

第2期医療費適正化計画の実績に関する評価
(実績評価)

平成31年3月

厚生労働省

目次

第一	実績に関する評価の位置付け	1
一	医療費適正化計画の趣旨	1
二	実績に関する評価の目的	1
第二	医療費の動向等	2
一	全国の医療費について	2
二	都道府県別の医療費について	4
三	生活習慣病の有病者及び予備群の状況	6
第三	目標・施策の達成状況等	8
一	国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況	8
1	特定健康診査	8
2	特定保健指導	11
3	メタボリックシンドローム該当者及び予備群	14
4	たばこ対策	16
二	国民の健康の保持の推進に関する施策の取組状況	17
1	特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組	17
2	たばこ対策に関する取組	21
三	医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況	23
1	医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮	23
2	後発医薬品の使用促進	25
四	医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況	27
1	医療機能の分化・連携等に向けた取組	27
2	後発医薬品の使用促進に向けた取組	30
第四	第2期医療費適正化計画に掲げる施策による効果	31
一	平均在院日数の短縮による医療費適正化効果	31
二	特定保健指導の実施に係る効果	32
第五	医療費推計と実績の比較・分析	33
一	第2期医療費適正化計画における医療費推計と実績の差異について	33
二	医療費の伸びの要因分解	36
第六	今後の課題及び展望	38
一	国民の健康の保持の推進	38
二	医療の効率的な提供の推進	38
三	今後の展望	38

第一 実績に関する評価の位置付け

一 医療費適正化計画の趣旨

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の変化により、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、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要がある。

このための仕組みとして、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 31 号。以下「国保法等改正法」という。）による改正前の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。）第 8 条第 1 項の規定により、厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、5 年ごとに、5 年を 1 期として医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めることとされ、法第 9 条第 1 項の規定により、都道府県は、医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を各都道府県が定めることとされている。

これを踏まえ、平成 25 年度から平成 29 年度までを計画期間として、厚生労働大臣は第 2 期全国医療費適正化計画を、各都道府県は第 2 期都道府県医療費適正化計画をそれぞれ策定した。

なお、国保法等改正法により、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の計画期間が 6 年となったことを踏まえ、平成 30 年度から平成 35 年度までを計画期間として、厚生労働大臣は第 3 期全国医療費適正化計画を、各都道府県は第 3 期都道府県医療費適正化計画を策定し、現在、これらの計画に基づき、医療費適正化に関する施策を実施している。

二 実績に関する評価の目的

医療費適正化計画は定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆる P D C A サイクルに基づく管理を行うこととしている。このための仕組みとして、法第 12 条第 1 項の規定により、都道府県医療費適正化計画については、計画期間の終了の翌年度において、目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価（以下「実績評価」という。）を行うものとされており、第 2 期の計画期間が平成 29 年度で終了したことから、各都道府県において、平成 25 年度から平成 29 年度までの第 2 期都道府県医療費適正化計画の実績評価を行った。

また、厚生労働大臣は、同条第 3 項の規定により、全国医療費適正化計画の実績評価を行うとともに、各都道府県からの報告を踏まえ、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績評価を行うものとされている。これを踏まえ、今回、第 2 期全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の実績評価を行うものである。

第二 医療費の動向等

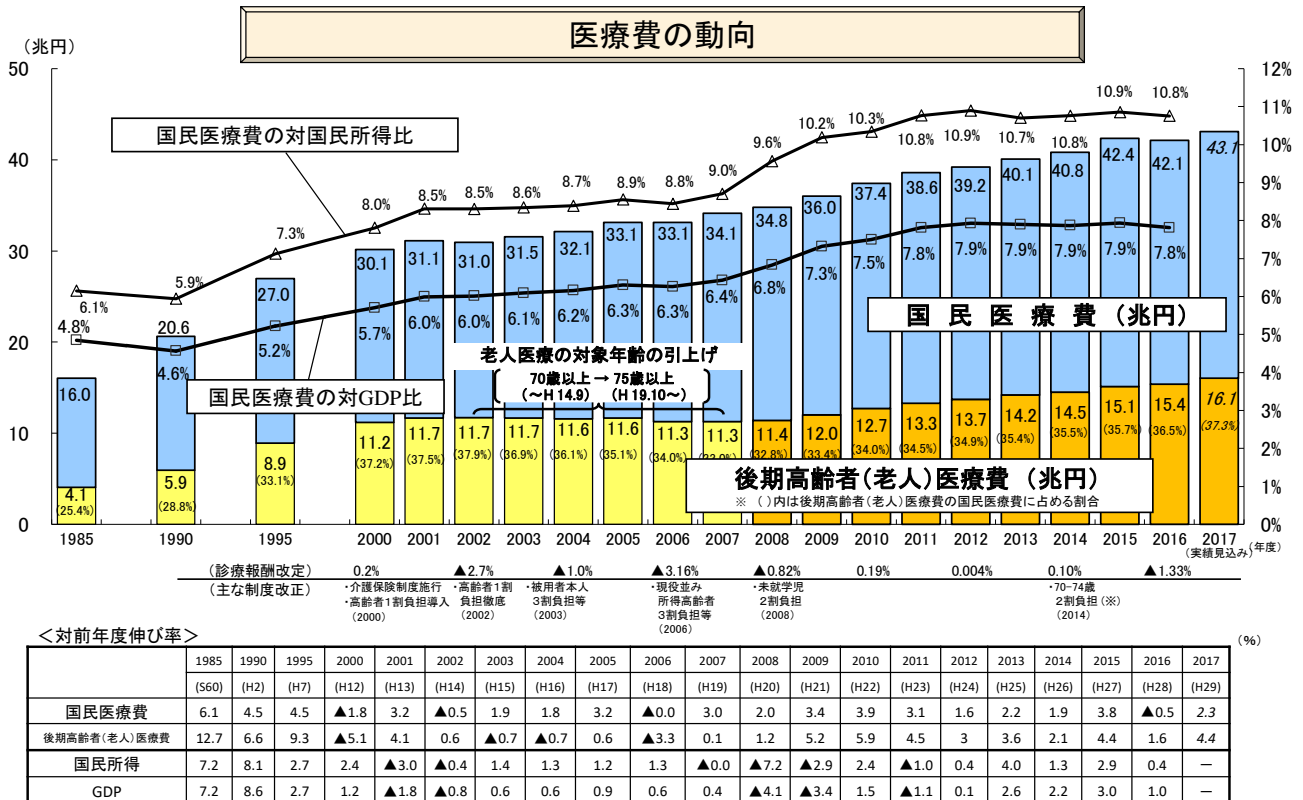
一 全国の医療費について

平成 28 年度の国民医療費（実績）は 42.1 兆円、平成 29 年度の国民医療費（実績見込み）は 43.1 兆円となっており、平成 29 年度の国民医療費（実績見込み）は前年度に比べ、2.3%の増加となっている。

国民医療費の過去 10 年の推移を振り返ると、年度ごとにばらつきはあるものの、毎年度 2～3%程度ずつ伸びる傾向にある。また、国内総生産又は国民所得に対する国民医療費の比率は、平成 21 年度以降、それぞれ 7%又は 10%を超えて推移している。

また、後期高齢者の医療費についてみると、後期高齢者医療制度が開始された平成 20 年度以降伸び続けており、平成 28 年度（実績）において 15.4 兆円、平成 29 年度（実績見込み）において 16.1 兆円と、全体の 35%以上を占めている。（図 1）

図 1 国民医療費の動向



平成 24 年度から平成 28 年度までの 1 人当たりの国民医療費の推移を年齢階級別に見ると、増加傾向にあり、平成 28 年度は 33.2 万円となっている。

平成 28 年度の 1 人当たり国民医療費を見ると、65 歳未満では 18.4 万円であるのに対し、65 歳以上で 72.7 万円、75 歳以上で 91.0 万円となっており、約 4 倍～5 倍の開きがある。（表 1）

また、国民医療費の年齢階級別構成割合を見ると、65 歳以上で 59.7%、70 歳以上で 47.8%、75 歳以上で 36.5%となっており、国民医療費に占める 65 歳未満の割合は毎年度減少している一方、高齢者、特に後期高齢者の割合は毎年度増加してい

る。(表2)

表1 1人あたり国民医療費(年齢階級別、平成24年度～平成28年度)

	全体	～64歳	65歳～	70歳～(再掲)	75歳～(再掲)
平成24年度(千円)	307.5	177.1	717.2	804.6	892.1
平成25年度(千円)	314.7	177.7	724.5	815.8	903.3
平成26年度(千円)	321.1	179.6	724.4	816.8	907.3
平成27年度(千円)	333.3	184.9	741.9	840.0	929.0
平成28年度(千円)	332.0	183.9	727.3	828.2	909.6

出典：国民医療費

表2 国民医療費の年齢別割合(平成24年度～平成28年度)

	～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～
平成24年度(%)	43.7	9.9	11.8	34.6
平成25年度(%)	42.3	10.5	12.0	35.2
平成26年度(%)	41.4	10.9	12.3	35.4
平成27年度(%)	40.7	11.5	12.0	35.8
平成28年度(%)	40.3	11.9	11.3	36.5

出典：国民医療費

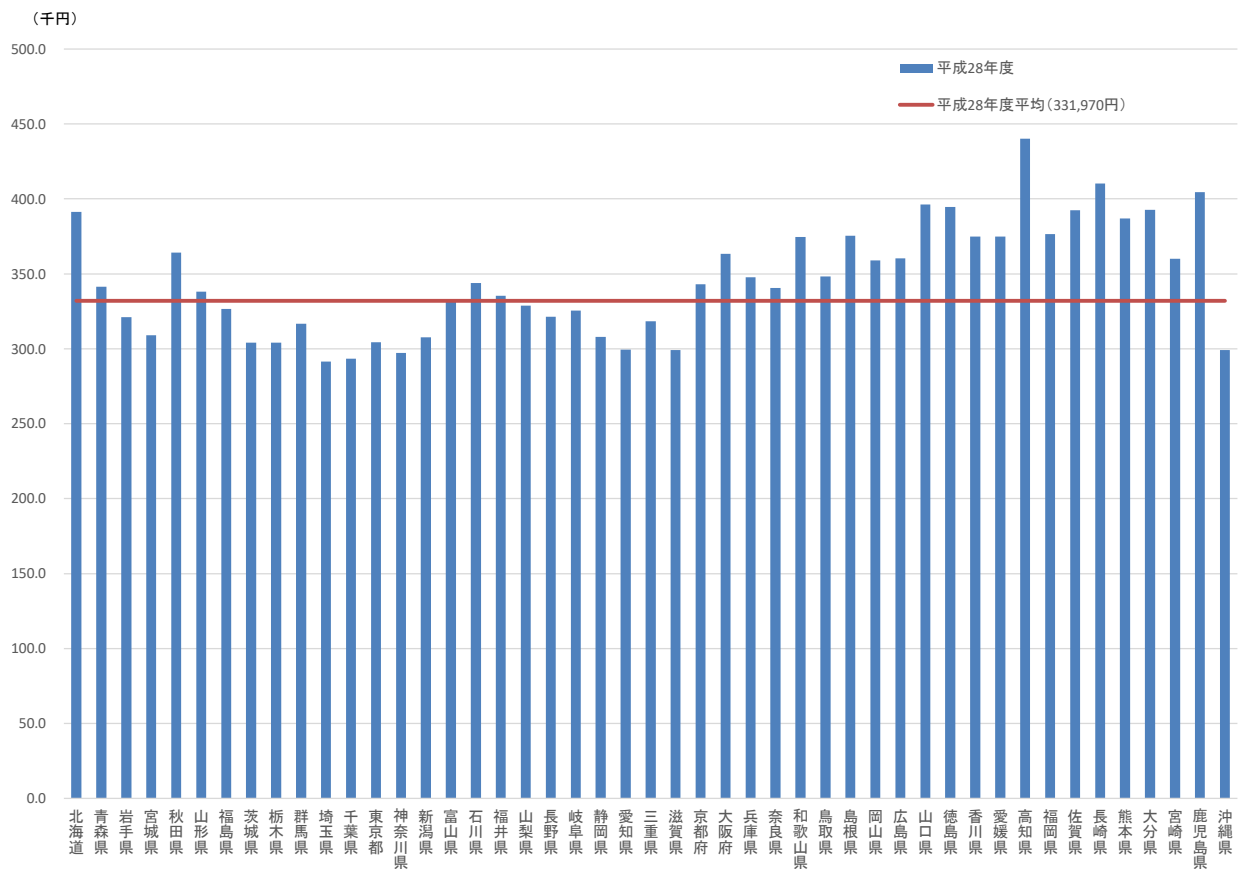
二 都道府県別の医療費について

平成 28 年度（実績）の国民医療費のうち、都道府県別の 1 人当たり医療費（年齢調整前）については、図 2 のとおりとなっており、都道府県別の 1 人当たり医療費（年齢調整後）については、図 3 のとおりとなっている。

都道府県別の 1 人当たり医療費（年齢調整前）を見ると、都道府県ごとに医療費の差があり、特に西日本において医療費が高い傾向にある。

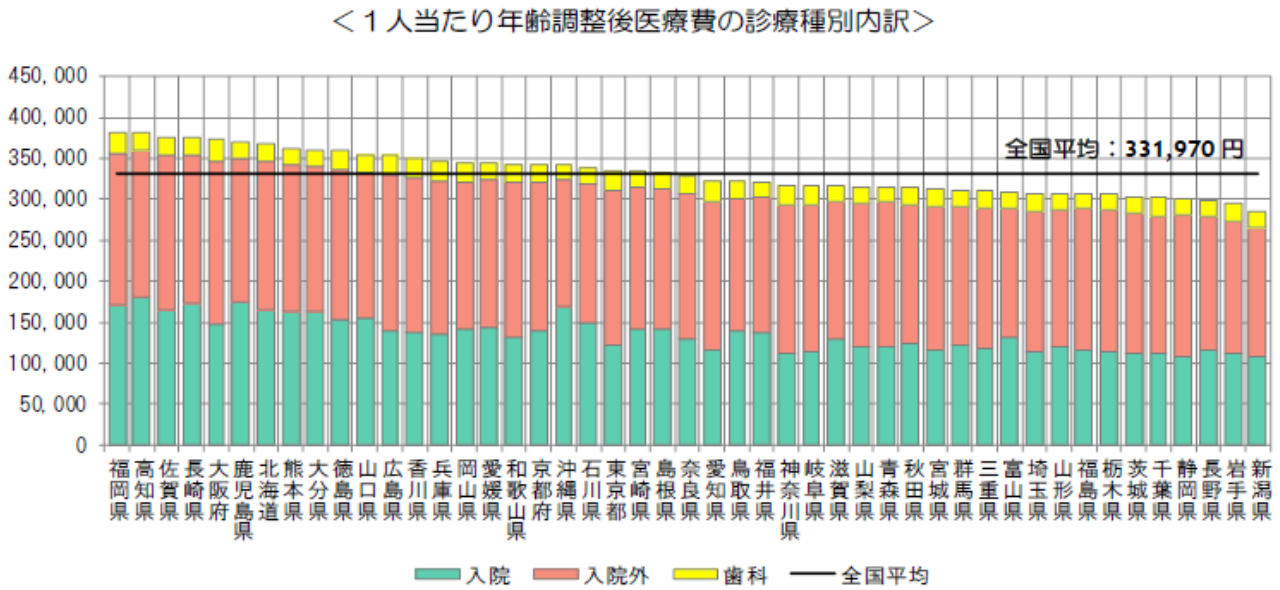
都道府県別の 1 人当たり医療費（年齢調整後）を見ると、最も高い福岡県で 381,648 円、最も低い新潟県で 285,765 円と 1.3 倍以上の開きがあり、大きな地域差があることが見て取れる。

図 2 都道府県別の 1 人当たり医療費（年齢調整前、平成 28 年度）



出典：国民医療費

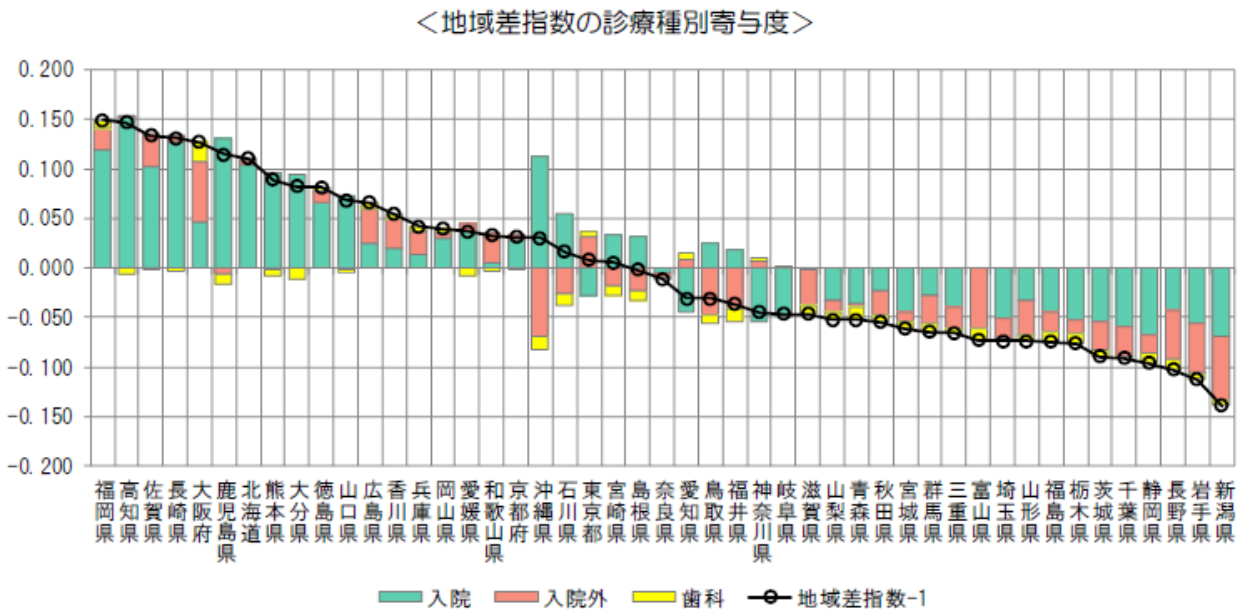
図3 都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整後、平成28年度）



出典：医療費の地域差分析

また、都道府県ごとの地域差について診療種別の寄与度に分解したものが図4であり、医療費の地域差については、入院医療費が大きく寄与していることが見て取れる。

図4 地域差指数の診療種別寄与度（年齢調整後、平成28年度）



注）各都道府県の地域差指数の全国平均からの乖離（地域差指数-1）を診療種別の寄与度に分解したもの

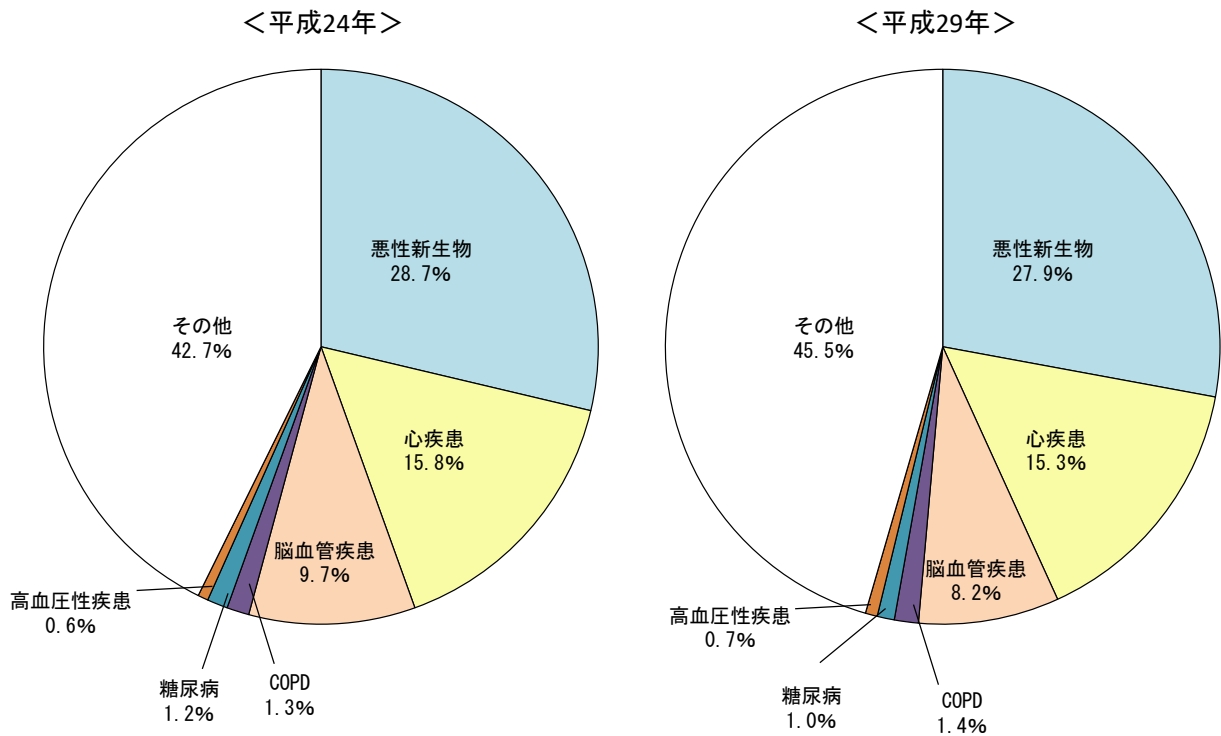
出典：医療費の地域差分析

三 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、疾病全体に占めるがん（悪性新生物）、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加している。

平成 29 年の死因別死亡割合のうち、「悪性新生物」27.9%、「心疾患」15.3%、「脳血管疾患」8.2%、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」1.4%、「糖尿病」1.0%、「高血圧性疾患」0.7%となっており、生活習慣病が死因全体の5割以上を占めている。（図5）

図5 生活習慣病に係る死因別死亡割合（平成24年・平成29年）



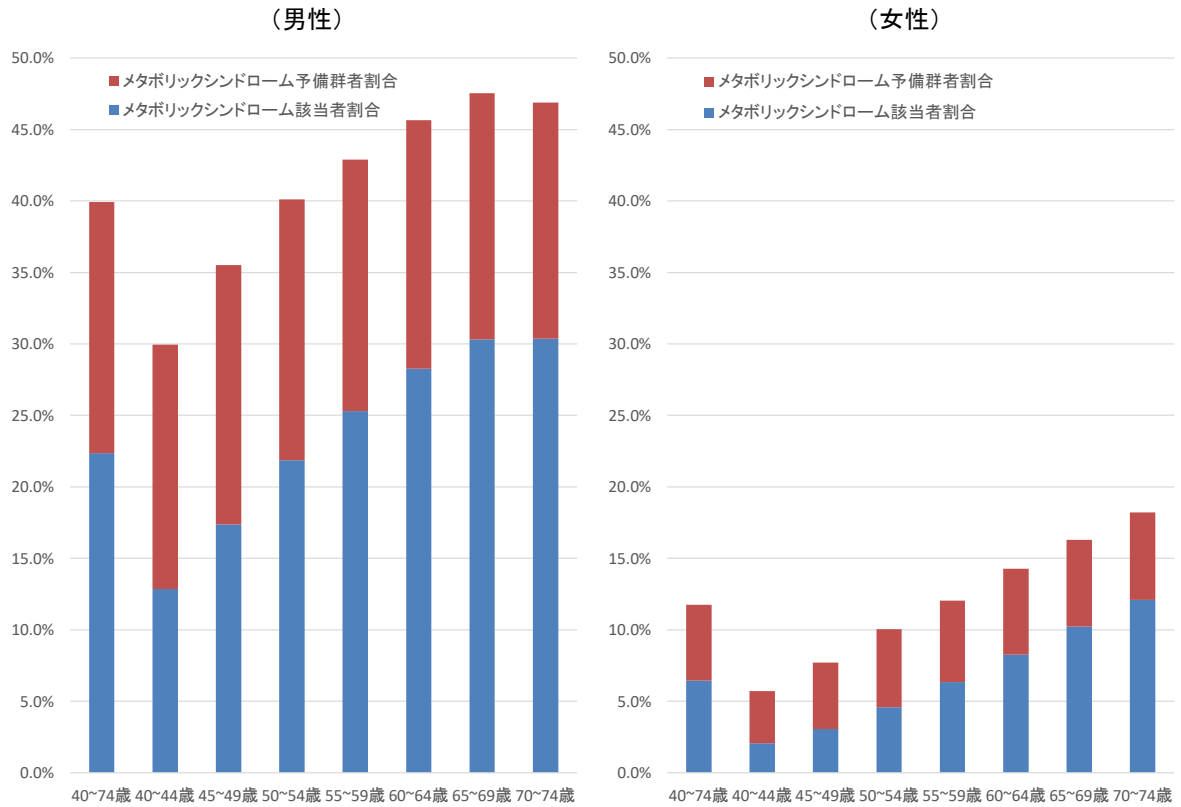
出典：人口動態統計

生活習慣病発症のリスクが高くなるとされるメタボリックシンドロームについては、平成 29 年度において、特定健康診査の受診者に占める該当者の割合は 15.1%、予備群の割合は 12.0%となっている。

これらの割合は男性の方が女性より多くなっており、男性では約 5 人に 2 人、女性では約 10 人に 1 人の割合で、メタボリックシンドローム該当者又は予備群となっている。また、年齢が上昇するほど、割合が高くなる傾向にある。（図 6）

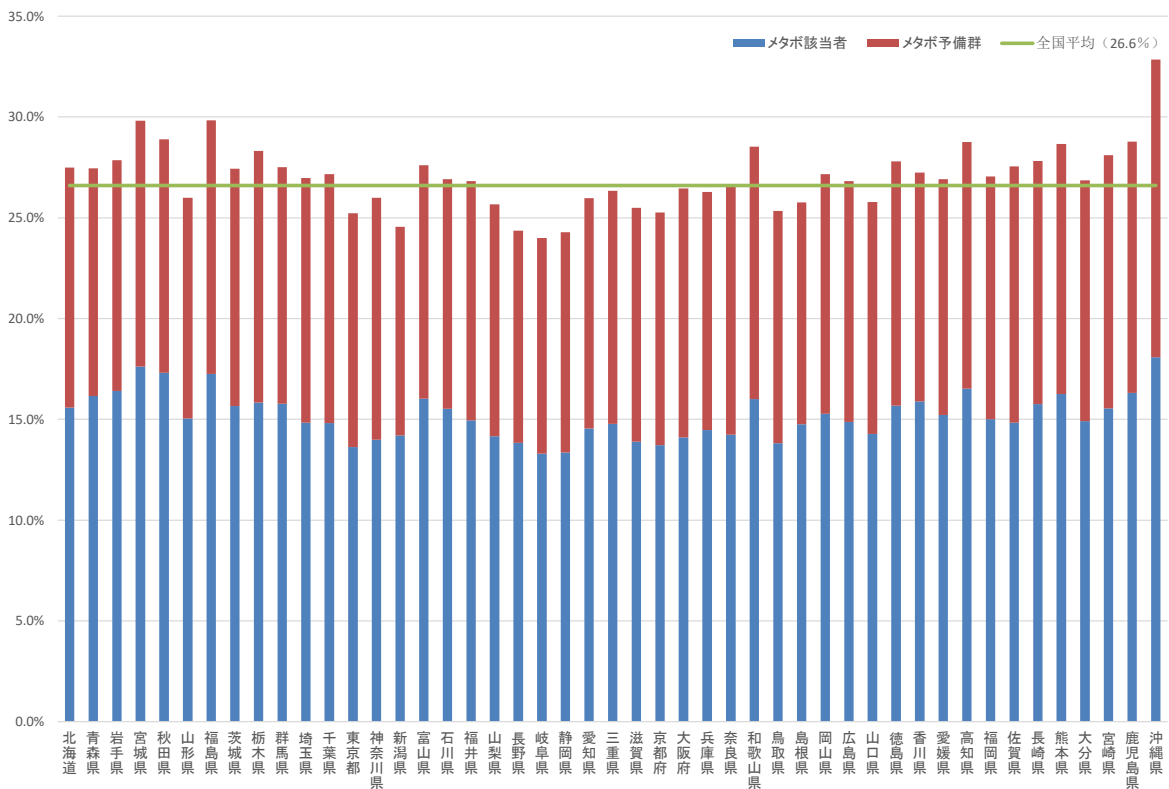
都道府県別に見ても、沖縄県におけるメタボリックシンドローム該当者又は予備群の割合が突出しているなど、地域差が見られる。（図 7）

図6 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（平成29年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（都道府県別、平成28年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第三 目標・施策の達成状況等

一 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況

1 特定健康診査

第2期全国医療費適正化計画においては、特定健康診査について、平成29年度までに、対象者である40歳から74歳までの70%以上が特定健康診査を受診することを目標として定めた。

特定健康診査の実施状況については、平成29年度実績で、対象者約5,388万人に対し受診者は約2,858万人であり、実施率は53.1%となっている。目標とは依然開きがあり、目標は達成していないが、第2期計画期間において実施率は毎年度上昇している。(表3)

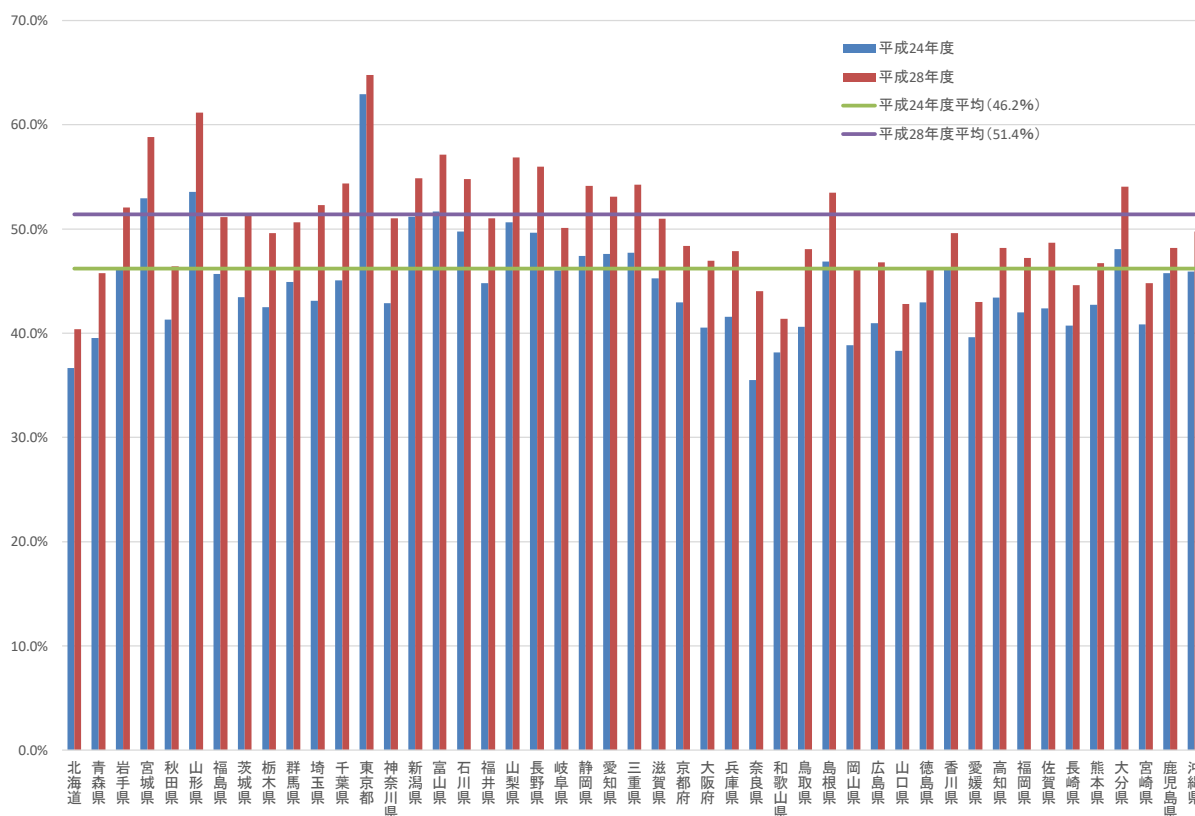
都道府県別に見ると、平成28年度実績で、山形県・東京都では実施率が60%を超えている一方、北海道・和歌山県等では40%を少し超える程度であり、都道府県ごとに差が見られる。また、平成24年度と平成28年度の実施率を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、全ての都道府県で実施率は上昇している。(図8)

表3 特定健康診査の実施状況(平成24年度～平成29年度)

	対象者数(人)	受診者数(人)	特定健康診査実施率(%)
平成24年度	52,806,123	24,396,035	46.2
平成25年度	53,267,875	25,374,874	47.6
平成26年度	53,847,427	26,163,456	48.6
平成27年度	53,960,721	27,058,105	50.1
平成28年度	53,597,034	27,559,428	51.4
平成29年度	53,876,463	28,582,798	53.1

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図8 特定健康診査の実施率（都道府県別、平成24年度～平成28年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、健保組合と共済組合が相対的に高くなっており、市町村国保、国保組合、協会けんぽ及び船員保険が低いという二極構造となっている。また、船員保険を除いて、平成24年度よりも平成29年度において、実施率が上昇している。（表4）

また、被用者保険の各保険者の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被保険者に対する実施率が被扶養者に対する実施率を上回っており、両者には大きな開きが見られる。（表5）

表4 特定健康診査の実施状況（保険者の種類別、平成24年度～平成29年度）

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成24年度 (%)	46.2	33.7	42.6	39.9	38.9	70.1	72.7
平成25年度 (%)	47.6	34.2	44.0	42.6	40.1	71.8	73.7
平成26年度 (%)	48.6	35.3	45.5	43.4	40.9	72.5	74.2
平成27年度 (%)	50.1	36.3	46.7	45.6	46.8	73.9	75.8
平成28年度 (%)	51.4	36.6	47.5	47.4	48.5	75.2	76.7
平成29年度 (%)	53.1	37.2	48.7	49.3	35.8	77.3	77.9

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表5 被用者保険の種別ごとの特定健康診査の実施率（被保険者・被扶養者別、平成29年度）

保険者の種類別	全体（%）	被保険者（%）	被扶養者（%）
協会けんぽ	49.3	57.6	23.0
健保組合	77.3	88.5	48.7
共済組合	77.9	90.9	41.4

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

年齢階級別の実施率を見ると、40～64歳で50%台と相対的に高くなっており、65～74歳で40%と相対的に低くなっている。

また、性別ごとの実施率を見ると、70～74歳では女性の方が男性よりも、それ以外の年代では男性の方が女性よりも実施率が高くなっている。（表6）

表6 特定健康診査の実施状況（性・年齢階級別、平成29年度）

年齢（歳）	40～74	5歳階級別						
		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体（%）	53.1	58.0	58.3	58.8	57.7	50.1	44.0	43.9
男性（%）	58.1	65.3	65.4	65.7	64.6	55.1	44.2	43.0
女性（%）	48.1	50.3	50.7	51.6	50.7	45.4	43.7	44.8

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

2 特定保健指導

第2期全国医療費適正化計画においては、特定保健指導について、平成29年度までに、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終了することを目標として定めた。

特定保健指導の実施状況については、平成29年度実績で、対象者約492万人に対し終了者は約96万人であり、実施率は19.5%となっている。目標とは依然開きがあり、目標は達成していないが、第2期計画期間において実施率はほぼ毎年度上昇している。(表7)

都道府県別に見ると、平成28年度実績で、徳島県・佐賀県・沖縄県では実施率が30%を超えている一方、北海道・群馬県・埼玉県・神奈川県では実施率が15%を下回っており、都道府県ごとに差が見られる。また、平成24年度と平成28年度の実施率を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、ほぼ全ての都道府県で実施率は上昇している。(図9)

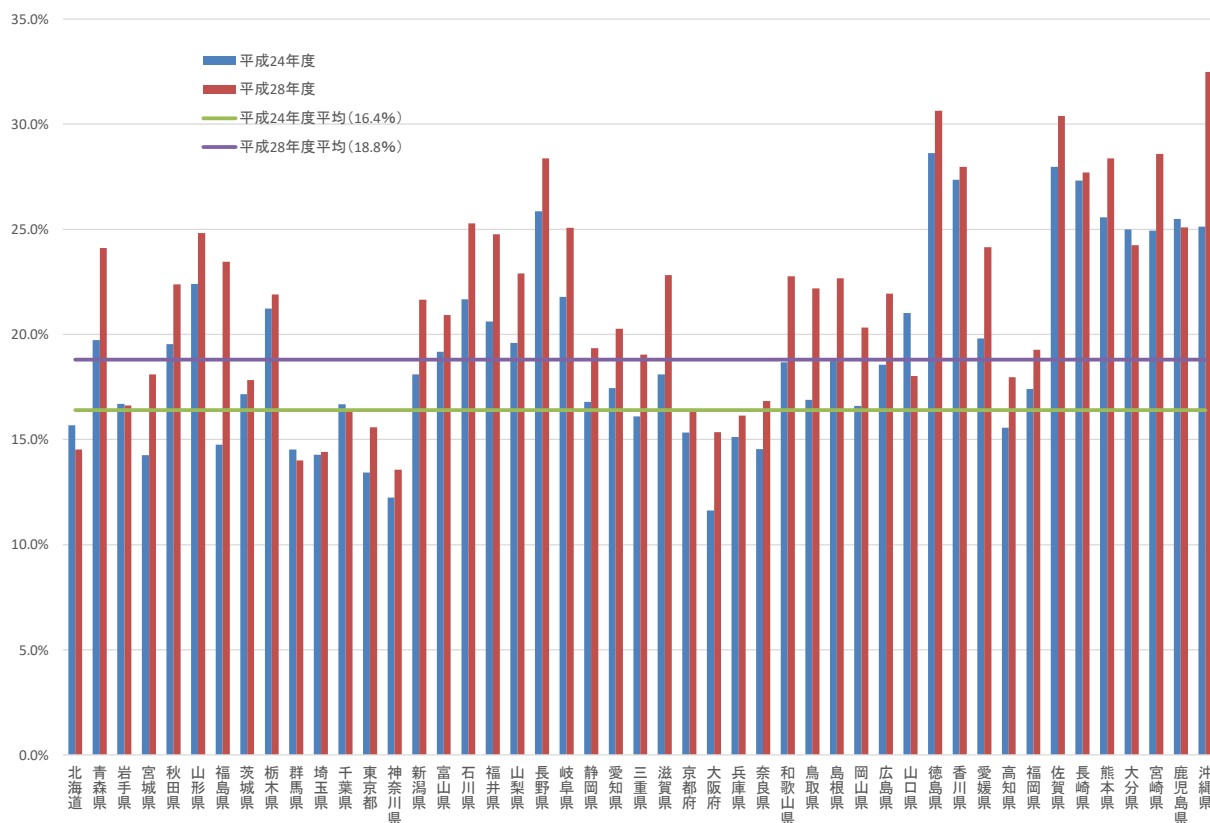
表7 特定保健指導の実施状況(平成24年度～平成29年度)

	対象者数(人)	終了者数(人)	特定保健指導実施率(%)
平成24年度	4,317,834	707,558	16.4
平成25年度	4,295,816	759,982	17.7
平成26年度	4,403,850	783,118	17.8
平成27年度	4,530,158	792,655	17.5(※)
平成28年度	4,690,793	881,183	18.8
平成29年度	4,918,207	959,076	19.5

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

(※)平成27年度の特定保健指導の実施率の低下は、全国健康保険協会において、不審通信への対処のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続を遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

図9 特定保健指導の実施率（都道府県別、平成24年度・平成28年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保、健保組合及び共済組合が相対的に高くなっている。また、国保組合を除き、平成24年度よりも平成29年度において、実施率が上昇している。（表8）

また、被用者保険の各保険者の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被保険者に対する実施率が被扶養者に対する実施率を上回っており、両者には大きな開きが見られる。（表9）

表8 特定保健指導の実施状況（保険者の種類別、平成24年度～平成29年度）

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成24年度 (%)	16.4	19.9	9.5	12.8	6.3	18.1	13.7
平成25年度 (%)	17.7	22.5	9.0	15.3	7.1	18.0	15.7
平成26年度 (%)	17.8	23.0	9.1	14.8	5.9	17.7	18.1
平成27年度 (%)	17.5	23.6	8.9	12.6	6.9	18.2	19.6
平成28年度 (%)	18.8	24.7	9.1	14.2	7.2	19.2	23.2
平成29年度 (%)	19.5	25.6	9.3	13.2	6.8	21.4	25.5

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表9 被用者保険の種別ごとの特定保健指導の実施率（被保険者・被扶養者別、平成29年度）

保険者の種類別	全体 (%)	被保険者 (%)	被扶養者 (%)
協会けんぽ	13.2	13.7	3.4
健保組合	21.4	22.4	9.7
共済組合	25.5	26.8	7.5

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

年齢階級別の実施率を見ると、男女いずれも65～74歳で20%を超えており、相対的に高くなっている。

また、性別ごとの実施率を見ると、40～59歳では男性の方が女性よりも、60～74歳では女性の方が男性よりも実施率が高くなっている。（表10）

表10 特定保健指導の実施状況（性・年齢階級別、平成29年度）

年齢（歳）	40～74	5歳階級別						
		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体 (%)	19.5	16.2	18.7	19.9	20.1	18.2	22.5	28.4
男性 (%)	19.7	16.9	19.4	20.7	20.9	18.0	21.3	27.5
女性 (%)	18.7	13.0	15.9	16.8	17.5	18.6	25.3	30.1

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

3 メタボリックシンドローム該当者及び予備群

第2期全国医療費適正化計画においては、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、平成29年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めた。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、平成29年度実績で、平成20年度と比べて0.9%増加となっている。目標とは依然開きがあり、目標は達成できていない。(表11)

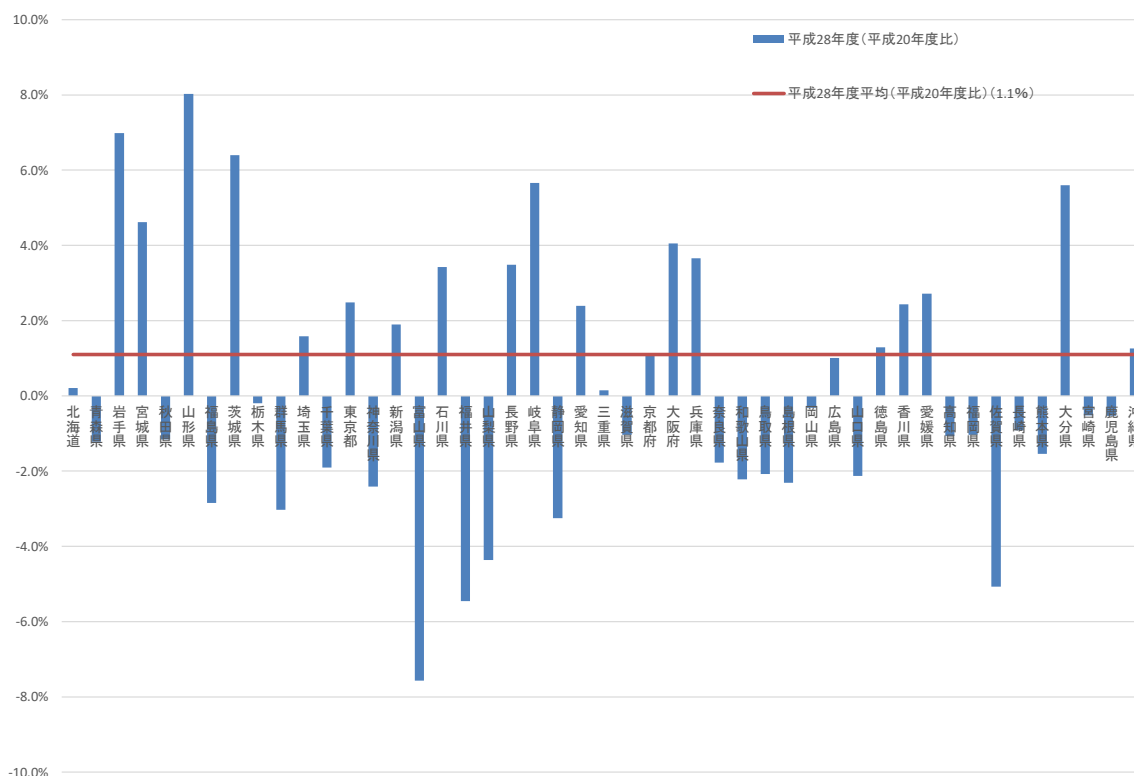
都道府県別に見ると、平成28年度実績で、岩手県・山形県・茨城県では減少率が6%を超えている一方、富山県・福井県・佐賀県では減少率が▲5%を下回っており、都道府県ごとに差が見られる。(図10)

表11 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成20年度比）
（平成24年度～平成29年度）

	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（%）
平成24年度	3.1
平成25年度	3.5
平成26年度	3.2
平成27年度	2.7
平成28年度	1.1
平成29年度	▲0.9

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図10 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成20年度比）
（都道府県別、平成28年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第3期全国医療費適正化計画においては、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、特定保健指導の対象者を、平成35年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めた。

そのため、メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、生活習慣病に係る服薬治療者については、特定保健指導の対象から除外されることから、薬剤服用者の増減にも留意する必要がある。

薬剤を服用している者の割合を保険者の種類別にみると、市町村国保の薬剤服用者の割合が高く、特定保健指導の対象から除外される者が比較的多いといえる。(表12)

表12 薬剤を服用している者の割合（保険者種別、平成29年度）

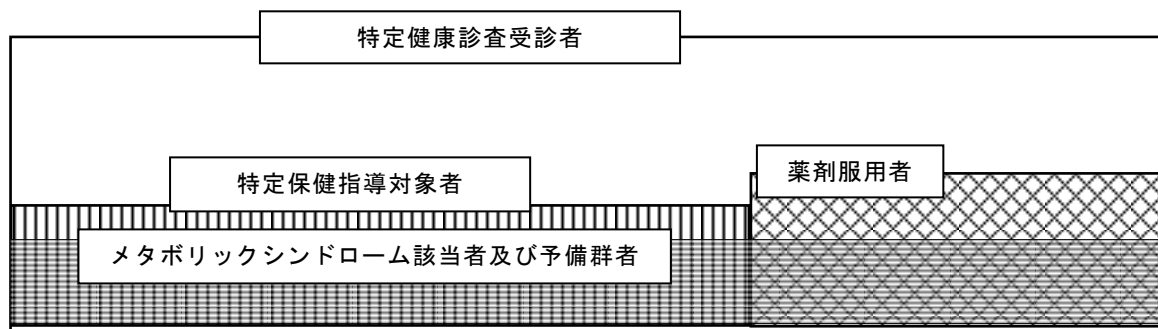
	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
薬剤服用者(%)	49.8	67.9	47.2	42.9	41.8	42.6	43.3

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

(※) メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療に係る薬剤を、1種類以上服薬している者の割合

【参考】

○メタボリックシンドローム該当者と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



○メタボリックシンドローム該当者及び予備群者数の減少率の推計方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{平成28年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

(※) 特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別（5歳階級）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の出現割合を算出し、平成29年住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

4 たばこ対策

第2期全国医療費適正化計画において、がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙及び受動喫煙による健康被害を回避することが重要であるとし、こうした喫煙による健康被害を予防するため、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組むことを目標として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。

その上で、たばこに関する定量的な数値について見ると、喫煙率の現状としては、現在習慣的に喫煙している者の割合が毎年減少する傾向にある。(表13)

年齢階級別の喫煙率を見ると、男女いずれも、30歳代～50歳代にかけて相対的に高くなっている。

また、性別ごとの喫煙率を見ると、いずれの年代においても男性の方が女性よりも喫煙率が高くなっている。(表14)

表13 習慣的に喫煙している者の割合(平成24年～平成29年)

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
習慣的に喫煙している者の割合(%)	20.7	19.3	19.6	18.2	18.3	17.7

出典：国民健康・栄養調査

(※)「現在習慣的に喫煙している者」とは、たばこを「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者。なお、平成24年は、これまでたばこを習慣的に吸っていたことがある者のうち、「この1ヶ月間に毎日又はときどきたばこを吸っている」と回答した者。

表14 習慣的に喫煙している者の割合(性・年齢階級別、平成29年)

年齢(歳)	総数	年齢階級別					
		20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～
全体(%)	17.7	16.9	24.2	25.4	20.9	18.4	8.8
男性(%)	29.4	26.6	39.7	39.6	33.4	30.6	16.2
女性(%)	7.2	6.3	8.5	12.3	9.8	7.3	2.9

出典：国民健康・栄養調査

二 国民の健康の保持の推進に関する施策の取組状況

1 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組

(1) 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組

第2期全国医療費適正化計画においては、特定健康診査等の実施率向上に向けた国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①保健事業の人材養成
- ②特定健康診査等の内容の見直し
- ③集合的な契約の活用への支援
- ④好事例の収集及び公表
- ⑤被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上に向けた対策
- ⑥特定健康診査等の効果の検証及び医療費適正化効果の検証
- ⑦特定健康診査の情報等に係る保険者と関係者の連携の推進
- ⑧国庫補助

また、特定健康診査等の受診を容易にするために、一部の都道府県においては、各保険者において受診勧奨を行う、受診環境を整備する等の取組を、第2期都道府県医療費適正化計画に記載した。

加えて、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減らすために、一部の都道府県においては、減塩や野菜摂取を促進する等の取組を、第2期都道府県医療費適正化計画に記載した。

(2) 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表15のとおり。

表15 第2期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（特定健康診査等）

項目	第2期全国医療費適正化計画における記載	国が行った取組
①保健事業の人材養成	<p>保険者による特定健康診査等実施計画（法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。）の策定及び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うことができる人材の養成を支援する。</p> <p>特に、保健指導の実施者の質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。</p>	<p>自治体職員向けの会議等を通じて、好事例の周知等を行うなど、保健事業の人材養成を行った。</p>
②特定健康診査等の内容の見直し	<p>平成25年度以降の特定健康診査等に関するデータや現場での優れた実践例の分析等を踏まえ、より効果的かつ効率的な特定健康診査等が実施できるよう、特定健康診査の項目、特定保健指導の基準等を必要に応じて見直す。</p>	<p>「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」等での議論を踏まえ、第3期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度～平成35年度）より、特定健康診査の項目について、</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 詳細な健診項目として、国民にとって分かりやすい腎機能の評価である血清クレアチニン検査（eGFR）による腎機能の評価を追加 ・ 歯科口腔保健の取組の端緒とするため、特定健康診査の質問票において「かんで食べるときの状態」を追加 <p>する等の見直しを行った。</p>
③集合的な契約の活用の支援	<p>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等を受けられるようにすることが必要である。</p> <p>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保険者が効率的に実現できるよう、複数の保険者による複数の健診・保健指導機関との集合的な契約の枠組みの活用を支援する。</p>	<p>複数の保険者による複数の健診・保健指導機関との集合的な契約の標準的な枠組みを国で提示し、必要に応じてQ&A等を発出した。</p>
④好事例の収集及び公表	<p>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（特定健康診査等の実施率を高めるための取組例、生活習慣の改善率の高い特定保健指導の提供例等）を収集し、公表する。</p> <p>また、特に優れた取組を行っている保険者に対しては、表彰等を行う。</p>	<p>保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための民間主導の活動体として、平成27年7月に日本健康会議が発足したことを踏まえ、当会議の宣言達成状況の把握のために行っている保険者データヘルス全数調査において、好事例の収集・公表を行った。</p> <p>また、「健康寿命をのばそう！アワード」においても、好事例に対する表彰等を行った。</p>
⑤被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上に向けた対策	<p>被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上には、被扶養者が特定健康診査を受診しやすい環境の整備等が必要であり、市町村又は特別区が実施するがん検診と特定健康診査を同時に実施する取組を推進</p>	<p>「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」において、がん検診等との同時実施について方法等を記載した。</p> <p>また、被用者保険の保険</p>

	する。また、保険者が、被扶養者の特定健康診査の受診意欲を高めるための取組を推進する。	者における、被扶養者への受診意欲向上の取組については、「健康寿命をのぼそう！アワード」で好事例に対する表彰等を行った。
⑥特定健康診査等の効果の検証及び医療費適正化効果の検証	診療報酬明細書及び特定健康診査等の実施状況に関する結果（以下「レセプト等」という。）の分析を行い、特定保健指導を実施することによる特定健康診査における検査値の改善効果及び医療費適正化の効果の検証を進める。	レセプト等の分析や検査値・医療費における効果については、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書」をとりまとめ、積極的支援の参加者が不参加者に比べて外来医療費で約6,000円下回るといった効果や、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血糖、血圧、脂質）について改善効果が継続していることが確認された。
⑦特定健康診査の情報等に係る保険者と関係者の連携の推進	労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき事業者が実施する健康診断の結果の保険者への提供の促進を図る等、特定健康診査の情報等について、保険者と関係者の間の連携を推進する。	事業者と保険者の連携については、「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について（平成30年2月5日付け通知）」において協力を依頼した。
⑧国庫補助	保険者に対し、特定健康診査等の実施に要する費用の一部を助成する。	特定健康診査等の実施に要する費用の一部について、国庫で補助するため、毎年度予算を確保した。

また、一部の都道府県や保険者において、ポスター・リーフレット等の作成・配布による普及啓発、ハガキ・電話・個別訪問による受診勧奨、休日や夜間帯における健診実施等の取組を行った。

加えて、一部の都道府県においては、各都道府県の栄養士会と連携した栄養・食生活に関する普及啓発・食育活動、各都道府県内の企業等とも連携した減塩や野菜摂取量の増加を目的としたキャンペーン等の取組を行った。

（3）特定健康診査等の実施率向上等に向けた課題と今後の施策について

第2期全国医療費適正化計画においては、平成29年度までに、特定健康診査の実施率を70%以上、特定保健指導の実施率を45%以上とすることを目標として定めたが、平成28年度実績はそれぞれ53.1%、19.5%であり、着実に実施率は上昇しているものの、目標は達成できなかった。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率についても、平成29年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めたが、平成29年度実績において、平成20年度と比べて0.9%増加している。

今後の実施率向上に向けた国の取組としては、保険者機能の責任を明確にする観点から、平成 29 年度実績より、保険者ごとの特定健康診査等の実施率を公表することとしている（平成 31 年 3 月に平成 29 年度実績を公表）ほか、平成 30 年度からの保険者インセンティブ制度において、保険者の特定健康診査等の実施率等に応じたインセンティブ付与を開始又は強化した。これらの取組によって、特定健康診査等の実施を推進していく。

特定健康診査については、特に市町村国保の被保険者や被用者保険の被扶養者について、実施率が低い傾向にあることから、これらの者に向けたアプローチが必要となる。各保険者において、特定健康診査とがん検診の同時実施や、受診環境の整備を行うことにより、実施を推進していくことが期待される。

また、特定保健指導については、平成 30 年度より、特定健診実施日における初回面接の分割実施や、実施量に代え検査値の改善状況で評価するモデル実施等、運用を柔軟にしたところであり、各保険者においてはこれらの仕組みを活用しつつ、実施を推進していくことが期待される。

なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、第 3 期全国医療費適正化計画においては、特定保健指導対象者の減少率で評価することとしている。

2 たばこ対策に関する取組

(1) たばこ対策に関する取組

第2期全国医療費適正化計画においては、たばこ対策に関する国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①禁煙希望者に対する禁煙支援
- ②未成年者の喫煙防止対策
- ③受動喫煙防止対策
- ④たばこによる健康への影響や禁煙についての教育、普及啓発等

また、受動喫煙対策を推進するために、一部の都道府県においては、禁煙施設にステッカーを掲示する等の取組を、第2期都道府県医療費適正化計画に記載した。

(2) たばこ対策に関する取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表16のとおり。

表16 第2期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（たばこ対策）

項目	国が行った取組
①禁煙希望者に対する禁煙支援	より効果的な禁煙支援が行えるよう、禁煙支援に携わる者の養成や活動支援等を行う自治体への補助を実施した。 また、保健医療従事者等が参照できる「禁煙支援マニュアル」を改定した。
②未成年者の喫煙防止対策	未成年者や子供への影響の大きい父母等の喫煙防止に資するよう、児童・生徒や父母等を対象としたたばこの健康影響に関する知識についての講習会や、喫煙防止のための好事例の紹介等普及啓発に関する事業を行う自治体への補助を行った。
③受動喫煙防止対策	望まない受動喫煙が生じない社会環境の整備の推進を図るため、受動喫煙対策の普及啓発事業を行う自治体への補助を行った。
④たばこによる健康への影響や禁煙についての教育、普及啓発等	WHOが定めた5月31日の「世界禁煙デー」に始まる一週間を「禁煙週間」と定め、世界禁煙デー記念イベントの開催をはじめとした、たばこと健康に関する正しい知識の普及に向けた取組等を実施したほか、受動喫煙による健康影響等の普及啓発を行う自治体への補助を行った。

また、一部の都道府県において、都道府県内の飲食店・事業所やタクシーに対しての禁煙要請、禁煙施設・分煙施設に対する登録・認証制度の策定、禁煙施設・分煙施設に対するステッカーの配布・掲示等の取組を行った。

(3) たばこ対策に向けた課題と今後の施策について

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のために、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙及び受動喫煙による健康被害を回避することが重要であることから、第3期全国医療費適正化計画においても引き続きたばこ対策の取組を推進していくこととしている。

特に受動喫煙対策については、平成30年7月に、望まない受動喫煙の防止

を図ることを目的として、健康増進法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 78 号。以下（3）において「改正法」という。）が成立し、多数の者が利用する施設等の類型に応じ、その利用者に対して、一定の場所以外の場所における喫煙を禁止する等の法改正を行った。2020 年 4 月に予定されている改正法の全面施行を通じて、より一層受動喫煙対策を徹底していく。

また、一部の都道府県においても、受動喫煙対策を推進するため、条例の制定・改正を行う等の動きがあるところであり、国としても、自治体と連携しながら、たばこ対策を推進していく。

三 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

1 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮

医療の効率的な提供を推進するため、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備及びできる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組む必要がある。こうした取組が実施された場合には、患者の病態に相応しい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携が強化されることにより、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られることが期待される。これらを通じて、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数の短縮が見込まれるところである。

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がるが、厚生労働省において実施している病院報告においては次の式により算出することとされている。

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

これらを踏まえ、第2期全国医療費適正化計画においては、計画策定時に具体的な日数の目標を設定していた33都道府県の平成23年の病院報告における平均在院日数からの減少率を踏まえ、平均在院日数（全病床（介護療養病床を除く））を28.6日まで短縮することを目標として定めた。

平均在院日数の状況については、平成29年実績で、27.2日となっており、第2期全国医療費適正化計画に定めた目標を達成している。

また、平成29年の平均在院日数について、病床の種類別に見ると、主なものとして一般病床16.2日、精神病床267.7日、療養病床146.3日となっている。平成24年実績においては、それぞれ一般病床17.5日、精神病床291.9日、療養病床171.8日であり、いずれも毎年着実に短くなっている。（表17）

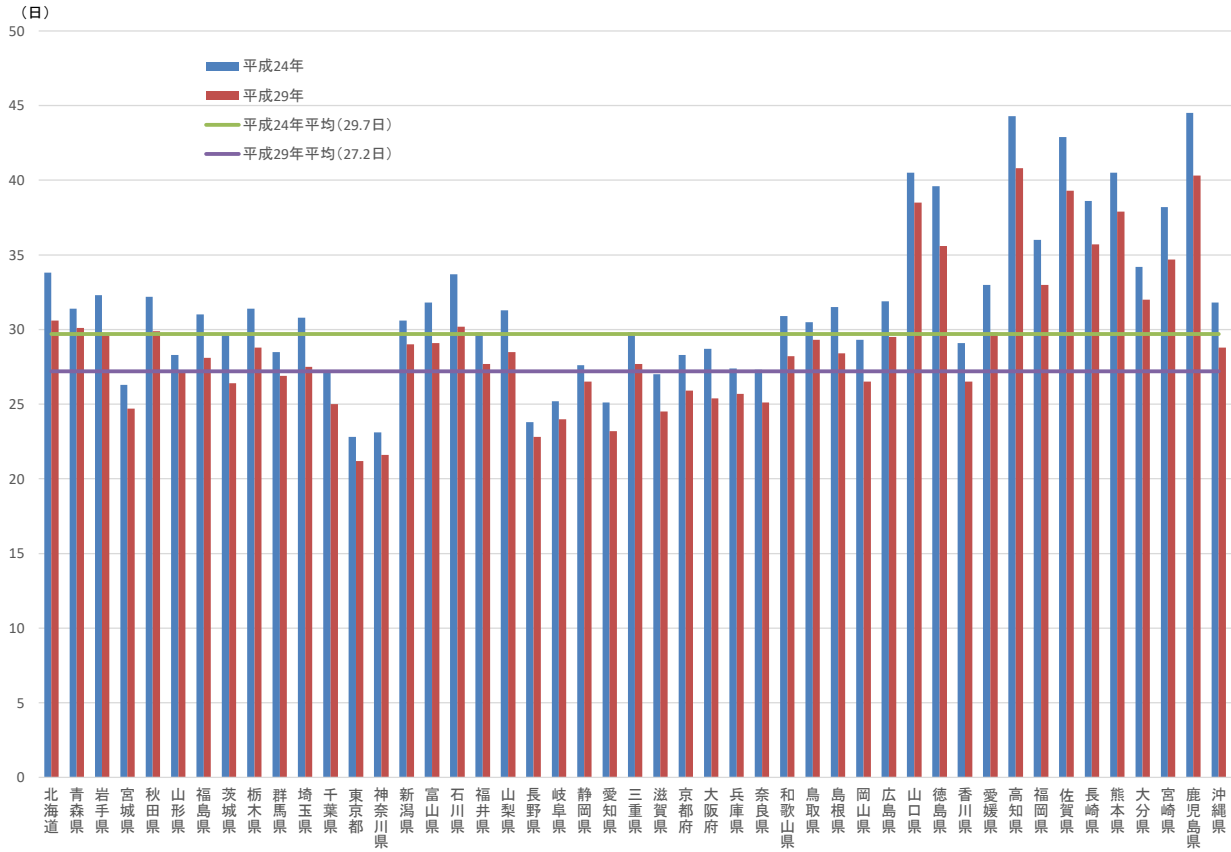
都道府県別に見ると、東京都・神奈川県等では20日を少し超える程度である一方、高知県・鹿児島県では40日を超えており、都道府県ごとに差が見られる。また、平成24年と平成29年の平均在院日数を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、全ての都道府県で短縮されている。（図11）

表17 平均在院日数（病床の種類別、平成24年～平成29年）

年次	全病床	全病床 (介護療養 病床を除く)	一般 病床	精神 病床	感染症 病床	結核 病床	療養 病床	介護療養 病床
平成24年(日)	31.2	29.7	17.5	291.9	8.5	70.7	171.8	307.0
平成25年(日)	30.6	29.2	17.2	284.7	9.6	68.8	168.3	308.6
平成26年(日)	29.9	28.6	16.8	281.2	8.9	66.7	164.6	315.5
平成27年(日)	29.1	27.9	16.5	274.7	8.2	67.3	158.2	315.8
平成28年(日)	28.5	27.5	16.2	269.9	7.8	66.3	152.2	314.9
平成29年(日)	28.2	27.2	16.2	267.7	8.0	66.5	146.3	308.9

出典：病院報告

図 11 平均在院日数（全病床（介護療養病床を除く））（都道府県別、平成 24 年・平成 29 年）



出典：病院報告

2 後発医薬品の使用促進

第2期全国医療費適正化計画において、医療費の効率化を通じて限られた財源の有効活用を図り、国民医療を守ること等を目的として、後発医薬品の使用促進の取組を推進することを目標として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。なお、平成25年に厚生労働省が作成した後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップにおいて、国や関係者が取り組むべき施策等が定められ、平成30年3月末までに後発医薬品の数量シェアを60%以上とするとの目標が掲げられた。また、平成29年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」においては、平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上とする目標を定めた。

その上で、後発医薬品に関する定量的な数値について見ると、後発医薬品の使用割合は、平成29年度末の実績で73.0%であり、毎年度着実に増加している。

(表18)

都道府県別に見ると、鹿児島県・沖縄県では80%を超えている一方、東京都・山梨県・徳島県・高知県では70%を下回っており、都道府県ごとに差が見られる。また、平成25年度と平成29年度の後発医薬品の使用割合を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、全ての都道府県で上昇している。(図12)

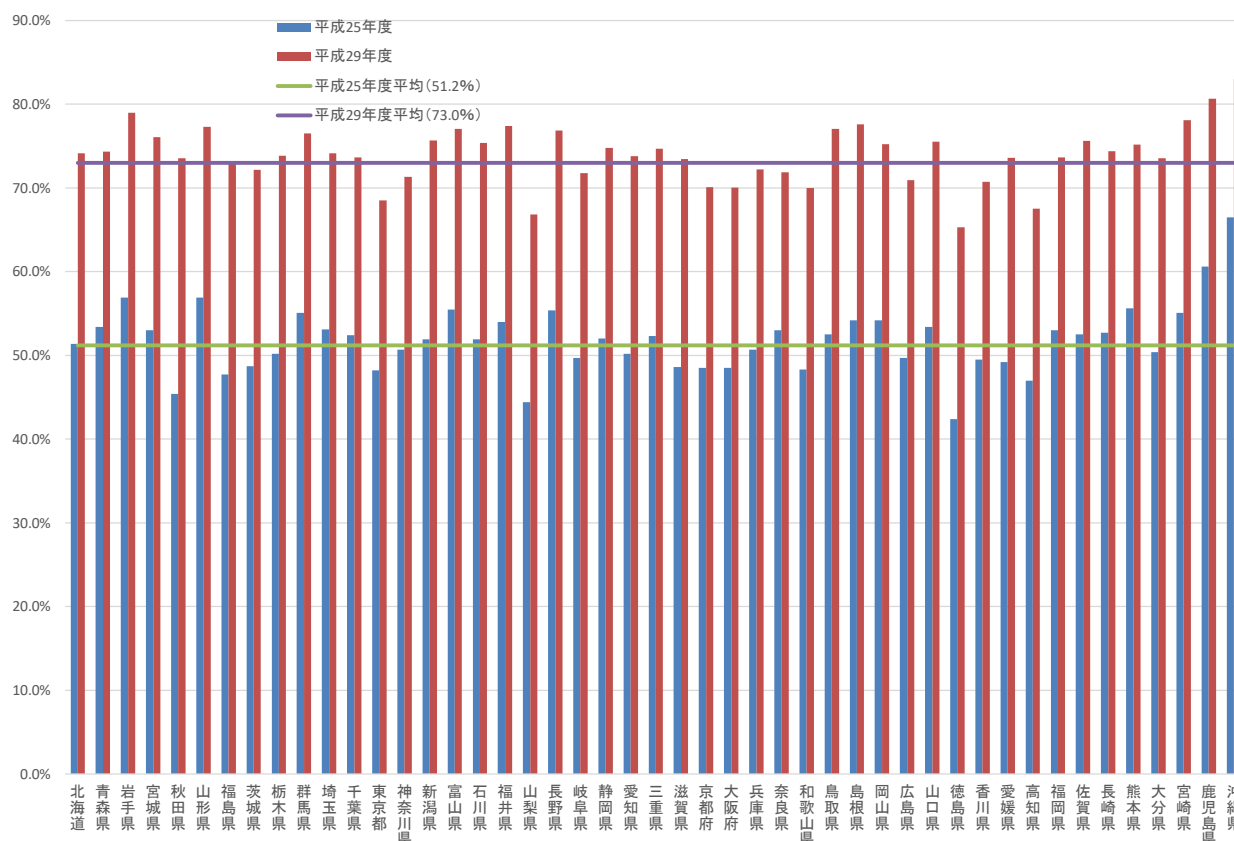
表18 後発医薬品の使用割合（平成25年度～平成29年度）

	後発医薬品の使用割合 (%)
平成25年度	51.2
平成26年度	58.4
平成27年度	63.1
平成28年度	68.6
平成29年度	73.0

(※) いずれも各年度末における使用割合を記載

出典：調剤医療費の動向

図 12 後発医薬品使用割合（都道府県別、平成 25 年度・平成 29 年度）



出典：調剤医療費の動向

保険者の種類別では、国保組合と後期高齢者広域連合が相対的に低くなっている。また、いずれの保険者種別についても、平成 26 年度よりも平成 29 年度において、使用割合が上昇している。（表 19）

表 19 後発医薬品の使用割合（保険者の種類別、平成 26 年度～平成 29 年度）

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	広域連合
平成 26 年度 (%)	58.4	59.8	58.0	60.3	59.8	59.0	55.4
平成 27 年度 (%)	63.1	64.1	62.6	65.0	64.4	63.7	60.4
平成 28 年度 (%)	68.6	69.4	67.6	70.4	69.5	69.0	66.4
平成 29 年度 (%)	73.0	73.7	72.0	75.0	74.1	73.7	70.7

出典：調剤医療費の動向

四 医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況

1 医療機能の分化・連携等に向けた取組

(1) 医療機能の分化・連携等に向けた取組

第2期全国医療費適正化計画においては、医療機能の分化・連携や在宅医療・地域包括ケアを推進する国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①医療機能の分化・連携の推進や必要な人材の養成のための、診療報酬その他の財政支援等
- ②入院医療全体の強化及び退院患者の受け皿となる在宅医療の充実（患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制の構築）
- ③在宅医療・介護の提供体制の一体的な整備
- ④多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備等の推進

また、医療機能の分化・連携や在宅医療・地域包括ケアを推進するために、一部の都道府県においては、医療機関や介護事業所の情報共有システムの構築、都道府県による各医療機関の医療機能情報の提供等の取組を、第2期都道府県医療費適正化計画に記載した。

(2) 医療機能の分化・連携等に向けた取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表20のとおり。

表20 第2期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（病床機能の分化・連携等）

項目	第2期全国医療費適正化計画における記載	国が行った取組
①医療機能の分化・連携の推進や必要な人材の養成のための、診療報酬その他の財政支援等	<p>今後、医療機関が都道府県に病床機能を報告する制度を設けることを検討しており、都道府県が、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す地域医療構想を医療計画の一部として策定し、これに基づき、地域の医療ニーズを踏まえたバランスのとれた医療機能の分化及び連携を進める。</p> <p>こうした取組が円滑に行われるよう、診療報酬その他の財政支援等を適切に組み合わせて、医療機関の取組や必要な人材の養成を含めた様々な施策を推進する。</p>	<p>平成26年に病床機能報告制度を導入するとともに、地域医療構想の作成を開始した。</p> <p>平成28年度末までに、全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了し、平成29年度以降は、その実現に向け、医療機関ごとの具体的な対応方針の策定を進めるとともに、医療機関の施設又は設備の整備に関する事業について、地域医療介護総合確保基金による支援を行っている。</p> <p>また、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、効果的・効率的に質の高い入院医療が提供</p>

		されるよう、平成26年度及び平成28年度診療報酬改定において、入院患者の評価指標の見直し等を行った。
②入院医療全体の強化及び退院患者の受け皿となる在宅医療の充実(患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制の構築)	これらの取組の実現によって、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に退院患者の受け皿となる在宅医療を充実させることで、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する。	平成26年に病床機能報告制度を導入するとともに、地域医療構想の作成を開始した。 平成28年度末までに、全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了し、平成29年度以降は、その実現に向け、医療機関ごとの具体的な対応方針の策定を進めるとともに、医療機関の施設又は設備の整備に関する事業について、地域医療介護総合確保基金による支援を行っている。 平成29年の介護保険法等の改正により、長期療養のための医療と日常生活上の世話を一体的に提供する介護保険施設として介護医療院を創設した。
③在宅医療・介護の提供体制の一体的な整備	地域の実情に応じて、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するために、医療計画において、在宅医療の提供体制の整備目標、医療と介護の連携等に係る市町村の役割の明確化、多職種協働による包括的、継続的な在宅医療の推進などについて定めることにより、在宅医療・介護の提供体制を一体的に整備することを検討している。	平成26年度の介護保険法等の改正により、多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業を位置づけた。 平成29年の介護保険法等の改正により、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組を推進するため、財政的インセンティブを付与する保険者機能強化推進交付金を創設し、在宅医療介護連携に係る指標を設定した。
④多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常	併せて、多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備	平成26年度の介護保険法等の改正により、地域の実情に応じ、要支援者等に対する効果的かつ効率的な事

生活及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備等の推進	等を推進することを検討している。	業を可能とするため、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行して多様化し、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を創設した。 さらに、総合事業の中に、全ての高齢者を対象とし、住民主体の通いの場の充実等を行う一般介護予防事業を位置づけた。
--	------------------	--

また、一部の都道府県において、医療機関や介護事業所がそれぞれ保有する情報を共有するためのシステムやツールの構築及び提供、都道府県が各医療機関の診療科目、診療日、診療時間、診療内容（在宅医療の有無を含む。）、医療の実績、従事者数などの情報を公開することによる住民の適切な医療機関の選択の支援等の取組を行った。

（3）医療機能の分化・連携等に向けた課題と今後の施策について

今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中にあることは、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることが必要であり、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要である。このため、第3期全国医療費適正化計画においては、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築を推進することとする。

地域医療構想については、2016年度までに全ての都道府県で策定が完了し、地域ごとに2025年時点での病床の必要量が見える化したところであり、2018年度末までに、全ての公立・公的医療機関等の具体的対応方針（2025年の医療機能別の病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針）の合意形成を要請している。2019年度以降は、具体的対応方針の内容が地域医療構想に沿っているか等検証を行い、その結果を踏まえて必要な施策を講じる。

地域包括ケアシステムについては、平成29年の介護保険法等の改正により、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組を推進したほか、長期療養のための医療と日常生活上の世話を一体的に提供する介護保険施設として介護医療院を創設したところである。今後は、こういった動きも踏まえ、より一層地域包括ケアシステムの構築を推進していく。

また、各都道府県においても、医療機能の分化・連携や在宅医療・地域包括ケアを推進するために様々な独自の取組を行っているところであり、引き続きこのような取組を支援していく。

なお、第3期全国医療費適正化計画においては、平均在院日数の短縮を目標とはせず、地域医療構想による病床機能の分化及び連携の推進の成果を反映し、医療費の見込みを定めることとしている。

2 後発医薬品の使用促進に向けた取組

(1) 後発医薬品の使用促進に向けた取組

第2期全国医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用促進に向けた国の取組として、以下のような取組を記載した。

①後発医薬品と先発医薬品の自己負担の差額を加入者に対し通知する取組

②加入者が医療機関等に対し後発医薬品を希望することを示すカードを配布する取組

また、後発医薬品の使用を促進するために、一部の都道府県においては、後発医薬品への理解を促進するための出前講座の実施等の取組を、第2期都道府県医療費適正化計画に記載した。

(2) 後発医薬品の使用促進の取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表 21 のとおり。

表 21 第2期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（後発医薬品の使用促進）

項目	国が行った取組
①後発医薬品と先発医薬品の自己負担の差額を加入者に対し通知する取組	各保険者における後発医薬品利用差額通知の作成を国としても推進しており、市町村の取組については、国保の特別調整交付金において支援している。
②加入者が医療機関等に対し後発医薬品を希望することを示すカードを配布する取組	各保険者における後発医薬品希望カードの作成を国としても推進しており、市町村の取組については、国保の特別調整交付金において支援している。

また、一部の都道府県において、後発医薬品への理解を促進するための出前講座、ポスター・リーフレット等の作成・配布による普及啓発等の取組を行った。

(3) 後発医薬品の使用促進に向けた課題と今後の施策について

「経済財政運営と改革の基本方針 2017」において、平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80%以上とする目標を定めたことを踏まえ、第3期全国医療費適正化計画においても引き続き後発医薬品の使用促進に向けた取組を推進する。

今後の後発医薬品の使用割合を高めるための国の取組としては、平成 30 年度実績より、全保険者の後発医薬品の使用割合を公表することとしている（平成 31 年 3 月に平成 30 年 9 月診療分を公表）ほか、平成 30 年度からの保険者インセンティブ制度において、保険者の後発医薬品の使用割合に応じたインセンティブ付与を開始又は強化した。これらの取組によって、後発医薬品の使用促進に向けた取組を推進していく。

また、都道府県における関係部門の連携や、保険者協議会と後発医薬品協議会の連携の例として、「保険者協議会と後発医薬品協議会の連携等による後発医薬品の使用促進について（平成 30 年 3 月 27 日付け通知）」を発出したところであり、国としても、都道府県や保険者の後発医薬品の使用促進に向けた取組を引き続き支援していく。

第四 第2期医療費適正化計画に掲げる施策による効果

一 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果

第2期医療費適正化計画においては、各都道府県において平均在院日数の目標を定めており、平均在院日数を短縮することによる平成29年度の効果額を推計していた。

各都道府県の医療費適正化計画策定時における平均在院日数（平成23年実績）及び計画に記載された平成29年における平均在院日数の目標値と短縮による効果額の推計、平成28年実績の平均在院日数と短縮による効果額の推計を、各都道府県の実績評価の報告に基づきまとめると、表22のとおり。

なお、平均在院日数については、一部の都道府県を除き、全病床（介護療養病床を除く）の日数を用いている。

表22 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果

	平成23年 実績（日）	平成29年 目標（日）	平成29年目標達成時の 効果額の推計（億円）	平成28年 実績（日）	平成28年実績による 効果額の推計（億円）
北海道	34.7	33.0	456	30.9	1,020
青森	32.0	31.5	30	30.2	108
岩手	33.4	30.0	179	30.1	174
宮城	27.5	26.4	144	25.0	300
秋田	33.3	31.1	107	30.1	155
山形	28.9	28.6	17	27.2	98
福島	32.5	30.4	117	28.5	275
茨城	30.3	29.5	117	26.6	486
栃木	32.6	29.2	285	29.0	302
群馬	29.3	28.7	58	27.2	202
埼玉	31.5	30.8	213	27.8	1,126
千葉	27.8	27.8	—	25.2	752
東京	23.3	23.3	—	21.3	—
神奈川	23.8	23.7	—	21.7	—
新潟	31.3	—	—	29.0	—
富山	32.5	30.4	98	29.4	144
石川	34.2	31.4	146	30.4	198
福井	30.5	28.1	95	28.3	87
山梨	32.5	28.4	—	28.8	—
長野	24.1	24.1	—	22.9	—
岐阜	25.8	25.4	46	24.1	196
静岡	28.3	27.9	70	26.5	315
愛知	25.5	24.6	368	23.3	899
三重	30.9	30.5	32	27.7	—
滋賀	27.3	26.7	42	24.8	175

京都	29.1	—	—	26.1	—
大阪	29.3	28.5	383	25.9	1,629
兵庫	27.8	25.0	880	25.6	692
奈良	27.6	引き続き 減少	—	25.0	197
和歌山	32.4	30.2	—	28.6	—
鳥取	31.3	28.4	79	28.9	66
島根	32.1	31.6	18	28.5	126
岡山	29.9	27.4	265	26.4	371
広島	32.6	—	—	29.6	—
山口	41.2	40.9	—	38.9	—
徳島	39.9	36.5	114	35.8	137
香川	29.9	29.6	16	26.9	—
愛媛	33.8	—	—	30.1	—
高知	45.6	43.1	77	41.1	139
福岡	37.0	35.1	352	33.3	620
佐賀	43.8	39.5	150	39.8	139
長崎	39.7	37.3	154	35.9	244
熊本	41.0	36.3	—	38.4	—
大分	35.0	31.6	198	32.0	175
宮崎	38.7	33.5	240	35.4	153
鹿児島	45.1	41.5	237	41.0	269
沖縄	32.5	28.5	—	29.5	—

※1 平成23年実績及び平成28年実績については、病院報告より引用

※2 平成29年目標及び効果額については、各都道府県の第2期医療費適正化計画実績評価より引用

※3 各欄のうち「—」については、各都道府県の実績評価において記載されていないものを示す。

二 特定保健指導の実施に係る効果

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループとりまとめ（平成28年3月）においては、積極的支援参加者と不参加者を経年分析して比較した結果、1人当たり入院外医療費について、約6,000円の差異が見られた。

このような結果も踏まえ、引き続き、特定保健指導の実施率向上に向けた取組を進めていく。

第五 医療費推計と実績の比較・分析

一 第2期医療費適正化計画における医療費推計と実績の差異について

第2期医療費適正化計画においては、平成29年度の医療費の推計として、医療費適正化に係る取組を行わない場合、平成24年度の推計医療費約39.8兆円(①)から、平成29年度には約47.0兆円まで医療費が増加すると推計されており(適正化前=③)、医療費適正化に係る取組を行うことで、平成29年度の医療費は約46.0兆円となると推計されていた(適正化後=④)。

しかし、平成29年度の医療費(実績見込み)は約43.1兆円(⑤)となっており、第2期医療費適正化計画との差異は約2.9兆円(⑤-④)であった。

なお、第2期医療費適正化計画における各都道府県の平成29年度の医療費の推計の足下値として用いた平成24年度の医療費について、推計と実績とで差異が生じたことを踏まえ、補正を行った上で、適正化後の平成29年度の医療費を推計すると、平成24年度の医療費(実績)約39.2兆円(②)から、適正化後の平成29年度の医療費は約45.3兆円(④[´])となると推計されていた。そのため、補正後の医療費で見ると、平成29年度の医療費(実績見込み)約43.1兆円(⑤)と第2期医療費適正化計画における推計との差異は、約2.2兆円(⑤-④[´])であった。

(表23)

※ () 内の丸囲みの数は、表23と対応している。

表23 医療費推計と実績の差異

平成24年度の医療費(足下値)(百億円)			
	推計(第2期計画策定時の推計)	①	3,976
	実績	②	3,921
平成29年度の医療費(百億円)			
	推計:適正化前(第2期計画策定時の推計)	③	4,700
	:適正化後(")	④	4,596
	:適正化後の補正值(※)	④ [´]	4,533
	実績:28年度実績等をもとに国で算出した見込み	⑤	4,310
平成29年度の推計と実績の差異(百億円)			
	推計(補正前)と実績の差異	⑤-④	▲286
	推計(補正後)と実績の差異	⑤-④ [´]	▲223

(※)平成24年度の医療費(足下値)について推計と実績とで差異が生じたことを踏まえ、平成24年度の実績をベースとして平成29年度の適正化後の推計値を補正したもの。

また、各都道府県の第2期医療費適正化計画における平成29年度の医療費の推計値(適正化後=④)及び補正後の平成29年度の医療費の推計値(適正化後=④[´])、平成29年度の医療費(実績見込み=⑤)、推計と実績の差異(⑤-④、⑤-④[´])を各都道府県の実績評価の報告に基づきまとめると、表24のとおり。

表 24 医療費推計と実績の差異（都道府県別）

	④	④`	⑤	⑤－④	⑤－④`
北海道	22,755	22,519	21,387	▲1,368	▲1,132
青森	4,698	4,594	4,461	▲237	▲134
岩手	4,373	4,338	4,122	▲250	▲216
宮城	7,578	7,693	7,375	▲203	▲318
秋田	3,967	3,866	3,693	▲274	▲173
山形	4,016	3,933	3,835	▲181	▲99
福島	6,517	6,571	6,282	▲235	▲289
茨城	9,432	9,235	9,025	▲407	▲210
栃木	6,740	6,517	6,099	▲641	▲418
群馬	6,848	6,697	6,328	▲520	▲369
埼玉	23,318	22,622	21,964	▲1,354	▲658
千葉	19,581	19,374	18,823	▲758	▲551
東京	45,090	45,318	42,621	▲2,470	▲2,697
神奈川	29,332	29,118	27,996	▲1,336	▲1,122
新潟	7,502	—	7,120	▲382	—
富山	3,727	3,698	3,599	▲127	▲98
石川	4,390	4,329	4,007	▲383	▲322
福井	2,964	2,892	2,662	▲302	▲230
山梨	3,029	2,972	2,777	▲252	▲194
長野	7,138	7,036	6,806	▲332	▲229
岐阜	7,231	7,105	6,701	▲530	▲404
静岡	11,912	11,837	11,617	▲295	▲219
愛知	25,384	24,512	23,090	▲2,294	▲1,421
三重	6,051	6,051	5,898	▲154	▲154
滋賀	4,613	4,550	4,334	▲279	▲216
京都	9,726	—	9,170	▲557	—
大阪	34,048	33,777	32,933	▲1,115	▲844
兵庫	21,732	21,336	19,724	▲2,008	▲1,612
奈良	4,984	4,930	4,771	▲213	▲159
和歌山	3,887	—	3,621	▲266	—
鳥取	2,129	2,115	1,997	▲132	▲118
島根	2,743	2,697	2,620	▲123	▲77
岡山	7,843	—	7,013	▲829	—
広島	11,371	11,180	10,373	▲998	▲807
山口	6,120	6,028	5,590	▲530	▲438
徳島	3,296	3,215	3,011	▲286	▲205
香川	3,965	3,886	3,729	▲236	▲156
愛媛	5,564	—	5,222	▲342	—

高知	3,472	3,425	3,220	▲252	▲205
福岡	21,181	20,971	19,590	▲1,590	▲1,381
佐賀	3,768	3,653	3,288	▲480	▲365
長崎	6,264	6,060	5,676	▲588	▲384
熊本	7,651	7,454	7,037	▲614	▲417
大分	4,678	—	4,635	▲43	—
宮崎	4,476	4,436	4,003	▲473	▲432
鹿児島	7,292	7,118	6,748	▲543	▲369
沖縄	5,271	5,127	4,437	▲834	▲690

※1 単位は億円

※2 丸囲みの数は、表 23 と対応している。

※3 各数値については、各都道府県の第2期医療費適正化計画実績評価より引用

※4 各欄のうち「—」については、各都道府県の実績評価において記載されていないものを示す。

二 医療費の伸びの要因分解

近年の医療費の伸びを要因分解すると、「人口」や「診療報酬改定」が医療費の減少要因となっている一方、「高齢化」や「その他（※）」が医療費の増加要因となっている。

具体的に平成24年度から平成29年度（実績見込み）までの伸びを要因分解すると（表25のB）、人口で約▲0.6%の伸び率となっている一方、「高齢化」は約5.7%、「その他」は約5.9%の伸び率となっている。

また、第2期医療費適正化計画の計画期間中においては、平成26年度と平成28年度に診療報酬改定が行われ、平成26年度は約+0.1%、平成28年度は約▲1.3%となっている。

一方、計画策定時の推計値について、平成24年度から平成29年度（推計）までの伸びを要因分解すると（表25のA）、「人口」「高齢化」「その他」の医療費の伸びに対する影響はそれぞれ、約▲1.7%、6.5%、10.4%としていた。なお、第2期医療費適正化計画策定時においては、診療報酬改定の影響を加味していなかった。

そのため、計画策定時と実績を比較すると、人口の影響について約4,500億円、高齢化の影響について約▲3,600億円、診療報酬改定の影響について約▲5,100億円、その他の影響について約▲18,200億円の差異が生じている。（表25）

（※）その他としては、医療の高度化や患者負担の見直し等、種々のものが考えられる。

表25 医療費の伸びに係る推計と実績の差異状況

		分解される要因	伸び率	影響額(百億円)
A	表18の ①→④ ②→④	合計	15.6%	612
		人口	▲1.7%	▲72
		高齢化	6.5%	265
		平成26・28年度の診療報酬改定	—	0
		その他	10.4%	418
B	表18の ②→⑤	合計	9.9%	389
		人口	▲0.6%	▲26
		高齢化	5.7%	230
		平成26・28年度の診療報酬改定	▲1.2%	▲51
		その他	5.9%	237
AとBの差異 (B-A)		合計	▲5.7ポイント	▲223
		人口	1.0ポイント	45
		高齢化	▲0.7ポイント	▲36
		平成26・28年度の診療報酬改定	▲1.2ポイント	▲51
		その他	▲4.5ポイント	▲182

図 13 医療費の伸び率の要因分解

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、平成29年度は1.3%。その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。
(平成27、28年度は一時的な要因により変動が大きいが平均すると1.5%程度で、それ以前の水準と大きく変わらない。)

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.3% (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2% (注1)
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2% (注1)
診療報酬改定等 ④		1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)	
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.3% (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (注5)			

注1：医療費の伸び率は、平成28年度までは国民医療費の伸び率、平成29年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の科体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。
 注2：平成29年度の高齢化の影響は、平成28年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成28、29年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計値である。
 注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。
 注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。
 なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。
 注5：70-74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

第六 今後の課題及び展望

一 国民の健康の保持の推進

第2期全国医療費適正化計画における目標である特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率25%（いずれも平成29年度時点）については、それぞれ実績との差異が大きい状況にある。第3期医療費適正化計画においても、引き続き実施率・減少率の向上を目指すこととし、都道府県や保険者の取組がより一層進むよう、国としても保険者インセンティブ等を活用しながら推進していく。

また、平成30年7月には、受動喫煙の防止に向け、健康増進法の一部を改正する法律が公布され、国においても、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努めなければならないものとされた。こうしたことも踏まえ、第3期医療費適正化計画においても、引き続きたばこ対策について、都道府県や保険者の取組がより一層進むよう、国としても推進していく。

二 医療の効率的な提供の推進

第2期医療費適正化計画における目標である平均在院日数28.6日（平成29年時点）については達成したが、今後も患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることが必要であることから、第3期全国医療費適正化計画においては、関係者とも協力しつつ、地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築を推進していく。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とする政府目標が設定されたことを踏まえ、第3期医療費適正化計画においても、引き続き後発医薬品の使用促進に向けて、都道府県や保険者の取組がより一層進むよう、国としても保険者インセンティブ等を活用しながら推進していく。

三 今後の展望

高齢者人口がピークに達し、生産年齢人口が急速に減少する2040年を展望すると、誰もがより長く元気に活躍できる社会を実現することが重要である。厚生労働省においては、国民誰もがより長く元気に活躍できるよう、全世代型社会保障の構築に向けて、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」（本部長：厚生労働大臣）を立ち上げ、「多様な就労・社会参加」「健康寿命の延伸」「医療・福祉サービス改革」を推進していくこととしている。こうしたことも踏まえ、第3期医療費適正化計画においても、計画に記載された取組をより一層推進していくことが必要である。