

社会保障国民会議

サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第7回)

平成20年9月9日(火)

16:00～18:00

合同庁舎7号館9階 共用会議室-3

議事次第

1. 開会

2. 議事
 - (1) 医療・介護費用のシミュレーションの前提
 - (2) 意見交換

3. 閉会

資料1

9/9 第7回 サービス保障(医療・介護・福祉)分科会

DPCについて

DPCとは何か？

- 「DPC(Diagnosis Procedure Combination)」とは、
 - 平成15年4月に特定機能病院に導入された
 - 急性期入院医療の
 - 診断群分類に基づく
 - 1日当りの包括評価制度
- ✓もともとは、「わが国独自の診断群分類」を意味する英語の固有名詞として使用

DPCの意義

DPCは急性期入院医療の支払い方式の一つとして導入されたが、入院期間の短縮による医療費の効率化のみではなく、病院毎のデータの比較等により、医療の透明化や標準化等が進むと考えられている。

DPC制度の対象病院

- DPC対象病院(DPCによる支払の対象)
 - 平成15年 ~ 82病院
(特定機能病院等)
 - 平成16年 ~ 62病院
 - 平成18年 ~ 216病院
 - 平成20年 ~ 358病院
 - 計 718病院
- DPC準備病院(DPCによる支払の対象外)
710病院

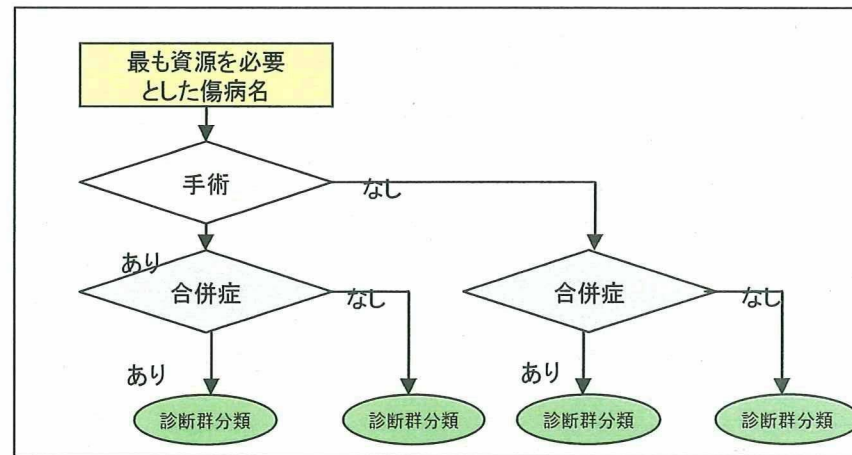
DPC対象病院となる病院の基準

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする
 - 看護配置基準 10対1以上であること。
 - 診療録管理体制加算を算定している、又は同等の診療録管理体制を有すること
 - 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
 - 2年間(合計で10ヶ月分)のデータを適切に提出していること
 - (データ/病床)比が8.75以上であること
- ※ 診療録管理体制加算とは、専任の診療記録管理者を配置し、情報管理が適切に行われていることを評価する項目
- ※ (データ/病床)比とは、対象期間において退院した患者の全データ数/病床のこと

診断群分類とは？(1)

- 診断群分類の基本構造
 - 日本における診断群分類は、まず、**傷病**により分類。
次に、診療行為(手術、処置等)等により分類
 - 傷病名は、ICD10により定義
 - ✓ 診療行為等については、診療報酬上の区分で定義

わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている



診断群分類とは？(2)

- 診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定される。
 - 医療資源を最も投入した傷病名とは、入院患者の入院期間全体を通して見て、治療した傷病のうち、最も医療資源を投入した傷病。
 - 1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。

DPCの対象患者

- 一般病棟の入院患者
(療養病棟、精神病棟等の入院患者は対象外)
- 包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者
- ただし、以下の者を除く
 - 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - 治験の対象患者
 - 臓器移植患者の一部
同種心移植、生体部分肝移植、骨髄移植、等
 - 先進医療の対象患者
 - 一部の特定入院料等の算定対象患者
回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、等

診療報酬の算定方法

- 包括評価制度における診療報酬の額

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- 包括評価部分

- ✓ 入院基本料、検査(一部を除く)、投薬、注射、等
 - ✓ 「診断群分類」毎の1日当たりの包括評価
 - ✓ 医療機関別係数による評価・調整
- 包括範囲点数

= 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

- 出来高評価部分

- ✓ 手術料、麻酔料、等
- ✓ 「医科点数表」に基づいた評価

DPCのデータについて(1)

DPC調査は

統計報告調整法第3条及び第4条に規定される、
いわゆる承認統計である。

DPC調査の目的

制度導入の影響評価を行うとともに、診断群分類
の継続的な見直しのための資料を作成することを
目的とする

DPCのデータについて(2)

DPC調査はいわゆる承認統計であるため、統計法第15条の規定により、調査結果の調査目的以外の使用は、調査の実施者に認められた場合で、被調査者を識別できない方法での使用に限られている。

従って、データ提供を受けることを求める者は、調査の実施者(DPC調査の場合は厚生労働省)に対して所要の申請を行い、承認を得た上で、被調査者を識別できないよう、必要な加工をした上で提供を受けることとなる。

DPCのデータについて(3)

様式1(診療録情報・カルテ情報)

- 日付情報(入院日、退院日等)
- 入院経路(予定・緊急、紹介有無等)
- 退院先、退院時転帰
- 診断情報(病名、ICD10)
- 手術情報(手術名、Kコード、麻酔)
- 診療情報(JCS、化学療法の有無等)
- 1入院単位、転棟の単位で作成する

様式1(イメージ)

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日	医療資源 病名	ICD10	化学療法 の有無
0100000001	20080701	20080710	腎盂癌	C65	1
0100000002	20080701	20080715	卵巣癌	C56	1
0100000003	20080702	20080709	子宮肉腫	C542	0
0100000004	20080702	20080710	B型慢性肝炎	B182	0
0100000005	20080702	20080720	S状結腸癌	C187	1
0100000006	20080703	20080711	総胆管結石	K805	0
0100000007	20080704	20080712	C型慢性肝炎	B182	0
0100000008	20080706	20080716	肝細胞癌	C220	1
:	:	:	:	:	:

DPCのデータについて(4)

出来高レセプト情報

- Eファイル(診療明細情報)
- Fファイル(行為明細情報)

※ 医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定範囲で、各患者に対し行われた診療行為について、診療行為、薬剤、材料の単位で作成

Eファイル、Fファイル(イメージ①)

Eファイル

データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	行為点数
0000000010	20080710	20080720	33	ソリタT3号 500ml	483点

Fファイル

データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	使用量	薬剤料
0000000010	20080710	20080720	33	ソリタT3号 500ml	2瓶	390円
0000000010	20080710	20080720	33	チェナム点滴用500mgキット	2キット	4300円
0000000010	20080710	20080720	33	ビタメジン静注用	1瓶	140円

Eファイル、Fファイル(イメージ②)

<Eファイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
データ区分	順序番号	レセプト電算コード	解釈番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤	行為材料	円・点区分	行為回数	実施年月日

60	0013	160017410 D0071	TP		129	0	0	0	1	20080707
----	------	-----------------	----	--	-----	---	---	---	---	----------

Eファイルではダミーコード不可
Fファイルの行為コードをセットする。行為がない場合は薬、材料コードをセットする。

実施した明細
行為を全て書き出す

60	0014	160008010 D0056	末梢血液一般		22	0	0	0	1	20080704
60	0015	160008210 D0055	像		10	0	0	0	1	20080704
60	0016	160054710 D0152	CRP(定量)		16	0	0	0	1	20080704

60	0017	160017410 D0071	TP		109	0	0	0	1	20080704
----	------	-----------------	----	--	-----	---	---	---	---	----------

60	0018	160060010 D101	病理組織標本作製(1190	0	0	0	1	20080703
----	------	----------------	-----------	--	------	---	---	---	---	----------

60	0019	160155110 D104	病理診断料		410	0	0	0	1	20080703
60	0020	160008010 D0056	末梢血液一般		22	0	0	0	1	20080702
60	0021	160008210 D0055	像		10	0	0	0	1	20080702
60	0022	160054710 D0152	CRP(定量)		16	0	0	0	1	20080702

<Fファイル>

F-5	F-6	F-7	F-9	F-10	F-11	F-12	F
データ区分	順序番号	行為明細	レセプト電算コード	解釈番号	診療明細名称	使用量	日

60	0013	001	810000000 Null		生化学的検査① (10項目以上)		0
60	0013	002	160017410 D0071		TP		0
60	0013	003	160019010 D0071		BUN		0
60	0013	004	160019210 D0071		クレアチニン		0
60	0013	005	160019510 D0072		LDH		0
60	0013	006	160021110 D0071		Na及びCl		0
60	0013	007	160021410 D0071		K		0
60	0013	008	160021510 D0071		Ca		0
60	0013	009	160022210 D0071		Mg		0
60	0013	010	160021810 D0075		P及びHPO4		0
60	0013	011	160022510 D0075		GOT		0
60	0013	012	160022610 D0075		GPT		0

60	0014	001	160008010 D0056		末梢血液一般		0
60	0015	001	160008210 D0055		像		0
60	0016	001	160054710 D0152		CRP(定量)		0

60	0017	001	810000000 Null		生化学的検査① (8項目又は9項目)		0
60	0017	002	160017410 D0071		TP		0
60	0017	003	160019010 D0071		BUN		0
60	0017	004	160019210 D0071		クレアチニン		0
60	0017	005	160022510 D0075		GOT		0
60	0017	006	160022610 D0075		GPT		0
60	0017	007	160021110 D0071		Na及びCl		0
60	0017	008	160021410 D0071		K		0
60	0017	009	160019510 D0072		LDH		0
60	0017	010	160019410 D0072		グルコース		0

60	0018	001	160060010 D101		病理組織標本作製(1臓器につき)		0
60	0018	002	160098210 D414		内視鏡下生検法		1

60	0019	001	160155110 D104		病理診断料		0
60	0020	001	160008010 D0056		末梢血液一般		0
60	0021	001	160008210 D0055		像		0
60	0022	001	160054710 D0152		CRP(定量)		0

社会保障国民会議における検討に資するために行う
医療・介護費用のシミュレーションの前提について

シミュレーションの実施について(中間報告より)

「…一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのか推計する試算を早急を実施する。」

【基本認識】

- ・ 「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思いきった投入を行うことが必要

【具体的指摘】

① サービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機能のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

② サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

- ・ 人的資源の確保 (人的資源需要予測を行った上で計画的養成・整備を実施)
- ・ 物的基盤の整備 (病院・施設の設備整備コストの確保、IT化の推進)

(平成20年6¹月19日 社会保障国民会議中間報告)

シミュレーションの方法についての考え方(第二分科会中間とりまとめより)

【第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ～抜粋～】

5給付と負担のあるべき姿－サービス費用の将来推計の実施

これまで述べてきたように、今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。サービス提供体制の思い切った構造改革を行って効率化すべきは効率化しつつ、同時に質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための必要な財源投入を行っていくことが必要であり、そのための安定的な財源確保は急務である。

医療や介護は、まず実体としてのサービス需要があり、それを支えるサービス提供体制があって、さらにそれを支える制度（費用負担）がある。従って、医療・介護分野における給付と負担のあるべき姿を示し、それを支えるための費用を推計するに当たっては、

- ① 今後の医療・介護サービスの増大（実体としてのサービス需要の動向）を踏まえ、
- ② それを支えることのできるサービス提供体制を実現するための構造改革・人的・物的資源の計画的な整備を行い、その結果描き出される医療・介護サービスのあるべき姿を具体的に示し、
- ③ それを実現し維持していくための費用はどの程度になるかを推計するという手順を踏むことが必要であり、その上で、
- ④ 国民の負担がどのような水準になるかを具体的に示し、負担についての国民の合意を形成しつつ、その費用をどのように確保し、どのような仕組みで誰がどのように負担するのかについて、議論を行うことが必要である。

その際には、いわゆる医療・介護サービスの費用（フローのコスト）だけではなく、物的基盤の適正な配置、効率的な利用などの改革を行うことを前提にしつつ、医療・介護サービスを支える人的・物的基盤整備（人材養成、施設・設備整備等）に要する費用がどの程度になるのかという点にも着目し、フロー・ストック両面を併せて全体としてのサービス費用を捉えることが必要である。

同時に、推計に当たっては、我が国が直面する現下の問題を十分踏まえつつ、諸外国のサービス提供体制なども参考に、本中間とりまとめでも示したような、質・量両面で国民の期待に応えうる体制をいかに効率的、効果的に実現していくかという視点を持つことが必要である。

具体的推計作業については、本分科会において推計の具体的な前提条件等について議論を行い、客観的・合理的な前提を置いた上で出来るだけ早く実施すべきである。

医療や介護費用に影響を与える要素 (シミュレーションに際しての基本的ポイント)

・ 医療・介護の量的(Q)変化 (需給の変化)

×

・ 単位費用(P)の変化 (時間による将来価値の変化)

(以下については今後の政策介入のあり方により変化する可能性あり。)

< 需要の変化 >

- ・年齢が高い層の方が利用度が高く、高齢化により需要が変化。(※)
- ・医療の利用適正化は進行中。介護は制度施行の需要増発効果は一巡。
- ・疾病構造の変化(需要は変化するが、総需要の変化への影響は不明)。

< 供給体制の変化 >

- ・入院・入所施設の定員は需要に応じた公的コントロールあり。
- ・医療従事者は現状では不足があり、養成が進んでいる。
- ・諸外国と比較すると選択と集中の余地あり。

< 経済成長に係る伸び >

- ・人件費率が高く、人件費、物価の変動による影響あり。
- ・国際的にもその国の経済水準と医療費は関連性が高い。

< 医療技術の進歩による伸び >

- ・医薬品、医療機器の開発等絶えざる技術革新が医療単価に影響。

< 医療・介護の質的变化 >

- ・新技術・薬剤等の開発による、治療可能な傷病、患者の増。(※※)
- ・質・安全面での新たなスタンダードへの対応の必要性。
- ・「治療」から「ケア・QOLの向上」への流れ。

※ただし医療の受診延べ日数については、近年は短期的にはほぼ横ばい～若干減少。

※※医療の質的变化は治療期間の短縮、治癒可能性の増大など、需要にも影響あり。

医療・介護費用シミュレーション の基本骨格について

シミュレーション実施に当たっての基本的考え方

- 医療・介護サービスの将来像を試算することは、多くの要素が複雑にからむことから大変困難ではあるが、今後の国民的議論に資するため、需要、サービス提供、単位費用(単価)の伸びのそれぞれについて、大胆な仮定をおいて、シミュレーションを行う。

- 医療・介護の将来需要(ニーズ)については、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算し、これを基本需要推計(現状需要推計)とする。ただし、
 - ・現状は、医療・介護ニーズに対して適切なサービス提供がなされていない(ニーズとサービスのミスマッチが生じている)ことから、一方で過剰需要(供給誘発需要)が生じ、他方で必要なサービスが提供されないなど、全体として非効率な利用状況となっている。
したがって、今後、ニーズに対し適切かつ効率的なサービスが提供されれば、入院から在宅への転換など、需要全体の姿も変化すると考えられる。これについては、望ましい提供体制像とともに、改革ケースとして示すこととする。
 - ・予防について取り組みが進めば、需要総量そのものを一定程度コントロールできる可能性がある。これについては、オプション推計として示す。

- 医療・介護サービス提供体制については、以下に示す複数のシミュレーションを行う。
 - ・現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これをシミュレーションケースA(現状投影ケース)とする。
 - ・これに対して、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定し、これをシミュレーションケースB(改革ケース)とする。改革ケースについては、前提により複数のケースを示す(それぞれB1、B2、B3)。
 - ・改革ケースにおいては、この提供体制の改革により生じる単価の変化も併せて見込む。

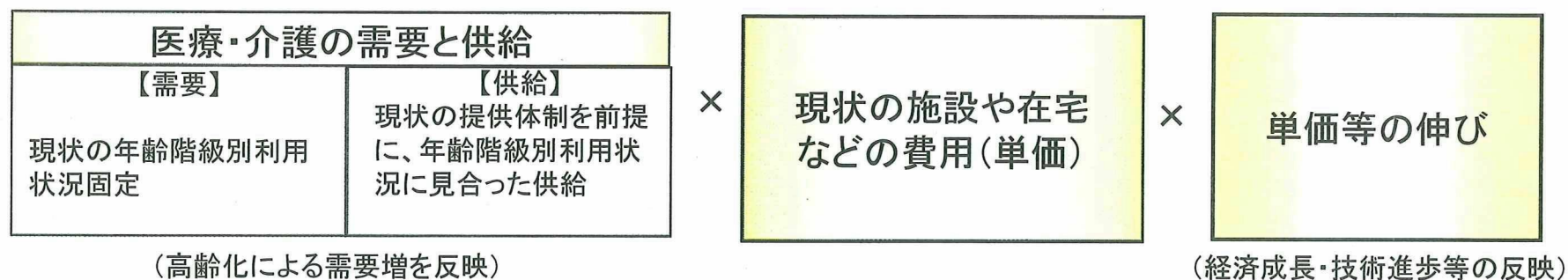
シミュレーション実施に当たっての基本的考え方(続)

- 今後のサービスの単位費用(1治療等当たりの単価)の伸びについては、経済成長との関係が見られること、医療技術進歩による伸びが大きいこと、等の研究成果が出されていることを踏まえ、以下の二つの仮定を置いてシミュレーションを行う。
 - ・仮定Ⅰ 医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定をおいた伸び率を使用。(効率化要因についても一定の仮定をおいて織り込む)
 - ・仮定Ⅱ 国際的にみて、医療費と経済の間に一定の関連性が見られることから、医療費の伸びを経済成長率との関係で分析し、経済成長率に対応した一定の伸び率を仮定して使用
- サービス提供体制の改革には、人材養成等、一定の時間がかかること、また中長期的なシミュレーションが求められていることから、2025年までのシミュレーションを行う。
- 賃金上昇率、物価等の経済前提については、複数の前提を置く。(本国民会議の公的年金制度に関する定量的なシミュレーションの際の経済前提と同じ前提を置く。)
- なお、人的・物的基盤整備に係る費用(ストック費用)については、基本的には単価に反映され、個別の計算は困難であるため、可能なもののみ参考で試算を行う。
- さらに、オプションとして、以下の試算を行う。
 - ・オプション1:医療・介護予防が現在の取り組みよりもさらにいっそう進んだ場合
 - ・オプション2:介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合。
 - ・オプション3:その他

○ 医療介護サービス費用のシミュレーション

(1) シミュレーションケースA(現状投影ケース)

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算)



【前提】

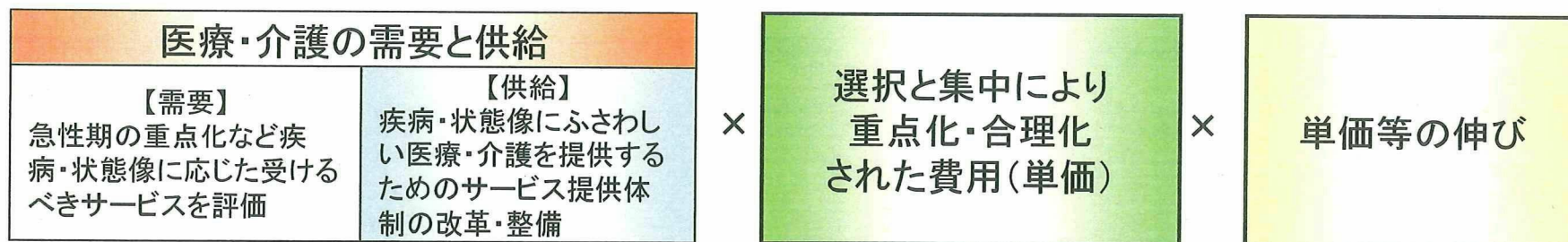
需要: 病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定

供給: 上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単価: 現在の各サービスにおける単位当たり費用(例えば入院1日当たり費用)が続くとした場合を仮定

(2)シミュレーションケースB(改革ケース)

(選択と集中～あるべき姿を踏まえたシミュレーション)



※ 医療介護サービス提供体制の改革に関して、B1,B2,B3の3通りの改革ケースを想定

【前提】

需要:急性期の重点化、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み

※ 医療費適正化計画における入院の平均在院日数の短縮や生活習慣病予防の目標、介護保険制度における施設居住系サービス整備量に係る参酌標準等を踏まえて需要を設定

供給:疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

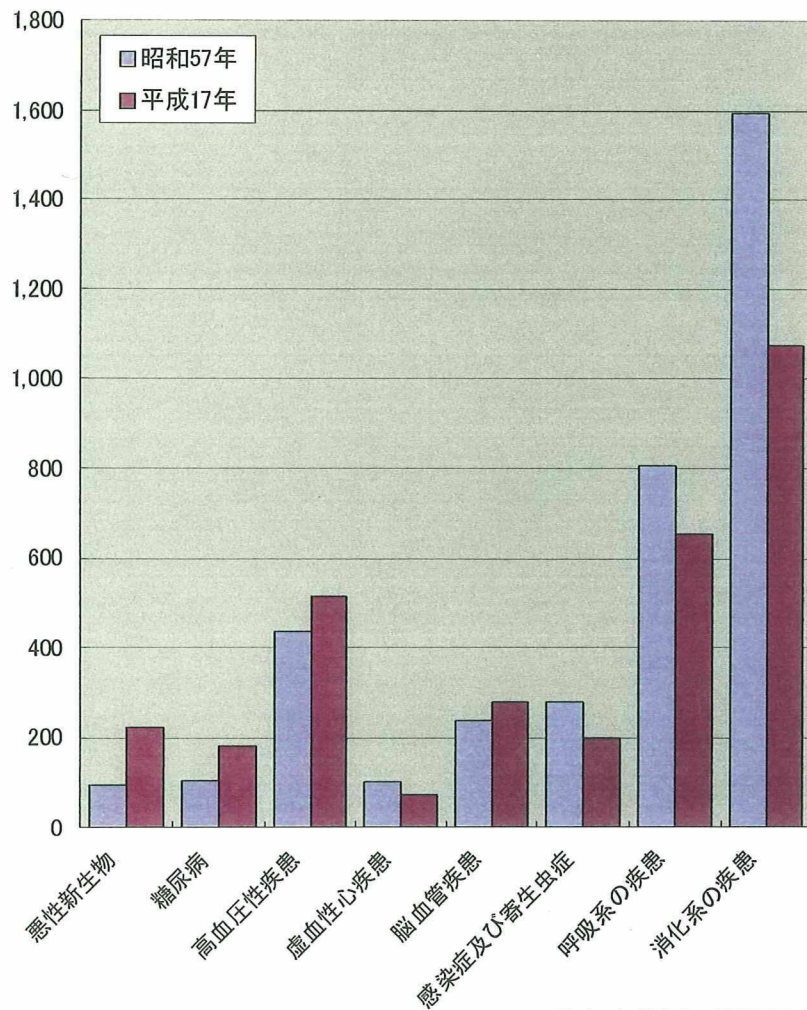
単価:急性期病床における人員配置の重点化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

シミュレーションを行うに当たっての論点 (1)

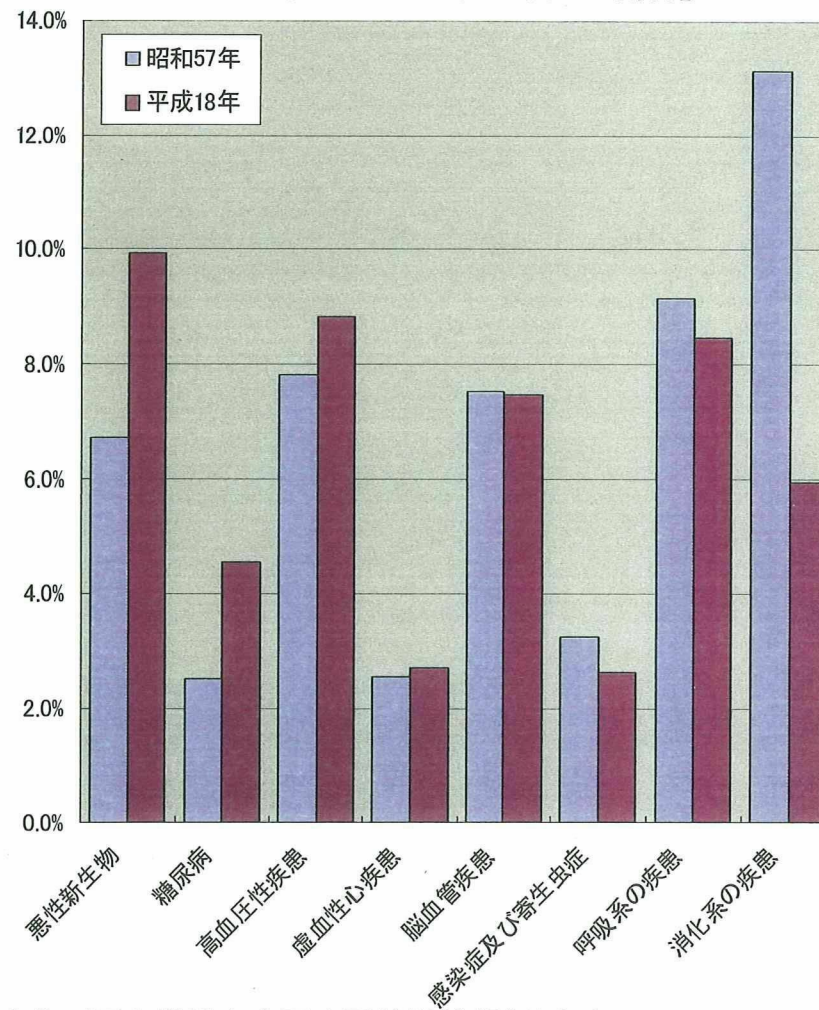
①医療介護需要の変化

～変化してきた疾病構造～

【人口10万対受療率:入院+外来】



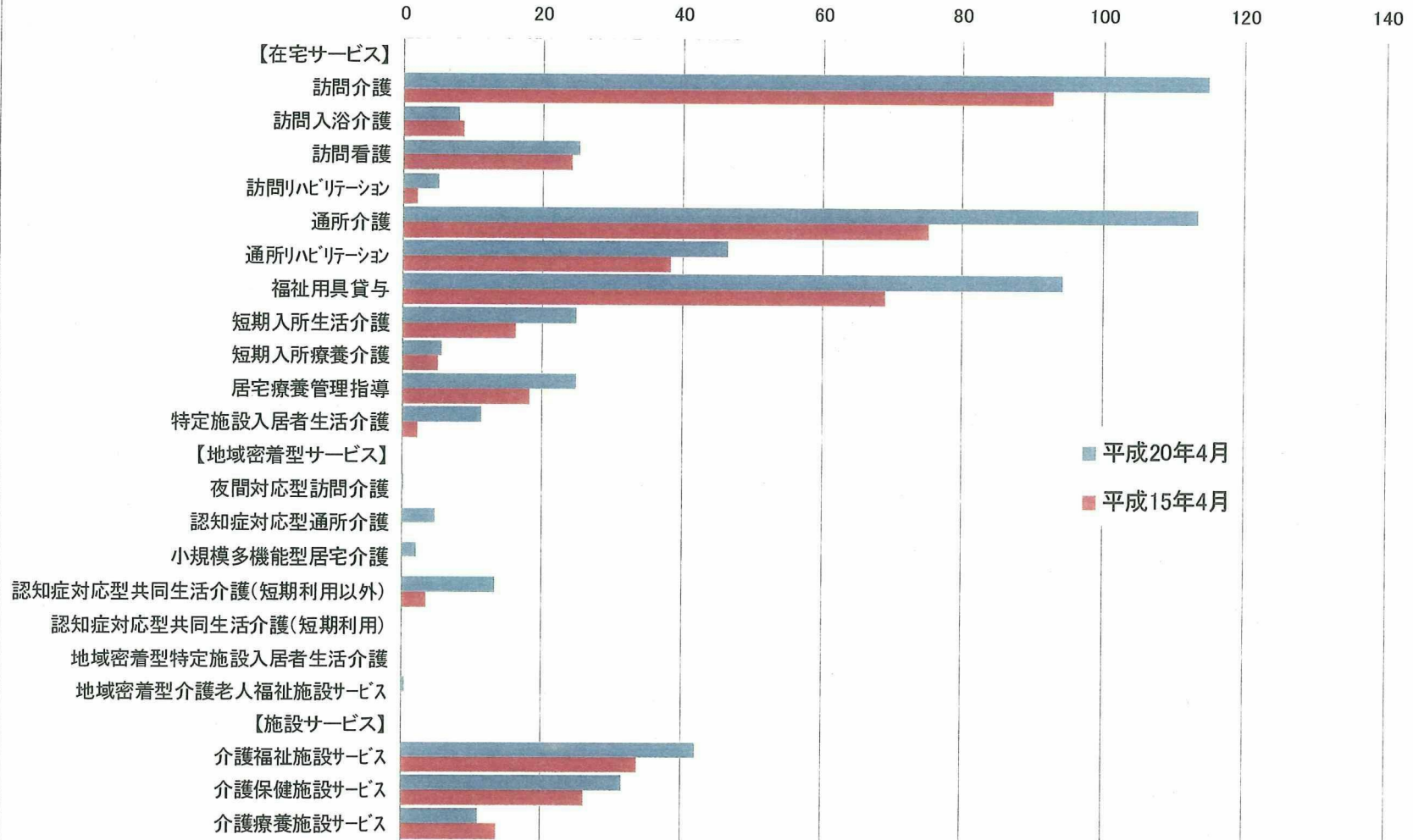
【医療費(入院+外来)に占める割合】



※「患者調査」「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)より

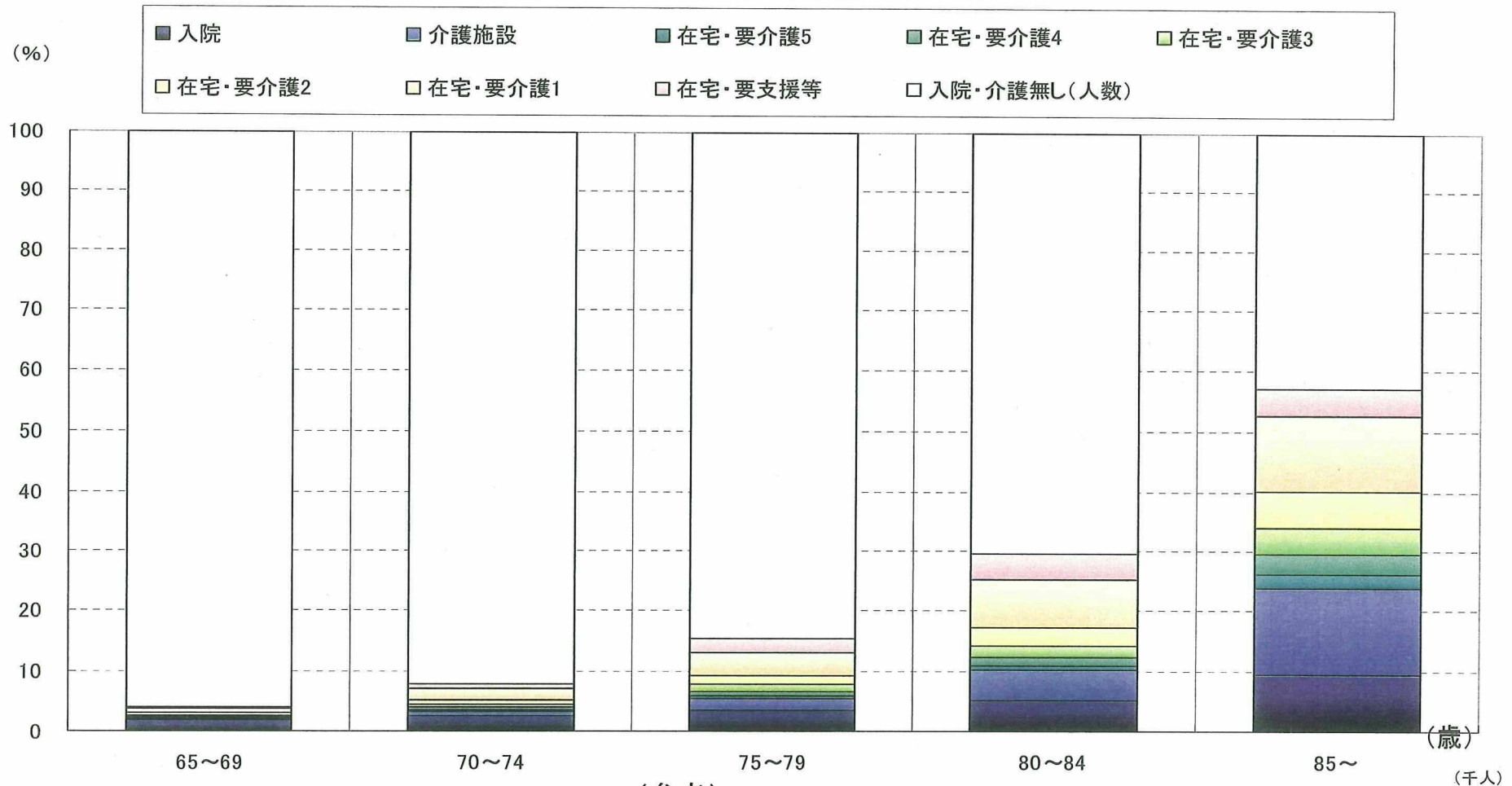
②在宅介護サービスの利用の増大

介護サービスの利用者数の変化(H15.4→H20.4)



③高齡化と需要の変化

高齢期の医療(入院)・介護サービスの利用者の割合



(注1) 入院の費用は「一般診療医療費(入院)」、「入院時食事医療費」の合計を計上している。

(注2) 入院外の費用は「一般診療医療費(入院外)」、「薬局調剤医療費」、「訪問看護医療費」の合計を計上している。

(注3) 「居宅介護支援」に係る費用は計上していない。(資料) 国勢調査(平成17年)、患者調査(平成17年)、介護給付費実態調査報告(平成17年度)、国民医療費(平成17年度)

(参考)

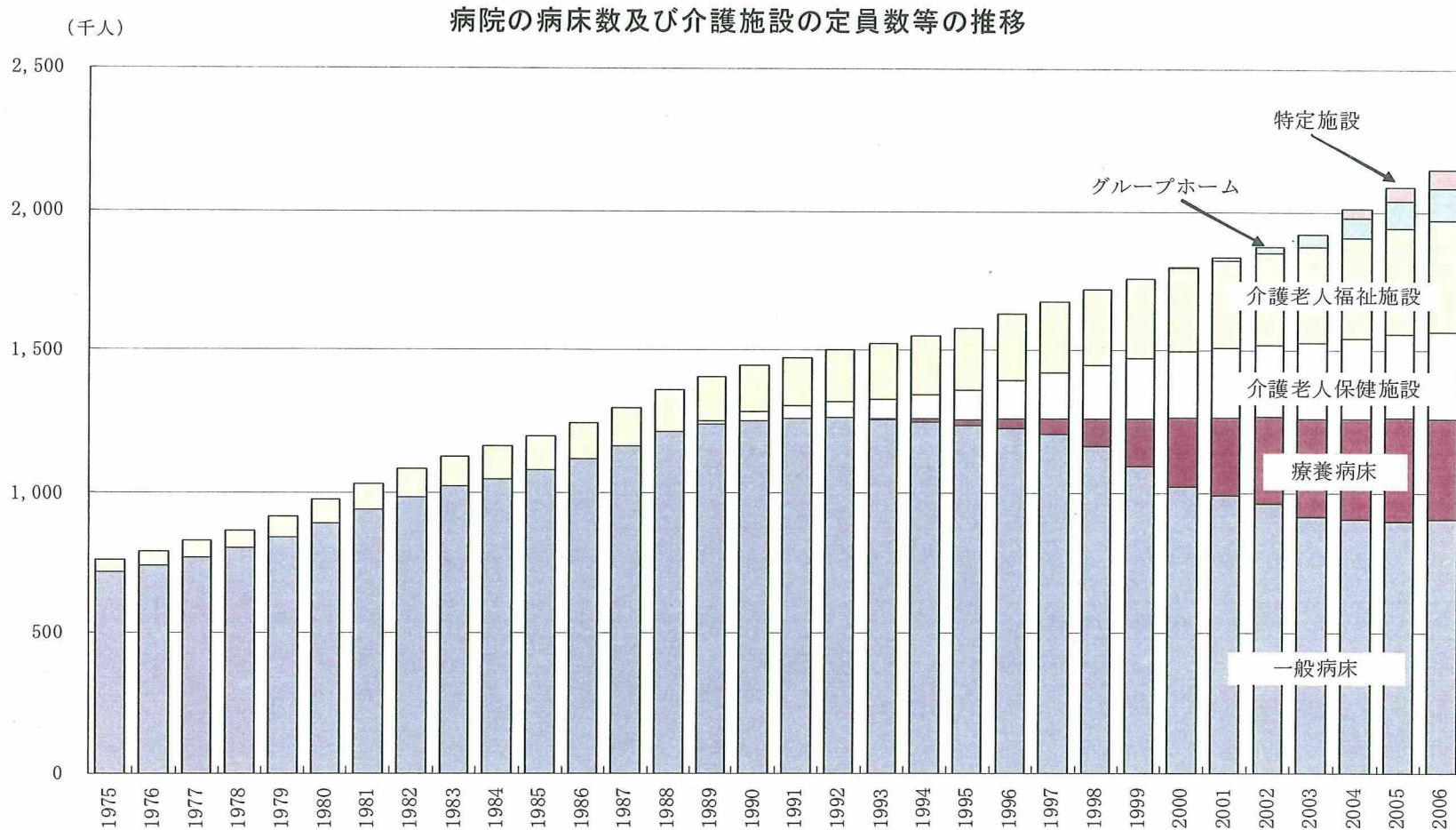
	65~69	70~74	75~79	80~84	85~
総数	7433	6638	5263	3412	2927
入院	132	167	186	178	275
介護	170	359	617	827	1400

(千人)

高齢化と需要の変化 ④

病床数及び介護施設の定員数等の推移(1)

- 老人医療費無料化時代(1973~82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていたが、1990年からのいわゆるゴールドプランによる基盤整備、2000年からの介護保険制度の導入により、ニーズに応じた供給体制の整備が進んできている。

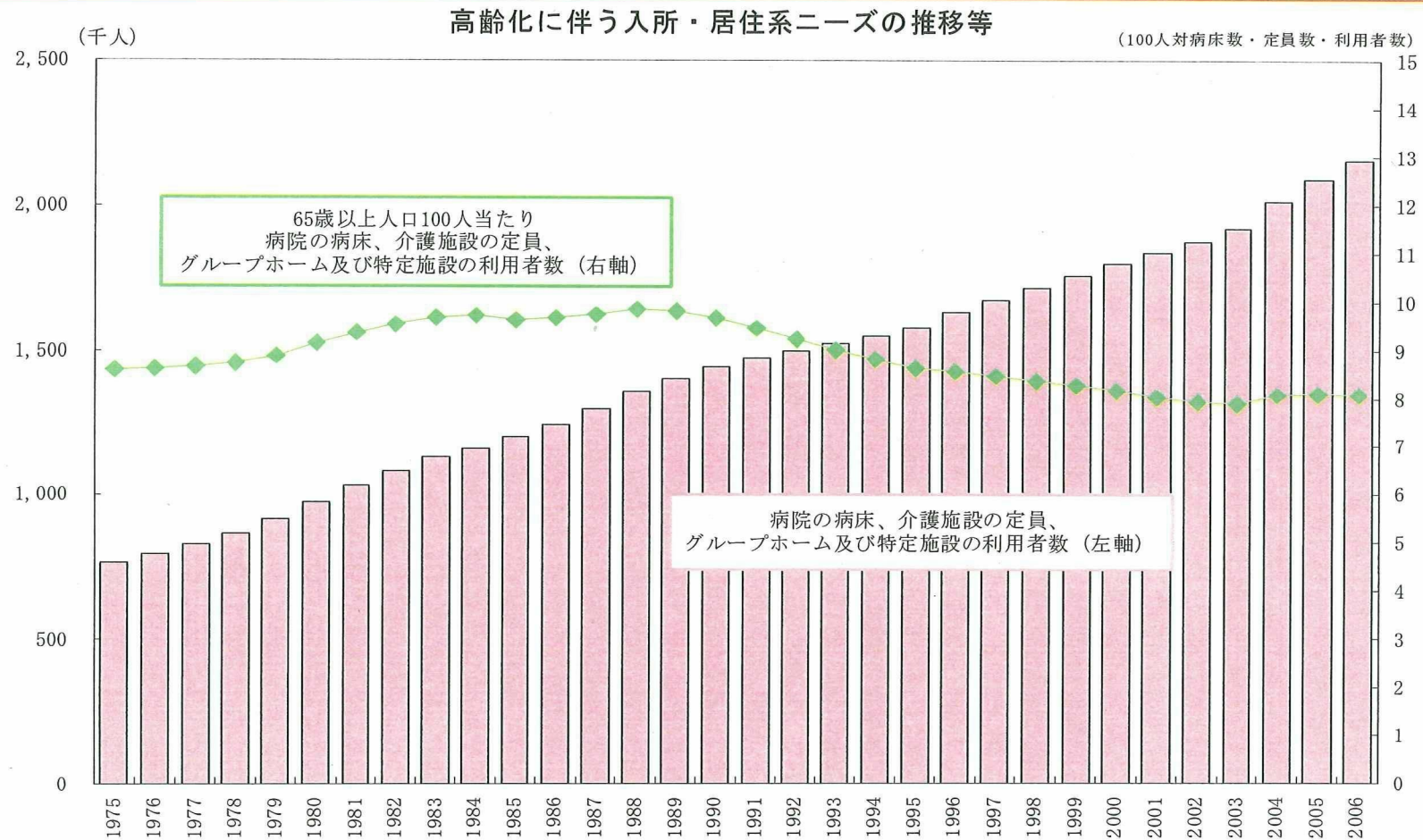


(注) グループホーム、特定施設:介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。
 なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。
 介護老人福祉施設 介護老人保健施設:介護サービス施設・事業所調査。1975年~99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。
 一般病床、療養病床:各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年~02年は、経過的旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

高齢化と需要の変化 ⑤

病床数及び介護施設の定員数等の推移(2)

- 全体として、入院・入所の病床数・定員数は着実に増加してきているが、高齢者人口対比でみた病床数・定員数は1990年頃から緩やかに減少してきており、過度の入院・入所が是正されてきた傾向をみる事ができる。なお、近年はほぼ横ばいで推移している。



(注) グループホーム、特定施設：介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。

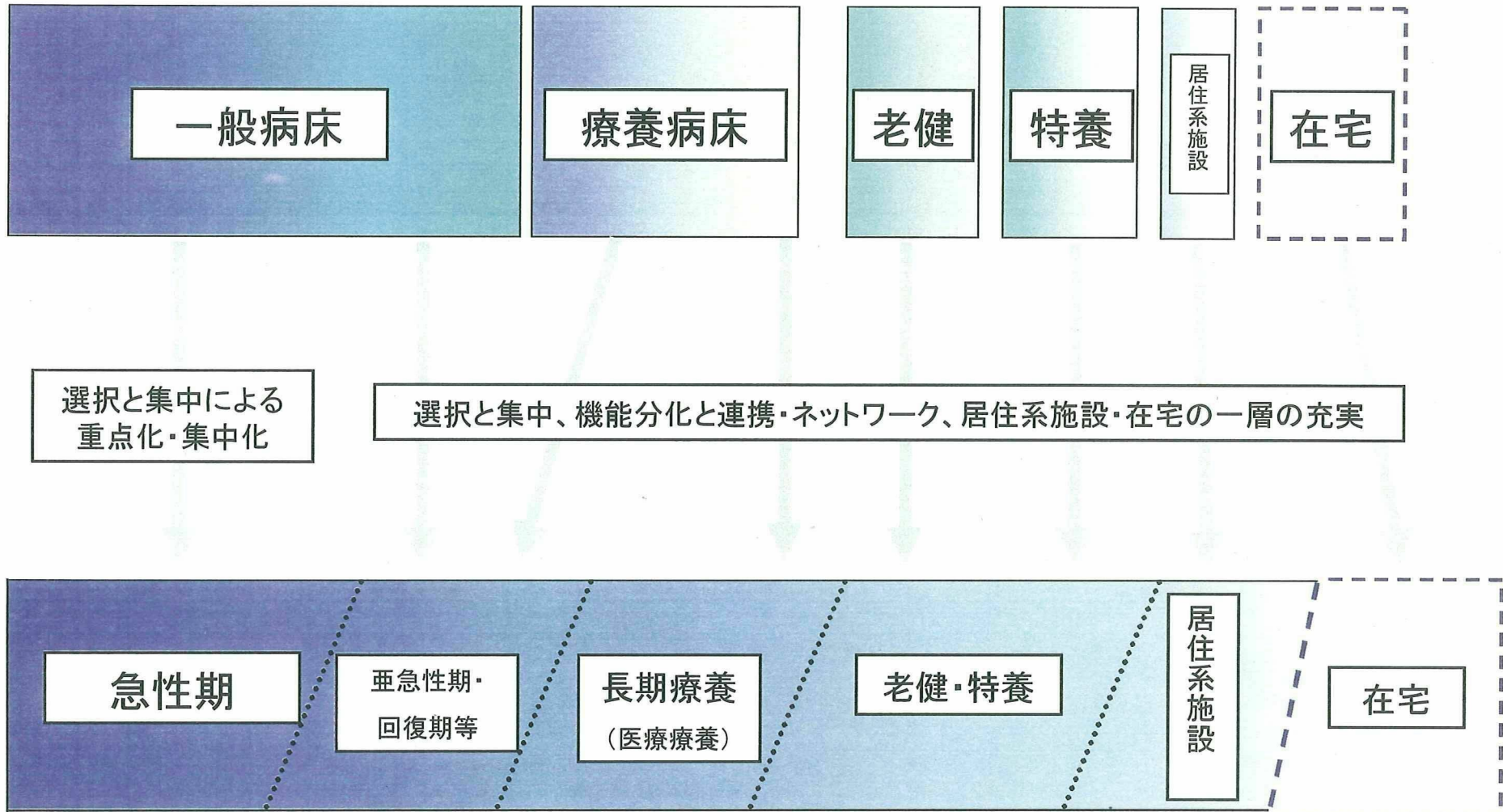
なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

介護老人福祉施設 介護老人保健施設：介護サービス施設・事業所調査。1975年～99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。

一般病床、療養病床：各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年～02年は、経過的旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

シミュレーションを行うに当たっての論点 (2)
①医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

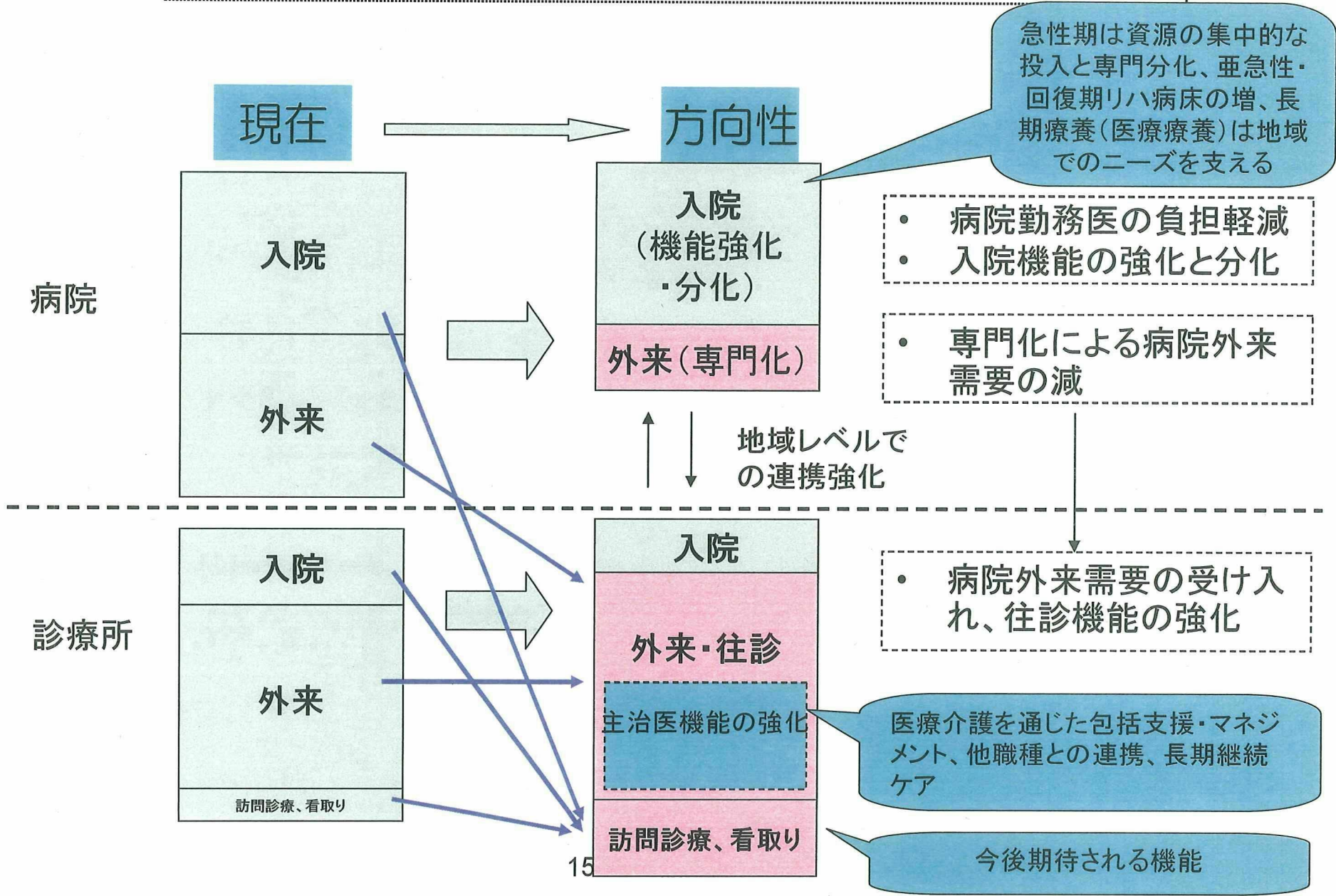
現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)続

(「入院中心」→「在宅・往診の強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ)



②サービス提供体制改革(改革ケース)の考え方

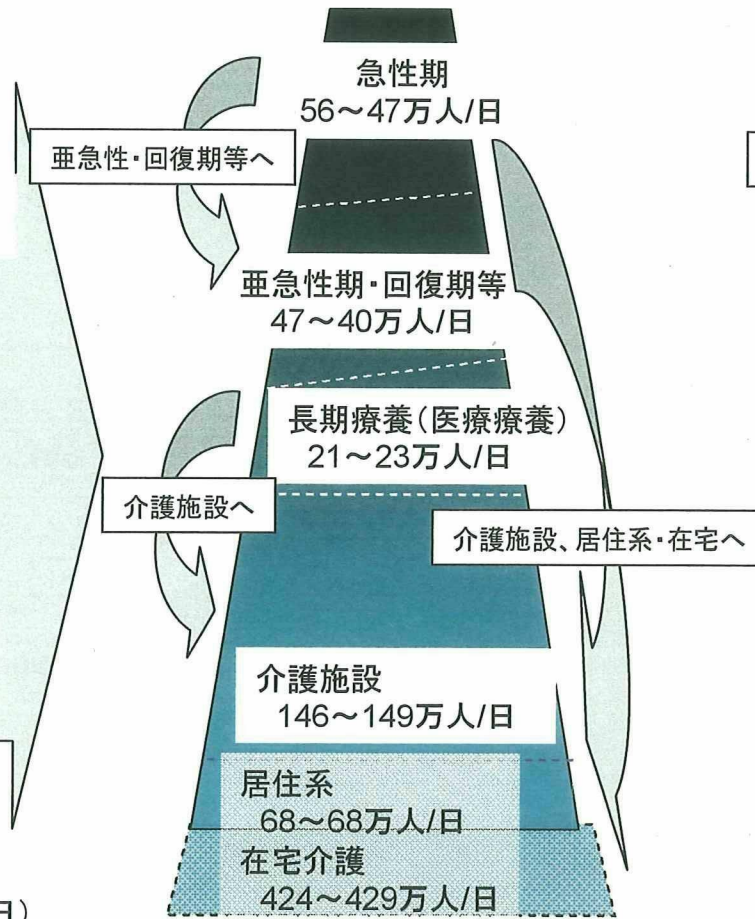
大胆な仮定をおいた2025年時点のシミュレーションである

ケースA(現状投影ケース)

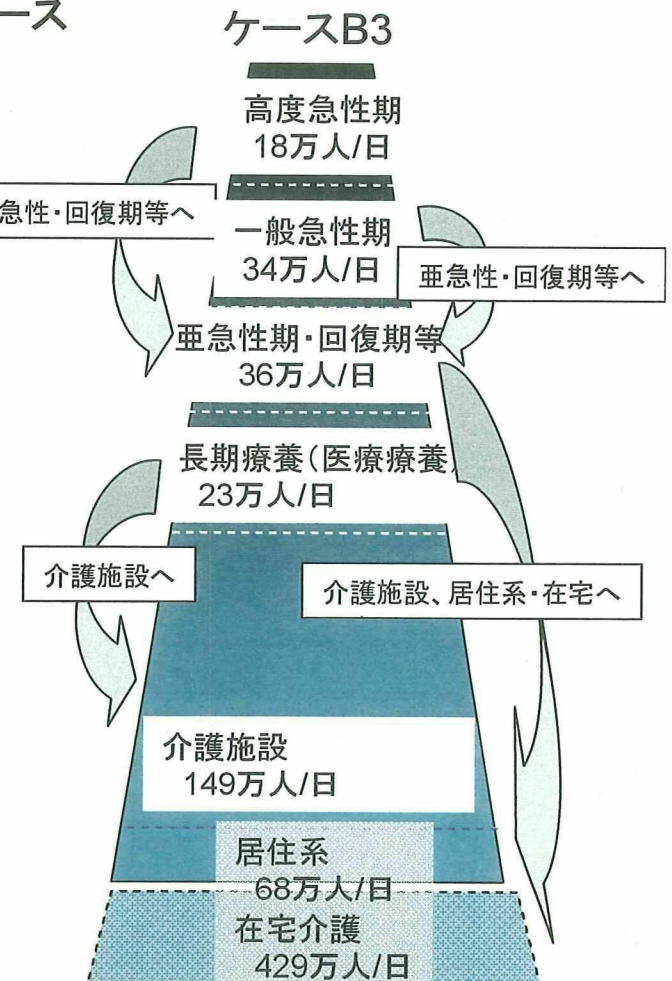


現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

ケースB1,B2



改革ケース



一般病床を機能分化(B1,B2推計は2分割、B3推計は3分割)。急性期の医療資源を重点化し亜急性・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅サービス等の提供体制を強化することにより在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には一日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

(再掲) サービス提供体制にかかる基礎数値

	現状(2007年)	A推計	B1推計	B2推計	B3推計
急性期	80万人/日	73万人/日	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等		31万人/日	47万人/日	40万人/日	36万人/日
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
居住系	25万人/日	47万人/日	68万人/日	68万人/日	68万人/日
在宅介護	243万人/日	408万人/日	424万人/日	429万人/日	429万人/日
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	629万人/日	641万人/日	640万人/日

注:人数(人/日)は、一日当たりの各サービスの利用者数の推計値を示す。

B1～B3の外来・在宅医療は予防による患者の減少を見込み、医療機関や介護施設から在宅に移る数を単純に加えている。
(軽快等で医療の必要度が少なくなる場合には、一日あたりの外来・在宅医療利用者数としてはそれほど増加しない。)

③医療・介護提供体制にかかる課題 i) 我が国の一般病床・療養病床

- ・ 老人医療費無料化時代(1973～82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていた。
- ・ 1990年頃から、急性期医療(一般病床)、慢性期医療(療養病床)、介護(介護老人保健施設)のニーズに応じた機能分化を進めてきたが、機能分化はまだ不十分であるとともに、急性期医療をさらに機能分化・機能強化するニーズが生じてきている。

(一般病床)

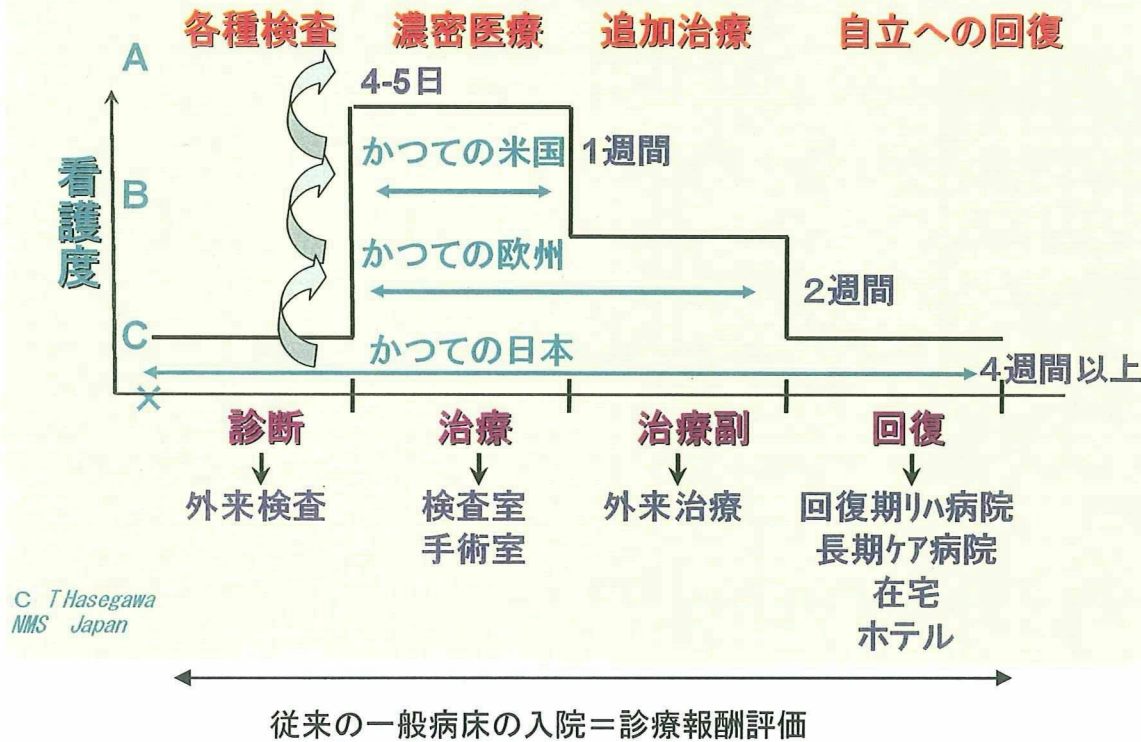
- ・ 急性期医療については、医療資源の集中投入がより必要な重症患者を中心とした急性期医療の機能分化・重点化が十分でなく、さらに、平均在院日数も諸外国と比較しても長くなっており、全体として非効率であるのみならず、医療の質・患者のQOLにも影響を与えている。
- ・ 他方、そのような重症急性期患者の退院後の受け皿となる、いわゆる亜急性期・回復期にふさわしい、ある程度安定した急性期治療やリハビリ等の機能を有する病床は非常に不足している。このことが、一般病床と療養病床の機能分化、平均在院日数短縮が進まない一因となっている。

(療養病床)

- ・ 医療ニーズの強い患者を受けれている事例が存在する一方、いわゆる社会的入院を受け入れる事例もあるなど、病院の機能と患者の状態像とが必ずしも合致していない。

③医療・介護提供体制にかかる課題 ii)急性期の機能強化・重点化

治療の場の転換と在院日数
急性期病院国際比較過去20年間



C T Hasegawa
NMS Japan

- 我が国の急性期病床の質と効率性を向上させるには重点化が必要。
- 病院の側も、急性期治療の場への転換を迫られる。
- 従来の人員配置、診療報酬は医療必要度・看護必要度の高い患者、低い患者の混在が前提。
- 昼夜を問わず一定の医療・看護が必要な場合はICU(集中治療室)、ハイケアユニットとして別診療報酬体系で整理されている。
- 急性期病床は、集中化するとともにこのような重点配置、重点評価が必要になってくる

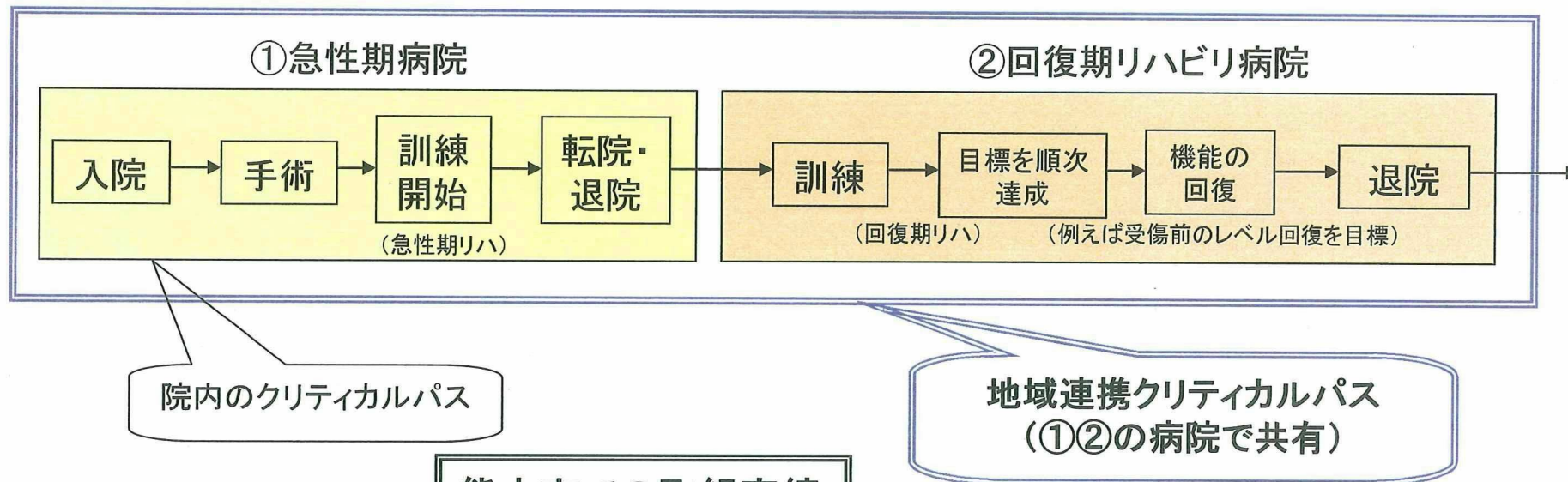
ICU評価、入院時
早期の加算で対応

ハイケアユニット入
院管理料を新設
(16年)

(出所)日本医科大学医学管理教室長谷川敏彦教授作成の図

③医療・介護提供体制にかかる課題 iii) 地域連携による最適かつ効率的な受診

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

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(H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後(H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後(H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減 20

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(H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後(H16)	53例	67.0日	約26%減

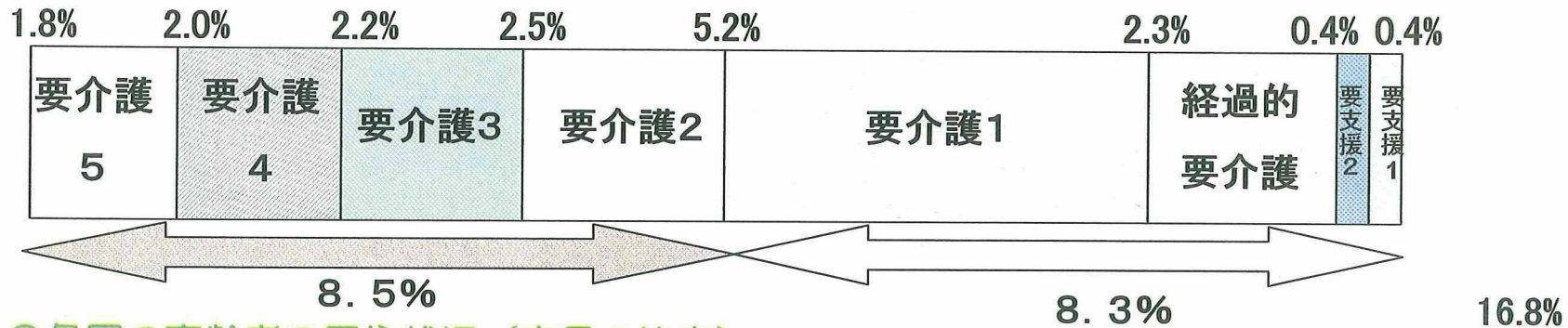
③医療・介護提供体制にかかる課題 iv) 介護施設・居住系施設(ケア付き住宅)

65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

○要介護度別認定者割合

出典)平成18年5月 介護保険事業状況報告



○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)

(全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (0.9%)	4.4%	日本 (2005)
ナースিংホーム、グループホーム等 (4.2%)	サービスハウス等 (2.3%)	6.5%	スウェーデン(2005)※3
プライエム等 (2.5%)	プライエボーリ・エルダボーリ等 (8.1%)	10.7%	デンマーク (2006)※4
ケアホーム (3.7%)	シェルタードハウジング (8.0%)	11.7%	英国 (2001)※5
ナースング・ホーム (4.0%)	アシステッドリビング等 (2.2%)	6.2%	米国 (2000)※6

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

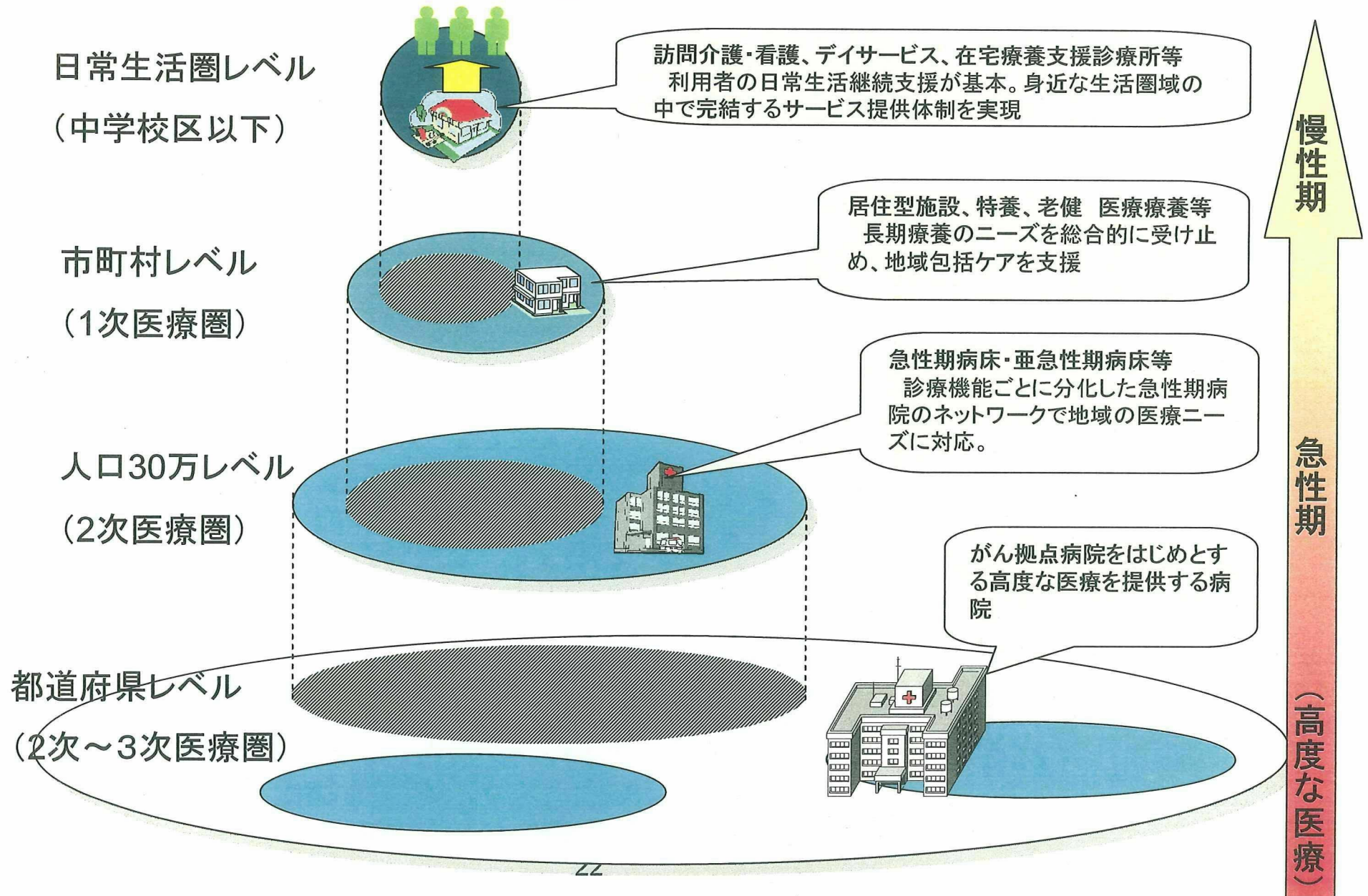
※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

③医療・介護提供体制にかかる課題 V)地域医療・介護サービスネットワークの構築

機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービス



シミュレーションを行うに当たっての論点 (3) 改革ケースにおける費用(単価)設定の考え方

<急性期>

: 診療機能強化・サービスの集中投入による平均在院日数短縮

⇒ 医師・看護師の配置引き上げ(但し、医師の過重労働是正、専門職能間の役割分担推進の観点から医師機能の一部をコメディカルに移管し、コメディカル・事務職員をより手厚く配置)

【単価】

ケースB1: 医療資源の投入により平均在院日数を23%短縮(15.5日→12日)。これを実現するため、1病床当たりの職員数を2割程度増加させる。

ケースB2: 医療資源の一層の集中投入により平均在院日数を35%短縮(15.5日→10日)。これを実現するため、1病床当たりの職員数や医療機器などの医療資源の投入量を現在の一般病床平均と比較し倍増させる。

ケースB3: 急性期をさらに高度急性期と一般急性期に機能分化

高度急性期: 医療資源の投入により平均在院日数を20%短縮(20.2日→16日)。これを実現するため、1病床あたりの職員数や医療機器などの医療資源の投入量を、現在高度な医療を提供する病床平均と比較し2割程度増加させる。

一般急性期: 医療資源の投入により平均在院日数を33%短縮(13.4日→9日)。これを実現するため、1病床あたりの職員数や医療機器などの医療資源の投入量を現在の一般病床平均と比較し8割程度増加させる。

<亜急性期・回復期等>

: リハビリ等の機能強化による急性期からの移行促進、地域医療ネットワーク・連携パスによる平均在院日数の短縮(早期の在宅復帰の実現)

⇒ コメディカルを中心に配置引き上げ(但し、医師の過重労働是正や専門職能間の役割分担推進は実施)

【単価】

ケースB1: 急性期病床を重点化することに伴う医療必要度の上昇に対応させるため、現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、コメディカル等を20%程度増加させる。平均在院日数は維持。

ケースB2: 急性期病床を重点化することに伴う医療必要度の上昇に対応させるとともに、リハビリの早期開始・強化や連携パスの推進等により平均在院日数を20%短縮(75日→60日)。これを実現させるため、1病床当たりの職員数をコメディカルを中心に30%程度増加させる。

ケースB3: ケースB2に同じ。

改革ケースにおける費用(単価)設定の考え方(続)

<長期療養(医療療養)>

:現状より医療必要度の高い者を中心に入院させ、介護施設等との役割分担推進
⇒コメディカルを中心に配置引き上げ(但し、医師の過重労働是正や専門職能間の役割分担推進は実施)

【単価】

3推計共通:医療必要度に応じた現状価格。医療必要度が比較的低い者が介護施設等へ移行し、総体として医療必要度が高い者が多く入院することから、平均単価は上昇する。

<介護施設、居住系施設>

:一般病床の機能分化や介護、居住系施設の量的充実を前提に、人員配置は現状維持(平均要介護度は上昇)。

【単価】

3推計共通:要介護度別の単価を基本としつつ、利用者の状態像の変化(平均要介護度の上昇等)、居住系施設の増などサービス利用形態の変化等を織り込んで設定。

<在宅医療・在宅介護>

:たとえば末期がん患者に対する24時間ケア体制の構築、居住系施設に対する往診体制の強化を織り込む等、提供体制改革による在宅利用者の状態像の変化を踏まえた地域医療体制の強化を織り込んで単価を設定。

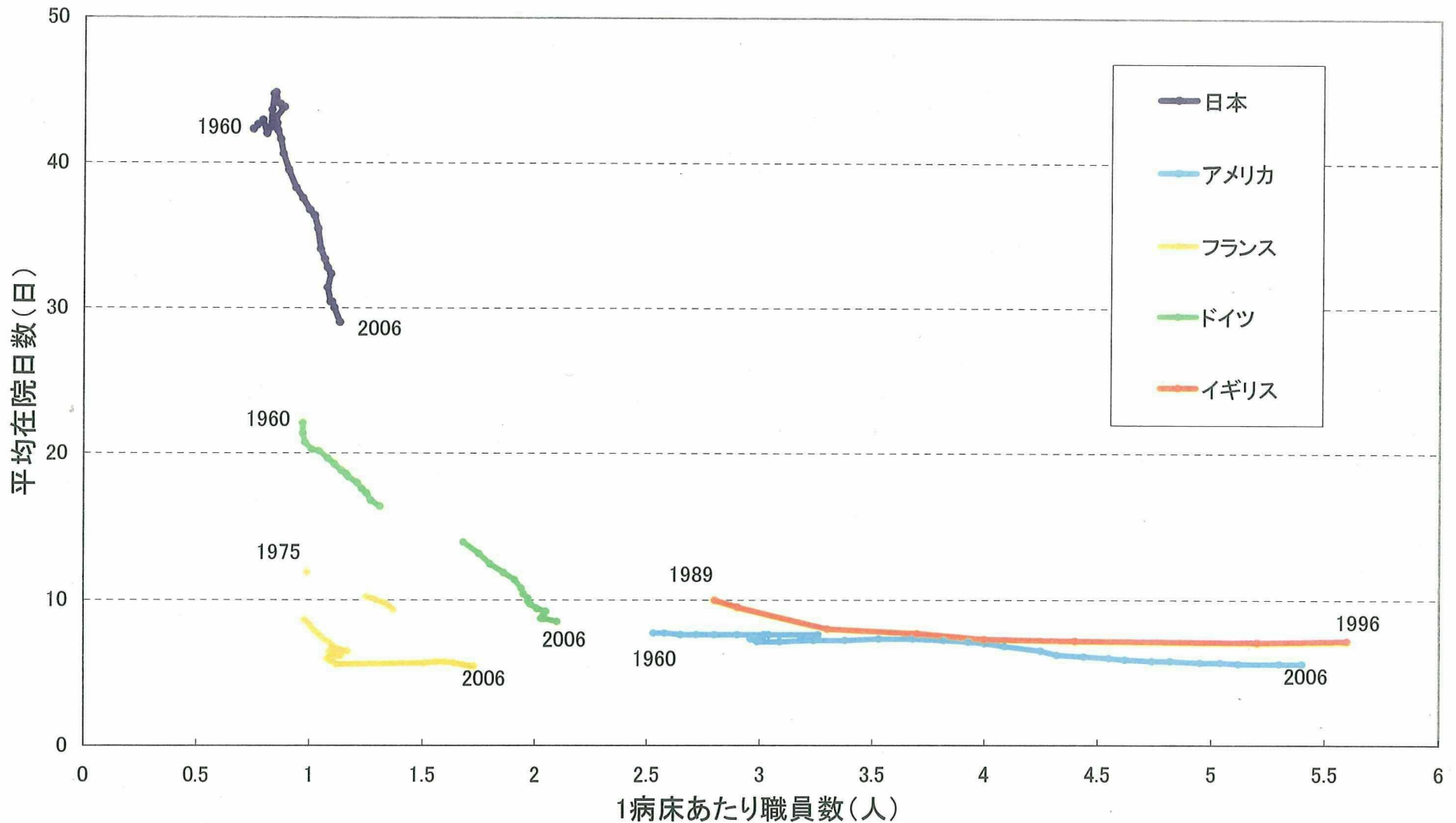
【在宅医療の単価】

3推計共通:急性期等から在宅へ移行した者の中にはたとえば末期がん患者や人工呼吸器を必要とする患者など重篤な医療を必要とする者がいることなどを想定した単価設定とする。

【在宅介護の単価】

3推計共通:要介護度別の単価を基本としつつ、サービス利用形態や利用者の状態像の変化(平均要介護度の上昇等)を織り込んで設定。施設から在宅介護に移行してくる者については、より高い在宅介護ニーズがあると考えられることから、総体として平均単価は上昇する。

医療・介護提供サービス改革の方向性 ① 平均在院日数と1病床当たり職員数

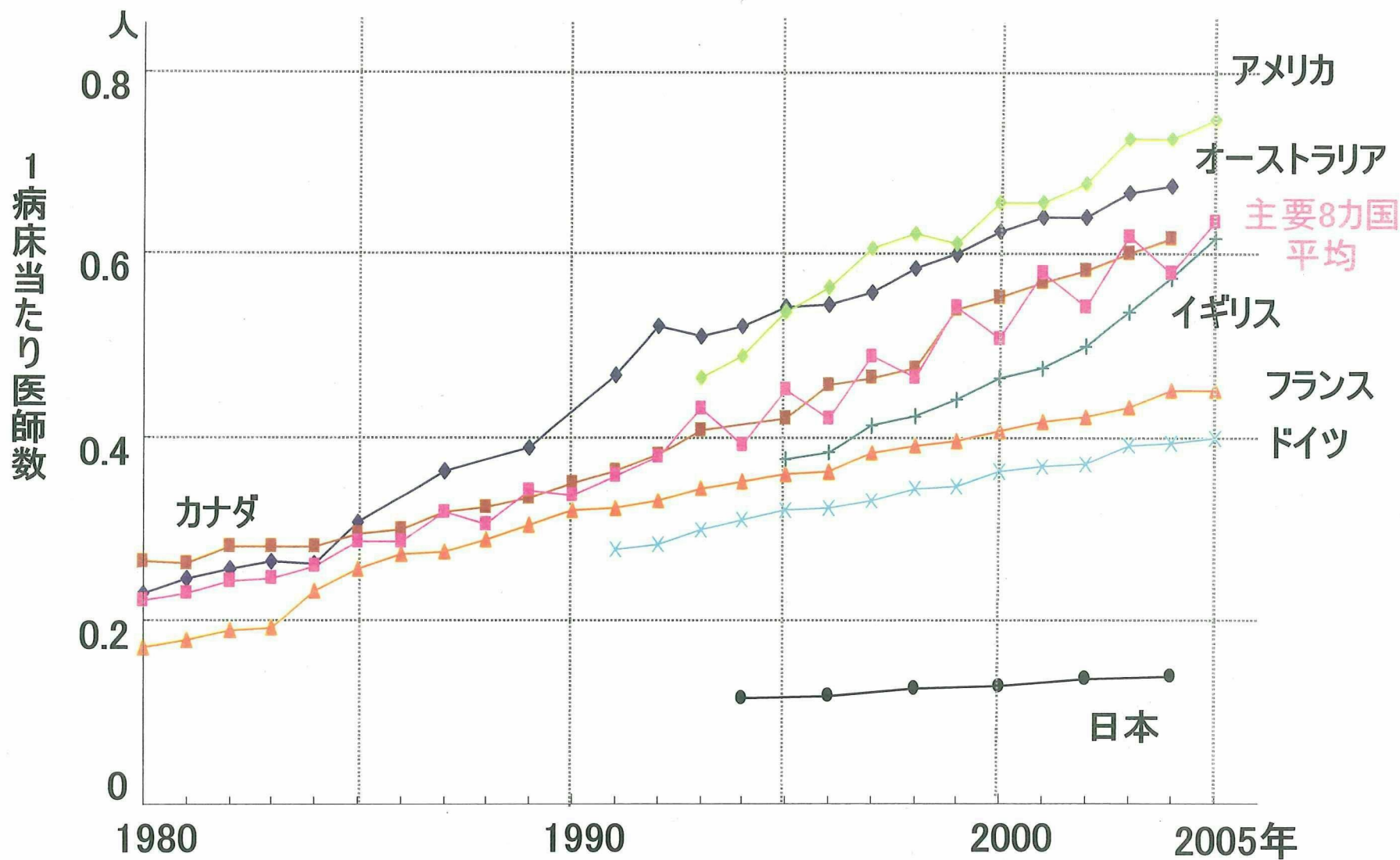


(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

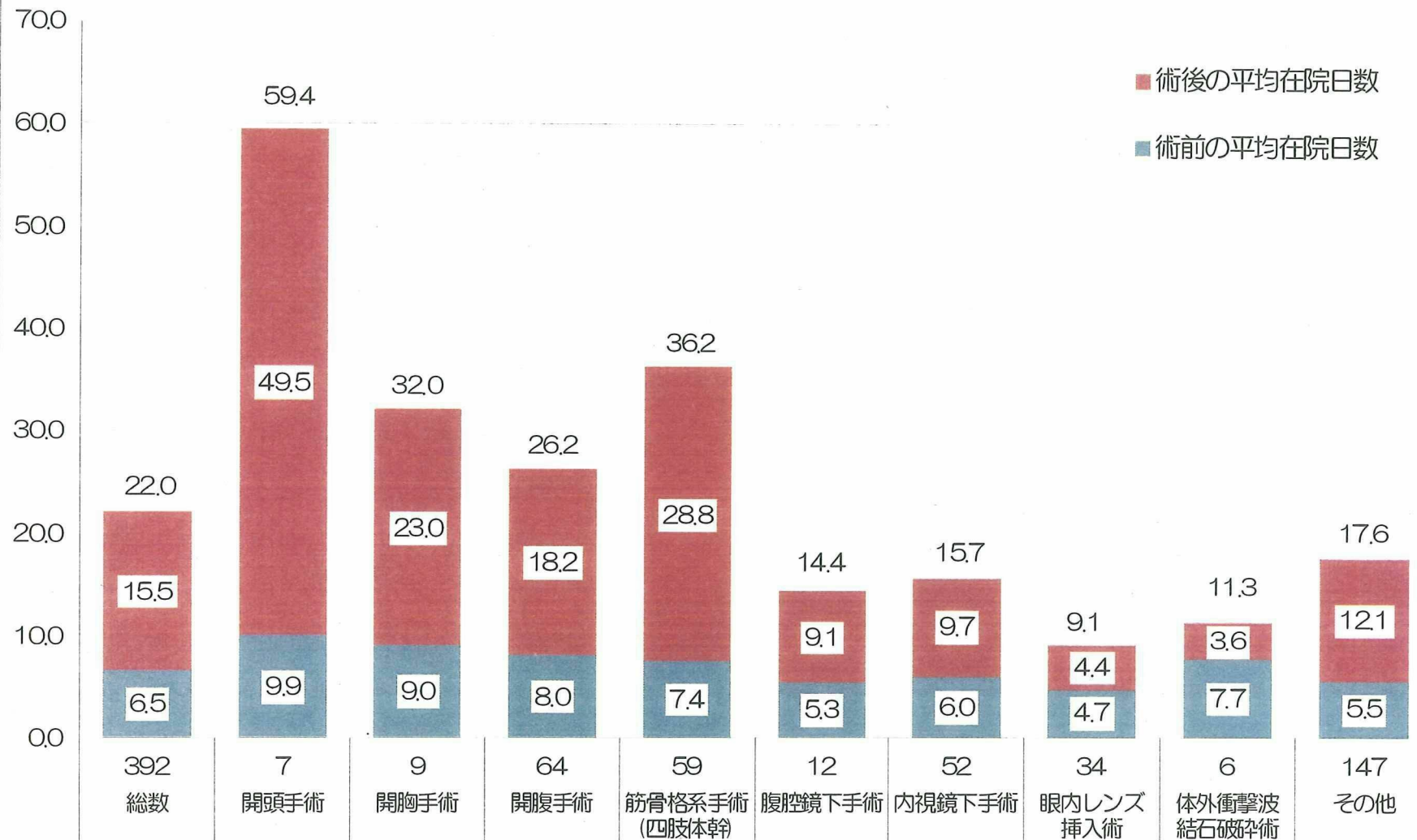
医療・介護提供サービス改革の方向性 ② 病床当たり医師数国際比較



OECD Health Data 2007より作成 病床数: Total hospital beds、医師数: Practicing physicians

医療・介護サービス改革の方向性 ③ 平均在院日数

手術のあった退院患者の術前、術後の平均在院日数



(注1) 平成17年9月中の退院患者についての調査である。なお、横軸の数値は手術があった人数(千人)である。

(注2) 調査報告書では「シャント設置術」についてのデータも表象されているが、術前(約23日)、術後(約35日)とも長く、手術以外の要因が影響している可能性が考えられるため、このグラフでは表示していない。なお、「その他」は、グラフの各項目及びシャント設置術以外の外科手術である。

資料：平成17年患者調査

シミュレーションを行うに当たっての論点（４） 経済成長と医療・介護費の伸び、技術革新・効率化の影響

○ 高齢化による需要増等とは別に織り込む「伸び」として次の２つのケースを仮定（名目値ベース）

ケース① 医療：経済成長連動の改定 ＋ 医療技術の高度化等 － 薬・機器等に係る効率化等
介護：賃金と物価の伸びの加重平均

<考え方>

・ 医療：医療費の伸びに関連する要因を一定の仮定のもとで積み上げて設定

- ※ 1. 第 1 項：過去の診療報酬改定率と名目経済成長率との間には 4～5 年程度のタイムラグのもとで高い相関が観測されている。回帰式： $y=0.3335x$ （相関係数(R)0.875, y :改定率, x :5年前の成長率, 切片=0)
- ※ 2. 第 2 項：過去の医療費の伸び率から、人口増減、人口の高齢化、診療報酬改定（近年はマイナスの影響）、制度改正の影響（近年はマイナスの影響）を控除してみれば、概ね 2.2%程度と観測。
- ※ 3. 第 3 項：今後の中長期的な薬剤や医療機器についての効率化効果を見込む（2012 年ごろまで $\Delta 0.3\%$ その後 $\Delta 0.1\%$ ）

→ 後発品の使用促進（2012 年度までに数量ベースで 30%）をはかることによる医療費（33～34 兆円）への影響（当年度 $\Delta 0.2\sim\Delta 0.3\%$ ）程度やコンピューター断層撮影診断（医療費に占める割合は現在約 2.5%程度）等に係る合理化等（医療費に占める割合自体が僅少で、今後数年で効率化可能な部分は伸び率換算で年 $\Delta 0.1\%$ に満たない程度と考えられる）等を仮定して、設定。

・ 介護：介護費用の構造を見ると給付費（人件費）が約 65%を占めることから、費用の 65%が賃金上昇率で、35%が物価で上昇するとして伸び率を設定

ケース② 医療：賃金と物価の伸びの平均＋1%程度
介護：ケース①と同じ

<考え方>

・ 医療：過去、医療費の伸びが経済の伸びを一定程度上回って推移してきたことを、踏まえて設定

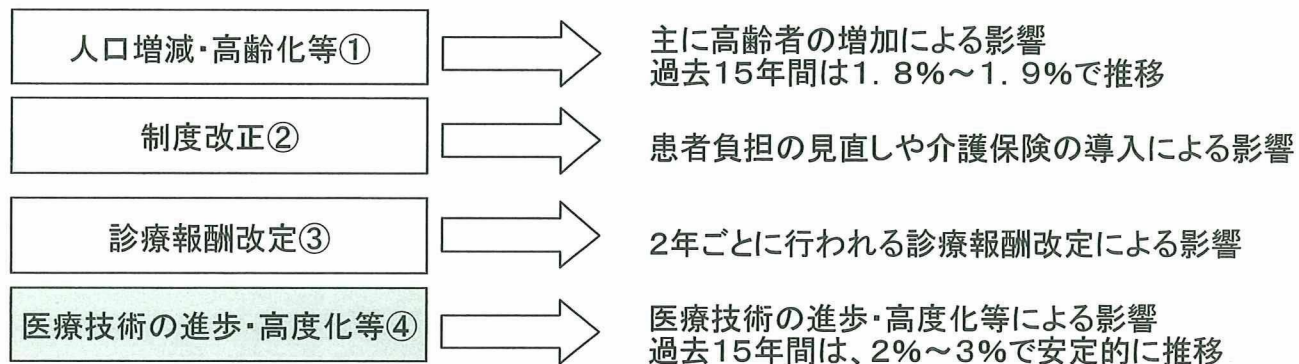
- ※. 近年の医療費の伸びは名目 GDP の伸びを平均的には概ね 1.5%程度 (a) 上回って推移。同期間においては、診療報酬改定の影響が概ね $\Delta 1\%$ 程度 (b) ある一方で、人口の高齢化による影響が概ね 1.5%程度 (c) あると考えられ、 $(a) - (b) - (c) =$ 概ね 1%程度となることを勘案して設定。

・ 介護：ケース①と同じ

医療費全体の伸びの要因 ① 要因分析

- 過去の医療費の伸びから、人口増減・高齢化(年齢構成の変化)等、制度改革、診療報酬改定の影響を除いて、医療技術の進歩・高度化等による影響をみると、1990年代から最近まで、概ね2%～3%で安定的に推移している。

医療費の伸びの要因分析



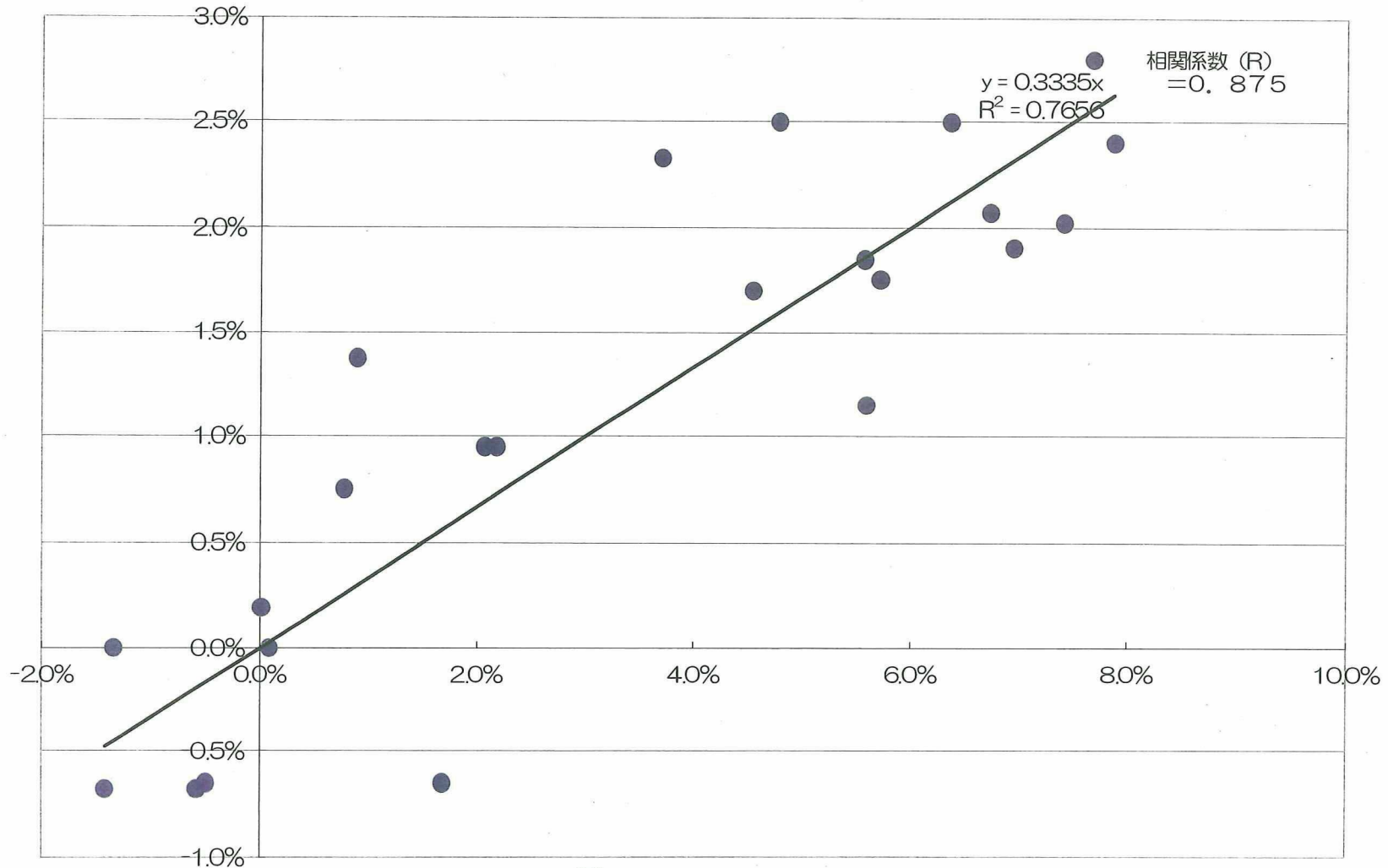
	平成2年	平成2～6年度	平成7年	平成7～11年度	平成12年	平成12～15年度
国民医療費	20.6兆円		27.0兆円		30.1兆円	
国民医療費の伸び (①+②+③+④)		5.5%		3.6%		0.7%
人口増減・高齢化等の影響 ①		1.8%		1.9%		1.8%
高齢化等の影響を除いた1人当たり 医療費の伸び(②+③+④)		3.7%		1.6%		▲1.1%
制度改革の影響 ②		0.0%		▲0.9%		▲2.7% ※
診療報酬改定の影響 ③		1.1%		0.1%		▲0.6%
医療技術の進歩・高度化等 ④		2.6%		2.4%		2.2%

(※)平成12年～15年度の制度改革の影響は、精度の低い方法により計算したごく粗い数値

医療費全体の伸びの要因 ② 経済成長率との関係－1

- 過去の経済成長率と診療報酬改定率との間には、5年程度のタイムラグのもとで、高い相関がみられる。

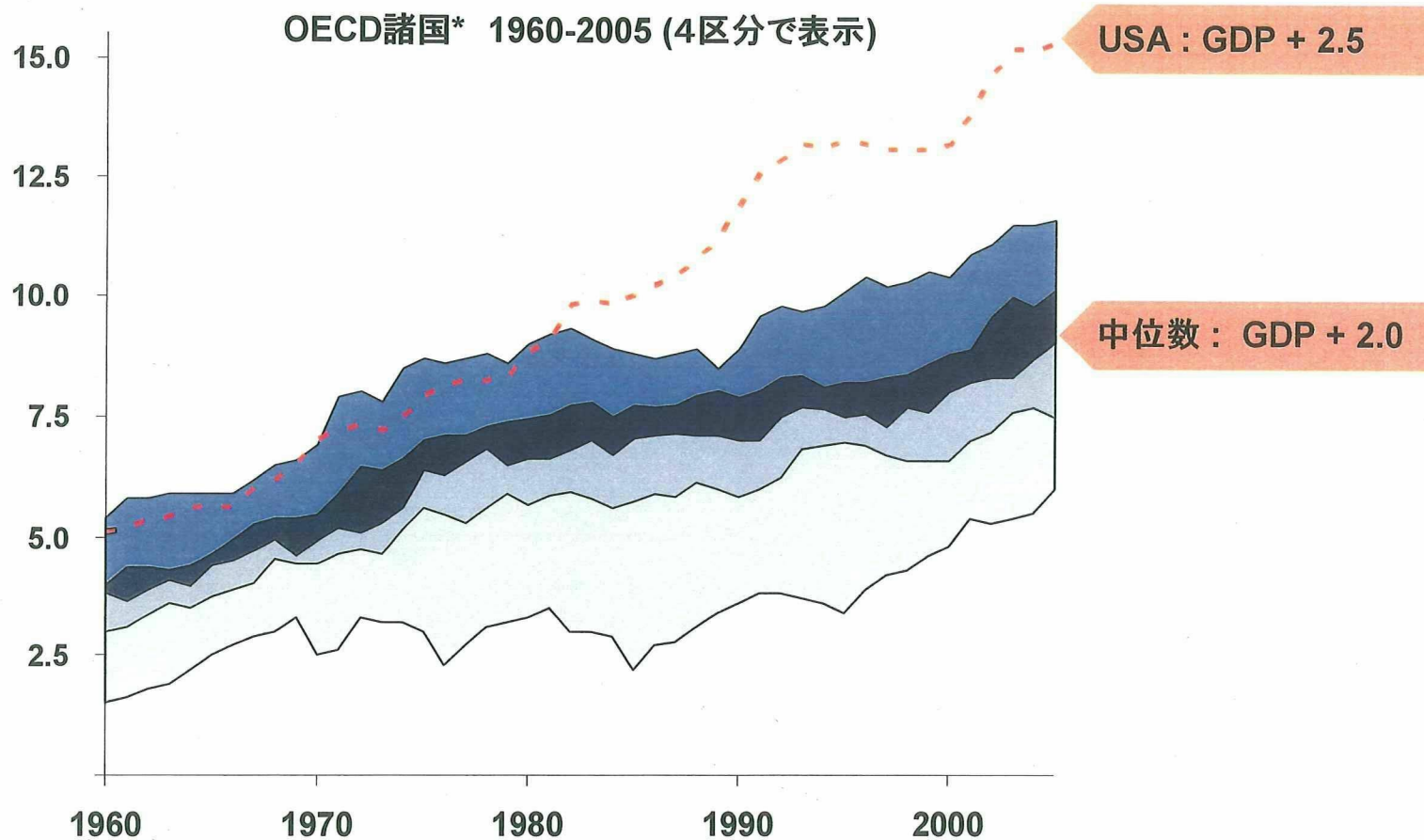
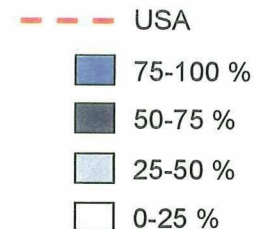
経済成長率【横軸】と診療報酬改定（診療報酬改定のみ）～タイムラグ5年、切片＝0～



医療費全体の伸びの要因 ② 経済成長率との関係-2

OECD各国においても、医療費はGDPの伸びを平均2%程度
上回って伸びている

GDPに占める医療費の割合(%)



* 米国を除く
資料:OECD 1960-2005 (pub. 2007)

(資料) マッキンゼー・アンド・カンパニーによる。

医療費全体の伸びの要因 ② 経済成長率との関係－3

各国の医療費推計の例(民間機関の試算の例)

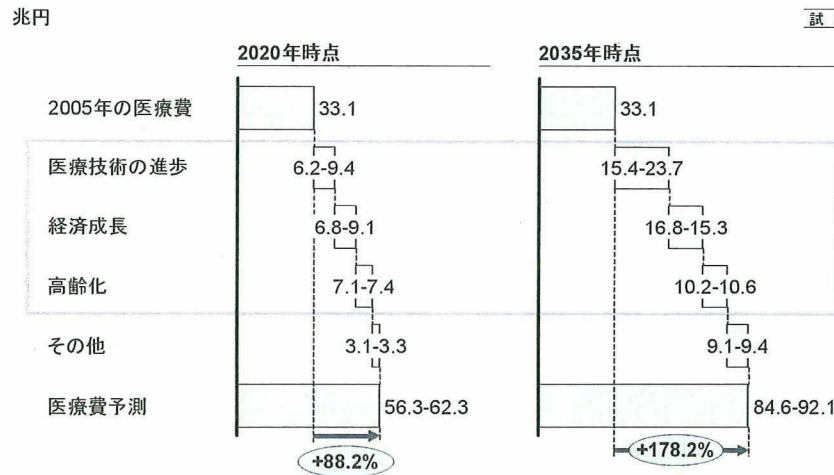
- ・医療費の増加は、医療技術進歩、経済成長、高齢化が牽引
- ・今後30年間でOECD各国とも対GDP比は増加

(日本の医療費の将来推計)

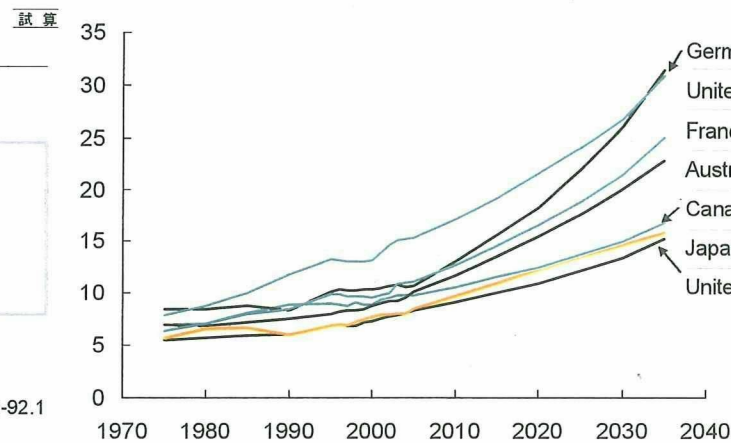
(OECD各国の医療費の将来推計)

試算

医療費の増加は主に「医療技術進歩」「経済成長」「高齢化」の3つが牽引



GDPに占める医療費の割合*



医療費とGDPの成長率の差異*
ポイント

1975-2005 2005-2035

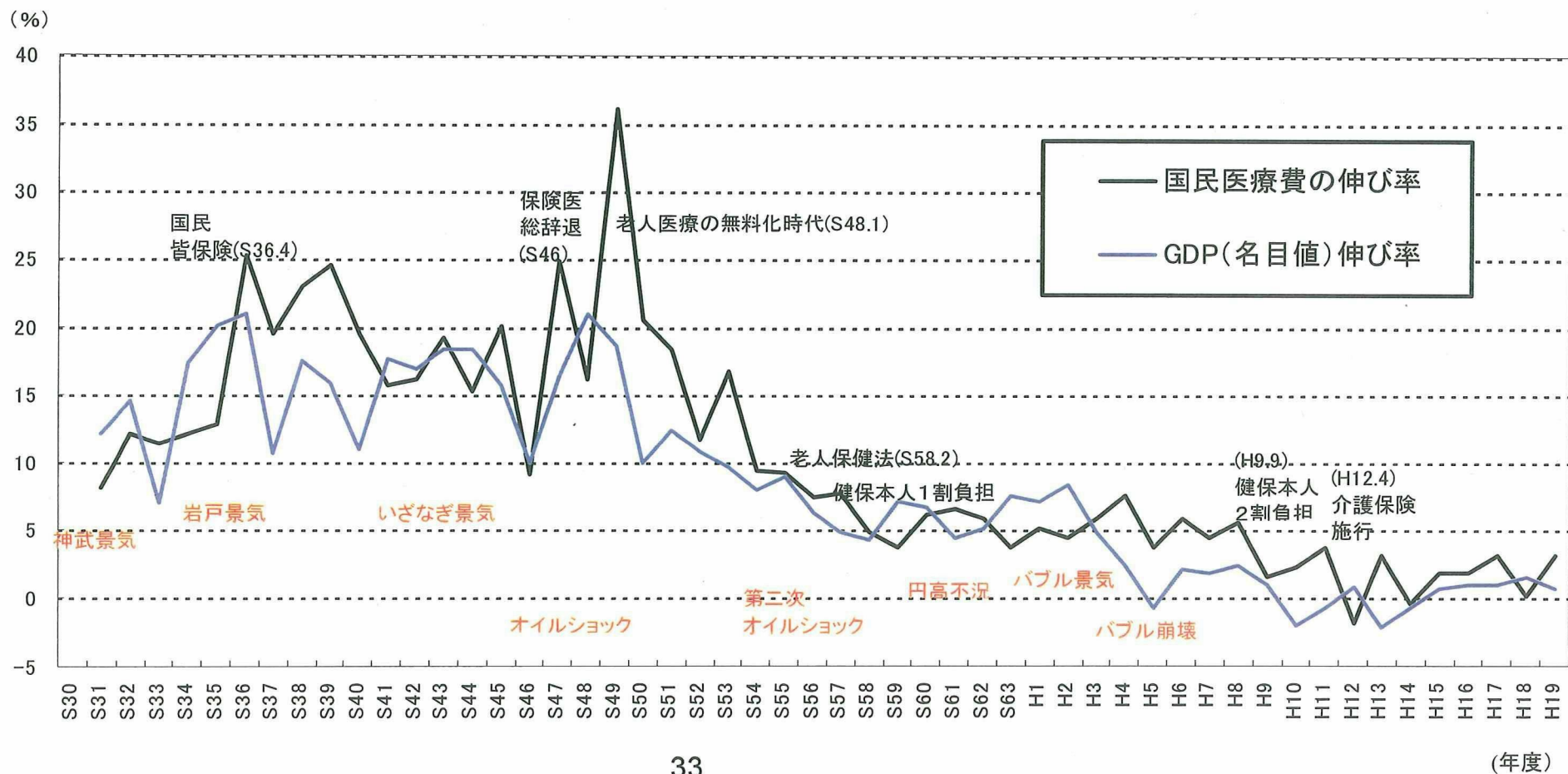
* 4つの要素の相乗効果は2020年までは3.4-5.4兆円、2035年までは12.9-16.3兆円と想定され、各要素の予測に比例配分済み
資料: マッキンゼー分析

* 過去30年間および将来30年間の年平均成長率の差異。GDP、医療費ともにGDPデフレーターを用いて算出
資料: OECD Health Data; マッキンゼー分析

(資料) マッキンゼー・アンド・カンパニーによる。

医療費全体の伸びの要因 ② 経済成長率との関係－4

- 岩戸景気やいざなぎ景気、バブル景気といった高い経済成長が実現された時期や健保本人1割負担導入、介護保険施行などの年を除き、国民医療費の伸びは名目GDPの伸びを上回って推移している。
- 近年は、バブル崩壊後の低成長の下で、累次の制度改正・医療費改定にもかかわらず、国民医療費の伸びは名目GDPの伸びを上回っている。(平成13～19年度の平均値で比較した場合、伸び率の差は約1.5% ちなみに、平成13～19年度の診療報酬改定等の改定率は平均で△0.98%)



※ H18及びH19の国民医療費の伸び率は概算医療費の伸び率で代用しており、H19のGDP(名目値)の伸び率は実績見込みである。

医療費全体の伸びの要因 ③ 技術革新の影響－1

医療技術の進歩の例

- 内視鏡、特殊レントゲン撮影、CT装置の進歩による早期発見等により、がんの5年生存率が上昇。
(1979年:42.5%→1999年:58.8%)
- 心臓手術の技術進歩により、心筋梗塞や狭心症の平均在院日数が大幅減。
(平均在院日数:心筋梗塞 1984年:70.5日→2002年:24.4日、狭心症 1984年:93.5日→2002年:18.7日)
- CT(コンピューター断層撮影装置)、MRI(磁気共鳴画像装置)等の診断技術や、血管内治療技術の発展により、脳卒中の人口10万対死亡率が低下。(1984年:117.2→2004年:102.3)
- シメチジンにより、従来手術しか治療法の無かった胃潰瘍は薬でほぼ治療できる病気となり、入院率が半減。(入院率 1984年:20.8%→2002年:11.9%)
- 腹腔鏡の導入により、胆石の退院患者の平均在院日数が半減。(1990年:37.7日→2004年:14.4日)
- 結石破碎装置の開発により、腎臓結石や尿管結石の開腹手術が必要なくなり、短期入院治療が可能に。
(1980年以前:30日前後→1980年以降:3～5日)

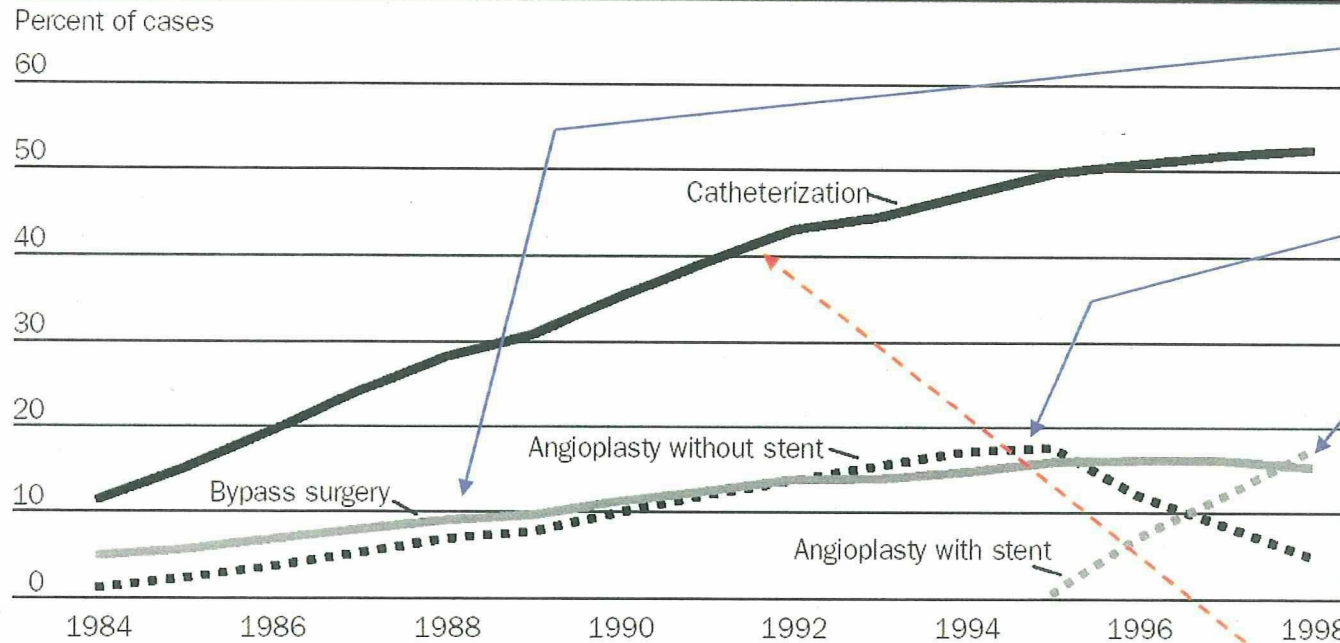
健康寿命延伸の経済的価値

- 健康寿命1年延伸の(主観的)経済価値は個人差が極めて大きいですが、アンケート調査(経済産業省「生活者の意識に関する調査」(2006年))の単純平均は約80万円。
(注)米国では、健康寿命1年・人の経済的価値のコンセンサスは約10万ドルと言われている。(Cutler and McClellan[2002]等)
- これに2005～2015年の間に予想される平均寿命の伸び1.13歳(男女平均、将来人口推計ベース)、人口を乗じると、2015年までに約110兆円の経済厚生向上。これは、2.2%成長が続いた場合の2015年までの実質GDP増加額(約140兆円)に匹敵する。

医療費全体の伸びの要因 ③ 技術革新の影響-2

米国の1984年から1998年までの14年間の心筋梗塞の治療の推移と医療費

Changes In The Surgical Treatment Of Heart Attacks, 1984-1998



SOURCE: Authors' analysis of Medicare claims records for all elderly patients with a heart attack.

NOTES: Procedure use is within ninety days of the initial admission for the heart attack. See references in text for more detail.

心筋梗塞の治療の変化

第1期 バイパス手術が主流
閉塞した冠動脈をバイパスする血管を移植する手術の普及

第2期 血管拡張術が主流へ
閉塞した冠動脈をバルーンで拡張させる血管内手術の普及

第3期 スtent設置が主流へ
閉塞した冠動脈内にstent (金属の網状治療具)を挿入し、血管内で拡張・留置する治療術 (既存技術に代替)

全期間を通じた技術の普及
検査などの技術でもカテーテルの使用が普及

Accounting For The Increased Cost Of Heart Attack Treatments, 1984 And 1998

	1984	1998	Annual change
Total spending (billions)	\$3.0	\$4.8	3.4%
Number of cases	245,687	221,133	-0.8
Average spending per case	\$12,083	\$21,714	4.2

SOURCE: Authors' analysis of Medicare claims records for all elderly patients with a heart attack in 1984 and 1998.

医療費の変化(1984-1998)

心筋梗塞の治療総額は年率3.4%増、治療件数は年率0.8%減で患者あたり単価は年率4.2%の増であった。(注: 技術進歩で在院日数は短縮化している)

(参考)医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(概要)(平成19年5月 厚生労働省)

策定趣旨・目標期間

必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間。

具体的取組の概要

(1) 予防重視の観点

1. 生活習慣病対策の推進
2. 介護予防の推進

(2) サービスの質向上・効率化の観点

3. 平均在院日数の短縮
4. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携
5. 往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視、診療所と病院の役割の明確化
6. EBM (Evidence-based-Medicine: 根拠に基づく医療) 推進、医療の標準化
7. 重複、不要検査の是正や健診の標準化
8. 後発医薬品の使用促進
9. 不正な保険医療機関、介護サービス事業者等への指導・監査の強化
10. 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し

(3) 診療報酬体系等の見直し

11. 診療報酬・薬価の見直し
12. 診療報酬の包括払いの促進
13. 後期高齢者の心身の特性に応じた診療報酬の創設
14. 介護報酬の見直し

(4) 国民の利便性向上の観点

15. 健康情報の効率的な利活用等のためのIT化の推進
16. 健康ITカード(仮称)の導入に向けた検討

(5) 国民の安全・安心を支える良質かつ適正なサービスの確保の観点

17. 医師確保対策など地域医療提供体制の整備
18. 患者に対する医療情報の提供の推進
19. 医療・介護の安全体制の確保
20. 公立病院等の果たすべき役割を踏まえた重点化、効率化

経済前提： 社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション（平成20年5月）における経済前提を用いる

※ 名目成長率は、2007年度2.2%、2008年度2.8%、2009年度3.3%、2010年度3.7%、2011年度3.9%、2012年度以降は賃金上昇率マイナス0.5%ポイントを仮定。

足下の経済前提については、2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は、以下の4とおりとする。

足下の前提

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
物価上昇率	0.3%	0.5%	1.2%	1.7%	1.9%	1.9%
賃金上昇率	0.0%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	4.1%
運用利回り	1.7%	2.4%	3.0%	3.7%	4.1%	4.4%

2012年度以降の長期の前提

	ケースⅠ-1	ケースⅠ-2	ケースⅡ-1	ケースⅡ-2
物価上昇率	1.6%	1.1%	1.0%	1.0%
賃金上昇率	3.7%	2.6%	2.5%	2.1%
運用利回り	4.9%	4.0%	4.1%	3.2%

（注）ケースⅠ-1及びケースⅠ-2は、平成19年10月17日の経済財政諮問会議に示された「給付と負担の選択肢について」の試算における成長ケース及び制約ケースの前提、ケースⅡ-1及びケースⅡ-2は、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成19年2月（厚生労働省年金局）」における基本ケース及び参考ケースの前提をそれぞれ踏まえたもの。

(参考)

過去の医療費の将来見通しの比較

	社会保障に係る給付と負担 の将来見通し(試算) (21世紀福祉ビジョン)	社会保障の給付と負担 の見通し	今回試算 (改革実施前)
1. 公表時期	平成6年3月	平成12年10月	平成18年1月
2. 2025年度の国民医療費の見通し	141兆円	81兆円	65兆円
対国民所得比	10 1/2~13 1/2~14%	12 1/2 %	12.0 ~ 13.2%
3. 見通しの前提とした1人当たり医療費 の伸び率			
伸び率(高齢化分及び制度改正 の影響を除く)	全体 … 4.5%	全体 … 3.1%	全体 … 2.6%
伸び率の算定期間	平成2~4年度の平均	平成2~11年度の平均	平成7~11年度の平均
4. 推計時点における経済成長率の 見通し	2000年度まで 5~4% 2001年度以降 4~3%	2010年度まで 2.5% 2011年度以降 2.0%	年平均2.0%、1.5% (2011年度まで 年平均3.0%、2.1%、 2012年度以降 1.6%、1.3%)

(参考)

これまでの社会保障の給付と負担の見通し (2025年度の社会保障給付費の見込み)

	平成12年10月推計		平成18年5月推計 (改革実施前)	
		対国民所得比	(Bケース ~ Aケース)	対国民所得比 (Aケース ~ Bケース)
	兆円	%	兆円	%
社会保障給付費	207	31 ½	158~162	30.0~32.1
年金	99	15	73~ 75	13.8~14.8
医療	71	11	56	10.3~11.4
福祉	36	5 ½	29~ 32	5.8~ 6.0
うち介護	21	3	19~ 20	3.7~ 3.8

(注1) 過去に作成された「社会保障の給付と負担の見通し」のうち、平成12年10月推計と平成18年5月推計における2025年の社会保障給付費の見込みを抜粋したものである。

(注2) 名目国民所得の伸び率の前提は、平成12年10月推計では、2010年度まで年率2.5%、2011年度以降年率2.0%、平成18年5月推計では、Aケースでは、2011年度まで年度によって年率2.0~3.2%、2012年度以降年率1.6%、Bケースでは、2011年度まで年度によって年率1.9%~2.2%、2012年度以降年率1.3%である。

(注3) 人口の前提は、平成12年10月推計では「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」、平成18年5月推計では「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」である。

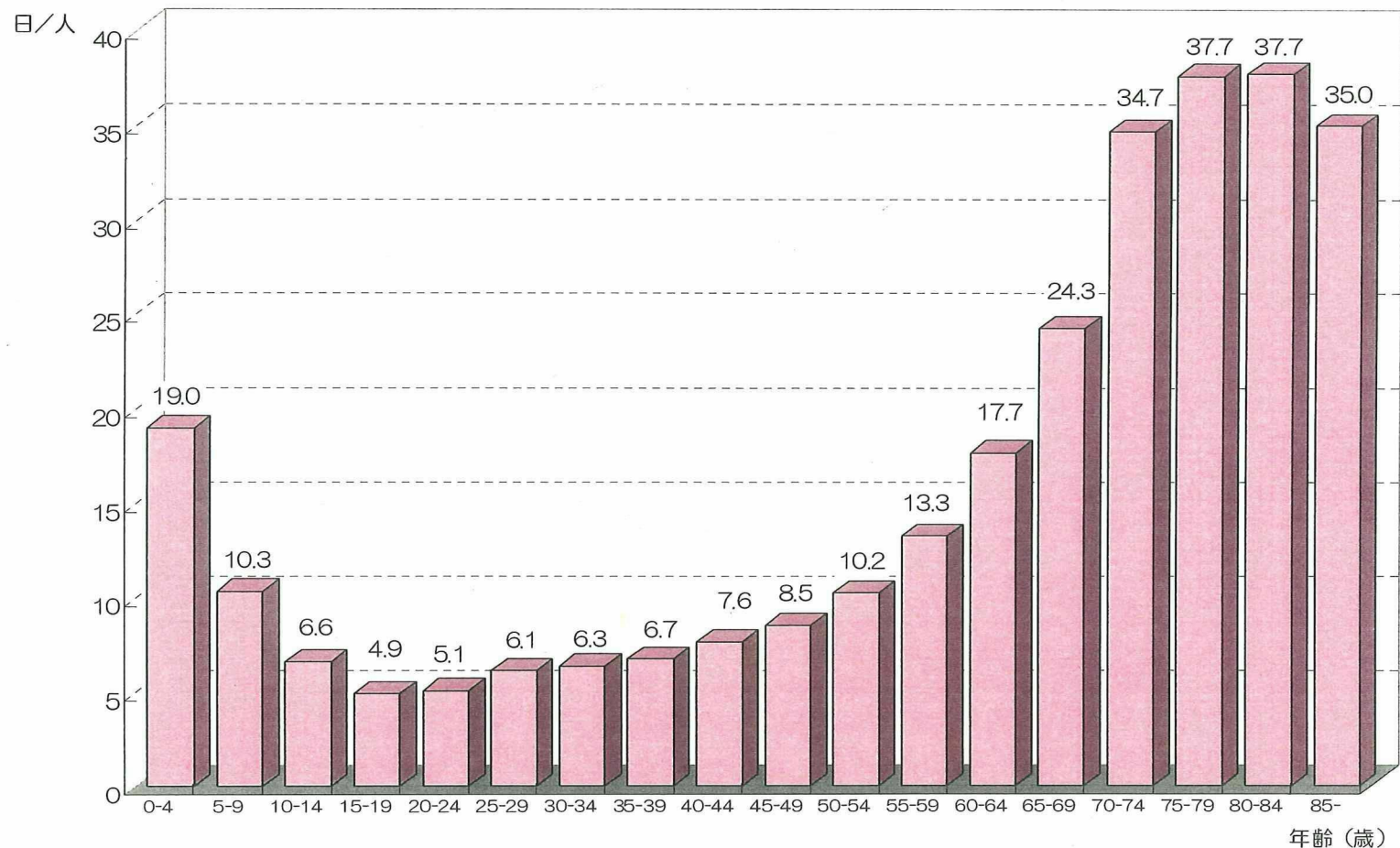
(注4) 平成18年5月推計の2025年度は、参考という位置づけである。

社会保障国民会議における検討に資するために行う
医療・介護費用のシミュレーションの前提について
(参考資料)

年齢階級別 入院外の1人当たり年間延べ日数

(平成16年度:医療保険制度分)

- 外来医療においても、年齢階級が高くなるにつれて利用が増える傾向にある。ただし、85歳以上の層では、入院の増加などもあり外来の受診は低下している。

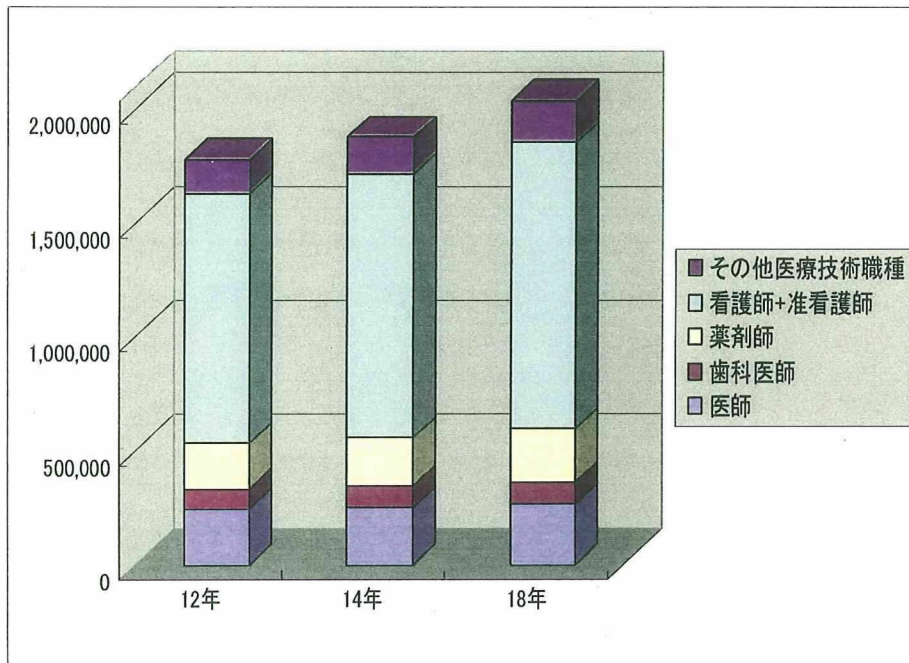


資料:「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成
※年間延べ日数は、年間の延べ患者数に相当

医療・介護の従事者数の推移 ① - 1

- 医師・看護師等の保健医療分野の就業者数は、2000(平成12)年に約178万人であったが、2006(平成18)年に約203万人と、約25万人増加している。
- 介護・福祉サービスの従事者数(常勤換算)は、2002(平成14)年に約155万人であったが、2006(平成18)年には、約220万人と、約66万人増加している。

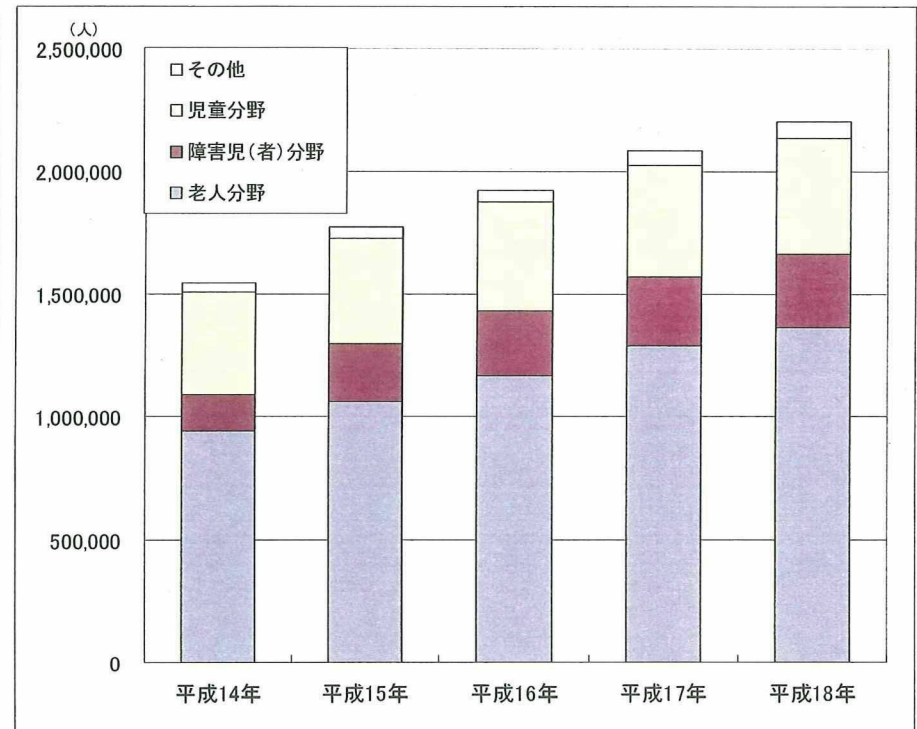
○医療関係職種に従事者数の推移



●出典

- ・医師・歯科医師・薬剤師・・・医師・歯科医師・薬剤師調査
- ・看護師、准看護師・・・医政局看護課調べ
- ・その他医療技術職種・・・歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士等を含む。病院報告及び医療施設調査常勤換算従事者数より算出。ただし、平成18年は平成17年調査、平成12年は平成11年調査で換算。

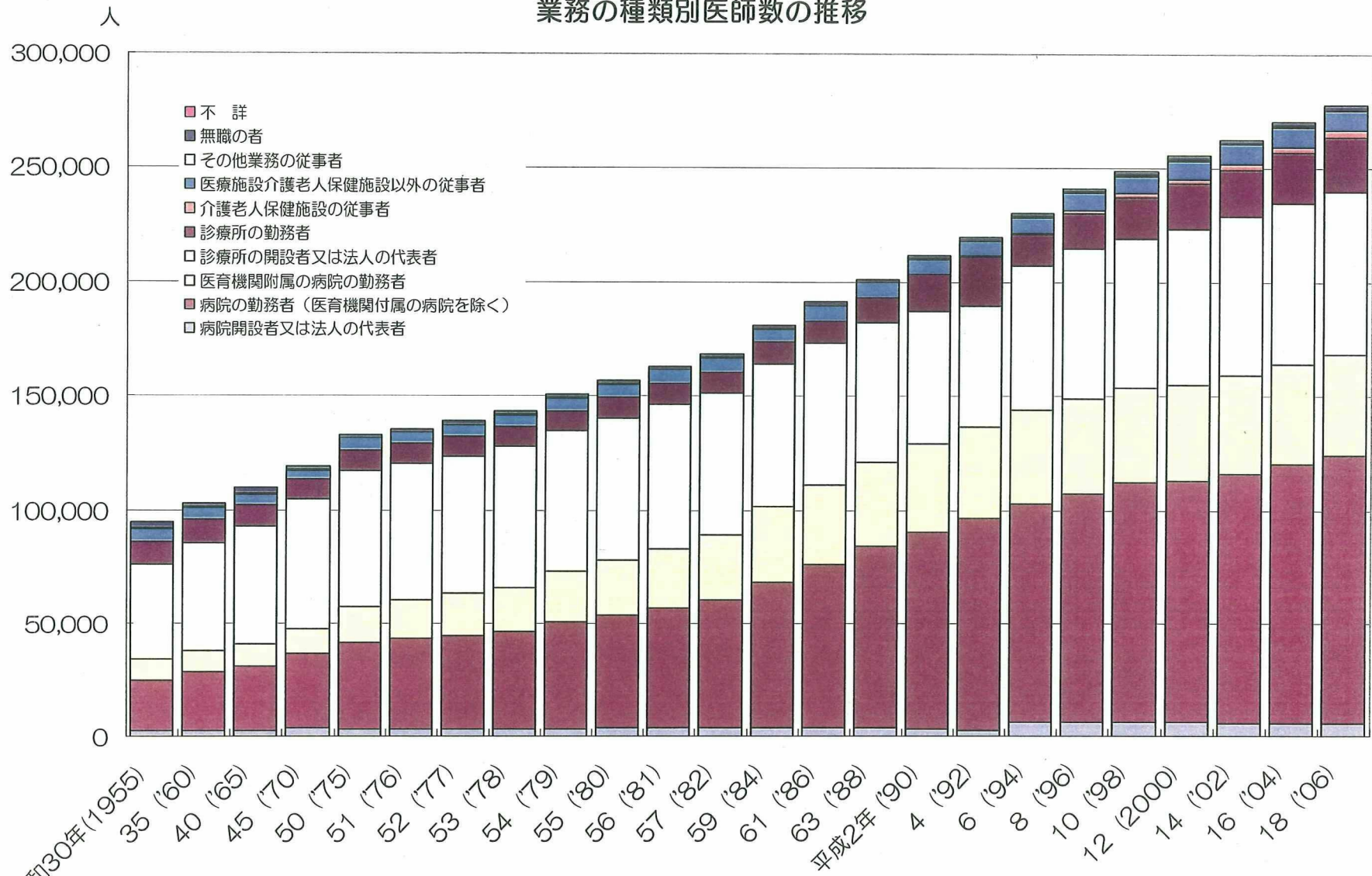
○介護・福祉サービス従事者数(常勤換算)の推移



- 出典:介護サービス施設・事業所調査、社会福祉施設等調査報告(厚生労働省大臣官房統計情報部)

医療・介護の従事者数の推移 ① - 2

業務の種類別医師数の推移



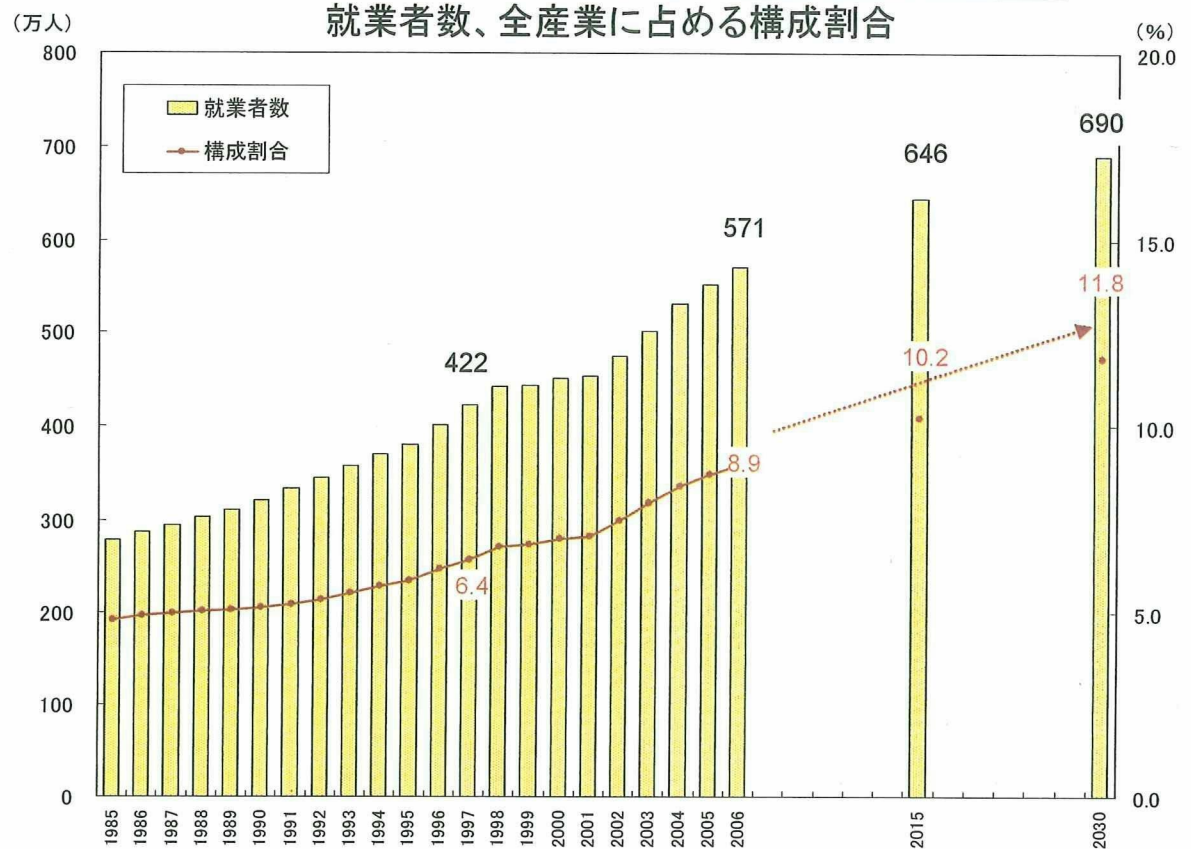
資料：厚生労働省「平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

医療・介護の従事者数の推移 ②

○ 医療・福祉の就業者数は、300万人を下回る水準から500万人台後半まで、大幅に増加。
 今後とも増加が続き、2030年には、**700万人程度の水準**となることが期待。

○ 全産業に占める就業者の割合は、5%弱から直近の**9%**まで、着実に上昇。
 引き続き上昇を続け、2030年には、**12%程度**まで伸びることが期待。

○ 医療・福祉においては、労働時間は概ね140時間台で推移しているが、給与水準は低下傾向で推移(足元では回復の兆し)。

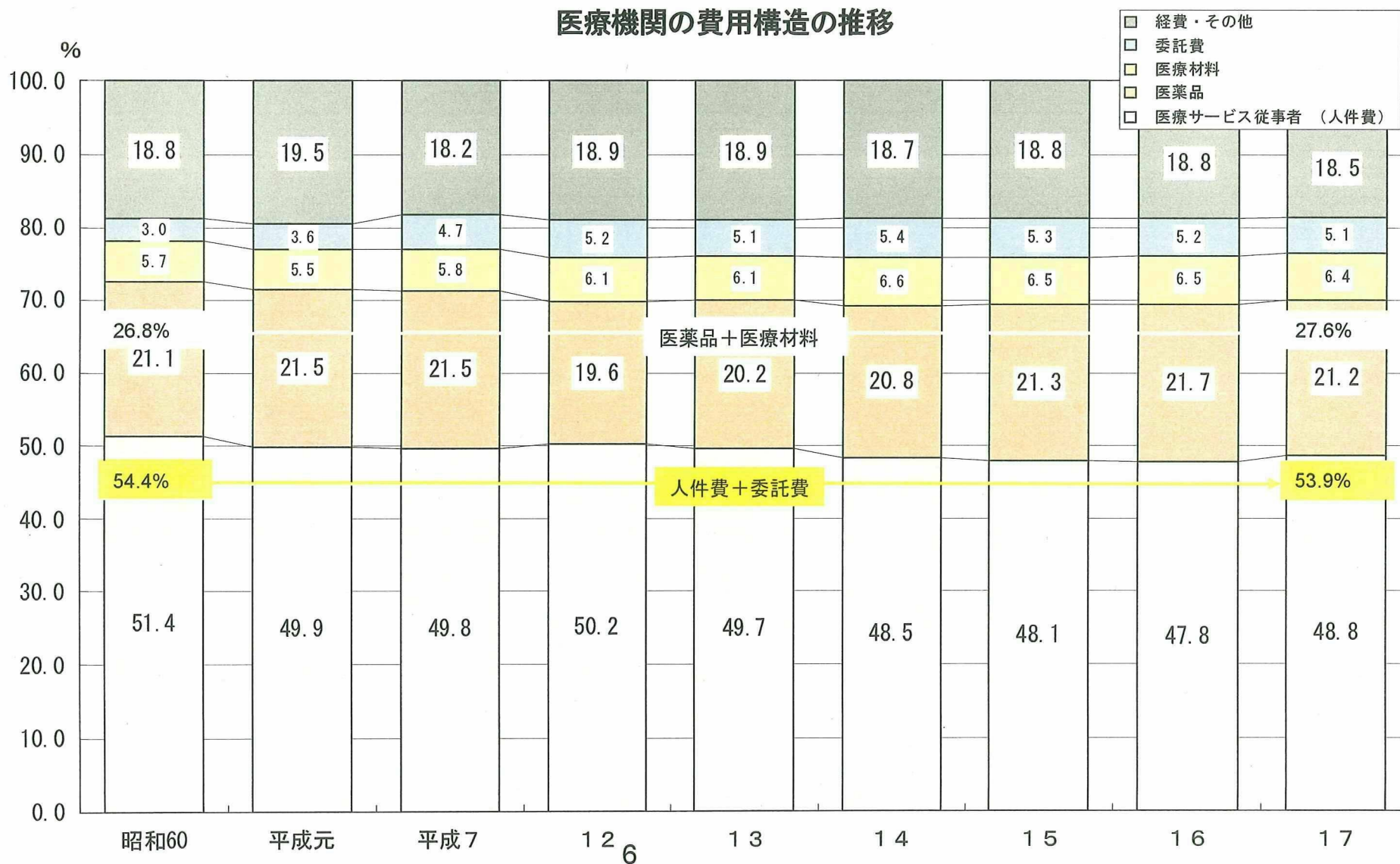


近年の医療・福祉における労働関連指標

	就業者数【万人】	総実労働時間数【月】	現金給与総額【円/月】	入職率	離職率
2000年	451	148.3	361,856	1.97	1.74
2001年	453	148.5	357,829	1.88	1.68
2002年	474	148.3	350,755	2.07	1.81
2003年	502	148.2	345,603	1.99	1.84
2004年	531	149.7	331,556	2.24	2.00
2005年	553	141.8	328,189	1.96	1.93
2006年	571	142.4	329,146	2.04	1.95
(参考、全産業)	6412	150.9	335,774	16.0	16.2

医療費の構造と人件費

医療機関の費用に占める人件費比率は微減しているが、「委託費」との合計額はほぼ横ばいになっている。
 一方で、医薬品・医療材料費の比率については微増(人件費の上昇を上回って増加)している。

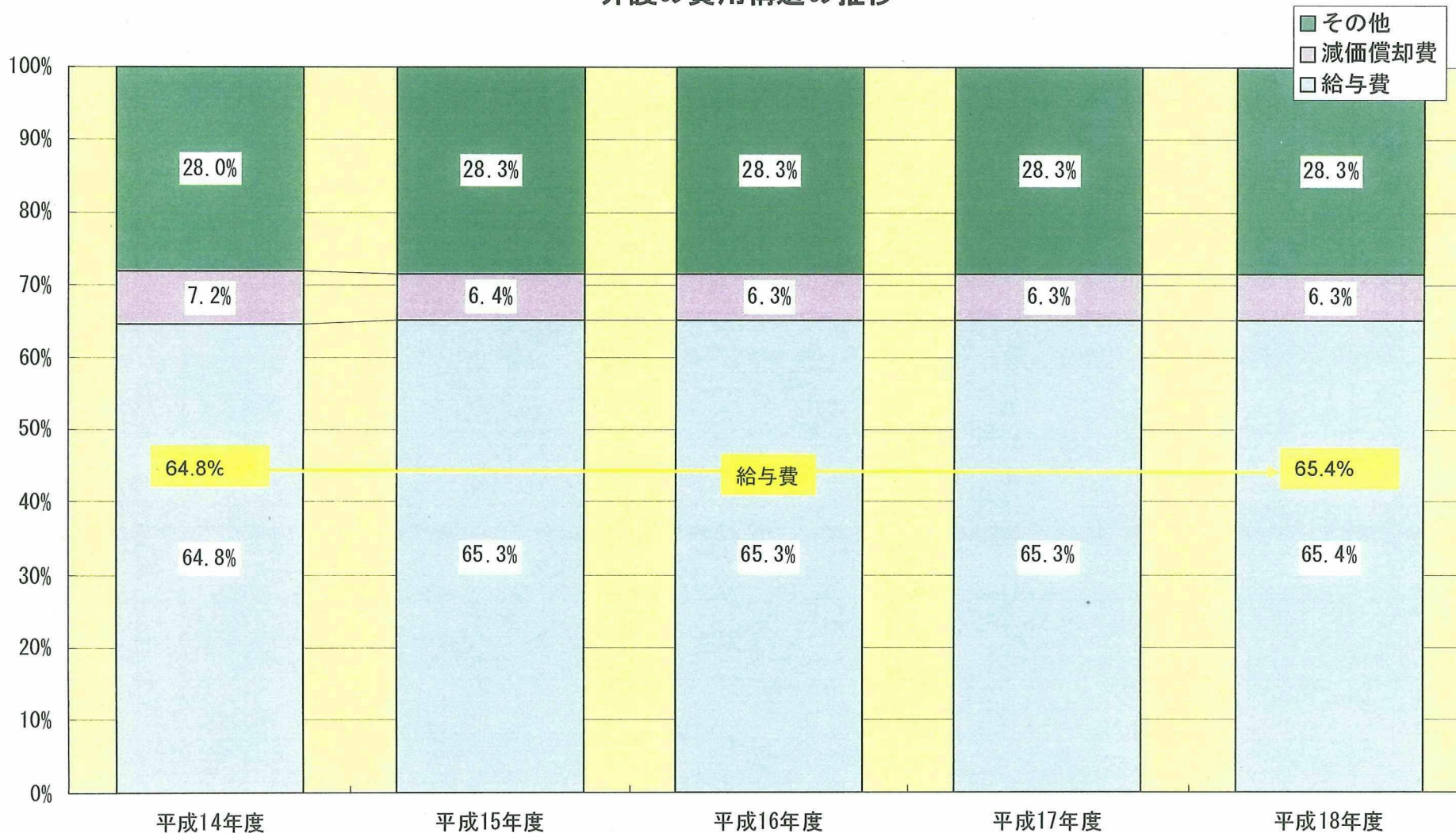


※国民医療費、医療経済実態調査（医療機関等調査）結果等に基づき推計したもの。

介護費用の構造と人件費

給与費(人件費)について、ほぼ65%程度で推移している。

介護の費用構造の推移

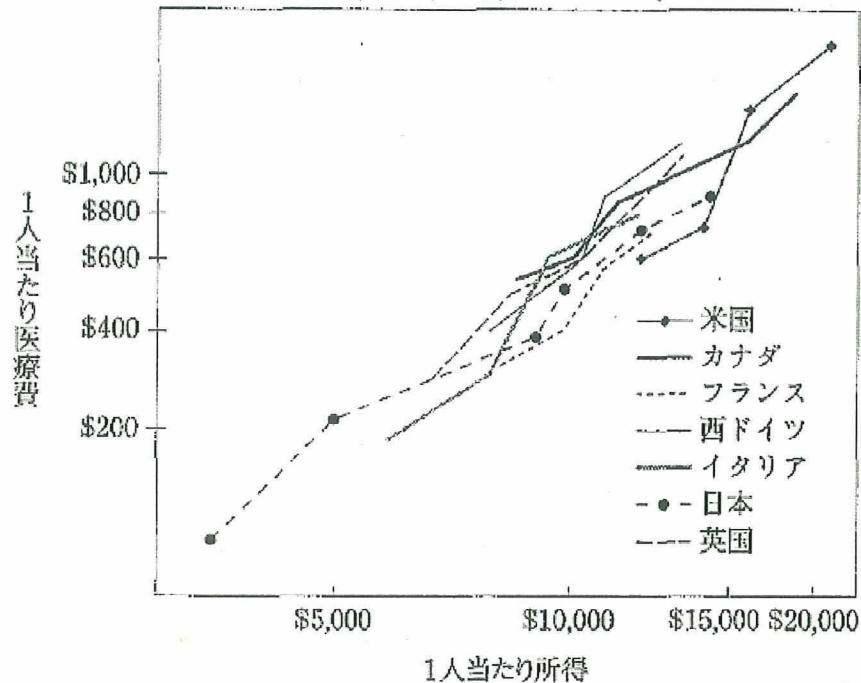


※介護事業経営実態調査等より推計

医療費全体の伸びの要因 ① 所得との関係

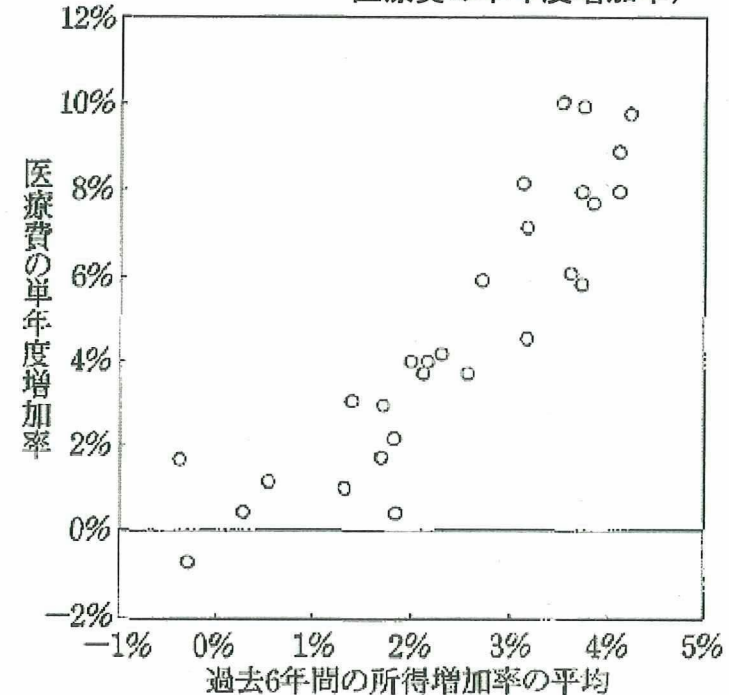
- 国際比較研究によれば、
 - 1人当たり医療費と1人当たり所得との間には正の相関がみられること、また、
 - 医療費の単年度増加率と、(単年度ではなく)過去6年間の所得増加率との間にも正の相関がみられること、
 が指摘されている。

(1人当たり所得と医療費)
(1990年US\$)：1960-85年



出典：Getzen (1995) 36.

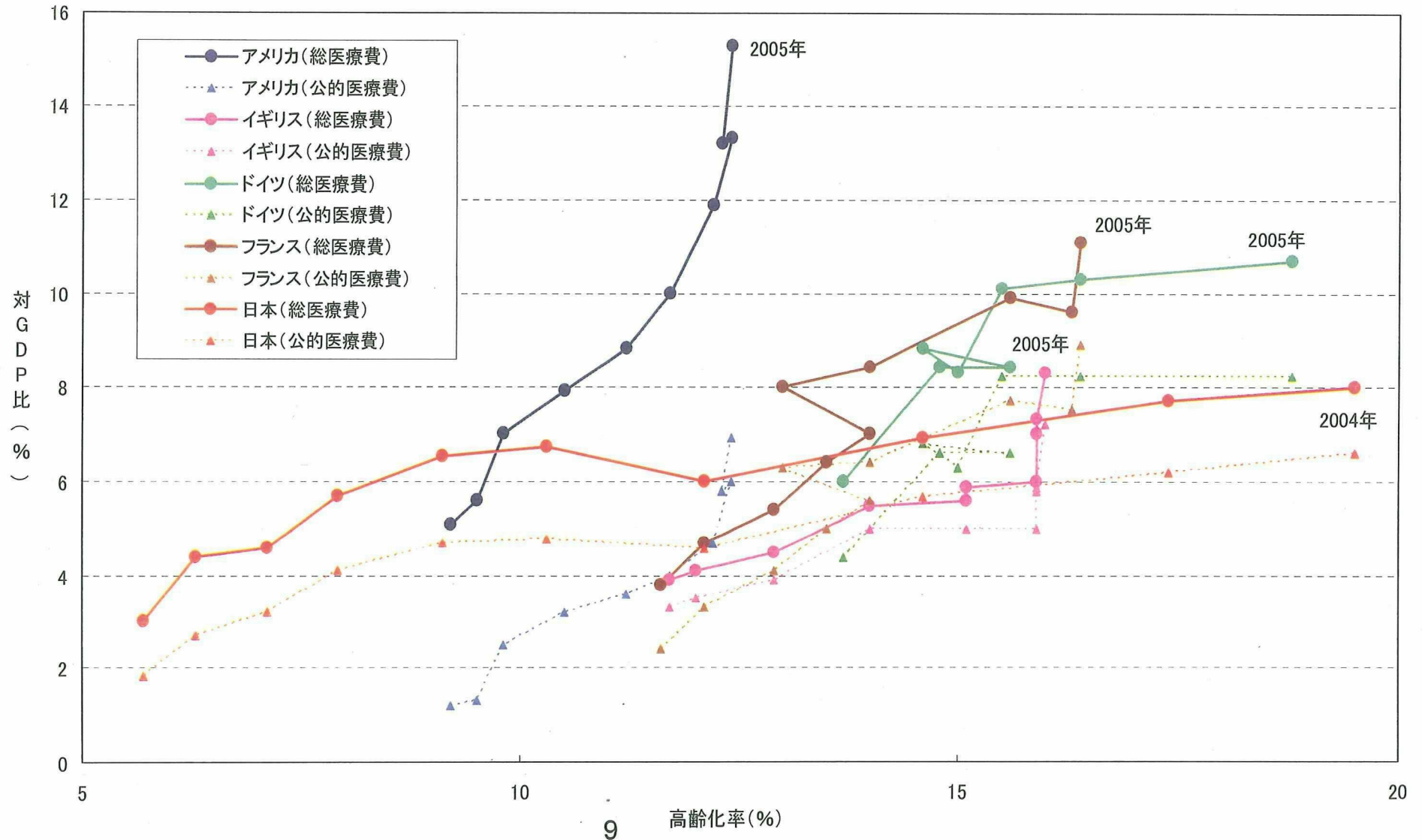
(過去6年間の所得増加率の平均と
医療費の単年度増加率)



出典：Getzen (1995) 37.

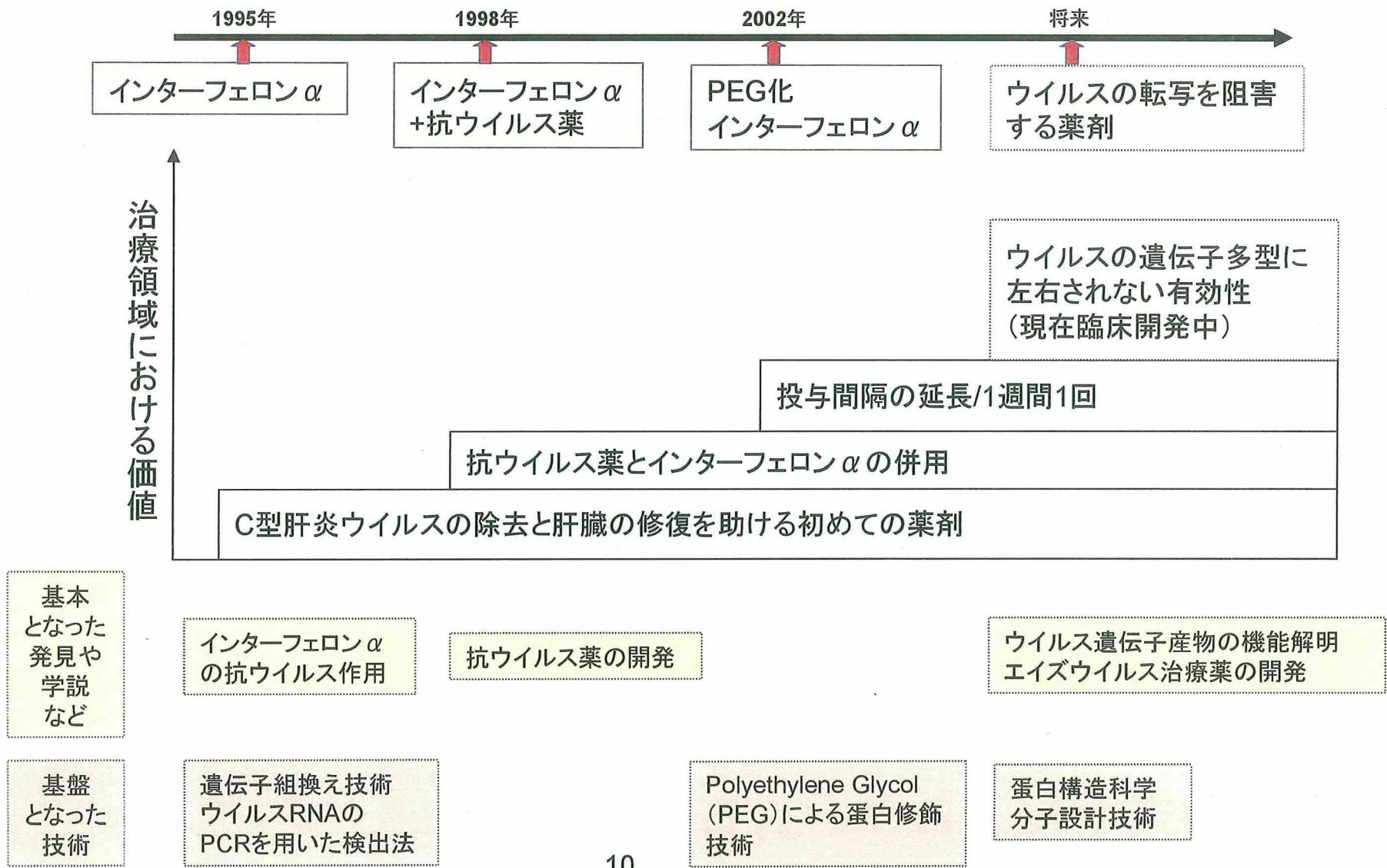
医療費全体の伸びの要因 ② 高齢化率との相関

高齢化率と医療費の対GDP比との関係について
(1960年以降(ドイツは1970年以降))



医療技術の進歩と医療費 医薬品の進歩の効果の例(1)

C型肝炎治療薬の進歩



出典: 医薬品の価値(医薬産業政策研究所, リサーチペーパー・シリーズNo.20 2004年7月)

医療技術の進歩と医療費 医薬品の進歩の効果の例(2)

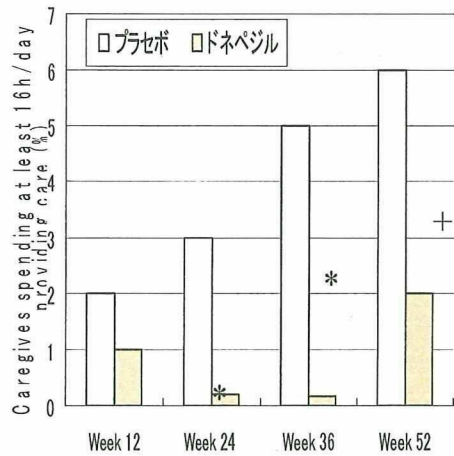
新しい領域
の治療薬

新しい治療体
系の確立

ドネペジルの経済評価(薬剤経済学による分析)

— 介護者の負担軽減効果 —

少なくとも1日当たり16時間介護に費やしている介護者の人数

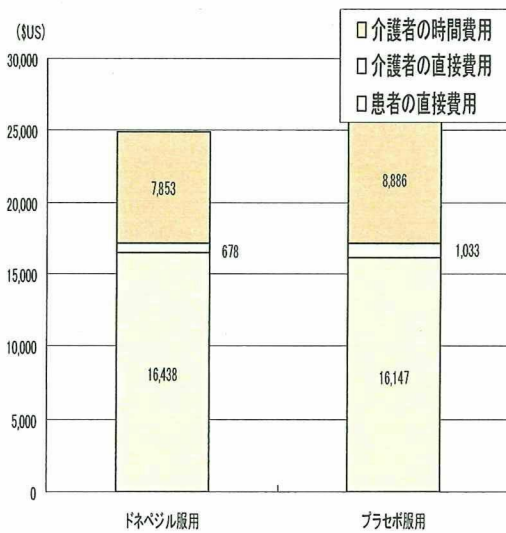


ドネペジル n=130
n=117
n=102 * : P<0.05, + : P = 0.1
vs. placebo
n=122
プラセボ n=137
n=119
n=100
n=123

Source: Wimo A. et al.: An Economic Evaluation of Donepezil in Mild to Moderate Alzheimer's Disease. Dement Geriatr Cogn Disord 15: 44-56, 2003

— ドネペジル服用による
総コスト節減効果 —

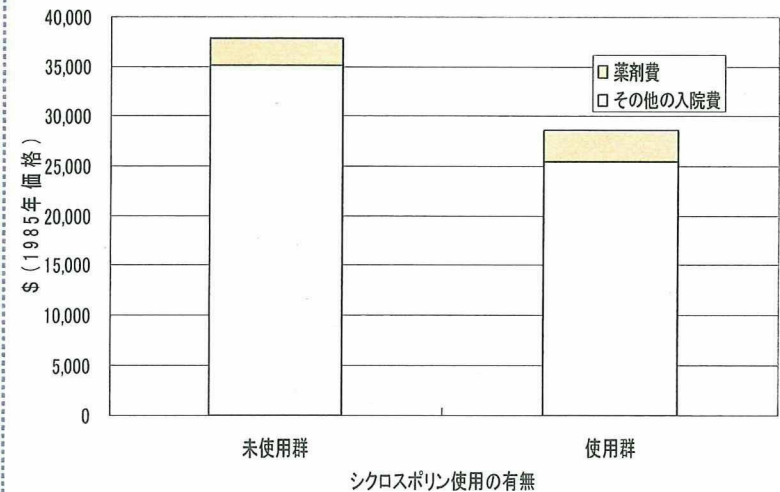
ドネペジルあるいはプラセボ服用1年後
の患者一人当たりの総コスト



患者の直接費用: 入院費や緊急救命室費や社会サービス費
住居費等を含む
介護者の直接費用: 介護者のヘルスケア費用等を含む
介護者の時間費用: 介護にあたる費用と他の仕事ができな
かった時間を金額に換算している

免疫抑制剤使用による医療費(入院費) 削減効果(米国)

免疫抑制剤使用の有無と医療費

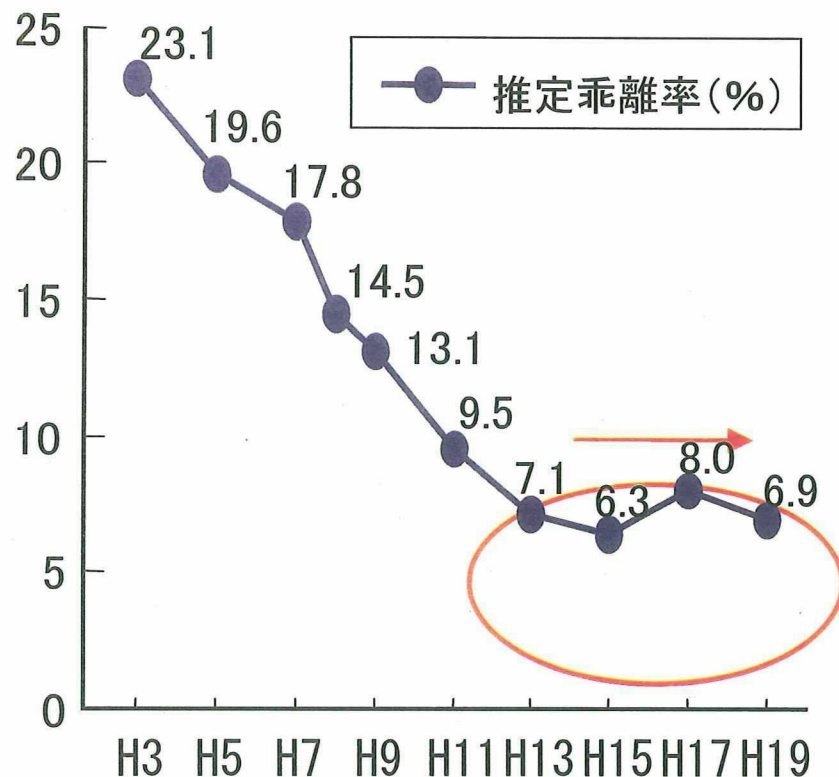


Source: Showstack J. et al.: The effect of cyclosporine on the use of hospital resources for kidney transplantation. The New England Journal of Medicine 321: 1086-1092, 1989

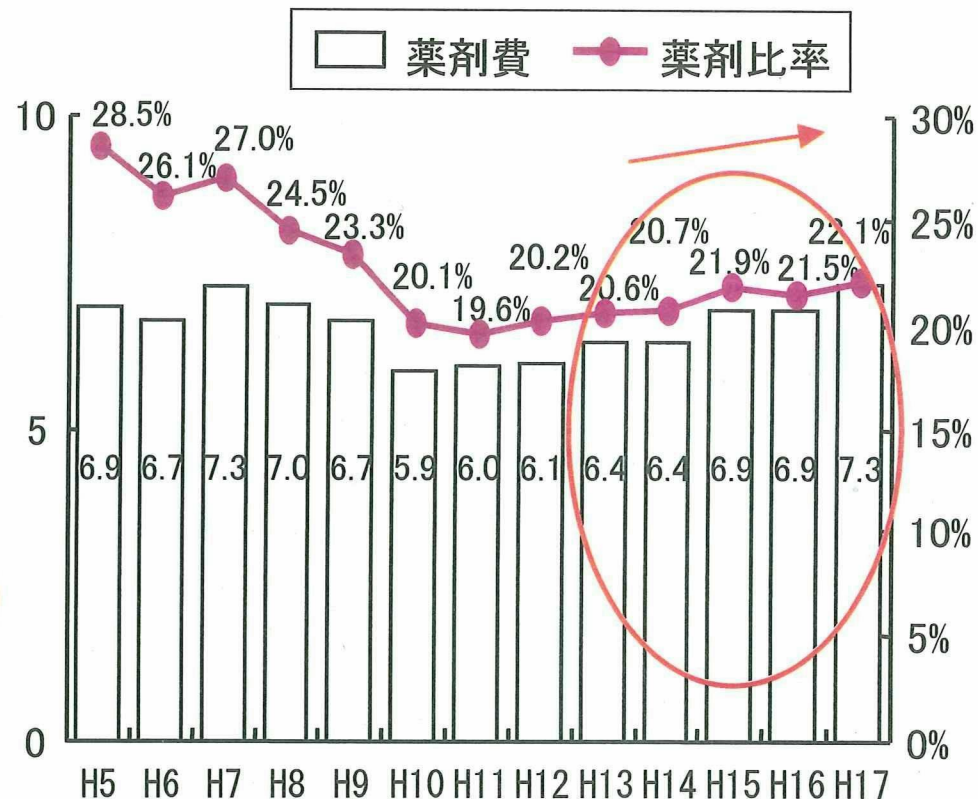
医療技術の進歩と医療費 薬価差(推定乖離率)と薬剤費の推移

これまでの診療報酬改定では薬価の改定で医療費の適正化を進めてきた。これは、我が国において大きな薬価差が存在していたことを背景とするものであった。

累次の薬価改定により、薬剤費比率は低下傾向にあったが、薬価差の縮小に伴い近年はおおむね横ばい～微増傾向にある。



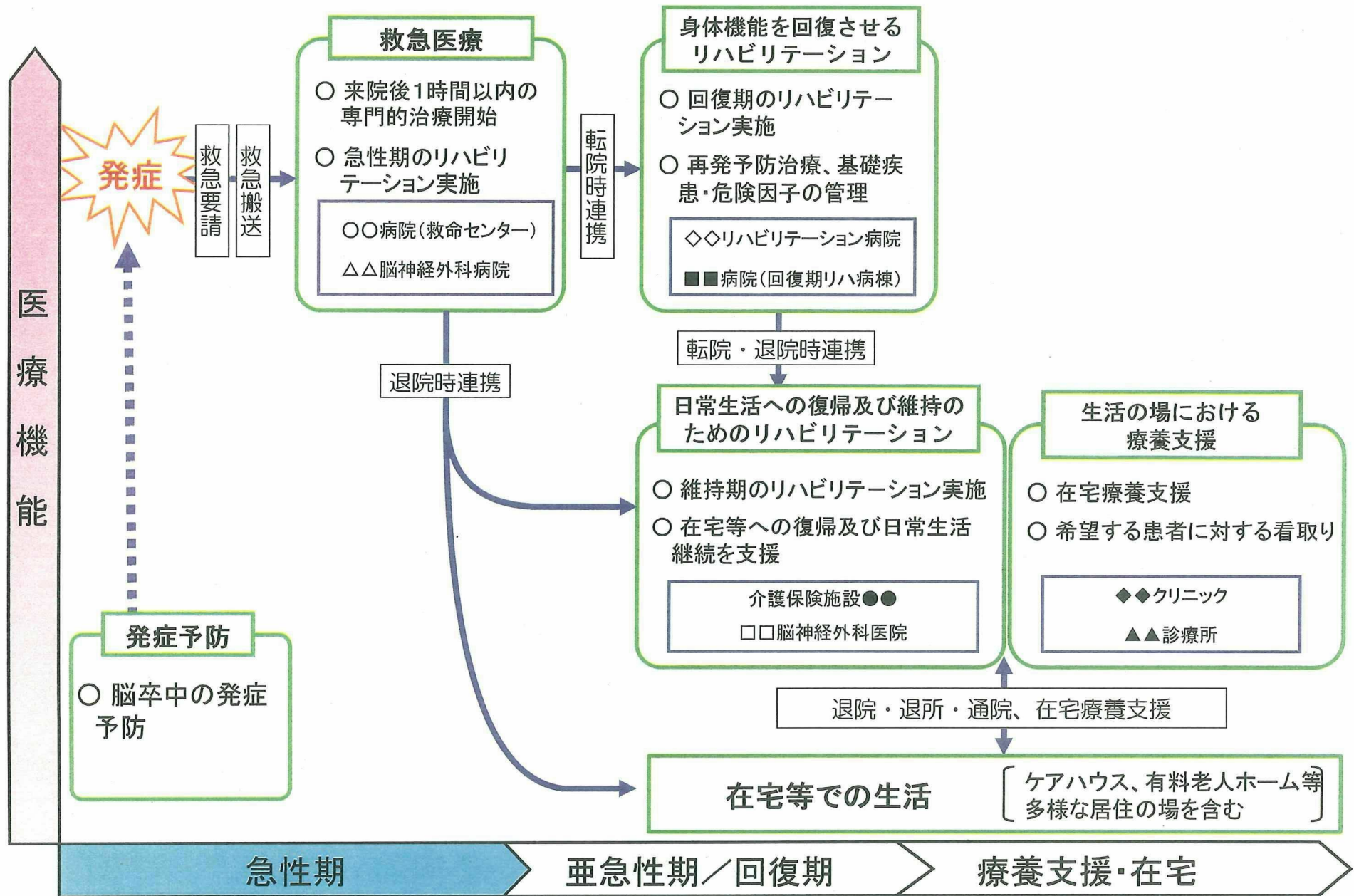
薬価差は縮小し、下げ止まり傾向



薬剤費は増加傾向(国際的にも上昇傾向)

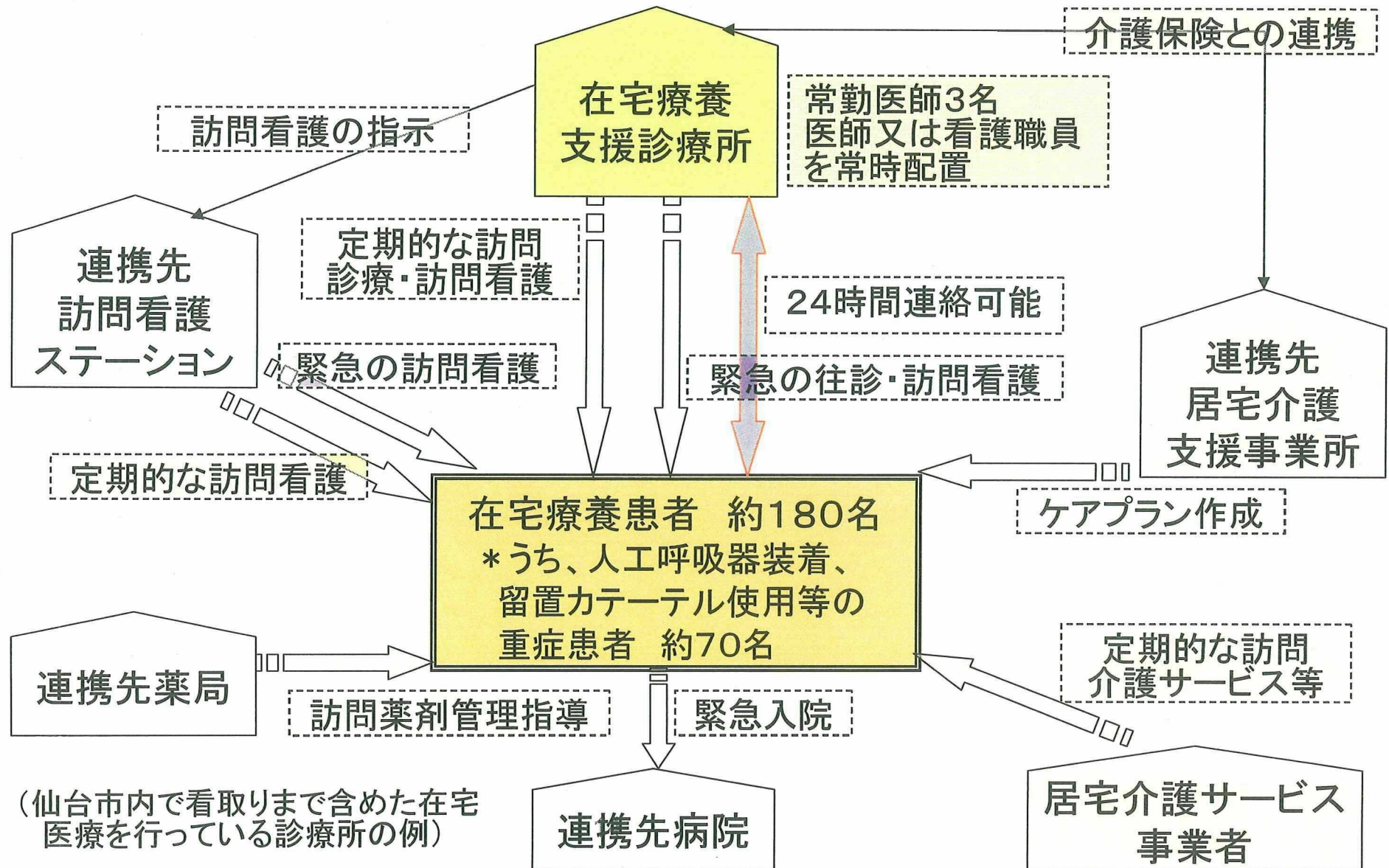
※ただし諸外国においては、特許期間中の価格は認めつつも、特許切れ後の後発品の使用促進、新薬導入時の医療技術評価(HTA)という効率化努力にも取り組んでいる。

急性期から在宅までの最適な受診(1) 脳卒中の例



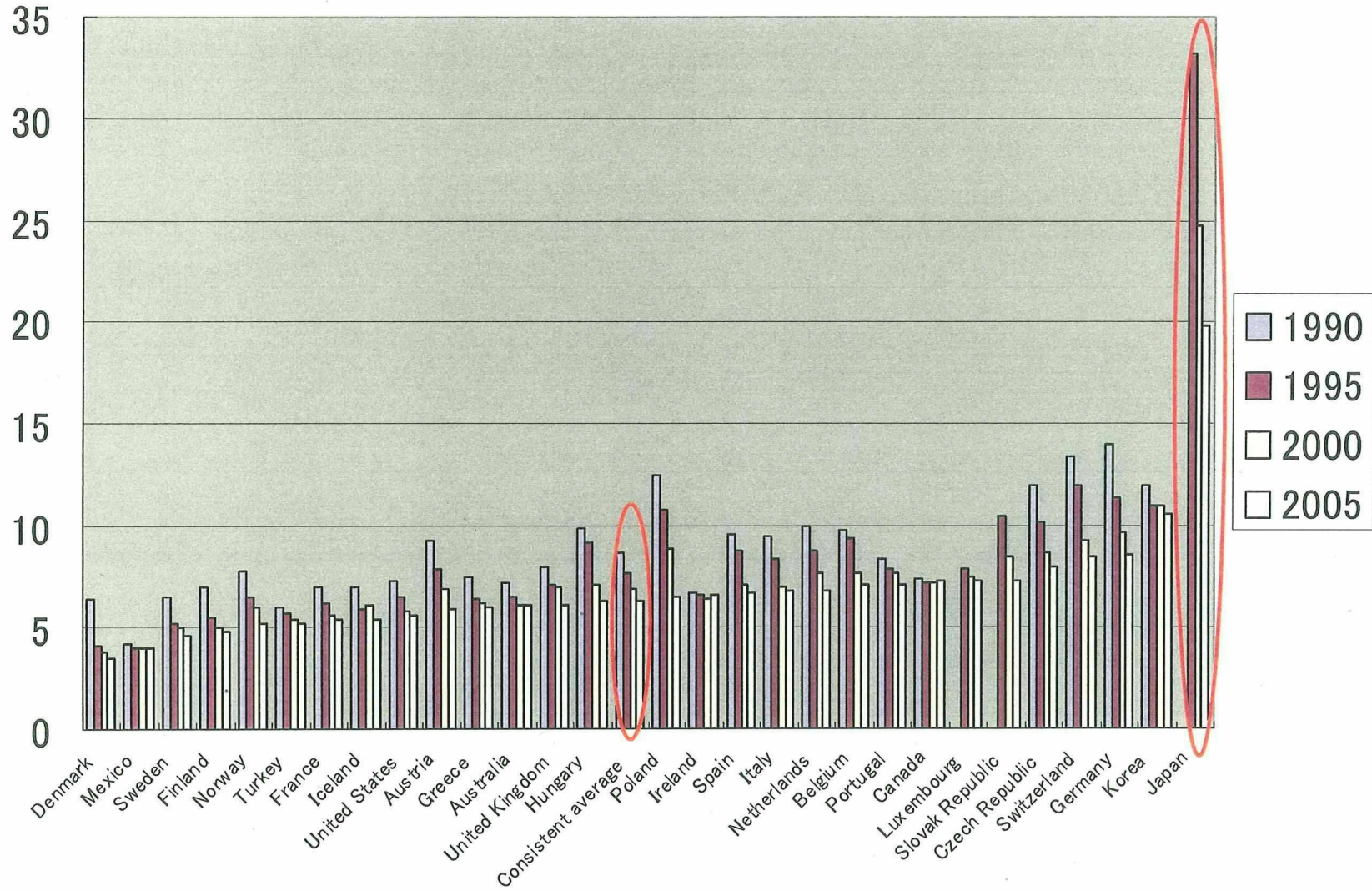
在宅療養患者をを地域のネットワークで支える仕組み

地域での他職種連携によるトータルな管理（「在宅療養支援診療所」のイメージ）

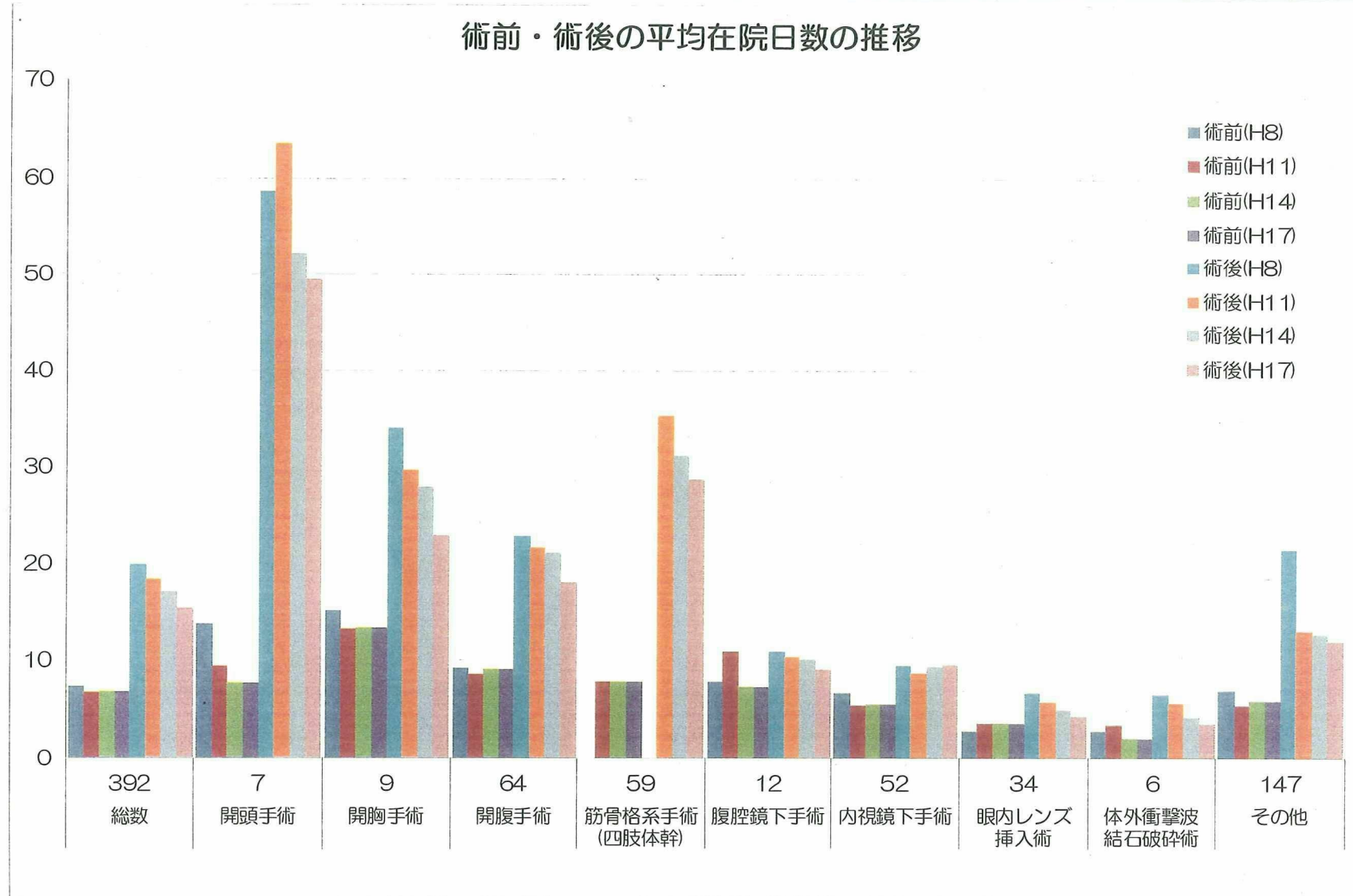


平均在院日数の短縮＝急性期医療の強化

急性期医療の平均在院日数 1990 - 2005 (OECD Health Data 2007)



手術を要する入院患者の平均在院日数の推移



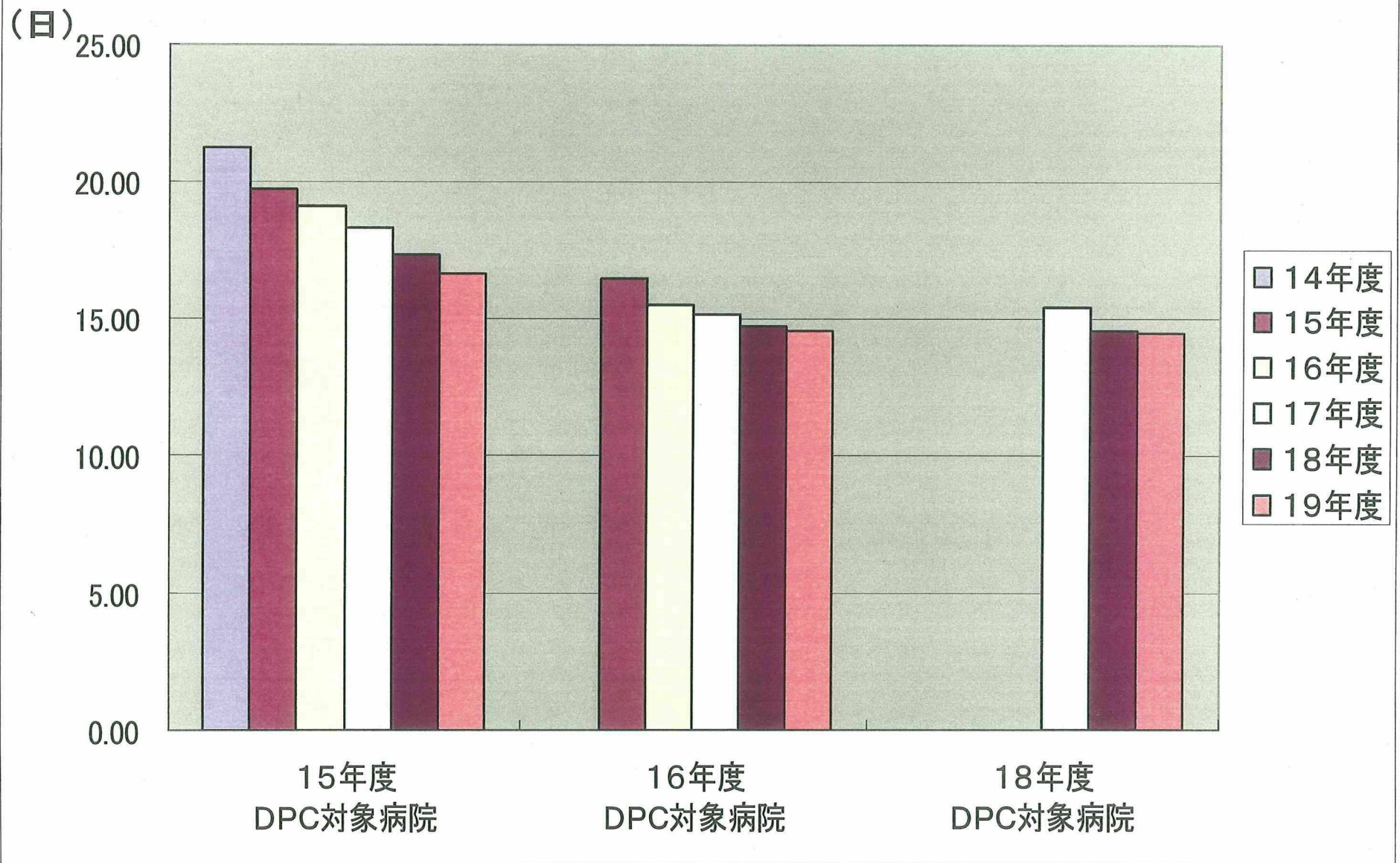
(注1) 各年9月中の退院患者についての調査である。なお、横軸の数値は手術があった人数(千人)であり、縦軸の単位は日である。

(注2) 調査報告書(平成11年以降)では「シャント設置術」についてのデータも表象されているが、術前、術後とも長く、手術以外の要因が影響している可能性が考えられるため、このグラフでは表示していない。また、平成8年の調査報告書では「筋骨格系手術(四肢体幹)」も表象されていない。

(注3) 「その他」は、調査報告書で具体的に表象されている項目を除く外科手術であり、平成8年と平成11年以降とは単純には比較できないことに留意。

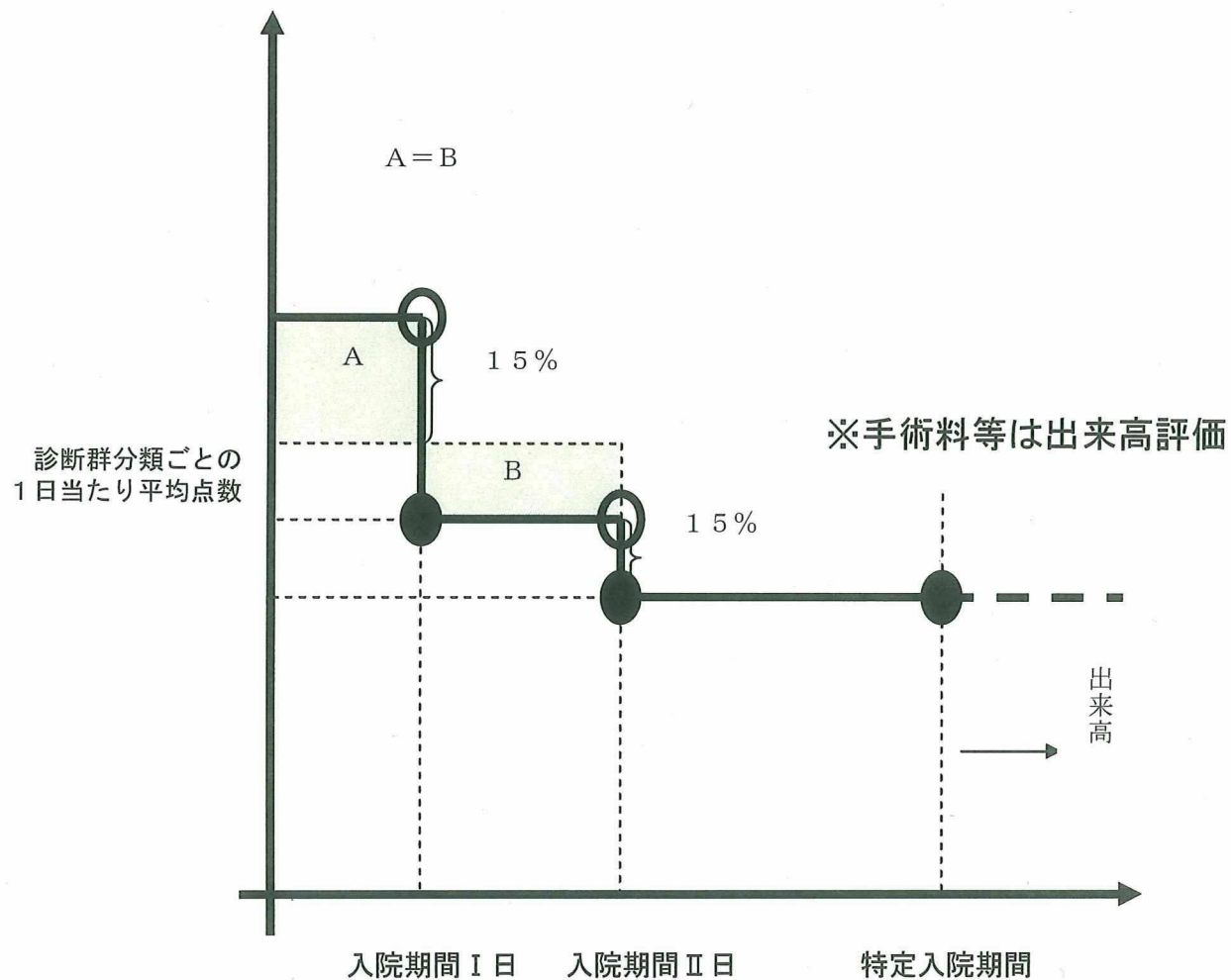
資料：患者調査

DPC対象病院の平均在院日数(年次推移)



在院日数に応じた評価のイメージ(DPCにおける報酬設定)

診断群分類(DPC)点数は、基本的に、入院初期に医療資源を重点的に投入しているという実態を踏まえて設定されている。



病院・診療所における医療費配分に関する参考資料

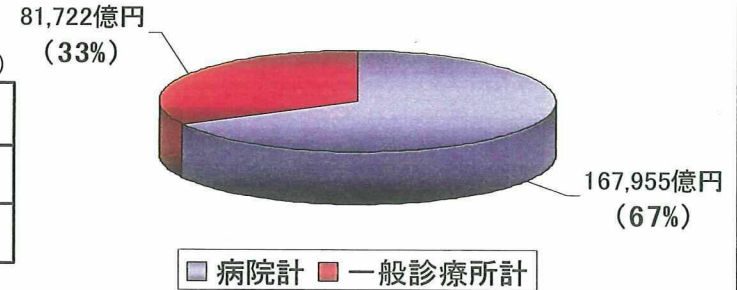
我が国の医療費配分比較

○国民医療費の配分を病院と診療所で比較した場合、概ね**2:1**

	合計(a)+(b):A	入院医療費(a)	入院外医療費(b)
病院	167,955	116,624	51,331
一般診療所	81,722	4,555	77,167

平成17年度国民医療費の概況

医療費配分比較



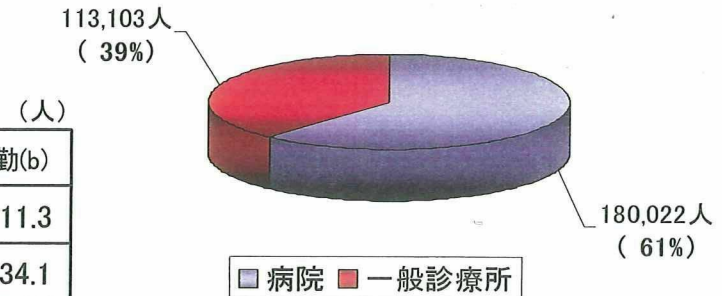
医師の勤務体系別内訳

○病院勤務医と診療所医師を常勤換算数で比較した場合、概ね**6:4**

	医師(a)+(b):B	【参考】うち常勤(a)	【参考】うち非常勤(b)
病院	180,022	143,311	36,711.3
一般診療所	113,103	96,369	16,734.1

平成17年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況

勤務形態別内訳

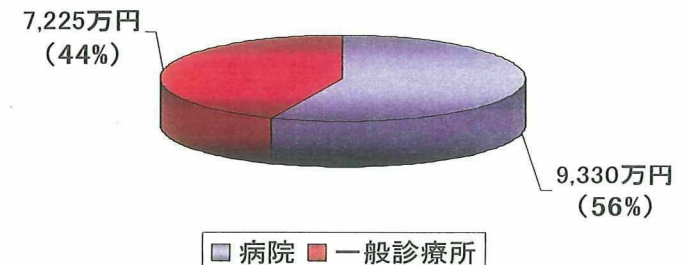


医師一人当たりの医療費配分

○医師一人当たりの医療費配分は**1.3:1**となり、病院・診療所間で大きな差はない。

	医師1人当たり医療費:A/B
病院	9,330
一般診療所	7,225

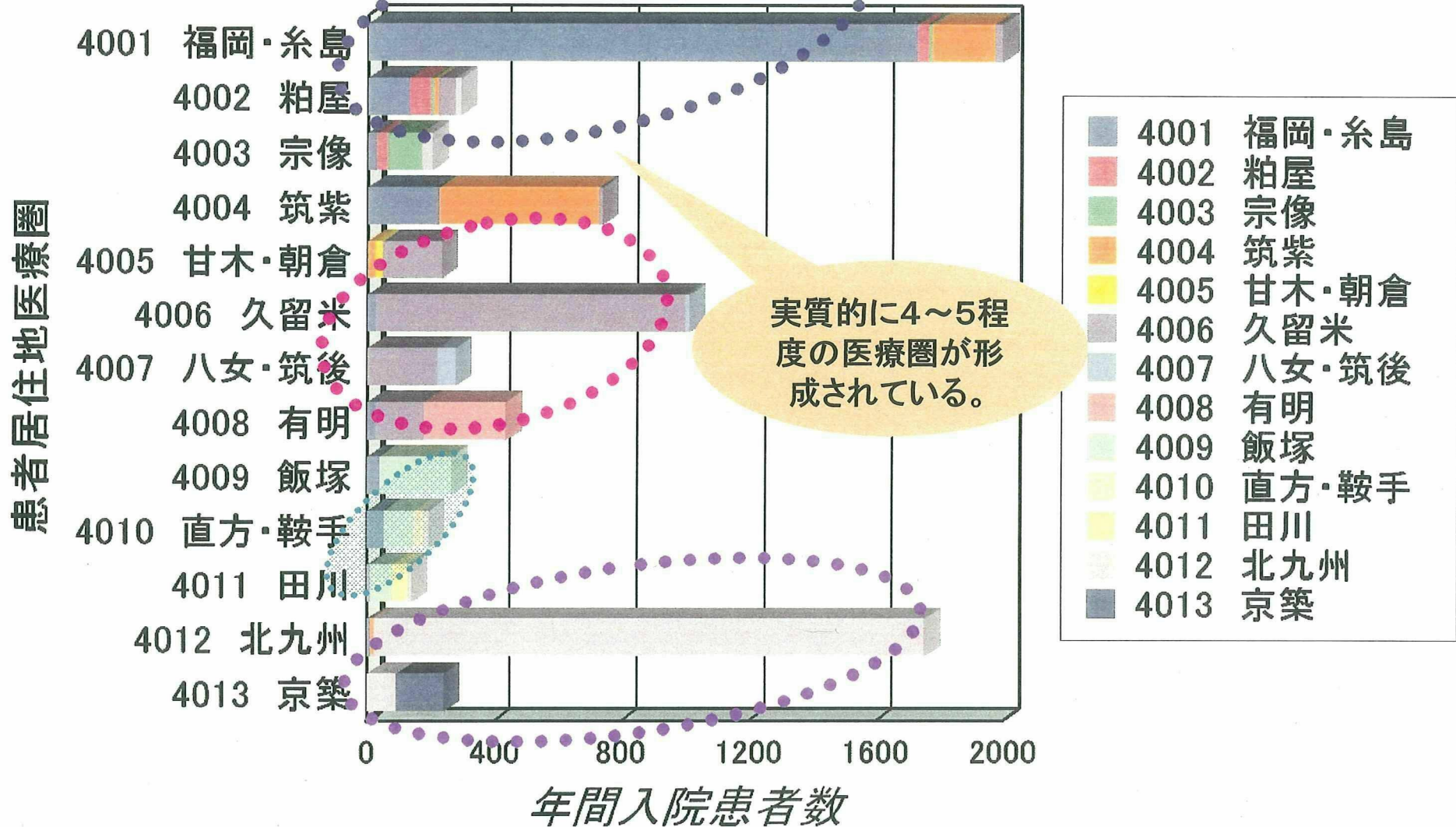
医師一人当たり医療費配分



I 患者毎の地域の医療ニーズ

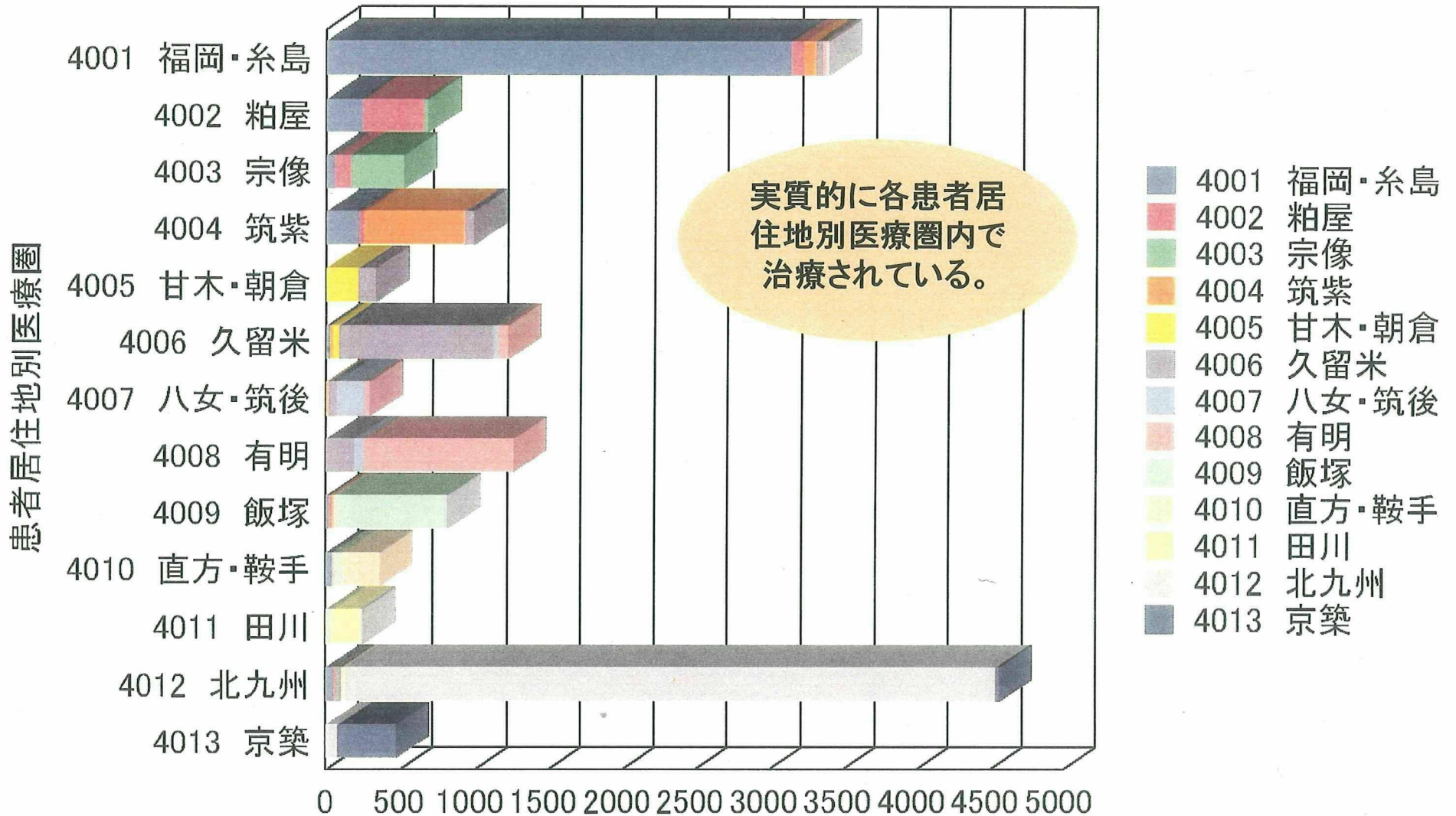
九州地方の例

患者居住地別入院医療圏別患者数



患者居住地別入院医療圏別患者数

脳神経系疾患 長期入院



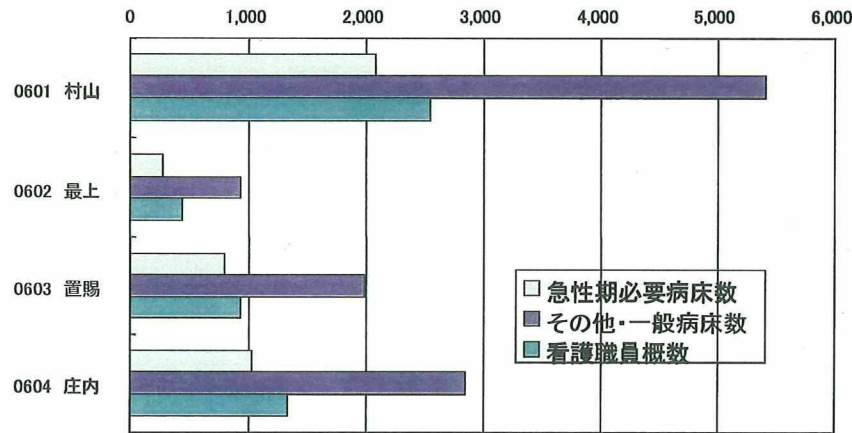
急性期医療の機能分化・連携・ネットワーク(3)

II 地域の必要病床数の把握

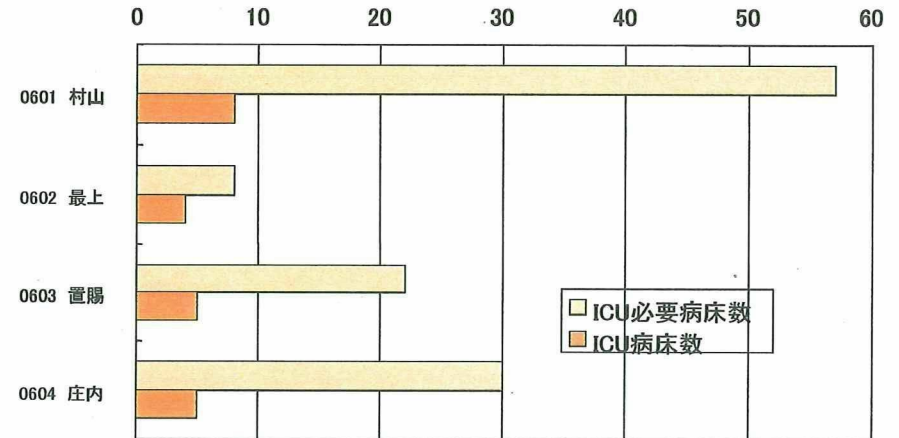
(地域毎のデータ分析のイメージ)

※一定の仮定を設定した上で、当該地域の「必要病床数」や「参照病床数」等を試算したもの。

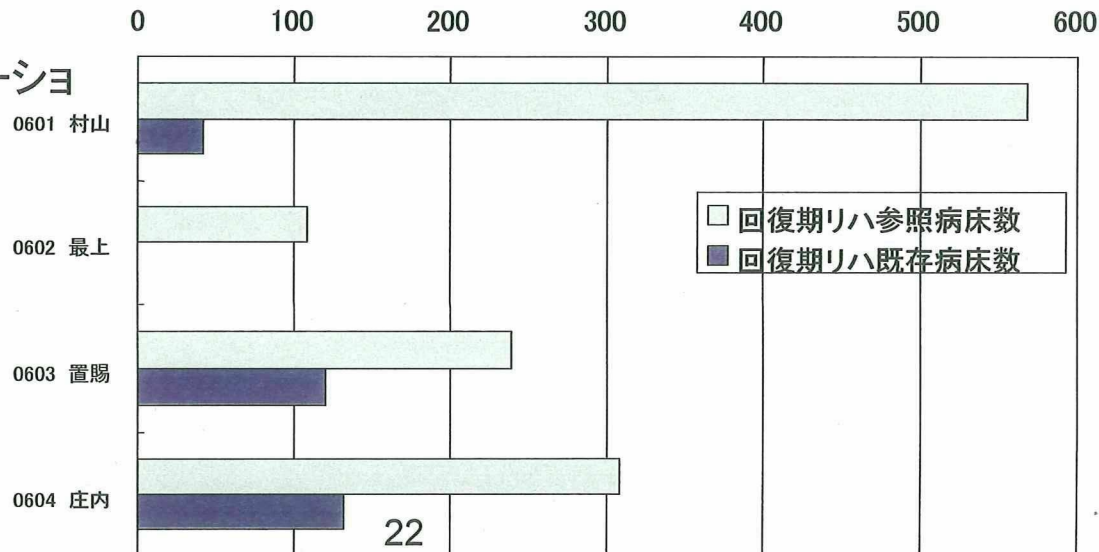
急性期必要病床数



ICU必要病床数



回復期リハビリテーション病棟参照病床数



(東京医科歯科大学大学院医療政策学講座
医療情報・システム学分野 伏見 清秀 准教授作成資料に基づき、事務局作成)

Ⅲ 急性期病院の地域における機能分担

医師不足時代でどの疾患をどの病院で担当すればよいか
疾病・事業別割合(%)

	徳島県立中央病院 (4178件)	徳島赤十字病院 (6419件)	有意確率
悪性腫瘍	<u>21.25</u>	13.57	0.00 **
脳卒中	3.02	3.38	0.30
急性心筋梗塞	1.15	<u>2.27</u>	0.00 **
糖尿病	0.60	<u>1.28</u>	0.00 **
救急車搬送	13.16	<u>15.00</u>	0.01 **
小児	7.16	<u>13.60</u>	0.00 **

(出所)平成20年7月31日社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第6回)における、東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 川淵孝一教授資料

緊急症例を救急車搬送症例で代用

医療・介護サービスのシミュレーション実施に際して配慮していただきたい点

委員：東京都三鷹市長 清原 慶子

*本日は三鷹市長としての公務（市議会本会議開会）のため出席することができませんので、意見メモを作成し提出いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

*今回、医療・介護サービスの将来像の試算について、需要、サービス提供、単位費用の伸びのそれぞれに注目し、大胆な仮定をおいてシミュレーションすることは、大変困難な取り組みとはいえ、今後の制度のあり方について見通しを得るうえで有用と考えられます。私は、その意義を認識した上で、今回のシミュレーション実施において、今後の考察過程を含めて配慮していただきたいいくつかの視点を提起します。

(1) 医療と介護の連携を検討することの意義

三鷹市をはじめいくつかの自治体では、たとえば急性期病院、回復期リハビリテーション病院、介護施設、在宅介護等の有機的な連携を実現する「脳卒中地域連携ネットワーク」の取り組み等、患者本人を中心とした医療と介護のシームレスな連携の構築が進んでおり、医療と介護の連携を意識したシミュレーションは、長寿化の進展と共に現実的であること。

(2) 医療・介護サービスについては、両者ともに自治体が保険者である医療保険制度、介護保険制度という保険制度との密接な関連性を持つことをどう扱うか

これらの保険制度のうち、国民健康保険、介護保険は市町村といった基礎的自治体が保険者であり、長寿医療保険（後期高齢者医療保険）制度は基礎自治体が県レベルで広域連合を組織して運営しており、自治体の現状や意識を反映する必要があること。

(3) 「改革ケース」を複数化し、予防的要因との関連性を検討することの必要性

医療・介護サービス提供体制について、「現状投影ケース」と「改革ケース」の複数のシミュレーションを行うこととされていますが、「改革ケース」の複数タイプを検討するにあたっては、いわゆる今年度から導入された「特定健康診査」、一昨年度から導入されている「介護予防」等にそれなりの財源が投入されている。投入されている財源、利用率、それらの効果を検証することが必要。

(4) 地域による財政力の差や地方交付税措置の有無による自治体の「逆格差」が存在すること

がん検診も国が法律を制定するなど推進しているが、(3)の取り組み等を含めて、地方交付税の交付団体には一定の国の財政措置の対応が見られるが、三鷹市のような不交付団体にはまったくなく、実際の展開には利用者実態をめぐる地域特性や財政力等による自治体間の「逆格差」が存在する。同様に、乳幼児あるいは義務教育就学児の医療費補助、妊産婦検診補助等についても、自治体による差があるといった患者等の経済的条件の差が存在すること。

(5) 脳卒中や心筋梗塞の事例等にみられるように、救急医療は第一義的に重要性を持つものであり、その体制強化が必要でありその後の連携の出発点であること

医療・介護の量的変化に影響を与える要素として、指摘されている「供給体制の変化」の中に、単なる医療従事者数ではなく、救急医療体制、急性期の的確な対応がその後の医療過程と機関連携に大きな影響を与えること。

(6) 医療技術・医薬品の進歩及び医療・介護の質的变化との関連性についてのコスト感覚

医療技術の革新は、早期発見率を向上させたり、平均入院日数を減少させたり、回復率の向上に資するが、同時に開発コストや導入コストがかかる。看護・介護等の職員体制の向上と強化は同様の効果をもたらすが、人件費上昇を支える財源確保が課題である。こうした健康寿命延伸による経済効果を得るためにはそれを支える財源確保との関連性を視点に置く必要がある。