

都道府県医師会長 殿

日本医師会長  
唐 澤 祥 人

### 療養病床数の数値目標について

厚生労働省において、医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県が達成すべき目標である療養病床数の数値目標設定の参考とされる「平成 2 4 年度末時点での療養病床の目標数を決める計算式」が示されましたことをご連絡申し上げます。

医療費適正化基本方針および医療費適正化計画につきましては、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 5 7 年法律第 8 0 号）第 8 条および第 9 条において、「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、医療費適正化基本方針を定めるとともに、5 年ごとに、5 年を 1 期として、全国医療費適正化計画を定めるものとする。」、「都道府県は医療費適正化基本方針に即して、5 年ごとに、5 年を 1 期として、都道府県医療費適正化計画を定めるものとする。」と規定されております。

今般、厚生労働省において、「現時点での案」として、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）」および「全国医療費適正化計画（案）」が示され、4 月 1 7 日に開催された医療構造改革に係る都道府県会議において説明されました。

その中で、平成 2 0 年度から平成 2 4 年度の第 1 期における重要な政策の 1 つとして、「慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性が低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心として、医療機関における入院期間の短縮を図ること」とされており、特に達成目標数としての療養病床数、平均在院日数が設定されることとなっております。

療養病床数に関する数値目標については、別添資料のような計算式が示

され、厚生労働省は、依然として、平成24年度末に介護療養病床を廃止するとともに、現在ある介護療養病床13万床と医療療養病床25万床を15万床に削減する等により、医療給付費4,000億円の削減を計画しているところでもあります。

日本医師会として、4月12日に開催された社会保障審議会医療保険部会や4月18日に開催した定例会見におきまして、厚生労働省方針に強く反論しておりますが、療養病床の国としての達成目標数は、「都道府県における目標値の設定状況を踏まえて設定すること」とされておりますので、都道府県医師会におかれましては、都道府県医療費適正化計画の策定の場に参加して、本会が示す「療養病床の再編に関する問題点について（2007年4月18日）」（添付資料2参照）を積極的に活用していただき、ご尽力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、5月11日（金）に、都道府県医師会医療問題担当理事連絡協議会を開催する予定でありますので、後日ご連絡させていただきます。

（添付資料）

1. 第2回 医療構造改革に係る都道府県会議 抜粋資料

（平成19年4月17日 厚生労働省保険局）

2. 療養病床の再編に関する問題点について

（2007年4月18日 （社）日本医師会）

## 第2回 医療構造改革に係る都道府県会議

### 資 料

平成19年4月17日（火）

厚生労働省保険局

## <目 次>

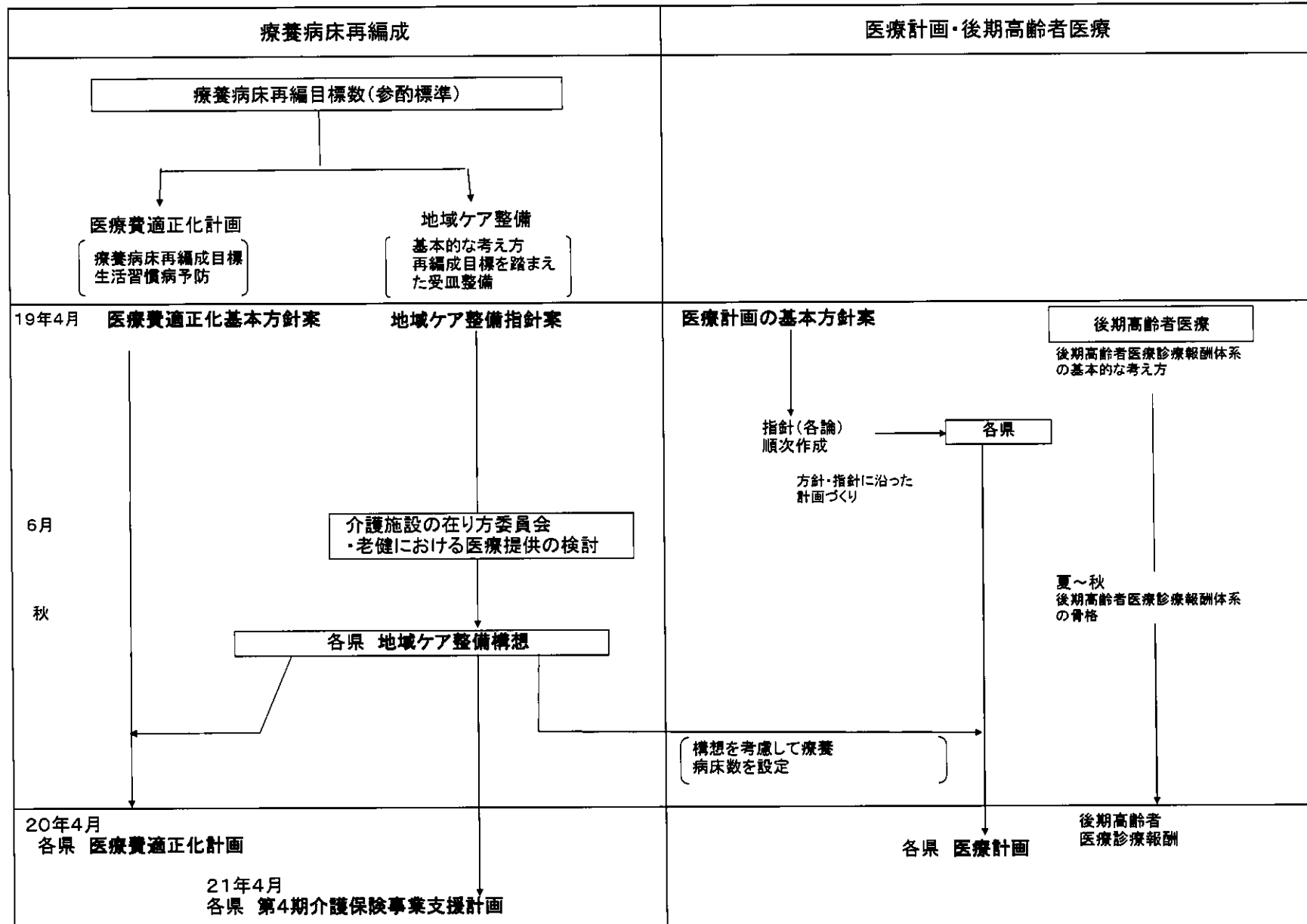
- 1 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について  
（資料5-1、2）…1
- 2 全国医療費適正化計画（案）（資料5-3）…23
- 3 特定健康診査等基本指針（案）について（資料5-4）…39
- 4 後期高齢者の保健事業について（資料5-5）…70

### <参考資料>

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

# 医療費適正化に関する施策に ついての基本的な方針(案) について

# 今後の主なスケジュール



# 医療費適正化計画の仕組み (平成20年4月施行)

## 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

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

### 全国医療費適正化計画(期間5年)

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

### 都道府県医療費適正化計画(期間5年)

※市町村と協議

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

※健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画との調和規定

### 進捗状況の評価(計画策定年度の翌々年度)

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

### 実績の評価(計画終了年度の翌年度)

- ・全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画の目標の達成状況等の評価、結果を公表
- ・厚生労働大臣は、都道府県知事と協議の上、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる

保険者又は医療機関に対する必要な助言又は援助

## 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案) (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(案)に即して設定。

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

### (1)療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = 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。

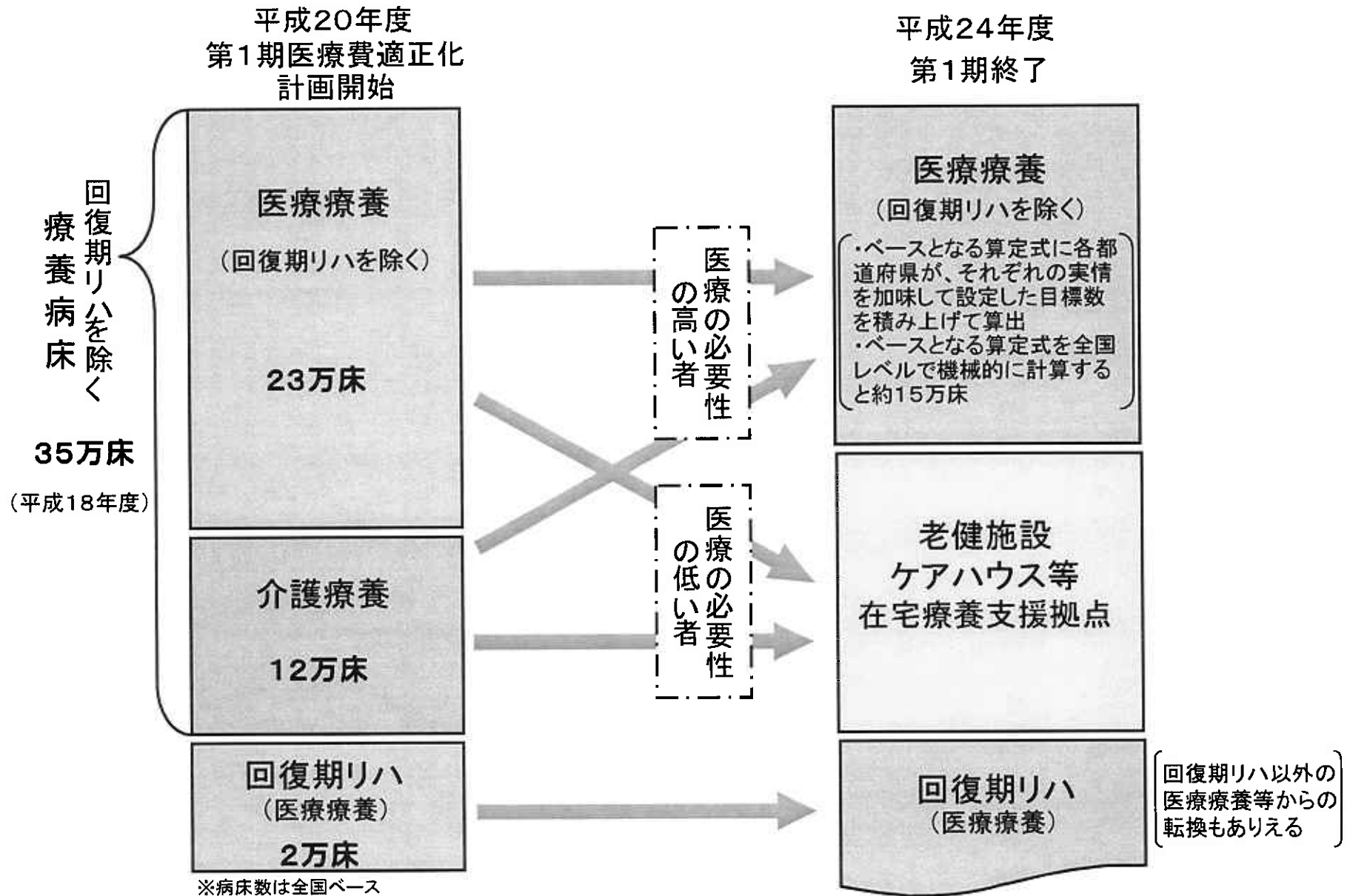
(注) 全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえ  
て設定する。

## (2)平均在院日数に関する数値目標

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

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

# 各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度)(案)



# 医療費適正化に関する施策に ついての基本的な方針 (案)

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

平成19年4月

厚生労働省

# 目 次

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

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けるためには、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、平成十八年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設された。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。

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

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

## 第一 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

### 一 全般的な事項

#### 1 医療費適正化計画の基本理念

##### (一) 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

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

##### (二) 超高齢社会の到来に対応するものであること

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

#### 2 第一期医療費適正化計画における目標

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に七十五歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

一方、一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約六十万円、一番高い福岡県が約九十万円で、一．五倍の差がある。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、老人の入院医療費は平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している。

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

こうした考え方に立ち、具体的には以下の事項について目標を定めるものとする。



## (一) 住民の健康の保持の推進に関する目標

- ① 特定健康診査（法第十八条第一項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率
- ② 特定保健指導（法第十八条第一項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率
- 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（法第十八条第一項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率

## (二) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- 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

## (一) 担当組織の設置

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

## (二) 関係者の意見を反映させる場の設置

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

## (三) 市町村との連携

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

## 4 他の計画との関係

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

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

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

#### (一) 健康増進計画との調和

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

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

#### (二) 医療計画との調和

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

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

#### (三) 介護保険事業支援計画との調和

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

## 二 計画の内容に関する基本的事項

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

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

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

#### (一) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

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

(二) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

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

(三) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

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

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

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

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

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

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

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

(一) 療養病床の病床数に関する数値目標

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

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

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

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

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

## (二) 平均在院日数に関する数値目標

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

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

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

※今夏を目途に公表される。

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

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

## 3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

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

### (一) 住民の健康の保持の推進

#### ア 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

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

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

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

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

#### イ 保険者協議会の活動への支援

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

#### ウ 保険者における健診結果データ等の活用の推進

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

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

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

#### エ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

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

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

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

## (二) 医療の効率的な提供の推進

### ア 療養病床の再編成

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

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

### イ 医療機関の機能分化・連携

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

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

### ウ 在宅医療・地域ケアの推進

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

る。

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

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

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

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

#### 5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

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

#### 6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

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

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

#### 7 計画の達成状況の評価に関する事項

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

#### 8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

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

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

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

### 三 その他

#### 1 計画の期間

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

#### 2 計画の進行管理

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

詳細は第二を参照のこと。

#### 3 計画の公表

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



## 第二 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

### 一 評価の種類

#### 1 進捗状況の評価

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

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

#### 2 実績の評価

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

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

### 二 評価結果の活用

#### 1 計画期間中の見直し

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

#### 2 次期計画への反映

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

#### 3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第十四条において「厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要と認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」とされている。

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

### 第三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

#### 一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

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

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

#### 二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

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

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

### 第四 この方針の見直し

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

# 全国医療費適正化計画 (案)

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

平成19年4月

厚生労働省

# 目 次

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

# 第1章 計画の位置づけ

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

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

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

## ①全国計画の期間

全国計画の期間は5年とする。

## ②全国計画に掲げる事項

全国計画においては、次に掲げる事項を定める。

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

## ③全国計画の作成の手續及び公表

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

全国計画を定め、又はこれを変更した時は、遅滞なくこれを公表する。

## ④全国計画の作成及び全国計画に基づく施策の実施に関する協力

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

## ⑤全国計画の進捗状況に関する評価

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

⑥全国計画の実績に関する評価

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

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

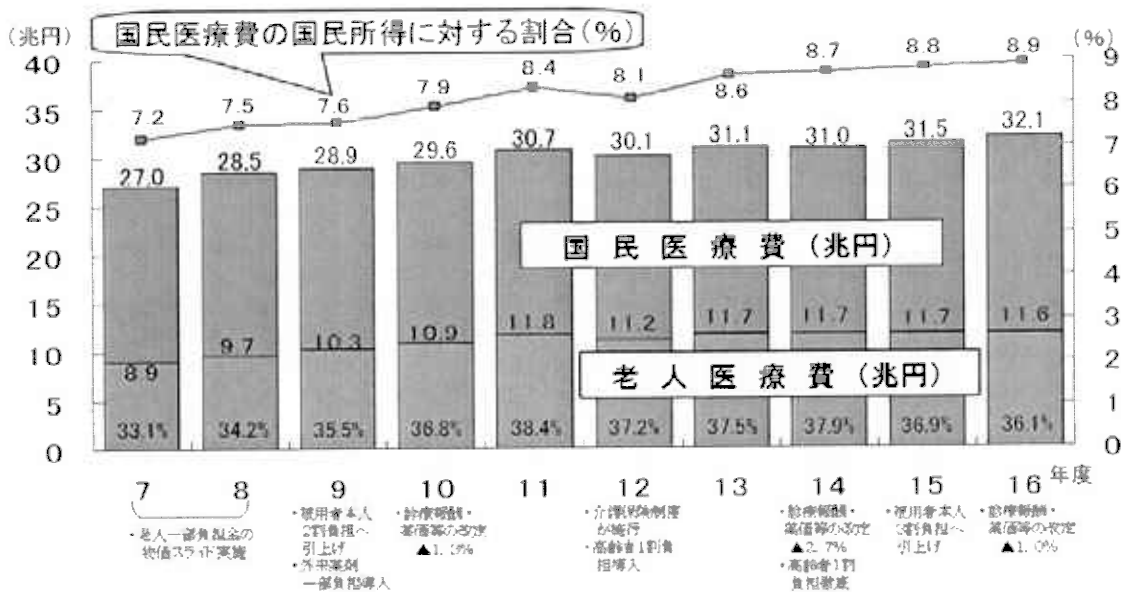
### 1 現状

#### (1)医療費の動向

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

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

図表1:医療費の動向



図表2:国民医療費等の対前年度伸び率(%)

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

注1:国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年5月発表)による。

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

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

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

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

## (2) 平均在院日数の状況

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

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

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

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

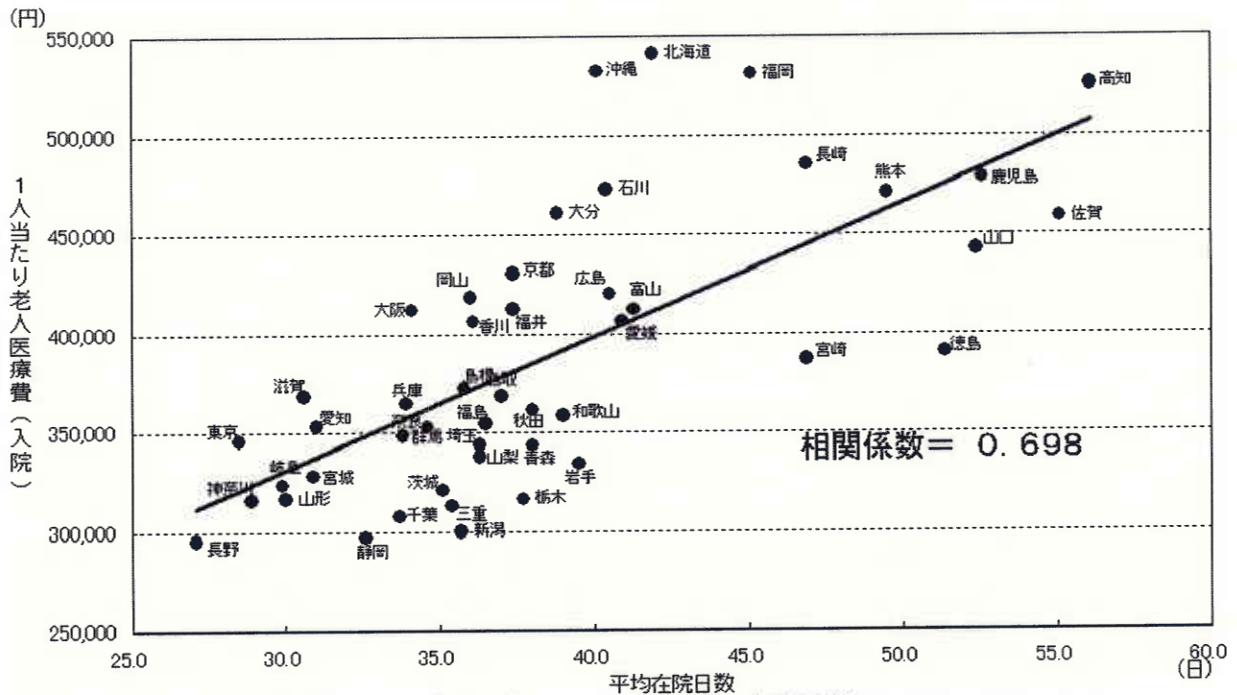
図表3: 病床の種類別の平均在院日数(単位: 日)

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

資料: 大臣官房統計情報部「平成17年病院報告」



図表4: 平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



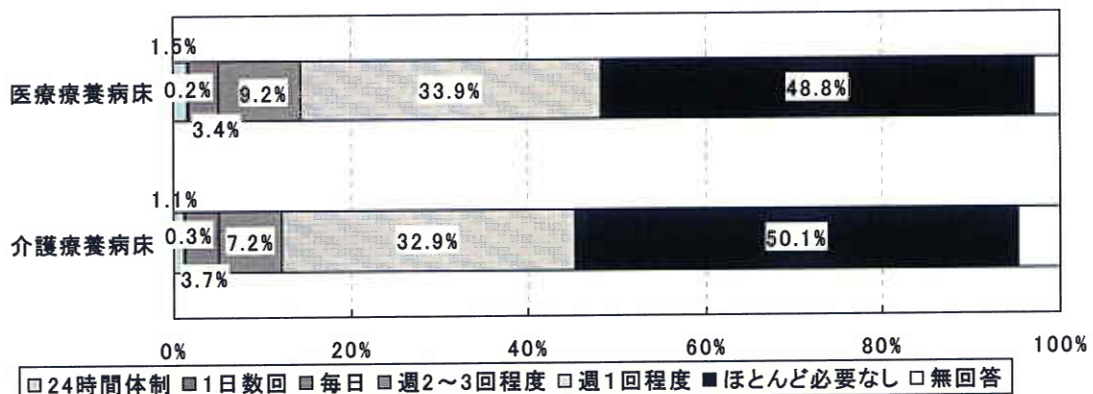
資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成16年度)より作成

### (3) 療養病床の状況

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

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

図表5: 医師による指示の見直しや管理が必要な頻度



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

#### (4)生活習慣病の有病者及び予備群の状況

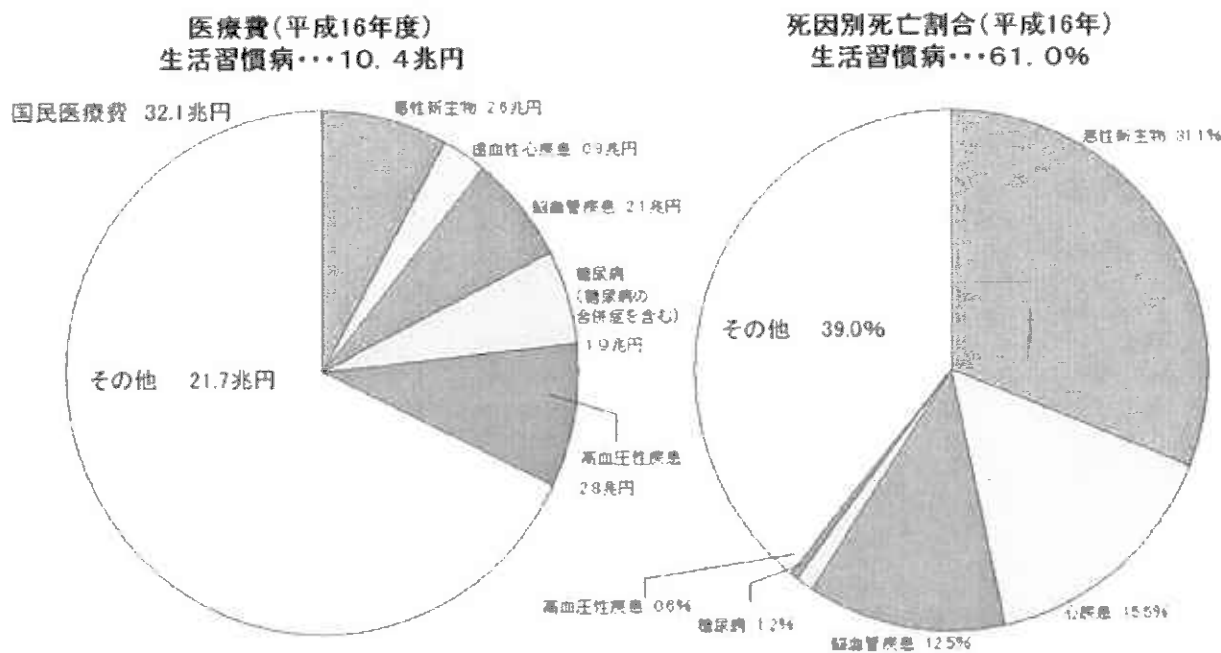
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている(図表6)。

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

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

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

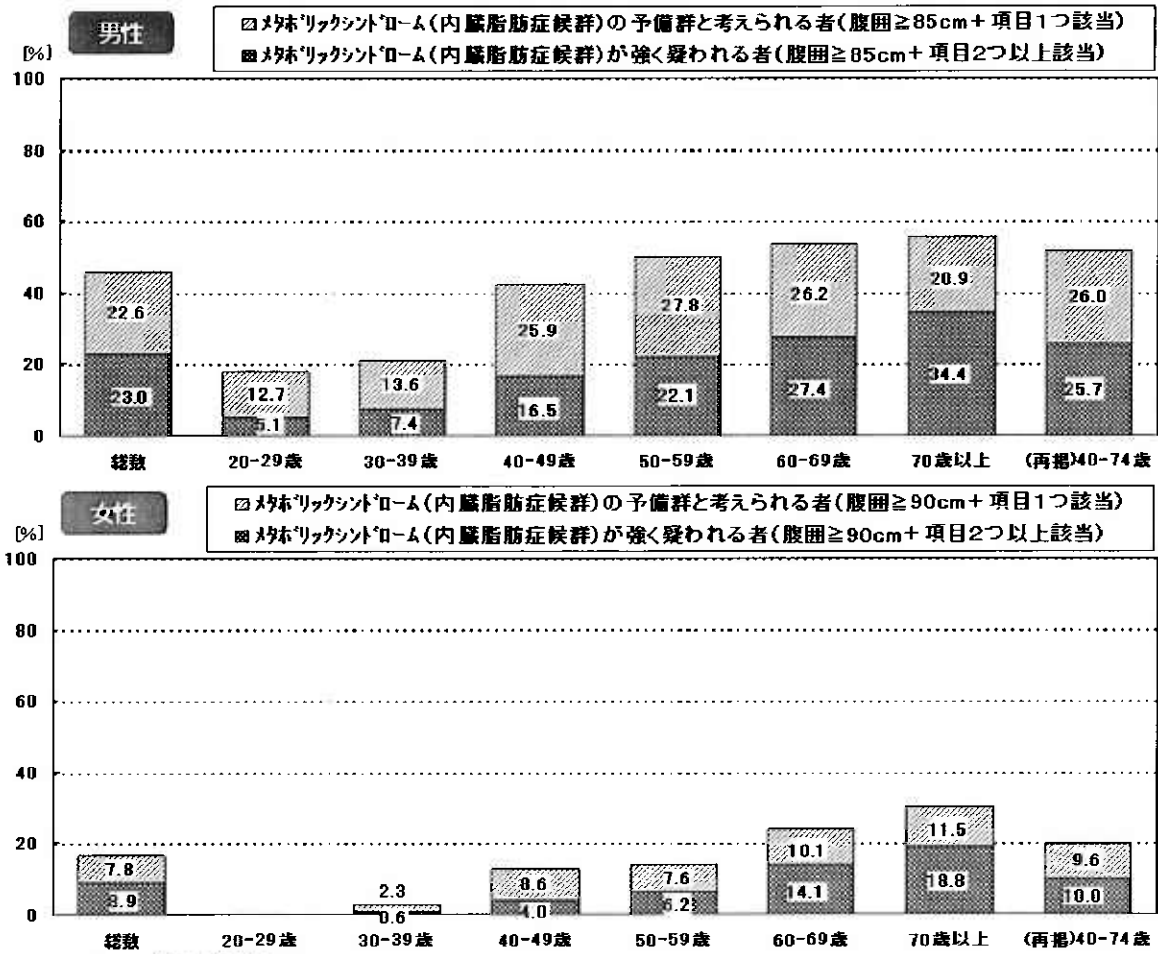
図表6:医療費と死因(生活習慣病に分類される疾患)



(注)国民医療費(平成16年度)は、わが国の慢性疾患対策の現状(2004年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成16年)により作成

図表7:メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況(20歳以上)



資料:平成16年国民健康・栄養調査

## 第3章 目標と取り組み

### 1 基本理念

#### (1) 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

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

#### (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

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

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

## 2 医療費適正化に向けた目標

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

一方、一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約60万円、一番高い福岡県が約90万円で、1.5倍の差がある。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、その入院医療費は平均在院日数や病床数と高い相関関係を示している。

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

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

### (1)国民の健康の保持の推進に関する達成目標

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

#### 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（特定保健指導の実施対象者）の減少率

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

## (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

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

- 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。以下同じ。）の病床数  
平成 24 年度における、全国の療養病床を〇〇万床とする。

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

- ②平均在院日数

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

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

これを踏まえ、平成 24 年時点における目標値は、全国平均（平成 18 年病院報告）と最短の都道府県との差を 9 分の 3 短縮し、平成 24 年の病院報告（平成 25 年 12 月頃公表の見込み）において、全国平均の平均在院日数を〇〇.〇日※とする。

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

※今夏を目途に公表される平成 18 年病院報告を基に記入する。

## (3) 計画期間における医療に要する費用の見通し

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

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

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

### 3 目標を達成するために国が取り組むべき施策

#### (1)国民の健康の保持の推進に関する施策

##### ①医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

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

##### ア 保健事業の人材養成

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

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

##### イ 特定健康診査及び特定保健指導の内容の見直し

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

##### ウ 集合的な契約の活用支援

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

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

##### エ 好事例の収集及び公表

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

また、特に優れた取組を行っている医療保険者に対しては、表彰等を行う。

##### オ 国庫補助

保険者に対し、特定健康診査に要する費用等を助成する。

## ②都道府県・市町村の啓発事業の促進

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

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

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

## (2)医療の効率的な提供の推進に関する施策

### ①療養病床の再編成

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

#### ア 療養病床から介護保険施設への転換に伴う整備費用の助成等

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

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

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

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

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

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



階段、エレベーター、出入口等の共用を可能とするよう、設備基準を緩和する。

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

ウ 第 4 期の介護保険事業計画における配慮

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

エ 老人保健施設における医療提供体制のあり方

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

②医療機関の機能分化・連携

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

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

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

③在宅医療・地域ケアの推進

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

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

## 第4章 計画の達成状況の評価

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

### 1 進捗状況評価

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

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

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

### 2 実績評価

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

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

評価結果の活用として、療養病床数の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めを行うことについての検討を進める。

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

平成19年4月17日  
保険局総務課  
医療費適正化対策推進室

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

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

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

これに際しては、

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

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

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

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

療提供も含めて対応することが可能かつ適切と考えられる。

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

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

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

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

# 療養病床の再編に関する問題点について

2007年4月18日

(社)日本医師会

厚生労働省は、療養病床数の目標数(案)に関し、都道府県に以下の計算式を示す方向である。

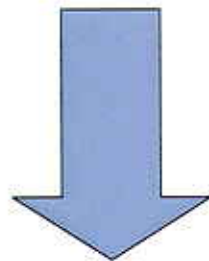
—2007年4月12日 社会保障審議会医療保険部会における説明—

厚生労働省 都道府県において達成すべき目標数<療養病床>

①

医療療養病床数 (回復期リハ除く)	-	医療療養病床の 医療区分1 医療区分2の3割	+	介護療養病床の 医療区分2の7割 医療区分3	= 15万床
----------------------	---	------------------------------	---	------------------------------	--------

② 上記に加え、後期高齢者人口伸び率や救急医療などの医療提供体制等を総合的に勘案



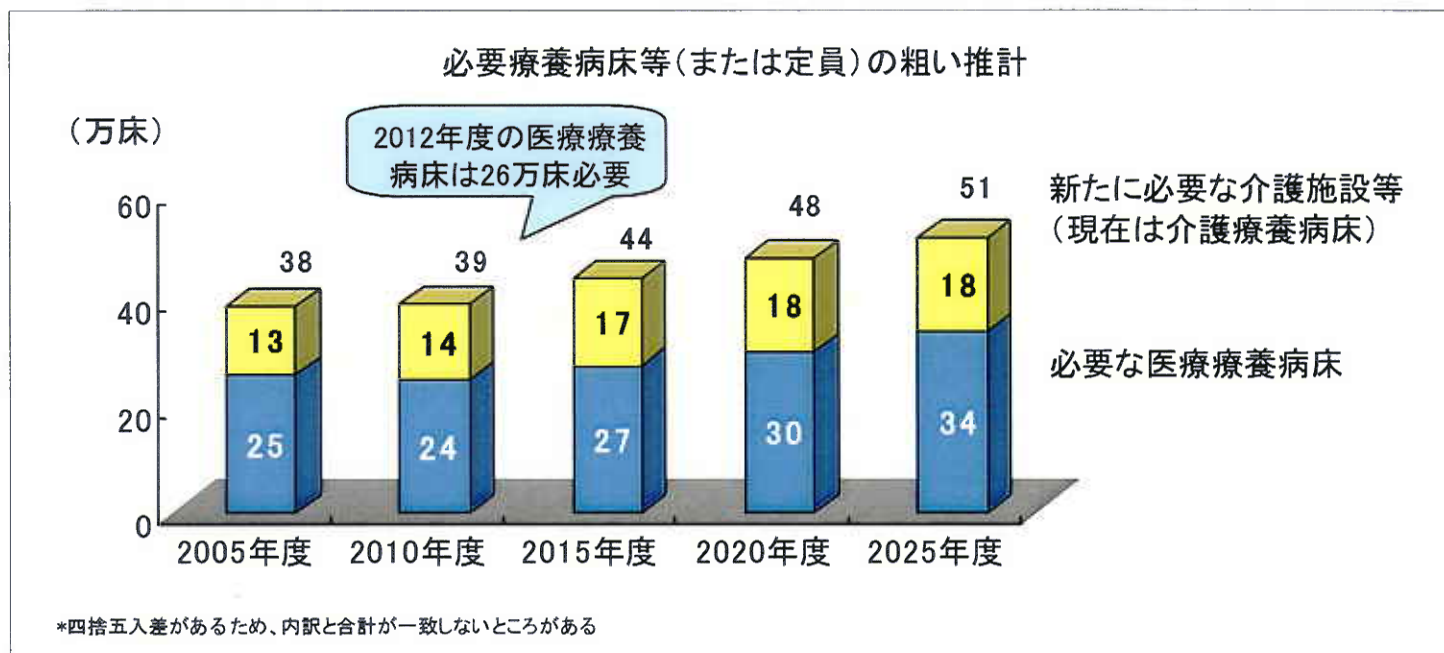
厚生労働省の説明

- ・医療区分1 : 医学的管理(経管栄養、胃瘻)が必要な患者も看護配置を手厚くした老健で対応可能
- ・医療区分2の3割: うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍の患者は介護施設に転換可能

—財政主導で決められた根拠のない数字である  
—都道府県においては、あらためて行政と医療現場が協力し、原点に立ち返って、実態を調査すべきである。

## 療養病床の必要性－日本医師会推計－

医療療養病床は、2005年度には25万床であった。今後、一部在宅復帰を実現しても、高齢者の増加に伴い2015年度には27万床が必要となる。



■ 医療療養病床が必要な患者(次頁参照)  
医療療養病床、介護療養病床のうち、医療の必要性の高い患者

■ 新たな介護施設等が必要な患者  
医療療養病床の入院患者－在宅可能9.3%－医療療養病床が必要な患者66.8%  
介護療養病床の入院患者－在宅可能10.8%－医療療養病床が必要な患者38.7%

高齢者人口に  
比例

\*社団法人 日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」他より

社団法人 日本医師会

日本医師会等の調査から、医療療養病床入院患者の66.8%、介護療養病床入院患者の38.7%は、医療療養病床を必要としていると推計される。

療養病床入院患者の状態(2006年)

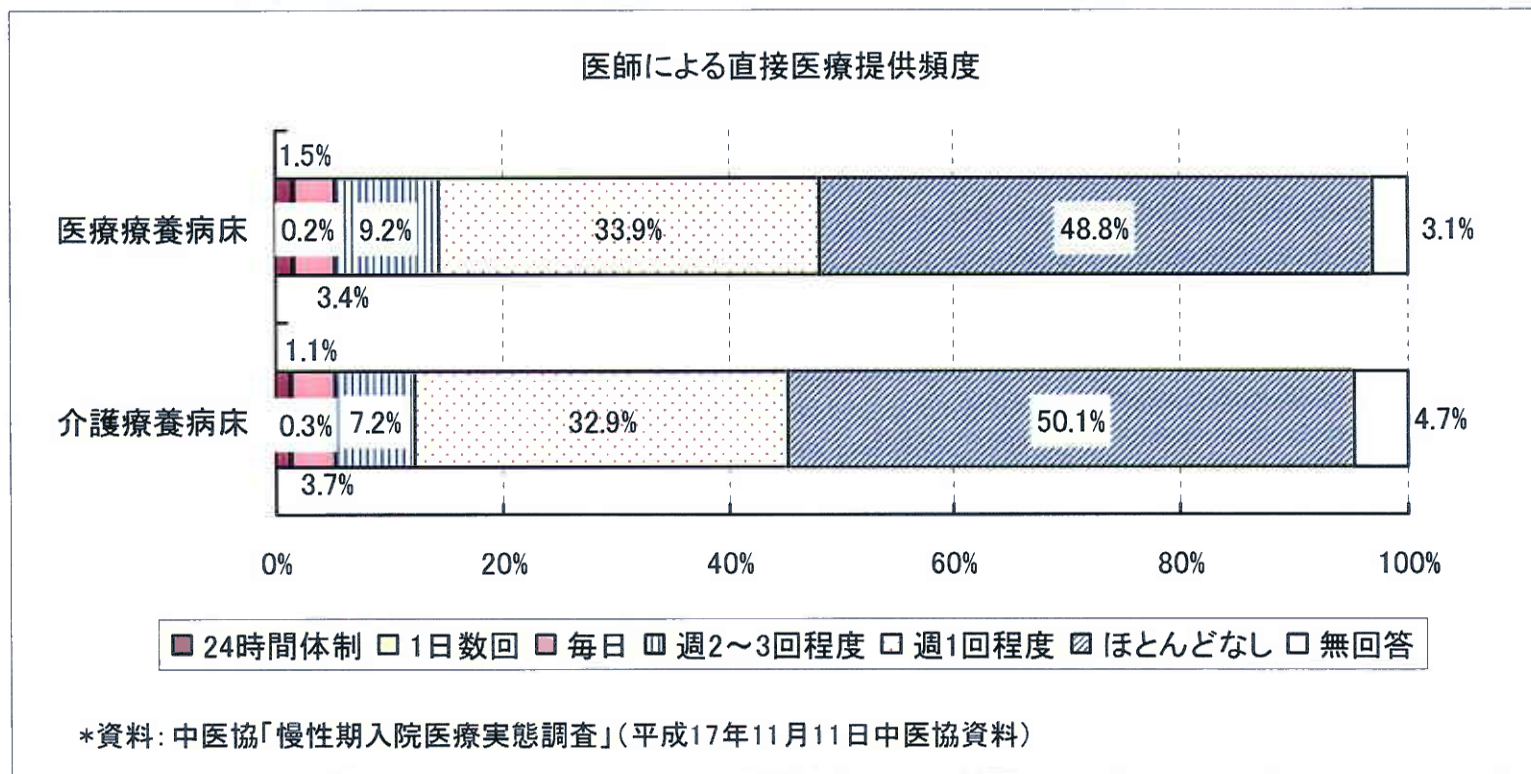
1. 医療療養病床の患者の状態	100.0%
(1) 医療療養病床が必要(①+②+③)	66.8%
① 医療区分1で医療療養病床が必要(④×⑤×⑥)	8.9%
② 医療区分2	45.2%
③ 医療区分3	12.7%
(2) 条件が整えば在宅可能	9.3%
(3) 介護施設等が必要	23.9%
④ 医療区分1	42.1%
⑤ 病状不安定で退院不可能(④のうち)	30.9%
⑥ 医学的管理、処置が必要(⑤のうち)	68.4%
2. 介護療養病床の患者の状態	100.0%
(1) 医療療養病床が必要	38.7%
(2) 条件が整えば在宅可能	10.8%
(3) 介護施設等が必要	50.5%

\*社団法人 日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月、日医総研・福岡県メディカルセンターほか「『療養病床に関する緊急調査』報告」日医総研ワーキングペーパーNo.132, 2006年8月

※上記調査にもとづいて必要病床数の将来推計を行ったが、今後は、医療療養病床の必要度がさらに高い、「超後期高齢者」ともいえる人口が増えるので、実際の必要性はより高くなると推察される。

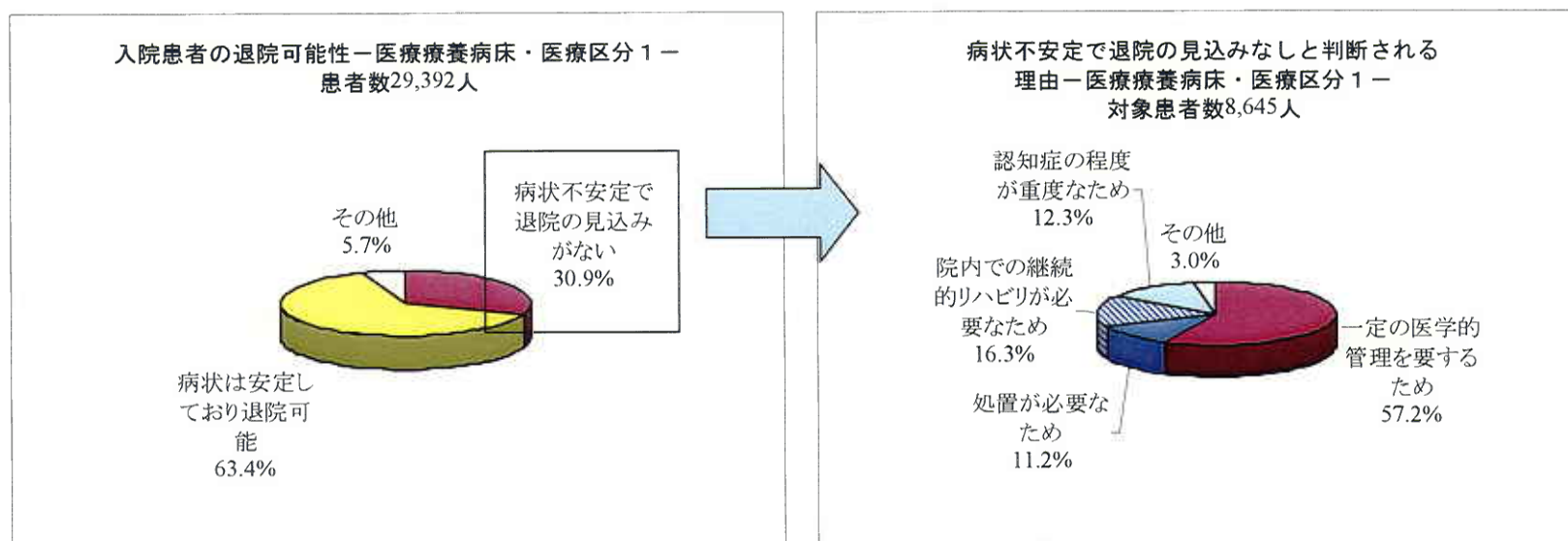


一方、厚生労働省は、「医師による直接医療提供頻度がほとんど必要なし」の患者比率にもとづいて、療養病床を削減できると主張した。しかし、「直接医療提供頻度ほとんどなし＝医療不要」ではない。



しかも、そもそもの調査では「医師による直接医療提供頻度」であったが、厚生労働省はこれを「医師による指示の見直しや管理が必要な頻度」と読み替えて使用している。

日本医師会の調査では、医療区分1の患者の30.9%は「病状不安定で退院の見込みがない」と判断されていた。その理由のうち、「一定の医学的管理を要するため」が57.2%、「処置が必要なため」が11.2%であった。



病状不安定 30.9% × 医学的管理必要＋処置必要 68.4%

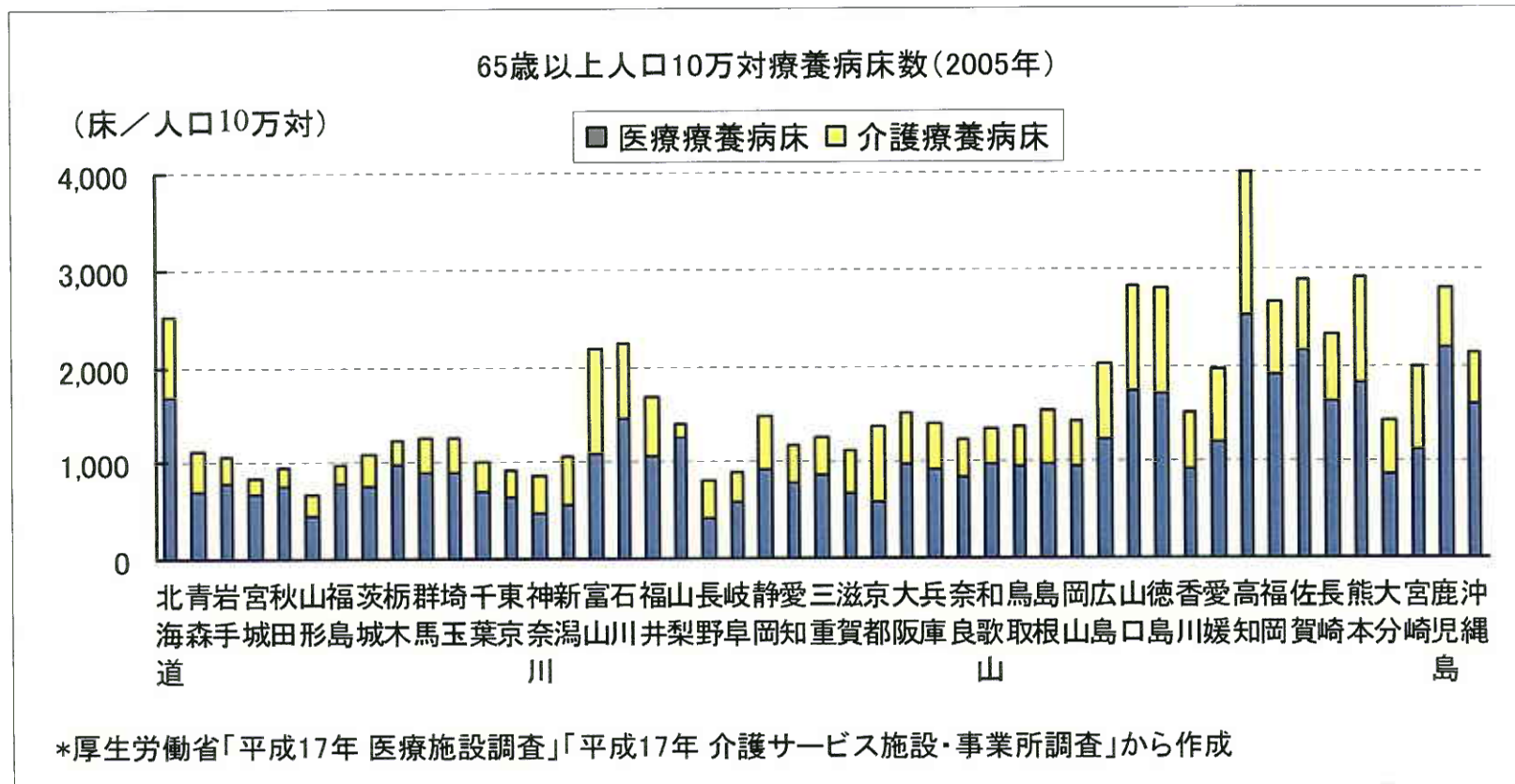
医療区分1の21.1%は医学的管理・処置が必要

\*社団法人 日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」(2006年10月)より

しかし、厚生労働省は医療区分1については、まったく医療が必要ないという整理をし、2012年度の医療療養病床数は15万床（回復期リハを除く）で良いとしている。

		現 状		2012年度	
日本 医師 会 案	医療療養病床 25万床	医療療養病床が必要な患者 — 医療療養病床入院患者の66.8% = <u>医療区分1の21.1%と医療区分2・3</u>	22万床	→	26万床
	介護療養病床 13万床	— 介護療養病床入院患者の38.7% = <u>医療区分2・3</u>	※1		※1
		新たな介護施設等に対応する必要があるもの — 総数から在宅可能な人数を除く	13万床		15万床
		在宅可能な患者 — 病状が安定しており、独居・日中独居等ではない	4万床		
		*四捨五入差があるので、内訳と合計が一致しないところがある		※1 回復期リハを含む	
厚生 労働 省 案	医療療養病床 23万床	医療療養病床が必要な患者 — 医療療養・介護療養の入院患者とも、 <u>医療区分2の7割と医療区分3</u>	13万床	→	15万床
	介護療養病床 12万床	(医療療養も、介護療養も、医療区分1すべて と医療区分2の3割は老健・在宅へ)	※2		※2
	回復期リハ 2万床	介護療養病床は廃止 在宅・老健等へ	—		—
		医療区分1は 完全に対象外		※2 回復期リハを除く	

人口10万人当たりの療養病床数は、都道府県によって大きく異なり、当然、医療区分別患者構成比も異なる。都道府県は、これから医療区分別患者数を把握することになるが、もはや、医療難民、介護難民が出た後の姿を捕捉できるに過ぎない。



 療養病床再編スタート以前の姿を考慮する必要がある



厚生労働省は、最近、医療区分1の患者が減ってきたという調査結果を公表した。しかし、在宅復帰を強いられ医療難民となった患者があることも懸念される。

医療療養病床 ADL区分・医療区分の状況

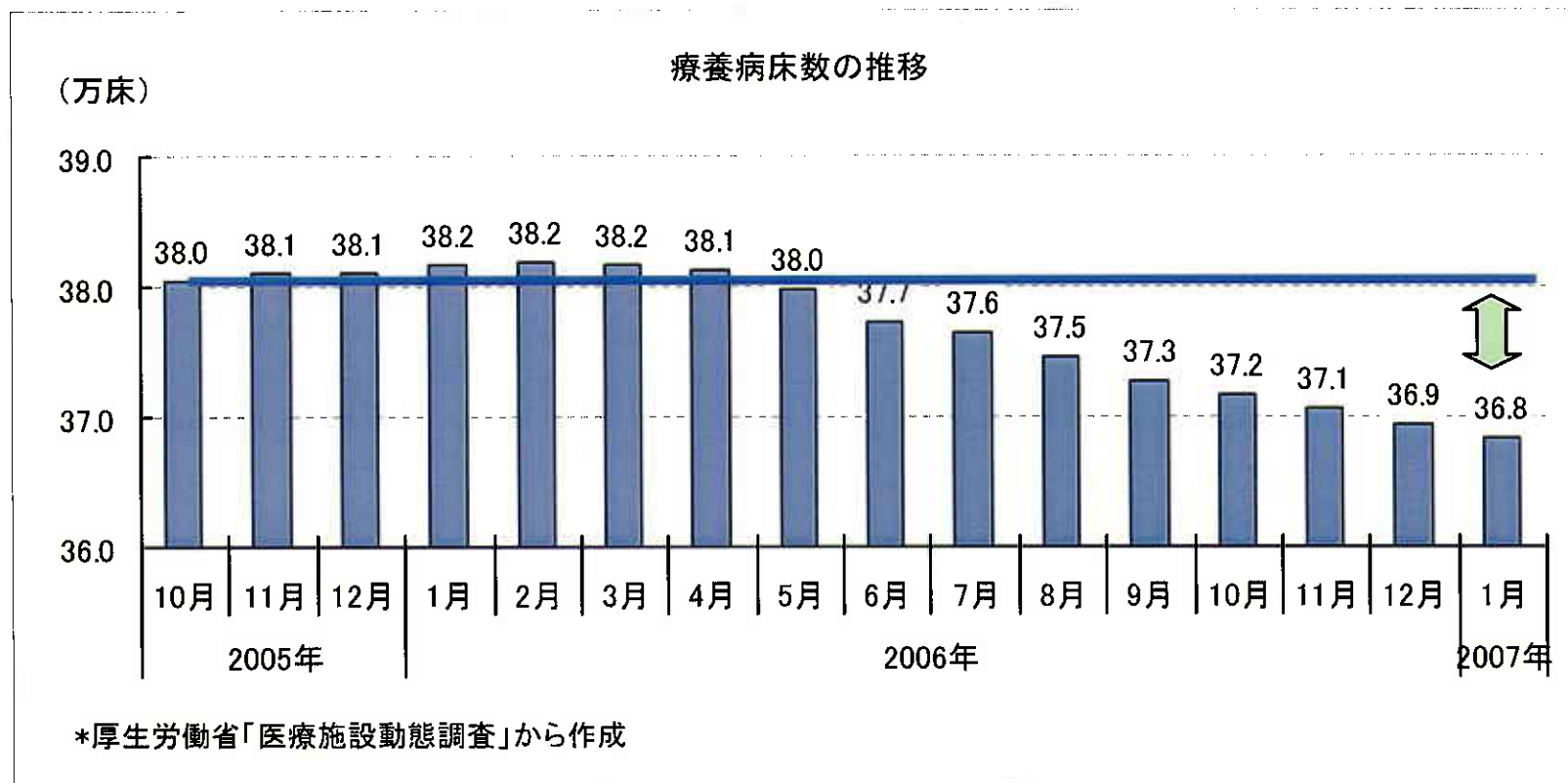
ADL区分	平成17年度調査				平成18年度調査			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
ADL区分3	14.3%	18.5%	8.6%	41.4%	10.4%	25.9%	16.0%	52.3%
ADL区分2	15.8%	10.3%	2.1%	28.1%	11.1%	11.4%	2.7%	25.2%
ADL区分1	19.7%	9.3%	1.6%	30.5%	12.9%	8.0%	1.5%	22.4%
全体	49.6%	38.1%	12.3%	100.0%	34.4%	45.3%	20.2%	100.0%

\*厚生労働省「平成18年度『慢性期入院医療の包括評価に関する調査』《患者特性調査(医療療養病床)集計結果速報》」より  
2007年2月 中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会 提出資料

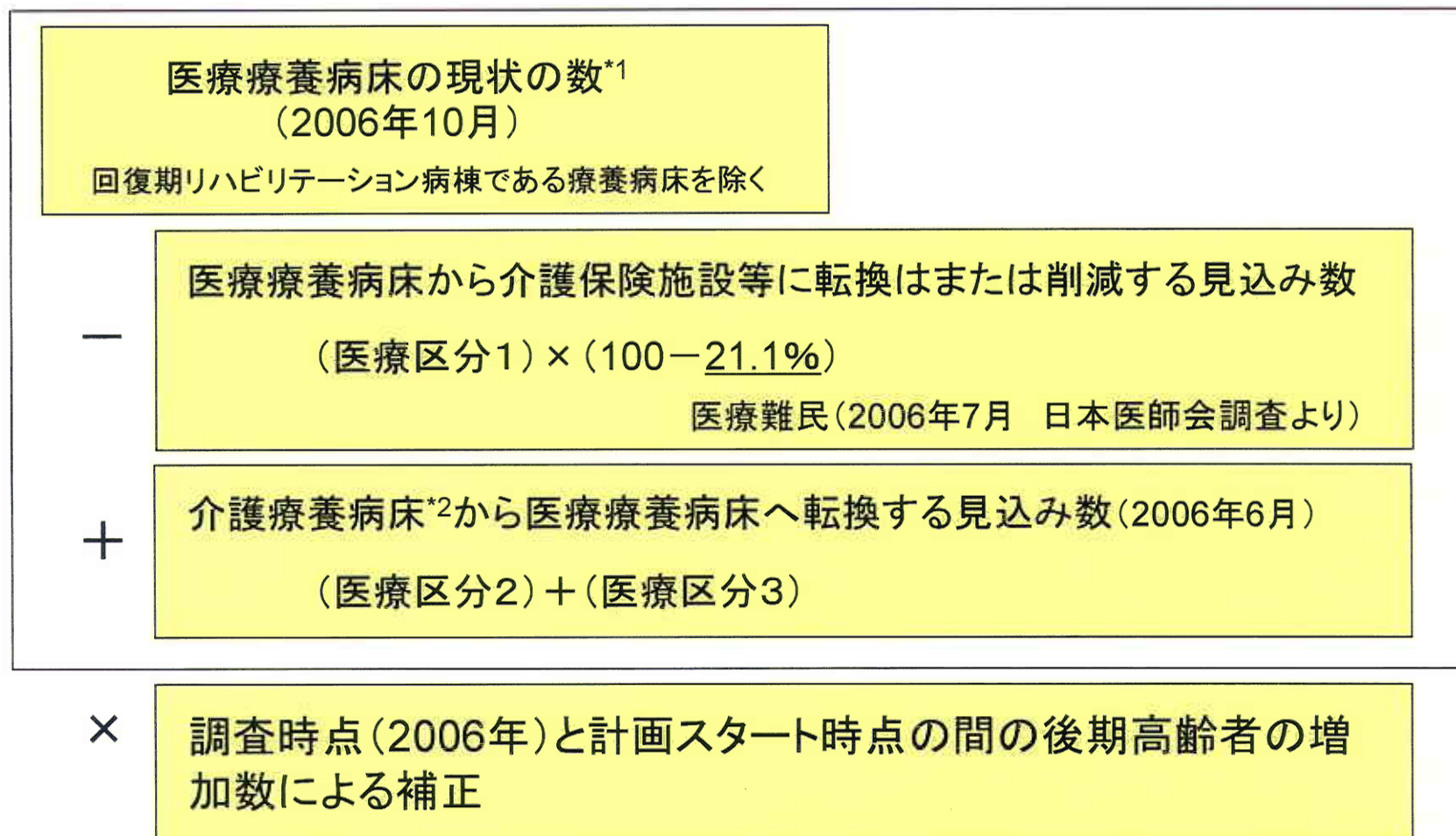
都道府県がこれから実態把握を行った場合、補足できるのは、すでに医療難民が出た後の姿

退院を強いられ、医療が必要であるにもかかわらず、医療を受けられなくなった患者もあるのでは？

療養病床再編シナリオが描かれた2005年38.0万床に比べると、2007年1月の療養病床は36.8万床であり、すでに1万床以上が失われている。しかし、これもすべて円満な在宅復帰の結果かどうかは疑問である。



日本医師会としては、2012年度末における医療療養病床数(都道府県において達成すべき目標)は、以下のようにあるべきと主張する。



\*1 医療保険適用の療養病床 \*2 介護保険適用の療養病床