

特集：医療費適正化計画

第一部：医療制度改革を巡る新たな政策

医療制度改革と医療費適正化計画

大島一博

厚生労働省保険局

The Health Care System Reform and the Medical Expenditure Optimizing Plan

Kazuhiro OSHIMA

Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

「医療の安心の確保」と「医療費の伸びの抑制」という2つの一見相矛盾する要請に応えるために提案されたのが、今回の医療費適正化対策である。この2つの要請に正しく応えるためには、なぜ医療費が伸びるのかの構造を分析し、その根本的原因に答えるものでなければならない。医療費の増加の主要因は老人医療費の増加であり、その増加を抑えていくためには、一つは、壮年期からの生活習慣病の予防対策である。もう一つは、入院の期間をできる限り短くすることである。

医療費適正化対策の実施手段が医療費適正化計画であり、主な特徴は、①国の計画と各都道府県の計画があり、5年を1期とすること、②生活習慣病の予防と在院日数の短縮という2つの政策を柱に位置づけ、それぞれの具体的な目標値を設定すること、③2つの政策を実現した場合の医療費への影響の見通しを示すこと、④P D C Aサイクルで進めていくこと、⑤最終評価の結果必要があると認めるときは、厚生労働大臣は都道府県ごとの診療報酬の特例を定めることができること、などである。

政策目標としては、2015（平成27）年度までに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を25%減少させることと、平均在院日数が47都道府県中最短である長野県と全国平均の差（約9日）を半分にすることが基本となる。

政策目標を実現するための具体的な手法は、平成20（2008）年度から平成24（2012）年度までの第1期計画期間においては、生活習慣病の予防については、新たに医療保険者に義務付けられた健診及び保健指導の実施を着実に進めることであり、平均在院日数の短縮については、療養病床の再編成を進めることである。

医療費適正化対策の本旨は、ただ単に医療費の伸びを抑制しようとすることがあるのではない。大きな流れの中で日本の医療を構造的に再構築し、信頼される医療の確立を目指すものである。

Abstract

Measures for optimizing medical expenditure are proposed to respond to the two contradictory requests, “securing the medical care system” and “restraining the increase in medical expenditure.” In order to respond properly to these two requests, it is necessary to analyze the mechanism behind the increase in medical expenditure, and to cope with the fundamental cause of the increase. The key factor is the increase in medical expenditure for the elderly. One countermeasure to restrain this increase is the prevention of life-style related diseases during the prime of life, and the other is to shorten hospital stays as much as possible.

The measures for optimizing medical expenditure can be carried out by the Medical Expenditure Optimizing Plan. The characteristics of the plan are as follows:

- 1) It consists of a national plan and prefectural plans, and their terms are five years.
- 2) Prevention of life-style related diseases and shortening of hospital stays are placed as the most important

〒100-8916

東京都千代田区霞が関1-2-2

1-2-2 Kasumigaseki Chiyoda-ku Tokyo, 100-8916, Japan.

policies, and the numerical policy targets are to be established specifically.

- 3) Prospects of an impact of the above two policies on medical expenditure are to be indicated.
- 4) The PDCA cycle is to be introduced.
- 5) Exceptions in medical service fees are to be established for each prefecture by the Minister of Health, Labour and Welfare when he/she regards them as necessary after the final evaluations.

The numerical policy targets by FY2015 are based on two issues: 1) reducing by 25% the number of sufferers of, and those at risk from, life-style related diseases such as diabetes, and 2) shortening hospital stays by half the difference between the current national average and the average in Nagano prefecture, the shortest among 47 prefectures. The difference is now about 9 days.

To realize the above-mentioned policy targets, the plan's first term from FY2008 to FY2012 should promote two policies: 1) Steadily practicing health checkups and healthcare advice on insurers, which are now obligated to prevent life-style related diseases, and 2) restructuring beds for long-term care to shorten average hospital stays.

The aim of measures for optimizing medical expenditure is not merely restraining the increase in medical expenditure. It is to establish a trustworthy medical care system in Japan by restructuring it.

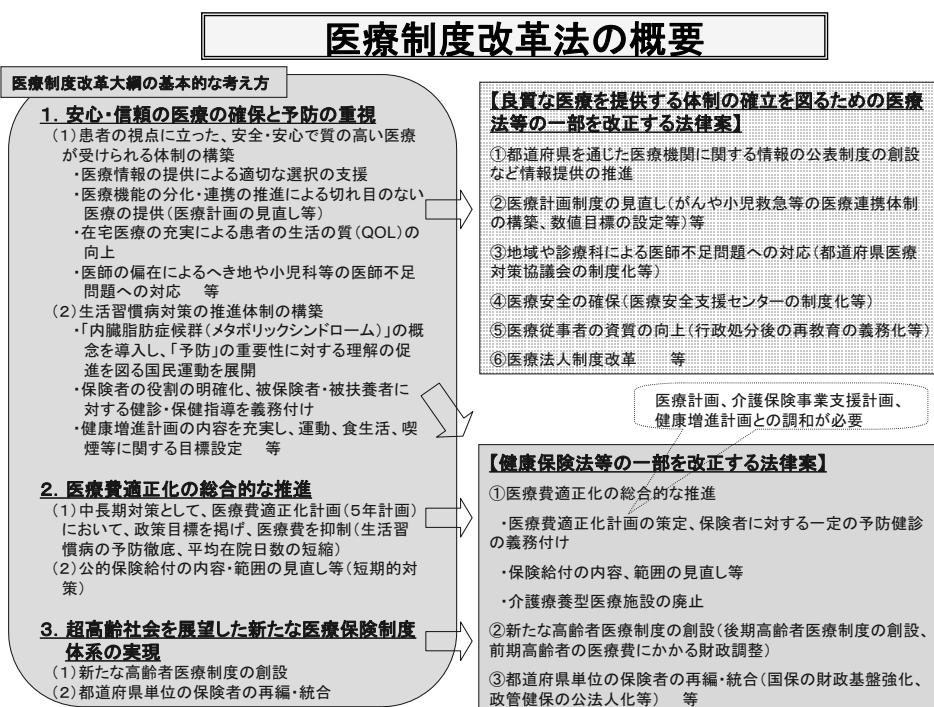
Keywords : increase in medical expenditure for the elderly, prevention of life-style related diseases, shortening of hospital stays, numerical policy targets, PDCA cycle

1 今般の医療制度改革の背景

今般の医療制度改革（資料1）には多くの改正事項が盛り込まれているが、その狙いとするところは、大きくまとめると、「医療の質の向上」と「医療保険制度（国民皆保険）の持続可能性の確保」の2つである。急速な高齢化の進展を控える我が国にとって、制度の持続可能性は、社会保障改革を行う際に不可避の観点であり、平成16年の年金制度改革、平成17年の介護保険制度改革の際もそうであった。

今般の医療制度改革においては、最終的には、生活習慣病の予防対策と平均在院日数の短縮に着目した医療費適正化対策の枠組みが新たに導入されることとなったのだが、そこに至るまでの検討過程においては、大いに議論となつた。

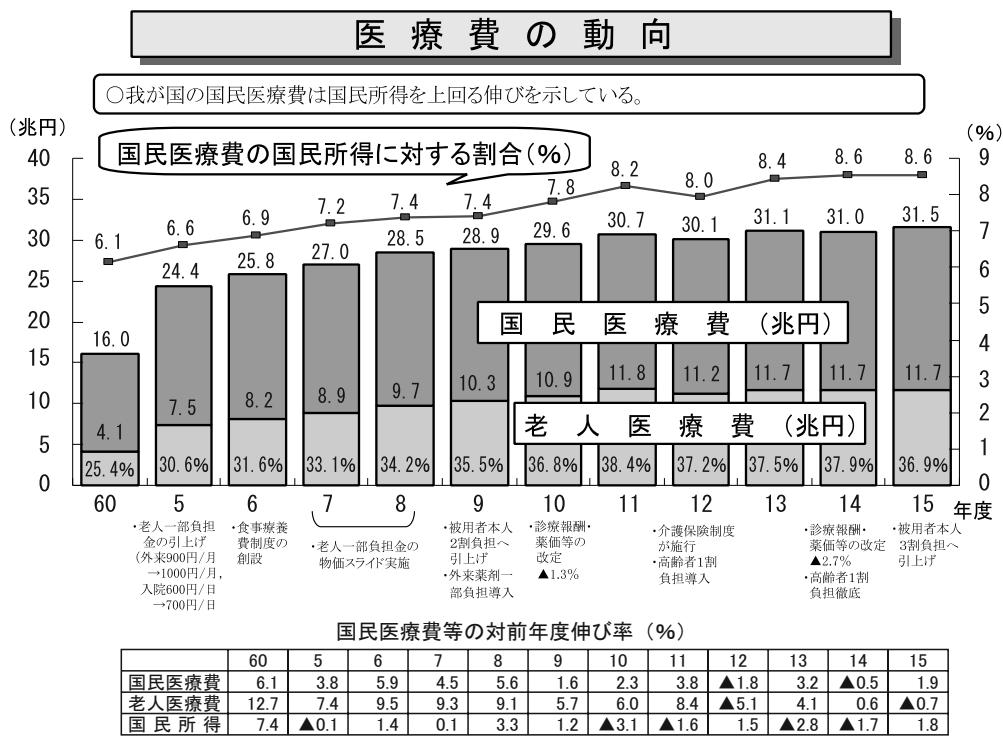
特に、経済財政諮問会議においては、医療費の伸びを経済指標と連動させて管理する必要があるとの問題意識に立ち、民間議員から、名目GDP成長率に高齢化の進行分を一定程度加味した管理指標を設定する案も示されていた。いわゆる総額管理の考え方である。



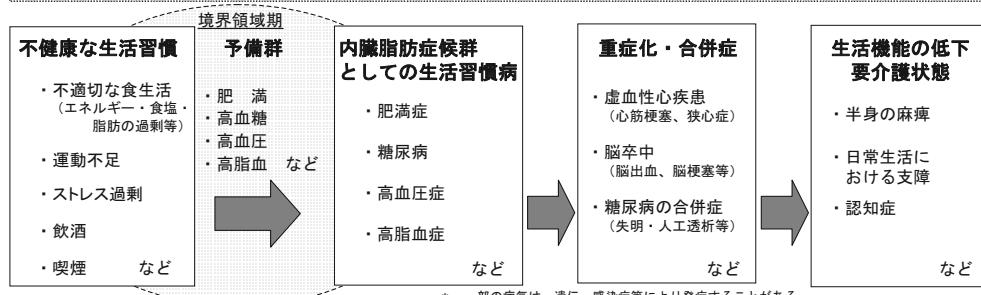
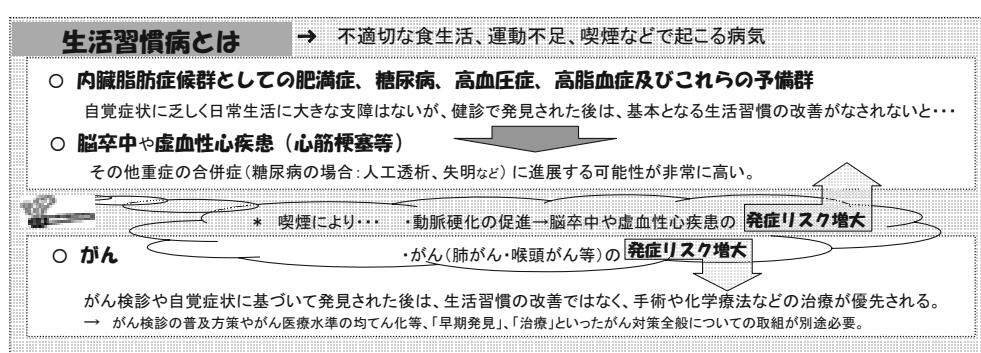
(資料1)

これに対し、厚生労働省は、経済成長（国民所得の伸び）がマイナスの年でも医療費は3～4%伸びており（平成11年度や平成13年度）（資料2），経済成長に連動させて医療費を機械的に管理することは現実的でなく、医療の安心に対する国民の要請に応えることができないと主張した。し

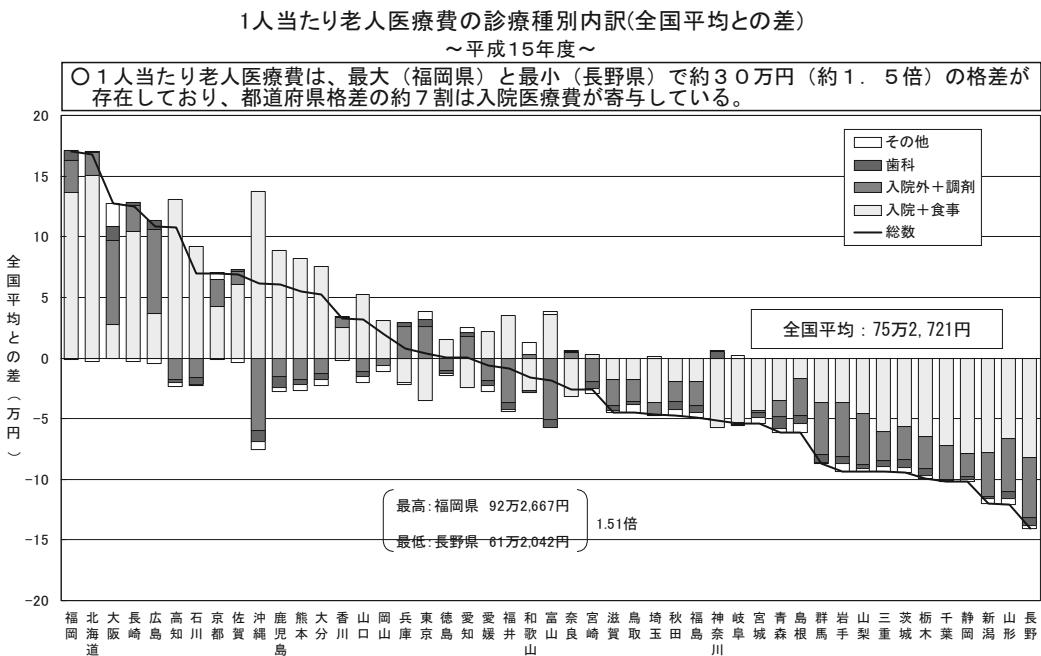
かし一方で、日本経済や国家財政・地方財政の厳しい状況の下では、医療費についても経済の規模なわち国民の負担面に留意する必要があるという点においては同様の考え方であり、同省が医療の安心の確保と今後の日本経済の負担能力を考慮した医療費の伸びの抑制という2つの一見相矛盾



(資料2)



(資料3)



盾する要請に応えるために提案したのが、今回の医療費適正化対策である。

2 医療費適正化対策の構図

患者負担の引上げでは中長期的には医療費の伸び率は下がらない。したがって、この2つの要請に正しく応えるためには、人口が減少傾向にある中で、なぜこのように医療費が伸びるのかの構造を分析し、その根本の原因に答えるものでなければならない。

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心に急速に入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、食べ過ぎや運動不足等の不健康な生活習慣がやがて肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の生活習慣病を招き、外来通院し投薬が始まり、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等に至る（資料3）。一方、一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約60万円、一番高い福岡県が約90万円で、1.5倍の差がある（資料4）。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、その入院医療費は平均在院日数や病床数が高い相関を示している（資料5・6）。

総括すると、医療費の増加の主要因は老人医療費の増加であり、その増加を抑えていくためには、一つは、若いときからの生活習慣病の予防対策である。予備群段階で留めることができれば、重症化・合併症にならず、入院患者を減らすことができる。もう一つは、入院の期間をできる限り短くすることである。例えば、脳卒中で入院した場合に、手術後早期にリハビリテーションを行い、生活の自立度を元に近い状態に戻して在宅に帰れるようにする。また、医

療の必要性の低い高齢者については医療機関に入院するのではなく、介護保険施設に入所することにより、生活環境の一層の向上を図る。こうした国民の健康の増進やQOLに着目した医療の質の向上を目指しつつ、医療費の適正化を行おうとするのが、今回の医療費適正化対策の構図である（資料7）。

3 具体的な政策展開

(1) 生活習慣病の予防（特定健診・特定保健指導）

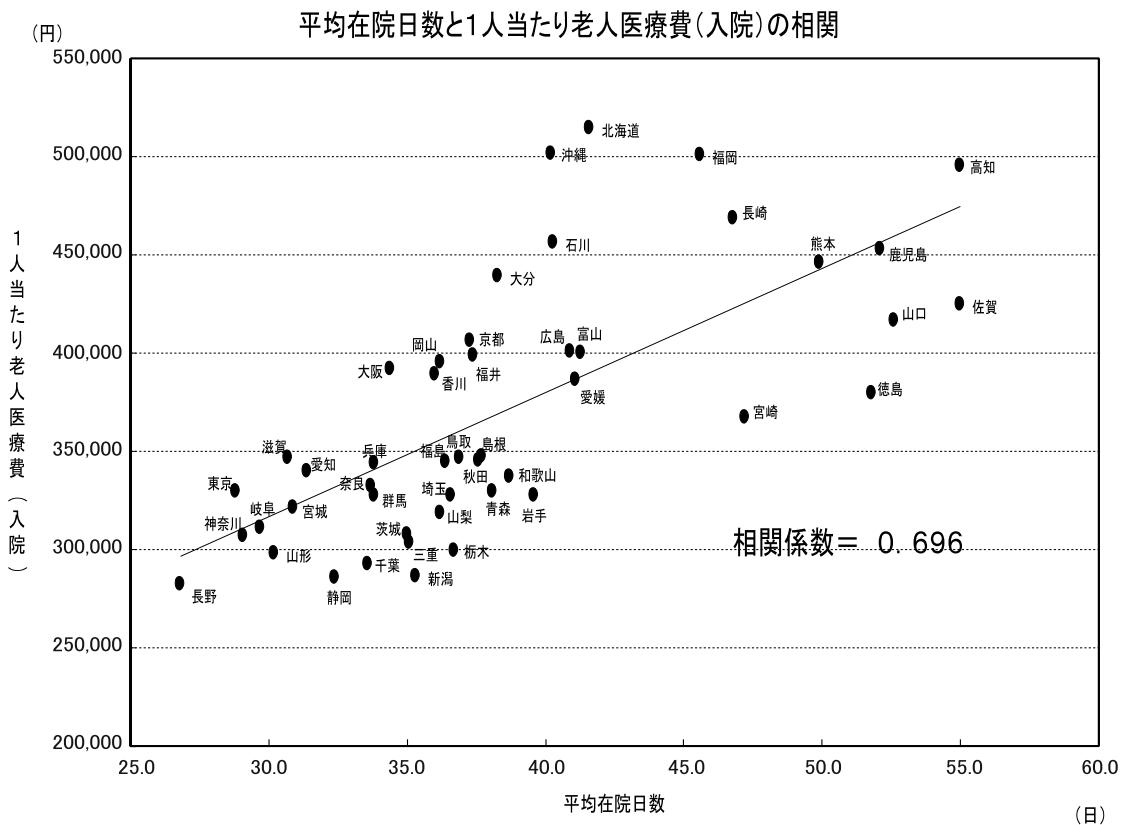
成人を対象とした基本健診については、現在、老人保健法や医療保険各法に基づいて市町村、事業者（雇用主）あるいは医療保険者がそれぞれに実施しており、各者の責任や役割の分担が不明確であるとともに、受診者に対するフォローアップが不十分である等の指摘がされている。

今回の医療制度改革においては、こうした基本健診に相当する健診を「特定健診」として位置づけ、医療保険者に実施が義務づけられ、併せて、健診結果を踏まえた生活習慣の改善に向けた保健指導（特定保健指導）の実施も義務づけられた（資料8）。平成20年4月から施行される特定健診・特定保健指導の概要は、以下のとおりである。

- 厚生労働省において、特定健診及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るために基本的な指針を定める。

- 医療保険者は、この指針に即して、平成20年度より5年を一期とする特定健診及び特定保健指導の実施計画を作成する。この中には、具体的な実施方法のほか、成果目標等を定める。

- 実施計画に基づき、医療保険者は、40歳から74歳の加入者（被保険者及び被扶養者）に対して特定健診を提供し、一定の健診結果であった者に対しては更に特定保健指導を



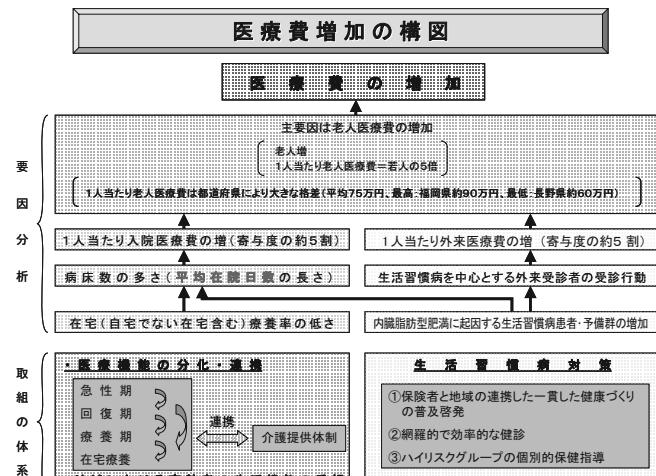
提供する。

・なお、被用者の場合には、労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けることが通常であり、特定健診と重複するが、健診項目が含まれる限りにおいては、医療保険者は事業者からの健診データの提供を受けることにより、特定健診の実施に代えることができる。

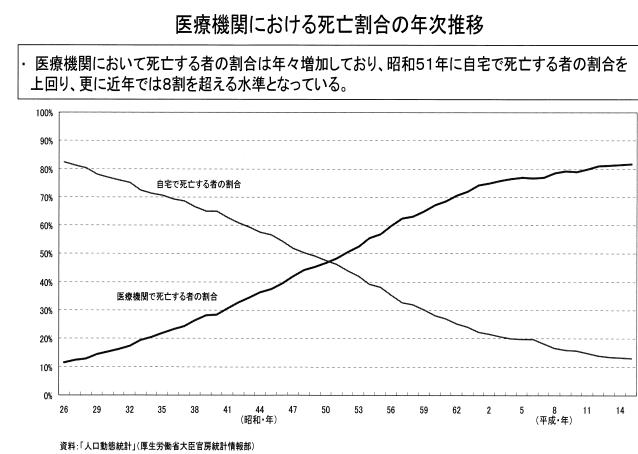
・医療保険者は、特定健診の結果を共通の定まった様式により、受診者に対して通知するとともに、特定健診及び特定保健指導の結果を電子的な方法により保存しなければならない。

・医療保険者は、特定健診及び特定保健指導の結果について、社会保険診療報酬支払基金に対して年に1回報告しなければならない。これに基づき、後期高齢者医療支援金の加算・減算が行われる（平成25年度より）。

・特定健診の財源は、保険料、利用者自己負担のほか、一部公費の助成が予定されている。また、被用者の健診については、健診項目が一致する範囲において労働安全衛生法に基づく事業者健診として事業者が負担する。特定保健指導は、原則として保険料及び利用者自己負担が財源となる。



(資料7)



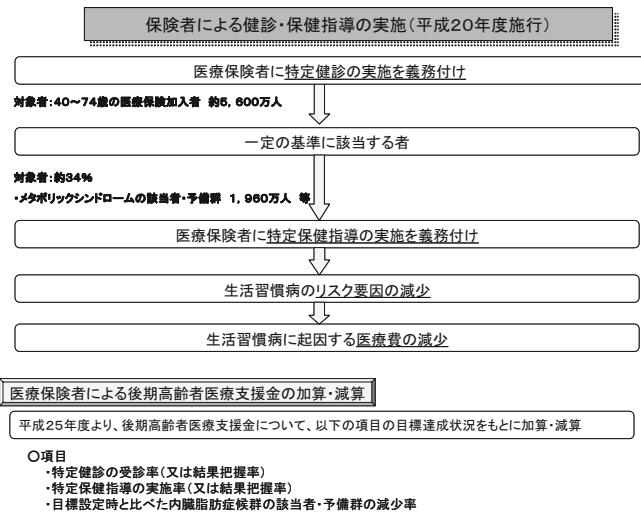
(資料9)

(2) 平均在院日数の短縮（療養病床の再編成）

我が国では、戦後一貫して病院で死亡する人の比率が高まり、現在では、約8割が病院で亡くなっている（資料9）。今後の高齢化の進展により、年間の死亡数が急速に増え、現在100万人強の死亡数が30年後には約170万人になる（資料10）。その時の我が国の病院医療はどうなるのであろうか。病院のあり方、入院のあり方、生活の場との関係等について、将来のビジョンに基づいた一貫した政策展開が求められる。療養病床の再編成もその中に位置づけられる。

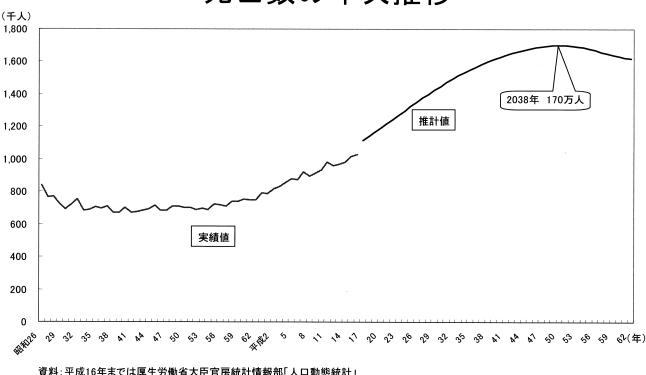
療養病床は、昭和48年の老人医療費無料化以降、当時の介護施設の不足等の事情もあって、病床が増加してきた。その一部は社会的入院の問題として、30年来の懸案となっていたが、介護基盤の充実や介護保険制度の導入等を踏まえ、今回の医療制度改革の中で、その再編成を行うことになったものである。

今回の療養病床の再編成では、介護療養病床は平成23年度末で廃止されるが、医療の必要性が高い患者を対象とした医療療養病床は存続する。今後6年をかけて、医療の必要性が高い患者は医療療養で受け入れ、医療の必要性が低い患者の病床は老人保健施設等に転換することにより、機

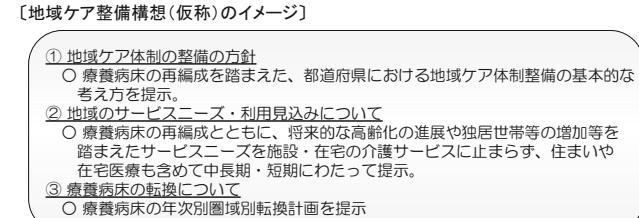
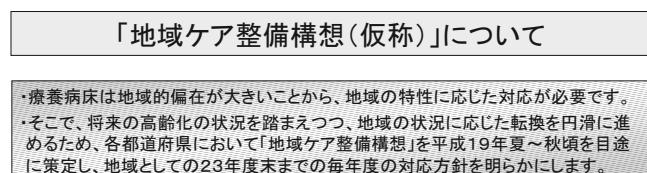
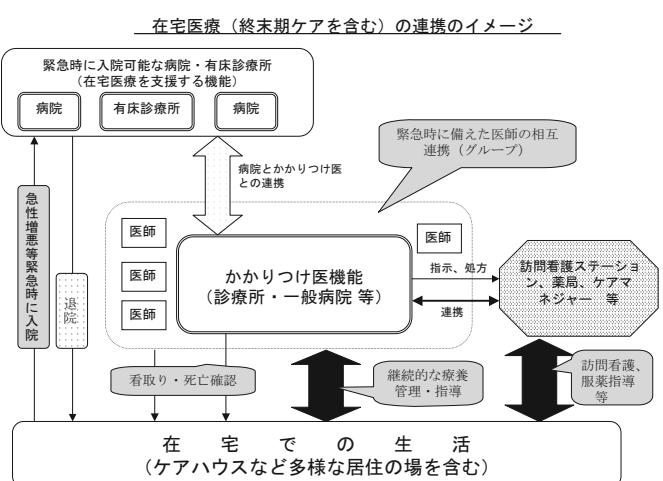
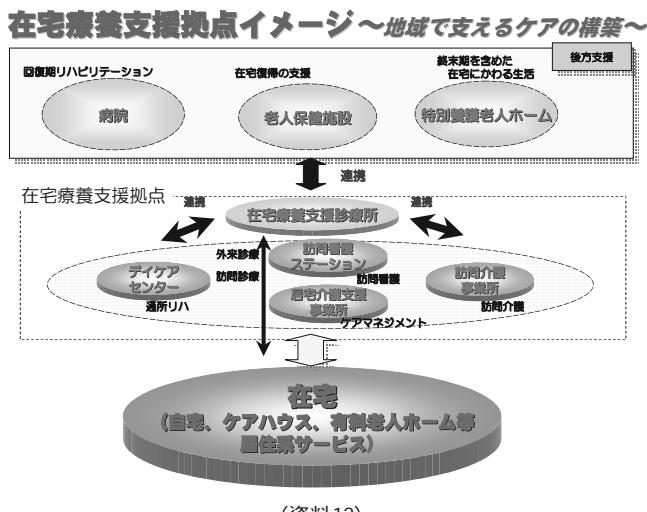
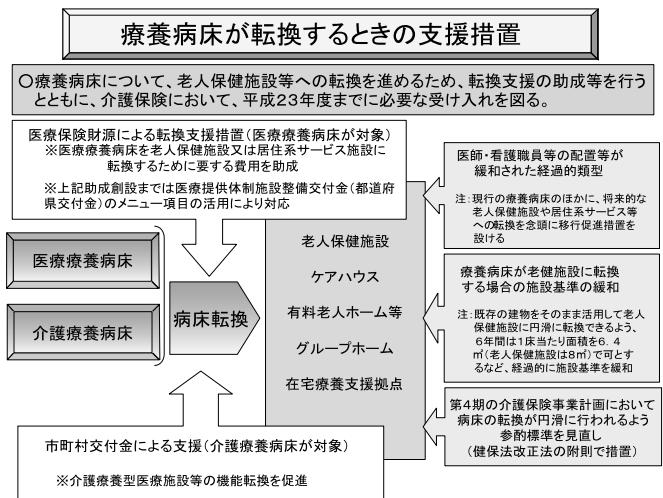
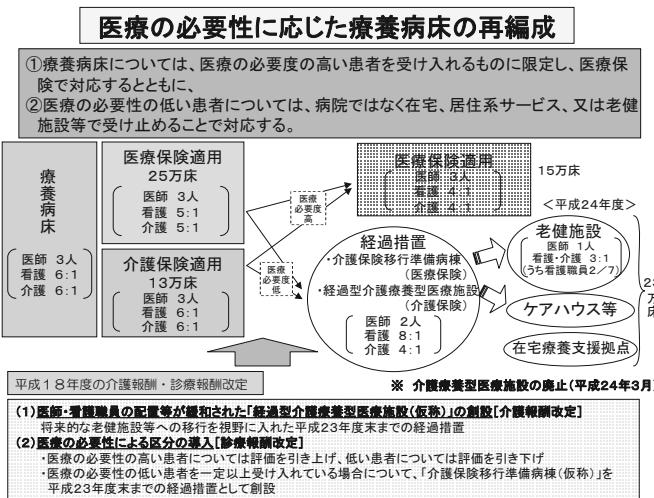


(資料8)

死亡数の年次推移



(資料10)



※都道府県は、上記の「地域ケア整備構想(仮称)」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定します。

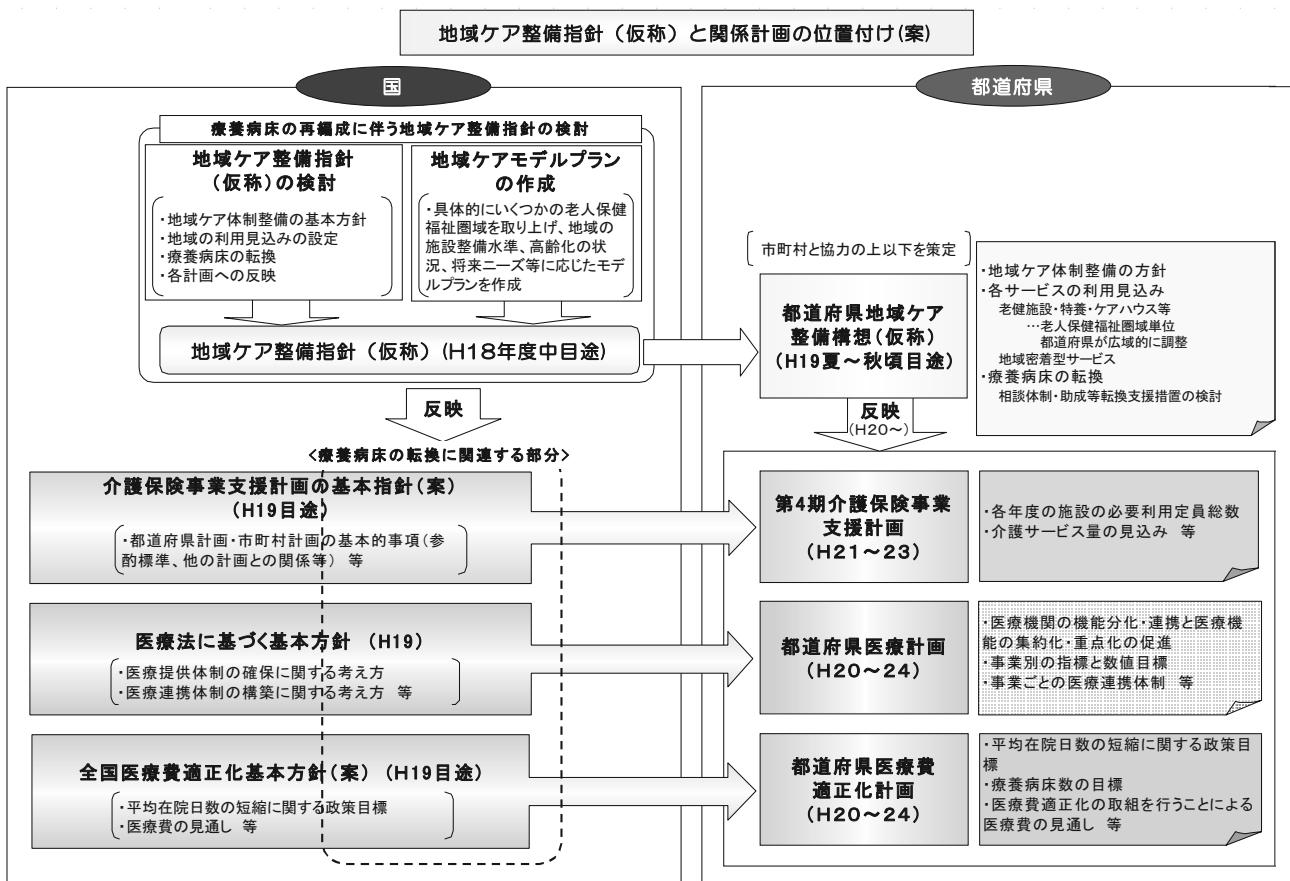
※策定に当たっては市町村との連携を図ります。

(資料15)

能分化を進める(資料11)。既存のベッドをそのまま活かした転換が円滑に進むよう、医療保険・介護保険のそれにおいて、医師・看護職員の配置等を緩和した経過的な療養病床の類型を創設する(平成23年度まで)とともに、転換後の老人保健施設の床面積の基準を経過的に緩和し(平成23年度まで)、転換に伴う施設改修への助成を行うこととしている(資料12)。

転換後の老人保健施設等は将来にわたって継続していくものであるが、将来を展望すると、今後新たに増加していく入所ニーズについては、ケア付き高齢者住宅やケアハウス、グループホーム等の居住系サービスを基本としつつ、そこへ外部からの在宅医療や看護・介護を提供することによって対応するのが、あるべき姿の基本の一つとしなければならない(資料13・14)。

前述のとおり療養病床が老人保健施設等に転換することにより、既存のベッドを活かしてそのまま介護の受皿となることを想定しているが、これも含め、今後の介護サービスの基盤整備については、国と地方公共団体と十分連携し



(資料16)

て計画的に進める必要がある。特に都道府県においては、地域の特性に応じた地域ケアのビジョンを描くことが望まれる。ビジョン（地域ケア整備構想（仮称））の中では療養病床の転換計画も定めることとし、これを基に、都道府県の医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画の3つの計画が相互に整合性をもって進められるようにならなければならない（資料15・16）。

4 医療費適正化計画の策定・評価

今回の医療制度改革における医療費適正化対策の実施手段が医療費適正化計画であり、主な特徴としては、①国の計画と各都道府県の計画があり、5年を1期とすること、②生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮という2つの政策を柱に位置づけ、それぞれの具体的な目標値を設定すること、③2つの政策を実現した場合の医療費への影響の見通しを示すこと、④中間年度に加え最終年度の翌年度に評価を行うなどPDCA（PLAN-DO-CHECK-ACTION）サイクルで進めていくこと、⑤最終年度の翌年度の評価の結果、平均在院日数の短縮に関する政策目標を達成するために必要があると認めるときは、厚生労働大臣は、当該都道府県のみに適用される診療報酬の特例を定めることができること、などが挙げられる（資料17・18）。

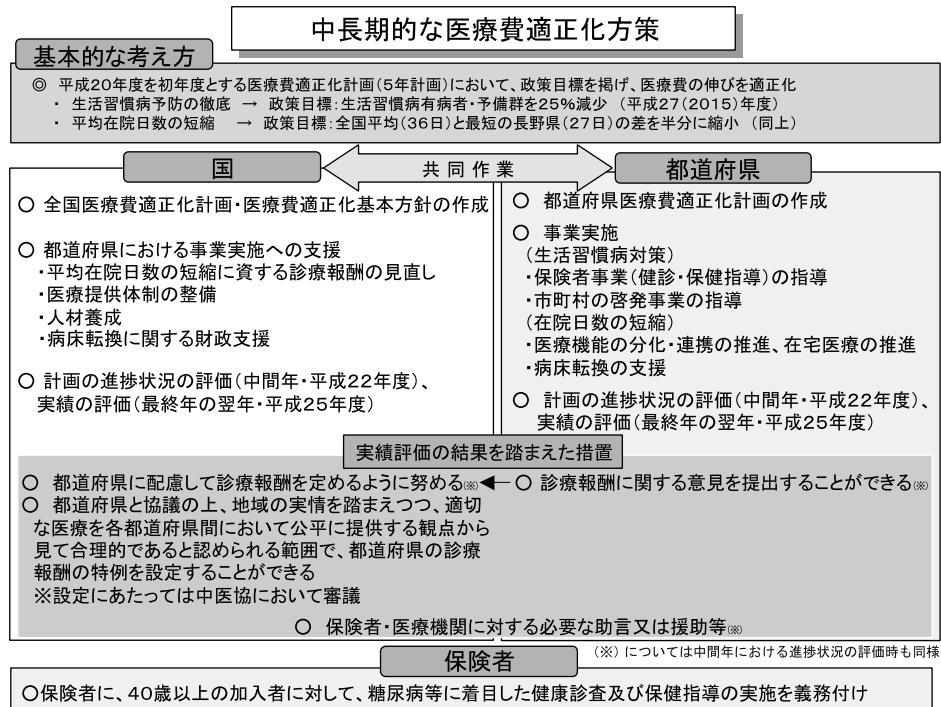
具体的な政策目標は、2015（平成27）年度までに、生活

習慣病の予防については、糖尿病等の有病者・予備群を25%減少させること、平均在院日数の短縮については、47都道府県中最短である長野県と全国平均の差が約9日あるのでこれを半分にすることを基本にして設定する予定である。

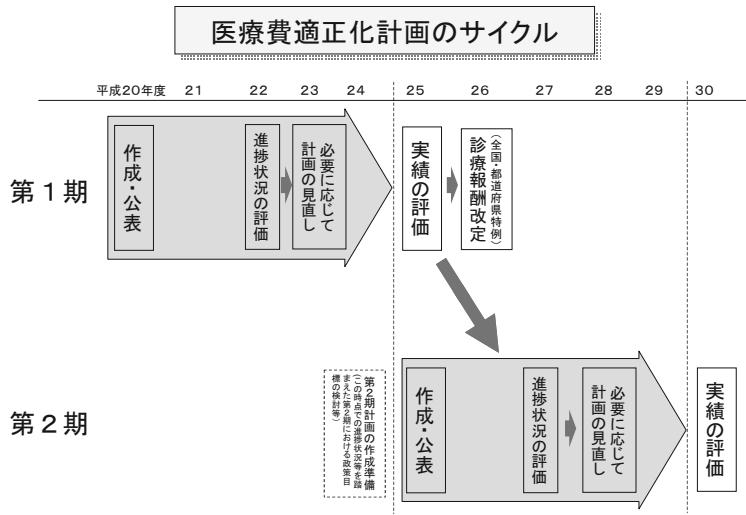
また、政策目標を実現するための具体的な手法は、平成20（2008）年度から平成24（2012）年度までの第1期計画期間においては、生活習慣病の予防については、特定健診及び特定保健指導の実施が各医療保険者に義務づけられることから、医療保険者における着実な取組みを支援することであり、平均在院日数の短縮については、療養病床の再編成を進めることである。

医療費適正化計画は、医療政策（生活習慣病の予防、平均在院日数の短縮）の実現を第一義的な目標とし、医療費はその結果として捉えることとしている点で、その実質は、「保健医療サービス最適化計画」とでも言うべきものである。

1人当たりの老人医療費には、最多の県と最小の県との間で1.5倍の差があり、その背景としてはベッド数の差など地域問題の要素も大きく存在し、国だけの適正化に向けた取組みには自ずと限界がある。今後、都道府県には、①地域の健康づくり施策を総合的にどう推進していくのか、②医療機関の機能分担をどう明確化し再編するのか、③地域医療・地域ケアをどう普及させていくのか、といった点についてのビジョンや将来像を示す役割が期待される。また、



(資料17)



最終年度の翌年度の評価の結果に基づく診療報酬の特例についても、厚生労働大臣は都道府県と協議して定めることとされており、都道府県の権限が留保されるような制度設計となっている。このため、都道府県においては、医療関係者等との調整や医療費適正化計画に関連するデータの整備、データを活用したエビデンスに基づく企画立案など、医療政策が重要な位置を占めるようになると考えられる。

5 おわりに

医療費適正化対策の本旨は、ただ単に医療費の伸びを抑制しようすることにあるのではない。大きな流れの中で日本の医療を構造的に再構築し、信頼される医療を確立することを目指すものである。国も都道府県もこうした観点に立って、医療費適正化対策を進めていくことが重要である。