

医療費適正化基本方針の改正・
医療費適正化計画について

医療費適正化計画について

- 高齢者医療確保法では、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしている。

(※1) 第1期(2008~2012年度)、第2期(2013~2017年度)は5年を1期として実施。第3期(2018~2023年度)からは6年を1期とする。

(※2) 医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延など様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける必要がある。

このため、高齢者医療確保法では、①住民の健康の保持の推進に関する事項(特定健診・保健指導の推進など)と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項(後発医薬品の推進や重複投薬の適正化など)を、医療費適正化計画における取組の目標に定めることとしている。

- 第3期(2018~2023年度)の「医療費適正化計画」では、
 - ①入院医療費は、都道府県の医療計画(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し、
 - ②外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計することとしている。

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※2015年改正後

- 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(略)に関する事項を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
 - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項 (四~六項 略)

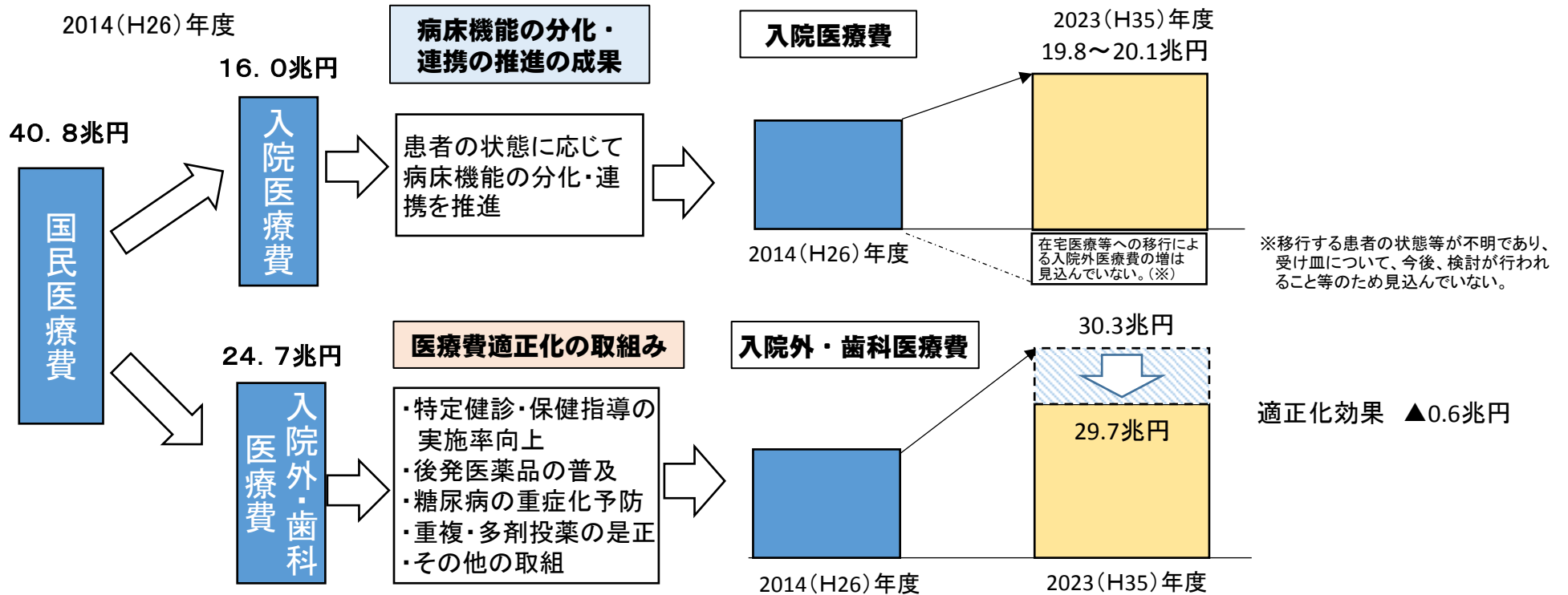
第3期の医療費適正化計画について

- 第3期（2018～2023年度）の医療費適正化計画では、
 - ・入院医療費は、都道府県の医療計画（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する
 - ・外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進（80%目標）、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計する。この結果、2023年度に0.6兆円程度の適正化効果額が見込まれる。

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

※下記は国において一定の仮定の下に試算（実際は今後、都道府県が策定）

2017年1月 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第2次報告書



【外来医療費 2023年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------|
| ①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成 | 計 ▲約6000億円 |
| ②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%） | ▲約200億円 |
| ③糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人あたり医療費の平均との差が半分になった場合 | ▲約4000億円 |
| ④重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合 | ▲約800億円 |
| | ▲約600億円 |

医療費の見込み（目標）と個別の取組目標との関係の整理

- 医療費の見込みの推計式については、医療費適正化基本方針（平成28年3月告示）で示した医療費の見込みの算定方法の考え方を踏まえ、以下のように整理。

<医療費の見込みの推計式（必須）>

医療費の見込み（高齢者医療確保法第9条第2項）

- 入院外等 ・ 自然体の医療費見込み
- ▲ 後発医薬品の普及（80%）による効果
 - ▲ 特定健診・保健指導の実施率の達成（70%、45%）による効果
 - ▲ 外来医療費の1人当たり医療費の地域差縮減を目指す取組の効果
- 入院 ・ 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた推計
- ↳
- ・ 糖尿病の重症化予防の取組
 - ・ 重複投薬、多剤投与の適正化

<個別の取組目標（任意）>

- 個別の取組目標については、任意記載事項となっているが、各都道府県は、マクロの医療費の見込みを達成できるような取組目標を定めていただきたい。
※都道府県が独自に設定する取組による効果を盛り込むことは可能。

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※平成27年改正後

- 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。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - 四～六 （略）

1. 後発医薬品の普及（80%）による適正化効果額の推計方法

- 平成25年のNDBデータを用いて、後発医薬品のある先発品が、すべて後発医薬品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて、平成25年度において仮に80%を達成した場合に、平成25年度の医療費に占める効果額の割合を算出する。
- この割合が平成35年度の医療費においても同じ割合を占めると仮定した場合の効果額を推計する。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \frac{\text{平成25年10月時点のデータから算出される後発品のある先発品を100\%後発品に置き換えた場合の効果額}}{\text{平成25年度の医療費}} \div \left(1 - \frac{\text{平成25年10月の数量シェア}}{\text{平成35年度の医療費}} \right) \times (0.8 - 0.7) \right\}$$

※経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）において、平成29年央には数量シェアは70%とされているため、そこから80%となった場合を推計。

2. 特定健診等の実施率の達成による適正化効果額の推計方法

- 平成20年度から25年度までのレセプトデータ、特定健診等データを用いて、特定保健指導対象者の入院外1人当たり医療費の経年的推移を分析した。
- この結果を用いて、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計する。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \left(\frac{\text{当該県の平成25年度の特定健診の対象者数}}{\text{平成25年度の特定保健指導の実施者数}} \times 0.7 \times 0.17 \times 0.45 - \frac{\text{平成25年度の特定保健指導の実施者数}}{\text{当該県の平成25年度の外来医療費}} \right) \times \text{特定保健指導による効果} \right\} \div \left(\frac{\text{当該県の平成25年度の外来医療費}}{\text{当該県の平成35年度の外来医療費（推計）}} \right)$$

※平成25年度の実績では、特定健診受診者のうち、特定保健指導の対象となる者の割合が17%であり、これが変わらないと仮定

【特定保健指導による効果について】

- 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WGにおける分析結果を踏まえ、最低でも6000円程度（単年度で）の効果があるものとして推計する。なお、各都道府県が独自の数値を用いることも可能とする。
- 効果額については、データ分析を継続的に行い、検証を継続。

3. 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組の適正化効果額の推計方法

- 外来医療費については、一定の広がりのある取組を通じて医療費の地域差縮減が期待される点に着目して推計式を設定。
 - 具体的には、
 - ① 生活習慣の改善や予防により、一定の医療費の適正化が見込まれる生活習慣病関連の慢性疾患のうち、都道府県・保険者・医療関係者による取組が一定の広がりを持って行われているものについて、都道府県・保険者・医療関係者の連携による糖尿病に関する重症化予防の取組の推進や
 - ② かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進による重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化
- などにより、結果的に1人当たり外来医療費の地域差が縮減する効果が期待されるため、今回の医療費適正化基本方針の推計式では、これらの要素を加味した以下の推計式とする。
- 骨太2015では「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされている。このため、以下の推計式に加え、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。

<推計式のイメージ> ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \left(\left(\begin{array}{c} \text{当該県の平成25年度の生活習慣病} \\ \text{(糖尿病)の40歳以上の人口1人} \\ \text{当たり医療費(推計)} \end{array} \right) - \begin{array}{c} \text{生活習慣病(糖尿病)の} \\ \text{40歳以上の人口1人当たり} \\ \text{医療費の全国平均(推計)} \end{array} \right) \div 2 \times \begin{array}{c} \text{当該県の平成25年} \\ \text{度の40歳以上の} \\ \text{人口(推計)} \end{array} \right\} \left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{平均を上回る地} \\ \text{域が仮に平均と} \\ \text{の差を半減した} \\ \text{場合} \end{array}$$

$$+ \left(\begin{array}{c} \text{3医療機関以上の重複投薬の調剤費等のうち、} \\ \text{2医療機関を超える調剤費等の1人当たり調剤費等} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{当該県の3医療機関以上、} \\ \text{重複投薬となっている患者数} \end{array} \div 2 \right) \left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{全ての都道府} \\ \text{県において、一} \\ \text{定の医薬品の} \\ \text{適正化等の取} \\ \text{組を行う場合} \end{array}$$

$$+ \left(\left(\begin{array}{c} \text{15剤以上の高齢者} \\ \text{(65歳以上)の} \\ \text{1人当たり調剤費等} \end{array} \right) - \begin{array}{c} \text{14剤の高齢者} \\ \text{(65歳以上)の} \\ \text{1人当たり調剤費等} \end{array} \right) \times \begin{array}{c} \text{当該県の平成25年度における} \\ \text{15剤以上の高齢者} \\ \text{(65歳以上)数(推計)} \end{array} \div 2 \left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\}$$

$$\div \begin{array}{c} \text{当該県の平成25年度の} \\ \text{外来医療費} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{当該県の平成35年度の} \\ \text{外来医療費(推計)} \end{array}$$

4. 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費の推計方法

- 高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、「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」を踏まえ、医療費の推計額を設定する。

◎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9条（略）

- 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11条第4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。**

<推計式のイメージ> ※2次医療圏単位を積み上げて各都道府県ごとに推計

平成35年度の患者数（人日）
の見込み

×

1人あたり医療費（推計）

- （注1）患者数は、病床機能の分化及び連携の推進のための病床機能の区分（医療法施行規則第30条の33の2）及び在宅医療等（病床機能の分化及び連携に伴うもの）を踏まえ、5区分を設定する。なお、2次医療圏単位で患者住所地及び医療機関所在地を勘案して推計したものをを用いる。
- （注2）1人あたり医療費（推計）等については、NDBをもとに（注1）の区分に応じて設定する。
- （注3）将来の診療報酬改定等の国の政策による影響について、その都度、各都道府県の医療費目標を調整することとする。なお、具体的な方法については、引き続き検討する。
- （注4）病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、現時点では移行する患者の状態等が不明であり、今後、どのような受け皿が必要か等について検討が進められるため、医療費の推計として盛り込んでいない。
（第3期医療費適正化計画の評価の際に所要の分析等を行う。）なお、都道府県は独自に推計を行うことができる。（P2再掲）

◎医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

（病床の機能の区分）

第30条の33の2 法第30条の13第1項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げるとおりとし、その定義は当該各号に定めるとおりとする。

- 一 高度急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
- 二 急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（前号に該当するものを除く。）
- 三 回復期機能 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
- 四 慢性期機能 長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

(参考) 自然体の医療費の推計方法

- 医療費適正化の取組を行う前の自然体の入院外・歯科医療費の推計方法は、おおむね第二期（平成25年度～29年度）と同じ方法とする。

※入院医療費については、高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、病床機能の分化及び連携の推進の成果として算出される平成35年度の推計額を用いる。

※病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、医療費の推計として盛り込んでいない。
(P5参照)

<第三期の推計方法>

- 「【A】基準年度の1人当たり医療費×【B】（基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率）×推計年度の都道府県別推計人口」により、推計年度の医療保険に係る都道府県別医療費を算出し、一定の補正をして、国民医療費ベースに変換し、各都道府県ごとに医療費の見通しを推計した。
- 第三期は、基準年度を平成26年度とする。推計年度は、計画終期である平成35年度である。

【A】基準年度の1人当たり医療費

- ①基準年度（平成26年度）の住民住所地別の都道府県別医療費の推計
- ②診療種別（入院外・歯科）ごとに、事業年報などを用いて、保険者種別の医療費から、住民住所地別の都道府県別医療費を推計
- ③これに一定の補正をし、国民医療費ベースに変換し、基準年度（平成26年度）の1人当たり医療費を算出

【B】基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率

- ①直近で実績のわかる平成25年度までの、過去5年間（平成21～25年度までの5年間）の都道府県別医療費の伸び率から、人口変動率、診療報酬改定の影響（*1）、高齢化の影響（*2）を除外し、医療の高度化等（*3）に起因する1人当たり医療費の伸び率を設定
 - （*1）：全国一律に診療報酬改定の影響が現れるものとする
 - （*2）：国民医療費における年齢階級別1人当たり医療費を固定し、都道府県別の年齢階級人口が変化した場合の1人当たり医療費の伸び率により算出
 - （*3）：ロードマップを踏まえた後発医薬品の使用促進の影響等を踏まえて伸び率を設定
- ②これに、直近の平成28年度に見込まれる診療報酬改定の影響、高齢化の影響を加え、基準年度～推計年度までの1人当たり医療費の伸び率を設定

(参考) 「一人当たり医療費の差の半減」の考え方

- 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、
- ・ 都道府県別の一人当たり外来医療費（全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの）について、
 - ・ 年齢調整を行い、
 - ・ なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。
- P4で示している3つの取組では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。
- なお、各都道府県の地域差縮減に向けた取組の検討に資するよう、国から都道府県に対し、疾病別医療費に関するデータ等を提供する。

◎医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（厚生労働省告示第百二十八号）

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

二 計画の内容に関する基本的事項

6 計画期間における医療費の見込みに関する事項

都道府県は、各都道府県の医療費の現状に基づき、平成35年度の医療費の見込みを算出する。

具体的な算出方法は、別紙二によるものとするが、このうち、入院外医療費に係る見込みについては、計画最終年度に特定健康診査等の全国目標及び後発医薬品の使用割合の全国目標を達成した場合の医療費から、なお残る地域差を縮減したものとする。なお、経済・財政再生計画において「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。」とされている。本方針では、数値目標を定める特定健康診査等の受診率の向上及び後発医薬品の使用促進の効果を取り除いた後の都道府県別の平成35年度の一人当たり入院外医療費について、年齢調整を行い、なお残る一人当たり入院外医療費の地域差について全国平均との差を半減することをもって、地域差半減として取り扱う。別紙二に示す推計式では地域差半減には到達しない見込みであるため、引き続き、第三期医療費適正化計画の計画期間に向けて、医療費適正化に関する分析を継続的に行うとともに、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、分析結果も踏まえて国において追加を検討する。入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ、算出することとする。

第3期の医療費適正化計画について

- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）の「医療費適正化基本方針」における医療費の見込みの推計式については、平成28年9月の第97回医療保険部会において議論いただき、その際、外来医療費のうち「人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組」については、以下のように整理している。（第97回医療保険部会 資料3）

- 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、
 - ・ 都道府県別の一人当たり外来医療費（全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの）について、
 - ・ 年齢調整を行い、
 - ・ なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。
- P5で示している3つの取組（※）では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。
（※）糖尿病に関する重症化予防の取組推進、重複投薬の適正化、複数種類の医薬品の投与の適正化

- このうち、医薬品の適正使用については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進、保険者による訪問指導などの現場での取組の広がりにより、同じ薬剤を複数の医療機関や薬局から投与される患者の減少や多量の薬剤を投与されている患者の減少が期待されるとの考え方により、具体的には以下の効果額を既に推計式に盛り込んでいる。

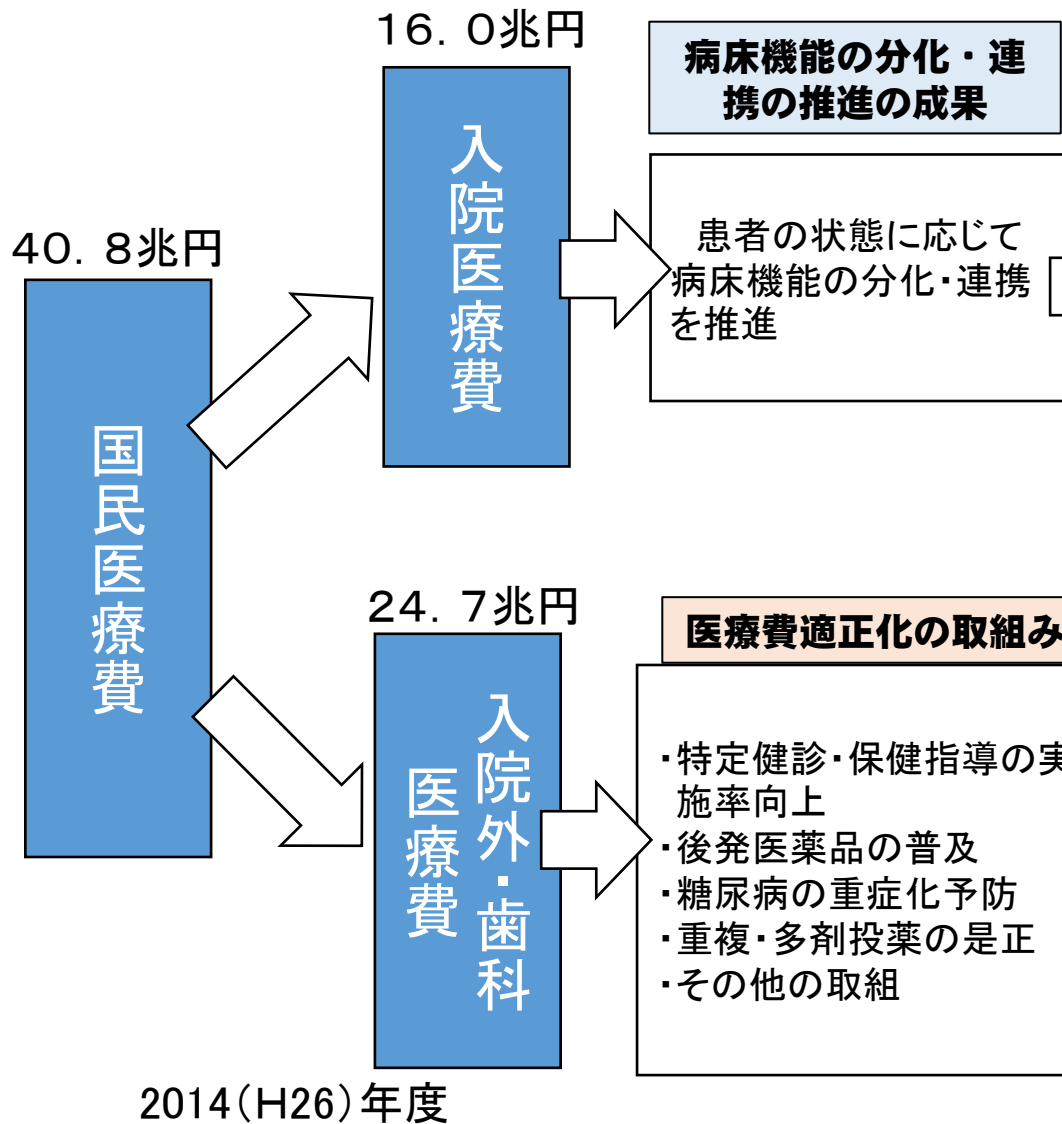
- ① 3医療機関以上から重複して投薬される者が半減し、その分の調剤費等が軽減される
- ② 15剤以上の投薬がされていた高齢者（65歳以上）が半減し、その分の調剤費等が軽減される

（※）平成25年10月の外来・調剤レセでは、高齢者のうち同一月で15剤以上の投薬を受けている者の割合が約5%程度である。

- 現在、高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、医学薬学の専門家や医療関係者等も参画した高齢者医薬品適正使用検討会（平成29年4月設置）では、高齢者の多剤服用の実態や副作用等に関する調査・分析結果を踏まえ、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている（最終とりまとめは平成30年度末目途）。多職種連携のもと患者の服薬等の情報を共有し、医学薬学的に適切な情報に基づき、ガイドラインも活用されることで、高齢者の多剤服用の減少も期待される。

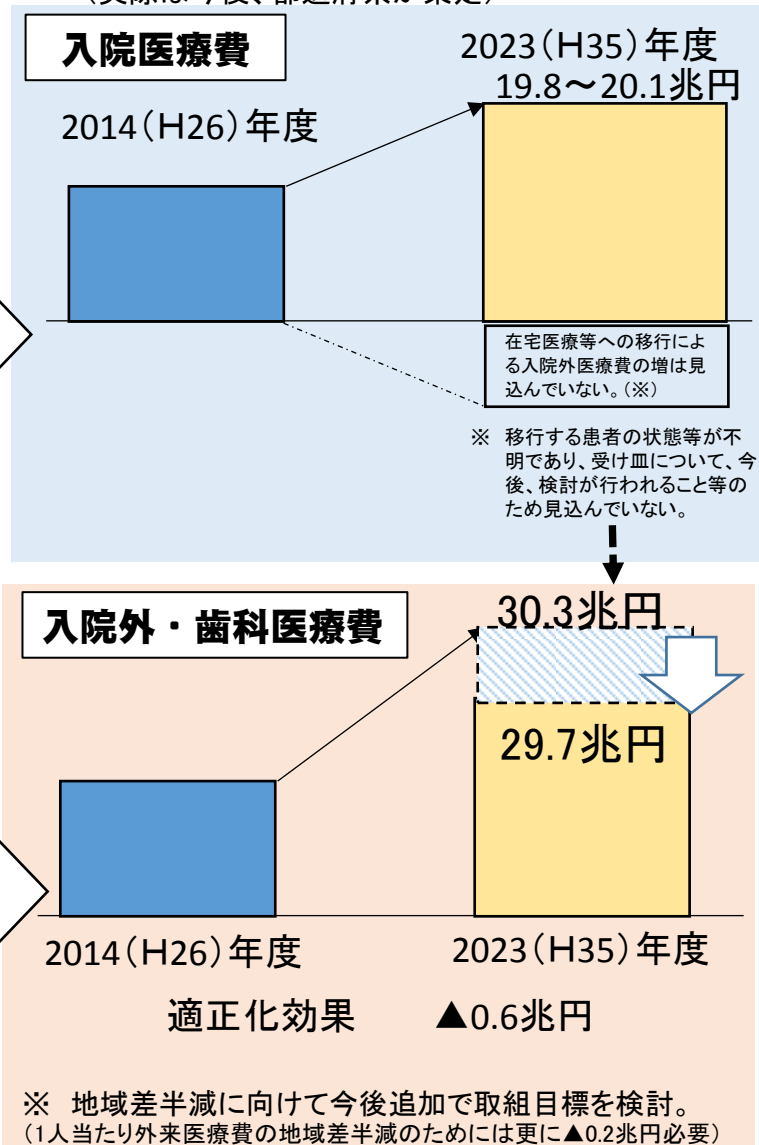
そこで、第3期の医療費適正化計画において地域差縮減に位置づけている医薬品の適正使用の算定式については、このような多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定状況等を踏まえ、第3期計画期間中、できるだけ早く、更に変更・追加することを検討する。

医療費適正化計画の標準的な算定式のイメージ



【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

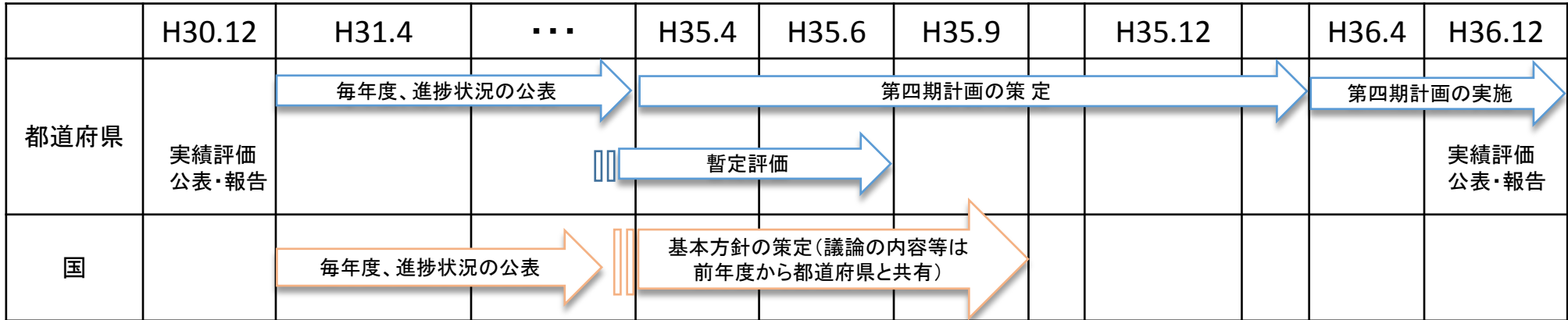
※ 下記は国において一定の仮定の下に試算
(実際は今後、都道府県が策定)



医療費適正化計画のPDCAサイクルについて

【第3期医療費適正化計画の流れ】

- 医療費適正化計画のPDCAサイクルは、計画に掲げた目標の進捗を把握し、実績医療費の推移も参考としながら、目標達成に向けた取組を進めることが重要。第3期の具体的な内容等は、都道府県とも相談の上、事務連絡等でお示しする。



* 第2期医療費適正化基本方針については、平成24年9月に公布

【進捗状況の公表】

…計画期間の毎年度、進捗状況の管理を行うために実施

- 計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、計画期間において初年度及び最終年度以外の毎年度実施。

【進捗状況に関する調査及び分析(暫定評価)】

…次期都道府県計画の作成、国の医療費適正化基本方針の作成に資するために実施

- 毎年度の進捗状況の公表に加え、各目標の達成状況と、それに対する要因分析を盛り込んだ内容のものを考えている。
計画最終年度の6月末までに提出していただくことを考えている。

【実績評価】

…計画期間の終了後に当該計画期間全体の評価を行うために実施

- 従来と同様、計画期間終了の翌年度に実施するものであり、暫定評価を確定させる形で、正式な評価書として、報告していただくことを考えている。

参考資料

特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析

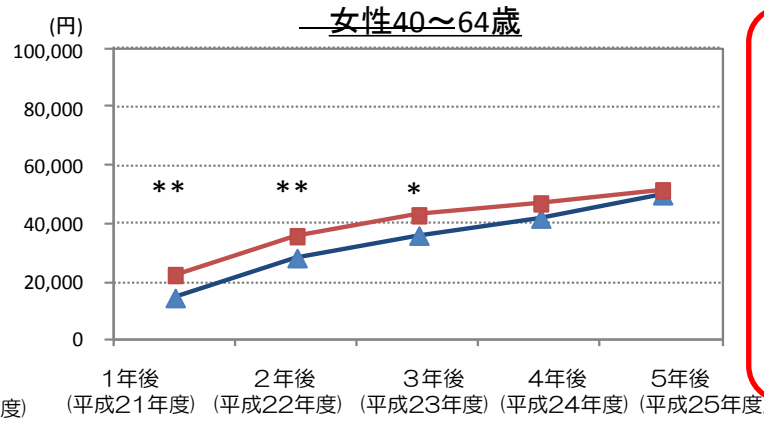
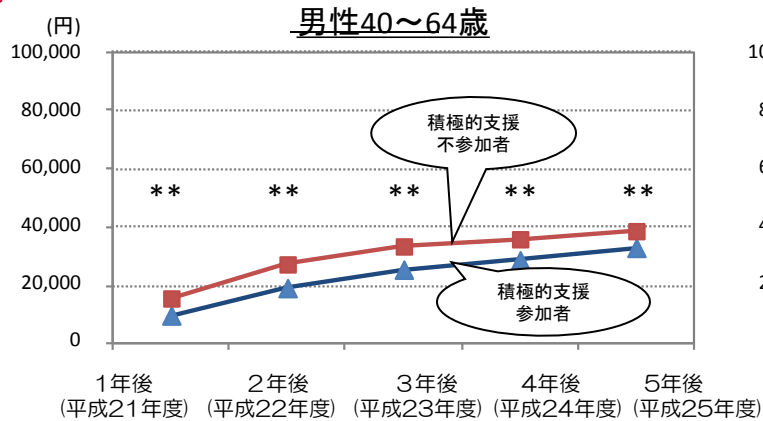
(平成20~25年度)

(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報告書)

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100~-5,720円、女性で-7,870~-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40~-0.19件/人、女性で-0.37~+0.03件/人の差異が見られた。

*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差



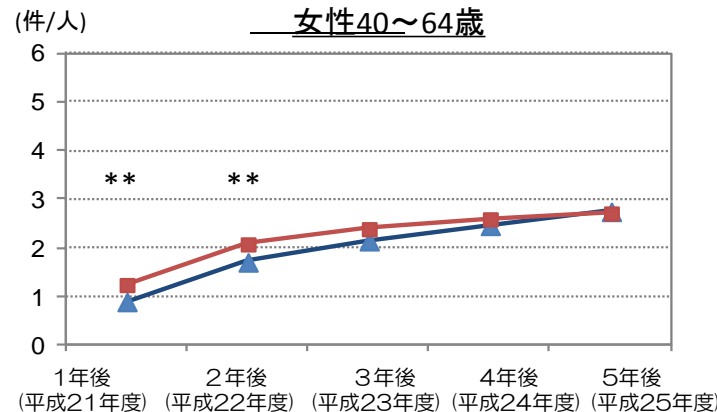
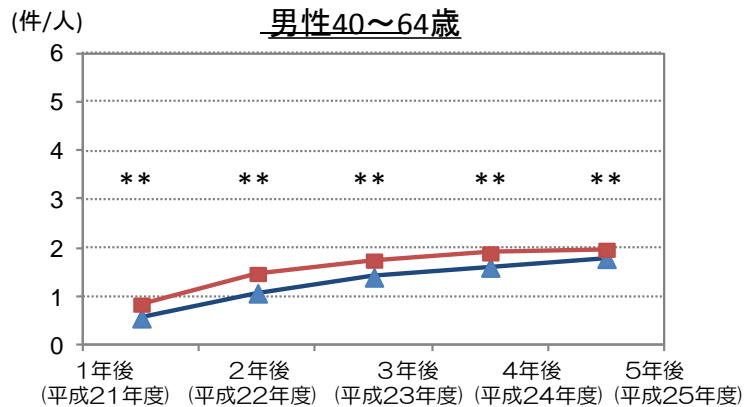
【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

男性-5,830円 (平成21年度)
 -8,100円 (平成22年度)
 -7,940円 (平成23年度)
 -7,210円 (平成24年度)
 -5,720円 (平成25年度)

女性-7,870円 (平成21年度)
 -7,500円 (平成22年度)
 -6,940円 (平成23年度)
 -5,180円 (平成24年度)
 -1,680円 (平成25年度)

の差異



【外来受診率】

参加者と不参加者の差

男性-0.28件/人 (平成21年度)
 -0.40件/人 (平成22年度)
 -0.35件/人 (平成23年度)
 -0.29件/人 (平成24年度)
 -0.19件/人 (平成25年度)

女性-0.35件/人 (平成21年度)
 -0.37件/人 (平成22年度)
 -0.25件/人 (平成23年度)
 -0.13件/人 (平成24年度)
 +0.03件/人 (平成25年度)

の差異

※平成20~25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

【参考】特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（平成20～25年度）

- 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

※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、40～64歳の者が対象。

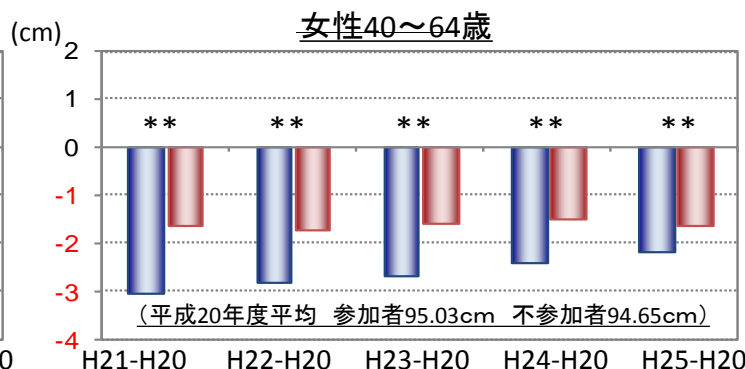
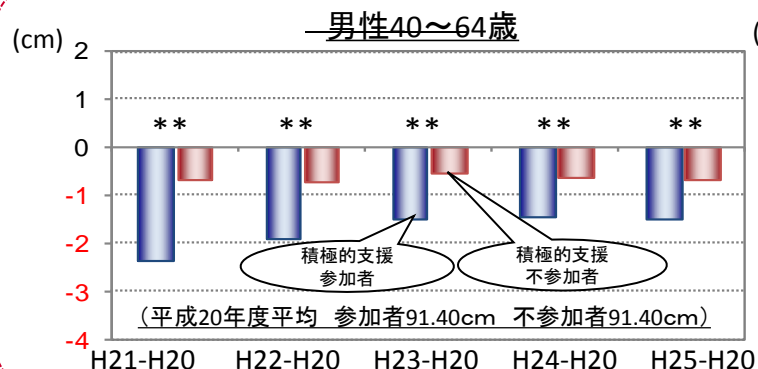
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

*p<0.05 **p<0.01

*, **・・・統計学的に有意な差

特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（平成20年度との差）

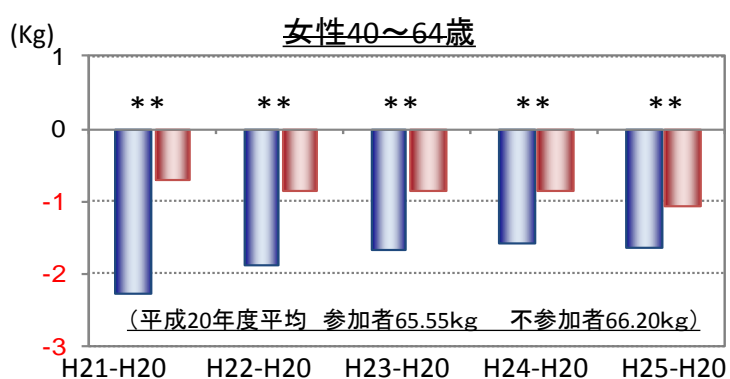
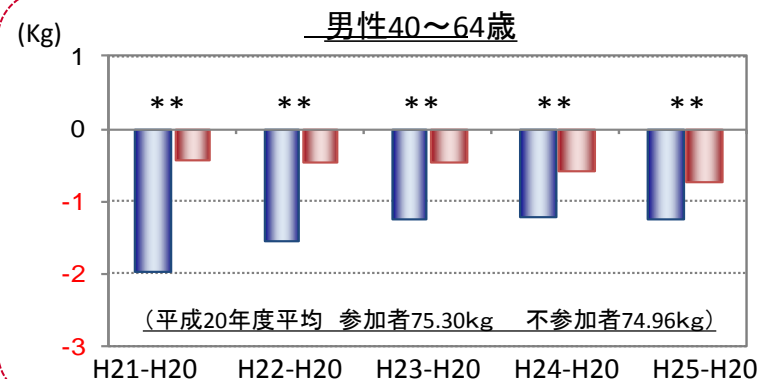


【腹囲】

平成20年度と比べて参加者は

男性 -2.33cm (平成21年度)
 -1.91cm (平成22年度)
 -1.46cm (平成23年度)
 -1.42cm (平成24年度)
 -1.47cm (平成25年度)

女性 -3.01cm (平成21年度)
 -2.82cm (平成22年度)
 -2.66cm (平成23年度)
 -2.39cm (平成24年度)
 -2.16cm (平成25年度)

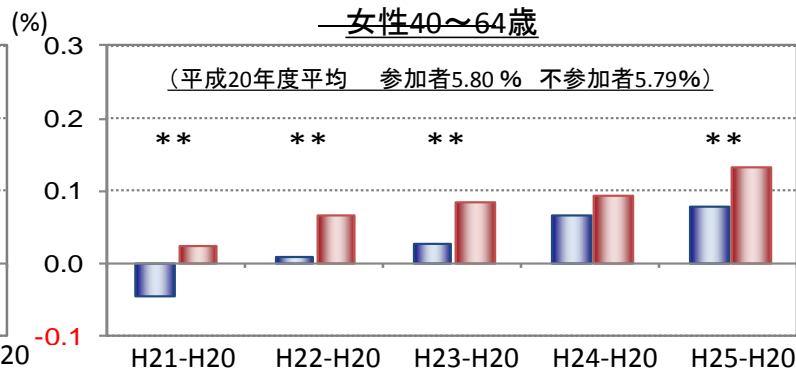
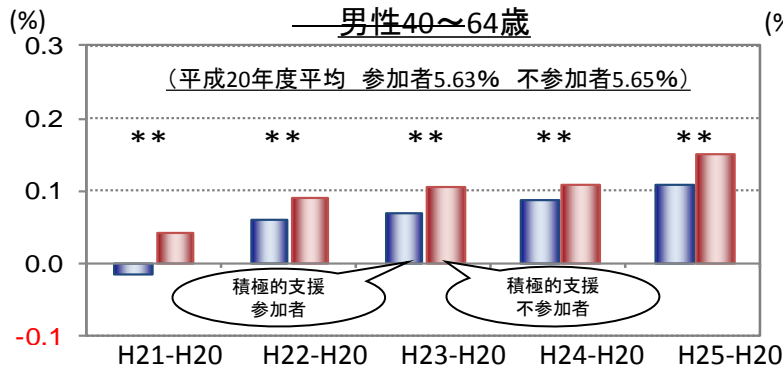


【体重】

平成20年度と比べて参加者は

男性 -1.98kg (平成21年度)
 -1.54kg (平成22年度)
 -1.25kg (平成23年度)
 -1.22kg (平成24年度)
 -1.25kg (平成25年度)

女性 -2.26kg (平成21年度)
 -1.86kg (平成22年度)
 -1.65kg (平成23年度)
 -1.57kg (平成24年度)
 -1.63kg (平成25年度)

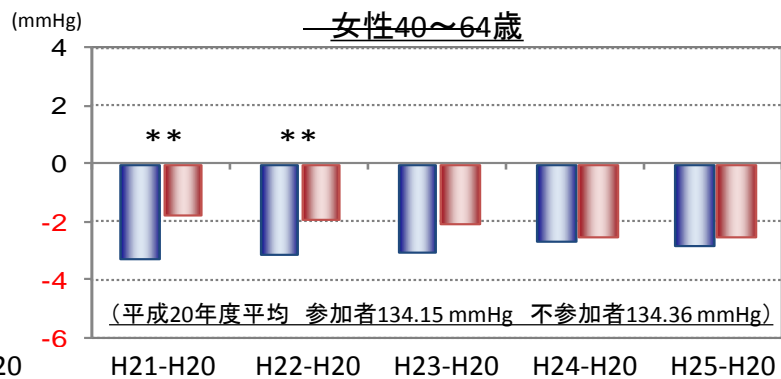
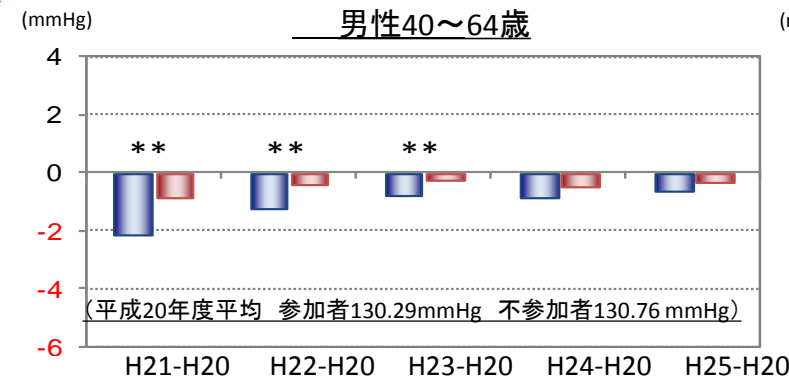


【血糖(HbA1c)】 ※1

平成20年度と比べて

男性 -0.01% (平成21年度)
 +0.06% (平成22年度)
 +0.07% (平成23年度)
 +0.09% (平成24年度)
 +0.11% (平成25年度)

女性 -0.04% (平成21年度)
 +0.01% (平成22年度)
 +0.03% (平成23年度)
 +0.07% (平成24年度)
 +0.08% (平成25年度)

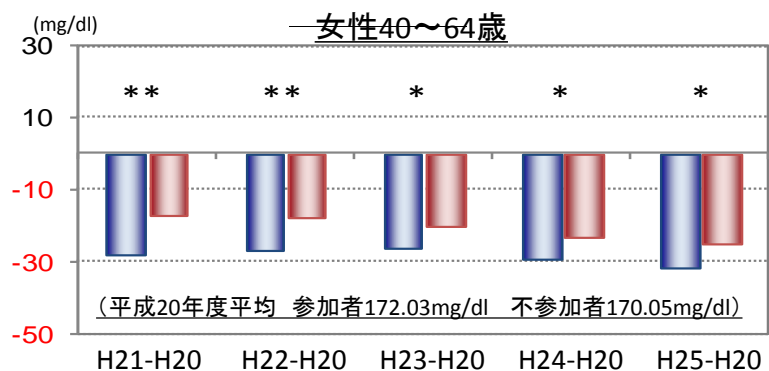
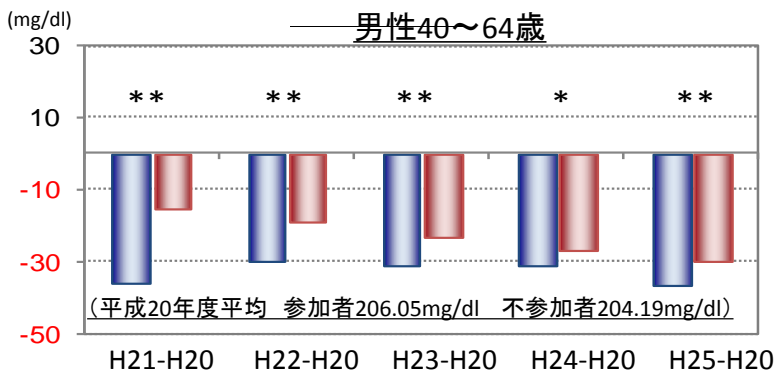


【血圧(収縮期血圧)】 ※2

平成20年度と比べて

男性 -2.13mmHg (平成21年度)
 -1.21mmHg (平成22年度)
 -0.76mmHg (平成23年度)
 -0.88mmHg (平成24年度)
 -0.63mmHg (平成25年度)

女性 -3.24mmHg (平成21年度)
 -3.13mmHg (平成22年度)
 -3.00mmHg (平成23年度)
 -2.65mmHg (平成24年度)
 -2.80mmHg (平成25年度)



【脂質(中性脂肪)】

平成20年度と比べて

男性 -35.91mg/dl (平成21年度)
 -29.55mg/dl (平成22年度)
 -31.15mg/dl (平成23年度)
 -31.16mg/dl (平成24年度)
 -36.23mg/dl (平成25年度)

女性 -27.80mg/dl (平成21年度)
 -27.02mg/dl (平成22年度)
 -26.27mg/dl (平成23年度)
 -29.27mg/dl (平成24年度)
 -31.79mg/dl (平成25年度)

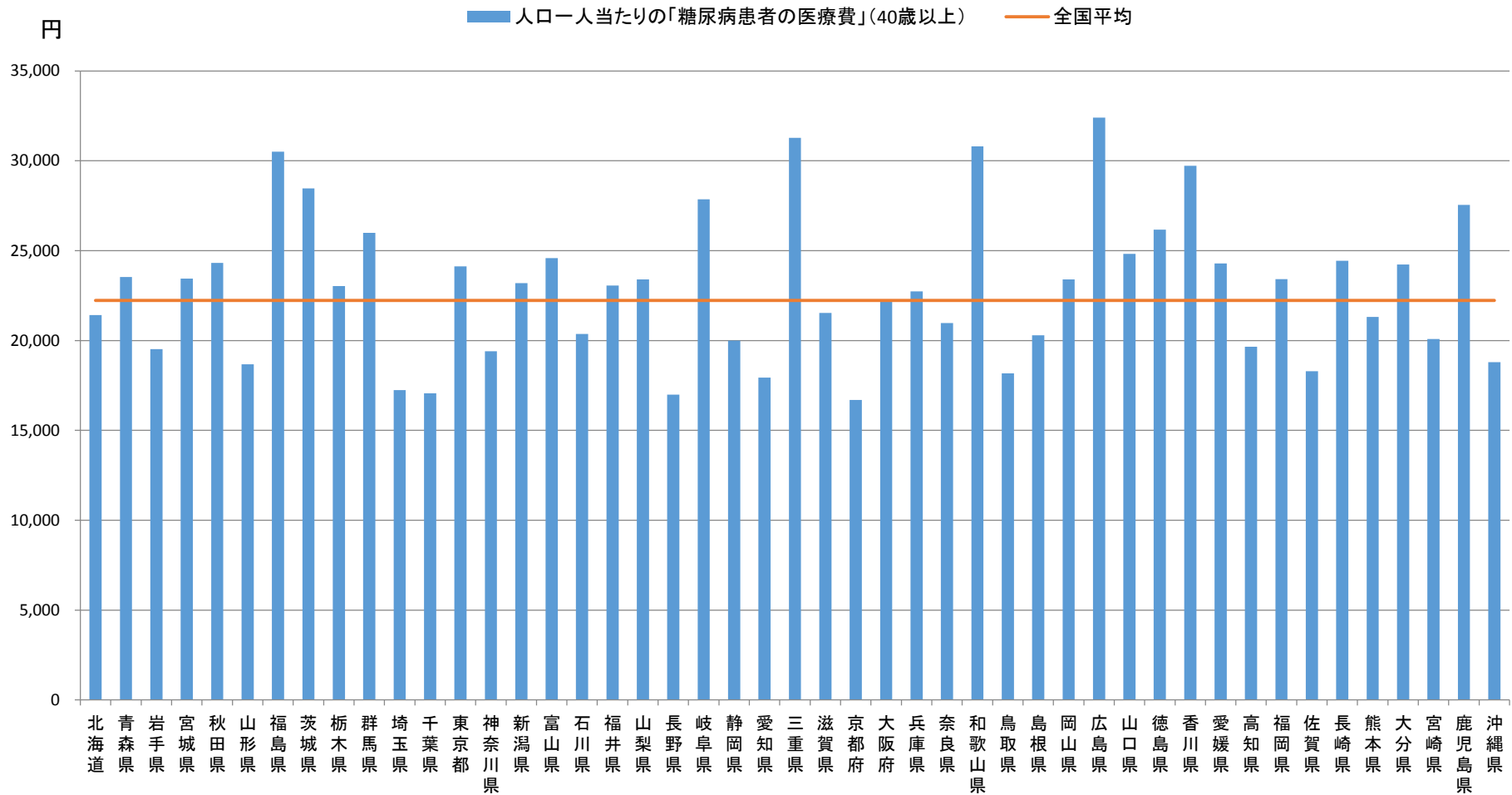
※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

平成25年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、平成20年度～平成25年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

糖尿病（40歳以上）の人口一人当たり医療費

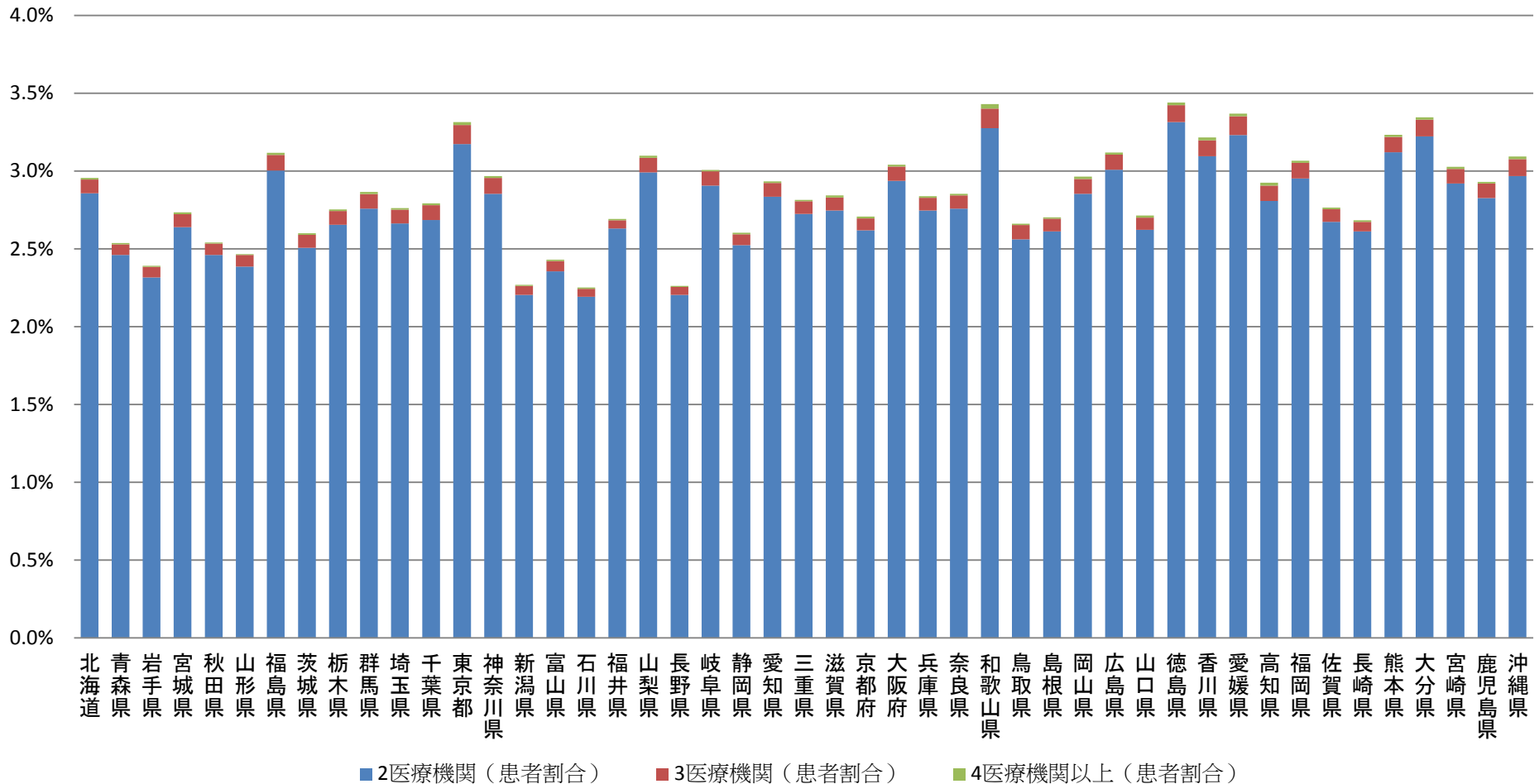
○各都道府県において、糖尿病患者（40歳以上に限る。）に係る入院外医療費を人口（40歳以上に限る。）一人当たりで見たものをグラフにしている。



※ NDBより都道府県別の糖尿病患者（40歳以上）に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数／NDBによる糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。

同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合

○各都道府県において、同一月に、同一成分の薬剤を複数医療機関から投与された患者(※)の割合をグラフにしている。



(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。
 ※患者Aがaという薬剤を2医療機関から、bという薬剤を3医療機関から投与されている場合は、3医療機関として計上。

同一月内に複数種類の薬剤を投与された65歳以上の患者の割合

種類数別の患者数



(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。
※患者Aがa県の薬局から3種類の薬剤を、b県の薬局から6種類の薬剤を投与されている場合は、b県で計上。