

医療費適正化計画担当者説明会 (全般)

平成24年8月6日

厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

〈目次〉

1. 医療費適正化計画について
2. 第2期医療費適正化計画策定に向けた医療費適正化基本方針の改正について
3. 医療費適正化基本方針の主な改正点について
 - (1) 住民の健康の保持の推進について(特定健康診査・特定保健指導)
 - (2) 医療の効率的な提供の推進について(平均在院日数等)
 - (3) 後発医薬品の使用促進
 - (4) たばこ対策
 - (5) 保険者との連携
 - (6) PDCAサイクル
4. 都道府県からのご意見への回答
5. 今後の相談窓口

1. 医療費適正化計画について

医療費適正化計画について

基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 国民の健康の保持の推進
政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
 - ・ 医療の効率的な提供の推進
政策目標:平均在院日数の全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小(平成24年度)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針を作成(特定健診の実施率の達成目標等を設定)
- 都道府県における事業実施への支援
 - ・ 医療提供体制の整備
 - ・ 人材養成
 - ・ 病床転換に関する財政支援
- 全国計画の中間評価、実績の評価の実施

- 都道府県医療費適正化計画を作成
- 生活習慣病対策
 - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
 - ・ 市町村の啓発事業の指導
- 在院日数の短縮
 - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
 - ・ 病床転換の支援
- 各都道府県計画の中間評価、実績の評価の実施
- 診療報酬に関する意見を提出することができる

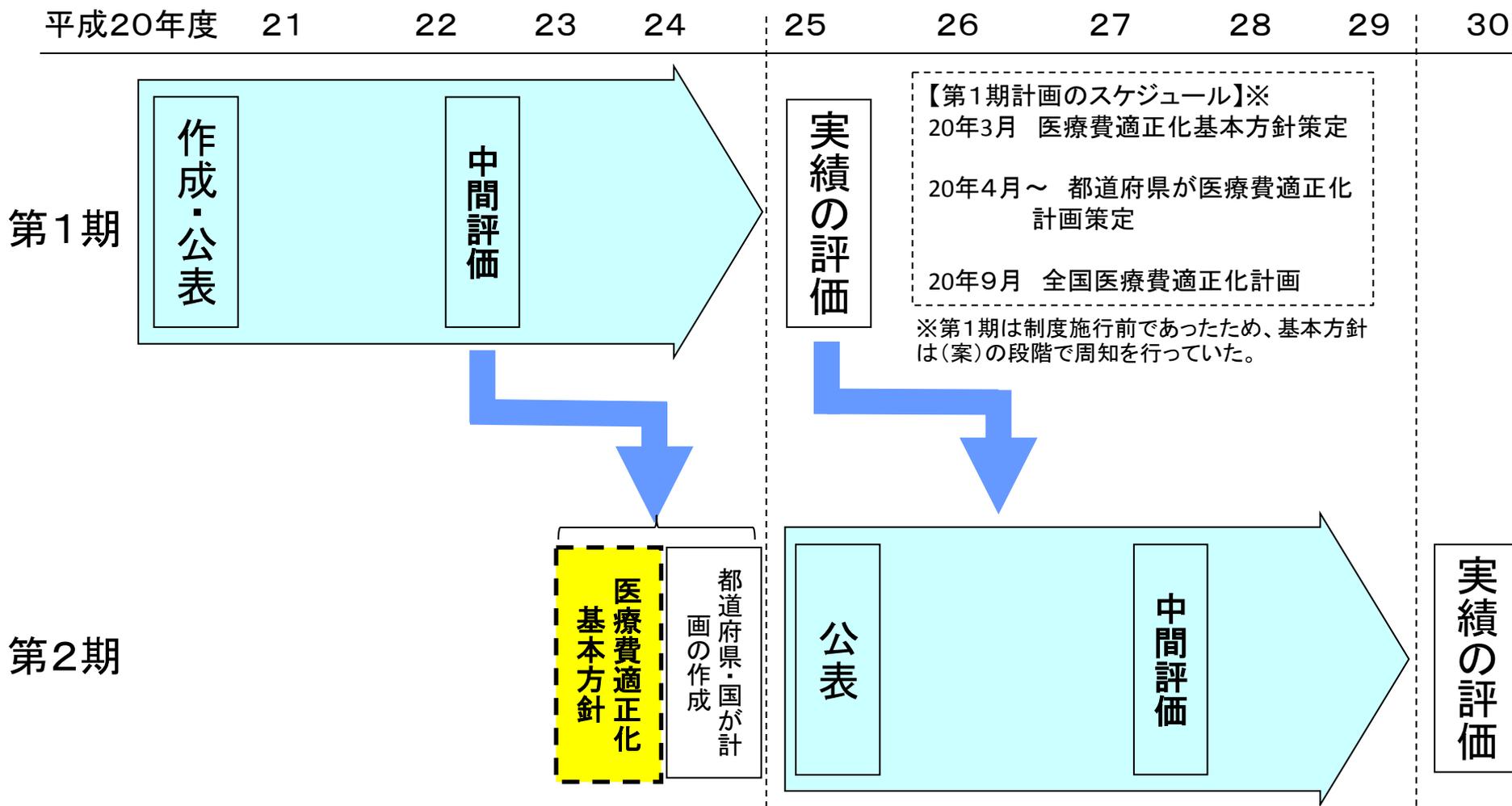
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、内蔵脂肪型肥満に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

医療費適正化計画のサイクル

- 医療費適正化計画は、平成20年度を始期とする1期5年間の計画であり、国において作成の基本方針である「医療費適正化基本方針」を定め、これに即して各都道府県が都道府県医療費適正化計画を作成することとなっている。
- 第1期の計画においては、まず国において「医療費適正化基本方針」を定め、これを踏まえ各都道府県医療費適正化計画が策定された後、国において「全国医療費適正化計画」を策定した。



医療費適正化計画の中間評価(概要)

医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 国民の健康の保持の推進 → 政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
 - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標:全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小(平成24年度)



- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施(生活習慣病対策、平均在院日数の縮減)

各保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

中間年度における進捗状況

- ◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

特定健診・保健指導の実施率

	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	41.3%
特定保健指導終了率	7.7%	12.3%

【実施率向上に有効と考えられる取組】

がん検診等との同時実施
未受診者への受診勧奨
電話や個別訪問による通知の実施
地域人材の活用 など。

平均在院日数の縮減

	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

【医療の効率的な提供体制の推進の取組】

地域連携パスの普及
在宅医療の推進
かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

インセンティブの在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

特定健診・特定保健指導の実施状況(中間評価①)

達成目標

平成24年度における全国目標として、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、内臓脂肪症候群とその予備群の減少率を10%と設定。各保険者の状況に応じて異なる特定健診の実施率の参酌標準を設定。

(参考) 保険者毎の特定健診の実施率の参酌標準:

単一健保・共済: 80%、総合健保・協会けんぽ・国保組合: 70% 市町村国保: 65%

進捗の状況

○平成21年度における特定健診の実施率(速報値)は40.5%、特定保健指導は13.0%となっている。

○特定健診の実施率の高い「上位保険者」とその他の保険者とを比較し、取り組みに顕著な差があった事項を調査。

○健保組合においては、健診実施率80%以上の保険者を、市町村国保においては、50%以上の保険者を上位保険者とした。上位保険者に顕著な取り組みとしては、以下のようなものがあった。

健保組合

- ①個別契約の締結
- ②がん検診との同時実施
- ③被扶養者に対する健診の実施期間を一定期間に限定して実施
- ④未受診者への受診勧奨
- ⑤未受診者に対する理由把握等の取り組み
- ⑥被扶養者の受診率向上のために独自の取り組みの実施

市町村国保

- ①一定期間に限った(3ヶ月未満)集団健診の実施
- ②がん検診や肝炎ウィルス検診との同時実施
- ③機会を捉えた個別通知の実施
- ④地域人材(保健指導員、食生活改善推進員等)の活用
- ⑤受診率向上のための独自の取り組みの実施
- ⑥服薬治療中の者への保健指導の実施

※ 特定健診実施率上位保険者(190)の9割は対象者5,000人未満の小規模保険者(153)が占めている。

平均在院日数縮減等の取組み(中間評価②)

達成目標

1. 平均在院日数の縮減

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、平均在院日数の全国平均について、最短の長野県との差を半分に短縮するという長期目標が定められた。

これを踏まえ、医療費適正化計画においては、平成24年度において、18年度病院報告における平均在院日数の全国平均32.2日を29.8日に短縮するとの目標が定められた。

2. 療養病床の再編

利用者の状態に即した適切なサービスの提供等の観点から、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が利用している療養病床は介護保険施設等に転換することを内容とする療養病床の再編を推進する、とされている。

療養病床は、平成18年時点で約35万床(医療療養病床:23万床、介護療養病床:12万床)あったが、このうち介護療養病床については平成23年度末で廃止することとされていた。こうした方針を前提に医療費適正化計画を策定した都道府県の療養病床の目標病床数は平成24年度時点で約21万床となった。

進捗の状況

1. 平均在院日数について

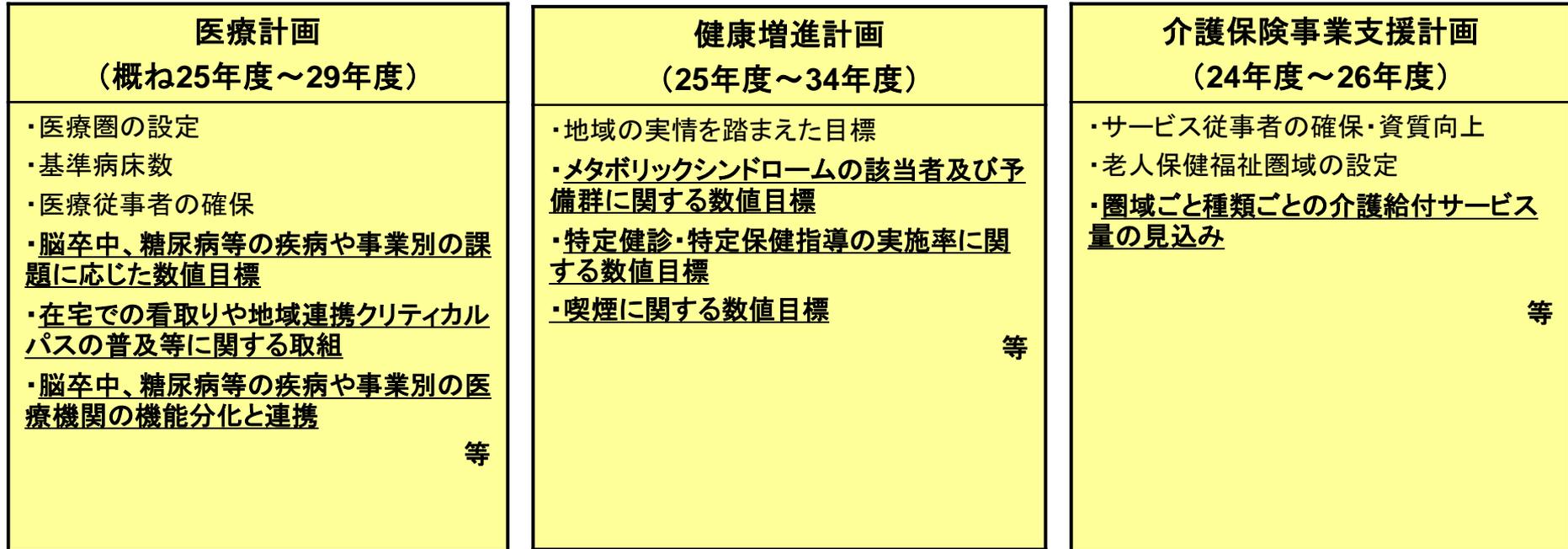
平成21年の平均在院日数の全国平均31.3日であり、最短は東京都の23.9日となっており、全国平均、最短ともに減少しているが、全国平均と最短との差は拡大しており、都道府県間のばらつきも大きい。

2. 療養病床の再編について

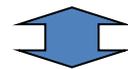
平成21年度から22年度にかけて行われた「療養病床の転換意向等調査」や「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」が行われ、医療療養病床又は介護療養病床から老健施設等への転換が進んでいないといった結果を踏まえ、平成23年度末とされていた介護療養病床の廃止期限を29年度末まで延長することとなった。こうした状況を踏まえ、利用者の状態像に応じて医療機関が自主的に行う病床転換については、引き続き支援を行うこととしつつ、療養病床に係る目標は凍結し、機械的な削減はしないこととした。

都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係

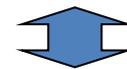
○ 医療費適正化計画の記載のうち、平均在院日数等の医療提供体制に関する事項は医療計画や介護保険事業支援計画、特定健診・保健指導の実施に関する事項は健康増進計画という都道府県が策定する他の3計画に密接に関連しており、相互に調和を図ることが定められている。



相互に調和



相互に調和



医療費適正化基本方針

医療費適正化計画
(25年度～29年度)

- ・医療費適正化に向けた目標
 - －国民の健康の保持の推進に関する達成目標
(特定健診及び特定保健指導の実施率、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、たばこ対策)
 - －医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
(平均在院日数の短縮、後発医薬品の使用促進)
 - ・目標を達成するために取り組むべき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

都道府県3計画の現在の状況等

医療計画

○本年3月30日に「医療計画について」(医政発0330第28号 医政局長通知)を発出し、各都道府県に平成25年度から開始される新たな医療計画の策定に向けた指針を公表。

<指針の主な改正事項>

- ・ 精神疾患の医療連携体制に求められる機能の明示
- ・ 在宅医療の連携体制に求められる機能の明示
- ・ 疾病・事業及び在宅医療のそれぞれに係る地域の医療提供体制の現状の把握、課題の抽出、目標設定、施策の明示、達成状況等の調査・分析・評価

健康増進計画

○「健康日本21」に引き続き策定する計画として、25年度から34年度までを対象とする「健康日本21(第2次)」について厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会等で議論。7月10日に、基本方針を告示。この方針を勘案して、各都道府県が健康増進計画を策定する。

<方針の主な内容>

- ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の目標について、平成20年度対比で27年度までに25%減少する、という現行の目標を当面維持する。
- ・ たばこについて、成人の喫煙率を34年度までに12%低下させる、未成年者の喫煙・妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙の防止する、ことを目標とする。

介護保険事業支援計画

○既に平成24年度から26年度までを対象期間とする「第5期介護保険事業支援計画」が策定されており、地域の介護ニーズ調査の結果を踏まえた計画に基づく事業が各地域で行われている。

<現在の状況>

本年4月末に介護保険事業計画における各サービス量(在宅介護、居住系、介護施設)の見込み等についての確定値が公表された。

都道府県医療費適正化計画の位置づけ

地域主権改革による考え方

○平成23年8月に成立した「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第105号。以下「第二次一括法」という。)において、政府全体の方針の一環として「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)第9条の都道府県医療費適正化計画の記載事項については、

- ・「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」のみ必須的記載事項とし、
- ・これ以外の「住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」や「医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」については、**各都道府県が任意的に記載する事項**となった。

(参考) 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)

(都道府県医療費適正化計画)

- 第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、五年ごとに、五年を一期として、当該都道府県における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。）を定めるものとする。
- 2 都道府県医療費適正化計画においては、医療費適正化を推進することによる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を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。
- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において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、当該都道府県において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都道府県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 当該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
 - 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県医療費適正化計画は、医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画、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及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
- 5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。
- 6 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。
- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、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。

※ 現在、地域主権改革の第三次一括法(国会審議中)においては、進捗状況に関する評価や実績評価についての結果の公表も都道府県の努力義務となっている。

2. 第2期医療費適正化計画策定に向けた医療費適正化基本方針の改正について

次期医療費適正化基本方針の改正の基本的な考え方

地域主権改革第二次一括法において、都道府県医療費適正化計画の記載事項については、「医療に要する費用の見通し」以外の特定健診・保健指導の実施目標や平均在院日数の短縮に関する目標等については任意的記載事項となった。



- ① 第2期の医療費適正化基本方針においては、国が一律に各都道府県の目標を示すこととはせず、国が参考となる指標・データや考え方を各都道府県へ示した上で、各都道府県がこれらを勘案し、地域の実情を踏まえた上で、目標を設定できることとする。
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第2項で「おおむね」定めることとされている事項については、都道府県の設定する目標や取組の例として、これまでの構成を踏襲し、基本方針に記載。
 - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において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、当該都道府県において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都道府県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 当該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
 - 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- ③ 必須記載事項とされている「医療に要する費用の見通し」に関しては、推計方法を提示する。これによることが望ましいものの、合理的な理由がある場合は、各都道府県においてこれと異なる推計を行っても構わない。

次期医療費適正化基本方針の主な改正のポイント(案)

<主な改正事項(案)>

	現行の方針	次期方針(案)
<p>目標及び施策の達成状況の評価について</p>	<p>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。</p>	<p>PDCAサイクルに基づき、中間評価、実績評価だけでなく、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行うことや、計画期間の途中であっても、必要に応じて計画の見直し等に行うことが望ましい旨を記載。</p>
<p>住民の健康の保持の推進に関する目標</p>	<p>特定健診の実施率70% 特定保健指導の実施率45% メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率10%(27年度までに25%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診の実施率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%(20年度対比)を全国目標とし、これを達成する上で必要な各保険者種別毎の目標と各都道府県内の保険者の実績を踏まえ、この3つの事項についての各都道府県における目標の目安を示す。 ○ 健康増進計画等との整合性の観点から、たばこ対策に関する目標及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。
<p>医療の効率的な提供の推進に関する目標</p>	<p>療養病床の数と平均在院日数を目標。 療養病床の入院者のうち、医療区分1及び医療区分2の3割の者に対応する病床が介護保険施設等へ転換する等を見込む。 平均在院日数の全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護療養病床の廃止が平成29年度末まで延長されたことや療養病床の機械的な削減はしないとの方針としていることを踏まえ、療養病床の数を目標としない。 ○ 平均在院日数については、その短縮を引き続き目指すこととする。 ○ なお、平均在院日数の推計ツールとして、医療計画における基準病床数等と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を各都道府県が設定することにより、平均在院日数の目標が明らかになるものを配布予定。 ○ 都道府県からの意見を踏まえ、後発医薬品の使用促進に関する目標及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。

	現行の方針	次期方針(案)
関係者との連携・協力について	都道府県が、取組を円滑に進めていくために、保険者等と連携・協力を図ることやそのための情報交換の場について記載。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 次期医療費適正化計画においては、特に保険者との取組を深めることが重要であることを記載。 ○ なお、国が保険者機能に関するガイドラインを策定することを併せて記載。
その他の適正化策	取組例として、重複頻回受診の是正や医療費通知の充実等について記載。	各都道府県毎の医療費や平均在院日数の要素分析、後発医薬品の普及状況のデータ等、各都道府県の政策立案に資すると考えられるデータや分析手法等の情報をできる限り提供していくこととする。
医療費の見通しの推計について	各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果を織り込む。	<p>各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果と生活習慣病の予防による効果を織り込む(※)。</p> <p>※ 各都道府県が一般病床・療養病床等の見込み数や域内保険者の特定健診実施率の目標を設定すること等により、一定の仮定の下で効果を推計するツールを配付する。</p>

今後の予定等

8月6日

都道府県担当者向け説明会の開催

8月下旬～

パブリックコメント(15日間)

8月中～

- ・可能なものから順次、都道府県へデータ提供
- ・医療費の推計ツールについても開発状況に応じて提供

9月中

適正化基本方針を告示

年内目途

各都道府県の計画の策定状況をフォローアップ

24年度中

- ・各都道府県において、25年度からの都道府県医療費適正化計画を策定
- ・国において、各都道府県の計画も踏まえ全国医療費適正化計画を策定・公表

3. 医療費適正化基本方針の 主な改正点について

**(1) 住民の健康の保持の推進
(特定健康診査・特定保健指導)**

住民の健康の保持の推進に関する改正点

1. 概要

- 特定健康診査と特定保健指導については、第1期医療費適正化計画に基づく取組実績を踏まえ、各都道府県の実情に応じた目標を設定することとする。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率については、特定保健指導対象者の減少率ではなく、医学的なメタボリックシンドロームの診断基準の該当者数を基に算出することとする。

2. 目標の改正

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の該当者及び予備群(※)の減少率10%(27年度までに25%)

※特定保健指導の実施対象者をいう。

※たばこ対策については後述

旧

全国目標: 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の該当者及び予備群の減少率25%

保険者種別ごとの目標を基に、各都道府県における保険者の構成割合を勘案して算出した数値を参考に、各都道府県において設定する。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、特定保健指導対象者ではなく、いわゆる内科系8学会が策定した基準に該当する者とする。

新

3. 具体的施策

都道府県は、保険者や市町村等におけるデータ等を把握し、全体を俯瞰する立場から、特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施の支援、広報・普及啓発を行うことが必要。

特に、市町村におけるがん検診との同時実施に向けた技術的助言等が期待される。

※ 第1期より記述の量は減っているが、都道府県が取り組むべき事項を抜き出したものであり、これまでより都道府県の役割が減っているという訳ではない。

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
平成21年度 （確報値）	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 （確報値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	14.8%	10.4%
平成21年度 （確報値）	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 （確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

第2期の全国目標

- 現在の特定健診・保健指導の実績を踏まえ、25年度からの29年度の次期計画期間の実施率の目標は特定健診・保健指導の実施率をそれぞれ70%、45%に維持する。
- この実施率の目標とこれまでの実績を踏まえ、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再計算する。

<目標の考え方>

		第1期の目標	第2期の目標
項目		24年度 目標(※※)	29年度までの全国 目標
実施に関する 目標	①特定健診実施率	70%	70%
	②特定保健指導実施率	45%	45%
成果に関する 目標	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(※)	10% (20年度対比) (27年度に25%減少)	25% (20年度対比)

※ 第1期計画期間の「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」は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科系8学会の基準による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とする。

※※ 24年度の目標は、27年度に特定健診受診率80%、特定保健指導60%を達成する前提で計算したもの。

保険者の目標について

特定健診実施率

- 全国目標である70%の実施率を保険者全体で達成するために、各制度毎の保険者が、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の各制度毎の実施率を保険者種別毎の目標値とする。

※ ただし、特定健診の実施率は、受診を希望しない者がいることなども想定し、90%を上限として計算を行う。

特定保健指導実施率

- 全国目標である45%の実施率を保険者全体で達成するために、各制度毎の保険者が、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の各制度毎の実施率を保険者種別毎の目標値とする。

※ ただし、特定保健指導の実施率は、受診を希望しない者がいることなども想定し、60%を上限として計算を行う。

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

- 保険者毎の目標とはしないが、保険者の実績を検証するための指標として活用することを推奨。

※ 別途、医療費適正化計画における国・都道府県が達成するべき目標としては活用。

※ 第1期と異なり、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、特定保健指導対象者ではなく、内科系8学会が策定した基準に該当する者とする。

<保険者種別毎の目標>

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会 (含む船保)	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診 の実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健 指導の 実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

各都道府県ごとの目標値の設定方法の例

特定健康診査・特定保健指導の目標の設定に当たっては、各都道府県における保険者構成割合に保険者種別ごとの特定健康診査実施率の目標を乗じて算出した数字を参考に設定することが考えられる。

なお、市町村国保、協会けんぽ以外は都道府県別の保険者構成割合がデータから算出できないため、推計値として算出することとする。都道府県別の保険者構成割合及び保険者種別ごとの特定健康診査実施率については、国から情報提供する。

【特定健康診査実施率の目標】

各都道府県における保険者構成割合

市町村国保	0%
協会けんぽ	0%
国保組合	0% (推計値)
単一健保	
総合健保	
共済組合	

国から都道府県別の割合データを提供

×
×
×
×
×
×

保険者種別ごとの特定健康診査実施率目標

市町村国保	60%
協会けんぽ	65%
国保組合	0% (推計値)
単一健保	
総合健保	
共済組合	

※国保組合、単一健保、総合健保、共済組合の個々の目標値は、70%、90%、85%、90%

全ての合計値
=

各都道府県における特定健康診査実施率の目安

国から推計値を提供

【特定保健指導実施率の目標】

各都道府県における保険者構成割合

市町村国保	0%
協会けんぽ	0%
国保組合	0% (推計値)
単一健保	
総合健保	
共済組合	

国から都道府県別の割合データを提供

×
×
×
×
×
×

保険者種別ごとの特定保健指導実施率目標

市町村国保	60%
協会けんぽ	30%
国保組合	0% (推計値)
単一健保	
総合健保	
共済組合	

※国保組合、単一健保、総合健保、共済組合の個々の目標値は、30%、60%、30%、40%

全ての合計値
=

各都道府県における特定保健指導実施率の目安

国から推計値を提供

メタボリックシンドロームの診断基準

必須

ウェスト周囲径
(へその高さ)

男性 $\geq 85\text{cm}$
女性 $\geq 90\text{cm}$

上記に加え以下のうち、

2項目以上→メタボリックシンドローム該当者

(1項目→メタボリックシンドローム予備群該当者：国民健康・栄養調査)

高脂血

高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dL}$

かつ/または

低HDLコレステロール血症 $< 40\text{mg/dL}$ 男女とも

高血圧

収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$

かつ/または

拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$

高血糖

空腹時高血糖 $\geq 110\text{mg/dL}$

※ 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

各都道府県ごとのメタボリックシンドロームの減少率の算出方法

〈前提〉

- 平成29年4月1日現在での住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)を基準。
- 平成20年度と平成29年度の特定健康診査結果から、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合(年齢階層別(5歳階級)及び性別)を算出。
※年齢階層は特定健康診査の対象者である40歳～74歳を用いる。

〈計算式〉

$$\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)} = \text{平成29年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)} \times \text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}$$

※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。

$$\text{平成29年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)} = \text{平成29年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)} \times \text{平成29年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}$$

※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。



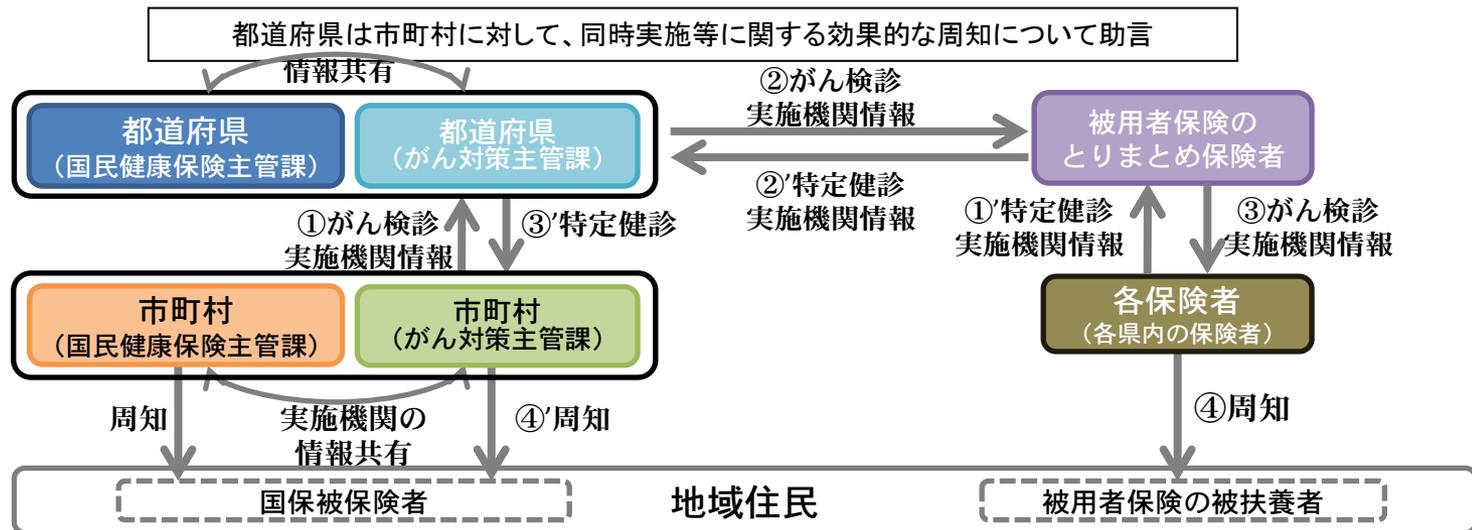
$$\text{メタボリックシンドロームの減少率} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)} - \text{平成29年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)}}{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}}$$

都道府県による取組例

住民の健康の保持の増進に関して、都道府県は全体を俯瞰する立場から、保険者、市町村等における健診の円滑な実施の支援や広報・普及啓発に関する取組を行うことが考えられる。

都道府県による取組例

- 保険者が特定健康診査等実施計画を策定する際等に、保健所から提供された地域の疾病状況等についての情報提供。
- 市町村が行うがん検診等各種検診の情報と特定健診等の情報を共有化し、同時実施等に関する効果的な周知について技術的助言を行う。



- 特定健康診査等に携わる人材育成のための研修の実施。
- 先進的な取組事例等についての情報提供、データの分析・提供、マスメディアを利用した普及・啓発

(2) 医療の効率的な提供の推進 (平均在院日数等)

医療の効率的な提供の推進に関する改正点

1. 概要

- 平均在院日数については、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、入院期間の短縮を目指す。
- 療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、政府の方針として、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設については、平成29年度まで転換期限が延長された。これを踏まえ、療養病床の削減に関する目標は削除することとする。
- 平均在院日数については、都道府県の自主性を尊重する観点から、基本方針では目標の設定方法は示さず、設定方法の例を別途情報提供することとする。

2. 目標の改正

療養病床の病床数

(医療療養病床と介護療養病床間の病床数の移行を勘案して設定)

平均在院日数

(長野県との差の9分の3に相当する日数を減らすことを目標(平成24年度))

旧



療養病床の病床数については、目標としない。

新

平均在院日数については、都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、独自に設定する。
(ただし、設定方法の例を情報提供する。)

※後発医薬品の使用促進については後述

3. 具体的施策

- 医療計画にも記載されている地域連携クリティカルパスの活用等について推進
- 療養病床の転換に関する相談窓口の設置等については、引き続き実施。
- 在宅医療・地域ケアの推進。 等

※各種計画(医療計画、介護保険事業支援計画)における記述の要旨又は概要を再掲することやそれらの計画と一体的に作成することも構わない。

都道府県別の平均在院日数

病院報告における平均在院日数について

○平均在院日数は以下の式により算出される。

年間在院患者延数

$$1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$$

○療養病床については以下の式により算出される。

年間在院患者延数

$$1/2 \times \left[\begin{array}{l} \text{年間新入院患者数} + \text{同一医療機関内の} \\ \text{他の病床から移された患者数(年間)} + \text{年間退院患者数} + \text{同一医療機関内の} \\ \text{他の病床へ移された患者数(年間)} \end{array} \right]$$

	平均在院日数(日)						総数
	精神病床	感染症病床	結核病床	一般病床	療養病床		
北海道	301.9	18.0	63.6	20.0	234.7	35.3	
青森	252.7	-	109.2	20.2	140.7	32.5	
岩手	295.5	6.0	98.3	20.6	177.7	33.9	
宮城	309.5	12.0	77.8	17.3	107.6	27.3	
秋田	296.5	-	86.0	20.1	230.8	33.5	
山形	260.2	-	153.5	17.8	108.8	29.0	
福島	335.3	3.0	100.9	19.1	164.5	32.9	
茨城	360.0	-	69.1	18.0	169.5	30.7	
栃木	392.2	5.0	78.9	18.6	182.1	32.5	
群馬	351.3	14.3	88.9	18.1	125.4	29.8	
埼玉県	302.6	9.3	64.4	17.9	209.8	31.9	
千葉県	343.7	6.5	60.4	16.9	204.1	28.2	
東京都	219.5	9.8	73.0	15.8	200.9	23.5	
神奈川県	240.6	7.8	62.6	15.5	219.7	24.0	
新潟県	345.7	26.3	65.7	19.9	194.2	31.5	
富山県	364.8	5.1	99.5	17.8	277.2	32.4	
石川県	294.8	-	109.3	20.3	195.5	34.4	
福井県	221.6	8.1	32.0	19.4	131.6	30.7	
山梨県	315.6	-	61.1	19.3	138.6	33.0	
長野県	256.6	4.9	73.8	16.4	106.9	24.6	
岐阜県	306.7	-	68.9	16.5	136.4	26.1	
静岡県	303.8	11.8	70.6	16.1	210.1	28.2	
愛知県	281.3	-	76.9	16.1	171.8	26.1	
三重県	321.0	8.8	41.5	17.9	163.5	31.4	
滋賀県	252.0	-	45.0	17.9	184.5	27.4	

	平均在院日数(日)						総数
	精神病床	感染症病床	結核病床	一般病床	療養病床		
東京都	330.5	10.4	50.9	20.7	193.4	29.6	
大阪府	249.8	6.8	85.5	18.2	194.1	29.4	
兵庫県	345.7	11.3	71.2	16.9	166.8	28.1	
奈良県	301.1	25.3	76.4	18.5	151.4	28.1	
和歌山県	352.4	-	124.9	21.9	155.9	32.7	
鳥取県	327.7	-	61.7	19.2	109.7	31.5	
島根県	264.9	3.0	44.7	19.8	166.1	32.8	
岡山県	252.1	-	68.7	20.0	144.2	30.6	
広島県	297.9	12.5	75.7	18.7	159.5	32.9	
山口県	380.1	-	54.6	20.0	242.4	41.4	
徳島県	444.7	-	60.0	20.4	159.4	41.4	
香川県	328.1	108.5	46.7	19.0	179.1	30.4	
愛媛県	347.3	24.0	52.8	20.3	149.2	34.5	
高知県	236.4	-	36.4	23.6	198.8	45.6	
福岡県	334.8	22.0	73.7	19.9	177.4	37.6	
佐賀県	358.6	4.6	75.5	21.7	135.2	45.0	
長崎県	354.0	9.3	49.2	20.2	132.0	40.7	
熊本県	312.0	-	51.3	21.3	173.8	41.1	
大分県	392.2	-	98.4	21.1	132.2	35.3	
宮崎県	365.9	-	39.1	20.0	148.9	39.1	
鹿児島県	423.4	14.8	88.4	21.5	138.6	46.0	
沖縄県	281.7	4.4	83.1	17.3	185.0	32.6	
全国	301.0	10.1	71.5	18.2	176.4	30.7	

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

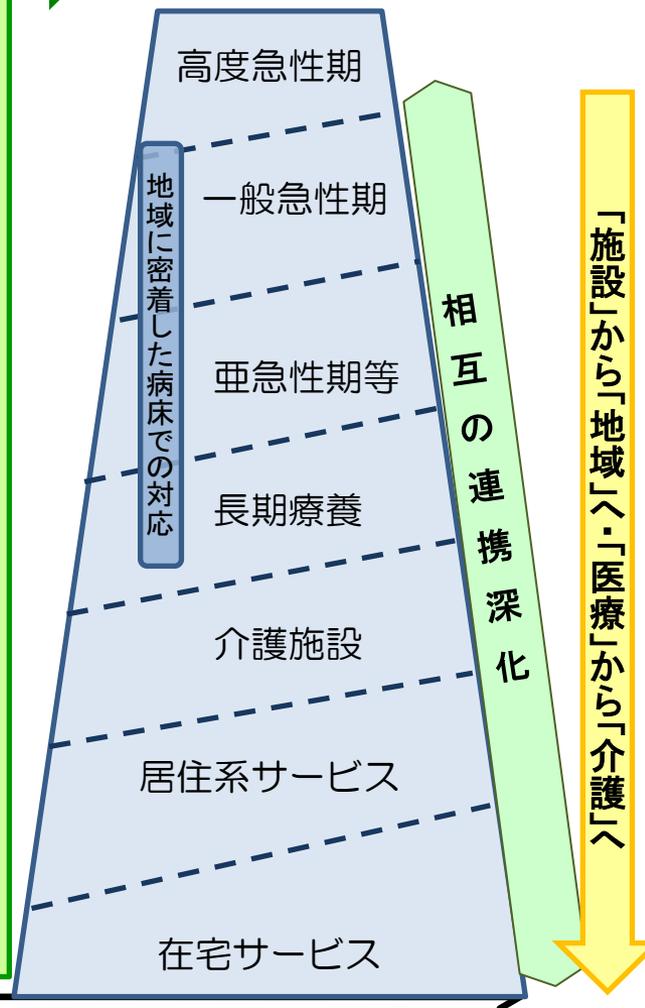
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
※ 都道府県においては、平成25年度からの医療計画(5か年計画)の策定作業を平成24年度中に行う予定。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

第1期医療費適正化計画策定時における療養病床再編成の考え方

○平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。

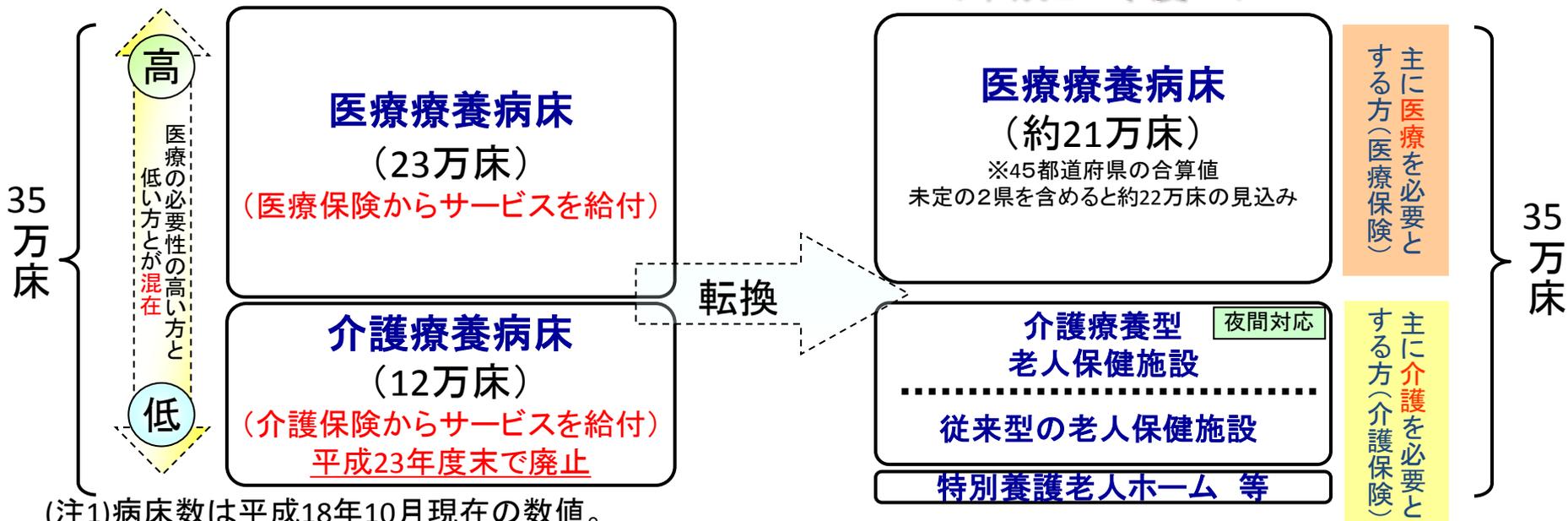
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを

○療養病床（医療療養病床、介護療養病床）に入院している患者を退院させず（ベッド数を削減せず）、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。

⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保

○なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

<平成24年度～>



(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

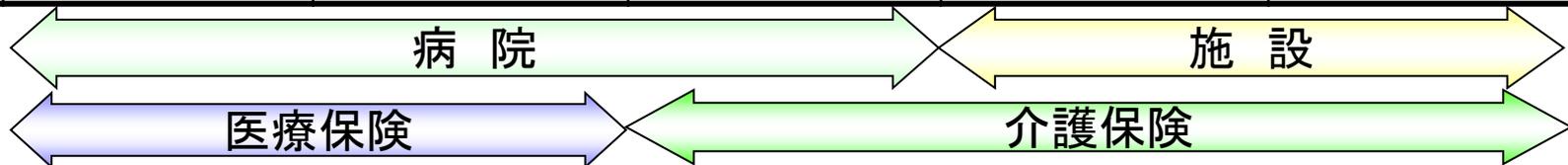
(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

(注3)介護療養病床については、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により廃止期限を29年度末へ延長。

医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約137万床	約26万床	約8万床	約5,000床※ ⁴ (H20.5創設)	約31万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※ ¹ (H24改定後、医 療療養について は改定前)	(※ ²)	約53万円※ ³	約39.8万円	・療養型 約36.2万円※ ⁵ ・療養強化型 約38.3万円※ ⁵	約30.5万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 看護補助者 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人

施設の種類の種類



※¹ 介護保険施設: 多床室、要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。(1単位10円)

※² 算定する入院料により異なる。

※³ 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書)

※⁴ 平成23年9月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

※⁵ 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※1	263,742	120,700	384,442
10月※1	251,880	117,573	369,453
平成19年4月※1	250,955	113,777	364,732
10月※1	252,211	109,457	361,668
平成20年4月※1	255,483	103,705	359,188
10月※1	258,139	99,316	357,455
平成21年4月※1	259,836	94,840	354,676
10月※1	261,288	90,887	352,175
平成22年4月※1	262,639	87,060	349,699
10月※1	263,493	83,992	347,485
平成23年4月※2	264,826	81,070	345,896
10月※2	266,248	78,862	345,110

※1 確定数

※2 概数

療養病床の転換意向等調査、医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

- 療養病床再編成の今後の方針を検討するため、平成21年度から平成22年度にかけて以下の調査を実施。

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】 平成22年6月実施

→ 療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握。

○ 調査対象：医療保険施設……………一般病棟：13対1・15対1（約2,000施設）

医療療養病棟（約4,000施設）

障害者施設・特殊疾患病棟（約1,000施設）

在宅療養支援病院・診療所（約3,000施設）

介護保険施設……………介護療養型医療施設（約2,000施設）

介護老人保健施設（約2,000施設）

介護老人福祉施設（約2,000施設）

○ 内容：患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

【療養病床の転換意向等調査】 平成22年2月及び4月実施

（診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後で2回実施）

→ 療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

○ 調査対象：調査時点で療養病床を有する医療機関

○ 内容：これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の結果について

- 医療療養病床と介護療養病床の機能分担が進んでいる。

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】

医療療養病床と介護療養病床

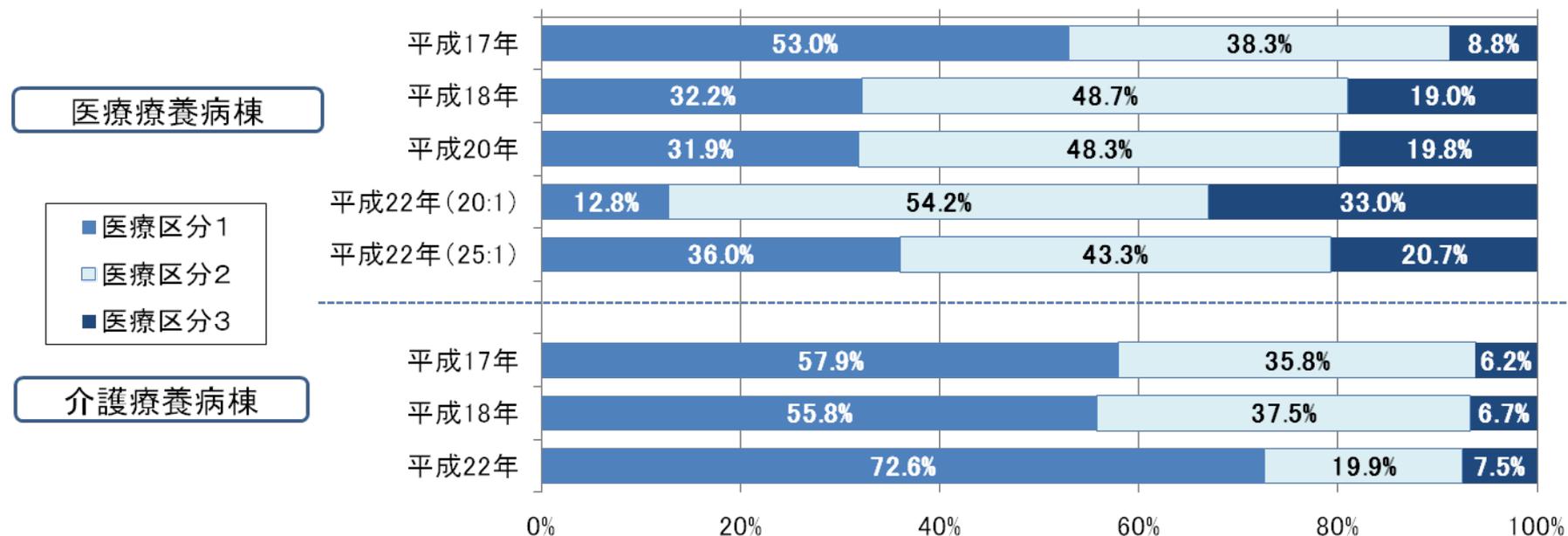
- ①医療療養病床の患者は、介護療養病床の患者よりも「医療区分2」及び「医療区分3」の占める割合が高く、「医療区分1」の割合が低い。

※平成17年度の中医協「慢性期入院医療実態調査」では、医療療養病床と介護療養病床の患者の医療区分には大きな差がなかった。

- ②医療療養病床で提供されている処置については、介護療養病床と比較して「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」などの高度な医療処置の割合が高く、明らかな差が見られた。

○療養病床における医療区分の年次推移

医療区分の年次推移



○療養病床の医療提供状況の年次推移

医療の提供状況

	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟
総数	14,472人	13,521人	16,603人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%
気管切開・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%

(出典) 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査。

療養病床の転換意向等調査の結果について

- 医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多い。
- 介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い。

【療養病床の転換意向等調査】

1. これまでの転換状況

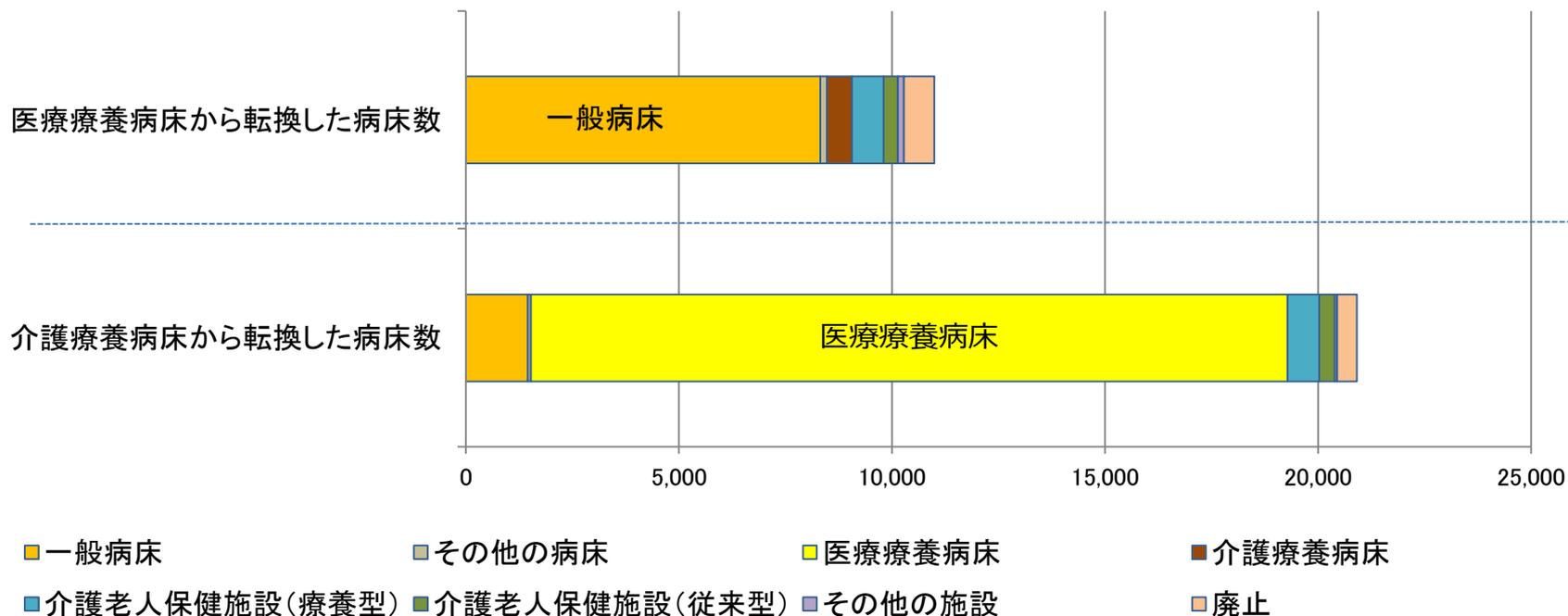
- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床^(注)、廃止が約500床。

(注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

2. 今後の転換意向

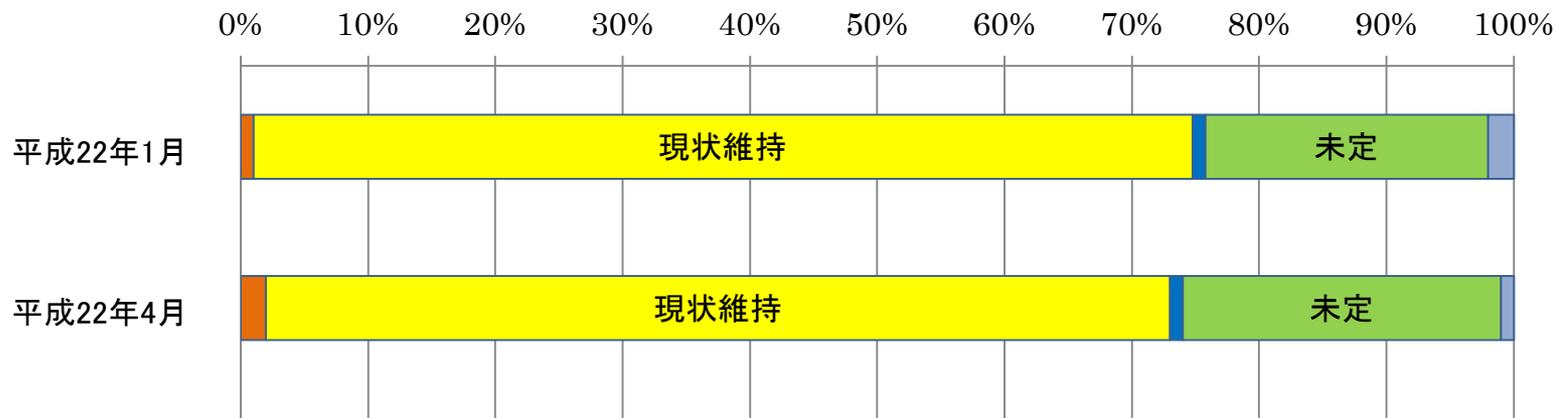
- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%

平成18年4月から平成22年3月末までの療養病床の転換状況

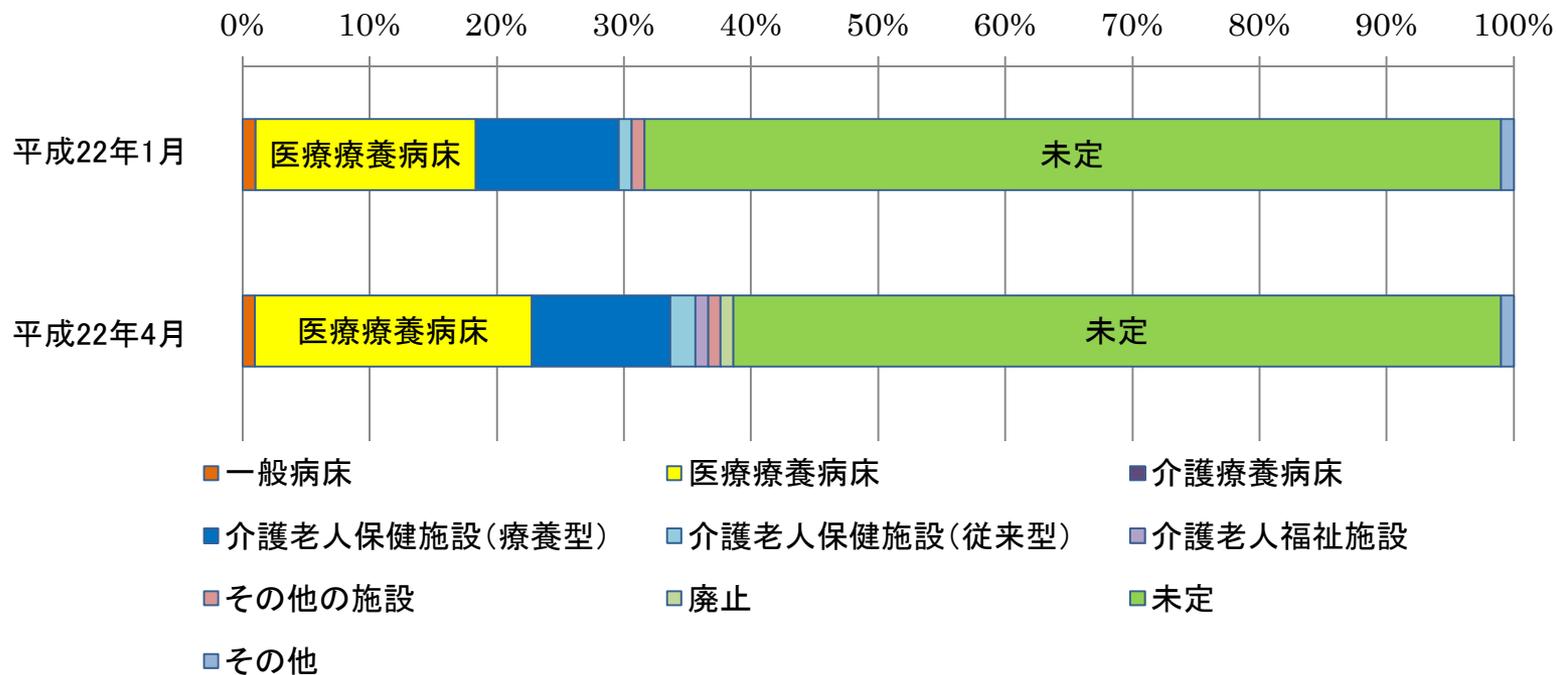


介護療養病床から医療療養病床へ転換した理由(複数回答)	割合
転換前の介護療養病床の入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断したため	68%
医師、看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できたため	26%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	26%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	24%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	13%
行政からの指導や後押しがあったため	2%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	1%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	0%
その他	27%

今後の医療療養病床からの転換意向



今後の介護療養病床からの転換意向



病床転換助成事業の概要(医療療養病床からの転換に対する助成)

- 療養病床の転換を支援するため、都道府県の区域内にある医療機関が療養病床(医療保険適用)から介護保険施設等へ転換する場合にその整備費用を都道府県から助成(平成20年度～平成24年度)。
- 費用負担割合 …… 国:都道府県:保険者=10:5:12

対象となる病床(案)

- ①療養病床(介護療養型医療施設を除く)
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院(又は同一診療所)内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの

転換

対象となる転換先施設

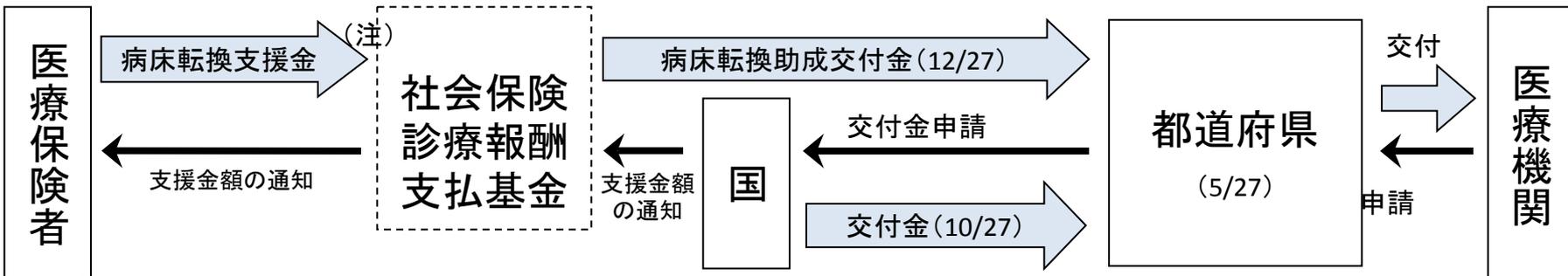
- ①ケアハウス
 - ②老人保健施設
 - ③有料老人ホーム
(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
 - ④特別養護老人ホーム
 - ⑤ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る。)
 - ⑥認知症高齢者グループホーム
 - ⑦小規模多機能型居宅介護事業所
 - ⑧生活支援ハウス
 - ⑨適合高齢者専用賃貸住宅になりうる高齢者専用賃貸住宅
- ※上記対象転換先施設については、介護療養型医療施設転換整備事業と同様

転換に係る整備費用を助成

補助単価(案)

- 創設・新設 100万円
(既存の施設を取り壊さずに、新たに施設を整備)
- 改築 120万円(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)
- 改修 50万円(躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等))

病床転換助成事業の流れ



(注) 支払基金は、医療保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県に対して病床転換助成交付金を交付

病床転換助成事業の利用状況

○ 現行の病床転換助成事業は、24年度末までの事業となっているが、その実施期限を平成29年度まで延長する方針。（今後、関係政令を改正予定）

【都道府県別利用実績】

区 分	転換病床数				合 計
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	
北海道	145	55	74	233	507
青森県	10	19	9	4	42
岩手県	0	0	159	0	159
宮城県	0	22	0	0	22
秋田県	0	0	0	57	57
山形県	0	29	0	40	69
福島県	66	66	0	40	172
茨城県	0	30	50	80	160
栃木県	125	0	0	0	125
群馬県	36	6	40	0	82
埼玉県	0	124	120	0	244
千葉県	0	0	0	0	0
東京都	0	0	0	0	0
神奈川県	0	0	0	0	0
新潟県	0	92	23	0	115
富山県	0	0	0	0	0
石川県	0	0	19	120	139
福井県	24	24	24	0	72
山梨県	0	0	0	0	0
長野県	12	0	0	0	12
岐阜県	0	0	0	0	0
静岡県	0	0	0	0	0
愛知県	0	0	0	0	0
三重県	0	0	0	0	0

区 分	転換病床数				合 計
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	
滋賀県	0	57	24	0	81
京都府	0	0	87	70	157
大阪府	0	0	20	20	40
兵庫県	0	0	0	0	0
奈良県	0	0	0	0	0
和歌山県	0	0	0	0	0
鳥取県	4	43	19	0	66
島根県	0	37	12	120	169
岡山県	21	0	0	9	30
広島県	0	0	94	71	165
山口県	0	0	0	0	0
徳島県	0	38	0	40	78
香川県	0	0	0	0	0
愛媛県	0	0	48	0	48
高知県	0	0	0	0	0
福岡県	0	19	16	0	35
佐賀県	0	0	0	0	0
長崎県	20	20	0	0	40
熊本県	0	0	0	72	72
大分県	0	0	0	0	0
宮崎県	0	0	19	0	19
鹿児島県	0	0	35	74	109
沖縄県	0	97	0	17	114
合計	463	778	892	1,067	3,200

(3) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進に関する目標 **(新設)**

1. 趣旨

- 後発医薬品の安心使用促進のためのアクションプログラムにおいて、都道府県の役割として、協議会を発足させ、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発を行うことが記載されている。

後発医薬品の安心使用促進のためのアクションプログラム(平成19年10月15日)

平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにしたもの。

- ➡ H25年度以降は、ロードマップが作成される予定。総合的な使用促進を図ることとしている。(※)

- これまで、個々の都道府県において、医療費適正化のために、後発医薬品の使用促進に関する取組を実施するところがあったが、後発医薬品の使用促進のため、改めて基本方針の中で、都道府県が後発医薬品の使用促進に関して設定する目標や取組の例示を行うこととする。

(※)ロードマップ上の目標については、今後、中央社会保険医療協議会薬価専門部会において年内を目途に議論が行われる予定。

(※)ロードマップを踏まえ、国から都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法等に関する技術的事項の助言を行う予定。

2. 目標の設定

- 都道府県において、後発医薬品の使用促進に係る環境整備を図る観点から、例えば、後発医薬品の数量シェアや普及啓発施策等に関する目標を設定することが考えられる。
- なお、後発医薬品の使用による医療費適正化効果については、個々の医薬品の価格によって効果が異なるため、医療費の見通しの推計に含めて、一律に効果を算出することとはしていない。

3. 具体的施策

例えば、後発医薬品の使用促進に関する協議会を設置、活用し、普及啓発等に関する施策を策定・実施することや、自己負担差額通知を行う保険者の支援、連携・協力の推進が考えられる。

※施策の実施の際は、PDCAサイクルによる評価と施策への反映にも配慮することが必要。

(参考) 社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)
〈抜粋〉

3. 医療・介護等②(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

「最近の調剤医療費(電算処理分)」における都道府県別後発医薬品割合 (数量ベース、%)

	21年度	22年度	22'順位		21年度	22年度	22'順位		21年度	22年度	22'順位
北海道	20.9	23.7	11	石川	19.2	22.7	24	岡山	20.5	24.5	21
青森	21.8	25.4	3	福井	19.2	23.3	16	広島	18.1	21.7	10
岩手	22.2	25.4	3	山梨	17.6	20.0	44	山口	19.1	23.6	12
宮城	21.5	24.3	10	長野	18.9	23.0	22	徳島	15.0	18.3	46
秋田	15.6	17.8	47	岐阜	18.1	21.8	34	香川	17.7	21.4	38
山形	21.0	25.1	7	静岡	19.2	22.9	22	愛媛	19.3	22.2	29
福島	18.8	22.2	29	愛知	17.4	21.3	39	高知	17.0	20.5	42
茨城	18.0	21.9	33	三重	19.2	22.7	24	福岡	19.8	23.5	14
栃木	19.6	23.1	21	滋賀	16.6	20.4	43	佐賀	18.9	22.0	32
群馬	20.0	23.3	16	京都	19.5	22.1	31	長崎	20.2	23.3	16
埼玉	19.4	23.3	16	大阪	18.6	21.7	35	熊本	21.5	25.4	3
千葉	19.4	22.6	26	兵庫	19.0	22.5	27	大分	20.6	23.3	16
東京	16.4	19.3	45	奈良	20.6	23.6	12	宮崎	20.8	24.7	8
神奈川	17.8	21.1	40	和歌山	17.4	20.8	41	鹿児島	23.3	28.0	2
新潟	19.0	23.6	14	鳥取	18.1	21.6	37	沖縄	31.0	35.9	1
富山	20.7	25.2	6	島根	17.9	22.7	27	全国	19.0	22.4	—

注1) レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したものである。(保険局調査課まとめ)
 医政局経済課の調査(薬価調査)は、すべての医療用医薬品の取引を対象としているため、数値が異なる。

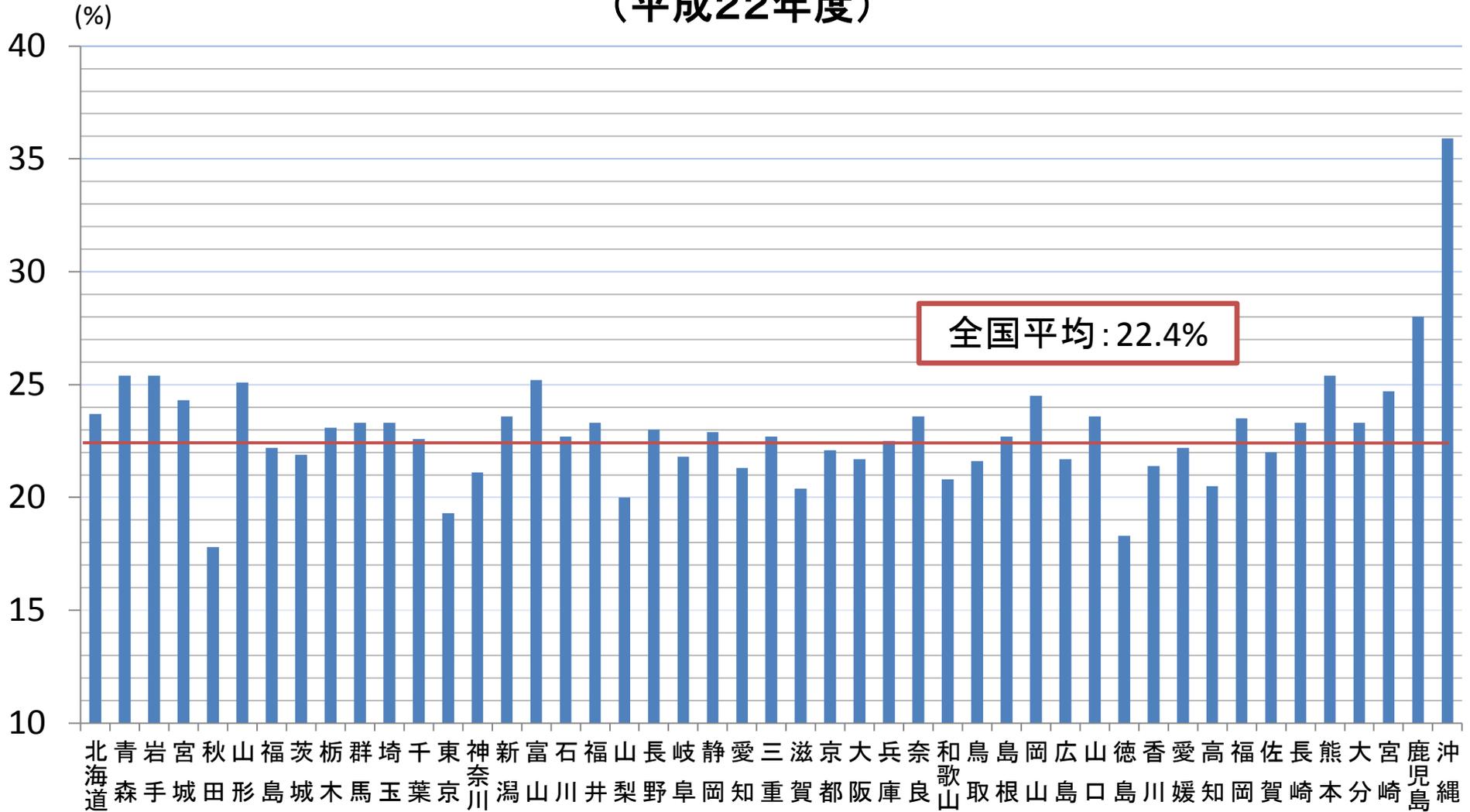
注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。

注3) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注4) 後発医薬品割合(数量ベース)の算出からは、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

「最近の調剤医療費(電算処理分)」における都道府県別後発医薬品割合 (数量ベース)

(平成22年度)



全国平均: 22.4%

注1) レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したものである。(保険局調査課まとめ)
 医政局経済課の調査(薬価調査)は、すべての医療用医薬品の取引を対象としているため、数値が異なる。
 注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。
 注3) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 注4) 後発医薬品割合(数量ベース)の算出からは、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進のための取組 (平成24年度予算)

※()内金額はH23'予算額。

計 4.8億円(4.7億円)

○後発医薬品の使用促進対策費(医政局)

117百万円(101百万円)

後発医薬品に係る理解を向上させるため、関係者を構成員とする都道府県協議会において後発医薬品使用促進に係る具体的な事業を検討・実施するとともに、後発医薬品の使用に積極的な医療機関における採用リストや採用基準の地域での共有化並びに保険者が差額通知サービスを導入しやすくするための環境整備を行う。また、後発医薬品の更なる信頼性向上を図るため、安定供給体制等を指標とした評価基準の検討や、これまでの取組に対する検証等を行う。併せて、昨年引き続き、パンフレットの作成・配付やシンポジウムの開催による普及啓発等を行う。

○後発医薬品品質情報提供等推進費(医薬食品局)

143百万円(143百万円)

後発医薬品の品質の信頼性の向上を図るため、学会等での発表・研究論文や(独)医薬品医療機器総合機構の後発医薬品相談窓口寄せられた医療現場等からの後発医薬品の品質に関する意見・質問・情報等について、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施することでその品質の確認を行い、結果を公表することにより、国民や医療現場における後発医薬品の品質に対する懸念の解消を図る。

○後発医薬品品質確保対策費(医薬食品局)

26百万円(31百万円)

先発医薬品と後発医薬品の同等性を確保するため、一斉監視指導において立入検査によるGMPバリデーションの指導及び許可製品の一斉収去・品質検査により品質を確認し、その結果を公表するとともに、メーカーの自己責任体制の確立を促し、一層の品質確保を図る。

○後発医薬品使用状況調査経費(保険局)

13百万円(13百万円)

厚生労働省が行う後発医薬品の使用促進のための施策の効果を検証するため、保険医療機関及び保険薬局における後発医薬品の処方・調剤に関する状況や、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等の調査を行う。

○診療内容及び薬剤使用状況調査費(保険局)

4百万円(4百万円)

欧米諸国における後発医薬品の使用に関する医療保険制度の実態や動向等の調査研究を行う。

○後発医薬品周知事業経費(保険局)

179百万円(174百万円)

後期高齢者に対する後発医薬品の使用に関する患者から医師、薬剤師への意思表示がしやすくなるように、新規加入者に対して「後発医薬品 希望カード」の配布をするとともに、後発医薬品差額通知の送付等の取組が実施されるよう施策を講じる。

後発医薬品使用促進における都道府県の役割

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム(抜粋)

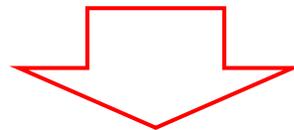
4. 使用促進に係る環境整備に関する事項

- 都道府県レベルにおける使用促進策策定や普及啓発を行うため、医療関係者、都道府県担当者等が協議会を発足させ、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発を行う。

【各都道府県の主な取組事例】

- ・一般向け広報資材(パンフレット等)の作成・配布
- ・中核病院等の後発医薬品取扱リストの作成
- ・後発医薬品採用基準の取りまとめと講習会等を通じた医療関係者へのノウハウの提供
- ・後発医薬品製造工場や後発医薬品の使用に先進的に取り組む医療機関等の視察
- ・モデル保険者を通じた、被保険者が後発医薬品に切り替えた場合の「軽減額通知」の実施

主な県の具体的な取組事例については「ジェネリック医薬品使用促進の先進事例に関する調査報告書」により公表
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoku/kouhatu-iyaku/04.html>



後発医薬品の更なる使用促進のためには、国による各種の施策とともに、各都道府県においても、使用促進のための環境整備に関する積極的な取り組みが必要。

後発医薬品の安心使用促進のための協議会について

○目的

各都道府県における実情に応じ、都道府県事業として「協議会」を設置し、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、各都道府県毎の後発医薬品の安心使用促進計画の策定と使用促進のための具体的な取組を実施するための検討を行う。

○実施状況

平成24年3月までに、47都道府県中42都道府県で委託事業を実施

○予算額： 86,129千円(24年度)

○事業内容(例)

①後発医薬品安心使用促進協議会の設置・運営

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、業界、消費者、保険者、行政等で構成
- ・ 後発医薬品に係る現状把握、問題点、調査・検討

②普及啓発用ガイドブック等の作成及び講習会等の実施

③後発医薬品に関するアンケート調査の実施(医療関係者、一般県民)

④地域の医療機関・薬局における後発医薬品の取扱品目リストや採用基準の作成とその普及

⑤モデル保険者による、後発医薬品に切り替えた場合の「軽減額通知」の実施

後発医薬品の安心使用促進のための都道府県協議会の活動の例 (H24.3までの実績)

- ◆協議会等を設置した都道府県 42
- ◆一般向けポスター、リーフレット等を作成した都道府県 29
- ◆講習会を実施した都道府県 29
 - ・一般住民向け 16
 - ・医療関係者(医師、薬剤師)向け 22
- ◆ジェネリック医薬品に関するアンケート調査を実施した都道府県 41
- ◆ジェネリック製薬工場や先進的医療機関等の視察を行った都道府県 20
- ◆ジェネリック医薬品の取扱リストや採用基準を作成済の都道府県 26

注) 医政局経済課の委託事業として実施する都道府県の数を集計した。

都道府県における取組の例

- ・「薬と健康の週間」に合わせて開催したイベント「お薬相談・展示会」において、「後発医薬品Q&Aコーナー」の設置や患者啓発用パンフレットを配布（栃木県）
- ・医療関係者を対象に、後発医薬品に対する正しい理解を促進するための研修事業を後発医薬品メーカーの工場で実施（富山県）
- ・県内の病院のうち138施設の後発医薬品の採用基準と採用品目リストをそれぞれとりまとめて、県のホームページに掲載（兵庫県）
- ・県内の「モデル病院」の代表者が委員として協議会に直接参画し、「モデル病院採用ジェネリック医薬品リスト」や「汎用ジェネリック医薬品リスト」をとりまとめて、公表、配布（福岡県）
- ・一般県民からも協議会委員を公募し、医療関係者等の委員と共同で県内の後発医薬品促進のための方針を検討。また、住民啓発用資材として、クリアホルダーを作成・配布（宮崎県）
- ・県内の一部をモデル地区に選定し、保健所単位で地域を絞って後発医薬品の安心使用に係る環境整備を重点的に実施（鹿児島県）

宮崎県庁→



ジェネリック医薬品軽減額通知の内容(呉市国保の例)

ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ

■番号 00000000
国保 一郎 様

平成21年09月処方分
を現在、よく流通しているジェネリック医薬品に
切り替えた場合の薬のみの削減可能額は

※1
3,600円～
です。

平成21年09月分の処方実績		ジェネリック医薬品に※2 切り替えることで 削減できる金額
医療機関・薬局区分	お薬代※1 (3割負担)	
薬局	8,810	3,610～
合計	8,810	3,600～

(100円未満切り捨て)

この明細について/使い方

本明細※3では、過去あなたに処方された医薬品と、同一成分のジェネリック医薬品※5に変更した場合の削減可能な金額を参考までにご紹介いたします。

平成21年09月分の処方実績					ジェネリック医薬品に※2 切り替えることで 削減できる金額	
医療機関・薬局区分	お薬の単価	数量	単位	お薬代※1 (3割負担)		
薬品名※4						
薬局						
ペイスン錠0.2 0.2mg	47.5	270.0	錠	3,840	1,230～	
セロケン錠40mg	29.8	180.0	錠	1,600	1,200～	
メパロチン5 5mg	65.6	90.0	錠	1,770	650～	
ガスター-D錠20mg	59.3	90.0	錠	1,600	530～	
合計					8,810	3,610～

※1 薬にかかった金額のみです。実際の医療機関への支払金額には、技術料、指導料、検査費用などが含まれています。国や市町村から医療助成を受けている場合には、実際の支払金額と異なる場合があります。

※2 実際に支払った「お薬代」に対して、通知書発行時点でジェネリック医薬品として認定を受けている薬品に切り替えた場合、どの程度薬代を削減できるかをご紹介します。ジェネリック医薬品は複数存在する場合があります。金額にも幅があります。

※3 本明細は、医療機関・薬局の過去の請求データに基づいて作成されています。本明細に記載しきれない場合は、削減効果の大きい医療機関分から順に記載しています。

※4 上記に記載している医薬品には、がんその他特殊疾病に使用されるお薬、短期処方のお薬などについては除外しています。

※5 先発医薬品とジェネリック医薬品は同一の成分ですが、使用できる病気(効能)は異なっており、切り替えできない場合があります。詳しくは薬剤師にご相談ください。

費用対効果

(呉市の場合:平成22年度)

①費用 約37,400千円
②費用削減効果 約111,300千円



費用対効果(①-②) 約73,900千円

参考:中医協の検証調査結果 (全国調査)

◆「軽減額通知」の受取り経験のある患者のうち約半数(48.3%)の患者が、ジェネリック医薬品に変更した、と回答。

◆一方で、「軽減額通知」の受取り経験のある患者は、全体の10.4%に留まる。

協会けんぽによる「ジェネリック軽減額通知」(平成22年1月～6月)

◆概要

全国の支部において、平成22年1月から6月にかけて、加入者(約3,500万人)のうち、次の条件に該当した約145万人の方に対して、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減可能額や先発医薬品の処方の内容(1ヶ月分)を下表のとおりお知らせした。

- ・40歳以上の方
- ・平成21年8月又は9月診療分のレセプトを分析して、自己負担の軽減可能額が一定額以上の方

◆ジェネリック医薬品への切り替えによる医療費の軽減額について

平成22年1月～6月にジェネリック軽減額通知を送付した全国の医療費の軽減額の合計は、以下のとおり。

軽減額(平成22年1月～6月通知分)

1ヶ月	単純に1年間に換算(12倍)した場合
約5億8,000万円(※)	約69億6,000万円(推計)

※約5億8,000万円のうち、自己負担分(3割)は約1億7,400万円、保険給付分(7割)は約4億600万円

◆軽減可能額・年齢階層別の切り替え割合

	200～299円	300～399円	400～499円	500～999円	1000円以上	計
40～49歳	19.5%	20.6%	22.0%	23.6%	25.2%	22.1%
50～59歳	22.8%	23.6%	24.5%	26.2%	27.9%	25.1%
60～69歳	24.9%	25.9%	26.7%	28.1%	30.0%	27.5%
70～74歳	30.2%	31.7%	31.4%	32.0%	33.2%	31.6%
計	23.7%	24.7%	25.6%	27.1%	29.0%	26.2%

年齢が高くなるほど切り替えの割合は高くなっている。

薬価専門部会の今後の検討予定等について

1. 検討項目

(1) 長期収載品の薬価のあり方等について

① 医薬品のライフサイクルの中での長期収載品の価格について

② 後発医薬品の新たな目標等について

(2) 次期薬価制度改革に向けた検討事項等について

2. 検討予定等

	長期収載品の薬価のあり方等について (①長期収載品の価格 ②後発医薬品の新たな目標等)	次期薬価制度改革に向けた 検討事項等
平成24年 6月6日	第1回 ・これまでの取扱い確認 ・今後の議論に向け必要な資料・情報等の検討	(長期収載品の薬価のあり方 等との関連での議論あり)
7月18日	第2回 ・議論に必要な資料・情報(先発医薬品と後発医薬品の価格 差要因、諸外国における後発医薬品促進策と使用実態等)に ついて報告 (順次報告を受けながら、議論・検討)	
秋～冬 平成25年 9月以降 12月(目処)	中間まとめ(※)	次期薬価制度改革の本格議 論開始
検討事項の全体の整理とその審議		
薬価制度改革(案)の審議・とりまとめ		

※ 後発医薬品の新たな目標等については、医療保険部会に報告

(4) たばこ対策

たばこ対策に関する目標 **(新設)**

1. 趣旨

- 健康日本21(第2次)、がん対策推進基本計画において、たばこ対策について国の目標値を設定しており、都道府県健康増進計画は、健康日本21を勘案して作成することとされている。
- また、喫煙による経済損失は約4兆円と見込まれている。
(平成20年医療経済研究機構自主研究事業 禁煙政策のありかたに関する研究2010年)
- このように、がんや循環器疾患等の生活習慣病予防対策や医療費適正化対策として、たばこ対策を都道府県において推進することが重要であると考えられることから、医療費適正化計画においても、目標の設定及び都道府県の取組について記載することを考えている。

◆国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の一部を改正する件(平成24年7月10日厚生労働大臣告示第430号)〈抜粋〉

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

二 目標設定の考え方

(5) 喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPDといったNCDの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画(以下「健康増進計画」という。)の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村(特別区を含む。以下同じ。)ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

2. 目標の設定

- 都道府県において、たばこ対策の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる。
- なお、たばこ対策による医療費適正化効果については、両者の間に一定程度のタイムラグがあること等を勘案し、医療費の見通しの推計に含めて、一律に適正化効果を算出することとはしていない。

3. 具体的施策

禁煙対策として、教育・啓発施策や健診等の機会を活用した支援が有効であることから、都道府県においては、保険者や医療関係者と連携した普及啓発、相談支援体制の整備など様々な支援を行うことが考えられる。

日本におけるたばこの健康被害について

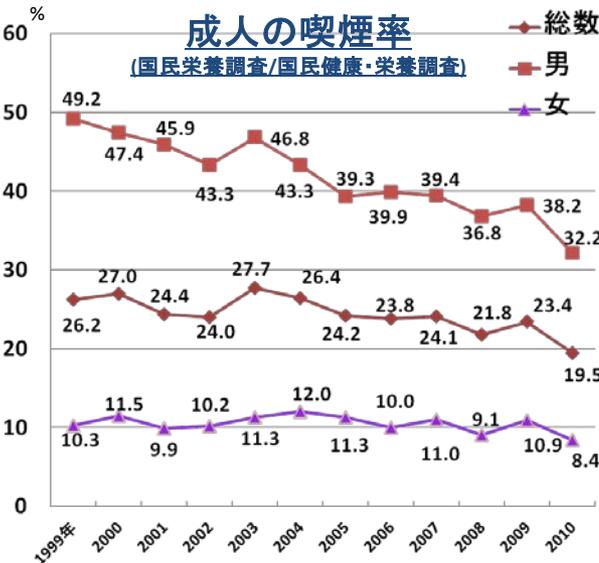
喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させることが必要。

たばこの健康への影響と経済損失

- 喫煙による年間超過死亡数は 12~13万人 (参考: 年間死亡者全体119万人)
- 受動喫煙による年間超過死亡は、年間約6,800人
- がん死亡の約20-27%は喫煙が原因であり、喫煙していなければ予防可能。

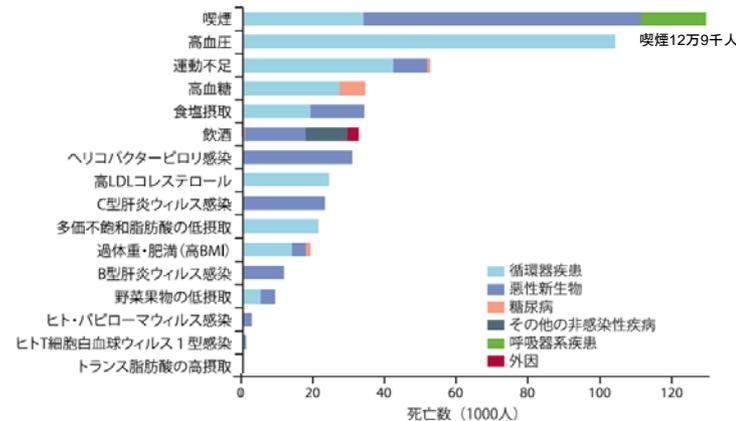
- 超過医療費1.7兆円
- 入院・死亡による労働力損失 2.4兆円

喫煙者の各疾病の相対危険度	男性	女性
全死因	1.63*	1.76 *
全喫煙関連疾患	1.85*	2.00 *
全がん	1.97*	1.57 *
全喫煙関連がん	2.32*	2.01 *
口唇、口腔、咽頭がん	2.66*	1.97
食道がん	3.39*	1.9
胃がん	1.51*	1.22
肝がん	1.81*	1.73 *
膵がん	1.58*	1.81 *
喉頭がん	5.47*	0.00
肺がん	4.79*	3.88 *
子宮頸がん	—	2.32 *
腎がん	1.57	0.60
腎盂、尿管、膀胱がん	5.35*	1.86
骨髄性白血病	1.45	0.96
全循環器疾患	1.52	1.98 *
全喫煙関連循環器疾患	1.51*	2.09 *
虚血性心疾患	2.18*	2.95 *
脳卒中	1.25*	1.80 *
くも膜下出血	2.33*	2.79 *
脳出血	1.24	1.92 *
脳梗塞	1.23*	1.48 *
脳大動脈瘤	3.89*	2.35 *
腹部大動脈瘤	3.89*	4.30 *
全呼吸器疾患	1.41*	1.65 *
全喫煙関連呼吸器疾患	1.35*	1.53 *
肺炎	1.17	1.39 *
COPD	3.09*	3.55 *
全消化器疾患	2.04*	2.13 *
消化性潰瘍	7.13*	1.37



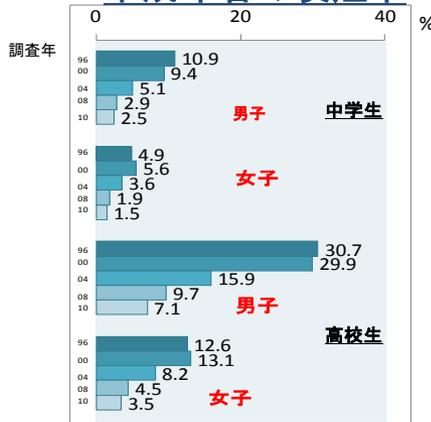
非感染性疾患と傷害による成人死亡の主要な2つの決定因子は喫煙と高血圧

図: 2007年の我が国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数



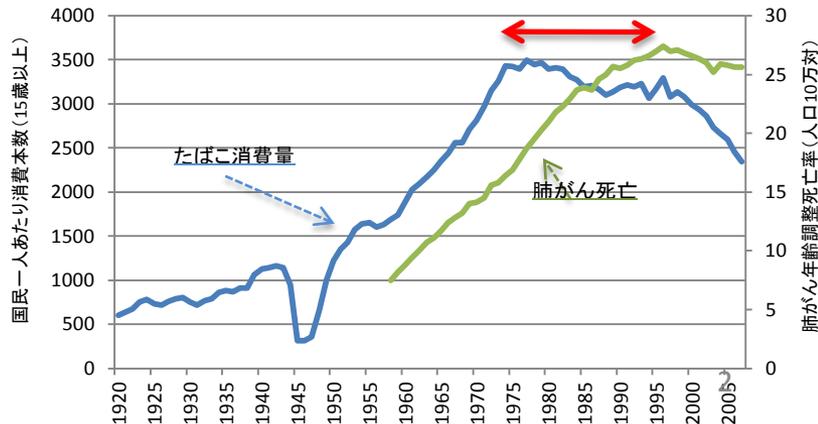
出典 THE LANCET 日本特集号 (2011年9月) 日本: 国民皆保険達成から50年
なぜ日本国民は健康なのか (厚生科学研究: 我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究, 渋谷健司より作成)

未成年者の喫煙率



出典: 厚生労働科学研究費補助金 「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」等

たばこ消費と肺がん死亡との関係はあるが20-25年のタイムラグ



* 95%信頼区間有意
出典: Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology. 2008; 18(6):251-64

日本国内の受動喫煙防止対策について

健康増進法施行 平成15年5月

第25条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。)を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書 (平成21年3月) (概要)

- 基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき。
- 社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つ。

「受動喫煙防止対策について」健康局長通知 (平成22年2月25日 健発0225第2号) 概要

- ① 受動喫煙による健康への悪影響は明確であることから、公共の場においては原則として全面禁煙を目指す。
- ② 全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求める。
- ③ たばこの健康への悪影響や国民にとって有用な情報など、最新の情報を収集・発信する。
- ④ 職場における受動喫煙防止対策と連動して対策を進める

「新成長戦略」閣議決定(平成22年6月18日) ①
「がん対策推進基本計画」閣議決定(平成24年6月8日) ①～⑤
「健康日本21(第2次)」大臣告示(平成24年7月10日) ①～⑥

受動喫煙の目標設定

- ① 職場： 受動喫煙の無い職場の実現(平成32年度)
- ② 行政機関： 0%(平成34年度)
- ③ 医療機関： 0%(平成34年度)
- ④ 家庭： 3%(平成34年度)
- ⑤ 飲食店： 15%(平成34年度)

妊娠中の喫煙の目標設定

- ⑥ 妊婦中の喫煙をなくす：0%(平成26年)

都道府県における受動喫煙防止の取組

	進捗状況
神奈川県	「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」施行(平成22年4月1日) 施設管理者・喫煙者への過料あり
兵庫県	「受動喫煙の防止等に関する条例」施行予定(平成25年4月1日) 施設管理者への罰金、喫煙者への過料あり
千葉県	「千葉県受動喫煙防止対策検討会報告書」公表(平成24年2月)
京都府	「京都府受動喫煙防止憲章」制定(平成24年3月19日)
大阪府	「受動喫煙防止対策のあり方」について大阪府衛生対策審議会に諮問(平成24年4月20日)

健康日本21(第2次)における たばこの目標設定について

指標	目標設定の考え方
<p>○成人の喫煙率低下</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><目標値> 19.5% (H22) → 12%(H34年度)</p> </div>	<p><政府の方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康日本21(平成12年策定・健康局長通知) →「<u>喫煙をやめたい人がやめる</u>」ことを方針として掲げている。 ○ がん対策推進基本計画(平成19年閣議決定) →「<u>喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする</u>」ことが政府全体として合意されている。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p><目標設定の方針></p> <p>上記の取組・方針をさらに進める観点から、現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合 (37.6%(H22国民健康・栄養調査))を減じたものを設定。</p> <p>$((19.5\% \times (100\% - 37.6\%)) = 12.2\% \div 12\%)$</p>
<p>○未成年者の喫煙をなくす</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><目標値></p> <p>男性(中学1年) 1.6%(H22)</p> <p>男性(高校3年) 8.6%(H22)</p> <p>女性(中学1年) 0.9%(H22)</p> <p>女性(高校3年) 3.8%(H22)</p> <p>→ 0%(H34年度)</p> </div> <p>【出典】厚生科学研究費補助金による研究班の調査</p>	<p><目標設定の方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康日本21において、「未成年者の喫煙をなくす」ことを目標値として掲げており、引き続き同じ目標を設定。
<p>○妊娠中の喫煙をなくす</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><目標値></p> <p>5.0%(平成22年)</p> <p>→ 0%(平成26年)</p> </div>	<p><目標設定の方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康日本21(第2次)では、妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群などのリスクがあるため、目標を設定。

指標

目標設定の考え方

○受動喫煙の防止

<目標値>

・行政機関 16.9%(H20)
→0%(平成34年度)

・医療機関 13.3%(H20)
→0%(平成34年度)

・職場 64%(H23)
→受動喫煙の無い職場の実現
(平成32年度)

・家庭 10.7%(H22)
→3%(平成34年度)

・飲食店 50.1%(H22)
→15%(平成34年度)

(注)「職場」については、「全面禁煙」、「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合(出典:職場における受動喫煙防止対策にかかる調査)。

その他は、非喫煙者のうち受動喫煙の機会を有する者の割合。(出典:国民健康・栄養調査)

(注)家庭・飲食店の目標値については、小数点以下を切り捨て。

<政府の方針>

① たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第8条

→「たばこの煙にさらされることからの保護」のための効果的な措置を講じることを規定。

② 健康増進法(平成15年施行)

→多数の者が利用する施設について、受動喫煙防止のための措置を講じることを努力義務として規定

③ 受動喫煙防止対策について(平成22年健康局長通知)

→「今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべき」「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」ことを規定。

④ 新成長戦略(平成22年閣議決定)

→平成32年までに「受動喫煙の無い職場の実現」を掲げる。



<目標設定の方針>

○行政機関・医療機関について

上記③を踏まえ、受動喫煙の機会を有する者0%を目標として設定。

○職場について

上記④を踏まえ、これらの方針との整合性を図り、「受動喫煙の無い職場の実現」を目標として設定。

○家庭・飲食店について

・国民の健康被害を防止する観点からは、家庭・飲食店においても、行政機関等と同様、受動喫煙を完全になくす目標を設定することが望ましいこと、

・一方で、20歳以上の者に喫煙が認められている中、プライベートな空間である家庭において完全な受動喫煙禁止を求めることは、現時点では困難であること、

・また、飲食店の場合は、経営に当たって顧客の喫煙ニーズが重要視される場合があり、現時点においては、顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業者を求めることは経営に与える影響が大きく困難であること

等を踏まえ、受動喫煙の機会を有する者を半減(※)させることを目標とする。

※ 喫煙率そのものが低下すれば、受動喫煙の割合も自然に低下することとなるので、半減させる基準となる値は、現在の受動喫煙の機会を有する者の割合に、禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じた割合(家庭:6.7%、飲食店:31.3%)とする。

(5) 保険者との連携

保険者との連携促進

- 医療費適正化に関しては、保険者による取組も重要。このため、
 - ・ 都道府県が保険者協議会に参画し、特定健診とがん検診同時実施の支援など、地域の関係者と保険者との連携促進に取り組む、
 - ・ 保険者による保健事業の実施状況や被保険者のニーズを都道府県医療費適正化計画に反映させる等の取組が期待される。

【参考】保険者協議会について

《趣 旨》保険者の連携協力を円滑に行うため、都道府県内の保険者を構成員として、都道府県ごとに保険者協議会を設置。

《構成員》市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者広域連合、都道府県

《事務局》国民健康保険団体連合会

《役 割》

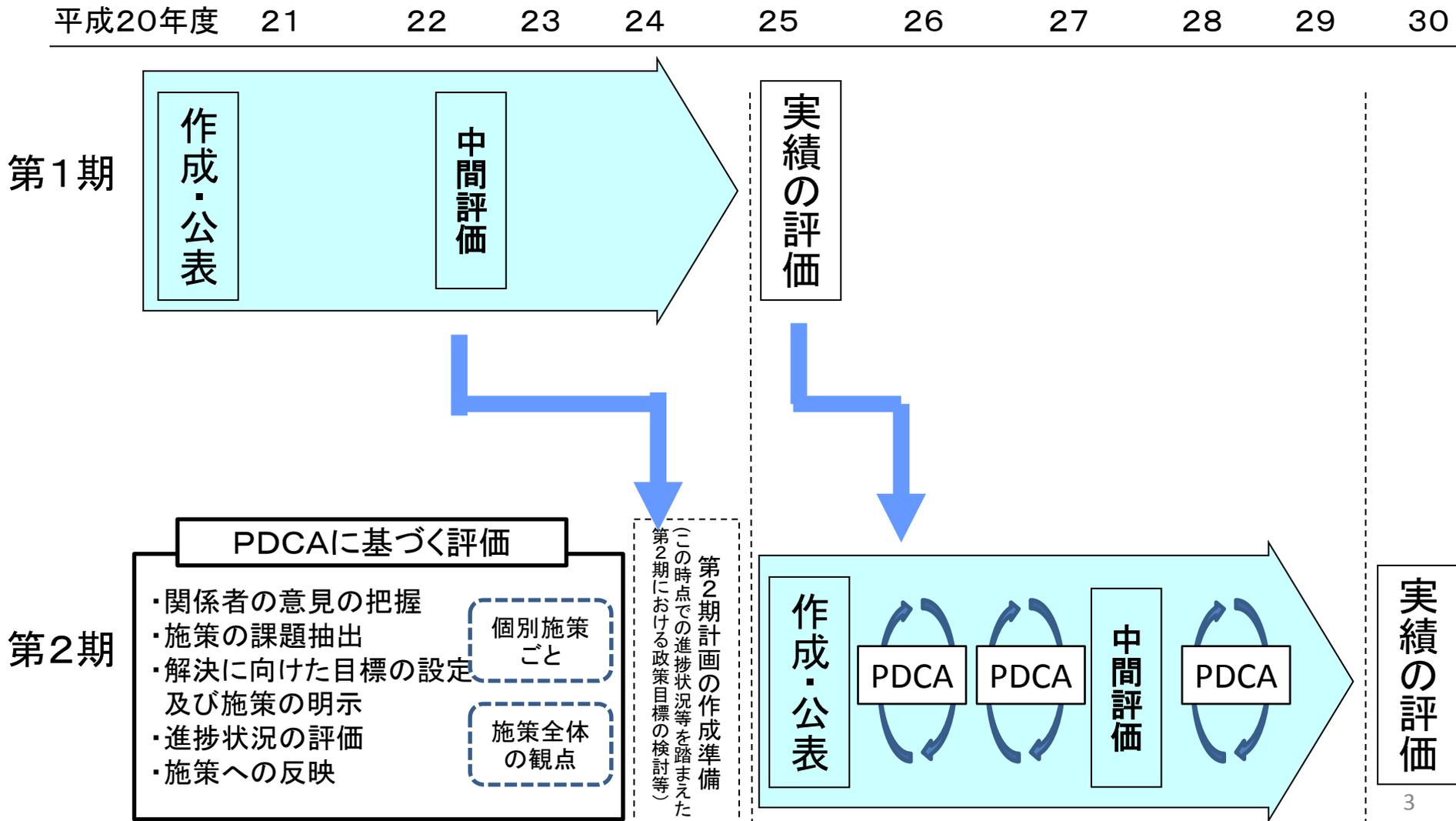
- ◇市町村(地域保健)との連携
- ◇医療関係者との連携・協力
- ◇保険者間の物的・人的資源の共同利用
- ◇保険者間の知識・ノウハウの共有
- ◇特定健診等の円滑な実施のための協力

- ◎医療費の分析
- ◎マンパワーの確保(研修の実施)
- ◎ホームページを活用した周知・情報提供
- ◎健診・保健指導の評価・検討
- ◎集合契約による健診・保健指導の体制確立

(6) PDCAサイクル

PDCAを踏まえた医療費適正化計画のサイクル

- 医療費適正化計画は、平成20年度を始期とする1期5年間の計画であり、1期の中間年度である平成22年度において進捗状況の評価を行った上で、平成25年度から第2期の計画期間が始まることとなる。
- 目標の達成状況及び施策の実施状況については、中間評価に加えて、必要に応じ、計画の途中期間であっても評価を行い、計画の見直し等に反映させることとする。



4. 都道府県からのご意見への回答

医療費適正化基本方針(たたき台)に関する 都道府県アンケートのご意見への回答について①

分類	ご意見の内容	回答
東日本大震災	<p>震災の影響により現時点において向こう5年間の見通しが困難な項目等については、柔軟な対応を認めていただきたい。</p> <p>「災害等特別の事情がある場合においては各都道府県の実態に応じて設定することができる。」といった表現を追加していただきたい。</p>	<p><u>ご意見を踏まえ、東日本大震災により被害を受けた地域においては、目標の設定や費用の見通しの算出等について、被災地の実態を踏まえた柔軟な対応を行うこととしても差し支えない旨、基本方針に明記します。</u></p>
後発医薬品	<p>後発医薬品に関する事項が、「いわゆる差額通知の充実」しか掲げられておらず記述が不足しているのではないか。</p>	<p><u>ご意見を踏まえ、後発医薬品に関する記述を追加します。</u></p> <p>後発医薬品の使用促進については、都道府県において使用促進策の策定を行うことや、普及啓発の取組を行うことが重要であると考えられます。</p> <p>また、具体的な取組としては、後発医薬品の使用促進に関する協議会を活用し、普及啓発に関する施策を実施していくことや自己負担差額通知等を行う保険者と地域の医療関係者との連携・協力に対し、支援を行うことなどが考えられます。</p>
医療費の見通しの推計について	<p>今般のたたき台では、平成29年度の「平均在院日数」の目標値又は予想値を設定し、これらを基に「医療費適正化の効果額」を算定することとされている。また、「平均在院日数」を計る方法として都道府県による29年度の「病床数の見通し」を用いるものとされている。</p> <p>しかし、「病床数」は、29年度末で廃止するとされている介護療養病床の受入れ先をどのようにするか国の政策が示されていないことや介護療養病床からの転換意向について未定とする医療機関が大部分を占める現状では見通しを立てることは困難であると感じている。</p>	<p>第二期医療費適正化計画における都道府県の目標の設定については、任意的記載事項となっていますが、平均在院日数の目標を設定する際に参考となるように配布する予定の資料の中で、平均在院日数の目標値を算出するために「病床数」を使用することとしております。</p> <p>この「病床数」は医療計画における基準病床数等を参考にすることとしておりますので、医療計画と整合性のとれた「病床数」を設定していただくこととなります。</p>

医療費適正化基本方針(たたき台)に関する 都道府県アンケートのご意見への回答について②

分類	ご意見の内容	回答
<p>その他 基本方針の 記述につい て</p>	<p>第123(1)(P11)について「例えば、特定健康診査等の実施主体である保険者に対して保健所から提供された地域の疾病状況等の情報を提供するほか、」部分について、保健所において地域の疾病の状況に関するデータがないのが実情。「地域の疾病状況等の情報」とは具体的に何を想定しているのか、具体例があれば示していただきたい。</p>	<p><u>取組の一例であり、必ずしも全都道府県が実施すべき事項ではありません。都道府県においては地域の実情に応じた取組を支援・実施していただきたいと思ひます。</u></p>
	<p>P13「①医療機関の機能分化・連携」及び「②在宅医療・地域ケアの推進」の項目中、「医療計画と一体的に作成することも差支えないこととする」とあるのは、どのような意味でしょうか。</p>	<p>都道府県医療費適正化計画は、医療計画等と調和が保たれたものでなければならぬとされており、適正化計画の中に、医療計画の内容を盛り込むことが求められます。その際、医療計画の関係する記述の要旨又は概要を再掲することも可能ですが、<u>医療計画が作成途中である場合は、医療費適正化計画と医療計画を一つの計画として一緒に作成することも可能であるという趣旨です。</u></p>
	<p>計画の公表は、「公表するよう努めることとする」となっているが、進捗状況の評価、実績の評価については、「その結果を公表することが必要である」とされており、整合性がとれていない。</p>	<p>平成23年8月26日に「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(2次一括法)が成立し、「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下、「高確法」という。)第9条の規定が改められたことを踏まえ、基本方針においても計画の公表については「公表するよう努めることとする」と改める予定です。</p> <p><u>ご指摘の進捗状況の評価・実績評価に関しましては、現在のところ高確法第11条第1項及び高確法第12条第2項の規定を踏まえ、公表することが必要となっています。</u></p> <p>ただし、現在内閣府により「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」(3次一括法)が第180通常国会に提出されており、成立した場合前述の規定は「公表するよう努める」と改正されることから、基本方針についても直ちに反映することが必要と考えられます。</p>

医療費適正化基本方針(たたき台)に関する 都道府県アンケートのご意見への回答について③

分類	ご意見の内容	回答
<p>その他 基本方針の 記述について</p>	<p>記載すべき事項は、「医療に要する費用の見通しに関する事項」だけとなっているが、「6 計画期間における医療に要する事項」では、「3にあげた取組を行い」、という文章があり、3では、「1及び2で設定した目標値の達成のため～」という文章が入っており、結局、全ての事項について記載するようになる、と解釈される。</p> <p>記載事項については、各都道府県により判断してよいとなっているが、このままでは矛盾しているのではないか。</p>	<p><u>ご指摘を踏まえ、基本方針の記述を修正します。</u></p>
	<p>二-3-(1)について、最後の「こうした取組を通じて、都道府県が～主体的な役割を果たすことが期待される。」とあるが、特定健診の実施主体は各保険者であるので、「主体的」が要らないのではないか。</p>	<p><u>都道府県医療費適正化計画の作成主体である都道府県として、医療費の適正化を図る観点から、保険者が被保険者の健康づくりに取り組みやすい環境の整備に主体的に取り組むことが望ましいと考えます。</u></p>
<p>データ提供</p>	<p>次期医療費適正化基本方針等について[参考資料1] P15「特定健診・保健指導の住所地別の受診率や病院報告の都道府県別のデータなどの基礎的なデータについては、第1期医療費適正化計画の中間評価の際に都道府県へ提供したデータと同様のものを提供する予定」とありますが、保険者種別・都道府県別のデータの提供があると考えてよろしいでしょうか。(他同旨多数)</p>	<p>特定健診・特定保健指導の実施率や特定健診結果によるメタボリックシンドローム該当者の集計データの提供について、被用者保険における被保険者の住所地と事業所の所在の不一致等の問題から、都道府県ごとに<u>保険者別のデータを提供することが難しい状況ですが、都道府県別データの情報提供を行う予定です。</u></p>
<p>推計ツール</p>	<p>数値目標を設定するための参考とすることとなる「別紙」はいつ示されるのか。(他同旨多数)</p>	<p><u>本日の都道府県説明会で、「医療費適正化計画における標準的な都道府県医療費の推計方法(案)」をお示しいたします。</u></p>

医療費適正化基本方針(たたき台)に関する 都道府県アンケートのご意見への回答について④

分類	ご意見の内容	回答
<p>目標について (特定健康診査・特定保健指導)</p>	<p>メタボ該当者と予備群の減少率の定義について、現行基本方針では、「特定保健指導の実施対象者をいう」と定義されているが、改正案ではこの定義が削除されている。 厚労省HPに掲載されている「第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会(H24.6.18)資料2」では、「第1期計画の...減少率は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科系8学会の基準による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とする」という記述があるが、今回の改正案の表現はこの検討会の結論を受けてのものなのか、また、このような見直しを行う理由は何か、減少率の計算にどのような影響を及ぼすのかをご教示いただきたい。</p>	<p>第1期の医療費適正化基本方針では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の定義は、保険者の目標と整合させる視点から「特定保健指導対象者」としていました。今回、保険者の目標としてメタボリックシンドローム該当者及び予備群を掲げないこととしたことから、<u>服薬者が除外されるなど、必ずしも域内のメタボリックシンドロームの該当者・予備群の全体像を反映していないこと、健康日本21の目標と整合性をとることに配慮して、第2期医療費適正化基本方針では、いわゆる内科系8学会の策定した基準である、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、全国医療費適正化計画の目標とする旨記述しました。</u>「保険者による健診・保健指導に関する検討会」のとりまとめにおいても、同様の考え方をとっています。</p>
	<p>特定健診や特定保健指導の実施率について、都道府県の目標値を積み上げても全国目標とならないことも想定されるが、どう考えるのか。</p>	<p>各都道府県の目標値は、全国目標の実施率を保険者全体で達成するとした場合の保険者ごとの目標値を基に、都道府県ごとの保険者の構成割合を勘案して設定するものであり、地域の実情を反映していたり、推計値が含まれるため、都道府県の目標値を積み上げたものと全国の目標値が多少ずれることは考えられます。</p>
	<p>第1「都道府県医療費適正化計画の策定に当たって指針となるべき基本的な事項」二「計画の内容に関する基本的事項」の1の(1)において、「各制度ごとの保険者が実績に比して等しく実施率を引き上げた場合」とあるが、「等しく」の部分が不明確である。</p>	<p>例えば、特定健診においては、実績が43.3%であるため、全国目標の70%を達成するためには約1.6倍の実施率の引き上げが必要になります。これを各保険者ごとの実績値に「等しく」乗じたときの実施率を保険者ごとの目標値としております。(ただし、実施率に上限を設けて、補正を行っております。)</p>
	<p>全国目標を設定し、その達成状況により後期高齢者支援金の加算減算が行われるのであれば、各都道府県で全国値よりも低い目標設定はできないのではないか。</p>	<p><u>後期高齢者支援金の加算・減算は、実施率の目標とは異なる別途の基準に基づき行うこととしており、御指摘のような状況は想定しておりません。</u></p>

医療費適正化基本方針(たたき台)に関する 都道府県アンケートのご意見への回答について⑤

分類	ご意見の内容	回答
特定健診制度 全般	<p>意見照会において「生活習慣病で受診中の者は特定健診対象者から外し、適切な対象者の設定を基にした適切な目標値設定が必要」という意見に対し、「医療保険者が、生活習慣病で受診中の者についても、健診結果を把握することは、保健事業(重症化予防策等)を展開する上で必要な事項であると考えられる」と回答しているが、生活習慣病の早期発見、早期対策を目的とする特定健康診査の趣旨にそぐわないのではないか。</p> <p>特定健診・特定保健指導にかかる標準的な費用と、それによる将来的な医療費の抑制効果を国が数値で示し、費用対効果でメリットがあることを説明していただきたい。</p> <p>例えば、今後、国から提供される医療費推計ツールにおいて、生活習慣病の予防による効果を織り込まれる予定であるが、健診等にかかるコストと将来的な医療費抑制の効果を計算できる仕組み等を検討していただきたい。</p>	<p>服薬中の者については、特定保健指導の対象から除外することとしていますが、<u>特定健診は、特定保健指導以外の保健事業を展開するにあたり、こうしたリスク保有者の把握手段としても有意義であると考えられ、特定健診・保健指導データを活用した保健事業と特定保健指導は、被保険者の将来に渡る健康維持という観点から、方向性を異にするものではないと考えています。</u></p> <p><u>特定健診・特定保健指導にかかる標準的な費用については、各保険者の実施形態等が異なることから、納得感のある値を算出することは難しい面があります。特定健診等の効果をどのように評価することが適当か、引き続き検討してみたいと思います。</u></p> <p>なお、国が配布する推計ツールを用いて、生活習慣病予防・平均在院日数の短縮による医療費適正化効果を織り込んだ、将来医療費の推計が可能となっております。</p>
都道府県へのご説明	<p>国からのデータの受療、他都道府県との比較、国への質疑応答など国や都道府県間でのやりとりが円滑にできるよう、Webを活用した場の提供をお願いしたい。</p>	<p>ご意見を踏まえ、都道府県・国間で円滑な意見交換ができるよう、今後は都道府県から頂くご意見・ご質問については、随時メールにより受け付けさせていただきます。(別紙「医療費適正化計画に関するお問い合わせについて」を参照)</p>

5. 今後の相談窓口

医療費適正化計画に関するお問い合わせについて

これまでは、アンケート形式による意見募集を行っていましたが、今後はより円滑な意見交換のため、医療費適正化計画に関するお問い合わせ用の窓口を設置し、メールによる個別対応を行います。

お問い合わせ方法

1. 宛先

医療費適正化計画
お問い合わせ窓口

2. メールアドレス

tokuteikenshin@mhlw.go.jp

3. 送付要領

○件名に「都道府県名」「質問等の概要」を記載してください。

※件名の例： 【〇〇県】後発医薬品に関する目標について

○回答には概ね1週間ほど要すると考えていますが、緊急の場合は
件名に【緊急】と入れて頂ければ、優先的に内容を拝見いたします。

○ご質問・ご意見への回答は、基本的に送付アドレスに返信するという形で行います。

○お電話による確認は不要です。

厚生労働省 保険局 総務課
医療費適正化対策推進室

医療費の見通しの推計方法について

平成24年8月6日
厚生労働省保険局調査課

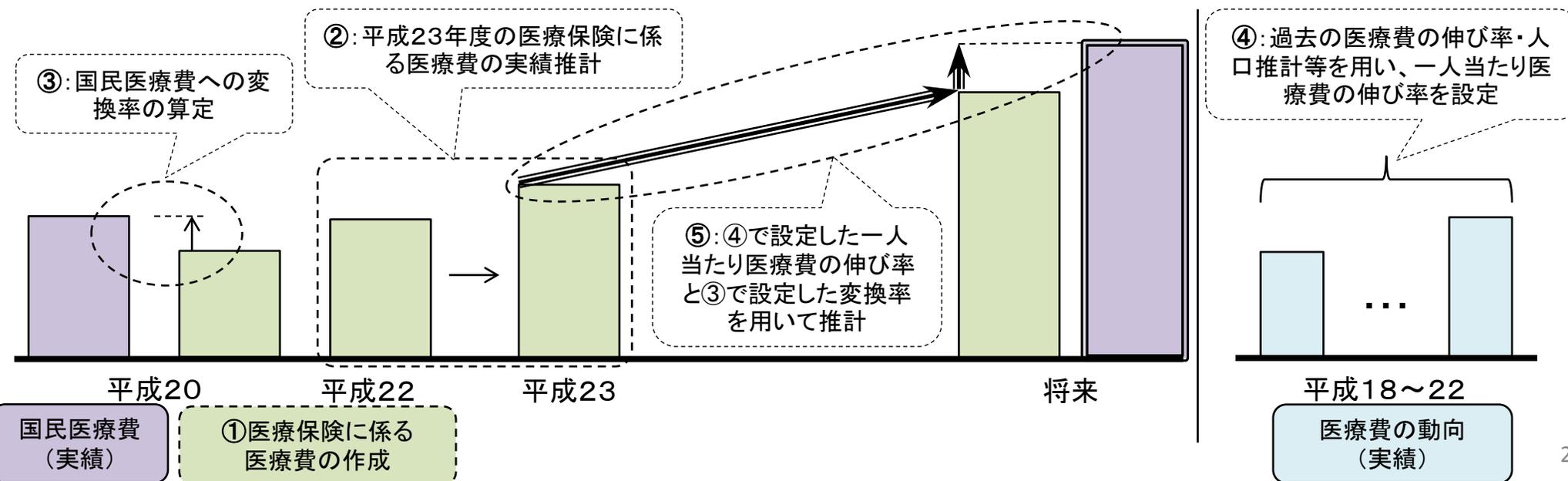
都道府県別国民医療費の将来推計について

基本的な構造

都道府県別国民医療費の推計手順の概略は以下のとおり。

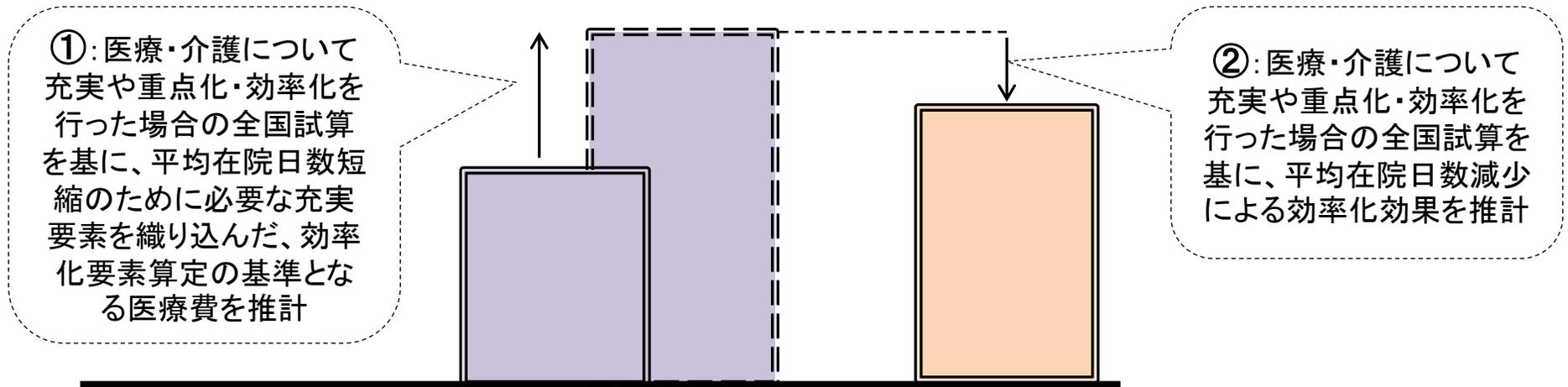
- ① 事業統計等を基礎として平成20、22年度の医療保険に係る医療費を作成
- ② ①にて算出した22年度の医療費と「医療費の動向」(平成22, 23年度)を用いて医療保険に係る医療費の平成23年度の実績推計を作成
- ③ ①にて算出した20年度の医療費と「国民医療費(平成20年度)」を用いて公費負担医療等も含めた国民医療費ベースの医療費への変換率を作成
- ④ 過去の「医療費の動向」に基づく医療費の伸び率や将来の人口推計等を基に適正化の取り組みを行わない場合の将来の一人当たり医療費の伸び率を設定
- ⑤ ③・④を基に適正化の取り組みを行わない場合の将来の医療費を推計
- ⑥ 適正化の取り組みの効果を推計

【適正化の取り組みを行わない場合の将来の医療費推計(①～⑤)のイメージ】



【適正化の取組の効果の推計のイメージ】

○平均在院日数短縮の取り組みについて



○生活習慣病対策等の取組について

メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、8～10万円/年の医療費の差があることから、両者の医療費の差が平均して9万円/年であると仮定し、これにメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数を乗じることにより効果を推計。

【適正化の取組の効果】平均在院日数短縮に伴う充実・効率化について

基本的な推計の考え方

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計(以下「全国推計」という。)における、改革前後の平均在院日数の減少率と現状投影シナリオの医療費に対する改革後の充実額、重点化・効率化額の割合との関係を用いて、都道府県医療費に対する平均在院日数の減少が医療費に与える影響を推計。

1. 各都道府県において平成29年度の平均在院日数の目標(見込み)を設定する。
2. 全国推計における平均在院日数と医療費の関係から両者の関係式を設定。

		2012(H24)年度	2015(H27)年度	2020(H32)年度	2025(H37)年度
平均在院日数(日) (病床計)	現状投影 ①	30.5	30.5	30.5	30.5
	改革シナリオ ②	—	28.3	26.1	24.0
平均在院日数の減少率 ③=②/①-1		—	▲7%	▲14%	▲22%
医療費(現状投影)(兆円) ④		40.6	45.1	52.9	61.0
平均在院日数減少に要する充実(兆円) 注1 ⑤ (医療費に対する影響率)	⑥=⑤/④	—	2.0 (5%)	4.8 (9%)	7.8 (13%)
	平均在院日数減少の効果(兆円) 注2 ⑦ (医療費に対する影響率)	—	▲1.2 (▲3%)	▲3.0 (▲6%)	▲5.5 (▲9%)

(注1)この項目には、平均在院日数減少に伴う入院医療の機能強化と入院減少に伴う外来増等に係る医療費を計上している。

(注2)この項目には、平均在院日数減少に伴う医療費の減を計上している。

(注3)全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を用いている。

平均在院日数の減少率 x (③)と充実要素 y (⑥)の関係 $y = -0.61x$

平均在院日数の減少率 x (③)と効率化要素 z (⑧)の関係 $z = 0.41x$

※ 介護費用への影響についても上記と同様に考えると、平均在院日数の減少率 x とそれに伴う介護費用への影響 w の関係は以下のとおりとなる。

$$w = -0.06x$$

3. 「2.」にて算定した関係式に「1.」にて設定した平均在院日数の目標から算定される平均在院日数の減少率を当てはめ、平均在院日数減少に伴う影響を推計する。

平成29年度の平均在院日数の目標(見込み)の設定例について

基本的な推計の考え方

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計(以下「全国推計」という。)における、病床数や平均在院日数の関係等を、都道府県にて設定した充実や重点化・効率化を行った場合の病床数に当てはめることにより推計。

(利用者数＝新規入院発生数×平均在院日数というモデル式を用いて推計。)

【推計方法のイメージ】

	入力データ 病床数(A)	仮定 病床利用率(B)	利用者数 (C)	仮定 平均在院日数(D)	新規入院発生数(E)
一般病床	A1	B1(※1)	$C1=A1 \times B1$	D1(※1)	$E1=C1/D1$
療養病床	A2	B2(※1)	$C2=A2 \times B2$	D2(※1)	$E2=C2/D2$
精神病床	A3	B3(※1)	$C3=A3 \times B3$	D3(※1)	$E3=C3/D3$
感染症病床	A4	B4(※2)	$C4=A4 \times B4$	D4(※2)	$E4=C4/D4$
結核病床	A5	B5(※2)	$C5=A5 \times B5$	D5(※2)	$E5=C5/D5$
合計	—	—	X	推計値 X/Y	Y

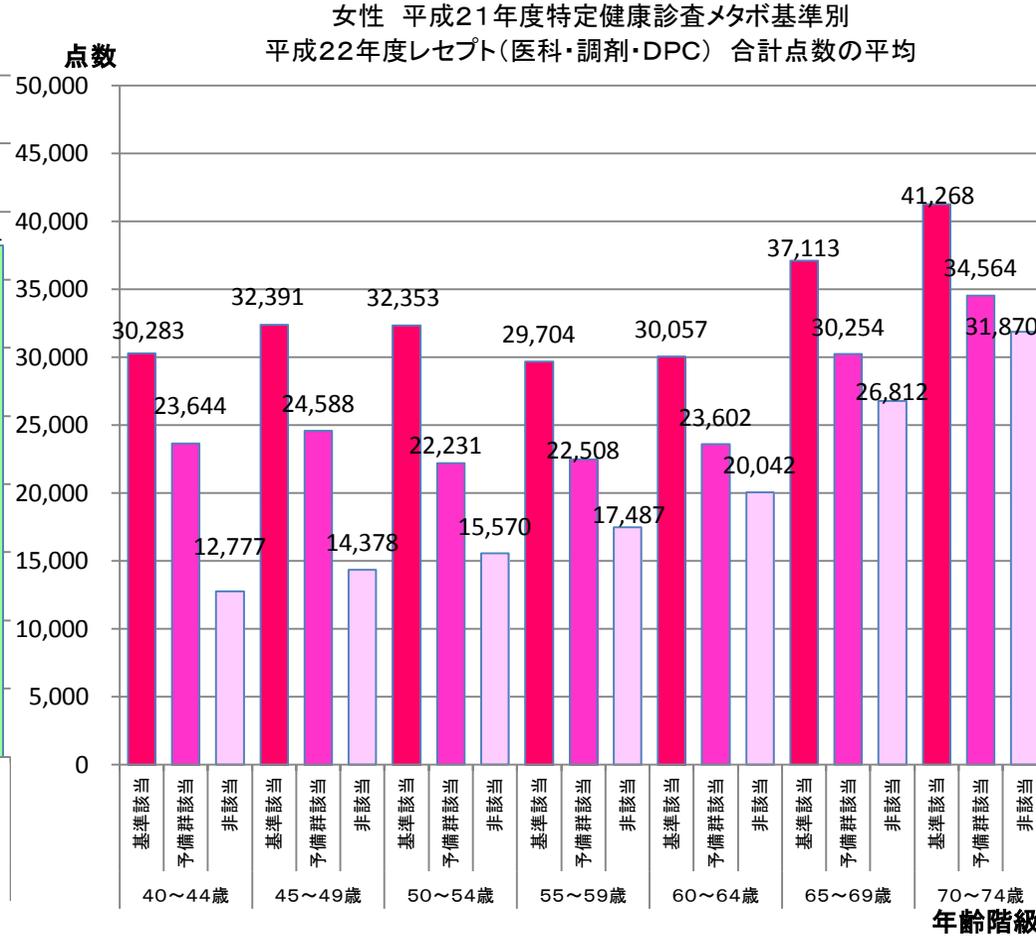
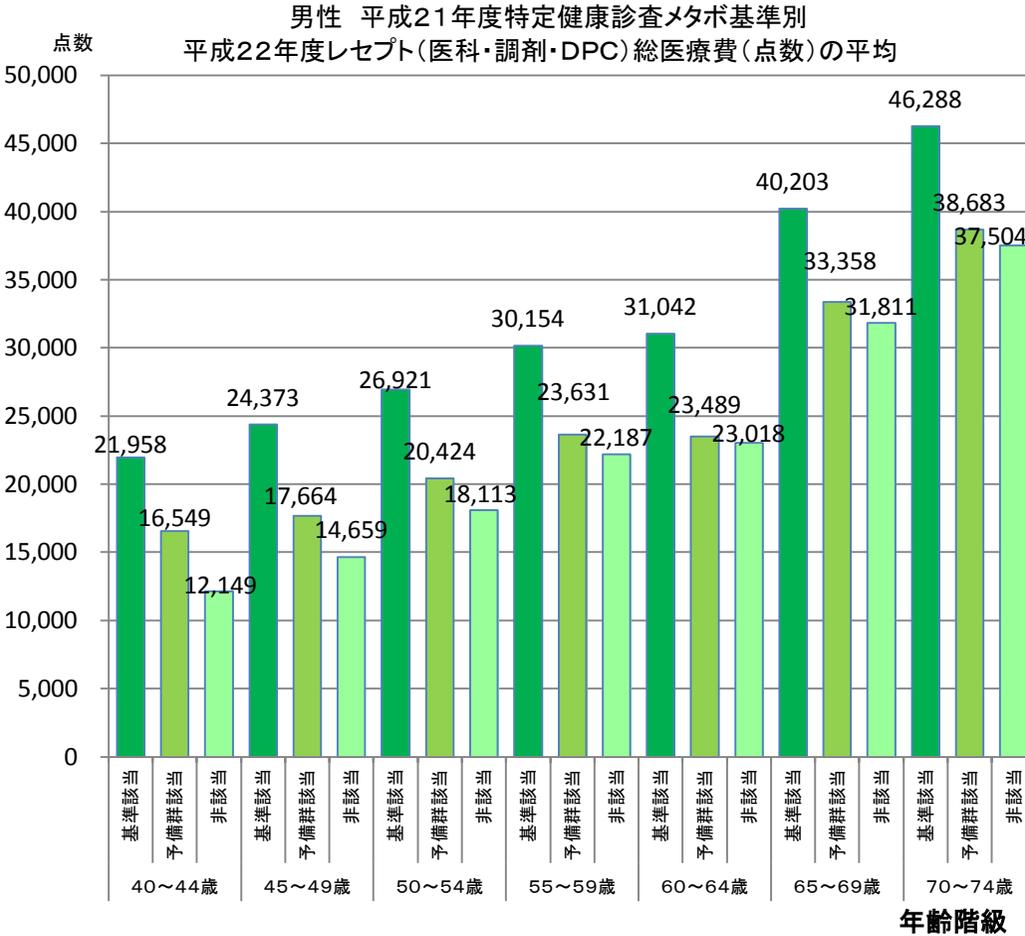
(※1) 病院報告における都道府県別のデータを基礎として、全国推計の改革に伴う各要素の変動等を織り込んで設定。

(※2) 病床数が少なく、年度によってばらつきが大きい事などから、病院報告における全国値の複数年の平均を基に設定する。

(※3) 全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を用いている。

(参考) メタボリックシンドローム該当者・予備群と年間平均医療点数の関係

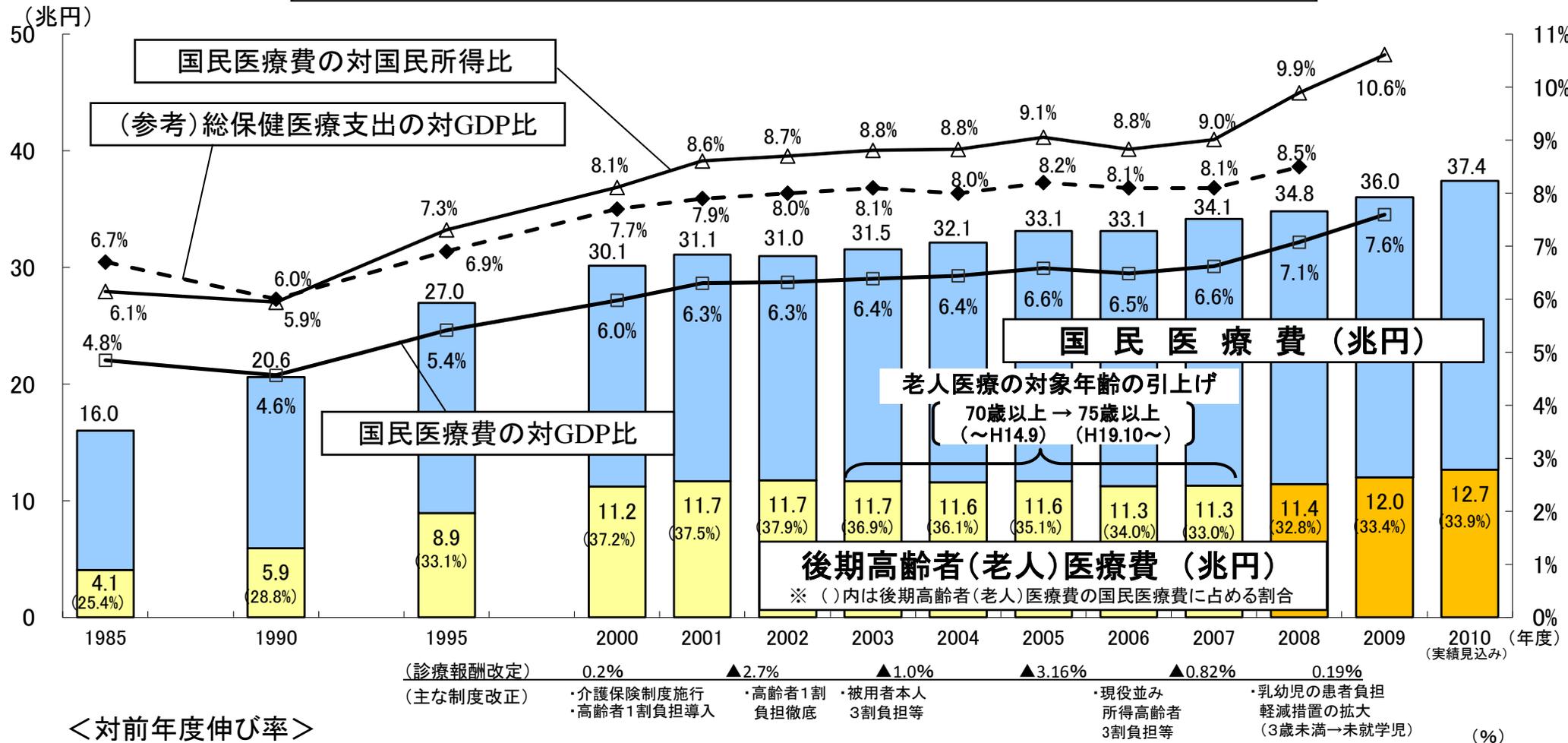
○ 平成21年度の特定健診結果でメタボリックシンドロームの該当者及び予備群となった者の22年度のレセプトにおける年間平均医療点数を比較。男女別、年齢区分別に見ても、年間平均点数は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の方が非該当の者よりも高い傾向。



(注1) 平成21年度の特定健診情報と平成22年4月~平成23年3月診療分のレセプト(医科・DPC・調剤)と突き合わせができた約269万人のデータ。
 (注2) 年間合計点数を単純に平均しているため、メタボリックシンドロームに関連する医療費のみを分析したものではない。
 (注3) 集団の母数が少ない場合は、著しく高い医療費があると、平均値が高くなる可能性がある。(女性の40~54歳は、そもそもメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数が少ないため、一部の医療費が高い者によって「基準該当」「予備群該当」の平均点数が高くなっている可能性がある。

(参考1) 医療費と人口構造

医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.5
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.6	0.9	▲7.1	▲3.6	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲2.1	▲0.8	0.8	1.0	0.9	1.5	1.0	▲4.6	▲3.7	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2010.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2009年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

医療費の伸び率の要因分解

近年の医療費の伸び率は、患者負担の見直し等の制度改革のない年度を見ると

- ・「高齢化」により、おおむね年1.5%前後の伸び
- ・「医療の高度化等」により、おおむね年1%台～2%台の伸び

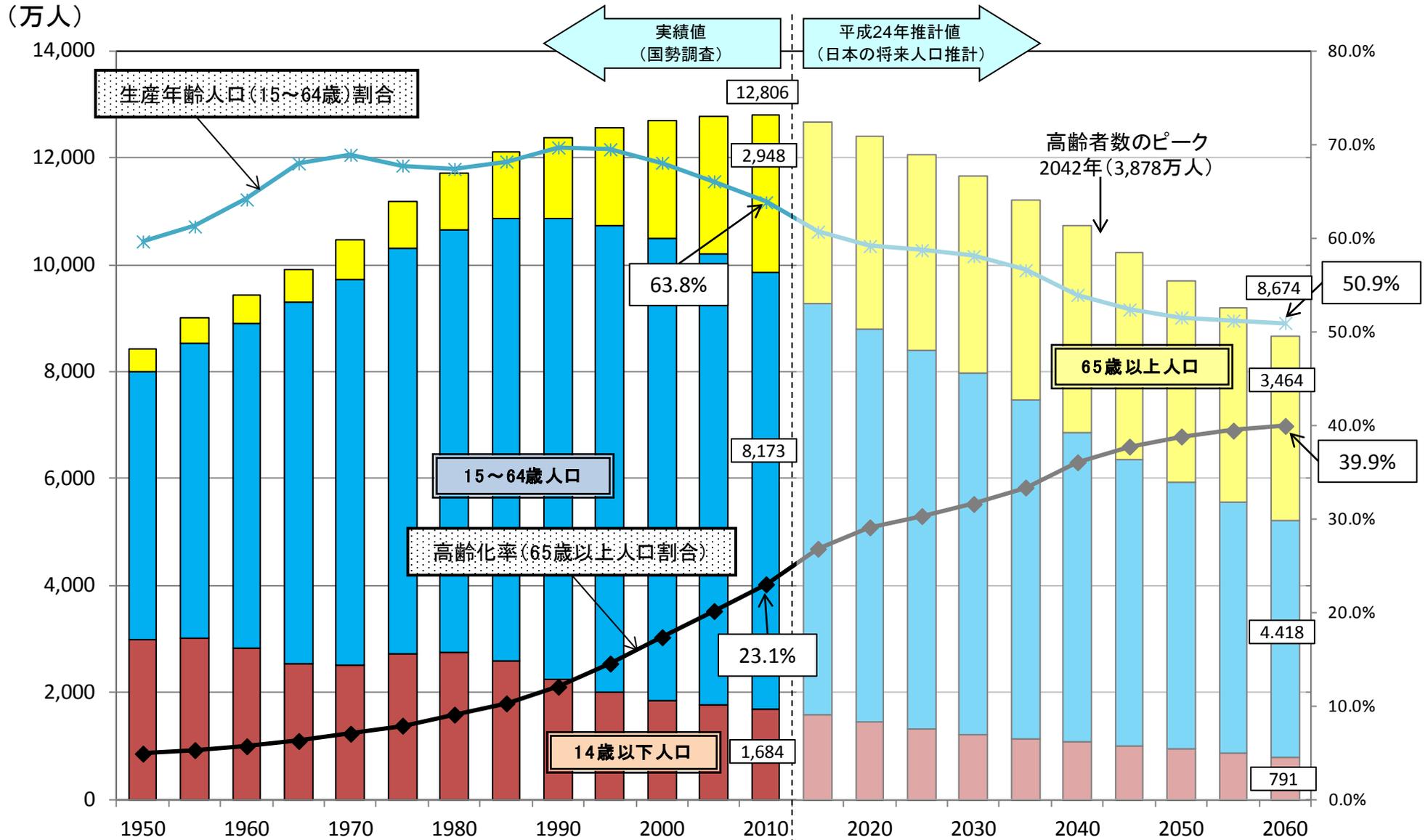
を示しており、この2つの主要因により、おおむね年3%台の伸びとなっている。

	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	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)
医療費の伸び率 ①	3.2%	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%
人口増の影響 ③	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.4%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.2%
医療の高度化等 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.3%	0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%
制度改革		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	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		

注1: 医療費の伸び率は、平成21年度までは国民医療費の伸び率、平成22年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成22年度の高齢化の影響は、平成21年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

我が国の人口の推移



資料:2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)中位推計」 (年)

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

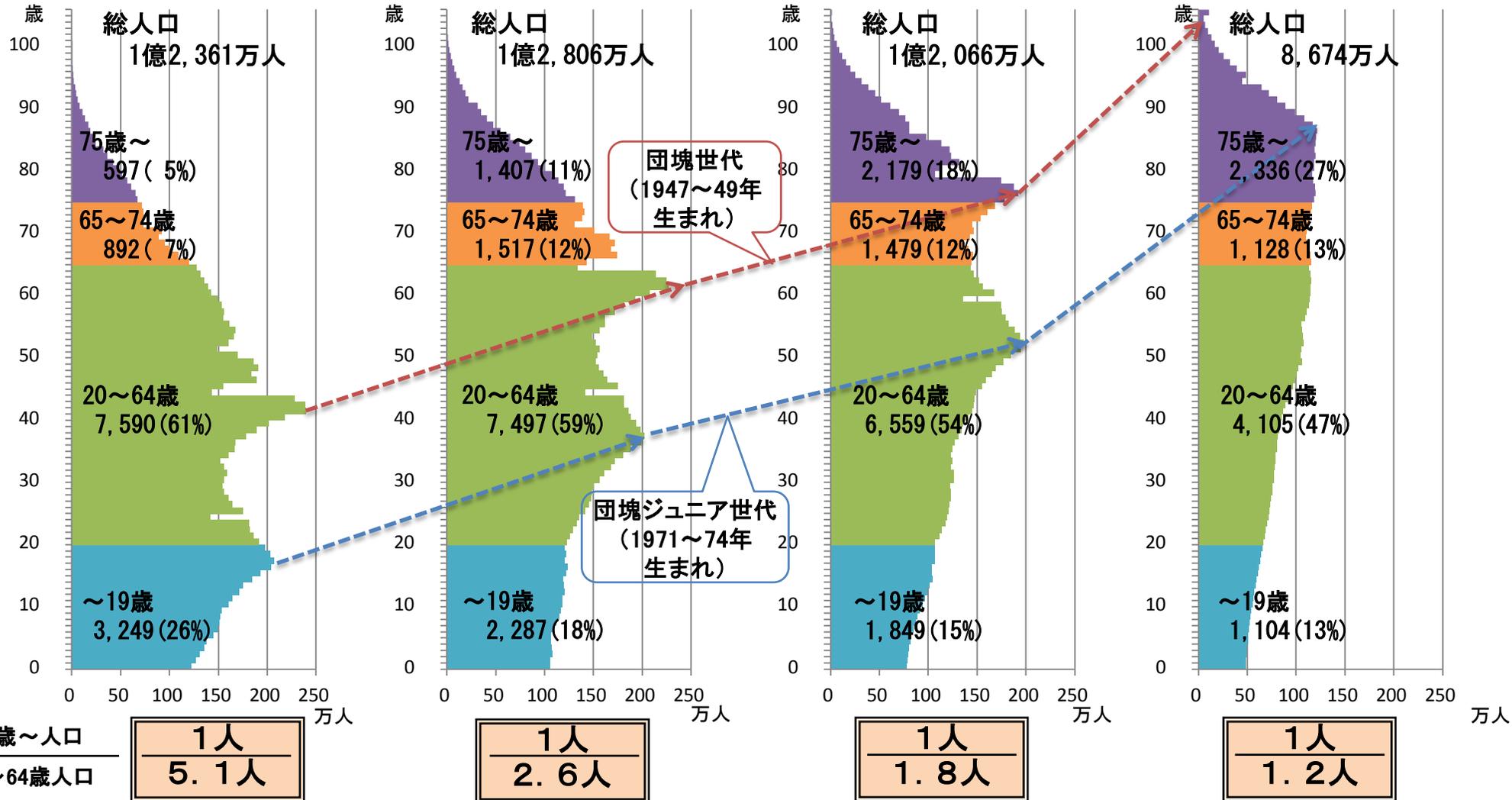
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



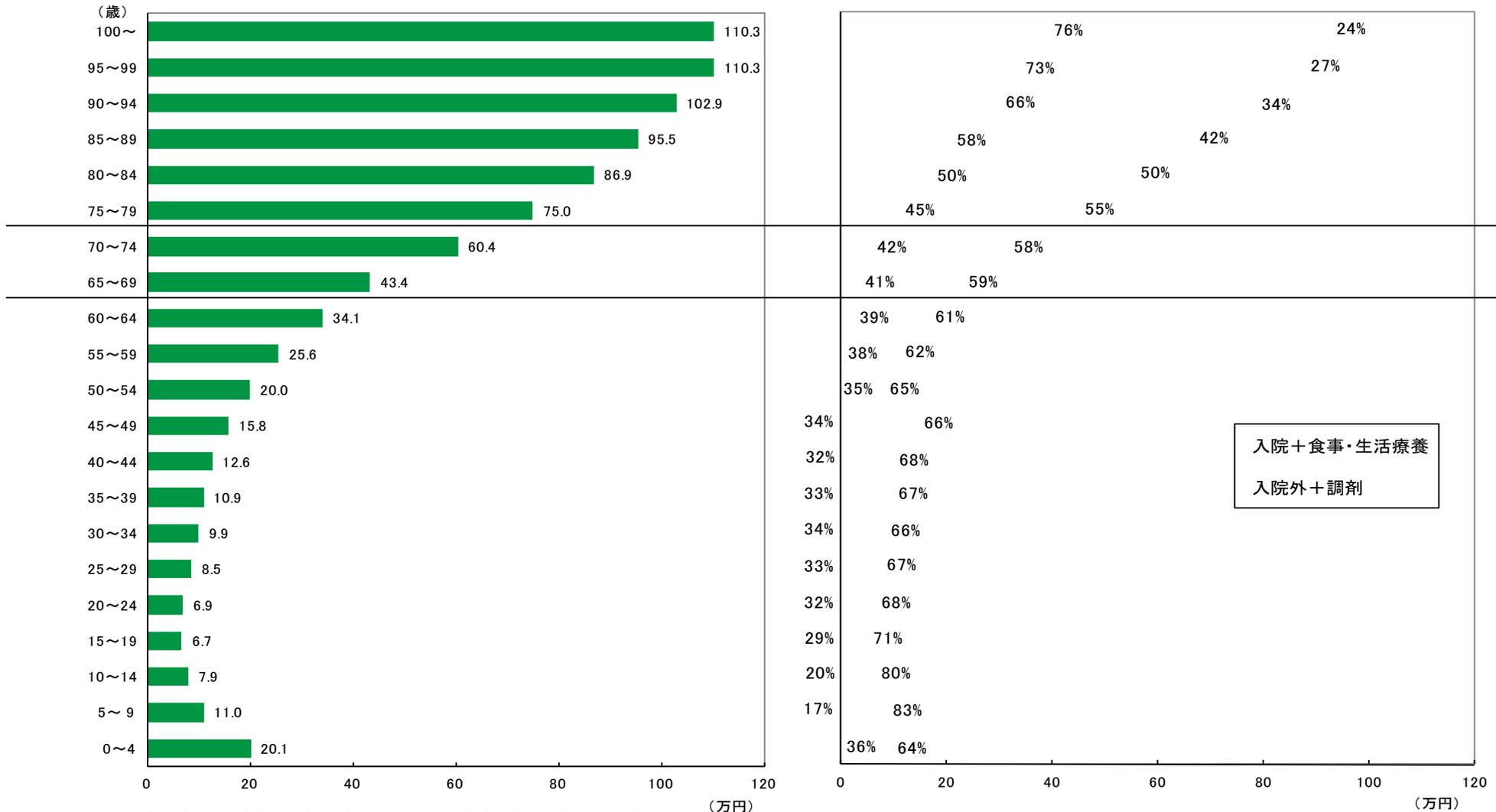
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

年齢階級別1人当たり医療費(平成21年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)

(医科診療費)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

(参考2) 社会保障・税一体改革

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

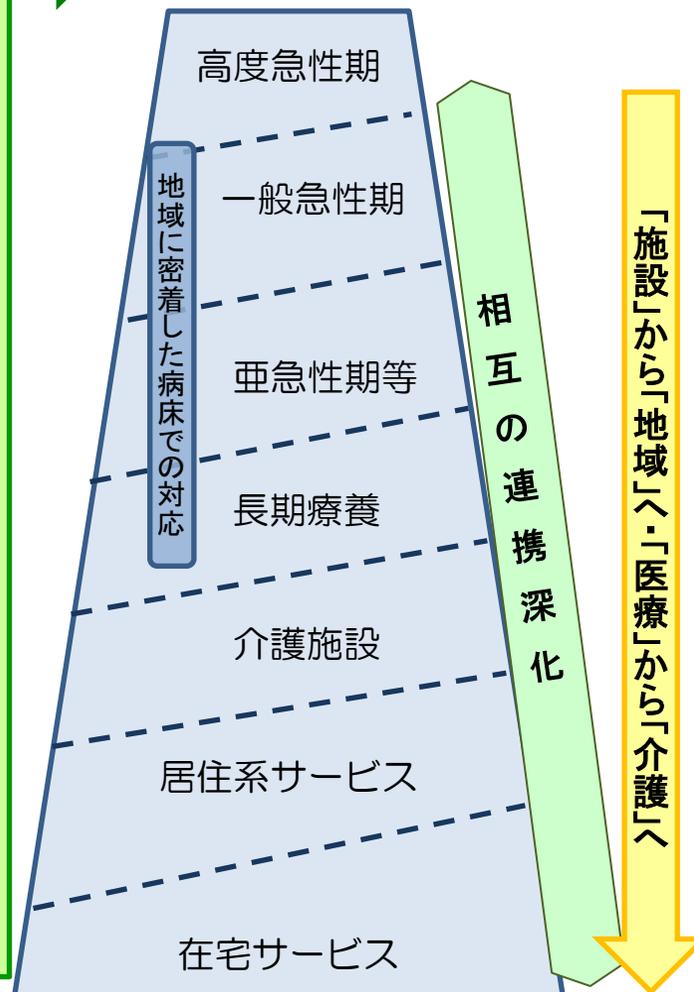
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

「医療・介護に係る長期推計(平成23年6月)」より

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>(高度急性期 17万人/日 一般急性期 43万人/日 亜急性期等 26万人/日)</small>	16万人/日	97万人/日 <small>(高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日)</small>	16万人/日
一般急性期			39万人/日		33万人/日
亜急性期・回復期等 <small>※現行医療療養の回復期 リハビリテーションを含む</small>			27万人/日		31万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設	92万人/日	115万人/日	106万人/日	161万人/日	131万人/日
特養	48万人/日	61万人/日	57万人/日	86万人/日	72万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	54万人/日	49万人/日	75万人/日	59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(260万人/日)
居住系	31万人/日	38万人/日	38万人/日	52万人/日	61万人/日
特定施設	15万人/日	18万人/日	18万人/日	25万人/日	24万人/日
グループホーム	16万人/日	20万人/日	20万人/日	27万人/日	37万人/日
在宅介護	304万人/日	342万人/日	352万人/日	434万人/日	449万人/日
うち小規模多機能	5万人/日	6万人/日	10万人/日	8万人/日	40万人/日
うち定期巡回・随時対応	—	—	1万人/日	—	15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(510万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療	794万人/日	812万人/日	807万人/日	828万人/日	809万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	19万人/日	23万人/日	20万人/日	29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実

～3.8兆円程度

0.7兆円程度

【子ども・子育て】

○ 子ども・子育て支援の充実

- ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)

【医療・介護】

○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～

- ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度)
- ・在宅介護の充実等(2,800億円程度)
- ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)

～1.4兆円程度

○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策

a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
- ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))

b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

- ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度)

d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)

～1兆円程度

- ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す
- ・高齢者医療制度改革(※)

【年金】

<新しい年金制度の創設(※)>

- 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源)

<現行制度の改善>

○ 最低保障機能の強化

- ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度)
- ・受給資格期間の短縮(300億円程度)

○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度)

● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化

● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討

(●は公費への影響なし)

0.6兆円程度

B 重点化・効率化

～1.2兆円程度

- ・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度)

- ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度)

- ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行)

(▲1,800億円程度)

▲～0.7兆円程度

公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円

法案の施行時点では、公費への影響は縮小(▲200億円程度)

▲～0.5兆円程度

- ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円)

- ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化

○ 物価スライド特例分の解消

- ・平成24年度から平成26年度の3年間で解消し、平成24年度は10月から実施

○ 高所得者の年金給付の見直しの検討

○ マクロ経済スライドの検討

- ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小

● 標準報酬上限の引上げの検討

※ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題)

- ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

【資料 3-2】

医療費適正化計画における
標準的な都道府県医療費の推計方法（案）

標準的な都道府県医療費の推計方法は以下のとおりとする。

1. 基本的事項

(1) 推計期間

第二期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成 29 年度）までとする。

(2) 推計の対象となる医療費

住民住所地別の都道府県医療費を推計の対象とする。

(3) 基礎データ

都道府県医療費の推計は次の統計を基礎とする。

- ① 医療費の動向（概算医療費、医療保険医療費）（厚生労働省保険局）
- ② 事業統計（老人医療事業年報、後期高齢者医療事業年報、国民健康保険事業年報（厚生労働省保険局）等）
- ③ 患者調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）
患者の住所地別患者数と医療機関の所在地別患者数 等
- ④ 国民医療費（厚生労働省大臣官房統計情報部）
- ⑤ 都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
- ⑥ 病院報告（厚生労働省大臣官房統計情報部）
都道府県別 平均在院日数 等
- ⑦ その他、国勢調査、推計人口（総務省）等

(4) 推計の流れ

- ① 基準年度（平成 23 年度）の住民住所地別の都道府県医療費の実績推計
- ② 医療費適正化の取り組みを行わない場合の都道府県医療費の伸び率の算出
- ③ 医療費適正化の取り組みを行わない場合の都道府県医療費の将来推計
- ④ 第二期医療費適正化計画に基づく適正化の取り組みを行った場合の効果及び都道府県医療費の将来推計

以下、①～④について標準的な方法を説明する。

2. 基準年度（平成 23 年度）の住民住所地別の都道府県医療費の推計方法

将来推計の初期値となる基準年度（平成 23 年度）の都道府県医療費は、(1)平成 22 年度の事業統計や医療費の動向を基に医療保険に係る医療費の実績推計値を作成し、(2)上記と平成 23 年度の医療費の動向の対前年伸び率を基に医療保険に係る医療費の平成 23 年度実績見込みを推計し、(3)更に公費負担等も含めた国民医療費ベースに変換したものとする。推計は入院（食事含む）、入院外（調剤、訪問看護、療養費含む）、歯科別の診療種別ごとに行うものとする。具体的な推計方法は以下のとおり。

(1) 事業統計等を基にした平成 22 年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計

① 後期高齢者医療制度

都道府県別の事業統計は住民住所地別のデータとなっているため、これを後期高齢者医療の都道府県医療費とする。

② 国民健康保険

市町村国民健康保険については、都道府県別の事業統計が住民住所地別のデータとなっているため、これを市町村国民健康保険の都道府県医療費とする。

国民健康保険組合については、事業統計に都道府県別のデータが無い場合、医療費の動向（医療保険医療費）の国民健康保険組合の都道府県別データに一律の補正率を乗じて国民健康保険組合計が事業統計と一致するように推計する。

③ 被用者保険

医療費の動向（概算医療費）の医療機関の所在地別医療費を基に、患者調査の住民の住所地別の患者数を医療機関の所在地別の患者数で除した率などを用いて次式より算出し、さらに、一律の補正率を乗じて、被用者保険計が事業統計と一致するように推計する。

$$\text{住民の住所地別医療費} = \text{医療機関の所在地別医療費} \\ \times \alpha (\text{延べ患者数の変換率}) \times \beta (\text{1日当たり医療費の変換率})$$

$$\alpha = \frac{\text{住民の住所地別推計患者数}}{\text{医療機関の所在地別推計患者数}}$$

$$\beta = \frac{\text{住民の住所地別の1日当たり医療費}}{\text{医療機関の所在地別の1日当たり医療費}}$$

※ α は患者調査のデータ、 β は国民健康保険の事業統計を代用して算出。

(2) 医療保険に係る都道府県別医療費の平成 23 年度実績見込みの作成

(1)にて推計した医療費に平成 23 年度の医療費の動向（概算医療費）の都道府県別の対前年同月比の平均を診療種別ごとに乗じることによって推計する。

(3) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1)と同様の手法にて推計した平成 20 年度の医療保険に係る都道府県医療費と平成 20 年度の都道府県別の国民医療費の比率を補正率とし、これを平成 23 年度の医療保険に係る都道府県医療費に乗じることにより国民医療費ベースの都道府県別医療費へ変換する。なお、増加分は公費等とし、入院、入院外等の内訳は医療保険計の構成割合と同様と仮定して推計する。

3. 医療費適正化の取り組みを行わないとした場合の都道府県医療費の伸び率の算出方法

将来推計においては、基準年度（平成 23 年度）から推計年度までの 1 人当たり医療費の伸び率を、過去の都道府県別の医療費を基礎として総人口の変動、診療報酬改定、高齢化の影響を考慮して算出したものを用いる。この 1 人当たり医療費の伸び率の算出の考え方は次のとおりとする。

(1) 算定基礎期間

平成 18～22 年度（5 年間）を算定基礎期間とする。

(2) 1 人当たり医療費の伸び率設定の考え方

診療種別ごとに算定した医療費の動向（概算医療費）における都道府県別の医療費の伸び率から都道府県別の総人口の変動、診療報酬改定、高齢化の影響を除去し、医療の高度化等の要因に起因する 1 人当たり医療費の伸び率を算出する。これに将来の高齢化の影響を加味し、推計年度までの計算区分ごとの伸び率とする。具体的な設定方法は以下のとおり。

i) 医療の高度化等に起因する 1 人当たり医療費の伸び率の設定

算定基礎期間の医療費を基に算定した伸び率から、人口変動率及び(3)、(4)において整理される診療報酬改定及び高齢化の影響を控除したものを平均し、伸び率を設定する。

なお、算定基礎期間における医療費適正化等の効果（平均在院日数減少の影響）を除去し、この影響を除去した伸び率を算定する必要があるため、伸び率の算定においては、上記の算定結果に対して+0.2%（全国平均値。実際の推計においては、都道府県別の推計値を用いる）するものとする。（影響率の算定方法は（参考）を参照のこと。）

ii) 基準年度から推計年度にかけての伸び率の設定

基準年度から推計年度までの i.) にて算定した医療の高度化等の要因に起因する 1 人当たり医療費の伸び率の累積に (3)、(4) において整理される平成 24 年度に見込まれる診療報酬改定の影響、及び診療種別ごとに算定した基準年度～推計年度の高齢化の影響を加えて算出する。

(参考) 過去の平均在院日数減少の効果について

都道府県別に平均在院日数と 1 日当たりの入院医療費の関係をみると、平均在院日数が短い都道府県は 1 日当たり入院医療費が高い傾向にあり、累乗近似をとると平成 22 年度において

$$y = 18419x^{-0.552} \quad (x : \text{平均在院日数}, y : \text{1 日当たり入院医療費})$$

との関係がみられる。したがって、上記の関係式によれば、入院医療費の水準 (= $x \cdot y$) と平均在院日数との関係は $x \cdot y = 184190x^{0.448}$ となり、平均在院日数が S 倍となれば、入院医療費は $S^{0.448}$ 倍になると見込まれることとなる。

上記関係式を用いて近年の平均在院日数の短縮の影響を算定すると、医療費に対して年平均▲0.2% (全国平均) 程度と見込まれる。

(3) 診療報酬改定

算定基礎期間に行われた診療報酬改定の影響は、一律に現れるものと仮定し推計に用いることとする。

診療報酬改定は、1 人当たり医療費の伸び率に対して平成 20 年度▲0.82%、平成 22 年度は 0.19%、平成 24 年度は 0.00%の影響があるものとする。

(4) 高齢化の影響

1 人当たり医療費の伸び率のうち高齢化による伸び分を算出する。

具体的には、国民医療費における年齢階級別 1 人当たり医療費を固定し、都道府県別の年齢階級別人口が変化した場合の 1 人当たり医療費の伸び率により高齢化の影響を算出する。

4. 医療費適正化の取り組みを行わない場合の都道府県医療費の将来推計の方法

(1) 医療保険に係る入院 (食事・生活療養費含む)、入院外 (調剤、訪問看護、療養費含む)、歯科の医療費の算出

上記の 2. で算出した平成 23 年度の医療保険に係る都道府県別医療費を都道府県別人口で除して算定した 1 人当たり医療費と、3. で算出した「1 人当たり医療費」の伸び率、及び都道府県別将来推計人口 (国立社会保障・人口問題研究所) を基礎として次式の考え方により算出する。

適正化前の都道府県医療費

$$= \text{H23 年度の 1 人当たり医療費} \times \text{H23} \sim \text{推計年度までの 1 人当たり医療費の伸び率} \\ \times \text{都道府県別将来推計人口 (推計年度)}$$

(2) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1)にて推計された医療保険に係る都道府県医療費に2.(3)にて算定した補正率を乗じて国民医療費ベースの医療費に変換する。なお、増加分は公費等として入院、入院外等の内訳は医療保険の構成割合と同様と仮定して推計する。

5. 医療費適正化効果の算出方法及び医療費適正化後の都道府県医療費の将来推計の方法

医療費適正化計画においては、適正化対策として「生活習慣病対策」と「平均在院日数の短縮」が示されており、都道府県医療費の将来推計においては、以下に示す考え方によりこれらの適正化効果を織り込み作成する。

また、都道府県にてこれら以外の適正化の取り組みを行っている場合については、その取り組みの効果について、都道府県において必要に応じて取り込むこととされたい。

(1) 生活習慣病対策等による効果算定の例

平成 29 年度の各都道府県におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数にメタボ該当者・予備群と非該当者との平均年間点数の差（平均して 8,000~10,000 点であることから、将来における点数差を 9,000 点と仮定）を用い、
減少者数×9,000（点）×H23～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率により算定する。

(2) 平均在院日数の短縮の効果算定の例

平均在院日数減少の効果は、「医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国試算」（以下「全国推計」という。）を参考として推計を行うこととする。（本試算では試算時点における最新の全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成 24 年 3 月）」を参考とする。）具体的には、

①平成 29 年度の平均在院日数の目標又は見込みを都道府県にて設定し、平成 23 年度の平均在院日数と比較して変動率を算定する。

なお、独自に設定する事が困難な場合には、全国推計における病床と平均在院日数の関係等から都道府県の病床数等を基に平均在院日数を算定するツールを用いて算定した平均在院日数を代用する。

②全国試算における 2015、2020 年度の現状投影と改革シナリオの平均在院日数の変動率とそれに伴い機能強化されて増加する医療費の変動率の関係

$$y = -0.61x \quad (y: \text{医療費の変動率}, x: \text{平均在院日数の変動率})$$

と①において算定した変動率を基に、平均在院日数短縮による医療費減少の効果測定の基本となる医療費を推計する。

③全国試算における 2015、2020 年度の現状投影と改革シナリオの平均在院日数の変動率とそれに伴い効率化されて減少する医療費の変動率の関係

$$z = 0.41x \quad (z: \text{医療費の変動率}, x: \text{平均在院日数の変動率})$$

と①において算定した変動率を基に、平均在院日数短縮の効果を推計する。

(※) 介護費用への影響についても上記と同様に考えると、平均在院日数の減少率 x とそれに伴う介護費用への影響 w の関係は以下のとおりとなる。

$$w = -0.06x$$

6. 医療費適正化効果の算出

医療費適正化の効果は5.において推計した影響額をもって適正化の効果とする。

【資料 3-3】

平均在院日数の算定方法について（案）

1. 将来の病床数の見込みの設定

各都道府県において、平成 29 年度の医療・介護について重点化・充実及び効率化をおこなった場合の病床数（一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床）を設定する。

2. 平均在院日数の推計

「医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国試算」（以下「全国推計」という。）における病床利用率、平均在院日数を参考に、「1.」にて設定した将来の病床数の見込みから当該都道府県の平均在院日数の推計を行う。（本試算では試算時点における最新の全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成 24 年 3 月）」を参考とする。）平均在院日数の推計は、利用者数＝新規入院発生数×平均在院日数というモデル式を用いて推計を行う。

(1) 各病床別の一日当たり利用者数と新規入院発生数の推計

各病床別に病床数に病床利用率（注 1）を乗じて一日当たりの利用者数を推計する。

（注 1）病院報告の各都道府県別の利用率に全国推計の改革に伴う病床利用率の変動等を織り込んで設定。なお、感染症・結核病床は病院報告における全国値の過去の平均を用いる。

上記で算出した一日当たり利用者数を各病床別に平均在院日数（注 2）で除することにより、各病床別の新規入院発生数を推計する。

（注 2）病院報告の各都道府県別の平均在院日数に全国推計の改革に伴う平均在院日数の変動等を織り込んで設定。なお、感染症・結核病床は病院報告における全国値の過去の平均を用いる。

(2) 総計の平均在院日数の算定

（1）にて各病床別に算出した一日当たり利用者数と新規入院発生数をそれぞれ足し上げ、病床計の一日当たり利用者数と新規入院発生数を計算する。病床計の一日当たり利用者数を新規入院発生件数で除することにより平均在院日数を推計する。