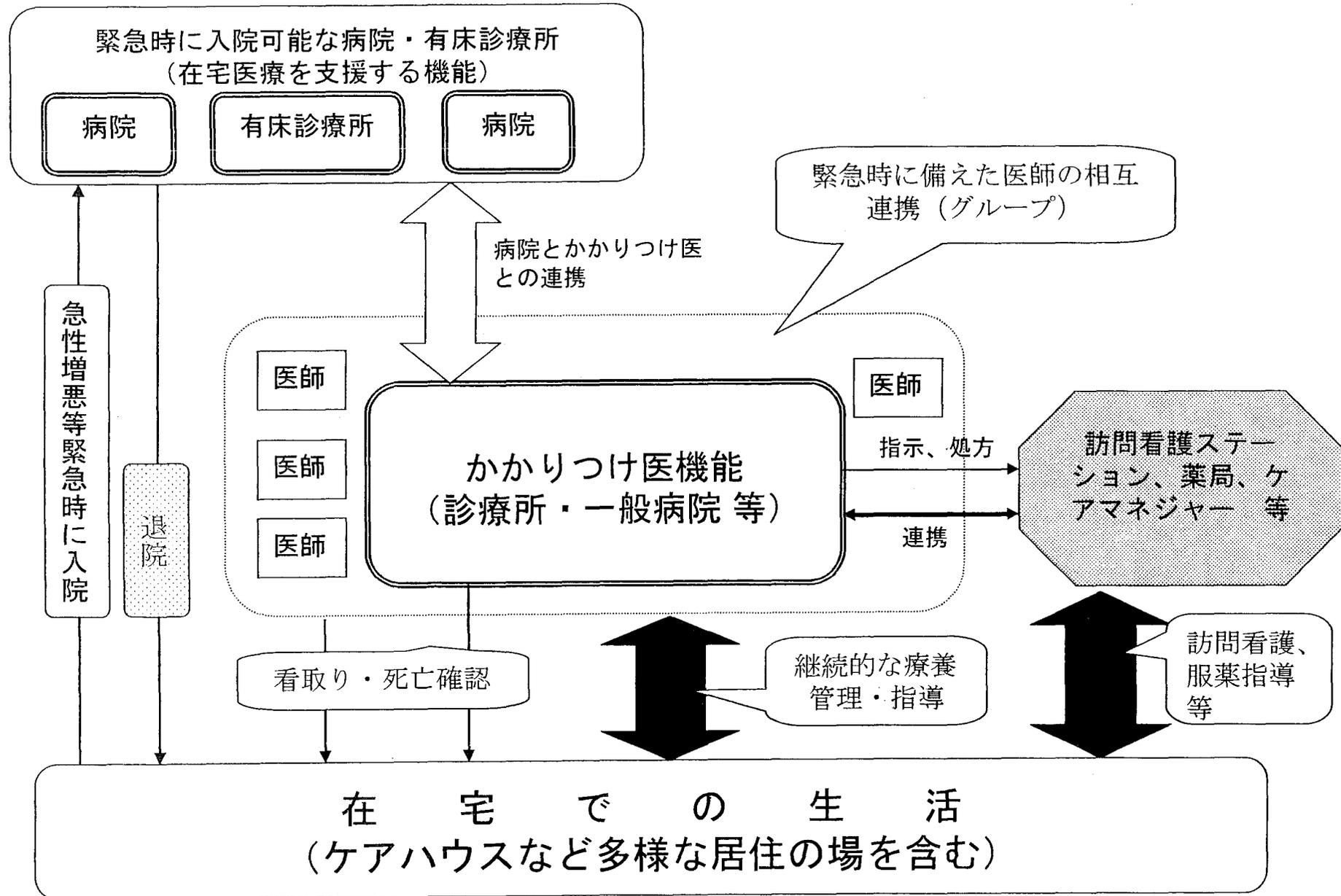


在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



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(※)

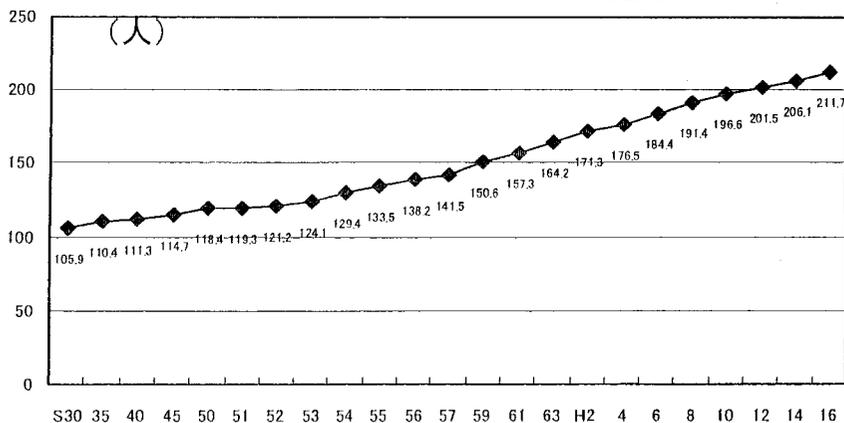
保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

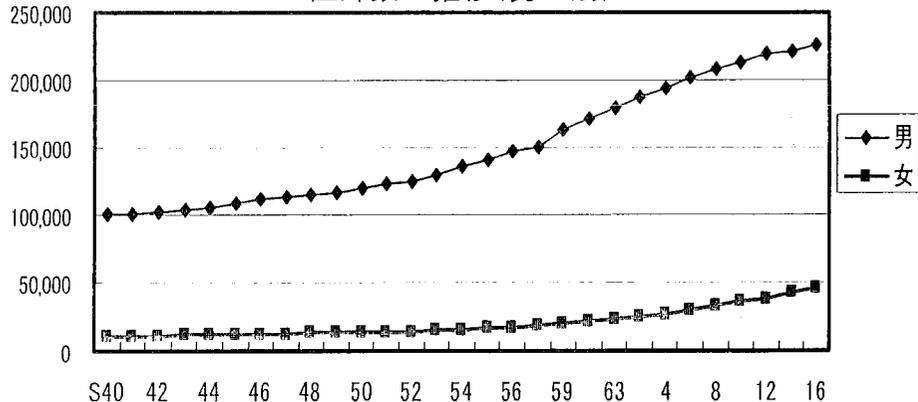
- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

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。

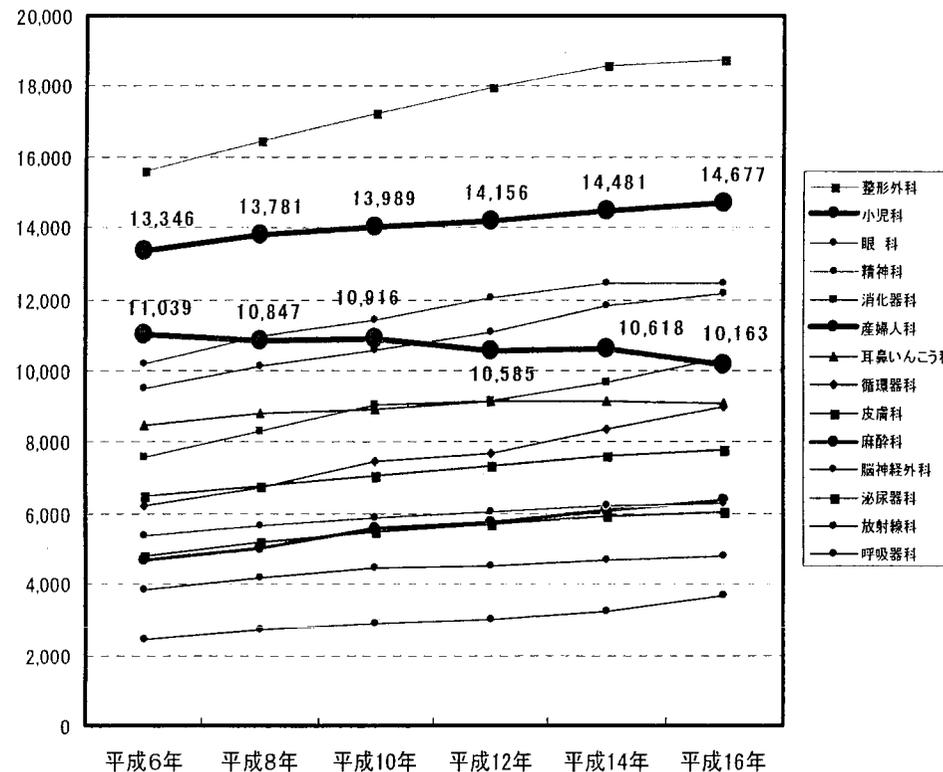
人口10万対医師数の年次推移



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

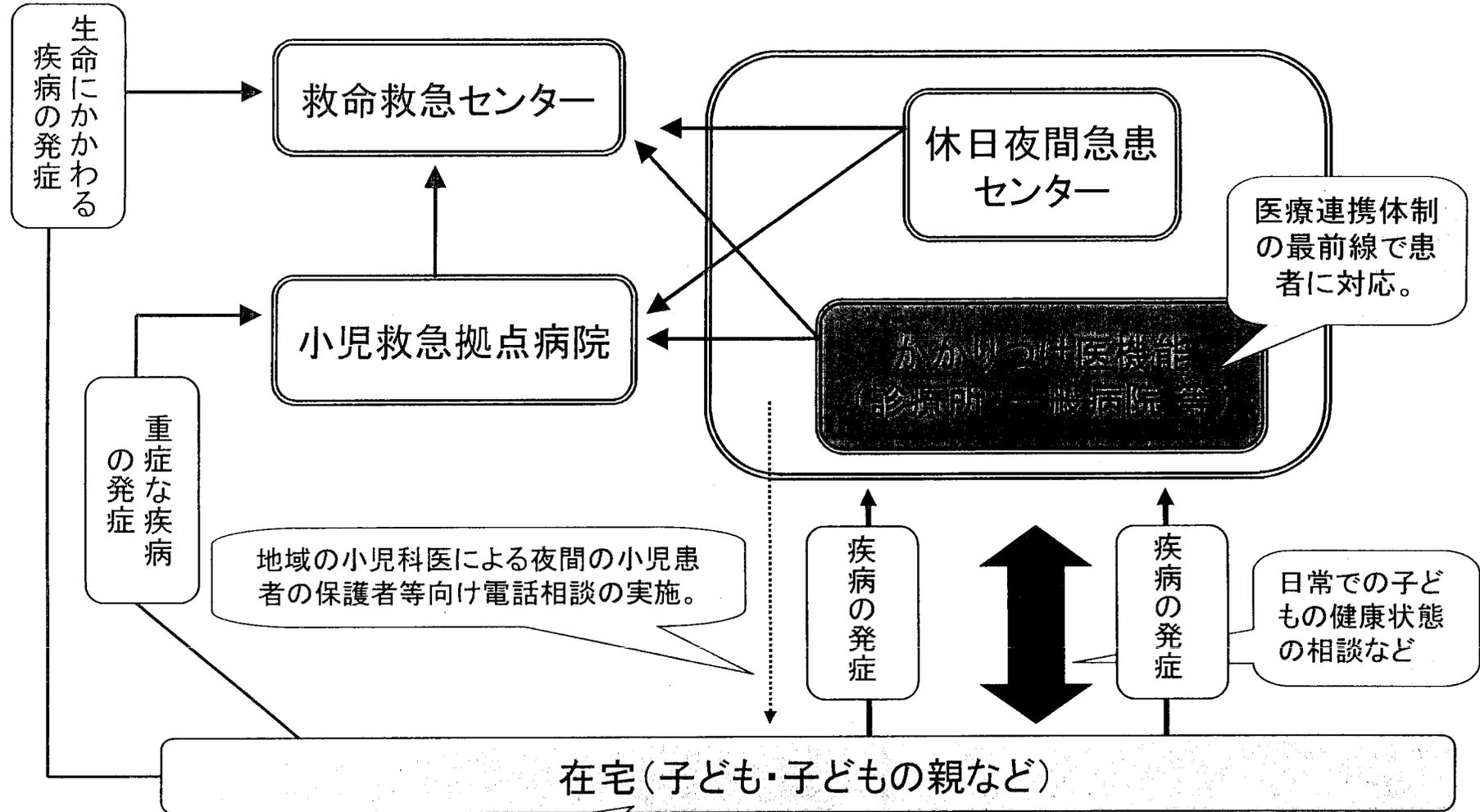
⇒ 病院勤務医を中心とした医師不足感の高まり

【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

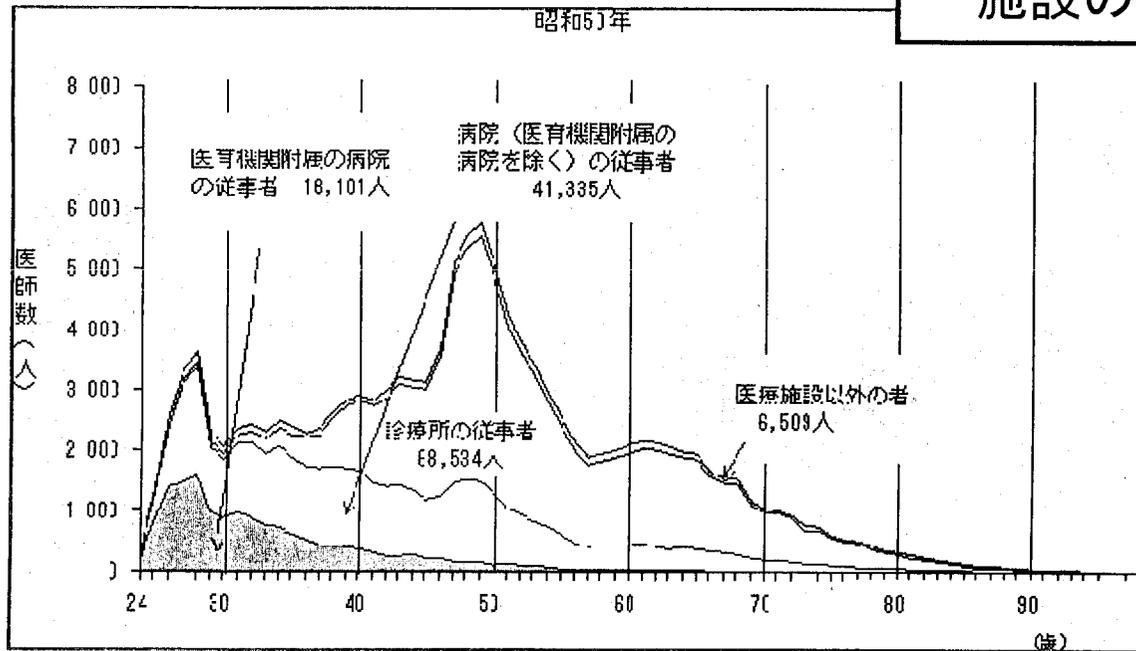
⇒ 制度・予算・診療報酬など総合的対策を実施

医療連携体制のイメージ(「小児救急」の場合)



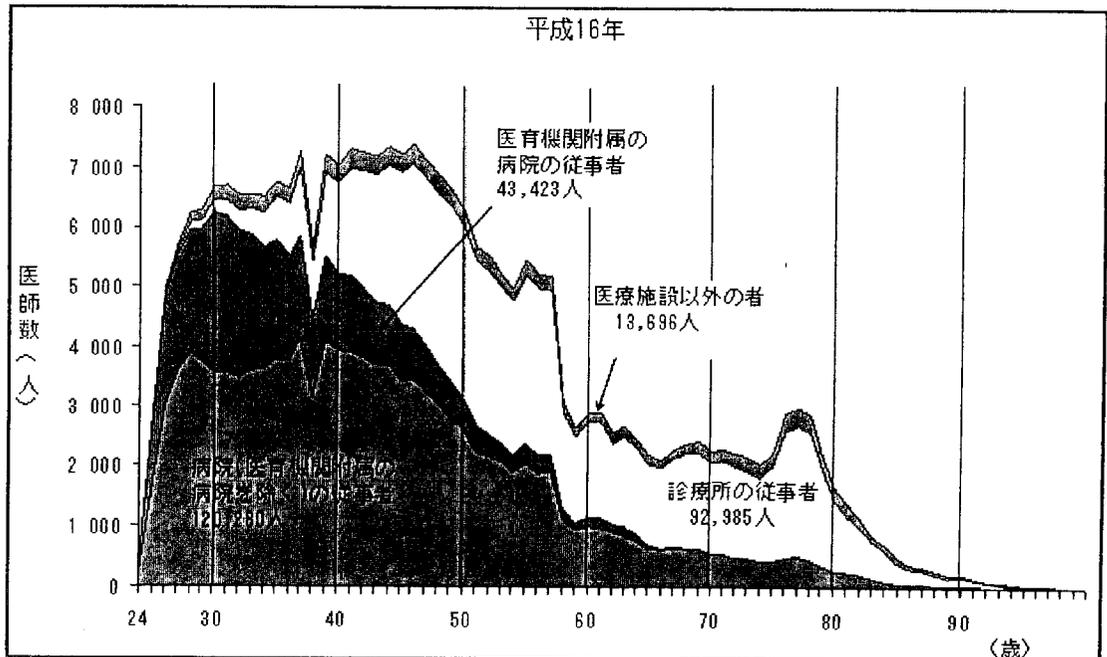
かかりつけ医の充実や医療連携体制に関する住民への情報提供により、患者や保護者等に安心感を提供。これにより、保護者等の受療行動にも変化が期待。

施設の種別に応じた医師数(年齢別)



平成16年

昭和50年



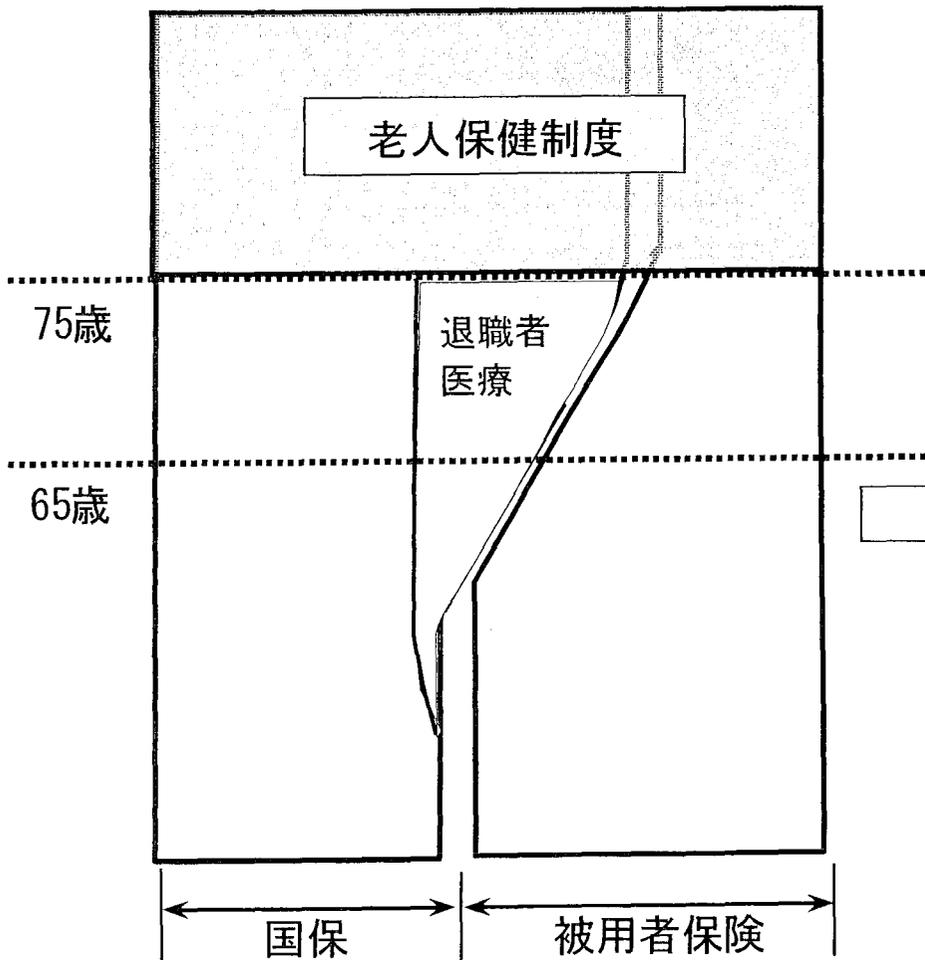
※ 医師・歯科医師・薬剤師調査

保険給付の内容・範囲の見直し等

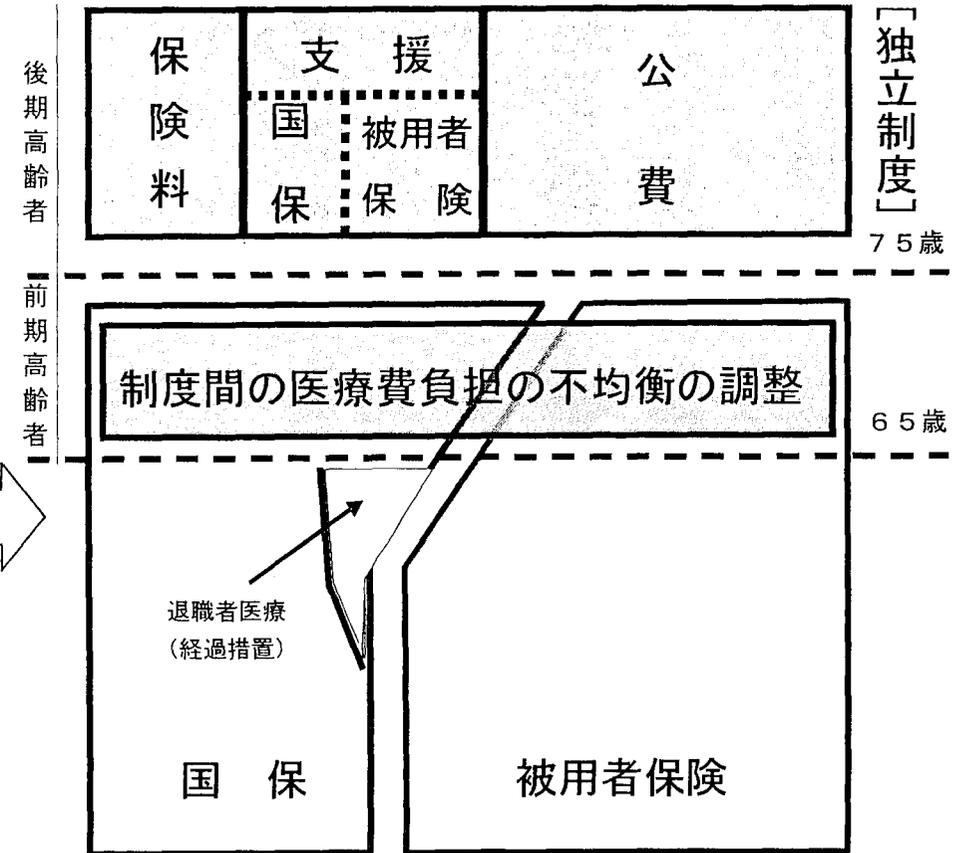
- 高齢者の患者負担の見直し(現行:70歳未満3割、70歳以上1割(ただし、現役並み所得者2割))
 - ・ 現役並み所得の70歳以上の者は3割負担 (平成18年10月～)
 - ・ 新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直し (平成20年4月～)
70～74歳 2割負担、75歳以上 1割負担(現行どおり)
- 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ (平成18年10月～)
- 高額療養費の自己負担限度額の引上げ
高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引上げ (平成18年10月～)
併せて、高齢者医療制度の創設に伴い見直し (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～) 37

新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)

<現行>

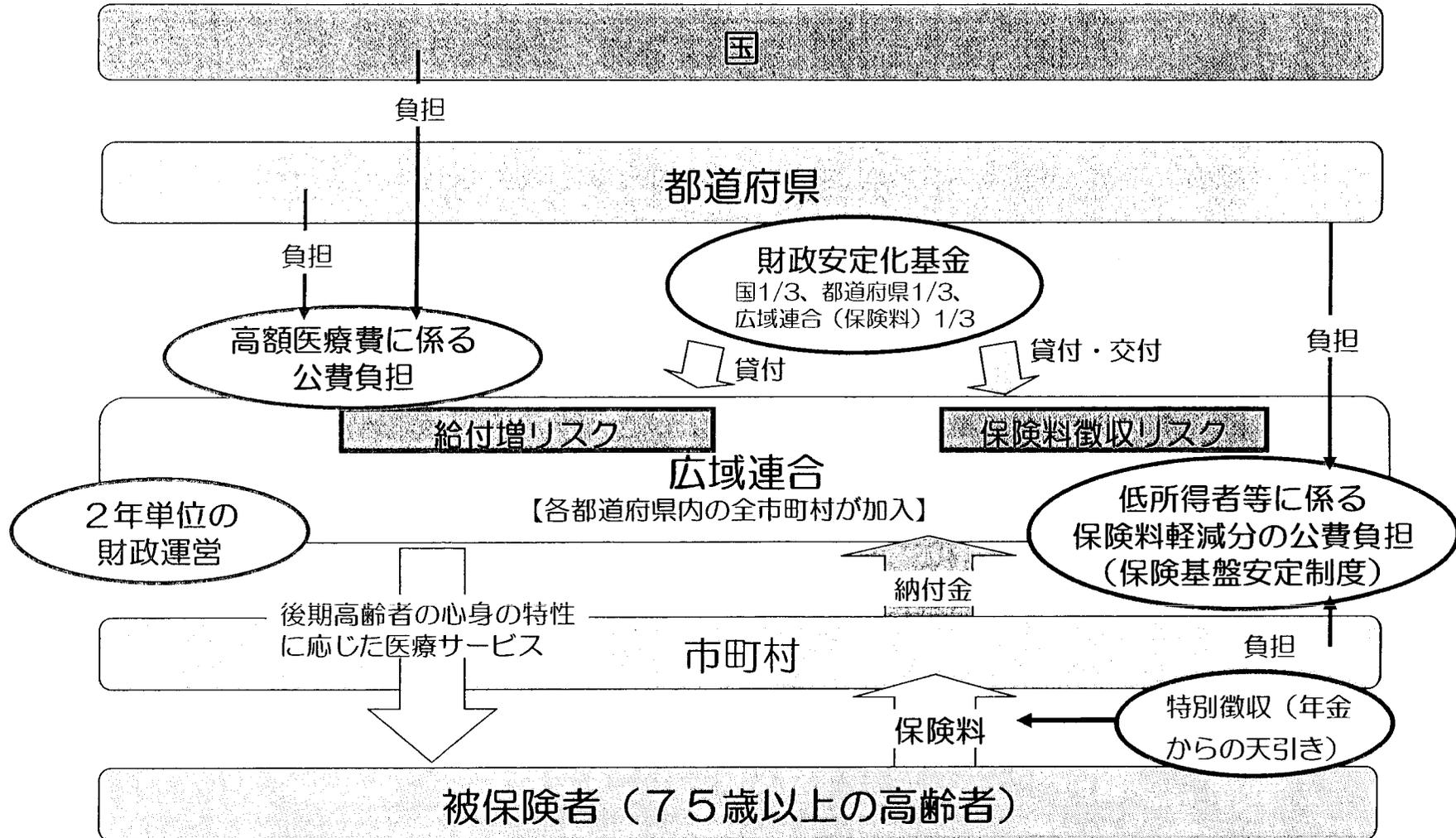


<改正後>



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

