

高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成21年1月19日
厚生労働省保険局

医療サービスについて

費用負担の透明性
財政責任の明確化

今後の高齢者医療費の
増嵩にどう対応するか

医療費適正化
の推進

従来の制度の問題点

- ・若人と高齢者の費用関係が不明確
- ・保険料を納める所(国保等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

新たな高齢者 医療制度の創設

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとに医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担

高齢者にふさわしい
医療の提供

- ・生活を支える医療の提供
- ・在宅医療の充実

現状

- ・生活習慣病は、国民医療費の約3割、死亡数割合では約6割を占める
- ・国際的にも長い平均入院日数

医療費適正化計画

- ・生活習慣病対策(特定健診・保健指導等)
- ・長期入院の是正

⇒ 高齢期における
医療費の適正化

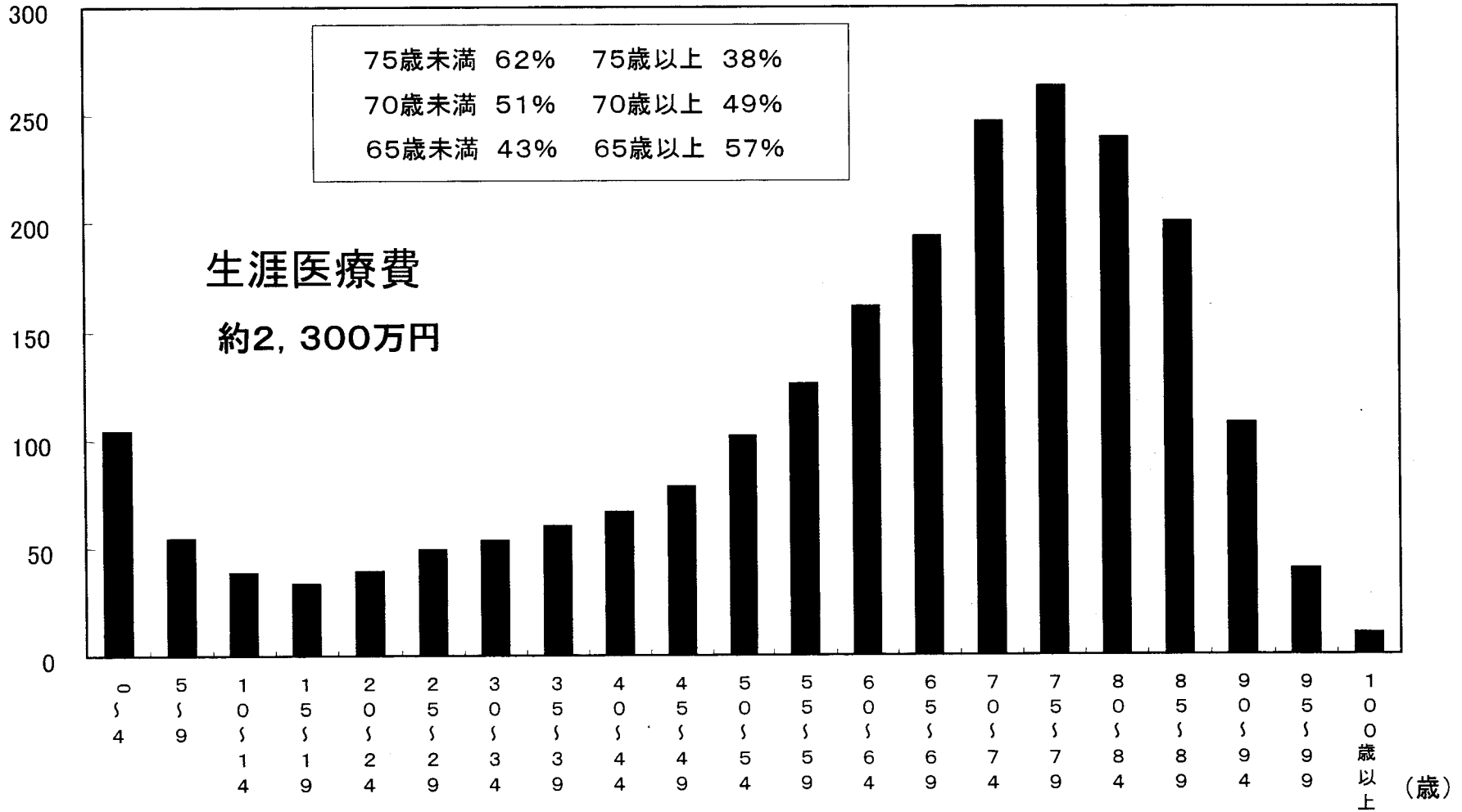
国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来見通し
 (医療制度改革前の平成18年1月における試算)

年 度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
改革後			
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
老人医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48
改革実施前			
国民医療費(兆円)	34.0	47	65
老人医療費(兆円)	11.1	18	30
医療給付費(兆円)	28.5	40	56

(注) 平成18年度の老人医療費は74歳以上の高齢者が対象、平成27年度、平成37年度は75歳以上が対象。

生涯医療費 (2005年度推計)

(万円)

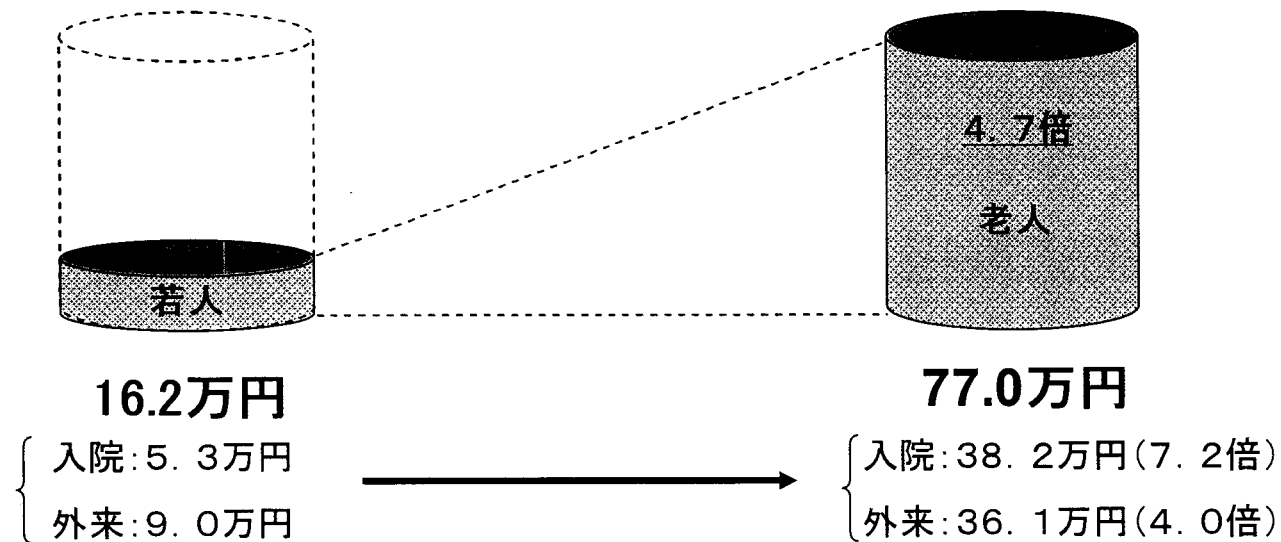


(注) 2005年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成17年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

老人医療費の特性

○ 老人の1人当たり医療費(老人保健制度に係る医療費)は77.0万円となっており、若人(老人以外の者)の1人当たり医療費16.2万円の4.7倍となっている。

【1人当たり医療費の若人との比較(平成16年度)】



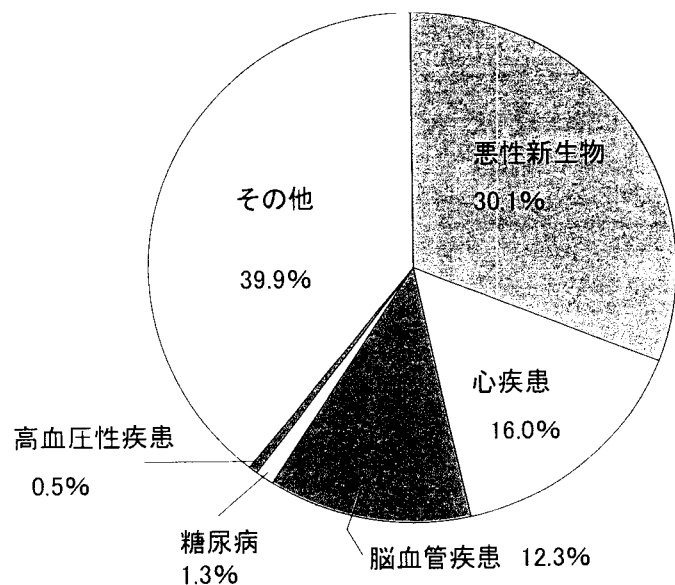
(資料)「老人医療事業年報」等より

- (注) 1. 医療費には、入院、外来の医療費、訪問看護や柔道整復師の施術等の療養費払いの医療費が含まれている。
2. 平成14年10月以降、老人医療受給対象者の年齢を段階的に引き上げており、平成16年度は10月で72歳以上である。

生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%

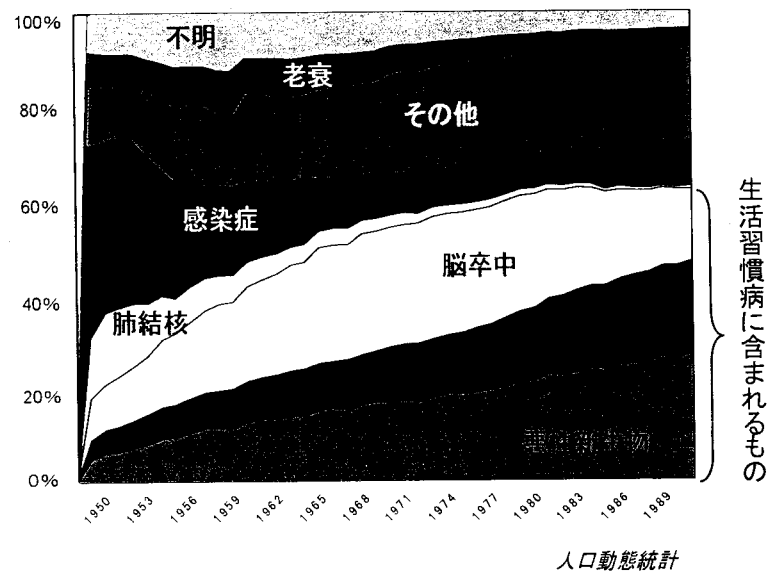


(注)人口動態統計(平成17年)により作成

※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化
(死亡割合1947-1989)



生活習慣病に含まれるもの

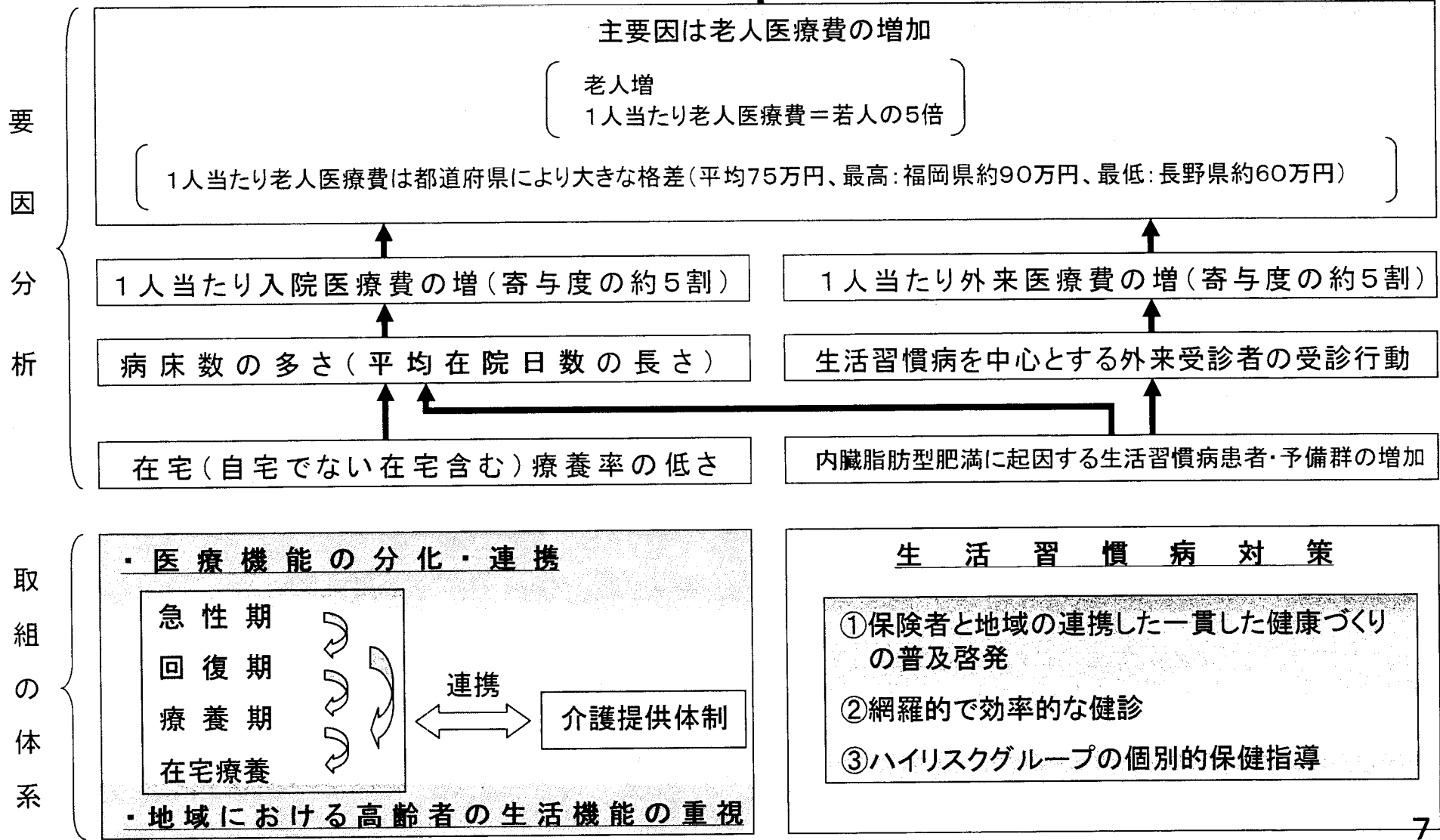
総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、医療保険者によるメタボリックシンドロームの概念を踏まえた特定健康診査・特定保健指導を導入(平成20年度より実施)

医療費増加の構図

医療費の増加



中長期的な医療費適正化方策

基本的な考え方

- ◎ 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:全国平均と最短(長野県)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 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
- 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
- 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、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平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(※)

(※)については中間年における進捗状況の評価時も同様

保険者

- 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

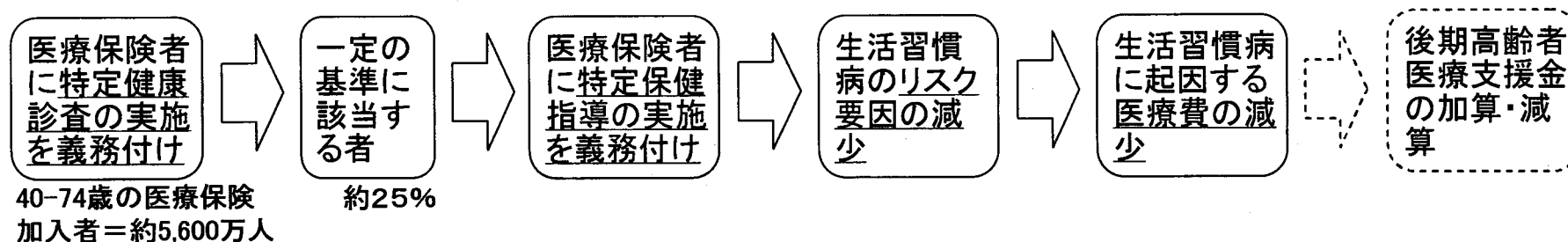
生活習慣病対策の取組

基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける(平成20年度より)。

主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
 - 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
 - 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
 - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
 - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
 - 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
 - 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
 - ・特定健康診査の実施率
 - ・特定保健指導の実施率
 - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ※ 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



療養病床再編成の考え方

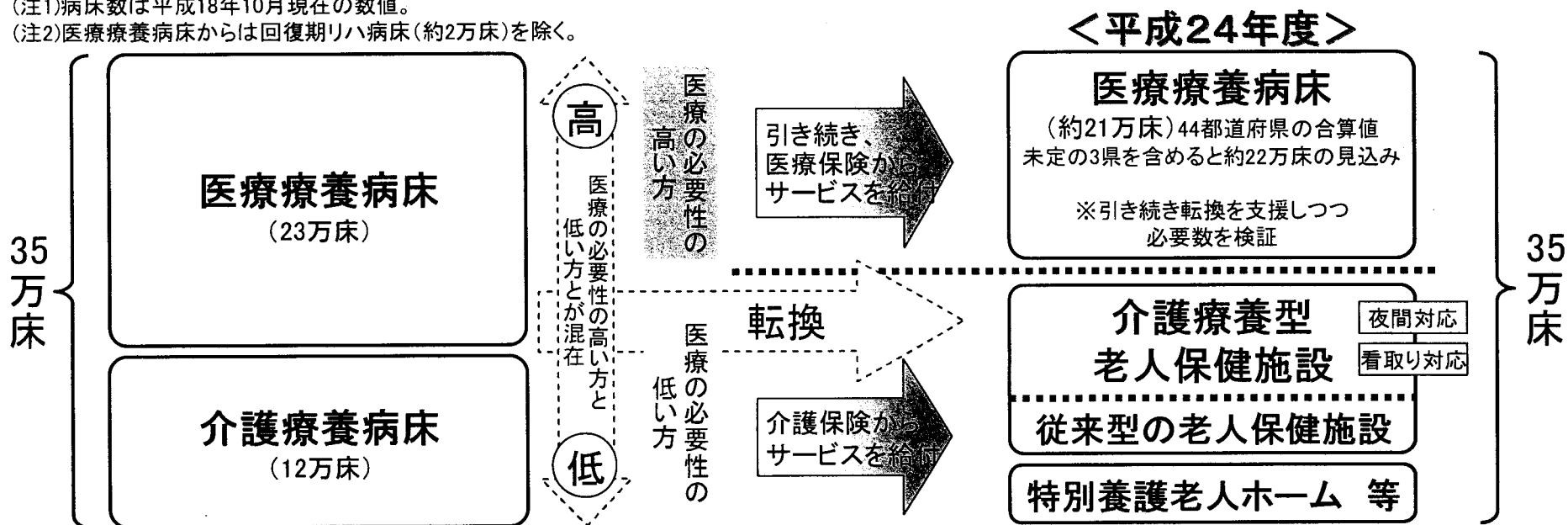
医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
 (医療が必要な方には医療サービスを、介護がより必要な方には介護サービスを)

今の療養病床が患者を退院させることなく(ベッド数を削減することなく)、介護施設等に転換するもの。
 ⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保

介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。



○ 高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づく計画に位置づけ

高齢者にふさわしい医療の提供

生活を支える医療の提供、在宅医療の充実について

☆ 医療関係職種が連携して、多様できめ細かな訪問医療を提供する。
(訪問看護サービス、歯科訪問診療、服薬支援を充実)

☆ 高齢者の病状を良く分かっている病院に入院できる体制を整備する。
(在宅・外来患者の緊急時の入院)

☆ 退院前後の医療・福祉のサポートの充実を図る。
(退院支援の計画、退院に向けた指導)

➤ 希望すれば、こうした医療について、ご本人の選んだ
担当医が継続して支援(高齢者担当医)

- 個々人にふさわしい治療計画に基づく、生活を重視した丁寧な医療
- 飲み合わせの悪い服薬の防止

高齢者に係る診療報酬について

(平成20年度診療報酬改定による)

多様できめ細かな訪問医療に関する評価

- 訪問看護における24時間電話対応や緊急訪問ができる体制の充実
⑨ 24時間対応体制加算 5,400円 (月1回)

急に病状が悪化した場合の緊急入院に関する評価

- 入院前の主治医の求めに応じ連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価
⑨ 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500点、在宅患者緊急入院加算 1,300点

退院前後のサポートに関する評価

- 退院後の生活に配慮するため、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することを評価
⑨ 後期高齢者退院調整加算 100点

慢性疾患等に対する継続的な管理に関する評価

- 他の医療機関での診療スケジュールも含めた診療計画を作成し、心身にわたる総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価
⑨ 後期高齢者診療料 600点