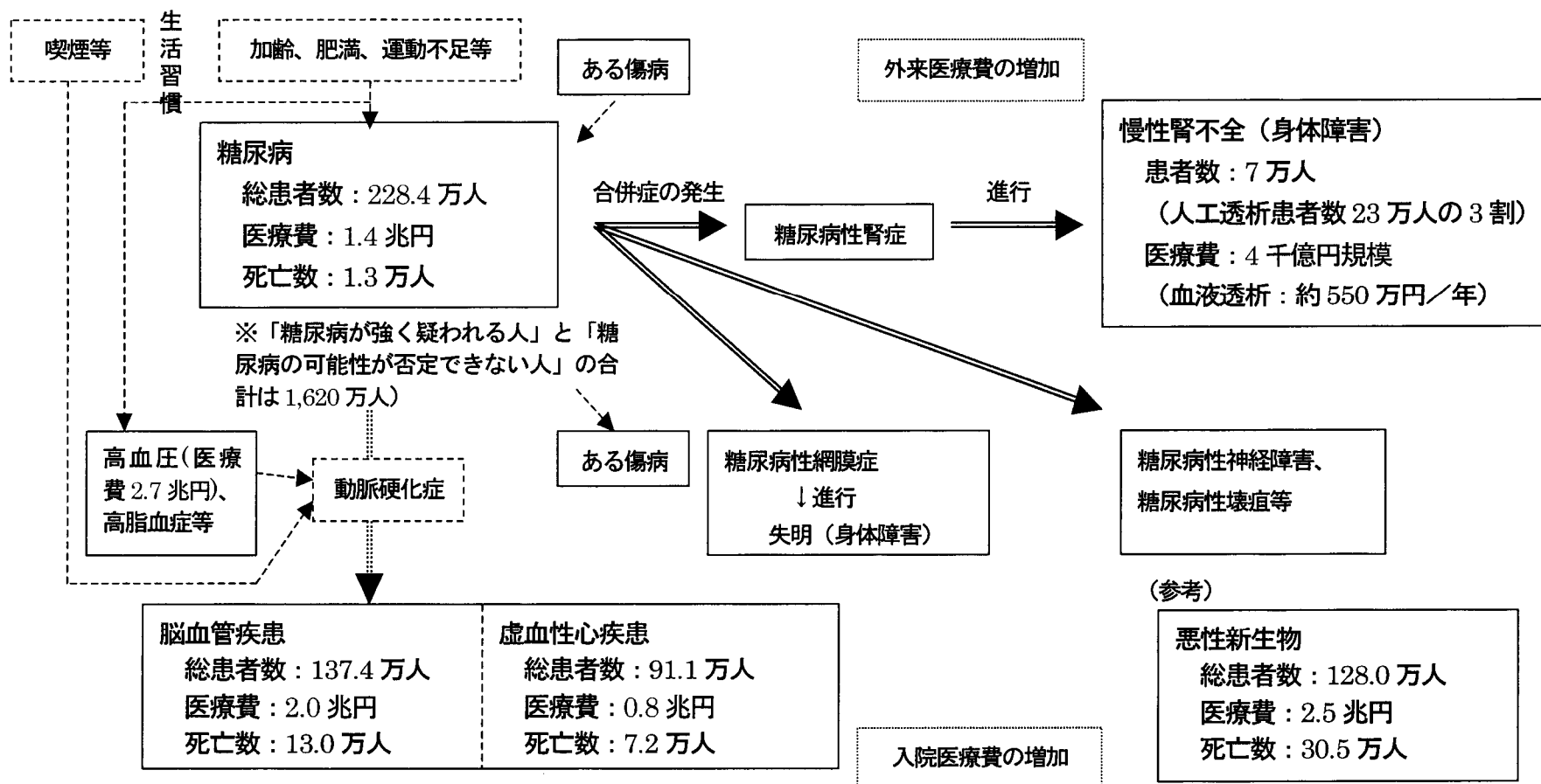
(注1) この表における生活習慣病分の医療費の範囲は、糖尿病(糖尿病性慢性腎不全含む)、脳血管疾患、虚血性心疾患、悪性新生物としている。(高血圧症、高脂血症等は含まれていない。)

(注2) 適正化効果については、健康フロンティア戦略の目標値を勘案し、糖尿病は2015年度△10%、2025年度△20%、虚血性心疾患・脳血管疾患は2015年度△25%、2025年度△25%と仮定して算定している。

(注3) 悪性新生物の適正化効果は見込んでいない。

糖尿病を中心とした生活習慣病等の進行例

○ 患者の主傷病が糖尿病であるものに、その疑いのあるものを含めると、各種の生活習慣病等に大きな影響がある。



出典：患者調査（平成 14 年）、国民医療費（平成 14 年度）、人口動態統計（平成 14 年）、糖尿病実態調査（平成 14 年）、わが国の慢性透析療法の現況（2003 年 12 月 31 日）等より

糖尿病の発症予防・重症化予防の対策のイメージ

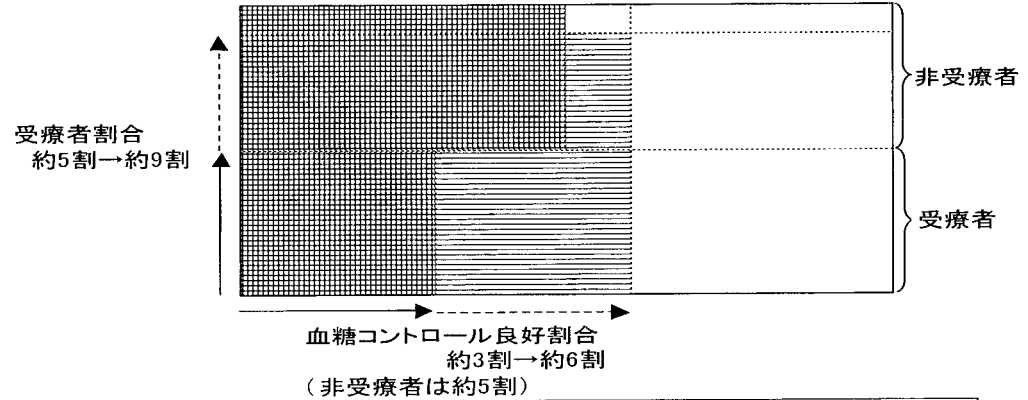
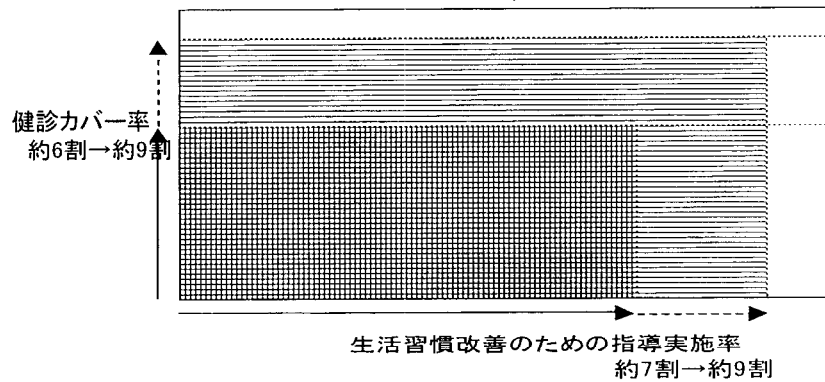
糖尿病(糖尿病が強く疑われる人)+予備群(糖尿病の可能性が否定できない人)=1,620万人 (平成14年)

予備群(要指導群) 880万人

糖尿病(要医療群) 740万人

発症予防の推進

重症化予防の推進



(仮定)

- ・ 健診カバー率を 約6割 → 約9割へ
 - ・ 指導実施率を 約7割 → 約9割へ と拡大すると、
 - ・ 糖尿病発症者(4年以内)は 約280万人 → 約210万人 (約2割の減)
- (注)糖尿病発症率(4年以内)を 指導あり約2割、指導なし約4割として計算

糖尿病発症者の減少

(仮定)

- ・ 受療者割合を 約5割 → 約9割へ
 - ・ 血糖コントロール良好割合を 約3割 → 約6割へと拡大すると、
 - ・ 血糖コントロール良好者は 約300万人 → 約440万人(140万人の増)となり、
 - ・ 合併症発症者(6年以内)は30万人減少
- (注)増加した良好者のうち2割が合併症発症防止(6年以内)されるとして計算

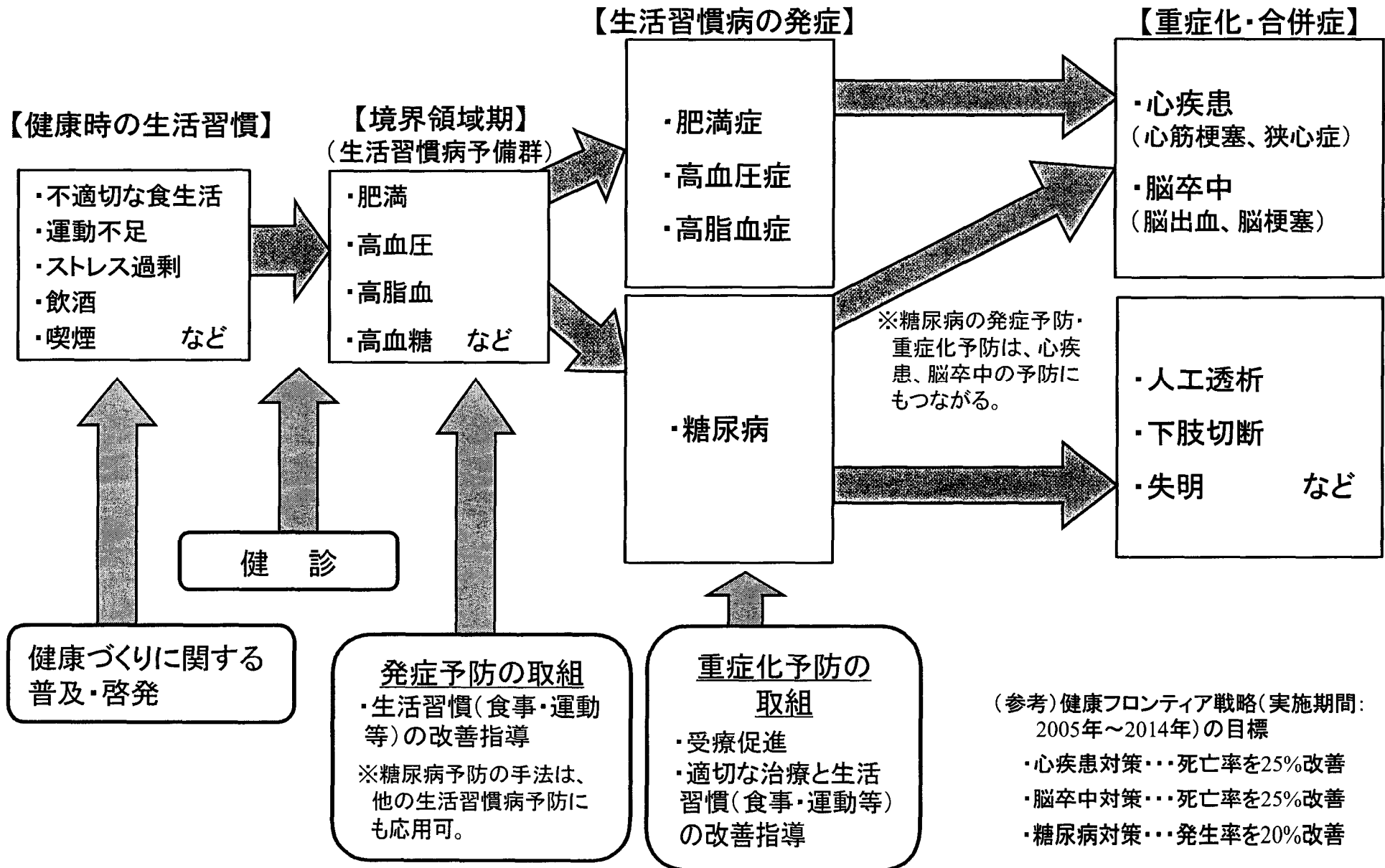
合併症発症者の減少

糖尿病の発症予防・重症化予防の対策は、心疾患、脳卒中等の対策とも共通しており、さらに相乗効果がある

(主傷病が虚血性心疾患の67%、脳血管疾患の57%、腎不全の80%、悪性新生物の29%は、副傷病まで含めると糖尿病・高血圧・高脂血症のうちいずれかを保有している)

※ 糖尿病実態調査(平成14年)、N Engl Med 2002;346:393-406、Diabetes Research and Clinical Practice 28(1995) 103-117(熊本スタディ)、社会医療診療行為別調査(平成14年)等より

生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れ(イメージ)



生活習慣病対策の具体策

<科学的根拠に基づいた効果的な保健事業の手法の開発・普及>

- 科学的根拠に基づき健診項目の重点化を図るとともに、健診の精度管理のための取組を強化しつつ、健診受診率の向上を図る。
- 生活習慣病の発症・重症化予防や医療費適正化について一定の成果を上げている保健事業(事後指導等)の取組について検証を行った上で、科学的根拠に基づいた効果的な手法の開発・普及を図る。

<都道府県健康増進計画の見直し>

- 国は、都道府県が作成する健康増進計画の基本方針を示し、重点的に取り組むべき対象疾病やその克服に向けた具体的な目標、手法等を提示する。
- 都道府県は、国の基本方針に即し、また、地域の実情を踏まえ、管内の医療保険者、市町村等による健診及び事後指導等の実施方針を示し、それに沿った具体的な事業内容、医療保険者と市町村等の連携方策を健康増進計画に明記する。
- 都道府県のイニシアティブの下で医療保険者と市町村等の協議・連携の場を設置する。

＜医療保険者による取組の積極的推進＞

- 医療保険者と地域保健が一体的に保健事業に取り組む体制を構築し、両者の役割分担と連携の在り方を明らかにしつつ、医療保険者自らがより積極的に推進できるようにしていくことを目指す。
- 特にこれまで十分に行われてこなかった健診後の事後指導・フォローアップについて、医療保険者が中心となって取り組んでいく体制を強化する。
- 都道府県単位での保険者協議会の設置等により、医療保険者同士の連携や地域と職域の連携を強化し、サラリーマンに対する現役時代・退職後を通じた一貫した健康管理や被扶養者に対する保健事業の取組などを推進する。

＜重症化予防のための取組の推進＞

- 健診実施後における要医療者への受療勧奨を強化する。
- 合併症等の予防法の研究・開発・普及を図る。
- 生活習慣病の重症化予防に関する診療報酬の見直しを検討する。

(2) 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機能の重視

平均在院日数が短縮した場合の医療費適正化効果(粗い試算)

○ 全国の平均在院日数(37.9日)が、最も短い長野県(28.8日)と同程度(24%減)となるものと仮定して、医療費の適正化効果について粗い試算を行うと、2.2兆円程度(2002年度ベース)となる。

(注1) 2002年度の入院医療費＋入院時食事医療費は12.5兆円

(注2) 平均在院日数(病院・診療所の全病床に係る数値)は「患者調査」(平成14年)

○ 上記程度の効果が2025年度に現れるとすると、医療費の適正化効果は2025年度には4.9兆円程度となる。

(上記の半分程度の効果が2015年度に現れるとすると、2015年度には1.7兆円程度となる。)

(参考)平均在院日数の各国比較

アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	日本 (2003年)
6.7日	8.3日	11.6日	13.5日	(全病床) 36.4日 (一般病床＋療養病床) 28.3日 (一般病床のみ) 20.7日

出所：日本以外の各国はOECD Health Data 2004、日本については厚生労働省「病院報告」(平成15年)

(注1) 日本以外の各国の対象病床は以下の通り。

アメリカ：American Hospital Associationに登録されている全病院の病床　イギリス：NHSの全病床(長期病床は除く)

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)

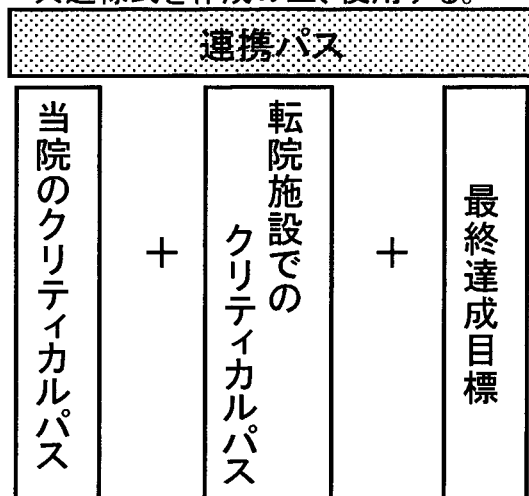
フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床

(注2) 日本については、診療所の病床は含まれない。　　- 2 1 -

熊本市内のある急性期病院における「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。



(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) 年間連携パス使用数(平成15年)

大腿骨頸部骨折: 189例 頸椎手術: 16例
 脳血管障害: 132例 人工膝関節: 12例
 腰椎手術: 24例

(4) 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 当該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

医療機能の分化・連携、平均在院日数の短縮の具体策

<医療計画の見直し>

- 主要な疾患や医療機能ごとに定められた指標に基づき、都道府県が医療提供体制の具体的な数値目標を設定する。
- 医療計画の内容を、患者・住民の生活の質(QOL)向上の観点から、医療機能の分化・連携を推進する内容に見直す。

<専門性に応じた機能の明確化>

- 急性期入院医療を担う医療機関について、地域のニーズを踏まえ、それぞれの専門性に応じた機能の明確化を図る。

<必要な医療資源の集中的投入>

- 急性期の入院患者に対し、必要な医療資源が集中的に投入されるようにし、在院日数の短縮を図ることにより、急性期医療の質の向上と効率化を図る。

<急性期入院医療に係る包括評価の検討>

- 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価(DPC)について、その導入の影響を検証し精緻化を図りつつ、疾病の特性や重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

<急性期から回復期、慢性期を視野に入れた診療計画の作成>

- 急性期医療を担う病院が、地域(在宅)に復帰することを前提とした上で、当該病院を退院した後の回復期(亜急性期)、慢性期の医療をも視野に入れた診療計画を作成することなどにより、地域の医療機関との連携の強化を図る取組を進める。

質の高い効率的な医療提供体制の構築

—医療機能の分化・連携／在宅医療の推進等による平均在院日数の短縮—

医療計画や関連する補助金等の医療提供制度改革を行うことにより、質の高い効率的な医療提供体制の実現に向け、都道府県による実効性の高い施策展開を推進し、これを国が支援することとする。

国による基本方針の提示（新設）

- 国は、都道府県が作成する医療計画に関し、国としての基本方針を示し、あるべき医療提供体制のビジョンを提示するとともに、都道府県の目標値設定の基となる指標を提示

医療計画の役割・作成手法の見直し(案)

- ① 主要な疾患や医療機能ごとに定められた指標に基づいた都道府県による医療提供体制の具体的数値目標の設定
・地域の疾病構造の特徴、住民ニーズを踏まえた目標値の設定
- ② 目標達成に向けた具体的な実施計画として医療計画を位置付け
- ③ 国の提示する政策評価項目による都道府県の定量的評価の実施とそれに基づく医療計画の見直し

- ➡
- ・住民にとって、現状、目標、整備手順等が数値でもって客観的に明らかになる(都道府県ごとの状況が容易に把握できる。)
 - ・具体的で実効性のある計画的な医療提供体制の構築が可能になる。

医療計画の内容の見直し(案)

- ① 患者・住民の生活の質(QOL)向上の観点から、医療機能の分化・連携(病院間、病院・診療所間、福祉サービスとの間の連携)を推進する内容に見直し
「急性期→亜急性期・回復期→かかりつけ医の下で在宅(多様な居住の場)での療養」といった流れを、原則2次医療圏内で完結する医療提供体制の確保
- ② 医療安全、小児医療・小児救急、在宅医療等、今後政策的に重点的に推進すべき内容を医療計画の記載事項として位置付け
- ③ 介護保険事業支援計画や健康増進計画と連携した医療提供体制の位置付け

「脳卒中」に係る保健医療提供体制の実現に関する国と都道府県の役割 <イメージ>

【 都道府県が医療計画において定める数値目標（例） 】

- ・ 脳卒中患者の在宅復帰率〇〇%増
- ・ 脳卒中の死亡率を〇〇%改善

☆全国共通の指標でもって把握した都道府県の「脳卒中」保健医療提供体制の実態をベースに当該都道府県において設定した今後推進すべき数値目標

☆患者の治療経過に応じた全国共通の指標を国が提示。

【 国 の 役 割 】

“予 防”

- ・ 禁煙指導の実施の有無
(対象者数)
- ・ 栄養指導の実施の有無
(対象者数)

※「健康増進計画」「地域保健計画」とも関連した指標

“治 療”

- ・ 年齢調整死亡率
- ・ 平均在院日数
- ・ 救急車への連絡から病着までの平均所要時間

“リハビリ～在宅療養”

- ・ PT/OT数 (患者あたり)
- ・ リハビリテーション 提供可能人数
(回復期リハ・通所リハ・訪問リハ・短期入所リハ・在宅リハ) (患者あたり)
- ・ 早期リハ提供可能人数 (患者あたり)
- ・ 早期リハのクリティカルパス普及率
- ・ 脳卒中を原因とする要介護認定者数
- ・ 在宅復帰率
- ・ 入院中のケアプラン策定実施率

“医療提供体制”

- ・ 脳血管障害に関する病診/病病連携計画策定の有無 (普及率)
- ・ SCU病床数 (患者あたり)
- ・ 神経内科/脳外科専門医数 (患者あたり)
- ・ 深夜帯に脳外科手術が可能な医療機関数
- ・ 24時間脳卒中の診療を行う医療機関数

【 「脳卒中」に係る保健医療提供体制のビジョン 】

- 脳卒中の死亡率を25%改善
- 切れ目のないリハビリテーションの推進、脳卒中を原因とする要介護認定者数の減少 など

「健康フロンティア戦略(10年計画)」に基づく「脳卒中」に係る国のビジョンの明示

地域における高齢者の生活機能の重視の具体策

<多様な居住の場の質的・量的充実>

- 医療機関からの転換を含め、多様な居住の場(ケアハウス、グループホーム、高齢者向け住宅等)の質的・量的充実を図るとともに、介護保険施設の個室ユニットケア化など施設における生活環境の改善を進め、退院後の患者の受け皿を確保する。

<入院医療提供者と在宅医療・介護サービス提供者の連携強化>

- 入院から在宅(多様な居住の場)での療養生活に円滑に移行できるよう、入院医療提供者と在宅医療・介護サービス提供者の間の連携を強化する。

<生活機能を重視した総合的サービスの提供>

- 既に要介護認定を受けている高齢者が心身の状況に応じた必要な医療を受けるため、地域において医療・介護の間で一層連携がとられ、生活機能を重視した形で総合的にサービスが提供できるような仕組みを検討する。
⇒ 在宅でサービスを受ける後期高齢者に対して、地域で主治医やケアマネジャーが一層協働できるようにする。

<医療・介護で共通するサービスの機能分担の明確化>

- 療養病床、訪問看護、訪問リハビリなど医療保険と介護保険に共通するサービスについて、その機能分担の在り方を明確化する。

<終末期医療の基盤づくり>

- 終末期医療については、長寿化の中での人生の終末期における生活の質(QOL)をどのように向上させるかという観点を踏まえつつ、患者の意思を尊重した適切な終末期医療が在宅で受けられるような基盤づくりの在り方について検討する。

試算のまとめ

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を一体的かつ計画的に行うことにより、構造的な医療費適正化を進めると、中長期的に以下のような効果が期待できる。

	2015年度	2025年度
「給付と負担の見通し」の推計額		
国民医療費 (対国民所得比)	49兆円 (11%)	69兆円 (13%)
給付費 (対国民所得比)	41兆円 (9%)	59兆円 (11%)
生活習慣病対策の推進(①)	約1.6兆円	約2.8兆円
平均在院日数の短縮(②)	約1.7兆円	約4.9兆円
医療費適正化効果総額(①+②)	約3.3兆円	約7.7兆円
対国民所得比	0.7%	1.5%
給付費減少総額	約2.8兆円	約6.5兆円
対国民所得比	0.6%	1.2%

(注)粗い試算の結果であり、今後、具体的な方策について更に議論を進める中で、その効果についても併せて精査を行う必要がある。