

「(1)医療・介護提供体制の適正化」関係

○医療提供体制に関するもの

<医療費適正化計画(現行)>

・都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、平成29年度における「平均在院日数」を設定

<地域医療構想>

・国のガイドラインに基づき、各都道府県が2025年の機能別の必要病床数を設定。その際、療養病床については、地域差を一定の目標まで縮小していくように設定。(別紙参照)

「(2)インセンティブ改革」関係

【「日本再興戦略」改訂2015】(KPI)

○健康寿命の延伸

2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸【男性70.42歳、女性73.62歳(2010年)】

○メタボ人口

2020年までにメタボ人口を2008年度比25%減【1400万人(2008年度)】

○健診受診率

2020年までに健診受診率(40～74歳)を80%(特定健診含む)【67.7%(2010年)】

【医療費適正化計画(現行)】(数値目標)

○特定健康診査の実施率

平成29年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする

○特定保健指導の実施率

平成29年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする

○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

平成29年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が、平成20年度と比べて25%以上減少することとする

《次頁に続く》

「(2)インセンティブ改革」関係

【健康日本21】(目標)

○健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)

平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)

○健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県別格差の縮小)

都道府県格差の縮小 (平成34年度) ※健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として取り組む

○糖尿病有病者の増加の抑制

糖尿病有病者の増加の抑制 1000万人 (平成34年度) 【890万人 (平成19年)】 ※過去の性・年齢階級別糖尿病有病率の傾向が続くとした場合、1,410万人

○高血圧の改善

収縮期血圧の平均値の低下 男性134mmHg、女性129mmHg (平成34年度) 【男性138mmHg、女性133mmHg (平成22年)】

○糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少 15,000人 (平成34年度) 【16,247人 (平成22年)】

○がん検診受診率の向上

がん検診の受診率の向上 50% (胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%) (平成28年度) 【胃がん 男性36.6%、女性28.3% 子宮頸がん 女性37.7% (平成22年)】

○日常生活における歩数の増加

日常生活における歩数の増加 20～64歳 男性9,000歩、女性8,500歩 (平成34年度) 等 【男性7,841歩、女性6,883歩 (平成22年)】

「(3) 公的サービスの産業化」関係

【「日本再興戦略」改訂2015】(KPI)

○地域医療情報連携ネットワークの普及

2018年度までを目標に地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及実現【約200（2015年5月現在）】

○電子カルテの普及

2020年度までを400床以上の一般病院における電子カルテの普及率を90%【57.3%（2011年10月1日現在）】

○高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合

高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合【0.9%（2005年）→3～5%（2020年）】

○ロボット介護機器の市場規模

ロボット介護機器の市場規模、2020年に約500億円、2030年に約2,600億円【約10億円（2012年）】

○日本の医療技術・サービスが獲得する海外市場

日本の医療技術・サービスが獲得する海外市場規模を2030年までに5兆円【6600億円（2013年）】

「(5) 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革」関係

【医療費適正化計画(現行)】(目標)

○後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進に係る環境の整備を図る観点から、例えば、都道府県域内における後発医薬品の数量シェアや普及啓発等施策に関する目標を設定

【「日本再興戦略」改訂2015】(KPI)

○医薬品・医療機器の審査ラグ

2020年までに、医薬品・医療機器の審査ラグ「0」【医薬品：1か月、医療機器：2か月（2011年度）】

《参考》

○「日本再興戦略」改訂2015:いわゆる「成長戦略」。産業競争力会議等の議論を踏まえ平成27年6月30日閣議決定。

○医療費適正化計画:医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国及び都道府県が策定。

○健康日本21:健康増進法に基づき、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（厚生労働大臣告示）として策定。第一次は平成12年度から、第二次は平成25年度から。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

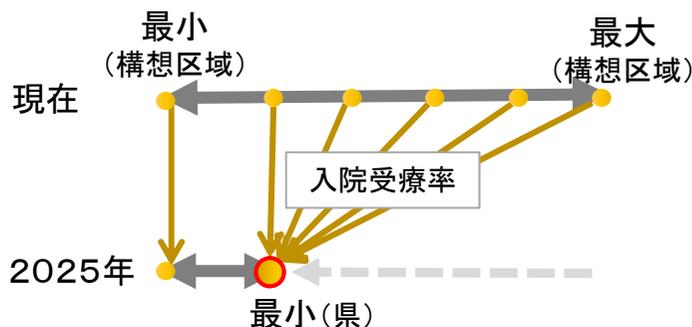
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が全国最小値(県単位)まで入院受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

