

地域における取組について

医療費の適正化に向けた地域における取組

基本方針（抜粋）

② 地域における取組

ア 地域の実情を踏まえた取組

保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が、都道府県単位で連携して地域の住民に対し質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進する。

保険者・医療機関・地方公共団体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。

当該計画の実施に当たり、住民の健康づくりや適切な受診、病床の機能に応じた効率的な利用の促進等地域における取組に関し、国と都道府県の間で協議・検討を行い、必要な措置を講ずる。

医療の地域特性に起因して生ずる医療費の地域差部分については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入する。

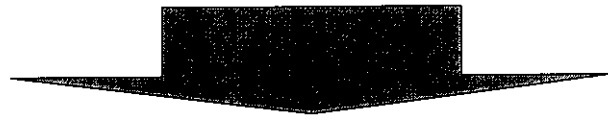
イ 保険者による取組

再編された保険者は、レセプト点検等の取組を更に強化するとともに、被保険者相談、地域の医療サービス等に関する情報提供、きめ細かな保健事業について都道府県単位で共同実施を推進する。

医療費の適正化は、保険者による取組に加え、

- ① 効率的な医療提供体制の整備
- ② 医療と介護の適切な機能分担
- ③ 総合的な視点に立った健康づくり

といった観点から、行政機関が主体的に機能を発揮しつつ取り組むことが不可欠ではないか。

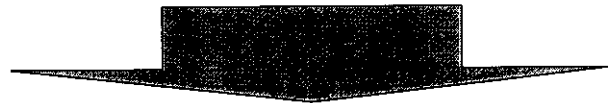


1. 国の取組

国は、上記①から③の観点を含めた総合的な医療費適正化の体系を明らかにし、下記のような地域における医療費適正化の取組に対し、国としての推進組織体制を整備しつつ、必要な支援を行う。

2. 地域における取組での都道府県の位置付け

都道府県ごとに医療費の地域差（年齢構成の違い以外の要因による格差）が生じており、これには医療・介護のサービス提供体制や地域の健康水準が深く関わっている。これらの事項に関し、都道府県は、医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画の策定等といった事務を所掌している。さらに、都道府県は、各医療保険加入者たる地域住民の福祉の増進を図る責務を有している。

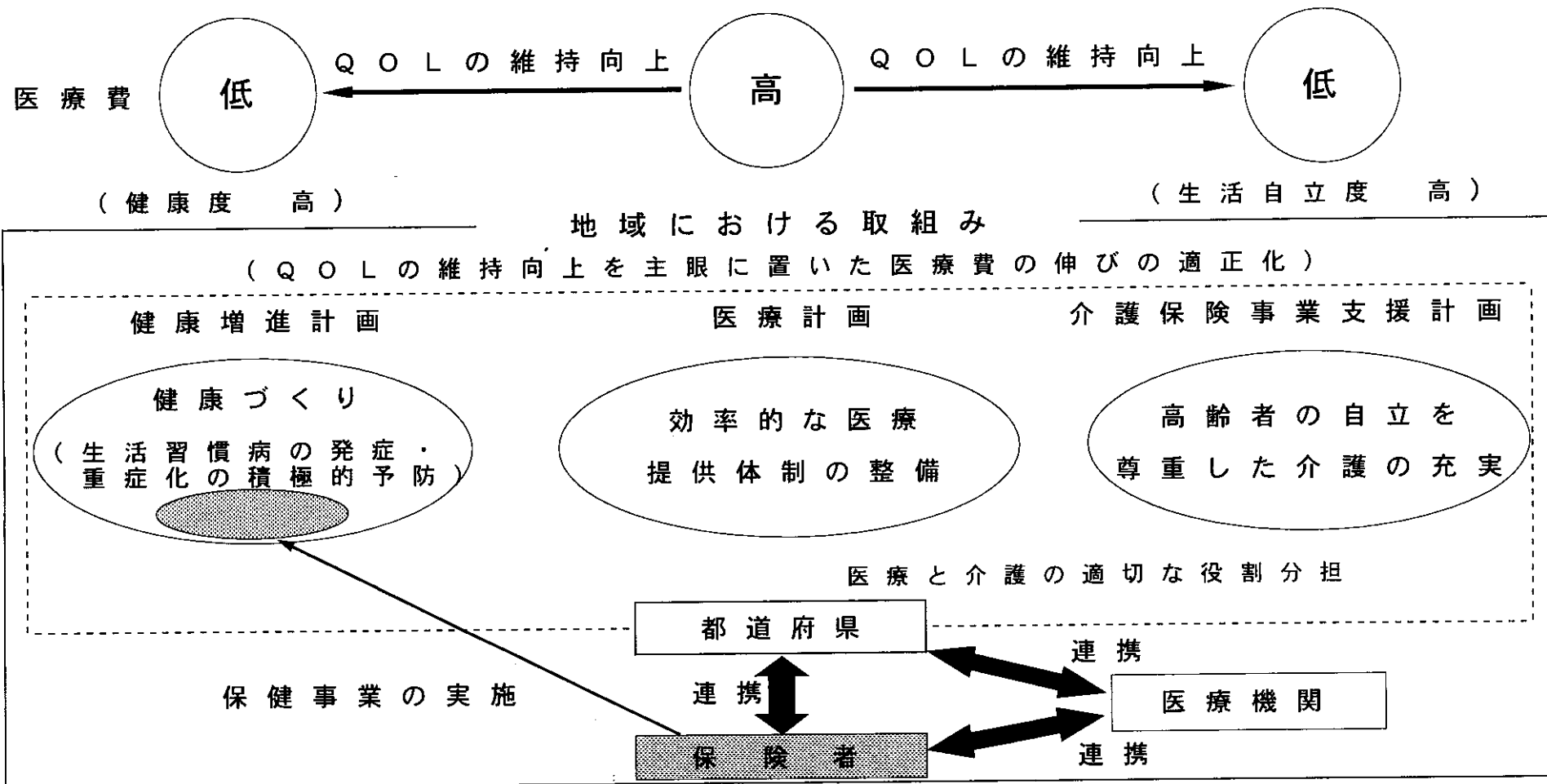


これらのことを踏まえ、都道府県は、保険者・医療機関等と協議する場を設け、医療の地域特性の調査・分析・評価を行うとともに、「医療費の適正化に向けて取り組むための計画」を策定することが考えられる。

なお、医療保険制度内においては、地域の医療費水準に応じて国保及び政管健保の保険料が設定される仕組みを導入することを通じて、医療費の適正化に向けた取り組みを推進することとしてはどうか。

都道府県による「医療費の適正化に向けて取り組むための計画」の策定

1. 地域住民の生活の質（QOL）の維持向上を基本として、①国民を健康に保ち、病気を予防することと、②質の高い効率的な医療を提供することと、③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。



2. 上記1の三者の整合性を図るための措置及びそれに基づき都道府県が医療費の伸びの適正化に取り組む際の財政、権限の位置づけ等について今後検討。

都道府県や市町村が定める各種計画について

		医療計画	介護保険事業(支援)計画	老人保健計画	老人福祉計画	健康増進計画
策定主体	根拠法	医療法	介護保険法	老人保健法	老人福祉法	健康増進法
都道府県	策定義務	あり	あり	あり	あり	あり
	趣旨	医療提供体制の確保	市町村の行う介護保険給付の円滑な実施の支援	保健事業の供給体制の確保(市町村老人保健計画の達成に資することを目的)	老人福祉事業の供給体制の確保(市町村老人福祉計画の達成に資することを目的)	住民の健康増進に関する重要課題、目標の設定
	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・基準病床数 ・地域医療支援病院等の整備目標 ・(医療機器の共同利用等)医療機関の機能分担及び業務連携 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・区域及び種類ごとのサービス量の見込み ・サービスに従事する者の確保又は資質の向上 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・区域ごとの保健事業の供給体制の確保に関する事項 	<ul style="list-style-type: none"> ・区域ごとの老人福祉事業の量の目標 ・老人福祉事業に従事する者の確保及び資質の向上 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり等の分野における目標の設定 等
他の計画との調整	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療の確保に関する事項を定める計画との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県老人保健福祉計画、医療計画等との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ・両計画を一体的に作成(都道府県老人保健福祉計画) ・介護保険事業支援計画等との調和 	—		
市町村	策定義務	—	あり	あり	あり	努力義務
	趣旨	—	介護保険給付の円滑な実施	保健事業の実施	老人福祉事業の供給体制の確保	住民の健康の増進の推進に関する施策
	内容	—	<ul style="list-style-type: none"> ・種類ごとのサービス量の見込み ・見込量確保のための方策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練及び訪問指導等確保すべき保健事業の量の目標 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉事業の量の目標及び確保のための方策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり等の分野における目標の設定 等
他の計画との調整	—	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村老人保健福祉計画等との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ・両計画を一体的に作成(市町村老人保健福祉計画) ・介護保険事業計画等との調和 	—		

保険者の連携協力による都道府県単位での保健事業等の共同実施について

1 趣旨

医療費の適正化については、保険者・医療機関・地方公共団体が協議する場を設け、「医療費の適正化に向けて取り組むための計画」を策定することとしているが、その円滑な実施に当たっては、保険者の連携協力による都道府県単位での取組が必要である。

2 共同実施の基本的考え方

- (1) 都道府県ごとに医療費に格差があり、健康水準も異なることから、各都道府県の疾病構造、健康水準等について関係者が共通認識を持ち、それに基づく統合的な対応を行っていくことが必要である。
- (2) 生活習慣病については壮年期から高齢期にかけてリスク要因が蓄積していくなど連続的な経過をたどりつつ医療費が増嵩していくものと考えられることから（P. 7別紙1、P. 8別紙2参照）、職域保険、地域保険がそのプロセスに対して相協力して取り組む必要がある。
- (3) 被用者保険における被扶養者は地域で生活しており、また、被用者保険本人も休日は地域で生活していること等を踏まえ、職域保険と地域保険が連携して取り組む必要がある。
- (4) 個々の保険者による保健事業等に加え、各種イベントや専門職研修の共同実施、関係資源の共同利用などを行うことにより、より効果的な取組が可能となると考えられる。

3 保険者協議会（仮称）の設置

こうした保険者の連携・協力を円滑に行うため、都道府県内の市町村国保、政管健保（各地方社会保険事務局）、都道府県内に本部又は支部のある健保組合、国保組合、船員保険を構成員として、都道府県ごとに保険者協議会（仮称）を設置する。
協議会には、個別の事業実施に当たり都道府県及び診療に関する学識経験者の団体等の参加を求めるものとする。

4 活動内容

(1) 保健事業等の共同実施

当面は、以下のような活動や事業を行うものとし、実績を踏まえながら将来的には活動（事業）内容の充実を図っていく。

○ 都道府県における医療費の調査、分析、評価

- ・ 国保連が行っているレセプトに基づく医療費分析に関する勉強会の開催

- ・ レセプトに基づく医療費分析の充実、普及（若人も含めた医療費分析の実施、未実施の保険者における取組）
- 被保険者教育・指導等保健事業
 - ・ 被保険者に対する啓発を目的としたイベントの共同開催、啓発資料の共同作成
- 保険者間の物的及び人的資源の共同利用
 - ・ 保険者の保有する施設（政管：社会保険センター等、国保：市町村の健康増進施設等）の相互利用
 - ・ 保健師、栄養士等専門家の共同活用
- 各保険者の独自保健事業についての情報交換
 - ・ 重複・頻回受診者に対する保健指導についての勉強会の開催
 - ・ 保健事業の講師等専門的知識を有する者に関する情報の共有

（２）保険者間における意見調整等

健康増進法に基づく健康増進計画、老人医療費の伸びの適正化のための計画等の策定・実施に対する保険者としての意見調整等を行う。

（３）その他

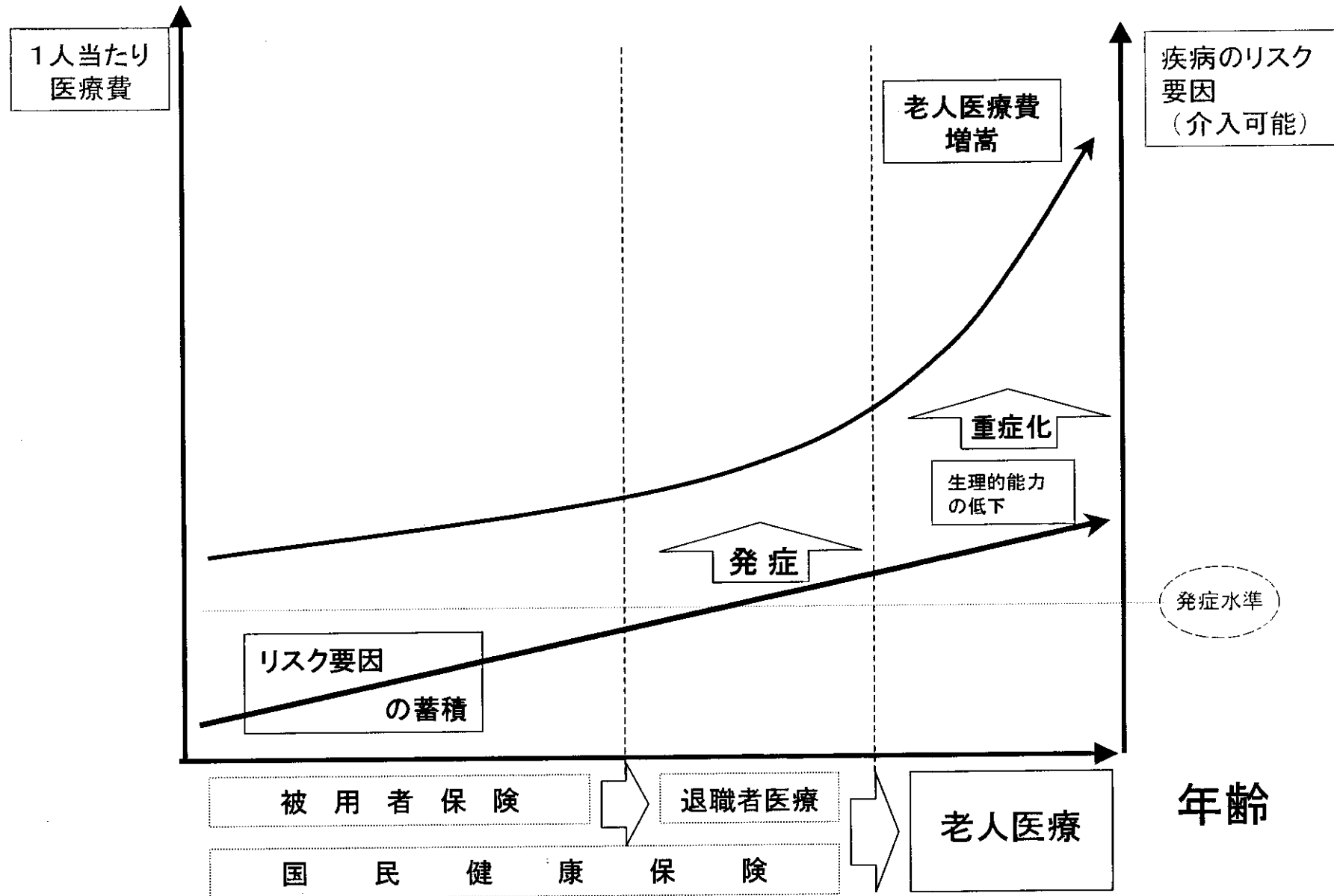
その他医療保険者等の運営に関し、情報や意見の交換、要望等を行う。

５ 具体的な進め方

- ① 各都道府県における実施に先立ち、パイロット的实施が可能なモデル都道府県（２県程度）を選定する。
- ② モデル都道府県で県内各保険者が参加した話し合いの場を設け、具体的な活動の内容や組織体制等について検討を行い、平成16年度当初からの活動開始を目指す。
- ③ モデル都道府県における実施状況も踏まえながら、平成16年4月以降、各都道府県において順次協議会を設置し活動を開始するよう、各保険者に要請する。
- ④ 本取組を円滑に推進するため、厚生労働省・社会保険庁関係部局、国保中央会、健保連等から構成される協議組織を設置する。

(別紙 1)

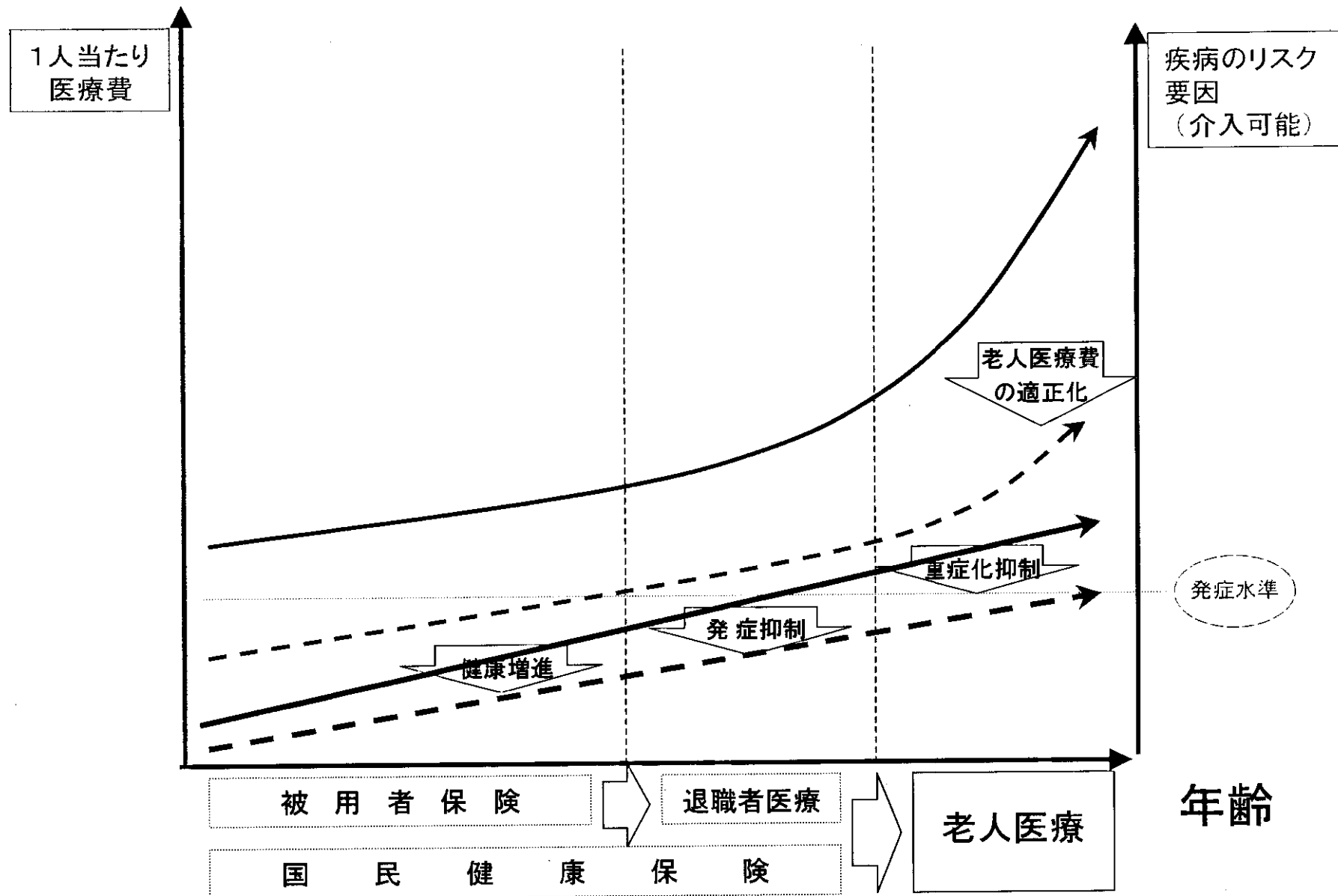
加齢に伴う生活習慣病の発症等と老人医療費の増嵩(イメージ)



※リスク要因と医療費の関係についての参考事例1 (P9、P10) 参照

(別紙 2)

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)



※保険者の取組の参考事例2 (P 11~P 13) 参照。

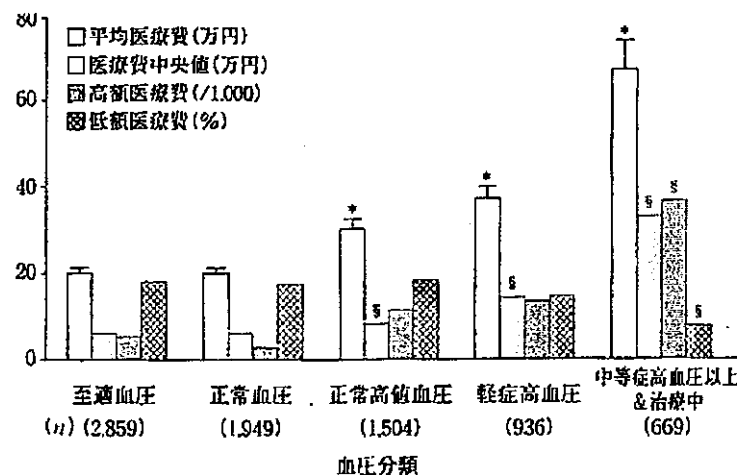
(参考実例1)

1. 生活習慣病健診成績と8年後の医療費との関係

- 三洋電機連合健康保険組合の組合員のうち平成4年度に40～60歳であった男性(7855名)を対象として、
 - ・平成4年度の定期健康診断における生活習慣病の各種指標
 - ・平成11～12年度の2年間の医療費(合計額)の関係を調査。

- その結果、
 - ・ 肥満、高血圧、高血糖、高脂血症は7～8年後の医療費と高い相関
 - ・ 血圧と7～8年後の医療費との相関は、健診結果が正常高値血圧であっても認められる。

血圧と医療費の平均値・中央値と高額及び低額医療費



2000年の高血圧治療ガイドラインにより至適血圧(120/80未満)、正常血圧(130/85未満)、正常高値血圧(140/90未満)、軽症高血圧(140～159/90～99)、中等症高血圧(160～179/100～109)、重症高血圧(180/110以上)に分類。治療中の患者は中等症以上の高血圧群に含めて解析。各指標は $P < 0.001$ 。

*, #: $P < 0.05$ vs BP < 120/80 mmHg (多重比較)。

高額医療費は2年間340万円以上(上位1%)、低額医療費は2年間1万2千円未満

2. 宮城県大崎コホート研究(東北大学)

○ 宮城県大崎保健所管内(1市13町)の国保加入者のうち平成6年8月末時点で40~79歳の者(約5万人)の生活習慣等(同年10-12月に自記式アンケートで把握)とその後2~4年の医療費を突合・分析

○ その結果、喫煙習慣・肥満度・運動習慣は医療費と関係

(例1) 喫煙習慣と1人当たり平均医療費(月)の関係

男性	非喫煙者	27,540円	女性	非喫煙者	25,200円
	喫煙者	30,600円		喫煙者	25,380円

(注) 女性では有意な差が見られなかった。

(例2) BMI (=体重(kg)÷身長(m)²)と1人当たり平均医療費(月)の関係

	(やせ)				(体重過多)	
BMI	<18.5	18.5 - 20.9	21.0 - 22.9	23.0 - 24.9	25.0 - 29.9	30.0 ≤
医療費	25,092円	22,200円	21,600円	22,068円	23,712円	26,412円

(例3) 1日当たり歩行時間と1人当たり平均医療費(月)の関係

1日当たり歩行時間	1時間以上	30分~1時間	30分未満
医療費	17,508円	19,452円	20,124円

参考資料: 栗山進一・辻一郎「健康増進の医学的・経済的効果」体力科学H15.4

(参考実例2)

地域・職域保険における保健事業による医療費適正化の具体例

1. 地域保険(国保)における取組み例:Y県S村

(太田壽城ほか「地域の健康づくり活動における経済的分析・評価に関する研究」(平成9年厚生科学研究)等より)

○具体的な取組み

S村では昭和50年代の国保医療費がY県の平均や近隣町村に比し高かったことから、国保医療費適正化を図るため、住民健診(出張人間ドック)の普及に取り組んできた。健診結果を踏まえ、保健師の戸別訪問等による健康相談、地区栄養推進員による病態別食事の紹介・試食等が行われている。

○上記保健事業の医療費への影響

健診受診率が50%を超えた時期から、国保医療費(老人)はY県全体に比して相対的に減少。

※健診受診率

50年代 約40% → 昭和60年 約45% → 平成2年 約69% → 平成7年 約74%

※老人医療費(Y県平均との差)

昭和56年 +0.3万円 → 昭和60年 +0.7万円 → 平成2年 -8.3万円 → 平成7年 -25.3万円

○上記保健事業の費用等

健診費用3万5千円/人(18歳以上の受診者全体の費用と老人医療費の減少を比較すると、年間約1,000万円の効果(試算))

2. 職域保険の取組み例

(1) 従業員約1万人の現業系企業N社の健康保険組合

(太田壽城ほか「職域における健康増進の経済効果に関する研究」(平成9年厚生科学研究)より)

○具体的な取組み

1991年度より全組合員を対象に毎年1回の体力測定※と事後指導を実施

※最大酸素摂取量、上体おこし、座位体前屈、上体そらし、体重、血圧、体脂肪量、握力

○上記保健事業の医療費等への影響

①傷病件数、総傷病日数

1986年度～1993年度 傷病件数 700件程度、総傷病日数 13000～15000日

→ 体力測定開始後3年後の1994年度以後は20～30%減少

(傷病手当金の年間総額と標準報酬月額比も減少)

②医療費

体力測定開始後3年後の1994年度から格差指数(健保組合医療費通覧で把握した全組合員に対するN社健保の値)が減少傾向

※ 1994年度から1995年度にかけて、運動習慣が増加し、全国調査に比し運動習慣を有する者の比率が高いこと、運動習慣のある中高年齢層での収縮期血圧や中性脂肪、血糖の異常者の発生が低いことから、体力測定による効果が得られたと推測

○上記保健事業の費用等

1994年における費用と成果を経済的に評価すると、4,040円/人・年のプラス(全社では年間3,857万円)(試算)

(2)従業員約6千人の食料品メーカーM社の健康保険組合

(同組合からの聞き取り)

○具体的な取組

健診後のフォローの充実

- ・平成9年～ 健診後の保健指導の充実
- ・平成12年～ BMI-25以上の者の健康状態の改善の推進（食事・運動等）
- ・平成14年～ 糖尿病予防のための保健指導

○上記保健事業の医療費への影響

糖尿病に係る医療費 平成11年度3,160万円 → 14年度1,520万円

○上記保健事業の費用

約500万円

参 考

健康増進の取組みについて

1. 健康増進の取組みの種類

- 1次予防・・・生活習慣の見直し、環境改善などにより、病気の発生そのものを予防
- 2次予防・・・健診などにより、病気を早期発見、早期治療することにより、病気が進行しないうちに治す

2. 取組みの必要な分野と具体的な目標（健康日本21より）

①栄養・食生活

適正体重を維持している人の増加、脂肪エネルギー比率の減少、食塩摂取量の減少、野菜の摂取量の増加、自分の適正体重を認識し体重コントロールを実践する人の増加、量・質ともにきちんとした食事をする人の増加

②身体活動・運動

意識的に運動を心がけている人の増加、日常生活における歩数の増加、運動習慣者の増加

③休養・こころの健康づくり

ストレスを感じた人の減少、睡眠による休養を十分にとれていない人の減少、自殺者の減少

④たばこ

喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙をなくす、公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

⑤アルコール

多量に飲酒する人の減少、未成年者の飲酒をなくす、「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

⑥歯の健康

う歯のない幼児の増加、進行した歯周炎の減少、80歳で20歯以上・60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

⑦糖尿病

成人の肥満者の減少、日常生活における歩数の増加、質・量ともにバランスのとれた食事、糖尿病検診の受診の促進、糖尿病有病者の減少

⑧循環器病

食塩摂取量の減少、カリウム摂取量の増加、成人の肥満者の減少、運動習慣者の増加

⑨がん

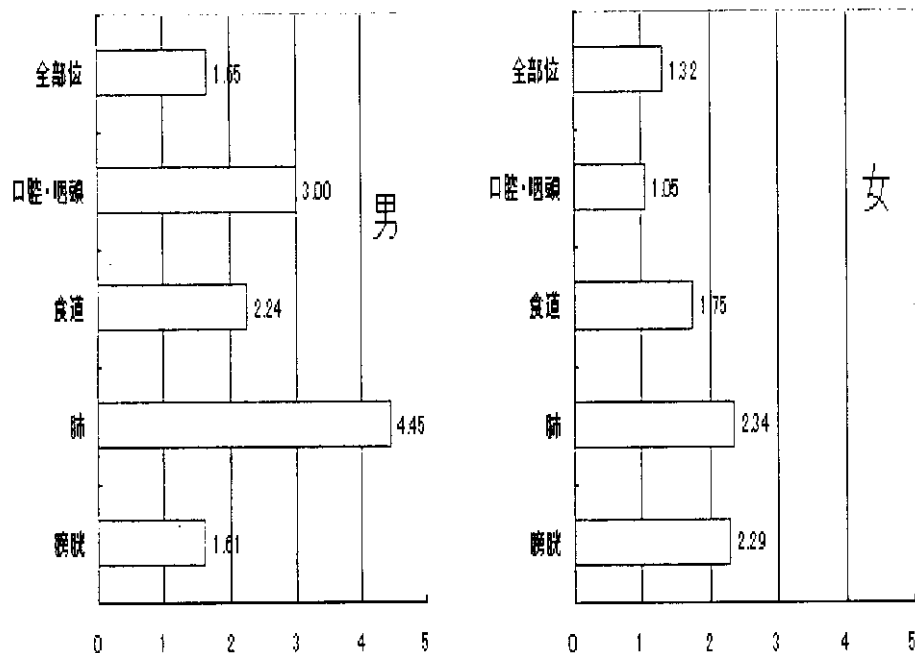
たばこ対策の充実、食塩摂取量の減少、飲酒対策の充実、がん検診の受診者の増加

たばこの健康への影響について

○喫煙がなければ回避できた死亡者の数（超過死亡数）について、我が国では9万5千人にのぼるとのWHOの研究報告がある。また、喫煙が健康に与える影響の中でも特に、がん、循環器疾患といった疾患は、我が国の死因の6割を占めており、がんに関して言えば、特に喫煙による罹患・死亡リスクの上昇が高い肺がんは、がんの中でも死因の第1位を占めている。

○喫煙は、健康に悪影響を及ぼし、それが我が国の医療費に影響を与えており、喫煙がなければその分の負担が不要であった医療費（超過医療費）は1兆3千億円にのぼるとの試算もある。また、労働力への影響などを含めるとその額はさらに大きくなるとの試算もある。

（「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日 厚生科学審議会））



喫煙とがん死亡についての相対危険度（日本）
（※非喫煙者を1とした場合の喫煙者の相対危険度）

喫煙に伴い負担が増加する医療費（超過医療費）等（推計）

- 超過医療費 1兆3,086億円
（国庫負担ベース 3,258億円）
- 超過死亡数 9万5千人（1995年）
11万4千人（2000年）

（注）

1. 超過医療費は「平成13年度厚生労働科学総合研究費補助金 たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究報告書」による。医療費の国庫負担割合24.9%として推計（平成11年度ベース）
2. 超過死亡数は Peto, Lopez et. al. “Mortality from Smoking in Developed Countries: 1950-2000”による。
（※2000年の数値は2003年の第2版、1995年の数値は1994年の第1版）

今後のたばこ対策の基本的考え方について（概要）（平成14年12月25日 厚生科学審議会）

1. たばこに関する基本的認識

- (1) 喫煙者にがん等の疾病の罹患率が高いこと及びこれら疾病の原因と関連があることは多くの疫学研究等により指摘されており、たばこ対策を推進することにより国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要。
- (2) 喫煙には依存性があることから、成人で判断能力のある者に対してもたばこ対策を推進することが必要。
- (3) 受動喫煙についても本人による喫煙と同様の事実が指摘されており、このような他者危害を防ぐ視点からも、たばこ対策を推進することは正当化される。
- (4) 我が国の喫煙率は、特に男性について先進国の中でも極めて高い。
- (5) たばこ対策を推進し、喫煙による医療費、労働力への悪影響といった負担を低減させることが必要。

2. 今後のたばこ対策

(1) 基本的方向

- ①「WHOたばこ対策枠組条約」の目的及び基本的方向を十分認識した上で国内対策の充実強化を図るべき
- ②国民の健康増進の観点から、たばこ対策に一層取り組み、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させることが必要

(2) 具体的たばこ対策

- 以下の4つの対策の強力な推進が必要。
 - ①喫煙が及ぼす健康への悪影響についての十分な知識の普及
 - ②未成年者の喫煙防止
 - ③受動喫煙防止対策
 - ④禁煙支援プログラム
- たばこの価格の引き上げはたばこ対策の有効な方法の1つ。
- 関係省庁との十分な連携、関係団体への煙草対策についての働きかけを行う必要。