



日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時:平成27年1月8日17:30~18:00

場所:ホテルオークラ東京別館2階撫子

日本慢性期医療協会2015年度に向けての対応

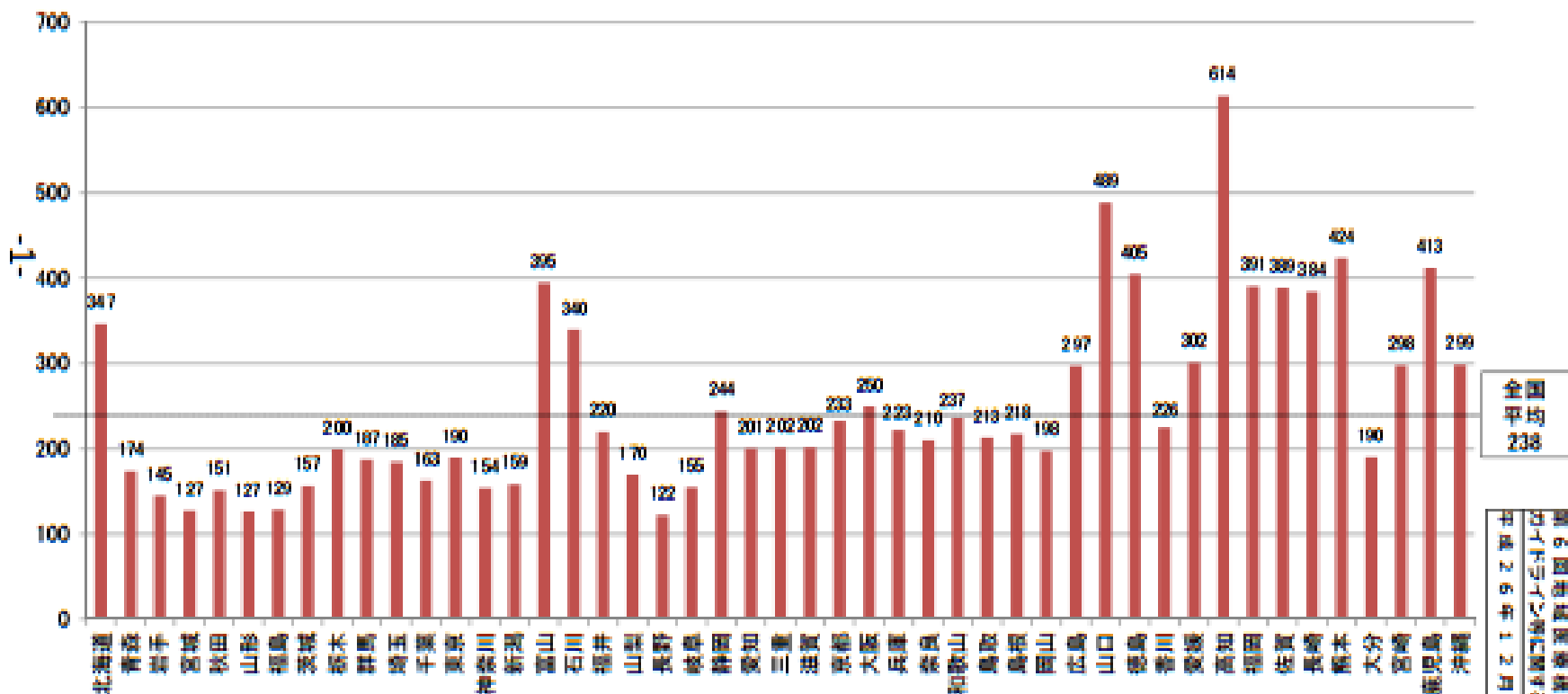
1. 地域医療構想ガイドラインへの対応(C1・C2・C3への対応)
2. 医療療養病床25対1への対応
3. 介護療養病床への対応
4. リハビリテーション提供体制への対応
5. 在宅療養促進政策への対応
6. 認知症への対応
7. 平成28年度診療報酬改定への対応

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

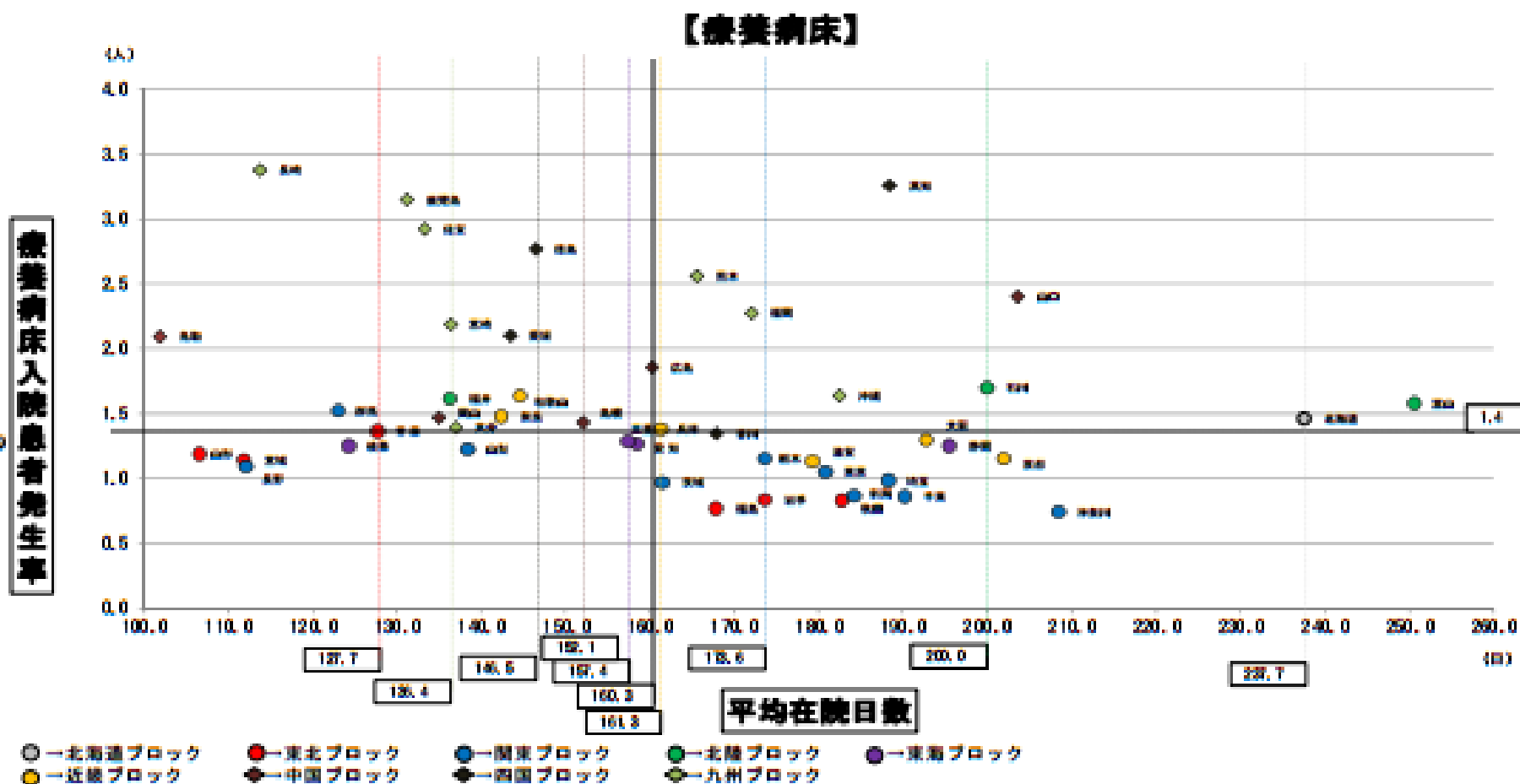
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（ Σ 〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

第6回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
 資料1
 平成26年12月25日
 2

都道府県別 療養病床入院患者発生率（年齢調整後）・平均在院日数



【平均在院日数（中央値）】

（全国）	（北海道）	（東北）	（関東）	（北陸）	（東海）	（近畿）	（中国）	（四国）	（九州）
160.3	237.7	127.7	173.6	200.0	157.4	161.3	152.1	146.5	136.4

性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）：全国の入院受療率 × {各都道府県の入院受療率 × 各都道府県の推計人口} ÷ Σ {全国の性・年齢別入院受療率 × 各都道府県の性・年齢別推計人口} 【出典】平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査

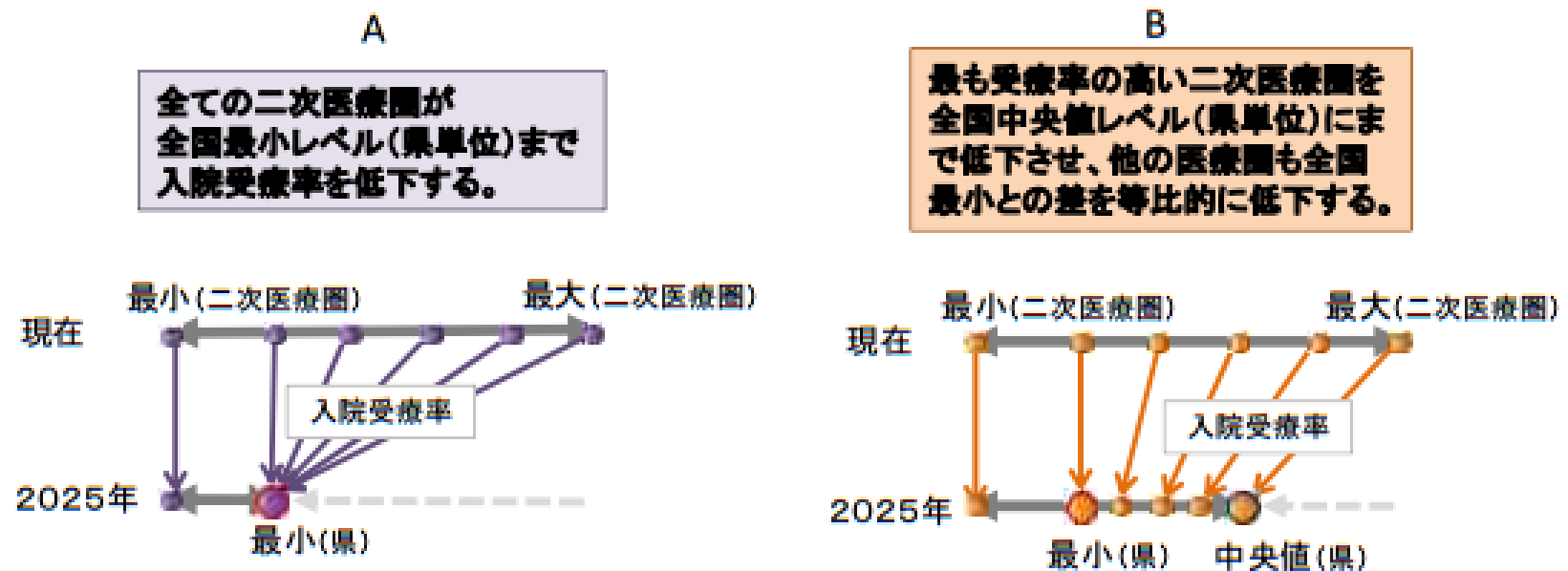
平均在院日数：【出典】平成25年(2013)医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省大臣官房統計情報部）

療養病床入院患者発生率：性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対） ÷ 平均在院日数

地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、医療機能の分化・連携により、2025年には、在宅医療等(※)への移行を促進することが必要。
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- 在宅医療等へ移行する患者数については、在宅医療の充実等により、現在では療養病床で入院している状態の患者は、2025年には在宅医療等での対応となる(療養病床の入院受療率の低下)ものとして、推計する。
- その際、現状、療養病床の入院受療率には地域差があることから、この差を補正していくこととするが、地域の在宅医療や介護施設等の整備の見込みなどを踏まえて、地域が一定の幅の中で補正する目標を設定することができることとしてはどうか。

【入院受療率の補正目標の設定案】



「地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要」 の推計案について

療養病床の入院受療率をベースとしているが、人口に対する療養病床の病床数は地域によって大きく異なる。

また、一般病床の病床数との対比も影響し、療養病床の病床数が少ない地域では、本来療養病床に該当する患者が一般病床に入院しているということもある。

さらに、特定除外制度の原則廃止により、一般病床を取り巻く環境自体が大きく変化しているので、療養病床の入院受療率だけを取り出して推計の指標とするのはただちに得策とは言えない。

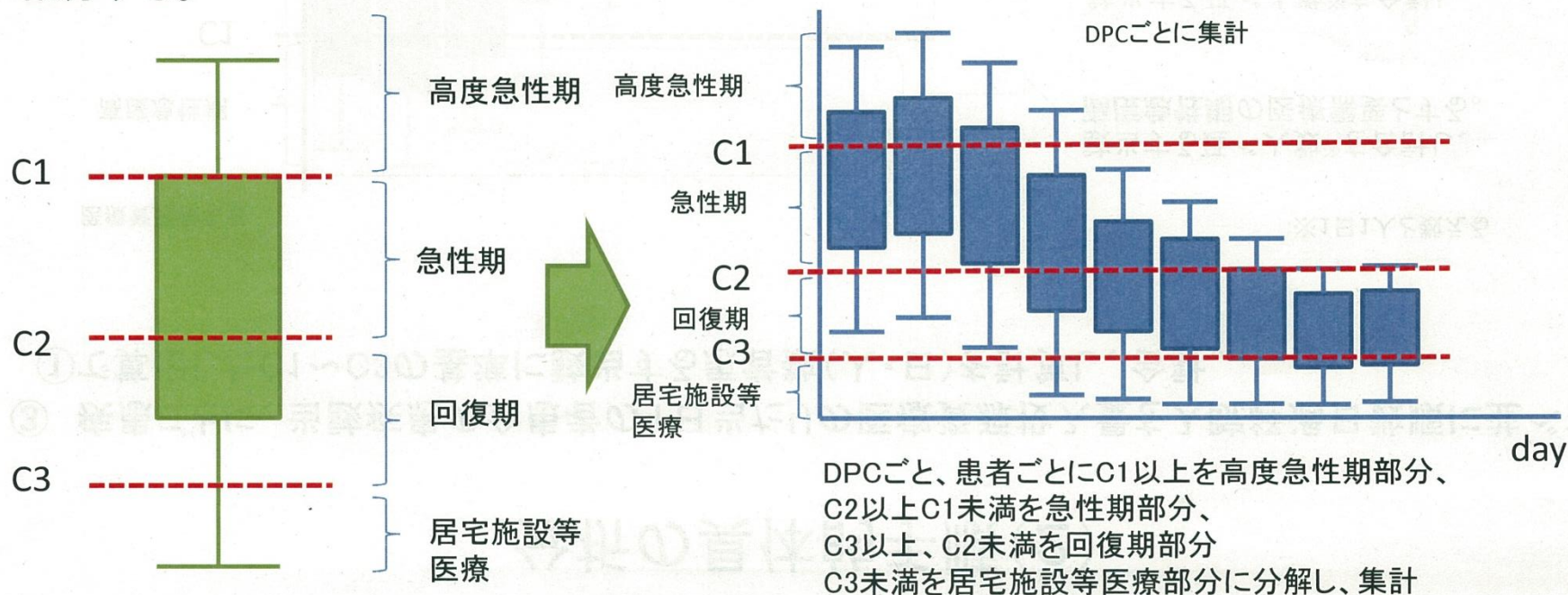
「回復期と慢性期・在宅医療等の境界点」における基本的考え方が「療養病床または在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量」とする見解は不可解である。

急性期治療後の重症な後遺症患者に対応している療養病床と在宅医療とが同程度の医療であるとの認識は、理解に苦しむ。

分析の具体的手順(1)

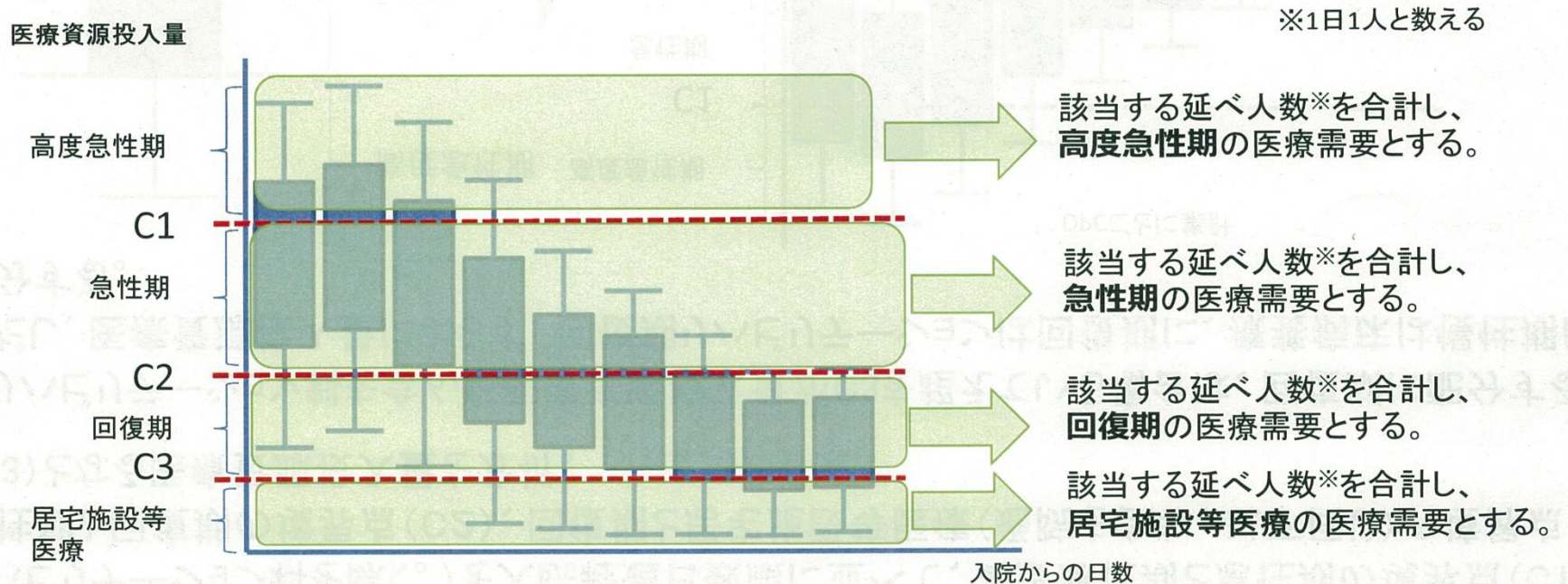
○ まず、DPCデータについて、以下の分析を実施。

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



分析の具体的手順(2)

- ③ 疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、
①で算出したC1～C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



全てのDPCで合計し、各医療機能の医療需要とする。

病床機能分化をDPCの治療日数と
1日当たりの診療報酬の推移だけで
決めるのは早計である。

発病日からの経過日数と患者の重症度は関連するものではない。
すなわち病期と重症度は全く別物である。

DPCの日数と報酬の表は、あくまでも
DPC病棟での結果であり、そのグラフ
を地域包括期や慢性期に無理に適応
することはできない。

1. 病床が担う医療機能 ～4つの機能区分

◎ 各医療機関は病棟単位(有床診療所は施設単位)で、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、**実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから**、提供している医療の内容が明らかとなるように、併せて、具体的な報告項目を報告する。

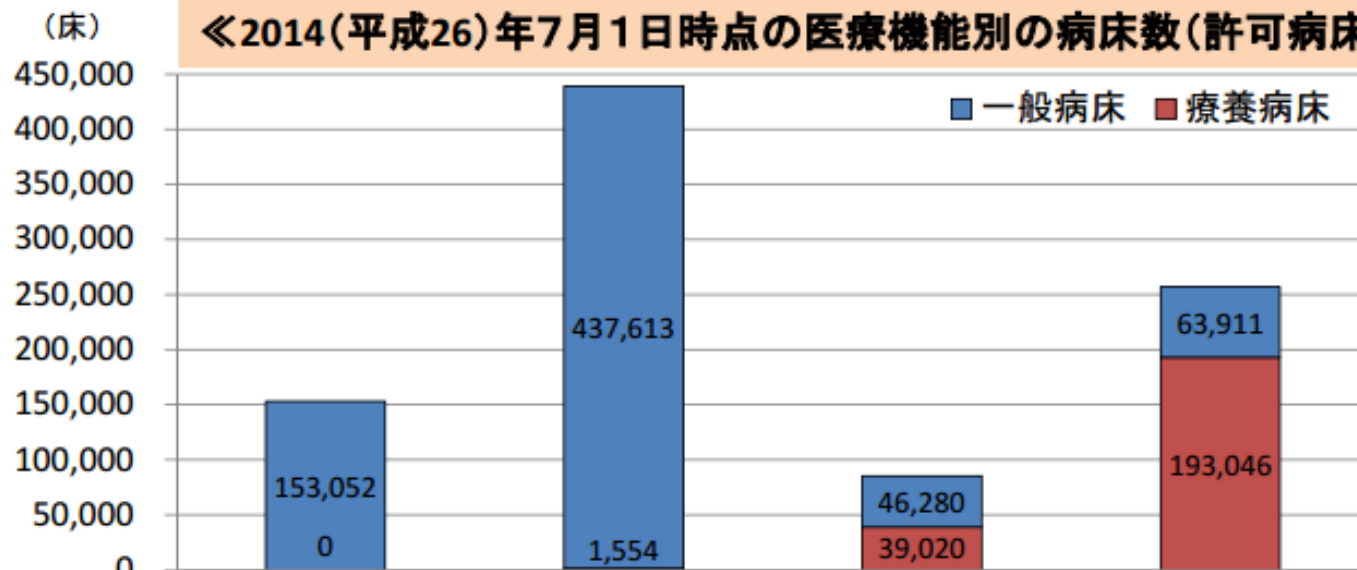
◎ 有診は、多様な患者が入院しているため、どの機能を選択すべきか分からないケースが想定されたので、4つの機能区分から「主な機能」を選べばよいことになった。

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月19日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,432施設、有床診療所8,117施設のうち、11月30日までに病院6,808施設(91.6%)、有床診療所5,395施設(66.5%)が報告済み
- ・このうち12月19日時点でデータクリーニングが完了した病院5,181施設(69.7%)、有床診療所3,774施設(46.5%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、939,462床
 (cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

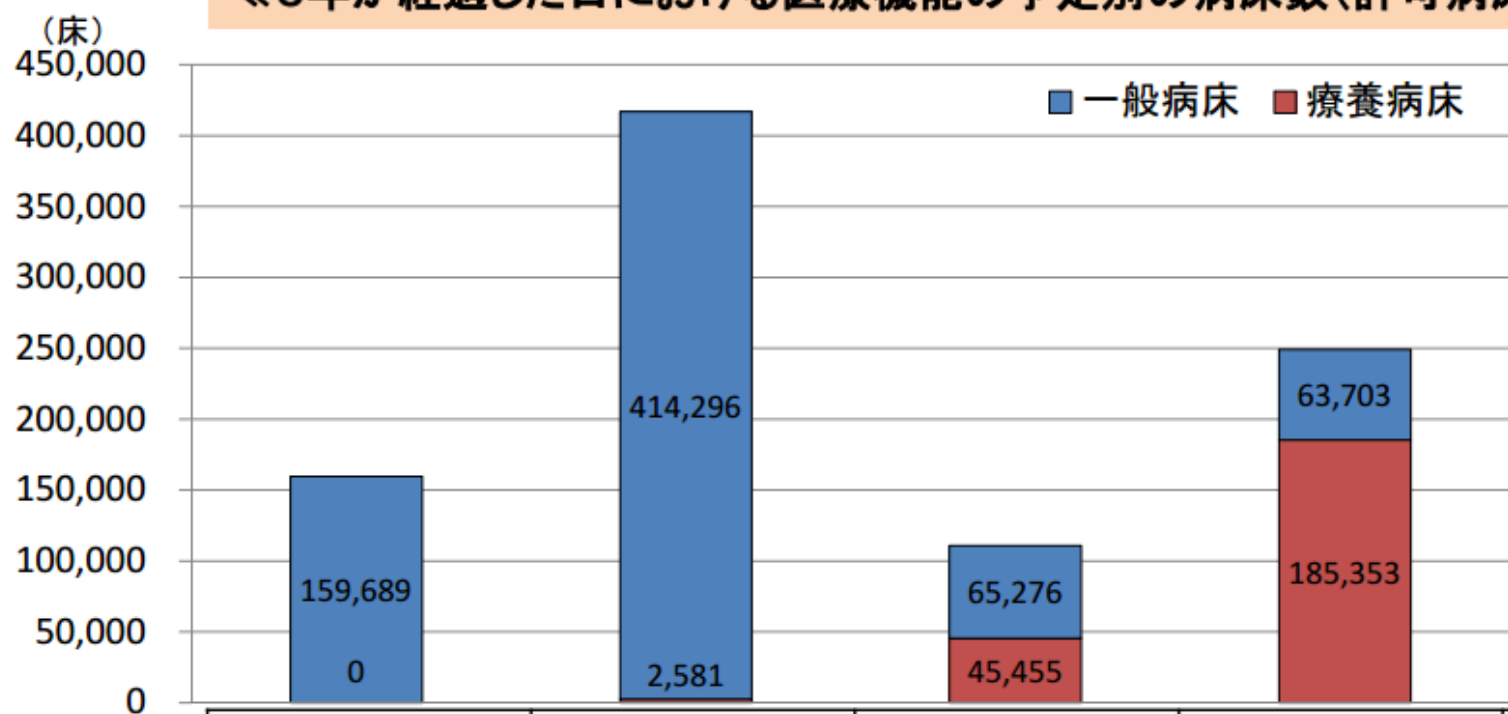
《2014(平成26)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	153,052	437,613	46,280	63,911	700,856
療養病床	0	1,554	39,020	193,046	233,620
合計	153,052	439,167	85,300	256,957	934,476
構成比	16.4%	47.0%	9.1%	27.5%	100.0%

(注) 集計対象施設のうち、2014年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が4,986床分あり、上表には含めていない。

《6年が経過した日における医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

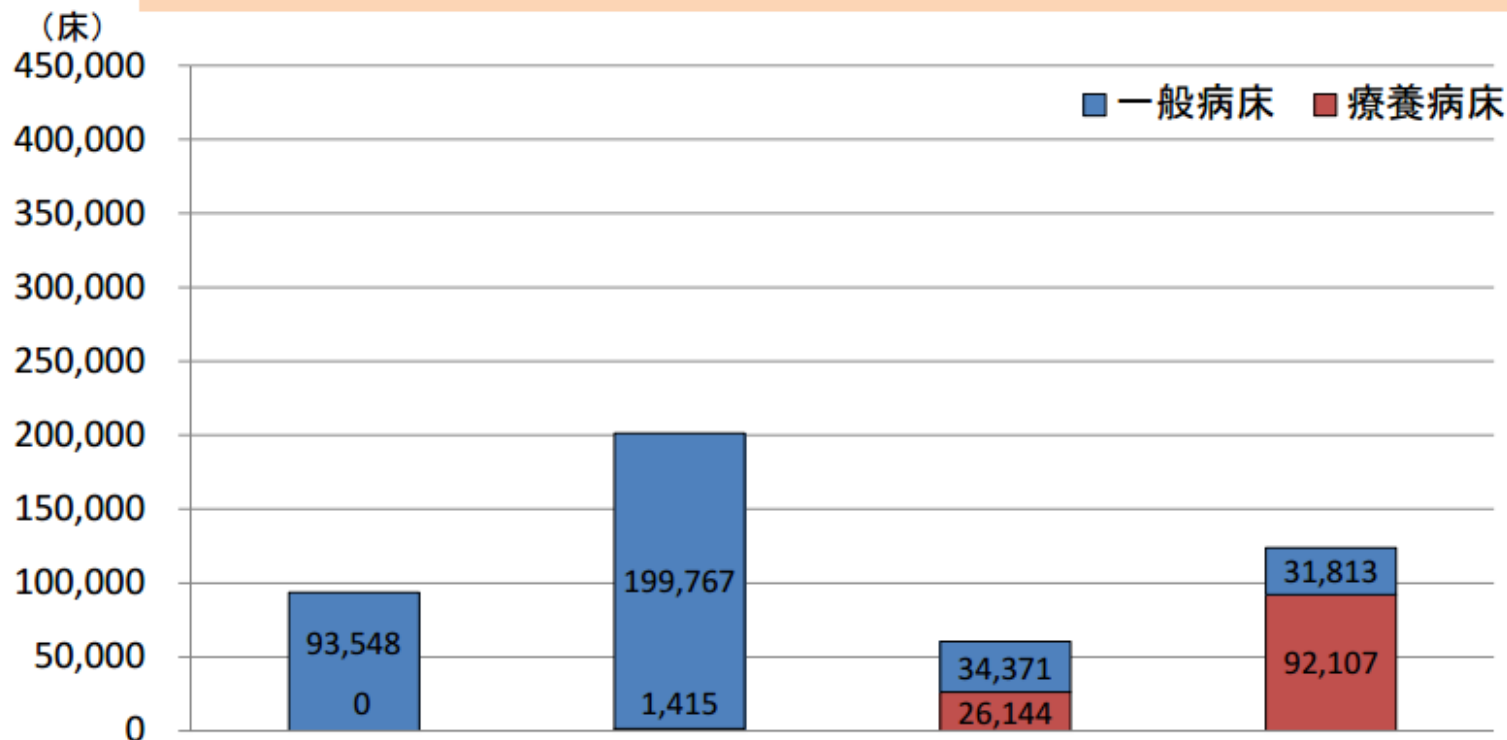


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	159,689	414,296	65,276	63,703	702,964
療養病床	0	2,581	45,455	185,353	233,389
合計	159,689	416,877	110,731	249,056	936,353
構成比	17.1%	44.5%	11.8%	26.6%	100.0%

(注)集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が3,109床分あり、上表には含めていない。

《2025(平成37)年7月1日時点の医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

(注)本項目は、任意の報告項目であり、報告のあった病床分のみ、下表に記載している。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	93,548	199,767	34,371	31,813	359,499
療養病床	0	1,415	26,144	92,107	119,666
合計	93,548	201,182	60,515	123,920	479,165
構成比	19.5%	42.0%	12.6%	25.9%	100.0%

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方【案】

	基本的考え方	患者像の例
高度急性期と急性期の境界点(C1)	対象が重症者に限られ、充実した人員配置等が要件となっているハイケアユニット等を退室する段階の医療資源投入量	人工呼吸器は離脱したが、抗菌薬治療等の標準治療が必要。画像や血液検査等による評価も継続して実施する必要がある状態。
急性期と回復期の境界点(C2)	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<p>抗菌薬治療等の標準治療は終了したが、経口摂取不十分や術後の体液排出のため、輸液管理や術後のドレーン管理は継続している状態。</p> <p>(急性期の医療需要の考え方) 医療資源投入量が落ち着いていても、状態の安定化に向けて急性期としての医療が必要な患者もいることから、そうした患者をどのように見込むか。</p>
回復期と慢性期・在宅医療等の境界点(C3)	<u>療養病床または在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量</u>	<p>輸液管理や術後のドレーン管理が不要となり、定期薬以外の治療は終了。</p> <p>(調整期間の医療需要の考え方) 境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要をどのように見込むか。</p>

「地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要」 の推計案について

* 療養病床では、診療報酬が包括算定のため、医療行為を出来高換算して分析することができないとの説明があったが、療養病棟もデータ提出加算の提出対象となり、病床機能報告制度によって、報告されたレセプトデータを活用すべきである。

* 療養病床20対1と25対1とを分けて考える必要がある。20対1には医療区分2,3の患者の合計が8割以上であるため25対1とは患者像が大きく異なる。また、25対1は実際には7対1や10対1とのケアミックス病院に多く、両者の違いに着目すべきである。

「地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要」 の推計案について

*「在宅医療等へ移行する患者数については、在宅医療の充実等により、現在では療養病床に入院している状態の患者は、2025年には在宅医療等での対応となる」とあるが・・・

在宅医療が充実すれば療養病床はそれほど必要でないということか。

当院の入院患者の約30%が人工呼吸器患者である。

果たして、在宅に人工呼吸器患者が1%もいるだろうか。

療養病床では、一般病床から転院してくる重態の患者に対応するべく医師や看護師を加配している。

入院患者の全員がいずれ必ず在宅に復帰できるという考えは、現実に目を背けた過度の期待ではないか。

急性期病床での治療後、どうしても在宅に復帰することができない重態の患者を守る最後の砦は絶対に必要である。

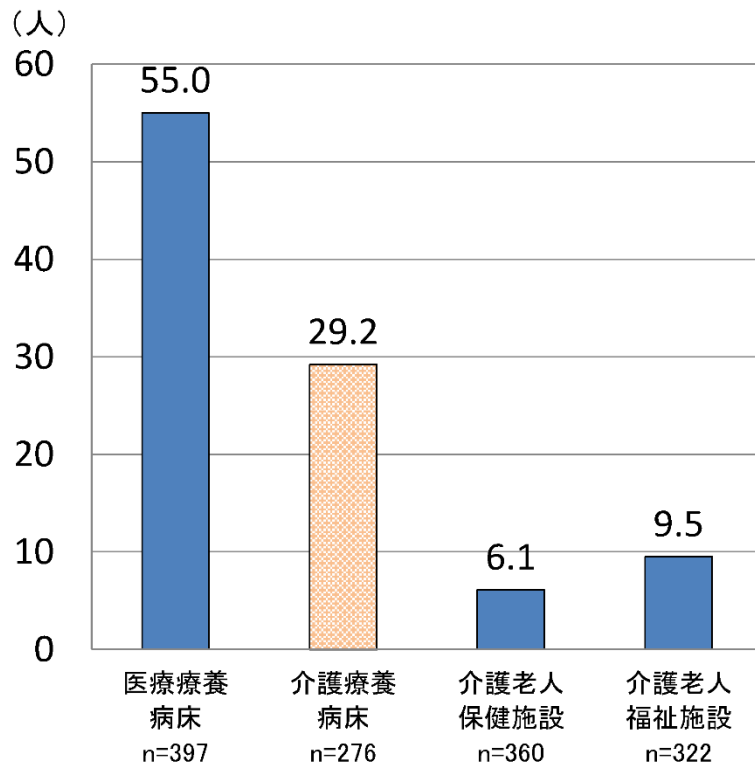
急性期にばかり重症患者がいると
錯覚しているのではないか。
慢性期にもICU患者がたくさん
入院している。

看取り・ターミナルケアの実施状況

- 介護療養型医療施設と医療療養病床では他の介護保険施設と比較して、看取り・ターミナルケアの実施が圧倒的に多い。

100床あたり年間看取り実施人数

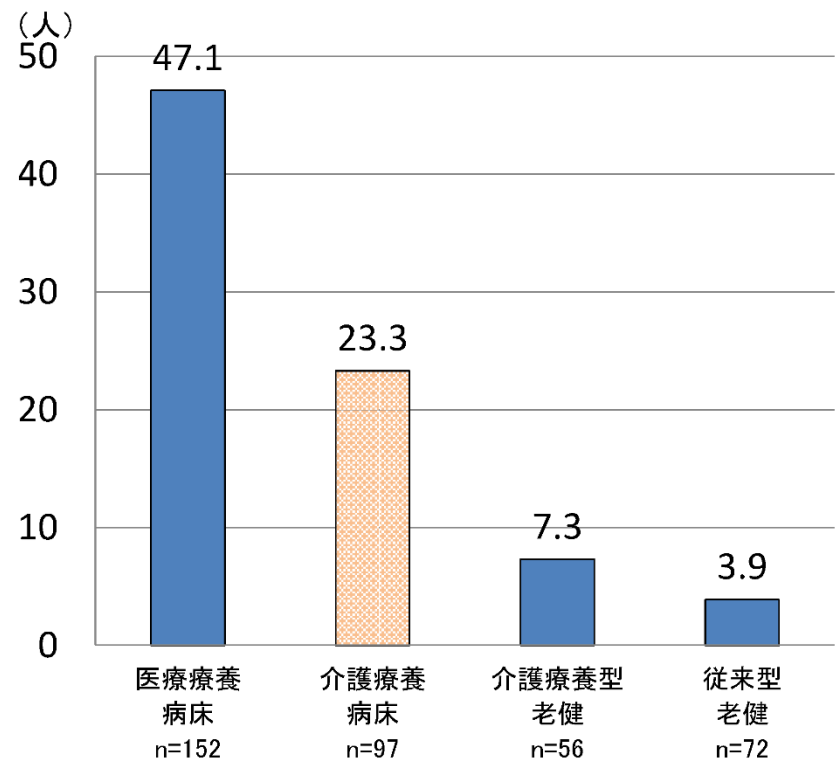
(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数/100床/年)
※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの



【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」
(みずほ情報総研株式会社)

100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)
※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの



【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

慢性期病院へ入院時、医療区分3の人は、急性期病院の治療の結果、そのような重度な状況に陥っていることである。即ち、急性期治療の後始末として回復する治療を行っているのが現実である。

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● スモン ● 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 24時間持続点滴 ● 中心静脈栄養 ● 人工呼吸器使用 ● ドレーン法 ● 胸腹腔洗浄 ● 発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ● 感染隔離室における管理 ● 酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 筋ジストロフィー ● 多発性硬化症 ● 筋萎縮性側索硬化症 ● パーキンソン病関連疾患 ● その他の難病(スモンを除く) ● 脊髄損傷(頸髄損傷) ● 慢性閉塞性肺疾患(COPD) ● 疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ● 肺炎 ● 尿路感染症 ● リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ● 脱水かつ発熱を伴う状態 ● 体内出血 ● 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ● 褥瘡 ● 末梢循環障害による下肢末端開放創 ● せん妄 ● うつ状態 ● 暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 透析 ● 発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ● 喀痰吸引(1日8回以上) ● 気管切開 ● 気管内挿管のケア ● 頻回の血糖検査 ● 創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

新しく生まれた地域包括ケア病棟は、
「高度急性期」と「地域急性期」を
分離する見事な作戦である。

「高度急性期」なら遠くからでも患者は来
し、特殊で高度な医療を行っている。

「地域急性期」は、近くの地域からしか
患者は来ないし、行っている手術や処置も
普通にどこでも行っているようなものが多い。

救急指定を取るようによ請されている
地域包括ケア病棟は、まさに地方の
中小民間病院の自称急性期病院の
終着駅となるであろう。

慢性期医療として今後必要な機能

- ①急性期医療の後始末機能
- ②強力なりハビリ機能
- ③S u b a c u t e 機能
- ④慢性期治療機能
- ⑤在宅療養総合支援機能

(武久洋三)

* 7対1や10対1に急性期の患者ばかりが入院しているわけではないということは、中川俊男構成員が言われるとおりである。同様に、慢性期病棟に長期療養の患者ばかりが入院しているわけでもない。このことは、療養病床の二次医療圏別平均在院日数から明らかであり、また、当協会が実施した調査結果においても、医療療養20対1に入院する患者の32%が2週間以内に退院していたことは以前お話しした。

* 医療需要推計の根拠となりうるデータとして、医療資源投入量と入院日数との関係が示されているが、ポイントは、医療を提供する側が体制を切り替えるべき時点をどのように捉えるかである。この点についてはまず、急性期病棟の役割は、手術や特殊な処置などの急性期治療が終了する段階までと考えるべきであろう。7対1入院基本料の平均在院日数が18日以内とされていることから、急性期病棟で数か月にわたる入院が必要だとは考えられない。2週間程度で退院するのが通常である。まさに、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階こそ、次のステップに移るべきタイミングである。リハビリをほとんど実施することができない急性期病棟に漫然と入院しては、在宅に復帰できるはずはない。高齢者であればなおさらである。このように考えれば、7対1入院基本料の病床を削減して急性期治療を短期集中的なものとし、在宅への患者の流れを効率化するという国の方針にも適う。

* 急性期機能は、病床機能報告制度において、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」と定義されているが、この定義は見直しが必要であろう。急性期機能における「安定」とは果たしてどのような状態をいうのか。急性期病棟から療養病床に転院してくる患者の中には、人工呼吸器または難病の患者、すなわち不安定どころか重体の患者がいる。そのため、療養病床では医師や看護師を加配し、リハビリを実施して在宅復帰に努めているというのが現状である。したがってまた、慢性期機能の定義を「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能」に限定してしまうと、実際とは大きくかけ離れてしまうということになる。現実問題として、急性期病棟から移ってきた患者を引き継いで在宅に復帰させる機能を担っている療養病床は、地域医療構想でどのように扱われることになるのか。回復期機能に該当すると認められるのか。もし、療養病床は慢性期機能であると画一的に考えているわけではないのであれば、まだ納得の余地はある。是非、柔軟な対応をお願いしたい。

* 前回の検討会で、中川俊男構成員はサブアキュートという用語は使用されなくなったと言われたが、それはあくまで中川俊男構成員の個人的な意見なのではないか。現実には、在宅や介護施設等において肺炎や脱水を発症した患者が療養病床に多く入院しているという実態がある。

(中川俊男構成員・日本医師会副会長)

* 急性期の患者が慢性期病棟にも多く入院しているということだが、そのような地域は急性期病棟が不足しており、そもそもあるべき姿にないということなのではないか。

* 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の4つの医療機能について2025年の医療需要を推計し、それに対応する病床数を算定していこうという議論は、今突然はじまったわけではない。これまで社会保障審議会医療部会をはじめとしたいくつかの検討会において議論が尽くされてきた結論である。療養病床でも急性期の患者を診ているのだから急性期機能の定義を見直すべきだなどという意見は、議論を根底から覆すようなもので、まるでちゃぶ台返しである。

本検討会は、病床機能報告制度のデータに基づいて、地域医療構想として4つの医療機能がそれぞれどのくらい必要なかを算出し、2025年においてあるべき医療提供体制を示すためのガイドラインを策定することを目的とした検討会である。特殊で例外的な意見を逐一汲んでいたら議論が前に進んでいかない。治療するだけである。

* 急性期の患者を療養病床で診るという主張はいかかなものか。サブアキュートという用語については、軽症急性期という意味合いが誤解を招きやすく、また、症状が重いか軽いかは後からわかることなので、使用するべきでないという主張してきている。慢性期病床や在宅、介護施設において高齢者が肺炎を発症したらそれは急性期の患者であり、急性期病棟で対応するべきである。

(武久洋三)

* 既に結論が出ているのだから議論を蒸し返すなどと言われても、そうはいかない。なぜなら、4つの医療機能が定義されてからこの間、平成26年度診療報酬改定という大きな転換点があったからである。どのような意味で大転換点であったのか。それは、7対1入院基本料についても特定除外制度が原則として廃止されたという意味においてである。つまり、一般病棟に入院する患者で90日を超えて入院する患者は、療養病床と同じ診療報酬とすることになったのである。したがって、一般病棟でありながら入院患者の多くは慢性期の患者であったといういわば“自称急性期”が数多く混在していた当時の議論が、現在もそのまま通用するとは到底考えられない。改定の前と後とでは、局面がまるで異なる。大きな改革を伴った診療報酬改定があった以上、それを踏まえた再検討はあってしかるべきではないか。

* 先ほども述べたとおり、慢性期医療を長期にわたる療養に限定するような定義は、現状を反映しているとはとても言えない。4つの医療機能は、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において定義されたが、残念ながらその議論には慢性期医療の代表は誰も参加していなかった。療養病床には安定した患者ばかりが入院している、療養病床には急性期の患者は一人も入院していない、療養病床の医師や看護師は時間を持て余している、という誤解はまだまだあるようだ。ここにお集まりの構成員の中で、医療区分2、3の患者がどのような状態の患者なのかをご存知の方は一体どれくらいいるのか。西澤寛俊構成員(全日本病院協会会長)から、医療機能をよりよく分類するために医師・看護師の業務についてタイムスタディを実施すべきだという提案があったが、私も賛成である。是非一度、急性期機能に該当すると思われる一般病棟と療養病床の医師・看護師の業務を比較検討していただきたい。

* 急性期機能と慢性期機能を併せ持っている病院であれば、中川俊男構成員が言われるとおり、サブアキュートであるかどうかなどということは問題とならず、まず急性期病棟で引き受け、状態が落ち着いたら慢性期病棟に移すということになる。問題は慢性期機能単体の病院についてであり、中川俊男構成員と私との間に見解の相違があるとすれば、この点をどのように捉えるかだけなのだろうと思う。我々としては、病態が急変した地域のお年寄りが目の前にいれば、懸命に治療するだけである。

現状の病棟別Dr・Ns・CWの配置

	医療						介護
Ns	7:1	10:1	13:1	15:1	20:1	25:1	30:1
Dr	10:1	16:1		48:1			48:1
CW	25:1	25:1			20:1	25:1	30:1
	50:1	30:1					
	75:1	50:1					
	75:1	75:1					
	100:1	100:1					

将来の病棟別Dr・Ns・CWの配置予想

	医療						介護	
Ns	5:1	7:1	10:1	13:1	15:1	20:1	25:1	30:1
Dr	5:1	10:1	16:1	32:1	32:1	48:1	48:1	48:1
CW	30:1		25:1		20:1		25:1	30:1

急性期	地域包括期	慢性期	介護期
-----	-------	-----	-----

病床機能別病床数

	療養病床 20:1	療養病床 25:1	療養病床 全体における 25:1の割合
①日慢協会員※1	40,265床	17,326床	30.1%
療養病床全体※2 (①を除く)	59,148床	93,434床	61.2%

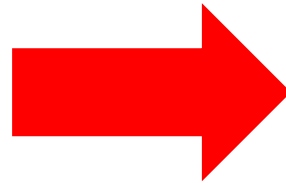
※1日本慢性期医療協会調査資料
(H24年調査)

※2厚生労働省資料(H22年)

日本の医療体制のあり方

2014年5月末現在	
一般病床	約90万床
療養病床	約33万床
精神病床	約34万床
その他病床	約1.5万床

約 1 6 0 万 床



2025年(予想)	
急性期病床	約20万床
地域包括 ケア病床	約40万床
慢性期病床	約35万床
精神病床	約25万床

約 1 2 0 万 床

医療費適正化計画の見直しに係る論点①

〈1. 計画に記載する目標等の在り方〉

- 現行法では、都道府県が作成する医療費適正化計画には、「計画期間における医療費の見通し」を記載(必須記載事項)するとともに、「健康の保持推進に関する目標」や「医療の効率的な提供の推進に関する目標」等を記載(任意記載事項)することとなっている。

- これらの事項に関し、以下の論点についてどのように考えるか。
 - ① 都道府県が計画に記載する「医療費の見通し」について、都道府県による地域医療構想と統合的な医療費の水準に関する目標の設定という骨太方針2014等の指摘も踏まえ、適正化の取組をより効果的に反映したものとなるよう、その策定方法等について明確化を図ることとしてはどうか。
 - ② 任意記載事項となっている目標について、実際には大半の都道府県が記載していることも踏まえ、適正化計画をより実効あるものとするため、その位置付けについて見直しを検討すべきではないか。
 - ③ 現在、「健康の保持推進に関する目標」と「医療の効率的な提供の推進に関する目標」としては、特定健診・保健指導実施率、平均在院日数の短縮等を指標として掲げているが、他の指標についても検討すべきではないか。

医療費適正化計画の見直しに係る論点②

〈2. 計画策定プロセス等の見直し〉

○ 現行の医療費適正化計画は、第2期計画期間(平成25～29年度)であり、第3期計画は、平成30年度から開始することとなっているが、第3期計画の策定プロセス等について、次のような見直しを行うこととしてはどうか。

- ①医療計画との整合性を図るため、計画期間を5年から6年に見直し
- ②地域医療構想の策定に併せて見直しが可能となるよう、計画期間の前倒し実施を可能とする仕組みの導入
- ③実績を次期計画に適切に反映するため、計画期間終了前の暫定評価の導入
- ④中間評価に代えて、毎年度、目標指標の進捗管理を行う仕組みの導入

○ 都道府県が適正化計画の策定や実施に当たり、医療介護総合確保推進法に基づき新たに法定化された「保険者協議会」を通じて、保険者に協力を要請する仕組みを導入することとしてはどうか。

第1期 医療費適正化計画（平成20～24年度）の進捗状況について

健康の保持の推進に関する目標

- 特定健診・保健指導の実施率については、着実に上昇してきているものの、目標とは開きがある状況である。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、着実に上昇してきており、目標を達成している。

	第1期目標（24年度）	平成24年度実績	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度
特定健診実施率	70%	46.2%	44.7%	43.2%	41.3%	38.9%
特定保健指導実施率	45%	16.4%	15.0%	13.1%	12.3%	7.7%
メタボ該当者・予備群減少率	10%以上減 (平成20年度比)	12.0%	9.7%	7.9%	4.7%	-

平均在院日数の短縮に関する目標

- 平成18年時点における全国平均(32.2日)と最短の長野県(25.0日)との差を9分の3短縮し、平成24年の全国平均を29.8日にすると定めたところ。
- 平成24年の全国の平均在院日数の実績は29.7日、最短は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数(29.8日)を下回る結果となっている。

	第1期目標(24年度)	24年	23年	22年	21年	20年
平均在院日数	29.8日	29.7日	30.4日	30.7日	31.3日	31.6日

医療費の見通し

- 平均在院日数の短縮の目標を達成した場合の医療費の見通しについて各都道府県において推計を実施。
- 47都道府県の見通しを積み上げると、計画策定時は平成24年度に約0.9兆円の適正化効果額を見込んでいたところ。
- 47都道府県ベースの第1期計画で見込んでいた医療費の総額と、医療費の総額の実績を比較すると、計画期間当初の平成20年度で、第1期計画での見込みよりも0.4兆円下回る結果となっており、この結果も考慮する必要があるが、平成24年度の実績は、第1期計画における様々な取組を考慮した場合と比較しても、約0.2兆円下回る結果になっている

	第1期計画医療費見通し (47都道府県)①	医療費(実績)②	第1期計画医療費見通し(47都道府県)と 医療費(実績)との比較(①-②)
平成20年度	34.5兆円	34.1兆円	▲0.4兆円
平成24年度 (適正化前)	39.5兆円	38.4兆円	▲0.2兆円
平成24年度 (適正化後)	38.6兆円		

適正化効果額 0.9兆円

医療費適正化計画のサイクル

- 国及び都道府県は、医療費適正化計画について、作成した翌々年度において計画の進捗評価を実施するとともに、計画期間の終了年度の翌年度において、実績評価を実施する。
- また、目標の達成状況及び施策の実施状況については、中間評価に加え、必要に応じ、計画の途中期間であっても評価を行い、計画の見直し等に反映させる。

