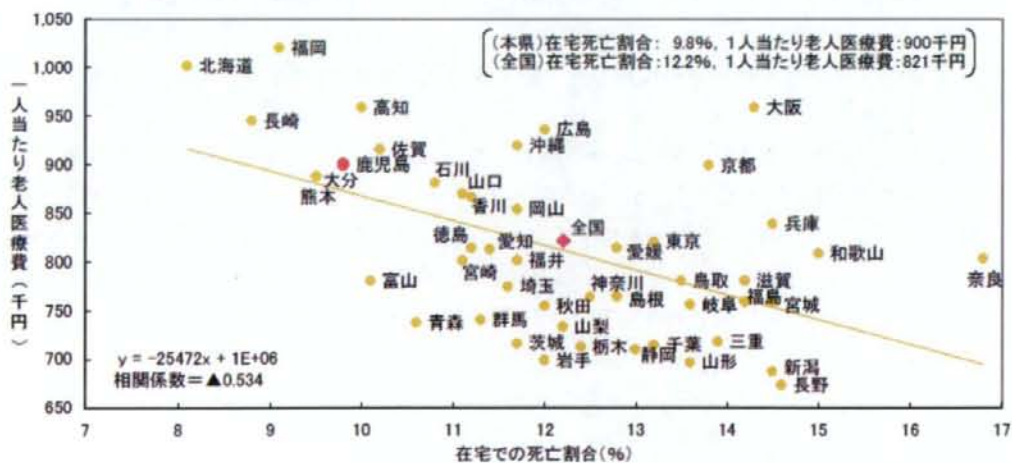


(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図 9 医療費の相関分析の実施状況

【図表2-46】都道府県別の在宅での死亡割合と1人当たり老人医療費

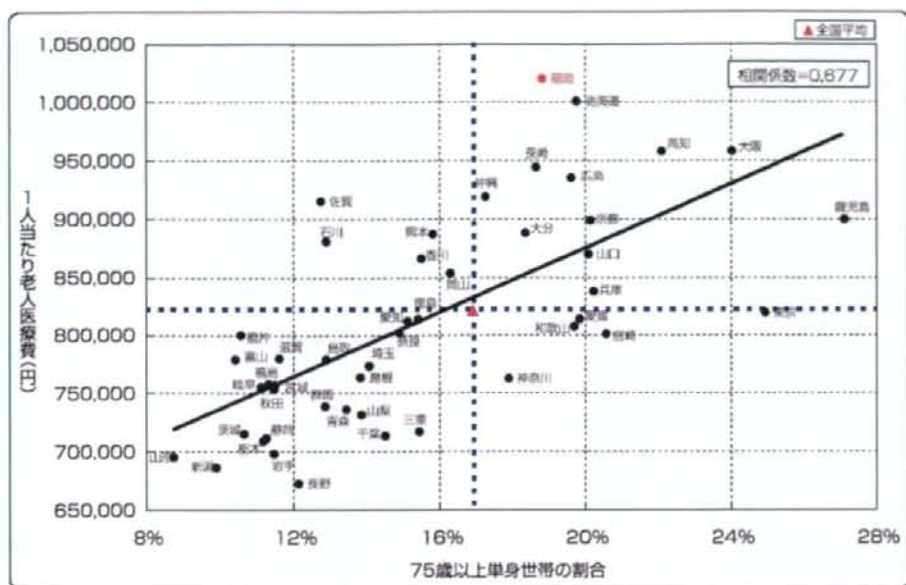


[平成17年人口動態統計, 平成17年老人医療事業年報]

(出典：鹿児島県医療費適正化計画)

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)

図表 54 老人医療費と75歳以上人口に占める単身世帯の割合の相関関係(平成17年度)



資料:「老人医療事業年報」、「国勢調査」(総務省)

(出典: 福岡県医療費適正化計画)

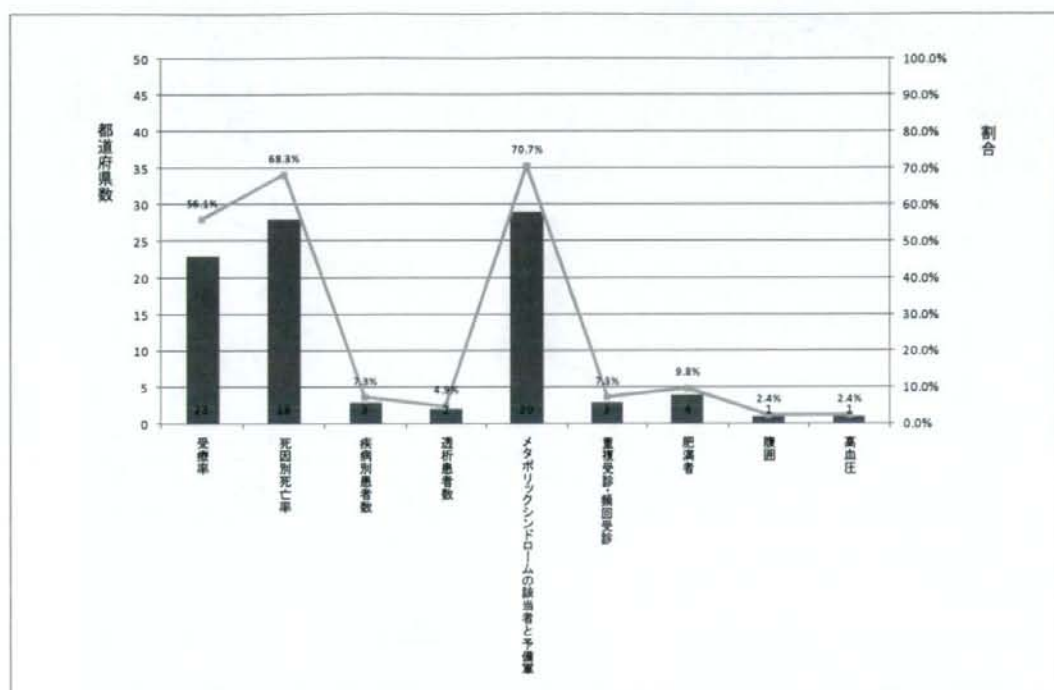
図 11 一人当たり老人医療費と75歳以上単身世帯の割合との関係(福岡県計画)

5.3 患者属性の分析

患者状況の分析では、受療率、死因別死亡率、メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の分析が多くなされている。受療率や死因別死亡率の分析をしている都道府県では、都道府県全体の実数値だけでなく、年齢区分ごとの実数値や年齢調整後の実数値が分析されている。メタボリックシンドロームの該当者および予備軍については、性別別・年齢区分別に分析がなされている。

医療財政へのインパクトを考えると透析患者の分析は重要であると思われるが、分析を行っているのは栃木県と熊本県の2県のみであり、これらの計画では人口10万人当たり慢性透析患者数が時系列で分析されていた。

予防対策を推し進めるには、各種疾病の死亡率や患者数、多受診や頻回受診の該当者数を把握することはもちろんのこと、それらの患者像を明らかにし、対策を考える必要がある。しかし、都道府県の分析では、それらの状況把握のみでとどまっており、これらの患者の生活習慣や受診行動、またその理由を明らかにするような分析は、あまりなされていなかった。患者像や住民の健康状態については、健康増進計画で詳細に分析されているはずであるが、計画間の連携がとれていないためか、該当する分析結果は有用に活用されていないケースが多いと思われる。

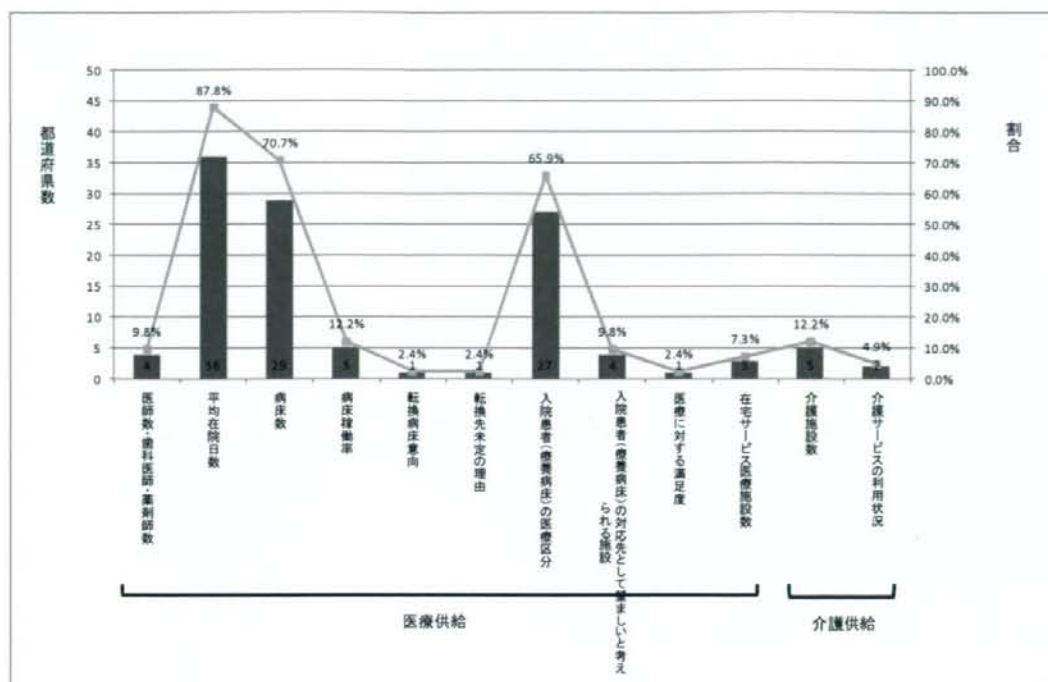


(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図 12 患者状況に関する分析

5.4 供給体制の分析

医療費を適正化するには、医療及び介護サービスの供給体制を分析することが不可欠である。特に今回の医療費適正化計画では、平均在院日数と療養病床の削減が政策目標として掲げられているため、現状分析が欠かせない。都道府県レベルの平均在院日数や人口当たり病床数の比較は、それぞれ 35 (85.4%)、28 (68.3%) の都道府県でなされている。療養病床の入院患者の医療区分についても、26 (63.4%) の都道府県で分析されている。その一方で、医師数や歯科医師数、薬剤師数などの人材に関する分析や、療養病床の転換意向や入院患者の適切な対応先に関する分析を行っている都道府県はごく少数であった。政策目標として療養病床数を掲げるためには、療養病床の入院患者の医療区分が必要となるため、多くの都道府県が療養病床の入院患者についての分析を行っている。しかし、医療機関の意向を分析している都道府県は少なかった。当然ながら、療養病床に関する政策目標を検討するには、医療機関の療養病床の転換意向や転換先に関する分析は必要不可欠である。しかし、この部分は地域ケア整備構想の担当であるためか、医療費適正化計画で分析している都道府県はわずかであった。また、医療と密接に関係する介護供給体制に関して分析している都道府県の数も 5 以下であった。

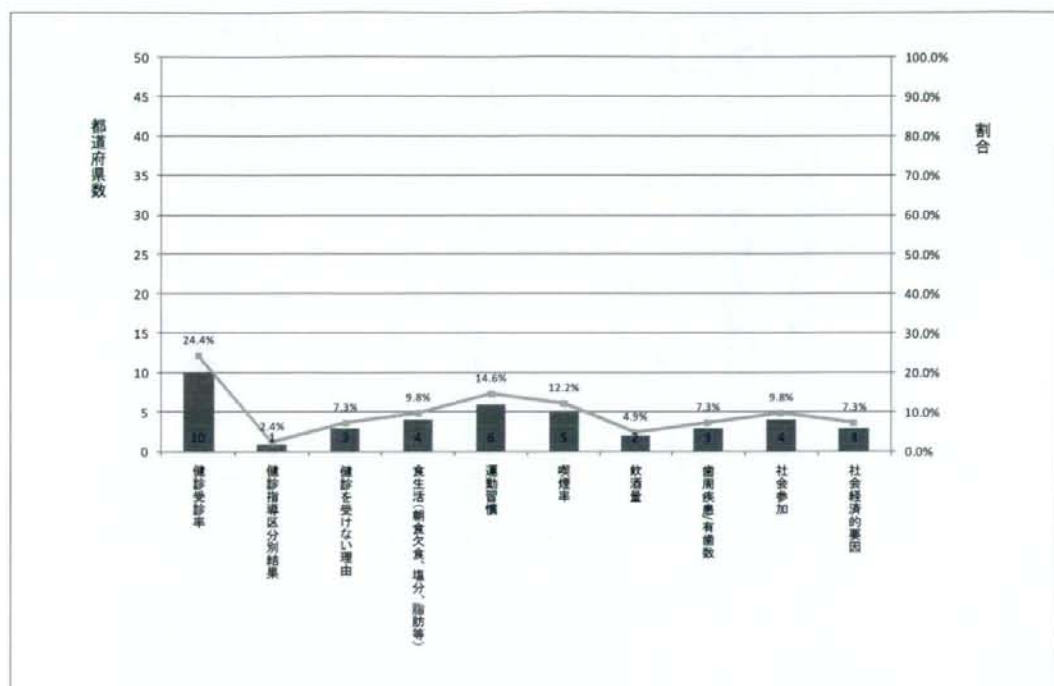


(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図 13 医療・介護供給体制の分析状況

5.5 保健・生活習慣、社会経済環境の分析

基本健康診査の受診状況や生活習慣は、予防対策を検討する上で重要であるにも関わらず、これらの分析をしている都道府県は多くはない。最も多く分析されているのは基本健康受診率であるが、9都道府県にとどまっており、割合としては多くはない。生活習慣の項目のなかでは、運動習慣と喫煙率は比較的 analysis されているが、分析している都道府県は5程度と限られた都道府県しか分析をしていない。これらの指標の分析がなされていない背景には、おそらく健康増進計画で詳細な分析がなされており、適正化計画で改めて分析する必要性はないと判断されたためだと思われる。しかし、健康増進計画と医療費適正化計画では、分析する視点は異なるはずであり、医療費適正化の観点から再度検討されることは十分意義があると思われる。



(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図 14 保健・生活習慣、社会経済環境の分析状況

6 パブリックコメントの実施状況と内容

6.1 パブリックコメントの実施状況と分類

国及び都道府県は医療費適正化計画の策定にあたり、行政手続法の意見公募手続きの規定に基づきパブリックコメントを実施することが原則として義務付けられている。都道府県では、投稿されたパブリックコメントの内容を精査し、内容ごとに仕分け、その件数と具体的な内容、都道府県の考え方(回答)を一覧表にまとめている。一部の都道府県では、さらに投稿者の属性(職業や団体など)や、計画への反映状況について分類していた。ただし、厳密には都道府県間によって件数の捉え方が異なるため、件数の比較評価をする際には、注意が必要である²²。

国と都道府県医療費適正化計画に対するパブリックコメントの実施状況を表 2 にまとめた。宮崎県を除いてすべての自治体でパブリックコメントを実施しているが、そのうち 13 の都道府県の応募件数が 0 件であった。なお、都道府県が公表している情報には、パブリックコメントの件数のみ掲載されているのが一般的で、投稿者や団体の数を把握することはできなかった。

パブリックコメントの分析は以下のように行った。まず、パブリックコメント 1 件ごとの内容を精査し、(1) 医療費適正化計画の方針に対する意見や感想と (2) 医療費適正化計画に対する具体的

²² 都道府県は、寄せられた意見を精査し、意味内容から件数を数えている。しかし、都道府県によって意味内容を集約する範囲(投稿全体か、各投稿者単位か)と集約程度(意味のまとまりの正確性)は異なるため、厳密には 1 件の意味するところは異なる。

な要望や提案の2つに分け、さらにその意見内容から細かく分類（大分類と小分類）し、分類IDを割り当てた。大分類は、(1) 医療費適正化計画の方針に対する意見や感想では、「賛成」、「反対」、「明確な立場を取らない意見や感想」の3つの分類に分け、(2) 医療費適正化計画に対する要望や提案では、「説明や追加資料を求めるもの」、「具体的な提案」、「文言や表現に対する要望」の3つの分類にした。また小分類は、「医療費適正化全般」や「療養病床の再編・平均在院日数の短縮化」、「医療機関の機能分担・連携」などのように、さらに細かく分類した（表8）なお、パブリックコメントのなかには、意見内容が多岐に渡るものもあるため、その場合は一件のパブリックコメントに対し複数の分類を割り当てた。そのため、件数の合計数と分類後の件数は一致しない。

パブリックコメントを分析する目的は、医療費適正化計画に対する国民の意見あるいは問題意識を理解度（言い換えれば、行政の説明責任の程度）を把握し、そこから説明責任上の問題と計画の改善点を明らかにすることにある。以下では、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、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。

表8 医療費適正化計画の方針に対する意見や感想

(1) 計画の方針に対する意見や感想

大分類	小分類
賛成	医療費適正化全般(1-1-1) 療養病床の再編(1-1-2) 医療機関の機能分担・連携(1-1-3) 生活習慣病予防(1-1-4) その他(1-1-5)
反対	医療費適正化全般(1-2-1) 療養病床の再編(1-2-2) 医療機関の機能分担・連携(1-2-3) 生活習慣病予防(1-2-4) その他(1-2-5)
明確な立場をとらない意見や感想	医療費適正化(1-3-1) 療養病床の再編(1-3-2) 医療機関の機能分担・連携(1-3-3) 生活習慣病予防(1-3-4) その他(1-3-5)

(出典：著者作成)

(2) 計画に対する要望や提案

大分類	小分類
説明や追加資料を求める	政策・資料内容(2-1-1) 現状の分析、背景、要因(2-1-2) 根拠(2-1-3) 他の地域との比較(2-1-4) 政策の効果(2-1-5) その他(2-1-6)
具体的な政策提案	医療費適正化全般(2-2-1) 療養病床の再編(2-2-2) 医療機関の機能分担・連携(2-2-3) 生活習慣病予防(2-2-4) 広報(2-2-5) その他(2-2-6)
文言や表現に対する要望	修正、削減(2-3-1) 追加(2-3-2)

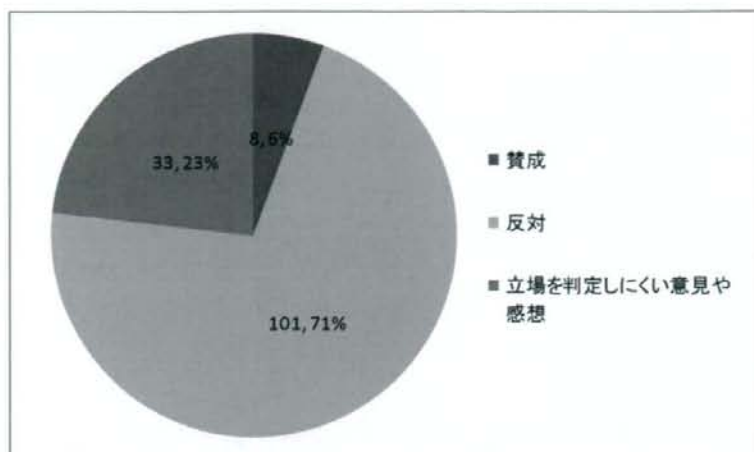
(出典：著者作成)

6.2 医療費適正化計画の方針に対する意見や感想

医療費適正化計画の方針に対して何らかの意見表明を行っているものを抽出し、賛成、反対、明確な立場をとらない意見や感想に分類した。その結果 147 件のうち、賛成は 6.1%、反対は 72.1%、立場を判定しにくい意見や感想が 21.8%であった。

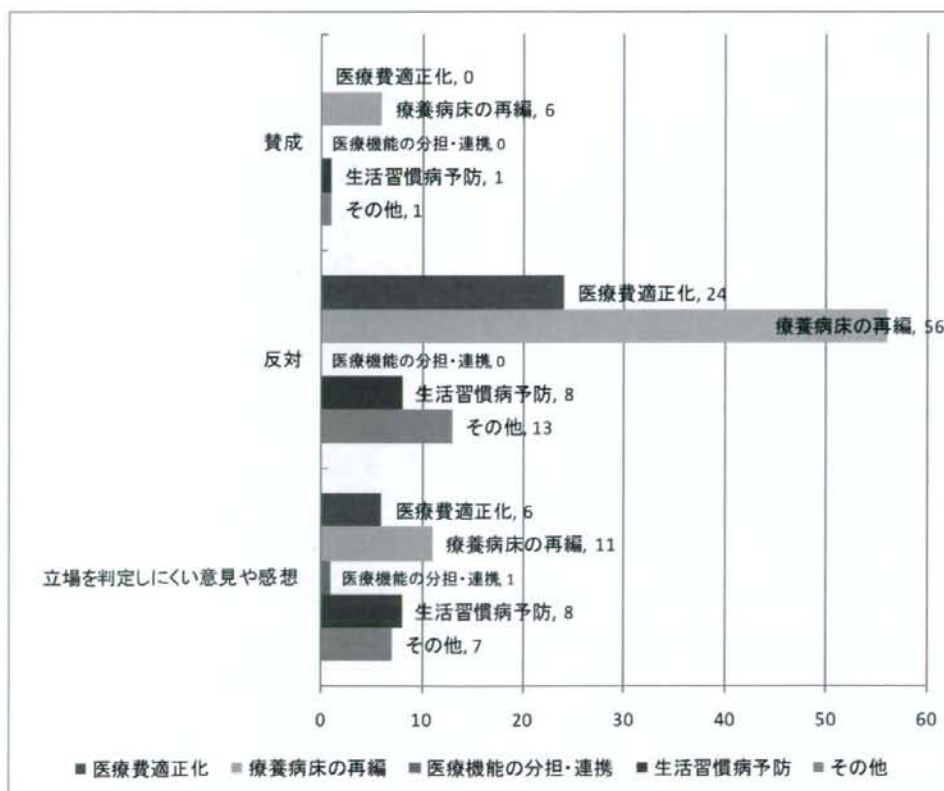
ただし、パブリックコメントの内容から、国民の計画に対する賛否を評価することには注意が必要である。無作為に調査される世論調査とは違い、政策に対して関心を高く持つ者や団体がパブリックコメントを投稿していると考えられる。医療費適正化計画のように大きな影響を及ぼす計画では、必然的に利害関係者の投稿が多くなり、どちらかといえば反対論者の方が多くなる可能性が高いことが予想される。パブリックコメントの分析目的は、一般国民の意見を推測することではなく、寄せられた意見から計画の説明方法と内容に関して改善点を見つけることにある。

全体の傾向を確認すると、賛成の意見では、療養病床の再編の 6 件が最も多かった。それに対し反対の意見では、療養病床の再編の削減に関するものが 56 件と最も多く、次いで医療費適正化全般に関するものが 24 件、特定健診をはじめとする生活習慣病予防に関して 8 件、その他 13 件であった。また、賛成か反対か明確な立場を取らないものの、何らかの意見や感想を表明するものが 33 件あり、療養病床の再編にかかわるものが 11 件で最も多く、次いで医療費適正化および生活習慣病予防に関するもの、その他が 7 件ずつであった。



(出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成)

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



(出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成)

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）

6.2.1 賛成の意見を表明するもの

療養病床の再編・平均在院日数を短縮することに賛成する意見には、療養病床を再編・削減する方針自体に賛成するものと、(方針は別として)都道府県の状況を考慮して、療養病床の数を一定あるいは国の方針よりも多めに確保することを目標としたことに賛意を示すものの二つがあった。具体的には、療養病床を再編・削減する方針自体に賛成するものには、「北海道の医療費の特性として、病床数が多く、平均在院日数は長めであり、入院受療率も高いことから、医療費の伸びを抑制する対策として平均在院日数の短縮は重要である(北海道²³)」「平均在院日数の短縮という視点については異論ないが、(他の国々との比較や退院患者の受け入れ先の整備の必要性はある)(北海道)」「当面の療養病床再編に対する考え方には賛成する(岐阜県)」といった意見があった。

一方、都道府県の状況を踏まえ目標設定したことに賛意を示す意見には、「療養病床の病床数について、是非、記載のとおり特性を考慮した計画をお願いしたい(北海道)」「療養病床数について、国の基準どおり機械的に削減せず、都の実情を踏まえた必要数を確保するとしたことは評価する(東京都)」があった。もちろん、ここであがっている北海道や東京都だけが、都道府県の事情を考慮して療養病床の目標を決めているわけではない。他の都道府県も、機械的な計算方法以外に、将来人口の予測を考慮して目標を立てている。ただ、北海道や東京都、あるいは岐阜県は、そのことを計画の中で特に強調しており、他の都道府県よりも病床数を確保することを明言しているために、療養病床の目標設定に対して評価を受けていると思われる。

療養病床の削減以外の政策では、明確な賛意を示すパブリックコメントが少ないが、これらの政策に賛同が得られていないとの判断をすることは早計である。後の計画に対する要望や提案に関するパブリックコメントを見ると、生活習慣病の予防やジェネリック医薬品の推進などについて、その進め方に注文をつけるものが多く、これらの意見はおそらく生活習慣病やその他の政策を進めること自体には反対しているとは感じられない。今回の集計では、明確に賛成あるいは反対していると判断できるパブリックコメントのみをカウントしているため、見かけ上少なく見えている可能性がある。

6.2.2 反対の意見を表明するもの

反対の意見を表明するパブリックコメントは、医療費適正化全般に関するものと療養病床の再編に関するものに集中している。

医療費を適正化すること自体に反対の意見には、「医療費はもっと伸びて良いものであるという認識はどうしてできないのか。軍事費用、高速道路など他分野の費用を減らすことを優先すべき(北海道)」「医療費抑制のための医療の切り捨て、後退を意味するものであり、賛成できない(北海道)」「国の医療費抑制政策による「医療崩壊」に更なる拍車をかけ、都民から「受診の場」を取り上げる「医療費適正化計画」の策定に反対する(東京都)」「OECD諸国並みの医療費とするよう強く国に働きかけられたい(京都府)」「全国計画」は、都道府県に構造的な対策を義務付け競わせることにより、地方自治体の役割、あり方を大きく変えてしまう危険なものである。(全国計画)」などがある。これらの意見は、1) 医療費適正化は必要な医療の削減につながるため反対、2) 無駄な公共事業を削減することなどにより、もっと医療費を増額するべき、3) 都道府県間の地域間格差を拡大する可

²³ パブリックコメントの()内には、どの医療費適正化計画に対するパブリックコメントかを表記している。

能性があるため反対、の3つに集約、分類することができる。

療養病床の再編に反対する意見には、「介護療養ベッドを削減しないでほしい（北海道）」「必要かつ十分な医療が提供された治療の結果が平均在院日数であり、短縮目標は賛成できず、計画案から除外すべき（石川県）」「そもそも医療費を適正化（抑制）するために、療養病床数、入院日数を削減するのは誤りである（石川県）」「医療費は今のままでいいので、介護病床や医療病床が多い方が助かります（山口県）」「入院の受け入れ施設が不十分であり、病院を追い出される難民が増える可能性があるため、療養病床削減計画に反対する（福岡県）」「療養病床の削減に伴い、在宅や介護施設での受け入れができずに一般病床に転院する患者がますます増えることは確実である（全国計画）」「このように、療養病床の目標を立てる計算式そのものが多くの問題を含んでおり、地域の実情に応じた療養病床が確保されるよう見直すことを強く求める（全国計画）」などがある。これらの意見は、1) 療養病床を削減すると、入院医療を必要とする患者が追い出されると考え反対する意見と、2) 療養病床の目標値を算出する方法や調査自体の信頼性が乏しいため反対であるとする意見に大別される。

生活習慣病予防の反対する意見には、「メタボリックシンドローム対策は、その有効性が証明されていないと言っても過言ではない（山梨県）」「特定健康診査・特定保健指導による医療費削減の科学的根拠、腹囲という診断基準も医学的根拠が希薄（京都府）」「本来、健康づくりは自主的に実施されるべきものである（全国計画）」などがある。要約すれば、1) メタボリックシンドロームを対象とした対策の有効性には疑問がある、2) そもそも健康づくりは自主的に行うものであって、国が関与すべき問題ではないとの意見に分けられる。

これらの反対意見は、医療費の規模自体や適正化政策の内容に対する率直な国民の不安や疑問を表していると思われる。しかしよく読んで見ると、医療政策の決定プロセス（医療費の規模を決定するプロセス）や適正化政策の趣旨（医療提供体制の効率化と他分野との連携により、より必要性の高い患者の医療へのアクセスの確保）を誤解しているもの、正論（予防対策に関する科学的正当性が担保されなければ、政策としては採用すべきではない）ではあるが実務的には答えることが不可能であるものがある。行政としては、このことを踏まえ、国民の不安や疑問に答え、より適格に適正化の趣旨を伝えるには、どういった改善が必要かを考える必要があるだろう。

6.2.3 立場を判定しにくい意見や感想

医療費適正化全体に対する意見では、「5年間の計画期間で、健康診査等の実施率を大幅に伸ばし、さらに医療機能の分担や連携、在宅医療、地域ケアを推進して、医療費を削減しようとしているが、期間が短すぎるのではないかと（北海道）」「限られた医療資源を効率的に活用できるよう、道内の病床過剰圏域における病床数を是正し、医療機能の分化・連携を進め、急性期から回復期まで、切れ目ない医療が平等に受けられるような医療提供体制を地域全体として構築願いたい（北海道）」「都民医療費の適正水準」とは、「都民が必要な医療を安心して適切に受けられること」を保障する水準でなくてはならず、そのための医療費の確保を前提とすべき（東京都）」などがあった。医療費適正化と必要な医療の確保との関係性や、5年間という限られた期間の中で成果をあげられるのかということに対して疑問があげられている。

療養病床に対する意見では、「介護難民が発生しないよう配慮してほしい（北海道）」や「療養病床に入院中の妻がいるが、療養病床の削減計画が浮上し、実施されれば、その対象にされるのではない

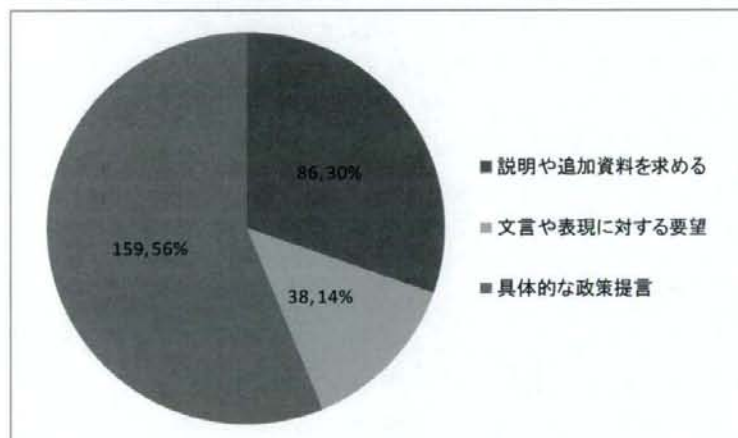
かと思うと不安でならない（山口県）」「療養病床数の目標について、国が示した参酌標準にあわせるだけでなく、県内の実情を考慮することが必要だと思う（香川県）」などがあった。要約すると、療養病床の廃止により介護難民が発生しないことや、地域の実情にあった形で進めてほしいという意見になる。

生活習慣病予防に関する意見では、「健康診査や保健指導は意義ある取り組みだが、それは医療費の増加を抑えることが目的ではなく、全ての人に健康で長生きしてもらうためではないか（福島県）」「特定健診をやっても、本人が意識をもたないと意味がない。こんなにできるのか（茨城県）」「保険者における健診結果のデータの活用については、慎重に対応するべきだと思う（香川県）」などがあった。まとめると、特定健診をはじめとする健康増進の対策の目標や方法に対する疑問や、データの取り扱いを注意してほしいという意見になる。

これらの意見は、適正化政策に対して明らかな反対を唱えていないものの、その進め方や内容に関して不安や疑問を呈していることがわかる。行政は、このことを理解した上で、計画に反映させる必要があるであろう。

6.3 医療費適正化計画に対する要望や提言

医療費適正化計画に対する要望や提言に関するパブリックコメントを、計画の内容に対する説明や追加資料を求めるもの、文言や表現に対して修正や追加を求めるもの、具体的な政策提言の3つに分類した。傾向としては、政策提言に関するものが56%と最も多く、次いで説明や追加資料を求めるもの（30%）、文言や表現に関する要望（14%）であった。



（出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成）

図 17 医療費適正化計画に対する要望や提言

6.3.1 説明や追加資料を求める意見

医療費適正化計画に対する説明や追加資料を求める意見を大別すると、政策や資料の内容に関するもの、現状分析、政策の根拠、他の地域との比較、政策の効果、その他に分かれた。

政策や計画資料の内容に関するものの具体例をあげると、「医療費の伸びを適正にするとどのようなことなのか(岩手県)」「療養病床に関する「国の政策目標及び基本方針に即して」の内容を説明してください(埼玉県)」「医療崩壊の進行にどのように対応しようとするのか、「安心の確保」に関し、明示してください(埼玉県)」「第4章1の(1)②の市町村等によるポピュレーションアプローチへの支援部分ですが、県が市町村を積極的に支援するとあります。その中で保健所の役割はどうなりますか?(大分県)」などがあつた。医療費適正化計画で書かれている政策の内容とその背景に関して、具体的な説明を要望する意見と、医療崩壊に対してどのような対応をするのか説明を要望する意見にまとめられる。

現状の分析に関する意見では、「在宅医療・地域ケアの推進について、重要な項目だと思うが、現状の問題点・対応策など追筆することが必要ではないか?(北海道)」「医療費の高む原因は、転院させられた病院でも同じような検査が行われるためではないか(北海道)」「慢性期入院医療の医療費」及び「在院日数」について、その推移とその変動原因・要因を分析し、分かりやすく説明してください(埼玉県)」「県民医療費・県民老人医療費・県民所得の推移を示す図表を作成し、県民所得のうち、どのくらいの額が県民医療費・県民老人医療費として支出されているかを示すべきである(神奈川県)」「京都府は、介護療養病床が医療療養病床よりも多いという特殊性の故、医療療養病床は増加する。介護施設等で受け入れることのできない患者が、一般病床に入院することが予想され、平均在院日数は長期化する(京都府)」「高齢化率を含め、疾病構造、それを支える家庭環境などを含めた地域社会の構造、文化的背景などが欠落しており、現状の背景に対する考察がなされていない(山口県)」などがあつた。医療費に影響を与える要因に関する分析が不十分であることを指摘する声が多い。

政策の根拠を求める意見では、「なぜウエスト 85 cm(女性 90 cm)以上は問題なのか?(埼玉県)」「埼玉県の医療費の将来推計」があります。この見通しの根拠・仮定を明らかにしてください(埼玉県)」「健康診査」及び「保健指導」にかかるコスト以上に医療費の低減が可能であることをデータに基づき説明してください(埼玉県)」「長野県の在院日数がなぜ短いのか、国や県からはエビデンスは示されない。根拠がないまま計画の目標にするのは誤りである(愛知県)」などがあつた。多くは、特定健診を推進することや、平均在院日数を短縮することが、医療費適正化につながることの根拠を問う内容のものである。

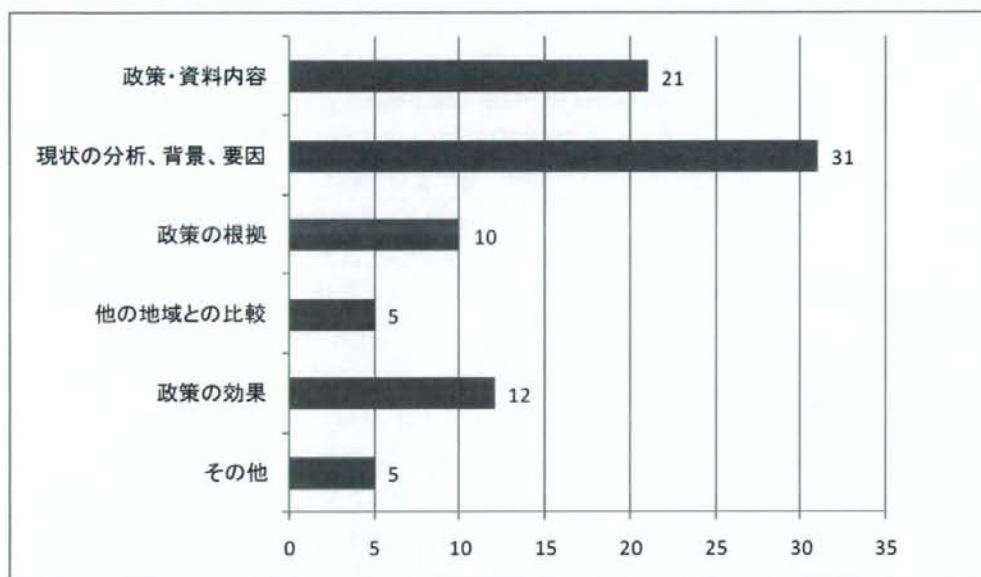
他の地域との比較を求める意見には、「在院日数の短縮目標については、他都府県との違いは何かについて分析がなければ、根拠のある目標は設定できないだろう(北海道)」「よく優良県として長野県が比較対象とされているが、その県の状況、特性の違いなどを示し、わかりやすく説明すべき(北海道)」「医療費の少ない自治体について、実態調査をしていただきたい(大阪府)」などがあつた。平均在院日数の短縮目標となっている長野県との比較や、医療費が少ない自治体(特に長野県)との比較分析を求める意見が多い。

政策に関する効果を求める意見では、「県民医療費の推計にあたり、厚生労働省が作成するソフトによることなく、独自の方法を用いるべきである(群馬県)」「医療費の見通しは、総額ではなく、計画項目別に効果(目標)を見込んで計上してください(埼玉県)」「施策の展開」において、それぞれの施策にかかる事業費及びその施策の実施による県民医療費の削減額を具体的に明示すべきである(神奈川県)」などがあつた。医療費適正化政策の費用対効果を具体的に要望する意見と、厚労省が示している機械的な方法ではなく都道府県独自の推計を求める意見とに大別された。

その他の意見としては、「他の3計画(埼玉県地域保健医療計画、すこやか彩の国 21 プラン、埼

玉県高齢者支援計画)との関連を具体的に示してください(埼玉県)」「当計画の推進体制を明確かつ具体的に示していただきたいと考えます(埼玉県)」「医療費を適正化するのみでなく、その負担のあり方を併せて検討すべきである(神奈川県)」などがあった。他の計画との関係性や、政策を推進する体制、また適正化と負担の関係について求める意見など、さまざまな意見があった。

これらの意見からわかることは、作成されている適正化計画では、地域が置かれている状況と他地域との比較、実行しようとしている政策の内容と根拠に対する説明が不足している可能性があるということである。もちろん、厳密な意味での他地域との比較や、政策の根拠を裏付ける科学的調査を実施することは、現実的には困難である。そういったことはありつつも、ある程度国民が納得する形での説明や情報を提供する姿勢を見せることが求められていると思われる。



(出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成)

図 18 説明や追加資料を求める意見

6.3.2 具体的な政策提案

政策提案を述べたパブリックコメントを大別すると、政府が推し進める適正化政策を行うのではなく、現状維持や医療費増額を提言する意見(現状維持、医療費増額派)と、政府が推し進める政策の方向性の中で、具体的な提案を行う意見(現状改善派)の2つに大きく分かれる。現状維持、医療費増額派の意見には、「効率化」、「適正化」といって住民から医療を遠ざけることは政治やるべきことではない(北海道)」「介護療養ベッドを削減しないでほしい(北海道)」「医療療養病床大幅削減・介護療養病床廃止計画の中止を県として国に意見を提出するよう求めます(静岡県)」「今、なすべきことは適正化として医療費を抑制・削減することではなく増大させることである(愛知県)」「(2)平均在院日数の削減目標を、本計画から削除すること(岡山県)」「医療費は今のままでいいので、介護病床や医療病床が多い方が助かります(山口県)」「イギリスの医療費抑制政策も方向修正を余儀なく

され、国の医療費負担を増額している事実からもわかるように、医療費総額の抑制は誤りである。国の医療費を抜本的に増額すべきである（全国計画）」など多数ある。これらの意見に共通しているのは、医療費適正化政策を推進すると、必要な医療が受けられなくなると捉えていることにある。

一方の現状改善派の意見は、どこかの項目に偏っているわけではなく、医療費適正化全般、療養病床の再編、医療機関の機能分担と連携など、それぞれの項目に関して幅広く意見が寄せられている。まず、医療費適正化全般に関するものを見てみると、「地域差がある」と認めている内容であれば、地域ごとの目標値が必要ではないか（岩手県）「一律的な参酌標準に則らず、実態に即した目標とすべきである（愛知県）」「府として手を打つべきは、例えば風邪のように休養すればそのうち治るものや、極端に高度高額な先端医療を排し、最大多数の患者／病気を主対象にした医療対策と考える（京都府）」などがある。集約すると、一律的な目標設定ではなく、地域の実情に即した目標設定を提案したものや、より多くの患者が恩恵を受けるような政策をとるべきだという意見にまとめられる。

療養病床の再編に関しては、「療養病床を有する医療機関に対する運営費助成等の支援を講じるべき（東京都）」「日本医師会調査結果により、少なくとも、医療区分1の21.1%は療養病床として残すべき（石川県）」「目標値の設定は、転換型老健の体制がはっきりした時点で、もう一度、実情を調査検討されてから病床数の設定をされるべきではないでしょうか（山口県）」「寝たきり要介護者について、最大限効果的な医療を提供しつつ最も軽費を抑えて利用できる施設は診療所の医療療養病床です（中略）。診療所の医療療養病床が存続すれば国の支出は抑制され、効果的な「医療費適正化」を実行することができると考えます（全国計画）」「療養病床（医療保険療養病床と介護保険療養病床の両方）を病院では無く、地域に密着した診療所に委ねては如何でしょうか？ また、誘導する為に診療所を法定診療所（19床以下）と準用診療所に分け、病床を使用できない診療所（準用診療所）は保険診療報酬を法定診療所の8掛けと設定し、国家的財産である医師を診療のみならず療養にまで有効活用します（全国計画）」などがあつた。療養病床を削減する対象を見直すべきであるという意見がある一方で、介護療養病床の代替は介護施設などではなく、診療所を活用すべきとの提案があつた。

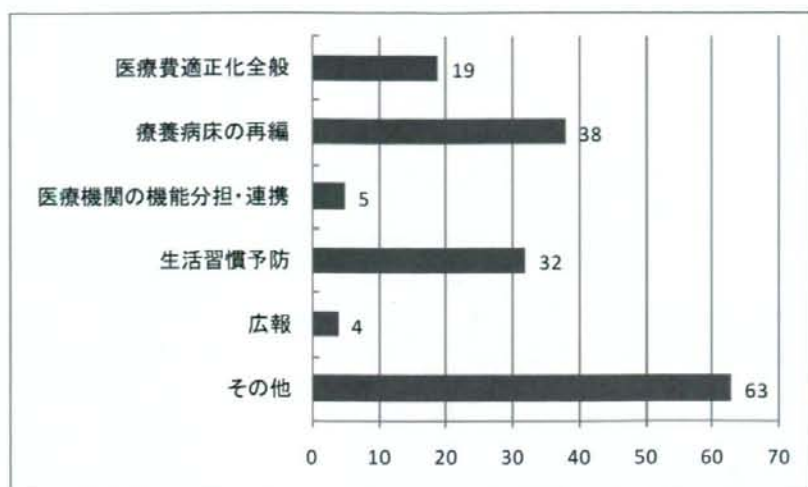
医療機関の機能分担と連携に関しては、「医療機関と保健師等（健診・保健指導実施者）の情報交換を普段から行い、相互に連携及び協力を行えるようにすべき（石川県）」「医療機関同士の連携を大々的に宣伝することで多重受診を防げると考える。カルテ代わりになる「お薬手帳」の義務化、健康手帳の活用を進める（大阪府）」などがあつた。医療機関同士や医療機関と保健師などの連携を強化することを求める意見が主なものであつた。

生活習慣病予防に関しては、「被扶養者に対する特定保健指導の実施依頼等、市町村国保への協力要請をお願いしたい（北海道）」「治療より、健全育成や早期受診のアドバイスなど予防対策の拡充を希望。そのための保健師、管理栄養士、健康運動指導士、臨床心理士等の専門職の充実が必要（石川県）」「特定保健指導実施率の目標は対象者の45%以上としているが、45%は少なすぎるものであり、少なくとも70%とすべき（石川県）」「メタボリックシンドローム対策は、その有効性が証明されていないと言っても過言ではない。従って、本県では、もっとエビデンスのある施策を行うべきであり、がんを減らすために効果的ながん健診を行うことを提言する（山梨県）」「メタボリック対策は小学校の教育から行うべきと思う（愛知県）」「平成24年度の特定健康診査の実施率を70%以上としているが、現行の市町村等が実施する健診実施率から考えて非現実的な数字である（全国計画）」「数値目標に掲げた特定健康診査の実施率などの実績と、保険者が後期高齢者医療制度に提出する支

援金の加算措置を連動させることは、健康づくりの実施をペナルティーによって担保するものであり、やめるべきである（全国計画）」などがあつた。これらの提案をまとめると、特定保健指導の目標の見直し（引き上げ・引き下げ）、保健指導の対象者の引き下げ、がん検診などの他の対策の充実、被扶養者の受診に対する支援、保健指導と負担金の連動の廃止などにまとめられる。

その他の提案としては、「軍事費用、高速道路など他分野の費用を減らすことを優先すべき（北海道）」「①救急車の利用②夜間の病院利用③夜間相談窓口（＃8000 事業の地域版的な取り組み）などで、医療費の削減に繋がる場合もある（北海道）」「低価格の後発医薬品（ジェネリック）の患者等への正しい情報開示提供の推進と利用促進が大事である（福島県）」「群馬県医療費適正化計画において定める目標値の項目に「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」及び「歯科」を加えるべきである（群馬県）」「延命治療・終末期医療の扱い・・・尊厳死を容易に本人が選択できること、医師に問題がかからないようにすること、尊厳死の普及を図る観点から、計画でこれら諸点を取り上げることを求めます（埼玉県）」「医療費の変動要因分析はじめ、医療問題の検討には「レセプト情報」の活用が必要です。医療費適正化の検討には「レセプト電子化」とその活用なくして真の検討は困難であるように思われます（埼玉県）」「「歯科健診の重要性」について具体的推進方法を明確に記述していただきたい（神奈川県）」「保健師、管理栄養士、健康運動指導士、臨床心理士等の専門職の充実が必要（石川県）」「山間地域、高齢化地域、合併前の小規模市町村地域など、老々介護や独居高齢者を多く抱える地域の特性に応じた対策を講じられたい（岐阜県）」「カルテ代わりになる「お薬手帳」の義務化、健康手帳の活用を進める（大阪府）」「私たちが直接意見を言える場を設けてください（山口県）」「労働者の労働環境の整備など労働安全衛生施策の推進も必要だと思う（香川県）」「介護報酬のアップとともに地域の介護力のアップのための施策の充実を要望する（全国計画）」「都道府県が立てた療養病床数の目標を上回った場合でも、都道府県が必要と判断した場合は特例が適用されない取扱とし、都道府県に対して何らかのペナルティーを科さないことを強く要望する（全国計画）」など、その提案内容は多岐にわたる。

傾向としては、ジェネリック医薬品の推進や重複受診の是正、レセプト点検の強化といったこれまでの医療費適正化政策の中で想定されている政策とそれ以外に分けられる。従来の適正化政策で取り上げられない政策としては、歯科検診や統合失調症などの予防対象を広げる政策、予防対策に必要な人材を確保する政策、労働環境の改善に関する政策、救急外来や夜間外来の活用などがある。また、平均在院日数に関する目標が達成されなかった場合に認められることになった、都道府県独自の診療報酬体系の設定については、廃止することを求める意見があつた。



(出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成)

図 19 具体的な政策提案

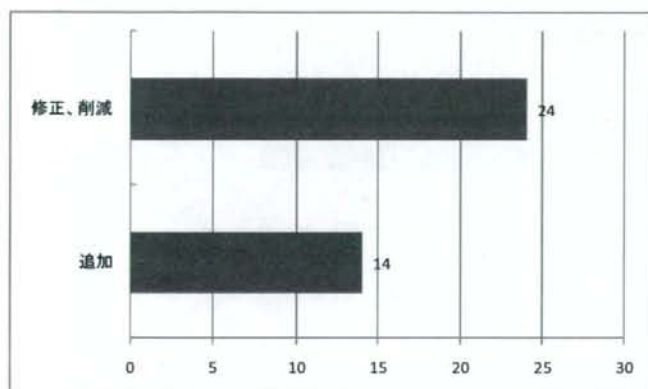
行政としては、はじめにこれらにあげられた様々な意見を、対応が困難である政策、伝えた方が不十分なことにより伝わっていない政策（他計画も含めてすでに実施する予定である政策）、今後参考にするべき政策に分類が必要である。その上で、国民に説明するべきところは伝え、今後の計画に参考になる意見については、誠実に対応する姿勢を見せることが必要である。

6.3.3 文言や表現に対する要望

適正化計画に書かれた文章の文言や表現に関する要望では、表現の修正や削減するものと、新たに説明を追加するべきとの意見があった。修正や削減を要望する意見には、「本件は「医療費適正化」に向けた基本理念ですから、下線部分は「適正化」という表現が正しく、「・・・向上する形で、医療費の適正化を目指す・・・」と修正すべき（北海道）」「（糖尿病や高血圧などの）当事者のみが悪いといっている様に受け取れることから表現に工夫が必要（北海道）」「目標を達成した場合の医療費」という表現は、成果主義の立場に立つと、計画の基本に係わる不自然があります。再考を求めます（埼玉県）」「他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応に助産師を含めるのはいかがなものか・・・県民に誤解を与えないものか？ 助産施設は別枠で掲載した方がいいのでは・・・？（沖縄県）」「最初の段落の後半を以下のとおり改めるべき。「(中略) 結果として将来的な医療費の伸びの適正化が図られること国民が必要とする医療の確保を目指すものである。」(全国計画)」「メタボリックシンドロームや「生活習慣病」の要因は「生活習慣」だけではない。(中略) 本人に対する「指導」だけでは解決しない(解決し得ない) 点も大きい。これらの理由を付記し、半強制的にならないよう留意することを明記すること(全国計画)」などがあった。これらの意見をまとめると、誤解を生むような表現を改めるべきとの指摘や、投稿者の考え方からみて適切な表現な表現に修正するべきとの意見になる。

追加を求める意見は、「保健所等の機能強化、そのための人材養成・確保など、道として取り組む

べき事項を具体的に明記すべき（北海道）」「医療の効率化」なる用語の定義を載せてください（埼玉県）」「憲法 25 条や公衆衛生の観点から、受診者からの費用徴収は慎重に検討するよう明記すること（全国計画）」「施策が国民の健康づくりに効果的でない」と評価された場合は、全国計画及び都道府県医療費適正化計画を、迅速かつ同時に見直す仕組みを取り入れることを明記すること（全国計画）」などがある。大別すると、用語の定義について追加して説明を要望する意見と、計画上で明記すべきことを具体的に要望する意見とに集約できる。



（出典：収集したパブリックコメントを基に著者作成）

図 20 文言や表現に対する要望

言葉の定義や表現上の問題については、行政も対応がしやすいと思われる。対応に困るコメントは、文言の修正や追加という形態をとった、実際上の政策案の提案や適正化政策に対する留保を要望する意見であろう。そういったコメント通りに計画を修正することは不可能であることが多いと思われるが、だからといってそれだけで却下するべきものではないと思われる。現実的にはかなり高度な要求であることを踏まえた上で、できればそのコメントの背景にある国民の要望を的確に把握することが求められている。

7 医療費適正化計画の課題と対策

本研究の目的は、国及び都道府県の医療費適正化計画とそれ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であった。そのために、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。都道府県によって適正化計画の内容やパブリックコメントの実施状況に差はあるが、ここでは共通してみえられた課題についてまとめる。本調査の分析から得られた課題は、大きく分けて、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つに分けられる。

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

今回の医療費適正化政策の柱は、メタボリックシンドロームの予防と療養病床の再編と在宅医療の推進などを中心とする医療提供体制の効率化である。これらの政策を推進する上で、二つ懸念材料が見つかった。

一つは、都道府県は医療費適正化計画の策定主体ではあるが、具体的な政策の実行主体ではないことである。メタボリックシンドロームの予防対策の中心政策である特定健診を行うのは、保険者である。また、介護療養病床の廃止に伴い、介護保険施設などに転換するのは病院であり、また在宅療養環境を整備するのは、診療所や在宅介護サービスの事業所である。つまり、都道府県は計画策定主体ではあるが、実行主体は別組織である点が重要なポイントである。もし、都道府県がこれらの実効主体と密接に連携をとる姿勢を見せなければ、笛吹けど踊らずで計画倒れになってしまう可能性が大きい。

もう一つは、医療費適正化政策を統括し、推進するための実行部隊が都道府県にないことである。もちろん、各都道府県には医療費適正化の担当者が存在するが、それらは数名であり、かつ他の仕事と兼務していることが多い。しかも、主な仕事は計画作成のみであり、政策を推進するための特別な権限や予算が与えられているわけではない。つまり、これだけの大きな計画にも関わらず、それを実行する専門的な部署が存在しないのである²⁴。

このような体制のまま時間が過ぎれば、都道府県や適正化担当者は、都道府県内の関係部署や保険者や医療機関から状況報告を受けるのみに終始し、政策目標達成のために能動的な行動をとることが難しくなる。いずれは、実行可能といわれるものしか計画として策定しないことになろう。どういった方法がベストかはわからないが、医療費適正化政策の実効性を高めるためには、一定の権限が与えられた専門的なチームが必要となるはずである。また、医療費適正化計画を、医療計画や介護保険事業支援計画、地域ケア整備構想のさらに上位の計画に位置付けることにより、実行性を担保する方法も検討するに値すると思われる。

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

各都道府県が適正化計画の中で示しているメタボリックシンドロームの該当者と予備軍を、性別・年齢層別に比較すると、都道府県間で地域差があることがわかる。厚生労働省も、医療費や医療提供体制に地域差や地域特性があることを認め、地域の実情に即した形で計画を立案するべく、都道府県単位で医療費適正化計画を作成することにしたはずである。それにも関わらず、全国一律的な目標設定を都道府県に課すのは矛盾しているのではないだろうか。都道府県の状況によって、その目標水準と内容は異なってしかるべきである。

例えば、ある都道府県では第1次予防に特化し、ある都道府県では第2次、第3次予防対策に力を入れてよい。また、医療へのアクセス改善を重視する目標をあってよいはずである。もちろん、現行制度においても、都道府県が国の方針に従わず目標設定することは不可能ではなく、また独自の目

²⁴ 都道府県からすれば、地域分権の名のもとに、責任だけが国から降ってきて、それに伴う必要な予算措置がないという反論があると思われる。実際、都道府県が真剣に医療費適正化計画の内容を実行とすれば、事業内容だけでなく、計画に携わる行政官や保健師などを拡充する必要があり、一定の予算措置が必要であることは容易に想像がつく。この点も、今後の課題になるだろう。

標設定を行うことも可能である。そういった点では、盲目的に国の方針に従っている都道府県にも責任があるが、ある程度都道府県が従う方針を作成する以上、国の責任も重大である。

都道府県が独自に政策目標を設定できるようにすれば、国全体としての目標が立てられないとの反論もあるだろうが、それは統一的な目標設定を一律に課すことへの正当性を担保しない。なぜなら、国としての総合的な目標を掲げつつも、都道府県間でその政策目標の水準や内容が異なるということはあるからである。そのためには、国と都道府県の間で、政策目標の水準と内容について協議する仕組みが必要であるが、現在のところそういった取り組みはなされていない。

国が一方的に都道府県に政策目標と内容押し付けるのでは、いくら地域重視の計画を立てるために都道府県単位で計画を立案することにしたと説明したところで、説得力に欠けるのではないだろうか。

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

国の全国医療費適正化計画における医療費分析部分は、2ページから7ページのわずか6ページにしか過ぎない。しかもその内容は、これまでの医療費の推移と、平均在院日数と都道府県医療費との関係、療養病床の入院患者の医療区分の状況、医療費全体に占める生活習慣病関連医療費の割合、メタボリックシンドロームの該当者と予備軍の状況を説明しただけのものである。都道府県の計画と比べても、おそらく最も医療費分析の部分が少ない。これでは国民に対しての説明がなされていないばかりか、都道府県からみても説明が不足していると思われる。

確かに医療提供体制の効率化と生活習慣病予防を中心とする医療費適正化政策の進め方に関しては、様々な異論や反論がある。厚生労働省が、それらすべての意見に十分に応えることは不可能であり、するべきでもないと思うが、大きな論点については厚生労働省としての見解を明確に説明し、政策に対する理解を求めることが最も大切であろう。単純に平均在院日数と医療費が相関しており、また生活習慣病の医療費割合が増加してきているという説明だけでは、なぜこれが必要な医療の確保につながるのか、必要な医療を確保する選択肢はないのか、地域で状況が異なるにも関わらず、適正化を一律に推進する必要があるのか、医療費を増加することはできないのか、といった一般の国民が抱く基本的かつ重要な疑問に答えられていない。

また、厚生労働省が指摘するように都道府県によっておかれている状況は異なり、解決すべき問題と対策は異なるであろう。しかし、だからといってそのことを指摘するだけでは、国としての役割を十分果たしていないと思われる。厚生労働省に求められていることは、都道府県間の違いを理解し、そのことを踏まえた形で、各都道府県の状況に応じた支援を行うことであろう。

医療費適正化の実行には、国民の理解と協力と都道府県が不可欠である。国の医療費適正化計画には、国民の疑問に答え、理解を促し、協力を仰ぐといった、国民を説得するという視点が抜けており、また都道府県に対しても、その状況を踏まえた上でどういった支援をしていくのかを説明する視点が不足している。これらの観点からの十分な説明や資料、分析がなされていないことが問題である。

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

都道府県レベルで状況が異なるように、同一都道府県内の市町村レベルでも状況は異なる。また、メタボリックシンドロームの予防を実施するにせよ、平均在院日数を短縮するにせよ、患者像を明らかにし、原因を突き止めなければ、有効な対策を立てられない。多くの都道府県で、都道府県内の地域差については分析がなされていなかった。対策に割り当てられる資源に限りがある以上、少しでも効果的に対策を実行するためには、地域差の状況を把握し、どの地域をより重点的に支援するべきかを検討することが重要であると思われる。

さらに、重点的に支援するべき地域だけでなく、重点的に支援するべき患者像とその問題点を明らかにすることが、政策の実効性を高めることになる。たとえば、メタボリックシンドロームの該当者や平均在院日数が把握できたとしても、それは状況把握にすぎない。どのような対策を講じるべきかは、メタボリックシンドロームの該当者が抱える問題を把握することによってはじめて明らかになる。もちろん、厳密な意味で、問題を把握するのは多大な労力と時間を必要とするが、問題把握上示唆を与えてくれる資料や調査結果は、健康増進計画や、医療計画に掲載されている可能性がある。健康増進計画には、地域住民の食生活や運動習慣などが調査されている。また、医療計画や地域ケア整備構想では、医療圏ごとの医療機関や病床数、あるいは入院患者の状況や退院・転院できない状況について分析がされている。これらの分析内容は、今後原因を突き止めるために必要な調査対象や地域について有用な手がかりを提供するはずである。すぐに新たな調査を実施することは難しくても、3年後の見直しや次期計画に向けて実施すべき調査や分析内容を明らかにしておくことが必要である。そういった意味で、もう一歩踏み込んだ形で地域差の現状と課題の分析が必要であるといえる。

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

都道府県が策定している医療費適正化計画は、「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つの観点で説明が不十分であると考えられる。

まず、医療費適正化計画の方針に対して反対意見を述べているパブリックコメントを分析すると、1) 医療費適正化は必要な医療の削減につながるから反対である、2) 無駄な公共事業を削減することなどにより、もっと医療費を増額するべきである、3) 都道府県間の地域間格差を拡大する可能性があるから反対する、の3つに集約、分類することができた。それらの意見に対する厚生労働省や都道府県の回答を要約すれば、「医療費適正化計画の目的は、医療費削減が目的ではなく、医療提供体制の効率化や生活習慣病予防などの推進により、必要な医療提供体制を整備しつつ、医療費の伸びを適切な範囲に止める」というものである。また、今後都道府県に対して独自に認められる診療報酬制度についても、「適切な医療を公平に提供することを念頭に、中医協の審議を経て実施するものであり、関係者の意見も踏まえて今後さらに検討する」という趣旨の回答をしている。このような説明の方向性や内容については、医療費適正化の観点からみて異論はない。

一方、反対意見の論理展開をやや大雑把に要約すれば、「医療費適正化を実施すると医療費削減が起こり、必要な医療が受けられなくなるので、無駄な事業を減らすなどして、医療に充てる財源を回すべきだ」となる。まず、基本的な医療政策の政策決定プロセスからして、医療費適正化政策のため