

第2章

その他

1 東京都医療費適正化計画検討委員会に係る検討経過

開催日時		検討内容
	平成19年4月	○ 東京都医療費適正化計画検討委員会 設置
第1回 検討委員会	6月11日	○ 東京都医療費適正化計画の策定について ※ 医療費分析を行うに当たり、専門部会の設置を了承
専門部会(第1回)	7月13日	○ 厚生労働省の示す医療費分析の概要 ○ 医療費分析状況報告
専門部会(第2回)	8月29日	○ 平成19年度東京都医療費分析報告書(暫定案)
専門部会(第3回)	9月13日	○ 平成19年度東京都医療費分析報告書(案) ※ 医療費分析報告書(案)を専門部会として了承
第2回 検討委員会	10月12日	○ 平成19年度東京都医療費分析報告書(案) ○ 東京都医療費適正化計画 骨子(案) ※ 医療費分析報告書(案)及び計画骨子(案)を検討委員会として了承 なお、計画骨子(案)に基づき、専門部会(起草委員会)の設置を了承
起草委員会(第1回)	10月30日	○ 東京都医療費適正化計画 骨子 ○ 東京都医療費適正化計画 要旨(案)
起草委員会(第2回)	11月14日	○ 東京都医療費適正化計画 素案
起草委員会(第3回)	11月30日	○ 東京都医療費適正化計画 原案(案) ※ 東京都医療費適正化計画原案(案)を起草委員会として了承
第3回 検討委員会	12月21日	○ 東京都医療費適正化計画 原案 ※ 第4回起草委員会を開催し、目標数値等について再度確定することを前提に、東京都医療費適正化計画 原案を了承
	平成20年1月8日 ～ 2月8日	◆ 区市町村への意見照会の実施
起草委員会(第4回)	2月15日	○ 東京都医療費適正化計画 原案(確定) ○ 計画原案に係るパブリックコメントの実施について
	2月25日 ～ 3月 7日	◆ 「東京都医療費適正化計画 原案」に係るパブリックコメントの実施
第4回 検討委員会	3月26日	○ 「東京都医療費適正化計画(案)」について ※ 上記計画(案)を検討委員会として了承

2 東京都医療費適正化計画検討委員会等 委員名簿

(1) 東京都医療費適正化計画検討委員会

平成 20 年 3 月現在

分野	氏名	所 属 等	備考
学識経験者	林 泰史	東京都リハビリテーション病院 院長	○副委員長
	島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科地域看護学 准教授	
	植村 尚史	早稲田大学人間科学部健康福祉科学科 教授	
	鹿妻 洋之	保健医療福祉情報システム工業会 保健福祉システム部会 健康支援システム委員会保健指導WGリーダー (医療費分析・医療統計)	
医療関係団体	内藤 裕郎	社団法人東京都医師会 副会長	
	佐藤 充	社団法人東京都歯科医師会 理事 (国民健康保険担当)	
	永田 泰造	社団法人東京都薬剤師会 常務理事	
保険者団体	飯山 幸雄	東京都保険者協議会 会長 (東京都国民健康保険団体連合会 専務理事)	
	稲崎 行雄	健康保険組合連合会東京連合会 専務理事	
	浅野 廉敏	東京社会保険事務局 保険部長 (平成19年8月31日まで)	
	藤巻 正幸	東京社会保険事務局 保険部長 (平成19年9月1日から)	
	小林 昭夫	国民健康保険組合東京協議会 幹事長	
	洪井 信和	東京都職員共済組合 管理部長 (平成19年5月31日まで)	
	鈴木 雅久	東京都職員共済組合 管理部長 (平成19年6月1日から)	
	川嶋 幸夫	東京都後期高齢者医療広域連合 保険部長	
	秋元 憲	北区区民部長	
	石川 弘	福生市市民部長	
保健行政等	金田 麻里子	荒川区福祉部長 (兼健康部長)	
	中西 好子	練馬区保健所長 (兼健康部長)	
	岡部 正明	八王子市健康福祉部長	
	坂内 幸男	瑞穂町住民課長	
	赤穂 保	東京都多摩立川保健所長	
東京都	安藤 立美	東京都福祉保健局長	◎委員長
	梶山 純一	東京都福祉保健局技監	

(敬称略)

(2) 専門部会 (医療費分析)

平成 20 年 3 月現在

分野	氏名	所属団体及び役職名等	備考
学識経験者	林 泰史	東京都リハビリテーション病院院長	◎部会長
	島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科地域看護学 准教授	
	植村 尚史	早稲田大学人間科学部健康福祉科学科 教授	
	鹿妻 洋之	保健医療福祉情報システム工業会 保健福祉システム部会 健康支援システム委員会保健指導WGリーダー (医療費分析・医療統計)	
保険者団体	飯山 幸雄	東京都保険者協議会 会長 (東京都国民健康保険団体連合会 専務理事)	
	秋元 憲	北区区民部長	
	石川 弘	福生市市民部長	
保健行政等	中西 好子	練馬区保健所長 (兼健康部長)	
	岡部 正明	八王子市健康福祉部長	
	赤穂 保	東京都多摩立川保健所長	

(敬称略)

(3) 専門部会 (起草委員会)

平成 20 年 3 月現在

分野	氏名	所属団体及び役職名等	備考
学識経験者	林 泰史	東京都リハビリテーション病院 院長	◎部会長
	島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科地域看護学 准教授	
	植村 尚史	早稲田大学人間科学部健康福祉科学科 教授	
	鹿妻 洋之	保健医療福祉情報システム工業会 保健福祉システム部会 健康支援システム委員会保健指導WGリーダー (医療費分析・医療統計)	
団保 険者 体者	飯山 幸雄	東京都保険者協議会 会長 (東京都国民健康保険団体連合会 専務理事)	
東 京 都	松井 多美雄	福祉保健局総務部企画担当部長	
	吉井 栄一郎	福祉保健局参事 (医療改革推進担当)	
	住友 眞佐美	福祉保健局参事 (地域保健担当)	
	永田 元	福祉保健局生活福祉部長	
	高木 真一	福祉保健局高齢社会対策部計画課長	

(敬称略)

3 東京都医療費適正化計画検討委員会 設置要綱

平成19年3月30日
18福保総企第817号
福祉保健局長決定

(設置)

第1 東京都医療費適正化計画の策定及び総合的かつ円滑な推進を図るため、東京都医療費適正化計画検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2 委員会は、次の事項について検討する。

- (1) 医療費適正化計画の策定に必要な事項に関すること。
- (2) 医療費適正化計画の円滑な推進等に関し必要な事項に関すること。
- (3) その他、委員長が必要と認める事項。

(構成)

第3 委員会は、福祉保健局長並びに福祉保健局技監の他、学識経験を有する者、医療関係団体の代表、保険者団体の代表及び関係行政機関の職員等のうちから、福祉保健局長が委嘱又は任命する委員25人以内をもって構成する。

(委員の任期)

第4 委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない。

なお、当該委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5 委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は、福祉保健局長を充て、副委員長は委員長が指名する者をもって充てる。
- 3 委員長は、委員会の会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故ある時は、その職務を代理する。

(部会)

第6 委員会に、専門的な事項を検討するための部会を設置することができる。

- 2 部会は、委員のうちから委員長が指名する者をもって構成する。
- 3 部会に、専門委員を置くことができる。
- 4 専門委員は、委員長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。

(部会長)

- 第7 部会に部会長を置く。
- 2 部会長は、委員の互選により定める。
 - 3 部会長は、部会を総括する。

(招集等)

- 第8 委員会及び部会は、委員長が招集する。
- 2 委員長は、必要に応じて委員会及び部会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聞くことができる。

(委員への謝礼の支払い)

- 第9 委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。
- なお、月の初日から末日までに開催した会議への出席に対する謝礼の総額を翌月までに支払うものとする。

(会議及び会議録等の取扱い)

- 第10 会議並びに会議録及び会議に係る資料（以下「会議録等」という。）は、公開する。
- ただし、委員長、部会長又は委員の発議により出席委員の過半数により議決したときは、会議又は会議録等を公開しないことができる。
- 2 会議又は会議録等を公開するときは、委員長又は部会長は、必要な条件を付することができる。

(庶務)

- 第11 委員会及び部会の庶務は、福祉保健局生活福祉部国民健康保険課において処理する。

(その他)

- 第12 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

4 高齢者の医療の確保に関する法律・同法施行令・同法施行規則 (抜粋)

◆ 高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和57年法律第80号)

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

第八条 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、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、五年ごとに、五年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

- 2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項
 - 二 次条第一項に規定する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
 - 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
 - 四 前三号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項
- 3 医療費適正化基本方針は、医療法第三十条の三第一項に規定する基本方針、介護保

険法（平成九年法律第百二十三号）第百十六条第一項に規定する基本指針及び健康増進法（平成十四年法律第百三十三号）第七条第一項に規定する基本方針と調和が保たれたものでなければならない。

- 4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 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
- 5 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国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、関係行政機関の長に協議するものとする。
- 6 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国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、これを公表するものとする。
- 7 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国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。

(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、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 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 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
 - 七 計画の達成状況の評価に関する事項
 - 八 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都道府県が必要と認める事項
- 3 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、介護保険法第百十八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。

4 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。

5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表するものとする。

6 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。

(厚生労働大臣の助言)

第十条 厚生労働大臣は、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その他都道府県医療費適正化計画の作成上重要な技術的事項について必要な助言をすることができる。

(計画の進捗状況に関する評価)

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該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ものとする。

2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の作成年度の翌々年度において、当該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ものとする。

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計

画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該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、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 2 都道府県は、前項の評価を行つたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表するものとする。
- 3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該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、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。
- 4 厚生労働大臣は、前項の評価を行ったときは、これを公表するものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第二項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意

見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第二項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、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。

- 2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(資料提出の協力及び助言等)

第十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために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、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

- 2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価に基づき、保険者又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析

を行い、その結果を公表するものとする。

- 一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項
 - 二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項
- 2 保険者及び第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

第二節 特定健康診査等基本指針等 (特定健康診査等基本指針)

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

- 2 特定健康診査等基本指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
- 一 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。）の実施方法に関する基本的な事項
 - 二 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項
 - 三 前二号に掲げるもののほか、次条第一項に規定する特定健康診査等実施計画の

作成に関する重要事項

- 3 特定健康診査等基本指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。
- 4 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。
- 5 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

(特定健康診査等実施計画)

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

- 2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
 - 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
 - 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項
- 3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

(特定健康診査)

第二十条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受け

たとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

(他の法令に基づく健康診断との関係)

第二十一条 保険者は、加入者が、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

2 労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者その他の法令に基づき特定健康診査に相当する健康診断を実施する責務を有する者（以下「事業者等」という。）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

(特定健康診査に関する記録の保存)

第二十二条 保険者は、第二十条の規定により特定健康診査を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定健康診査に関する記録を保存しなければならない。同条ただし書の規定により特定健康診査の結果を証明する書面の提出若しくは特定健康診査に関する記録の送付を受けた場合又は第二十七条第三項の規定により特定健康診査若しくは健康診断に関する記録の写しの提供を受けた場合においても、同様とする。

(特定健康診査の結果の通知)

第二十三条 保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、特定健康診査を受けた加入者に対し、当該特定健康診査の結果を通

知しなければならない。第二十六条第二項の規定により、特定健康診査に関する記録の送付を受けた場合においても、同様とする。

(特定保健指導)

第二十四条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。

(特定保健指導に関する記録の保存)

第二十五条 保険者は、前条の規定により特定保健指導を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定保健指導に関する記録を保存しなければならない。次条第二項の規定により特定保健指導に関する記録の送付を受けた場合又は第二十七条第三項の規定により特定保健指導に関する記録の写しの提供を受けた場合においても、同様とする。

(他の保険者の加入者への特定健康診査等)

第二十六条 保険者は、その加入者の特定健康診査等の実施に支障がない場合には、他の保険者の加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導を行うことができる。この場合において、保険者は、当該特定健康診査又は特定保健指導を受けた者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定健康診査又は特定保健指導に要する費用を請求することができる。

2 保険者は、前項の規定により、他の保険者の加入者に対し特定健康診査又は特定保健指導を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定健康診査又は特定保健指導に関する記録を、速やかに、その者が現に加入する当該他の保険者に送付しなければならない。

3 保険者は、その加入者が、第一項の規定

により、他の保険者が実施する特定健康診査又は特定保健指導を受け、その費用を当該他の保険者に支払った場合には、当該加入者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定健康診査又は特定保健指導に要する費用として相当な額を支給する。

- 4 第一項及び前項の規定にかかわらず、保険者は他の保険者と協議して、当該他の保険者の加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導の費用の請求及び支給の取扱いに関し、別段の定めをすることができる。

(略)

(概算後期高齢者支援金)

- 第二百二十条** 概算後期高齢者支援金の額は、当該年度におけるすべての後期高齢者医療広域連合の保険納付対象額の見込額の総額を厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る加入者の見込数を乗じて得た額に、概算後期高齢者支援金調整率を乗じて得た額とする。
- 2 前項の概算後期高齢者支援金調整率は、第十八条第二項第二号及び第十九条第二項第二号に掲げる事項についての達成状況、保険者に係る加入者の見込数等を勘案し、百分の九十から百分の百十の範囲内で政令で定めるところにより算定する。

(確定後期高齢者支援金)

- 第二百二十一条** 第一百九条第一項の確定後期高齢者支援金の額は、前々年度におけるす

べての後期高齢者医療広域連合の保険納付対象額の総額を厚生労働省令で定めるところにより算定した前々年度におけるすべての保険者に係る加入者の総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した前々年度における当該保険者に係る加入者の数を乗じて得た額に、確定後期高齢者支援金調整率を乗じて得た額とする。

- 2 前項の確定後期高齢者支援金調整率は、第十八条第二項第二号及び第十九条第二項第二号に掲げる事項についての達成状況、保険者に係る加入者の数等を勘案し、百分の九十から百分の百十の範囲内で政令で定めるところにより算定する。

(以下、略)

◆ 高齢者の医療の確保に関する法律 施行令（平成19年政令第318号）

第一章 特定健康診査

(法第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病)

- 第一条** 高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする。

(以下、略)

◆ 高齢者の医療の確保に関する法律 施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）

第一章 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に関する評価）

第一条 都道府県は、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。）第十一条第一項の規定に基づき法第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）の進捗状況に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況の把握及び分析を行うものとする。

2 都道府県は、法第十一条第一項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する評価の結果を公表するに当たっては、その要旨及び内容をインターネットの利用、印刷物の配布その他の適切な方法により行うものとする。

（全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価）

第二条 厚生労働大臣は、法第十一条第二項の規定に基づき法第八条第一項に規定する全国医療費適正化計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）の進捗状況に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況の把握及び分析を行うものとする。

2 前条第二項の規定は、法第十一条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価の結果の公表について準用する。

（都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価）

第三条 都道府県は、法第十二条第一項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該

計画に掲げる目標の達成状況並びに当該計画に掲げる施策の実施状況及び当該施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものとする。

2 都道府県は、法第十二条第二項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果を、当該計画の終了する年度の翌年度の十二月末日までに厚生労働大臣に報告するものとする。

3 第一条第二項の規定は、法第十二条第二項の規定に基づき都道府県が行う都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

（全国医療費適正化計画の実績に関する評価）

第四条 厚生労働大臣は、法第十二条第三項の規定に基づき全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成状況並びに当該計画に掲げる施策の実施状況及び当該施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものとする。

2 厚生労働大臣は、法第十二条第三項の規定に基づき各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画の達成状況及び当該計画に掲げる施策の実施状況に係る分析を行うものとする。

3 第一条第二項の規定は、法第十二条第四項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画及び各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

（医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析）

第五条 法第十六条第一項第一号の厚生労働省令で定める事項は、医療に要する費用並びに診療の件数及び日数に関する地域別、

年齢別、疾病別、診療内容別、男女別及び医療機関の種類別の状況に関する情報並びに法第十八条第一項に規定する特定健康診査及び同項に規定する特定保健指導の実施状況に関する情報とする。

2 法第十六条第一項第二号の厚生労働省令で定める事項は、医療の提供に関する地域別、病床の種類別及び医療機関の種類別の病床数並びに地域別及び医療機関の種類別の医療機関数の推移の状況に関する情報とする。

3 法第十六条第二項の規定により、厚生労働大臣から同条第一項に規定する情報の提供を求められた場合には、保険者及び後期高齢者医療広域連合（法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）は、当該情報を、電子情報処理組織（保険者又は後期高齢者医療広域連合が使用する電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と社会保険診療報酬支払基金法（昭和三十二年法律第百二十九条）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法（昭和三十二年法律第百九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が使用する電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法又は当該情報を記録した光ディスクその他の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）を提出する方法により提出しなければならない。

（以下、略）

5 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

平成20年厚生労働省告示第149号

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」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 一般的な事項

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1300万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2200万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、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、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

(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のが求められる。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。

(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年度の中間評価（第2の2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、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。

(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。）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る。）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（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る。）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み数（平成18年10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に相当する病床数の7割を加えたものとする。）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。

(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2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年度の間中評価（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づ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の実施に関する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（国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険国体連合会をいう。）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、それをう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

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。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。

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、3の(1)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の二の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。

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である平成22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。

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。

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、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。

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。

第四 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。

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の統計を基礎とする。

- 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）
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とれる 70 歳以上と 70 歳未満に分けて推計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。

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

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

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

※ 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 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。

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

上式の a, b それぞれの伸び率は、算定基礎期間の a, b の実績の伸び率から、①算定基礎期間の制度改正・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。

$$\begin{aligned} a \text{ の伸び率} &= \text{H14} \sim \text{18 年度までの 1 人当たり日数の実績伸び率} \\ &- \text{① H14} \sim \text{18 年度までの制度改正効果} \\ &- \text{② H14} \sim \text{18 年度までの高齢化効果} \\ &+ \text{③ H19 年度以降に実施される患者負担の見直しの効果} \\ &+ \text{④ H19} \sim \text{推計年度までの高齢化効果} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} b \text{ の伸び率} &= \text{H14} \sim \text{18 年度までの 1 日当たり医療費の伸びの実績伸び率} \\ &- \text{① H14} \sim \text{18 年度までの制度改正・診療報酬改定効果} \\ &+ \text{③ H20 年度診療報酬改定等の効果} \end{aligned}$$

※ 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

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

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

※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」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り組み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 2 期適正化計画の期間（平成 25 年度以降）からとすることとする。

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

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

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

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

6 厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室名事務連絡

事 務 連 絡

平成19年11月13日

各都道府県医療構造改革担当部（局） 御中

厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

医療費適正化計画における療養病床の目標値について

厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

今年度中の策定に向け、鋭意取組を進めて頂いている都道府県医療費適正化計画（以下、「都道府県計画」という。）については、本年4月17日開催の「第2回 医療構造改革に係る都道府県会議」において「全国医療費適正化計画（以下、「全国計画」という。）（案）」及び「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下、「基本方針」という。）（案）」等の資料を、また5月末から6月初めの「都道府県医療費適正化計画・地域ケア体制整備構想作成担当者説明会」にて補足説明等の資料をそれぞれ提供する等、目標値の設定をはじめとする計画作成の支援を進めて参りました。

全国計画、基本方針並びに都道府県計画は今年度末までに策定することとされており、全国計画（案）においては療養病床の目標値について、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こととしており、都道府県計画における目標等設定の進捗状況について、各都道府県から状況説明をいただくことと致しました。

各都道府県におかれましては、ご多用中恐縮ではございますが、希望日時及び出席予定者を下記連絡先までお知らせ願います。

記

- 希望日時等の連絡には、添付のExcelファイルに入力・送付願います。
 - ご都合等の送付期限は、11月15日(木)17時(厳守)でお願いします。
 - 希望日時は、添付のExcelファイルに、都合の悪い時間帯のみに全て「×」を入力願います。
 - 御出席者は、詳細の確認・協議ができる方をお願いします。また、あまりの大人数とらないよう配慮願います。添付のExcelファイルに役職・氏名等を入力願います。
- 状況のご説明に当たっては、以下の点については理解頂いているという前提で、主に各都道府県において増減要因として検討している内容を中心に進めたいと考えておりますので、資料等の準備方宜しく願います。なお、(2)について新たなデータ提供となりますので、御注意願います。
 - 療養病床の目標値は、基本方針（案）に示したとおり、次の①及び②により設定するが、このうち、①については国と都道府県とで管理するデータに違いが生じないよう、

共通の統計データに基づき設定する必要があることから、各都道府県においては、aについては別紙1「都道府県別の療養病床数（平成18年10月1日現在）」に示す医療療養病床数（回復期リハビリテーション病床を除く）を、bについては別紙1に示す医療療養病床数（回復期リハビリテーション病床を除く）と別紙2「都道府県別の療養病床における医療区分（平成18年10月1日現在）」に示す医療療養病床の医療区分を、cについては別紙1に示す介護療養病床数と別紙2に示す介護療養病床の医療区分を、それぞれ用いることとされたい。

- ① 医療療養病床の現状の数（a）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（b）を控除し、介護療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（c）を加えた数（いわゆる「 $a - b + c$ 」）
- ② 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

- (2) (1)②のうち、目標値の増要因となる計画期間中の後期高齢者人口の伸び率及び計画初年度までの後期高齢者人口の伸び率については、基本方針（案）第一の二の6にて別途お示しすることとしていた計画期間における医療に要する費用の見通しの算出方法を、去る10月31日に当局総務課医療費適正化対策推進室及び調査課より事務連絡にてお示ししており、これとの整合性を確保するため、別紙3「都道府県別将来推計人口（75歳以上）」を用いられたい。
- (3) 「地域ケア体制の整備に関する基本指針」（平成19年6月29日医総発第0629001号医政局総務課長・老総発第0629001号老健局総務課長・保総発第0629001号保険局総務課長通知）において、「都道府県医療費適正化計画における療養病床の病床数に関する数値目標を達成することを前提として、地域ケア体制整備構想における療養病床転換推進計画が作成されるものであること」と示しているように、療養病床の目標数は、一義的には地域ケア体制整備構想ではなく都道府県計画で定めるものであることに留意されたい。

以上

(別紙1)

都道府県別の療養病床数(平成18年10月1日現在)

(単位:床)

	療養病床	医療療養病床	回復期リハビリ テーション病床	回復期リハビリ テーション病床 を除く	介護療養病床
全国	370,307	252,671	24,179	228,492	117,636
01 北海道	28,433	19,684	1,505	18,179	8,749
02 青森県	3,520	2,474	495	1,979	1,046
03 岩手県	3,394	2,522	404	2,118	872
04 宮城県	3,691	3,161	358	2,803	530
05 秋田県	2,683	2,116	187	1,929	567
06 山形県	2,027	1,575	254	1,321	452
07 福島県	4,797	3,778	225	3,553	1,019
08 茨城県	6,216	4,487	261	4,226	1,729
09 栃木県	4,791	3,964	208	3,756	827
10 群馬県	5,153	3,856	484	3,372	1,297
11 埼玉県	13,512	9,997	881	9,116	3,515
12 千葉県	10,394	7,416	372	7,044	2,978
13 東京都	21,033	13,122	1,202	11,920	7,911
14 神奈川県	12,994	8,274	457	7,817	4,720
15 新潟県	5,663	3,204	332	2,872	2,459
16 富山県	5,643	3,045	80	2,965	2,598
17 石川県	5,366	3,569	75	3,494	1,797
18 福井県	2,982	2,007	48	1,959	975
19 山梨県	2,616	2,332	601	1,731	284
20 長野県	4,450	2,461	411	2,050	1,989
21 岐阜県	3,944	2,612	164	2,448	1,332
22 静岡県	11,689	7,770	735	7,035	3,919
23 愛知県	14,574	9,748	1,301	8,447	4,826
24 三重県	5,201	3,766	297	3,469	1,435
25 滋賀県	2,952	1,912	0	1,912	1,040
26 京都府	7,055	3,190	355	2,835	3,865
27 大阪府	24,172	16,412	1,823	14,589	7,760
28 兵庫県	15,155	10,399	1,017	9,382	4,756
29 奈良県	3,430	2,356	271	2,085	1,074
30 和歌山県	3,102	2,235	209	2,026	867
31 鳥取県	2,057	1,684	399	1,285	373
32 島根県	2,937	1,897	132	1,765	1,040
33 岡山県	6,016	4,598	368	4,230	1,418
34 広島県	11,873	7,838	456	7,382	4,035
35 山口県	10,049	6,395	484	5,911	3,654
36 徳島県	5,169	3,252	326	2,926	1,917
37 香川県	3,268	2,145	125	2,020	1,123
38 愛媛県	6,524	4,182	405	3,777	2,342
39 高知県	7,730	4,839	606	4,233	2,891
40 福岡県	24,634	17,574	2,351	15,223	7,060
41 佐賀県	5,290	3,765	358	3,407	1,525
42 長崎県	7,805	5,544	497	5,047	2,261
43 熊本県	11,702	7,296	413	6,883	4,406
44 大分県	3,775	2,406	615	1,791	1,369
45 宮崎県	5,104	3,019	293	2,726	2,085
46 鹿児島県	11,383	9,121	731	8,390	2,262
47 沖縄県	4,359	3,672	608	3,064	687

(出典) 療養病床:「医療施設動態調査(平成18年10月末概数)」及び「病院報告」を基に厚生労働省保険局にて作成

回復期リハビリテーション病床:保険局総務課医療費適正化対策推進室にて、各社会保険事務所を通じて調査

※ 各都道府県における療養病床の目標数の設定については、網掛け部分の数字を使用して計算すること。

(別紙2)

都道府県別の療養病床における医療区分(平成18年10月1日現在)

(単位:%)

	医療療養病床の医療区分			介護療養病床の医療区分		
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	医療区分1	医療区分2	医療区分3
全国	35.4	48.3	16.3	75.1	20.9	4.0
01 北海道	36.1	44.8	19.0	74.9	21.6	3.5
02 青森県	40.0	47.9	12.1	84.9	12.8	2.3
03 岩手県	47.3	32.7	19.9	63.8	29.8	6.4
04 宮城県	37.7	43.7	18.6	61.5	30.8	7.7
05 秋田県	36.4	39.1	24.5	34.6	65.4	0.0
06 山形県	38.4	51.0	10.7	58.1	27.9	14.0
07 福島県	43.8	45.2	11.1	80.5	18.4	1.1
08 茨城県	38.0	46.9	15.1	66.1	22.6	11.3
09 栃木県	39.2	44.3	16.5	79.7	17.3	3.0
10 群馬県	36.8	42.6	20.6	79.8	15.7	4.5
11 埼玉県	35.9	48.8	15.3	86.5	11.7	1.8
12 千葉県	32.0	51.7	16.3	79.0	19.1	1.9
13 東京都	38.4	48.0	13.6	70.1	24.4	5.5
14 神奈川県	29.8	50.9	19.3	64.9	31.6	3.5
15 新潟県	38.5	49.0	12.4	75.3	19.7	5.0
16 富山県	44.2	45.4	10.4	84.5	13.6	1.9
17 石川県	38.3	48.2	13.6	54.8	39.0	6.2
18 福井県	46.8	39.7	13.4	55.8	38.4	5.8
19 山梨県	39.6	48.7	11.7	80.6	12.9	6.5
20 長野県	33.2	48.8	18.0	76.3	19.3	4.4
21 岐阜県	32.2	57.0	10.9	75.2	19.7	5.1
22 静岡県	43.4	46.9	9.6	69.6	23.6	6.8
23 愛知県	32.6	50.7	16.6	78.5	17.8	3.7
24 三重県	32.0	57.6	10.5	63.5	28.7	7.8
25 滋賀県	36.9	51.9	11.2	91.7	6.2	2.1
26 京都府	50.2	36.6	13.2	73.7	23.3	3.0
27 大阪府	29.5	52.8	17.8	70.4	25.1	4.5
28 兵庫県	26.5	54.1	19.4	79.1	17.6	3.3
29 奈良県	29.0	57.2	13.7	51.2	39.0	9.8
30 和歌山県	23.8	60.6	15.5	76.4	18.6	5.0
31 鳥取県	35.1	50.3	14.6	77.4	22.6	0.0
32 島根県	36.3	49.6	14.1	77.2	17.4	5.4
33 岡山県	33.9	47.3	18.8	68.6	27.4	4.0
34 広島県	33.5	45.3	21.3	70.2	24.6	5.2
35 山口県	39.5	44.1	16.4	79.4	16.3	4.3
36 徳島県	30.3	51.5	18.2	73.2	21.7	5.1
37 香川県	38.7	46.3	15.1	67.7	29.2	3.1
38 愛媛県	40.5	44.6	15.0	68.1	24.6	7.3
39 高知県	30.6	50.3	19.2	82.6	15.6	1.8
40 福岡県	32.9	50.9	16.1	81.8	14.7	3.5
41 佐賀県	35.2	45.6	19.3	83.7	13.9	2.4
42 長崎県	36.4	45.2	18.4	70.6	23.1	6.3
43 熊本県	39.9	43.2	16.8	79.8	16.3	3.9
44 大分県	38.8	45.2	16.0	73.3	23.3	3.4
45 宮崎県	42.9	43.5	13.6	78.1	21.3	0.6
46 鹿児島県	38.6	48.2	13.3	85.3	11.5	3.2
47 沖縄県	28.0	48.8	23.2	67.1	30.0	2.9

(出典) 医療療養病床医療区分:平成18年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」

介護療養病床医療区分:平成19年3月都道府県における「療養病床アンケート調査」結果

※ 各都道府県における療養病床の目標数の設定については、網掛け部分の数字を使用して計算すること。

(別紙3)

都道府県別将来推計人口(75歳以上)

(単位:人)

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	高齢化率 H18→H24
全国	12,155,936	12,672,505	13,189,073	13,705,642	14,222,210	14,668,221	15,114,233	24.34%
01 北海道	569,124	594,337	619,551	644,764	669,978	690,289	710,600	24.86%
02 青森県	152,774	159,615	166,457	173,298	180,140	184,342	188,544	23.41%
03 岩手県	167,778	174,215	180,652	187,089	193,526	197,290	201,054	19.83%
04 宮城県	227,918	237,448	246,977	256,507	266,036	272,789	279,541	22.65%
05 秋田県	153,339	158,747	164,154	169,562	174,970	177,576	180,183	17.51%
06 山形県	160,958	165,576	170,195	174,813	179,431	181,291	183,151	13.79%
07 福島県	240,711	248,439	256,167	263,895	271,623	275,449	279,274	16.02%
08 茨城県	276,637	286,524	296,410	306,297	316,184	325,538	334,892	21.06%
09 栃木県	190,674	197,201	203,727	210,254	216,781	221,800	226,819	18.96%
10 群馬県	205,439	212,370	219,302	226,233	233,164	238,562	243,961	18.75%
11 埼玉県	473,836	502,762	531,687	560,613	589,539	626,042	662,544	39.83%
12 千葉県	456,139	482,150	508,160	534,171	560,181	590,124	620,068	35.94%
13 東京都	1,044,432	1,099,515	1,154,599	1,209,682	1,264,765	1,316,634	1,368,503	31.03%
14 神奈川県	639,331	677,760	716,188	754,617	793,045	834,689	876,332	37.07%
15 新潟県	296,930	305,928	314,925	323,923	332,921	338,405	343,889	15.81%
16 富山県	131,031	135,271	139,512	143,752	147,992	150,780	153,568	17.20%
17 石川県	124,445	128,380	132,316	136,251	140,186	142,939	145,692	17.07%
18 福井県	95,973	98,902	101,830	104,759	107,687	109,226	110,766	15.41%
19 山梨県	99,574	102,511	105,449	108,386	111,324	113,425	115,525	16.02%
20 長野県	274,141	281,618	289,094	296,571	304,048	308,459	312,871	14.13%
21 岐阜県	211,725	219,920	228,116	236,311	244,506	251,310	258,113	21.91%
22 静岡県	371,447	386,943	402,438	417,934	433,430	447,117	460,803	24.06%
23 愛知県	548,705	577,040	605,376	633,711	662,047	691,667	721,287	31.45%
24 三重県	193,593	200,958	208,324	215,689	223,054	228,699	234,344	21.05%
25 滋賀県	121,494	126,209	130,923	135,638	140,353	144,178	148,002	21.82%
26 京都府	253,544	263,570	273,596	283,622	293,648	302,598	311,548	22.88%
27 大阪府	693,837	733,651	773,465	813,279	853,093	895,960	938,827	35.31%
28 兵庫県	517,387	541,431	565,476	589,520	613,565	634,330	655,095	26.62%
29 奈良県	132,023	137,630	143,237	148,844	154,451	159,900	165,349	25.24%
30 和歌山県	124,379	128,276	132,172	136,069	139,966	142,393	144,820	16.43%
31 鳥取県	77,269	79,395	81,522	83,648	85,775	86,679	87,584	13.35%
32 島根県	107,890	110,770	113,650	116,530	119,410	120,266	121,123	12.27%
33 岡山県	221,972	229,776	237,580	245,384	253,188	258,131	263,073	18.52%
34 広島県	300,218	310,582	320,945	331,309	341,673	349,904	358,135	19.29%
35 山口県	187,912	193,875	199,839	205,802	211,766	215,307	218,848	16.46%
36 徳島県	100,882	104,125	107,369	110,612	113,856	115,375	116,894	15.87%
37 香川県	121,289	125,078	128,868	132,657	136,446	138,536	140,625	15.94%
38 愛媛県	179,458	184,990	190,522	196,054	201,586	204,775	207,964	15.88%
39 高知県	109,313	112,260	115,207	118,154	121,101	122,247	123,393	12.88%
40 福岡県	483,111	502,212	521,314	540,415	559,516	574,959	590,402	22.21%
41 佐賀県	100,953	104,042	107,130	110,219	113,307	114,952	116,597	15.50%
42 長崎県	176,786	182,491	188,196	193,901	199,606	202,863	206,121	16.59%
43 熊本県	226,268	233,628	240,988	248,348	255,708	259,825	263,943	16.65%
44 大分県	148,824	153,698	158,571	163,445	168,319	170,995	173,672	16.70%
45 宮崎県	135,790	140,888	145,987	151,085	156,184	159,180	162,176	19.43%
46 鹿児島県	226,453	232,830	239,206	245,583	251,960	254,522	257,083	13.53%
47 沖縄県	102,233	106,968	111,704	116,439	121,175	125,905	130,635	27.78%

(出典)【全国合計の数値】「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(*1)

【都道府県別の数値】「都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」(*2)を基に厚生労働省保険局にて推計

((*)(*2)とも、国立社会保障・人口問題研究所。)

※ 各都道府県における療養病床の目標数の設定については、網掛け部分の数字を使用して計算すること。

事 務 連 絡
平成 2 0 年 1 月 3 1 日

各都道府県医療構造改革担当部（局） 御中

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

都道府県医療費適正化計画における平均在院日数の確定値について

厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 1 8 年の病院報告が平成 2 0 年 1 月 3 1 日付で公表され、平成 1 8 年都道府県別平均在院日数が別添のように確定しましたので、お知らせ致します。

以上

都道府県別平均在院日数(介護療養病床除く)
 — 平成18年 病院報告 —

		平均在院日数 (介護療養病床を除く)
全	国	32.2 日
01	北海道	37.1
02	青森	35.1
03	岩手	35.5
04	宮城	29.0
05	秋田	35.3
06	山形	28.9
07	福島	35.0
08	茨城	31.9
09	栃木	34.9
10	群馬	31.2
11	埼玉	33.3
12	千叶	30.4
13	東京都	25.4
14	神奈川県	25.5
15	新潟	32.1
16	富山	33.2
17	石川	35.3
18	福井	32.8
19	山梨	34.8
20	長野	25.0
21	岐阜	27.5
22	静岡県	28.8
23	愛知県	27.4
24	三重	32.9
25	滋賀	27.5
26	京都	31.3
27	大阪	29.6
28	兵庫県	30.0
29	奈良	30.5
30	和歌山	34.2
31	鳥取	33.9
32	島根	32.6
33	岡山	32.1
34	広島	34.8
35	山口	42.8
36	徳島	43.2
37	香川	32.7
38	愛媛	35.9
39	高知	46.4
40	福岡	39.6
41	佐賀	48.5
42	長崎	42.4
43	熊本	42.1
44	大分	36.1
45	宮崎	40.5
46	鹿児島	47.7
47	沖縄	36.3

出典：平成18年病院報告（確定値）の年間在院患者延数、年間新入院患者数、年間退院患者数より保険局調査課作成

* 平均在院日数＝年間在院患者延数×2／(年間新入院患者数＋年間退院患者数)

事 務 連 絡
平成 20 年 3 月 5 日

各都道府県医療構造改革担当部（局） 御中

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

医療費適正化計画における療養病床の目標値について

厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。
都道府県医療費適正化計画（以下、「都道府県計画」という。）については、現在、策定作業も終盤にさしかかり、完成に向け鋭意取組を進めて頂いていることと拝察致します。

さて、「全国医療費適正化計画（以下、「全国計画」という。）（案）」についても、都道府県計画同様、完成に向け、療養病床の目標値の設定が必要となっております。

各都道府県におかれましては、これまで、目標値の設定状況等について適宜ご案内頂いておりましたが、全国目標の確定に向け、いよいよ都道府県計画における確定値を頂かなければならない時期となっております。

そのため、各都道府県における目標値の確定及び当室へのご案内に際し、参考となる事項について以下に整理致しましたので、留意願います。

記

1 医療療養病床に係る診療報酬について

平成 20 年度診療報酬改定については、去る 2 月 13 日に答申が、本日告示がそれぞれ出されているが、このうち、医療療養病床に係る評価については、患者が必要とする医療の程度に応じた適切な診療報酬となるよう、療養病床を有する医療機関の経営実態についての調査結果を踏まえ、入院基本料が引き下げられた。

2 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬等について

療養病床から転換した介護老人保健施設については、先月その名称を介護療養型老人保健施設とし、3 月 3 日に報酬や人員・施設要件等の答申が出された。

療養病床からの円滑な転換を促進するため、介護療養型老人保健施設においては、夜間対応の看護職員を配置する等により施設サービス費の加算を行うほか、療養室 1 床当たりの面積基準の経過措置の延長等が示されている。

3 診療報酬・介護報酬等を受けた医療機関の動向の確認について

上記 1 及び 2 を受け、各都道府県において地域ケア体制整備構想の作成時等に何度か実施されている医療機関の意向調査結果で「未定・無回答」が多くを占める状況が大きく変化すると予想される。

都道府県計画における療養病床の目標設定においては、これまでお示ししているように、計画や目標の趣旨からして医療機関の意向を直接反映すべき性質のものではないが、1及び2を受けた医療機関の動きを把握の上で目標を設定したいと考える都道府県が必要に応じ調査・確認等を行うことは、これを妨げるものではない。

4 今後の予定の報告

多くの都道府県が、都道府県計画についてのパブリックコメントや議会への報告等、各都道府県における所要の進められているようであるが、全国目標の設定のため、各都道府県における目標値の確定及び国（当室）への連絡の見通し（スケジュール）について、別添様式に従って、下記連絡先まで、3月14日（金）12時までにお知らせ願いたい。

5 都道府県計画の策定が4月以降にずれ込む場合の取扱

上記4のスケジュールの作成・連絡において、目標値の確定（や都道府県計画の決定）について3月中には間に合わない都道府県については、今後の具体的な見通し等について当室までご連絡願いたい。

6 障害者施設及び特殊疾患療養病棟に係る取扱

平成20年度診療報酬改定において、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患療養病棟入院料における対象疾患から脳卒中の後遺症及び認知症を除外することとなっていることに伴い、これらの入院基本料等を算定していた医療機関が、脳卒中の後遺症等の患者の受け皿となるため、療養病床へ移行することが想定される。

医療費適正化計画における療養病床の目標数は、平成18年10月時点の療養病床数を起点としており、目標設定後の平成20年度以降に療養病床が新たに増加することは、各都道府県にご案内している医療費適正化基本方針においても想定外であることから、この取扱については、以下のとおりとする。

- (1) 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患療養病棟入院料を算定している医療機関が新たに医療療養病床に移行してきた場合の療養病床数は、目標数値とは別枠で取扱う（毎年度の移行による増加数を個別に把握しておき、中間評価及び実績評価における目標達成状況の確認時には、この増加数を除いた純粋な転換数を計算）。
- (2) 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患療養病棟入院料を算定している医療機関が、計画期間中（平成20～24年度）において、医療療養病床への移行後に介護保険施設への転換を行う場合には、病床転換助成事業の対象とする。

以上

計画策定状況及び今後の予定について

大変お忙しい中お手数をお掛けしますが、該当箇所に入力の上、3月14日(金)12時までに提出下さいますよう、宜しくお願い致します。

貴都道府県名	
御担当部(局)名	
御担当者名	
電話	
F A X	
メールアドレス	

1. 都道府県医療費適正化計画の策定の見通し

(1)療養病床の目標数の確定、当室への通知予定

月	日頃
---	----

(2)全体の見通し

No	策定作業工程	完了予定時期 (おおよその見通し)
1	担当部(局)で策定	月 日頃
2	パブリックコメント	月 日頃
3	議会等へ協議(報告)	月 日頃
4	策定完了(知事決裁等)	月 日頃
5	計画の公表	月 日頃

※空欄は「実施予定なし」という扱いとなるので(例えばパブリックコメントを実施しない場合は空欄)、何らかの予定を記載願います。

2. 都道府県医療費適正化計画の確定について

都道府県医療費適正化計画が確定しましたら、当該計画書について電子媒体(word ファイル又はPDF ファイル)により、当室まで送付頂きますよう、併せてお願い致します。