

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>

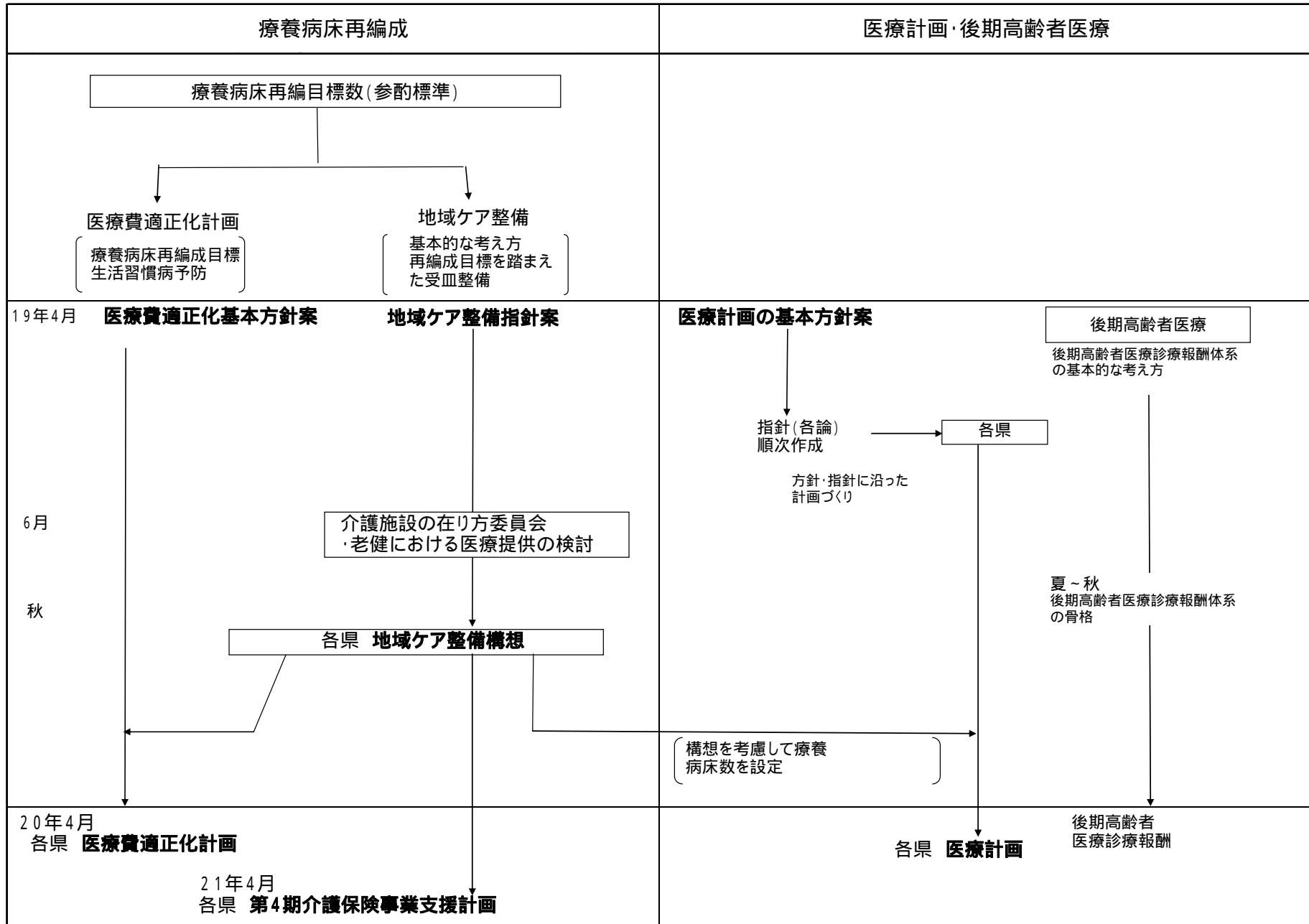
- 1 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について
（資料5-1、2）…1
- 2 全国医療費適正化計画（案）（資料5-3）…23
- 3 特定健康診査等基本指針（案）について（資料5-4）…39
- 4 後期高齢者の保健事業について（資料5-5）…70

<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。

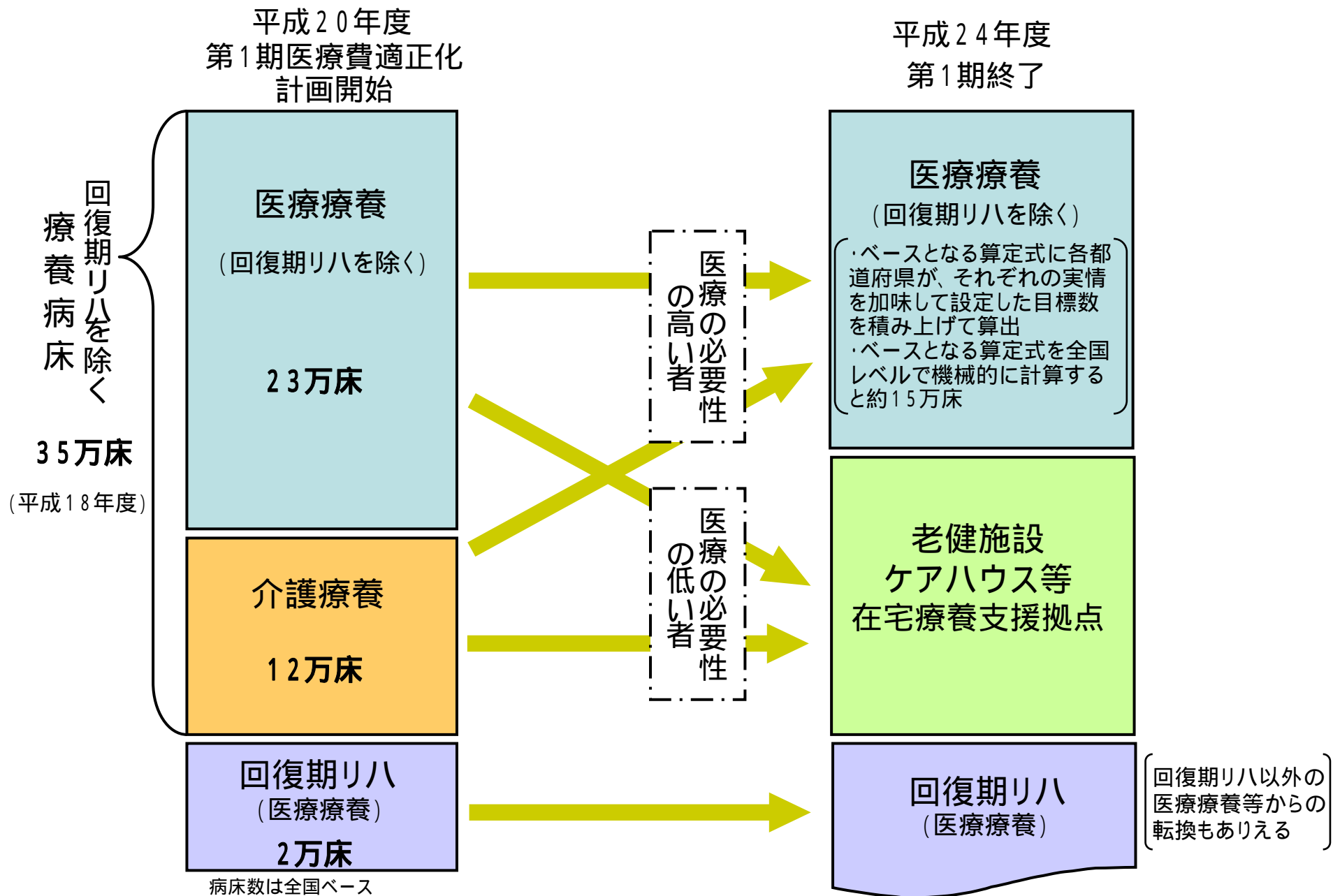
(注) 全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえて設定する。

(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百九十二号）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

計画の達成状況を評価し、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

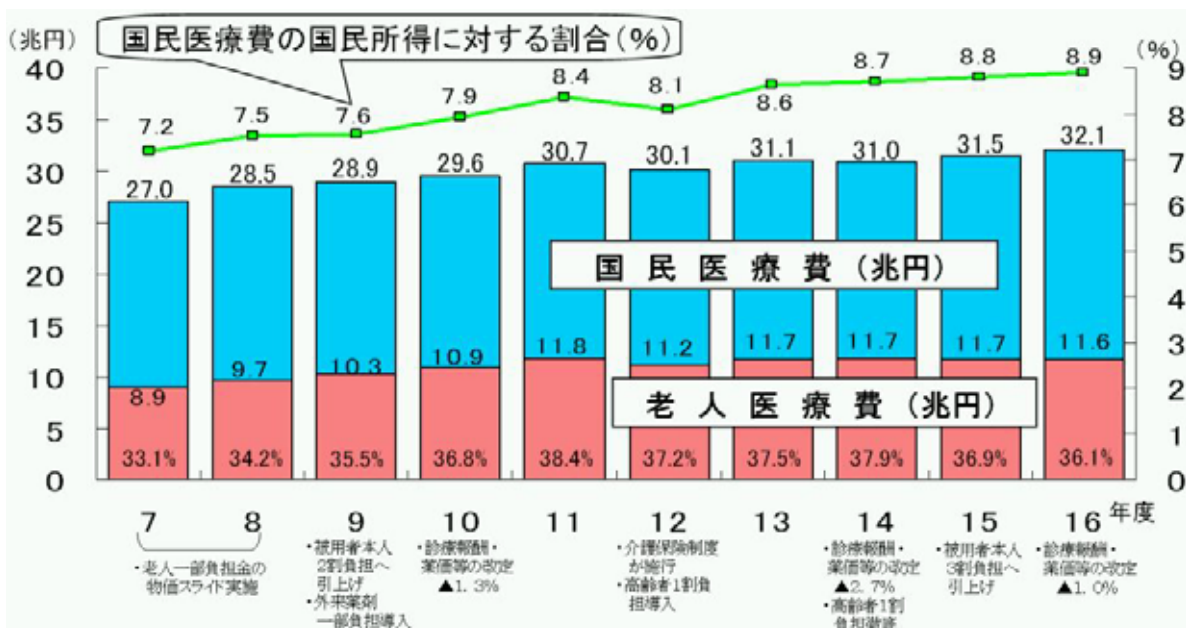
1 現状

(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。

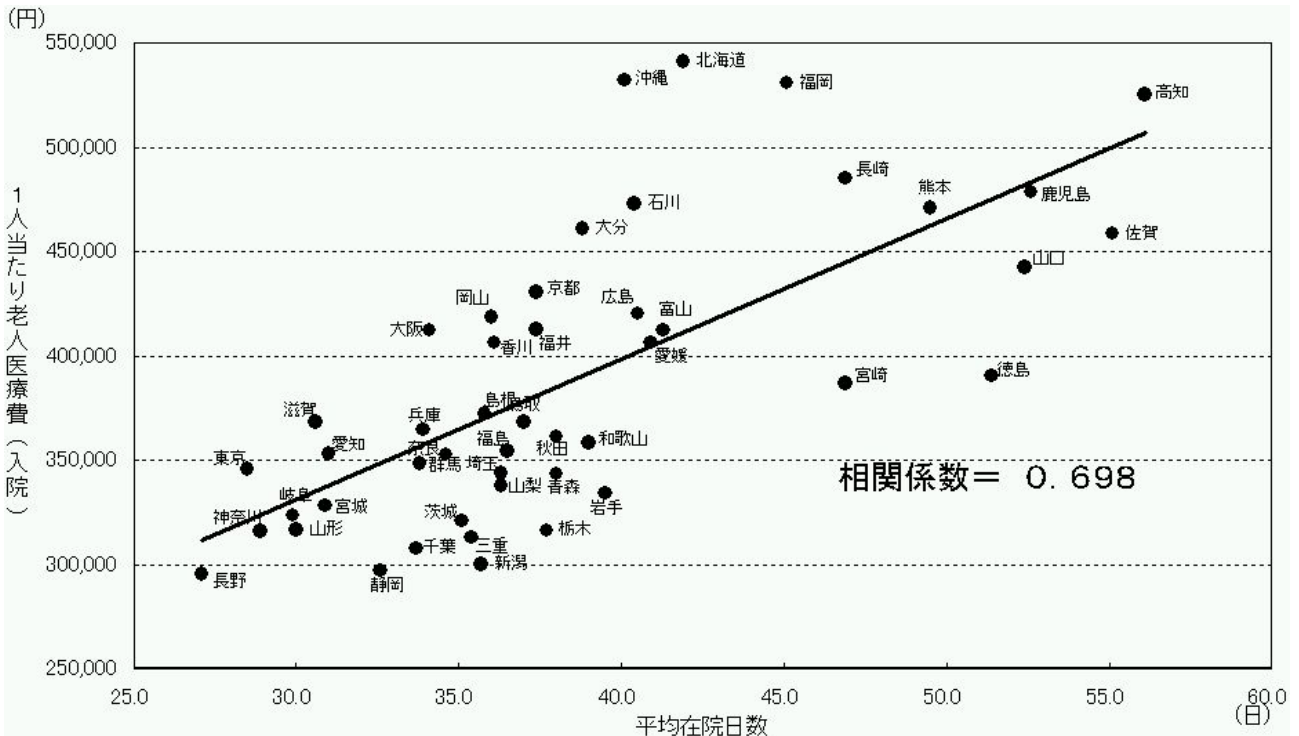
都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の関係をみると、高い相関関係にある(図表4参照)。

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



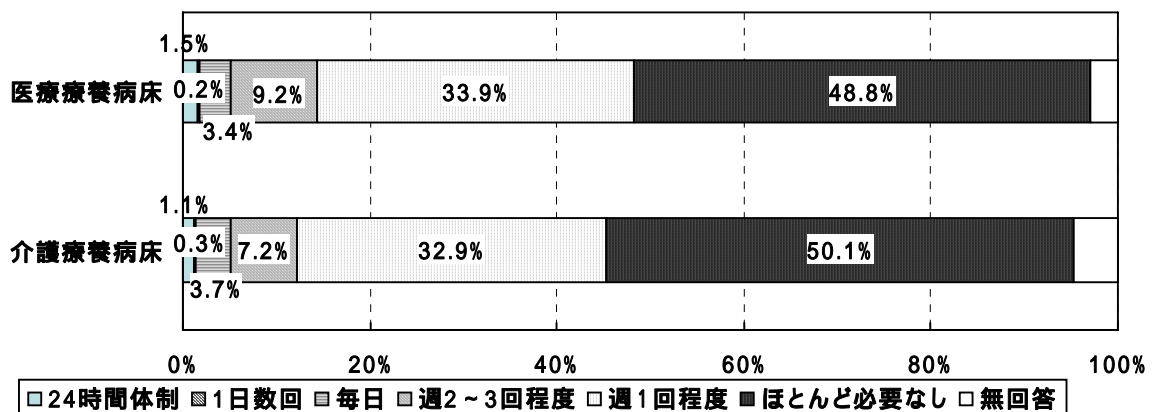
資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成16年度)より作成

(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)

