

宮城県医療費適正化計画
の実績に関する評価

平成26年2月
宮 城 県

目 次

第1章 宮城県医療費適正化計画の概要	1
第2章 実績評価の概要	3
第3章 目標の進捗状況及び分析	4
第1節 県民の健康の保持の推進	4
1 達成目標の進捗状況	4
(1) 特定健康診査実施率	4
(2) 特定保健指導実施率（終了者の割合）	7
(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況	9
2 主な取組状況	15
(1) 一次予防の推進	15
(2) 二次予防の推進	15
第2節 医療の効率的な提供の推進	17
1 達成目標の進捗状況	17
(1) 平均在院日数	17
2 主な取組状況	19
(1) 受診の適正化	19
(2) 平均在院日数の短縮	19
(3) 在宅療養の推進	19
(4) 後発医薬品の使用促進	19
(5) IT化の推進	20
第3節 医療費の将来見通し	21
1 平均在院日数の短縮による医療費適正化の効果	21
2 特定保健指導の実施に係る費用対効果	22
第4章 今後の推進方策	23
参考資料	26

第1章 宮城県医療費適正化計画の概要

1 計画の位置付け

- 宮城県医療費適正化計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく計画として平成20年4月に施行されました。
- 計画期間は平成20年度から平成24年度までの5年間としており、計画期間終了年度の翌年度に当該計画の進捗状況に関する評価（実績評価）を行うとともに、結果を公表することとしています。
- 本計画は、「みやぎの将来ビジョン」に掲げられた施策の一つである「安心できる地域医療の充実」を実現するため、関連計画との整合性を図り、県民生活の質の向上や良質な医療の提供を確保しながら医療費の伸びを適正にしていくため、目指すべき取組の方向性を明らかにしています。

2 計画の概要

- 本計画の基本理念、目指すべき取組及び達成目標については以下のとおりです。

基本理念

- 1 県民の生活や医療の質の維持と向上を図るものであること
- 2 超高齢社会の到来に対応するものであること

目指すべき取組

- 1 県民の健康の保持の推進
- 2 医療の効率的な提供の推進

達成目標

- 1 国の基本方針に基づく目標
 - (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
 - (4) 療養病床の病床数（回復期リハビリテーション病床である療養病床を除く）
 - (5) 平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）
- 2 本県独自の目標

【達成目標】

種 別	項 目	計画時直近値	目標値		
国の基本方針に基づく目標 (平成 24 年)	特定健康診査の実施率	—	70%		
	特定保健指導の実施率	—	45%		
	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)	—	10%削減		
	療養病床の病床数(回復期リハビリテーション 病棟である療養病床を除く)	3,333 床 (H18.10)	2,074 床		
	平均在院日数(介護療養病床を除く全病床)	29.0 日 (H18)	27.6 日		
本県独自の目標 (平成 24 年)	食塩摂取量の減少(成人)	11.2g(H18)	10g 未満		
	脂肪エネルギー比率の減少(20～40 代)	—	25%以下		
	運動の習慣化(運動習慣者の増加)	男性	30.2%(H18)	41%以上	
		女性	21.2%(H18)	49%以上	
	禁煙希望者への支援による 非喫煙率の増加	男性	50.0%(H18)	62%以上	
		女性	86.5%(H18)	92%以上	
	公共施設における分煙対策の促進	98.1%(H18)	100%		
	糖尿病有病者の推定数の減少率(40～70 歳)	—	10%		
	高血圧症有病者の推定数の減少率(40～70 歳)	—	10%		
	脂質異常症(高脂血症)有病者の推定数の減少率 (40～70 歳)	—	10%		
	年齢調整 死亡 率	がん(75 歳未満)	89.6 人(H18)	78.8 人	
		脳卒中	男性	70.7 人(H18)	63.6 人
			女性	42.5 人(H18)	38.3 人
虚血性心疾患		男性	38.6 人(H18)	34.7 人	
	女性	17.4 人(H18)	15.7 人		
救急搬送時間(病院収容所要時間)	34.7 分(H18)	全国平均と 同 水 準			

第2章 実績評価の概要

1 実績評価の目的

- 実績評価の目的は、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とともに、実績評価の結果について必要に応じ、平成25年4月に策定した「第2期宮城県医療費適正化計画」の計画見直しに活用するものです。

2 実績評価の方法及び内容

- 前記、「第2期宮城県医療費適正化計画」の策定に当たり、平成24年8月に学識経験者、医療機関、医療保険者等の関係団体、県民代表等16名からなる「第2期宮城県医療費適正化計画策定懇話会」を設置し、策定時における本計画の進捗状況の分析を行いました。
- 計画に定めた施策の取組状況については、計画に掲げる「目指すべき取組の方向性」に関連する事業の実施状況を取りまとめの上、検討しました。
- 目標値については、国における特定健康診査・特定保健指導の実績報告、病院報告等のデータを基に、計画策定時と現時点における直近値との比較を行いました。
- これらの検討結果を基に、今後の取組の方向性と対策を取りまとめました。

第3章 目標の進捗状況及び分析

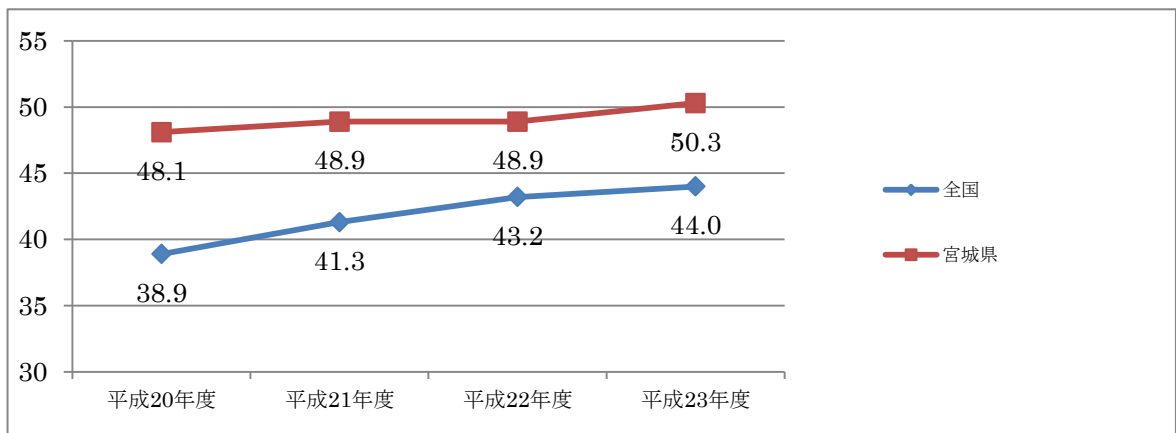
第1節 県民の健康の保持の推進

1 達成目標の進捗状況

(1) 特定健康診査実施率

- 計画では平成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を目標として定めています。
- 本県における平成23年度の特定健康診査の対象者(推計値)は936,055人、受診者は471,104人、実施率は50.3%となっています。
- 特定健康診査が開始された平成20年度以降、本県の実施率は増加傾向にあります。

◆ 特定健康診査実施率(%)

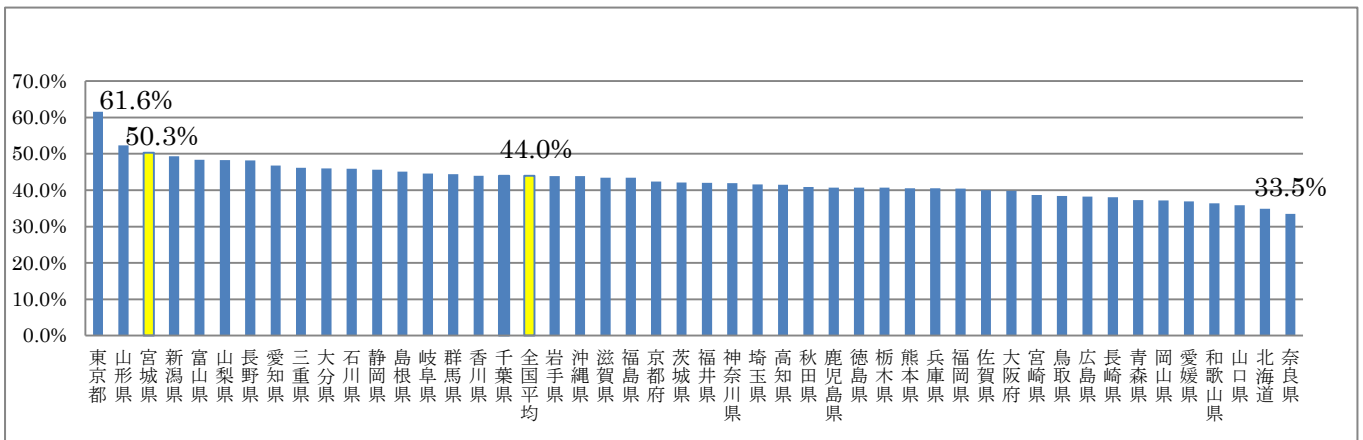


資料：平成20～23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

a 都道府県別実施率

- 都道府県別実施率では、本県は東京都・山形県に次いで全国第3位となっています。

◆ 都道府県別特定健康診査実施率



資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

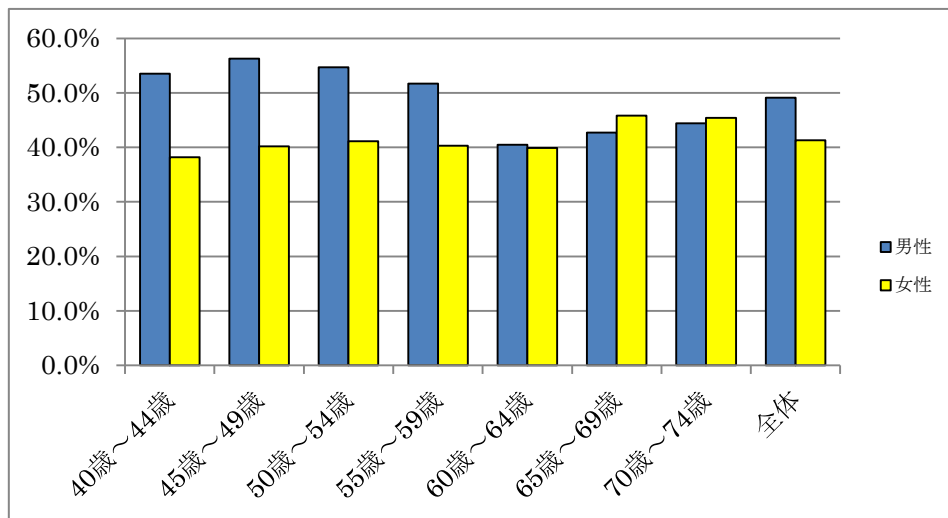
b 性別・年齢階級別実施率

- 男性は60歳を超えると受診者の割合が減少するのに対し、女性は65歳を超えると受診者の割合が高くなる傾向にあります。

◆ 性別・年齢階級別特定健康診査実施率（％）

性別	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	全体
男性	53.5	56.3	54.7	51.7	40.5	42.7	44.4	49.1
女性	38.2	40.2	41.1	40.3	39.9	45.8	45.4	41.3
総数	46.0	48.2	47.9	46.0	40.2	44.3	45.0	45.2

(注) 40～74歳人口は、平成24年3月末住民基本台帳年報による。

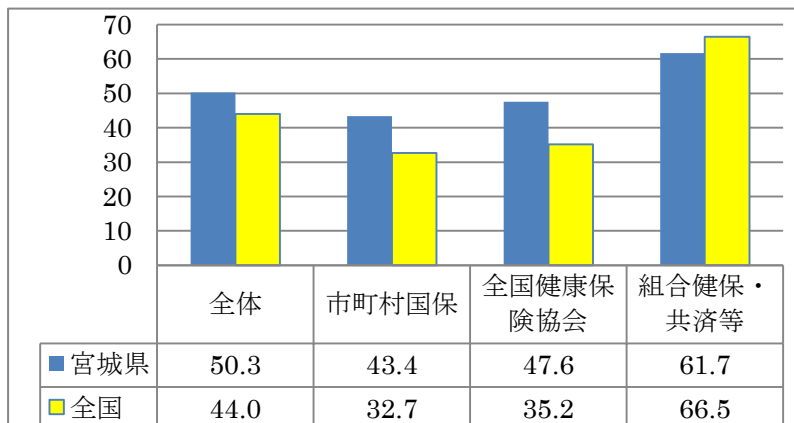


資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

c 保険者種類別実施率

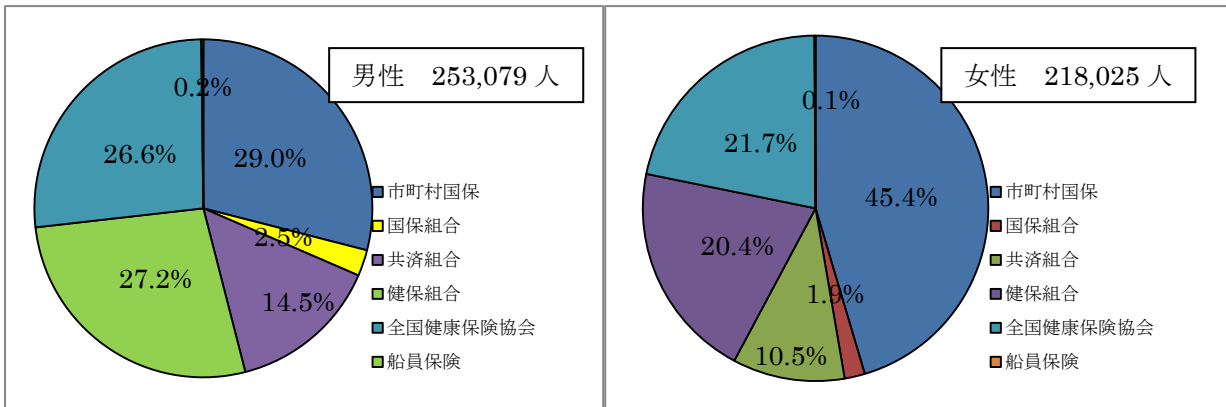
- 保険者種類別の実施率は、組合健保・共済等の実施率が高くなっています。全国の実施率との比較では、本県は市町村国保・全国健康保険協会が大きく上回っています。

◆ 保険者種類別特定健康診査実施率（％）



資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

◆ 特定健康診査受診者に占める保険者種類別割合



資料：平成 23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

○ 保険者種類別毎の受診者の年齢割合をみると、市町村国保では、他の保険者とは違い、男女とも 60 歳以上の占める割合が高くなっています。

◆ 保険者種類別・性別・年齢階級別特定健康診査実施率（%）

【男性】

保険者種類	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
国保組合	14.5	12.4	14.8	21.9	22.2	8.9	5.3
市町村国保	3.9	4.1	5.3	8.5	20.1	27.5	30.6
共済組合	21.4	23.4	23.9	22.6	7.3	0.9	0.5
組合健保	25.6	22.5	20.2	17.9	10.6	2.3	0.9
全国健康保険協会	20.2	16.8	18.4	19.7	17.7	5.4	1.8
船員保険	11.0	12.9	19.7	34.4	16.8	4.6	0.6
県総数	17.0	15.5	15.8	16.4	15.1	10.4	9.8

資料：平成 23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

【女性】

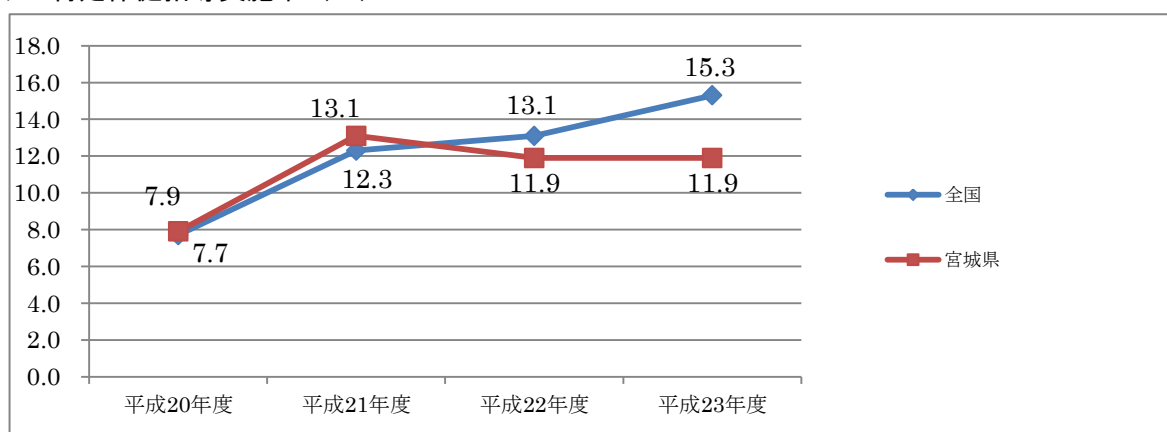
保険者種類	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
国保組合	16.0	14.2	17.1	20.6	19.5	8.5	4.1
市町村国保	3.4	3.5	5.0	9.9	24.6	26.0	27.6
共済組合	22.7	22.1	24.1	20.8	6.7	1.7	1.9
組合健保	26.2	23.0	20.9	16.6	9.2	2.7	1.4
全国健康保険協会	18.5	18.0	20.2	20.6	15.7	4.6	2.4
船員保険	6.0	11.5	28.3	33.7	15.7	1.8	3.0
県総数	13.6	12.8	13.8	15.0	17.5	13.7	13.6

資料：平成 23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

(2) 特定保健指導実施率（終了者の割合）

- 計画では平成 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を目標として定めています。
- 本県における平成 23 年度の特定保健指導の対象者は 90,732 人（受診者の 19.3%）、実施者は 10,800 人であり、実施率は 11.9%となっています。
- 特定保健指導が開始された平成 20 年度以降、全国では実施率が増加傾向にありますが、本県では横ばいになっています。

◆ 特定保健指導実施率（%）

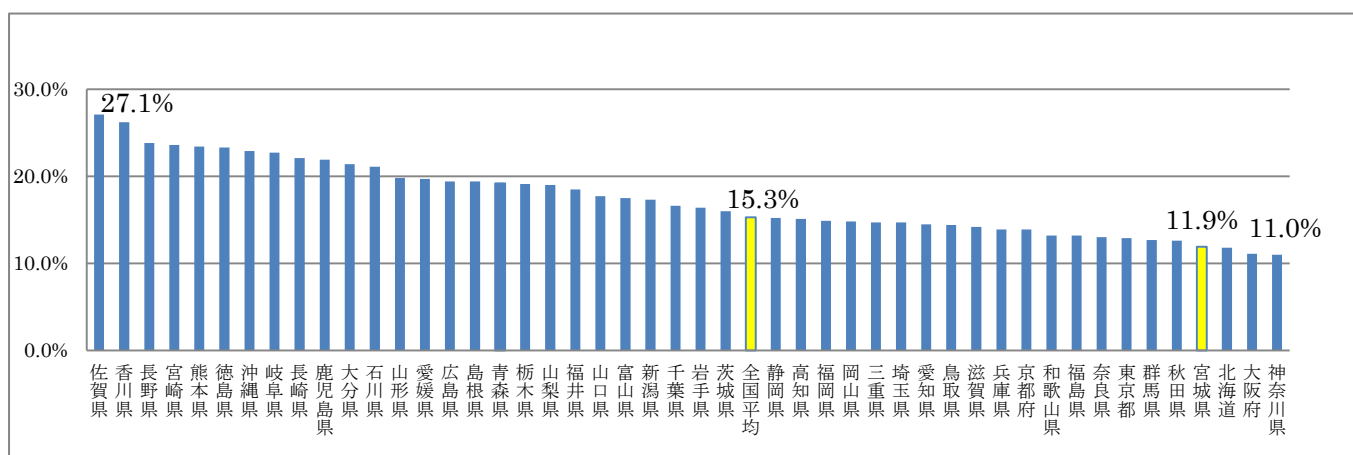


資料：平成 20～23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

a 都道府県別実施率

- 都道府県別実施率では、本県は全国平均（15.3%）を大きく下回っており、全国ワースト 4 位となっています。

◆ 都道府県別特定保健指導率



資料：平成 23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

b 性別・年齢階級別実施率

- 男女ともに、年齢が高くなるにつれて実施率が高くなる傾向が見られます。特に、女性では65歳以上の実施率の増加が顕著となっています。

◆ 性別・年齢階級別特定保健指導実施率（％）

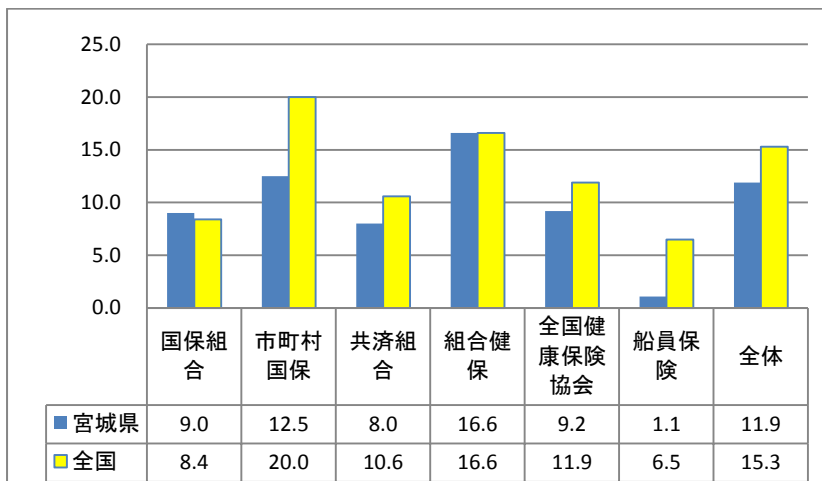
性別	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	全体
男性	10.8	12.2	12.4	12.0	10.1	13.1	14.8	12.0
女性	8.4	9.4	10.2	9.4	12.0	16.3	16.1	11.7
総数	10.4	11.7	11.9	11.4	10.7	14.3	15.3	11.9

資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

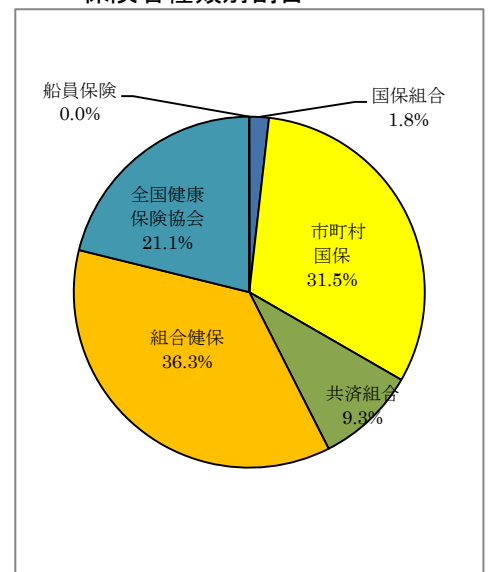
c 保険者種類別実施率

- 保険者種類別では、本県は特に市町村国保の実施率が低くなっています。また、実施者の割合では、組合健保と市町村国保で全体の約7割近くを占めています。

◆ 保険者種類別特定保健指導実施率（％）



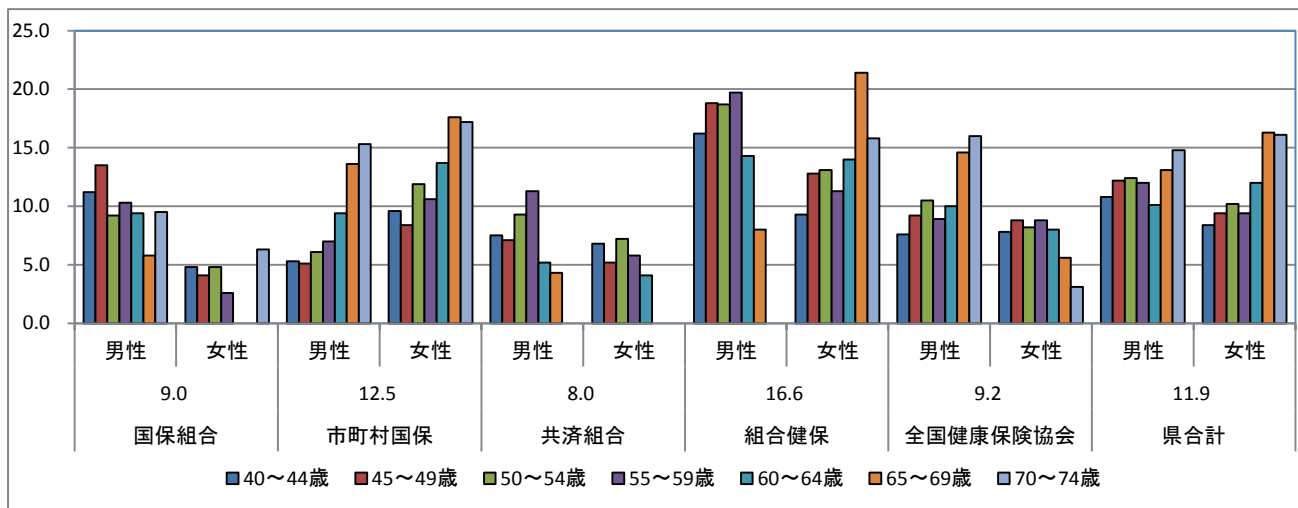
◆ 特定保健指導実施者に占める保険者種類別割合



資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

○ 一方、保険者種類別では以下のとおりであり、保険者種類別によって実施率が異なります。

◆ 保険者種類別・性別特定保健指導実施率（％）

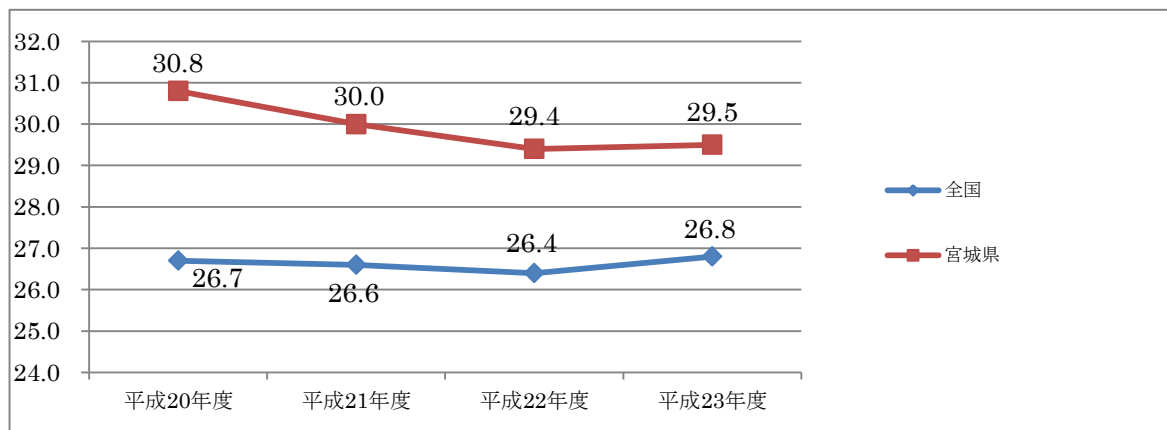


注) 船員保険については、年齢毎の対象者数・終了者数いずれも少ないため、表からは割愛しました。
資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

○ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及び予備群者の割合は、平成20年度以降、本県では減少傾向にあります。

◆ メタボリックシンドローム該当者・予備群者割合（％）

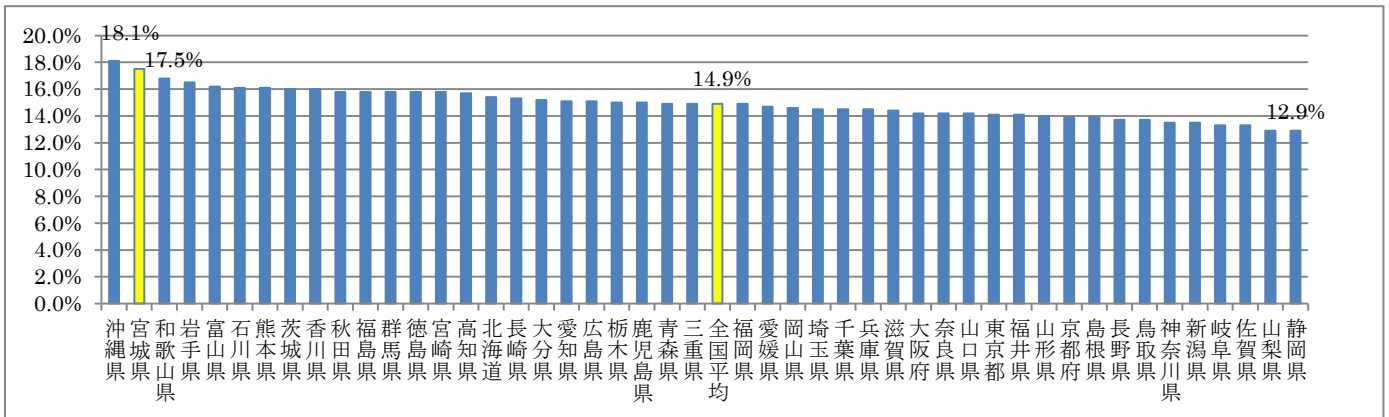


資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

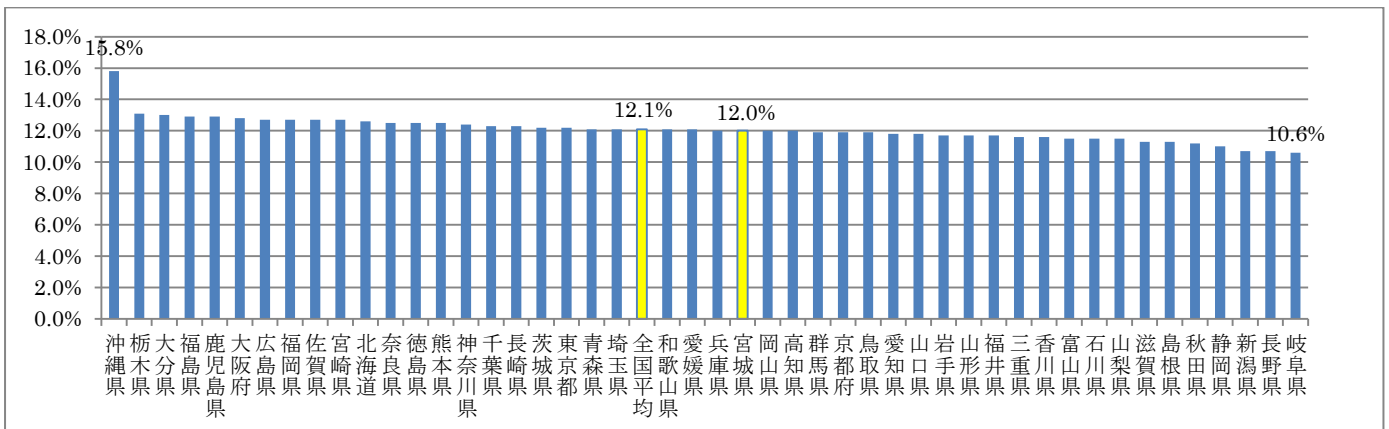
a 都道府県別割合

- 本県における平成23年度のメタボリックシンドローム該当者は82,244人、割合は17.5%で全国ワースト2位、予備群者は56,709人、割合は12.0%で全国平均を下回っているものの、両者を合わせた割合は29.5%で、沖縄県の33.9%に次いで全国ワースト2位となっています。

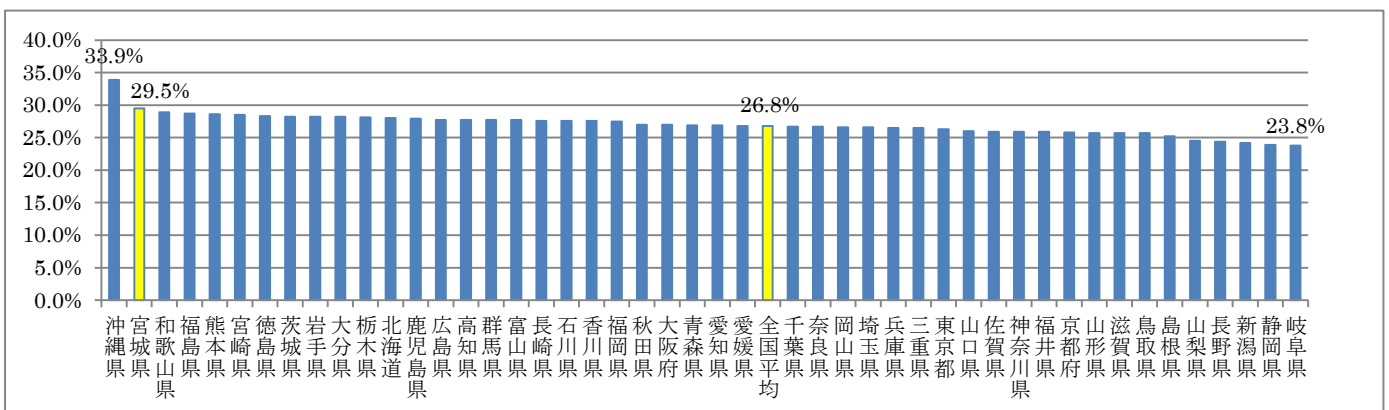
◆ 都道府県別メタボリックシンドローム該当者割合



◆ 都道府県別メタボリックシンドローム予備群者割合



◆ 都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群者割合



資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

- 計画では平成24年度において、当該年度にメタボリックシンドロームの該当者及び予備群者が、平成20年度と比較して10%以上減少することを目標として定めています。
- 平成23年度における本県の減少率は11.9%であり、目標を達成しました。

※ 減少率の算定方法

$$= (\text{平成20年度の推定数} - \text{評価年度の推定数}) \div \text{平成20年度の推定数}$$

- ・ 平成20年度の推定数

$$= \text{平成20年度の性別} \cdot \text{年齢階級別の特定保健指導の対象者割合} \\ \times \text{評価年度の性別} \cdot \text{年齢階級別の住民基本台帳人口}$$

- ・ 評価年度の推定数

$$= \text{評価年度の性別} \cdot \text{年齢階級別の特定保健指導の対象者割合} \\ \times \text{評価年度の性別} \cdot \text{年齢階級別の住民基本台帳人口}$$

(注) 性別・年齢階級別に算出し、これらを合計することにより推定数を算出。

※平成20年度推定数(215,948人)

男 性	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	
特定健康診査受診者数(人)…A	36,106	37,082	38,461	42,319	30,015	28,660	25,534	
特定保健指導対象者数(人)…B	12,311	12,786	12,506	12,523	7,934	6,753	5,251	
特定保健指導対象者割合(%)…B/A=C	34.1	34.5	32.5	29.6	26.4	23.6	20.6	
平成23年4月1日 宮城県住民基本台帳人口(人)…D	76,344	71,305	74,124	83,132	91,660	62,006	55,085	合 計
年齢階級別・性別 推定数(人)…C×D=E	26,033	24,600	24,090	24,607	24,198	14,633	11,348	149,509
女 性	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	
特定健康診査受診者数(人)…A	25,073	26,191	29,428	34,923	32,223	34,599	31,159	
特定保健指導対象者数(人)…B	2,344	2,940	3,904	4,844	4,462	4,764	3,813	
特定保健指導対象者割合(%)…B/A=C	9.3	11.2	13.3	13.9	13.8	13.8	12.2	
平成23年4月1日 宮城県住民基本台帳人口(人)…D	74,609	71,245	74,540	84,064	92,576	66,507	65,318	合 計
年齢階級別・性別 推定数(人)…C×D=E	6,939	7,979	9,914	11,685	12,775	9,178	7,969	66,439

※平成23年度推定数(190,315人)

男 性	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	
特定健康診査受診者数(人)…A	42,905	39,233	39,994	41,617	38,217	26,318	24,795	
特定保健指導対象者数(人)…B	14,078	12,687	11,996	11,087	9,155	5,284	4,195	
特定保健指導対象者割合(%)…B/A=C	32.8	32.3	30.0	26.6	24.0	20.1	16.9	
平成23年4月1日 宮城県住民基本台帳人口(人)…D	76,344	71,305	74,124	83,132	91,660	62,006	55,085	合 計
年齢階級別・性別 推定数(人)…C×D=E	25,041	23,032	22,237	22,113	21,998	12,463	9,309	136,193
女 性	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	
特定健康診査受診者数(人)…A	29,595	27,888	30,134	32,644	38,181	29,855	29,727	
特定保健指導対象者数(人)…B	2,618	2,909	3,362	3,649	4,217	2,942	2,553	
特定保健指導対象者割合(%)…B/A=C	8.8	10.4	11.2	11.2	11.0	9.9	8.6	
平成23年4月1日 宮城県住民基本台帳人口(人)…D	74,609	71,245	74,540	84,064	92,576	66,507	65,318	合 計
年齢階級別・性別 推定数(人)…C×D=E	6,566	7,409	8,348	9,415	10,183	6,584	5,617	54,122

※ 減少率

$$(215,948 \text{ 人} - 190,315 \text{ 人}) \div 215,948 \text{ 人} = 11.9\% \text{ (目標達成)}$$

d 性別・年齢階級別割合

- 性別・年齢階級別にみると、該当者の場合では男女とも年齢とともに割合が高くなっています。特に男性では、45歳から20%を超えています。

◆ メタボリックシンドローム該当者割合（%）

区分	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	全体
男性	16.1	20.6	24.6	27.4	29.8	30.9	32.5	25.2
女性	2.2	3.2	5.3	7.4	10.3	13.5	16.5	8.5
総数	10.4	13.3	16.3	18.6	20.1	21.6	23.8	17.5

資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

- 予備群者の場合、男性は女性よりも割合が高いものの、年齢による大きな変化は見られません。

◆ メタボリックシンドローム予備群者割合（%）

区分	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	全体
男性	18.0	18.7	18.2	17.8	17.8	16.3	15.8	17.7
女性	3.9	4.7	5.2	6.0	6.0	5.8	6.5	5.5
総数	12.2	12.9	12.6	12.6	11.9	10.7	10.8	12.0

資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

- 該当者及び予備群者の両者を合わせた場合では、男女とも年齢とともに割合が高くなっています。特に男性では、50歳から40%を超えています。

◆ メタボリックシンドローム該当者・予備群者割合（%）

区分	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	全体
男性	34.1	39.3	42.8	45.2	47.6	47.3	48.3	42.9
女性	6.1	7.9	10.5	13.4	16.4	19.3	23.1	14.0
総数	22.6	26.3	28.9	31.2	32.0	32.4	34.5	29.5

資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

b 保険者種類別割合

- 保険者種類別で見ると、以下の状況が伺えます。
- 該当者割合では、本県は全保険者で全国値を上回っています。
- 予備群者割合では、本県は市町村国保の割合が唯一、全国値よりも低くなっています。

◆ 保険者種類別メタボリックシンドローム該当者・予備群者割合（％）

保険者種別	メタボリックシンドローム 該当者割合		メタボリックシンドローム 予備群者割合		メタボリックシンドローム 該当者・予備群者割合	
	宮城県	全国	宮城県	全国	宮城県	全国
国保組合	17.2	15.9	14.5	13.1	31.8	29.0
市町村国保	20.3	16.2	10.2	11.0	30.5	27.2
共済組合	16.0	13.9	12.9	12.7	28.9	26.6
組合健保	14.6	13.3	13.1	12.7	27.7	26.0
全国健康保険協会	16.7	14.6	13.0	12.5	29.7	27.1
船員保険	26.3	25.8	21.6	19.9	48.0	45.7
総数	17.5	14.6	12.0	12.1	29.5	26.8

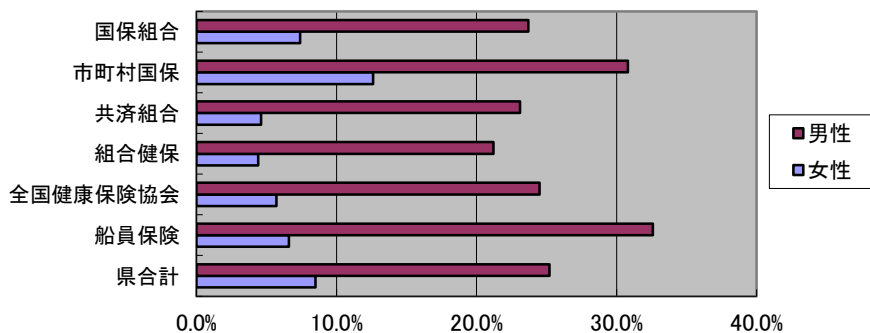
資料：平成23年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

d 保険者種類別・性別割合

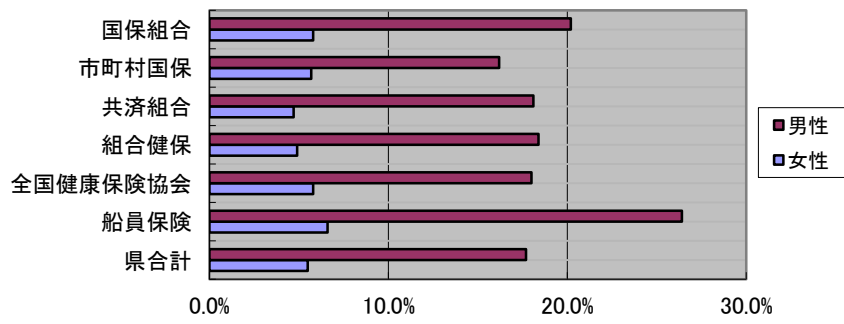
- 次に、保険者種類別割合を男女別で見ると、全体的に男性の割合が高くなっています。
- 該当者については、男性の場合では船員保険が、女性の場合では市町村国保の割合が高くなっています。
- 予備群者については、男女とも船員保険の割合が高くなっています。
- 該当者及び予備群者の両者を合わせた場合では、男性では船員保険が、女性の場合では市町村国保の割合が高くなっています。特に男性については、組合健保を除いた各保険者種類別において4割を超えています。

◆ 保険者種類別・性別メタボリックシンドローム該当者・予備群者割合

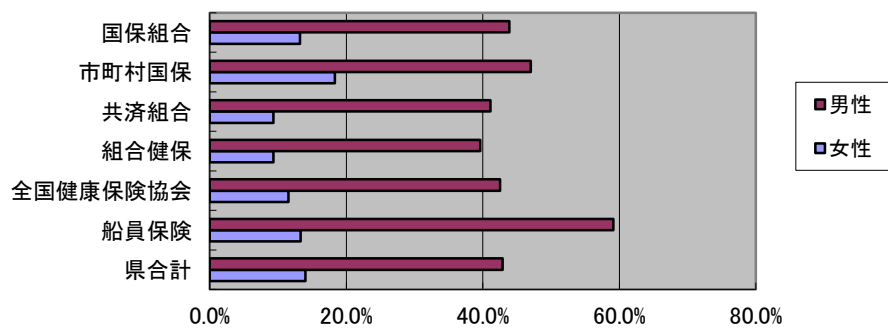
【該当者割合】



【予備群者割合】



【該当者及び予備群者割合】



資料：平成 23 年度特定健康診査等実施状況（厚生労働省）

2 主な取組状況

(1) 一次予防の推進

- ① 適正体重の維持とバランスの取れた食生活・食習慣の実現
 - 「宮城県食育推進プラン」に基づき、みやぎ食育フォーラムや食育コーディネーター養成講座の開催などを通じて、県民一人ひとりが心身ともに健康な生活を送るため、主体的な行動を促すための取組を実施しました。
 - 食生活改善・健康づくりを目的とした、食生活改善推進員に対する育成支援を行いました。
 - 知事・県内各市町村長、関係者における健康づくりの秘訣を紹介する「教えて！みんなの朝ごはん」を県ホームページで公開しました。
- ② 生活での身体活動・運動量の増加
 - 生活習慣病の予防のため、事業所向けの出前講座の実施など、正しい知識の普及啓発に努めました。
 - 健康運動指導者等に対する運動技術研修会を実施しました。
- ③ 高齢者の生きがいがづくりと社会参加
 - 平成24年10月13日（土）から16日（火）までの4日間、「第25回全国健康福祉祭 宮城・仙台大会」（ねんりんピック宮城・仙台2012）が県内13市町を会場に開催され、スポーツや文化の各交流大会を通じて、交流を深めることができました。
 - 広く県民にスポーツを実践・体験する場を提供するため、「宮城ヘルシーふるさとスポーツ祭」を各圏域において開催しました。
 - 高齢者の活動促進事業を集約・メニュー化した「元気シニアのいきいき生活応援メニュー」として、県ホームページで公表しました。
- ④ たばこ及びアルコール対策
 - 働き盛り世代や学校の児童生徒に対して、たばこ及び多量飲酒による健康影響等、講習会や研修会の実施、禁煙支援、たばこの美容への影響のパンフレットを配布して、正しい知識の普及啓発を行いました。
 - 公共施設における受動喫煙対策状況を調査し、県ホームページで公表しました。
- ⑤ 歯と口腔の健康づくり
 - 「宮城県歯と口腔の健康づくり基本計画」の目標達成に向け、各ライフステージにおける歯科保健の取組について、以下のとおり実施しました。
 - ・ 市町村が実行可能なフッ化物を利用した幼児歯科保健対策として、技術的支援や助言指導を行いました。
 - ・ むし歯予防総合教室、小・中学生体験歯みがき教室の実施など、乳幼児及び学齢期児童に対するむし歯予防の各種事業を実施しました。
 - ・ 要介護者及び障がい児（者）の口腔ケア支援者研修事業の実施など、高齢期や障がい児（者）に対する歯科保健事業を実施しました。

(2) 二次予防の推進

- 特定健康診査・特定保健指導について、市町村国保など各保険者においては、対象者への受

診券の送付、保健指導員や食生活改善推進員による受診の呼びかけ、未受診者に対する受診勧奨などの取組を実施していますが、県においても以下の取組を実施しました。

- ・ 生活習慣病やメタボリックシンドローム予防のための栄養・食生活に関する正しい知識の普及啓発を図るため、「メタボリックシンドローム予防ナビ」を県ホームページに掲載したほか、県政だよりにおける広報など、広く周知を図りました。
- ・ 標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、生活習慣病予防を効果的に推進できる人材を育成するため、県国保連と連携し、実践者育成研修会を実施しました。
- ・ 市町村国保の特定健診等実施率に応じた県調整交付金による支援を実施しました。

【達成目標の現況】

種別	項目	計画時直近値	目標値	現況値	
国の基本方針に基づく目標	特定健康診査の実施率	—	70%	50.3%(H23)	
	特定保健指導の実施率	—	45%	11.9%(H23)	
	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）	—	10%削減	1.3%減(※)	
本県独自の目標	成人の食塩摂取量	11.2g(H18)	10g 未満	11.1g(H22)	
	脂肪エネルギー比率（20～40代）	—	25%以下	25.6%(H22)	
	運動の習慣化 （運動習慣者の増加）	男性	30.2%(H18)	41%以上	36.2%(H22)
		女性	21.2%(H18)	49%以上	26.6%(H22)
	禁煙希望者への 支援による非喫煙率	男性	50.0%(H18)	62%以上	59.2%(H22)
		女性	86.5%(H18)	92%以上	87.9%(H22)
	公共施設における分煙対策の促進	98.1%(H18)	100%	100%(H23)	
	糖尿病有病者の推定数の減少率（40～74歳）	—	10%	0.3%増(※)	
高血圧症有病者の推定数の減少率（40～74歳）	—	10%	0.8%増(※)		
脂質異常症（高脂血症）有病者の推定数の減少率（40～74歳）	—	10%	2.4%増(※)		

(※) 平成20年度と平成23年度の特定健康診査等実施状況（厚生労働省）による比較。

第2節 医療の効率的な提供の推進

1 達成目標の進捗状況

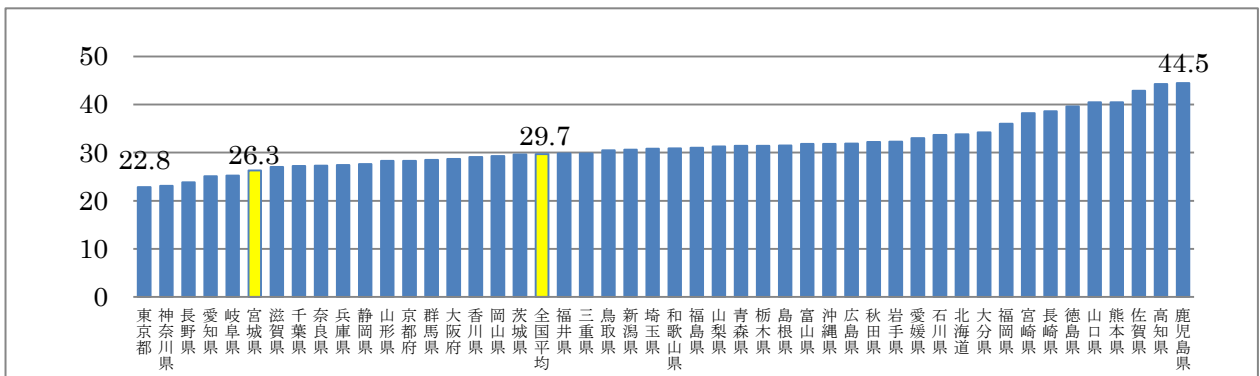
(1) 平均在院日数

- 計画では平成24年度において、平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）を27.6日まで短縮することを目標として定めています。
- 平成24年における本県の平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）は26.3日となり、目標を達成しました。

a 都道府県別平均在院日数

- 都道府県別の平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）では、全国平均は29.7日であり、本県は全国平均より3.4日短く、全国第6位となっています。

◆ 都道府県別平均在院日数（日）

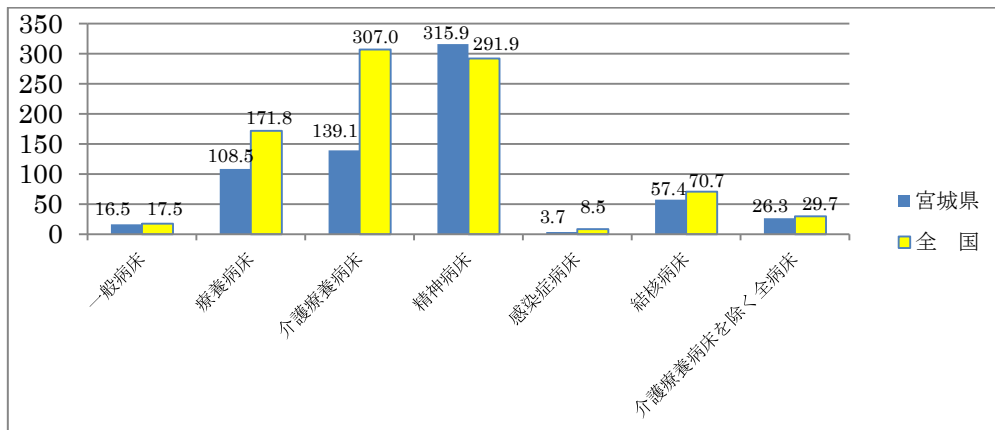


資料：平成24年病院報告（厚生労働省）

b 病床種類別平均在院日数

- 病床種類別では、本県は特に療養病床や介護療養病床の平均在院日数が全国平均よりも短くなっています。

◆ 病床種類別平均在院日数（日）

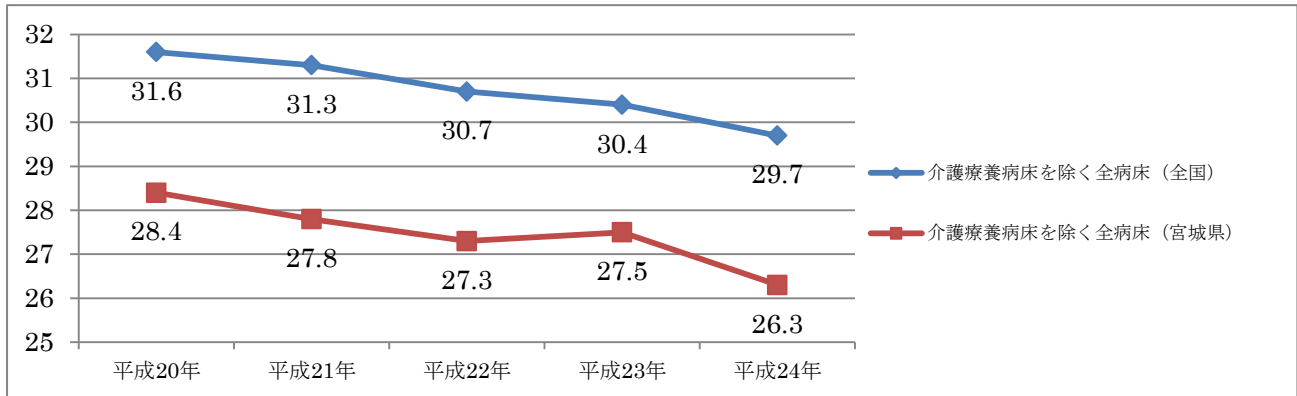


資料：平成24年病院報告（厚生労働省）

c 平均在院日数の推移

○ 過去5年間の推移をみると、いずれも全国平均より3日程度短くなっています。

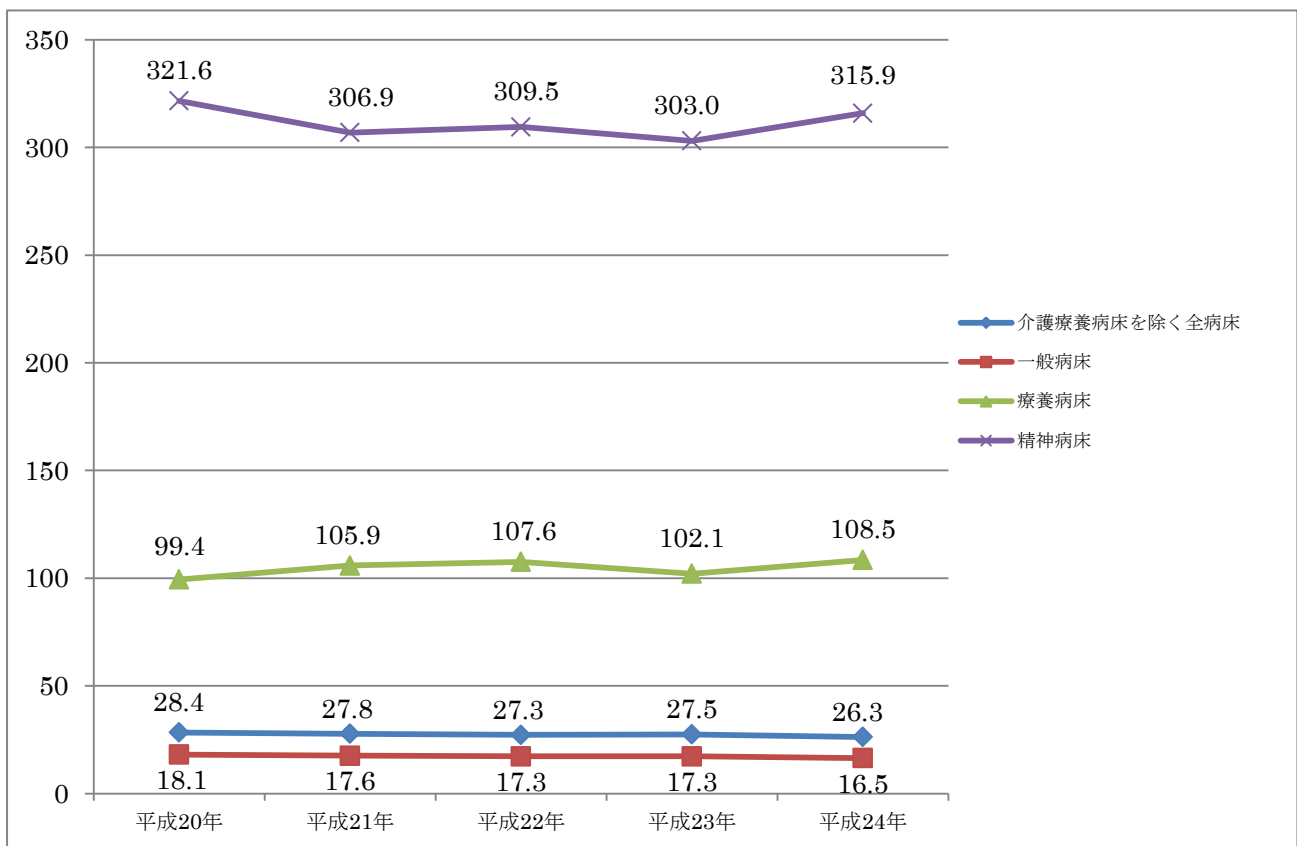
◆ 平均在院日数（全国・宮城県）の年次推移（日）



資料：平成20～24年病院報告（厚生労働省）

○ 本県の過去5年間の病床種類別での推移をみると、一般病床では概ね緩やかに短くなっています。

◆ 本県における病床種類別平均在院日数の年次推移（日）



資料：平成20～24年病院報告（厚生労働省）

2 主な取組状況

(1) 受診の適正化

- 各市町村等のレセプト点検員に対して、実地等にて点検業務の助言を行いました。
- 市町村が取り組む医療費適正化対策のうち、レセプト点検と連動した重複頻回受診者の把握や保健指導の充実などについて、助言を行いました。
- 医療機関への適正受診等、市町村国保が実施する広報に係る経費について、県調整交付金による支援を実施しました。
- 受診に際して適切な選択ができるよう医療機関を検索できる「医療機能情報検索システム」(みやぎのお医者さんガイド)を運用し、必要な情報提供を行いました。

(2) 平均在院日数の短縮

① 医療連携体制の構築とクリティカルパスの活用

- 平成 25 年 4 月に公示した「第 6 次宮城県地域医療計画」において、二次医療圏がこれまでの 7 医療圏から 4 医療圏に再編されたことに伴い、医療圏別の機能分担及び連携強化のあり方を同計画に記載の上、これに基づき、圏域の病院長等会議を開催し、今後の医療連携体制について協議を行いました。
- 疾病毎の地域連携クリティカルパスについて、それぞれの諸会議に参加し、連携・普及を支援しました。

② 施設や居住系サービスの充実

- 県内の通所介護事業所における短期的雇用・就業機会を創出するとともに、介護資格の取得促進、有資格者で福祉・介護分野の未就業者に対する研修の実施など、介護人材の確保・育成の取組を行いました。
- 介護需要の増大に対応し、介護福祉士等を継続的に養成、確保するため、介護福祉士を希望する学生に対する修学資金の貸付を実施しました。

(3) 在宅療養の推進

- 介護と連携した在宅医療体制を整備するため、多職種連携推進のためのシステム構築、在宅緩和ケア推進のためのネットワーク形成等の体制整備を図るほか、在宅医療の普及啓発、在宅医療を推進していくための研修会を実施しました。
- 平成 27 年度からの「第 6 期みやぎ高齢者元気プラン」の中心的課題となる地域包括ケア体制について、策定に向けた準備として庁内に「地域包括ケア推進庁内連絡会議」及び「同ワーキンググループ」を設置し、今後の地域包括ケアの推進を図るための協議を行いました。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、拠点病院の機能充実も含め、在宅医療・介護サービス提供の構築について取組を行いました。

(4) 後発医薬品の使用促進

- 厚生労働省、日本ジェネリック医薬品学会、県が主催する「ジェネリック医薬品セミナー」を開催し、後発医薬品に関する啓発を行いました。

- 医師会，薬剤師会，医薬品卸組合，保険者，消費者団体からの委員により構成する「宮城県医薬品安心使用連絡会議」を設置し，後発医薬品の使用促進に向けた具体的な取組を協議しました。

(5) IT化の推進

- 病院，診療所，薬局，介護施設等が保有する医療・健康情報を，安全かつ円滑に記録・蓄積・閲覧するための「医療福祉情報ネットワーク」を構築し，医療従事者等が必要な情報を共有できる仕組みを整備し，運用を開始しました。

【達成目標の現況】

種 別	項 目		計画時直近値	目 標 値	現 況 値	
国の基本方針に基づく目標	平均在院日数 (介護療養病床を除く全病床)		29.0 日(H18)	27.6 日	26.3 日(H24)	
本県独自の目標	年 齢 調 整	がん (75 歳未満)	89.6 人(H18)	78.8 人	80.7 人(H24)	
		脳 卒 中	男性	70.7 人(H18)	63.6 人	61.8 人(H22)
	女性		42.5 人(H18)	38.3 人	33.9 人(H22)	
	死 亡 率	虚血性心疾患	男性	38.6 人(H18)	34.7 人	16.9 人(H22)
			女性	17.4 人(H18)	15.7 人	7.9 人(H22)
救急搬送時間 (病院収容所要時間)			34.7 分(H18)	全国平均と 同 水 準	40.1 分(H23) (※)	

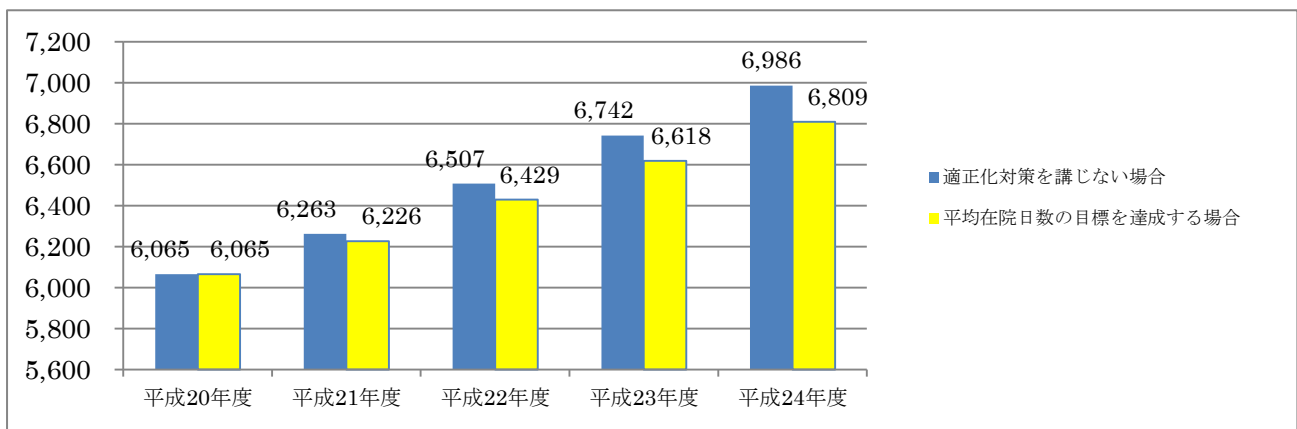
(※) 全国平均 38.1 分(H23)

第3節 医療費の将来見通し

1 医療費適正化の効果

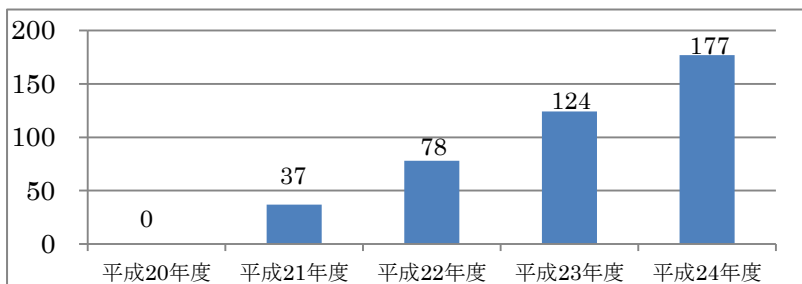
- 計画においては、平成24年度の本県の医療費について、医療費適正化対策を講じない場合には6,986億円、医療費適正化対策を講じた場合には6,809億円と推計しており、差し引き91億円の効果を見込んでいました。
- 平成24年における平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）が26.3日と、計画時における目標値（27.6日）を1.3日短縮したことにより、以下のとおり、厚生労働省が作成した都道府県別の医療費の将来推計の計算ツールにより推計した医療費6,809億円とを比較し、177億円の効果が見込まれることとなりました。

◆ 本県における総医療費の将来推計（億円）



データ：都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール（厚生労働省提供）

◆ 平均在院日数の目標達成による効果（億円）



データ：都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール（厚生労働省提供）

◆ 推計方法

① 適正化対策前

→ 平成18年度の医療費（推計値）に、過去の医療費の伸び率や人口推計等から設定した医療費の伸び率を乗じることにより推計。

② 適正化対策後

→ ①で推計した医療費から、平均在院日数の短縮の効果による医療費の削減額を減じることにより推計。

2 特定保健指導の実施に係る費用対効果

- 平成 20 年度から平成 23 年度までの特定保健指導の実施に係る費用は 7.3 億円，特定保健指導の実施による平成 21 年度から平成 24 年度までの医療費削減効果は 12.4 億円と推計され，特定保健指導の実施に係る費用対効果は 5.1 億円と見込まれます。

◆ 特定保健指導の実施に係る費用対効果（人，億円）

区 分		H20	H21	H22	H23
費用	動機付け支援を利用した者の数	5,319	8,079	7,417	6,594
	積極的支援を利用した者の数	4,527	5,576	5,438	5,628
	費用（A）	7.3			
効果	特定保健指導終了者数	7,634	12,267	10,784	10,800
	医療費削減効果（B）	12.4			

平成 24 年度までの費用対効果 （B－A）	5.1 億円
---------------------------	--------

データ：特定保健指導の実施に係る費用対効果の推計ツール（厚生労働省提供）

◆ 推計方法

① 特定保健指導の実施に係る費用

- （動機付け支援利用者数×動機付け支援に係る集合契約の平均単価）
 + （積極的支援利用者数×積極的支援に係る集合契約の平均単価）

② 医療費削減効果

- （平成 20 年度から平成 23 年度までの特定保健指導終了者数の合計）×1/3×9 万円

※ 平成 23 年度に実施した特定健診・保健指導の効果の検証結果を踏まえ，「特定保健指導を終了した者のうち，およそ 3 分の 1 の者がメタボリックシンドローム該当者及び予備群から脱却し，少なくとも特定保健指導終了の翌年度の年間医療費については，前年度と比較して約 9 万円減少する」と推計。

1 基本的考え方

- 目標として設定している「特定健康診査実施率」（全国第3位）、「平均在院日数」（全国第6位）は全国平均を上回っており、「平均在院日数」及び「メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率」は目標を達成していることから、一定の取組の成果を得ているものと考えます。
- しかしながら、「特定保健指導実施率」は全国平均を大きく下回っていること、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合」は全国ワースト2位となっていること、また、医療の高度化や高齢化の進行により医療費が増加傾向にある中、医療費適正化に向け、より一層の取組を推進していく必要があります。
- このため、これまでの取組を継続・充実していくとともに、平成25年4月に策定した「第2期宮城県医療費適正化計画」における各種施策の着実な実行を進めていきます。

2 今後の推進方策

(1) 県民の健康の保持の推進

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上に向け、以下の取組を実施していきます。
 - ◆ 意識向上のための広報を継続するとともに、医療機関や事業主等に対しても啓発や周知への協力を求めています。
 - ◆ 未受診者への受診勧奨、特に市町村国保の40～50歳代や被用者保険の被扶養者など、未受診者の割合が高いところを中心に、保険者に対して働きかけていくなどの取組を進めていきます。
 - ◆ がん検診との同時実施や休日健診の実施等、受診者の利便性向上に向けた取組を促進していきます。
 - ◆ 特に受診率の低さが課題となっている被扶養者の受診率向上に向け、被扶養者に対する確実な情報提供の方法等を関係機関と協議しながら検討していきます。
- 日頃から健康づくりに留意するなど、一次予防に心がけることが重要です。特に、男性の肥満者（20～69歳）及び喫煙者の割合が高いことや、食塩摂取量は男女とも全国的に高い摂取量となっていることから、バランスの取れた食生活や食習慣の実現、身体活動・運動量の増加、禁煙などの一次予防の推進について、「第2次みやぎ21健康プラン」に掲げている施策を進めていきます。

(2) 医療の効率的な提供の推進

- 医療機関の機能分担と連携の推進に向け、以下の取組を実施していきます。
 - ◆ かかりつけ医及びかかりつけ歯科医の普及・定着を推進していきます。
 - ◆ 医療機関の適正受診を促すため、県政だよりなどの広報や市町村・保険者とも連携しながら、医療費適正化に向けた県民の意識を高めるための普及啓発に努めていきます。
 - ◆ 地域の医療機能の分担・連携を着実に推進するための有効なツールである、「地域連携クリティカルパス」の普及拡大を支援していきます。
 - ◆ 病院、診療所、薬局、介護施設等が保有する診療情報・健康情報について、ICTを活用

し、他の施設においても参照・閲覧が可能となる「医療福祉情報ネットワークシステム」の県全域への構築と併せ、より多くの施設の加入に向け、ネットワーク協議会に対する支援を図っていきます。

○ 在宅医療及び地域包括ケアの推進に向け、以下の取組を実施していきます。

◆ 患者の要望に即した在宅医療が提供されるために、在宅療養支援診療所等の医療機関、歯科診療所及び薬局、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等との相互の連携を図ります。また、急変した患者を受け入れる病院の役割も重要であることから、在宅療養支援診療所等とこれを支援する病院との連携を図ります。

さらには、入院・通院療養から在宅療養への円滑な移行、急変時・災害時の対応について、24時間包括的、継続的な在宅医療・介護が提供できる体制を市町村や関係団体と協働して構築していきます。

◆ 地域包括ケアシステムの実現に向け、「宮城県地域包括ケア推進協議会（仮称）」を今後設置し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が継続できる体制の整備に関する事項を検討協議していきます。なお、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、医療機関等に対するアンケート調査を実施する等、各地域における現状把握に努めていきます。

○ 後発医薬品の使用促進に向け、以下の取組を実施していきます。

◆ 医師会、薬剤師会、医薬品卸組合、保険者、消費者団体からの委員により構成する「宮城県医薬品安心使用連絡会議」を設置し、各機関からの取組状況を共有しながら、後発医薬品の使用促進に向けた具体的な取組を検討協議していきます。

◆ 達成目標の状況

種 別	項 目	計画時直近値	目 標 値	現 況 値	達 成 率		
国の基本方針に基づく 目標(平成24年)	特定健康診査の実施率	—	70%	50.3%(H23)	71.9%		
	特定保健指導の実施率	—	45%	11.9%(H23)	26.4%		
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群 (特定保健指導の実施対象者)	—	10%削減	11.9%減(※1)	100%		
	平均在院日数(介護療養病床を除く全病床)	29.0日(H18)	27.6日	26.3日(H24)	100%		
本県独自の目標 (平成24年)	食塩摂取量の減少(成人)	11.2g(H18)	10g未満	11.1g(H22)	90.1%		
	脂肪エネルギー比率の減少(20~40代)	—	25%以下	25.6%(H22)	97.7%		
	運動の習慣化	男性	30.2%(H18)	41%以上	36.2%(H22)	88.3%	
		女性	21.2%(H18)	49%以上	26.6%(H22)	54.3%	
	禁煙希望者への支援による非喫煙率の増加	男性	50.0%(H18)	62%以上	59.2%(H22)	95.5%	
		女性	86.5%(H18)	92%以上	87.9%(H22)	95.5%	
	公共施設における分煙対策の促進	98.1%(H18)	100%	100%(H23)	100%		
	糖尿病有病者の推定数の減少率(40~70歳)	—	10%	0.3%増(※1)	—		
	高血圧症有病者の推定数の減少率(40~70歳)	—	10%	0.8%増(※1)	—		
	脂質異常症(高脂血症)有病者の推定数の減少率 (40~70歳)	—	10%	2.4%増(※1)	—		
	年齢調整 死亡率	がん(75歳未満)	89.6人(H18)	78.8人	80.7人(H24)	97.6%	
		脳卒中	男性	70.7人(H18)	63.6人	61.8人(H22)	100%
			女性	42.5人(H18)	38.3人	33.9人(H22)	100%
		虚血性心疾患	男性	38.6人(H18)	34.7人	16.9人(H22)	100%
女性			17.4人(H18)	15.7人	7.9人(H22)	100%	
救急搬送時間(病院収容所要時間)	34.7分(H18)	全国平均 と同水準	40.1分(H23) (※2)	95.0%			

(※1) 平成20年度と平成23年度の特定健康診査等実施状況(厚生労働省)による比較。

(※2) 全国平均38.1分(H23)

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）（抄）

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（平成九年法律第二百二十三号）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、医療費適正化を推進することによる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を定めるものとする。

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

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 計画の達成状況の評価に関する事項

4 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、介護保険法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画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。

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。

6 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、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。

7 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ものとするとともに、その結果を公表するよう努めるものとする。

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、前項の評価を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その内容を、公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。

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、第九条第三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三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。

(支払基金等への委託)

第十七条 厚生労働大臣は、前条第一項に規定する調査及び分析に係る事務の一部を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）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。）その他厚生労働省令で定めるものに委託することができる。

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（抄）

※ 改正前（平成24年9月28日）方針

はじめに

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けるためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていく必要がある。

このための仕組みとして、平成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1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

（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の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常

症、肥満症等の発症を招き、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。

(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日現在で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日現在で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年度の間接評価（第2の2の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 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。）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に相当する入院者に対応する病床数の7割を加えたものとする。)を加えて得た数を基に、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(以下二において「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当たっては、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付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実施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特定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約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団体連合会をいう。）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、それを用いた効果的な保健指導（特定保健指導に限らない）の推進について助言や支援を行うよう努める必要がある。

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。）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始め、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作りにも努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、3の（1）の保険者協議会のほか、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5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2 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3 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、全国的な位置付けを把握し、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、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び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4 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。