

2018年6月4日 全12頁

医療費適正化計画は地域の課題を解消するか

地域の実情に応じて予防などの取組を着実に進めることが求められる

政策調査部
研究員 石橋 未来

[要約]

- 2018～23年度の6年間を実施期間とする第三期医療費適正化計画がスタートした。医療費適正化計画とは、生活習慣病の予防推進などにより、増加する医療費を抑制するための計画である。本稿では、これまでの医療費適正化計画とその実績を確認するとともに、都道府県別に見た一人当たり医療費の高額な都道府県と低額な都道府県で、策定された医療費適正化計画での取組に違いがあるかなどについて検討する。
- 第一期（2008～12年度）は、目標を達成していない取組があるにもかかわらず、2012年度の医療費の実績が見通しを下回った。だが、それは2008年度時点で医療費見通しが過大だったことに起因している。適正化によって医療費の伸び率がどの程度抑制されたかを検証し、今後の取組に反映させることが、医療費適正化計画には求められる。
- 第二期（2013～17年度）の実績評価は今後公表される予定だが、これまでの各種の取組の進捗状況を踏まえると、目標は達成できなかったと考えられる。また、都道府県ごとに見られる進捗状況のばらつきが固定化されている様子もうかがえる。進捗の遅れが常態化する都道府県では、医療費の増加を合理的に抑制するための手法の見直しも必要だろう。
- 第三期では、これまで以上に幅広い取組が基本方針に盛り込まれているが、公表された各都道府県の第三期の計画を見ると、取組メニューに多少の違いはあるものの、地域ごとの課題に向き合う計画は一部にとどまり、全体的には大きな違いがない。医療費適正化計画には直ちに効果が現れない取組施策が多い。生活の質を確保・向上させつつ、医療費の適正化を図るには、生活習慣病の予防推進などの取組を着実に進めることが最低限、必要だ。

1. 2018 年度から始まった第三期医療費適正化計画

2018～23 年度の 6 年間を実施期間とする第三期医療費適正化計画がスタートした。医療費適正化計画とは、入院日数の短縮や機能別病床の整備、生活習慣病の予防、後発医薬品の使用促進、重複投薬や多剤投与の適正化などを推進することにより、高齢化などで増加する医療費を抑制するための計画である。2008～12 年度の第一期に始まり、2013～17 年度の第二期を経て、今年度から第三期が開始されている。

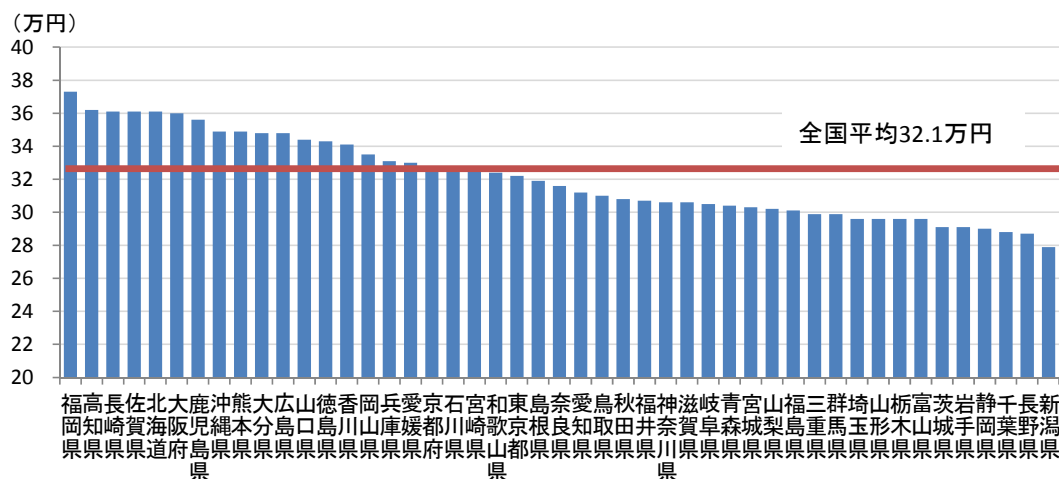
本稿では、これまでの医療費適正化計画とその実績を確認するとともに、都道府県別に見た一人当たり国民医療費の高額な都道府県と低額な都道府県とで、策定した医療費適正化計画の取組施策などに違いがあるかなどについて検討する。

2. 医療費の地域差の縮減を目指す医療費適正化計画

(1) 一人当たり医療費の地域差

都道府県別に見た一人当たり医療費は、地域差が大きいことが知られている。一般に、年齢を重ねるほどケガや病気のリスクが高く、高齢化が進む地域では一人当たり医療費が高額になりやすい。そのため一人当たり医療費を地域間で比較するには年齢構成の違いを調整する必要があるが、年齢調整後の一人当たり医療費で見ても地域差は大きい。2014 年度における各都道府県の年齢調整後一人当たり国民医療費を図表 1 に示したが、最も高い福岡県は 37.3 万円であり、最も低い新潟県の 27.9 万円を 9.4 万円と、3 割以上上回る（全国平均 32.1 万円）。

図表 1 年齢調整後一人当たり国民医療費（2014 年度）



(出所) 厚生労働省 経済・財政一体改革推進委員会 第 20 回社会保障ワーキング・グループ「医療費、介護費の地域差分析等」(平成 29 年 4 月 25 日) より大和総研作成

これまでに行われた要因分析や相関分析によると、一人当たり医療費の地域差には、医療提供体制（人口当たりの病床数、平均在院日数など）や受診行動、疾病構造、生活習慣などの違いが影響している。そのため医療費の地域差の全体が非効率を意味するわけではないが、過剰に提供される医療サービスや不必要な受診行動で費用が押し上げられているとすれば適正化する必要がある。それだけ、直接、間接に国民や住民の負担が上乗せされているからである。健康増進や疾病予防・重症化予防を進めて生活習慣病などの医療費の増加を抑えるとともに、他の地域との比較において合理的でない医療費の適正化を進め、地域差を縮減することが重要である。

その仕組みとして、2006年の医療制度改革において医療費適正化を推進する計画に関する制度が創設され、2008年度から国が定めた基本方針に基づく医療費適正化計画の策定が都道府県に義務付けられている。さらに、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015年6月30日閣議決定）においては、「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」とされた。医療費半減目標の具体的内容については、経済財政諮問会議の専門調査会である経済・財政一体改革推進委員会の下に設置されている社会保障WGで2016年秋に検討がなされ、全国平均を超えている都道府県の一人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との差の全国平均に対する比率を、2023年度までに2014年度比で半減すると明確化された（「経済・財政再生アクション・プログラム 2016」2016年12月21日経済財政諮問会議決定）。各都道府県には、医療費適正化計画や地域医療構想¹を通じて、医療費をマネージする取組が求められている。

図表 2 直近の医療費適正化計画と密接する様々な計画

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度～
医療費適正化計画	基本方針	基本方針改訂		第三期医療費適正化計画
健康増進計画	「健康日本21（第2次）」に基づく都道府県健康増進計画（2013～2022年度）			
医療計画		基本指針策定		第7次医療計画（～2023年度）
介護保険事業支援計画			基本方針策定	第7期介護保険事業支援計画（～2020年度）

（出所）厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

医療費適正化計画は「住民の健康の保持の推進」「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱としており、前者は健康増進計画、後者は医療計画（地域医療構想）および介護保険事業支援計画と密接に関連している。2018年度は、第三期医療費適正化計画だけでなく、第7次医療計画と第7期介護保険事業計画が始まったため、相互に整合的な内容とすることが求められている（図表2）。つまり、各都道府県が保健・医療・介護・福祉の一体的な取組を進めることで、良

¹ 2025年の医療需要（入院・外来別・疾患別患者数等）と必要病床数を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策（医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等）を定めた計画。

質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保しつつ、医療費の過度な伸びを抑制することが期待されているのである。

(2) 医療費適正化計画の主な取組目標と進捗状況

次に、医療費適正化計画の基本方針で掲げられた主な取組目標とその進捗状況について見ていく。医療費適正化計画では、国が取組目標や医療費の推計方法を基本方針で示している。都道府県は、この基本方針に基づいて医療費適正化計画を作成した。図表3は、基本方針で掲げられた取組目標である。

図表3 医療費適正化計画の基本事項と取組目標

第一期医療費適正化計画（2008～2012年度）	
住民の健康の保持の促進に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診の実施率70%以上 ○ 特定保健指導の実施率45%以上 ○ メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少率（2008年度比10%以上）
医療の効率的な提供の推進に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2006年度の平均在院日数の全国平均（32.2日）と最短の長野県（25日）の差を2012年度に9分の3（29.8日）に縮小
第二期医療費適正化計画（2013～2017年度）	
住民の健康の保持の促進に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診の実施率70%以上 ○ 特定保健指導の実施率45%以上 ○ メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少率（2008年度比25%以上） ○ たばこ対策
医療の効率的な提供の推進に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平均在院日数については、都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、独自に設定 ○ 後発医薬品の数量シェア60%以上（2017年度末まで）
第三期医療費適正化計画（2018～2023年度）	
住民の健康の保持の促進に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診の実施率70%以上 ○ 特定保健指導の実施率45%以上 ○ メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少率（2008年度比25%以上） ○ たばこ対策 ○ 予防接種 ○ 生活習慣病等の重症化予防（糖尿病の重症化予防の取組など） ○ その他の予防・健康づくりの推進（個人へのインセンティブの取組など）
医療の効率的な提供の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の数量シェア80%以上（2020年9月まで） ○ 医薬品の適正使用の推進（重複投薬、多剤投与の適正化）

（出所）厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

① 第一期の取組状況

第一期医療費適正化計画終了時の2012年度の実績は、特定健康診査（以下、特定健診）の実施率が全国平均で46.2%、特定保健指導実施率が16.4%と、目標（各70%、45%）を大きく下回った。他方、メタボリックシンドロームの該当者および予備群は2008年度比で12%減少し、10%減少という目標を達成している。また、平均在院日数についても全国平均で29.7日と、目標日数（29.8日）を下回った。

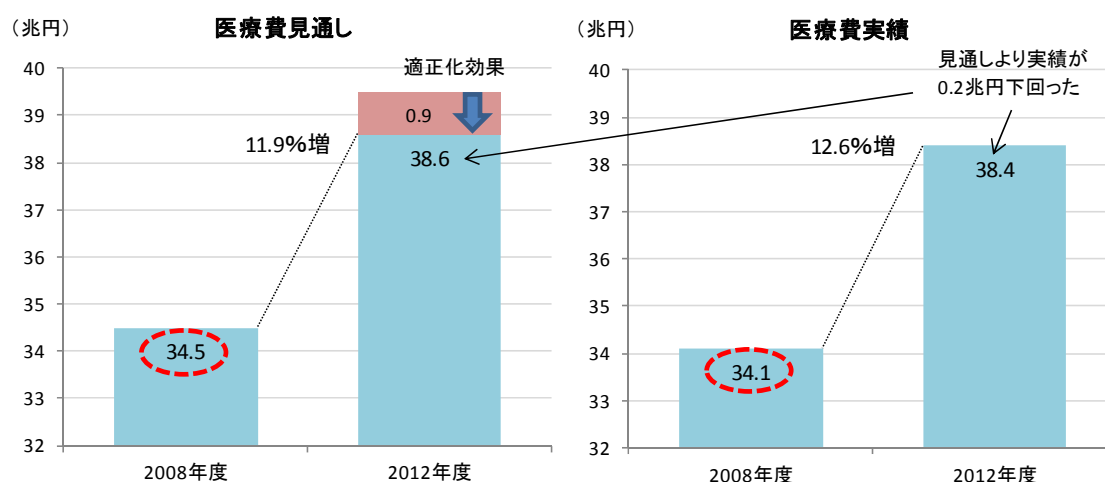
都道府県別に見ると、特定健診の実施率が東京都で60%を超えた一方、30%台にとどまる地域もあった（奈良県や北海道など）。特定保健指導の実施率については、徳島県や佐賀県など四国・九州地方で25%超となった一方、大阪府や神奈川県、東京都など都市部では10%台前半の

低い水準だった。メタボリックシンドロームの該当者および予備群についても 20%以上減少させた地域がある（長野県や徳島県など）のに対し、減少率が 5%程度にとどまった地域（大阪府や広島県）、また逆に 2008 年度よりも増加してしまった地域（鳥取県）もあるなど、都道府県ごとの進捗のばらつきが目立った。

このように、第一期の実績では、全国平均で目標を達成した取組（メタボリックシンドロームの該当者および予備群や平均在院日数）があったものの、目標を大きく下回る取組もあった。また都道府県ごとに見ても、進捗の違いが目立った。ところが他方で、厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」（2014 年 10 月）によると、2012 年度の医療費は 38.4 兆円²と、47 都道府県の医療費見通しの総額である 38.6 兆円を 0.2 兆円下回ったという。なお、この 38.6 兆円という医療費見通しは適正化の取組が反映されたものであり、0.9 兆円の適正化効果が織り込まれていた。

だが、目標を達成していない取組があるにもかかわらず医療費の実績が見通しを下回ったのは、そもそも第一期が始まった 2008 年度時点で医療費見通しが過大だったからである。2008 年度の実績額は 34.1 兆円と、見通しを 0.4 兆円下回っていた（図表 4）。2008 年度と 2012 年度の医療費を「金額」ではなく「変化率」で比較すると、医療費適正化計画では 11.9%増加する見通しであったが、実績はそれを上回る 12.6%であった。見通し作成時に前提とされた物価や賃金などの経済環境が明らかでないため正確な比較は難しいが、第一期医療費適正化計画では当初見込まれたように医療費の伸びを抑制することができなかったことになる。

図表 4 第一期医療費適正化計画の医療費見通しと実績



(出所) 厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」（2014 年 10 月）より大和総研作成

さらに、目標を達成したメタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率による医療費の適正化効果は、すぐには現れないものであるため、この期間の医療費に影響があったと

² 概算医療費ベース。2012 年度の国民医療費は 39.2 兆円。

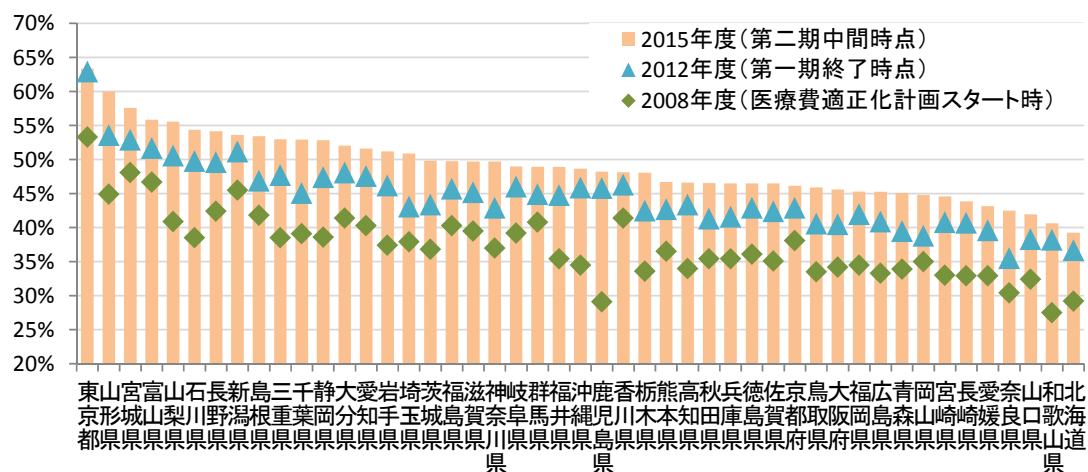
は考えにくい（第一期医療費適正化計画における 0.9 兆円の適正化効果額にも織り込まれていない）。平均在院日数の短縮による医療費適正化への影響についても、日数短縮の目標は達成したが、同時に入院一日当たりの医療費が増大したことが明らかとなり、入院日数の短縮化による真の適正化効果がどの程度なのか判然としない。いずれにせよ、第二期に向けて医療費適正化計画の改善が求められる内容だったと言える。

② 第二期の取組状況

2013 年度からの第二期医療費適正化計画では、第一期に未達だった特定健診実施率などの数値目標が、2017 年度末までに達成すべき全国目標として示された。ただし、第二期では、健康増進計画等との整合性の観点から、新たに「たばこ対策」や「後発医薬品の使用促進」に関する目標および取組が基本方針に加えられたものの、国が一律に各都道府県の目標を示すのではなく、国が定めた指標を参考に、各都道府県が地域の実情を踏まえた上で、目標を設定（記載は任意）するように変更された。これに対しては、当初より、経済界などから批判が寄せられていた³。

第二期の実績評価については今後公表される予定だが、計画期間の中間年に当たる 2015 年度時点においても、取組目標の多くは達成されていない。2015 年度の特定健診実施率は全国平均で 50.1%、特定保健指導の実施率は 17.5%、メタボリックシンドロームの該当者および予備群は 2008 年度比で 2.7%の減少率にとどまる。これまでの進捗状況を踏まえると、計画期間中にこれらの目標を達成することはできなかったと考えられるだろう。

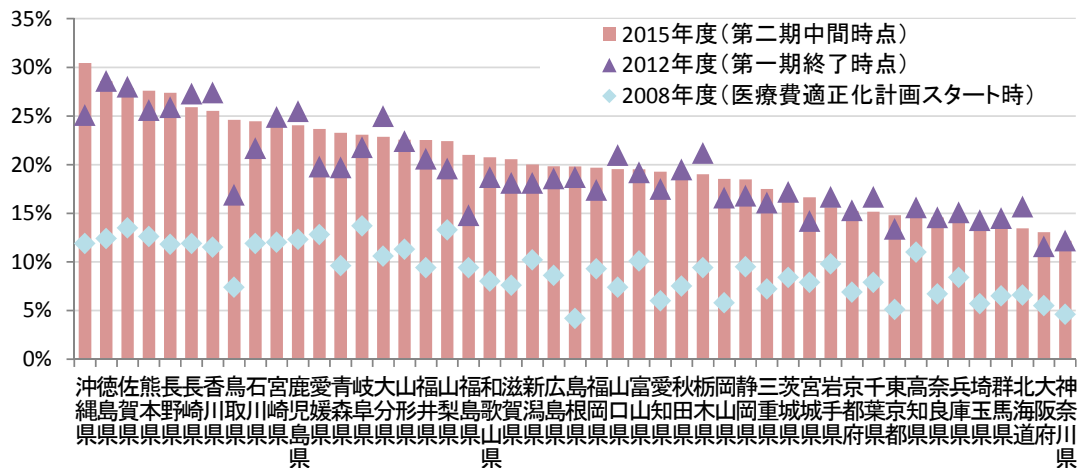
図表 5 都道府県別、特定健診の実施率



(出所) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」より大和総研作成

³ 日本経済団体連合会「社会保障制度改革のあり方に関する提言」（2012年11月20日）では、「医療費の伸びの抑制を目的とする医療費適正化計画の仕組みは、第二期計画（2013～17年度）の策定にあたり、都道府県の目標がほぼ任意の設定となるなど、実質的に形骸化している。」と厳しく批判された。

図表6 都道府県別、特定保健指導の実施率



(出所) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」より大和総研作成

図表5から特定健診の実施率を都道府県別に見ると、2015年度時点で60%を超えた地域（東京都、山形県）がある一方、第一期でも進捗の遅れが目立っていた北海道は40%に達していない。また、特定保健指導の実施率についても30%超まで上昇した地域がある一方、第一期でも実施率が低かった神奈川県や大阪府などは15%未満と低い（図表6）。このように、第二期においても都道府県ごとの進捗状況のばらつきが目立つことに加え、そうしたばらつきが固定化されている様子が見えてくる。進捗の遅れが常態化する都道府県では、課題について分析し、計画された取組が着実に進められるよう、手法を見直すことが求められよう。

③ 第三期の取組と医療費目標

第三期医療費適正化計画では、計画期間をこれまでの5年から6年に変更するとともに、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率25%（2008年度対比）などの全国目標が引き続き掲げられている。また、近年、医療費が高額となりがちな糖尿病性腎症の患者に対する専門的な保健指導の効果が確認されたことなどを背景に、「生活習慣病等の重症化予防」の取組が新たに加えられている。その他、健康寿命の延伸のためのデータヘルス計画に基づく「その他の予防・健康づくりの推進」や、薬の副作用や飲み残し⁴をなくすための「医薬品の適正使用の推進（重複投薬、多剤投与の適正化）」などが基本方針に加えられており、これまで以上に幅広い取組が計画に盛り込まれている。

第三期で見直された医療費の推計方法では、「入院医療費」については、都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計し、「外来医療費（入院外・歯科）」については、現在の外来医療費から一定の方法により将来推計を行い、その結果から適正化効果額を差し引いたものを医療費目標とすることとされた。各都道府県の適

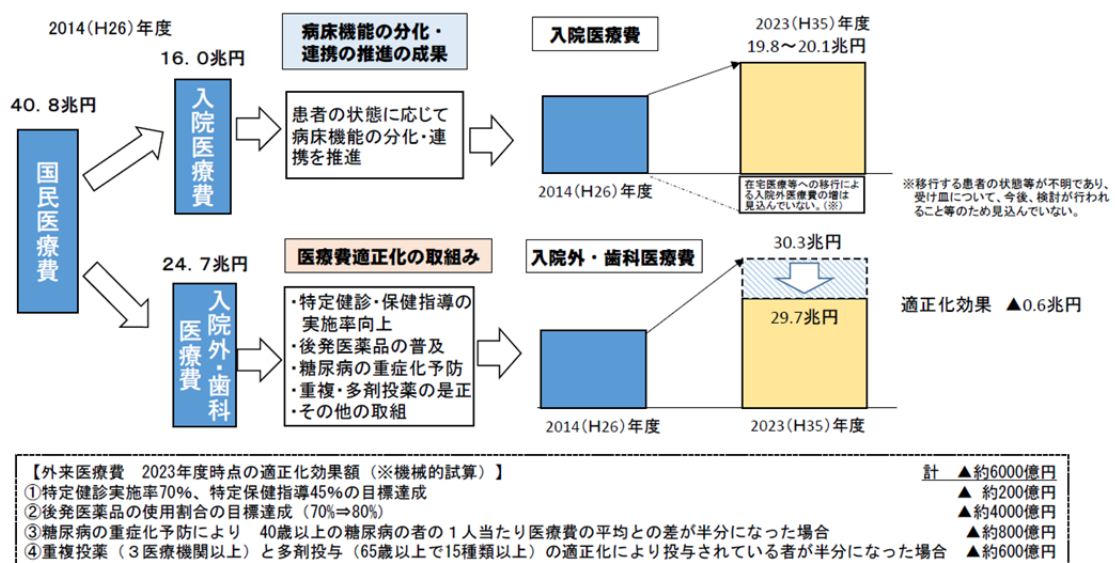
⁴ 薬剤師が関与する残薬削減効果の額は、100億円～6,500億円と見込まれている（中央社会保険医療協議会 総会（第311回）資料「医療保険財政への残薬の影響とその解消方策に関する研究（中間報告）（平成27年度厚生労働科学特別研究）」（2015年11月6日））。

正化効果額には、特定健診・保健指導の推進や後発医薬品の使用促進（80%目標）、糖尿病の重症化予防、医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）による効果が反映されたことになる。第三期終了時の2023年度には、全体で0.6兆円程度の適正化効果額が見込まれると、政府は推計している（図表7）。

ただし、こうした医療費適正化の取組が行われたとしても、一人当たり外来医療費の地域差を半減させるためには、さらに0.2兆円の医療費抑制が必要になるという。そのため政府は、レセプトデータ等の分析を継続的に行い、一定程度普及し、かつ地域差縮減につながる効果があると認められる取組の追加を検討するとしているが、現在までに追加の取組については示されていない。入院医療費についても地域医療構想によって地域差が半減するのか不明確であり、医療費全体について地域差半減が見通せているとは言い難い。

また、現実の医療費は診療報酬改定や賃金・物価動向、制度改革、医療技術の高度化・高額化などの影響を強く受ける。第三期の医療費見通しでは、これらの要因を考慮に入れることは困難であることから、過去（2009～13年度）の実績を利用して作成されている。したがって、経済環境の変化に応じた医療費見通しの定期的な見直しや、見通しと実績との乖離についての検証を行い、その結果を取組に反映させることが今後求められるだろう。

図表7 標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ



（出所）厚生労働省「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」

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku_jouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190972.pdf

3. 医療費が高い都道府県と低い都道府県に見られる計画の違い

第三期では、各都道府県は医療費の適正化に向け、どのような取組を計画しているのだろうか。以下では、前掲図表1で示した年齢構成調整後一人当たり国民医療費の上位15道府県と下位15県の計画に注目し、計画の中身にも地域差が現れているのかについて検討する。

ただし、これらの道府県の中には、2018年からの第7次医療計画（医療機関の適正配置や医療資源の効率的活用、病院の機能分化などを図るため、医療圏の設定や病床数、病院や救急体制の整備について都道府県が策定する計画）などと医療費適正化計画が一体的に計画された関係で、医療費適正化計画としての取組が具体的に記載されていないところがある。そのため、ここでは医療費適正化計画として詳細な取組に関する記述がある上位14道府県と下位11県（合計25道府県）の計画に限定した上で、外来医療費の適正化に向けた取組を中心に整理する⁵。

以下では、25道府県の計画のうち、半分以上の計画で言及されていた取組を多い順に並べたものを「医療費上位・下位のいずれの地域でも多い取組」とする。また、医療費上位14道府県と下位11県の計画のうち、言及される割合の差（下位の割合－上位の割合）が最も大きかった取組を「医療費下位の地域で多い取組」とする。

① 特定健診の実施率70%以上、特定保健指導の実施率45%以上に向けた取組

特定健診および特定保健指導については、医療費上位・下位いずれの道府県でも、特定保健指導が実施できる専門職の人員確保とスキルアップの支援や、保険者協議会や市町村等との連携などの取組が記載される計画が多かった（図表8）。他方、医療費が高額な道府県と比較して低い県で言及が多かった取組には、「地域・職域連携の推進」が挙げられる。例えば、静岡県では、地域だけでなく、企業も従業員の健康管理の重要な役割を担うことから、地域・職域連携推進協議会等を通じて情報交換を行い、職域保健の充実と地域保健との連携強化を図っている。地域保健と職域保健が連携することで、健康教育、健康相談、健康情報等を共有化し、より効果的で効率的な保健事業を展開することが期待されるためである。

図表8 特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた主な取組

医療費上位・下位のいずれの地域でも多い取組
1、特定保健指導従事者などの人材育成
2、保険者協議会や市町村等との連携の促進(情報共有)
3、健診の必要性について住民の意識の醸成(普及啓発)
3、健診データ、レセプトデータ等の活用推進
医療費下位の地域で多い取組
地域・職域連携の推進

(出所) 各道府県の医療費適正化計画資料より大和総研作成

⁵ 医療費が高額な福岡県、高知県、長崎県、佐賀県、北海道、大阪府、鹿児島県、沖縄県、熊本県、大分県、広島県、山口県、徳島県、岡山県と、医療費が相対的に低い千葉県、静岡県、岩手県、茨城県、栃木県、山形県、群馬県、三重県、福島県、山梨県、宮城県の合計25地域で比較した。

② 生活習慣病等の重症化予防に関する取組

生活習慣病等の重症化予防に関する取組では、医療費上位・下位いずれの道府県でも、「糖尿病専門医とかかりつけ医の連携」について言及する計画が多かったが、医療費が低額な県では医療費が高額な道府県と比較して「生活習慣改善のための食事指導など、栄養指導体制の充実」に触れるところが多かった（図表9）。例えば、千葉県では、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導に加え、食事指導を効果的に実施するとしている。食事療法と運動療法による血糖値のコントロールが効果的だとする研究は多く⁶、生活習慣の改善で症状の進行を抑制できれば、医療費の適正化のみならず患者の生活の質の改善にもつながるだろう。

図表9 生活習慣病等の重症化予防に関する主な取組

医療費上位・下位のいずれの地域でも多い取組
1、糖尿病専門医とかかりつけ医の連携
2、生活習慣の改善の重要性や生活習慣病に関する正しい知識について普及啓発
3、特定健診受診者のうち、ハイリスク者に対する受診勧奨や保健指導の実施
医療費下位の地域で多い取組
生活習慣改善のための食事指導など、栄養指導体制の充実

（出所）各道府県の医療費適正化計画資料より大和総研作成

③ 後発医薬品の使用促進に関する取組

後発医薬品の使用促進に関する取組では、医療費上位・下位いずれの道府県でも、住民に対する普及啓発を行う計画が多いが、医療費が低い県では、住民だけでなく、医療関係者に対しても後発医薬品の使用状況に関する実態把握のためのアンケート調査や、使用に関するアンケート調査（意識調査）を行うとすることが多かった（図表10）。例えば、福島県では、後発医薬品の使用促進に支障となる課題抽出のため、医療機関や薬局等において使用状況に関する意識調査等を行い公表するとしている。後発医薬品の普及促進のためには、患者だけでなく、医療機関や薬局における後発医薬品の使用状況や処方に関する意識等を把握し、使用や処方が進まない理由等があれば解消する必要があるからである。

図表10 後発医薬品の使用促進に関する主な取組

医療費上位・下位のいずれの地域でも多い取組
1、住民に対する普及啓発用ガイドブック等の作成及び講習会等の実施
2、後発医薬品に切り替えた場合の「差額通知」の実施
3、後発医薬品安心使用促進協議会を設置し、安心使用を促進
医療費下位の地域で多い取組
後発医薬品の使用に関して医療機関や薬局に実情把握のためのアンケート調査
医療機関、薬局等を対象とした後発医薬品の使用に関するアンケート調査（意識調査）

（出所）各道府県の医療費適正化計画資料より大和総研作成

⁶ University of Glasgow, “16 week NHS programme can help treat type 2 diabetes” (11 January 2018)

④ 医薬品の適正使用の推進に関する取組

医薬品については、重複投薬（3 医療機関以上）と多剤投与（65 歳以上で 15 種類以上）の適正化を図り適切な受診行動を促すことで、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか残薬解消なども可能となり、医療費の適正化にもつながると考えられている。そのためには患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施する「かかりつけ薬剤師・薬局の普及」が重要であり、医療費上位・下位いずれの道府県でも、この点に関して記載された計画が多かった（図表 11）。

他方、医療費下位の県では、「健康サポート薬局の設置など、健康相談可能な体制整備」についても言及している計画が多く見られた。健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有するとともに、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を合わせ持った薬局のことである。地域住民の健康をサポートする機能として、健康相談の受付や受診勧奨・関係機関の紹介、医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言等が期待されている。例えば、群馬県では、日常生活圏内に 1 箇所以上の健康サポート薬局を設置し、患者が医薬品の適正使用について理解を深めるための健康相談が可能な体制を充実させるとしている。世界的にセルフケアやセルフメディケーションの重要性が増していることから、地域住民の薬はもちろん、健康や介護用品に至るまで様々な相談に対応できる薬剤師の果たす役割は今後さらに重要になるとみられている。

図表 11 医薬品の適正使用の推進に関する主な取組

医療費上位・下位のいずれの地域でも多い取組
1、かかりつけ薬剤師・薬局の普及
2、お薬手帳の活用
3、住民に対するリーフレット配布などによる普及啓発
3、保健師による重複・頻回受診者への訪問指導
医療費下位の地域で多い取組
健康サポート薬局の設置など、健康相談可能な体制整備

（出所）各道府県の医療費適正化計画資料より大和総研作成

このように、医療費上位・下位の道府県とで言及された取組には一定の違いが見られることが確認できた。先述したように医療費の地域差には疾病構造や生活習慣の地域差も反映されており、医療費を適正化するためにはそれぞれの地域の実情に応じた取組が重要である。生活習慣病が問題になっている地域であれば、関係者を挙げての生活習慣の改善や重度化予防が重要であろうし、薬剤の使用姿勢に課題がある地域であれば、薬局での相談体制の整備や医療関係者による処方標準化が効果的であろう。

しかしながら、策定された都道府県の医療費適正化計画を全体的に見れば、基本方針で示された取組施策の域を出ていない計画が多いほか、中には、過去 2 回の計画と取組内容がほとんど変わっていない計画もある。地域の実情や課題に応じた取組計画を策定した都道府県は、ごく一部と言わざるを得ない。特に、年齢構成調整後の一人当たり医療費が高額だったり、第二

期までの計画で取組の進捗が遅れたりしている地域では、医療費の増加を合理的に抑制する計画の策定が期待されていた。NDB（National Data Base）などデータの活用によって現状の「見える化」が進んできたことは大きな成果だが、それによって課題を当事者（住民など）が自分事として認識し、現状を持続可能なものへ変えていくという改革は道半ばの段階にあるということだろう。

4. まとめ

国民医療費は毎年1兆円程度のペースで増加しており、2015年度には42兆円に達した。医療費が増加する理由は、高齢化や疾病構造の変化、医学・医療の進歩、新技術の導入など様々あるが、実質的な賦課方式⁷を採る日本の医療保険制度では支え手である現役世代が減少するため、制度の持続性の確保が課題である。そこで、政府は都道府県で大きなばらつきが見られる一人当たり医療費に注目し、生活習慣病の予防、後発医薬品の使用促進、重複投薬や多剤投与の適正化などの取組を盛り込んだ医療費適正化計画を通じて、都道府県が医療費の伸びをマネージすることを期待している。

しかし、公表された都道府県の医療費適正化計画の取組施策には、年齢調整後の一人当たり医療費が高額な地域と低額な地域で多少の違いはあるものの、全体的には大きな違いはなく、一部を除いて地域ごとの課題に積極的に対応しているような様子はあまり見られない。また、過去の計画の実績からは、都道府県ごとの進捗状況のばらつきが固定化されている様子もうかがえ、PDCA サイクルが十分に回っていない点も課題と言える。医療費適正化計画では、達成状況および施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させることが求められている。都道府県が主体的に計画の進行管理を行い、目標達成に向けた実効性のある取組を追加していくことが必要だろう。医療費適正化計画には直ちに効果が現れない取組施策が多いが、生活の質を確保・向上しつつ、医療の適正化や効率化するためには、健康維持・増進を通じた生活習慣病の予防の推進などの取組を着実に進めることが最低限、必要である。

⁷ 当該年度の給付費をその年度の保険料収入で賄う方式。