

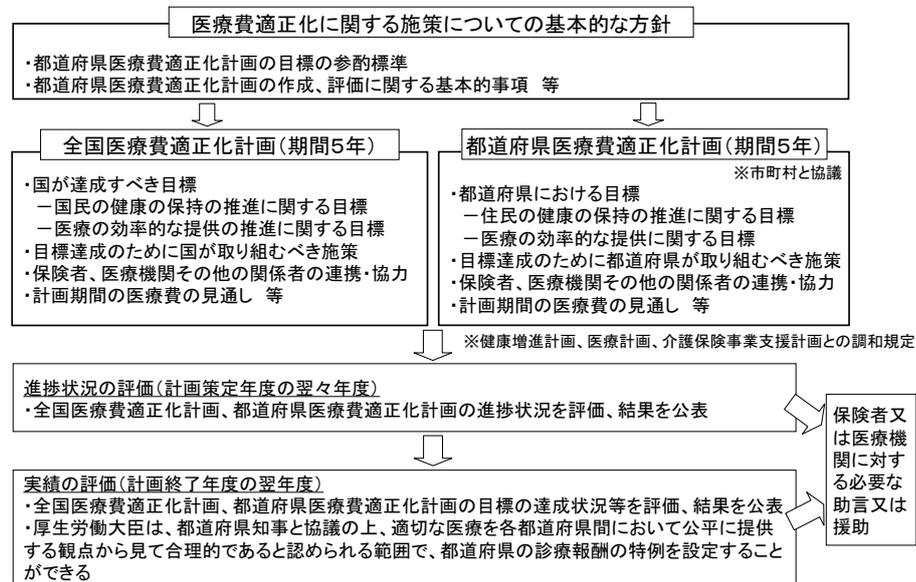
資料2

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

厚生労働省 2008年9月9日

厚生労働省は9月9日に、医療費適正化に関する施策について基本的な方針を明らかにした。基本的な方針には、都道府県医療費適正化計画の「目標の参酌標準」や「作成、評価に関する基本的事項」、「医療に要する費用の調査・分析」などが示されている。住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標としては、2012年度の参酌標準で、特定健康診査の実施率を70%、特定保健指導の実施率を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を平成20年度比10%と設定している。また、医療の効率的な提供の推進に関して、都道府県において達成すべき療養病床の病床数や平均在院日数の数値目標などが記載されている。

医療費適正化計画の仕組み（平成20年4月施行）



医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（参酌標準関連）

○住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

- (1)特定健康診査の実施率
平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。
- (2)特定保健指導の実施率
平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。
- (3)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標
平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とする。

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

医療保険者に対する目標値の設定の考え方(参考)

項目	H24参酌標準(案)	H27目標値	設定に当たっての考え方
①特定健康診査の実施率	70%	80%	H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定
②特定保健指導の実施率	45%	60%	モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率
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% (H20比)	25% (H20比)	H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出

※各医療保険者は、H20～24各年度の①～③の目標値を設定。このうち、H24年度は上記参酌標準に即して設定。

○医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標の考え方

(1)療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = ①と②により設定する

① 各都道府県における $a - b + c$

a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月)

b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成18年10月)
(医療区分1)+(医療区分2)×3割

c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成18年10月)
(医療区分3)+(医療区分2)×7割

② 都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

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

(2)平均在院日数に関する数値目標

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

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

○厚生労働省告示第百四十九号

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)第八条第一項の規定に基づき、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を次のように定め、平成二十年四月一日から適用する。

平成二十年三月三十一日

厚生労働大臣 舩添 要一

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

目次

はじめに

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

- (1) 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
- (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

2 第一期医療費適正化計画における目標

- (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

- 1 -

- (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

- (1) 担当組織の設置
- (2) 関係者の意見を反映させる場の設置
- (3) 市町村との連携

4 他の計画との関係

- (1) 健康増進計画との調和
- (2) 医療計画との調和
- (3) 介護保険事業支援計画との調和

二 計画の内容に関する基本的事項

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

- (1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標
- (2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標
- (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に関する数値目標

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

- (1) 療養病床の病床数に関する数値目標

- 2 -

- (2) 平均在院日数に関する数値目標
 - 3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - (1) 住民の健康の保持の推進
 - (2) 医療の効率的な提供の推進
 - 4 目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
 - 5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 - 6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
 - 7 計画の達成状況の評価に関する事項
 - 8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項
- 三 その他
- 1 計画の期間
 - 2 計画の進行管理
 - 3 計画の公表
- 第2 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項
- 一 評価の種類
- 1 進捗^{ちよく}状況の評価

- 3 -

- 2 実績の評価
- 二 評価結果の活用
- 1 計画期間中の見直し
 - 2 次期計画への反映
 - 3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応
- 第3 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項
- 一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点
 - 二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握
- 第4 この方針の見直し

はじめに

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

このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化

- 4 -

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

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

この方針は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)第8条第1項の規定に基づき、都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

(1) 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を

- 5 -

展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければならぬ。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

現在は約1,300万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければならぬ。

2 第一期医療費適正化計画における目標

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

一方、一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約60万円、一番高い福岡県が約90万円で、1.5倍の差がある。入院医療費がその差の大きな原因であり、そして、老人の入院医

- 6 -

療費は平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している。

以上のことから、医療費の急増を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない者が減少し、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることとなる。もう一つは、入院期間の短縮対策である。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第一期医療費適正化計画の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床（医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図る。

こうした考え方に立ち、具体的には以下の事項について目標を定めるものとする。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

- ① 特定健康診査（法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）の実施率
- ② 特定保健指導（法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施率
- ③ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率

- 7 -

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ① 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数
- ② 平均在院日数

3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

(1) 担当組織の設置

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

(2) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとすることが求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者（法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や懇談会等を開催することが望ましい。なお、この場合にお

- 8 -

いては、既存の審議会等を活用しても差し支えない。

(3) 市町村との連携

市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療の効率的な提供の推進に関しては、療養病床から転換する介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つである。このため、都道府県医療費適正化計画を作成あるいは変更する過程において、関係市町村に協議する(法第9条第4項)等都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

4 他の計画との関係

都道府県医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、都道府県健康増進計画(健康増進法(平成14年法律第103号)第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画をいう。以下「健康増進計画」という。)と、後者は、都道府県医療計画(医療法第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下「医療計画」という。)及び都道府県介護保険事業支援計画(介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画をいう。以下「介護保険事業支援計画」という。)と密接に関連する。

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

- 9 -

(1) 健康増進計画との調和

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

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

(2) 医療計画との調和

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

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

(3) 介護保険事業支援計画との調和

介護保険事業支援計画における介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における療養病床の再編成に関する取組の内容とが整合し、療養病床か

- 10 -

ら介護保険施設等への円滑な転換が図られるようにする必要がある。このため、各都道府県の地域ケア体制整備構想で定めた療養病床の転換後の受け皿に関する事項を、第一期都道府県医療費適正化計画及び平成21年度から始まる第四期介護保険事業支援計画に適切に反映させることが必要である。

二 計画の内容に関する基本的事項

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

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

これらの目標値については、平成22年度の間評価（第2の二の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。ただし、各都道府県の住民が加入している主要な保険者が特定健康診査等実施計画（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。）で定める平成24年度の目標を積み上げた数字が70%を下回る場合（各保険者が特定健康診査等基本指針（法第18条第1項に規定する特定健康診査等基本指針をいう。）の参酌標準に即して目標を設定しているにもかかわらず

- 11 -

ず、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第3条第1項に規定する国民健康保険の加入者の比率が高い等やむを得ない事情がある場合に限る。）には、その積み上げた数字を目標として差し支えない。

(2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

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

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とする。なお、この目標は、中期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえて設定するものである。

減少率は、各都道府県における、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成20年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24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）で乗じた数とする。）から平成24年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成24年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24年4月1日現在での住民基本台

- 12 -

帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)で乗じた数とする。)を減じた数を、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出する。

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

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

これらの目標値については、平成22年度の間評価(第2の二の1参照)を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 療養病床の病床数に関する数値目標

平成24年度末時点での療養病床の病床数は、医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月時点での医療機関への調査による数から回復期リハビリテーション病棟の病床数を控除したものとす。)から、医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込数(平成18年10月時点における医療療養病床の医療区分1の入院者に対応する病床数に、医療療養病床の医療区分2の入院者に対応する病床数の3割を加えたものとす。)を控除して得た数に、介護保険適用の療養病床(療養病床のうち、介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下「介護療養病床」という。)から医療療養病床へ転換する見込数(平成18年10

- 13 -

月時点における介護療養病床の医療区分3に相当する入院者に対応する病床数に、介護療養病床の医療区分2に相当する入院者に対応する病床数の7割を加えたものとす。)を加えて得た数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定するものとす。

(2) 平均在院日数に関する数値目標

平成17年に示された医療制度改革大綱等において、平成16年の病院報告の概況による全国平均の平均在院日数と、最も短い長野県の平均在院日数との差を平成27年度までに半分に短縮するという長期目標が設定されている。

各都道府県の医療費適正化計画においては、平成27年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数(以下二において「平均在院日数」という。)について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められる。

よって、各都道府県が目指す平成24年時点の平均在院日数は、この長期目標に従い、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同報告における最短の都道府県(長野県)の平均在院日数との差の9分の3(これを上回る数字としても差し支えない。)の日数(小数点第1位までとし、小数点第2

- 14 -

位で切り上げ)を減じたものとする。

ただし、具体的な数値目標の算定に当たっては、全体的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響についても考慮することとし、平成22年度の間評価(第2の二の1参照)において必要な見直しを行う。

なお、平成24年時点の平均在院日数は、平成25年12月頃に公表が見込まれる平成24年の病院報告における記載の日数とする。

3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

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

(1) 住民の健康の保持の推進

① 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

都道府県は、保険者に実施が義務付けられる特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)について、保険者が特定健康診査等実施計画を策定する際に、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を提供するなど、その円滑な実施を支援することが必要である。併せて、保険者において保存される特定健康診査等の実施結果に関

- 15 -

するデータの適切な分析及び保健事業等への効果的な活用について、支援することが必要である。

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

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

② 保険者協議会の活動への支援

各都道府県には、都道府県内に存在する代表的な保険者等を構成員とする保険者協議会が設置され、医療費の分析や評価、被保険者の指導等の保健事業の共同実施等を行うこととされている。保険者協議会は、都道府県にとって保険者との連絡調整、保険者への協力要請又は保険者への支援の場として重要なものであると考えられることから、同協議会の構成員の一員として運営に参画するとともに、各都道府県に存在する国民健康保険団体連合会(国民

- 16 -

健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。)による事務局としての活動にも積極的に支援や助言を行うことが望ましい。

③ 保険者における健診結果データ等の活用の推進

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

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

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

④ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

- 17 -

保険者による特定健康診査等の取組は、市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策の例としては、健康増進に関する普及啓発や食習慣等に関する特徴の分析及び提供、特定保健指導の対象となった住民に対する運動や食生活の習慣を改善していくための自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等があり、これらの取組が重要になると考えられる。

都道府県においては、市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策の取組に対する必要な助言その他の支援を行い、先進的な事例等については広く紹介することに加え、自らも健康増進に関する普及啓発等の取組を行う必要がある。

(2) 医療の効率的な提供の推進

① 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療の必要性の低い患者が多く入院する病床を介護老人保健施設(介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設をいう。)等の介護保険施設等に転換することが取組の中心である。再編成を円滑に進めるための支援措置として、療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成を始め、診療報酬及び介護報酬における医師、看護職員の配置等を緩和した類型の創設、療養病床から老人保健施設等への転換の際の施

- 18 -

設基準の経過的な緩和等の措置が講じられていることを踏まえ、都道府県は、相談窓口の設置など具体的な支援措置を講じることが必要である。

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

② 医療機関の機能分化・連携

平成20年度からの新たな医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の四疾病、並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の五事業ごとに、例えば地域連携クリティカルパスの活用等により各医療機関が地域においてどのような役割を担うのかを明らかにしていくこととしている。

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

③ 在宅医療・地域ケアの推進

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

- 19 -

である。

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

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

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

こうした情報交換の場としては、3の(1)の保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要である。

5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある。詳細は第3を参照のこと。

6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

都道府県は、各都道府県民の医療費の現状及び5年後の推計値を算出するとともに、3に掲げ

- 20 -

た取組を行い、目標を達成した場合に予想される5年後の医療費の見通しを算出する。

具体的な算出方法は、別紙(標準的な都道府県医療費の推計方法)を参考にすることが望ましいが、いずれの算出方法を採用する場合においてもこの見通しは第1の2の2に示す2つの目標値と相互に関連するものであり、全体としてこれらの目標値とこの見通しとの整合性の確保に留意する必要がある。

7 計画の達成状況の評価に関する事項

都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価し、その結果をその後の取組に活かしていくため、都道府県は、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。詳細は第2を参照のこと。

8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

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

こうした取組の例としては、例えば老人医療、医療扶助等における保健師等の訪問指導による重複頻回受診の是正、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、診療報酬明細書の審査及び点検の充実等が考えられる。なお、これら取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援あるいは促進が都道府県の施策となる。

- 21 -

三 その他

1 計画の期間

法第9条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画は5年を一期とするものとされているため、第一期都道府県医療費適正化計画については、平成20年度から平成24年度までを計画期間として作成することとなる。

2 計画の進行管理

都道府県医療費適正化計画は、計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環により進行管理をしていくこととしている。詳細は第2を参照のこと。

3 計画の公表

法第9条第5項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、これを公表することが必要である。

第2 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

一 評価の種類

1 進捗^{ちよく}状況の評価

都道府県は、法第11条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画の作成年度の翌々年度

- 22 -

である平成22年度に中間評価として計画の進捗^{ちよく}状況に関する評価を行い、その結果を公表することが必要である。

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

2 実績の評価

都道府県は、法第12条の規定により、計画期間終了の翌年度である平成25年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表することが必要である。

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

二 評価結果の活用

1 計画期間中の見直し

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

2 次期計画への反映

中間評価の翌々年度(平成24年度)は、第二期都道府県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとする。

- 23 -

3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第14条第1項において、厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要と認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」とされている。

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

第3 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

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

- 24 -

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

二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療に要する費用の実態を把握するため、国民健康保険事業年報等から、性別、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び医療に要する費用のデータを入手する必要がある。

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

第4 この方針の見直し

この方針は、平成20年度からの第一期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定めたものである。このため、この方針については、法の施行状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行うものとする。

- 25 -

別紙

標準的な都道府県医療費の推計方法

標準的な都道府県医療費の推計方法は次のとおりとする。

1 基本的事項

(1) 推計期間

第一期医療費適正化計画の計画期間の最終年度(平成24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に使用するデータは次に掲げる統計を基礎とする。

① 医療機関メディアス(厚生労働省保険局)

医療機関の所在地別、入院・入院外医療費 等

② 老人医療事業年報、国民健康保険事業統計(厚生労働省保険局)

都道府県別、入院・入院外医療費 等

③ 患者調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)

- 26 -

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 都道府県別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)
- ⑤ 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
- ⑥ その他、国勢調査(間の年は、推計人口)や国民医療費 等

(4) 推計の流れ

- ① 基準年度(平成18年度)の住民住所地別の都道府県医療費の推計
- ② 医療費適正化前の都道府県医療費の伸び率の算出
- ③ 医療費適正化前の都道府県医療費の将来推計
- ④ 医療費適正化効果の算出及び医療費適正化後の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 平成18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の都道府県医療費は、平成18年度の医療機関メディアスを基礎データとして用いることとする。しかしながら、医療機関メディアスの都道府県医療費は医療機関の所在地別となっているため、老人医療の事業統計や患者調査を用いて住民住所地別の都道府県医療費を推計する。今回の推計では、医療機関メディアスで区分してデータの取れる70歳以上と70歳未満に分けて推計

- 27 -

を行うこととするが、それぞれの住民住所地別の都道府県医療費の推計の考え方は次のとおりとする。

(1) 70歳以上

老人医療については事業統計が住民住所地別のデータとなっているので、これを基本とし、70歳以上の者の医療費を算出するため、医療機関メディアスの70歳以上の者の医療費の老人医療費に対する比率を用いることとする。

(2) 70歳未満

その他の制度については、医療機関メディアスの医療機関の所在地別医療費を基に、患者調査による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する。

住民の住所地別医療費 = 医療機関の所在地別医療費

× α (延べ患者数の変換率) × β (1日当たり医療費の変換率)

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

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

- 28 -

※ α は患者調査のデータ、 β は国民健康保険の事業統計等を用いて算出。

3 医療費適正化前の都道府県医療費の伸び率の算出方法

都道府県医療費の将来推計においては、基準年度(平成18年度)から推計年度までの1人当たり医療費の伸び率を、過去の実績を基礎に診療報酬改定・制度改正効果や高齢化効果を考慮して算出して将来推計に用いる。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14年度から平成18年度(5年間)を算定基礎期間とする。

(2) 計算区分

次の区分に分けて、伸び率を算出し将来推計を行う。

年齢区分：70歳未満(老人医療対象者を除く)、70歳以上(老人医療対象者を含む)

診療区分：入院(食事・生活療養費を含む)、入院外(調剤を含む)

(3) 1人当たり医療費の伸び率の設定の考え方

将来推計に当たっては、1人当たり医療費を「1人当たり日数」と「1日当たり医療費」に分解し、それぞれの伸び率を算定基礎期間の実績を基礎として算出する。

$$1人当たり医療費 = a(1人当たり日数) \times b(1日当たり医療費)$$

上式のa、bそれぞれの伸び率は、算定基礎期間のa、bそれぞれの実績の伸び率から、①算定基礎期

- 29 -

間の制度改正・診療報酬改定、及び②算定基礎期間の高齢化の影響を除去し、③平成19年度以降に実施される予定の制度改正・診療報酬改定の影響、及び④基準年度から推計年度にかけての高齢化効果を加えて算出する。これをまとめると次式となる。

$$aの伸び率 = 平成14年度から平成18年度までの1人当たり日数の実績伸び率$$

- ① 平成14年度から平成18年度までの制度改正効果
- ② 平成14年度から平成18年度までの高齢化効果
- + ③ 平成19年度以降に実施される患者負担の見直しの効果
- + ④ 平成19年度から推計年度までの高齢化効果

$$bの伸び率 = 平成14年度から平成18年度までの1日当たり医療費の伸びの実績伸び率$$

- ① 平成14年度から平成18年度までの制度改正・診療報酬改定効果
- + ③ 平成20年度診療報酬改定等の効果

※ 高齢化の効果及び患者負担の見直しの効果は「1日当たり日数」に、診療報酬改定は「1日当たり医療費」に影響するものとする。

ただし、70歳以上・入院外については、平成14年度に実施した長期投薬制限緩和の影響が続いており算定基礎期間の制度改正効果の算出が困難である。そこで、70歳以上・入院外のa、bそれぞれの伸び率の算出に当たって、算定基礎期間の実績伸び率から、①算定基礎期間の制度改正・診療報酬改定

- 30 -

効果、及び②算定基礎期間の高齢化効果を控除した伸び率(自然体の伸び率)が、70歳未満・入院外と同じとする。

(4) 制度改正・診療報酬改定

平成14年度から平成18年度までの間に行われた制度改正の効果及び平成19年度以降に実施される患者負担見直しの効果は、全国一律に現れるものと仮定し、厚生労働省保険局調査課で算出した率を用いる。

診療報酬改定は、1日当たり医療費の伸び率に対して、平成14年度▲2.7%、平成16年度▲1.0%、平成18年度▲3.16%、平成20年度▲0.82%の影響があるものとする。

また、平成20年度は、後発医薬品の使用促進の影響を織り込み、診療報酬改定率と合わせて、1日当たり医療費の伸び率に対して▲1.1%の影響があるものとする。

(5) 高齢化効果

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、年齢階級別1人当たり医療費を固定し、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効果を算出する。

4 医療費適正化前の都道府県医療費の将来推計の方法

(1) 入院(食事・生活療養費を含む)、入院外(調剤を含む)の医療費の算出

- 31 -

医療費適正化前の都道府県医療費は、上記の2で算出した平成18年度の都道府県医療費、3で算出した「1人当たり日数」、「1日当たり医療費」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

$$\begin{aligned} &= \text{平成18年度の1人当たり日数} \times \text{平成18年度から推計年度までの1人当たり日数の伸び率} \\ &\quad \times \text{平成18年度の1日当たり医療費} \times \text{平成18年度から推計年度までの1日当たり医療費の伸び率} \\ &\quad \times \text{都道府県別将来推計人口(推計年度)} \end{aligned}$$

※1 70歳未満、70歳以上別、入院、入院外別にそれぞれ算出する。

(2) 歯科医療費、公費負担医療費の算出

歯科医療費については、入院外医療費に対する比率を用いて計算する。この比率は、近年、低下傾向にあることから、平成12年度から平成18年度までのトレンドにより平成24年度まで変化させることとする。

また、公費負担医療については、平成18年度の医療保険医療費に対する割合が一定として計算することとする。

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

第一期医療費適正化計画においては、主な施策として「生活習慣病対策」と「平均在院日数の短縮」

- 32 -

が示されており、都道府県医療費の将来推計においては、医療費適正化前の都道府県医療費の将来推計から、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。

なお、「療養病床の転換」は「平均在院日数の短縮」のための施策の一つであることから、「平均在院日数の短縮」を推計に織り込めば、「療養病床の転換」の効果も織り込まれることとなる。

また、都道府県で、これら以外の適正化の取組を行っている場合については、当該取組の効果として、都道府県において必要に応じて織り込むこととされたい。

(1) 生活習慣病対策による効果

生活習慣病対策については、特定健康診査等の実施率を上昇させていくことによりメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図ることとしているが、これは、生活習慣病の発生率を引き下げる効果があるものであり、現在、既に生活習慣病の患者となっている者が減少するものではないことから、医療費の削減効果が現れてくるには、一定の時間を要するものと考えられる。

また、対策の効果としては、初めに特定保健指導によりメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少し、その後、生活習慣病の発生率の低下により患者が減少し医療費が減少するという経過をたどると考えられる。

以上から、生活習慣病対策の効果が医療費に現れてくるのは第二期医療費適正化計画の期間(平成25年度以降)からとすることとする。

- 33 -

なお、平成25年度以降の効果であるが、メタボリックシンドロームの予備群及び該当者を平成27年度に25%減少するという中期的な目標を踏まえ、仮に、25%削減の効果が、外来医療費は10年、入院医療費は20年のタイムラグがあると仮定し、粗く効果を見積もると、平成27年度には外来医療費は▲1.0%程度、入院医療費は▲0.5%程度の削減効果があるものと見込まれる。

(2) 平均在院日数の短縮の効果

平均在院日数の短縮の効果は、平均在院日数(介護療養病床に係るものを除く。以下同じ。)が最も短い県(長野県)との差の9分の3の短縮を基準に都道府県が設定した平成24年度の目標値を基準に算出する。

平均在院日数の短縮により入院の1人当たり日数が減少するが、一方、長野県の70歳以上の1日当たり入院医療費は、都道府県の中で3番目に高い(平成18年度)ことから、平均在院日数が短くなるとともに1日当たり医療費は増加するものとする。

また、平均在院日数の短縮の効果は慢性期の患者が中心となると考えられることから、都道府県医療費の推計においては、短縮の効果は70歳以上の区分で算出するものとする。

① 住民住所地別の平均在院日数の適正化率の算出

平均在院日数の目標値は、平成18年の病院報告を基礎データとして設定することとなっており、これにより平成24年度の平均在院日数の適正化率(平均在院日数の目標値の平成18年度の平均在院

- 34 -

日数の実績に対する比率)が決定するが、これは医療機関所在地別のデータとなっている。都道府県医療費の将来推計に当たっては、住民住所地別の都道府県医療費を推計するため、住民住所地別の平均在院日数の適正化率を次式により算出する。

A県の住民住所地別の平均在院日数の適正化率

$$= \frac{\sum_{n} \text{n県の医療機関所在地別の平均在院日数の適正化率} \times \text{A県の住民の入院医療費のうちn県の医療機関分の比率}}{n} \quad (n \text{はA県の住民が入院している全ての都道府県について合計})$$

ここで、平均在院日数の適正化率は、自県分については目標値より設定し、他県分については長野県との差の9分の3を基準に算出することとする。また、各都道府県の住民の入院医療費の医療機関所在地別の割合は、老人医療の事業統計より厚生労働省保険局調査課において算出する。

② 1人当たり入院日数の減少

平成24年度の適正化後の総入院日数(年齢計)が、適正化前の総入院日数(年齢計)に①で算出した住民住所地別の平均在院日数の適正化率を乗じた値になるように、1人当たり入院日数(70歳以上)の減少を見込む。(70歳未満の入院日数は、適正化により変化しないものとする。)

③ 1日当たり入院医療費の増加

平均在院日数の長野県との差が短縮するとともに、70歳以上の1日当たり入院医療費の上昇を見

- 35 -

込む。この上昇率は、1日当たり入院医療費(70歳以上)の長野県の全国平均に対する比率(109.5% : 平成18年度医療機関メディアス)を基準に次式により算出する。

1日当たり入院医療費(70歳以上)の上昇率

$$= 9.5\% \times \frac{100\% - \text{住民住所地別の平均在院日数の適正化率}}{100\% - 78\% \text{ (平均在院日数の長野県の全国平均に対する割合)}}$$

- 36 -