



医療費適正化計画の見直しについて（参考資料）

第3期医療費適正化計画（2018～2023年度）の目標と進捗状況（全国）

○第3期の目標と適正化効果額

目標		数値目標	適正化効果額
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	特定健診70%、特定保健指導45% メタボ該当者等▲25%（2008年度比）	約200億円
	生活習慣病の重症化予防	—	約1,000億円 （地域差半減の場合）
	たばこ対策	—	—
	予防接種	—	—
	その他の予防・健康づくりの推進 （例：普及啓発、個人インセンティブ、健診・検診）	—	—
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	80%	約4,000億円
	重複投薬・多剤投与の適正化	—	約600億円 （半減の場合）
合計			約6,000億円

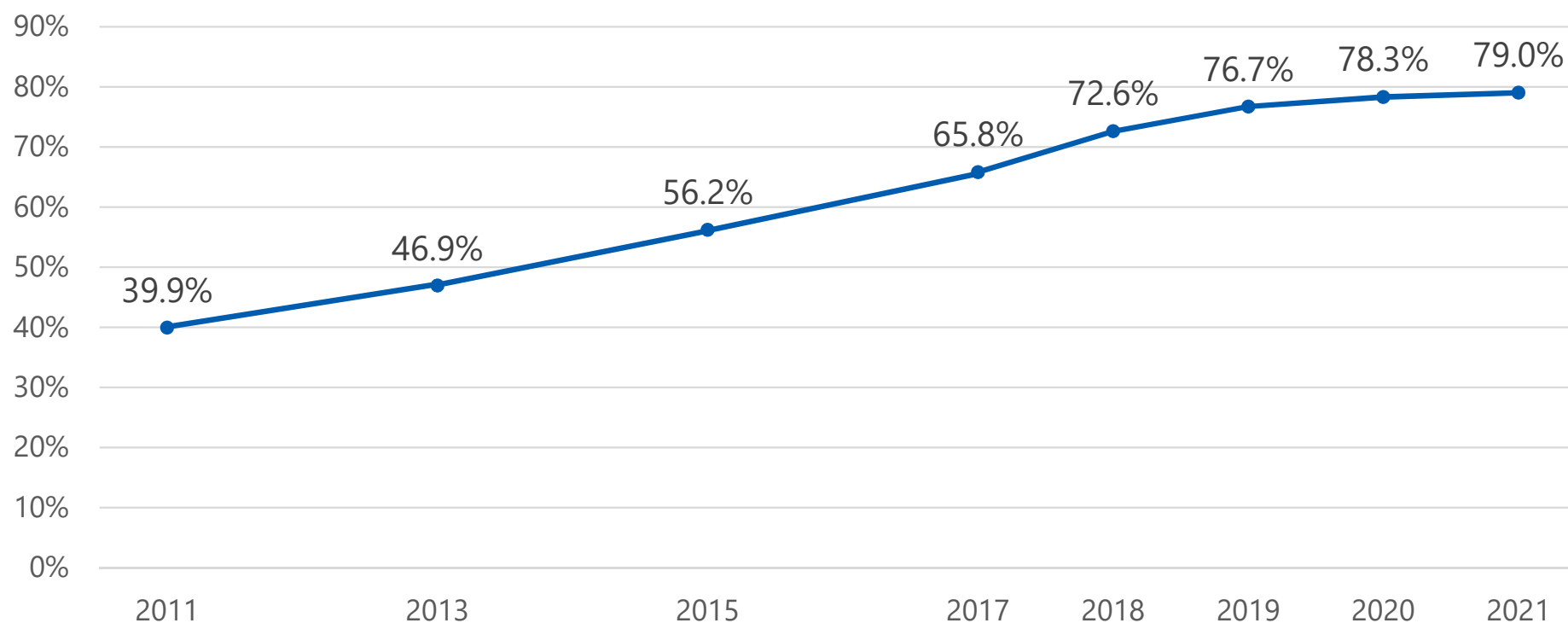
○第3期の進捗状況

目標	実績					数値目標	
	2008	2014	2018	2019	2020	2023	※適正化効果なし
医療費の見込み	34.8兆円	40.8兆円 (推計の足下)	43.4兆円	44.4兆円	-	49.7兆円	50.2兆円
外来	20.7兆円	24.2兆円	25.5兆円	26.2兆円	-	29.9兆円	30.4兆円
入院	14.2兆円	16.6兆円	17.9兆円	18.2兆円	-	-	19.9兆円
健康の保持の推進	特定健診の実施率	38.9%	-	54.7%	55.6%	53.4%	70%
	特定保健指導の実施率	7.7%	-	23.3%	23.2%	22.7%	45%
	メタボ該当者等の減少率	基準年	-	▲13.7%	▲13.5%	▲10.9%	▲25%
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	-	-	75.1%	77.9%	79.6%	80%

1 - ①. 後発医薬品の使用促進：全国の使用割合

後発医薬品の使用割合（全国）はおおむね80%となっている。

後発医薬品の使用割合（数量ベース）



出典：医薬品価格調査（各年9月）

（参考）後発品の売上 ÷ （後発品の売上 + 後発品のある先発品の売上） = 約50%

※医薬品価格調査（令和3年度）の公表結果をもとに計算

1 - ①. 後発医薬品の使用促進：骨太の方針との関係

多くの都道府県で80%を達成しているが、一部の都道府県では未達である。
バイオ後発品に関する目標値を今年度中に設定することとしている。

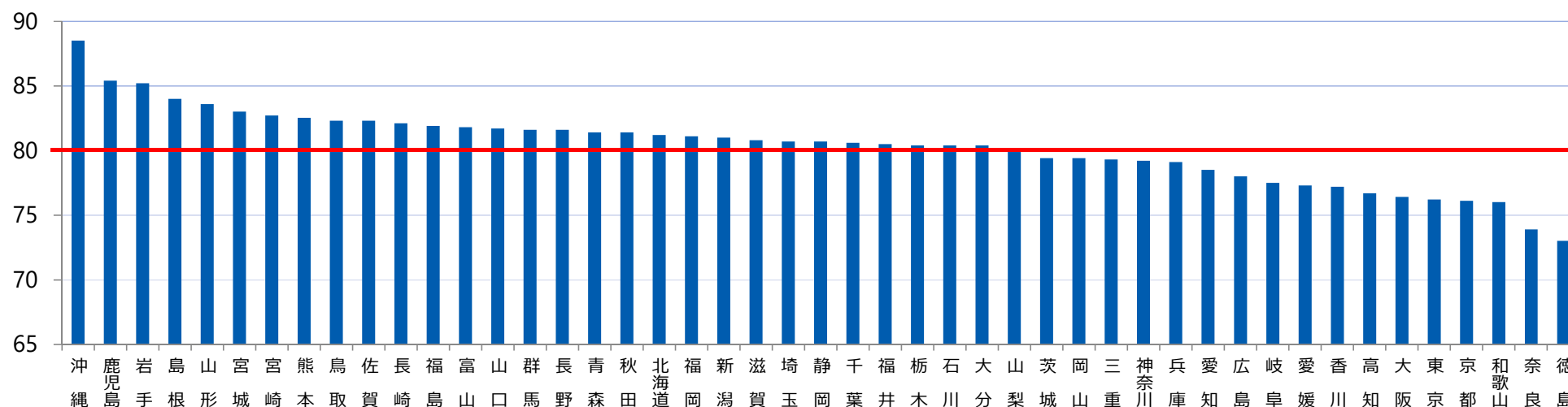
○骨太の方針2021

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、**2023年度末までに全ての都道府県で80%以上**とする目標。

○骨太の方針2022

バイオシミラーについて、医療費適正化効果を踏まえた目標値を今年度中に設定し、着実に推進する。

○都道府県別の後発医薬品使用割合

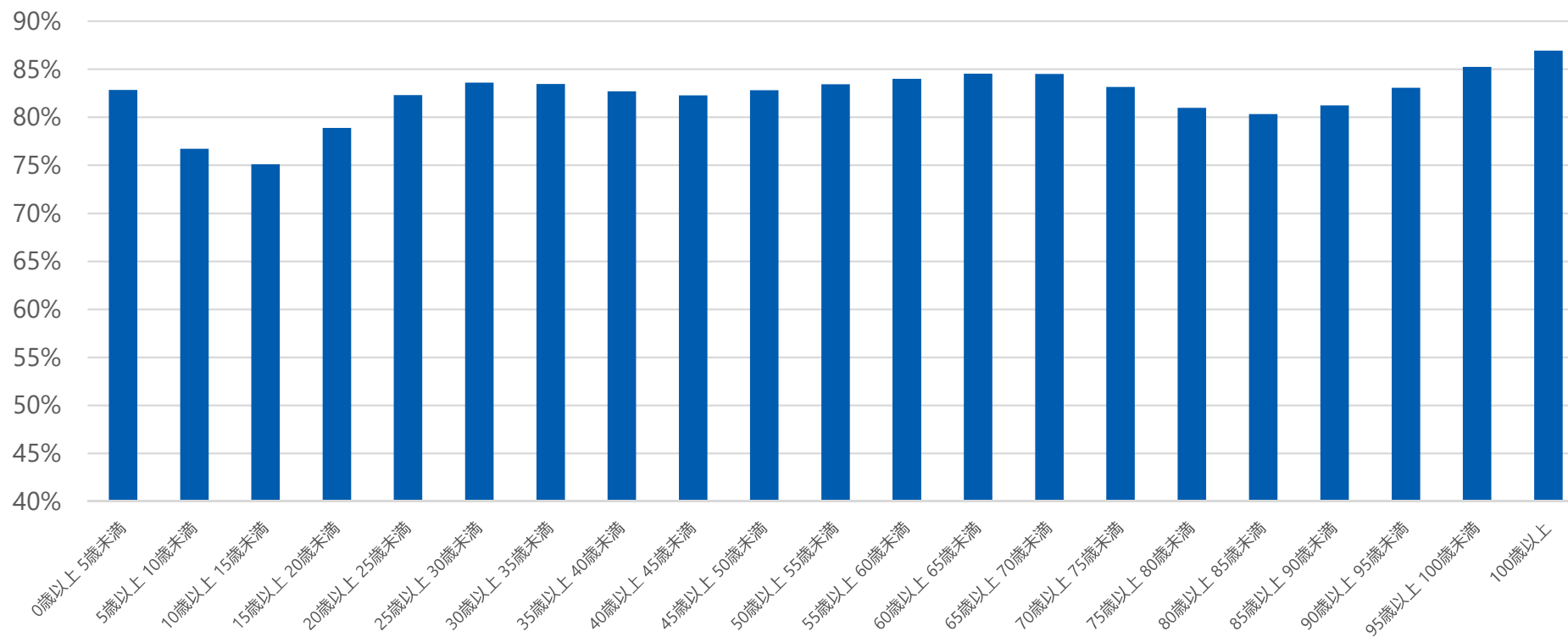


出典：NDBデータ（2020年度）

1 - ①. 後発医薬品の使用促進：置換え余地がある領域(1)

年齢別にみた場合、多くの年齢層で80%を超えているが、小児や高齢者の一部では使用割合が低い。

○年齢別の使用割合（数量ベース）

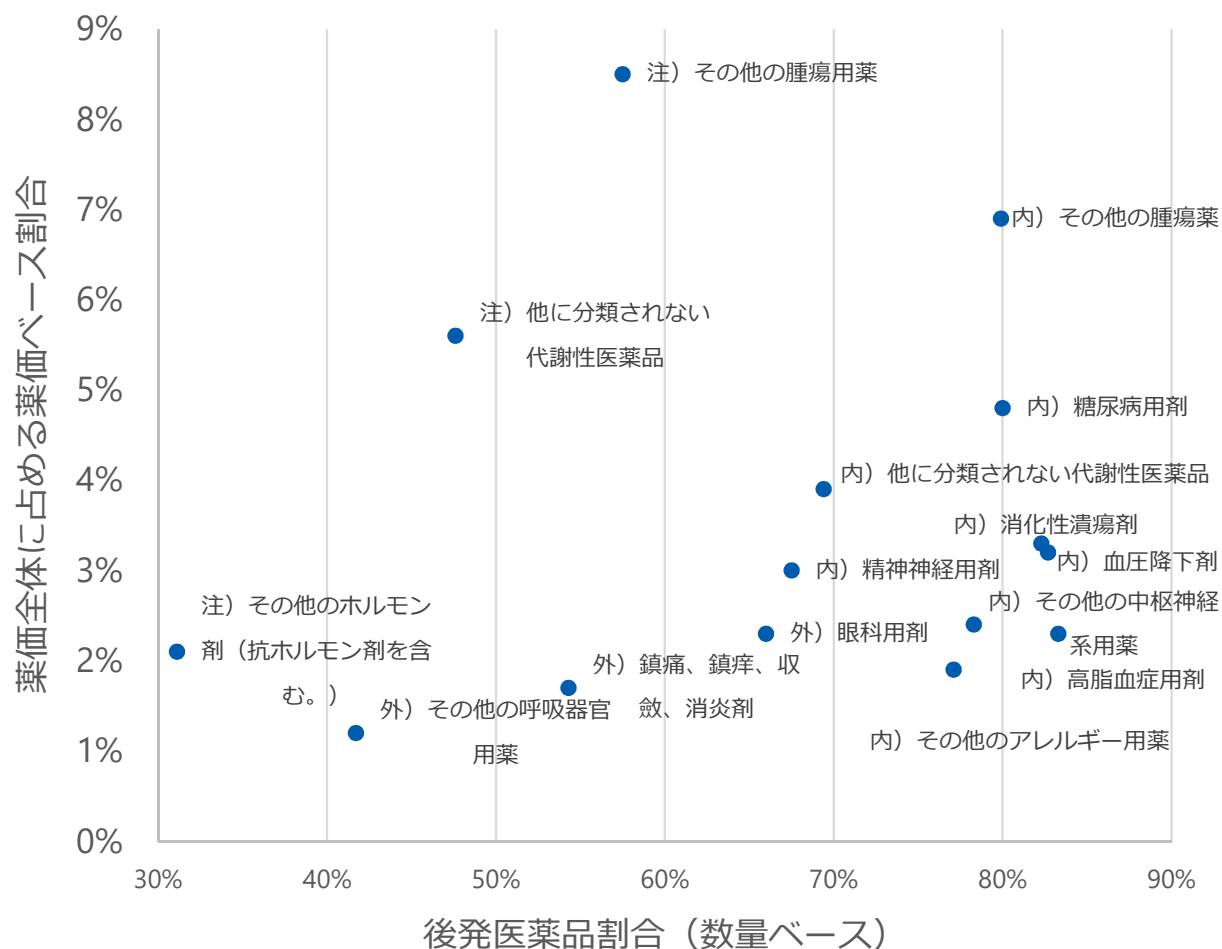


出典：調剤医療費の動向（2021年度）

1 - ①. 後発医薬品の使用促進：置換え余地がある領域(2)

- 主要薬効別にみた場合、後発医薬品への置き換えが進んでいないもので、薬価全体に占める割合が大きいものが存在する。
- 後発医薬品への置き換えが進まない理由を踏まえた対応が必要であることに留意。

○主要薬効別の使用割合



○留意すべき点

- 後発品への置き換えが特に進まない品目については、次のような理由によるもの指摘がある。
 - 変化することに対して不安が強い疾患領域（精神科領域等）
 - 先発品から切り替える場合には、血中濃度をシビアに見ていく必要がある薬剤（抗悪性腫瘍剤等）
 - 製剤優位性のある薬剤（外用貼付剤等）

（第22回 社会保障WG（平成29年10月18日）資料より抜粋）
- 後発品の供給不安が発生しており、当該後発品を採用できない場合がある。
- 効能・効果や用法・用量が先発品と異なるケースが存在し、疾患によっては後発品が存在しない場合がある。

出典：令和3年医薬品価格調査

1 - ①. 後発医薬品の使用促進：使用促進のための取組

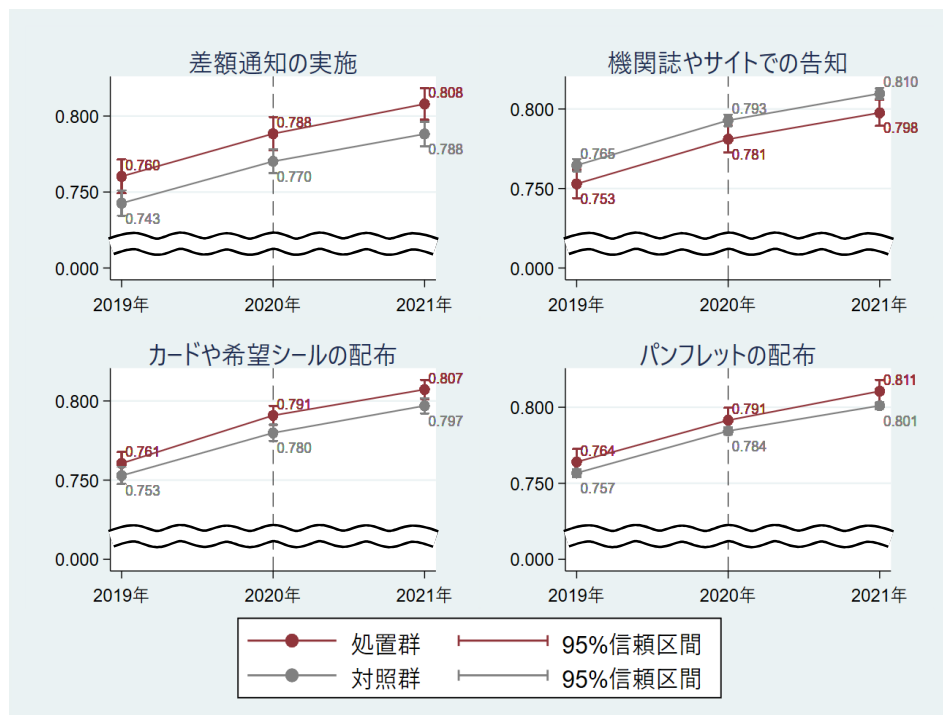
■ 保険者による使用促進策の実施状況

- 3,242保険者が後発医薬品の使用促進策を実施（2022年度保険者データヘルス全数調査）
（うち2,998が差額通知、1,845が機関紙等での告知、2,433がカードや希望シールの配布、1,153がパンフレット配布を実施）
- 差額通知の実施、カード等の配布については、統計学的に有意な使用割合の増加効果が認められた。

■ フォーミュラリの策定

- フォーミュラリは、一般的に「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。フォーミュラリ策定の効果の一つとして、後発品の使用促進が期待される。

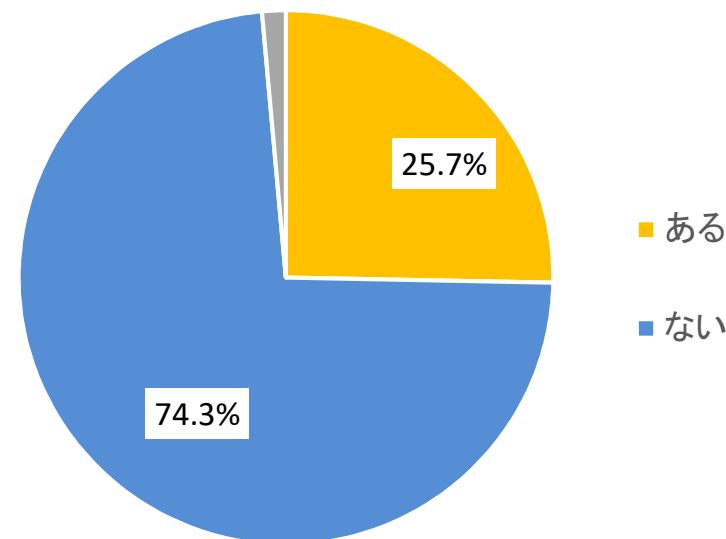
後発医薬品の使用割合（差の差推定）



※差の差推定のグラフは平均値の推移を示したものであり、分析結果そのものではない
 ※20年・21年に施策を実施した群を処置群、実施しなかった群を対照群とした（19年は双方未実施）

フォーミュラリの策定状況

貴施設にフォーミュラリがありますか。（n=479）



日本国内の主な病院※(831施設)を対象とし、フォーミュラリの作成状況等の調査を実施した。回答があった486施設（58.5%）のうち、フォーミュラリがあると回答した施設は123施設（25.7%）であった。

※ 特定機能病院86施設、地域医療支援病院624施設、日本病院薬剤師会の調査（令和元年）においてフォーミュラリを作成していると回答した121施設の合計831施設

出典）研究代表者 今井 博久 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）病院フォーミュラリの策定に係る標準的手法開発および地域医療への影響の調査研究

- 一部の**後発医薬品製造販売企業が薬機法の処分を受け、製品の出荷を長期間停止又は縮小し、それらと同一成分の品目を中心に**、既存顧客や得意先への供給確保のため、新規注文や発注増加を断る『**出荷調整**』が**実施**されている。この状況を踏まえ、厚生労働省において、現状を把握するため調査を実施。

※【実態調査の結果】

- 令和3年10月1日時点の状況
 - ① 出荷停止品目数：559品目
 - ② 出荷停止品目と同一成分・同一規格（同一成分規格）である品目数（①の品目数を含む）：約4,800品目
- 上記①、②について、小林化工、日医工事案前の令和2年9月及び令和3年9月の流通量を比較調査。
その結果、**86%（約4,100品目）は令和2年9月よりも令和3年9月の方が供給量が多く、14%（約700品目）は供給量が減少**していた。

- 調査の結果に基づき、令和3年12月10日付け通知により、
 - ・ 成分規格での供給総量が、令和3年9月時点で**前年比で5%以上増加している成分規格のリストを提示し、製薬企業に出荷調整の解除を依頼**。
 - ・ 令和3年9月時点で**前年比で20%以上減少している成分規格についてもリストを提示し、製薬企業に増産を依頼**。

➡ **一部の企業は出荷調整の解除を行ったが、多くの企業の出荷調整は解除されなかった。** 出荷調整が難しい理由として、
① 成分規格のリストだと、同一成分規格を製造販売している他社の個別品目ごとの出荷状況まではわからない
② 出荷調整により、大量の注文が集中したり、複数の卸に発注しているものが全て納入されたりして混乱するといった意見があった。
なお、医療関係者等からは成分規格のリストでは実際に流通している品目が分かりにくいという意見もあった。

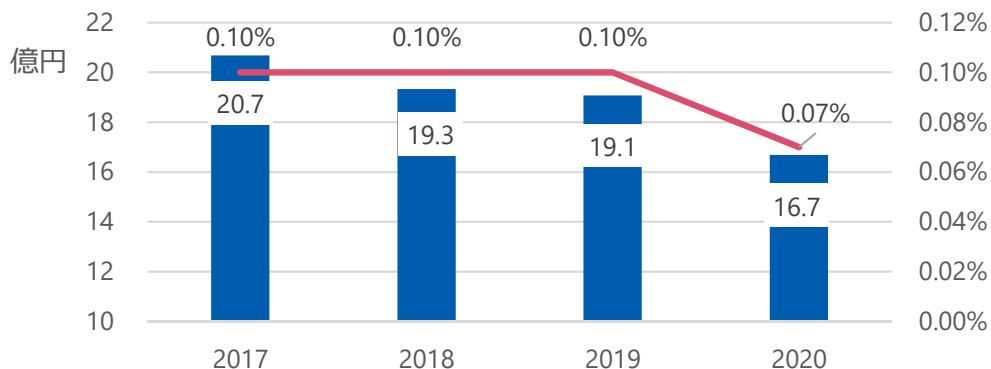
- そのため、出荷調整の解除を進められるよう、
 - ・ 令和4年1月25日付け通知により、**製薬企業に対して**、リストに掲載されている成分規格について、**個別銘柄ごとに直近の出荷状況について調査を実施**し、令和4年3月4日付け通知で**調査結果を公表するとともに、改めて出荷調整の解除を依頼**した。
 - ・ **購入側の医療機関・薬局に対しては、一定の目安**（1カ月分程度の在庫量又は従来の購入量の110%以内）**を示した上で適正な購入を依頼**した。

1 - ②. 重複投薬・多剤投与の適正化：重複投薬について

- 重複投薬・多剤投与のいずれについても、該当する患者が一定数おり、医療費適正化に向けて、更なる取組の余地がある。
- 重複投薬については、電子処方箋の活用により、医療機関や薬局において、これまで以上に把握しやすくなるため、更なる取組の推進に繋がることが期待される。
- 多剤投与には一定のリスクが伴うことを踏まえ、引き続き取組が必要だが、薬の組合せごとにリスク・ベネフィットが異なるため、複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できない点に留意が必要。

○重複投薬者（※）に係る薬剤費と患者割合

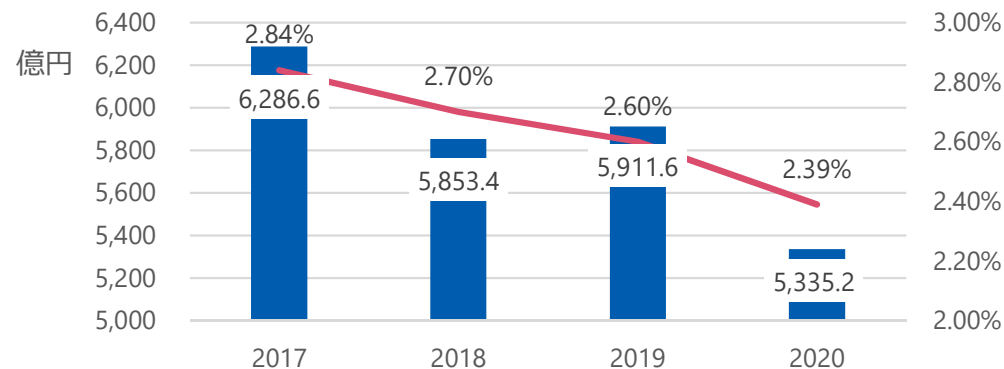
（※）同月内に同一薬を3医療機関以上から処方された者



出典：NDBデータ（各年度）

○多剤投与者（※）に係る薬剤費と患者割合

（※）同月内に15種類以上投与された65歳以上の患者

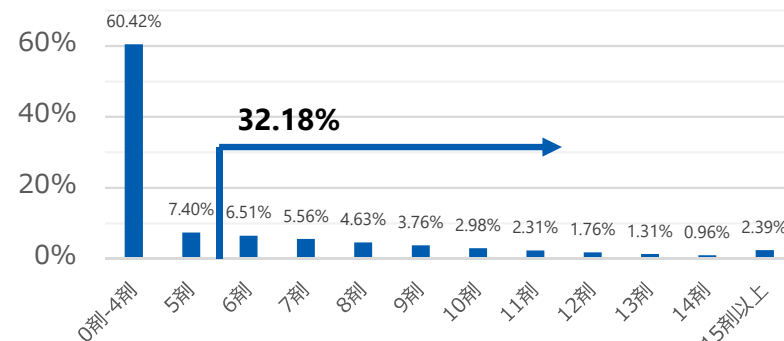


出典：NDBデータ（各年度）

※ 「多剤投与」の基準について

- 適正化計画においては、「同月内に15種類以上」を基準としている。
- 他方、くすりの適正使用協議会では、「高齢者では、使っているくすりが6種類以上になると、副作用を起こす人が増えるというデータもあります」とされており、調剤報酬における多剤投与対策のための報酬（服用薬剤調整支援料）においても、6剤以上が基準とされている。

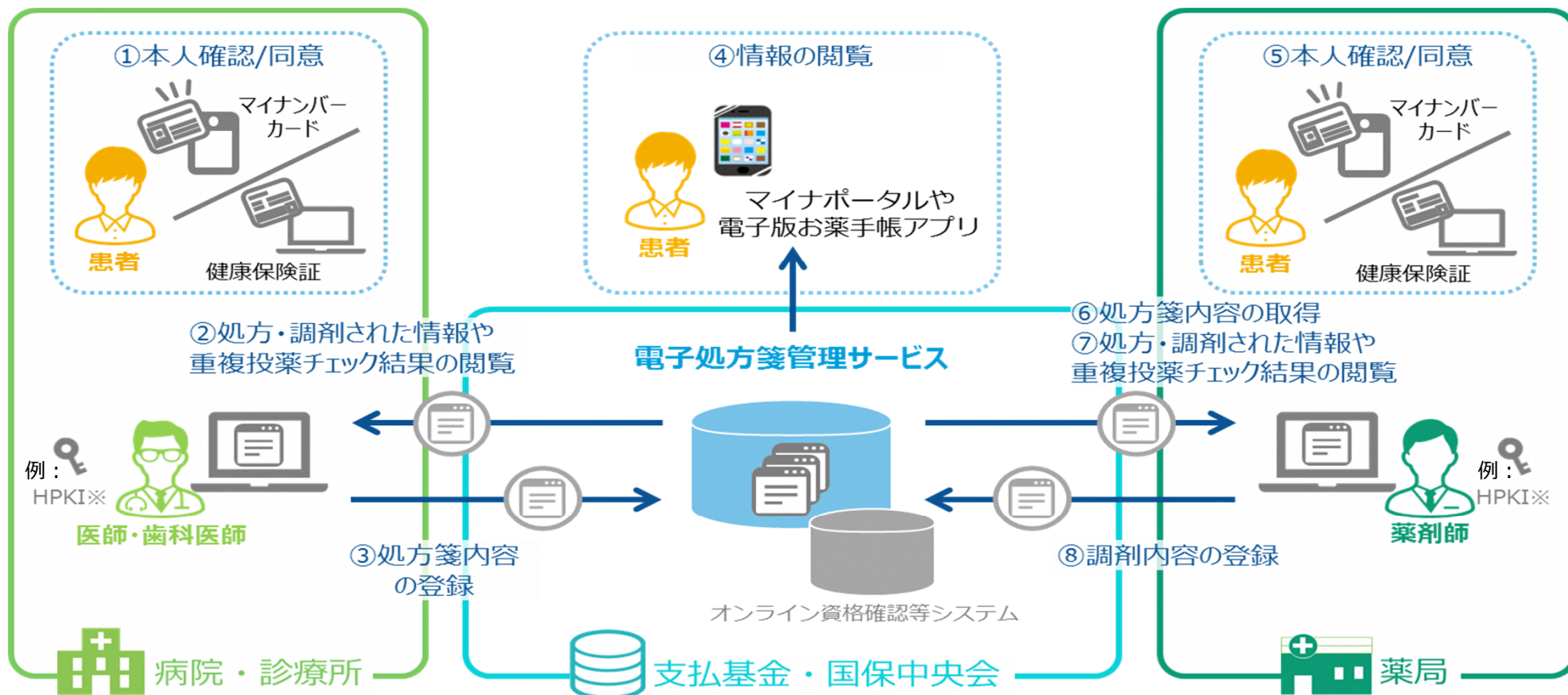
○65歳以上の患者の同月内処方薬種類数



出典：NDBデータ（2020度）

(参考) 電子処方箋とは

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。(令和5年(2023年)1月～運用開始予定)



※HPKI (Healthcare Public Key Infrastructure) 医師、薬剤師等の国家資格と院長、管理薬剤師等の管理者資格を証明することのできる保健医療福祉分野の電子証明書

成長戦略フォローアップ (令和3年6月18日閣議決定)

- オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

処方・調剤するお薬について、重複投薬や併用禁忌がないかチェックできます

- 処方・調剤するお薬が、患者が服用中のお薬と重複投薬／併用禁忌にあたらないかを「電子処方箋管理サービス」でチェックし、その結果を現在ご利用いただいているシステムで確認できるようになります。
- 複数の医療機関・薬局をまたいだ患者のお薬データを対象とした同チェックは、処方箋発行に係る現行の業務フローの中に組み込むことができ、医師・歯科医師による診察・処方、薬剤師による調剤をサポートします。

電子カルテシステムなどにおける処方オーダー入力画面（イメージ）

【XXX病院】 加齢(9999999) - テスト 太郎 - 医師1

ファイル 印刷 診療記録 オナー ...

診察終了 999999999999999999999999 1966(S41)年5月26日生(56歳1か月) 医師1(総合内科)
 診察取消 男性 テスト 太郎 A型 RH+ 170.00cm 65.00kg 薬禁忌 2022年7月25日 10:54ログイン

予約 2022/7/25 2022/7/1 2022/6/1 ...

処方 【診療記録】修正可 ... 2022/7/25 +新規【処方】外来 ...

注射

検体検査

検体検査結果

放射線レポート

生理レポート

内視鏡レポート

加齢履歴

薬歴照会

患者履歴

...

ポップアップ画面

処方オーダー入力

RP	薬剤名	使用量	単位	コメント
RP.01	ルソロン0.25mg錠	1錠	錠	
1	1日1回 就寝前		7日	
RP.02	イリゾールカプセル50	2錠	錠	
1	1日1回 朝食直後		7日	
RP.03	アバ® カリウム錠300mg	3錠	錠	
1	1日3回 朝昼夕食後		7日	

登録 キャンセル

詳細

重複投薬・併用禁忌チェック結果画面（イメージ） （院内チェック+電子処方箋によるチェック）

チェック結果画面

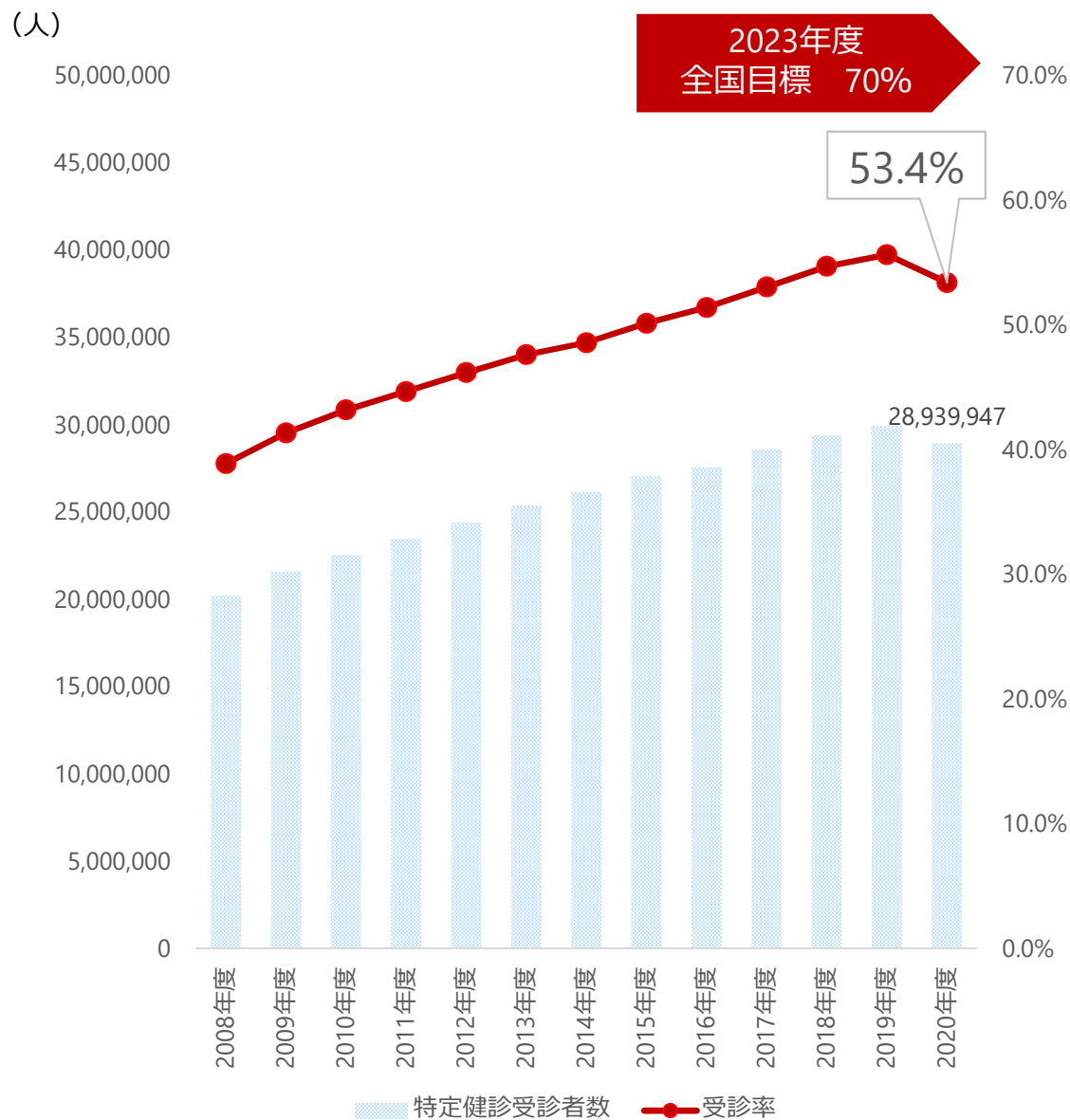
チェック処理	メッセージ分類	処方薬剤	チェック対象薬剤		メッセージ
			薬剤名	施設名	
電子処方箋	併用禁忌チェック	ルソロン0.25mg錠	イリゾールカプセル50	自院	本剤の血中濃度が上昇し、作用の増強及び作用時間の延長が起こるおそれがある
電子処方箋	併用禁忌チェック	アバ® カリウム錠300mg	セララ錠25mg	厚労薬局	血清カリウム値の上昇のおそれがある

OK キャンセル

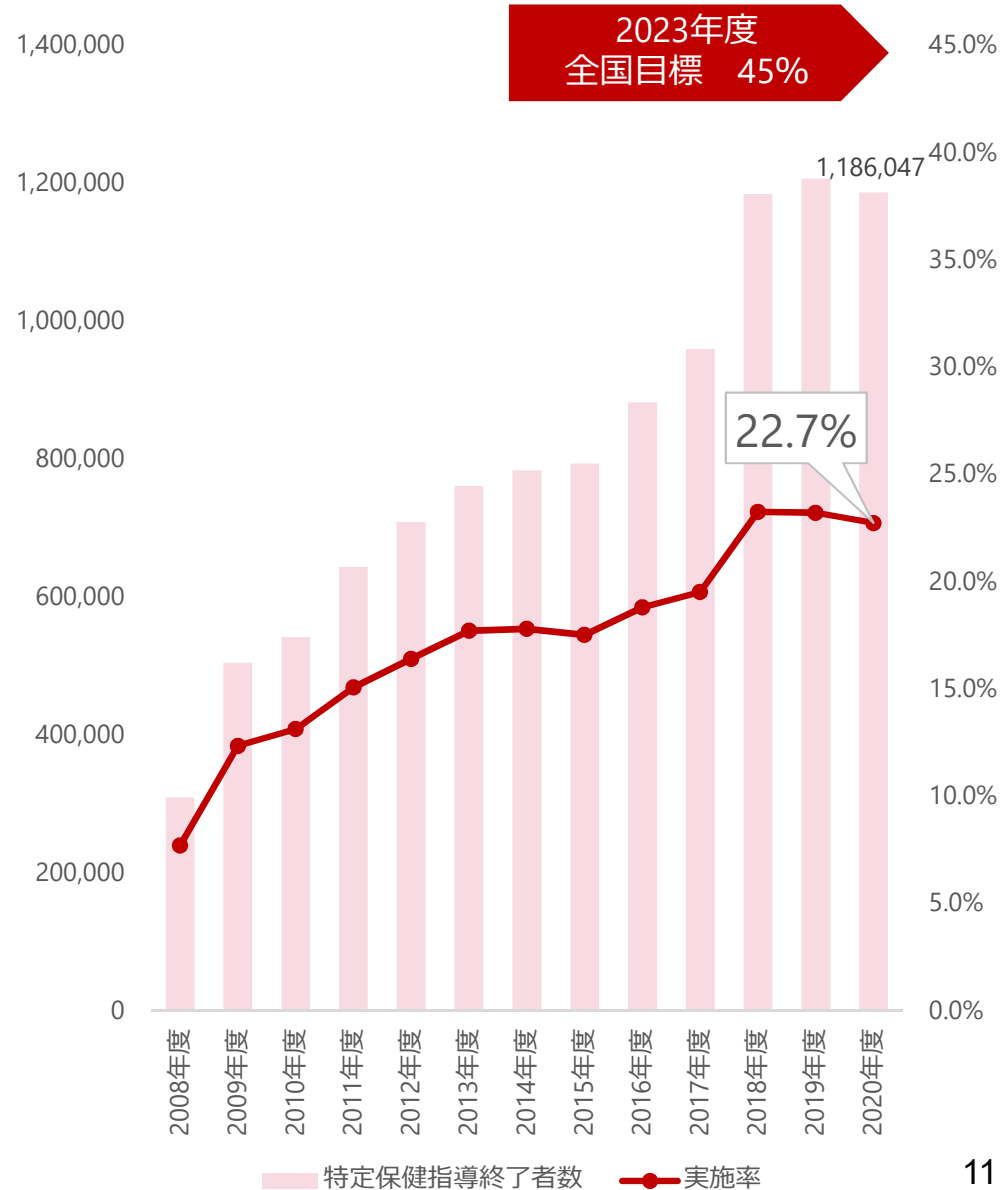
現在ご利用いただいているシステムで、他医療機関・薬局で処方・調剤されたお薬との重複投薬、併用禁忌の確認が可能に！

1 - ③. 特定健診・特定保健指導の実施率の推移

【特定健診受診者数・特定健診受診率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



諸外国の予防・健康づくりのエビデンスレビュー（文献検索）

- 大規模実証事業（特定健診・保健指導）において、諸外国における予防・健康づくりに係るエビデンスレビュー（文献検索）を実施。
- USPSTF（米国予防医学専門委員会）のエビデンスレビューにより、高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満に対するスクリーニング検査・生活指導介入の有益性が高いものとして推奨されていることを確認。

■ 健診項目

	一般集団へのスクリーニング	ハイリスク集団へのスクリーニング (健診項目以外の年齢・既往歴等の情報から対象者を決定する方法)
高血圧	18歳以上の成人に高血圧のスクリーニングを推奨【Grade A】	40歳以上あるいはハイリスク集団には毎年のスクリーニングを推奨
糖尿病	肥満、妊娠糖尿病歴、家族歴などの情報を基にスクリーニング対象を選択することを推奨	40～70歳の過体重または肥満の成人を対象に、心血管リスク評価の一環として血糖異常のスクリーニングを行うことを推奨【Grade B】
脂質異常症	40～75歳の集団において5年ごとに心血管リスク因子をスクリーニングして、スタチンの一次予防導入を推奨【Grade B】	心血管リスクの高い集団にはスクリーニング間隔を狭めることを推奨
肥満	2012年のガイドはすべての成人に肥満のスクリーニングを行うことを推奨【Grade B】	

■ 保健指導

	スクリーニングに組み合わせられた生活指導	生活指導一般（参考）
高血圧	生活習慣病一般に対する生活指導として言及	
糖尿病	糖尿病患者に対して行動療法（健康的な食事と運動習慣の指導）を行うことを推奨 血糖異常者に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための集中的な生活指導介入を推奨【Grade B】	高血圧、脂質異常症、あるいは10年心血管リスクが7.5%を超える成人に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための行動カウンセリング介入を提供または紹介することを推奨【Grade B】
脂質異常症	1つ以上の心血管リスク因子（脂質異常症、糖尿病、高血圧、喫煙など）を有し、10年心血管リスクが10%以上である心血管疾患の既往歴のない成人に対して、心血管イベントの予防のために低用量から中用量のスタチンを使用することを推奨【Grade B】	
肥満		BMIが30以上の成人に対して、臨床医による集中的な行動療法による介入を推奨【Grade B】

※USPSTF（米国予防医学専門委員会）とは、エビデンスレベルに応じて、予防サービスの格付けを行う米国の学術組織。GradeはUSPSTFの推奨。Gradeは、推奨の度合いを表し、5種類（A（有益性が非常に高いことが確定的）、B（有益性が中程度が確定的）、C（有益性が小さい・確実性は中程度）、D（有益性がない）、I（エビデンスは不十分））ある

- 大規模実証事業（特定健診・保健指導）において、NDBデータを用いて特定保健指導が健診結果に与える影響を、回帰不連続デザインを用いて推定。
 - 体重・HbA1cについては統計学的に有意な減少が認められたが、収縮期血圧・LDLコレステロールについては改善傾向を示しているものの、有意差が認められなかった。
 - これらの変化が、生活習慣病や心血管病の発症予防においてどの程度寄与しているのかは引き続き詳細な検討が必要。

■ 解析方法

NDBに含まれる2008～2018年の39～75歳の約4400万人分の特定健診・特定保健指導データを用いて、特定保健指導が検査値等の変化に与える影響を検討した。3年および5年後までの健診結果（体重、収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロール）に特定保健指導が与える影響を回帰不連続デザインで推定した。

■ 結果：特定保健指導と3年後の検査値等の変化（（ ）内は95%信頼区間・太字は統計学的に有意な差）

	体重 (kg)	収縮期血圧 (mmHg)	HbA1c※ (%)	LDLコレステロール (mg/dL)
<特定保健指導の対象者に選定されたことの効果>				
女性	-0.14kg (-0.17 ~ -0.09)	-0.02 (-0.18 ~ +0.20)	-0.01% (-0.02 ~ -0.01)	-0.19 (-0.91 ~ +0.99)
男性	-0.09kg (-0.10 ~ -0.06)	-0.07 (-0.12 ~ +0.03)	-0.004% (-0.006 ~ -0.001)	-0.54 (-1.08 ~ +0.18)
<特定保健指導の実施の効果>				
女性	-1.04kg (-1.33 ~ -0.66)	-0.13 (-1.36 ~ +1.49)	-0.07% (-0.12 ~ -0.04)	-1.44 (-6.87 ~ +7.42)
男性	-0.87kg (-0.96 ~ -0.61)	-0.63 (-1.14 ~ +0.28)	-0.03% (-0.06 ~ -0.01)	-5.08 (-10.21 ~ +1.63)

※ 1～2ヶ月の血糖値の変動を反映する検査値。

特定健診・特定保健指導による効果検証 (令和3年度大規模実証事業)

令和4年6月28日

第4回 効果的・効率的な実施方法等に関する
ワーキング・グループ

参考資料3

▶ 事業概要

- 三菱総合研究所が厚生労働省委託事業により、特定健診・特定保健指導による効果検証を実施。

▶ 分析方法

- 2013年度に特定健診を受診した者のうち、糖尿病予備群（HbA1c:5.6-6.5）で保健指導実施群の2019年度（6年後）の実績医療費と期待医療費を比較（保健指導未実施群も同様）。

※実績医療費（総和）は、各群の人数に対して性別・年齢階級別にかかった医療費の総和。期待医療費（総和）は、各群の人数に対して性別・年齢階級別に特定健診受診者全体の平均医療費を乗じた値の総和。

▶ 検討委員会

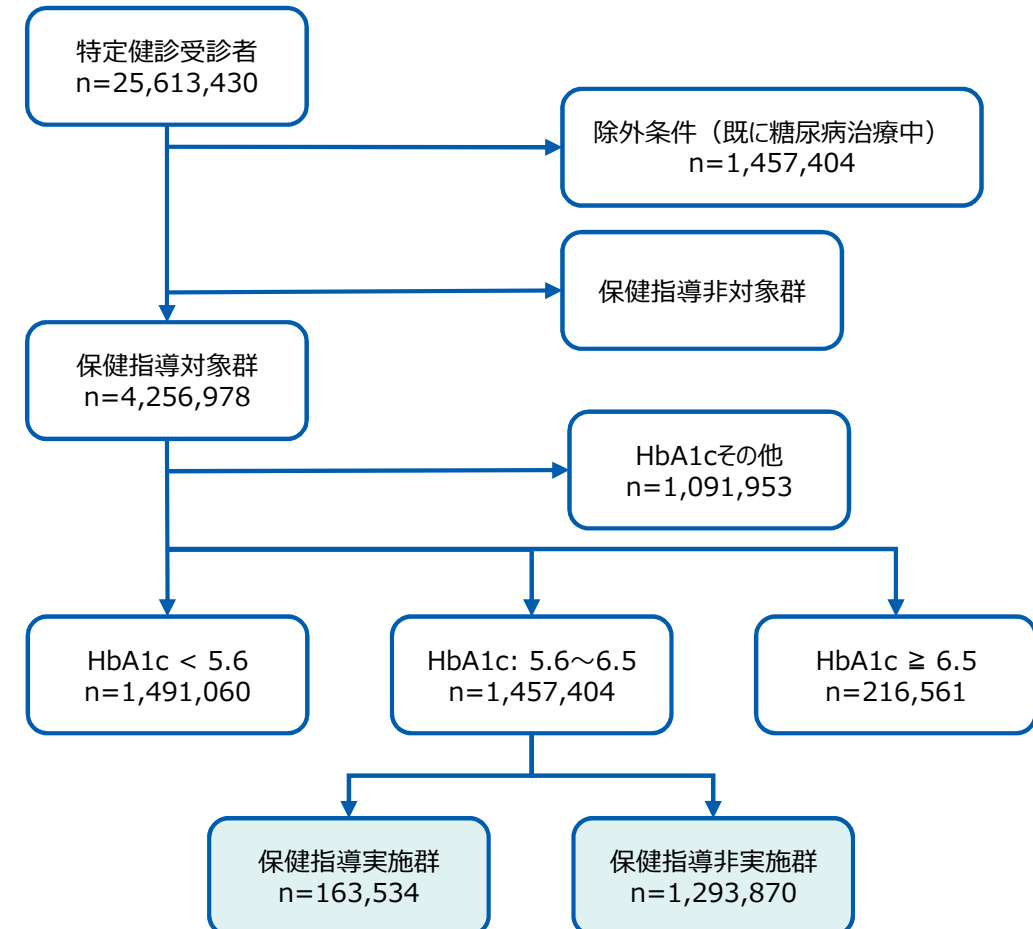
- 厚生労働省委託事業内に、効果検証の評価を行う学識経験者からなる検討委員会を設置。

◎今村知明 奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授
加藤源太 京都大学医学部附属病院診療報酬センター准教授
西岡祐一 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 助教
森由希子 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部 講師

◎委員長

▶ 集団定義（2013年度）

特定健診受診者は2500万人、保健指導対象者は430万人。糖尿病予備群のうち、保健指導実施群は16万人、未実施群は130万人の規模。



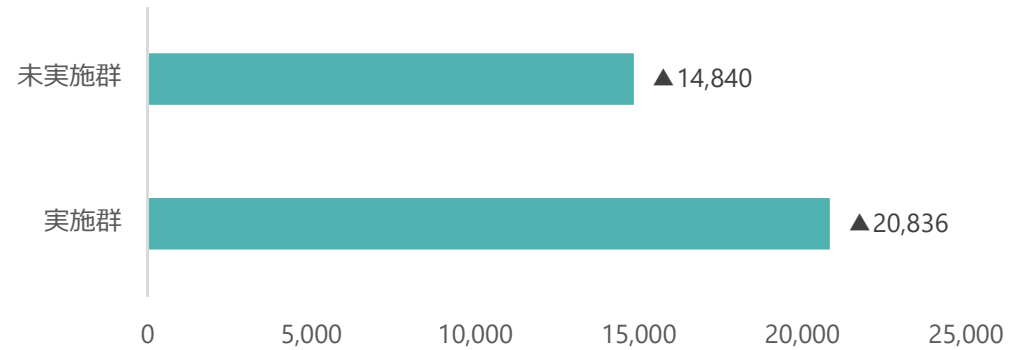
特定健診・特定保健指導による効果検証 (主な結果)

- 2019年度（6年後）の群間の比率の差は、「特定保健指導対象者とする事」や「特定保健指導を実施すること」が医療費を抑制する可能性を示唆している。
 - ※ ただし、脱落が一定程度割合存在するため、今後、死亡による脱落等の精緻な検証等が必要。

【保健指導未実施群】※特定保健指導対象者とする事

保健指導未実施群	2019年度 (6年後)
人数	526,304
実績医療費	¥290,761
期待医療費	¥305,601
差分(実績-期待)	▲¥14,840
比率(実績÷期待)	95.1
脱落率	53.0%

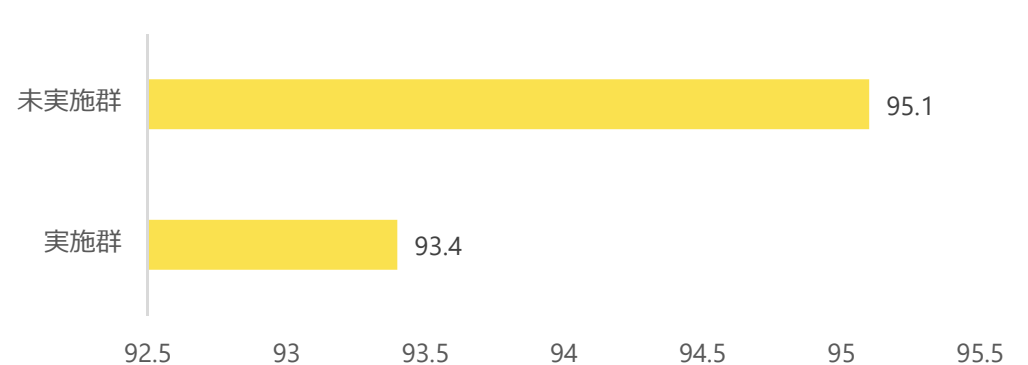
【差分(実績-期待)】



【保健指導実施群】※特定保健指導を実施すること

特定保健指導実施群	2019年度 (6年後)
人数	76,911
実績医療費	¥296,019
期待医療費	¥316,856
差分(実績-期待)	▲¥20,836
比率(実績÷期待)	93.4
脱落率	59.3%

【比率(実績÷期待)】



※実績医療費・期待医療費は、1人当たり年間医療費(円)

- 前提条件によって推計結果が異なるが、医療費適正化効果を機械的に推計すると、以下のとおり。
 - 特定保健指導による医療費適正化効果(1人当たり単価)：約6,000円
 - 実施率の目標(特定健診70%・特定保健指導45%)達成による医療費適正化効果：約200億円程度

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{特定健診の対象者数} \\ \hline 5420\text{万人}(2020) \\ \hline \end{array}
 \times
 \begin{array}{|c|} \hline \text{特定健診実施率 } 0.7 \\ \hline \end{array}
 \times
 \begin{array}{|c|} \hline \text{保健指導の対象者割合} \\ \hline 0.18 (2020) \\ \hline \end{array}
 \times
 \begin{array}{|c|} \hline \text{保健指導の実施率} \\ \hline 0.45 \\ \hline \end{array}
 \times
 \begin{array}{|c|} \hline \text{特定保健指導による効果} \\ \hline \text{▲6千円} \\ \hline \end{array}
 \times
 \begin{array}{|c|} \hline \text{医療費の伸び(6年間)} \\ \hline 1.26 \\ \hline \end{array}
 =
 \begin{array}{|c|} \hline \text{▲232億円} \\ \hline \end{array}$$

第4期の見直しの概要（特定健診）

令和4年10月12日

第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

参考資料
1-1

質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行う。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

第4期の見直しの概要（特定保健指導）

令和4年10月12日

第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

参考資料
1 - 2

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1cm・体重1kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

積極的支援における継続支援の 第3期と第4期の評価体系の比較

【第3期】

①アウトカム評価導入

【第4期】

プロセス評価	支援A (積極的関与タイプ)	個別支援*	・5分間を1単位 (1単位=20p) ・支援1回当たり最低10分間以上 ・支援1回当たりの算定上限=120p
		グループ支援*	・10分間を1単位 (1単位=10p) ・支援1回当たり最低40分間以上 ・支援1回当たりの算定上限=120p
		電話支援	・5分間の会話を1単位 (1単位=15p) ・支援1回当たり最低5分間以上会話 ・支援1回当たりの算定上限=60p
		電子メール支援	・1往復を1単位 (1単位=40p)
	支援B (励ましタイプ)	個別支援*	・5分間を1単位 (1単位=10p) ・支援1回当たり最低5分間以上 ・支援1回当たりの算定上限=20p
		電話支援	・5分間の会話を1単位 (1単位=10p) ・支援1回当たり最低5分間以上会話 ・支援1回当たりの算定上限=20p
		電子メール支援	・1往復を1単位 (1単位=5p)

アウトカム評価	2cm・2kg	180p
	1cm・1kg	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善 (禁煙)	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低40分間以上
	電話支援	・支援1回当たり30p ・支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール・チャット等支援	・1往復当たり30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

②アウトカム評価は、腹囲・体重と行動変容

③プロセス評価は、時間に比例したポイントを見直し、介入1回ごとの評価

⑤早期介入を評価

注) 支援Aのみの方で180p以上又は支援A (最低160p以上) と支援Bの方法の合計が180p以上実施とする。

*情報通信技術を活用した面接を含む。

④支援Aと支援Bの区別を廃止

第4期の特定健診・特定保健指導の目標

令和4年10月12日

第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

資料2

- 高年齢者医療確保法において、特定健診・保健指導の実施方法や目標の基本的な事項など、基本的な指針（特定健康診査等基本方針）を定めている。
- 第4期計画における特定健診実施率、特定保健指導実施率の目標値については、直近の実績では、第3期の目標値とかい離があるが、引き続き実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、それぞれ第3期の目標値70%以上、45%以上を維持する。
- メタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率についても、生活習慣病の予防対策という特定健診・保健指導の目的を踏まえ、第3期の目標値25%以上（2008年度比）を維持する。
- 実施率等の向上のため、これまでの取り組みに加えて、ICT活用の推進等を進めていく。

	第1期	第2期	第3期		第4期
	2012年度まで	2017年度まで	2020年度実績	2023年度まで	2029年度まで 目標案
特定健診実施率	70%以上	70%以上	53.4%	70%以上	70%以上
特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	22.7%	45%以上	45%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率	10%以上 (2008年度比で 2015年度に25% 減少)	25%以上 (2008年度比)	10.9%	25%以上 (2008年度比)	25%以上 (2008年度比)

1－④．入院医療費の取扱い（地域医療構想との関係）

現行の取扱い

- 第3期計画の医療費見込みのうち、入院医療費については、医療計画（地域医療構想）に基づく病床の機能の分化及び連携の推進の成果を反映させる形で推計しており、適正化計画に基づく医療費適正化の取組の効果は見込まない取扱いとしている。
- ※ 具体的には、地域医療構想における2025年の医療機能ごとの医療需要をもとに、2023年度の病床機能別の患者数の見込みを線形補間により推計し、それに病床機能別の1人当たり医療費を乗じることで算出。

論点

- 第4期計画においても、入院医療費については、医療計画（地域医療構想）に基づく病床の機能の分化及び連携の推進の成果を反映させる形で推計することとしてはどうか。
 - ただし、地域医療構想は将来の病床数の必要量について2025年しか算定しておらず、第4期計画の計画期間中（2024～2029年度）に2025年を迎えることを踏まえ、以下のとおり対応することとしてはどうか。
 - 当面の間、2029年度の病床機能別の患者数の見込みは、地域医療構想における2025年時点の病床機能別の医療需要（人口比）をもとに、機械的に算出する。
 - 入院医療費の推計方法は、2025年以降に係る検討状況を踏まえて見直す。
- ※ 骨太の方針2021を踏まえ、都道府県計画に、医療計画（地域医療構想）に基づく病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項を記載することとするについても検討。

(参考)2021年度病床機能報告について

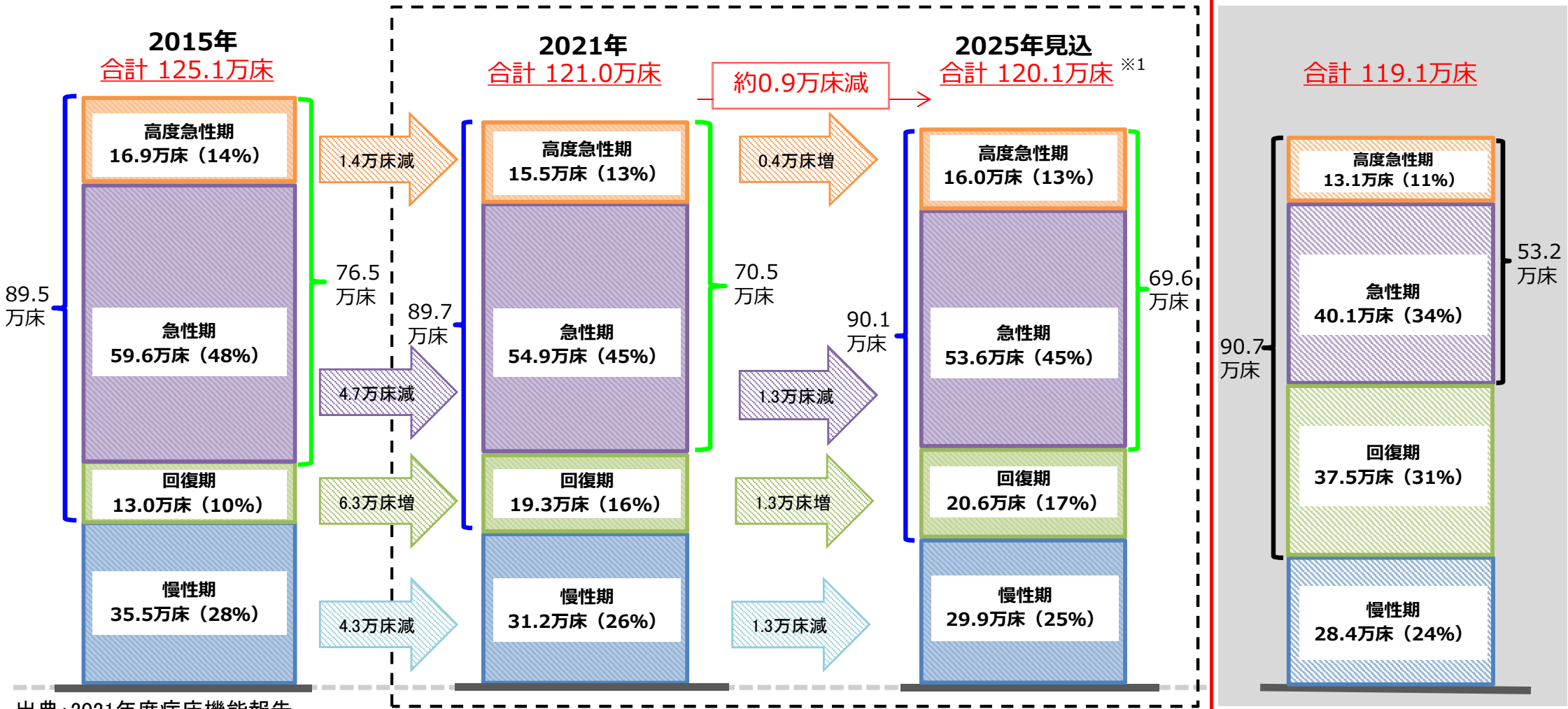
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4 ※6)



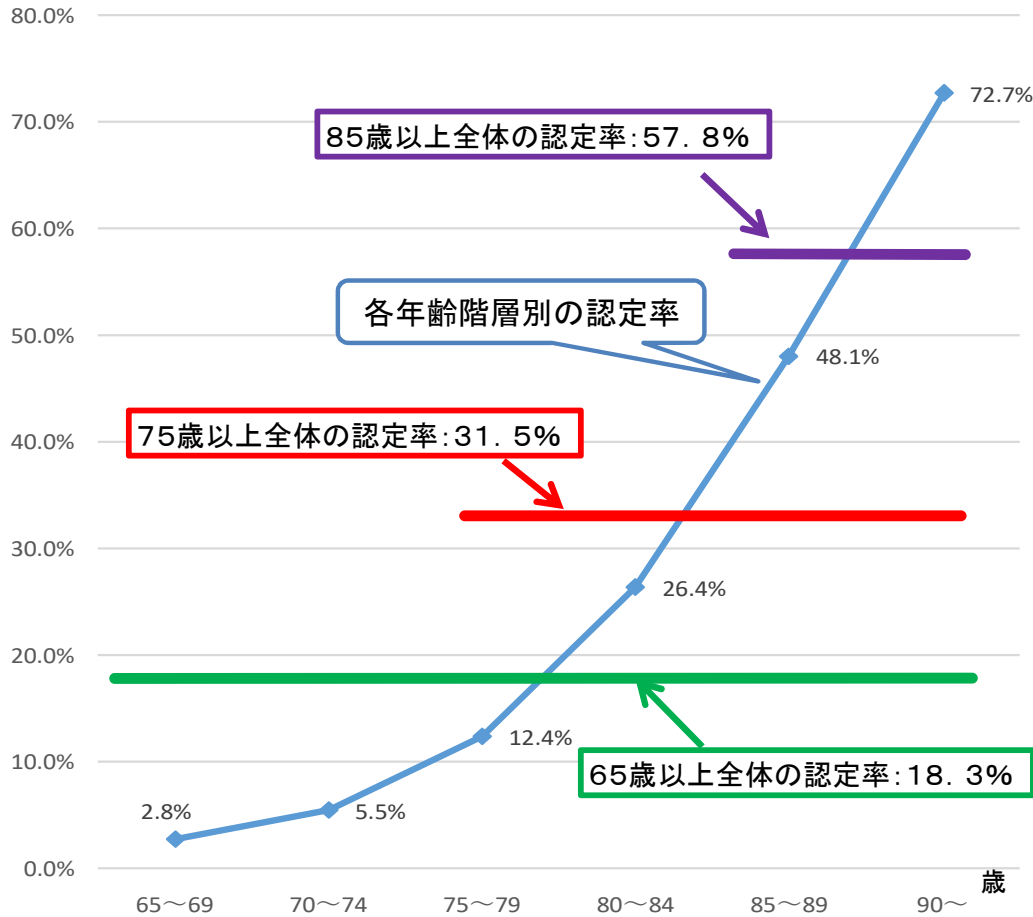
出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
 (報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%))
 ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
 ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
 ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)
 *救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
 ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 医療と介護の複合ニーズの一層の高まり

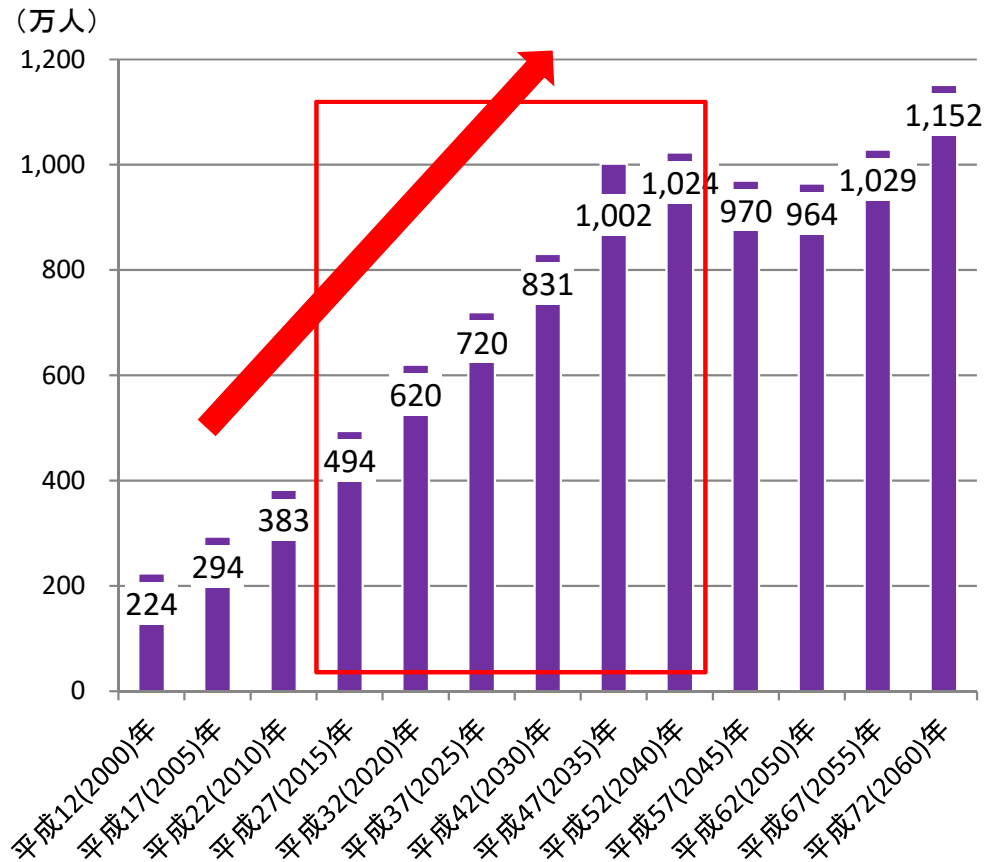
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

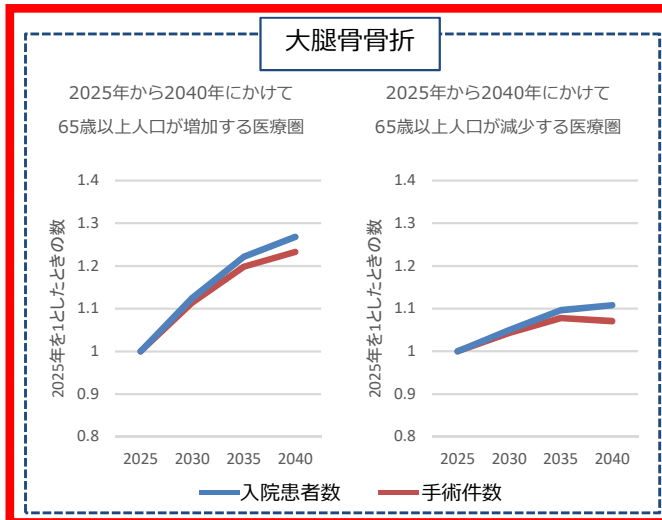
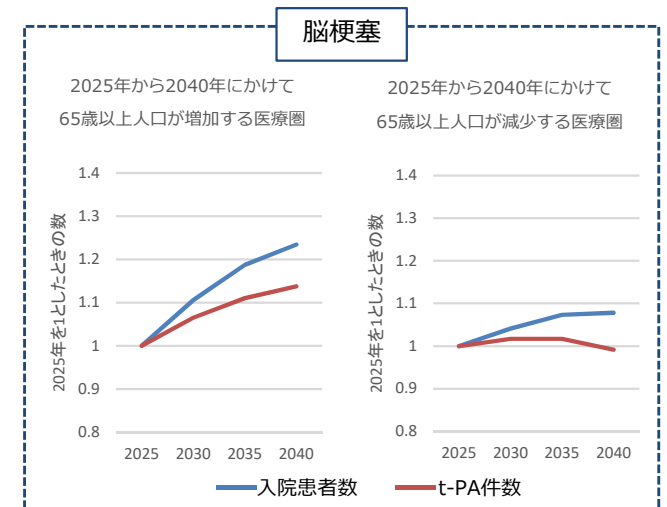
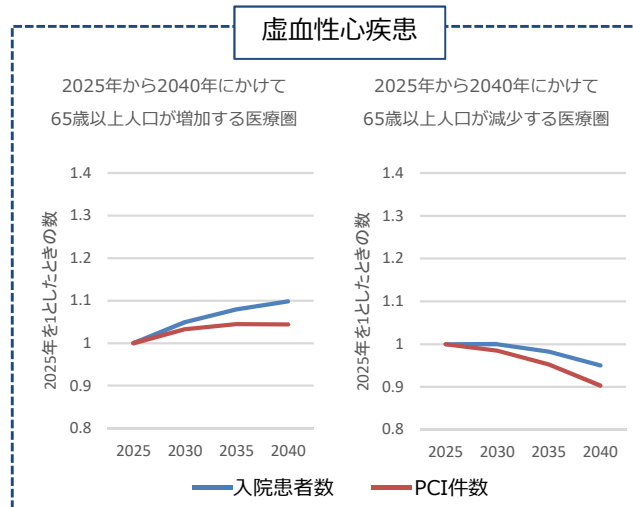
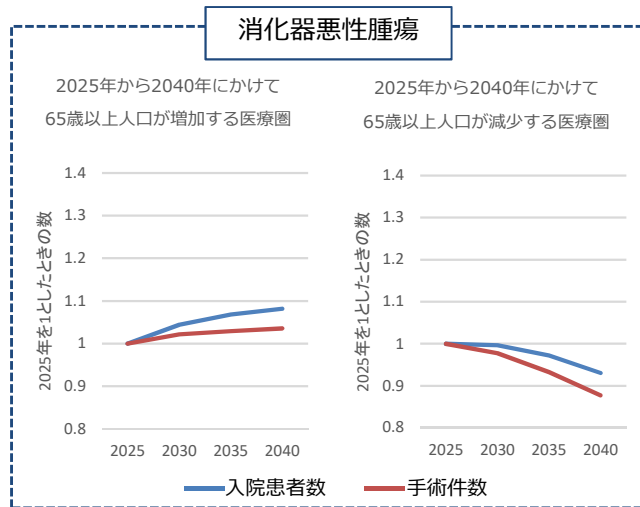
85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 超高齢化・人口急減による急性期の医療ニーズの変化

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(135の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(194の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）
 患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

【参考1】医療・介護の機能連携を通じたサービス提供の例

骨折リエゾンサービス（FLS）を実施した場合、骨粗鬆症に対する治療開始率の上昇や、医療費適正化効果があるとの指摘がある。

効果	文献	例数 (FLS/非FLS)	成績	エビデンス レベル
治療開始率	1061	11096/—	FLS 治療開始率 88～96%、非FLS 患者の推計治療開始率 15～38%	IV
骨折率	1062	1412/1910	50歳以上の非椎体骨折患者での再骨折ハザード比 0.44 (0.25～0.79)	III
	1063	240/220	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の骨折率 FLS群 5.1% vs 非FLS群 16.4%	III
	1064	246/157	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の骨折率 FLS群 4.1% vs 非FLS群 19.6%	III
治療継続率	1065	240/220	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の治療継続率 FLS群 81.3% vs 非FLS群 54.1%	III
死亡率	1062	1412/1910	50歳以上の非椎体骨折患者で、2年間でFLSによる死亡ハザード比 0.65 (0.53～0.79)	III
費用対効果	1067	110/110	RCTで100例あたり260,000カナダドルの節約	II

出典：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版

【参考2】地域の取組事例（熊本県）



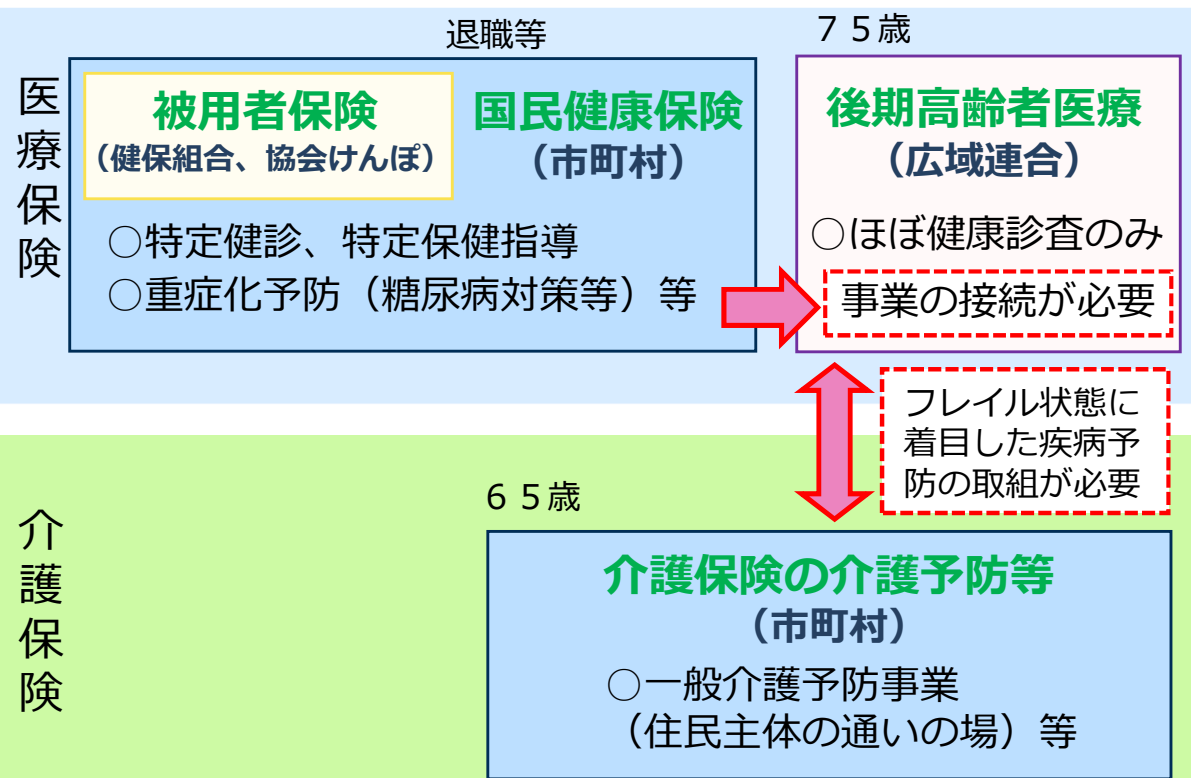
出典：令和3年度熊本県における医療費の見直しに関する計画検討委員会

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

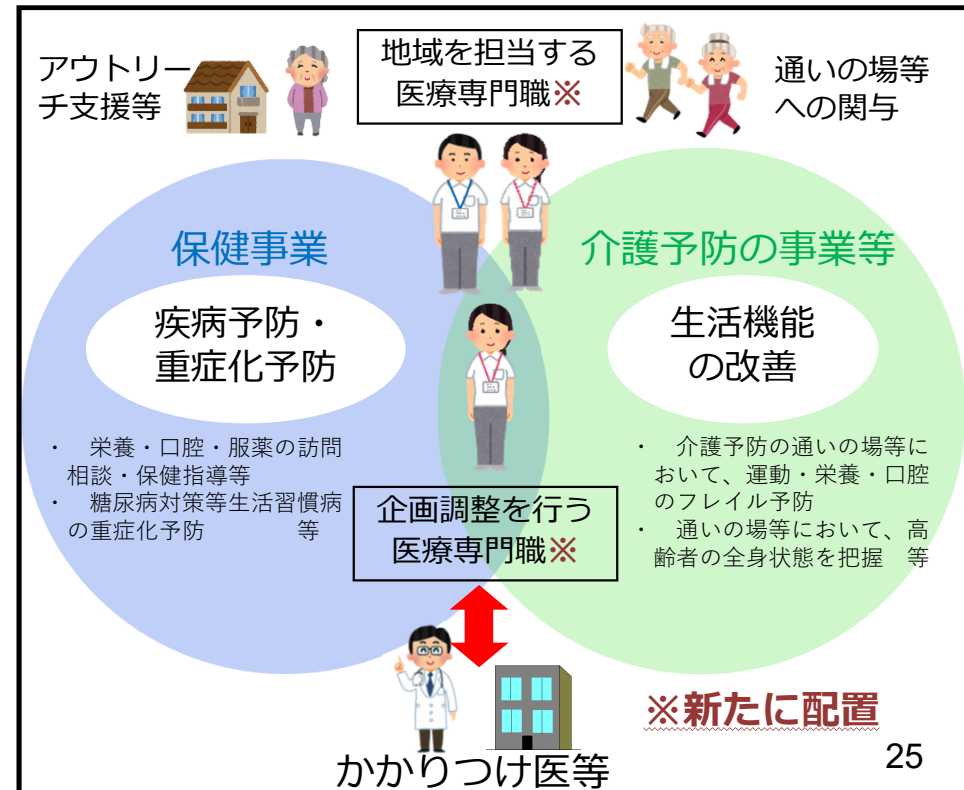
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

▼保健事業と介護予防の現状と課題



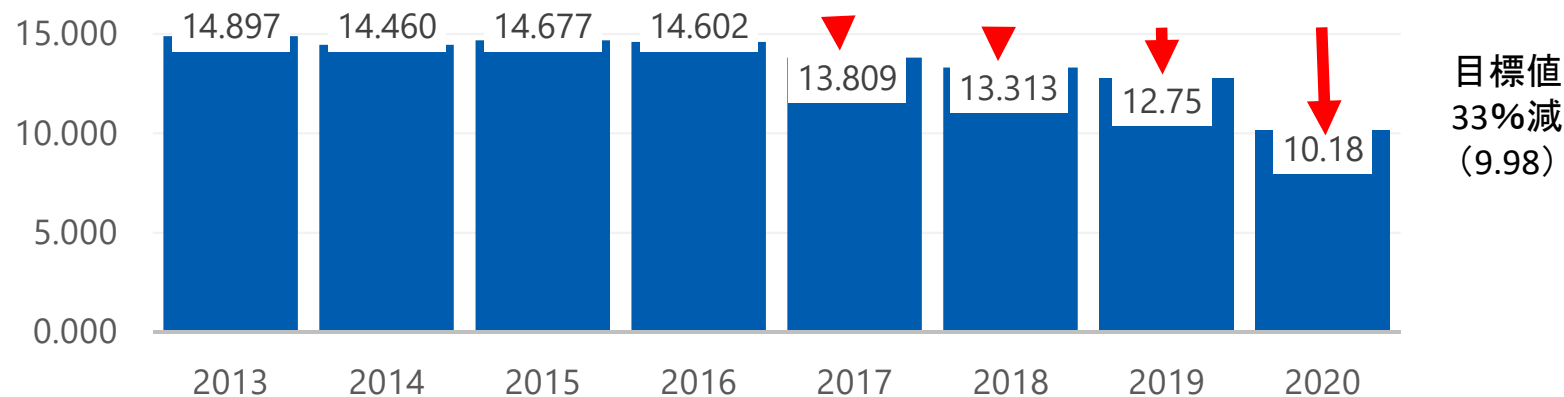
▼一体的実施イメージ図



2 – ②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療

- 効果が乏しいというエビデンスがある医療については知見が集積されてきている。こうした医療サービスの提供状況について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、こうした医療サービスは、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることには留意が必要。
- 例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用については、AMRアクションプランや「抗微生物薬適正使用の手引き」の策定等の関係者の取組を通じて、使用量が減少してきている。

○抗菌薬販売量（DID）の推移



※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day)

人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDD(※※)で表したものの。

※※DDD (Defined Daily Dose)

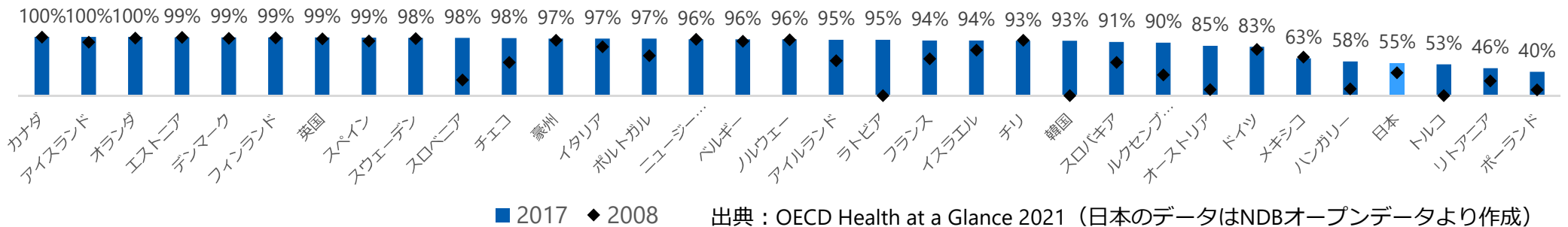
WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。

※日本におけるヒト用抗菌薬の販売量に基づいた抗菌薬使用は、2020年においては、10.18 DIDであり、2013年と比較して、29.9%減少していた。ただし、新型コロナウイルス感染症による影響も考慮されるため、今後の推移を慎重にみていく必要がある。

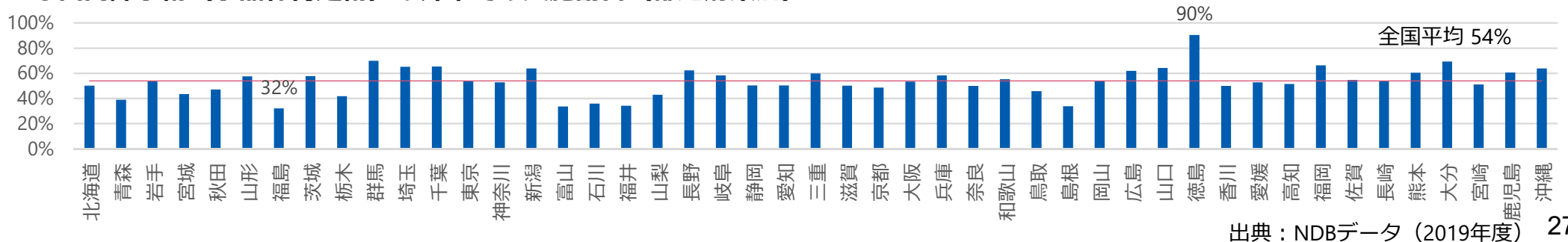
2 - ②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 医療資源の投入量に地域差がある医療 (1) 白内障手術

- 医療資源の投入量は地域ごとに様々であり、他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、医療サービスの提供は、患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない点には留意が必要。
- 白内障の手術については、OECDにより、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されている。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている。
- 日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々である。

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



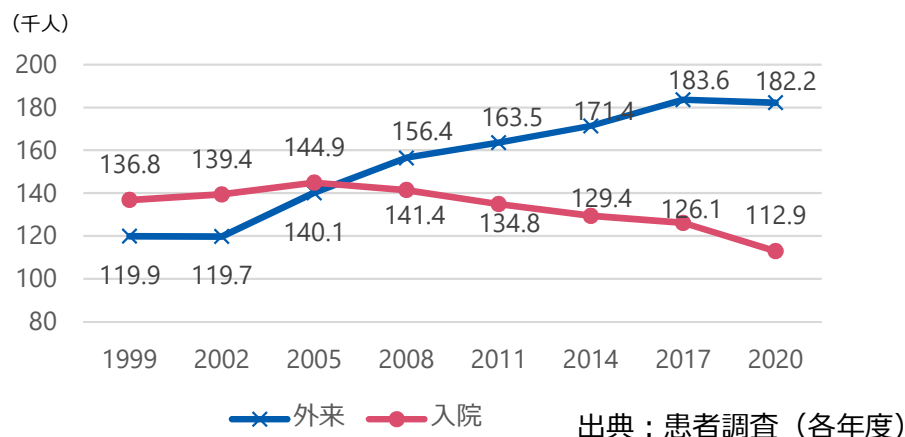
○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



2 - ②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 医療資源の投入量に地域差がある医療 (2)化学療法

- がんの化学療法についても、諸外国では外来での実施が基本とされている。質の高い新薬開発の恩恵等により、日本でも副作用のコントロールをしつつ、外来で治療を行うケースが増えているが、入院で化学療法を実施するケースが一定存在する。

○悪性新生物（腫瘍）の入院患者・外来患者数の推移



○諸外国の状況

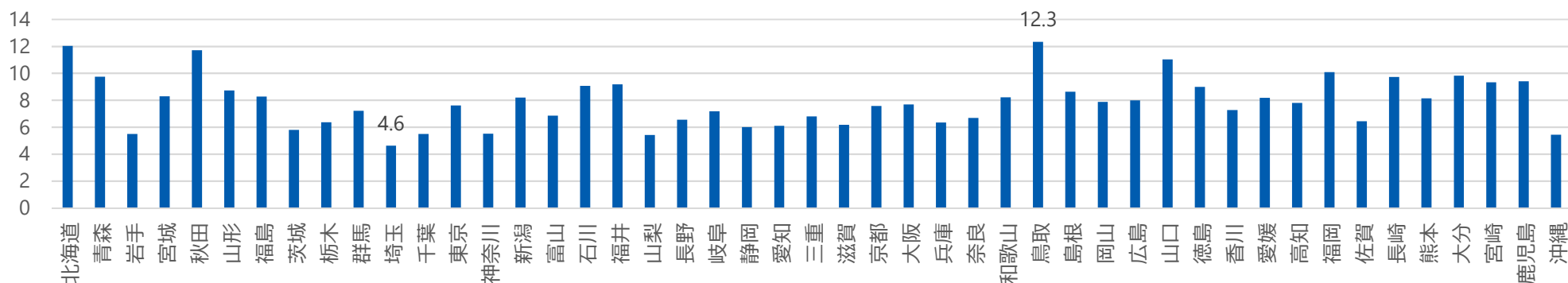
【ASCO（アメリカ臨床腫瘍学会）】

- 治療期間はさまざまな要因で決定される。数分～数時間の治療もあれば、持続注入化学療法と呼ばれる数日～数週間となるものもある。治療のために病院や診療所に泊まる必要はない。代わりに薬物は持ち運び可能な小さなポンプから注入される。

【Canadian Cancer Society（カナダがん学会）】

- ほとんどの化学療法は外来で行われ、診療所や病院で泊まる必要はない。24時間以上にわたり治療が行われる場合は病院に泊まる必要がある場合もある。一部では、化学療法を導入する場合、副作用を観察するため病院に泊まることもある。

○人口千人当たりの入院での化学療法の件数



※ 年齢構成は未調整

出典：化学療法の件数はDPCデータ、人口は人口推計（2019年）

経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月18日閣議決定）

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

（2）回塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

- 効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。
- 具体的には、前者について、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う。
- また、後者について、都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県計画」という。）における医療に要する費用の見込み（以下「医療費の見込み」という。）については、
 - － ①定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、
 - － ②各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保を行い、
 - － ③医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。
- また、医療費の見込みについて、
 - － ④取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化するとともに、
 - － ⑤適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開を図る。
- ⑥都道府県計画において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とするとともに、⑦都道府県国保運営方針においても「医療費適正化の取組に関する事項」を必須事項とすることにより、医療費適正化を推進する。
- ⑧あわせて保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。
- ⑨審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。
- これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。
- 国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。
- 中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める

保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

令和4年度予算額 80百万円 (80百万円) ※ ()内は令和3年度予算額

1 事業の目的

○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※ 1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※ 2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

【保険者協議会が行う事業（補助率）】

◇保険者協議会の開催等（1/2）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

◇データヘルスの推進等に係る事業（1/2）

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1/2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1/2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（1/2）

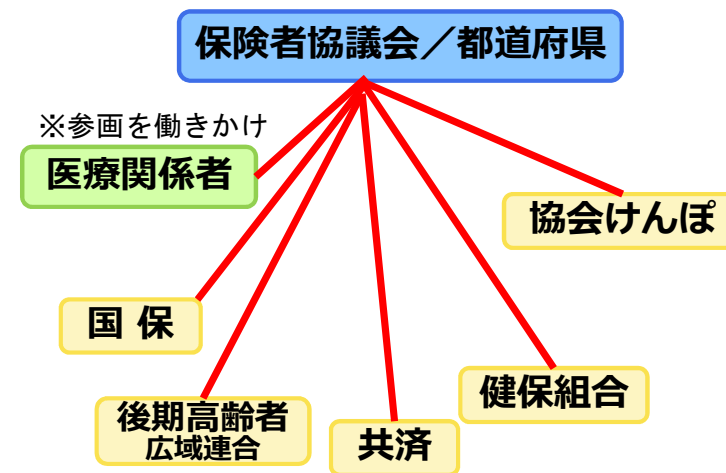
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（1/2）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1/2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、健康増進や医療費分析等を推進

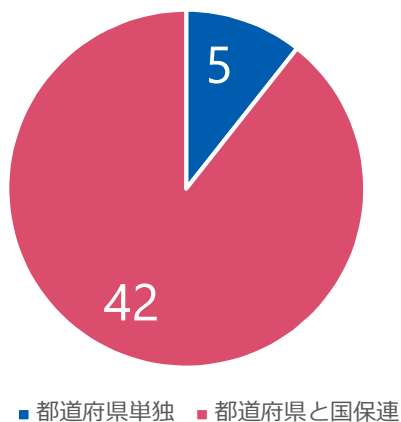


保険者協議会の体制について（2022年3月調査）

事務局の運営体制

全都道府県で、都道府県が事務局を担っている（多くは国保連と共同運営）。

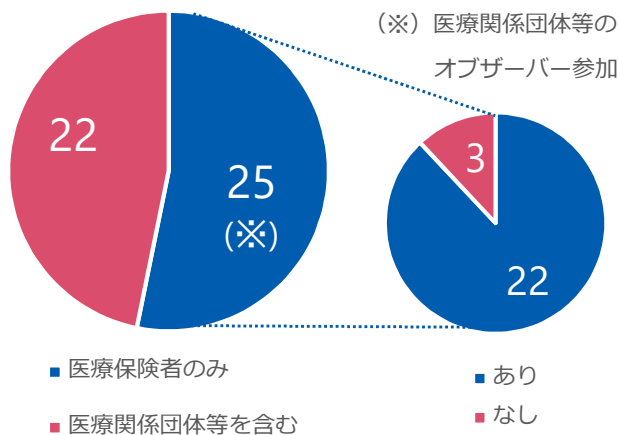
保険者協議会の運営主体



医療関係団体の参画

大多数の都道府県で、医療関係団体等が正式な構成員又はオブザーバーとして協議会に参画している。

正式な構成員に
医療関係団体等がいるか



関係者の参画を促す上での課題と工夫

【課題①】

医療関係団体の協力を得るのに苦慮している。

【工夫①】

- 医療関係団体への参加要請に際し、事務局から個別に説明を実施。
- 医療関係団体には、まずオブザーバー出席してもらい、協議会の趣旨等を理解してもらった上で、正式な構成員になってもらった。
- 医療関係団体に保険者向けの講師を依頼するなど、知見を活かしてもらう機会を設けた。

【課題②】

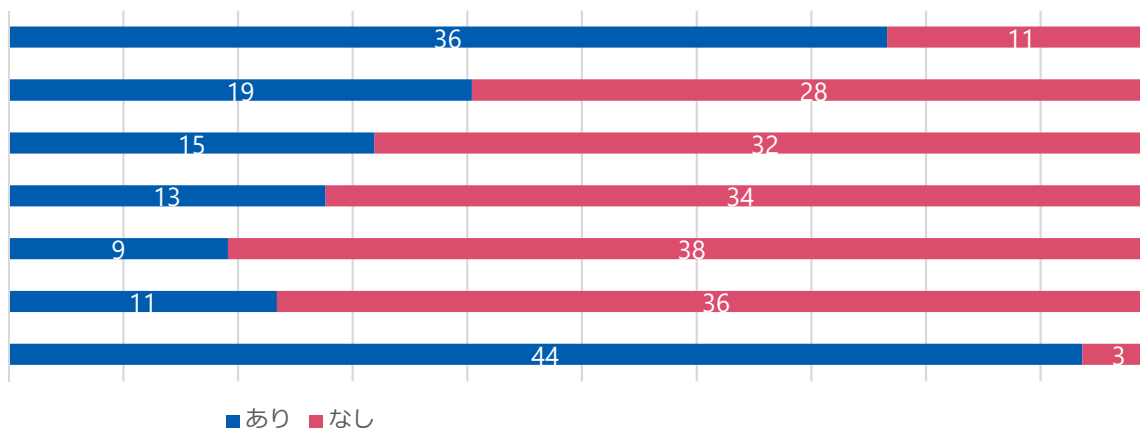
保険者ごとの特性（例：地域保険と職域保険の違い、被保険者の健康課題の違い）があり、費用負担面を含め、まとまりをもたせるのが難しい。

【工夫②】

- 各保険者の取組に資するよう、保険者の施策の分析結果を情報提供。
- 部会を設置し、全体会に参加しない保険者からも意見を聴取。
- 事例発表会で、国保、協会、健保組合それぞれから発表してもらった。
- 従来は各保険者種別の代表者のみが協議会の構成員だったが、全保険者が主体的に取組を進められるよう、県内の全保険者を構成員とした。

保険者協議会の役割

地域医療構想・医療計画の策定への意見提出
適正化計画の実施に向けた保険者への協力要請
医療費適正化の施策の調査・分析
医療費の地域別・年齢別・疾病別等の調査・分析
適正化計画の期末の実績評価に関する調査・分析
適正化計画の毎年度の進捗状況の調査・分析
適正化計画の策定への意見提出

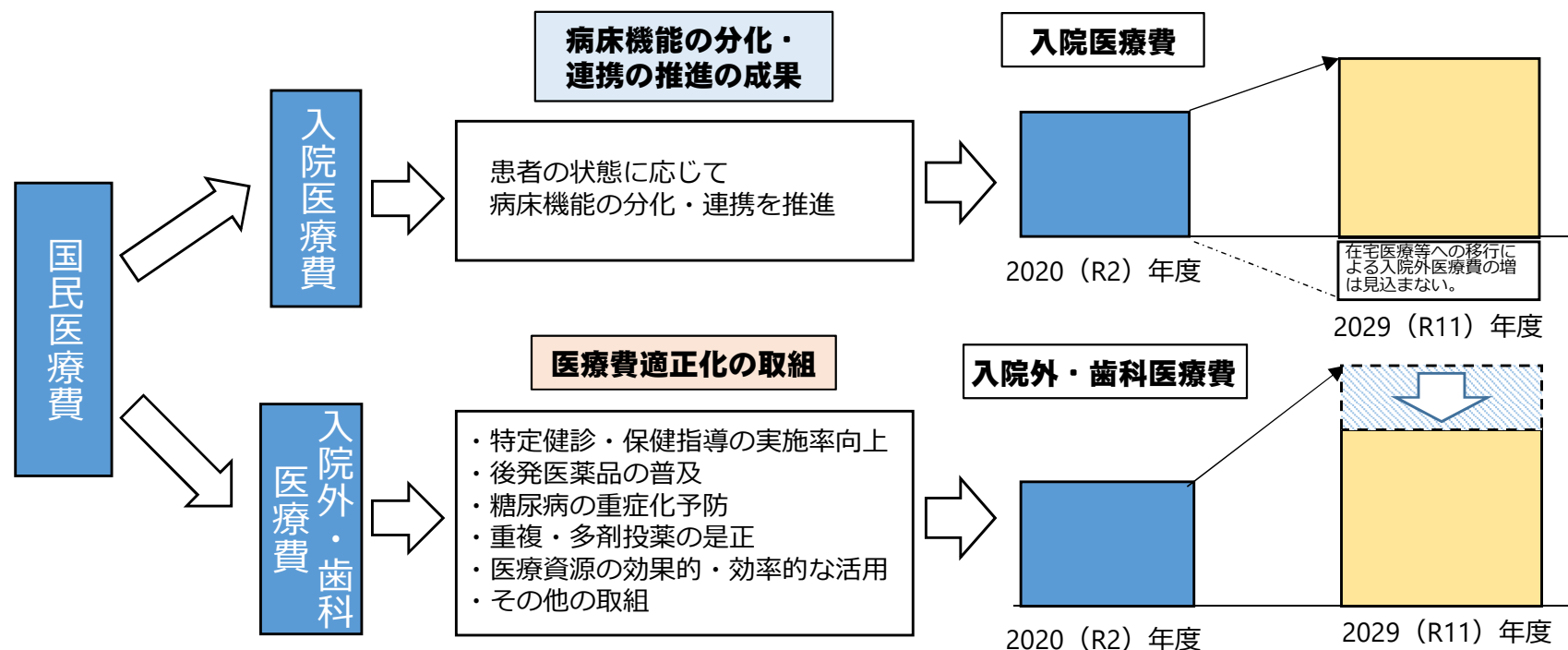


医療費見込みの推計方法（概要）

医療費見込みの推計方法

医療費見込みは、高確法第9条第2項に基づき、以下の方法により推計

- 入院医療費：医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計
- 外来医療費：自然体の医療費見込みを推計し、都道府県計画の目標達成による適正化効果額を反映



(参考) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第9条

2 都道府県医療費適正化計画においては、**当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住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より達成が見込まれる医療費適正化の効果**を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項を定めるものとする。