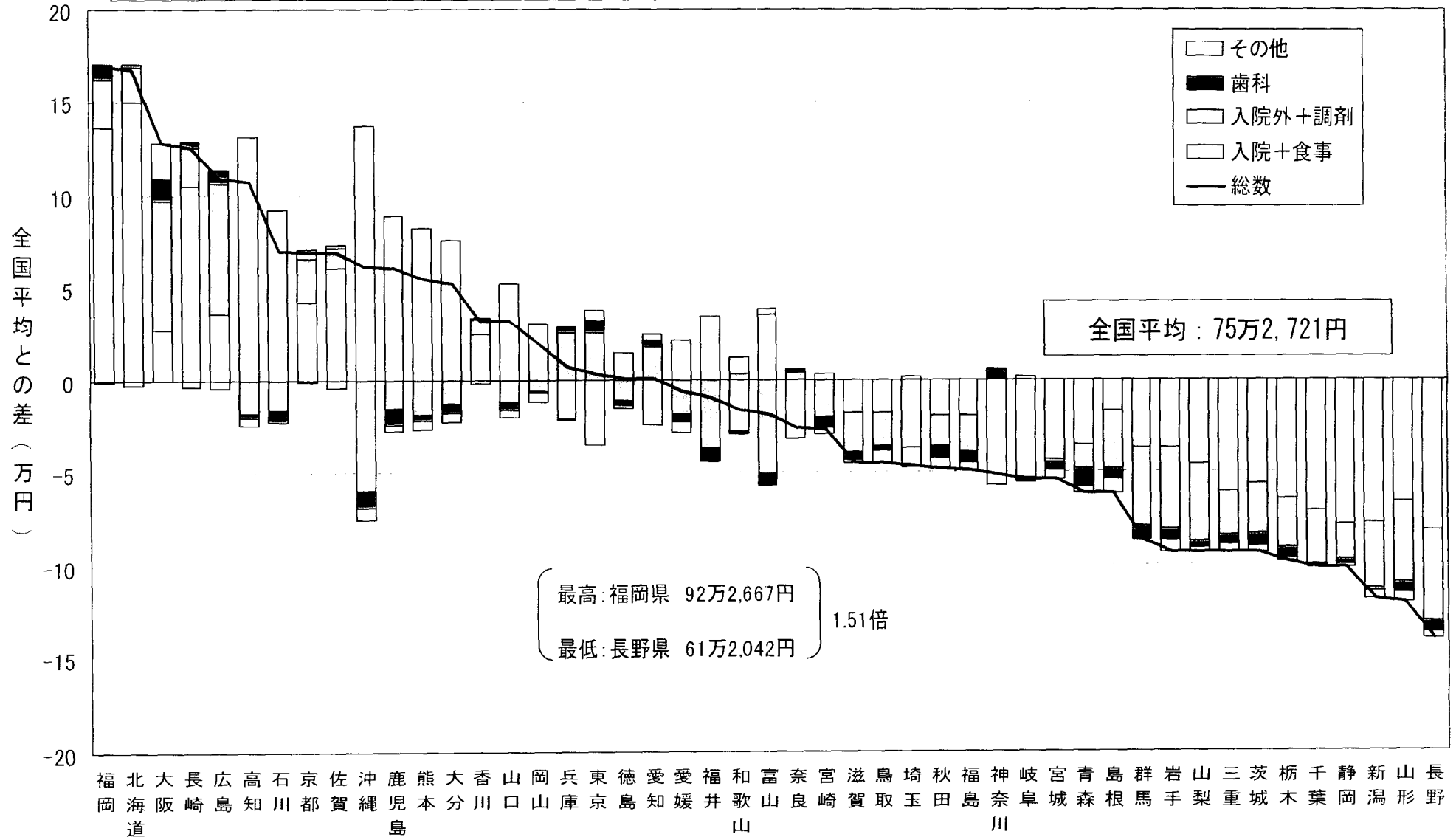
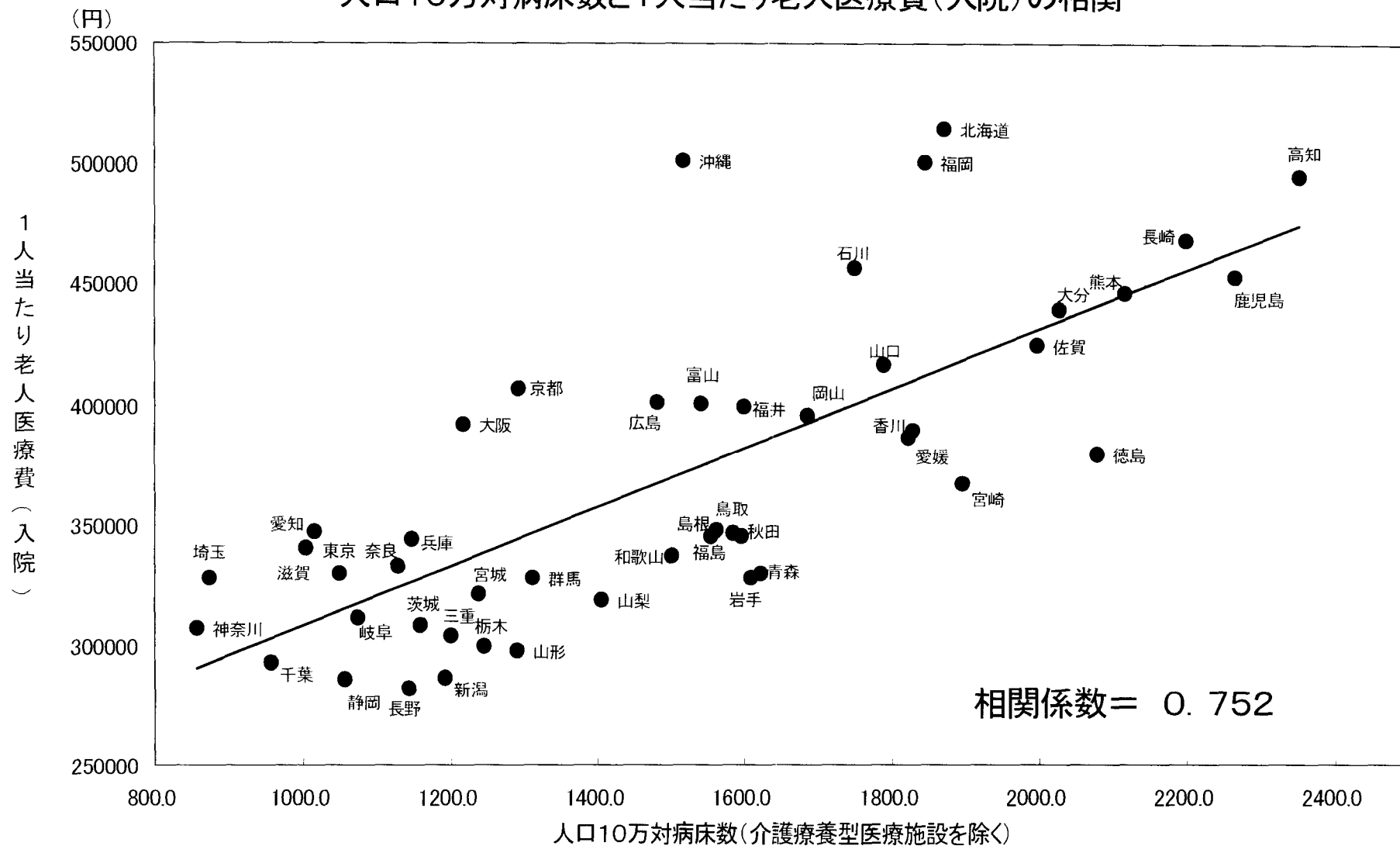


# 1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) ～平成15年度～

○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。

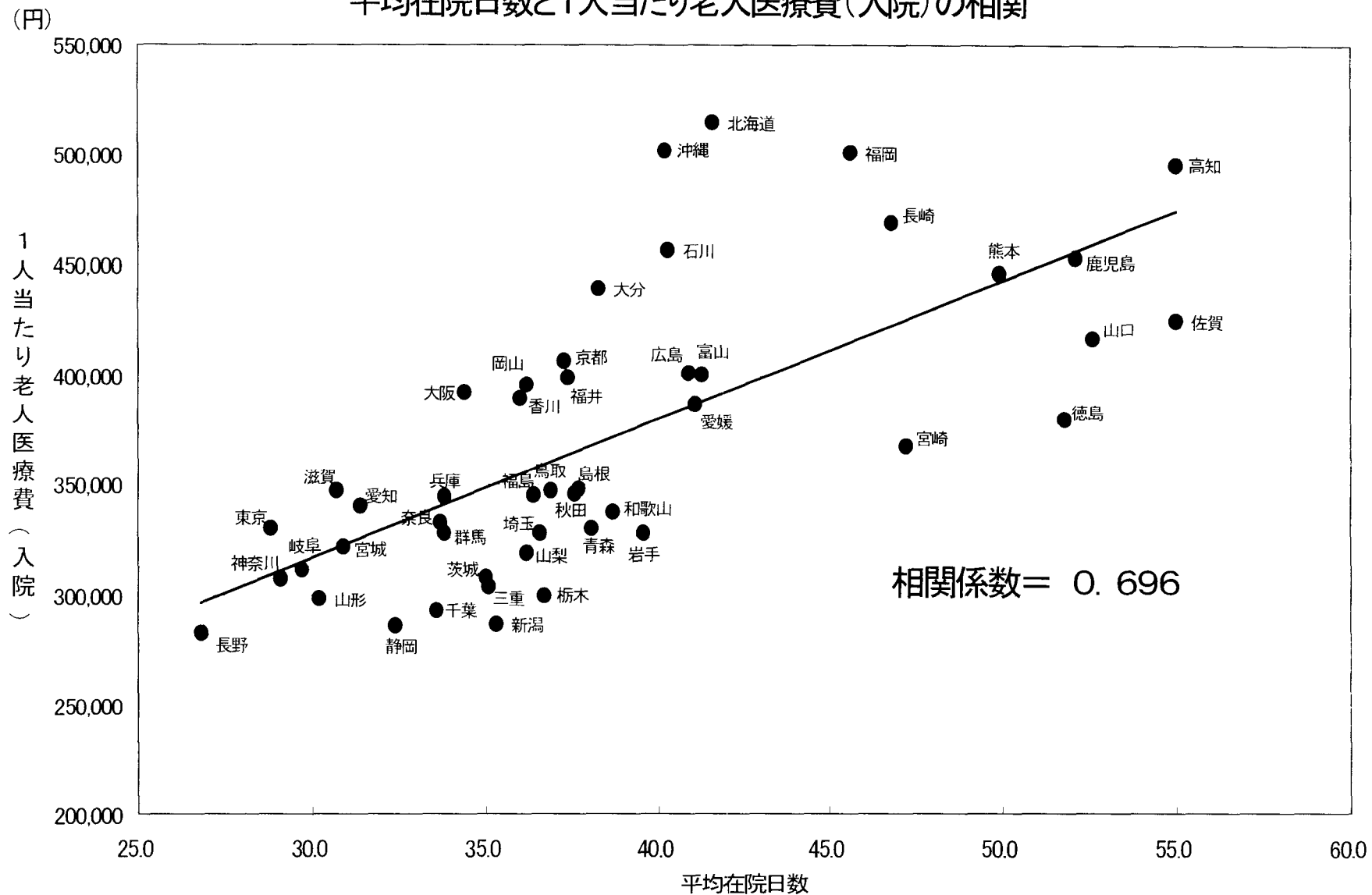


## 人口10万対病床数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



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: 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)

### 平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関

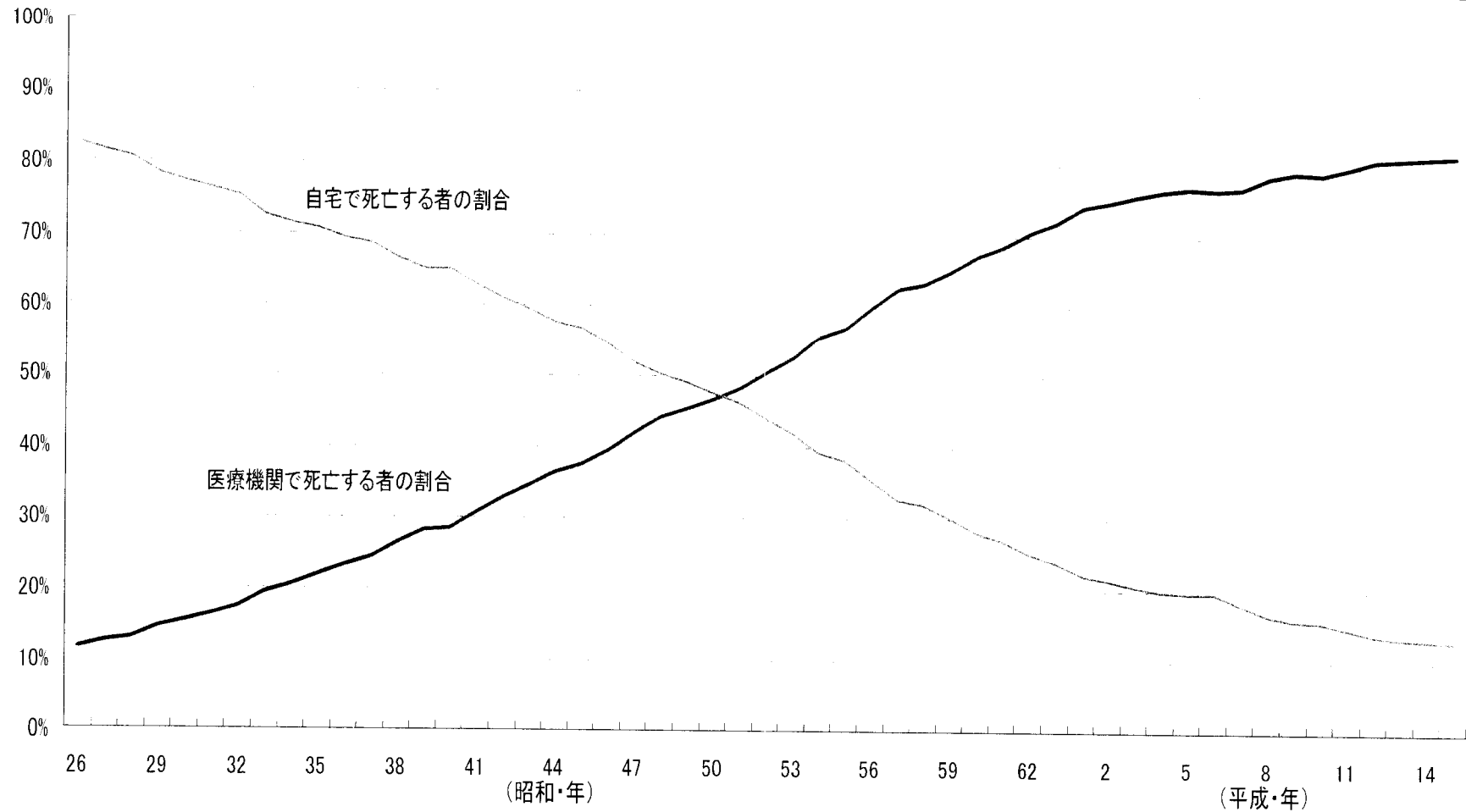


(日)

資料出所: 厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年)

## 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。

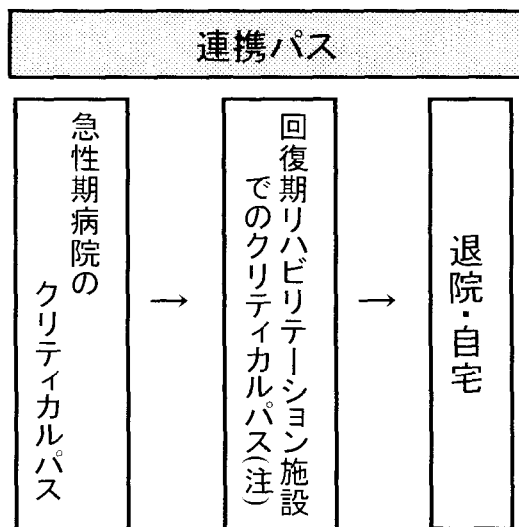


資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

# 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

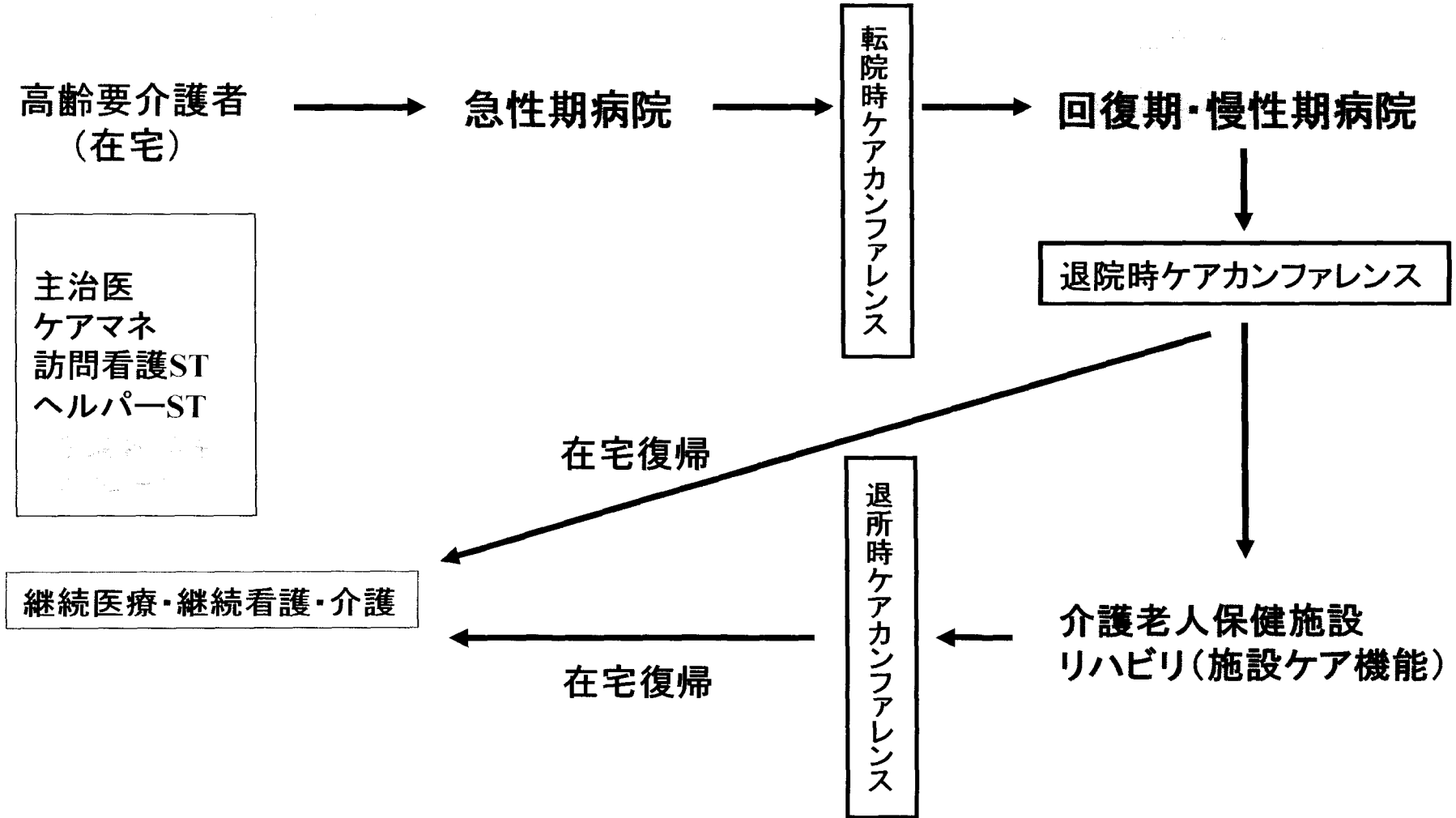
	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
・連携パス導入前 (平成11年1月～12月)	72例	28.5日 (A)	—
・連携パス導入後 (平成13年1月～8月)	77例	19.6日	約31%減
・連携パス導入後 (平成15年1月～17年1月)	423例	15.4日	約46%減

### 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

# 医療と介護の機能分担・連携について（尾道市の例）

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

← これを踏まえ  
都道府県が  
目標を設定

国の示す参酌標準(平成27(2015)年度)

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。

## 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

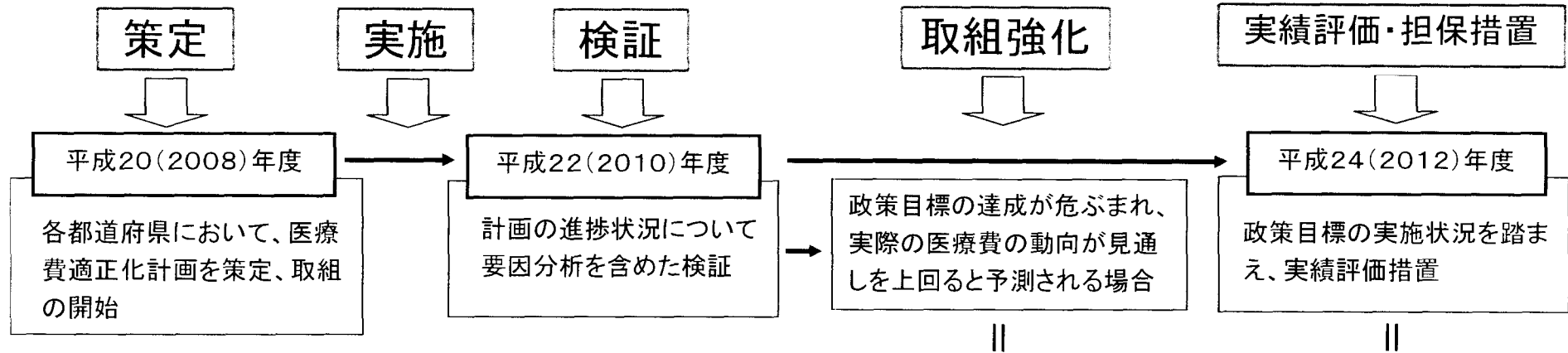
## 5. 政策目標達成のための関係者の役割

## 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

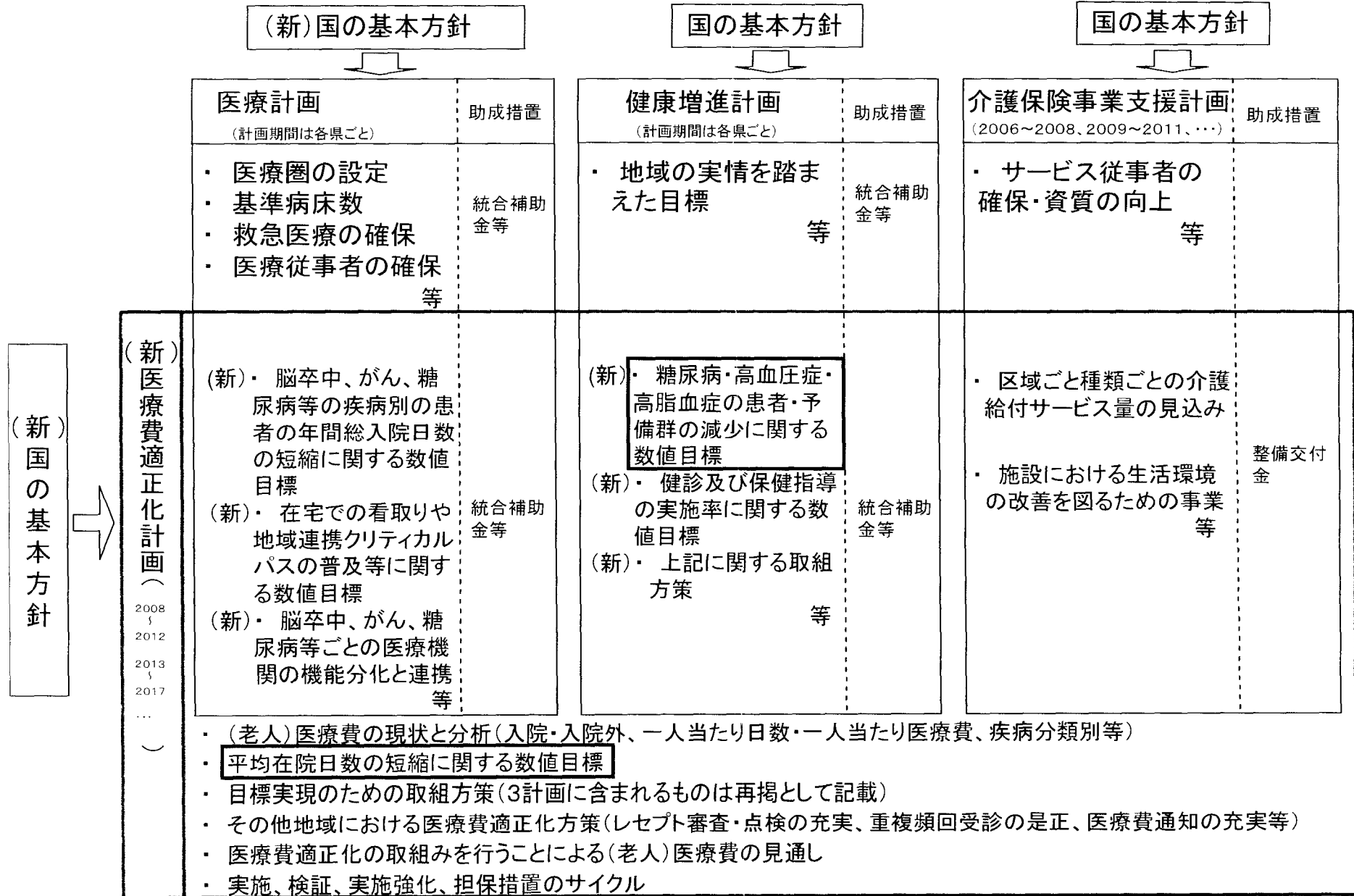


# 都道府県医療費適正化計画の策定、実施、検証、取組強化の流れ



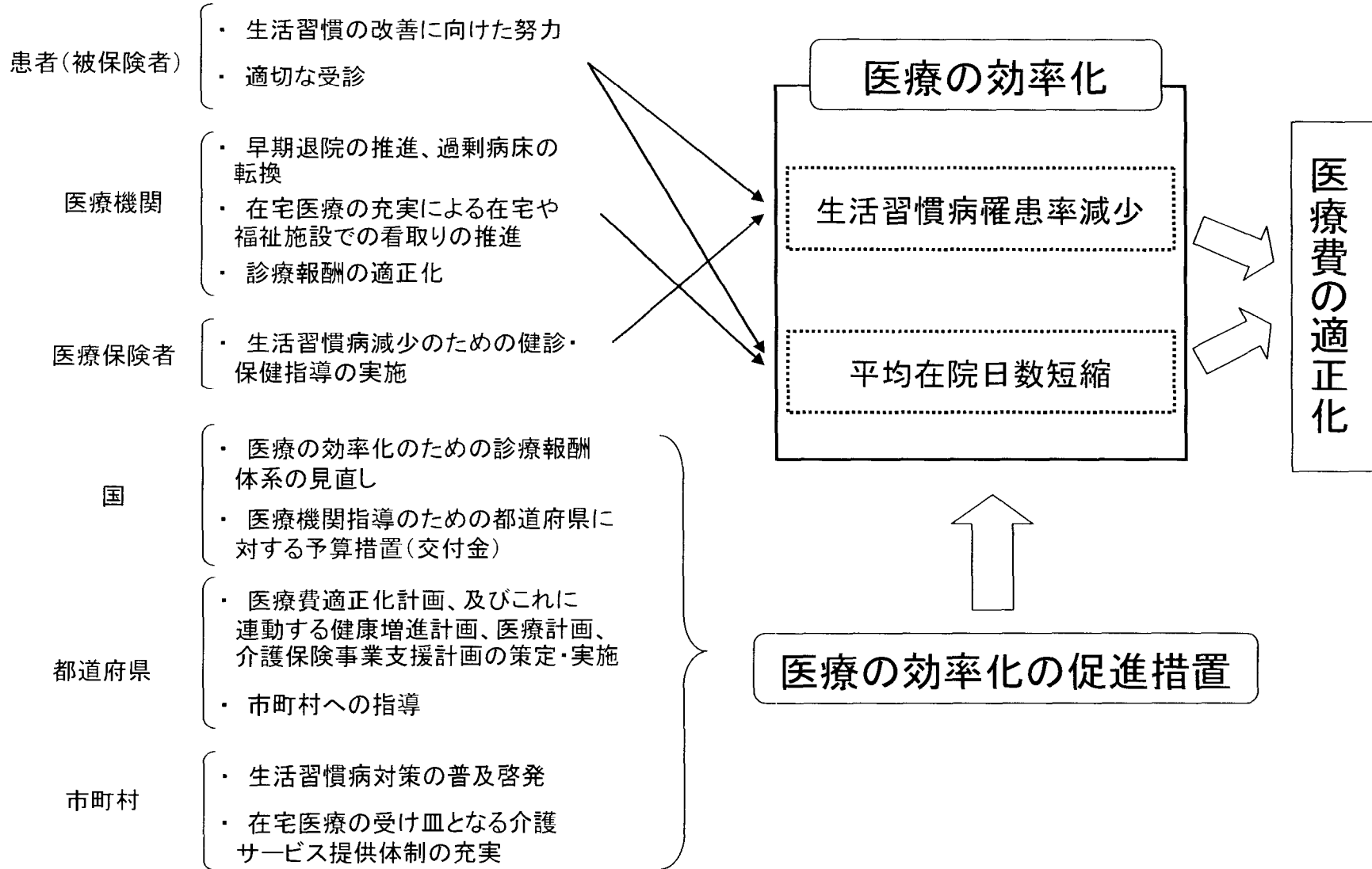
- ・ 健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画の見直しを含め、関係者それぞれの取組を強化。
- ・ 必要があれば、都道府県は国に対し、診療報酬体系に関する意見具申。
- ・ 後期高齢者医療制度及び国民健康保険において、各都道府県の平均在院日数に係る政策目標の実施状況を踏まえ、費用負担の特例を設ける。
- ・ 医療保険者による後期高齢者医療支援金(仮称)の負担額等について、糖尿病等の予防対策に関する政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講じる。
- ・ 都道府県は、国に対し、医療費適正化に資する特例的な診療報酬の設定について申し出ることができることとし、国は、これを踏まえ、当該都道府県のみ適用される特例的な診療報酬を設定することができることとする。

# 都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



は医療費適正化計画における政策目標としての位置づけ

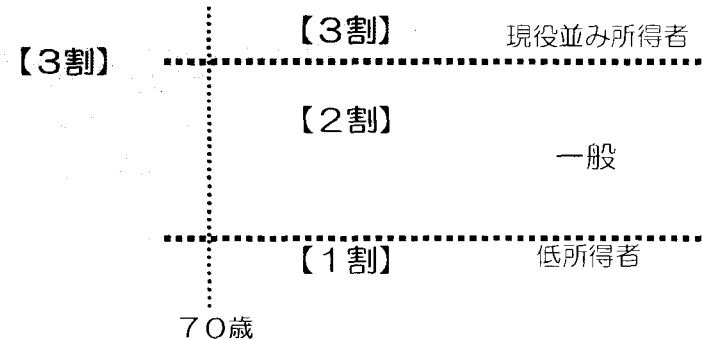
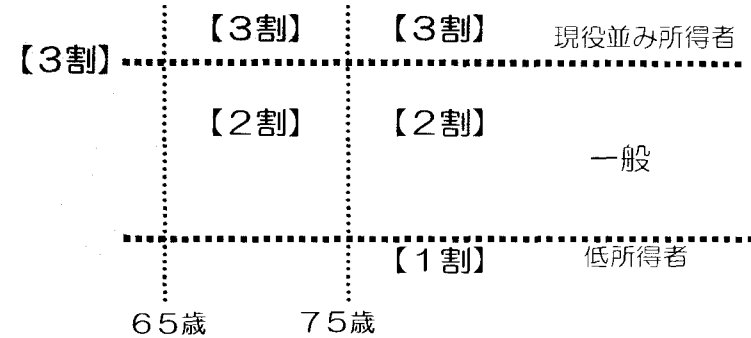
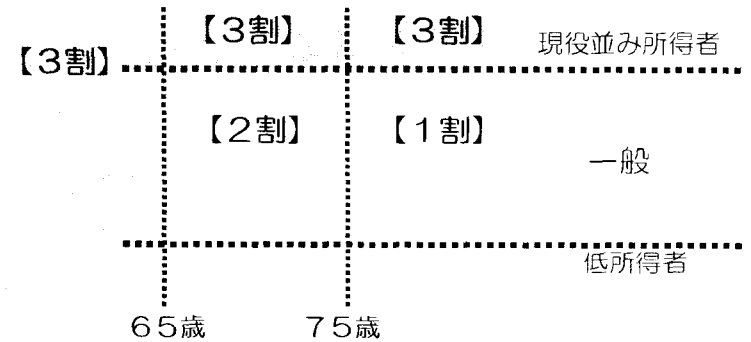
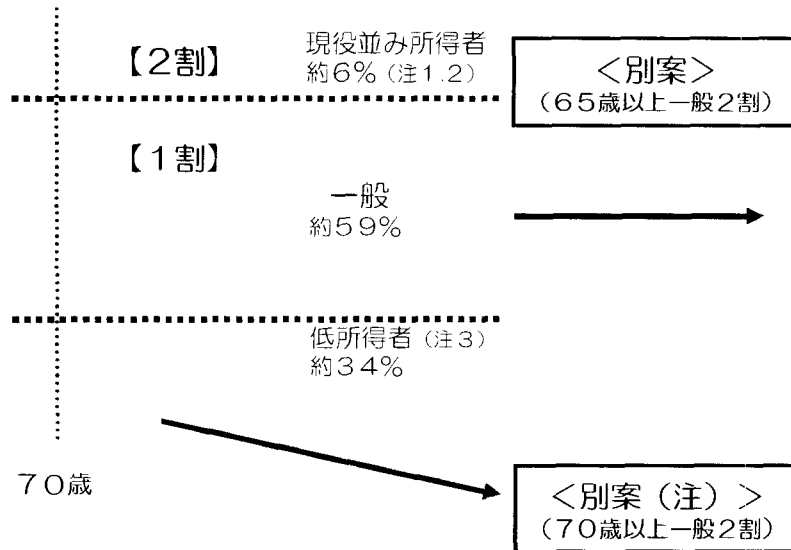
# 関係当事者全員参加による医療費適正化



# 高齢者の患者負担

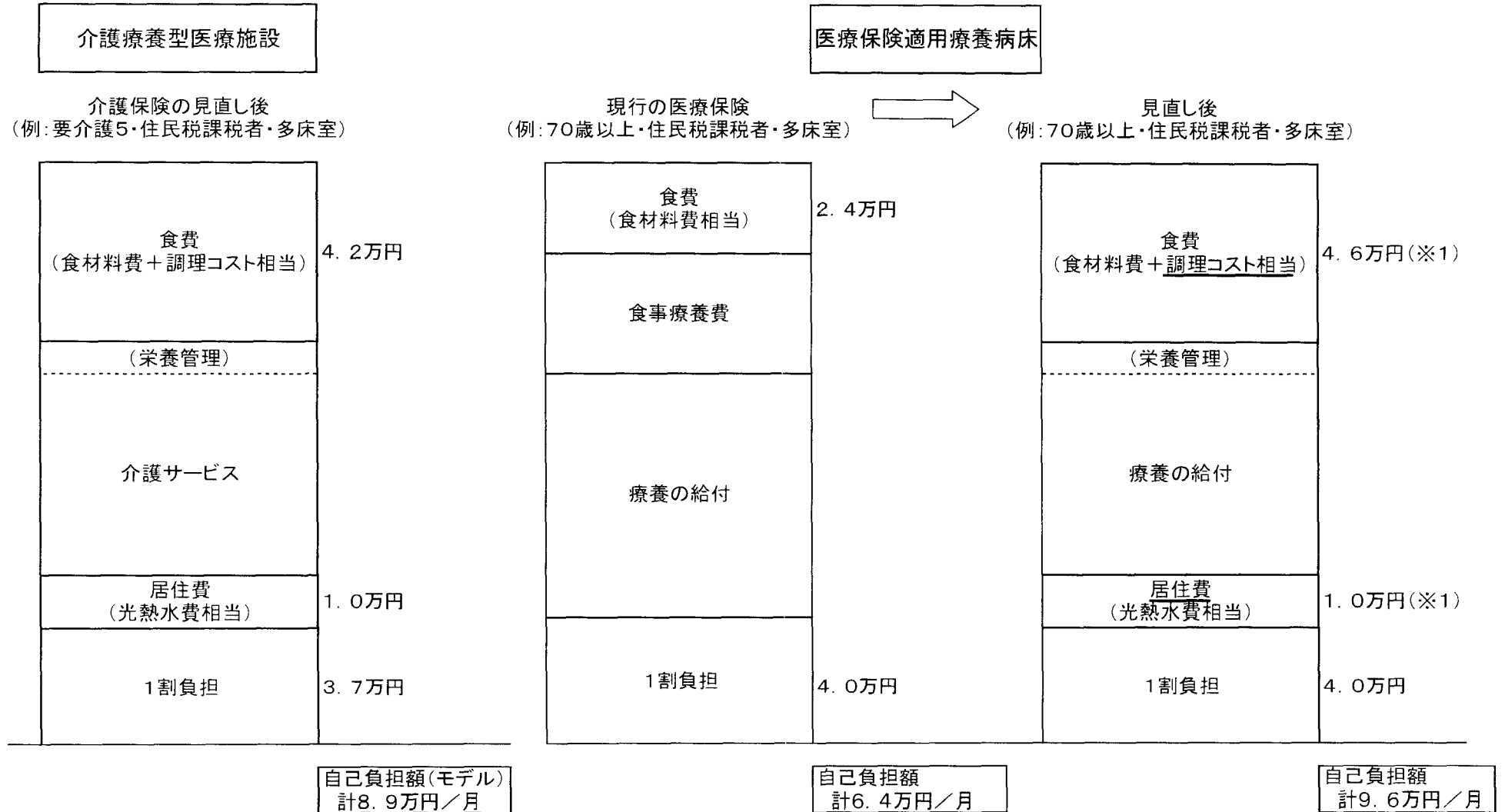
【改正後】

【現行制度】



- 注1) 現役並み所得者：課税所得145万円、標準報酬月額28万円相当以上  
(高齢者夫婦世帯の場合、年収約620万円以上)
- 注2) 平成18年実施の公的年金等控除等の見直しにより、現役並み所得者の最低年収額が下がり、対象者が増加する。  
・最低年収額(夫婦世帯の場合) 約620万円以上→約520万円以上  
・現役並み所得者の対象者 約6%(約120万人)→約11%(約200万人)  
新たに現役並み所得者となる者については、平成18年8月から2年間、自己負担限度額を一般並みに据え置く経過措置を講じる。
- 注3) 低所得者：住民税非課税世帯

# 療養病床に入院する高齢者に係る食費及び居住費の負担の見直し



□ は自己負担部分

— は療養病床において新たに負担を求めることとするもの

※1 新たに負担を求める部分に係る自己負担額については、具体的な制度設計のあり方等を踏まえて変更があり得る。

※2 医療保険適用療養病床においては、別途、おむつ代負担のほか、180日を超える入院患者(難病等の例外疾病患者を除く。)に係る入院基本料を15%減算し、当該分の負担を求めることができることとしている(おむつ代は、平均月額1.5万円程度、入院基本料の15%減算に係る負担は、平均月額3.2万円程度)。

※3 入院基本料の15%減算のあり方については、慢性期入院医療の包括評価のあり方を検討する中で検討する。

# 自己負担限度額等の見直し

【現 行】

【見直し案】

一般医療対象者  
(70歳未満の者)

上位所得者 (月収56万円以上)	139,800円+1% (77,700円)
一般	72,300円+1% (40,200円)
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)

上位所得者 (月収53万円以上)	150,000円+2% (83,400円)
一般	80,100円+2% (44,400円)
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)

70歳以上の高齢者

		外来(個人ごと)	自己負担限度額
現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		40,200円	72,300円+1% (40,200円)
一般		12,000円	40,200円
低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
	I (年金収入65万円 以下等)		15,000円

		外来(個人ごと)	自己負担限度額
現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		66,600円	80,100円+2% (44,400円)
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
	I (年金収入65万円 以下等)		15,000円

(注) 低所得者とは、世帯員全員が住民税非課税等の場合の区分であり、その中でも住民税の課税対象となる各種所得の金額がない等の場合(年金収入のみの場合、年金受給額65万円以下)には、低所得者Iの区分が適用される。

※1 金額は1月当たりの限度額。( )内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

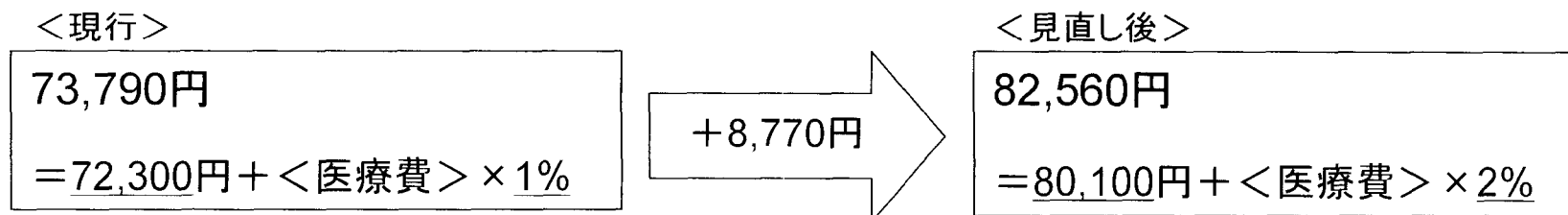
※2 平成18年実施の公的年金等控除等の見直しに伴い、平成18年8月から2年間、次の経過措置を講じる。

① 新たに現役並み所得者となる者については、自己負担限度額を一般並みに据え置く。

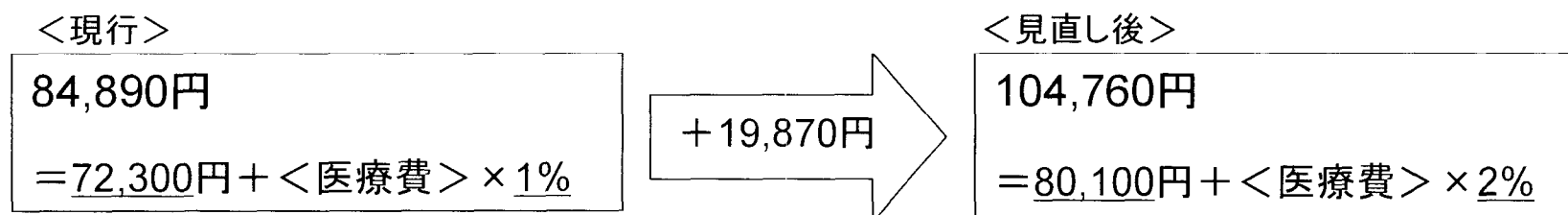
② 世帯員のうち一部が課税者となるが、一部は非課税者の場合、非課税者について低所得者の自己負担限度額を個人単位で適用する。

## 定額・定率部分の変更に伴う負担増の額

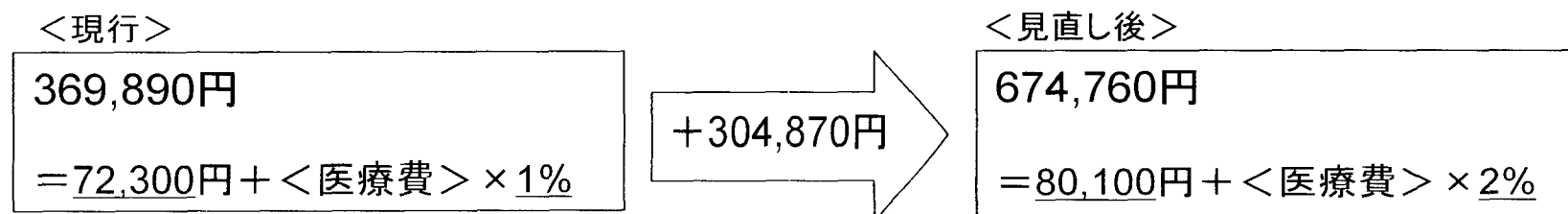
- ① 入院レセの平均医療費(約39万円・16日入院)の場合の自己負担額(一般)



- ② 胃がん(医療費約150万円・30日入院)の場合の自己負担額(一般)



- ③ 大動脈解離(医療費約3,000万円・15年度1月最高)の場合の自己負担額(一般)



※ ＜医療費＞は、全体の医療費から、定額の限度額に対応する医療費を控除した額