

東京都医療費適正化計画の実績

平成26年3月

東京都福祉保健局

目次

「東京都医療費適正化計画の実績」の策定に当たって	1
第1章 計画策定時と現在の状況	
第1 東京都の人口の推移	2
第2 都民医療費の推移	2
1 医療費総額の状況	2
2 一人当たり医療費の状況	4
第2章 目標の進捗状況	
第1 住民の健康の保持の推進に関する目標の進捗状況	7
1 特定健康診査及び特定保健指導の進捗状況	7
2 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	9
第2 医療の効率的な提供の推進に関する目標のうち、平均在院日数の状況	10
1 平均在院日数の推移	10
2 二次保健医療圏別平均在院日数	11
第3 特定健康診査及び特定保健指導の実施率が高い保険者の取組	13
1 単一組合	13
2 総合組合	17
3 区市町村国民健康保険	22
第3章 取組の進捗状況	
第1 生活習慣病の予防	26
1 特定健康診査及び特定保健指導の効果的な推進	26
2 健康づくりの一体的な推進	27
第2 医療連携体制の構築	28
1 都民の視点に立った医療情報の提供	28
2 疾病・事業ごとの医療連携体制の取組	30
第3 地域ケア体制等の推進	35
1 地域ケア体制の推進	35
2 療養病床の再編成への取組	37
第4 その他の取組	38
1 後期高齢者における健康診査の推進	38
2 生活保護部門と保健衛生部門の連携の推進	38
3 国民健康保険における取組の推進	38

第4章	施策に要した費用に対する効果の推計	
第1	第一期計画策定時における医療費の見通し	40
第2	第一期計画期間の取組による医療費適正化効果の推計	40
1	平均在院日数の短縮に係る医療費適正化の効果	40
2	特定保健指導の実施に係る医療費適正化の効果	41
3	第一期計画期間の取組による医療費適正化効果の推計	41

「東京都医療費適正化計画の実績」の策定に当たって

本書は、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」といいます。）第 12 条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成 19 年厚生労働省令第 129 号。以下「高齢者医療確保法施行規則」といいます。）第 3 条に基づき、第一期東京都医療費適正化計画（平成 20 年度から平成 24 年度まで）に掲げる目標の達成状況、施策の実施状況及び当該施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものです。

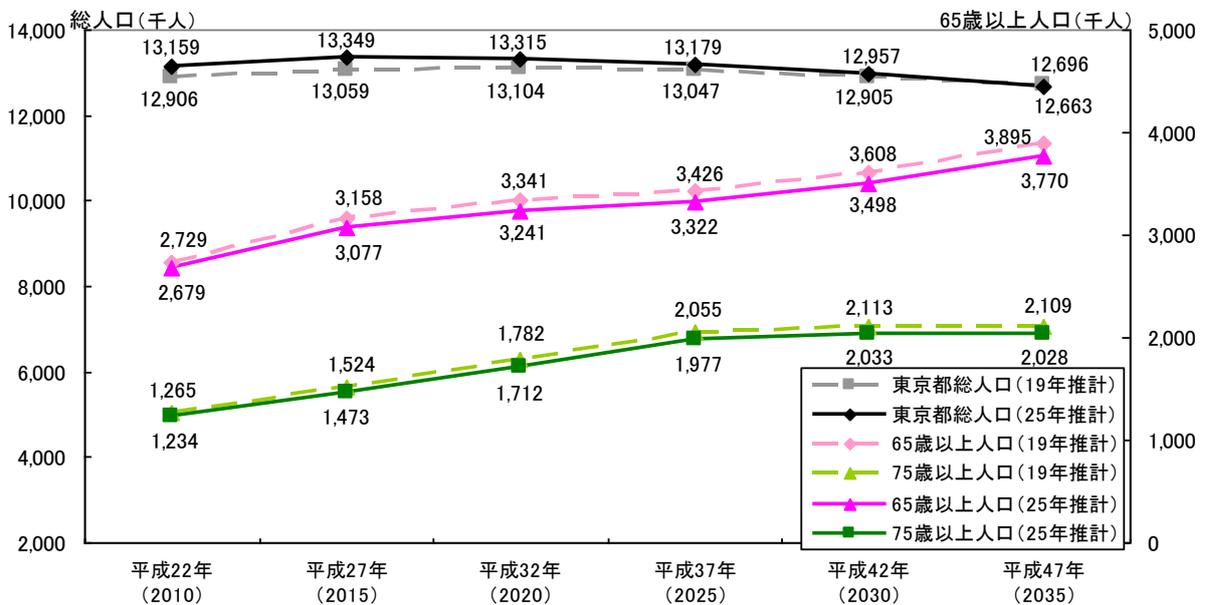
第1章 計画策定時と現在の状況

第1 東京都の人口の推移

東京都の人口は、計画策定時点の推計では、平成32(2020)年が最大(1,310万4千人)と見込んでいましたが、人口動態等の変化により、平成25年時点の推計では、平成27(2015)年が最大(1,334万9千人)になることが予想されます。

65歳以上の高齢者人口は、計画策定時点の推計よりも若干下回るものの、増加を続けることが見込まれます。平成22(2010)年から平成47(2035)年までの25年間で、65歳以上人口は約1.4倍に、75歳以上人口は約1.6倍に増加することが予想されます。(図表1)

図表1 東京都の総人口及び高齢者人口の将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年及び平成25年推計)

第2 都民医療費の推移

1 医療費総額の状況

平成23年度の都民医療費の総額は、3兆7,120億円であり、計画初年度である平成20年度の3兆2,584億円と比べ13.9%増加しています。また、全国の医療費総額38兆5,850億円の9.6%を占めています。これは、人口規模(都の人口は、全国総人口の10.3%)と同程度であり、医療費の規模は平成17年度及び平成20年度と同様に全国1位です¹。(図表2,3)

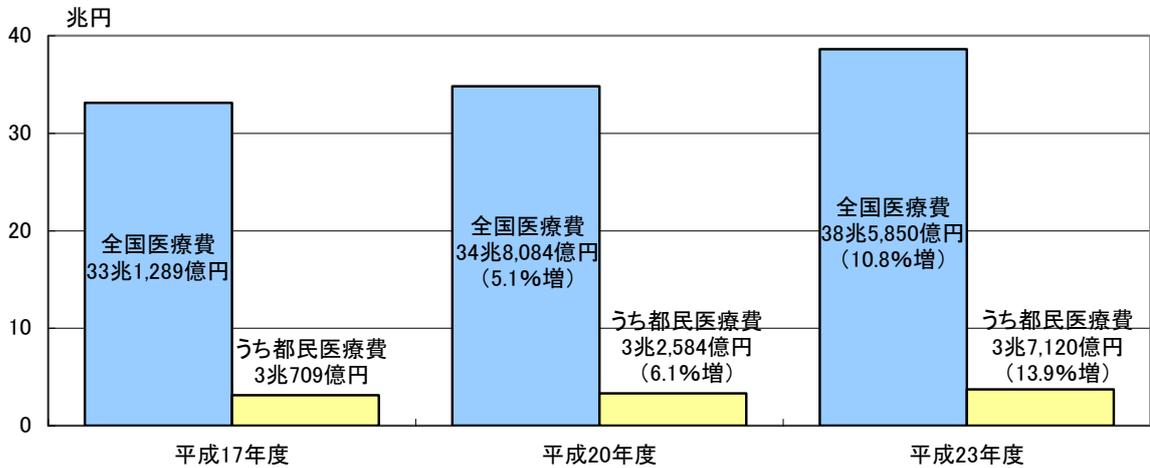
このうち、原則として75歳以上を対象とした東京都の後期高齢者医療費の総額は

¹ 国は、3年ごとに都道府県別国民医療費の推計を実施している。

1兆1,022億円であり、都民医療費のおよそ3割を占めています。

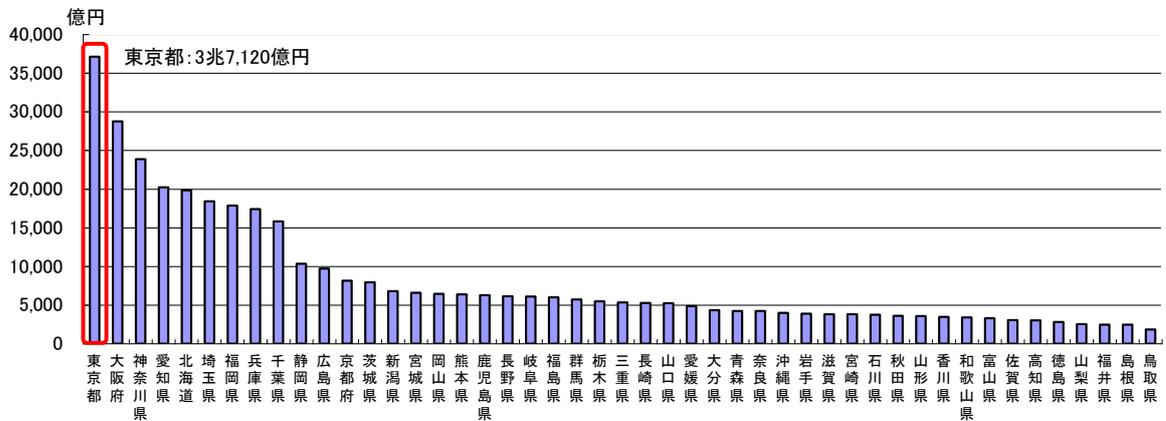
後期高齢者医療費は、被保険者数の伸び率を越える割合で増えており、後期高齢者の増加に伴い、医療費はより高い伸びを示すと予想されます。(図表4)

図表2 都民医療費総額と全国医療費総額の推移



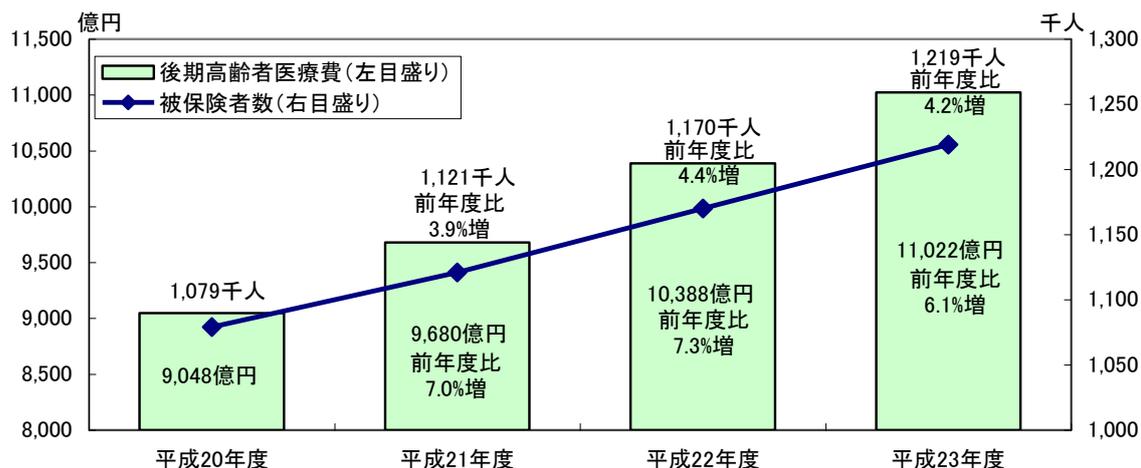
出典：厚生労働省「国民医療費」(平成17年度、平成20年度及び平成23年度)

図表3 平成23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23年度)

図表 4 東京都の後期高齢者医療の被保険者数と医療費の推移²



出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成 20～23 年度）

2 一人当たり医療費の状況³

(1) 一人当たり医療費（総額）

平成 23 年度の東京都の一人当たり医療費は 28 万 1 千円で、平成 20 年度の 25 万 4 千円と比べ 10.6%増加しています。一人当たり医療費の規模は全国 39 位で、全国平均を下回っています。（図表 5, 6）

図表 5 一人当たり医療費の推移

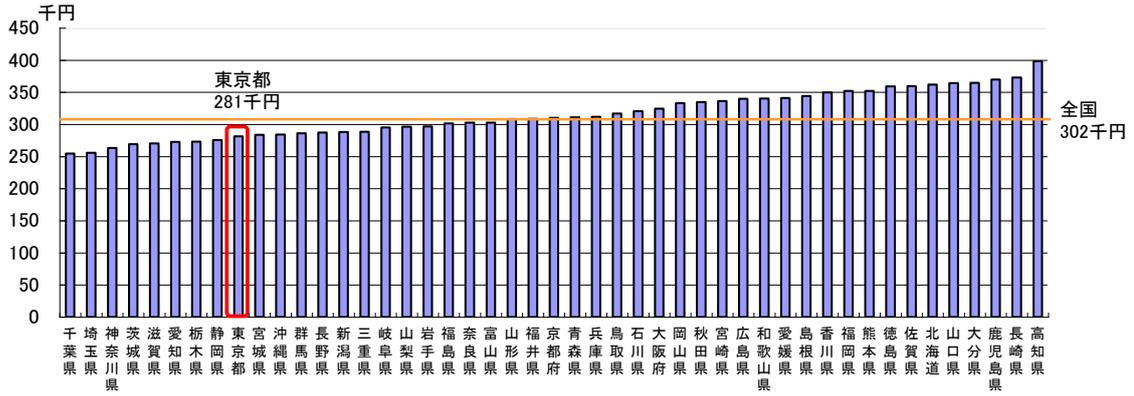
	平成 17 年度	平成 20 年度	平成 23 年度
全 国	259 千円	273 千円	302 千円
東京都	244 千円	254 千円	281 千円
(全国順位)	35 位	39 位	39 位

出典：厚生労働省「国民医療費」（平成 17 年度、平成 20 年度及び平成 23 年度）

² 平成 20 年度の後期高齢者医療費総額は、平成 20 年 4 月から平成 21 年 2 月までの 11 か月分であるため、平成 20 年度後期高齢者医療状況報告の数値に 12/11 を乗じたものを使用した。

³ 「「東京都医療費適正化計画」の進捗状況」（平成 23 年 3 月東京都福祉保健局）では、厚生労働省「国民医療費」の都道府県別国民医療費及び人口一人当たり国民医療費について年齢補正した数値を掲載しているが、ここでは「国民医療費」の数値をそのまま掲載している。

図表6 平成23年度都道府県別一人当たり医療費（総額）

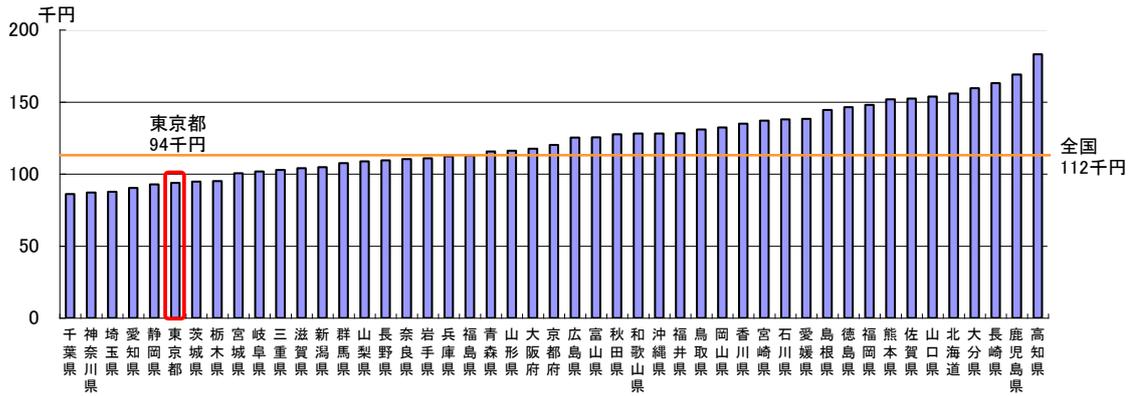


出典：厚生労働省「国民医療費」（平成23年度）

(2) 一人当たり医療費（入院）

平成23年度の東京都の一人当たり医療費は9万4千円で、平成20年度の8万4千円と比べ11.9%増加しています。一人当たり医療費の規模は全国42位で、全国平均を下回っています。（図表7）

図表7 平成23年度都道府県別一人当たり医療費（入院）

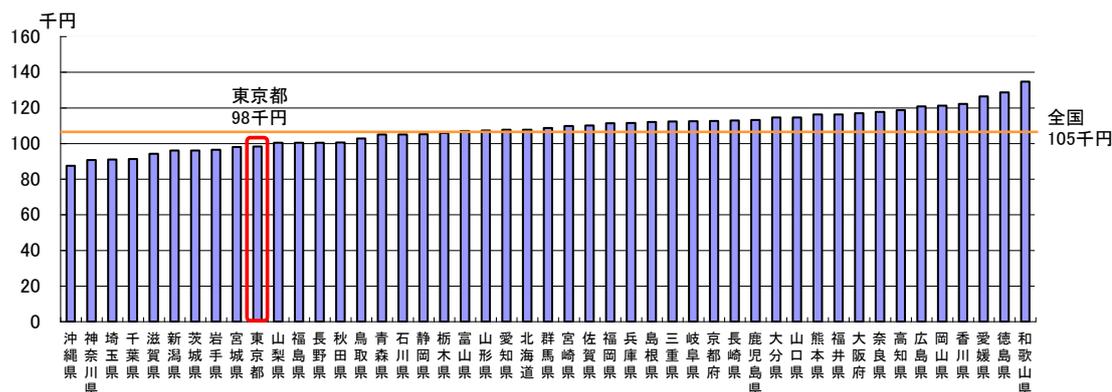


出典：厚生労働省「国民医療費」（平成23年度）

(3) 一人当たり医療費（入院外）

平成23年度の東京都の一人当たり医療費は9万8千円で、平成20年度の9万6千円と比べ2.1%増加しています。一人当たり医療費の規模は全国38位で、全国平均を下回っています。（図表8）

図表 8 平成 23 年度都道府県別一人当たり医療費（入院外）

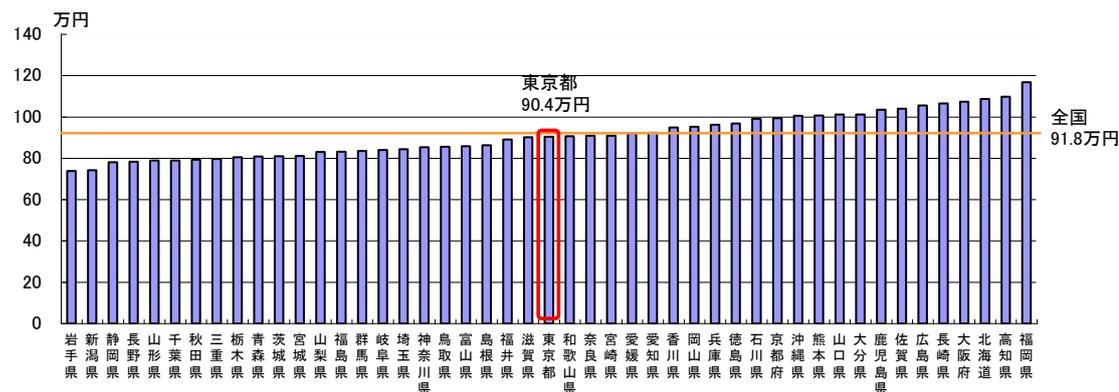


出典：厚生労働省「国民医療費」（平成 23 年度）

(4) 一人当たり医療費（後期高齢者医療）

平成 23 年度の東京都の後期高齢者一人当たり医療費は 90 万 4 千円で、平成 20 年度の 83 万 9 千円と比べ 7.7% 増加しています。一人当たり医療費の規模は全国 24 位で、全国平均と同程度です。（図表 9）

図表 9 後期高齢者の平成 23 年度都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成 23 年度）

第2章 目標の進捗状況

医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「医療費適正化基本方針」といいます。）を定め、都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、都道府県医療費適正化計画を定めるものとされています。

第一期計画に係る医療費適正化基本方針において国が定める目標を受け、東京都は、図表10のとおり目標を設定しました。

なお、療養病床の病床数についても、国は、第一期計画に係る医療費適正化基本方針において数値目標を定めていましたが、その後、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態を踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設については、平成29年度末まで転換期限を猶予することとされました。

本書の作成に関して国が示した「平成25年度に実施する第一期医療費適正化計画の実績に関する評価に関する基本的な考え方」⁴（以下「実績評価に関する基本的な考え方」といいます。）においても、療養病床の病床数については、目標の達成状況並びに施策の実施状況に関する調査及び分析の実施を要しないとされたことから、療養病床の病床数に関する目標については、図表10から除外しています。

図表10 第一期計画の国が定める目標と都の目標設定（平成24年度時点の目標）

国が定める医療費適正化基本方針の目標	都が設定する目標
1 住民の健康の保持の推進に関する目標	
ア 特定健康診査の実施率	
対象者（40歳から74歳まで）の70%以上	対象者の70%以上
イ 特定保健指導の実施率	
対象者（特定保健指導が必要と判定された者）の45%以上	対象者の45%以上
ウ 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年度比で10%以上減少 （平成27年度末時点で、平成20年度比25%減少という中期目標に基づき設定）	平成20年度比で10%以上減少
2 医療の効率的な提供の推進に関する目標	
平均在院日数	
平成18年の病院報告における各都道府県の平均（32.2日）と、最短の長野県（25.0日）との差の3/9を減らす。⇒29.8日が目標	平成18年病院報告に基づき算出した日数（25.4日）

第1 住民の健康の保持の推進に関する目標の進捗状況⁵

1 特定健康診査及び特定保健指導の進捗状況

⁴ 平成25年6月28日付厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡

⁵ 「「東京都医療費適正化計画」の進捗状況」では、国からのデータ提供に基づき、東京都における平成20年度の特定健康診査の実施率を52.9%、メタボリックシンドロームの該当者の割合を14.2%、同予備群の割合を12.4%としたが、国は、平成25年3月8日付厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡において、それぞれの割合を53.3%、14.1%、12.5%と訂正したので、ここでは訂正後の数値を掲載する。

平成 20 年度から平成 23 年度までの特定健康診査及び特定保健指導の実施率は、図表 11 のとおりです。

東京都における特定健康診査の実施率は、全国平均を大きく上回っており、平成 23 年度は 61.6%と、全国で最も高くなっています。(図表 12)

一方、特定保健指導の実施率は、全国平均を下回っており、平成 23 年度は 12.9%と、全国で 41 位です。(図表 13)

特定健康診査及び特定保健指導の年度ごとの実施率は、ともに伸びています。

図表 11 特定健康診査・特定保健指導の実施率

特定健康診査の実施率

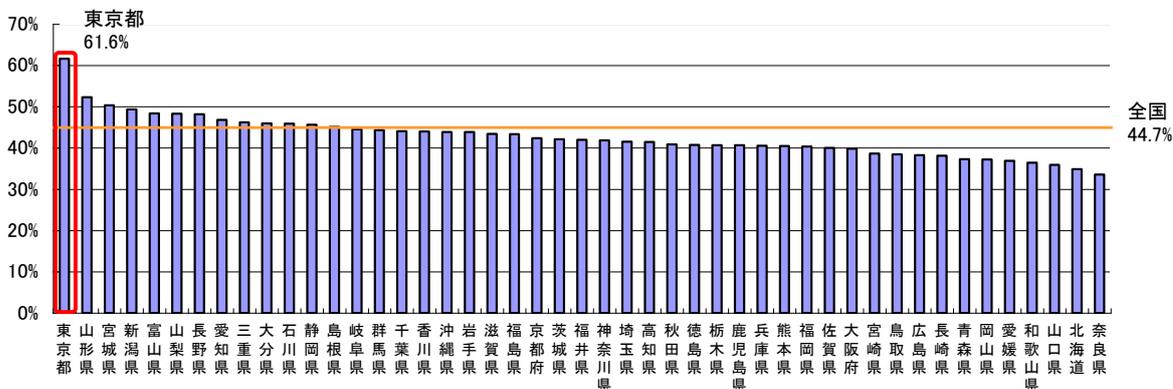
	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
全 国	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%
東京都	53.3%	58.4%	60.2%	61.6%

特定保健指導の実施率

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
全 国	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%
東京都	5.1%	10.0%	11.1%	12.9%

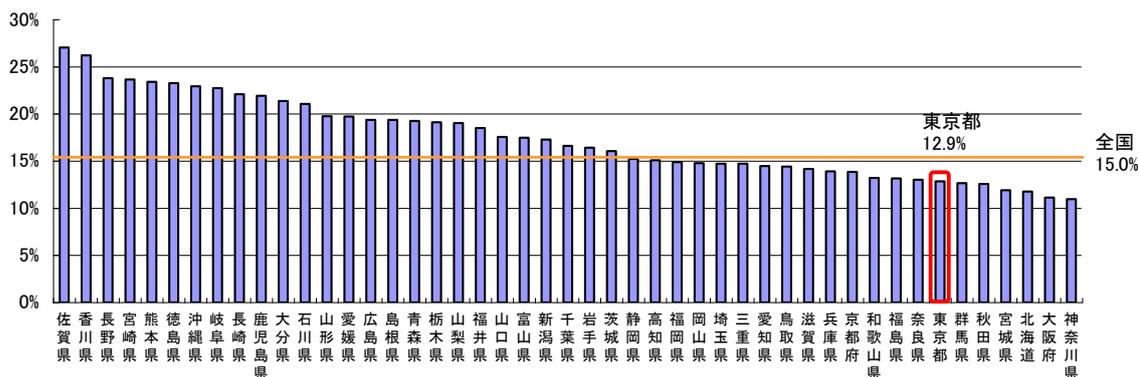
出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 3 月 8 日及び平成 25 年 10 月 10 日）
厚生労働省「平成 23 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

図表 12 平成 23 年度都道府県別の特定健康診査実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 10 日）

図表 13 平成 23 年度都道府県別の特定保健指導実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 10 日）

2 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

平成 20 年度から平成 23 年度までのメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）⁶の該当者及び予備群の割合の推移は、図表 14 のとおりです。

東京都におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、ほぼ全国平均と同程度で推移しています。

図表 14 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合⁷

メタボリックシンドロームの該当者の割合

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
全 国	14.4%	14.3%	14.4%	14.6%
東京都	14.1%	14.0%	14.0%	14.1%

メタボリックシンドロームの予備群の割合

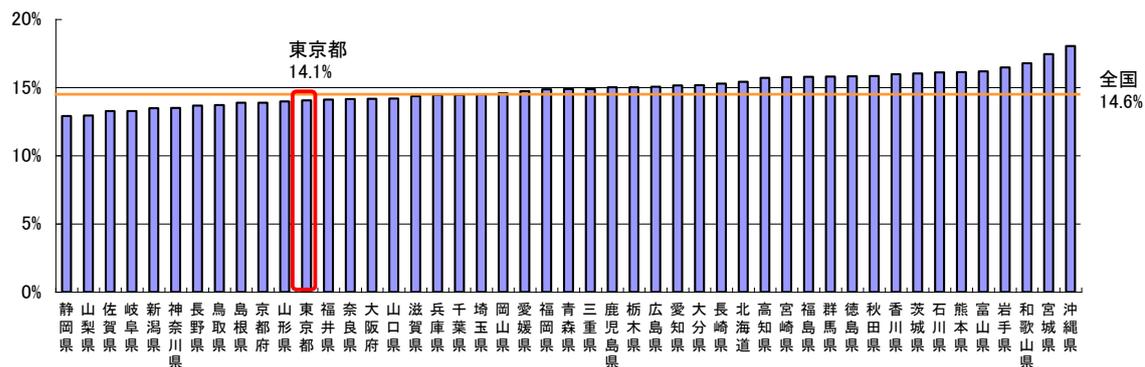
	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
全 国	12.4%	12.3%	12.0%	12.1%
東京都	12.5%	12.4%	12.1%	12.2%

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 3 月 8 日及び平成 25 年 10 月 10 日）

⁶ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：腹部の内臓周囲に脂肪が蓄積する内臓脂肪型肥満に、高血糖、脂質異常、高血圧のうちいずれか二つ以上を併せ持っているもの。

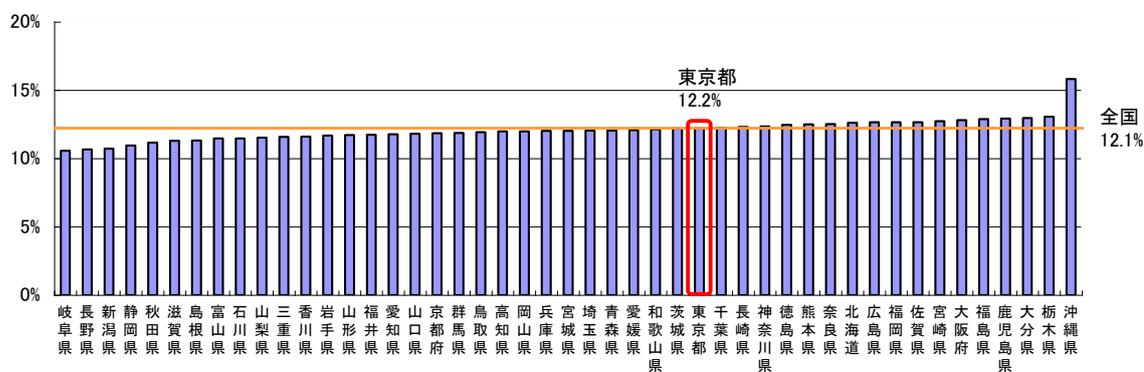
⁷ 「平成 23 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」（平成 26 年 1 月厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）によれば、平成 23 年度の全国のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、合計で 26.8%とされている。しかし、それぞれの内訳が発表されていないため、ここでは、平成 25 年 10 月 10 日付厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡の数値を掲載している。

図表 15 平成 23 年度都道府県別のメタボリックシンドローム該当者割合



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 10 日）

図表 16 平成 23 年度都道府県別メタボリックシンドローム予備群割合



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 10 日）

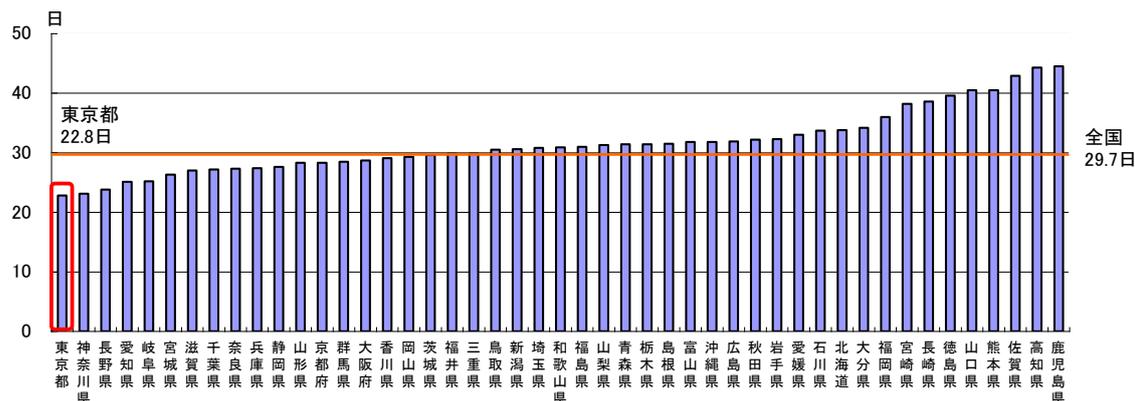
第 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標のうち、平均在院日数の状況

1 平均在院日数の推移

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 24 年時点で 22.8 日と全国で最も短くなっています。（図表 17）

全病床に加え、精神病床及び一般病床も短い水準を保つ一方、療養病床及び介護療養病床については、全国平均より長くなっています。（図表 18）

図表 17 平成 24 年都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 18 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18年	32.2日	25.4日	34.7日	27.1日	320.3日	235.2日	19.2日	17.1日	171.4日	196.1日	268.6日	317.7日
平成19年	31.7日	24.6日	34.1日	26.4日	317.9日	236.5日	19.0日	16.7日	177.1日	197.1日	284.2日	339.8日
平成20年	31.6日	24.3日	33.8日	26.0日	312.9日	226.3日	18.8日	16.4日	176.6日	197.3日	292.3日	350.0日
平成21年	31.3日	23.9日	33.2日	25.5日	307.4日	220.5日	18.5日	16.1日	179.5日	201.8日	298.8日	369.7日
平成22年	30.7日	23.5日	32.5日	24.9日	301.0日	219.5日	18.2日	15.8日	176.4日	200.9日	300.2日	375.0日
平成23年	30.4日	23.3日	32.0日	24.7日	298.1日	215.6日	17.9日	15.6日	175.1日	201.7日	311.2日	391.8日
平成24年	29.7日	22.8日	31.2日	24.0日	291.9日	209.6日	17.5日	15.2日	171.8日	193.8日	307.0日	383.1日
(順位)		1位		1位		1位		2位		35位		36位

出典：厚生労働省「病院報告」（平成 18 年～平成 23 年）
厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 22 年 5 月 11 日及び平成 25 年 10 月 4 日）

2 二次保健医療圏別平均在院日数⁸

東京都における平成 24 年の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は、区中央部、区西部、区東部等において、東京都の平均（22.8 日）よりも短く、西多摩、南多摩、北多摩北部等において、東京都の平均よりも長くなっています。（図表 20）

また、平成 24 年の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は、全ての二次保健医療圏において平成 20 年と比べ短くなっています。（図表 21）

⁸ 二次保健医療圏のうち、区中央部は、人口 10 万人当たりの療養病床数及び一般病床数が東京都の平均を大きく上回り、両病床の平均在院日数は東京都の平均を下回る。一方、南多摩は、療養病床数及び一般病床数が東京都の平均を下回り、両病床の平均在院日数は東京都の平均を上回る。また、西多摩は、療養病床数及び一般病床数が東京都の平均を大きく上回るものの、両病床の平均在院日数は東京都の平均を上回る。このように、二次保健医療圏ごとに様々な特徴があり、平均在院日数の違いを見る際には注意を要する。

図表 19 東京都の二次保健医療圏



図表 20 平成 24 年東京都の二次保健医療圏別平均在院日数

	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
東京都平均	22.8日	24.0日	209.6日	15.2日	193.8日	383.1日
区中央部	13.6日	13.7日	56.8日	12.8日	113.2日	547.0日
区南部	16.9日	18.2日	56.5日	14.4日	189.6日	554.9日
区西南部	19.1日	20.0日	98.0日	14.6日	165.3日	167.6日
区西部	16.2日	16.8日	63.5日	13.6日	235.3日	416.4日
区西北部	26.5日	28.2日	179.7日	16.5日	196.6日	453.1日
区東北部	26.8日	28.0日	170.3日	18.0日	193.2日	289.5日
区東部	16.3日	16.8日	69.4日	14.4日	129.2日	356.3日
西多摩	56.0日	63.5日	666.9日	16.0日	253.5日	484.2日
南多摩	45.9日	49.6日	377.6日	17.6日	238.6日	439.2日
北多摩西部	21.3日	21.7日	44.4日	16.7日	114.1日	564.4日
北多摩南部	26.0日	26.9日	197.1日	15.2日	160.0日	434.7日
北多摩北部	38.3日	40.8日	192.7日	20.9日	261.4日	331.4日
島しょ	14.1日	14.1日	—	14.1日	—	—

※「—」：病床なし

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 21 二次保健医療圏別の平均在院日数の変化（平成 20 年と比べた平成 24 年の状況）

二次保健医療圏	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
全国平均	-1.9日	-2.6日	-21.0日	-1.3日	-4.8日	-1.9日
東京都平均	-1.5日	-2.0日	-16.7日	-1.2日	-3.5日	-1.5日
区中央部	-1.0日	-1.1日	-1.1日	-1.1日	-6.2日	-1.0日
区南部	-1.1日	-1.3日	6.1日	-1.2日	-82.2日	-1.1日
区西南部	-1.6日	-1.6日	-27.3日	-1.3日	18.3日	-1.6日
区西部	-1.3日	-1.3日	0.1日	-1.1日	31.0日	-1.3日
区西北部	-1.8日	-2.8日	-22.9日	-1.6日	-20.3日	-1.8日
区東北部	-0.7日	8.9日	0.1日	-0.3日	16.9日	-0.7日
区東部	-2.4日	-2.5日	-4.9日	-2.0日	11.6日	-2.4日
西多摩	-1.5日	-3.2日	68.8日	-1.7日	6.5日	-1.5日
南多摩	-2.0日	-3.2日	-28.4日	-1.0日	-1.6日	-2.0日
北多摩西部	-0.4日	-1.1日	-21.8日	-1.2日	5.5日	-0.4日
北多摩南部	-1.1日	-2.0日	-22.4日	-0.8日	-58.3日	-1.1日
北多摩北部	-1.6日	-3.0日	-35.7日	-2.7日	-6.2日	-1.6日
島しょ	-3.2日	-3.2日	—	-3.2日	—	—

※「—」：病床なし

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 22 年 7 月 6 日及び平成 25 年 10 月 4 日）

第 3 特定健康診査及び特定保健指導の実施率が高い保険者の取組

国は、医療保険者の特定健康診査等の実施状況を調べるため、平成 25 年度に医療保険者に対しアンケート調査を行いました。東京都において、当該調査の結果を基に特定健康診査等の実施率が高い都内の医療保険者の取組について分析を行ったところ、以下の結果となりました。

【集計方法】

東京都の医療保険者のうち、単一型健康保険組合⁹（以下「単一組合」といいます。）、総合型健康保険組合¹⁰（以下「総合組合」といいます。）及び区市町村国民健康保険について分析を行いました。

特定健康診査又は特定保健指導の実施率がおおむね上位 30 パーセント以内の保険者を「上位保険者」とし、アンケート調査の調査項目のうち、上位保険者以外の保険者（以下「その他保険者」といいます。）との差が 15 ポイント以上ある取組について集計しました。

特定健康診査又は特定保健指導の実施率が 0%であるか、100%を超えるなど異常な値を示す保険者については、集計から除外しています。

1 単一組合

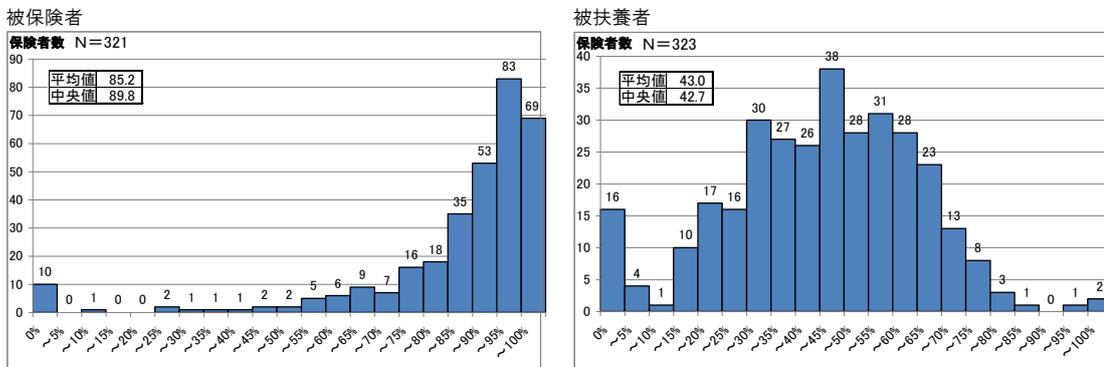
（1）特定健康診査

⁹ 単一型健康保険組合：健康保険法第 11 条第 1 項の規定により、1 又は 2 以上の事業所において常時政令で定める数以上の被保険者を使用する事業主が設立する健康保険組合

¹⁰ 総合型健康保険組合：健康保険法第 11 条第 2 項の規定により、複数の事業主が共同で設立する健康保険組合。被保険者の数は、合算して常時政令で定める数以上でなければならない。

単一組合における特定健康診査の実施率の分布は、図表 22 のとおりです。被保険者に対する実施率は高く、一方、被扶養者に対する実施率は、被保険者に比べ低くなっています。

図表 22 単一組合における特定健康診査の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 23 単一組合の特定健康診査実施率における上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	94	217	311	28	339
	割合 (%)	30.2%	69.8%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	93	214	307	32	339
	割合 (%)	30.3%	69.7%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

特定健康診査の実施率における上位保険者を、特定健康診査の対象者の規模別に分類すると、被保険者は「1,000～2,000人未満」の割合が、被扶養者は「1,000人未満」の割合が最も多く、また、特定健康診査の対象者の平均人数は、その他保険者より少なくなっています。（図表 24）

図表 24 単一組合における特定健康診査対象者の規模別構成割合

	被保険者						被扶養者					
	上位保険者		その他保険者		全体		上位保険者		その他保険者		全体	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
1,000人未満	14	14.9%	64	29.5%	78	25.1%	48	51.6%	105	49.1%	153	49.8%
1,000～2,000人未満	25	26.6%	43	19.8%	68	21.9%	20	21.5%	37	17.3%	57	18.6%
2,000～3,000人未満	17	18.1%	19	8.8%	36	11.6%	7	7.5%	22	10.3%	29	9.4%
3,000～4,000人未満	10	10.6%	16	7.4%	26	8.4%	6	6.5%	10	4.7%	16	5.2%
4,000～5,000人未満	6	6.4%	15	6.9%	21	6.8%	4	4.3%	8	3.7%	12	3.9%
5,000～10,000人未満	8	8.5%	27	12.4%	35	11.3%	5	5.4%	16	7.5%	21	6.8%
10,000～15,000人未満	5	5.3%	11	5.1%	16	5.1%	1	1.1%	6	2.8%	7	2.3%
15,000～20,000人未満	3	3.2%	7	3.2%	10	3.2%	1	1.1%	1	0.5%	2	0.7%
20,000～25,000人未満	3	3.2%	0	0.0%	3	1.0%	1	1.1%	4	1.9%	5	1.6%
25,000～30,000人未満	0	0.0%	3	1.4%	3	1.0%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.3%
30,000～40,000人未満	1	1.1%	6	2.8%	7	2.3%	0	0.0%	2	0.9%	2	0.7%
40,000～50,000人未満	1	1.1%	2	0.9%	3	1.0%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.3%
50,000人以上	1	1.1%	4	1.8%	5	1.6%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.3%
合計	94	100.0%	217	100.0%	311	100.0%	93	100.0%	214	100.0%	307	100.0%
平均人数(人)	5,496		6,890		6,468		2,250		3,516		3,132	

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

単一組合の特定健康診査に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 25 のとおりです。

被保険者については、上位保険者とその他保険者とで 15 ポイント以上の差のある取組はありませんが、被扶養者については、がん検診等と特定健康診査を同時に実施する取組において差が見られました。

特定健康診査を他の検診と同時に実施することは、被扶養者の利便性を高め、特定健康診査の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 25 単一組合の特定健康診査の取組において差異のある項目

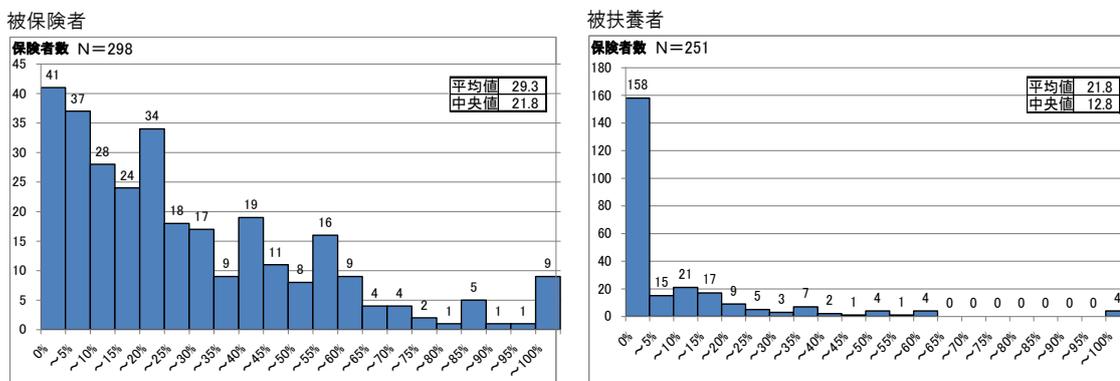
調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被扶養者	がん検診との同時実施が可能な機関ではすべてで同時実施	72	77.4%	117	54.7%	22.7
	肝炎ウイルス検診との同時実施が可能な機関ではすべてで同時実施	34	36.6%	45	21.0%	15.6

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

（2）特定保健指導（動機付け支援）

単一組合における特定保健指導（動機付け支援）の実施率の分布は、図表 26 のとおりです。被保険者及び被扶養者の実施率は、ともに特定健康診査に比べ低くなっています。

図表 26 単一組合における特定保健指導（動機付け支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 27 単一組合の特定保健指導（動機付け支援）実施率における上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	78	179	257	82	339
	割合 (%)	30.4%	69.6%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	28	65	93	246	339
	割合 (%)	30.1%	69.9%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

単一組合の特定保健指導（動機付け支援）に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 28 のとおりです。

保健指導専門業者を通じて特定保健指導を実施することで、対象者への利用勧奨等を円滑に行うことができ、実施率の向上に寄与することが考えられます。

図表 28 単一組合の特定保健指導（動機付け支援）の取組において差異のある項目

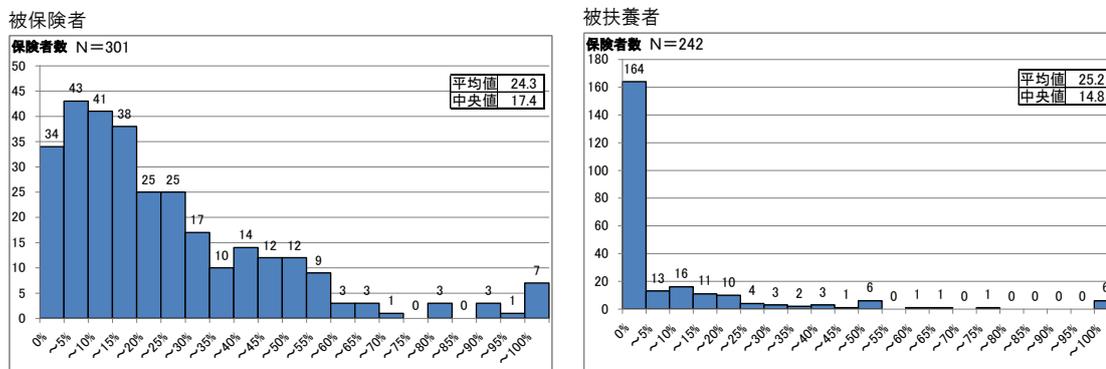
調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被保険者	未利用者への電話案内による利用勧奨	24	75.0%	28	50.0%	25.0
被扶養者	保健指導専門業者との個別契約による実施	26	92.9%	42	64.6%	28.3
	利用対象者へ利用券以外の文書送付で個別に案内	25	89.3%	40	61.5%	27.8
	初回面接と 6 か月後評価以外の支援を実施	12	42.9%	14	21.5%	21.4
	未利用者への文書送付（FAX やメール含む）による利用勧奨	6	85.7%	7	63.6%	22.1
	未利用者への理由把握の実施	10	35.7%	10	15.4%	20.3
	利用率向上のための工夫として電話案内	11	39.3%	9	13.8%	25.5
	利用率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	8	28.6%	7	10.8%	17.8

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

（3）特定保健指導（積極的支援）

単一組合における特定保健指導（積極的支援）の実施率の分布は、図表 29 のとおりです。

図表 29 単一組合における特定保健指導（積極的支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 30 単一組合における特定保健指導（積極的支援）実施率の上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	81	186	267	72	339
	割合（％）	30.3%	69.7%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	24	54	78	261	339
	割合（％）	30.8%	69.2%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

単一組合の特定保健指導（積極的支援）に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 31 のとおりです。

被保険者及び被扶養者ともに、対象者に文書や電話等で利用を促すなど、きめ細かい対応を行うことが、特定保健指導の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 31 単一組合の特定保健指導（積極的支援）の取組において差異のある項目

調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被保険者	利用対象者へ利用券以外の文書送付で個別に案内	70	86.4%	126	67.7%	18.7
	未利用者への理由把握の実施	34	42.0%	49	26.3%	15.7
	利用率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	31	38.3%	41	22.0%	16.3
	終了率向上のための工夫として事業主との連携	41	50.6%	61	32.8%	17.8
	終了率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	44	54.3%	67	36.0%	18.3
被扶養者	6 か月後評価として本人による改善状況に対する主観的評価の実施	18	75.0%	30	55.6%	19.4
	未利用者への利用勧奨として文書送付（FAX やメール含む）での案内	5	83.3%	10	66.7%	16.6
	利用率向上のための工夫として電話案内	9	37.5%	10	18.5%	19.0
	終了率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	11	45.8%	15	27.8%	18.0

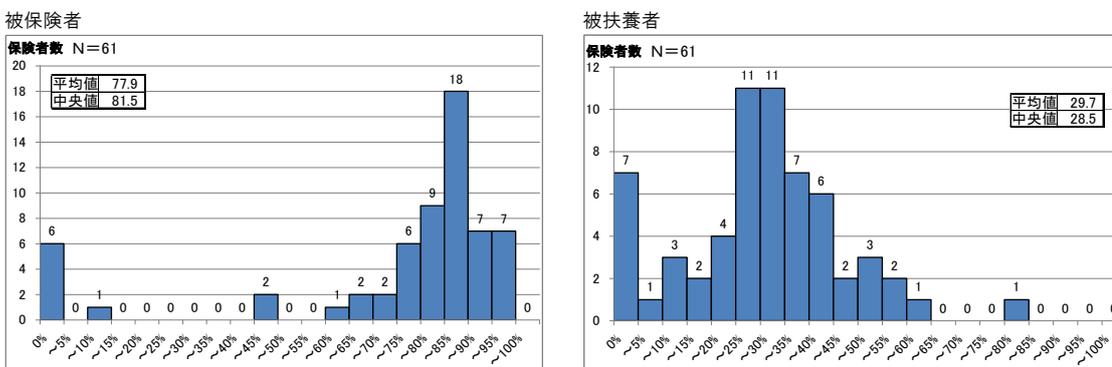
出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

2 総合組合

(1) 特定健康診査

総合組合における特定健康診査の実施率の分布は、図表 32 のとおりです。被保険者に及び被扶養者の実施率は、ともに単一組合に比べ低くなっています。

図表 32 総合組合における特定健康診査の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 33 総合組合における特定健康診査実施率の上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	17	38	55	9	64
	割合 (%)	30.9%	69.1%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	17	37	54	10	64
	割合 (%)	31.5%	68.5%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

特定健康診査の実施率における上位保険者を、特定健康診査の対象者の規模別に分類すると、被保険者は「5,000～10,000人未満」及び「10,000～15,000人未満」の割合が、被扶養者は「5,000～10,000人未満」の割合が最も多くなっています。特定健康診査の対象者の平均人数は、被保険者では上位保険者の方がその他保険者より少なく、被扶養者では逆に上位保険者の方がその他保険者より多くなっています。（図表 34）

図表 34 総合組合における特定健康診査対象者の規模別構成割合

	被保険者						被扶養者					
	上位保険者		その他保険者		全体		上位保険者		その他保険者		全体	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
5,000人未満	3	17.6%	3	7.9%	6	10.9%	5	29.4%	19	51.4%	24	44.4%
5,000～10,000人未満	5	29.4%	11	28.9%	16	29.1%	8	47.1%	10	27.0%	18	33.3%
10,000～15,000人未満	5	29.4%	6	15.8%	11	20.0%	2	11.8%	7	18.9%	9	16.7%
15,000～20,000人未満	0	0.0%	5	13.2%	5	9.1%	1	5.9%	0	0.0%	1	1.9%
20,000～25,000人未満	1	5.9%	5	13.2%	6	10.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
25,000～30,000人未満	1	5.9%	1	2.6%	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30,000～35,000人未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%	1	1.9%
35,000～40,000人未満	0	0.0%	1	2.6%	1	1.8%	1	5.9%	0	0.0%	1	1.9%
40,000～45,000人未満	0	0.0%	3	7.9%	3	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
45,000～50,000人未満	2	11.8%	0	0.0%	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50,000人以上	0	0.0%	3	7.9%	3	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	17	100.0%	38	100.0%	55	100.0%	17	100.0%	37	100.0%	54	100.0%
平均人数(人)	15,705		21,257		19,541		8,907		6,662		7,369	

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

総合組合の特定健康診査に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 35 のとおりです。

被保険者については、集合契約¹¹の利用や労働安全衛生法に基づく健診結果の受領において、被扶養者については、受診に伴う自己負担額の無料化等の取組において差が見られました。

個別の受診勧奨などきめ細かい対応のほか、金銭的な負担の軽減に取り組むことは、特定健康診査の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 35 総合組合の特定健康診査の取組において差異のある項目

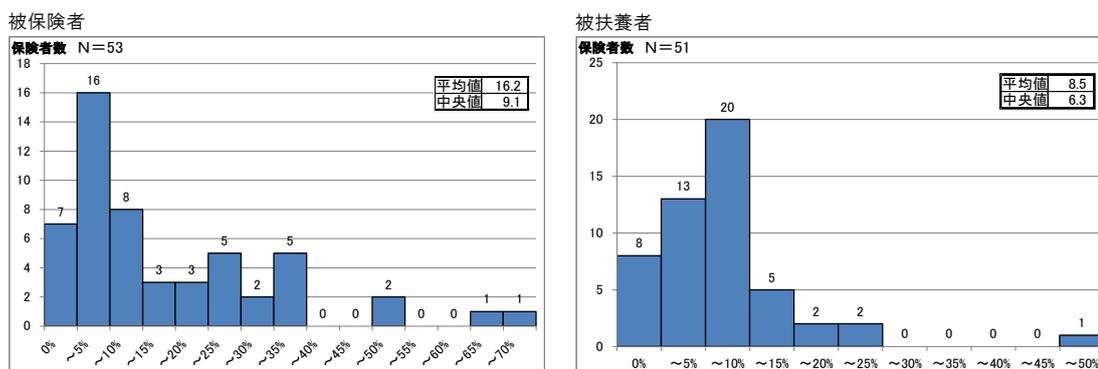
調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被保険者	集合契約Aの利用	9	52.9%	10	26.3%	26.6
	集合契約Bの利用	7	41.2%	7	18.4%	22.8
	労働安全衛生法に基づく健診結果を受領	12	70.6%	21	55.3%	15.3
被扶養者	未受診者への受診勧奨として文書送付（FAX含む）での案内	6	75.0%	10	58.8%	16.2
	受診率向上のための工夫として受診券送付	9	52.9%	12	32.4%	20.5
	受診率向上のための工夫として自己負担の無料化	13	76.5%	14	37.8%	38.7

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

（2）特定保健指導（動機付け支援）

総合組合における特定保健指導（動機付け支援）の実施率の分布は、図表 36 のとおりです。被保険者及び被扶養者の実施率は、ともに特定健康診査に比べ低くなっています。

図表 36 総合組合における特定保健指導（動機付け支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

¹¹ 集合契約：健診・保健指導機関と医療保険者のそれぞれが集まって、集団同士で包括的な契約を行う方法。集合契約 A は、医療保険者の契約代表者と全国組織の健診機関の契約代表者の双方が契約を結ぶ。集合契約 B は、医療保険者の契約代表者と区市町村又は区市町村が委託する地区医師会等の取りまとめ機関が契約を結ぶ。

図表 37 総合組合における特定保健指導（動機付け支援）実施率の上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	14	32	46	18	64
	割合（％）	30.4%	69.6%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	13	30	43	21	64
	割合（％）	30.2%	69.8%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

総合組合の特定保健指導（動機付け支援）に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 38 のとおりです。

被保険者及び被扶養者ともに、医療保険者の直営による特定保健指導の実施において差が見られるほか、被保険者については、6 か月後評価として本人による改善状況に対する主観的評価の実施等の取組において、被扶養者については、利用対象者へ利用券以外の文書送付で個別に案内する等の取組において差が見られました。

特定保健指導を受けた後の状況を本人自身が振り返る機会を設けたり、個別の利用勧奨等の取組を行うことは、実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 38 総合組合の特定保健指導（動機付け支援）の取組において差異のある項目

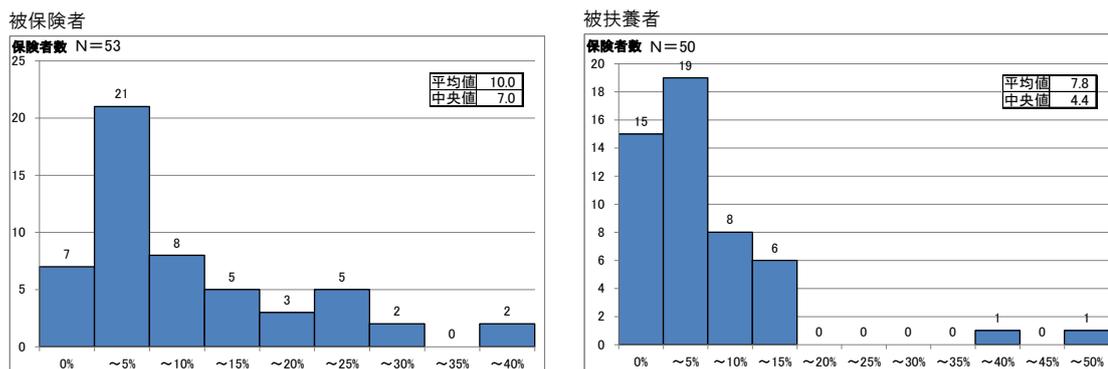
調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被保険者	保険者直営による実施	8	57.1%	11	34.4%	22.7
	初回面接と 6 か月後評価以外の支援を実施	7	50.0%	9	28.1%	21.9
	6 か月後評価として本人による改善状況に対する主観的評価を実施	12	85.7%	20	62.5%	23.2
	6 か月後評価として「その他」の取組を実施	6	42.9%	7	21.9%	21.0
	利用率向上のための工夫として保健指導終了者の協力	3	21.4%	1	3.1%	18.3
被扶養者	保険者直営による実施	6	46.2%	7	23.3%	22.9
	利用対象者へ利用券以外の文書送付で個別に案内	11	84.6%	17	56.7%	27.9
	初回面接と 6 か月後評価以外の支援を実施	5	38.5%	6	20.0%	18.5
	未利用者への利用勧奨	4	30.8%	3	10.0%	20.8
	未利用者への理由把握の実施	3	23.1%	1	3.3%	19.8

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

（3）特定保健指導（積極的支援）

総合組合における特定保健指導（積極的支援）の実施率の分布は、図表 39 のとおりです。

図表 39 総合組合における特定保健指導（積極的支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

図表 40 総合組合の特定保健指導（積極的支援）実施率における上位保険者とその他保険者の区分

		上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
被保険者	保険者数	14	32	46	18	64
	割合 (%)	30.4%	69.6%	100.0%	—	—
被扶養者	保険者数	11	24	35	29	64
	割合 (%)	31.4%	68.6%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

総合組合の特定保健指導（積極的支援）に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 41 のとおりです。

動機付け支援と同様、被保険者及び被扶養者ともに医療保険者の直営による特定保健指導の実施において差が見られるほか、個別の利用勧奨等の取組に置いて差が見られ、こうした対応が特定保健指導の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 41 総合組合の特定保健指導（積極的支援）の取組において差異のある項目

調査項目		上位保険者		その他保険者		ポイント差
		保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
被保険者	保険者直営による実施	7	50.0%	10	31.3%	18.7
	6か月後評価として「その他」の取組を実施	5	35.7%	6	18.8%	16.9
	未利用者への理由把握の実施	3	21.4%	2	6.3%	15.1
	利用率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	3	21.4%	2	6.3%	15.1
被扶養者	保険者直営による実施	6	54.5%	6	25.0%	29.5
	未利用者への利用勧奨	4	36.4%	4	16.7%	19.7

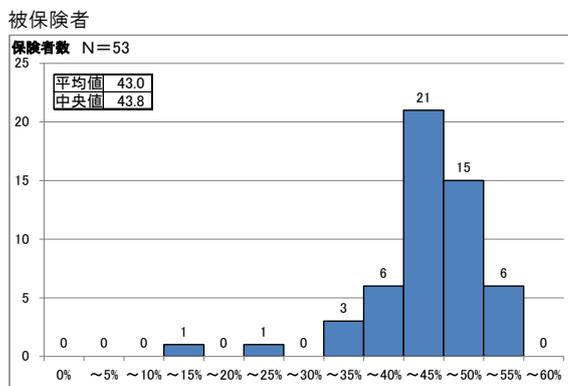
出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）

3 区市町村国民健康保険

(1) 特定健康診査

区市町村国民健康保険における特定健康診査の実施率の分布は、図表 42 のとおりです。健康保険組合の被保険者に対する実施率に比べ低くなっています。

図表 42 区市町村国民健康保険における特定健康診査の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
 東京都福祉保健局資料

図表 43 区市町村国民健康保険の特定健康診査実施率における上位保険者とその他保険者の区分

	上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
保険者数	17	36	53	—	53
割合 (%)	32.1%	67.9%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
 東京都福祉保健局資料

特定健康診査の実施率における上位保険者を、特定健康診査の対象者の規模別に分類すると、「10,000～20,000人未満」の割合が最も多くなっています。また、特定健康診査の対象者の平均人数は、上位保険者の方がその他保険者より少なくなっています。（図表 44）

図表 44 区市町村国民健康保険における特定健康診査対象者の規模別構成割合

	上位保険者		その他保険者		全体	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
5,000人未満	2	11.8%	6	16.7%	8	15.1%
5,000～10,000人未満	0	0.0%	2	5.6%	2	3.8%
10,000～20,000人未満	4	23.5%	7	19.4%	11	20.8%
20,000～30,000人未満	3	17.6%	0	0.0%	3	5.7%
30,000～40,000人未満	3	17.6%	5	13.9%	8	15.1%
40,000～50,000人未満	2	11.8%	2	5.6%	4	7.5%
50,000～75,000人未満	0	0.0%	6	16.7%	6	11.3%
75,000～100,000人未満	1	5.9%	1	2.8%	2	3.8%
100,000～150,000人未満	1	5.9%	6	16.7%	7	13.2%
150,000人以上	1	5.9%	1	2.8%	2	3.8%
合計	17	100.0%	36	100.0%	53	100.0%
平均人数(人)	40,358		51,352		47,826	

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
 東京都福祉保健局資料

区市町村国民健康保険の特定健康診査に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 45 のとおりです。

がん検診等、他の検診と同時に実施したり、被保険者の個別の状況に合わせた対応を行うことが、被保険者の利便性を高め、特定健康診査の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 45 区市町村国民健康保険の特定健康診査の取組において差異のある項目

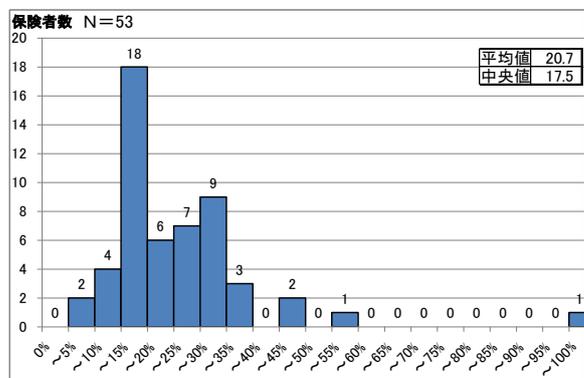
調査項目	上位保険者		その他保険者		ポイント差
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
個別健診の実施	13	76.5%	20	55.6%	20.9
市町村が実施するがん検診との同時実施に向け、その他同時実施の体制づくりを調整している。	9	52.9%	13	36.1%	16.8
誕生月等、受診該当月の前に受診対象者へ段階的に通知	9	52.9%	7	20.0%	32.9

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

（2）特定保健指導（動機付け支援）

区市町村国民健康保険における特定保健指導（動機付け支援）の実施率の分布は、図表 46 のとおりです。特定健康診査の実施率に比べ低くなっています。

図表 46 区市町村国民健康保険における特定保健指導（動機付け支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

図表 47 区市町村国民健康保険の特定保健指導（動機付け支援）実施率における上位保険者とその他保険者の区分

	上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
保険者数	16	37	53	—	53
割合 (%)	30.2%	69.8%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

区市町村国民健康保険の特定保健指導（動機付け支援）に関する取組で、上位保険者とその他保険者との間に差が見られる項目は、図表 48 のとおりです。

特定保健指導の実施機関を必要に応じて分けたり、特定保健指導を受けていない人に対してきめ細かい対応を行うことが、特定保健指導の実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 48 区市町村国民健康保険の特定保健指導（動機付け支援）の取組において差異のある項目

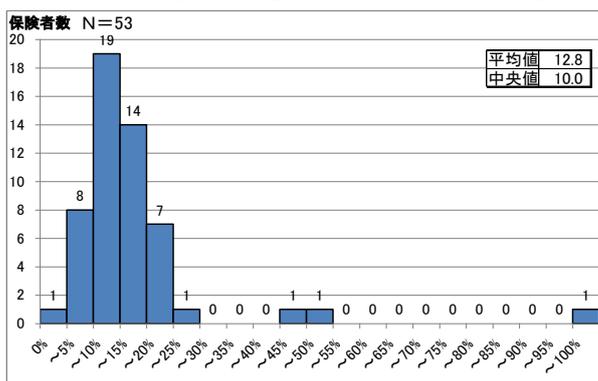
調査項目	上位保険者		その他保険者		ポイント差
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
直営と外部委託の組合せによる実施	4	25.0%	2	5.4%	19.6
利用率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	9	56.3%	14	37.8%	18.5

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

（3）特定保健指導（積極的支援）

区市町村国民健康保険における特定保健指導（積極的支援）の実施率の分布は、図表 49 のとおりです。

図表 49 区市町村国民健康保険における特定保健指導（積極的支援）の実施率



出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

図表 50 区市町村国民健康保険の特定保健指導（積極的支援）実施率における上位保険者与其他保険者の区分

	上位保険者	その他保険者	合計	除外等	総合計
保険者数	16	36	52	1	53
割合 (%)	30.8%	69.2%	100.0%	—	—

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

区市町村国民健康保険の特定保健指導（積極的支援）に関する取組で、上位保険者与其他保険者との間に差が見られる項目は、図表 51 のとおりです。

被保険者の家族も参加できるようにしたり、欠席者に対し個別に連絡を取り参加を促すなど、特定保健指導への参加を喚起する工夫をこらすことが、実施率の向上に寄与すると考えられます。

図表 51 区市町村国民健康保険の特定保健指導（積極的支援）の取組において差異のある項目

調査項目	上位保険者		その他保険者		ポイント差
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合	
直営のみで実施	4	25.0%	1	2.8%	22.2
直営の場合、衛生部門に執行委任して実施	5	31.3%	3	8.3%	23.0
利用対象者へ利用券以外の文書送付で個別に案内	9	56.3%	14	38.9%	17.4
特定健康診査の結果返却日と同日に保健指導（初回面接）を実施	3	18.8%	1	2.8%	16.0
6か月後評価として全員に面接を実施	5	31.3%	3	8.3%	23.0
利用率向上のための工夫として夫婦・家族での参加可能	9	56.3%	13	36.1%	20.2
利用率向上のための工夫としてポピュレーションアプローチ ¹² との連携	6	37.5%	5	13.9%	23.6
終了率向上のための工夫として欠席者等への電話や訪問でのフォローの実施	12	75.0%	17	47.2%	27.8
終了率向上のための工夫として夫婦・家族での参加可能	7	43.8%	6	16.7%	27.1
終了率向上のための工夫としてポピュレーションアプローチとの連携	5	31.3%	2	5.6%	25.7

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

なお、特定健康診査の受診から特定保健指導の初回面接を受けるまでの平均的な期間を比較すると、上位保険者はその他保険者に比べ短くなっています。（図表 52）

図表 52 区市町村国民健康保険における特定健康診査の受診から特定保健指導（初回面接）までの平均的な期間

	上位保険者	その他保険者	全 体
平均期間（月）	2.7	3.3	3.1

出典：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室事務連絡（平成 25 年 10 月 4 日）
東京都福祉保健局資料

¹² ポピュレーションアプローチ：対象を限定せず集団全体に健康づくりの情報やサービスを提供するなどの働きかけを行うことにより、集団全体のリスクを低い方に誘導する方法

第3章 取組の進捗状況

東京都は、第一期計画で掲げた目標に対し、次の取組を行ってきました。

第1 生活習慣病の予防

急速な高齢化の進展やライフスタイルの変化等により、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の有病者が増加しています。

これらの生活習慣病を防ぐためには、日々の生活習慣の改善など疾病を発症する前の予防が重要であり、関連計画である「東京都健康推進プラン21新後期5か年戦略」に基づき、次の取組を実施しました。

1 特定健康診査及び特定保健指導の効果的な推進

特定健康診査及び特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、ハイリスク者を早期に把握して、生活習慣の改善を促す保健指導を徹底することによって、生活習慣病を早期に予防しようとするものです。

成果を上げていくためには、特定健康診査及び特定保健指導の実施率と質の向上を図ることが重要です。このため、医療保険者が特定健康診査等実施計画を適切に進行管理していただけるよう支援するとともに、質の高い保健指導を行う人材の育成に向けて、次の取組を実施しました。

(1) 特定健康診査等実施率の向上のための支援

特定健康診査等の実施率の向上にむけ、受診者が利用しやすい実施体制を整備しました。また、メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の予防や、健康づくりに関する正しい知識を普及啓発するための取組を実施しました。

ア 特定健康診査等の実施体制や実施状況に関する保険者へのアンケート調査を実施し、取りまとめ結果を還元（平成20年度～平成21年度）

イ 医療保険者や区市町村、保健医療関係団体と協力した、生活習慣病の予防や健康づくりに関する正しい知識の普及啓発活動

(ア) 「職場の健康づくりハンドブック」の作成・配布（平成20年度～平成21年度）

(イ) 交通広告による普及啓発（平成20年度～平成22年度）

(2) 効果的な健診・保健指導のための支援

特定健康診査等について、効果的に企画・運営できる人材の育成に取り組むとともに、保健指導をアウトソーシングする場合に留意すべきポイントを取りまとめ、医療保険者に情報提供しました。

ア 特定健診・保健指導事業従事者養成研修の実施（平成19年度～平成24年度）

イ 事業者の選定やモニタリング・評価等のポイントを取りまとめた「東京都特定保健指導業務委託ハンドブック」の作成及び配布（平成19年度～平成20年度）

2 健康づくりの一体的な推進

生活習慣病予防を推進するためには、ハイリスクアプローチ¹³である特定健康診査及び特定保健指導を適切に実施するとともに、食と運動を中心とした健康的な生活習慣に関する普及啓発や環境づくりのポピュレーションアプローチに取り組むことが重要です。

また、都民の生涯を通じた健康づくりを効果的に推進するためには、地域・職域・学校等においてそれぞれのライフステージでの健康づくりに携わる関係者が、地域全体での連携を強化していく必要があります。

こうした視点から、次の取組を実施しました。

(1) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせた健康づくりの効果的な推進

ア 健康診査で血糖値が高いとされた人に、医療保険者を通して糖尿病の早期治療を促すリーフレットを配布（平成22年度）

イ 交通広告による普及啓発（平成23年度）

ウ 新聞折り込み広告による普及啓発（平成23年度～）

エ 「食事バランスガイド」の普及啓発、外食料理の栄養成分表示等の推進（平成18年度～）

オ 「東京都幼児向け食事バランスガイド」を希望に応じて保育所や幼稚園等に貸出し（平成18年度～）

カ 「東京都健康づくり応援団」の活動を、都民に情報提供（平成17年度～平成24年度）

(2) 地域・職域の連携の推進

ア 地域・職域の連携を推進・強化するための「東京都健康推進プラン2.1 評価推進戦略会議」の開催（平成18年度～平成24年度）

イ 地域・職域のリーダーとなる人材を養成するための「健康づくり事業推進指導者養成研修」の実施（平成20年度～）

ウ 医療保険者や事業者に、糖尿病の早期発見・治療継続についての取組の重要性を伝え、重症化・合併症の予防のための取組事例を紹介するパンフレットを配布（平成22年度）

エ 職場における健康づくりの取組を支援するため、事業者に「職場の健康づくりハンドブック」を作成・配布（平成20年度～平成21年度）【再掲】

(3) その他の関連する取組

都民の健康上の重点課題の一つであるがん予防の観点から、たばこによる健康影響防止やがん検診受診率向上のため、区市町村や民間団体等と協働した、広域的な普及啓発や、

¹³ ハイリスクアプローチ:健康診査等により疾患の発症リスクが把握された対象者に介入し、リスクを軽減することによって、疾病を予防する方法

健康診査従事者の人材育成等の取組を実施しました。

ア たばこによる健康影響防止対策

(ア) 未成年者喫煙防止ポスターコンクール（平成 20 年度～）

(イ) 店頭表示用ステッカーの作成及び配布（平成 20 年度～）

(ウ) 飲食店の受動喫煙防止対策に関する実態調査（平成 20 年度）

イ がん検診受診促進事業

マスメディアや関係団体等と協働した、がん検診受診キャンペーン、がん検診受診率向上事業等

ウ 検診実施体制の整備

(ア) 乳がん検診機器整備事業（平成 21 年度～平成 23 年度）

(イ) マンモグラフィ読影医師等養成研修等（平成 20 年度～）

第 2 医療連携体制の構築

都民の医療に対する安心や信頼を確保し、都民が質の高い医療サービスを適切に受けられるようにするためには、症状に応じた適切な医療を提供し、高度医療を担う病院から身近な地域の診療所までの各医療機関の機能に応じた役割分担や連携体制の構築が重要な課題です。

また、各医療機関でどのような診療が行なわれ、病気になったときにどのような治療が受けられ、どのように日常生活に復帰できるのか、といった切れ目のない医療の連携体制を、都民の視点に立って示すことが求められています。

このため、関連計画である「東京都保健医療計画（第四次改定）」に基づき、次の取組を実施しました。

1 都民の視点に立った医療情報の提供

(1) 「ひまわり」¹⁴による医療機能情報提供制度の実施

ア 医療機能情報提供制度に対応した内容に全面更新（平成 20 年度）

イ 毎年、脳卒中や糖尿病、認知症等に関する詳細な情報を新規設定し、都民の医療機関選択及び医療機関による医療連携を支援

ウ 「ひまわり」の情報を活用して、脳卒中の医療機能を担う医療機関（回復期・維持期）を東京都のホームページに掲載し、都民や医療機関に公表

エ 医療機関情報提供システムの検索機能や操作方法の改善

オ 「ひまわり」の普及と活用の促進

¹⁴ ひまわり：東京都が運営する電話やインターネットによる医療機関の案内サービス

図表 53 “ひまわり”



(2) 医療情報の理解促進の取組

都民の医療に対する不安・不信を取り除き、都民が主体的に医療に関われるよう、都民の医療情報への理解促進に向けた取組を実施しました。

ア ウェブサイト「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」の作成（平成 19 年度）

イ 普及版「医療情報ナビミニ（概要版）」の作成（平成 20 年度）

ウ ナビ等を利用した普及啓発の推進に努め、次の事業を実施

（ア）喫緊の医療課題についてのシンポジウムの開催（平成 21 年度～平成 22 年度）

（イ）医療情報の理解促進に関する人材を養成する研修会の開催（平成 21 年度～）

（ウ）住民に身近な地域で、住民向けの講座等により相互理解を深めるための対話促進支援事業を実施（平成 24 年度～）

エ 都民の医療に関する自主的な学習や情報収集の支援策等を検討

図表 54 “知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ”



2 疾病・事業ごとの医療連携体制の取組

東京都は、医療体制の構築が必要な4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）¹⁵については、疾病の特徴に応じて必要な医療機能を明らかにするとともに、医療機関等について調査・検討を行い、それぞれの医療機能を担う医療機関等を示す取組を進めました。

また、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）についても、より都民が安全で安心できる医療体制の実現を目指し、取り組みました。

（1）がん医療の取組

がんは、都民の主要死因の第1位であり、高齢化の進展に伴い、今後も患者数や死亡者数の増加が予想されることから、地域全体のがん医療水準の向上や、がんと診断されたときから様々な場面で切れ目のない緩和ケアの実施等、医療体制の構築に取り組みました。

ア がん診療連携拠点病院（24病院。以下「拠点病院」といいます。）、東京都認定がん診療病院（10病院。以下「認定病院」といいます。）及び東京都がん診療連携協力病院（15病院。以下「協力病院」といいます。）の整備

イ すべての拠点病院及び認定病院にがん相談支援センターを設置

ウ 休日夜間相談（3病院）及びピアサポート¹⁶（2病院）の実施

エ がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の実施（平成24年度までに4,198名修了）

オ 東京都在宅緩和ケア支援センター（東京厚生年金病院）による相談、情報提供、研修等の実施（平成19年度～）

カ 院内がん登録室（都立駒込病院）による院内がん登録データの集計・分析、研修等の実施（平成22年度～）

キ 都内共通の地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」¹⁷の運用（5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）は平成21年度から、前立腺がんは平成22年度から）

（2）脳卒中医療の取組

脳卒中は、発症後生命が助かった場合でも、後遺症が残る可能性が高く、また、発症から治療、回復、在宅医療までに要する時間が長いため、様々な医療機関等が関わる必要があります。こうした特徴を踏まえ、患者の発症から急性期までの対応を中心とした東京都全域における取組と、急性期を含め、回復期、維持期（在宅生活期）、在宅医療に至るまでの地域における取組を並行して実施しました。

ア 東京都全域における取組

東京都脳卒中医療連携協議会及び部会（評価検証部会等）の設置

（ア）東京都脳卒中急性期医療機関の認定基準の作成（平成20年度）

（イ）東京都脳卒中救急搬送体制の実施（平成20年度～）

（ウ）東京都脳卒中急性期医療機関リストの公表（平成20年度～）

¹⁵ 第四次東京都保健医療計画では、4疾病に対する医療体制の方向性を定めていたが、第五次計画（平成25年度～平成29年度）では、上記4疾病に精神疾患を加えた5疾病に対する医療体制の方向性を定めている。

¹⁶ ピアサポート：同じような立場の人同士による支援のこと。

¹⁷ 地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」：がん患者が手術など専門的な治療を行なった後に使用するもので、患者の5年ないし10年先までの診療の計画を立てたものを、1冊の手帳にまとめたもの。

(エ) 救急搬送体制の評価検証のための調査及び結果の分析・検証（平成 21 年度～平成 22 年度）

(オ) 東京都脳卒中地域連携パス合同会議の開催（平成 21 年度～）及び東京都脳卒中地域連携パスの標準様式の作成（平成 22 年度）

(カ) 都民への普及啓発用ポスター、リーフレットの作成（平成 21 年度）

イ 地域における取組

二次保健医療圏ごとの地域脳卒中医療連携圏域別検討会の設置（島しょを除く 12 圏域）

(ア) 地域における脳卒中救急搬送体制や円滑な医療連携の検討（平成 20 年度～）

(イ) 地域住民や医療従事者への普及啓発活動（平成 22 年度）

(3) 急性心筋梗塞医療の取組

急性心筋梗塞は、発症後、速やかに AED¹⁸の使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を行い、早期に専門的な医療機関へ搬送し、受診させることが重要です。

急性心筋梗塞の中核的病院、東京消防庁、医療関係団体の代表等が中心となって、東京都 CCU¹⁹連絡協議会を開催し、東京都全域における救急搬送の仕組みを基盤として、適切なリハビリテーションの実施や在宅復帰に向けた体制づくりの取組を実施しました。

ア 診療当番表の作成

イ 心臓病患者家族のための AED 講習会の開催

東京都 CCU ネットワーク加盟施設による開催

ウ ホーム AED プログラムの実施

東京都 CCU ネットワークに加盟する 68 施設の病院に通院する心臓病患者のうち、命に関わる危険な不整脈の起こりやすい人を対象に、AED を低額で貸し出す。（平成 25 年 3 月現在 46 台）

エ 急性大動脈スーパーネットワークの運用

急性大動脈疾患に対し循環器内科と心臓血管外科が協力して緊急診療体制をとり、効率的に患者の受入れを行なう。（平成 22 年度～）

(4) 糖尿病医療の取組

糖尿病は、発症後、長期にわたって生活習慣の改善も含めた治療が必要となる一方、重症化した場合の合併症が多岐にわたることから、適切な医療提供体制の確保が必要な疾病です。

糖尿病の専門医療機関や、医療関係団体、東京都等が中心となって、東京都全域を視野に、急性合併症等の専門治療の実施が可能な医療機関の認定や合併症予防等の取組、地域の医療連携の構築を支援する体制整備を進めました。

¹⁸ AED：自動対外式除細動器（Automated External Defibrillator）。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心停止者に対し、電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

¹⁹ CCU：Coronary Care Unit の略。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。東京都 CCU ネットワークは、平成 24 年 10 月現在、CCU 病床を有する医療機関 68 施設、東京都医師会、東京消防庁及び東京都福祉保健局で構成されており、参画医療機関合計で 443 床の CCU 病床を有している。

- ア 東京都糖尿病医療連携協議会及び専門部会の設置（平成 20 年度）
 - （ア）「ひまわり」の調査項目に新たに糖尿病の項目を追加掲載
 - （イ）地域での糖尿病対策推進の取組に関するアンケート調査の実施
 - （ウ）医療連携に必要なツール（標準的な診療連携ガイドライン、診療情報提供書等）の作成
 - （エ）評価検証のための指標（アウトカム指標、プロセス指標）の作成
- イ 二次保健医療圏ごとの糖尿病医療連携圏域別検討会の設置（島しょを除く 12 圏域）
 - （ア）地域における糖尿病医療連携体制の構築に係る検討
 - （イ）地域住民や医療従事者への普及啓発活動（平成 22 年度～）
- ウ 東京都糖尿病医療連携講演会の実施（平成 20 年度及び平成 23 年度）
- エ 糖尿病地域連携の登録医療機関制度の構築

（5）救急医療体制の充実

高齢化の進展や単身世帯の増加に伴い、突発・不測の傷病による不安感等を背景に、救急搬送患者は増加傾向にあります。また、救急車で搬送される患者は、入院を必要としない軽症の割合も高いことから、救急医療の必要性に関する相談体制の充実が重要です。

救急患者の病状に応じた適切な救急医療を迅速に受けられるよう、救急医療体制の見直しや救急車の適正利用を図るとともに、急病発生時の不安解消のため、東京消防庁救急相談センター（電話番号：#7119）等による救急相談体制の充実を図りました。

- ア 迅速・適切な救急医療の確保に向け、「救急医療の東京ルール」の取組を推進
 - （ア）救急患者の迅速な受入れ（ルールⅠ）
 - a 東京都地域救急医療センターの指定
搬送先選定困難患者の受入れ調整等を実施（平成 25 年 3 月現在 80 医療機関）
 - b 地域救急会議の開催
地域の二次救急医療機関が東京ルールの運用、救急医療の諸課題を検討、意見交換
 - c 救急患者受入コーディネーターの配置
全都的な受入調整を 365 日 24 時間行う救急患者受入コーディネーターを東京消防庁へ配置（平成 24 年度 15 名）
 - （イ）「トリアージ」²⁰の実施（ルールⅡ）
「搬送時トリアージ」や地域救急医療センター等での「病院内トリアージ」を実施
 - （ウ）都民の理解と参画（ルールⅢ）
救急相談センター（#7119）等における相談事業の充実
- イ 救急医療機関勤務医師確保事業
救急医の処遇改善として休日・夜間手当を創設した救急医療機関に対し支援を行う。（平成 22 年度～）

²⁰ トリアージ：災害発生時などに多数の傷病者が発生した場合に、傷病の緊急度や程度に応じ、適切な搬送・治療を行うこと。

図表 55 東京消防庁救急相談センター（#7119）

<p>24時間年中無休</p> <p>#7119</p> <p>（携帯電話、PHS、プッシュ回線）</p> <p>ダイヤル回線電話やつながらない地域からは</p> <p>23区：03-3212-2323</p> <p>多摩地区：042-521-2323</p>	<p>救急相談センターの主なサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○症状に基づく緊急性の有無のアドバイス ○受診の必要性に関するアドバイス ○医療機関案内 <p>（注）以下のような内容等、救急相談としてお受けできないものがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健康相談 ●医薬品情報に関すること（誤飲を除く） ●セカンドオピニオンに関すること <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: blue; text-align: center;">救急車をほんとうに必要とする人のために、 救急車の適正な利用にご協力ください。</p> </div>
--	---

（6）周産期医療²¹体制の充実

低出生体重児の増加、ハイリスク妊娠の増加等により、周産期医療に対するニーズは増大する一方で、周産期医療を担う小児科・産科の医師数や病院数、分娩取扱機関数は減少しています。

また、NICU²²における長期入院児の存在や高度周産期医療を担う周産期母子医療センター²³の正常分娩の集中等の状況があり、高度医療の確保のためには、地域における機能分化と連携強化等が必要とされています。

妊婦（胎児）・新生児のリスクに応じた医療提供の仕組みづくりや、周産期母子医療センターの機能強化、NICUの整備、リスクのある妊娠・出産に対応可能な二次医療機関での受入態勢の促進等を実施しました。

ア 東京都周産期医療体制整備計画の策定（平成 22 年度）

イ 周産期母子医療センターの整備・強化

（ア）MFICU²⁴・NICU・GCU²⁵の運営に対する財政支援

（イ）開業医等の協力を得て、夜間、休日等に近隣の医師等の勤務を確保

（ウ）産科合併症以外の合併症に対する対応の強化

（エ）麻酔科医、臨床心理技術者の配置を支援

（オ）搬送調整及び搬送受入業務を支援する助産師、看護師又は事務補助者の配置を支援

（カ）NICU入院児支援コーディネーターの配置を支援

ウ NICU病床の整備（平成 25 年 3 月 1 日現在 291 床）

エ スーパー総合周産期センター（母体救命搬送システム）の創設（平成 24 年度末現在 4 施設）

²¹ 周産期医療：周産期（妊娠満 22 週から生後 7 日未満まで）を含めた前後の期間における医療

²² NICU：新生児集中治療管理室（Neonatal Intensive Care Unit）。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ための集中治療室

²³ 周産期母子医療センター：周産期に産科・小児科双方から一貫した総合的かつ高度な医療を提供できる施設

²⁴ MFICU：母体・胎児集中治療管理室（Maternal Fetal Intensive Care Unit）

²⁵ GCU：回復期治療室（Growing Care Unit）。NICUの後方病床。NICUにおける治療により急性期を脱した児、又は入院時より中等症であってNICUによる集中治療までは必要ないものの、これに準じた医療的管理を要する児を収容する。

- オ 周産期連携病院の創設・拡充（平成 25 年 3 月 1 日現在 12 施設）
- カ 多摩新生児連携病院の創設（平成 22 年度 1 病院指定）
- キ 周産期医療ネットワークグループの構築（平成 24 年度 8 グループ）
- ク 周産期搬送コーディネーターの配置（平成 21 年度～）
受入困難な事例について、地域間の搬送調整等を集中して行うコーディネーター（助産師等）を東京消防庁に配置
- ケ N I C Uからの円滑な退院に向けた取組の支援（平成 21 年度～平成 23 年度）
- コ 新生児科医確保支援事業（平成 22 年度～）
新生児科医の処遇改善として、N I C U入院児を担当した際に手当等を支給する周産期母子医療センターに対する支援
- サ 産科医等確保支援事業（平成 21 年度～）
産科医等の処遇改善として分娩手当等を支給する分娩取扱医療機関に対する支援
- シ 在宅移行支援病床運営事業（平成 22 年度～）
- ス 在宅療養児一時受入支援事業（平成 24 年度～）
- セ N I C U等入院児在宅移行研修の実施（平成 24 年度～）

（7）小児医療体制の整備

核家族化等の影響により、子供の病気に対する基本的知識が不足がちな家庭において、子供の急な体調変化の際に不安のため受診することが多くなっています。また、成人に比べ小児は夜間の救急患者の割合も高くなっています。

子供の病気や事故防止に関する知識の普及啓発を推進し、相談体制を充実するとともに、身近な地域で夜間休日に初期救急診療を受けられる体制整備、症状の重い小児患者に対する救急医療の確実な提供のための二次・三次救急医療体制の充実を図りました。

- ア 区市町村が行う小児救急医療に関する講演会等の普及啓発活動に対する支援（医療保健政策区市町村包括補助事業）（平成 24 年度 7 区市町村）
- イ 平日夜間の小児初期救急診療事業を行う区市町村に対する補助（平成 24 年度 32 区市町村）
- ウ 夜間・休日における小児科医師の複数配置による、重症患者に対応する医療機関を確保（平成 22 年度 3 病院）
- エ 休日・全夜間診療事業（小児）に参画又は拡充を予定している医療機関に対し、医師確保経費を補助することによる小児二次救急医療体制の確保（～平成 24 年度）
- オ 大学医学部に「小児医療調査研究講座」を設置（～平成 24 年度）
医療資源の少ない圏域の病院勤務を通じて調査研究を行う医師の派遣
- カ 治療の緊急度判断を行う小児救急医療のトリアージの実施（平成 24 年度 7 病院）
- キ 東京都こども救命センターの創設
重症症例等により、他の医療機関では救命治療の継続が困難な小児重篤患者の受入要請があった場合に、患者を必ず受け入れ、迅速かつ適切な救命治療を行う、高度な三次救急医療体制を確保（平成 22 年度～ 4 病院指定）
- ク 小児医療協議会の設置（平成 22 年度～）
小児医療に関し、体制の確保や研修、調査等について検討及び協議を行い、小児医療

体制の充実・強化を図る。

ケ 小児医療ネットワークモデル事業（平成 22 年度～）

遠隔画像診断や空床情報の共有化、地域の連携会議等を行う初期救急から三次救急までの連携体制の強化

二次～三次連携モデル事業：多摩ブロック

初期～二次連携モデル事業：北多摩北部地域

第 3 地域ケア体制等の推進

今後、急激な高齢化社会を迎える中、都民に適切な医療を提供するためには、医療提供体制の整備と併せて、医療機関から在宅療養に円滑に移行するための介護サービス基盤の充実が不可欠です。

このため、東京都では、「東京都地域ケア体制整備構想」及び「東京都高齢者保健福祉計画」に基づき、次の取組を実施しました。

1 地域ケア体制の推進

「東京都地域ケア体制整備構想」では、高齢者の望ましい将来像について、「自らの意思で「暮らしの場」を選択し、必要に応じて介護・医療・見守りなどのサービスを選ぶことができている。」としています。

また、「介護が必要な方は、自宅での生活を支えるために構築された「福祉・保健・医療が連携した仕組み」による、一人ひとりに応じた多様なサービスの組合せをし、住み慣れた地域で生活を継続することができている。」としています。

この望ましい将来像を実現するため、次の取組を実施しました。

(1) 高齢者の住まい方への取組

ア 自宅のバリアフリー化への支援

「高齢社会対策区市町村包括補助事業」のメニューである「住宅改善事業」（バリアフリー化）により支援（平成 24 年度 53 区市町村）

イ 医療事業所及び介護事業所が連携したサービス付き高齢者向け住宅²⁶のモデル事業の実施（平成 21 年度～）

モデル事業選定審査委員会を平成 24 年度までに 11 件を選定

ウ 居住者同士の関係作り等のスキルを持つ人材養成を目的とした、共同住宅管理人向け研修の実施（平成 19 年度～平成 24 年度）

平成 24 年度までに延べ 1,769 人が受講

エ 高齢者が安心して生活するための居住支援

「高齢社会対策区市町村包括補助事業」の各種メニューにより支援（平成 21 年度～）

²⁶ サービス付き高齢者向け住宅：平成 23 年 4 月 28 日に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成 23 年 10 月 20 日施行）が改正され、高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅の各制度が廃止となり、新たに創設された登録制度

(ア) 一人暮らし高齢者等安心生活支援事業（平成 24 年度 11 区市町村）

(イ) 高齢者地域見守り事業（平成 24 年度 6 区市町村）

(ウ) 高齢者緊急通報システム事業（平成 24 年度 54 区市町村）

オ 高齢者向け住宅選びのポイント等を分かりやすく開設した冊子「あんしん なつとく 高齢者向け住宅の選び方」の発行及び区市町村窓口等への配布（平成 22 年度及び平成 24 年度）

（２）介護保険サービスに係る取組

ア 地域包括支援センターの機能強化のための基幹型地域包括支援センターモデル事業（平成 21 年度）

イ 介護保険事業支援計画²⁷に基づく施策

(ア) 特別養護老人ホームの整備（平成 24 年度末 58 区市町村 446 施設）

(イ) 介護専用型特定施設に対する整備補助の継続

(ウ) 認知症グループホームについて、整備率の低い区市町村に対する重点補助（平成 24 年度定員は、前年度比 1,126 人の増加）

ウ 小規模多機能型居宅介護について、登録定員の上限や宿泊サービスの利用定員の規制緩和等につき、国に提案

エ 認知症高齢者グループホームのユニット数について、既存市街地以外においても、地域の実情に応じて 3 ユニット程度まで緩和するよう、国に提案

（３）在宅医療にかかる取組

急速な高齢化の進展や都民のニーズ、医療制度の変化等を受け、在宅医療の重要性が増していく中で、身近な場所で適時・適切な在宅医療の提供を可能とする仕組みの構築や、地域の特性に合わせた施策の実施、在宅医療に従事する医療従事者の連携構築に向けた取組を実施しました。

ア 医療保健政策区市町村包括補助事業（在宅医療推進に資する事業）（平成 24 年度 16 区市町村）

イ 在宅医療ネットワーク推進事業（平成 20 年度～平成 21 年度）

ウ 在宅医療拠点病院モデル事業（平成 21 年度）

エ 在宅医療連携推進事業（平成 22 年度）

オ 在宅医療相互研修事業（平成 21 年度～）

(ア) 東京都在宅医療推進シンポジウムの開催

(イ) 入院患者の円滑な在宅への移行を可能にする医療従事者・在宅医療スタッフ等の連携に向けた研修の実施

カ 医療連携強化研修事業（平成 23 年度～）

地域における他職種間で円滑に連携を図るための研修・症例検討会等の実施

キ 在宅医療普及事業（平成 22 年度～）

²⁷ 介護保険法第 118 条に基づき、都道府県が 3 年を一期として定める、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画。東京都では、高齢者の総合的・基本的計画として、介護保険事業支援計画と老人福祉法第 20 条の 9 に基づく老人福祉計画を合わせて、東京都高齢者保健福祉計画を策定している。

在宅療養推進会議を設置し、これまで行ったモデル事業や都内の先駆的な取組を検証するとともに、課題や今後の方向性について検討を行い、都内全域で地域の実情に応じた在宅療養を推進

ク 在宅医等相互支援体制構築事業（平成 24 年度～）

在宅医の負担を軽減し、在宅医療に取り組みやすくするため、在宅医相互又は訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして 24 時間の診療体制を確保する取組の支援を実施

ケ 在宅療養支援員養成事業（平成 24 年度～）

在宅療養支援窓口に従事する職員に対し、窓口業務に必要な知識、技術等を付与するため、訪問看護ステーションでの実習などによる研修を実施

2 療養病床の再編成への取組

急速な高齢化の進展により、急性期医療を終えた後も医学的管理の必要な高齢者が増加するとともに、自宅で療養生活を送る比較的重度な要介護認定者の増加も見込まれています。

このため、療養病床は療養の場としてだけでなく、住み慣れた地域で生活する高齢者の容態が悪化した場合のセーフティネットとしての機能も重要です。

療養病床は、地域ケア体制における重要な社会資源であり、必要な病床数を確保する観点から、次の取組を実施しました。

（1）医療機関の転換意向の把握

各医療機関に対する療養病床の転換意向等調査の実施（平成 20 年度～）

（2）転換支援補助の実施

既存の療養病床を廃止し、他の介護保険施設等に転換する医療機関に対し、東京都独自に上乗せ補助を実施（平成 20 年度～）

（3）療養病床整備事業の実施

必要な療養病床数を確保していくため、医療保険が適用される療養病床について、一般病床から医療療養病床への移行を支援しました。

ア 療養病床整備事業

医療機関が医療保険適用の療養病床を整備する費用を一部補助（平成 20 年度～）

イ 療養病床機能強化研修事業

療養病床を有する医療機関の管理者・医療スタッフ等を対象に、医療・ケア技術等に関する知識・ノウハウを付与し、医療機能強化を図るための研修を実施。平成 22 年度からは、研修運営委員会を設置し、研修内容の更なる充実を検討・実施（平成 21 年度～）

ウ 療養病床転換促進事業

療養病床への転換を検討している医療機関に対し、転換後の収支シミュレーションの提示など、経営コンサルティングの専門家による支援を実施（平成 23 年度～）

第4 その他の取組

特定健康診査及び特定保健指導は、対象年齢層が40歳から74歳までの医療保険加入者とされていることから、東京都では、これに加えて、後期高齢者の生活習慣病等の早期発見や生活保護受給者の生活習慣病予防を併せて推進してきました。

また、国民健康保険の医療保険者に対しても、医療費適正化の推進に向けた取組を支援しました。

1 後期高齢者における健康診査の推進

高齢者医療確保法により、後期高齢者医療広域連合の努力義務として位置付けられている後期高齢者の健康診査について、生活習慣病等の早期発見や重症化予防の観点から、東京都では経費の補助を行いました。

年度	補助金額	受診者数
平成20年度	559,810千円	499,831人
平成21年度	613,173千円	547,476人
平成22年度	717,436千円	581,064人
平成23年度	792,832千円	610,627人
平成24年度	978,082千円	627,814人

図表56 後期高齢者の健康診査受診率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
全国	21%	22%	23%	24%	—
東京都	48.3%	51.0%	52.0%	52.3%	52.0%

出典：厚生労働省保険局「平成24年度全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」（平成25年3月1日）
東京期高齢者医療広域連合「主要施策の成果の説明書（地方自治法第233条第5項の規定に基づく説明書）」（平成20年度～平成24年度）

2 生活保護部門と保健衛生部門の連携の推進

生活保護受給者に対する生活習慣病のための健康診査及び保健指導は、区市町村の保健衛生部門が実施しています。中長期的視点に立った医療費適正化を進める観点から、福祉事務所が保健衛生部門と連携して実施できるよう、東京都において次の取組を行いました。

- (1) 福祉事務所を対象とした会議の開催（年2回）
- (2) 福祉事務所が行う事業と区市町村が行う事業の連携に関して、実施内容の提案や課題の検討の働きかけ（平成21年度～）

3 国民健康保険における取組の推進

医療保険者が実施する医療費適正化に向けた取組（特定健康診査及び特定保健指導の未受診者対策、生活習慣改善指導、生活習慣病重症化予防対策、後発医薬品の普及促進に係る事

業、医療費通知等) に対して交付金を交付しました。また、特定健康診査及び特定保健指導の実施率やレセプト(診療報酬等明細書)点検による財政効果額等に応じて、成績良好な医療保険者に対して交付金を交付しました。

年 度	保険者数	交付金額
平成 20 年度	57	1,440,000 千円
平成 21 年度	60	1,580,000 千円
平成 22 年度	60	1,530,000 千円
平成 23 年度	59	1,480,000 千円
平成 24 年度	60	1,540,000 千円

また、国民健康保険財政の安定化を推進する目的で、平成 22 年度には東京都国民健康保険財政安定化支援方針を策定し、医療費適正化の推進に向け、医療保険者の課題に即した指導・助言や特別調整交付金の交付による財政支援等について決めました。(平成 24 年度には、対象期間を平成 25 年度から平成 26 年度までとする新たな支援方針を策定)

第4章 施策に要した費用に対する効果の推計

高齢者医療確保法施行規則は、都道府県医療費適正化計画の実績評価において、当該計画に掲げる施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものとしています。

調査及び分析の方法について、国は、「実績評価に関する基本的な考え方」の中で、第一期の都道府県計画の策定に当たり行なった医療に要する費用の見通しの推計の方法に即して、過去5年間の平均在院日数の短縮による医療費適正化効果を推計し、第一期計画において推計した5年間の医療費適正化効果の見通しとの比較を行なうものとし、併せて、特定保健指導の実施に係る費用対効果の推計を行なうものとしています。

また、推計の方法について、国は、平均在院日数の短縮による医療費適正化効果については、第一期都道府県計画策定時に配付した「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール」を用いることとし、特定保健指導の実施に係る費用対効果については、実績評価に合わせて配布した「特定保健指導費用対効果推計ツール」を用いることとしています。

第1 第一期計画策定時における医療費の見通し

第一期計画に係る医療費適正化基本方針において、国は、平均在院日数の短縮による医療費適正化効果を織り込んで、都道府県医療費の将来推計を行なうこととしていました。

国が第一期計画の策定時に配付した「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール」を用いた都民医療費の推計は、次のとおりです。

	平成20年度	平成24年度推計	増減額
医療費適正化に向けた取組を推進しない場合の都民医療費	3兆2,362億円	3兆7,985億円	5,623億円の増 A
医療費適正化に向けた取組（平均在院日数を25.4日とする。）を推進した場合の都民医療費		3兆7,930億円	5,568億円の増 B
		A-B	55億円の減

第2 第一期計画期間の取組による医療費適正化効果の推計

第一期計画期間（平成20年度から平成24年度まで）における平均在院日数及び特定保健指導に係る目標の進捗状況を踏まえた医療費適正化の効果額は、次のとおりです。

1 平均在院日数の短縮に係る医療費適正化の効果

「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール」によれば、介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の短縮に向けた取組を推進しなかった場合、平成24年度の都民医療費は、

3兆7,985億円と推計されましたが、平均在院日数が22.8日に短縮されたことにより、都民医療費は、3兆7,067億円に圧縮され、およそ918億円の適正化効果があったものと推計されます。

平均在院日数の短縮に向けた取組を推進しない場合の平成24年度都民医療費	3兆7,985億円
平均在院日数が22.8日に短縮されたことによる平成24年度都民医療費	3兆7,067億円
医療費適正化効果	918億円

2 特定保健指導の実施に係る医療費適正化の効果

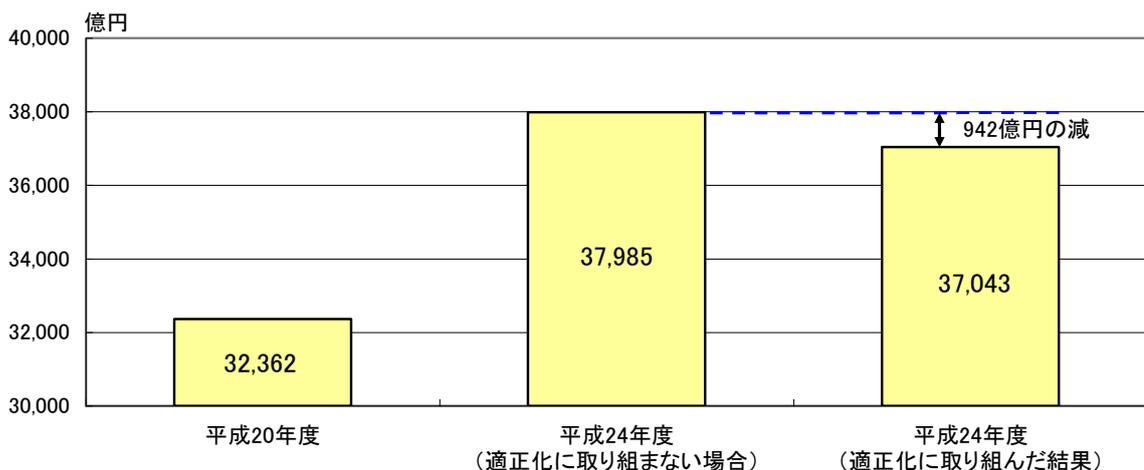
「特定保健指導費用対効果推計ツール」によれば、平成20年度から平成23年度まで²⁸の期間に、およそ27万人が特定保健指導を終了したことにより、24億円の適正化効果があったものと推計されます。

平成20～23年度の特定保健指導終了者	266,841人
特定保健指導に要した費用	42億2,081万円 (A)
医療費の削減額	66億5,349万円 (B)
医療費適正化効果 (B-A)	24億3,268万円

3 第一期計画期間の取組による医療費適正化効果の推計

上記1及び2のとおり、第一期計画期間における平均在院日数の短縮による適正化効果は918億円、特定保健指導の実施による適正化効果は24億円であり、合わせて942億円の適正化効果があったものと推計されます。

図表 57 医療費適正化効果による都民医療費の推移



²⁸ 第一期医療費適正化計画の計画期間は平成20年度から平成24年度までであるが、特定健康診査及び特定保健指導の実績については、「実績評価に関する基本的な考え方」において、「(特定健康診査・特定保健指導の)24年度実績の提出期限は今年度(平成25年度)の11月1日であることから、平成20年度から平成23年度までの実績を用いること」とされている。