

第2回 医療構造改革に係る都道府県会議

資料

平成19年4月17日（火）

厚生労働省保険局

<目 次>

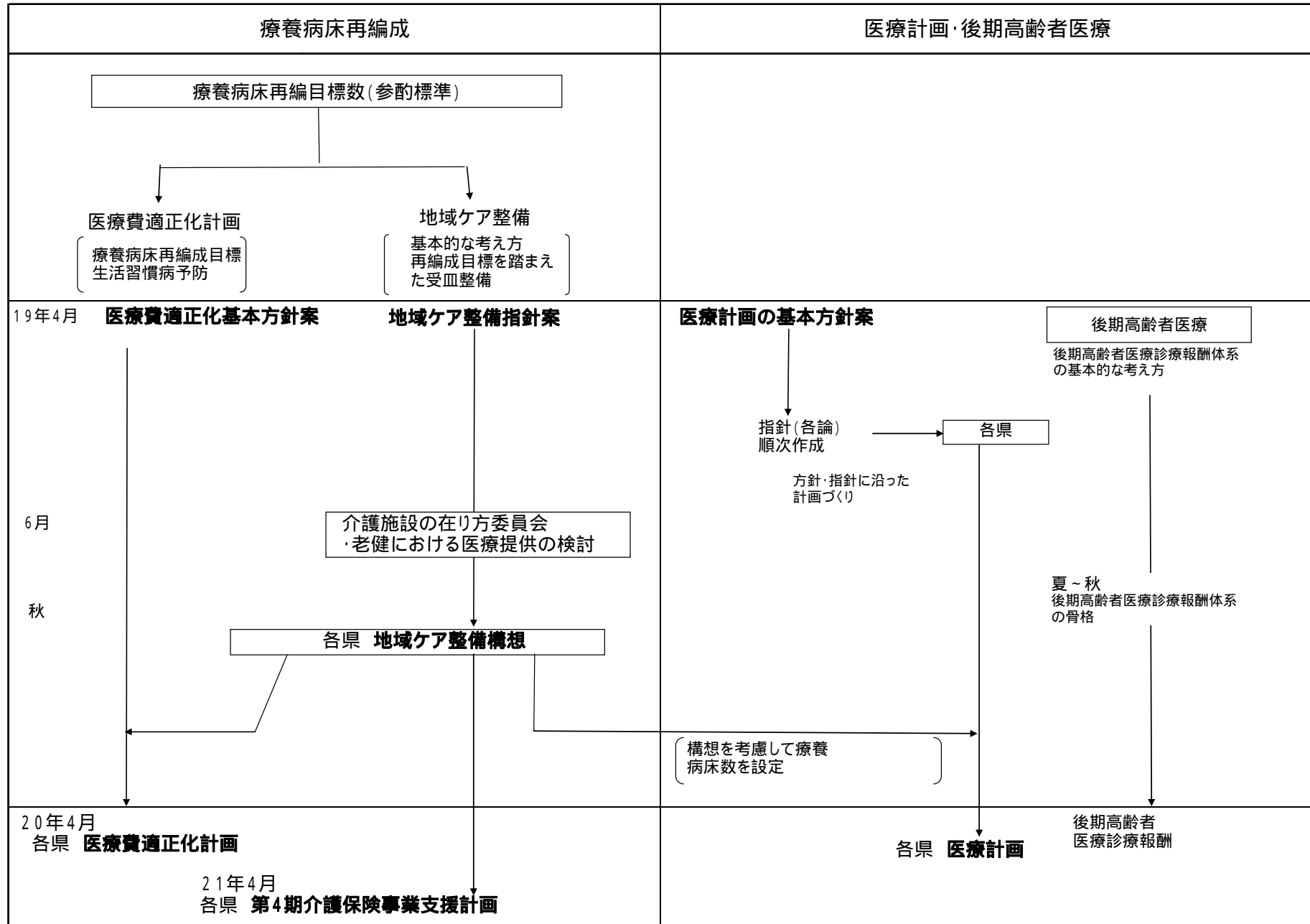
- 1 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について
（資料5-1、2）…1
- 2 全国医療費適正化計画（案）（資料5-3）…23
- 3 特定健康診査等基本指針（案）について（資料5-4）…39
- 4 後期高齢者の保健事業について（資料5-5）…70

<参考資料>

- ・ 医療制度改革に関する主なスケジュール（参考資料1）…85
- ・ 医療制度改革に関する都道府県の取組（参考資料2）…87
- ・ 都道府県における医療構造改革推進組織の状況（参考資料3）…88

医療費適正化に関する施策に ついての基本的な方針(案) について

今後の主なスケジュール



医療費適正化計画の仕組み (平成20年4月施行)

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

- ・都道府県医療費適正化計画の目標の参酌標準
- ・都道府県医療費適正化計画の作成、評価に関する基本的事項 等

全国医療費適正化計画(期間5年)

- ・国が達成すべき目標
 - 国民の健康の保持の推進に関する目標
 - 医療の効率的な提供の推進に関する目標
- ・目標達成のために国が取り組むべき施策
- ・保険者、医療機関その他の関係者の連携・協力
- ・計画期間の医療費の見通し 等

都道府県医療費適正化計画(期間5年)

市町村と協議

- ・都道府県における目標
 - 住民の健康の保持の推進に関する目標
 - 医療の効率的な提供に関する目標
- ・目標達成のために都道府県が取り組むべき施策
- ・保険者、医療機関その他の関係者の連携・協力
- ・計画期間の医療費の見通し 等

健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画との調和規定

進捗状況の評価(計画策定年度の翌々年度)

- ・全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画の進捗状況を評価、結果を公表

実績の評価(計画終了年度の翌年度)

- ・全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画の目標の達成状況等を評価、結果を公表
- ・厚生労働大臣は、都道府県知事と協議の上、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

保険者又は医療機関に対する必要な助言又は援助

住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

(1)特定健康診査の実施率

平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

(2)特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

(3)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とする。

この目標は、長期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえたものである。

医療保険者に対する目標値の設定の考え方 (参考)

| 項目 | H24参酌標準(案) | H27目標値 | 設定に当たっての考え方 |
|---------------------------|---------------|---------------|---|
| 特定健康診査の実施率 | 70% | 80% | H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定 |
| 特定保健指導の実施率 | 45% | 60% | モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率 |
| メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 | 10% (H20比) | 25% (H20比) | H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出 |

各医療保険者は、H20～24各年度の～の目標値を設定。このうち、H24年度は上記参酌標準(案)に即して設定。

医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標(案)の考え方

(1)療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = とにより設定する

各都道府県における $a - b + c$

- a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月)
- b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成18年10月)
(医療区分1) + (医療区分2) × 3割
- c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成18年10月)
(医療区分3) + (医療区分2) × 7割

都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

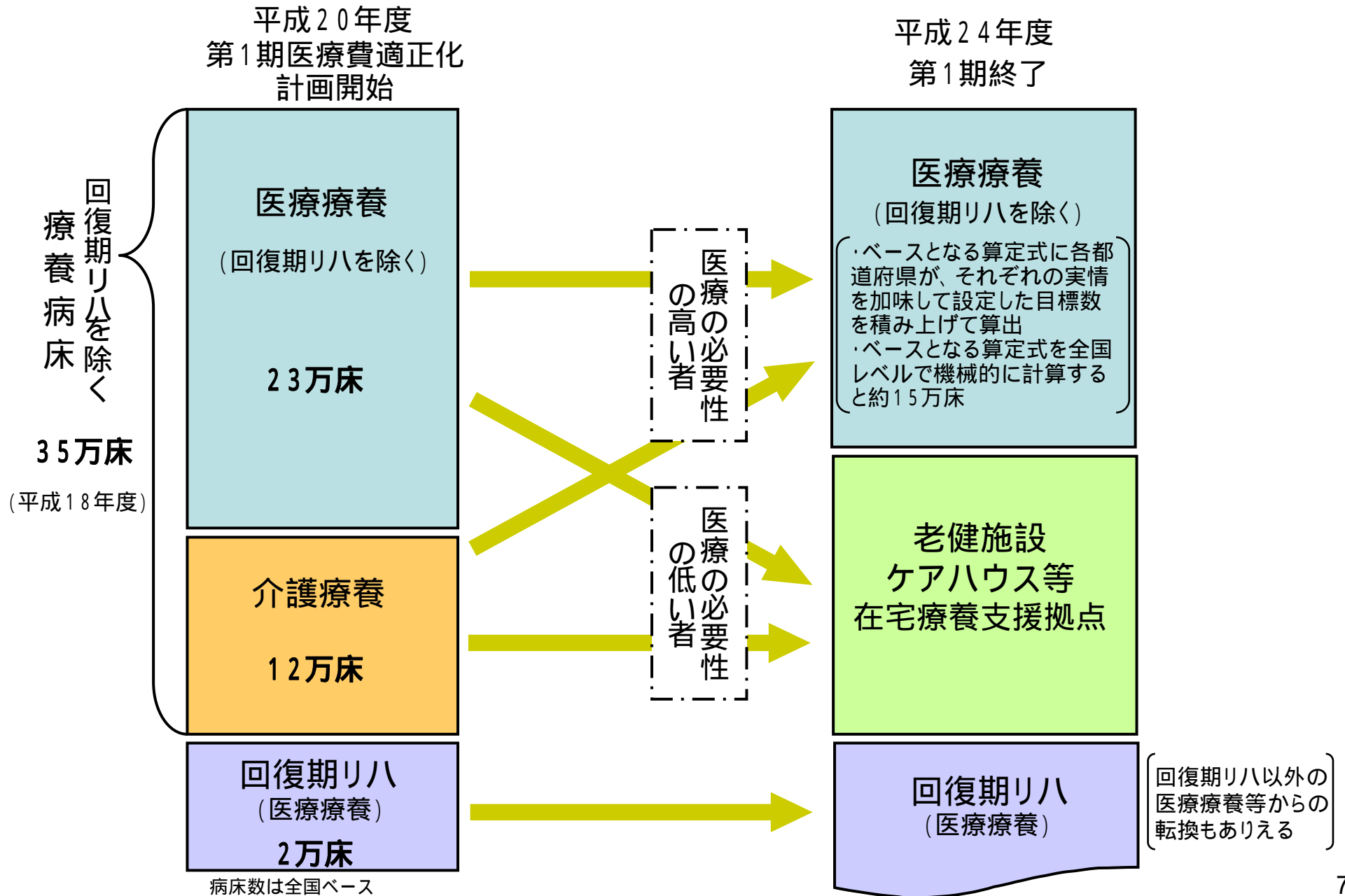
(注) 全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえて設定する。

(2)平均在院日数に関する数値目標

平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日数との差の1/3(これを上回る数字としても差し支えない。)の日数を減じたものとする。

(注) 平成18年の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を平成27年度までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、(平成18年～24年までの6年間)/(平成18年～27年までの9年間)×1/2(差の半分)により1/3と設定。

各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度)(案)



医療費適正化に関する施策に ついての基本的な方針 (案)

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、同法が施行される平成20年4月に策定する「基本方針」であるが、関係者の準備に資するよう、現時点での案を公表するものである。

平成19年4月

厚生労働省

目 次

| | |
|--|----|
| 第一 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項 | 2 |
| 一 全般的な事項 | 2 |
| 1 医療費適正化計画の基本理念 | 2 |
| 2 第一期医療費適正化計画における目標 | 2 |
| 3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備 | 3 |
| 4 他の計画との関係 | 3 |
| 二 計画の内容に関する基本的事項 | 4 |
| 1 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項 | 4 |
| 2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項 | 5 |
| 3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項 | 6 |
| 4 目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項 | 9 |
| 5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項 | 9 |
| 6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項 | 9 |
| 7 計画の達成状況の評価に関する事項 | 9 |
| 8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項 | 9 |
| 三 その他 | 10 |
| 1 計画の期間 | 10 |
| 2 計画の進行管理 | 10 |
| 3 計画の公表 | 10 |
| 第二 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項 | 11 |
| 一 評価の種類 | 11 |
| 1 進捗状況の評価 | 11 |
| 2 実績の評価 | 11 |
| 二 評価結果の活用 | 11 |
| 1 計画期間中の見直し | 11 |
| 2 次期計画への反映 | 11 |
| 3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応 | 11 |
| 第三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項 | 12 |
| 一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点 | 12 |
| 二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの整備 | 12 |
| 第四 この方針の見直し | 12 |

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていく必要がある。

このための仕組みとして、平成十八年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設された。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。

また、これらの目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものであることを踏まえ、厚生労働省及び各都道府県において、目標の達成状況を評価し及び計画期間中の医療費の動向を把握することが必要である。

この方針は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「法」という。）第八条の規定に基づき、都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

第一 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

(一) 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければならない。

(二) 超高齢社会の到来に対応するものであること

現在は約千三百万人と推計される七十五歳以上の人口は、平成三十七年には約二千二百万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約三分の一を占める老人医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければならない。

2 第一期医療費適正化計画における目標

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徐々に増加し、次に七十五歳頃を境にして生活習慣病を中心とした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、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、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の発症に至るといった経過をたどることになる。

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六十万円、一番高い福岡県が約九十万円で、一・五倍の差がある。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、老人の入院医療費は平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している。

以上のことから、医療費の増加を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。もう一つは、入院期間の短縮対策である。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第一期医療費適正化計画の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床(医療法(昭和三十年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床をいう。以下同じ。)のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設(介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第八条第二十二項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。)等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図る。

こうした考え方に立ち、具体的には以下の事項について目標を定めるものとする。

(一) 住民の健康の保持の推進に関する目標

特定健康診査（法第十八条第一項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率

特定保健指導（法第十八条第一項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群（法第十八条第一項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率

(二) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数

平均在院日数

3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

(一) 担当組織の設置

都道府県医療費適正化計画を作成するに当たっては、庁内における作成作業の取りまとめを行う課室を定め、当該課室に、作成作業を専門に担当する係又はチームを設置するとともに、関係する部署（保健福祉関係部局内の関係部署（筆頭課室、国民健康保険担当、老人医療担当、医務担当課、介護保険担当、高齢者保健福祉担当、健康増進対策担当、地域保健担当等）、総務部局、企画部局等）との調整等を円滑に行うことができる体制（例えば計画作成のためのプロジェクトチーム又はワーキングチーム等）を設けることが望ましい。

(二) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとすることが求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者（法第七条第二項に規定するものをいう。以下同じ。）の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や懇談会等を開催することが望ましい。なお、この場合においては、既存の審議会等を活用しても差し支えない。

(三) 市町村との連携

市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療の効率的な提供の推進に関しては、療養病床から転換する介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つである。このため、都道府県医療費適正化計画を作成あるいは変更する過程において、関係市町村に協議する（法第九条第四項）等都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

4 他の計画との関係

都道府県医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、都道府県健康増進計画（健康増進法（平成十四年法律第百三号）第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画をいう。以下単に「健康増進計画」という。）

と、後者は、都道府県医療計画（医療法第三十条の四に規定する医療計画をいう。以下単に「医療計画」という。）及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画をいう。以下単に「介護保険事業支援計画」という。）と密接に関連する。

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

(一) 健康増進計画との調和

健康増進計画における生活習慣病対策に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における住民の健康の保持の推進に関する取組の内容とが整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにする必要がある。

このため、健康増進計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第一期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(二) 医療計画との調和

医療計画における良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進に関する取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が実現されるようにする必要がある。

このため、医療計画（基準病床数制度関係部分を除く。）の改定時期及び改定後の計画期間について、第一期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(三) 介護保険事業支援計画との調和

介護保険事業支援計画における介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における療養病床の再編成に関する取組の内容とが整合し、療養病床から介護保険施設等への円滑な転換が図られるようにする必要がある。このため、各都道府県の地域ケア整備構想で定めた療養病床の転換後の受け皿に関する事項を、第一期都道府県医療費適正化計画及び平成二十一年度から始まる第四期介護保険事業支援計画に適切に反映させる必要がある。

二 計画の内容に関する基本的事項

1 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第一期都道府県医療費適正化計画における「住民の健康の保持の推進」に関する目標値として、次の目標を設定することが必要である。

これらの目標値については、平成二十二年度の中間評価（第二の二の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(一) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

平成二十四年度において四十歳から七十四歳までの対象者の七十パーセント以上が特定健康診査を受診することとする。但し、各都道府県の住民が加入している主要な保険者が特定健康診査等実施計画で定める平成二十四年度の目標を積み上げた数字が七十パーセントを下回る場合（各保険者が特定健康診査等基本指針の参酌標準に即して目標を設定しているにもかかわらず、地域保険加入者の比率が高い等止むを得ない事情がある場合に限る。）には、その積み上げた数字を目標として差し支えない。

(二) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

平成二十四年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の四十五パーセント以上が特定保健指導を受けることとする。

(三) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

平成二十年度と比べた、平成二十四年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、十パーセント以上の減少とする。なお、この目標は、中期的には平成二十七年度末時点で平成二十年度当初と比べて二十五パーセント以上減少という目標を踏まえて設定するものである。

減少率は、各都道府県における、平成二十年度当初の該当者及び予備群の推定数（注1）から平成二十四年度当初の該当者及び予備群の推定数（注2）を減じた数を、平成二十年度当初の該当者及び予備群の推定数で除して算出する。

注1については、平成二十年度当初の年齢階層別（五歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成二十四年四月一日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（五歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

注2については、平成二十四年度当初の年齢階層別（五歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成二十四年四月一日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（五歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第一期都道府県医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値として、次の目標を設定することが必要である。

これらの目標値については、平成二十二年度の間接評価（第二の二の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(一) 療養病床の病床数に関する数値目標

平成二十四年度末時点での療養病床の病床数は、医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。）の現状の数（注1）から、医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数（注2）を控除し、介護保険適用の療養病床（療養病床のうち、介護保険法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下「介護療養病床」という。）から医療療養病床へ転換する見込み数（注3）を加えた数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リ

ハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定するものとする。

注1については、平成十八年十月時点での医療機関への調査による数から回復期リハビリテーション病棟の病床数を控除したものとする。

注2については、平成十八年十月時点における医療療養病床の医療区分1の入院者に対応する病床数に、医療療養病床の医療区分2の入院者に対応する病床数の三割を加えたものとする。

注3については、平成十八年十月時点における介護療養病床の医療区分3の入院者に対応する病床数に、介護療養病床の医療区分2の入院者に対応する病床数の七割を加えたものとする。

(二) 平均在院日数に関する数値目標

平成十七年に示された医療制度改革大綱等において、平成十六年の病院報告の概況による全国平均の平均在院日数と、最も短い長野県の平均在院日数との差を平成二十七年度までに半分に短縮するという長期目標が設定されている。

各都道府県の医療費適正化計画においては、平成二十七年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（以下この節において、単に「平均在院日数」という。）について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められる。

よって、各都道府県が目指す平成二十四年時点の平均在院日数は、この長期目標に従い、平成十八年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成十八年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同報告における最短の都道府県（長野県）の平均在院日数との差の九分の三（これを上回る数字としても差し支えない。）の日数（小数点第一位までとし、小数点第二位で切り上げ）を減じたものとする。

今夏を目途に公表される。

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、全体的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響についても考慮することとし、平成二十二年度の間評価（第二の二の1参照）において必要な見直しを行う。

なお、平成二十四年時点の平均在院日数は、平成二十五年十二月頃に公表が見込まれる平成二十四年の病院報告の概況に記載の日数とする。

3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

都道府県は、第一期都道府県医療費適正化計画において、1及び2で設定した目標値の達成のために必要な施策として、次のような取組を定めることが必要である。

(一) 住民の健康の保持の推進

ア 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

都道府県は、保険者に実施が義務づけられる特定健康診査及び特定保健指導について、保

険者が特定健康診査等の実施に関する計画を策定する際に保健所から地域の疾病状況等についての情報を提供するなど、その円滑な実施を支援することが必要である。併せて、保険者において保存される特定健康診査及び特定保健指導の実施結果に関するデータの適切な管理及び保健事業等への効果的な活用について、支援することが必要である。

また、特定健康診査及び特定保健指導の実施に当たっては、多くの保険者が外部の健診・保健指導機関へ委託することが想定されることから、都道府県においては、委託先となる事業者の実態の把握及び保健指導に携わる人材の確保及び質の向上への支援その他委託先となる事業者の健全な育成に努める必要がある。

特に、被用者保険の被扶養者については、それぞれの住まいに近い健診・保健指導機関で特定健康診査及び特定保健指導を受けられるようにするための、被用者保険の保険者の集合体との間での集合的な委受託の契約を締結する枠組みを有効に活用できるよう、必要な情報の収集及び提供等に努める必要がある。

イ 保険者協議会の活動への支援

各都道府県には、都道府県内に存在する代表的な保険者等を構成員とする保険者協議会が設置され、医療費の分析や評価、被保険者の指導等の保健事業の共同実施等を行うこととされている。保険者協議会は、都道府県にとって保険者との連絡調整、保険者への協力要請又は保険者への支援の場として重要なものであると考えられることから、同協議会の構成員の一員として運営に参画するとともに、各都道府県に存在する国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第四十五条第五項に規定するものをいう。）による事務局としての活動にも積極的に支援や助言を行うことが望ましい。

ウ 保険者における健診結果データ等の活用の推進

保険者は、特定健康診査及び特定保健指導に関する結果のデータを電子的に保存することとされている。これらのデータは、保険者の保険運営にとって重要な情報であり、例えば保健指導事業の効果測定を対象者の健診結果データの経年的な変化により行うことや、健診結果から医療機関の受診が必要であるものの、未受診あるいは長期中断となっている者をレセプト情報により把握し、これらの者への受診勧奨を強く行うこと等の活用が考えられる。更に個人情報の取扱に留意しつつ、保険者同士で共同の事項を提供しあえば、より正確な分析を行うことも可能となる。

また、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図るため、各保険者においては、減少率と併せて、服薬中の者の増減にも留意する必要がある。

都道府県においては、こうした保険者における健診等データの有効な活用や、それを用いた効果的な保健指導（特定保健指導に限らない）の推進について助言や支援を行うよう努める必要がある。

エ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組は、市町村等が行う住民に対する一般的な健康増進対策（以下、「ポピュレーションアプローチ」という。）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

ポピュレーションアプローチの例としては、健康増進に関する普及啓発や食習慣等に関する特徴の分析及び提供、特定保健指導の対象となった住民に対する運動や食生活の習慣を改善していくための自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等があり、これらの取組が重要になると考えられる。

都道府県においては、ポピュレーションアプローチの取組に対する必要な助言その他の支援を行い、先進的な事例等については広く紹介することに加え、自らも健康増進に関する普及啓発等の取組を行う必要がある。

(二) 医療の効率的な提供の推進

ア 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療の必要性の低い患者が多く入院する病床を介護老人保健施設（介護保険法第八条第二十五項に規定するものをいう。以下同じ。）等の介護保険施設等に転換することが取組の中心である。再編成を円滑に進めるための支援措置として、療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成をはじめ、診療報酬及び介護報酬における医師、看護職員の配置等を緩和した類型の創設、療養病床から老人保健施設等への転換の際の施設基準の経過的な緩和等の措置が講じられていることを踏まえ、都道府県は、相談窓口の設置など具体的な支援措置を講じることが必要である。

なお、都道府県においては、地域における介護ニーズの動向や、利用者の意向の状況についての情報を各医療機関に適切に提供するとともに、継続的に意見交換を行い、適切な判断を支援する必要がある。

イ 医療機関の機能分化・連携

平成二十年度からの新たな医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の四疾病、並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の五事業ごとに、例えば地域連携クリティカルパスの活用等により各医療機関が地域においてどのような役割を担うのかを明らかにしていくこととしている。

これらは医療の効率的な提供の推進に関連する事柄であり、第一期都道府県医療費適正化計画においては、上記に関連する箇所における記述の要旨又は概要を再掲する。

ウ 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まい（以下「在宅」という。）における療養への円滑な移行を促進するためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実を推進するほか、住宅施策との連携を含めた受け皿の整備が不可欠であ

る。

第一期都道府県医療費適正化計画においては、医療計画及び地域ケア整備構想における関連する記述の要旨又はその概要を再掲する。

4 目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

3に掲げた取組を円滑に進めていくために、都道府県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導事業者等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制づくりに努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、前述の保険者協議会の他、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要である。

5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある。詳細は第三を参照のこと。

6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

都道府県は、各都道府県民の医療費の現状及び五年後の推計値を算出するとともに、3に掲げた取組を行い、目標を達成した場合に予想される五年後の医療費の見通しを算出する。

具体的な算出方法は、別紙の標準的な都道府県医療費の推計方法を参考にすることが望ましい。(別紙はできる限り早急に提示予定。各都道府県別に国保、健康保険組合等の各保険者の医療費又はその推計値を積み上げて県民医療費及び県民老人医療費を計算し、5年後におけるこれらの費用及び適正化対策の効果が講じた場合の費用の見通しを計算する方法をお示しする予定。)

7 計画の達成状況の評価に関する事項

計画の達成状況の評価し、その結果をその後の取組に活かしていくため、都道府県は、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。詳細は第二を参照のこと。

8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

都道府県独自の取組を都道府県医療費適正化計画に位置付ける場合には、それに関する事業内容等について、3に準じて定めること。

こうした取組の例としては、例えば老人医療、医療扶助等における保健師等の訪問指導による重複頻回受診の是正、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、診療報酬明細書

の審査及び点検の充実等が考えられる。なお、これら取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援あるいは促進が都道府県の施策となる。

三 その他

1 計画の期間

法第九条により、都道府県医療費適正化計画は五年を一期とするものとされているため、第一期都道府県医療費適正化計画については、平成二十年度から平成二十四年度までを計画期間として作成することとなる。

2 計画の進行管理

都道府県医療費適正化計画は、計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環により進行管理をしていくこととしている。

詳細は第二を参照のこと。

3 計画の公表

法第九条第五項により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、これを公表することが必要である。

第二 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

一 評価の種類

1 進捗状況の評価

都道府県は、法第十一条により、計画の作成年度の翌々年度である平成二十二年度に中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進展状況、及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

2 実績の評価

都道府県は、法第十二条により、計画期間終了の翌年度である平成二十五年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況、及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

二 評価結果の活用

1 計画期間中の見直し

中間評価を踏まえ、必要に応じ、達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行い、計画の変更を行うものとする。

2 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成二十四年度）は、第二期都道府県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとする。

3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第十四条において「厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要と認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、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内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」とされている。

この定めをするに当たって予め行われる関係都道府県知事との協議に際して、都道府県は自らが行った実績評価を適宜活用して対応するものとする。

第三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

都道府県は、医療費が伸びている要因の分析を行う必要があることから、医療費の多くを占める老人医療費を中心に、全国の平均値及び他の都道府県の値等との比較を行い、全国的な位置づけを把握し、医療費あるいは医療費の伸びが低い都道府県や近隣の都道府県との違い、その原因等を分析する必要がある。

その際、都道府県別の医療費には、保険者の所在地ごとに集計された医療費、医療機関の所在地ごとに集計された医療費、住民ごとの医療費の三種類があり、それぞれの医療費について、その実績と動向に関し、分析を行う必要がある。

二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療に要する費用の実態を把握するため、別紙による方法により、性別、年齢別、疾患別の受診件数、受診日数、医療に要する費用のデータを入手する必要がある。(別紙は、6～7月頃提示予定)

また、地域内における医療機関の病床数の状況や、保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導の実施状況についてのデータを把握していく必要がある。

第四 この方針の見直し

この方針は、平成二十年度からの第一期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定めたものである。このため、この方針については、法の施行状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行うものとする。

全国医療費適正化計画 (案)

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、同法が施行される平成20年4月に策定する「計画」であるが、関係者の準備に資するよう、現時点での案を公表するものである。

平成19年4月

厚生労働省

目 次

| | |
|------------------------------------|----|
| 第1章 計画の位置づけ | 1 |
| 第2章 医療費を取り巻く現状と課題 | 3 |
| 1 現状 | 3 |
| (1) 医療費の動向 | 3 |
| (2) 平均在院日数の状況 | 4 |
| (3) 療養病床の状況 | 5 |
| (4) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況 | 6 |
| 第3章 目標と取り組み | 8 |
| 1 基本理念 | 8 |
| (1) 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること | 8 |
| (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること | 8 |
| 2 医療費適正化に向けた目標 | 9 |
| (1) 国民の健康の保持の推進に関する達成目標 | 9 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標 | 10 |
| (3) 計画期間における医療に要する費用の見通し | 10 |
| 3 目標を達成するために国が取り組むべき施策 | 11 |
| (1) 国民の健康の保持の推進に関する施策 | 11 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策 | 12 |
| 第4章 計画の達成状況の評価 | 14 |
| 1 進捗状況評価 | 14 |
| 2 実績評価 | 14 |

第1章 計画の位置づけ

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながらも、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものである。

このための仕組みとして、平成 18 年の医療制度改革において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設された。

厚生労働大臣が作成する全国医療費適正化計画（以下「全国計画」という。）については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）において、以下のとおりの内容のものとして規定されている。

全国計画の期間

全国計画の期間は 5 年とする。

全国計画に掲げる事項

全国計画においては、次に掲げる事項を定める。

- 一. 国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 二. 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 三. 前二号に掲げる目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項
- 四. 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五. 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 六. 計画の達成状況の評価に関する事項
- 七. 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

全国計画の作成の手續及び公表

全国計画を定め、又はこれを変更しようとする時は、予め関係行政機関の長に協議する。

全国計画を定め、又はこれを変更した時は、遅滞なくこれを公表する。

全国計画の作成及び全国計画に基づく施策の実施に関する協力

全国計画の作成及び全国計画に基づく施策の実施に関して必要があると認める時は、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

全国計画の進捗状況に関する評価

全国計画の中間年（3 年度目）に進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。

全国計画の実績に関する評価

全国計画の期間終了年度の翌年度において、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、実績に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

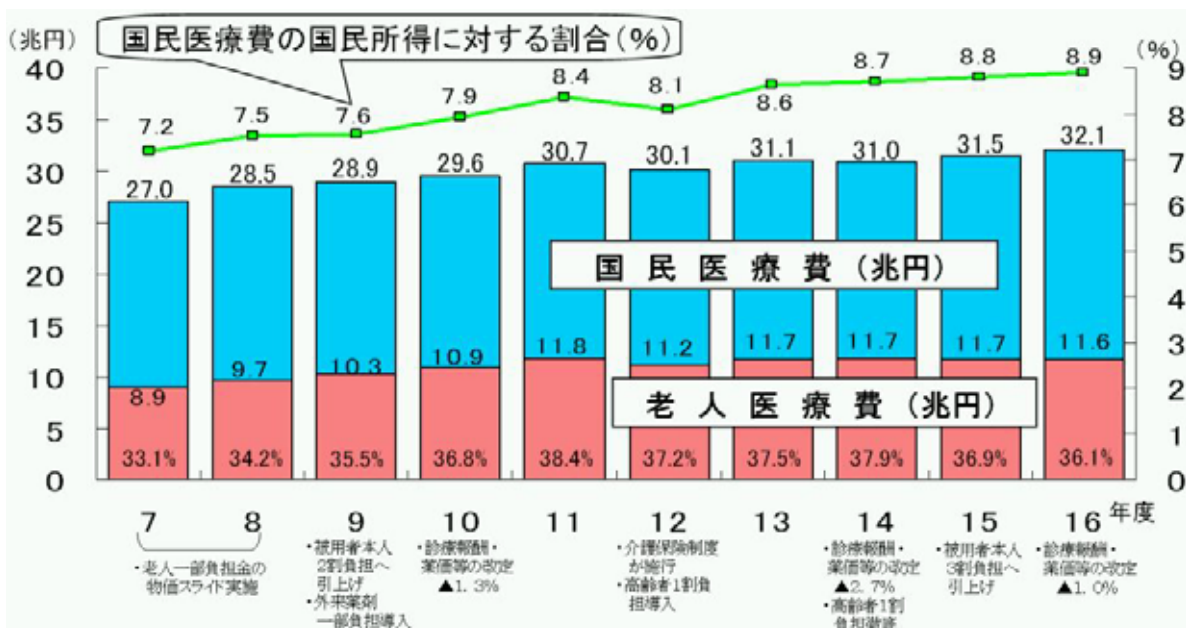
1 現状

(1) 医療費の動向

平成 16 年度の国民医療費は 32 兆 1111 億円、前年度の 31 兆 5375 億円に比べ 5737 億円、1.8%の増加となった。過去 10 年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、毎年度国民所得の伸び率を上回っている。

介護保険制度の導入により国民医療費の対象範囲が小さくなった平成 12 年度を除き、また平成 11 年度及び 13 年度を除く各年度において、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定といった国民医療費の抑制につながる取組を行ってきたが、こうした取組がない年においては、国民医療費は概ね年間 1 兆円（年率約 3～4%）ずつ伸びる傾向にある。

図表1: 医療費の動向



図表2: 国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

| | H7 | H8 | H9 | H10 | H11 | H12 | H13 | H14 | H15 | H16 |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 国民医療費 | 4.5 | 5.6 | 1.6 | 2.3 | 3.8 | 1.8 | 3.2 | 0.5 | 1.9 | 1.8 |
| 老人医療費 | 9.3 | 9.1 | 5.7 | 6.0 | 8.4 | 5.1 | 4.1 | 0.6 | 0.7 | 0.7 |
| 国民所得 | 0.1 | 3.3 | 1.2 | 3.1 | 1.6 | 1.5 | 2.8 | 1.7 | 1.8 | 1.8 |

注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年5月発表)による。

注2: 老人医療費は、平成 14 年の制度改正により、対象年齢が 70 歳から段階的に引き上げられており、平成 16 年 10 月より 72 歳以上となっている。

また、老人医療費についてみると、平成 11 年度から平成 16 年度までほぼ横ばいの額となっているが、これについては、平成 12 年度には介護保険制度の導入に伴って老人医療費の一部が対象範囲から除外されるようになったこと、平成 14 年 10 月からはそれまでの 70 歳以上としていた老人医療費の対象範囲が段階的に 75 歳まで引き上げられるこ

ととなったことにも留意する必要がある、実際には医療費の伸びの多くは高齢者の医療費の伸びによるものである。

また、1人当たり医療費(平成16年度)を見ると、75歳以上は年間81.5万円であるのに対し、75歳未満では年間19.8万円と約4倍の開きがある。人口の高齢化の進展に伴い、今後も老人医療費が国民医療費に占める割合は増加し、平成37年度においては半分程度を占めるようになると予想されている。

(2) 平均在院日数の状況

我が国の平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方があるが、病院報告においては次の算式により算出することとされている。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

平成17年度は、全病床では35.7日となっており、病床の種類ごとにみると、精神病床で327.2日、療養病床で172.8日、また一般病床では19.8日となっている。

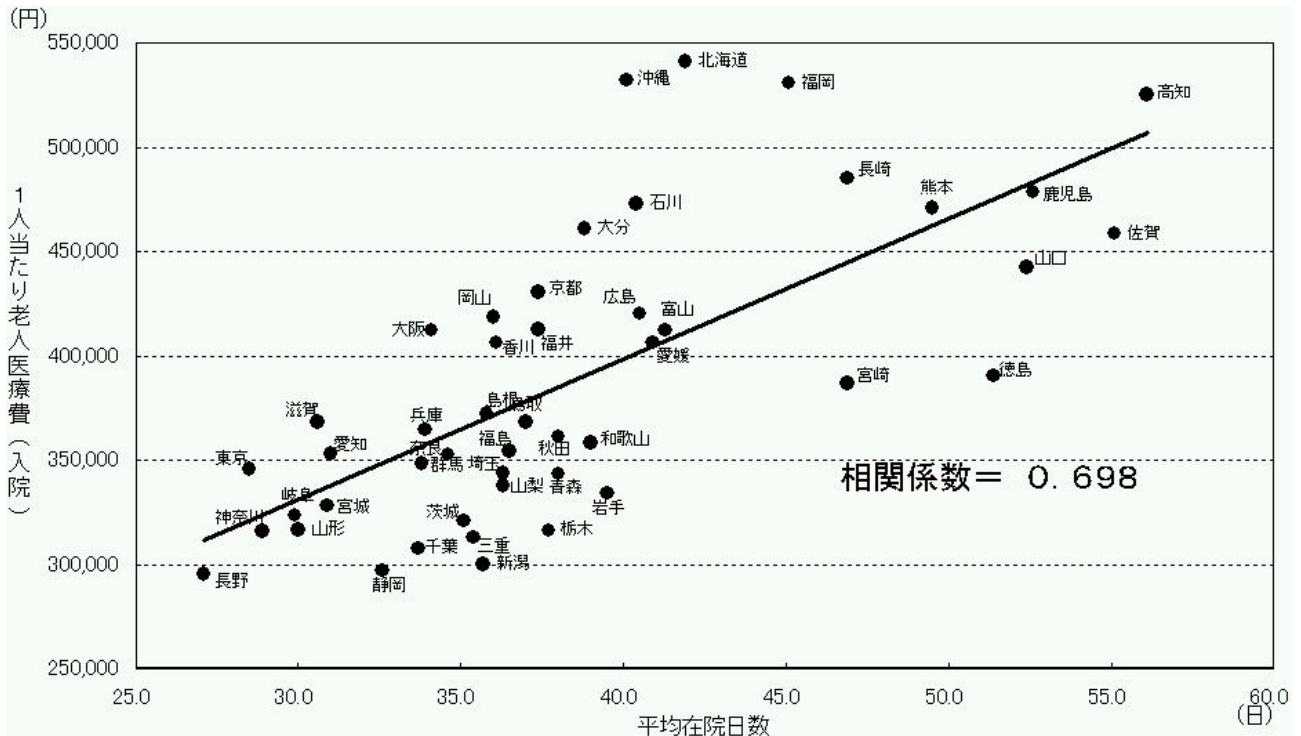
都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の関係をみると、高い相関関係にある(図表4参照)。

図表3: 病床の種類別の平均在院日数(単位: 日)

| 年次 | 全病床 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 | 療養病床 | 一般病床 |
|-------------|------|-------|-------|------|-------|------|
| 平成16年(2004) | 36.3 | 338.0 | 10.5 | 78.1 | 172.6 | 20.2 |
| 平成17年(2005) | 35.7 | 327.2 | 9.8 | 71.9 | 172.8 | 19.8 |

資料: 大臣官房統計情報部「平成17年病院報告」

図表4: 平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



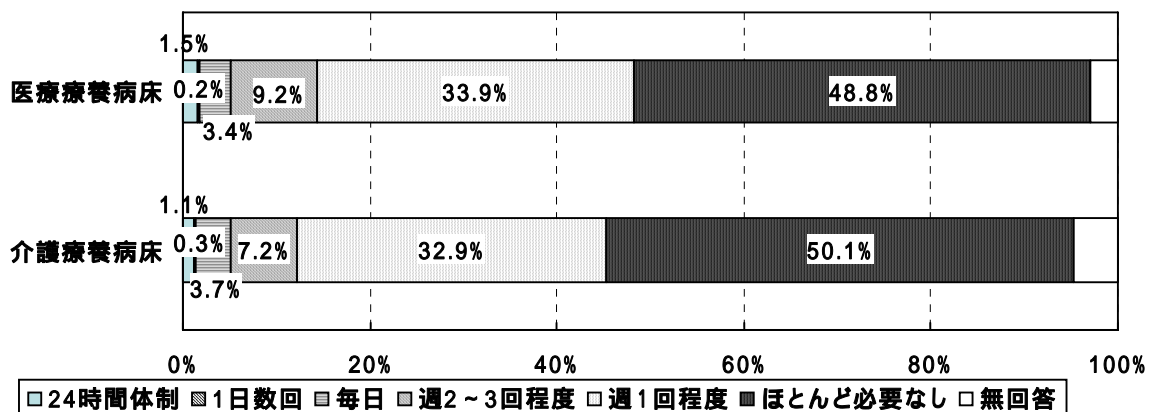
資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成16年度)より作成

(3) 療養病床の状況

主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床である療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)は、全国に約35.2万床(病院報告/平成18年8月)あり、医療保険適用の医療療養病床が約23.4万床、介護保険適用の介護療養病床が約11.8万床となっている。

療養病床への入院患者には、患者の状態が安定しているため、医師による指示の見直しが頻繁には必要でない方も利用している実態がある(図表5)。

図表5: 医師による指示の見直しや管理が必要な頻度



資料: 中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)

(4)生活習慣病の有病者及び予備群の状況

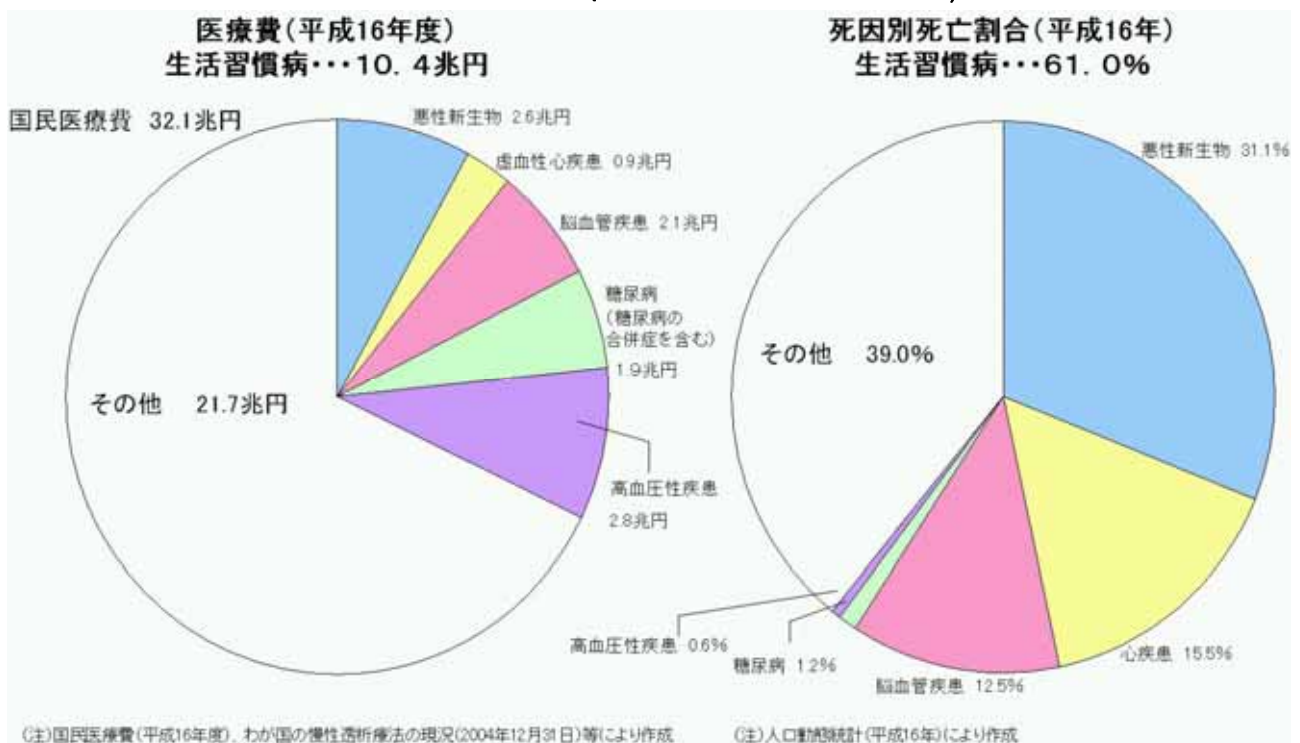
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている(図表6)。

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、高脂血症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上では高く、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達している(図表7)。

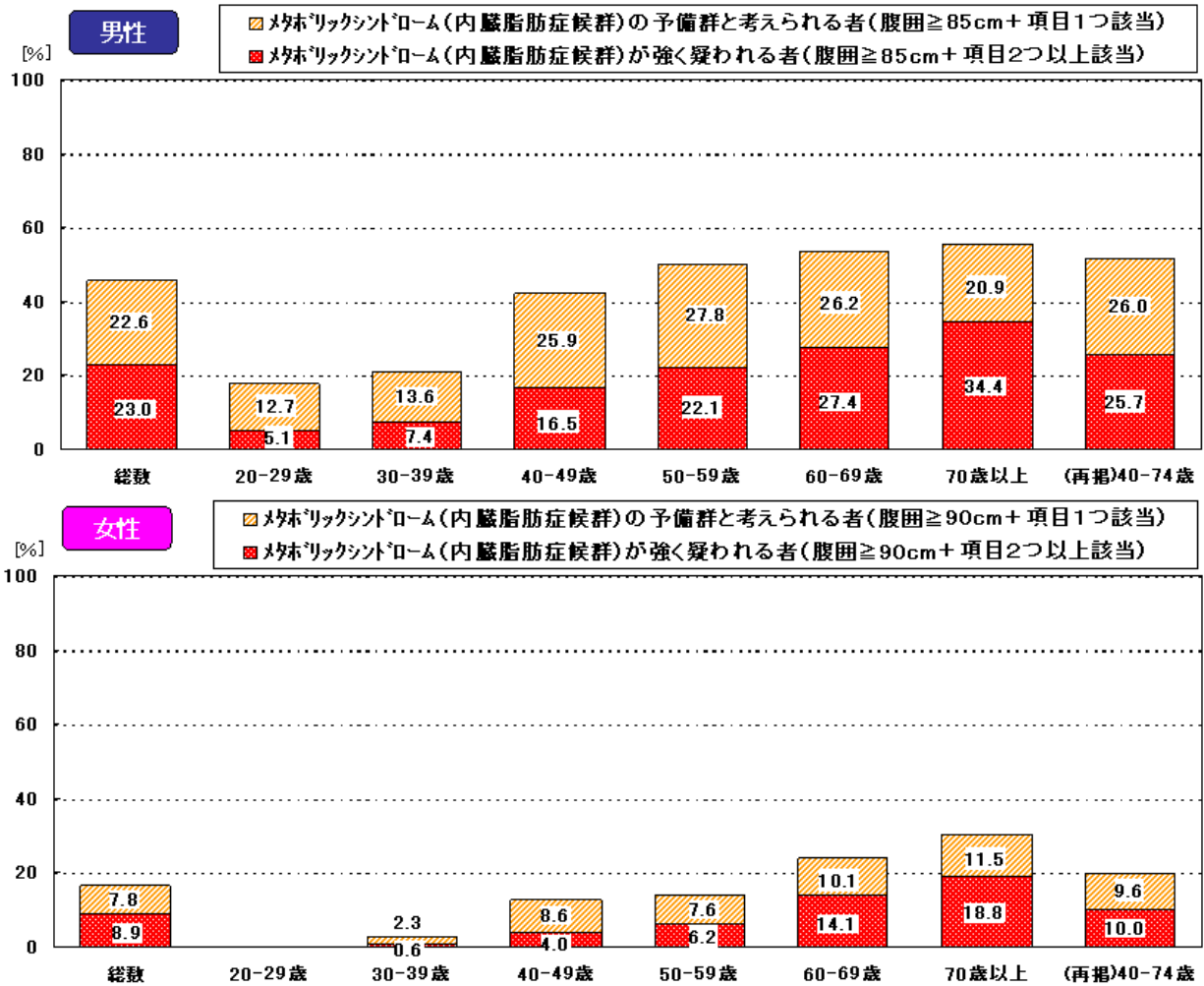
医療費適正化に向けた取組においては、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが重要である。

なお、生活習慣病としてがん(悪性新生物)も大きなウェイトを占めているが、がん対策については、別途「がん対策推進基本計画」に基づいて対策を進めていくこととしている。

図表6:医療費と死因(生活習慣病に分類される疾患)



図表7:メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況(20歳以上)



資料:平成16年国民健康・栄養調査

第3章 目標と取り組み

1 基本理念

(1) 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければならない。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

現在は約1,300万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って国民医療費の約三分の一を占める老人医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければならない。

2 医療費適正化に向けた目標

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徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした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、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、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の発症に至るといった経過をたどることになる。

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。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と高い相関関係を示している。

以上のことから、医療費の増加を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。もう一つは、入院期間の短縮対策である。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第一期の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図る。

こうした考え方に立ち、かつ1の基本理念を踏まえ、国が達成すべき目標として、それぞれ(1)(2)のように設定する。

(1) 国民の健康の保持の推進に関する達成目標

平成27年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成20年度と比べて25%減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成24年度において達成すべき目標を、次のように設定する。

特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少することとする。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

以下の目標を基本とするが、各都道府県が設定する目標値との整合を図りつつ、設定する。

療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下同じ。)の病床数
平成 24 年度における、全国の療養病床を 万床 とする。

(注)現時点では未定。今秋を目途に、各都道府県における目標値の設定状況を踏まえ
て設定する。

平均在院日数

医療制度改革大綱(平成 17 年 12 月 政府・与党医療改革協議会)等において、平成 27 年度までに、全国平均の平均在院日数について、最短の長野県との差を半分に短縮する長期目標が定められている。

医療費適正化計画においては、平成 27 年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数(以下この節において、単に「平均在院日数」という。)について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められる。

これを踏まえ、平成 24 年時点における目標値は、全国平均(平成 18 年病院報告)と最短の都道府県との差を 9 分の 3 短縮し、平成 24 年の病院報告(平成 25 年 12 月頃公表の見込み)において、全国平均の平均在院日数を 日 とする。

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、全体的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響についても考慮することとし、平成 22 年度の間接評価において必要な見直しを行う。

今夏を目途に公表される平成 18 年病院報告を基に記入する。

(3) 計画期間における医療に要する費用の見通し

国民医療費は、平成 18 年度の医療制度改革の実施前で、平成 20 年度は 37 兆円程度、平成 27 年度は 47 兆円程度になるところが、改革実施後では、平成 20 年度は 35 兆円程度、平成 27 年度は 44 兆円程度になると見通されており、10 兆円の増加となるところが 9 兆円の増加に抑えられていることから、医療費適正化の効果は、平成 27 年度で約 1 兆円程度と考えられる。

注：なお、2(1)及び(2)の目標が達成されることによる平成 24 年度時点でのそれぞれの医療費適正化効果については、各都道府県における目標値の設定状況を踏まえ示していく予定。

また、2(1)に関しては、特定健康診査と特定保健指導によって生活習慣病の危険因子を減らし、その結果、生活習慣病の患者数が減少し、それに伴って医療費が軽減されるという経過をたどることから、医療費の軽減の効果が明確に現れてくるまでに数年は要すると考えられる。

3 目標を達成するために国が取り組むべき施策

(1) 国民の健康の保持の推進に関する施策

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組が、効率的かつ効果的に実施されるよう、次のような支援を行う。

ア 保健事業の人材養成

医療保険者が特定健康診査等実施計画を策定し、同計画に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、各医療保険者における保健事業の企画立案、実施及び実施後評価を行える人材の養成を支援する。

特に、保健指導の実施者の質的及び量的な確保が重要であり、保健指導の実施に携わる医師、保健師及び管理栄養士等に対する実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修の実施を支援する。

イ 特定健康診査及び特定保健指導の内容の見直し

平成 20 年度以降の特定健康診査及び特定保健指導に関するデータの蓄積、現場での優れた実践例の把握等を踏まえ、これらを分析することにより、より効果的かつ効率的なものとなるよう、特定健康診査の項目、特定保健指導の基準等を適宜見直す。

ウ 集合的な契約の活用の支援

生活習慣病対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及び被扶養者が特定健康診査及び特定保健指導を受けられるようにすることが必要である。

そのためには、自宅や職場に近い場所で受診でき、被保険者及び被扶養者の立替払い等の負担を避けられる体制づくりが必要となるが、このような体制を全国の医療保険者が効率的に実現できるよう、複数の医療保険者と複数の健診・保健指導機関間での集合的な契約の枠組みの活用を支援する。

エ 好事例の収集及び公表

特定健康診査や特定保健指導の実施率を高めるための取組例、改善率の高い特定保健指導の提供例等の、医療保険者又はその委託を受けた健診・保健指導機関における好事例を収集し、公表する。

また、特に優れた取組を行っている医療保険者に対しては、表彰等を行う。

オ 国庫補助

保険者に対し、特定健康診査に要する費用等を助成する。

都道府県・市町村の啓発事業の促進

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組は、都道府県・市町村を中心とした一般的な住民向けの健康増進対策（ポピュレーションアプローチによる健康増進対策）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

都道府県・市町村によるポピュレーションアプローチの例としては、健康増進に関する普及啓発や食習慣等に関する特徴の分析及び提供、特定保健指導の対象となった住民に対する運動や食生活の習慣を改善していくための自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等も重要になると考えられる。

国は、マスメディア等を活用した全国的なポピュレーションアプローチに取組むと共に、都道府県や市町村における取組に対して適宜助言その他の支援を行う他、先進的な事例等については広く紹介する等の取組を行う。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者については、こうした方々が利用している療養病床を介護老人保健施設（介護保険法第8条第25項に規定するものをいう。以下同じ。）等に転換して受け皿とすることとしているものである。これにより、利用者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険の適切な役割分担、医師・看護師などの人材の有効な活用を図ろうとするものであり、その基本的な考え方を明らかにしながら、再編成が円滑に進められるよう必要な支援を行う。診療報酬及び介護報酬の改定においては、計画期間中の療養病床の目標数を念頭において、バランスの取れた評価を行う。

ア 療養病床から介護保険施設への転換に伴う整備費用の助成等

医療療養病床に対しては、老人保健施設等に転換するために要する費用を、医療保険財源（病床転換助成事業）により、介護療養病床に対しては、地域介護・福祉空間整備等交付金により助成する。

平成19年度及び平成20年度、療養病床を老人保健施設等に転換するための改修等を行った場合、当該年度の法人税について特別償却（基準取得価額の15%）できることとする。

医療及び介護の必要性の低い患者が多数入院している等の事情により、一時的に資金不足等経営が困難になった医療機関に対し、独立行政法人福祉医療機構の経営安定化資金の融資を設ける。

イ 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施

療養病床から老人保健施設に転換する場合に、既存の建物をそのまま活用して老人保健施設等へ円滑に転換できるよう、一床あたり床面積の基準を、8平方メートルではなく6.4平方メートルで可とする等、平成23年度まで経過的に施設基準を緩和する特例を設ける。

また、転換により老人保健施設が医療機関に併設されることになった場合、診察室、

階段、エレベーター、出入口等の共用を可能とするよう、設備基準を緩和する。

平成 23 年度末までの経過措置として、医療保険・介護保険の双方において、医師、看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型を創設（医療保険における介護保険移行準備病棟、介護保険における経過型介護療養型医療施設）。

ウ 第 4 期の介護保険事業計画における配慮

第 4 期の介護保険事業計画の基本方針を定めるに当たっては、病床の転換が円滑に行われるよう、介護保険施設等の入所定員の増加等について適切に配慮する。

エ 老人保健施設における医療提供体制のあり方

健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 2 条に、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直し等を検討することが規定されたことを踏まえて設置されている「介護施設等の在り方に関する委員会」において、介護施設等の基本的な在り方やその入所者に対する医療の提供の在り方について、検討を進める。

医療機関の機能分化・連携

都道府県が策定する新たな医療計画においては、がん、脳卒中等の 4 疾病及び救急医療、周産期医療等 5 事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担、及び業務の連携を確保するための体制）を、各医療圏域ごとに明示することとし、例えば、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を具体的に図ることとしている。

これらの取組によって、入院から退院までの切れ目のない医療が提供され、早期に自宅に帰れることとなれば、患者の QOL（生活の質）を高めつつ、トータルの入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することとなる。

この取組が円滑に行われるよう、中小病院等の位置付けや、病院と診療所の機能分化の方向性等を明らかにし、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策により推進する。

在宅医療・地域ケアの推進

新たな医療計画においても、看取りの体制を含めた居宅等における医療までを見通した上で、診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分担と業務の連携の状況を明示することとし、これを地域住民に情報提供していくこととしている。

また、各都道府県の地域ケア整備構想等に基づいた、介護サービスを含めた地域のケア体制を計画的に整備するため、住宅政策との連携を図りつつ、高齢者の生活に適した、自宅以外の多様な居住の場を広げながら、地域におけるサービス整備や退院時の相談・支援の充実を図る。

第4章 計画の達成状況の評価

定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施する、PDCA サイクルに基づく管理を行う。

1 進捗状況評価

全国計画の中間年（作成年度の翌々年度）に、全国計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。

各都道府県における都道府県医療費適正化計画の評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての評価を行う。

評価の結果は、必要に応じ全国計画の見直しに活用するほか、次期全国計画の策定に活かす。

2 実績評価

全国計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度に、全国計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国計画の実績に関する評価を行う。

各都道府県と行う都道府県医療費適正化計画の実績評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての実績評価を行う。

評価結果の活用として、療養病床数の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、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内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めを行うことについての検討を進める。

特定健康診査等基本指針(案) について

全体構成

各保険者が、特定健康診査等実施計画を作成するにあたり、必要な情報を取りまとめた指針。

実施計画そのものは、**を参考に作成し、 は を記述する上で留意すべき点のみに絞って整理**

特定健診・特定保健指導の実施方法

実施計画にて設定する目標値

実施計画に記載すべき事項

| |
|--|
| 第一 背景及び趣旨 |
| 第二 特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項 一 特定健康診査の実施方法に関する基本的な事項 1 特定健康診査の基本的考え方 2 特定健康診査の実施に係る留意事項 3 事業者等が行う健康診断との関係(P) 二 特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項 1 特定保健指導の基本的考え方 2 特定保健指導の実施に係る留意事項 3 事業者等が行う保健指導との関係(P) 三 特定健康診査等の実施における個人情報の保護 |
| 第三 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項 一 特定健康診査の実施に係る目標 二 特定保健指導の実施に係る目標 三 特定健康診査等の実施の成果に係る目標 |
| 第四 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項 一 達成しようとする目標 二 特定健康診査等の対象者数に関する事項 三 特定健康診査等の実施方法に関する事項 四 個人情報の保護に関する事項 五 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項 六 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項 七 その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項 |

第一 背景及び趣旨

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、医療保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づいて、保険者(法第7条第2項に規定するものをいう。以下同じ。)は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされた。

本指針は、法第18条第1項に基づき、特定健康診査(法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。)及び特定保健指導(法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。)の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項並びに特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項を定めるものであり、法第19条により、各保険者は、本指針に即して、5年ごとに、5年を一期として、特定健康診査等実施計画を定めるものとされている。

なお、法第11条に基づき、医療費適正化計画について、その作成年度の翌々年度に当該計画の進捗状況に関する評価が行われることを踏まえ、本指針についても、当該評価の時期にあわせて検討を行い、必要があると認めるときはこれを変更することとする。また、医療費適正化計画及び保険者の特定健康診査等実施計画が五年ごとの計画であることを踏まえ、本指針についても、5年ごとに検討を行い、必要があると認めるときはこれを変更していくものである。

また、特定健康診査等の実施に当たっては、健康増進法(平成14年法律第103号)第9条第1項に規定する健康診査等指針に定める内容に留意する必要がある。

第二 特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項

一 特定健康診査の実施方法に関する基本的な事項

1 特定健康診査の基本的考え方

(一) 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徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした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、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等(以下「糖尿病等」という。)の生活習慣病の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、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の発症に至るという経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善により、若い時からの糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

(二) 糖尿病等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)に起因する 경우가多く、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念に基づき、その該当者及び予備群に対し、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病や、これが重症化した虚血性心疾患、脳卒中等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

(三) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。

(四) 特定健康診査の項目については、法第20条の厚生労働省令で定めるものとする。

2 特定健康診査の実施に係る留意事項

- (一) 特定健康診査を実施するに当たっては、事業者健診との関係を考慮すること、被扶養者の居住地は様々であり、受診の利便を考慮する必要があること等、それぞれの実情を踏まえた実施方法とすること。
- (二) 特定健康診査の精度を適正に保つことは、受診者が健診結果を正確に比較し、生涯にわたり自身の健康管理を行うために重要である。このため、保険者は、特定健康診査を実施するに際しては、内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう努めるとともに、当該精度管理の状況を加入者に周知するよう努めること。
- (三) 保険者は、研修の実施等により、特定健康診査に係る業務に従事する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

3 事業者等が行う健康診断との関係 (P)

4 その他

特定健康診査の記録の保存義務期間は、規則第 条に基づき、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めること。

二 特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項

1 特定保健指導の基本的考え方

- (一) 特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。
- (二) 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者(第三の三及び第四の一において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」という。)を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、法第24条の厚生労働省令で定めるものとする。

2 特定保健指導の実施に係る留意事項

- (一) 特定保健指導を実施するに当たっては、加入者が利便よく利用できるよう配慮すること。
- (二) 特定保健指導を実施するに当たっては、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定出来るよう支援することが重要であること。また、生活習慣改善の必要性や行動変容の準備状況によってその支援内容、方法及び頻度が異なることに留意すること。
- (三) 保険者は、研修の実施等により、特定保健指導に係る業務に従事する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

3 事業者等が行う保健指導との関係 (P)

4 その他

- (一) 特定保健指導の記録の保存義務期間は、規則第 条に基づき、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなるが、保険者は、記録の保存期間の満了後に保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が特定保健指導の意義及び結果を認識し、生涯にわたり自己の健康づくりを行うための支援を行うよう努めること。
- (二) 保険者は、加入者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めること。

三 特定健康診査等の実施における個人情報の保護

- 1 特定健康診査の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び同法に基づくガイドライン(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、
「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等)等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督)について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払うこと。
- 2 被用者保険の被保険者に係る特定健康診査のデータについては、被用者保険の被保険者に対する就業上の不利益取扱いを未然に防ぐ観点から、事業者への特定健康診査のデータの流出防止措置を講じること。

第三 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標 に関する基本的な事項

一 特定健康診査の実施に係る目標

平成24年度における特定健康診査の実施率を 70% にすること。

各保険者の目標は次の区分に応じてそれぞれに掲げる値を踏まえて設定すること。

- 1 健康保険組合(単一型)、共済組合、日本私学振興・共済事業団
の加入者に係る特定健康診査の実施率 80%

ただし、40歳以上の加入者に占める被扶養者の割合が0.25を超える保険者
にあつては、

{ 0.85 - 0.2 × 被扶養者の割合 } により得た値 とする。

- 2 政府管掌健康保険、健康保険組合(総合型)、国民健康保険組合
の加入者に係る特定健康診査の実施率 70%

- 3 市町村国保
の加入者に係る特定健康診査の実施率 65%

二 特定保健指導の実施に係る目標

平成24年度における特定保健指導の実施率を 45% にすること。

各保険者の目標についても、これを踏まえて設定すること。

三 特定健康診査等の実施の成果に係る目標

平成24年度において、平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 10%以上 とすること。

各保険者の目標についても、これを踏まえて設定すること。

目標値の参酌標準(特定健康診査等実施計画)

(1)全国目標

| 項目 | H24参酌標準(案) | H27目標値 | 設定に当たっての考え方 |
|---------------------------|---------------|---------------|---|
| 特定健康診査の実施率 | 70% | 80% | H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定 |
| 特定保健指導の実施率 | 45% | 60% | モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率 |
| メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 | 10% (H20比) | 25% (H20比) | H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出 |

「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、8学会の基準に合致する者だけでなく、腹囲が基準以上で血糖値が高い者や、腹囲が基準以下でもBMIの値の大きい者も含む。

(2) 保険者別の参酌標準(国が示す基準)

各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。

毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

| 項目 | 全国目標 | 参酌標準(案) | | 設定理由等 | |
|---------------------------|------|------------------------|--------------|--|--|
| 特定健康診査の実施率 | 70% | 単一健保 共済 | 被扶養者比率が25%未満 | 80% | 被保険者分については、保険者の種別で3区分し(被扶養者は分けない)、それぞれの目標実施率を各保険者における対象者数(推計値)に乗じて(加重平均値を基礎に)算定(次ページに詳細) |
| | | | 被扶養者比率が25%以上 | 当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出 | |
| | | 総合健保 政管(船保) 国保組合 | | 70% | |
| | | 市町村国保 | | 65% | |
| 特定保健指導の実施率 | 45% | 45% | | 健診の場合の事業主健診のような実施率に影響する明確な要因はない | |
| メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 | 10% | 10% | | 保健指導実施率の目標を一律とすることとあわせ、保健指導の成果である該当者及び予備群の減少率も一律とするのが合理的 | |

単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した参酌標準とする。

参考1：参酌標準(健診実施率)算定の考え方

保険者の種別及び被保険者・被扶養者別での事情を勘案

| | | | |
|---------------|-------------------------------|-----|-------------------------------------|
| 被保険者 | 単一健保 共済 | 85% | 事業主健診により、かなりの受診率向上が見込まれる |
| | 総合健保 政管(船保含む) 国保組合(組合員) | 75% | 事業主健診により、ある程度は受診率向上が見込まれる |
| | 市町村国保 | 65% | 地域での受診が主となる集団 事業主健診による受診率向上が図れない |
| 被扶養者・家族(国保組合) | | | |



| 平成24年度推計 (単位:千人) | 合計 | 単一組合(健保) | | | 共済組合 | | | 総合組合(健保) | | | 政管(船保含む) | | | 国保組合 | | | 市町村国保 | | |
|---------------------|--------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|
| | | 合計 | 被保険者 | 被扶養者 | 合計 | 被保険者 | 被扶養者 | 合計 | 被保険者 | 被扶養者 | 合計 | 被保険者 | 被扶養者 | 合計 | 組合員 | 家族 | 合計 | 一般 | 退職 |
| 対象者数(推計値) | 57,113 | 7,107 | 4,675 | 2,432 | 3,603 | 2,558 | 1,045 | 3,406 | 2,347 | 1,059 | 14,910 | 10,755 | 4,155 | 1,816 | 1,077 | 739 | 26,270 | 23,110 | 3,160 |
| 目標実施率 | 70.0% | 78.2% | 85.0% | 65.0% | 79.2% | 85.0% | 65.0% | 71.9% | 75.0% | 65.0% | 72.2% | 75.0% | 65.0% | 70.9% | 75.0% | 65.0% | 65.0% | 65.0% | 65.0% |
| 目標実施者数 | 39,988 | 5,554 | 3,973 | 1,581 | 2,854 | 2,175 | 679 | 2,449 | 1,760 | 688 | 10,767 | 8,067 | 2,701 | 1,288 | 808 | 480 | 17,076 | 15,022 | 2,054 |

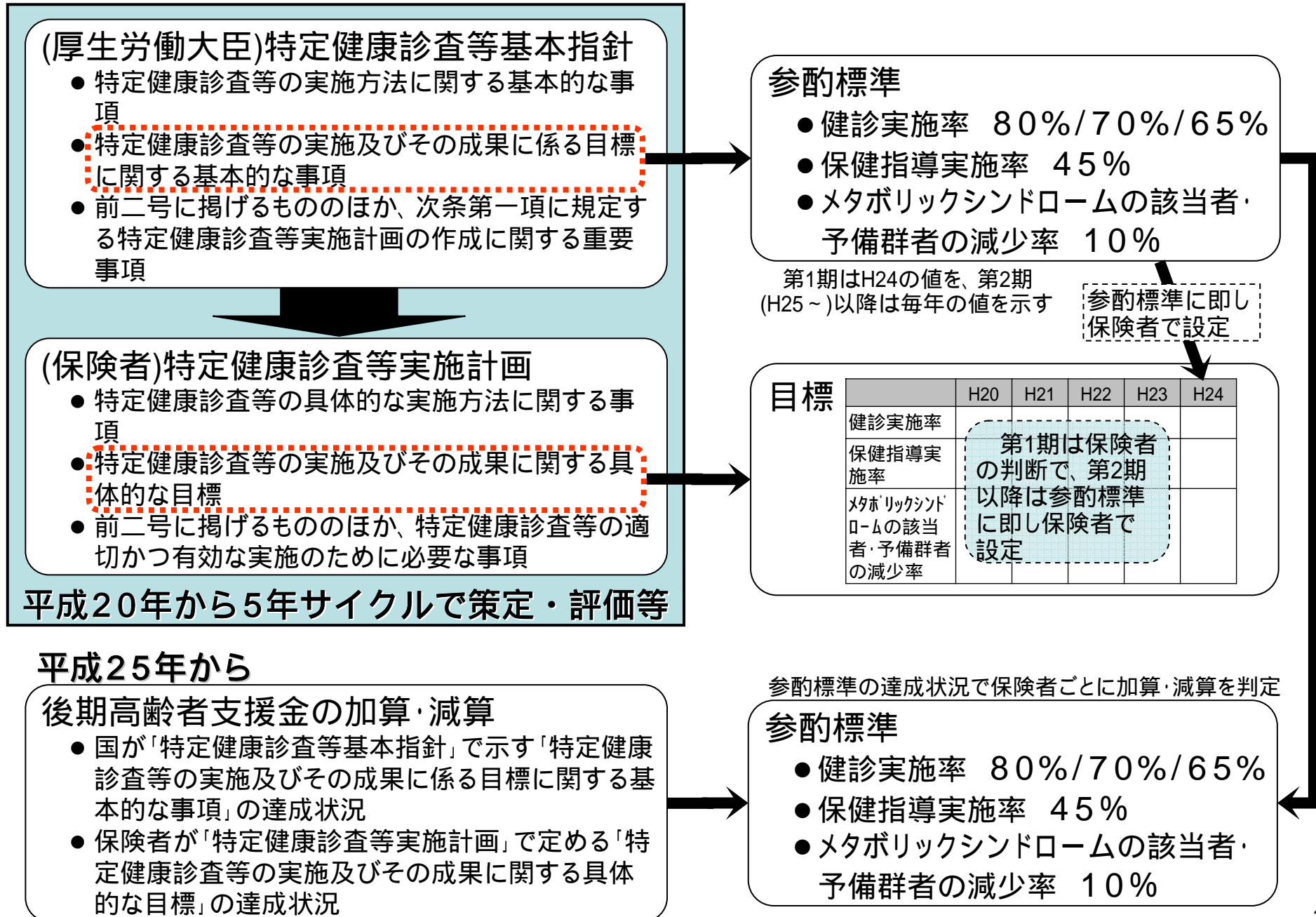
H15の実績値を、人口推計や労働力比率等を用いて推計。
 国保組合については、H17の調査結果から組合員・家族の構成比を用いて推計
 単一健保と組合健保の対象者数は、下表の平成24年時点での組合健保全体の推計値を、平成17年10月末時点での比率(障害認定・老健受給対象者も含む)で按分
 単一組合(1267組合/H18)...一企業により組織された組合
 総合組合(279組合/H18)...同種同業の複数事業主等で組織された組合



| 単一健保・共済 | | 総合健保・政管(船保含む)・国保組合 | 市町村国保 |
|------------------|----------------------------------|--------------------|-------|
| 被扶養者比率が 25%未満 | 被扶養者比率が 25%以上 | | |
| 80% | 当該保険者の実際の 被保険者数・被扶養 者数での算出 | 70% | 65% |

同じグループ内の保険者でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者については、平均的な保険者と比して過度に厳しいか又は緩い目標値となる可能性がある。これを避けるために、保険者ごとにその被保険者・被扶養者割合を考慮した、異なる参酌標準とする。

参考2：参酌標準と各保険者の目標との関係



第四 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

保険者が特定健康診査等の実施に関する計画(以下「特定健康診査等実施計画」という。)において定める事項は次に掲げるとおりとし、保険者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮して、特定健康診査等の効率的かつ効果的な実施に資するよう特定健康診査等実施計画を作成すること。

一 達成しようとする目標

特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に係る目標を、第三の各号に即し、各保険者の実情を踏まえて定めること。その際、第三の一及び二(特定健康診査の実施に係る目標・特定保健指導の実施に係る目標)については、各年度の目標値も定めること。

二 特定健康診査等の対象者数に関する事項

特定健康診査等の対象者数(事業者健診の受診者等を除外した、保険者として実施すべき数)の見込み(計画期間中の各年度の見込み)を推計し、記載すること。

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

- 1 実施場所、実施項目、実施時期又は期間、外部委託の有無、外部委託契約の契約形態、外部委託者の選定に当たっての考え方、周知や案内の方法、事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法等を定めること。
- 2 特定健康診査等を実施するに当たり、保険者(複数の保険者を代表する保険者を含む。本項において同じ。)と健診機関の全国組織との間における健診契約の締結、又は市町村の国民健康保険がその被保険者に対して用意する特定健康診査等の枠組みを保険者が利用する契約の締結を行う場合には、これらの契約関係者の名称その他のこれら契約形態に関する事項を記載すること。
- 3 特定健康診査の受診券又は特定保健指導の利用券を交付する場合には、これらの様式及びこれらの交付時期について定めること。
- 4 特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務に関し、代行機関()を利用する場合には、当該機関の名称を記載すること。

代行機関： 保険者間又は保険者及び健診機関・保健指導機関間における特定健康診査等に要する費用の請求及び支払を円滑に行うことを目的とする機関であって、支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関及び保険者の情報を管理する機能、簡単な事務点検のために契約情報・受診券又は利用券情報を管理する機能、健診機関等から送付された健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け機能、契約内容との整合性、対象者の受診資格の有無等を確認する機能、特定保健指導の開始時期及び終了時期を管理する機能、請求及び支払代行等の機能等を有する者をいう。
- 5 特定保健指導の対象者を抽出し、重点化して行う場合には、その方法を記載すること。
- 6 実施に関する毎年度のスケジュールその他必要な事項を定めること

四 個人情報保護に関する事項

- 1 特定健康診査等の記録の保存方法、体制、保存に係る外部委託の有無について定めること。外部委託をする場合には、外部委託先を記載すること。
- 2 特定健康診査等の記録の管理に関するルール(第二の三に掲げる法律及びガイドライン()、保険者において既に定めている情報セキュリティポリシー等のルール)について定めること。

個人情報保護に関する法律

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」

「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」 等

五 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項

特定健康診査等実施計画の公表方法、特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法(広報誌やホームページへの掲載等の利用)等を定めること。なお、特定健康診査等を実施する趣旨については、第二の一の1及び二の1を参考にすること。

六 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項

- 1 特定健康診査等の実施及び成果に係る目標の達成状況、その他の特定健康診査等実施計画の評価方法について定めること。
- 2 1に基づく評価に伴う特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方を定めること。

七 その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

特定健康診査等実施計画の構成

1. 法律で定められている範囲

医療保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条にて、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされている。

(特定健康診査等実施計画)

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画(以下「特定健康診査等実施計画」という。)を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項

二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標

三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

2. 具体的な記載事項

計画を作成する趣旨は、規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するためである。

法第19条第2項において、計画に記載すべき事項が大まかに示されているが、具体的には、次表のような項目について整理しておく必要があると考えられる。

なお、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施していくために最低限定めておくべき事項を、明瞭・簡潔に整理することが重要である。よって、体裁等が立派な計画書を作成する必要はなく、要点を押さえた簡素な計画で十分と考える。

| 法19条 | 特定健康診査等基本指針 | 記載すべき事項 | 主に定めるべき内容 |
|------------|-------------|---------------------------------------|---|
| 第2項 第二号 | 第四の一 | 達成しようとする目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に係る目標 |
| 第2項 第一号 | 第四の二 | 特定健康診査等の対象者数 | <ul style="list-style-type: none"> ● 特定健康診査等の対象者数(事業主健診の受診者等を除外した保険者として実施すべき数)の見込み(計画期間中の各年度の見込み数)を推計 |
| | 第四の三 | 特定健康診査等の実施方法 | <ul style="list-style-type: none"> ● 実施場所、実施項目、実施時期あるいは期間 ● 外部委託の有無や契約形態、外部委託先の選定に当たっての考え方、代行機関の利用 ● 周知や案内(受診券や利用券の送付等)の方法 ● 事業主健診等他の健診受診者の健診データを、データ保有者から受領する方法 ● 特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法 ● 実施に関する毎年度の年間スケジュール、等 |
| 第2項 第三号 | 第四の四 | 個人情報の保護 | <ul style="list-style-type: none"> ● 健診・保健指導データの保管方法や保管体制、保管等における外部委託の有無、等 |
| 第3項 | 第四の五 | 特定健康診査等実施計画の公表・周知 | <ul style="list-style-type: none"> ● 広報誌やホームページへの掲載等による公表や、その他周知の方法 ● 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法 |
| 第2項 第三号 | 第四の六 | 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し | <ul style="list-style-type: none"> ● 評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関する考え方 |
| | 第四の七 | その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項 | |

参考1：実施計画作成における医療保険者の主な作業工程

計画策定に向けた事前整理(平成18年度中)

- * 40歳以上74歳以下の対象者の年齢構成(市町村国保においては75歳以上も)
- * 対象者の居住地(被扶養者は不明でも可)
- * 健診の過去の受診状況(受診者数、受診場所)

} 次ページ

目標値の設定

- * 国が示す参酌標準に即して5年後の平成24年度における目標値を設定(平成19年6月までをメドに)
- * 特定健診・特定保健指導の実施率については、平成24年度の目標値到達までの平成20年度から24年度までの各年度における目標値を設定(平成19年7月までをメドに)
- * 関係都道府県に上記目標値を報告し、都道府県の求めに応じ、適宜調整(平成19年8月～10月メド)

実施方法の整理

- * に基づき対象者数の推計(平成19年4月～6月)
- * 直接実施、委託(集合契約・個別契約)等の判断(平成19年4月～8月)
- * 他の保険者へ委託する場合の申し込み、健診・保健指導機関へ委託する場合の委託先の決定(平成19年9月～12月)
- * 対象者(特に被扶養者)への周知・案内の方法(平成19年8月～9月)
- * 他の健診データの受領方法(平成19年8月～9月)
- * 毎年度の実施スケジュールの作成(平成19年7月～8月)、等

上記 ～ を基に(その他の必須記載事項も含めて)、特定健診等実施計画の原案作成(平成19年7月～9月)

費用等の検討

- * 自己負担率、上限設定(必要があれば)の決定(平成19年10月～12月)
- * 公費による助成予定の内容及び各健診機関等の単価(他の保険者への委託の場合を含む。)を踏まえ、必要な費用及びその内訳を算出(平成20年1月～2月)
- * 保険料率の設定(平成20年1月～2月)

保険者自身により特定保健指導を実施する場合はその体制の整備(研修の実施、非常勤の保健師・管理栄養士の採用準備、ステーション作り等)。(平成19年6月頃～平成20年3月)

特定健診等実施計画案の策定(平成20年1月～2月)

承認手続き(国保における予算・保険料率等の承認)

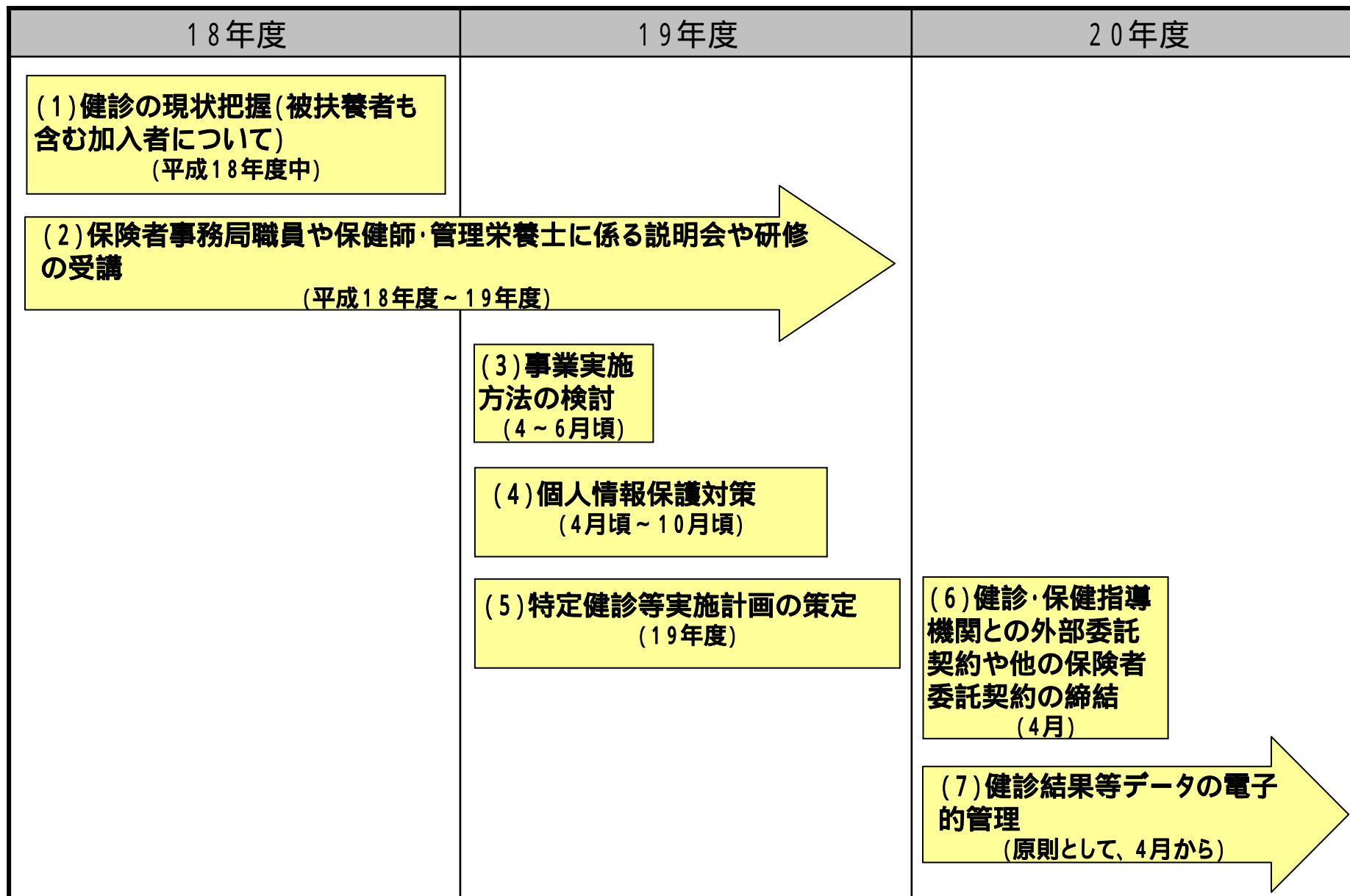
- * 理事会や運営協議会での手続き(平成20年1月～2月)
- * 市町村議会での承認(平成20年2月～3月)

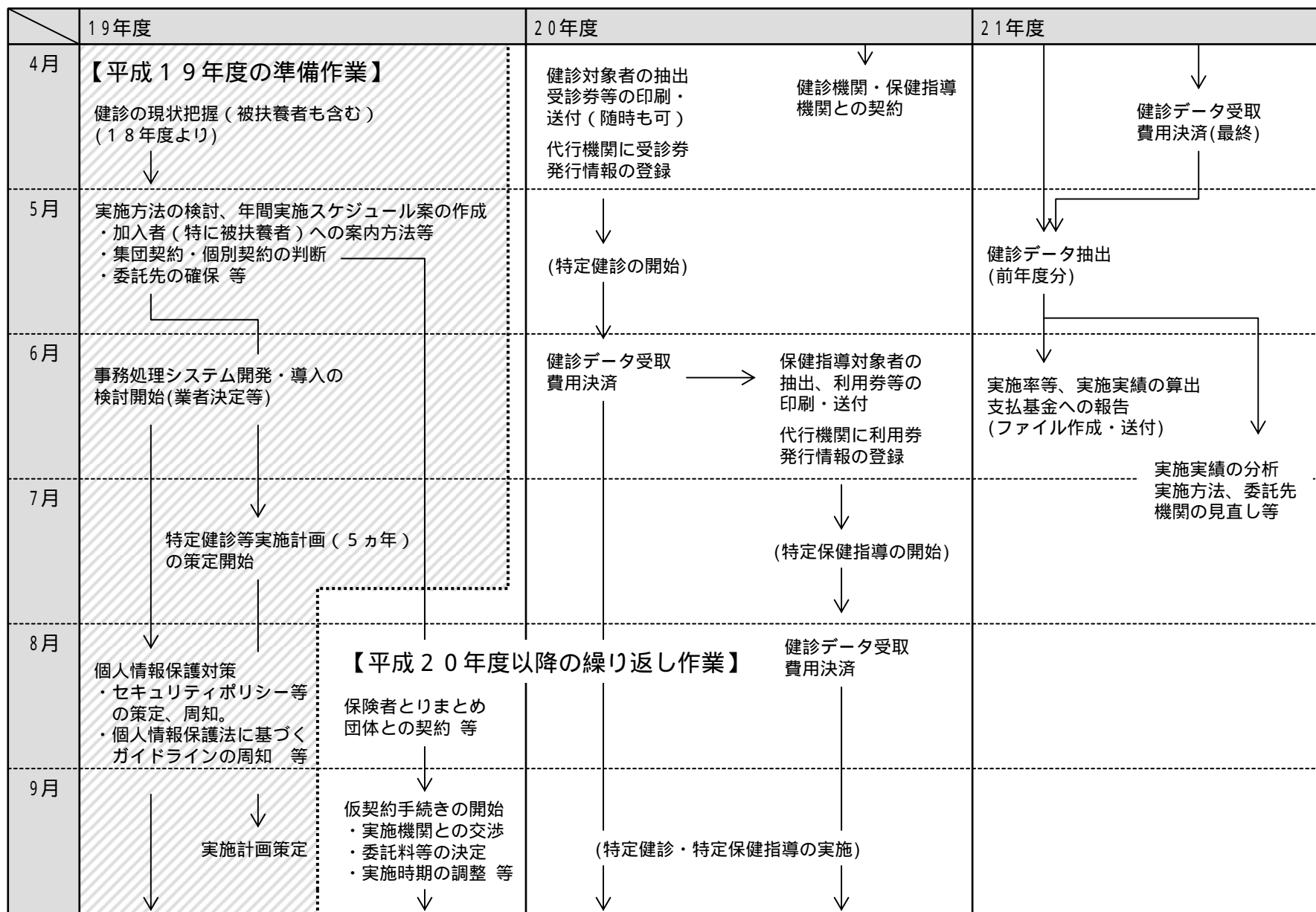
特定健診等実施計画の公表(平成20年4月初旬)

| 項目 | 内容 | 趣旨 |
|---------------------------------------|--|--|
| 40歳以上74歳以下の加入者の年齢構成(市町村国保においては75歳以上も) | 具体的には、5歳刻み、男女別。 被用者保険にあっては、被保険者本人と被扶養者の数を分けて把握しておく。 | 保健指導対象者数を推計し、費用見込み等を算出するため。 |
| 加入者の居住地(被扶養者は不明でも可) | 集合的な契約形態による健診を基本として提供する場合 原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。ただし、被扶養者については不要(*)。 被扶養者について個別契約形態による健診も提供する場合 原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。被扶養者についても個別の健診委託契約の締結に必要な範囲で把握する。 市町村国保の場合は、住基による把握が行われているので、ことさらに作業は不要 | どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。 |
| 健診の過去の受診状況(受診者数、受診場所) | 健診の過去の受診状況(ただし、可能な範囲で) ・受診率(受診者数/受診対象者数) ・実施方法 ・受診場所、等 目標とする受診率の起点を定めるために、現状の受診者数等がわかった方が望ましいが、現状がわからなくても目標設定は可能なので、把握が難しい場合は不明でも可 | 健診の受診率(特に各年度の受診率)の目標を設定する際に用いる。 |
| 今後の受診場所の希望 | 基本的に不要(集合的な契約形態を活用する場合は、基本的に全国をカバーするので、そもそも不要。そうでない場合も居住地がわかれば不要であるため)。 ただし、被用者保険において、集合的な契約形態を活用せずに個別契約形態や直営形態のみで被扶養者への健診を提供する場合で、被扶養者の希望する受診場所とのズレはない、という確信が持てない時は、アンケート等により被扶養者の希望を把握する。 | どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。 |

* 被扶養者の住所は、平成18年度の作業としては不要であるが、特定健診の案内や受診券の送付の際に用いることを予定している保険者においては、極力把握するよう努める必要がある。

参考2：医療保険者の主な作業工程(案)





| | 19年度 | | 20年度 | | 21年度 |
|-----|---------------------------------------|--|--------------------------|---------------------|-----------------|
| 10月 | | | | | |
| 11月 | | | 詳細は別紙 | (特定健診・特定保健指導の実施) | |
| 12月 | | | 仮契約手続きの終了 (委託料等の決定) | | |
| 1月 | 事務処理システムの試験・ 検証の開始 (健診データの送受信等) | | 予算・契約承認手続き (各保険者) | (特定健診の終了) | |
| 2月 | 加入者台帳整備・確認 | | 代行機関に契約等情報 の登録(代表保険者) | 健診データ受取 費用決済(最終) | |
| 3月 | 事務処理システム運用開始 (分析機能等は20年度に開発することも可) | | 次年度健診・保健指導 実施スケジュール作成 | | |
| | | | 契約準備 | | (特定保健指導の利用受付終了) |

契約に関する保険者の作業(市町村国保の契約スキームを利用)

| | 市町村国保 | 組合健保等 | 政管健保 | 保険者とりまとめ団体 | 代行機関 |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 8月 | | 契約とりまとめの委託 (利用する場合のみ) | 契約とりまとめの委託 (利用する場合のみ) | | |
| | | ↓ | ↓ | 契約とりまとめの受託 | |
| 9月 | 市町村医師会等との交渉 (委託料、委託範囲、委託 基準等の調整) | | | | 健診機関・保健指導機関の 登録(以降は随時の申請・ 登録) |
| 10月 | ↓ | | | ↓ | |
| 11月 | 市町村医師会等との仮契約 仮契約情報を保険者協議会 等を通して情報共有 | (保険者協議会) | | 市町村国保の契約情報を保 険者協議会等を通して収集 | |
| 12月 | ↓ | | 予算閣議決定 ← | 委託の交渉 ↓ 市町村医師会等との仮契約 (市町村国保と同一条件) | |
| 1月 | 国保運営協議会等により 仮契約内容等の承認 | ↓ | | | |
| 2月 | 市町村予算3役への説明等 | 組合会等により予算・仮 契約内容等の承認 | | 代行機関に契約情報を登録 | 保険者とりまとめ団体から 提出された契約情報の登録 |
| 3月 | 市町村医師会等との契約 準備 | | | 市町村医師会等との契約 準備 | (保険者リスト、実施機関 リスト、委託料等、事務 点検に必要な情報を登録 する。) |
| 4月 | 市町村医師会等との契約 | | | 市町村医師会等との契約 | |

契約に関する保険者の作業(集団契約)

| | 保険者 | 保険者とりまとめ団体 | 代行機関 |
|-----|--|--|---|
| 8月 | 契約とりまとめの委託 | 〔 保険者とりまとめ団体の情報は、保険者協議会等により情報共有する。 〕 契約とりまとめの受託 | |
| 9月 | | 健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との交渉(委託料、委託範囲、委託基準等の調整) | 健診機関・保健指導機関の登録 (以降は随時の申請・登録) |
| 10月 | | | |
| 11月 | | | |
| 12月 | | 健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との仮契約(委託料の決定) | |
| 1月 | 組合会等により予算・仮契約内容等の承認(組合健保の場合) | | |
| 2月 | 受診券情報を登録(開始) (対象者を抽出、受診券を出力した保険者から) | 代行機関に契約情報を登録 | 契約情報の登録 〔 保険者リストと実施機関リスト、委託料等、事務点検に必要な情報を登録する。 〕 |
| 3月 | | 健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との契約準備 | |
| 4月 | 受診券を出力、加入者に送付 代行機関に受診券情報を登録 | 健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との契約 加入者に情報提供(機関リスト等) | 受診券情報の登録 |

契約に関する保険者の作業(個別契約)

| 月 | 保険者 | 代行機関 |
|-----|--|---|
| 8月 | 健診機関・保健指導機関との交渉 (委託料、委託範囲、委託基準等の調整) | |
| 9月 | ↓ | |
| 10月 | ↓ | |
| 11月 | ↓ | |
| 12月 | 健診機関・保健指導機関との仮契約 (委託料等の決定) | |
| 1月 | ↓ | |
| 2月 | 組合会等により予算・仮契約内容等の承認の承認手続き | 代行機関を利用する場合、保険者が受診券情報(受診券を発行する場合)契約情報を代行機関に登録する。 健診機関・保健指導機関から保険者に直接送付する場合、提出の時期、様式等を契約書に盛り込む。 |
| 3月 | ↓ | |
| 3月 | 健診機関・保健指導機関との契約準備 | |
| 4月 | ↓ | |
| 4月 | 健診機関・保健指導機関との契約加入者に情報提供(機関リスト等) | |

特定健康診査等実施計画作成の着手に伴って 各都道府県に求められる主な取り組み

今回、各保険者が「特定健康診査等実施計画」に記載すべき事項等を、「特定健康診査等基本指針(案)」として示し、平成19年度前半には実施計画の大枠を作成し、平成19年度末までに計画に沿った実施準備を進める必要がある。

基本指針(案)の公表を受けて、各都道府県においては、当面(今年度前半を想定)以下の取組を進めていくことが求められる。

なお、下記1及び2に関し、都道府県による継続的な情報収集のための仕組みづくりが必要と考えており、別紙2のような調査体制を整えることを考えている。

1. 保険者における進捗状況の把握

各都道府県は、医療費適正化における「住民の健康の保持の推進」に向け、自都道府県内の保険者における上記の着実な準備を促進、支援していく必要がある。

基本指針(案)等に表示された作業項目やスケジュール等に沿った取組が為されているかを定期的に把握し、遅れている保険者については、取組のスピードアップを促進・支援していくことが必要である。

各保険者における実施体制の確立に向け、まずは、市町村国保における平成20年度の実施体制のイメージ、地区医師会の会員医療機関をはじめとする市町村内の健診・保健指導機関との協議調整状況及び結果について、常に把握し、協議調整等の進行が思わしくない等ある場合は、必要に応じ適切な支援等を行う必要がある。

2. 集合契約の成立に向けた準備の支援・促進

実施計画の作成において、実施方法を詰めていくためには、集合契約の枠組みが早期に固まっていくことが、保険者の実施体制の確立に不可欠であることから、その成立に向けた支援が急務である。

委託先や条件等の情報収集・整理

1に挙げた市町村国保の進捗状況の先行把握により、被用者保険の集合契約の確立に向けた参加機関及び契約条件等の把握、保険者協議会等を通じた関係保険者間での情報共有を進める。

代表保険者の選定に向けた調整等

集合契約における代表保険者を、保険者協議会において選定していくことが必要であることから、保険者協議会が、各都道府県内の主要な保険者に、保険者協議会への積極的な参画や集合契約における調整等への協力を求めるに当たって、都道府県としても支援・協力し、早期の代表保険者確定を促進していく必要がある。

健診・保健指導機関登録の周知

保険者が委託先を見つけられるように、健診・保健指導機関の「重要事項に関する規程の概要」をホームページで確認できるように、自都道府県内の健診・保健指導機関に対して、夏頃までのホームページ作成・登録の準備を周知していくことが必要である。

また、ホームページ作成と併せて、9月頃から予定されている社会保険診療報酬支払基金への健診・保健指導機関登録（ホームページの所在や決済口座等の登録、健診・保健指導機関番号の取得等）に向けた準備についても周知していくことが必要である。

3．保険者協議会等を通じた実施計画作成に関する支援・促進

保険者における実施計画の作成に際し、保険者協議会において保健師を雇用し作成の技術支援を行う予定となっていることから、この取組を支援・促進するべく、実施計画に関する保険者への周知や相談・問合せ等への対応、保険者協議会における技術的支援の準備の促進、あるいは支援サービスの保険者への紹介等に早速着手していくことが求められる。

4．目標値の把握と保険者との協議調整

都道府県医療費適正化計画の策定において、「住民の健康の保持の推進」に関する都道府県の目標値を設定するにあたっては、自都道府県内の主要な保険者の「特定健康診査等実施計画」における目標値について情報収集を行い、自都道府県としての目標値との整合性を確認する必要がある。

この時、各保険者の目標値との乖離が大きい場合は、当該保険者と協議調整を行い、当該保険者の実施計画の見直し等を支援していく必要がある。

なお、直接の監督権限としては市町村国保が中心となるが、被用者保険等においても地方厚生局等の監督主体と連携し、適切な目標設定及び計画作成を支援することが求められる。

5．その他

上記以外に、今回の基本指針(案)や、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」等関連資料の公表に伴い、各都道府県において、医療費適正化における住民の健康の保持の推進に必要と思われる取組があれば、積極的に推進されたい。

健診・保健指導の実施体制に関する調査について

別紙1に示した各都道府県における当面必要な取組のうち、1及び2に関し、都道府県による継続的な情報収集のため、主に自都道府県下の市町村を対象とした調査の実施を依頼する方向で現在内容を詰めているところ（調査票エクセルファイルと事務連絡を4月下旬に各都道府県に送付予定）。

1. 調査の趣旨・目的

医療費適正化における「住民の健康の保持の推進」に向け、自都道府県内の保険者における着実な準備を促進、支援していくため、H20の市町村国保の実施予定や、集合契約に確立に向けた状況等を適宜把握する。

2. 調査の概要

調査実施者・対象者

各都道府県下の市町村（一般衛生部門及び国保部門）に対し、各都道府県が調査を実施、国（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）に結果を集計し報告。

調査方法

各都道府県は、国が配布した調査票（エクセルファイル）を各市町村に配付し、各市町村は回答を入力し各都道府県に返送する。

各都道府県は、各市町村から集まった回答ファイルを集計し、国に送付。

実施時期

定期的に把握する。各保険者における実施計画の骨格（健診・保健指導の実施体制）が固まり、実際の契約準備に入るのが今年度後半となることから、今年度前半を中心に同じ内容で2～3回実施することを想定（1回目では「未定」の回答でも2-3回目には回答が入ってくることを想定）。

| | 市町村の回答期間(予定) | 都道府県の分析期間(予定) | 国への送付(予定) |
|---|---------------|---------------|------------|
| 1 | 5月上旬(5/7-18) | 5月下旬(5/21-31) | 6月初め(6/1) |
| 2 | 7月上旬(7/2-13) | 7月下旬(7/17-27) | 7月末(7/31) |
| 3 | 8月下旬(8/20-31) | 9月上旬(9/3-14) | 9月中旬(9/18) |

調査内容

H19年度事業の現状把握、H20年度以降に向けた事業実施予定等を市町村（国保部門・一般衛生部門）に照会。

| 目的 | 主な項目(案) | |
|-------------------|------------------------------------|--|
| H19 の 現状把握 | (1)19 年度 の市町村の 基本健康診 査 | <p>40 歳以上の対象者数(内、国保の 40 歳以上 75 歳未満の対 象者数)</p> <p>実施方法(集団検診、保健所、医療機関委託等)</p> <p>委託先(郡市医師会、健診機関、国保直診、自治体施設等)</p> <p>委託先選定方法(随意契約、入札による契約)</p> <p>自己負担額</p> <p>一人あたり単価</p> <p>実施時期</p> <p>20 年度からの制度改正に向けた周知の実施について</p> |
| H20 の 準備状 況 | (2)20 年度 からの国保 が行う特定 健康診査 | <p>対象者数の見込み</p> <p>実施方法(集団検診、保健所、医療機関委託等)</p> <p>委託先(郡市医師会、健診機関、国保直診、自治体施設等)</p> <p>委託先選定方法(随意契約、入札による契約)</p> <p>自己負担額</p> <p>一人あたり経費</p> <p>実施時期</p> <p>国保被保険者以外の者の受託の可否</p> |
| | (3)20 年度 からの国保 が行う特定 保健指導 | <p>対象者数の見込み</p> <p>動機づけ支援(2) ~ 、実施者の職種、保健指導実施 率に基づく実施予定人数)</p> <p>積極的支援(2) ~ 、実施者の職種、保健指導実施率 に基づく実施予定人数)</p> <p>従事予定者数(職種別人数、常勤/常勤以外の内訳)</p> <p>国保被保険者以外の者の受託の可否</p> |
| | (4)実施体制 について | <p>主に特定健診の実施を行う部局(予算確保、契約、実施等)</p> <p>主に特定保健指導の実施を行う部局(予算確保、契約、実 施等)</p> <p>国保被保険者以外の特定健診・保健指導の実施について (受入の見込み、経費、実施体制等)</p> <p>他の事業(がん検診、生活機能評価等)との共同実施につ いて</p> <p>75 歳以上の健診受託について</p> |

後期高齢者の保健事業について

【「標準的な検診・保健指導プログラム」(確定版)(平成19年4月)抜粋】

(1) 後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方

基本的な考え方について

75歳以上の者(後期高齢者)については、必要な場合には、75歳となる前までに、特定保健指導が行われてきていると考えられる。

後期高齢者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が、75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、生活習慣の改善が困難な場合も多く、QOLの確保が重要になってきている。

また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要とってきていると考えられる。

その一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

健康診査について

後期高齢者についても、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

75歳未満の者に対する健診項目は、糖尿病等の生活習慣病に着目したものであるため、後期高齢者に健診項目については、基本的には、75歳未満と同様の項目とする。

ただし、積極的な減量等を一律に行わないのであれば、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。

また、心電図等の医師の判断により実施する項目については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な検査を実施する。

後期高齢者に対する健康診査の主な目的が、生活習慣病を早期に発見して、必要に応じて、医療につなげていくことであるならば、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医を受診している者については、必ずしも、健康診査を実施する必要はないと考えられる。

保健指導について

後期高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多いため、40～74歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

地域支援事業との関係について

市町村においては、受診者の負担を軽減するため、後期高齢者に対する健康診査と地域支援事業における生活機能評価を共同で実施することが望ましい。

同様の観点から、前期高齢者に対する特定健康診査についても地域支援事業における生活機能評価と共同で実施することが望ましい。

広域連合の保健事業の実施体制について

(後期高齢者に対する健診の実施)

1. 後期高齢者の保健事業については、後期高齢者の医療の確保に関する法律(以下、「法」という。)第125条に基づいて広域連合に実施の努力義務が課されている。「標準的な健診プログラムに関する検討会」では、後期高齢者についてはQOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってきた一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要であることが提言された。(別添)

後期高齢者に対する保健指導については、若人と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供することが提言されている。市町村が健康増進法に基づき相談、指導体制を整えることが求められている。

(市町村に委託する事務)

2. 各広域連合は支部を持たず、職員数も限られているため、
被保険者からの健診の申し込みの受付、
被保険者への受診券の発行、
健診機関からの健診結果の受付、
健診結果の被保険者への通知、
健診機関からの請求の確認(実績報告)

については、従来老人保健法に基づく健診事業の主体である市町村の方が容易に実施できる。また、地域特性にあった健診実施体制も構築可能となり、被保険者への利便性も確保できる。

このため、広域連合が健診事業を円滑に実施するためには、市町村への事務委託が重要と考えられる。

～ については、健診機関(市町村医師会等)にとりまとめを委託している場合も多い。

(全部委託と一部委託)

3. 広域連合が健診に関する事務を市町村に委託する際、
(案1) 健診事務を市町村に全部委託する場合、
(案2) 広域連合が健診機関と委託契約をするが、受診券の発行等の事務を市町村に委託する場合(一部委託)
が考えられる。

特に、(案1)の場合、市町村事業との一体的な実施が可能となり、介護予防のための地域支援事業との共同実施、健康増進法に基づく健康相談、

指導との連携も円滑となる等の利点が生じる。

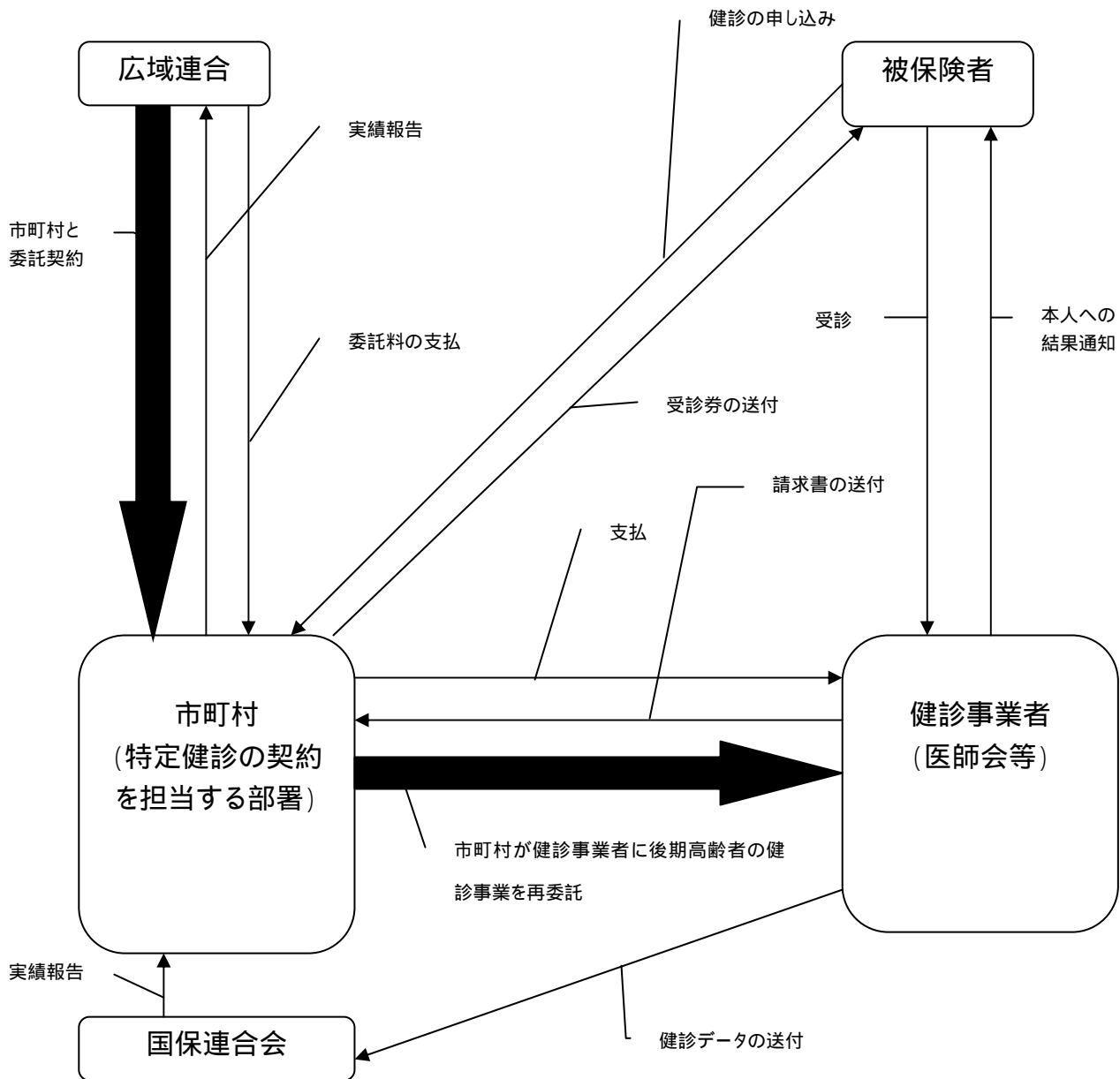
(費用)

- 4 . 保健事業に係る経費については、原則として都道府県内均一保険料で賄うことになるが、受益する事業量によって、各市町村に分賦金等で何らかの負担を求める必要があるのではないか。
- 5 . こうした点も踏まえながら、健診の実施方法については各広域連合と市町村の間で地域の実情に応じて判断していくことが適当。

後期高齢者の保健事業の実施について(案)

< 案1 >

健診事業を市町村に全部委託



< 受診券の発行、他の健診との調整 >
 受診券の発行を市町村で行うことにより、健診対象者への受診勧奨等は市町村毎に実施(今までの市町村の実施方法を踏襲可能)
 重複受診の防止、事前の人数調整等を行うことができる。
 市町村独自事業(上乘せ健診等)や生活機能評価との共同実施を実施することができる。

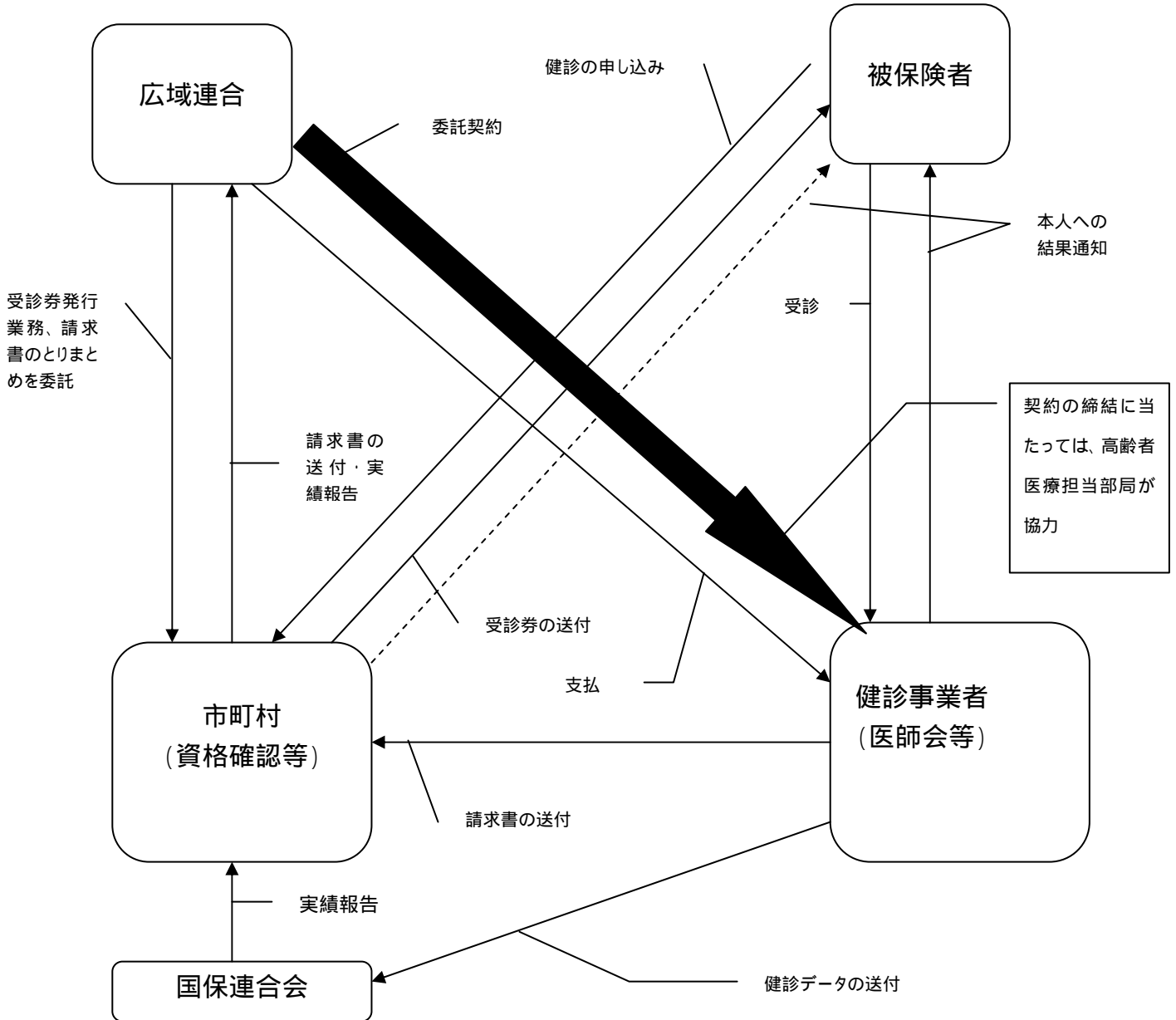
< 支払及び結果の送付について >
 特定健診と一体的な事務処理が可能。

< 健診データの利用 >
 市町村が健診データを利用し、健康相談等を行う際には、本人の同意が必要となる。

後期高齢者の保健事業の実施について(案)

<案2>

広域連合が一部事務(受診券交付、請求書の取りまとめ)を市町村に委託する場合



<受診券の発行、他の健診との調整>
基本的には<案1>と同様である。

<支払及び結果の送付について>

請求書の取りまとめについては、市町村(又は国保連合会)に委託
結果の送付は健診事業者(又は市町村)に委託

広域連合で行うのであれば、
人員の確保が必要

<健診データの利用>

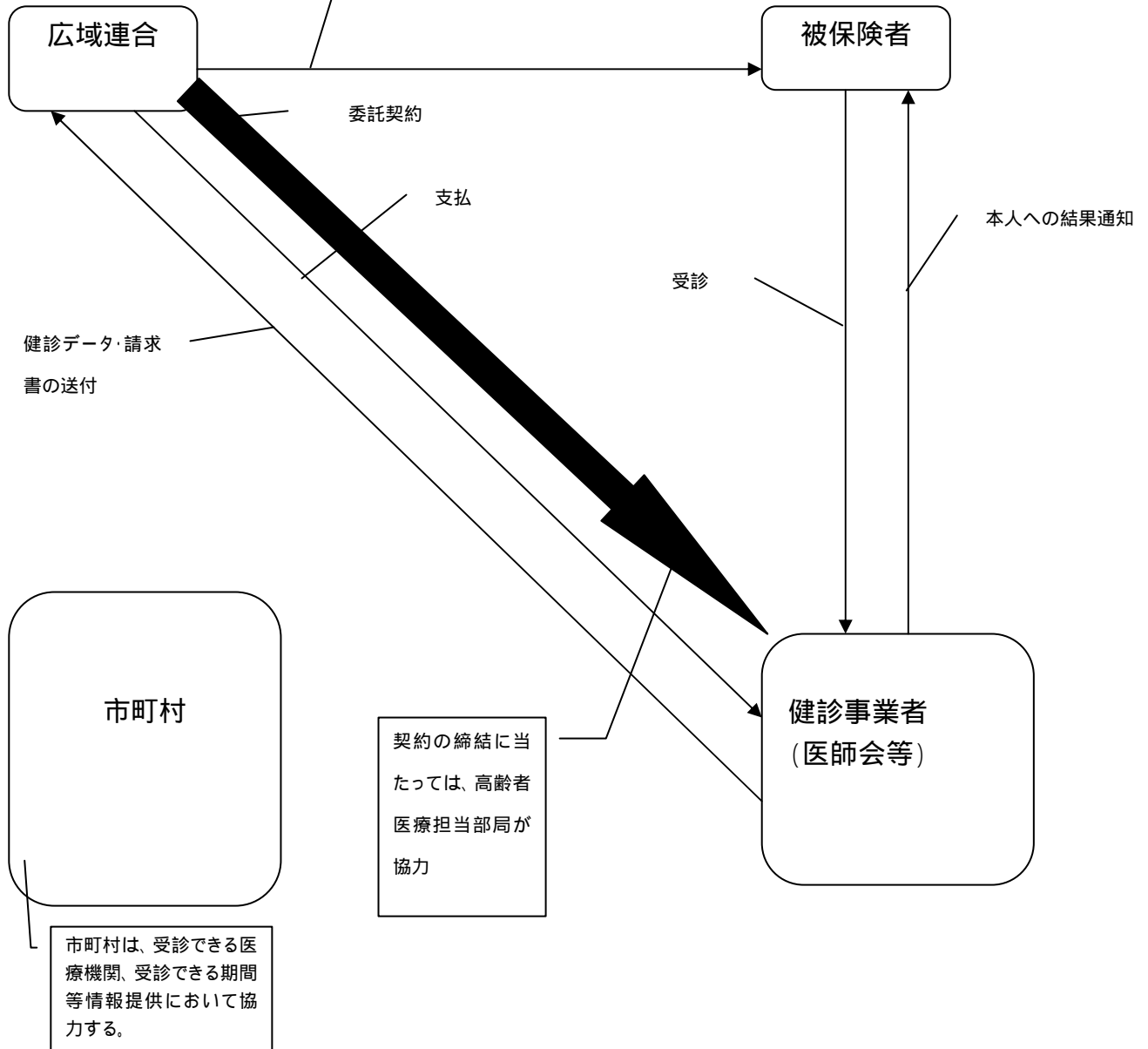
市町村が健診データを利用し、健康相談等を行う際には、本人の同意が必要となる。

後期高齢者の保健事業の実施について(案)

<参考>

広域連合が全部実施する場合

受診券の交付
(全員一律に交付)



< 受診券の発行、他の健診との調整 >

- ・受診券は広域連合が一律に送付(広域連合で申請を受けて個別に送付することは困難)
- ・二重払いの防止は可能であるが、事前の人数把握は困難
- ・事業の周知については、広域連合及び市町村が広報を行う。
- ・生活機能評価との調整は、可能ではあるが市町村担当部局と広域連合との調整が困難

< 支払及び結果の送付について >

- ・支払い及び結果の送付については、広域連合で行うのであれば、人員の確保が必要

< 健診データの利用 >

- ・広域連合がデータを受け取っても市町村が行う健康相談、指導には利用しにくい。

参考

事 務 連 絡
平成19年3月20日

各都道府県・指定都市老人医療主管課（部） 御中
各都道府県・指定都市国民健康保険主管課（部） 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合事務局 御中
各都道府県・指定都市・中核市老人保健事業担当課 御中
各都道府県介護予防事業担当課 御中

厚生労働省保険局
高齢者医療制度施行準備室

厚生労働省保険局
国民健康保険課

厚生労働省老健局老人保健課

厚生労働省健康局
生活習慣病対策室

「各種健診等の連携についての考え方」の送付について

皆様方におかれましては健診事業等の円滑な運営にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成20年4月から、各種健診の実施主体等が変更されることに伴い、各種健診の連携について、現時点における厚生労働省の考え方を別紙のとおりお示しいたしますので、今後の保健事業の実施体制等を検討するにあたり、参考としていただくとともに、貴管内市町村その他関係機関に対する周知について、特段のご配慮をお願いいたします。

各種健診等の連携についての考え方

一 現行制度における各種健診等の連携

1. 基本健診において生活機能評価を同時実施

- (1) 現在、老人保健法において、65歳以上の対象者については、生活機能評価を基本健診において同時に実施するよう求めている。同時実施は、本人の利便性、受診率の向上、検査重複の回避に資する。

老人保健事業の対象外の者（事業者健診において所用の検査を受けている者等）であって、生活機能評価が必要な者については、別途、生活機能評価の項目のみ受診。

- (2) 基本健診により、生活習慣病の観点から要指導とされた65才以上の者は老人保健事業に基づく保健指導は補助対象としていないため、別途、市町村独自の事業として実施している。また、生活機能評価により特定高齢者が把握された場合には介護保険法に基づく介護予防事業の対象となる。このように健診後の事後措置については、制度ごとに行われている。

市町村の独自事業の対象者でも、介護予防に資すると判断される場合には、介護予防事業において集団アプローチとして健康相談や指導の中で対応することは可能としている。

2. 基本健診とがん検診の関係

- (1) がん検診（胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん及び子宮がん）についても、基本健診と、案内、広報は共通、受診券、問診票等を一度に送付、健診機関が対応できる場合には、同時受診、同時受診すれば健診結果を一度に送付（健診機関とは、基本健診と同じ契約、同じシステム上でデータを保存）する等の対応をしている場合がある。

しかしながら、基本健診とは対象者が完全には一致しておらず（例：子宮がんは20歳以上2年毎等）、検査項目も重複しておらず、乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもない。このため、個人が健診ごとに受診せざるを得ない場合も多く、～の対応が行われていない場合もある。

- (2) がん検診で異常が発見された場合には、ただちに精密検査、治療が行われるため、健診の事後指導とは直ちには関係しない。

がん検診以外にも、市町村の独自事業として心電図等をすべての対象者に対して、実施している場合がある。

二 制度改正後の各健診の連携のあり方

1. 今回の制度改正の影響

- (1) 今回の制度改正後は、老人保健法に基づく住民全員を対象とする基本健診はなくなり、以下のとおりとなった。

高齢者医療確保法に基づいて、40歳から74歳の加入者を対象に特定健診が実施される。市町村は、国保保険者の立場として、国保加入者についてのみ健診の実施義務を負う。

被用者保険の加入者は、保険者が特定健診を実施。

市町村の担当課は、保健担当課から国保担当課に変更。(異なる場合もあり得る。)

会計も、一般会計から国保特会に変更。

労働安全衛生法に基づく事業者健診については、従来どおり、実施される。医療保険者は、事業者から、健診データが提出された場合には、事業者健診において実施された項目については、特定健康診査を実施しなくともよい。

75歳以上の住民に対しては、広域連合が保健事業として健診を実施する(努力義務)。広域連合は、健診事務の一部又は全部を市町村に委託することができる。

市町村では、特定健診の担当課(通常国保担当課)が受託。一部委託の場合、受診券の発行、健診結果のとりまとめ等を市町村が受託。

生活機能評価は、市町村が介護保険法に基づいて、65歳以上の介護保険の1号被保険者に対して実施する(義務)。

担当課は、保健担当課から介護保険担当課に変更。(異なる場合もあり得る。)

会計も、一般会計から介護特会に変更。

2. 特定健診と生活機能評価の関係について(65歳~74歳:図1参照)

- (1) 同時実施が望ましいのは従来と同じであるが、その前提条件が変化している。

- (2) 具体的には、
市町村は国保加入者分のみ特定健診を実施し、被用者保険加入者（労働安全衛生法に基づく事業者健診の対象者）の健診については関与しないが、生活機能評価については介護保険の1号被保険者全員を対象として実施する。

特定健診のデータ送付及び費用の請求は国保連（国保分）及び支払基金（被用者保険分）に電子的に送付されるが、生活機能評価は市町村に紙媒体等で送付される。

- (3) 介護保険担当課と国保担当課が連携し、受診券の発行を一緒に行う、健診機関団体等と調整し、両事業を受診できる機関及び受診期間をなるべく同一とするとともに、健診機関において健診と生活機能評価を原則一緒に行うことを決めることにより同時実施することが望ましい。

虚弱な高齢者については、要介護状態等とならないよう速やかに生活機能評価を実施する必要があることから、市町村に対し、通年での実施体制を整えるよう求めている。こうした場合は生活機能評価の単独実施となる。3(2)も同じ。

- (4) 被扶養者についても、「同時に受診し、重複した検査項目を一度ですませる」ことができるよう、担当課は健診機関と受診期間等を調整。(図2参照)

3. 広域連合の保健事業（健診）と生活機能評価の関係（75歳～：図1参照）

- (1) 75歳以上の全住民が、広域連合の保健事業（健診）と市町村が実施する生活機能評価（介護予防事業は1号被保険者）の対象となるので、広域連合は事務を市町村に委託する場合には、同時実施の前提条件は比較的整っている。

- (2) 介護保険担当課と広域連合から受診券の発行を受託した課（国保担当課の場合が多いと考えられる）は、受診券の発行を一緒に行う、健診機関団体等と調整し、両事業を受診できる機関及び受診期間をなるべく同一とするとともに、健診機関において健診と生活機能評価を原則一緒に行うことを決めることにより同時実施することが適当。

- (3) しかしながら、健診のデータ送付及び費用の請求は国保連（国保分）に電子的に送付されるが、生活機能評価は市町村（介護保険担当課）に紙媒体等で送付されることになる。

4. 特定健診と広域連合の保健事業（健診）の関係（図1参照）

- (1) 実施主体、公費負担の有無、住民全員を対象としているか否か、特定健診の項目の内、医師の判断により実施される心電図等は保健事業では実施されない、医療機関受療者に対する保健事業は行われず、階層化を行って特定保健指導を実施するか否か等の違いがある。

- (2) しかしながら、健診項目は基本的にそろっており、医療機関から国保連（ ）に対して電子的に健診データを送信、保存が可能である、ことなどから、両事業は国保担当課、国保連、健診機関において一体的に事務処理することが可能である。

国保連のシステムでは、特定健診のデータの保存だけでなく、受診券の発行情報等も管理。市町村に端末が設けられ、保健指導等に利用できる。

前期高齢者の取扱いには、後期高齢者と共通の事項があることから、後期高齢者の健診は、前期高齢者の延長として取り扱うことが適当である。

5. がん検診等と特定健診・保健事業との関係（図1参照）

- (1) 検査項目が重複しておらず、乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもないことに加え、新たに対象者が一致しない（住民全員を対象とするか否か、対象年齢、性別等々）、市町村の担当課（保健事業の場合は実施主体）、一般会計・特別会計の別、健診データの送付先、保存場所及び費用の請求先、電子化の有無なども異なることとなった。

- (2) したがって、これらは原則として別事業として実施しても差し支えないが、がん検診の受診率の確保を図るために、なるべく保健担当課は他課や医療機関と受診できる期間等を調整。

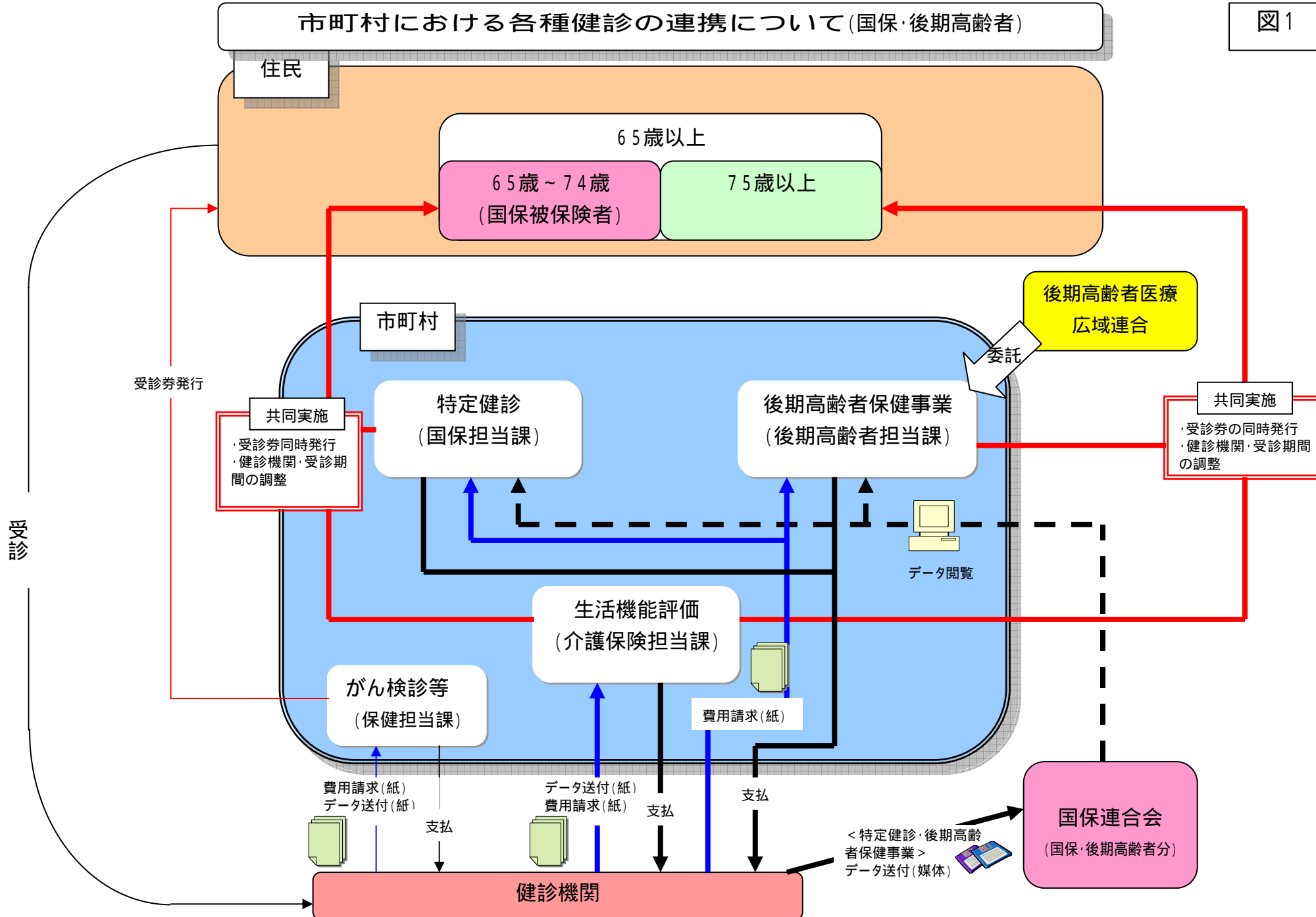
がん検診以外の市町村の独自事業として実施している健診（心電図等）についても、同様に、従来どおり、実施されるよう調整。

6. 執行委託等の活用により保健担当課が各種健診を一括して実施する場合（図3参照）

- (1) 市町村によっては、保健担当課等が一括して全事業の実施委託を受けることにより、がん検診も含めてより一体的な事務の実施を行うことが可能となる。
- (2) 具体的には、市町村の保健担当課等が一括して、受診者に対する広報、受診券、問診票の交付等の事務を実施する、健診機関との契約、実施時期の調整等を行う、関係課から執行委任を受けて健診機関に対する支払いを行う、健診機関から健診データを受け取って関係課に提供すること等が考えられる。
- (3) しかしながら、市町村の部局間の調整が複雑となる割には、住民のメリットは大きくないこと、市町村のシステムにおいて、特定健診の実施状況、生活機能評価の実施状況、がん検診の実施状況を把握できることが前提となることなどから、全ての市町村で実施するよう求めることはしない。

市町村における各種健診の連携について(国保・後期高齢者)

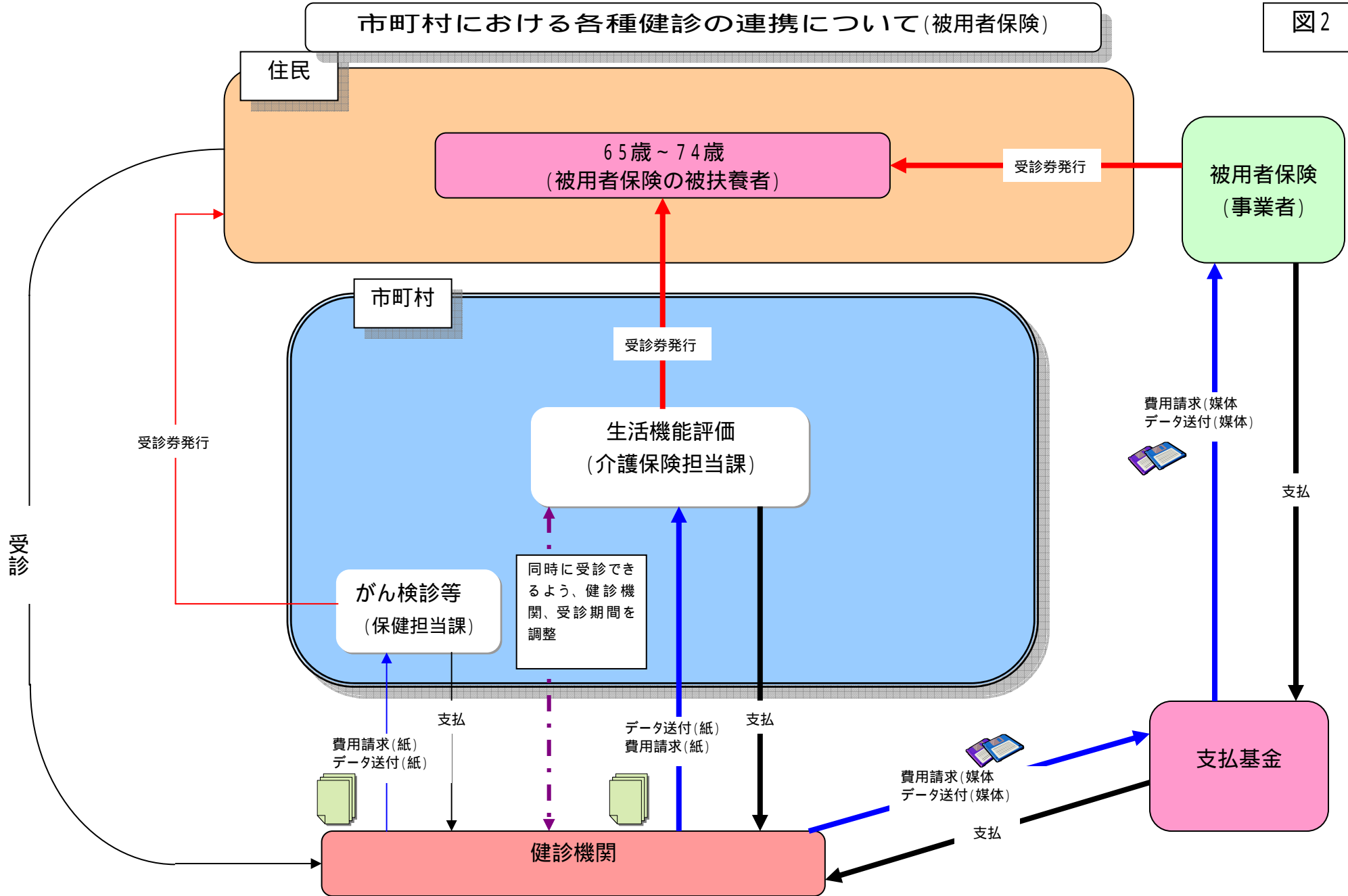
図1



がん健診等についても、同時に受診できるよう、保健担当課が受診券発行、健診機関、健診期間の調整を行う。

市町村における各種健診の連携について(被用者保険)

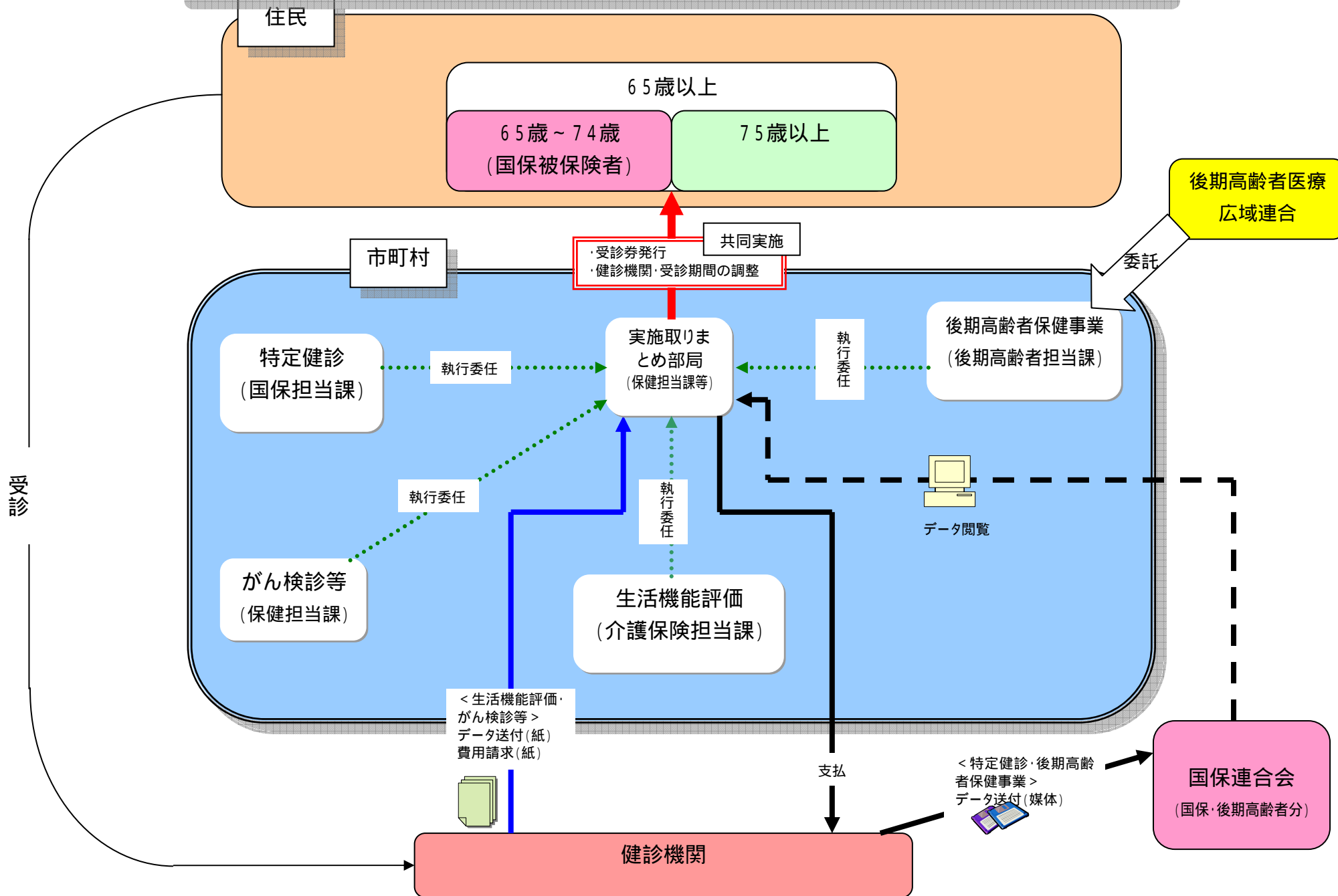
図2



がん健診等についても、同時に受診できるよう、保健担当課が受診券発行、健診機関、健診期間の調整を行う。

市町村における各種健診の連携について(保健担当課等に執行委任)

図3



医療制度改革に関する主なスケジュール

| | 医療費適正化計画 | | 地域ケア体制整備構想 介護保険事業支援計画 | 医療計画 | 健康増進計画 |
|--------|---|---|--|---|--|
| | 特定健診・特定保健指導 | 平均在院日数の短縮、 療養病床の再編成 | | | |
| 18年 7月 | 医療構造改革推進本部の改組、 保険局に医療費適正化対策推進室の設置(国) | 都道府県、保険者の準備 作業の大枠について提示 (国) | 地域ケア整備に 関する研究班の 設置(国)、8つの 都道府県において 地域ケア整備構 想のモデルプラン の作成事業開始 | (18年2月) モデル医療計画の公表 新しい医療計画作成のガイドライン 全国での医療機能調査のための指標 の提示(国) | |
| 8月 | 「保険者による健診・保健 指導の円滑な実施方針に関 する検討会」(以下、保険者 検討会)を発足。以下の項目 について18年度中に結論を 得る。 ・被扶養者に対する健診・保 健指導の提供の仕組み ・特定健診・特定保健指導の 取組の評価 等 | 都道府県、保険者の準備 作業の大枠について提示 (国) | | 全国での医 療機能調査の データ収集の ための調査 票、解説書作 成及び県への 送付(共通に 入手可能な項 目)(国) | (8/18~ 9/16)健康 日本21中間 評価報告書 案(計画策 定において 参考となる 目標値を記 載)のパパコ X実施(国) |
| 9月 | 各都道府県において、医療費適正化対策のための 体制整備(県) | | | | |
| 10月 | | 都道府県において療養病 床を有する医療機関の状 況・意向を把握 | | | 健康増進栄養部会(健康 日本21中間評価報告書案) 健康日本21中間評価作業 チーム(目標値の参酌標準案) |
| 11月 | | | (8~9月)療 養病床アン ケート調査票 の作成、配布 (都道府県) | | 健康増進計画 の策定に向けた 勉強会(先行準 備事業の状況報 告、目標値の参 酌標準、国民運 動の進め方等) |
| 12月 | | | 調査票の回 収・補正(都道 府県) | 医療提供体制の 確保に関する基本方 針(案)の概要を提 示(国) | 都道 府県健康・栄 養調査 等の実施 |
| 19年 1月 | | | 地域ケア整 備に関する研 究班「中間とり まとめ」 | | 健康増進栄養部会(健康 日本21中間評価報告書案) |
| 2月 | | | 調査票の集計・分 析(国、都道府県) | 目標値 設定のため のデー タを提示 (国) | 事業ごとの医療連携 体制の構築に向けて圏 域ごとに医療関係者等 による協議開始(都道府 県) |
| 3月 | 特定健康診査等基本 指針案の提示(国) | 都道府県において医療区 分分布調査結果、中医協慢 性期分科会のとりのまとめ結果 を踏まえた「補正」後の分布 状況の公表 中医協慢性期分科会(医 療区分の分類等の検証・見 直しのとりまとめ) | 地域ケア整 備に関する研 究班に、8つの都道 府県市からモデル プラン原案提出 | 国の試行的な調 査、調査結果の分 析(指標の直接的 把握が困難で代替 指標を用いる場合 等)(国) | 標準的な健診・保健指導に関する検 討会(「標準的な健診・保健指導プロ グラム(確定版)」) |
| 4月 | 医療費適正化計画基本方針 案、全国医療費適正化計画 (案)の提示(国) | | 療養病床アン ケート調査結果公 表(国) | 医療提供体制の確保に関する基本 方針(国) | (4月10日)健康増進栄養 部会(目標値の参酌標準、 都道府県健康増進計画改 定ガイドライン確定版) |
| 5月 | | | 地域ケア体制整備指 針(案)、地域ケア体制整備 構想モデルプランの提示 (国) | 改正医療法の施行 | 健康増進法に基づく(基本方針の改正 案)の提示 |
| 6月 | 特定健康診査等 実施計画の作成 作業(保険者) | 医療費適正化計画計画の作 成作業(都道府県) | 地域ケア体制整備構 想の作成作業開始(都道府 県) | (4~6月) 医療計画 作成指針 の提示 (国) | 都道府県健康増進計画改定ガイド ライン確定版を提示(国) |
| 夏以降 | | | 地域ケア体制整備指 針を通知(国) | (4月~) 医療計画の作業開 始 (都道府県) (4月~初秋月) ・事業ごとの医療連 携体制を構築するた めの関係者による協 議(都道府県) ・医療計画に定める 数値目標の設定及 び達成方策の検討 (都道府県) | 基本方針及びガ イドラインに基づき、 新しい都道府県健康 増進計画の策定作 業 |
| 20年 4月 | 医療費適正化基本方針(国)、全国医療費適正化計 画(国)、都道府県医療費適正化計画(県)、 特定健康診査・特定保健指導基本指針(国)、 特定健診・特定保健指導実施計画(保険者)の施行 | | 市町村・関係団体との 調整、医療機関の転換 意向等の再調査(都道府 県) (秋頃)地域ケア体制整備 構想の策定(都道府県) | 新しい都道府県医療計画の実施 | 健康増進法に基づく(基本方針改正告 示)の施行(国) 新しい都道府県健康増進計画の施行 (都道府県) |

| | 後期高齢者医療制度 | 情報提供 | 医療安全 | 再教育・行政処分 | |
|--------|---|---|--------------------------|----------|---|
| | | | | 医師・歯科医師 | 看護師 |
| 18年 7月 | | | | | |
| 8月 | | | 医療安全省令・通知について関係団体への協力依頼 | | |
| 9月 | 準備委員会設置 | | | | |
| 10月 | 後期高齢者医療の在り方に関する検討開始 | 1. 都道府県を通じた情報提供制度関係都道府県からのヒアリング等 | | | |
| 11月 | | 「医療情報の提供等に関する検討会」における検討<検討内容>・医療機関が報告する情報の範囲 | 医療安全支援センターについて、都道府県と意見交換 | | |
| 12月 | 市町村議会の議決(規約の議決、平成18年度分賦金) | | | | |
| 19年 1月 | 市町村から都道府県知事に対して申請 都道府県知事の設置許可 | パブコム(医療機能情報提供制度関係) | パブコム | | |
| 2月 | 広域連合長選挙 | | | パブコム | |
| 3月 | 広域連合議会 ・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例の制度 ・18年度予算、19年度予算 ・広域計画 後期高齢者医療広域連合の設立期限(19年3月31日まで) 後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方取りまとめ | 2. 広告規制の見直し等 「医療情報の提供等に関する検討会」における検討<検討内容> ・告示で定めるものの範囲 ・ガイドラインの策定 パブコム(広告規制関係) | | | |
| 4月 | | 施行 | 施行 | 施行 | 再教育命令に伴う弁明の聴取に係る手続案 再教育研修の概要案 再教育研修の概要の通知 再教育命令に伴う弁明の聴取に係る手続 再教育研修の概要 戒告等の導入に伴う行政処分の基準等のパブリックコメント 准看護師の取り扱いについて |
| 5月 | | | | | |
| 6月 | | システム整備 | | | |
| 夏以降 | (7月)保険料設定の事前準備 ・市町村住基情報の整理 ・被保険者台帳の作成 ・所得情報の整理 ・医療費の見込み ・関係市町村との保険料設定に関する調整 (11月上旬)広域連合議会(保険料条例制定) | | | | |
| 20年 4月 | 後期高齢者医療制度の施行 | 本格実施 20年度中 | | | 施行 |

医療制度改革に関する都道府県の取組

参考資料2

| | 医療費適正化対策 | 地域ケア体制整備構想 | 医療計画 | 健康増進計画 | 後期高齢者医療制度 | 情報提供 |
|-----------------|--|--|---|---|--|----------------------------|
| 平成18年度 9～12月 | 医療費適正化計画策定体制の整備 保険者に対する特定健診等に関する説明、情報交換 | 地域ケア体制整備構想の策定体制の整備 療養病床を有する全医療機関に対するアンケート調査(10月1日時点)の実施(各医療機関の概況、転換意向、入院患者の状態等の基礎データの収集) | (10～12月) 医療機能調査の実施 | 国が示す都道府県健康増進計画改定ガイドライン(暫定版)を基に、健康増進計画改定に向けた準備作業の実施 (11月) 国が示す都道府県健康・栄養調査マニュアルを活用し、地域の実態を踏まえた目標設定のための調査(都道府県健康・栄養調査)の実施 行政保健師・管理栄養士の配置実態の把握及び今後の配置方針の検討 | <市町村> 広域連合設立準備委員会の設置 規約の策定 市町村議会において、規約の議決 広域連合の設立のための援助 ・広域連合設立準備委員会への職員の出遣 ・都道府県内の市町村に対する説明会 ・その他技術的助言・援助 | |
| 1～3月 | 医療費の現状分析 | 国が示す短期ワークシートを活用し、平成23年度末までの介護サービスニーズの推計を行うとともに、今度の整備方針を検討 国が示す長期ワークシートを活用し、中長期的な介護サービスニーズ及びサービス供給の将来推計を行うとともに、対応方策の検討 | 医療連携体制の構築に向けた圏域ごとの関係者による協議の開始 医療機能調査結果の分析 | 関係者の役割分担・連携促進を行うための地域・職域連携推進協議会の設置及び運営 | <市町村> 都道府県知事に対する広域連合設立許可の申請 都道府県による広域連合の設立許可 (3月中) 広域連合の設立期限 | |
| 平成19年度 4～9月 | 国が示す基本方針を基に医療費適正化計画の策定作業の開始 | 国が示す地域ケア体制整備指針を基に、地域ケア体制整備構想の作成作業の開始 市町村・関係団体等との調整、医療機関の転換意向等の再調査 | | 国が示す基本方針及び都道府県健康増進計画改定ガイドライン(確定版)を基に、健康増進計画の改定作業の開始 行政保健師・管理栄養士の今後の配置方針の決定 | 広域連合・市町村における後期高齢者医療制度の施行準備に対する技術的助言・指導 財政安定化基金の設置準備 | |
| 10～3月 | 特定健診等の保険者間の目標値設定状況の把握 ↓ 特定健診等の目標値、及びそれによる医療費適正化計画の提出 療養病床数の目標値及びそれによる適正化計画の見直しの算出 | (秋頃) 地域ケア体制整備構想の策定 | (初秋) 医療連携体制についての協議終了 計画に位置づける目標値の設定、達成方策の検討 | 地域・職域連携推進協議会において、各実施主体ごとの計画案を踏まえた目標等の決定、役割分担、連携方策の議論 地方厚生(支)局へ健康増進計画改定案の提出(国からの技術的助言) | | システム整備 調査票の作成・送付・収集 |
| 平成20年度 4月 | 医療費適正化計画の策定 | | 新しい医療計画の策定 | 健康増進計画の改定 | 後期高齢者医療制度の開始 | |

都道府県における医療構造改革推進組織の設置状況

< 設置状況 >
 組織設置 4 7
 未設置（検討中含む） 0

< 構成員 >
 知事がトップ 1 (岩手県)
 副知事がトップ 6 (宮城県、山形県、長野県、
 大阪府、兵庫県、徳島県)
 部局長がトップ 3 2
 その他 8

平成19年4月1日現在

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-------|---------------------------|-----------|-------------------|---|-------|------------------------|
| 北海道 | 医療制度改革調整会議 | H18.6.21 | 保健福祉部長 | 保健福祉部次長、保健医療局長、福祉局長、子ども未来推進局長、財政局長、地域振興・計画局長、技監ほか | 10名 | |
| | 医療制度改革調整会議幹事会 | H18.6.21 | 保健医療局次長 | 財政課長、税務課長、市町村課長および保健福祉部関係各課長 | 16名 | |
| | ワーキンググループ | H18.6.21 | 国保課担当主幹 | 財政課、税務課、市町村課の主幹又は主査、保健福祉部関係各課の担当主幹又は主査 | 19名 | |
| | 地域ケア整備構想検討部会 | H18.10.11 | 高齢者保健福祉課長 | 住宅課長および保健福祉部関係各課長 | 9名 | |
| | 地域ケア整備構想検討部会 ワーキンググループ | H18.10.11 | 高齢者保健福祉課 医療参事 | 住宅課の主幹又は主査、保健福祉部関係各課の担当主幹又は主査 | 12名 | |
| 青森県 | 医療制度改革推進会議 | H17年度 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、健康福祉部各課長、 | 8名 | 現在詳細を協議中 } 現在設置を検討中 |
| | 医療制度改革推進PT | | 保健衛生課長 | 健康福祉部各課課長代理、関係GL | 20名程度 | |
| | 医療計画WG | | | | | |
| | 地域ケア整備構想WG 医療費適正化計画WG | | | | | |
| 岩手県 | 岩手県医療制度改革推進本部 | H18.8.21 | 知事 | 副知事、総合政策室長、地域振興部長、保健福祉部長、総務部長、医療局長 | 7名 | |
| | 推進本部幹事会 | H18.8.21 | 保健福祉部保健福祉 企画室長 | 政策推進課政策担当課長、地域企画室交通担当課長、保健福祉部医師確保対策室長、保健福祉企画室企画担当課長、医療国保課総括課長ほか部内総括課長、総務室管理担当課長、医療局病院改革室経営改革監 | 12名 | |
| | 医療制度改革推進本部PT 医療計画PT | H18.8.21 | | 保健福祉企画担当ほか関係各担当、病院改革室、地域企画室(交通担当) | 12名 | |
| | 医療費適正化計画PT | | | 保健福祉企画担当ほか関係各担当 | 5名 | |
| | 地域ケア・療養病床転換推進PT | | | 保健福祉企画担当ほか関係各担当、建築住宅課(住宅担当) | 7名 | |
| | がん対策推進計画PT | | | 保健福祉企画担当ほか関係各担当、病院改革室 | 7名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-----------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|---|----------|----|
| 宮城県 | 医療制度改革推進本部 | H18.10.19 | 副知事 | 副知事, 病院事業管理者, 保健福祉部長等関係部局長等 | 11名 | |
| | 推進本部幹事会 | H18.10.19 | 保健福祉部次長 | 関係部局次長等 | 10名 | |
| | 医療費適正化計画PT | H18.10.19 | | 医療整備課長、長寿社会政策課長、介護保険室長、健康対策課長、国保医療課長、医療政策専門監 | 6名 | |
| | 地域ケア整備構想PT | H18.10.19 | | 長寿社会政策課長、介護保険室長、地域福祉課長、医療整備課長、健康対策課長、住宅課長、医療政策専門監 | 7名 | |
| 地域保健医療計画PT | H18.10.19 | | 医療整備課長、健康対策課長、保健所長、関係課室長等 | 34名 | | |
| 秋田県 | 医療制度改革推進委員会 | H18.5.15 | 健康福祉部長 | 次長(3)、福祉政策課長、社会保障対策監、長寿社会課長、高齢者健康づくり推進リーダー、健康推進課長、医務薬事課長、医務薬事課政策監、保健医療IT化推進リーダー | 12名 | |
| | 医療制度改革推進担当者会議 | H18.5.15 | 福祉政策課社会保障対策監 | 福祉政策課、長寿社会課(+高齢者健康づくり推進チーム)、健康推進課、医務薬事課(+保健医療IT化推進チーム) | 15名 | |
| 山形県 | 医療提供体制検討会議 | H18.5.8 | 副知事 | 健康福祉部関係課長、病院事業局関係課長 | 14名 | |
| 福島県 | 福島県医療制度対策推進会議 | H18.9.14 | 保健福祉部長 | 保健福祉部政策監、関係領域総括参事、関係グループ参事 | 10名 | |
| | 医療費適正化計画WG 地域ケア整備構想WG | H18.9.14 H18.9.14 | | 関係グループの主任主査等 関係グループの主任主査等 | 6名 5名 | |
| 茨城県 | 茨城県医療制度改革推進本部 | H18.11.1 | 保健福祉部長 | 次長、部会各課長、市町村課長、経営管理課長、保健所長会長、企画監 | 16名 | |
| | 総括作業部会 | H18.11.1 | 厚生総務課長 | 関係課業務補佐、企画員、保健所地域保健推進室長 | 13名 | |
| | 医療費適正化計画作業部会 | H18.12.21 | 厚生総務課業務補佐 | 関係課業務補佐、企画員 | 9名 | |
| | 保健医療計画作業部会 | H18.12.6 | 厚生総務課業務補佐 | 関係課業務補佐、企画員、保健所地域保健推進室長等 | 49名 | |
| | 健康増進計画作業部会 | H19.1.10 | 保健予防課業務補佐 | 関係課業務補佐、企画員、保健所地域保健推進室長等 | 28名 | |
| 介護保険事業支援計画等作業部会 | H18.12.21 | 高齢福祉課業務補佐 | 関係課業務補佐、保健所地域保健推進室長 | 10名 | | |
| 栃木県 | 医療制度改革連絡調整会議 | H18.10.25 | 保健福祉部長 | 部内各課長等 | 9名 | |
| | 保健医療計画部会 | | 次長兼保健福祉課長 | 関係各課 | 9名 | |
| | 医療費適正化計画部会 | | 次長兼保健福祉課長 | 関係各課 | 5名 | |
| | 地域ケア・療養病床転換推進部会 健康診査等推進部会 | | 高齢対策課長 健康増進課長 | 関係各課 関係各課 | 6名 4名 | |
| 群馬県 | 医療制度問題連絡会議 | H18.3.28 | 健康福祉課長 | 医務課長、介護高齢課長、保健予防課長、青少年子ども課長、障害政策課長、薬務課長、国保援護課長 | 8名 | |
| 埼玉県 | 医療制度改革関係計画総合調整委員会 | H18.5.15 | 保健医療部副部長 | 関係課長 | 11名 | |
| | 総合調整委員会幹事会 | H18.5.15 | 保健医療政策課長 | 関係課副課長 | 8名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-------|---|-----------|-----------|--|-----|----------------------------|
| 千葉県 | 医療制度改革推進庁内連絡会議 | H18.5.16 | 健康福祉部理事 | 健康福祉部参事、関係各課長 | 18名 | |
| | 後期高齢者医療制度部会 | | 保険指導課長 | 関係各課長及び室(班)長 | 8名 | |
| | 健康増進計画部会 | | 健康づくり支援課長 | 関係各課長及び室(班)長 | 10名 | |
| | 医療計画部会 | | 健康福祉政策課長 | 関係各課長及び室(班)長 | 15名 | |
| | 医療費適正化計画部会 | | 健康福祉政策課長 | 関係各課長及び室(班)長 | 10名 | |
| | 医療制度改革PT | | 健康福祉部参事 | 関係各課室員 | 5名 | |
| 東京都 | 医療制度改革関連計画総合調整会議 | H19.4(予定) | 福祉保健局長 | 福祉保健局技監、医療制度改革関連計画所管部長等 | 12名 | 福祉保健局において、各計画の所管部門で連携して対応。 |
| | 福祉保健局専門・技術会議 | H18.5.16 | 福祉保健局技監 | 健康安全室長、総務部企画担当部長、総務部職員課長、保健政策部参事、高齢社会対策部長、健康安全室参事、児童相談センター次長ほか | 9名 | |
| 神奈川県 | 神奈川県医療制度改革推進会議 | H18.12.19 | 保健福祉部長 | 保健福祉部副部長、次長、参事、保健福祉総務課長、地域保健福祉課長、健康増進課長、高齢福祉課長、医療課長、薬務課長、県立病院課長 | 12名 | |
| | 連携推進ワーキングチーム | H18.12.19 | | 関係課員 | | |
| 山梨県 | 山梨県医療制度改革推進会議 | H18.10.16 | 福祉保健部長 | 福祉保健部次長、福祉保健部参事、福祉保健部保健監、福祉保健部主幹ほか関係課長 | 13名 | |
| | 地域保健医療計画部会 医療費適正化計画部会 地域ケア整備構想部会 健康増進計画部会 後期高齢者医療制度部会 | | | 医務課ほか 医務課ほか 長寿社会課ほか 健康増進課ほか 国保援護課ほか | | |
| 新潟県 | 新潟県医療制度改革推進本部 | H18.10.11 | 福祉保健部長 | 福祉保健部副部長、福祉保健課長、医薬国保課長、高齢福祉課長、健康対策課長ほか | 7名 | |
| | 連携推進ワーキングチーム | | | 関係課係長等 | | |
| 長野県 | 長野県医療制度改革連絡調整会議 | H18.11.1 | 副知事 | 社会部長、衛生部長、社会参事、衛生技監、企画課長、財政課長、福祉政策課長、長寿福祉課長、医療政策課長、健康づくり支援課長ほか関係課長 | 13名 | |
| | 幹事会 | H18.11.1 | 医療政策課長 | 福祉政策課長、長寿福祉課長、健康づくり支援課長ほか関係課の係長 | 19名 | |
| | 医療費適正化計画PT | H18.11.1 | 医療政策課長 | 医療政策課ほか関係課の担当職員 | 12名 | |
| | 地域ケア・療養病床転換推進PT | H18.11.1 | 長寿福祉課長 | 長寿福祉課ほか関係課の担当職員 | 12名 | |
| | 健康診査等推進PT | H18.11.1 | 健康づくり支援課長 | 健康づくり支援課ほか関係課の担当職員 | 11名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-------|--|--|--|---|-----------------------------------|---|
| 富山県 | 医療制度改革連絡調整会議 | H18.9.1 | 厚生部長 | 参事、厚生企画課長、高齢福祉課長、医務課長、健康課長、障害福祉課長 厚生企画課、高齢福祉課、医務課、健康課 高齢福祉課、医務課、厚生企画課 医務課、高齢福祉課、厚生企画課、健康課 健康課、厚生企画課 | 7名 | |
| | 医療費適正化計画チーム 地域ケア整備構想チーム 医療計画チーム 健康増進計画チーム | | | | | |
| 石川県 | 石川県医療制度改革推進本部 | H18.10.27 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、障害保健福祉課長、厚生政策課長、長寿社会課長、子ども政策課長、子育て支援課長、障害保健福祉課長、医療対策課長、健康推進課長、薬事衛生課 | 11名 | |
| | 医療費適正化計画WG 健康フロンティア推進WG 地域ケア整備構想WG 医療計画WG | | | 医療対策課医療計画Gほか 健康推進課健康推進G 長寿社会課施設サービスGほか 医療対策課担当課長、医療対策課医療計画Gほか | | |
| 福井県 | 医療費適正化推進会議 | H18年4月 | 健康福祉部長 | 健康福祉部企画幹、企画参事、関係課(医務薬務課、健康増進課、長寿福祉課) | 5名 | |
| | 医療費適正化計画策定チーム | H18.8.1 | 健康福祉部企画幹 | 健康福祉部企画幹、長寿福祉課参事、政策推進G、医務薬務課、健康増進課、長寿福祉課の総括主任、主任等 | 12名 | |
| 岐阜県 | 岐阜県健康福祉部医療制度改革推進会議 | H18.9.19 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、医療技監、関係課長 | 12名 | |
| | ワーキンググループ 生活習慣病対策関係WG 療養病床再編WG 医療計画策定WG 医療費適正化計画WG 医師確保対策WG 医療機関情報開示WG | H18.9.19 | 医療技監 国民健康保険課長 高齢福祉課長 健康福祉政策課長 健康福祉政策課長 医療整備課長 薬務水道課長 | 健康福祉政策課長、ほか | 6名 4名 11名 7名 5名 4名 | |
| 静岡県 | 医療制度改革プロジェクトチーム | H17年12月 | 静岡県理事 | 健康福祉総室長、その他部内各関係室長 | 15名 | |
| | 生活習慣病予防WG 療養病床再編成・在宅医療・地域ケア推進WG 医療機関の機能分化・連携WG 医療費の見直し算出WG | H18.8.18 H18.8.18 H18.8.18 H18.8.18 | | 健康増進室ほか関係室 長寿健康政策室、医療室ほか関係室 企画経理室ほか関係室 企画経理室ほか関係室 | | |
| 愛知県 | 医療制度改革対策チーム | H18.1.20 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、健康担当局長、健康担当局次長、技監、医療制度改革監、関係課長 | 16名 | 平成19年度に副知事をトップとし、住宅政策部局を含めた推進会議の設置を検討中。 |
| | ワーキンググループ | | | 関係課班長(主幹等) | 11名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-------|--|----------|-------------------------|--|----------|----------|
| 三重県 | 三重県医療制度改革対策本部 | H18年7月 | 健康福祉部長 | 医療政策監、総括室長、部内関係室長等 | 15名 | |
| | 作業部会 医療費適正化計画策定部会 地域ケア整備構想策定部会 医療計画策定部会 健康増進計画の見直し部会 | | | 生活保障室ほか関係室 長寿社会室ほか関係室 医療政策室ほか関係室 健康づくり室ほか関係室 | | |
| 滋賀県 | 医療費適正化計画策定連絡調整会議 | H18.6.20 | 健康福祉部技監 | 健康福祉政策課長、健康推進課長、元気長寿福祉課長、 医療保険課長、東近江地域健康福祉部長 | 7名 | 他に嘱託職員2名 |
| | 連絡員会議 | H18.6.20 | | 健康福祉政策課参事、関係課室参事等 | 10名 | |
| | 医療制度改革推進室 | H19.4.1 | 健康福祉部技監 | 医務業務課職員 | 8名 | |
| 京都府 | 京都府医療制度改革推進本部 | H18年7月 | 保健福祉部長 副知事 (特別参与) | 保健福祉部長次長(2)、保健福祉部理事、総務部次長、 関係室長 | 18名 | |
| | 地域ケア確保推進指針 推進チーム | H19.4 | 介護保険推進室長 | 介護保険推進室、介護保険事業室、医療室、医療保険室 関係職員 | | |
| | 医療計画・健康増進計画 推進チーム | H19.4 | 保健福祉企画室長 | 保健福祉企画室、健康増進室、医療室、医療保険室関係 関係職員 | | |
| | 医療費適正化計画 推進チーム | H19.4 | 医療保険室長 | 医療保険室、医療室、健康増進室関係職員 | | |
| | 特定健診・特定保健指導 推進チーム | H19.4 | 健康増進室長 | 健康増進室、医療保険室関係職員 | | |
| 大阪府 | 大阪府医療構造改革推進本部 | H18.9.28 | 副知事 | 健康福祉部長、福祉政策監、医療監、健康福祉部次長、 関係室課長 | 16名 | |
| | 医療制度構造改革PT | H18.1 | 健康福祉部長 | 福祉政策監、医療監、次長、関係各室課長 | 15名 | |
| 兵庫県 | 兵庫県医療構造改革推進会議 | H18.8.31 | 副知事 | 健康生活部長、福祉参事兼生活企画局長、健康局長、社会 福祉局長、健康福祉政策課長ほか関係課長 | 13名 | |
| | 医療費適正化計画PT | H18.8.31 | 福祉参事兼生活企画局長 | 医療保険課長ほか関係課長 | 8名 | |
| | 地域ケア・療養病床転換推進PT | H18.8.31 | 社会福祉局長 | 高齢社会課長ほか関係課長 | 7名 | |
| | 健康診査等推進PT | H18.8.31 | 健康局長 | 健康増進課長ほか関係課長 | 7名 | |
| 奈良県 | 奈良県医療制度改革推進本部 | H18.9.21 | 福祉部長 | 健康安全局長、福祉政策課長、長寿社会課長、保険福祉 課長、医務課長、健康増進課長 | 7名 | |
| | 医療制度改革に伴う福祉・医療・ 健康に係る庁内連絡調整会議 | H18.6.26 | | 長寿社会課長、保険福祉課長、医務課長、健康増進課長 | 4名 | |
| 和歌山県 | 和歌山県医療構造改革推進本部 | H18.11.6 | 福祉保健部長 | 技監(健康局長)、福祉保健政策局長、福祉保健総務課 長、長寿社会推進課長、介護予防推進室長、障害福祉課 長、医務課長、健康づくり推進課長 | 9名 | |
| | 医療費適正化計画作業部会 地域ケア整備・療養病床転換推進部会 | | | 関係課員 関係課室員 | 7名 8名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|-------|---|-----------|----------|--|-----|--------------------------------------|
| 鳥取県 | 医療構造改革PT | | 福祉保健部次長 | 福祉保健課企画調整担当、長寿社会課長、医務薬事課長、健康対策課長 | | |
| 島根県 | 医療制度改革推進会議 | H18.7.20 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、医療統括監および関係課長等 | 15名 | |
| | 医療制度改革推進会議幹事会 | H18.7.20 | | 健康福祉総務課、医療対策課、健康推進課、高齢者福祉課担当職員 | 11名 | |
| 岡山県 | 医療費適正化対策推進チーム | H18.7.14 | 長寿社会対策課長 | 保健福祉課長、施設指導課長、健康対策課長、各関係課班長等 | 14名 | 副知事をトップとする医療制度改革に関する推進本部を近日中に設置する予定。 |
| 広島県 | 広島県医療制度改革推進協議会 | H18.9.1 | 福祉保健部長 | 部内総務管理局长ほか関係局長、福祉保健総務室長ほか関係室長 | 12名 | |
| | 医療費適正化計画部会 | H18.9.1 | 総務管理局长 | 医療保険室長、福祉保健総務室長ほか関係室長 | 14名 | |
| | 地域ケア整備構想部会 | H18.9.1 | 社会福祉局長 | 高齢者支援室長、福祉保健総務室長ほか関係室長 | 9名 | |
| | 医師確保対策部会 | H18.9.1 | 保健医療局長 | 医療対策室長、福祉保健総務室長ほか関係室長 | 6名 | |
| 山口県 | 山口県医療制度改革推進会議 | H19.3.16 | 健康福祉部長 | 健康福祉部次長、審議監(2)、厚政課長、医務保険課長、健康増進課長、長寿社会課長 | 8名 | |
| 徳島県 | 徳島県医療制度改革推進会議 | H18.12.1 | 副知事 | 保健福祉部長、長寿こども政策局長、次長、参事、関係各課長、関係各室長 | 16名 | |
| | 医療費適正化計画策定部会 | H18.12.1 | 国保医療室長 | 保健福祉政策課長、医療政策課長、健康増進課長ほか関係課室長 | 8名 | |
| | 医療計画策定部会 | H18.12.1 | 医療政策課長 | 保健福祉政策課長、国保医療室長、健康増進課長ほか関係課室長 | 11名 | |
| | 健康増進計画策定部会 | H18.12.1 | 健康増進課長 | 保健福祉政策課長、医療政策課長、国保医療室長ほか関係課室長 | 7名 | |
| 香川県 | 香川県医療制度改革対策PT | H18.5.10 | 健康福祉部長 | 健康福祉部長、次長、関係課長、医療主幹 | 9名 | |
| | ワーキンググループ | | | 関係課グループリーダー | 14名 | |
| 愛媛県 | 愛媛県医療制度改革推進会議 | H18.12.15 | 保健福祉部長 | 保健福祉部管理局长、健康衛生局长、生きがい推進局长、関係課長等 | 11名 | |
| | ワーキンググループ 医療確保対策班 医療費適正化対策班 療養病床再編・地域ケア整備構想策定班 | | | 関係課室員 関係課室員 関係課室員 | | |
| 高知県 | 医療費適正化プロジェクトチーム | H18年6月 | | 国保指導課、医務薬務課、健康づくり課、高齢福祉課の課長補佐級以下で構成 | 12名 | |

| 都道府県名 | 名称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備考 |
|----------------|-------------------------------|-----------|----------------|--|-----|----|
| 福岡県 | 社会保障費適正化プロジェクトチーム | H18.2.15 | 保健福祉部長 | 保健福祉部次長、医監、関係課長 | 15名 | |
| | 老人医療WG | H18.2.15 | 医監 | 国保・援護課長、関係課課長補佐及び係長 | 12名 | |
| | 地域ケア整備構想策定検討会 | H18.10.6 | 保健福祉部長 | 保健福祉部次長、医監、関係課長 | 8名 | |
| 佐賀県 | 佐賀県医療制度改革関連計画等連絡会 | H18.7.21 | 健康福祉本部長 | 健康福祉本部副本部長、長寿社会課長、医務課長、国民健康保険課長、健康増進課長 | 7名 | |
| | 佐賀県医療制度改革関連計画等連絡会 | H18.7.21 | 国民健康保険課副課長 | 長寿社会課副課長、医務課副課長、健康増進課副課長 | 4名 | |
| 長崎県 | 医療構造改革対応プロジェクトチーム | H18.3.3 | 福祉保健部長 | 福祉保健部次長、参事監、福祉保健課長(参事監)、医療政策課長、国保・健康増進課長、長寿社会課長、薬務行政室長、障害福祉課長、原爆被爆者対策課長 | 10名 | |
| | 医療資源の適正配置WG | H18.3.3 | 医療政策課長 | 関係課職員 | 9名 | |
| | 高齢者対策WG | H18.3.3 | 長寿社会課長 | 関係課職員 | 7名 | |
| | 地域保健医療対策WG | H18.3.3 | 国保・健康増進課長 | 関係課職員 | 9名 | |
| 熊本県 | 医療制度改革対策会議 | H18.10.18 | 健康福祉部長 | 医監、健康福祉部次長、健康福祉部各課長 | 16名 | |
| | ワーキンググループ | | | | | |
| | 総合企画調整WG | | 医療政策総室長 | 関係課(総室・室)長 | 5名 | |
| | 医師確保対策WG | | 医療政策総室長 | 関係課(総室・室)長 | 7名 | |
| | 保健医療計画策定WG | | 医療政策総室長 | 関係課(総室・室)長 | 15名 | |
| | 生活習慣病対策WG | | 健康づくり推進課長 | 関係課(総室・室)長 | 9名 | |
| | 地域ケア整備構想策定WG | | 高齢者支援総室長 | 関係課(総室・室)長 | 5名 | |
| | 後期高齢者医療制度対策WG | | 国保・老人医療室長 | 関係課(総室・室)長 | 6名 | |
| 大分県 | 医療制度改革推進会議 | H19.2.28 | 福祉保健部長 | 県医監、審議監、関係課室長 | 13名 | |
| | 医療費適正化計画作業部会 | | 国保医療室長 | 関係課職員 | | |
| | 地域ケア・療養病床転換作業部会 地域医療計画作業部会 | | 介護保険室長 医務課長 | 関係課職員 関係課職員 | | |
| 宮崎県 | 宮崎県医療制度改革推進会議 | H19.3.19 | 福祉保健部長 | 福祉保健部次長(2)、福祉保健課長、医療薬務課長、国保・援護課長、高齢者対策課長、児童家庭課長、障害福祉課長、衛生管理課長、健康増進課長、病院局経営管理課長 | 12名 | |
| | 推進会議幹事会 | H19.3.19 | 福祉保健課長補佐 | 関係課課長補佐 | 9名 | |
| | ワーキンググループ | | | | | |
| | 医療費適正化計画WG | | | 関係課職員 | 11名 | |
| | 宮崎県保健医療計画WG | | | 関係課職員 | 18名 | |
| 健康みやざき行動計画21WG | | | 関係課職員 | 8名 | | |
| 地域ケア整備構想WG | | | 関係課職員 | 7名 | | |

| 都道府県名 | 名 称 | 設置年月日 | 組織の長 | 主な構成員 | 人数 | 備 考 |
|-------|---|----------|-----------|---|-----|--|
| 鹿児島県 | 鹿児島県医療構造改革推進本部 | H18.5.22 | 保健福祉部長 | 保健福祉部次長(2)、参事、関係課長 | 16名 | 推進本部幹事会並びにワーキンググループについては、内容等を大幅に見直す予定。 |
| | 推進本部幹事会 | H18.5.22 | 保健福祉部参事 | 関係課長 | 12名 | |
| | 保健医療計画に関するWG 健康増進計画に関するWG 医療費適正化計画に関するWG | | | 関係各課 関係各課 関係各課 | | |
| 沖縄県 | 沖縄県医療制度改革推進本部 | H19.4.1 | 福祉保健部長 | 保健衛生統括監、福祉企画統括監、病院事業局次長、建築都市統括監 | 5名 | |
| | 推進本部幹事会 | H19.4.1 | 保健衛生統括監 | 福祉保健企画課長、医務・国保課長、高齢者福祉介護課長、健康増進課長、障害保健福祉課長、業務衛生課長、県立病院課長、住宅課長 | 9名 | |
| | 総合企画調整プロジェクトチーム ワーキングチーム 医療費適正化計画に関するWT 地域ケア整備構想に関するWT | H19.4.1 | 医療制度改革専門監 | 各課計画担当班長 関係課職員 関係課職員 | | |

「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)」に関連して
留意すべき事項について

平成 19 年 4 月 17 日
保険局総務課
医療費適正化対策推進室

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)(以下「基本方針」という。)のうち、療養病床の数に関する数値目標の設定に当たっては、以下の点に留意願いたい。

- (1) 基本方針では、まず、入院者の医療の必要度に応じた算式による数値(a-b+c)を算出することとしているが、これは、足元(平成20年度時点)での必要数である。

上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して、平成24年度末時点での目標数を設定すること。

これに際しては、

- ・ 必要とする病床数が増える要因としては、「後期高齢者人口の伸び率」を勘案すること、
 - ・ この「後期高齢者人口の伸び率」の増加分から、減少する方向の要因として、「救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等」を勘案すること、
- という趣旨であることに留意し、この考え方に沿って目標数を設定すること。

- (2) 基本方針において、医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数の算定に当たっては、以下のように考えている。

ア. 医療区分1の患者については、全ての者に相当する病床数を転換対象として積算している。

- ・ なお、医療区分1の患者の中にも、経管栄養や胃ろう等の一定の医学的管理を必要とする者が含まれるが、これらの者については、一定程度状態の安定も見込まれ、介護施設等において当該患者に対する医

療提供も含めて対応することが可能かつ適切と考えられる。

イ. また、医療区分2の患者の3割に相当する病床数を転換対象として積算しているが、この「3割」については、医療区分2の患者の一部にも、一定程度状態の安定が見込まれ適切な人員配置により対応が可能である者も存在すると考えられることから、今後の老人保健施設等における医療提供の在り方の見直しの動きも勘案して、設定したものである。

・具体的には、医療区分2の患者のうち、うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍などの項目に該当する者の一部を想定しており、これらの者を合計すると、約3割を占めているところである。

(3) 医療区分については、中医協慢性期入院医療の包括評価調査分科会で現在議論されているところであるが、現在の医療区分については概ね妥当と評価されていることから、参酌標準では現行の医療区分の設定をそのまま用いることとしている。

(4) なお、療養病床の再編成は、法律上医療機関の意向に反してでも強制的に行うことができることとはされておらず、今後の医療・介護改革の方向性や、地域におけるニーズの動向、転換先の老人保健施設等における医療提供の在り方の検討結果等を踏まえて、医療機関自らの判断によって実現されていくものである。都道府県においては、このための必要な情報の提供や働きかけなどに努められたいこと。