

平成26年度パイロット事業等

平成26年度のパイロット事業について

- 26年度パイロット事業の主要テーマは、以下のとおり。
 - ① 医療関連情報の収集・分析・提供に関する取組み（「データヘルス計画(仮称)」の策定及び実施に向けた取組みを含む）
 - ② 事業主及び加入者との距離を縮めるための取組み
 - ③ 地方自治体等との関係構築及び意見発信に関する取組み
- 26年度のパイロット事業については、初めての試みとして、応募のあった各支部からプレゼンテーションを実施し、採用する方式を導入（応募数16支部 24事業のうち、パイロット事業として5支部 7事業、調査研究事業として2支部 2事業を採用）

平成26年度パイロット事業の実施予定

支部名	事業内容	実施予定
長野	健康保険委員の活性化 (長野県の保健補導員制度との共同事業)	長野県の各自治体には地域で健康活動を目的としたボランティアとして、「保健補導員」が設置されている。長野県との共同事業という形で、協会けんぽの健康保険委員を企業版の保健補導員と位置づけることとし、企業の健康づくりをサポートする。
兵庫	GISを活用したデータヘルス事業の推進	GIS(地理情報システム)を活用することで、加入者や医療費、健診データ等を電子地図上に反映させ、特定健診受診率の向上、集中的重症化予防、医療費・健診データ等分析を行う。

支 部 名	事業内容	実施予定
広 島	データヘルス計画 (事業所ごとの疾病リスク特性に応じた保健事業の取組み)	医療費グルーピング技術を有する外部業者への委託を通じ、疾病別、事業所別、業種別等の医療費分析を行い、事業所別の医療費や健診結果による疾病リスクなどの診断ツールを作成する。事業所ごとの分析結果を基に、事業所の特性に即した保健事業を企画・立案し、個々人の状況に応じた健康増進活動の勧奨や受診勧奨を実施する。
	協会けんぽ加入事業所の経営状況等に関するアンケート	加入事業所の経営状況の把握を通じて、会社経営における社会保険料の負担増の影響を分析し、国をはじめ関係方面に対する社会保険料の負担軽減を訴える材料とする。
熊 本	家庭の健康づくりサポーター制度の創設	被扶養配偶者を対象に、応募された方を「健康づくりサポーター」として委嘱し、広報誌の発行、セミナーの案内、地域の健康づくり計画に参画する関係団体が実施する事業等について、情報提供する。
大 分	データヘルス計画に基づいた階層化支援サービス	レセプトデータと健診データの分析を通じて、40歳以上の被保険者を健康管理状況に応じて8つのグループに分類し、それぞれのグループの状況に即した保健事業等を企画、立案し、勧奨する。
	自覚的・自発的・自律的な健康づくり (インセンティブ付与健康増進活動事業)	Webシステム上で、加入者の健康状態を健診結果データに基づき自動的に判定し、ポイントを付与する仕組みを新たに導入する。

平成25年度のパイロット事業の実施状況について

支部名	事業内容	実施内容（26年2月現在）
広島 宮城	医療機関における資格確認	<p>医療機関等の窓口において被保険者資格の確認を行うことにより、資格喪失後の受診の防止及び返納金債権発生抑制を行う。</p> <p>25年7月から実施。26年2月末時点で、広島支部では58医療機関、宮城支部では23医療機関等が参加。</p>
埼玉	加入者と事業主の距離を縮める一体感の醸成(加入者サービスの充実)	<p>協会の加入者が協会と提携した業者から割引サービスを受けられる等のメリットの提供を通じて、協会けんぽに加入しているということを実感してもらい、協会と加入者・事業主との距離を縮めるよう働きかける取組み。26年2月から実施。主な割引サービスとしてスイミングスクール・スポーツクラブ入会金無料などを実施。</p>
広島	行政と連携した歯科検診推進事業	<p>県と歯科医師会が連携した歯科検診推進事業の実施にあわせて、協会も事業所向け歯科検診を実施し、歯周病の治療に結びつける取組み。</p> <p>25年5月～8月に5事業所、受診者約786名に対してスクリーニング検査を実施。また、陽性者368人に対して口腔内診査(無料)を文書にて勧奨。その結果、60人が医療機関を受診。</p>
熊本	返納金債権回収の効率化	<p>資格喪失後受診による返納金債権の回収を保険者間の代理受領を通じて実施し、加入者サービスの向上及び債権回収に要する事務経費の節減を図る。</p> <p>25年9月熊本市と熊本支部が覚書を締結し、同月から運用開始。同年12月時点で、国保では対象者32名を受付し、協会けんぽでは対象者40名を受付。</p>
大分	健康保険委員と連携した事業所まるごとの健康づくり事業(一社一健康宣言の展開)	<p>健康保険委員のいる事業所について「一社一健康宣言」をしてもらい、宣言事業所に対しては、健康リスクに即した行動を促す取組みを行う。</p> <p>26年2月28日時点で279事業所が参加を表明。</p>
	個別化された情報を活用した特定保健指導の促進事業	<p>保健指導初回面談未実施者(3000人)を生活習慣病発症リスクにより8パターンに分類し、各パターンに応じた通知書を個別に送付。自身の健康リスク評価を認識してもらうとともに保健指導等の取組みを実施。</p> <p>25年9月特定保健指導訪問拒否事業所から通知対象者を抽出、同年11月に通知書を約638名に送付し、返信は31件。そのうち保健指導希望者は27名で、23名に実施。</p> <p>26年2月に2回目通知を1560名に送付し、返信は41件。うち、保健指導希望者は39名。</p>

平成26年度の支部調査研究事業について

平成26年度支部調査研究事業

- 平成26年度調査研究事業は、継続して実施している支部からの応募に基づくものであり、医療費分析を中心に平成26年度も継続して実施。

支部名	事業内容	これまでの取組みと平成26年度の事業概要
東京	東京支部におけるデータヘルス計画遂行の為の調査研究 (平成22年度から実施)	平成25年度までの調査研究事業においては、健診受診者リストと、支部の全加入者のレセプトデータ(主要項目のみ)の3年度分を中心に分析を実施。 平成26年度においては、データヘルス計画が始まることを踏まえ、4年度分のデータを結合した上で、引き続き有識者の協力を得て、保健事業への活用(対象者抽出と効果検証)について調査研究する。 また、調査研究に対する有識者の講話・意見交換の機会を設け、他支部にも参加を呼びかける。有識者による分析評価が行われた調査研究結果について、学会発表や論文発表などを行う。
滋賀	精神系疾患による健康保険傷病手当金申請データの調査・分析結果の事業所等への情報発信 (平成24年度から実施)	平成24年度は精神系疾患による健康保険傷病手当金申請データの調査分析及び「事業所アンケート」を実施。 平成25年度は滋賀医科大学精神医学講座教授の監修を経て最終報告書を作成。 これを踏まえ、平成26年度においては、同医師と連携し精神専門医からみたメンタルヘルス治療現場の現状と今後の課題、また保険者としての意見提言等情報発信を行い、もって精神系疾患に対する健康保険の給付適正化の推進を目的とする事業所セミナーを開催する。

※平成26年3月時点で想定される主要議題であり、今後変更があり得る

5月23日

- ① 医療保険部会の議論の動向(制度改革関係)
- ② 医療保険制度改革に向けた協会けんぽの財政基盤強化行動計画について
- ③ 支部評議会議長との意見交換

6月23日

- ① 保険者機能強化アクションプラン(第2期)の評価Ⅰ
- ② 平成25年度決算を踏まえた5年収支見通し試算の前提等について
- ③ 支部評議会議長との意見交換

7月29日

- ① 平成25年度決算の報告
- ② 平成25年度決算を踏まえた5年収支見通しについて
- ③ 医療保険部会の議論の動向(制度改革関係)

9月

- ① 医療保険部会の議論の動向(制度改革関係)
- ② 平成27年度政府予算概算要求の概要について
- ③ 保険者機能強化アクションプラン(第2期)の評価Ⅱ
- ④ 医療法等の改正を踏まえた対応について
- ⑤ 支部評議会議長との意見交換

**10月～
12月上旬**
(各月1回程度)

- ① 医療保険部会の議論の動向(制度改革関係)
- ② 平成27年度保険料率について
- ③ 平成27年度事業計画について
- ④ 平成26年度上半期の事業計画実施状況について
- ⑤ 業績評価結果について(平成25年度分)

12月末

- ① 医療保険制度改革の取りまとめ内容について
- ② 平成27年度政府予算案の概要について
- ③ 平成27年度保険料率について(全国平均保険料率のセット)
- ④ 平成27年度事業計画・予算案について

27年1月下旬

- ① 平成27年度保険料率について(都道府県単位保険料率等の決定)
- ② 平成27年度事業計画について

3月中旬

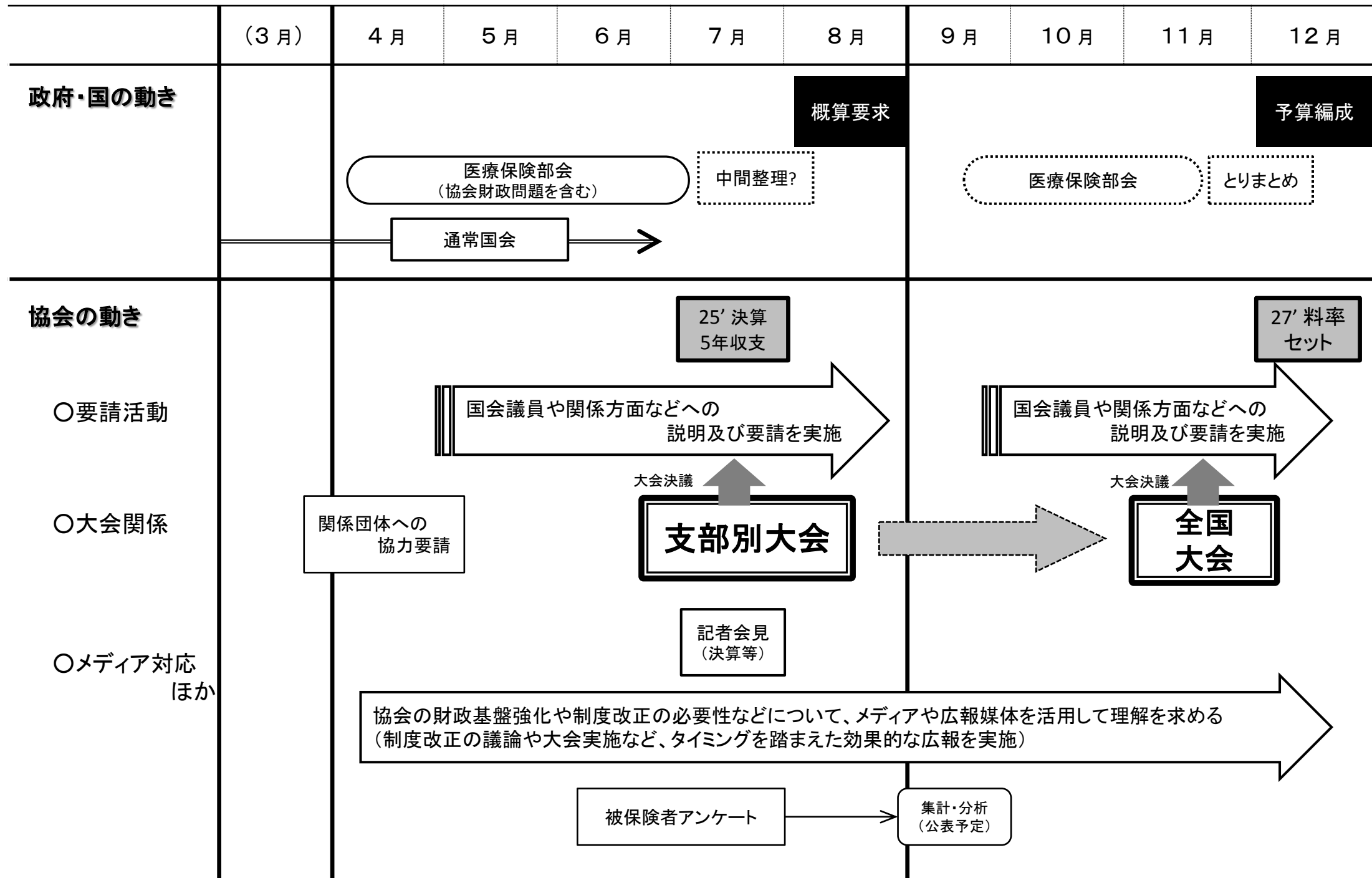
- ① 平成27年度事業計画・予算の決定
- ② 支部事業計画の報告
- ③ 業務・システム刷新について(サービスイン後の報告)

平成26年度運営委員会の主な議題・スケジュール(案)

資料4参考

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
政府・国の動き							概算要求						予算編成	
		医療保険部会 (協会財政問題を含む)		中間整理?		医療保険部会			とりまとめ					
		通常国会 →												
運営委員会の議題・スケジュール							25' 決算 5年収支						27' 料率 セット	
	議題 / 開催月		●	●	●			●	●	●	● ●	●		●
	医療保険部会の議論の動向		←————→											
	アクションプランの評価			○				○						
	支部評議会議長との意見交換		○	○				○						
	平成25年度決算					○								
	平成27年度保険料率								←————→					
	平成27年度事業計画								←————→					
	平成27年度予算										←————→			

財政基盤強化に向けた行動計画スケジュール(26年度)



東日本大震災に係る平成26年3月以降の対応について

○協会における3月以降の一部負担金等の免除及び健診・保健指導の費用の還付の取扱い

免除・還付の対象	24/9/30	25/2/28	26/2/28	3/1 3/31	4/1	27/2/28	3/31	備考
一部負担金等 (療養費を除く。)		住居の全半壊等	原発事故関係	原発事故関係				健康保険法の規定により、保険者判断で実施可能 ※療養費の本人負担分、食費・居住費の本人負担分の免除は、特例法による措置であり、平成24年2月末で終了
健診・保健指導の費用		住居の全半壊等	原発事故関係	原発事故関係				国からの協力要請により実施

- ① 一部負担金等については、原発事故に伴う警戒区域等の被災者について、平成27年2月末まで免除を継続。

※原発事故に伴う警戒区域等の被災者のうち、既に避難指示が解除されている地域の上位所得者については、平成26年10月以降の受診分は国庫補助の対象とならないが、平成27年2月までは一律に免除対象とすることとしている。

※その他の被災者（住居の全半壊等）に係る一部負担金等の免除措置は、平成24年9月末で終了している。

- ② 健診・保健指導の費用の還付の取扱いについては、原発事故に伴う警戒区域等の被災者について、平成26年度中の受診者を対象に取扱いを継続。

※原発事故に伴う警戒区域等の被災者のうち、既に避難指示が解除されている地域の上位所得者については、平成26年10月以降の受診分は国庫補助の対象とならないが、一部負担金の免除と同様、平成26年度中の受診者について一律に還付対象とすることとしている。

※その他の被災者（住居の全半壊等）については、平成24年度中の受診者までで終了している。

中央社会保険医療協議会等（平成25年度）について

■中央社会保険医療協議会

○総会（1月29日）

- ▶ 1 医療機器の保険適用について
- ▶ 2 平成26年度実施の特定保険医療材料の機能区分見直しについて
- ▶ 3 平成26年度改定に向けたDPC制度の対応等について
- ▶ 4 個別改定項目について（その1）
- ▶ 5 答申書の附帯意見案について（その1）

○総会（2月5日）

- ▶ 1 パブリックコメント、公聴会の報告について
- ▶ 2 個別改定項目、附帯意見案について（その2）
- ▶ 3 その他

○総会（2月12日）

- ▶ 1 答申について

○総会（3月12日）

- ▶ 1 医療機器の保険適用について
- ▶ 2 公知申請とされた適応外薬の保険適用について
- ▶ 3 被災地における特例措置について
- ▶ 4 国家戦略特区における先進医療制度の運用について

※第52回運営委員会（平成26年1月29日）～本運営委員会前日までについて記載

抜粋版

平成26年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)①

○平成26年度診療報酬改定の概要		P4
○平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応		P7
重点課題	■医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	
	1. 入院医療について	P17
	①高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化	P19
	②長期療養患者の受け皿の確保等について	P36
	③急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価	P38
	④医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	P42
	⑤有床診療所の機能に着目した評価	P47
	2. 外来医療の機能分化・連携の推進について	P50
	3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	P56
	4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	P84

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)②

I. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	
①緩和ケアを含むがん医療の推進について	P91
②精神疾患に対する医療の推進について	P93
③認知症への対策の推進について	P105
④救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	P106
⑤リハビリテーションの推進について	P109
⑥手術等の医療技術の適切な評価	P117
⑦医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について	P136
⑧DPCに基づく急性期医療の適切な評価について	P138
II. 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	P142
III. 医療従事者の負担を軽減する視点	P152
IV. 効率化余地がある分野を適正化する視点	P159
V. 消費税8%への引上げに伴う対応	P165
VI. 革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価	P169
VII. 経過措置等	P170

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 **+0.10%**

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科	}	+0.82%(+0.71%)	【 約2,600億円(約2,200億円)】
歯科		+0.99%(+0.87%)	【 約300億円 (約200億円)】
調剤		+0.22%(+0.18%)	【 約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方保険適用除外などの措置を講ずる。

7対1入院基本料等の見直し

▶7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① **特定除外制度**について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② **「一般病棟用の重症度・看護必要度」**について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ **自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合**について基準を新設。
- ④ **短期滞在手術基本料3**について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ **データ提出加算**の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

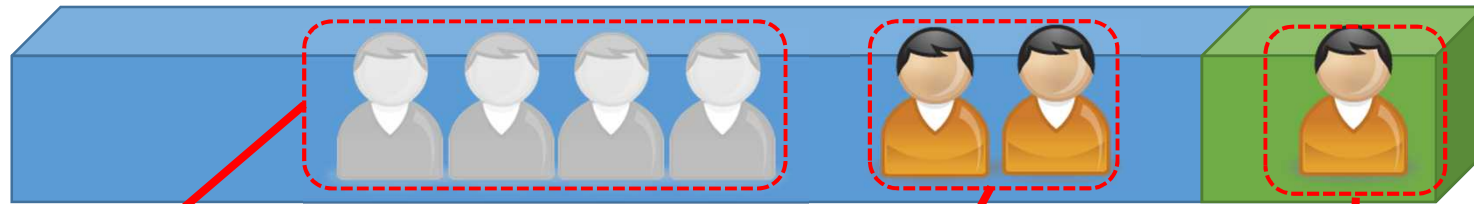
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



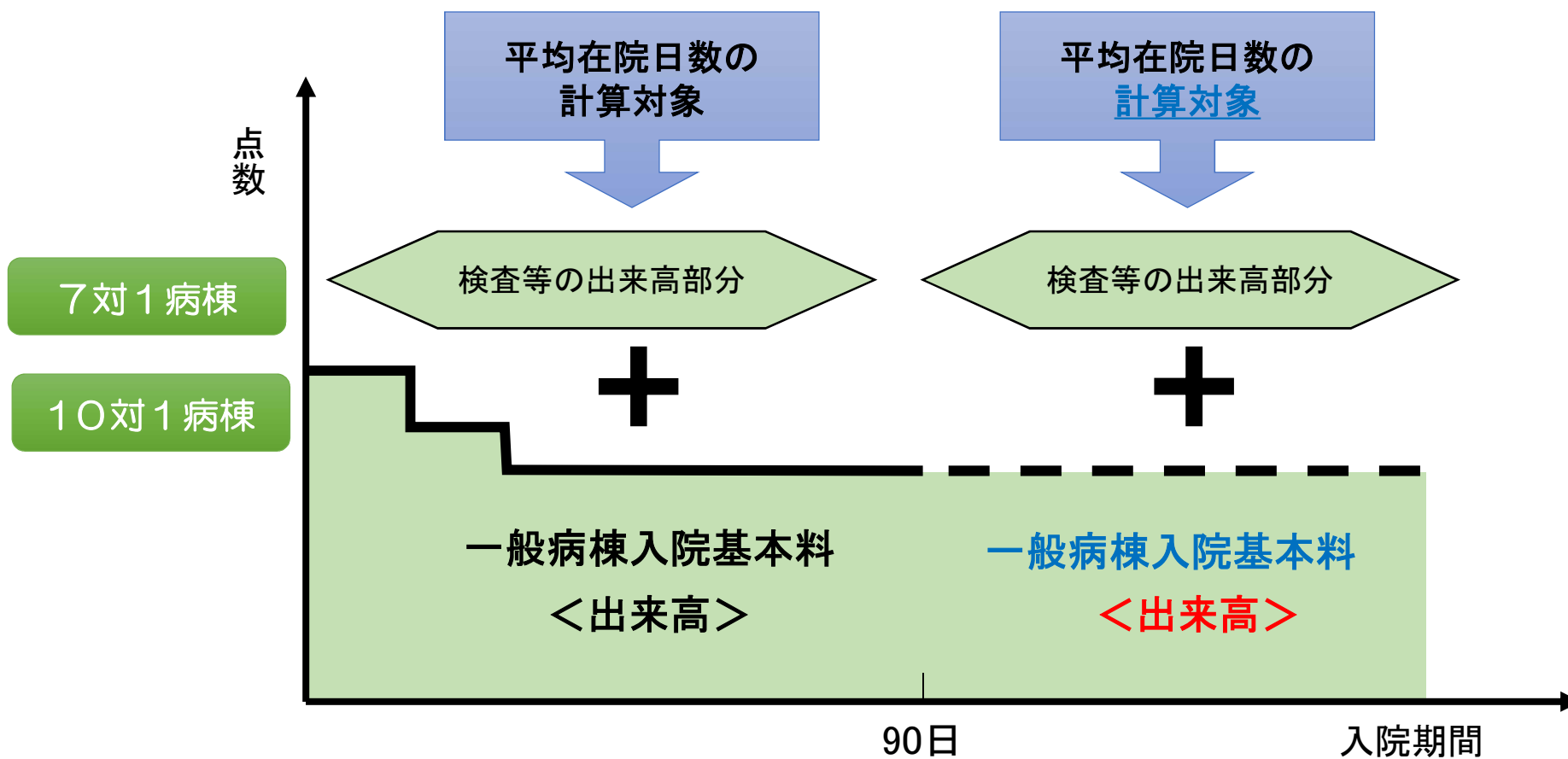
入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

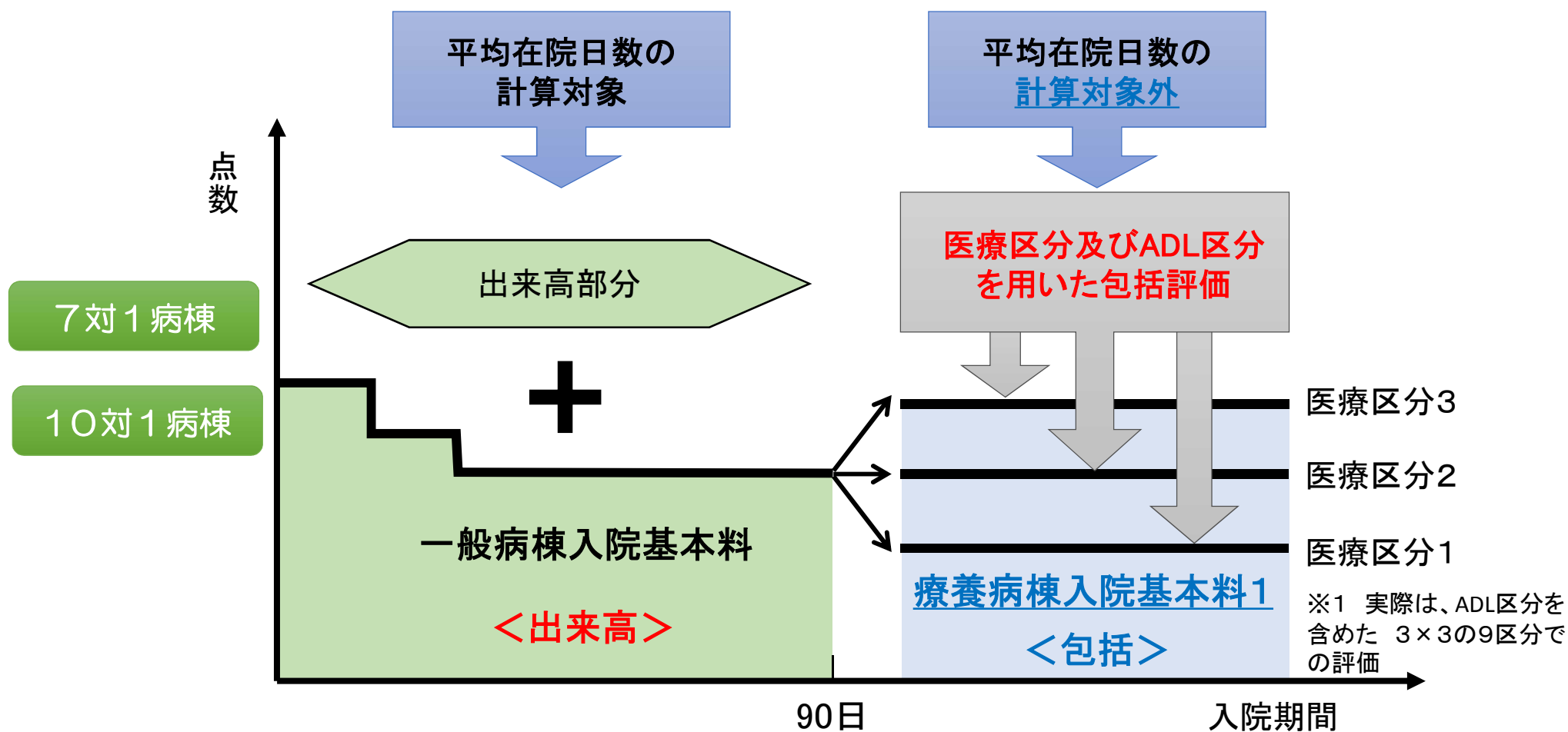
パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



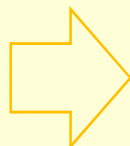
※2 ただし、平成26年3月31日に入院している患者については医療区分3とみなす。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(削除)
	(削除)
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

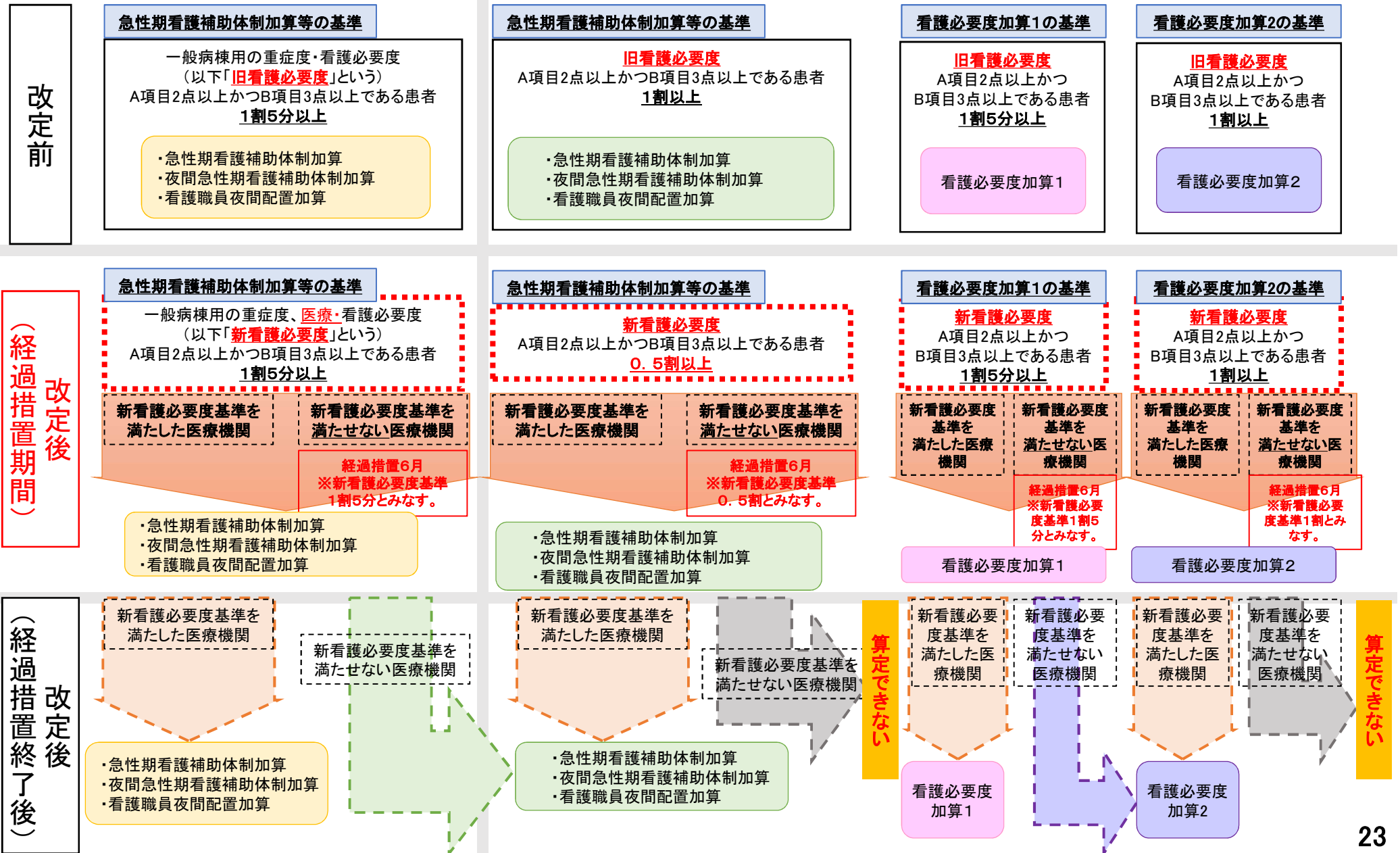
※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う経過措置

※ 看護補助体制加算(13対1入院基本料)については省略。(10対1急性期看護補助体制と同様の対応を行う。)

7対1入院基本料

10対1入院基本料



主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
 なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、**診療所**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**いずれか一つ**を満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く)。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	・下記の すべて を満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	・下記の すべて を満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	・下記のうち いずれか1つ を満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料（在総管）、特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
病床	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		—		—	
病床		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する
[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

- ◆ 同一患家等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

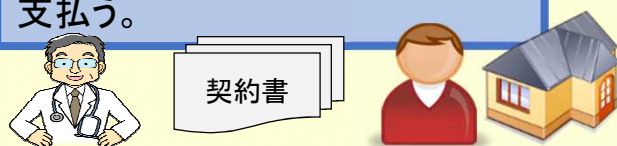
保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。

+

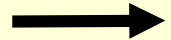
事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



禁止



一律に訪問診療



特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① **連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること**
 - ② **時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること**
- 保険医療機関が**在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること**については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに**400床未満の病院を義務化**の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。) **※平成28年4月施行**

明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
- 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由
- ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合



↓

400床未満の病院については、これを平成28年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。

その他の取組

- 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
- 「正当な理由」に該当する保険医療機関であって、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 ※なお、平成28年4月以降も免除規定はあり
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

消費税8%への引上げに伴う対応①

<消費税対応について>

- 社会保険診療は非課税かつ公定価格であり、医療機関等は患者に仕入れに係る消費税負担を転嫁できない。
- このため、平成26年4月1日から消費税率が8%に引き上がることに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、診療報酬で補てんする。

(消費税対応分)

改定率 +1.36% (約5,600億円)

本体 +0.63% (約2,600億円)
 薬価 +0.64% (約2,600億円)
 材料 +0.09% (約400億円)

医科 +0.71% (約2,200億円)
 歯科 +0.87% (約200億円)
 調剤 +0.18% (約100億円)

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)			診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)
			新たに医療機関等に 発生する消費税負担
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%	
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%	

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在するため)ので、改定率としては、1.36%相当となる。

<改定財源の診療報酬点数への上乗せについて>

- 薬価、特定保険医療材料価格については、実勢価格に消費税3%分をそのまま上乗せする。
- 本体報酬については、
 - ① 基本診療料・調剤基本料に上乗せする案(診療側)
 - ② ①に加え、仕入れ時の消費税負担が大きいと考えられる個別の報酬項目(「個別項目」)への上乗せを組み合わせる案(支払側)

が提案されたが、公益裁定の結果、今回のように限られたデータの中で、全ての人から納得を得られるような「個別項目」への上乗せは現実的に不可能であることから、可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべきであり、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理になるとと思われる項目等に補完的に上乗せすることが、現時点で取り得る最善の策であるとされた。

消費税8%への引上げに伴う対応②

1. 医科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
初診料	270点	(改)初診料	<u>282点</u>	(+12点)
再診料	69点	(改)再診料	<u>72点</u>	(+3点)
外来診療料	70点	(改)外来診療料	<u>73点</u>	(+3点)
入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料	各点数	(改)入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改)特定入院料 (改)短期滞在手術基本料	平均的に+2% 程度上乗せ	
【個別項目】		【個別項目】		
外来リハビリテーション診療料1	69点	(改)外来リハビリテーション診療料1	<u>72点</u>	(+3点)
外来放射線照射診療料	280点	(改)外来放射線照射診療料	<u>292点</u>	(+12点)
在宅患者訪問診療料1	830点	(改)在宅患者訪問診療料1	<u>833点</u>	(+3点)

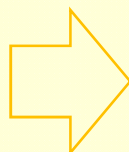
[点数配分の考え方]

- ・医科に配分された2,200億円を、診療所と病院の医療費シェア・課税経費率に応じて配分(診療所600億円、病院1,600億円)
- ・診療所の600億円をほぼ全額初・再診料に配分(初診料と再診料の比率は、現行の点数比率≒4:1)。
- ・病院について診療所と同じ点数を初・再診料(外来診療料)に上乗せし、残った財源を課税経費率に応じて入院料に配分(平均的に2%程度の上乗せとなる)
- ・有床診療所入院基本料は、病院の入院料と均衡するよう2%程度引上げ。
- ・最後に残った財源を補完的に個別項目に上乗せ。

消費税8%への引上げに伴う対応③

2. 歯科診療報酬

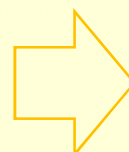
現行	
歯科初診料	218点
歯科再診料	42点
【個別項目】	
歯科訪問診療料1	850点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 歯科初診料	234点	(+16点)
(改) 歯科再診料	45点	(+3点)
【個別項目】		
(改) 歯科訪問診療料1	866点	(+16点)

3. 調剤報酬

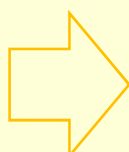
現行	
調剤基本料	40点
【個別項目】	
一包化加算(56日分以下)	30点
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 調剤基本料	41点	(+1点)
【個別項目】		
(改) 一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
(改) 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	65点	(+10点)

4. 訪問看護療養費

現行	
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 訪問看護管理療養費 (初日)	7,400円	(+100円)

平成26年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定の概要

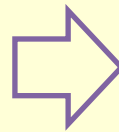
厚生労働省保険局医療課

後発医薬品の使用促進策

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。

現行			改定後		
後発医薬品調剤体制加算			後発医薬品調剤体制加算		
旧指標	22%	5点	<u>新指標</u>	<u>55%</u>	<u>18点</u>
旧指標	30%	15点	<u>新指標</u>	<u>65%</u>	<u>22点</u>
旧指標	35%	19点	<u>(廃止)</u>		



なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

一般名処方における後発医薬品選択の明確化

一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し①

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。

現行

1 後発医薬品調剤体制加算 1	5 点
2 後発医薬品調剤体制加算 2	1 5 点
3 後発医薬品調剤体制加算 3	1 9 点

(調剤基本料に係る後発医薬品調剤加算の施設基準)

後発医薬品調剤体制加算 1	2 2 %以上
後発医薬品調剤体制加算 2	3 0 %以上
後発医薬品調剤体制加算 3	3 5 %以上

旧指標の数量シェア

後発医薬品

全医薬品

改定後

1 後発医薬品調剤体制加算 1	<u>1 8 点</u>
2 後発医薬品調剤体制加算 2	<u>2 2 点</u>
<u>(削除)</u>	

(調剤基本料に係る後発医薬品調剤加算の施設基準)

後発医薬品調剤体制加算 1	<u>5 5 %以上</u>
後発医薬品調剤体制加算 2	<u>6 5 %以上</u>
<u>(削除)</u>	

新指標の数量シェア

後発医薬品

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品

注) ただし、先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品、全ての後発医薬品より同額又は低額な先発医薬品は対象から外す。

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し②

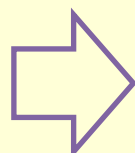
調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、指標変更によって、後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

その際、後発医薬品が存在せず、かつ、1回あたり用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きい以下の医薬品については、分母から除外する。

改定後

【後発医薬品調剤体制加算の施設基準】

(新規)



改定後

【後発医薬品調剤体制加算の施設基準】

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

新指標のカットオフ値

$$\frac{\text{後発医薬品あり先発医薬品} + \text{後発医薬品}}{\text{全医薬品}}$$

分母から除外する医薬品

経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬、漢方製剤、
その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品

抜粋版

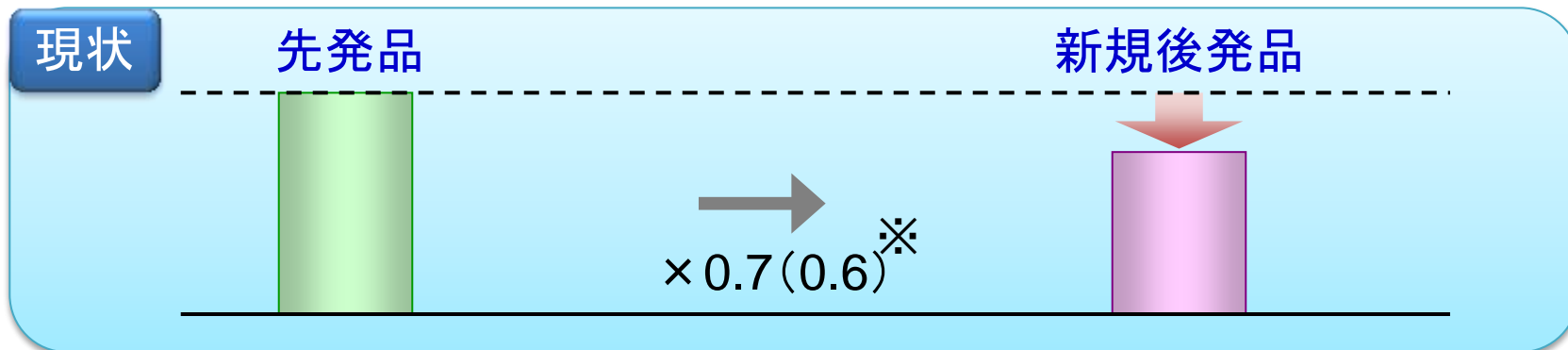
薬価制度改革の 論点の概要について

②後発医薬品の算定について

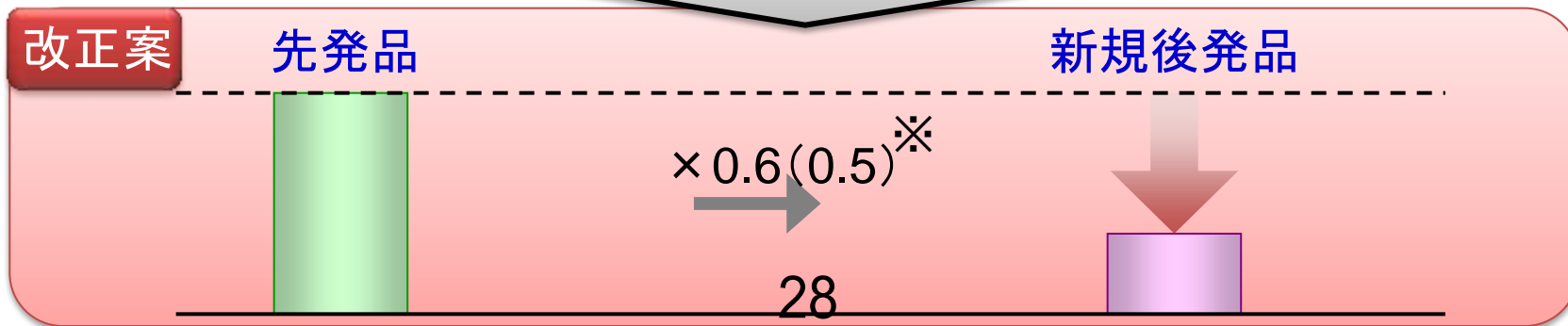
新規収載後発医薬品の薬価について

対応

- ◆ 「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とする。（平成25年12月25日中医協総会了承）
- ◆ なお、バイオ後続品については従前どおりとすることとする。
（平成25年12月25日中医協総会了承）



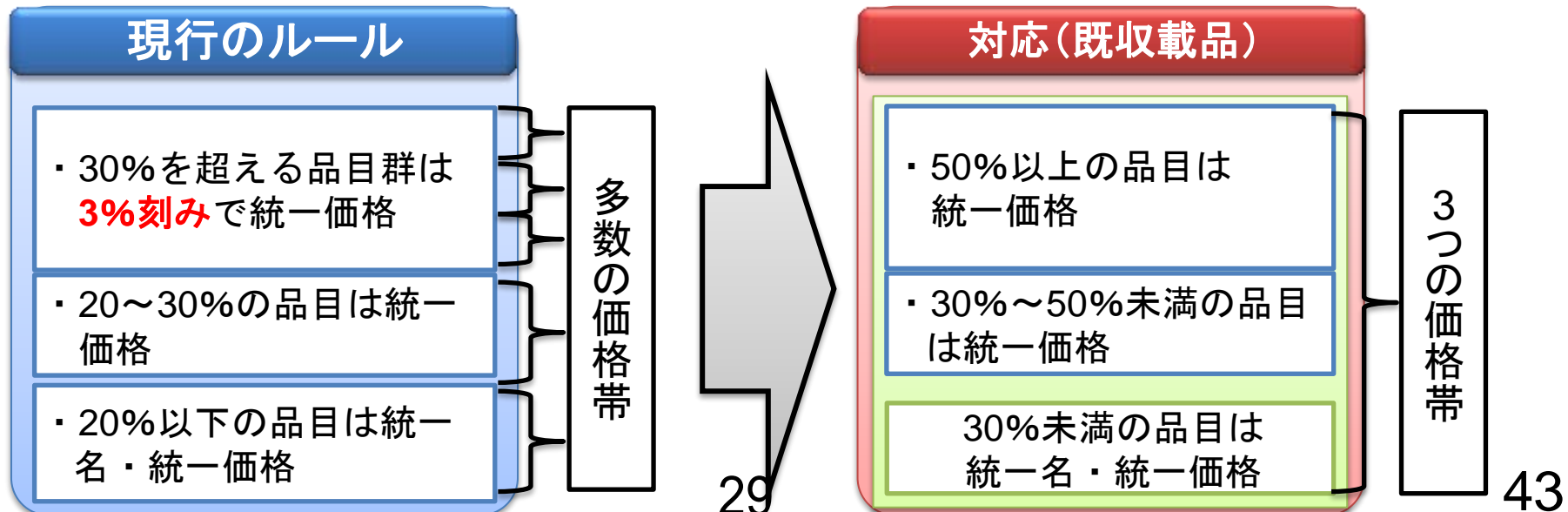
※10品目越えの場合



既記載後発医薬品の薬価の改定について

対応

- ◆ 次期薬価制度改革においては、後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既記載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。
(平成25年12月25日中医協総会了承)
- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既記載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
 - ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既記載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
 - ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既記載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。



既記載の後発医薬品の薬価算定方式

市場実勢価格に基づく改定価格

先発品	100円
後発品A	71円
後発品B	69円
後発品C	54円
後発品D	53円
後発品E	52円
後発品F	29円
後発品G	21円
後発品H	19円



価格帯ごとに補正した改定価格

先発品	100円
後発品A 後発品B	70円
後発品C 後発品D 後発品E	53円
後発品F 後発品G	24円
後発品（統一名）	19円

現行の薬価算定ルール

- ・ 30%を超える品目群は3%刻みで統一価格

- ・ 20~30%の品目は統一価格

- ・ 20%以下の品目は統一名・統一価格

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、月額上限あり）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

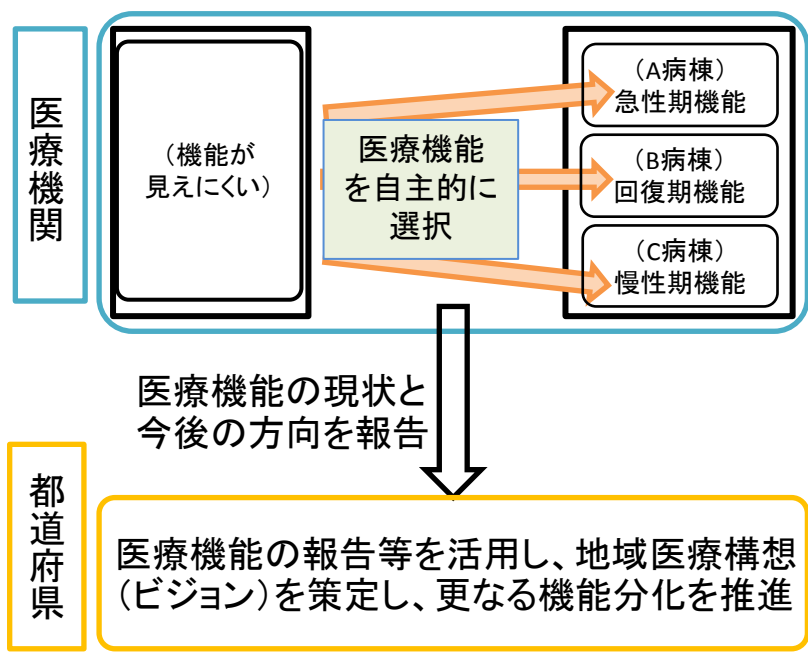
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想（ビジョン）の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては、市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

(1)「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(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**

- 都道府県知事は、開設許可の際に、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こととする。

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】**

- 都道府県知事は、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、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、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）することができることとする。

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特に必要がある場合において、都道府県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こととする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

◎ 平成18年医療法改正

■ 医療法第30条の5

都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

さらに追加

◎ 今回の医療法改正

■ 医療法第30条の4第14項

都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第一百五十七条の二第一項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。

■ 医療法第30条の14第1項・第2項

都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

「第1回 協会けんぽ 調査研究報告会 ～データヘルス計画策定に向けて～」の開催について

協会本部及び支部における健診、レセプトデータ等の分析成果や重複受診等、データヘルス計画にかかる取り組みなどに関する報告会を開催し、協会の当該事業に関する取り組み及びその成果について、内外に広く発信する。

日程・会場

平成26年5月14日(水曜日)(13時～17時開催)

国連大学「ウ・タント国際会議場」(東京都渋谷区神宮前・表参道駅徒歩5分)

参加者

- 協会けんぽ職員
- 学会関係者・関係団体など
- 一般参加

プログラム

【理事長挨拶】(5分)

【特別講演】(25～30分程度)

「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」

厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二

【第 1 部】パネルディスカッション;55分程度(発表各15分、全体質疑10分)

(基調報告)「協会の医療費分析と保健事業について(現状)」

岩永 俊博 全国健康保険協会理事

(報告)「協会の医療費分析について(今後の展望)」

今村 知明 奈良県立医大教授

(報告)「協会の健診データ分析について(今後の展望)」

横山 徹爾 国立保健医療科学院部長

(進行) 貝谷 伸 全国健康保険協会理事

【第 2 部】個別発表;(質疑を含め各15分)

東京・大阪・広島・福岡・大分の各支部及び本部調査分析G・保健G

講 評;岩永 俊博 理事

第1回 協会けんぽ 調査研究報告会

—データヘルス計画策定に向けて—

The 1st Annual Conference of Health Insurance Research

日時 平成26年 5月14日 水 13:00 ~ 16:40終了予定
(受付 12:30 ~)

会場 国連大学「ウ・タント国際会議場」
東京都渋谷区神宮前 5-53-70 (地下鉄 表参道駅 徒歩 5分)

特別講演

「我が国における データヘルスの取り組みについて」

■ 厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二

第1部

パネルディスカッション 「協会の医療費分析と保健事業について」

基調報告	全国健康保険協会	理事	岩永 俊博
報告	奈良県立医科大学	教授	今村 知明
報告	国立保健医療科学院	部長	横山 徹爾
〈進行〉	全国健康保険協会	理事	貝谷 伸

第2部

協会けんぽ調査研究 個別発表

- 1【本部調査分析 G】 協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析
- 2【本部保健第 2G】 平成 24 年度 健診受診者のリスク動向
- 3【広島支部】 糖尿病重症化予防事業
- 4【福岡支部】 糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践と成果
- 5【大分支部】 事業主とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業
- 6【東京支部】 支部における分析用データベース構築の必要性と現状
- 7【大阪支部】 コホート構築と健診・保健指導の効果分析

「第1回 協会けんぽ 調査研究報告会」参加申込書

FAX : 03-5212-8238

(申込み締切り:4月30日(水))

ふりがな	
お名前	
ふりがな	
勤務先	

5月9日(金)までに「参加票」をお送りしますので、以下のいずれかをご記入ください。

住所	自宅・勤務先 ※該当するものに○をしてください (〒 -)
FAX	自宅・勤務先 ※該当するものに○をしてください () -
E-mail (PCのみ)	

※申込先着順で受付けておりますので、定員になり次第締切らせていただきます。

※協会けんぽホームページからも登録できます。
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

協会けんぽ

検索

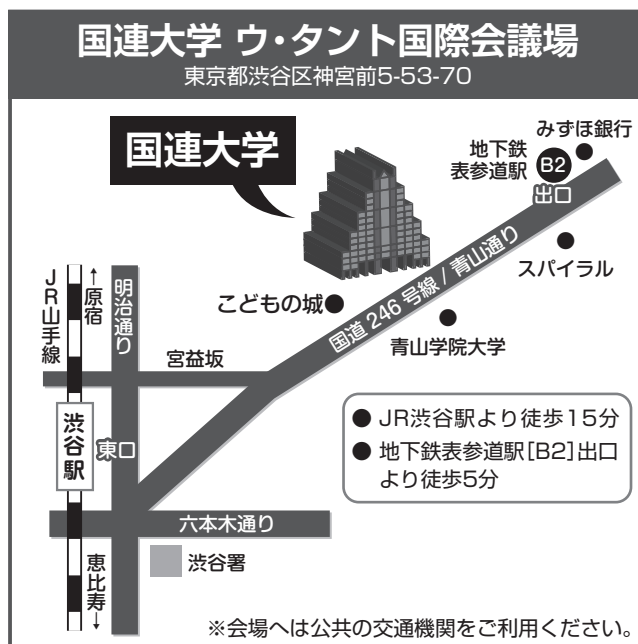
お問い合わせ先

全国健康保険協会 (協会けんぽ)
本部 調査分析グループ

〒102-8575

東京都千代田区九段北 4-2-1 市ヶ谷東急ビル

TEL : 03-5212-8217 FAX : 03-5212-8238



協会けんぽの医科入院の推計平均在院日数（平成24年4月分）

分析の趣旨

平成25年度の協会けんぽ事業計画において、保険者機能を強化するため、調査研究の推進等として、医療の質を可視化するための指標に関する研究を行うこととしたところ。

今回、医療の質を可視化するための指標として「医科入院の推計平均在院日数」に着目し、協会けんぽの電子レセプトのデータから、都道府県別、二次医療圏毎の医科入院の推計平均在院日数を算出し分析を行った。

医科入院の推計平均在院日数について

レセプトは月単位で作成されるため、レセプトに記載されている入院日数は最大31日となるが、実際の入院は月をまたいで行われることもあり、レセプトの入院日数を在院日数として見ることは不適切である。

厚生労働省保険局が公表している医療費の動向（メディアス）では、一定の前提をおき、レセプトの入院日数から在院日数の推計を行っている（注）。

今回、この推計方法を用いて、協会けんぽの電子レセプトのデータから医科入院の推計平均在院日数を推計した。

（注）詳細については厚生労働省ホームページの「推計平均在院日数の数理分析」を参照
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/dl/sankou_120906-2.pdf

協会けんぽの医科入院の推計平均在院日数(平成24年4月分)

都道府県別 医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数

都道府県別 医科入院の推計平均在院日数の全国平均との差 ~ 新生物、循環器系の疾患、消化器系の疾患 ~

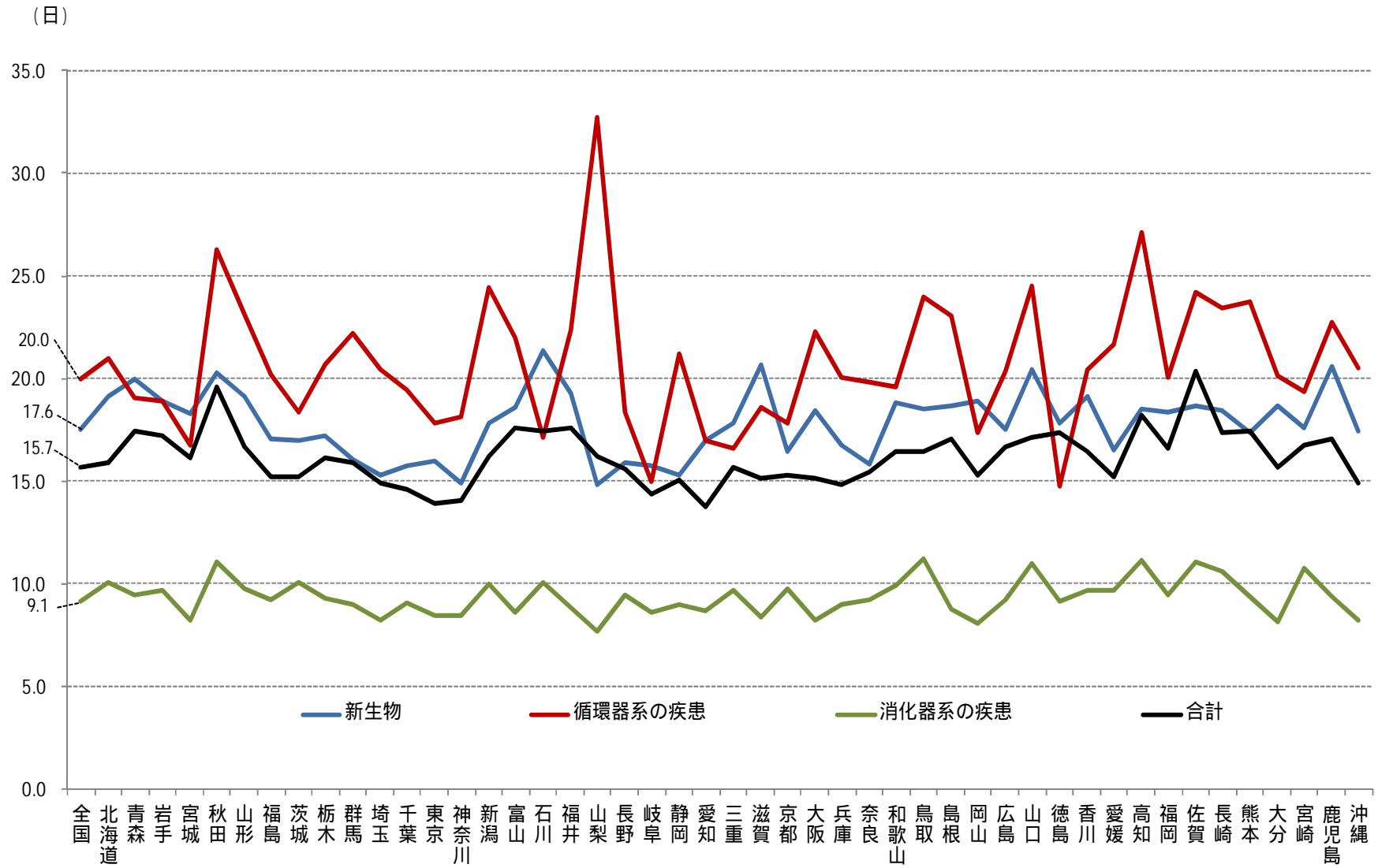
都道府県ごとの二次医療圏別医科入院の推計平均在院日数の分布 ~ 新生物、循環器系の疾患、消化器系の疾患 ~

都道府県ごとの二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
~ 新生物、循環器系の疾患、消化器系の疾患 ~

推計平均在院日数と人口10万対病床数

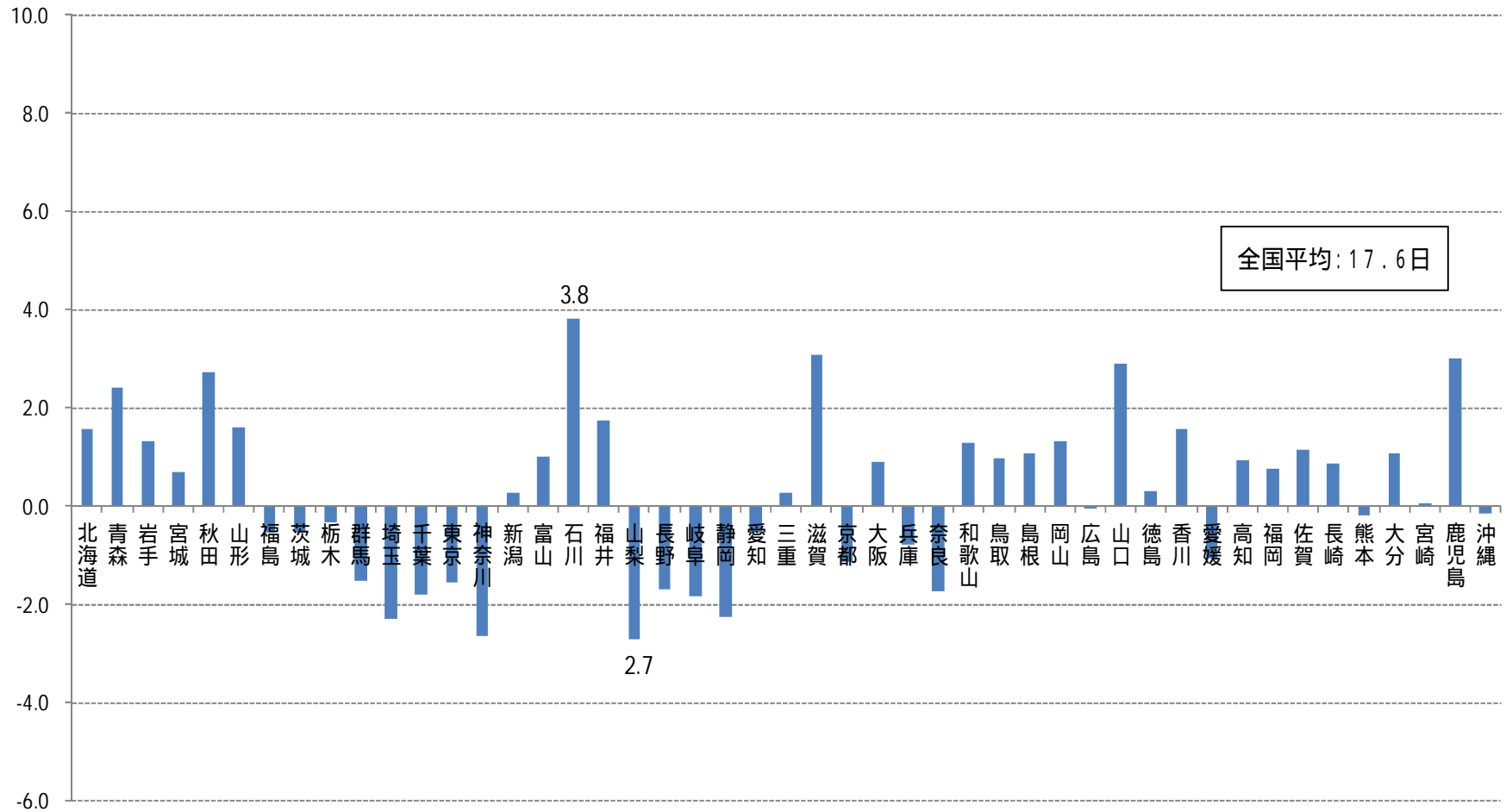
医科入院の1件当たり日数の上位5都道府県 ~ 新生物、循環器系の疾患 ~

都道府県別 医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数(平成24年4月分)

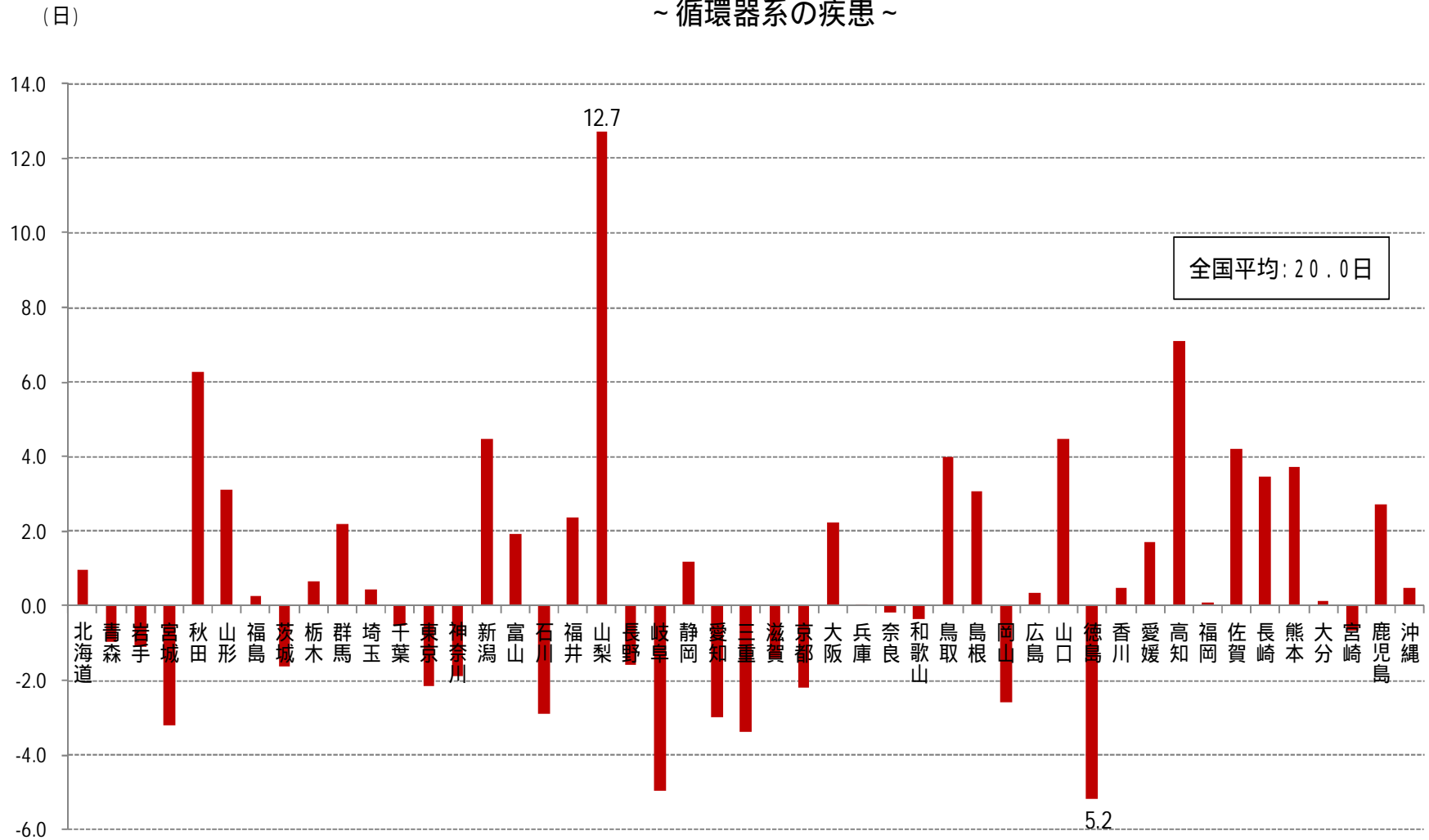


都道府県別 医科入院の推計平均在院日数の全国平均との差(平成24年4月分)
 ~ 新生物 ~

(日)

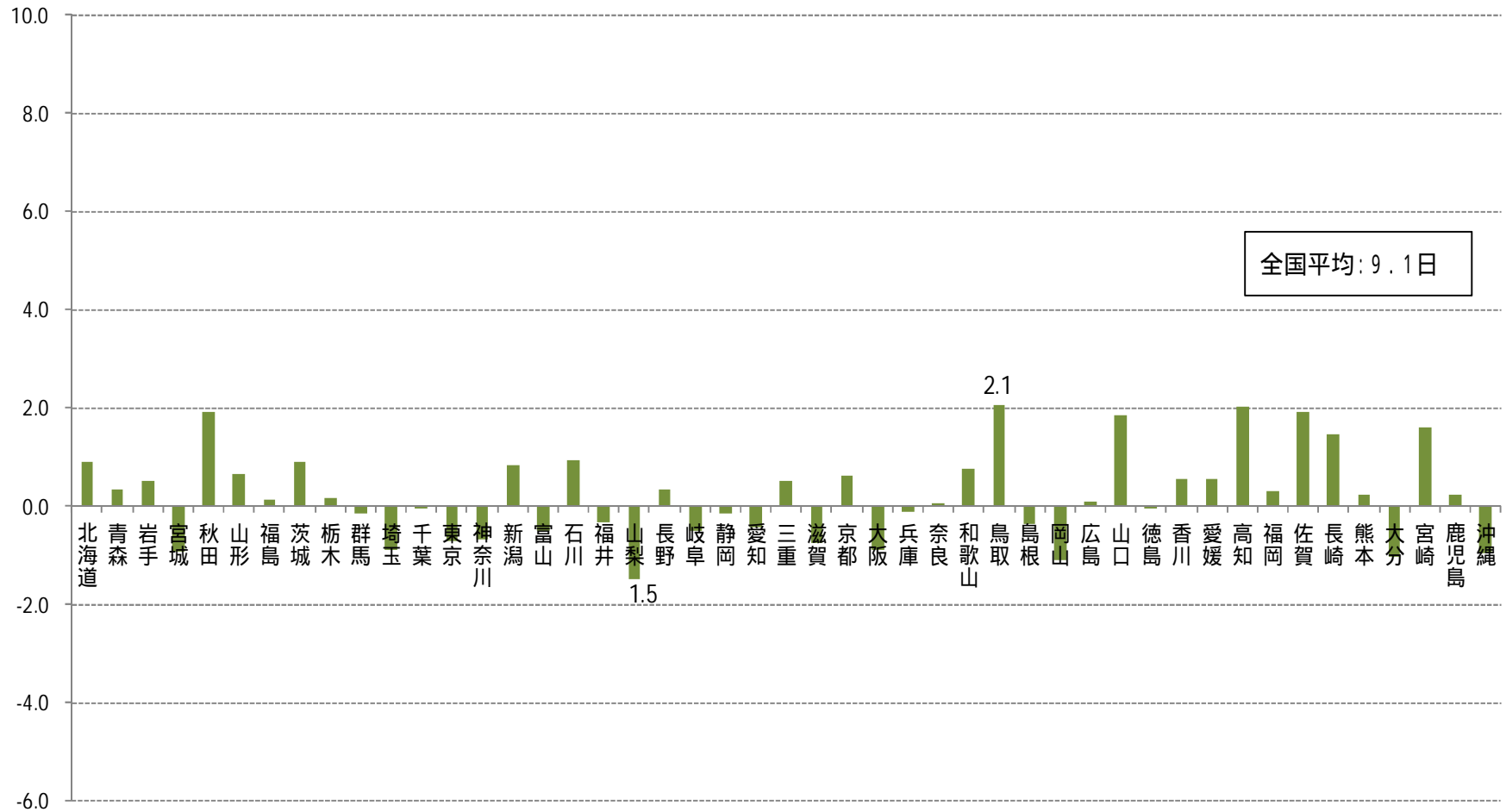


都道府県別 医科入院の推計平均在院日数の全国平均との差(平成24年4月分)
 ~ 循環器系の疾患 ~

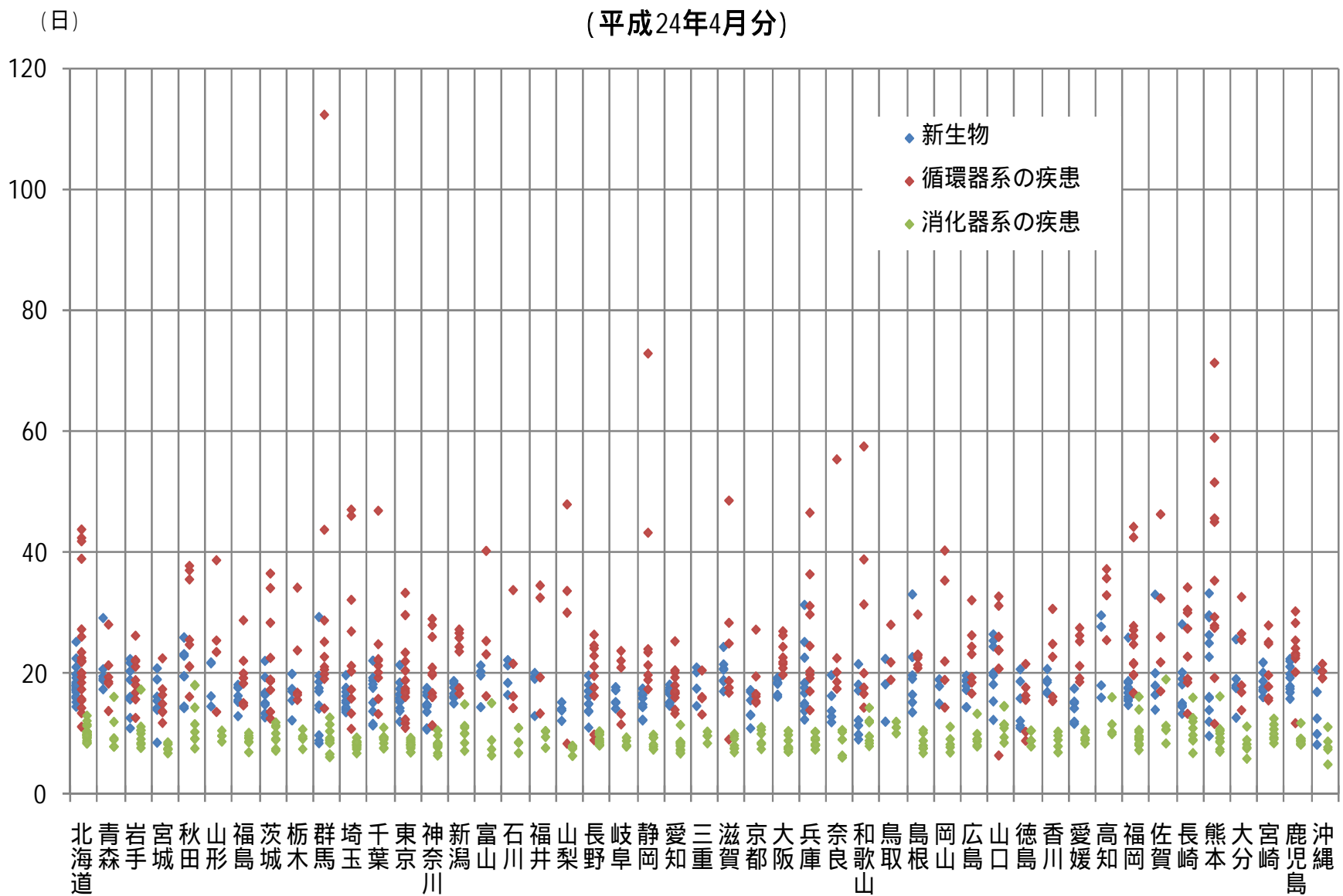


都道府県別 医科入院の推計平均在院日数の全国平均との差(平成24年4月分)
 ~ 消化器系の疾患 ~

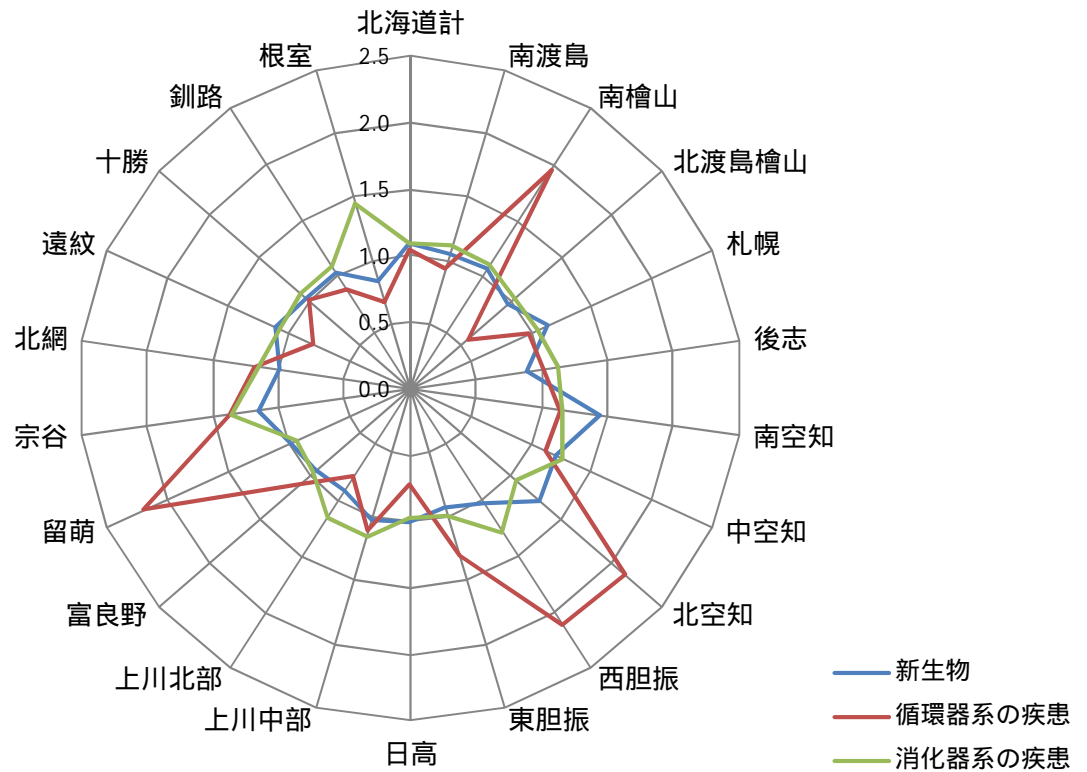
(日)



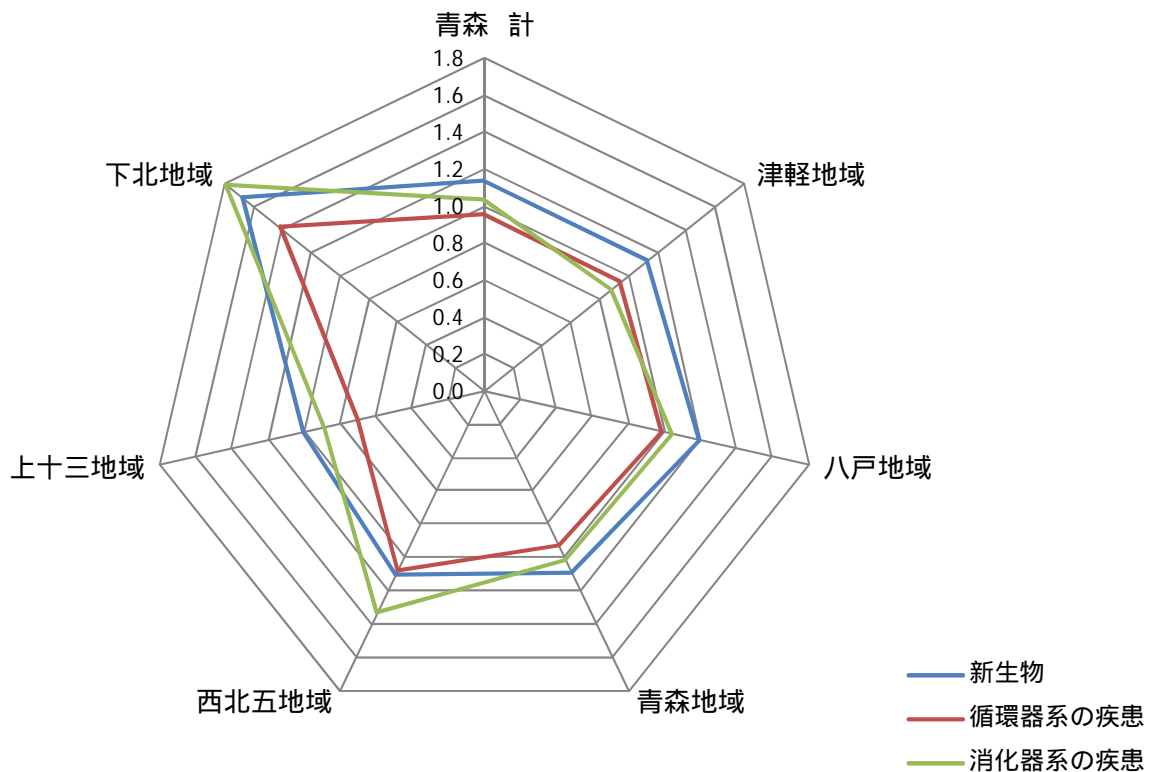
都道府県ごとの二次医療圏別医科入院の推計平均在院日数の分布
(平成24年4月分)



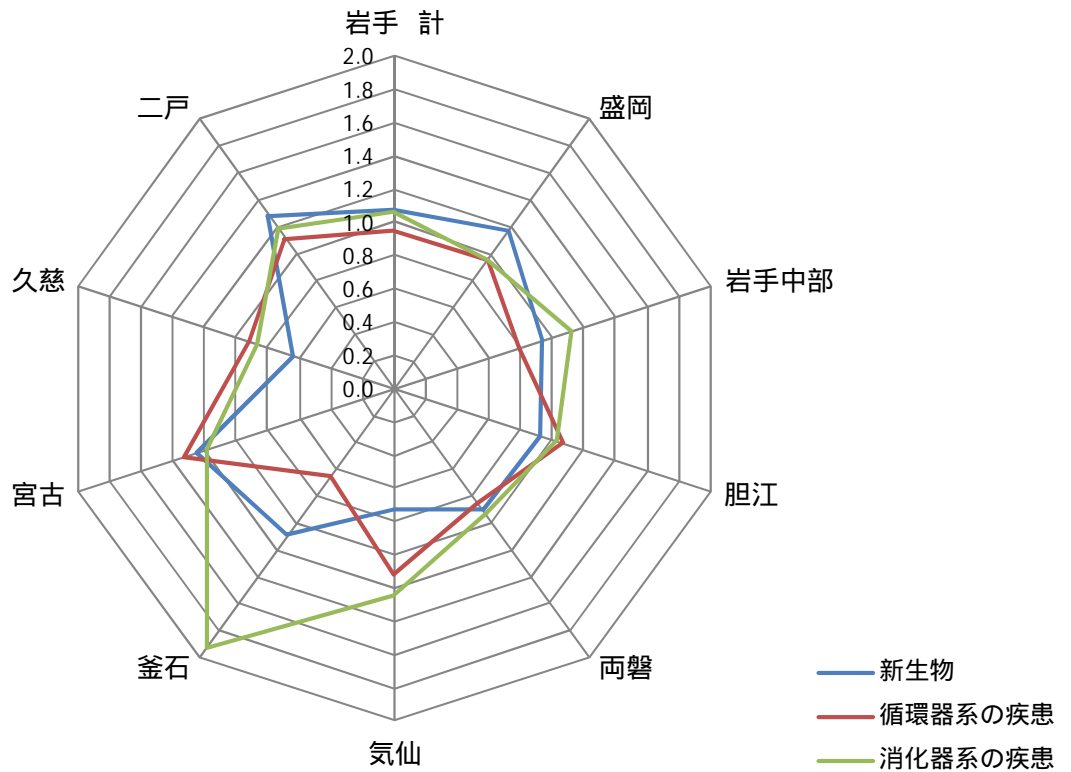
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (北海道、平成24年4月分)



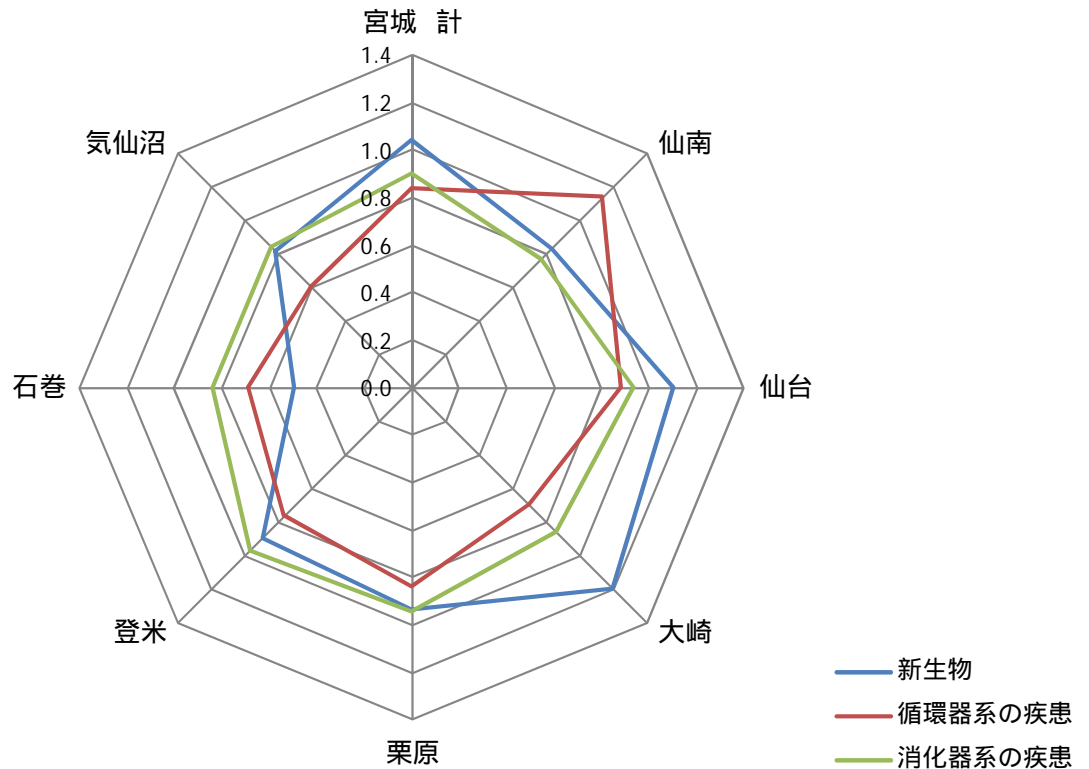
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (青森、平成24年4月分)



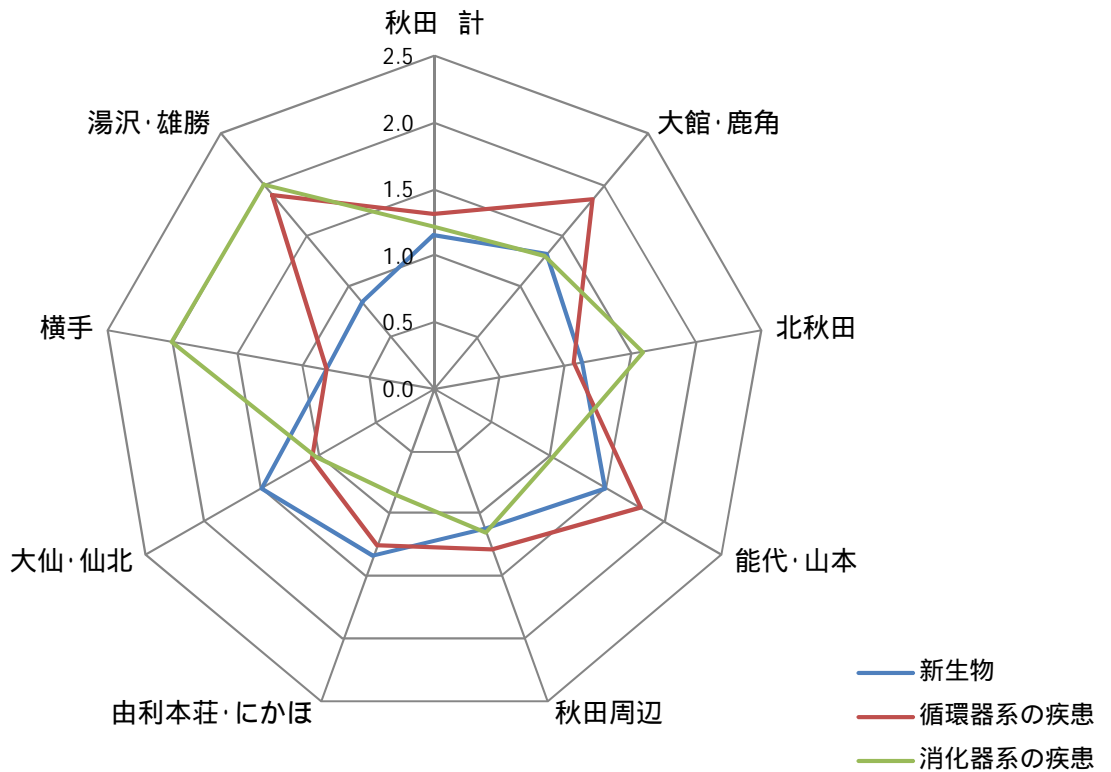
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (岩手、平成24年4月分)



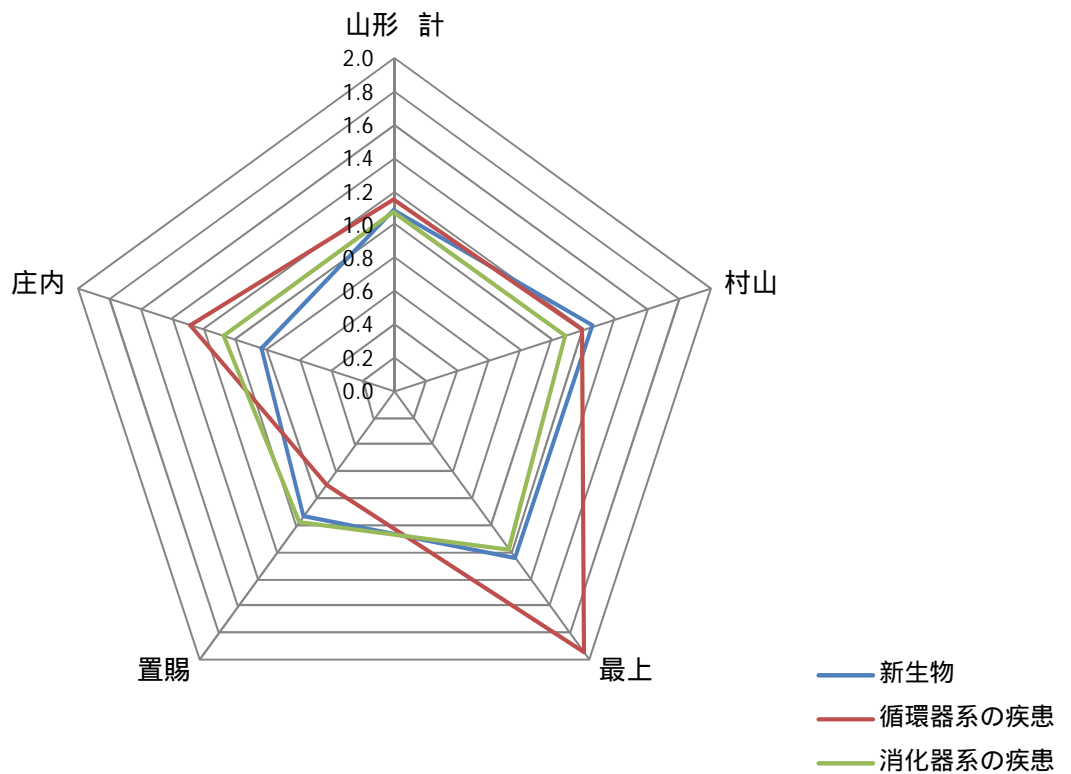
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (宮城、平成24年4月分)



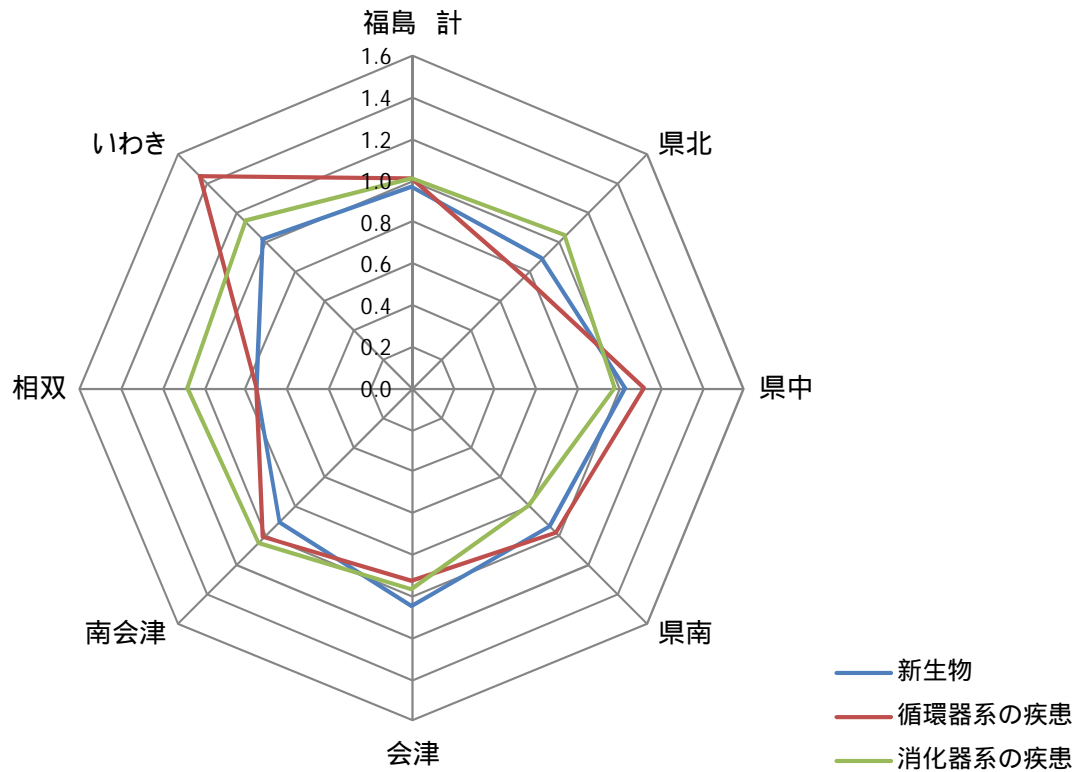
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (秋田、平成24年4月分)



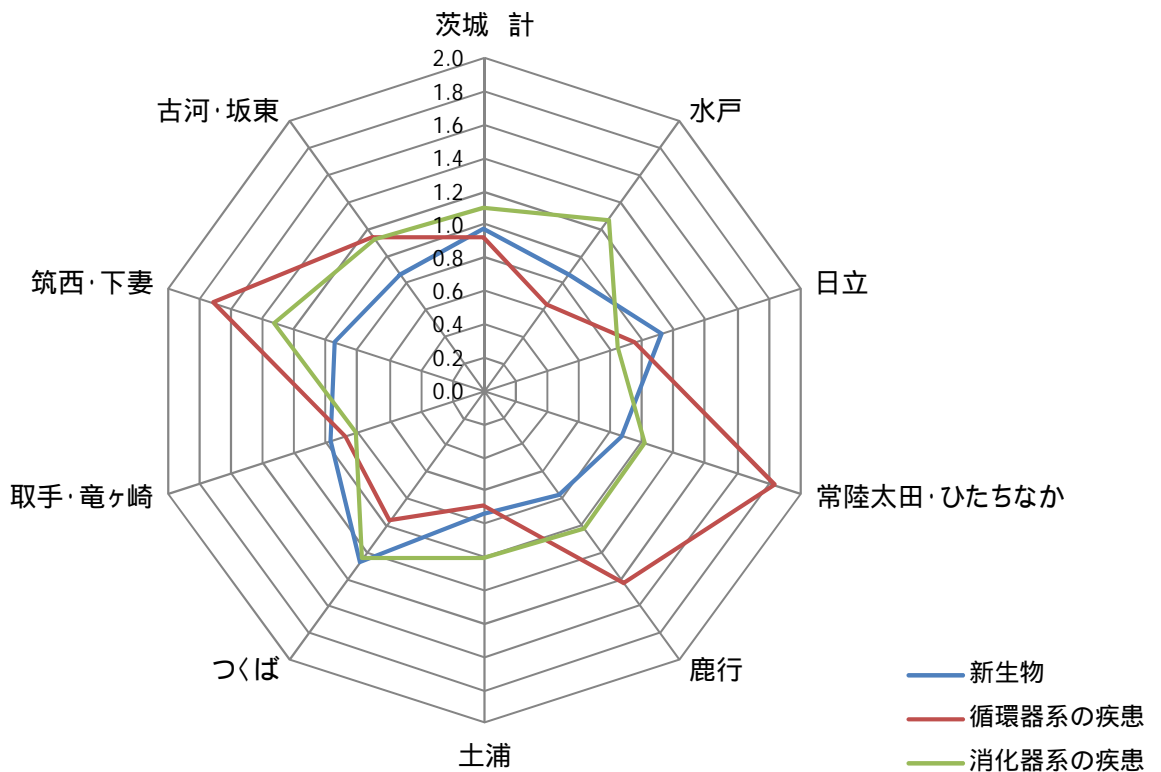
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (山形、平成24年4月分)



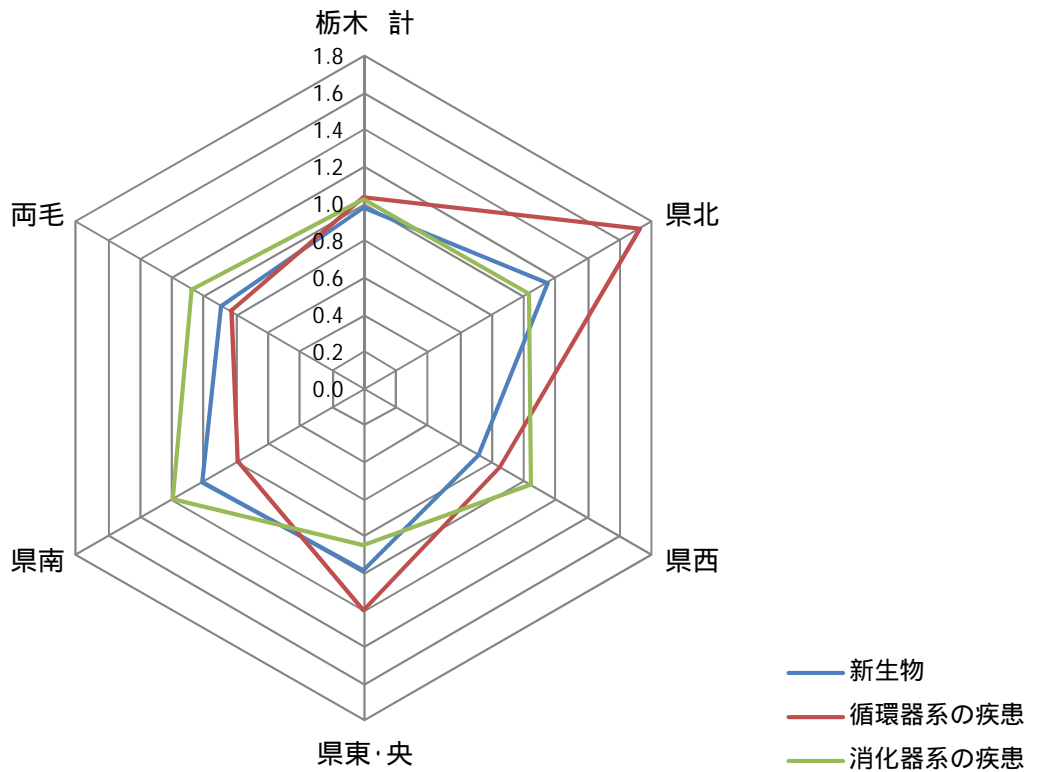
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (福島、平成24年4月分)



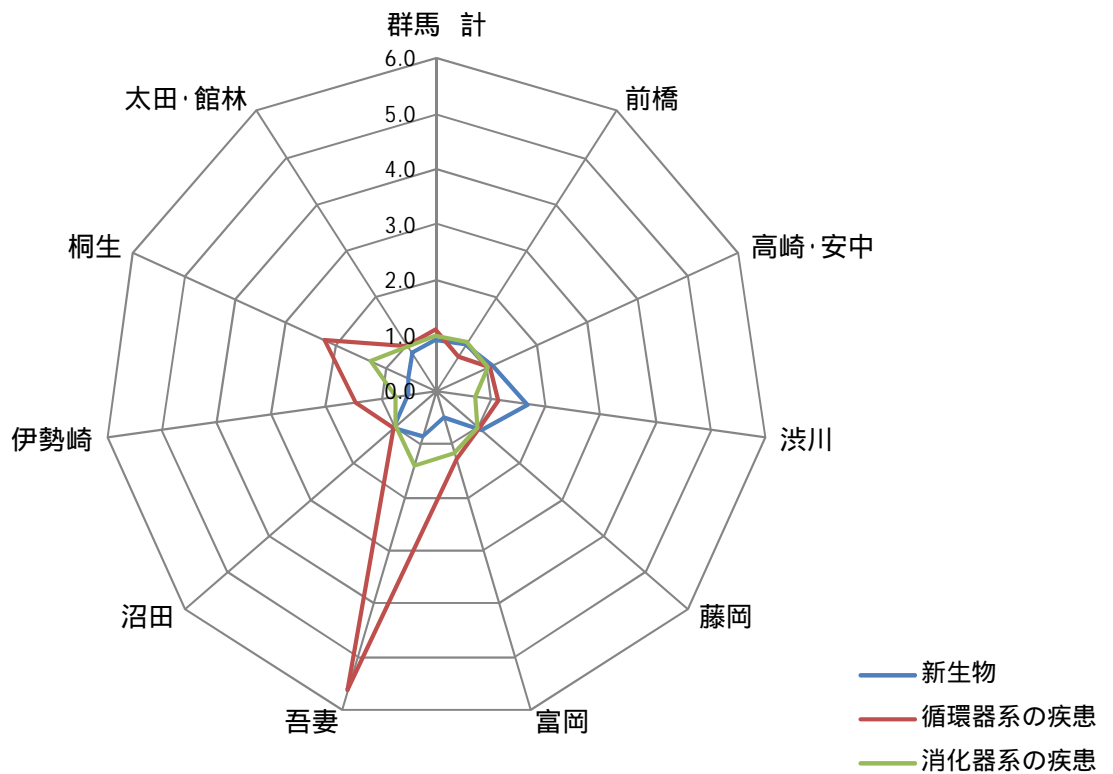
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (茨城、平成24年4月分)



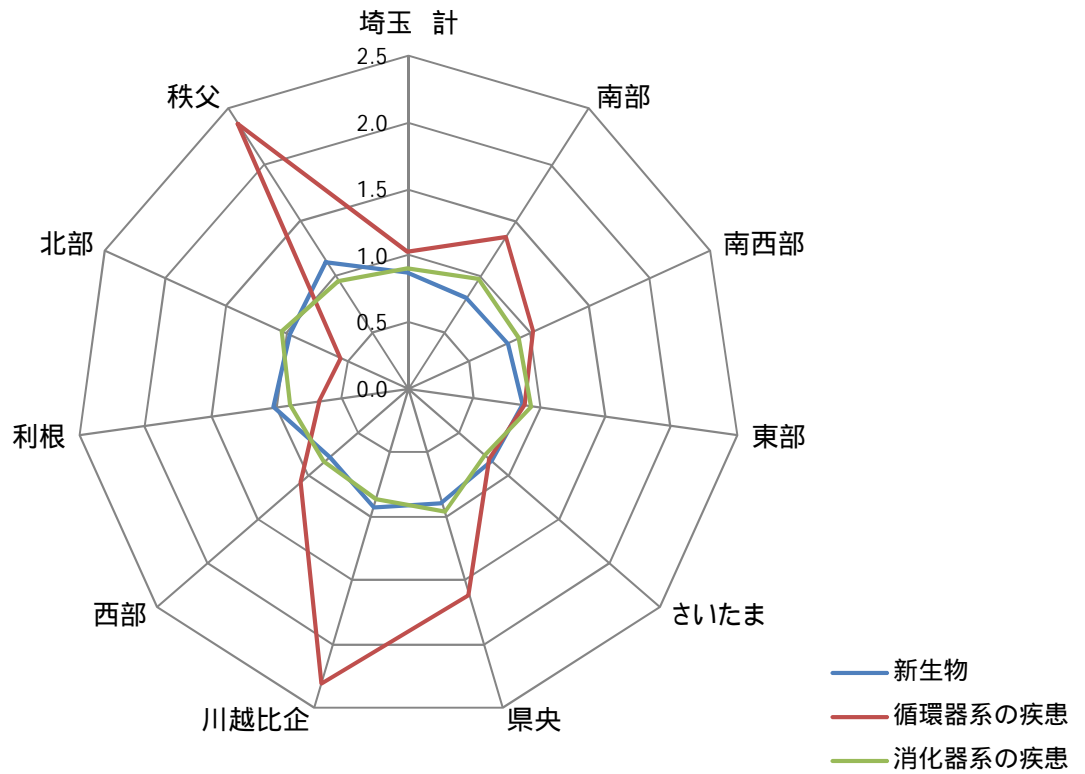
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (栃木、平成24年4月分)



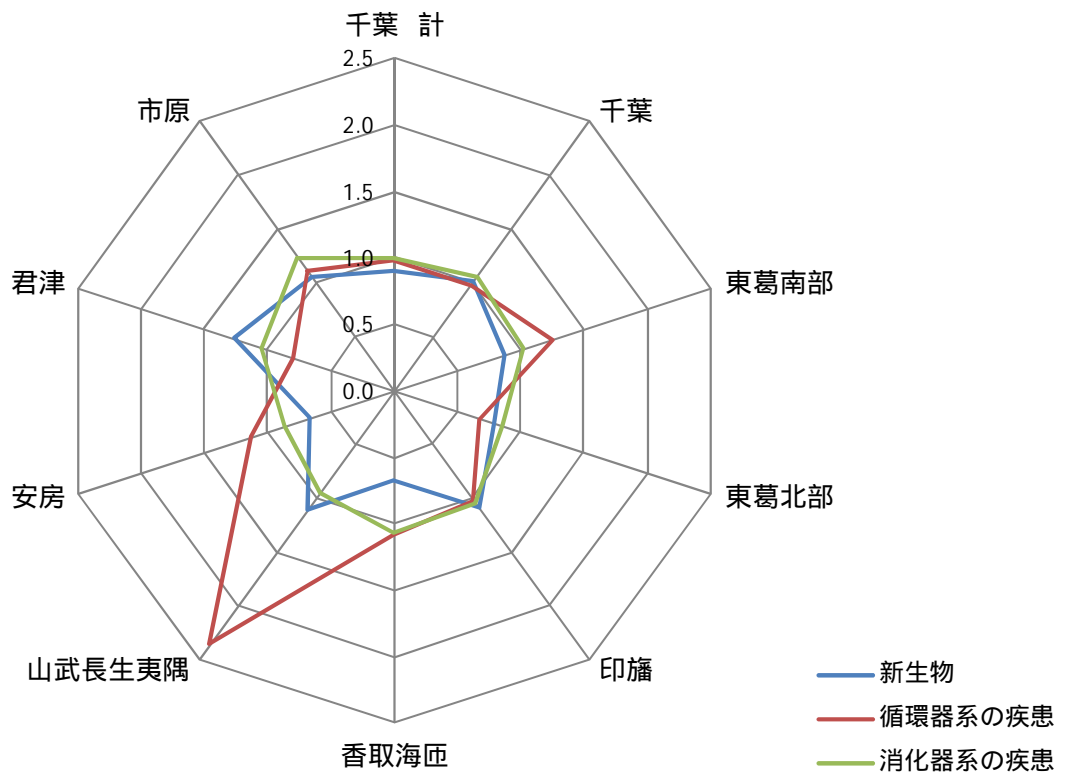
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (群馬、平成24年4月分)



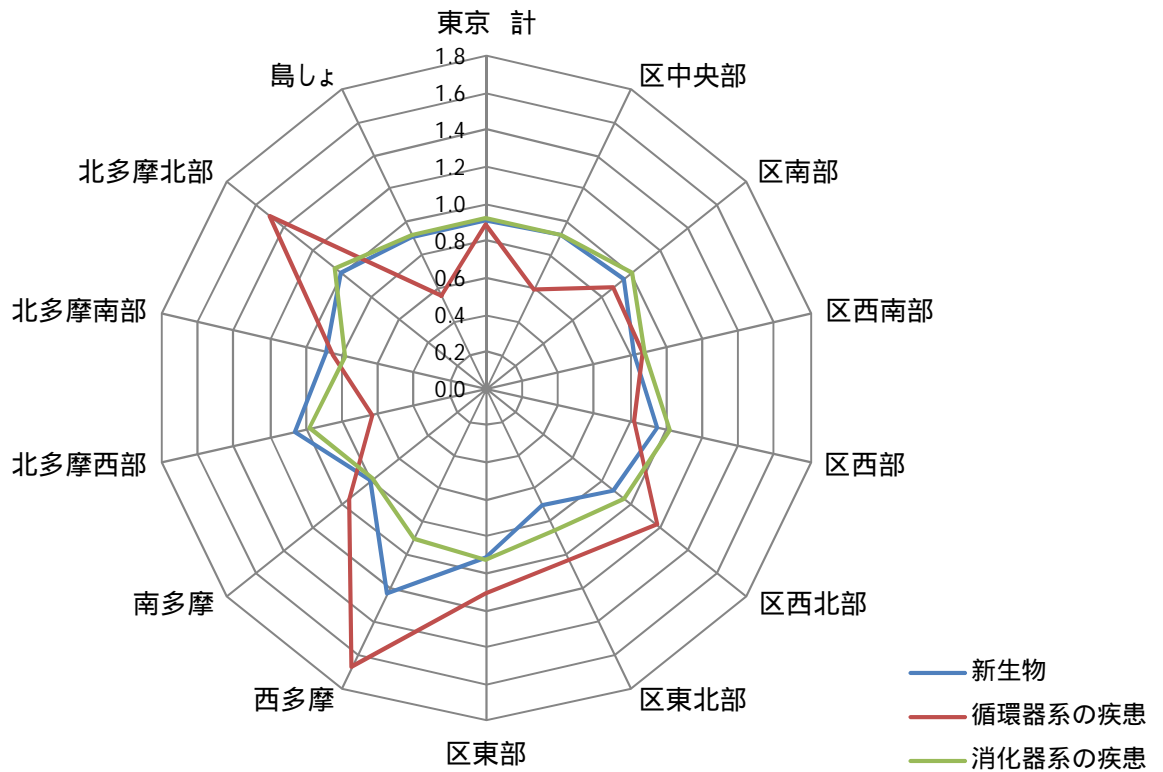
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (埼玉、平成24年4月分)



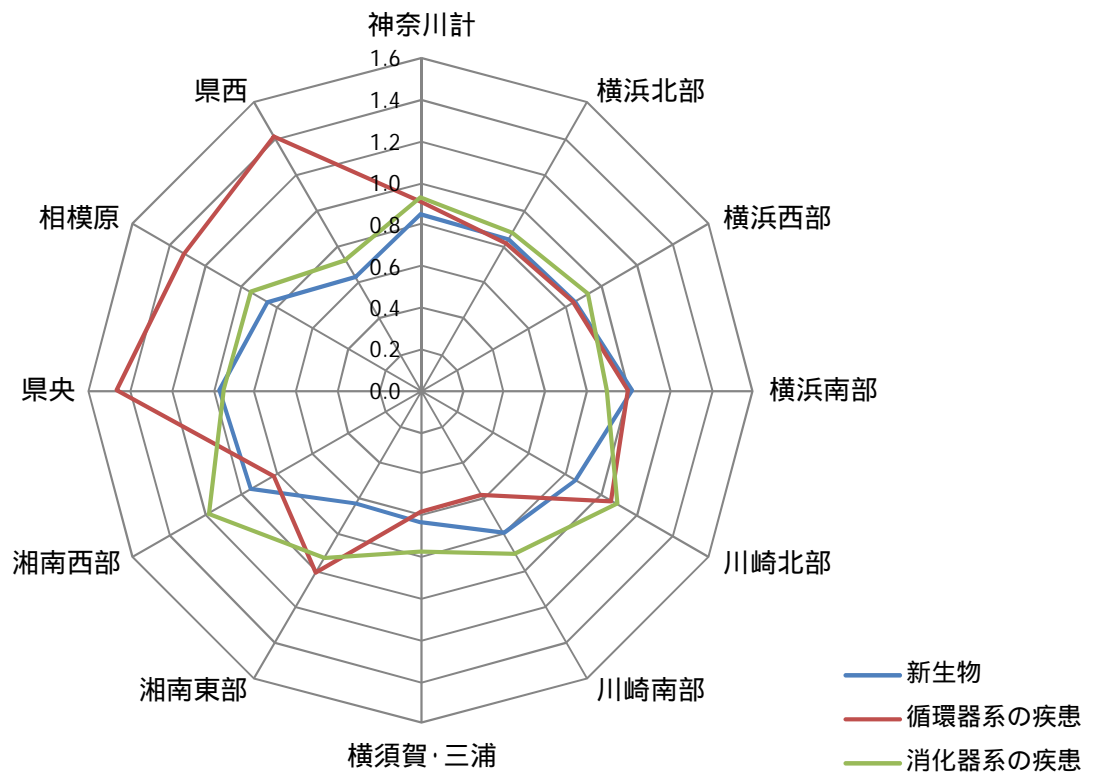
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (千葉、平成24年4月分)



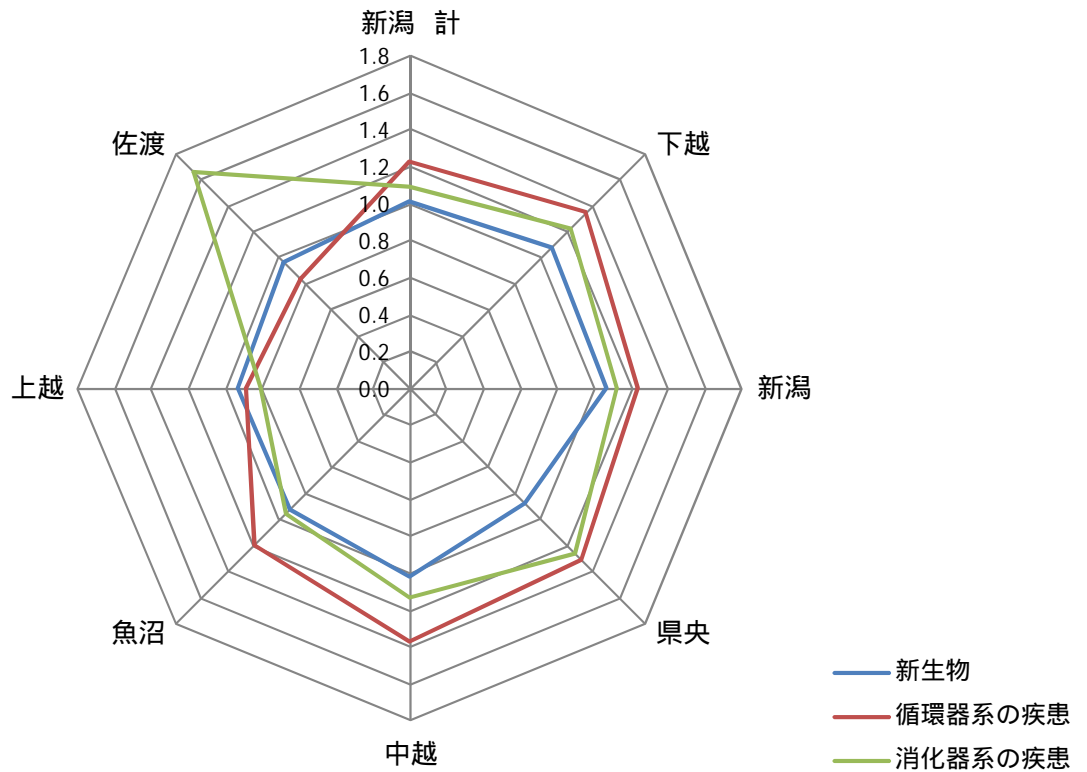
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (東京、平成24年4月分)



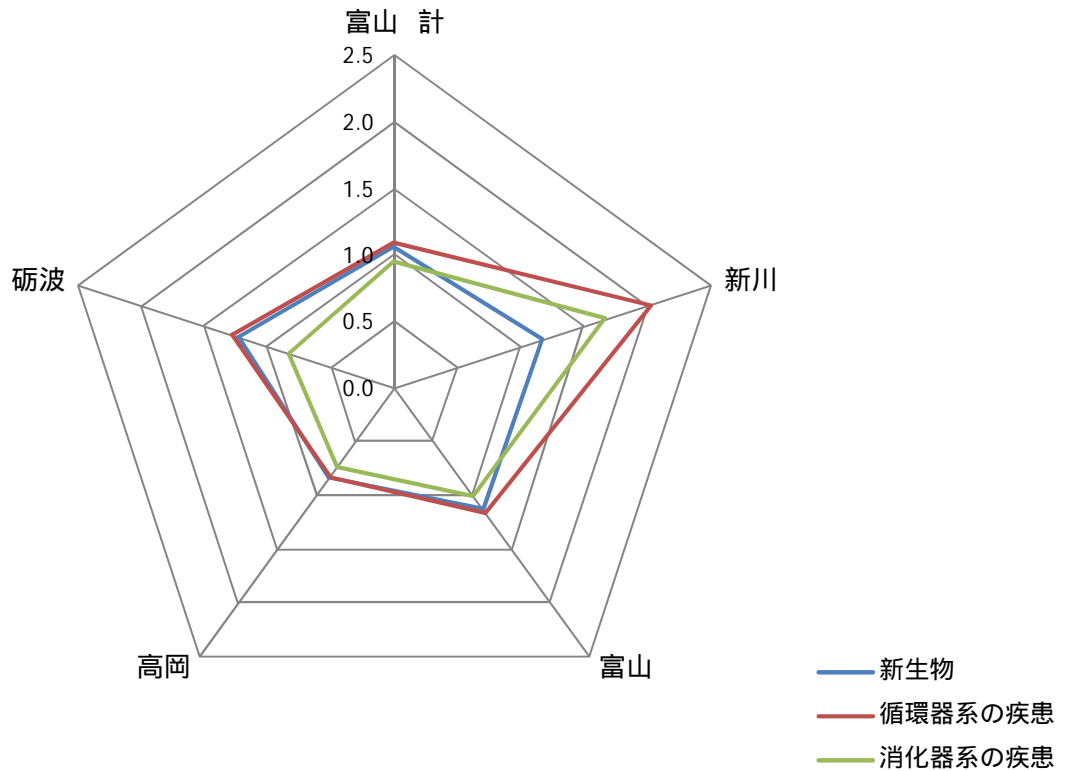
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (神奈川、平成24年4月分)



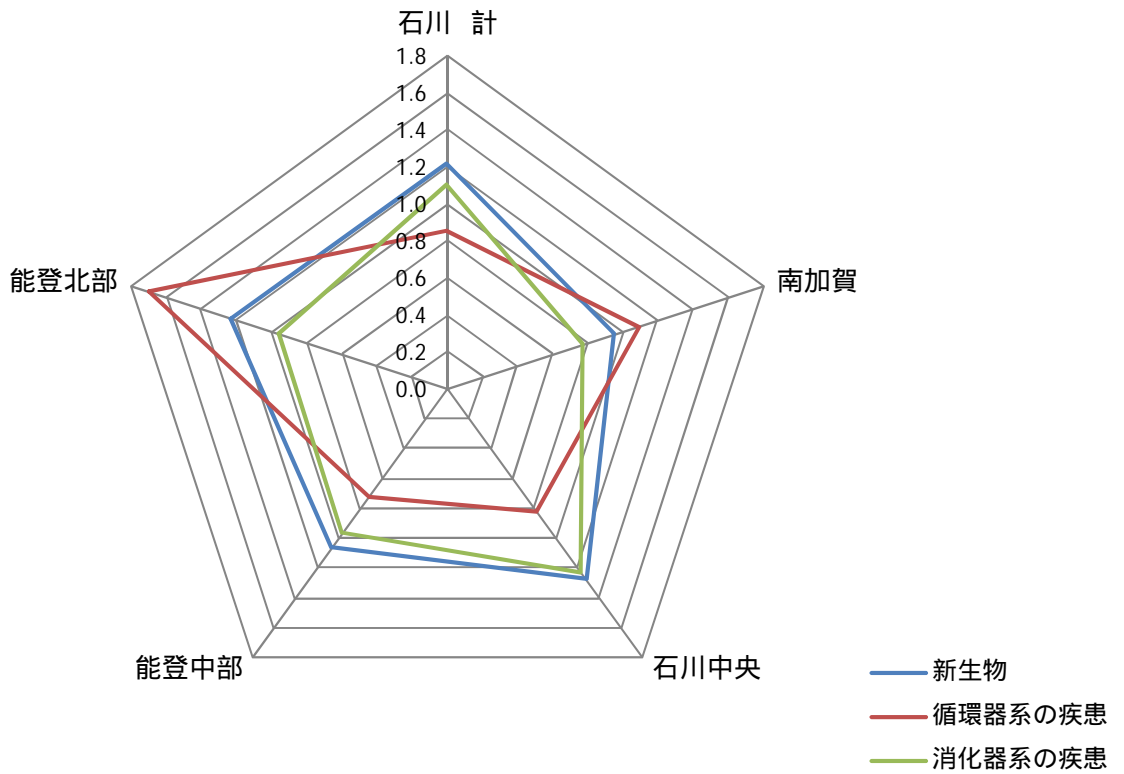
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (新潟、平成24年4月分)



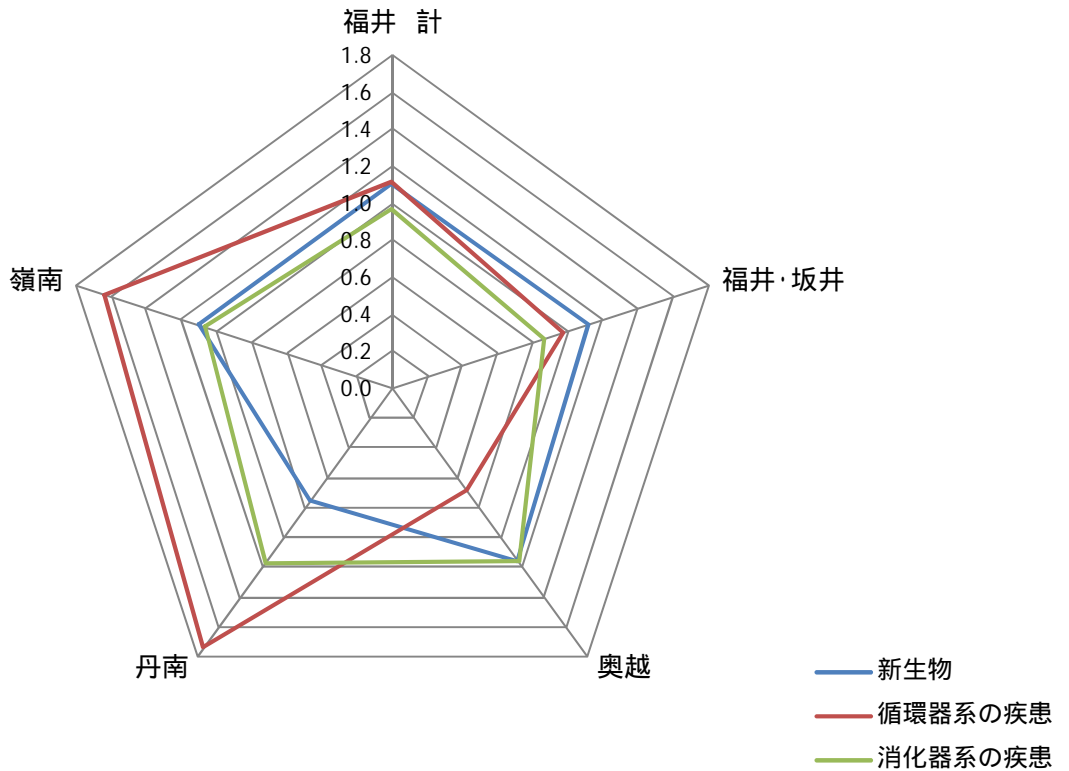
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (富山、平成24年4月分)



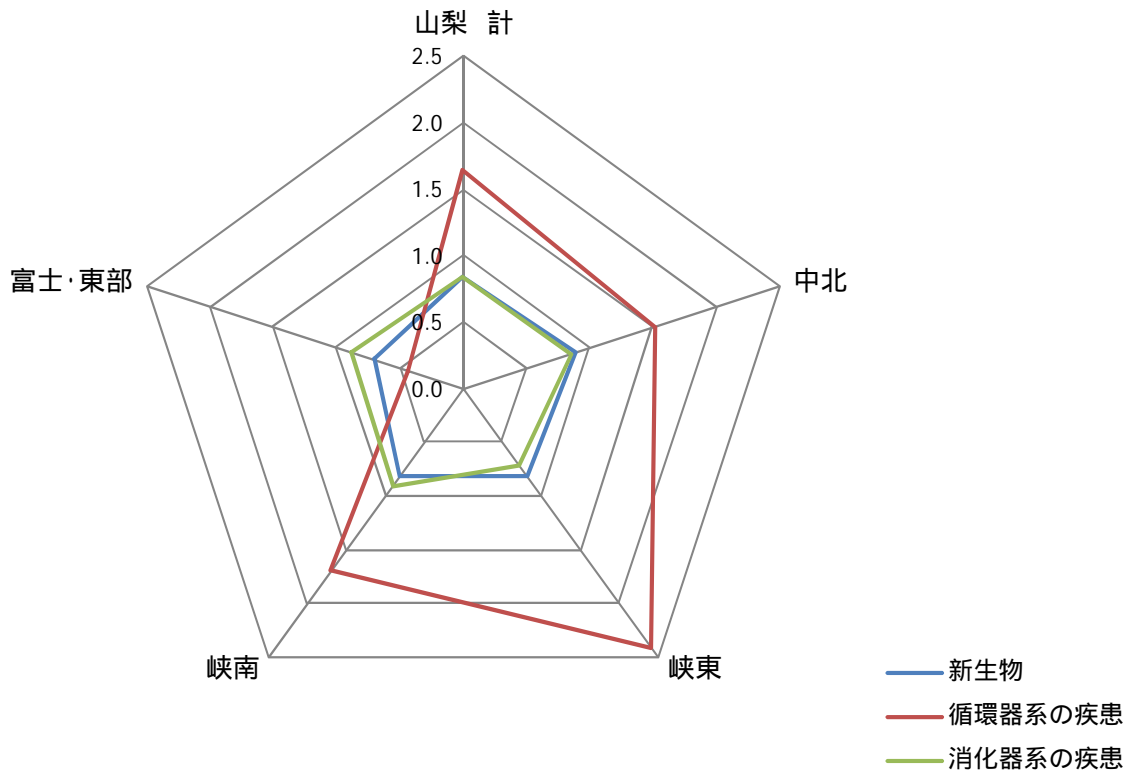
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (石川、平成24年4月分)



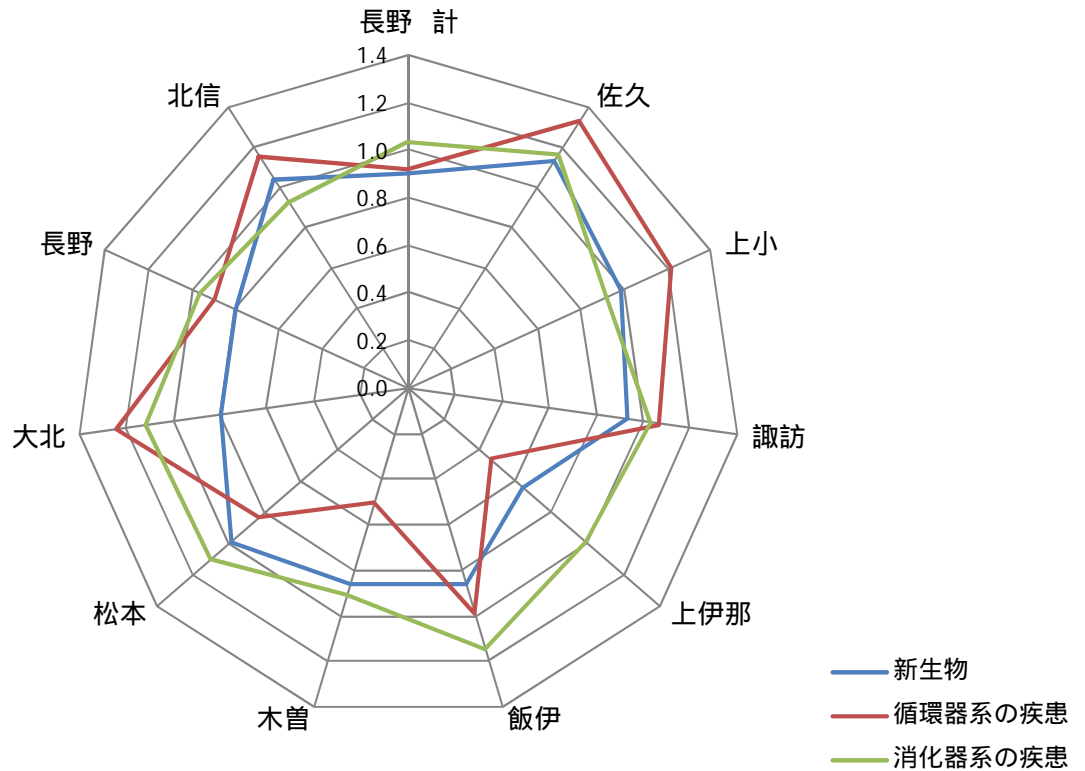
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (福井、平成24年4月分)



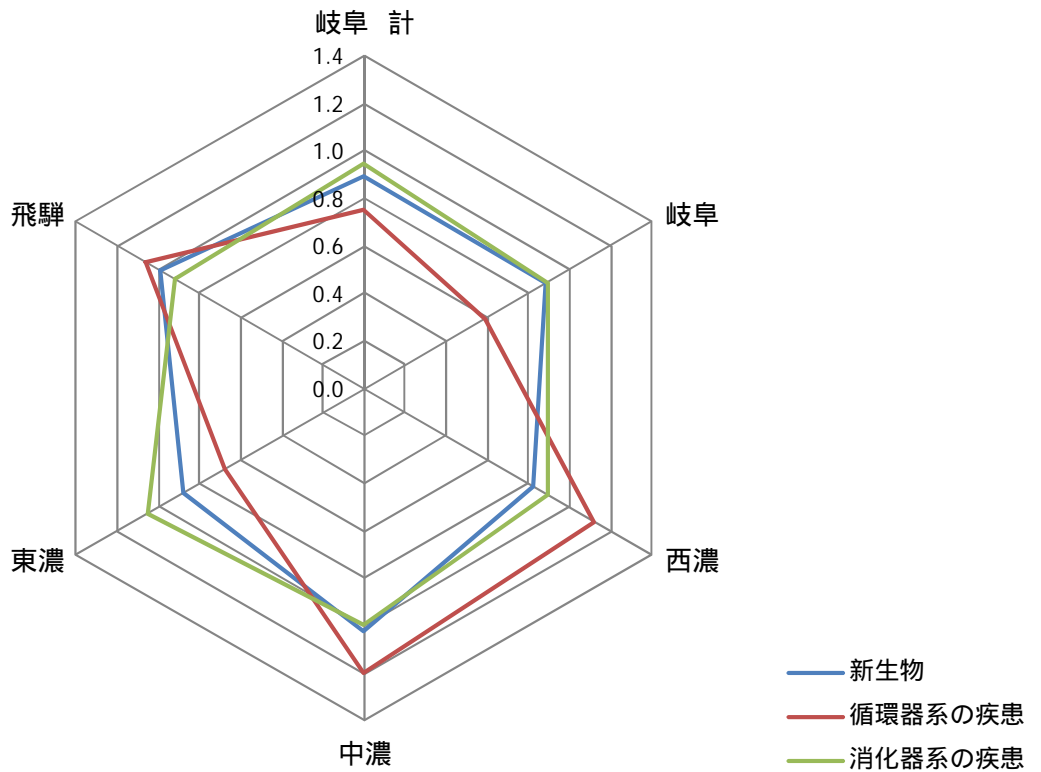
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (山梨、平成24年4月分)



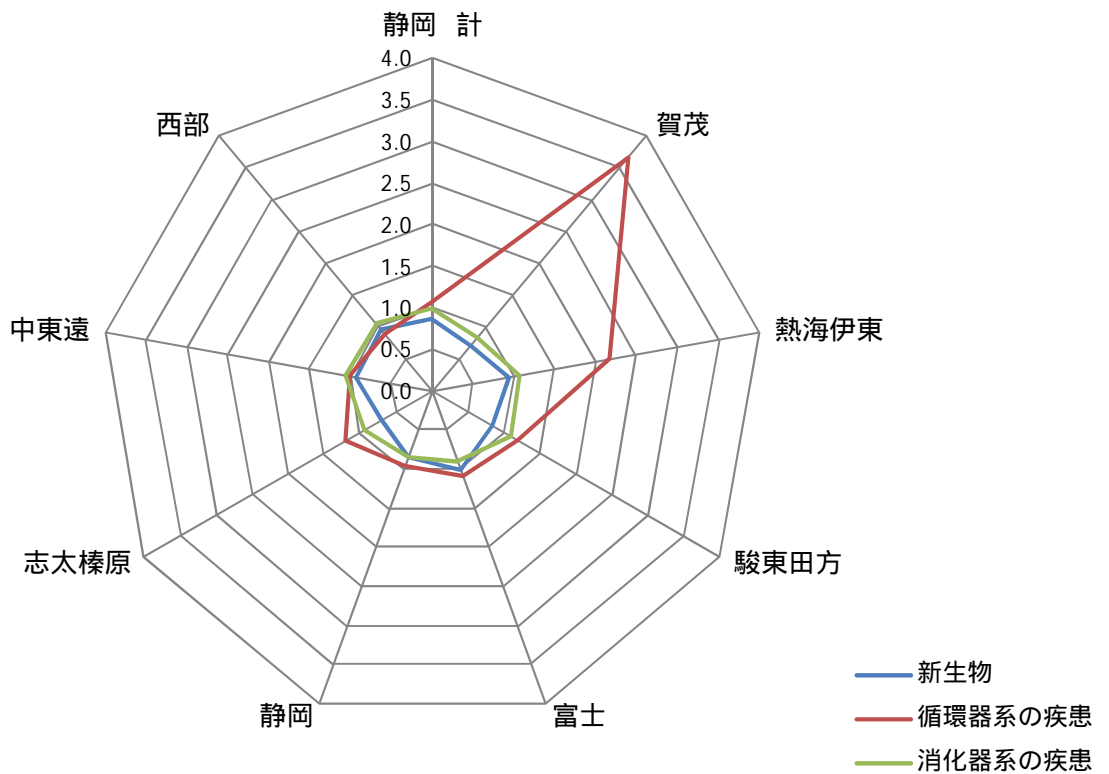
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (長野、平成24年4月分)



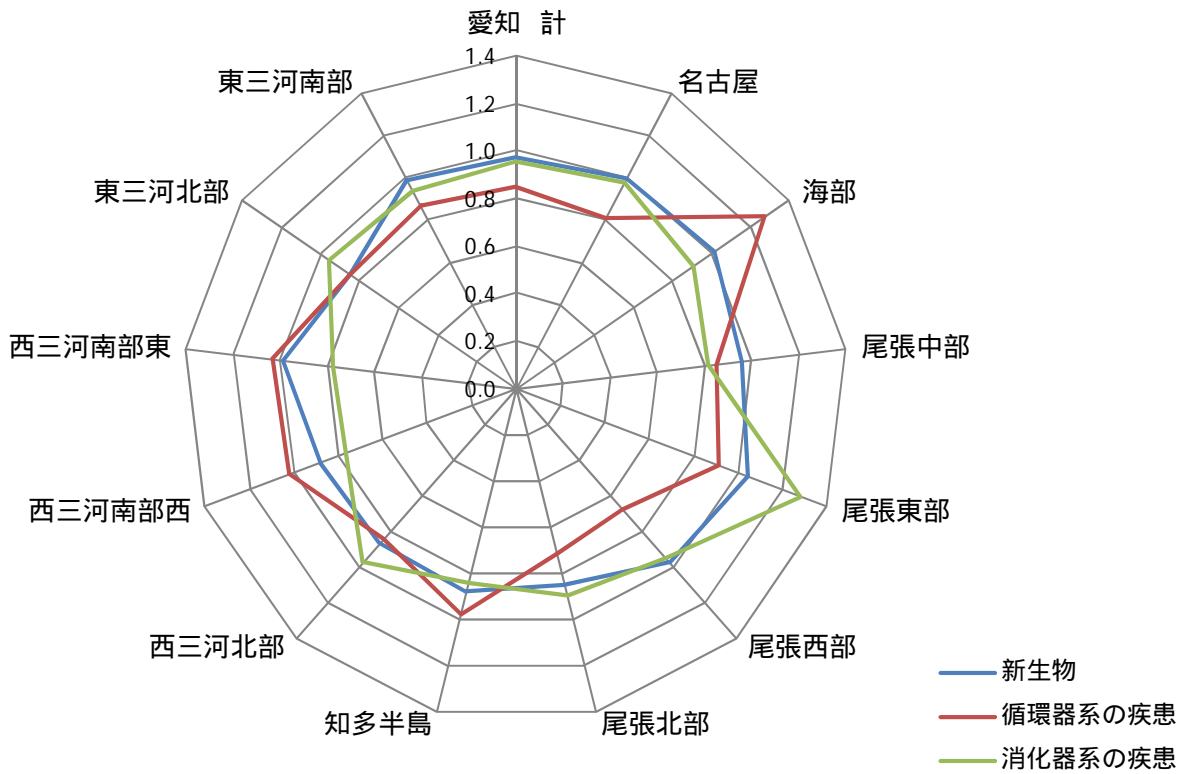
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (岐阜、平成24年4月分)



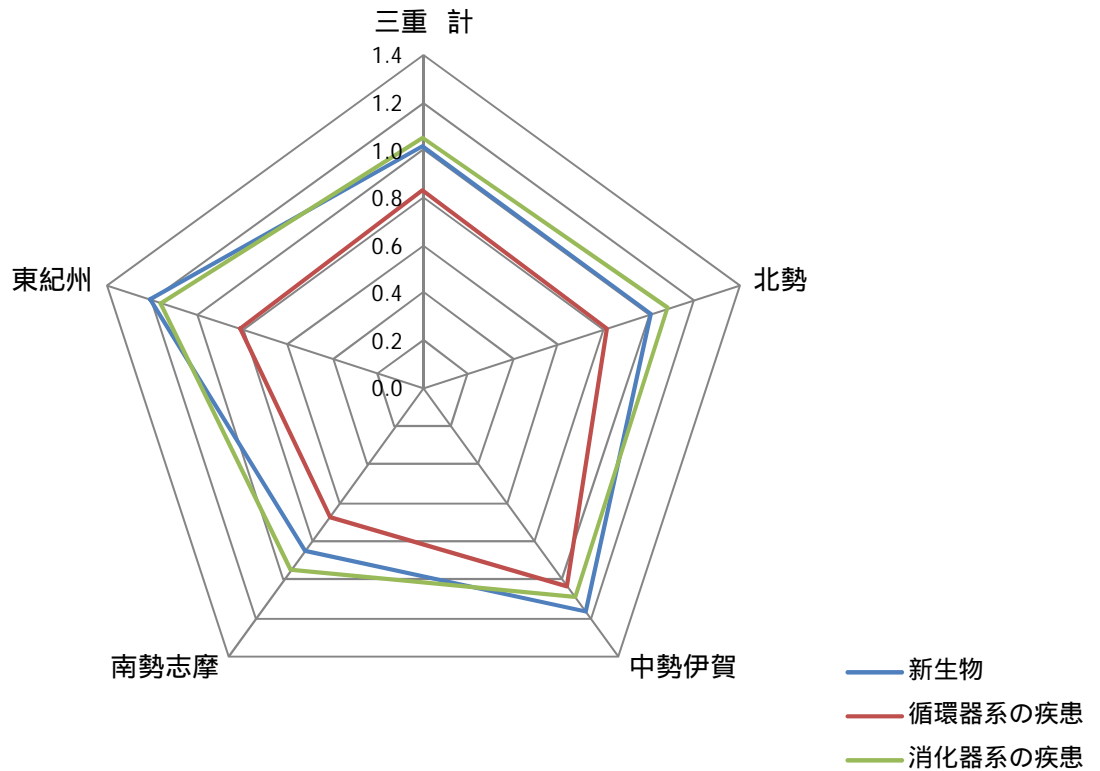
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (静岡、平成24年4月分)



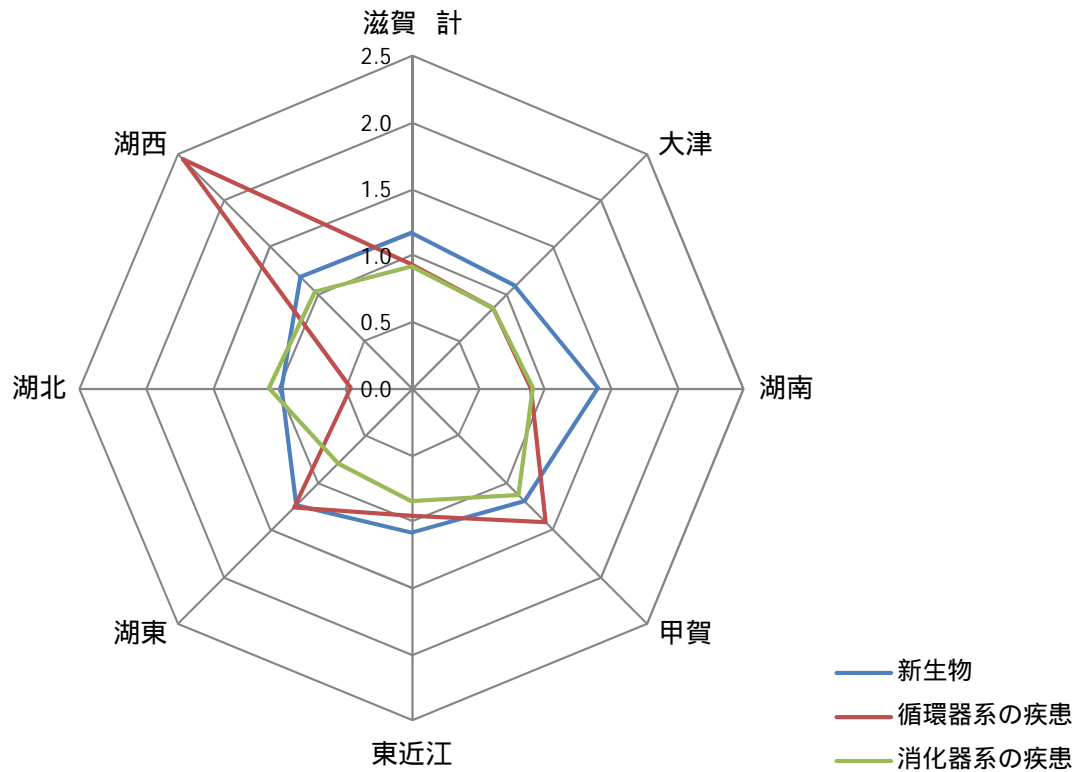
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (愛知、平成24年4月分)



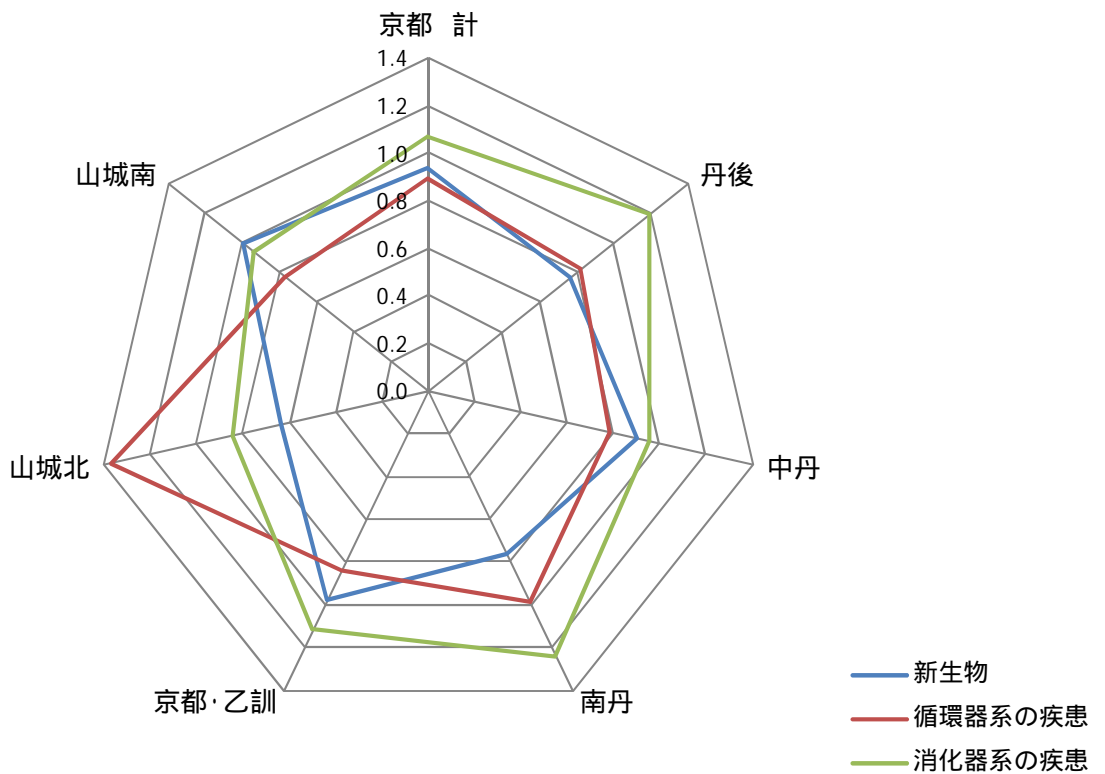
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (三重、平成24年4月分)



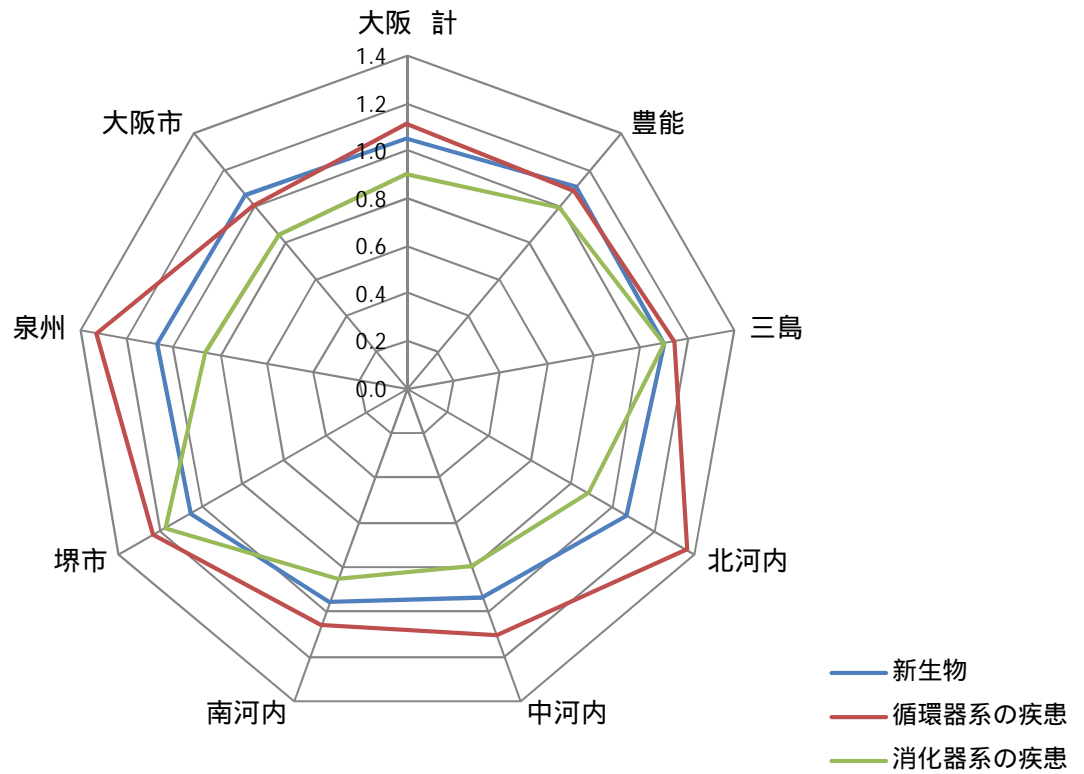
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (滋賀、平成24年4月分)



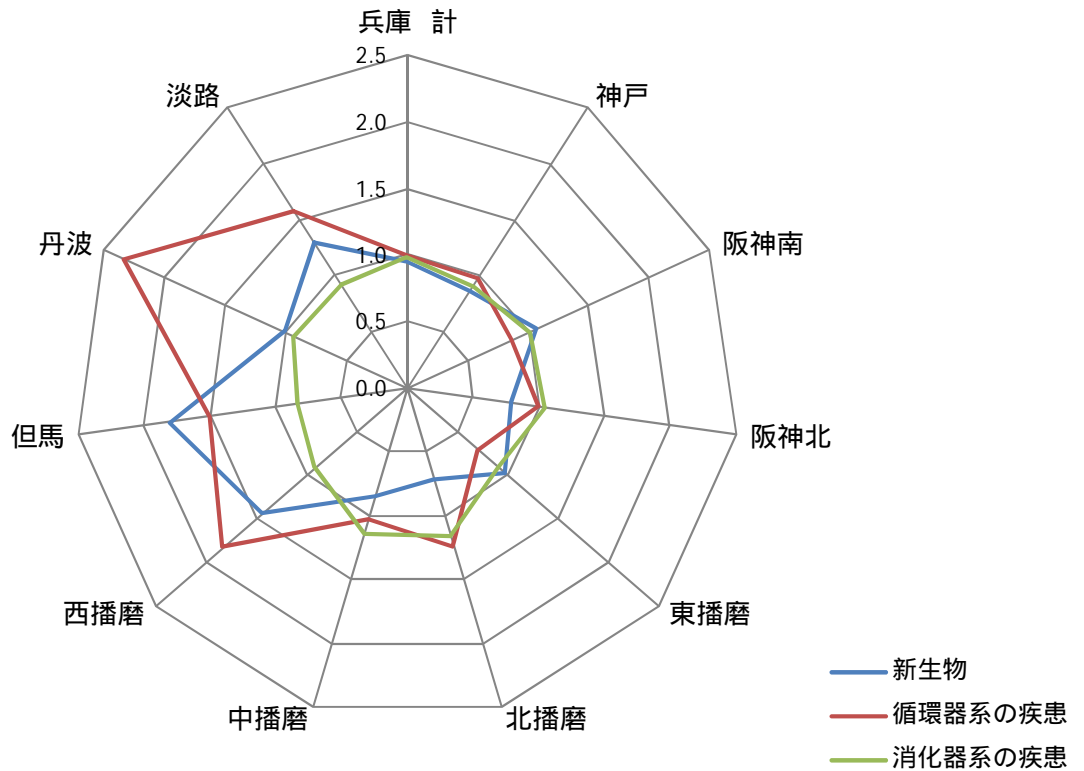
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (京都、平成24年4月分)



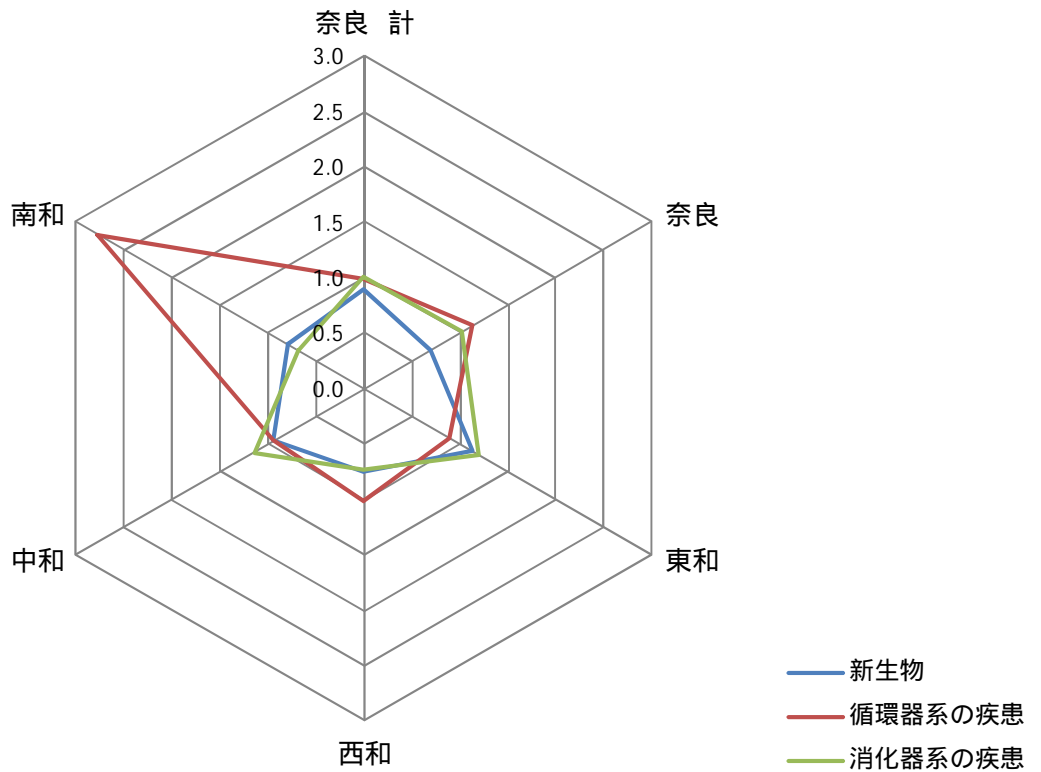
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (大阪、平成24年4月分)



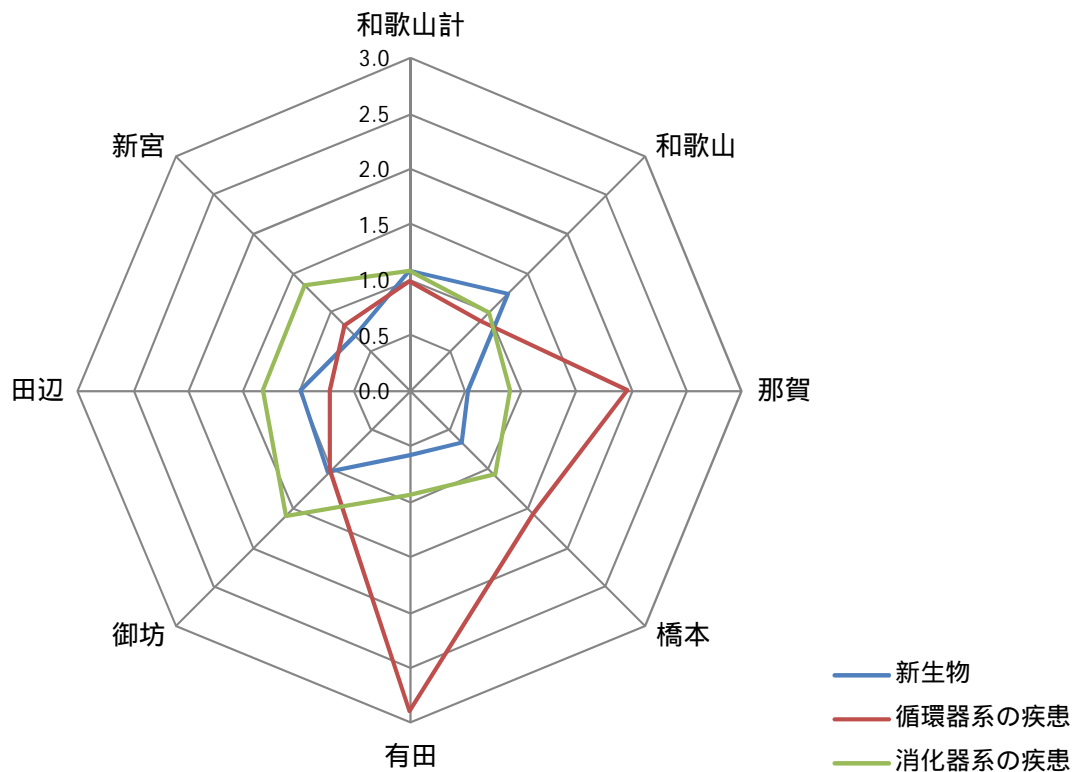
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (兵庫、平成24年4月分)



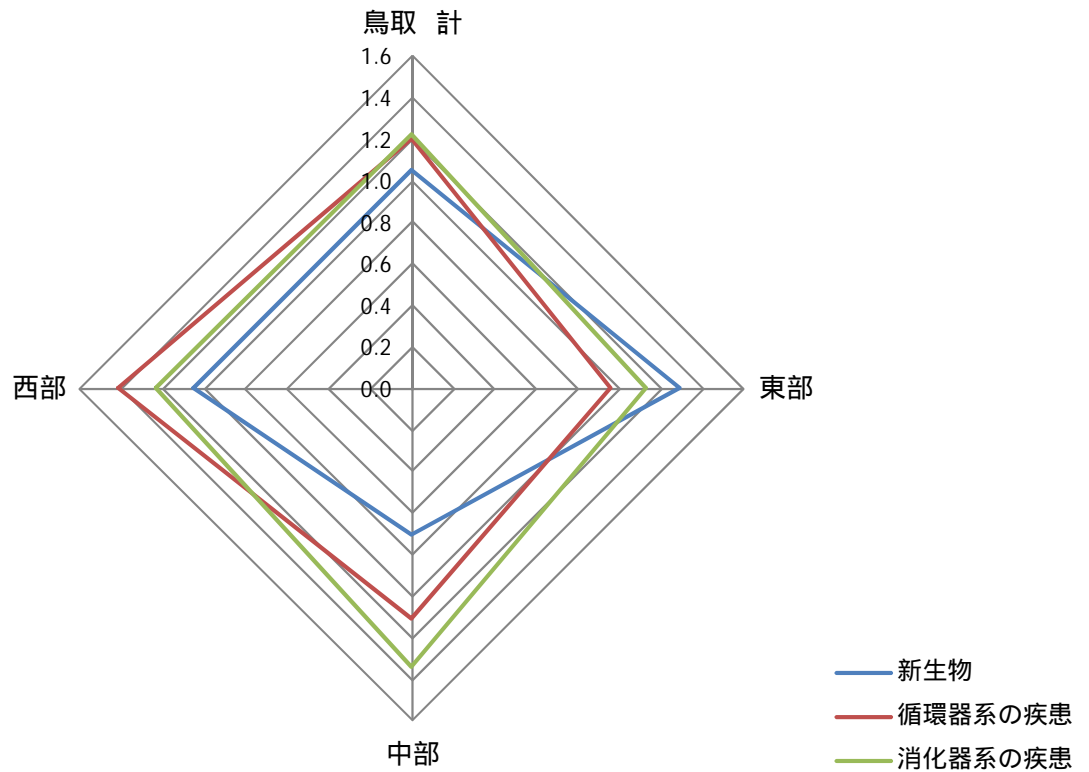
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (奈良、平成24年4月分)



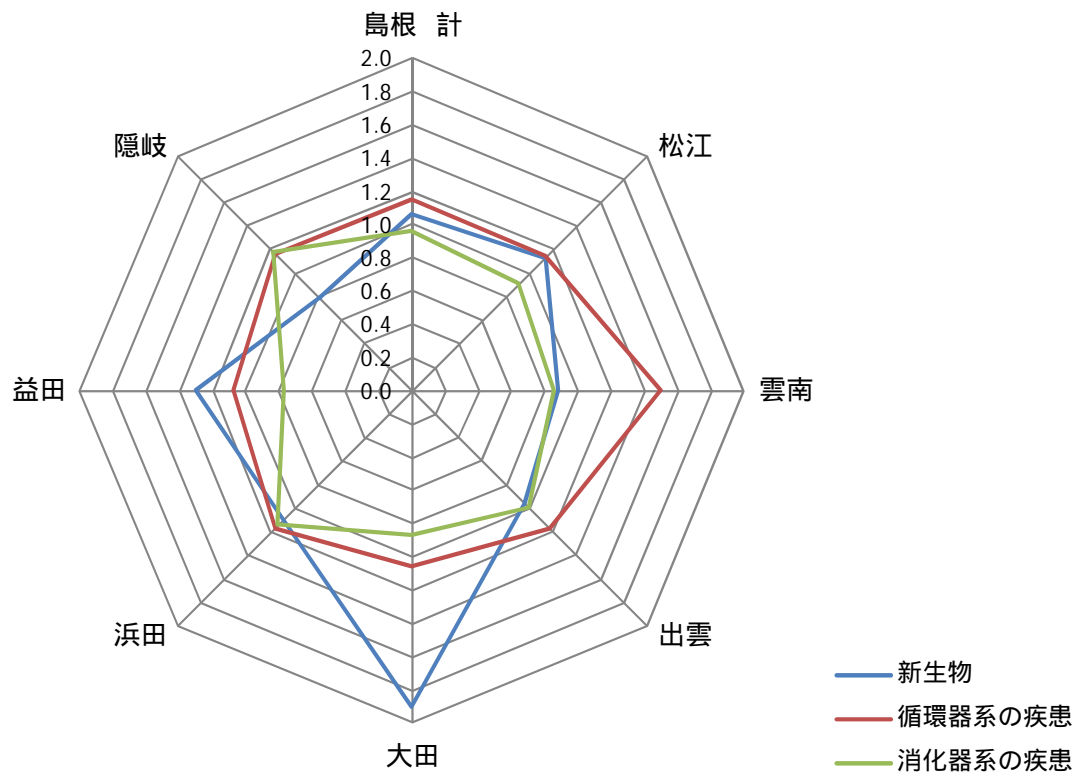
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (和歌山、平成24年4月分)



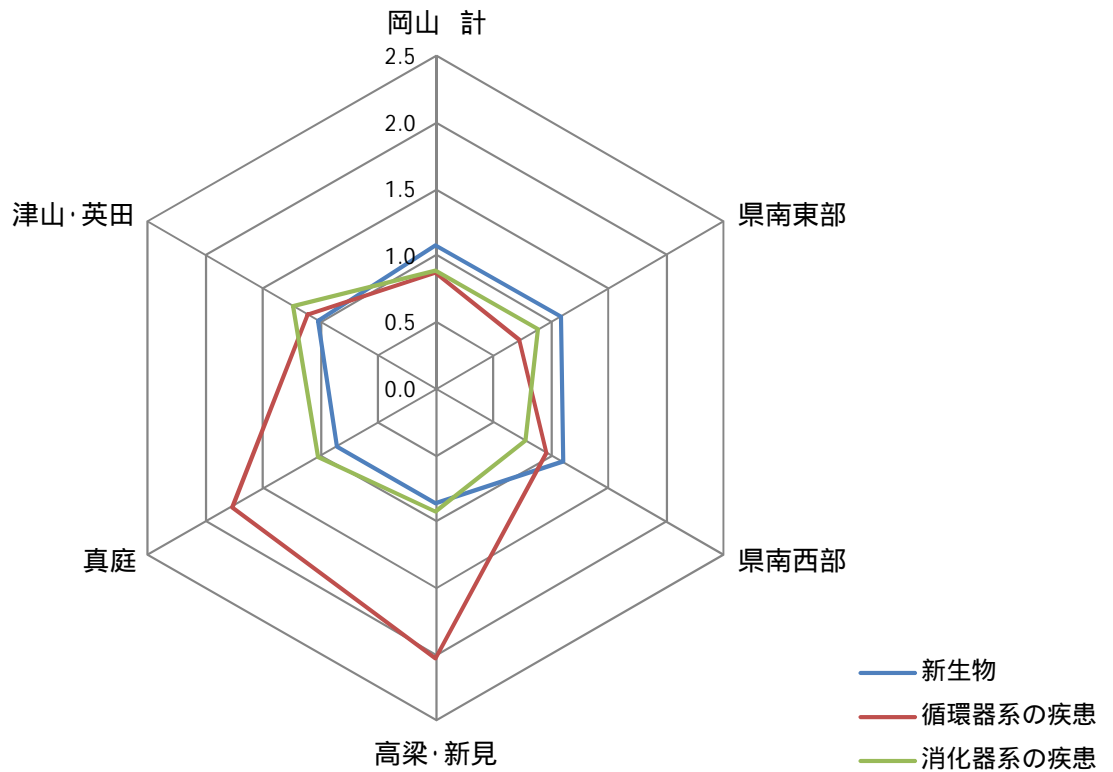
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (鳥取、平成24年4月分)



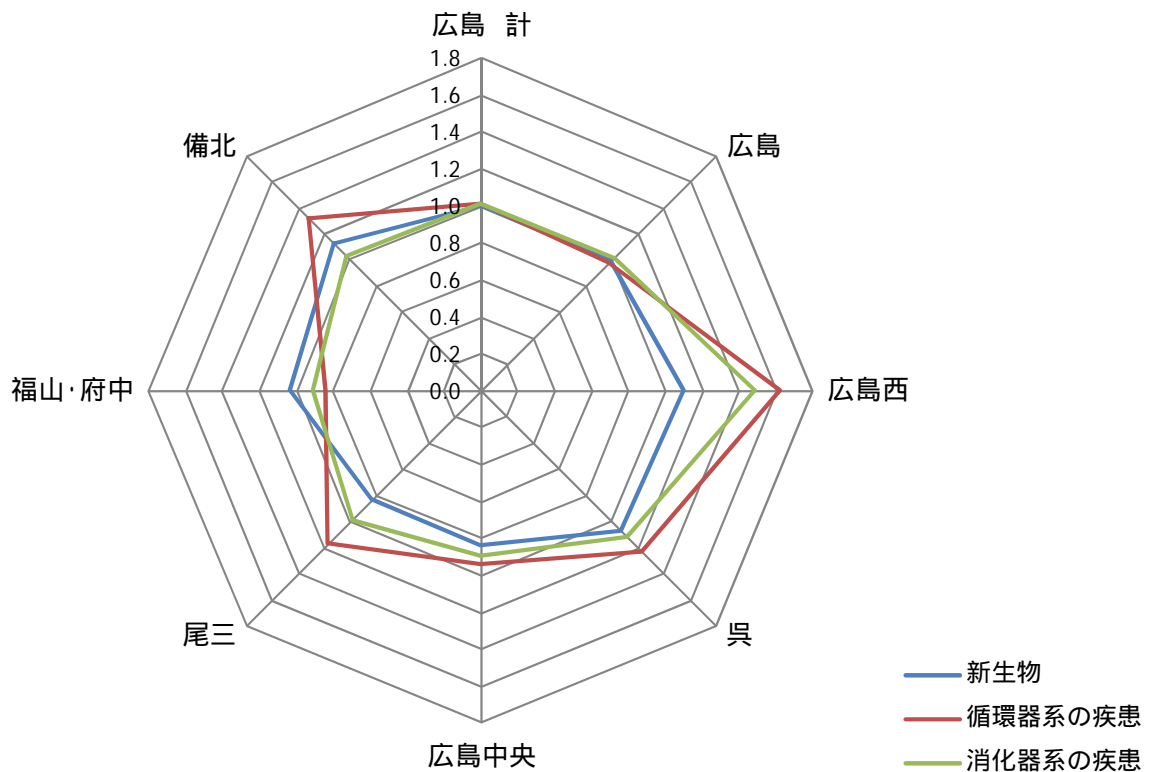
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (島根、平成24年4月分)



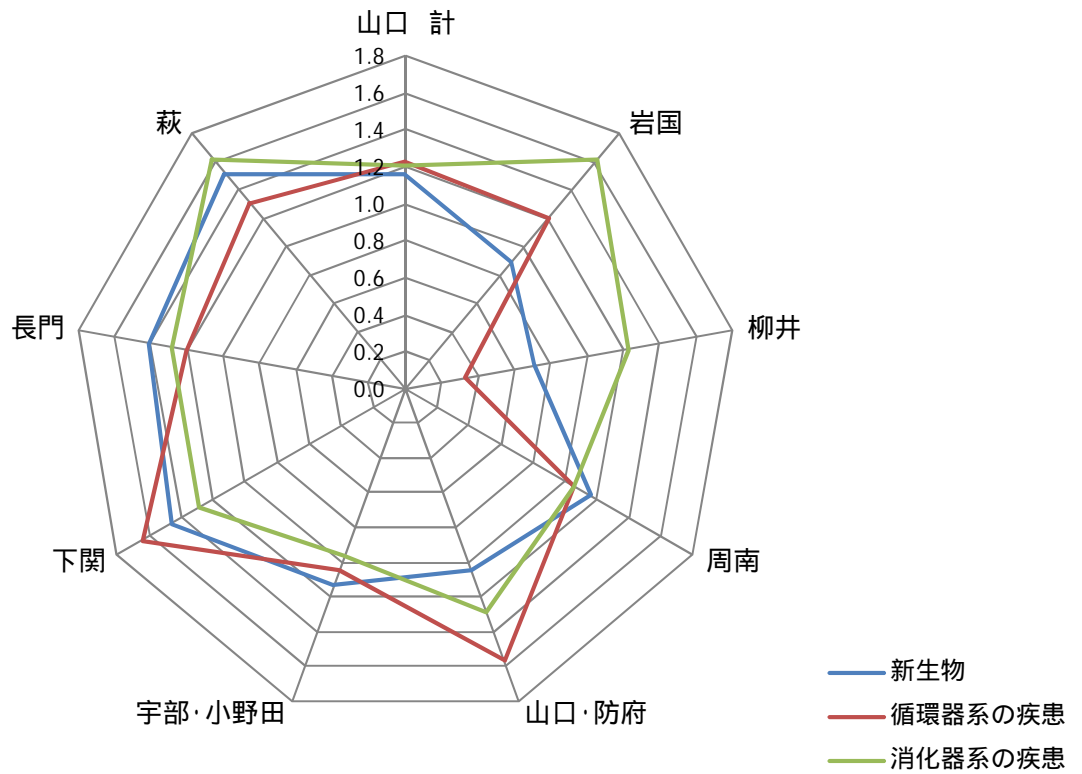
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (岡山、平成24年4月分)



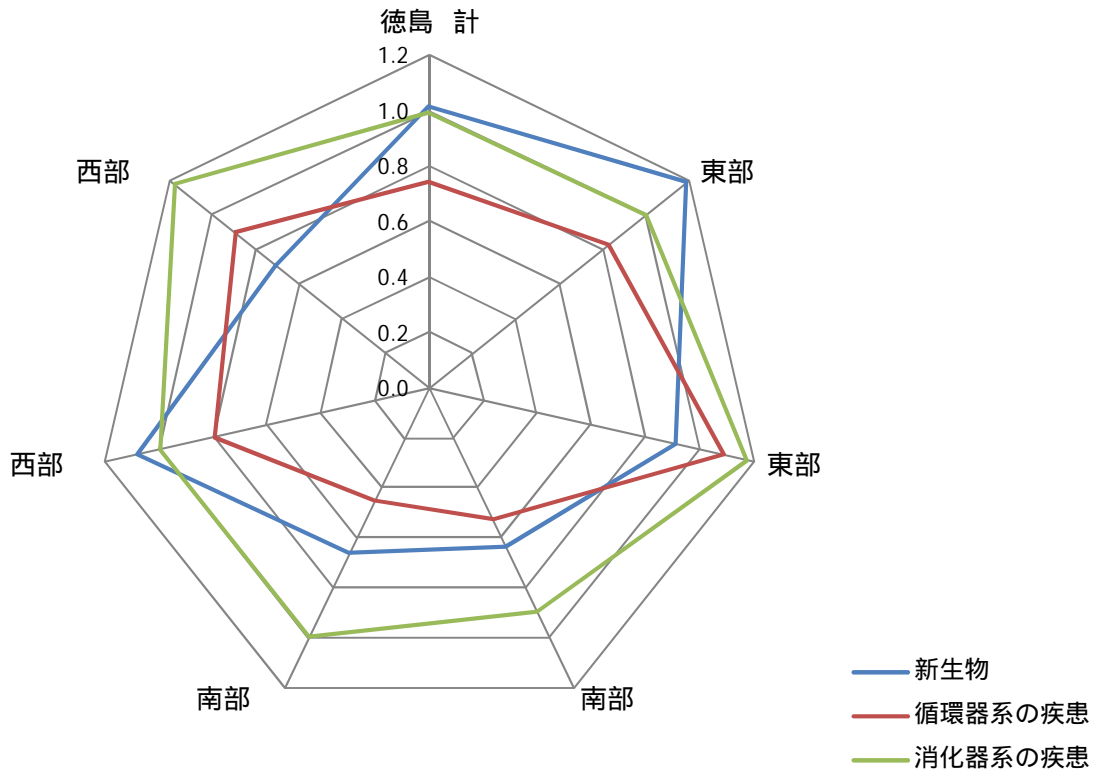
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (広島、平成24年4月分)



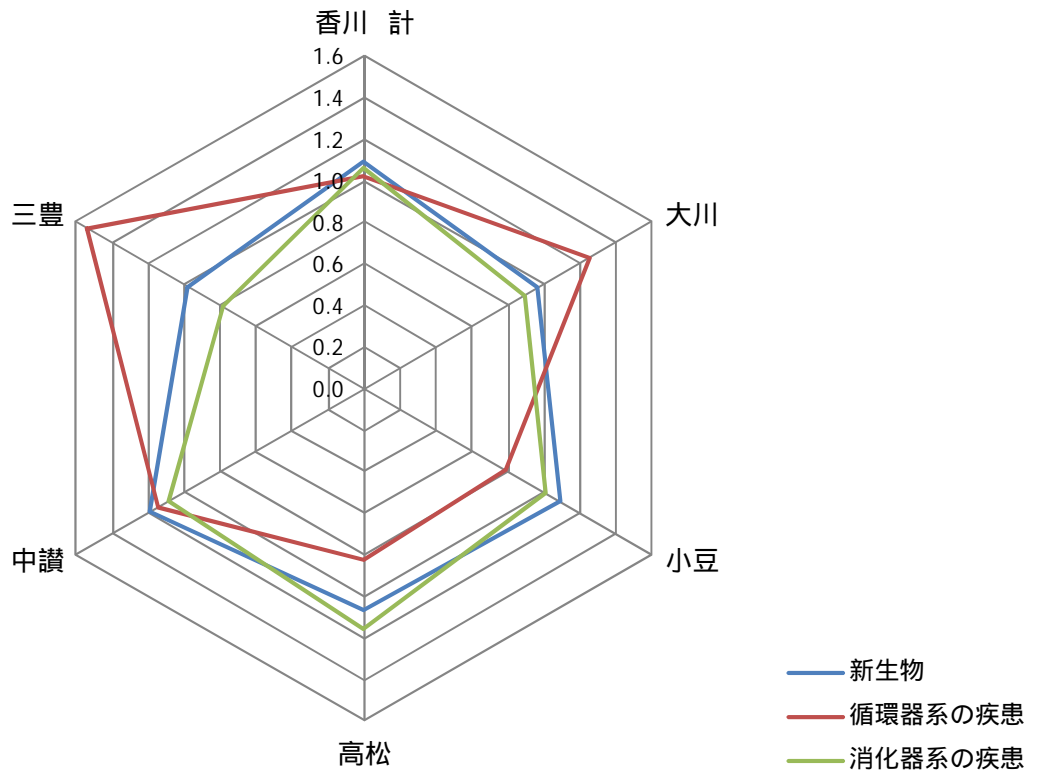
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (山口、平成24年4月分)



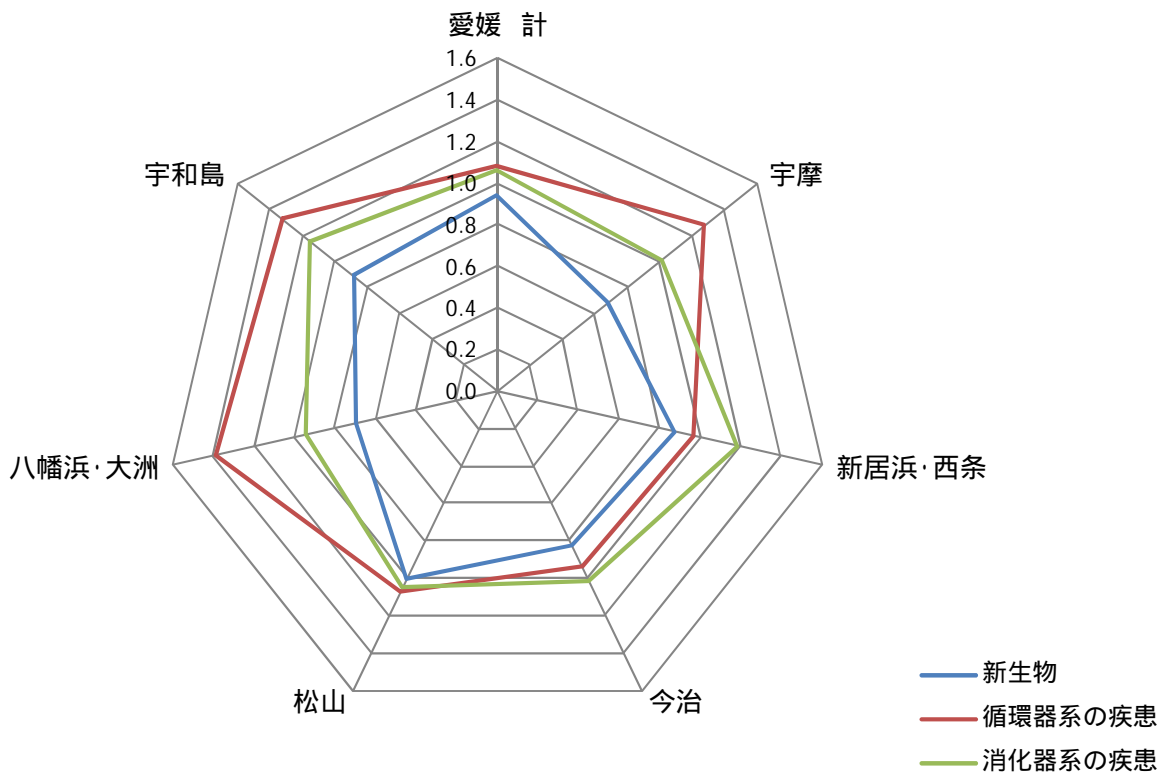
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (徳島、平成24年4月分)



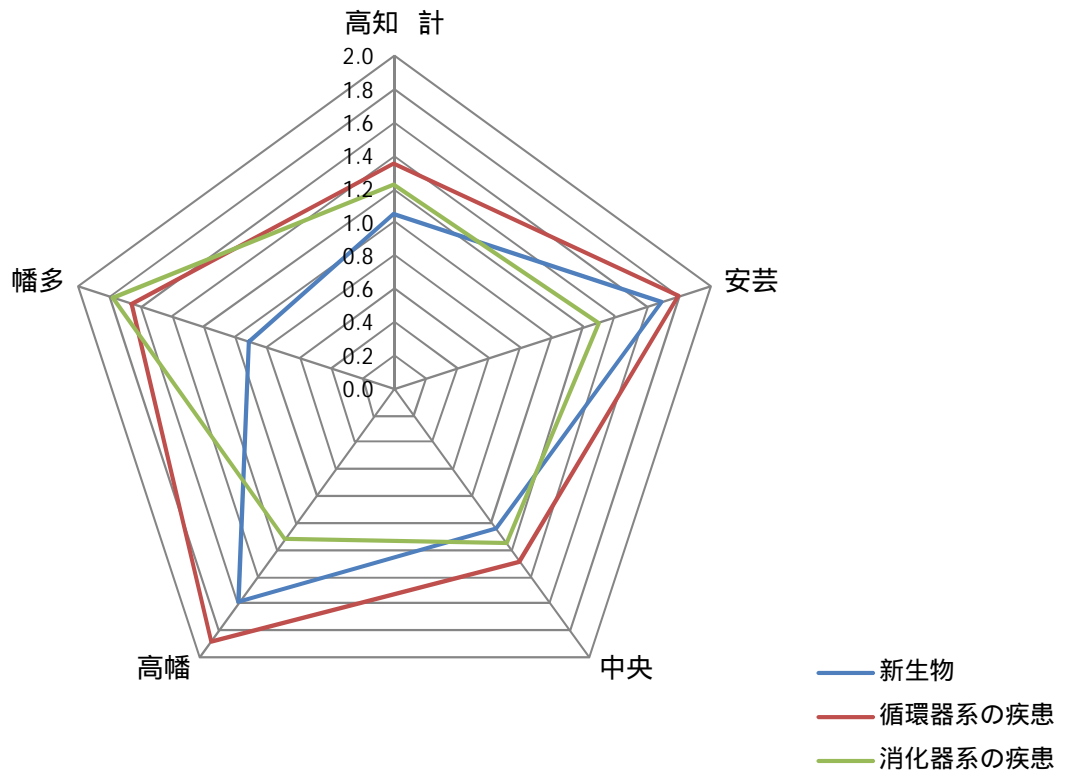
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (香川、平成24年4月分)



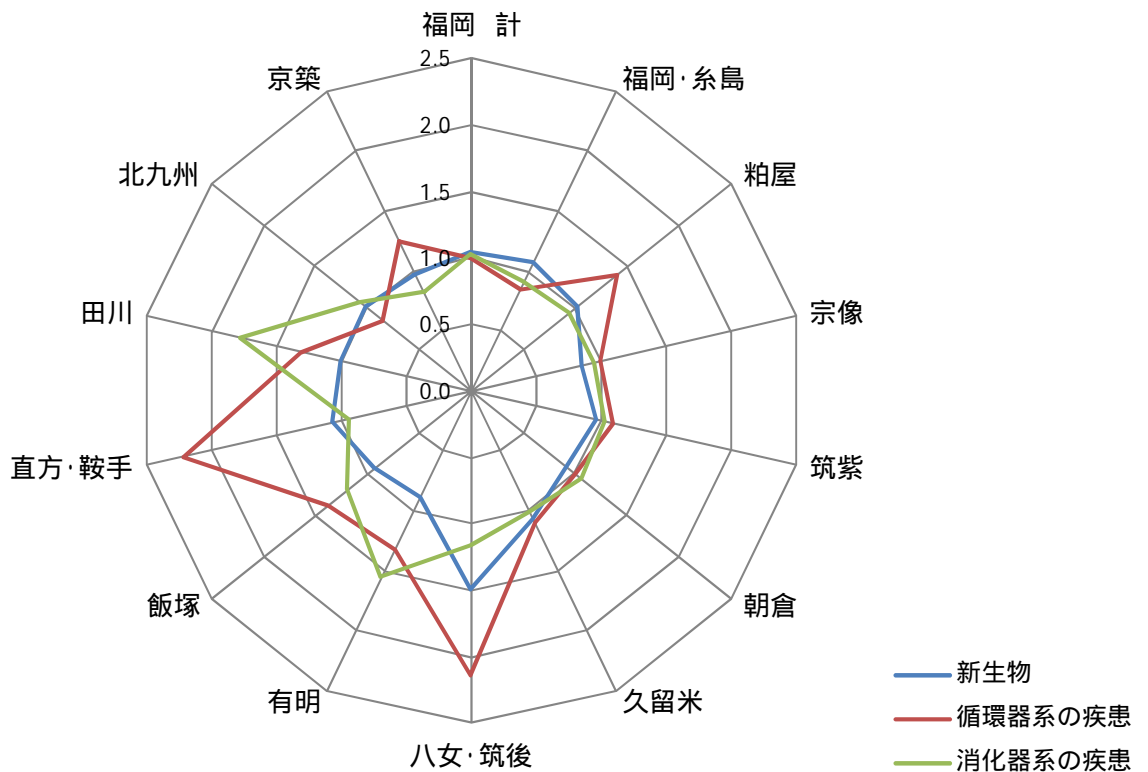
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (愛媛、平成24年4月分)



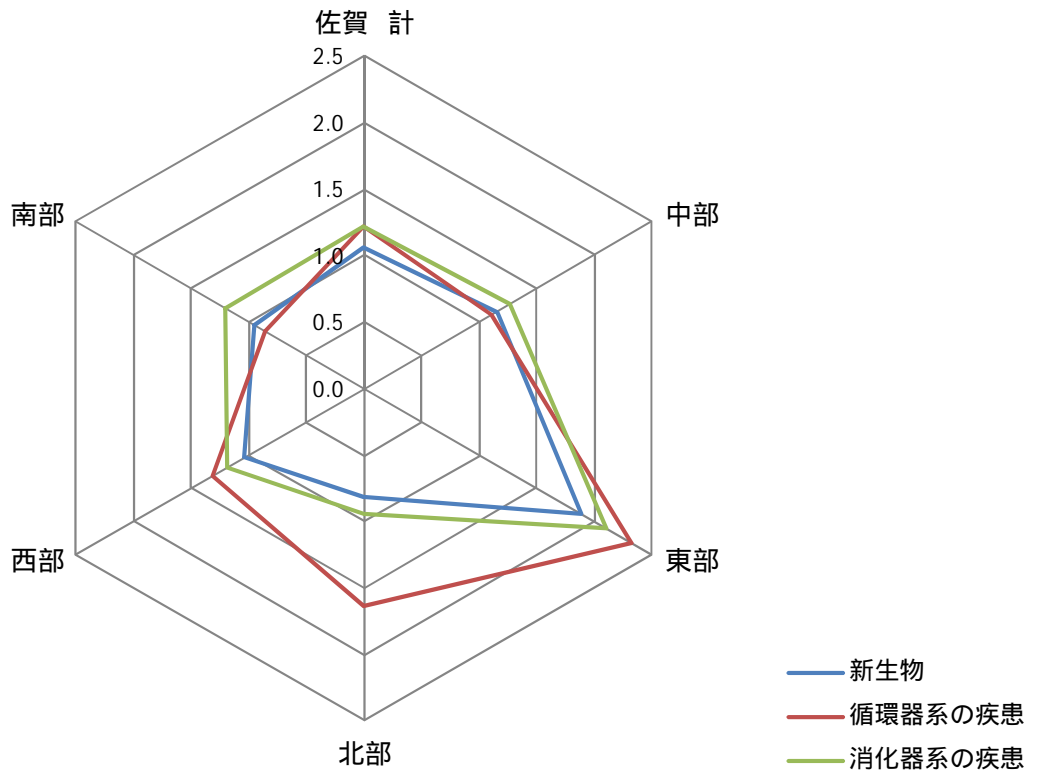
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (高知、平成24年4月分)



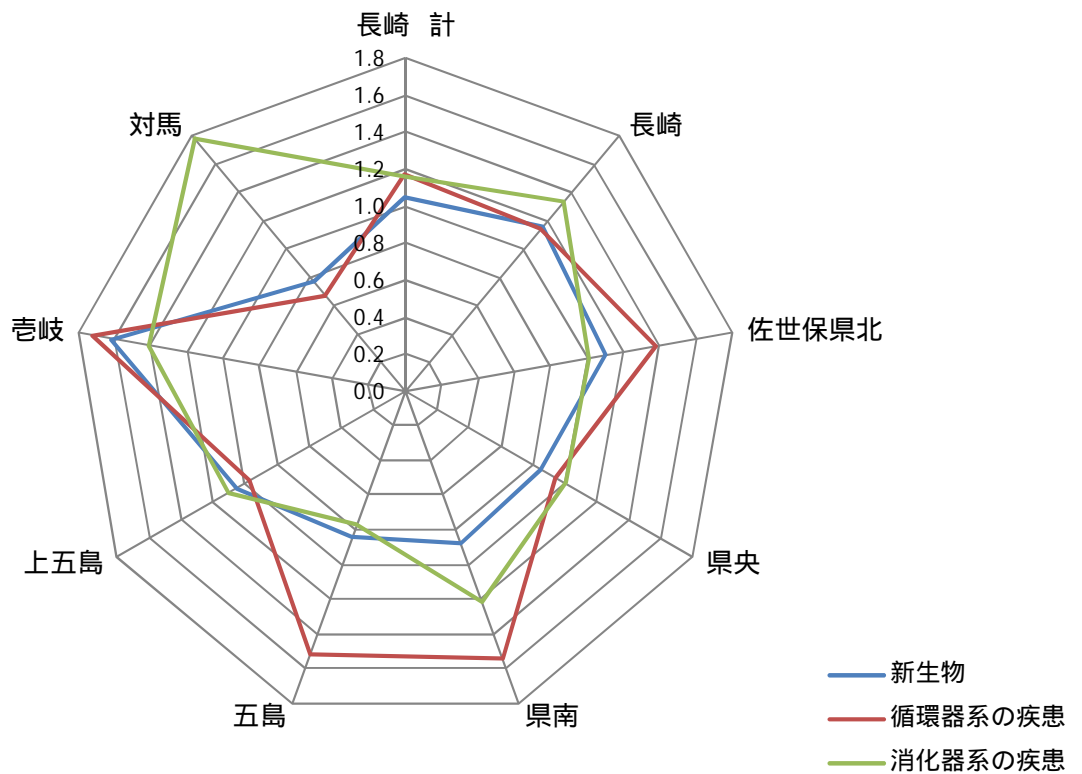
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (福岡、平成24年4月分)



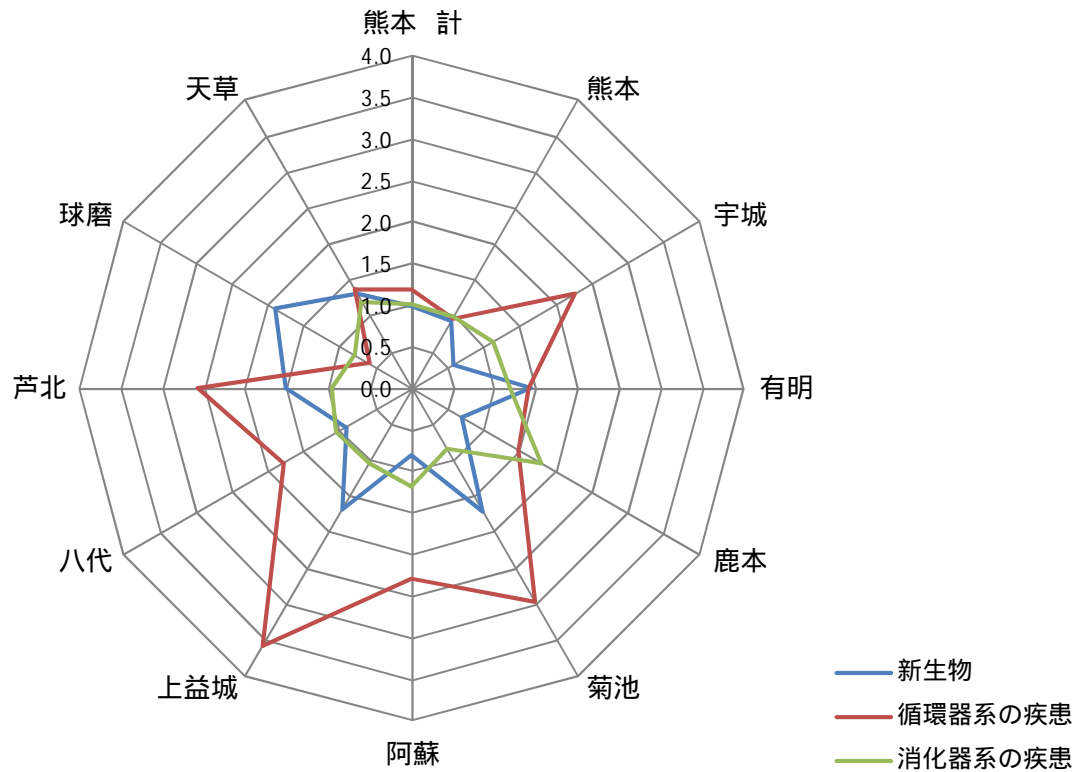
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (佐賀、平成24年4月分)



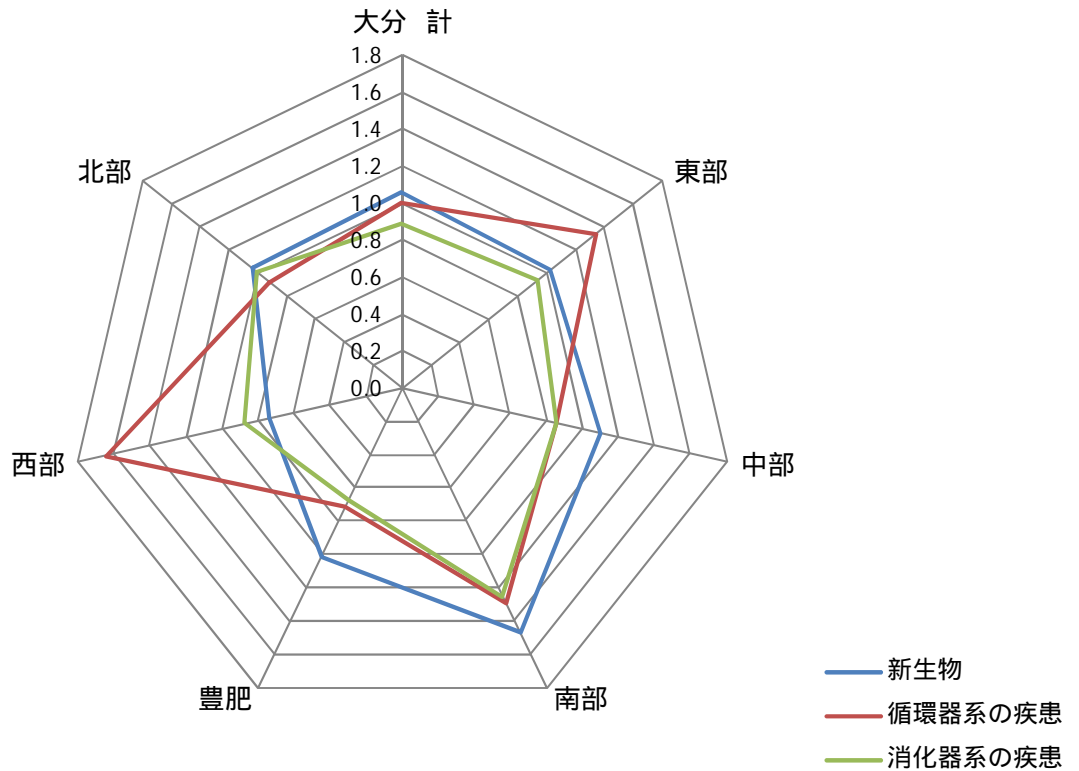
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (長崎、平成24年4月分)



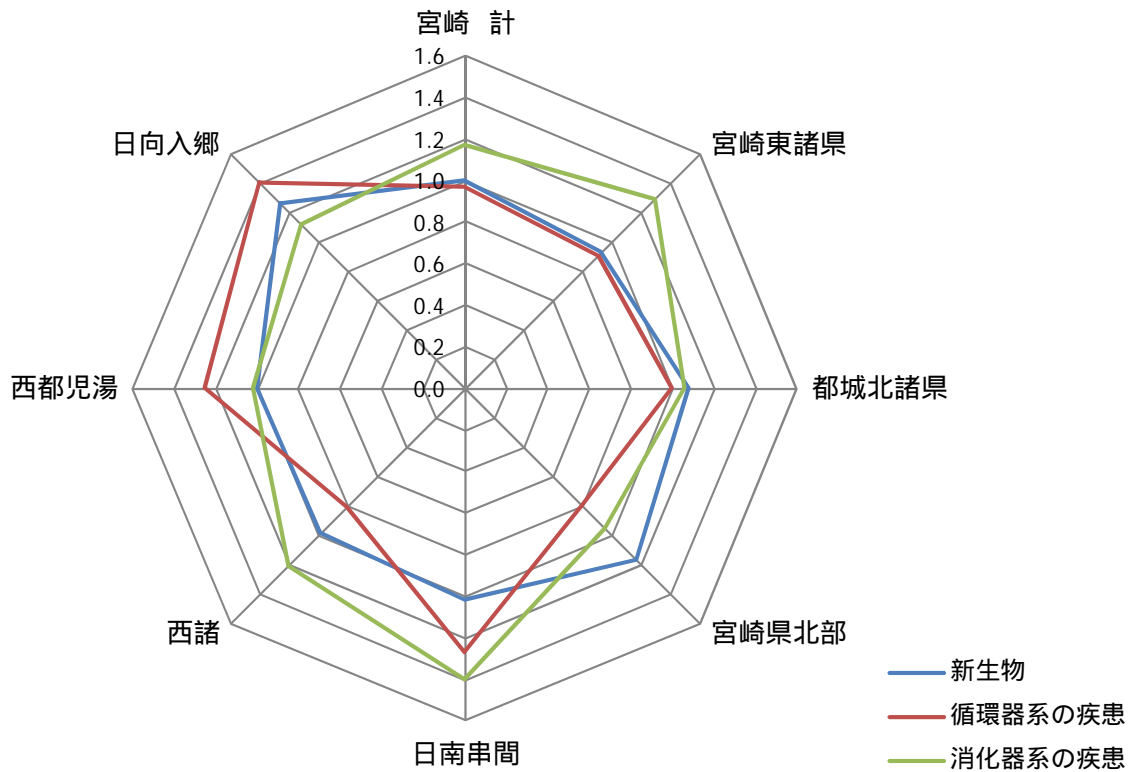
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (熊本、平成24年4月分)



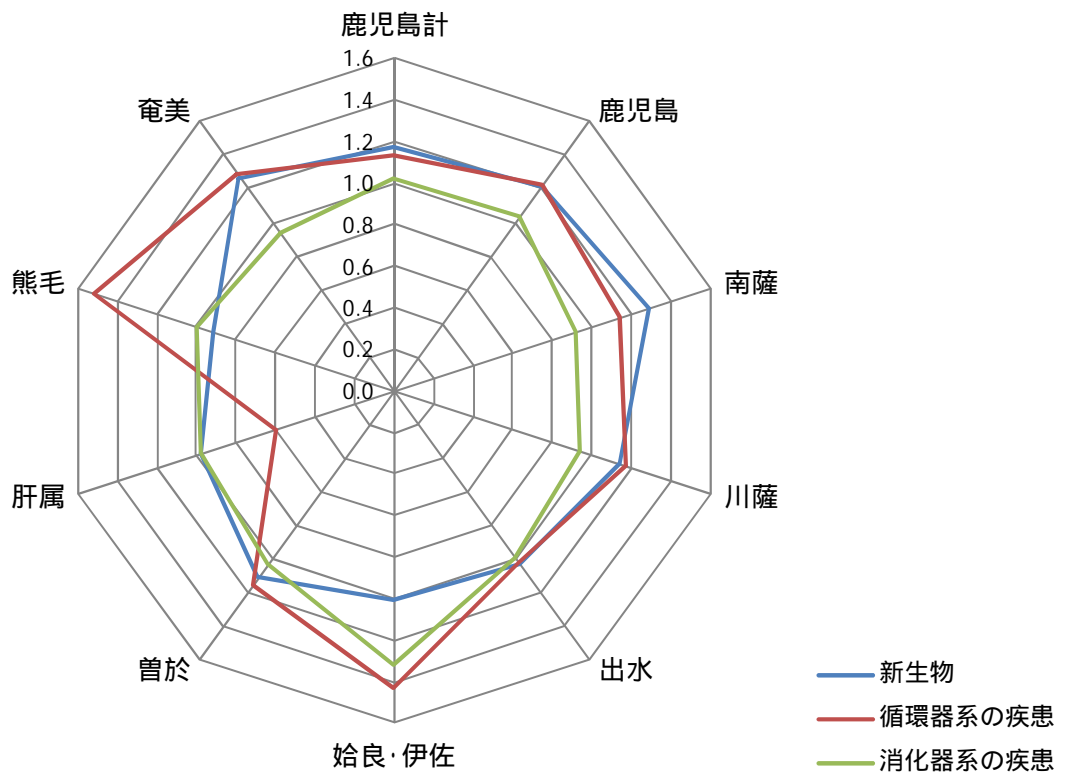
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (大分、平成24年4月分)



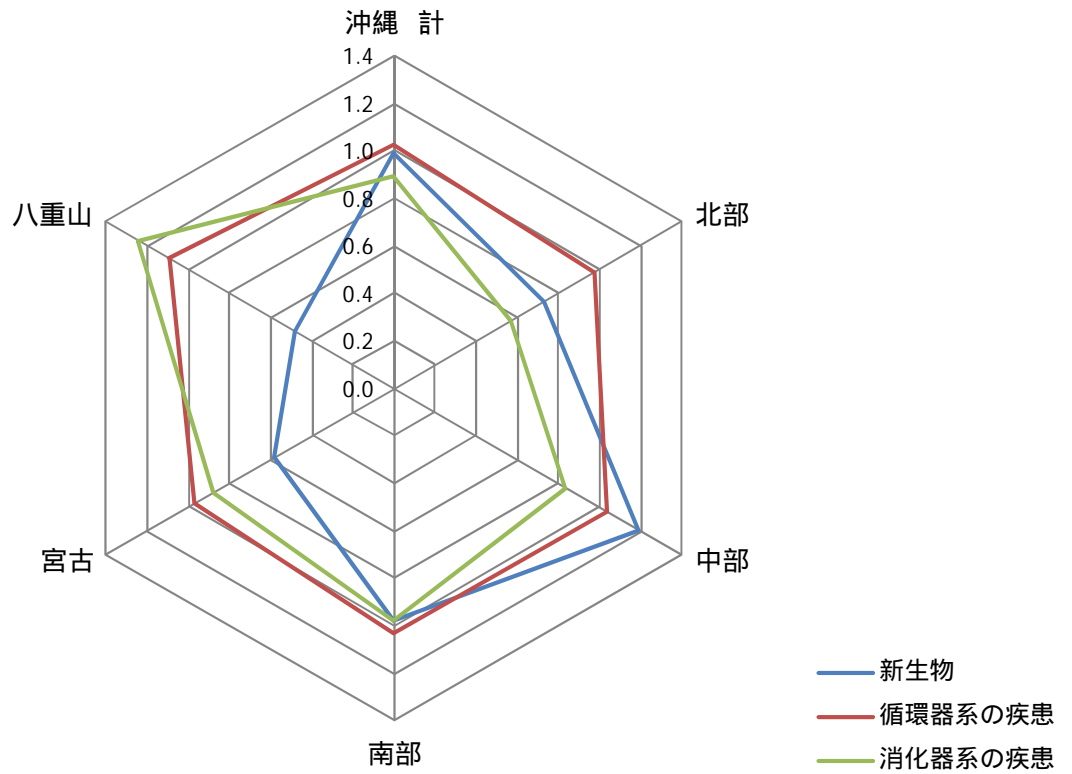
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (宮崎、平成24年4月分)



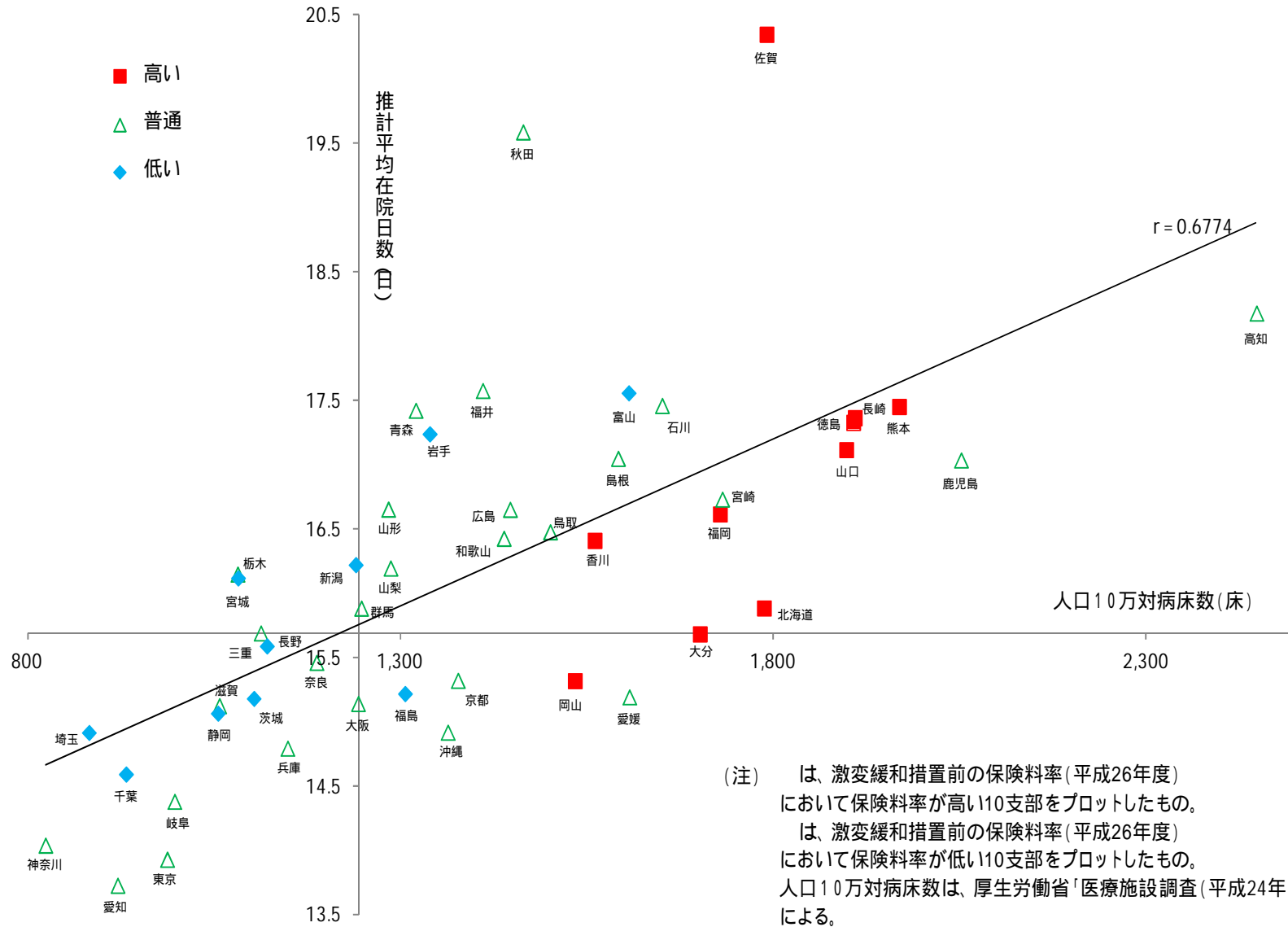
二次医療圏別医科入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (鹿児島、平成24年4月分)



二次医療圏別医療入院の主な傷病に係る推計平均在院日数の全国平均との乖離
 ~ 全国平均を1とした場合 ~ (沖縄、平成24年4月分)



推計平均在院日数と人口10万対病床数(平成24年4月)



医科入院の1件当たり日数の上位5都道府県
(新生物、平成24年4月診療分)

(単位:日)

	都道府県計	1位	2位	3位	4位	5位
1位 石川	12.7	16.2 (24.3%)	16.8 (6.4%)	12.7 (14.2%)	12.2 (14.1%)	19.6 (0.8%)
2位 滋賀	12.5	15.4 (11.6%)	14.4 (12.8%)	15.1 (4.7%)	20.6 (1.2%)	12.8 (5.9%)
3位 鹿児島	12.5	13.4 (17.7%)	20.5 (3.1%)	14.1 (7.0%)	15.5 (4.3%)	14.7 (2.8%)
4位 山口	12.4	17.9 (4.7%)	14.7 (9.1%)	18.0 (2.0%)	13.3 (5.0%)	14.4 (3.0%)
5位 秋田	12.4	12.8 (19.2%)	14.9 (7.4%)	14.9 (6.5%)	15.6 (4.6%)	14.6 (4.4%)
(参考) 佐賀	11.8	13.9 (20.1%)	12.8 (18.3%)	28.0 (0.6%)	19.7 (0.9%)	30.0 (0.3%)
全国計	11.3					

医科入院の1件当たり日数の上位5都道府県
(循環器系の疾患、平成24年4月診療分)

(単位:日)

	都道府県計	1位	2位	3位	4位	5位
1位 山梨	15.9	23.9 (6.0%)	16.5 (15.8%)	20.7 (6.6%)	18.5 (6.0%)	15.4 (12.0%)
2位 高知	14.5	25.7 (6.7%)	30.0 (1.7%)	30.0 (1.3%)	30.0 (0.8%)	-
3位 秋田	14.3	26.0 (5.3%)	25.9 (3.0%)	25.8 (2.0%)	30.0 (1.3%)	14.6 (9.2%)
4位 山口	13.7	25.9 (4.5%)	30.0 (1.5%)	29.2 (1.5%)	28.8 (1.2%)	20.7 (2.1%)
5位 新潟	13.7	27.9 (2.9%)	18.6 (6.3%)	22.7 (3.1%)	26.7 (2.0%)	18.7 (3.1%)
(参考) 佐賀	13.6	21.1 (6.7%)	20.3 (4.7%)	19.7 (2.8%)	23.3 (1.6%)	-
全国計	12.2					

- (注) 1. 県内の順位(横)は、当該県の1件当たり日数を全国計(平均)より高くすることに寄与している上位5医療機関であり、その医療機関の1件当たり日数と当該県の件数に占めるその医療機関の件数の割合(括弧内)を示している。
2. 都道府県によっては第4位に該当する医療機関が複数存在するため、第5位の欄を「-」としているところがある。

傷病ごとの分類について

- ・傷病ごとの分類は、平成24年4月分の医科入院における傷病が記載されている電子レセプトから主傷病を特定したうえで（レセプトの主傷病であることを表すフラグがある場合はその傷病を、ない場合はレセプトに記載されている順番が最も早い傷病）、当該主傷病に係る社会保険表章用121項目疾病分類コードに基づき分類している。

推計平均在院日数について

- ・厚生労働省保険局において、入院受診延日数は、推計新規入院件数（入院発生）と推計平均在院日数（入院期間）の積に分解でき、推計平均在院日数については、医科入院の1件当たり日数を用いた以下の計算式が示されている。

$$\text{推計平均在院日数} = \text{1件当たり日数} \times \frac{\text{月の日数} - 1}{\text{月の日数} - \text{1件当たり日数}}$$

- ・都道府県別（二次医療圏別）推計平均在院日数は、医療機関所在地の都道府県毎（二次医療圏毎）に、医科入院における平成24年4月分の電子レセプトに係る件数・日数の集計を行ったうえで、上記の厚生労働省保険局の算定方法にならい算出したものである。

二次医療圏別推計平均在院日数は、二次医療圏によっては件数・日数が少ないところも存在するため、小地域の率の推定に有力な手法であるベイズ推定を適用して作成している。具体的には、1件当たり日数を月の日数で除して得た率を考え、各二次医療圏を含むより広い地域である都道府県の当該率を情報として活用し、これと当該二次医療圏の件数・日数とを総合化して当該二次医療圏の当該率をベイズ推定を適用して推定したうえで作成している。

- ・推計平均在院日数と厚生労働省における病院報告の平均在院日数もしくは患者調査の退院患者平均在院日数には、入院患者の範囲の違い、算定方法の違い、退院日が含まれるかどうかの違い及び当月中に退院・再入院した患者の入院日数を通算するかどうかといった違いがある。

協会けんぽの都道府県支部別医療費の状況(平成24年度)

都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)

都道府県支部別加入者1人当たり医療費(全国平均との差)の前年度差

激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の内訳(平成26年度)

激変緩和措置前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の前年度差の内訳(平成26年度)

加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院外医療費

加入者1人当たり入院医療費(受診率、平均在院日数、病院病床数)

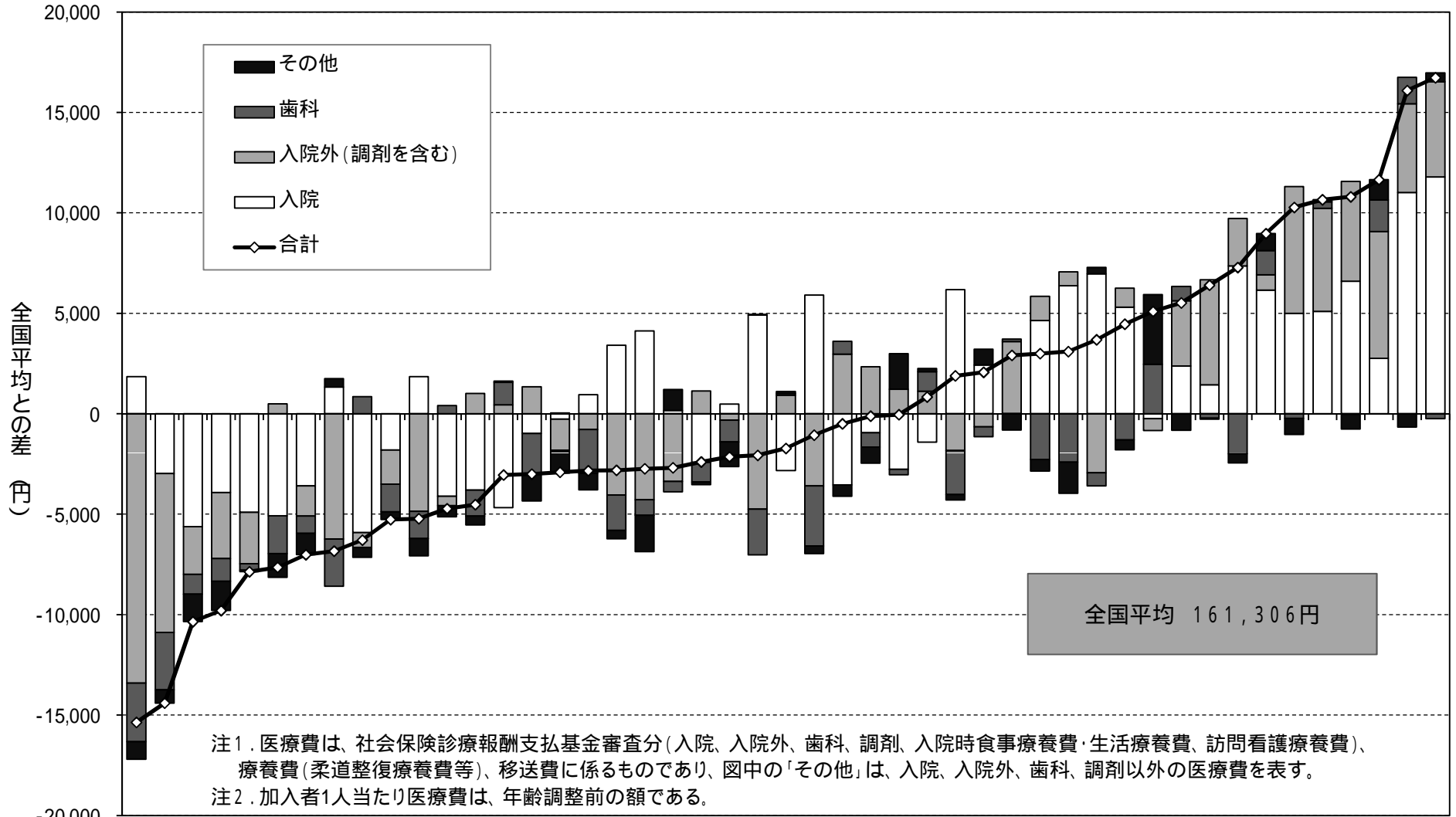
加入者1人当たり入院外医療費と入院外受診率

医療費の内訳(入院、入院外)

生活習慣病(がんを除く)の入院医療費割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外医療費割合

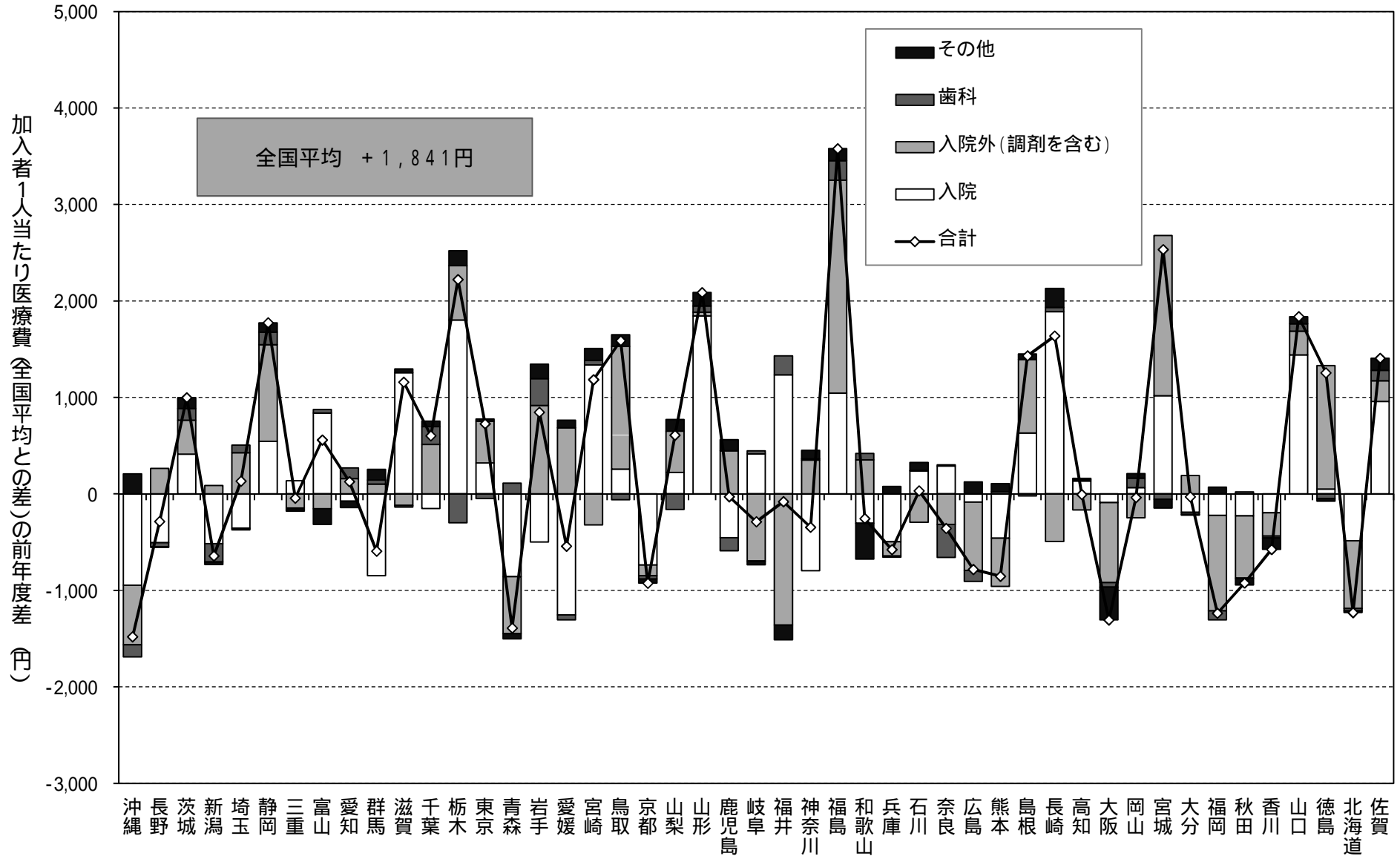
生活習慣病(がんを除く)の入院件数割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外件数割合

都道府県支部別 加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差) (平成24年度)

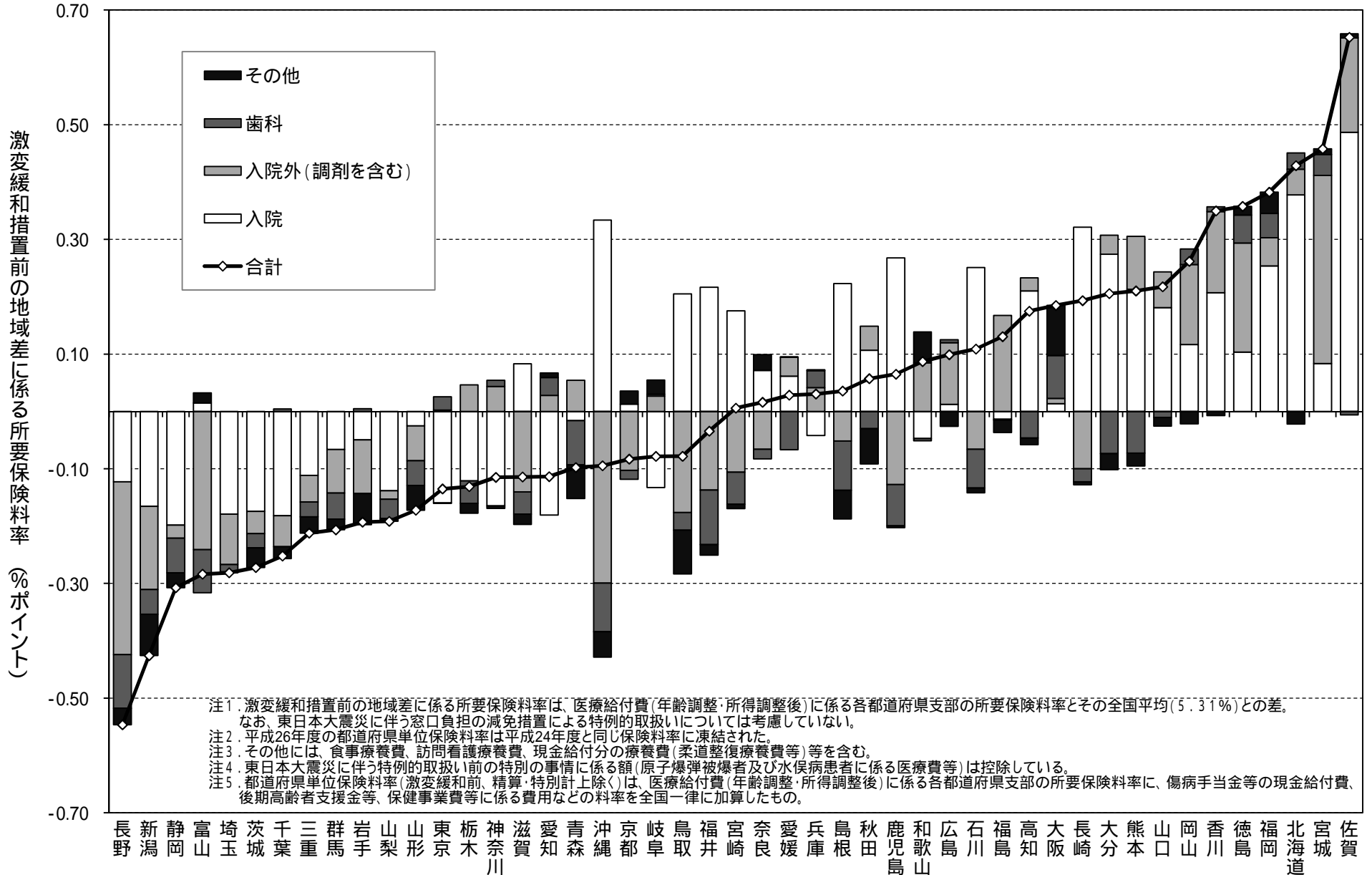


沖長茨新 縄野城 新潟 静岡 三重 富山 愛知 群馬 滋賀 千葉 栃木 東京 青森 岩手 愛媛 宮崎 鳥取 京都 山梨 山形 鹿嶋 岐阜 福井 神奈川 福島 和歌山 兵庫 石川 奈良 広島 熊本 島根 長崎 高知 大阪 岡山 宮城 大分 福岡 秋田 香川 山口 徳島 北海道 佐賀

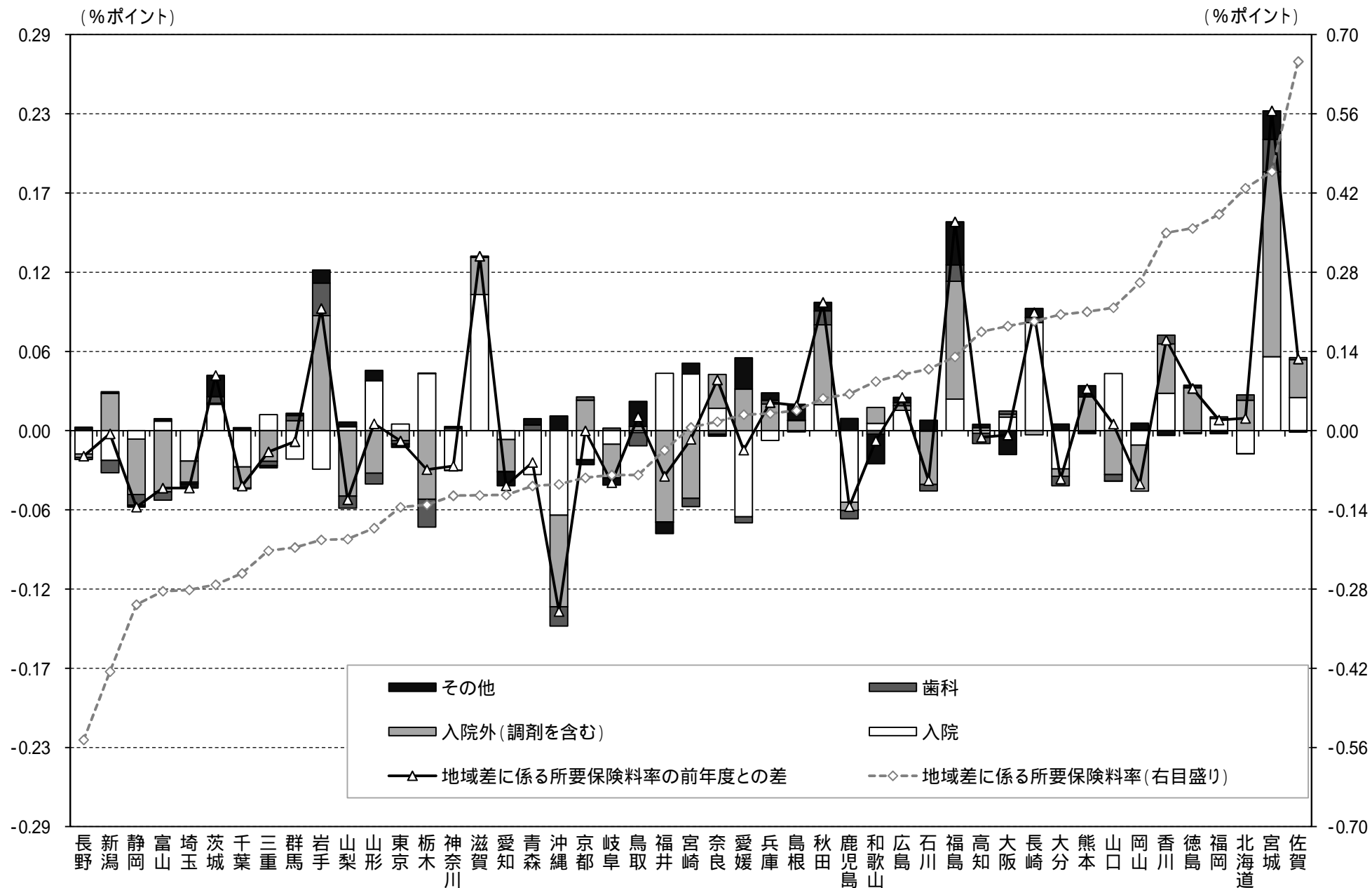
都道府県支部別 加入者1人当たり医療費(全国平均との差)の前年度差 (平成24年度)



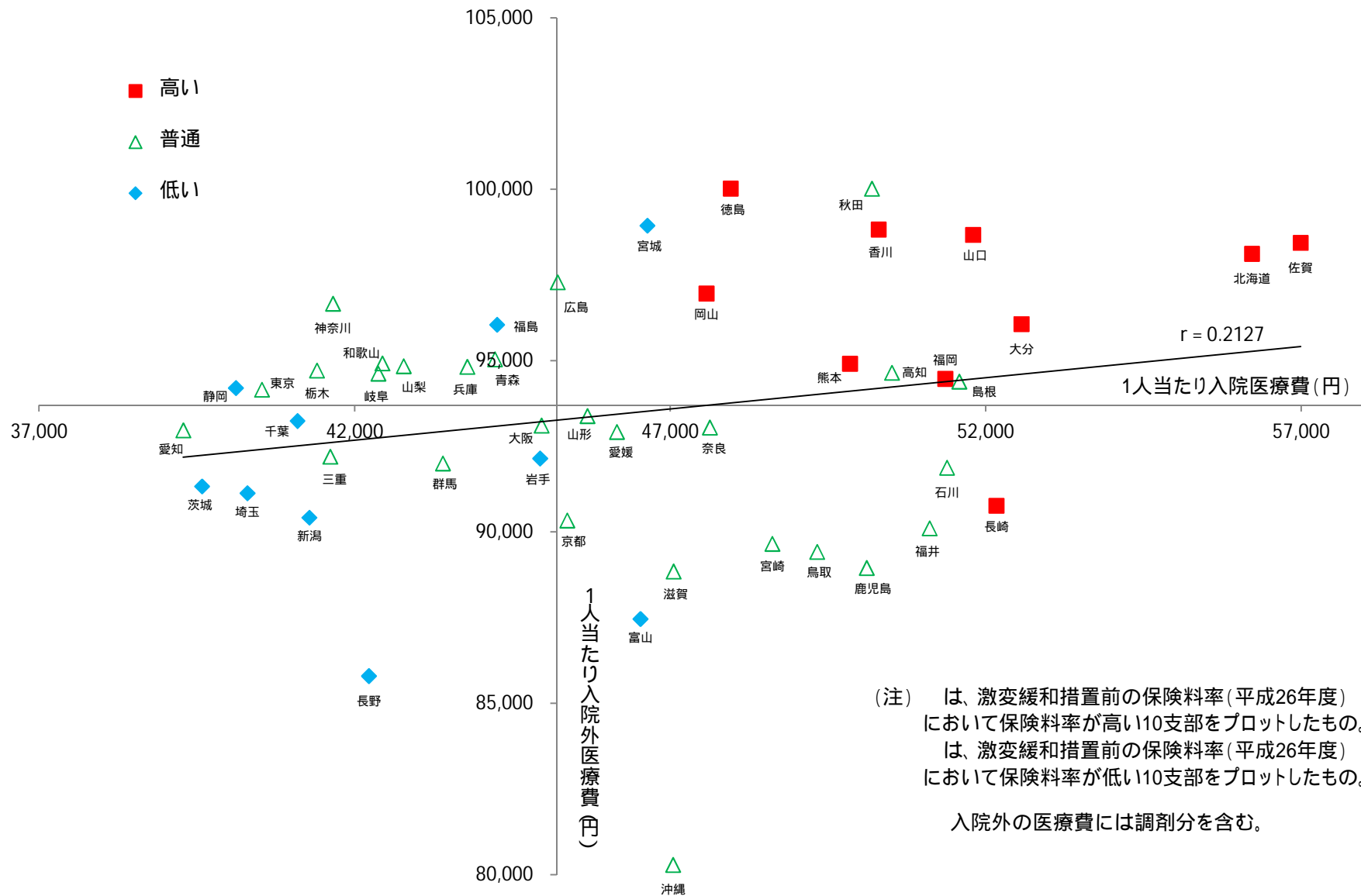
激変緩和措置前、東日本大震災に伴う特例的取扱い前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の内訳(平成26年度)
 平成24年度の医療給付費の実績をもとに見込んでいる



激変緩和措置前・東日本大震災に伴う特例的取扱い前の医療給付費の地域差に係る所要保険料率の前年度差の内訳(平成26年度)

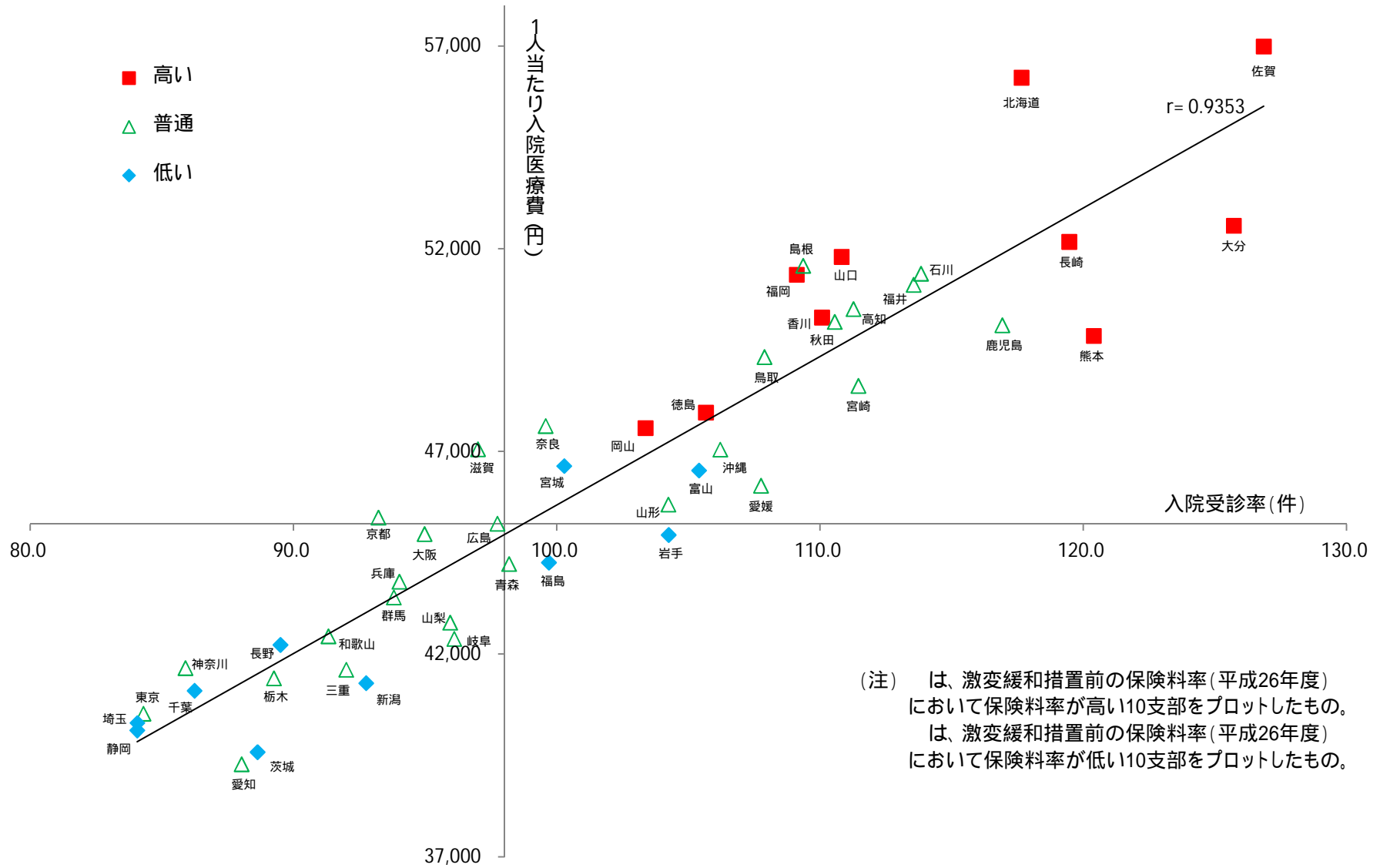


加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院外医療費(平成24年度)

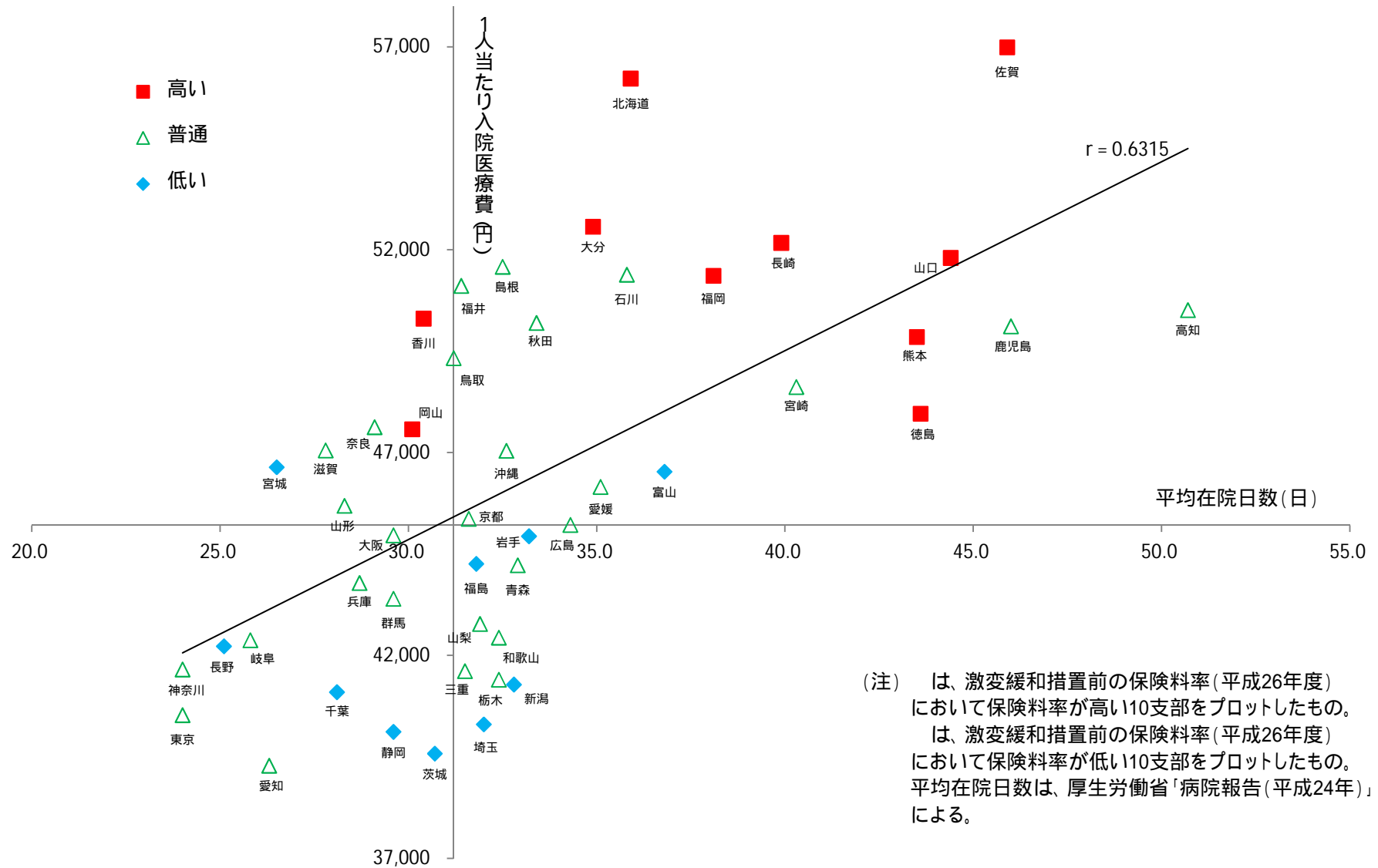


(注) は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が高い10支部をプロットしたもの。
 は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が低い10支部をプロットしたもの。
 入院外の医療費には調剤分を含む。

加入者1人当たり入院医療費と加入者1人当たり入院受診率(平成24年度)

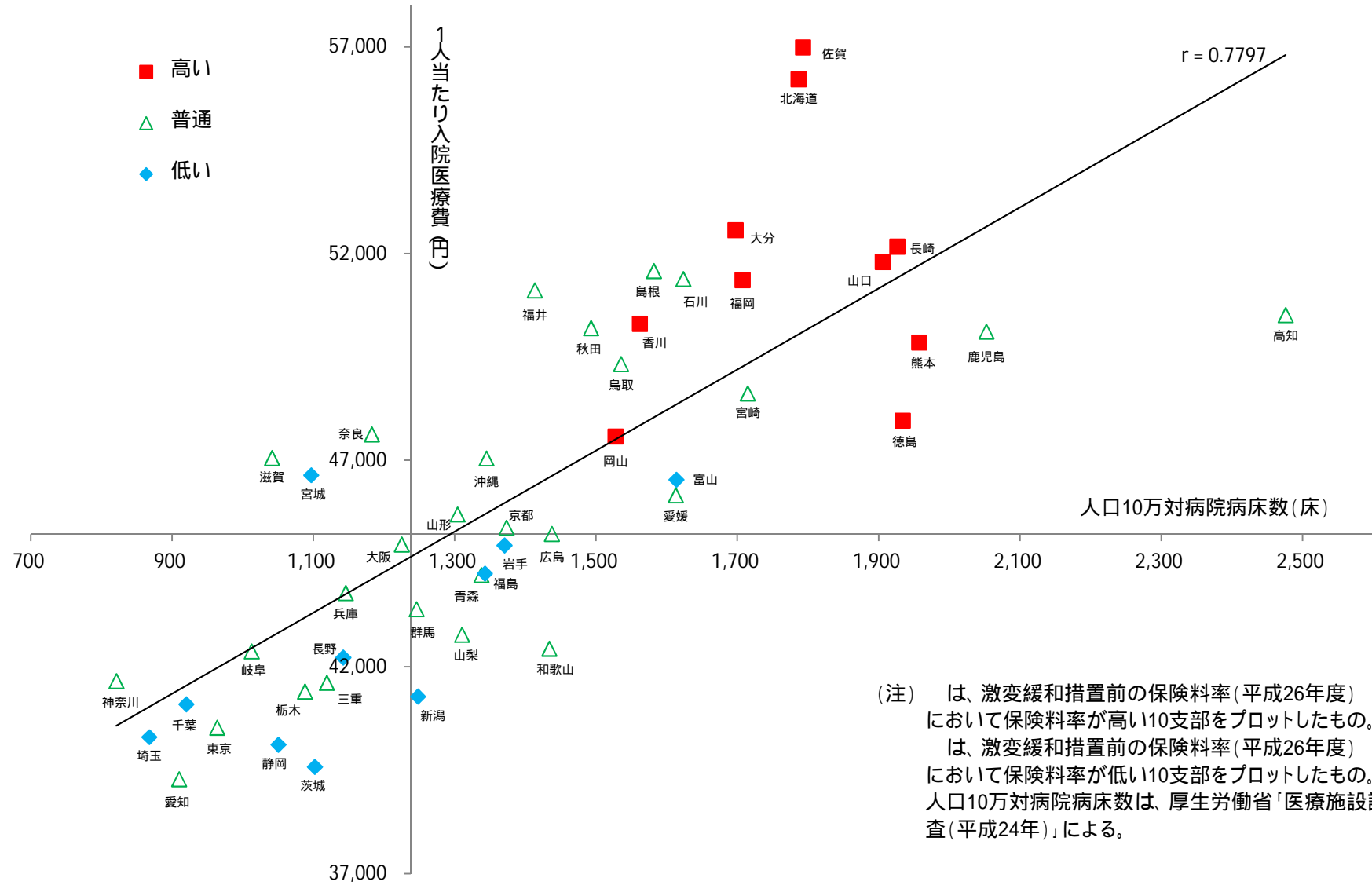


加入者1人当たり入院医療費と平均在院日数(平成24年度)



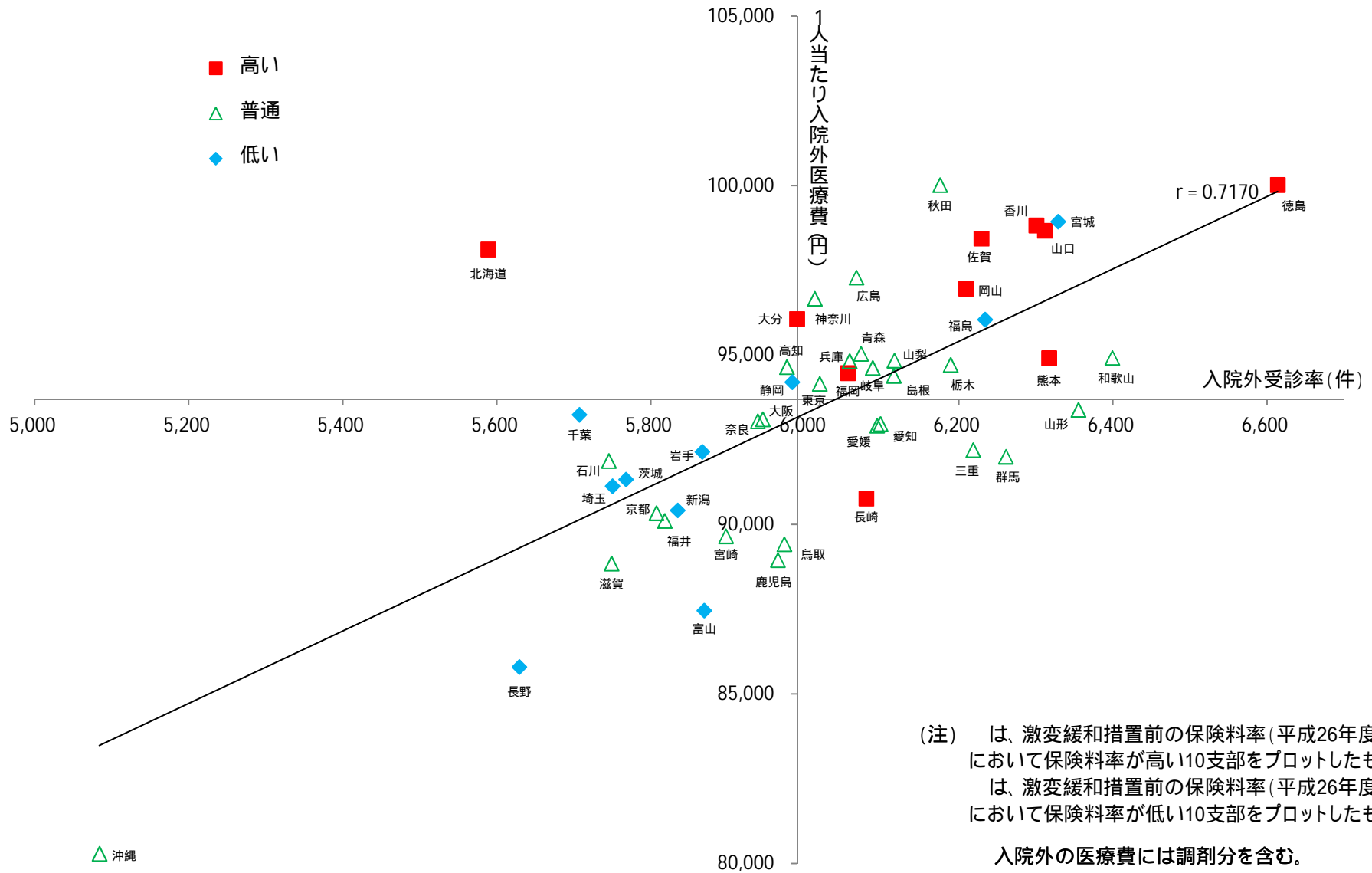
(注) は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が高い10支部をプロットしたもの。
は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が低い10支部をプロットしたもの。
平均在院日数は、厚生労働省「病院報告(平成24年)」による。

加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数(平成24年度)

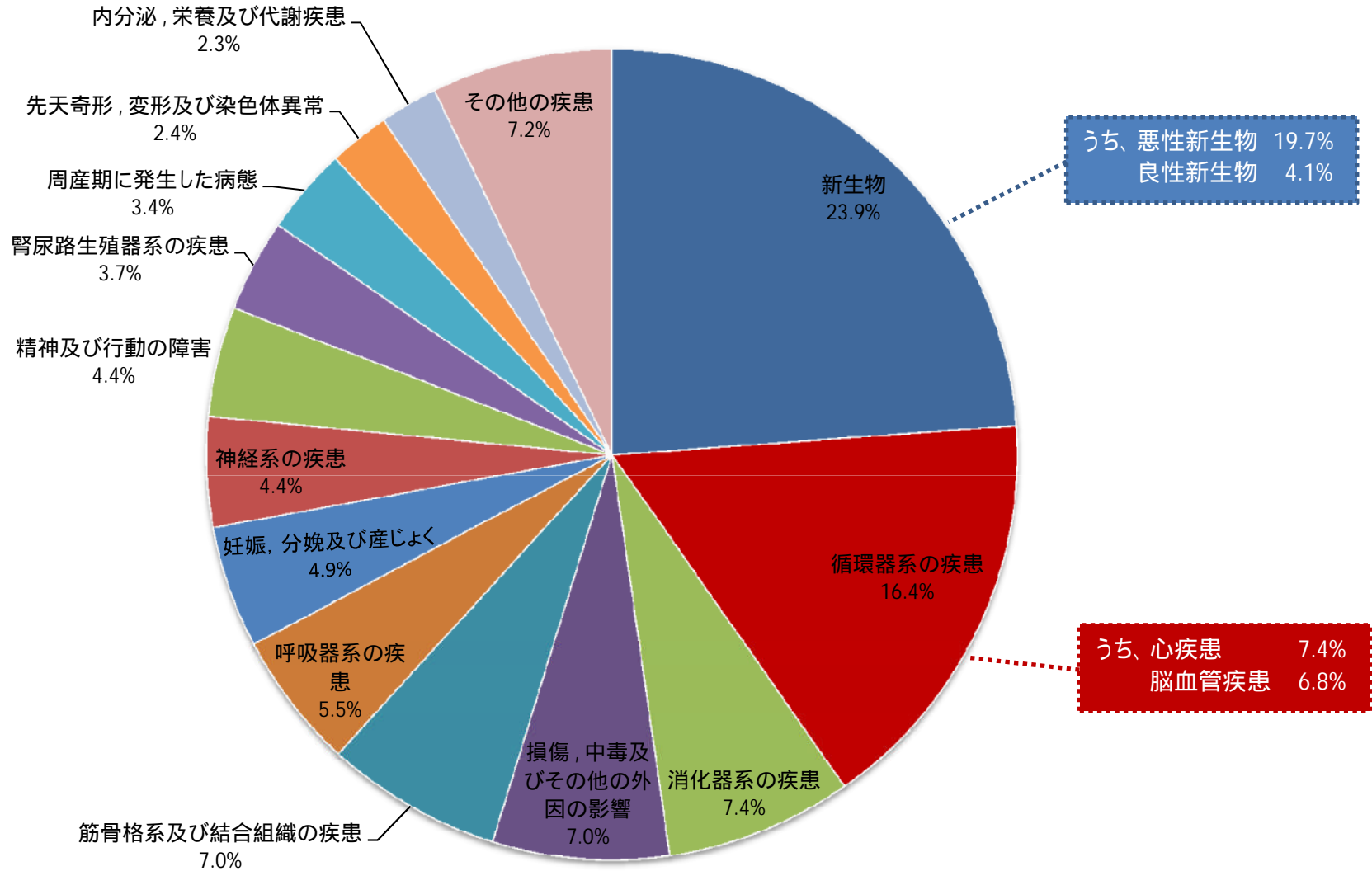


(注) △ は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が高い10支部をプロットしたもの。
 ◆ は、激変緩和措置前の保険料率(平成26年度)において保険料率が低い10支部をプロットしたもの。
 人口10万対病院病床数は、厚生労働省「医療施設調査(平成24年)」による。

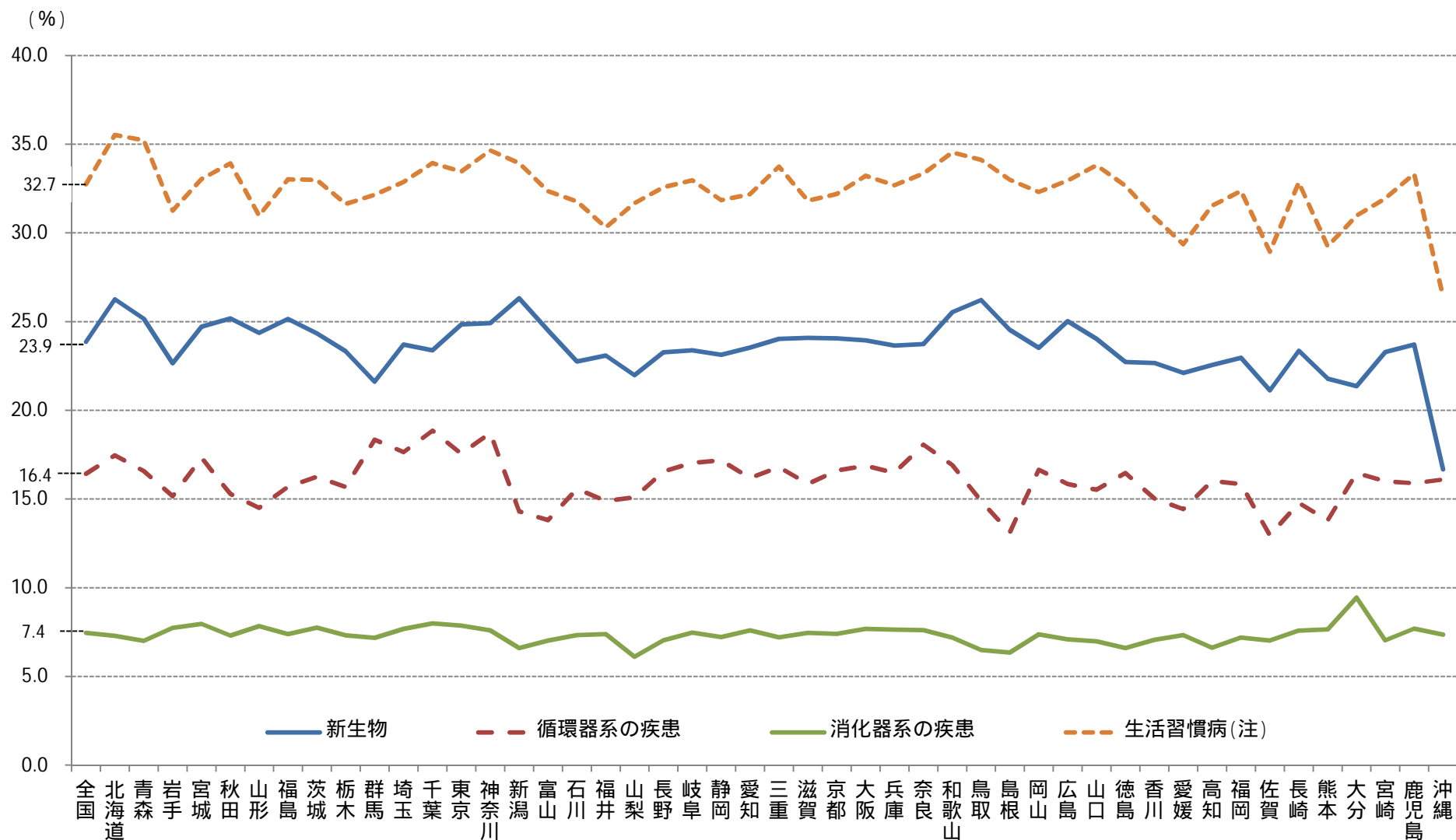
加入者1人当たり入院外医療費と入院外受診率(平成24年度)



入院医療費の内訳(平成24年4月～平成25年3月)



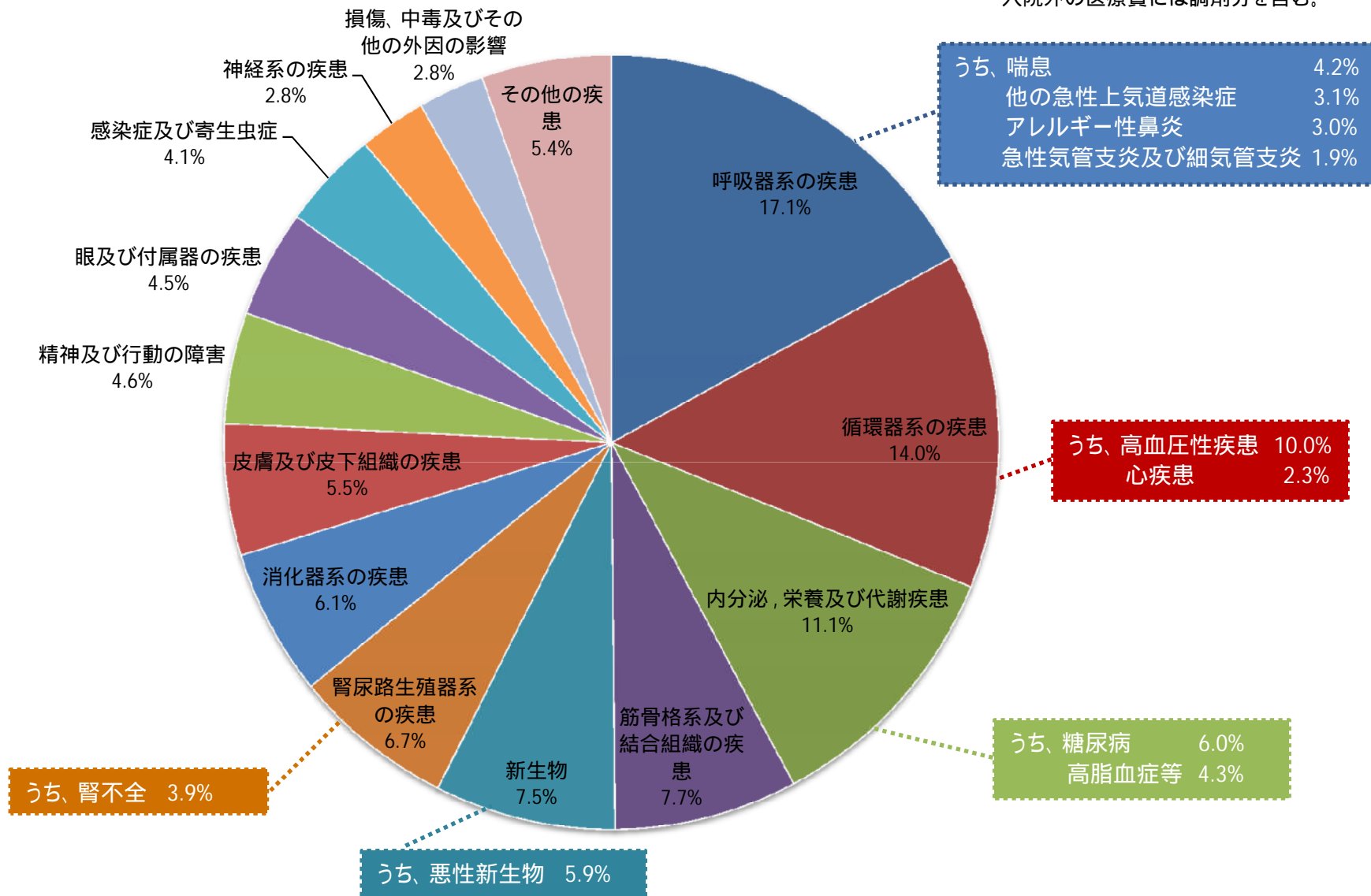
都道府県支部別 入院医療費の主な内訳(平成24年4月～平成25年3月)



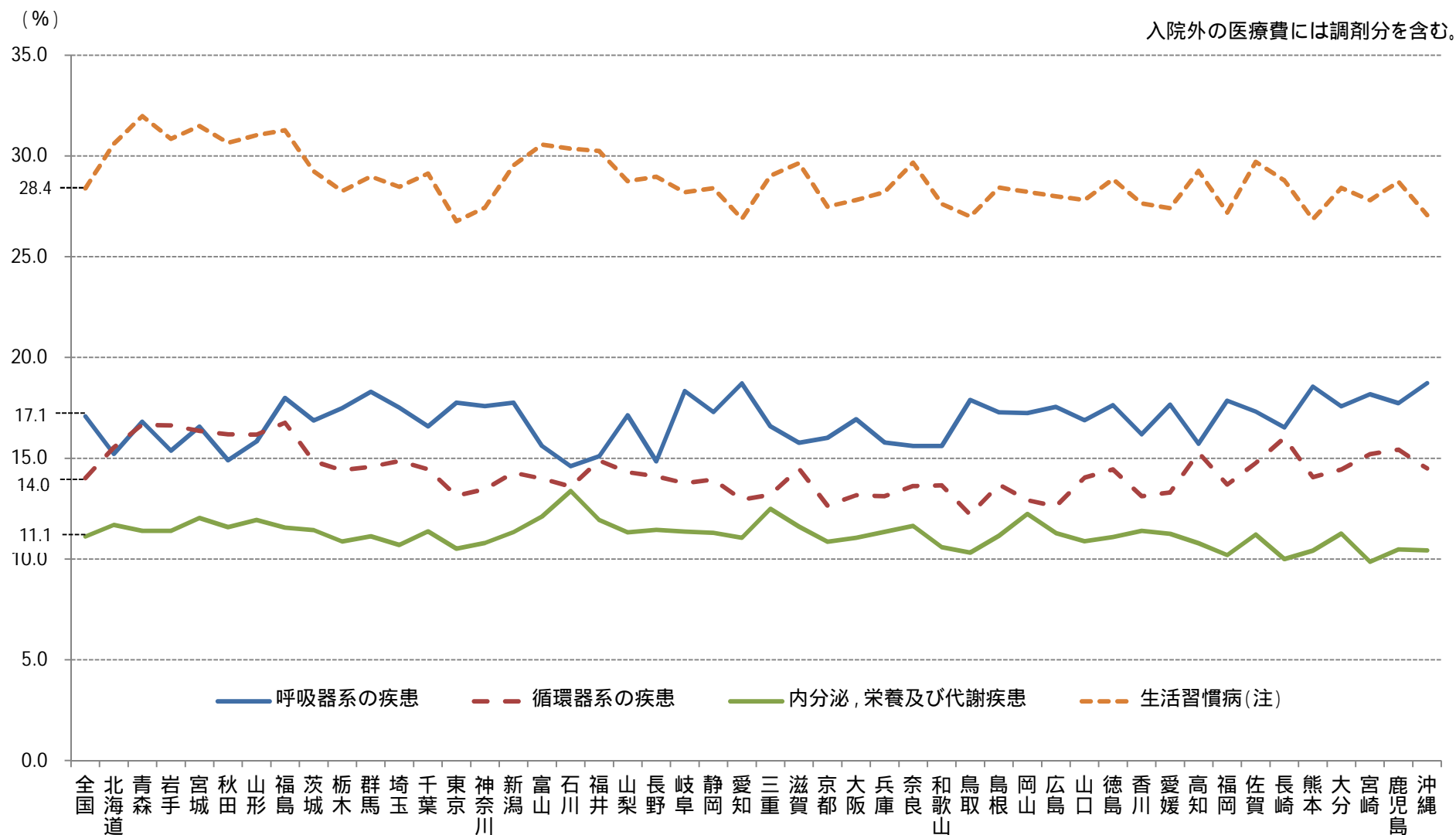
注. 生活習慣病は、新生物(良性新生物及びその他の新生物を除く)、内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。

入院外医療費の内訳(平成24年4月～平成25年3月)

入院外の医療費には調剤分を含む。

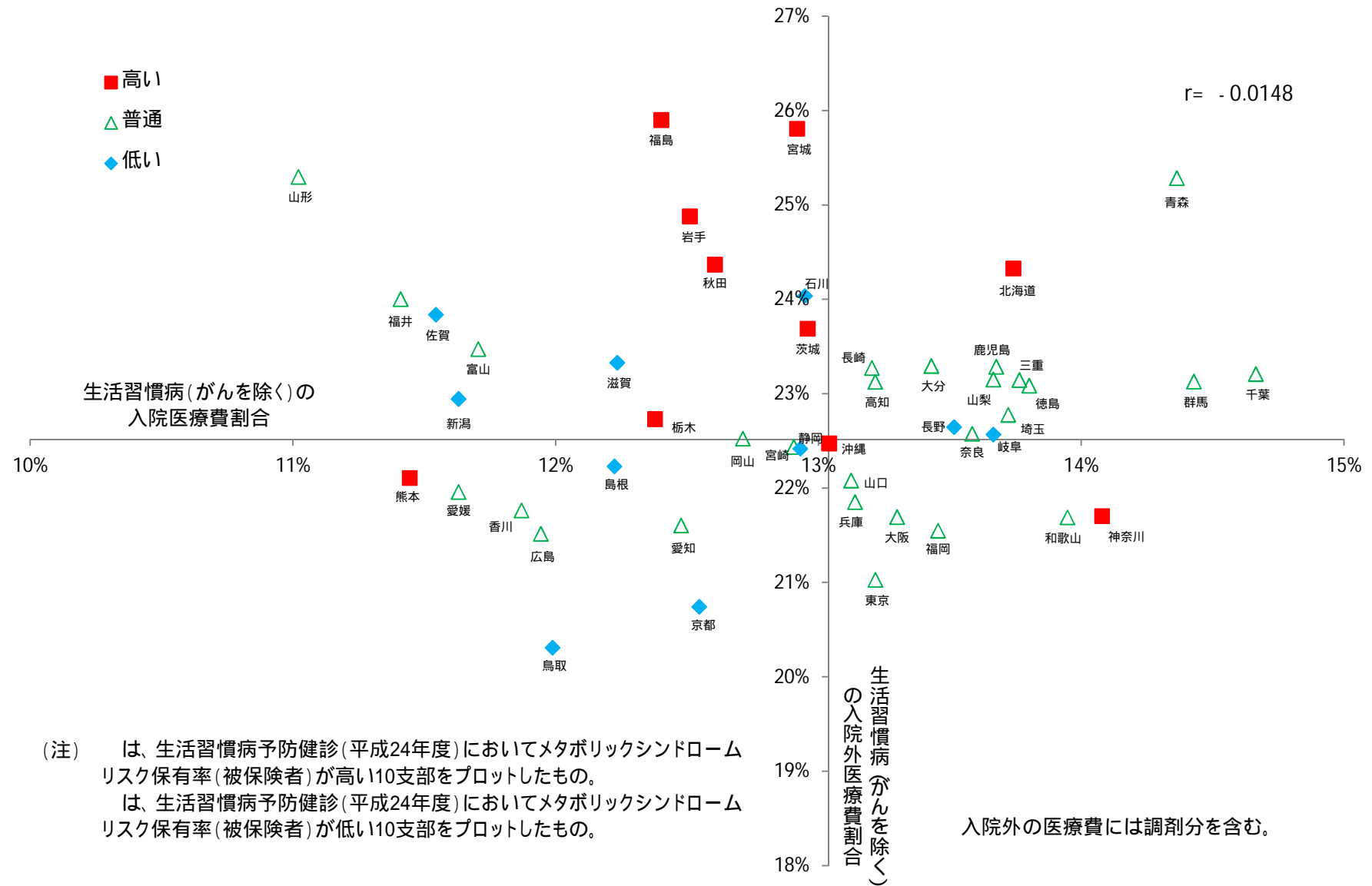


都道府県支部別 入院外医療費の主な内訳(平成24年4月～平成25年3月)



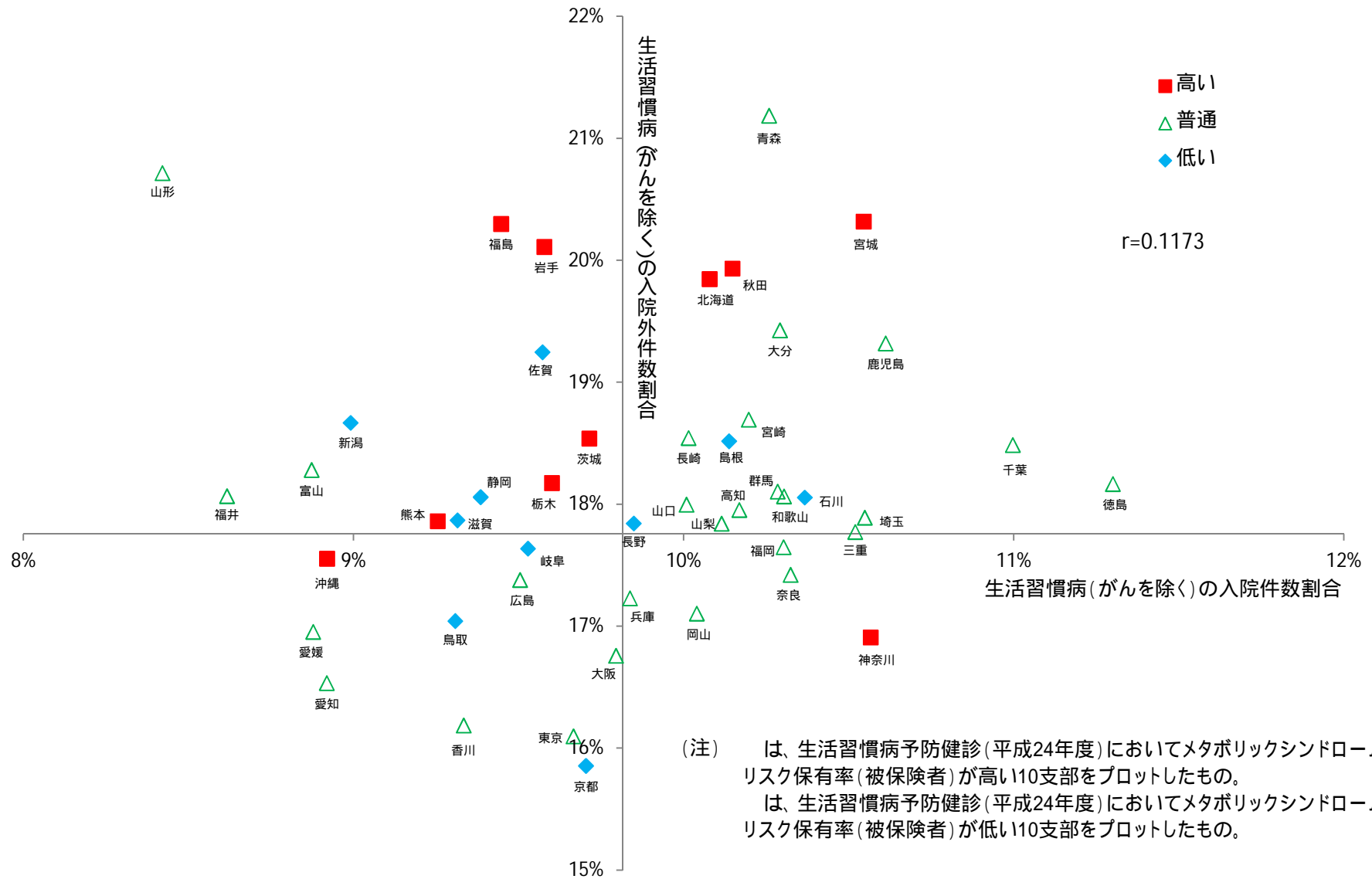
注. 生活習慣病は、新生物(良性新生物及びその他の新生物を除く)、内分泌, 栄養及び代謝疾患(糖尿病、その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。

生活習慣病(がんを除く)の入院医療費割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外医療費割合(平成24年度)



(注) は、生活習慣病予防健診(平成24年度)においてメタボリックシンドロームリスク保有率(被保険者)が高い10支部をプロットしたもの。
 は、生活習慣病予防健診(平成24年度)においてメタボリックシンドロームリスク保有率(被保険者)が低い10支部をプロットしたもの。

生活習慣病(がんを除く)の入院件数割合と生活習慣病(がんを除く)の入院外件数割合(平成24年度)



[参考]

医療費データについて

- ・ 傷病合計の医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績（平成24年4月～平成25年3月）である。
- ・ 傷病別の医療費は、平成24年4月～平成25年3月分のレセプト（入院については電子レセプトのみ、入院外については電子レセプト及び電算機で作成されたレセプト（続紙付レセプトを除く））の集計値であり、入院外レセプトと調剤レセプトを接続させている。
- ・ 都道府県別の医療費は、加入者の事業所所在地の都道府県毎に集計したものである。
- ・ 生活習慣病は、新生物（良性新生物及びその他の新生物を除く）、内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患）、循環器系疾患（高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患）に該当するものを分類している。なお、生活習慣病（がんを除く）は、生活習慣病から新生物（良性新生物及びその他の新生物を除く）を除いたものである。

健診データについて

- ・ 集計対象データは、平成24年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成24年度中に受診した生活習慣病予防健診（一般健診、付加健診）データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの（35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定）としている。
- ・ メタボリックシンドロームリスク保有率は、 $\text{かつ} \sim$ のうち2項目以上に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）
 - 内臓脂肪面積が 100cm^2 以上の者（ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者）
 - 収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者
 - 中性脂肪 150mg/dl 以上、またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者
 - 空腹時血糖 110mg/dl 以上（ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、 $\text{HbA1c}5.5\%$ 以上）、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者

協会けんぽの都道府県別医療費等のマップ（平成24年度）

1．医療費の状況

1人当たり医療費（合計、入院、外来、歯科、その他）

入院（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）

外来（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）

歯科（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）

2．高血圧・高脂血症・糖尿病の医療費（外来）の状況

1件当たり医療費

1件当たり日数・1日当たり医療費

3．健診結果の状況

メタボリックリスク保有率

メタボリックリスク予備群の割合

腹囲リスク保有率

血圧リスク保有率

脂質リスク保有率

代謝リスク保有率

喫煙者の割合（参考）

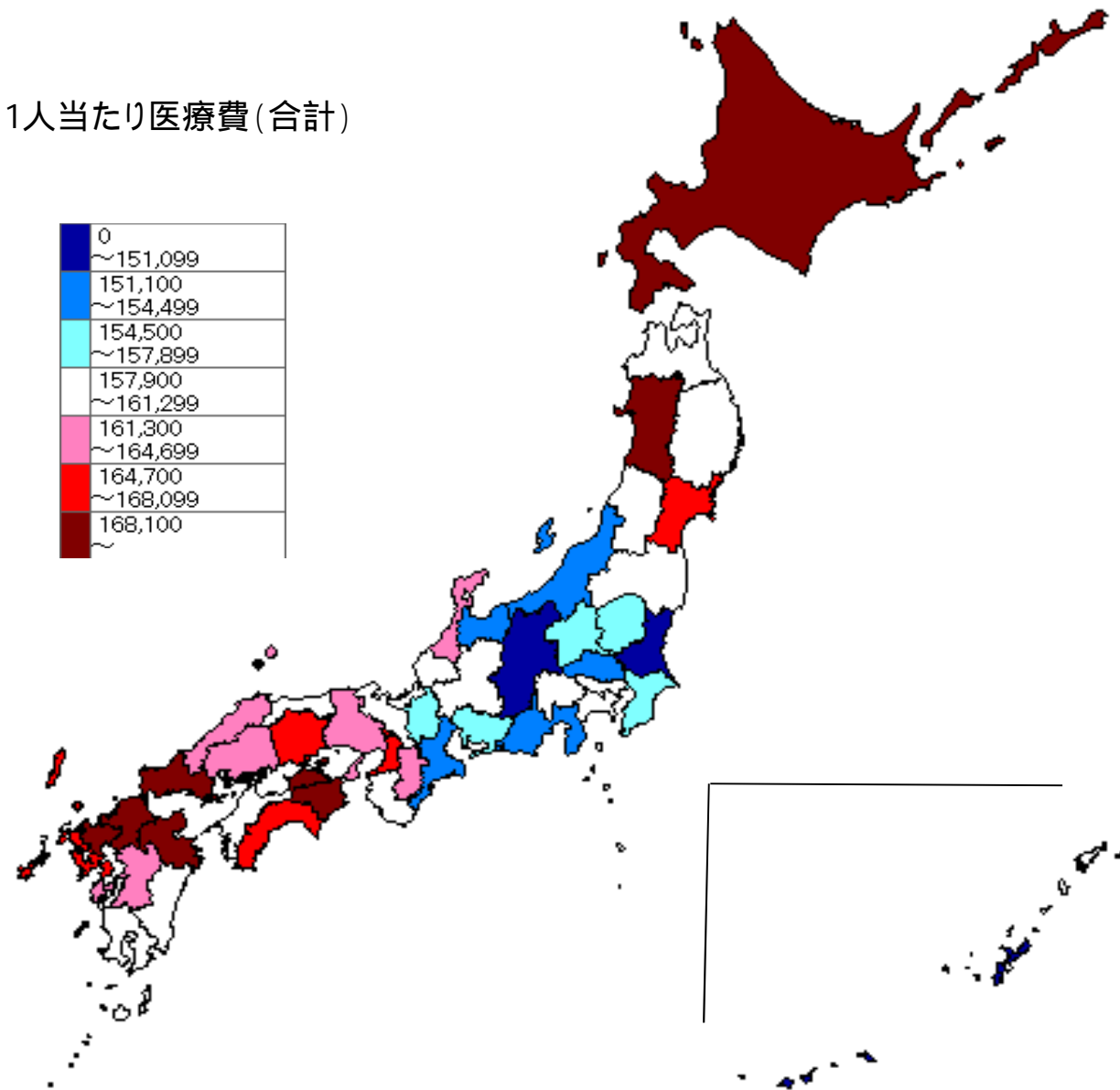
BMIリスク保有率（参考）

中性脂肪リスク保有率（参考）

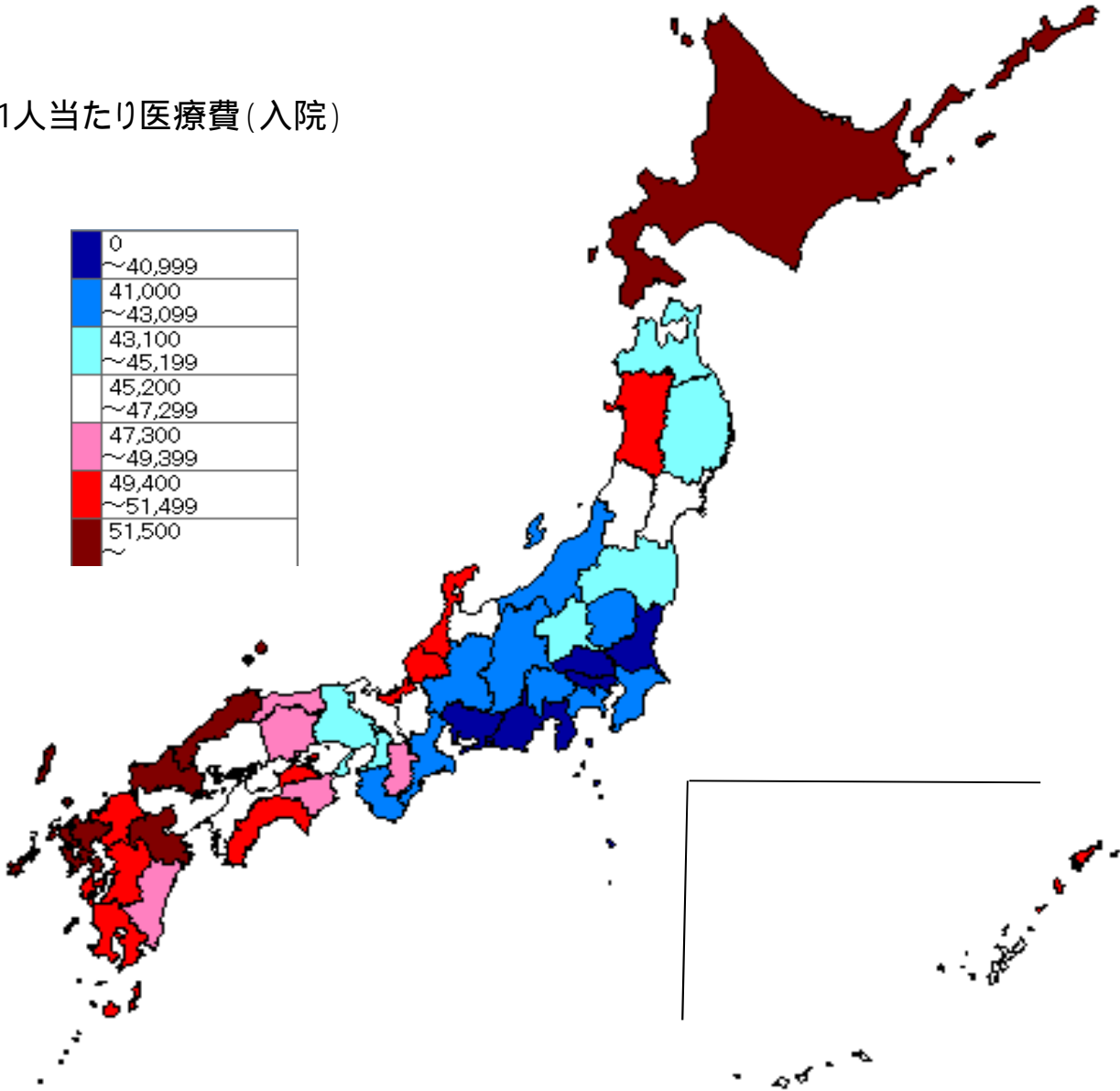
HDLコレステロールリスク保有率（参考）

1. 協会けんぽの医療費の状況

1人当たり医療費(合計)

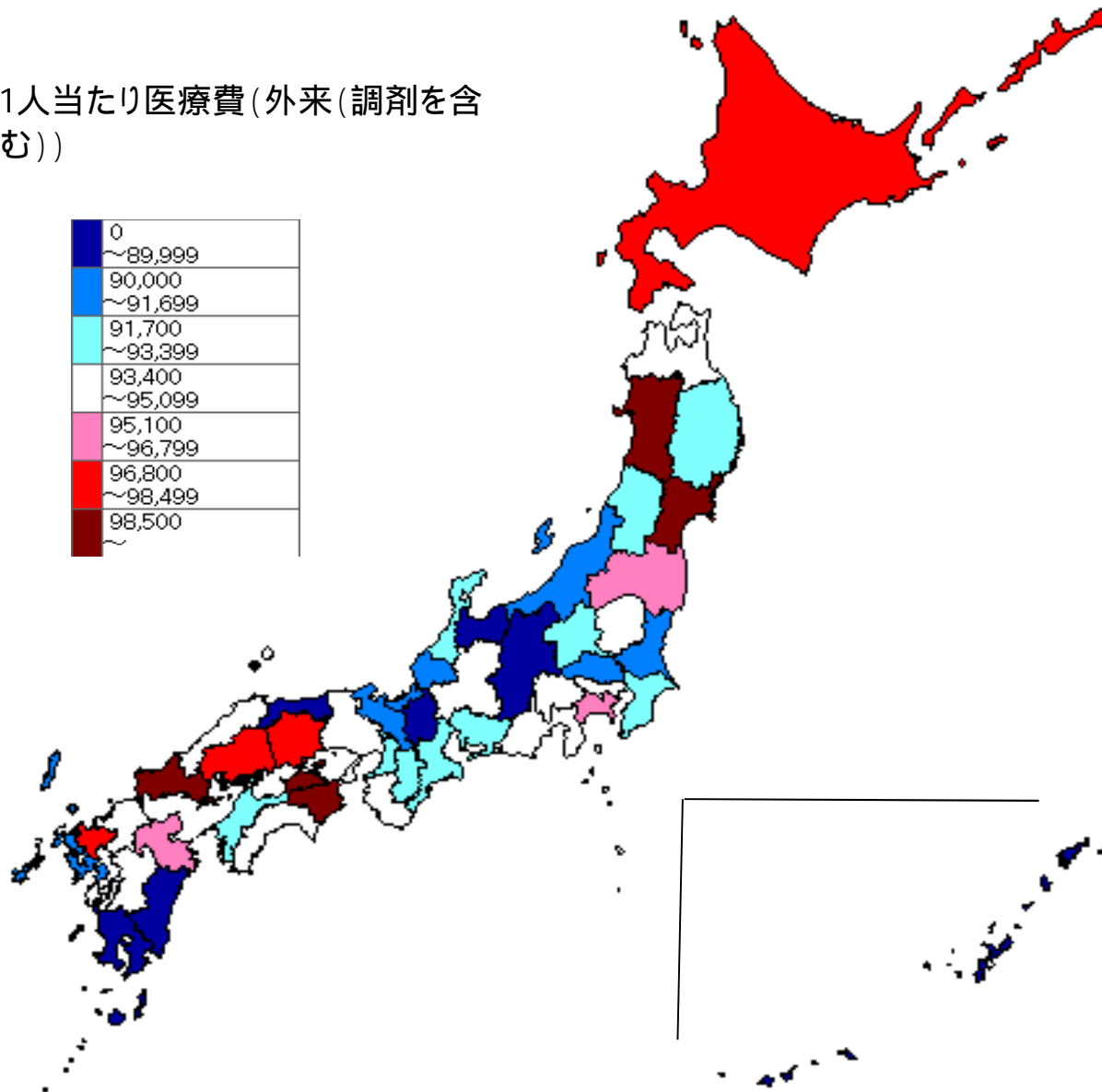


1人当たり医療費(入院)

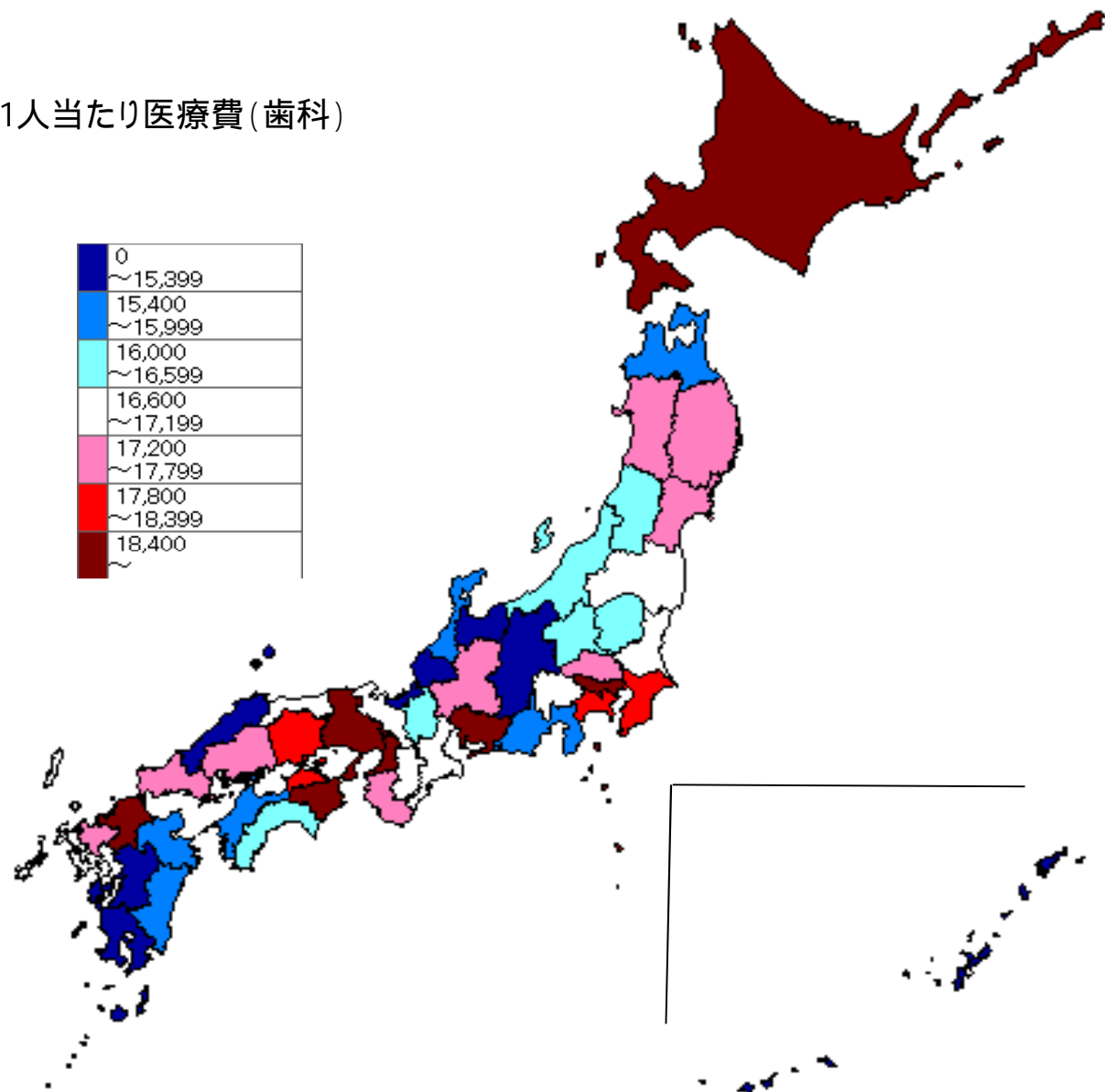


1人当たり医療費(外来(調剤を含む))

0
~89,999
90,000
~91,699
91,700
~93,399
93,400
~95,099
95,100
~96,799
96,800
~98,499
98,500
~

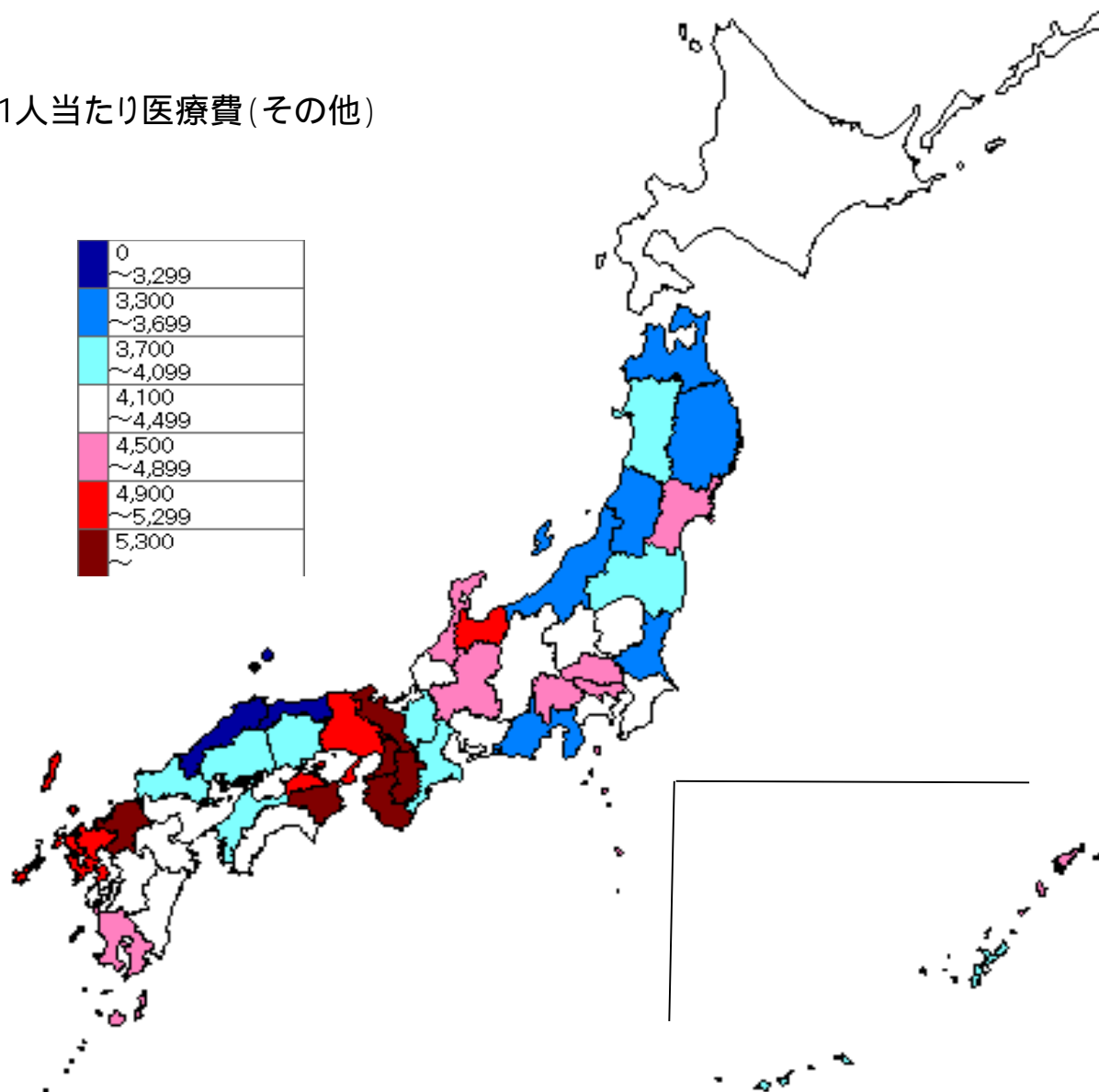


1人あたり医療費(歯科)

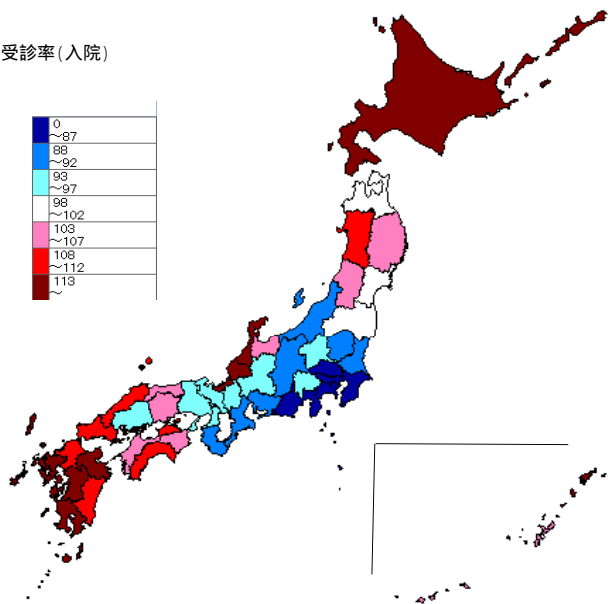
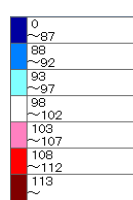


1人あたり医療費(その他)

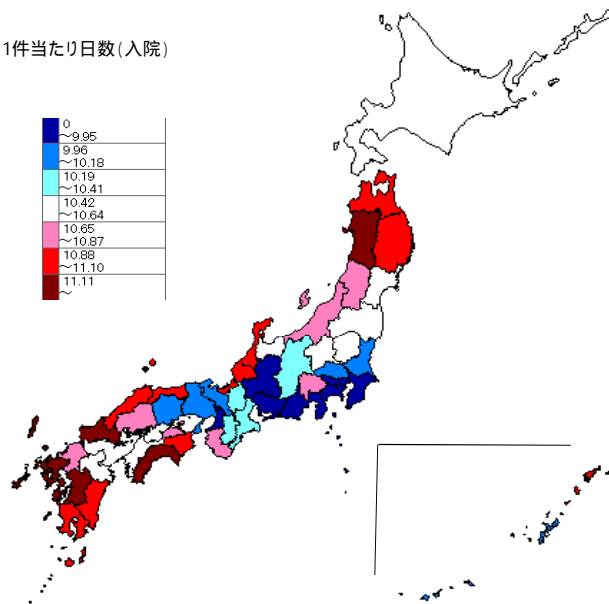
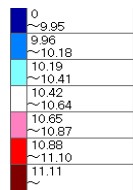
0
~3,299
3,300 ~3,699
3,700 ~4,099
4,100 ~4,499
4,500 ~4,899
4,900 ~5,299
5,300 ~



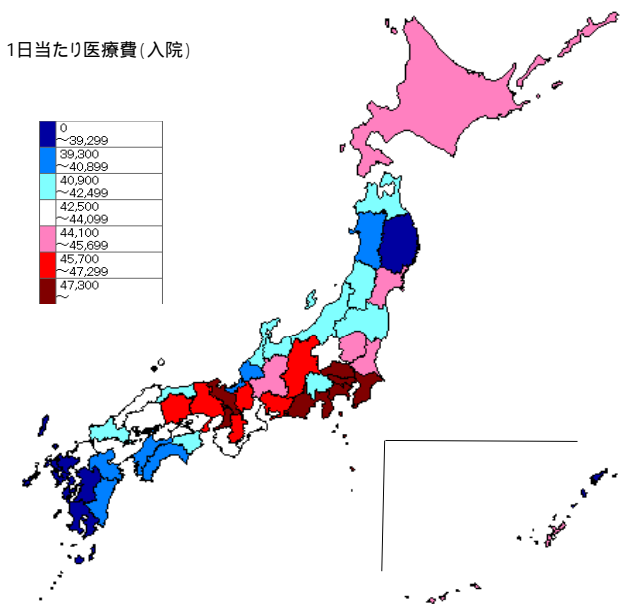
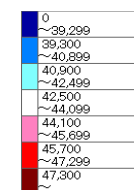
受診率(入院)



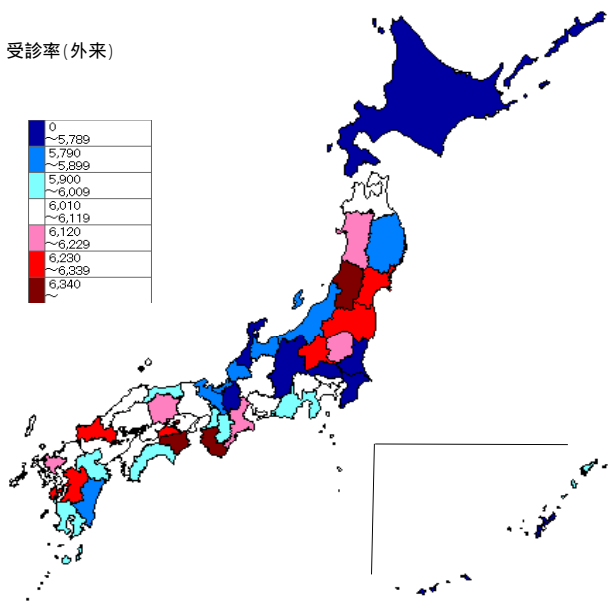
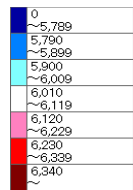
1件当たり日数(入院)



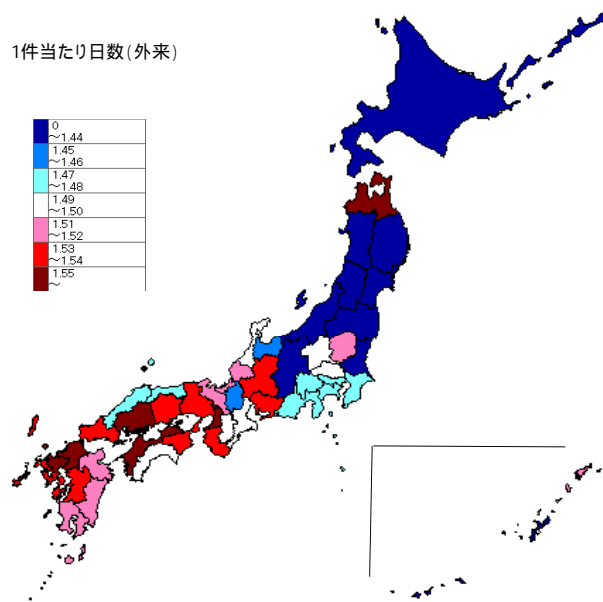
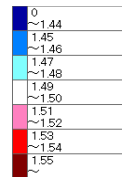
1日当たり医療費(入院)



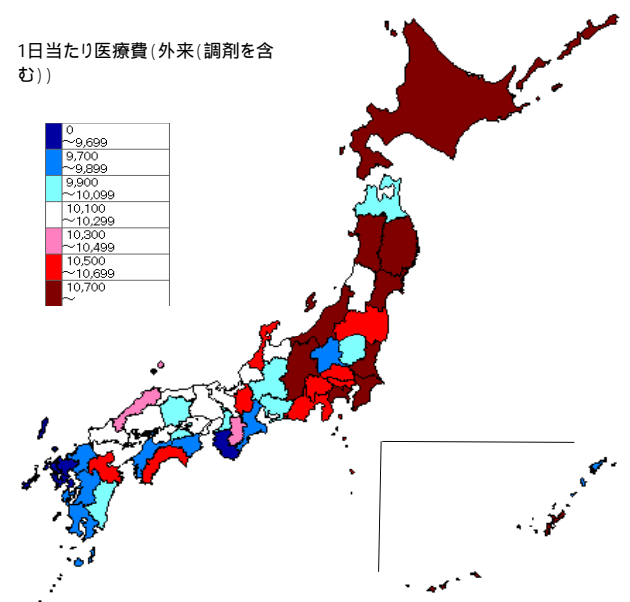
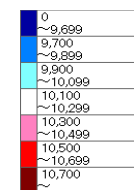
受診率(外来)



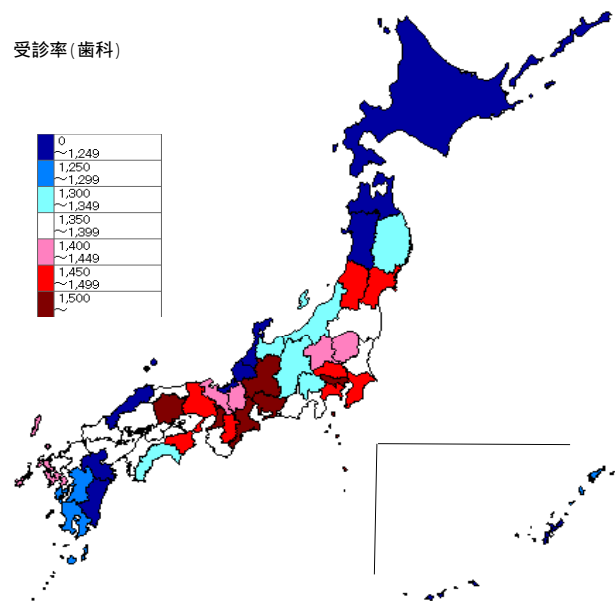
1件当たり日数(外来)



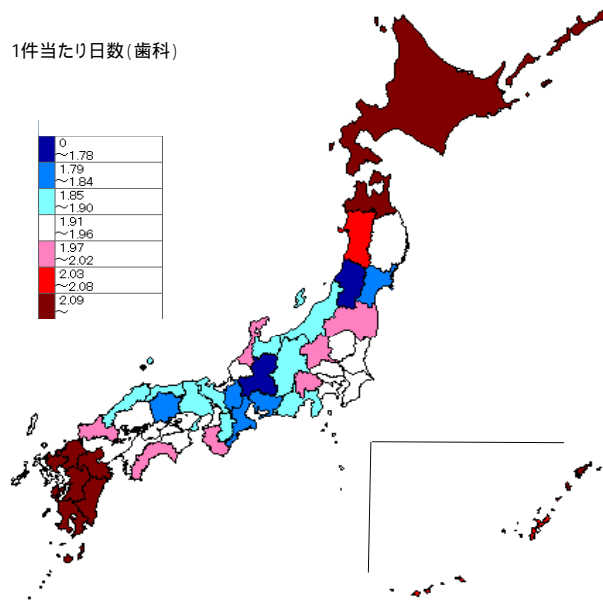
1日当たり医療費(外来(調剤を含む))



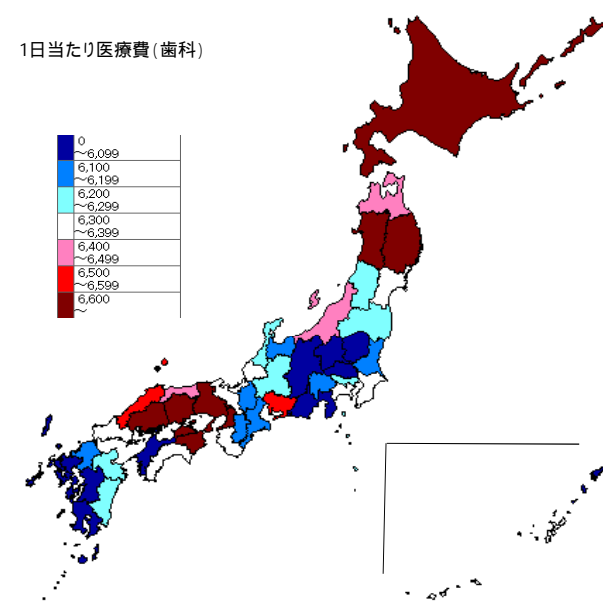
受診率(歯科)



1件当たり日数(歯科)

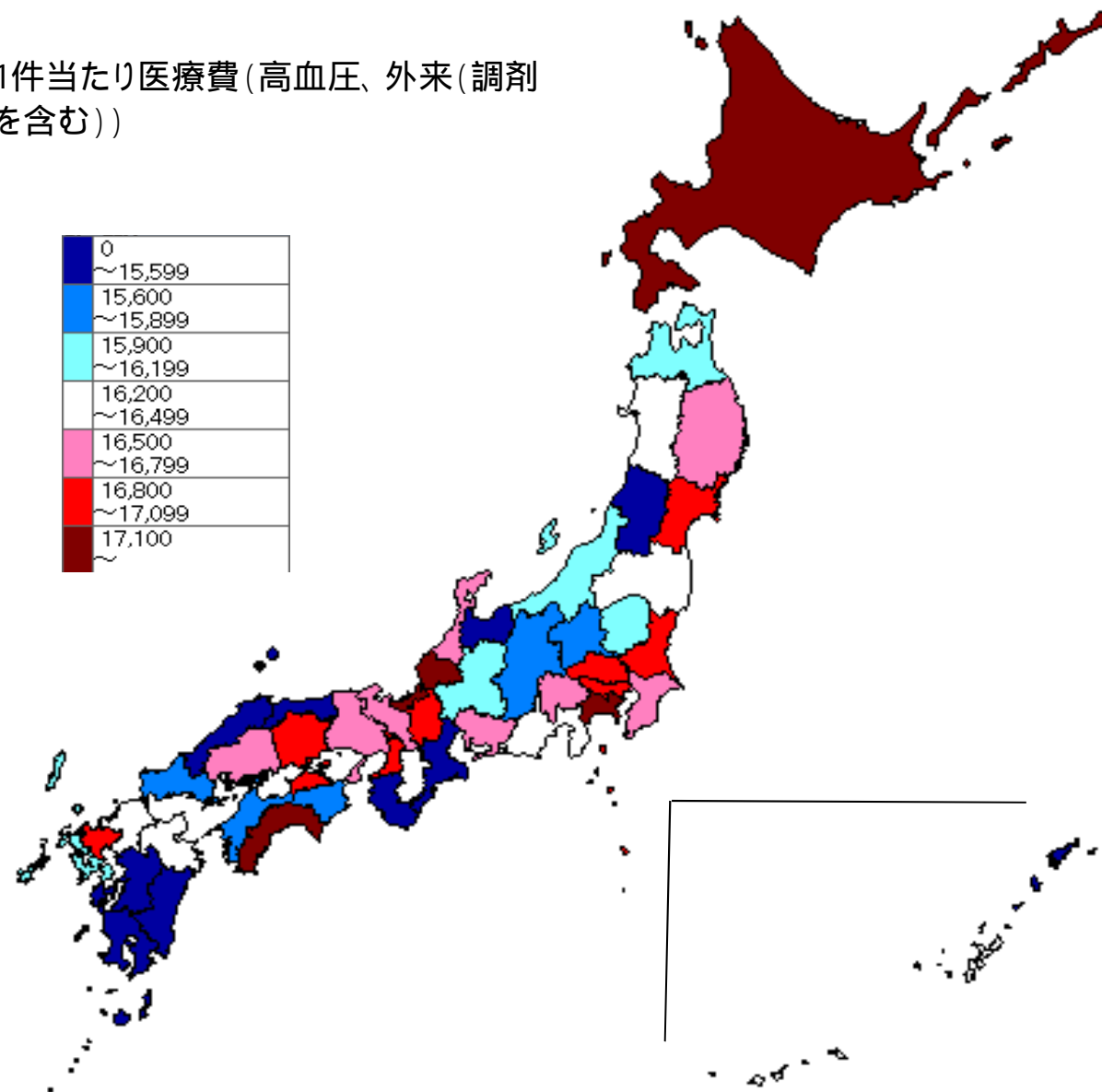


1日当たり医療費(歯科)

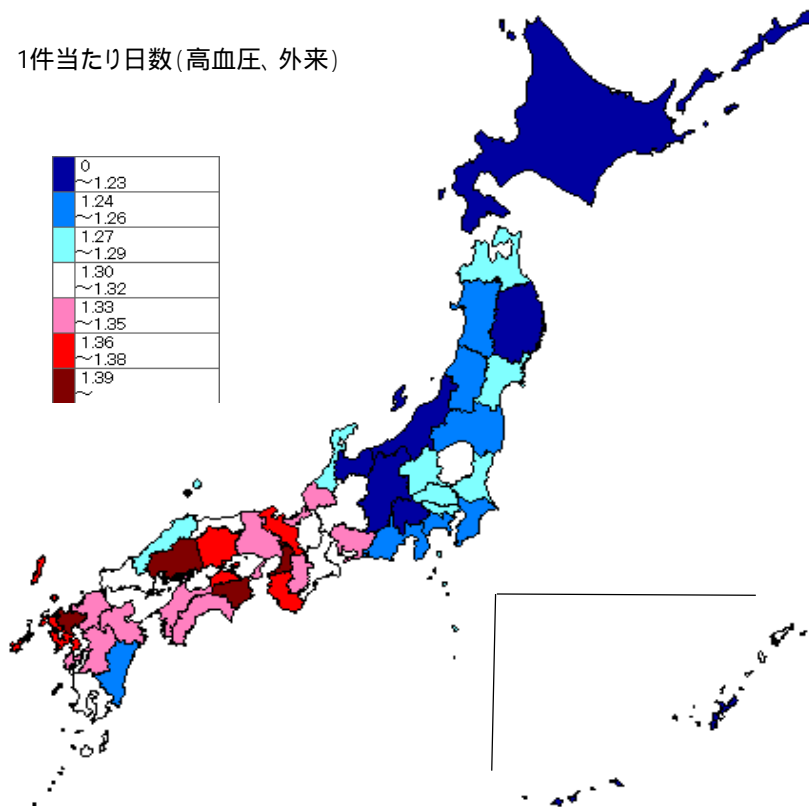


2. 協会けんぽの高血圧・高脂血症・糖尿病の医療費(外来)の状況

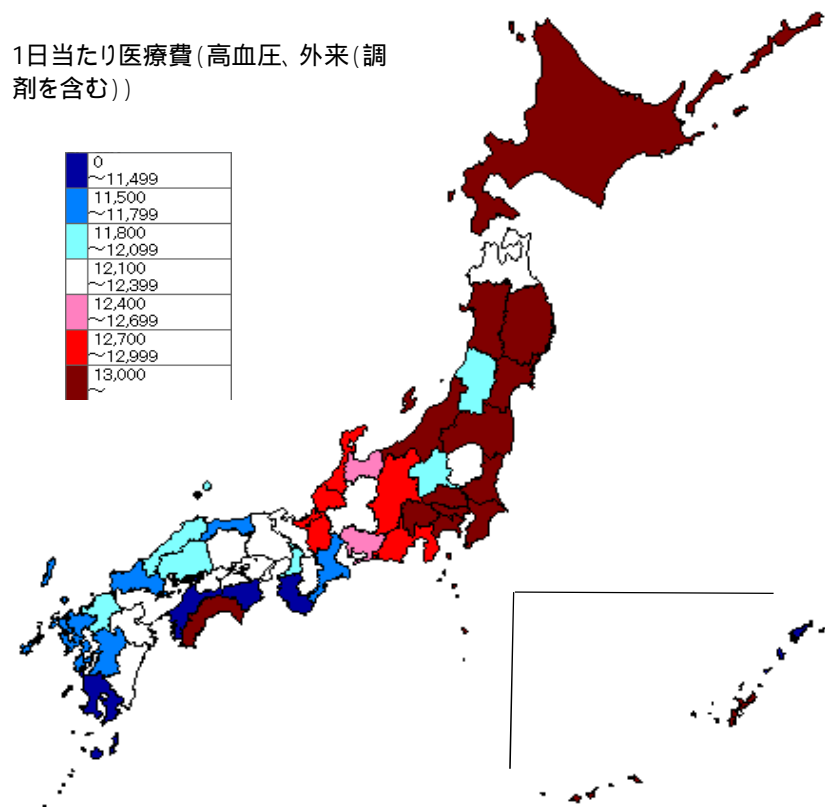
1件当たり医療費(高血圧、外来(調剤を含む))



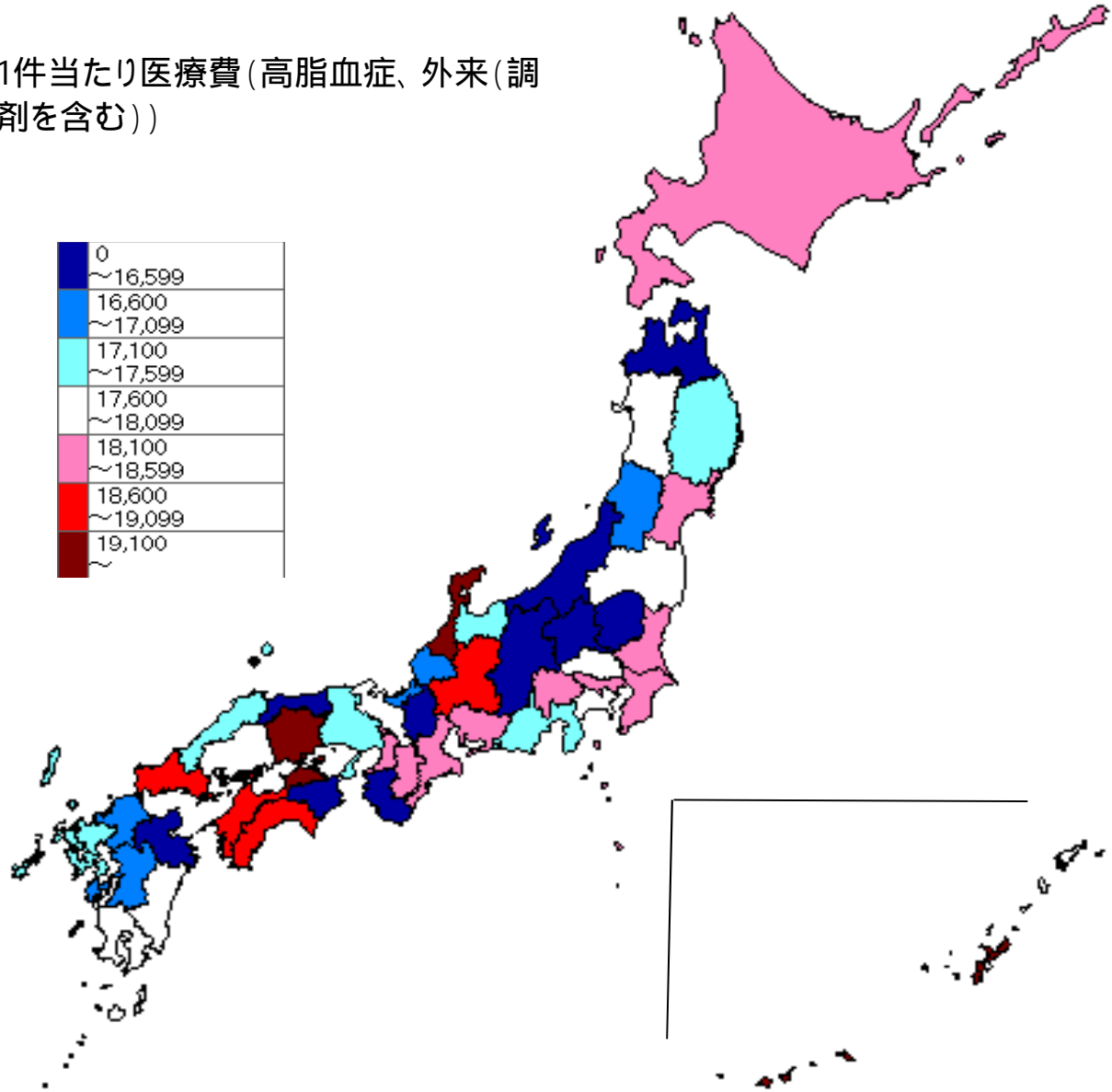
1件当たり日数(高血圧、外来)



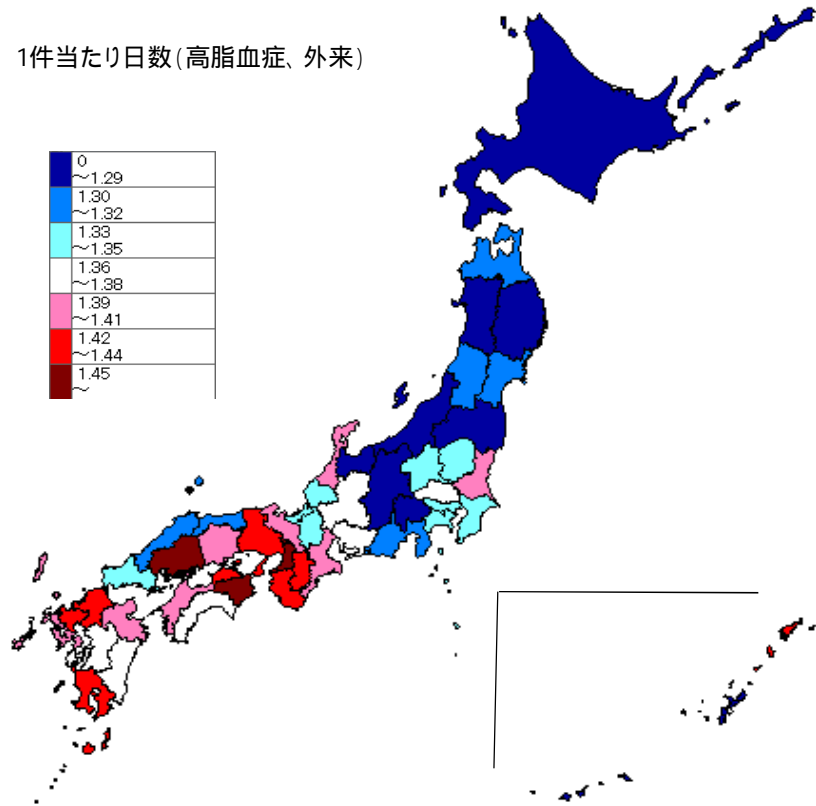
1日当たり医療費(高血圧、外来(調剤を含む))



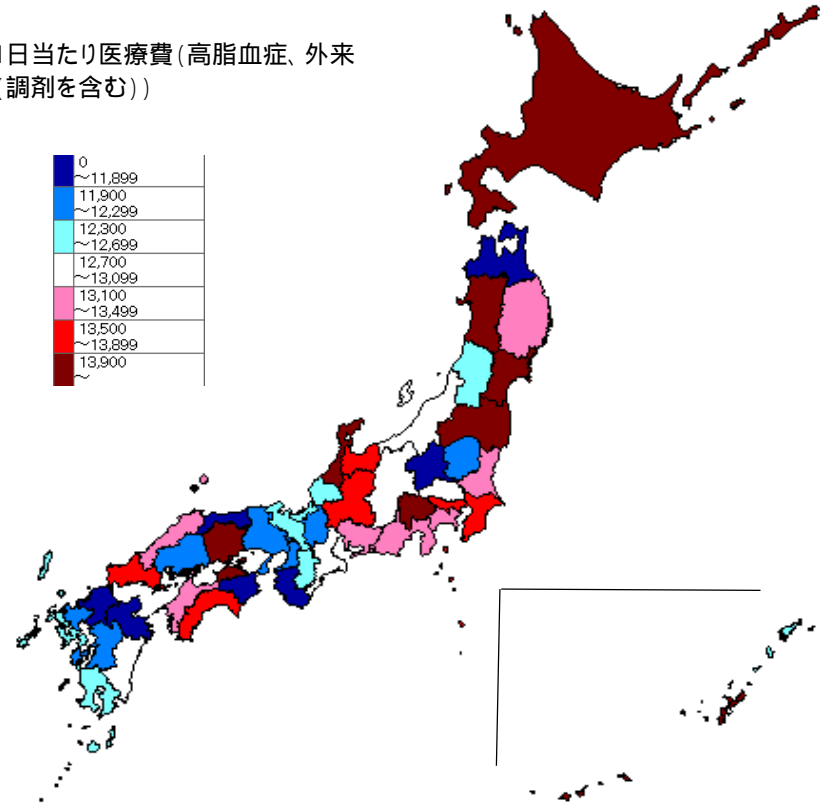
1件当たり医療費(高脂血症、外来(調剤を含む))



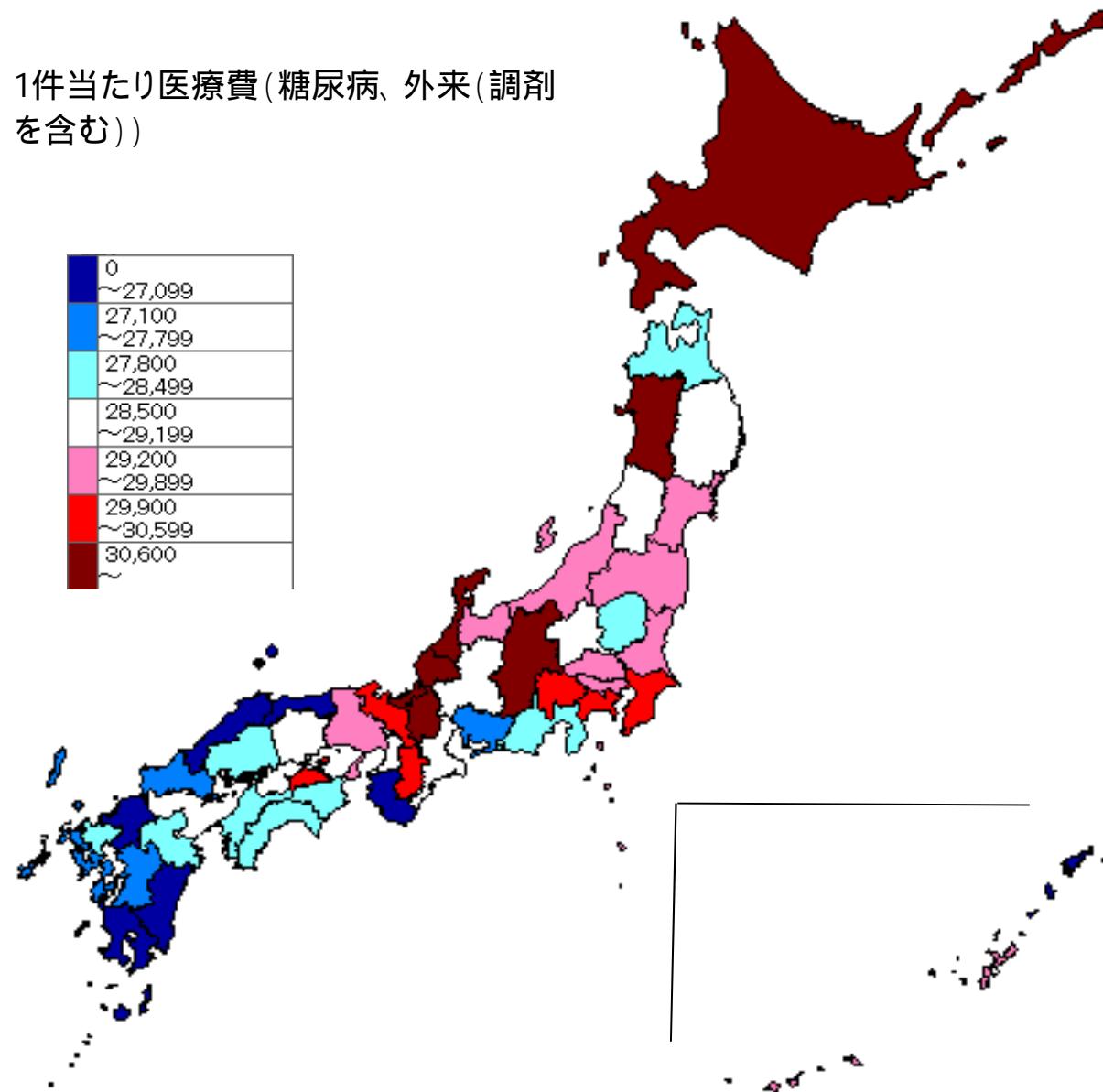
1件当たり日数(高脂血症、外来)



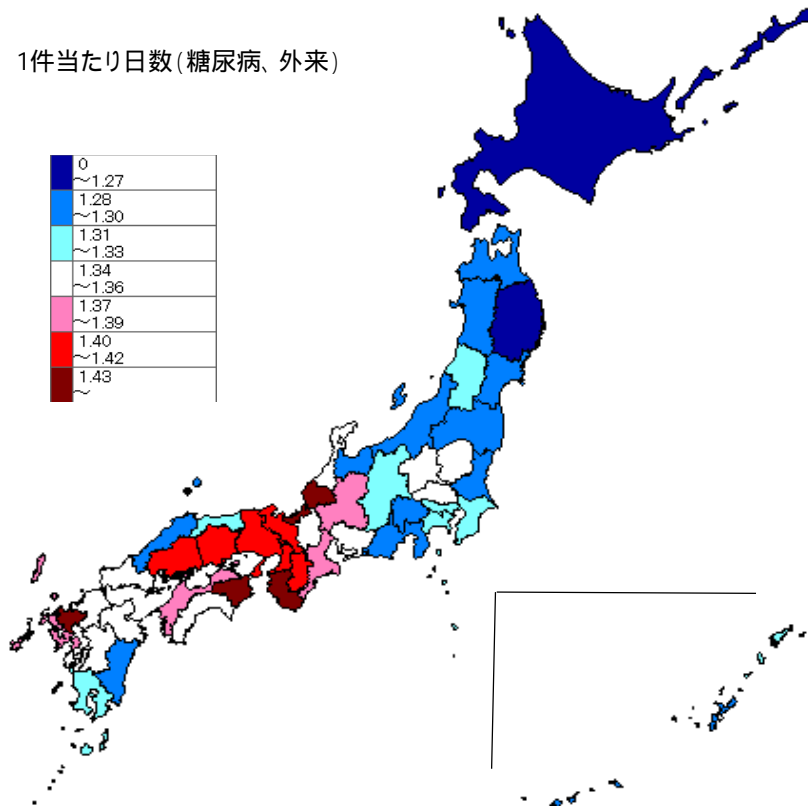
1日当たり医療費(高脂血症、外来
(調剤を含む))



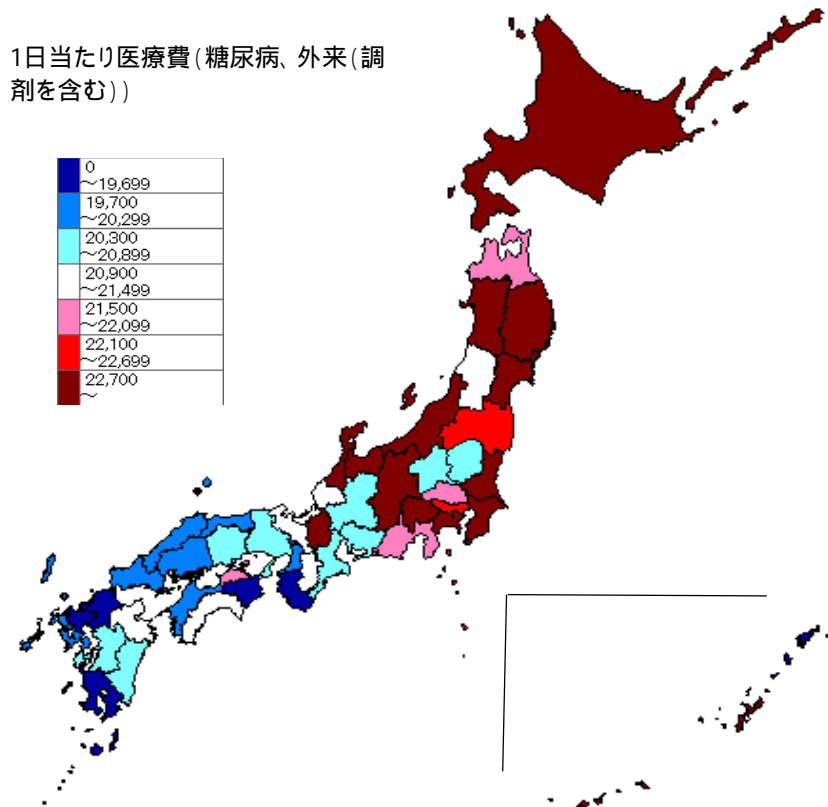
1件当たり医療費(糖尿病、外来(調剤を含む))



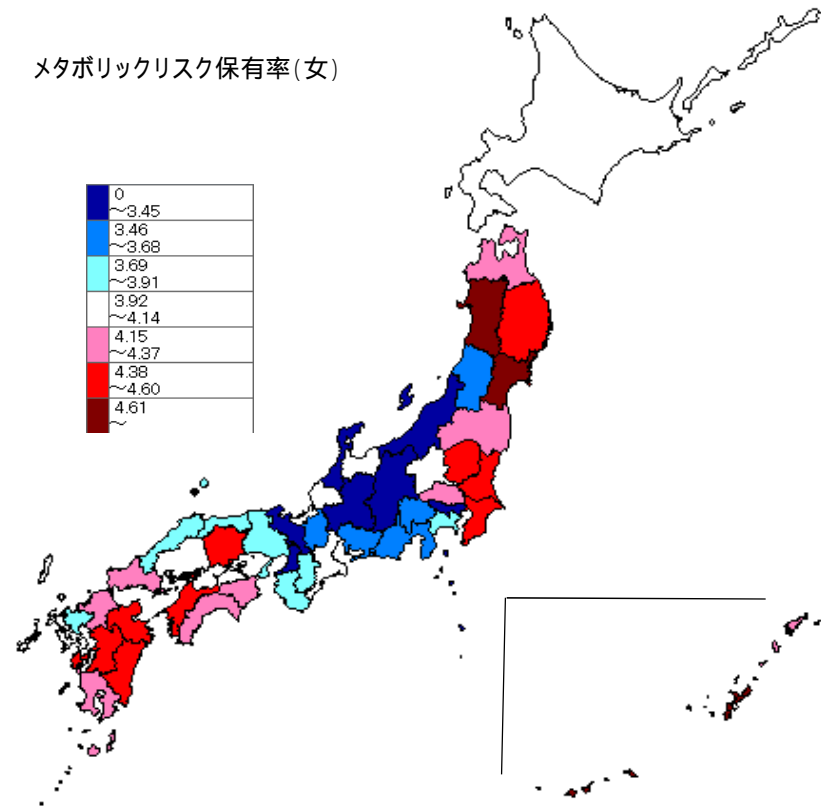
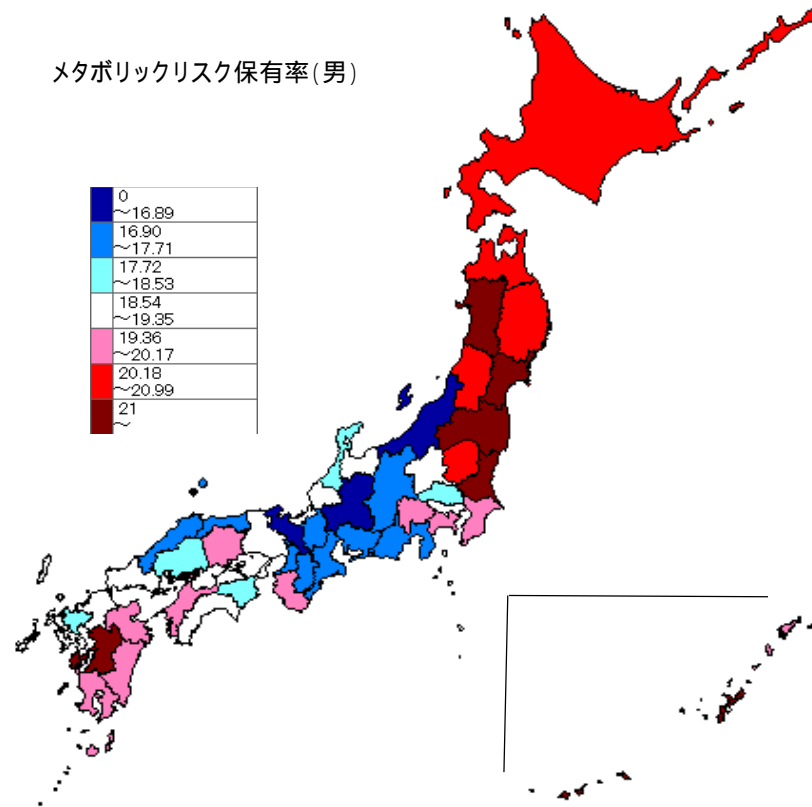
1件当たり日数(糖尿病、外来)



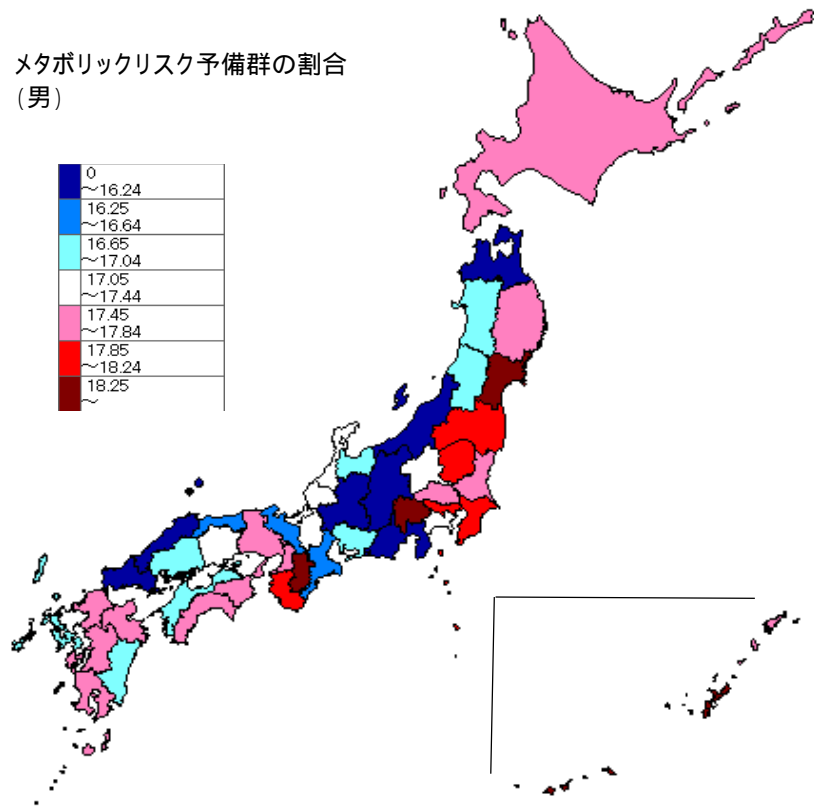
1日当たり医療費(糖尿病、外来(調剤を含む))



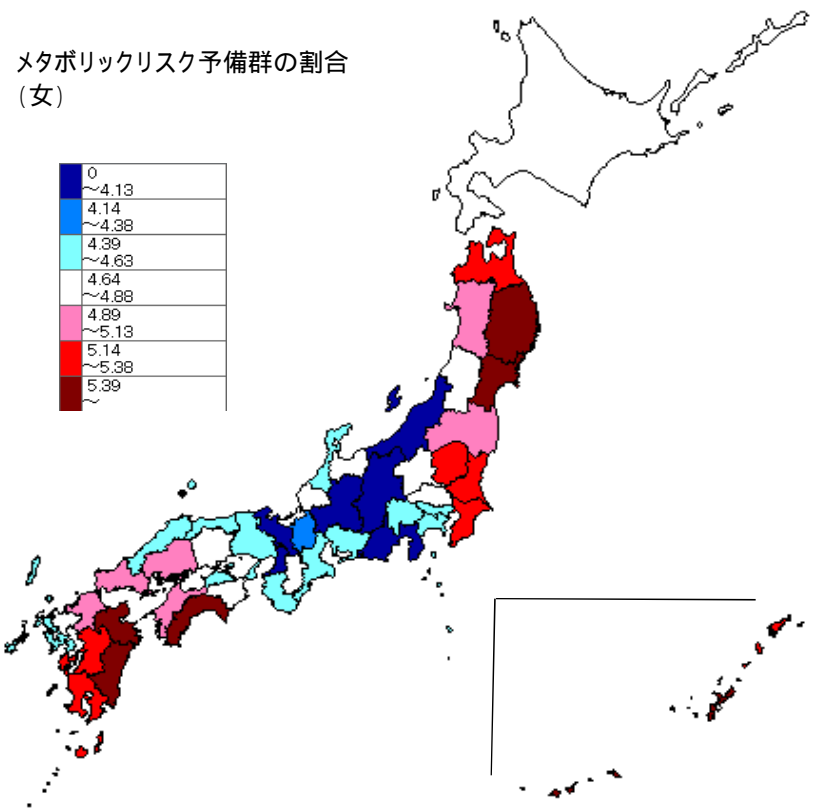
3. 協会けんぽの健診結果の状況



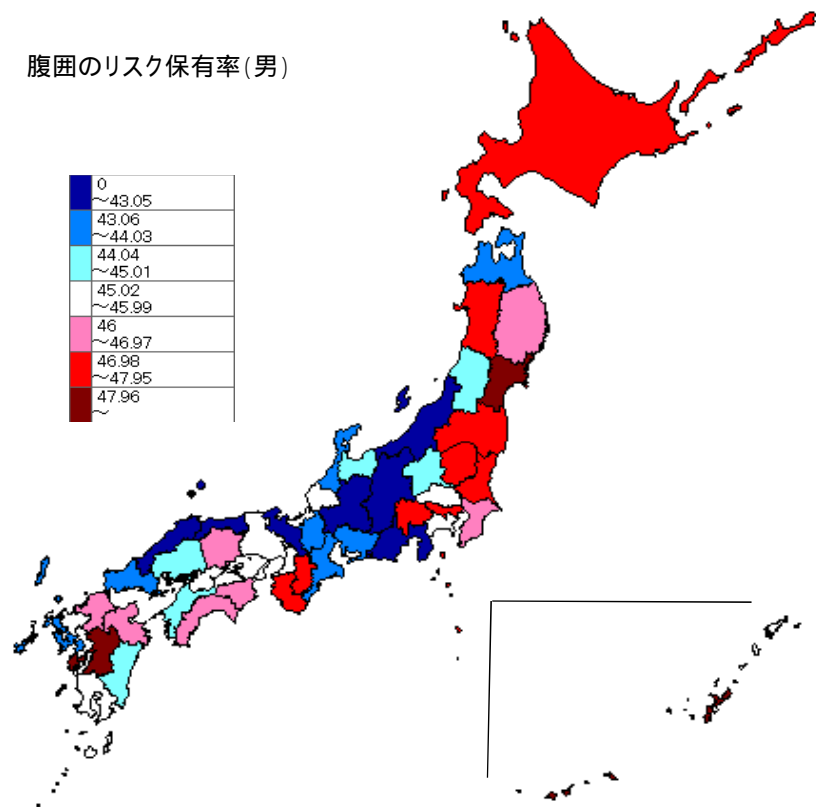
メタボリックリスク予備群の割合
(男)



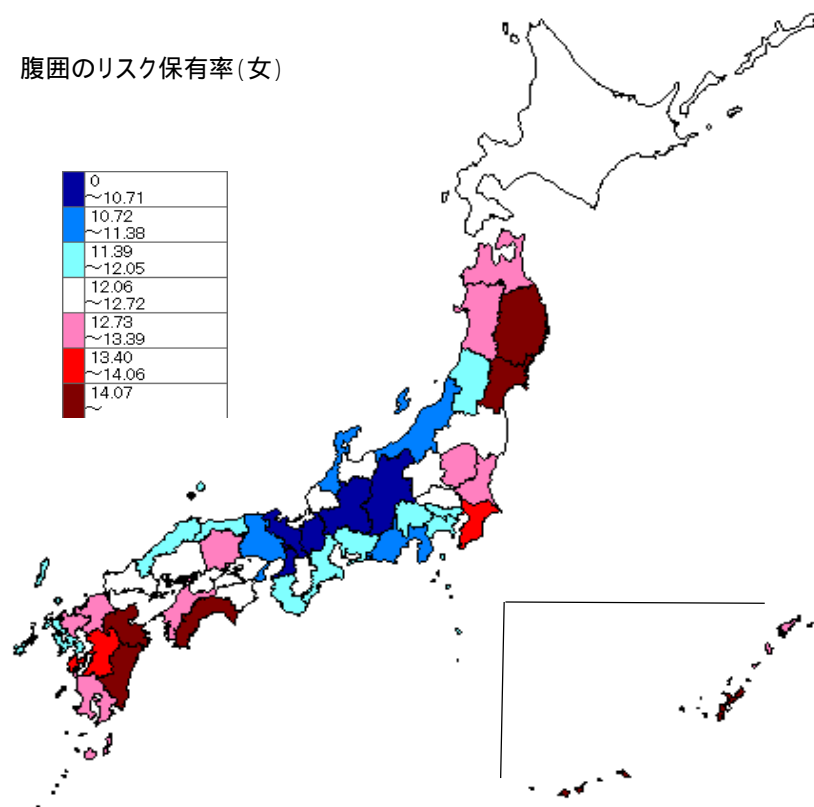
メタボリックリスク予備群の割合
(女)



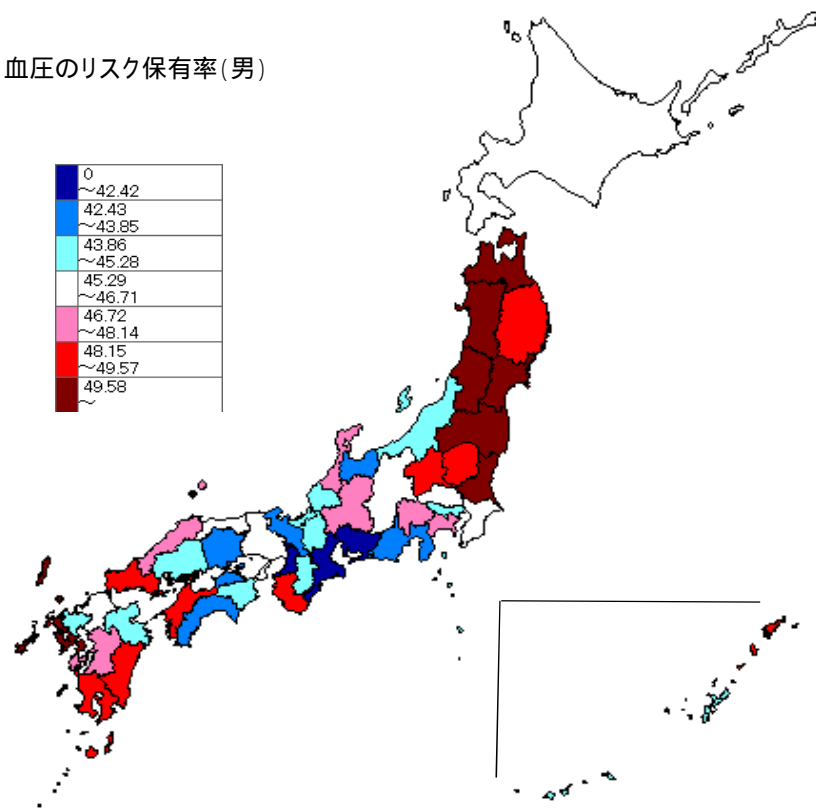
腹囲のリスク保有率(男)



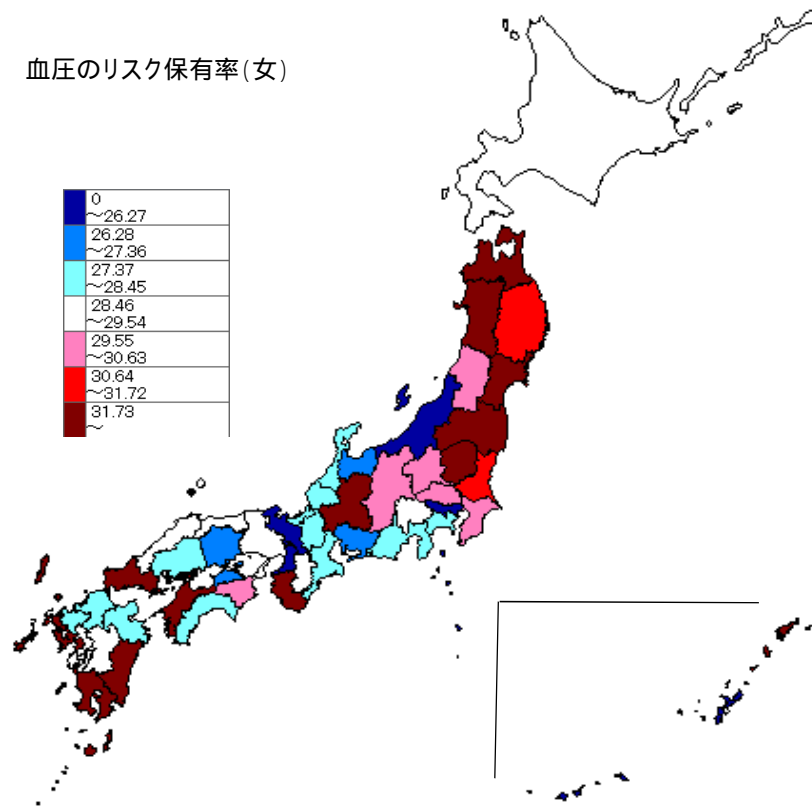
腹囲のリスク保有率(女)



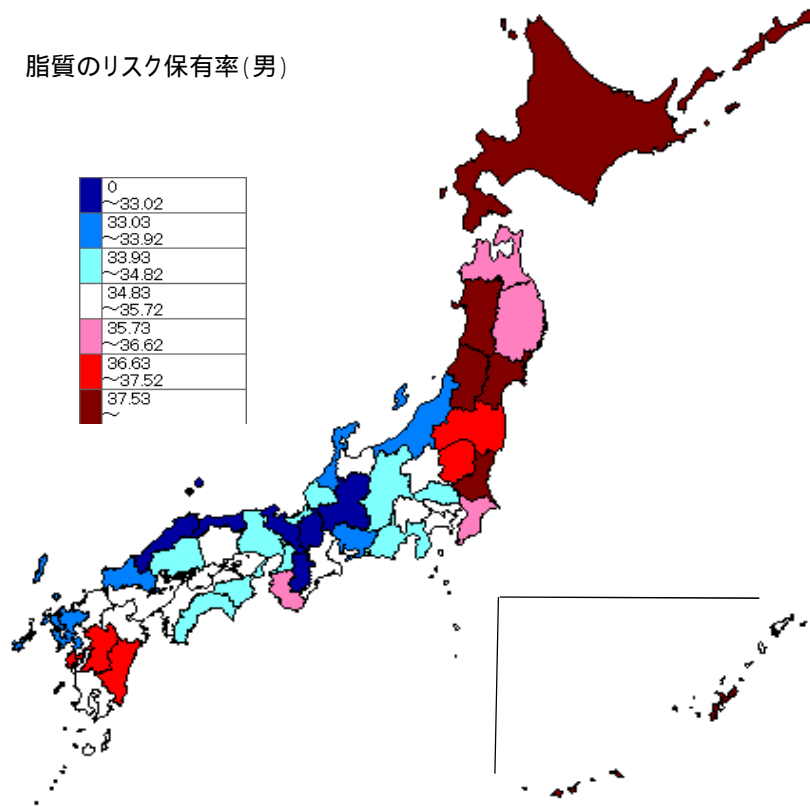
血圧のリスク保有率(男)



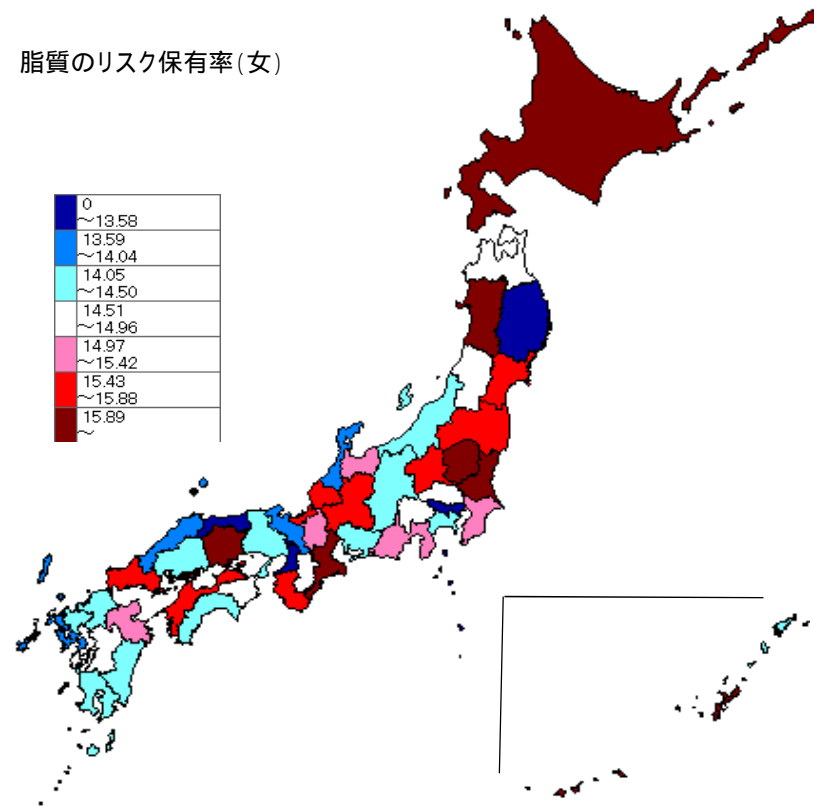
血圧のリスク保有率(女)



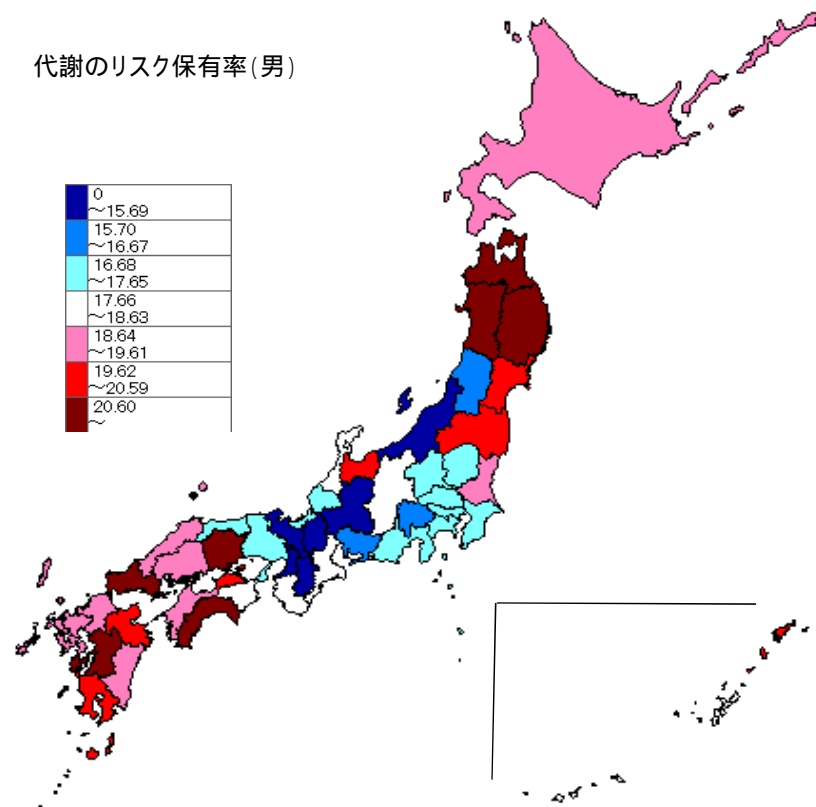
脂質のリスク保有率(男)



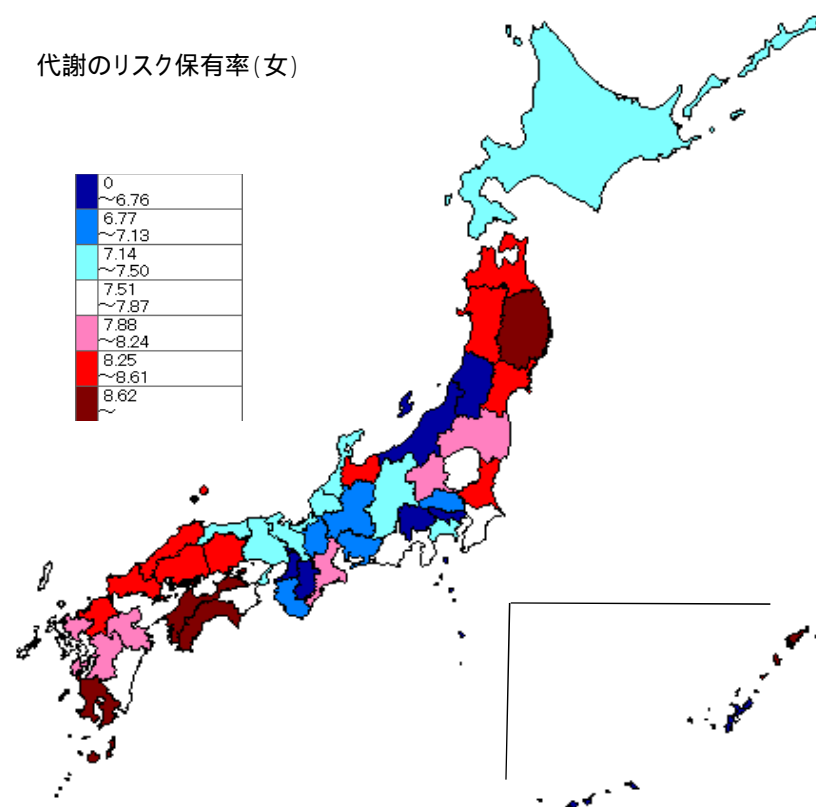
脂質のリスク保有率(女)



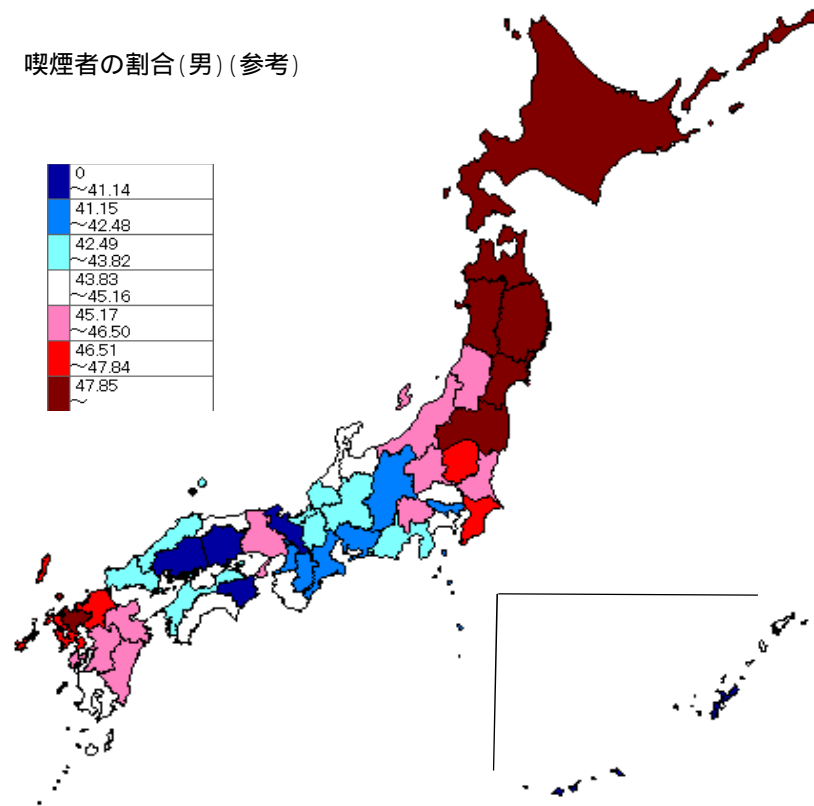
代謝のリスク保有率(男)



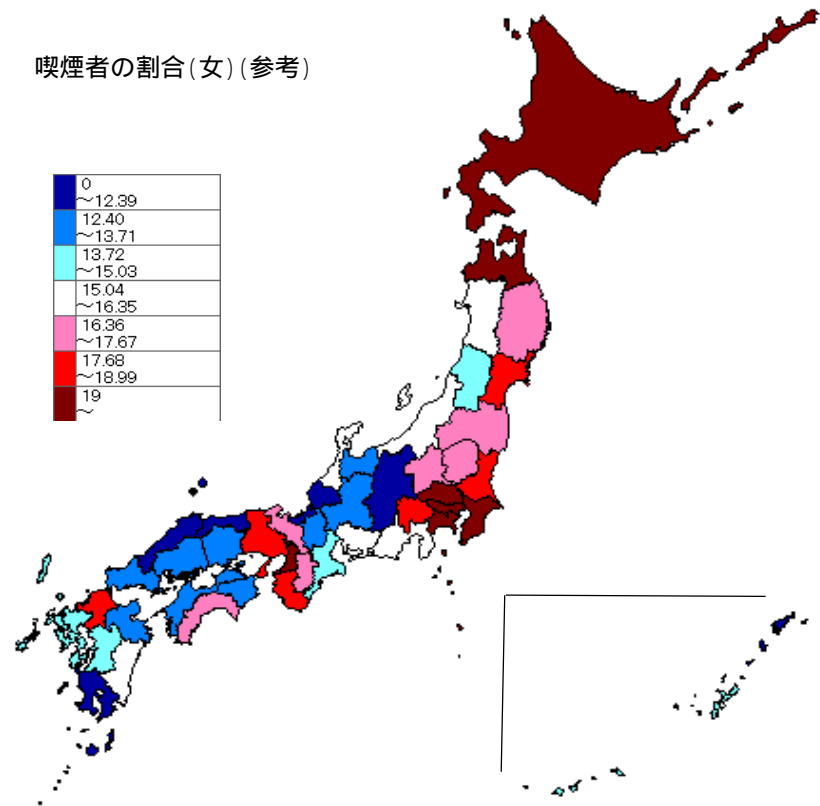
代謝のリスク保有率(女)



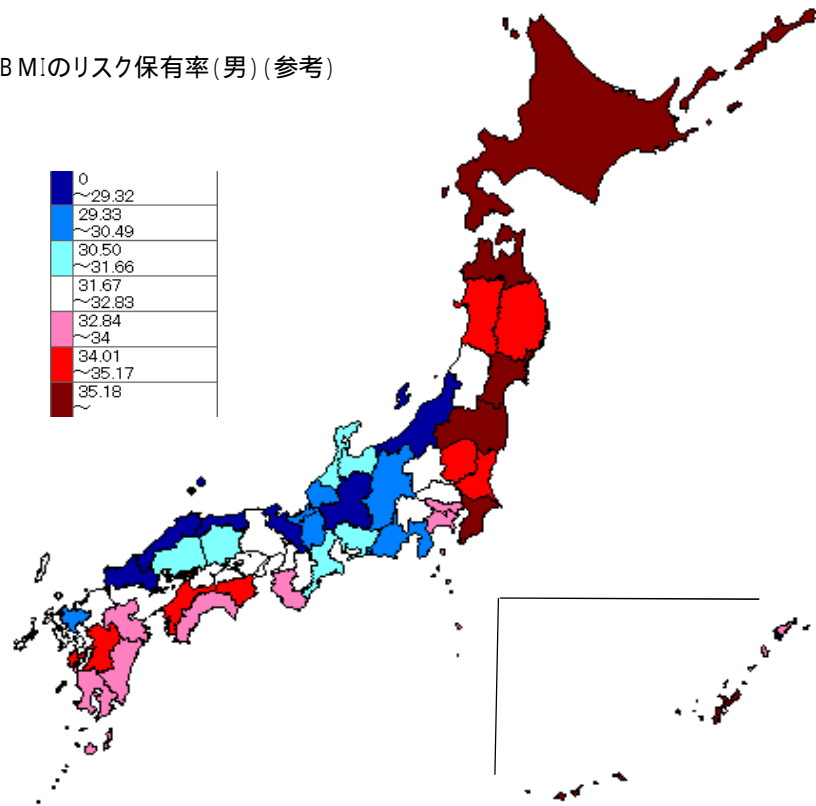
喫煙者の割合(男)(参考)



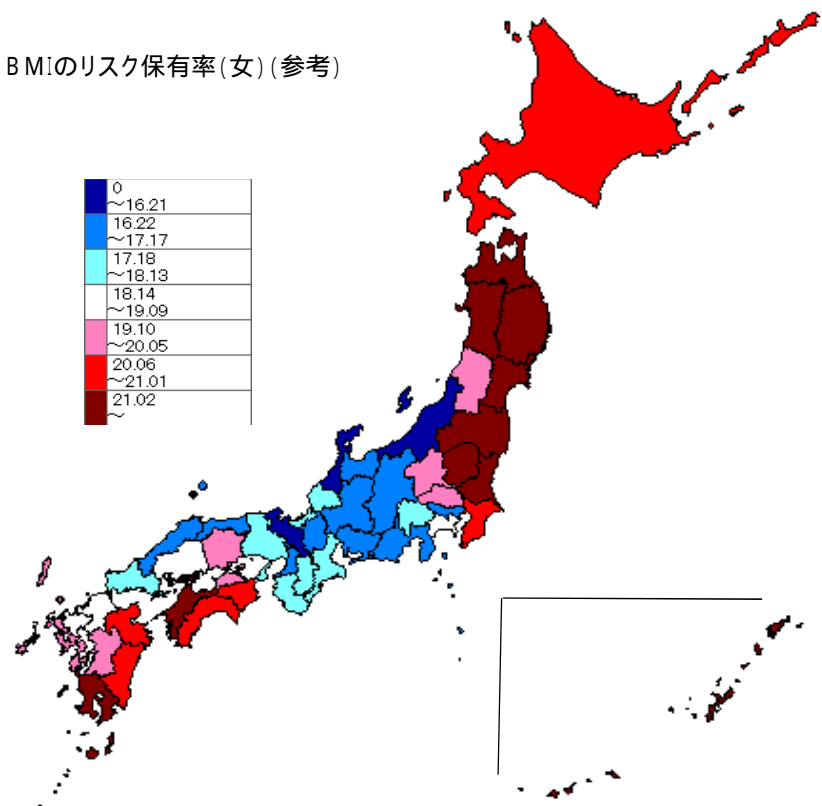
喫煙者の割合(女)(参考)



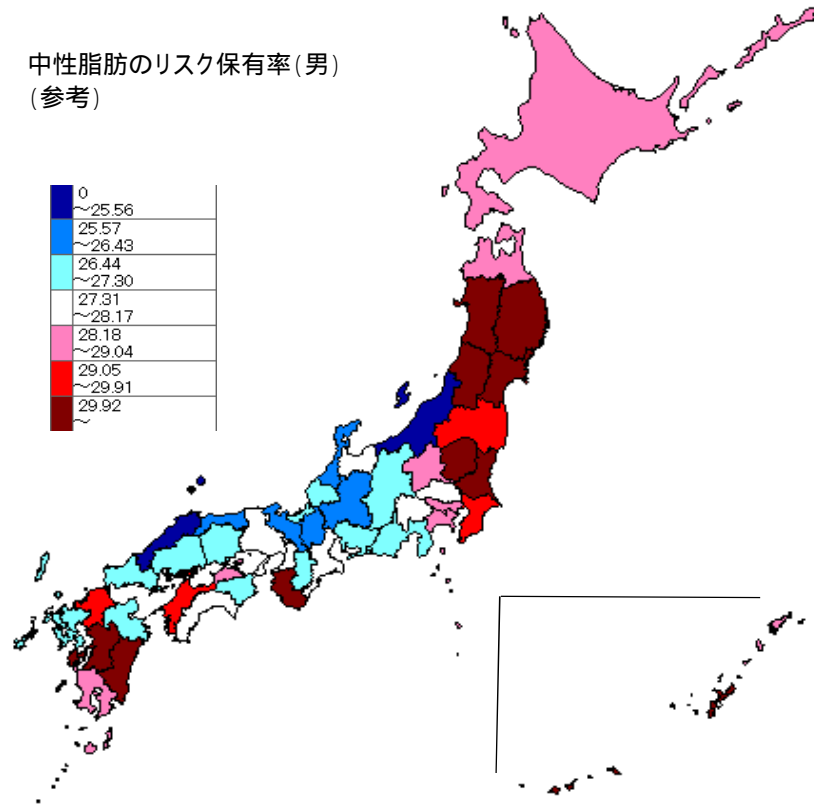
BMIのリスク保有率(男)(参考)



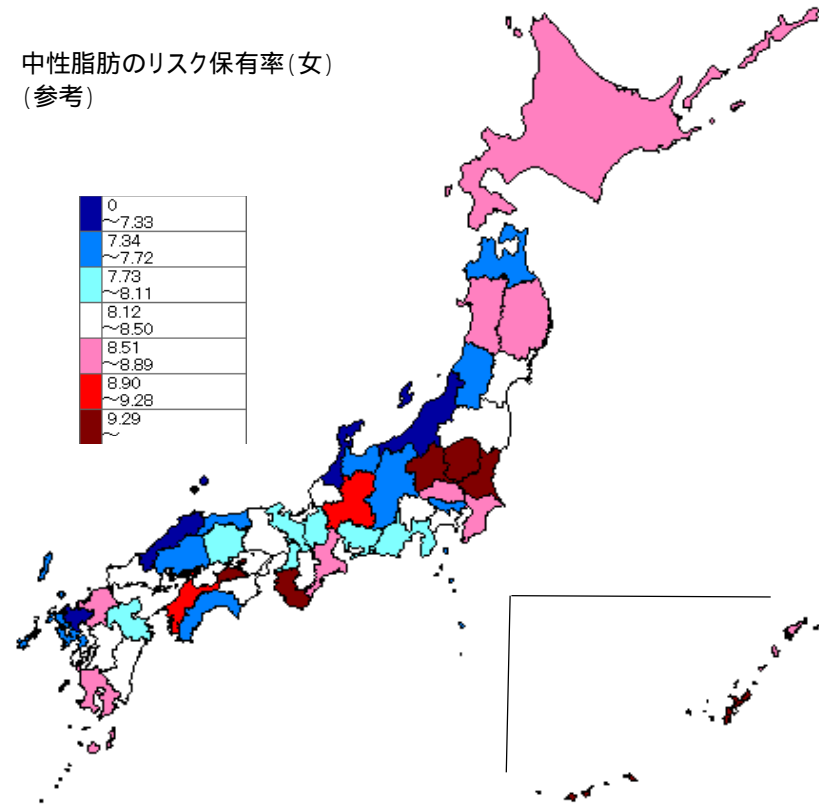
BMIのリスク保有率(女)(参考)



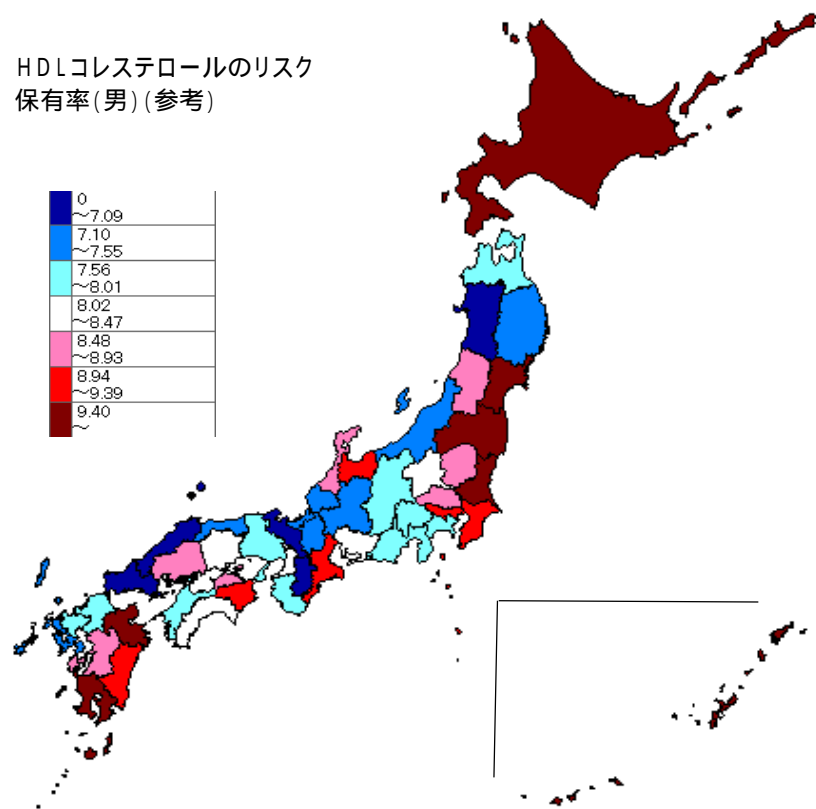
中性脂肪のリスク保有率(男)
(参考)



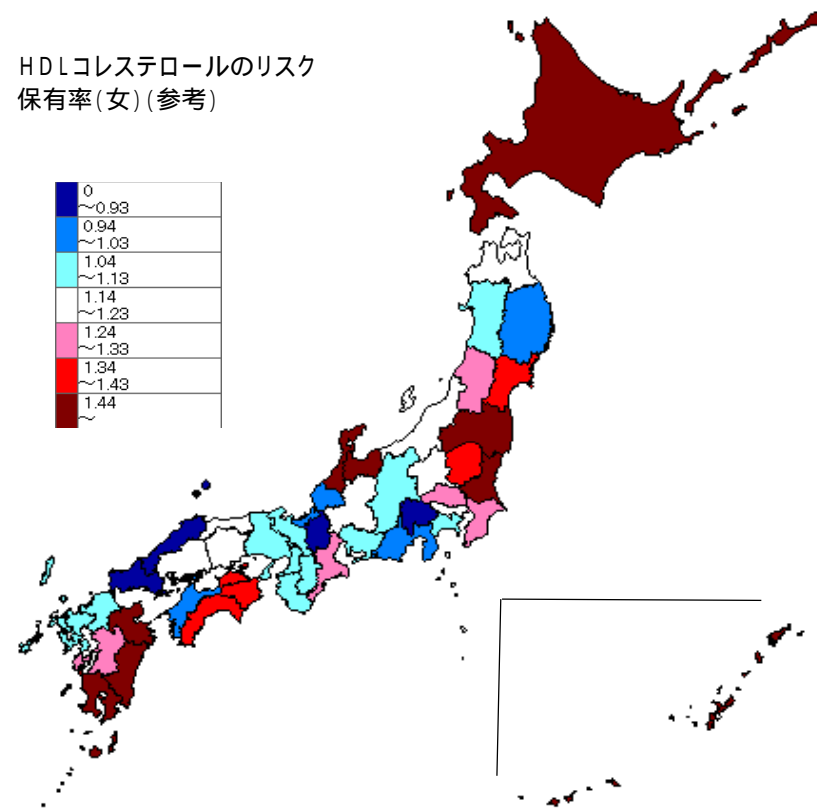
中性脂肪のリスク保有率(女)
(参考)



HDLコレステロールのリスク
保有率(男)(参考)



HDLコレステロールのリスク
保有率(女)(参考)



[参考]

医療費データについて

- ・傷病合計の医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績（平成24年4月～平成25年3月）である。
- ・医療費の「合計」は社会保険診療報酬支払基金審査分（入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費）、療養費（柔道整復療養費等）、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。
- ・傷病別の医療費は、平成24年4月～平成25年3月のレセプト（入院については電子レセプトのみ、入院外については電子レセプト及び電算機で作成されたレセプト（続紙付レセプトを除く））の集計値であり、入院外レセプトと調剤レセプトを接続させている。
- ・都道府県別の医療費は、加入者の事業所所在地の都道府県毎に集計したものである。

健診データについて

- ・集計対象データは平成24年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成23年度中に受診した生活習慣病予防健診（一般健診、付加健診）データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの（35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定）とし、リスク保有者割合等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。

メタボリックリスク保有率は、かつ～のうち2項目以上に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）

メタボリックリスク予備群の割合は、かつ～のうち1項目に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）

腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者（ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者）の割合

血圧のリスク保有率は収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者の割合

脂質のリスク保有率は中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者の割合

代謝のリスク保有率は空腹時血糖110mg/dl以上（ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c 5.5%以上）、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合

喫煙者の割合は問診票において喫煙者であると回答した者の割合

BMIのリスク保有率はBMI（肥満度）が25以上の者の割合

脂質（中性脂肪）のリスク保有率は中性脂肪 150mg/dl以上の者の割合

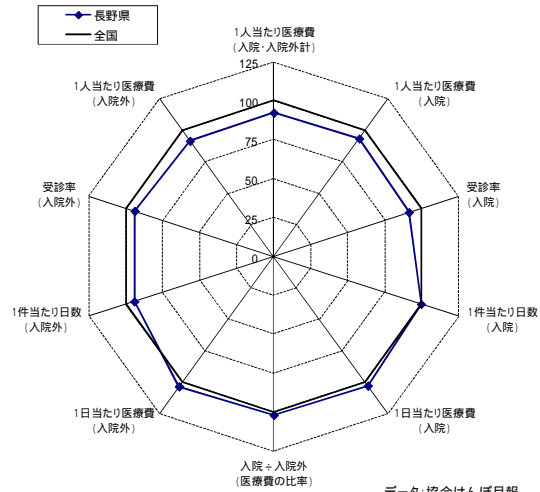
脂質（HDLコレステロール）のリスク保有率はHDLコレステロール 40mg/dl未満の者の割合

都道府県別医療費に関する レーダーチャート等 (長野県、佐賀県)

平成24年度

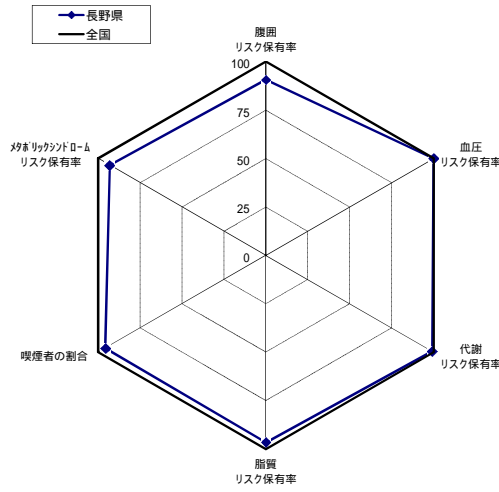
長野県(平成24年度)

医療費に関するレーダーチャート

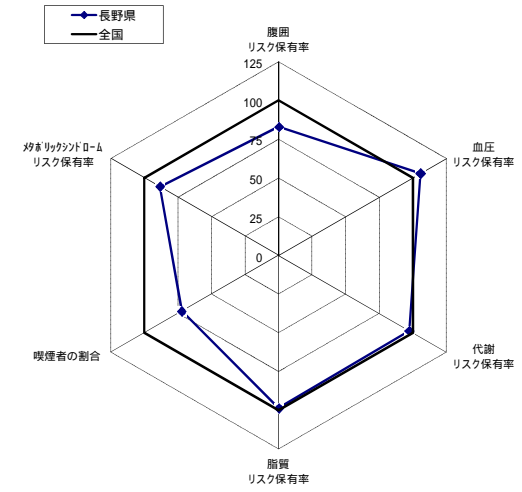


データ:協会けんぽ月報
年次:平成24年度
注:入院外医療費には調剤分が含まれている

健診データに関するレーダーチャート(男性)



健診データに関するレーダーチャート(女性)



データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成24年度

入院の医療費の上位10疾病

長野県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.7%
2	他の消化器系の疾患		4.7%
3	他の妊娠、分娩及び産じょく		4.7%
4	良性新生物		4.2%
5	他の心疾患		3.5%
6	虚血性心疾患		3.5%
7	骨折		2.8%
8	脳梗塞		2.6%
9	他の神経系の疾患		2.6%
10	他の損傷及び他の外因の影響		2.4%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			16.2%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.7%
2	他の消化器系の疾患		4.8%
3	他の妊娠、分娩及び産じょく		4.3%
4	良性新生物		4.1%
5	虚血性心疾患		3.7%
6	他の心疾患		3.6%
7	骨折		3.4%
8	他の損傷及び他の外因の影響		2.9%
9	他の神経系の疾患		2.6%
10	肺の悪性新生物		2.5%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			16.6%

入院外の医療費の上位10疾病

長野県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.0%
2	糖尿病		6.2%
3	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.3%
4	腎不全		3.7%
5	喘息		3.3%
6	他の急性上気道感染症		2.7%
7	皮膚炎及び湿疹		2.7%
8	アレルギー性鼻炎		2.5%
9	他の神経系の疾患		2.5%
10	他の消化器系の疾患		2.4%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			20.4%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.0%
2	糖尿病		6.0%
3	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.3%
4	喘息		4.2%
5	腎不全		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.1%
7	皮膚炎及び湿疹		3.1%
8	アレルギー性鼻炎		3.0%
9	他の消化器系の疾患		2.5%
10	他の皮膚及び皮下組織の疾患		2.1%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			20.3%

データ:レセプト基本情報データを使用した集計値
年次:平成24年度
注:医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている
注:割合は傷病名が不詳のレセプトを除いた構成割合

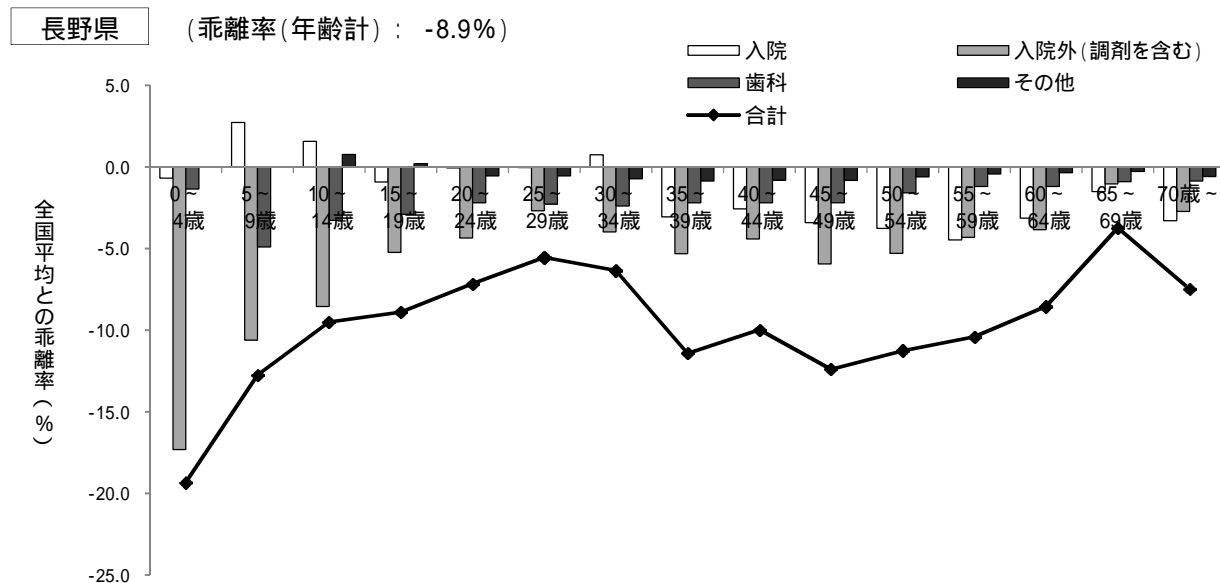
長野県(平成24年度)

健診データについての全国値との比較

健診の指標	長野県			全国		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
メタボリックシンドロームのリスク保有率	12.0%	17.5%	3.4%	13.7%	18.8%	3.9%
腹囲のリスク保有率	28.9%	41.2%	10.1%	34.1%	45.5%	12.2%
血圧のリスク保有率	39.6%	45.7%	30.1%	39.9%	45.8%	28.5%
脂質のリスク保有率	26.2%	34.0%	14.4%	28.1%	35.2%	14.6%
代謝のリスク保有率	13.6%	17.7%	7.2%	14.3%	17.9%	7.4%
喫煙者の割合	30.5%	42.5%	12.1%	34.9%	44.3%	16.8%
BMIのリスク保有率(参考)	24.2%	29.4%	16.3%	27.8%	32.5%	18.6%
脂質(中性脂肪)のリスク保有率(参考)	19.2%	26.8%	7.6%	21.3%	28.1%	8.2%
脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率(参考)	5.1%	7.7%	1.1%	6.0%	8.5%	1.2%

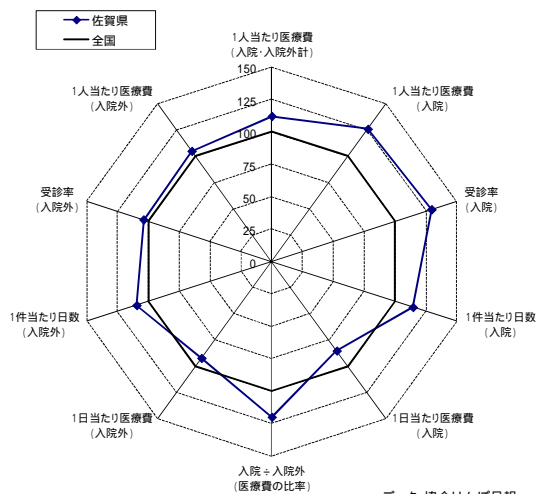
データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成24年度

年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率及び診療種別寄与度分解(平成24年度)



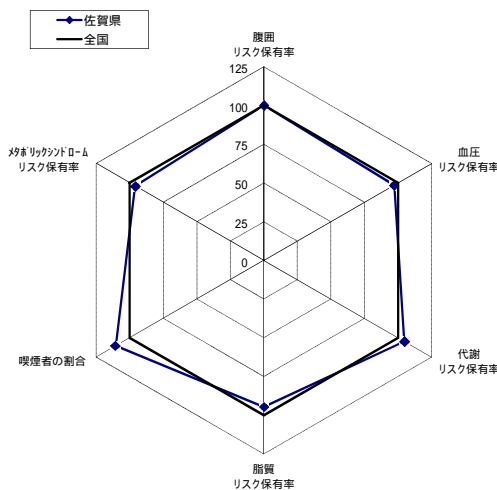
佐賀県(平成24年度)

医療費に関するレーダーチャート



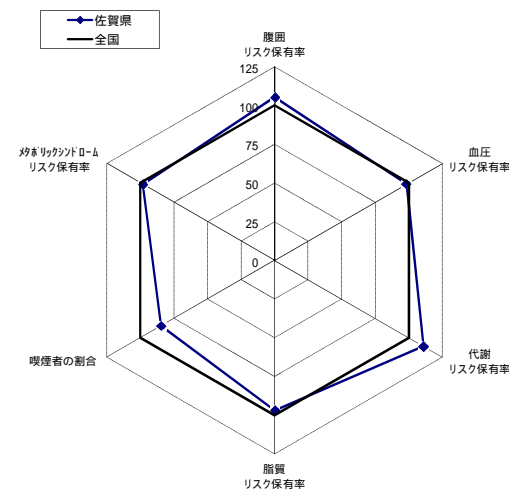
データ:協会けんぽ月報
年次:平成24年度
注:入院外医療費には調剤分が含まれている

健診データに関するレーダーチャート(男性)



データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成24年度

健診データに関するレーダーチャート(女性)



入院の医療費の上位10疾病

佐賀県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		5.2%
2	骨折		4.6%
3	他の消化器系の疾患		4.5%
4	他の損傷及び他の外因の影響		4.1%
5	良性新生物		3.7%
6	他の妊娠、分娩及び産じょく		3.5%
7	統合失調症及び妄想性障害		3.2%
8	他の神経系の疾患		2.8%
9	妊娠及び胎児発育に関連する障害		2.8%
10	虚血性心疾患		2.7%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			7.8%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	他の悪性新生物		6.7%
2	他の消化器系の疾患		4.8%
3	他の妊娠、分娩及び産じょく		4.3%
4	良性新生物		4.1%
5	虚血性心疾患		3.7%
6	他の心疾患		3.6%
7	骨折		3.4%
8	他の損傷及び他の外因の影響		2.9%
9	他の神経系の疾患		2.6%
10	肺の悪性新生物		2.5%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			16.6%

入院外の医療費の上位10疾病

佐賀県			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		11.4%
2	糖尿病		6.0%
3	腎不全		4.6%
4	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.5%
5	喘息		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.2%
7	皮膚炎及び湿疹		3.1%
8	アレルギー性鼻炎		3.1%
9	急性気管支及び細気管支炎		2.3%
10	他の消化器系の疾患		2.3%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			21.9%

全国			
順位	傷病名	生活習慣病	割合
1	高血圧性疾患		10.0%
2	糖尿病		6.0%
3	他の内分泌、栄養及び代謝疾患		4.3%
4	喘息		4.2%
5	腎不全		3.9%
6	他の急性上気道感染症		3.1%
7	皮膚炎及び湿疹		3.1%
8	アレルギー性鼻炎		3.0%
9	他の消化器系の疾患		2.5%
10	他の皮膚及び皮下組織の疾患		2.1%
上位10疾病のうち生活習慣病のしめる点数の割合			20.3%

データ:レセプト基本情報データを使用した集計値
年次:平成24年度
注:医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている
注:割合は傷病名が不詳のレセプトを除いた構成割合

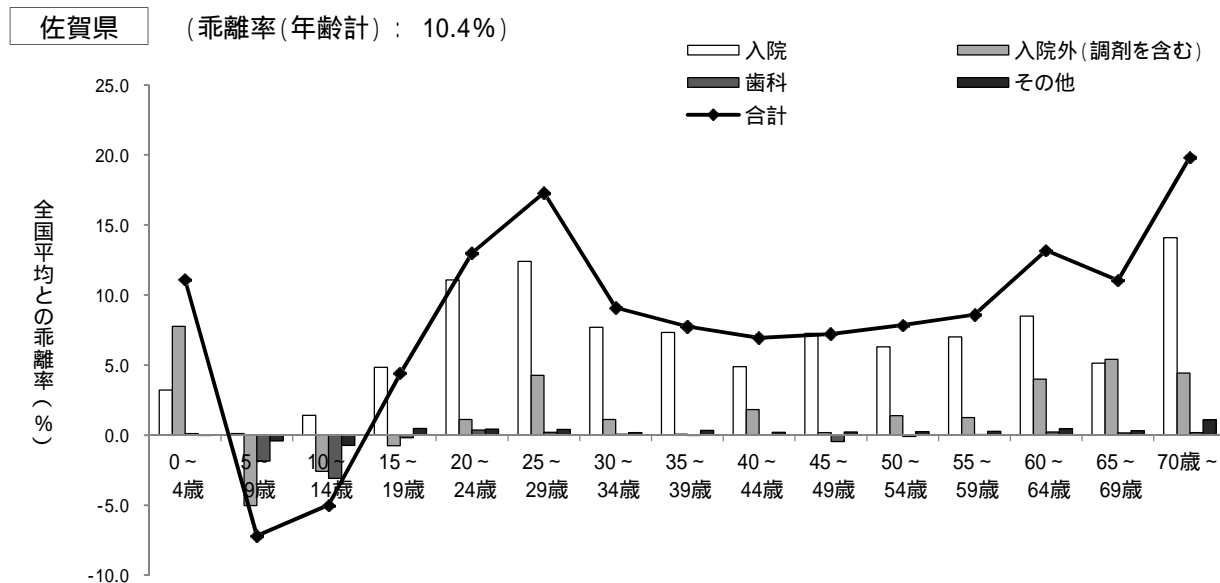
佐賀県(平成24年度)

健診データについての全国値との比較

健診の指標	佐賀県			全国		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
メタボリックシンドロームのリスク保有率	12.6%	18.1%	3.8%	13.7%	18.8%	3.9%
腹囲のリスク保有率	33.0%	45.5%	12.8%	34.1%	45.5%	12.2%
血圧のリスク保有率	38.2%	44.5%	28.1%	39.9%	45.8%	28.5%
脂質のリスク保有率	25.9%	33.3%	14.1%	28.1%	35.2%	14.6%
代謝のリスク保有率	14.7%	18.7%	8.2%	14.3%	17.9%	7.4%
喫煙者の割合	35.6%	48.9%	14.2%	34.9%	44.3%	16.8%
BMIのリスク保有率(参考)	25.9%	30.5%	18.6%	27.8%	32.5%	18.6%
脂質(中性脂肪)のリスク保有率(参考)	19.0%	26.6%	6.8%	21.3%	28.1%	8.2%
脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率(参考)	5.2%	7.7%	1.1%	6.0%	8.5%	1.2%

データ:協会けんぽ一般健診、付加健診データ
年次:平成24年度

年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率及び診療種別寄与度分解(平成24年度)



[参考]

医療費データについて

- ・レーダーチャートの医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績(平成24年4月～平成25年3月)である。
- ・傷病別、年齢階級別の医療費は平成24年4月～平成25年3月分のレセプトの集計値であり、年齢階級別の平均加入者数は各月末の加入者情報の集計値である。
- ・都道府県別の医療費は加入者の事業所所在地の都道府県毎に、集計したものである。
- ・レーダーチャートの1人当たり医療費の合計は入院、入院外、調剤の合計である。
- ・年齢階級別加入者1人当たり医療費の「合計」は、社会保険診療報酬支払基金審査分(入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費)、療養費(柔道整復療養費等)、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。
- ・年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率は、以下の計算式により算出している。
$$\begin{aligned} \text{年齢階級別乖離率} &= (\text{当該都道府県の年齢階級別加入者1人当たり医療費} - \text{全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費}) \div \text{全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費} \times 100 \\ &= \sum \{ (\text{当該都道府県の年齢階級別・診療種別加入者1人当たり医療費} - \text{全国平均の年齢階級別・診療種別加入者1人当たり医療費}) \div \text{全国平均の年齢階級別加入者1人当たり医療費} \times 100 \} \end{aligned}$$
- ・上記式の下線部分が年齢階級別乖離率の診療種別寄与度となり、各年齢階級で診療種別寄与度を合計すると当該年齢階級の乖離率となる。

健診データについて

・集計対象データは、平成24年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者が平成24年度中に受診した生活習慣病予防健診(一般健診、付加健診)データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの(35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定)とし、リスク保有者割合等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。

メタボリックリスク保有率は、かつ～のうち2項目以上に該当する者の割合(分母は集計対象データ総数)

腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者(ただし内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上の者)の割合

血圧のリスク保有率は収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療ありの者の割合

脂質のリスク保有率は中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療ありの者の割合

代謝のリスク保有率は空腹時血糖110mg/dl以上(ただし空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c 5.5%以上)、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合

喫煙者の割合は問診票において喫煙者であると回答した者の割合

BMIのリスク保有率はBMI(肥満度)が25以上の者の割合

脂質(中性脂肪)のリスク保有率は中性脂肪 150mg/dl以上の者の割合

脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率はHDLコレステロール 40mg/dl未満の者の割合

保険財政に関する重要指標の動向

関連する主な経済指標

●毎月勤労統計調査（厚労省） 3月4日発表

1月分（速報）

○きまって支給する給与（基本給、時間外給与等）

常用雇用労働者数5～29人の事業所、一般労働者（平成22年の平均＝100）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
平成21	100.3	100.6	100.8	101.1	99.2	100.1	99.7	99.4	99.4	99.9	100.1	100.1
22	99.2	99.8	100.2	100.7	99.3	99.9	100.4	99.7	99.9	100.2	100.3	100.6
23	98.5	99.5	100.5	100.6	98.8	99.6	99.7	99.5	99.4	99.7	100.0	100.5
24	98.6	99.4	100.1	100.6	98.8	99.9	100.1	99.8	100.1	100.5	100.3	100.6
25	99.3	100.2	100.9	101.6	99.8	100.5	100.3	99.8	100.4	100.9	101.2	101.2
26	99.4											

●中小企業月次景況観測（商工中金）2月25日発表

2月の景況判断指数は50.6（前月比0.7ポイント低下）。

5ヵ月連続して50を超えたが、3月は上昇を見込む。

※景況判断指数が50を上回れば、調査対象企業の景況判断が前月より「好転」を表し、50を下回れば「悪化」を表す。

●月例経済報告（内閣府）2月19日発表

総論

景気は、緩やかに回復している。

雇用情勢

賃金をみると、定期給与は底堅く推移している。現金給与総額はこのところ持ち直しの動きがみられる。先行きについては、着実に改善していくことが期待される。

●景気動向指数（内閣府）3月7日発表

1月分（速報）

一致指数：前月比1.7ポイント上昇し、7ヶ月連続の上昇

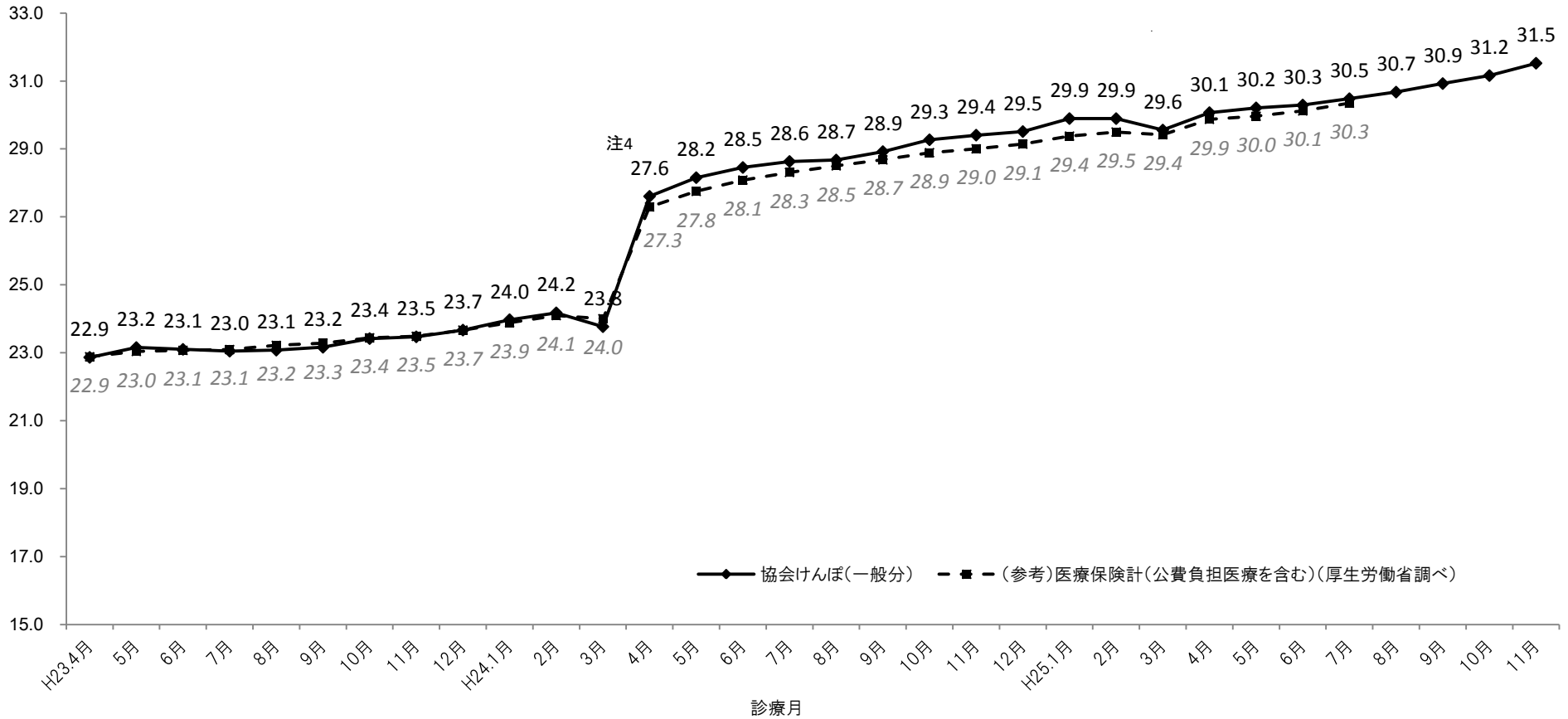
先行指数：0.1ポイント上昇し、5ヶ月連続の上昇

遅行指数：0.2ポイント上昇し、3ヶ月連続の上昇

※景気の現状把握及び将来予測に資するため、景気に敏感に反応する各種の経済指標を統合して作成。

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース） （調剤分）

(%)



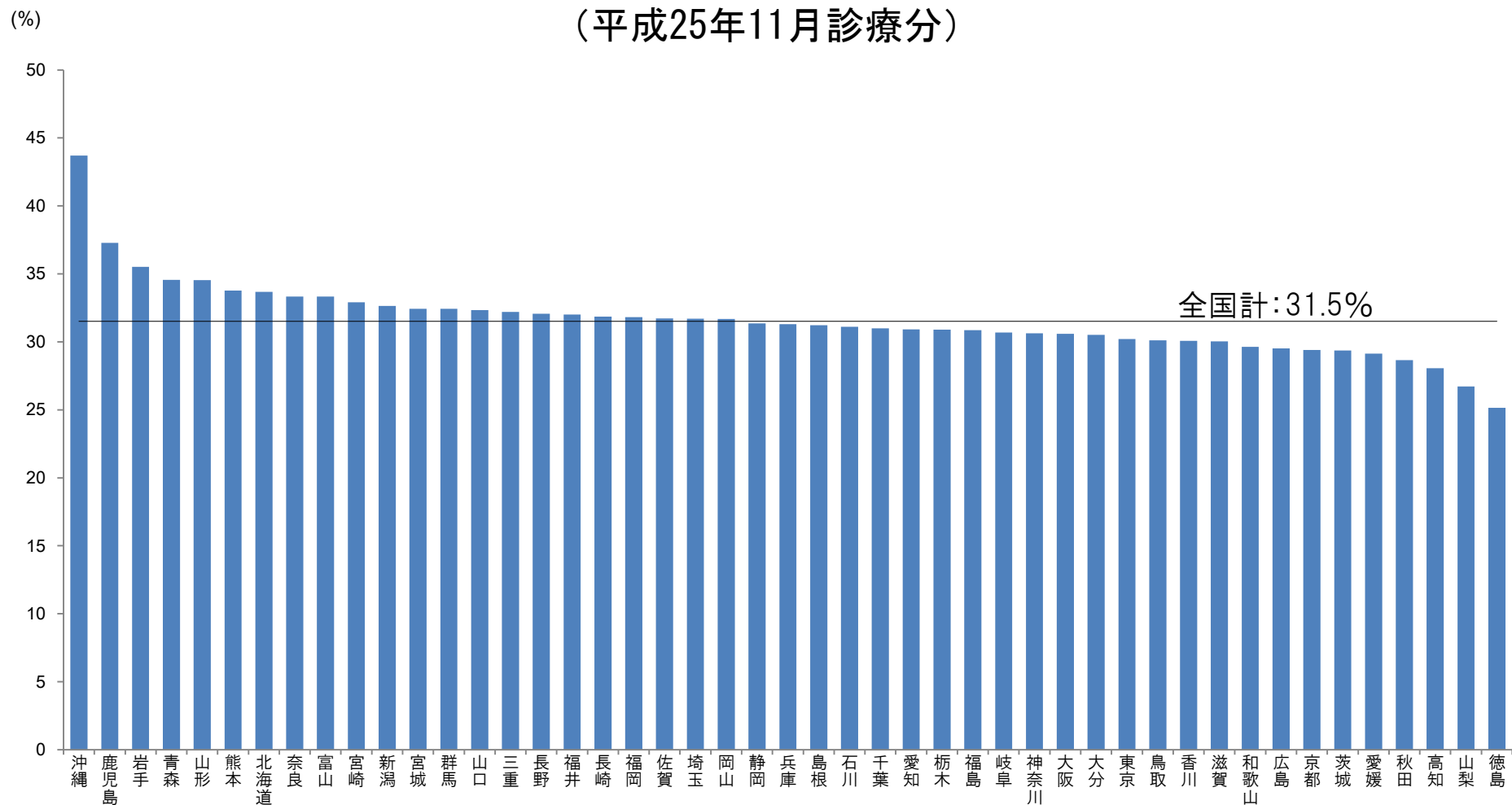
注1. 協会けんぽ(一般分)の調剤レセプト(電子レセプトに限る)について集計したもの(算定ベース)。

注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 医療保険計(公費負担医療を含む)は、厚生労働省調べ。

注4. 平成24年4月以降は、後発医薬品(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外している。このことによる平成24年4月のジェネリック割合(数量ベース)への影響は+2.3%ポイントとなっている。

都道府県支部別ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）（調剤分） （平成25年11月診療分）



注1. 協会けんぽ（一般分）の調剤レセプト（電子レセプトに限る）について集計したもの（算定ベース）。

注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 加入者の適用されている事業所所在地別に集計したもの。

注4. 平成22年4月以降は、後発医薬品（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

注5. 平成24年4月以降は、後発医薬品（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤及、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外している。このことによる平成24年4月のジェネリック割合（数量ベース）への影響は+2.3%ポイントとなっている。