

# 香港特別行政區立法會

---

## 衛生事務委員會 訪問團

於2010年9月5日至7日  
進行職務訪問

## 研究日本醫療融資制度的報告

---

## 目錄

章次	頁次
1 引言	1 – 3
2 日本的醫療服務供應系統概覽	4 – 5
3 日本的醫療保險制度	6 – 12
4 日本如何防控與生活習慣有關的疾病	13 – 16
5 公營及私營醫院	17 – 19
6 護養院	20 – 21
7 觀察所得	22 – 25
<b>附錄</b>	
I 訪問行程	
II 訪問團會晤的政府官員及代表名單	
III 訪問期間取得的參考資料（只備英文本）	

## 第1章 —— 引言

### 報告目的

1.1 立法會衛生事務委員會訪問團於2010年9月5日至7日訪問日本，研究該國的醫療融資制度。本報告闡述訪問團的主要研究結果及觀察所得。

### 背景

1.2 衛生事務委員會的職責是監察及研究與醫療衛生有關的政府政策及公眾關注的事項。

1.3 政府在2008年3月13日發表題為《掌握健康 掌握人生》的醫療改革諮詢文件(下稱"諮詢文件")，就醫療改革進行公眾諮詢。進行醫療改革的目的，是為了應付人口急劇老化和醫療成本上漲對香港醫療制度所帶來的挑戰，並確保醫療制度日後得以持續發展，為市民提供醫療保障和優質服務。第一階段公眾諮詢在2008年3月至6月期間進行，目的是就4項醫療服務改革建議，以及改革現有醫療融資安排的6個可行輔助融資方案的利弊，諮詢公眾的意見 ——

- (a) 社會醫療保障(強制工作人口供款)；
- (b) 用者自付費用(提高服務使用者所需支付的費用)；
- (c) 醫療儲蓄戶口(強制儲蓄以留待日後使用)；
- (d) 自願私人醫療保險；
- (e) 強制私人醫療保險；及
- (f) 個人健康保險儲備(強制性儲蓄及保險)。

1.4 政府在2008年12月19日發表醫療改革第一階段公眾諮詢的報告。諮詢結果清楚顯示，市民普遍認同香港人口老化以致醫療開支大幅增加，因此有必要解決醫療融資問題。然而，市民對於諮詢文件中建議的各個強制性的醫療輔助融資方案，則有所保留。此外，不少市民表示支持自願醫療保險，並

認為政府可以通過加強規範及監管，令自願醫療保險發揮更大作用。

1.5 為使委員掌握有關醫療融資的最新發展，並方便委員就有關事宜進行商議，衛生事務委員會認為值得參考海外經驗。事務委員會要求立法會秘書處資料研究及圖書館服務部就日本的醫療體系搜集資料。日本的醫療體系，無論在普及性、成效和效率方面均獲經濟合作及發展組織(下稱"經合組織")高度評價為全世界最佳的醫療體系之一。據經合組織所稱，日本的醫療體系為全體國民提供醫療保險保障，他們只要在接受服務時分擔部分費用，便可隨時享用國內任何機構提供的醫療服務。就成效而言，在2007年，日本人的健康狀況在多個類別中均名列經合組織國家前茅。關於日本醫療體系的概況，在2008年3月底共有約3 560家醫療保險商。在2006-2007年度，保險費佔日本的醫療開支總額的49%，其餘是政府對各項醫療保險計劃的資助(36.6%)及受保人分擔的費用(14.4%)。

1.6 經考慮資料研究及圖書館服務部的研究結果後，委員商定，衛生事務委員會應前往日本訪問，以瞭解該國的醫療融資制度的運作、訪問部分公營及私營醫院，以及與有關機構進行討論。事務委員會並同意把訪問開放予非委員的議員參加。

1.7 衛生事務委員會於2010年6月4日獲內務委員會批准前往日本訪問。

## 訪問團成員

1.8 訪問團包括以下議員 ——

李國麟議員, SBS, JP (事務委員會主席兼訪問團團長)  
梁家騮議員(事務委員會副主席)  
李華明議員, SBS, JP  
陳鑑林議員, SBS, JP  
黃容根議員, SBS, JP  
劉江華議員, JP  
譚耀宗議員, GBS, JP  
李鳳英議員, SBS, JP  
陳克勤議員

1.9 總議會秘書(2)5蘇美利小姐及高級議會事務助理(2)2張美儀女士陪同訪問團出訪。

## 訪問行程

1.10 訪問團於2010年9月5日至7日訪問日本。期間，訪問團聽取厚生勞動省和社會保險診療報酬支付基金作出的簡報，並且參觀一間公營醫院(東京病院)、一間私營醫院(山王病院)及一間私營醫療中心(山王醫療中心)。訪問團還參觀了兩間護養院，分別為社會福祉法人長岡福祉協會和新宿櫟樹園。

1.11 有關訪問行程的進一步詳細資料載於**附錄I**。訪問團會晤的政府官員及代表名單載於**附錄II**。訪問期間取得的參考資料載於**附錄III**。

## 第2章 —— 日本的醫療服務供應系統概覽

2.1 在日本，醫療服務經診所及醫院提供，當中大部分由私營機構的執業醫生經營。該國並無規例規定必須明確劃分診所和醫院的角色及責任，唯一的分別是規模(根據政府的資料，醫院指設有20張或多於20張病床的醫療機構，而診所則指不設病床或病床只有19張或以下的醫療機構)。舉例而言，大部分醫院均提供門診基層護理；一些診所則提供住院急症護理、長期護理或兩者兼備。

2.2. 私營診所及醫院不得為謀取利潤而經營。在日本，病人可選擇首先接觸診所或醫院，並可選擇任何他們心儀的服務提供者。日本並無既定的轉介制度，即由普通科醫生為專科或醫院服務擔當把關的角色。在該醫療體系內，普通科醫生與專科醫生之間的分野並不清晰。

2.3 在2007年，日本設有8 862所醫院，其中約80%屬私營機構，提供合共約162萬張病床。與經合組織2007年的平均數值相比，日本每千人口的急症醫院病床數目較高(8.2張對經合組織的平均3.8張)，病人住院接受急症護理的平均時間較長(19天對經合組織的平均6.5天)，按人口平均計算的醫生診症次數亦較高(13.6次對經合組織的平均6.8次)。另一方面，在2007年，日本每千人口只有2.1名醫生，較經合組織平均的3.1名為低。

2.4 日本設有6家國立高度專門醫療中心(National Centers for Advanced and Specialized Medical Care)，負責就於日本構成較高死亡率及醫療開支的疾病剖析病因和病徵、研究新的診斷和治療方法、開拓先進和創新的醫療服務，並培訓專科醫護專業人員。該6家國立中心包括國立癌症中心(National Cancer Center)、國立循環器病中心(National Cardiovascular Center)、國立精神及神經中心(National Center of Neurology and Psychiatry)、國立國際醫療中心(International Medical Center of Japan)、國立成育醫療中心(National Center for Child Medical Health and Development)及國立長壽醫療中心(National Center for Geriatrics and Gerontology)，於2009年在全國提供合共4 959張病床。

2.5 日本除了依靠醫院自願提供數據給研究員進行學術研究外，可用作評估醫院表現，甚或確保醫院實際上已提供治療

的機制寥寥可數。舉例而言，日本並不像英國、美國及許多已發展國家般，向所有醫院有系統地收集並分析治療及成效方面的數據。

### 第3章 —— 日本的醫療保險制度

#### 訪問行程

3.1 訪問團到訪厚生勞動省(Ministry of Health, Labour and Welfare)轄下的保險局(Health Insurance Bureau)，並聽取有關日本醫療保險制度的簡介。訪問團又到訪社會保險診療報酬支付基金，聽取有關該基金運作的簡介。



訪問團向厚生勞動省保險局總務課  
櫻井公彥係長致送紀念品



訪問團向社會保險診療報酬支付基金  
足利專務理事致送紀念品(正中)



## 日本醫療制度的主要撥款來源

3.2 日本的醫療體系以社會醫療保險模式作為基礎，首個醫療保險計劃早於1927年設立，為藍領工人提供保障。當局於1938年為自僱人士推出醫療保險計劃，至1961年將全民納入醫療保險計劃內。

3.3 厚生勞動省轄下的保險局負責規劃和規管醫療保險制度，以確保所有國民均受保障及有關制度得以持續運作。

3.4 在日本，參與醫療保險計劃屬強制性質。除短期旅客外，所有居民，包括外國人，只要是在該國合法居住，均須參與以下其中一類醫療保險計劃 ——

- (a) 由僱主提供的僱員健康保險 (Employee Health Insurance)；
- (b) 由受保人居住的市政區提供的以社區為本的國民健康保險 (Community-based National Health Insurance)；或
- (c) 為75歲或以上人士而設的長壽醫療制度 (Long Life Medical Care System)。

3.5 在全民皆受醫療保險保障的情況下，市面上亦有附加性質的私營醫療保險，以幫補住院和進行手術所需分擔或不受保的醫療費用。

## 僱員健康保險

3.6 僱員健康保險是以就業為本的保險計劃，大致上可分為會社管理的健康保險組合(下稱"會社保險")及政府管理的健康保險組合(下稱"政府保險")。

### 會社管理的健康保險組合

3.7 會社保險是一項由公司管理的醫療保險計劃，為大型企業(聘用超過700名員工)的僱員和受其供養者而設。根據《健康保險法》(Health Insurance Act)，大型企業可成立保險會社，

以自行訂立和管理醫療保險計劃。該等保險會社按照政府的規例自行釐訂保險福利和供款額。

3.8. 截至2009年3月為止，約有1 500個保險會社為3 000多萬人提供保障。保費金額為員工月薪的3%至10%不等，以反映每項會社保險受保人收入水平的差異。會社保險的每月供款通常由僱主和僱員平均分擔。

### *政府管理的健康保險組合*

3.9 政府保險是一項由政府管理的計劃，為中小型公司(聘用5至700名員工)的僱員和受其供養者提供保障。政府保險由全國健康保險協會(Japan Health Insurance Association)營辦。該協會屬公營機構，在2008年10月成立，職責之一是釐訂在全國各都道府縣營運的政府保險計劃的保費金額。保費金額為員工月薪的9.26%至9.42%不等，按每個都道府縣的醫療開支、人口結構及收入水平釐訂。截至2009年3月為止，政府保險為約3 500萬人提供保障。

3.10 由於中小型公司僱員的薪金水平通常較大型企業僱員的水平為低，故此單靠保費收入不足以維持政府保險的營運。為填補有關虧損，日本政府為政府保險的醫療成本提供資助，現時的資助額定於醫療成本的13%。政府保險的每月供款由僱主及僱員平均分擔。

## **國民健康保險**

3.11 日本的法例規定，不符合資格參加僱員健康保險計劃的合法居民，須參加由其居住地的市政府營辦的國民健康保險計劃。國民健康保險計劃為自僱人士、失業人士、在聘用少於5名僱員的公司工作的員工及退休人士提供保障。一般而言，僱員會首先參加僱員健康保險計劃，退休後則按其住處轉為參加由市政府管理的國民健康保險計劃。截至2009年3月為止，共有大約2 000家保險商為4 000多萬人提供保障。

3.12 各市政府按各自的方法釐訂國民健康保險計劃的保費。一般而言，保費按每戶的受保人數和該家庭的每年收入計算。儘管各市之間保費的差異很大，保費通常是訂於平均工資的2%左右。一如政府健康保險，日本政府須為國民健康保險的醫療成本提供資助，現時的資助額為醫療成本的43%。

## 長壽醫療制度

3.13 在日本，居民年滿75歲後便不再受僱員健康保險或國民健康保險保障，會轉而參加其居住地的都道府縣政府營辦的第三類健康保險計劃，即長壽醫療制度。然而，身患某些殘疾的65歲或以上人士亦符合資格參與長壽醫療制度。

3.14 長壽醫療制度的每年保費由兩部分組成：(a)受保人繳付的固定金額；及(b)以收入計算的金額，按個別受保人的供款能力釐定。收取的保費用以支付長壽醫療制度的醫療成本的10%，餘下的90%醫療成本則由政府資助(50%)及75歲以下受保人的補貼(40%)承擔。

## 醫療保險計劃的承保範圍

3.15 所有保險計劃均讓病人自由選擇服務提供者及接受一系列相若的醫療服務。然而，不同的醫療保險計劃在下列各方面存在當相大的分別：投保資格、費用分擔、現金福利，以及政府就支付行政費用和彌補虧損提供資助的水平。

3.16 強制性的涵蓋範圍包括非住院和住院護理、延續護理、大部分的牙齒保健及處方藥物。此外，醫療保險計劃亦提供各種形式的現金福利，例如一次總付的分娩和幼兒護理津貼，以及就殮葬和住院膳食開支提供的現金福利。

3.17 不受醫療保險計劃涵蓋的醫療服務包括墮胎、整容手術、傳統醫藥、某些醫院設施(例如私家病房)及一些高科技的醫療程序。

## 費用及收費

3.18 所有醫療保險計劃均按照政府釐訂的全國收費表向醫療服務提供者(例如醫院、診所及藥房)支付費用。收費表列載醫療保險涵蓋的所有程序和產品及其收費。向服務提供者支付的費用按病人獲得的每項服務或產品所列明的價目乘以該等服務或產品的數量計算。

3.19 全國收費表適用於所有病人，不論他們是參加哪一項醫療保險計劃及從哪類服務提供者獲得服務。換言之，日本的醫療費用全國劃一，並不會因應各市在醫療設施類別、工資水平或生活費用方面的差別而有所不同。

3.20 全國收費表按中央社會保險醫療協議會(Central Social Health Insurance Council)的建議，每兩年修訂一次。該協議會是厚生勞動省的顧問委員會，成員包括醫療服務提供者和付款者的代表，以及學者。

## 病人分擔成本

3.21 儘管各項醫療保險計劃下的承保範圍及付款機制相差不大，受保人和受其供養者所分擔的成本比率各異。3至69歲的病人需繳付的醫療成本為30%。就3歲以下的兒童而言，需分擔的比率則減至20%。鑒於人口急速老化，在1983年設立的長壽醫療制度的持續性受到挑戰，當局在2002年實施由病人分擔10%成本的安排。政府亦在2002年10月至2007年9月的5年間，把參與長壽醫療制度的最低合資格年齡由70歲逐步提高至75歲。由2008年起，70歲或以上的長者須支付10%的費用。倘若他們的收入與其就業時的收入相若，則須支付30%的較高款額。政府將會由2011年4月起進一步推行改革，年齡介乎70至74歲的長者屆時將須分擔20%的費用。

3.22 所有醫療保險計劃均設有重大醫療費用的限額，為每月病人須自費的醫療開支金額設定上限。當病人每月分擔的費用超過某個上限，超出的金額可按保險商的要求退回。下述列表顯示屬於不同收入組別的70歲以下病人所需分擔的費用上限 ——

	每月分擔的費用上限 (首3個月的治療)	每月分擔的費用上限 (由第4個月治療開始)
一般家庭	81,000日圓(6,723港元 <sup>(1)</sup> ) + A × 1% (A = 涵蓋的醫療開支減去267,000日圓(22,161港元))	44,400日圓 (3,685港元)
低收入家庭 <sup>(2)</sup>	35,400日圓(2,938港元)	24,600日圓 (2,042港元)
高收入家庭 <sup>(3)</sup>	15萬日圓(12,450港元) + B × 1% (B = 涵蓋的醫療開支減去50萬日圓(41,500港元))	83,400日圓 (6,922港元)

註： (1) 按2009年1日圓兌換0.083港元的平均匯率計算。

(2) 包括接受公共援助的家庭。

(3) 每年收入超過600萬日圓(498,000港元)的家庭。

## 審核及發還就醫療保險提出的醫療費用申索

3.23 社會保險診療報酬支付基金於1948年9月根據《社會保險診療報酬支付基金法》成立，是當局特別指派的公營機構，負責審核醫療機構及藥房就醫療費用提出的申索，並在保險商發還款項後向醫療機構及藥房支付有關的費用。在2003年10月，社會保險診療報酬支付基金重組為一個獲當局特別指派的私營機構。



訪問團參觀社會保險診療報酬支付基金的設施

3.24 社會保險診療報酬支付基金的總部設於東京，有47個支部，設於日本每個都道府縣。在2010年財政年度，它有4 934名僱員，而其4 536名評核委員會成員為醫生、保險商及學者。社會保險診療報酬支付基金就醫療機構提出的每項申索收取114.2日圓的費用，就藥房提出的每項申索則收取57.2日圓的費用。如有關的申索是以電子形式或於網上提出，就每項申索收取的費用會較低。在2009年的財政年度，社會保險診療報酬支付基金審核了大約86億宗申索，向醫療機構及藥房合共支付約9.6萬億日圓的核准申索款額。

3.25 在日本，門診護理主要是按服務收費，而住院護理則採取按每次／每段期間劃一收費及按服務收費的混合模式收取費用。根據按服務收費的制度，每項醫療服務以"點數"顯示，而每項治療則按所提供的各項醫療服務獲配點數的總和列明。每一點數相當於10日圓，收費總額是以10日圓乘以有關的點數計算。若要就已提供的醫療服務申索有關的費用，服務提供者須擬備一張醫療收費申索表格，列明該項治療及當中所包括的藥物／注射劑的點數，在下一個月的10日前提交社會保險

診療報酬支付基金。(類似的程序亦適用於藥房就發還費用所提出的申請。)社會保險診療報酬支付基金會逐一審核從醫療機構及藥房收到的申索表格。經批准的申索申請其後會送交有關的保險商。保險商會向社會保險診療報酬支付基金支付經批准申請所指明的醫療費用，以及社會保險診療報酬支付基金就審核有關申請收取的費用。有關的費用須在向社會保險診療報酬支付基金提出申索後的一個月(即在向受保人提供醫療服務或處方藥物後兩個月)支付。在醫療機構及藥房提供醫療護理及處方藥物後，社會保險診療報酬支付基金會透過金融機構(例如銀行)及郵政局在第二個月的21日或之前向有關的醫療機構及藥房支付費用。

## 第4章 —— 日本如何防控與生活習慣有關的疾病

### 訪問行程

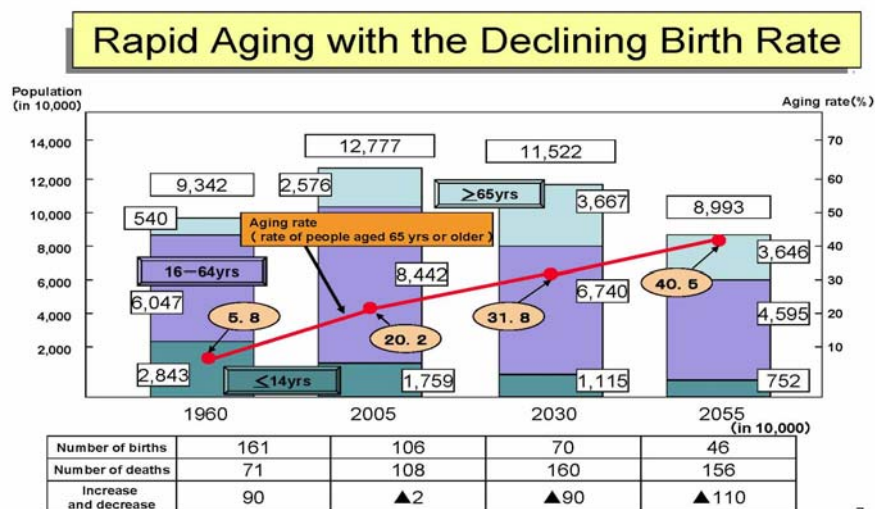
4.1 訪問團聽取厚生勞動省健康局職員簡介日本如何防控與生活習慣有關的疾病。



訪問團聽取厚生勞動省職員簡介就與生活習慣有關的疾病所採取的對策。

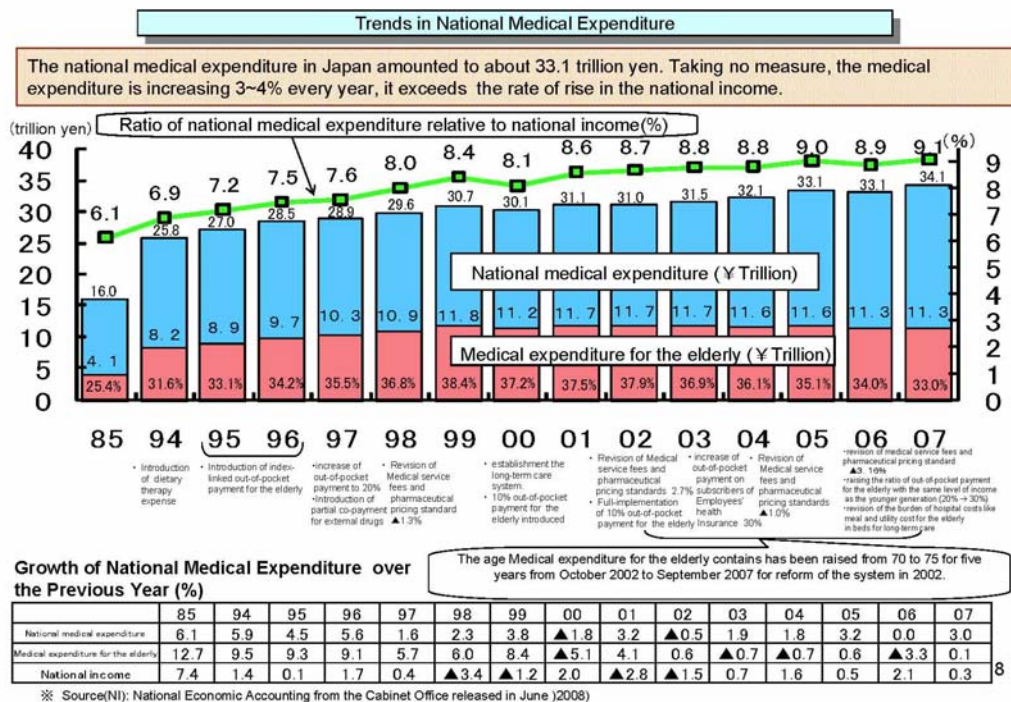
### 就與生活習慣有關的疾病所採取的對策

4.2 日本的人口因出生率下降而日益老化。到了2055年，約40.5%的人口將年屆65歲或以上，而每1萬人口的出生數字則預計會下降至46名。下列圖表(只備英文本)顯示日本在1960年至2055年的人口老化幅度及同期的出生及死亡數字 ——





4.3. 根據日本國民經濟計算部 (National Economic Accounting Office) 在2008年6月發表的統計數字，全國的年度醫療開支在2007年達34.1萬億日圓，並以每年3%至4%的速度增長，較國民收入的增長速度為快。與此同時，長者醫療開支佔國家醫療總開支的百分比則由1985年的25.4%穩步增長至2007年的33%。根據日本的《長者醫療年報》(Annual Report of Medical Services for the Elderly) 所載，每名長者在2007年的醫療開支為87萬日圓，是每名非長者每年181,000日圓的醫療開支的4.8倍。下列圖表(只備英文本)載述日本於1985年至2007年期間的醫療開支趨勢 ——

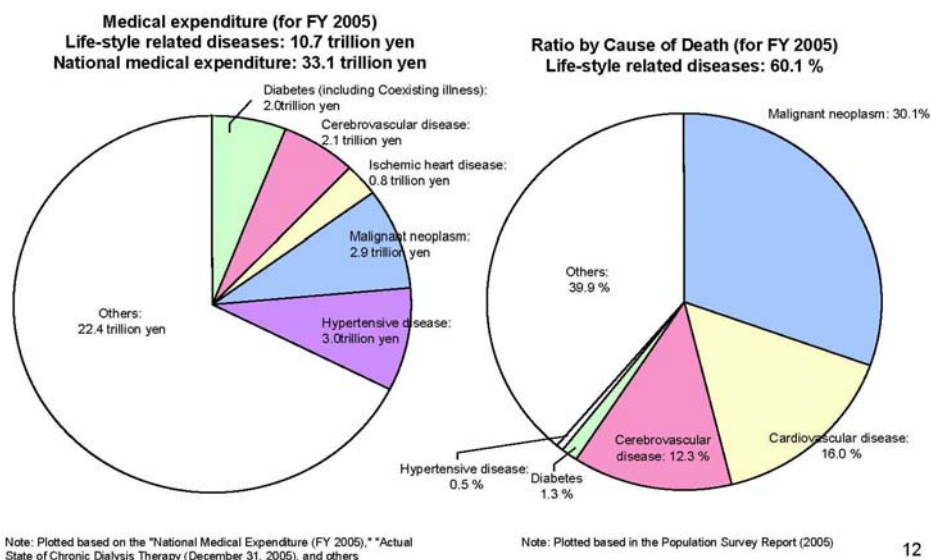


4.4 為控制因為人口急速老化而不斷增加的醫療成本，厚生勞動省一直推行"在二十一世紀促進國民健康運動"(下稱"健康日本二十一")。該項運動的目的是由2000年起提倡及支援國民終身自我管理健康。在日本，與生活習慣有關的疾病(特別是惡性腫瘤、糖尿病、高血壓疾病、心臟病及腦血管疾病)佔全國醫療開支約30%，並佔死亡成因約60%。下述圖表(只備英文本)載列與生活習慣有關的疾病的醫療開支及因此引致死亡的比率 ——



## Medical Expenditure for Life Style-related Diseases and Death Ratio

Life-style related diseases account for about 30 % of the national medical expenditure, and about 60 % of the death ratio.



12

4.5 政府就"健康日本二十一"在下列9個範疇下訂定70個具體目標，與各機構(包括非政府組織及私人公司)合作，透過集中進行初步預防工作，改善國民的生活習慣 ——

- 營養及飲食習慣 —— 推廣有營養及健康的飲食習慣及發出有關指引；
- 體育活動及運動 —— 加強國民認識體育活動的重要性，以及增設更多可進行這些活動的地點；
- 休息及精神健康 —— 教育公眾有關休息及精神健康的重要性；
- 煙草 —— 教育公眾有關吸煙及二手煙對健康的不良影響；
- 酒精 —— 減少酗酒人士的數目、禁止未成年人士飲酒，以及發放有關恰當酒精攝取量的資料；
- 口腔衛生 —— 推行有關預防牙周病及蛀牙的口腔衛生運動，以及教育公眾有關年屆80歲仍須最少保有20顆牙齒的重要性；

- (g) 糖尿病 —— 推行計劃鼓勵國民透過接受身體檢查及早發現病況及養成健康飲食習慣，以及就糖尿病持續接受治療；並且在2005年起就"預防糖尿病策略的研究"提供資助，目的是把糖尿病前期發展至真正罹患糖尿病的比率減半、把自行中斷治療的糖尿病患者數目減半，以及把糖尿病併發症的數目減少30%。根據厚生勞動省在2007年進行的國民健康及營養調查，有關的結果顯示，約890萬人有很大可能是疑似糖尿病患者，而有可能已罹患糖尿病的人數則約有1320萬人；
- (h) 心血管疾病 ——透過初步預防及就預防、診斷及治療心血管疾病的研究提供資助，加強國民認識及早發現心血管疾病的重要性；及
- (i) 癌症 —— 就進行有關癌症的研究提供公帑資助。此外，繼《癌症對策基本法》(Cancer Control Act)在2006年6月制定為法例後，當局在2007年通過"就癌症實施對策的基本計劃"("Basic Plan to Promote Cancer Control Programmes")，以全面及有系統的方式對抗癌症。

4.6 作為醫護防禦重點工作的一環，政府一直致力減少與過度肥胖有關，稱為"代謝症候群"的健康問題，就70%的人口實施強制檢查，以確定有關人士是否過度肥胖。倘若有關人士被發現是屬於腰圍過胖，便須接受運動和飲食方面的輔導。

## 第5章 —— 公營及私營醫院

### 訪問行程

5.1 訪問團曾到訪一間公營醫院(東京病院)、一間私營醫院(山王病院)及一間私營診所(山王醫療中心)，聽取有關日本的醫療服務提供情況的簡報。訪問團並於簡報會後參觀這些醫院的設施。

### 東京病院

5.2 東京病院是一間公營醫院，由國立東京療養院(National Tokyo Sanatorium)和清瀨病院(Kiyose Hospital)於1962年合併成立，共提供560張病床，其服務有預防結核病、治療原爆生還者，以及治療受各項醫療保險和社會福利計劃涵蓋的病人。東京病院設有15個醫科部門，包括內科、普通外科、腦神經科、眼科、放射科、骨外科、泌尿科及數個其他專科部門。



訪問團參觀東京病院的設施

### 山王病院

5.3 山王病院是一間私營醫院，於1937年建立，由醫療法人財團順和會營辦，共提供75張病床。病院原稱山王內科診所(Sanno Internal Clinic)，其後由港區遷往千代田區，自此易名為山王病院。山王病院設有17個醫科部門，包括內科、外科、兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、皮膚科、泌尿科、眼科、放

射科、牙科和口腔外科，以及數個其他專科部門。病院還有4個醫療中心，提供專科治療和服務 ——

- (a) 人類生殖中心：不育輔導及治療；
- (b) 呼吸系統疾病中心：治療肺部及呼吸系統疾病；
- (c) 預防性健康檢查中心：健康檢查；及
- (d) 山王病院及國際醫療福祉大學轄下的東京音聲中心(Tokyo Voice Centre)：治療咽喉疾病及聲音疾病。



訪問團聽取山王病院代表的簡介



訪問團參觀山王病院的設施

## 山王醫療中心

5.4 山王醫療中心是一間私營醫療中心，於2009年10月建立，共提供19張病床。該中心與山王醫院隸屬同一集團，兩者的所在位置亦十分接近。山王醫療中心設有7個主要醫科部門，包括內科、腸胃科、內分泌科、腎科(透析)、血管手術、產科及放射科；另有5個醫務中心提供專科治療和服務 ——

- (a) 預防藥物中心；
- (b) 婦科腫瘤婦女中心；
- (c) 透析中心；
- (d) 血管通道手術中心；及
- (e) 健康中心。



訪問團參觀山王醫療中心的設施



## 第6章 —— 護養院

### 訪問行程

6.1 訪問團曾到訪兩間護養院(社會福祉法人長岡福祉協會和新宿櫟樹園)，聽取有關為長者和弱智人士提供護理服務的簡報。訪問團並於簡報會後參觀這些院舍的設施。

### 社會福祉法人長岡福祉協會

6.2 社會福祉法人長岡福祉協會於2006年由一家社會福利機構建立，為65歲及以上的長者和弱智人士提供住宿及康復護理服務。社會福祉法人長岡福祉協會設有100個宿位，分別供65歲及以上需要特別護理及長期護理的長者入住，另有100個弱智人士宿位。該協會並提供到戶形式的社區護理服務，幫助有長期護理需要的長者在社區安老。



訪問團參觀社會福祉法人長岡福祉協會的設施

### 新宿櫟樹園

6.3 新宿櫟樹園是一間樓高6層的護養院，於2008年由一家社會福利機構建立，旨在提供長者護理服務。該院設有100個長者長期護理名額及10個短期宿位，並可為最多20名患有腦退化症的長者提供日間護理服務。



訪問團參觀新宿樺樹園(護養院)的設施

## 第7章 —— 觀察所得

### 整體意見

7.1 代表團認為，訪問期間取得的資料對香港在醫療融資方面有很大的參考價值。代表團的觀察所得載於下文各段。

### 醫療融資制度

7.2 代表團得悉，在社會醫療保險模式下，日本全體國民均可享用高質素和低成本的護理服務，而該國在人口預期壽命、嬰兒死亡率及其他公共衛生措施方面均取得良好的成績。

7.3 為解決人口老化的問題，中央政府在1983年成立長者保險，為年屆70歲或以上的長者提供醫療護理。長者保險是一項共同基金，其資金從各個社會醫療保險計劃籌集，以及由政府資助。中央和地方政府對長者保險提供的資助額最少為長者保險的醫療開支總額的30%，預計該比例在未來數年將增加至50%。

7.4 然而，在過往20多年，日本的經濟停滯不前，導致收入增長緩慢，而人口急速老化亦對開支構成強大的壓力，因此，日本醫療制度的可持續發展受到窒礙。

7.5 代表團觀察到，除對償還款額的比率作出嚴厲規管外，日本政府甚少干預醫療體系。該國並無採用任何把關者的制度，即病人可隨時隨意向任何服務提供者(基層醫療或專科)求診，亦無須提供關於其病情需要的證明。除非醫院在能力方面有嚴重限制，否則應為所有需要照顧的病人提供治療。因此，每年的人均門診人次多於經合組織平均數目的兩倍，而平均住院日數則多於經合組織平均數目約4倍。許多急症護理病床均作長者長期護理之用。另一方面，由於日本的醫療融資制度強調全體國民均能公平地以較許多已發展國家(例如美國)更低廉的費用獲得醫療服務，在此制度下，病人能就相類的健康問題獲得不同的治療或先進的醫療服務，機會有限。

7.6 醫院亦一直提供大量的門診服務，這不單是因為承保人的慷慨付款令該服務成為具吸引力的收入來源，亦因為它是接收病人入院的重要源頭。因此，許多私營診所設立小型住院



服務，並演變為小型醫院。由於人人均設法提供所有服務，這情形導致浪費和缺乏效率。此外，藥物開支急升，主要原因是醫生的收入大部分源自配藥，令用藥數量增大。

7.7 代表團觀察到，醫療服務絕大多數按服務收費，市場為爭取病人導致服務供應過剩，而藉第三方付款者控制服務供應的做法無效。以上種種情形均使服務量擴大，甚或超出按臨床原因所需要的數量。

7.8 代表團察悉日本政府採取下列措施控制醫療開支

---

- (a) 調整全國收費表，以抑制定價的整體上升率，並鼓勵採用最具成本效益的服務；
- (b) 增加分擔的費用以減低需求，儘管這做法的效用似乎有限，原因是每戶每月可動用的收入平均相對偏高，與之相比，該費用的上限設於較低水平；及
- (c) 規管醫科學生和醫院病床的數目，藉以在供應方面作出管控。

日本政府亦透過推動醫藥分家，令藥物作為醫生和醫院收入來源的吸引力減退，從而減少過量處方的情況。

7.9 對於日本政府在改革醫療制度時採取漸進的步驟，使其可長遠持續發展，議員留下深刻的印象。

7.10 對於日本政府致力與各團體(包括私人公司和非政府機構)合作，推動及實施多項預防生活習慣病的措施，以作為全國性的運動，議員留下甚為深刻的印象。

## **公營及私營醫院**

7.11 代表團發現，他們參觀的公營及私營醫院(分別為東京病院和山王病院)及私營醫療中心(即山王醫療中心)所提供的設施水準甚高。各等級的病房均空氣流通、潔淨及設備齊全，可比美任何現代世界級的現代化醫院及診所。

7.12 代表團得悉，東京病院是一所主要為患有慢性疾病(例如呼吸系統疾病)的病人提供醫療服務的公營醫院。該醫院現正嘗試接收更多急症病人，並協助病情穩定的長期病患者轉往長期護理院，以縮短其住院時間，藉此增加醫院的收入。為應付越來越多尋求緊急護理的病人從一所醫院被推往另一所醫院的情況，東京病院計劃成立一個部門，以提供緊急護理服務。醫院拒絕接收尋求緊急護理的病人，原因是缺乏專科醫生治療急症病人，及／或該等醫院沒有能力接收這些病人。

7.13 代表團觀察到，山王病院為病人提供酒店式的私人病房，其費用不受醫療保險涵蓋。病人可選擇6種私人病房，面積由20平方米至70平方米不等。山王病院醫生對病人的比例亦甚高，該醫院聘有80名全職醫生及約130名兼職醫生。山王病院除提供住院服務外，亦提供基層醫療門診服務。每天平均門診人次為850人。議員又察悉，山王病院的分娩服務深受日本人歡迎。在2009年，約有829名嬰兒由山王病院接生。分娩服務的收費由80萬日圓至120萬日圓不等。

7.14 代表團觀察到，山王醫療中心亦為病人提供酒店式的私人病房，其費用不受醫療保險涵蓋。山王醫療中心主要提供採用最新醫學科技的健康檢查(同樣不受醫療保險涵蓋)。病人一般入住山王醫療中心兩至三天。

## 護養院

7.15 代表團得悉，鑒於人口不斷老化，對醫療機構造成龐大的財政負擔，日本政府在2000年推出長期護理保險制度。該制度下的受保人為年屆65歲或以上的人士(第一類受保人)，以及40至64歲、並受健康保險計劃涵蓋的人士(第二類受保人)。年屆65歲或以上、並需長期護理的人士，以及40至64歲、並患有與老化有關的疾病(例如末期癌症和類風濕性關節炎)的人士，均獲提供長期護理保險服務。長期護理服務的類別包括以社區為本的每天家居照顧，以及住宿照顧。第一類受保人的保費由其居住的市政區透過扣減其退休金福利而繳付。第二類受保人的保費則由醫療保險承保人連同其醫療保險費一起徵收。受保人須繳付有關服務、食物及住宿開支的10%。至於低收入組別，其共同承擔的費用金額將獲寬減，或由公共援助支付。

7.16 對於他們參觀的兩家護養院(即社會福祉法人長岡福祉協會及新宿櫟樹園)的設施，議員留下甚為深刻的印象。議員感到印象尤其深刻的是，這些護養院為院友成功營造類似家居的環境，並採用分組制度(以10名院友為1組，由5名員工照顧)，為院友提供個人及細心的照顧。議員得悉，院友需繳付的月費由15 000日圓至80 000日圓不等，視乎他們選擇的膳食和房間類別而定。

7.17 然而，議員察悉，輪候入住這些護養院的時間長達兩至三年，原因是此類設施不足，以及絕大多數院友均會在這些護養院居住，直至去世。

## **結論**

7.18 代表團認為是次訪問獲益良多。此行使議員更瞭解日本的醫療融資制度。代表團亦考察了一些私營及公營醫院／醫療中心及為長者和弱智人士而設的護養院所提供的設施及服務。雖然日本的有關因素未必可直接套用於香港，但是次訪問所得的資料將有助議員考慮香港政府將會就香港的醫療融資方案所作出的建議。

立法會秘書處

議會事務部2

2010年12月14日

衛生事務委員會

前往日本進行職務訪問  
(2010年9月5日至7日)

訪問行程

<b>2010年9月5日(星期日)</b>	
下午2時55分	<b>抵達東京</b>
<b>2010年9月6日(星期一)</b>	
上午10時至正午 12時	<b>拜訪厚生勞動省</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 由保險局總務課 櫻井公彦 係長簡介健康保險計劃，包括醫療融資</li> <li>- 由健康局總務課生活習慣病對策室 高城亮 室長補佐簡介生活習慣病的對策</li> </ul>
下午2時至3時	<b>拜訪社會保險診療報酬支付基金</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 由足利 專務理事、西崎 東京支部長、伊原 副審查委員長、菅 經營企劃部企劃課副長簡介社會健康保險計劃</li> </ul>
下午4時至5時 30分	<b>參觀東京病院</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 由茅野真男 副院長、庄司俊輔 統括診療部長、三田村實 事務部長、永田郁子 看護部長簡介日本公營醫院的運作</li> </ul>

**2010年9月7日(星期二)**

上午 10 時 至 11 時 30分	<b>參觀社會福祉法人長岡福祉協會</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 由石沢哲 施設長、平沼俊 施設長、押樋辰樹 課長、關由美子 課長、高槻曉男 課長、西川鈴代 課長簡介護養院為長者及弱智人士提供護理服務的運作情況</li></ul>
下午 12 時 30 分 至 2時	<b>與國會議員共晉午膳，由香港駐東京經濟貿易首席代表祝彭婉儀女士宴請</b>
下午3時至3時45分	<b>參觀山王病院</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 由堤治 院長、國際醫療福祉大學大學院教授簡介日本私營醫院的運作情況</li></ul>
下午3時50分至4時 20分	<b>參觀山王醫療中心</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 由天野隆弘 中心長、國際醫療福祉大學大學院副大學院長接待</li></ul>
下午4時50分至5時 35分	<b>參觀新宿樺樹園(護養院)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 由杉原素子 施設長簡介護養院為長者提供護理服務的運作情況</li></ul>

## 代表團會晤的政府官員及代表名單

### 厚生勞動省

保險局總務課 櫻井公彦 係長  
健康局總務課生活習慣病對策室 高城亮 室長補佐  
大臣官房國際課 國際企劃室 交流調整係 岩下伸彌

### 社會保險診療報酬支付基金

足利 專務理事  
西崎 東京支部長  
伊原 副審查委員長  
菅 經營企劃部企劃課副長

### 東京病院

茅野真男 副院長  
庄司俊輔 統括診療部長  
三田村實 事務部長  
永田郁子 看護部長

### 社會福祉法人長岡福祉協會

石沢哲 施設長  
平沼俊 施設長  
押樋辰樹 課長  
關由美子 課長  
高槻 曉男 課長  
西川鈴代 課長

### 國會議員

長浜博行 厚生勞動副大臣  
三宅雪子 衆議院議員

自見庄三郎 郵政改革擔當內閣府特命擔當大臣(金融)  
海江田萬里 衆議院議員 日本香港議員連盟事務局長

## **山王病院**

堤治 院長、國際醫療福祉大學大學院教授

## **山王醫療中心**

天野隆弘 中心長、國際醫療福祉大學大學院副大學院長

## **新宿樺樹園(護養院)**

杉原素子 施設長

### 訪問期間取得的參考資料

厚生勞動省保險局就"日本醫療保險制度"提供的電腦投影片資料

社會保險診療報酬支付基金就"社會保險診療報酬支付基金概要"提供的電腦投影片資料

厚生勞動省健康局生活習慣病對策室就"日本防控生活習慣病的對策"提供的電腦投影片資料

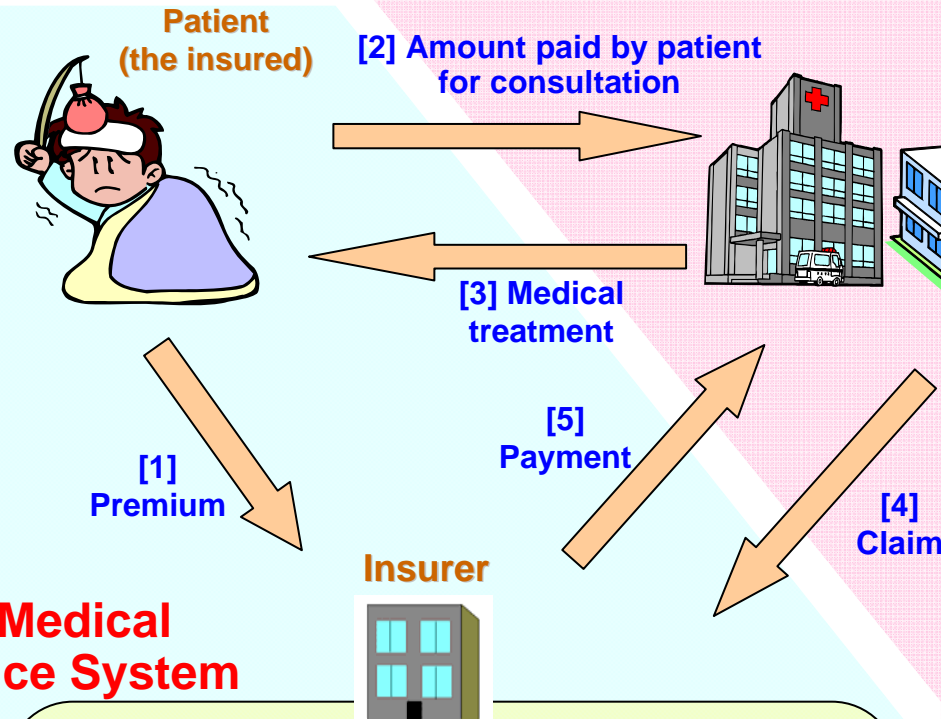


# Japanese Health Insurance System

Health Insurance Bureau-Ministry  
of Health, Labour and Welfare

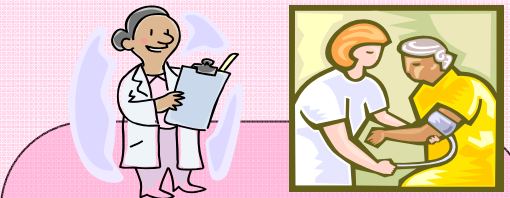
# An Outline of the Japanese Medical System

- Senior Citizens (70 yrs +)  
75yrs + 10%  
70~74yrs 20% (※)  
(or 30% for those persons with income comparable to when they were working)
  - General  
30%
  - Until the entry into primary school  
20%
- (※)From 2008 Apr to 2011 Mar, it remains 10%.



## System of the Provision of Medical Care

Hospital  
Clinic } Medical Care Law



Doctors  
Dentists  
Pharmacists

Medical Practitioners Law  
Dental Practitioners Law  
Pharmacists Law

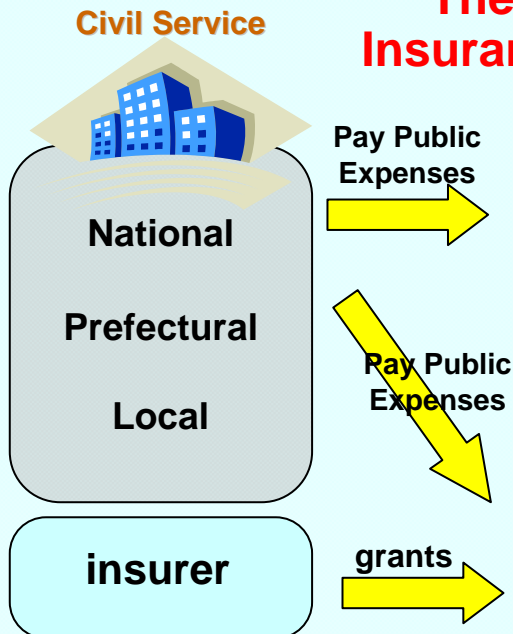
Health workers  
Maternity nurses  
Nurses

Law for Public Health Nurses, Midwives and Clinical Nurses

For all other health workers

(All other holders of national qualifications must adhere to the relevant law 2)

## The Medical Insurance System



(Type of System)	(No. of insurers)	(No. of members)
National Health Ins.	1953	39 million
Public-corporation-run health insurance	1	35 million
Society-managed, employment-based health insurance	1497	30 million
Mutuals	77	9 million

• Numbers of insurers and members are accurate as of March 2009

Medical system for the elderly aged 75 and over	47	13 million
---	----	------------

\* Numbers of members are accurate as of March 2009

# Outline of the Healthcare Insurance System

## Medical system for the elderly aged 75 and over

- Age 75 or over
- About 1.4 mil people
- 47 insurers

Age 75

## System to address the imbalance in the payment of medical expenses for the under 75 (about 14 million people)

Age 65

**Retired persons  
Healthcare  
System (interim  
measures)**

- Retired salaried employee
- (About 2 mil people)

### National Health Insurance

- Individual proprietor, Pensioner, Irregular employer, etc
- About 40 mil people
- About 2 thousand insurers

### Public-corporation-run Health Insurance

- Salaried employee of Minor Enterprise
- About 35 mil people
- 1 insurer

### Society-managed, employment-based Health Insurance

- Salaried employee of Large Corporation
- About 30 mil people
- About 1.5 thousand insurers

### Mutuals

- Civil officer
- About 9 mil people
- 76 insurers

# Management Process for Medical System for the Elderly aged 75 and Over (FY2008~)

- Financial resources (not including co-payments from patients);  
About 50% will be financed by public subsidy, About 40% from contributions of National Health Insurance and Employees' Health Insurance, and the remaining 10% will be from premiums collected widely and thinly from the elderly themselves.
- The amount of contribution from National Health Insurance and Employees' Health Insurance will be based on the numbers of each insurer's affiliate; National Health Insurance = about 42 million people, Employee Health Insurance = about 71 million people.

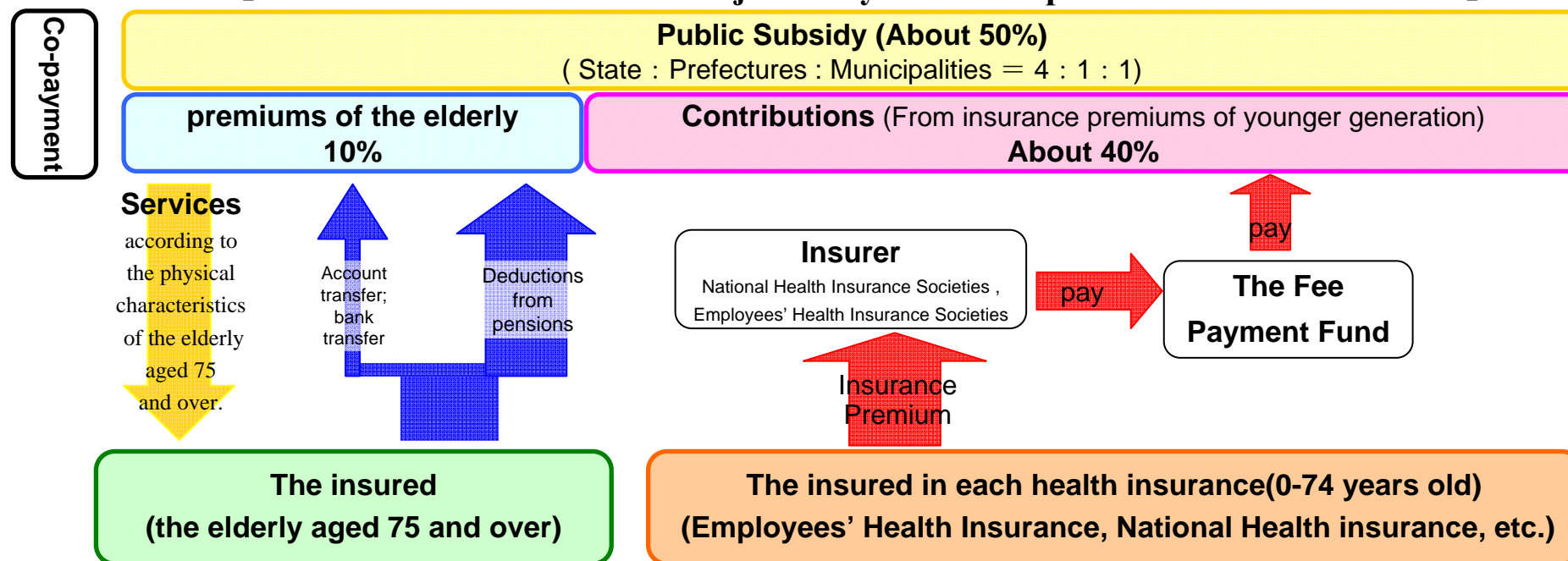
< **Number of the target** > About 13 million elderly citizens aged 75 and over

< **Medical expenditure for the elderly aged 75 and over** > About 11.9 trillion yen

Benefits : 10.8 trillion yen

Co-payment : 1.1 trillion yen

## 【Insurer: Extended Association joined by all Municipalities in their Prefectures】



(Note 1) With regard to the elderly with the same level of income as the younger generation, there is no public subsidy (50%) as is the same in the case of Act of Health Services for the elderly, and as such public subsidy will account for 46%, and contributions from younger generations' premium for 44%.

(Note 2) The total amount of public subsidy will be 58%; because there are another subsidies for the contribution of National Health Insurance (50%) and Government-managed Health Insurance (16.4%), and more, subsidy for burden-relief policy about premiums for lower income persons.

# National Health Insurance & Health Insurance Benefits

(From October 2009 onwards)

Payment		National healthcare insurance (local authority)		Healthcare insurance	
Healthcare payments	Healthcare Benefits	Until the entry into primary school ; 80% After junior high school to 74years: 70% 70~74years: 80% (70% for those with an income comparable to working persons*)			
	Visiting nursing healthcare	※From 2008 Apr to 2011 Mar, self-pay for 70~74years remains 10%.			
	Meals during hospitalization expenses	Standard amount borne for meals: ¥260 per meal Low income persons after the 90 <sup>th</sup> day of hospitalization: ¥160 per meal		Low-income persons: ¥210 Persons of particularly low income (70 years old and over): ¥100 per meal	
	Living care during hospitalization	Living care standard fee: ¥460 per meal (meal cost) + ¥320 (residential cost) Particularly low-income persons: ¥130 per meal (meal cost) + ¥320 (residential cost) * The amount borne by patients with serious diseases will be the living care standard fee		Low-income persons: ¥210 per meal (meal cost) + ¥320 (residential cost) Persons receiving senior citizens welfare benefits: ¥100 per meal (meal cost) + ¥0 (residential cost)	
	High-cost medical care expenses (with individual limit)	Young people  (High income) ¥150,000+(medical expenses)×1% (¥83,400) (General) ¥80,100+(medical expenses)×1% (¥44,400) (Low income) ¥35,400 (¥24,600)  (figures in parenthesis are for the fourth month onwards)		Senior Citizens  Hospitalization (Working income level) ¥80,100+(medical expenses)×1% (General) ¥44,400 ¥12,000 (Low income) ¥24,600 ¥8,000 (Particularly low income) ¥15,000 ¥8,000  Outpatients (per person) ¥44,400	
Cash payments	Lump-sum allowance for childbirth	Contents of benefits are decided by separate regulations. (Most insurers pay ¥420,000)	Lump-sum allowance for childbirth	¥420,000 paid in the instance of the insured person or their dependent giving birth	
	Lump-sum allowance for childbirth and nursing				
	Lump-sum funeral allowance, burial costs	Contents of benefits are decided by separate regulations. (Most local authorities pay at a rate between ¥10,000-50,000) Practiced by most local authorities	Burial costs	Fixed amount of ¥50,000 paid in the instance of the insured person or their dependent dying	
	Family burial costs		Fixed amount of ¥50,000 paid in the instance of the insured person or their dependent dying		
	Invalidity benefit	Voluntary benefit (Not practiced by any local authorities)	In the case that the insured person becomes unable to work because of medical treatment being received for a cause not related to work, an amount approximate to two thirds of that persons standards daily wage will be paid daily for a maximum period of 6 months.		
Maternity allowance	During the maternity leave taken by the insured person, an amount approximate to two thirds of that persons standards daily wage will be paid daily for a maximum period of from 42 days prior to the birth to 56 days after the birth.				

\* Persons with an income comparable to that of a working person are those persons with a taxable income of around the same level as that of the average taxable income for a person currently working (approx. 14.5 million yen)



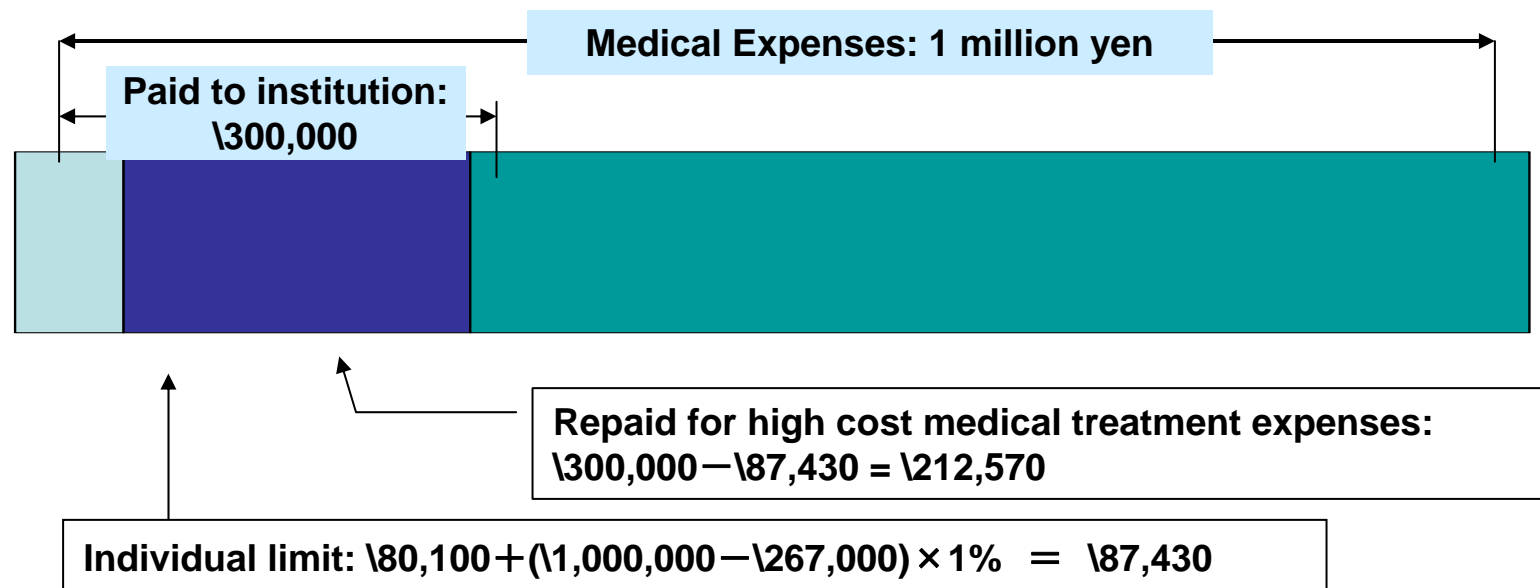
# Outline of the High Cost Medical Treatment System

## ○ High Cost Medical Treatment System

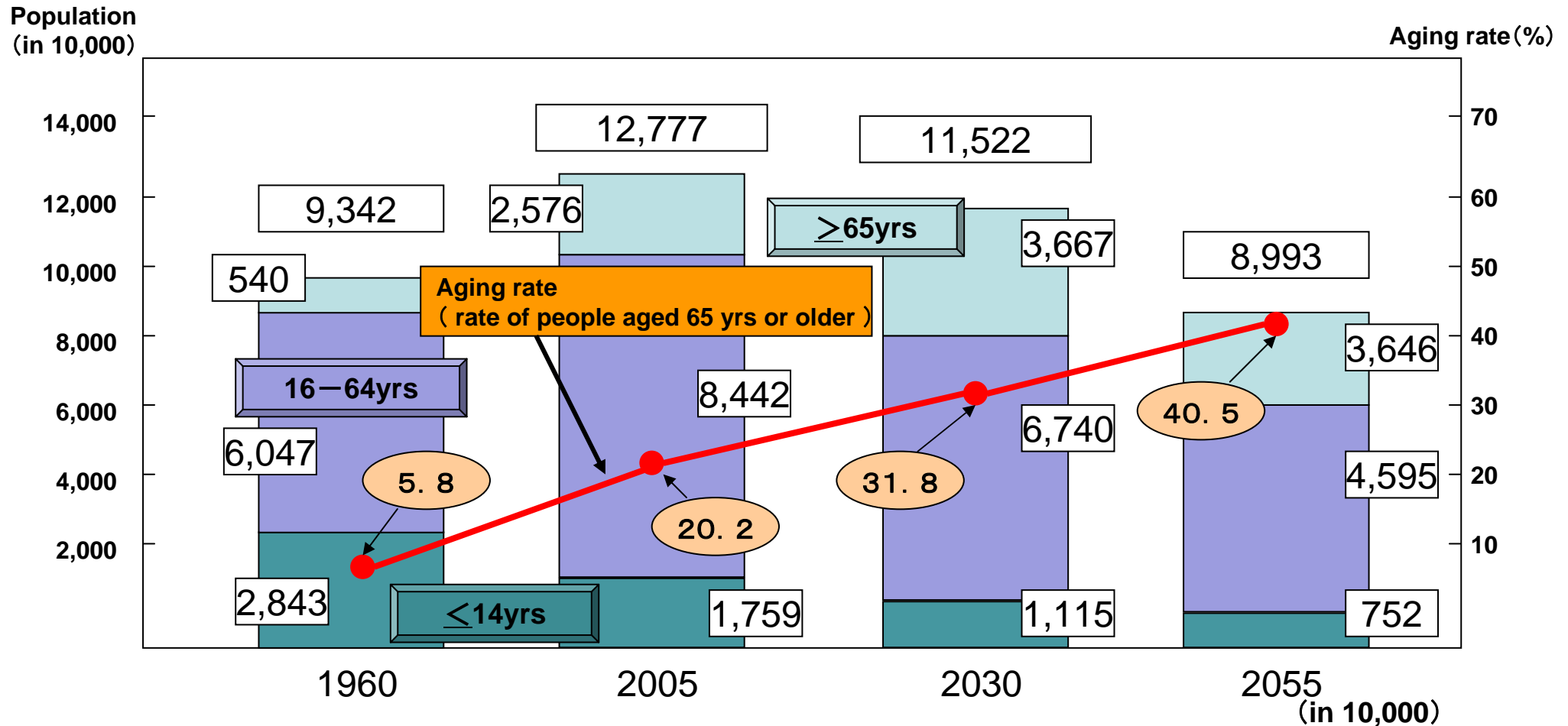
After the fixed rate has been paid at the relevant medical institution, any amount that exceeds the fixed monthly limit will be paid ex post facto by the insurer, in order to ensure that the financial burden on the patient does not become too great.

The monthly individual limit is calculated according to the patient's income, which is classified as either high income, low income or general income.

<Common Example: Case of a person with Employee Insurance (30%) on a general income>



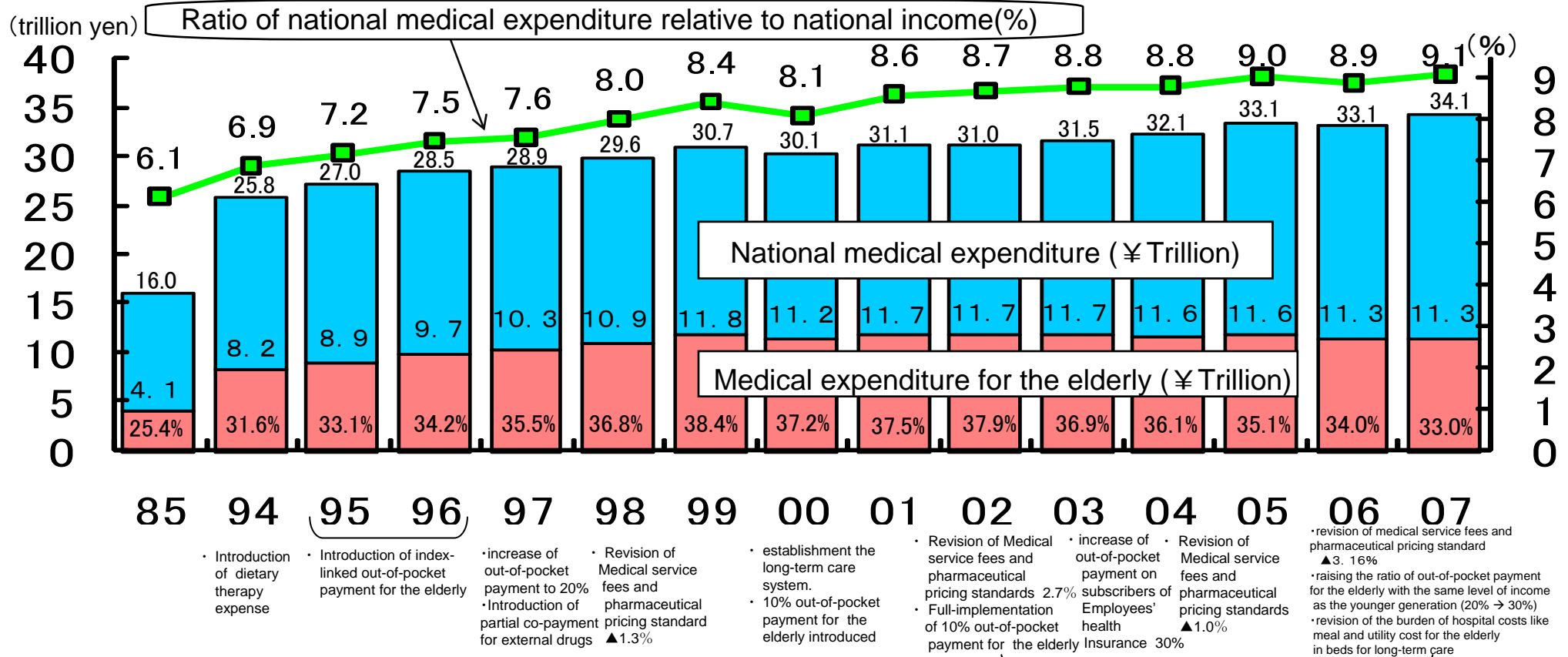
# Rapid Aging with the Declining Birth Rate



Number of births	161	106	70	46
Number of deaths	71	108	160	156
Increase and decrease	90	▲2	▲90	▲110

## Trends in National Medical Expenditure

The national medical expenditure in Japan amounted to about 33.1 trillion yen. Taking no measure, the medical expenditure is increasing 3~4% every year, it exceeds the rate of rise in the national income.



### Growth of National Medical Expenditure over the Previous Year (%)

The age Medical expenditure for the elderly contains has been raised from 70 to 75 for five years from October 2002 to September 2007 for reform of the system in 2002.

	85	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
National medical expenditure	6.1	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0
Medical expenditure for the elderly	12.7	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1
National income	7.4	1.4	0.1	1.7	0.4	▲3.4	▲1.2	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.1	0.3

※ Source(NI): National Economic Accounting from the Cabinet Office released in June )2008)



## Future Prospects for the national healthcare expenses, healthcare benefit expenses and healthcare expenses for elderly senior citizens

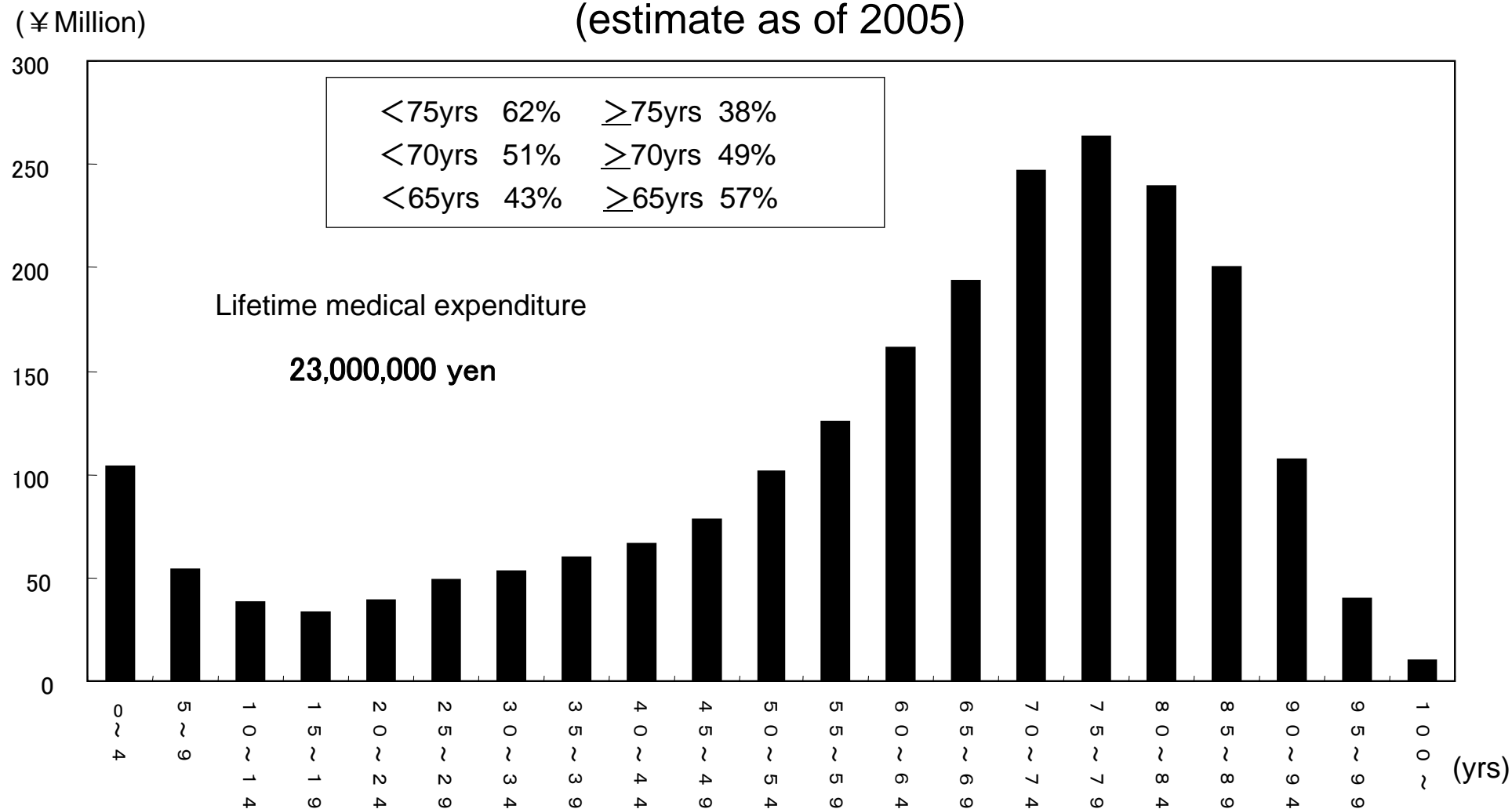
- National healthcare expenses before implementation of the reform were estimated to rise to around 65 trillion yen by 2025. The rate of increase is around 3-4% per year.

Future Prospects for the national healthcare expenses, healthcare benefit expenses and healthcare expenses for elderly senior citizens (based on 2006 Healthcare System Reform)

Year	2006 Base	2015	2025
Post Reform			
National healthcare expenses (trillion yen)	33.0	44	56
Healthcare expenses for elderly senior citizens (trillion yen)	10.8	16	25
Healthcare benefit expenses (trillion yen)	27.5	37	48
Before Reform Implementation			
National healthcare expenses (trillion yen)	34.0	47	65
Healthcare expenses for elderly senior citizens (trillion yen)	11.1	18	30
Healthcare benefit expenses (trillion yen)	28.5	40	56

(Note) Healthcare expenses for the elderly (healthcare expenses for elderly senior citizens) are payable to those senior citizens more than 74 years old age, and by 2015 and 2025 the eligible age will have risen to 75 years of age and above.

# Lifetime Medical Expenditure (estimate as of 2005)

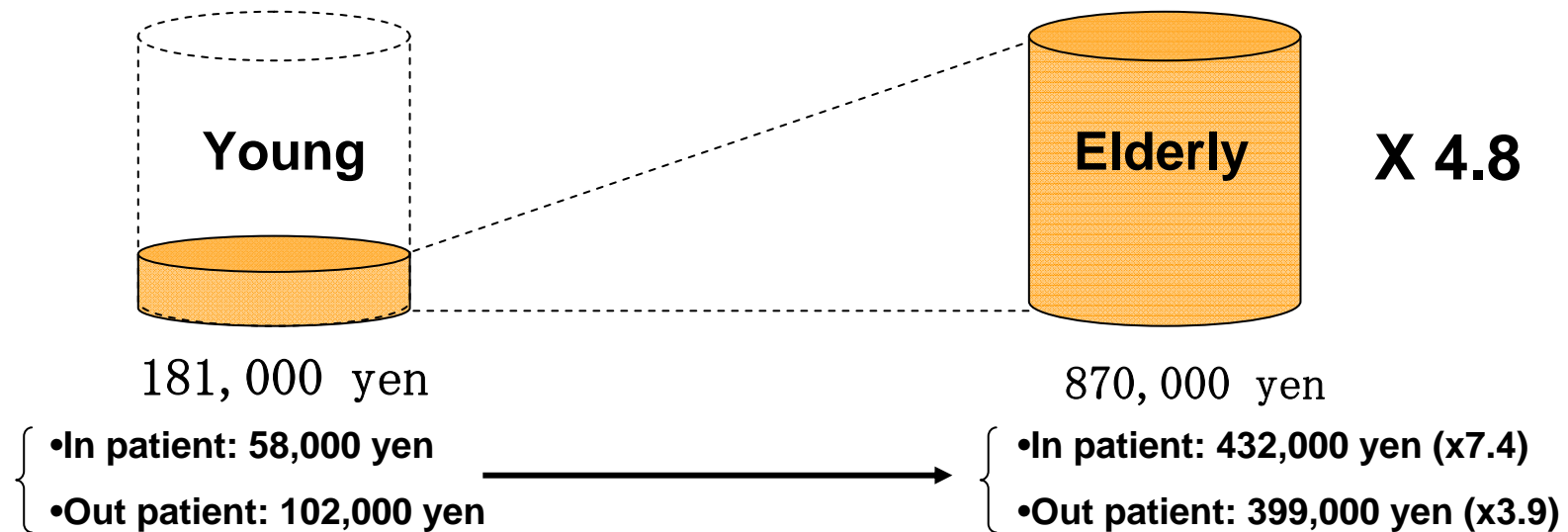


※ Under the medical expenditure per person by age group in 2005, this figures are estimated by applying static population of the simple life table in 2005.

# Characteristics of Medical Expenditure for the Elderly

- Health expenditures are 870,000 yen per elderly (Elderly Health Care System), and it is 4.8 times the costs of people who are not considered elderly, which is 181,000 yen.

## 【Comparison of Health Expenditures per Person (2007)】

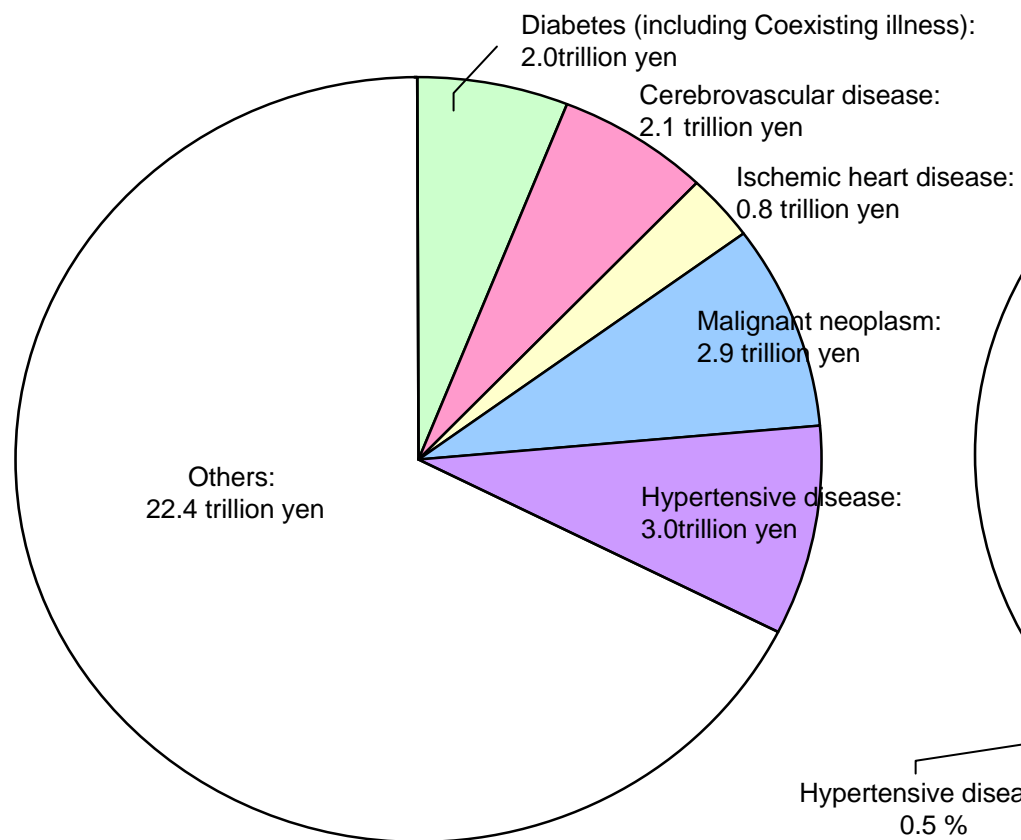


- ◆ Comparing each country in the ratio of the medical expenditure per person for the elderly to the young, it shows about 3~4 times in Western countries.

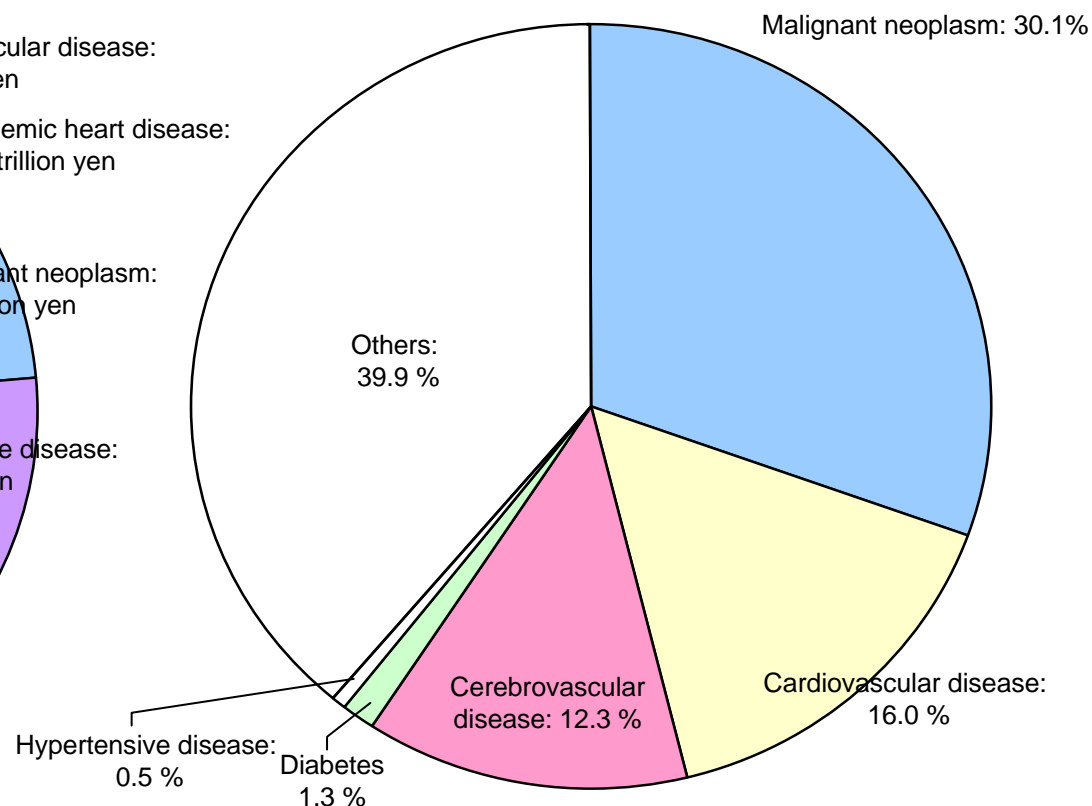
# Medical Expenditure for Life Style-related Diseases and Death Ratio

Life-style related diseases account for about 30 % of the national medical expenditure, and about 60 % of the death ratio.

**Medical expenditure (for FY 2005)**  
**Life-style related diseases: 10.7 trillion yen**  
**National medical expenditure: 33.1 trillion yen**



**Ratio by Cause of Death (for FY 2005)**  
**Life-style related diseases: 60.1 %**



Note: Plotted based on the "National Medical Expenditure (FY 2005)," "Actual State of Chronic Dialysis Therapy (December 31, 2005), and others

Note: Plotted based in the Population Survey Report (2005)

# Measures to Prevent Lifestyle Diseases

## Basic Directionality

- Examinations and healthcare guidance must be carried out with particular attention to metabolic syndrome, for insured persons (national healthcare & employees insurance) and their dependents aged 40 years old and over
- In addition, the data from the results of implementation must be kept and managed
- Each healthcare insurer must then either make additions or reductions to the amount paid in support to elderly senior citizens, according to the conditions of and results of the implementation of this.  
(From 2013)

## Main Contents

- Each insurer must implement measures deliberately in accordance with national guidelines (from 2008)
- Thorough healthcare guidance must be provided to those persons established to be in need of such through examinations  
→ must be demonstrated in guidelines
- Regarding dependants of the insured, measures must be put in place to allow these dependants to undergo medical examinations and receive healthcare guidance within the national healthcare insurance system provided by the local authority.  
→ also possible for healthcare insurers to utilize programs provided by the local authority controlled national healthcare insurance system  
(Expenses will be borne and data management will be carried out by the healthcare insurer to whom the person making use of the service/s is affiliated)  
→ Within Councils of Insurers, set up within each prefecture, discussions and organization will be carried out, led by the prefecture, to ensure that effective service can be provided.
- Healthcare insurers must use the examination data effectively to carefully select those who need to undergo healthcare guidance training. In addition, they must undertake an evaluation of the program. Further, the results of the examinations must be provided to the insured and their dependents in a way that is easy to manage and store.
- \* For programs of examination held through local authority controlled national health insurance systems etc., public funds will be used to provide some financial support

➤ Standards for determining Metabolic Syndrome

- Those persons whose measurement around the waist is 85cm or more (men) or 90cm or more (women); and who have at least 2 of the following: a high proportion of body fat, high blood pressure, high blood sugar

## International Comparison of Healthcare Facilities and Workforce (2007)

Country	Average Length of Stay	No. of beds per 1,000 population	No. of doctors per 100 hospital beds	No. of doctors per 1,000 population	No. of nurses per 100 bed	No. of nurses per 1,000 population
<b>Japan</b>	<b>34. 1</b>	<b>13. 9</b>	<b>14. 9</b>	<b>2. 1</b>	<b>66. 8</b>	<b>9. 4</b>
<b>Germany</b>	<b>10. 1</b>	<b>8. 2</b>	<b>42. 5</b>	<b>3. 5</b>	<b>120. 7</b>	<b>9. 9</b>
<b>France</b>	<b>13. 2</b>	<b>7. 1</b>	<b>47. 2</b>	<b>3. 4</b>	<b>108. 2</b>	<b>7. 7</b>
<b>U.K.</b>	<b>8. 1</b>	<b>3. 4</b>	<b>72. 7</b>	<b>2. 5</b>	<b>294. 2</b>	<b>10. 0</b>
<b>U.S.</b>	<b>6. 3</b>	<b>3. 1</b>	<b>77. 5</b>	<b>2. 4</b>	<b>337. 2</b>	<b>10. 6</b>

(Source): OECD Health Data 2009

\* No. of doctors and nurses per 100 hospital beds are calculated by dividing the No. of doctors and nurses by the # of hospital beds and then multiplying by 100.

\* The definition of beds for calculating Average Length of Stay used in OECD statistics is below.

- Japan: All hospital beds      - Germany: acute care beds, psychiatric care beds, beds for rehabilitation (exclude beds in nursing facilities)
- France: acute care beds, long-term care beds, psychiatric care beds, other beds      - U.K.: all the beds run by the NHS (exclude long-term care beds)
- U.S.: all the beds registered with AHA (American Hospital Association)

## Measures to Reduce the Average Number of Hospitalization Days

### Basic Directionality

- Each Prefecture must, together with the cooperation of medical institutions and other related parties, take measures to ensure that all residents have access to treatment appropriate to conditions and stage of their illness, by promoting the separation of and partnerships between medical institutions, home healthcare, and the conversion of recuperation wards.
- In response to these prefectural measures, the national government will put the following support measures in place:
  - Formulate basic guidelines regarding the revision of Healthcare Plan Systems & draw up a manual
  - Evaluate examination fees in relation to the specialization/collaboration of medical functions and the promotion of home healthcare
  - Utilize the combined subsidy fund and the organizational funds for medical healthcare provision systems
  - Programs for conversion and organization using healthcare insurance funds

### Main Contents

#### [1] Specialization of & Collaboration between Medical Facilities

- Through a revision of the Healthcare Plan, concrete collaborative frameworks should be created between facilities providing care during the period of recuperation from acute illness, convalescence, nursing care for the elderly etc., for each particular program, for example measures for stroke victims, in order to ensure that appropriate care can be received at each stage without any gaps

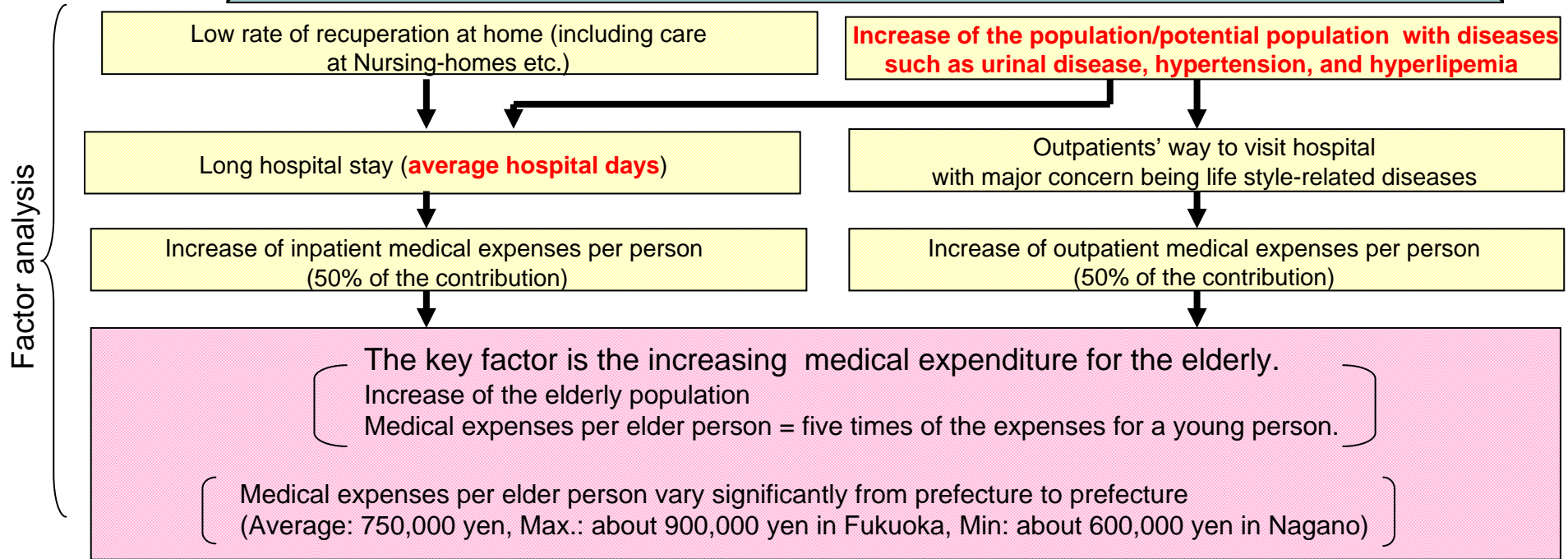
#### [2] Promotion of Home Healthcare & Nursing

- In order that recuperation from hospital to home can take place smoothly, collaboration should take place between the chief medical officers and care managers at the time of discharge, and a framework should be put in place that can oversee home nursing. Further, efforts should be made to promote a variety of residences, apart from just those designed to accommodate the elderly, that can be used for convalescence and home nursing.

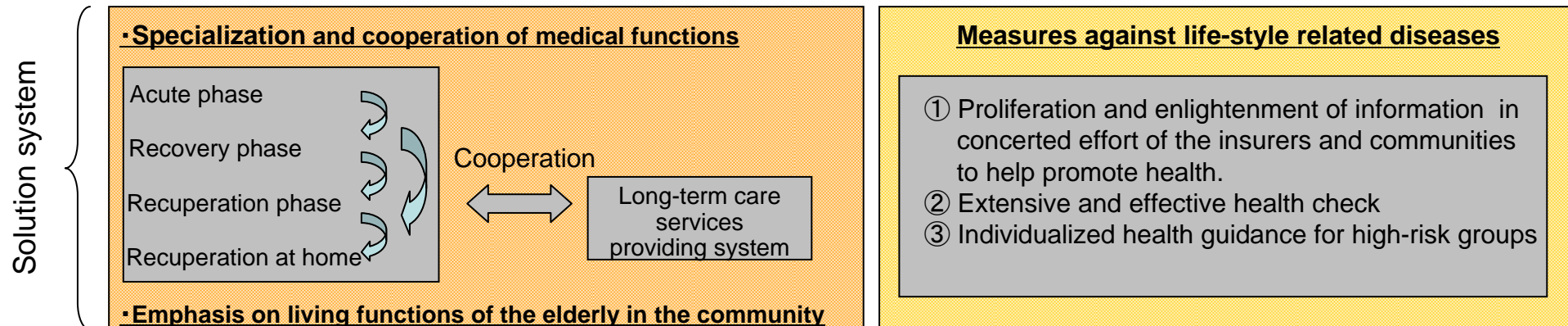
#### [3] Conversion of Recuperation Wards

- Support will be provided for the conversion of convalescence wards into healthcare and residential facilities for the elderly (paying residential homes, care houses etc).

# Mechanism behind Increases of Medical Expenditure



## Increase in Medical Expenditure





# Outline of Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services (HICRRS)

## 社会保険診療報酬支払基金の概要

### Contents

- 1 Outline of Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services  
社会保険診療報酬支払基金の概要 ... 1
- 2 Organization of Assessment Committees  
審査委員会の組織 ... 6
- 3 Procedure for the Claim and Payment of Medical Fee  
診療費の請求支払手順 ... 7
- 4 Workflow of the Monthly Operation in Prefectural Branch Offices  
支払基金支部における1ヵ月の業務処理の流れ ... 10
- 5 Medical Fee Claim Form (For Outpatient)  
診療報酬明細書(入院外) ... 11

Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services  
社会保険診療報酬支払基金



# Outline of Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

## 社会保険診療報酬支払基金の概要

### 1 Established (設立)

Established in September 1948 as a specially designated public corporation 昭和 23 年 9 月に特殊法人として設立

Reorganized in October 2003 as a specially designated private corporation 平成 15 年 10 月に特別の法律により設立される民間法人として再編

### 2 Objectives of the Fund (事業目的)

Assessment of medical fee claims 適正な審査

Prompt and appropriate payment of medical fee 迅速適正な支払

### 3 Main Business of the Fund (事業概要)

#### ① Assessment and Payment of Medical Fee (Duties entrusted by insurers)

審査・支払業務(保険者からの委託業務)

- Assessment of medical fee claims submitted by medical care institutions.

医療機関から提出のあった診療報酬請求書の審査

- Payment of medical fee to medical care institutions.

医療機関に対する診療報酬の支払

#### ② Duties Related to Medical Care System for the Elderly

(Duties based on "Law concerning securing medical care of the elderly ")

高齢者医療制度関係業務(「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく業務)

- Collecting contributions from insurers of medical care insurance, and granting them to "regional alliance for the medical care of the latter-stage elderly" in each prefecture.

保険者からの後期高齢者支援金等の徴収及び後期高齢者医療広域連合への交付

- Financial adjustments among medical care insurers relating to medical care for the early-stage elderly (65 to 74 age group)

前期高齢者(65 歳から 74 歳)医療に関する財政調整

- Collecting contributions from insurers of medical care insurance, and granting them to prefectures for the purpose of subsidizing the expense of converting sickbeds.

保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県への交付

- Receiving personal data of the dependents of the insured, from insurers of medical care insurance, and providing them to “regional alliance for the medical care of the latter-stage elderly” for the purpose of discounting contributions.

保険者から被扶養者情報の提供を受け、後期高齢者医療広域連合への情報を提供

③ Duties Related to Medical Care Service for Retired Employees (Duties based on “National Health Insurance Law”.)

退職者医療関係業務(「国民健康保険法」に基づく業務)

- Collecting contributions from insurers of employees’ medical care insurance, etc. and granting them to municipalities.

被用者保険等保険者からの退職者医療拠出金の徴収及び市町村への交付

④ Duties Related to Long-Term Care Insurance (Duties based on “Long-Term Care Insurance Law”.)

介護保険関係業務(「介護保険法」に基づく業務)

- Collecting contributions from insurers of medical care insurance, and granting them to municipalities.

医療保険者からの介護給付費納付金の徴収及び市町村への交付金の交付

- 4 Organization (組織)  
Headquarters (Tokyo) ,47 Branch offices (One in each prefecture)  
東京に本部、各県に 47 支部を置く全国組織
- 5 Number of Employees for the fiscal year 2010 (平成 22 年度定員)  
Employees (職員) 4,934 persons  
Assessment committee members (審査委員) 4,536 persons
- 6 Number of claims examined by the Fund in the fiscal year 2009  
about 860,000 thousands  
(平成 21 年度取扱件数 約 8 億 6 千万件)  
・ Medical department : about 490,000 thousands  
・ Dental department : about 110,000 thousands  
・ Pharmacies : about 260,000 thousands  
(医科 約 4 億 9 千万件・歯科 約 1 億 1 千万件・調剤 約 2 億 6 千万件)
- 7 Total amount of payment by the Fund in fiscal 2009  
Medical Fee : about 9,600,000 million yen  
(平成 21 年度取扱金額 約 9 兆 6 千億円)  
・ Medical department : about 7,100,000 million yen  
・ Dental department : about 900,000 million yen  
・ Pharmacies : about 1,600,000 million yen  
(医科 約 7 兆 1 千億円・歯科 約 9 千億円・調剤 約 1 兆 6 千億円)
- 8 Budget (予算)  
・ General account budget in the fiscal year 2010 about  
84,700million yen  
平成 22 年度一般会計予算 約 847 億円  
・ Commission charges for each statement 1件当り事務費  
Assessment and Payment 114.20 yen 審査支払  
(Promotion Rate:  
claims with electronic data 108.20 yen 電子媒体請求促進分)  
online claims 104.00 yen オンライン請求促進分)  
  
Payment (Pharmacies) 57.20 yen 調剤支払のみ  
(Promotion Rate:  
claims with electronic data 51.20 yen 電子媒体請求促進分)  
online claims 47.00 yen オンライン請求促進分)

9 Board of Trustees and Executive Committee (理事会及び幹事会)  
Fair and Neutral Business Management 公正中立な事業運営  
Members of the Board of Trustees and Auditors (理事会・監事の構成)

Board of Trustees 理事会	Trustees 理事	No more than 17 persons 17 人以内	Representatives of insurers(4) of insured persons(4) of doctors(4) of public interests(4) 保険者・被保険者・診療担当者・公益代表
	Consultants 参与	No more than 5 persons 5 人以内	Experts on the Public Assistance Law(1) on the Long-Term Care Insurance Law(1) Medical Care System for the Elderly(1) Representatives of pharmacists(1) 生保・介護・高齢者医療・薬剤師関係
Auditors 監事		4 persons 4 人	Representatives of insurers(1) of insured persons(1) of doctors(1) of public interests(1) 保険者・被保険者・診療担当者・公益代表

Members of the Executive Committee (幹事会の構成)

Executive committee 幹事会	Executives 幹事	8 persons 8 人	Representatives of insurers(2) of insured persons(2) of doctors(2) of public interests(2) 保険者・被保険者・診療担当者・公益代表
	Consultants 参与	No more than 4 persons 4 人以内	Experts on the Public Assistance Law(1) Law concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients of Infections(1) Medical Care System for the Elderly(1) Medical Care Service for Retired Employees(1) 生保・感染症・高齢者医療・退職者医療

10 Assessment Committee (審査委員会)

Headquarters (Tokyo) 本部	Special Assessment Committee 特別審査委員会	Representatives of doctors of insurers of academic experts
Branch office (each prefecture) 47 支部	Assessment Committee 審査委員会	診療担当者代表・保険者代表・学識経験者 それぞれ同数

# Organization of the Assessment Committees

## (Legal Basis) 根拠法令等

1. The Act on Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services  
社会保険診療報酬支払基金法
2. Provisions of Assessment Committee and Special Assessment Committee of Social Insurance Medical Payment Fee Claims  
審査委員会及び特別審査委員会規程
3. General Rules of Assessment Committee  
審査委員会運営規程準則

## (Prefectural Branches) 基金支部

Assessment Committee of Social Insurance Medical Payment Fee Claims.  
社会保険診療報酬支払基金請求書審査委員会  
Chairman and vice chairman are elected by ballot.

Primary assessment (第1次審査)  
Secondary assessment — assessment decided.  
(第2次審査) 審査決定

Committeemembers' term of services = 2 years

Doctors  
Insurers  
Academic experts

## (Headquarters) 基金本部

Special Assessment Committee of Social Insurance Medical Payment Fee Claims  
社会保険診療報酬支払基金請求書特別審査委員会  
(Committeemembers' term of services = 2 years)  
Doctors  
Insurers  
Academic experts

Primary examination  
Secondary assessment — assessment decided.

Studying Committee  
審査研究会  
(All committee members)

(Academic research, etc.)  
Studying Committee give academic lectures.  
学術研究  
学術講演

Drug Dispensing Assessment Sub-Committee  
調剤審査部会  
Chairman is elected by ballot.

This committee shall assess medical fee claims concerning drug  
調剤報酬請求についての審査

Re-assessment Sub-committee  
再審査部会  
Chairman is elected by ballot.

(The-assessment Sub-Committee shall deal with the appeals for re-assessment from insurers and insurance medical care facilities.)  
保険者及び保険医療機関からの再審査申し出処理  
Fund's Law: 15-1-3  
Provision of Assessment Committee: 2-3

Assessment Sub-Committee  
審査専門部会  
Chairman is elected by ballot.

This committee shall specially assess statements of medical fee bills with maximums greater than the fixed point.  
一定点数以上の高点数明細書を専門的に審査  
This committee shall re-assess:  
(1) Statements of medical fee bills with maximums greater than the fixed point.  
一定点数以上の高点数明細書の審査  
(2) Statements concerning medical care institutions, etc. entrusted by Assessment Committee.  
その他審査委員会から付託された医療機関等に係る明細書の審査

Assessment Steering Committee  
審査運営委員会  
Chief of the committee = Chairman

This committee shall discuss the whole management, assessment and etc.  
This committee shall discuss:  
審査委員会の運営等審査全般について協議  
(1) Promotion for smooth management of assessment committee  
審査委員会の円滑な運営推進  
(2) The way of assessment  
審査方法についての審議  
(3) Inspection of assessment result  
審査結果の確認  
(4) The other important matters regarding assessment.  
その他審査に関する重要事項の協議

Ranges subject to assessment conducted by Special Assessment Committee  
特別審査委員会対象範囲  
(1) Statements with more than 400 thousands points of medical care. (In case that it includes cardiac or pulse operations, points related to specified treatment materials are excluded.)  
医科診療 40 万点以上の高点数明細書  
(心・脈管に係る手術を含む場合は、特定治療材料に係る点数を除く)  
(2) Statements with more than 4000 points of oriental medicine and medications.  
漢方・投薬料 4 千点以上の明細書  
(3) Statements with more than 200 thousand points of dental care.  
歯科診療 20 万点以上の高点数明細書

## 診療費の請求支払手順

### Procedure for the Claim and Payment of Medical Fee

#### 1 保険医療機関から支払基金への医療費の支払請求

現在、医療保険制度における診療報酬の支払については、各診療行為及び薬剤についてそれぞれ点数評価（1点＝10円）を行い、個別に行った各診療行為の評価額の合計額を診療報酬として支払う方式（「個別出来高払方式」という。）を用いている。

各医療機関においては、診療行為1件ごとに診療報酬点数を記載した明細書（レセプト）を作成し、これを添付した診療報酬請求書を審査支払機関である社会保険診療報酬支払基金（国民健康保険では国民健康保険団体連合会）に各月分につき翌月10日迄に提出することにより、医療費の支払請求を行う。

保険薬局からの調剤報酬請求についても同様である。

#### 1 Requests for payment of medical care expenses from medical care institutions to Health Insurance Claim Review & Reimbursement Services At present, a fee-for-service system is used to calculate the medical fees for social insurance.

Under this system, each piece work of medical services and dispensing of medicines is expressed in “points,” and each act of medical treatment is expressed as the sum of the points allotted to the piece work consisting of the treatment. Each point is ¥10, and the total expenses are obtained by multiplying the number of points by ¥10.

Each medical care institution prepares, for each of the medical services it provides, a medical care fee claims specifying the number of points for the treatment and for the medication and injections composing the service. Then, the medical care institution requests payment of medical expenses incurred by submitting the Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services (National Health Insurance Organizations in the case of the National Health Insurance).

The medical care fee claims for each month should be presented by the 10<sup>th</sup> day of the following month.

The procedures for requests for dispensing expenses made by insurance pharmacies are the same as the above.

#### 2 審査済の請求書の保険者への送付

保険医療機関や保険薬局から支払基金へと送られた請求書及び明細書については、支払基金において医療機関や薬局ごとに1件1件審査が行われた後、保険者に送付される。

#### 2 Delivery of approved medical care fee claims to insurers

The medical care fee claims sent from medical care institutions and pharmacies are examined individually by the Fund, and approved claims are delivered to the respective insurers.



### 3 保険者から支払基金に対する診療報酬の支払い

保険者は、提出された請求書に認められる診療報酬額に基づき、診療報酬支払基金に対し、1 か月にかかった診療報酬の総額に基金に対する業務委託事務費を乗せた額を支払う。支払いは現在のところ、保険者と支払基金との間の委託契約の内容により、医療機関から支払基金に対して請求のあった月の翌月、つまり、診療の行われた月の翌々月に行われている。

### 3 Payment of medical fees to the Fund by insurers

Insurers pay the Fund the medical fees specified on the medical care fee claims for each month as well as commission charges for examination of the claims. At present, payment is made in the month following the month when the claim is made by medical care institutions to the Fund, that is, two months after medical care is provided, in accordance with the contract between insurers and the Fund.

### 4 支払基金から医療機関への診療報酬の支払い

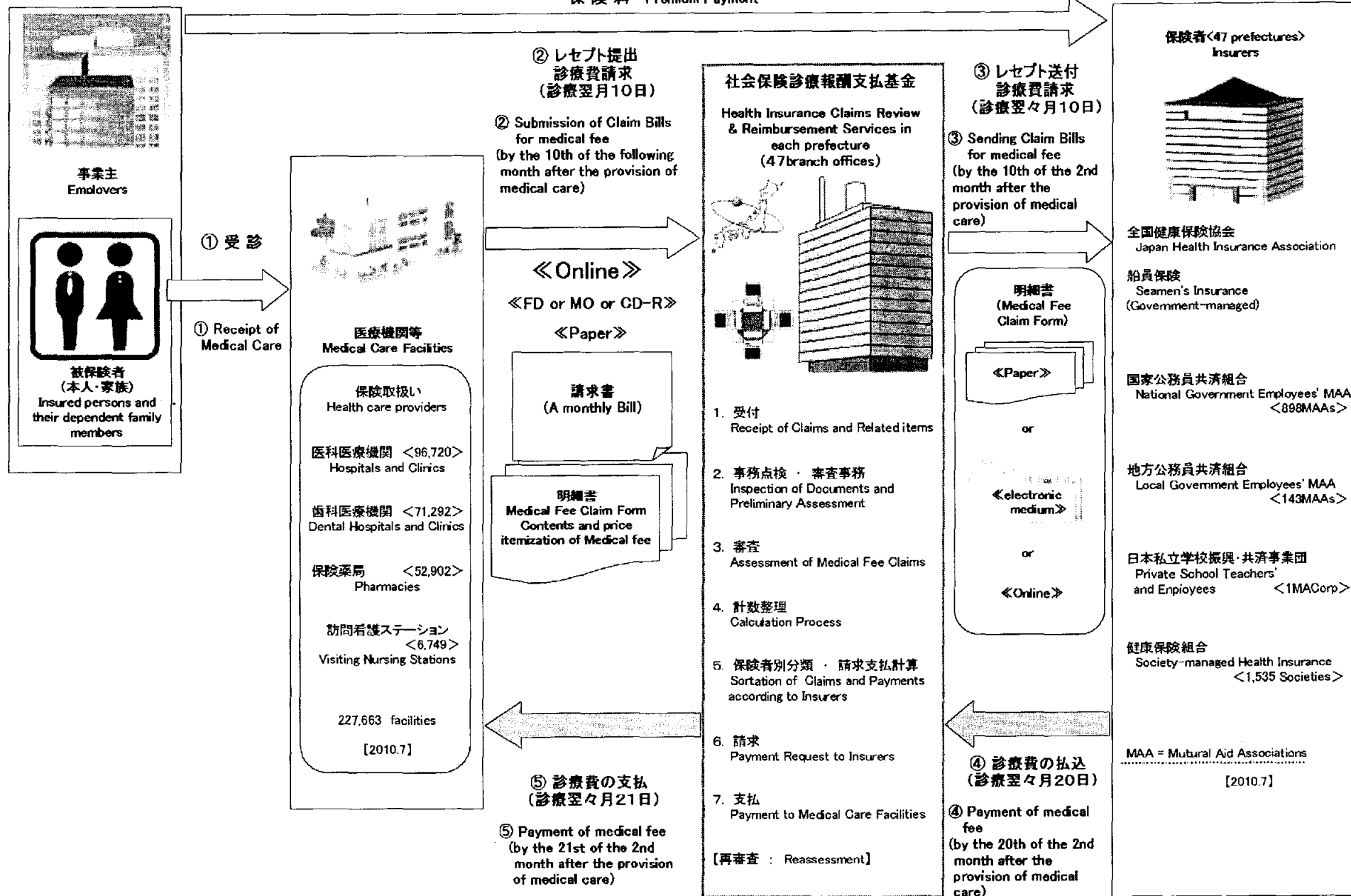
支払基金から各医療機関への診療報酬の支払いは、診療の行われた月の翌々月 21 日までに、金融機関または郵便局への口座振込の形で行われている。

### 4 Payment of medical fees to medical care institutions by the Fund

Payment of medical fees to each medical care institution by the Fund is made by the 21th of two months after the provision of medical care through financial institutions such as banks and post offices.

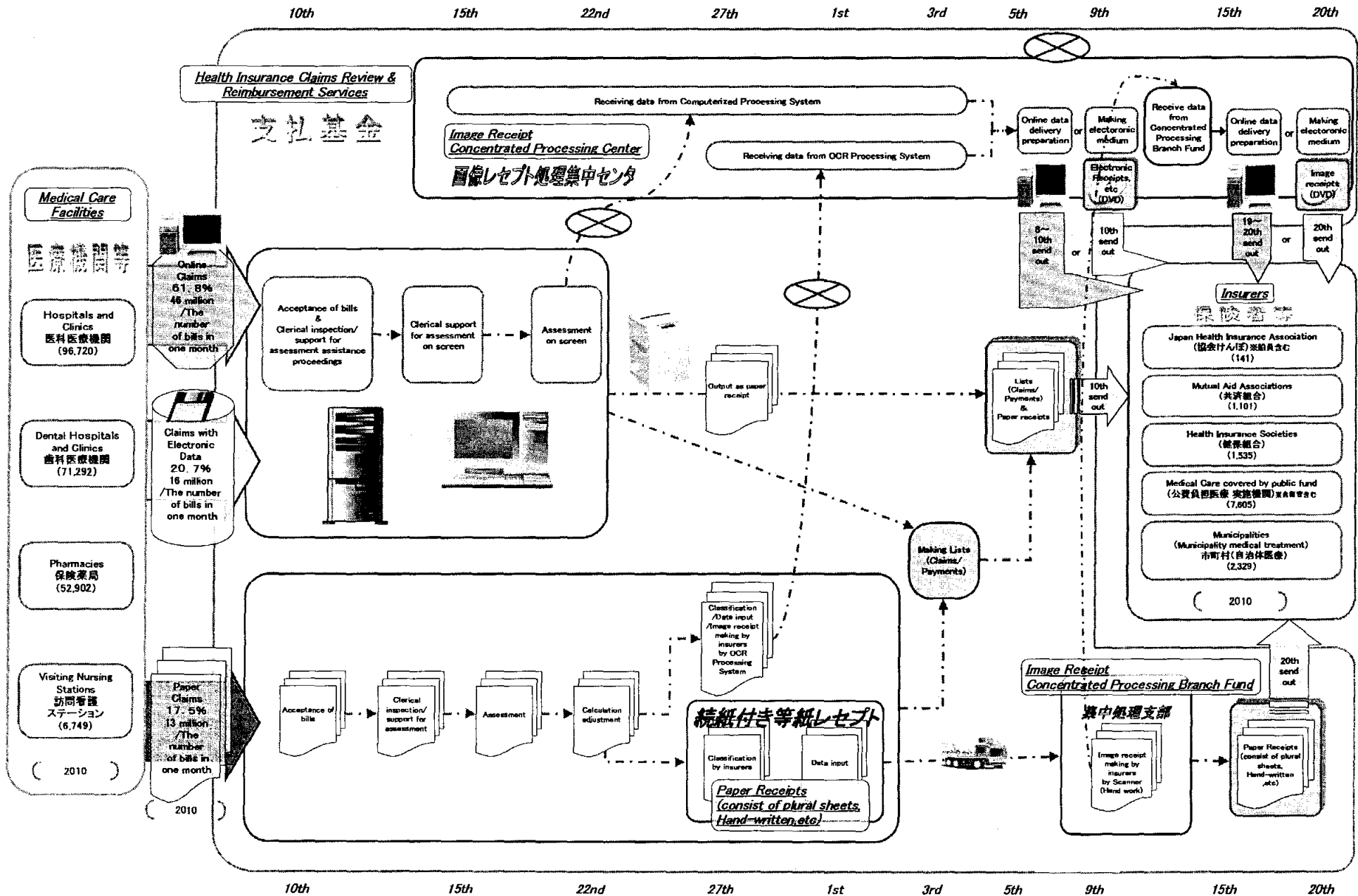
# 保険請求の手順 (Procedure for the Claim and Payment of Medical Fee)

保険料 Premium Payment



# Workflow of the Monthly Operation in Prefectural Branch Offices

支払基金支部における1ヶ月の業務処理の流れ



### 診療報酬明細書

the part of \_\_\_\_ month \_\_\_\_ year

Kinds of Insurance			
1	1	3	1
	2	4	2
			3
			6

[illegible]

Number of the Insurance carrier							
Number and mark of Insurance card or insurance pocket ledger							

Patient Name	Particulars Code
Sex, M/F Birthdate	
Accident at work	

Name and Place of Medical Care Facility

Name of Sickness				Starting day of medical care		Actual days		
(1)				(2)		(3)		
(2)				(2)		First		
(3)				(3)		Recovery	Death	Stop
1.1 First medical treatment				point	Public point			
Overtime-Holiday-Midnight				time				
1.2 Retna								
Retnal				time				
Adding or care				time				
Overtime				time				
Midnight				time				
Holiday				time				
1.3 Guidance care								
1.4 Home care								
Visit								
Night								
Midnight-Urgent								
Examine								
2.0 Medication								
21 Internal medicines				unit				
22 Draft of medicines				unit				
23 External remedies				unit				
24 Dose per medication				unit				
25 Prescript				time				
26 Narcotic				time				
27 Compounding of medicines								
Benefits for Highcost								
3.0 Injection								
31 Hypodermic				time				
32 Vein				time				
33 Others				time				
4.0 Injection				time				
Medicines								
5.0 Operation Narcosis				time				
Medicines								
6.0 Examination				time				
Medicines								
7.0 X-ray diagnosis				time				
Medicines								
8.0 Others				time				
Prescription								
Medicines								
Sum Total		⊕	Determination	Partial Cost-sharing				
		⊕						
		⊕				⊕ Benefits for Highcost		

平成22年9月3日(金)  
社会保険診療報酬支払基金

香港立法会衛生事務委員会・食品安全及び衛生委員会の東京支部視察

1 視察日時等 平成22年9月6日(月) 14:00~15:00

2 場 所 東京支部 4階会議室  
豊島区南池袋2-28-10  
TEL 03-3987-6181

3 出席者

香港視察団 (12名)	支払基金
代表 ジョセフ・リー・コックロン 李國麟 博士 副代表 フレッド・リー・ワーミン 李華明 議員  他10名	足利専務理事 西崎 東京支部長 井原副審査委員長 管経営企画部企画課副長 他

4 視察スケジュール【1時間】

時間	内容	説明者等	備考
14:00~ (5分)	1 開会 挨拶	西崎支部長	会議室(4階)
14:05~ (35分)	2 社会保険診療報酬支払基金 の概要 ----- 質疑・応答	足利専務理事	
14:40~ (10分)	3 審査委員会室視察	担当課長 (井原副審査委員長)	審査委員会室(7階) (医科)
14:50~ (10分)	4 OCR処理システムの デモ	担当課長	3階 ・OCR処理室(3階)
15:00~	記念撮影 閉会		4階会議室

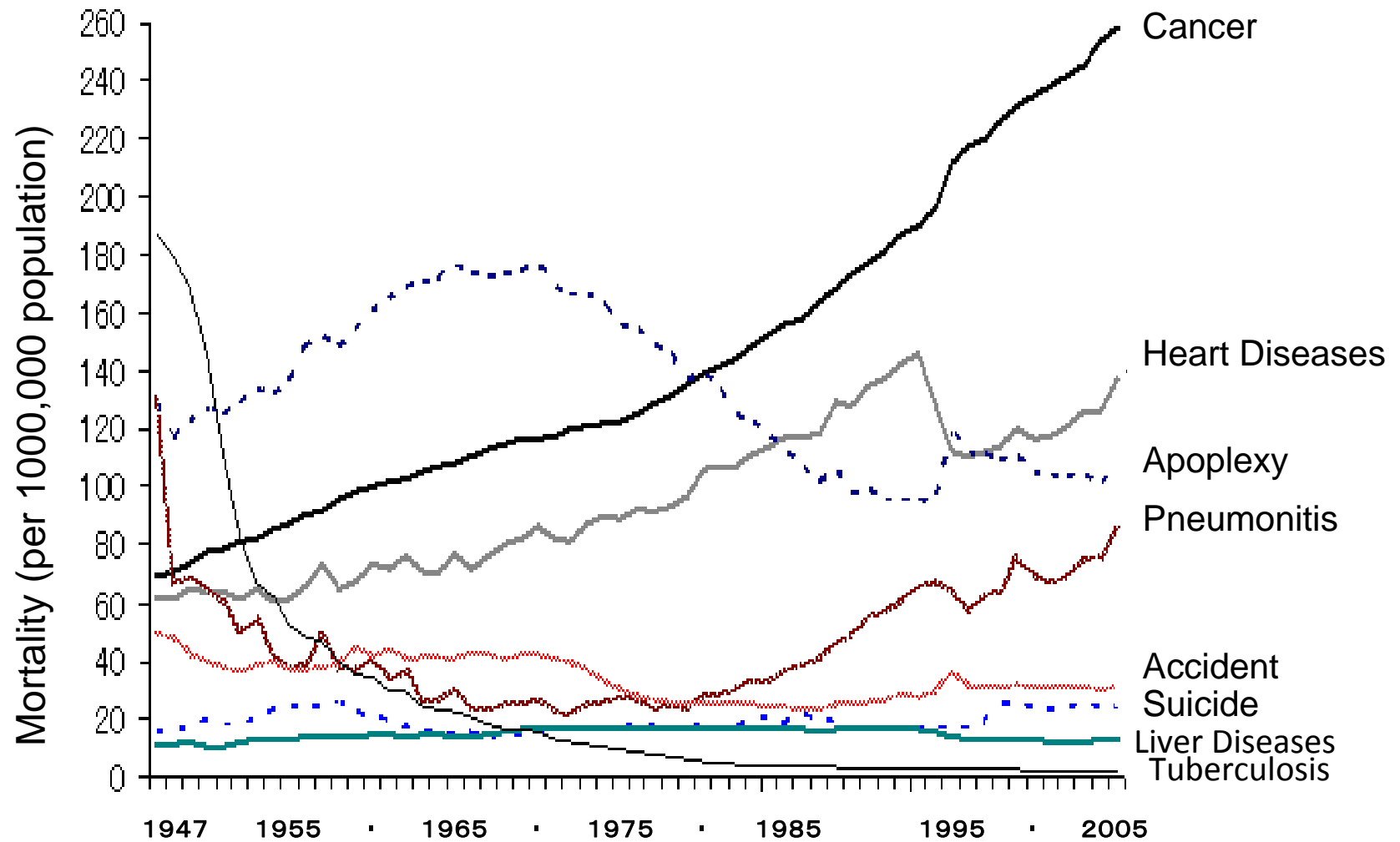
Prevention and control of  
life style related diseases in Japan  
Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), Japan

Office for Lifestyle Related Disease Control  
Health Service Bureau  
MHLW, Japan

## Outline

- **Trends of major health and health economics statistics**
- National health promotion and disease prevention plan ~Health Japan 21~  
Mid-term Review and new challenge

# Annual Trend of Mortality by Causes of Death



Source: Vital Statistics, Japan



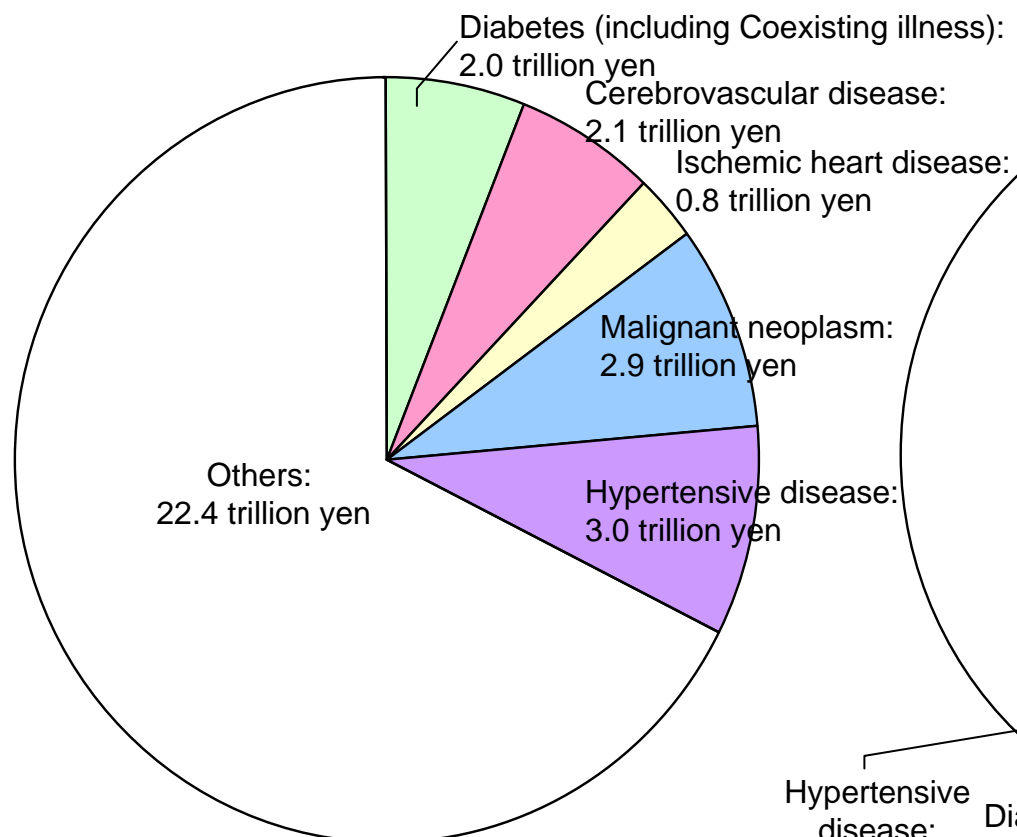
# Medical Expenditure for Life Style-related Diseases and Death Ratio

Life-style related diseases account for about **30 %** of the national medical expenditure, and about **60 %** of the death ratio.

## Medical expenditure (for FY 2005)

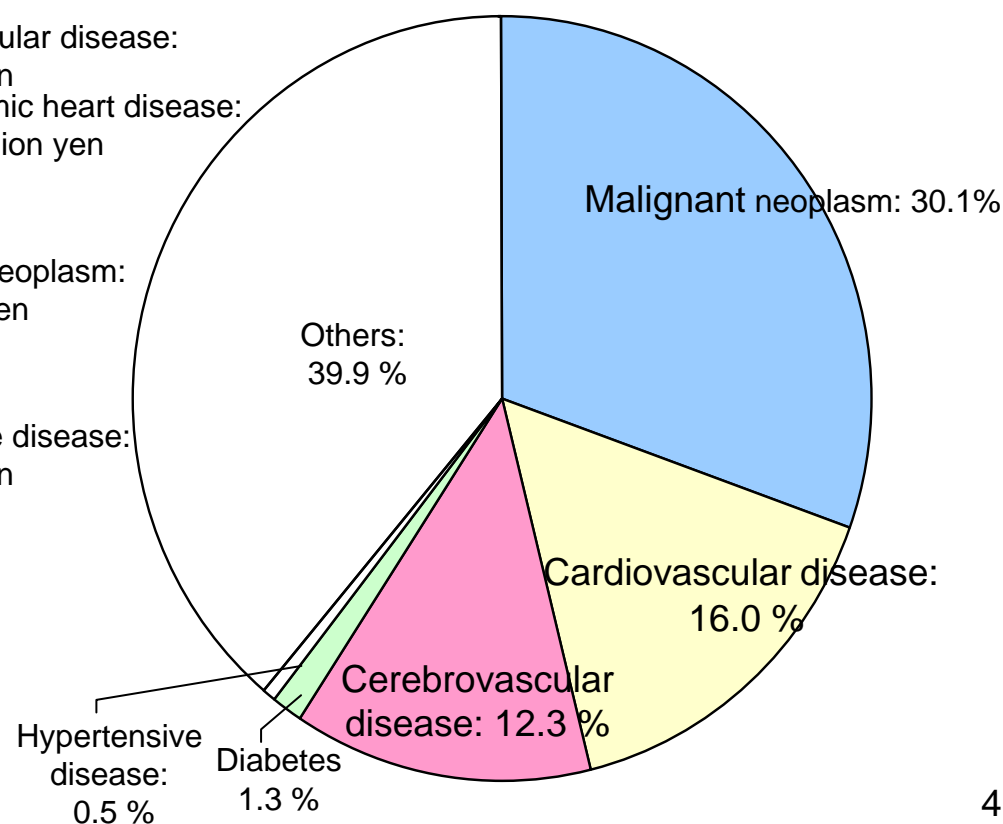
Life-style related diseases: 10.7 trillion yen

**National medical expenditure: 33.1 trillion yen**



## Ratio by Cause of Death (for FY 2005)

Life-style related diseases: 60.1 %

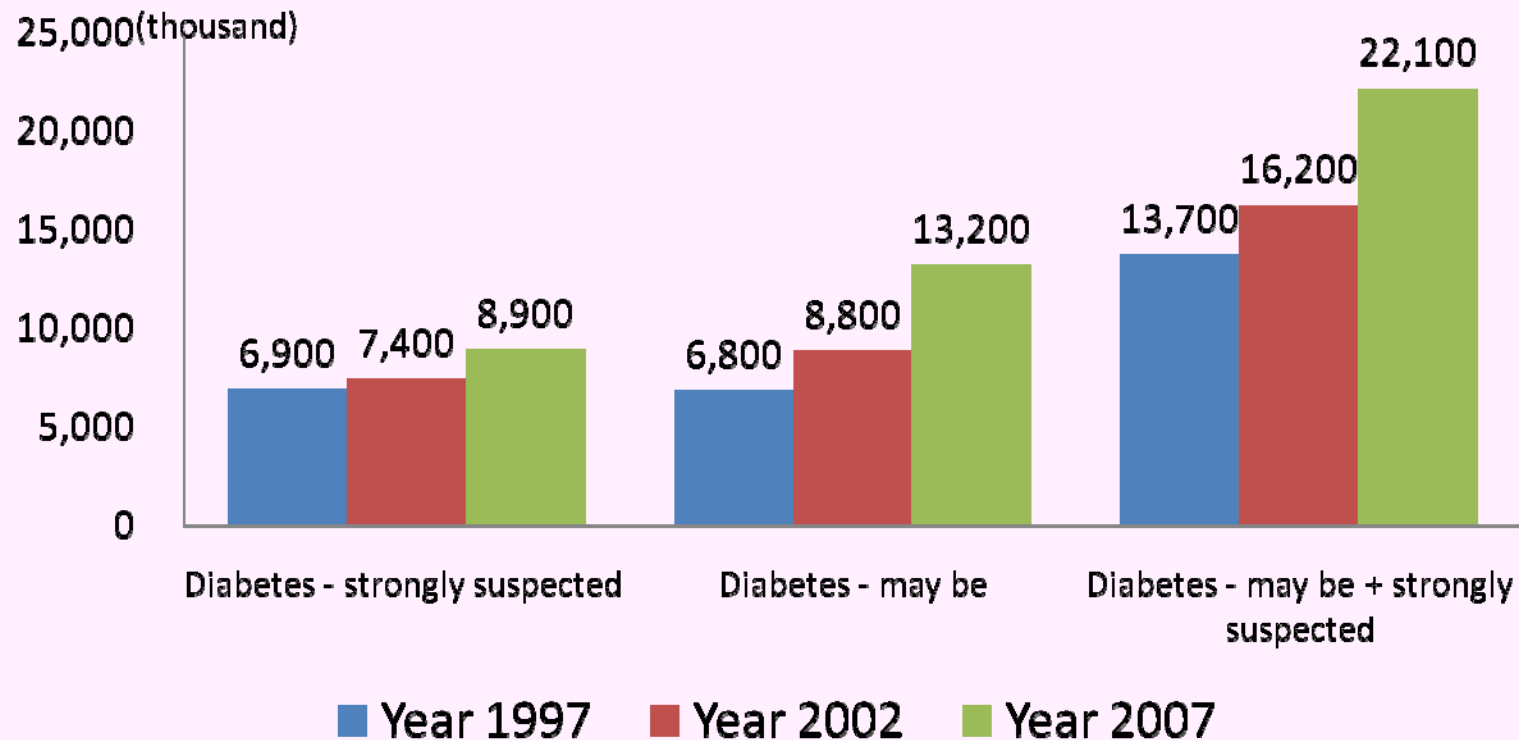


## Trends of diabetes prevalence in Japan

### Estimated prevalence of clinical and sub-clinical diabetes

(Source: *National Health and Nutrition Surveys by MHLW*)

- Diabetes (strongly suspected): 8.9 million
- Diabetes (strongly suspected AND may be) : 22.1 million



- Trends of major health and health economics statistics
- National health promotion and disease prevention plan ~**Health Japan 21**~  
Mid-term Review and new challenge

## Health Japan 21 (2000~)

- Put priority on primary prevention
- Improvement of social environment for staying healthy
- Specific targets and assessment
- Cooperation with various bodies including NGOs and private companies

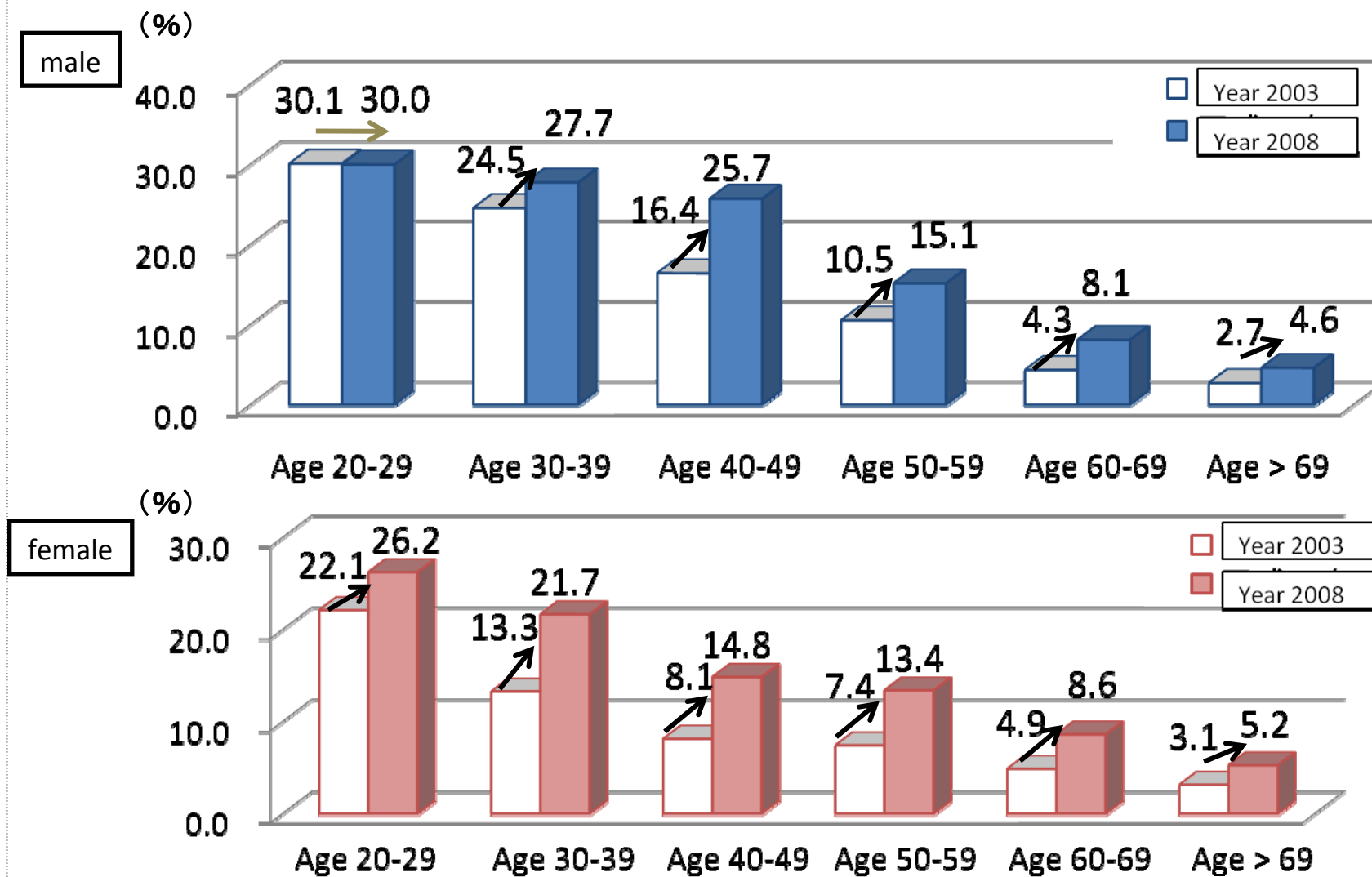
# Health Japan 21

(Plan for 2000 – 2012)

1. Nutrition and diet
2. Physical activities and exercise
3. Rest and promotion of mental health
4. Tobacco
5. Alcohol
6. Dental health
7. Diabetes
8. Circulatory diseases
9. Cancer

70 specific targets  
9 areas

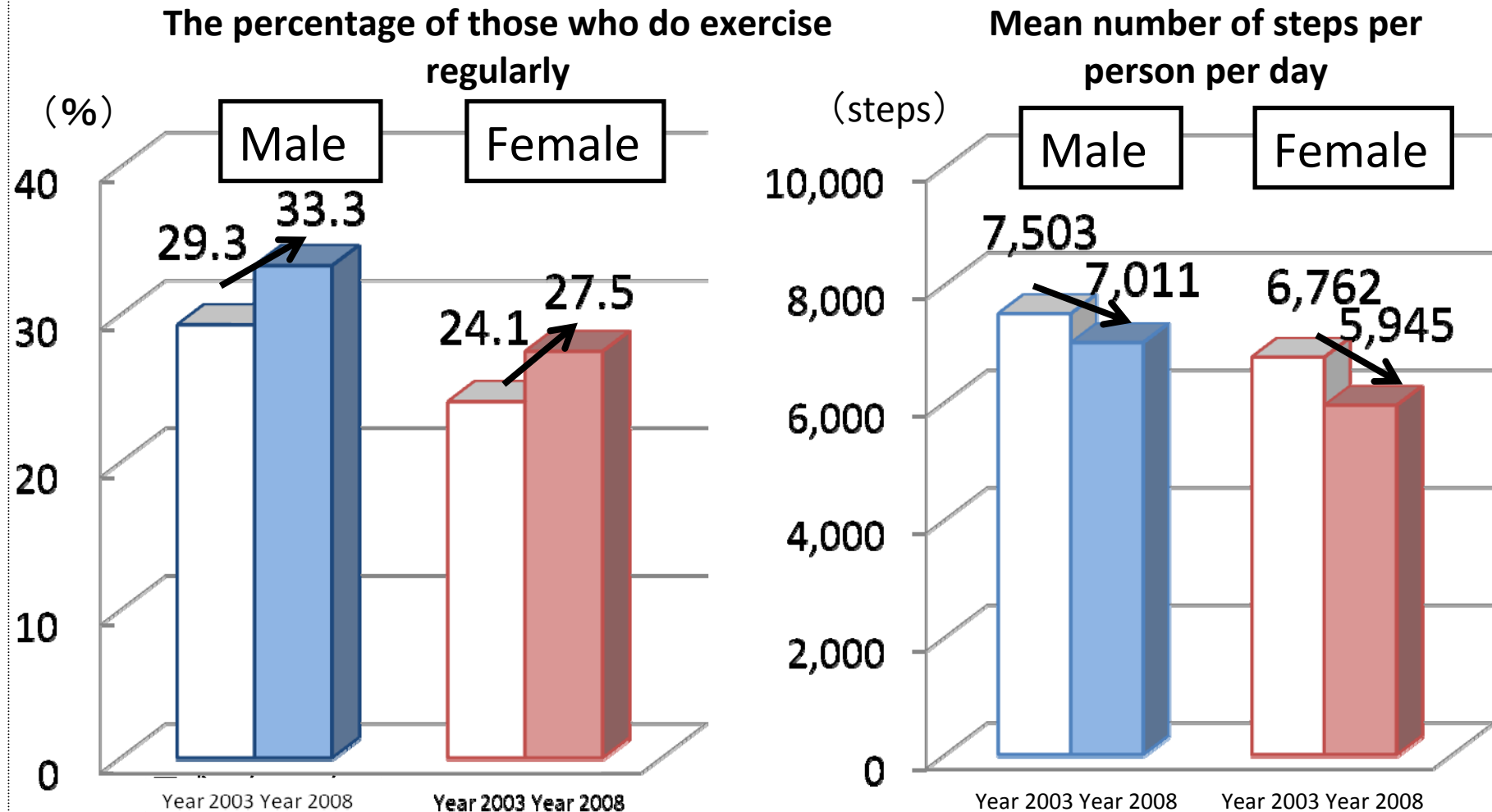
## A slight increase in the percentage of those skipping breakfast



A target for Health Japan 21: reduction in the percentage of those skipping breakfast regularly  
 target figures: 0% of adolescents, less than 15% of male (age 20-39)

## More of Japanese do regular exercise, but....

mean number of steps per day per person is slightly decreasing.....

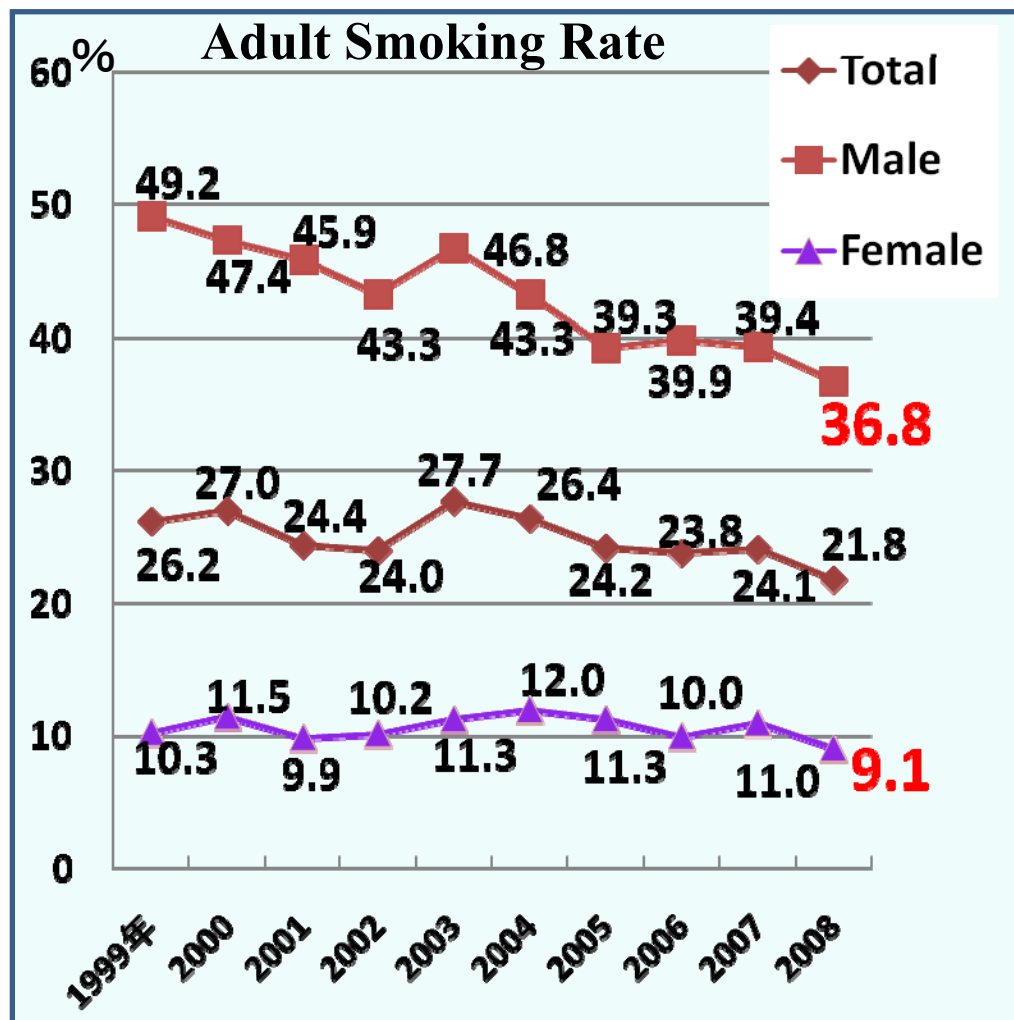


### Targets for Health Japan 21

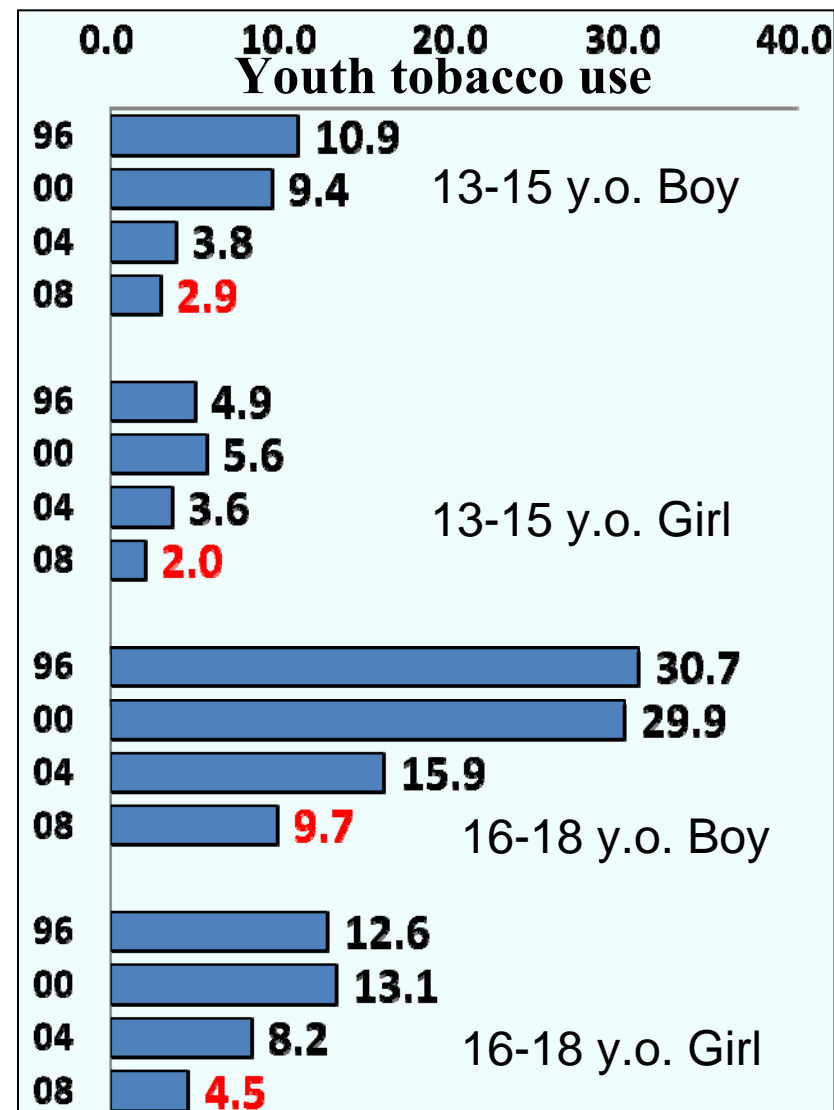
Increase in the percentage of those who do regular exercise : male > 39%, female > 35%

Increase in the number of steps per person per day : male > 9,200, female > 8,300

# Smoking Rate in Japan



Reference: National Nutrition Survey (until 2002) National Health and Nutrition Survey (from 2003)



Uehata(1996,2000), Hayashi(2004), Ooida(2007)



# Homestretch of Health Japan 21

~Health Japan 21 mid- term review ~

- 70 targets might be too many for people to be aware in daily life
- The coverage of the promotion was not well specified



~Health Life-Style Campaign~

- Focus on 3 areas **Tobacco, Nutrition & Physical activities**
- Specify the promotion target
- Reconstruct strategy with evaluation methods

Compilation of “Textbook for Health  
Communication”

## Message Samples for healthy diet promotion (vegetable)

### SAMPLE 01 For Women in 20s and 30s



**A half piece of Tomato is enough to correct the deficit .**

野菜不足は、あとトマト半分。

じつは日本人はけっこう野菜を食べています。  
すでに毎日約250gの野菜を食べています。  
しかし生活習慣病予防の観点からは350gが推奨量。  
ですからあと100gだけ足りないというワケです。  
トマトを半分。野菜炒めを半分。  
わずかしい量ではありません。  
野菜メニューも充実している夕食ではなく  
朝食や昼食でプラスするのがコツです。

### SAMPLE 02

Show how much you have to take.  
Both sexes in 40s and 50s

温野菜なら、  
不足100gも食べやすい。

生活習慣病予防の観点から、われわれ日本人は  
あと100gほど野菜の摂取量が足りません。  
わずかに小皿ひとつ分なんですが、  
そこでもちょっとしたコツとして生野菜ではなく  
温野菜だと食べやすくなるということを実感してください。  
スープでも煮物でも。忙しいときはレンジでチンで。  
野菜そのものの味や食感も変化するので  
食事自体が豊かになるところがおすすめです。

**You can easily take  
100g of vegetable if it is  
boiled.**



# Message Samples for healthy diet promotion (breakfast)

## SAMPLE 03

Show the knack for eating breakfast easily

Both in 20s, 30s, 40s, and 50s

朝カフェで、  
一日をはじめましょう。

**Start your day at café.**

朝食は「これからすることのエネルギー」になります。  
ですから、いい一日を過ごすために欠かすことはできません。  
しかしとくに單身者の場合は「めんどろな気持ち」が  
先に立ってしまい朝食抜きになることが多いようです。  
自宅から勤務先までの通勤にある喫茶店やカフェ  
あるいはファストフード店などで15～20分の朝カフェ。  
午前中の仕事効率の向上という観点からも  
朝食を摂ることはとても重要な生活習慣といえます。



**Good morning  
with Onigiri  
(Japanese rice  
ball)!.**



おにぎりでオハヨウ。

おにぎりこそ！ われらが知るファストフード。  
朝、出かける準備をしながらでも頬張れる。  
あるいは道端に置いてからでも  
ちょっとした時間があれば手軽に食べられる。  
自分でつくるんだったら  
なかの具をいろいろ工夫しておけば  
たのしめるし経済的でもありますし。  
忘れてましたね、日本人のちょっとした知恵。  
朝食はすこやかな生活習慣の第一歩です。

## SAMPLE 04

Try healthy fast food.

Both in 20s, 30s, 40s, and 50s

# Message Samples for exercise promotion

## SAMPLE 05

Show how long you should walk  
Those in 40s and 50s

**Ten minutes  
rapid walking  
everyday is  
enough.**



毎日なら、10分間のはや歩き。

くるしくならない程度にスピードをあげてはや歩き。  
それは立派な「運動」になります。  
生活習慣病の予防に効果がある運動として  
はや歩きは、すでに科学的に裏付けされています。  
通勤通学のときや、ちょっとした移動時間に。  
一日10分間の運動習慣。ちょっと汗ばむくらいの  
運動強度でじゅうぶんに効果があります。

週末なら、合計40分ランナー。

毎日運動をつづけるのはむずかしい。  
そんな、じぶんに対する「やらない言い訳」で  
すっかり運動をあきらめてしまっていないか。  
じつは、週末だけの40分程度のジョギングにも  
生活習慣病の予防効果があることが  
科学的に裏付けされています。  
いっぺんに40分ではなくてもかまいません。  
土日であわせて40分程度のまとめたラン。  
くれぐれもムリしすぎないことは前提ですが。

**You should just run  
for a total of 40  
minutes in every  
weekend.**



## SAMPLE 06

Show how long you should run.  
Women in 20s and 30s