

(参考資料2)

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

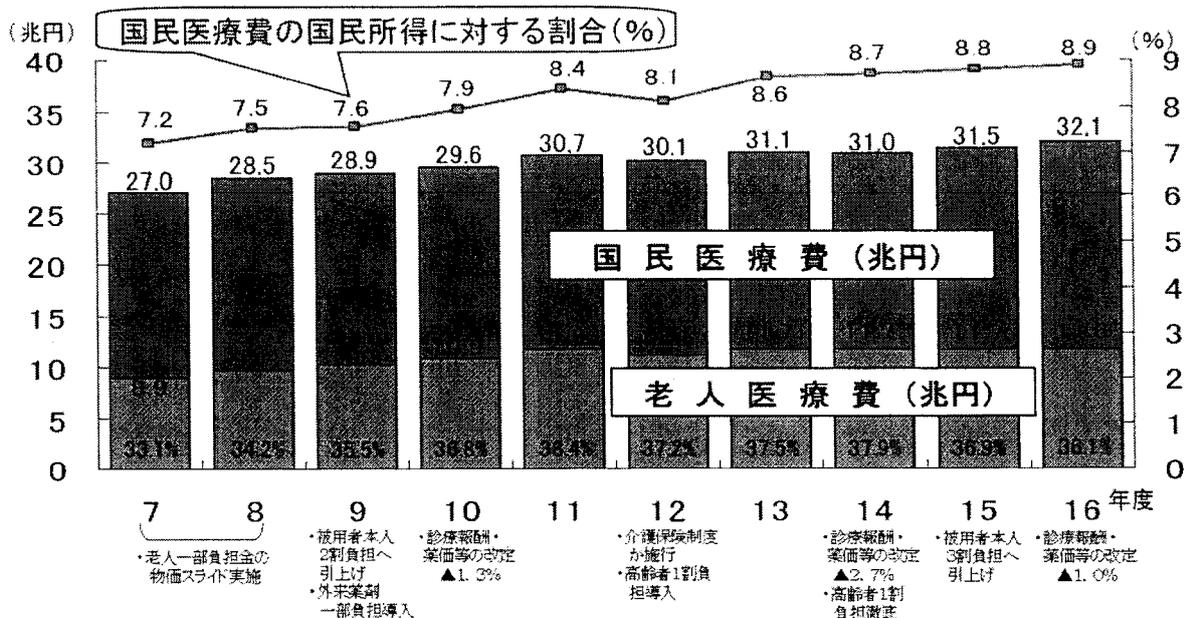
1 現状

(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。

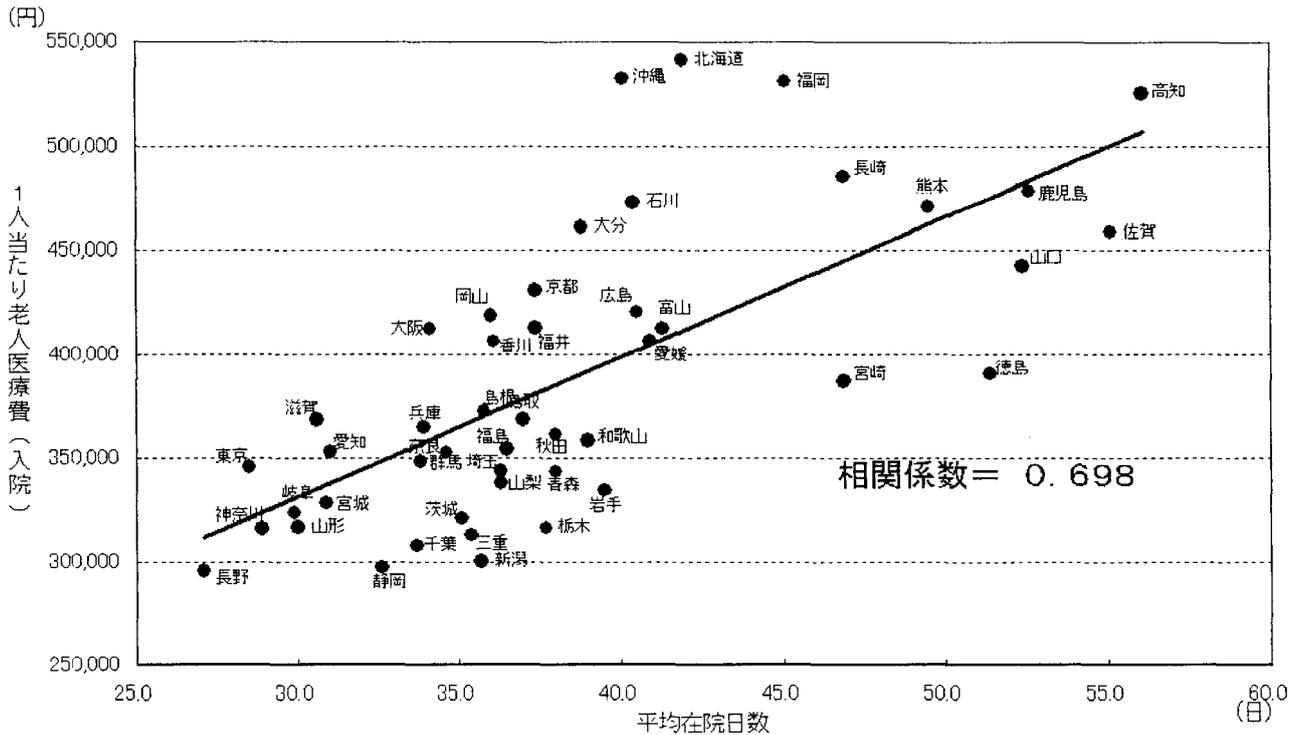
都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の関係を見ると、高い相関関係にある(図表4参照)。

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



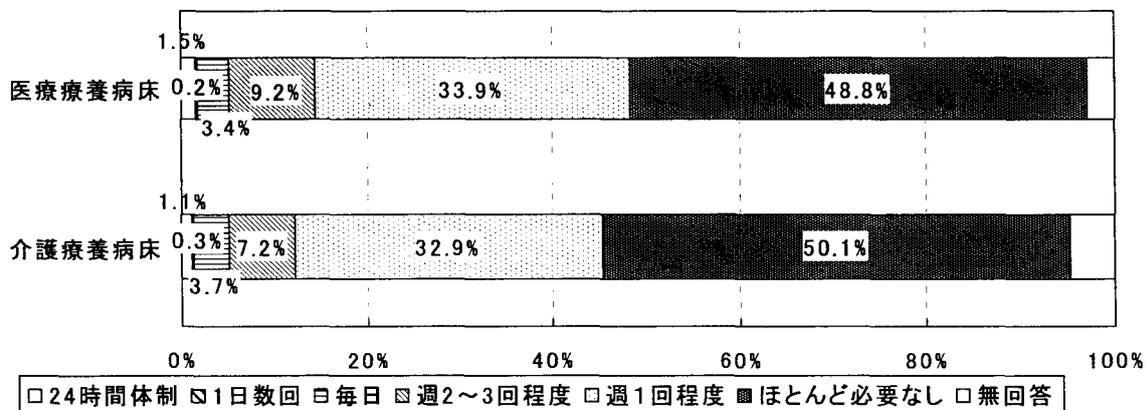
資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成16年度)より作成

(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

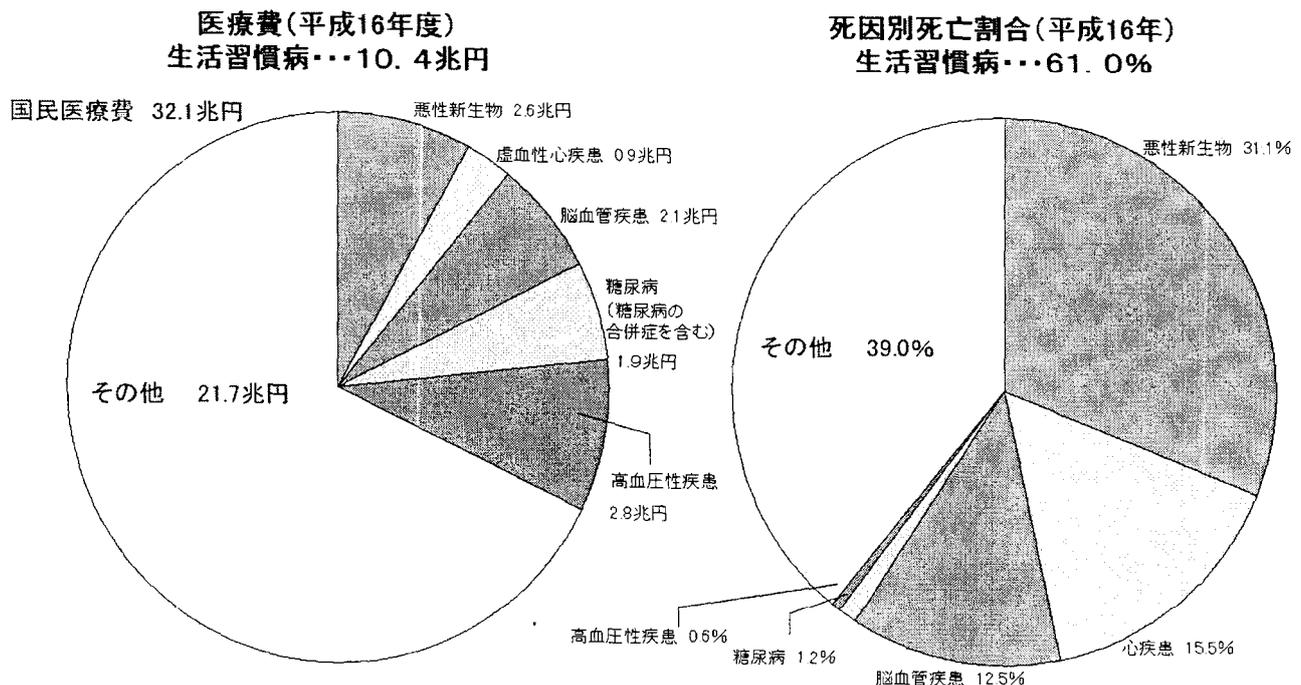
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている(図表6)。

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。

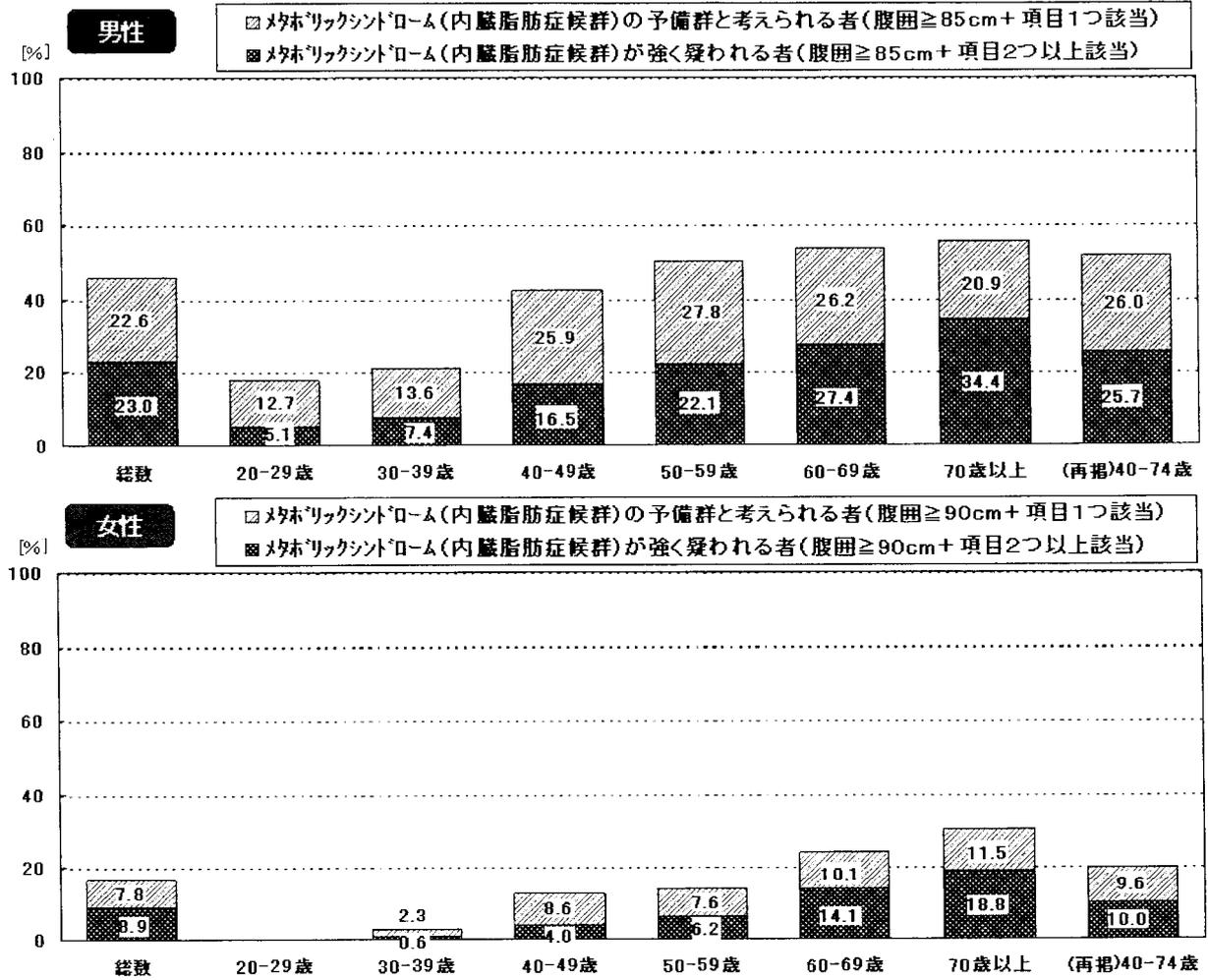
図表6:医療費と死因(生活習慣病に分類される疾患)



(注)国民医療費(平成16年度)、わが国の慢性透析療法の現況(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・保健指導機関間での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。