

200801023A

平成20年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成21年3月

主任研究者 印南 一路  
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成21年3月

主任研究者 印南 一路  
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

# 国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

## 目次

I 研究組織.....	1
II 統括研究報告.....	3
III 分担研究報告.....	9
医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察.....	11
受診行動圏を踏まえた医療機関充実度指標の開発にむけて.....	65
歯科疾患の地域差に関する研究動向と医療費の決定要因構造モデルの構築.....	115
介護費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見.....	147
保健事業における地区組織活動と医療費適正化の取り組みについての評価 ー山形県におけるパイロット調査の結果についてー.....	175
ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆.....	235

## I 研究組織

### 主任研究者

印南 一路（慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員）

### 分担研究者

堀 真奈美（東海大学教養学部准教授）

古城 隆雄（慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問））

### 研究協力者

今村 晴彦（慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問））

黒島 テレサ（慶應義塾大学院政策・メディア研究科 修士課程）

渡辺 大輔（慶應義塾大学院政策・メディア研究科 博士課程）

## Ⅱ 総括研究報告

## 国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

主任研究者 印南 一路  
慶應義塾大学総合政策学部 教授  
大学院政策・メディア研究科委員

### 研究要旨

3年間にわたる本研究は、適正化重点対象グループの発見のための分析方法の開発、およびそれを基にした医療費適正化計画に対する具体的な提案を通じて、国および都道府県の医療費適正化計画の策定を支援することにある。初年度にあたる平成 19 年度研究では、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理を行い、医療費データを使用した適正化重点対象グループの分析方法を開発し、適正化重点対象疾病医療費、特に生活習慣病と精神疾患について、医療費決定要因構造モデル(概念モデル)を構築した。次年度にあたる平成 20 年度研究では、「医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察」研究、医療費分析における医療機関充実度指数の改良に関する「受診行動圏を踏まえた医療機関充実度指標の開発に向けて」研究、「介護費の地域差要因と重点対象グループの発見」に関する研究、「歯科医療費の決定要因構造モデルの構築」に関する研究、「保健事業における地区組織活動および医療費適正化の取り組みについての評価—山形県におけるパイロット調査の結果について」に関する研究、「ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆」に関する研究の 6 つの研究を行った。本総括研究報告書は、これら6つの分担研究報告書の位置づけ、および研究結果の要旨を記述したものである。

### 分担研究者

堀 真奈美 (東海大学教養学部准教授)  
古城 隆雄 (慶應義塾大学 SFC 研究所 上席  
所員(訪問))

### 研究協力者

今村 晴彦 (慶應義塾大学 SFC 研究所 上席  
所員(訪問))  
黒島 テレサ(慶應義塾大学院政策・メディア研究  
科 修士課程)  
渡辺 大輔(慶應義塾大学院政策・メディア研究科  
後期博士課程)

### A. 研究目的とこれまでの経緯

2006 年度の医療制度改革関連法案により、国および都道府県は医療費適正化計画を作成することを義務付けられた。この医療費適正化計画は、保健医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との整合性を確保した包括的な計画として位置づけられている。この医療費適正化計画の大きな目的を達成するためには、医療費にとどまらず、介護費や保健活動そのもの、またこれらと医療費との関係を分析し、かつ限りある政策資源を重点的に投入する必要がある。



本研究全体は、①医療費とその決定要因を保健活動費や介護費との関係も含めて分析し、②重点的に対策をとるべき対象(以下、「適正化重点対象グループ」という)を発見する実際的な方法を開発し、③第2期医療費適正化計画に盛り込むべき内容を具体的に提示することを目的とする。

## B. これまでの研究経緯

平成19年度研究の成果は多岐にわたるが、主要成果は、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理し、医療費データを使用した適正化重点対象グループの分析方法を開発したこと、また適正化重点対象疾病(生活習慣病および精神保健疾患)の医療費の決定要因構造モデル(概念モデル)の構築を行ったことである。

## C. 本年度の研究内容と結果

本年度は、平成19年度研究で課題となったテーマを追究するとともに、完成年度に向けての予備的な研究を行った。分担研究報告書は6つある。

まず、「医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察」では、医療費適正化計画の本文とパブリックコメントを収集し、都道府県間の比較分析を行った。医療費適正化計画の作成状況と制度改革の推進体制、政策目標の設定、政策目標を推進するための取り組み、医療費などに関する調査と分析、パブリックコメントの実施状況と分類、医療費適正化計画の課題と対策について、実態調査の結果をもとに考察した。その結果、1)医療費適正化の推進体制が十分ではないこと、2)政策目標の設定が硬直的であること、3)国、都道府県における医療費分析および説明が不足していること、4)住民に対する説明と住民参加が不十分であることの4つが主要な問題であると認識された。

第二の「受診行動圏を踏まえた医療機関充実度指標の開発に向けて」では、医療費を分析するに当たっては、医療機関充実度(人口当たり施設数と

病床数)の検討が不可欠であることから、平成17年度山形県患者調査を用いて市町村別の患者の流出入状況、および実際の受診行動圏と二次医療圏の範囲を分析した。これらの分析結果を踏まえ、患者の受診行動圏反映させたアクセス医療機関充実度(施設数と病床数)に修正することで、医療機関充実度指標を改良した。

第三の「介護費の地域差要因と重点対象グループの発見」に関する研究では、平成19年度研究で医療費分析に用いた手法を介護費に適用し、介護費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見方法についての検討を行った。その結果、静岡県と長野県は、人口構成の影響を取り除いたとしても、全国平均よりもそれぞれ7%、9%、介護費が低いことを確認した。また、両県の県全体の介護費が低い理由は、男性の後期高齢者(75歳以上)の介護費が低いことにあること、しかし、女性の後期高齢者の介護費水準は、静岡県では平均よりも高く、特に85歳以上では長野県も平均より高いことを確認した。要介護度から見ると、静岡県は全体的に介護費が低いのにに対し、長野県は、要介護1~3の水準が低く、それが県全体の介護費水準を押し下げていることが明らかになった。このように介護費と医療費との関係の分析の前に、介護費自体の分析を行う意味があると思われる。

第四の「歯科医療費の決定要因構造モデルの構築」に関する研究では、平成19年度研究での生活習慣病、精神疾患に引き続き、残された重要疾患である、う蝕や歯周病などの歯科疾患を取り上げ、その決定要因構造を明らかにするモデル構築(概念モデル)を行った。

第五の「保健事業における地区組織活動および医療費適正化の取り組みについての評価—山形県におけるパイロット調査の結果について」の研究では、保健活動と医療費との関係に関する調査研究のためのパイロット研究として、山形県を対象にアンケート調査を実施し、県内の市町村における地区組織活動および医療費適正化の取り組みの実

態とその自己評価を把握した。その結果、保健事業における地区組織活動は、住民の健康を向上させ社会関係資本を高めるといった意味では評価は高いが、医療費適正化には直接的には結びついていないことが推察された。また、医療費適正化の取り組みについては、医療費適正化と関連した「重複受診対策」「高額医療費対策」「医療受診の勧奨」の評価が低いことが判明した。

第六の「ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆」に関する研究では、OECD 諸国の中で医療費の伸びが最低だったドイツの医療費適正化計画

に関する動向を振り返り、90年代は総枠規制という意味での診療報酬の上昇抑制や医療サービスの供給量のコントロールが医療費適正化策の中心であったが、2003年の医療保険現代化法以降は、アクセス管理とプライマリケアの推進(家庭医)や患者の重度化・重症化抑制(疾病管理)に焦点がシフトしており、これまで以上にプライマリケアや予防に重点がおかれるようになっていること、フリーアクセスを維持しつつ家庭医モデルを導入するというのは日本でも検討する価値は十分にあることを明らかにした。



### Ⅲ 分担研究報告

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究  
分担研究報告書

## 医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問）

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

### 研究要旨

2006年の医療制度改革により、国及び都道府県は医療費適正化計画を作成することが義務付けられた。この医療費適正化計画は、医療費適正化を専門に扱った初めての総合計画であり、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」の二つを柱としている。具体的な政策目標を掲げ、国と都道府県の両者がそれぞれ目標に沿った計画を立てる点や、メタボリックシンドロームの該当者を対象とした本格的な予防対策を導入するなど、意欲的な計画内容と言える。しかし、当初の意図通りに計画が策定、遂行されるとは限らず、また医療機関や国民の協力が十分に得られるかも不透明な状況にある。初めて導入される計画であるため、平成20年度からの5年間を第1期とする医療費適正化計画には、課題も多く残されていると思われる。

そこで本研究では、国及び都道府県の医療費適正化計画の内容と、これらに対するパブリックコメントの実態を把握することを通じて、次期計画に向けての課題を検討した。具体的には、都道府県の医療費適正化計画の内容を把握し、それらの比較を通じて現状の計画が持つ課題を分析し、さらに都道府県が行う分析や考慮すべき施策について検討を行った。また、国及び都道府県の医療費適正化計画に寄せられたパブリックコメントの内容を分析することで、国民の計画に対する理解度を把握するとともに、説明責任の観点から行政が読み取るべき課題についても考察した。

医療費適正化計画とパブリックコメントの内容を分析した結果、1) 医療費適正化の推進体制の不十分性、2) 政策目標の設定の在り方の問題、3) 医療費などの地域状況の分析における問題、4) 住民に対する説明と住民参加の不徹底、の4点を次期計画の課題として整理した。

## 目次

1	本研究の背景と目的・方法	14
1.1	医療費適正化計画の導入	14
1.2	医療費適正化計画の内容と都道府県の裁量項目	15
1.3	本研究の目的と方法	17
2	医療費適正化計画の作成状況と制度改革の推進体制	17
3	政策目標の設定に関して	20
3.1	療養病床に関する政策目標値は、厚生労働省の見通しを上回る状況	20
3.2	独自の政策目標を掲げる都道府県	23
4	政策目標を推進するための取り組み	25
4.1	普及啓発、地域診断シートの作成（福島県）－根拠に基づく地域保健の展開	25
4.2	市民の健康づくりを支援する取り組み－東京都、沖縄県	26
4.3	健康づくりに協力する飲食店を指定する取り組み－鹿児島県、福島県	28
4.4	医療機関の機能分担と連携の推進	31
4.4.1	公的病院の再編成－青森県・山形県の取り組み	31
4.4.2	開放病床の設置と医療設備の共同利用の促進	33
4.4.3	医療機能の情報提供の整備	33
4.5	第三者求償の徹底（沖縄県）	35
4.6	生活保護世帯の医療費適正化	36
5	医療費等に関する調査と分析	37
5.1	都道府県計画における医療費等の分析方法の傾向	37
5.2	医療費の利用状況と影響を与える要因分析	38
5.3	患者属性の分析	43
5.4	供給体制の分析	44
5.5	保健・生活習慣、社会経済環境の分析	45
6	パブリックコメントの実施状況と内容	46
6.1	パブリックコメントの実施状況と分類	46
6.2	医療費適正化計画の方針に対する意見や感想	48
6.2.1	賛成の意見を表明するもの	50
6.2.2	反対の意見を表明するもの	50
6.2.3	立場を判定しにくい意見や感想	51
6.3	医療費適正化計画に対する要望や提言	52
6.3.1	説明や追加資料を求める意見	52
6.3.2	具体的な政策提案	54
6.3.3	文言や表現に対する要望	57
7	医療費適正化計画の課題と対策	58

7.1	適正化政策を実際に推進するための体制が不十分である	59
7.2	統一的な目標設定から、多様な目標設定へ転換すべきである	59
7.3	国の計画における医療費分析や説明が不十分である	60
7.4	都道府県における地域差の現状把握と原因分析が不足している	61
7.5	「医療費総額の決定プロセス」「医療費と医療崩壊との関係」「医療へのアクセス改善」の3つの観点で住民への説明が不足している	61
7.6	多様なアクターが積極的に参加し、活躍できる計画策定と実施体制が必要である	62
参考文献		63

図 1	療養病床の目標設定の方法	21
図 2	都道府県が取り組むべき施策に関する事項として方針で定められている項目	25
図 3	かごしま食の健康応援店の登録要件	30
図 4	適正化計画における分析内容の種類と比較	38
図 5	医療費分析の状況	39
図 6	頻回受診・重複受診の状況（広島県医療費適正化計画）	40
図 7	疾患別・年齢別一人当たり医療費の分析（石川県）	40
図 8	疾病分類別・受診率・一件当たり医療費・一人当たり医療費の比較（岐阜県）	41
図 9	医療費の相関分析の実施状況	42
図 10	一人当たり老人医療費と在宅死亡割合との相関（鹿児島県計画）	42
図 11	一人当たり老人医療費と75歳以上単身世帯の割合との関係（福岡県計画）	43
図 12	患者状況に関する分析	44
図 13	医療・介護供給体制の分析状況	45
図 14	保健・生活習慣、社会経済環境の分析状況	46
図 15	医療費適正化計画の方針に対するパブリックコメントの意見分類	49
図 16	医療費適正化計画の方針に対するパブリックコメントの意見分類（詳細版）	49
図 17	医療費適正化計画に対する要望や提言	52
図 18	説明や追加資料を求める意見	54
図 19	具体的な政策提案	57
図 20	文言や表現に対する要望	58

表 1	医療費適正化計画の位置づけと内容	16
表 2	国、都道府県医療費適正化計画の作成状況	18
表 3	医療制度改革推進体制一覧（平成19年4月1日現在）	19
表 4	医療費適正化計画における政策目標	22
表 5	独自の政策目標を掲げている都道府県	24
表 6	応援団の活動分野	27
表 7	健康づくり団体一覧	27
表 8	医療費適正化計画の方針に対する意見や感想	47



# 医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察

## 1 本研究の背景と目的・方法

### 1.1 医療費適正化計画の導入

2006年の通常国会において、「健康保険法等の一部を改正する法律」及び「良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律」が可決成立した。この法律により、老人保健法（昭和57年法律第80号）は「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正され、国及び都道府県は医療費適正化計画を作成しなければならないことになった<sup>1</sup>。医療費適正化計画は、医療費適正化を具体的に推進するための総合計画としては初めてのものである。ただし、医療費適正化計画の目的は、医療費の適正化そのものではなく、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」の二つが掲げられている。

第一の「住民の健康の保持の推進」に向けた具体的な政策目標としては、1) 特定健康診査の実施率、2) 特定保健指導の実施率、3) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備軍（特定保健指導の実施対象者）の減少率が具体的な数字で示されている。一方、「医療の効率的な提供の推進」では、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）の病床数と、2) 平均在院日数が具体的な政策目標として掲げられている。簡潔に言えば、メタボリックシンドロームの予防と、病床数および平均在院日数の削減による入院医療の効率化の二つを政策目標に掲げているといえる<sup>2</sup>。

医療費適正化計画は、平成20年度～平成24年度までを第1期として策定され、3年目を目処に計画の達成状況について中間評価がなされる。その結果を踏まえ、計画の見直しを行い、計画内容に修正が加えられる。国の主な役割は、医療費適正化に向けての政策目標の設定と都道府県への政策立案の援助、情報提供、財政支援である。都道府県は、国が定めた全国的な目標や基本方針に沿った形で、政策目標を設定し、実行計画を策定する。メタボリックシンドロームの予防を実際に行うのは、保険者であり、国や都道府県は情報提供や財政支援などの形で保険者をサポートすることになる。

新たに作成が義務付けられた医療費適正化計画はいくつか特徴的な点がある。一つは、統一的な目標に向かって、国と都道府県が計画を立てることである。医療計画や介護保険事業支援計画、さらには健康増進計画や地域ケア整備構想には、都道府県計画はあっても全国計画は存在しない。もちろん、これらの計画には方針（ガイドライン）はあるが、全国計画にあたるものはない。その意味で、医療費適正化計画は他の諸計画と比べて特異なものであるといえる。二点目は、達成すべき政策目標（特定健診の実施率や病床数等）が、年限と数値を伴った形で統一的に掲げられたことである。しかも、特定健診などの一部の政策目標に関しては、未達成の場合に一定の罰則（後期高齢者医療制度に対する支援金の加算）が設けられたことも、新しい特徴といえる。この意味でも、医療費適正化計画は他

<sup>1</sup> 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」を参考にしている。

<sup>2</sup> 厚生労働省は、当初の医療制度改革関連法案では生活習慣病患者の予防を目標としていた。しかし、実際に政策内容を詰めるなかで、生活習慣病からメタボリックシンドロームの予防へと、目標の対象像がより明確にされた。



の諸計画と比べ際立った特徴があるといえる。第三は、医療費適正化政策の重要な柱として、予防対策を掲げたことである。これまでの医療費適正化政策といえば、診療報酬の適正化や自己負担の引き上げ、病床規制といった政策がとられることが多く、予防対策が適正化政策の重要な政策として取り上げられたことはない。これは医療費適正化計画が、過去の医療費政策とは一線を画する重要な特徴である。そして第四は、医療費適正化という大きな目標達成のために保健、医療、介護と分野を超えた複数の計画との連携が不可欠であることである。もちろんこれまでの医療計画や介護保険事業支援計画なども、相互に連携が求められてはいた。しかし、他の計画は、相互に連携しなくても、それぞれ独立した計画として成立し得るのに対し、医療費適正化計画は他との計画との連携なしには成立し得ない。この点が、他の計画と違い根本的に違う部分である。

## 1.2 医療費適正化計画の内容と都道府県の裁量項目

都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、下記の8項目を医療費適正化計画に盛り込まなければならないとされている(表1)。

- (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
- (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
- (3) 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
- (4) 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
- (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

以上の各項目にどのような内容を記載するかは都道府県に任されている。項目をみると、都道府県が独自性を発揮しにくいものと発揮しやすいものがある。たとえば、項目(1)と(2)の目標に関しては、国の方針に従わない限り基本的に都道府県の裁量の余地は少ないため、都道府県間で大きく内容は異ならないであろう。また、項目(6)の医療費見込みに関しても厚生労働省により提示された推計方法を採用すれば、独自色を達成するには至らない。さらに項目(7)の計画の達成状況の評価に関しても、都道府県が立案する初めての計画であるため、評価方法に関して具体的に記載することは困難であり、はじめから独自色を出すのは難しいと思われる。一方、項目(3)～(5)の施策、連携協力方法、医療費分析及び、⑧のその他の推進方法は、厚生労働省が出している「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針について」で示されているひな形を参考にしたとしても、都道府県の独自色を出しやすい点だと思われる。

本研究では、都道府県が独自色を出しやすい項目中心に、各都道府県の医療費適正化計画の内容を比較し、都道府県間の共通性と独自性が確認する。

表 1 医療費適正化計画の位置づけと内容

1 根拠法

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 旧老人保健法）

2 計画の期間

5年を1期とする。第一期は平成20年度～平成24年度

(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

(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

(3) 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

(4) 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

(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

3 計画の作成の手續と公表

都道府県は、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。都道府県は、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。

4 計画の作成と計画に基づく施策の実施に関する協力

都道府県は、計画の作成と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。

5 計画の進捗状況と実績に関する評価

都道府県は、計画を作成した年度の翌々年度に、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（中間評価）。計画期間終了の翌年度である平成25年度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った実績評価を行い、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに公表する（実績評価）。

6 関係する計画との調和

「住民の健康の保持の推進」については、健康増進計画（平成14年法律第103号）と、「医療の効率的な提供の推進」については、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）、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）

（出典：医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を基に著者作成）



### 1.3 本研究の目的と方法

本研究の目的は、国及び都道府県の医療費適正化計画の内容と、これらに対するパブリックコメントの実態を把握することで、次期計画に向けての課題を明らかにすることにある。

医療費適正化計画は、全国で共通した目標を掲げているものの、地域によって医療提供体制や抱えている問題が異なるため、都道府県ごとに地域状況を踏まえた政策を立てる必要がある。そのため、政策の立案と実行部分では都道府県の役割が大きい。しかし、地域の状況を分析し、分析に基づいた政策案と政策目標を掲げることは、実務レベルでは難しい作業となることが予想される。本研究では、都道府県の医療費適正化計画の内容を把握し、それらの比較を通じて、現状の計画が持つ課題を明らかにし、さらに都道府県が行う分析や検討すべき施策について検討を行う。

また、今回の医療費適正化政策の実行には行政や医療関係者だけでなく一般国民の理解と参加が必要である。国および都道府県が今回作成した適正化計画は、行政が国民に示す適正化政策の説明資料である。そして、パブリックコメントは、その説明資料に対する国民からの意見や評価という見方もできる。パブリックコメントの投稿者は、国民のごく一部であり、総合的な国民からの評価とは直ちには言えず、その分析やコメントの政策への反映には一定の留保が必要となる。また、副次的であるが、重要なPCの使い方として、しかし、行政が国民の求めているような説明資料を提示できたか否かを評価する際には、パブリックコメントは一つの参考資料になるといえる。本研究では、パブリックコメントに記載されている内容を把握し、そこから行政が読み取るべき課題についても検討する。

以下、国や都道府県が次期計画策定に向けて認識すべき課題を明らかにすることを念頭に、医療費適正化計画の内容比較とパブリックコメントの実態調査の結果について説明した。

## 2 医療費適正化計画の作成状況と制度改革の推進体制

都道府県の医療費適正化計画の作成状況は、厚生労働省のウェブページに公開されている<sup>3</sup>。計画の作成状況を表2にまとめた。

まず、計画の名称は、医療費適正化計画に都道府県の名称を冠したものが一般的であることがわかる。一方、一部の都道府県では、計画のタイトルに工夫を加えている。たとえば、福島県や広島県、福岡県は「医療費適正化計画」という名称を使用するものの、その後副題をつけており、また埼玉県は副題に医療費適正化計画と表示している。さらに、三重県や京都府、熊本県は「医療費適正化計画」という言葉自体を使用していない。京都府と熊本県に「医療費適正化計画」をタイトルに使用しなかった理由を聞いたところ、「医療費適正化はその結果であることを明確にするため」、「医師会を中心として、医療機関の協力を得ていかなければならない。医療機関には医療費適正化＝医療費削減という印象がどうしてもあるため、直接的な表現ではなく、やわらかい表現にしようと考えた」という回答であった。

推進体制については、医療費適正化計画を作成するにあたり、計画作成を専門に担当する係やチームを設置し、関係する部署との調整を円滑に行うことができる体制を設けることが望ましいとされている（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、方針））。さらに、関係者の意見を

<sup>3</sup>平成20年10月時点で、千葉県、新潟県、愛媛県、佐賀県、長崎県の5県が未作成の状況であり、国の医療費適正化計画も、4月発表には間に合わず、9月に公表されている。

反映させる場と市町村との連携が必要であることも指摘されている。具体的には、外部の専門家及び関係者の意見を反映するための検討会や懇談会等を開催することが望ましいとされ、また健康増進や介護サービスの基盤整備を担う市町村に対して、計画の作成や変更過程において、市町村との協議を図ることが必要であると指摘されている。

医療費適正化の政策だけでなく、各都道府県の医療制度改革全体に関する推進体制が公表されていたので表 3 にまとめた。これを見ると、制度改革の推進本部の長は保健福祉部長が多く、知事や副知事をトップとしている都道府県は少ないことが分かる。

表 2 国、都道府県医療費適正化計画の作成状況

No	都道府県	タイトル	本文ページ数	資料ページ数	パブリックコメント
1	国	高齢者の医療の確保に関する法律	14		11件
2	北海道	北海道医療費適正化計画	29	38	50件
3	青森県	青森県医療費適正化計画	31		0件
4	岩手県	岩手県医療費適正化計画	44		7件
5	宮城県	宮城県医療費適正化計画	72	16	0件
6	秋田県	秋田県医療費適正化計画	39		0件
7	山形県	山形県医療費適正化計画	47		0件
8	福島県	福島県医療費適正化計画 うつくしまいきいき健康医療プラン	65	5	4件
9	茨城県	茨城県医療費適正化計画	25		5件
10	栃木県	栃木県医療費適正化計画	63	15	0件
11	群馬県	群馬県医療費適正化計画	50	9	3件
12	埼玉県	埼玉県健康長寿サポートプランー埼玉県医療費適正化計画ー	23	1	40件
13	千葉県				
14	東京都	東京都医療費適正化計画	67	51	10件
15	神奈川県	神奈川県医療費適正化計画	53	60	14件
16	新潟県				
17	富山県	富山県医療費適正化計画	42	29	0件
18	石川県	石川県医療費適正化計画	68	2	8件
19	福井県	福井県医療費適正化計画	32	63	0件
20	山梨県	山梨県医療費適正化計画	36		3件
21	長野県	長野県医療費適正化計画	32	20	3件
22	岐阜県	岐阜県医療費適正化計画	34		30件
23	静岡県	静岡県医療費適正化計画	38	1	3件
24	愛知県	愛知県医療費適正化計画	35	17	15件
25	三重県	三重県における医療費の見直しに関する計画	51	2	0件
26	滋賀県	滋賀県医療費適正化計画	40		4件
27	京都府	京都府中期的な医療費の推移に関する見直し	22		12件
28	大阪府	大阪府医療費適正化計画	49		8件
29	兵庫県	兵庫県医療費適正化計画	59	36	12件
30	奈良県				
31	和歌山県	和歌山県医療費適正化計画	46	3	1名
32	鳥取県	鳥取県医療費適正化計画	33		0件
33	島根県	島根県医療費適正化計画	24	4	6件
34	岡山県	岡山県医療費適正化計画	54		13件
35	広島県	広島県医療費適正化計画～みんなで支えあう医療システムをめざして～	63	10	3件
36	山口県	岡山県医療費適正化計画	35	3	57件
37	徳島県	徳島県医療費適正化計画	38		2件
38	香川県	香川県医療費適正化計画	61	2	10件
39	愛媛県				
40	高知県	高知県医療費適正化計画	35		0件
41	福岡県	福岡県医療費適正化計画ー県民の健康増進と医療の効率的な提供を目指してー	85	91	4件
42	佐賀県				
43	長崎県				
44	熊本県	熊本県における医療費の見直しに関する計画	49		0件
45	大分県	大分県医療費適正化計画	40		1件
46	宮崎県	宮崎県医療費適正化計画	47		実施していない
47	鹿児島県	鹿児島県医療費適正化計画	66	1	0件
48	沖縄県	沖縄県医療費適正化計画	71		12件

※件数は、国や都道府県が質問内容を吟味し、項目単位でカウントしたものである。国の医療費適正化計画には、11件のコメントがあったと説明されているが、質問項目でみると62件あった。

(出典：都道府県計画などの医療費適正化計画著者作成)



表 3 医療制度改革推進体制一覧（平成 19 年 4 月 1 日現在）

No	都道府県	推進体制本部	組織の長
1	国	医療構造改革推進本部の組織	厚生労働大臣
2	北海道	医療制度改革調整会議	保健福祉部長
3	青森県	医療制度改革推進会議	保健福祉部長
4	岩手県	岩手県医療制度改革推進本部	知事
5	宮城県	医療制度改革推進本部	副知事
6	秋田県	医療制度改革推進委員会	健康福祉部長
7	山形県	医療提供体制検討会議	副知事
8	福島県	福島県医療制度対策推進会議	保健福祉部長
9	茨城県	茨城県医療制度改革推進本部	保健福祉部長
10	栃木県	医療制度改革連絡調整会議	保健福祉部長
11	群馬県	医療制度問題連絡会議	健康福祉部長
12	埼玉県	医療制度改革関係計画総合調整委員会	保険医療部副部長
13	千葉県	医療制度改革推進庁内連絡会議	健康福祉部理事
14	東京都	医療制度改革関連計画総合調整会議	福祉保健局長
15	神奈川県	神奈川県医療制度改革推進会議	保健福祉部長
16	新潟県	新潟県医療制度改革推進本部	福祉保健部長
17	富山県	医療制度改革連絡調整会議	厚生部長
18	石川県	石川県医療制度改革推進本部	健康福祉部長
19	福井県	医療費適正化推進会議	健康福祉部長
20	山梨県	山梨県医療審議会	
21	長野県	長野県医療制度改革連絡調整会議	副知事
22	岐阜県	岐阜県健康福祉部医療制度改革推進会議	健康福祉部長
23	静岡県	医療制度改革プロジェクトチーム	静岡県理事
24	愛知県	医療制度改革対策チーム	健康福祉部長
25	三重県	三重県医療制度改革対策本部	健康福祉部長
26	滋賀県	医療費適正化計画連絡調整会議	健康福祉部技監
27	京都府	京都府医療制度改革推進本部	健康福祉部長
28	大阪府	大阪府医療構造改革推進本部	副知事
29	兵庫県	兵庫県医療構造改革推進会議	副知事
30	奈良県	奈良県医療制度改革推進本部	福祉部長
31	和歌山県	和歌山県医療構造改革推進本部	福祉保健部長
32	鳥取県	医療構造改革PT	健康福祉部次長
33	島根県	医療制度改革推進会議	福祉保健部長
34	岡山県	岡山県医療制度改革推進本部	副知事
35	広島県	広島県医療制度改革推進協議会	福祉保健部長
36	山口県	山口県医療制度改革推進会議	健康福祉部長
37	徳島県	徳島県医療制度改革推進会議	副知事
38	香川県	香川県医療制度改革対策PT	健康福祉部長
39	愛媛県	愛媛県医療制度改革推進会議	保健福祉部長
40	高知県	医療費適正化プロジェクトチーム	不明
41	福岡県	社会保障費適正化プロジェクトチーム	保健福祉部長
42	佐賀県	佐賀県医療制度改革関連計画等連絡会	健康福祉本部長
43	長崎県	医療構造改革対応プロジェクトチーム	福祉保健部長
44	熊本県	医療制度改革対策会議	健康福祉部長
45	大分県	医療制度改革推進会議	福祉保健部長
46	宮崎県	宮城県医療制度改革推進会議	福祉保健部長
47	鹿児島県	鹿児島県医療構造改革推進本部	保健福祉部長
48	沖縄県	沖縄県医療制度改革推進本部	福祉保健部長

(出典：厚生労働省 第 2 回医療構造改革に係る都道府県会議資料より抜粋)



### 3 政策目標の設定に関して

#### 3.1 療養病床に関する政策目標値は、厚生労働省の見通しを上回る状況

「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、方針）」によれば、都道府県医療費適正化計画では、「住民の健康の保持の推進に関する達成目標」に関して、1）特定健康診査の実施率<sup>4</sup>、2）特定保健指導の実施率<sup>5</sup>、3）メタボリックシンドロームの該当者数及び予備軍<sup>6</sup>の三つを、「医療の効率的な提供の推進」に関して、1）平均在院日数と2）医療療養病床数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する療養病床を除く）の二つを政策目標として掲げることが義務付けられている。もちろん、これは最低限法律で定められた政策目標であり、その他に都道府県独自に政策目標を設定することができ、実際に一部の都道府県は独自の政策目標を掲げている。

表4に、都道府県医療費適正化計画に掲げられている政策目標の一覧を示した。見てわかるとおり、住民の健康の保持の推進に関する達成目標に関しては、ほぼ都道府県間で同一の目標が設定されている。しかし、北海道や青森県では、特定健康診査の実施率を70%ではなく68%に定めている。これは、住民の加入している保険者が受診率の目標値が低い国民健康保険に偏っていることを考慮しているためと思われる。実は、保険制度によって定められている目標値が異なっており、政府管掌健康保険や国民健康保険は70%、健康保険組合、共済組合は80%と目標値が高く定められているのに対し、市町村国民健康保険は65%と目標値が低く定められている<sup>7</sup>。したがって、住民の加入している保険が市町村国保に偏っている地域では、70%よりも低い数値目標を掲げることも可能である。70%という目標値は、あるべき姿からすれば低いとも言えるが、自営業者やフリーター、退職者、あるいは被扶養者といった健診を受けてもらうことが非常に難しいことを考えれば、意欲的な目標設定といえる。

一方、医療の効率的な提供の推進に関わる二つの項目のうち、医療療養病床数の目標に関しては、厚生労働省の見込みよりも目標病床数を高く設定している都道府県が多い。厚生労働省は、2006年4月13日の「療養病床に関する説明会配布資料」では、介護保険適用病床13万床を廃止し老人保健施設やケアハウスなどに転換し、医療保険適用病床25万床を15万床にする方針が打ち出されている<sup>8</sup>。その後、厚生労働省は国としての医療療養病床の数値目標を掲げることを取りやめ、各都道府県の計画の策定状況をみて設定すると方針を転換しているが、厚生労働省の見込みとしては15万床がベースにあったことは間違いない。しかし、既に明らかになっている都道府県の医療費適正化計画の数値目標を合計すると約20万床と、厚生労働省の見込みよりも大幅に上回っている。

<sup>4</sup>平成24年度において40歳から74歳までの対象者の特定健康診査の受診率である。

<sup>5</sup>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特定保健指導受診率である。

<sup>6</sup>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。

<sup>7</sup>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。

<sup>8</sup> その1年後開かれた「第2回医療構造改革に係る都道府県会議」で示された資料では、先の医療保険適用療養病床のうち回復期リハビリ病棟の2万床は、再編対象から除かれており、15万床に縮小させるとしていた医療療養病床の数も撤回され、明示されなくなった。また、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」では、国の目標としては明確な数値目標を掲げずに、「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」と記載されている。

この背景には、医療療養病床の数値目標を作成するにあたって、厚生労働省自身が都道府県に対して独自の裁量権を与えていることが影響している。具体的には、下図のように①機械的に計算して定める部分と②都道府県の状況に応じ裁量で定める部分がある。実際に②の部分を活用して計算している都道府県が大半を占めており、そのために厚労省の見通しを大きく上回っているのだと考えられる。

平成24年度末時点での療養病床数=①と②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の数(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。

(出典：厚生労働省 第2回医療構造改革に係る都道府県会議資料より抜粋)

図1 療養病床の目標設定の方法