

# 新たな高齢者医療制度

# 国民皆保険制度の創設

(被用者保険に加入していない国民は、年齢を問わず基本的に国保に強制適用)

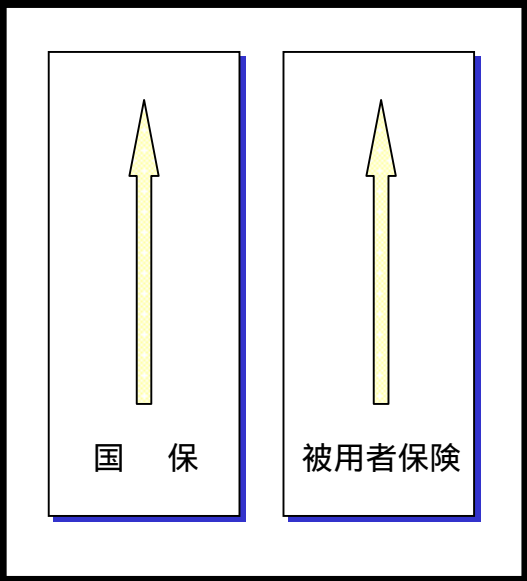
# 老人保健制度

+

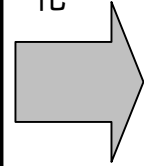
# 退職者医療制度の創設

# 新たな高齢者医療制度の創設

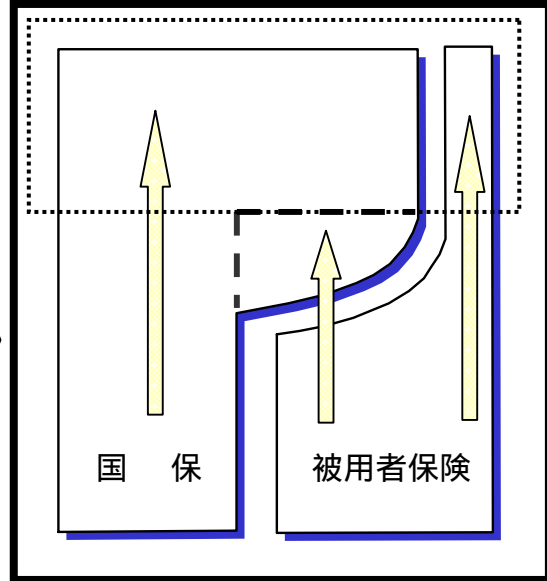
(国民皆保険制度)



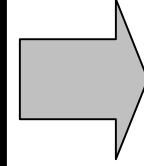
- ・高齢者医療費の増大
- ・高齢者の偏在化



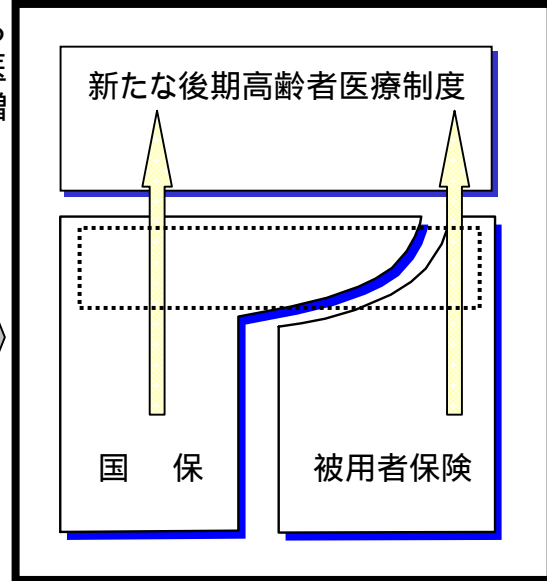
(国民皆保険制度)



さらなる  
高齢者医療費の増大



(国民皆保険制度)

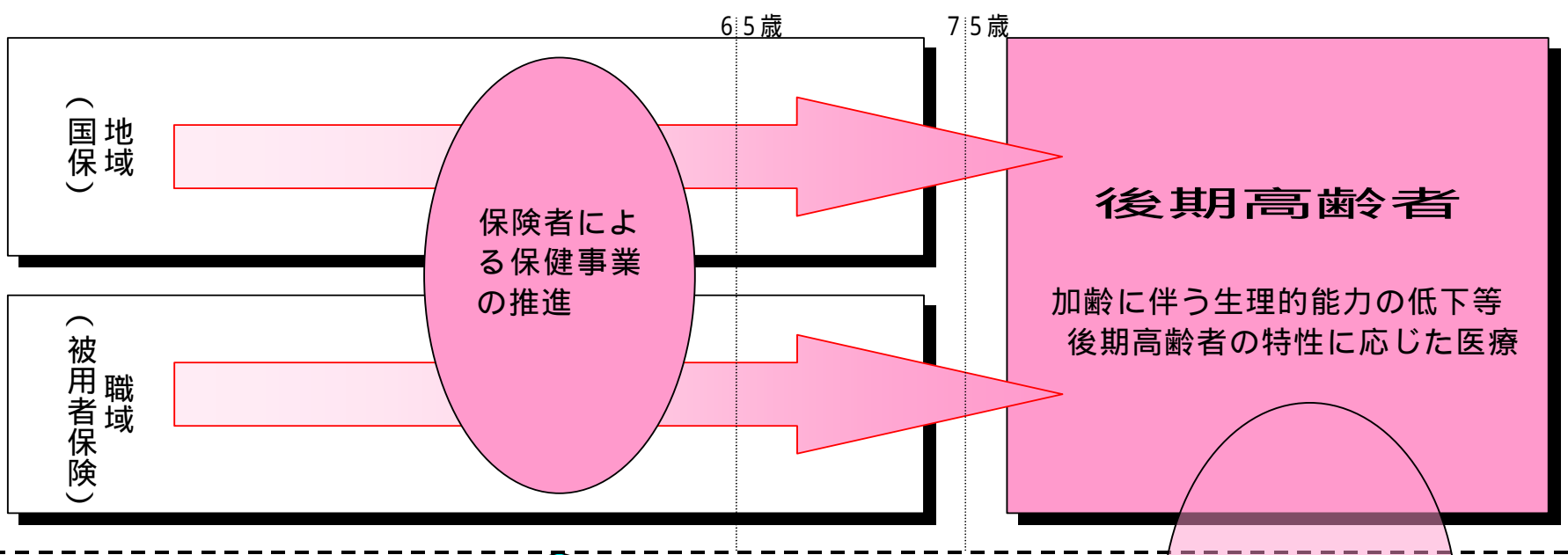


職域及び地域の「連帯」に基づき各保険者が成立し、個々の保険者の内部において「世代間の連帯」が行われる

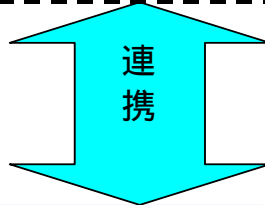
国民皆保険制度を堅持するため、「保険者の枠組みを超えた世代間の連帯」の仕組みを導入

「保険者の枠組みを超えた世代間の連帯」のさらなる明確化

# 若年期からの保健事業と高齢者医療



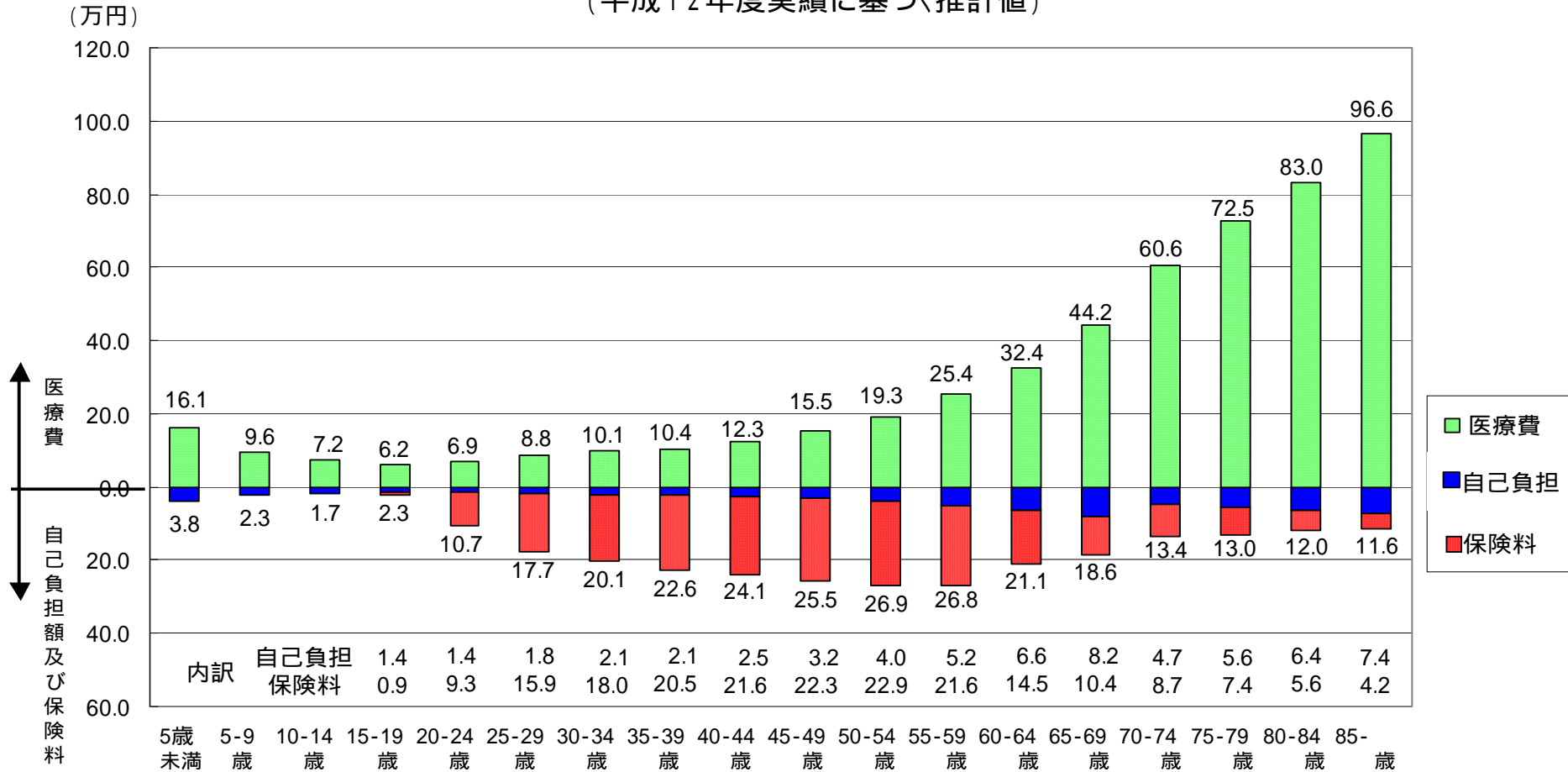
健康の維持・増進  
健康寿命の延伸



地域における保健事業

介護予防  
介護サービス

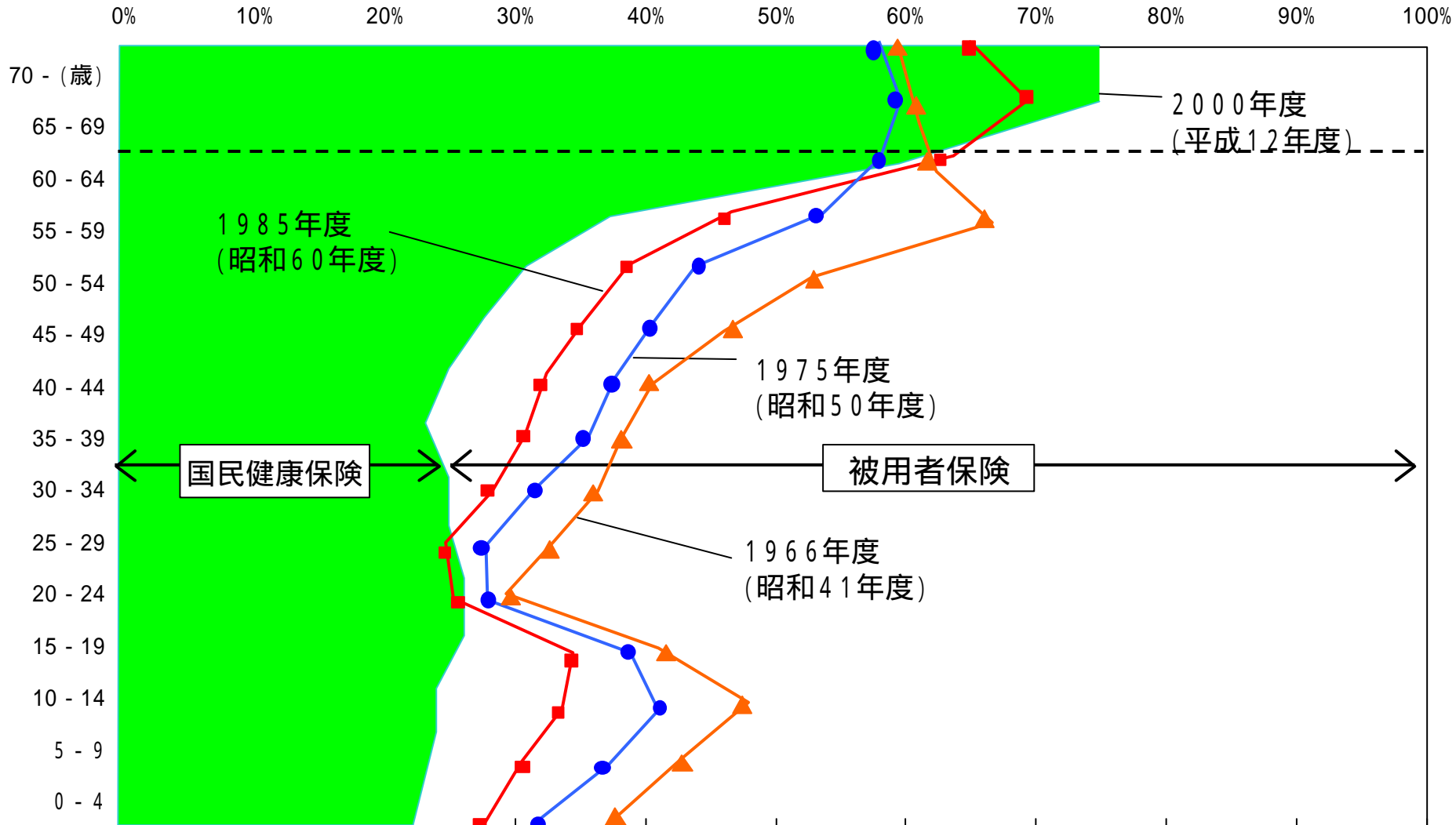
## 年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成12年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 加入者1人当たり医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。  
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。  
 3. 加入者1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。  
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

資料:「健康保険被保険者実態調査(厚生労働省保険局)」、「国民健康保険実態調査(厚生労働省保険局)」、「医療給付受給者状況調査(社会保険庁)」等を用いて推計。

# 年齢階級別医療保険制度加入状況の変化



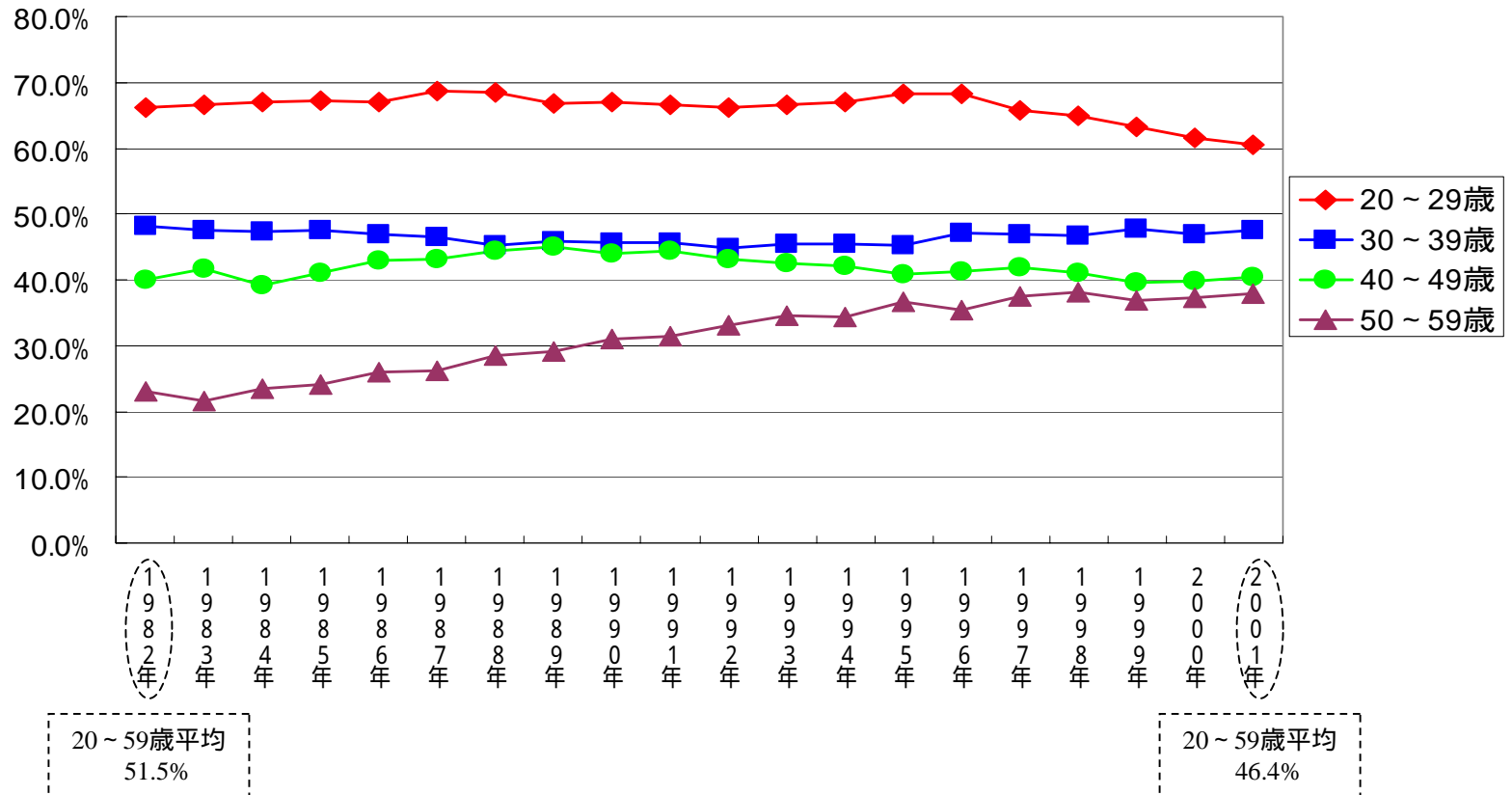
注1) 出典: 国民健康保険実態調査報告 (厚生労働省保険局)

注2) 被用者保険加入者は総人口から国保加入者を差し引いて算出

# 雇用の変化

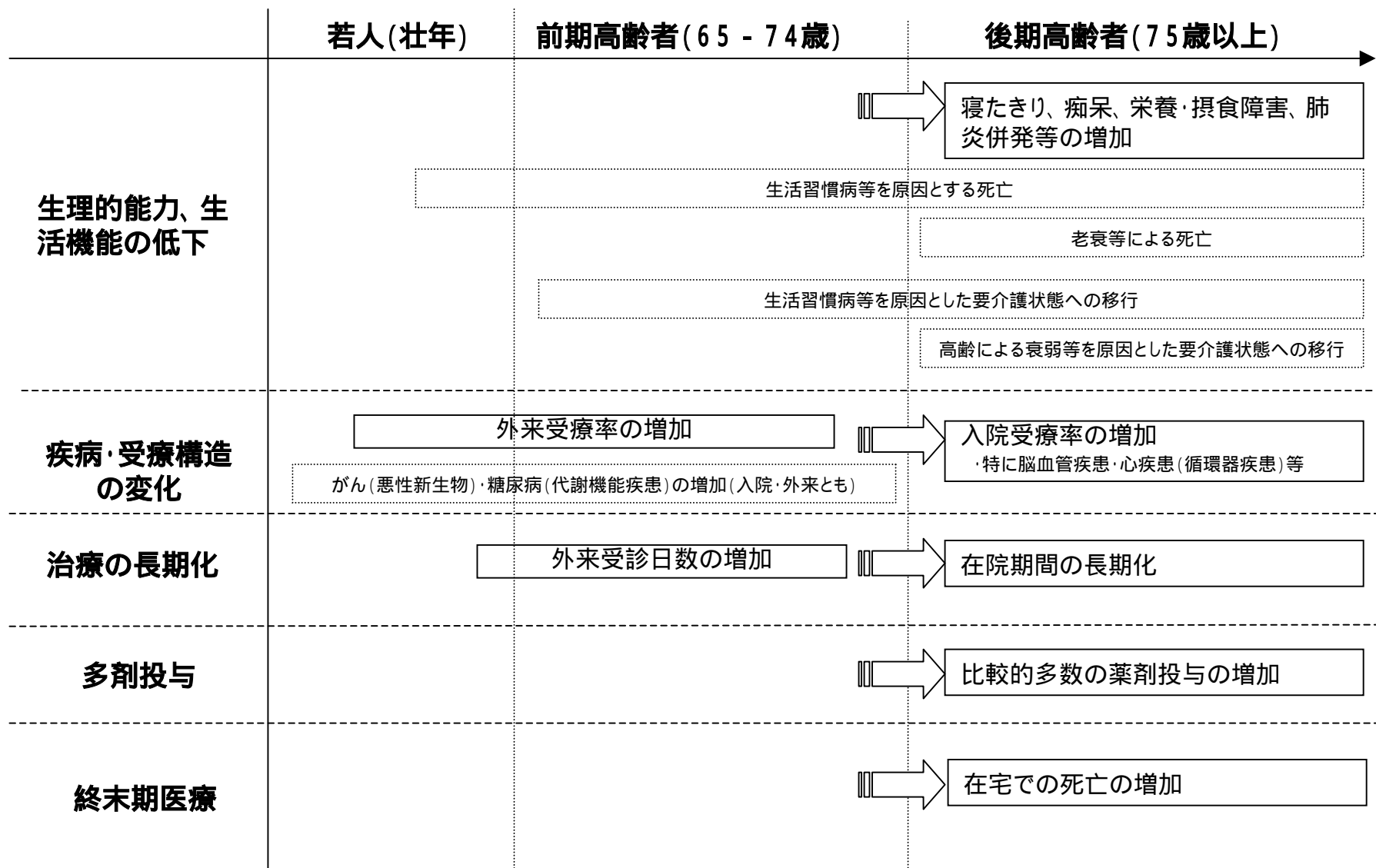
標準労働者（学校卒業後直ちに企業に就職し、同一企業に継続勤務しているとみなされる労働者）の割合の推移を、大卒男子を例としてみると、高齢者雇用の影響が考えられる50歳代を除きやや低下傾向にある。特に20歳代では1990年代半ば以降かなり低下しており、若年者ほど転職が増加していることがうかがえる。

年齢階級別大卒男性の標準労働者割合の推移



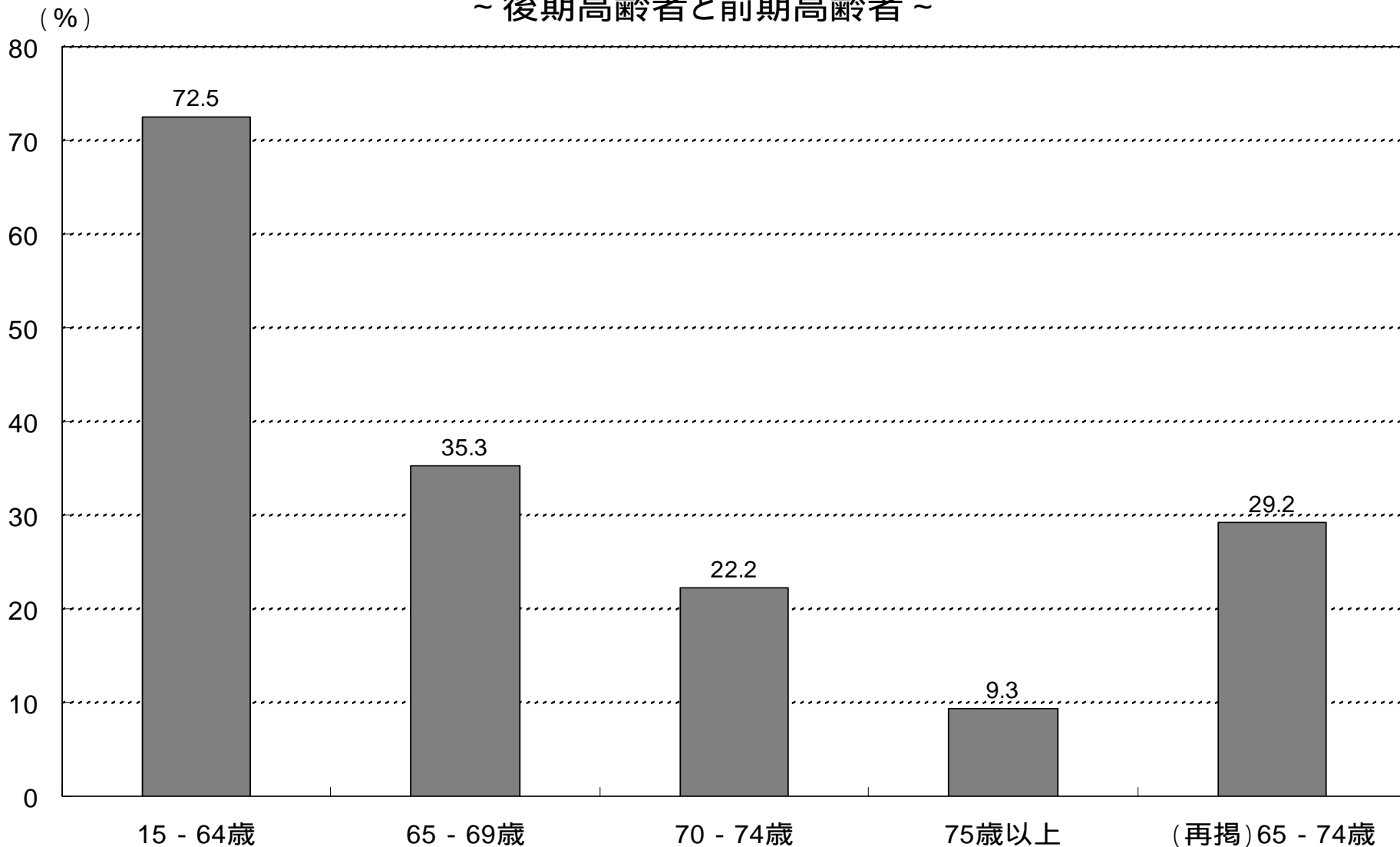
資料出所：平成14年度厚生労働白書（原調査：厚生労働省大臣官房統計情報部「賃金構造基本統計調査」）

# 高齢者の特性について(加齢に伴う諸指標の変化)



# 労働力人口比率

～ 後期高齢者と前期高齢者 ～



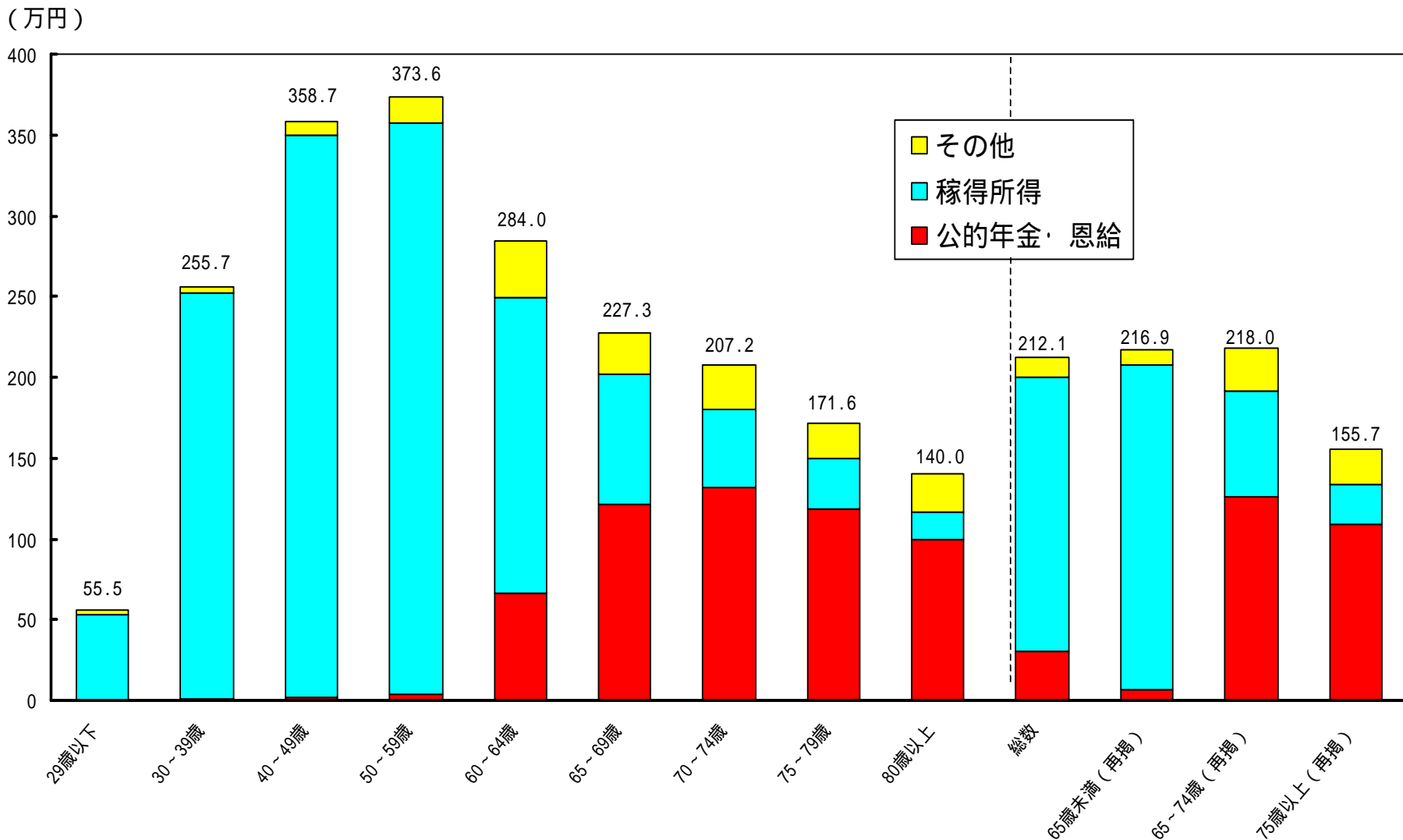
(注1) 労働力人口とは、15歳以上人口のうち、就業者と完全失業者を合わせたもの。

(注2) 労働力人口比率とは、15歳以上人口に占める労働力人口の割合。

(資料) 総務省「労働力調査」平成15年平均



# 世帯員の年齢・所得の種類別に見た個人が得ている所得金額(平成12年の所得)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年 国民生活基礎調査」(大規模調査年)の個票データにより、厚生労働省保険局調査課において集計

(注) 所得の定義は同調査における所得の種類を基に以下のように定義した。

稼得所得 = 雇用者所得 + 事業所得 + 農耕・畜産所得 + 家内労働所得

その他 = 家賃・地代の所得 + 利子・配当金 + 公的年金・恩給以外の社会保障給付金 + 仕送り + 個人年金 + その他の所得

# 公的年金額の比較

		昭和58年度	平成13年度	増減率
厚生年金保険(老齢年金)	年金額(円)	1,359,552	2,098,068	154.32%
	年金月額(円)	113,296	174,839	154.32%
	受給者数(人)	2,709,622	8,950,857	330.34%
	平均被保険者期間	289ヶ月	394ヶ月	136.33%
国民年金(老齢年金)	年金額(円)	310,572	620,208	199.70%
	年金月額(円)	25,881	51,684	199.70%
	受給者数(人)	6,202,685	16,930,232	272.95%
	平均被保険者期間	-	346ヶ月	-
老齢福祉年金	年金額(円)	301,200	412,000	136.78%
	年金月額(円)	25,100	34,333	136.78%
	受給者数(人)	2,350,700	107,336	95.43%

平成13年度の厚生年金保険は、旧法厚生年金保険及び新法厚生年金保険の合算数

平成13年度の国民年金は、旧拠出制及び新法基礎年金の合算数

年金月額は、1人当たり平均年金月額(年金額は×12ヶ月)

数値は、各年度末現在

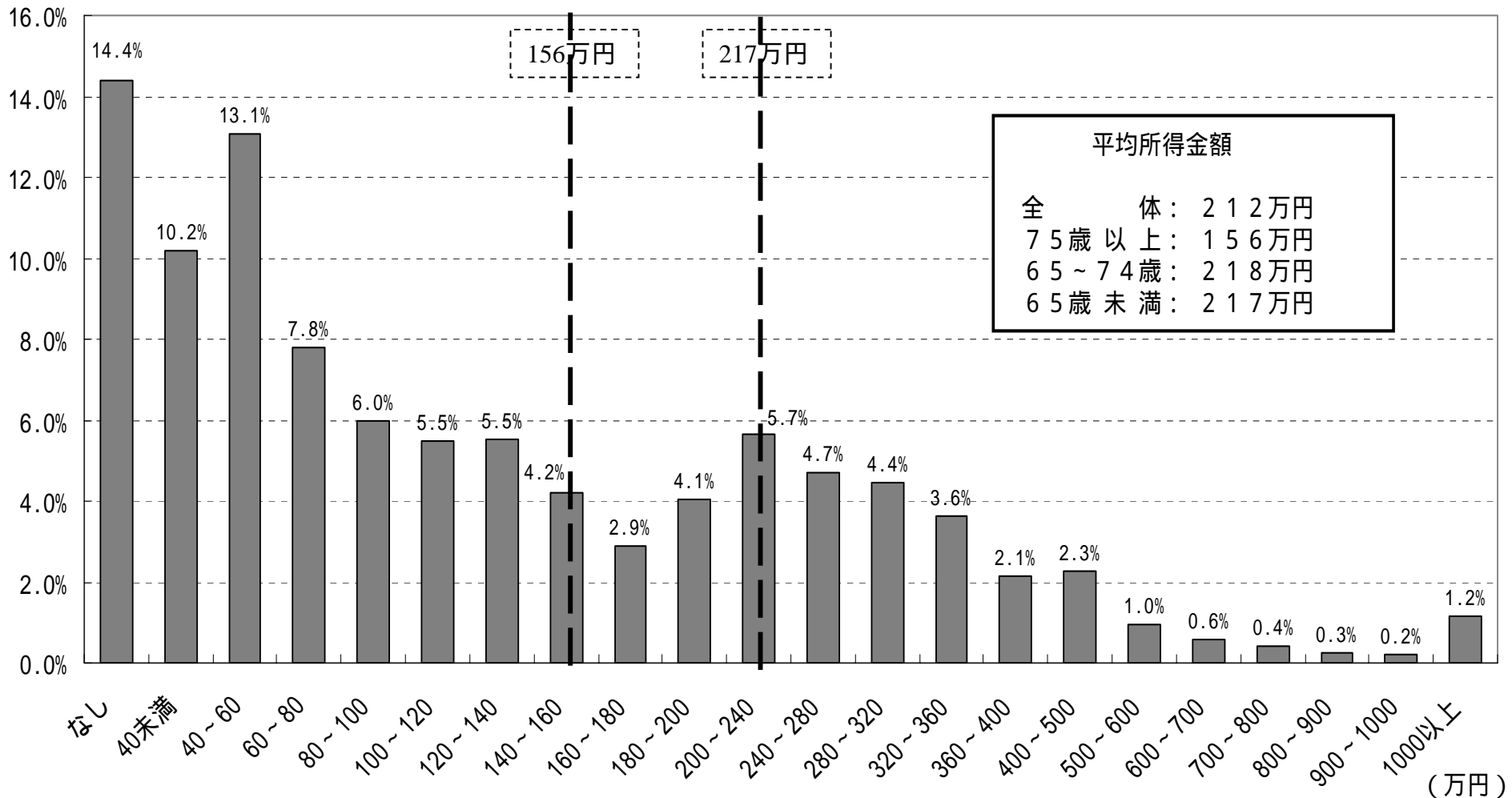
厚生年金保険の平均被保険者期間は、当該年度の新規裁定者にかかる期間

平成13年度の厚生年金保険の平均被保険者期間は、新法厚生年金保険にかかる期間

昭和63年度の国民年金の平均被保険者期間は、294ヶ月(新法)

資料出所：社会保険庁事業年報(昭和58年度版・平成13年度版)

## 個人の所得分布：75歳以上（平成12年の所得）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年 国民生活基礎調査」（大規模調査年）の個票データにより、厚生労働省保険局調査課において集計  
 注1）国民生活基礎調査による所得であり、雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、家内労働所得、公的年金・恩給、家賃・地代の収入、利子所得等のほか、仕送りなどを含む実質的な収入額である。  
 2）「所得なし」には、所得額の記入のない者を含む。

# 国民健康保険料の賦課・徴収について

## 1. 保険料

国民健康保険の保険料は、所得等被保険者の負担能力に応じた負担となる応能部分と、被保険者1人当たりの一定額等となる応益部分によって構成されている。応能部分と応益部分の構成比率の標準は政令で定められているが(下表参照)、各方式の選択、構成比率については、市町村が実情に応じて運用することとしている。

また、低所得者については、応益部分の保険料を軽減する仕組みが取られている。

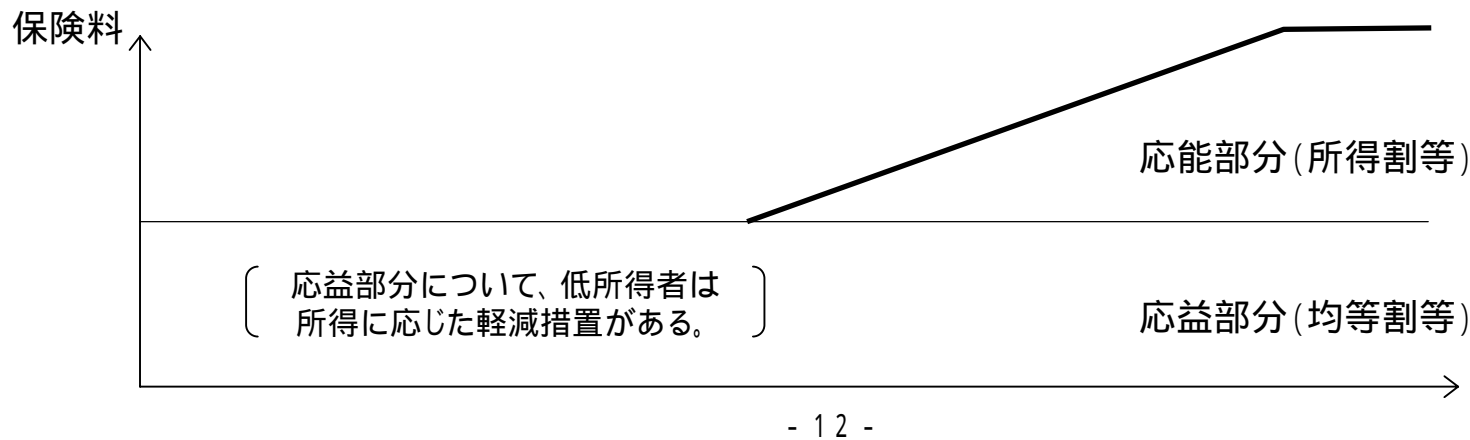
軽減率は、各市町村の応益割合(保険料収入に占める応益保険料の割合)により異なる。

## 2. 徴収

世帯主から保険料を個別に徴収(普通徴収)する。

平成14年度の収納率: 90.39%

標準割合		4方式	3方式	2方式
応能部分	所得割総額	100分の40	100分の50	100分の50
	資産割総額	100分の10		
応益部分	均等割総額	100分の35	100分の35	100分の50
	平等割総額	100分の15	100分の15	



# 高齢者の介護保険料の賦課・徴収について

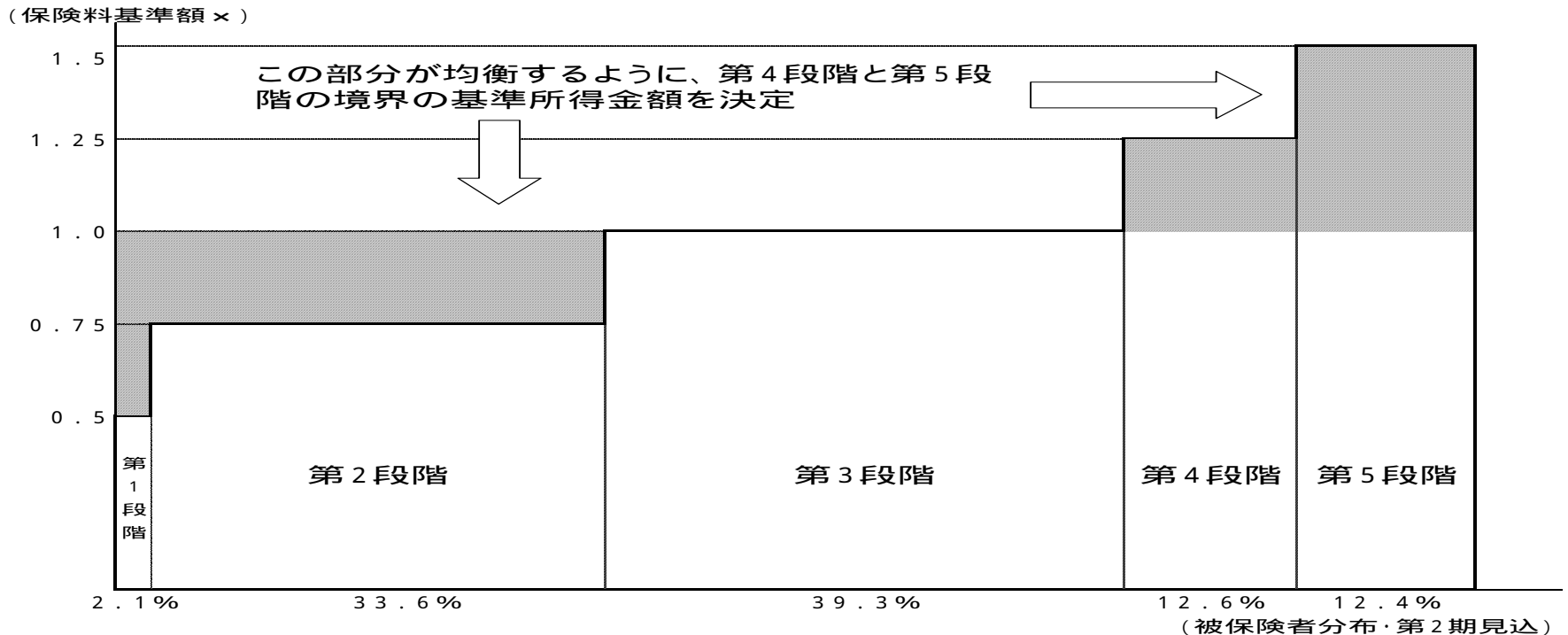
## 1. 保険料

介護保険の第1号被保険者(65歳以上)の保険料は、所得段階別の定額保険料の仕組みとなっており、各市町村ごとに5段階または6段階の設定となっている。

## 2. 徴収

年金額が一定以上の者は年金から特別徴収され(全体の8割程度)、それ以外の者は(全体の2割程度)市町村が個別に徴収(普通徴収)する。

平成14年度の収納率(普通徴収): 91.9%



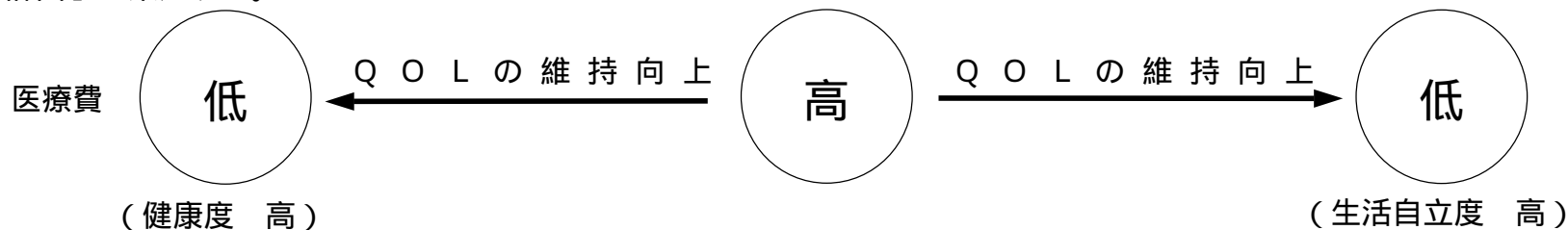
第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の保険料については、医療保険の保険料と一括徴収される。

# 地域における取組み

## 基本方針(抄)

保険者・医療機関・地方公共団が協議する場を設け、医療の地域特性の調査・分析・評価を行うとともに、医療計画、介護保険事業支援計画及び健康増進計画との整合性を図りつつ、医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定する。

地域住民の生活の質（QOL）の維持向上を基本として、国民を健康に保ち、病気を予防することと、質の高い効率的な医療を提供することと、医療と介護の適切な役割分担をすることの三者の整合性を確保し、医療費の伸びを適正なものとするため、都道府県が保険者・医療機関等との協議を踏まえ、「医療費の適正化に向けて取り組むための計画」を策定する。



### 地域における取組み

#### 健康増進計画

健康づくり  
(生活習慣病の発症・重症化の積極的予防)

#### 医療計画

効率的な医療  
提供体制の整備

#### 介護保険事業支援計画

高齢者の自立を  
尊重した介護の充実

医療と介護の適切な役割分担

保健事業の実施

都道府県

連携

保険者

連携

医療機関

連携

# 医療と介護の関係



# いわゆる「社会的入院」に対する対応

## 1. 医療機関における病床等の機能分化の促進

### 〔医療法における取組み〕

第2次医療法改正（平成5年）において、人員配置、構造設備等において、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためにふさわしい療養環境を有する一群の病床を療養型病床として許可（療養型病床群の制度化）

### 〔診療報酬における取組み〕

患者の心身の特性に相応しい良質で効率的な提供に向けて、医療機関の機能分担と連携の促進、長期入院の是正、在宅医療の推進を図るため、累次の診療報酬改定において対応

- 1) 一般病棟に中長期（3か月超・6か月超）入院する患者の入院料の見直し
- 2) 老人病棟・療養病棟における包括評価の徹底
- 3) 在宅高齢者に対する継続的医学管理の推進、訪問看護の充実・強化

## 2 . 介護保険制度の創設

老人医療・老人福祉に含まれていた高齢者の介護に関する制度を再編成して介護保険制度を創設したことを契機に社会的入院の解消を目指す

都道府県介護保険事業支援計画に基づきサービスを拡充

《サービス利用者》（平成12年4月）（平成16年1月）

・ 居宅サービス	97万人	221万人
・ 施設サービス	52万人	73万人
うち介護老人福祉施設	25万人	34万人
介護老人保健施設	19万人	26万人
介護療養医療施設	7万人	13万人

## 3 . 第4次医療法改正による一般病床・療養病床の区分

従来の「その他病床」（精神病床、結核病床及び感染症病床以外の病床）を主として慢性期を対象とする「療養病床」とそれ以外の「一般病床」に区分し、医療機関に届出を義務づけ（平成15年8月末が期限）

## 4 . 診療報酬における長期入院患者選定療養費制度の導入

入院期間が180日超の入院（別に定める状態にある患者を除く。）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用の一部を患者から徴収（特定療養費として入院基本料等の基本点数の85%を給付）

# (参考)

## 1. 介護保険創設時の医療保険への影響の見込み

- (1) 介護保険制度創設時、平成12年度において約2兆1千億円(当初予算ベース)が介護保険に移行すると見込んでいたが、「介護保険給付の状況」(国民健康保険中央会)に基づき一定の前提の下で試算すると、平成12年度における移行分は約1兆7千億円と推計される。
- (2) 介護保険適用後の療養病床について

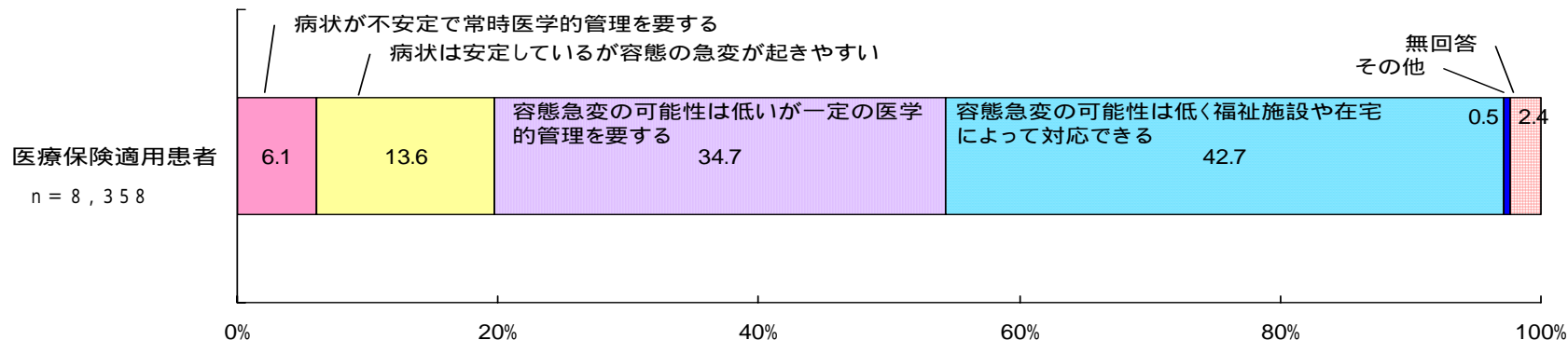
介護保険事業支援計画(第1期)における平成15年度の療養型病床群入院患者数(見込み)(a)	平成15年9月現在の介護保険適用の療養病床数(b)	平成15年9月現在の療養病床数(介護保険適用と医療保険適用の合計)(c)
195,000床	136,179床 (b/a = 69.8%)	371,255床 (b/c = 36.7%)

### (参考) 医療保険適用の療養病床と介護保険適用の療養病床

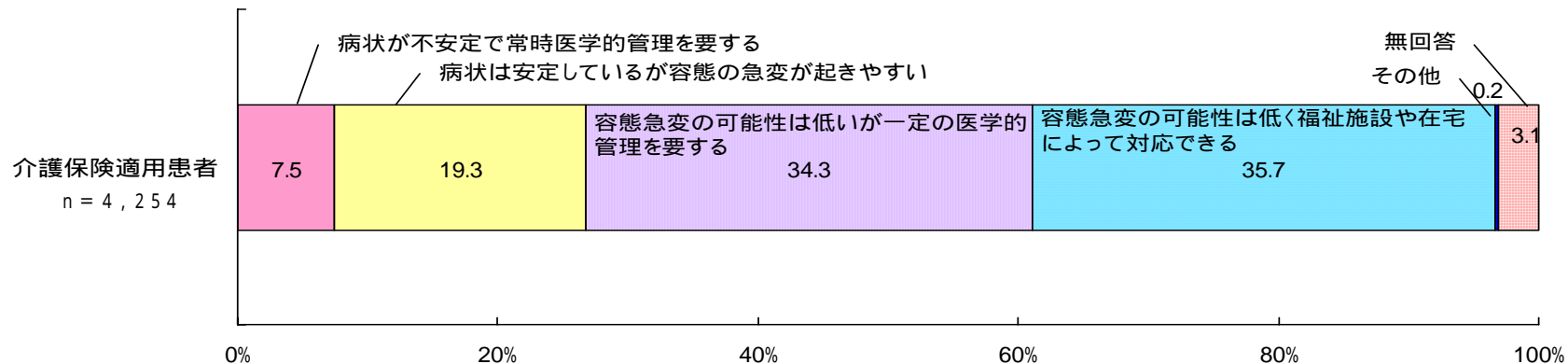
医療保険適用の療養病床	介護保険適用の療養病床
長期にわたり療養を必要とする患者のうち比較的医療密度の高い医学的管理を必要とする者が対象 (例) ・脳血管疾患等の発症後3か月以内で回復期リハビリを要する者 ・脊椎損傷、神経難病等により人工呼吸器管理を要する者 等	要介護者であって医学的管理を伴う長期療養の必要な者が対象 (例) ・糖尿病と痴呆の合併した者 ・経管栄養を要する独居者 等
要介護度による評価なし (日常生活障害の有無、痴呆の有無を基本とした日常生活における介助の必要度に応じた評価を導入)	要介護度別の報酬

## 2. 介護保険導入後の平成13年の調査

医療保険の療養病床に入院している患者のうち、「容態急変の可能性は低く福祉施設や在宅によって対応できる」者が約43%



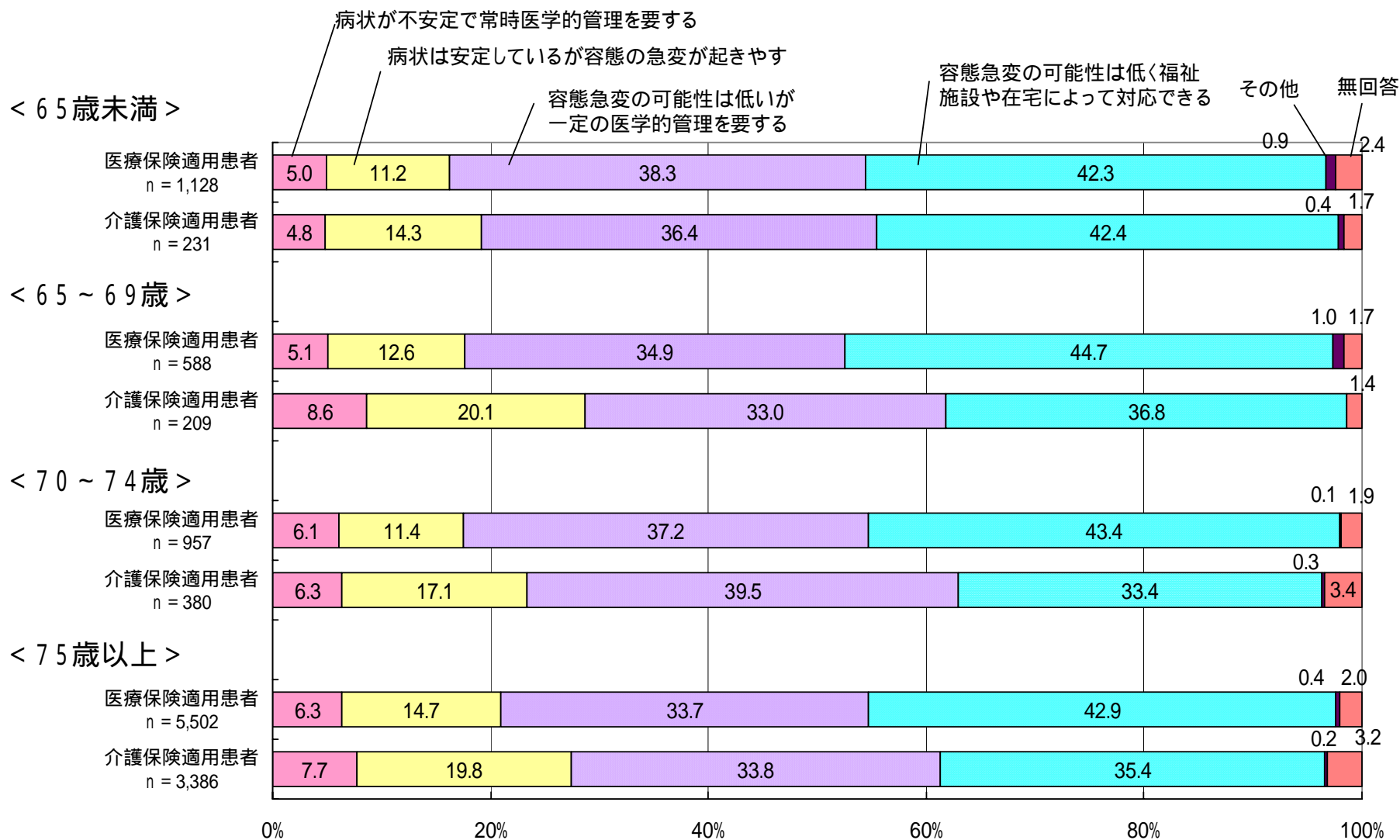
介護保険の療養病床に入院している患者のうち、「容態急変の可能性は低く福祉施設や在宅によって対応できる」者が約36%



出典：平成13年「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」(医療経済研究機構)

注：全国の療養型病床群を有する病院のうち1/2(1,601施設)を対象に調査。有効回答率は15.8%(253施設)

# [ 年齢階級別 ]



出典：平成13年「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」(医療経済研究機構)

注：全国の療養型病床群を有する病院のうち1 / 2 (1,601施設)を対象に調査。有効回答率は15.8% (253施設)

# 老人医療費と介護サービス費の地域特性

(1) 1人当たりの老人医療費と介護サービス費は、ともに都道府県間でばらつきがみられる。

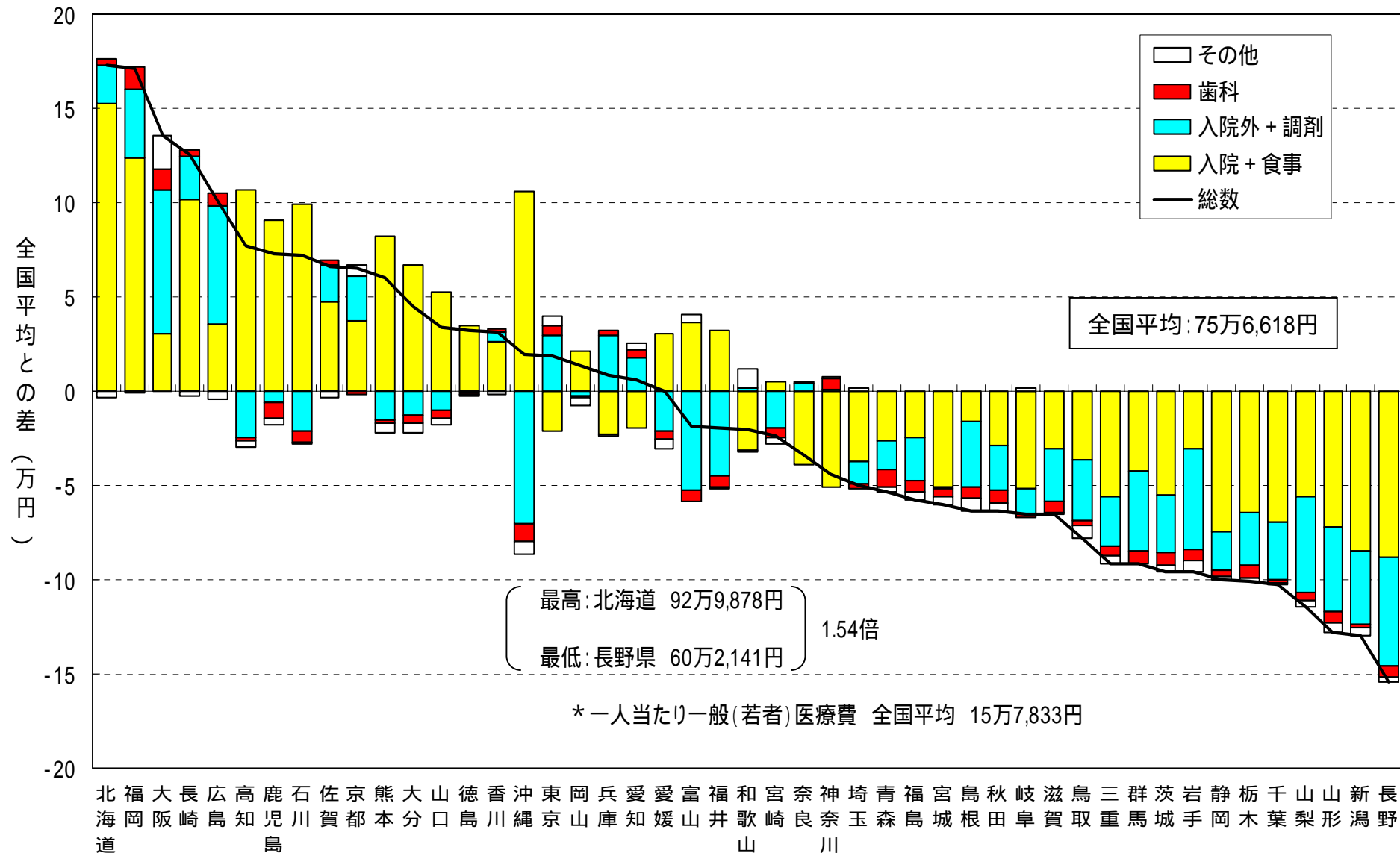
(最大 / 最小比は、老人医療が約1.5倍、介護サービス約1.7倍)

(2) 1人当たりの老人医療費の伸び率と介護サービス費用の伸び率の関係を都道府県別にみても、ほとんど相関していない。

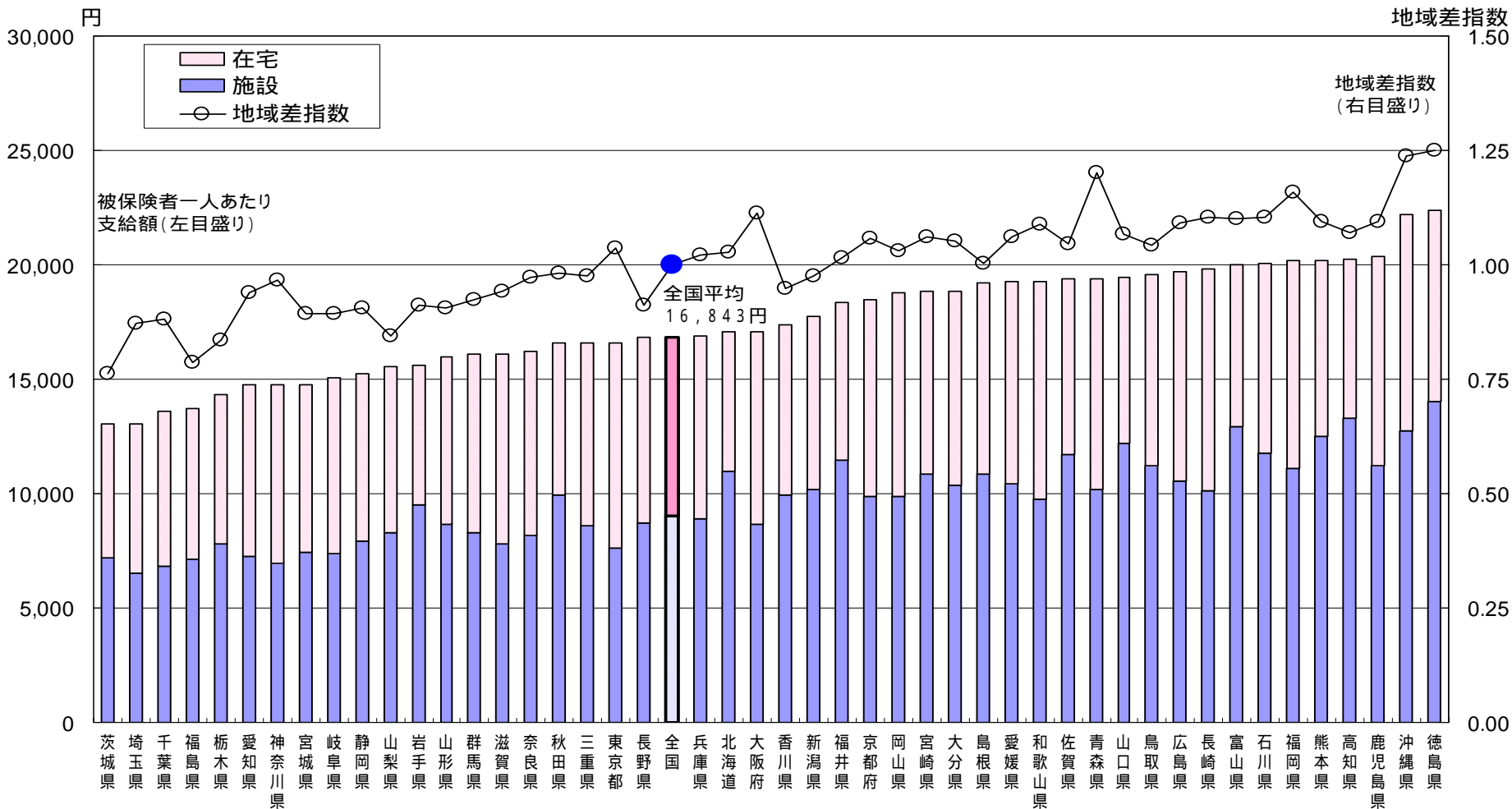
(3) 都道府県別にみると療養病床(人口10万人対)数自体のばらつきに加え、医療型・介護型の比率のバラツキが生じている。

# 1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

～平成13年度～



# 第1号被保険者1人あたり支給額と地域差指数の都道府県別比較

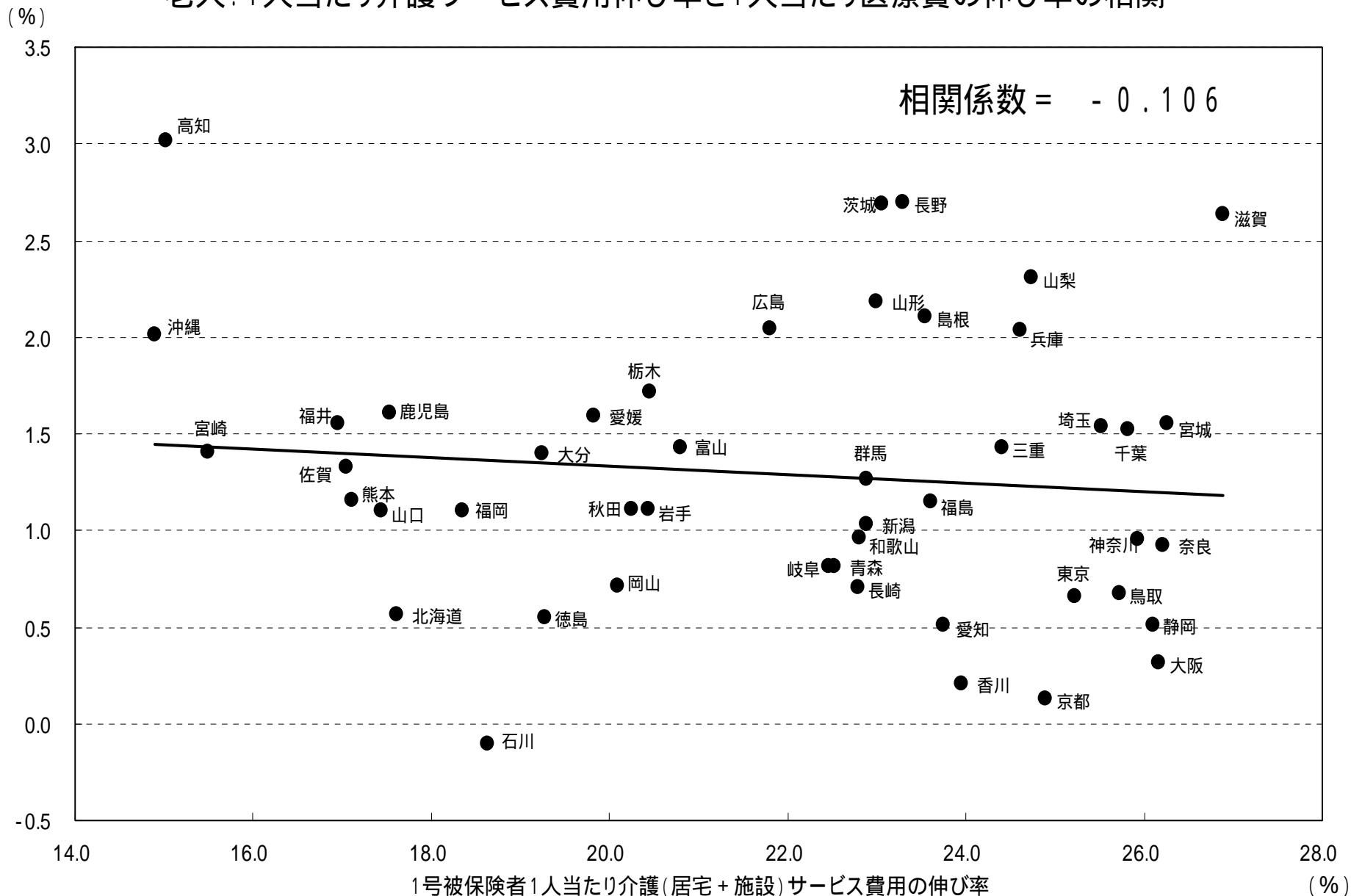


資料:厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告(2003年11月サービス分)」、総務省統計局「平成15年10月1日現在推計人口」、厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査(平成16年1月審査分)」より算出

注:地域差指数は都道府県の人口構成の違いを除去した場合の地域差をみるためのものであり、具体的には次式により算出した。  
 地域差指数 = 実績給付費 / (全国の性別年齢階級別被保険者一人あたり支給額 × 当該都道府県の性別年齢階級別被保険者数の和)

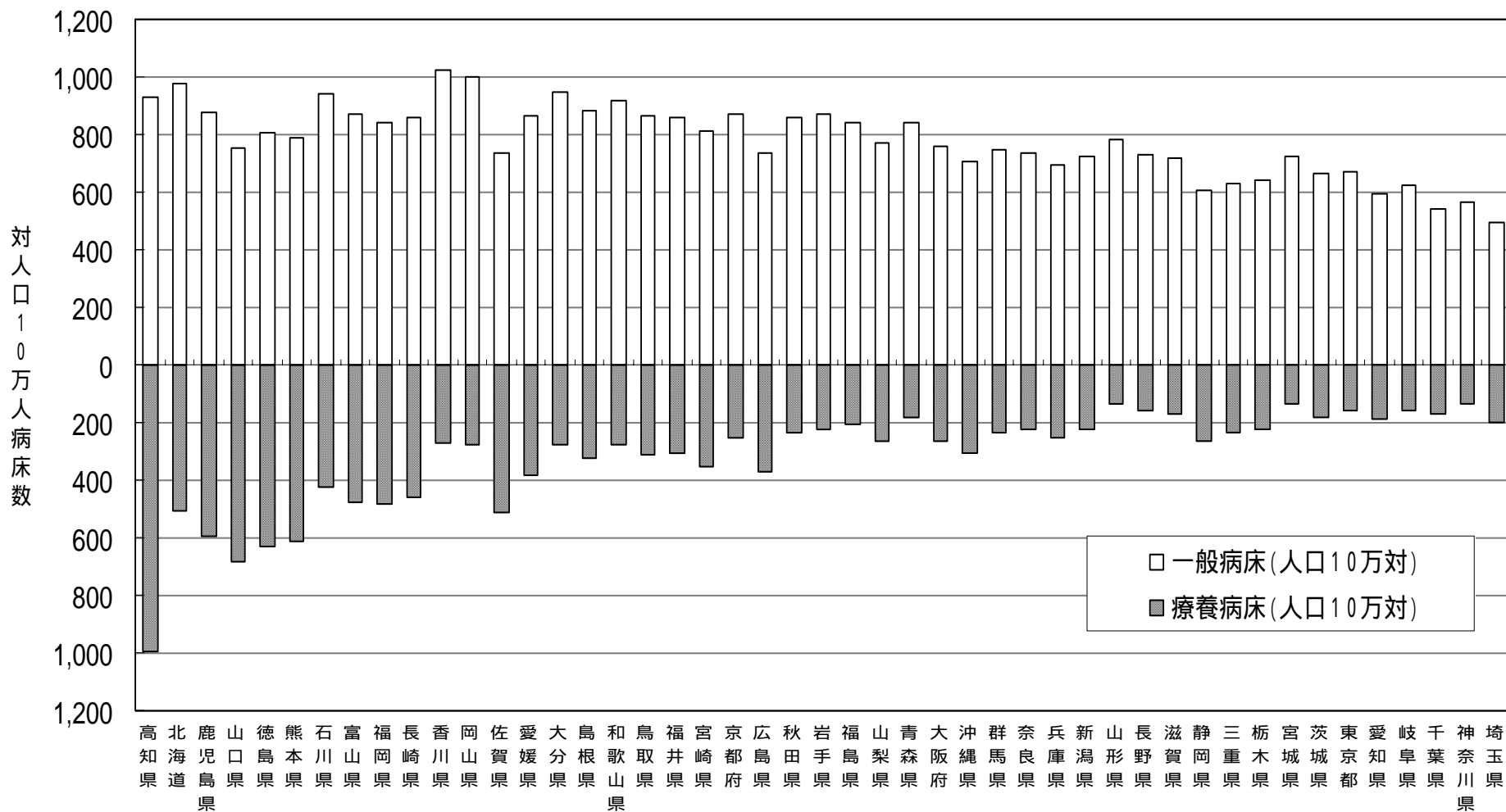


# 老人：1人当たり介護サービス費用伸び率と1人当たり医療費の伸び率の相関



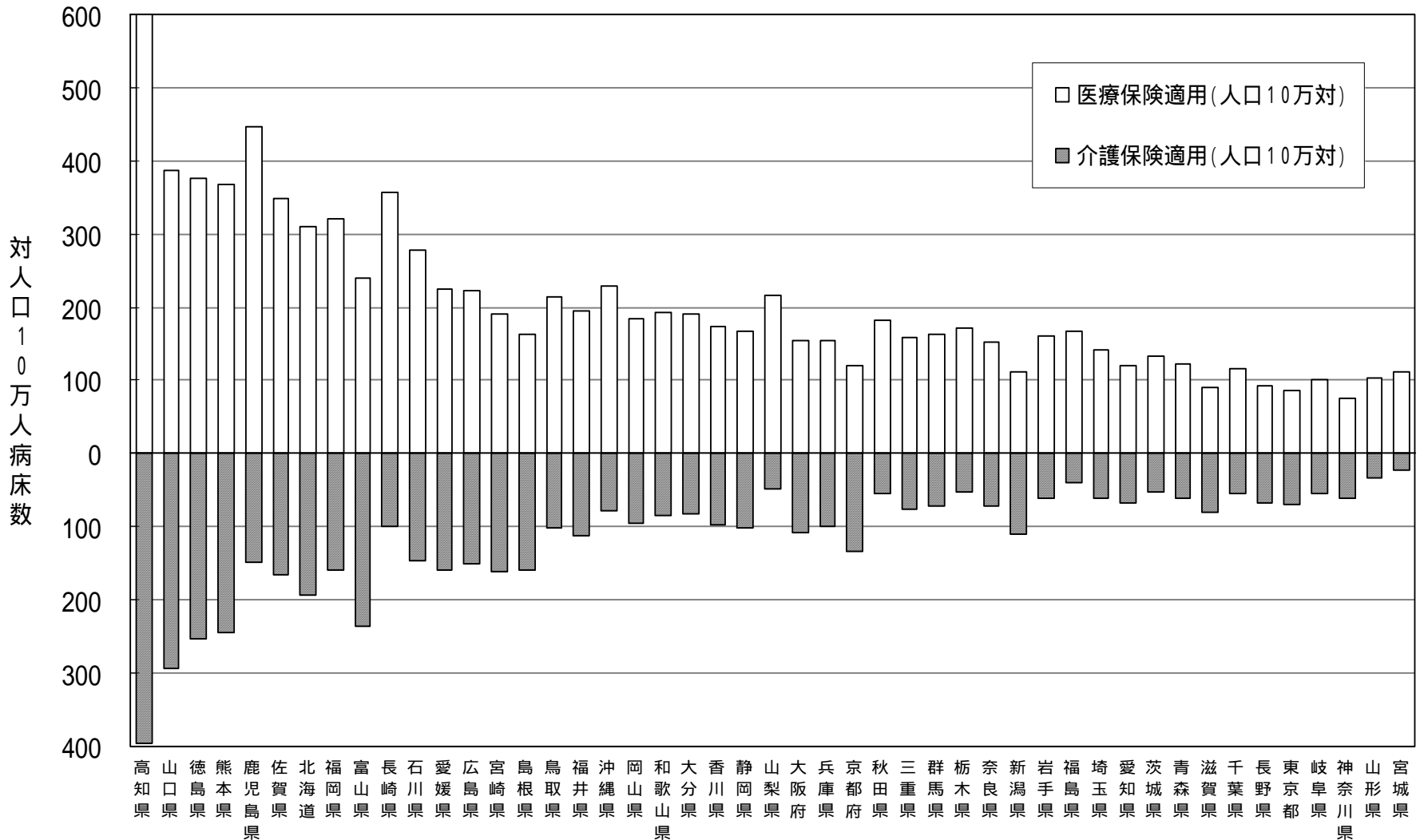
資料出所：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」(平成12年、13年)、厚生労働省保険局「老人医療事業月報」(平成12年4月～14年3月)

# 都道府県別届出病床数(対人口10万人)



注1) 出典:「平成15年10月1日現在推計人口」(総務省)、「療養病床及び一般病床の届出状況(平成15年9月1日現在)」(医政局調べ)

# 都道府県別 医療保険適用・介護保険適用 の療養病床数(対人口10万人)



注1) 出典:「療養病床及び一般病床の届出状況(平成15年9月1日現在)」(医政局調べ)、「指定介護療養型医療施設の経過措置の状況について」(老健局調べ)、「我が国の推計人口」(総務省)

注2) 医療保険適用病床数については療養病床数から介護保険適用病床数を差し引いて算出。

# 医療提供の機能分化・連携の促進

## 医療提供の機能分化と連携の促進

医 療 法 等		診 療 報 酬	
S 61 . 8	医療計画制度の導入（第 1 次医療法改正） 医療資源の効率的活用と医療関係施設相互の機能分化を図るため、医療圏や必要病床数などを定める		
S 63 . 4	老人保健施設の創設	H 2 . 8	老人医療における介護力を強化した病棟の包括評価の新設（いわゆる介護力強化病院の評価） 看護、検査、投薬、注射を包括した特例許可老人病院入院医療管理料の新設 末期医療の評価 末期の悪性腫瘍患者に係る緩和ケア病棟入院料の新設
H 4 . 1	訪問看護制度の創設	H 4 . 4	訪問看護療養費の創設 訪問看護ステーションからの訪問看護について療養費を支給（病院等からの訪問看護については、老人に対しては昭和 5 8 年、老人以外に対しては昭和 6 3 年から診療報酬上評価）
H 5 . 4	療養型病床群の制度化（第 2 次医療法改正） 人員配置、構造設備等において、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためにふさわしい療養環境を有する一群の病床を療養型病床として許可するもの 特定機能病院制度の創設（第 2 次医療法改正） 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価並びに高度の医療に関する研修を実施する能力を備え、これにふさわしい人員配置、構造設備等を有する病院について特定機能病院の名称を承認するもの	H 5 . 4	特定機能病院の評価 特定機能病院における紹介患者の初診の評価及び検体検査の請求方法の簡素化

H 10 . 4	<p>地域医療支援病院制度の創設（第3次医療法改正）          紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、これにふさわしい構造設備等を有する病院について、都道府知事が地域医療支援病院の名称を承認するもの          医療計画制度の充実（第3次医療法改正）          2次医療圏ごとに、地域医療支援病院の整備の目標等、医療施設間の機能連携、救急医療の確保等に関する具体的な方策等の記載を義務化</p>	H 6 . 4	<p>訪問診療等のかかりつけ医機能、医療機関の有機的連携及び施設・設備の共同利用の評価により、プライマリケア機能を評価          在宅患者に対する継続的医学管理の評価、診療情報提供機能、開放型病院、訪問診療等の評価の充実等</p>
H 12 . 4	<p>介護保険法施行</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・老健施設の介護への移行</li> <li>・要介護者等についての給付調整</li> </ul>	H 10 . 4	<p>地域医療支援病院の評価          地域医療支援病院における紹介患者の初診の評価</p>
H 12 . 4		H 12 . 4	<p>医療機関の機能に応じた入院基本料の新設          医療機関の機能に応じ、病棟等の類型別に10種類の入院基本料を設定。一般病棟等について、さらに機能を区分し、群、群の類型を設定。同一類型の入院基本料は、看護配置基準、平均在院日数等により区分。          急性期入院医療の評価          急性期病院加算、急性期特定病院加算の新設          回復期リハビリテーションの評価          回復期リハビリテーション病棟入院料の新設          病院外来機能とかかりつけ機能の明確化          一般病院・大病院から診療所へ患者紹介を行った場合の加算を新設。また、200床以上の病院における再診について、簡易な検査等を包括した外来診療料を新設</p>

H13.3	<p>「一般病床」と「療養病床」の区分（第4次医療法改正）  「その他病床」（精神病床、結核病床及び感染症病床以外の病床）を主として慢性期を対象とする「療養病床」とそれ以外の「一般病床」に区分し、医療機関に届出を義務づけ</p>	H14.4	<p>急性期入院医療の評価における平均在院日数要件の短縮  一般病棟入院基本料 群1, 2、急性期入院加算、急性期特定入院加算における平均在院日数の要件について、それぞれ一定日数短縮化  180日超入院の特定療養費化（H16.4から全面施行）</p>
H15.8	<p>病床区分の届出締切り</p>	H15.4  H16.4	<p>特定機能病院に診断群分類別包括評価（DPC）を導入</p> <p>亜急性期入院医療の評価  亜急性期（急性期から慢性期への移行途上の状態、慢性疾患の増悪など一時的に医療必要度の高まる状態）の医療を評価する  亜急性期入院医療管理料を新設  集中的な治療病室の評価  ハイケアユニット医療（一般病棟よりも手厚い体制の治療室で行う重症度の高い患者に対する集中的治療）を評価</p>

DPC（診断群分類別包括評価）導入病院（82病院）における導入前後の変化

	H14年	H15年
平均在院日数	22.4日	19.3日
（最長	29.1日	24.1日
最短	15.8日	15.0日

# 医療計画の概要

## 1. 策定の目的

地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設間の機能連係等の確保を図ることを目的としている。

## 2. 計画の記載事項

医療圏の設定及び基準病床数に関する事項、地域医療支援病院の整備の目標等に関する事項、医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連係等に関する事項等を定めることとされている。

### 【具体的な記載内容】

- ・医療圏(医療計画の単位となる区域)の設定
- ・基準病床数の算定
- ・地域医療支援病院の整備の目標、機能を考慮した医療提供施設の整備の目標
- ・設備、器械・器具の共同利用等、医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連係
- ・休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項
- ・へき地医療の確保が必要な場合には、当該医療の確保に関する事項
- ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の確保に関する事項
- ・その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

## 3. 策定の手続

都道府県は、医療計画を策定・変更する際に、あらかじめ都道府県医療審議会等の意見を聴かなければならないこととされている。

### 【都道府県医療審議会】

- ・都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議すること等を目的として医療法に基づき設置される機関
- ・医療法施行令に基づき、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者、学識経験者の三者で構成

そのほか、都道府県によっては、医療審議会とは別に、医療計画を作成するに当たって関係行政機関、医療関係団体等と協議する場を設けている場合がある。

## 4. その他

都道府県は、医療計画について少なくとも5年ごとに再検討を加えることとされている。



# 病床の機能分化のイメージ

現行

将来

その他病床

一般病床

一般病床 急性期医療

例 肺炎の治療、骨折の治療、脳梗塞の治療、悪性腫瘍の手術等

例 糖尿病の治療、在宅医療の後方支援等

療養型病床群

療養病床

在宅・老健等

急性期医療の例  
救命救急センター、集中治療、周産期医療等

急性期から長期療養にわたる例  
難病医療、緩和ケア、脳卒中等のリハビリテーション等

特定の機能を担う病棟、在宅療養等

急性期医療

例 肺炎の治療、骨折の治療、脳梗塞の治療、悪性腫瘍の手術等

例 糖尿病の治療、在宅医療の後方支援等

療養病床

在宅・老健等

急性期医療の例  
救命救急センター、集中治療、周産期医療等

急性期から長期療養にわたる例  
難病医療、緩和ケア、脳卒中等のリハビリテーション等

特定の機能を担う病棟、在宅療養等

長期療養 在宅療養

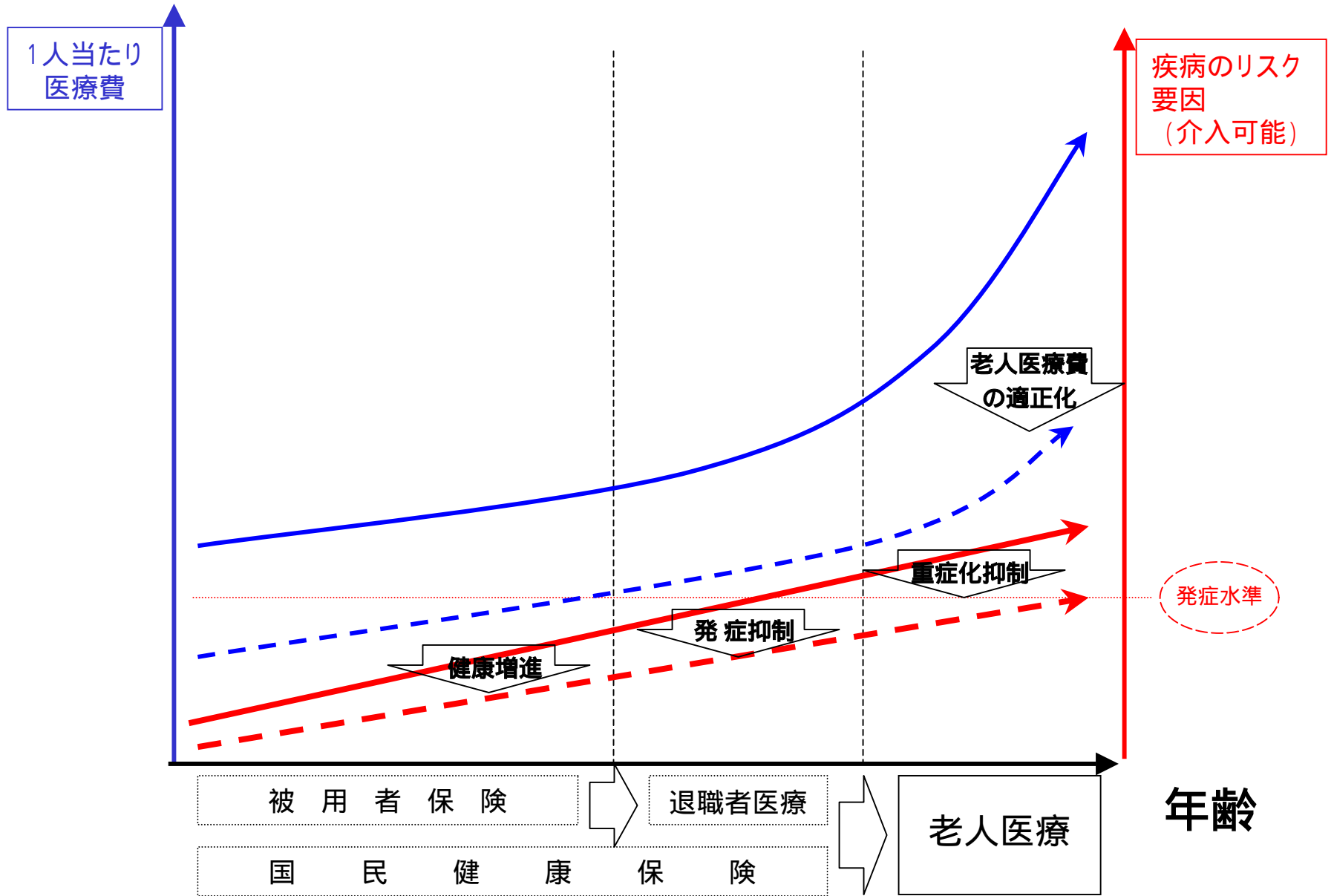
長期療養 在宅療養

上記では、一般病床、療養病床以外の病床(精神病床、感染症病床、結核病床)については、簡略化するため省略している。

資料出所：厚生労働省「医療提供体制の改革のビジョンー「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめー」（平成15年8月）

# 保険者による保健事業の推進

# 若齢期からの健康増進を通じた老人医療費の適正化(イメージ)



# 市町村保健活動と医療費の関係

## 1. 調査の概要

昭和58年、昭和63年、平成5年の3時点で全国3204市町村を対象として、保健センターの設置の有無、設置時期、活動内容などに着目して、保健事業と医療費との関係を調査分析

## 2. 分析結果の概要

### (1) 保健センターを設置している市町村の状況（保健センターを設置していない市町村との比較）

#### 1人当たり老人医療費が低い

- ・医療費の差を説明する要因としては、健康診査受診率や保健婦数がある程度の関連を持つことが確認されたが、個別にはこうした要因以外にも様々な要因が影響しているものと考えられる。

#### とりわけ設置時期の古い所ほど1人当たり老人医療費が低い

- ・このことから保健センターが設置された場合の効果は長期的に考える必要があることが示唆される。

#### 1人当たり老人医療費の増加率が低い

### (2) 保健センターの規模や機能と医療費との関連

#### 規模がある程度まで大きいほど1人当たり老人医療費が低い

#### 多方面にわたって機能している市町村ほど1人当たり老人医療費が低い

#### ケア・コーディネーション機能や高齢者の総合相談窓口機能を果たしている所で1人当たり老人医療費が低い

# 保険者による効果的な保健事業に向けた取組について

## 1. 従来の健康診査の実施等に関する問題点

### (1) 健康診査の実施等に関する指針(案)(抜粋)

制度間で健康診査における検査項目、検査方法等が異なる場合や検査を実施する者によって検査結果が異なる場合がある健康診査の結果が受診者に対する栄養指導その他の保健指導及び健康の自己管理に必ずしもつながっていない健康診査の結果等が各健康増進事業実施者間で継続されず、有効に活用されていない

### (2) 現行の保険者による保健事業の問題点

現行の保険者による保健事業には、(1)のほか、以下のような問題点があるのではないかと。  
被用者保険、国保、老人保健法による保健事業の実施者たる市町村の間の連携が不十分  
地域特性を踏まえて取り組むという視点が不十分  
効果的な保健事業の手法の開発が不十分  
各保険者に保健事業を積極的に行うインセンティブが弱い



## 2. 今後の保険者による保健事業の取組み

今後の保険者による保健事業については、以下のような取組みが必要ではないかと。

- 保健事業の実施に当たり、被用者保険、国保、老人保健法による保健事業実施者たる市町村の間の連携を強化し、地域特性を踏まえた取組みを進める
- 効果的な保健事業の手法を開発する
- 保険者が保健事業に積極的に取り組むことを促す仕組みをつくる
- 都道府県健康増進計画などにおいて、保険者による保健事業の役割について明確化する

# ある町の国保レセプト分析による糖尿病治療費の理解 (年齢別重症度と医療費の関係)

1年間の医療費(個人)

境界型糖尿病

3ヶ月に1回チェック

25,440円



糖尿病

内服治療  
ラスチノン  
ベイスン  
月2回通院

267,600円

$11,150円 \times 2回 \times 12月$



糖尿病

内服薬  
グルコバイ  
インスリン注射  
月2回通院

476,400円

$(28,500円 + 11,200円) \times 12月$



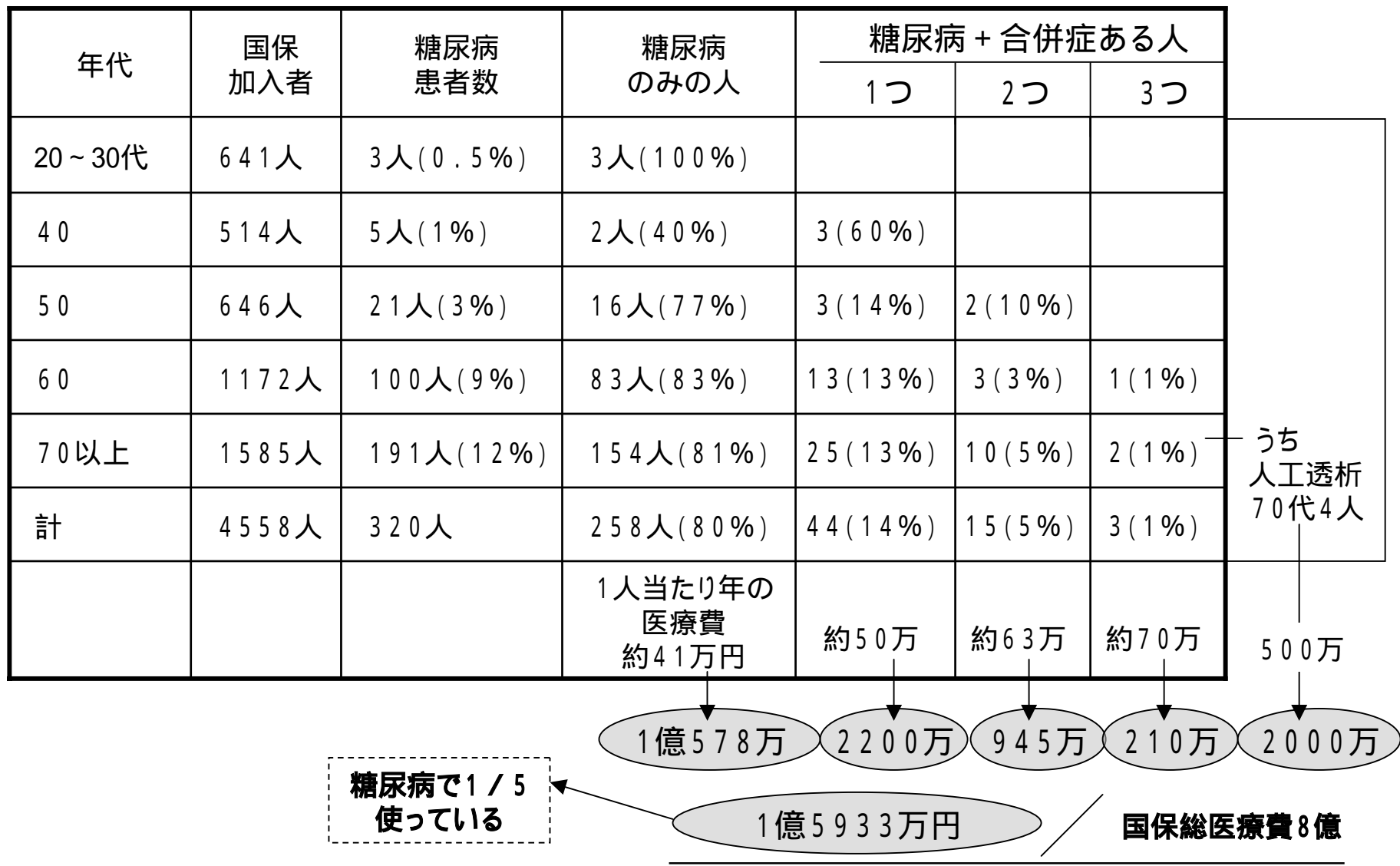
糖尿病

内服薬  
ラスチノン ベイスン  
炭化Ca 降圧剤  
インスリン注射  
透析治療(3回/W)

5,758,320円

$\{(31,100円 + 11,200円) + 437,560円(透析)\} \times 12月$

資料出所:熊谷勝子ほか「先駆的保健事業報告書」(平成11年)、平成13年度全国保健婦長研修会資料所収「生活習慣病の予防活動」より作成



資料出所：熊谷勝子ほか「先駆的保健事業報告書」（平成11年）、平成13年度全国保健婦長研修会資料所収「生活習慣病の予防活動」より作成