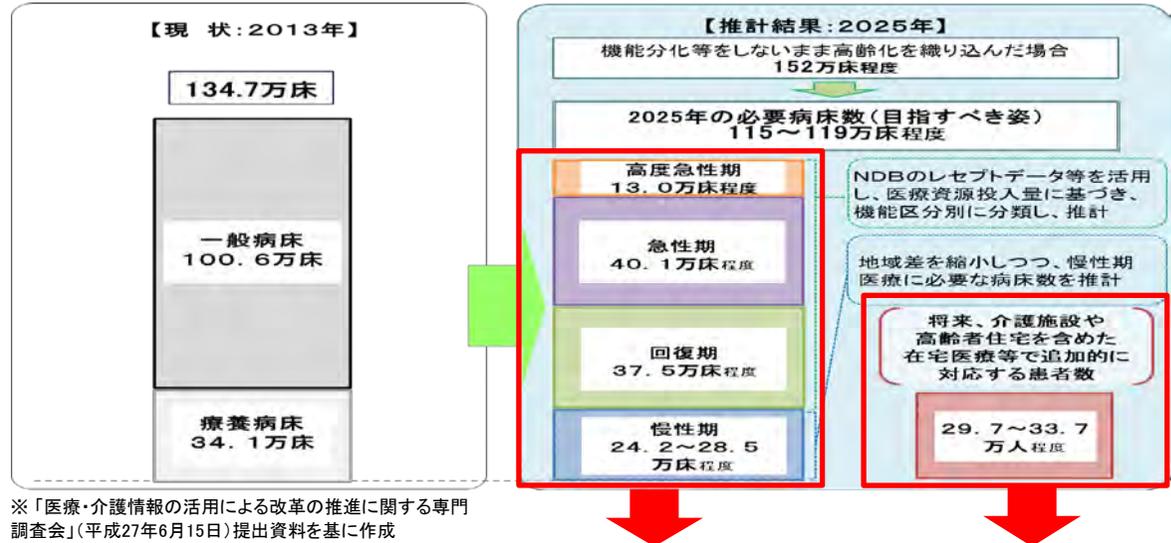


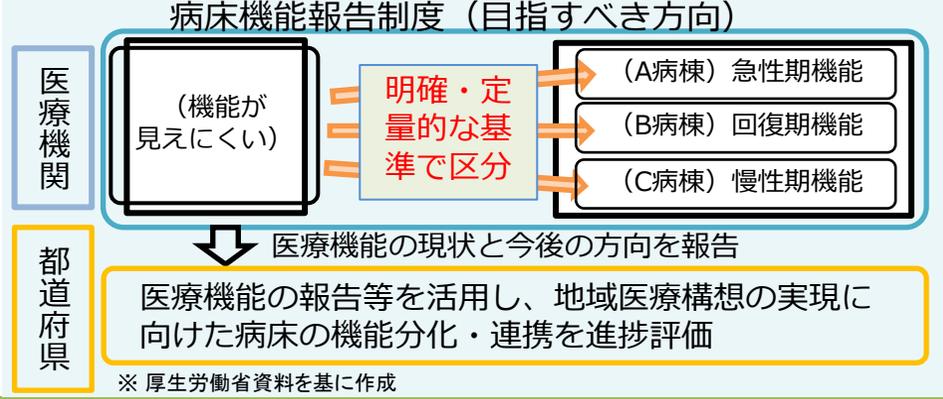
◆地域医療構想(各都道府県で今年度中に策定)

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について

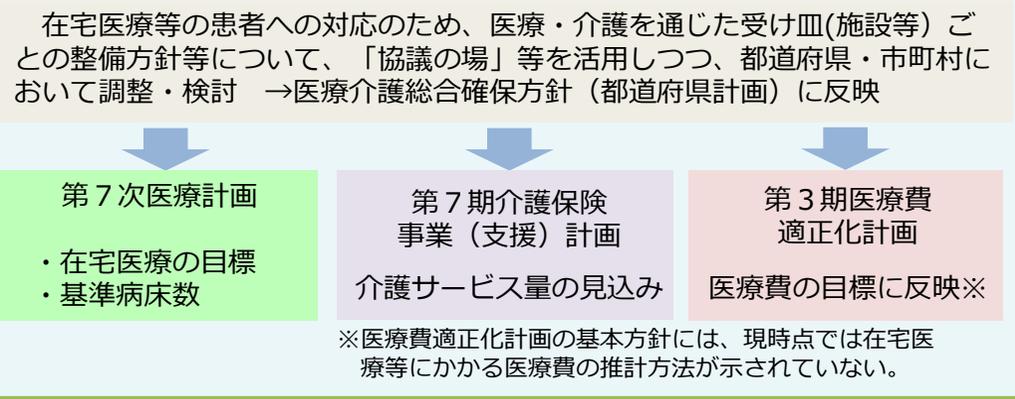


- 地域医療構想を今年度中に策定した上で、その実現に向けた進捗のチェックが必要であるが、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的。各医療機関による報告内容は客観性に乏しいため、進捗のチェックが困難。
- 今年度から、レセプトに病棟コードが付記され、病床機能報告における病棟ごとの診療内容がひも付くことになる。このデータの分析により、地域医療構想における病床の4機能ごとの定量的な基準も設定可能。
- また、在宅医療等により対応する患者(追加的に30万人程度)について、各地域において、在宅医療や介護施設、高齢者住宅など、受け皿の見通しを立てたうえで、必要な整備を進める必要。

◆進捗をチェックできる仕組み



◆在宅医療等の体制整備



【改革の方向性】(案)

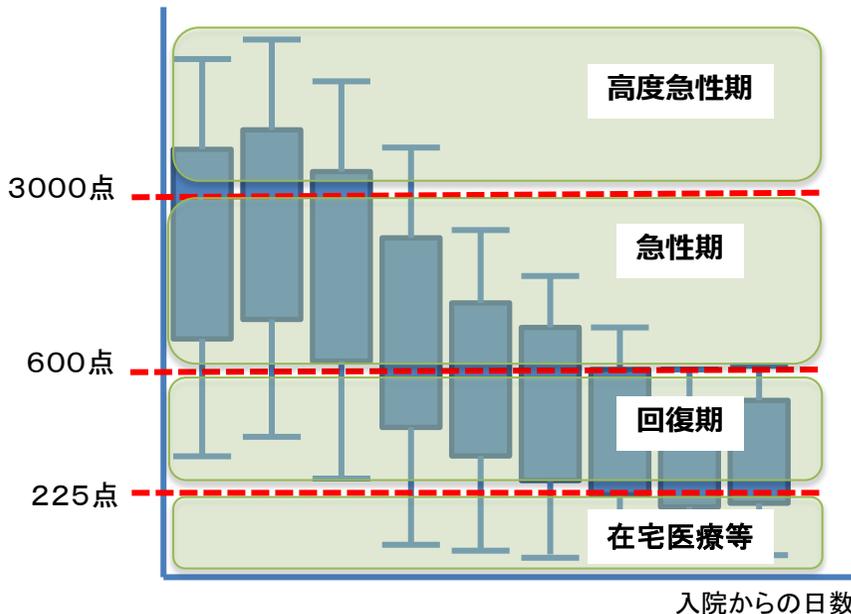
- 今年度末までに、全都道府県において地域医療構想を策定した上で、その実現に向けて、
 - ① 病棟ごとの診療行為について分析を行い、地域医療構想の病床機能ごとの定量的な基準を次期病床機能報告時までには明確化した上で、KPIに沿って進捗管理を行うべき。
 - ② 地域医療構想を踏まえた在宅医療の受け皿のあり方について、都道府県・市町村に於いて検討を進め、今後策定される医療・介護に係る諸計画について、これと整合的なものとすべき。

- 地域医療構想に盛り込まれる病床数については、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに推計することとされている。
- 現在、「地域医療構想ガイドライン」を踏まえ、都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想の策定を進めており、本年9月末現在で、20都府県が策定済みであり、今年度中に全都道府県で策定がなされる見込み。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

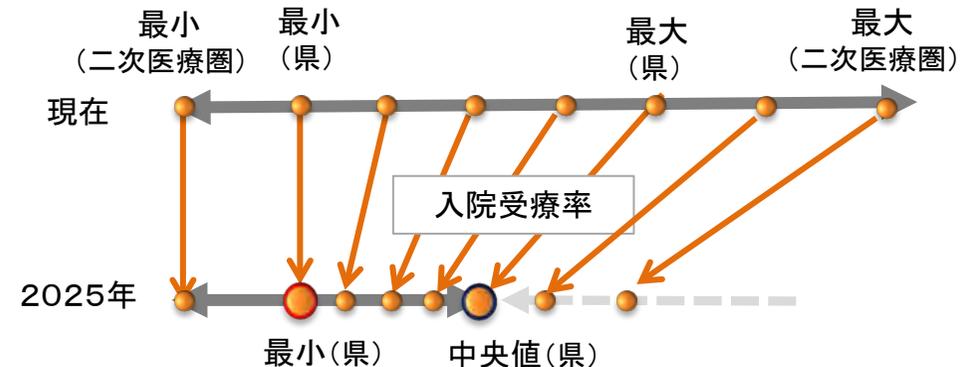


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、特に急務の課題である、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、「病床の機能分化・連携」に重点的配分を行う方針が定められている。
- 「病床機能分化・連携」への交付額は徐々に増加しているが、この中には、ICTに係る基盤整備など様々な事業が含まれ、地域医療構想の実現に向けた「病床の機能分化・連携」に直接資する施設整備に充てられたものは一部にとどまる。
- 具体的な事業の執行状況を明らかにした上で、当該事業が病床の機能分化・連携につながっているかどうかなど、基金の使途や効果を検証・評価していくべきではないか。

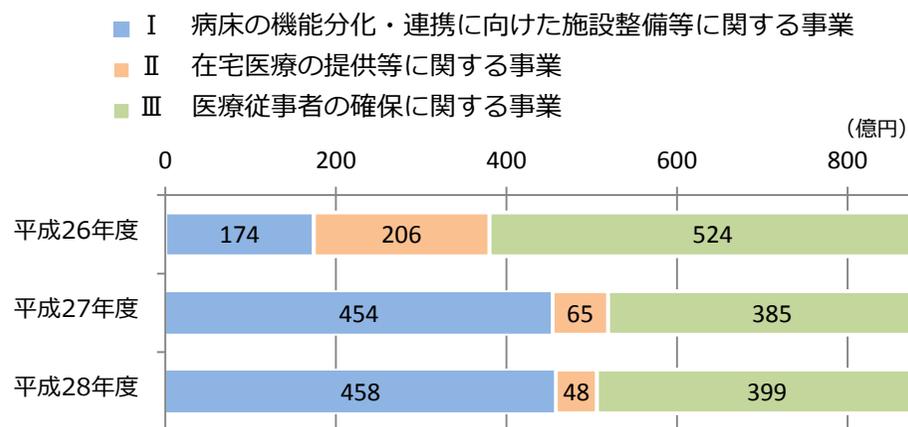
社会保障制度改革国民会議 報告書 抄
（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）

2 医療・介護サービスの提供体制改革

（5）医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。・・・その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。・・・また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる・・・病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

◆地域医療介護総合確保基金の交付状況



◆ 実施事業の例

I 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備 ・ がん医療等連携体制構築設備整備（MRI整備補助等） ・ 病床の機能分化/連携を推進するための基盤整備※
II 在宅医療の提供等に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施 ・ かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発
III 医療従事者の確保に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療支援センターの運営 ・ 看護師等養成所の施設・設備整備 ・ 分娩手当の補助 ・ 寄付講座設置事業 ・ 病院内保育所の整備 ・ 医師住宅の整備支援

※ 平成26/27年度交付額のうち、病床機能の転換等の施設・設備整備に充てられたものは49億円（交付額全体1,807億円の3%、Iの柱の交付額628億円の8%）。

【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想が今年度中に全都道府県で策定されることを踏まえ、病床機能の転換等に直接資するものに重点化させるべき。
- 具体的にどのような事業に執行されているか明らかにした上で、各都道府県における基金の活用が、病床の機能分化・連携につながっているか検証・評価し、次年度以降の交付決定に反映するようにするなど、地方の創意工夫を生かしつつ、基金の趣旨・目的を十分踏まえた執行がなされる仕組みとすべき。

【論点】

- 地域医療構想の実現に当たり、都道府県は、公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、不足している機能に係る医療を提供することの指示や、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、指示・命令はできない（要請等のみ）。

地域医療構想（ビジョン）を実現するための現行の仕組み

（１）「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現に向け、医療関係者、保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。協議だけでは進まない場合、知事が以下の措置を講ずることが可能。

（２）都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。
※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒ 【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

※ 厚生労働省資料を基に作成

- 医療費の地域差の半減に向けては、現在示されている適正化の取組みだけでは十分ではなく、疾病別・診療行為別等の地域差を「見える化」した上で、各都道府県において是正していくなどの取組が必要。高齢者医療確保法第14条において、厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が定められており、地域差の半減に向けた有力な手段の一つであるが、これまで実施例はなく、制度の詳細についての検討も進んでいない。

【改革の方向性】（案）

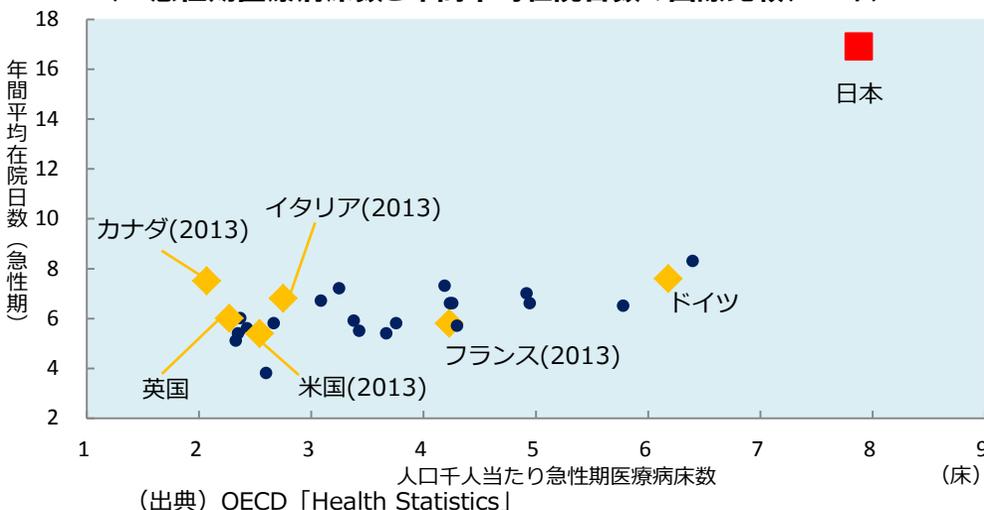
- 保険医療機関の指定等にあたり、民間医療機関に対する他施設への転換命令等を付与するなど、医療保険上の指定に係る都道府県の権限を一層強化すべき。
- 高齢者医療確保法第14条を活用できるよう、実施にあたっての課題を分析し、国において運用に係るガイドラインを策定すべき。

医療計画の策定

【論点】

- 平成30年度からの第7次医療計画においては、病床機能による4区分ごとの病床の必要量が示されるとともに、現行の基準病床制度※に基づく基準病床（一般病床・療養病諸）を算定。
※ 病床過剰地域（既存病床数が基準病床数を超える地域）においては、都道府県知事が病床の開設不許可等を行うことができる制度。
- 基準病床制度と地域医療構想は同じ医療計画において示されるものであるため、相互に整合的なものとする必要。その際、平成30年度以降、療養病床について効率的なサービス提供体制への転換を進めていくことも整合的なものとするべき。
- その際、病床数や平均在院日数は、国際的に見ればいまだ高い水準にあることも踏まえる必要。

◆ 急性期医療病床数と年間平均在院日数の国際比較(2014年)



基準病床制度に係る法令の規定

(1) 医療法の規定

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（・・・）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要がある。この許可申請に係る病床について、営利を目的とする場合を除き、構造設備及び人員配置の要件に適合する場合は、許可を与えなければならない。（医療法第7条）

【病床過剰地域における開設等の許可】

① 公的医療機関等

都道府県知事は、病院又は診療所の開設等を行う場所を含む二次医療圏が病床過剰地域である場合、医療法第7条第4項の規定にかかわらず、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

② その他の医療機関

都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設等について、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）

(2) 健康保険法の規定

保険診療を行うにあたり、病院又は診療所は「保険医療機関」として、厚生労働大臣の指定を受けるため申請を行う必要がある。（健康保険法第63条及び65条）

基準病床数を勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した数を超えることになると認める場合であって、医療法第30条の11の規定による勧告を受けている場合等に該当するときは、当該申請に係る病床の全部又は一部を除いて指定を行うことができる。（健康保険法第65条第4項）

※ 厚生労働省資料を基に作成

◆ 現行の基準病床数の算定式(一般・療養病床)

一般病床	性・年齢階級別 人口×退院率	×	平均在院日数 (※)	±	流出入 入院患者数
病床稼働率					
※ 地域ブロックごとの直近の値に0.9を乗じたもの					
療養病床	性・年齢階級別 人口×入院等需要率	-	介護施設 対応可能数	±	流出入 入院患者数
病床稼働率					
流出超過加算	都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算				

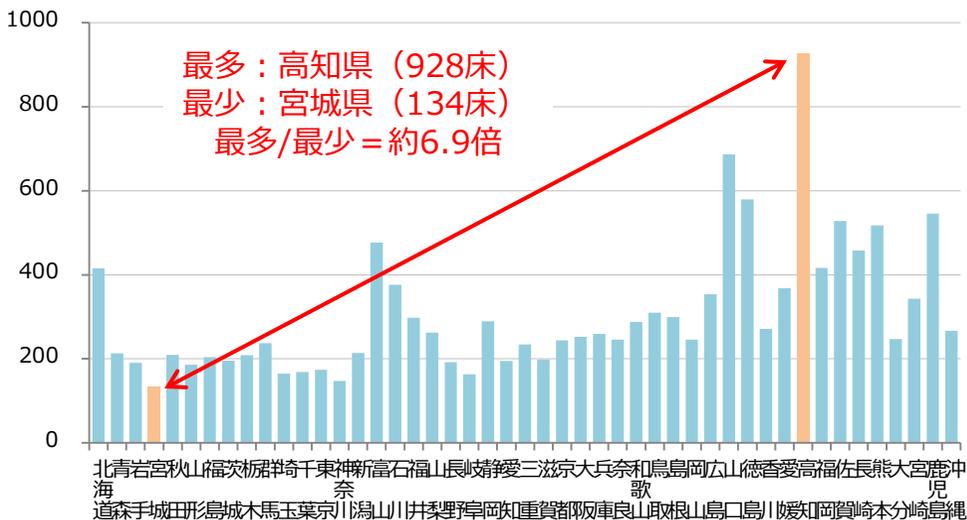
【改革の方向性】 (案)

- 医療計画における基準病床数については、一般病床・療養病床ともに、平均在院日数の設定を含め、地域医療構想で示された病床の機能分化・連携の取組みと整合的な算定式を示すべき。

【論点】

- 慢性期病床については地域医療構想に基づき、入院受療率の地域差を縮小し、病床数を減少させていく必要。
- 療養病床については、平成18年に介護療養病床の廃止等の法改正が行われ、平成24年度に施行したものの、経過措置により延長され、法改正から現在まで10年間経過。
- その期限が、平成29年度末に予定されていることを踏まえ、社会保障審議会において、新たなサービス提供体制の具体化に向けた議論が進められている。

◆都道府県別 人口10万人対療養病床数



(出典) 平成27年 医療施設(動態)調査(厚生労働省)

	医療療養病床 (20:1)	介護療養病床 (25:1)	介護療養病床 (30:1)
概要	病床のうち、主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの。 ※看護職員の実質配置(診療報酬上の基準)で20対1と25対1がある。		病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの。
病床数	約13.7万床	約7.6万床	約6.1万床

- 平成18年医療保険制度改革
長期療養の適正化(いわゆる社会的入院の是正)が課題となり、療養病床には医療の必要度の高い患者と低い患者混在しているとの調査結果を踏まえ、医療・介護の必要性に応じた機能分担を推進。
① 介護療養病床の廃止(平成24年度施行)
② 医療療養病床の看護職員の雇用配置について、6対1(実質配置25対1相当)を廃止し、4対1(実質配置20対1相当)に引き上げ(平成24年度施行)

- 平成23年度
転換が進んでいないこと等の理由により、
① 介護療養病床の廃止期限を平成29年度まで延長
② 医療療養病床の看護職員配置引き上げも平成29年度まで延期。

- 平成28年度(改革工程表)
介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、28年末までに結論
→ 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)

【改革の方向性】(案)

- 介護療養病床については、法律どおり平成29年度末で廃止し、現在よりも人員配置の緩和された効率的な受け皿に転換していくべき。これに向けて、早急に詳細な人員基準、報酬等の検討を進めるべき。
- 医療療養病床(25:1)については、診療報酬のあり方を見直し、患者の状態像に応じ、新たなサービス提供類型などへの転換を進めるべき。

(参考)「療養病床の在り方等に関する検討会」新たな選択肢の整理案(28年1月)

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床(25対1)※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

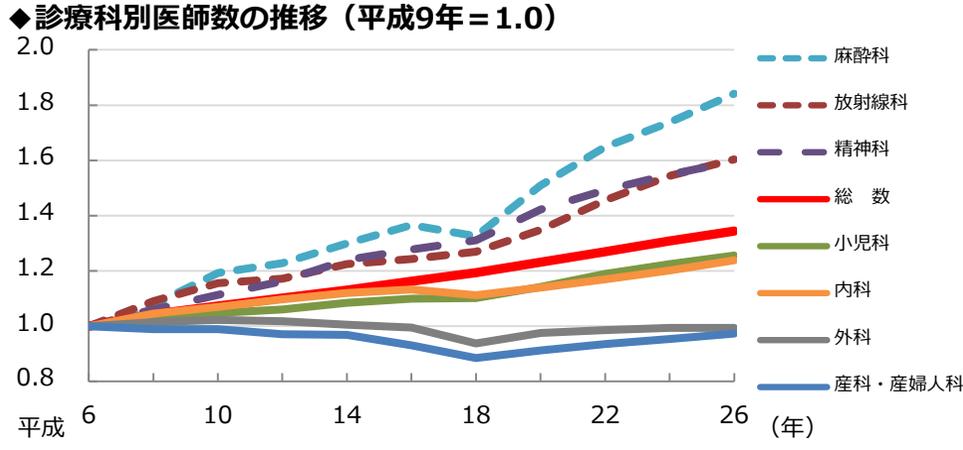
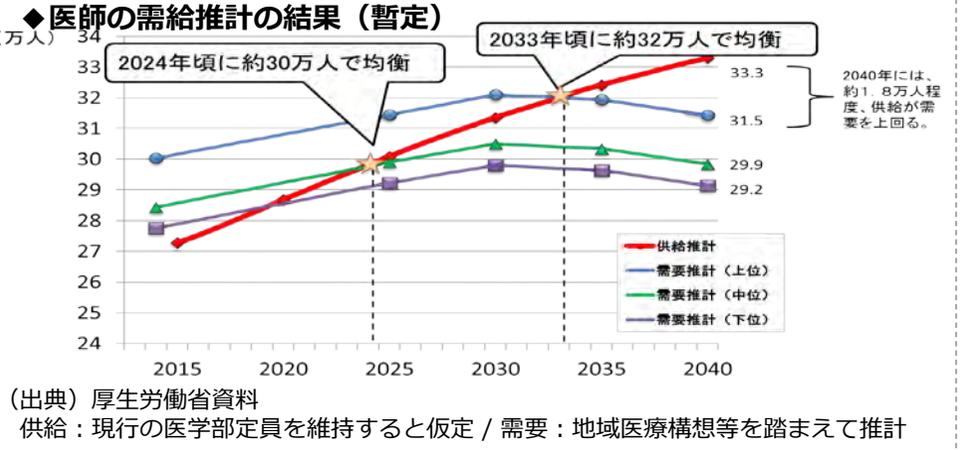
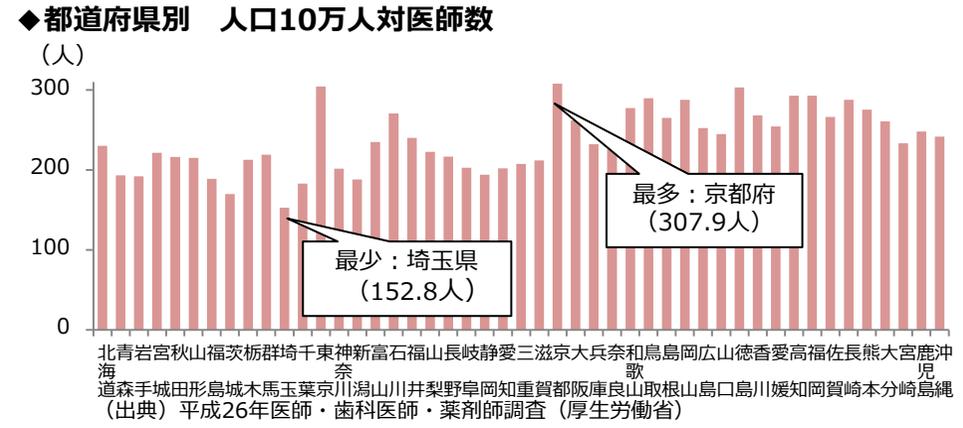
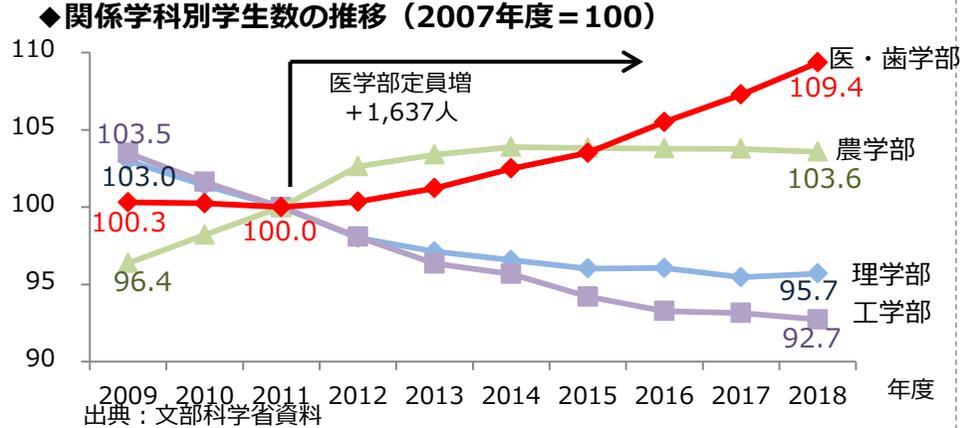
- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備 (**『住まい』の機能を満たす**)
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
 ※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

【論点】

- 特定地域・診療科における医師不足を背景に、平成20年度以降、① 医学部定員を1,637人増員(7,625人 → 9,262人)するとともに、② 勤務地・診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在是正対策（地域医療支援センター、地域枠による奨学金）を実施。
- 他学部が学生数を減少する中、医学部学生数は増加。全国レベルでは、2020年～2030年過ぎに医師の需給は均衡し、その後医師過剰となると見込まれる。他方、産科医等の不足は一定程度改善したものの、地域における医師不足・診療科偏在はなお根強い。



【改革の方向性】（案）

- 平成20年度以降増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえた精査・見直しを進めていくべき。
- あわせて、マクロでの医師数の増加が、医師が不足する地域・診療科における必要な医師数の増につながるよう、特定地域・診療科での診療従事を医療機関管理者の要件とすることや、保険医の配置・定数の設定など、医師配置等にかかる規制も含めた実効的な偏在是正策が講じられるよう、国及び都道府県の権限を強化すべき。

【論点】

- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）に向けた国の基本方針では、外来医療費について、適正化の取組及び適正化額が示されたが、「基本方針2016」等で目指された「地域差半減」の実現に十分なものとはなっていない。このため、適正化の取組みについて更なる検討を進め、都道府県の計画策定等に反映することを可能とすべき。
- 疾病別・診療行為別に見ても、大きな地域差が存在することは明らか。したがって、すでに各自治体で実施されている予防等の取組みから全国統一の取組目標や推計式を設ける従来の方法のみでは、地域差を是正する十分な追加方策が見いだせるか不透明。新たな観点から、地域差是正の取組みを検討していく必要。

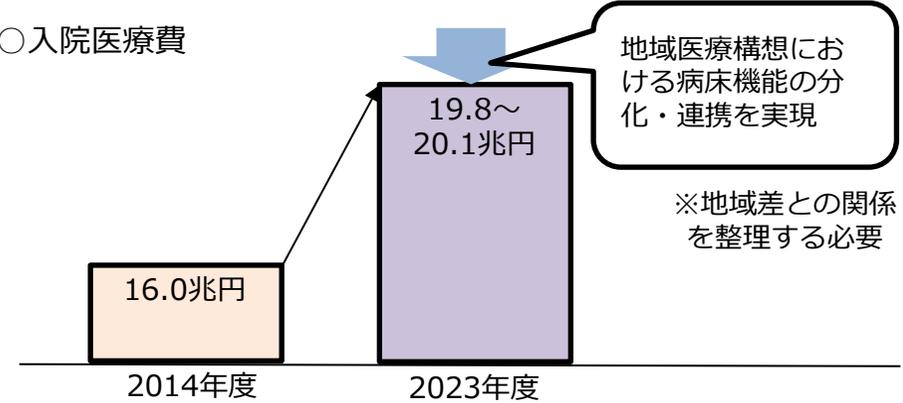
＜これまでの「適正化策」の考え方＞
自治体に一定程度広まった予防等の取組みについて、実施した場合の効果をNDBで推計し、適正化計画に織り込み

適正化メニュー	推計効果額（兆円）
特定健診・保健指導	▲0.02
後発医薬品の使用促進	▲0.4
糖尿病の重症化予防	▲0.08
重複・多剤投薬の是正	▲0.06

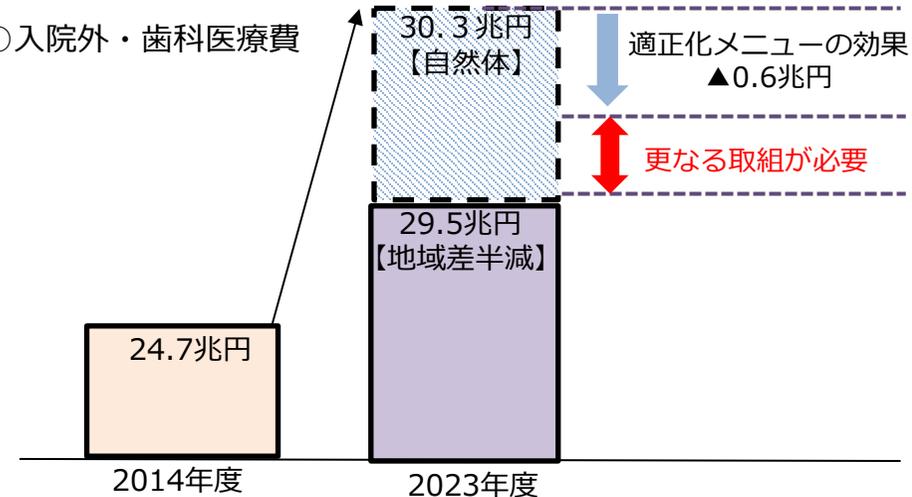
地域差の「見える化」が起点の新たなアプローチが必要

◆ 適正化計画による医療費の見通し(推計)

○入院医療費



○入院外・歯科医療費



【改革の方向性】（案）

- 医療費の地域差半減に向け、既に一定の広がりを持つ予防等の取組を横展開するこれまでのアプローチに加え、
 - ① NDB等で明らかになる医療費の地域差（疾病別・診療行為別等）の「見える化」を進め、医療関係者相互や都道府県における検証・検討につなげ、
 - ② 都道府県等がその是正を図る際に採りうる手段を整備し、
 - ③ 地域差是正に取り組んだ都道府県へのインセンティブ措置を導入することなどについて速やかに検討し、都道府県における医療費適正化計画に活用できるようにしていくべき。

	考えられる対応の方向性
①見える化	<ul style="list-style-type: none">○ 医療関係者相互における診療行為の比較・検証や、都道府県の検討に資するよう、疾病別・診療行為別等、各都道府県間の医療費の地域差に関するデータを公開。○ 都道府県の求めによる更に詳細なデータ提供、効果的な分析手法の確立、助言
②地域差是正の手段	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県ごとの実情や、地域差の性格に応じて使用可能な手段の検討、必要なガイドラインの策定等（手段の例）<ul style="list-style-type: none">・ 医療関係者、保険者など関係者を含む、問題意識の共有と対応策の協議のための場の設定・ 地域の医療関係者による診療行為のピアレビューの実施・ 標準的な診療ガイドラインの策定・ 高齢者医療確保法第14条における診療報酬の特例（※）の活用※ 厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が法律上定められているが、実施例はない。
③評価	<ul style="list-style-type: none">○ 医療費適正化計画の進捗評価の際に、地域差是正のための都道府県の取組み状況と成果について評価を行い、その結果を、保険者努力支援制度（平成30年度以降）の配分に反映（インセンティブ措置）

◎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。

◎ 保健医療2035提言書（平成27年6月「保険医療2035」策定懇談会）抄

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

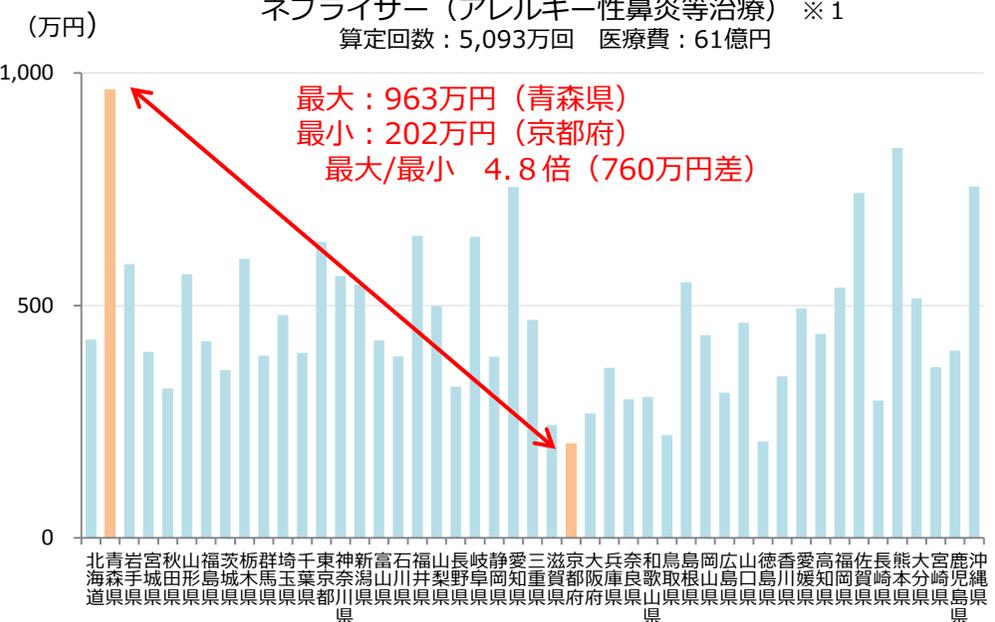
ii) 地域主体の保健医療に再編する

① 地域における保健医療のガバナンスを強化する

地域主体という名の国から地方への単なる「丸投げ」は厳につつしみ、国として必要な支援、助言や法規制などの責任を全うすべきである。国は、基礎的なサービスについては責任を持って支援・促進するとともに、地方が自律するための体制の整備（インセンティブや規制の在り方を含む構造改革）を進めていく。

(参考2)外来診療行為別の地域差の例(人口10万人当たり医療費)

ネブライザー（アレルギー性鼻炎等治療）※1
算定回数：5,093万回 医療費：61億円



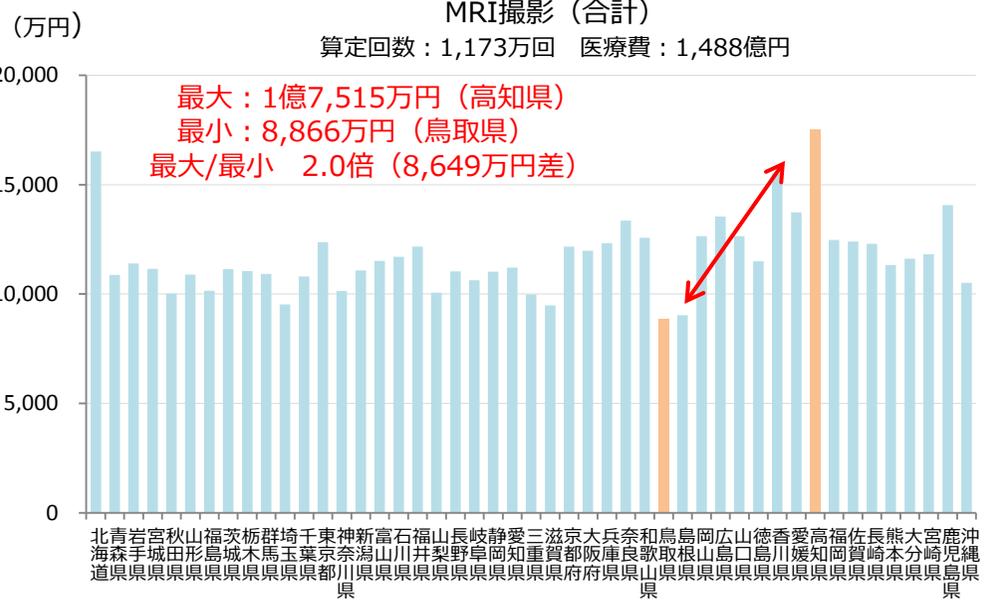
消炎鎮痛等処置（器具等による療法）※2
算定回数：2,207万回 医療費：369億円



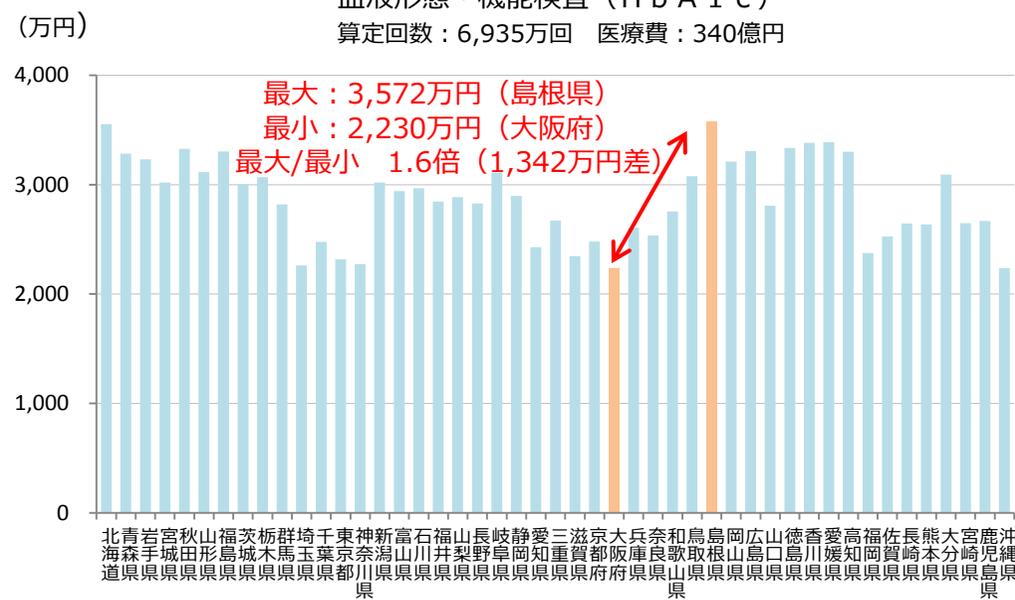
※1 薬剤を水蒸気のようにして鼻から吸入する治療。

※2 電気、超音波等による治療。

MRI撮影（合計）
算定回数：1,173万回 医療費：1,488億円



血液形態・機能検査（HbA1c）
算定回数：6,935万回 医療費：340億円



(出典) 厚生労働省 第1回NDBオープンデータ (対象期間：平成26年4月～平成27年3月)、総務省人口推計 (平成26年10月) より作成

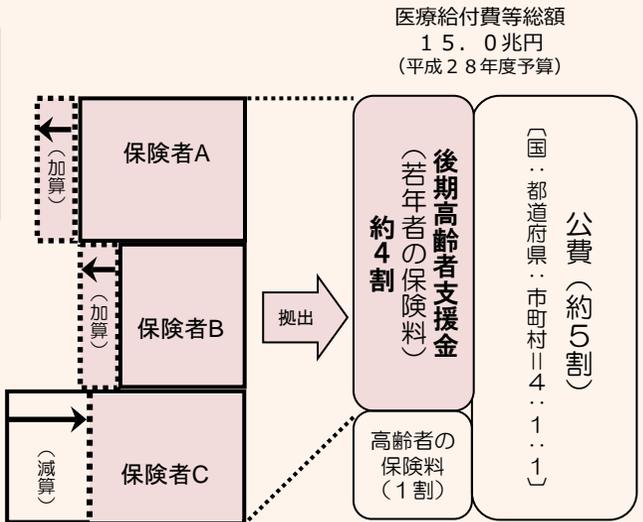
後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

<現行制度>

- 全保険者が対象
- 指標は特定健診・保健指導の実施率のみ
- 実施率0%の保険者に加算
- 加算率0.23%
- 事業規模7,600万円

<平成30年度～>

- 健保組合・共済を対象
- よりインセンティブを重視する仕組みに見直し。
- (目指すべき方向性)
- 複数指標による総合評価
- より広い加算対象
- より効果的な加算率・事業規模



保険者努力支援制度の導入(国保)

<平成28~29年度> 特別調整交付金の一部を活用し、前倒し実施(市町村に交付)
(検討中の指標の例)

重症化予防の取組の実施状況(指標中最大得点を予定)

以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。

- 対象者の抽出基準が明確であること
- かかりつけ医と連携した取組であること
- 事業の評価を実施すること

等

<平成30年度～> 保険者努力支援制度の導入(都道府県及び市町村に交付)
※ 評価指標は今後検討

※ 協会けんぽにおいても、各支部における適正化の取組を都道府県単位保険料率に反映させる仕組みを平成30年度以降導入予定。

<保険者共通で取り組むべき指標>
(厚生労働省 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 とりまとめ(平成28年1月))

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率
- 特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合



【改革の方向性】(案)

○ 後発医薬品の使用促進や、糖尿病性腎症重症化予防など医療費の適正化に取り組む保険者へのインセンティブ措置をいっそう強化できるよう、メリハリのある仕組みを構築すべき。その際、保険者努力支援制度については医療費適正化計画の進捗評価を適切に反映させる仕組みとすべき。