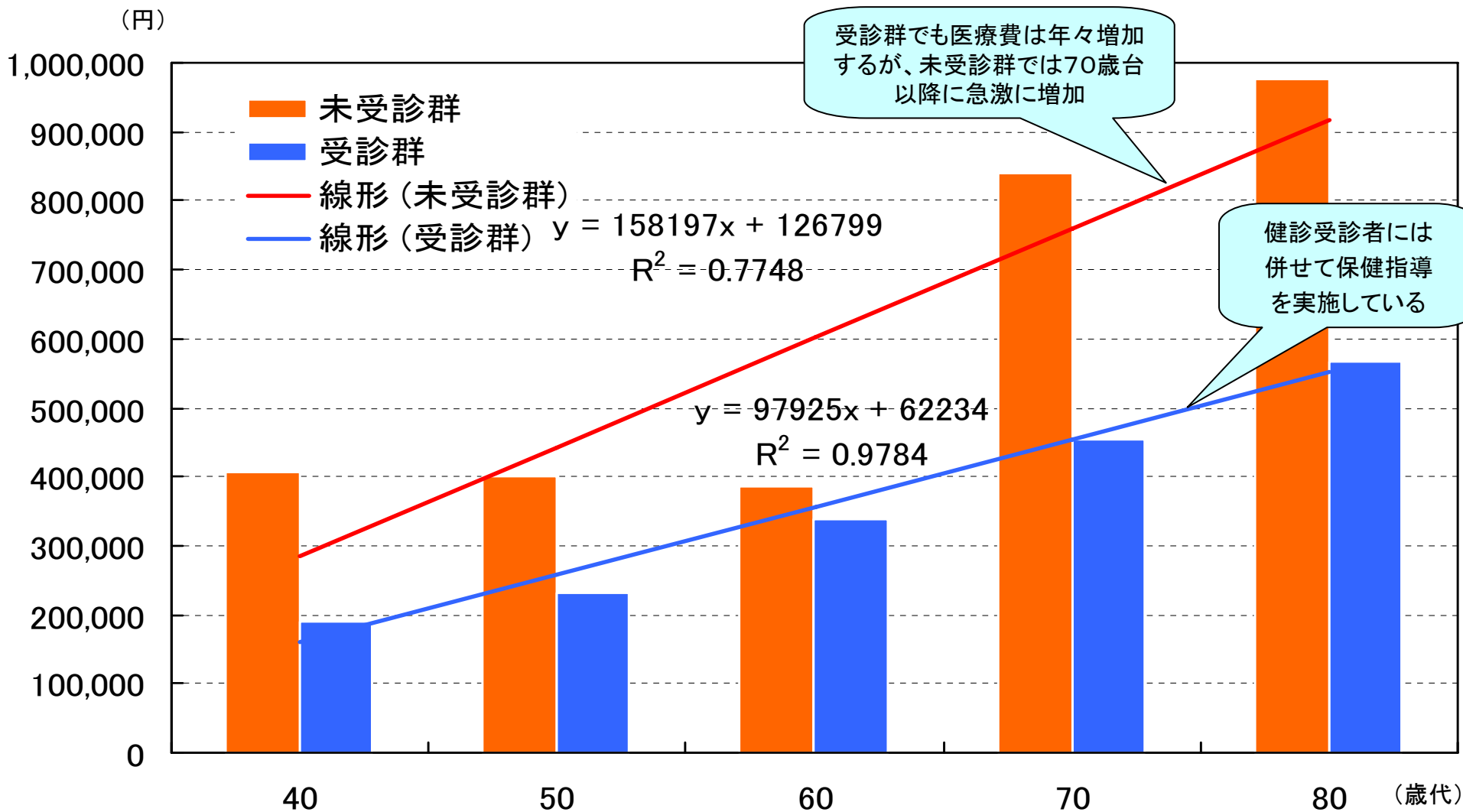


(参考3)

健診の未受診者と受診者の医療費推移

(熊本県A町国保加入者の年齢階級別年間医療費)

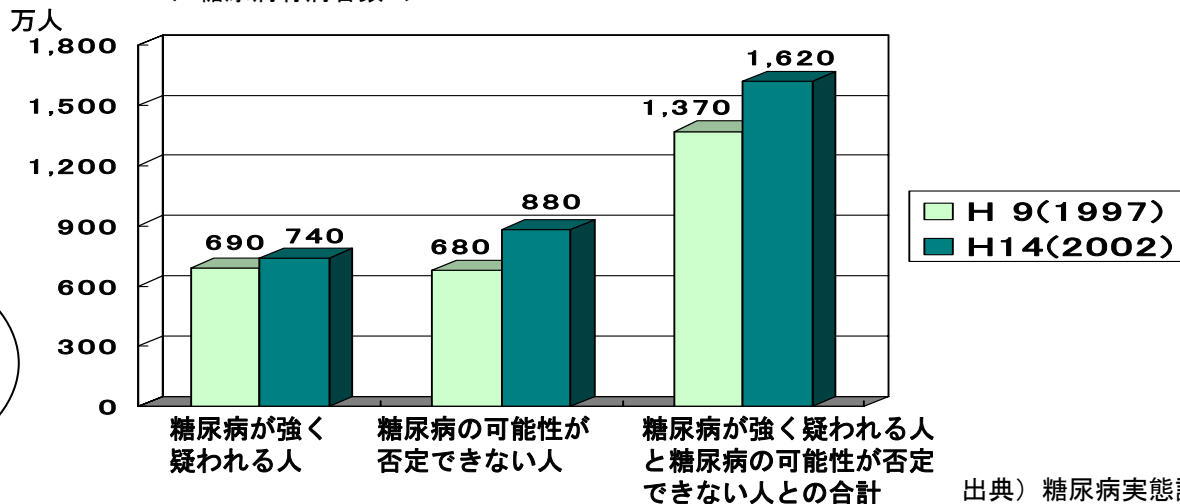


(参考4)

糖尿病に関する現状

糖尿病有病者は平成9年の690万人から平成14年の740万人と、5年間で50万人(約7%)増加、糖尿病の可能性が否定できない人を加えると5年間で250万人(約18%)増加している。

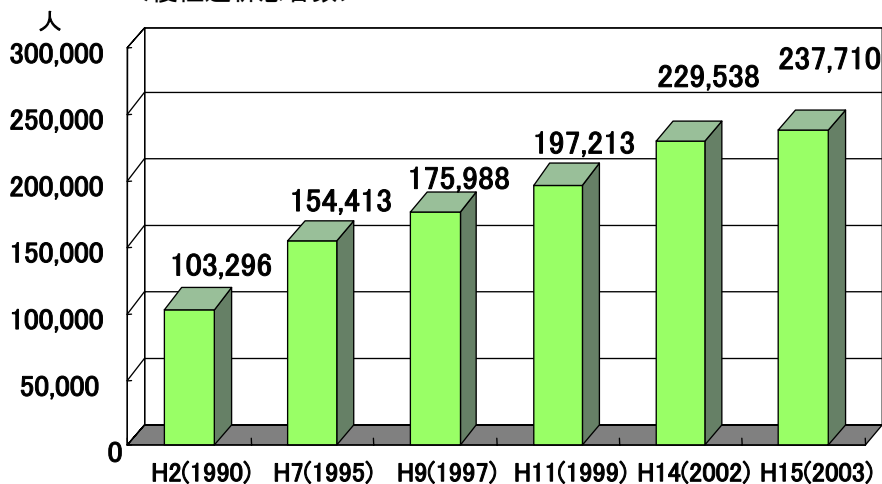
< 糖尿病有病者数 >



慢性腎不全患者は約7万人(H14)。医療費(推計)は、年間4千億円規模。(血液透析にかかる医療費:約550万円/年)

慢性透析患者は平成9年から平成14年の5年間で約5.4万人(約30%)増加している。

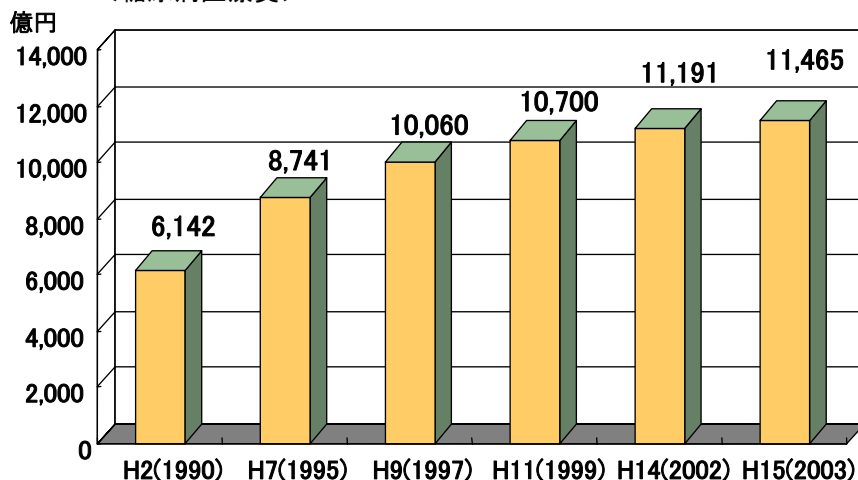
<慢性透析患者数>



出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

糖尿病に係る医療費は平成9年から平成14年の5年間で約1,130億円(約11%)増加している。

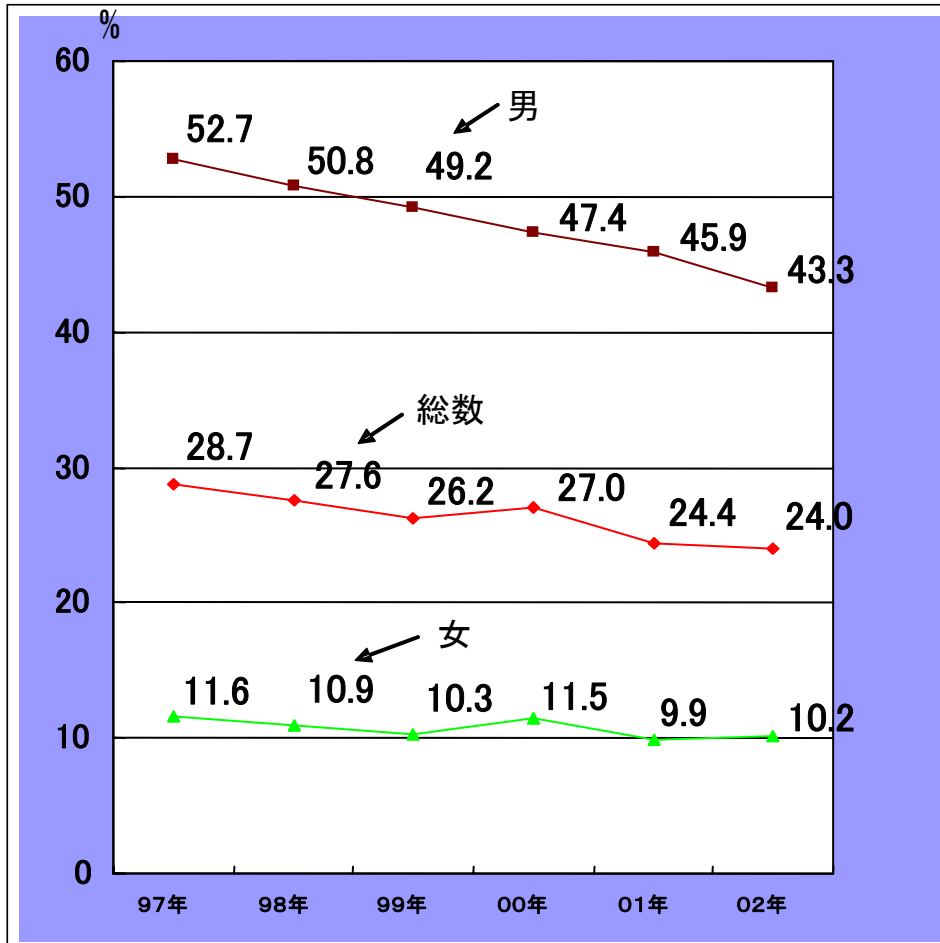
<糖尿病医療費>



出典) 厚生労働省「国民医療費」

〈参考5〉 喫煙に関する現状

我が国の喫煙率の推移



出典：国民栄養調査

諸外国の喫煙率 (%)

国名	男性	女性
日本	43.3	10.2
ドイツ	39.0	31.0
フランス	38.6	30.3
オランダ	37.0	29.0
イタリア	32.4	17.3
イギリス	27.0	26.0
カナダ	27.0	23.0
米国	25.7	21.5
オーストラリア	21.1	18.0
スウェーデン	19.0	19.0

出典：世界保健機関(WHO) Tobacco ATLAS(2002)
(日本は国民栄養調査)

(2) 新しい健康増進計画

都道府県

都道府県健康増進計画について、地域の実情を踏まえ、具体的な数値目標を設定し、関係者の具体的な役割分担と連携方策を明記するなど、その内容を充実させ、総合的な生活習慣病対策の推進を図る。

目標項目の設定とその達成に向けた施策の整理

地域の実態の把握（調査の実施）

地域の実情を踏まえた目標値の設定（※）

関係者の役割分担と連携促進に向けた協議

医療保険者、市町村等の各主体における取組

実績の評価を踏まえた次期計画の策定

（※） 都道府県健康増進計画には、糖尿病等の有病者・予備群の減少率や、その達成に向けた健診・保健指導の実施率の目標、その他、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定する。

国の支援

都道府県健康・栄養調査マニュアルの策定

都道府県健康増進計画改定ガイドラインの策定

①目標項目の選定、②関係者の具体的な役割分担と連携促進、③取組の進捗状況や目標の達成度の評価等に関する基本的な考え方を提示

地域・職域連携推進協議会の設置支援

健やか生活習慣国民運動推進会議(仮称)の設置について

1 趣 旨

生活習慣病は、今や健康長寿の最大の阻害要因となるだけでなく、国民医療費にも大きな影響を与えている。その多くは、不健全な生活の積み重ねによって内臓脂肪型肥満となり、これが原因となって引き起こされるものであるが、これは、個人が日常生活の中での適度な運動、バランスのとれた食生活、禁煙を実践することによって、予防をすることができるものである。

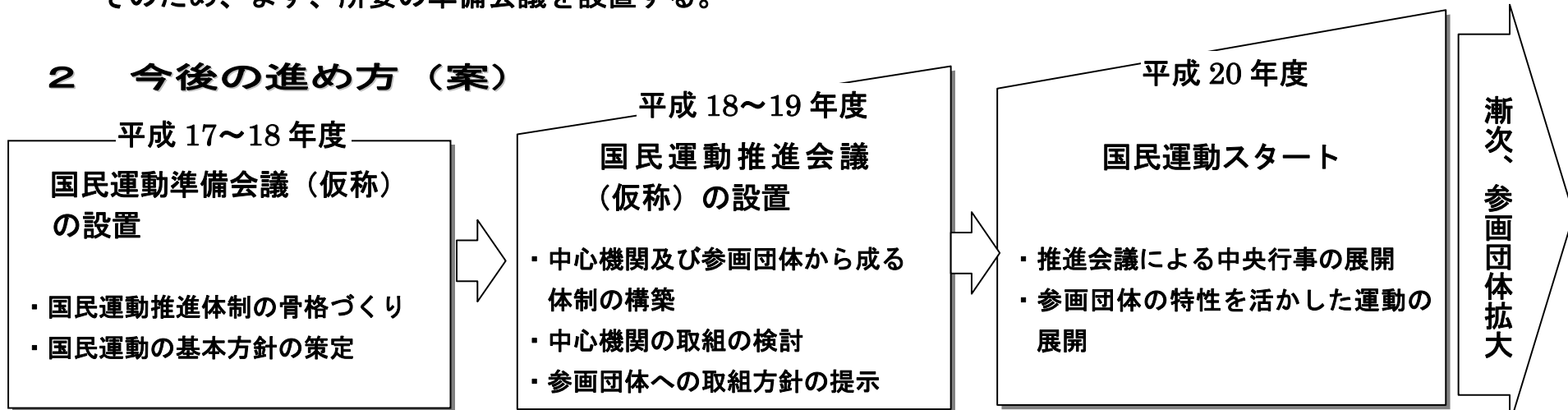
また、こうしたよい生活習慣の積み重ねは高齢期においても、できる限り元気に過ごすという「介護予防」にもつながるものであり、運動器の機能向上や低栄養状態の改善などを通じた生活機能の維持・向上にも資するものである。

このため、今後は運動習慣の定着、食生活の改善、そして禁煙を柱とする「生活習慣病予防」及び「介護予防」の取組が、食育とも連携しながら地域及び職域等において活発に展開されることにより、健やかな生活習慣は気持ちがいいことを一人一人が実感し、国民の生活文化として定着することを目指す国民運動を展開していく必要がある。

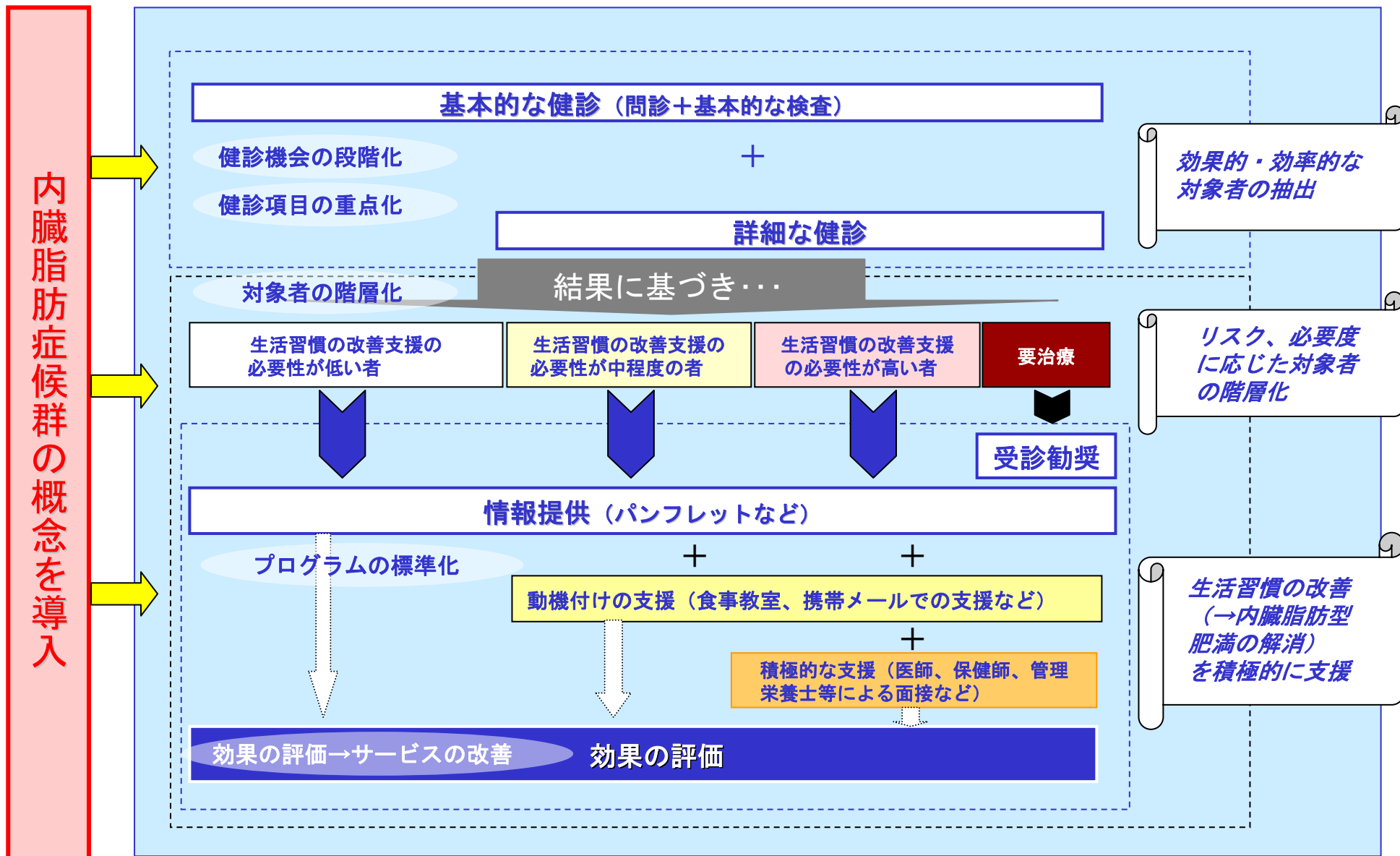
そこで、各界各層の幅広い理解と協力を得ながら、“健やか生活習慣国民運動”を展開していくための方策を検討するため、広く関係者の参画を得て、健やか生活習慣国民運動推進会議(仮称)を設置する。

そのため、まず、所要の準備会議を設置する。

2 今後の進め方(案)



(参考2) 保険者による健診及び事後指導サービス体系のイメージ



Ⅲ 医療費適正化の総合的な推進

1. 医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保

医療費の伸び

中長期の医療費適正化対策(糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮など)

公的保険給付の見直し等(短期的対策)

積み上げた効果

経済規模と照らし合わせ

国民にとって安心できる医療の確保の観点

国民負担の観点

新しい健康増進計画、新しい医療計画との整合性を確保

5年程度の中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通しを示す

から評価

医療給付費の伸びの実績を検証する際の目安

一定期間後

目安となる指標と実績を突き合わせ、適正化方策の効果を検証

将来に向けた施策の見直しに反映

2. 医療費適正化計画の推進

(医療費適正化の総合的な推進)

医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療費の適正化対策を推進する。

(医療費適正化計画の推進)

(1) 国の責任のもと、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組む。

(2) 計画の推進のための支援措置を講ずる。健康増進計画や医療計画、介護保険事業支援計画と整合のとれたものとして作成し、施策の連携を図る。

(3) 計画を確実に実施するための検証を行う。

(1) 医療費の伸びの抑制（中長期的対策）

基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少（平成27(2015)年度）
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小（同上）

国

共同作業

都道府県

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 医療費適正化基本方針・全国医療費適正化計画の作成○ 都道府県における事業実施への支援<ul style="list-style-type: none">・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し・ 医療提供体制の整備・ 人材養成・ 病床転換に関する財政支援○ 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度) | <ul style="list-style-type: none">○ 都道府県医療費適正化計画の作成○ 事業実施<ul style="list-style-type: none">(生活習慣病対策)・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導・ 市町村の啓発事業の指導(在院日数の短縮)・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進・ 病床転換の支援○ 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度) |
|--|---|

実績評価の結果を踏まえた措置

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)○ 都道府県と協議の上、適切な医療を効率的に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
※設定にあたっては中医協において審議 | <ul style="list-style-type: none">○ 診療報酬に関する意見を提出することができる(※) |
|---|--|
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

(2) 生活習慣病対策の取組

基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける。

主な内容

- 各医療保険者は、国の指針に従って計画的に実施する。(平成20年度より)
 - 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。 → 指針において明示
 - 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村国保で健診や保健指導を受けられるようにする。
 - 医療保険者は市町村国保における事業提供を活用することも可能。
(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う。)
 - 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
 - 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- ※ 市町村国保等の健診事業等に対して、一部公費による支援措置を行う。

(3) 平均在院日数短縮に向けた取組

基本的な方向

- 各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。
- こうした都道府県の取組に対して、国は、次のような各種支援措置を講じる。
 - ・ 医療計画制度の見直しに関する基本指針の策定及びマニュアルの作成
 - ・ 医療機能の分化・連携、在宅療養の推進に係る診療報酬上の評価
 - ・ 保健医療提供体制の統合補助金や整備交付金の活用
 - ・ 医療保険財源を活用した転換整備事業

主な内容

① 医療機能の分化・連携

- 医療計画の見直しを通じ、脳卒中対策などの事業ごとに、急性期から回復期、療養、介護等に関係する各機関による具体的な連携体制を形成し、状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療が受けられるようにする。

② 在宅療養の推進

- 病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、退院時における主治医やケアマネジャーとの連携を図り、看取りまで含めた在宅医療の支援体制を構築する。また、高齢者向けの自宅以外の多様な居住の場や療養・介護の場となる住宅の整備を推進する。

③ 療養病床の転換支援

- 高齢者の療養病床について、老人保健施設や居住系サービス施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)への転換を支援する。

(4) 医療費適正化計画の期間終了時の措置

【都道府県における取組】

- ・ 各都道府県計画の各事業の進捗状況を把握
- ・ 都道府県計画の政策目標及び医療費見通しと、把握した実績との比較を行い、差異が生じた要因を分析
- ・ 要因分析を踏まえた対応策の案を検討
- ・ 以上を国に報告

【国における取組】

- ・ 国全体としての評価及び都道府県ごとの評価を実施
- ・ 国全体としての評価を踏まえ、診療報酬体系の見直し
- ・ 都道府県と協議した上で、都道府県ごとの特例的な診療報酬の設定

- ・ その他、都道府県の基本計画の支援等必要な取り組みを進める。

(5) 都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係

(新)国の基本方針

国の基本方針

国の基本方針

医療計画		健康増進計画		介護保険事業支援計画	
助成措置		助成措置		助成措置	
<ul style="list-style-type: none"> 医療圏の設定 基準病床数 救急医療の確保 医療従事者の確保 <p>等</p>	<p>統合補助金等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の実情を踏まえた目標 <p>等</p>	<p>統合補助金等</p>	<ul style="list-style-type: none"> サービス従事者の確保・資質の向上 <p>等</p>	
<p>(新)・脳卒中、がん、糖尿病等の疾病別の患者の年間総入院日数の短縮に関する数値目標</p> <p>(新)・在宅での看取りや地域連携クリティカルパスの普及等に関する取組</p> <p>(新)・脳卒中、がん、糖尿病等ごとの医療機関の機能分化と連携</p> <p>等</p>	<p>統合補助金等</p>	<p>(新)・糖尿病等患者・予備群の減少に関する数値目標</p> <p>(新)・健診及び保健指導の実施率に関する数値目標</p> <p>(新)・上記に関する取組方策等</p>	<p>統合補助金等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 区域ごと種類ごとの介護給付サービス量の見込み 施設における生活環境の改善を図るための事業 <p>等</p>	<p>整備交付金</p>

相互に整合

相互に整合

(新)国の基本方針



(新)医療費適正化計画

- 医療費の現状と分析(入院・入院外、一人当たり日数・一人当たり医療費、疾病分類別等)
- 平均在院日数の短縮に関する数値目標
- 糖尿病等患者・予備群の減少に関する数値目標、健診及び保健指導の実施率に関する数値目標
- 目標実現のための取組方策(3計画に含まれるものは再掲として記載)
- その他地域における医療費適正化方策(重複頻回受診の是正等)
- 医療費適正化の取組を行うことによる医療費の見通し
- 実施、検証、評価のサイクル

今後のスケジュール (未定稿)

	平成14年 (2002年)	平成15年 (2003年)	平成16年 (2004年)	平成17年 (2005年)	平成18年 (2006年)	平成19年 (2007年)	平成20年 (2008年)	平成21年 (2009年)	平成22年 (2010年)	平成23年 (2011年)	平成24年 (2012年)	平成25年 (2013年)	平成26年 (2014年)
医療費適正化計画									検証			実績評価	
平成20年～24年						データ収集・ 分析	第1期(H20～H24)				評価	第2期(H25～)	
(新しい)医療計画							(H20～:今回求める一斉施行)						
平成20年～24年					調査	結果公表					評価	(H25～)	
健康増進計画													
平成13年～22年	(H13～H22)				(当初予定) 中間年								
※国の健康日本21は平成12年～22年であり、都道府県での健康増進計画は平成13年～22年がほとんど。			調査	評価				調査	評価				
(新しい健康増進計画(生活習慣病対策))													
						(今回求める)	(H20～:適正化計画に関連する部分を入れ込む)				評価	(H25～)	

(参考1)

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増
1人当たり老人医療費=若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均75万円、最高:福岡県約90万円、最低:長野県約60万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

- ①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ②網羅的で効率的な健診
- ③ハイリスクグループの個別的保健指導

要因分析

取組の体系