

第三期東京都医療費適正化計画

平成30年3月



はじめに

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

一方で、急速な高齢化が進む中、国民医療費は約 42 兆円に達し、都民医療費も 4 兆円を超える規模となっています。平成 37 年（2025 年）には、東京の人口は減少に転じ、「団塊の世代」が 75 歳以上になるなど高齢化がさらに進み、医療費も増大していくことが見込まれます。

医療費適正化計画は、こうした状況を踏まえ、持続可能な医療保険制度の確保を図るため、都民の生活の質を維持、向上しつつ、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保することを目指すものです。「生活習慣病の予防と都民の健康の保持増進」及び「医療資源の効率的な活用」の二つの視点から、取組の方向性を定めています。

平成 30 年度から、東京都は、区市町村とともに国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととなります。これまで取り組んできた、都民の健康づくりや医療提供体制の確保等に加え、医療費適正化の推進など、保険者機能を発揮していくことが求められています。

東京都は、保険者、区市町村、医療関係者等と連携しながら、本計画に定める医療費適正化の取組を着実に推進してまいります。

平成 30 年 3 月

目 次

第1部 計画の趣旨	1
1 計画策定の背景	1
2 計画の目的、性格.....	2
3 計画の期間	2
第2部 都民医療費の現状	3
第1章 都民医療費の現状.....	3
第1節 東京都の高齢化の状況.....	3
第2節 都民医療費の動向.....	5
1 医療費総額	5
2 一人当たり医療費.....	6
第3節 疾病別医療費の状況	7
1 疾病別医療費構成の状況.....	7
(1) 疾病大分類別医療費の構成.....	7
(2) 年齢階級別に見た疾病大分類別医療費の構成（医科計）	8
(3) 疾病中分類別医療費の状況.....	9
2 生活習慣病の医療費.....	10
(1) 生活習慣病の一人当たり医療費（40歳以上）	10
(2) 糖尿病の年齢階級別 医療費等	11
(3) 腎不全の年齢階級別 医療費等	12
(4) 高血圧性疾患の年齢階級別 医療費等	13
(5) 脳血管疾患の年齢階級別 医療費等.....	14
(6) 虚血性心疾患の年齢階級別 医療費等	15
(7) 生活習慣病の区市町村別 一人当たり医療費と受療率（40歳以上）	16
3 新生物の医療費	17
(1) 新生物の疾病別 患者一人当たり医療費（全年齢）	17
(2) 新生物の年齢階級別 医療費等	18
第4節 後発医薬品の使用状況等.....	19
1 後発医薬品の使用状況	19
(1) 都道府県別後発医薬品数量シェアと切替効果額.....	19
(2) 東京都における保険者種類別の後発医薬品数量シェアと切替効果額.....	20
2 重複投薬の状況	21
(1) 都道府県別重複投薬（3医療機関以上）患者率.....	21
(2) 東京都の性、年齢別重複投薬（3医療機関以上）患者率.....	22

(3) 東京都の保険者種類別重複投薬（3 医療機関以上）患者率	23
3 複数種類医薬品投与の状況	24
(1) 都道府県別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率	24
(2) 東京都の性別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率	25
(3) 東京都の保険者種類別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率	26
第2章 第二期医療費適正化計画の進捗状況	27
第1節 住民の健康の保持の推進に関する進捗状況	27
1 特定健康診査の実施状況	27
2 特定保健指導の実施状況	28
3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の状況	29
(1) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	29
(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	30
第2節 医療の効率的な提供の推進に関する進捗状況	31
第3部 計画の基本的な考え方	32
第1章 国の基本方針	32
第1節 国の基本方針の考え方	32
第2節 国が示す目標	32
1 住民の健康の保持の推進に関する目標	32
(1) 特定健康診査の実施率	32
(2) 特定保健指導の実施率	33
(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	33
(4) たばこ対策	33
(5) 予防接種	33
(6) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標	34
(7) その他予防・健康づくりの推進	34
2 医療の効率的な提供の推進に関する目標	34
(1) 後発医薬品の使用促進	34
(2) 医薬品の適正使用の推進	34
第2章 東京都の計画の基本的な考え方	35
第1節 国が示す目標に対する東京都の考え方	35
第2節 計画における取組の方向性	35
第4部 医療費適正化に向けた取組の推進	37
第1章 都民の健康の保持増進及び医療資源の効率的な活用に向けた取組	37
第1節 生活習慣病の予防と健康の保持増進に向けた取組	37
1 健康診査及び保健指導の推進	37
(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進	37

(2) 生活保護受給者の生活習慣病予防対策	40
(3) データヘルス計画の推進	41
(4) がん検診、肝炎ウイルス検診の取組	45
2 生活習慣病の重症化予防の推進	46
3 高齢期における社会生活を営むために必要な機能の維持	49
4 健康の保持増進に向けた一体的な支援	51
(1) 個人の健康づくりの実践を支援する取組	51
(2) 歯・口の健康づくりの取組	53
(3) 乳幼児期・児童期からの健康づくりの推進	54
(4) ライフステージに応じたスポーツの振興	55
5 たばこによる健康影響防止対策の取組	56
6 予防接種の推進	57
第2節 医療資源の効率的な活用に向けた取組	59
1 切れ目ない保健医療体制の推進	59
(ア) 地域医療構想による病床機能の分化・連携	59
(イ) がん医療の取組	59
(ウ) 脳卒中医療の取組	60
(エ) 心血管疾患医療の取組	60
(オ) 糖尿病医療の取組	60
(カ) 精神疾患医療の取組	62
(キ) 救急医療の取組	62
(ク) 周産期医療の取組	62
(ケ) 小児医療の取組	62
(コ) 在宅療養の取組	63
2 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の推進	63
(ア) 介護基盤の整備の促進と介護人材の確保等	64
(イ) 認知症対策の総合的な推進	64
(ウ) 高齢者の住まいの確保	64
(エ) 介護予防の推進と支え合う地域づくり	65
3 緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供	65
(ア) “ひまわり” や “t-薬局いんふお” による適切な医療機関・薬局の選択	66
(イ) “医療情報ナビ” 等による医療の仕組みなどに対する理解促進	66
(ウ) 東京消防庁救急相談センターによる電話相談（#7119）の普及啓発	67
(エ) 「東京版救急受診ガイド」の利用促進	68
4 後発医薬品の使用促進	69
5 医薬品の適正使用の推進	74

6	レセプト点検等の充実強化.....	77
第2章	医療費の見込み.....	78
1	都民医療費の推計.....	78
2	都民医療費の推計方法の概要.....	79
第3章	医療費適正化の推進に向けた関係者の役割と連携.....	81
1	関係者の役割.....	81
	(1) 東京都の役割.....	81
	(2) 保険者等の役割.....	81
	(3) 医療の担い手等の役割.....	82
	(4) 区市町村の役割.....	82
	(5) 都民の役割.....	82
2	保険者協議会を通じた保険者等との連携.....	83
第4章	計画の推進.....	84
第1節	計画の推進.....	84
1	進捗状況の公表.....	84
2	進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）.....	84
3	実績の評価.....	84
第2節	計画の周知.....	84
第5部	資料.....	85
1	計画策定の経緯.....	85
2	東京都医療費適正化計画検討委員会 委員名簿.....	86
3	東京都医療費適正化計画検討委員会 設置要綱.....	86
4	医療費適正化に関する施策についての基本的な方針.....	89

第 1 部 計画の趣旨

1 計画策定の背景

- 日本では、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。
しかしながら、急速な少子高齢化が進展する中、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要があります。
- このための仕組みとして、平成 18 年の医療制度改革により、国及び都道府県は、医療費適正化計画を策定し、医療費適正化を総合的に推進することとされました。

- その後も、日本では他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、平成 37 年度（2025 年度）には、いわゆる「団塊の世代」¹が全て 75 歳以上となる超高齢社会を迎えます。
- こうした中で、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、効率的で質の高い医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築を通じ、今後、少子高齢化が更に進展し、医療・介護サービスの需要が増大しても、質の高いサービスが提供されるとともに、持続可能な社会保障制度を将来の世代に伝えられるよう、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（平成 26 年法律第 83 号）が成立し、都道府県は、地域医療構想²を策定することとされました。

- 平成 27 年には、医療費適正化の取組を国、都道府県並びに保険者³及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）がそれぞれの立場から進める体制を強化するため、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 31 号）により、医療費適正化計画に関する見直しが行われ、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費の見込みを医療費適正化計画に盛り込むこととされました。
- また、平成 30 年度（2018 年度）からは、都道府県が区市町村とともに国民健康保険の保険者となり、医療提供体制と医療保険制度の両面で中心的な役割を担うことが期待されています。

¹ 団塊の世代：昭和 22 年から昭和 24 年のいわゆるベビーブーム時代の 3 年間に生まれた世代のこと

² 地域医療構想：将来（2025 年）に向け、病床の機能分化、連携（急性期から慢性期までの必要な病床機能の確保と医療機関相互の連携体制を構築すること）を進めるために医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床数の必要量を推計し、定めるもの

³ 保険者：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 7 条第 2 項に規定する保険者をいう。

- 東京都では、平成 20 年 3 月、平成 25 年 4 月にそれぞれ 5 年間を計画期間とする計画を策定し取組を進めてきており、こうした状況も踏まえ、第三期医療費適正化計画として平成 30 年度（2018 年度）からの新たな計画を策定します。

2 計画の目的、性格

- 本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）第 9 条に基づく都道府県医療費適正化計画として策定するもので、都民の健康の保持や良質で効率的な医療提供体制の確立及び介護サービス基盤の充実等に向けた取組を推進することにより、都民医療費の適正水準の確保に資することを目的としています。
- 医療費適正化の取組は、国、都道府県、保険者等がそれぞれの役割の下、推進していく必要があるため、東京都は国が示す医療費適正化基本方針⁴における目標及び取組を踏まえ、保険者等及び医療関係機関等関係者と連携をしながら取組を進めてまいります。
- そのため、東京都は、本計画の策定に当たり、都民医療費の現状等を分析するとともに、学識経験者、医療関係団体、保険者団体、区市町村等の委員で構成する「東京都医療費適正化計画検討委員会」を設置し、策定に関する検討を行ってきました。
- また、本計画は、関連計画である「東京都健康推進プラン 21」、「東京都保健医療計画」、「東京都高齢者保健福祉計画」及び「東京都国民健康保険運営方針」における取組と調和・整合を図っています。

3 計画の期間

- 計画期間は、平成 30 年度（2018 年度）から平成 35 年度（2023 年度）までの 6 年間とします。

⁴ 医療費適正化基本方針：「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」平成 28 年 3 月 31 厚生労働省告示第 128 号

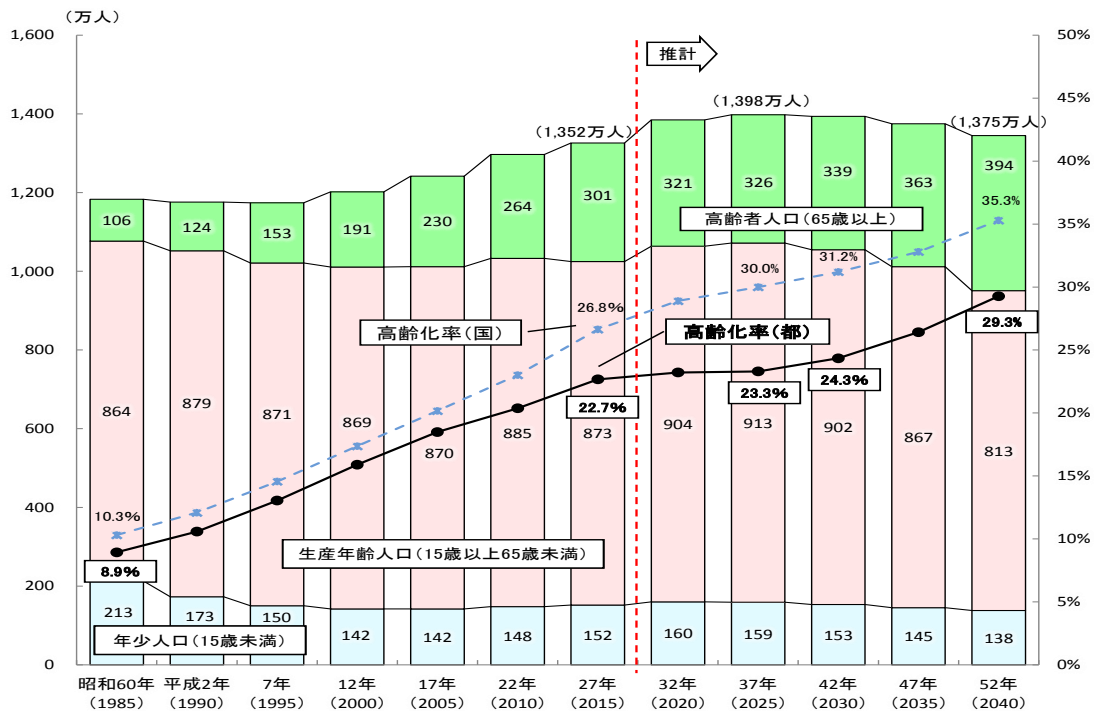
第2部 都民医療費の現状

第1章 都民医療費の現状

第1節 東京都の高齢化の状況

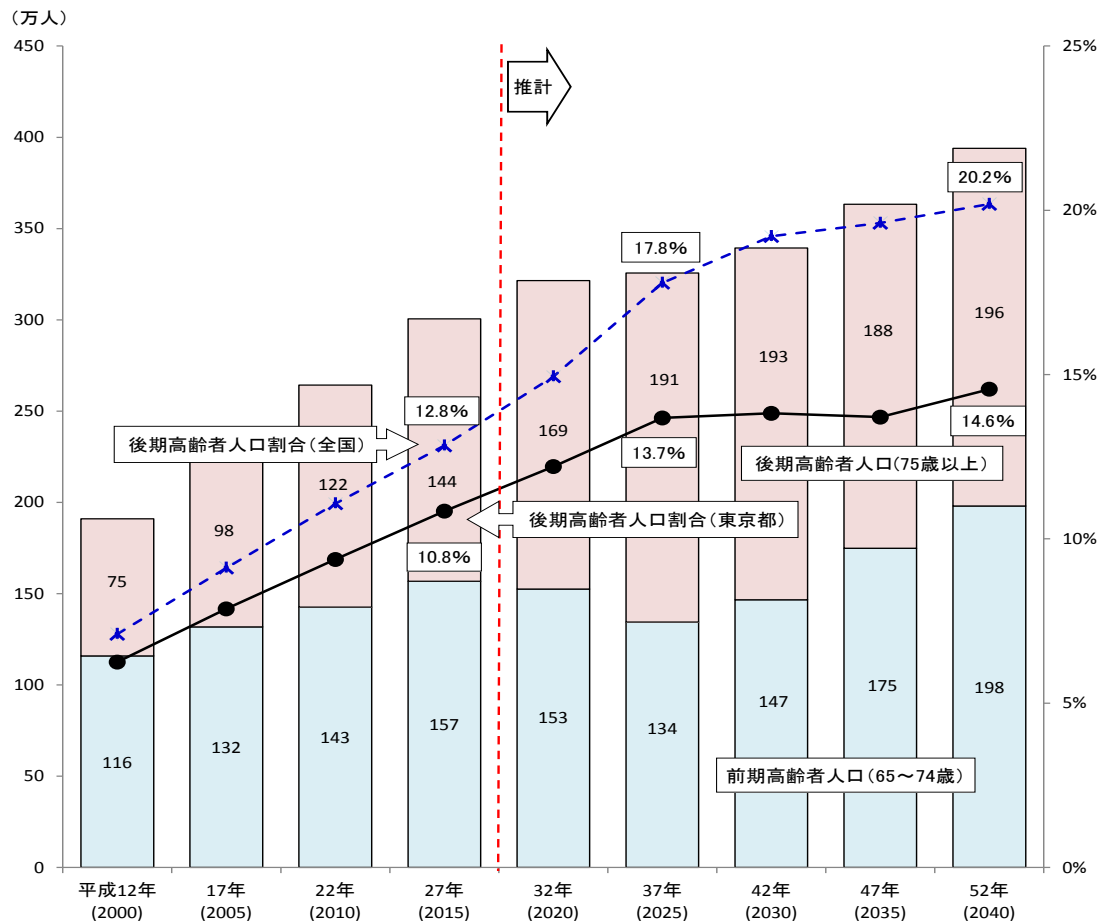
- 東京都の人口の将来推計を見ると、総人口は、平成37年（2025年）頃まで増加を続け、その後減少に転じる見込みです。
- 年少人口及び生産年齢人口が減少する中、65歳以上の高齢者人口はその後も増加を続け、平成42年（2030年）には高齢者人口が約340万人に達し、都民の約4人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みです。（図表1）
- 75歳以上の後期高齢者の割合は年々上昇し、平成32年度（2020年度）には後期高齢者が前期高齢者人口を上回る見込みです。（図表2）

（図表1）：東京都の人口の推移



（注）昭和60年～平成27年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。
 （注）（ ）内は総人口（年齢不詳は除く）。1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。
 出典：総務省「国勢調査」[昭和60年～平成27年]、
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月）[平成32年～平成52年の高齢化率（国）]、
 東京都政策企画局による推計[平成32年～平成52年]

(図表 2) : 東京都の高齢者人口の推移



(注) 1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

出典：総務省「国勢調査」[平成12年から平成27年まで]

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月)[平成32年から平成52年までの後期高齢者人口割合(全国)]

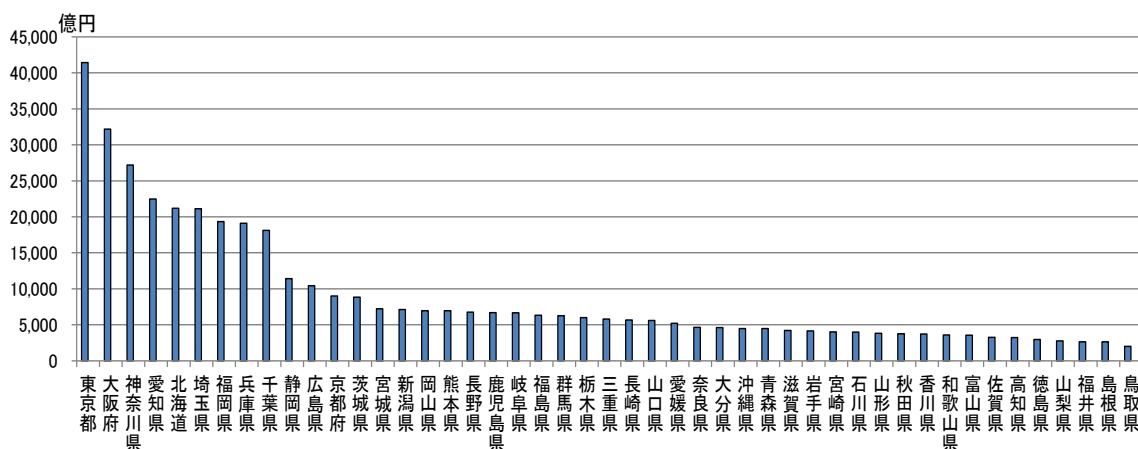
東京都政策企画局による推計[平成32年~平成52年]

第2節 都民医療費の動向

1 医療費総額

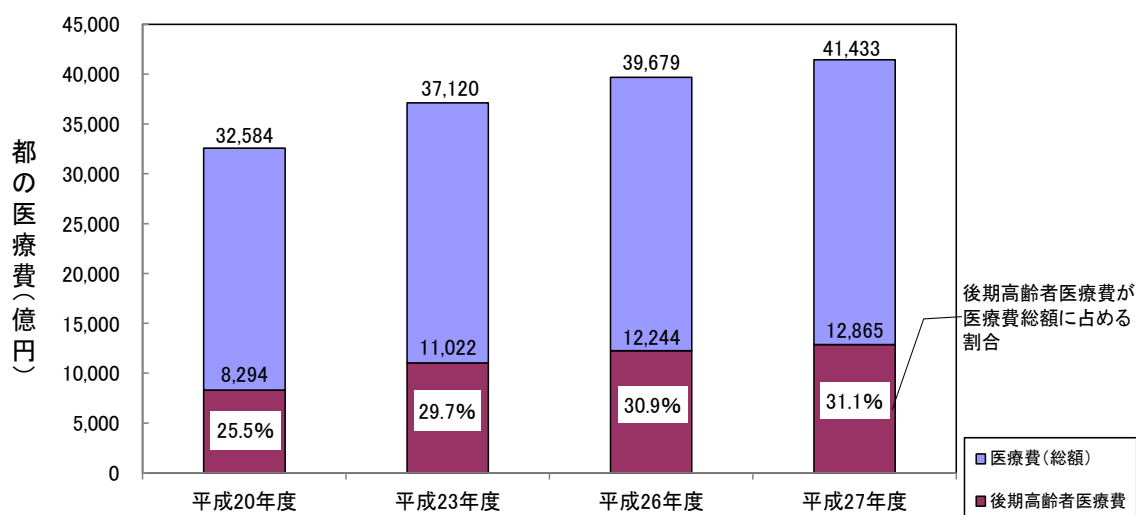
- 平成27年度の都民医療費の総額は、4兆1,433億円で、国民医療費総額42兆3,644億円の約1割を占めており、医療費の規模は全国で1位です。(図表3)
- このうち、原則として75歳以上を対象とした東京都の後期高齢者医療費の総額は、1兆2,865億円であり、都民医療費のおよそ3割を占めています。(図表4)

(図表3)：平成27年度都道府県別医療費総額



出典：厚生労働省「国民医療費」(平成27年度)

(図表4)：東京都の医療費と後期高齢者医療の推移



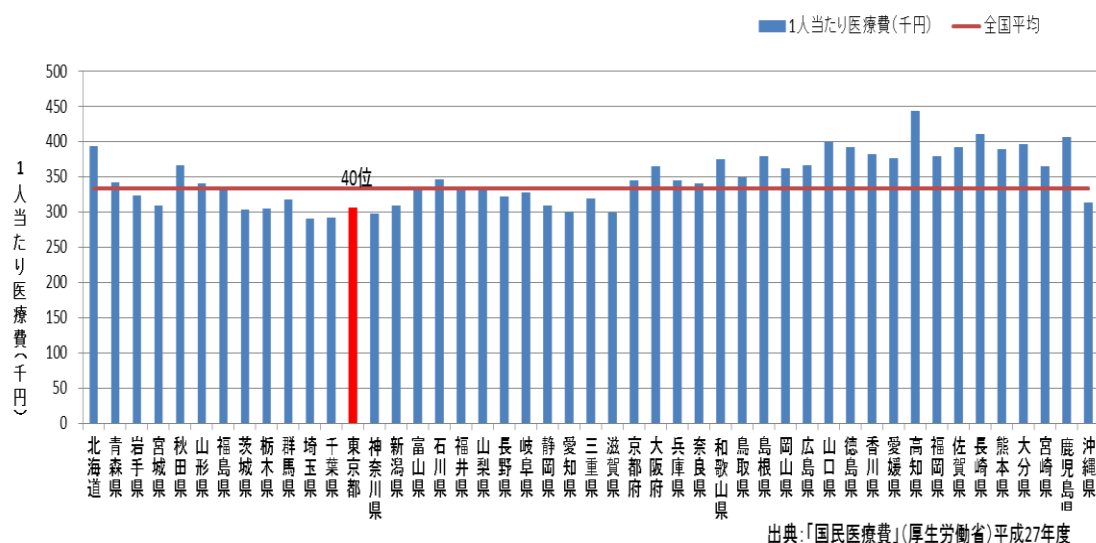
※平成20年度の後期高齢者医療費は平成20年4月から平成21年2月までの11ヶ月分に係るものである。

出典：『国民医療費』(厚生労働省)
 (平成26年度以前について、都道府県別医療費は3年ごとに公表)
 『後期高齢者医療事業状況報告』(厚生労働省)

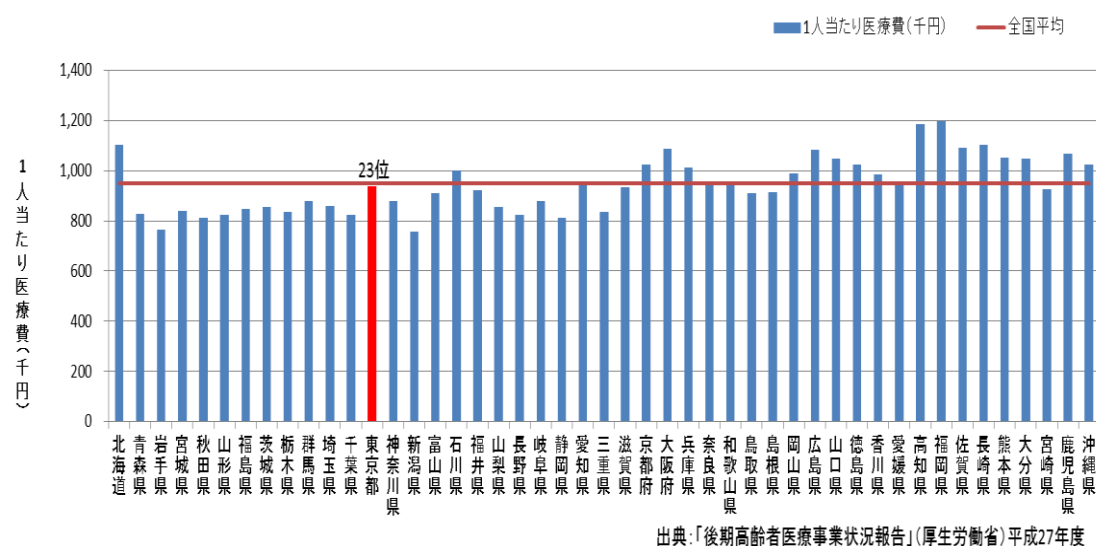
2 一人当たり医療費

- 平成27年度における東京都の人口一人当たり医療費は30万7千円で、全国平均の33万3千円よりも低く、全国で40位となっています。(図表5)
- このうち、後期高齢者の一人当たり医療費は93万8千円で、全国平均の94万9千円よりやや低く、全国で23位となっています。(図表6)

(図表5)：平成27年度都道府県別人口一人当たり医療費総額



(図表6)：平成27年度都道府県別後期高齢者一人当たり医療費総額



第3節 疾病別医療費の状況

- 区市町村国民健康保険及び後期高齢者医療の平成28年11月分のレセプトデータ⁵を用いて、都民の疾病の状況について分析を行いました。なお、被用者保険では加入者の住所地別医療費データを把握していないため、分析対象には含めていません。
- なお、保険者種別によって被保険者の年齢構成は異なりますが、年齢階層別の疾患の出現状況はおおむね同様と考えられます。

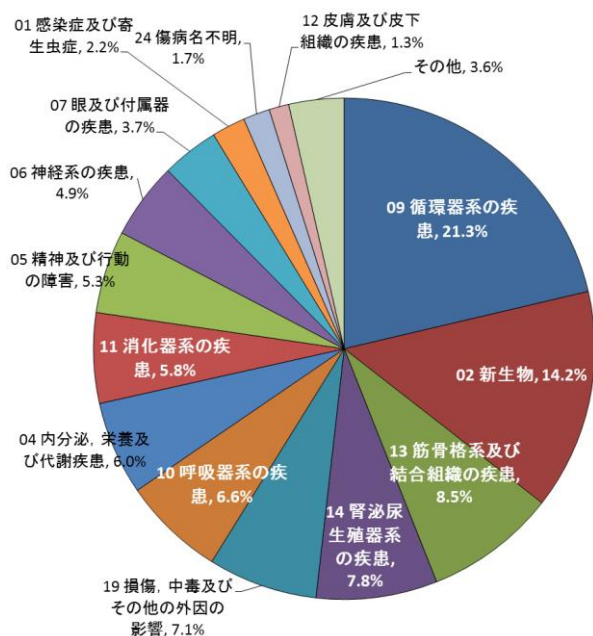
1 疾病別医療費構成の状況

(1) 疾病大分類別医療費の構成

- 平成28年11月の東京都内の区市町村国民健康保険及び後期高齢者医療の疾病大分類別医療費は、「循環器系の疾患」の割合が最も高く、次いで「新生物」となっています。(図表7)
- 平成27年度の国民医療費と比べ「循環器系の疾患」「新生物」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の割合がやや高くなっていますが、傾向はおおむね変わりません。(図表8)

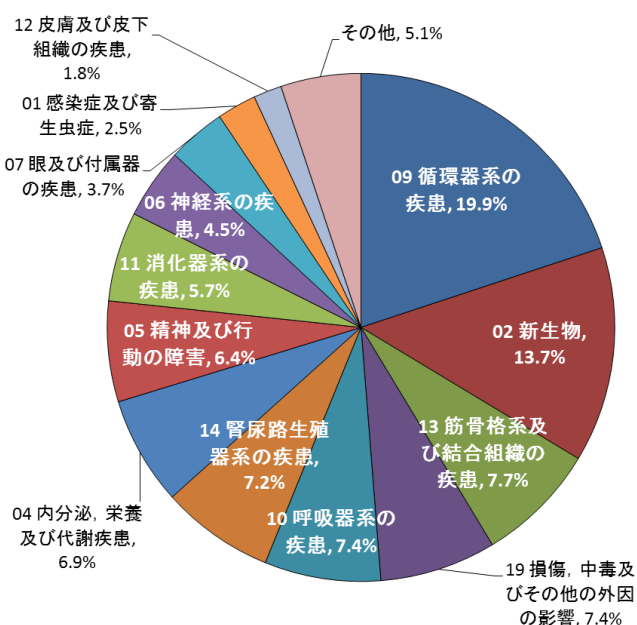
(図表7)：疾病大分類別医療費の構成

(平成28年11月診療分 国保+後期 医科計)



(図表8) <参考>国民医療費

医療費の構成 (平成27年度)



出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

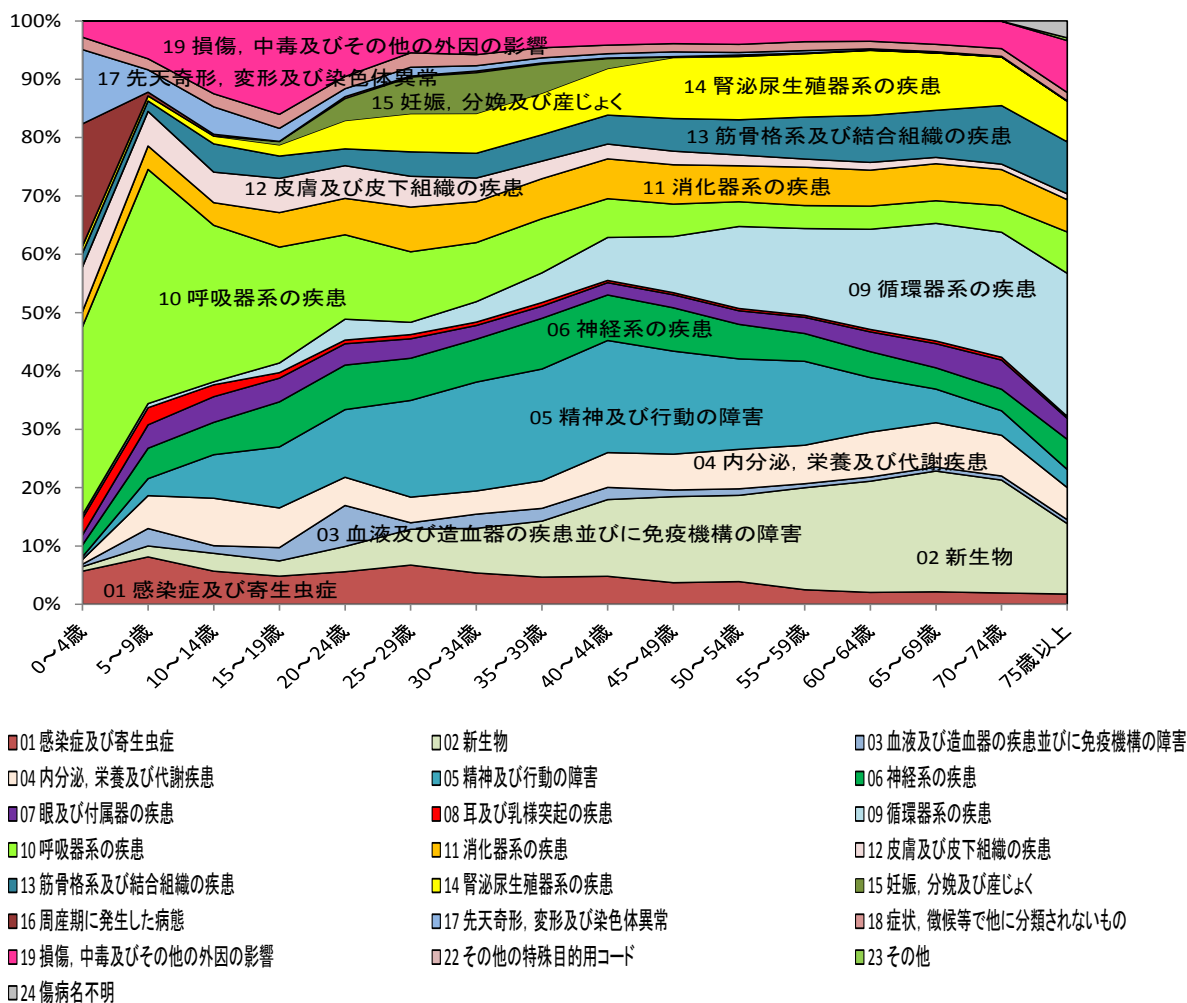
出典：厚生労働省「国民医療費」(平成27年度)

⁵ レセプトデータ：医科の入院、入院外レセプトを集計したものであり、調剤、歯科レセプトは含まない。レセプトデータの疾病は、実際は医師がレセプトに複数の主傷病名を記載していても、レセプトごとに1つの傷病を主な疾病として機械的に選択したものであり、診療内容や医療費の投入度合い等は加味していない。

(2) 年齢階級別に見た疾病大分類別医療費の構成 (医科計)

○ 年齢階級別に疾病大分類別医療費の状況を見ると、若年層においては「呼吸器系の疾患」の割合が高く、高齢になるにつれて「循環器系の疾患」や「新生物」の割合が高くなっていきます。(図表9)

(図表9) : 医療費の構成 (平成28年11月診療分 国保+後期 医科計)

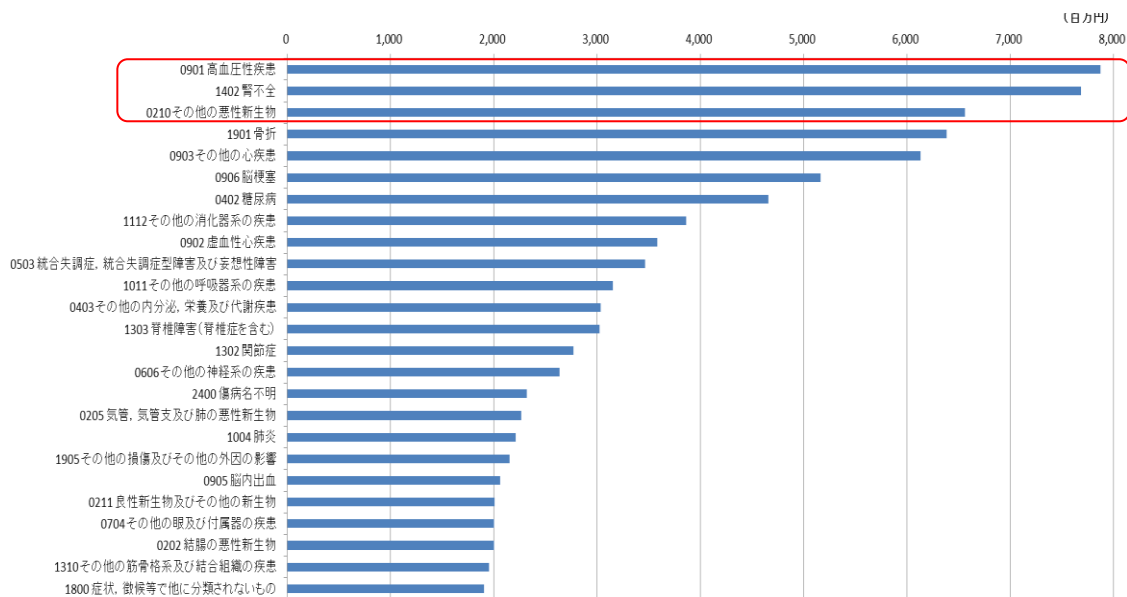


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

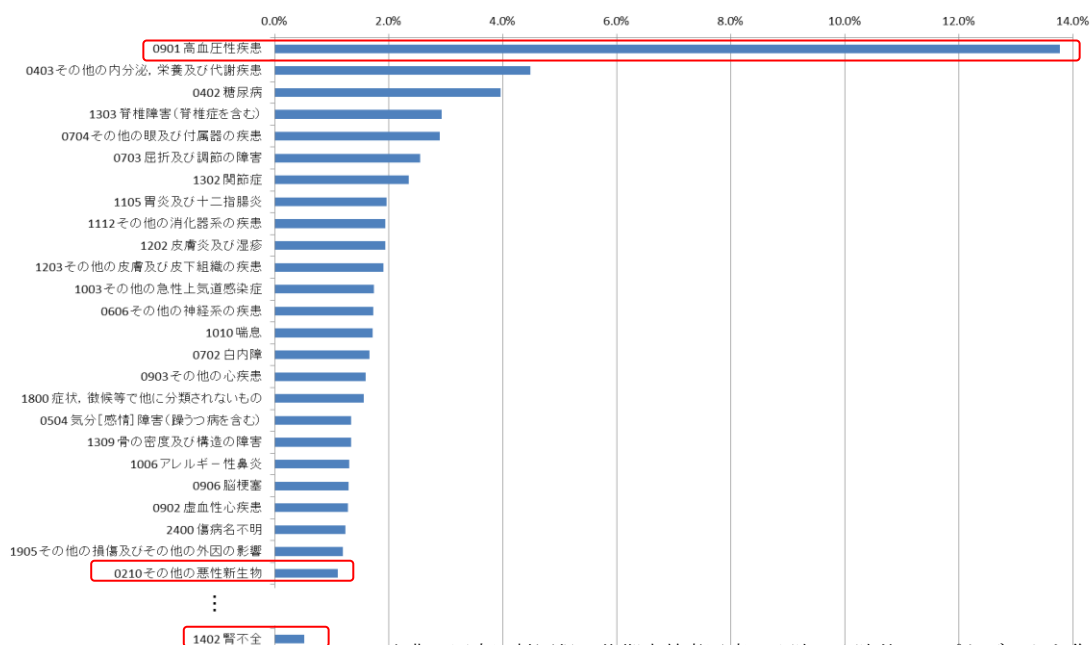
(3) 疾病中分類別医療費の状況

- 疾病中分類別の医療費は、「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「腎不全」、「その他の悪性新生物」の順となっています。(図表 10)
- 受療率⁶については、「高血圧性疾患」が他の疾患に比べて著しく高くなっています。一方「腎不全」「その他の悪性新生物」の受療率は高くはありません。(図表 11)

(図表 10) : 医療費ランキング (平成 28 年 11 月診療分 国保+後期 医科計)



(図表 11) : 受療率ランキング (平成 28 年 11 月診療分 国保+後期 医科計)



出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

⁶ 受療率：レセプト件数／被保険者数

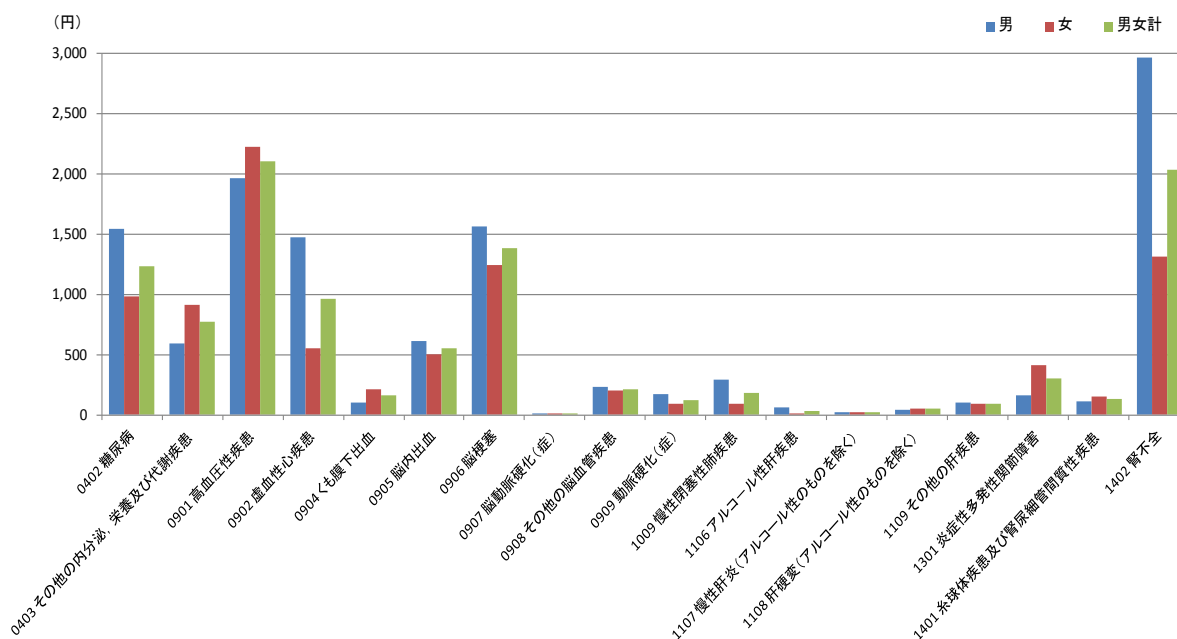
2 生活習慣病⁷の医療費

(1) 生活習慣病の一人当たり医療費（40歳以上）

- 40歳以上の被保険者について、疾病中分類別に生活習慣病を見ると、被保険者一人当たり医療費（男女計）は「高血圧性疾患」が最も高く、次いで「腎不全」、「脳梗塞」、「糖尿病」、「虚血性心疾患」の順に高くなっています。（図表12）
- このため、これらの医療費について分析を行いました。

（図表12）：

平成28年11月診療分生活習慣病の疾病別被保険者一人当たり医療費（40歳以上）



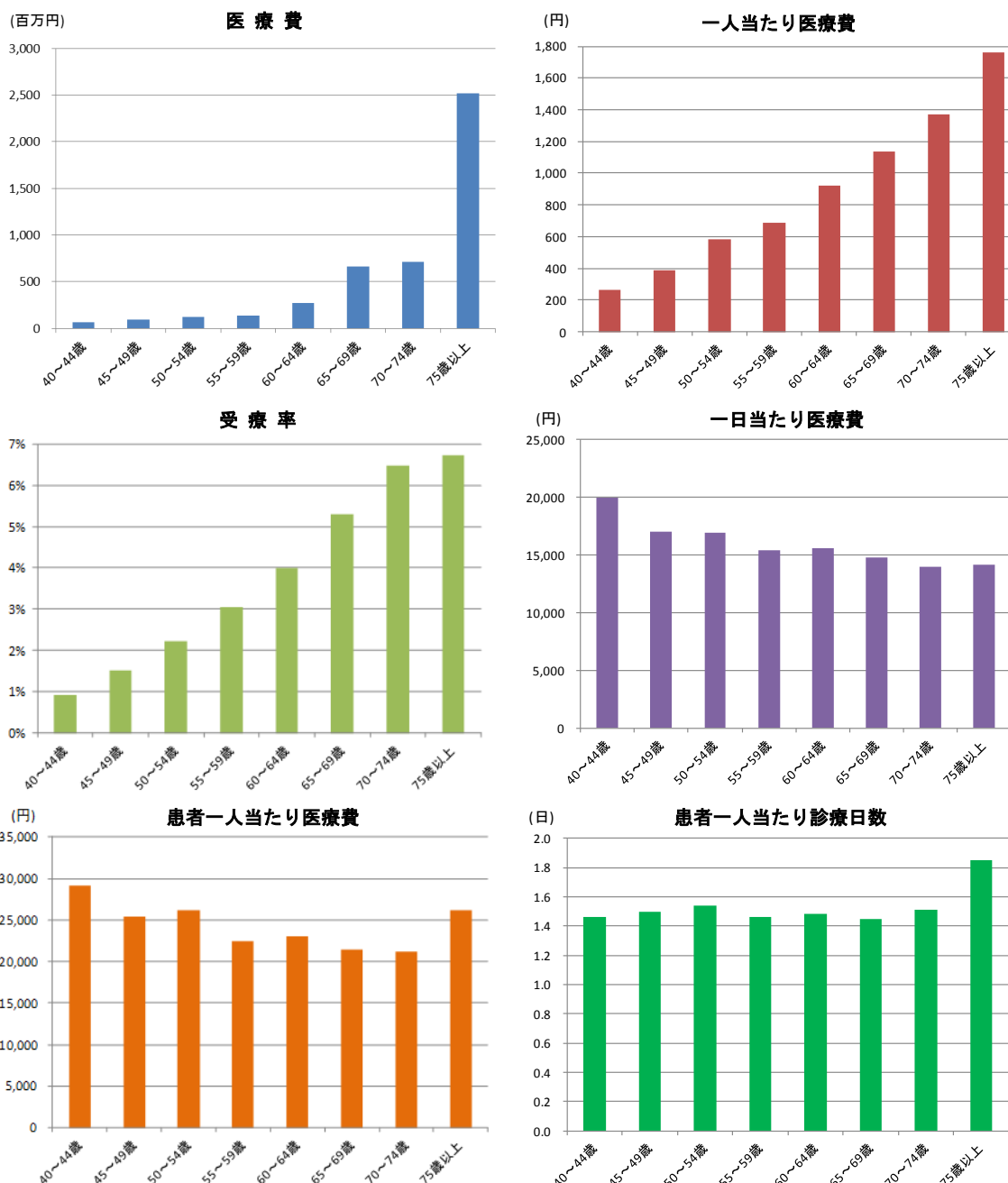
出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

⁷ 生活習慣病：本節における疾病別の集計においては、新生物を除くグラフに記載の疾患を生活習慣病として集計している。

(2) 糖尿病の年齢階級別 医療費等

- 糖尿病の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、高齢になるにつれ増加しますが、一日当たり医療費は、40歳以上の中では若年層の方がやや高い傾向が見られます。(図表13)

(図表13)：糖尿病の医療費（平成28年11月診療分）

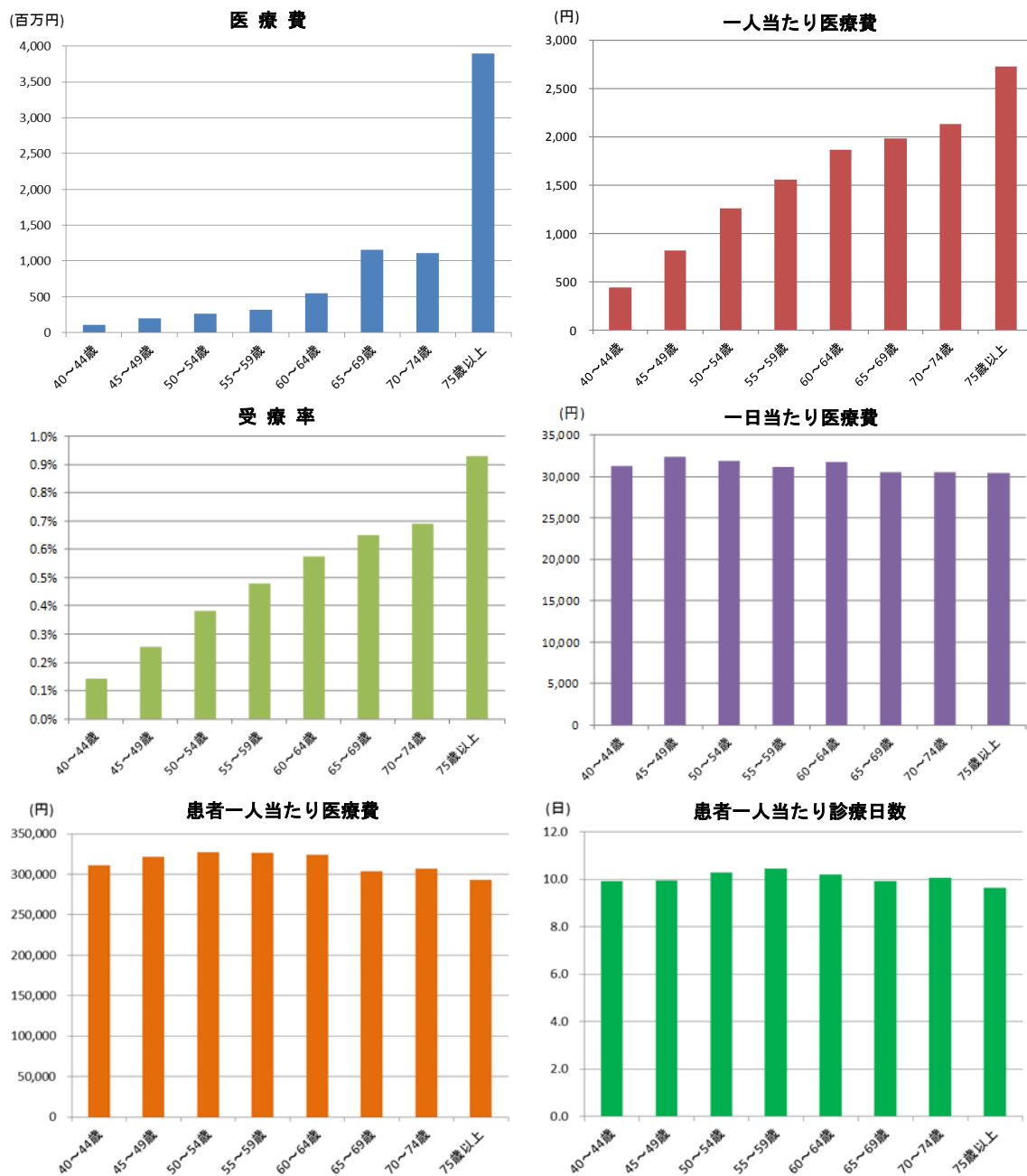


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

(3) 腎不全の年齢階級別 医療費等

- 腎不全の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、高齢になるにつれ増加しますが、一日当たり医療費は約3万円、患者一人当たり医療費約30万円、患者一人当たり診療日数は約10日となっており、年齢による差異は少なくなっています。(図表14)

(図表14)：腎不全の医療費（平成28年11月診療分）

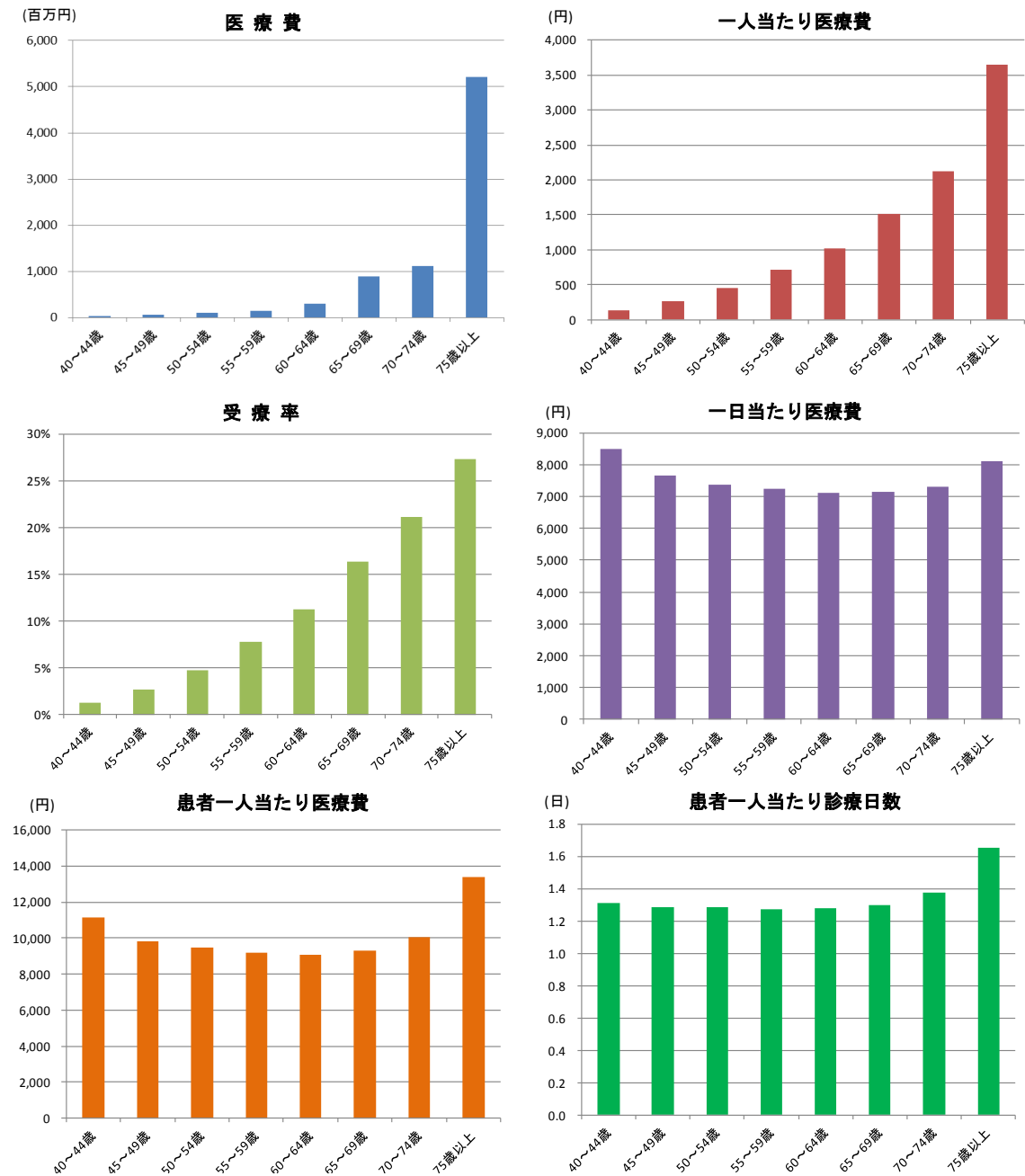


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

(4) 高血圧性疾患の年齢階級別 医療費等

- 高血圧性疾患の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、高齢になるにつれ増加しますが、一日当たり医療費は、40歳代でもやや高い傾向が見られます。
- 75歳以上の患者一人当たり医療費が高くなっています。(図表15)

(図表15) : 高血圧性疾患の医療費 (平成28年11月診療分)

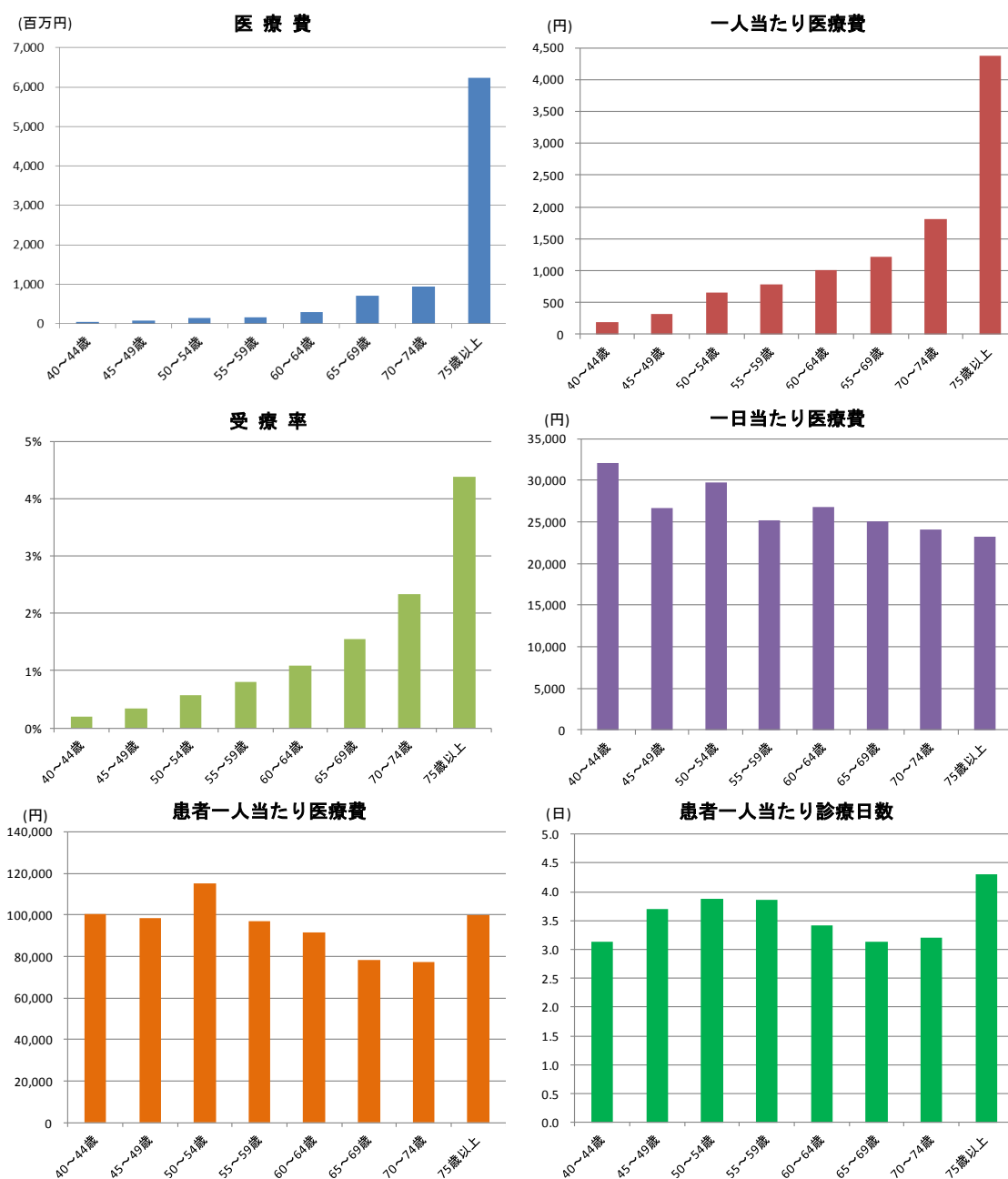


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

(5) 脳血管疾患⁸の年齢階級別 医療費等

- 脳血管性疾患の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、75 歳以上になると非常に高くなっています。
- 一日当たり医療費、患者一人当たり医療費は、40 歳以上の中では若年層の方がやや高い傾向が見られます。(図表 16)

(図表 16) : 脳血管疾患の医療費 (平成 28 年 11 月診療分)



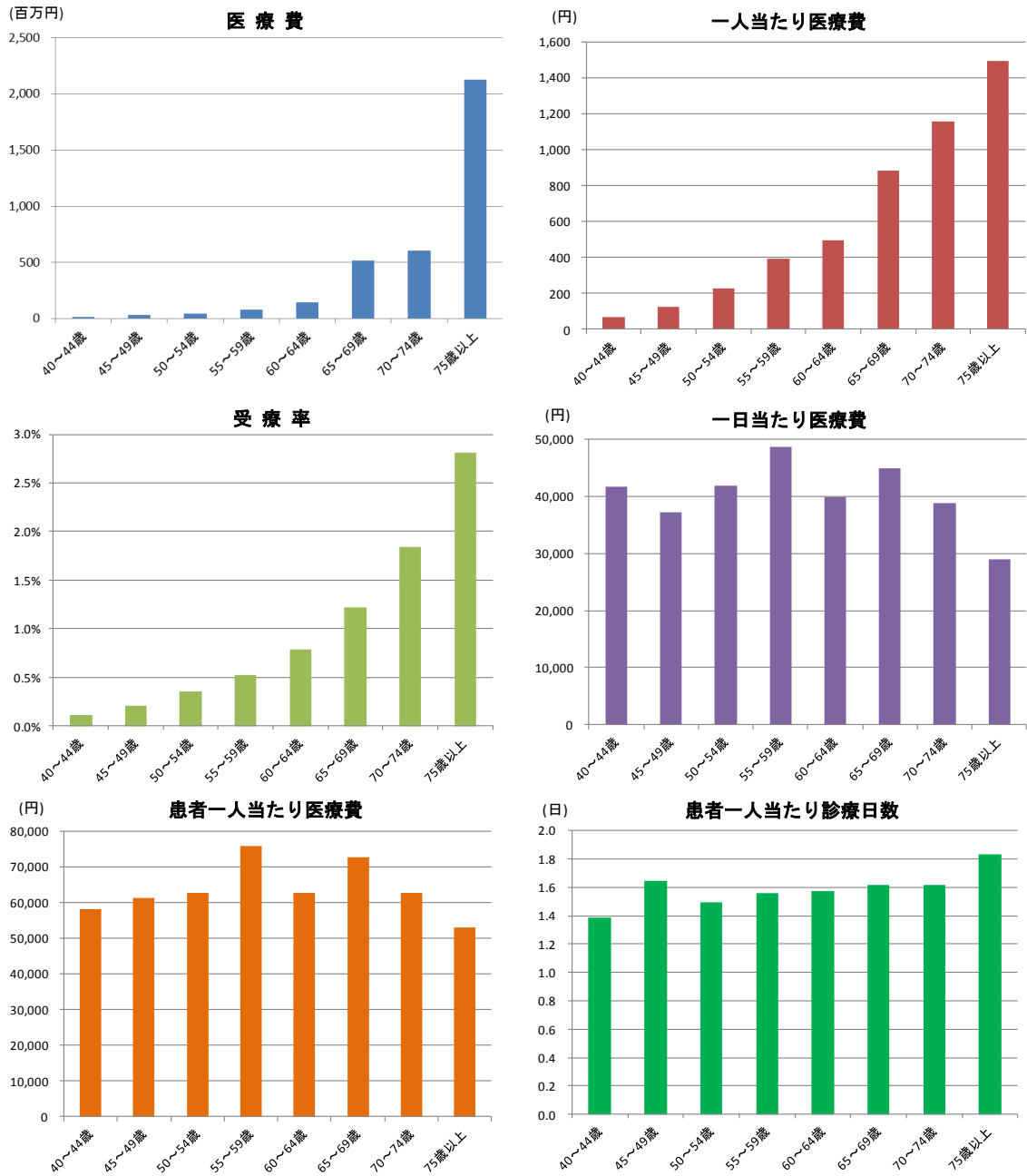
出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

⁸ 脳血管疾患：「社会保険表章用疾病分類表」による次の疾患を合わせたものを指している。
0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化（症）0908 その他の脳血管疾患

(6) 虚血性心疾患の年齢階級別 医療費等

- 虚血性心疾患の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、高齢になるにつれ増加しますが、1日当たり医療費は、55歳から59歳までが最も高くなっています。(図表17)

(図表17)：虚血性心疾患の医療費（平成28年11月診療分）

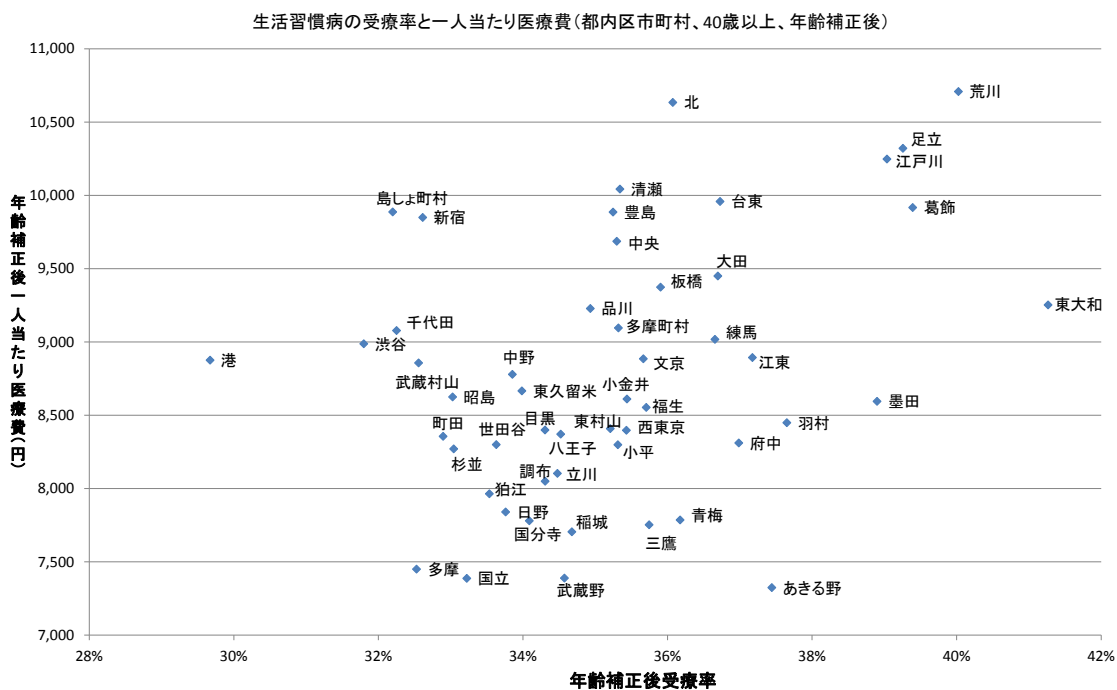


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

(7) 生活習慣病の区市町村別 一人当たり医療費と受療率 (40歳以上)

- 区市町村別に被保険者一人当たり医療費と受療率を見ると、一人当たり医療費が高いところが必ずしも受療率が高いとは限らないなど、区市町村によって状況が異なっている。
- それぞれの区市町村の健康課題を把握するためには、さらに入院・入院外の別、年齢階級別、疾病別等の詳細なデータを見て要因を把握していく必要があります。(図表 18)

(図表 18) : 生活習慣病の受療率と一人当たり医療費 (平成 28 年 11 月診療分) (年齢補正後)



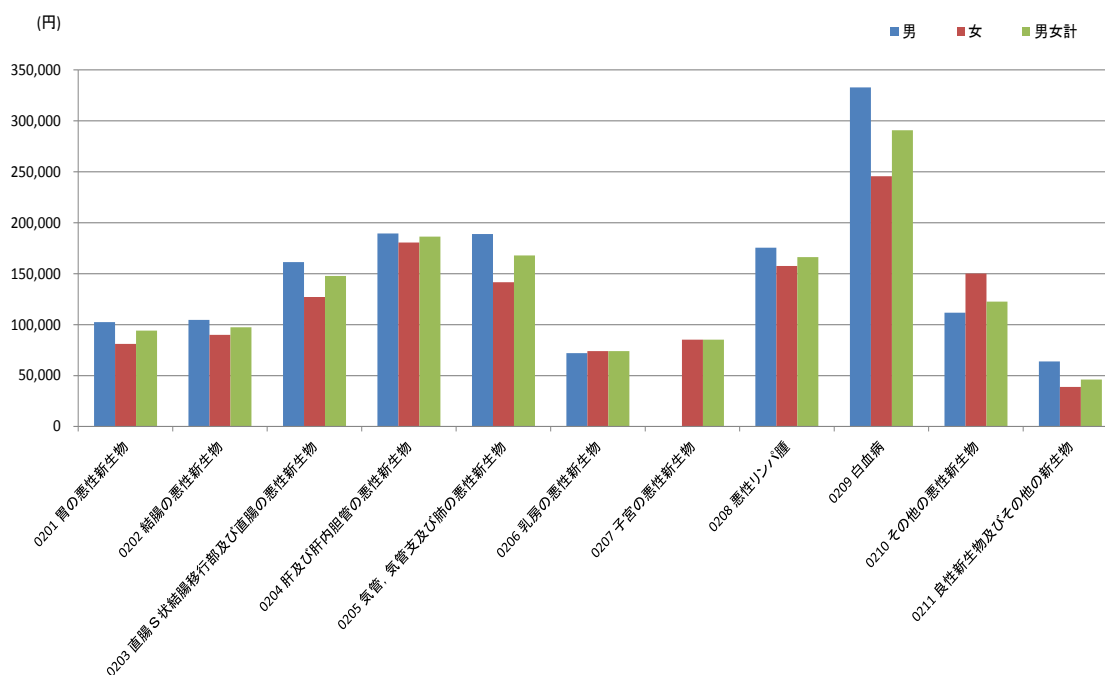
出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

3 新生物の医療費

(1) 新生物の疾病別 患者一人当たり医療費（全年齢）

- 新生物の患者一人当たり医療費は、「白血病」が最も高く、次いで「肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、「悪性リンパ腫」となっています。（図表 19）

(図表 19)：新生物の疾患別 患者一人当たり医療費（平成 28 年 11 月診療分）

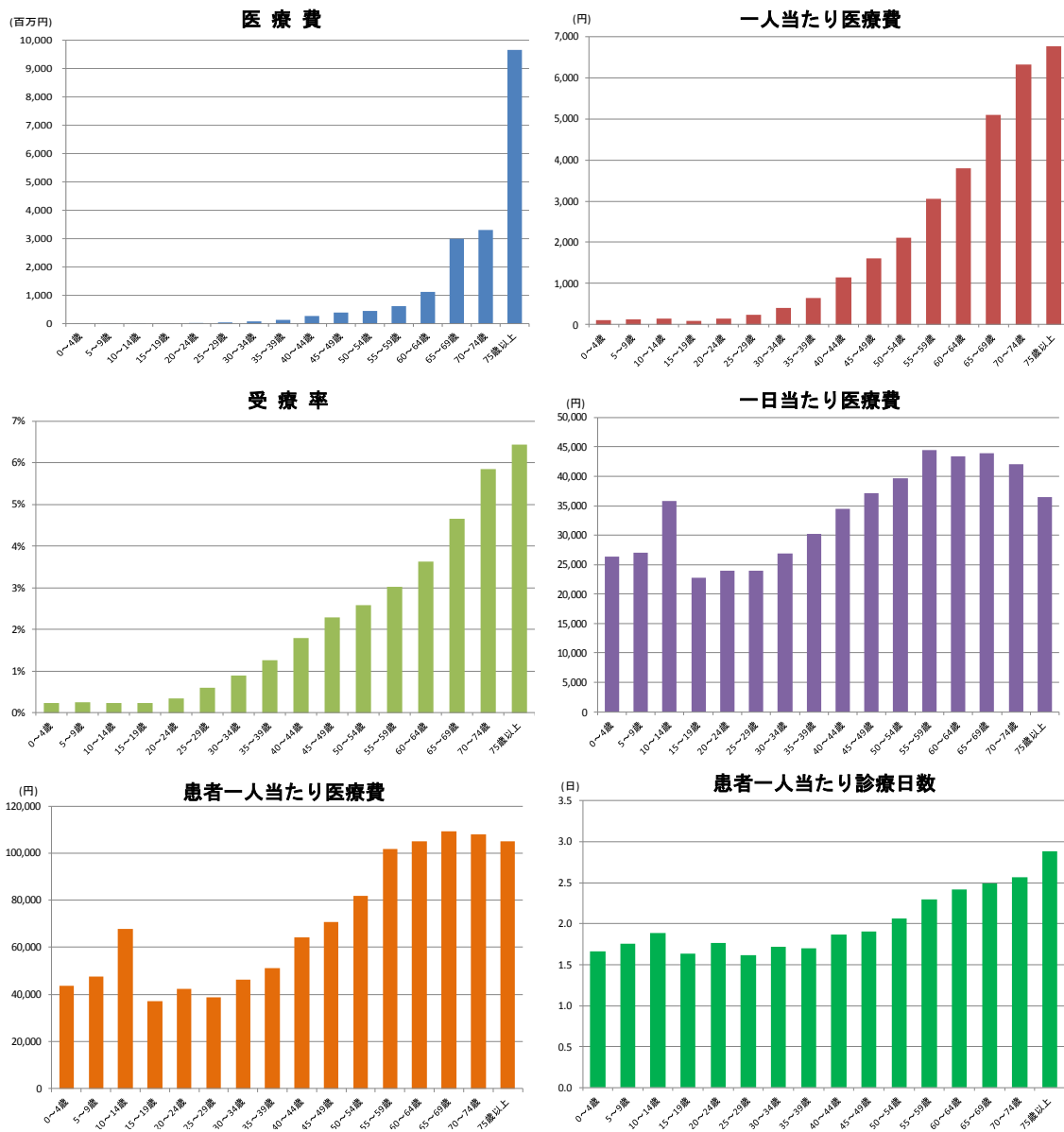


出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

(2) 新生物の年齢階級別 医療費等

- 新生物の医療費、被保険者一人当たり医療費、受療率は、高齢になるにつれ増加します。
- 一日当たり医療費、患者一人当たり医療費は、0歳～14歳でやや高いほかは、高齢になるにつれ高くなる傾向が見られます。(図表 20)

(図表 20)：新生物の医療費（平成 28 年 11 月診療分）



出典：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータを集計

第4節 後発医薬品の使用状況等

○ 後発医薬品の使用状況等について、国から計画策定のために提供された平成25年10月時点の入院外医療費に係るデータセット（以下「医療費適正化計画関係データ」という。）を活用した分析を行いました。

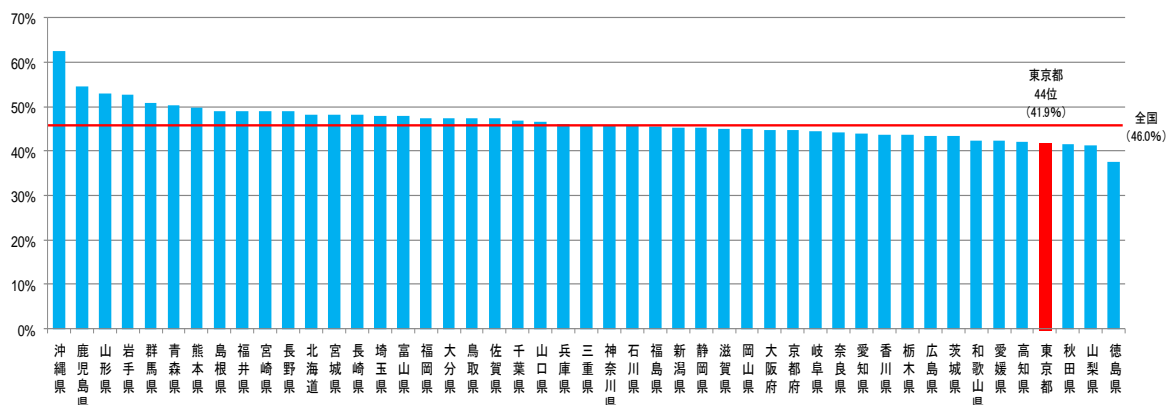
1 後発医薬品の使用状況

(1) 都道府県別後発医薬品数量シェアと切替効果額

○ 東京都の後発医薬品（入院外+調剤）の数量シェア⁹は41.9%で、全国平均の46.0%と比べ低く、全国44位となっています。（図表21）

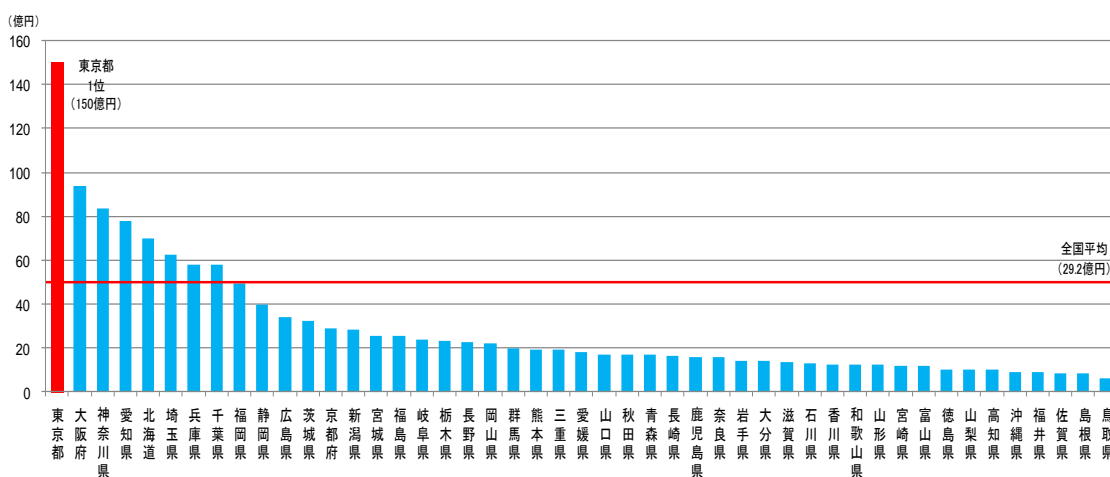
○ また、東京都における切替効果額¹⁰は、150億円と全国で一番大きくなっています。（図表22）

（図表21）：都道府県別 後発医薬品数量シェア（平成25年10月 入院外+調剤）



出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

（図表22）：都道府県別 後発医薬品切替効果額（平成25年10月 入院外+調剤）



出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

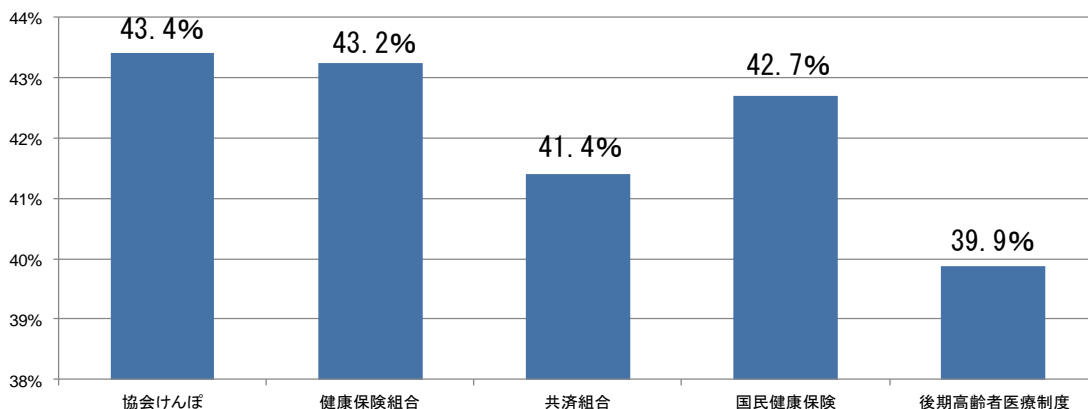
⁹ 後発医薬品数量シェア：【後発医薬品の数量】 / (【後発医薬品のある先発医薬品の数量】 + 【後発医薬品の数量】) により算出

¹⁰ 切替効果額：平成25年10月に後発医薬品のある先発医薬品を全て後発医薬品に置き換えた場合を仮定し、後発医薬品の価格に応じた1ヶ月分の効果額の最大値である。

(2) 東京都における保険者種類別の後発医薬品数量シェアと切替効果額

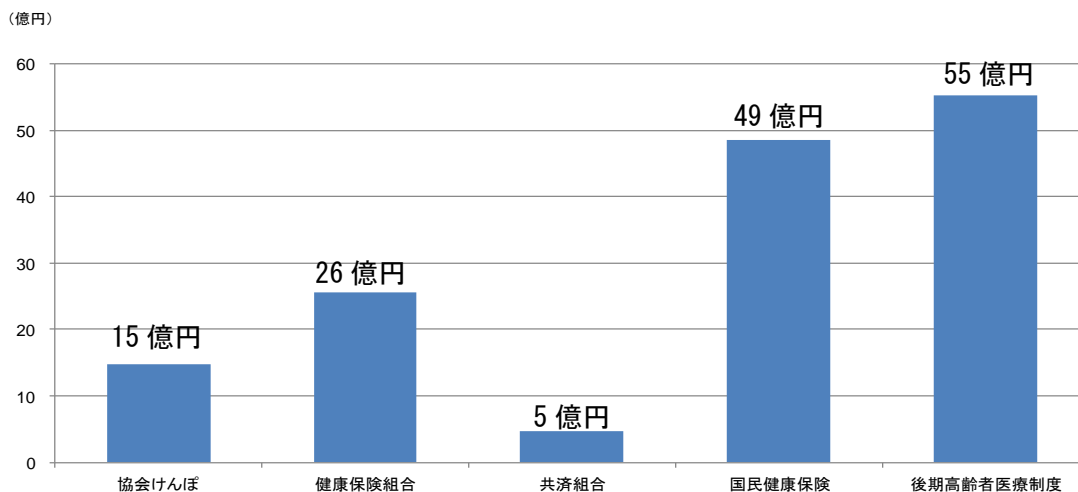
- 東京都の後発医薬品（入院外＋調剤）の数量シェア（平成 25 年 10 月）を保険者種類別に見ると、協会けんぽが 43.4%で最も高く、次いで健康保険組合が 43.2%、国民健康保険が 42.7%となっています。（図表 23）
- 後発医薬品の切替効果額（1 ヶ月分）を見ると、後期高齢者医療制度が 55 億円で最も多く、次いで国民健康保険の 49 億円、健康保険組合の 26 億円となっています。（図表 24）

(図表 23) : 東京都の保険者種類別 後発医薬品数量シェア（平成 25 年 10 月 入院外＋調剤）



出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

(図表 24) : 東京都の保険者種類別 後発医薬品切替効果額（平成 25 年 10 月 入院外＋調剤）



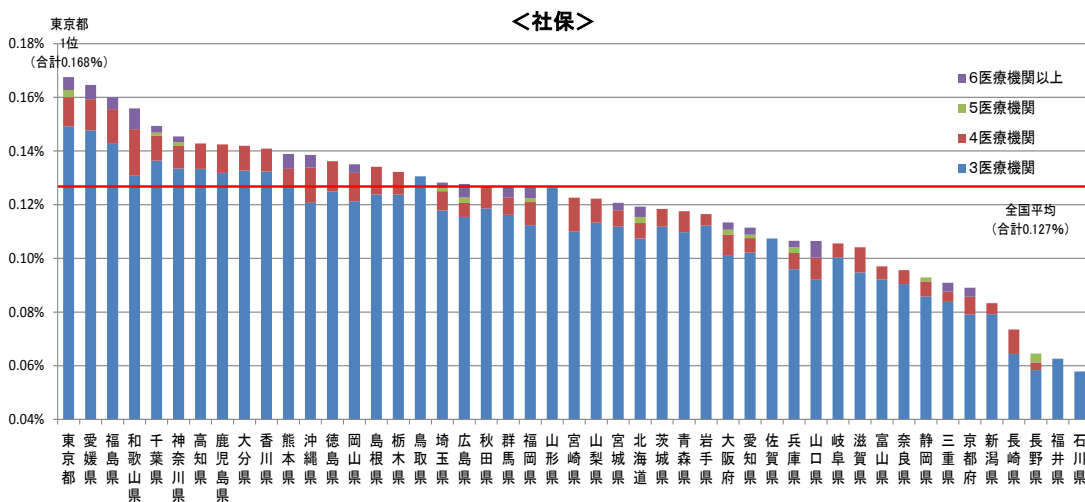
出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

2 重複投薬の状況

(1) 都道府県別重複投薬（3医療機関以上）患者率

○ 平成25年10月に3医療機関以上から同一成分の薬剤の投与を受けた患者の割合を都道府県別に見ると、東京都は社保では0.168%で1位、国保では0.117%で3位と、いずれも全国平均より高くなっています。（図表25）

（図表25）：都道府県別 重複投薬（3医療機関以上）患者率（平成25年10月 入院外+調剤）



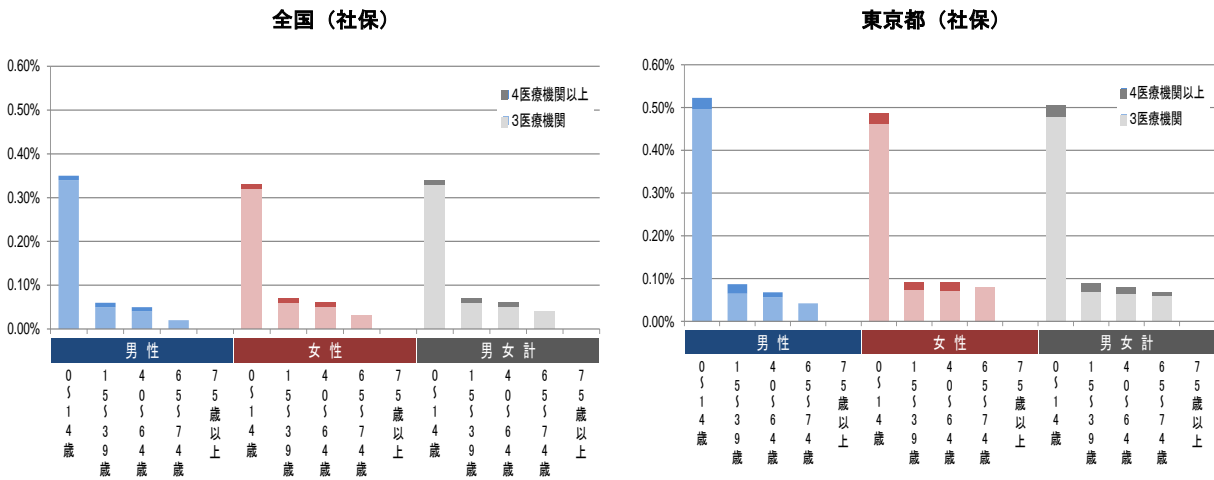
(2) 東京都の性、年齢別重複投薬（3医療機関以上）患者率

○ 平成25年10月に3医療機関以上から同一成分の薬剤の投与を受けた患者の割合は、0～14歳が高く、いずれの年齢でも、東京都は、全国と比べ高くなっています。

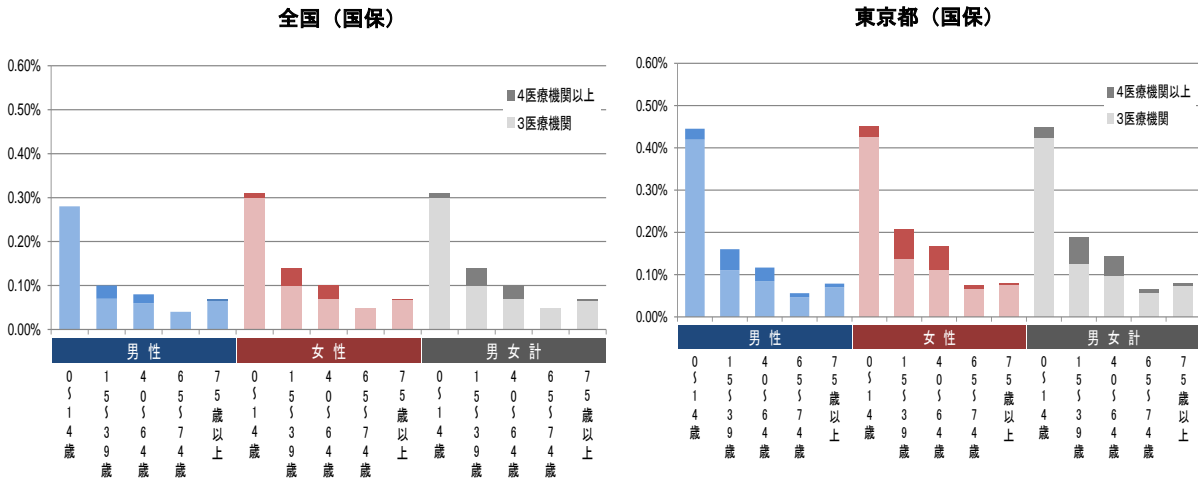
(図表26)

○ 0～14歳の患者率を疾患別に見ると、急性上気道感染症、急性気管支炎及び急性細気管支炎、喘息の患者率が高くなっています。¹¹

(図表26)：性、年齢別重複投薬(3医療機関以上)患者率(平成25年10月入院外+調剤)



※ 社保：健康保険組合、協会けんぽ、共済組合他



※ 国保：市町村国保、後期高齢者医療、国保組合

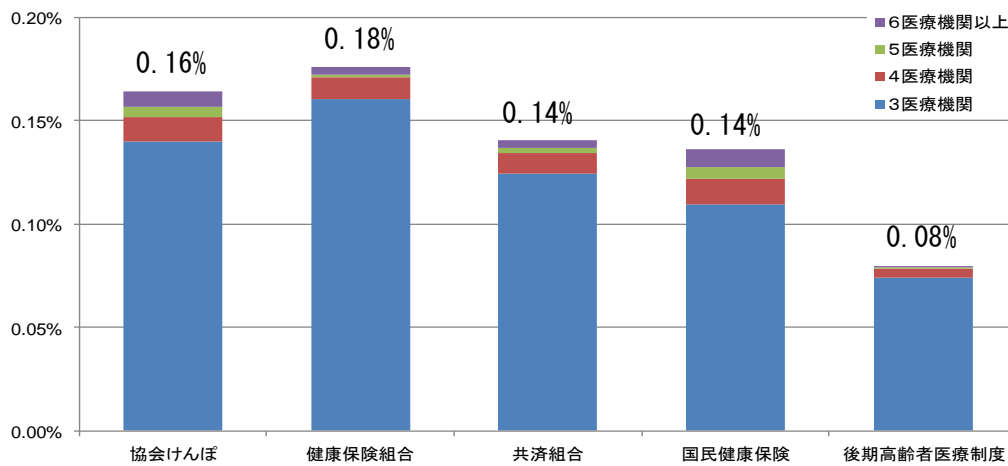
出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

¹¹ 「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）の集計による。

(3) 東京都の保険者種類別重複投薬（3医療機関以上）患者率

- 平成25年10月に3医療機関以上から同一成分の薬剤の投与を受けた患者の割合を保険者種類別に見ると、健康保険組合が0.18%、次いで協会けんぽが0.16%となっています。（図表27）

(図表27)：保険者種類別 重複投薬(3医療機関以上)患者率（平成25年10月入院外+調剤）

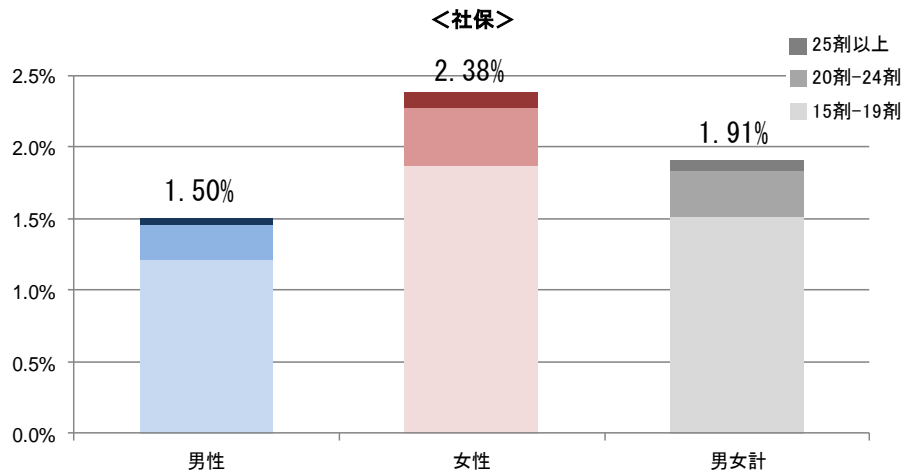


出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

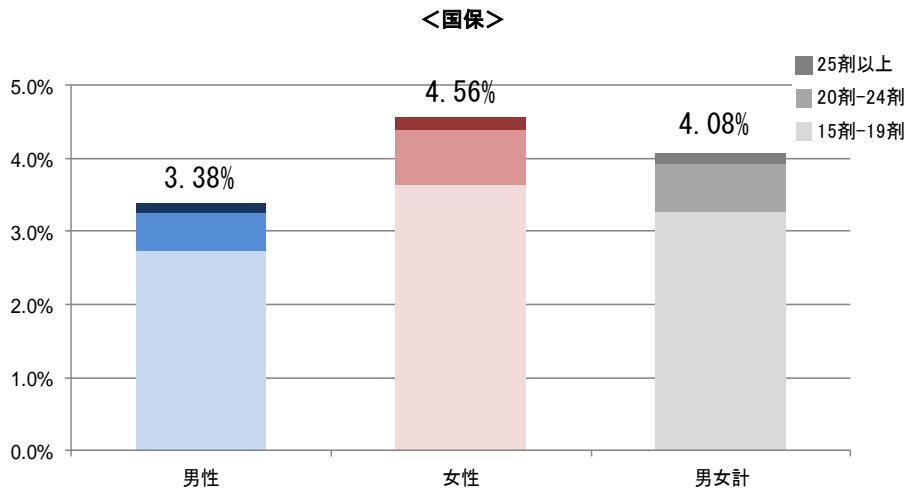
(2) 東京都の性別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率

○ 平成 25 年 10 月に 65 歳以上の被保険者（加入者）のうち同一月で 15 剤以上の薬剤の投与を受けた患者の割合を性別に見ると社保・国保とも女性の割合が高くなっています。（図表 29）

(図表 29)：性別複数種類医薬品投与(15 剤以上)患者率（平成 25 年 10 月入院外+調剤）



※ 社保：健康保険組合、協会けんぽ、共済組合他



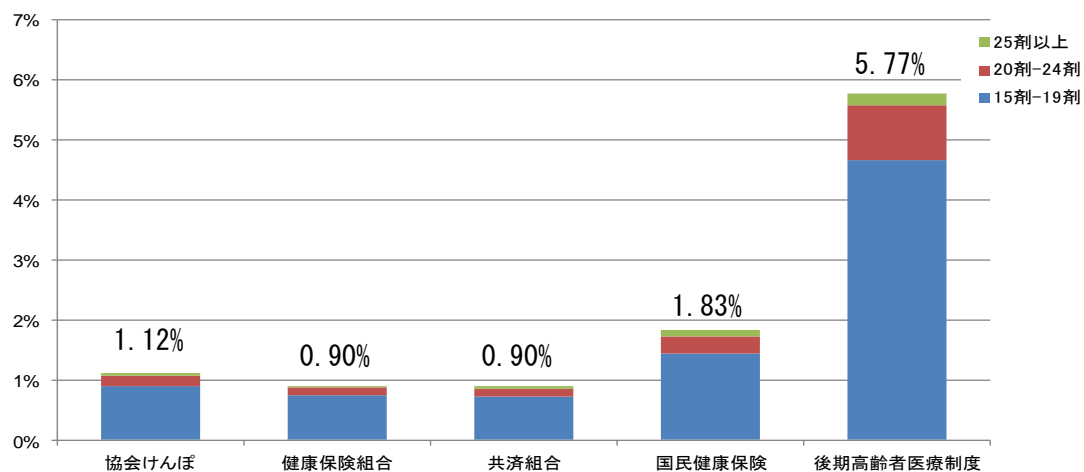
※ 国保：市町村国保、後期高齢者医療、国保組合

出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

(3) 東京都の保険者種類別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率

- 平成 25 年 10 月に 15 剤以上の医薬品投与を受けた患者の割合を保険者種類別に見ると、後期高齢者医療制度が最も高く、患者率は 5.77%となっています。（図表 30）

(図表 30) : 保険者種類別複数種類医薬品投与（15 剤以上）患者率（平成 25 年 10 月入院外+調剤）



出典：「医療費適正化計画関係データ」（厚生労働省提供）

第2章 第二期医療費適正化計画の進捗状況

第1節 住民の健康の保持の推進に関する進捗状況

- 平成25年度から平成29年度までの第二期医療費適正化基本方針においては、国が以下のとおり、数値目標を例示していました。(図表31)

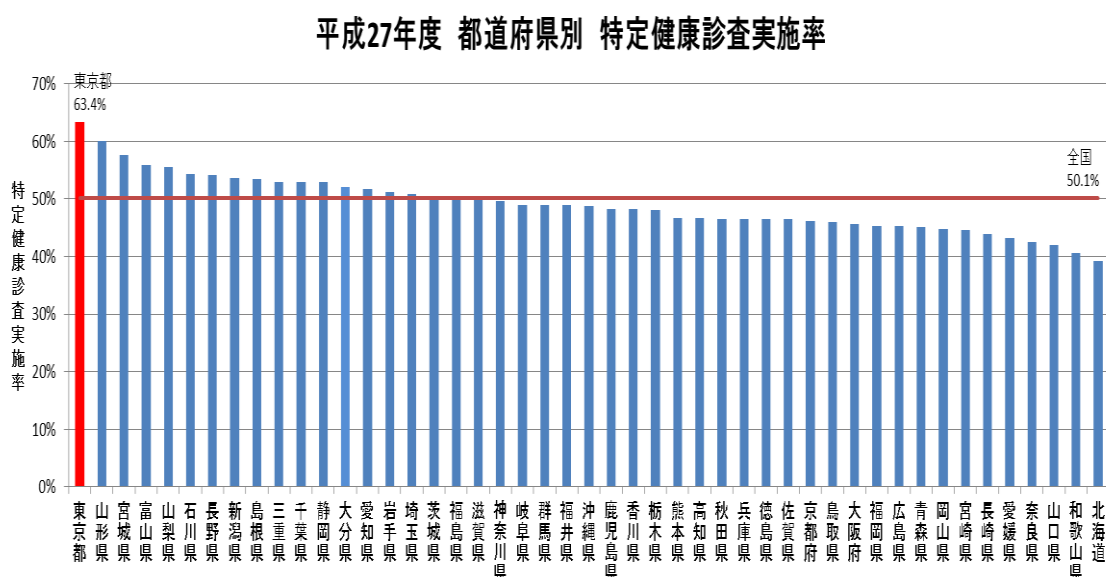
(図表31)：第二期医療費適正化基本方針における目標設定の例示

住民の健康の保持の推進に関する目標	
・ 特定健康診査の実施率	平成29年度に70%以上
・ 特定保健指導の実施率	平成29年度に45%以上
・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	平成29年度に25%以上（平成20年度比）
医療の効率的な提供の推進に関する数値目標	
・ 平均在院日数の短縮	医療計画の基準病床数等を踏まえ平成29年度の目標を設定

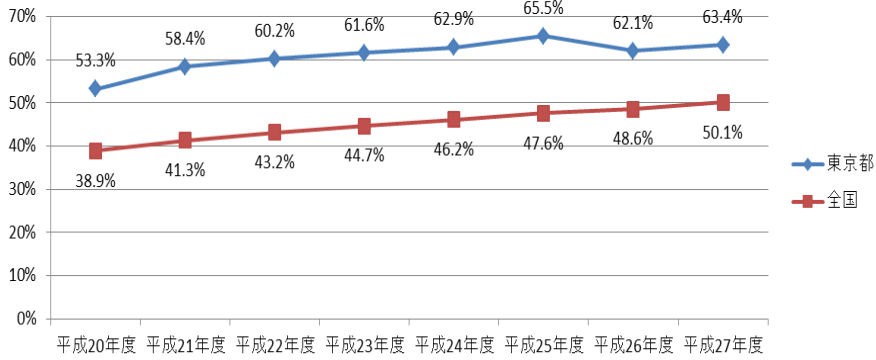
1 特定健康診査の実施状況

- 特定健康診査の実施率は、平成20年度以降全国平均を上回っており、平成27年度は63.4%と、全国で最も高くなっています。(図表32)

(図表32)：特定健康診査の実施状況



特定健康診査実施率の推移



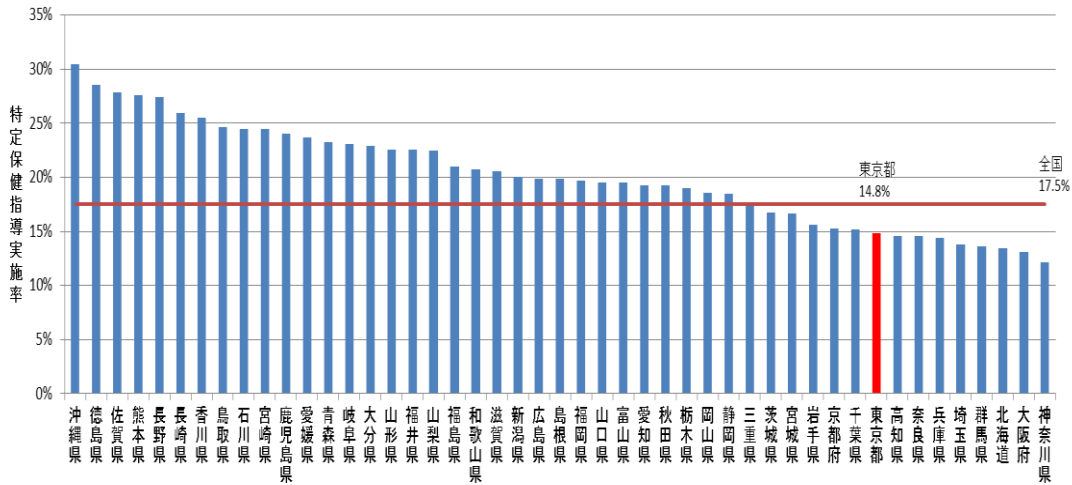
出典：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

2 特定保健指導の実施状況

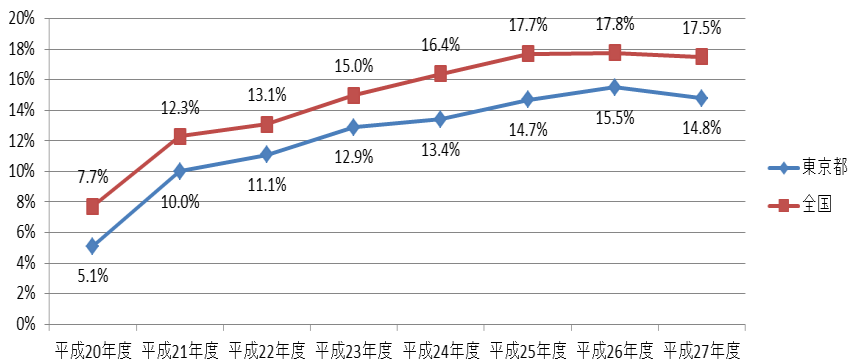
○ 特定保健指導の実施率は、平成27年度は14.8%と全国39位で、全国平均を下回っています。（図表33）

（図表33）：特定保健指導の実施状況

平成27年度 都道府県別 特定保健指導実施率



特定保健指導実施率の推移



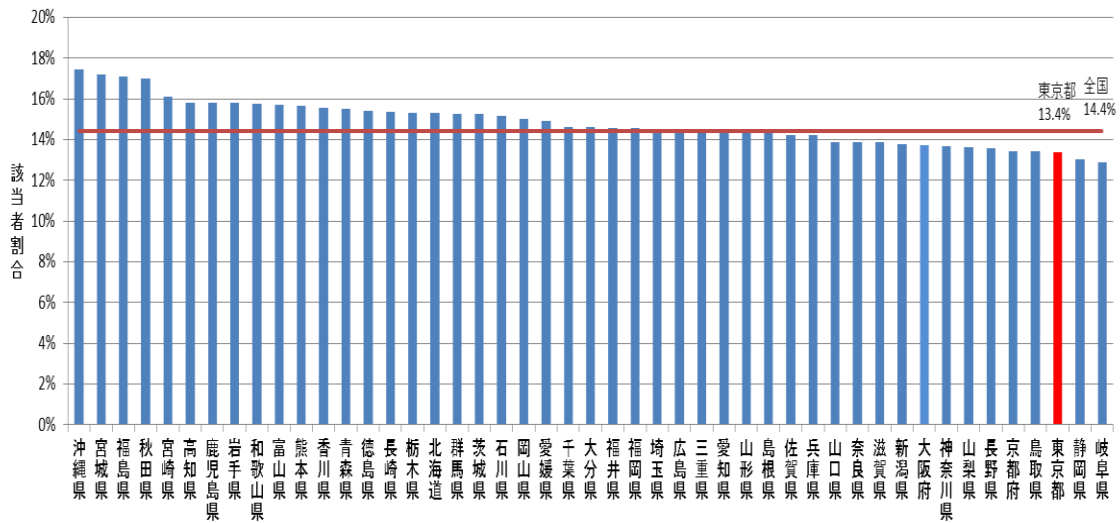
出典：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の状況

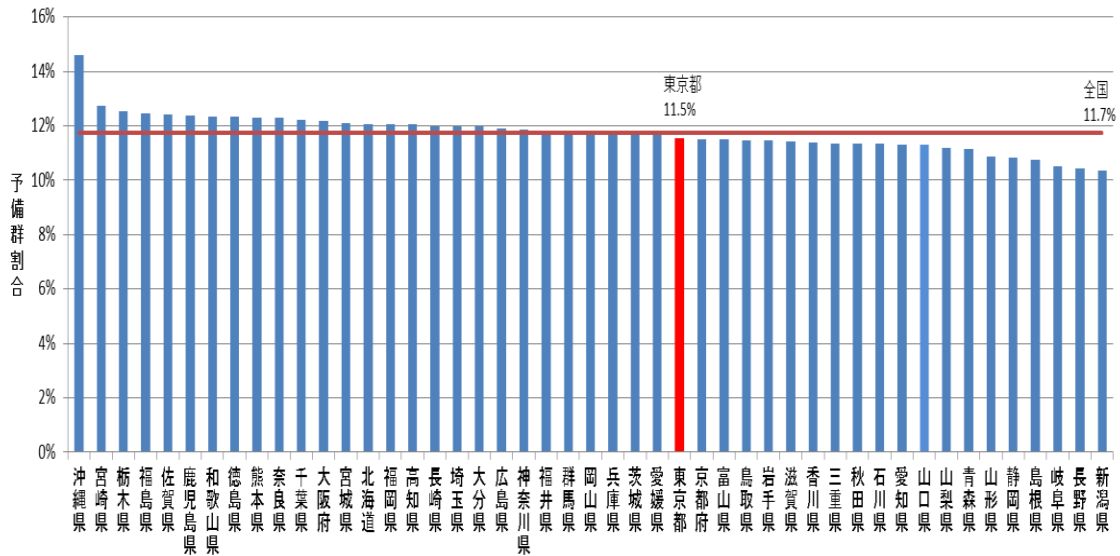
(1) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合

○ 平成 27 年度のメタボリックシンドロームの該当者の割合は 13.4%、予備群の割合は 11.5%となっており、いずれも全国平均よりやや低くなっています。(図表 34、35)

(図表 34) : 都道府県別 メタボリックシンドローム該当者割合 (平成 27 年度)



(図表 35) : 都道府県別 メタボリックシンドローム予備群割合 (平成 27 年度)



出典：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」(厚生労働省)

(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

- 平成20年度と比較した平成27年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は4.03%となっています。(図表36)

(図表36)：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（対平成20年度比）

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
全国	2.12%	3.09%	3.47%	3.18%	2.74%
東京都	0.13%	1.72%	3.29%	4.18%	4.03%

※メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の実数を用いて算出した場合、年度毎の特定健診実施率の高低の影響を受けるため、特定健診受診者数に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を、住民基本台帳人口に乗じることで得られる推定数により算出

※また、年齢構成の変化（高齢化の効果）の影響を少なくするため、性・年齢階級（5歳階級）別に推定数を算出し、その合計により、減少率を算出

※都の減少率算出における住民基本台帳人口については、平成25年度までは東京都、平成26年度分以降は全国の数値を使用。平成26年度分以降は、厚生労働省によるデータクリーニング後の平成20年度実績を使用して算出

出典：全国は厚生労働省資料
東京都は厚生労働省から提供された推計ツールにより算出

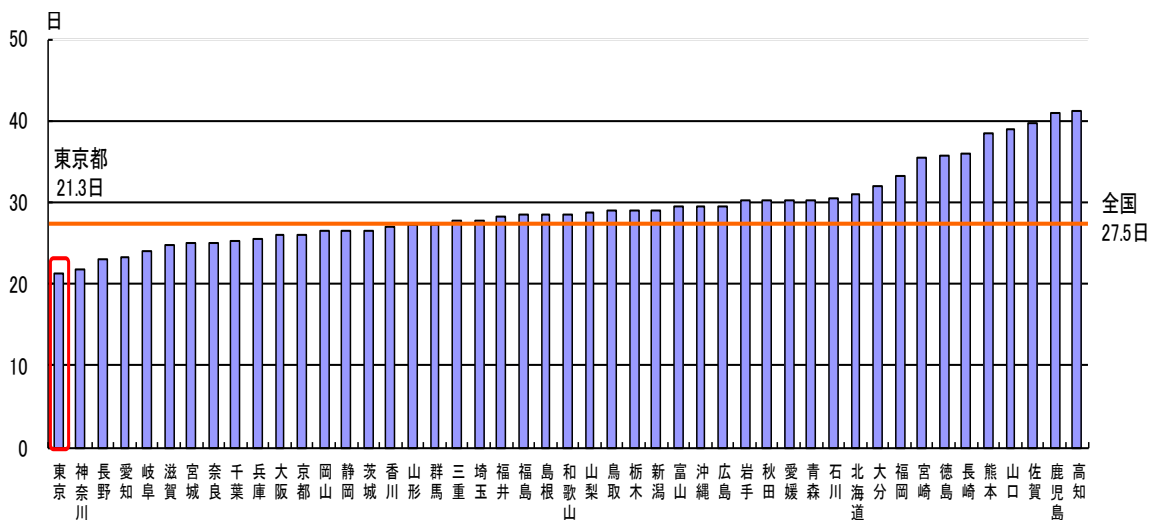
第2節 医療の効率的な提供の推進に関する進捗状況

- 第二期医療費適正化計画の計画期間においては、高齢者の入院医療費と平均在院日数との高い相関関係を踏まえ、国は平均在院日数の短縮を目標として例示しており、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進及び医療と介護の連携の強化を図ること等の取組を推進することとされていました。
- 東京都における介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は、平成28年時点で21.3日と全国で最も短くなっています。(図表37、38)

(図表 37) : 病床別平均在院日数の推移

	介護療養病床を除く全病床		全病床		精神病床		一般病床		療養病床		介護療養病床	
	全国	東京都	全国	東京都	全国	東京都	全国	東京都	全国	東京都	全国	東京都
平成25年	29.2日	22.4日	30.6日	23.5日	284.7日	200.2日	17.2日	14.7日	168.3日	180.8日	308.6日	382.4日
平成26年	28.6日	22.1日	29.9日	23.1日	281.2日	198.9日	16.8日	14.5日	164.6日	179.3日	315.5日	396.5日
平成27年	27.9日	21.6日	29.1日	22.6日	274.7日	191.8日	16.5日	14.1日	158.2日	167.1日	315.8日	386.7日
平成28年	27.5日	21.3日	28.5日	22.3日	269.9日	193.1日	16.2日	13.9日	152.2日	157.9日	314.9日	391.3日

(図表 38) : 平成28年都道府県別平均在院日数 (介護療養病床を除く全病床)



第3部 計画の基本的な考え方

第1章 国の基本方針

第1節 国の基本方針の考え方

- 国は、医療費適正化基本方針において、医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策や、生活習慣病に罹患した後の重症化を予防するための取組を進めることが重要であり、特定健康診査、特定保健指導や糖尿病の重症化予防等の取組を推進することとしています。
- また、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目ない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を活用することが重要であり、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を目指すとしています。
- 後発医薬品の使用促進については、平成32年（2020年）9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上とする全国目標を踏まえ、都道府県においても数値目標を設定し、国と一体となって、後発医薬品を使用することができる環境の整備等の取組を進めることとしています。
- 併せて、例えば、重複投薬の是正や医薬品の適正使用の推進等の取組により、医療費適正化を目指すことが考えられるとしています。

第2節 国が示す目標

1 住民の健康の保持の推進に関する目標

(1) 特定健康診査の実施率

- 国は、全国目標として平成35年度（2023年度）において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとしています。
- なお、国は、医療保険者が行う特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本指針（以下「特定健康診査等基本方針」という。）において、各医療保険者が策定する特定健康診査等実施計画¹²における特定健康診査の実施率を、参酌標準として、図表39のとおり示しています。

¹² 特定健康診査等実施計画：保険者は、高齢者医療確保法第19条に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する計画を策定し、特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項や具体的な目標等を定めることとされており、平成30年度～35年度（2018年度～2023年度）を計画期間とする第三期特定健康診査等実施計画を策定している。

(図表 39) : 医療保険者ごとの特定健康診査実施率の参酌標準

保険者種別	・単一型健康保険組合 ・共済組合	・総合型健康保険組合 ・日本私立学校振興・共済事業団	・国民健康保険組合	・全国健康保険協会 ・船員保険	・区市町村 国民健康保険
実施率	90%以上	85%以上	70%以上	65%以上	60%以上

(2) 特定保健指導の実施率

- 国は、全国目標として平成 35 年度（2023 年度）において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の 45%以上が特定保健指導を受けることとしています。
- なお、国は、特定健康診査等基本方針において、各医療保険者が策定する特定健康診査等実施計画における特定保健指導の実施率を、参酌標準として、図表 40 のとおり示しています。

(図表 40) : 医療保険者ごとの特定保健指導実施率の参酌標準

保険者種別	・区市町村 国民健康保険	・単一型 健康保険組合	・共済組合	・全国健康保険協会	・国民健康保険組合 ・船員保険 ・総合型健康保険組合 ・日本私立学校振興・共済事業団
実施率	60%以上	55%以上	45%以上	35%以上	30%以上

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

- 国は、平成 20 年度と比べた平成 35 年度（2023 年度）時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう。）を 25%以上とすることを目安にしています。

(4) たばこ対策

- 国は、がんや循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要であるとして、都道府県において、禁煙の普及啓発施策に関する目標を設定することを例示しています。

(5) 予防接種

- 国は、疾病予防という公衆衛生上の観点及び、住民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要であるとして、都道府県において、予防接種の普及啓発施策に関する目標を設定することを例示しています。

(6) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標

- 国は、生活習慣病等の症状の進展、合併症の発症等の重症化予防のためには、都道府県、保険者等及び医療関係団体等が連携を図り、関係者が一体となって取組を行うことが重要であるとして、都道府県において、医療関係者や保険者等との連携を図りながら行う糖尿病の重症化予防の取組や、高齢者の特性に応じた重症化予防の取組の推進に関する目標を設定することを例示しています。

(7) その他予防・健康づくりの推進

- 国は、上記の目標以外に、健康寿命の延伸の観点から予防・健康づくりの取組を通じた健康の保持の推進を図ることが重要であるとして、都道府県において、保険者等で実施している保健事業を踏まえ、生活習慣に関する正しい知識の普及啓発、住民に対する予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組及びがん検診、肝炎ウイルス検診等に関する目標を設定することを例示しています。

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

(1) 後発医薬品の使用促進

- 国は、後発医薬品の使用割合を平成 32 年（2020 年）9 月までに 80%以上とするという新しい目標を設定¹³しています。それを踏まえ、国は、都道府県において、平成 35 年度（2023 年度）には後発医薬品の使用割合が 80%以上に到達しているとする目標を設定することや、普及啓発等施策に関する目標を設定することを例示しています。

(2) 医薬品の適正使用の推進

- 国は、今後、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要であるとして、都道府県において、重複投薬の是正に関する目標（医薬品の適正使用に関する普及啓発や、保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の実施等）や、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する目標（医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組の実施等）を設定することを例示しています。

¹³ 後発医薬品使用割合に関する目標：後発医薬品の使用促進については、平成 25 年 4 月に策定された「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、平成 30 年 3 月末までに、後発医薬品の使用割合を 60%以上とすることを目標とされていた。その後「経済財政運営の改革と基本方針 2015」（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定）において、平成 29 年 6 月に 70%とするのと同時に、平成 30 年度から平成 32 年度末までの間のなるべく早い時期に後発医薬品の使用割合を 80%以上とする新たな目標が位置付けられ、この 80%以上とする目標の具体的な達成時期については、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）において平成 32 年 9 月までとされている。

第2章 東京都の計画の基本的な考え方

第1節 国が示す目標に対する東京都の考え方

- 国が基本方針に例示する数値目標は、全国目標として、国、都道府県、保険者等それぞれの役割において取組を推進することで達成を目指していくものであり、第三期基本方針では、医療費適正化の取組をそれぞれの役割の下、推進していくことが明確化されました。
- また、基本方針に例示される目標達成に資する取組が、平成30年度から本格実施される保険者に対するインセンティブの仕組みにおいて、保険者共通の評価指標として位置づけられており、保険者機能の強化や、都道府県のガバナンス強化が強く求められているところです。
- こうしたことから、東京都では、本計画において、基本方針に示される全国目標を踏まえた数値目標及び取組の方向性を設定し、保険者等と共に取組を推進していきます。

第2節 計画における取組の方向性

- 第2部「都民医療費の現状」で見てきたとおり、高齢になるにつれ、生活習慣病の受療率が増加し、医療費も高額となることから、今後高齢者人口が増加する中、医療費の急増を抑えていくためには、若い頃からの生活習慣病の予防対策が重要となります。
- 例えば糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合には、個人の生活の質(QOL)が著しく低下することに加え、多額の医療費が必要になることが指摘されており、生活習慣病に罹患した後は、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが大切です。
- また、東京には高度医療・先進医療を提供する大学病院や特定機能病院が集積しており、交通網の発達により医療機関等にアクセスがしやすいといった特徴があります。
- このため、計画策定に当たっては、単に医療費を抑制するのではなく、こうした東京の特徴を考慮しながら、都民の健康の保持や良質で効率的な医療提供体制の確立及び介護サービス基盤の充実等に向けた取組を推進することにより、結果として都民医療費の適正水準の確保を図るという考えに立ち、引き続き次の二つの視点に基づき、具体的な取組を定めます。(図表41)

視点1：生活習慣病の予防と都民の健康の保持増進

医療費に占める割合が高く、高齢になるにつれ受療率が増加する生活習慣病の発症・重症化を予防することは、結果として医療費の伸びの抑制にもつながることから、特定健康診査及び特定保健指導、糖尿病の重症化予防、その他予防・健康づくりの取組を推進し、都民の生涯にわたる健康づくりを支援していきます。

視点2：医療資源の効率的な活用

医療費が年々増加する中、国民皆保険制度を維持し、都民が引き続き良質かつ適切な医療を受けられるようにするため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じ機能分化しながら、切れ目ない医療・介護を提供するなど、医療資源の効率的な活用を推進します。

(図表 41)

医療費適正化に向けた2つの視点と取組の方向性

視点1 生活習慣病の予防と 都民の健康の保持増進	視点2 医療資源の効率的な活用
<ul style="list-style-type: none">健康診査及び保健指導の推進 特定健康診査等の推進、データヘルス計画の推進 がん検診、肝炎ウイルス検診の取組 等生活習慣病の重症化予防の推進高齢期における社会生活を営むために必要な機能の維持健康の保持増進に向けた一体的な支援 個人の健康づくりの実践を支援する取組 歯・口の健康づくりの取組、 乳幼児期、児童期からの健康づくりの推進 等たばこによる健康影響防止対策の取組予防接種の推進	<ul style="list-style-type: none">切れ目ない保健医療体制の推進 地域医療構想による病床機能の分化・連携 がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患、 救急、周産期、小児医療、在宅療養の取組地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の推進 介護基盤の整備の促進と介護人材の確保等、 認知症対策の総合的な推進、高齢者の住まいの確保 介護予防の推進と支え合う地域づくり緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供後発医薬品の使用促進医薬品の適正使用の推進レセプト点検等の充実強化

結果として

都民医療費の適正水準を確保

第4部 医療費適正化に向けた取組の推進

第1章 都民の健康の保持増進及び医療資源の効率的な活用に向けた取組

第1節 生活習慣病の予防と健康の保持増進に向けた取組

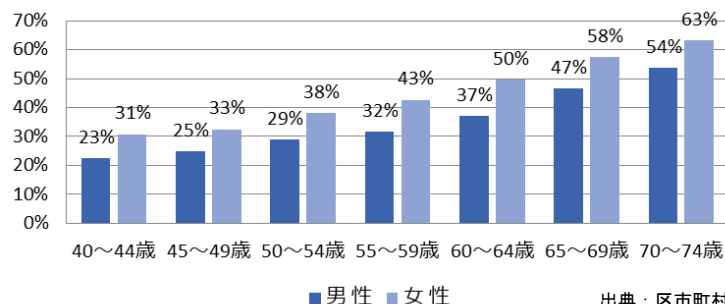
1 健康診査及び保健指導の推進

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

【現状と課題】

- 特定健康診査及び特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積に起因して肥満、血圧高値、脂質異常、血糖高値から起きる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するため、法令に基づき、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業です。
- 保険者は、特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施目標等を定めて、40歳から74歳までの加入者を対象として実施することとされています。
- 第2部第2章第1節で述べたとおり、東京都における特定健康診査の実施率は、全国平均を上回っていますが、都内区市町村国民健康保険の性・年齢階級別の特定健康診査の実施率を見ると若い年代の実施率が低くなっています。(図表42)
- また、特定保健指導については全国平均を下回っており、いずれも第二期医療費適正化計画における全国目標と比べ低い状況となっています。
- 国は、平成29年度実施分から、全保険者の特定健康診査及び特定保健指導の実施率を公表し、平成30年度からは、特定保健指導について、質を確保しつつ、効果的・効率的な保健指導を推進し実施率の引き上げにつながるよう、初回面接から実績評価を行う時期の見直しや、実施方法の弾力化などの見直しを行うこととしています。
- 引き続き、特定健康診査及び特定保健指導の実施率を向上し、効果的に実施することにより、メタボリックシンドロームに起因する生活習慣病の発症・重症化を予防する取組が必要です。

(図表42)：都内区市町村国保 性・年齢階級別 特定健康診査実施率（平成27年度）



出典：区市町村国保「特定健診等データ管理システム」

【取組の方向性】

- 東京都は、糖尿病やメタボリックシンドロームにならないため、定期的な健診受診や必要に応じ早期に医療機関を受診し、治療を継続することの重要性などについて、都民の理解を一層深めていくため、様々な広報媒体を活用し、引き続き、普及啓発を図っていきます。

また、国民健康保険の特定健康診査等の実施に必要な費用及び実施率等が良好な区市町村への交付金の交付、先進的な事例の情報提供等、特定健康診査等の推進に取り組む区市町村への支援を引き続き行っていきます。

- 保険者は、第三期特定健康診査等実施計画に基づき、適切な実施時期の設定により受診者が利用しやすい実施体制を整備するとともに、効果的な受診勧奨に努めていきます。
- 特定健康診査の受診者に対し、個別のニーズや生活習慣に則した情報を分かりやすく提供するとともに、生活習慣病のリスクのある人に対しては、自らの生活習慣における課題に気づき、自分の健康を自己管理できるよう支援するための特定保健指導を行います。

また、健診結果により医療機関の受診が必要な場合や、治療中断の場合には適切に受診勧奨を実施していきます。

- 保険者協議会¹⁴においては、保険者等の担当者を対象に特定保健指導等を効果的に実施するためのプログラム研修の実施や、事業の円滑な実施のための調整等を引き続き実施していきます。
- 平成35年度(2023年度)に向けて以下の実施率等を目指すこととします。(図表43)

(図表 43)

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率をいう。)	25%以上 (平成20年度比)

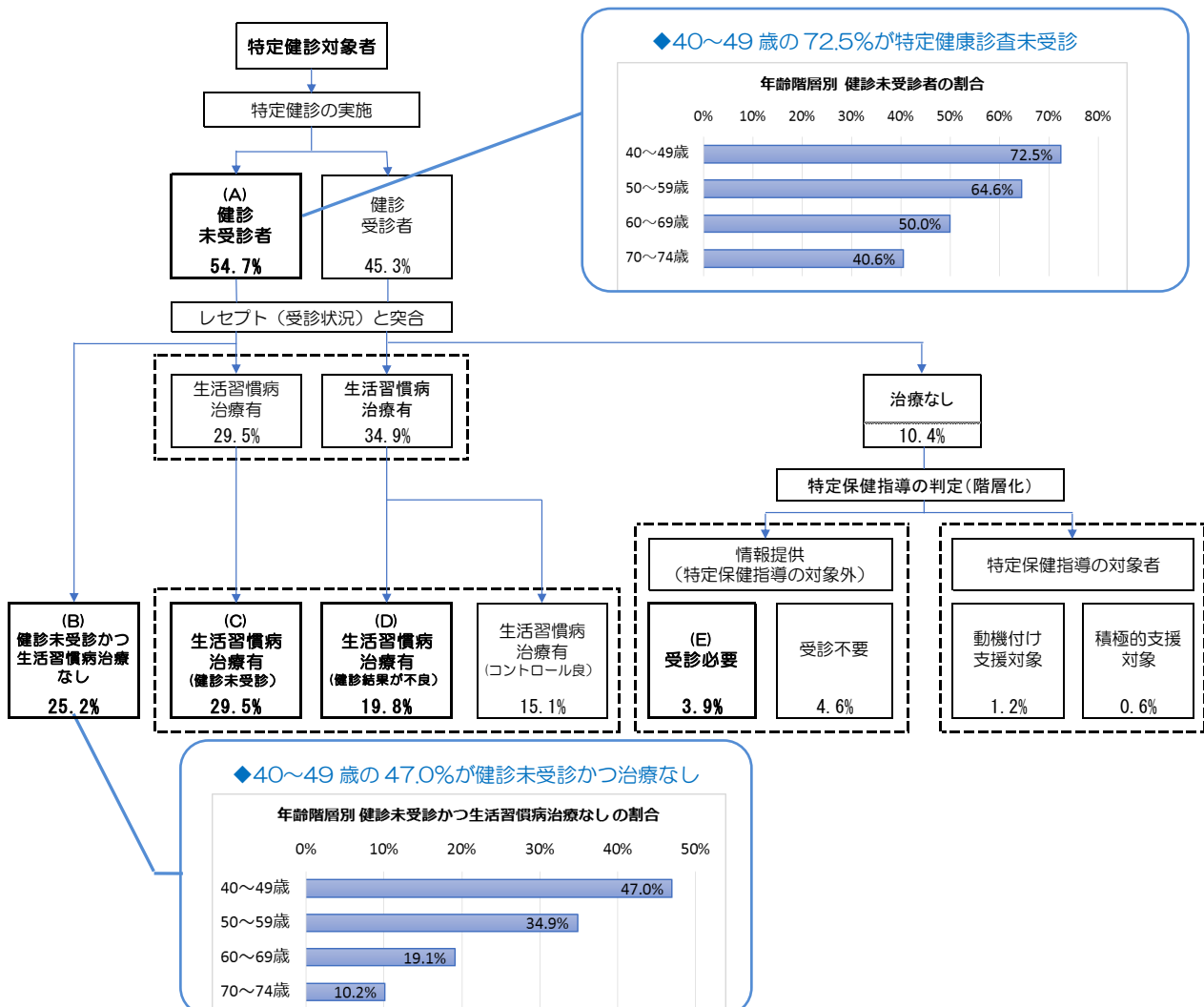
- なお、第三期医療費適正化基本方針においては、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」について、「学会基準により定義されたメタボリックシンドローム」から「特定保健指導対象者の減少率」とする定義の見直しが行われました。

これによると東京都の平成27年度における「特定保健指導対象者の減少率」(平成20年度比)は、19.03%となっています。

¹⁴保険者協議会：都内の医療保険者が連携・協力し、保健事業の円滑な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的とした会議体。保険者（全国健康保険協会、健康保険組合、国民健康保険、共済組合、後期高齢者広域連合）、健康保険組合東京連合会、東京都国民健康保険団体連合会のほか、医療関係者（東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会）の委員により構成されている。

都内区市町村国保の特定健康診査受診対象者の状況と対策（平成 27 年度）

- 国保データベース（KDB）システムから、区市町村国保における特定健康診査受診対象者の健診受診状況と生活習慣病に係る治療の状況を集計しました。
- 特定健康診査対象者のうち、健診未受診者の割合(A)は約 55%で、そのうち 40～49 歳では約 73%と非常に高くなっています。若い年代の健診受診率向上が課題です。
- 健診未受診かつ生活習慣病の治療がない者の割合(B)は約 25%です。こうした被保険者については、健康状態の把握が全くできていないため、健診の受診勧奨を特に重点的に行う必要があります。
- 健診未受診者で生活習慣病の治療有の割合(C)は約 30%です。かかりつけ医からの受診勧奨やかかりつけ医で実施された検査結果データの提供を受けるなどの対応が考えられます。
- 生活習慣病の治療有で、健診結果が不良の割合(D)が約 20%となっています。こうした被保険者については、かかりつけ医による治療が継続して行われているかなど状況に留意する必要があります。
- 健診の結果、受診が必要とされたにもかかわらず、生活習慣病の治療がない者の割合(E)が約 4%となっています。早期の医療機関受診を勧奨する必要があります。
- 自保険者の状況をデータにより把握することで、より効果的な取組につながります。



※ 国保データベース(KDB)システムとは、東京都国民健康保険団体連合会が管理する医療情報・特定健診等情報・介護情報を活用し、突合・加工した統計情報等を被保険者向けに提供することで、被保険者の効率的かつ効果的な保健事業等の実施を支援することを目的に、国民健康保険中央会において構築されたシステムである。

※ 上記は、平成 27 年 4 月時点で同システムを導入済の 56 区市町村について厚生労働省様式 6-10 を集計したものである。

※ 「生活習慣病の治療」とは、以下の傷病に係る治療を対象としており、「特定保健指導の判定」では、これらの治療がない者を集計しているため、本集計における「特定保健指導対象者」は法定報告における対象者とは異なる。
糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋骨格系及び結合組織の疾患、精神及び行動の障害

特定健診を利用されない加入者への健診結果提供の呼びかけの取組（調布市）

医療費が高額になっている加入者の方の多くが、生活習慣病の基礎疾患を有しています。医療にかからずすむよう健康づくりに取り組み、医療費の抑制につなげるため、加入者のみなさんに生活習慣病の予防・早期発見を目的とした特定健診を受けていただくことが重要になります。

調布市では、特定健診の受診を勧めているほか、加入者自身で独自に人間ドックや職場の健診を受けている場合に、健診結果の提供に御協力いただくことをお願いしています。御協力いただいた方には、健診を自費で御負担されていることも考慮して、謝礼（商品券）を差し上げています。

御自身で健診を受けられただけでは、健診結果を聞くだけで終わってしまい、なかなか生活習慣の改善にはつながりません。健診結果を御提供いただくことにより、国保の特定保健指導や重症化予防事業を御案内することができます。

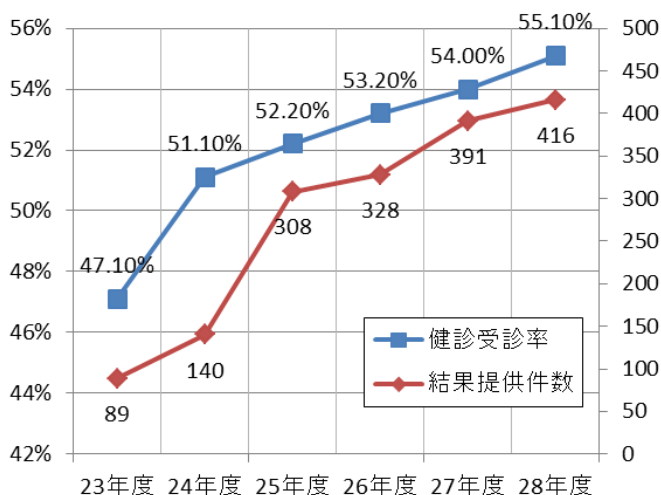
また、特定健診と同程度の健診項目の結果を把握することにより、受診実績としてカウントすることができますので、市にとっても、特定健診受診率の向上につながります。

特定健診の受診券をお送りする際にチラシを同封しているほか、受診勧奨の電話で他の健診受診であることを聞き取ったときに、健診結果提供の御協力を呼びかけています。

御本人へ保健事業を案内できるということだけにとどまらず、健診の受診結果を提供することが、受診率の向上につながり、市の受ける収入（交付金）増という国保財政へのプラスにも貢献できるということをお伝えして、御協力を促しています。

右表のとおり、年々、御協力いただく方が増えており、特定健診受診率も堅調に伸ばすことができます。毎年度、継続して御提供いただけるよう、今後も呼びかけを続けていきます。

＜健診結果提供件数と受診率の推移＞



(2) 生活保護受給者の生活習慣病予防対策

【現状と課題】

- 医療保険に加入していない生活保護受給者に対する健康診査は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき、各区市町村の保健衛生部門において実施されています。
- 福祉事務所¹⁵では、自立支援プログラム¹⁶等を活用し、生活保護受給者の日常生活の自立支援に取り組んでいますが、生活習慣病の予防・重症化予防等健康面に着目した支援の強化が求められています。

【取組の方向性】

- 東京都は、生活保護受給者に対する生活習慣病の予防や重症化の予防などの健康管理の支援充実に向けて、国の取組の方向性を注視しつつ、自立支援プログラム等の活用について、効果的な事例の提供、助言などにより福祉事務所を支援していきます。
- 福祉事務所は、関連施策を充実、区市町村保健衛生部門との連携を強化し、生活保護受給者の健康管理の支援に取り組みます。

(3) データヘルス計画の推進

【現状と課題】

- 保健事業の実施等に関する指針¹⁷において、保険者等は、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画「データヘルス計画」を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされています。
- 都内区市町村におけるデータヘルス計画の策定状況は、平成 29 年 7 月 1 日現在で、策定済が 40 区市町村となっており、平成 29 年度中策定予定を合わせると 55 区市町村となっています。
- 第 2 部第 1 章第 3 節 2 「(7) 生活習慣病の区市町村別一人当たり医療費と受療率」で見たとおり、生活習慣病の一人当たり医療費や受療率の状況は、区市町村によって異なっており、それぞれの区市町村において、さらに詳細なデータを分析した上で健康課題を把握し、対策を講じていくことが重要であり、データヘルス計画の策定及びデータヘルス計画に基づく保健事業等の取組を推進していく必要があります。

¹⁵ 福祉事務所：生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による保護の実施をはじめ福祉の総合的窓口として設置されている。区及び市部については、それぞれ区及び市が、町村部については、東京都が設置している。

¹⁶ 自立支援プログラム：福祉事務所が管内の被保護世帯全体の状況を把握した上で、被保護者の状況や自立阻害要因について類型化を図り、それぞれの類型ごとに取り組むべき自立支援の具体的な内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の被保護者に必要な支援を組織的に実施するもの。国からの通知により、その導入が推進されている。

¹⁷ 保健事業の実施等に関する指針：「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 308 号）、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 141 号）

【取組の方向性】

- 区市町村の計画策定支援として、東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が設置する保健事業支援・評価委員会において計画の内容の確認・評価を実施しており、東京都も同委員会に参画しています。東京都は、国保連合会と連携して、今後全ての区市町村においてデータヘルス計画が策定されるよう、支援するほか、引き続き保健事業支援・評価委員会において助言等を行います。
- また、データヘルス計画の推進に当たっては、国保データベース（KDB）システムの有効活用や、国民健康保険部門と健康づくり部門とが連携した取組により、生活習慣病の発症・重症化予防など取組の充実が図られるよう必要な助言を行っていきます。
- 保険者協議会を通じ、好事例の取組等について情報共有を行い、保険者等の取組を支援していきます。

データヘルス計画の推進（品川区）

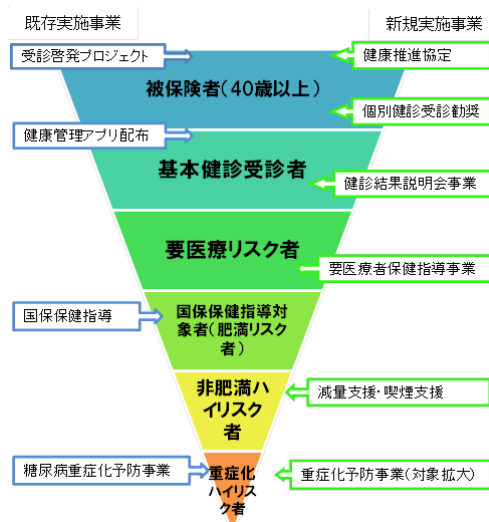
1. 保健関係団体協働によるデータヘルス計画策定～成果の最大化を目指して～



データヘルス計画（以下計画）の推進に伴い、保険者は保健事業の成果が求められるようになりました。品川区国民健康保険では、計画策定をきっかけに、関係機関一丸となって成果を出していく体制の構築および風土の醸成を図る為、平成27年度に医師会や地域関係団体と「データヘルス計画策定委員会」を組織し、協働で第一期計画を策定しました。

2. 第一期データヘルス計画の展開

第一期計画では、データ分析から医療費の多寡によりターゲットを明確にし、既存の保健事業の棚卸を行い、右図のように新規事業を計画。保健事業支援システムを導入し、データに基づいた保健事業の展開を目指しました。保健事業の立案の際は、策定委員より、医療の現場では肥満対策が最優先と考える、重症化の課題は糖尿病だけではないといった意見も上がり、保健指導対象外の肥満者を対象にした「減量支援」、糖尿病に限定しない「生活習慣病重症予防事業」を計画しました。加えて、「計画評価委員会」を立ち上げ、関係機関と一緒に事業評価から事業改善まで話し合える場を確保しています。



3. 第二期データヘルス計画の策定に向けて～進む協働の「わ！」～

第一期計画を実施する中で、より多くの関係機関の協力が必須とのご意見を頂き、平成29年度には三師会および地域関係団体と協働で第二期計画の策定をしています。第二期計画では歯科医師会・薬剤師会の協力のもと、①歯科受診勧奨（後期も含む）の効果的展開、②後発医薬品利用促進、重複服薬・残薬への取組み等、医療費適正化を目指す保健事業を計画に盛り込みました。また、医師会と連携し、8月末までに健診を受けた方に医療機関でプレゼントを渡す「早得キャンペーン」を展開。健診未受診者が多く通院している診療科を分析し、薬局での「(特定の診療科のみ受診者へ)健診声かけキャンペーン」を企画するなど、関係機関と協働で健診の受診啓発を進める体制が出来つつあります。

4. データヘルスは「健康への投資！」～他機関・多保険者連携を目指して～

生活習慣病は重症化すると医療費が高額になります。保険者は、医療費という「結果」に多額の費用を払うのではなく、保健事業という「予防」に費用を投資し、医療費の適正化を目指していく必要があると考えます。

また、都民はライフサイクルにより保険を異動するため、一保険者が単独で医療費適正化を目指すには限界があります。品川区では、保健関係団体に協力を頂く他、協会けんぽ東京支部と協定を結び、データヘルス計画の策定にもご協力を頂いております。今後は、保険者を越えた連携を進めていく必要があると考えます。



「実践型健康セミナー×ICT」を活用した効率的・効果的な保健事業 (ニチアス健康保険組合)

当組合では、特定保健指導のマンネリ化による特定保健指導実施率の低下が保健事業の課題の1つとなっています。

このため、第2期データヘルス計画や第3期における特定保健指導の運用の弾力化に向けて、より効果的・効率的な保健事業運営を展開していくため、「健康無関心層を動かす仕組化」「行動変容を継続させる仕組化」の2つの施策が重要であると考え、実践型健康セミナーとICT(個人向け健康ポータルサイト)を組み合わせた新たな事業を平成29年9月から実施しています。

本事業については、厚生労働省の平成29年度高齢者医療運営円滑化等補助金における「レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業」で採択され、事業運営を事業者へ委託しています。

事業概要としては、健康無関心層や健康関心期層への働きかけの一つとして、実践型健康セミナーや3ヶ月集中セミナープログラムを実施し、参加者における健康意識の向上を図り、ICT(個人向け健康ポータルサイト)を活用して健康づくりの行動変容を支援する仕組みを構築します。

3ヶ月集中セミナープログラムでは、委託事業者のトレーニング講師と栄養管理士が食事・運動面を徹底的にサポートし、実践型トレーニングを組み合わせたプログラム(全8回)で、参加者の健康数値改善、メタボリックシンドローム解消を目的とします。また、同プログラムは特定保健指導と比べ、参加者へ介入するタッチポイントが多いのも特徴でプログラムの脱落を防止します。

当組合では、これらの事業を通して、加入者全体の健康意識の向上、医療費適正化につなげていくことを目指します。

《健康セミナー》



《ICT(個人向け健康ポータルサイト)》



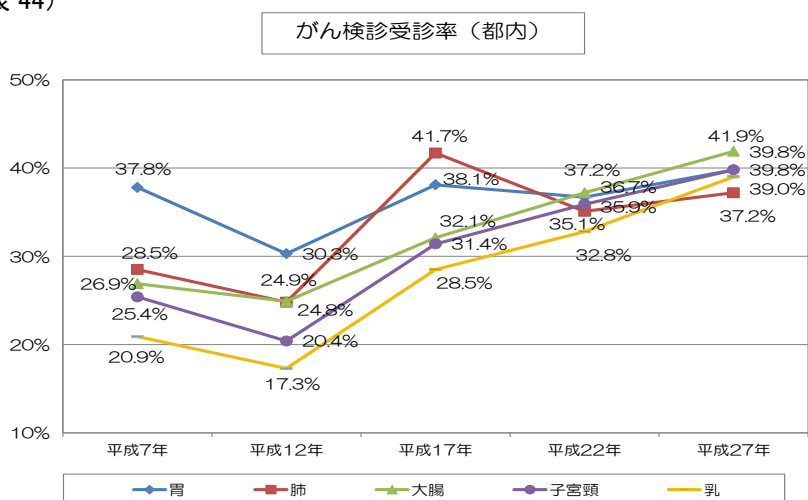
(4) がん検診、肝炎ウイルス検診の取組

【現状と課題】

① がん検診

- がんを早期に発見して早期に治療につなげ、がんによる死亡率を減少させることを目的に、各区市町村や職場等でのがん検診を行っています。東京都は、「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」で、がん検診受診率 50% を目標に掲げ、より多くの都民ががん検診を受診することを目指しています。都におけるがん検診受診率は長期的に見て上昇傾向にあるものの、現時点では 40% 前後にとどまっています。（図表 44）

(図表 44)



出典:平成27年(度)健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査(福祉保健局)

- 区市町村が実施主体となっている対策型検診としてのがん検診については、死亡率減少効果が科学的に確認された適切な方法、対象年齢、受診間隔等で、「高い質を保って行う」ことが必要です。国は実施体制、対象年齢、受診間隔、検査項目等について指針を定めており、都はこれに基づき、検診実施方法等をより具体的に示した「がん検診の精度管理のための技術的指針」や「がん検診精度管理向上の手引き」を作成し、区市町村が適切な検診を行えるよう技術的支援を行っています。
 - 職場においては、事業主や保険者が、従業員やその家族に対してがん検診を行っていますが、制度上の位置付けが明確でないことから、実施方法等についての基準がなく、実施状況や内容は様々です。
- ##### ② 肝炎ウイルス検査
- ウイルス性肝炎は、本人が感染に気が付かないうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんへ進行するリスクが高い疾患ですが、肝炎医療の進歩により、治癒率も上昇しています。早期に発見し、適切な診断、治療につなぐことが重要です。

【取組の方向性】

① がん検診

- 東京都は、がん検診の実施主体である区市町村における、個別勧奨・再勧奨や受診しやすい環境整備などの取組に対し、財政的・技術的支援を行います。また、職場において、検診受診希望者が確実に受診できるよう、企業や関係団体等との連携を図りながら、職場での検診実施や受診率向上に対する支援を行います。

さらに、区市町村、企業等の関係機関等と協力しながら、より多くの都民ががん検診を正しく理解し、受診につながるよう効果的な普及啓発を行います。

- 全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診が適切に実施されるよう、「がん検診の精度管理のための技術的指針」等の活用による技術的支援を行います。また、精密検査についても、区市町村が検診結果を把握し、未受診者に対して個別に受診勧奨ができるよう、取組を支援します。

さらに、がん検診実施機関に対しては、質の高い検診が実施できるよう、検診従事者向け研修の実施等により人材育成を行います。

② 肝炎ウイルス検査

- ウイルス性肝炎の早期発見、適時適切な治療を促進するため、都民に対し、肝炎ウイルスの感染経路、感染予防に関する知識の普及啓発を行うとともに、患者等への偏見を解消するためウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

また、区市町村に対し、地域の実情に応じた受検勧奨が実施されるよう、引き続き支援します。さらに、職域団体等と連携し、職域における受検勧奨に取り組んでいきます。

- 都保健所における肝炎ウイルス検査の実施とともに、区市町村、職域等との連携を通じて肝炎ウイルス検査の実施体制の整備に努めます。

2 生活習慣病の重症化予防の推進

【現状と課題】

- 生活習慣病の重症化を予防するためには、確実に医療機関を受診し、かかりつけ医の指導の下、生活習慣の改善を図ることや、適切な薬の服用等、継続した治療を行うことが大切です。
- 特に、糖尿病は、放置すると網膜症や腎症等の合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるのみならず、医療財政にも大きな負担となります。
- このため、国は、平成28年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム¹⁸」を策定し、糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関の未受診者及び治療中断者について、関係機

¹⁸ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム：平成28年4月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省の三者で国レベルのプログラムを策定しており、都道府県レベルでも医師会等と協力して都道府県版プログラムを策定し区市町村に広げる取組を進めることとされている。

関から適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、主治医の判断で重症化するリスクの高い保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止する取組を全国的に進めることとしています。

この中で、都道府県の役割として、「区市町村における実施状況をフォローするとともに、円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等¹⁹と取組状況を共有し、課題、対応策等について議論を進めていく」ことが示されています。

- 一部の区市町村では、国のプログラム策定に先立ち、糖尿病性腎症重症化予防への積極的な取組が行われていますが、全区市町村において重症化予防の取組が進むよう、支援をしていく必要があります。

【取組の方向性】

- 東京都は、「1 健康診査及び保健指導の推進」に記載のとおり、保険者等が行う特定健康診査・特定保健指導やデータヘルス計画の推進による生活習慣病の重症化予防の取組について、保険者協議会を通じた好事例の取組等の情報共有などにより支援していきます。
- 特に、糖尿病の重症化予防については、すでに重症化予防の取組を進めている区市町村において、より効果的に実施できるよう、現状や課題を把握した上で、必要な支援を行っていくとともに、今後、新たに事業を開始する区市町村が円滑に事業に取り組めるよう、東京都としての「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、関係機関への働きかけを行います。また、糖尿病対策推進会議等と連携し、地域における取組状況や課題について情報共有し、必要な検討を行っていきます。
- 医療機関における糖尿病患者への治療及び指導については、登録医療機関制度による地域医療連携体制において推進していきます。

¹⁹ 糖尿病対策推進会議：糖尿病の発症予防、合併症防止等の糖尿病対策をより一層推進することを目的とした会議で、東京都糖尿病対策推進会議は、東京都医師会、日本糖尿病学会糖尿病対策東京都地区、東京都糖尿病協会、東京都歯科医師会、東京都眼科医会、東京都栄養士会、東京都薬剤師会、東京都で構成している。

企業と連携した重症化予防の取組（すかいらーくグループ健康保険組合）

＜特色＞ 被保険者数 19,379 名、被扶養者 8,008 名（平成 29 年 10 月現在）
 外食産業、全国約 3,100 店舗、10 工場、関係会社(物流、清掃、メンテ、売店)
 365 日営業で、交代制勤務、深夜勤務（一部 24 時間営業有）

＜健康課題＞①5.3%の人の医療費が全体の 1/2 を占めていた（平成 20 年度医療費分析）
 ②短時間勤務者が大半を占め、出入りも多く、指導教育が行き届かなかった
 ③健診による受診勧奨対象者で病院受診を継続する者が少なかった
 ④喫煙率が男性 4 割、女性 3 割を超え、BMI 30 以上が国民平均の 2 倍

＜重症化予防に向けた対策＞

○労働安全法と高齢者医療確保法の両方の基準を満たす総合的産業保健体制を構築

- ・母体企業の統括産業医と健保組合顧問医の連携、人事等と連携して保健事業を実施
- ・検査項目ごとに、グループ各社統一の受診勧奨基準を設定（下図）
- ・健保組合はレセプトより病院未受診を確認し、企業と分担して本人宛に受診勧奨
- ・脳心疾患の就業制限対象者も共同で管理、がん検査項目も受診勧奨基準により追跡
- ・各種予防プログラムの実施(腎症・糖尿病重症化・高血圧・BMI30 以上リスク者等)
- ・上記すべてについて管理コントロール独自システムを導入し健保組合と人事で共有

○企業各部門、健保組合、労組、グループ企業人事参画による健康経営会議開催、共通 KPI を設定（健診・病院受診率 100%、禁煙運動・BMI30 以上者を年 5%以上削減）

○健保組合による便潜血、腹部エコー、胃検査等の受診勧奨、酒飲みすぎ警告等の介入

＜今後の取組＞

◆新たに保健指導記録もシステム管理した上で、重症化予防策と保健指導の結果データとの連携による効果検証を行い、更なる取組に活かしていきます。

＜健診結果レベル判定基準～2018年1月一覧＞(労安衛法、高齢者医療確保法に対応)

すかいらーくグループ健康保険組合

レベル基準		重症レベル	レベル1	レベル2	レベル3	注意事項
分類	項目	連続レベル1以上は就業制限対象				
高血圧レベル2以上者は(特)が付きまします。		緊急	即受診!		受診が望ましい	① レベル2以上者に、各検査項目の結果を記載し通知する②レベル1以上は、血圧血糖のみ対象とする(一番悪い数値のレベルで通知する) ③事業所はレベル1以上者の通院追跡を実施する(但し、腎・X線・心電図で医師指定者は共同追跡) ④連続レベル1以上者については「就業制限対象者」とする ⑤レベル2の治療追跡は健保内基準にて実施する ※基本的に治療中の方でもレベル通知は発行する
		非常に危険なレベル！ いつ倒れてもおかしくありません。		異常ありレベル 早急に受診し、現状の確認をして下さい		
高血圧	収縮期血圧 拡張期血圧	200以上 120以上	180以上 110以上	160以上 100以上	140以上 90以上	1回目・2回目の低い方で判断 上70以下、下40以下は危険 (レベル2は、健保で追跡)
血糖 (糖尿病)	空腹時血糖 随時血糖 HbA1c	250以上 300以上 10.0以上	200以上 250以上 9.0以上	160以上 200以上 8.0以上	126以上 160以上 6.5以上	①HbA1c②空腹時③随時の順で判断 空腹時60以上⇒超高血糖⇒錯乱、意識、昏睡 (レベル2は、健保で追跡) HbA1c4.5空腹時70以下危険(40以下重症患者有) 2000以上/1回急性腎炎?、1000以上/2回以上追跡 240以上/2回以上健保追跡
脂質異常	中性脂肪 LDL			500以上 240以上	300以上 200以上	G-300以上/1回、150以上/2回以上健保追跡 γ-前回の10倍以上悪化、肝・胆管がんか?追跡 γ-1000以上/1回、400以上/2回以上健保追跡
肝機能障害	GOT GPT γ-GTP			100以上 100以上 400以上	80以上 80以上 200以上	尿蛋白・クレアチンどちらかが該当でL2とする 【eGFRによる動要は健保にて個別検討後対応】 前回比3.0以上急激低下者要確認追跡 ジリジリ低下者要確認(体内出血か、癌を疑う)
腎機能障害	尿蛋白 クレアチン		医師指定者は共同追跡	2+以上又は、 1.2以上		
貧血	ヘモグロビン			8.0未満 5.0未満出動危険?		
肥満	BMI				30以上	
X線	胸部レントゲン		医師指定者は共同追跡	要再検査(1ヶ月、 2ヶ月、3ヶ月) 要精密検査 要治療	(期限指定なき所見と 治療継続判定所見は、 医師確認後、レベル 判定する)	結核(非・結核・活動性肺病変、限局性浸潤影、空洞性陰影)心臓(胸水、大動脈解離)肺がん(腫瘍影) 他心臓、肺がん、肺気腫、肺炎等医師指定者追跡 不整脈所見(心室細動、心房細動、ブルガータ型、完全房室ブロック)心室期外収縮(ショートラン、RonT型)(血圧血糖+心電図)L2等医師指定者追跡
心電図	心電図		医師指定者は共同追跡			

※レベル通知発送対象外者⇒ ペースメーカー(ICD含む)装着者は心電図のみ通知対象外とする

※クレアチン高値の透析者にもレベル通知は発送する

* (健保はレベル2以上対象者のレセプトで治療内容確認後、重点追跡対象者を決定する)

3 高齢期における社会生活を営むために必要な機能の維持

【現状と課題】

- 高齢期になっても、自立した日常生活を送るため、加齢に伴い低下する運動機能や認知機能をできる限り維持することが必要です。
- 要介護高齢者の多くが、加齢に伴い、筋力・認知機能等の心身の活力や社会とのつながりなどが低下した状態（以下「フレイル」という。）を経て、徐々に要介護状態に陥るとされています。また、滑舌低下や食べこぼしといった口腔機能の低下も身体の衰えに大きく関わっていると言われてしています。こうした段階で適切な介入・支援を行うことにより、生活機能を維持、向上することが可能です。健康な時からの予防とともに、心と体のちょっとした衰えにいち早く気づき、自分事として捉え行動することが大切です。
- 運動機能の維持には、筋肉や骨・関節と、バランスや反射などを調節する脳神経系との、両方の機能が保たれていること、認知機能の維持には、脳機能を活発に使うこと、栄養状態を良くして脳の血管・血流を良好な状態に保つことが必要です。
- 社会参加は、脳機能を活用し認知機能を維持することに役立つだけでなく、身体活動量を増やし、運動機能を維持することにも効果があることから、高齢者の積極的な参加を促すため、活動の機会を増やすなど社会環境を整えることが必要です。
- 都市化の進展に伴い、地域における人と人との関係が希薄になっています。東日本大震災の経験から、住民同士の助け合いなどの地域のつながりの重要性が改めて認識されるようになり、地域のソーシャルキャピタル（地域のつながり）が注目されています。
- 住民相互の信頼感が高い地域ほど、自己の健康に対する評価が高いことや、地域のつながりを示す指標は、住民の平均寿命やストレス耐性など住民の健康状態を示す指標と正の相関関係があるなど、地域のつながりが豊かなほど、住民の健康状態が良いことが報告されています。
- また、75歳以上の高齢者の健康診査は、生活習慣病の早期発見等により被保険者の健康を増進し、QOL（生活の質）の維持・確保を図る観点から、後期高齢者医療制度を運営する東京都後期高齢者医療広域連合が（以下「広域連合」という。）区市町村へ事業を委託し実施しています。実施にあたり、区市町村は、独自の追加項目として血清アルブミン、血色素などの血液検査に加えて、眼底検査、腎機能検査（血清クレアチニン、尿素窒素等）などを実施しています。健康診査の受診率は全国平均を上回っています。（図表 45）
- 生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病の予防など、高齢期の特性に合わせた保健指導の取組を進めていくことも重要です。

(図表 45) : 後期高齢者の健康診査受診率

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
全 国	24.5%	25.1%	26.0%	27.6%	28.7% (見込み)
東京都	52.0%	52.1%	52.9%	53.7%	53.1%

出典：東京都後期高齢者広域連合「平成 29 年度第 1 回東京都後期高齢者医療懇談会 資料 3
『平成 20～28 年度 健康診査事業の実績』

【取組の方向性】

- 東京都は、都民が、身体活動・運動の意義について正しく理解し実践できるよう、ホームページ等により、日常生活の中で負担感なく実践できる身体活動量を増やす方法等に関する普及啓発を行っていきます。
- 健康的な食生活に関する知識の普及を図るため、ホームページによる啓発に取り組むとともに、区市町村、保健医療関係団体、事業者・医療保険者等と連携し、適切な食事量（望ましい野菜、食塩、果物の摂取量及び脂肪エネルギー比率）、健康的な食生活の意義や栄養に関する知識に関して普及啓発を行っていきます。
- 地域のつながりと健康状態が関係することについて、ホームページ等により普及啓発を行うとともに、区市町村が行う地域とのつながりを醸成する取組について、技術的及び財政的支援を行います。
- また、医療や介護関係の団体と連携し、フレイルを都民に分かりやすく紹介する冊子の活用などにより、フレイルの意味と予防の重要性を啓発していきます。
- 東京都は、生活習慣病の重症化予防の重要性に鑑み、広域連合が行う後期高齢者の健康診査事業に対する支援を引き続き行います。
- 広域連合は、区市町村と連携し、受診勧奨、受診環境整備、広報を実施するとともに、区市町村と情報を共有し受診率向上策を推進していきます。
- 健康診査が未受診で生活習慣病に係る医療機関への受診がない被保険者に対する健康診査受診勧奨や、健診結果が異常値でありながら生活習慣病に係る受診がない被保険者、生活習慣病に係る治療中断者に対する医療機関への受診勧奨について、実施状況を検証しながら効果的な取組を進めていきます。
- また、口腔機能の低下を防ぎ、誤嚥性肺炎等の予防等のため歯科健康診査を実施するとともに、区市町村が取り組む訪問歯科健診を支援します。

4 健康の保持増進に向けた一体的な支援

(1) 個人の健康づくりの実践を支援する取組

【現状と課題】

- 高齢になっても健やかに暮らせる期間（健康寿命）を伸ばすためには、日常生活の中で適切な量と質の食事、適度な身体活動・運動等を確保することや、健康診断を定期的を受診することにより生活習慣病を予防することが必要です。
- 生活習慣病予防と健康の保持増進には、望ましい食習慣や適度な身体活動・運動の実践、十分な休養、飲酒する場合には適量とすることなどが重要ですが、目標量等を達成している人は十分とは言えない状況です。
- 保険者等は、ICTなどを活用した分かりやすい健診結果の情報提供や個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの提供等広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組が求められています。
- また、健康づくりにあたっては、都民一人ひとりの取組はもとより、都民の健康にかかわる関係機関の役割が重要です。社会全体で都民の健康づくりを支援していくことを目指し、区市町村や職場等での取組を推進していく必要があります。

【取組の方向性】

- 健康づくりは個人の自覚と実践が基本であり、東京都は、都民が自ら積極的に取り組むことができるよう、正しい知識や日常生活の中で負担感なく実践できる工夫等について普及啓発を行っていきます。
- 生活習慣病の予防に配慮したメニューを提供する飲食店の推進や健康づくりの視点を取り入れたウォーキングマップを集約して掲出するポータルサイトの整備など、健康的な生活を実践しやすい環境の整備を進めていきます。
- 健康づくりに取り組む区市町村の状況を把握し、参考となる事例の紹介を行うとともに、引き続き区市町村の取組に対する財政的支援を行います。
- 区市町村や関係団体の担当職員を対象に、健康づくりの企画や指導的役割を担う人材の育成を図るための研修等を実施していきます。
- 関係機関と連携し、健康づくりに取り組む企業を支援するなど、事業者の健康づくりの取組を促進していきます。
- 保険者等は、ICTなどを活用した分かりやすい健診結果の情報提供や予防・健康づくりに向けたインセンティブの提供等、広く加入者に対する予防・健康づくりの取組を行い、東京都は、先進的な取組について情報提供する等、必要な支援を行います。

保険者と連携した事業者における従業員の健康づくりの取組（島村運輸倉庫株式会社）

従業員の体調不良による業務遂行能力の低下が企業の生産性にも影響があることが様々な研究からわかってきており、従業員の健康に配慮した経営を行う事業者が増えています。

一般貨物自動車運送事業の島村運輸倉庫株式会社では、従業員が入社後、太っていくことを心配した社長が体重測定を導入することを決定、全ての事業所に体重計を購入・設置し、毎朝の点呼時に測定して記録する取組を開始しました。それと同時に年1回の社内健康スポーツ大会を開催することを社内の「経営計画発表会」で決定しました。

体重測定を始めたところ、「普段の生活で歩くようになった」、「荷待ちの時間の間食をやめた」、「就業中に飲んでいた甘い缶コーヒーをブラックや微糖、お茶に変えた」、「自転車通勤から徒歩に変えた」など、従業員に行動変容がみられるようになりました。その結果、取組開始後の9ヶ月間で、従業員38名中25名の体重が、平均で-3.3kg（最大-9.1kg、最少-0.3kg）減少しました。

また、同時期に社長が加入医療保険者である全国健康保険協会（協会けんぽ）東京支部の評議員に就任、このことが医療保険者が実施するサービスを改めて知るきっかけとなり、社内健康スポーツ大会の際に、協会けんぽ東京支部の保健師による講話と特定保健指導を組み合わせる実施することになりました。

社内健康スポーツ大会には、従業員の家族も参加し、世代を問わずに楽しめるコミュニケーションの場となったほか、普段一堂に会する機会の少ない従業員全員への集団保健指導の機会にもなりました。また、特定保健指導該当者には個別指導を実施、特定保健指導受講者は全員が減量に成功しました。社内健康スポーツ大会は、綱引き・玉入れの他、フットサル大会など内容を変えて毎年実施しています。また1年前からは、体重に加え血圧測定も開始、日頃の健康チェックの意識向上に役立っています。

<社内健康スポーツ大会の様子>

<保健師による講話>



<綱引きや玉入れの実施>



島村運輸倉庫株式会社

<会社概要>

所在地：東京都江戸川区

設立：昭和49年4月

従業員数：42名（男性42名）

平均年齢：41歳（平成29年11月現在）

協会けんぽ東京支部実施「健康企業宣言（銀の認定取得）」（平成29年3月）



(2) 歯・口の健康づくりの取組

【現状と課題】

- 生涯を通じた歯と口の健康づくりには、ライフステージの特徴に応じた予防が必要ですが、学齢期においては、進学するにしたがって歯肉に所見のある者が増え、若い世代での重度の歯肉の炎症がある者が増えています。また、糖尿病と歯周病の関係など、歯と口の健康と全身の健康との関係について十分に理解が進んでいない状況です。
- かかりつけ歯科医の機能や役割を正しく理解し、乳幼児期から高齢期までの生涯に渡ってかかりつけ歯科医を持つ必要があります。また、がん患者等の周術期における口腔内合併症の予防や、糖尿病患者に対する歯周病治療など、関連し合う疾患に対する医科歯科連携の促進が必要です。
- 障害者は、う蝕や歯周病のリスクが高くなる傾向があり、保護者や介護者による口腔ケアやかかりつけ歯科医で定期的な歯科健診や予防処置が必要であるとともに、身近な地域で歯と口の健康づくりの支援を受けられるよう、障害者歯科医療体制の充実が必要です。
- 在宅療養者の歯や口の状況について、在宅療養者を支える多職種や家族が気づき、歯や口の健康を保つ支援をすることが大切であるとともに、在宅療養者が必要な口腔ケアや歯科治療を受けられるよう、在宅歯科医療体制の充実が必要です。また、在宅療養者を支える多職種が連携し、誤嚥性肺炎等のリスクを減らすなど、口から食べることを支える取組が必要です。

【取組の方向性】

- 東京都は、都民の目指す姿を掲げて、すべてのライフステージに横断的な歯科保健目標を設定し、ライフステージの特徴に応じた歯と口の健康づくりの大切さについて普及啓発を行います。特に、若い世代に対し、正しい口腔ケアの知識や歯周病予防、かかりつけ歯科医を持つ意義について啓発していきます。また、糖尿病や心疾患や脳梗塞、早産など全身の健康と歯周病との深い関わりについて、都民の認知度を深め都民自ら口腔ケア等に取り組むよう、普及啓発を進めていきます。
- 自ら行う口腔ケアに加え、かかりつけ歯科医で定期的な歯科健診や予防処置を受け、生涯を通じて食べる楽しみを維持する都民を増やしていきます。また、周術期における口腔ケアや歯科治療の大切さを都民に普及啓発するとともに、対応する歯科医師等を育成し、病院と歯科医療機関の連携を図っていきます。合わせて、医科と歯科が連携して全身疾患のある患者や在宅療養者の治療などに取り組む医療機関を増やし、医科歯科連携体制の充実を図っていきます。
- 都立心身障害者口腔保健センターの研修や保健所の地域支援等を継続し、障害者を支える施設職員や家族に、歯と口の健康づくりや定期健診などの大切さを啓発していきます。また、都立心身障害者口腔保健センターの研修等を通じて障害者歯科医療に携わる歯科医療従事者の育成を図るとともに、障害者歯科の実態を把握し、地域の歯科医療機関、都立

病院や地区口腔保健センター等と都立心身障害者口腔保健センターとの機能分担と連携の強化策を検討していきます。

- 介護支援専門員など在宅療養を支える人材に対し、在宅療養者の口腔ケアの大切さを啓発し、必要に応じて歯科受診に繋げることができるよう、歯科的な知識の普及を図ります。また、在宅歯科医療に取り組む歯科医療従事者の育成を図るとともに、安心して安全な質の高い在宅歯科医療を提供できるよう、支援を進めていきます。さらに、在宅療養者の摂食嚥下機能を支えられるよう、人材育成や多職種によるチーム医療を進めていきます。

(3) 乳幼児期・児童期からの健康づくりの推進

【現状と課題】

- 生活習慣病を予防するためには、乳幼児期から健康的な食生活等、望ましい生活習慣を身に付けていくことが大切です。乳幼児期は、家庭における保護者の生活習慣の影響が大きいため、保護者に対して食生活に関する正しい知識を普及するなど、周囲の大人への働きかけが重要です。
- 学校では、生涯にわたる心身の健康の保持増進に必要な知識、技能、態度及び習慣を身に付けることを通じ、「生きる力」を育み、活力ある健康的なライフスタイルを築くことを目的として、健康教育を実施しています。
- 児童・生徒への健康教育は、学習指導要領に基づき、学校教育活動全体を通じて実施されますが、特に体育・保健体育、家庭、理科、道徳、特別活動等の各教科・領域において横断的に実施され、また、健康管理については、学校保健安全法や健康増進法に基づき、学校保健、学校安全、学校給食などを中心として、適切に実施します。
- 東京都は、児童・生徒の体力向上を目指し、平成21年度から「総合的な子供の基礎体力向上方策」に取り組んできました。
- 全体として、小学生の体力は、男女共に全国平均を上回るまで向上しましたが、中学生の体力は依然として低い水準にあることが課題となっています。
- 平成28年度からは、「アクティブプラン to 2020 総合的な子供の基礎体力向上方策（第3次推進計画）²⁰」に基づく取組を実施し、基本的な生活習慣の定着、栄養・運動・休養（健康三原則）、アクティブライフの実践の徹底を図っています。
- 児童・生徒の健康を保持増進していくためには、基本的な生活習慣を身に付けさせることが重要であり、学校においてスポーツ活動の推進や体力向上の取組を行うとともに、生涯にわたる健康の保持増進を図る教育が必要です。

²⁰ アクティブプラン to 2020 総合的な子供の基礎体力向上方策（第3次推進計画）：東京都教育委員会は、長期的に低下している子供の体力向上を目指し、平成21年7月に「総合的な子供の基礎体力向上方策（第1次推進計画）」、平成25年2月に「総合的な子供の基礎体力向上方策（第2次推進計画）」を定め、様々な取組を推進してきた。平成28年1月には、総合的な子供の基礎体力向上方策（第3次推進計画）として、計画期間を平成28年度から平成32年度までとする「アクティブプラン to 2020」を策定した。

【取組の方向性】

- 東京都は、「東京都幼児向け食事バランスガイド」を活用した食育の推進や、区市町村が行う乳幼児健診等母子保健事業に対する支援を行い、乳幼児期からの健康づくりを推進します。
- 学習指導要領に基づき、飲酒・喫煙防止教育や薬物乱用防止教育、性教育、生活習慣病の予防に関する教育やがん教育等を推進し、健康教育を適正に実施していきます。
- 学校保健安全法による健康診断や法令に基づく統計調査の実施により、子供の健康状態を把握するとともに、健康管理を充実していきます。
- 平成28年1月に策定した「アクティブプラン to 2020 総合的な子供の基礎体力向上方策（第3次推進計画）」に基づき、体力向上の取組を推進していきます。

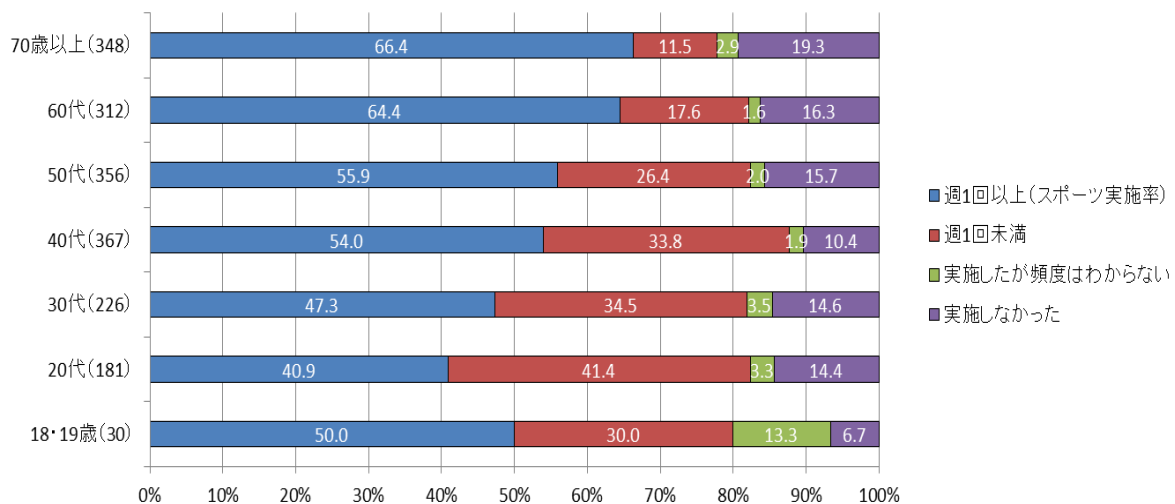
（４）ライフステージに応じたスポーツの振興

【現状と課題】

- 都の調査²¹では、18歳以上の週1回以上のスポーツ実施率を見ると、60歳以上では高い傾向が見られますが、20歳代から40歳代のいわゆる働き盛り世代や子育て世代では低い傾向にあります。（図表46）また、1年間スポーツを実施しなかった理由としては、「仕事や家事・育児が忙しくて時間がないから」が多くなっています。
- 高齢者については、65歳以上の都民のうち、要介護（要支援）認定を受けている割合は2割を下回っており、多くの高齢者が元気で自立した生活を送っています。しかし、高齢者人口の増加にしたいがい、今後は要介護（要支援）認定者数が増えることが見込まれます。
- 運動・身体活動不足は、生活習慣病を引き起こす原因の一つであるとともに、介護を必要とする状態を早める要因にもなります。
- 今後、医療費や介護保険給付費の増大が見込まれる中、生活習慣病予防による医療費の適正化や介護予防の面からも、働き盛り世代や子育て世代、高齢者が、年齢や障害の有無、生活状況等にかかわらず、スポーツを楽しめる環境を整えることや、スポーツを行うことの必要性を感じ、自発的にスポーツを実施してもらうことが大切です。

²¹ 都の調査：東京都生活文化局「都民のスポーツ活動・パラリンピックに関する世論調査」（平成29年1月）

(図表 46) : 年代別スポーツ実施頻度 (平成 28 年度)



出典：東京都生活文化局「都民のスポーツ活動・パラリンピックに関する世論調査」(平成 29 年 1 月)

【取組の方向性】

- 東京都は、育児中の都民が参加しやすいスポーツイベントの奨励など、働き盛り世代や子育て世代が職場や地域等の身近なところでスポーツを楽しめる環境を整備していきます。
- スポーツは高齢者の健康増進や地域での生きがいづくりに大きな役割を果たすことができるという観点から、高齢者の健康増進や仲間づくり活動を支え、世代を超えた交流を促進するため、区市町村の取組や老人クラブ活動を支援するとともに、スポーツイベントの開催やスポーツ団体との連携を通じて、高齢者がスポーツに親しみ、楽しむ機会を提供していきます。
- スポーツと健康増進の因果関係、その効果を理解してもらうため、健康に効果的なスポーツの種類、頻度、強度等の活動メニューや指標を都民に分かりやすく発信していきます。

5 たばこによる健康影響防止対策の取組

【現状と課題】

- 喫煙は、がん、循環器疾患、COPD（慢性閉塞性肺疾患）を含む呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常や歯周疾患等のリスクを、受動喫煙は、虚血性心疾患や肺がん等のリスクを、それぞれ高めるとされています。
- 都民の成人喫煙率は、減少傾向にあり、男性で 28.2%、女性で 9.3%と、全国平均より低くなっていますが、ここ数年は下げ幅が小さくなっています。こうした現状を踏まえ、東京都健康推進プラン21（第二次）及び東京都がん対策推進計画（第二次改定）により、成人の喫煙率を全体 12%、男性 19%、女性 6%（喫煙をやめたい人がやめた場合の喫煙率）とする目標設定を行っています。

- 厚生労働省が公表した「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書(平成28年8月)」では、受動喫煙による年間死亡者数は、全国で約1万5千人と推計しており、受動喫煙防止対策の推進が必要です。健康増進法は、多数の人が利用する施設において、施設管理者が受動喫煙防止のための措置を講じるよう定めていますが、努力義務のため、対策の強化に向けた法改正を目指しています。

【取組の方向性】

- 東京都は、区市町村、医療施設、学校、企業等と連携し、喫煙及び受動喫煙が健康に及ぼす影響について都民に普及啓発するとともに、受動喫煙防止対策を一層推進するため、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の施行に向けた取組を進めていきます。
- また、COPDの予防、早期発見・早期治療の促進に向けて、疾病の原因や症状、発症予防や、治療による重症化予防が可能であることなど、ホームページやリーフレット、動画等を活用し、正しい知識の普及啓発を行っていきます。

6 予防接種の推進

【現状と課題】

- 予防接種は、感染症を予防し、または罹患しても症状を軽度に抑える上で最も基本的かつ効果的な対策の一つであり、都民の生命と健康を守る重要な手段です。予防接種を推進するためには、接種の時期や効果、副反応の可能性等について都民が正しく理解した上で、自らの判断で予防接種を受けることができるよう、十分な情報提供を行うことが重要です。
- 予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期予防接種の実施主体は区市町村とされ、各区市町村は住民に対し予防接種の勧奨を行うとともに、広報誌やホームページ等により予防接種制度等に関する情報提供を行っています。しかし、こうした情報提供の取組が、個々の住民や保健・福祉・教育等の関係機関に十分に把握されていない場合や、住民が自ら情報を得ようとしても入手先が分からないといった場合が考えられることから、住民がより情報を入手しやすくすることが望まれます。

(図表 47)：予防接種法に基づく定期予防接種の対象疾病（平成30年3月現在）

<p>集団予防に重点、 努力義務あり (A類疾病)</p>	<p>(1) シフテリア (2) 百日せき (3) 破傷風 (4) 急性灰白髄炎（ポリオ） (5) 麻疹 (6) 風しん (7) 日本脳炎 (8) 結核 (9) Hib（ヒブ）感染症 (10) 小児の肺炎球菌感染症 (11) ヒトパピローマウイルス感染症 (12) 水痘 (13) B型肝炎</p>
<p>個人予防に重点、 努力義務なし (B類疾病)</p>	<p>(14) インフルエンザ (15) 高齢者の肺炎球菌感染症</p>

【取組の方向性】

- 東京都は、都のホームページに予防接種制度に関する情報を掲載するとともに、区市町村や、海外渡航時に推奨される予防接種に関する情報提供を行っている検疫所等関係機関のホームページとのリンク設定を行うなど、関係機関と連携し都民への情報提供を適切に行っていきます。また、海外旅行者・帰国者に対して、啓発冊子を作成し、効果的な配布を行うことにより、感染症の予防について理解促進を図っていきます。

第2節 医療資源の効率的な活用に向けた取組

1 切れ目ない保健医療体制の推進

【現状と課題】

- 東京都はこれまで、疾病・事業ごとに協議会等を設け、がん診療連携拠点病院の整備や救急医療の東京ルールの実用開始、周産期医療ネットワークの構築等を図ったほか、医療人材の養成・確保及び資質の向上を図る取組などを行い、保健医療体制を整備してきました。
- 今後、平成37年（2025年）に向けて東京都の人口が増加するとともに、平成42年（2030年）には都民の約4人に1人が高齢者になると推測されています。少子高齢化が更に進展し、医療・介護サービスの需要が増大しても、医療、介護が必要な人や、認知症の人など地域の支援を必要とする都民が、安心して暮らし続けるためには、効率的で質の高い医療提供体制の構築が求められています。
- このため、都は、平成28年7月に東京都地域医療構想を策定し、平成37年に向けて病床の機能分化・連携や、在宅医療等の基盤整備等を推進していくこととしています。

【取組の方向性】

- 平成30年3月には地域医療構想を一体化させた「東京都保健医療計画（第六次改定）」を策定し、地域医療構想の実現に向けて、疾病・事業ごとの具体的な取組を進めていきます。

（ア）地域医療構想による病床機能の分化・連携

- 東京都は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議による病床の機能分化・連携を推進するため、地域医療構想調整会議において、地域の関係者間で具体的な対応策についての協議を行っていきます。
- また、病床の整備や病床機能の転換を検討する医療機関に対し、医療経営の専門家による支援や、施設・設備整備等への支援を実施します。

（イ）がん医療の取組

- 東京都は、がん患者に適切な集学的治療が提供できるよう医療体制を充実します。また、患者が、がん診療連携拠点病院等から地域の医療機関や在宅に安心して移行できるよう、医療機関等との連携の充実などについて検討していきます。
- がんと診断された時から切れ目のない緩和ケアを提供し、患者が希望する場所で安心して療養できるよう、緩和ケアの充実を図ります。

(ウ) 脳卒中医療の取組

- 東京都は、脳卒中を予防する生活習慣や再発予防及び疾患特性等について、都民・患者の理解促進に努めます。
- 患者が脳卒中を発症した場合に速やかに専門的な治療を受けられるよう救急搬送・受入体制の充実を図ります。
- 急性期から在宅療養に至るまで一貫したリハビリテーションを提供します。
- 住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送れるよう、地域における医療・介護サービスの連携体制を充実します。

(エ) 心血管疾患医療の取組

- 東京都は、心血管疾患を予防する生活習慣や再発予防等に関する都民の理解促進に努めます。
- 都民や患者家族による応急手当の普及を推進します。
- 患者が発症した場合において、東京都CCUネットワーク²²を活用し、速やかに専門的な医療につながる体制を確保します。
- 患者の早期退院と社会復帰の促進に向けたしくみづくりと支援のあり方を検討します。
- 重症化予防・再発予防のための継続的な支援のあり方を検討します。

(オ) 糖尿病医療の取組

- 東京都は、糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等、糖尿病に関する普及啓発を促進します。
- 「糖尿病地域連携の登録医療機関制度」を活用し、患者の早期発見、生活習慣の改善指導も含めた地域で実効性ある糖尿医療連携体制を構築します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など糖尿病に関わる医療従事者の情報の共有化やサポート体制を構築します。

²²東京都 CCU ネットワーク：心血管疾患患者の迅速な専門医療施設への搬送などを目的に、CCU 病床を有する医療機関（CCU 医療機関）、東京都医師会、東京消防庁、東京都福祉保健局で構成。CCU 医療機関が輪番で東京消防庁等からの電話相談、心血管疾患救急患者の入院受入れを実施している。CCU (Coronary Care Unit) とは、主に急性心筋梗塞等の冠状動脈疾患の急性危機状態の患者を収容し、厳重な監視モニター下で持続的に管理する部門のこと。

糖尿病地域連携の登録医療機関

都民の誰もが身近な地域で最適な糖尿病治療を受けられ、重症化・合併症を予防できる医療連携体制を推進するため「糖尿病地域連携の登録医療機関」（以下「登録医療機関」という。）制度を運用しています。

登録医療機関は、「東京都糖尿病医療連携ツール」を活用しながら、「かかりつけ医」「専門医」「かかりつけ眼科医・歯科医等」のいずれか又は複数の立場で、糖尿病の医療連携を行う医療機関です。症状に応じた適切な医療連携を行うことで、糖尿病の患者さん一人ひとりに合った療養指導を行います。

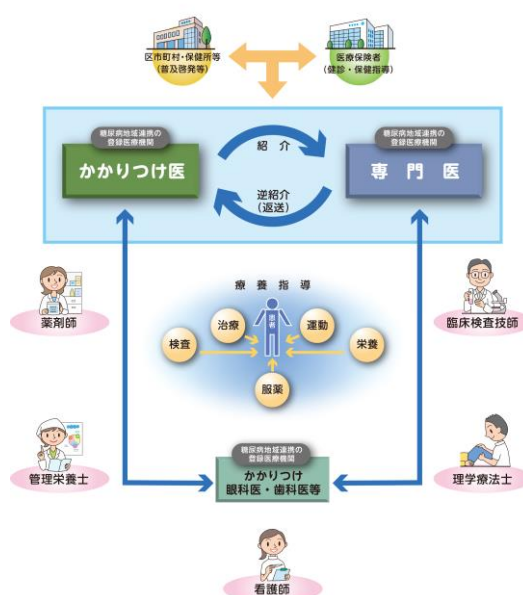
登録数（平成29年10月1日現在）

- ・病院 162施設
- ・診療所 1,969施設
- ・歯科診療所 1,437施設

東京都糖尿病医療連携ツール

- 1 医療機関リスト
- 2 （標準的な）診療ガイド（糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編））
- 3 医療連携の紹介・逆紹介のポイント
- 4 診療情報提供書の標準様式

糖尿病医療連携のイメージ



登録要件

- 1 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に医療機能情報を掲載
- 2 「糖尿病治療のエッセンス」（日本糖尿病対策推進会議編）に即した診療実施
- 3 「医療連携の紹介・逆紹介のポイント」を理解
- 4 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の役割を担うとともに、次の（１）、（２）いずれかを満たしている。
 - （１）地域で活用されている、糖尿病医療連携手帳やクリティカルパス、又は「診療情報提供書」など、連携のためのツールを使用
 - （２）各圏域や医師会、歯科医師会が実施する勉強会などへ参加
- 5 連携の実績（ツールの使用件数、勉強会への参加状況等）を報告

登録医療機関の情報（東京都福祉保健局ホームページ）

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/tounyoutorikumi/tounyououtokuiryokikan.html

(カ) 精神疾患医療の取組

- 東京都は、地域において、精神疾患患者が病状に応じて早期に適切な治療が受けられるよう、精神科や一般診療科に加え、薬局、区市町村、保健所、相談支援機関等の関係機関との連携体制を構築し「日常診療体制」を強化します。
- 精神疾患の急激な悪化や精神障害者が身体疾患に罹患し、または身体疾患が悪化したことにより救急医療が必要になった時、身近な地域で症状に応じた適切な医療を受けられるように「精神科救急医療体制」を整備します。
- 精神科病院から地域への移行及び定着の取組を推進するとともに、未治療・治療中断者を含め、精神障害者や家族が地域で安心して生活が送れるよう、「地域生活支援体制」の充実を図ります。

(キ) 救急医療の取組

- 東京都は、いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じた適切な医療が受けられる救急医療体制を確保していきます。
- 救急搬送が増加している高齢者が、保健・医療・介護関係者の連携の下、迅速・適切に救急医療を受けられるよう、救急受診の支援や医療機関による受入体制の強化を図ります。

(ク) 周産期医療²³の取組

- 東京都は、安全な周産期医療を提供するため、都内8つの周産期医療ネットワークグループにおいて、正常分娩からハイリスク分娩を担う医療機関の機能別役割分担と連携を引き続き進めます。
- 周産期母子医療センター²⁴と地域の関係機関等との連携によりNICU²⁵等に入院している児の円滑な在宅療養等への移行と、児と家族の安心・安全な療養生活を引き続き推進します。

(ケ) 小児医療の取組

- 東京都は、症状の重い小児患者に対する迅速かつ適切な救命処置を行うため、こども救命センターを中核とした小児医療連携ネットワークの構築を図ります。
- こども救命センターに退院支援コーディネーターを配置することにより、円滑な転院・退院を支援するとともに、在宅移行支援病床の設置や、保護者の労力軽減のためのレスパイトの実施を促進し、在宅移行支援の充実を図ります。

²³周産期医療：妊娠期から産褥期までの母体・胎児に対する主として産科的医療と、病的新生児に対する医療を合わせた医療をいう。産科・小児科双方から一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に「周産期医療」と表現されている。

²⁴周産期母子医療センター：産科・小児科双方から一貫した総合的かつ高度な周産期医療が提供できる施設。産科では緊急帝王切開術等に速やかに対応する体制、小児科では新生児集中治療管理室等の医療設備を備えている。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターがあり、施設・設備の状況や体制によって、都道府県知事が指定・認定する。

²⁵NICU (Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療管理室)：新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児の治療を行う場

(コ) 在宅療養の取組

- 東京都は、誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村を実施主体とした、地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進していきます。
- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、主治医、副主治医制の導入、在宅医と訪問看護ステーション等との連携等による24時間の診療体制の確保、地域包括ケア病棟等を活用した病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などの取組を充実します。
- 地域の医療・介護関係者が、在宅療養患者の体調変化や服薬状況等の情報をICTを活用して効果的に共有するなど、在宅療養患者の療養生活を支えるための情報共有・多職種連携の取組を推進します。
- 入院医療機関における退院支援の取組を更に進めるとともに、入院時（前）からのかかりつけ医、地域の医療機関、介護支援専門員等多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。
- 在宅医療の需要増加を見据え、在宅医療の担い手の育成・確保や、地域における医療・介護連携のコーディネーター的な役割を担う人材の確保に向け、区市町村、関係団体等と連携しながら取組を進め、在宅療養に関わる人材の育成・確保に努めていきます。

2 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の推進

【現状と課題】

- 東京都の高齢者人口は今後増加が見込まれ、それに伴い、介護を必要とする高齢者や認知症の高齢者が急速に増えることが予想されます。
- また、高齢者の単独世帯数は、平成27年の74万世帯から平成37年（2025年）には89万世帯になると推計されるなど、単身又は夫婦のみで生活する高齢者の増加も見込まれます。
- こうした中、平成23年の介護保険法改正により、国及び地方自治体の責務として、高齢者が要介護状態となり、重度化した場合でも、できる限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を推進するよう努めることとされました。
- 高齢化に伴い、地域社会や家族関係が大きく変容する中、大都市東京の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を確立していくことが必要です。
- そのため、東京都では、平成30年3月に「東京都高齢者保健福祉計画（平成30年度（2018年）～32年度（2020年））」の策定及び「高齢者の居住安定確保プラン」の改定を行い、住まいを含め、高齢者の生活を支えるための取組を推進しています

【取組の方向性】

- 東京都では、人口密度が高く在宅において医療や介護サービスの効率的な提供が可能であることや、民間企業、非営利団体などの多様な組織体が数多く存在し、在宅サービスや住まいの供給等において新たな事業の創設や参入が期待できることなどの強みを活かしながら、大都市東京の実情に応じた「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取り組んでいきます。

(ア) 介護基盤の整備の促進と介護人材の確保等

- 東京都は、医療や介護を必要とする状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を送ることができ、また、高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスを切れ目なく提供するため、各種介護サービスを充実させていきます。
在宅サービスの充実を図るとともに、広域的な観点から、必要な施設サービスを確保するなど、サービス基盤をバランスよく整備していきます。
- また、都内で必要とされる介護人材の安定した確保・定着・育成に向け、介護・福祉の仕事に関する普及啓発、事業者の採用支援、職場環境の改善、介護職員のキャリアアップ支援など、総合的な取組を進めます。

(イ) 認知症対策の総合的な推進

- 東京都は、認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、容態に応じて適切な医療・介護・生活支援等が受けられる体制を構築していきます。
- 各区市町村（島しょ地域を除く。）に設置した認知症疾患医療センター²⁶において、認知症の診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の医療・介護関係者等との連携の推進、人材の育成等を行うことにより、認知症の人の地域生活を支える医療体制の構築を図ります。

(ウ) 高齢者の住まいの確保

- 東京都は、高齢者が自身の希望に応じた居住の場を選択できるよう、様々な住まい（住宅・施設）の整備を進めます。
- 医療や介護が必要になっても高齢者が安心して居住できる住まいを充実させるため、医療・介護・住宅の三者が連携した住宅の整備を進めます。
- サービス付き高齢者向け住宅の登録基準に、東京都独自の基準を設けるなどサービスの質の確保を図ります。

²⁶ 認知症疾患医療センター：地域における認知症医療提供体制の構築を図るため、東京都が指定した医療機関

(エ) 介護予防の推進と支え合う地域づくり

- 高齢期においても健康で充実した生活を送るためには、青壮年期から生活習慣病予防に努めるとともに、加齢に伴う介護予防にも意欲的に取り組むことが重要となります。
- このため、行政が行う健康づくりや提供される介護予防のサービスだけでなく、住民が自ら主体となって取り組む通いの場づくりを推進していくことが必要であり、都はこれに取り組む区市町村を支援していきます。
- また、一人暮らし高齢者等が地域で安心・安全に暮らせるよう、高齢者の孤立を防止するための見守り活動や、地域住民による支え合い・助け合い活動を支援していきます。
- 社会参加に意欲的な高齢者を「地域社会を支える担い手」と位置付け、豊かな知識・技術・経験を生かしながら、自主的かつ継続的に活動できる環境を整備していきます。

3 緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供

【現状と課題】

- 都民の生活が多様化する中、緊急性の少ない軽症患者が夜間や休日に救急外来を受診したり、同一の傷病で短期間に複数の医療機関での受診を繰り返す「重複受診」などの問題が指摘されています。東京都では、同一疾患で3医療機関以上を受診している患者の割合は0.32%となっており、全国平均の0.27%を上回っています²⁷。
- こうした受診は、緊急性の高い重症患者の治療を遅らせたり、医療従事者の疲弊を招くことになり、医療費の増加にもつながります。
- 一方で、本人や家族の病状について、緊急性の度合いが判断できないという、患者側の切実な事情もあります。
- 患者の不安を解消し、適正な受診に導くためには、患者の目的に応じた適切な医療情報の提供が求められます。

【取組の方向性】

- 東京都は、都民が症状に応じて適切に医療機関等を選択できるよう、医療機関や薬局等に関する情報を分かりやすく情報提供するとともに、都民が医療に関する情報を正しく理解し安心して医療サービスを受けることができるよう、医療の仕組み等についての普及啓発に取り組めます。
- また、診察可能な医療機関の案内や緊急受診の必要性についてアドバイスが得られるサービスの利用促進を図るため、効果的な広報活動を推進します。

²⁷ 「医療費適正化計画関係データ（平成25年10月診療分）」（厚生労働省提供）の集計による。

(ア) “ひまわり” や “t-薬局いんふお” による適切な医療機関・薬局の選択

- 東京都は、インターネットによる医療機関案内サービス“ひまわり”（以下「“ひまわり”」という。）の医療機関情報を都民に分かりやすく提供できるよう、都民や医療従事者の意見を踏まえ、提供情報の充実、システム改善や操作性の向上等に取り組みます。
- 薬局の機能情報提供システムである“t-薬局いんふお”（以下「“t-薬局いんふお”」という。）を活用し、「薬局」の特徴や機能情報を都民に分かりやすく提供します。また、事業者への監視指導等を通じ、都民に対する医薬品や医療機器の適切な情報提供を指導・推進します。
- “ひまわり” や “t-薬局いんふお” 等がより一層活用されるよう、都民や医療従事者に対し、認知度の向上や利用率の向上に向けた広報に取り組んでいきます。

(イ) “医療情報ナビ” 等による医療の仕組みなどに対する理解促進

- 東京都では、都民（患者・家族等）が医療に関する情報を正しく理解し、活用できるように支援するため、“知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ” や、病気やケガの対処法や子育てなどの一般的な知識について、インターネットで情報提供を行う“東京都こども医療ガイド”を活用して、医療の仕組みや医療情報の選択等に関する都民の理解の促進に取り組みます。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、都民に身近な区市町村や医師会等と連携し、医療提供施設相互間の機能の分担や業務の連携の重要性の理解を深め、適切な医療機関の受診や在宅療養への理解、看取りに関する正しい知識等について効果的な普及啓発を実施します。

(ウ) 東京消防庁救急相談センターによる電話相談（#7119）の普及啓発

- 東京都では、電話により病気やけがの緊急性を判断したり、休日等に診察可能な医療機関を案内する東京消防庁救急相談センター（電話番号：#7119）を開設し、医師、看護師、救急隊経験者等の職員からなる相談医療チームが都民からの相談に24時間対応しています。（図表48）
- 東京都は、救急相談センターの更なる利用促進を図るため、あらゆる機会をとらえて都民に対し幅広く効果的な広報活動を推進します。
- 東京都医師会や救急医学の専門医と連携し、電話相談における医学的な質の一層の向上を図るとともに、増加する電話相談に対応するため、運営体制の充実を図ります。

(図表 48) : 東京消防庁救急相談センター（#7119）



(エ)「東京版救急受診ガイド」の利用促進

- 東京都では、救急相談センターの電話による救急相談に加えて、インターネットなど利便性の高い方法で都民自身が病気やけがの緊急性を確認できるツールとして、平成24年4月から「東京版救急受診ガイド」を提供しています。(図表49)
- 東京都医師会及び救急医学の専門医により作成された救急受診ガイドは、医学的な質を確保したガイドとなっています。
- 東京都は、救急受診ガイドの更なる利用促進を図るため、あらゆる機会をとらえて幅広く効果的な広報活動を推進します。

(図表 49) : 東京版救急受診ガイド

The screenshot shows the '東京版 救急受診ガイド' (Tokyo Emergency Care Guide) website. At the top, there are navigation links for '東京消防庁' (Tokyo Fire Department) and '共通の兆候' (Common Symptoms). The main content area is titled '1 共通の兆候' (1 Common Symptoms) and asks '1~4の中に当てはまるものがありますか。' (Is there one that applies to 1~4?). Below this are five selection options, each with a right-pointing arrow:

1. いつもどおりにしゃべれない
2. いきぐる 息苦しい
3. かおいろ くちびる いろ わる ひ あせ 顔色や唇の色が悪い。または冷や汗をかいている
4. しっかりと受け答えができない
- 1~4 に当てはまらない。

At the bottom, there is a footer with the text: 'ためらわず救急車を呼んでほしい。症状(総務省消防庁) ■ 小児 ■ 大人' and a link for 'リンク集'.

QRコード
(携帯サイト)



スマートフォン

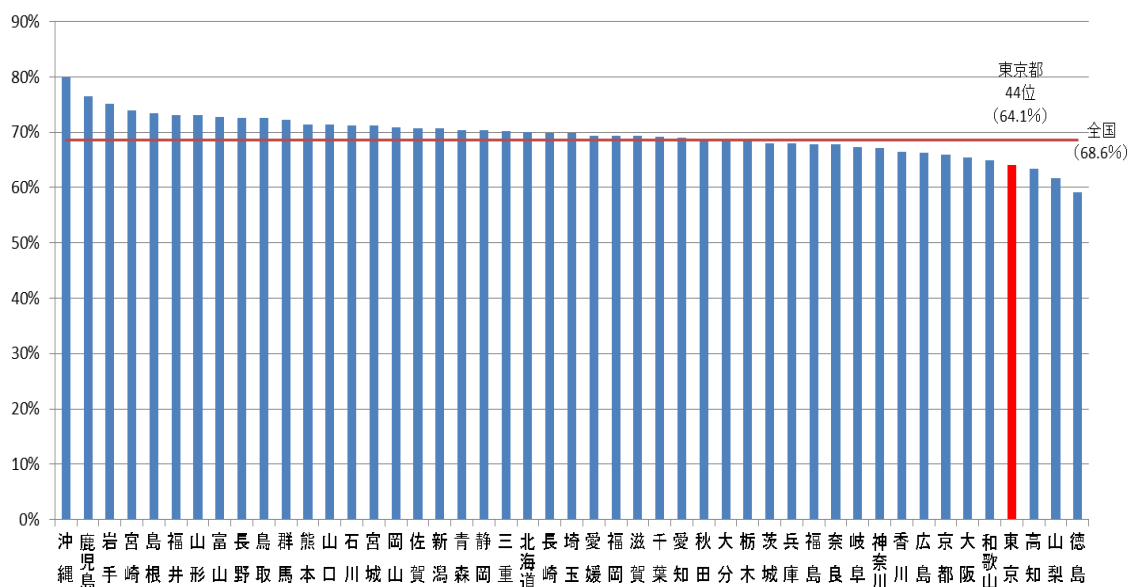


4 後発医薬品の使用促進

【現状と課題】

- 後発医薬品は、先発医薬品と同一成分、同等の効き目の薬で、先発医薬品に比べ価格が安く、ジェネリック医薬品とも呼ばれています。国は平成 25 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、さらに、平成 27 年、同 29 年の閣議決定において、平成 32 年（2020 年）9 月までに後発医薬品の使用割合 80%とする目標を掲げています。
- しかし、東京都における後発医薬品の普及は、全国平均を下回っており、平成 29 年 3 月末における調剤医療費の後発医薬品割合（数量ベース）は、64.1%で 44 位となっています。（図表 50）
- 後発医薬品の利用が進まない理由として、患者や医療関係者が後発医薬品の効果や副作用に不安や疑問を感じていること、患者が先発医薬品との味や剤形等の違いを気にし、使い慣れたものの方がいいと考えていることなどが挙げられます²⁸。

（図表 50）：都道府県別 調剤医療費の後発医薬品数量シェア（平成 29 年 3 月）



出典：「調剤医療費の動向調査（平成 28 年度）」（厚生労働省）
 ※電子処理分の調剤レセプトの集計による。

²⁸ 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査報告書＜結果概要＞」（平成 29 年 11 月 10 日中央社会医療協議会総会（第 369 回）資料）による。

【取組の方向性】

- 東京都は、東京都薬剤師会による後発医薬品の情報提供サイト運営にかかる支援や、薬事監視指導の一環としての後発医薬品の収去及び溶出試験等の実施により、後発医薬品の普及に向けた環境を整えていきます。
- 後発医薬品への正しい理解を促進するため、医療関係者、都民に向けた普及啓発を強化します。
- 区市町村による後発医薬品に切り替えた場合の自己負担差額通知の取組に対する財政支援や、医師会、薬剤師会等との連携、広報等を行い、全ての区市町村において取組が実施されるよう支援していきます。
- 保険者協議会を通じて、保険者等の取組状況や課題を把握し、好事例の情報提供等を行います。
- 平成 35 年度（2023 年度）に向けて、後発医薬品の使用割合を 80%以上とすることを目指します。

荒川区のジェネリック医薬品利用促進の取組

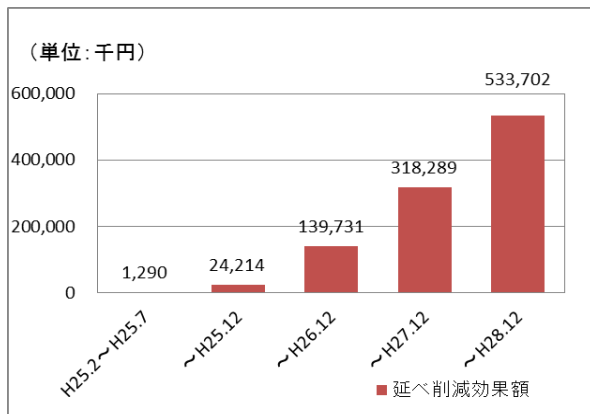
荒川区では平成 25 年度からジェネリック医薬品へ切り替えることで月 100 円以上薬代の軽減が見込まれる被保険者を対象に、差額通知の送付を始めました。通知では、ジェネリック医薬品の利用促進のお願いや説明と併せて、処方を受けた先発医薬品名と、切り替えた場合の 1 か月あたりの自己負担軽減額等をわかりやすくお知らせしています。



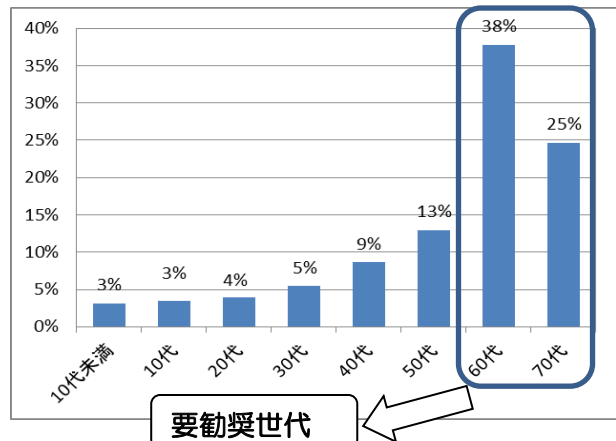
それ以外にもポスターやリーフレット、ジェネリック医薬品希望シール（保険証貼付用）の配布を行っており、平成 28 年度からは区立図書館と連携し、図書館から利用者へお配りする「しおり」や、「本の貸出票」の裏面に、ジェネリック医薬品利用促進文を印字して、啓発を実施しています。

また、今年度（平成 29 年度）は「あらかわ川の手まつり（区民まつり）」において、健康推進課と連携し、ジェネリック医薬品利用促進広告入りの「マスク」を広く区民へ配布しました（インフルエンザ・花粉シーズンに福祉部各課窓口等でも配布）。

（削減効果額の推移）



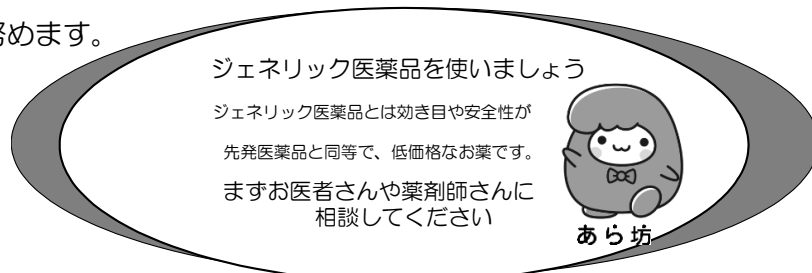
（差額通知者の年代別割合（H28.12 送付分））



そして、これまでの差額通知の効果等を分析し、通知対象者の多い世代（60-70 代）への利用促進のため、「限度額適用認定証ケース（利用促進文を印字）」を作成し、限度額適用認定証の窓口交付時に配布を始めました。

利用促進グッズの作成にあたっては、区のシンボルキャラクター等を活用して親しみやすく、手に取りやすいこと、そしてわかりやすい文章を心がけています。

これからも区の関係部署や、医師会・歯科医師会・薬剤師会等と協力し、対象者を絞った取組と区民全体への啓発を、並行して実施、継続し、ジェネリック医薬品の利用促進、普及率の向上に努めます。



薬局への「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」 (全国健康保険協会東京支部)

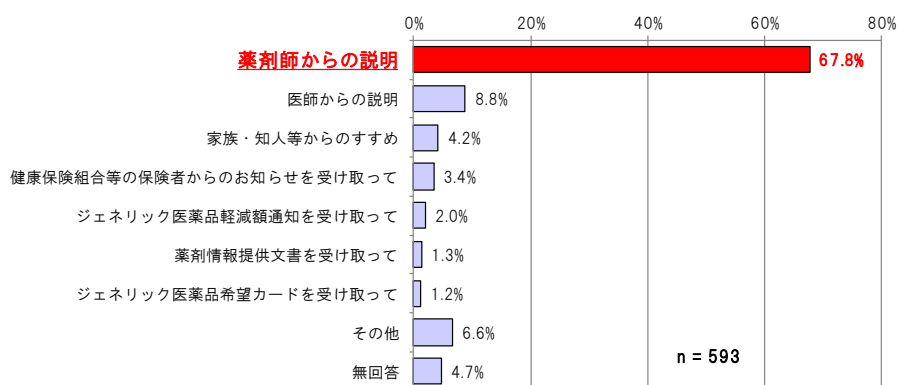
全国健康保険協会（協会けんぽ）では、ジェネリック医薬品の普及・使用促進のため、加入者に「ジェネリック医薬品希望シール」の配付や、「ジェネリック医薬品軽減額通知」の送付を行い、国の目標である70%を達成しました。

しかし、東京支部のジェネリック医薬品の使用割合は68.2%（平成29年7月診療分）であり、全支部平均70.1%と比べ低いため、さらなる使用割合向上に向け、加入者への働きかけに加え、医療提供者への働きかけに取り組んでいます。

取組を検討するにあたり、次の事項に着目しました。

- ①協会けんぽの都道府県支部ごとのジェネリック医薬品の使用割合の格差の分析から、患者がジェネリック医薬品を選択するかは「受診する医療機関の方針」が影響していると推測されること
- ②中央社会保険医療協議会（中医協）が実施した「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」によれば、患者がジェネリック医薬品に変更したきっかけで最も多かったのは、「薬剤師からの説明」だったこと（図1）

図1 患者が先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけ（今までに先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した薬がある人、全年齢、単数回答）



【出典】中医協「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」より

東京支部では、この結果に着目し、加入者よりも医療提供者への働きかけが効果的であると考え、都内の薬局に対し、「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」を送付することとし、平成29年2月に500ヶ所、平成29年8月に1,200ヶ所に送付しました。

【お知らせの内容】

- ①ジェネリック医薬品の処方割合（送付対象薬局と二次医療圏平均、都内平均との比較）
- ②「薬効分類別売れ筋ジェネリック医薬品 Best3」など
- ③患者がジェネリック医薬品に変更したきっかけの第1位は「薬剤師からの説明」であり、ジェネリック医薬品の使用促進のためには、薬剤師の皆様の役割が非常に大きいこと

加入者のレセプト情報などをもとにした具体的な情報を提供することで、薬局がジェネリック医薬品の取扱いを検討する際の参考にしていただくとともに、ジェネリック医薬品に対する理解を深め、その処方を促進するようなお知らせにしました（図2）。

送付対象薬局の選定では、効果・効率性の観点から、「ジェネリック医薬品への切替余地の多い薬局（取扱薬量は多いが、ジェネリック医薬品の処方割合は全国平均に満たない薬局）」から順次送付することにしました。

今後行う効果測定を踏まえ、より効果・効率的な取組を検討・実施していきます。

図2 「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」（一部抜粋）

《ジェネリック医薬品の処方割合の比較》

〇〇薬局		貴薬局	二次医療圏平均	都内平均
人数	平成28年10月に貴薬局にて医薬品を処方した協会けんぽの加入者数 (人)	105	157	135
	うち、ジェネリック医薬品を処方した加入者数 (人)	50	97	92
	ジェネリック医薬品を処方した加入者の割合 (%)	47.6	61.2	67.5
数量	平成28年10月に処方された薬剤数量	11,948	23,155	19,446
	うち、ジェネリック医薬品のある先発医薬品の処方数量	3,645	5,440	4,427
	うち、ジェネリック医薬品の処方数量	2,668	8,665	7,846
	ジェネリック医薬品処方割合 (%)	42.3	61.4	63.9
金額	平成28年10月に処方された薬剤金額 (円)	485,979	1,423,637	1,037,149
	うち、ジェネリック医薬品の薬剤金額 (10割) (円)	52,529	172,219	148,883
	ジェネリック医薬品金額割合 (10割) (%)	10.8	12.1	14.4

■■■■薬効分類別【売れ筋ジェネリック医薬品】Best 3■■■■

データ出典：厚生労働省NDBオープンデータ第2回（診療年月：H27年04月～H28年03月 内服薬 外来（院外）より薬効分類別に、後発医薬品を処方数量（薬価収載の基準単位）の多い順に並べました。

薬効分類	薬効分類名称	算定数量 順位	医薬品 コード	医薬品名	薬価基準収載 医薬品コード	薬価	後発品 区分	総計
112	催眠鎮静剤、抗不安剤	第1位				5.0	1	80,288,912
		第2位				5.6	1	66,234,103
		第3位				10.7	1	63,164,374
113	抗てんかん剤	第1位				12.1	1	58,898,731
		第2位				12.1	1	38,179,639
		第3位				11.8	1	28,655,214
114	解熱鎮痛消炎剤	第1位				8.1	1	351,356,400
		第2位				7.8	1	174,602,758
		第3位				5.6	1	118,734,079
116	抗パーキンソン剤	第1位				5.6	1	77,229,895
		第2位				13.0	1	28,198,057
		第3位				5.6	1	12,884,033
117	精神神経用剤	第1位				6.0	1	93,260,007
		第2位				6.3	1	83,367,641
		第3位				6.3	1	60,522,757
118	総合感冒剤	第1位				4.6	1	103,592,129
		第2位				6.2	1	14,182,215
		第3位				6.2	1	12,411,786
119	その他の中枢神経系用薬	第1位				193.5	1	14,714,078
		第2位				7.8	1	12,408,172
		第3位				193.5	1	10,227,186
121	局所麻酔剤	第1位				5.6	1	1,035,552
		第2位				6.2	1	175,321
		第3位				4.6	1	39,488
122	骨格筋弛緩剤	第1位				6.2	1	15,308,695
		第2位				6.2	1	5,587,915
		第3位				6.2	1	1,577,627
123	自律神経剤	第1位				6.4	1	4,963,891
		第2位				6.4	1	4,068,427
		第3位				6.4	1	3,347,583

5 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 医療費の増大が見込まれる中、重複投薬や多剤投与の問題が指摘されています。このことは、副作用といった健康被害に加え、医薬品の飲み残しなどによる医療費の無駄につながります。
- 重複投薬や服薬への不安を解消し、患者に応じた適正な医薬品使用を確保していくためには、薬局と医療機関等との連携が重要であり、さらに、かかりつけ薬剤師・薬局の体制整備や機能強化が求められます。
- また、保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の実施等医薬品の適正使用の取組を推進する必要があります。

【取組の方向性】

- 東京都は、薬局と医療機関や関係団体等との連絡会議を開催するなど、地域連携の構築を支援していきます。また、かかりつけ薬剤師・薬局に対する研修等を実施し、服薬情報の一元的かつ継続的な把握に向けた体制を構築するなど、薬局・薬剤師の機能強化を図る取組をしていきます。
- また、地域で医師、看護師、介護支援専門員等と連携し、都民に向けた薬に関する講習会やおくすり相談会を実施するほか、お薬手帳の一元化や電子お薬手帳の活用に向けた取組を通じて、服薬アドヒアランスの向上²⁹を推進していきます。
- 国民健康保険の被保険者の適正受診、適正服薬に向けた取組を支援するため、東京都は、区市町村が行う保健指導等に対し引き続き交付金による支援を行います。
- 保険者協議会を通じて、保険者等の取組状況や課題を把握し、好事例の情報提供等を行います。
- なお、現在、国において、高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、多剤服用に関する適正使用のガイドライン策定に向けた検討が進められており、こうした国の動向等も注視して取組を進めていきます。

²⁹ 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用すること（平成27年10月23日厚生労働省『患者のための服薬ビジョン』による）を意味する。患者が主体的に治療の意味・意義を理解し正しく服薬することは、治療効果の向上等につながっていく。

東村山市の医薬品の適正使用の取組

東村山市の「調剤」実績

東村山市は多摩 26 市の中でも 1 人あたり医療費が比較的高い保険者であり、中でも「調剤」は多摩地域でもトップクラス級に高く、調剤費の適正化は喫緊の課題です。

◆東村山市の 1 人あたり調剤費の推移

平成 25 年度 67,181 円（多摩 26 市中高いほうから 2 番目）

平成 26 年度 68,559 円（多摩 26 市中高いほうから 1 番目）

平成 27 年度 73,964 円（多摩 26 市中高いほうから 2 番目）

平成 28 年度 70,774 円（多摩 26 市中高いほうから 5 番目）

（各年度国民健康保険事業状況調査報告より [一般+退職 費用額ベース]）

医薬品適正使用の取組

◆重複服薬者の訪問指導事業

平成 27 年度から選定基準を設け、重複・頻回受診、重複服薬者に訪問指導を実施しています。平成 28 年度は重複服薬者 30 人に訪問し、訪問後 27 人が指導により改善し、選定基準に該当しなくなりました。これらの方々の 1 人あたり医療費は、訪問前 145,290 円に対し、訪問後は 67,930 円と大きく減少しています。

◆せつやく節薬バッグ配布事業

平成 29 年度から飲み残しの薬と同じ薬を新たに薬局で処方してもらう場合、飲み残しの薬を薬局に調整のためお持ちいただくバッグを「節薬バッグ」として配布しています。バッグの配布対象は国保被保険者に限定し、医療費分析で抽出した、長期的に同じ薬を処方されている慢性疾患の方、高額療養費に該当する方、重複服薬者の訪問指導の対象者を中心に配布しています。

◆ジェネリック医薬品利用差額通知

当市では平成 24 年度から実施しており、当初の通知回数は年 3 回でしたが、平成 28 年度からは年 12 回に拡大しています。平成 28 年度実績による削減効果額は 1 億円を超え、普及率は平成 27 年度末 60.9%のところ、平成 28 年度末は 65.7%となっています。ジェネリック医薬品への切り替えには差額通知を送付し続けることが効果的であることから、引き続き多くの被保険者に通知していきます。

6 レセプト点検等の充実強化

【現状と課題】

- 保険医療機関等は、患者が受けた診療についてレセプトを作成して診療報酬等の請求を行い、保険者等はレセプトの審査点検を行った上で医療費を支払います。
- 保険給付が適正に行われるよう、レセプトの内容を点検することは、保険者等の重要な役割であり、レセプト点検体制の一層の強化を図ることが必要です。
- 保険者等による医療費通知は、被保険者に医療費の額等を通知することにより、健康に対する認識を深めてもらうとともに、保険事業の円滑かつ健全な運営に資するものですが、平成27年度に医療費通知を実施した区市町村は48自治体となっています。
- 柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の施術に係る療養費について、負傷の部位が複数に及ぶものや施術期間が長期にわたる等、施術状況の確認が必要なものもあり、被保険者に対し、保険給付の範囲等について正しい知識の普及を図り、支給の適正化を進めることが重要です。
- この他、保険者等は、海外療養費の支給の適正化の取組や第三者の不法行為（交通事故等）による負傷等に係る第三者に対する求償事務の取組強化が求められています。

【取組の方向性】

- 東京都は、区市町村、国民健康保険組合及び広域連合に対し、レセプト点検担当者向けの説明会の開催や、レセプト点検相談窓口の開設、指導検査を通じ、効果的な実施に向けた技術的助言を行います。
- また、被保険者に対する適正受診・適正服薬に関する普及啓発を図るため、都内区市町村での統一的な医療費通知の実施に向けた検討を進めるとともに、区市町村における重複・頻回受診に関する被保険者への保健指導の取組を支援します。
- 療養費の支給の適正化に向けては、講習会の実施や、柔道整復療養費等に関する療養費支給申請書の点検体制の充実強化について交付金等により区市町村の取組を支援するほか、ホームページ等を活用した広報に努めていきます。
- 海外療養費の支給事務について、東京都では、海外療養費事務処理等マニュアル作成等により区市町村の取組支援を継続していきます。
- 第三者求償事務については、各区市町村において、第三者行為に関するレセプトの抽出及び被保険者への確認が確実にされるよう、国保連合会や国が委嘱している第三者求償事務アドバイザーと連携した助言等の支援や好事例の情報提供により支援を行っていきます。

第2章 医療費の見込み

- 高齢者医療確保法では、都道府県医療費適正化計画において、以下の事項を踏まえて計画期間における「医療費の見込み」に関する事項を定めることとされています。
 - ・医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の成果
 - ・住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果
- 医療費適正化基本方針では、各都道府県の医療費の現状に基づき、平成35年度の「医療費の見込み」を算定するとして、標準的な推計方法を規定しており、国から、「医療費の見込み」を推計するためのツール（以下「医療費適正化計画推計ツール」という。）が提供されています。

1 都民医療費の推計

- 「医療費適正化計画推計ツール」を用いて、平成35年度（2023年度）の都民医療費を推計しますが、推計に盛り込む医療費適正化の効果は、医療費に影響を与える要因の一部に過ぎないことや、国が設定する前提条件に基づく仮定の数値となっていることから、本計画においては参考値として記載することとします。
- これによると、平成35年度（2023年度）の都民医療費は、医療費適正化の取組により、約608億円の効果が見込まれ、5兆5,171億円となります。（図表51、52）
- 本推計値を参考とし、計画期間における各年度の実績医療費について、毎年度推移を把握していきます。
- なお、前章において定める都民の健康の保持増進及び医療資源の効率的な活用の推進に向けた取組については、中長期的な視点に立って継続的に取り組むべきもので、その取組効果が医療費の伸びに与える影響を把握することが難しいことなどから、「医療費適正化計画推計ツール」において、効果額として反映されていないものが多くあります。こうした取組の効果については、今後国から提供されるデータ等を活用しながら、分析が可能な引き続き検討をしていきます。

（図表51）：「医療費適正化計画推計ツール」による医療費の見込みの推計

	平成27年度実績	平成35年度（2023年度）見込み	
医療費	4兆1,433億円	5兆5,171億円	
入院	1兆3,764億円	1兆9,346億円	病床機能の分化・連携の成果を踏まえ算出
入院外	2兆7,669億円	3兆5,824億円	以下の効果額を反映（▲608億円）

(図表 52) : 医療費適正化の取組により見込まれる効果額の内訳

医療費適正化の取組により見込まれる効果額の内訳		
特定健診等の実施率向上	特定健診70% 保健指導45%を達成	▲17億円
後発医薬品の使用促進	数量シェア80%を達成	▲434億円
以下の取組により結果として地域差縮減		
糖尿病の重症化予防	・40歳以上の糖尿病一人当たり医療費が 全国平均を上回る額が半減	▲99億円
重複投薬の適正化	・3医療機関以上から同一成分医薬品投与 の2医療機関を超える調剤費等が半減	▲1億円
複数医薬品の適正化	・15種類以上投与されている患者（65歳 以上）の14剤を超える調剤費等が半減	▲57億円

2 都民医療費の推計方法の概要

- 「医療費適正化計画推計ツール」では、次の手順により推計を行っています。
 - ①平成 35 年度（2023 年度）の自然体の入院外医療費等（入院外及び歯科の医療費）の医療費を推計する。
 - ②平成 35 年度（2023 年度）の病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費（入院）を推計する。
 - ③医療費適正化の取組を行った場合の効果額を推計する。
 - ④平成 35 年度（2023 年度）の入院外医療費等（①）及び入院医療費（②）に医療費適正化の取組を行った場合の効果額（③）を織り込む。
- ②の「病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費（入院）」は、地域医療構想に基づく平成 37 年度（2025 年度）の病床機能の区分ごとの医療需要から推計した平成 35 年度（2023 年度）の患者見込みを用いて算出しています。

医療費適正化計画推計ツールでは、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分は盛り込まれておらず、計画の評価の際に所要の分析等を行うこととされています。
- ③の「医療費適正化の取組を行った場合の効果額」は、以下の推計方法により算出しています。（図表 53）

(図表 53)

取組	効果額の推計方法
特定健康診査等の実施率の向上	○特定健康診査受診者のうち特定保健指導の対象者割合が17%、特定保健指導による効果額を一人当たり単年度で6,000円と仮定し、特定健康診査の実施率が70%、特定保健指導の実施率が45%という目標を達成した場合の効果額を推計

後発医薬品の使用促進	○ONDBデータを用いて、仮に平成 25 年度に数量シェア 80%の目標を達成した場合の効果額(平成 29 年度の数量シェア 70%を前提に 10%引き上げた場合の効果額)を算出し、平成 35 年度(2023 年度)においても同じ割合を占めると仮定した場合の効果額を推計
地域差縮減に向けた取組	○以下の取組により、結果的に一人当たり外来医療費の地域差が半減する効果が期待されるため、これらの要素を加味 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県・保険者・医療関係者の連携による糖尿病に関する重症化予防の取組の推進 ・かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進による重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化 など
糖尿病の重症化予防の推進	○平成 25 年度において、40 歳以上の糖尿病の一人当たり医療費が全国平均を上回る額を半減した場合の効果額を算定し、平成 35 年度(2023 年度)の医療費に換算した額を推計
重複投薬の適正化効果	○平成 25 年度に 3 医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている患者の調剤費等のうち 2 医療機関を超える調剤費等が半減した場合の効果額を算出し、平成 35 年度(2023 年度)の医療費に換算した額を推計
複数種類医薬品投与の適正化効果	○平成 25 年度に 15 種類以上投与されている患者(65 歳以上)の調剤費等の 14 種類を超える調剤費等が半減した場合の効果額を算出し、平成 35 年度(2023 年度)の医療費に換算した額を推計

第3章 医療費適正化の推進に向けた関係者の役割と連携

- 医療費適正化の取組は、国、都道府県及び保険者等がそれぞれの役割の下推進していくものであり、医療費適正化基本方針では、医療保険と介護保険の制度全般を所管する国がその役割を果たすことが前提とした上で、都道府県、保険者等、医療の担い手等、国民それぞれの取組について規定されています。
- 本計画に定める取組の推進に当たっても、関係者が連携しながら主体的、積極的に取り組んでいく必要があります。

1 関係者の役割

(1) 東京都の役割

- 保険者等における進捗状況を踏まえ、保険者協議会を通じて必要な協力を求めるなど、計画の推進に関し、目標達成に向け、主体的な取組を行っていきます。
- 健康づくりに係る普及啓発や人材育成を行うとともに、区市町村等における健康づくりの取組の推進を支援します。
- 地域医療構想に基づく医療提供体制の整備を推進します。
- 国民健康保険の財政運営の責任主体として、区市町村とともに医療費適正化の取組等を推進し、保険者機能を発揮していきます。

(2) 保険者等の役割

- 保険者等は、医療保険を運営する主体としての役割に加え、医療機関等の適切な受診に関する啓発、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行う等、保険者機能の強化を図ることが重要です。
- 保健事業の実施主体として、特定健康診査等の実施のほか、加入者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担っており、データヘルス計画に基づく効果的かつ効率的な保健事業の実施、医療関係者と連携した重症化予防に係る取組、加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組などを各保険者等の実情に応じて推進していくことが期待されています。
- また、後発薬品の使用促進のため、自己負担の差額通知等の取組の推進や、医療機関と連携した訪問指導の実施等重複投薬の是正に向けた取組を行うことなども期待されています。

(3) 医療の担い手等の役割

- 医療の担い手等は、特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く効率的な医療を提供する役割があります。
- また、かかりつけ医やかかりつけ薬局による特定健康診査等の受診勧奨や、保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するに当たり保険者等と連携した取組が期待されています。
- 自主的な取組と医療機関相互の協議によって病床の機能分化・連携を推進する地域医療構想の趣旨を理解し、その実現に向け、地域における必要な医療体制の確保に参画します。
- この他、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めることや、医薬品を処方する医師・歯科医とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携の下、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬などの是正等の取組を行います。

(4) 区市町村の役割

- 地域における健康づくりの推進役として、地域の状況に応じた健康づくりに関わる普及啓発や事業を実施します。
- 歩きやすいまちづくり等の環境整備など、各種事業に健康づくりの観点を入れることが求められています。
- また、様々な世代が健康づくりに取り組むことができる企画を工夫して実施することや、学校等関係機関、事業者・医療保険者・NPO・企業等との連携により地域資源を有効活用、普及啓発を効果的に進めること、住民の生活習慣病や健康状態の差の縮小に向け様々な健康づくり施策を進めることが期待されています。

(5) 都民の役割

- 自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を知り、食生活や運動などライフスタイルの改善を図るとともに、積極的に健康診断を受診するなど健康の保持増進に努めることが重要です。
- 健診結果等健康情報の把握に努め、保険者等の支援を受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うこと、医療機関等の機能に応じ、医療を適切に受けるよう努めることが期待されます。
- 普段からかかりつけ医・かかりつけ歯科医をもつよう努め、まずは、身近なかかりつけ医等に相談し、症状に応じた医療機関を受診することや、かかりつけ薬局、お薬手帳を持ち、服用している医薬品の情報を自ら一元的に管理することも大切です。

2 保険者協議会を通じた保険者等との連携

- 東京都は平成30年度から、国民健康保険の保険者として保険者協議会に参画します。
- 保険者協議会と連携し、保険者等が行う医療費適正化の取組状況や課題を把握し、好事例や、国保データベース(KDB)システムによる医療費分析結果等を共有するなど、保険者等の取組を支援していきます。

第4章 計画の推進

第1節 計画の推進

○ 計画の推進に当たっては、国の基本方針に基づき、計画に掲げた目標の進捗を把握し、目標達成に向けた取組を進めていきます。

1 進捗状況の公表

- 計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握し、計画期間において初年度及び最終年度以外の毎年度進捗状況の公表を行います。
- 毎年度の進捗状況を踏まえ、必要に応じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行うなど必要な対策を講じます。

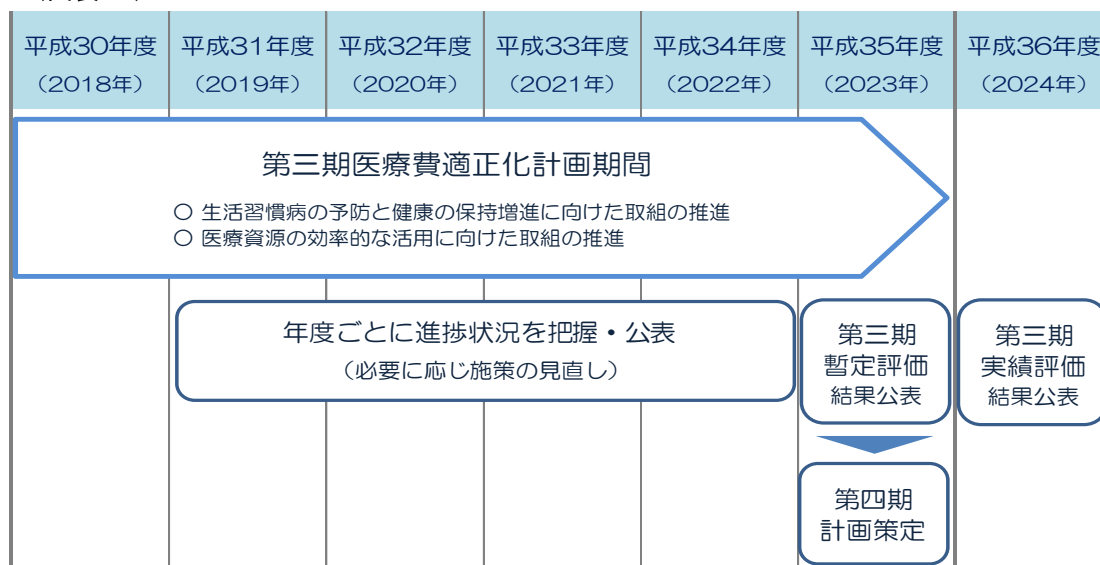
2 進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）

○ 第四期計画の作成に資するため、計画期間の最終年度である平成35年度（2023年度）には、計画の進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）を実施し、結果を公表します。

3 実績の評価

○ 計画期間終了の翌年度の平成36年度（2024年度）に実績の評価を行い、結果を公表します。（図表54）

（図表 54）



第2節 計画の周知

○ 本計画は、東京都ホームページに掲載し、都民に広く周知します。

第5部 資料

1 計画策定の経緯

日 付	内 容
平成 29 年 7 月 21 日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第 1 回）開催
平成 29 年 10 月 3 日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第 2 回）開催
平成 29 年 11 月 29 日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第 3 回）開催
平成 29 年 12 月 27 日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第 4 回）開催
平成 30 年 1 月 12 日 ～平成 30 年 2 月 2 日	区市町村協議の実施
平成 30 年 1 月 12 日 ～平成 30 年 2 月 2 日	東京都保険者協議会協議の実施
平成 30 年 1 月 12 日 ～平成 30 年 2 月 2 日	パブリックコメントの実施
平成 30 年 2 月 22 日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第 5 回）開催

2 東京都医療費適正化計画検討委員会 委員名簿

平成30年2月時点

	氏名	所属団体及び役職名等
学識経験者	◎ 河原 和夫	東京医科歯科大学大学院 教授
	島田 美喜	社会福祉法人至誠学舎立川 至誠児童福祉研究所 副所長
	古井 祐司	東京大学政策ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット特任教授
	石川ベンジャミン光一	国立研究開発法人 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 臨床経済研究室長
医療関係団体	平川 博之	公益社団法人東京都医師会 副会長
	山本 秀樹	公益社団法人東京都歯科医師会 理事
	永田 泰造	公益社団法人東京都薬剤師会 副会長
	渡邊 千香子	公益社団法人東京都看護協会 専務理事
保険者団体	○ 加島 保路	東京都保険者協議会 会長 (東京都国民健康保険団体連合会 専務理事)
	那須 隆	健康保険組合連合会東京連合会 専務理事
	矢内 邦夫	全国健康保険協会東京支部 支部長 (平成29年9月30日まで)
	元田 勝人	全国健康保険協会東京支部 支部長 (平成29年10月1日から)
	濱中 仁	国民健康保険組合東京協議会 幹事 (東京土建国民健康保険組合 常務理事)
	山中 康正	東京都職員共済組合 年金保険部長
	檜島 章夫	東京都後期高齢者医療広域連合 保険部長
	須藤 直子	文京区 福祉部長
	大久保 健史	西東京市 市民部長
保健行政等	高橋 郁美	新宿区 健康部長
	佐藤 一夫	昭島市 保健福祉部長
	清水 信行	奥多摩町 福祉保健課長
	小竹 桃子	東京都南多摩保健所長
東京都	笹井 敬子	東京都福祉保健局技監

◎：委員長、○：副委員長 (敬称略)

3 東京都医療費適正化計画検討委員会 設置要綱

平成19年3月30日 18福保総企第817号
改正 平成29年5月26日 29福保保国第149号

(設置)

第1 東京都医療費適正化計画の策定及び総合的かつ円滑な推進を図るため、東京都医療費適正化計画検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2 委員会は、次の事項について検討する。

- (1) 医療費適正化計画の策定に必要な事項に関すること。
- (2) 医療費適正化計画の円滑な推進等に関し必要な事項に関すること。
- (3) その他、委員長が必要と認める事項。

(構成)

第3 委員会は、学識経験を有する者、医療関係団体の代表、保険者団体の代表及び関係行政機関の職員等のうちから、福祉保健局長が委嘱又は任命する委員25人以内をもって構成する。

(委員の任期)

第4 委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない。

なお、当該委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5 委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により定め、副委員長は委員長が指名する者をもって充てる。
- 3 委員長は、委員会の会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故ある時は、その職務を代理する。

(部会)

第6 委員会に、専門的な事項を検討するための部会を設置することができる。

- 2 部会は、委員のうちから委員長が指名する者をもって構成する。
- 3 部会に、専門委員を置くことができる。
- 4 専門委員は、委員長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。

(部会長)

第7 部会に部会長を置く。

- 2 部会長は、委員の互選により定める。
- 3 部会長は、部会を総括する。

(招集等)

第8 委員会及び部会は、委員長が招集する。

- 2 委員長は、必要に応じて委員会及び部会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聞くことができる。

(委員への謝礼の支払い)

第9 委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、月の初日から末日までに開催した会議への出席に対する謝礼の総額を翌月までに支払うものとする。

(会議及び会議録等の取扱い)

第10 会議並びに会議録及び会議に係る資料(以下「会議録等」という。)は、公開する。

ただし、委員長、部会長又は委員の発議により出席委員の過半数により議決したときは、会議又は会議録等を公開しないことができる。

2 会議又は会議録等を公開するときは、委員長又は部会長は、必要な条件を付することができる。

(庶務)

第11 委員会及び部会の庶務は、福祉保健局保健政策部国民健康保険課において処理する。

(その他)

第12 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成29年5月26日から施行する。

4 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

平成28年3月31日厚生労働省告示第128号
一部改正平成28年11月4日厚生労働省告示第389号
一部改正平成29年12月19日厚生労働省告示第356号

はじめに

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要がある。

このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設された。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。

医療費適正化計画に関する制度が創設された平成18年以降も、我が国は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、平成37年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎える。こうした中で、国民一人ひとりが、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を推進するため、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（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立した。この中で、地域における効果的かつ効率的な医療提供体制の確保のため、都道府県は、地域医療構想（医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）に定める地域における将来の医療提供体制に関する構想に関する事項をいう。以下同じ。）を策定することとされたところである。

さらに、平成27年には、医療費適正化の取組を国、都道府県並びに保険者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）及び後期高齢者医療広域連合（法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）（以下「保険者等」という。）がそれぞれの立場から進める体制を強化するため、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号。以下「医療保険制度改革法」という。）により、医療費適正化計画に関する見直しが行われ、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費の見込みを医療費適正化計画に盛り込むこととされた。医療費の見込みの算定方法については、平成27年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定。以下「経済・財政再生計画」という。）において「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。」とされている。そのため、データに基づき医療費の地域差についてその背景も含めて分析し、医療費適正化につなげ、当該地域差の縮小を目指していくことを検討していく必要がある。また、平成30年度からは都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、都道府県が医療提供体制と医療保険制度の両側面での中心的な役割を担うことが期待される。

この方針は、法第8条第1項の規定に基づき、都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

(1) 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものでなければならない。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成28年現在、約1700万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占める後期高齢者医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければならない。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

目標及び施策の達成状況等については、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表するとともに、計画の最終年度には、進捗状況の調査及び分析の結果の公表を行い、必要に応じて対策を講ずるよう努めることとされている。また、計画の最終年度の翌年度には実績に関する評価を行うこととされている。都道府県は、目標を設定した場合は、目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとする。また、国は全国での取組状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとする。

2 第三期医療費適正化計画における目標

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外來受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

このことから、医療費の急増を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない者が減少し、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることとなる。また、生活習慣病に罹(り)患した後の対策も重要である。例えば糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合には、個人の生活の質(QOL)が著しく低下することに加え、多額の医療費が必要になることが指摘されている。生活習慣病の発症予防として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることに併せ、生活習慣病に罹(り)患した後は、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要である。

また、高齢期には生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性も指摘されており、今後は、こうした高齢期の特性に合わせ、栄養指導等の取組を進めていくことも重要である。

生活習慣病予防の対策としては、平成20年度から、特定健康診査(法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)(以下「特定健康診査等」という。)の実施が保険者に義務付けられている。特定健康診査等の受診率は、年々向上してきているとはいえ、依然として目標との乖離が大きい状況にあり、引き続き、受診率を向上させるための取組を進めることが必要である。また、糖尿病の重症化予防の取組としては、特定健康診査等の結果に基づき、保険者において医療機関への受診勧奨を進めることに加え、最近では、一部の保険者等において、糖尿病性腎症の患者に対し、医療機関及び薬局と連携して専門的な保健指導を実施する取組も行われ、その効果も現れてきている。こうした糖尿病性腎症の重症化予防の取組など、一部の保険者等が実施している先進的な保健事業を全国に展開していくため、平成27年7月には、民間主導の活動体である日本健康会議が発足したところであり、都道府県においても、この動きと連動して、市町村(特別区を含む。以下同じ。)や保険者等の取組を推進することが重要である。

次に、第二期医療費適正化計画の計画期間においては、高齢者の入院医療費と平均在院日数との高い相関関係を踏まえ、平均在院日数の短縮を目標として、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進及び医療と介護の連携の強化を図ること等の取組を推進してきた。その結果、平均在院日数については、全ての病床において、着実に短くなるか、持続的に短縮傾向にあり、また、病院病床数も全ての病床で減少が続いている。

今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中にあるにあっては、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すことが必要であり、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要である。このため、第三期医療費適正化計画の計画期間においては、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を目指すこととする。

上記に加え、第二期医療費適正化計画の計画期間では、後発医薬品の使用促進に係る目標を位置付けてきた。後発医薬品の使用促進については、これまで、平成25年4月に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、平成30年3月末までに、後発医薬品の使用割合を60%以上とすることを目標として取組を推進してきた。その後、後発医薬品の使用割合は着実に伸び続けており、こうした状況も踏まえ、経済・財政再生計画において、平成29年央に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする新たな目標が位置付けられた。そして、この80%以上とする目標の具体的な達成時期については、「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)において、平成32年9月までとされたところである。こうした動きを踏まえ、第三期医療費適正化計画の計画期間においては、都道府県においても数値目標を設定し、国と一体となって、後発医薬品を使用することができる環境の整備等の取組を進めることとする。

さらに、都道府県独自の判断でその他の医療費適正化に資する取組を行うことが有効である。例えば、重複投薬の是正や医薬品の適正使用の推進等について都道府県における目標を設定し、都道府県が適切な投薬に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の実施を支援する等の取組によって、医療費適正化を目指すことが考えられる。

こうした考え方に立ち、具体的にはおおむね以下の事項について目標を定めるものとする。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

- ① 特定健康診査の実施率
- ② 特定保健指導の実施率
- ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
- ④ たばこ対策
- ⑤ 予防接種
- ⑥ 生活習慣病等の重症化予防の推進
- ⑦ その他予防・健康づくりの推進

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ① 後発医薬品の使用割合
- ② 医薬品の適正使用の推進

3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

(1) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとするのが求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者等の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や懇談会等を開催することが望ましい。なお、この場合においては、既存の審議会等を活用しても差し支えない。

(2) 市町村との連携

市町村は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療と介護の連携の推進に関しては、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つである。地域主権の観点からも、市町村が医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことが期待される。このため、都道府県医療費適正化計画を作成又は変更する過程において、関係市町村に協議する（法第9条第7項）等都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

(3) 保険者等との連携

特定健康診査等の保健事業の実施主体である保険者等においては、平成26年度からは特定健康診査等やレセプト情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業を推進することとされ、各保険者等において当該事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）の策定及びそれに基づく事業の実施が進められている。

また、保険者等では、加入者の立場に立って、良質な医療を効率的に提供していく観点から、医療関係者ととともに、今後の医療提供体制の在り方の検討に参画していくことが期待されているところであり、医療介護総合確保推進法において都道府県が医療計画を策定する際には、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4第14項）とされたところである。

さらに、医療保険制度改革法においては、都道府県が医療費適正化計画を作成又は変更する際には、保険者協議会に協議しなければならない（法第9条第7項）とされたところであり、今後、都道府県においては、保険者協議会を通じて、より一層保険者等との連携を図ることが必要である。

4 他の計画等との関係

都道府県医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、都道府県健康増進計画（健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画をいう。以下「健康増進計画」という。）と、後者は、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画をいう。以下「介護保険事業支援計画」という。）と密接に関連する。また、平成30年度からは都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となることから、都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の運営に関する方針（以下「都道府県国民健康保険運営方針」という。）と調和を図ることも求められる。

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

(1) 健康増進計画との調和

健康増進計画における生活習慣病対策に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容が、第三期都道府県医療費適正化計画における住民の健康の保持の推進に関する目標及び取組の内容と整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにする必要がある。

このため、健康増進計画の内容を踏まえることが望ましい。

(2) 医療計画との調和

医療計画における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、第三期都道府県医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に提供する体制が実現されるようにする必要がある。

(3) 介護保険事業支援計画との調和

介護保険事業支援計画における介護給付等対象サービス（介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）の量の見込みに関する事項及び介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第三期都道府県医療費適正化計画における医療と介護の連携等に関する取組の内容とが整合し、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業（同法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。）の実施が図られるようにする必要がある。このため、介護保険事業支援計画の内容を第三期都道府県医療費適正化計画に適切に反映させることが必要である。

(4) 国民健康保険運営方針との調和

都道府県は、国民健康保険の安定的な財政運営及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的かつ効率的な運営の推進を図るため、平成30年度までに、都道府県国民健康保険運営方針を定めることとされている。

都道府県国民健康保険運営方針においては、国民健康保険の医療費及び財政の見通しに関する事項、医療費適正化の取組に関する事項等を定めることとされており、これらの内容と、第三期都道府県医療費適正化計画における住民の健康の保持の推進並びに医療の効率的な推進に関する目標及び取組内容とが整合し、国民健康保険の安定的な財政運営及び効率的な運営の推進が図られるようにする必要がある。

5 東日本大震災及び平成28年熊本地震の被災地への配慮

東日本大震災（平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震及びこれに伴う原子力発電所の事故による災害をいう。）及び平成28年熊本地震による災害により被害を受けた地域においては、目標の設定等について、被災地の実態を踏まえた柔軟な対応を行うこととしても差し支えない。

二 計画の内容に関する基本的事項

1 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第三期都道府県医療費適正化計画における「住民の健康の保持の推進」に関する目標としては、おおむね以下のものを定めることが望ましいと考えられる。

これらの目標については、第5に掲げるこの方針の見直しを踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

特定健康診査の実施率に関する全国目標は、平成35年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

各都道府県の目標値は、第二期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定健康診査の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定することが考えられる。

(2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

特定保健指導の実施率に関する全国目標は、平成35年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

各都道府県の目標値は、第二期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定保健指導の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定することが考えられる。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

① 基本的な数値目標

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率をいう。以下この①において同じ。）に関する各都道府県の目標値は、平成20年度と比べた、平成35年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、25%以上の減少とすることを目安に、各都道府県において設定することが考えられる。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率は、各都道府県における、平成20年度の特定保健指導対象者の推定数（平成20年度の年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、平成20年3月31日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から平成35年度の特定保健指導対象者の推定数（平成35年度の年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、平成20年3月31日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。）を減じた数を、平成20年度の特定保健指導対象者の推定数で除して算出することが考えられる。

② その他の数値目標

①に加え、特定保健指導の対象者ではなく、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率並びに非服薬者（高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用していない者をいう。）のうちのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を算出し、それぞれの推移も①と併せて見ていくことが考えられる。なお、これらの減少率も、①と同様の手法で年齢階層別に補正して算出することが考えられる。

(4) たばこ対策に関する目標

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要である。また、受動喫煙は、様々な疾病の原因となっている。こうした喫煙による健康被害を予防するためには、国だけではなく、都道府県においても普及啓発等の取組を行うことが重要である。

このため、都道府県においては、例えば、禁煙の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる。

(5) 予防接種に関する目標

疾病予防という公衆衛生の観点及び住民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要である。予防接種の対象者が適切に接種を受けるためには、国や市町村だけではなく、都道府県においても、関係団体との連携や普及啓発等の取組を行うことが重要である。

このため、都道府県においては、予防接種の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる。

(6) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標

生活習慣病等の症状の進展、合併症の発症等の重症化予防のためには、都道府県、保険者等及び地域の医療関係団体等が連携を図り、関係者が一体となって取組を行うことが重要である。

このため、都道府県においては、例えば、医療関係者や保険者等との連携を図りながら行う糖尿病の重症化予防の取組や、高齢者の特性に応じた重症化予防の取組の推進に関する目標を設定することが考えられる。

(7) その他予防・健康づくりの推進に関する目標

上記の目標以外に、健康寿命の延伸の観点から予防・健康づくりの取組を通じた健康の保持の推進を図ることが重要であり、保険者等においては、データヘルズ計画に基づく種々の保健事業が実施されているところである。

都道府県においても、保険者等で実施されている保健事業を踏まえ、例えば、生活習慣に関する正しい知識の普及啓発、住民に対する予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組及びがん検診、肝炎ウイルス検診

- 等の特定健康診査以外の健診・検診に関する目標を設定することなどが考えられる。
- 2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 第三期都道府県医療費適正化計画においては、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を目指すとともに、「医療の効率的な提供の推進」に関する目標として、おおむね以下のものを定めることが望ましいと考えられる。
- この目標については、第5に掲げるこの方針の見直しを踏まえ、見直しを行う。
- (1) 後発医薬品の使用促進に関する数値目標
- 後発医薬品の使用割合を平成32年9月までに80%以上とするという国における新しい目標を踏まえ、都道府県においても、この目標の達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発の取組を行うことが重要である。
- このため、各都道府県においては、後発医薬品の使用促進に係る環境の整備を図る観点から、平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上とすることを前提に、計画期間の最終年度の平成35年度には、後発医薬品の使用割合が80%以上に到達しているとする目標を設定することや、普及啓発等施策に関する目標を設定することも考えられる。
- (2) 医薬品の適正使用の推進に関する目標
- 今後、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要である。このため、都道府県においては、患者や医療機関及び薬局に対する医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の実施等、重複投薬の是正に関する目標を設定することが考えられる。
- また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高いが、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているとの指摘がある。都道府県において、例えば、適切な投薬に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組の実施等、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する目標を設定することが考えられる。なお、複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できないことに留意が必要である。
- 3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
- 第三期都道府県医療費適正化計画において、1及び2で設定した目標値の達成のために、都道府県が講ずることが必要な施策としては、以下のものが考えられる。
- (1) 住民の健康の保持の推進
- 各都道府県は、その都道府県域内で実施される特定健康診査等をはじめとする保健事業等について、保険者等、市町村等における取組やデータ等を把握し、全体を俯瞰する立場から円滑な実施を支援するとともに、自らも広報・普及啓発など一般的な住民向けの健康増進対策を実施することが必要である。また、計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者等の関係者に対して、都道府県ごとに組織される保険者協議会を通じて必要な協力を求め、計画の目標の達成に向けて、主体的な取組を行うことが必要である。
- その際、全体として医療費適正化が達成されるように、例えば、特定健康診査等の実施主体である保険者に対して保健所から提供された地域の疾病状況等の情報を提供するほか、特に、被用者保険の被扶養者の特定健康診査等の実施率の向上に向けて、市町村が行うがん検診等各種検診の情報と特定健康診査等の情報を共有化し、同時実施等に関する効果的な周知について技術的助言を行うことが期待される。また、特定健康診査等に携わる人材育成のための研修の実施、加入者の指導等の保健事業の共同実施等を行っている保険者協議会に対する助言や職員の派遣による支援、幼少期からの健康に関する意識の向上や市町村における先進的な取組事例等についての情報提供、都道府県自身によるデータの分析やマスメディア等を利用した健康増進に関する普及啓発等の取組を行うことが考えられる。
- こうした取組を通じて、都道府県が特定健康診査等の実施率の向上並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に主体的な役割を果たすことが期待される。
- また、たばこ対策としては、保険者等、医療機関、薬局等と連携した普及啓発の促進や、相談体制の整備等の取組を行うことが考えられる。
- 予防接種については、住民の健康意識を高めることが医療費適正化にも資するとの観点から、接種率の向上に向け、実施主体である市町村に加えて保険者等が普及啓発等を行うことが期待されることとあり、都道府県においては、その支援を行うことが考えられる。また、感染症の発生動向の調査及び情報の公開、医療関係者との連携、都道府県内の市町村間の広域的な連携の支援等に取り組むことが考えられる。
- 生活習慣病の重症化予防については、すでに一部の保険者等が取り組んでいるところであるが、より効果的かつ効率的に取組を推進するために、都道府県が保険者等や医療関係者と連携し、また、民間事業者の活用も図りつつ、当該都道府県内において事業を横展開していくことが期待される。また、栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業についても、後期高齢者医療広域連合において取組を推進するため、国としても支援することとしており、都道府県においても保険者協議会を通じて、必要に応じて支援や助言をしていくことが考えられる。
- その他予防・健康づくりについては、すでに一部の保険者等や市町村において、加入者や住民に対して、健康情報を分かりやすく伝える取組や、個人が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等に健康器具等に還元可能なポイントを提供する等の個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組が実施されている。都道府県としても、このような予防・健康づくりの取組を推進していくため、保険者協議会を通じて、保険者等の取組の実態を把握するとともに、効果的な取組を広げていくことについて、保険者等と協力していくことが期待されている。
- (2) 医療の効率的な提供の推進

① 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

第三期医療費適正化計画においては、都道府県は、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ、医療費の見込みを定めることとしている。地域における効果的かつ効率的な医療提供体制の確保のため、平成27年度より、各都道府県において順次、地域医療構想の策定が行われているところであり、また、病床機能の分化及び連携の推進のため、地域連携パスの整備・活用の推進などに取り組むこととされているが、これらは第三期都道府県医療費適正化計画においても、都道府県が取り組むべき施策として考えられる。

また、その際、病床機能の分化及び連携を推進するためには、まちづくりの視点にも留意しつつ、患者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できる体制整備を進めることが重要である。このため、今後の介護療養病床を含む療養病床の在り方に係る検討にも留意しつつ、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など多様な住まいの整備、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能とする観点からの医療・介護サービス等の充実など、地域包括ケアシステムの構築に関する施策を第三期医療費適正化計画に記載することが考えられる。

なお、都道府県医療費適正化計画の策定の際は、医療計画及び介護保険事業支援計画の関係する箇所における記述の要旨又は概要を再掲することや医療計画と一体的に作成することでも差し支えないこととする。

② 後発医薬品の使用促進

第三期都道府県医療費適正化計画においては、各都道府県が設定する後発医薬品の使用促進に関する数値目標の達成に向け、都道府県域内における後発医薬品の使用促進策等について記載することが考えられる。こうした施策としては、例えば、後発医薬品を医療関係者や患者が安心して使用することができるよう、医療関係者、保険者や都道府県担当者等が参画する、後発医薬品の使用促進に関する協議会を活用して、医療関係者への情報提供など都道府県域内における普及啓発等に関する施策を策定・実施することが考えられる。また、都道府県域内の後発医薬品の薬効別の使用割合のデータ等を把握・分析することにより、保険者等の後発医薬品の使用促進に係る取組を支援することや、保険者等と地域の医療関係者との連携が進むよう、都道府県はその関係構築に向けた支援を行うこと等も考えられる。

③ 医薬品の適正使用の推進

重複投薬の是正は、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、医薬品の適正使用につながることから、第三期都道府県医療費適正化計画において、医薬品の適正使用のための取組を記載することが考えられる。重複投薬の是正に向けた施策としては、服用薬の一元的かつ継続的な把握ができるよう、保険者協議会を通じて保険者等による重複投薬の是正に向けた取組の支援を行うことや、処方医と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組の推進等を行うことが考えられる。

このほか、複数種類の医薬品の投与を受けている患者に対して、その服薬状況の分析も踏まえ、保険者協議会を通じた保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組を促進するなど、医薬品の適正使用に係る施策を推進することも考えられる。なお、その際、施策の推進に当たっては、複数種類の医薬品の投与についての適否については、一概には判断できないため、一律に一定種類以上の医薬品の投与を是正することを目的とした取組は適当ではないことに留意が必要である。

これらの施策を実施する際は、関係者等の意見の把握に努め、施策の課題を抽出し、その解決に向けた目標の設定及び施策の明示、進捗状況の評価等を実施し、必要があるときは、施策に反映していくことが有効である。特に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行うことが重要である。

4 目標を達成するための保険者等、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

3に掲げた取組を円滑に進めていくために、都道府県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者等及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制作りを努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要である。

特に、都道府県においては、保険者等による医療費適正化の取組と連携を深めることが必要である。このため、都道府県医療費適正化計画の策定に当たっては、第1の一の3(1)の関係者の意見を反映させる場への参画を保険者等に求めることに加えて、保険者協議会の構成員の一員として運営に参画するなど、連携を深めることが望ましい。また、保険者協議会その他の機会を活用して、必要に応じて、保険者等が行う保健事業の実施状況等を把握したり、保険者等が把握している加入者のニーズ等を聴取するなど、積極的に保険者等と連携することが望ましい。

法第9条第10項においては、保険者協議会を組織している都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び当該計画に基づく施策の実施に関して必要があると認め、当該保険者協議会を組織する保険者等に対して必要な協力を求める場合は、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができるとされている。医療費適正化の推進に向け、保険者協議会等を積極的に活用することが期待される。

5 都道府県における医療費の調査及び分析に関する事項

都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある。詳細は第3を参照のこと。

6 計画期間における医療費の見込みに関する事項

都道府県は、各都道府県の医療費の現状に基づき、平成35年度の医療費の見込みを算出する。

具体的な算出方法は、別紙二によるものとするが、このうち、入院外医療費に係る見込みについては、計画最終年

度に特定健康診査等の全国目標及び後発医薬品の使用割合の全国目標を達成した場合の医療費から、なお残る地域差を縮減したものとす。なお、経済・財政再生計画において「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。」とされている。本方針では、数値目標を定める特定健康診査等の受診率の向上及び後発医薬品の使用促進の効果を取り除いた後の都道府県別の平成35年度の一人当たり入院外医療費について、年齢調整を行い、なお残る一人当たり入院外医療費の地域差について全国平均との差を半減することをもって、地域差半減として取り扱う。別紙二に示す推計式では地域差半減には到達しない見込みであるため、引き続き、第三期医療費適正化計画の計画期間に向けて、医療費適正化に関する分析を継続的に行うとともに、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、分析結果も踏まえて国において追加を検討する。入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ、算出することとする。

7 計画の達成状況の評価に関する事項

都道府県医療費適正化計画の進捗状況を把握するとともに、計画の達成状況に関して評価を行い、その結果をその後の取組に活かしていくため、都道府県は、計画の初年度及び最終年度を除く毎年度、進捗状況の公表を行う。また、計画の最終年度に、進捗状況の調査及び分析を行い、次期計画に適切にその結果を反映させるとともに、最終年度の翌年度に計画の実績に関する評価を行う。詳細は第2を参照のこと。

8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

第三期医療費適正化計画においては、都道府県独自の取組を主体的に計画に位置付けることが望まれる。その場合は、関連する事業内容等について、3に準じて定めること。

都道府県独自の取組を位置付けるに当たっては、都道府県が保有するデータ又は国から提供するデータを基に課題の分析を行い、取組に反映することが望まれる。こうした取組の例としては、例えば、情報通信技術等を活用した保健師等の訪問指導による重複回受診の是正や診療報酬明細書の審査及び点検の充実、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、地域連携パスに関する協議会の設置・活用、医療機関間の主要な診療情報の相互参照を可能とする地域医療情報連携システムの導入など情報通信技術を活用した医療機関間の連携等が考えられる。なお、これら取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援又は促進が都道府県の施策となる。

三 その他

1 計画の期間

法第9条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画は6年を一期とするものとされているが、医療保険制度改革法附則第25条第1項の規定を踏まえ、都道府県は平成28年4月1日以後、速やかに、都道府県医療費適正化計画を定めるものとされている。第二期都道府県医療費適正化計画の計画期間が終了する前に第三期都道府県医療費適正化計画を定めた場合は、その策定日から平成35年度までを計画期間とすることとなる。一方、第二期都道府県医療費適正化計画の計画期間終了に伴い第三期都道府県医療費適正化計画を定めた場合には、平成30年度から平成35年度までを計画期間として作成することとなる。

2 計画の進行管理

都道府県医療費適正化計画は、計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環により進行管理をしていくこととしている。詳細は第2を参照のこと。

3 計画の公表

法第9条第8項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、これを公表するよう努めることとする。

第2 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

一 評価の種類

1 進捗状況の公表

都道府県は、計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、法第11条第1項の規定により、年度（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く。）ごとに都道府県医療費適正化計画の進捗状況を公表するよう努めるものとする。

2 進捗状況に関する調査及び分析

都道府県は、第四期医療費適正化計画の作成に資するため、法第11条第2項の規定により、計画期間の最終年度である平成35年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表するよう努めるものとする。また、医療費適正化基本方針の作成に資するため、厚生労働大臣に報告するよう努めるものとする。

3 実績の評価

都道府県は、法第12条の規定により、第三期都道府県医療費適正化計画期間終了の翌年度である平成36年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行うことが必要であり、その内容を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。なお、第二期都道府県医療費適正化計画についても、第二期都道府県医療費適正化計画終了の翌年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行うことが必要であり、その内容を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

二 評価結果の活用

1 計画期間中の見直し及び次期計画への反映

毎年度の進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に

じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めるものとする。

また、計画期間の最終年度における進捗状況に関する調査及び分析の際に、目標の達成状況について経年的に要因分析を行い、その分析に基づいて必要な対策を講ずるよう努めるとともに、第四期医療費適正化計画の作成に活用するものとする。

2 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第14条第1項において、厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要と認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができることとしている。

この定めをするに当たってあらかじめ行われる関係都道府県知事との協議に際しては、都道府県は自らが行った実績評価を適宜活用して対応するものとする。

第3 医療費の調査及び分析に関する基本的な事項

一 医療費の調査及び分析を行うに当たっての視点

都道府県は、医療費が伸びている要因の分析を行う必要があることから、医療費の多くを占める高齢者の医療費を中心に、全国の平均値及び他の都道府県の値等との比較を行い、全国的な位置付けを把握し、医療費又は医療費の伸びが低い都道府県や近隣の都道府県との違い、その原因等を分析する必要がある。

その際、都道府県別の医療費には、保険者等の所在地ごとに集計された医療費、医療機関の所在地ごとに集計された医療費、住民ごとの医療費の三種類があり、それぞれの医療費について、その実績と動向に関し、分析を行う必要がある。

二 医療費の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療費の実態を把握するため、国民健康保険事業年報等から、性別、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び医療費のデータを入手する必要がある。

また、地域内における医療機関の病床数の状況や、保険者が実施する特定健康診査等の実施状況についてのデータを把握していく必要がある。

なお、都道府県が行う医療費の調査及び分析のため、入院医療費・入院外医療費のデータのうち、主要疾患に係る受療率・一人当たり日数・一日当たり点数それぞれについての都道府県別・二次医療圏別、年齢階級別及び男女別のデータ、保険者種別ごとの特定健康診査等の実施状況についてのデータ等は、国から提供していくこととする。

第4 医療費適正化に関するその他の事項

一 国、都道府県及び保険者等の役割

医療費適正化の取組については、国、都道府県及び保険者等がそれぞれの役割の下、推進していく必要がある。

二 国の取組

医療費適正化の取組に当たっては、医療保険と介護保険の制度全般を所管する国がその役割と責任を果たすことが前提であり、国は、都道府県及び保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行うとともに、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な推進を図る観点から、次に掲げる施策を推進していく役割がある。

1 国民の健康の保持の推進に係る施策

国においては、保険者等における加入者の健康課題を踏まえた保健事業全般の推進を図るため、保険者等が策定するデータヘルス計画の精度を向上させるための支援や保険者等が保健事業を実施する上で活用する民間事業者の育成・普及を行うとともに、特定健康診査等の予算補助の実施や平成30年度から始まる保険者努力支援制度の創設、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し等により、保険者等に対する誘因策（インセンティブ）を強化するなど、保険者等が保健事業を実施していくための必要な環境整備を行う。

たばこ対策については、喫煙による健康被害を最小限にするために、国においても受動喫煙対策の強化、普及啓発及び禁煙支援等の取組を行っていく。

予防接種については、予防接種に関する啓発及び知識の普及、予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保等の必要な措置、予防接種事業に従事する者に対する研修の実施等必要な措置並びに予防接種の有効性及び安全性の向上を図るために必要な調査及び研究について着実な実施を図るとともに、副反応報告制度の運用及び健康被害の救済についても円滑な運用を行う。

生活習慣病の重症化予防については、多くの保険者等で取組が推進されるよう、日本健康会議とも連携しつつ、実施に当たっての民間事業者の育成や普及に加え、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や推進方策の検討を行い、保険者等に提供する等の必要な支援を行う。また、高齢者の特性に応じた保健事業を推進する観点から、モデル事業の実施や効果的な事例の周知を行っていく。

その他保険者等の予防・健康づくりの取組として、加入者に健康情報を分かりやすく伝える取組や、加入者が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等に健康器具等に還元可能なポイントを提供する等の個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組が推進されるよう、実施に当たってのガイドラインの策定等を行っていく。

2 医療の効率的な提供の推進に係る施策

病床機能の分化及び連携については、医療介護総合確保基金を通じた都道府県に対する財政支援や都道府県及び市町村が医療及び介護に係る情報の分析を行うための基盤整備を行っていく。

また、後発医薬品の使用促進については、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、医療関係者に対する啓発資料の送付や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行っていく。残薬、重複投薬、不適切な複数種類の医薬品の投与及び長期投薬を減らすための取組などの医薬品の適正使用の推進については、医療関係者や保険者等と連携し、国民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知や、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援等を行っていく。

三 都道府県の取組

都道府県は、地域医療構想の策定を進め、医療提供体制の整備を推進する、保険者等の取組の進捗状況を踏まえて保険者協議会を通じて必要な協力を求めるなど、都道府県医療費適正化計画の推進に関し、目標達成に向け、主体的な取組を行うほか、平成30年度からは国民健康保険の財政運営の責任の主体としての保険者機能の発揮という役割を担うこととなる。具体的な取組は第1の2の3を参照のこと。

四 保険者等の取組

保険者等は、加入者の資格管理や保険料の徴収等、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行う等、保険者機能の強化を図ることが重要である。

具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査等の実施のほか、加入者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、平成27年度からはデータヘルス計画に基づき事業の実施が行われている。平成30年度に向けて同計画の内容を見直しつつ、加入者の健康課題も踏まえ、より効果的かつ効率的に保健事業を実施することが期待されている。

さらにその中で、日本健康会議の取組とも連動しつつ、すでに一部の保険者等において実施されている医療関係者と連携した重症化予防に係る取組や、加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組など、効果的な取組を各保険者等の実情に応じて推進していくことが期待されている。

また、後発医薬品の使用促進のため、自己負担の差額通知等の取組を推進することや、医療機関と連携した訪問指導の実施等により、重複投薬の是正に向けた取組を各保険者等の実情に応じて行うことに加え、都道府県が医療計画や医療費適正化計画の作成等を行う際に加入者の立場から意見を出すことも期待されている。

五 医療の担い手等の取組

医療の担い手等（法第6条に規定する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手並びに医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設の開設者及び管理者をいう。）は、特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く効率的な医療を提供する役割がある。

保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するに当たって、保険者等と連携した取組や病床機能の分化及び連携を進めるために、協議の場（医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）において議論を深めるとともに、そこで示されたデータを踏まえて、自らが所属する医療機関の位置付けを確認しつつ、医療機関相互の協議により、地域における病床機能の分化及び連携に応じた自主的な取組を進めていくことが期待されている。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めること及び医薬品の処方医とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携の下、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組を行うことが期待されている。

六 国民の取組

国民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要である。

このため、特定健康診査の結果等の健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されている。また、医療機関等の機能に応じ、医療を適切に受けるよう努めることが期待されている。

第5 この方針の見直し

この方針は、第三期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定めたものである。この方針については、地域医療構想の策定状況、地域包括ケアシステムの構築の推進状況及び医療費適正化に関する分析や取組の状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行うものとする。

別紙一

標準的な特定健康診査等の目標値の推計方法

標準的な特定健康診査等の目標値の推計方法の例は次のとおりとする。

1 基本的事項

(1) 推計対象

第三期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成35年度）における特定健康診査実施率・特定保健指導実施率の目標を推計の対象とする。

(2) 基礎データ

特定健康診査受診者数・特定保健指導対象者数等の実績等

(3) 推計の流れ

① 保険者種別ごとの特定健康診査受診者数・特定健康診査実施率等の実績を基礎として、特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。

- ② 保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値と①で推計した保険者種別ごとの構成割合を基礎として、総計の特定健康診査実施率の目標値を推計する。
- ③ ②の推計結果と保険者種別ごとの特定保健指導対象者数等を基礎として、特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。
- ④ 保険者種別ごとの特定保健指導の実施率の目標値と③で推計した保険者種別ごとの構成割合を基礎として、総計の特定保健指導実施率の目標値を推計する。
 なお、規模が小さいこと等から実績を直接使用することが困難であると見込まれる場合は、複数の保険者種別をまとめて推計する等必要に応じて補正等を行うこととする。また、地域の実情を考慮する必要がある場合は、全国と各地域の実績の違いに着目して推計に反映させることとする。

以下、①～④について標準的な方法を説明する。

- 2 特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合の推計
 都道府県別・保険者種別の特定健康診査受診者数を保険者種別ごとの特定健康診査実施率で除すること等により、特定健康診査対象者数を推計し、それを基に、特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。
- 3 特定健康診査実施率の目標値の推計
 2で推計した特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合に、保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値を乗じて足し上げることにより、総計の特定健康診査実施率の目標値を推計する。
- 4 特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合の推計
 保険者種別ごとに次式により算定した推計値のそれぞれについて、各推計値を足し上げた総計に対する比率を算出し、それを基に、特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。

$$2 \text{で推計した特定健康診査対象者の構成割合} \times \text{保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値} \times (\text{足下の特定保健指導対象者数} / \text{足下の特定健康診査受診者数})$$
- 5 特定保健指導実施率の目標値の推計
 4で推計した特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合に、保険者種別ごとの特定保健指導の実施率の目標値を乗じて足し上げることにより、総計の特定保健指導実施率の目標値を推計する。

別紙二

標準的な都道府県医療費の推計方法

医療費の見込みを算出する際には、以下の項目を踏まえることとする。

- 1 基本的事項
 - (1) 推計期間
 第三期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成35年度）までとする。
 - (2) 推計の対象となる医療費
 住民住所地別の都道府県医療費を推計の対象とする。
 - (3) 基礎データ
 都道府県医療費の推計に使用するデータは次に掲げる統計を基礎とする。
 - ① 患者統計（厚生労働省政策統括官）
 - ② 国民医療費（厚生労働省政策統括官）
 - ③ 病院報告（厚生労働省政策統括官）
 - ④ 医療費の動向（厚生労働省保険局）
 - ⑤ 後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局）
 - ⑥ 国民健康保険事業年報（厚生労働省保険局）
 - ⑦ 健康保険・船員保険事業年報（厚生労働省保険局）
 - ⑧ 都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
 - ⑨ その他国勢統計（総務省統計局）、推計人口（総務省統計局）等
 - (4) 推計の流れ
 - ① 基準年度（平成26年度）の住民住所地別の都道府県医療費の推計
 - ② 医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の伸び率の算出
 - ③ 医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の将来推計
 - ④ 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた都道府県医療費の将来推計
 - ⑤ 医療費適正化の取組を行った場合の効果の算出
 - ⑥ 都道府県医療費の将来推計

以下①～⑥について標準的な方法を説明する。

- 2 基準年度（平成26年度）の住民住所地別の都道府県医療費の推計方法
 将来推計の初期値となる基準年度（平成26年度）の都道府県医療費は、平成25年度の事業統計（後期高齢者医療事業年報、国民健康保険事業年報及び健康保険・船員保険事業年報等をいう。以下同じ。）や医療費の動向を基に医療保険に係る医療費の実績推計値を作成し、これと平成26年度の医療費の動向の対前年度伸び率を基に医療保険に係る医療費の平成26年度実績見込みを推計し、さらに、公費負担等も含めた国民医療費ベースに変換したものとする。推計は入院外（調剤、

訪問看護及び療養費等を含む。以下同じ。)及び歯科別の診療種別ごとに行うものとする。具体的な推計方法は以下のとおりとする。

(1) 事業統計等を基にした平成25年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計

① 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度については、都道府県別の事業統計は住民住所地別のデータとなっているため、これを後期高齢者医療の都道府県医療費とする。

② 国民健康保険

市町村国民健康保険については、都道府県別の事業統計が住民住所地別のデータとなっているため、これを市町村国民健康保険の都道府県医療費とする。

国民健康保険組合については、事業統計に都道府県別のデータが無い場合、医療費の動向(概算医療費)の国民健康保険組合の都道府県別データに一律の補正率を乗じて、国民健康保険組合の医療費の総計が事業統計と一致するように推計する。

③ 被用者保険

医療費の動向(概算医療費)の医療機関の所在地別医療費(被用者保険に係るものに限る。以下同じ。)を基に、患者統計の住民の住所地別の患者数(被用者保険に係るものに限る。以下同じ。)を医療機関の所在地別の患者数(被用者保険に係るものに限る。以下同じ。)で除した率等を用いて次式により算出し、さらに、一律の補正率を乗じて、被用者保険の医療費の総計が事業統計と一致するように推計する。

被用者保険に係る住民の住所地別医療費=医療機関の所在地別医療費× α (延べ患者数の変換率)× β (一日当たり医療費の変換率)

α =住民の住所地別の患者数÷医療機関の所在地別の患者数

β =住民の住所地別の一日当たり医療費÷医療機関の所在地別の一日当たり医療費

※ α は患者統計のデータ、 β は国民健康保険の事業統計を代用して算出

(2) 医療保険に係る都道府県医療費の平成26年度実績見込みの作成

(1)で推計した医療費に平成26年度の医療費の動向(概算医療費)における都道府県別の医療機関の所在地別の医療費を基に、2(1)③と同様の手法で算出した住民住所地別の医療費の対前年度比を入院外及び歯科別の診療種別ごとに乗ずることによって推計する。

(3) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1)と同様の手法で推計した平成23年度の医療保険に係る都道府県医療費と平成23年度の都道府県別の国民医療費の比率を補正率とし、これを平成26年度の医療保険に係る都道府県医療費の実績見込みに乗ずることにより国民医療費ベースの都道府県別医療費へ変換する。なお、増加分は公費負担等とし、入院外及び歯科別の診療種別ごとの内訳は医療保険に係る医療費における構成割合と同様と仮定して推計する。

3 医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の伸び率の算出方法

将来推計においては、基準年度(平成26年度)から推計年度までの一人当たり医療費の伸び率を、過去の都道府県別の医療費を基礎として、総人口の変動、診療報酬改定及び高齢化の影響を考慮して入院外及び歯科別の診療種別ごとに算出したものを用いる。この一人当たり医療費の伸び率の算出の考え方は次のとおりとする。

(1) 算定基礎期間

平成21年度から平成25年度まで(5年間)を算定基礎期間とする。

(2) 一人当たり医療費の伸び率の設定の考え方

診療種別ごとに算定した医療費の動向(概算医療費)における都道府県別の医療機関の所在地別の医療費を基に、2(1)③と同様の手法で算出した住民住所地別の医療費の伸び率から都道府県別の総人口の変動、診療報酬改定及び高齢化の影響を除去し、医療の高度化等に起因する一人当たり医療費の伸び率を算出する。これに将来の診療報酬改定及び高齢化の影響を加味し、推計年度までの伸び率とする。具体的な一人当たり医療費の伸び率の設定方法は以下のとおりとする。

① 医療の高度化等に起因する一人当たり医療費の伸び率の設定

算定基礎期間における医療費の伸び率から、人口変動率並びに(3)及び(4)において整理される診療報酬改定及び高齢化の影響を除去したものを平均し、伸び率を設定する。

なお、算定基礎期間における医療費適正化等の効果(平均在院日数の減少の影響及び後発医薬品の使用促進の影響)を勘案し、この影響を加算又は除去した伸び率を算定する必要があるため、平成26年度から平成29年度までは上記の算定結果に対して0.17%を減じ、平成30年度から平成35年度までは上記の算定結果に対して0.52%を加算するものとする。

② 基準年度から推計年度にかけての伸び率の設定

基準年度から推計年度までの①で算定した医療の高度化等に起因する一人当たり医療費の伸び率の累積に、(3)及び(4)において整理される診療報酬改定の影響及び診療種別ごとに算定した基準年度から推計年度までの高齢化の影響を加えて算出する。

(3) 診療報酬改定

診療報酬改定の影響は、一律に現れるものと仮定し推計に用いることとする。

診療報酬改定は、一人当たり医療費の伸び率に対して、算定基礎期間においては、平成22年度は0.19%、平成24年度は0.004%、基準年度から推計年度にかけての期間においては、平成28年度は▲1.31%の影響があるものとする。

(4) 高齢化の影響

一人当たり医療費の伸び率のうち高齢化による伸び率を算出する。

具体的には、国民医療費における年齢階級別一人当たり医療費を固定し、都道府県別の年齢階級別人口が変化した場合の一人当たり医療費の伸び率により高齢化の影響を、基準年度から推計年度にかけて、入院外及び歯科別の診療種別ごとに算出する。

4 医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の将来推計の方法

(1) 医療保険に係る入院外及び歯科の医療費の算出

上記の2で算出した基準年度（平成26年度）の医療保険に係る都道府県別医療費を都道府県別人口で除して算出した一人当たり医療費と、3で算出した一人当たり医療費の伸び率及び都道府県別将来推計人口を基礎として次式の考え方により算出する。

医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費＝平成26年度の一人当たり医療費×平成26年度から推計年度までの一人当たり医療費の伸び率×都道府県別将来推計人口（推計年度）

(2) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1)で推計された医療保険に係る都道府県医療費に2(3)で算出した補正率を乗じて国民医療費ベースの医療費に変換する。なお、増加分は公費負担等とし、入院外及び歯科別の診療種別ごとの内訳は医療保険に係る医療費における構成割合と同様と仮定して推計する。

5 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた都道府県医療費の将来推計の方法

医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の33の2に規定する病床の機能の区分及び在宅医療等に関する区分ごとに法第16条に基づき収集するデータを用いて算出した値に、3と同様の手法で算出した入院医療費の医療の高度化等に起因する都道府県別医療費の伸び率を乗じ、それを一人当たり医療費とする。これに、同条に基づき収集するデータを用いて算出した都道府県別に平成35年度に見込まれる各区分ごとの患者数の見込みを乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加え、次式により算定する。

病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、現時点では移行する患者の状態等は明らかではなく医療費の推計は示さない。なお、都道府県が独自に推計することは可能とし、今後検討が進められる移行する患者の状態等や必要な受け皿などに留意しつつ、都道府県からの求めに応じ、推計方法にかかる助言等を行っていく。

病床機能の分化及び連携の推進の成果＝各区分ごとの一人当たり医療費×平成35年度の各区分ごとの患者数の見込み＋精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費

6 医療費適正化の取組を行った場合の効果の算出方法及び都道府県医療費の将来推計の方法

第三期医療費適正化計画においては、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた都道府県医療費の将来推計及び医療費適正化対策として「生活習慣病対策」及び「後発医薬品の使用促進」に加え、「地域差縮減に向けた取組」について、以下に示す考え方により、これらの医療費適正化効果を織り込み都道府県医療費の将来推計を作成する。

また、都道府県でこれら以外の適正化の取組（以下「都道府県の独自の取組」という。）を行っている場合については、その取組の効果について、都道府県において必要に応じて織り込むこととされたい。

以下の(1)から(3)まで及び都道府県の独自の取組において推計した推計値をもって医療費適正化の効果とする。

なお、以下で用いる平成35年度の入院外医療費は4(2)で算出したものを用いる。

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上による効果算定

平成25年度の各都道府県における40歳から74歳までの特定健康診査の対象者について、特定健康診査の実施率が70%であり、かつ、そのうち特定保健指導の対象者が17%と仮定して、特定保健指導の実施率が45%という目標を達成した場合の該当者数（以下「特定健康診査等の目標を達成した場合の特定保健指導の該当者数」という。）から、平成25年度の特定保健指導の実施者数を差し引いて、特定保健指導による効果額を用いて、次式により算定する。

{ (平成25年度における特定健康診査等の目標を達成した場合の特定保健指導の該当者数－平成25年度の特定保健指導の実施者数) × 特定保健指導による効果額 (平成20年度に特定保健指導を受けた者と受けていない者の年間平均医療費の差を用いる。ただし、都道府県独自の効果額を用いることも可能とする。) } ÷ 平成25年度の入院外医療費 × 平成35年度の入院外医療費の推計値

(2) 後発医薬品の使用促進による効果算定

平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額及び平成25年10月の数量シェアを用いて、次式により算定する。

なお、経済・財政再生計画において、平成29年央には後発医薬品の数量シェアを70%以上とすることとなっていることを踏まえ、そこから平成35年度において仮に後発医薬品の数量シェアが80%となった場合を推計している。

{ 法第16条に基づき収集するデータを用いて算出した平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額 ÷ (1－平成25年10月の数量シェア) × (0.8－0.7) } × 12 ÷ 平成25年度の入院外医療費 × 平成35年度の入院外医療費の推計値

(3) 地域差縮減に向けた取組による効果算定

経済・財政再生計画において「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。」とされている。そのため、本方針では、数値目標を定める特定健康診査等の受診率の向上及び後発医薬品の使用促進の効果を取り除いた後の都道府県別の平成35年度の一人当たり入院外医療費について、年齢調整を行い、なお残る一人当たり入院外医療費の地域差について全国平均との差を半減することをもって、地域差半減として取り扱う。

地域差縮減に向けた取組としては、糖尿病の重症化予防の取組の推進、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による効果を①から③までにより算定する。また、①から③までの取組のみによっては地域差半減には到達しない見込みであるため、引き続き、第三期医療費適正化計画の計画期間に向けて、医療費

適正化に関する分析を継続的に行うとともに、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、分析結果も踏まえて国において追加を検討する。

- ① 糖尿病に関する取組の推進については、平成25年度の当該都道府県における40歳以上の糖尿病の一人当たり医療費と全国平均の一人当たり医療費との差を用いて、次式により算定する。

なお、全国平均を下回る都道府県については、例えば、全国平均を上回る都道府県の中で全国平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定した推計などを行うことが望ましい。

{ (平成25年度の当該都道府県における40歳以上の糖尿病の一人当たり医療費－平成25年度の全国平均の一人当たり医療費) ÷ 2 × 平成25年度の40歳以上の人口 } ÷ 平成25年度の入院外医療費 × 平成35年度の入院外医療費の推計値

- ② かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による重複投薬の適正化については、平成25年10月に3医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている患者数を用いて、次式により算定する。

(平成25年10月時点で3医療機関以上からの重複投薬に係る調剤費等のうち、2医療機関を超える調剤費等の一人当たり調剤費等 × 平成25年10月時点で3医療機関以上から重複投薬を受けている患者数 ÷ 2) × 12 ÷ 平成25年度の入院外医療費 × 平成35年度の入院外医療費の推計値

- ③ かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による複数種類の医薬品の投与の適正化については、平成25年10月に同一成分の医薬品を15種類以上投与されている65歳以上の患者数と一人当たりの調剤費等を用いて、次式により算定する。

{ (平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受ける65歳以上の高齢者の一人当たり調剤費等－平成25年10月時点で14種類の投薬を受ける65歳以上の高齢者の一人当たり調剤費等) × 平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受ける65歳以上の高齢者数 ÷ 2 } × 12 ÷ 平成25年度の入院外医療費 × 平成35年度の入院外医療費の推計値

登録番号 (29) 428

第三期東京都医療費適正化計画

平成30年3月発行

編集・発行 東京都福祉保健局保健政策部国民健康保険課

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

電話 03 (5320) 4164 FAX 03 (5388) 1409

印刷 社会福祉法人東京コロニー 大田福祉工場

〒143-0015 東京都大田区大森西二丁目22番26号

電話 03 (3762) 7611

