

# 指標

## 第一期医療費適正化計画の 進捗状況と次期(第二期) 医療費適正化計画について

副会長

畑 俊一

### 1. はじめに

平成20年から開始された第1期適正化計画は、あ  
とわずかで終了し、平成25年度から29年度までの第  
2期の医療費適正化計画案の検討がすでに始まって  
いる。

筆者は、北海道の第1期の医療費適正化検討協議  
会の会長を務め、引き続き第2期の協議会の会長を  
委嘱された。協議会は現在までに既に2回開催されて  
いる。

協議会は、医療費適正化の骨子や詳細についての  
決定や、北海道知事の諮問に対する答申を出すなど  
の権限はなく、あくまで北海道医師会、北海道歯科  
医師会、北海道薬剤師会、北海道看護協会、北海道  
病院協会をはじめとする医療団体、健康保険組合北  
海道連合会、北海道後期高齢者医療広域連合、北海  
道国民保険団体連合会、北海道町村会などの保険者  
団体、札幌医大公衆衛生学などの学識団体、その他、  
日本労働組合総連合会、北海道消費者協会など広く  
各界の意見を聞き、協議する会であり、4回ほどの会  
議やパブリックコメントを経て、行政機関である道  
として最終的な北海道医療費適正化計画を決定する。

従って組織としての北海道医師会や私個人の医療  
費適正化計画に対する意見は国や道の医療費適正化  
計画に必ずしも全面的に賛同するものではなく、異  
なる部分も多いことをはじめに記しておく。

### 2. 第1期全国医療費適正化計画の概要

この計画は小泉元首相のもとに平成18年度の「医  
療制度改革」で一連の諸法令改定がなされた時期で、  
「高齢者の医療の確保に関する法律」によるもので  
ある。

図表1(※P5)に示すごとく。適正化計画の三  
本柱は、①特定健康診査・特定保健指導の実施によ  
る疾病の早期予防、②平均在院日数の短縮、③療養  
病床の削減であり、「医療費適正化計画」の実態は「医  
療費削減計画」である。

「老人保健法」下の基本健康診査はなくなり、実  
施率の成否により、「後期高齢者支援金」の加算、減  
算が行われるペナルティー制度が導入された。

### 3. 第1期北海道医療費適正化計画の概要

国の計画と道の計画とそう大きく異なる点はない。  
特定健診の実施率が国の70%以上に対し、道は  
68%、保健指導は国の45%以上に対し48%に設定し  
た(図表2※P6)。

### 4. 第1期北海道医療費適正化計画の進捗状況

集計がまだ出来ていないためか、最近の資料が未  
公表なため、進捗状況に関する分析が出来ないが、  
健康診査、保健指導実施率は目標値に比べ、かなり  
低いことが想定できる。

平均在院日数については年々、減少している。

介護療養病床については廃止が平成29年度末まで  
延長されたことや、機械的削減はしないとの方針で  
病床数はほとんど変わっていない(図表3※P7)。

### 5. 特定健診・特定保健指導の問題点

第一次医療費適正化計画における、国ならびに道  
の特定健診・特定保健指導は開始から4年半以上を  
経過し間もなく終了するが、その実施率は関係者の  
努力にもかかわらず低迷しており、目標率を達成す  
ることはほとんど不可能であろう。

さまざまな問題点が指摘される。

#### (1) まず、法制度的問題点がある。

医療費適正化計画の名のもと、医療費削減計画  
の大きな柱と位置づけられ、後期高齢者医療制度  
に関連した特定健診・保健指導は地方自治体の保  
健事業とは切り離され、各医療保険者に義務づけ  
られた。しかも実施率の成果に応じ、高齢者支援  
金の加算、減算のペナルティー制度が導入された  
ことである。

#### (2) 健診方法に問題点がある。

特定健診は「高血圧症、脂質代謝異常、糖尿病  
などの生活習慣病」の早期発見、予防であり、こ  
れらの生活習慣病は内臓脂肪の蓄積に起因するも  
のであり、内臓脂肪蓄積の簡易評価法としての腹  
囲を、第1基準とするものであった。しかし、腹  
囲基準は女性が男性を上回るという、世界でも類  
を見ない基準で、また健診項目も従来の基本健診  
と比較すると極めて少なく、健診判定基準値も臨  
床での基準値と乖離した設定がなされた。

平成22年10月には、日本公衆衛生学会は、腹  
囲が基準以下で高血圧、脂質代謝異常、糖尿病など  
の危険因子が重複する人の方がメタボリック該当  
者より、多く見られることから、見直しを求めた。

#### (3) エビデンスや制度管理に問題がある。

今回の特定健診は関係8学会の提案に従い、腹  
囲基準を第1基準として、そのまま拙速に制度化

した。腹囲基準は自己申告も可としており、精度管理以前の問題であるとの指摘もある。HbA1cも一部の地域ではバラツキの許容範囲を超えており、新たな国際基準との整合性でも混乱がある。

現在の政権与党が解散を含む選挙によって変わる可能性もあり、それにより、後期高齢者医療制度がどのようになるか分からない中、第1期医療費適正化計画の中心的柱としての特定健診・保健指導がほぼ失敗に終わりつつある現状の認識や分析なくして、第2期も第1期の目標等を踏襲しようとしている行政の思考プロセスが理解できない。

腹囲基準を第1基準に据えるのは適切なのか？

従来臨床検査基準値を考慮しない判定値の設定は適切か？

従来基本健診と比較するとかなり少ない健診項目数は適切か？

「特定」として絞られてしまった機能を補うため、全国的に約過半数の市町村国保と医師会との間で、心電図、尿酸やクレアチニンなどの「上乗せ健診」が行われており、それを無料で実施している地域ほど、受診率が高いことが明らかにされている。

東京都では、第1期医療費適正化計画が始まると同時に、従来基本健診と全く同様の「上乗せ健診」を実施している。札幌市でも平成23年10月から、「付加健診」という名称で上乗せ健診を始めている。

## 6. 国の第2期医療費適正化計画策定の基本的方針の改正

厚生労働省は、第2期医療費適正化計画（25～29年度）策定へ、基本的な方針の全部を改正し、25年4月1日から適用すると告示した。

同方針では、昨年8月に成立した地域主権改革一括法を受けて、「医療に要する費用の見直し」のみ必須的記載事項とし、特定健診・保健指導や平均在院日数の短縮に関する目標等は、一律に目標を設定せず、参考となる指標・データや考え方を情報提供するとしている。

また、療養病床の入院期間短縮は、介護療養病床の廃止が延期されたことや、療養病床の機械的な削減はしないとの方針を踏まえ、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携強化等により目指すとしている。

主な改正のポイントは、三本柱の一つである特定健診・保健指導は第1期とほぼ同様、継続する（図表4※P8）。後期高齢者支援金の加算、減算のペナルティーは目標実施率が悪いため、第1期では行われない模様だが、第2期では「ペナルティー」制度は廃止しない方向で考えられている。

第2の柱、介護療養病床の廃止は平成29年度末まで延長したこと、また機械的削減は行わないことが

決められた。現段階では介護保険施設や老人保健施設への転換が困難、居宅、在宅医療の不備、医療機関の分化・連携がまだ不十分などで受け皿が不十分で、大量の介護難民が発生する恐れがあり、介護療養病床の大幅な削減は見送られた。

第3の柱である在院日数の削減は順調に短縮が進んでいる。クリティカルパス等の効率化要素の導入により、入退院のターンオーバーを早くすることは病院にとっても収入増の道である。しかしながら、急性期の入院患者に対して、必要な医療資源を集中的に投入するので、逆に一日当たりの入院医療費（日当点）の増加と入院医療費総額（日当点×在院日数）も増加し、在院日数短縮による医療費削減効果を上回る可能性が高い。

## 7. 特定健診・特定保健指導の今後の見通し

現在の政権与党である民主党が後期高齢者医療制度の見直しの方針を出しているが、とりあえず1年間延長となったが、この制度に代わる妙案がなく、特定健診制度がこの法律がらみなので、おいそれと廃止する訳にも行かない。

腹囲をはじめとする健診内容の問題点は、医療関係者のみならず、健診対象者にも混乱をもたらす、受診率の低さにも大きな影響を与えたと考えられる。

厚生労働省ではそれまでの検討会を、平成23年4月より、「保険者による健診・保健指導等による検討会」に改組し、平成25年度からの第2期医療費適正化計画の見直しの検討を現在行っている。現在のところ、図表5（※P8）に示すごとく、全国目標は第1期とほぼ同様である。健診項目についても必須項目である腹囲基準はほとんど変わらない。健診内容についても項目や基準は多少の変更はあるが、ほとんど変っていない（図表6※P9）。

## 8. 医療費適正化計画の新設項目

新設されたのが後発医薬品の使用促進である（図表7※P9）。クオリティ、安全性や供給の安定への不安がまだ払拭されておらず、後発品使用のシェアが拡大されていないのが現状である。

本年7月8日の「厚労省提言型政策仕分け」で「参照価格制度の検討」が持ち出された。参照価格制度とは同様の成分や効果を持つ複数の医薬品の保険給付に一定の基準額を設け、価格の高い先発医薬品などの超過分を患者負担とする制度である（図表8※P10）。ドイツやフランスではこの制度を導入しており、日本の制度と単純比較ができないが、医療費削減効果は得られなかった。

さらに新設されたのが、たばこ対策である。がん対策とも重複する。健康被害のみならず経済損失も莫大である（図表9※P10、図表10※P11）。超過医療費が1.7兆円、入院・死亡による労働力損失が2.4



兆円、合わせて4.1兆円の損失が見込まれている。

### 9. 終わりに

無駄を省くことは必要なことである。第2期医療費適正化計画における、新たに設定された後発医薬品の使用促進やたばこ対策は、医療費削減に効果的であろう。

医療の原則は決して市場原理主義に支配されるものであってはならない。宇沢弘文東大名誉教授の言うように「医療は社会的共通資本であり、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるものが基本的視点である。提供される医療サービスが医学的観点から最適なものであり、かつ社会的観点から公正で、経済的観点から効率的であるとすれば、国民医療費の割合が高ければ高いほど、経済的観点のみならず、社会的観点からも望ましいものである」と。

わが国では現在、人口の高齢化が急速に進んでいる。自明の理だが、高齢者は、有病率、合併症や疾病の重症度も高いので、医療費は必然的に増加する。65歳以上の高齢者は2005年の国勢調査で、人口割合は21%に過ぎないのに、医療費総額の51%を使用している。

高価な医療機器の導入や臓器移植、臓器再生、体外受精、遺伝子操作などの技術革新の実用化は確実に医療費の増加をもたらす。

高齢化社会と医学技術の進歩（医療の質の向上）は医療費増加の大きな要因である。

「医療の質の向上」と「医療費削減」は相反することが多い。医療は一般産業と異なり、人件費が5割も占める労働集約型産業で医学・医療の技術進歩で、人件費の節減をもたらす場合が少なく、逆に増加することが多い。

「医療の質と安全」を担保して初めて「健康で文人的生活」をおくることができる。現在、医師不足のみならず、地域偏在、診療科の偏在も北海道が全国の中で最も顕著な形で表れている。多くの医師の過労死ラインを超える過重労働によって何とか持ちこたえている現状である。

平成12年度から22年度の間、6回の診療報酬改定の内、4回はマイナス改定である。そのうち2回は医療費本体部分の増加率がマイナスとなっている。中小病院や診療所の台所は火の車であり、十分な診療ができない状況にある。

基本的に医療費適正化計画は「適正化」に名を借りた医療費「削減」計画であることは、第1期北海道医療費適正化検討協議会の協議の中でも、また北海道医報の紙上でも報告してきた。第2期では介護療養病床の削減の凍結、後発医薬品の推進やたばこ対策などにやや救いが見られる。

北海道医療費適正化検討協議会は原則、公開なので討議内容等については北海道庁ホームページで閲覧できる。各郡市医師会や会員の先生におかれては、パブリックコメント等で是非、意見を挙げていただきたい。

なお、本稿の一部は北海道医報、北海道医師会臨時時代議員総会、日本医師会公衆衛生・がん対策委員会において報告したので参照されたい。

- 1) 北海道医療費適正化計画の進捗状況と問題点  
畑 俊一 北海道医報第1073号 平成20年2月1日
- 2) 第1期北海道医療費適正化計画の進捗状況と次期医療費適正化計画  
畑 俊一 第138回北海道医師会臨時時代議員会 平成24年9月
- 3) 公衆衛生・がん対策委員会答申 日本医師会公衆衛生・がん対策委員会 平成24年2月

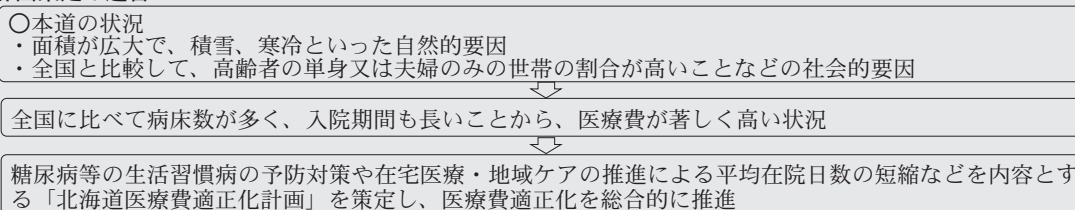
図表1 高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画（全国医療費適正化計画）（平成20年厚生労働省告示第442号）

計画期間：5年間（平成20年度～平成24年度）	
第一 計画の位置付け	年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び
第二 医療費を取り巻く現状と課題	平均在院日数と1人当たり老人医療費（入院）との相関性は高い
一 医療費の動向	医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人
二 平均在院日数の状況	特定健康診査の実施率 70%以上
三 療養病床の状況	特定保健指導の実施率 45%以上
四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	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 平成20年度と比べ10%以上の減少
第三 目標と取組	平均在院日数 32.2日⇒29.8日
一 基本理念	療養病床の病床数 21万床+α（※）
1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	(1) 保険者による特定健康診査等の推進 ① 保健事業の人材養成 ② 特定健康診査等の内容の見直し ③ 集会的な契約の活用への支援 ④ 好事例の収集及び公表 ⑤ 国庫補助 (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進
2 超高齢社会の到来に対応するものであること	
二 医療費適正化に向けた目標	
1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標	(1) 療養病床の再編成 ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等 ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施 ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮 ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供 (2) 医療機関の機能分化・連携 (3) 在宅医療・地域ケアの推進
2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	
3 計画期間における医療に要する費用の見通し	
三 目標を達成するために国が取り組むべき施策	
1 国民の健康の保持の推進に関する施策	
2 医療の効率的な提供の推進に関する施策	
第四 計画の推進	
一 関係者の連携及び協力による計画の推進	
二 計画の達成状況の評価	
1 進捗状況評価	
2 実績評価	

図表2 「北海道医療費適正化計画」の概要 H20.3 北海道保健福祉部

第1章 総論

1 計画策定の趣旨



2 計画の位置づけ

- 本道における保健医療福祉行政の基本的な指針である「北海道保健医療福祉計画」の部門別計画
- 本計画と密接な関係を有する「北海道医療計画」、「北海道健康増進計画」、「北海道介護保険事業支援計画」及び「北海道地域ケア体制整備構想」と一体的・総合的に推進

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費の動向（H17年度）

- 国民医療費
  - ・約33兆1,289億円（対H16年度比、+1兆178億円、+3.2%）
- 本道の医療費
  - ・約1兆7,729億円（対H14年度比、+1,514億円、+9.3%）
- 本道の老人医療費
  - ・約6,610億円（全国3位）、全道医療費の約4割を占め、1人当たり老人医療費は約100万円（全国2位）で増加傾向→入院医療費の影響が大
  - ・75歳以上人口～今後30年間に約1.9倍に増加見込み→老人医療費は今後高い伸び

2 生活習慣病の有病者及び予備群の状況（H17年度）

- 死亡原因及び医療費
  - ・死亡原因が生活習慣病の割合～約6割（全国、道）
  - ・医療費に占める生活習慣病の割合～約3割（全国）
- 生活習慣病の状況
  - ・メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）有病者、予備群の割合～40歳以上で男性2人に1人、女性5人に1人（全国、道）
- 本道の受療動向
  - ・高血圧性疾患、糖尿病の外来受療率は、全国平均を上回る
  - ・脳血管疾患の入院受療率は、全国平均の約1.7倍（全国4位）

3 平均在院日数の状況（H18年）

- ・全病床の平均在院日数は全国9位
- ・病床数の正の相関関係

区分	全国	道	長野県
平均在院日数	34.7日	40.7日	26.7日

※主な要因～人口10万人当たりの病床数～一般病床967.8床（全国3位）（対全国比+254.8床）  
療養病床490.1床（全国7位）（対全国比+216.0床）

4 療養病床の状況（H19年4月1日現在）

- ・療養病床数は全国で最も多い
- ・医療機関の転換意向アンケート調査（H19.8.1）では、約4割が未定
- ・医療療養病床の入院患者のうち、医療区分1が約3割、医療区分2が約5割、医療区分3が約2割

区分	医療療養病床	介護療養病床	計
道	18,737床	8,713床	27,450床

第3章 目標と取組み

1 基本理念

- 道民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
- 超高齢社会の到来に対応するものであること
  - ・75歳以上人口は、ピーク（H42）には約105万人になり、老人医療費が医療費の半分弱を占める予想

2 医療費適正化に向けた目標

- 道民の健康の保持の推進に関する達成目標
  - 道の数値目標（H24年度）
    - ・特定健康診査の実施率～68%
    - ・特定保健指導の実施率～48%
    - ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率～▲10%（対H20年度比）
- 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
  - 平均在院日数（介護療養病床を除く）～道の数値目標（H24年）
    - ・H18年度の道の平均在院日数37.1日と最も短い都道府県（長野県）の平均在院日数25.0日との差の1/3を短縮し、33.0日
  - 療養病床の病床数～道の数値目標（H24年度）
    - ・本道の広大、積雪、寒冷等の地域特性により、H19年8月に実施したアンケート調査結果を踏まえ、H19年4月1日現在の医療療養病床18,737床を確保
- 計画期間における医療に要する費用の見通し
  - 国の算定方法による本道の医療費の見通し（億円）

区分	H20 (A)	H24 (B)	増減 (B-A)
自然体 (a)	17,980	19,680	1,700
対策後 (b)	17,980	19,010	1,030
効果額 (b-a)	-	-	▲670

第4章 計画の達成状況の評価

- 進捗状況評価  
本計画の中間年（H22年度）に計画の進捗状況に関する評価
- 実績評価  
本計画が終了する翌年度（H25年度）に計画の実績に関する評価

図表3 北海道医療費適正化計画の進捗状況について H24.7 北海道保健福祉部

第1 医療費の現状  
1 全国の総医療費

(単位：億円)

	H17	H18	H19	H20	H21	備考
全国の総医療費	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067	
対前年度比	3.2%	0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	
対⑰比	0.0%	0.0%	3.0%	5.1%	8.7%	

・診療報酬の改定(引き下げ)の影響で増加率は一定ではないが、年々増加。  
(診療報酬等改定率 H18：▲3.16%、H20：▲0.82%)

2 北海道の総医療費

(単位：億円)

	H17	H20	H21	H22	備考
北海道の総医療費	17,729	18,057	(18,542)	(19,490)	都道府県別の医療費推計の公表は3年毎
全国順位	4位	5位	—	—	
対⑰比	0.0%	1.9%	—	—	

※( )は医療費の動向調査(厚労省)による概算医療費で、医療費推計とは異なる。  
・全国の総医療費同様に増加傾向。全国平均を大きく上回っているものの伸び率では全国平均より低い水準。

〈1人当たり医療費〉 (単位：億円)

	H17	H20	備考
北海道の1人当たり医療費	315	326	都道府県別の医療費推計の公表は3年毎
全国順位	5位	7位	
対⑰比	0.0%	3.5%	

・総医療費同様に増加傾向。全国平均を上回っているものの伸び率では全国平均より低い水準。

第2 目標の進捗状況及び分析

1 道民の健康の保持の推進に関する達成目標の進捗状況等《目標：平成24年度》

(1) 特定健康診査実施率 《目標：68%》

	H20	H21	H22(速報値)	備考
全国の実施率%	38.9	41.3	43.4	
(うち市町村国保)	(30.9)	(31.4)	(32.0)	
北海道の実施率%	29.0	未公表	未公表	
(うち市町村国保)	(21.0)	(21.6)	(22.6)	
全国順位	45位	—	—	

・年々上昇しているものの、全国的に低く、中でも本道は全国平均を大きく下回っている。  
・保険者ごとの内訳では、健保組合や共済等被用者保険の実施率が高く、市町村国保が最も低い。

(2) 特定保健指導実施率 《目標：48%》

	H20	H21	H22(速報値)	備考
全国の実施率%	7.7	12.3	13.7	
(うち市町村国保)	(14.1)	(19.5)	(20.9)	
北海道の実施率%	6.6	未公表	未公表	
(うち市町村国保)	(18.1)	(28.8)	(28.0)	
全国順位	39位	—	—	

・特定健診よりさらに低く、特定健診同様に本道は全国平均を大きく下回っている。  
・保険者ごとの内訳では、特定健診とは反対に市町村国保の実施率が最も高い。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群《目標：対20年度比10%減少》

	H20	H21	H22(速報値)	備考
全国	該当者割合%	14.4	14.4	14.4
	予備群割合%	12.4	12.3	12.0
北海道	該当者割合%	14.6	未公表	未公表
	予備群割合%	12.8	未公表	未公表

(注) 目標値は特定保健指導対象者の減少率のため、単純に該当者+予備群の減少率とは異なり、あくまでも目安。  
※ 特定保健指導対象者・・・該当者+予備群の基準に加えBMIを勘案し、喫煙歴を選定基準に加えているほか、  
高血圧等の服薬治療を受けている者は指導対象に含まれない。  
・予備群に若干の減少傾向は見られるもののほぼ横ばいであり、全国平均と同水準。

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標の進捗状況等《目標：平成24年度》

(1) 平均在院日数《目標：33.0日》

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	備考
全国	全病床	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	
	介護療養病床を除く全病床	35.7	32.2	31.7	31.6	31.3	30.7	
北海道	全病床	41.8	40.7	39.8	39.4	38.4	37.6	
	介護療養病床を除く全病床	41.8	37.1	36.5	36.6	35.9	35.3	

・医療機関の機能分担や在宅医療の推進などにより、全国的に年々減少している。

(2) 療養病床

医療療養病床数 平成22年10月現在 18,810床《目標：18,737床を確保》



図表 4 次期医療費適正化基本方針の主な改正のポイント（案）

	現行の方針	次期方針（案）
目標及び施策の達成状況の評価について	計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。	P D C A サイクルに基づき、中間評価、実績評価だけでなく、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行うことや、計画期間の途中であっても、必要に応じて計画の見直し等を行うことが望ましい旨を記載。
住民の健康の保持の推進に関する目標	特定健診の実施率70% 特定保健指導の実施率45% 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10%（27年度までに25%）	○ 特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率25%（20年度対比）を全国目標とし、これを達成する上で必要な各保険者種別毎の目標と各都道府県内の保険者の実績を踏まえ、この3つの事項についての各都道府県における目標の目安を示す。  ○ 健康増進計画等との整合性の観点から、たばこ対策に関する目標及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。
医療の効率的な提供の推進に関する目標	療養病床の数と平均在院日数を目標。 療養病床の入院者のうち、医療区分1及び医療区分2の3割の者に対応する病床が介護保険施設等へ転換する等を見込む。 平均在院日数の全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする。	○ 介護療養病床の廃止が平成29年度末まで延長されたことや療養病床の機械的な削減はしないとの方針としていることを踏まえ、療養病床の数を目標としない。  ○ 平均在院日数については、その短縮を引き続き目指すこととする。  ○ なお、平均在院日数の推計ツールとして、医療計画における基準病床数等と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を各都道府県が設定することにより、平均在院日数の目標が明らかになるものを配布予定。  ○ 都道府県からの意見を踏まえ、後発医薬品の使用促進に関する目標及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。

図表 5 第2期の全国目標

- 現在の特定健診・保健指導の実績を踏まえ、25年度からの29年度の次期計画期間の実施率の目標は特定健診・保健指導の実施率をそれぞれ70%、45%に維持する。
- この実施率の目標とこれまでの実績を踏まえ、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を再計算する。

〈目標の考え方〉

		第1期の目標	第2期の目標
項 目		24年度目標（※※）	29年度までの全国目標
す 実 施 関 する 目 標	①特定健診実施率	70%	70%
	②特定保健指導実施率	45%	45%
す 成 果 関 する 目 標	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（※）	10% (20年度対比) (27年度に25%減少)	25% (20年度対比)

※ 第1期計画期間の「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」は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科系8学会の基準による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とする。

※※ 24年度の目標は、27年度に特定健診受診率80%、特定保健指導60%を達成する前提で計算したもの。

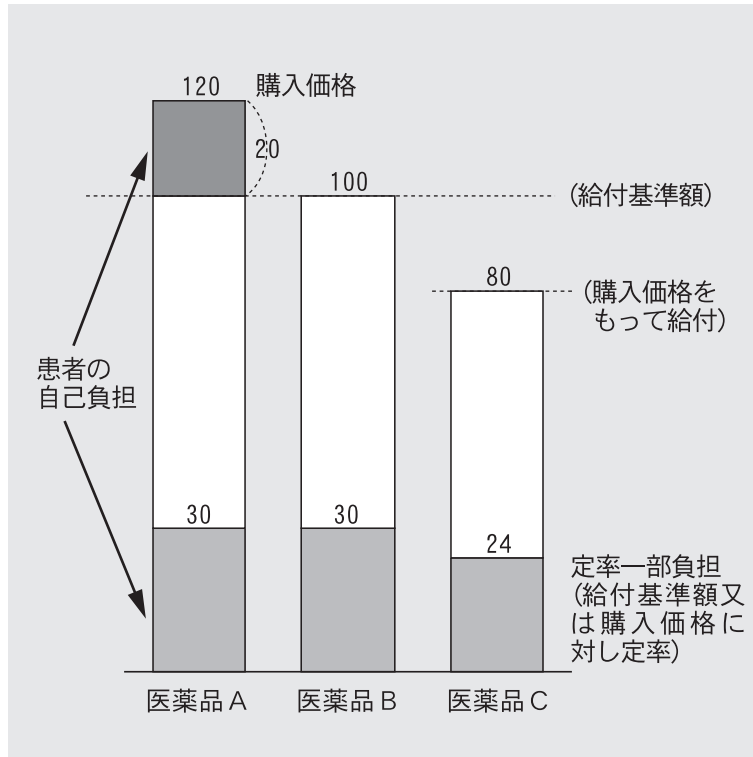
図表6 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の考え方

特定保健指導の対象者 <small>第1期まで</small>	メタボリックシンドロームの診断基準 (内科系8学会策定基準) <small>第2期から</small>
<p>①腹囲 男性<math>\geq 85\text{cm}</math> ①以外で 女性<math>\geq 90\text{cm}</math> BMI 25以上</p> <p>①に該当した場合以下のうち、 2項目以上該当→積極的支援 1項目該当 →動機付け支援</p> <p>②に該当した場合以下のうち、 3項目以上該当→積極的支援 1～2項目該当→動機付け支援</p>	<p><b>必須</b> ウエスト周囲径 男性<math>\geq 85\text{cm}</math> 女性<math>\geq 90\text{cm}</math> (内臓脂肪面積 男女ともに<math>\geq 100\text{cm}^2</math>に相当)</p> <p>上記に加え以下のうち、 2項目以上→メタボリックシンドローム該当者 (1項目→メタボリックシンドローム予備群該当者)</p>
<p><b>追加リスク</b></p>	<p><b>追加リスク</b></p>
<p><b>高血糖</b> 空腹時血糖値 <math>\geq 100\text{mg/dL}</math> または HbA1c 5.2%以上</p>	<p><b>高血糖</b> 空腹時高血糖 <math>\geq 110\text{mg/dL}</math></p>
<p><b>高脂血</b> 中性脂肪(血清トリグリセライド)<math>\geq 150\text{mg/dL}</math> または HDLコレステロール値 <math>&lt; 40\text{mg/dL}</math></p>	<p><b>高脂血</b> 高トリグリセライド血症 <math>\geq 150\text{mg/dL}</math> かつ/または 低HDLコレステロール血症 <math>&lt; 40\text{mg/dL}</math></p>
<p><b>高血圧</b> 収縮期血圧 <math>\geq 130\text{mmHg}</math> または 拡張期血圧 <math>\geq 85\text{mmHg}</math></p>	<p><b>高血圧</b> 収縮期血圧 <math>\geq 130\text{mmHg}</math> かつ/または 拡張期血圧 <math>\geq 85\text{mmHg}</math></p>
+	
<p><b>喫煙歴</b> 6ヵ月以上吸っている者であり、最近1ヵ月間も吸っている者</p>	
<p>※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症(高脂血症)の治療に薬剤を服用している場合は除く。</p>	<p>※高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。</p>

図表7 後発医薬品の使用促進に関する目標(新設)

1. 趣 旨
<p>○ 後発医薬品の安心使用促進のためのアクションプログラムにおいて、都道府県の役割として、協議会を発足させ、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発を行うことが記載されている。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">後発医薬品の安心使用促進のためのアクションプログラム(平成19年10月15日) 平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにしたもの。</p> <p>➡ H25年度以降は、ロードマップが作成される予定。総合的な使用促進を図ることとしている。(※)</p>
<p>○ これまで、個々の都道府県において、医療費適正化のために、後発医薬品の使用促進に関する取組を実施するところがあったが、後発医薬品の使用促進のため、改めて基本方針の中で、都道府県が後発医薬品の使用促進に関して設定する目標や取組の例示を行うこととする。</p> <p>(※)ロードマップについては、今後、中央社会保険医療協議会薬価専門部会において年内を目途に議論が行われる予定。 (※)ロードマップを踏まえ、国から都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法等に関する技術的事項の助言を行う予定。</p>
2. 目標の設定
<p>○ 都道府県において、後発医薬品の使用促進に係る環境整備を図る観点から、例えば、後発医薬品の<b>数量シェアや普及啓発施策等に関する目標</b>を設定することが考えられる。</p> <p>○ なお、後発医薬品の使用による医療費適正化効果については、個々の医薬品の価格によって効果が異なるため、<b>医療費の見通しの推計</b>に含めて、一律に効果を算出することとはしていない。</p>

図表8 参照価格制度



図表9 たばこ対策に関する目標（新設）

## 1. 趣 旨

- 健康日本21（第2次）、がん対策推進基本計画において、たばこ対策について国の目標値を設定しており、都道府県健康増進計画は、健康日本21を勘案して作成することとされている。
- また、喫煙による経済損失は約4兆円と見込まれている。  
(平成20年医療経済研究機構自主研究事業 禁煙政策のありかたに関する研究2010年)
- このように、がんや循環器疾患等の生活習慣病予防対策や医療費適正化対策として、たばこ対策を都道府県において推進することが重要であると考えられることから、医療費適正化計画においても、目標の設定及び都道府県の取組について記載することを考えている。

## 2. 目標の設定

- 都道府県において、たばこ対策の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる。
- なお、たばこ対策による医療費適正化効果については、両者の間に一定程度のタイムラグがあること等を勘案し、医療費の見通しの推計に含めて、一律に適正化効果を算出することとはしていない。



図表10 日本におけるたばこの健康被害について

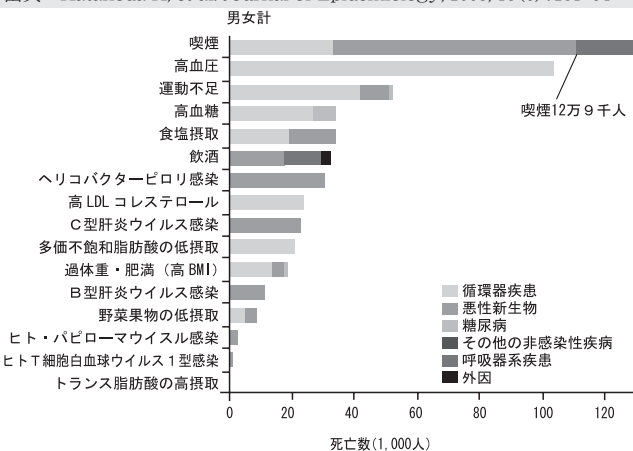
喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させることが必要。

### たばこの健康への影響と経済損失

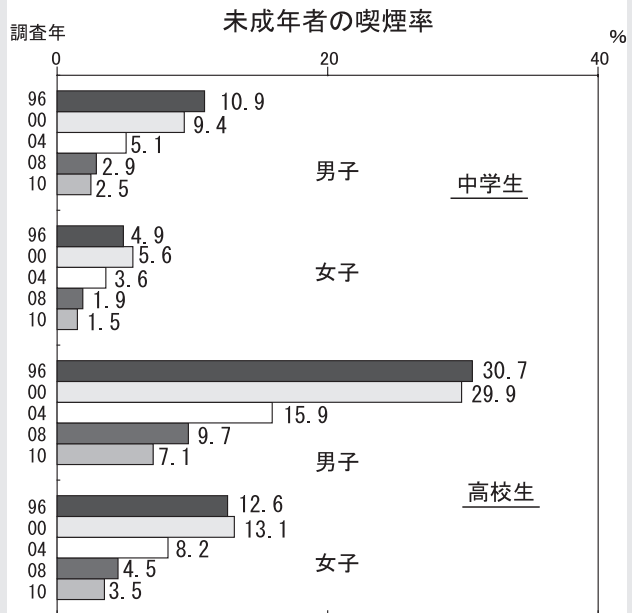
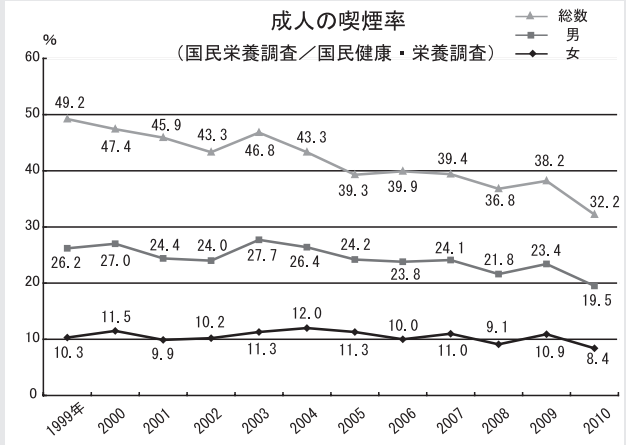
- 喫煙による年間超過死亡数は12~13万人(参考:年間死亡者全体119万人)
- 超過医療費1.7兆円
- 受動喫煙による年間超過死亡は、年間6,800人
- 入院・死亡による労働力損失 2.4兆円
- がん死亡の約20~27%は喫煙が原因であり、喫煙していなければ予防可能。

喫煙者の各疾病の相対危険度	男性	女性
全死因	1.63 *	1.76 *
全喫煙関係疾患	1.85 *	2.00 *
全がん	1.97 *	1.57 *
全喫煙関係がん	2.32 *	2.01 *
口唇、口腔、咽頭がん	2.66 *	1.97
食道がん	3.39 *	1.90
胃がん	1.51 *	1.22
肝がん	1.81 *	1.73 *
膵がん	1.58 *	1.81 *
喉頭がん	5.47 *	0.00
肺がん	4.79 *	3.88 *
子宮頸がん	-	2.32 *
腎がん	1.57	0.60
腎盂、尿管、膀胱がん	5.35 *	1.86
骨髄性白血病	1.45	0.96
全循環器疾患	1.52	1.98 *
全喫煙関連循環器疾患	1.51 *	2.09 *
虚血性心疾患	2.18 *	2.95 *
脳卒中	1.25 *	1.80 *
くも膜下出血	2.33 *	2.79 *
脳出血	1.24	1.92 *
脳梗塞	1.23 *	1.48 *
脳大動脈瘤	3.89 *	2.35 *
腹部大動脈瘤	3.89 *	4.30 *
全呼吸器疾患	1.41 *	1.65 *
全喫煙関連呼吸器疾患	1.35 *	1.53 *
肺炎	1.17	1.39 *
COPD	3.09 *	3.55 *
全消化器疾患	2.04 *	2.13 *
消化性潰瘍	7.13 *	1.37

\*95%信頼区間を有意  
出典: Katanoda K, et al. Journal of Epidemiology, 2008, 18(6): 251-64



出典: THE LANCET 日本特集号(2011年9月) 日本: 国民皆保険達成から50年  
なぜ日本国民は健康なのか(厚生科学研究: 我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究、渋谷健司より作成)



出典: 厚生労働科学研究費補助金  
「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」等

