

**医療費適正化に関する施策についての基本的な方針
改正概要（医療費見込み推計）**

（平成28年11月改正告示）

医療費適正化基本方針のポイント

医療費の適正化の取組

【外来医療費】

○都道府県の医療費目標(平成35年度)は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。効果の反映は2段階で行う。

<第1段階>

○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率の全国目標の達成**、②**後発医薬品の使用割合の全国目標の達成**に向けた取組を推進してもらう。これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映
 ※特定健診実施率目標：70%以上、特定保健指導実施率目標：45%以上
 後発医薬品の使用割合の目標：80%以上

<第2段階>

○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。

※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。

- ・民間事業者も活用したデータヘルスの推進
 - ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
 - ・糖尿病重症化予防の推進
 - ・栄養指導等のフレイル対策の推進
 - ・予防接種の普及啓発
 - ・重複投薬の是正等
- ※このほか、都道府県の独自の取組
 ※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実があり得る

【入院医療費】

○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等を踏まえる。

※昨年度末に上記の内容を告示し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

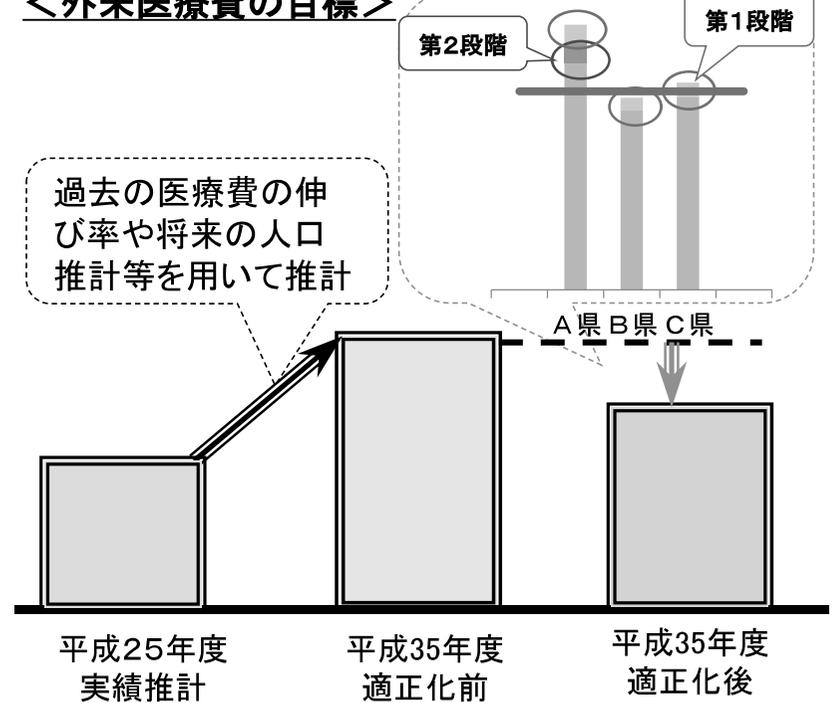
地域差の「見える化」

○国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、

- ・各都道府県の疾病別医療費の地域差(最大54疾病)
- ・後発医薬品の使用促進の地域差
- ・重複・多剤投薬の地域差など、「地域差の見える化」を行う。

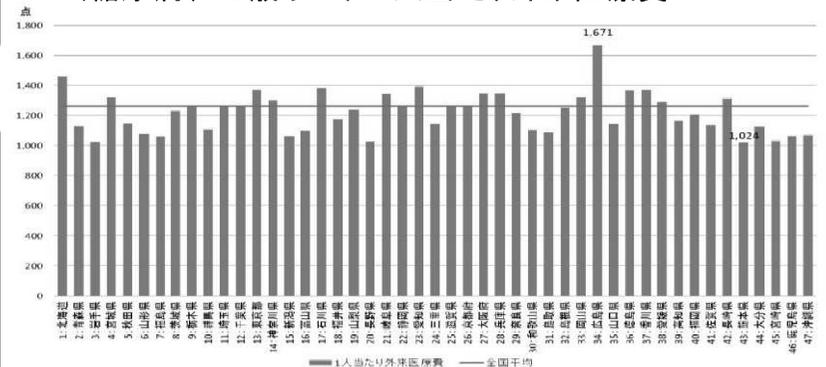
○その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、データセットとしてまとめ、都道府県に提供していく。

<外来医療費の目標>



<地域差の「見える化」>

(糖尿病、75歳以上)一人当たり外来医療費



※平成25年10月の1ヶ月分のデータを用いて分析
 ※年齢調整を行っていない。

医療費の見込み（目標）と個別の取組目標との関係の整理案

- 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、以下のように整理したい。

<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 | |

<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）

推計式の考え方について①

- 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、第二期（平成25年度～29年度）と同じ方法とすることを考えている。
 - ※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。（P6参照）

<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、基準年度をその時点で実績の国民医療費が出ている平成25年度の翌年である平成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

推計式の考え方について⑤

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。（P1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1) 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各計算式の考え方

- ① 特定健診等の実施率の向上や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムなどに基づく重症化予防の取組の推進など、各都道府県における生活習慣病対策の取組が進展している。これにより、糖尿病の患者（40歳以上）の1人当たりにかかる医療費が減少することが期待される。こういった取組を通じて、全国平均との差が半減すると仮定した推計を行う。なお、これらの取組は全国的に広がる可能性があることから、平均を下回る都道府県は、例えば、平均を上回る都道府県の中で平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定した推計などを独自に行う。
- 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、保険者による訪問指導などの取組が広がっている。これにより、同じ薬剤を複数の病院や薬局から投与される人が減少することが期待される。これにより、3医療機関以上から重複して投薬がされていた者が半減し、2医療機関を超える部分の調剤費等が軽減されると仮定した推計を行う。
- ③ 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や、保険者による訪問指導などの取組が広がっている。これにより、1人の患者への多量の薬剤の投与が減少することが期待される。これにより、例えば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と仮定した推計を行う。

推計式の考え方について②

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

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

※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。

推計式の考え方について③

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

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

※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WGI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。

推計式の考え方について④

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

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

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

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

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

(参考2) 「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。※なお、取組が全国的に広がる可能性があることから、平均を下回る都道府県は、例えば、平均を上回る都道府県の中で平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定した推計などを独自に行う。
- 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。
- 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。

◎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）抄

（医療・介護提供体制の適正化）

都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に進行。(略)これらの取組を進めるため、**地域医療構想と統合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する**。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、**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**。

◎経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）抄

（医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取組推進）

「経済・財政再生計画」が**目指す医療費の地域差の半減**に向け、医療費適正化基本方針に係る追加検討を進め、**地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進の成果等を反映させる入院医療費の具体的な推計方法や、医療費適正化の取組とその効果に関する分析を踏まえた入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組内容を、本年夏頃までに示す**。医療費適正化計画においては、**後発医薬品の使用割合を80%以上とすることに向けた後発医薬品の使用促進策について記載するとともに、重複投薬の是正に関する目標やたばこ対策に関する目標、予防接種の普及啓発施策に関する目標等の設定を行い、取組を推進する**。

参考：特定健診・特定保健指導の効果等

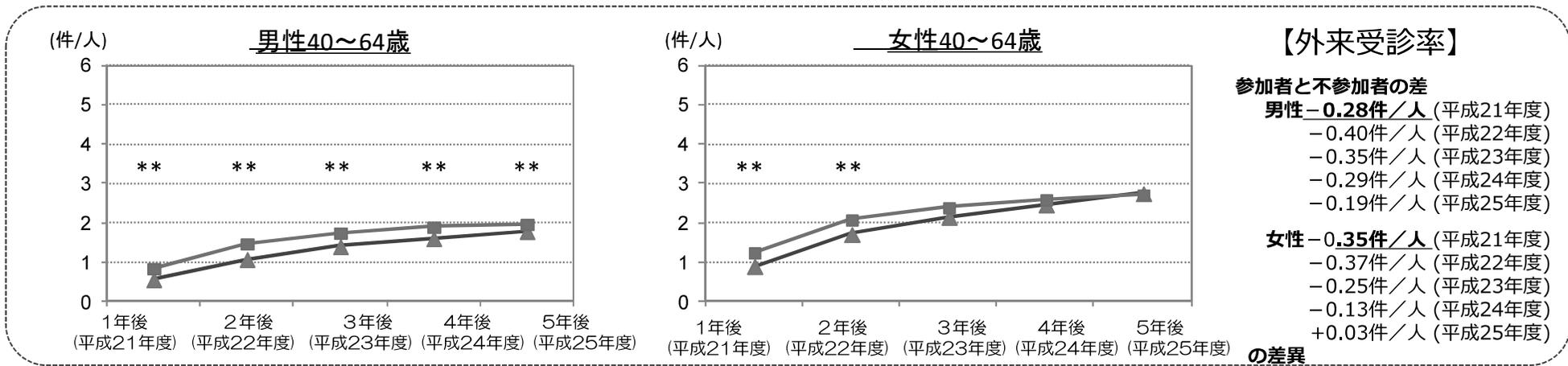
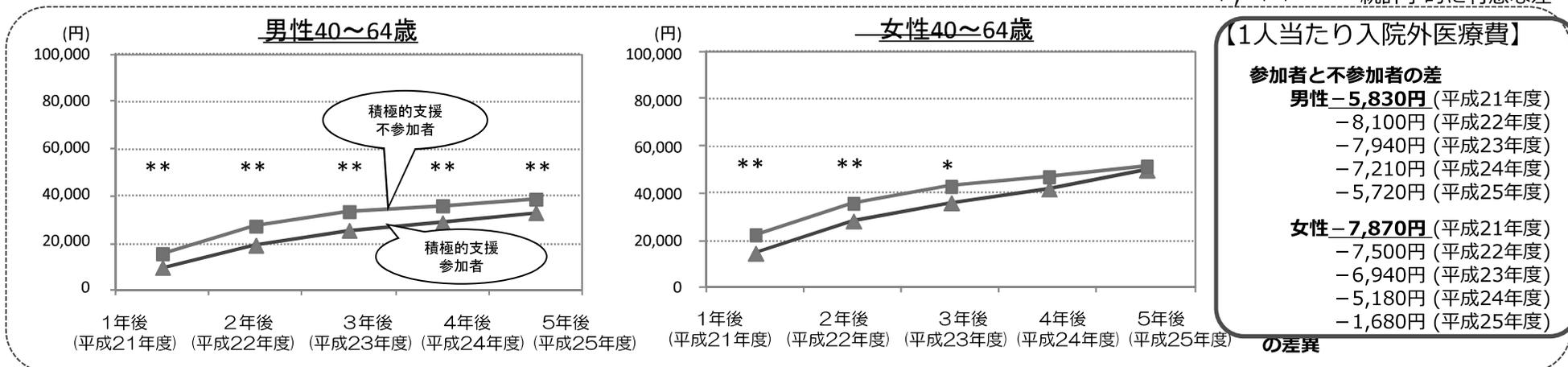
特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析 (平成20~25年度)

(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



※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）

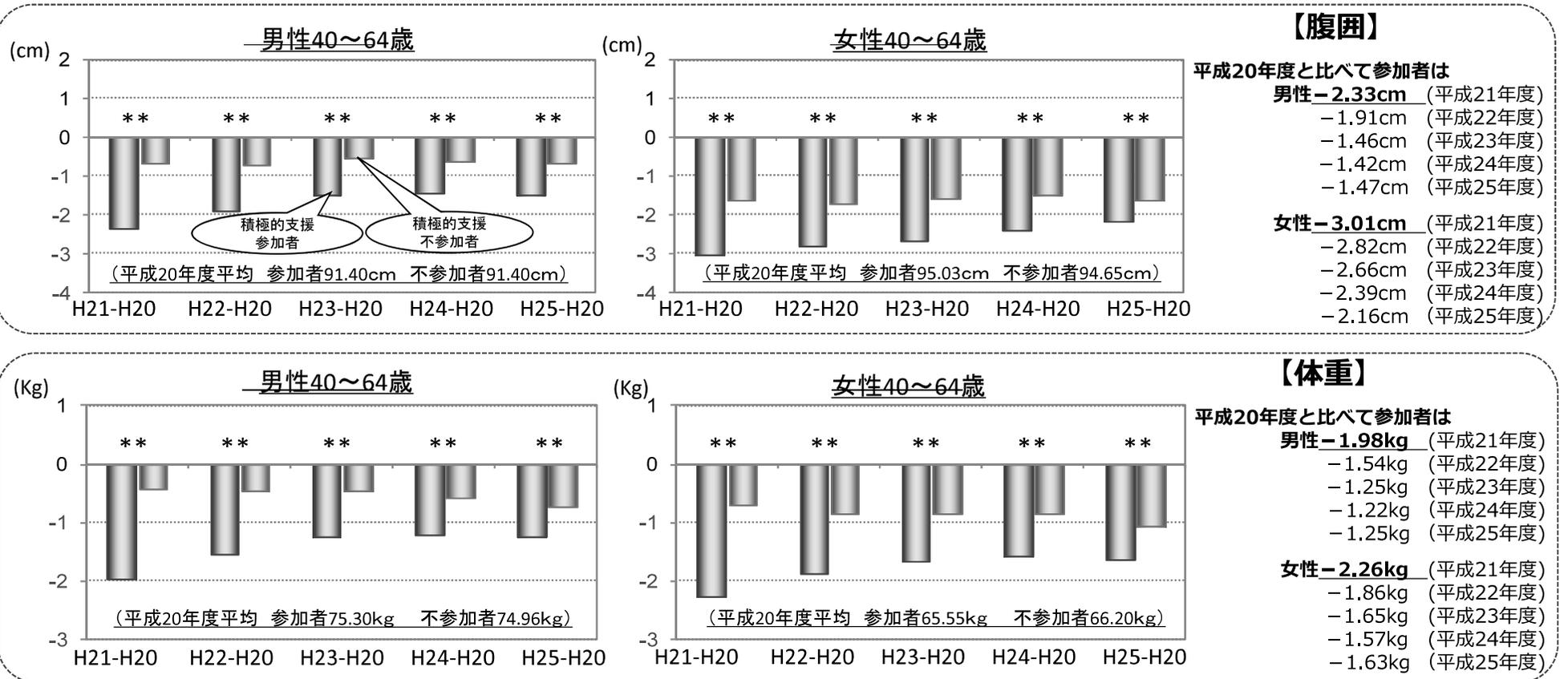
- 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

※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

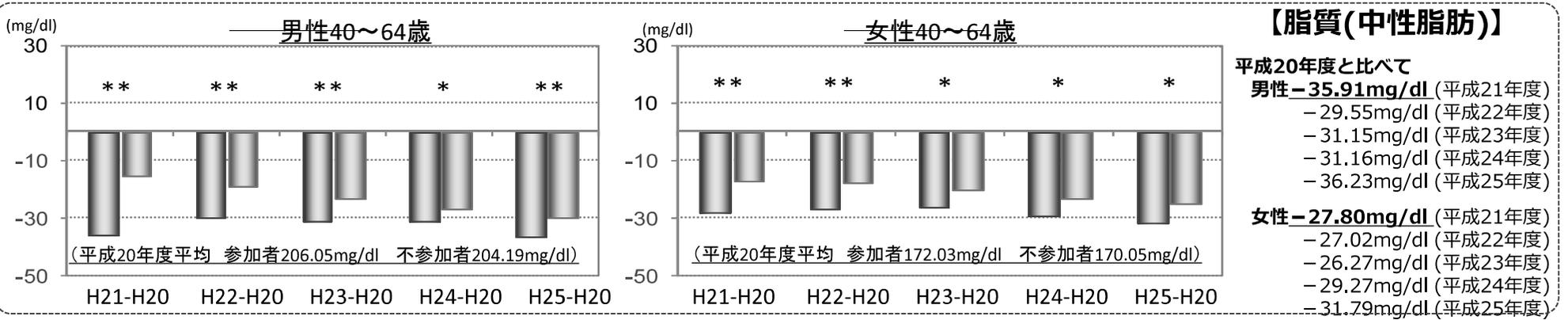
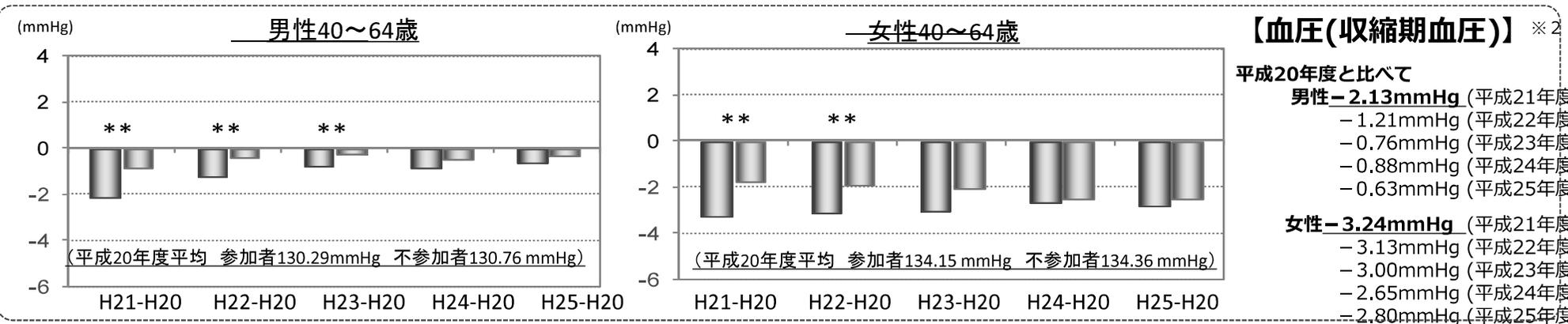
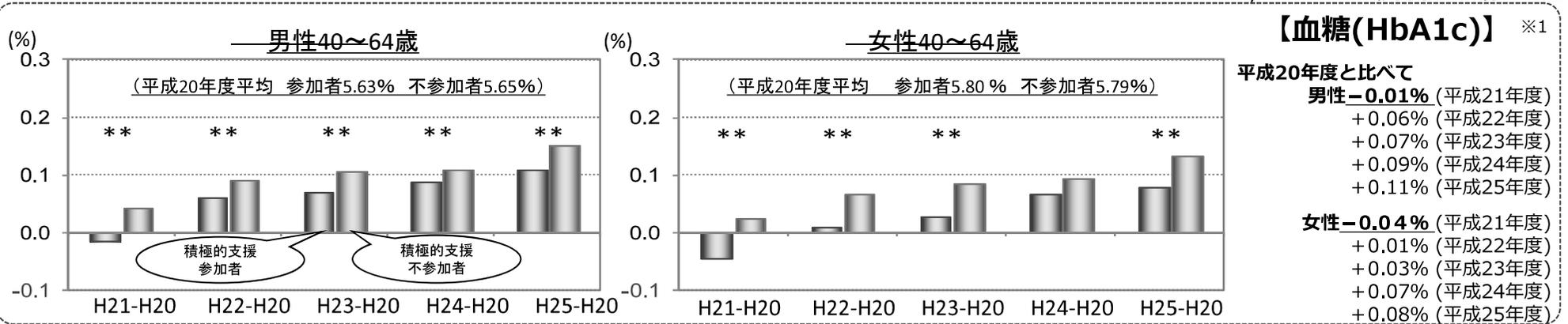
*, **・・・統計学的に有意な差

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）



*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差



※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

特定健診・特定保健指導について

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者は特定健診・保健指導を実施

制度概要

- 根拠法:「高齢者の医療の確保に関する法律」
- 実施主体:医療保険者
- 対象:40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者
- 内容(健診):高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康審査を実施
- 内容(保健指導):健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- 実施計画:医療保険者は5年ごとに特定健診等実施計画を策定
* 第3期からは6年ごと
- 計画期間:第1期(平成20年度～平成24年度)(5年間)
第2期(平成25年度～平成29年度)(5年間)
第3期(平成30年度～平成35年度)(6年間)
- 健診項目及び対象者:特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)等により規定

特定健診の定義

定義

○ 「高齢者の医療の確保に関する法律」

(特定健康診査等基本指針)

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。)の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下「特定健康診査等基本指針」という。)を定めるものとする。

○ 「高齢者の医療の確保に関する法律施行令」

(法第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病)

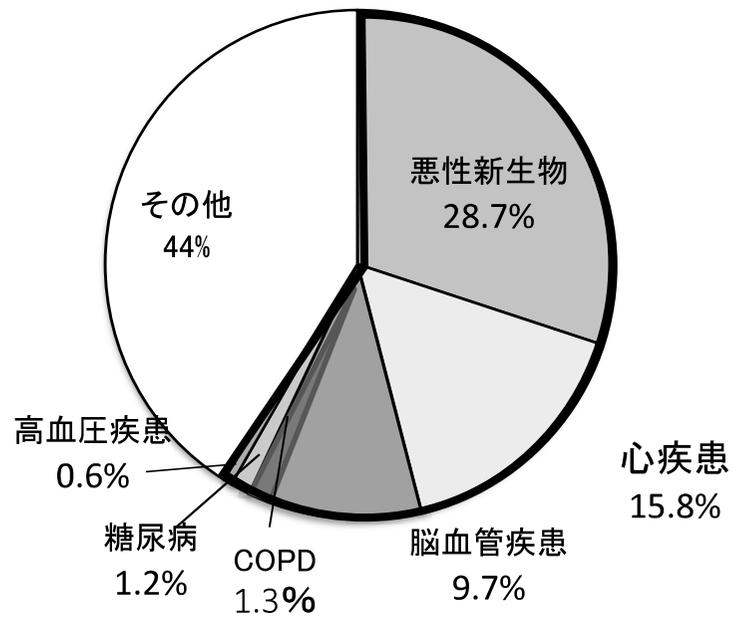
第一条 高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。)第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪(腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。)の蓄積に起因するものとする。

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている

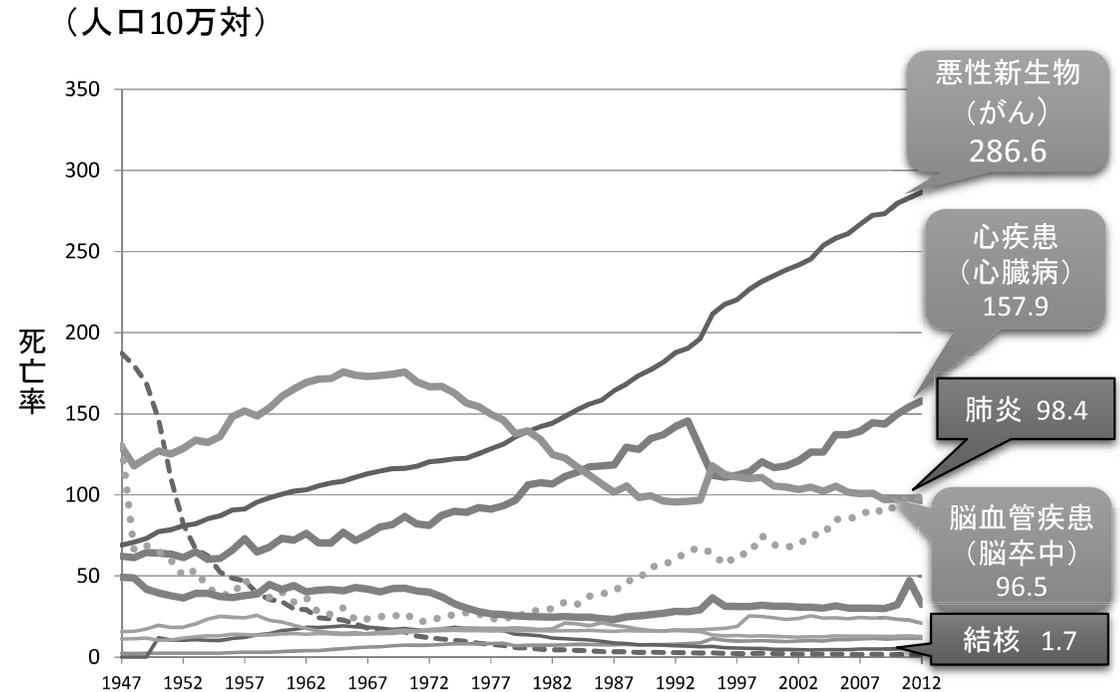
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化

死因別死亡割合(平成24年)
生活習慣病・・・57.2%



(出所)「平成24年度人口動態統計」

我が国における死亡率の推移
(主な死因別) (主な死因と平成24年の死亡率)



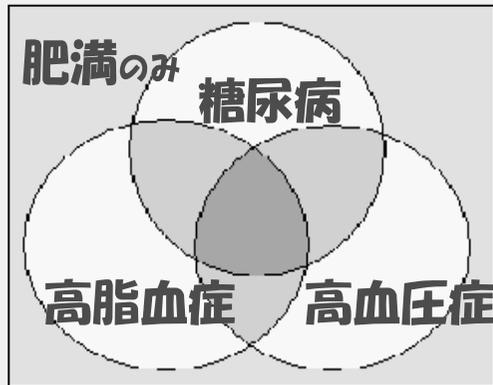
(出所)「平成24年度人口動態統計」

※ 生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費(28.3兆円)の約3割(8.9兆円)を占める。(出所)「平成24年度国民医療費」

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）を 標的とした対策が有効と考えられる3つの根拠

第1の根拠

肥満者の多くが複数の危険因子を併せ持っている

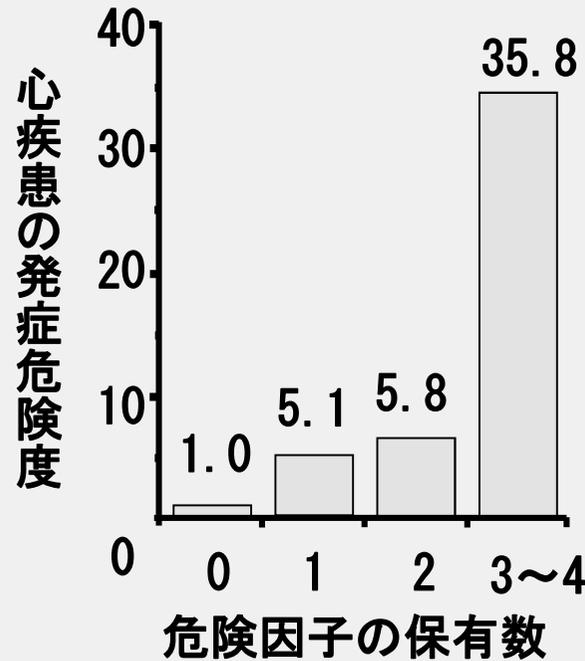


肥満のみ 約20%
いずれか1疾患有病 約47%
いずれか2疾患有病 約28%
3疾患すべて有病 約5%

平成14年度糖尿病実態調査を再集計

第2の根拠

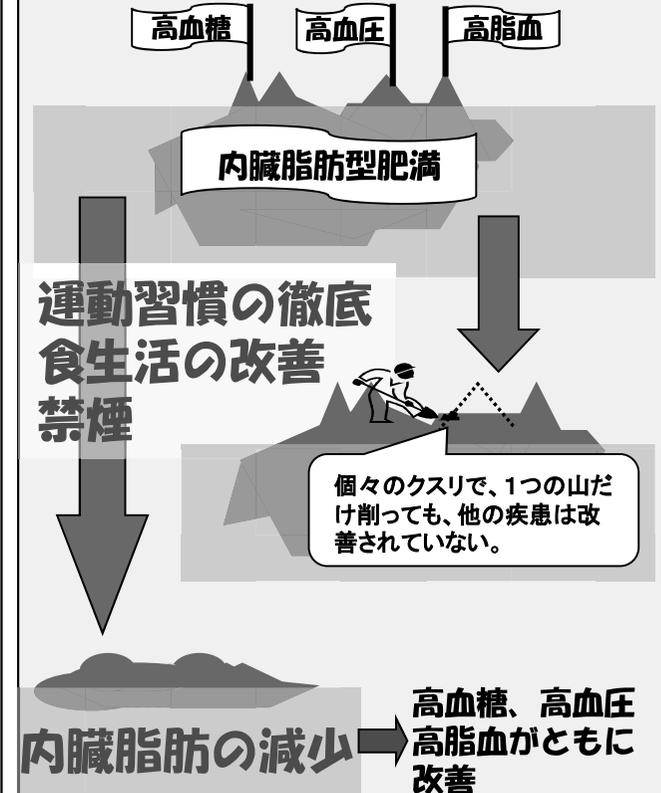
危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患を発症する危険が増大する



労働省作業関連疾患総合対策研究班調査
Nakamura et al. jpn Cric J, 65: 11, 2001

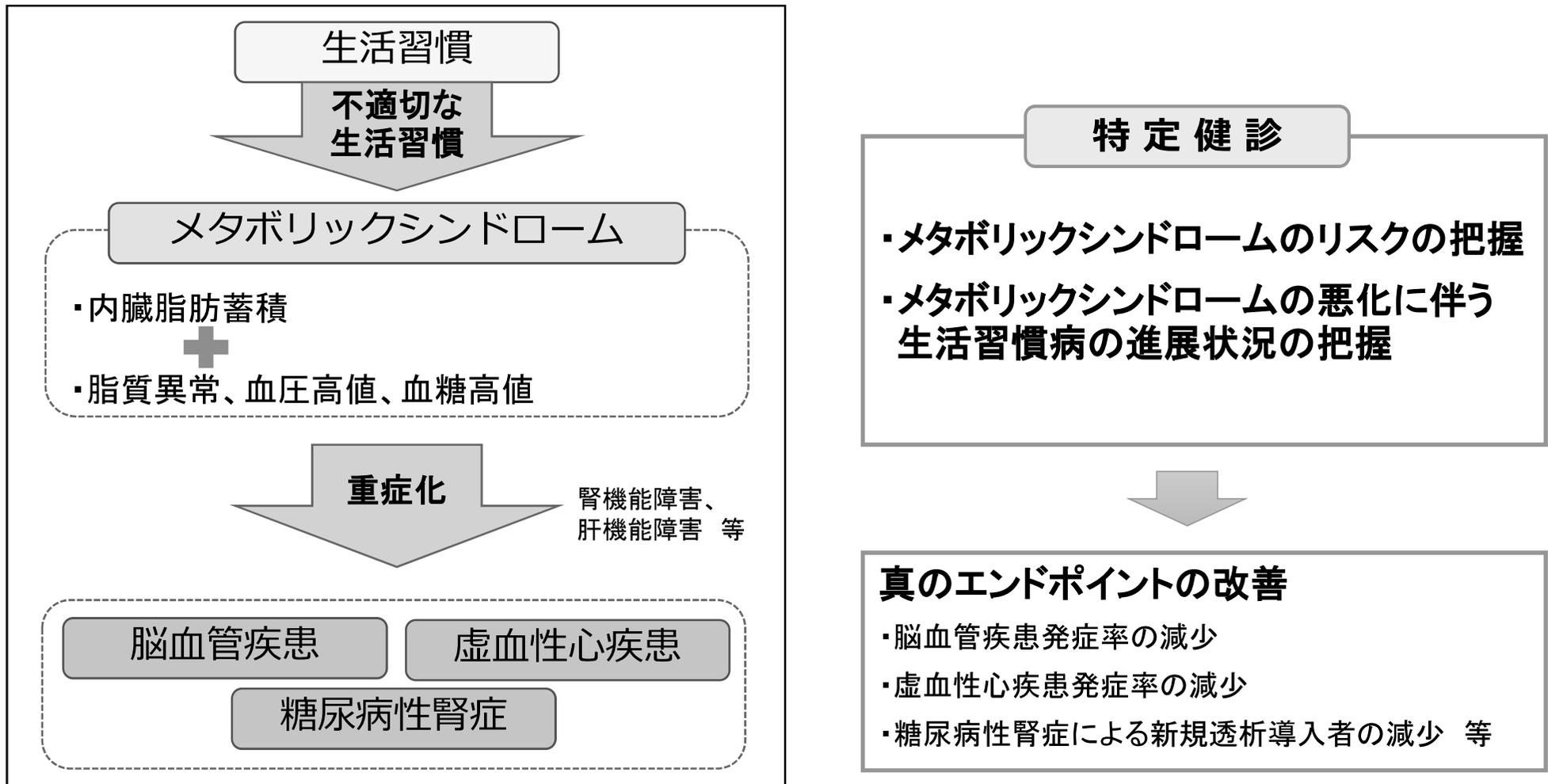
第3の根拠

生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善



特定健診のターゲット

- 特定健診・特定保健指導においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の効果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。



現行の特定保健指導対象者の選定基準

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.6% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票 喫煙歴あり** (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

特定保健指導の流れ

動機づけ支援

積極的支援

初回面接

保健師等の面接支援(個別・グループ)により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てる。

3か月以上の 継続的支援

「動機づけ支援」に加えて、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、保健師等の支援の下、目標達成へ向けた実践(行動)に取り組む。

<取組の例>

【習慣づけ】体重・腹囲等測定の実践と記録

【食生活】食事記録、栄養教室への参加

【運動】運動記録、ストレッチ体操やウォーキング等の実施

保健師等による6か月後評価

次年度健診結果による評価

(注)積極的支援における6ヶ月後評価は、他の継続支援と一体的に行ってもよいこととなっている。