

医療費の見込みの算定式について

論点①「病床機能の分化・連携に伴う在宅医療等の増加分」の取り扱い

前提及び論点

- ・国基本方針では、「現時点では移行する患者の状態等が不明であり、今後、どのような受け皿が必要か等について検討が進められるため、医療費の推計として盛り込んでいない。（第3期医療費適正化計画の評価の際に所要の分析等を行う。）なお、都道府県は独自に推計を行うことができる」とされている（その場合、「足元単価」を設定する必要）。
- ・在宅医療等の増加分について、独自に推計を行うかどうか。

対応案

- ・医療費の推計としては盛り込まない。

考え方

- ・国において「3期計画の評価の際に所要の分析等を行う」とされていることから（その具体的な内容は未提示）他府県と同様の推計を行うことが妥当。
- ・病床機能の分化・連携に伴い増加する在宅医療等の増加分には、在宅医療以外に外来や介護サービスで対応するものも含まれるため、統一した「在宅医療等」にかかる足元単価を設定することが困難。

【参考】

●大阪府地域医療構想（H29.3策定）

在宅医療等の医療需要は、「介護老人保健施設入所者」「在宅訪問診療患者数」「療養病床患者数のうち医療区分1の70%相当」「一般病床患者数のうち医療資源投入量C3（175点）未満」により算定することとされている。

（表12）医療機能別の医療需要 [医療機関所在地ベース（在宅医療等は患者住所地ベース）]

医療機能	平成25年(2013年) (人/日)	平成37年(2025年) (人/日)	増加率 (2013年比)
高度急性期	7,921	8,842	1.12
急性期	21,962	27,335	1.24
回復期	21,369	28,228	1.32
慢性期	22,221	21,411	0.96
在宅医療等	92,009	160,491	1.74
計	165,482	246,307	1.49

- 在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について 別添資料参照

論点②「後発医薬品の普及率」

前提及び論点

- ・国基本方針では、
入院外・・・2017年度：70%から、2023年度：80%とした場合の効果額を見込む
入院・・・独自施策として効果額を反映することが可能とされている。
- ・入院についての独自効果を設定するか。

対応案

- ・2023年度：80%、2017年度：70%の設定どおりとし、入院の効果額は設定しない。

考え方

- ・大阪府では、薬局等を通じた患者啓発等を主体とした取組を実施予定であり、現時点では入院に特化した後発医薬品の対策については予定していない。今後、可能性も含め検討。

論点③「特定保健指導による効果額」

前提及び論点

- ・国基本方針では特定保健指導による効果を「『特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWG』における分析結果を踏まえ、最低でも6000円程度（単年度で）の効果があるものとして推計する。なお、各都道府県が独自の数値を用いることも可能」とされている。
- ・特定保健指導による効果額の設定をどうするか。

対応案

- ・国の規定値どおり「6000円」とする。

考え方

- ・国の検討会で今後も検証されていくこととされている値を使用することが適当。

論点④「生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費の縮減率の設定」

前提及び論点

- ・国基本方針では、平成25年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費が全国平均を上回る場合は「平成35年度における同医療費の全国平均との差の半減」を縮減率とするが、全国平均以下の場合は任意の縮減率を設定することとなり、「全国平均を上回る都道府県の中で全国平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定した推計などを行うことが望ましい。」とされている。
- ・大阪府の平成25年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の補正後の人口1人当たり医療費は1,848円であり、全国平均1,852円より若干低い。
- ・大阪府における縮減率をどう設定するか。

対応案

- ・全国平均を上回る都道府県の中で全国平均に近い都道府県(縮減率1.1%)を採用する。

考え方

- ・本計画では、生活習慣病の重症化予防にかかる目標として、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を1,000人未満」を設定しており、それを達成した場合の効果額の平均は概算で年間約13億円であり、医療費縮減率で見ると概ね1%にあたる。
- ・一方、透析以外の全体医療費を見た場合、大阪府においては、生活習慣病(糖尿病)にかかる医療費の特徴として、全国に比べ、以下のような特徴がある。
 - ・人口1人当たり医療費：全年齢では若干低いが、高齢になるにつれ高くなっている。
 - ・医療費の3要素別・・・受療率：低い、1人当たり日数：高い、1回当たり医療費：低い
 - ・患者1人当たり医療費(1人当たり日数×1回当たり医療費)：高い
 - ・治療放置も一定存在。

大阪府民の生活習慣病の重症化予防を進めるためには、疾病予防による患者の減少(=受療率の減少)とともに、「早期受診・早期治療の促進」(=受療率の上昇)が必要。その結果、患者1人当たり医療費(重症化)を縮減。

上記のことから、受療率(全国平均に近づけば上昇)×患者1人当たり医療費(全国平均に近づけば縮減)の結果、人口1人当たり医療費については縮減率1.1%とすることが妥当。

【参考】

- ・縮減率にかかる他都道府県の状況 別添資料参照

論点⑤「重複投薬の適正化効果」

前提及び論点

- ・国基本方針では「平成 25 年 10 月時点で 3 医療機関以上から重複投薬を受けている患者数」を基に平成 35 年度の入院外医療費ベースに推計した数値について「半減」させる効果額を見込むこととされている。
- ・都道府県において独自に上乘せ(「2 医療機関以上」とする)は可能となっているが、設定を行うか。

対応案

- ・国基本方針どおり、「3 医療機関以上」とする。

考え方

- ・2 医療機関から同じ薬効の薬を処方される事例は、例えば夜間に救急で診療を受けて薬を処方され、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬を処方される場合や、医療機関が連携して治療を行うために患者紹介を行った場合も含まれるため。(「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」より)

【参考】重複投薬にかかる調剤費等(平成 25 年 10 月)と効果額推計(平成 35 年度)

設定医療機関数	平成 25 年 10 月の調剤費等 (設定医療機関数以上にかかるもの)	平成 35 年度における半減の効果額 (1 年分)
3 医療機関以上の場合	7,422,219 円(全体の 0.02%)	54,335,660 円
2 医療機関以上の場合	143,724,198 円(全体の 0.39%)	1,052,158,214 円

論点⑥「複数種類医薬品の適正使用対象とする1人当たりの投薬種類数」

前提及び論点

- ・国基本方針では、「平成 25 年 10 月に同一成分の医薬品を 15 種類以上投与されている 65 歳以上の患者数」を基に平成 35 年度の入院外医療費ベースに推計した数値について「半減」させる効果額を見込むこととされている。
- ・都道府県において独自に上乘せ(例：10 種類以上など)は可能となっているが、設定を行うか。

対応案

- ・国基本方針どおり、「15 種類以上」とする。

考え方

- ・基本方針の考え方の基となる「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第 2 次報告(平成 29 年 1 月 12 日)」では、以下の通り、15 種類以上と整理。
「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」においては 5~6 種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当、との指摘。本専門調査会でも 10 剤以上の投薬がなされる場合、薬剤起因性疾患の発生する割合が高まる、服薬について患者の積極的な治療方針への参加(アドヒアランス)が阻害されるといった意見。一方で、薬剤の投与量を見る場合、継続的に投与されている薬剤に着目する必要があり、処方されている剤数だけでなく頓服薬等の服用方法に着目する必要があるとの意見。こうしたことを踏まえ、標準的な算定式においては、65 歳以上の高齢者のうち 15 剤以上を処方されている患者の 15 剤以上にかかる薬剤費を半減させるとの仮定で推計する。
- ・本審議会においても、急性期など結果的に多剤となる場合も含まれるとの意見。
- ・現在、国において「高齢者医薬品適正使用検討会」が設置され、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている(最終とりまとめは平成 30 年度末目途)。今後、医薬品の適正使用の算定式については、上記ガイドラインの策定状況等を踏まえ、第 3 期計画期間中に変更・追加することが検討されている。
- ・上記のことから、現時点では、国基本方針どおりとすることが妥当。

【参考】多剤投薬にかかる調剤費等(平成 25 年 10 月)と効果額推計(平成 35 年度)

	平成 25 年 10 月の調剤費等(65 歳以上) (設定種類以上にかかるもの)	平成 35 年度における効果額(1 年分)
15 種類以上	605,837,920 円(全体の 2.74%)	4,434,879,529 円
10 種類以上	2,736,207,342 円(全体の 12.36%)	20,030,935,439 円

論点⑦「独自施策による医療費減少率」

前提及び論点

- ・国基本方針では「都道府県の独自の取組」を行っている場合については、その取組の効果について、都道府県において必要に応じて織り込むこととされている。

対応案

- ・独自の取組にかかる効果は織り込まない。

考え方

- ・国においては、「糖尿病重症化予防」「重複受診」「多剤投薬」の取組のみによっては地域差半減には到達しない見込みであるため、引き続き、第三期計画の計画期間に向けて、分析を継続的に行うとともに、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、分析結果も踏まえて国において追加を検討するとされている。
- ・現在、国において「高齢者医薬品適正使用検討会」が設置され、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている（最終とりまとめは平成30年度末目途）。今後、医薬品の適正使用の算定式については、上記ガイドラインの策定状況等を踏まえ、第3期計画期間中に変更・追加することが検討されている。

医療費適正化基本方針の改正・ 医療費適正化計画について

平成29年5月
厚生労働省保険局

医療費適正化計画について

根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律

実施主体 : 都道府県

※ 国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成。国は都道府県の計画を積み上げて「全国医療費適正化計画」を作成。

【第1期(平成20～24年度)、第2期(平成25～29年度)】

- 計画期間 ⇒ 5年を1期として実施(現在は第2期期間中)
- 取組目標 ⇒ 「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が柱



【第3期(平成30～35年度)】

- 計画期間 ⇒ 6年を1期として実施
- 都道府県の取組目標を医療費適正化基本方針で告示(平成28年3月)
- 具体的な医療費の見込みの算定式を平成28年11月4日に告示
 - ・取組目標 ⇒ 適正化の取組目標として、「特定健診等の実施率の向上」に加え、新たに「糖尿病の重症化予防の取組」、「後発医薬品の使用促進」、「医薬品の適正使用(重複投薬、多剤投与の適正化)」を盛り込む
 - ・入院医療費 ⇒ 「病床機能の分化・連携の推進の成果(改正医療法)」を踏まえ推計

医療費の見込み（目標）と個別の取組目標との関係の整理

○ 医療費の見込みの推計式については、医療費適正化基本方針（平成28年3月告示）で示した医療費の見込みの算定方法の考え方を踏まえ、以下のように整理。

<医療費の見込みの推計式（必須）>

医療費の見込み（高齢者医療確保法第9条第2項）

入院外等 ・ 自然体の医療費見込み

- ▲後発医薬品の普及（80%）による効果
- ▲特定健診・保健指導の実施率の達成（70%、45%）による効果
- ▲外来医療費の1人当たり医療費の地域差縮減を目指す取組の効果

入院 ・ 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた推計

↳ 糖尿病の重症化予防の取組
・ 重複投薬、多剤投与の適正化

<個別の取組目標（任意）>

○ 個別の取組目標については、任意記載事項となっているが、各都道府県は、マクロの医療費の見込みを達成できるような取組目標を定めていただきたい。
※都道府県が独自に設定する取組による効果を盛り込むことは可能。

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※平成27年改正後

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住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より達成が見込まれる医療費適正化の効果等を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）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、おおむね都道府県における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 前二号の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
 - 四～六 （略）

1. 後発医薬品の普及（80%）による適正化効果額の推計方法

- 平成25年のNDBデータを用いて、後発医薬品のある先発品が、すべて後発医薬品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて、平成25年度において仮に80%を達成した場合に、平成25年度の医療費に占める効果額の割合を算出する。
- この割合が平成35年度の医療費においても同じ割合を占めると仮定した場合の効果額を推計する。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \frac{\text{平成25年10月時点のデータから算出される後発品のある先発品を100\%後発品に置き換えた場合の効果額}}{\text{平成25年度の医療費}} \div \left(1 - \frac{\text{平成25年10月の数量シェア}}{\text{平成25年度の医療費}} \right) \times (0.8 - 0.7) \right\} \times \text{平成35年度の医療費}$$

※経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）において、平成29年中央には数量シェアは70%とされているため、そこから80%となった場合を推計。

2. 特定健診等の実施率の達成による適正化効果額の推計方法

- 平成20年度から25年度までのレセプトデータ、特定健診等データを用いて、特定保健指導対象者の入院外1人当たり医療費の経年的推移を分析した。
- この結果を用いて、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計する。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\left(\frac{\text{当該県の平成25年度の特定健診の対象者数} \times 0.7 \times 0.17 \times 0.45 - \text{平成25年度の特定保健指導の実施者数}}{\text{当該県の平成25年度の外来医療費}} \right) \times \text{特定保健指導による効果} \div \text{当該県の平成35年度の外来医療費（推計）}$$

※平成25年度の実績では、特定健診受診者のうち、特定保健指導の対象となる者の割合が17%であり、これが変わらないと仮定

【特定保健指導による効果について】

- 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWGにおける分析結果を踏まえ、最低でも6000円程度（単年度で）の効果があるものとして推計する。なお、各都道府県が独自の数値を用いることも可能とする。
- 効果額については、データ分析を継続的に行い、検証を継続。

3. 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組の適正化効果額の推計方法

- 外来医療費については、一定の広がりのある取組を通じて医療費の地域差縮減が期待される点に着目して推計式を設定。
 - 具体的には、
 - ① 生活習慣の改善や予防により、一定の医療費の適正化が見込まれる生活習慣病関連の慢性疾患のうち、都道府県・保険者・医療関係者による取組が一定の広がりを持って行われているものについて、都道府県・保険者・医療関係者の連携による糖尿病に関する重症化予防の取組の推進や
 - ② かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進による重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化
- などにより、結果的に1人当たり外来医療費の地域差が縮減する効果が期待されるため、今回の医療費適正化基本方針の推計式では、これらの要素を加味した以下の推計式とする。
- 骨太2015では「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされている。このため、以下の推計式に加え、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\begin{aligned}
 & \left(\left(\frac{\text{当該県の平成25年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費(推計)} - \text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費の全国平均(推計)}}{2} \times \text{当該県の平成25年度の40歳以上の人口(推計)} \right) \right. \\
 & + \left(\frac{\text{3医療機関以上の重複投薬の調剤費等のうち、2医療機関を超える調剤費等の1人当たり調剤費等} \times \text{当該県の3医療機関以上、重複投薬となっている患者数}}{2} \right) \\
 & + \left. \left(\left(\frac{\text{15剤以上の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等} - \text{14剤の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}}{2} \right) \times \frac{\text{当該県の平成25年度における15剤以上の高齢者(65歳以上)数(推計)}}{2} \right) \right\} \\
 & \div \text{当該県の平成25年度の外来医療費} \times \text{当該県の平成35年度の外来医療費(推計)}
 \end{aligned}$$

平均を上回る地域が仮に平均との差を半減した場合

全ての都道府県において、一定の医薬品の適正化等の取組を行う場合

4

4. 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費の推計方法

- 高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、「当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果」を踏まえ、医療費の推計額を設定する。

◎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9条（略）

2 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住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より達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第11条第4項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項を定めるものとする。

<推計式のイメージ> ※2次医療圏単位を積み上げて各都道府県ごとに推計

$$\text{平成35年度の患者数(人日)の見込み} \times \text{1人あたり医療費(推計)}$$

(注1) 患者数は、病床機能の分化及び連携の推進のための病床機能の区分（医療法施行規則第30条の33の2）及び在宅医療等（病床機能の分化及び連携に伴うもの）を踏まえ、5区分を設定する。なお、2次医療圏単位で患者住所地及び医療機関所在地を勘案して推計したものを用いる。

(注2) 1人あたり医療費（推計）等については、NDBをもとに（注1）の区分に応じて設定する。

(注3) 将来の診療報酬改定等の国の政策による影響について、その都度、各都道府県の医療費目標を調整することとする。なお、具体的な方法については、引き続き検討する。

(注4) 病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、現時点では移行する患者の状態等が不明であり、今後、どのような受け皿が必要か等について検討が進められるため、医療費の推計として盛り込んでいない。

（第3期医療費適正化計画の評価の際に所要の分析等を行う。）なお、都道府県は独自に推計を行うことができる。（P2再掲）

◎医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）
（病床の機能の区分）

第30条の33の2 法第30条の13第1項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げるとおりとし、その定義は当該各号に定めるとおりとする。

- 一 高度急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
- 二 急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（前号に該当するものを除く。）
- 三 回復期機能 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
- 四 慢性期機能 長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

(参考) 自然体の医療費の推計方法

- 医療費適正化の取組を行う前の自然体の入院外・歯科医療費の推計方法は、おおむね第二期(平成25年度～29年度)と同じ方法とする。
 ※入院医療費については、高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、病床機能の分化及び連携の推進の成果として算出される平成35年度の推計額を用いる。
 ※病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、医療費の推計として盛り込んでいない。(P5参照)

<第三期の推計方法>

- 「【A】基準年度の1人当たり医療費×【B】(基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率)×推計年度の都道府県別推計人口」により、推計年度の医療保険に係る都道府県別医療費を算出し、一定の補正をして、国民医療費ベースに変換し、各都道府県ごとに医療費の見通しを推計した。
 - 第三期は、基準年度を平成26年度とする。推計年度は、計画終期である平成35年度である。
- 【A】基準年度の1人当たり医療費**
- ①基準年度(平成26年度)の住民住所地別の都道府県別医療費の推計
 - ②診療種別(入院外・歯科)ごとに、事業年報などを用いて、保険者種別の医療費から、住民住所地別の都道府県別医療費を推計
 - ③これに一定の補正をし、国民医療費ベースに変換し、基準年度(平成26年度)の1人当たり医療費を算出
- 【B】基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率**
- ①直近で実績のわかる平成25年度までの、過去5年間(平成21～25年度までの5年間)の都道府県別医療費の伸び率から、人口変動率、診療報酬改定の影響(*1)、高齢化の影響(*2)を除外し、医療の高度化等(*3)に起因する1人当たり医療費の伸び率を設定。
 (*1)：全国一律に診療報酬改定の影響が現れるものとする
 (*2)：国民医療費における年齢階級別1人当たり医療費を固定し、都道府県別の年齢階級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算出
 (*3)：ロードマップを踏まえた後発医薬品の使用促進の影響等を踏まえて伸び率を設定
 - ②これに、直近の平成28年度に見込まれる診療報酬改定の影響、高齢化の影響を加え、基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率を設定

6

(参考) 「一人当たり医療費の差の半減」の考え方

- 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、
 - ・都道府県別の一人当たり外来医療費(全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの)について、
 - ・年齢調整を行い、
 - ・なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。
- P4で示している3つの取組では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。
- なお、各都道府県の地域差縮減に向けた取組の検討に資するよう、国から都道府県に対し、疾病別医療費に関するデータ等を提供する。

○医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(厚生労働省告示第百二十八号)

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

二 計画の内容に関する基本的事項

6 計画期間における医療費の見込みに関する事項

都道府県は、各都道府県の医療費の現状に基づき、平成35年度の医療費の見込みを算出する。

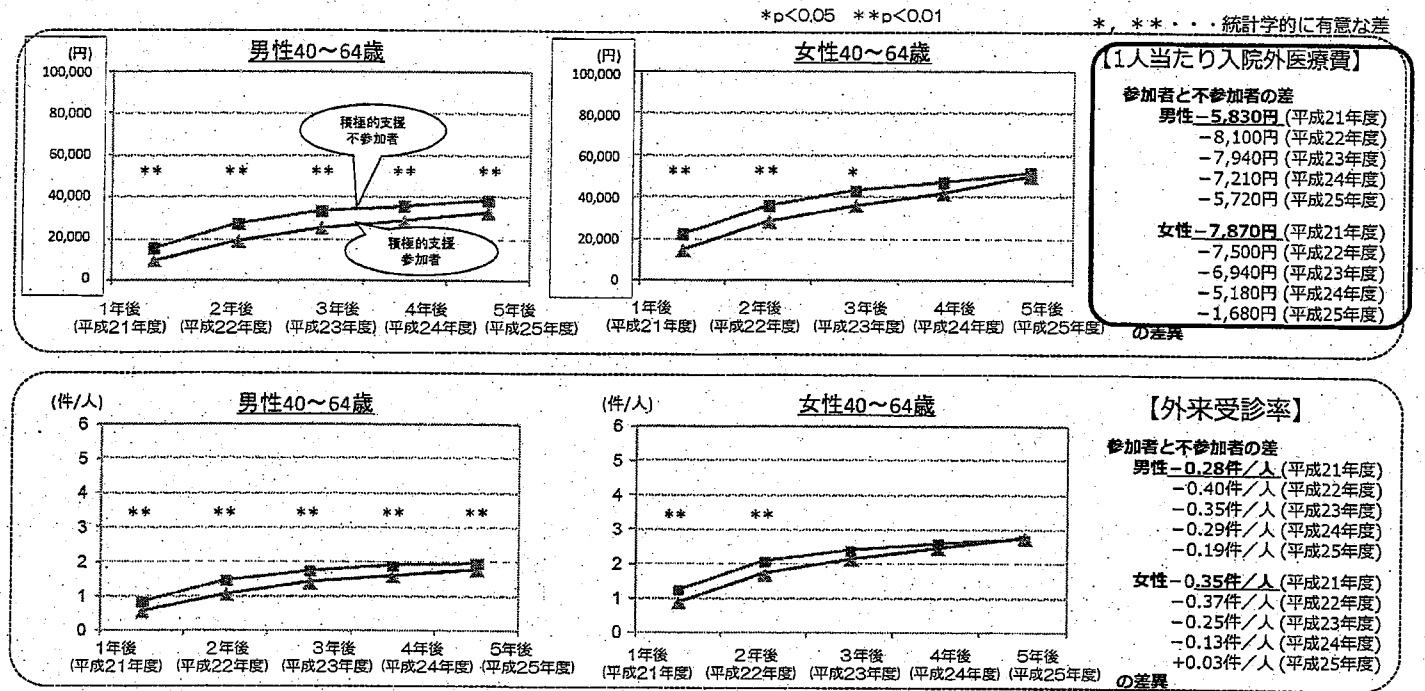
具体的な算出方法は、別紙二によるものとするが、このうち、入院外医療費に係る見込みについては、計画最終年度に特定健康診査等の全国目標及び後発医薬品の使用割合の全国目標を達成した場合の医療費から、なお残る地域差を縮減したものとす。なお、経済・財政再生計画において「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。」とされている。本方針では、数値目標を定める特定健康診査等の受診率の向上及び後発医薬品の使用促進の効果を取り除いた後の都道府県別の平成35年度の一人当たり入院外医療費について、年齢調整を行い、なお残る一人当たり入院外医療費の地域差について全国平均との差を半減することをもって、地域差半減として取り扱う。別紙二に示す推計式では地域差半減には到達しない見込みであるため、引き続き、第三期医療費適正化計画の計画期間に向けて、医療費適正化に関する分析を継続的に行うとともに、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、分析結果も踏まえて国において追加を検討する。入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ、算出することとする。

7

特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析 (平成20~25年度)

(特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書)

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100~-5,720円、女性で-7,870~-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40~-0.19件/人、女性で-0.37~+0.03件/人の差異が見られた。



※平成20~25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

30

【参考】特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果 (平成20~25年度)

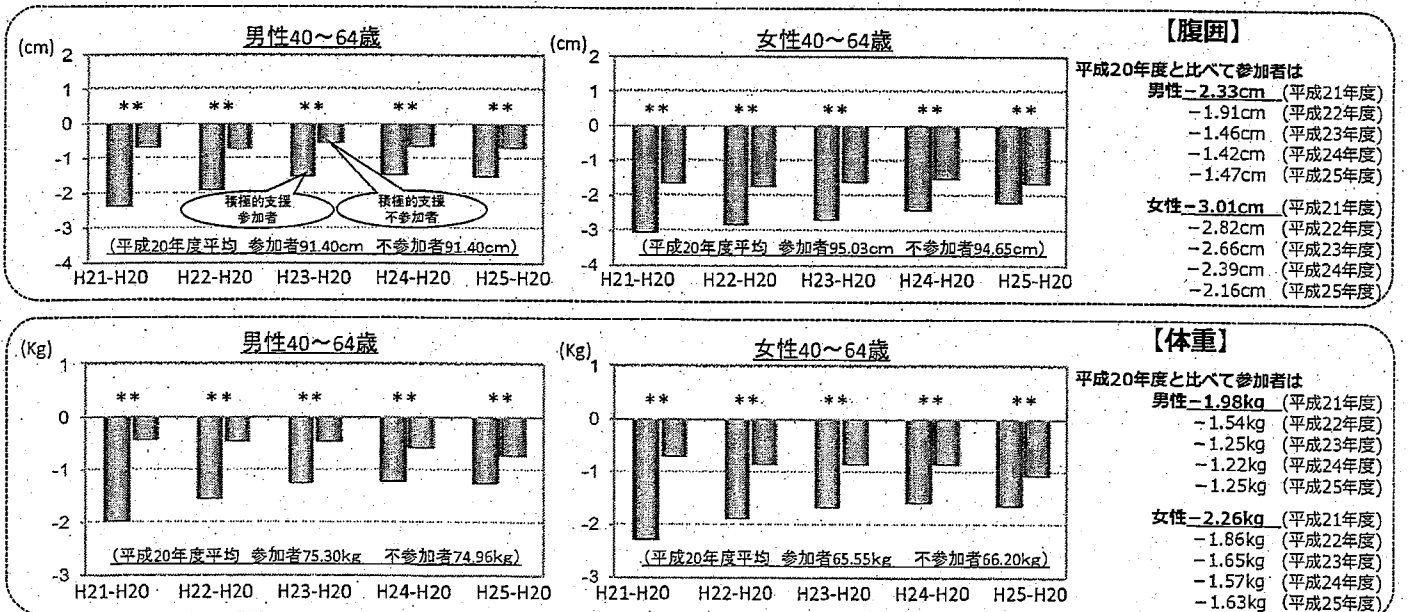
- 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値(腹囲、体重、血圧、脂質)について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

- ※積極的支援...特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク(血糖・血圧・脂質)が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40~64歳の者が対象。
- ※動機づけ支援...特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40~74歳が対象。(65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機づけ支援を実施)
- ※分析対象:364保険者(国保320、健保組合2、共済42)、20万~22万人。(分析方法で異なる)

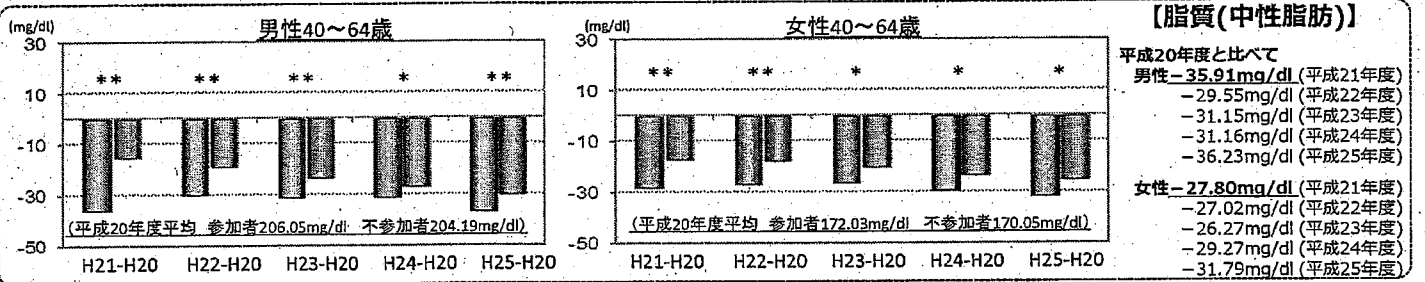
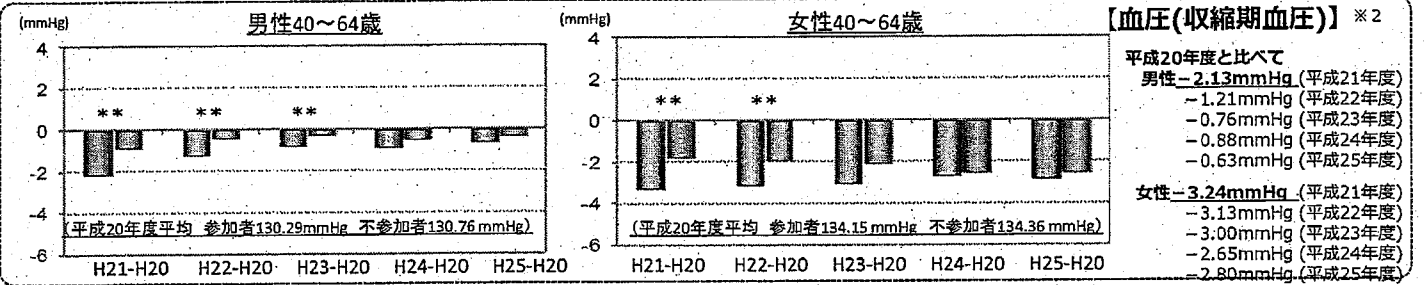
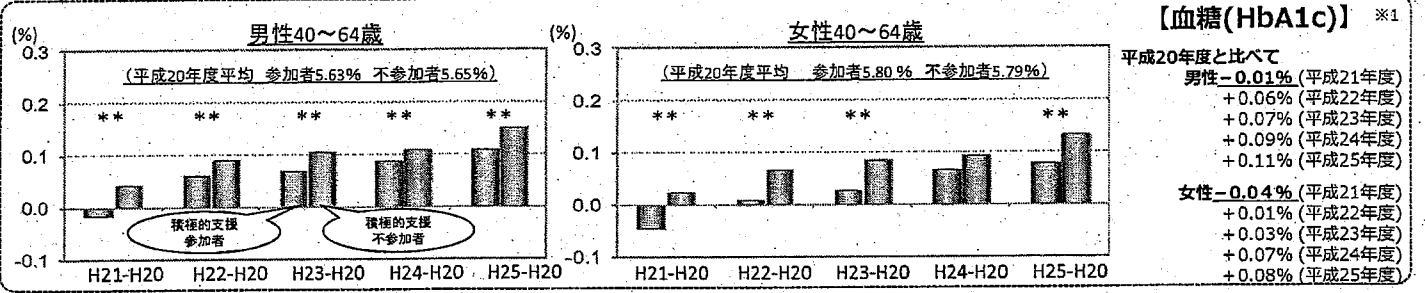
*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差

特定保健指導(積極的支援)による検査値の推移(平成20年度との差)



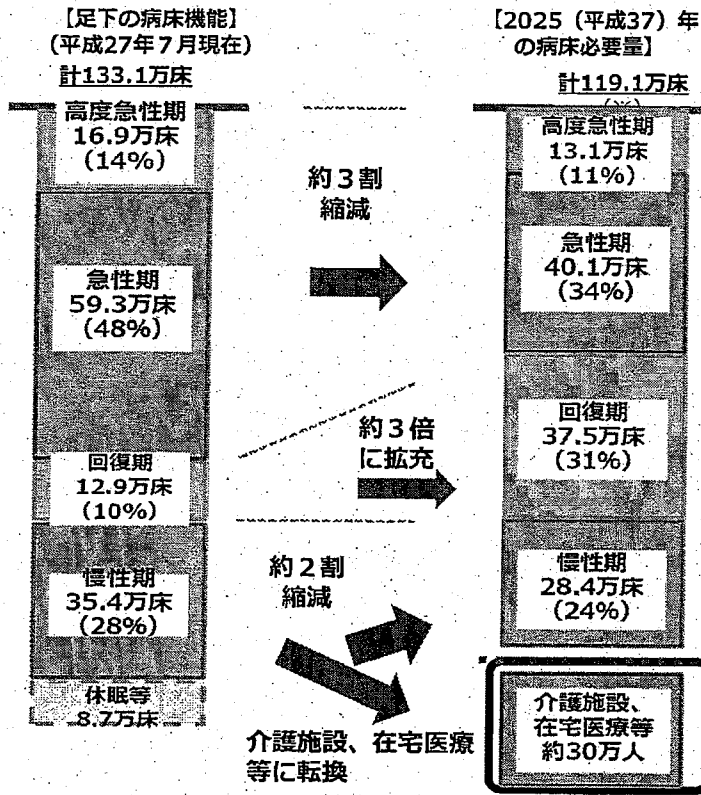
31



※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。
平成25年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、平成20年度～平成25年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

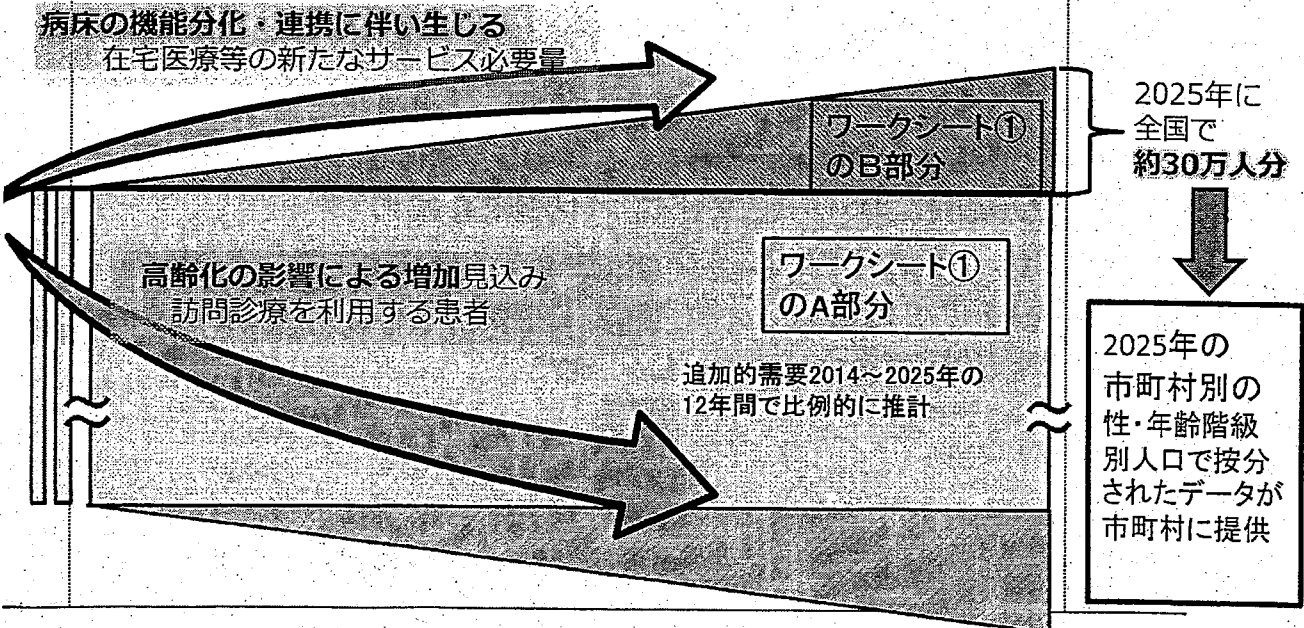
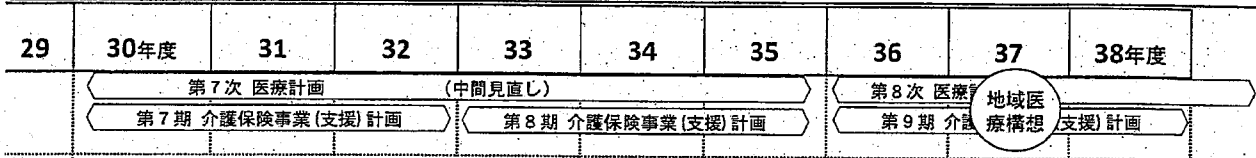


※ 内閣官房推計
(平成27年6月)の合計
114.8~119.1万床の範囲内

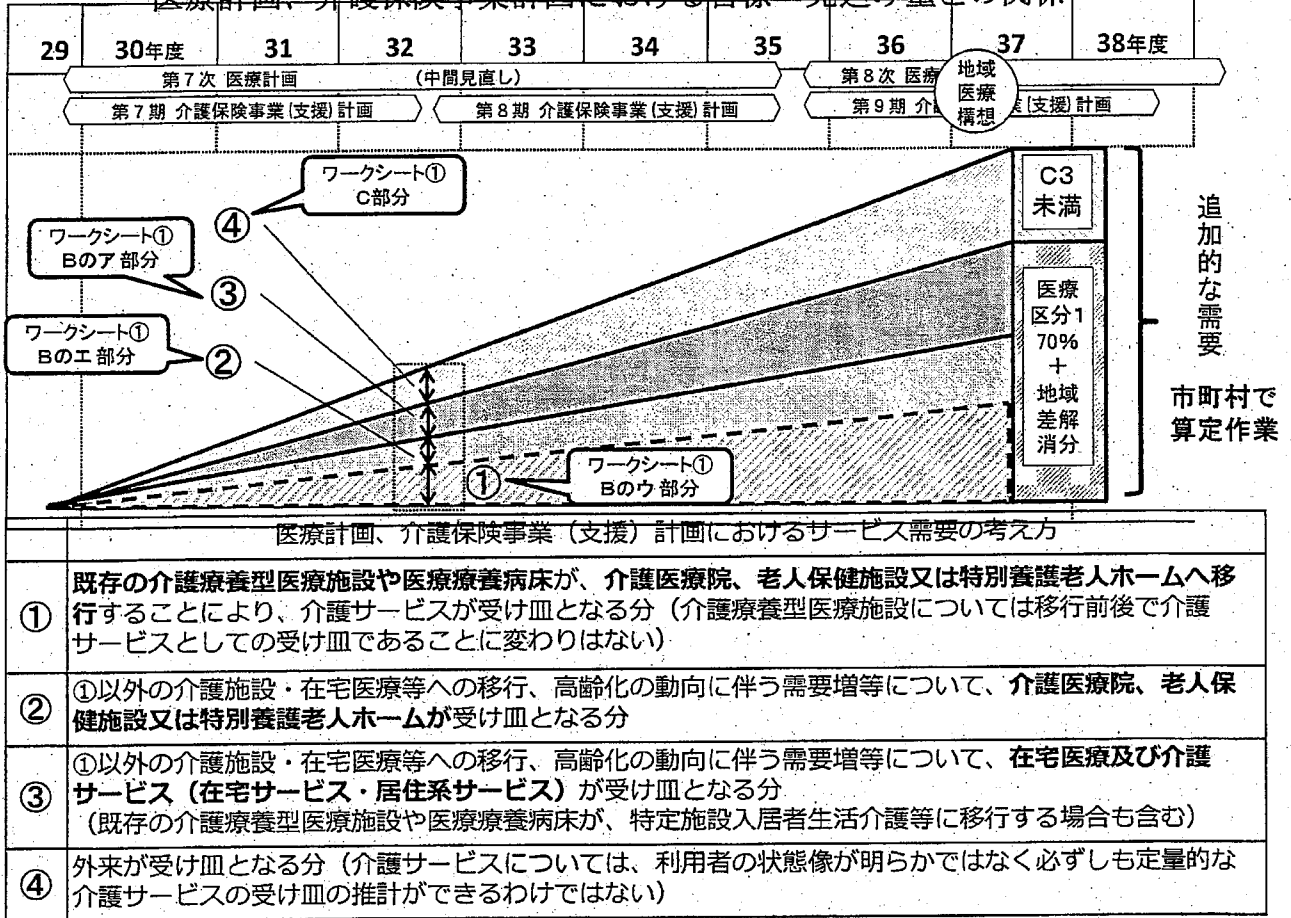
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等のイメージ

- ・2025年に向け、在宅医療や介護サービスの需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により増加する見込み。
- ・需要の増大に対応する提供体制を都道府県・市町村、関係団体が一体となり構築していくことが重要。



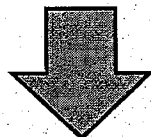
医療計画、介護保険事業計画における目標・見込み量との関係



サービス見込量・整備目標の算定において市町村にお願いしていること

※2025年における市町村別データのうち療養病床から在宅医療等の新たなサービス必要量について

- ① 介護医療院等転換分以外について在宅で対応する部分と施設で対応する部分を算定
(入院中の患者の状態や退院後の行先を踏まえたものとする必要がある)
- ② 市町村の実情に応じてサービスの調整を行う
(在宅医療、介護の各受け皿で対応する量の合計が必要と整合的であること)
- ③ 在宅と施設でどのように按分したか。どのように対応していくのか説明できるようにしておく



自治体間調整、医師会等含めた協議の場合へ

4(3) ①糖尿病40歳以上の補正後の1人当たり医療費

	(円)	(円)	(円)	(円)
	糖尿病患者数補正 係数	1人当たり医療費 (補正後)	全国平均を超えた 分の2分の1の医療 費	全国平均を超えた 分の2分の1の縮減 率
全国	0.28930	1.852		
01:北海道	0.23306	1.785		0
02:青森県	0.30245	1.961	55	0.028
03:岩手県	0.27011	1.627		0
04:宮城県	0.29042	1.954	51	0.026
05:秋田県	0.30420	2.027	87	0.043
06:山形県	0.24553	1.557		0
07:福島県	0.40583	2.542	345	0.136
08:茨城県	0.35033	2.372	260	0.110
09:栃木県	0.28686	1.919	33	0.017
10:群馬県	0.35499	2.165	157	0.072
11:埼玉県	0.24277	1.437		0
12:千葉県	0.23466	1.422		0
13:東京都	0.34123	2.011	79	0.039
14:神奈川県	0.28212	1.617		0
15:新潟県	0.31998	1.933	40	0.021
16:富山県	0.31866	2.049	98	0.048
17:石川県	0.22896	1.697		0
18:福井県	0.28803	1.921	35	0.018
19:山梨県	0.28702	1.950	49	0.025
20:長野県	0.23695	1.416		0
21:岐阜県	0.32584	2.321	234	0.101
22:静岡県	0.25298	1.666		0
23:愛知県	0.23046	1.495		0
24:三重県	0.41041	2.606	377	0.145
25:滋賀県	0.28840	1.794		0
26:京都府	0.22549	1.391		0
27:大阪府	0.30166	1.848		0
28:兵庫県	0.29208	1.894	21	0.011
29:奈良県	0.28124	1.747		0
30:和歌山県	0.39974	2.566	357	0.139
31:鳥取県	0.24875	1.514		0
32:島根県	0.23118	1.691		0
33:岡山県	0.27012	1.950	49	0.025
34:広島県	0.32223	2.700	424	0.157
35:山口県	0.31125	2.069	108	0.052
36:徳島県	0.28297	2.181	164	0.075
37:香川県	0.32452	2.476	312	0.126
38:愛媛県	0.27283	2.024	86	0.043
39:高知県	0.24234	1.638		0
40:福岡県	0.31841	1.951	49	0.025
41:佐賀県	0.23485	1.524		0
42:長崎県	0.29423	2.036	92	0.045
43:熊本県	0.28856	1.776		0
44:大分県	0.30267	2.018	83	0.041
45:宮崎県	0.28586	1.673		0
46:鹿児島県	0.36443	2.295	221	0.096
47:沖縄県	0.28067	1.566		0
全国平均を上回る最小の縮減率			21	0.011
全国平均を上回る削減率の平均				0.064