

令和5年度第2回
東京都医療費適正化計画検討委員会
会議録

令和5年10月30日

(午後7時00分 開会)

○植竹保険財政担当課長 それでは定刻となりましたので、ただいまより令和5年度第2回東京都医療費適正化計画検討委員会を開会させていただきます。ウェブで参加の委員の皆様方におかれましては、ビデオをオンにいただければと思います。

皆様にはご多忙のところご出席いただきまして、誠にありがとうございます。私は東京都保健医療局保健政策部保険財政担当課長の植竹でございます。議事に入るまでの間、進行役を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。円滑な進行に努めたいと思いますが、会議中、機材トラブル等が起こる可能性もございますので、何かございましたら、その都度ご指摘をいただければと存じます。

はじめに本日の資料を確認させていただきます。オンラインでご参加の委員の皆様には、事務局より事前に送付しておりますのでそちらをご覧くださいと思います。会議次第に記載の通り資料1から参考資料2でございます。本日は第2回の委員会となりますが、委員に変更がございますので、資料1・委員名簿にてご紹介をさせていただきます。

保険者団体の上から3人目、全国健康保険協会東京支部支部長が元田勝人委員から柴田潤一郎委員に変更となっております。続いて出席状況についてでございますが、名簿順に学識経験者の西村委員、保険者団体の桃原委員、深沢委員、保健行政等の多摩市の本多委員よりご欠席のご連絡をいただいております。また、本日オンライン開催でございますが、高橋委員、向山委員につきましては、会場でご出席をいただいております。

次に会議の公開についてでございます。資料2の東京都医療費適正化計画検討委員会設置要綱第10の規定によりまして当委員会は、会議録及び会議にかかる資料につきましては、公開とさせていただきますのでご了承願います。また、本日は傍聴の方がいらっしゃっておりますので、お知らせをいたします。それでは、以降の進行につきまして、古井委員長にお願いいたします。

○古井委員長 皆様こんばんは。遅い時間お疲れ様でございます。それでは、本日もお手元の会議次第に従いまして、進めてまいりたいと存じます、よろしくお願いいたします。

本日の議題は第4期東京都医療費適正化計画骨子(案)についてですけれども、ボリュームがかなり多いので、3つに分けて協議を行っていききたいと思います。はじめに構成及び医療費等の現状についてです。それでは事務局よりまず説明をお願いいたします。

○植竹保険財政担当課長 それでは説明させていただきます。まず、資料3をご覧くださいと思います。前回の会議では都の取組の進捗状況につきましてご報告をさせていただきましたが、こちらの資料につきましては、都内医療保険者のデータヘルス計画に基づく取組状況を把握することを目的として、保険者協議会を通じて、本年の8月から9月にかけて実施した調査をまとめたものでございます。今回初めて実施したものでございます。調査方法、調査項目等につきましては資料記載のとおりでございます。対象とした678保険者中551の保険者からご回答をいただいております。回答率は81.3%でございます。2ページ目からが、回答内容を整理したものでございます。

1番、特定健康診査でございます。最初に実施体制についてですが、被用者保険につきましては、被保険者・被扶養者両方が対象の場合は個別契約、被保険者のみ対象の場合は事業主直営、被

扶養者のみ対象の場合は集合契約での実施割合が高くなっております。国民健康保険につきましては、区市町村国保組合とも医師会委託の割合が高く、また後期高齢者医療では区市町村に委託して実施されております。

続きまして、3ページをお開きください。がん検診と特定健診との同時実施についてでございます。被用者保険では、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん検診との同時実施の割合が高く、国民健康保険では大腸がん検診との同時実施の割合が高くなっております。後期高齢者医療の健診につきましては、本調査では詳細の実施状況を把握してございませんが、同時に実施している区市町村もあるとのこと。同時実施をされていない場合、区市町村のがん検診との連携はできていない保険者が多くとなっております。

続いて4ページ、特定健診に関する対象者への受診案内についてでございます。

被用者保険や国民健康保険では全員に送付したと回答された割合が多く、受診率向上の取組につきましては、被用者保険では費用助成、国民健康保険では受診勧奨、土日・休日、夜間等の実施の順に多くなってございます。後期高齢者医療では、対象者への受診案内は区市町村ごとに実施されておまして、受診勧奨は、生活習慣病等のリスクがある方、治療中断者の方に対して実施されております。

続いて5ページ、特定健診に関し、各保健者が設定した目標の達成状況についてでございます。

被用者保険では、目標達成済みは全体の26%で、目標未達成の課題としまして被扶養者の受診率と回答した割合が多く、国民健康保険では目標達成済みは全体の4%で、目標未達成の課題としまして、特定の年齢層の受診率、コロナによる受診控えとの回答が多くなっております。後期高齢者医療は、目標達成まで5ポイント以内となっており、特定の居住地の受診率、コロナによる受診控えが課題となっております。

続きまして6ページ、第3期データヘルス計画期間中の特定健診結果の変化についてでございます。被用者保険及び国民健康保険では、特定保健指導対象者の対象者割合の減少が最も多くなっておりますが、その他で多かった回答は、特に大きな変化なしでございます。後期高齢者医療につきましては、今後把握予定とのご回答でございました。

7ページ目からは、特定保健指導に関する調査結果でございます。まず実施体制につきましては、被用者保険では被保険者・被扶養者両方が対象の場合や、被保険者のみ対象の場合は、保健指導専門業者との個別契約による実施割合が高く、被扶養者のみ対象の場合は、集合契約での実施割合が高くなっております。国民健康保険では区市町村国保組合ともに保健指導専門業者との個別契約の割合が高くなっております。

8ページ、初回面接の実施時期についてですが、被用者保険では約4割、国民健康保険では約3割が健診と同日に実施と回答されておりますが、その他と回答された割合も多いことから、一部の対象者に対して健診と同日に実施しているものと推測されます。対象者の利用案内につきましては、国民健康保険では電話での案内や利用券の送付、被用者保険では、事業主からの案内メールでの送付が多くなっております。

9 ページ目、実施率向上のための工夫につきまして、被用者保険・国民健康保険ともに約 8 割がオンライン・対面での面接の選択制を導入しております。被用者保険では 7 割以上が就業時間中に面接を受けられる環境を整備していると回答がございました。2 年連続で対象となった方への工夫につきましては、被用者保険では目標設定の工夫や別のプログラムの用意がそれぞれ約 3 割と多く、国民健康保険では目標設定の工夫が 5 割近くと多くなっております。特になしとの回答もございました。

10 ページ目は、被用者保険のみでございますが、実施率向上のために事業主と連携して実施をしている取組を聞いております。主な回答といたしまして、事業主との連名や事業主経由での対象者への参加勧奨、途中脱落しそうな方や辞退者への参加勧奨、就業時間中の面接指導の実施、事業主の情報共有の場の設定、事業所訪問・説明会、事業主の会議の活用、事業主を通じた特定保健指導の PR 活動、事業主の健康経営政策への位置づけなどの回答がございました。

11 ページ目、特定保健指導に関しまして、各保険者が設定した目標の達成状況についてでございます。被用者保険では目標達成済みが全体の 23%で、目標を未達成の課題といたしまして被扶養者の実施率と回答した割合が多くなっております。国民健康保険では、目標達成済みは全体の 8%で、目標未達成の課題としまして特定の年齢層の受診率、コロナによる影響との回答が多くなっております。

12 ページからは特定健診で受診勧奨判定値を超えている方に対する特定保健指導以外の取組についてでございます。特定健診で受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨の実施状況は、被用者保険、国民健康保険ではいずれも 5 割以上の保険者が、特定健診結果とは別に医療機関への受診勧奨の文書を送付しております。被用者保険では、そのうち 3 割程度が被保険者のみを対象に実施されております。受診勧奨を行っている項目はいずれも「血糖」「血压」「脂質」の順に多くなっております。後期高齢者医療では、健診結果とは別に、「血压」「血糖」「脂質」の項目につきまして、受診勧奨判定値を超えている方全員に文書を送付されております。

13 ページ、特定健診で受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨後の医療機関未受診者への対応状況についてでございます。被用者保険では 25.1%。国民健康保険では 38.3%が電話による再勧奨を実施しております。後期高齢者医療につきましては、受診勧奨後の未受診者につきまして、広域連合で効果分析を行い、通知後の行動変容を把握されているとの回答がございました。医療機関への受診勧奨以外で実施されている取組としましては、被用者保険、国民健康保険ともに健康習慣改善の通知やパンフレット等の配布が最も多くなっております。

14 ページは区市町村国保のみとなりますが、糖尿病性腎症重症化予防事業についてでございます。実施状況につきまして、医療機関への受診勧奨が 35 自治体、保健指導が 47 自治体となっております。なお本調査とは別に、東京都が毎年度全区市町村を対象にプログラムに関する調査を実施しておりますが、本調査は調査時点での実施状況となっており、また回答率も異なっておりますため、プログラムに関する調査の回答内容とは異なっております。保健指導を実施している場合の参加率には、平均が 8.1%、最小が 0%、最多が 46%となっております。保健指導の参加者を増やすため

の課題として、医療機関との連携、対象者の理解、対象者へのアプローチの順に回答が多くなっています。

続いて15ページ、特定健診の受診者全員に対して、健診結果に加えて行っている健康づくりや生活習慣に関する情報提供についてでございます。被用者保険では、ウェブページ等を活用した情報提供を行っている保険者が多く、国民健康保険では対面での結果説明の機会を利用した情報提供を行っている保険者が多くなっております。情報提供を行っている項目は、いずれも運動、食生活等の生活習慣、肥満、喫煙の順に多くなっております。

16ページ目、特定健診等の効果を上げるためのポピュレーションアプローチについてでございます。被用者保険、国民健康保険では、いずれも広報誌・ホームページ等による情報提供を行っている保険者が最も多く、次に人間ドックの実施または費用助成を行っている保険者が多くなっております。後期高齢者医療では、広報誌やホームページ等による情報提供、人間ドックの実施または費用助成が実施をされております。

17ページ目、被用者保険のみとなりますが、事業主と連携した取組について聞いたものでございます。7割以上の保険者につきまして、健康スコアリングレポート等を用いた健康課題の共有、保健事業に関する情報提供が実施されています。その次に事業主と連携したデータヘルス計画の策定や、健康企業宣言の支援を実施している割合が高く、総合健保組合では、約7割、単一の健保組合では約5割の回答でした。

18ページ目、その他の医療費適正化に向けて実施している取組についてでございます。被用者保険では、医療費通知が9割以上、後発医薬品差額通知の送付が8割以上の保険者で実施されておまして、全ての取組につきまして、被保険者・被扶養者両方を対象としている保険者が多くなっております。国民健康保険では、後発医薬品差額通知の送付が9割以上、医療費通知の送付も9割近くの保険者で実施されております。後期高齢者医療では、医療費通知の送付、服薬情報通知の送付、後発医薬品差額通知の送付、後発医薬品希望カード、希望シールの配布が実施されております。各保険者の特徴、加入者の特徴に応じて取組の内容の違いがございますが、都内医療保険者が実施義務のある特定健診、特定保健指導以外にも広く加入者の健康づくりに取り組んでいただいていることがわかる調査結果ではないかと考えております。

続きまして資料4をご覧くださいと思います。第4期医療費適正化計画の構成案についてご説明いたします。前回の会議では、このうち第4部医療費適正化に向けた取組の推進の第1章、都民の健康増進及び医療資源の効率的な活用に向けた取組につきまして、国の基本方針を踏まえた第4期計画の構成案について、ご説明したところですが、今回は計画全体の構成案につきまして、第3期計画からの変更点を中心にご説明します。

第1部計画の趣旨、次の第2部の都民医療費の現状の第1章第1節・第2節につきましては、第3期から構成の変更はございません。

第3節の疾病別医療の状況につきまして、第3期では生活習慣病と新生物に分けて、患者一人当たりや年齢別の医療費を分析しておりましたが、第4期では疾病中分類別に見て医療費が高い疾病につきまして、一人当たり・性年代別に分析する形に変更をしております。また、国の基本方針で

取組の新たな視点として示された、医療資源の投入量に地域差のある医療の状況を追加しております。

第4節につきましては、第3期では後発薬品の使用状況としていたところを、医薬品の使用状況に変更し、国の基本方針で追加をされたバイオ後続品や抗菌薬の使用状況を新たな項目として、追加しております。

第2部第2章につきましては、構成に変更はございませんが、一部表題を変更しています。

次のページの第3部、計画の基本的な考え方につきましては、第1章第2節の国が示す目標につきまして国の基本方針で新たに追加された項目を踏まえ、①住民の健康の保持の推進に関する目標につきまして、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防、介護予防の推進を追記しております。また②医療の効率的な提供の推進に関する目標につきまして、後発医薬品の使用促進にバイオ後続品を追記するとともに、医療資源の効果的・効率的な活用、医療介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進の項目を追記しております。第2章につきましては、構成の変更はございません。

第4部、医療費適正化に向けた取組の推進につきましては、第1章、都民の健康の保持増進および医療資源の効率的な活用に向けた取組につきまして、前回の会議でもご説明しました通り、一部項目名の変更や順番の入れ替えを行いますとともに、国の基本方針を踏まえて項目を追加しております。主な変更点としましては、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につきまして、第2期計画では健診・保健指導の推進の中の一項目でありましたデータヘルス計画の推進を、単独の項目として設定をしております。また③生活習慣病の重症化予防を、発症・重症化予防とするとともに、⑤健康の保持増進に向けた一体的な支援につきましては、健康情報をわかりやすく伝える取組と、個人の健康づくりを支援する取組の2つの項目に整理をしております。第2節医療資源の効率的な活用に向けた取組につきましては、④後発医薬品の使用促進にバイオ後続品を追加しまして、また新たな項目として国の基本方針を踏まえ、⑦有効性・必要性を踏まえた医療資源の効率的な活用⑧医療介護連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進を追記しております。

次のページに移りまして、第2章医療費の見込みにつきましては、国の基本方針を踏まえて③制度別医療費の推計、④機械的に算出した一人当たり保険料の試算を追記しております。その他については構成に大きな変更はございません。

続きまして、資料5をご覧ください。第4期医療費適正化骨子(案)について、第1部、第2部につきましてご説明させていただきます。

2ページ目をご覧ください。第1部は、本計画の策定の趣旨を記載する部分でございます。1.計画策定の背景といたしまして、急速な少子高齢化が進展する中で、国民皆保険を堅持し続ける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ることから、平成18年の医療制度改革によりまして、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たことを記載しております。また人口動向につきましては、いわゆる団体

の世代が全て75歳以上となる令和7年にかけて、高齢者人口が急速に増加した後、令和22年に向けてその増加は緩やかになる一方で、生産年齢人口は令和7年以降さらに減少が加速することを記載しております。その下にはこれまでの経過としまして、平成26年には都道府県が地域医療構想を策定することとされたこと、平成27年には、医療費適正化の取組を国・都道府県・保険者・広域連合がそれぞれの立場から進める体制を強化するための見直しが行われたこと、平成30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国保の財政運営の責任主体として中心的な役割で担うこととなったことを記載しております。

2. 計画の目的・性格につきましては、本計画は都民の健康の保持および良質で効率的な医療の提供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すること、都は国が示す基本方針における目標及び取組を踏まえ、関係者と連携しながら医療費適正化の取組を進めていくこと、関連計画における取組と調和性を図っていくことを記載しております。3. 計画期間につきましては、令和6年度から11年度までの6年間としております。

続いて3ページをご覧ください。第2部は都民医療費の現状を記載する部分でございます。第1章では主に都民医療費の動向について記載をしております。第1節東京都の高齢化の状況につきましては、現在、別の委員会で検討されております高齢者保健福祉計画と整合を図りながら今後記載してまいります。第2節、都民医療費の動向では、医療費適正化計画の実績を国民医療費により把握するため、医療費総額および人口一人当たり医療費につきまして国民医療費により分析し、性年代別・一人当たり医療費につきましては国民医療費では把握できないことから、国から提供される医療費適正化計画関係データセットにより、分析した結果を記載しております。なお資料では、令和3年度の国民医療費の実績は、まだ公表をされていないため、今後差し替える予定としておりますが、こちらは先週公表されたところをございまして、大変申し訳ございませんが資料の差し替えが間に合わなかったことから、今回の会議以降で差し替えをさせていただければと思います。今回は2年度でご説明をさせていただきます。

1. 医療費総額についてでございます。令和2年度の都民医療費の総額は4兆2972億円で医療費の規模は全国1位、国民医療費総額の約1割を占めている状況です。

4ページは医療費の推移についてでございます。都民医療費の総額は、平成27年度から令和元年度まで上昇しており、令和2年度は前年度に比べ3.6%の減となっております。令和2年度の都民医療費の診療種別構成割合は、国民医療費全体と比較して、入院医療費の割合が4.2%少なく、入院外医療費の割合が2%高く、また薬局調剤医療費の割合が1.4%高くなっております。

5ページ目をご覧ください。一人当たり医療費につきまして、令和2年度の東京都の一人当たり医療費につきましては、30万6千円で、全国平均の34万1千円より低くなっております。

6ページ目をご覧ください。令和3年度の年代別一人当たり医療費でございます。59歳以下は男女共に30万円以下となっておりますが、60歳以上では男性の方が一人当たり医療費が高くなっています。

7 ページ目からは第3節疾病別医療費の状況といたしまして、国から提供される医療費適正化計画データセットにより、分析した結果を記載しております。なお参考として比較をしております、国民医療費の構成割合は医科診療医療費のみで集計されています。

1. 疾病別医療費の構成につきましては、疾病大分類別・疾病中分類別に医療費の状況を記載しております。令和3年度の疾病大分類別の医療費の構成につきましては、循環器系の疾患が最も多く、次いで新生物<腫瘍>となっており、令和2年度の国民医療費全体の構成と比較して割合はやや低いものの、概ね同様の傾向となっております。また新型コロナウイルス感染症に係る医療費につきましては、全体の2.1%を占める特殊目的用コードの中に含まれています。

8 ページ目、令和3年度の疾病中分類別一人当たり医療費はその他の疾病を除きますと高血圧性疾患が最も多く、次いで腎不全、糖尿病の順となっております。以上の結果を踏まえまして、この後9ページ目以降で疾病中分類別一人当たり医療費が上位10位以内の、その他以外の疾病であります、高血圧性疾患、腎不全、糖尿病、骨折、脳梗塞については、詳細を分析してまいります。また疾病大分類別医療費におきまして、循環器系の疾患と並んで10%を超える新生物<腫瘍>の中で最も一人当たり医療費が高い、気管・気管支および肺の悪性新生物<腫瘍>についても詳細を分析いたします。9ページ目以降の2. 疾病中分類別医療費が高い疾病の状況では、都道府県別人口一人当たり医療費、東京都の性年代別一人当たり医療費、年代別受診率を分析しております。一人当たり医療費、受診率の算出方法は記載のとおりです。

(1)の高血圧性疾患につきましては、令和3年度の都における一人当たり医療費は15,952円で全国平均の21,922円より低く、全国47位となっております。

10 ページ目、高血圧性疾患の一人当たり医療費を男女別に見ますと、男性は70歳以上、女性は75歳以上で60万円を超えており、男女ともに加齢に伴い金額が高くなる傾向がございます。また、受診率は男女共に80歳以上から3%を超えており、高齢になるにつれて高くなっています。

11 ページ目、令和3年度の都における腎不全の一人当たり医療費は10,193円で全国平均の11,872円より低く、全国42位となっております。

12 ページ目、腎不全の一人当たり医療費を男女別に見ますと、男性の65歳から99歳のみが3万円を超えており男女ともに85歳から89歳が最も高くなっております。また受診率は男性の80歳から99歳のみ0.2%を超えており、男性は90歳から94歳、女性は85歳から89歳が最も高くなっております。

13 ページ、令和3年度の都におけます、糖尿病の一人当たり医療費は9859円で、全国平均の13,272円より低く全国47位となっております。

14 ページ目、糖尿病の一人当たり医療費を男女別に見ますと、男性の70歳から94歳のみが3万円を超えておりまして男性は80歳から84歳、女性は85歳から89歳が最も高くなっております。また、受診率は男性の75歳から84歳のみ1%を超えており、男女とも80歳から84歳が最も高くなっております。

続いて15ページ目、令和3年度の骨折に関します都の一人当たり医療費は8,898円で、全国平均の11,482円より低く、全国46位となっております。

16 ページ目、骨折の一人当たり医療費を男女別に見ますと、女性の90歳以上のみが12万円を超えており、加齢に伴い高くなる傾向がございます。また受診率は女性の85歳以上のみ0.4%を超えており、男女とも加齢に伴い高くなる傾向がございますが、10歳から14歳の男性の受診率も0.17%と比較的高くなっています。

17 ページ目、令和3年度での都の脳梗塞に関する一人当たり医療費は6,475円で全国平均の8,676円より低く全国47位でございます。

18 ページ目、脳梗塞の一人当たり医療費を男女別に見ますと、男性は80歳、女性は85歳以上が4万円以上となっており男女共に加齢に伴い高くなる傾向がございます。また、受診率は、男性は75歳以上、女性は80歳以上から0.2%を超えており、男女ともに高齢になるにつれて高くなっておりま

19 ページ目、令和3年度の都におけます気管・気管支及び肺の悪性新生物の一人当たり医療費は、4,493円で、全国平均の5,330円より低く全国43位となっております。

20 ページ目、気管・気管支及び肺の悪性新生物の一人当たり医療費を男女別に見ますと男性の70歳から84歳のみが2万円を超えており、男女ともに75歳から79歳が最も高くなっておりま

21 ページ目をご覧ください。3.医療資源の投入量に地域差のある医療の状況につきましては、今回国の基本方針を踏まえまして、取組の視点として取り入れる予定のものでございまして、国から提供されます第4期医療費適正化計画レポートにより分析をいたしました、外来化学療法と白内障手術の外来での実施状況を記載しております。都におけます、令和3年度の外来化学療法の人口千人当たりの実施件数は16.09件であり、全国平均の15.69より高く全国20位となっております。

22 ページ目、都におけます令和3年度の白内障手術の外来での実施割合は50.4%となっております

23 ページ目からは第4節、医薬品の使用状況でございます。国から提供される医療費適正化計画データセットにより分析した結果を記載しております。なおバイオ後続品、抗菌薬等の新たに国の基本方針に位置づけられた項目につきましては、国から提供されます医療費適正化計画推計ツールのデータにより分析をしております。都の後発医薬品の数量シェアにつきましては、令和4年3月時点で76.4%となっており、全国平均の79.6%より低く、全国43位となっておりますが、平成29年度から令和3年度まで継続して上昇している状況でございます。

24 ページ、都の令和4年3月時点での後発医薬品数量シェアを薬効別に見ますと、全国より高い薬効もござい

25 ページ、令和3年度におけます都の後発医薬品切替効果額です。こちらの切替効果額は、(*)にあります通り、先発薬品により薬価の安い後発医薬品があった場合に、すべて後発医薬品に置き換えた

国 1 位となっております。薬効別では中枢神経用薬、循環器官用剤などの切替効果額が高くなっており、また一人当たり切替効果額は 7,594 円となっており、全国平均の 6,845 円より高く全国 12 位となっております。

26 ページ、令和 3 年度におけます都のバイオ後続品数量シェアは 29.7%で全国平均の 32.4%より低く、全国 40 位となっております。

27 ページ目、令和 3 年度におけます都のバイオ後続品数量シェアを成分別に見ますと、全国より高くなっているものもございしますが、テーブル 4 のインフリキシマブなど全国より低くなっているものもございします。

28 ページ目、令和 3 年度におけます都のバイオ後続品の切替効果額は 141.2 億円となっており、全国 1 位でございます。成分別では成分 4、成分 10 などの切替効果額が高くなっており、また、一人当たり切替効果額は 1,019 円となっており、全国平均の 946 より高く全国 18 位となっております。

29 ページ目、重複投薬の状況でございますが、令和 3 年度に 3 医療機関以上から同一月に同一成分の薬剤の投与を受けた患者の割合は都では 0.1%で全国平均の 0.08%より高く全国で 4 位となっております。年齢別に見ますと、男女ともに 0 から 4 歳が最も高く、ついで 35 歳から 44 歳が高くなっており、

30 ページ目、4. 複数種類医薬品投薬の状況でございます。令和 3 年度に同一月に 6 種類以上の薬剤の投与を受けた患者の割合は都では 18.3%で全国平均 20.8%より低く、全国で 47 位となっております。年齢別に見ますと、男女共に若年層では 0 から 4 歳の割合がやや高めとなっておりますが、その後は加齢に伴い高くなる傾向にございまして、90 歳以上が最も高く、次いで 85 歳から 89 歳が高くなっており、

31 ページ目、抗菌薬の使用状況でございます。こちらは今回、国の基本方針を踏まえて取組の視点として取り入れる予定です。効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療として、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬使用が例示されていることを踏まえて、第 4 期医療費適正化計画レポートによる分析結果を記載したものです。令和 2 年度における都の人口千人一日当たりの抗菌薬使用量は 9.5g で全国平均の 7.9g より高く、全国 8 位となっております。

32 ページ目は急性気道感染症への抗菌薬の使用状況でございます。令和元年度におけます都の急性気道感染症患者の抗菌薬薬剤費は 51.1 億円でございます。全国 1 位となっており、1 人当たりの薬剤費は 371.2 円で全国 3 位となっております。

33 ページ目は急性下痢症への抗菌薬の使用状況でございます。令和 5 年度におけます都の急性下痢症患者の抗菌薬薬剤費は 111.6 億円、全国 1 位となっており、一人当たり薬剤費は 84.4 円で全国 8 位となっております。

34 ページからは第 2 章となりまして、第 3 期計画の進捗状況を記載しています。34 ページから 37 ページまでは柱の一つであります、住民の健康の保持増進につきまして、38 ページ、もう一つの柱であります医療資源の効率的な活用につきまして、目標値に対する進捗状況を記載しております。住民の健康の保持増進につきましては、3 つの目標値を設定しており、令和 5 年度に向けて特

定健診は実施率 70%以上、特定保健指導は実施率 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につきましては、平成 20 年度比 25%以上の目標を設定しております。都の特定健診実施率は、平成 20 年度以降、全国平均を上回っておりまして、令和 3 年度は 65.4%で全国 2 位となっております。

35 ページ目、都の特定保健指導実施率は、平成 20 年度以降全国平均を下回っておりまして令和 3 年度は 23.1%で全国 37 位となっております。

36 ページ目、令和 3 年度におけます、都のメタボリックシンドロームの該当者割合は 15.1%、予備群の割合は 12.3%となっており、いずれも全国平均よりやや低くなっております。

37 ページ目、都のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の対平成 20 年度比減少率は、平成 28 年度以降全国平均を上回っておりまして、令和 3 年度は 15.5%でございます。

38 ページ目、医療資源の効率的な活用につきましては、後発医薬品の使用割合について令和 5 年度までに 80%とする目標を設定しております。都の数量シェアは先ほどもご説明いたしましたが、令和 4 年 3 月時点で 76.4%となっておりまして、全国平均の 79.6%より低く、全国 43 位となっておりますが、経年で見ますと、平成 29 年度から令和 3 年度にかけてまして継続して上昇している状況でございます。説明は以上でございます。

○古井委員長 はい、ありがとうございます。大変膨大な資料をどうもありがとうございます。

資料 3 が東京都独自の保険者調査で、それから資料の 4 と 5 が計画の構成、それから骨子案の前半部分になります。それでは皆様方より、ご意見あるいはご質問ございましたら、遠慮なくお願いします。その際にどの資料のどの部分というのがもしあれば、それも合わせてお伝えいただければと思います。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、私から 1 点ご質問ではなくて、資料 3 の 14 ページ目ですけれども、資料 3、本当に随分たくさんの保険者さんからの回答、81.3%ということで、非常に素晴らしい調査なんですけれども、東京都は特定健診の実施率が非常に高く、これは医師会との協力関係もあると思いますが、その後フォローとして特定保健指導であったり、重症化予防というところが、今後の課題だというのがよく認識ができました。

それで 14 ページ目のところに、糖尿病性腎症の重症化予防事業、これは非常に医療費適正化の観点からも大事ですし、それから都民の QOL の観点からも大事だと思うのですが、保健指導を実施している場合の参加率というのが、濃淡は非常に区市町村によって違うと思うのですが、平均で 8.1%ということになっております。特定保健指導の全国平均より低いんですが、この重症化予防事業というのも非常に患者さんにとっては大事な事業だと思いますので、医療資源の効率的活用ということも含めて、ここはぜひ力を入れるべき部分ではないかなというふうに改めて認識をいたしました。座長からは以上でございます。何か事務局コメントございますでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 古井委員長ご意見ありがとうございます。おっしゃっていただいた通り、健診後の重症化予防を含めた対応が非常に重要かと思っておりますので、今回の計画でもしっかりと関係者の方が連携して取り組めるように、記載を考えていければと思います。

○古井委員長 ありがとうございます。何か皆様方からございますでしょうか。特によろしいでしょうか。

それでは、また後ほど気が付かれたら戻っていただいても構いませんので、先に進めたいと思います。それでは議事の2つ目でございます。計画の基本的な考え方および取組についてということで、まずは資料の説明をお願いいたします。

○植竹保険財政担当課長 それでは引き続きまして、資料の説明をさせていただきます。資料5の39ページからご覧いただきたいと思います。

第3部は、この計画の基本的な考え方を記載する部分でございます。第1章は都の計画のベースとなります国の基本方針における考え方の目標を記載しております。第1節、国の基本方針の考え方でございますが、基本方針では医療費適正化の取組を進めるにあたりまして、個人の生活習慣の改善の促進や医療機関未受診者等への受診勧奨など、若い時からの生活習慣病対策が重要であること、また、医療・介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれる中、医療と介護の両方に対するアプローチや心身機能の低下に起因した疾病の予防が重要であること、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中、医療機関の病床、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重要であること、後発医薬品の使用促進などの更なる取組の推進に加え、医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組を進めることも重要であること、などを目標の前提としているところでございます。

40ページ及び41ページでは、国が示す目標値について記載をしております。40ページ目の1.住民の健康の保持の推進に関する目標では、特定健診・特定保健指導につきましては、それぞれ第4期の実施計画におけます全国目標を踏まえまして、令和11年度における目標値を特定健診は70%、特定保健指導は45%とすること。3.メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率につきましては、平成20年度比で25%減少とする目標の設定が考えられるとされております。

4.たばこ対策および5.予防接種につきましては、普及啓発施策に関する目標の設定、6.生活習慣病等の重症化予防の推進につきましては、関係機関との連携による糖尿病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の設定が考えられるとされております。7.高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進につきましては、一体的実施の推進に関する目標の設定について、8.その他予防健康づくりの推進につきましては、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、特定健診以外の健診に関する目標の設定等が考えられるとされております。

41ページ、2.医療の効率的な提供の推進に関する目標では、1.後発医薬品およびバイオ後続品使用促進につきましては、後発医薬品使用促進の数値目標につきまして、国は2023年度末までにすべての都道府県で数量シェア80%以上という目標を、金額ベース等の観点も踏まえて見直すとしておりまして、これを踏まえた都道府県目標を令和6年度に設定すること。また、現時点で目標値に達していない都道府県では、当面の目標として可能な限り早期に80%以上に到達することを目標とすることが望ましいとされております。バイオ後続品につきましては、国において令和11年度末まで

にバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数が、全体の成分数の 60%以上にするという目標が設定されたことを踏まえ、令和 11 年度の目標を設定することが考えられるとされております。

(2)医薬品の適正使用の推進につきましては、重複投薬の是正につきまして、患者や医療機関等に対する普及啓発や保険者等による訪問指導の実施、電子処方箋のメリットの周知等による普及促進等に関する目標の設定、複数種類の医薬品の投与については、その適否を一概に判断できない点に留意しつつ、普及啓発や保険者等による服薬状況の確認等に関する目標を設定することが考えられるとされております。(3)医療資源の効果的・効率的な活用につきましては、医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標の設定、(4)医療介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進については、市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援、広域調整等の支援に関する目標の設定が考えられるとされております。

42 ページをご覧ください。第 2 章は都の計画の基本的な考え方を記載しています。第 1 節の国が示す目標に対する考え方としましては、国の基本方針で例示される数値目標は、全国目標として関係者がそれぞれの役割において取組を推進していくことで達成を目指していくものであり、本計画でも国の基本方針に示される全国目標を踏まえた数値目標および取組の方向性を設定していくことを記載しております。第 2 節の計画におけます取組の方向性では、単に医療費を抑制するのではなく、都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の提供に向けた取組を推進することによりまして、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、引き続き生活習慣病の予防と都民の健康の保持増進と医療資源の効率的な活用という 2 つの視点に基づきまして、具体的な取組を定めること、また取組を推進するにあたりまして厚生労働省の各種データ等によりまして、医療費や疾病ごとの患者数、検査数値、医薬品の使用状況などの数値について、経年で把握することを記載しております。

資料 44 ページをご覧ください。第 4 部第 1 章は医療費適正化に向けた具体的な取組を記載する部分でございます。分量が多いことからそれぞれの取組につきまして、現状課題、取組の方向性のポイントをご説明させていただきます。第 1 節は柱の一つであります生活習慣病の予防と健康の保持増進に向けた取組でございます。1. 都のデータヘルス計画の推進につきましては、保険者はデータヘルス計画を策定し PDCA サイクルに沿った保健事業を実施しておりまして、現在健保組合、国保、後期高齢者医療のそれぞれにおきまして、計画の標準化が進められているところでございます。これに対して都と大学とが連携した区市町村への支援や、保険者協議会における好事例の共有、国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会における、区市町村計画の実施及び評価への助言などが実施されているところです。課題として、データヘルス計画に基づいて実施される保健事業につきまして、アウトカムの向上につながるよう計画の標準化によって得られた知見を活用していくことを記載しております。今後の方向性として、保険者がデータヘルス計画に基づき PDCA サイクルに沿った事業が展開できるよう、都は区市町村データヘルス計画の標準化によって把握した情報を活用し、効果的な保健事業の実施を支援すること、保険者協議会において、都内保険者の好事例の共有を図ることなどを記載しております。

45 ページをご覧ください。2-(1) 特定健診及び特定保健指導の推進については、保険者は健診等の実施計画を策定し、受診勧奨や受診しやすい環境づくり、実施率向上を図りながら実施しています。これに対して、都では好事例の収集や提供、保険者協議会による特定保健指導等を効果的に実施するための研修の開催などの支援が実施しています。課題としましては、令和6年度から特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入されることへの対応や、更なる実施率向上に向けた取組が必要であることを記載しております。今後の方向性として、被保険者の利用しやすい実施体制の整備や、効果的な受診勧奨の実施、都は実施率及びアウトカム向上に向けた先進事例の収集や提供を行うこと、保険者協議会による人材育成研修の実施などについて記載をしております。計画最終年の令和11年度に向けた数値目標としまして、第3期計画と同様に特定健診の実施率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平成20年度比25%以上を記載しております。その下(2)生活保護受給者の生活習慣病予防対策につきましては、各区市町村の保健衛生部門で生活保護受給者への健診が実施されておりました、福祉事務所において個別の受診勧奨等が実施されているところがございます。課題として、福祉事務所は健康課題のある生保受給者への継続的な支援に取り組む必要があることを記載しております。取組の方向性として、都は引き続き国の情報を注視しつつ、福祉事務所を支援し、福祉事務所は保健衛生部門との連携を強化し、生保受給者の健康管理を支援していくことを記載しております。

46 ページ目、がん検診、肝炎ウイルス検査の取組につきましては、がん対策推進計画等と整合を図りながら記載する部分でございます。がん検診につきましては、区市町村、事業主、保険者等において実施されており、都は区市町村が実施する取組への支援や、職域におけるがん検診に関する講習会、都民への普及啓発、がん検診従事者向けの研修などを実施しております。課題として、検診受診率の向上と合わせて、区市町村が実施するがん検診の質向上や、職域における適切な検診の実施に向けた支援が必要であることを記載しております。取組の方向性として、区市町村や職域におけるがん検診受診率の向上に向けた取組への支援、がん検診受診に関する普及啓発の推進、区市町村やがん検診実施機関に対する支援、職域におけるがん検診の実態把握、受診率向上等への取組の支援について記載をしております。肝炎ウイルス検査につきましては、ウイルス肝炎の早期発見、適時適切な治療を促進するための普及啓発を実施してきたところがございますが、肝炎に関する正しい知識の理解促進や、受検・受診勧奨の取組、感染の早期発見に向けた環境の整備が必要であることを記載しております。取組の方向性として、区市町村、職域等と連携したウイルス肝炎に関する正しい知識の普及啓発、受検・受診勧奨、肝炎ウイルス検査実施体制の整備を記載しております。

47 ページをご覧ください。生活習慣病の発症・重症化予防の推進につきましては、健康推進プランおよび保健医療計画とも整合を図りながら記載する部分でございます。保険者は健診結果により医療機関受診が必要な場合や、治療中断者への受診勧奨を実施しており、都は糖尿病予防や生活習慣の改善に関する普及啓発や環境整備、区市町村国保等における重症化予防事業の標準的な実施方法を提示するプログラムの策定、登録医療機関制度による糖尿病患者への治療および治療の推進などを図ってまいりました。課題として、引き続き都民の理解と実践を促していくとともに、保険者

の取組を支援していくことが必要であることを記載しております。取組の方向性につきまして、保険者は生活習慣病や予備群の人に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導等の取組を実施していくこと、都は効果的な普及啓発や区市町村、事業者等における取組の支援を行い、必要に応じたプログラムの見直し、オンライン診療やアプリ等を活用した取組を促進し、区市町村国保における周知啓発の取組の促進を行うこと、保険者協議会における好事例の情報共有などについて記載をしております。

48 ページをご覧ください。4. 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につきましては、健康推進プラン及び高齢者保健福祉計画と整合を図りながら記載をする部分でございます。高齢期でも運動機能や認知機能を維持できるよう、都は健康づくりや介護予防・フレイル予防等の普及啓発、事業者団体と連携した企業に対する普及啓発及び取組支援などを実施してまいりました。また広域連合では75歳以上の方への健康診査、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について区市町村に委託して実施するとともに、健診の受診勧奨や健診結果等を踏まえた医療機関への受診勧奨を行う区市町村への支援、一体的実施の推進に向けた事例の収集展開、情報提供等を実施してきました。都は広域連合の健診事業への財政支援を行うとともに、一体的実施の推進に向け、医療専門職等を対象とした研修事業を実施してまいりました。課題として、生活習慣病から高齢期のフレイル予防に切り替える対策について、都民への普及が進んでいないこと、高齢者の社会参加の環境づくりが必要であること、一体的実施につきまして区市町村ごとの取組状況に差が生じていることを記載しております。取組の方向性として、都は関係機関と連携して高齢期における望ましい生活習慣に関する普及啓発、高齢者が地域社会で活躍できる社会環境整備の推進、社会活動の情報発信などを実施していくこと、また広域連合は区市町村と連携して健診の受診率向上や、介護予防・フレイル予防につなげるための一体的実施の共通評価指標に基づく取組の拡充を支援すること、都は区市町村において一体的実施の取組が進むよう、広域連合と連携した情報提供や医療専門職等に対する研修事業を実施することなどを記載しております。

49 ページでございます。健康の保持増進に向けた一体的な支援につきましては、健康推進プランと整合を図りながら記載をする部分でございます。(1)健康情報をわかりやすく伝える取組につきましては、高齢になっても健やかで心豊かに暮らすためには生活習慣の改善や、生活機能の維持向上等により不健康な期間を短縮し、健康寿命の延伸を図る必要があること、都は日常生活の中で負担感なく実践できる工夫についての普及啓発等や、保険者は加入者への健康づくりや生活習慣に関する情報の提供を実施してまいりました。課題として、引き続き都民が望ましい生活習慣を実践できるよう、地域の推進主体と連携しながら普及啓発、社会環境整備を進める必要があることを記載しております。取組の方向性として、都は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の普及啓発を行うこと、保険者は事業主等とも連携した加入者への健康情報の提供、保険者協議会において保険者が活用できる啓発資材等の情報提供などを行うことを記載しております。

50 ページをご覧ください。(2)個人の健康づくりを支援する取組につきましては、健康づくりにあたり、区市町村を始めとする関係機関が社会全体で都民の健康を支えることが重要であり、保険者は特定健診対象者以外への健診の実施、人間ドッグ助成や加入者の健康づくりに向けた自助努力を

喚起する取組を実施してまいりました。都は健康づくりに関する人材育成研修や、企業の健康づくりに関する取組の支援を実施しております。今後も区市町村や職場等での取組を推進していく必要があることを記載しております。取組の方向性として、都は自然に健康な行動を取ることができるような環境整備の推進や、環境整備の推進主体の取組への支援を行うこと、保険者は加入者の自助努力を喚起する取組や健康づくりの支援を行うこと、保険者協議会における取組の好事例の共有について記載しております。

続いて 51 ページ、たばこによる健康影響防止対策の取組についてでございます。こちらでも健康推進プランと整合を図りながら記載する部分でございます。喫煙は呼吸器疾患等、また受動喫煙は肺炎や肺がん等のリスクを高めるとされておりまして、引き続き、喫煙率の減少や受動喫煙防止に向けた取組の推進、都民への普及啓発などが必要であることを記載しております。取組の方向性として、都は関係機関と連携し、喫煙、受動喫煙が健康に及ぼす影響や、COPD に関する正しい知識について、都民に普及啓発すること、区市町村等が行う取組への支援、健康増進法、東京都受動喫煙防止条例の普及啓発等による受動喫煙防止の取組を進めていくことを記載しております。下段の予防接種の推進につきましては、感染症の予防に向けまして、区市町村は定期予防接種の実施主体として住民への勧奨等を実施すること、都は都民への情報提供を実施することを記載しております。また、課題として、麻しん風しん定期接種の第 2 期接種率が 95%に達しておらず、接種率の向上が必要であることや、都の情報発信が分かりにくい場合があることを記載しております。取組の方向性として、接種率向上に向け、さまざまな周知活動に取り組むことや、ホームページ等の情報発信について、継続的な見直しを実施することを記載しております。

続いて 52 ページ目からがもう一つの柱であります、第 2 節、医療資源の効率的な活用に向けた取組に関する内容でございます。1. 切れ目のない保健医療体制の推進につきましては、保健医療計画と整合を図りながら記載する部分でございます。今後急速な少子高齢化の進展が見込まれる中で、患者が適切な医療を適切な場所で受けられることが必要であり、保健医療計画に基づき疾病ごとに切れ目のない医療提供体制を整備するとともに、医療人材の養成確保、資質の向上を図る取組などを実施していくことを記載しております。取組の方向性につきましては、現在検討中の保健医療計画の内容を踏まえた記載を考えておりまして、現時点では想定される項目を記載しています。

53 ページをご覧ください。地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の推進につきましては、高齢者保健福祉計画と整合を図りながら記載する部分でございます。医療と介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれる中で、都は都の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けて介護サービスの技術や介護基盤の整備促進、介護人材の安定した確保、定着、育成等に取り組んできたところでございます。今後の取組の方向性につきましては、現在検討中の高齢者保健福祉計画の内容を踏まえた記載を考えておりまして、現時点では想定される項目を記載しています。

54 ページをご覧ください。緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供につきましては、保健医療計画と整合を図りながら記載をする部分でございます。緊急性の少ない軽症患者の夜間救急外来受診や重複受診等は、緊急性の高い重症患者の治療を遅らせるとともに、医療従事者の疲弊を招き、医療費の増大にもつながることから、適正な受診に導くための適切な医療情報の提供や、

医療機関の役割分担に関する都民の理解促進が必要であることを記載しております。都は「ひまわり」や「t-薬局いんぷお」の活用に向けた普及啓発、医療情報冊子の配布、東京消防庁救急相談センター等の利用促進に関する広報などに取り組んでまいりました。課題として、医療情報ナビやこども医療ガイド、オンライン診療の認知度向上や救急車の適切な利用促進のための広報を記載しております。今後の方向性としまして、医療機関の役割分担や連携の仕組み、オンライン診療等に関する効果的な普及啓発、軽症割合の高い若年層や救急搬送割合の高い高齢者層をターゲットとした救急車の適時・適切な利用を促進させる広報などを記載しております。

55 ページに移りまして、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進についてでございます。国は令和5年度末までに全都道府県で後発医薬品の数量シェアを80%以上とする現在の目標を、令和5年度中に金額ベースの観点を踏まえて見直すこととしておりまして、また本年7月には「フォーミュラリの運用について」が公表されているところでございます。バイオ後続品につきましては、令和11年度末までにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が、全体の成分数の60%以上になると目標が設定をされております。都は令和元年度に東京都後発医薬品安心使用促進協議会を設置し、医療関係者、保険者等と協力をしながら情報提供、品質確保、普及啓発活動の取組を実施してまいりましたが、数量シェアは令和3年度76.4%と80%に達しておらず、引き続き取組が必要となっております。取組の方向性として、都薬剤師会と連携した後発医薬品に関する情報提供、薬事監視指導の一環としての品質確保の取組、差額通知等の区市町村国保の取組の支援を引き続き実施すること、またフォーミュラリに関する国通知の医療関係者等への周知、保険者協議会と連携した保険者の取組状況や課題の把握共有などについて、記載しております。またバイオ後続品につきましては、令和5年度に実施される国の実態調査の結果を踏まえまして、取組を検討していくことを記載しております。数値目標でございますが、後発医薬品の新たな政府目標が国から示されていないこと、また現在の目標が未達成のことから、当面の目標として後発医薬品の数量シェア80%と設定することを記載しております。なお計画最終年度の令和11年度に向けた数値目標につきましては、後発医薬品の新たな政府目標や今年度国が実施をいたします、バイオ後続品の実態調査の結果を踏まえ、令和6年度に検討を行うことを考えています。

56 ページをご覧ください。医薬品適正使用の推進につきましては、複数医薬品の投与は健康被害のリスクに加えまして、医療費の無駄にもつながることから、薬局と医療機関等との連携、保険者による適正服薬の取組も重要でございます。令和5年1月から重複投薬等の確認が可能となる電子処方箋の運用が開始されており、都は都薬剤師会とも連携しながら、薬局、薬剤師の機能強化、地域の薬局間及び医療機関と薬局間の連携強化に関する取組や、区市町村国保が取り組む医薬品適正使用への支援等を実施してまいりましたが、引き続きこうした取組を実施していくことが重要であることを記載しております。取組の方向性として、薬局、薬剤師の機能強化に向けた関係団体等への支援、薬局と医療機関等との連携への取組強化、かかりつけ薬剤師によるお薬手帳活用に向けた取組の促進、区市町村国保による地区薬剤師会等と連携した取組への支援を引き続き実施するとともに、保険者協議会と連携し、保険者の取組状況や課題の共有を進めること、また国の動向を注視しながら電子処方箋の運用等、都の実情にあったデジタル技術を活用した医療情報等の共有にかか

る取組を推進すること、広域連合は多剤併用や重複処方の該当者に医療機関や薬局への相談を促す通知送付等を実施することを記載しております。なお取組にあたりましては、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した取組は適当でないことに留意しつつ、高齢者に対する6種類以上の投与を取組の目安とすることも合わせて記載をしています。

57 ページをご覧ください。レセプト点検等の充実強化につきましては、国保運営方針と整合を図りながら記載をする部分でございます。保険給付の適正化の観点から、レセプト点検体制の一層の強化や柔整等の療養費や海外医療費の支給の適正化の取組、第三者求償事務に関する一層の取組強化などが必要であることを記載しております。取組の方向性として、都はレセプト点検に関する説明会、意見交換会の実施、柔整医療費等の支給適正化に向けた講習会の実施、海外療養費事務処理等マニュアル作成等による区市町村等への支援、保険者は医療費通知の実施や保険適用外の施術について周知することを記載しております。

58 ページをご覧ください。有効性、必要性を踏まえた医療資源の効率的な活用につきましては、国の基本方針を踏まえ新たに追加した項目でございます。国の基本方針では、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、医療資源の投入量に地域差がある医療につきましては、医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、適正化を図る必要があるとされております。効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療としまして、国は急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方を例示しております、都における抗菌薬の使用量は令和2年の時点で全国平均より多い状況でございます。また医療資源の投入医療に地域差のある医療としまして、国は外来化学療法や白内障手術の外来での実施、リフィル処方箋の活用を例示しております。都における外来化学療法の実施件数は、平成26年の24,764件から令和2年は34,223件となっております。また、都における白内障手術の外来での実施割合は、令和3年の時点で全国平均より低い状況でございます。都におけるリフィル処方箋による処方箋は、令和4年の5月から7月の3ヶ月間で7種類以上内服薬を処方された人のうち、リフィル処方箋による処方箋は87件、それ以外の処方が7,339件となっております。このほか、抗菌薬やがん医療、リフィル処方箋の意義などについても記載しています。今後の方向性として、都は抗菌薬の適正使用や薬剤耐性菌のリスクについての普及啓発、がん医療提供体制の充実強化について記載しております。また、保険者協議会において、抗菌薬の適正服薬やリフィル処方箋の活用に関する普及啓発を検討すること、保険者及び医療関係者と白内障手術や外来化学療法の実施状況について情報共有することを記載しております。

59 ページをご覧ください。医療・介護連携を通じた効果的、効率的なサービス提供の推進につきましても、国の基本方針を踏まえて新たに追加した項目でございます。高齢期の疾病は医療ニーズに加えて、介護ニーズの増加にもつながりやすく、地域の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療、介護を提供することが重要であり、特に今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折につきましては、ロコモティブシンドロームの予防等の対策が必要であることを記載しております。また、在宅医療、介護の連携推進につきましても、平成30年からすべての区市町村で実施されており、都は在宅療養支援窓口の設置や後方支援病床の確保、デジタル技術を活用した情報共有、多

職種連携等に取り組む区市町村の支援等を実施しており、引き続きこうした地域の実情に応じた取組の推進が必要であることを記載しております。取組の方向性としまして、都はロコモティブシンドロームの予防等に関する正しい知識の普及啓発や、区市町村関係団体等による在宅療養を推進する取組への支援、デジタル技術を活用した情報共有や広域的連携の促進、在宅療養の体制整備の推進などについて記載をしております。説明の方は以上でございます。

○古井委員長 はい、どうもありがとうございました。ただいま事務局より第3部とそれから第4部の途中までご説明をいただきました。ぜひ、皆さま方からご意見いただきたい部分かと思っております。

まず第3部ですけれども、39ページ目からが国の方針を示されておりまして、それを踏まえた形で42ページ目のところから東京都の基本的な考え方になっているかと思えます。国の方針が出ていますので、それに沿った形の東京都の方針ということになっていますが、まずこちらの第3部のところで何かご意見とかご質問ありますでしょうか。大体、国の方針の2つの大きな柱に沿って東京都も方針立てがされていって、東京都で特異的なことは見受けられなかったんですが、逆に委員の先生方から、むしろこういうものを加えた方がいいとか、これは合うだろうかといったようなご意見でも構いません、いかがでしょうか。

(挙手なし)

それでは第4部のところで具体的にご意見をいただきたいと思えます。第4部、44ページ目から2つの方針があって、1つ目の住民の健康というところをベースにしようというところが、44ページ目になります。44ページから46ページ目のところがデータヘルス計画、それから特定健診制度ということで、保険者の皆さんが主体的に取組をされている内容になります。こちらに関して、保険者の皆さまいかがでしょうか。何かご意見等ございますでしょうか。見えている方からで恐縮ですが、協会けんぽの柴田支部長いかがでしょうか。

○柴田委員 ありがとうございます。今日初参加で、10月1日から協会けんぽの東京支部長になりました柴田です、どうぞよろしくお願いいたします。10月から東京の支部長になったばかりで東京の状況が分からない中で発言ということでもよろしいでしょうか。

重症化予防、非常に重要だと考えております。腎症の重症化予防に至る前の健診結果等から、まだ自覚症状がないうちから医療機関に行っていただくことが非常に重要です。加入者の方々は自覚症状がないので、要検査があっても行っていただけない方が非常に多く、保険者からそういったアプローチをするようにと計画の中にたくさん盛り込まれているのですが、保険者だけでやるのではなく、途中の記載の中で、国保の腎症の重症化予防のところでは、かかりつけ医との連携というくだりが入っていたように見受けられます。腎症の重症化予防だけではなくて、通院していただきねとご案内する時にも、加入者はそれを元にどこかの医療機関、かかりつけ医に行かれるわけなので、この辺りは医師会あるいは医療機関との連携をもう少し表に出していただいた方が、保険者だけでできる話ではないので、よろしいのではないかと見受けられました。

○古井委員長 ありがとうございます。事務局いかがでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 ご意見ありがとうございます。やはり医療機関との連携というのは非常に重要なポイントかと思っておりますので、これから医療関係者の方々からのご意見も伺いながら、どういった記載が良いかを検討させていただければと思います。

○古井委員長 貴重な視点、ありがとうございます。その他にございますでしょうか。まずはそうですね、住民の健康というところで、ご意見いただければと思います。いかがでしょうか。健康保険組合連合会東京連合会、今泉委員いかがでしょうか。

○今泉委員 住民の健康の保持増進というところですが、1番目としてデータヘルス計画、これは私ども健保組合も力を入れているところです。しかし当初は各保険者の身の丈にあった取組というところから、今現在は結果を求められて、結果に基づいた評価が実施されつつある現状です。データヘルス計画の推進は非常に重要な施策で、被保険者個々人の特性をつかんで対応・対策を練っていくことが基本になるかとは思いますが、なかなか住民ということになると、対象者もかなり広く、東京都として実施をしていくには非常に難しい点もあるかと思っておりますので、区市町村を中心とした、住民の顔が見えるところを主体に対策を打って推進をしていくのが良いのではないかと感じているところです。

○古井委員長 ありがとうございます。事務局で何かコメントございますでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 ご意見ありがとうございます。区市町村の方でも様々な健康施策として実施されている部分があると思っておりますので、そういったところとの兼ね合いも、どのように計画に盛り込んでいくかも含めまして、区市町村の委員の方もいらっしゃるかと思いますので、ご意見いただきながら記載を検討していければと思っております。

○古井委員長 ありがとうございます。そうですね、区市町村の委員の方もいらっしゃると思いますが、いかがでしょうか。

○向山委員 世田谷保健所です。やはり特定保健指導、とても問題になっています。がん検診もそうですが、結果的に要精密、要受診というところで切れてしまう。忙しかったからとかそういう理由が出てきてしまい、そこがかなり伸び悩むところで、インセンティブをつけたり様々な努力はしていますが、どのような形にしていくのが良いのか。

がん検診については初期に受ける段階から、こういう状態になれば要精密検査、必ず行ってくださいねというようなことをメッセージとして発信をしたり、それから特定保健指導に関しては、今回の方針もあって ICT、アプリを使って時間や色んな実施場所が選択できるということで、様々な業者がいろんな工夫をしてきていますし、コロナの関係で年配の方もスマホの利用率は明らかに上がっていますので、そのあたりでうまく ICT も使った形でいけないかというようなことを期待しています。

おそらくがん検診で問題になっているのは、大腸がん検診の精密検査受診率が非常に悪く、やはり2回の潜血の内、1回出れば要精検で、なかなかそこが住民の方に理解されていないので、やはり検診を受ける時に、最初に検診の意義とか、その後、何かあったときに医療連携が必要になるとか、住民の方にも適正に伝え続けた上で理解して受けていただくと。受診率を上げていくことも

大事ですが、本来の目的であり科学的といったところから踏み外さないような対応策を考えていきたいという風に思っています。

○古井委員長 ありがとうございます。非常に貴重なお話でした。この点は、働き盛り世代の点でも重要だと思っております、共済からご参加いただいております、本多委員いかがでしょうか。

○本多（由）委員 共済組合の本多です。資料を大変興味深く拝見しておりました。特に第2章のところ、医療費分析で東京都がどういう位置にあるかが出ているのですが、全体的に低いのは、おそらく東京都は若者がたくさんいるから、全体の一人当たり医療費を下げていると思う、そこは良い面ではありますが、ではこの若者たちがメタボリックシンドロームになって、医療費がかかるようになったらどうなるかと考えたときに、やはり第4章のところ、49 ページに記載してあります通り、健康情報をどのようにわかりやすく提供していくかが重要になるだろうなということ、大変興味深く思っておりますので、ここをぜひ充実させた内容にさせていただけたらなと思っております。

○古井委員長 ありがとうございます。その他にございますでしょうか。

○高橋委員 薬剤師会の高橋です。非常に綺麗にまとめていただいて、とても良い資料だなと拝見していたのですが、少しずれてしまうのかもしれませんが、医療費の適正化の観点から考えたときに、検査、それから受診勧奨の前に、もう一つの段階としてセルフケアあるいはセルフメディケーションといったような考え方があると思うのですが、その辺りは例えば東京都の方から都民の方へ啓発を行い、薬局も当然利用していただいて十分対応ができるような状況もあります。または可能であれば例えば保健所の保健師さんとか、そういった方たちと連携を取りながら検査を受けるということで、あるいは受診をすることに関しての重要性を先に伝えていくということ、どこかに盛り込んだ方が良いのではないかと思ったのですが、いかがでしょうか。

○古井委員長 貴重なご意見ありがとうございます。事務局いかがでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 ありがとうございます。ICTの活用や普及啓発の部分、情報の提供など様々な貴重な視点をいただきましたので、他の計画との兼ね合いがある部分もありますが、より計画の記載の充実を図っていけるかというところで、検討して参りたいと思います。

○古井委員長 ありがとうございます。その他に何かございますでしょうか。田嶋先生、よろしくお願いたします。

○田嶋委員 今回色々と糖尿病に関しても、更に改善が進められているということで、大変頼もしく、嬉しく思います。糖尿病はどうしてもその数はどんどん増えていく状況にありますので、ステージによって管理の仕方など、ストラテジーが定められていくと良いのではないかと思っております。また、東京都からのコメントやガイダンスによって、益々患者さんたちのモチベーションも高くなるのではないかと思っております。

私、今大学におらず、開業して臨床第一線にいますが、そういう目で見ますと、色々な知識のレベル、年齢の違いなどを超えて、まだまだ糖尿病の管理は問題点が残されていると感じております。益々東京都からの具体的なサジェスション、あるいは方向性を示していただくことができれば、それを手元に持って、そして患者さんに接することで、更なる良い診療を続けていけるのでは

ないかと思っております。それと糖尿病の診療は最近、最新の治療法を使います。高価なものになっていますが、やはりそのステージや患者さんの状況において、それぞれ適切なストラテジーを用いていく、つまり最新の検査だとか治療というよりは、元々の生活習慣の改善というところを常に見ながら、糖尿病の治療管理を進めていくこと、医療費の増大を避けられるのではないかと思っております。

○古井委員長 構造的に取り組むことが大事だと教えていただきまして、ありがとうございます。事務局、何かコメントございますでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 ありがとうございます。非常に貴重なご意見をいただいたと思っております。糖尿病予防につきましては、都の重症化予防につきましてはの説明の中でも申し上げましたが、他の計画でも様々に検討されておりますので、そういったところも含めまして、医療費適正化計画の中にどういったことが盛り込めるか、今いただいたご意見も参考にしながら検討していければと考えております。

○古井委員長 ありがとうございます。その他に前半の住民の健康のところでは何かコメントございますでしょうか。それでは後半の52ページ目から医療資源の活用というところで、52ページのところが体制、53ページが地域包括ケアというように進んでいきます。何か後半部分について、ご質問あるいはご意見ございますでしょうか。

高齢期の問題、あるいは地域包括ケアについても出ておりますが、よろしければ広域連合、佐藤委員、何かコメントございますでしょうか。

○佐藤委員 広域連合の佐藤です。高齢者の部分は確かにあるのですが、この分野では私の方から、こうだと言えるところはないのですが、ただやはり、医薬品の関係、高齢者の方は飲んでる薬の数が非常に多いので、今回東京都の医薬品の適正使用の推進、56ページにもありますが、ここでは6種類以上の投与を目安とするような取組の方向性はあるのですが、広域連合としては、やはり高齢者の方の様子を見ると、6種類というのは少々、少ないのかなという印象を受けているので、ここに関してはもう少し種類を増やした上で、こちらからは働きかけをするということで、75歳以上の方の特性に沿った形で考えていった方がいいのかなと思っております。

あとは地域包括ケア、これに関してはやはり介護の分野やケアマネージャー、そういったところとの連携ですとか、あとは地域の中で医療資源ですとか、そういったものも全部踏まえてになりますので、結構大きな問題、なかなか地域包括ケアはうまく進んでいるようで進まない分野でもあると認識しています。今ちょうどデータヘルス計画の策定をし直しているのです、そういった点も踏まえながら、私たちの方でも新しいものを作っていきたいと考えております。

○古井委員長 ありがとうございます。健康づくりとかの地域包括ケアだけじゃなくて、全般的に広域連合、非常にボリュームが大きな仕組みですので、何かコメントがと思いましたが、特にその他よろしいですかね。ありがとうございます。その他にございますでしょうか。

○向山委員 世田谷保健所の向山です。コロナがあって東京ルールの利用は下がっては来ているのですが、やはり高止まってる部分があるんですね、救急搬送。それは当保健所もかなり頑張って二次救急を取っていただいているのが現実にあります。7119を結構使われているので、やはりまだまだ

啓発の余地があるんじゃないかと。子ども小児救急につながりますので、その課題が一つ、それから救急搬送割合の高い高齢者層で、コロナでも問題になりましたが、有料老人ホームなど施設にいらっしゃる方の ACP がはっきりせず、嘱託の先生との連携も夜間は十分取れないので、とりあえず救急搬送にという事例は今でも結構見かけていますので、そのあたりやはり福祉関係への啓発もそうですし、課題が少しはっきりしているところがあるので、具体的な事業、主に医政部になると思いますが、よく連携をしていただいで、私どもと一緒に取組を進めていただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○古井委員長 続きまして荘司委員、お願いいたします。

○荘司委員 ありがとうございます。色々聞いていまして、少なくとも地域包括ケアに関しては、東京都の場合は地域ごとで、きちんとうまくいっているところと、そうでないところが、かなり差があるのではないかと思います。私、在宅訪問診療をやっている、今回コロナ禍においても、例えば多摩の立川保健所区域、あの辺りは死亡者も少なかったですし、救急搬送も抑えられた、なぜかという、地域包括ケアが普段から顔の見えるじゃなくて、腹の探り合える関係ができていて、病院と医師会、あるいは地域の訪問看護ステーションや薬局と常に連携がオンタイムで取れていたため、医療費もかなり抑えられたという事実があります。更に区部に比べて死亡者あるいは救急搬送となったコロナの対象者も少ないというデータもありますから、その辺は良い事例として、東京都は把握しているはずですから、もう少しそこをすくい上げるべきだと思います。

また、ちょっと戻りますがジェネリック医薬品を使えと言っても、薬剤師会もわかっていると思いますが、物が無いです、今。咳止めとか痰切りがないとテレビに出ています、ジェネリックの薬というのはかなり使いにくい状態です。そんな中で、国に言われるから、このまま東京都もってというのはかなり無理があるんじゃないかなと現場からは思います。

それよりさっき出たような小児の重複のかかり方ですね。重複の薬剤であったり、さっき広域連合の方が6種類じゃ少ないと言っていました、私のところに在宅で来る患者は16種類以上薬を持ってきますが、大体6種類以下に減らすことによって認知症が改善されて、食欲が出て、ADLが上昇して生活の質が上がるのが通常です。それを考えた時に、失礼ですけれども、患者さんのかかり方をもっと都民への啓発事業として、東京都がやるのが医療費の削減につながると現実には思います。厳しい意見を言って申し訳ないですが、現場から思う今の現状です。

○古井委員長 事務局お願いします。

○植竹保険財政担当課長 様々ご意見いただきましてありがとうございます。薬の適正使用の話や、救急搬送の関係、それから後発医薬品との関係と、様々ご意見をいただいたかと思えます。繰り返しになって恐縮ですが、他の計画と関連のある部分もございまして、この計画でどこまで書き込めるか、取組を推進できるかというところは、関係の部署とも調整をしながら、また検討させていただければと思います。

また、後発医薬品の関係につきましては、第1回の会議でも様々、供給の状況、芳しくないご意見いただいたところではあります、やはり取組自体は適正化の観点から続けていかなければい

けないと考えますので、計画への記載の仕方も含めて、現状は踏まえながら、こういった形が良いか考えさせていただければと思います。

○古井委員長 それではよろしいでしょうか。最後の議題になります。医療費の見込みについてご説明をお願いいたします。

○植竹保険財政担当課長 それでは続けてご説明をさせていただきます。資料5、60ページからご覧いただければと思います。

第4部の第2章では、医療費の見込みについて記載をしております。こちらでは国の基本方針で示されました標準的な推計方法に基づき、国から提供された医療費適正化計画関係推計ツールを使用して、令和6年度から令和11年度までの都民医療費を推計いたしますとともに、医療費の見込みを制度区分別、年度別に算出し、それも踏まえながら令和11年度の区市町村国保及び後期高齢者医療における一人当たり保険料の機械的な試算を算出しております。1. 都民医療費の推計では、推計ツールにより、令和6年度から11年度までの都民医療費を推計して記載をしております。この推計によりますと、令和11年度の都民医療費は、適正化の取組を実施する前で5兆6,428億円、適正化の取組を実施した場合には5兆5,863億円、適正化効果が565億円と見込まれております。その他の年度につきましては、資料記載のとおりでございます。

61ページでございます。都民医療費の推計方法の概要でございますが、推計ツールでは3段階になっておりまして、まず①各推計年度の自然体の入院外および歯科の医療費を推計いたします。それから②各推計年度の病床機能の分化および連携の推進の成果を踏まえた入院医療費を推計いたしまして、それに③医療費適正化の取組を行った場合の効果額の推計を織り込む形で推計をしております。なお、入院医療費につきましては、地域医療構想におけます令和7年度時点の病床機能区分ごとの患者数を元に算出しますが、地域医療構想は現在7年に向けて策定していますので、同年以降に係る検討状況を踏まえて、算出方法の見直しを検討することとしております。各取組におけます、適正効果額の具体的な算出方法につきましては、61ページから62ページの表をご覧くださいと思います。こちらが国の基本方針で示されている効果額の算定の考え方でございます。まず、特定健診等の実施率の向上につきましては、特定健診受診者のうち、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円と仮定しまして、特定健診の実施率が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する形となっております。後発医薬品の使用促進につきましては、令和3年度のNDBデータを用いまして、後発医薬品のある先発医薬品がすべて後発医薬品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて令和11年度に数量シェア80%を達成した場合の効果額を推計しています。バイオ後続品については、令和3年度のNDBデータを用いまして、成分ごとに先発品が全てバイオ後続品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて令和11年度にバイオ後続品に80%置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上を達成した場合の効果額を推計しています。

62ページに移りまして、糖尿病の重症化予防の取組から一番下、白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化までの5つの項目につきましては、一人当たり外来医療費の地域差縮減といたしまして、それぞれ全国平均との差を半減した場合の効果額を推計する形となっております。

63 ページ、医療費適正化の取組を行った場合の効果額の推計は、令和 11 年度におきまして特定健診等の実施率向上で 13 億円、後発医薬品の使用促進で 419 億円、一人当たり外来医療費の地域差縮減で 133 億円、合計 565 億円となっております。その他につきましては、資料をご覧くださいと思います。下段の制度区分別医療費の推計についてでございますが、こちらは国が示す標準的な推計方法によりまして、区市町村国保及び後期高齢者医療制度の医療費を推計したものでございます。算出方法ですが、医療保険の制度区分別の医療費は、事業年報等によって把握されているため、国民医療費を元に算出されております、各年度の都道府県医療費の推計値を、基準年度であります令和元年度の医療保険にかかる都道府県医療費、及び都道府県別国民医療費により補正をし、都道府県別将来推計人口等を用いて推計した、区市町村国保及び後期高齢者医療制度の加入者数をもとに算出しました、区市町村国保及び後期高齢者医療制度それぞれの医療費割合を乗じて算出したものでございます。区市町村国保の推計結果につきましては、令和 11 年度医療費総額が適正化前で 1 兆 2,144 億円、適正化後が 1 兆 2,022 億円、令和 11 年度の一人当たり医療費が適正化前 452,027 円、適正化後 447,497 円となっております。それ以外につきましては、資料をご覧くださいと思います。なおこちらの推計は納付金算定におけます医療推計とは推計を行う際の条件が異なるものであることにご留意いただければと思います。

64 ページ、後期高齢者医療の推計結果でございます。令和 11 年度医療費総額が適正化前 2 兆 1,264 億円、適正化後 2 兆 1,051 億円、令和 11 年度一人当たり医療費が適正化前 1,165,270 円、適正化後 1,153,592 円でございます。それ以外の年度は資料をご覧くださいと思います。こちらの推計につきましては、広域連合で実施する保険料率算定におけます条件と異なるため、額が異なることにご留意いただきたいと思います。下段の機械的に算出した一人当たり保険料の試算でございますが、こちらは国が示した標準的な推計方法によりまして、令和 11 年度の区市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料を試算したものでございます。各制度につきましては、令和 5 年度の一人当たり保険料に計画期間中に見込まれます一人当たり保険料の伸び率の推計値を乗じた額に、制度改正による一人当たり保険料への影響額を加えて算出したものでございます。これらは実際の保険料率とは異なりまして、一定の条件の下で機械的に算出したものであることにご留意いただきたいと思います。推計結果によりまして、令和 11 年度の区市町村国保の一人当たり保険料は適正化前 122,270 円、適正化後 121,044 円、後期高齢者医療は適正化前 146,669 円、適正化後 145,212 円となっております。

65 ページをご覧ください。第 4 部第 3 章は医療費適正化の推進に向けた関係者の役割と連携を記載する部分でございます。東京都、保険者等、医療の担い手、区市町村、都民の役割について、それぞれ記載をしております。東京都の役割につきましては、計画の推進に関し、目標達成に向けた主体的な取組を行うこと、区市町村等における健康づくりの取組の推進を支援すること、地域医療構想に基づく医療提供体制の整備を推進すること。国民健康保険の財政運営の責任主体としての保険者機能を発揮することを記載しております。保険者等の役割につきましては、加入者への健康管理や医療提供体制側への働きかけを行うこと、保険者機能の強化を図ること、特定健診や加入者の健康の保持増進のため必要な事業を積極的に推進すること、データヘルス計画に基づく効果的・

効率的な保健事業を実施すること、差額通知等、重複投薬の是正に向けた医療機関との連携による訪問指導等を記載しております。医療の担い手等の役割としましては、質が高く効率的な医療の提供、保険者等と連携した取組の実施、病床の機能分化、連携を推進する地域医療構想の実現に向け、地域における必要な医療体制の確保に参画をすること、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、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につきまして記載しております。

続きまして 66 ページでございます。区市町村の役割につきましては、地域の状況に応じた健康づくりに関わる普及啓発事業の実施、地域の関係者との連携による地域資源を有効活用し、普及啓発や様々な健康づくり施策を進めることについて記載をしております。都民の役割につきましては、加齢に伴う心身の変化等を知り、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を記載しております。このほかといたしまして、保険者協議会との連携を通じた保険者との連携として、保険者等が行う医療費適正化の取組状況や課題、好事例等を把握、共有するなど保険者等及び医療の担い手等と連携することを記載しております。

67 ページをご覧ください。第 4 章は計画の推進について記載しております。目標の達成に向けた進捗状況を把握しまして、計画の初年度及び最終年度以外の毎年度公表すること、また必要に応じ施策等の内容について見直しを行うこと、第 5 期計画の作成に資するため計画期間の最終年度、令和 11 年度に計画の進捗状況に関する調査および分析、暫定評価を実施すること、計画期間終了の翌年度令和 12 年度に保険者協議会の意見を聞いた上で実績の評価を実施すること、計画は都のホームページに掲載し、都民に広く周知することなどを記載しております。説明は以上でございます。

○古井委員長 ありがとうございます。何かご意見、ご質問ございますでしょうか？石川委員お願いいたします。

○石川委員 これは決して今回の医療費適正化計画に対するコメントというわけではないですが、現状、2024 年から始まる次期の医療費適正化計画や地域医療計画というのは、かなり中継ぎ的な色彩が強いと考えております。皆さんもご存知の通り、団塊の世代が 75 歳以上になることで、今まで医療の需要が変わるということは言ってきましたが、おそらく第 4 期に関しては、それが粛々と進む状況があって、大きな本質的な変化はないかもしれません。ただ次期が終わってから第 5 期、2030 年以降になりますと、次の人口の動きが出てきて、おそらく非常に辛い現実ですが、私の父親も含めて団塊の世代の男性は 2030 年以降、かなり数が減ってくる一方、女性に関しては平均余命が長いので、単身の女性高齢者が増えていくことがあり、それと同時に 2030 年以降、団塊ジュニアが高齢化をしていくことがあって、ぜひともここで挙げているような医療費適正化計画の目標は、第 4 期のうちにできる限り達成しておくべきなのではないかと思っています。

そういった中でコメントが一つあるとしますと、64 ページ、後期高齢者医療制度の保険料が年額 146,000 円という話があって、こちら大きく適正化の前後で変わらないこともあったり、金額自体は非常に低いと思われるかもしれませんが、保険料というのは一人当たりなんです、この裏側に後期高齢者支援制度の部分で、いわゆる現役世代から 75 歳以上の後期高齢者医療制度に入っている

ところがあって、その中で2030年以降は今まで比較的賃金等が、給与水準が高かった50代から60代の団塊ジュニアの世代が皆さん退職していくことがあり、枠組み自体に大きな負担がかかってくるということが考えられています。ぜひとも、できる限り第4期の医療費適正化計画は、そういった意味でも確実に進めていっていただく必要があるかなと思っております。

あともう一つ、先ほど第4部のところでお話をしようと思っていたのですが、医薬品の適正利用に関する、56ページ目の資料におきまして、現状と課題の上から3つ目のところ、令和5年1月から、医療機関および薬局における重複投与等の確認を可能とする電子処方箋の運用が開始と書いてありますが、実際には電子処方箋の運用が開始ということ以上に大きなことが、今までひと月に1回しか発生しなかったレセプトから、電子処方箋は毎日情報が流通する形に変わってくるころがあります。まだこちらの情報をどれぐらいタイムリーに使うのかということは、国としても具体的な案が出てきていないのですが、第8期医療計画の期間中、特に後期の期間においては、この毎日発生する電子処方箋の情報をいかに活用していくのかという対策が、今後求められるようになると思いますので、そういったことも含めた上で、今までのように月ごとに終わってからレセプトが出てくるのではなくて、おそらく2030年までには、プロアクティブに、リアルタイムに近い状態で、診療の進捗の状況等の管理確認ができる状態が少しずつ実現してくることも、この医療費適正化計画にあったので、それをどう生かすのか、大きな課題になってくるかと思います。今の段階ではまだ書けないですが、おそらく3年間が終わった後の後期に関する見直しの中では、そういった政策課題も出てくるとお考えいただくといいかなと思って発言させていただきました。資料、うまくまとまっていると思うので、ぜひとも都民の方にもご覧いただいた上で広めていけるといいかなと思っていますところでは。

○古井委員長 ありがとうございます。大きな潮流から大事なお話を、非常に参考になったと思います。それでは、ご意見全ていただいてから、最後に事務局にコメントいただきたいと思います、よろしく願いいたします。その他にございますでしょうか。最後にそれぞれの団体等の役割ということもありましたが、何か気づいた点などありますでしょうか。非常に膨大な資料で、本当に事務局、大変だったと思いますが、非常に大事なところなので、ぜひ一言でもコメントいただきたいと思いますが、いかがでしょう。

それでは先に私からですが、この役割の記載はとても大事だと思います。厚労省の方からいろんな推計や方針が示されていて、なかなか東京都独自の記載ができていく計画だと思いますが、最後の2ページ目に集約されていますが、東京都の役割から始まって保険者、医療、それから区市町村、都民、保険者協議会とありまして、先ほど荘司委員からもコメントがありましたが、例えば66ページ目の(5)都民の役割のところ、他の先生からもありましたが、東京都は若年ということもありますが、かかりつけ医を持ってまず健診を受けてということで、外来の医療費がどちらかという高いということで、今後も年齢を我々重ねていくわけですが、やはり改めて身近なところにかかりつけ医、かかりつけ歯科医を持って、調剤薬局もそうですが、健診をしっかり受けて重症化を防いでいくことを、ここにもう少し盛り込んでも良いのかなと感じました。

その他に皆さま、よろしいでしょうか。荘司委員、お願いいたします。

- 荳司委員 ありがとうございます。ただいま先生が言ったことがすごく大事だと思ひまして、かかりつけ医の話なんです、現役世代、労働世代の方というのは、かかりつけ医は自分の会社の近くの先生になってしまつて、リタイアしてから地元に戻つた時にかかりつけ医がないということが今、問題になっております。また、大病院、大学病院を含めた大きな病院が自分のかかりつけ医だと思つても、実際にその先生たちは常にそこにいるわけではないので、ぜひ自分の地元のかかりつけ医を持つとうとうところを文章に入れていただければ、東京の特色、特にフリーアクセスの部分で、急性期は区部に行って慢性期に多摩地区に戻つてくるというデータもありますので、その辺も含めて入れていただければと思ひます。
- 古井委員長 ありがとうございます。先生からさつきご指摘があつた医療費の適正化には、やはり都民の受診行動等も非常に大事だと思ひますので、ぜひお願いできればと思ひます。ありがとうございます。その他にございますでしょうか。柴田委員、お願いいたします。
- 柴田委員 ありがとうございます。役割のところでは先ほど重症化予防で医師会あるいはかかりつけ医との連携をお話したところですが、データヘルス計画、その他健康管理のベースになる健診の話ですが、法律によって主体がまったく違つてきて、都民からすると非常にわかりにくいところがあると思ひます。区市町村の役割のところにあるがん検診は住民全員に対することであり、それと保険者の健診、さらには労働安全衛生法の健診もあつて、非常にわかりにくいのです。この健診に関して法律を超えた連携をして、同時に実施していくとか、そういったことをやつかないと、なかなかみんながしっかり健診できる環境整備が進まないのかなと思ひます。法律の改正を待ってられないので、連携でやっていくしかないと思ひますので、そのあたりのところも都が中心となつて、こういう役割の中に連携のところを少し盛り込んでいただけるとありがたいと思ひます。
- 古井委員長 ありがとうございます。その他にございますでしょうか、よろしいでしょうか。事務局よりコメント、もしよろしければお願いいたします。
- 植竹保険財政担当課長 様々ご意見いただきましてありがとうございます。また、少し先を見据えたようなご意見もいただきましてありがとうございます。今回の計画にどこまで盛り込めるかというところもあるかと思ひますが、検討の視点とさせていただきます。それから、かかりつけ医を持つことの重要性や都民の方へ行動していただくことの重要性、行動変容等も含めて、その重要性についてもご意見をいただきました。各健診等に関する連携のご意見もいただいたところでございます。制度的、法律的な縛りや、東京都の中でも各事業との関わりがありますので、少し整理をさせていただきます。この計画の中でどこまで具体的に推進の方向が書けるかは関係部署とも協議をしながら検討させていただきます。次回以降の素案等で、皆さまのご意見をいただければと考えております。
- 古井委員長 ありがとうございます。それでは最後にその他のご説明をお願いいたします。
- 植竹保険財政担当課長 最後、資料6についてご説明をさせていただきます。前回会議では第2回検討委員会以降のスケジュール感について説明をさせていただきましたが、今後の予定につきまして改めてご説明をさせていただきます。本日、第2回の検討委員会を開催させていただきました。骨子案につきまして、ただいま様々のご意見を頂戴したところでございます。第3回の検討委

員会につきましては現在日程調整中でございますが、11月下旬から12月の初めの間で開催を予定しております。第3回では計画の素案につきましてご議論いただく予定でございます。その後、保険者協議会の検討部会に素案をご説明し、意見提出に向けて検討いただきまして、12月下旬から1月下旬頃にかけてパブリックコメントを実施し、またそれと同時に保険者協議会、区市町村への協議を行う予定でございます。その結果を踏まえまして、2月上旬頃開催予定の第4回検討委員会におきまして、計画案を固めさせていただきます。3月末までに決定、公表する予定でございます。ご説明の中では何度か申し上げましたが、東京都健康推進プラン21等の関連計画につきましても、同時進行で改訂作業を行っておりまして、引き続き改定方針、取組内容等につきまして整合を図りながら検討を進めてまいりたいと考えております。以上でございます。

○古井委員長 ありがとうございます。何かこの件につきまして、ご意見、ご質問ありますでしょうか、よろしいでしょうか。全体につきまして、何か言い忘れたこと等ございましたらと思いますが、よろしいでしょうか。

それではこれもちまして議事を終了としたいと思います。事務局より何かご連絡ありますでしょうか。

○植竹保険財政担当課長 本日は委員の皆さま方から活発なご意見、ご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。本日資料も膨大でございましたので、追加のご意見等ございましたら、資料と同時にお送りさせていただいております、意見照会シートに記載をいただきました上で、11月2日(木)までに事務局宛にお送りいただければと思っております。短期間で大変申し訳ございませんが、どうぞよろしくお願いいたします。以上でございます。

○古井委員長 ありがとうございます。それではこれもちまして、令和5年度第2回東京都医療費適正化計画検討委員会を終了いたします。本当に遅くまでお疲れ様でございました。

(午後9時08分 開会)