

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、医療費適正化計画について、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。

平成20年度 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

第1期計画期間(平成20～24年度)

第2期計画期間(平成25～29年度)

第1期
計画

都道府県及び全国
計画作成・公表

中間評価

実績の
評価

第2期
計画

医療費適正化基本
方針作成・公表

都道府県計画
作成・公表

全国計画
作成・公表

PDCA

中間評価

PDCA

実績の
評価

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日にと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		

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 | ・特定健診等の効果検証及び医療費適正化効果の検証 |
| ・特定健診等情報に係る保険者と事業主との連携の推進 | ・保険者によるレセプト等の利活用の促進 |
| ・糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開 | ・重複及び頻回受診者に対する保健指導等 |
| ・特定保健指導の対象にならない者への対応 | ・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、P D C A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（O N D A M）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)

※ 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。

第1回：8月11日開催

【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 文朗 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 聡子 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))

※必要に応じ、地方関係者・保険者団体もオブザーバーとして参加。

※「専門調査会決定」により設置。

第1回：9月1日開催

第2回：10月10日開催

【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 文朗 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

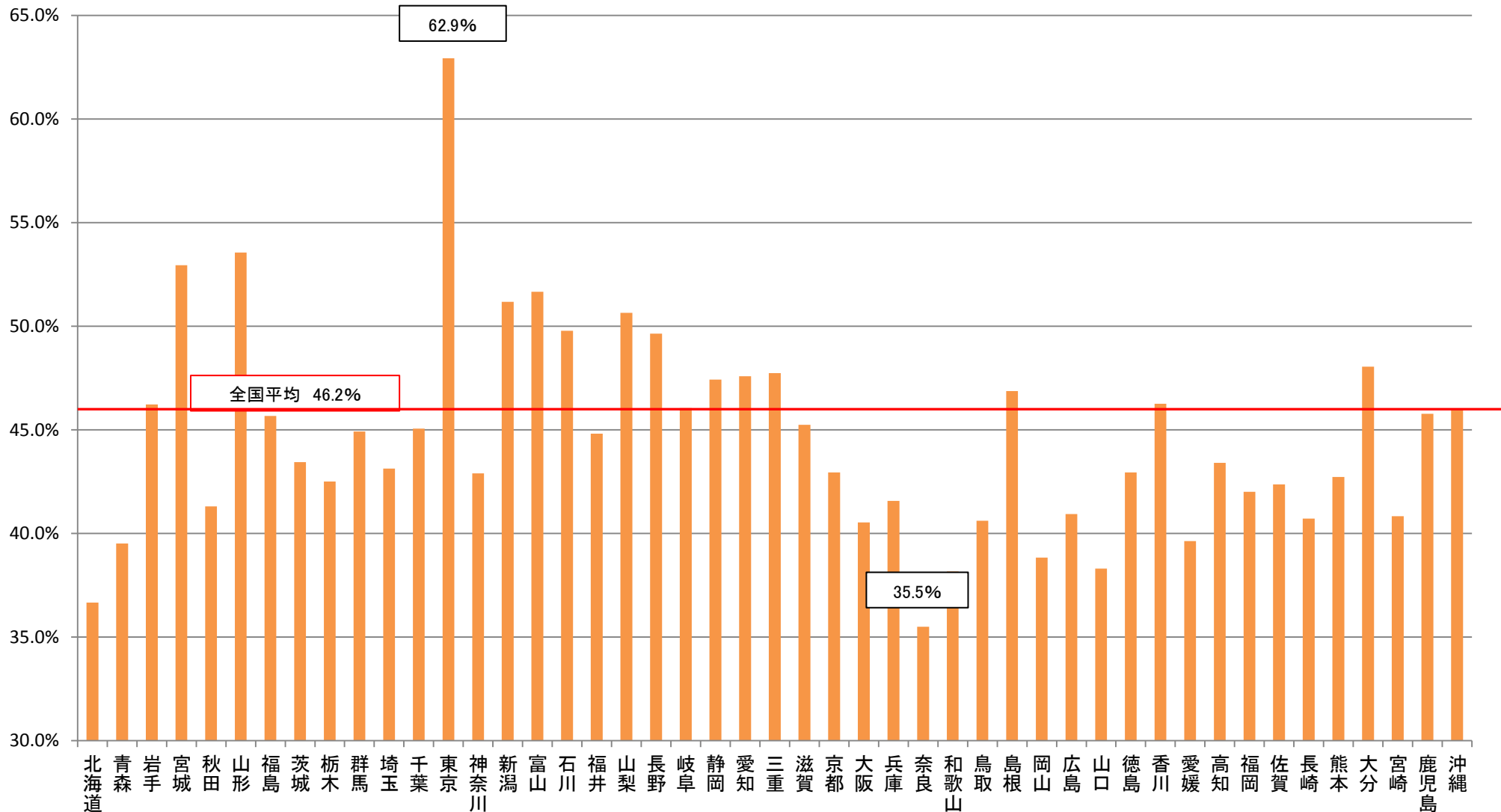
- 専門調査会における調査・検討に資するよう、医療・介護情報に係る実務的な分析・検討及び論点整理等を行うために設置

〔 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 〕

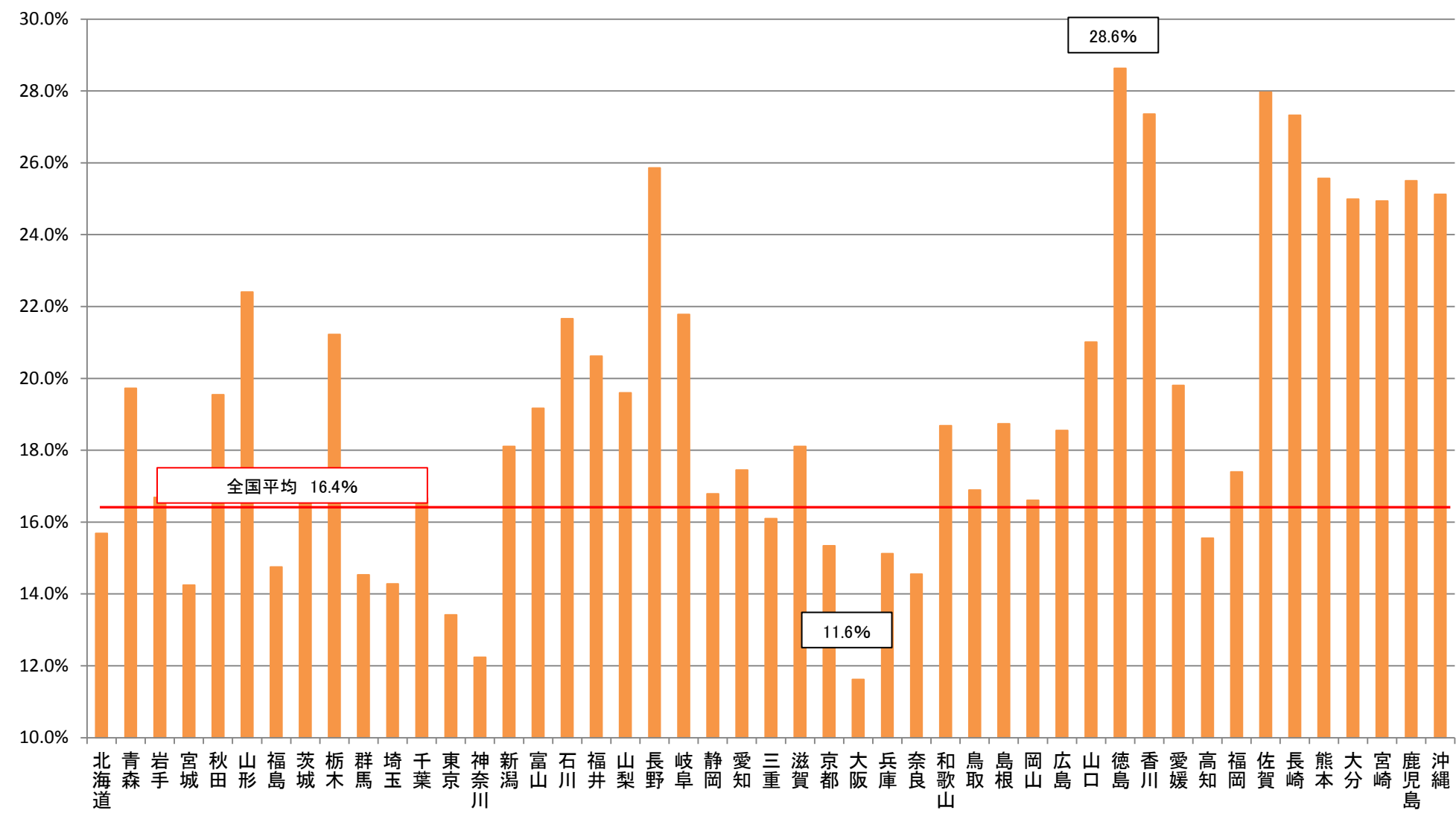
※ 上記のほか、関係省(内閣官房、総務省、財務省、厚労省)のメンバーによる検討チームを設置。

都道府県別の健康・医療関係データ

○ 特定健康診査実施率

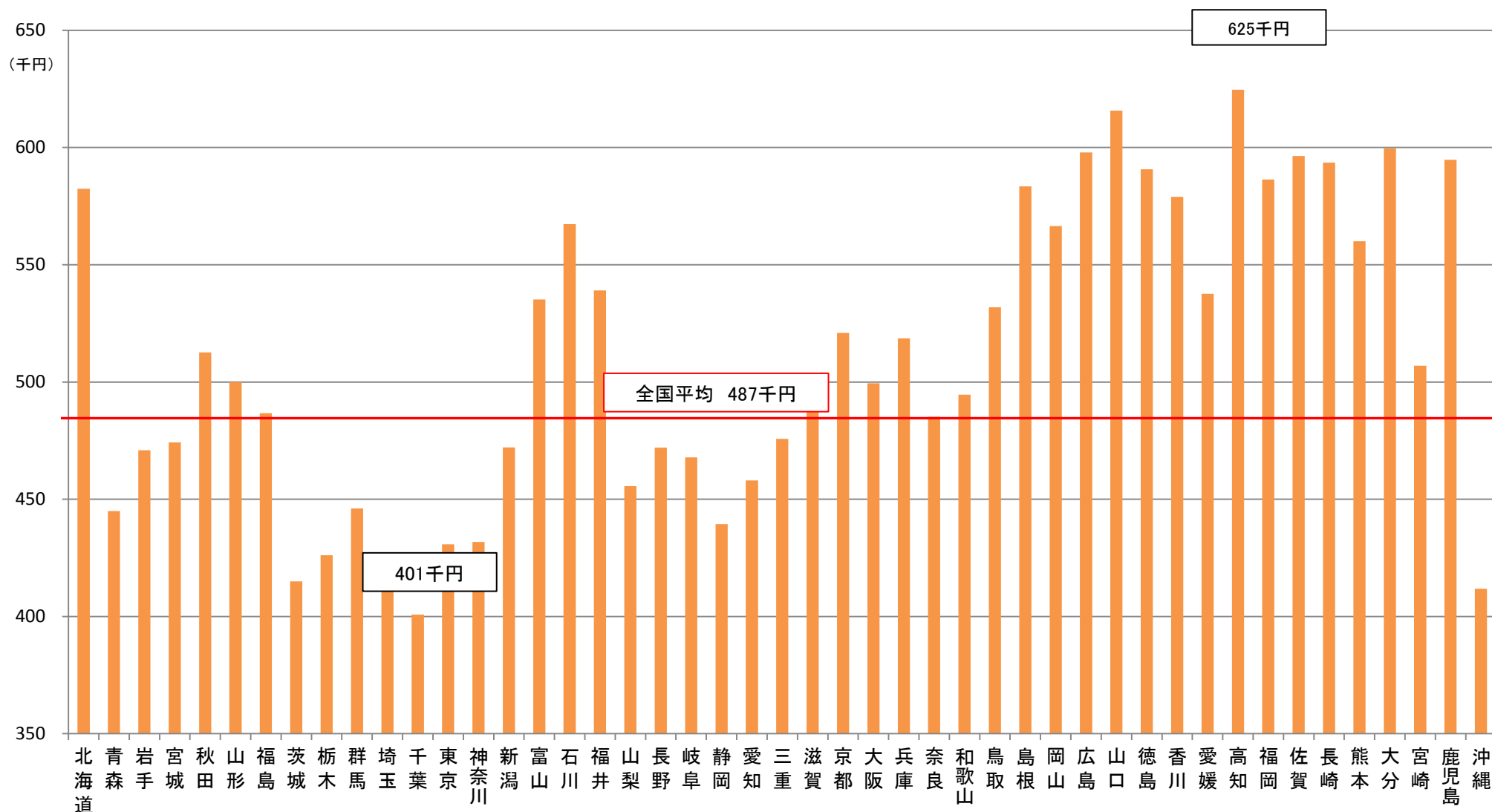


○ 特定保健指導実施率



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）

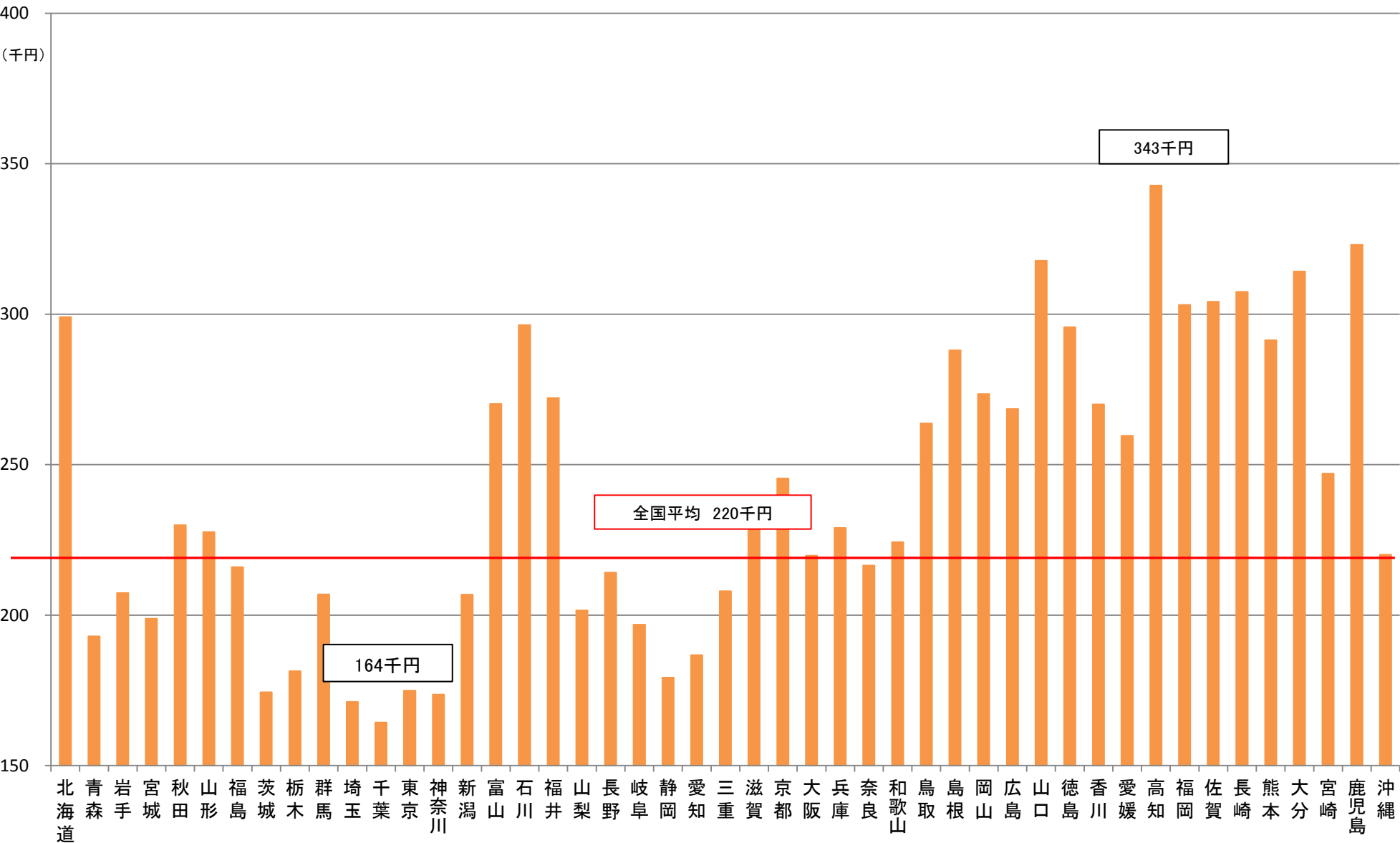
○ 都道府県別、1人当たり実績医療費（合計）



※入院、入院外＋調剤、歯科の合計

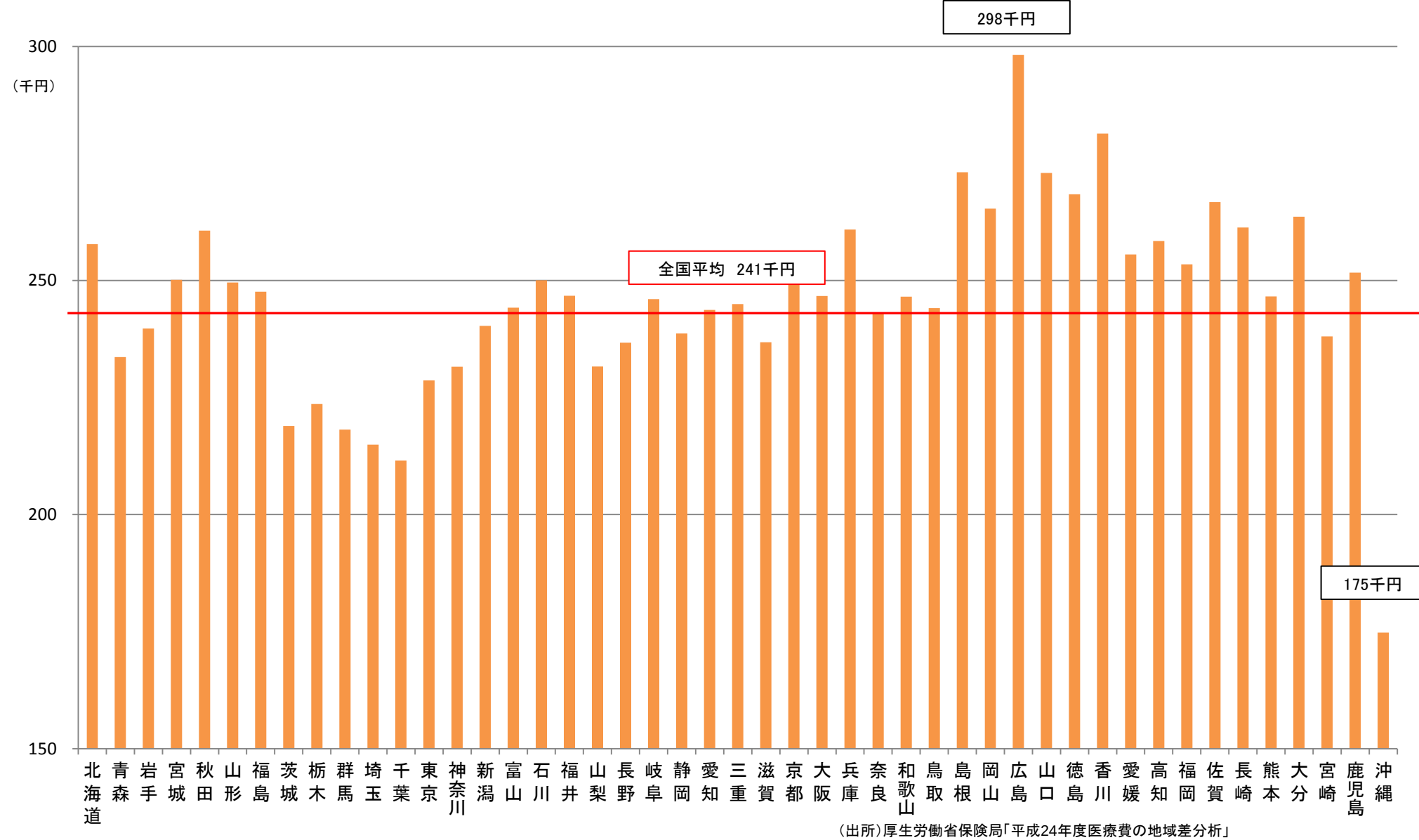
（出所）厚生労働省保険局「平成24年度医療費の地域差分析」

○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(入院)



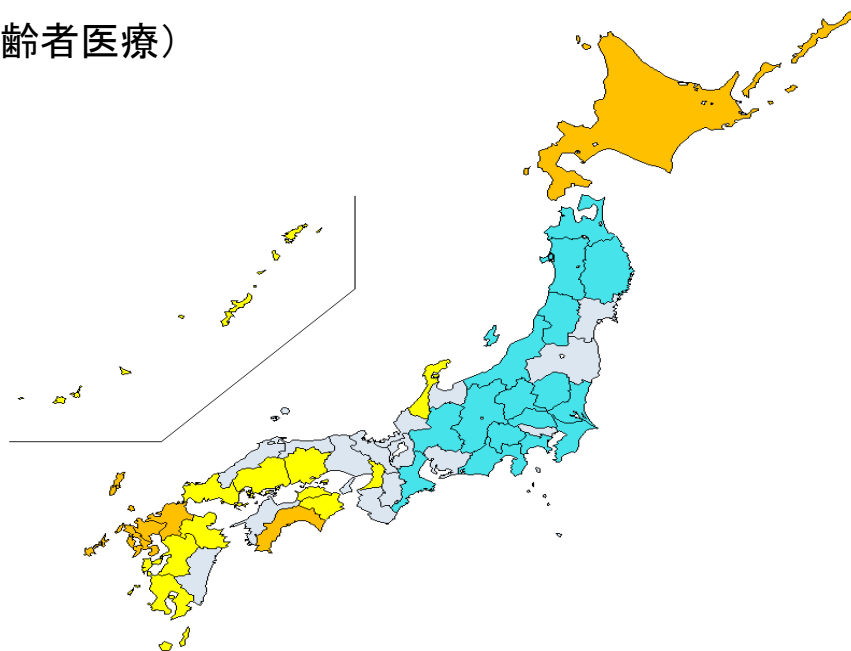
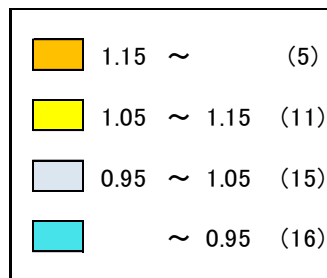
(出所)厚生労働省保険局「平成24年度医療費の地域差分析」

○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(入院外+調剤)

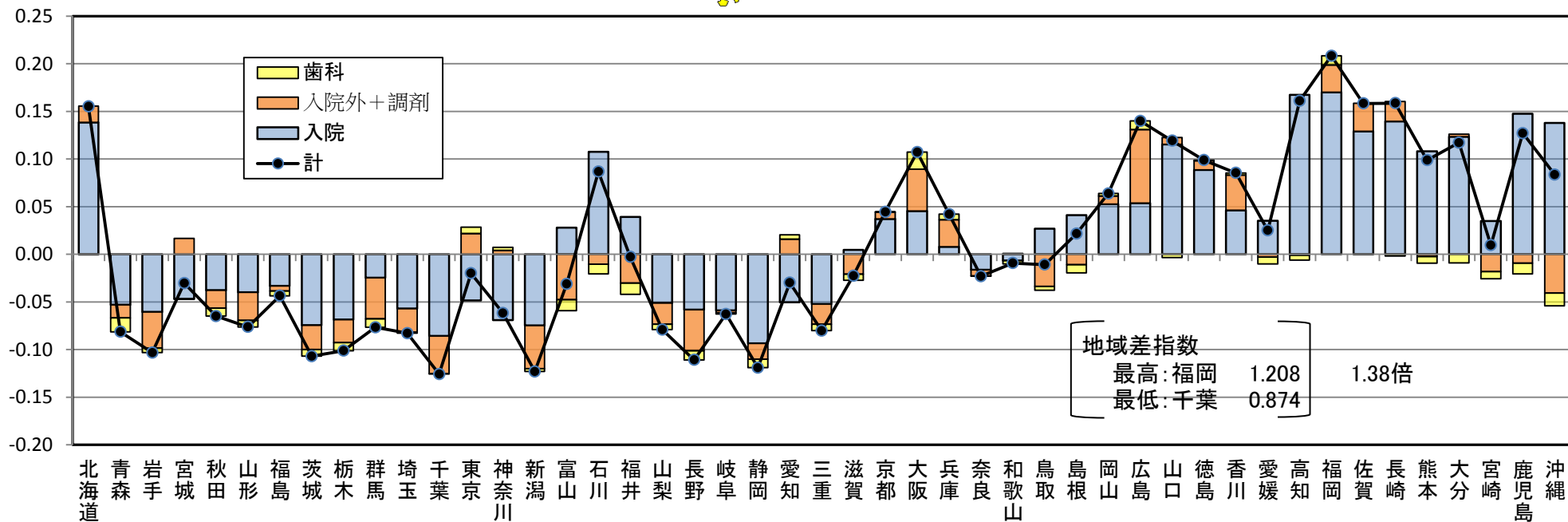


1人当たり医療費の地域差 (年齢補正後)

○ 地域差指数 (市町村国保＋後期高齢者医療)

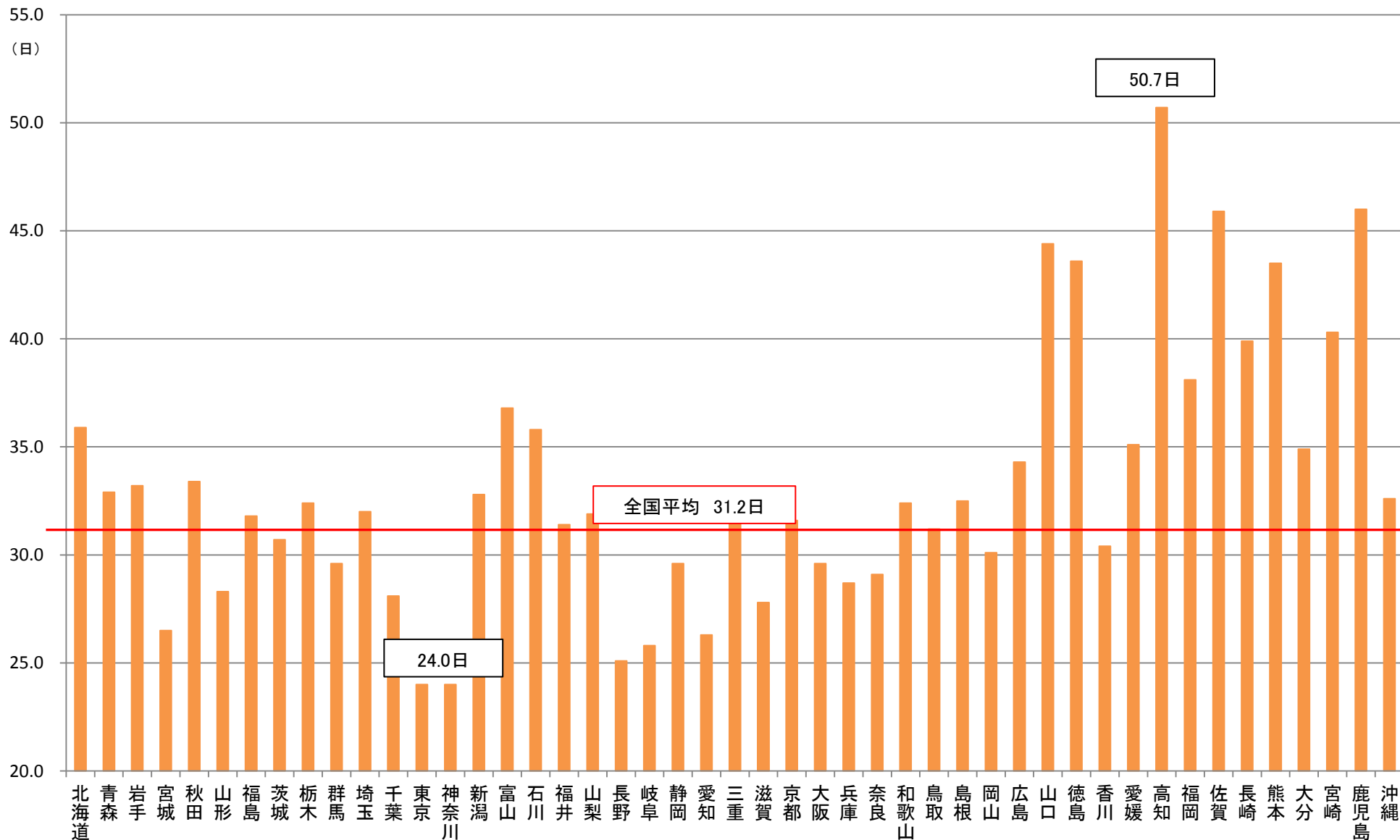


○ 診療種別寄与度



病院の平均在院日数の地域差

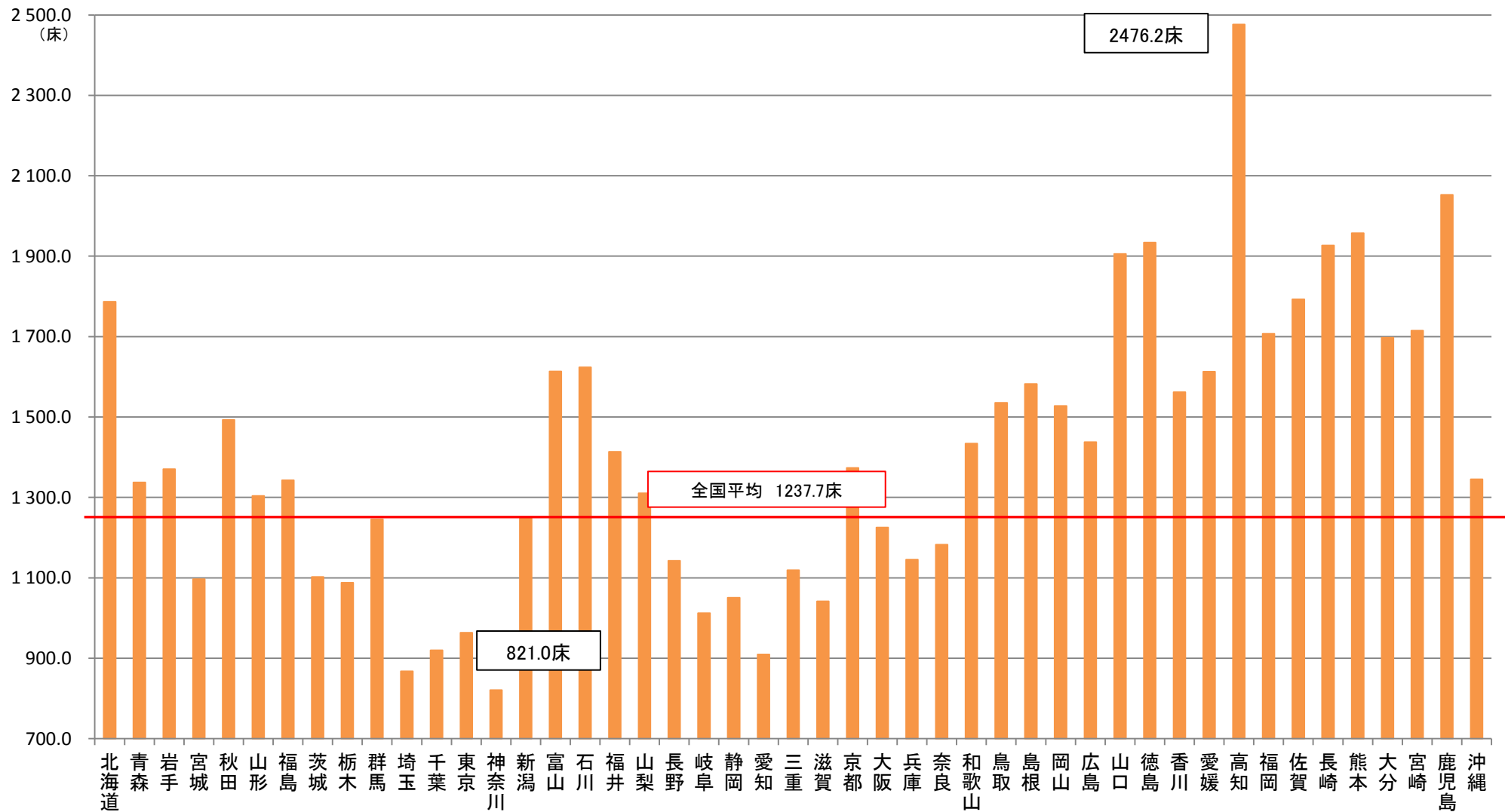
○ 都道府県別、平均在院日数(全病床)



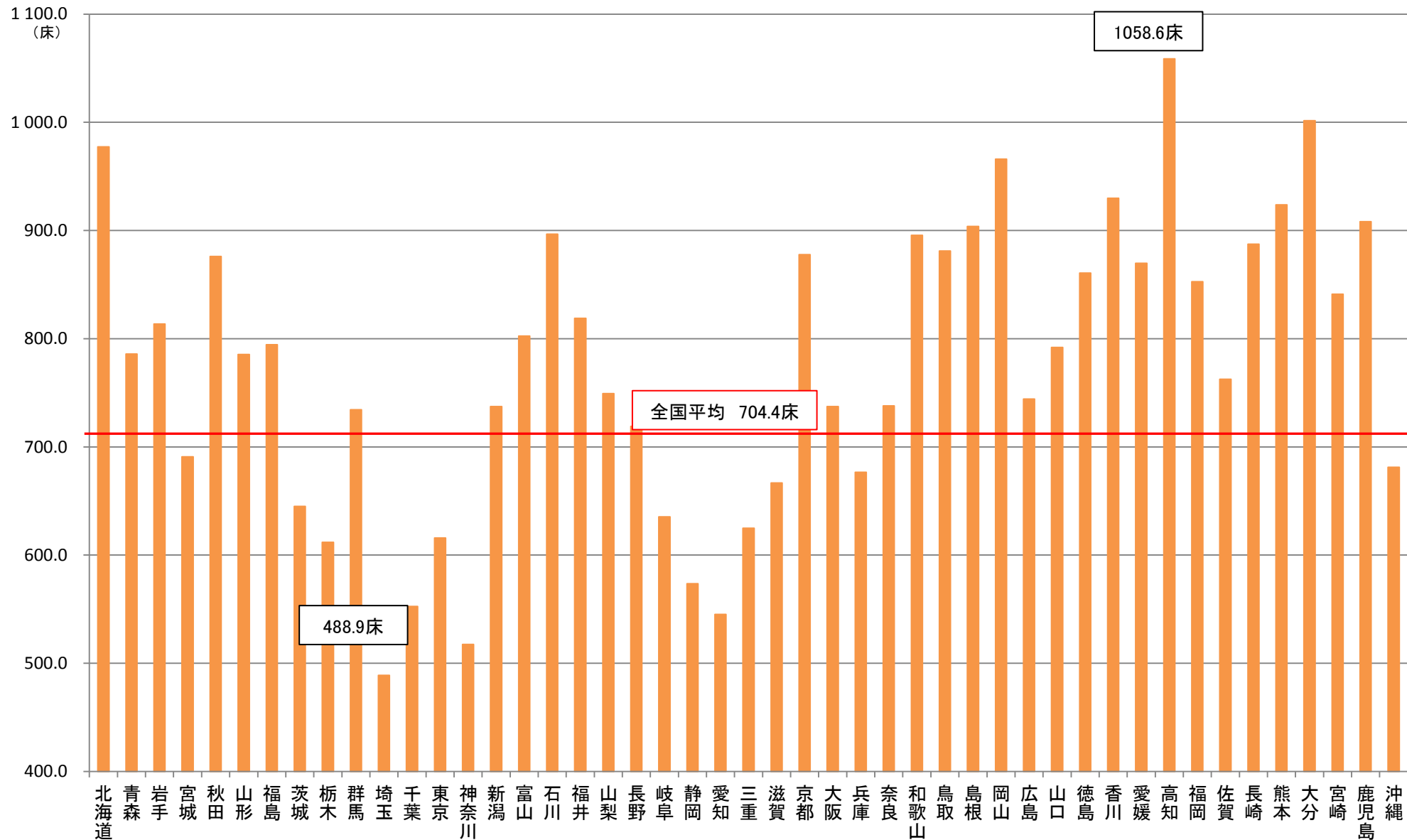
(出所) 厚生労働省「平成24年病院報告」

人口10万対病院病床数の地域差

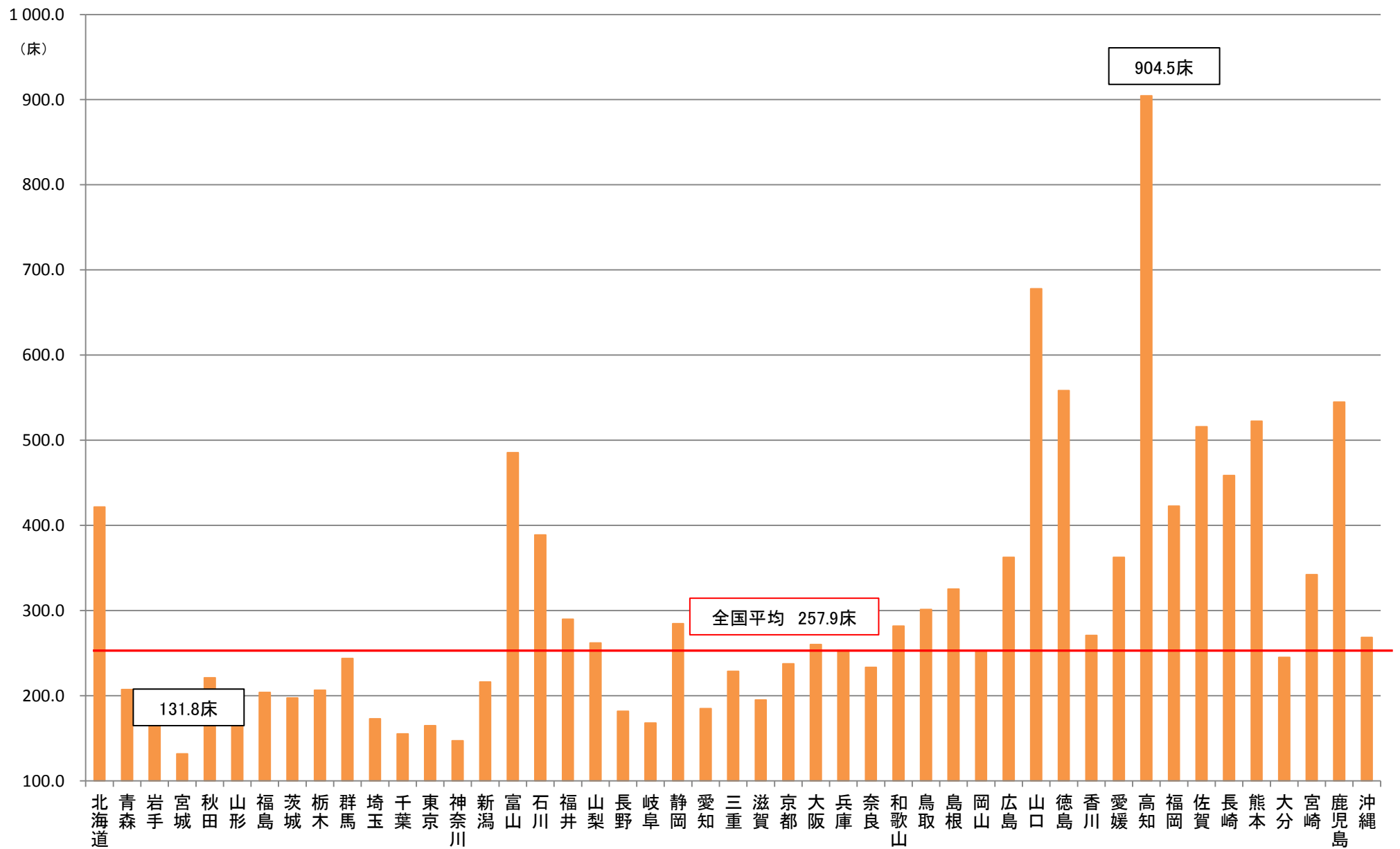
○ 都道府県別、病院病床数(総数)



○ 都道府県別、病院病床数(一般病床)



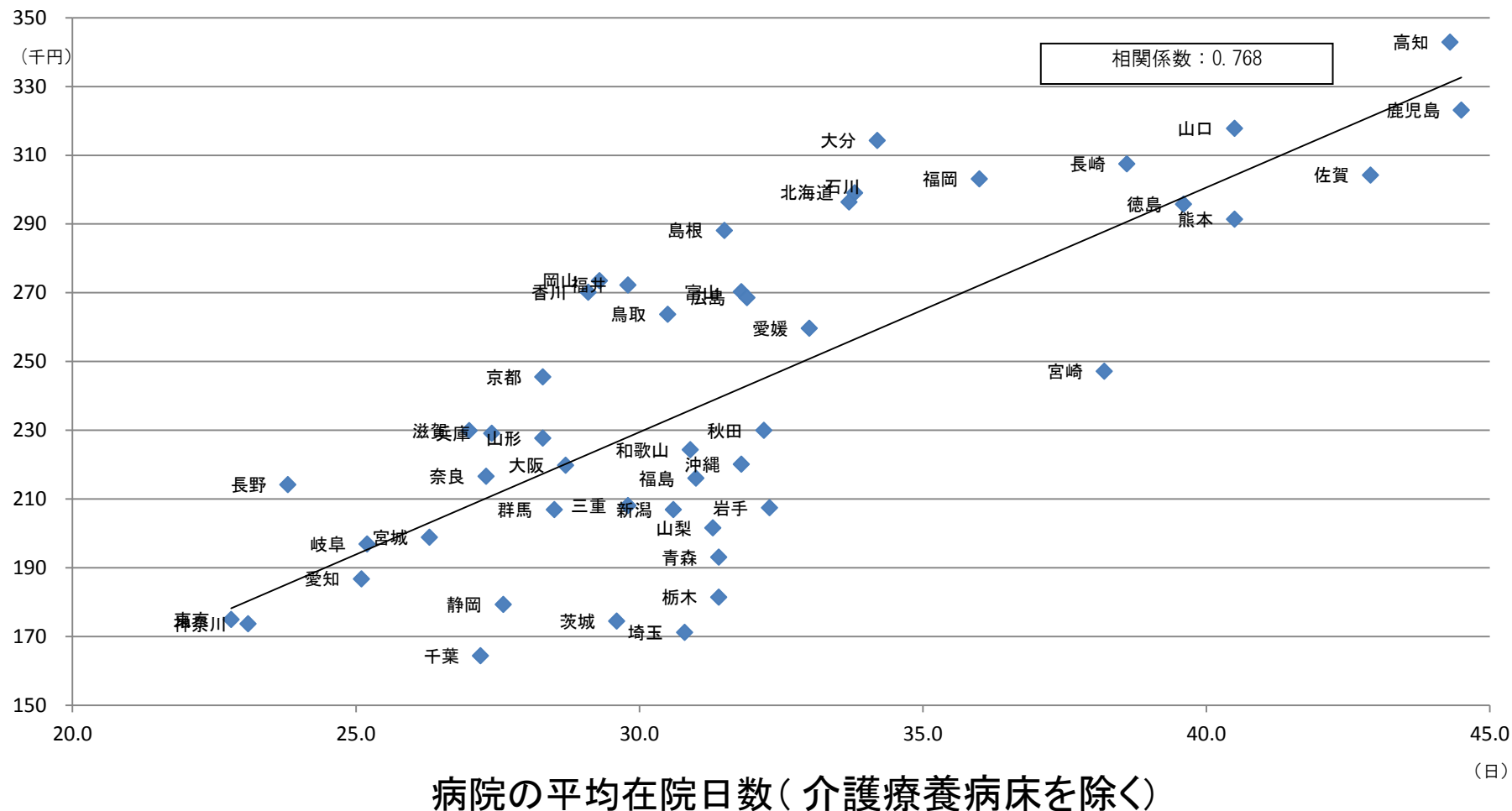
○ 都道府県別、病院病床数(療養病床)



病院の平均在院日数と都道府県別入院医療費の相関

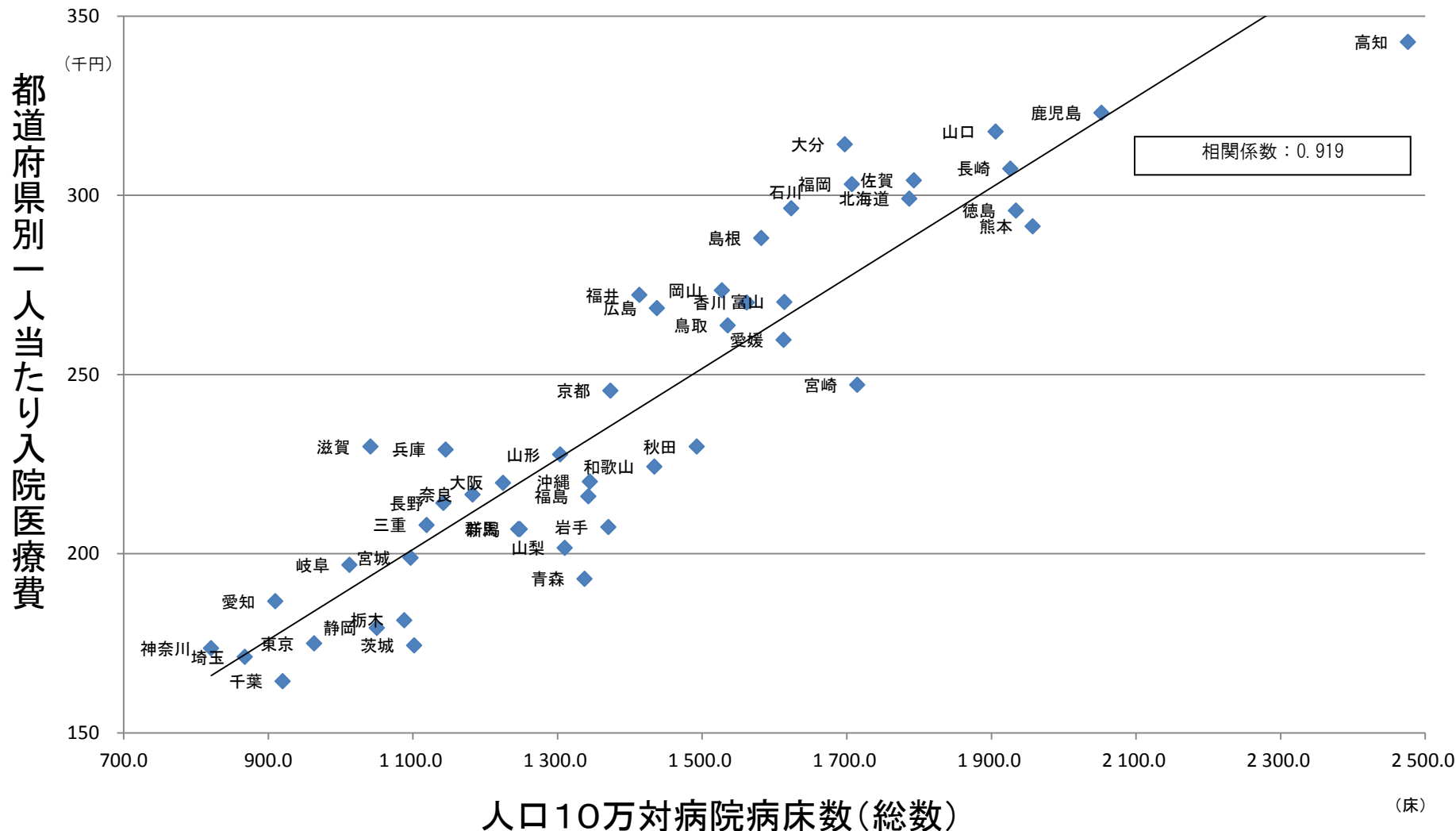
平成24年度の平均在院日数（介護療養病床を除く）と都道府県別一人当たり入院医療費（市町村国保＋後期高齢者医療）の相関係数は、0.768であり、高い相関がみられる。

都道府県別一人当たり入院医療費



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。



病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

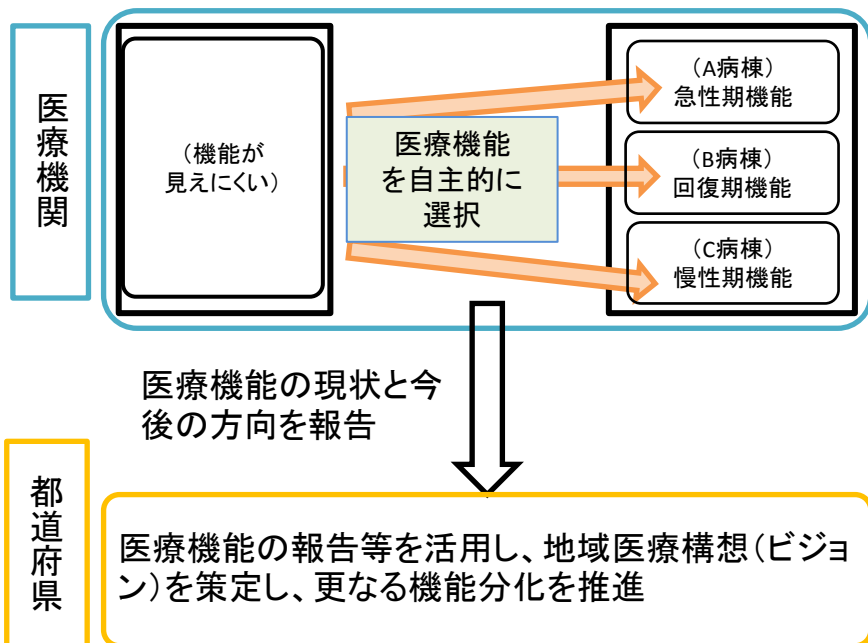
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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思われる。

【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

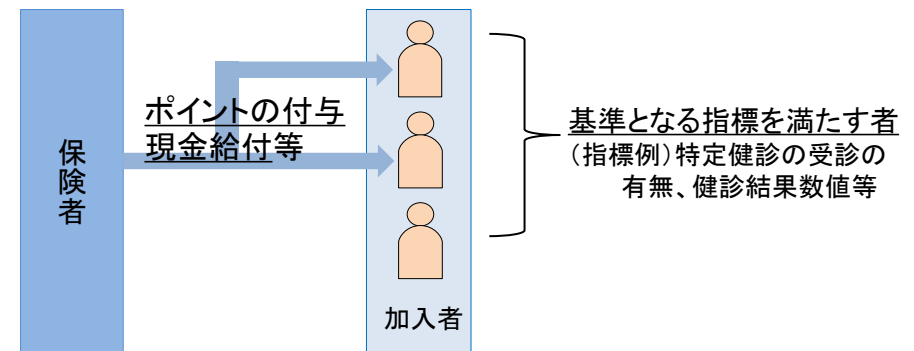
- ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント（ヘルスケアポイント）を付与するとともに、SNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す取組の実施

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

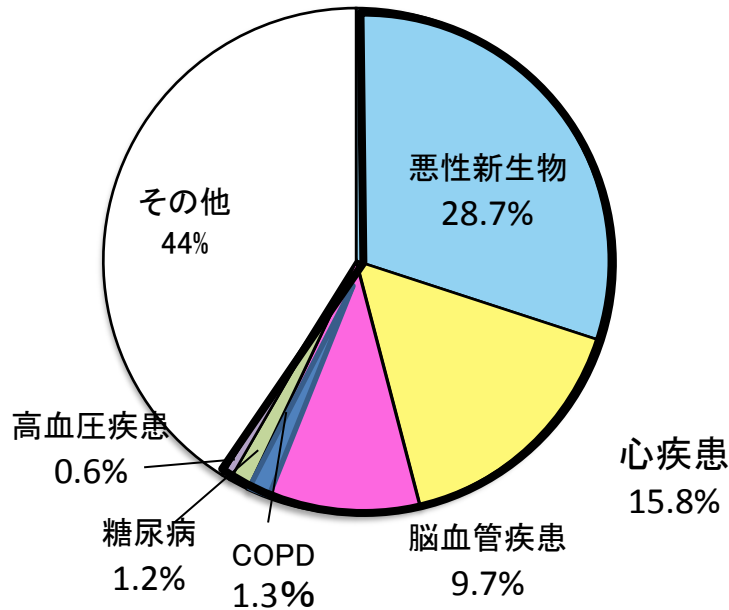
※保険料については、公的医療保険制度の趣旨を踏まえつつ検討

(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。

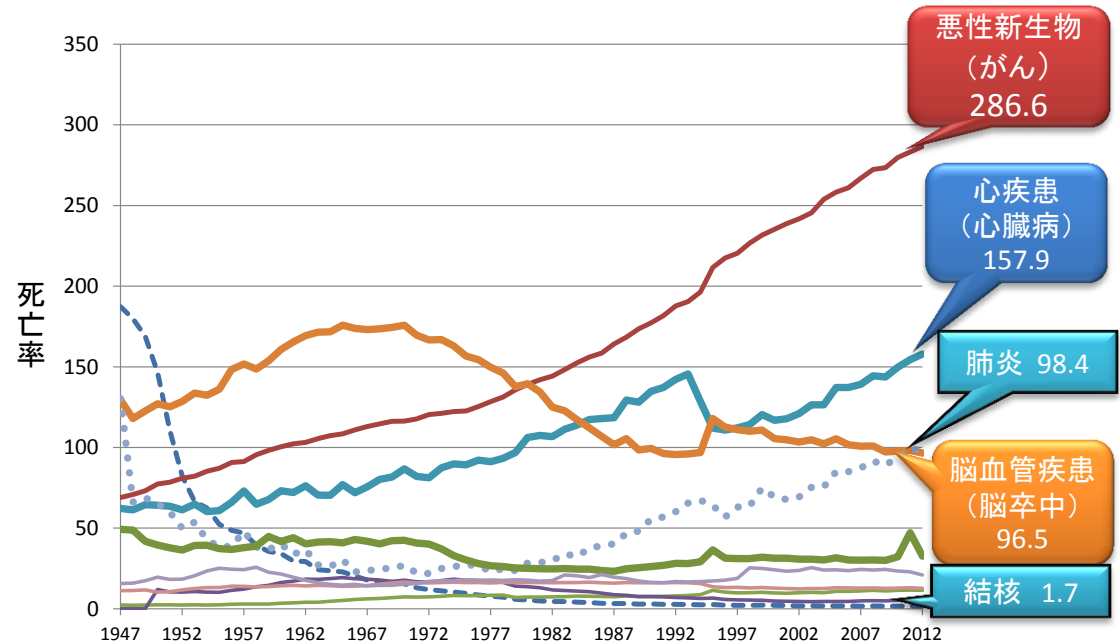
死因別死亡割合(平成24年)
生活習慣病・・・57.2%



(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)

(人口10万対)



(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たこと等も踏まえ、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

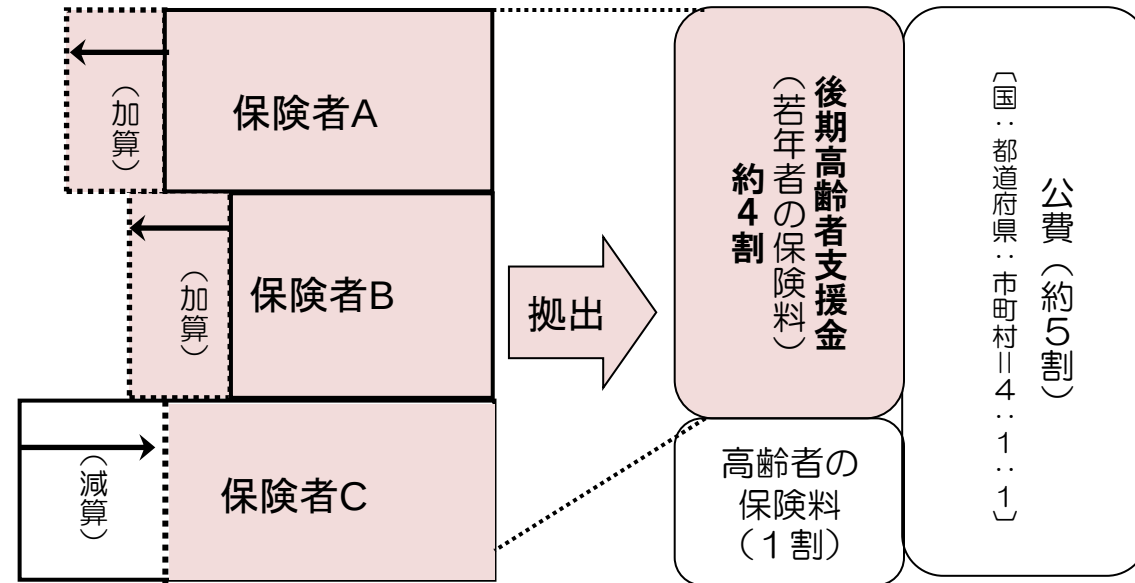
③加算率は0.23%に設定（法律上は上限10%）

※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〉

医療給付費等総額
14.4兆円
(平成26年度予算)



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】

- 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。
- 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けて加算・減算活動というのは合点がいかない。
- 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トリ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トリングと関係者が納得するグループ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。
- 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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

- 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。
- 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

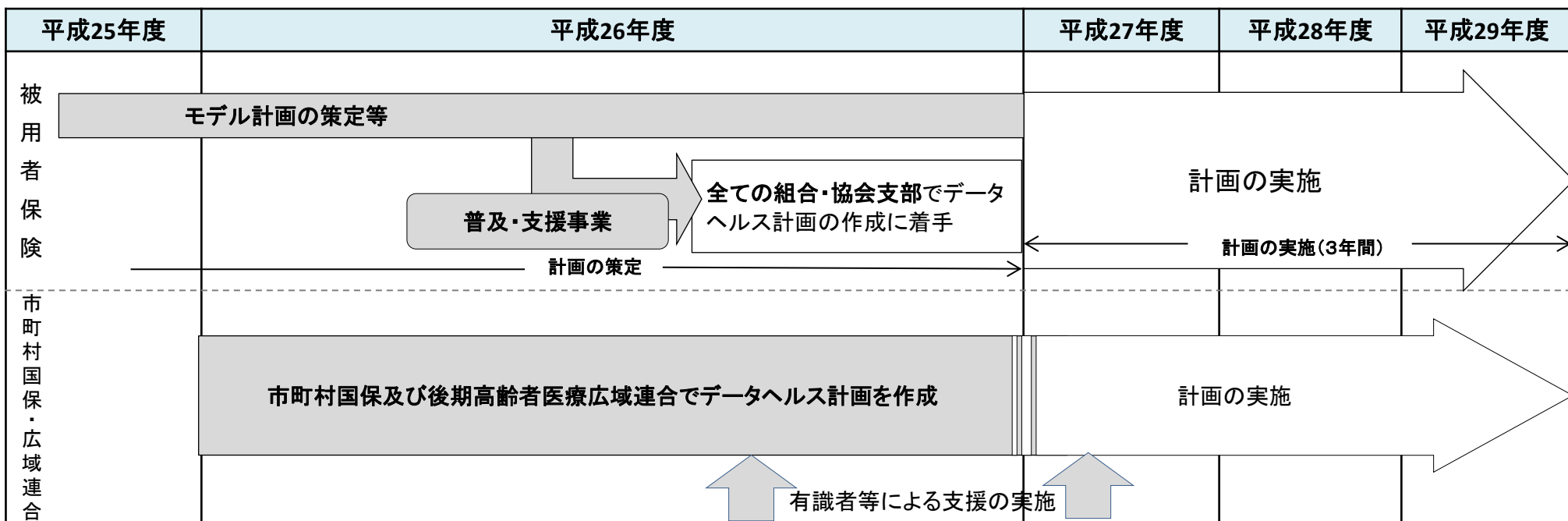
- 昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、本年4月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

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。

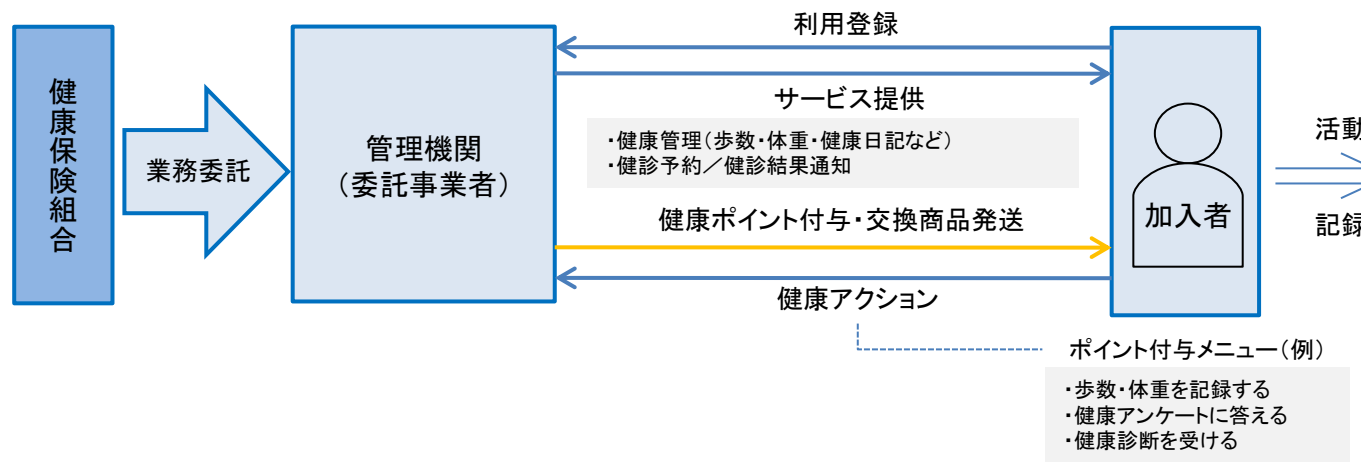
- 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。
- ・現在、一部の健保組合等において、こうした取組のモデルとなる計画の策定等を先行的に進めているところ。
 - ・市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。
- 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

<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）>

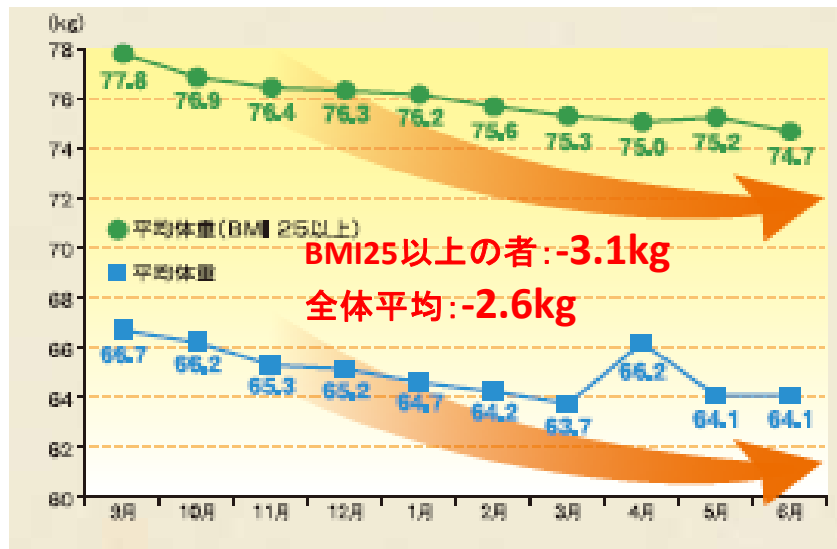
ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント(健康ポイント)を付与する仕組みやSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。



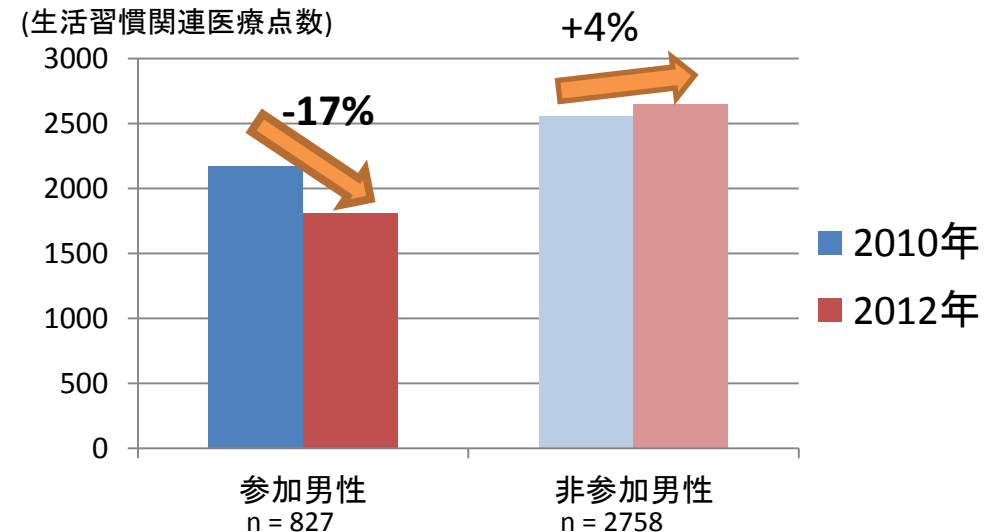
「個人向け健康ポータルサイト」



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



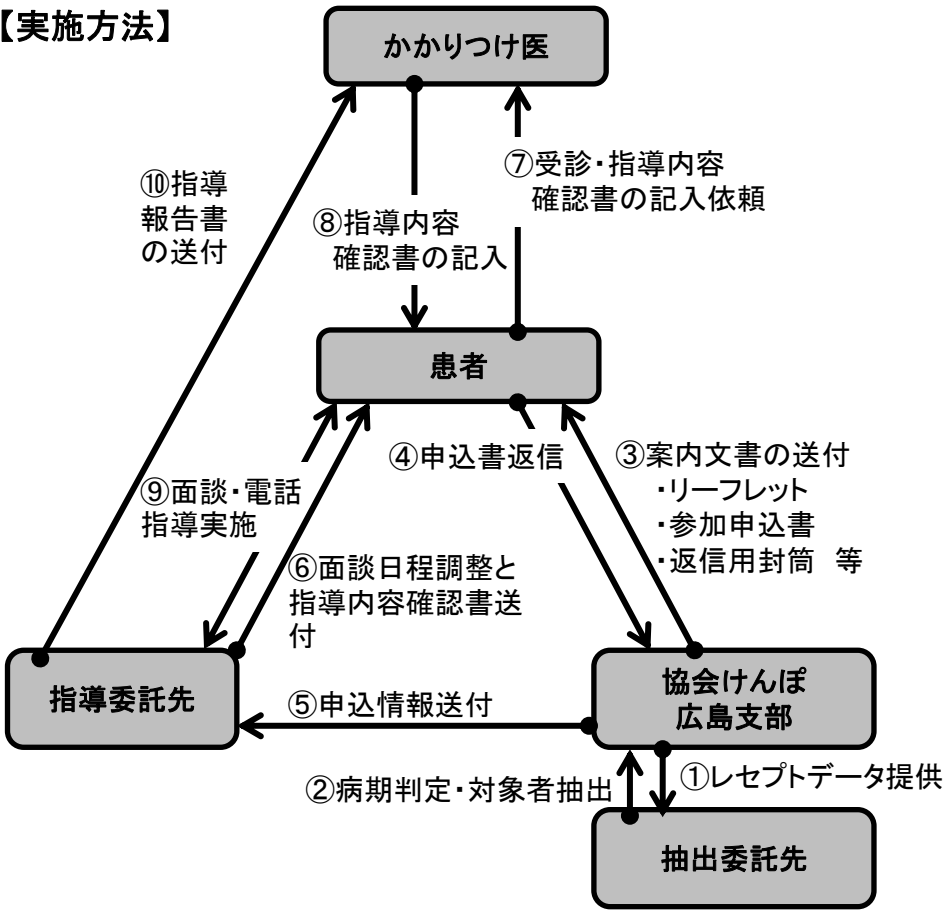
<糖尿病重症化予防事業（協会けんぽ広島支部）>

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】

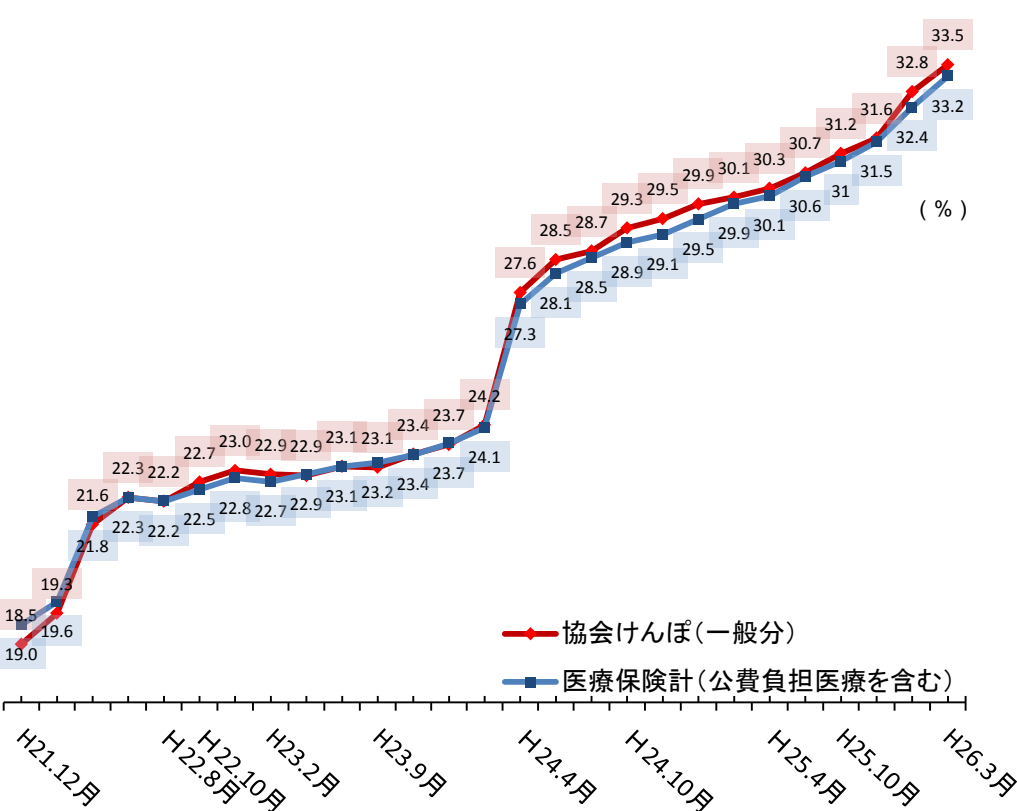
人工透析移行者数（平成25年11月時点）

		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）

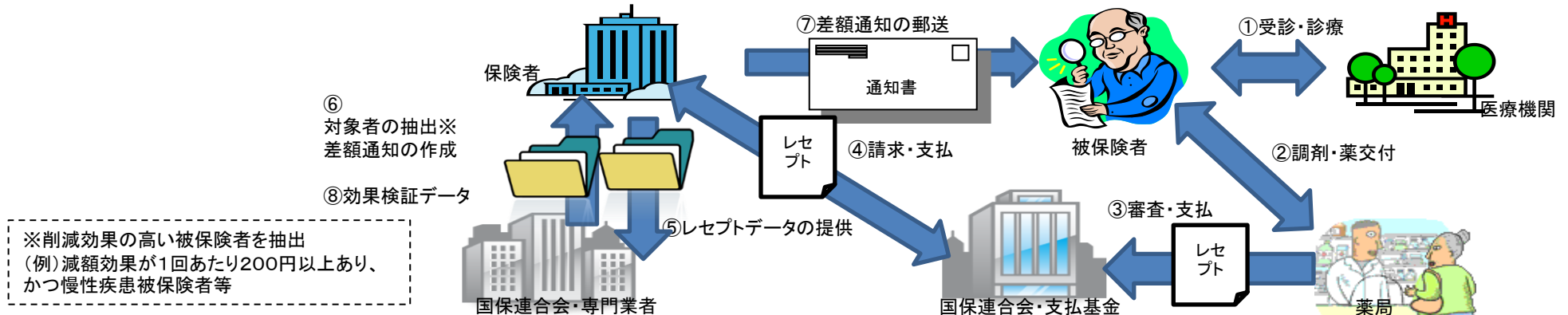
新たな目標：平成30年3月末までに数量シェア60%（平成24年度末時点で約46%程度）

○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を設置



【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%)

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)

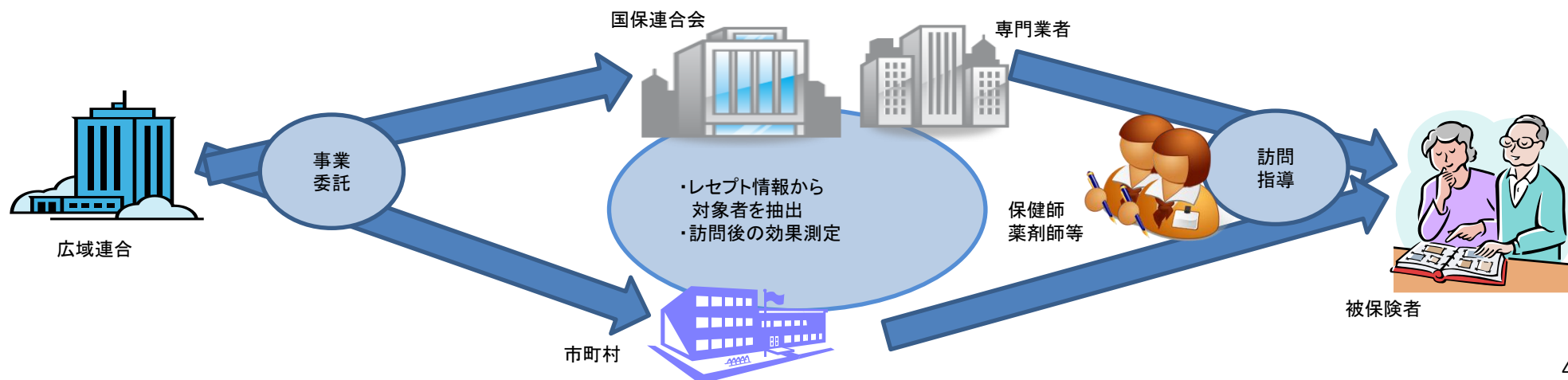
重複受診……………3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上

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



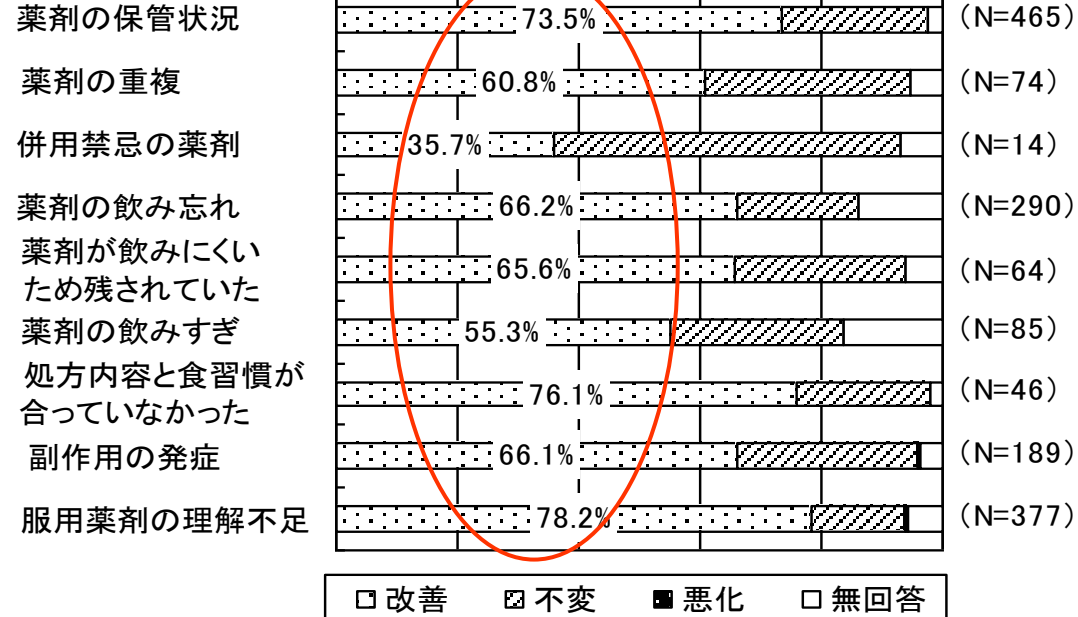
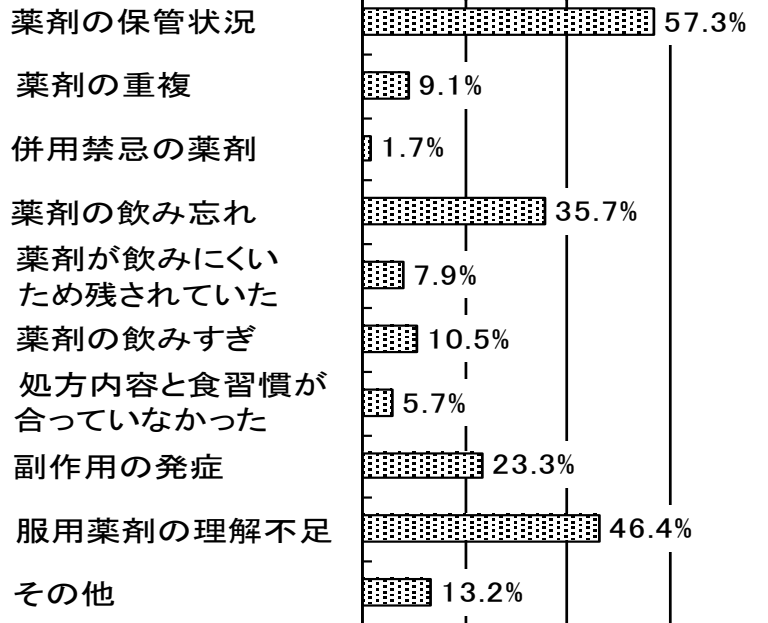
<訪問指導時における残薬等の管理>

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

(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



(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】

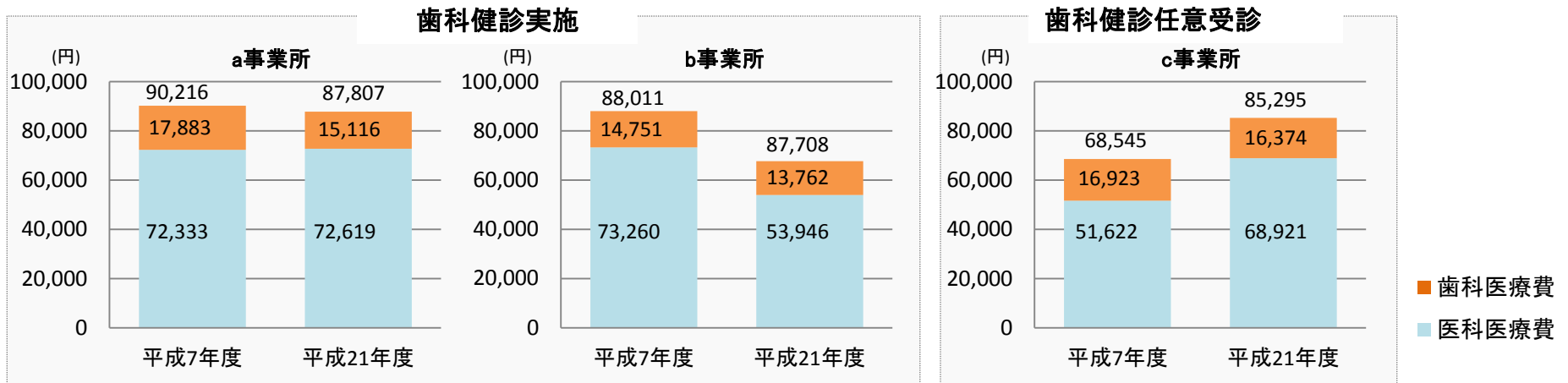
処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。

これにより服用状況も改善。

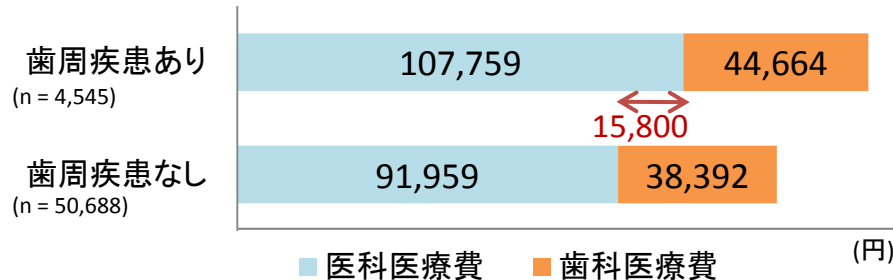
< 歯科検診・保健指導に係る取組（B健康保険組合） >

- 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85cm、女性90cm）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

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。

1. 特定健診・保健指導による評価指標等の推移

<分析内容>

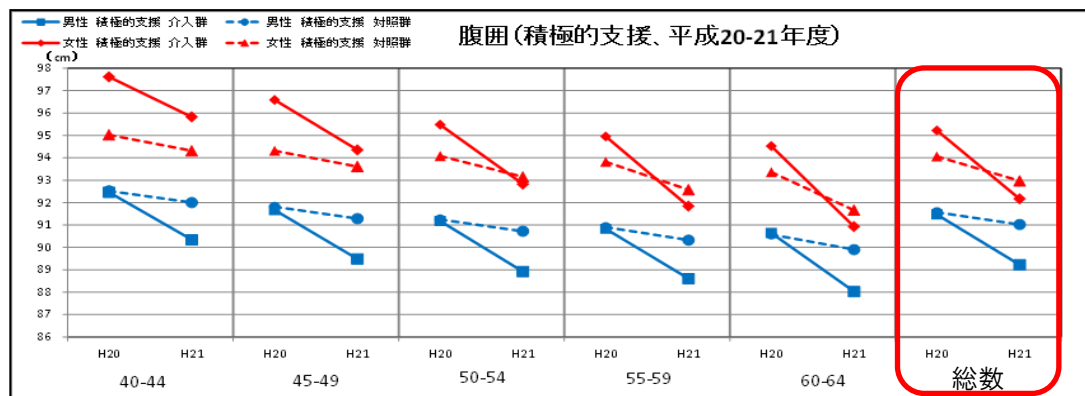
- 特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較

- 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）

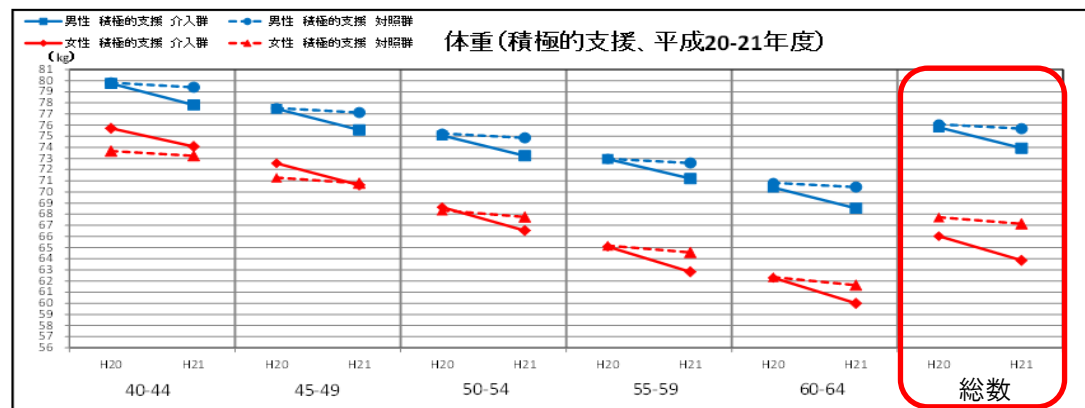
約1.2cm（平成22-23年度）

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）

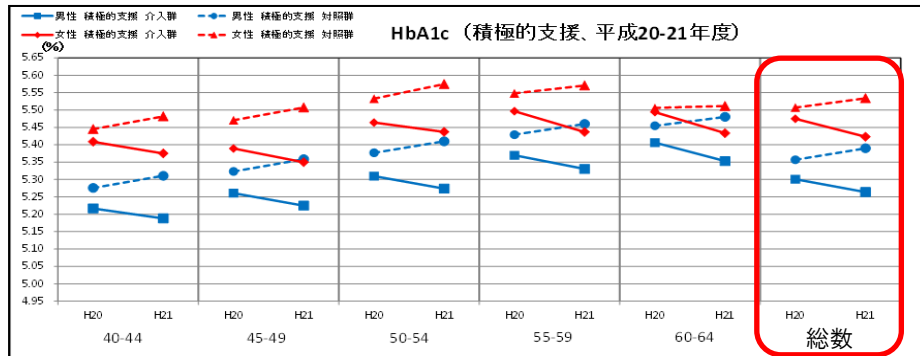
約1.6kg（平成21-22年度）

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）

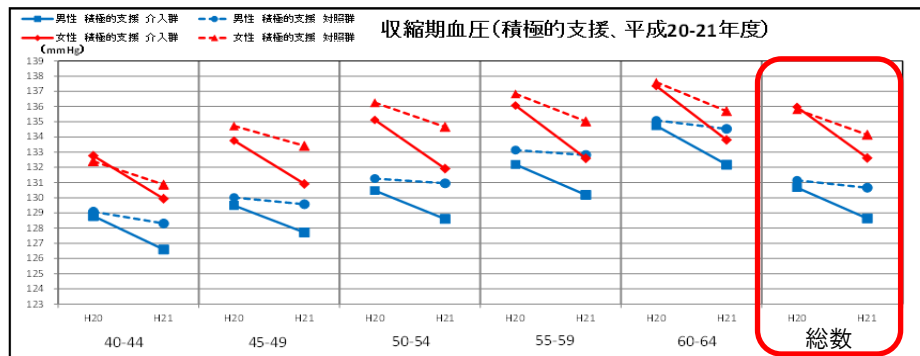
約0.02%（平成22-23年度）

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）

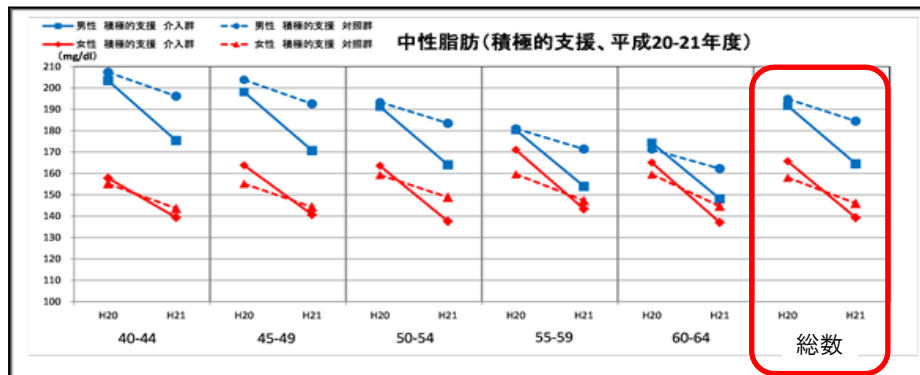
約1.0mmHg（平成22-23年度）

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

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）

<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

・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

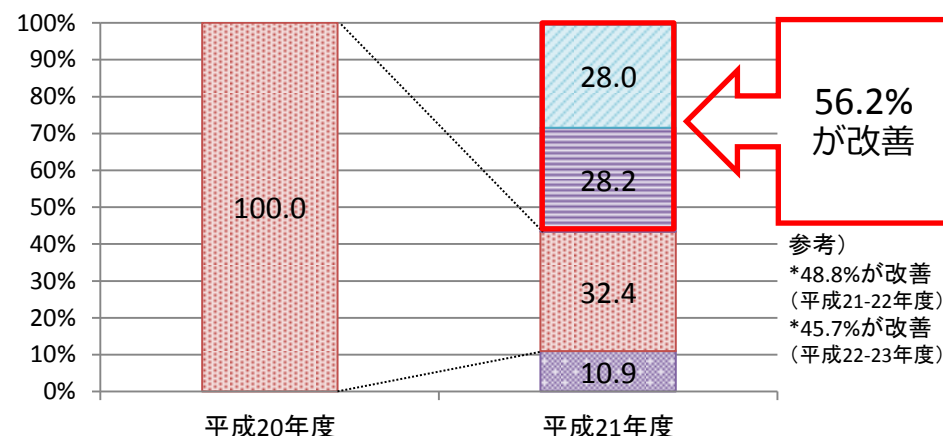
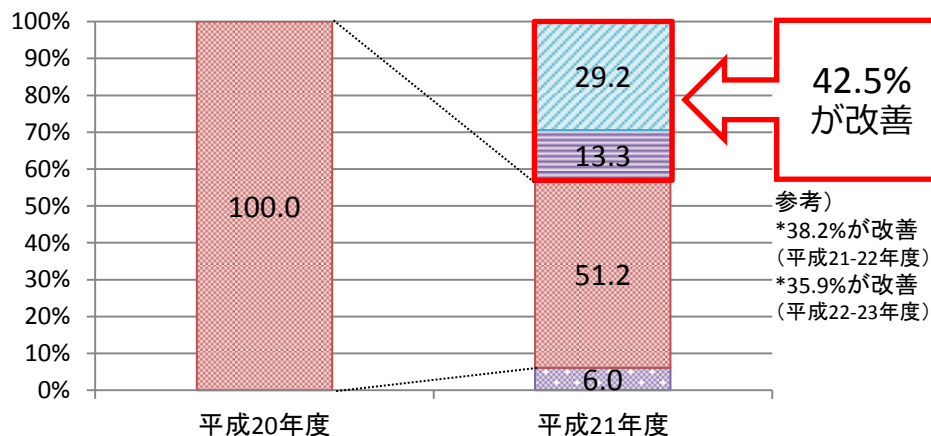
特定保健指導（積極的支援）による保健指導レベルの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】

【女性（総数）】

■服薬あり ■積極的支援 ■動機付け支援 ■特定保健指導対象外

■服薬あり ■積極的支援 ■動機付け支援 ■特定保健指導対象外



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）

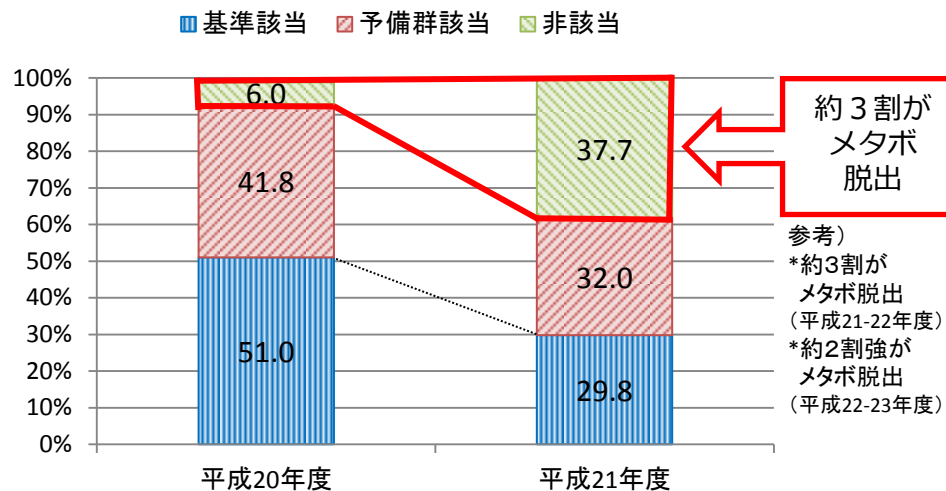
<分析結果>

- 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

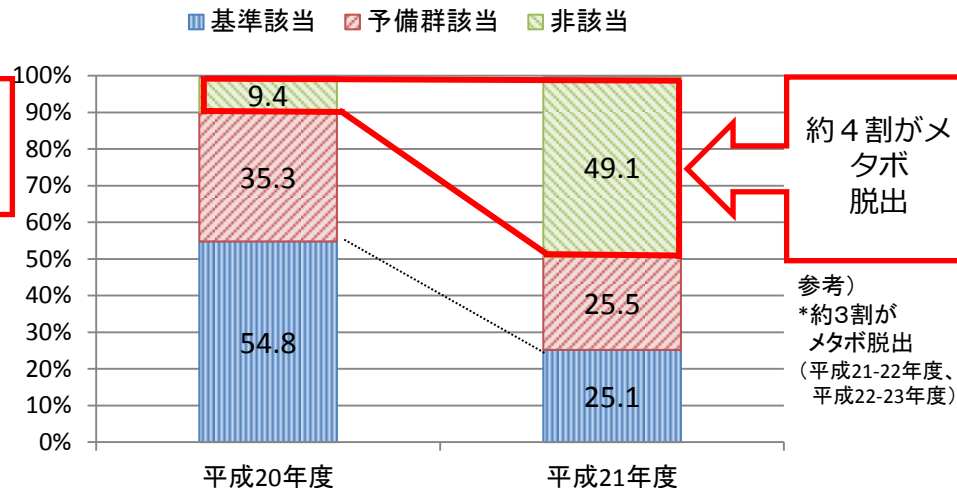
・メタボリックシンドローム基準該当
腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当
・メタボリックシンドローム予備群該当
腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当
※ 血糖・血圧・脂質の服薬者も含む

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）】

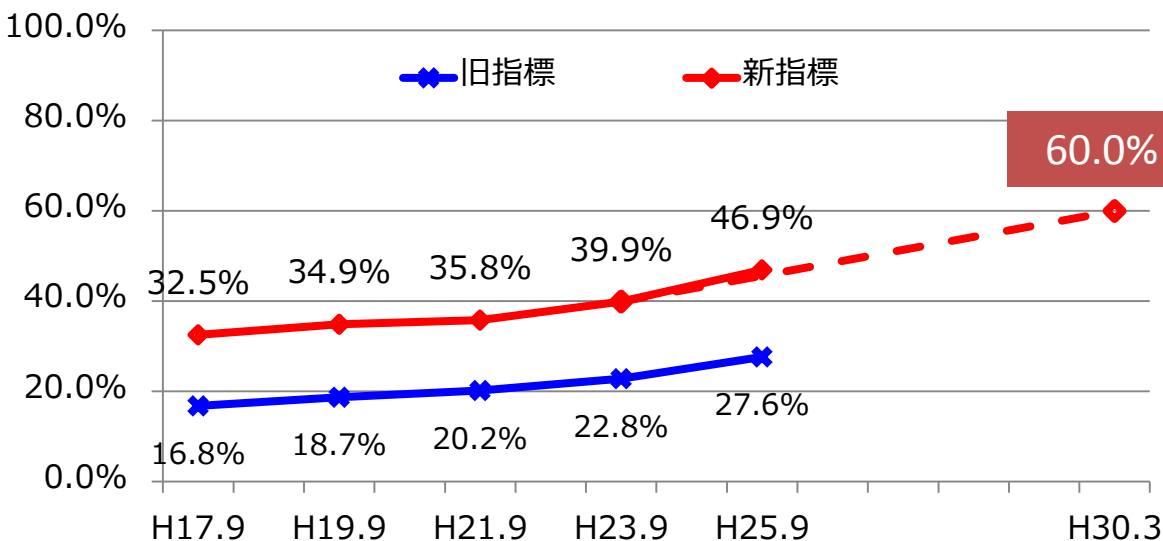


積極的支援により、男性では約3割、女性では約4割がメタボリックシンドローム脱出

「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。

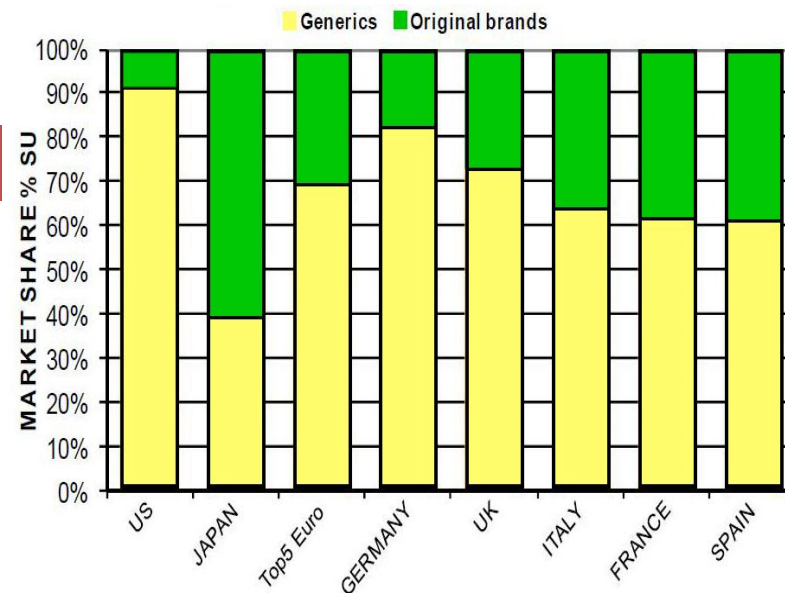
我が国の後発医薬品シェアの推移と目標



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

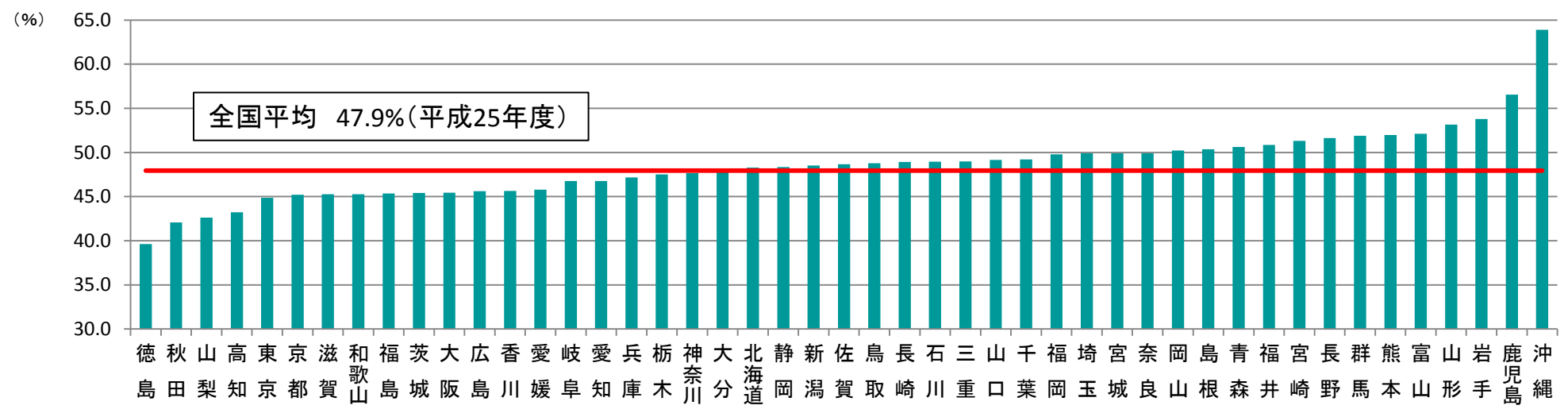


Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.

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>

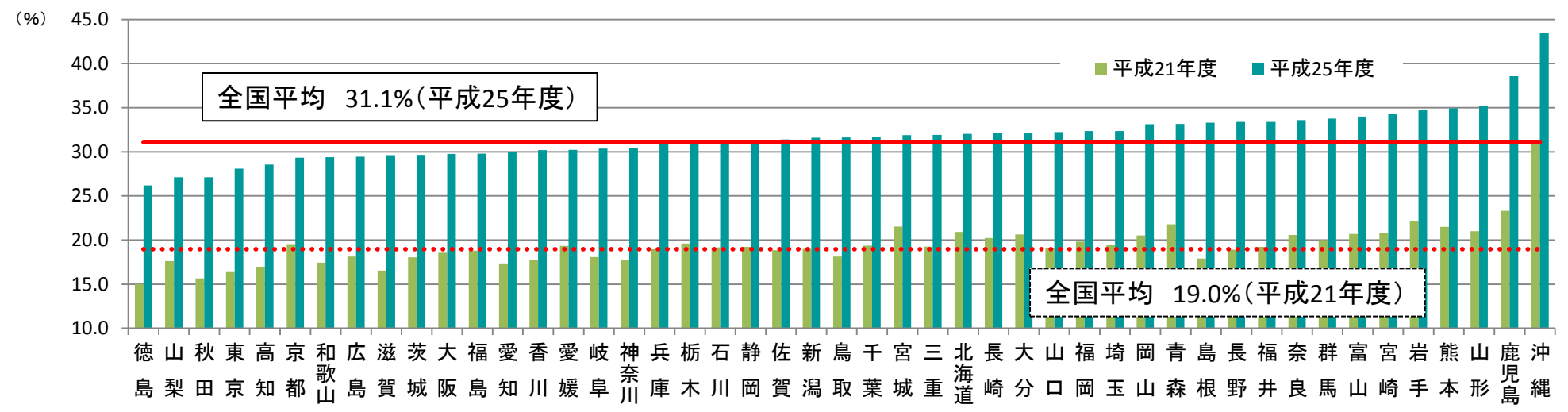
後発医薬品の地域差

○ 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もある。
(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」

第1回医療介護改革推進本部提出資料

医療介護改革推進本部の設置について

1. 設置趣旨

人口減少・超高齢社会に対応した国民生活の安心の基盤づくりとして、地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、医療保険制度の安定化を図るため、厚生労働省に「医療介護改革推進本部」（以下「本部」という。）を設置する。

2. 本部の構成

- （１）本部の構成員は、別紙１のとおりとする。
- （２）本部に事務局を設置し、事務局の構成は別紙２のとおりとする。庶務は、政策統括官付社会保障担当参事官室の協力を得て、保険局医療介護連携政策課において処理する。

3. 本部の任務

地域包括ケアシステム（医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）の構築及び国民健康保険制度の基盤強化をはじめとする医療保険制度改革を進めるため、全省一体となって、以下の取組を行うこととする。

- （１）改革に対する国民の理解を深めるため、地域包括ケアシステムの構築及び医療保険制度改革に関する広報等を積極的に展開すること
- （２）医療保険制度改革について、地方自治体、経済界及び医療関係者等との協議を進め、理解及び協力を得ること

4. その他

上記に定めるもののほか、本部の運営に関する事項その他必要な事項については、本部が定める。

5. 施行期日

平成26年10月10日

医療介護改革推進本部 構成員

本 部 長：塩崎厚生労働大臣

本部長代理：山本厚生労働副大臣

永岡厚生労働副大臣

橋本厚生労働大臣政務官

高階厚生労働大臣政務官

副 本 部 長：厚生労働事務次官

厚生労働審議官

構 成 員：保険局長（主査）

医政局長

社会・援護局長

老健局長

政策統括官（社会保障担当）

大臣官房審議官（医政担当）

大臣官房審議官（医薬品等産業振興、国際医療展開担当）

大臣官房審議官（賃金、社会・援護・人道調査担当）

大臣官房審議官（老健担当）

大臣官房審議官（医療保険担当）

大臣官房審議官（医療介護連携担当）

大臣官房情報政策・政策評価審議官

【事務局】

事務局 長：保険局医療介護連携政策課長

事務局次長：参事官（社会保障担当参事官室長併任）

事務局 員：大臣官房参事官（情報政策担当）

医政局総務課長

医政局地域医療計画課長

社会・援護局総務課長

社会・援護局地域福祉課長

老健局総務課長

老健局介護保険計画課長

老健局高齢者支援課長

老健局振興課長

老健局老人保健課長

保険局総務課長

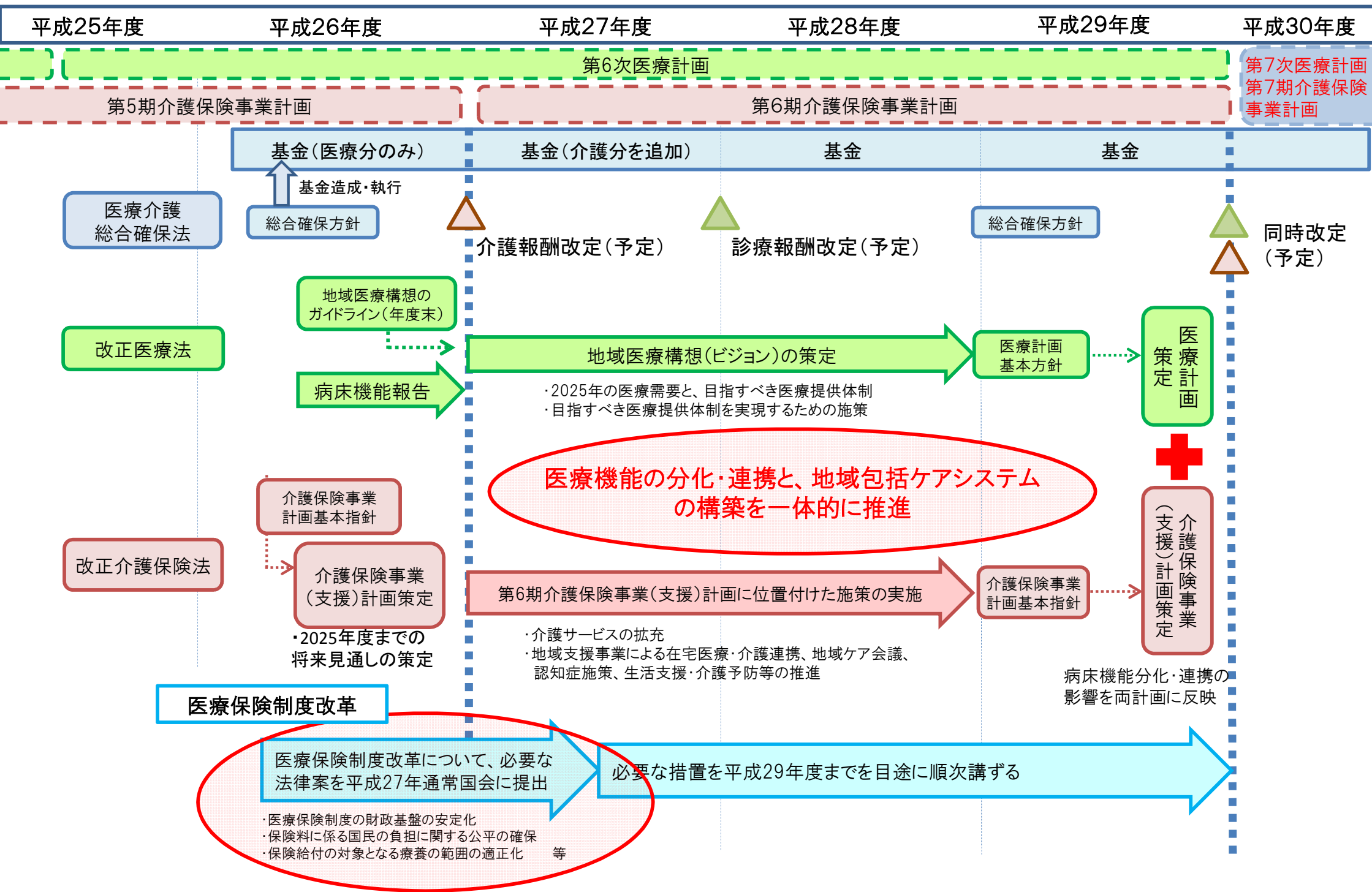
保険局保険課長

保険局国民健康保険課長

保険局高齢者医療課長

保険局医療課長

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



第一期医療費適正化計画の実績に関する評価 (実績評価)

平成26年10月

厚生労働省

目 次

第一 医療費適正化計画の概要	1
一 医療費適正化計画の趣旨	1
二 実績に関する評価の目的	1
第二 医療費を取り巻く現状	2
一 医療費の動向	2
二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	7
三 平均在院日数の状況	9
第三 目標・施策の進捗状況等	11
一 国民の健康の保持の推進	11
二 医療の効率的な提供の推進	19
第四 医療費の見通し	24
第五 今後の課題	28
(別添1) 特定健康診査・保健指導に係る保険者の取組	
(別添2) 都道府県による特徴的な取組	
(参考) 都道府県別各指標の状況	

第一 医療費適正化計画の概要

一 医療費適正化計画の趣旨

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の変化により、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要がある。

このための仕組みとして、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、厚生労働大臣は、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を定めるとともに、平成 20 年度から 5 年ごとに、5 年を 1 期として医療費適正化を推進するための計画を定めることとされており、平成 20 年 9 月に「高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条第 1 項の規定に基づき定める計画」（以下「全国医療費適正化計画」という。）を策定した。

平成 20 年に策定した全国医療費適正化計画においては、若い時からの生活習慣病対策と入院期間の短縮対策が、医療費の急増を抑えていくために重要であることから、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ついて目標と取組を設定した。

二 実績に関する評価の目的

全国医療費適正化計画は定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆる PDCA サイクルに基づく管理を行うこととしており、平成 23 年 3 月に進捗状況に関する評価（中間評価）を行い、特定健康診査等実施率向上や医療の効率的な提供の更なる推進に向けた課題の整理を行うとともに、当該結果等を踏まえ、第二期の計画期間の開始に向けた検討を行ったところである。

また、計画期間終了の翌年度に目標の達成状況や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（実績評価）を行うとともに、各都道府県の報告を踏まえ、都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うこととしており、今回第一期の計画期間が平成 24 年度で終了したことから、平成 20 年度から平成 24 年度までの国及び都道府県の第一期計画の実績に関する評価を行うものである。

なお、この実績評価では、既存の統計資料等の他に、法第 16 条の規定に基づき収集したデータ（以下「レセプト情報・特定健診等情報データ」という。）、平成 25 年 8 月に実施した「保険者に対する特定健康診査及び特定保健指導の実施状況に関する調査（以下「保険者調査」という。）を活用している。また、この実績評価では、当該評価の策定時点で把握している直近のデータを活用している。

第二 医療費を取り巻く現状

一 医療費の動向

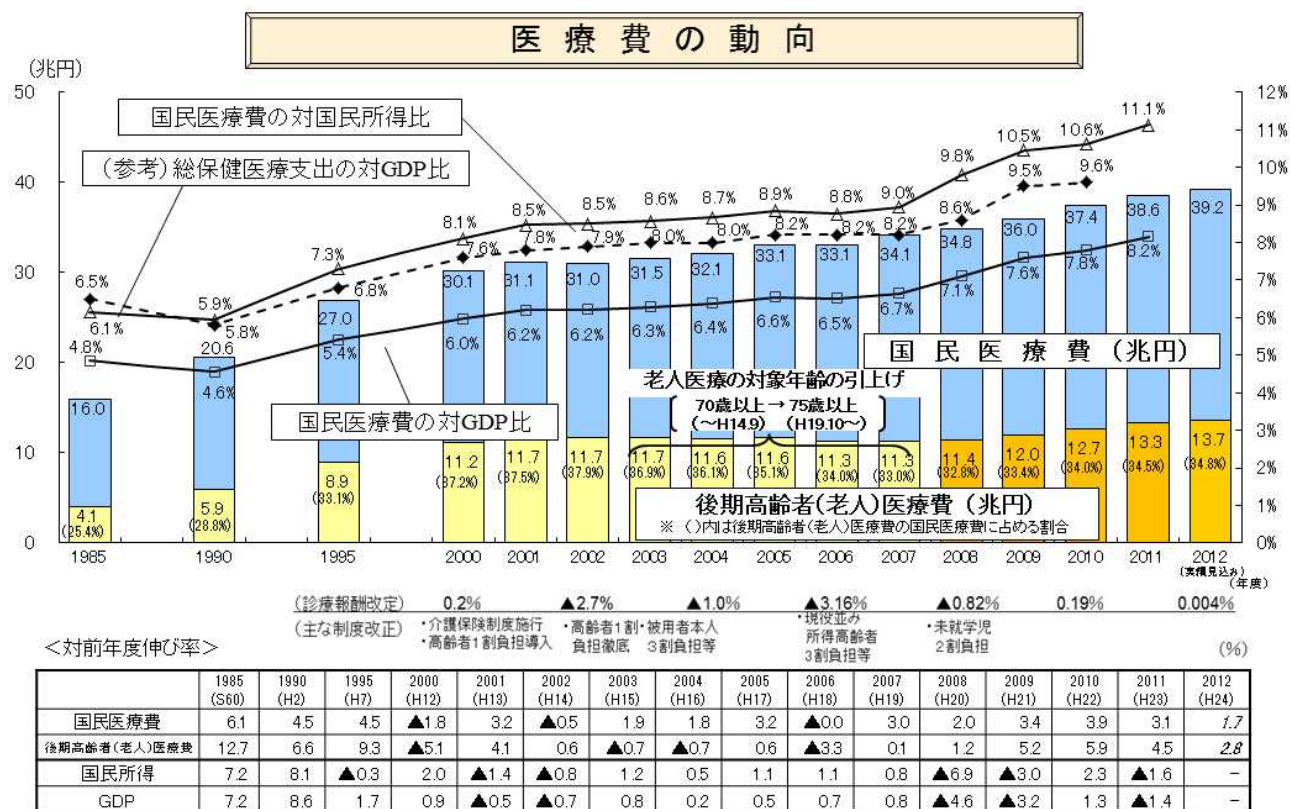
1 医療費全体の動向

平成23年度の国民医療費は38兆5,850億円となっており、前年度の37兆4,202億円に比べ1兆1,648億円、3.1%の増加となっている。

過去10年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、平成18年度を除き、毎年度国民所得の伸び率を上回っている。（図1）

また、後期高齢者の医療費についてみると、平成12年度の介護保険制度の導入に伴い、後期高齢者の医療費の一部が医療保険制度の対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から高齢者の医療費の対象年齢が段階的に引き上げられていること等により、平成12年度から平成19年度まではほぼ横ばいとなっているものの、後期高齢者医療制度が開始された平成20年度以降は伸び続けている。

図1 医療費の動向



2 医療費の推移及び内訳

近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で 1.5%前後の伸び率となっている。なお、「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれている。(表 1)

表 1 医療費の伸び率の要因分析

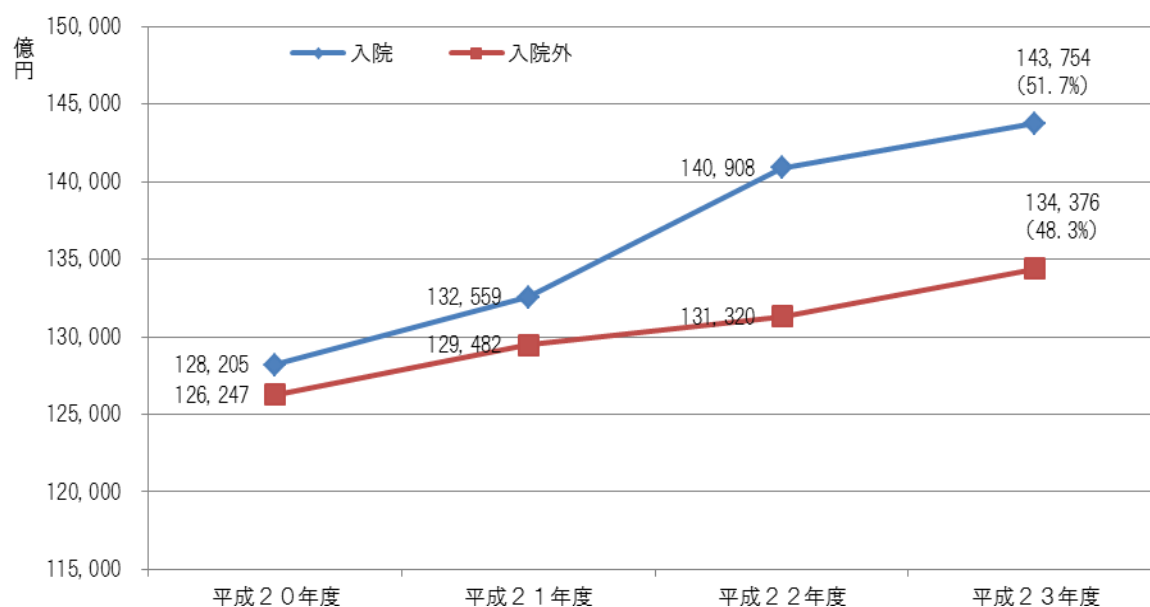
		平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)
医療費の伸び率	①	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.7%
診療報酬改定	②	-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%
人口増の影響	③	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響	④	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%
その他(①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等		0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.5%
制度改正		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学2割負担				

注1:医療費の伸び率は、平成23年度までは国民医療費の伸び率、平成24年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2:平成24年度の高齢化の影響は、平成23年度の年齢階級別(6歳階級)国民医療費と年齢階級別(6歳階級)人口からの推計である。

診療種類別医療費をみると、入院医療費及び入院外医療費ともに増加しており、医科診療医療費の割合は、入院医療費が 51.7%、入院外医療費が 48.3%となっている。(図 2)

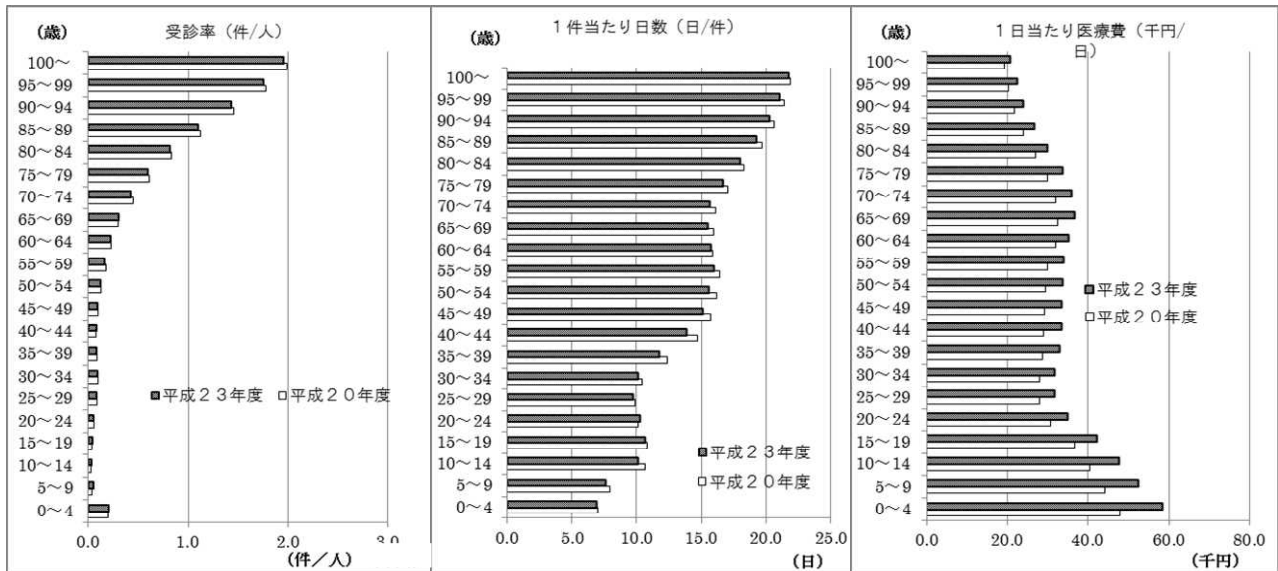
図2 入院・入院外医療費の推移



出典:国民医療費

入院医療費を年齢階級別に、三要素(受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費)に分解してみると、高齢期に入ると、受診率が急増するとともに1件当たり日数が増加する。一方で、1日当たり医療費は低下する傾向にある。また、平成23年度と平成20年度と比較すると、受診率及び1件当たり日数は減少しているが、1日当たり医療費は増加している。(図3)

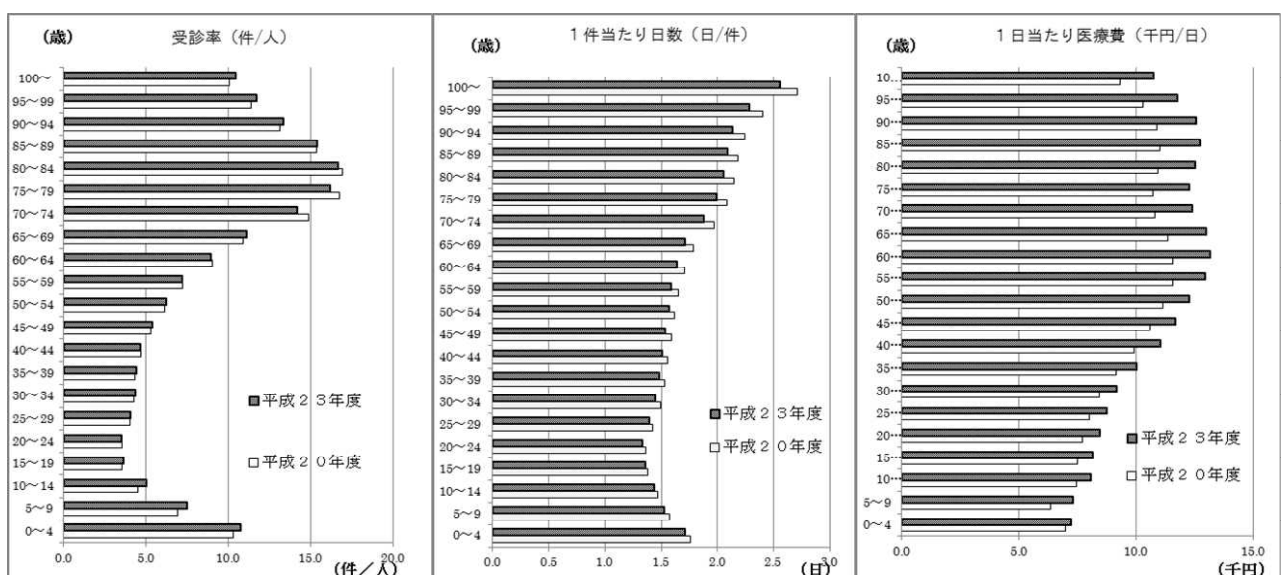
図3 年齢階級別三要素(入院)



出典:「医療給付実態調査報告」等により作成

入院外医療費を年齢階級別に、三要素(受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費)に分解してみると、受診率は80歳代前後をピークに低下している。また、平成23年度と平成20年度と比較すると、1件当たり日数は減少しているが、1日当たり医療費は増加している。(図4)

図4 年齢階級別 三要素(入院外)



出典:「医療給付実態調査報告」等により作成

平成 18 年度から平成 23 年度までの 1 人当たりの国民医療費の推移を年齢階級別に見ると、毎年度増加傾向にあり、平成 23 年度は 30.2 万円となっている。(表 2)

平成 23 年度の 1 人当たり国民医療費を見ると、65 歳未満では 17.5 万円であるのに対し、65 歳以上では 72.1 万円、75 歳以上では 89.2 万円となっており、約 4 倍～5 倍の開きがある。

また、国民医療費の年齢階級別構成割合を見ると、平成 23 年度は 65 歳～69 歳では 9.8% となっており、70 歳～74 歳では 11.8%、75 歳以上では 34.0% となっている。(図 5)

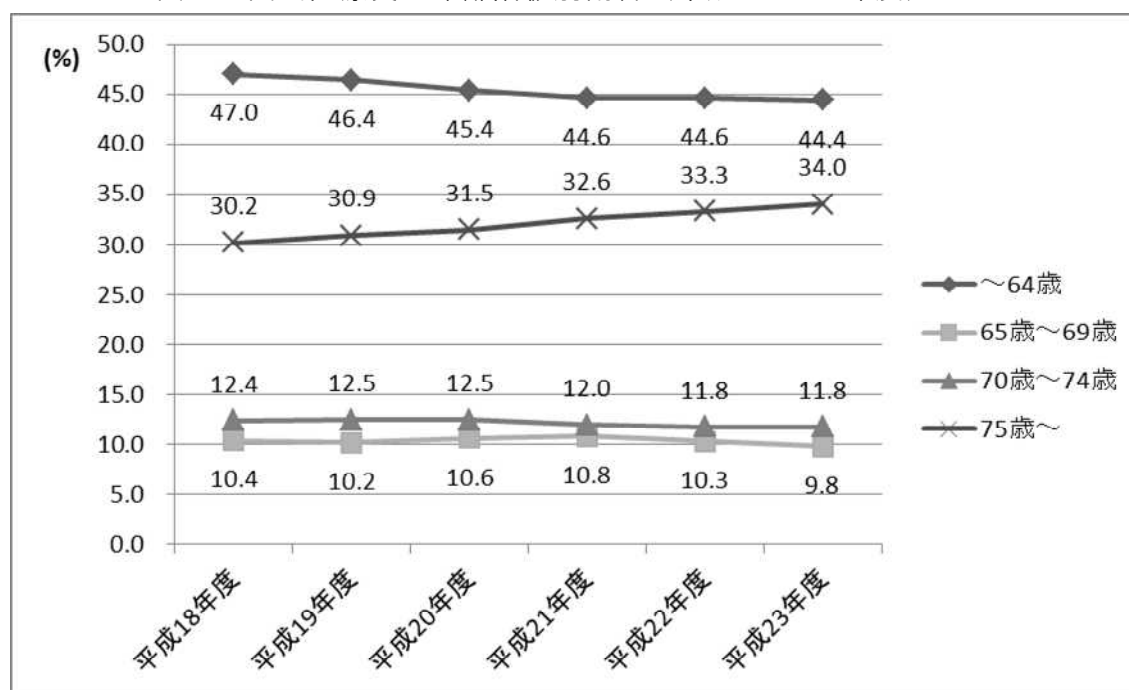
表 2 年齢階級別人口一人当たり国民医療費（平成 18～23 年度）

(単位：千円)

	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
総数	259.3	267.2	272.6	282.4	292.2	301.9
65 歳未満	154.0	157.9	158.9	163.0	169.4	174.8
65 歳以上	659.8	666.3	673.4	687.7	702.7	720.9
(再掲) 75 歳以上	822.0	830.3	830.0	855.8	878.5	892.2

出典：国民医療費

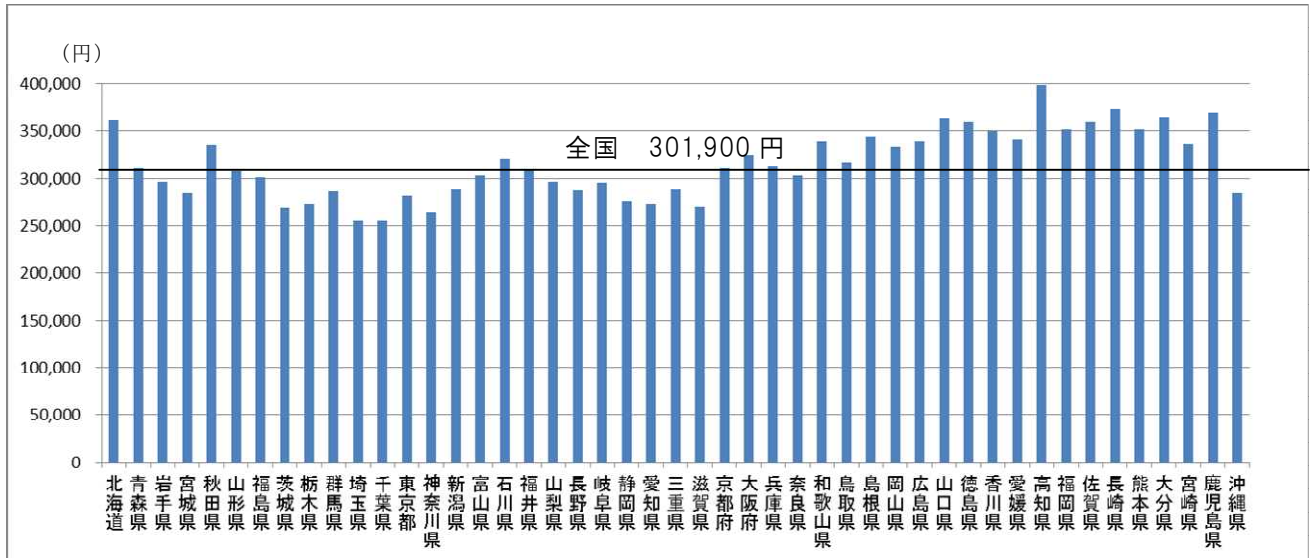
図 5 国民医療費の年齢階級別割合（平成 18～23 年度）



出典：国民医療費

都道府県別の 1 人当たり医療費をみると、都道府県毎に差があり、特に西日本において医療費が高い傾向にある。(図 6)

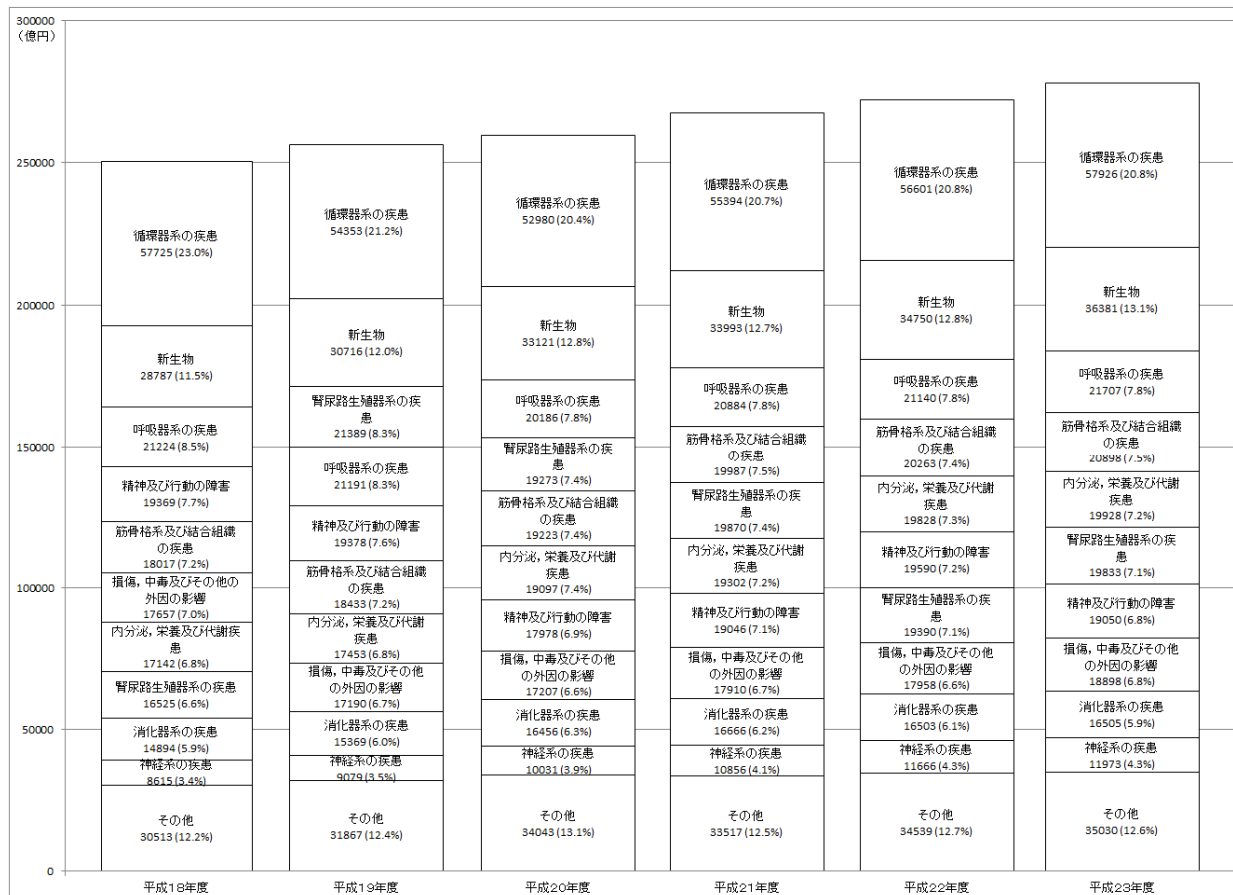
図6 都道府県別人口一人当たり国民医療費（平成23年度）



出典：国民医療費

傷病分類別(上位 10 傷病)についてみると、近年シェアに大きな変更はないが、循環器系疾患が約 20%で最も多く、悪性新生物(がん等)が約 13%で次に多くなっている。(図7)

図7 傷病分類別医療費の推移



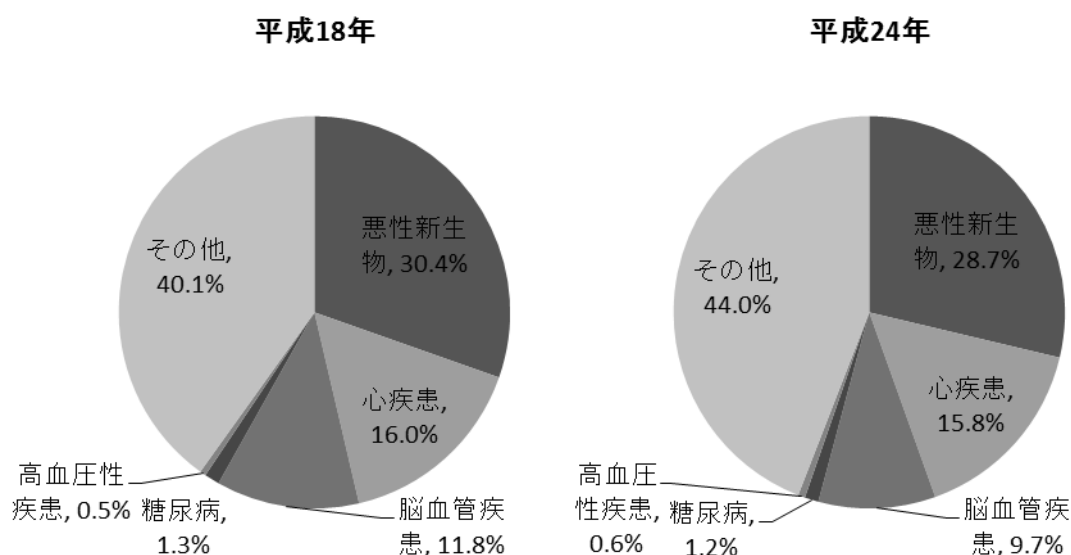
出典：国民医療費

二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体のうち、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が近年多くの割合を占めるようになってきている。

平成 24 年の死因別死亡割合のうち、「悪性新生物」28.7%、「心疾患」15.8%、「脳血管疾患」9.7%、「糖尿病」1.2%、「高血圧性疾患」0.6%となっており、生活習慣病が死因全体の約 6 割を占めている。（図 8）

図 8 死因別死亡割合の推移



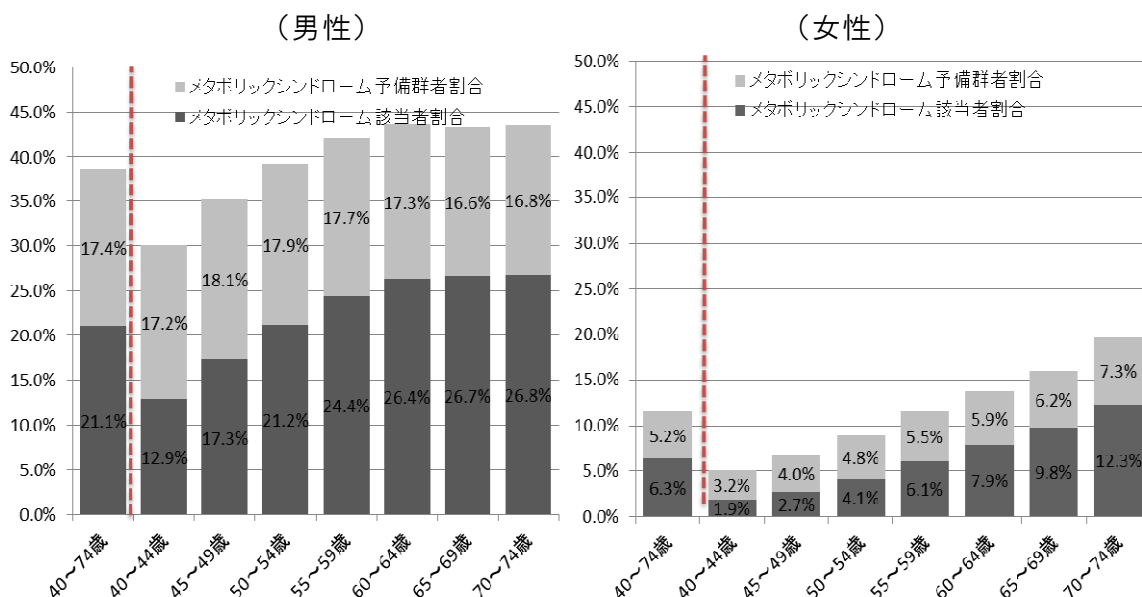
出典：人口動態統計

生活習慣病発症のリスクが高くなるメタボリックシンドロームについて、平成 24 年度の該当者の割合は 14.5%、予備群者は 11.9%となっている。

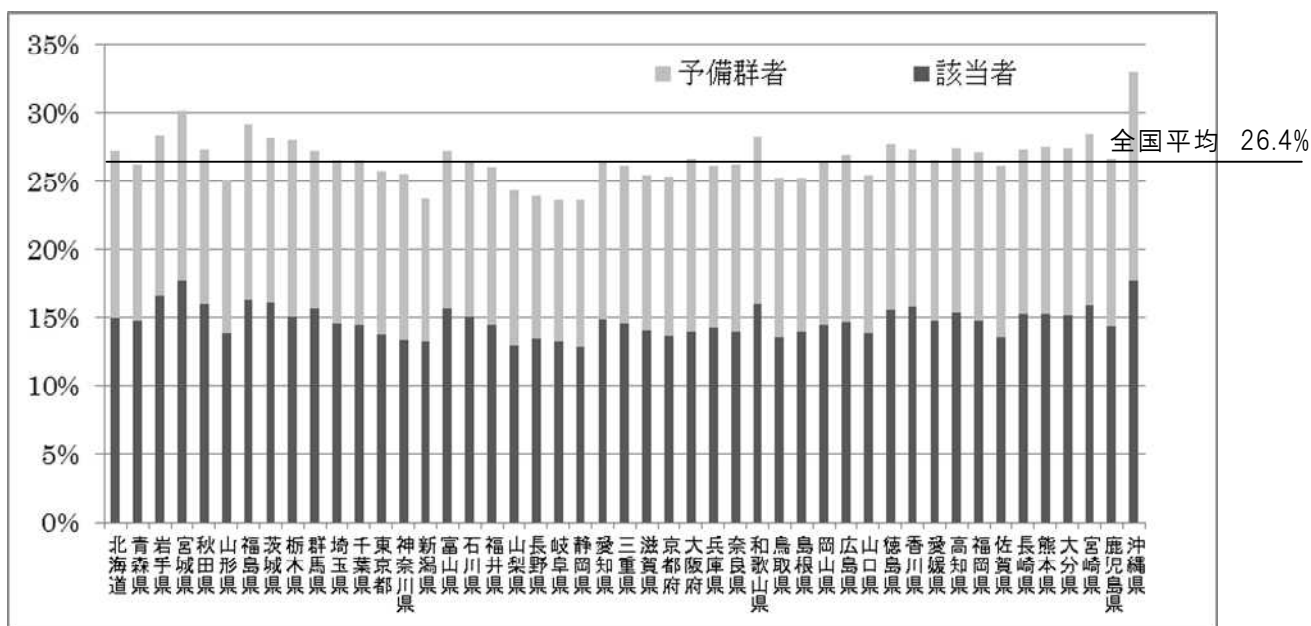
これらの割合は、男性の方が女性より多くなっており、また、年齢が上昇するほど多くなる傾向にある。（図 9）

都道府県別では、岐阜県や静岡県が少なく、沖縄県が最も大きくなっている。（図 10）

図 9 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（平成 24 年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

三 平均在院日数の状況

平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方があるが、厚生労働省において実施している病院報告においては次の算式により算出することとされている。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

平成24年の平均在院日数について、全病床では31.2日、介護療養病床を除く全病床では29.7日となっている。病床の種別ごとにみると、一般病床17.5日、精神病床291.9日、療養病床171.8日となっている。

全国医療費適正化計画策定時の最新データであった平成18年病院報告と比較すると全病床の平均在院日数は3.5日、介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は2.5日短くなっている。

病床種類別の平均在院日数をみると、一般病床、精神病床は、毎年着実に短くなっており、感染症病床、結核病床及び療養病床は、近年短縮傾向にある。(表3)

表3 病床の種類別の平均在院日数

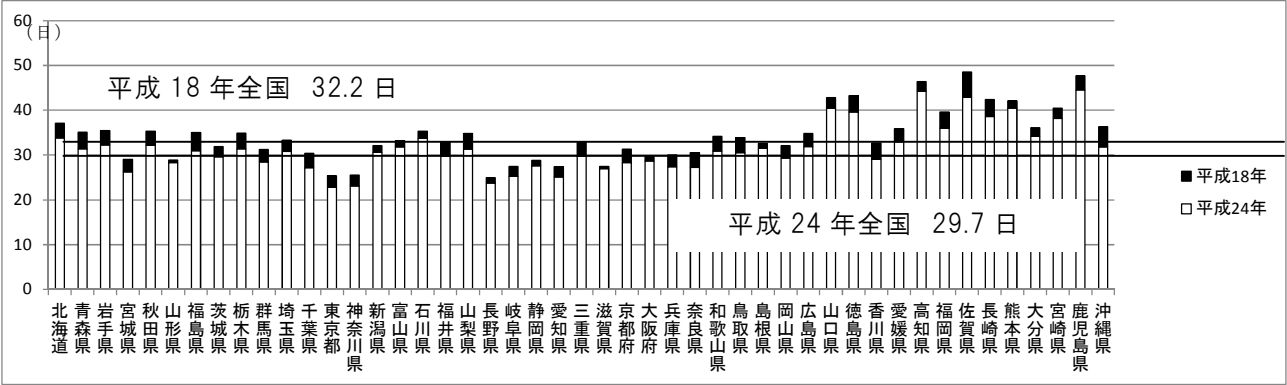
年次	全病床	全病床 (介護療養 病床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床
H18年	34.7 (▲1.0)	32.2 (－)	19.2 (▲0.6)	320.3 (▲6.9)	9.2 (▲0.6)	70.5 (▲1.4)	171.4 (▲1.4)
H19年	34.1 (▲0.6)	31.7 (▲0.5)	19.0 (▲0.2)	317.9 (▲2.4)	9.3 (0.1)	70.0 (▲0.5)	177.1 (5.7)
H20年	33.8 (▲0.3)	31.6 (▲0.1)	18.8 (▲0.2)	312.9 (▲5.0)	10.2 (0.9)	74.2 (4.2)	176.6 (▲0.5)
H21年	33.2 (▲0.6)	31.3 (▲0.3)	18.5 (▲0.3)	307.4 (▲5.5)	6.8 (▲3.4)	72.5 (▲1.7)	179.5 (2.9)
H22年	32.5 (▲0.7)	30.7 (▲0.6)	18.2 (▲0.3)	301.0 (▲6.4)	10.1 (3.3)	71.5 (▲1.0)	176.4 (▲3.1)
H23年	32.0 (▲0.5)	30.4 (▲0.3)	17.9 (▲0.3)	298.1 (▲2.9)	10.0 (▲0.1)	71.0 (▲0.5)	175.1 (▲1.3)
H24年	31.2 (▲0.8)	29.7 (▲0.7)	17.5 (▲0.4)	291.9 (▲6.2)	8.5 (▲1.5)	70.7 (▲0.3)	171.8 (▲3.3)
H18-H24	▲3.5	▲2.5	▲1.7	▲28.4	▲0.7	0.2	0.4

(注1)括弧内は、対前年増減数

出典：病院報告

介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の推移について、都道府県別に見ると、全ての都道府県で平成18年よりも平均在院日数が短縮されているが、変化率には差が見られる。
(図11)

図11 平成18年及び平成24年都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く）



出典：病院報告

また、病床の種類別にみた病院病床数をみると、平成24年の総数(介護療養病床を含む)は157万8,254床、一般病床は89万8,166床、精神病床は34万2,194床、療養病床は32万8,888床、結核病床は7,208床となっており、年次推移では、平成20年以降、全ての病床が減少傾向にある。(表4)

表4 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	変化率 (H18→H24)
総数	1,626,589	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073	1,578,254	-3%
精神病床	352,437	351,188	349,321	348,121	346,715	344,047	342,194	-3%
結核病床	11,129	10,542	9,502	8,924	8,244	7,681	7,208	-35%
療養病床	350,230	343,400	339,358	336,273	332,986	330,167	328,888	-6%
一般病床	911,014	913,234	909,437	906,401	903,621	899,385	898,166	-1%

出典：医療施設調査

第三 目標・施策の進捗状況等

一 国民の健康の保持の推進

1 特定健康診査実施率

第一期医療費適正化計画においては、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た。

平成 24 年度の特定健康診査実施率は 46.2%となっており、目標とは開きがあるものの、平成 20 年度の制度開始以降、着実に上昇してきている。(表5)

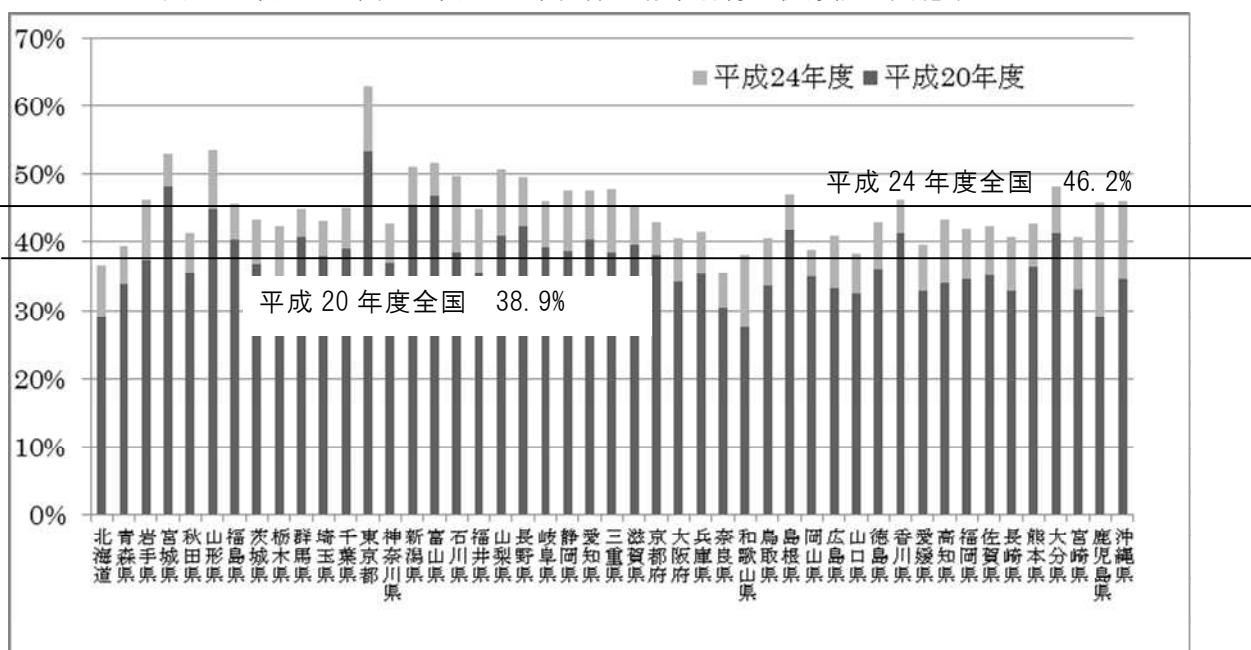
都道府県別にみると、平成 24 年度の実施率が 60%を超える都道府県がある一方で、30%台の都道府県があるなど、都道府県毎に差が見られる。また、平成 20 年度から平成 24 年度までの実施率の変化についても、各都道府県で差が見られるものの、全ての都道府県で実施率は上昇している。(図 12)

表5 特定健康診査の実施状況

	対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
平成 20 年度	51,919,920	20,192,502	38.9%
平成 21 年度	52,211,735	21,588,883	41.3%
平成 22 年度	52,192,070	22,546,778	43.2%
平成 23 年度	52,534,157	23,465,995	44.7%
平成 24 年度	52,806,123	24,396,035	46.2%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 12 平成 20 年度・平成 24 年度都道府県別特定健康診査実施率



(注)都道府県内の特定健康診査対象者数を推計した上で、算出したものである。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、健保組合と共済組合が相対的に高く、また、いずれの保険者種別についても、平成 20 年度よりも平成 24 年度において、実施率が上昇している。(表6)
被用者保険の各保険者の特定健康診査の実施率を被保険者・被扶養者別にみると、いずれの保険者においても、被扶養者の実施率は総じて低い状況となっている。(表7)

表 6 特定健康診査の実施率（保険者の種類別）

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

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表 7 被用者保険の各保険者の平成 23 年度特定健康診査の実施率

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	36.6%	44.9%	13.8%
健保組合	69.6%	84.7%	36.8%
国共済	63.8%	82.4%	24.4%
地共済	75.3%	87.5%	40.7%
私学共済	59.9%	74.8%	27.9%

(注)協会けんぽの実施率については、「第二期特定健康診査等実施計画」より抜粋したものであり、国への実績報告の数字とは集計方法等が異なるため、国が公表している数字とは整合しない。

出典：保険者調査

性別では、男性の方が女性よりも全体の実施率が高くなっており、年齢別に見ると男性では 60 歳未満で高く、60 歳以上で低くなっているが、女性では年齢により実施率に大きな差は見られない。年齢階級別では、60 歳未満の実施率が相対的に高くなっており、60 歳以上が相対的に低くなっている。(表 8)

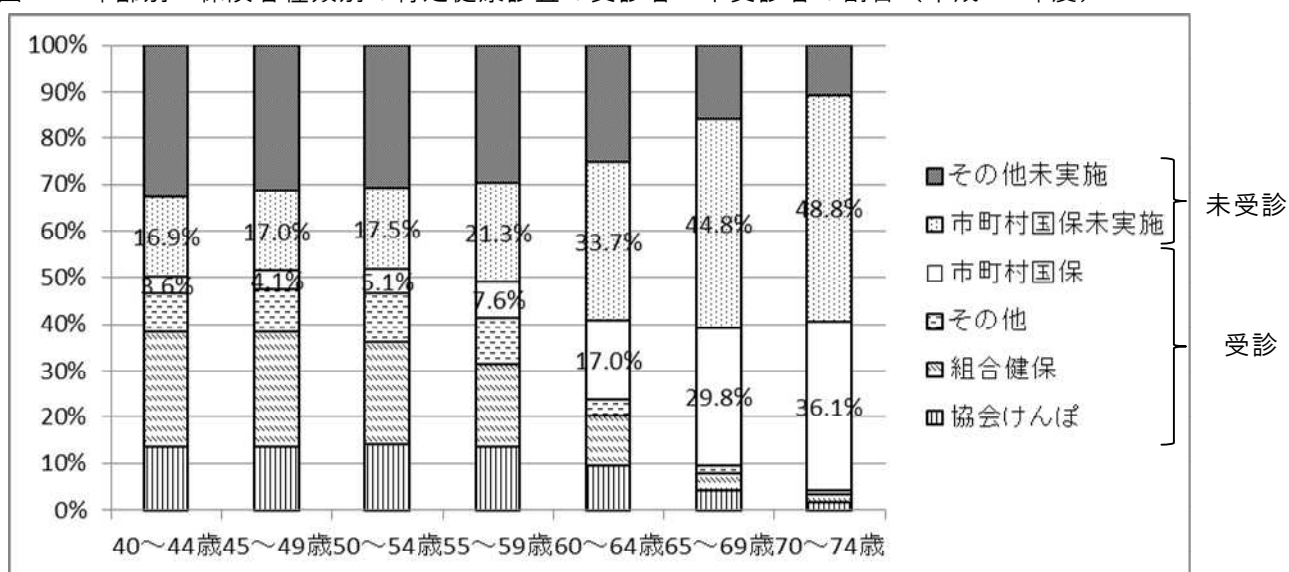
また、年齢別・保険者別の特定健康診査受診者及び未受診者の割合をみると、60 歳以上になると企業からの定年退職等により、被用者保険の加入者の占める割合が小さくなり、市町村国保の加入者の占める割合が大きくなるが、この内訳としては、受診者の占める割合に比して、未受診者の占める割合が大きくなっている傾向にある。(図 13)

表 8 平成 24 年度特定健康診査の実施率（性・年齢階級別）

	40～74 歳							
		40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
全体	46.2%	50.3%	51.6%	51.8%	49.1%	40.9%	39.3%	40.5%
男性	51.4%	58.9%	60.3%	59.9%	56.4%	43.9%	38.4%	39.3%
女性	41.1%	41.2%	42.4%	43.5%	41.8%	38.0%	40.1%	41.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 13 年齢別・保険者種類別の特定健康診査の受診者・未受診者の割合（平成 24 年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

2 特定保健指導実施率

第一期医療費適正化計画においては、平成 24 年度において、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た。

平成 24 年度の特定保健指導実施率(※)は 16.4%となっており、平成 20 年度以降、目標とは開きがあるものの、着実に上昇してきている。(表9)

また、都道府県別にみると、平成 24 年度の実施率が 25%を超える都道府県がある一方で、11%台の都道府県があるなど、都道府県毎に差が見られる。また、平成 20 年度から平成 24 年度までの変化についても、各都道府県で差が見られるものの、全ての都道府県で実施率は上昇している。(図 14)

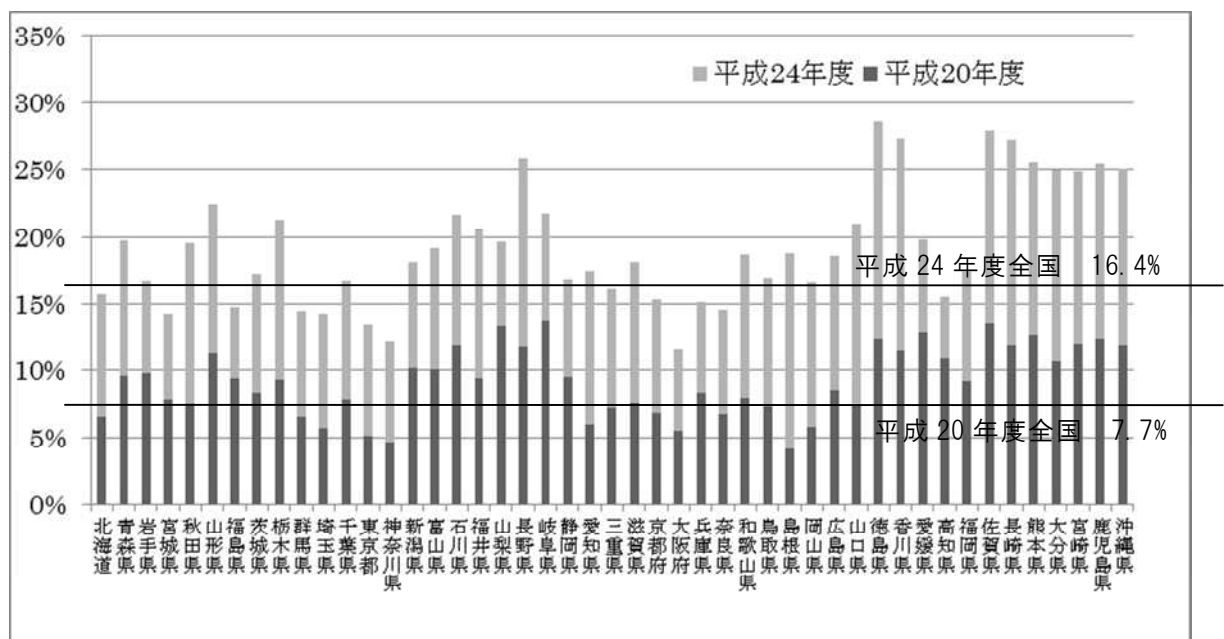
※ 特定保健指導実施率は、特定保健指導終了者数を、特定保健指導対象者数で除したものをいう。

表 9 特定保健指導の実施状況

	対象者数(人)	対象者割合	終了者数(人)	実施率
平成 20 年度	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%
平成 21 年度	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
平成 22 年度	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
平成 23 年度	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
平成 24 年度	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 14 平成 20 年度・平成 24 年度 都道府県別特定保健指導実施率



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保及び健保組合が相対的に高くなっている。また、船員保険を除き、いずれの保険者種別についても、平成 20 年度よりも実施率が上昇している。（表 10）

被用者保険の各保険者の特定保健指導の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被扶養者の実施率は総じて低い状況となっている。（表 11）

表 10 特定保健指導の実施率（保険者の種類別）

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

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表 11 被用者保険の各保険者の特定保健指導実施率（平成 23 年度）

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	8.3%	8.6%	2.0%
健保組合	16.9%	17.5%	9.0%
国共済	4.4%	4.5%	3.9%
地共済	13.0%	13.4%	6.6%
私学共済	9.2%	9.4%	6.4%

（注）協会けんぽの実施率については、「第二期特定健康診査等実施計画」より抜粋したものであり、国への実績報告の数字とは集計方法等が異なるため、国が公表している数字とは整合しない。

出典：保険者調査

平成 24 年度の特定保健指導実施率を年齢階級別で見ると、男性は 65 歳以上の実施率が 65 歳未満と比較して高くなっている。一方、女性は 60 歳以上の実施率が 60 歳未満と比較して高くなっている。（表 12）

表 12 特定保健指導の実施率（性・年齢階級別）（平成 24 年度）

	40～74 歳							
		40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
全 体	16.4%	13.5%	16.0%	16.5%	16.4%	15.2%	20.3%	22.8%
男性	16.4%	13.9%	16.6%	17.1%	16.8%	14.6%	19.4%	22.8%
女性	16.2%	11.2%	13.3%	13.9%	14.9%	17.0%	22.1%	22.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

初回面接実施者の特定保健指導実施率は、平成 24 年度において 84.4%となっており、平成 20 年度以降、高い割合を保っている。(表 13)

表 13 初回面接実施者の平成 24 年度までの特定保健指導実施状況

	初回面接 未実施者割合	初回面接実施者割合		
			初回面接実施者のうち、 終了者の割合	初回面接実施者のうち、 途中脱落者の割合
平成 20 年度	90.2%	9.8%	78.5%	21.5%
平成 21 年度	85.9%	14.1%	87.2%	12.8%
平成 22 年度	85.1%	14.9%	88.0%	12.0%
平成 23 年度	83.1%	16.9%	89.8%	10.2%
平成 24 年度	80.6%	19.4%	84.4%	15.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

3 保険者及び都道府県における取組

各保険者においては、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っている。健保組合及び市町村国保に分け、実施率が相対的に高い保険者で行われている割合が多い取組を分析することにより、効果的な取組の把握を行った。

健保組合においては、実施率が 80%以上の保険者（全体^{※1}の 22.0%）とそれ以外の保険者（全体^{※1}の 78.0%）の間、市町村国保においては、実施率が 50%以上の保険者（全体^{※2}の 12.0%）とそれ以外の保険者（全体^{※2}の 88.0%）の間の取組について、特定健康診査の実施体制や取組状況について分析を行った。分析の結果、上位保険者とその他の保険者間で差がみられた主な内容を、別添 1 にまとめている。

また、各都道府県においては、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っており、主な特徴的な取組を、別添 2 にまとめている。

※1 保険者調査（平成 25 年度実施）において回答があった 1,017 の健保組合

※2 保険者調査（平成 25 年度実施）において回答があった 1,420 の市町村国保

4 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

第一期医療費適正化計画においては、平成 24 年度において、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をいう。以下同じ。）を平成 20 年度と比べて 10%以上減少することを目標として定めた。

平成 24 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、平成 20 年度と比べて 12.0%減少となったものの、特定健康診査及び特定保健指導実施率については、目標との間に乖離があることに留意する必要がある。（表 14）

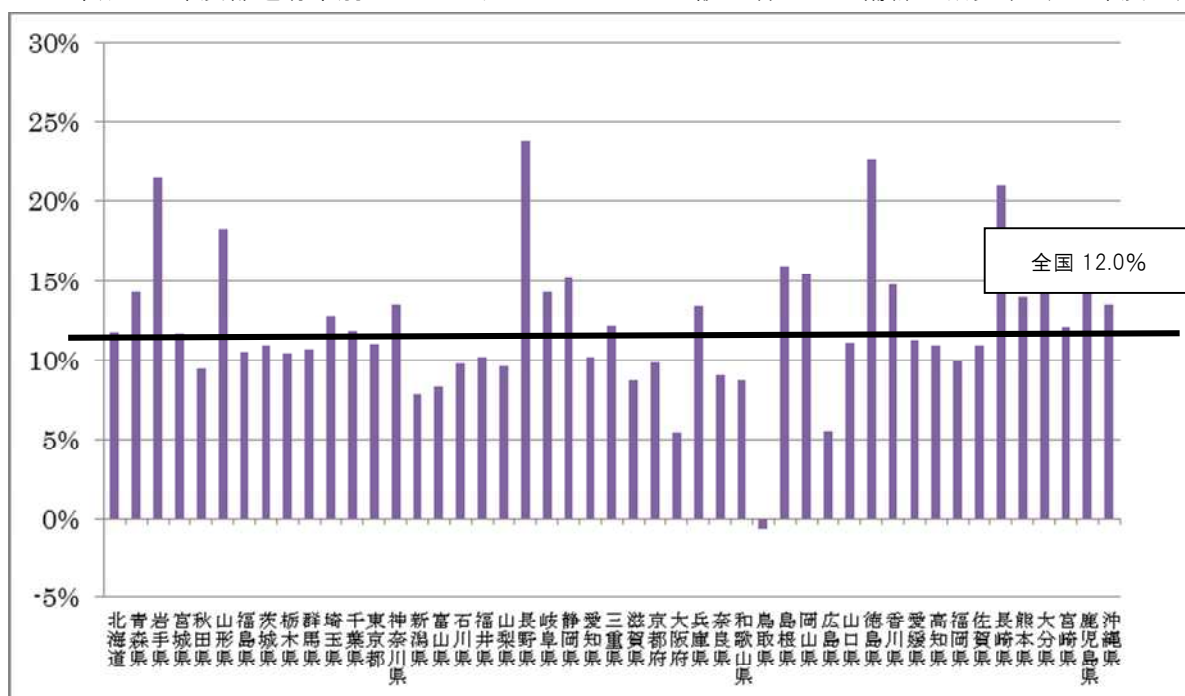
また、都道府県別にみると、平成 24 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率が 20%程度の都道府県がある一方で、減少率が 5 %台のところや、一部で増加している都道府県があるなど、都道府県毎に大きな差が見られる。（図 15）

表 14 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成 20 年度比）

	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率
平成 21 年度	4.7%
平成 22 年度	7.9%
平成 23 年度	9.7%
平成 24 年度	12.0%

出典：レセプト情報・特定保健指導等情報データ

図 15 平成 24 年度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の減少率（20 年度比）



出典：レセプト情報・特定保健指導等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保の減少率が相対的に高くなっている。（表 15）

表 15 保険者種類別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（20 年度比）（平成 24 年度）

全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
12.0%	14.9%	11.8%	7.8%	11.1%	12.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

また、特定健診の結果、生活習慣病に係る服薬治療者については、特定保健指導対象者から除外される。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者のうち、薬剤を服用している者の割合を保険者の種類別にみると、市町村国保の薬剤服用者の割合が高く、特定保健指導の対象から除外される者が比較的多いといえる。（表 16）

表 16 薬剤を服用している者の割合（平成 24 年度）

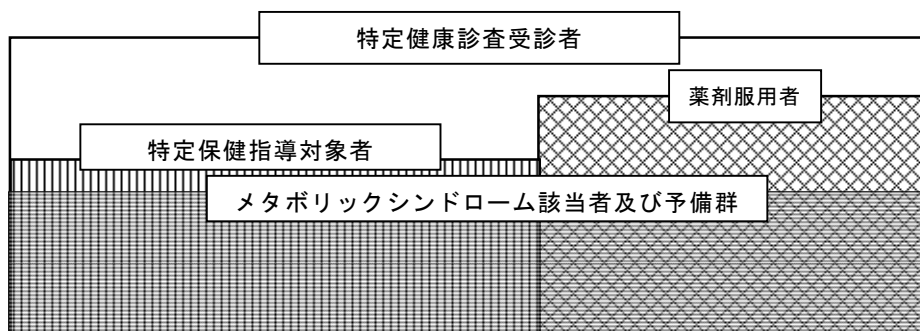
全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
47.6%	63.8%	45.3%	39.6%	39.7%	40.7%

※高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療に係る薬剤のうち、1 種類以上服薬している者の割合

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

【参考】

○メタボリックシンドローム該当者と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



○メタボリックシンドローム該当者及び予備群数の減少率の推計方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{平成 24 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}{\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}$$

※ 特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別（5 歳階級）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現割合を算出し、平成 24 年住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

二 医療の効率的な提供の推進

1 平均在院日数の評価

第一期全国医療費適正化計画においては、平均在院日数の短縮の目標については、都道府県別医療費の格差の約7割は入院医療費が寄与しており、老人医療費と平均在院日数が高い相関を示していたことを踏まえ、目標とされたところである。具体的には、医療機関の機能分化・連携の推進、在宅医療・地域ケアの推進及び療養病床の再編成を進めることにより、医療機関における入院期間の短縮を図ることとした。これを踏まえ、療養病床の再編成については、平成20年6月時点で都道府県医療費適正化計画を策定していた44都道府県の数値を集計し、回復期リハビリテーション病床を除く療養病床を約35万床から約21万床とすることを具体的な目標値とした。しかしながら、実態調査を行った結果、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養病床については、平成23年に成立した介護保険法等の一部改正法において、転換期限を平成29年度末までの6年間延長した。

また、平均在院日数の具体的な目標値として、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日にすると全国医療費適正化計画において定めた。

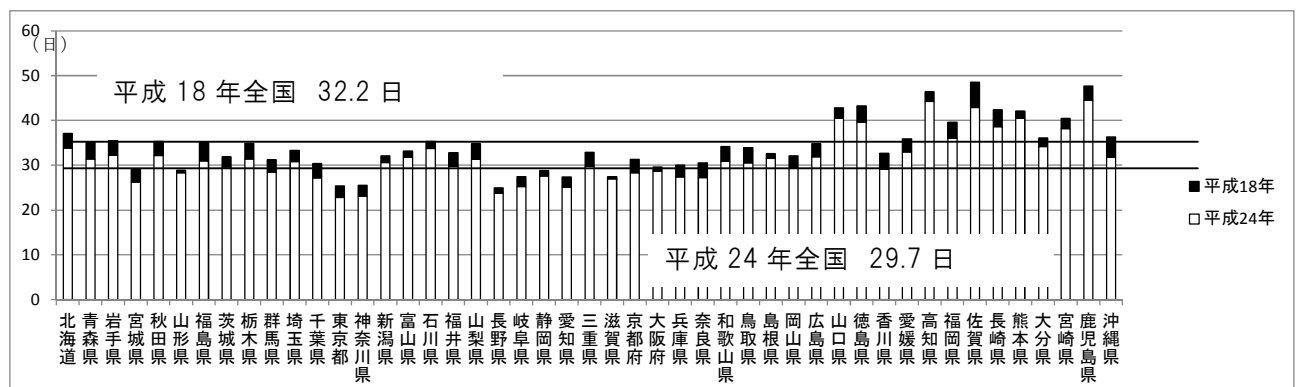
実績を見ると、平成24年の平均在院日数は29.7日、最短県は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数(29.8日)を下回る結果となっている。(図16)

なお、平均在院日数の短縮の背景は、必ずしも明確ではないが、以下の「医療機関の機能分化・連携」や「在宅医療・地域ケアの推進」の状況が、一定程度関係しているものと考えられる。

※「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会)において、『平均在院日数の全国平均と最短県との差を、平成27年までに2分の1とする』とした政策目標に基づき、平成18年から平成27年までの9年間のうち、平成24年までの6年間の目標として定めたもの。

$$(6年 / 9年) \times 2分の1 = 9分の3$$

図16 平成18年及び平成24年都道府県別平均在院日数(介護療養病床を除く)



出典:病院報告

2-1 医療機関の機能分化・連携

平成 20 年度からの医療計画において、がん、脳卒中等の四疾病ごとに、地域連携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された。

地域連携パスに関する診療報酬(地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料)を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数は、平成 18 年以降増加傾向にある。(表 17)

表 17 地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料施設基準届出状況(各年7月時点)

	届出医療機関数 (上段: 病院数/下段: 診療所数)						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
地域連携診療計画管理料	78	209	405	613	724	995	901
	-	-	-	-	-	-	-
地域連携診療計画退院時指導料	164	604	1,274	1,839	1,925	2,570	2,303
	58	144	205	267	721	3,014	3,853

出典: 保険局医療課調べ

亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数・病床数も平成 18 年以降増加傾向にあり、医療機能の分化やリハビリテーション機能の充実も進んでいる。(表 18・19)

表 18 亜急性期入院医療管理料施設基準届出状況(各年7月時点)

	届出医療機関数 (上段: 医療機関数/下段: 病床数)						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
亜急性期入院医療管理料	848	981	1,062	1,185	1,280	1,320	1,308
	10,102	11,474	12,851	14,606	16,432	17,750	17,828

出典: 保険局医療課調べ

表 19 回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準届出状況(各年7月時点)

	届出医療機関数 (上段: 医療機関数/下段: 病床数)						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
回復期リハビリテーション 病棟入院料	670	794	911	1,031	1,093	1,124	1,219
	36,057	43,525	50,668	56,332	52,984	54,919	58,648

※平成20年以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料1と2の合計

出典: 保険局医療課調べ

※平成24年以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2及び3の合計

2-2 在宅医療・地域ケアの推進

訪問看護ステーション数及び利用者数は、近年増加傾向にある。(表 20)

表 20 訪問看護ステーション数とその利用者数

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
訪問看護ステーション数	5,524	5,573	5,479	5,499	5,607	5,712	6,049
利用者数(千人)	257.2	249.4	252.8	259.2	272.7	284.4	305.1

(注)介護予防訪問看護ステーションによる介護予防訪問看護の利用者は含まれていない。

出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年 4 月審査分)

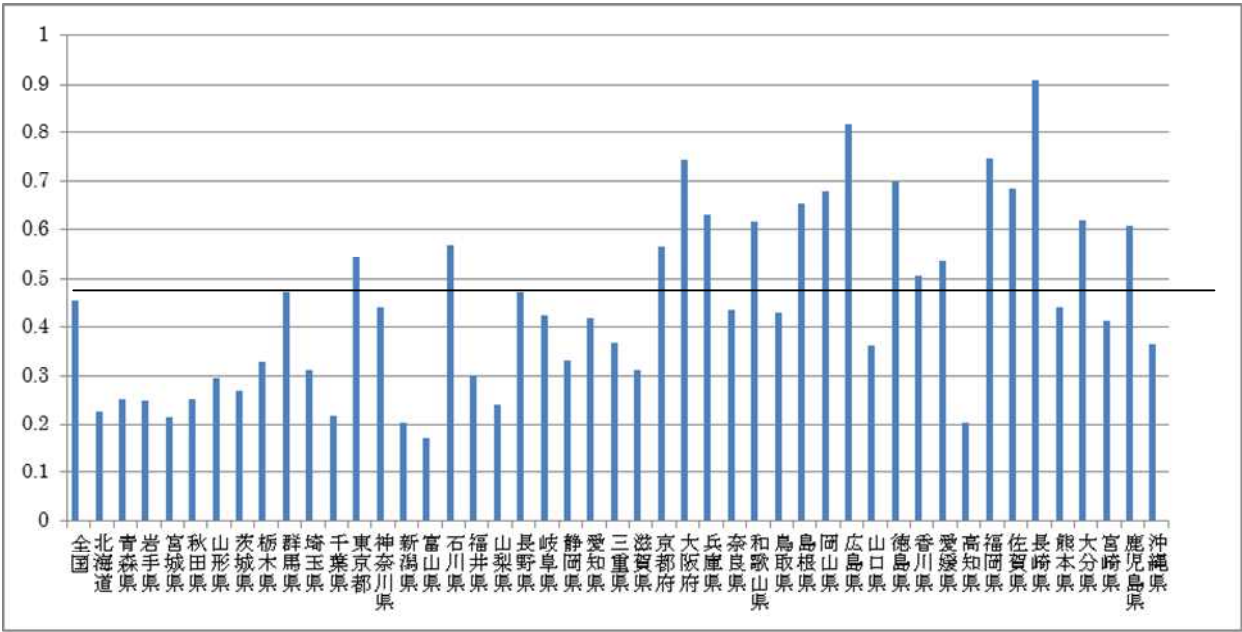
平成 18 年に新設された在宅療養支援診療所は、平成 18 年以降増加している。(表 21)しかしながら、65 歳以上人口 1,000 人当たりの在宅療養支援診療所数の都道府県別の分布を見ると、都道府県毎に差が見られ、特に西日本や都市部で多くなっている。(図 17)

表 21 在宅療養支援診療所数の推移

	届出医療機関数						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
在宅療養支援診療所	9,434	10,477	11,450	11,955	12,411	12,841	13,758

出典：保険局医療課調べ

図 17 在宅療養支援診療所の都道府県別分布 65 歳以上人口 1,000 人当たりの在宅支援



出典：医療施設調査(平成 23 年), 人口推計(平成 23 年 10 月1日現在推計人口)

※ 東日本大震災の影響により福島県については記載していない。

また、在宅時医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数は、平成 18 年以降増加している。(表 22)

表 22 在宅時医学総合管理料等施設基準届出状況

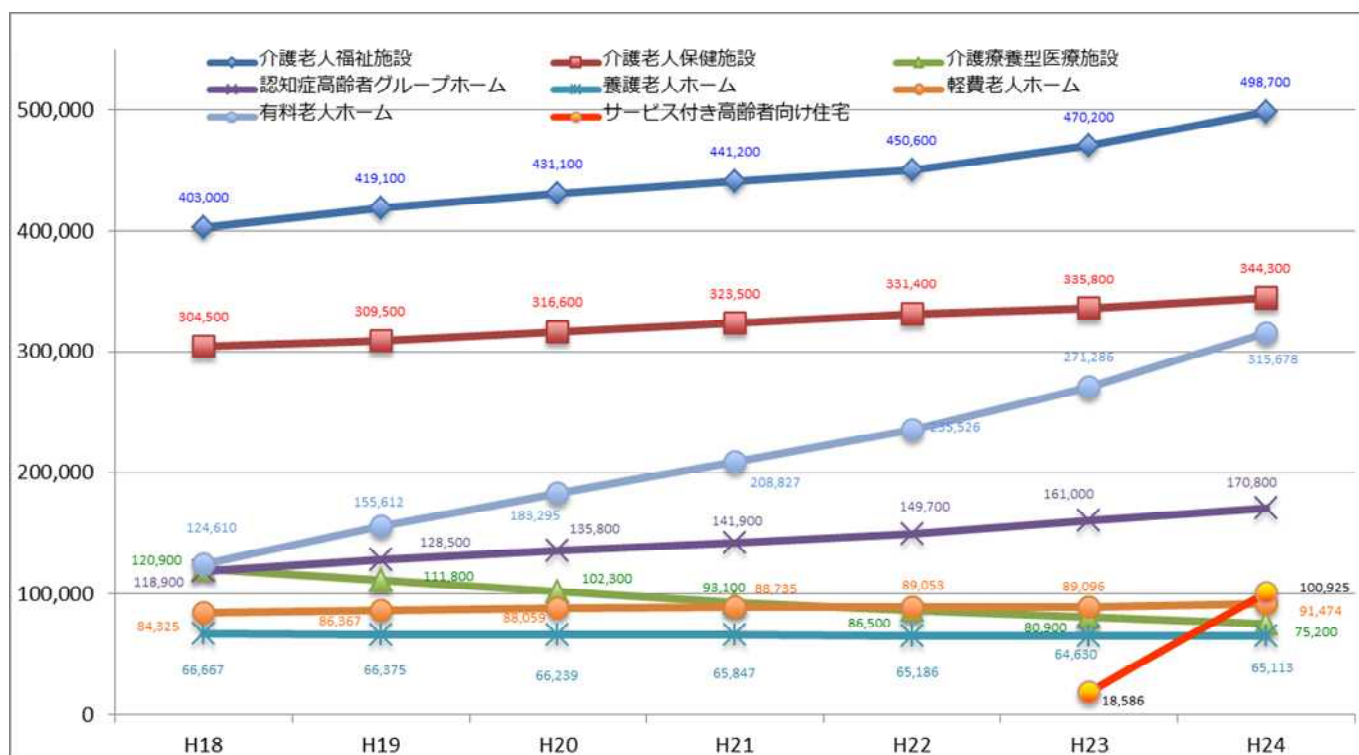
	届出医療機関数						
	(上段：病院数／下段：診療所数)						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
在宅時医学総合管理料	732	852	1,039	1,107	1,180	1,261	1,428
	14,409	15,856	17,263	18,012	18,678	19,129	19,829
在宅末期医療総合診療料	-	-	6	49	291	362	521
	8,177	8,736	9,574	10,046	10,485	10,808	11,403

出典：保険局医療課調べ

高齢者向け住まいの定員数は、全体として増加傾向にあり、特に介護老人福祉施設や

有料老人ホームの定員数は着実に増加しているとともに、サービス付き高齢者向け住宅についても、平成 23 年度の導入以後、大幅に増加している。(図 18)

図 18 高齢者向け住まいの定員数



※1:介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1 時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査の利用者(10 月審査分)【H14～】」による。

※2:介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。

※3:認知症高齢者グループホームは、認知症対応型共同生活介護により表示。

※4:養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24 社会福祉施設等調査(10/1 時点)」による。ただし、H21～H24 は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24 は基本票の数値。

※5:有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1 時点)による。

※6:サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(2/28 時点)」による。

なお、「2-1 医療機関の機能分化・連携」で挙げた地域連携パスは、病院間の連携のみでなく、在宅医療への移行にも資するものである。

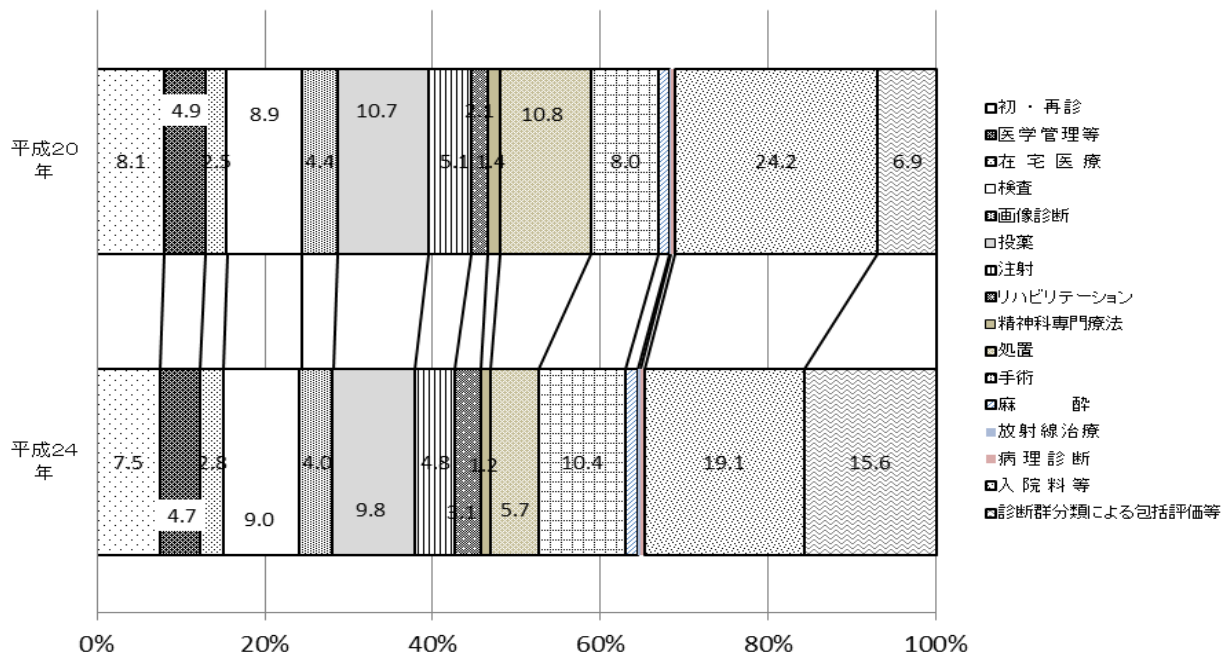
平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定においても、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実を図るため、一般病棟 7 対 1 入院基本料の算定要件の見直しによる、患者像に即した適切な評価・病床機能分化の推進、一般病棟における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しによる、より適切な医療機関の機能分化の連携の推進、医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について評価の引き上げを行う等の対応を行った。

平成 20 年と平成 24 年の診療行為別医科診療医療費を比較すると、在宅医療やリハビリテーション等は増加傾向にあり、入院料等は減少傾向にある。(図 19)さらに、診療行為別点数に占める割合については、平成 24 年については、在宅医療は 2.8%、平成 20 年と比較して 0.3 ポイント増加しており、入院料等は 19.1%、平成 20 年と比較して 5.1

ポイント減少している。

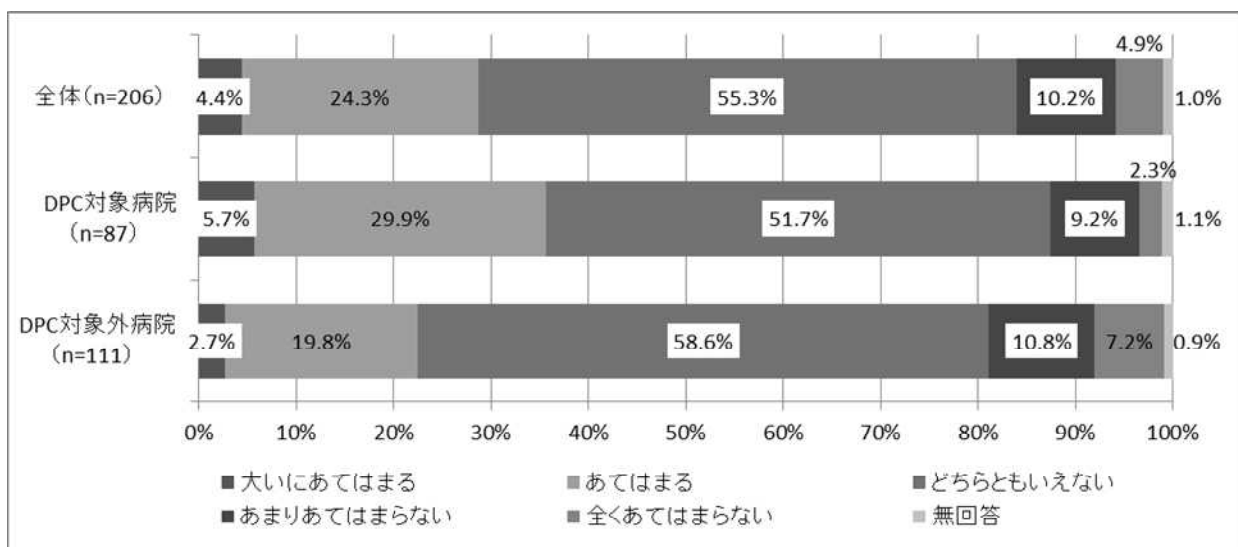
医療機関に対し、他の医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」とした割合は 28.7%となっており、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」を合わせた割合である 15.1%と比較すると、高くなっている。(図 20)

図 19 診療行為別点数の構成割合



出典：社会医療診療行為別調査

図 20 他の医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
＜平均在院日数が減った＞



出典：平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

第四 医療費の見通し

平成 24 年度の概算医療費は 38.4 兆円となっており、平成 20 年度の 34.1 兆円と比較して 4.3 兆円増加している。

第一期の全国医療費適正化計画に掲げていた、計画期間における医療費の見通しを示している 42 道府県の医療費の総額は、平成 20 年度においては 28.6 兆円、平成 24 年度においては 32.6 兆円となっているが、様々な取組がなされた場合には 31.9 兆円になると見込まれており、医療費適正化効果としては、平成 24 年度で 0.7 兆円と見込まれていた。

その後、同様の考え方で残りの 5 都県についても第一期計画ベースで算出した 47 都道府県の医療費の総額は、平成 20 年度においては 34.5 兆円、平成 24 年度においては 39.5 兆円となっているが、様々な取組がなされた場合には 38.6 兆円になると見込まれており、医療費適正化効果としては、平成 24 年度で 0.9 兆円であった。

この 47 都道府県ベースの第一期計画で見込んでいた医療費の総額と、実際の医療費の総額を比較すると、計画期間当初の平成 20 年度では、第一期計画での見込よりも 0.4 兆円下回る結果となった。また、当該結果も考慮する必要があるが、平成 24 年度の実際の医療費の総額は、第一期計画における様々な取組を考慮した適正化後の場合と比較して 0.2 兆円下回る結果になっている。(表 23)

表 23 第一期計画における医療費見通しと実際の医療費との比較

	第一期計画 医療費見通し (42 道府県)	第一期計画 医療費見通し※1 (47 都道府県)	医療費※2 (実績)	第一期計画医療費見通し (47 都道府県)と 医療費(実績)との比較
平成 20 年度	28.6 兆円	34.5 兆円	34.1 兆円	0.4 兆円減
平成 24 年度	32.6 兆円 (適正化前) 31.9 兆円 (適正化後)	39.5 兆円 (適正化前) 38.6 兆円 (適正化後)	38.4 兆円	0.2 兆円減
適正化効果	0.7 兆円	0.9 兆円	—	

※1 5 都県について、第一期計画ベースの医療費見通しを追加したもの。

※2 概算医療費。なお、国民医療費は平成 20 年度で 34.8 兆円、平成 24 年度で 39.2 兆円(実績見込み)。

一 平均在院日数の短縮による効果

第一期の医療費適正化効果の推計においては、平成 17 年度の一人当たり老人医療費が1番低い長野県と全国の医療費の差を踏まえ、平均在院日数の短縮効果を織り込んでいた。なお、平均在院日数の短縮については、都道府県別医療費の格差の約7割は入院医療費が寄与しており、老人医療費と平均在院日数と高い相関を示していたことを踏まえ、目標とされたところである。

平成 23 年度の都道府県別一人当たり国民医療費と全病床の平均在院日数は高い相関関係にあるが、後期高齢者の入院医療費と平均在院日数との関係を見ても、平成 18 年当時と同様に高い相関関係にあり、また、後期高齢者の入院医療費と一般病床の平均在

院日数についても一定程度相関がみられる。(図 21、22、23)

図 21 平均在院日数(全病床)と都道府県別一人当たり国民医療費の相関(平成 23 年)

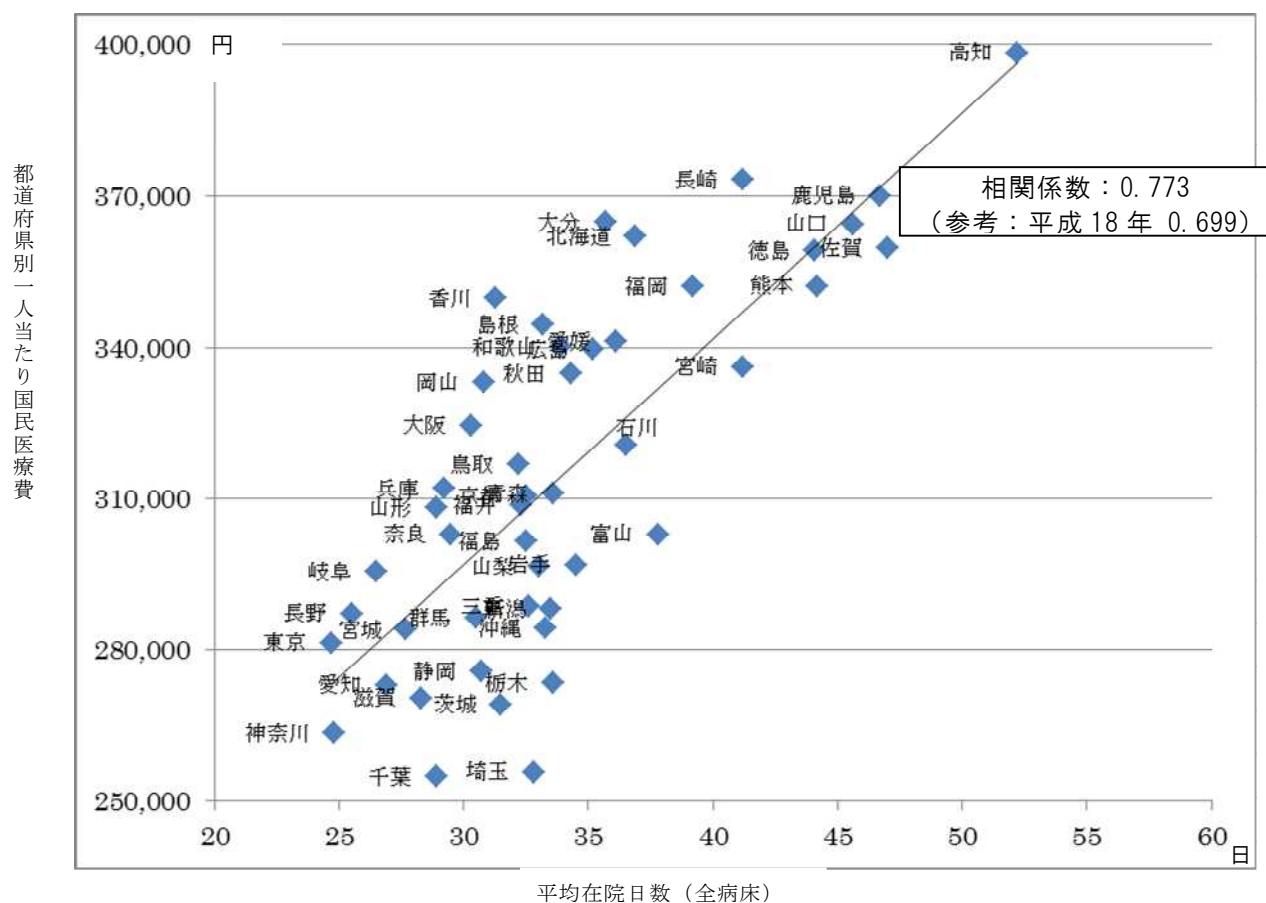


図 22 平均在院日数(全病床)と一人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関(平成 23 年)

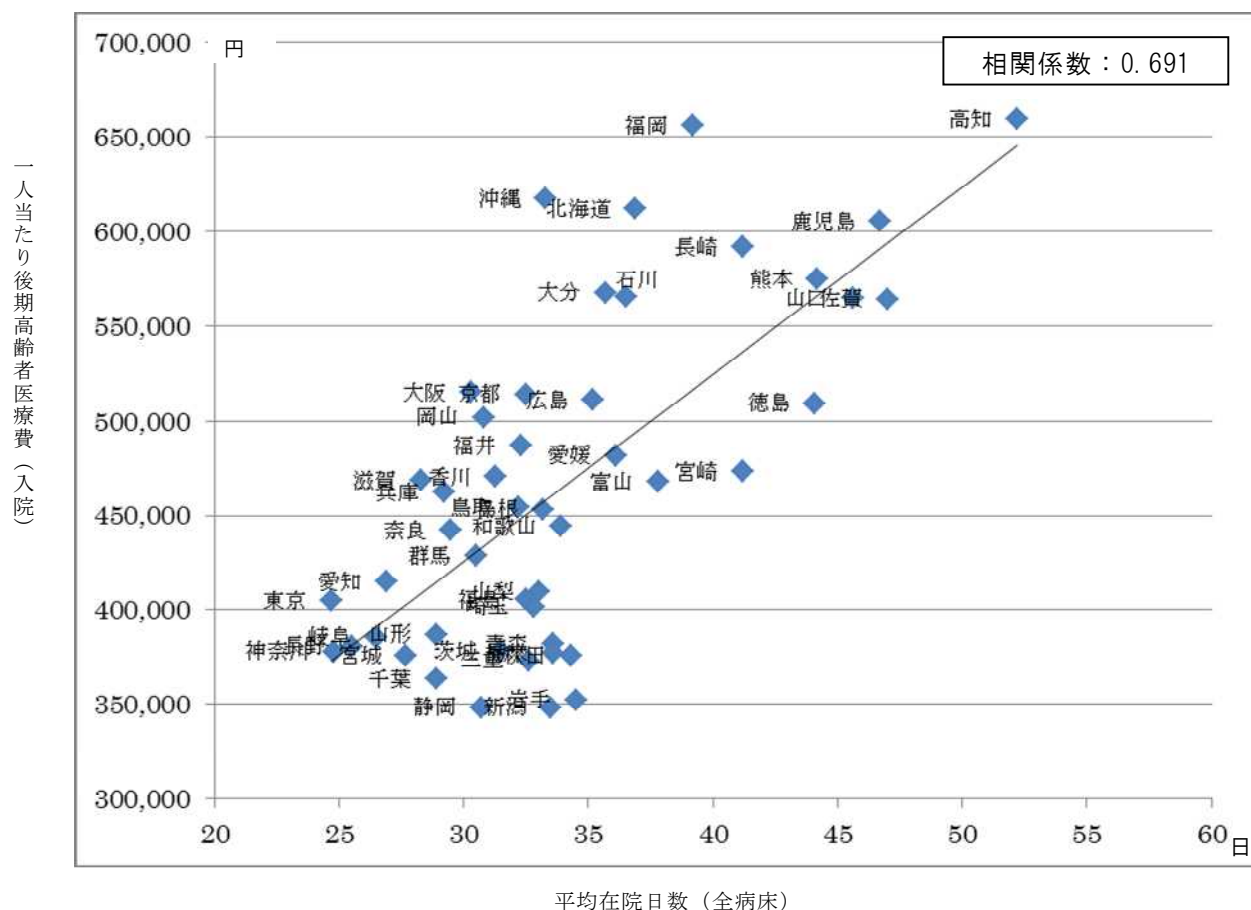
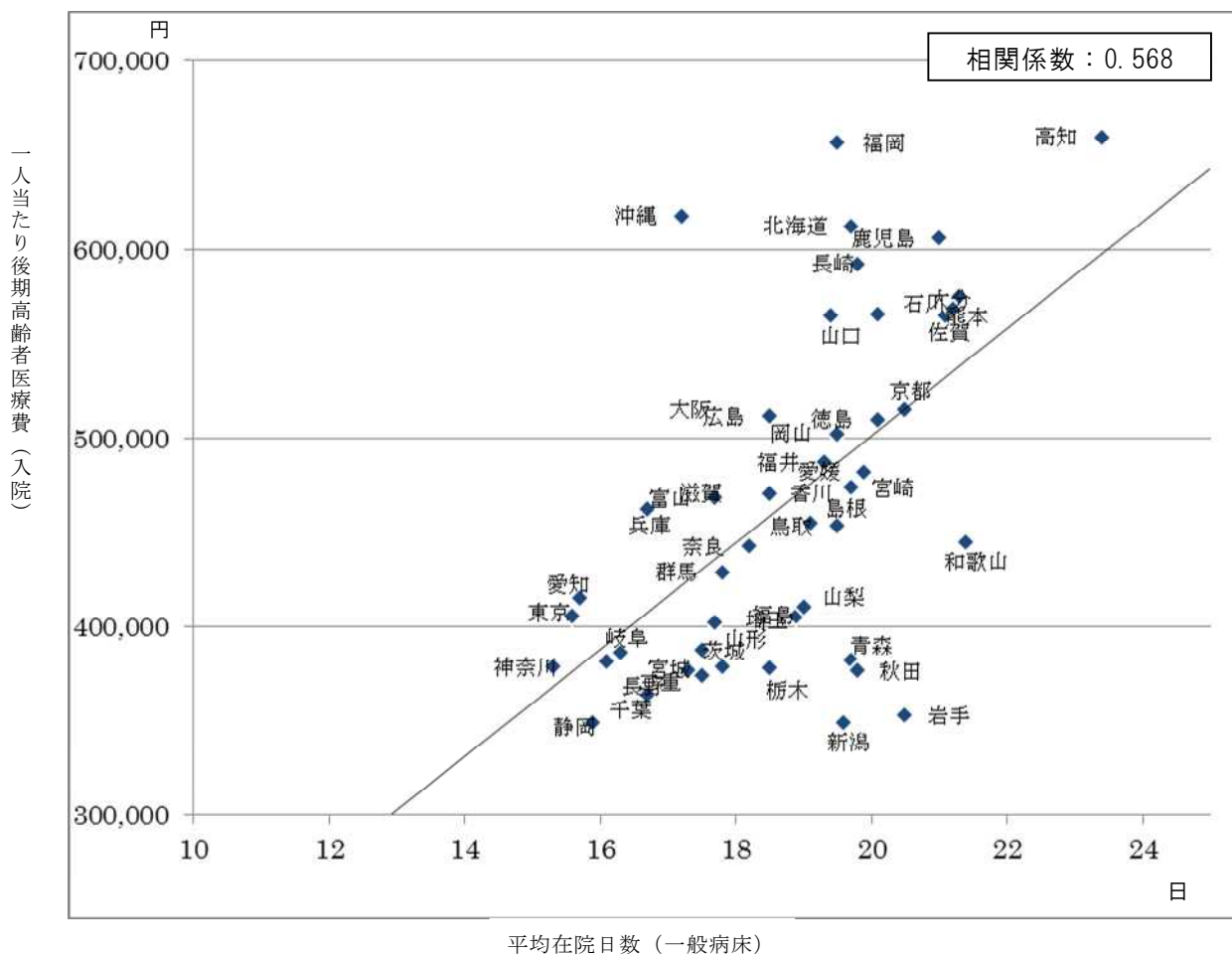


図 23 平均在院日数(一般病床)と一人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関(平成 23 年)



(注)一人当たり入院医療費は一人当たり入院医療費及び食事療養・生活療養(医科)費用を合算した額である。

出典:「平成 23 年病院報告」「平成 23 年度後期高齢者医療事業状況報告」
「医療費の地域差分析」より作成

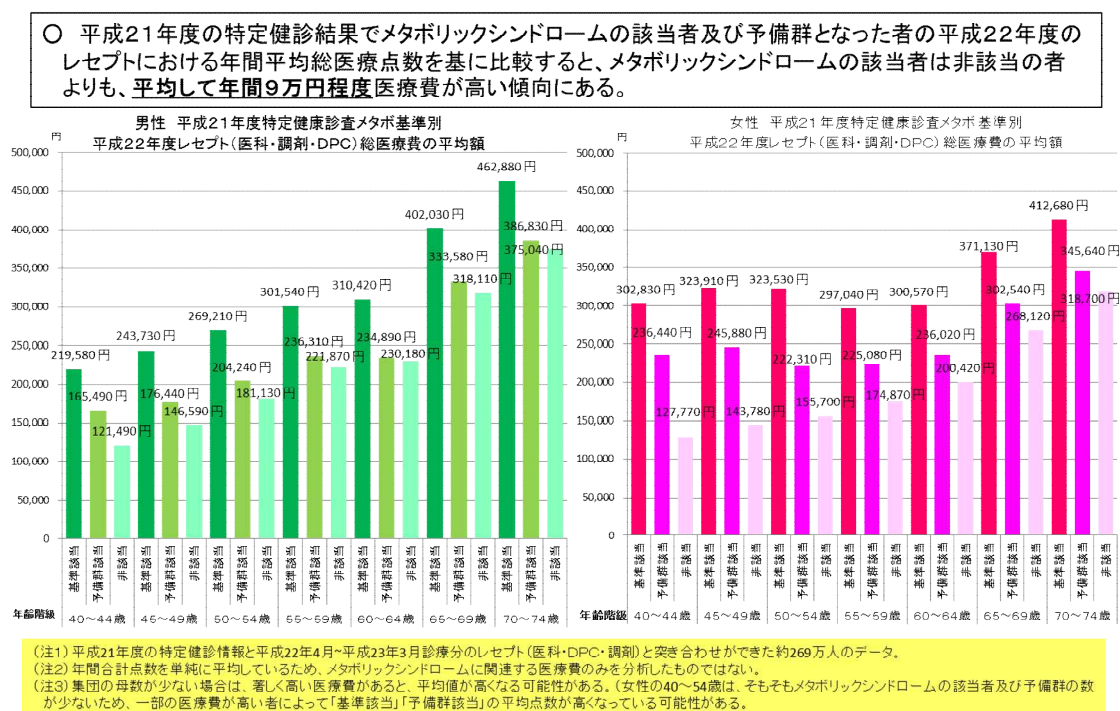
二 生活習慣病対策による効果

生活習慣病対策は医療費の削減効果はすぐには現れないものであるため、第一期医療費適正化計画における医療費適正化効果額には織り込まないこととしていた。

なお、特定健診・保健指導の効果として、メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年平均の医療費に約9万円差がある傾向にあることが判明していることや、特定保健指導の実施に係る費用を踏まえ、生活習慣病対策による効果を算出している44都道府県の効果額を積み上げると、約250億円となる。(図24)

なお、平成26年度中に取りまとめ予定である特定健診・保健指導に係る医療費適正化の効果検証の結果を踏まえ、今後、特定健診・保健指導の実施による医療費適正化効果を算出することとしている。

図24 メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差



第五 今後の課題

一 国民の健康の保持の推進

平成 24 年度の特定健診実施率 70%、特定保健指導実施率 45%の目標については、各実績ともいまだ大きく乖離があることから、引き続き第二期医療費適正化計画においても、実施率の向上に向けて、関係者の更なる取組をより一層促す必要がある。

また、国においては、実施率に係る保険者種別ごとの要因分析や国民に対する制度の普及啓発を進めるとともに、現在厚生労働省において、専門家の知見も借りながら、特定保健指導の医療費適正化効果等について検証しているところであり、当該検証結果の内容を都道府県や保険者に情報提供することが必要である。

保険者においては、レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画(データヘルス計画)を平成 26 年度中に策定し、平成 27 年度から計画に基づき実施することとしている。このデータヘルスの取組を通じて、より効果的な保健事業を進めていくことが望ましい。また、特に特定健診の実施率が低い協会けんぽ及び国民健康保険の被保険者や、被用者保険被扶養者への対策に取り組むとともに、個人の自助努力を促す取組や、平成 25 年度から実施している特定健診等の実績に基づく後期高齢者支援金の加算・減算制度の在り方の検討など、加入者や保険者に対してインセンティブを促す仕組みについても今後検討していくことが必要である。更に、科学的知見の蓄積も踏まえつつ、特定健診の項目の在り方についても検討を進めていく。

二 医療の効率的な提供の推進

平成 26 年通常国会において、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じた地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する関係法律の整備等に関する法律(以下「医療介護総合確保推進法」という。)」が成立した。医療機能の分化・連携を進め、医療機能ごとに必要な医療資源を適切に投入し、入院医療における病床間の連携体制の強化を図るとともに、退院患者の生活を支える在宅医療や介護サービスの提供体制を充実させること等としている。特に、医療機能の分化・連携等を推進するため、医療機関が病床の医療機能を都道府県に報告することとし、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や在宅医療の将来の必要量を含めた地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込むこととしている。

この医療介護総合確保推進法や本実績評価の結果等を踏まえ、今後、医療費適正化計画における医療の効率的な提供に関する目標について、より適切な指標の検討を行っていくことが必要である。

なお、療養病床については機械的な削減は行わないこととしていること、療養病床のうち介護療養病床については、平成 29 年度末まで転換期限を延長していることも踏まえつつ、今後の医療療養病床の在り方について、引き続き検討を行っていくこととする。

三 今後の対応

医療費適正化計画については、「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)において、「平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と統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」こととされており、その際、「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」こととされている。

また、これらの制度見直し等における医療・介護情報の活用方策やその活用のための制度設計等の方向性を検討するため、政府の「社会保障制度改革推進本部」の下に「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」が設置されたところである。今後、上記一及び二に掲げた課題を含め、当該専門調査会での検討結果を踏まえ、次期医療保険制度改革の中で医療費適正化計画について制度見直しを行った上で、既に平成25年度から開始している第二期医療費適正化計画についても、計画の策定主体である都道府県の状況も踏まえつつ、見直しも含め、検討を進めることとする。

特定健康診査・保健指導に係る保険者の取組

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 19 条において、保険者は特定健康診査等実施計画を定め、その中で具体的な目標を定めることとされている。

当該目標を達成するため、各保険者は様々な取組を行っている。第一期全国医療費適正化計画の実績評価では、保険者調査の結果を用い、効果的な取組の把握に努めることとする。

なお、特定健康診査については、実施率が相対的に高い保険者※(以下「上位保険者」という。)とそれ以外の保険者(以下「その他保険者」という。)での取組の実施状況を比較・分析し、特定保健指導については、健保組合と市町村国保の取組を比較した。

※ 健保組合では特定健診実施率 80%以上、市町村国保では特定健診実施率 50%以上の保険者を上位保険者とした。

1. 特定健康診査に関する取組

健保組合・市町村国保それぞれについて、上位保険者とその他の保険者で取組状況を比較したところ、以下の取組については、健保組合・市町村国保に共通して、上位保険者が取り組んでいる割合が大きいことが分かった。このため、これらの取組が特定健診実施率の向上のために有効であると考えられる。

○対象者の利便性の向上

健保組合における個別契約の締結や、市町村国保における直営の健診機関での実施により、健診項目の追加等、対象者の状況に応じた実施体制が構築されている保険者の割合が大きい。また、がん検診や肝炎ウイルス検診を同時実施している保険者の割合が大きく、他の検診との同時実施が対象者の利便性を向上させていると考えられる。(表1～6参照)

《参考》特定健診に関する取組(出典:保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース)

表1 個別契約の締結の有無【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
締結している	172	76.8%	528	66.6%
締結していない	51	22.8%	252	31.8%
未回答	1	0.4%	13	1.6%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表2 がん検診との同時実施の状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
同時実施が可能な全ての医療機関では同時実施している	157	70.1%	371	46.8%
一部実施機関でのみ同時実施している	24	10.7%	150	18.9%

同時実施していない	43	19.2%	259	32.7%
未回答	0	0.0%	13	1.6%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表3 肝炎ウイルス検診との同時実施の状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
同時実施が可能な全ての医療機関では同時実施している	77	34.4%	162	20.4%
一部実施機関でのみ同時実施している	34	15.2%	108	13.6%
同時実施していない	111	49.6%	512	64.6%
未回答	2	0.9%	11	1.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表4 直営・委託の状況【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
直営のみ	10	5.9%	41	3.3%
直営と外部委託の組み合わせ	38	22.4%	213	17.0%
外部委託のみ	121	71.2%	994	79.5%
未回答	1	0.6%	2	0.2%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

表5 がん検診との同時実施の状況【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施している	108	63.5%	717	57.4%
一部実施機関でのみ同時実施している	40	23.5%	395	31.6%
同時実施していない	22	12.9%	131	10.5%
未回答	0	0.0%	7	0.6%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

表6 肝炎ウイルス検診との実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施している	115	67.6%	696	55.7%
一部実施機関でのみ同時実	34	20.0%	338	27.0%

施している				
同時実施していない	21	12.4%	212	17.0%
未回答	0	0.0%	4	0.3%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

○未受診者対策の実施

未受診者対策として、未受診の理由把握の取組を実施している保険者の割合が大きい。このため、未受診者の状況を把握することが、受診率向上の取組として有効であると考えられる。（表7、8参照）

《参考》特定健診に関する取組（出典：保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース）

表7 未受診者の理由把握の実施状況【健保組合】

		上位保険者		その他保険者	
		保険者数	割合	保険者数	割合
被保険者	実施している	83	37.1%	166	20.9%
	実施していない	131	58.5%	574	72.4%
	無回答	10	4.5%	53	6.7%
	合 計	224	100.0%	793	100.0%
被扶養者	実施している	69	30.8%	97	12.2%
	実施していない	143	63.8%	637	80.3%
	無回答	12	5.4%	59	7.4%
	合 計	224	100.0%	793	100.0%

表8 未受診者の理由把握の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
実施している	118	69.4%	722	57.8%
実施していない	49	28.8%	500	40.0%
無回答	3	1.8%	28	2.2%
合計	170	100.0%	1250	100.0%

○健診データ等を活用した取組の実施

特定健診データ等を活用した集計・分析やレセプトデータとの突合分析を実施している保険者の割合が大きい。こうした集計や分析の結果を、実施率向上のための取組に活用することが有効であると考えられる。(表9～12 参照)

《参考》特定健診に関する取組(出典:保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース)

表9 特定健診データ等の集計・分析の実施状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
実施している	140	62.5%	393	49.6%
実施していない	84	37.5%	394	49.7%
未回答	0	0.0%	6	0.8%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 10 特定健診データ等とレセプトデータの突合分析の実施状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
実施している	55	24.6%	111	14.0%
実施していない	168	75.0%	673	84.9%
未回答	1	0.4%	9	1.1%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 11 特定健診等の集計・分析の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
集計・分析を実施している	136	80.0%	169	75.4%
集計・分析を実施していない	33	19.4%	55	24.6%
無回答	1	0.6%	0	0.0%
合計	170	100.0%	224	100.0%

表 12 特定健診データ等とレセプトデータの突合分析の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
突合分析を実施している	61	35.9%	76	33.9%
突合分析を実施していない	107	62.9%	148	66.1%
無回答	2	1.2%	0	0.0%
合計	170	100.0%	224	100.0%

○受診率向上のための取組

受診率向上のために取組のうち、健保組合・市町村国保ともに、上位保険者では「自己負担の無料化」を実施している保険者の割合が大きい。また、健保組合の上位保険者では、「事業所との連携」「電話勧奨」を実施している保険者の割合が大きく、市町村国保の上位保険者では「個別訪問」「地域人材の活用」を実施している保険者の割合が大きい。（表 13～19 参照）

《参考》特定健診に関する取組（出典：保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース）

表 13 年度途中の未受診者への受診勧奨【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
受診勧奨を実施している	107	47.8%	265	33.4%
受診勧奨を実施していない	112	50.0%	495	62.4%
未回答	5	2.2%	33	4.2%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 14 自己負担の無料化【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
自己負担を無料化している	152	67.9%	475	59.9%
自己負担を無料化していない	67	29.9%	286	36.1%
未回答	5	2.2%	32	4.0%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 15 事業所との連携【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
事業所と連携している	78	34.8%	232	29.3%
事業所と連携していない	141	62.9%	526	66.3%
未回答	5	2.2%	35	4.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 16 電話案内【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
電話案内を実施している	38	17.0%	66	8.3%
電話案内を実施していない	181	80.8%	692	87.3%
未回答	5	2.2%	35	4.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 17 個別訪問【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
個別訪問を実施している	77	45.3%	409	32.7%
個別訪問を実施していない	90	52.9%	822	65.8%
未回答	3	1.8%	19	1.5%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

表 18 自己負担の無料化【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
自己負担を無料化している	85	50.0%	555	44.4%
自己負担を無料化していない	81	47.6%	679	54.3%
未回答	4	2.4%	16	1.3%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

表 19 地域人材の活用【市町村国保】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
地域人材を活用している	91	53.5%	597	47.8%
地域人材を活用していない	76	44.7%	635	50.8%
未回答	3	1.8%	18	1.4%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

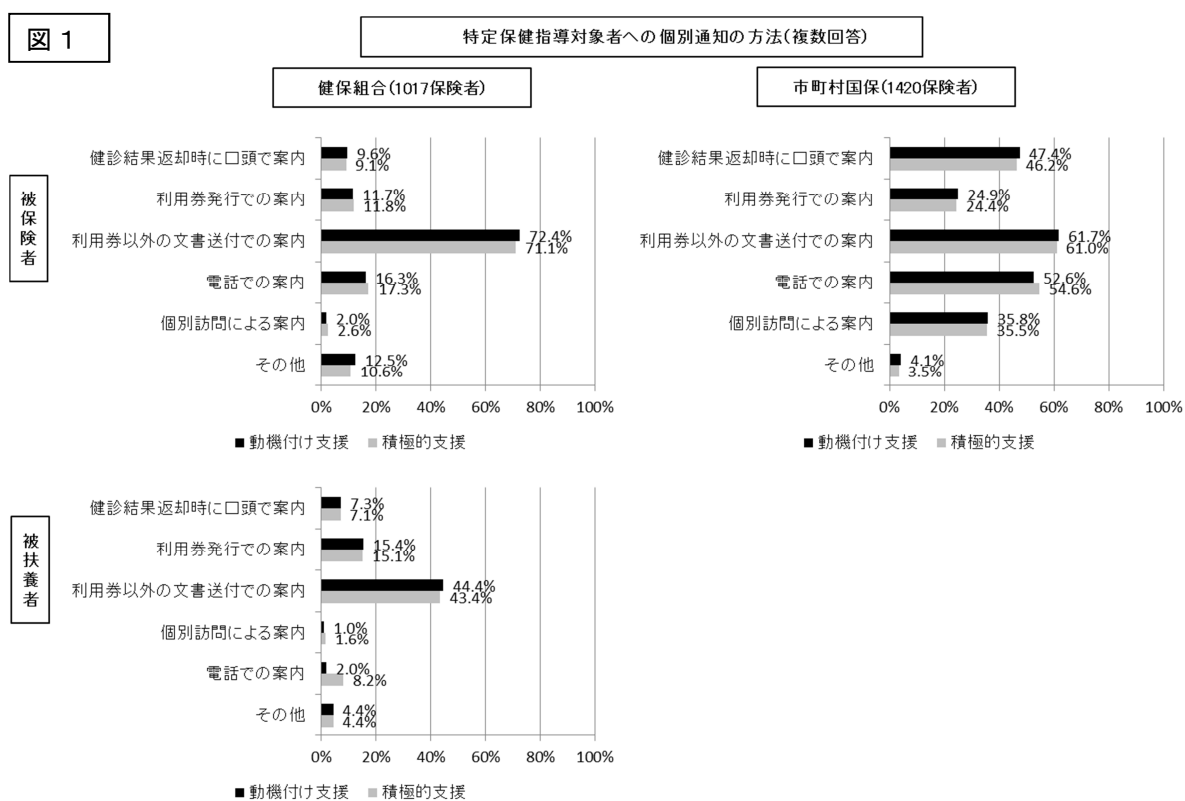
2. 特定保健指導に関する取組

特定保健指導の終了率は、市町村国保が他の保険者と比較して相対的に高い。市町村国保と健保組合の間で、特定保健指導の実施体制や取組状況を比較した結果、以下について、差がみられた。

○個別通知の実施方法

市町村国保では、健保組合と比較して「健診結果返却時の口頭での案内」「電話での案内」「個別訪問による案内」を実施している保険者の割合が大きい。（図1参照）

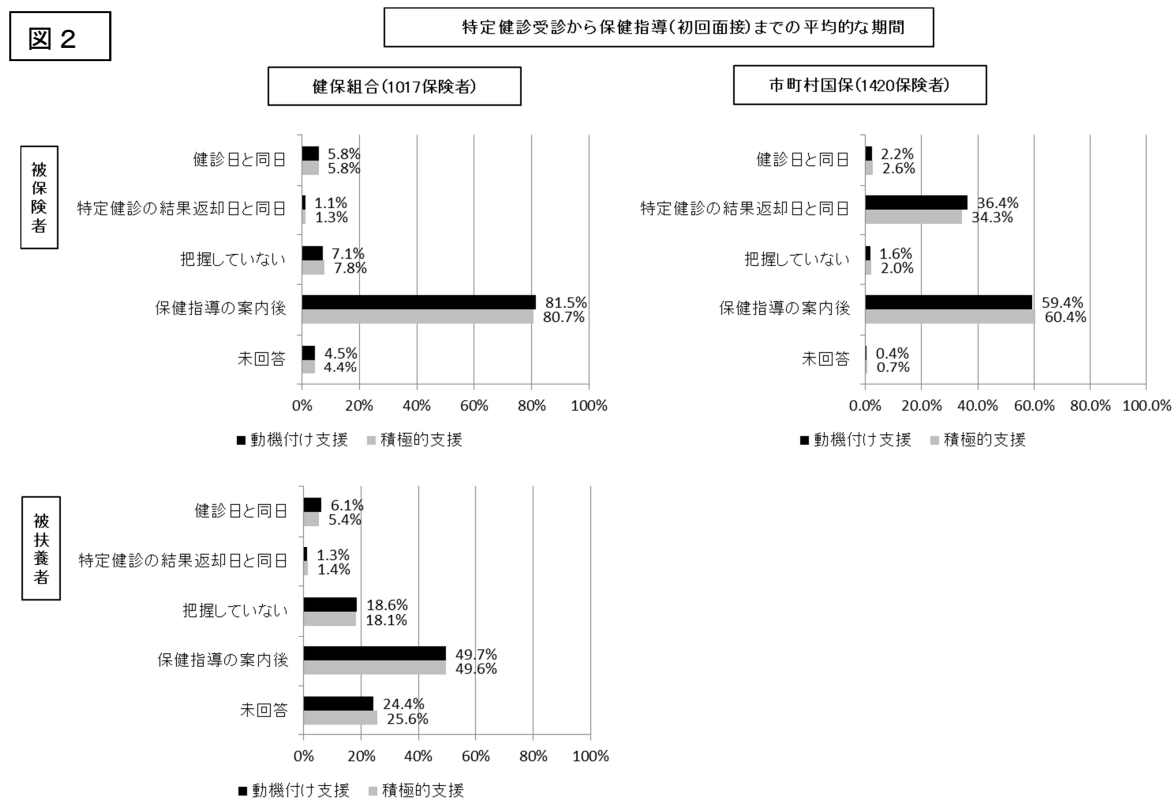
《参考》特定保健指導に関する取組（出典：保険者調査）



○健診受診から初回面接までの期間の短縮

健診受診から保健指導(初回面接)までの平均的な期間について、市町村国保では、健保組合と比較して「特定健診の結果返却日と同日」に実施している保険者の割合が大きく、比較的短い期間で保健指導を行っていると言える。(図2参照)

《参考》特定保健指導に関する取組(出典:保険者調査)

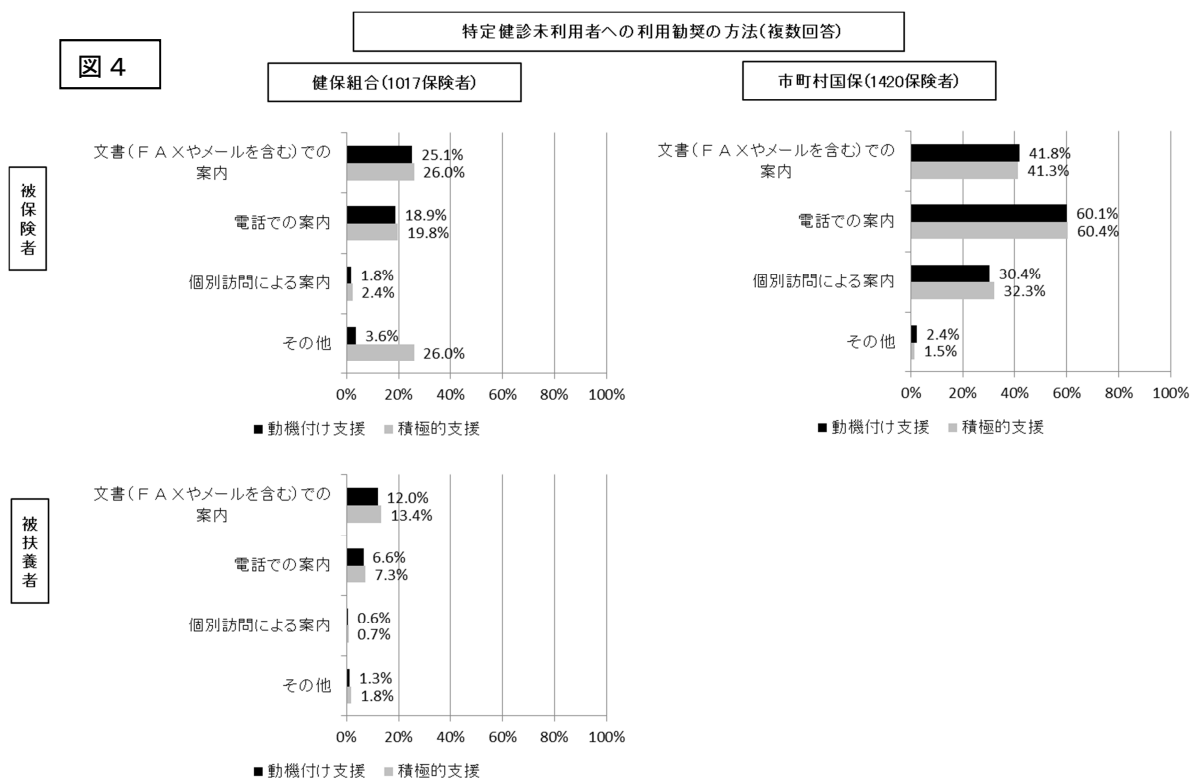
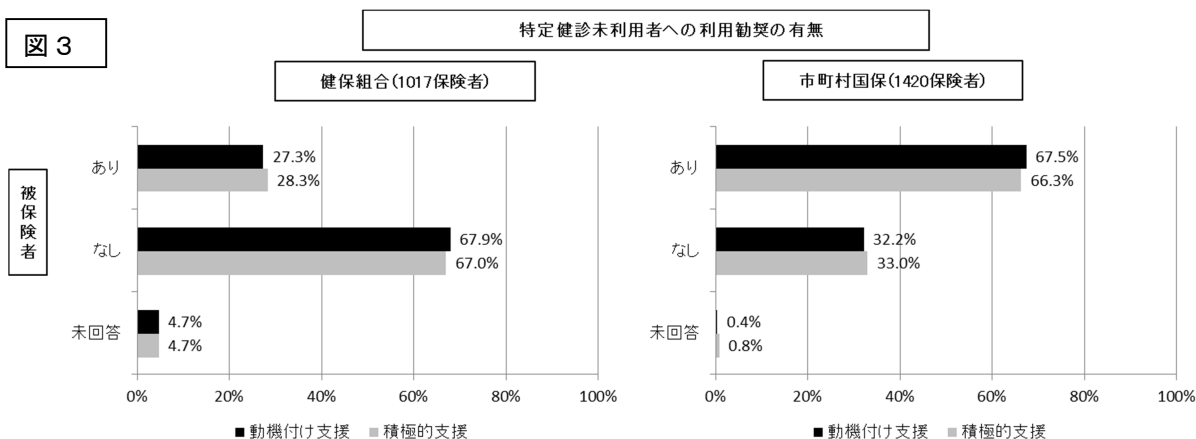


○特定保健指導未利用者への勧奨

市町村国保では、多くの保険者が特定保健指導の利用勧奨を行っているが、健保組合では利用勧奨を行っていない保険者の方が多い。

また、市町村国保の利用勧奨の方法として、「電話での案内」や「個別訪問による案内」が多いのに対し、健保組合では「文書での案内」が多い。（図3、4参照）

《参考》特定保健指導に関する取組（出典：保険者調査）



都道府県における特徴的な取組

各都道府県においては、法第9条第3項第3号及び第4号に基づき、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っている。第一期における特徴的な取組は以下のとおりである。

※都道府県から提出された実績評価を参考にして記載を行っているため、同様の取り組みを行っている都道府県であっても、都道府県名を挙げていない場合がある。

- (1) 特定健康診査・保健指導情報の収集・分析(岩手県、静岡県、岐阜県、愛知県、大阪府、福岡県)
都道府県内における特定健康診査・保健指導情報を収集し、調査・分析を行い、当該結果を保険者や市町村等に情報提供する取組
- (2) 国民健康保険の都道府県調整交付金におけるインセンティブの仕組みの導入(広島県、宮城県、東京都、山口県等)
国民健康保険の都道府県調整交付金において、特定健康診査・保健指導の実施率に応じて交付する等インセンティブ算定の仕組みを導入する取組
- (3) 特定健診コールセンターによる受診勧奨の取組の支援(山形県)
市町村国保における特定健康診査の実施率向上を図るため、特定健診未受診者に対する受診勧奨や、未受診理由の聴取等を実施するコールセンターを設置し、市町村国保における受診勧奨の取組を支援する取組
- (4) 健康長寿に向けたモデル事業の実施(埼玉県、神奈川県、静岡県)
県民の誰もが毎日を健康で生き生きと暮らすことができる健康長寿社会を実現するため、「運動」「食」「団地まるごと」に着目したモデル事業を実施し、効果を科学的に検証する取組
健康づくりを促進する新しい仕組みとして、県と市町が協働で実施する健康マイレージ事業の取組
健康寿命日本一を目指し、県・市町村・企業・保険者・関係団体等と連携した生活習慣病予防や健康づくり(未病を治す取組)運動の実施
- (5) 周知・広報の取組(静岡県、愛知県、山口県)
スーパーマーケット等のレシートを利用した広報や健康づくり情報及び健康促進プログラムを情報提供するための HP 設置等、積極的な広報を行う取組

表1 介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の推移

	平均在院日数								変化日数	変化率
	H 1 8	H 1 9	H 2 0	H 2 1	H 2 2	H 2 3	H 2 4	順位	H18→H24	H18→H24
全国	32.2	31.7	31.6	31.3	30.7	30.4	29.7		-2.5	-7.76%
北海道	37.1	36.5	36.6	35.9	35.3	34.7	33.8	37 位	-3.3	-8.89%
青森県	35.1	34.3	34.2	33.4	32.5	32.0	31.4	27 位	-3.7	-10.54%
岩手県	35.5	35.1	35.6	35.3	33.9	33.4	32.3	34 位	-3.2	-9.01%
宮城県	29.0	28.5	28.4	27.8	27.3	27.5	26.3	6 位	-2.7	-9.31%
秋田県	35.3	34.3	34.1	34.1	33.5	33.3	32.2	33 位	-3.1	-8.78%
山形県	28.9	28.7	29.5	29.6	29.0	28.9	28.3	12 位	-0.6	-2.08%
福島県	35.0	34.4	34.2	33.7	32.9	31.8	31.0	25 位	-4	-11.43%
茨城県	31.9	31.6	31.5	31.1	30.7	30.3	29.6	18 位	-2.3	-7.21%
栃木県	34.9	34.4	33.9	33.4	32.5	32.6	31.4	27 位	-3.5	-10.03%
群馬県	31.2	31.1	30.8	30.6	29.8	29.3	28.5	14 位	-2.7	-8.65%
埼玉県	33.3	32.9	32.8	32.3	31.9	31.5	30.8	23 位	-2.5	-7.51%
千葉県	30.4	29.6	29.3	28.8	28.2	27.8	27.2	8 位	-3.2	-10.53%
東京都	25.4	24.6	24.3	23.9	23.5	23.3	22.8	1 位	-2.6	-10.24%
神奈川県	25.5	25.1	24.8	24.4	24.0	23.8	23.1	2 位	-2.4	-9.41%
新潟県	32.1	32.0	32.0	31.8	31.5	31.3	30.6	22 位	-1.5	-4.67%
富山県	33.2	32.5	32.7	32.4	32.4	32.5	31.8	30 位	-1.4	-4.22%
石川県	35.3	34.6	34.9	34.9	34.4	34.2	33.7	36 位	-1.6	-4.53%
福井県	32.8	31.9	31.5	31.1	30.7	30.5	29.8	19 位	-3	-9.15%
山梨県	34.8	34.2	33.9	33.6	33.0	32.5	31.3	26 位	-3.5	-10.06%
長野県	25.0	25.1	25.1	24.8	24.6	24.1	23.8	3 位	-1.2	-4.80%
岐阜県	27.5	26.9	26.6	26.3	26.1	25.8	25.2	5 位	-2.3	-8.36%
静岡県	28.8	28.6	28.5	28.7	28.2	28.3	27.6	11 位	-1.2	-4.17%
愛知県	27.4	27.0	26.9	26.4	26.1	25.5	25.1	4 位	-2.3	-8.39%
三重県	32.9	32.2	32.1	31.6	31.4	30.9	29.8	19 位	-3.1	-9.42%
滋賀県	27.5	27.7	27.9	27.2	27.4	27.3	27.0	7 位	-0.5	-1.82%
京都府	31.3	30.7	30.6	30.1	29.6	29.1	28.3	12 位	-3	-9.58%
大阪府	29.6	29.4	29.6	29.6	29.4	29.3	28.7	15 位	-0.9	-3.04%
兵庫県	30.0	29.5	29.4	28.8	28.1	27.8	27.4	10 位	-2.6	-8.67%
奈良県	30.5	30.0	29.9	29.1	28.1	27.6	27.3	9 位	-3.2	-10.49%
和歌山県	34.2	32.8	32.9	33.3	32.7	32.4	30.9	24 位	-3.3	-9.65%
鳥取県	33.9	33.2	32.4	32.2	31.5	31.3	30.5	21 位	-3.4	-10.03%
島根県	32.6	32.5	33.0	33.2	32.8	32.1	31.5	29 位	-1.1	-3.37%
岡山県	32.1	31.4	31.3	31.0	30.6	29.9	29.3	17 位	-2.8	-8.72%
広島県	34.8	34.4	33.8	33.2	32.9	32.6	31.9	32 位	-2.9	-8.33%
山口県	42.8	42.9	42.2	41.9	41.4	41.2	40.5	43 位	-2.3	-5.37%
徳島県	43.2	42.6	42.5	42.2	41.4	39.9	39.6	42 位	-3.6	-8.33%
香川県	32.7	31.9	31.9	31.7	30.4	29.9	29.1	16 位	-3.6	-11.01%
愛媛県	35.9	35.9	35.9	35.5	34.5	33.8	33.0	35 位	-2.9	-8.08%
高知県	46.4	46.2	46.1	46.1	45.6	45.6	44.3	46 位	-2.1	-4.53%
福岡県	39.6	39.2	38.8	38.3	37.6	37.0	36.0	39 位	-3.6	-9.09%
佐賀県	48.5	47.1	47.5	46.6	45.0	43.8	42.9	45 位	-5.6	-11.55%
長崎県	42.4	42.2	42.4	41.5	40.7	39.7	38.6	41 位	-3.8	-8.96%
熊本県	42.1	41.5	41.5	41.8	41.1	41.0	40.5	43 位	-1.6	-3.80%
大分県	36.1	36.1	36.0	35.7	35.3	35.0	34.2	38 位	-1.9	-5.26%
宮崎県	40.5	39.6	40.1	40.0	39.1	38.7	38.2	40 位	-2.3	-5.68%
鹿児島県	47.7	46.7	46.8	46.4	46.0	45.1	44.5	47 位	-3.2	-6.71%
沖縄県	36.3	34.6	34.4	33.8	32.6	32.5	31.8	30 位	-4.5	-12.40%

出典：平成18年は「病院報告」より保険局調査課作成、平成19年～24年は「病院報告」

表2 都道府県別特定健康診査実施率の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度		変化率(H20→24)	
						順位		順位
全国	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%		7.3%	
北海道	29.2%	31.5%	32.6%	34.9%	36.7%	46 位	7.5%	17 位
青森県	33.9%	34.5%	35.0%	37.3%	39.5%	42 位	5.6%	37 位
岩手県	37.4%	39.8%	40.4%	43.9%	46.2%	15 位	8.8%	11 位
宮城県	48.1%	48.9%	49.9%	50.3%	52.9%	3 位	4.8%	44 位
秋田県	35.4%	37.2%	37.5%	40.9%	41.3%	35 位	5.9%	32 位
山形県	44.9%	47.4%	50.2%	52.3%	53.6%	2 位	8.7%	13 位
福島県	40.3%	42.8%	43.3%	43.4%	45.7%	19 位	5.4%	38 位
茨城県	36.8%	39.8%	40.2%	42.1%	43.4%	24 位	6.6%	27 位
栃木県	33.6%	37.8%	39.9%	40.7%	42.5%	31 位	8.9%	10 位
群馬県	40.8%	42.7%	44.0%	44.4%	44.9%	22 位	4.1%	46 位
埼玉県	37.9%	39.2%	40.1%	41.6%	43.1%	26 位	5.2%	39 位
千葉県	39.1%	41.5%	42.2%	44.0%	45.1%	21 位	6.0%	31 位
東京都	53.3%	58.4%	60.2%	61.6%	62.9%	1 位	9.6%	6 位
神奈川県	37.0%	39.3%	40.4%	41.9%	42.9%	29 位	5.9%	32 位
新潟県	45.5%	47.5%	48.7%	49.3%	51.2%	5 位	5.7%	35 位
富山県	46.7%	48.1%	49.5%	48.4%	51.7%	4 位	5.0%	42 位
石川県	38.5%	42.3%	43.9%	45.9%	49.8%	7 位	11.3%	3 位
福井県	35.4%	38.0%	40.4%	42.0%	44.8%	23 位	9.4%	7 位
山梨県	40.9%	44.9%	46.9%	48.3%	50.6%	6 位	9.7%	5 位
長野県	42.4%	43.1%	46.3%	48.2%	49.6%	8 位	7.2%	21 位
岐阜県	39.2%	40.8%	43.0%	44.6%	46.0%	16 位	6.8%	23 位
静岡県	38.6%	41.3%	43.6%	45.6%	47.4%	12 位	8.8%	11 位
愛知県	40.3%	43.8%	45.9%	46.8%	47.6%	11 位	7.3%	19 位
三重県	38.5%	42.0%	44.0%	46.2%	47.7%	10 位	9.2%	9 位
滋賀県	39.5%	40.1%	42.6%	43.4%	45.2%	20 位	5.7%	35 位
京都府	38.1%	40.6%	41.5%	42.4%	42.9%	28 位	4.8%	44 位
大阪府	34.2%	37.1%	39.0%	39.8%	40.5%	40 位	6.3%	28 位
兵庫県	35.4%	37.7%	39.3%	40.5%	41.6%	34 位	6.2%	29 位
奈良県	30.4%	31.3%	32.7%	33.5%	35.5%	47 位	5.1%	40 位
和歌山県	27.5%	28.8%	34.8%	36.4%	38.2%	45 位	10.7%	4 位
鳥取県	33.5%	36.4%	37.1%	38.4%	40.6%	39 位	7.1%	22 位
島根県	41.8%	42.9%	44.4%	45.1%	46.9%	13 位	5.1%	40 位
岡山県	35.0%	34.8%	36.4%	37.2%	38.8%	43 位	3.8%	47 位
広島県	33.3%	35.7%	37.3%	38.2%	40.9%	36 位	7.6%	16 位
山口県	32.4%	32.7%	33.9%	35.9%	38.3%	44 位	5.9%	32 位
徳島県	36.1%	37.9%	39.2%	40.7%	42.9%	27 位	6.8%	23 位
香川県	41.4%	42.0%	42.6%	44.0%	46.3%	14 位	4.9%	43 位
愛媛県	32.9%	34.1%	35.7%	36.9%	39.6%	41 位	6.7%	25 位
高知県	34.0%	35.8%	38.1%	41.5%	43.4%	25 位	9.4%	7 位
福岡県	34.5%	37.0%	39.0%	40.4%	42.0%	33 位	7.5%	17 位
佐賀県	35.1%	37.2%	38.9%	40.0%	42.4%	32 位	7.3%	19 位
長崎県	32.9%	33.6%	36.0%	38.1%	40.7%	38 位	7.8%	14 位
熊本県	36.5%	38.5%	39.5%	40.5%	42.7%	30 位	6.2%	29 位
大分県	41.4%	43.6%	45.3%	46.0%	48.1%	9 位	6.7%	25 位
宮崎県	33.0%	35.5%	35.7%	38.7%	40.8%	37 位	7.8%	14 位
鹿児島県	29.1%	33.8%	37.2%	40.7%	45.8%	18 位	16.7%	1 位
沖縄県	34.5%	39.4%	41.9%	43.9%	45.9%	17 位	11.4%	2 位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表3 都道府県別特定保健指導実施率の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度		変化率(H20→24)	
						順位		順位
全国	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%		8.7%	
北海道	6.6%	10.5%	12.0%	11.8%	15.7%	36 位	9.1%	25 位
青森県	9.6%	18.6%	18.6%	19.2%	19.7%	18 位	10.1%	21 位
岩手県	9.8%	15.1%	17.3%	16.4%	16.7%	32 位	6.9%	41 位
宮城県	7.9%	13.1%	11.9%	11.9%	14.2%	44 位	6.3%	43 位
秋田県	7.5%	10.8%	12.5%	12.6%	19.5%	20 位	12.0%	13 位
山形県	11.3%	17.2%	17.0%	19.8%	22.4%	11 位	11.1%	17 位
福島県	9.4%	16.2%	14.4%	13.2%	14.8%	40 位	5.4%	46 位
茨城県	8.4%	11.8%	12.8%	16.0%	17.2%	29 位	8.8%	28 位
栃木県	9.4%	13.1%	16.2%	19.1%	21.2%	14 位	11.8%	14 位
群馬県	6.5%	10.1%	10.9%	12.7%	14.5%	42 位	8.0%	35 位
埼玉県	5.7%	10.9%	12.2%	14.7%	14.3%	43 位	8.6%	30 位
千葉県	7.9%	13.6%	14.2%	16.6%	16.7%	33 位	8.8%	28 位
東京都	5.1%	10.0%	11.1%	12.9%	13.4%	45 位	8.3%	32 位
神奈川県	4.6%	9.8%	9.8%	11.0%	12.2%	46 位	7.6%	38 位
新潟県	10.2%	12.9%	14.2%	17.3%	18.1%	25 位	7.9%	36 位
富山県	10.1%	12.9%	13.3%	17.5%	19.2%	21 位	9.1%	25 位
石川県	11.9%	16.0%	16.3%	21.1%	21.7%	13 位	9.8%	23 位
福井県	9.4%	15.4%	15.6%	18.5%	20.6%	16 位	11.2%	16 位
山梨県	13.3%	16.1%	15.9%	19.0%	19.6%	19 位	6.3%	43 位
長野県	11.8%	21.8%	20.7%	23.8%	25.9%	5 位	14.1%	7 位
岐阜県	13.7%	18.2%	19.0%	22.7%	21.8%	12 位	8.1%	33 位
静岡県	9.5%	13.1%	13.8%	15.2%	16.8%	31 位	7.3%	39 位
愛知県	6.0%	10.0%	11.4%	14.5%	17.5%	27 位	11.5%	15 位
三重県	7.2%	11.4%	12.1%	14.7%	16.1%	35 位	8.9%	27 位
滋賀県	7.6%	10.9%	13.0%	14.2%	18.1%	26 位	10.5%	20 位
京都府	6.9%	11.8%	12.0%	13.9%	15.3%	38 位	8.4%	31 位
大阪府	5.5%	8.8%	9.8%	11.1%	11.6%	47 位	6.1%	45 位
兵庫県	8.4%	11.8%	12.3%	13.9%	15.1%	39 位	6.7%	42 位
奈良県	6.7%	11.3%	13.1%	13.0%	14.6%	41 位	7.9%	36 位
和歌山県	8.0%	11.1%	10.9%	13.2%	18.7%	23 位	10.7%	19 位
鳥取県	7.4%	11.4%	13.2%	14.4%	16.9%	30 位	9.5%	24 位
島根県	4.2%	9.4%	11.1%	19.4%	18.7%	22 位	14.5%	4 位
岡山県	5.8%	11.7%	12.6%	14.8%	16.6%	34 位	10.8%	18 位
広島県	8.6%	14.1%	17.1%	19.4%	18.6%	24 位	10.0%	22 位
山口県	7.4%	12.2%	14.6%	17.6%	21.0%	15 位	13.6%	8 位
徳島県	12.4%	20.6%	18.2%	23.3%	28.6%	1 位	16.2%	1 位
香川県	11.5%	19.8%	20.0%	26.2%	27.4%	3 位	15.9%	2 位
愛媛県	12.8%	15.7%	15.6%	19.7%	19.8%	17 位	7.0%	40 位
高知県	11.0%	13.9%	12.7%	15.1%	15.6%	37 位	4.6%	47 位
福岡県	9.3%	13.6%	14.3%	14.9%	17.4%	28 位	8.1%	33 位
佐賀県	13.5%	18.0%	20.3%	27.1%	28.0%	2 位	14.5%	4 位
長崎県	11.9%	16.8%	18.2%	22.1%	27.3%	4 位	15.4%	3 位
熊本県	12.6%	18.4%	20.3%	23.4%	25.6%	6 位	13.0%	11 位
大分県	10.6%	15.1%	15.6%	21.4%	25.0%	9 位	14.4%	6 位
宮崎県	12.0%	19.8%	23.5%	23.6%	24.9%	10 位	12.9%	12 位
鹿児島県	12.3%	17.1%	16.8%	21.9%	25.5%	7 位	13.2%	9 位
沖縄県	11.9%	16.0%	18.5%	22.9%	25.1%	8 位	13.2%	9 位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表4 平成24年度都道府県別特定保健指導対象者の減少率（20年度比）

	平成24年度特定保健指導対象者の減少率（平成20年度比）	
		順位
全国	12.0%	
北海道	11.7%	22位
青森県	14.3%	13位
岩手県	21.5%	3位
宮城県	11.7%	23位
秋田県	9.4%	39位
山形県	18.2%	5位
福島県	10.5%	31位
茨城県	10.9%	28位
栃木県	10.5%	32位
群馬県	10.7%	30位
埼玉県	12.7%	18位
千葉県	11.8%	21位
東京都	11.0%	26位
神奈川県	13.5%	15位
新潟県	7.8%	44位
富山県	8.3%	43位
石川県	9.8%	37位
福井県	10.2%	33位
山梨県	9.6%	38位
長野県	23.9%	1位
岐阜県	14.3%	12位
静岡県	15.2%	8位
愛知県	10.2%	34位
三重県	12.1%	19位
滋賀県	8.7%	42位
京都府	9.8%	36位
大阪府	5.4%	46位
兵庫県	13.4%	17位
奈良県	9.1%	40位
和歌山県	8.7%	41位
鳥取県	-0.6%	47位
島根県	16.0%	6位
岡山県	15.4%	7位
広島県	5.5%	45位
山口県	11.1%	25位
徳島県	22.7%	2位
香川県	14.8%	9位
愛媛県	11.3%	24位
高知県	10.9%	29位
福岡県	9.9%	35位
佐賀県	11.0%	27位
長崎県	21.0%	4位
熊本県	14.0%	14位
大分県	14.4%	11位
宮崎県	12.1%	20位
鹿児島県	14.6%	10位
沖縄県	13.5%	16位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ