医療費適正化について

平成26年10月15日
厚生労働省保険局

- 医療費適正化計画 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P2
- 個人・保険者に対するインセンティブ

  ① 個人に対する健康・予防インセンティブの付与・・・・・・ P25

  ② 後期高齢者支援金の加算・減算制度・・・・・・・・・・・・・ P30
- 保険者による医療費適正化の取組 ・・・・・・・・・・・・・・ P36

医療費適正化計画

医療費適正化計画の概要について

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、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

根拠法　　：高齢者の医療の確保に関する法律
作成主体　　：国、都道府県
計画期間　　：５年（第１期：平成20～24年度、第２期：平成25～29年度）
主な記載事項：・医療費の見通し（必須記載事項）
・健康の保持の推進に関する目標・具体的な取組
・医療の効率的な提供の推進に関する目標・具体的な取組
（任意記載事項）

＜都道府県医療費適正化計画において定める目標＞

・住民の健康の保持の推進に関する目標

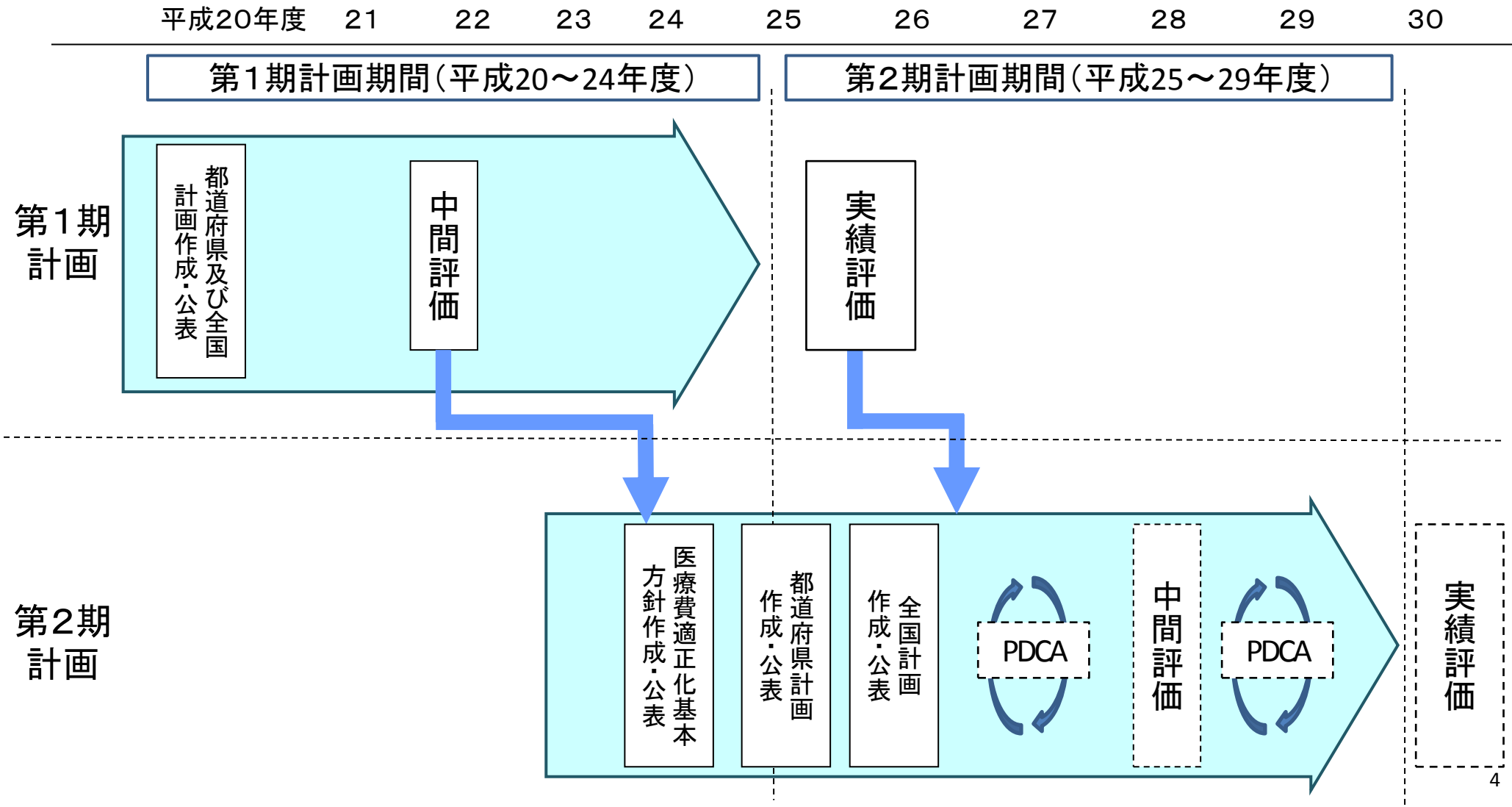
（1）特定健康診査の実施率に関する目標（数値）
（2）特定保健指導の実施率に関する目標（数値）
（3）メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標（数値）
（4）たばこ対策に関する目標

・医療の効率的な提供の推進に関する目標

（1）医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
（2）後発医薬品の使用促進に関する目標

医療費適正化計画のサイクル

○　国及び都道府県は、医療費適正化計画ついて、作成した翌々年度において計画の進捗評価を実施するとともに、計画期間の終了年度の翌年度において、実績評価を実施する。
○　また、目標の達成状況及び施策の実施状況については、中間評価に加え、必要に応じ、計画の途中期間であっても評価を行い、計画の見直し等に反映させる。



第１期 医療費適正化計画（平成20～24年度）の進捗状況について

健康の保持の推進に関する目標

○ 特定健診・保健指導の実施率については、着実に上昇してきているものの、目標とは開きがある状況である。
○ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、着実に上昇してきており、目標を達成している。

	第１期目標（24年度）	平成24年度実績	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度
特定健診実施率	70%	46.2%	44.7%	43.2%	41.3%	38.9%
特定保健指導実施率	45%	16.4%	15.0%	13.1%	12.3%	7.7%
メタボ該当者・予備群減少率	10%以上減（平成20年度比）	12.0%	9.7%	7.9%	4.7%	－

平均在院日数の短縮に関する目標

○ 平成18年時点における全国平均（32.2日）と最短の長野県（25.0日）との差を9分の3短縮し、平成24年の全国平均を29.8日にすると定めたところ。
○ 平成24年の全国の平均在院日数の実績は29.7日、最短は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数（29.8日）を下回る結果となっている。

	第1期目標（24年度）	24年	23年	22年	21年	20年
平均在院日数	29.8日	29.7日	30.4日	30.7日	31.3日	31.6日

医療費の見通し

○ 平均在院日数の短縮の目標を達成した場合の医療費の見通しについて各都道府県において推計を実施。
○ 47都道府県の見通しを積み上げると、計画策定時は平成24年度に約0.9兆円の適正化効果額を見込んでいたところ。
○ 47都道府県ベースの第1期計画で見込んでいた医療費の総額と、医療費の総額の実績を比較すると、計画期間当初の平成20年度で、第1期計画での見込よりも0.4兆円下回る結果となっており、この結果も考慮する必要があるが、平成24年度の実績は、第1期計画における様々な取組を考慮した場合と比較しても、約0.2兆円下回る結果になっている

	第1期計画医療費見通し（47都道府県）①	医療費（実績）②	第1期計画医療費見通し（47都道府県）と医療費（実績）との比較（①－②）
平成20年度	34.5兆円	34.1兆円	▲0.4兆円
平成24年度（適正化前）	39.5兆円	38.4兆円	
平成24年度（適正化後）	38.6兆円		▲0.2兆円

適正化効果約0.9兆円

第２期 全国医療費適正化計画（平成25～29年度）について（概要）

目標及び医療費の見通し

○健康の保持の推進に関する目標（平成29年度）

・特定健診実施率　70%　　・特定保健指導実施率　45%
・メタボ該当者・予備群減少率　25%減（平成20年度比）

○医療の効率的な提供の推進に関する目標

・平均在院日数　各都道府県の目標（平成23年の数値からの減少率）を踏まえると、28.6日（平成24年　29.7日）
・後発医薬品　「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成30年３月末目標60%）を踏まえ、
　　保険者の取組を推進（平成23年９月　39.9%）

○医療に要する費用の見通し

医療介護総合確保推進法に盛り込まれた内容、今後実施する第１期計画の実績評価の結果及び今後の状況を踏まえた本計画の見直しの中で、更に検証するが、国としては、本計画に定める取組を進めるとともに、「『国民の健康寿命が延伸する社会』に向けた予防・健康管理に係る取組」（平成25年８月厚生労働省公表）に掲げられた取組も併せて推進すること等により、医療費適正化を推進。

（参考）計画期間における医療費の見通しを示している46都道府県の医療費を機械的に足し上げると、平成29年度における医療費の総額は約46.6兆円、特定健診・保健指導の推進や平均在院日数の短縮等がなされた場合の医療費は約45.6兆円となる。

※ 都道府県計画においては、医療費の見通しの記載のみ必須事項であり、目標設定は任意事項となっている。

目標を達成するために国が取り組むべき施策

○健康の保持の推進に関する施策

第１期計画で規定した取組に加え、「『国民の健康寿命が延伸する社会』に向けた予防・健康管理に係る取組」等を踏まえ、以下の取組等を追加。

・被扶養者の特定健診実施率向上に向けた対策
・特定健診等情報に係る保険者と事業主との連携の推進
・糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開
・特定保健指導の対象にならない者への対応
・特定健診等の効果検証及び医療費適正化効果の検証
・保険者によるレセプト等の利活用の促進
・重複及び頻回受診者に対する保健指導等
・保険者等の連携の推進

○医療の効率的な提供に関する施策

第１期計画で規定した取組に加え、後発医薬品の使用促進に関する取組を追加。

※このほか、都道府県医療費適正化計画における医療費適正化に資する地域の課題を踏まえた特徴的な施策を記載している。
※医療介護総合確保推進法に盛り込まれた内容、第１期計画の実績評価の結果及び今後の状況を踏まえ、計画期間の途中であっても見直しを行う。

これまでの指摘事項について

○　平成25年11月15日　第22回経済財政諮問会議　指摘事項

医療費適正化計画（平成20～24年度）の最終評価の前に現計画（同25～29年度）が都道府県において策定されることとなっており、ＰＤＣＡが十分機能していない。また都道府県の計画は、特定健診・保健指導の実施目標や平均在院日数の短縮目標が任意記載。

○　平成26年４月22日　第６回経済財政諮問会議　麻生財務大臣　指摘事項 抄

○ 福岡県の先進事例を踏まえつつ、以下のとおり医療費の効率化を図るべき。

① 都道府県は、医療提供体制改革において「地域医療構想（ビジョン）」を策定する際、将来の医療機能別の必要量を定める予定（今国会で審議中の医療介護総合確保推進法案において規定）。

② ただし、都道府県は医療適正化計画の策定主体でもあり、今後、国民健康保険の財政運営の責任も都道府県に移行する予定。提供体制のみならず医療費の適正化に大きな責任。

③ ①のような数量面の取組みにとどまらず、費用面を含め、人口・年齢構成や疾病構造等に対応する合理的かつ妥当な水準の医療需要を地域ごとに算定する必要。

（注）例えば、医療費が少ない都道府県などを標準集団として、そこから年齢・人口構成等を補正して合理的な医療需要を算定。実際の医療費との乖離の原因（ジェネリック使用率など）をレセプトデータを用いて可視化させながら妥当な支出目標を設定。支出目標の達成のためにもレセプトデータを統合的に利活用。

④ 都道府県は、これを支出目標として医療費を適正化。

○ こうした支出目標を、地域ごとにとどまらず、国レベル・保険者レベルでも設定。これにより、国は、フランスの医療費支出国家目標制度（ＯＮＤＡＭ）同様の支出目標制度を実施。

○ 保険者については、支出目標の達成度合いに応じた後期高齢者支援金の加減算を行うことで、医療費適正化インセンティブを付与。

○　経済財政運営と改革の基本方針2014　（平成26年６月24日閣議決定）抄

（医療・介護提供体制の適正化）

また、平成27年の医療保険制度改正に向け、都道府県による地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する。国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す。

○　規制改革実施計画　（平成26年６月24日閣議決定）抄

医療計画、介護保健事業支援計画及び医療費適正化計画の連携

都道府県が、医療・介護を含めた総合的な取組を行うことが可能となるよう、医療計画、介護保険事業支援計画及び医療費適正化計画の見直し時期を一致させるとともに、相互の関係性をより明確にすることを検討し、結論を得る。

「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」の設置について（社会保障制度改革推進本部）

○ 社会保障制度改革推進本部の下に、有識者からなる専門調査会及びワーキンググループを設置し、社会保障制度改革を推進する観点から、地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討を行う。

【検討体制】

社会保障制度改革推進本部
（総理及び関係閣僚）

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
（有識者（15名）により構成）
第１回：８月11日開催

※ 政令(改革推進本部令)で、専門調査会を置くことができる規定を整備した上で、「改革推進本部決定」により設置。

【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　委員】　※ ◎は会長　○は会長代理

尾形 裕也　東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
権丈 善一　慶應義塾大学商学部教授
佐藤 主光　一橋大学国際・公共政策大学院教授
田近 栄治　一橋大学大学院経済学研究科特任教授
筒井 孝子　兵庫県立大学大学院経営研究科教授
土居 丈朗　慶應義塾大学経済学部教授
鳥羽 研二　独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
◎永井 良三　自治医科大学学長
伏見 清秀　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授
藤森 研司　東北大学大学院医学系研究科・医学部医療管理学分野教授
堀田 聰子　独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員
増田 寛也　東京大学公共政策大学院客員教授
○松田 晋哉　産業医科大学医学部教授
山口 俊晴　がん研究会有明病院副院長
山本 隆一　東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授

○ 地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討を行うために設置
（国・都道府県ごとの医療費水準のあり方、医療提供体制のあり方、医療費適正化対策のあり方　等）

医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ
（専門調査会委員から選任（６名））
第１回：９月１日開催
第２回：10月10日開催

※「専門調査会決定」により設置。

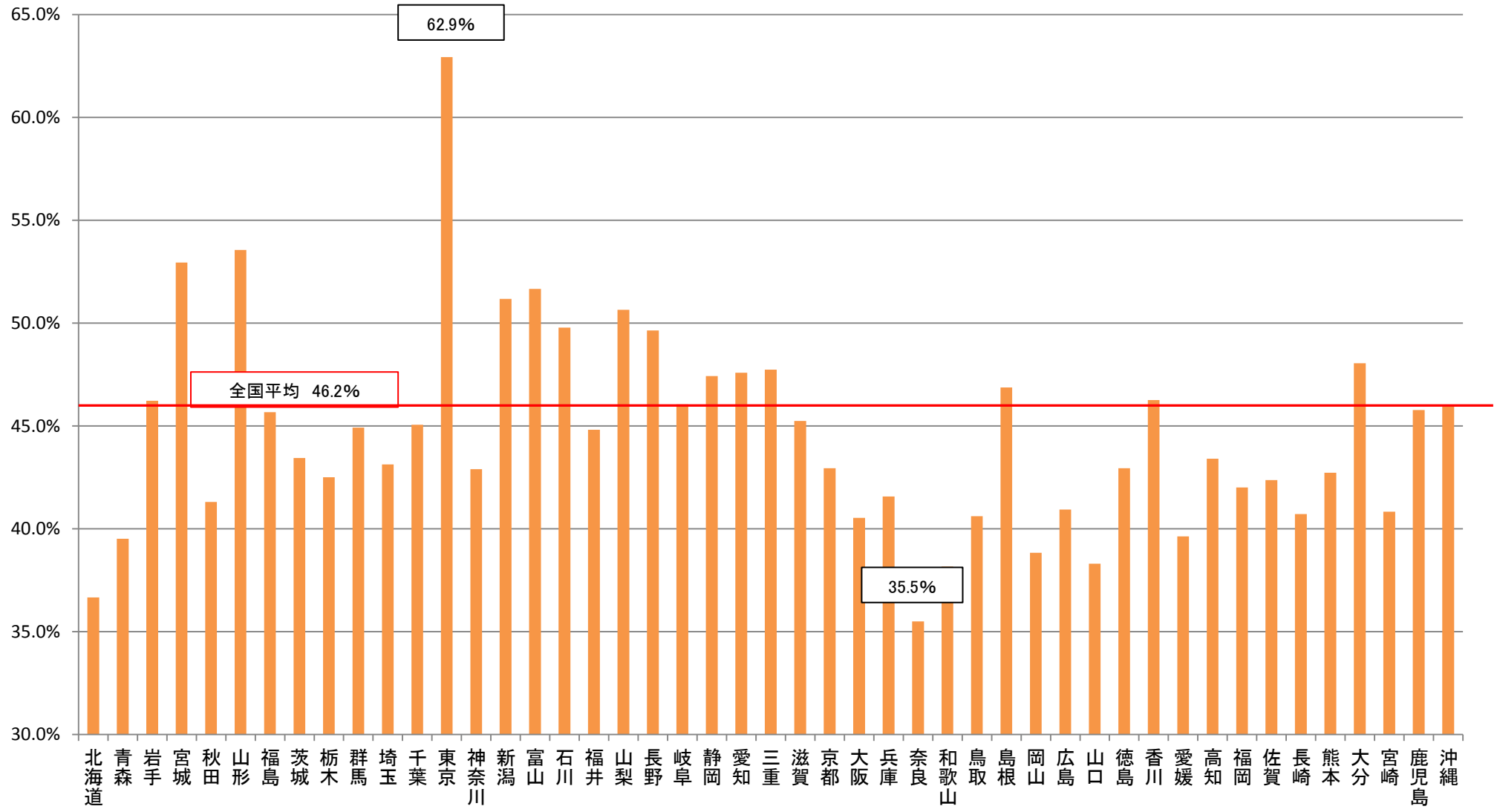
【医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ　構成員】　※ ○は主査

佐藤　主光　一橋大学国際・公共政策大学院教授
筒井　孝子　兵庫県立大学大学院経営研究科教授
土居　丈朗　慶應義塾大学経済学部教授
伏見　清秀　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授
藤森　研司　東北大学大学院医学系研究科・医学部医療管理学分野教授
○松田　晋哉　産業医科大学医学部教授

○ 専門調査会における調査・検討に資するよう、医療・介護情報に係る実務的な分析・検討及び論点整理等を行うために設置
（地域における医療・介護情報の分析、地域における医療・介護情報の連携・推進方策の検討、専門調査会における検討課題の論点整理　等）

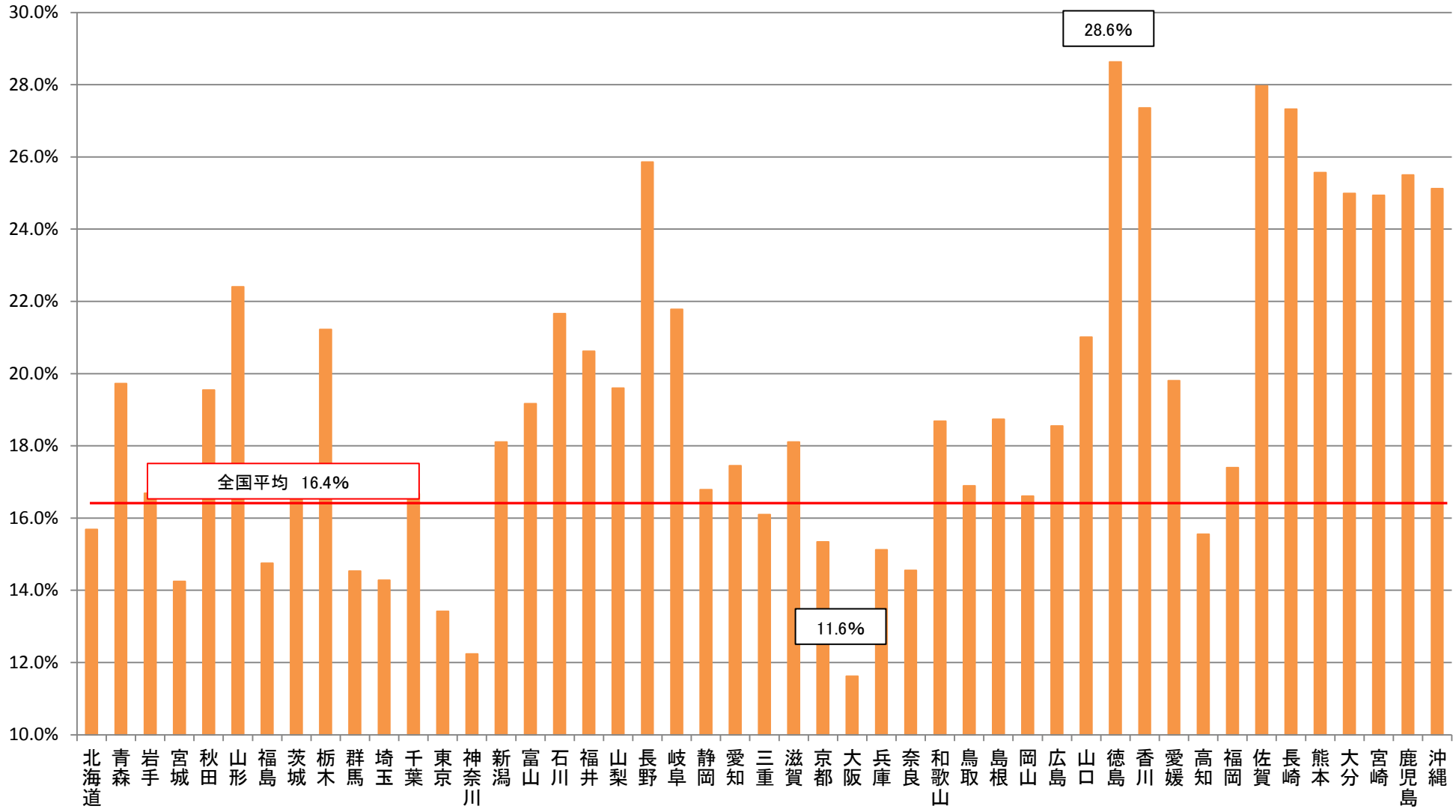
都道府県別の健康・医療関係データ

○ 特定健康診査実施率



（出所）レセプト情報・特定健診等情報データ

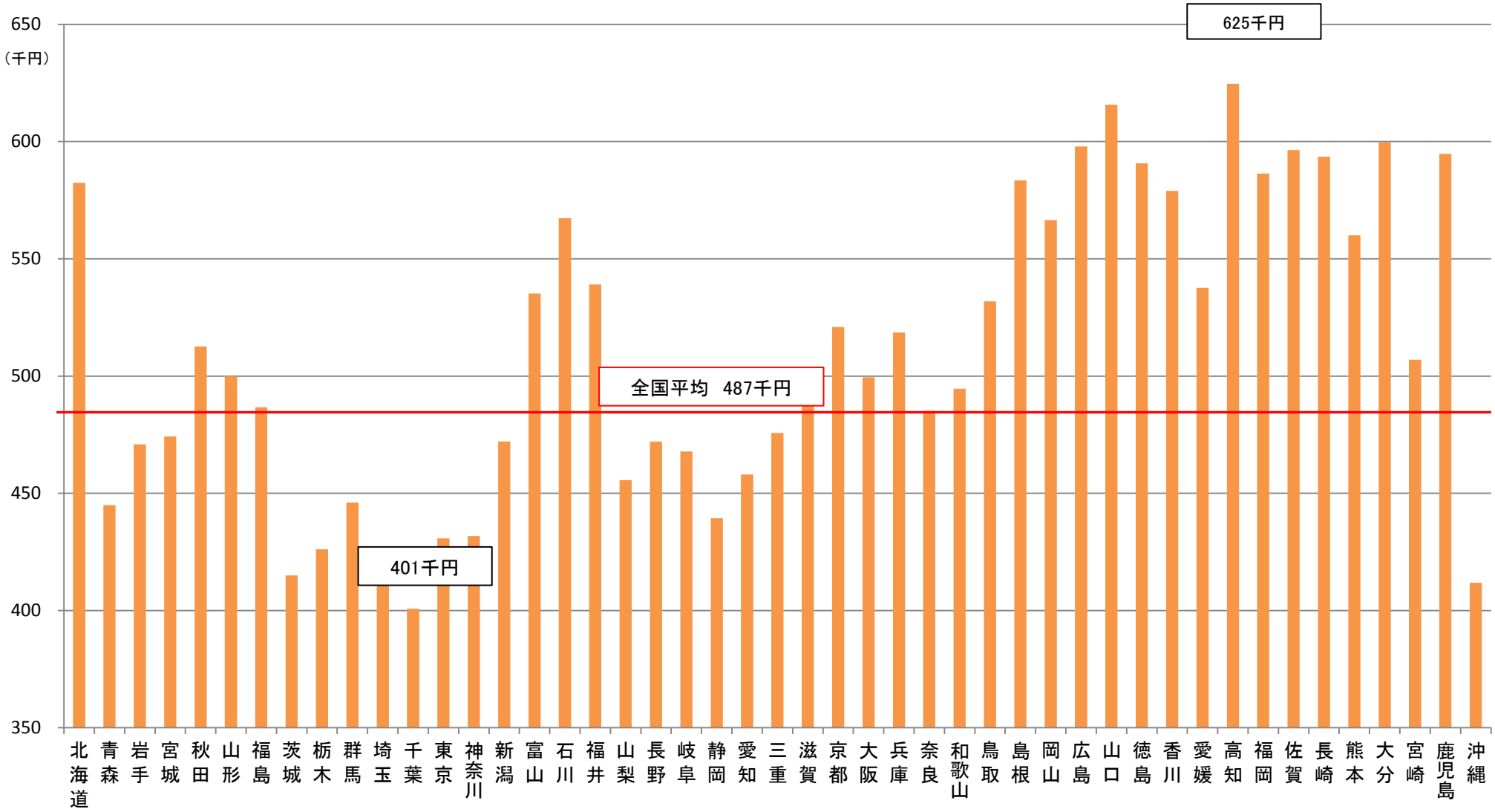
○ 特定保健指導実施率



（出所）レセプト情報・特定健診等情報データ

１人当たり医療費の地域差（市町村国民健康保険＋後期高齢者医療）

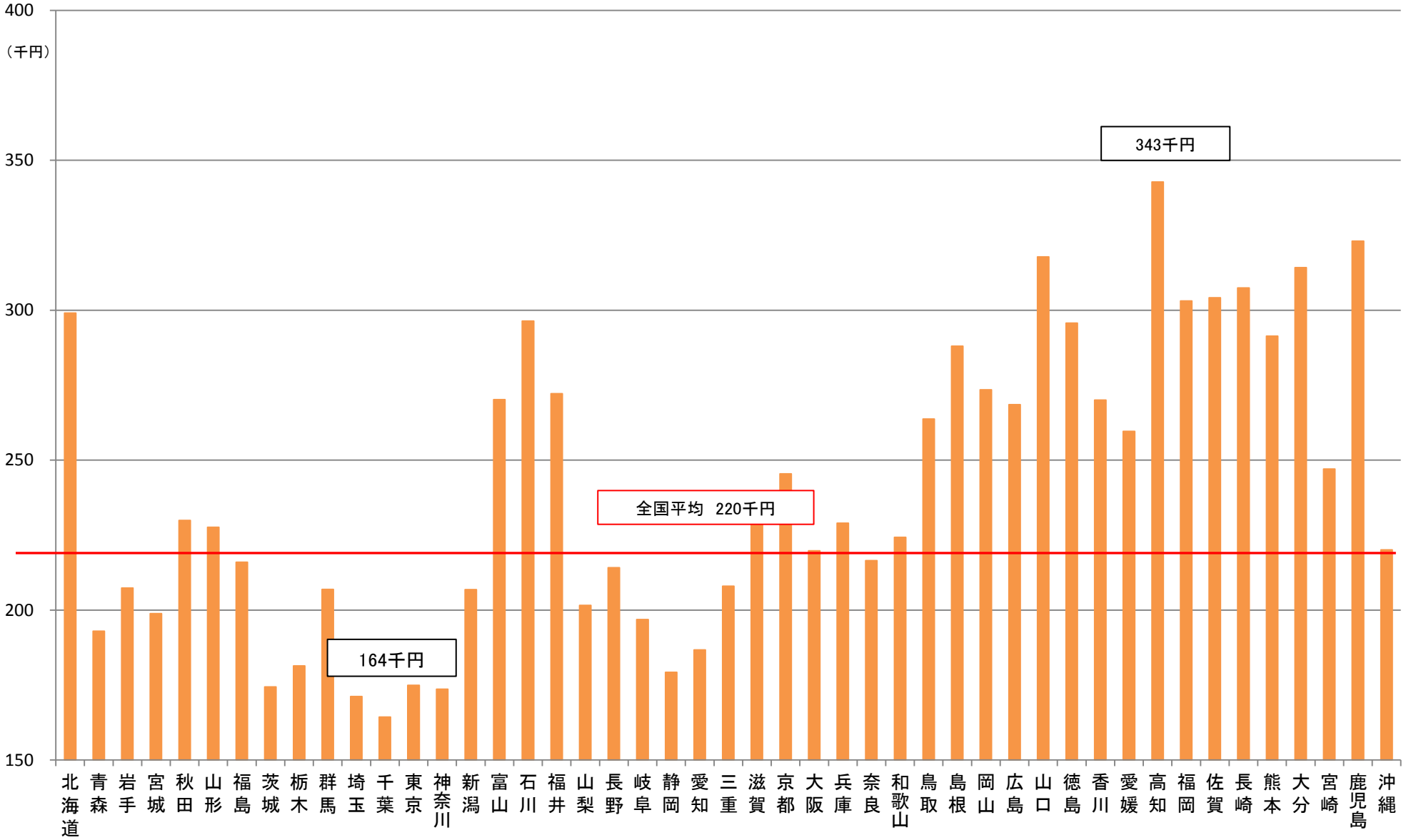
○　都道府県別、１人当たり実績医療費（合計）



※入院、入院外＋調剤、歯科の合計

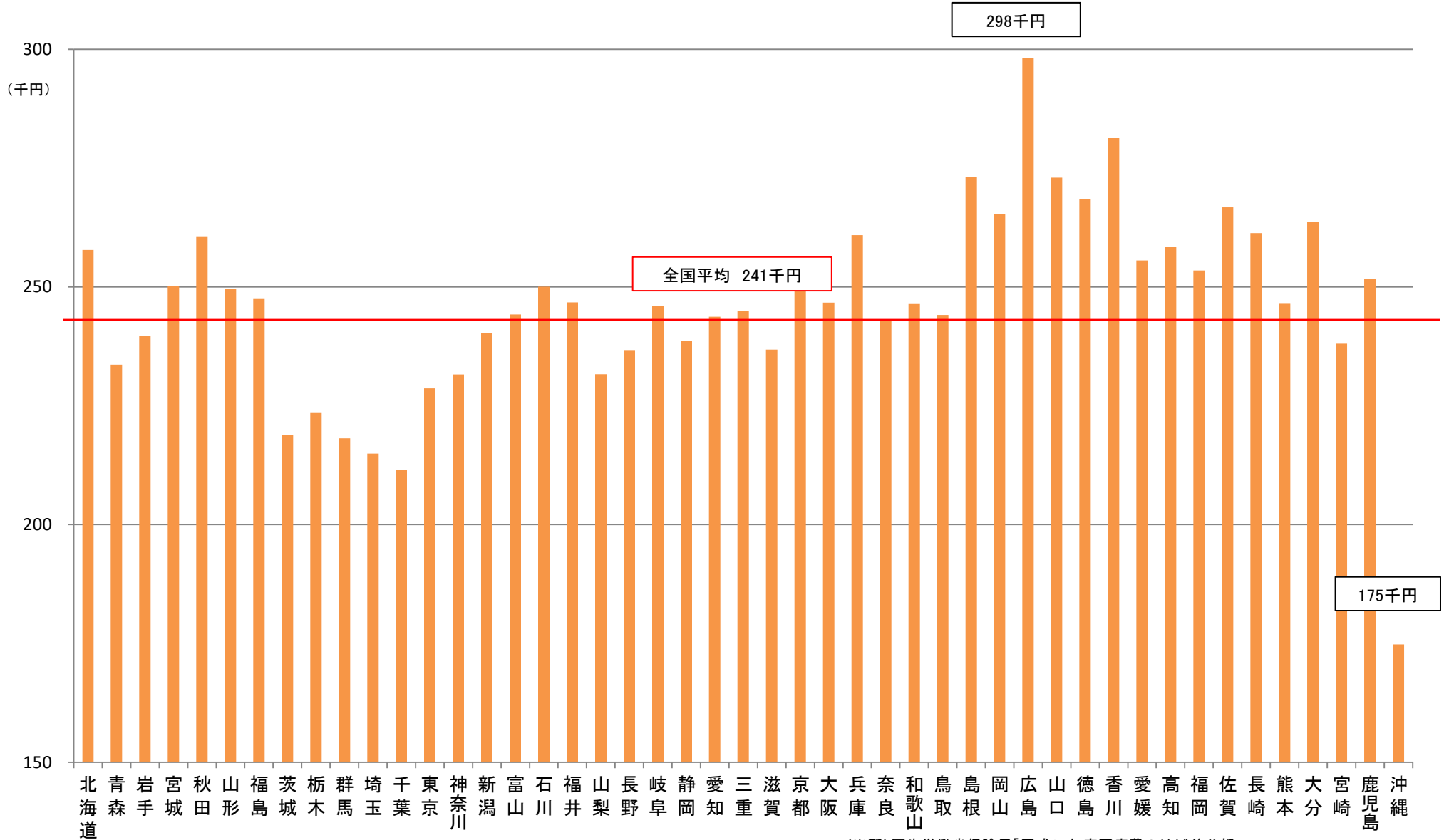
（出所）厚生労働省保険局「平成24年度医療費の地域差分析」

○ 都道府県別、1人当たり実績医療費（入院）



（出所）厚生労働省保険局「平成24年度医療費の地域差分析」

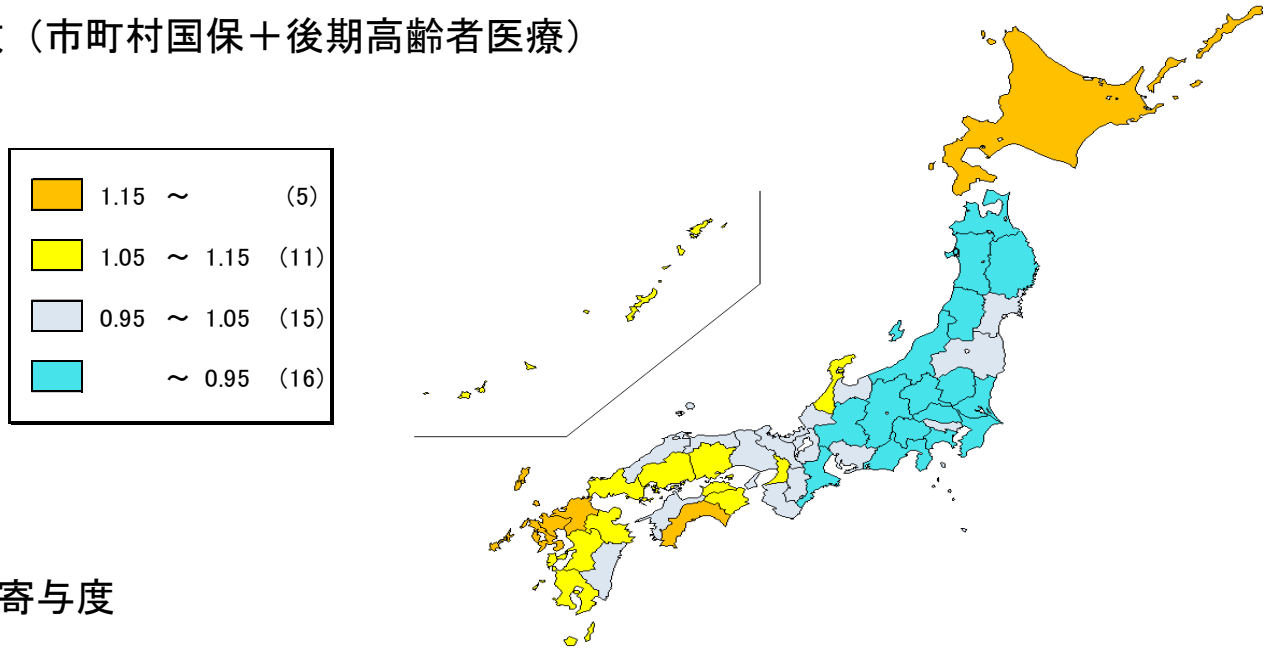
○ 都道府県別、1人当たり実績医療費（入院外＋調剤）



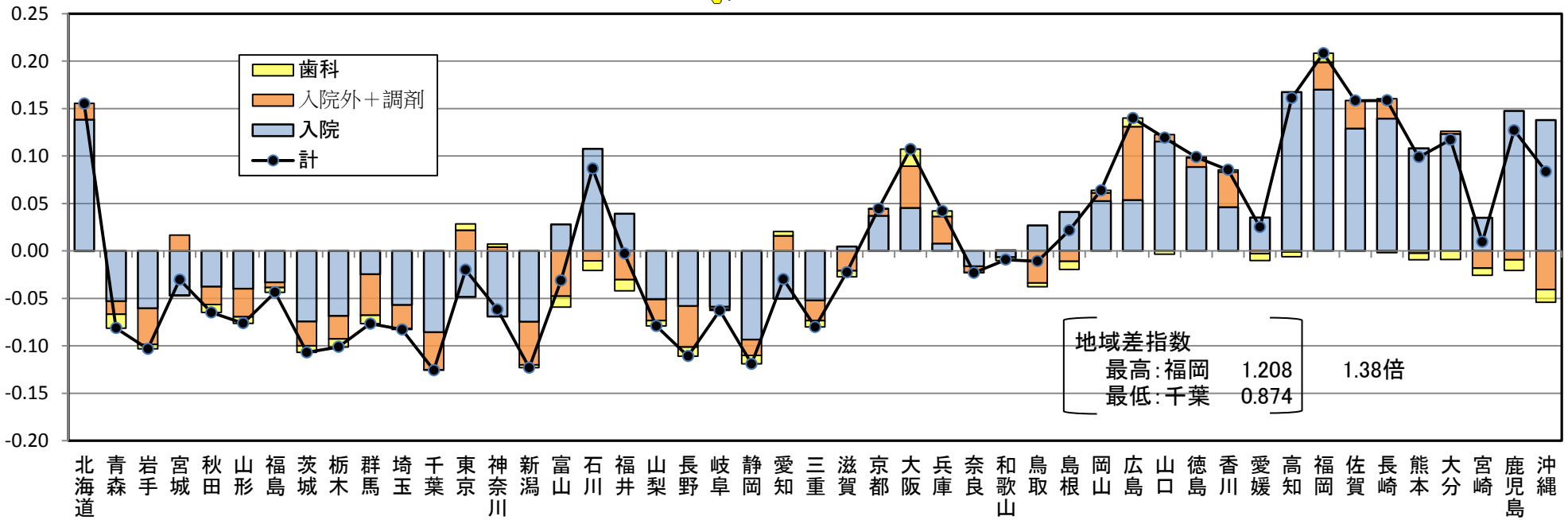
（出所）厚生労働省保険局「平成24年度医療費の地域差分析」

１人当たり医療費の地域差　（年齢補正後）

○ 地域差指数（市町村国保＋後期高齢者医療）

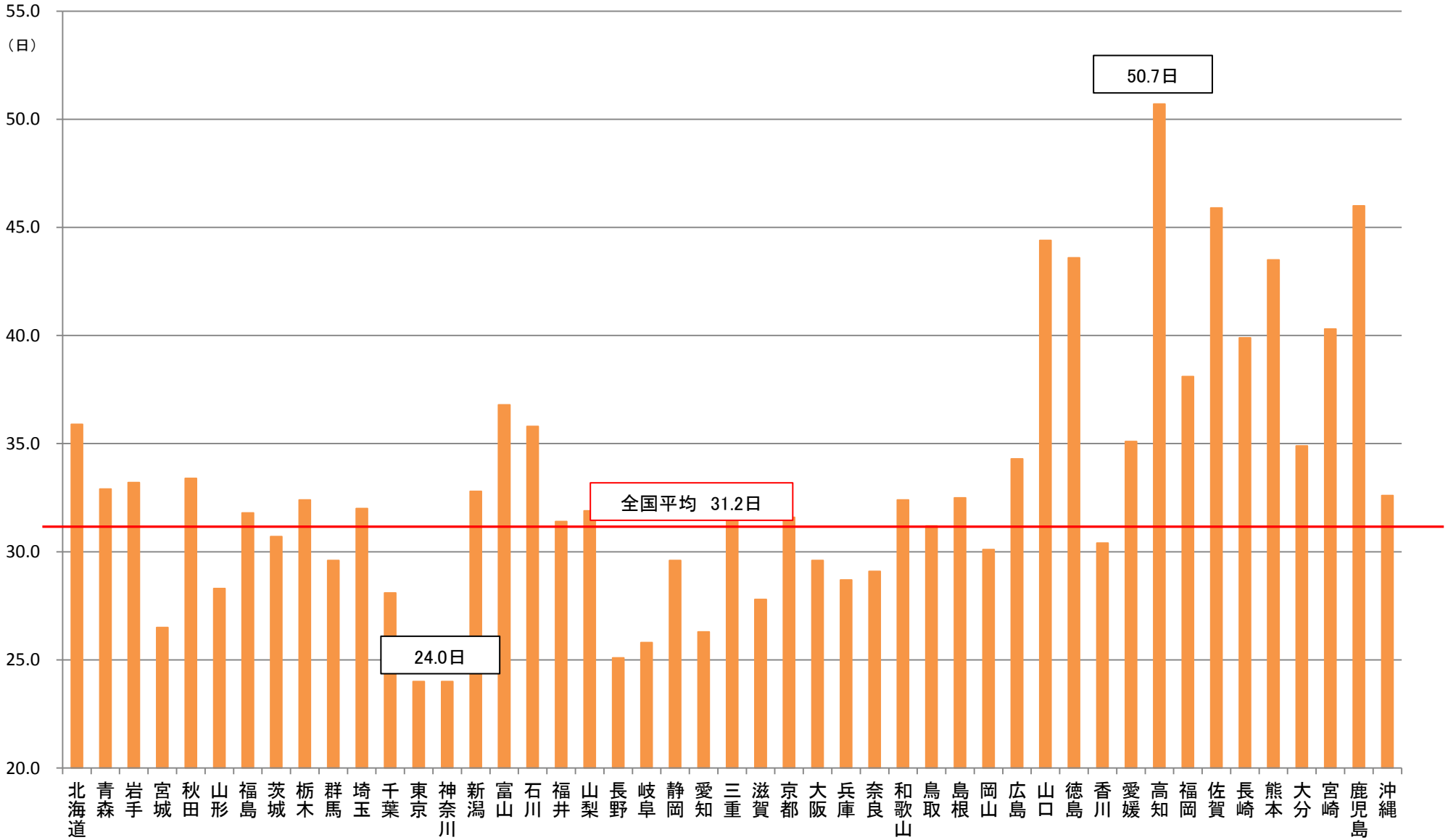


○ 診療種別寄与度



病院の平均在院日数の地域差

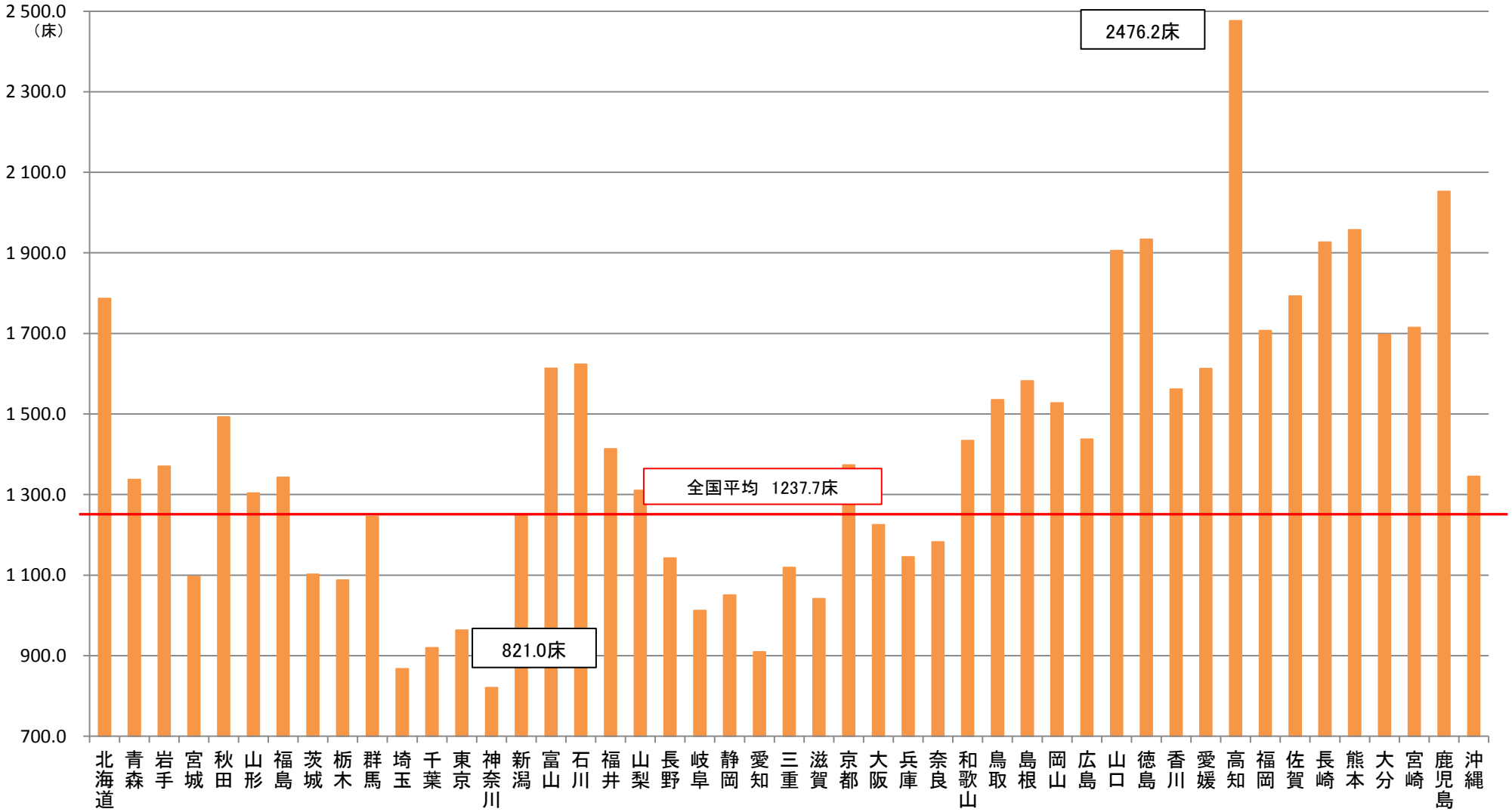
○ 都道府県別、平均在院日数（全病床）



（出所） 厚生労働省「平成24年病院報告」

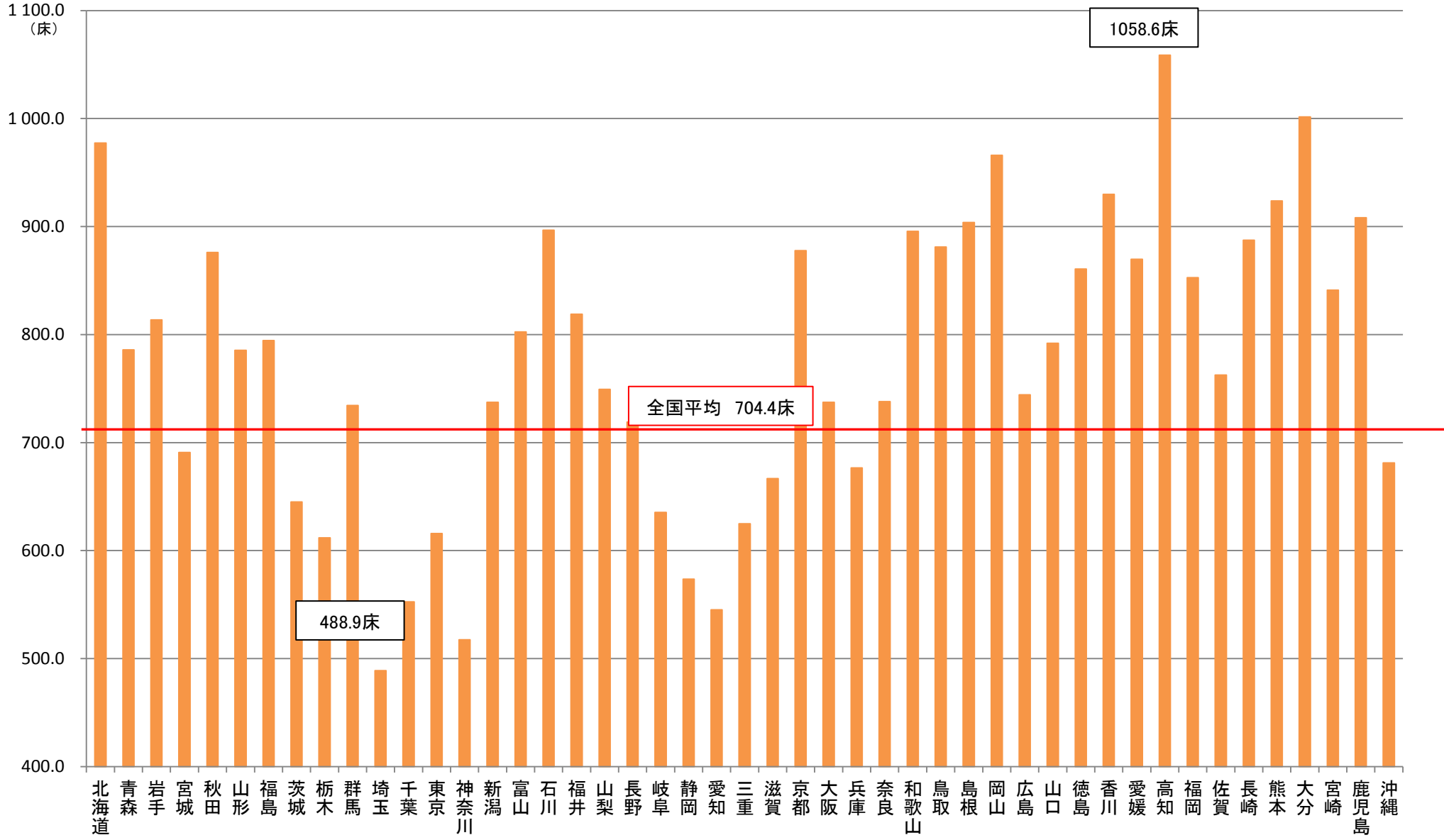
人口１０万対病院病床数の地域差

○　都道府県別、病院病床数（総数）



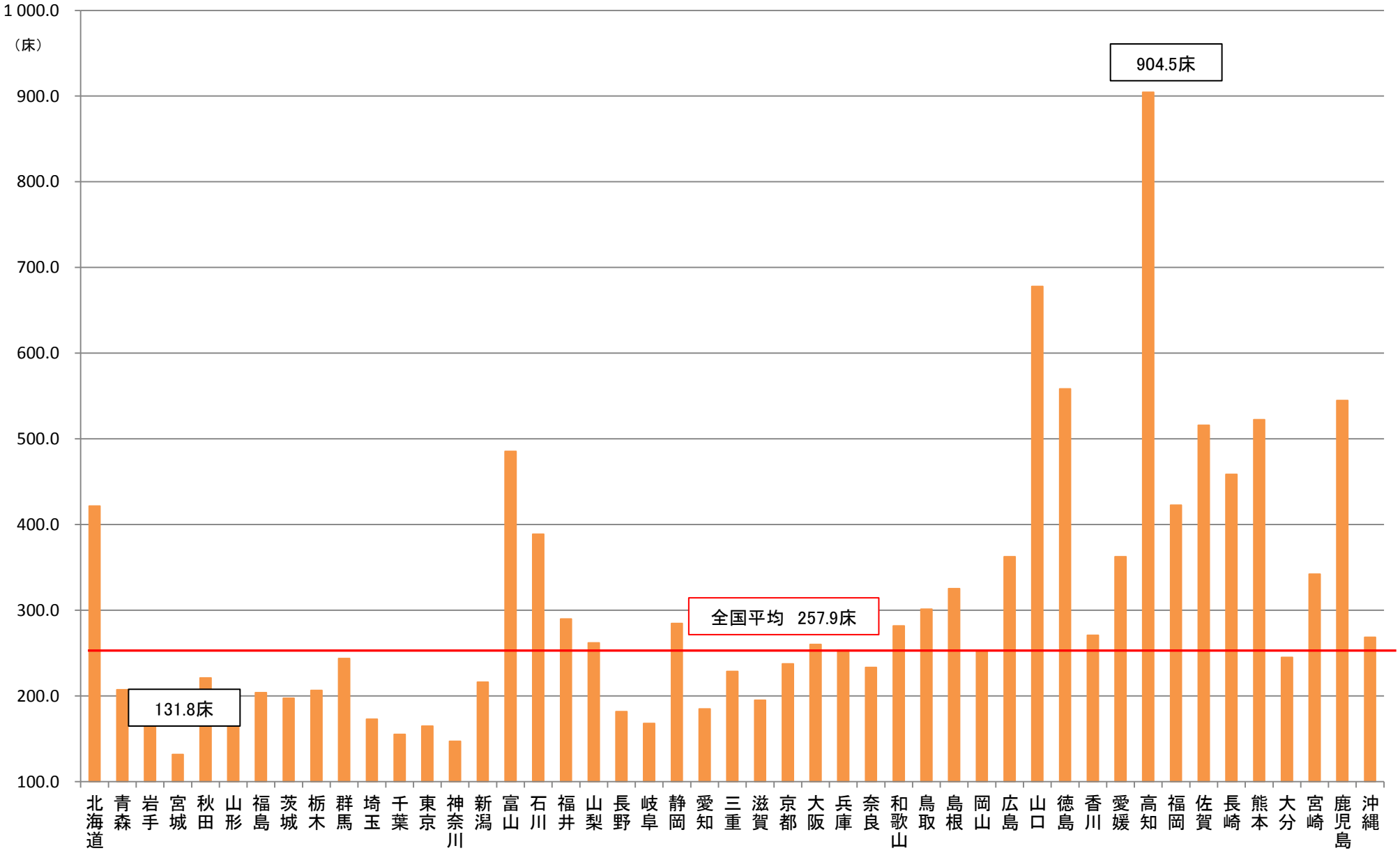
（出所）　厚生労働省「平成24年医療施設調査」

○ 都道府県別、病院病床数（一般病床）



（出所） 厚生労働省「平成24年医療施設調査」

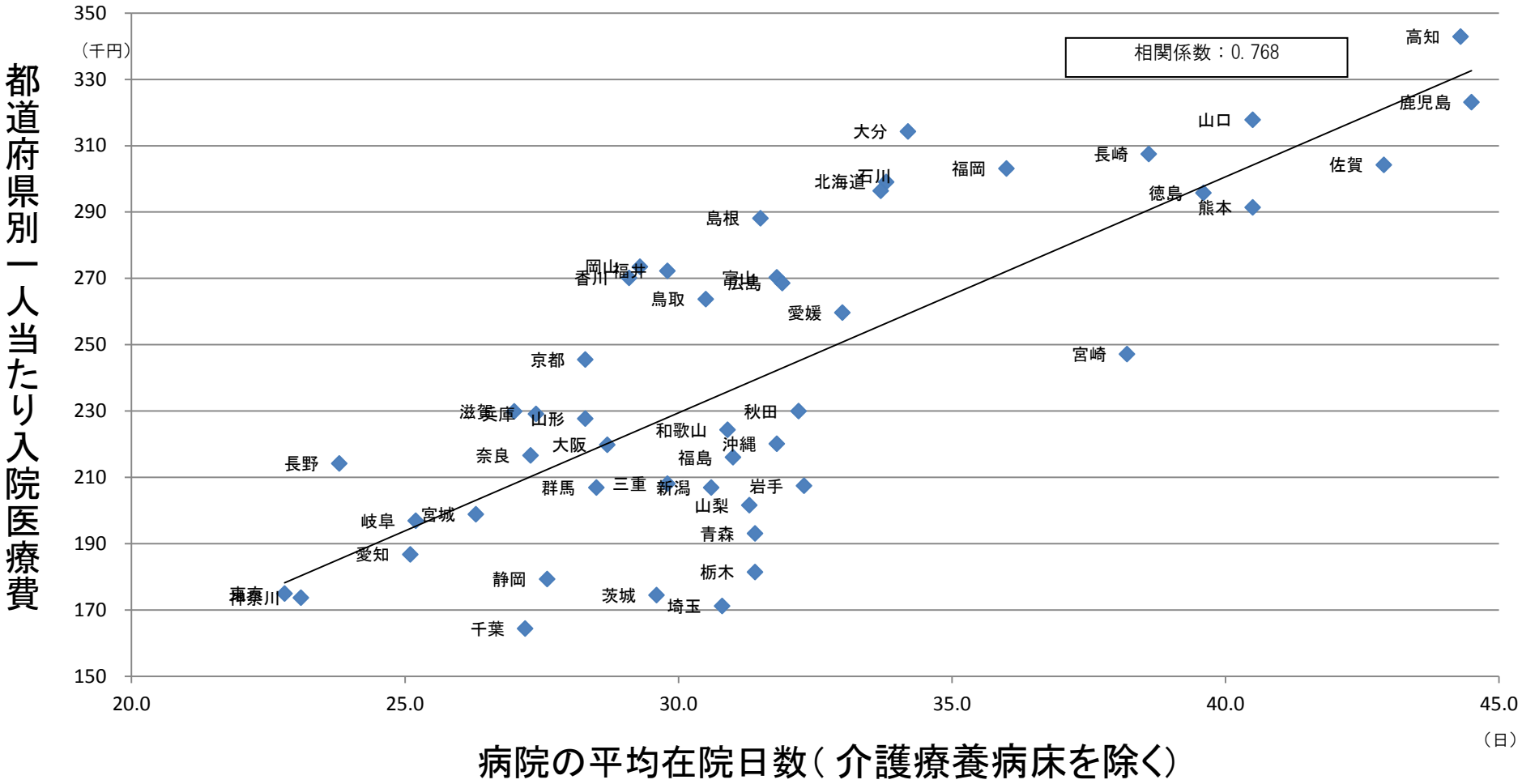
○ 都道府県別、病院病床数（療養病床）



（出所） 厚生労働省「平成24年医療施設調査」

病院の平均在院日数と都道府県別入院医療費の相関

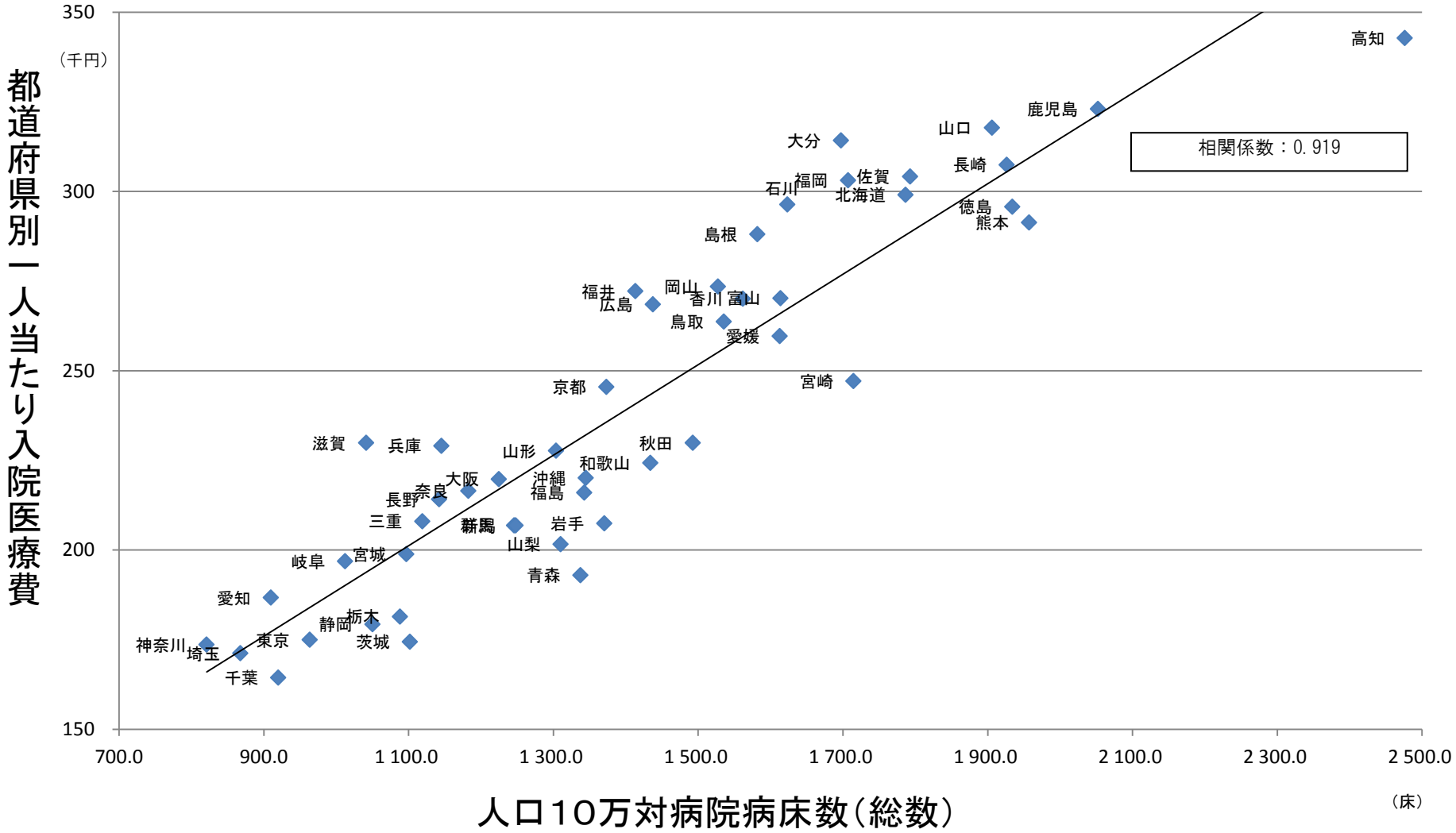
平成24年度の平均在院日数（介護療養病床を除く）と都道府県別一人当たり入院医療費（市町村国保＋後期高齢者医療）の相関係数は、0.768であり、高い相関がみられる。



（出所） 厚生労働省「平成24年病院報告」「平成24年度医療費の地域差分析」

人口10万対病院病床数と都道府県別入院医療費相関

平成24年度の人口10万対病院病床数（総数）と都道府県別一人当たり入院医療費（市町村国保＋後期高齢者医療）の相関係数は、0.919であり、高い相関がみられる。



（出所） 厚生労働省「平成24年医療施設調査」「平成24年度医療費の地域差分析」

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

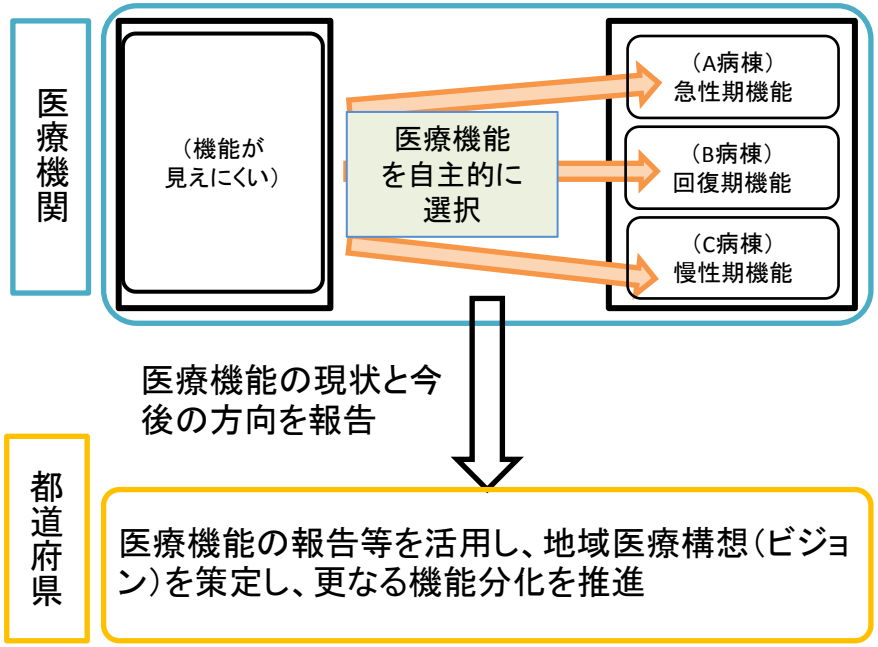
○ **病床機能報告制度（平成26年度～）**

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ **地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）**

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度中）。



（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要
   入院・外来別・疾患別患者数　等

2. 2025年に目指すべき医療提供体制
   ・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量

3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
   例）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

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

○　病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想（ビジョン）の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。

【病床機能報告制度の運用開始】（平成26年度～）
・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告（※）

※　報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める。

【地域医療構想（ビジョン）の策定】（平成27年度～）
・都道府県において地域医療構想（ビジョン）の策定。
・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量（２０２５年時点）等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】
・　医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

【都道府県の役割の強化】
○　医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
○　医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）

機能分化・連携を実効的に推進

医療費適正化計画の見直しに係る論点①

〈1．計画に記載する目標等の在り方〉

○　現行法では、都道府県が作成する医療費適正化計画には、「計画期間における医療費の見通し」を記載（必須記載事項）するとともに、「健康の保持推進に関する目標」や「医療の効率的な提供の推進に関する目標」等を記載（任意記載事項）することとなっている。

○　これらの事項に関し、以下の論点についてどのように考えるか。

①　都道府県が計画に記載する「医療費の見通し」について、都道府県による地域医療構想と整合的な医療費の水準に関する目標の設定という骨太方針2014等の指摘も踏まえ、適正化の取組をより効果的に反映したものとなるよう、その策定方法等について明確化を図ることとしてはどうか。

②　任意記載事項となっている目標について、実際には大半の都道府県が記載していることも踏まえ、適正化計画をより実効あるものとするため、その位置付けについて見直しを検討すべきではないか。

③　現在、「健康の保持推進に関する目標」と「医療の効率的な提供の推進に関する目標」としては、特定健診・保健指導実施率、平均在院日数の短縮等を指標として掲げているが、他の指標についても検討すべきではないか。

医療費適正化計画の見直しに係る論点②

〈2. 計画策定プロセス等の見直し〉

○　現行の医療費適正化計画は、第2期計画期間（平成25～29年度）であり、 第3期計画は、平成30年度から開始することとなっているが、第3期計画の策定プロセス等について、次のような見直しを行うこととしてはどうか。

①医療計画との整合性を図るため、計画期間を5年から6年に見直し

②地域医療構想の策定に併せて見直しが可能となるよう、計画期間の前倒し実施を可能とする仕組みの導入

③実績を次期計画に適切に反映するため、計画期間終了前の暫定評価の導入

④中間評価に代えて、毎年度、目標指標の進捗管理を行う仕組みの導入

○　都道府県が適正化計画の策定や実施に当たり、医療介護総合確保推進法に基づき新たに法定化された「保険者協議会」を通じて、保険者に協力を要請する仕組みを導入することとしてはどうか。

個人・保険者に対するインセンティブ
①個人に対する健康・予防インセンティブの付与

「日本再興戦略」改訂2014（平成26年６月24日閣議決定）　抄

個人、保険者に対する健康増進、予防へのインセンティブを高めるため、以下の保険制度上の対応など、所要の措置を来年度中に講ずることを目指す。

・個人に対するインセンティブ

医療保険各法における保険者の保健事業として、ICTを活用した健康づくりモデルの大規模実証成果も踏まえつつ、一定の基準を満たした加入者へのヘルスケアポイントの付与や現金給付等を保険者が選択して行うことができる旨を明示し、その普及を図る。あわせて、個人の健康・予防に向けた取組に応じて、保険者が財政上中立な形で各被保険者の保険料に差を設けるようにすることを可能とするなどのインセンティブの導入についても、公的医療保険制度の趣旨を踏まえつつ検討する。

個人・保険者に対する健康・予防インセンティブの付与

＜個人に対するインセンティブの取組及びイメージ＞

＜現在、一部の保険者で実施されている取組＞

A健康保険組合における取組例

○　ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント（ヘルスケアポイント）を付与するとともに、SNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す取組の実施

B国保における取組例

①から③までの要件を満たす世帯に対し、1万円を支給

① 過去1年間、被保険者が保険診療を受けなかった世帯

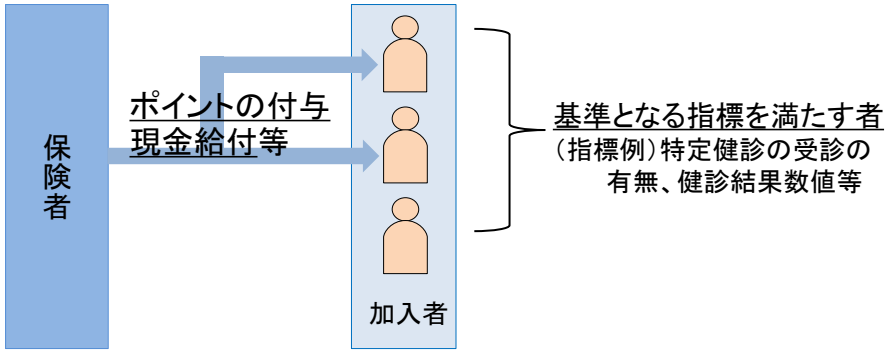
② 40歳以上の被保険者（特定健康診査の対象者）がいる世帯にあっては、①と同期間中に、対象者全員が特定健康診査を受けた世帯

③ 国民健康保険税を完納している世帯

※　特定健康診査の対象者がいない世帯にあっては、①と③のみが要件

＜成長戦略を踏まえた今後の取組イメージ＞

生活習慣の改善にむけた個人の自助努力（特定健診の受診など）を促すため、保険者は選択により、以下のような取組を実施



生活習慣の改善にむけた個人の自助努力（特定健診の受診など）を促すため、保険者が、ヘルスケアポイントの付与、現金給付など選択して行うことができる取組を保健事業を活用して促進

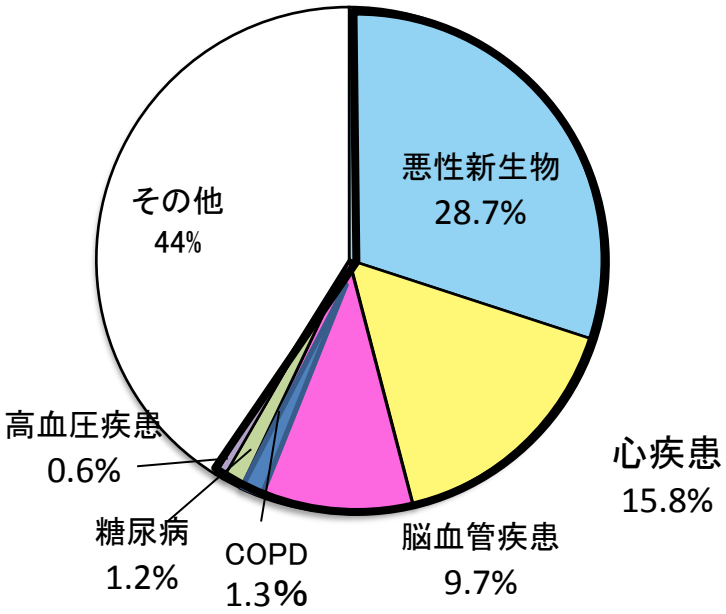
※保険料については、公的医療保険制度の趣旨を踏まえつつ検討

（参考）我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

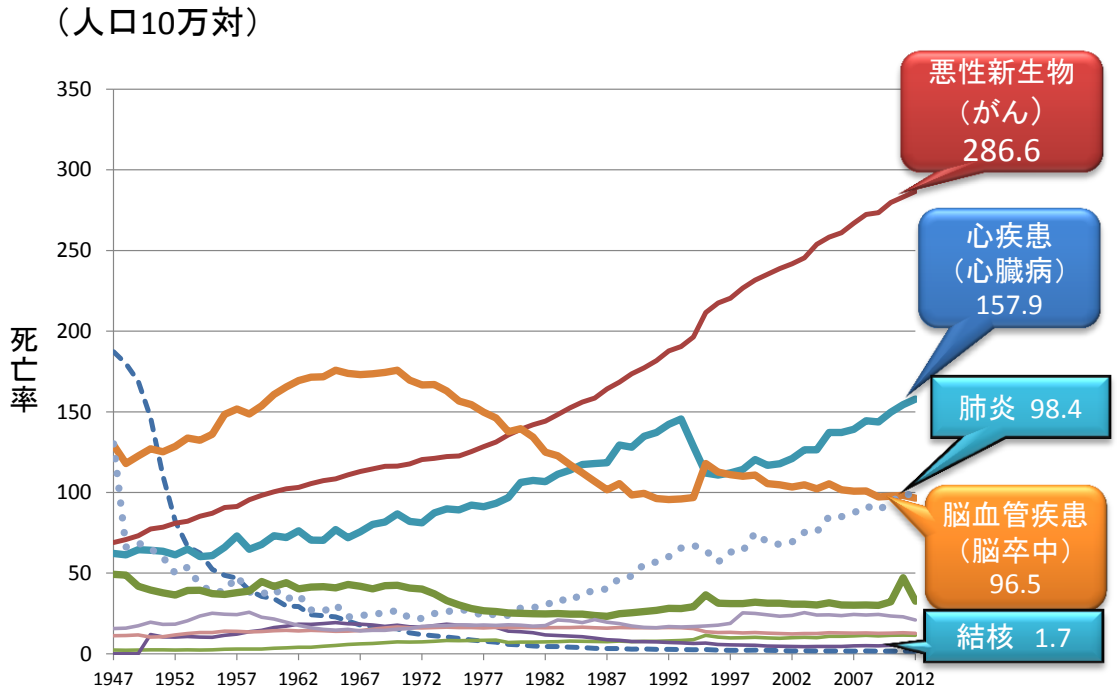
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合（平成24年）
生活習慣病・・・57.2%



（出所）「平成24年度人口動態統計」

我が国における死亡率の推移
（主な死因別）　（主な死因と平成24年の死亡率）



（出所）「平成24年度人口動態統計」

※　生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費（28.3兆円）の約3割（8.9兆円）を占める。　（出所）「平成24年度国民医療費」

個人に対する健康・予防インセンティブの付与に係る論点

○　個人に対する健康・予防インセンティブとして、現在、一部の保険者では保健事業の一環としてヘルスケアポイントの付与や現金給付等の取組を行っているが、こうした取組を推進するため、どのような方策が考えられるか。

○　我が国の疾病構造等が生活習慣病中心となってきていること等も踏まえ、生活習慣の改善等に向けた個人の自助努力をより一層促す観点から、現行の保健事業の規模の範囲内で、保険者の判断により加入者の保険料を軽減する仕組みを導入することができるようにすることについて、どのように考えるか。

個人・保険者に対するインセンティブ
②後期高齢者支援金の加算・減算制度

「日本再興戦略」改訂2014（平成26年6月24日閣議決定） 抄

個人、保険者に対する健康増進、予防へのインセンティブを高めるため、以下の保険制度上の対応など、所要の措置を来年度中に講ずることを目指す。

・保険者に対するインセンティブ

後期高齢者医療への支援金の加算・減算制度について、保険者の保健事業の取組に対するより一層の効果的なインセンティブとなるよう、関係者の意見や特定健診・保健指導の効果検証等を踏まえ具体策を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年６月24日閣議決定）抄

医療費適正化へのインセンティブを強化する観点から、後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みの活用を検討する。

後期高齢者支援金の加算・減算制度

○　平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設

○　具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施（実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施）。

各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈平成25年度の加算・減算の方法〉

①目標の達成状況
　○特定健診・保健指導の実施率

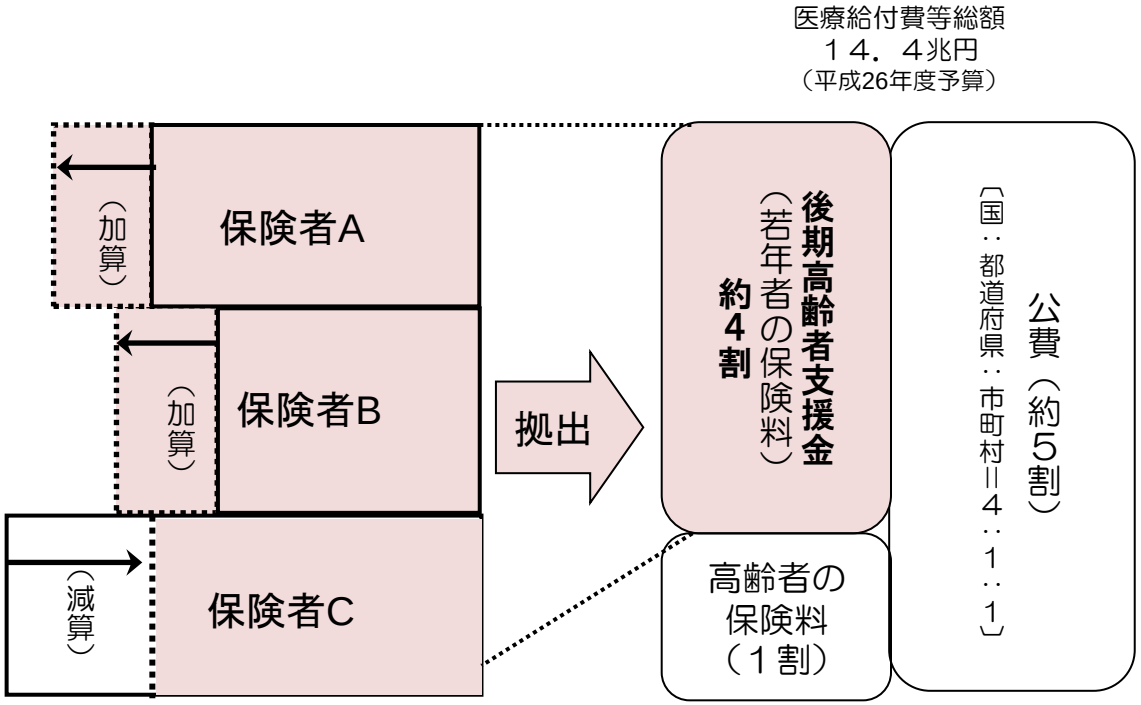
②保険者の実績を比較
　○支援金の減算
　　特定健診・保健指導の目標を達成した保険者
　　※なお、平成26年度以降は、平成25年度の減算保険者数と同程度の対象者が選定されるよう、調整済実施係数を設定予定。

　○支援金の加算
　　特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

③加算率は0.23%に設定　（法律上は上限10%）
　　※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。

④減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定　（法律上は上限10%）

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



後期高齢者支援金の加算減算制度についての主な意見

【制度の趣旨等】

○特定健診・保健指導だけを取り出して高齢者の医療費適正化にどれだけ寄与したかを評価することが妥当か、問題であり、加減算制度には反対。

○加算・減算の制度が入ったことで、受診率を正確に見る、または未受診者対策をする、そんな保険者の動きが確実に始まっている。次の保険者に対して、できるだけ元気な状態で移行してもらうためにどうすればいいのか、という制度の趣旨を忘れてはならない。

○インセンティブというのは極めて有用な手法であり、加算・減算というのはインセンティブとして必要。

【特定健診・保健指導の効果のエビデンスについて】

○74歳以下の保健指導が75歳以上の病気にどの程度歯止めがきくのか、加減算をやりたいのであれば、エビデンスを保険者に示すべき。

○加算・減算については、プラマイ10%で行うということについてのコンセンサスを得るためのエビデンス提供というのがあってから行われるべき。

○エビデンスがない中で支援金が加算されることになれば、特定健診を受けている方にとっては、きちんと健診を受けているのに保険料を上乗せされることとなり、被保険者に不公平感が生じ、理解が得られない。

○特定健診の受診率のアップが、75歳以上の医療費を抑制する効果があるという立証がされたとすれば、受診率が上がれば支援金を減算していくというような先行投資の考え方でも問題はないのではないか。

【加算減算制度実施の前提】

〇努力を評価するのであれば、それは保険者が同じ要件で並んで同時にスタートしてから、その努力・結果を見るのが筋である。

〇国民健康保険では体制、環境の保険者間の格差が大きいことから、医療保険者の特定健診・保健指導がきちんと行われるような環境整備を国に要望していたが、マンパワーの確保などの対応がとられないまま、全てを保険者努力にまって加算・減算活動というのは合点がいかない。

〇インセンティブをつけていくということと、ペナルティをその中に入れ込んでいくということとは非常に大きな質的な違いがあって、ペナルティをという側面がある以上は、一定の客観的な納得できる基準があった上で、そのルールの下で、あるいはイコールフッティングの中で競争していくもの。

　仮に現行制度の中でどうしていくかということを考えた場合には、せめてイコールフッティングと関係者が納得するグルーピングの中での競争であるべき。協会けんぽの場合、規模なりバックグラウンドが全く違う保険者であり、競争してどうのこうのというレベルではなく、ペナルティを課していくことは極めて困難。

〇保険者の規模、地域保険・職域保険などの特性の違いが十分勘案されてないことに加え、加入する保険者を選べない現状の下では、40代以上の健診の実施率と保健指導の実施率をそのまま加・減算の根拠に使うということについては被保険者として納得ができず、現時点はこの基準を使ったままの加・減算を行うことは無理がある。

【評価の実施方法】

〇率を中心にやられると、質の問題が吹っ飛んでしまう問題がある。

〇市町村にとっては、被用者保険の被扶養者を面倒見ることによって、保険者としての実施率が劣るということにもなりかねず、加算・減算が健康づくりをうまく機能させないという要素がある。

〇現場での受診率を高めるためのいろいろな工夫・努力が明確に反映されるような仕組みとすべき。

〇保険者の努力を生かす方法ということについての検討は必要。

〇実施率の低かった保険者の受診率が上がったことをどうとらえるか。せっかく上がった受診率をまた下げないようにする方策について、十分検討することが必要。

後期高齢者支援金の加算・減算制度に係る論点

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度は、平成18年の制度改正により導入され、平成24年度の特定健診・保健指導の結果に基づき、平成25年度分の支援金から実施されることとなっている。（支援金額への反映は、平成25年度分の支援金の精算が行われる平成27年度となる。）

○ 現行の制度については、以下のような課題が指摘されている。

①一部の保険者にペナルティーを課す仕組みは納得が得られない。

②保険者の規模、地域・職域の別など、保険者ごとに状況が異なる中で、一律に実績を比較することは不適切。

③特定健診・保健指導が医療費の適正化につながるというエビデンスを示すべき。

④特定健診・保健指導の実施率という単一の指標で保険者の取組を評価することは不適切であり、保険者の努力が反映される仕組みとすべき。

これらの指摘を踏まえ、今後、保険者の努力を反映したよりインセンティブが働く仕組みとするため、どのような見直しが必要か。

保険者による医療費適正化の取組

データヘルスの推進

〇保険者は、レセプトが電子化された平成21年度以降、レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有することが可能になった。
〇レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）を今後推進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

・ レセプトや特定健診等の分析を踏まえた保健事業の推進

被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報の収集・分析を踏まえ、保険者の特性や課題を把握した上での効果的な保健事業の実施。

（保険者による分析を支援するシステムが稼働
・国保データベースシステム：平成25年10月から　・レセプト管理・分析システム：平成26年４月から）

② 糖尿病性腎症重症化予防を始めとする有病者の重症化の予防

・ 保健指導の実施

病名･投薬状況等から必要と判断される者に対し、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う

・ 医療機関への受診勧奨

健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

③ 被保険者に対する情報提供・指導

・ 重複・頻回受診者に対する指導

同一の疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導

・ 後発医薬品の使用促進

差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進

・ 医療費通知の送付

医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知

保険者によるデータ分析のための基盤整備

○ レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有する状況となっている。

○ 保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、現在、各データベースシステムが順次稼働を開始している。

○ 保険者機能の強化等の観点から、健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施に当たり、保健事業担当者への研修の実施等も行いつつ、今後も保険者に対して、各データベースシステムの有効活用を支援していく。

＜各データベースシステムの概要＞

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会（本部）	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会(本部＋各支部)	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報　※歯科を含む	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報　　等	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報　※後期高齢者医療含む ・介護レセプト情報 ※歯科レセは今年度中収載予定
システムの活用方策	現状の把握 健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握	現状の把握 都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握	現状の把握 その地域の健康状況（特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等）を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題（健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等）を明確化
	保健指導への活用 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施		
稼働時期	平成26年４月～	平成20年10月～ ※平成27年１月よりシステム刷新予定	平成25年10月～

保険者によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

○ 昨年６月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、本年４月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

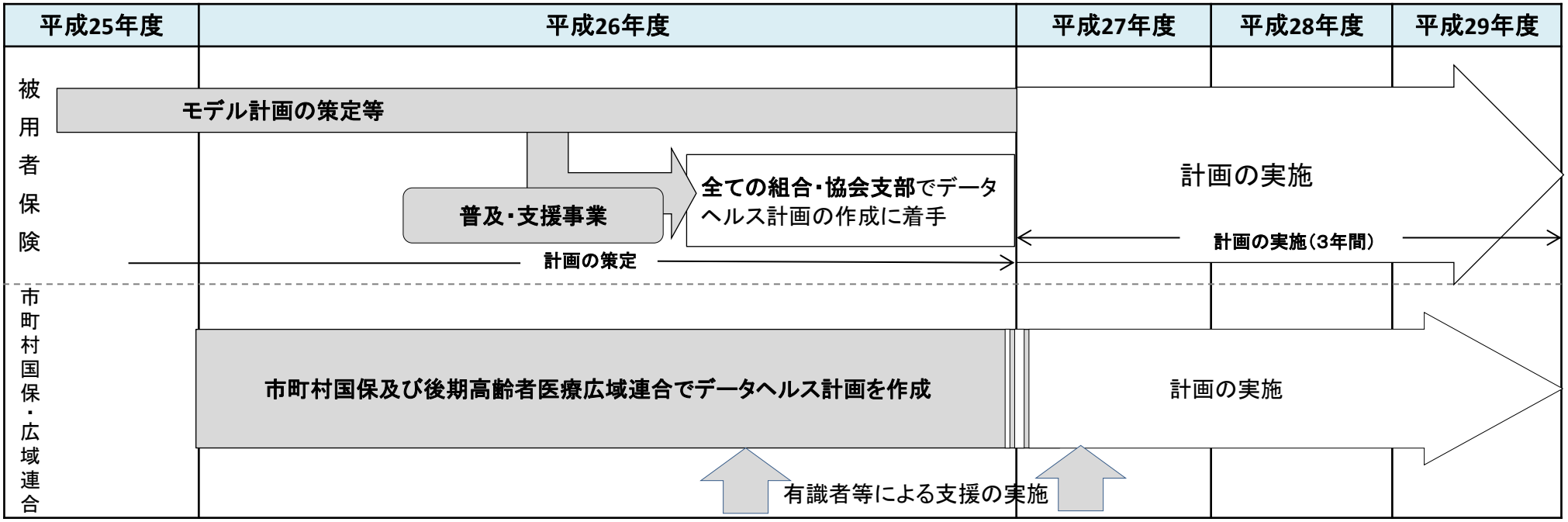
> **日本再興戦略**（平成２５年６月１４日閣議決定） 抄
> 健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針（告示）を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

○ 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。

・現在、一部の健保組合等において、こうした取組のモデルとなる計画の策定等を先行的に進めているところ。
・市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。

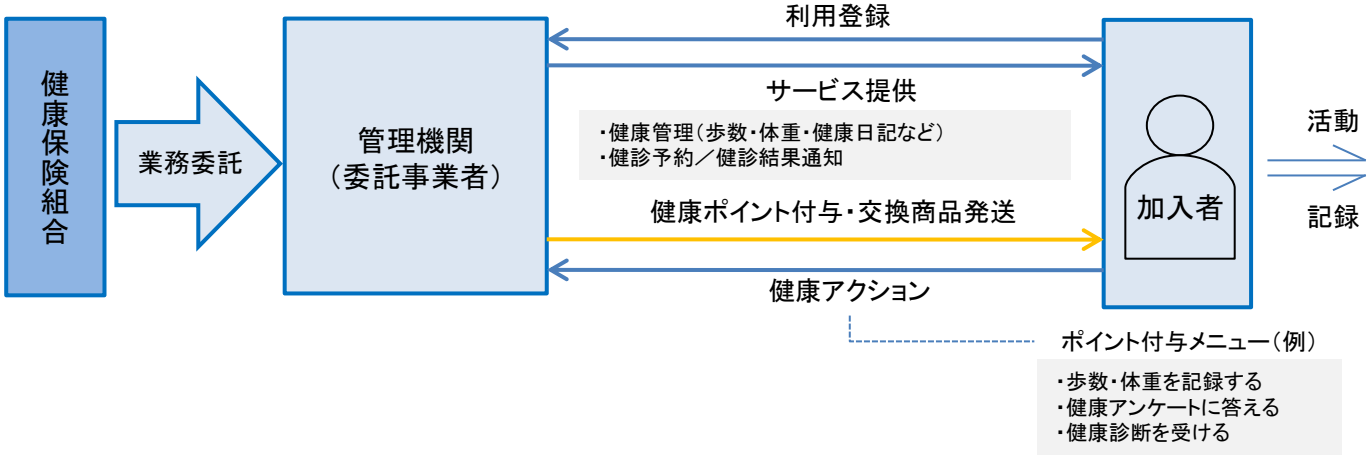
○ 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

＜データヘルス計画の実施スケジュール＞



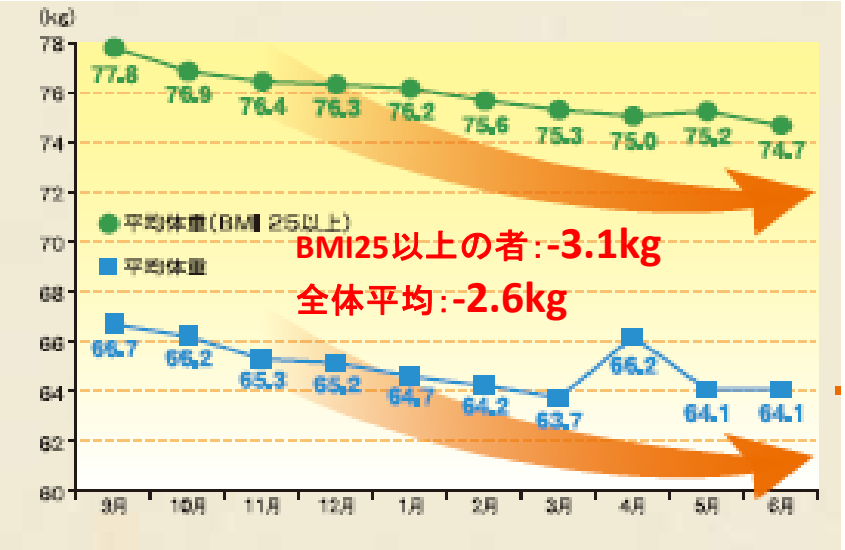
＜生活習慣病予防・健康増進支援サイトを活用した保健事業（Ａ健康保険組合）＞

ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント（健康ポイント）を付与する仕組みやSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。

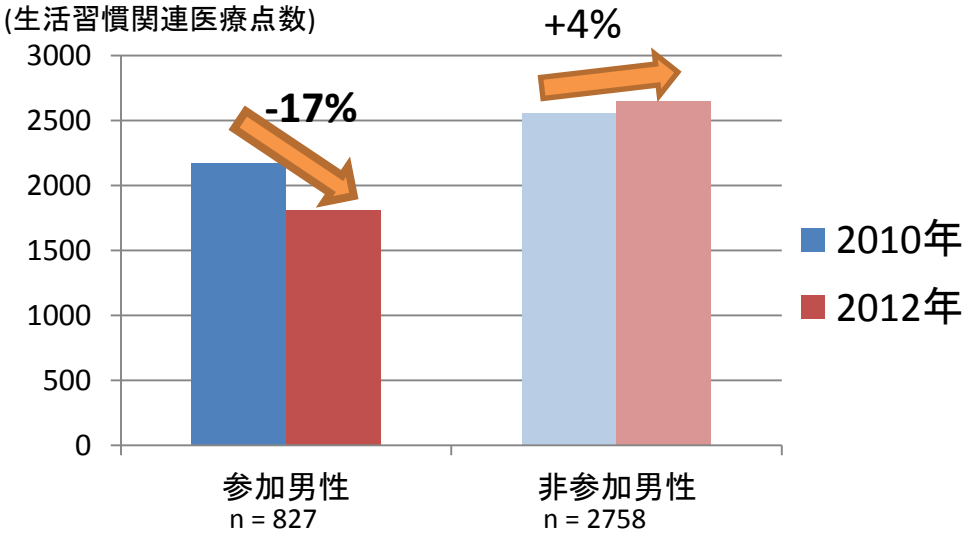


「個人向け健康ポータルサイト」

健康管理ツール導入者の平均体重の推移（9ヵ月）



健康管理ツールの参加・非参加者における医療費の推移



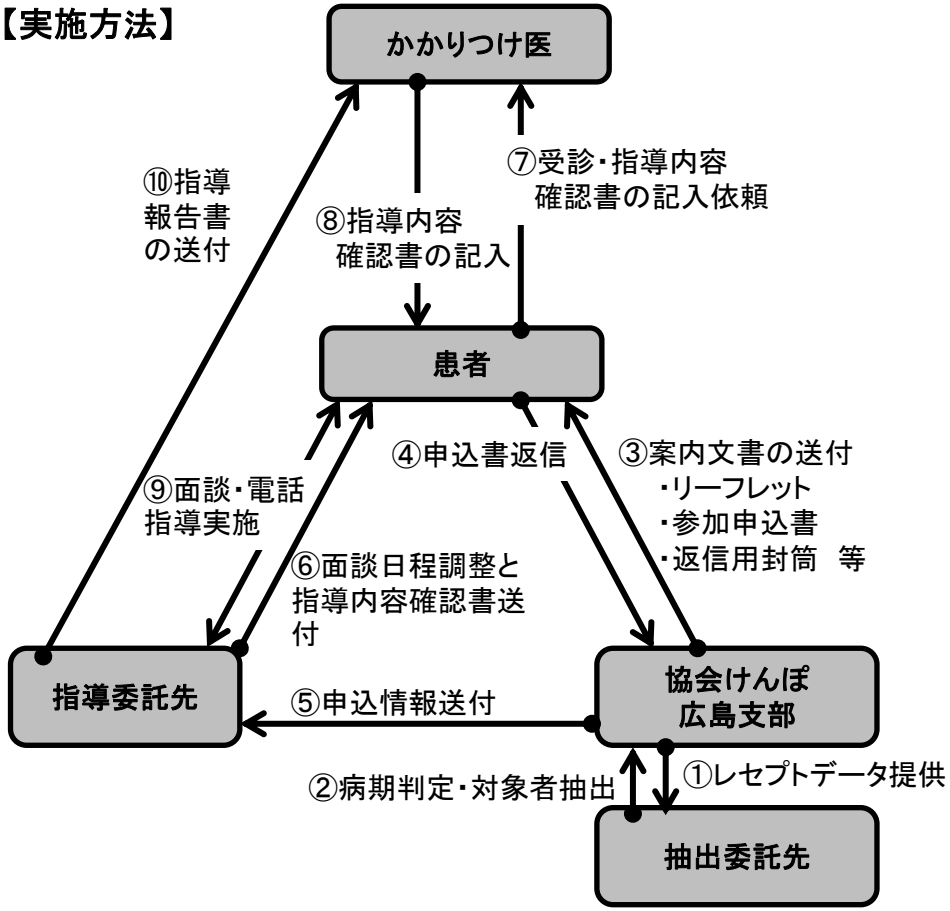
＜糖尿病重症化予防事業（協会けんぽ広島支部）＞

協会けんぽ広島支部は、糖尿病で治療を受けている者の重症化（人工透析への移行等）を防ぐことを目的に、通院先の医療機関と保健指導委託先の看護師・保健師が協力・連携し、対象者の自己管理を促すよう、保健指導プログラムを提供している。

【対象者】

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者。レセプトデータを委託業者に提供し、病期を判定した。（病名だけではなく投薬内容・検査項目内容から病期を推定）

【実施方法】



【指導方法】

参加者が医師から提供を受ける「指導内容確認書」に記載されたeGFR値および参加者からのヒアリング内容（知識・理解力等）を加味し、プログラム内容を決定。

	期間	病期	内容
23年度	12ヵ月 プログラム	２期	面談１回、電話17回
		３～４期	面談３回、電話15回
24年度	６ヵ月 プログラム	２期	面談２回、電話４回以上
		３～４期	面談２回以上、電話６回以上

【結果】

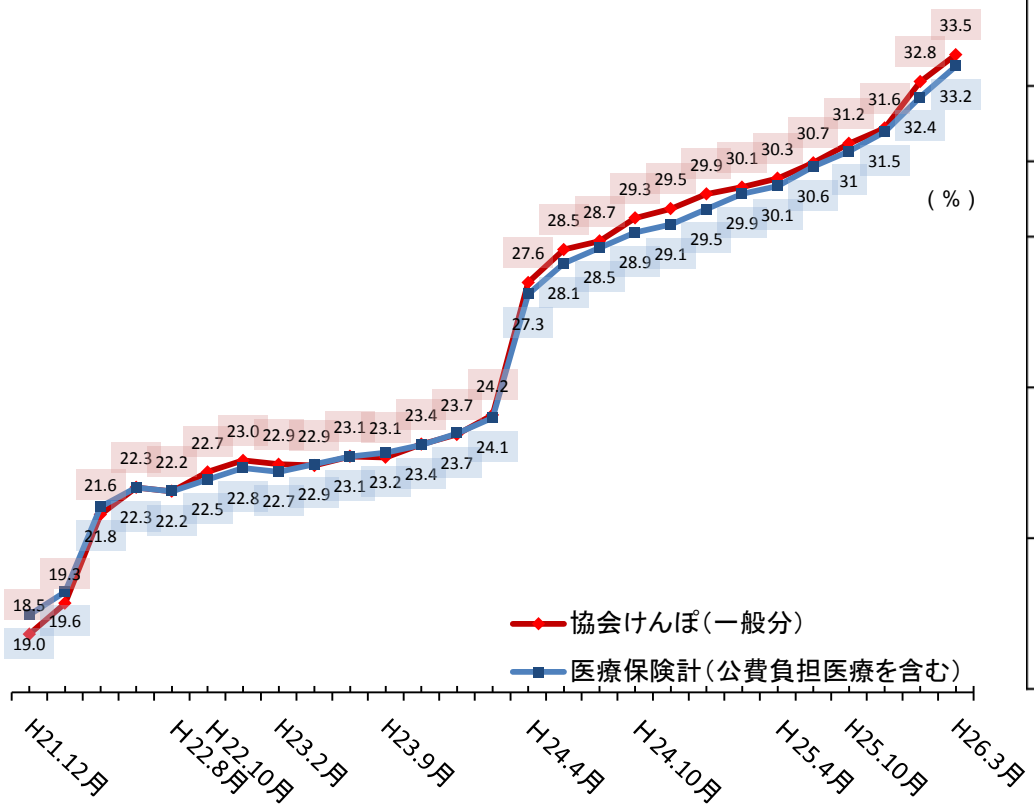
人工透析移行者数（平成25年11月時点）

		透析者数
23年度事業 （978名）	**指導完了者　（61名）**	**０名**
	中断者　（19名）	１名
	不参加者　（898名）	11名
24年度事業 （798名）	**指導完了者　（79名）**	**0名**
	中断者　（14名）	0名
	不参加者　（705名）	9名

＜ジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組（協会けんぽ）＞

- ジェネリック医薬品軽減額通知の作成、配布（平成20年協会けんぽ設立以降）
- ジェネリック医薬品希望カード、ジェネリック医薬品希望シールの配布
- 各都道府県において、ジェネリック医薬品の使用促進に関するセミナーの開催（平成25年度は、3都道府県で計6回開催）
- 医療機関・薬局等に対して、ジェネリック医薬品使用促進ポスターの配布、周知

○ ジェネリック医薬品の使用割合



※ 調剤レセプト（電子レセプトに限る）を集計したもの（算定ベース）。
※ 平成24年4月以降、後発医薬品（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外。

○ 軽減額通知の効果額

	通知対象者数	軽減効果人数（切替割合）	医療費全体	
			軽減額／月（①）	軽減額／年（①×12）
H21年度	145.3万人	38万人（26.2%）	5.8億円	69.6億円
H22年度	54.9万人	11万人（21.5%）	1.4億円	16.8億円
H23年度	【1回目】84万人（全支部）	20万人（23.3%）	2.5億円	30.0億円
	【2回目】21万人（22支部）	5.3万人（25.4%）	0.8億円	9.3億円
H24年度	【1回目】96万人（全支部）	24万人（25.1%）	3.1億円	37.2億円
	【2回目】27万人（全支部）	6.7万人（24.9%）	0.9億円	10.8億円
H25年度	【1回目】134.7万人（全支部）	32万人（24.0%）	4.4億円	52.8億円
	【2回目】50万人（全支部）	15万人（29.0%）	2.5億円	30.3億円

- 平成21～25年度の財政効果額は、**約257億円**（単純推計ベース）。
- 通知した加入者の**4人に1人**が切り替え実施。

＜ジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組（国民健康保険）＞

○ 取組内容

1. ジェネリック医薬品利用差額通知書の送付
2. 平成26年10月以降、差額通知書を送付した被保険者がジェネリック医薬品に切り替えたことによる　削減効果額等を保険者が把握するためのシステムが稼働予定。
3. ジェネリック医薬品希望カード、ジェネリック医薬品希望シール等の配布
4. 被保険者からの問い合わせへの対応のためのコールセンターを設置（平成23年10月より実施）

○ 差額通知書送付実績（市町村国保）

	保険者数	実施保険者数	実施件数
24年度	1,717	1,131（65.9%）	290万件
23年度	1,717	496（28.9%）	128万件
22年度	1,722	213(12.4%)	48万件

（出所）「国民健康保険事業の実施状況報告」（国民健康保険課）

＜ジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組（後期高齢者医療広域連合）＞

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

ICTの活用を更に進める観点から、**各保険者が自らの被保険者に対して、レセプト・健診等のデータを利活用した後発医薬品の使用促進**、かかりつけ医の協力を得て患者に対する意識改革を進めることによる頻回受診の抑制や、生活習慣病の早期治療等による重症化予防、公的保険外サービスの活用を含む予防・健康管理の取組（データヘルス）を進める中で、医療費の効率化の効果等を指標とした評価を含めたPDCAサイクルの取組を促す。

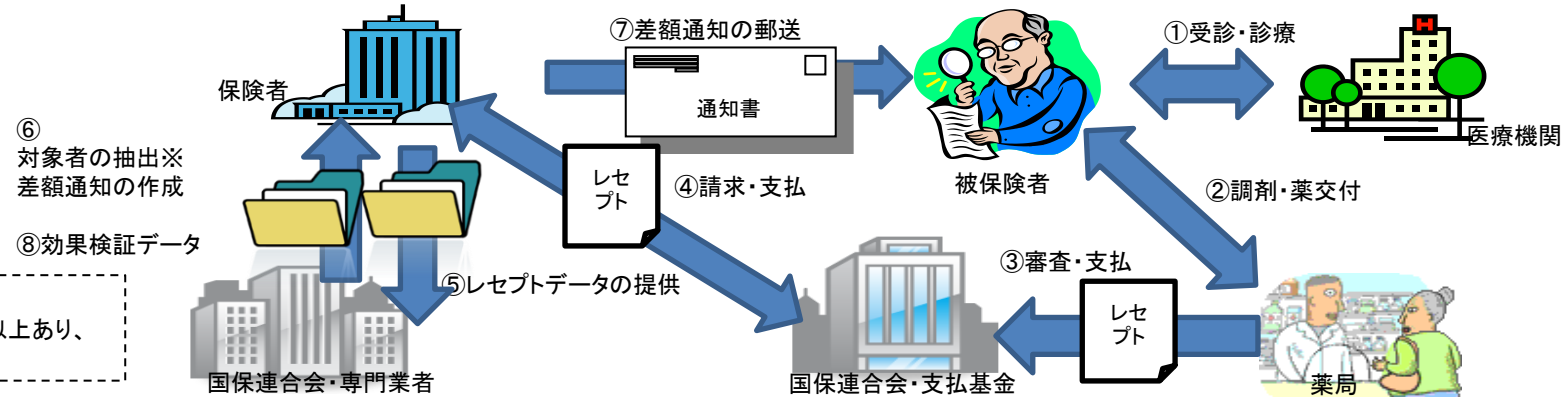
事業概要

後発医薬品の使用促進を図るために、保険者が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付、後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の作成等。

※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成25年4月5日厚生労働省）
新たな目標：平成30年3月末までに数量シェア60%（平成24年度末時点で約46%程度）

○後発医薬品利用差額通知
- 後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知
- 通知対象者を拡充（前年度比約1.2倍）し、取組強化を図る。

○後発医薬品希望シール・カード
- 後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口に設置



※削減効果の高い被保険者を抽出
（例）減額効果が1回あたり200円以上あり、かつ慢性疾患被保険者等

【参考（実施広域連合数】

※平成25年度は平成26年1月時点の見込

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
後発医薬品希望カードの配布	6（13%）	28（60%）	41（87%）	46（98%）	47（100%）	47（100%）
後発医薬品利用差額通知の送付	1（2%）	1（2%）	2（9%）	19（45%）	34（72%）	43（91%）

＜重複・頻回受診者、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導（後期高齢者医療広域連合）＞

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

各保険者が自らの被保険者に対して、レセプト・健診等のデータを利活用した後発医薬品の使用促進、かかりつけ医の協力を得て患者に対する意識改革を進めることによる頻回受診の抑制や、生活習慣病の早期治療等による重症化予防、公的保険外サービスの活用を含む予防・健康管理の取組（データヘルス）を進める中で、医療費の効率化の効果等を指標とした評価を含めたPDCAサイクルの取組を促す。

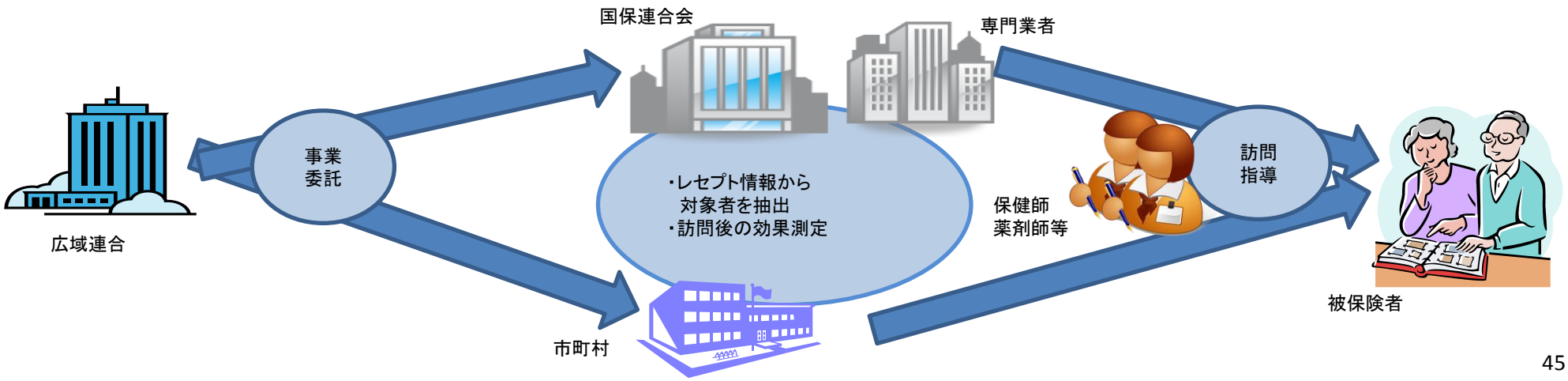
事業概要

レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者及び重複投薬者等に対して、保健師及び薬剤師等による訪問指導を実施することにより、適正受診の促進を図る。
訪問指導後は、レセプト等情報により改善状況を把握し、効果を検証するとともに、必要に応じて再訪問等を実施する。

※訪問指導対象者の選定基準（例）

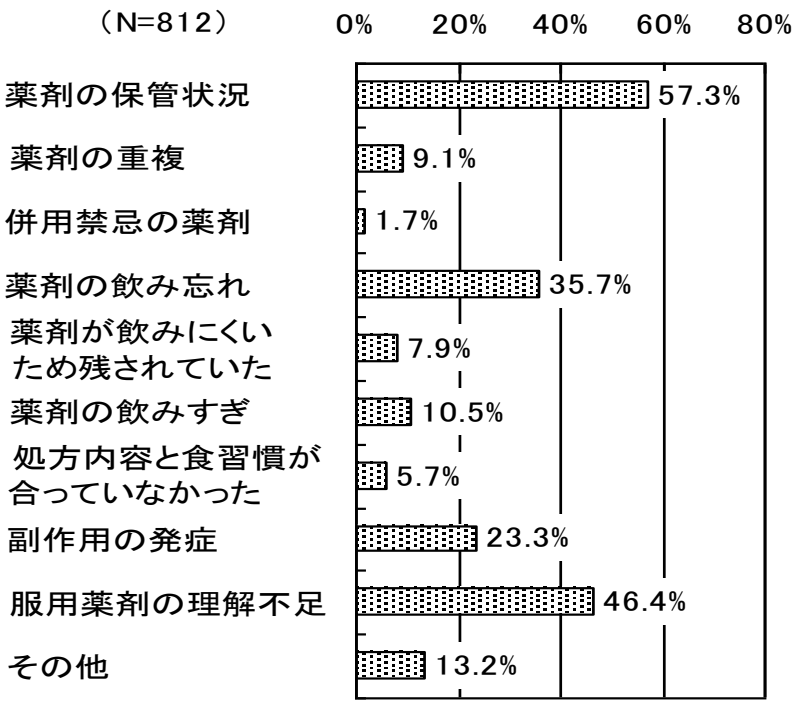
- 重複受診・・・・・・・3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上
- 頻回受診・・・・・・・3ヶ月連続して、1ヶ月に同一医療機関での受診が15回以上
- 重複投薬・・・・・・・3ヶ月連続して、1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方
- 併用禁忌・・・・・・・同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある

} 追加

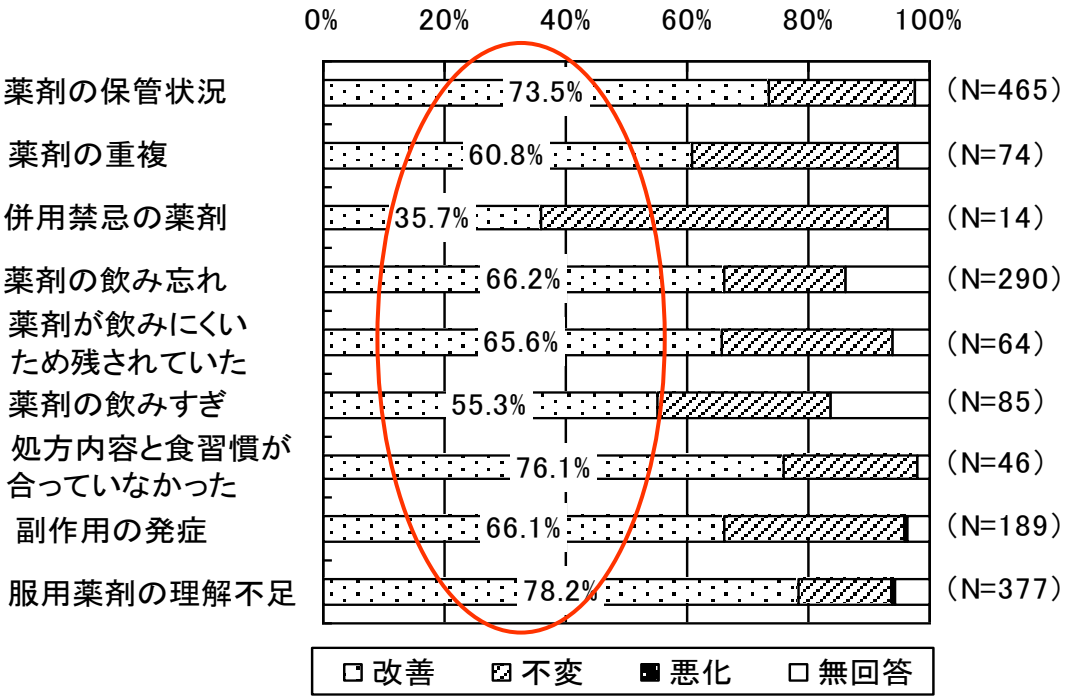


＜訪問指導時における残薬等の管理＞

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点



在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



（参考）

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

出典）平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

（参考）＜残薬の確認と整理の実例＞

患者Aさん（女性）

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院（心療内科）　処方薬　7種類

B診療所（内科）　　処方薬　4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。

【対応】
処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

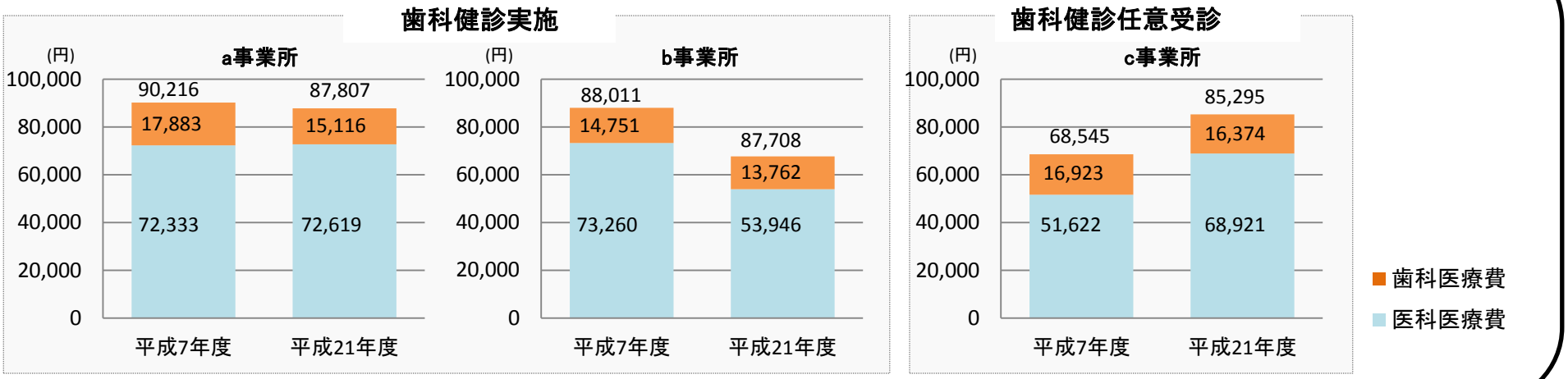
出典）日本薬剤師会　在宅服薬支援マニュアルより抜粋

＜歯科検診・保健指導に係る取組（Ｂ健康保険組合）　＞

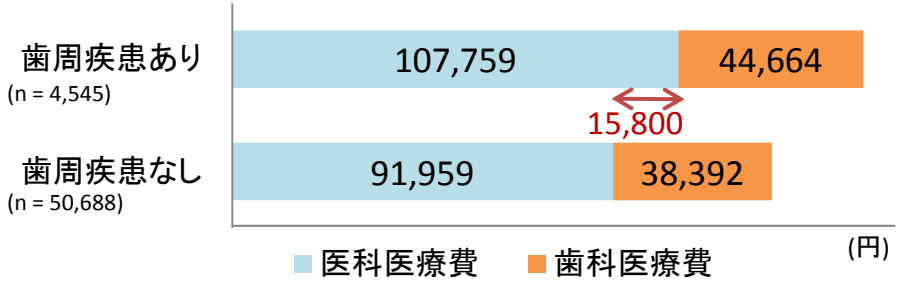
○ B健保組合では、加入者の歯のQOLの向上に向け、地域の歯科医師会とも連携して、長期間にわたり、歯の健康増進に取り組んでいる。

○ また、自組合における医科及び歯科医療費の経年データを蓄積し、分析。その結果、
（1）継続的に歯科健診を実施している集団は、医療費が減少、もしくは横ばい
（2）歯周疾患がある集団は、歯周疾患がない集団と比較して医科医療費が高い
という分析結果を得ている。

（1）歯科健診の有無による年間医療費の比較（分析結果）



（2）歯周疾患の有無による年間医療費の比較（分析結果）



これらの分析結果を踏まえ、
B健保組合では、平成22年度より、集団歯科健診の検査項目に歯周疾患予防を付加し、受診者に対して、歯周疾患予防の意識づけとフロス使用などによる日頃のケア指導を実施している。

保険者による医療費適正化の取組に係る論点

○　現在、保険者においては、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の策定が進められているが、今後、全ての保険者が取組を進めていくことを推進する観点から、医療保険各法において、レセプト・健診情報等を活用した保健事業の実施とこれに対する国の支援について、明確に位置づけることとしてはどうか。

○　また、保険者による医療費適正化の取組として、現在、糖尿病等の重症化予防、ジェネリックの使用促進、重複・頻回受診者への指導や残薬管理等を含めた訪問指導、歯科検診など、様々な取組が行われているが、こうした取組をより一層推進するため、保険者にとってよりインセンティブが働くようにする観点から、どのような対応が必要か。

参考資料

特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

○　内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

主な内容

○　医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。

○　健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。

【一定の基準】：腹囲が基準以上（男性85㎝、女性90㎝）でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者（リスクの程度によって指導内容が変化（喫煙者は指導レベル上昇））

○　平成25～29年度における全国目標

・特定健康診査の実施率 70%【29年度の目標値】

・特定保健指導の実施率 45%【29年度の目標値】

・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 25%（20年度比）【29年度の目標値】

（参考）特定健診・保健指導の実績

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
特定健診の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%
特定保健指導実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%

特定健診の検査項目

○ 質問票（服薬歴、喫煙歴　等）　○ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）　○ 理学的検査（身体診察）

○ 血圧測定　○ 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）　○ 検尿（尿糖、尿蛋白）

注）一定の基準の下、医師が必要と認めた場合には、心電図検査等を実施

40-74歳の特定健康診査対象者数＝約5,300万人

特定健診･特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全　体	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成24年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
平成23年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全　体	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成24年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
平成23年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

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　中間取りまとめ　概要

特定健診・保健指導の効果検証の概要

○　特定健診・保健指導による検査値の改善状況や行動変容への影響、医療費適正化効果等を検証するため、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、有識者により構成されるワーキンググループを設置し、レセプト情報・特定健康診査等情報データベース（NDB）を活用しつつ、これまで検討を行ってきた（平成25年３月から計６回開催）。

＜ワーキンググループ構成員＞（50音順・敬称略）

北村　明彦	大阪大学大学院医学系研究科准教授	多田羅　浩三	一般財団法人日本公衆衛生協会会長
津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター長	福田　敬	国立保健医療科学院統括研究官
三浦　克之	滋賀医科大学教授		

○　今回、平成20年度から23年度の特定健診等の4年間分のデータを用いて、特定健診・保健指導による検査値の改善状況及び喫煙行動の影響について、当該ワーキンググループで中間的な結果として取りまとめた。

なお、特定健診・保健指導による医療費適正化効果については、平成26年度中に検討を行い、その結果を取りまとめる予定である。

【参考】

○特定健診・・・ 医療保険者（国民健康保険、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。

○特定保健指導・・・医療保険者が特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導のこと。特定健診の結果に基づき、腹囲以外の追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援の対象者と動機付け支援の対象者に階層化される。

中間取りまとめ概要

1．特定健診・保健指導による評価指標等の推移

<分析内容>

○　特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較

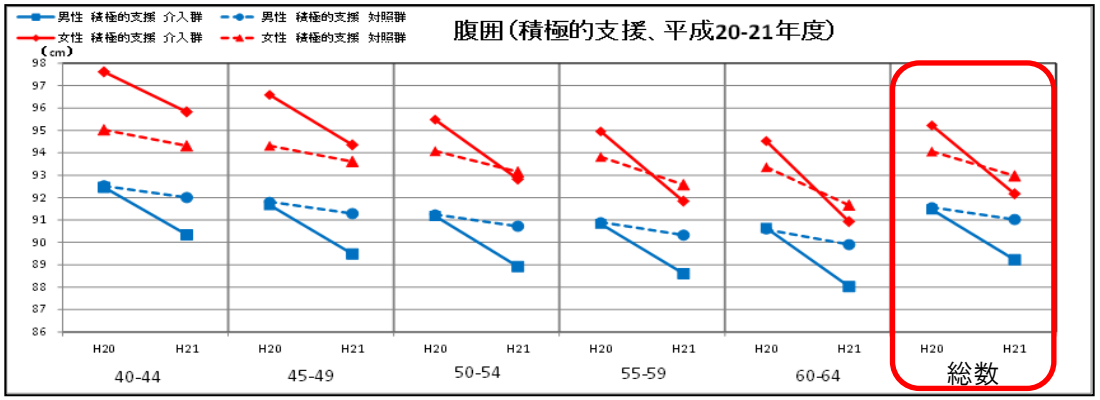
○　分析対象者数 約200万人（各年とも）

<分析結果>

○　特定保健指導終了者はそれ以外の者と比較すると、各年度、全ての性・年齢階級別において、腹囲、BMI、体重が大きく減少しており、血糖、血圧、脂質等も改善

○　特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移は以下のとおり

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）

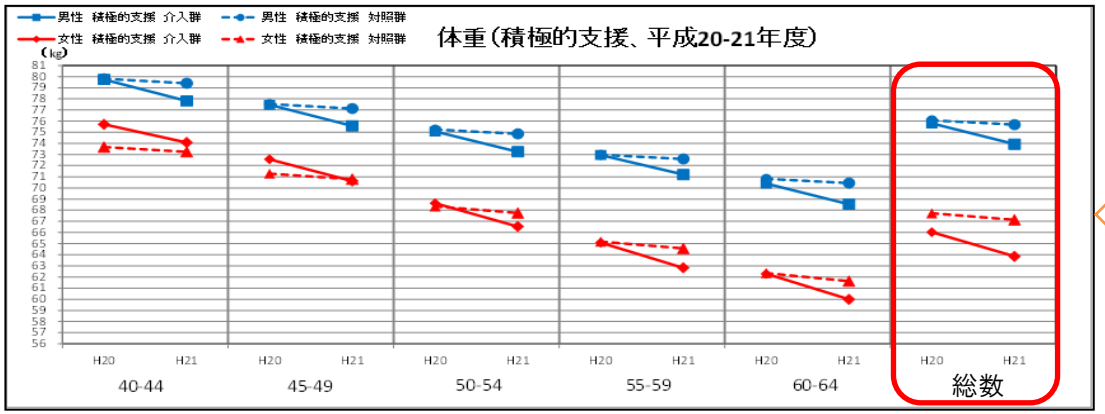


【腹囲】

男性では約2.2cm（平成20-21年度）
約1.7cm（平成21-22年度）
約1.2cm（平成22-23年度）

女性では約3.1cm（平成20-21年度）
約2.2cm（平成21-22年度）
約1.7cm（平成22-23年度）

の減少



【体重】

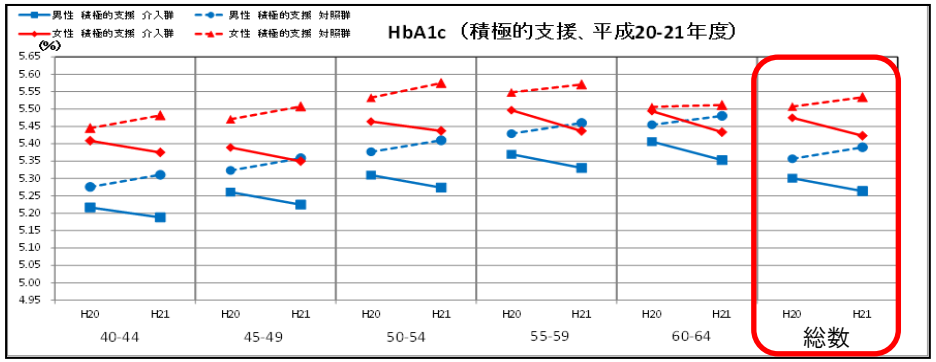
男性では約1.9kg（平成20-21年度）
約1.3kg（平成21-22年度）
約1.0kg（平成22-23年度）

女性では約2.2kg（平成20-21年度）
約1.6kg（平成21-22年度）
約1.2kg（平成22-23年度）

の減少

血糖、血圧、脂質についても改善

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）

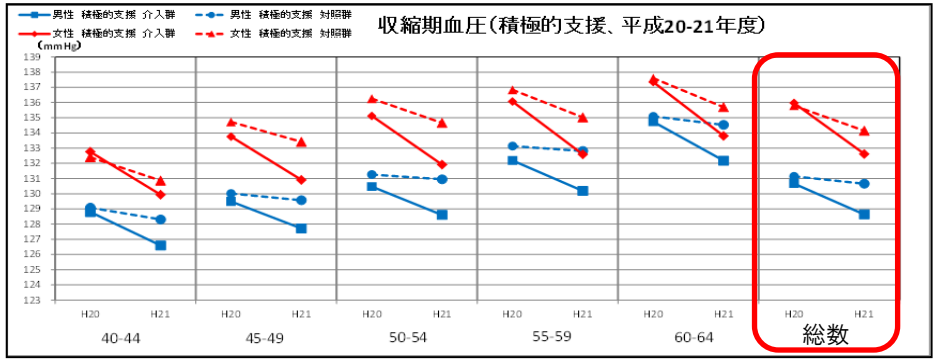


【血糖（HbA1c）】

男性では約0.04%（平成20-21年度）
約0.02%（平成21-22年度）
約0.02%（平成22-23年度）

女性では約0.05%（平成20-21年度）
約0.004%（平成21-22年度）
約0.03%　（平成22-23年度）

の減少

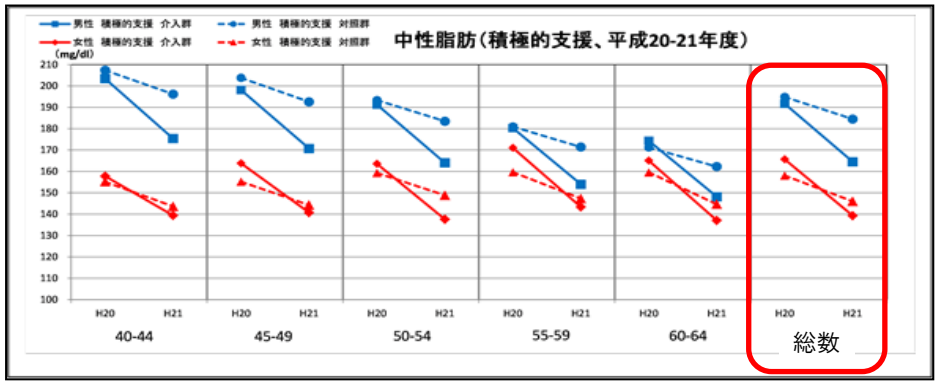


【血圧（収縮期血圧）】

男性では約2.0mmHg（平成20-21年度）
約1.3mmHg（平成21-22年度）
約1.0mmHg（平成22-23年度）

女性では約3.4mmHg（平成20-21年度）
約2.8mmHg（平成21-22年度）
約2.2mmHg（平成22-23年度）

の減少



【脂質（中性脂肪）】

男性では約27.2mg/dl（平成20-21年度）
約23.3mg/dl（平成21-22年度）
約17.2mg/dl（平成22-23年度）

女性では約26.4mg/dl（平成20-21年度）
約22.9mg/dl（平成21-22年度）
約18.8mg/dl（平成22-23年度）

の減少

中間取りまとめ概要

2．保健指導レベルの改善状況

＜分析内容＞

○　前年度の特定保健指導終了者について、翌年度の健診結果から、性・年齢階級別に、特定保健指導を受ける前後の保健指導レベル（※）を分析

※ 積極的支援、動機付け支援、特定保健指導対象外等

○　分析対象者数 約20～30万人（各年とも）

・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、64歳以下の者への支援・動機付け支援
　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
※ 血糖・血圧・脂質の服薬者は含まない

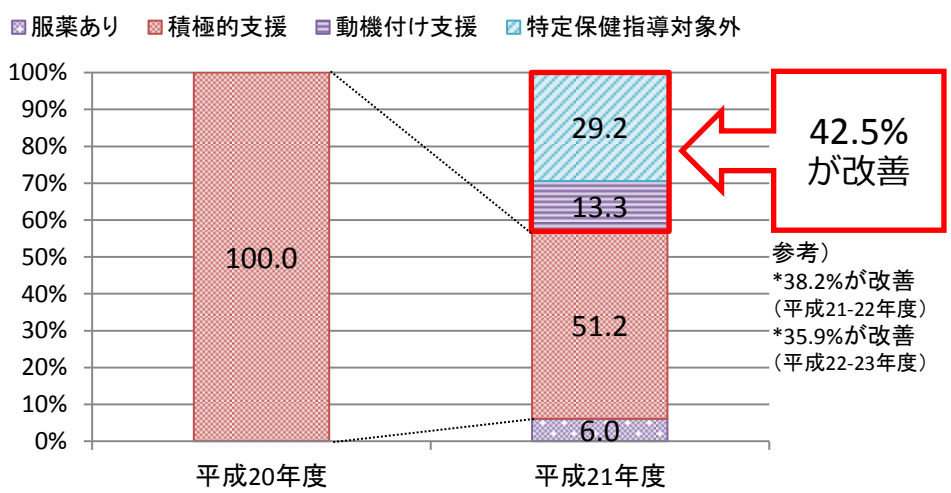
＜分析結果＞

○ 積極的支援終了者
・保健指導レベルが全般的に改善傾向にあり、改善効果は年齢階層別では大きな違いはないものの、性別でみると女性の方が男性より強い傾向

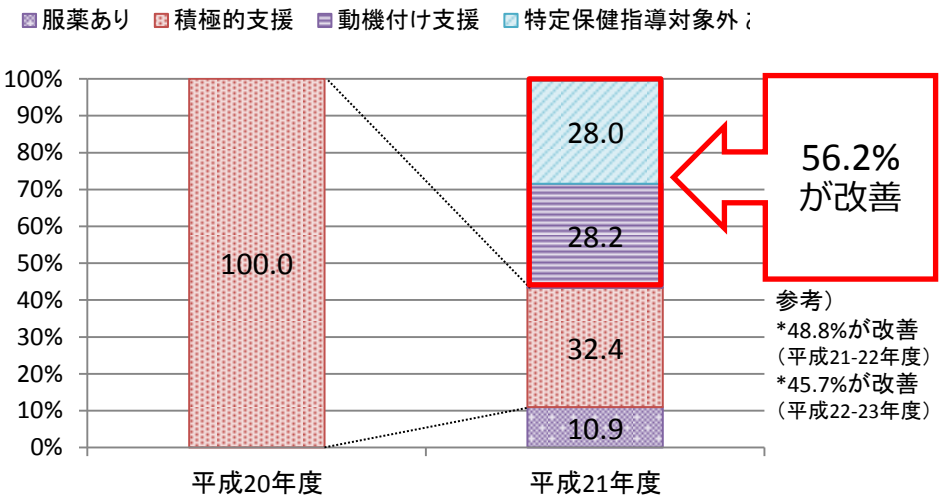
○ 動機付け支援終了者
・保健指導レベルが改善した者が一定程度みられた

特定保健指導（積極的支援）による保健指導レベルの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】



【女性（総数）】



積極的支援により、男性では42.5%、女性では56.2%が保健指導レベルが改善

３．メタボリックシンドロームの改善状況

＜分析内容＞

○　前年度の特定保健指導終了者について、積極的・動機付け支援別、性・年齢階級別に、翌年度の健診結果から、メタボリックシンドロームの改善状況を分析

○　分析対象者数 約20～30万人（各年とも）

・メタボリックシンドローム基準該当
　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
・メタボリックシンドローム予備群該当
　腹囲が一定数値以上で、追加リスクが１つ該当
※ 血糖・血圧・脂質の服薬者も含む

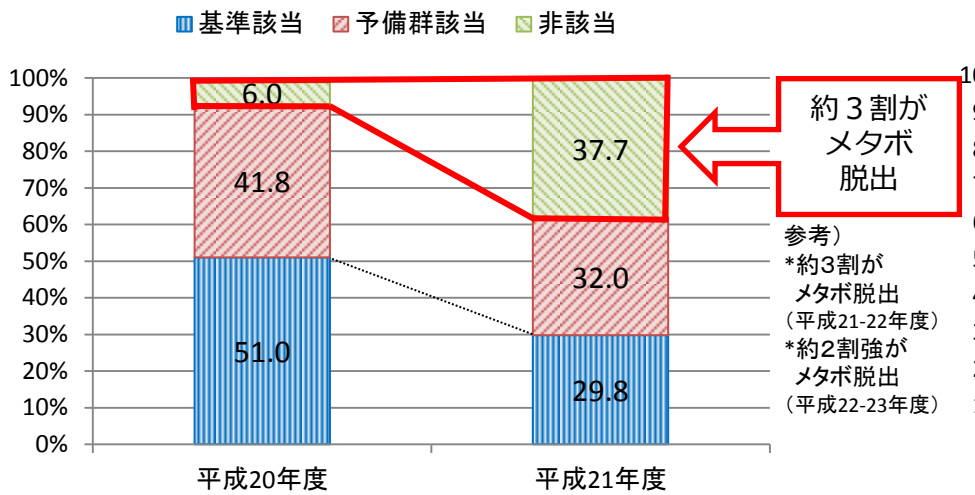
＜分析結果＞

○　積極的支援終了者
　・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約２～３割、女性では約３～４割が改善

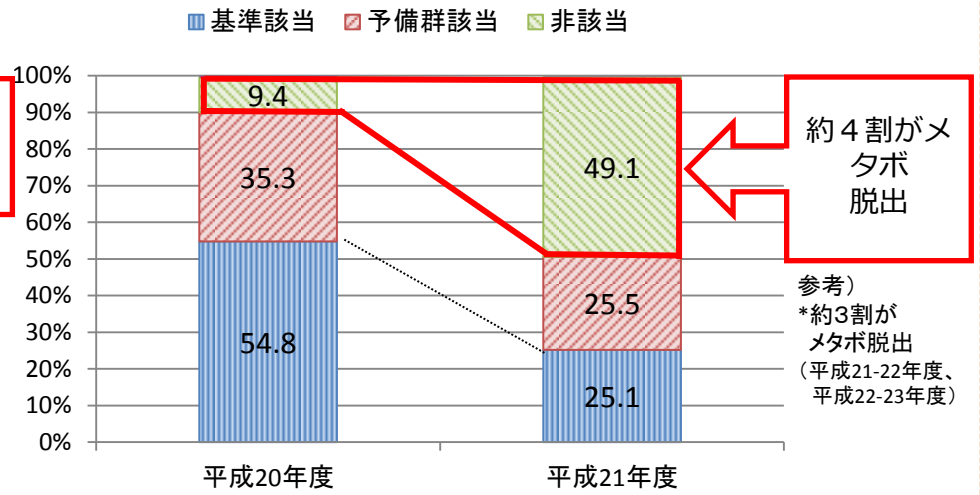
○　動機付け支援終了者
　・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約２～３割、女性では約1～２割が改善

特定保健指導（積極的支援）によるメタボリックシンドロームの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】



【女性（総数）】



積極的支援により、男性では約３割、女性では約４割が
メタボリックシンドローム脱出

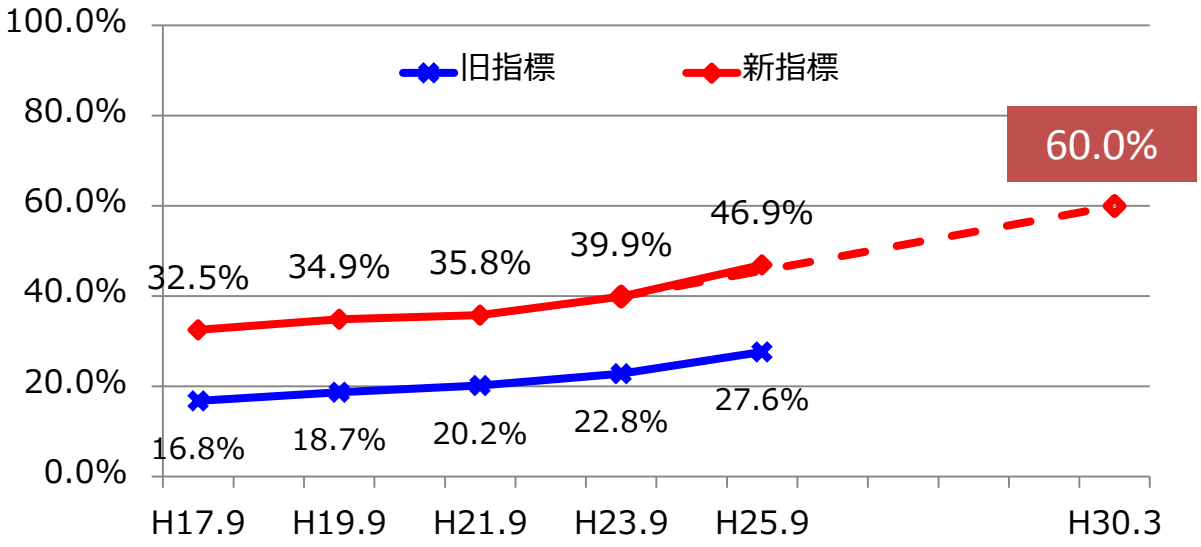
「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」

○ 厚生労働省では、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、平成２５年４月５日に**「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」**を策定し、公表した。

○ 新たなロードマップでは、安定供給等これまでの取組に加え、以下の新たな目標を設定するとともに、モニタリングを強化することとした。

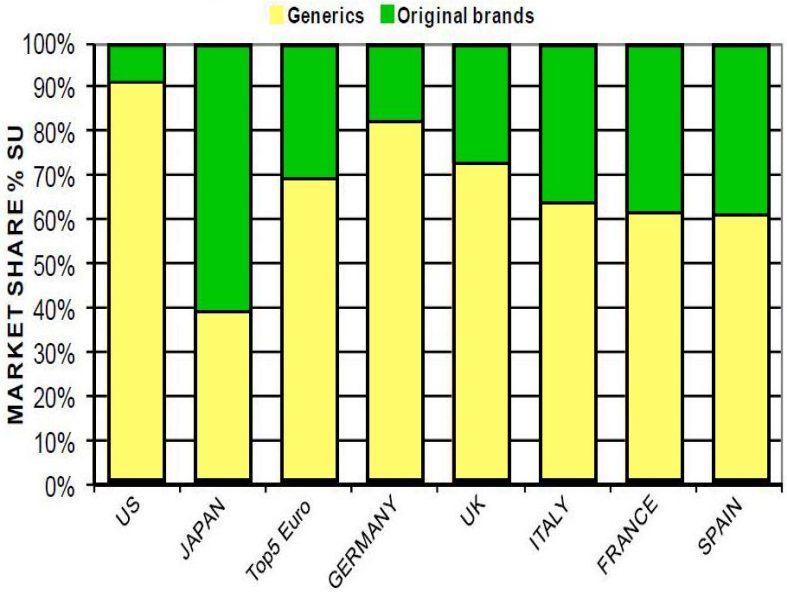
- 後発医薬品の数量シェアを平成３０年３月末までに６０％以上にする。また、達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。
- 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

我が国の後発医薬品シェアの推移と目標



旧指標とは、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア（平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で定められた目標に用いた指標）
新指標とは、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア（「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標）　厚生労働省調べ

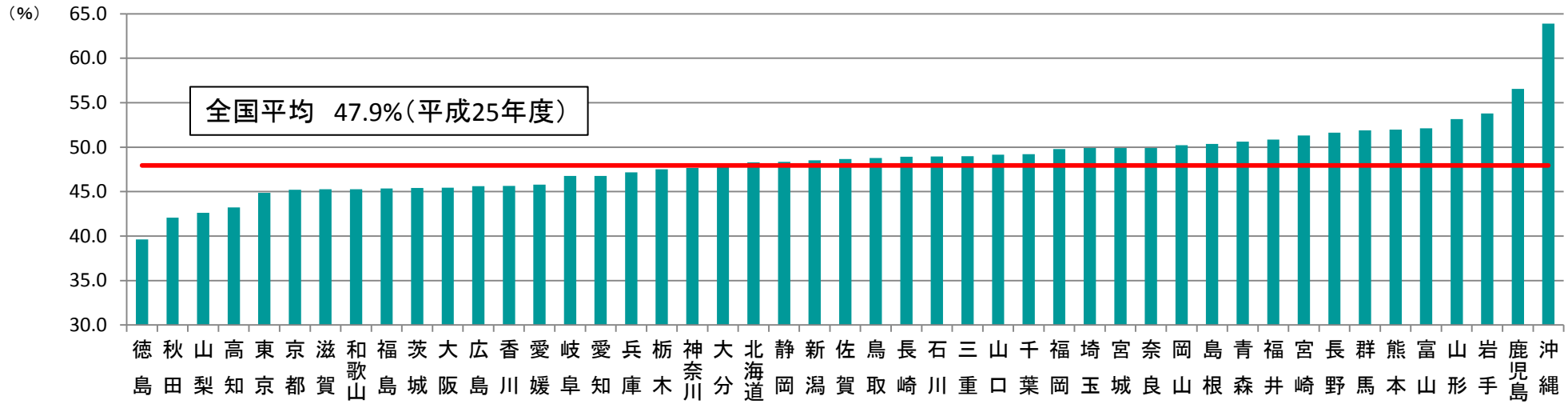
各国の後発医薬品シェア



Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.
Note:母数は特許切れ市場．特許ありの先発品市場は対象外.SU(Standard Units)ベース.SUとは、異なる剤型間を比較するために、IMSが定義した剤型別の使用量で、強度は考慮されない.錠剤は1錠、散剤は1g、バイアルは1本でカウントされる.　＜平成24年8月22日　中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料　より＞

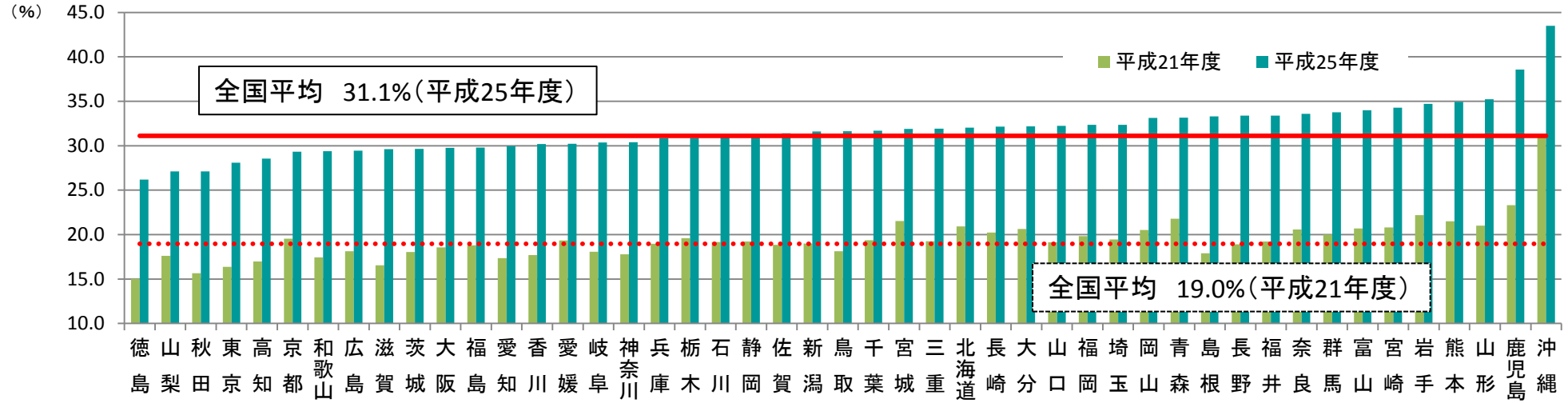
後発医薬品の地域差

○ 都道府県別、新指標による後発医薬品割合（数量ベース）



※「新指標」は、〔後発医薬品の数量〕/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。後発医薬品の収載月（6月と12月）には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると、算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、新指標による後発医薬品割合が低くなることがある。
（出所） 厚生労働省「平成25年度調剤医療費の動向調査」

○ 都道府県別、旧指標による後発医薬品割合（数量ベース）



（出所） 厚生労働省「平成25年度調剤医療費の動向調査」