

第四期東京都医療費適正化計画 (一部改定案)

令和6年12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 45 兆円に達し、都民医療費も 4 兆 6 千億円を超える規模となっています。いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年にかけて 75 歳以上の人口が増加した後、東京都の人口は令和 12 年頃から減少に転じますが、65 歳以上の高齢者人口はその後も増加を続け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、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を確保することを目指すものであり、「生活習慣病の予防と都民の健康の保持増進」及び「医療の効率的な提供の推進」の 2 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、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。

令和 6 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.....	7
第3節 疾病別医療費の状況	8
1 疾病別医療費の構成.....	8
(1) 疾病大分類別医療費の構成.....	8
(2) 疾病中分類別医療費の状況.....	9
2 疾病中分類別医療費が高い疾病の状況.....	10
(1) 高血圧性疾患.....	11
(2) 腎不全.....	14
(3) 糖尿病.....	17
(4) 骨折	20
(5) 脳梗塞.....	23
(6) 気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	26
3 医療資源の投入量に地域差のある医療の状況.....	29
(1) 外来化学療法.....	29
(2) 白内障手術	30
第4節 医薬品の使用状況	31
1 後発医薬品の使用状況	31
(1) 後発医薬品の数量シェア	31
(2) 後発医薬品の切替効果額	33
2 バイオ後続品の使用状況.....	34
(1) バイオ後続品の数量シェア	34
(2) バイオ後続品の切替効果額.....	36
3 重複投薬の状況	37
4 複数種類医薬品投与の状況	39

5	抗菌薬の使用状況.....	41
(1)	急性気道感染症患者の抗菌薬の使用状況.....	42
(2)	急性下痢症患者の抗菌薬の使用状況.....	43
第2章	第三期医療費適正化計画の進捗状況.....	44
第1節	都民の健康の保持増進に関する進捗状況.....	44
1	特定健康診査の実施状況.....	45
2	特定保健指導の実施状況.....	46
3	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況.....	47
(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.....	47
(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.....	48
第2節	医療資源の効率的な活用に関する進捗状況.....	49
第3部	計画の基本的な考え方.....	50
第1章	国の基本方針.....	50
第1節	国の基本方針の考え方.....	50
第2節	国が示す目標.....	51
1	住民の健康の保持の推進に関する目標.....	51
(1)	特定健康診査の実施率.....	51
(2)	特定保健指導の実施率.....	51
(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.....	52
(4)	たばこ対策.....	52
(5)	予防接種.....	52
(6)	生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標.....	52
(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.....	52
(8)	その他予防・健康づくりの推進.....	52
2	医療の効率的な提供の推進に関する目標.....	53
(1)	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進.....	53
(2)	医薬品の適正使用の推進.....	53
(3)	医療資源の効果的・効率的な活用.....	53
(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.....	53
第2章	東京都の計画の基本的な考え方.....	55
第1節	国が示す目標に対する東京都の考え方.....	55
第2節	計画における取組の方向性.....	55
第4部	医療費適正化に向けた取組の推進.....	59
第1章	都民の健康の保持増進及び医療の効率的な提供の推進に向けた取組.....	59
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.....	59
1	データヘルス計画の推進.....	59

2	健康診査及び保健指導の推進	61
(1)	特定健康診査及び特定保健指導の推進	61
(2)	生活保護受給者の生活習慣病予防対策	63
(3)	がん検診、肝炎ウイルス検査の取組	64
3	生活習慣病の発症・重症化予防の推進	67
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	69
5	健康の保持増進に向けた一体的な支援	71
(1)	健康情報をわかりやすく伝える取組	71
(2)	個人の健康づくりを支援する取組	72
6	たばこによる健康影響防止対策の取組	74
7	予防接種の推進	75
第2節	医療の効率的な提供の推進に向けた取組	76
1	切れ目ない保健医療体制の推進	76
2	地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組の推進	80
3	緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供	83
4	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	85
5	医薬品の適正使用の推進	87
6	レセプト点検等の充実強化	89
7	有効性・必要性を踏まえた医療資源の効率的な活用	90
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	92
第2章	医療費の見込み	93
1	都民医療費の推計	93
2	都民医療費の推計方法の概要	94
3	制度区分別医療費の推計	96
4	機械的に算出した一人当たり保険料の試算	97
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	98
1	関係者の役割	98
(1)	東京都の役割	98
(2)	保険者等の役割	98
(3)	医療の担い手等の役割	98
(4)	区市町村の役割	99
(5)	都民の役割	99
2	保険者協議会を通じた保険者等との連携	99
第4章	計画の推進	101
第1節	計画の推進	101
1	進捗状況の公表	101

2	進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）	101
3	実績の評価	101
第2節	計画の周知	102
第5部	資料	103
1	計画策定等の経緯	103
（1）	第四期計画の策定	103
（2）	第四期計画の一部改定	103
2	東京都医療費適正化計画検討委員会 委員名簿	104
（1）	令和5年度 東京都医療費適正化計画検討委員会委員名簿	104
（2）	令和6年度 東京都医療費適正化計画検討委員会委員名簿	104
3	東京都医療費適正化計画検討委員会 設置要綱	106
4	医療費適正化に関する施策についての基本的な方針	109

第 1 部 計画の趣旨

1 計画策定の背景

- 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。
- しかしながら、急速な少子高齢化が進展し、今後も医療費の増加が見込まれる中、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かつ計画的に推進することとされました。
- 平成 26 年には、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、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が成立し、都道府県は地域医療構想¹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、保険者²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。
- 今後も高齢化の進展が見込まれており、全国で見れば、いわゆる団塊の世代³が全て 75 歳以上となる令和 7 年にかけて、65 歳以上人口、とりわけ 75 歳以上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、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和 7 年以降さらに減少が加速します。
- 東京都（以下「都」という。）においては、65 歳以上の高齢者人口は増加が続き、令和 7 年には高齢者人口が約 322 万人、令和 32 年には約 398 万人に達すると見込まれます。

¹ 地域医療構想：将来（令和 7 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令和 7 年の医療需要と病床数の必要量を推計し、定めるもの。

² 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、全国健康保険協会、健康保険組合、都道府県及び区市町村国民健康保険、国民健康保険組合、共済組合及び日本私立学校振興・共済事業団

³ 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

- 都では平成 20 年 3 月、平成 25 年 4 月にそれぞれ 5 年を計画期間として、平成 30 年 3 月に 6 年を計画期間として医療費適正化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、第四期医療費適正化計画として令和 6 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「高確法」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、都民の健康の保持及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しています。
- 医療費適正化の取組は、国、都道府県、保険者等及び医療の担い手等がそれぞれの役割の下、推進していく必要があるため、都は国が示す「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（令和 5 年 7 月 20 日厚生労働省告示第 234 号。以下「国の基本方針」という。）における目標及び取組を踏まえ、関係者と連携しながら取組を進めていきます。
- そのため、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、保険者団体及び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、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

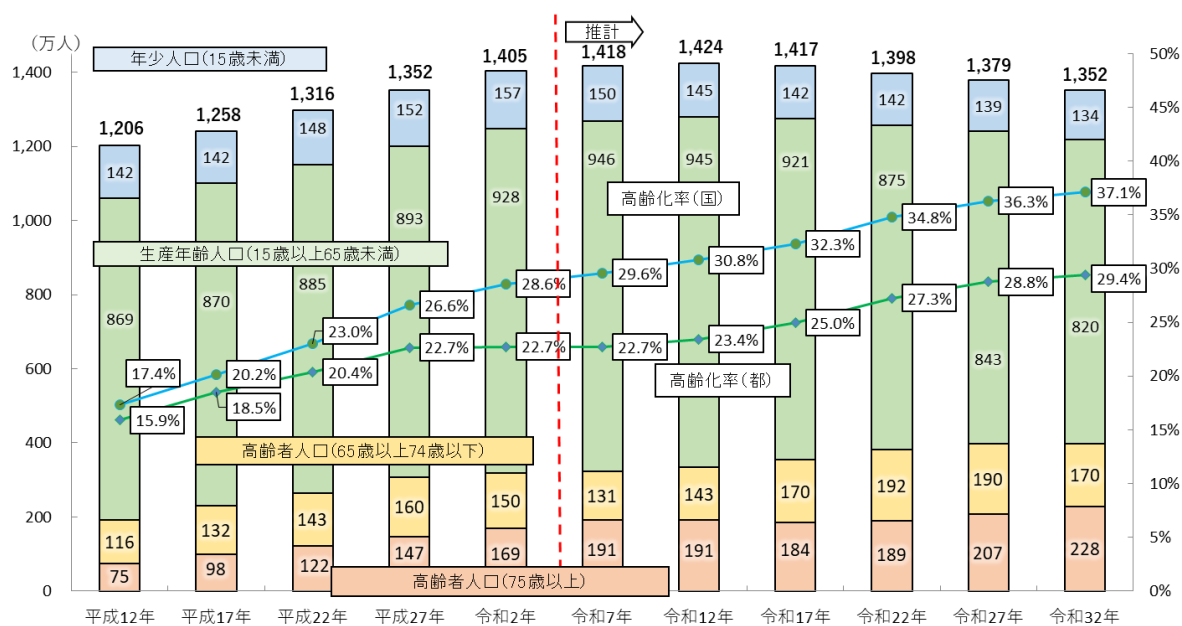
第2部 都民医療費の現状

第1章 都民医療費の現状

第1節 東京都の高齢化の状況

- 都の人口の将来推計を見ると、総人口は、令和12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、令和17年には約354万人に達し、都民の約4人に1人が高齢者となることが見込まれます。(図表1)

(図表1) 都の人口の推移



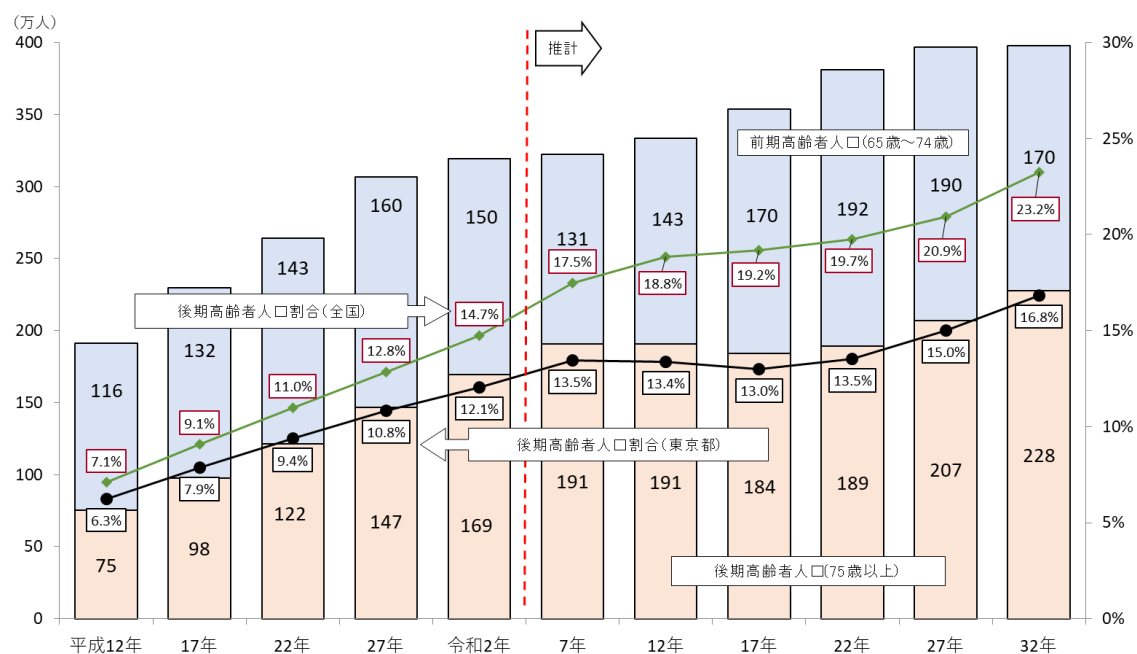
(注1) 昭和60年～平成22年の総数は年齢不詳を含まない。

(注2) 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～令和2年)

東京都政策企画局による推計(令和7年～令和32年)

- 都の高齢者人口を、65 歳から 74 歳までの前期高齢者と 75 歳以上の後期高齢者とに分けてみると、令和 2 年には後期高齢者が前期高齢者を上回っており、団塊の世代がすべて後期高齢者となる令和 7 年まで後期高齢者人口が急増する見込みとなっています。（図表 2）
- しかしながら、令和 12 年以降は後期高齢者が減少に転じ、一方で前期高齢者が増加していき、令和 22 年には再び前期高齢者が後期高齢者を上回ると見込まれています。



（図表 2）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～令和 2 年）

東京都政策企画局による推計（令和 7 年～令和 32 年）

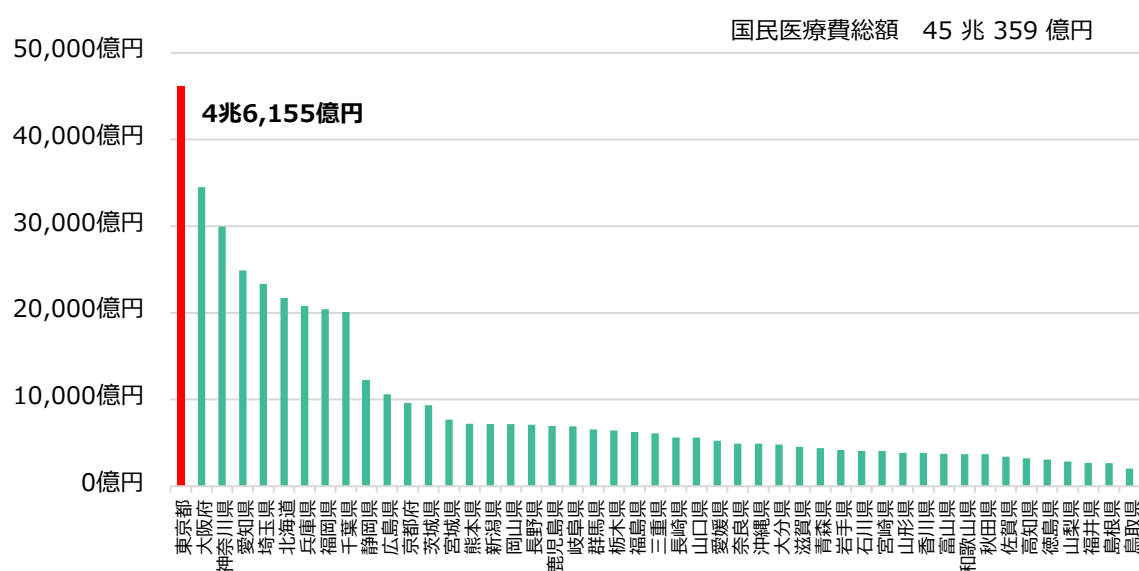
第2節 都民医療費の動向

- 医療費適正化計画における医療費の実績は国民医療費⁴により把握するため、医療費総額及び人口一人当たり医療費は、国民医療費により分析を行いました。
- なお、都の性・年代別一人当たり医療費は、国民医療費では把握できないため、国から提供される「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分NDBデータ）」により分析しています。

1 医療費総額

- 令和3年度の都民医療費の総額は、4兆6,155億円で、国民医療費総額45兆359億円の約1割を占めており、医療費の規模は全国で1番大きくなっています。（図表3）

（図表3）令和3年度都道府県別医療費総額

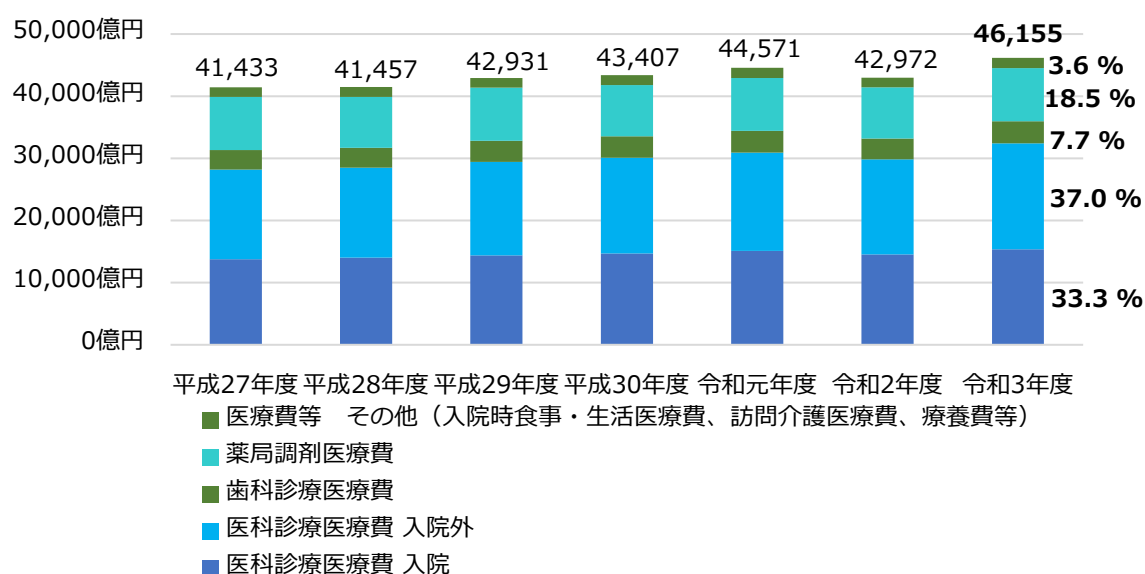


出典：厚生労働省「国民医療費」（令和3年度）

⁴ 国民医療費：当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。この費用には、内科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれ、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（特別の病室への入院、歯科の金属材料等）、不妊治療における生殖補助医療等に要した費用は含まれない。また、傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断、予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用も含まれない。

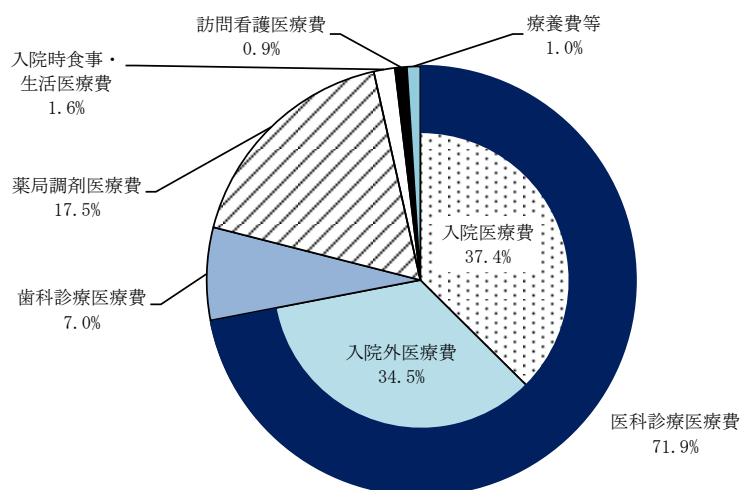
- 都民医療費は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で受診控えがあった令和2年度を除き、平成27年度から令和3年度まで上昇しています。
- 令和3年度の都民医療費の診療種別構成割合は、医科診療入院医療費 33.3%、医科診療入院外医療費 37.0%、歯科診療医療費 7.7%、薬局調剤医療費 18.5%となっています。（図表4）
- 令和3年度の国民医療費全体と比較して入院医療費の割合が4.1%少なく、入院外医療費の割合が2.5%高く、薬局調剤医療費の割合が1.0%高くなっています。（図表5）

（図表4）都民医療費の推移



出典：厚生労働省「国民医療費」（平成27年度～令和3年度）

（図表5）参考：診療種別国民医療費構成割合

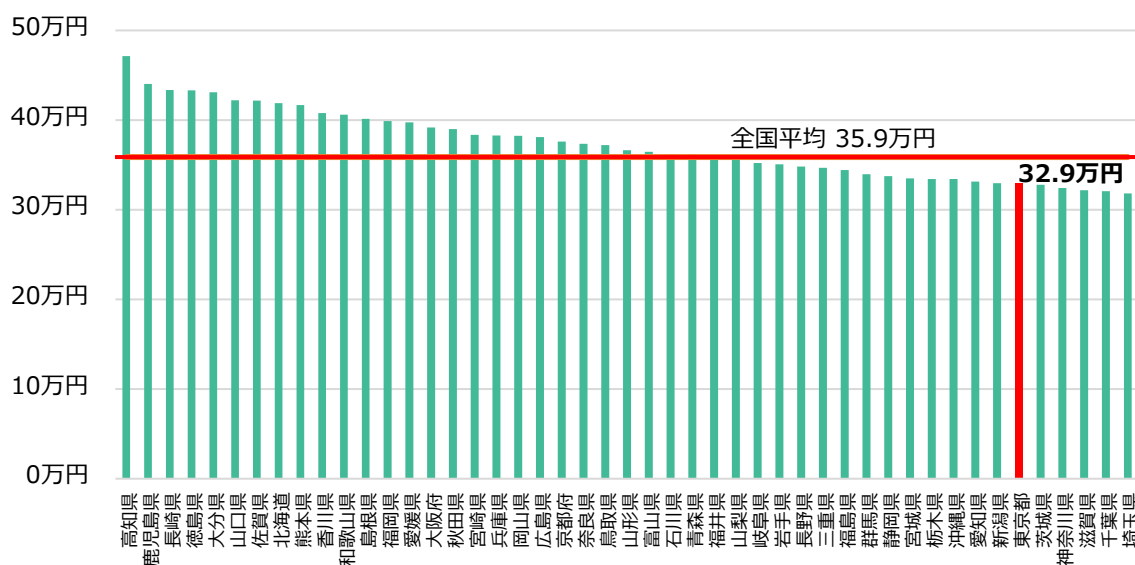


出典：厚生労働省「国民医療費」（令和3年度）

2 一人当たり医療費

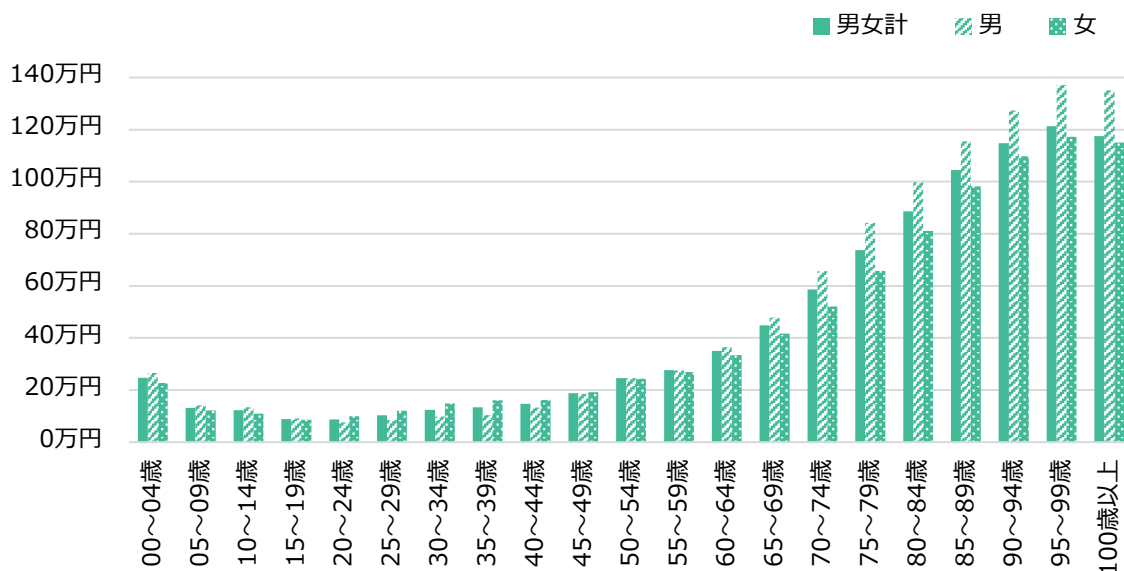
- 令和3年度の都の人口一人当たり医療費は32万9千円で、全国平均の35万9千円よりも低く、全国で6番目に少なくなっています。(図表6)
- 令和3年度の都の人口一人当たり医療費は、49歳以下は年代によって異なりますが、50歳以上では男性の方が高くなっています。(図表7)

(図表6) 令和3年度都道府県別人口一人当たり医療費



出典：厚生労働省「国民医療費」(令和3年度)

(図表7) 令和3年度都の性・年代別人口一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット(2021年度診療分NDBデータ)」

第3節 疾病別医療費の状況

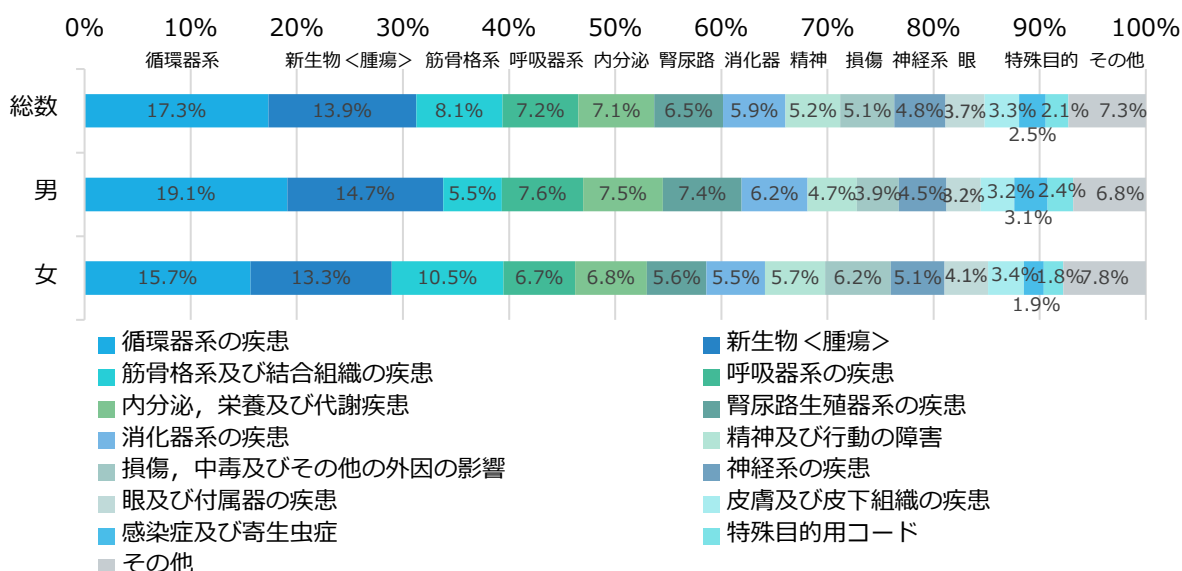
- 都の疾病別医療費は、国民医療費では把握できないため、国から提供される「医療費適正化計画関係データセット(2021 年度診療分NDBデータ)」により分析を行いました。
なお、疾病別医療費の分析には歯科診療医療費を含めていません。

1 疾病別医療費の構成

(1) 疾病大分類別医療費の構成

- 令和3年度の都の疾病大分類別医療費は、「循環器系の疾患」が最も多く、次いで「新生物<腫瘍>」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっています。(図表8)
- 令和3年度の国民医療費全体の構成と比較して、「循環器系の疾患」、「新生物<腫瘍>」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」については、おおむね同様の傾向となっていますが、「呼吸器系の疾患」(喘息、アレルギー性鼻炎等)は割合が高く、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」(骨折等)は割合が低くなっています。(図表9)
- 新型コロナウイルス感染症に係る医療費については、2.1%(医療費総額 791 億円)程度を占める「特殊目的用コード」に含まれています。

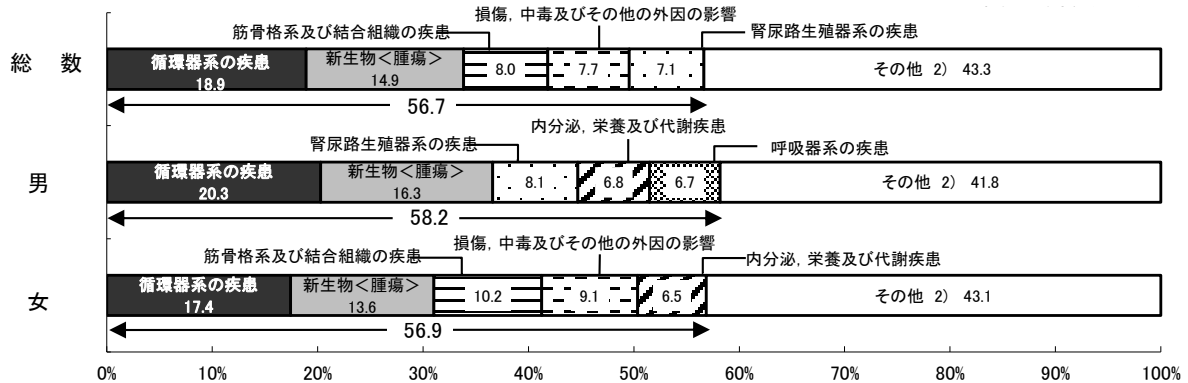
(図表8) 令和3年度都の疾病大分類別医療費の構成



(注) 総数が2%未満の疾病大分類については「その他」に統合して記載

出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット(2021 年度診療分NDBデータ)」

(図表 9) 参考：性別にみた傷病分類別医科診療医療費構成割合（上位 5 位）



注：1) 傷病分類は、ICD-10（2013年版）に準拠した分類による。

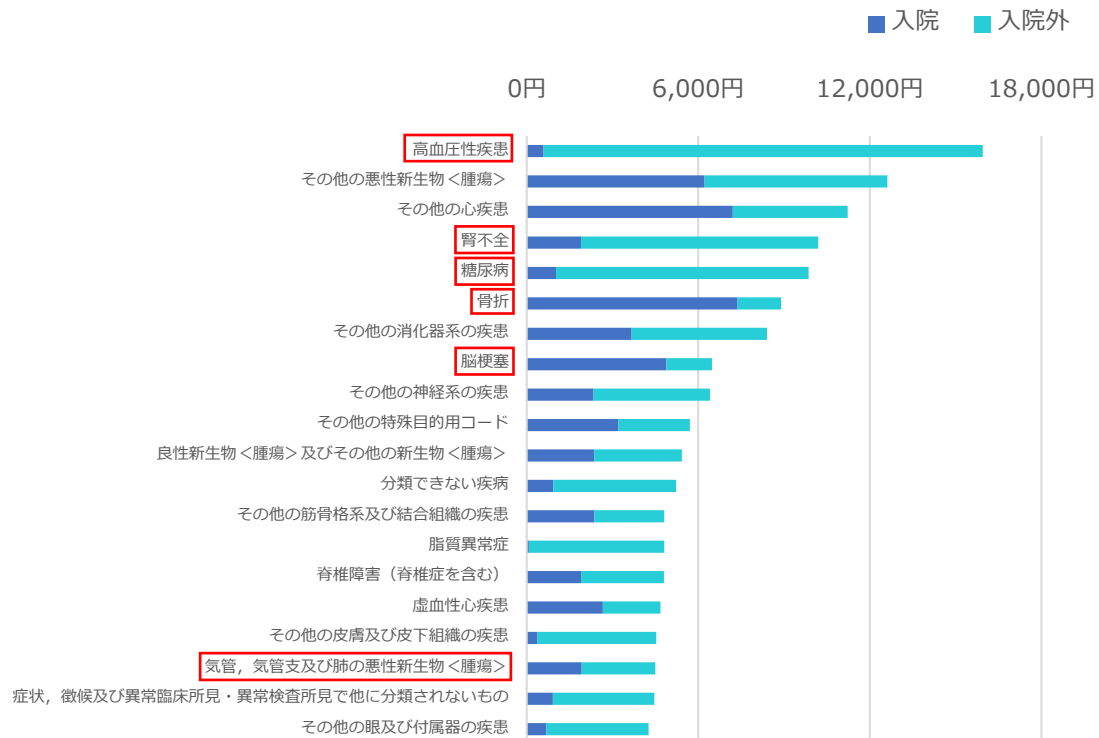
2) 上位 5 傷病以外の傷病である。

出典：厚生労働省「国民医療費」（令和 3 年度）

(2) 疾病中分類別医療費の状況

- 令和 3 年度の都の疾病中分類別人口一人当たり医療費は、「その他」の疾病を除くと「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「腎不全」、「糖尿病」となっています。（図表 10）

(図表 10) 令和 3 年度都の疾病中分類別人口一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

- 令和3年度の都の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」以外の疾病である、「高血圧性疾患」（循環器系）、「腎不全」（腎尿路生殖器系）、「糖尿病」（内分泌系）、「骨折」（損傷）、「脳梗塞」（循環器系）については、詳細を分析しました。
- また、疾病大分類別医療費において、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、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞」についても詳細を分析しました。

2 疾病中分類別医療費が高い疾病の状況

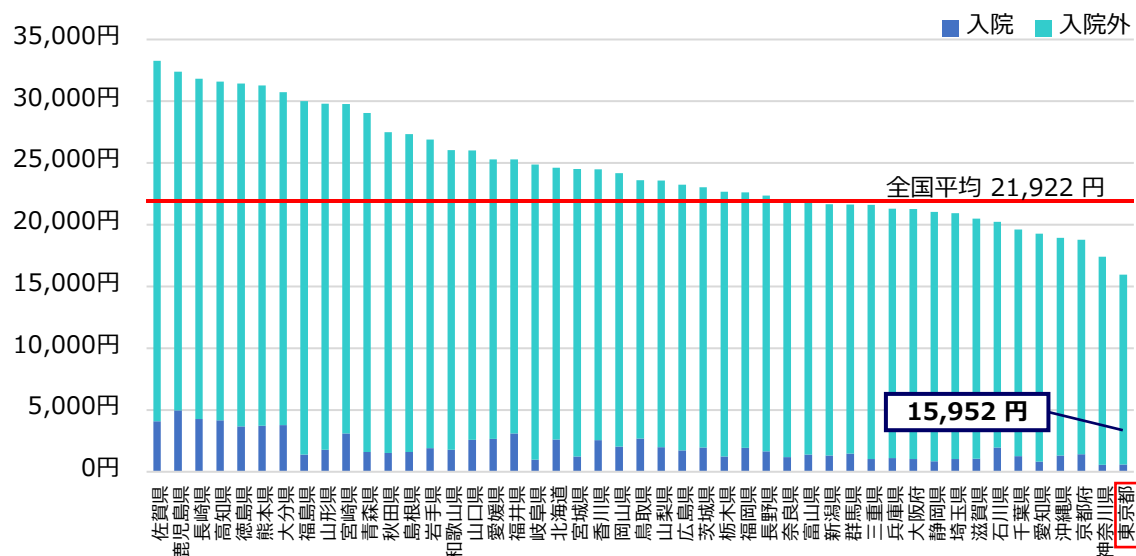
- 疾病中分類別医療費が高い疾病の状況は、国から提供される「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」により、都道府県別一人当たり医療費、都の性・年代別一人当たり医療費、都の性・年代別受診率を分析しました。
- 医療費は、入院（医科入院、DPC）及び入院外（医科入院外、調剤）の合計額とし、総人口で除すことにより一人当たり医療費を算出しました。
- また、都道府県別一人当たり医療費については、各都道府県の年齢構成に相違があるため、年齢調整後一人当たり医療費（仮に当該地域の年齢構成が全国平均と同じだとした場合の一人当たり医療費）も算出しました。5歳区分ごとに、各都道府県の当該年齢区分の人口を全国の当該年齢区分の人口で除した商を調整係数として、年齢区分ごとの一人当たり医療費に調整係数を乗じ、その和を各都道府県における年齢調整後一人当たり医療費としました。
- 受診率は、入院（医科入院、DPC）及び入院外（医科入院外、調剤）のレセプト総件数を総人口で除すことにより算出しました。

(1) 高血圧性疾患

○ 令和3年度の都の高血圧性疾患の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、全国で1番少なくなっています。(図表 11)

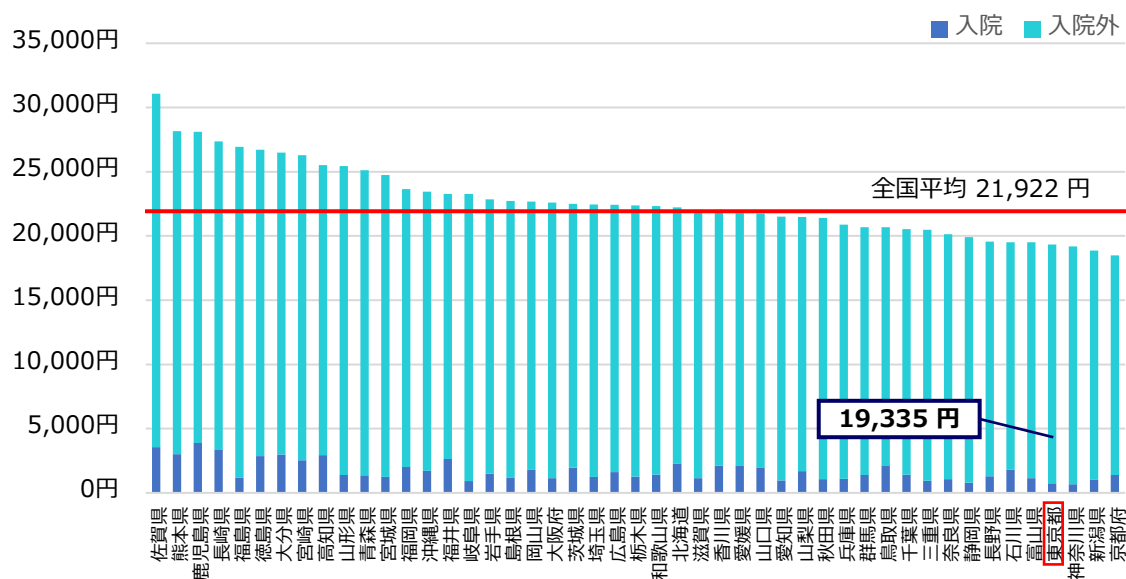
○ また、年齢調整後は 19,335 円で、全国で 4 番目に少なくなっています。(図表 12)

(図表 11) 令和3年度高血圧性疾患の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

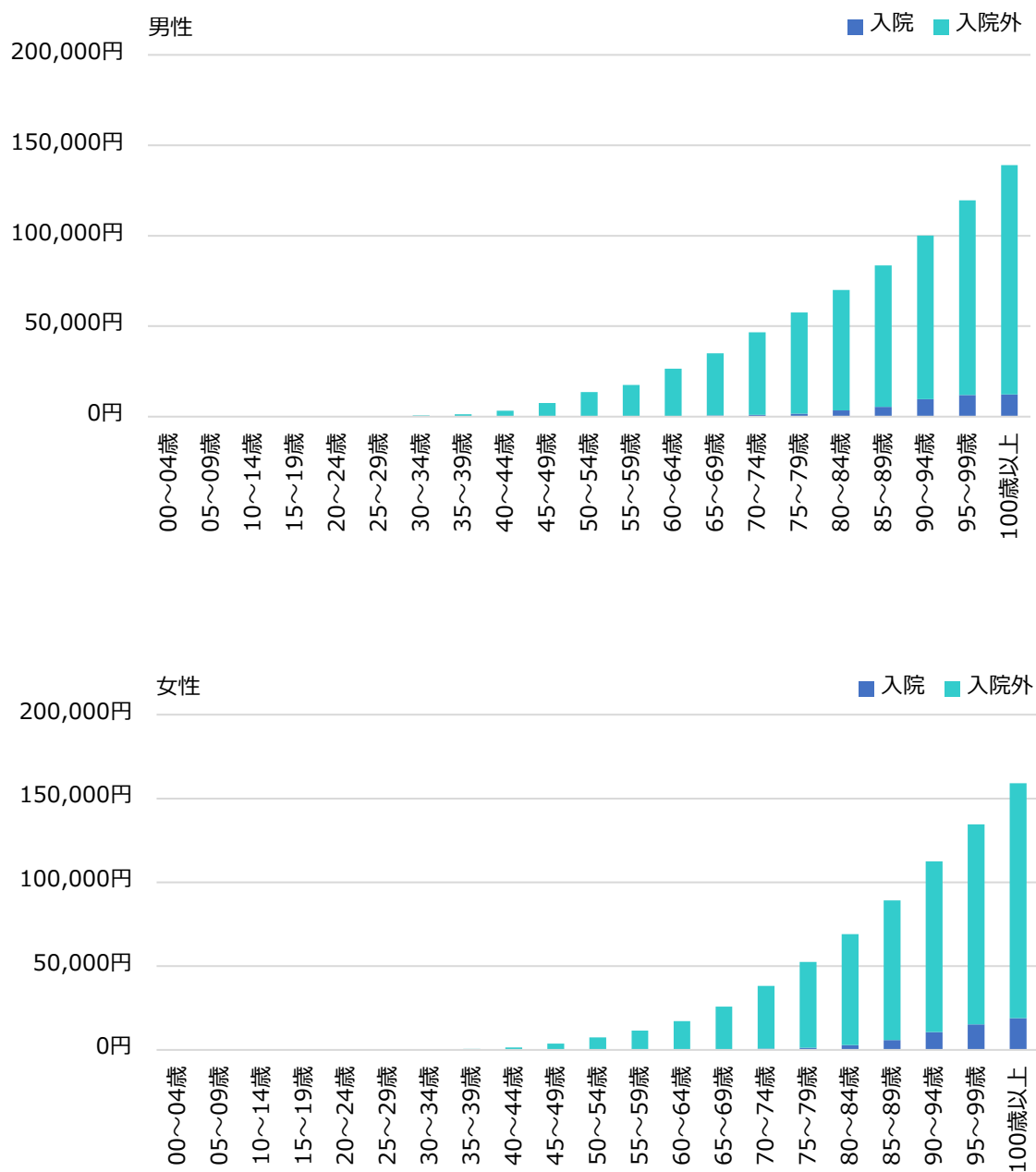
(図表 12) 令和3年度高血圧性疾患の都道府県別一人当たり医療費（年齢調整後）



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

- 令和3年度の都の高血圧性疾患の一人当たり医療費は、男女ともに高齢になるにつれて高くなる傾向にありますが、84歳までは男性の方が高く、85歳以上は女性の方が高くなっています。（図表13）

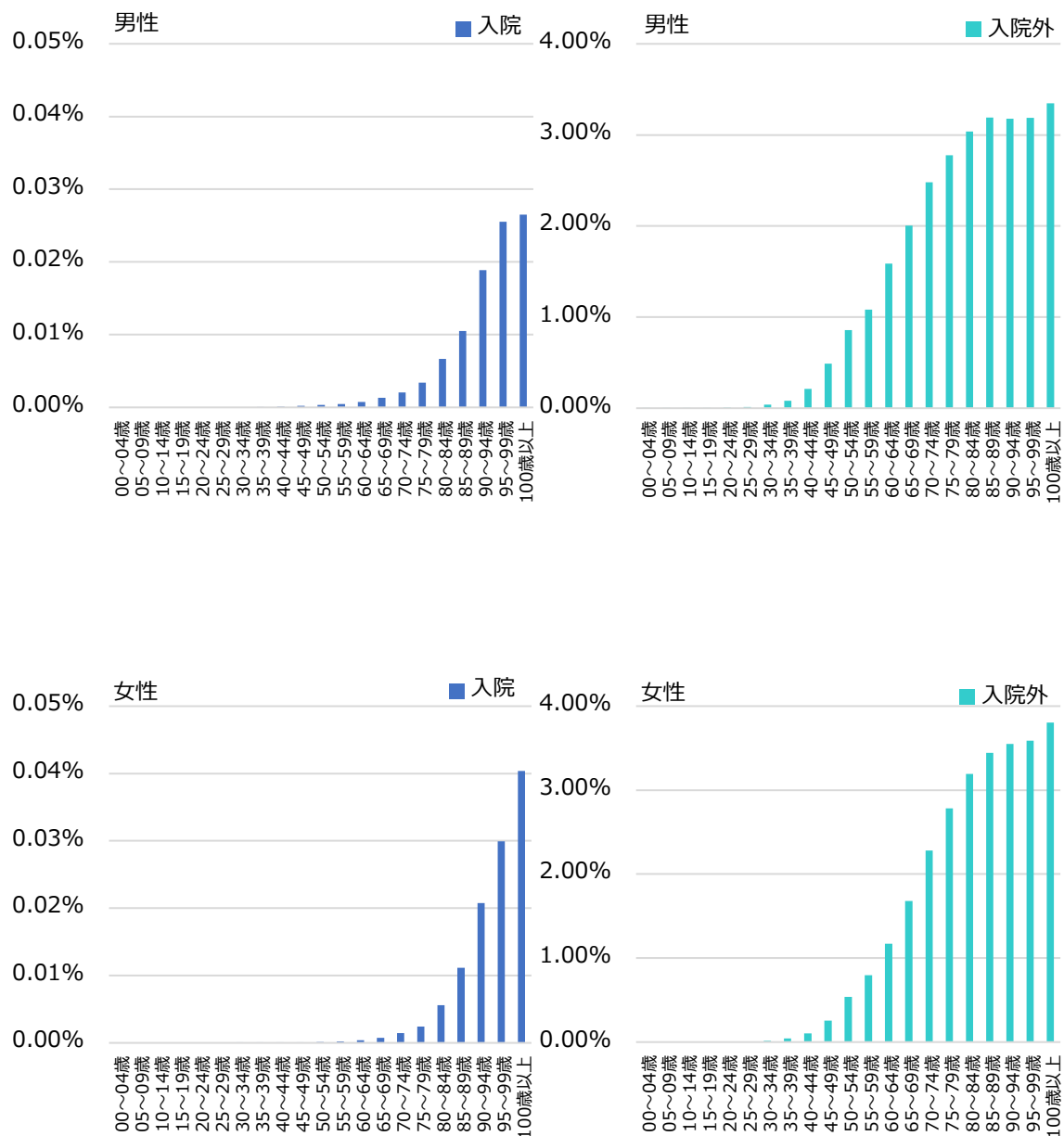
（図表13）令和3年度高血圧性疾患の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

○ 令和３年度の都の高血圧性疾患の受診率は、男女ともに高齢になるにつれて高くなっています。（図表 14）

（図表 14）令和３年度高血圧性疾患の都の性・年代別受診率

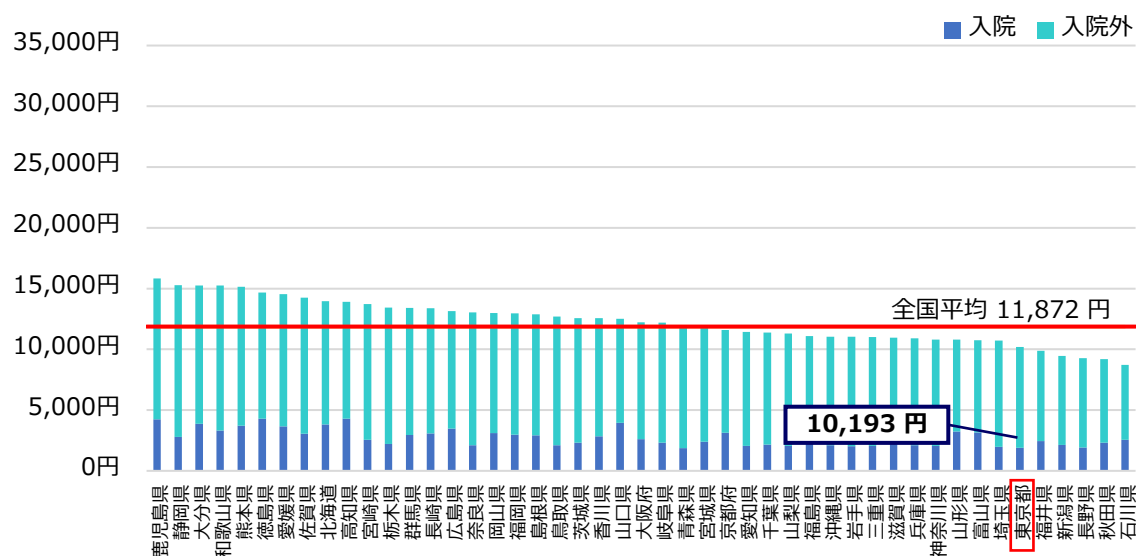


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

(2) 腎不全

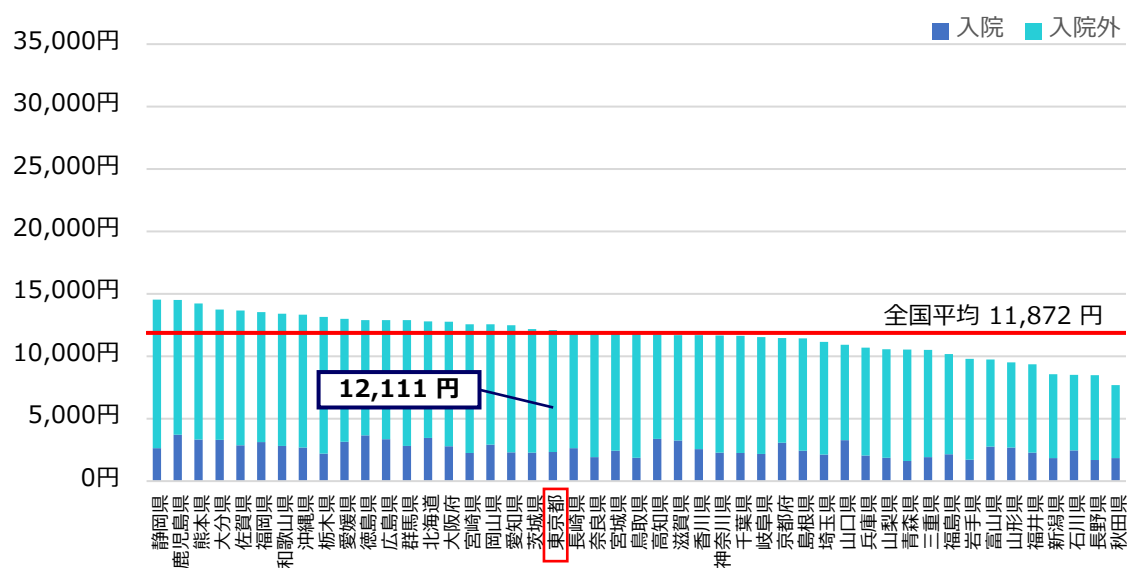
- 令和3年度の都の腎不全の一人当たり医療費は 10,193 円で、全国平均の 11,872 円より低く、全国で6番目に少なくなっています。(図表 15)
- しかし、年齢調整後は 12,111 円で、全国平均より高く、全国で 20 番目に高くなっています。(図表 16)

(図表 15) 令和 3 年度腎不全の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

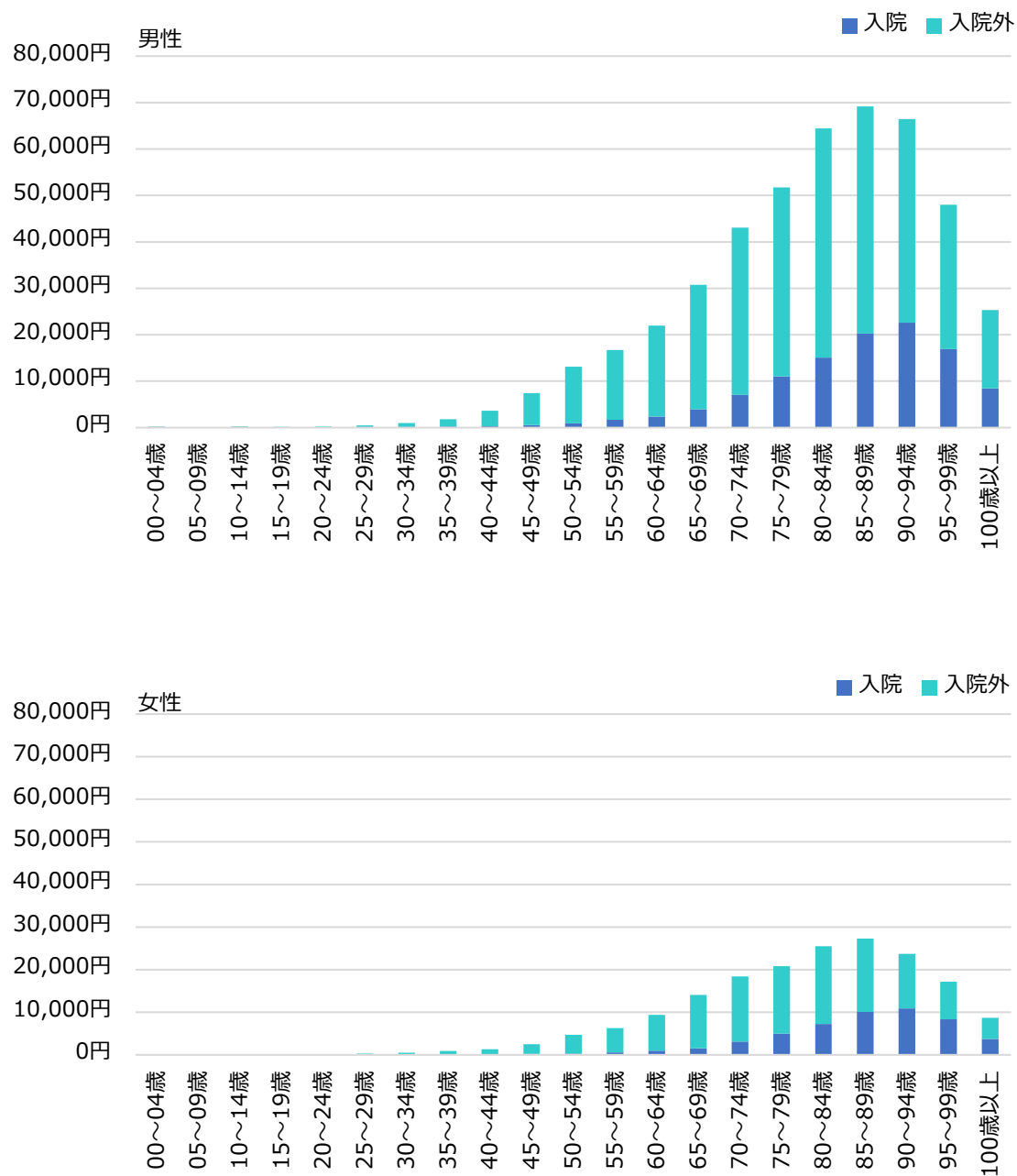
(図表 16) 令和 3 年度腎不全の都道府県別一人当たり医療費 (年齢調整後)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の腎不全の一人当たり医療費は、男女ともに 85～89 歳が最も高くなっていますが、全ての年代で男性の方が高くなっています。（図表 17）

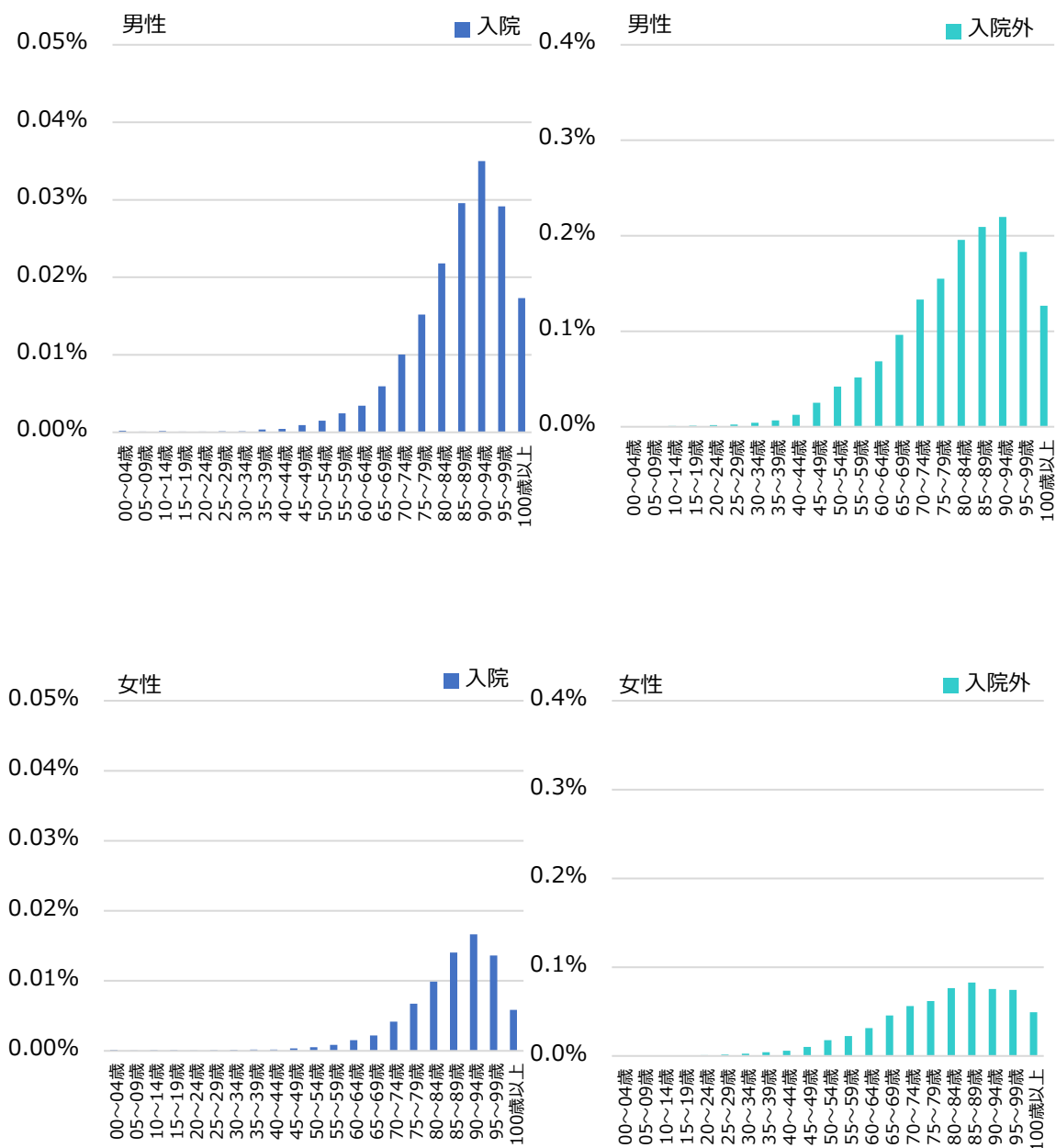
（図表 17）令和3年度腎不全の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

- 令和3年度の都の腎不全の受診率は、全年代で男性の方が高く、入院では男女ともに90～94歳が最も高くなっており、入院外では男性は90～94歳、女性は85～89歳が最も高くなっています。（図表18）

（図表18）令和3年度腎不全の都の性・年代別受診率

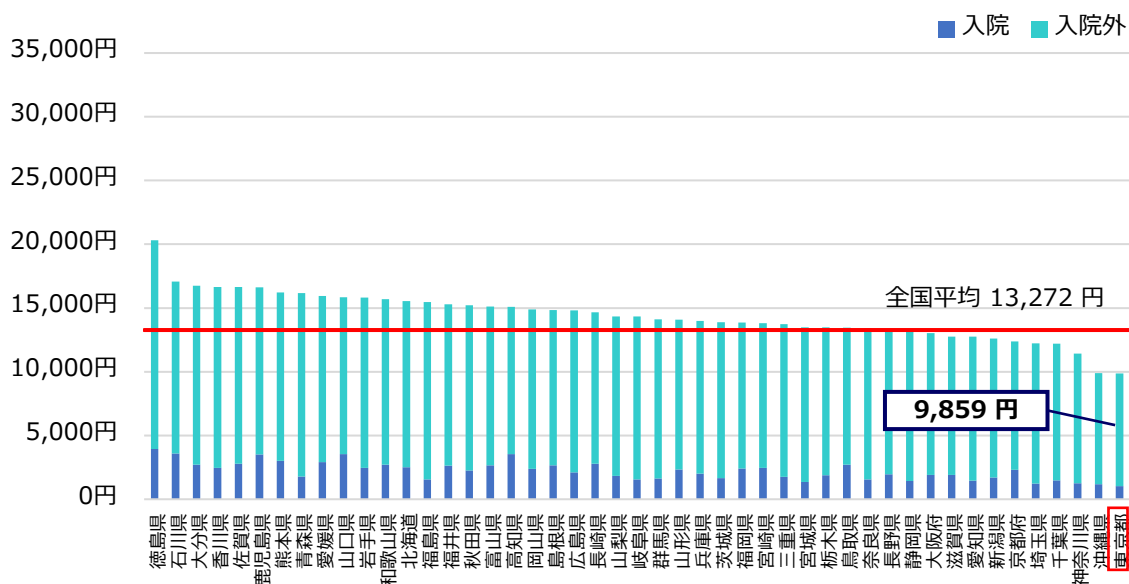


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

(3) 糖尿病

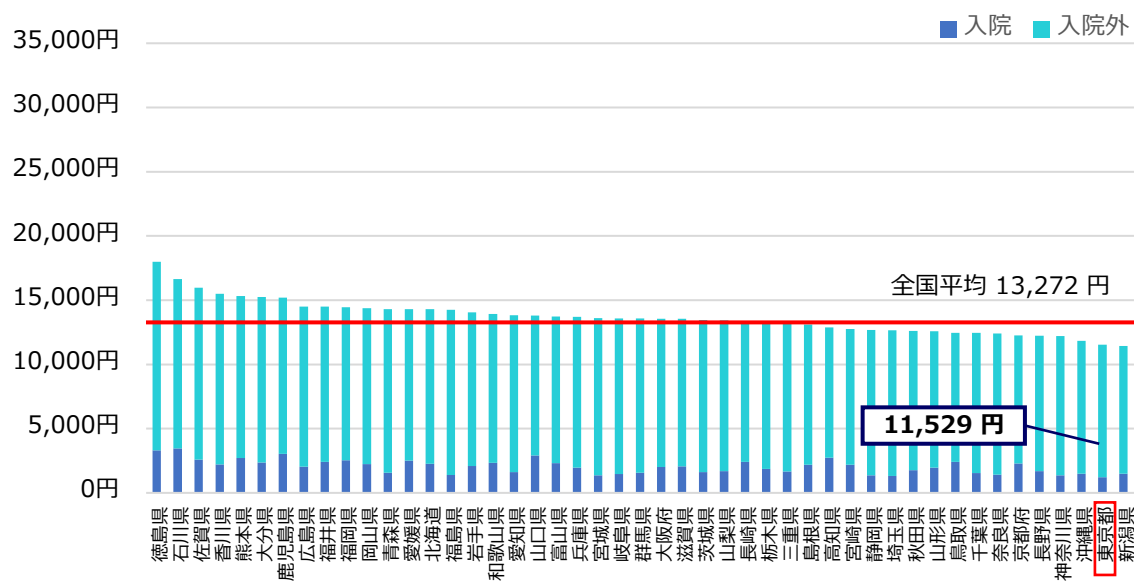
- 令和3年度の都の糖尿病の一人当たり医療費は9,859円で、全国平均の13,272円より低く、全国で1番少なくなっています。(図表19)
- また、年齢調整後は11,529円で、全国で2番目に少なくなっています。(図表20)

(図表 19) 令和 3 年度糖尿病の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

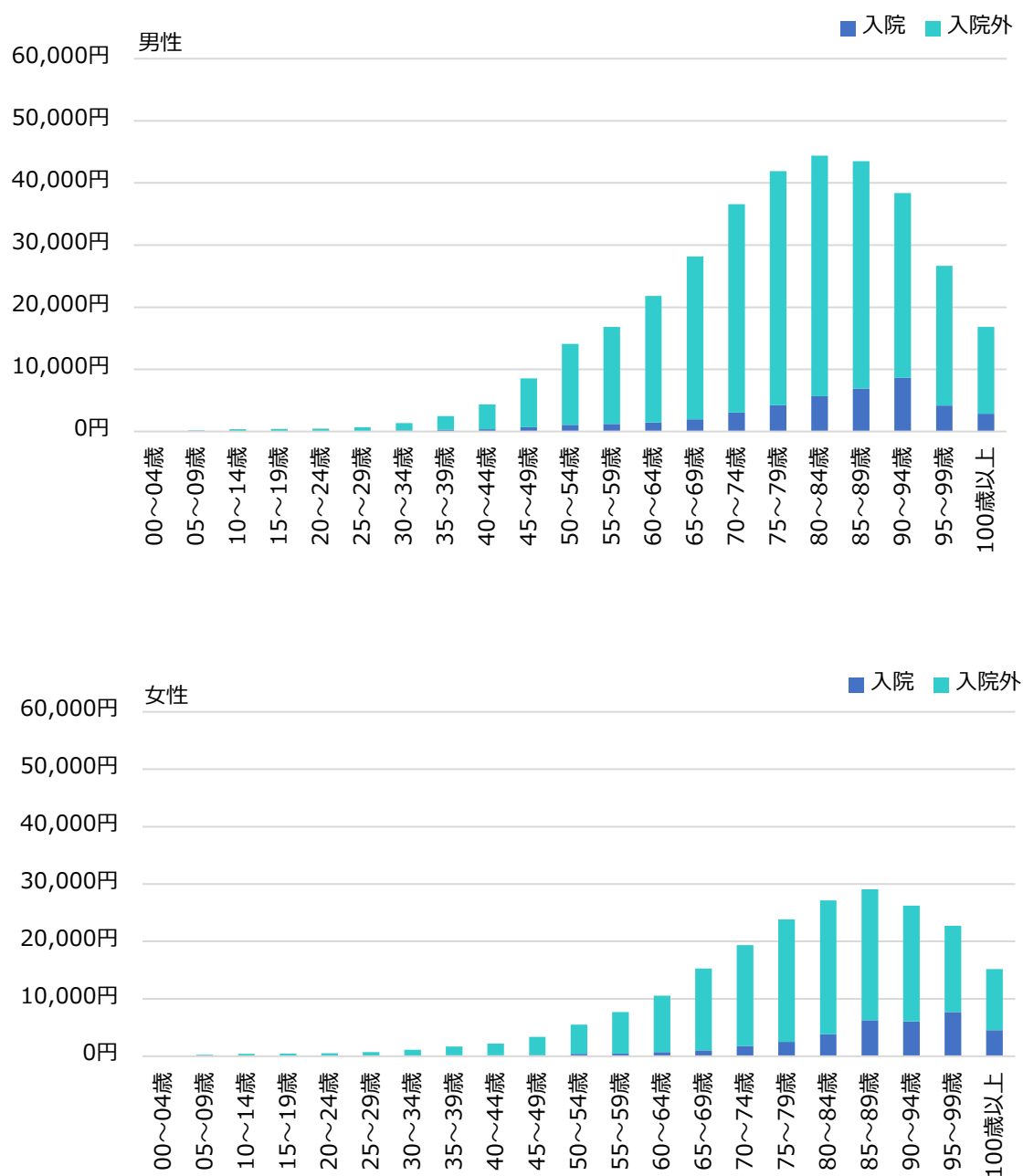
(図表 20) 令和 3 年度糖尿病の都道府県別一人当たり医療費 (年齢調整後)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の糖尿病の一人当たり医療費は、男性は80～84歳、女性は85～89歳が最も高く、29歳までは女性の方が高くなっていますが、30歳以上では男性の方が高くなっています。（図表21）

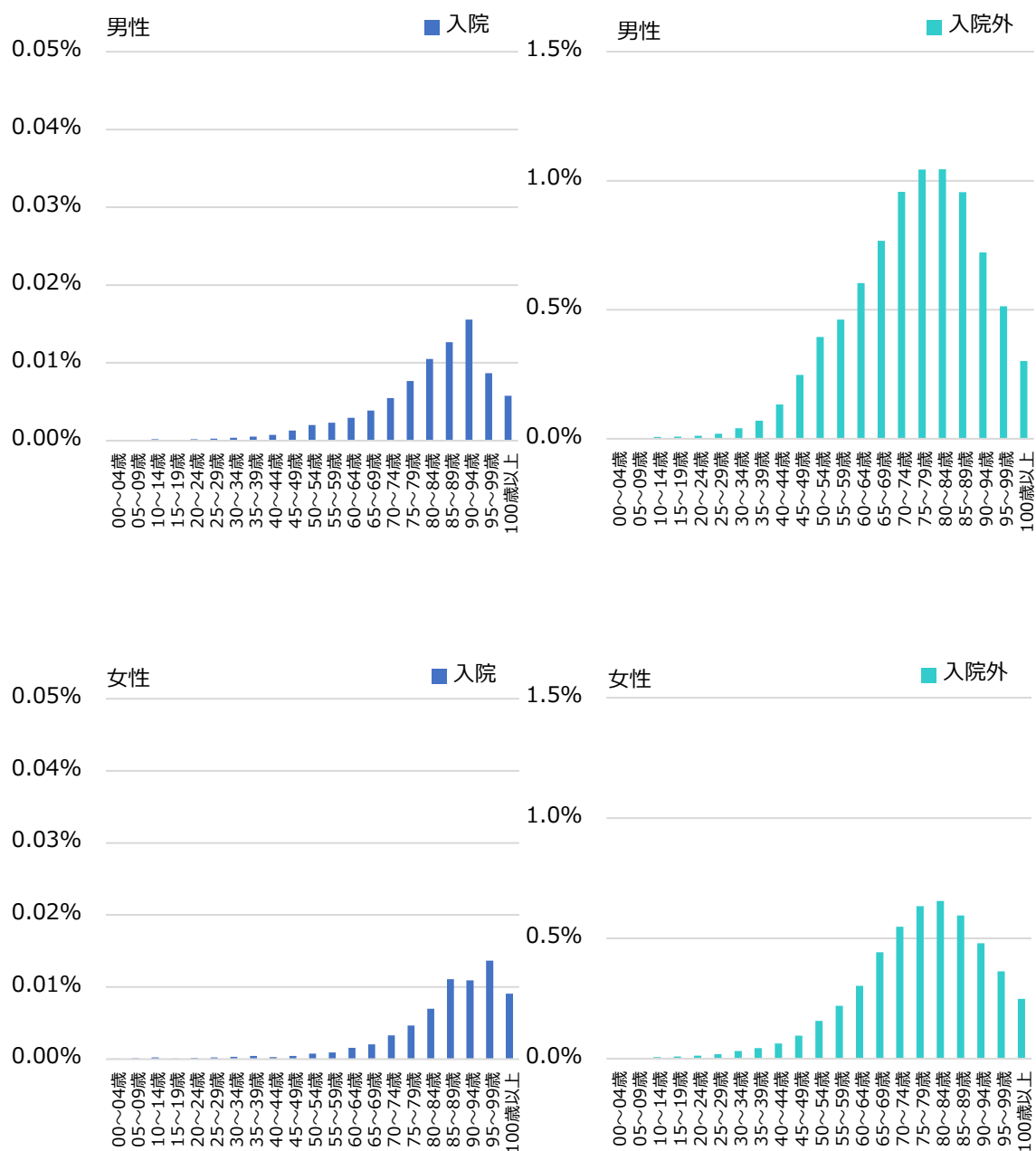
（図表21）令和3年度糖尿病の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の糖尿病の受診率は、全年代で男性の方が高く、入院では男性は 90～94 歳、女性は 95～99 歳が最も高くなっており、入院外では男女ともに 80～84 歳が高くなっています。（図表 22）

（図表 22）令和3年度糖尿病の都の性・年代別受診率

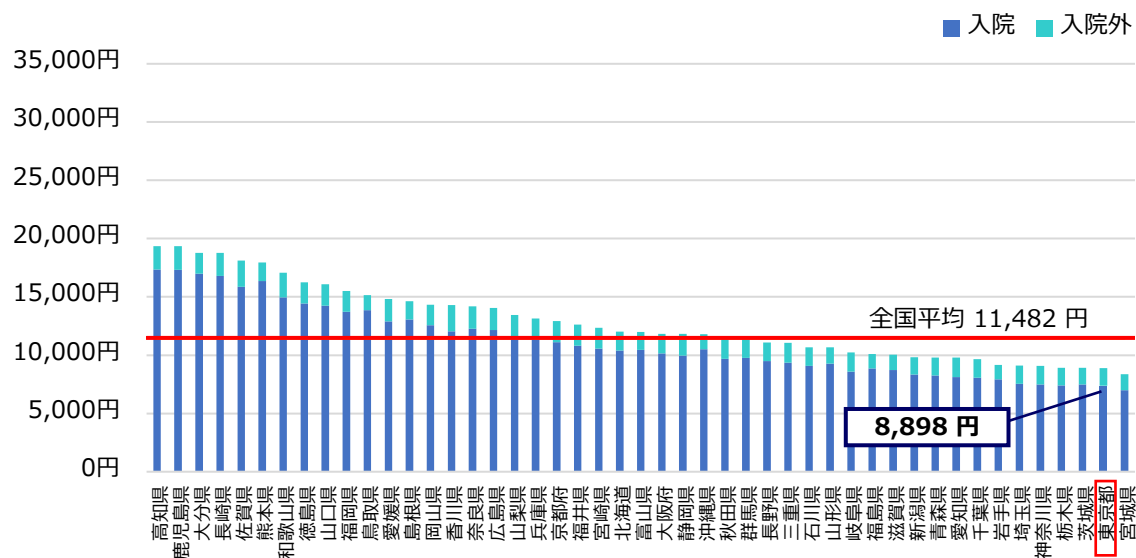


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

(4) 骨折

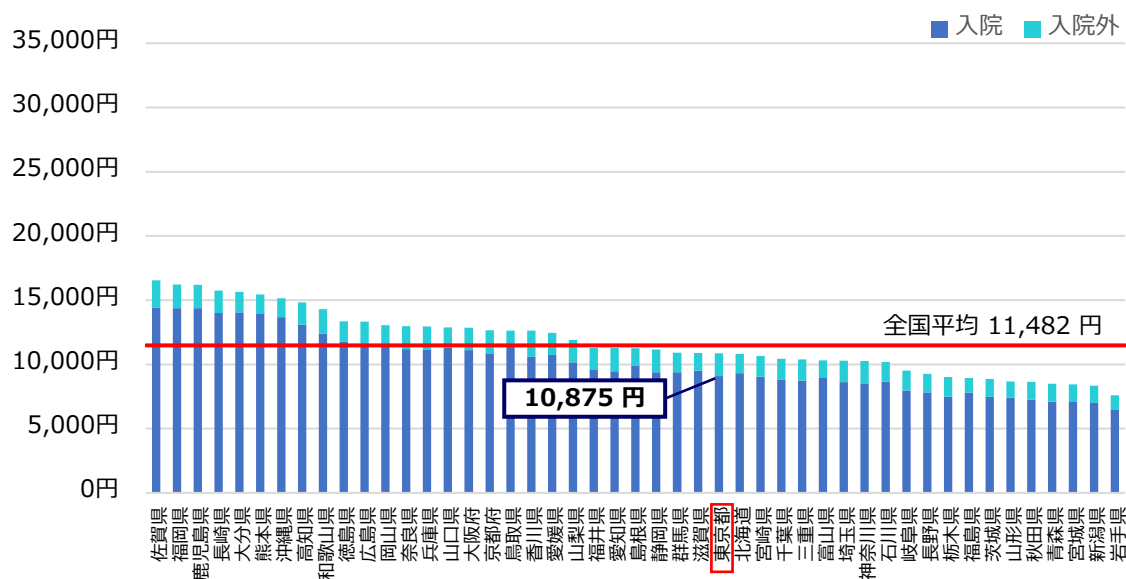
- 令和３年度の都の骨折の一人当たり医療費は 8,898 円で、全国平均の 11,482 円より低く、全国で２番目に少なくなっています。（図表 23）
- また、年齢調整後は 10,875 円で、全国で 20 番目に少なくなっています。（図表 24）

(図表 23) 令和 3 年度骨折の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

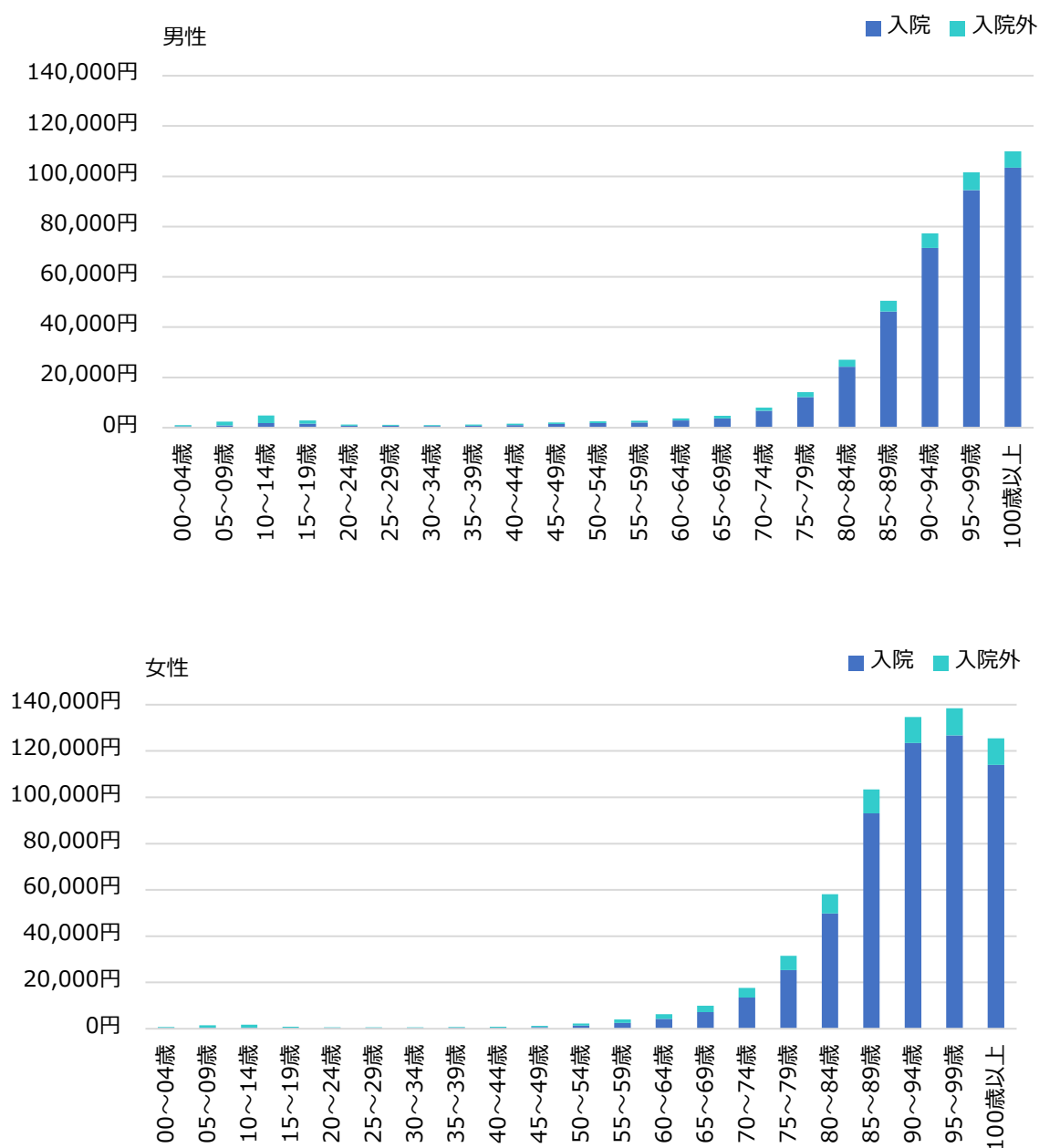
(図表 24) 令和 3 年度骨折の都道府県別一人当たり医療費 (年齢調整後)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の骨折の一人当たり医療費は、男性は100歳以上、女性は95～99歳が最も高く、54歳までは男性の方が高くなっていますが、55歳以上は女性の方が高くなっています。（図表25）

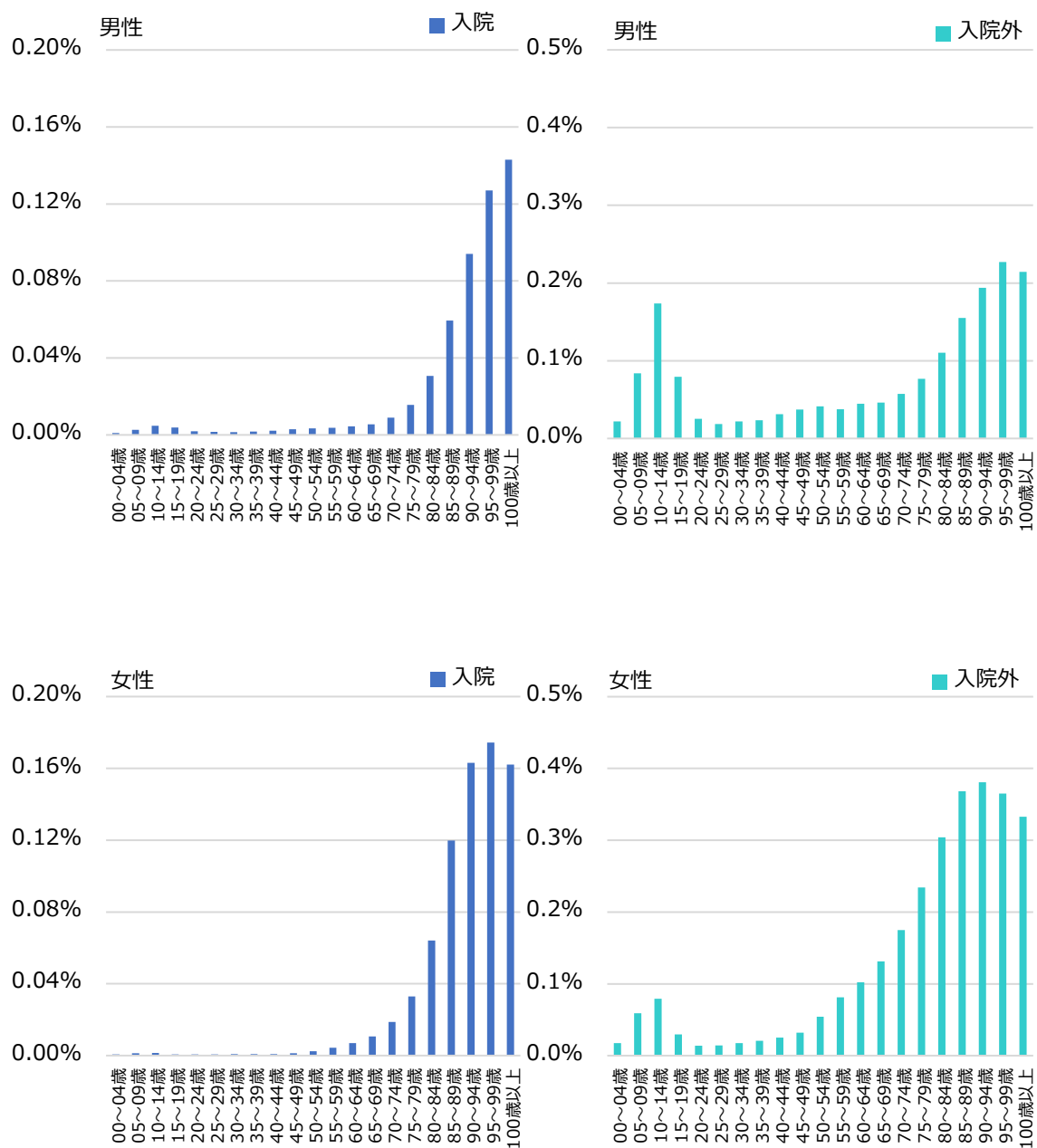
（図表25）令和3年度骨折の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の骨折の受診率は、49 歳までは男性の方が高く、50 歳以上は女性の方が高く、入院では男性は 100 歳以上、女性は 95～99 歳が最も高くなっており、入院外では男性は 95～99 歳、女性は 90～94 歳が最も高くなっています。（図表 26）

（図表 26）令和3年度骨折の都の性・年代別受診率

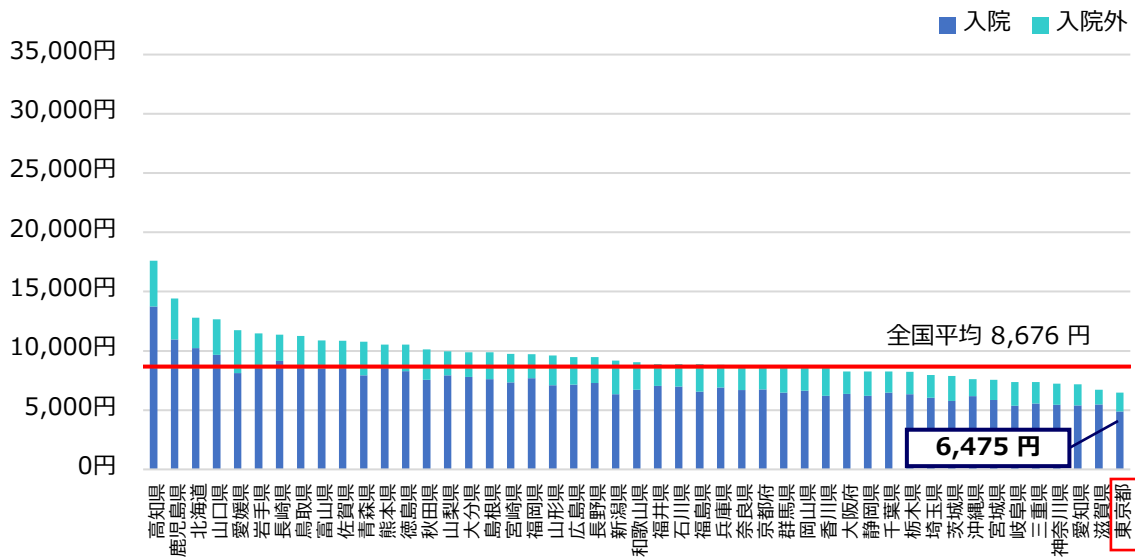


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

(5) 脳梗塞

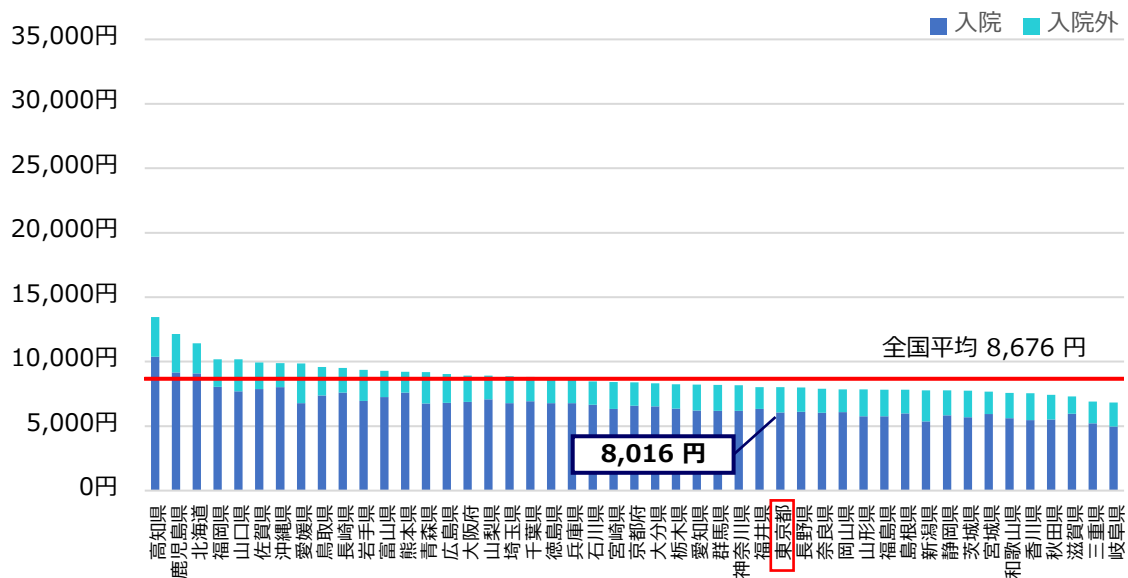
- 令和3年度の都の脳梗塞の一人当たり医療費は 6,475 円で、全国平均の 8,676 円より低く、全国で1番少なくなっています。(図表 27)
- また、年齢調整後は 8,016 円で、全国で 17 番目に少なくなっています。(図表 28)

(図表 27) 令和3年度脳梗塞の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

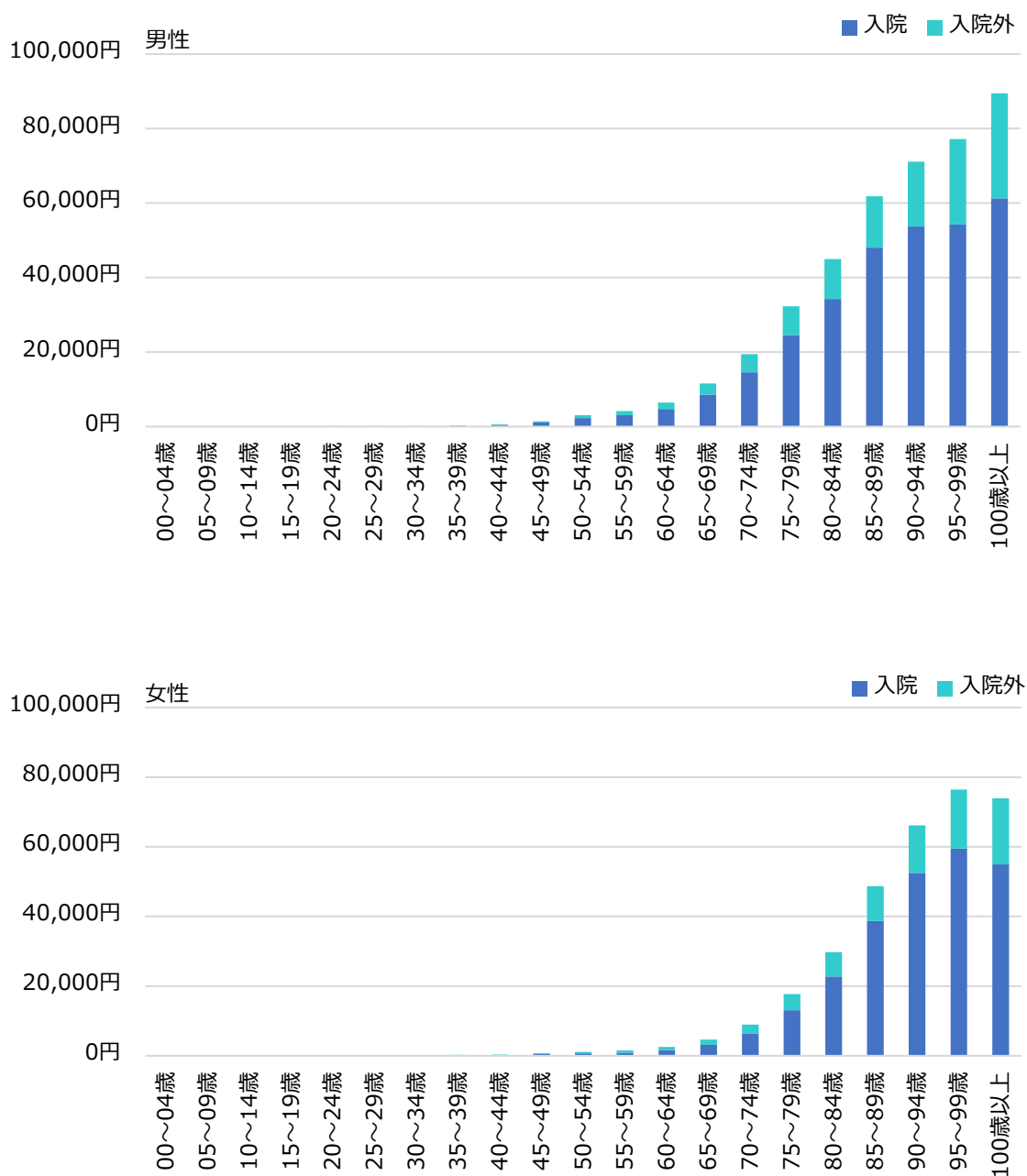
(図表 28) 令和3年度脳梗塞の都道府県別一人当たり医療費（年齢調整後）



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

- 令和3年度の都の脳梗塞の一人当たり医療費は、男女ともに高齢になるにつれて高くなる傾向にあり、34 歳までは年代によって異なりますが、35 歳以上は男性の方が高くなっています。（図表 29）

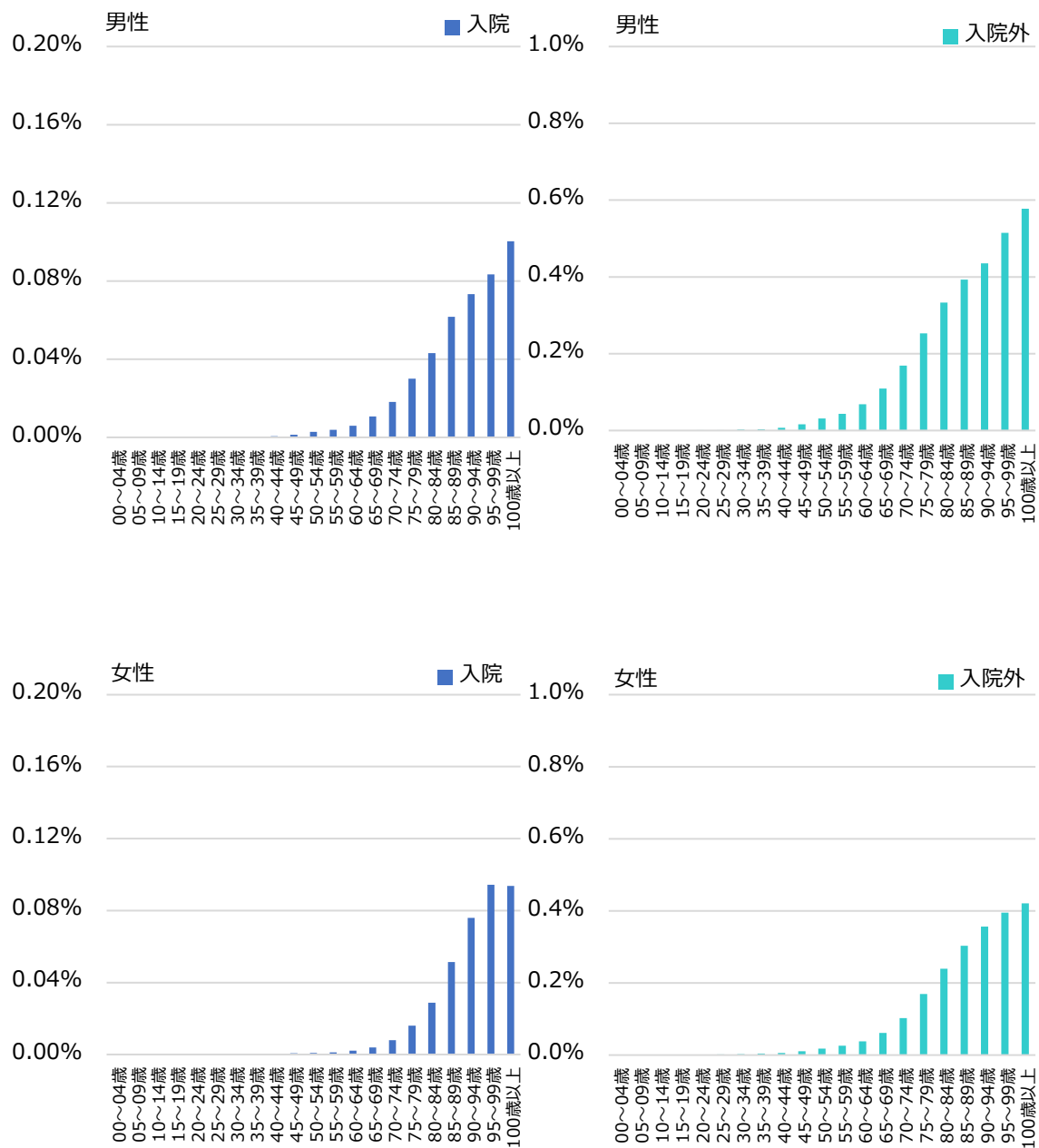
（図表 29）令和3年度脳梗塞の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

○ 令和3年度の都の脳梗塞の受診率は、全年代で男性の方が高く、男女ともに高齢になるにつれて高くなっています。（図表 30）

（図表 30）令和3年度脳梗塞の都の性・年代別受診率

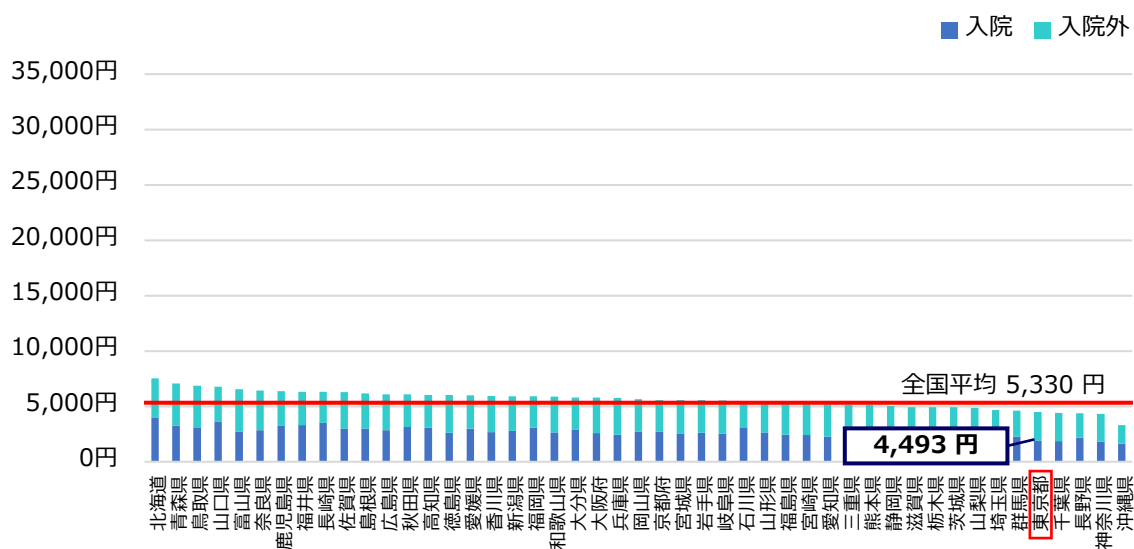


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

(6) 気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞

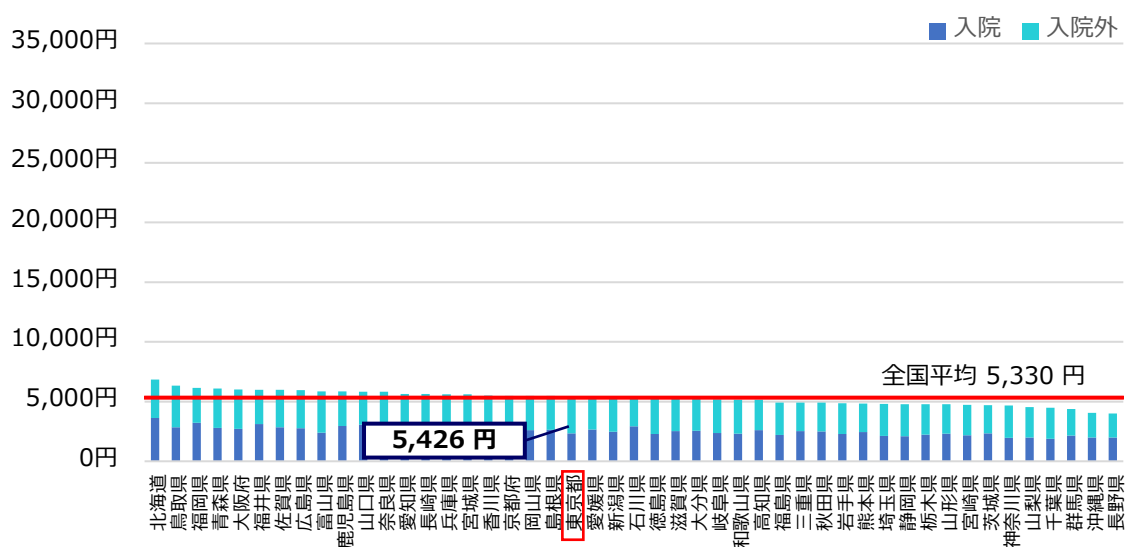
- 令和3年度の都の気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の一人当たり医療費は4,493円で、全国平均の5,330円より低く、全国で5番目に少なくなっています。(図表31)
- しかし、年齢調整後は5,426円で、全国平均より高く、全国で21番目に多くなっています。(図表32)

(図表 31) 令和3年度気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の都道府県別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

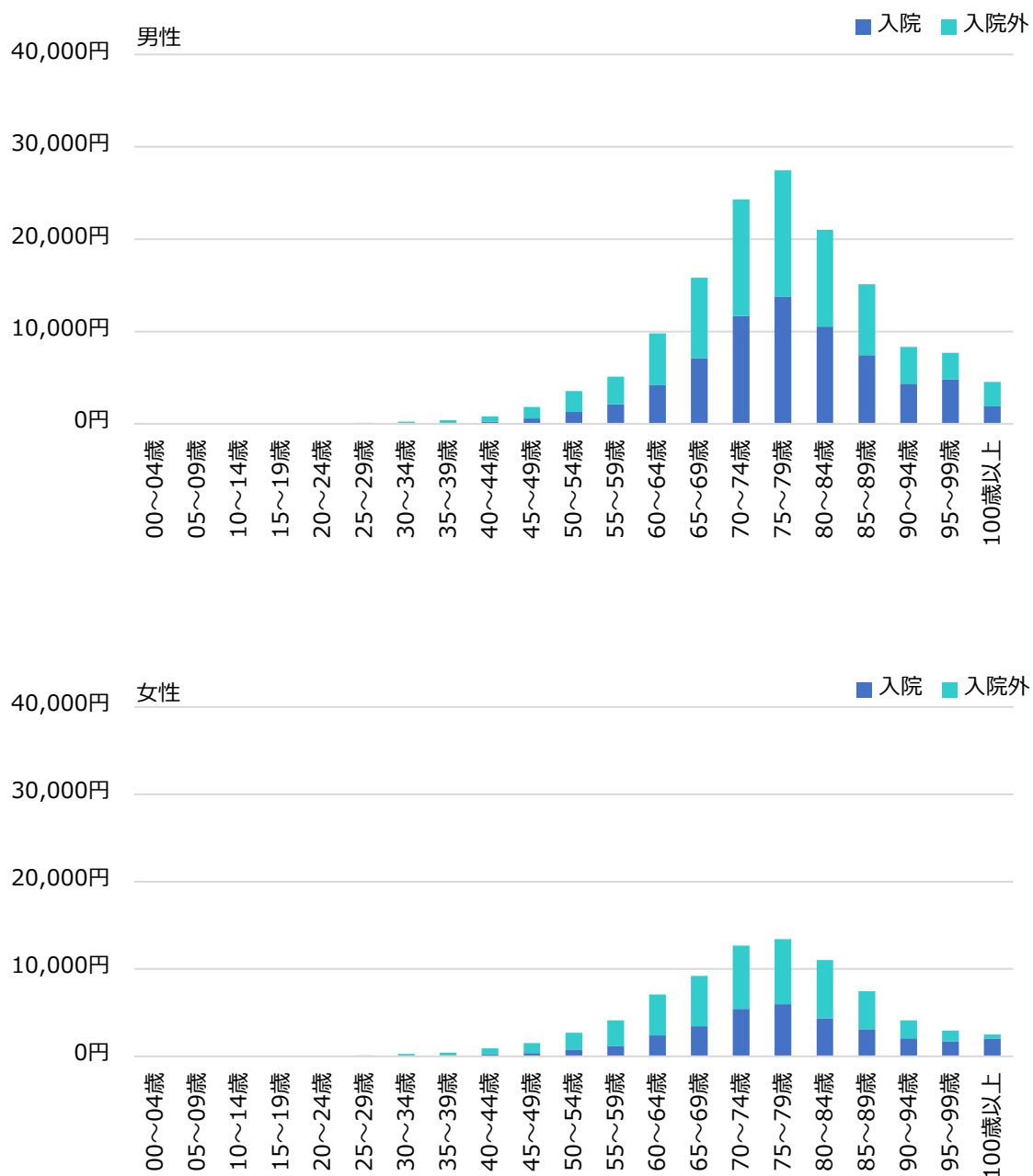
(図表 32) 令和3年度気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の都道府県別一人当たり医療費(年齢調整後)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 令和3年度の都の気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の一人当たり医療費は、男女ともに75～79歳が最も高く、44歳までは年代によって異なりますが、45歳以上は男性の方が高くなっています。（図表33）

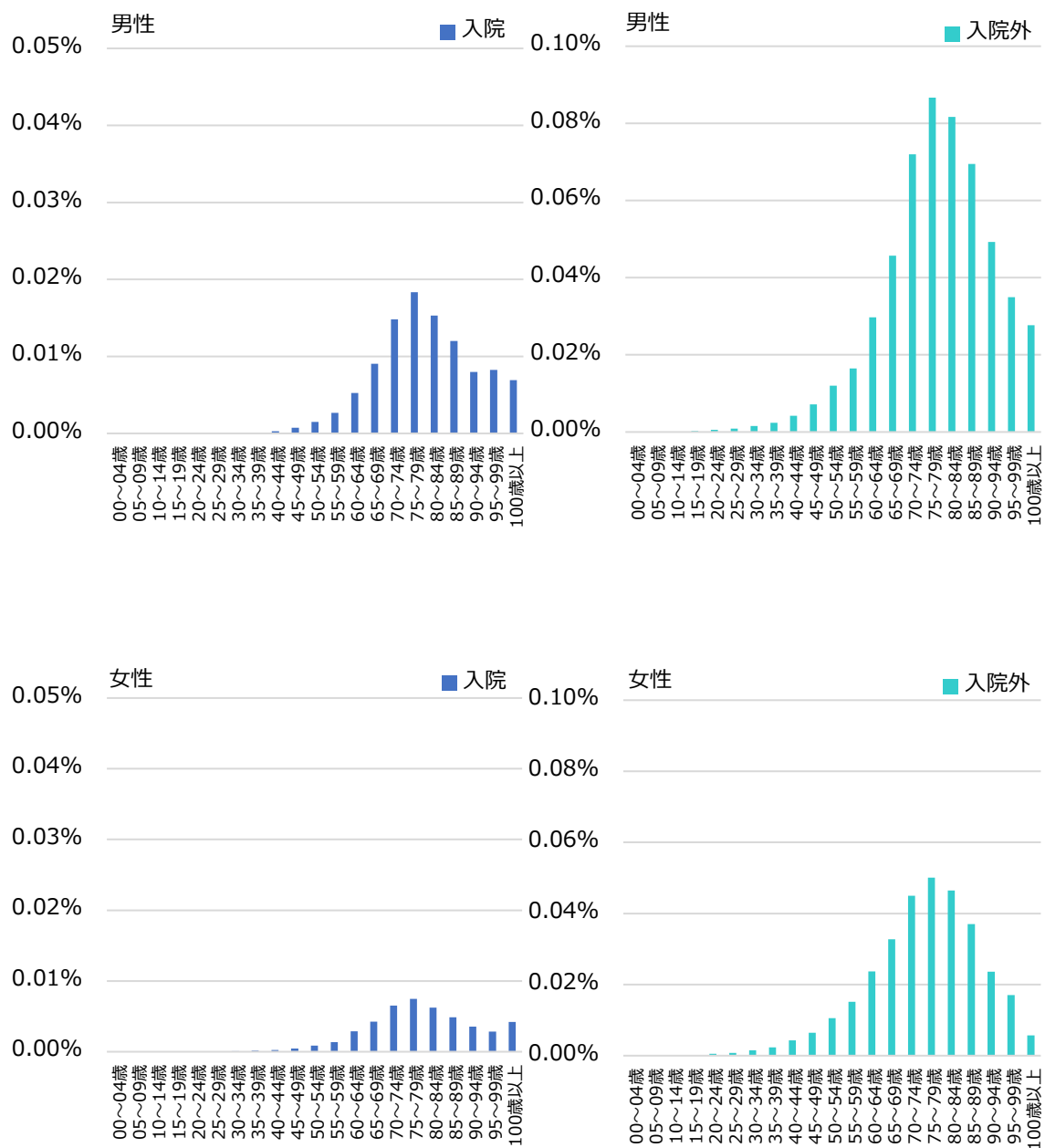
（図表33）令和3年度気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の都の性・年代別一人当たり医療費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

○ 令和3年度の都の気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の受診率は、全世代で男性の方が高く、男女ともに75～79歳が最も高くなっています。（図表34）

（図表34）令和3年度気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞の都の性・年代別受診率



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

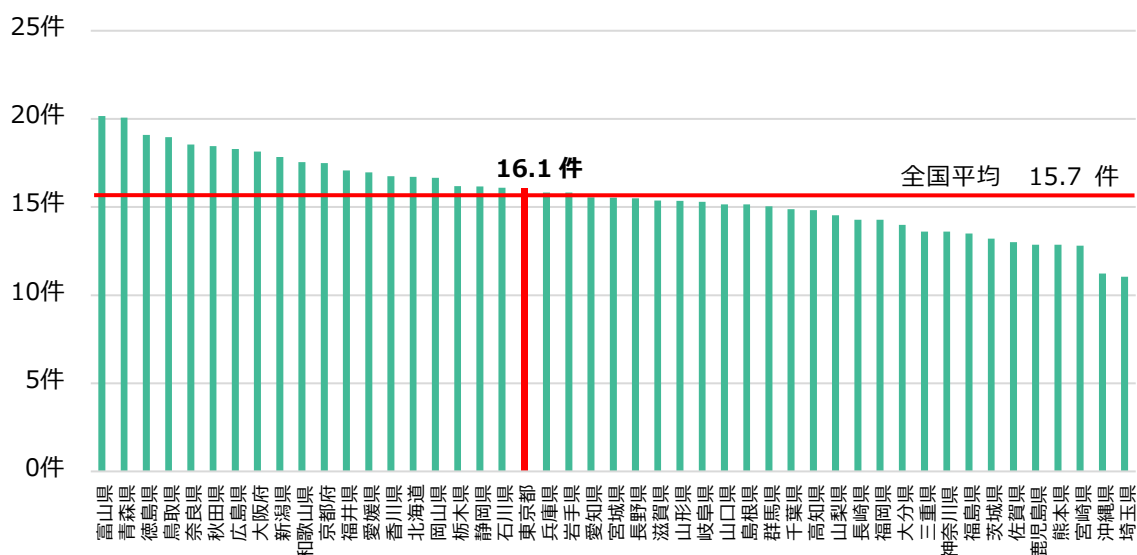
3 医療資源の投入量に地域差のある医療の状況

- 医療資源の投入量に地域差のある医療の状況は、国から提供される「第四期医療費適正化計画レポート」により分析しました。

(1) 外来化学療法

- 国によれば、がんの化学療法について、諸外国では外来での実施が基本とされており、日本でも副作用のコントロールをしつつ外来で治療を行うケースが増えているものの、入院で化学療法を実施するケースが一定割合存在し、外来での実施状況に地域差があります。
- 令和3年度の外来化学療法の人口千人当たり実施件数は、都は 16.1 件であり、全国平均の 15.7 件より高く、全国で 20 番目に多くなっています。(図表 35)

(図表 35) 令和3年度外来化学療法の人口千人当たり実施件数

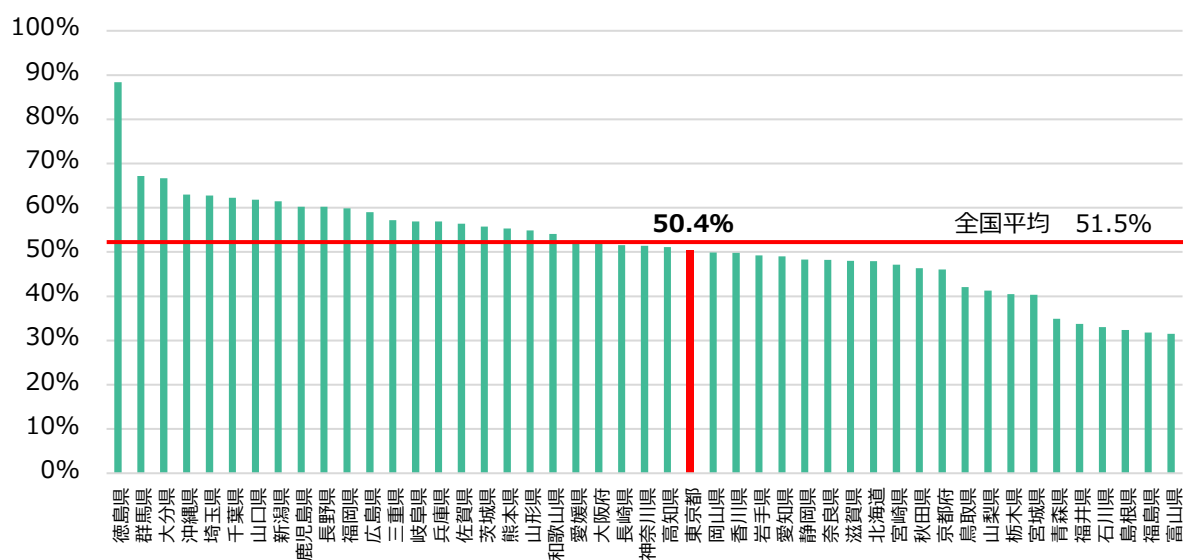


出典：厚生労働省「第四期医療費適正化計画レポート」

(2) 白内障手術

- 国によれば、白内障の手術について、多くの国で 90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されており、日本での白内障手術の外来での実施状況は、都道府県ごとに様々であるとしています。
- 令和3年度の白内障手術の外来での実施割合は、都は 50.4%であり、全国平均の 51.5%より低く、全国で 22 番目に少なくなっています。(図表 36)

(図表 36) 令和3年度都道府県別白内障手術（水晶体再建術）の外来割合



出典：厚生労働省「第四期医療費適正化計画レポート」

第4節 医薬品の使用状況

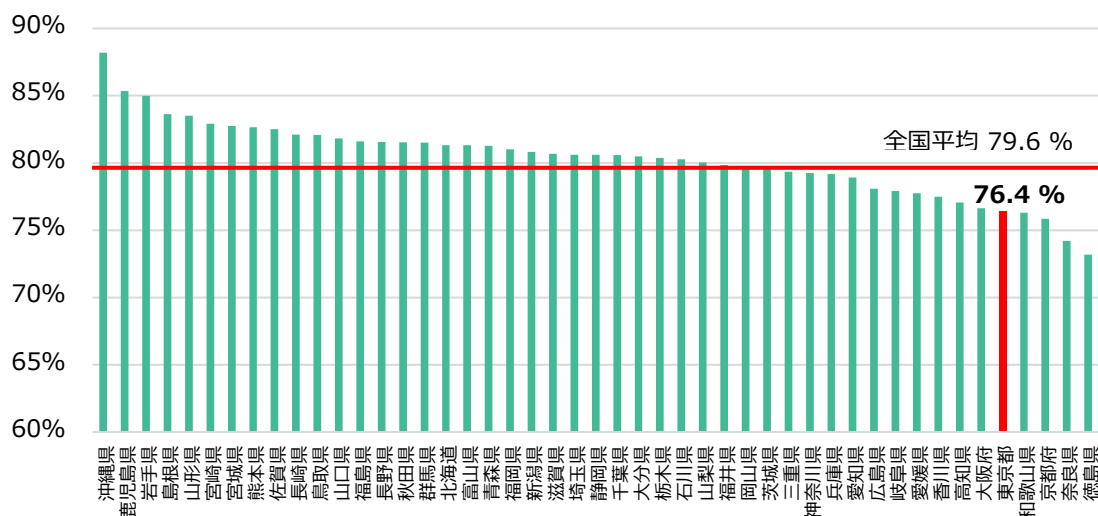
- 医薬品の使用状況は、国から提供される「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」により分析を行いました。
- なお、国の基本方針で新たに計画に位置付けられたバイオ後続品、抗菌薬等の使用状況については、「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」では把握できないため、国から提供される「医療費適正化計画関係推計ツール」（以下「推計ツール」という。）のデータにより分析しています。

1 後発医薬品の使用状況

（1）後発医薬品の数量シェア

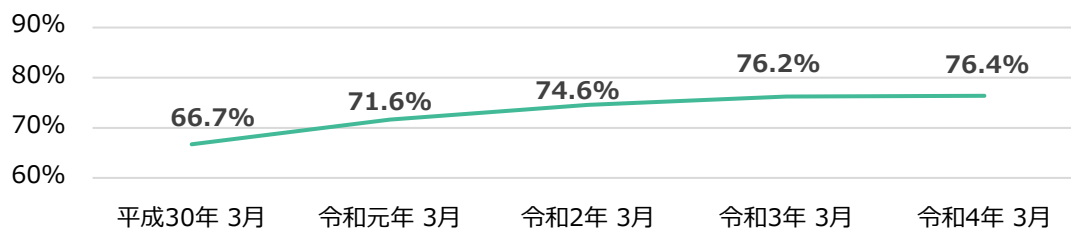
- 都の後発医薬品数量シェア（令和4年3月）は76.4%で、全国平均の79.6%より低く、全国43位となっていますが、平成29年度から令和3年度まで継続して上昇しています。（図表37・38）

（図表37）令和4年3月都道府県別後発医薬品数量シェア



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

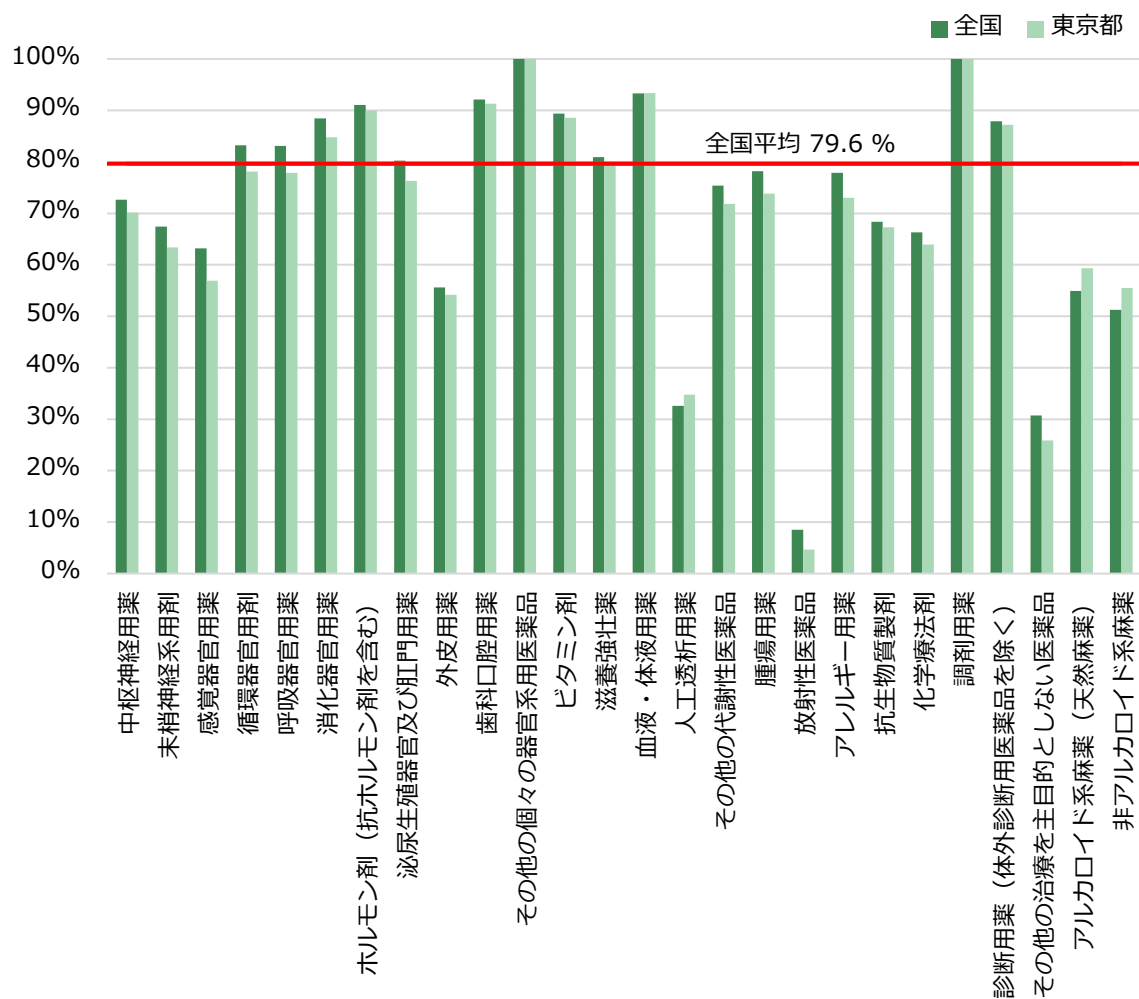
（図表38）都の後発医薬品数量シェアの推移



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 都の後発医薬品数量シェア（令和 4 年 3 月）は、薬効別では全国より高いものもありますが、感覚器官用薬（▲6.3%）、呼吸器官用薬（▲5.3%）、循環器官用剤（▲5.1%）などで全国より低くなっています。（図表 39）

（図表 39）令和 4 年 3 月都の薬効別後発医薬品数量シェア（全国と比較）

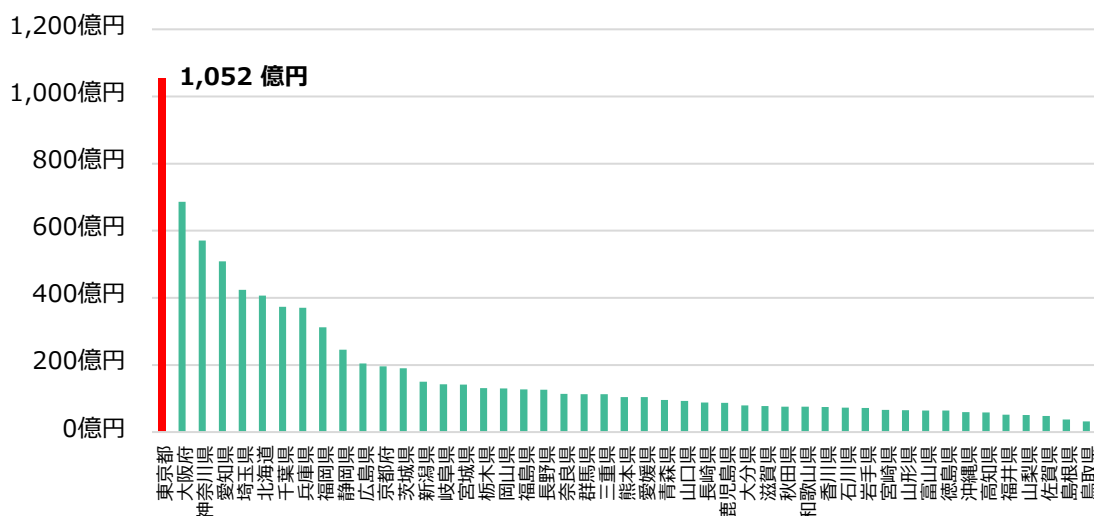


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

(2) 後発医薬品の切替効果額

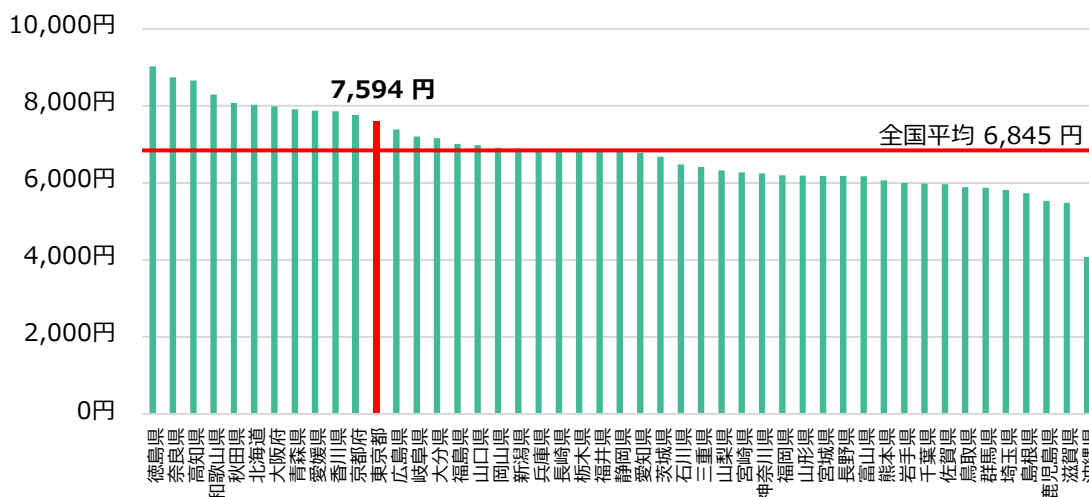
- 都の後発医薬品切替効果額⁵（令和 3 年度）は 1,052 億円で、全国で 1 番多くなっています。（図表 40）
- 薬効別では中枢神経用薬、循環器官用剤などの切替効果額が高くなっています。
- また、都の後発医薬品一人当たり切替効果額（令和 3 年度）は 7,594 円であり、全国平均の 6,845 円より高く、全国で 12 番目に多くなっています。（図表 41）

(図表 40) 令和 3 年度都道府県別後発医薬品切替効果額



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

(図表 41) 令和 3 年度都道府県別後発医薬品一人当たり切替効果額



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

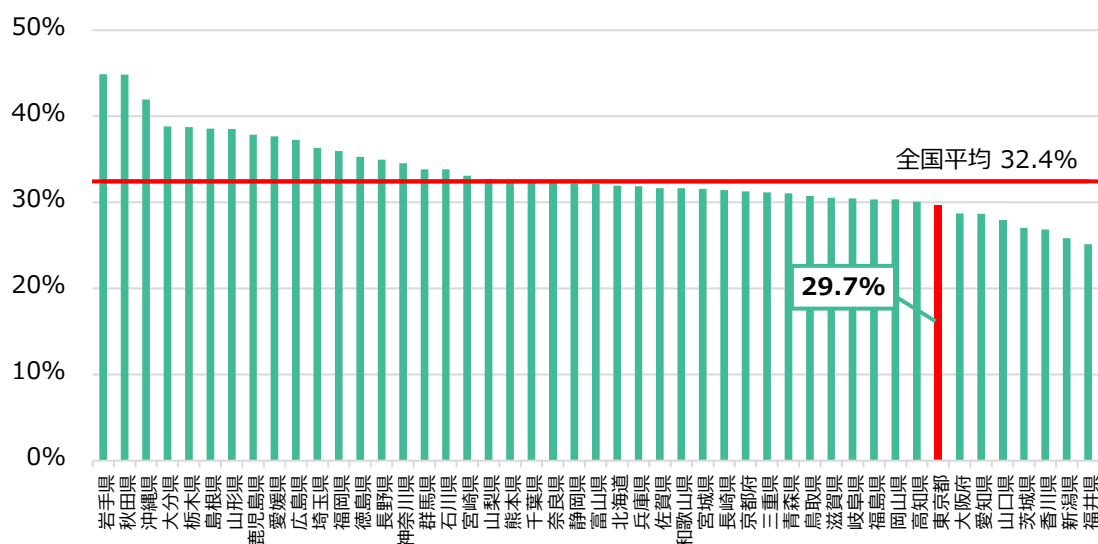
5 切替効果額：先発医薬品に自身より薬価の安い後発医薬品があった場合、全て後発医薬品に置き換えた場合を仮定し、後発医薬品の価格に応じた効果額の最大値。

2 バイオ後続品の使用状況

(1) バイオ後続品の数量シェア

- 都のバイオ後続品⁶数量シェア（令和3年度）は29.7%で、全国平均の32.4%より低く、全国40位となっています。（図表42）

（図表42）令和3年度都道府県別バイオ後続品数量シェア

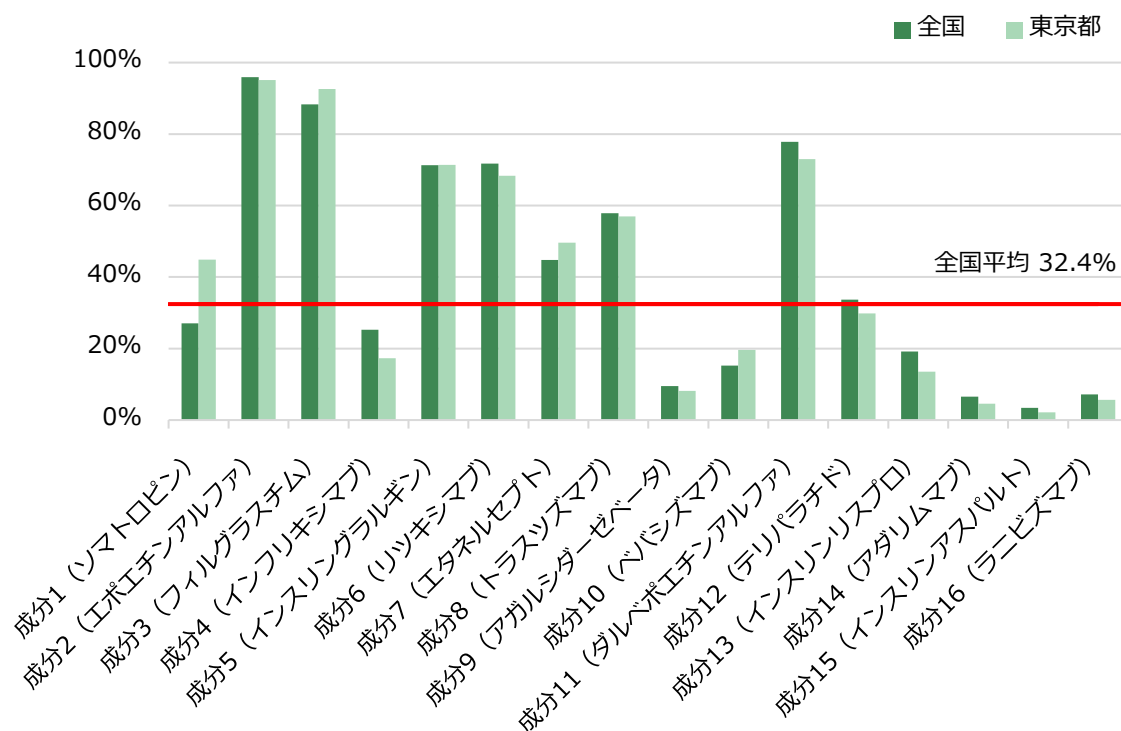


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

⁶ バイオ後続品：遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造されるバイオ医薬品を先行医薬品とする後発品。

○ 都のバイオ後続品数量シェア（令和3年度）は、成分別では全国より高くなっているものもありますが、成分4 インフリキシマブ（▲8%）（関節リウマチの治療）、成分11 ダルベポエチンアルファ（▲4.8%）（貧血の治療）、成分13 インスリンリスプロ（▲5.6%）（糖尿病の治療）などで全国より低くなっています。（図表43）

（図表43）令和3年度都の成分別バイオ後続品数量シェア（全国と比較）

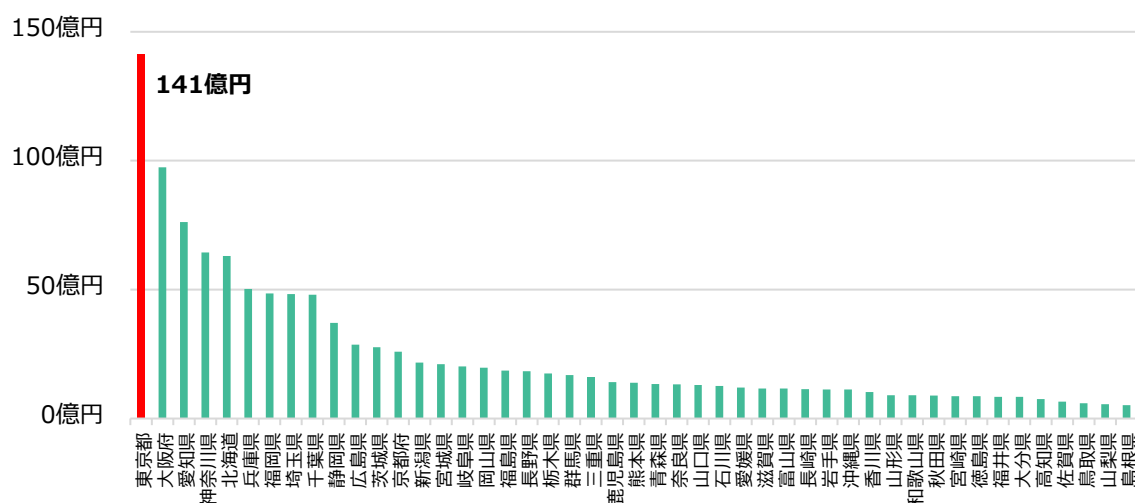


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

(2) バイオ後続品の切替効果額

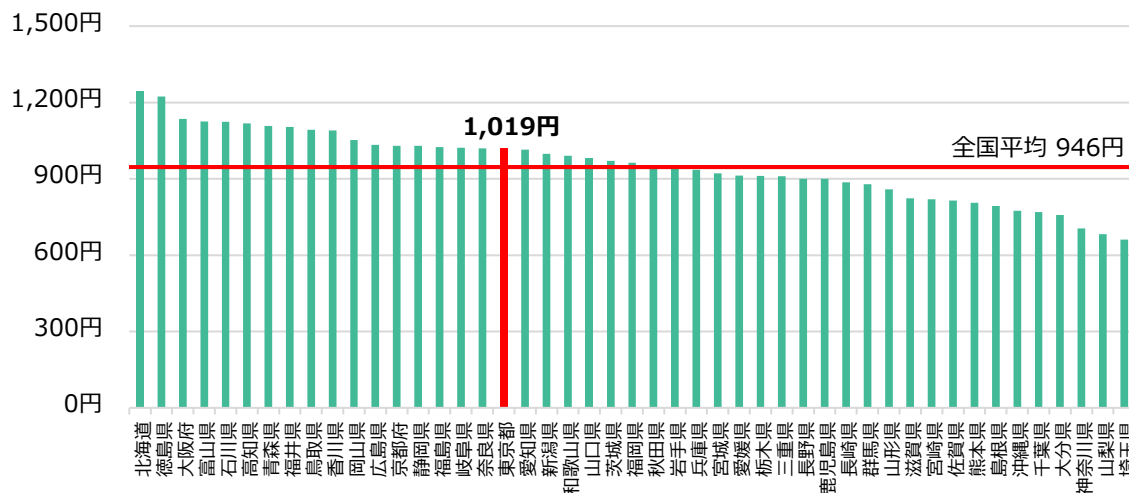
- 都のバイオ後続品切替効果額（令和3年度）（入院外・調剤医療費のみ）は、141 億円で、全国で 1 番多くなっています。（図表 44）
- 成分別では成分 4 インフリキシマブ（関節リウマチの治療）、成分 10 ベバシズマブ（悪性腫瘍の治療）などの切替効果額が高くなっています。
- 都のバイオ後続品一人当たり切替効果額（令和3年度）（入院外・調剤医療費のみ）は 1,019 円で、全国平均の 946 円より高く、全国で 18 番目に多くなっています。（図表 45）

（図表 44）令和3年度都のバイオ後続品切替効果額（入院外・調剤医療費のみ）



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

（図表 45）令和3年度都のバイオ後続品一人当たり切替効果額（入院外・調剤医療費のみ）

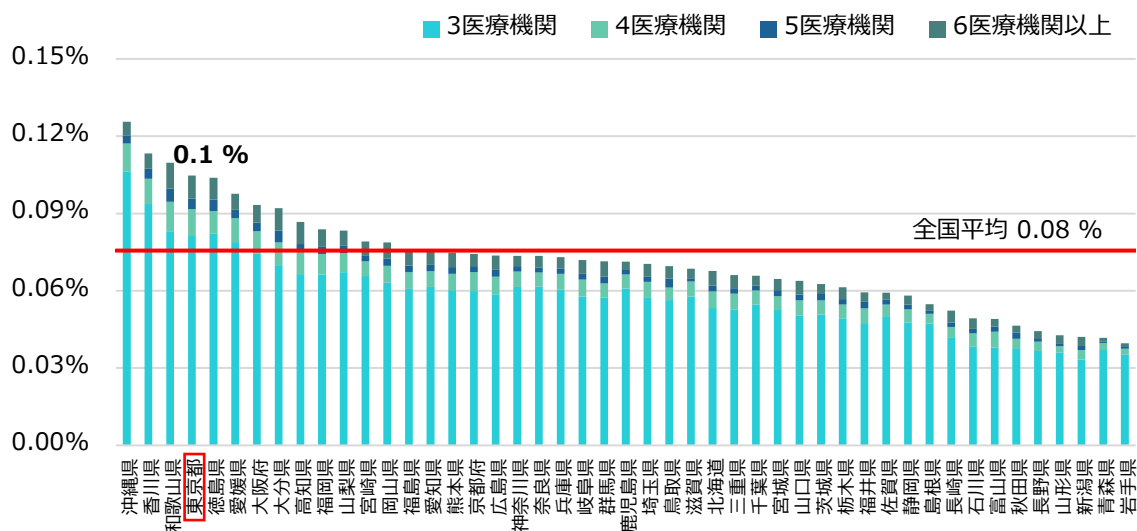


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

3 重複投薬の状況

- 都の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（令和3年度）は0.1%で、全国平均の0.08%より高く、全国で4番目に多くなっています。（図表46）

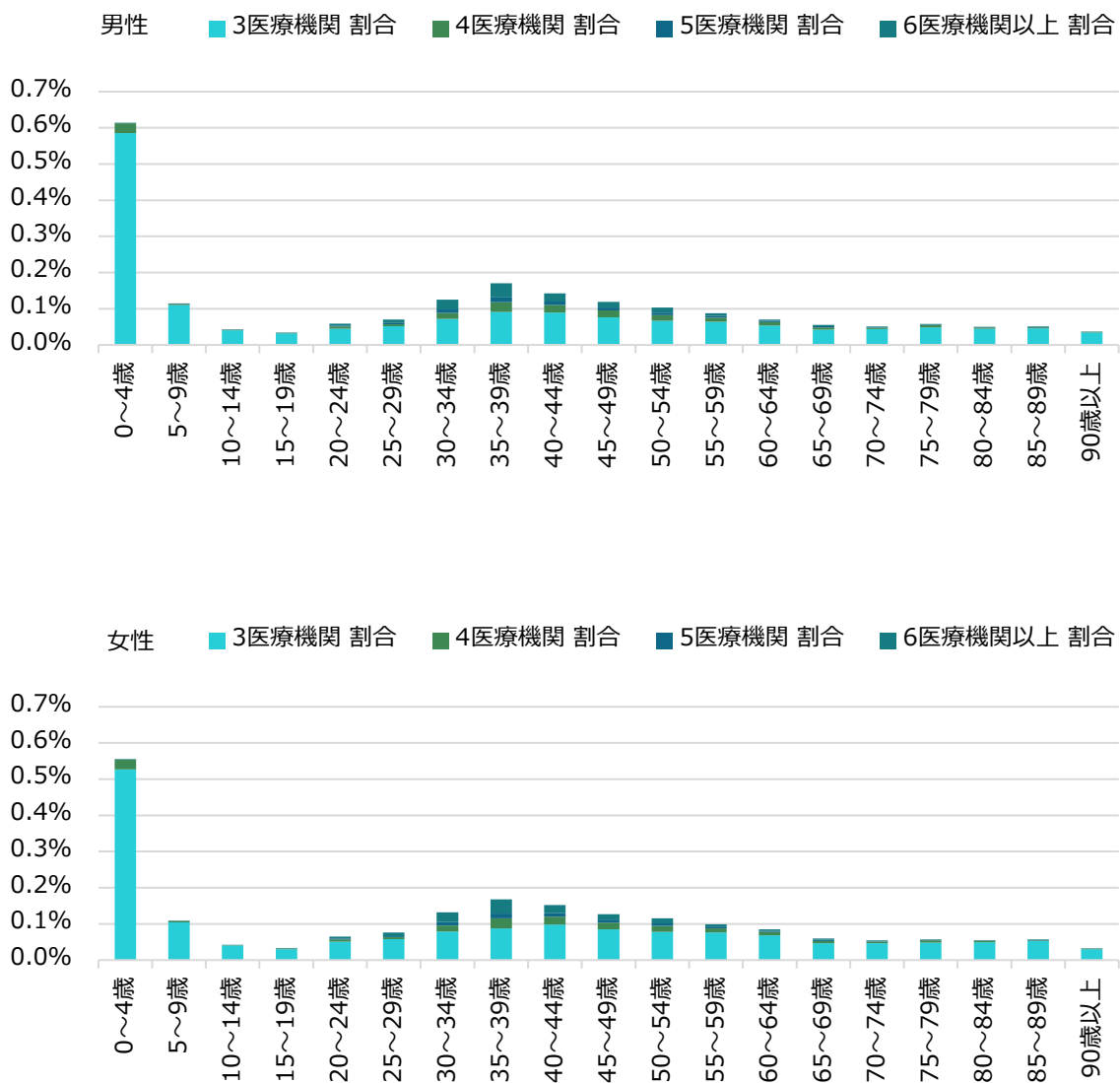
（図表 46）令和3年度都道府県別重複投薬（3医療機関以上）患者率



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 都の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（令和3年度）は、男女ともに0～4歳が最も高く、次いで35～39歳が高くなっています。（図表47）

（図表 47）令和3年度都の性・年代別重複投薬（3医療機関以上）患者率

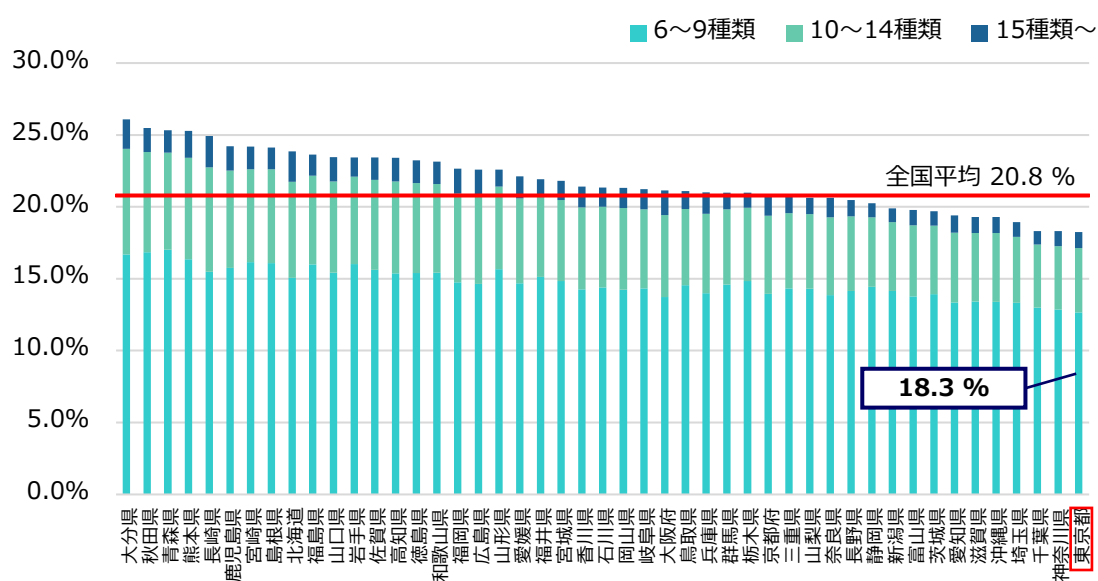


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

4 複数種類医薬品投与の状況

- 都の同一月に6種類以上の薬剤の投与を受けた患者の割合（令和3年度）は18.3%で全国平均の20.8%より低く、全国で1番少なくなっています。また、同一月に15種類以上の薬剤の投与を受けた患者の割合（令和3年度）は1.1%で、全国平均の1.4%より低くなっています。（図表48）

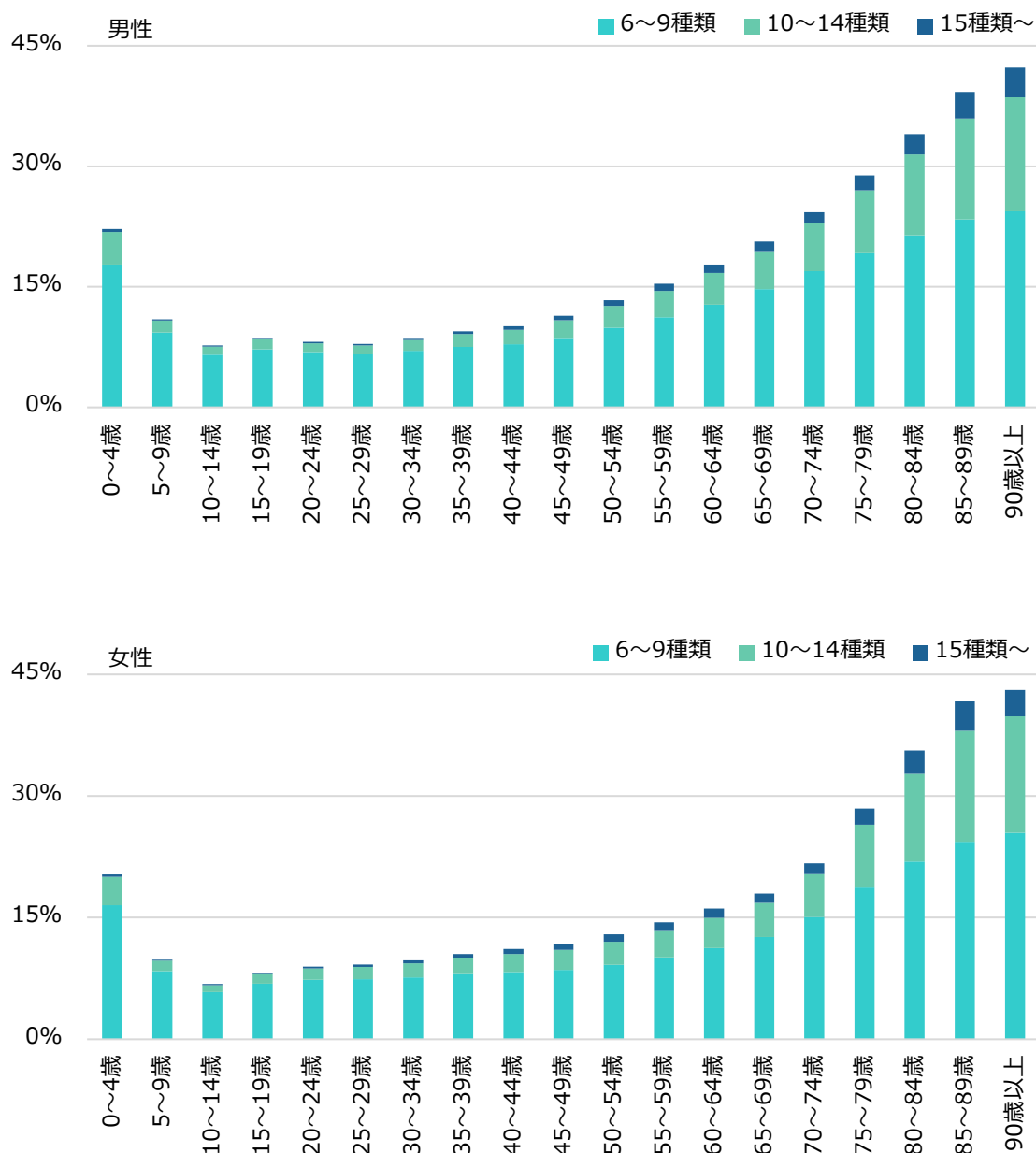
（図表48）令和3年度都道府県別複数種類医薬品投与（6種類以上）患者率



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

- 都の同一月に 6 種類以上の薬剤の投与を受けた患者の割合（令和 3 年度）は、男女ともに若年層では 0～4 歳の割合がやや高めとなっていますが、その後は高齢になるにつれて高くなる傾向にあります。（図表 49）

（図表 49）令和 3 年度都の性・年代別複数種類投与（6 種類以上）患者率

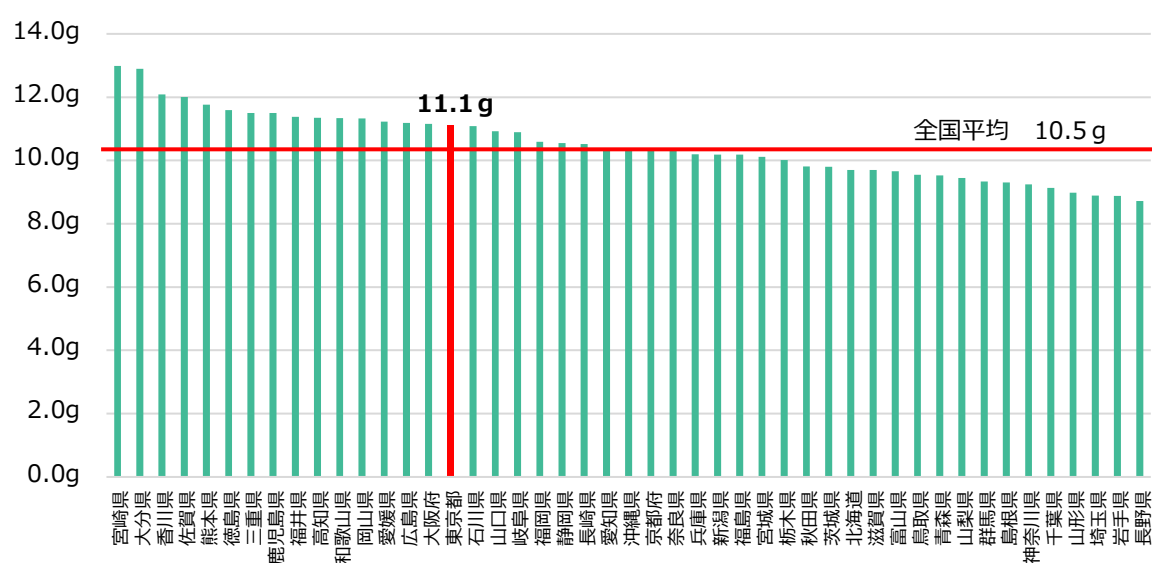


出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

5 抗菌薬の使用状況

- 国によれば、抗菌薬を含む抗微生物薬は、病院以上に診療所で処方されることが多く、なかでも処方の9割を外来が占めており、その多くが上気道感染症や下痢症といった本来抗菌薬が不要と考えられる疾患に使用されています。
- 都の抗菌薬使用量（令和2年度）は人口千人一日当たり 11.1 g で、全国平均の 10.5 g より高く、全国で 16 番目に多くなっています。（図表 50）

（図表 50）令和2年度都道府県別抗菌薬人口千人一日当たり使用量

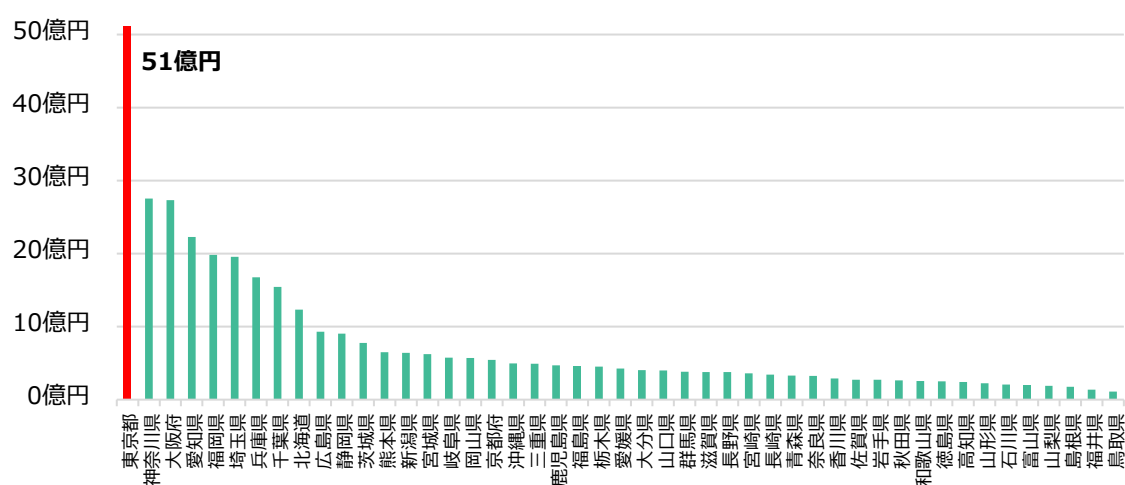


出典：厚生労働省「第四期医療費適正化計画レポート」

(1) 急性気道感染症患者の抗菌薬の使用状況

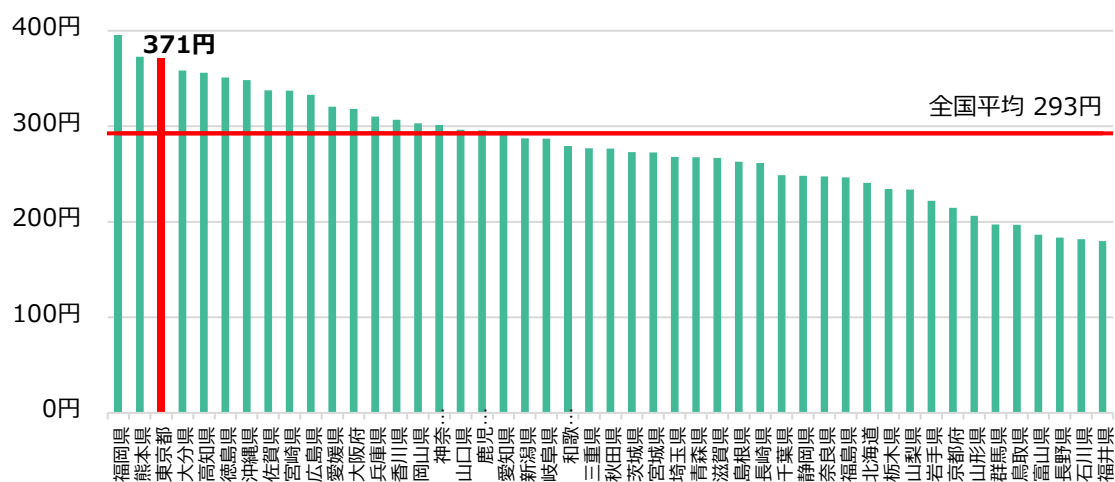
- 国は、急性気道感染症は、一般的には「風邪」、「風邪症候群」、「感冒」などの言葉が用いられ、原因の約9割はウイルスで、細菌が関与する症例はごく一部であるとしています。
- 都の急性気道感染症患者の抗菌薬薬剤費（令和元年度）は51億円で、全国で1番多くなっています。（図表51）
- また、都の急性気道感染症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費（令和元年度）は371円で、全国で3番目に多くなっています。（図表52）

（図表 51）令和元年度都道府県別急性気道感染症患者の抗菌薬薬剤費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

（図表 52）令和元年度都道府県別急性気道感染症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費



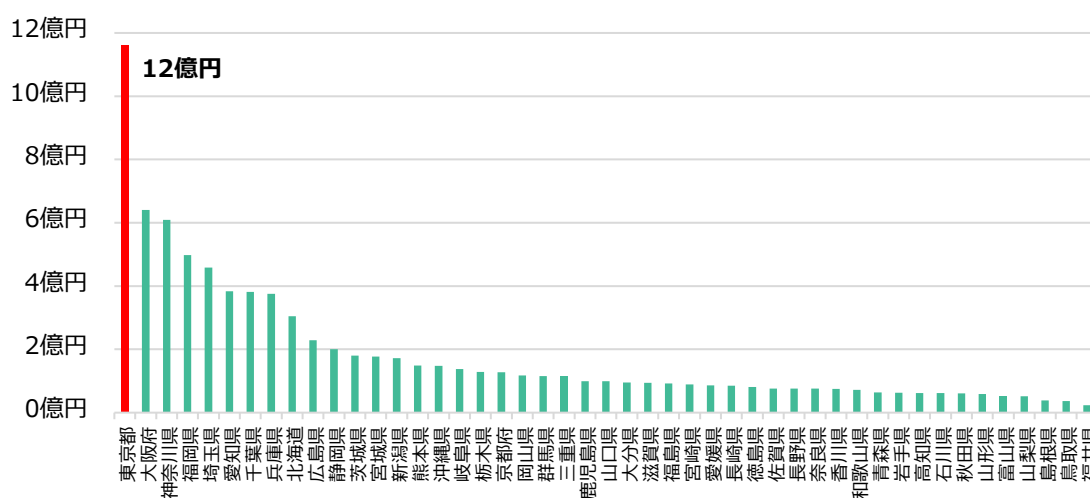
出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

(2) 急性下痢症患者の抗菌薬の使用状況

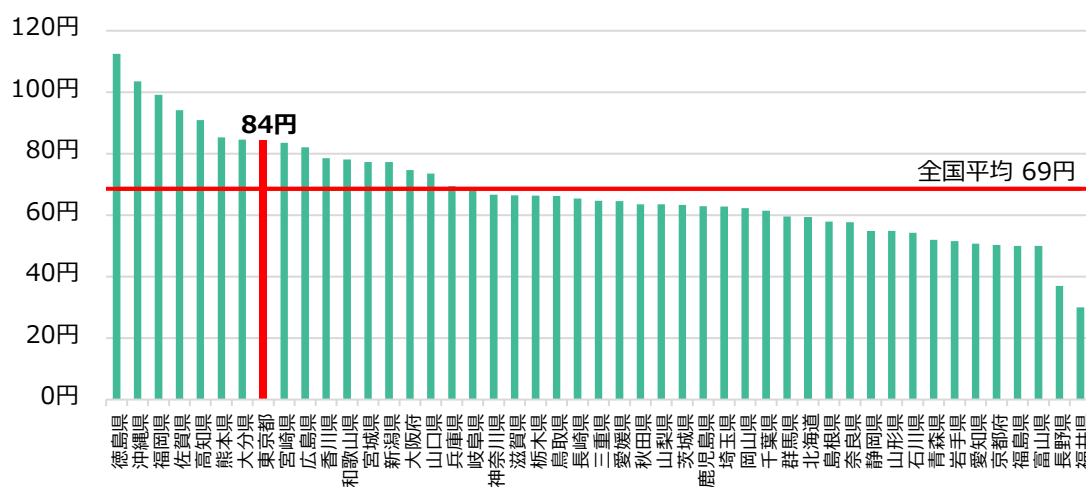
- 国は、急性下痢症の大部分はウイルス性であり、冬季に流行するノロウイルスやロタウイルス等が代表例であるとしています。
- 都の急性下痢症患者の抗菌薬薬剤費（令和元年度）は 12 億円で、全国で 1 番多くなっています。（図表 53）
- また、都の急性下痢症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費（令和元年度）は 84 円で、全国で 8 番目に多くなっています。（図表 54）

（図表 53）令和元年度都道府県別急性下痢症患者の抗菌薬薬剤費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

（図表 54）令和元年度都道府県別急性下痢症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」

厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021 年度診療分 N D B データ）」

第2章 第三期医療費適正化計画の進捗状況

第1節 都民の健康の保持増進に関する進捗状況

- 第三期東京都医療費適正化計画では、以下のとおり、数値目標を設定しました。（図表 55）

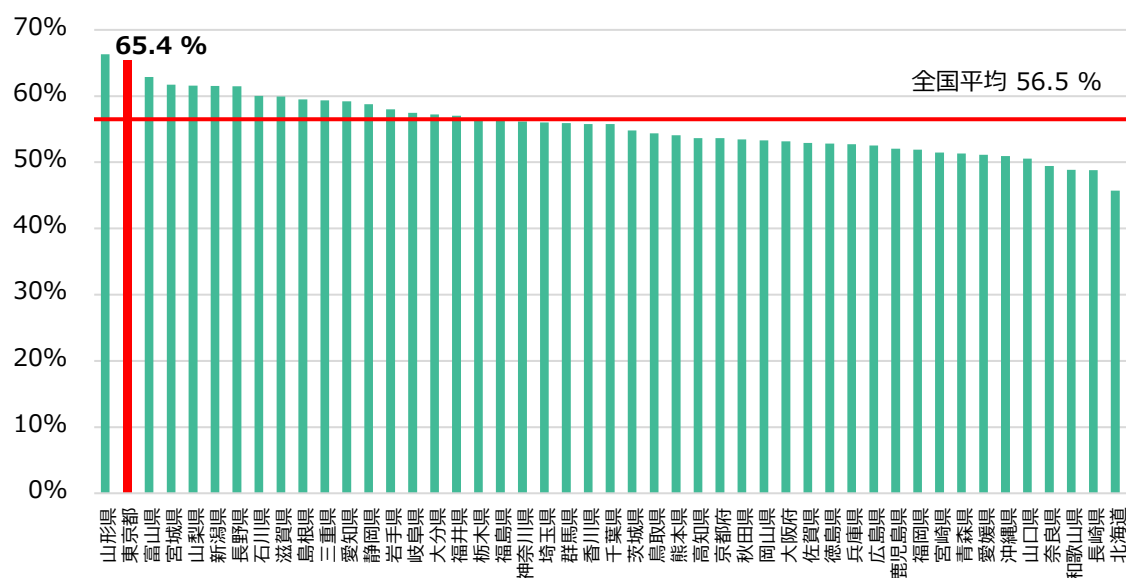
（図表 55）第三期東京都医療費適正化計画における数値目標

特定健康診査の実施率	令和5年度までに 70%以上
特定保健指導の実施率	令和5年度までに 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	令和5年度までに 25%以上（平成20年度比）

1 特定健康診査の実施状況

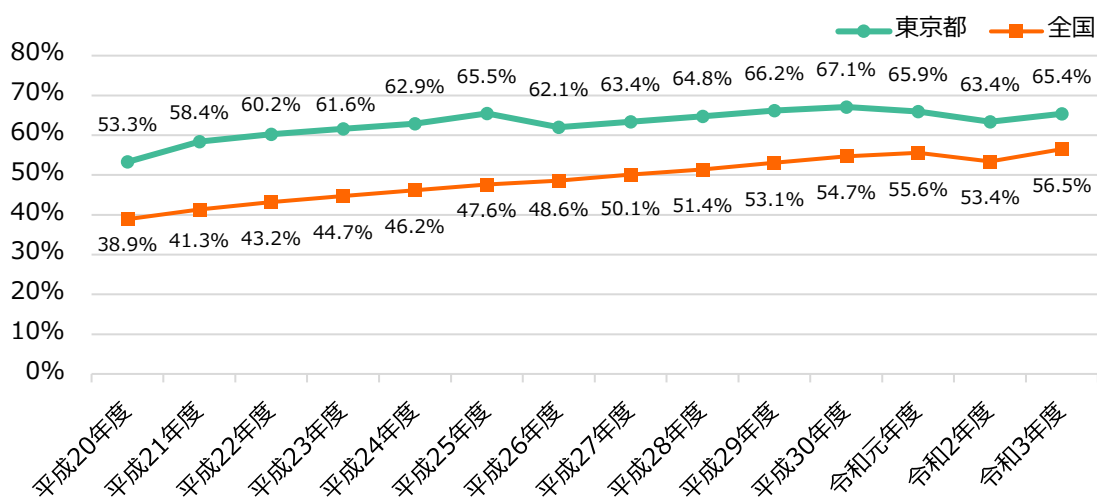
- 都の特定健康診査実施率は、平成 20 年度以降全国平均を上回っており、令和 3 年度は 65.4%で、全国 2 位となっています。（図表 56・57）

（図表 56）令和 3 年度都道府県別特定健康診査実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

（図表 57）都の特定健康診査実施率の推移（全国と比較）

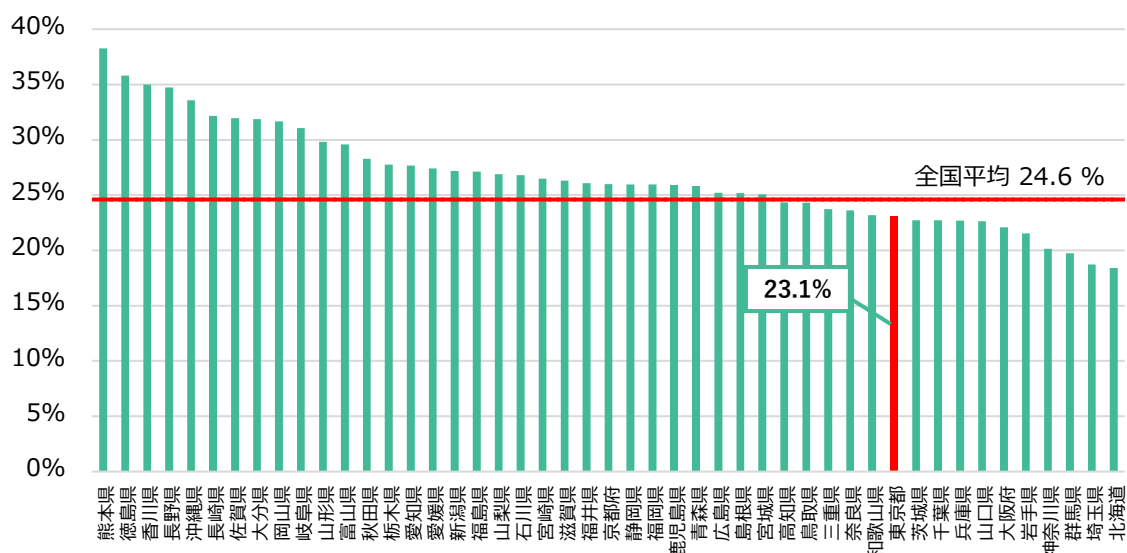


出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

2 特定保健指導の実施状況

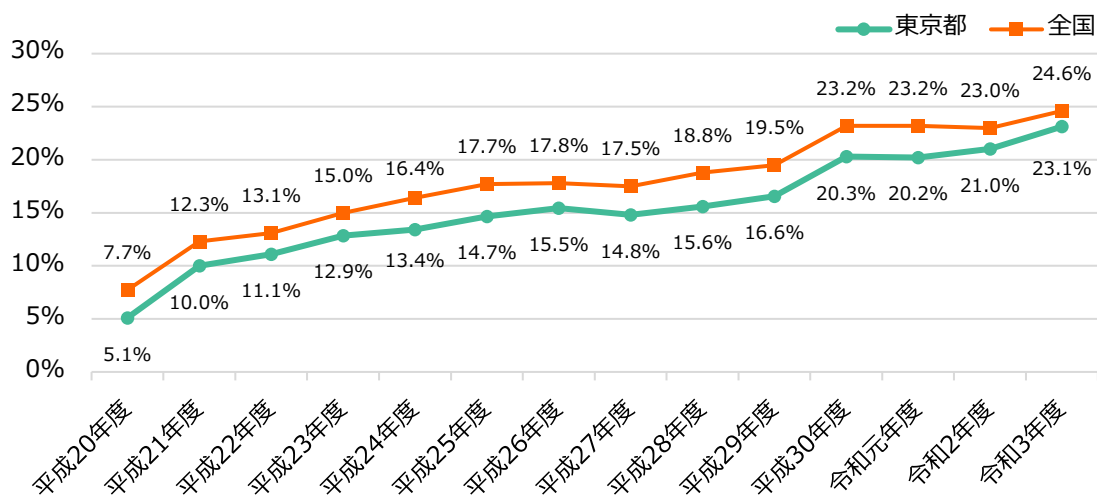
- 都の特定保健指導実施率は、平成 20 年度以降全国平均を下回っており、令和 3 年度は 23.1%で、全国 37 位となっています。（図表 58・59）

（図表 58）令和 3 年度都道府県別特定保健指導実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

（図表 59）都の特定保健指導実施率の推移（全国と比較）



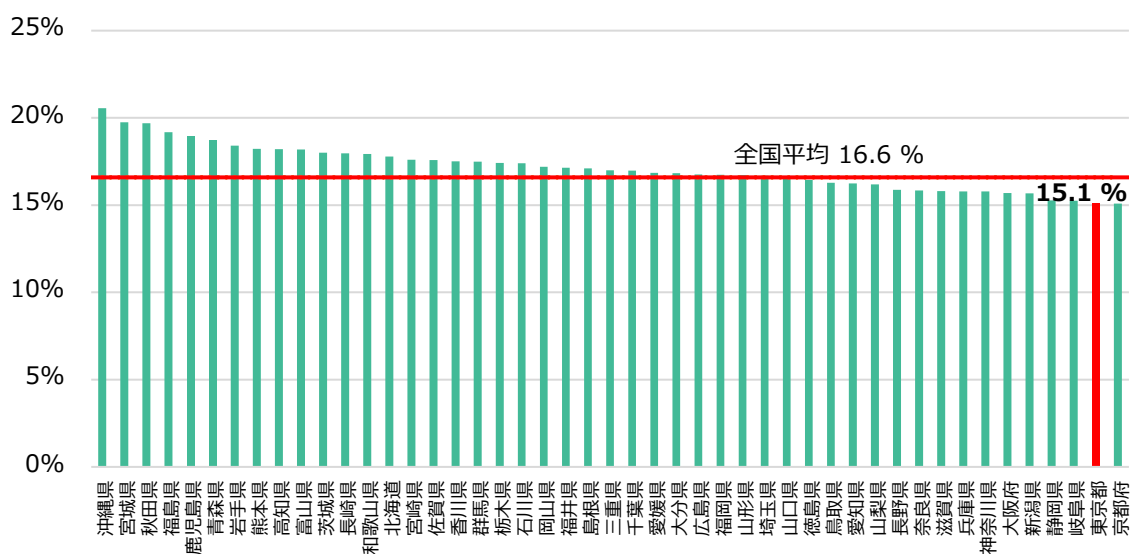
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

(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

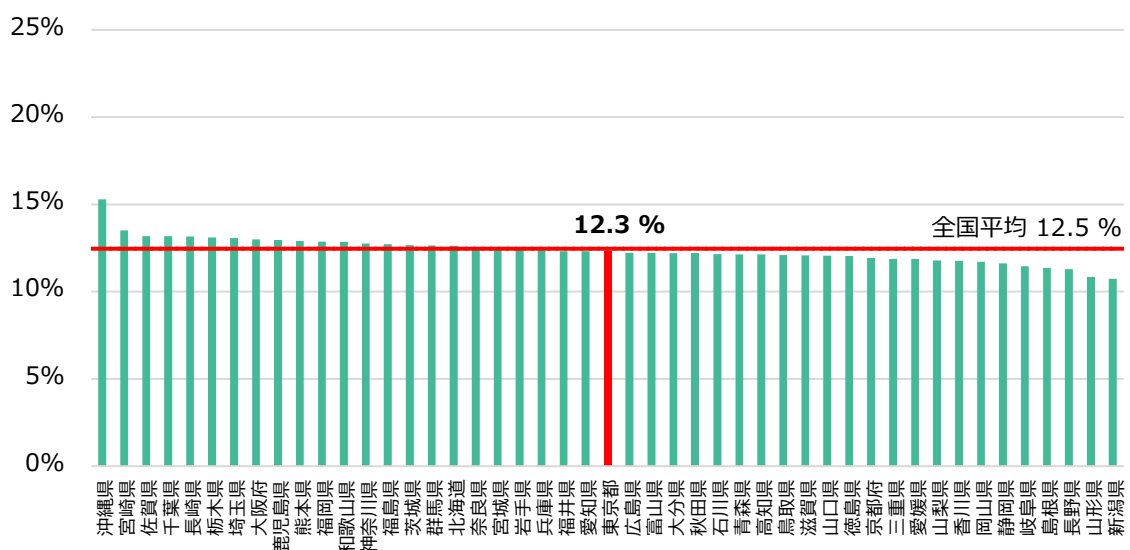
- 令和3年度の都のメタボリックシンドローム該当者割合は 15.1%、メタボリックシンドローム予備群者の割合は 12.3%となっており、いずれも全国平均よりやや低くなっています。(図表 60・61)

(図表 60) 令和3年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者割合



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

(図表 61) 令和3年度都道府県別メタボリックシンドローム予備群割合

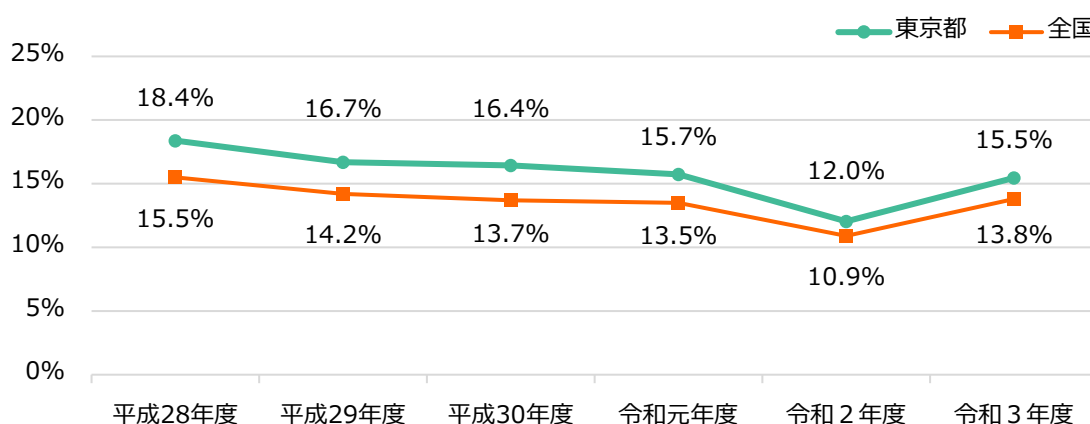


出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

(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

○ 都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⁷（対平成 20 年度比）は、現在の算出方法となった平成 28 年度以降令和 2 年度まで減少（メタボリックシンドローム該当者及び予備群が増加）していますが、全国平均を上回っており、令和 3 年度は 15.5% となっています。（図表 62）

（図表 62）都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（対平成 20 年度比）
（全国と比較）



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
厚生労働省「メタボ減少率推計シート」

⁷ メタボリックシンドローム及び予備群の減少率：次の計算式により算出

(2008 年度特定保健指導対象者推定数 × 2021 年度特定保健指導対象者推定数) / 2008 年度特定保健指導対象者推定数 ×
* 特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別（5 歳階級）に各年度の特定健診受診者に占める特定保健指導対象者の出現割合を算出し、2008 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

第2節 医療資源の効率的な活用に関する進捗状況

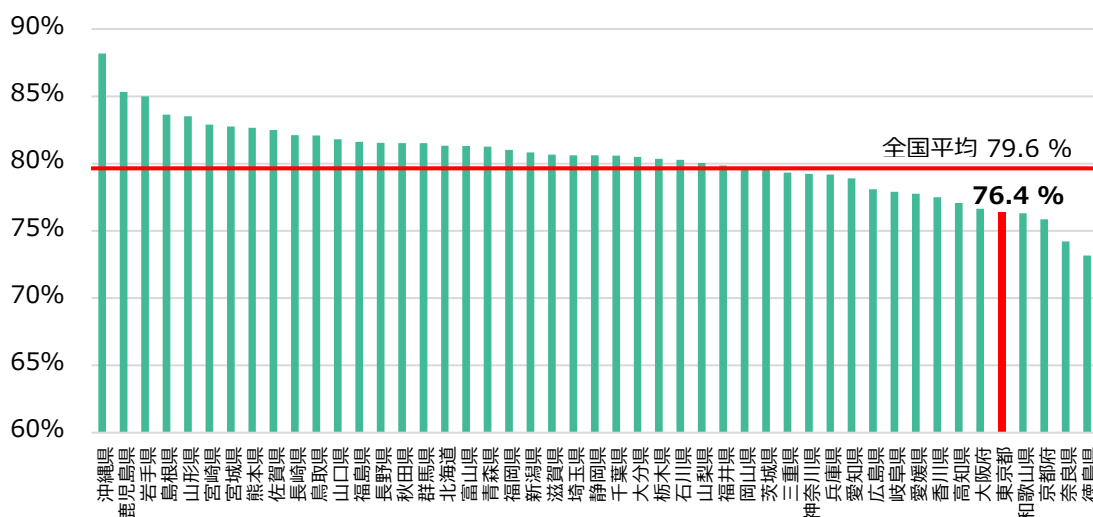
- 第三期東京都医療費適正化計画では、以下のとおり、数値目標を設定しました。(図表63)

(図表 63) 第三期東京都医療費適正化計画における数値目標

後発医薬品の使用割合（数量シェア）	令和5年度までに 80%以上
-------------------	----------------

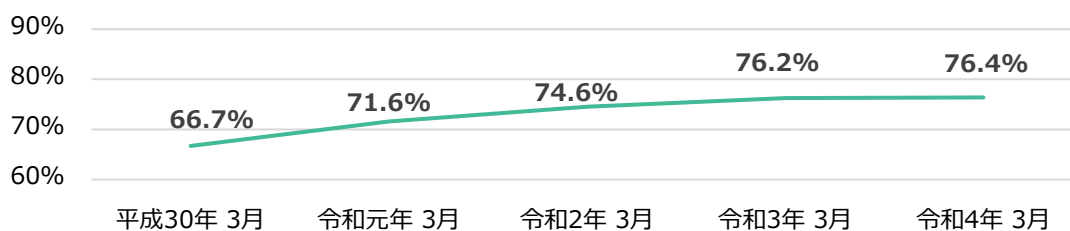
- 都の後発医薬品数量シェア（令和４年３月）は76.4%で、全国平均の79.6%より低く、全国43位となっていますが、平成29年度から令和3年度まで継続して上昇しています。（図表37・38再掲）

(図表 37) 令和 4 年 3 月都道府県別後発医薬品数量シェア



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

(図表 38) 都の後発医薬品数量シェアの推移



出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

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

- 国の基本方針では、以下を医療費適正化計画における目標設定の前提としています。
- 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が重要であり、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や、重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対して医療機関の受診を勧奨し、必要な治療を行うことなど、重症化を予防するための取組を進めることが必要としています。
- また、今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中にあっては、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としています。
- 要介護認定率が著しく上昇する85歳以上の人口は令和7年以降も引き続き増加し、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ており、医療費適正化のための取組は、医療と介護の両方に対するアプローチの重要性や心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性を踏まえたものとすることも必要としています。
- あわせて、後発医薬品の使用促進、バイオ後続品の普及促進、重複投薬及び多剤投与の是正の更なる取組の推進に加え、第四期医療費適正化計画の計画期間においては、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、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的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）における全国目標を踏まえて、令和11年度における特定健康診査実施率を70%以上とすることを目標とすることが考えられるとしています。
- なお、国は、特定健康診査等基本指針において、各保険者種別の特定健康診査実施率の目標値を掲げており、各保険者はその値を踏まえて、各保険者が策定する特定健康診査等実施計画⁸において目標値を設定することとしています。（図表64）

（図表64）各保険者種別の特定健康診査実施率の目標値

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	60%以上

(2) 特定保健指導の実施率

- 国は、特定健康診査等基本指針における全国目標を踏まえて、令和11年度における特定保健指導実施率を45%以上とすることを目標とすることが考えられるとしています。
- なお、国は、特定健康診査等基本指針において、各保険者種別の特定保健指導実施率の目標値を掲げており、各保険者はその値を踏まえて、各保険者が策定する特定健康診査等実施計画において目標値を設定することとしています。（図表65）

（図表65）各保険者種別の特定保健指導実施率の目標値

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	・総合型健康保険組合 ・船員保険 ・国民健康保険組合 ・日本私立学校振興・共済事業団
実施率	60%以上	35%以上	30%以上

⁸ 特定健康診査等実施計画：保険者は、高確法第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、令和6年度～11年度を計画期間とする第四期特定健康診査等実施計画を策定している。

(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

- 国は、平成 20 年度と比べた、令和 11 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%以上とすることを目標とすることが考えられるとしています。

(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、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としています。

(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、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としています。

(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、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としています。

(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

- 国は、高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進に当たっては、高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要であるとして、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と区市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（以下「一体的実施」という。）の推進に関する目標を設定することが考えられるとしています。

(8) 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、保険者等が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、肝炎ウイルス検査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等が考えられるとしています。

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

- 後発医薬品については、国は、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である 80% に達している都道府県もある一方で、金額ベースではまだ低い水準にあることや、供給不安が続いているといった課題があるとしています。
- こうした中で、国は、令和 11 年度末までに、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とする主目標並びにバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とする副次目標及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とする副次目標を設定⁹しました。
- これらの新たな目標が設定されたことを踏まえ、第四期都道府県医療費適正化計画の計画期間の最終年度の令和 11 年度に、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とする目標並びにバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とする目標及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とする目標を設定することが考えられるとしています。

(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、重複投薬や多剤投与の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要であるとして、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や併用禁忌の防止の取組の実施等）を設定することが考えられるとしています。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用

- 国は、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いては、個別の診療行為と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、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、実施していくことが重要であるとして、医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標を設定することが考えられるとしています。

(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

- 国は、高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすく、区市町村の在宅医療・介護連携

⁹ 国の目標：令和 6 年 9 月 30 日に厚生労働省が策定した「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」において設定

推進事業への後方支援、広域調整等の支援に関する目標を設定することが考えられるとしています。

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

- 国の基本方針で例示されている数値目標は、全国目標として、国、都道府県、保険者等、医療の担い手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す。
- また、国の基本方針に例示される目標達成に資する取組が、平成30年度から実施されてい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付けられており、保険者機能の強化や、都道府県のガバナンス強化が求められています。
- 都では、本計画において、国の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、医療の担い手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、高血圧性疾患、腎不全、糖尿病等生活習慣病の一人当たり医療費や受診率が高くなる傾向にあることから、今後高齢者人口の増加が見込まれる中、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QOL（生活の質）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ます。生活習慣病のリスク等に応じて、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、本計画では、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の提供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、次の数値目標を設定するとともに、引き続き2つの視点に基づき、具体的な取組を定めます。（図表 66・67）

(図表 66) 数値目標

特定健康診査の実施率	令和 11 年度までに 70%以上
特定保健指導の実施率	令和 11 年度までに 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	令和 11 年度までに 25%以上 (平成 20 年度比)
後発医薬品の使用割合 (数量シェア)	令和 11 年度までに 80%以上
後発医薬品の使用割合 (金額シェア)	令和 11 年度までに 65%以上
バイオ後続品の使用割合 (数量シェ ア)	令和 11 年度までにバイオ後続品に 80%以 上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上

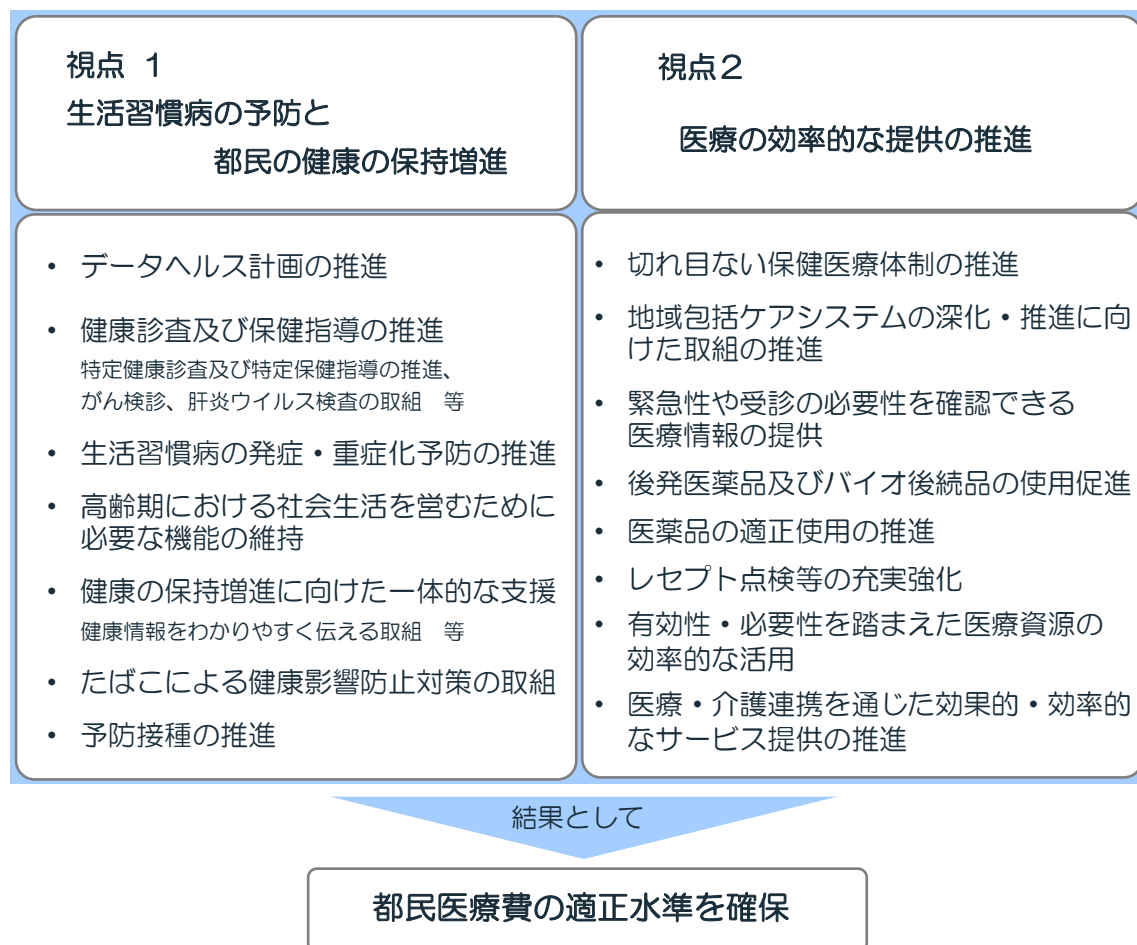
視点 1：生活習慣病の予防と都民の健康の保持増進

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、生活習慣病の発症・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：医療の効率的な提供の推進

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・介護を提供するとともに、後発医薬品等の使用促進や、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の適正化など、医療資源の効果的・効率的な活用を推進します。

(図表 67) 医療費適正化に向けた 2 つの視点と取組の方向性



- 2つの視点に基づく取組を推進するに当たり、以下の項目について経年で数値を把握していきます。（図表 68）

（図表 68）取組の推進に当たり経年で数値を把握する項目

項目	データの出典
循環器系疾患の人口一人当たり医療費	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
新生物＜腫瘍＞の人口一人当たり医療費	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
腎不全の人口一人当たり医療費	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
糖尿病の人口一人当たり医療費	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
骨折の人口一人当たり医療費	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
循環器系疾患の患者数	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
新生物＜腫瘍＞の患者数	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
腎不全の患者数	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
糖尿病の患者数	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
骨折の患者数	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
人口 10 万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率	一般社団日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
メタボリックシンドローム該当者割合（40～74 歳）	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
メタボリックシンドローム予備群割合（40～74 歳）	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
HbA1c8.0%以上の者の割合（40～74 歳）	厚生労働省「NDB オープンデータ」
収縮期血圧の平均値（40～74 歳）	厚生労働省「NDB オープンデータ」
LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合（40～74 歳）	厚生労働省「NDB オープンデータ」
重複投薬（3 医療機関以上）の患者率	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
多剤投与（6 種類及び 15 種類以上）の患者率	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
抗菌薬使用量（予定）	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
外来化学療法の実施件数（予定）	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」
白内障手術の外来割合（予定）	厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」

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の効率的な提供の推進に向けた取組

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 データヘルス計画の推進

【現状と課題】

- 保険者は、高確法に基づき特定健康診査及び特定保健指導を実施するほか、健康保険法等¹⁰により、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る加入者¹¹の自助努力についての支援その他の加入者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）を行うように努めなければならないとされています。
- また、保健事業の実施等に関する指針¹²において、保険者等は、データヘルス計画を策定し、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施することとされています。
- 「経済財政運営と改革の基本方針 2020」では、保険者等のデータヘルス計画の標準化¹³等の取組を推進することとされました。健康保険組合では、平成30年度からの第2期データヘルス計画より計画の標準化が実施されており、区市町村国民健康保険（以下「区市町村国保」という。）や広域連合では、令和6年度からの第3期データヘルス計画より実施されます。
- 都は、保健事業支援のノウハウがある大学等と連携し、区市町村国保に向けたデータヘルス計画の策定・見直し支援、効果的な保健事業の横展開を図るとともに、東京都保険者協議会¹⁴（以下「保険者協議会」という。）を通じ、好事例等について情報共有してきました。
- また、東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に設置されている

¹⁰ 健康保険法等：健康保険法（大正11年法律第70号）第150条第1項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第111条第1項、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第1項、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）第98条第1項、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）第112条第1項、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）第26条第1項、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125条第1項

¹¹ 加入者：健康保険法等の規定による被保険者、被扶養者及び組合員等

¹² 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）

¹³ データヘルス計画の標準化：健康課題や目標、実施体制、保健事業の内容など計画に最低限記載すべき事項を統一することや、共通の評価指標を設定すること。

¹⁴ 保険者協議会：高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2に基づいて設置され、都内の医療保険者の加入者に係る健康づくりの推進に当たり、保険者間の問題意識の共有や、それに基づく取組の推進等を図るとともに、東京都医療費適正化計画の策定又は変更、同計画に基づく施策の実施に当たっての東京都への協力、東京都保健医療計画の策定又は変更に当たっての意見提出等を行うことを目的とする。

保健事業支援・評価委員会では、区市町村国保等が策定するデータヘルス計画の実施及び評価への助言を行っています。

- データヘルス計画に基づいて実施される保健事業について、計画の標準化によって得られる保健事業の実施内容・体制、評価指標に関するデータを活用し、保健事業のアウトカムの向上につなげていく必要があります。

【取組の方向性】

- 保険者等は、健康課題の解決に向けて効果的・効率的な保健事業を実施するための計画を策定し、毎年度計画の評価を行った上で、必要に応じて計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施内容を見直すなど、PDCAサイクルに沿った事業を展開していきます。
- 都は、都内区市町村国保共通の評価指標の設定等、データヘルス計画の標準化により、健康課題や取組状況を把握し、区市町村における効果的な保健事業の実施を支援するとともに、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を推進していきます。
- 国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会では、引き続き区市町村国保等が策定するデータヘルス計画の実施及び評価への助言を行い、都も同委員会に参画します。
- 保険者協議会において、都内保険者等のデータヘルス計画推進に資する健康・医療情報や取組の好事例等の情報共有を行い、保険者等の取組を支援していきます。

2 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する高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病を予防するため、高確法に基づき、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。
- また、保険者は、特定健康診査の受診勧奨や休日・夜間受診等の受診しやすい環境づくり、WEB 会議ツールやアプリ等のデジタル技術を活用した特定保健指導の実施等、実施率向上に向けた取組を実施しています。
- 都は、区市町村国保への交付金の交付のほか、好事例を収集し、保険者協議会等の機会を通じて保険者等へ情報提供しています。
- また、保険者協議会においては、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研修を開催しています。
- 国は、令和6年度からは特定保健指導の成果を重視し、腹囲 2 c m・体重 2 k g 減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導を終了とする等、評価方法にアウトカム評価を導入することとしています。
- 第2部第2章第1節で述べたとおり、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、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っており、いずれも第三期東京都医療費適正化計画における目標値と比べ低い状況であり、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するための取組が必要です。

【取組の方向性】

- 保険者は、第四期特定健康診査等実施計画に基づき、デジタル技術を活用するなど特定健康診査や特定保健指導を利用しやすい実施体制を整備するとともに、実施率向上に向けて効果的な受診勧奨等に努めていきます。
- また、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し、腹囲や体重を減少できるよう支援するための特定保健指導を行います。
- 都は、区市町村国保への交付金の交付のほか、実施率及びアウトカム向上に向けた先進的な事例を収集し、情報提供していきます。
- 保険者協議会においては、保険者等の担当者を対象とした研修を通じ、特定保健指導等を効果的に実施できる人材の育成や、事業の円滑な実施のための調整等を引き続き行って

いきます。

【数値目標】

○ 令和 11 年度に向けて以下の実施率等を目指すこととします。

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	25%以上（平成 20 年度比）

（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、各区市町村の保健衛生部門と連携して、健康診査の個別受診勧奨や、健診結果で要医療となった生活保護受給者に対して医療機関への受診勧奨を実施していますが、健康課題のある生活保護受給者への継続的な支援に取り組む必要があります。

【取組の方向性】

- 都は、生活保護受給者に対する生活習慣病の発症・重症化の予防などの健康管理の支援充実に向けて、国から提供を受けた全国データ分析や国の担当国会議の内容等の情報共有を図るなどして、福祉事務所を支援していきます。
- 福祉事務所は、関連施策を充実するとともに、区市町村の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。

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。

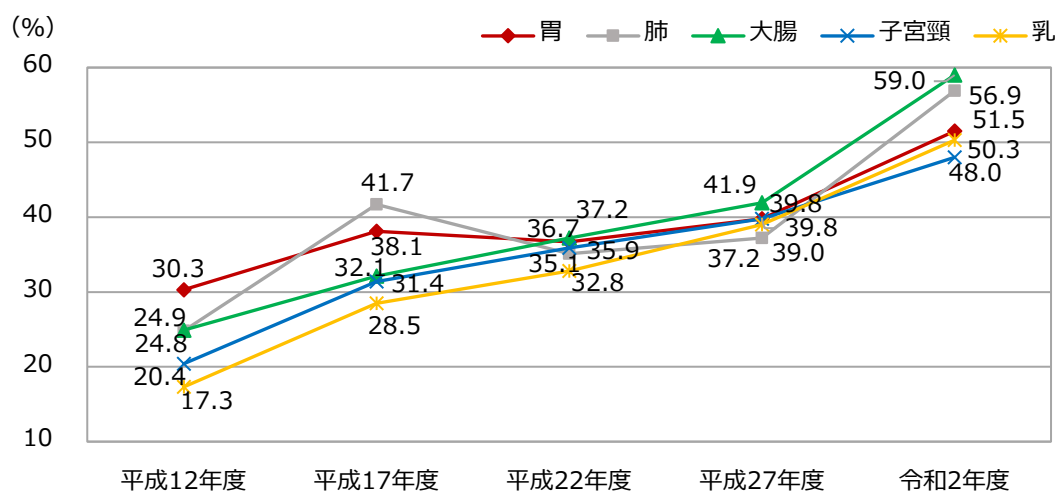
(3) がん検診、肝炎ウイルス検査の取組

【現状と課題】

ア がん検診

- がん検診は、がんを早期に発見して適切に治療につなげ、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実施されています。受診率は上昇傾向にあり、令和2年度時点で、おおむね50%に到達しています。(図表69)

(図表69) がん検診受診率の推移(都内)



出典：「老人保健法等に基づく健康診査及びがん検診の対象人口率調査」及び
「健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査」(東京都福祉保健局)

- 都は、区市町村や企業、関係団体等と連携し、がん検診の重要性について広く都民への普及啓発を展開しています。
- また、がん検診受診率向上に向けて、区市町村のがん検診事業担当者向け連絡会の開催などの技術的支援を行うほか、区市町村の取組について財政的支援を行っています。
- 区市町村が実施主体となっているがん検診は、がんによる死亡率の減少が科学的に証明されている5つのがん(胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)を対象としており、国はがん種ごとに、実施体制、対象年齢、受診間隔、検査項目等について指針で定めています。都はこれに基づき、「がん検診の精度管理のための技術的指針」を作成し、区市町村が適切な検診を実施できるよう技術的支援を行っています。また、区市町村が検診の質の向上を含む精度管理に取り組めるよう、財政的支援も行っています。
- さらに、区市町村におけるがん検診の実施状況等を検証し、助言指導を行うほか、検診従事者向けの研修等を実施しています。
- 職場において実施されるがん検診は、制度上の位置付けが明確でなく、実施状況や内容

は様々です。都は、事業者団体との連携により、職域におけるがん検診に関する理解促進や検診実施に向けた取組を支援しているほか、職場での科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた講習会を開催し、理解促進を図っています。

- がん検診受診率は 50%前後まで上昇していますが、さらなる検診受診率向上に取り組むとともに、精密検査受診率の目標 90%を目指し、区市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施と検診の質の向上に向けた支援をしていく必要があります。また、職域におけるがん検診の適切な実施の推進が必要です。

イ 肝炎ウイルス検査

- B 型・C 型ウイルス肝炎は、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがあり、肝がんの予防のためには、肝炎の早期発見や、肝炎ウイルスに感染した場合の早期治療が重要です。
- 都は、各種啓発媒体の作成・配布や、機を捉えた広報により、都民及び職域に対して肝炎に関する正しい知識の普及や肝炎ウイルス検査の受検勧奨に取り組んでいます。
- しかし、検査を受けていないために感染に気付かないケースや、感染が判明しても治療につながらないケースもあると考えられることから、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す。

【取組の方向性】

ア がん検診

- 都は、「東京都がん対策推進計画（第三次改定）」で検診受診率の目標値を 60%以上に設定し、受診率向上に向けて、区市町村が行う効果的な個別勧奨・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、都民ががん検診を受診する機運の醸成に向けた効果的な普及啓発を行います。
- また、「東京都がん対策推進計画（第三次改定）」における精密検査受診率の目標値 90%以上の達成に向けて、全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診及び質の高い検診が実施されるよう、区市町村が検診結果を把握し、未受診者に効果的な受診勧奨ができる体制整備や精密検査受診率向上の取組に対して財政的・技術的支援を行うとともに、検診従事者向け研修の実施等により、検診実施機関への支援を行います。
- 職域におけるがん検診の実態把握に努めるとともに、国が策定した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等に基づく適切な検診実施や受診率向上の取組を支援します。

イ 肝炎ウイルス検査

- 都は、ウイルス肝炎の早期発見、早期治療や偏見・差別の解消のため、肝炎ウイルスの感染経路や感染予防、ウイルス肝炎に関する正しい知識を啓発します。また、各種広報を通じ、未受検者に対する受検勧奨や、検査での陽性者に対する受診勧奨を推進していきます。
- 都民の肝炎ウイルス検査の受検機会の確保を図るとともに、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。

3 生活習慣病の発症・重症化予防の推進

【現状と課題】

- 生活習慣病の発症・重症化を予防するためには、生活習慣の改善を図ることや、医療機関を受診し、かかりつけ医の指導の下、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、糖尿病性腎症による人工透析など深刻な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。
- また、循環器病の多くは、運動不足や不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。
- 循環器病の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。
- 保険者等は、特定健康診査等の受診者に対し、個別のニーズや生活習慣に則した健康に関する情報をわかりやすく提供するとともに、特定健康診査等の結果により医療機関の受診が必要な場合や治療を中断している場合には受診勧奨を実施しています。
- 都は、都民一人ひとりが望ましい生活習慣を継続して実践し、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化予防を図るため、世界糖尿病デーを通じた機運醸成や、啓発資材の作成・提供を行うとともに、区市町村や民間団体等と連携し、都民自らが負担感のない生活習慣の改善を実践できるよう、普及啓発及び環境整備を行っています。
- また、区市町村国保等は糖尿病性腎症重症化予防事業として、糖尿病の重症化リスクのある医療機関未受診者に対する受診勧奨や個別の保健指導などを実施しており、都は糖尿病性腎症重症化予防事業の標準的な実施方法等を提示する「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成30年3月に策定、令和4年3月に改定し、全区市町村において関係機関と連携した重症化予防の取組が進むよう支援しています。
- 引き続き都民の理解と実践を促していくとともに、保険者等の生活習慣病発症・重症化予防の取組を支援していく必要があります。

【取組の方向性】

- 保険者等は、生活習慣病の発症・重症化予防のため、特定健康診査等の結果やレセプト情報を活用して、生活習慣病や生活習慣病予備群の人に対して医療機関への受診勧奨、保健指導等の取組を実施していきます。
- 医療関係者は、生活習慣病の医療連携体制を正しく理解・活用し、保険者等とも連携しながら、早期発見、早期治療、重症化予防の観点から患者を支援・指導します。
- 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の、負担感のない生活習慣改善の工夫（一次予防）、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（二次予防）、糖尿病の重症化予防（三次予防）について、都民の理解

を一層深め、意識変容・行動変容を促していくため、ナッジ理論¹⁶の活用などにより、効果的な啓発を行っていきます。

- 「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を必要に応じて見直した上で、区市町村国保による地区医師会・かかりつけ医等と連携した効果的な取組を推進していきます。
- 糖尿病についてオンライン診療や健康管理アプリ等の活用を効果的に促進することにより、発症・重症化予防等の取組を支援していきます。
- 循環器病の発症予防には、生活習慣の改善や適切な治療により、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病などの危険因子を減らすことが効果的であること、また、定期的な健診受診による疾患の早期発見、早期治療や適切な治療の継続等が重要であることについて、区市町村、保険者等と連携し普及啓発を行います。
- 保険者等による特定健康診査等の結果を踏まえた循環器病のリスクや生活習慣改善に関する周知啓発等、データヘルス計画に基づく保健事業について、保険者協議会等を通じた好事例の情報提供により、取組を推進します。

¹⁶ ナッジ理論：行動科学の知見に基づく工夫や仕組みによって、人々がより望ましい行動を自発的に選択するよう手助けする手法。

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

【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には、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。
- 高齢期になる前から生活習慣病の予防に取り組み、高齢期になってからはフレイル予防へ切り替えていくことが重要ですが、都内高齢者のフレイルの認知度は 18.7%に止まっており、また、このような年齢に応じた対策について、都民への知識の普及が進んでいません。
- 高齢者が、自らの望む社会参加を実現できることで、生きがいの増進や自己実現が図られ、個人のQOL（生活の質）が向上するとともに、社会貢献や介護予防・フレイル予防にもつながります。要介護（要支援）や認知症などの状態になっても、役割と生きがいを持って生活するための社会参加の機会を確保することも重要です。
- 都は、事業者団体と連携し、主に中小企業に対し、フレイル予防を含めた都が進める職場における健康づくり等に関する普及啓発及び取組支援や、区市町村が行う地域とのつながりを醸成する取組に関する技術的及び財政的支援を実施しています。
- また、75 歳以上の高齢者の健康診査は、生活習慣病の重症化予防及び QOL（生活の質）の維持・確保を図る観点から、広域連合が区市町村へ事業を委託し実施しています。実施に当たり、区市町村は、独自の追加項目として貧血検査や心電図検査に加えて、眼底検査、血清クレアチニン検査などを実施し、広域連合は、健康診査の受診勧奨、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の医療機関への受診勧奨、歯科健診を実施する区市町村への支援等を実施しています。
- 令和 2 年 4 月から、一体的実施が開始されましたが、広域連合は一体的実施事業を区市町村へ委託し、事業を推進させるための好事例の収集・展開、区市町村へのヒアリングの機会を通じた適切な情報提供・共有、区市町村担当者向けの説明会等を実施しています。
- 都は、広域連合の健康診査事業への財政支援を行うとともに、一体的実施を推進させることを目的として、区市町村の医療専門職等を対象とした研修事業等を実施していますが、取組を推進する医療専門職等は事業の企画、調整などに課題を抱えており、区市町村ごとの取組状況に差が生じています。

【取組の方向性】

- 都は、筋力の低下や低栄養などに陥りがちな高齢者の特性を踏まえ、関係機関と連携し、高齢期における望ましい生活習慣について普及啓発を行っていきます。
- また、都のホームページやリーフレット等を通じて、都民に対して介護予防・フレイル予防の普及啓発を行っていきます。
- 都は、地域の住民同士のつながりが健康に良い影響を与えることについて、ホームページ等により普及啓発を行うとともに、引き続き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。
- 都は、多様なニーズを持つ高齢者の生きがいづくりや自己実現に役立つよう、社会参加活動の情報発信を行うほか、地域社会に参加する機会を提供する区市町村などの取組を支援していきます。
- 都は、生活習慣病の発症・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、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の取組を推進していきます。
- 広域連合は、データヘルス計画に基づき、フレイル等の多様な課題を有する高齢者の特性に応じたきめ細かな支援を実施し、加入者の健康保持・増進及び健康寿命の延伸を図ることができるよう、一体的実施事業の実施主体となる区市町村と十分な連携を図り、区市町村の実情に合わせた事業を推進していきます。
- 都は、区市町村による一体的実施の取組を進めるため、広域連合と連携して先行実施している自治体の好事例を情報提供するとともに、高齢者の保健事業等に関わる区市町村の医療専門職等を対象に、高齢者の特性に配慮した保健事業を地域の健康課題に応じて実施するための研修を実施します。
- 保険者協議会においては、高齢者の保健事業等について、保険者の参考となる取組を共有します。

5 健康の保持増進に向けた一体的な支援

(1) 健康情報をわかりやすく伝える取組

【現状と課題】

- 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、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ことが必要です。
- 生活習慣病予防と健康の保持増進には、世代に応じた望ましい生活習慣の実践が不可欠であり、適切な量と質の食事をとること、日常生活における身体活動量を増やすこと、適切な睡眠時間と睡眠休養感を確保すること、飲酒の健康への影響を正しく理解し、飲酒する場合は生活習慣病のリスクを高めない程度とすることが重要です。
- また、歯周病は、糖尿病や心疾患、脳梗塞、早産・低体重児出産など、全身の健康と深い関わりがあります。
- 都は、日常生活の中で負担感なく実践できる生活習慣改善の工夫についての普及啓発、区市町村等が作成したウォーキングマップを掲載するポータルサイト「TOKYO WALKING MAP」のコンテンツの拡充、歯科口腔保健に関する普及啓発等を実施しています。
- 保険者等は、ホームページや広報誌への掲載、特定健康診査結果の返却時等の機会を活用して、加入者に健康づくりや生活習慣に関する情報を提供しています。
- 都民が望ましい生活習慣を身に付け実践できるよう、正しい知識や日常生活の中で負担感なく実践できる取組について、地域の推進主体と連携しながら普及啓発を行うとともに環境整備を進める必要があります。

【取組の方向性】

- 都は、都民が自主的に健康づくり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の普及啓発や環境整備を行っていきます。
 - ・ 健康的な食生活の意義、適切な量と質の食事（望ましい野菜、食塩、果物の摂取量及び主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の摂取）、栄養等の知識、適正体重を維持することの重要性等について、都民自らが実践できるよう、普及啓発を行っていきます。
 - ・ 身体活動・運動の意義や、ライフステージに応じて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について、ホームページ等で分かりやすく紹介していきます。
 - ・ 適切な睡眠時間、睡眠環境や生活習慣の改善による睡眠休養感の確保などの適切な睡眠に関する普及啓発を行うとともに、飲酒が及ぼす健康への影響や、個人の特性に応じた飲酒に関する正しい知識についての普及啓発を推進していきます。
 - ・ 地域における取組が進むよう、区市町村が実施する食環境や身体活動・運動を促す環境の整備を図る取組に対して、財政支援を行います。
- また、生涯を通じた歯と口腔の健康を維持するため、自ら行う口腔ケアに加え、かかりつけ歯科医で定期健診や予防処置を受けること、区市町村、学校、職場等において歯科健

診や健康教育等を受けることの重要性に関する普及啓発を行っていきます。

- 保険者等は、事業主等とも連携しながら、加入者へ健康情報を提供します。
- 保険者協議会においては、保険者等が活用できる啓発資材等の情報提供を行います。

（２）個人の健康づくりを支援する取組

【現状と課題】

- 健康づくりに当たっては、都民一人ひとりの取組とともに、都民の健康にかかわる関係機関の役割が重要になります。
- 自治体、保険者・事業者等、NPO・企業等、多様な主体が健康づくりを推進することが不可欠です。
- 保険者等は、特定健康診査の対象者以外を対象とした健診の実施や人間ドック等の費用助成により、加入者の健康づくりを支援しています。
- また、保険者等は、健康ポイント等のインセンティブ制度や、健康まつり、ウォーキングイベント等の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います。
- 都は、事業者団体と連携し、健康づくりに取り組む企業の支援や、区市町村や関係機関の担当職員を対象にした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を実施しています。
- 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】

- 都は、日常生活の多くの時間を過ごす職場において、健康づくりや生活習慣改善を実践できるよう、事業者団体と連携し、企業に対する普及啓発や取組支援を推進していくとともに、企業における従業員の健康に配慮した経営を促進していきます。
- 都は、地域・職域連携の取組を通じて、地域住民一人ひとりの健康づくりの実践を促進するとともに、区市町村や関係機関等において健康づくりの企画や指導的役割を担うことが期待される人材の育成を図るための研修を引き続き実施していきます。
- 都は、ポータルサイト「TOKYO WALKING MAP」について、コンテンツ追加・更新機能等の強化や、ウォーキングマップの作成・活用事業などに取り組む区市町村の支援により、掲載情報の充実を図るほか、その情報をオープンデータとして提供し、民間の健康関連サービス等に利用できるようにするなど、様々な主体に健康づくりの取組を広げていきます。また、区市町村が行うインセンティブを用いた健康づくりの取組に対して、都が、協賛店による優待サービスなどの更なるインセンティブを提供し、区市町村の取組を支援することで、都民の健康づくりを後押しします。こうした多様な主体による取組と各主体の連携・協働により、都民一人ひとりの健康づくりを支えていきます。
- 保険者等は、事業主等とも連携しながら、加入者の自助努力を喚起する取組や健康づく

りの支援を実施します。

- 保険者協議会においては、保険者等における取組の参考となるよう、保険者等の取組の好事例を共有していきます。

6 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、がんやCOPD（慢性閉塞性肺疾患）を含む呼吸器の病気等のリスクを、受動喫煙は、肺炎や肺がん等のリスクを、それぞれ高めるとされています。
- 国民生活基礎調査によると、20歳以上の都民の喫煙率は、平成28年度18.3%、令和元年度16.5%、令和4年度13.5%と減少していますが、引き続き喫煙率の減少に向けた取組が必要です。なお、近年普及している加熱式たばこ¹⁷は、長期の使用に伴う健康影響はまだ明らかでありませんが、有害成分分析等により健康リスク等が報告されており、健康保険による禁煙治療の対象にもなっています。このため、紙巻たばこと同様に、健康への影響にかかる啓発や禁煙支援等を行う必要があります。
- 受動喫煙に関する都民の意識調査によると、受動喫煙の機会がある都民の割合は、令和元年10月の調査では飲食店、職場でそれぞれ40.5%、9.8%、令和4年の調査では、それぞれ18.3%、5.9%と減少していますが、引き続き受動喫煙をなくすことに向けた取組が必要です。
- 都は、健康増進法、東京都受動喫煙防止条例に基づく対策を進めるとともに、都民に対して喫煙及び受動喫煙が健康に及ぼす影響についての普及啓発を行うことが必要です。
- また、患者の9割以上が喫煙者とされるCOPDに関し、正しい知識の普及啓発、早期発見から早期受診・早期治療へとつなげるための取組が必要です。

【取組の方向性】

- 都は、区市町村、医療機関、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、禁煙を希望する都民が禁煙できるよう、区市町村等が行う取組を支援します。
- 健康増進法、東京都受動喫煙防止条例についての都民や事業者の正しい理解の促進・定着を図り、区市町村や関係機関等と連携して受動喫煙防止の取組を進めていきます。また、東京都子どもを受動喫煙から守る条例に基づき、いかなる場所においても子どもに受動喫煙をさせないよう努めることについて、啓発していきます。
- 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、正しい知識について喫煙者等への普及啓発を行っていきます。

¹⁷ 加熱式たばこ：たばこ葉やたばこ葉を用いた加工品に、火を点けずに電気ヒーターで加熱などして吸うタイプのたばこ。紙巻たばこと同様に、たばこ事業法に定められる製造たばこに位置付けられる。

7 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、適切な接種時期や効果、副反応の可能性等について都民が正しく理解した上で、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。（図表70）
- 都は、ホームページに予防接種制度に関する情報を掲載する等、都民への情報提供を行うとともに、海外旅行者・帰国者に対する啓発ガイドを作成し、海外渡航前の予防接種の必要性についても、都民に周知しています。
- 令和4年度において都全体の麻疹風しん定期接種の第2期接種率は、国が目標としている95%に達しておらず、接種率の向上が必要です。
- また、都がホームページにより実施する情報発信について、情報の変更や追加があった場合などに、都民が求める情報へのアクセス方法がわかりにくくなる場合があり、都民のニーズを踏まえより情報を入手しやすくすることが望まれます。

（図表 70）予防接種法に基づく定期予防接種の対象疾病（令和6年3月時点）

集団予防に重点、 努力義務あり （A 類疾病）	(1) ジフテリア (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 (14) ロタウイルス感染症
個人予防に重点、 努力義務なし （B 類疾病）	(15) インフルエンザ (16) 高齢者の肺炎球菌感染症

【取組の方向性】

- 都は、引き続きホームページに予防接種制度や区市町村の窓口等に関する情報を掲載するなど、関係機関と連携し都民への情報提供を適切に行うとともに、都の行う情報発信について、より都民に伝わりやすくするために、ホームページのレイアウトや文言の選択などの継続的な見直しを実施していきます。また、海外旅行者・帰国者に対して、感染症の予防について理解促進を図っていきます。
- 都は、麻疹風しんの第2期接種をはじめとした定期予防接種の接種率向上に向けて、効果的な情報提供や普及啓発に取り組んでいきます。

第2節 医療の効率的な提供の推進に向けた取組

1 切れ目ない保健医療体制の推進

【現状と課題】

- 今後も、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中にあっては、患者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、急性期から回復期、慢性期、在宅療養まで含めた効率的かつ切れ目のない医療連携体制を構築し、限られた医療資源を有効に活用することが重要です。
- 都は、東京都保健医療計画に基づき、疾病・事業ごとに協議会等を設け、がん対策、在宅療養、救急医療、脳卒中や糖尿病など疾病ごとに都民にとって分かりやすく、切れ目のない医療連携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行い、保健医療体制を整備してきました。
- 東京都保健医療計画（第七次改定）では、「誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる『東京』」を基本理念として掲げ、高齢化の進展や医療技術の高度化に伴う、医療ニーズの質・量の変化に対応するため、医療機能の分化や連携を推進し、効率的かつ質の高い医療提供体制を確保する取組を拡充していくこととしています。

【取組の方向性】

ア 地域医療構想による病床機能の分化・連携

- 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

- 都は、患者がどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保するとともに、がん診療連携拠点病院等での役割分担の整理と連携により、持続可能ながん医療の提供に取り組みます。
- 拠点病院等と地域の医療・介護関係者の連携体制の構築や、人材育成の取組により、療養生活の質の向上に取り組みます。
- がんと診断された時から、全ての場所で切れ目のない緩和ケアが提供され、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 循環器病（脳卒中・心血管疾患）医療の取組

- 都は、脳血管内治療などの専門的な治療が円滑に実施できるよう、脳卒中医療機関制度を再構築します。また、医療機関間で連携・情報共有を図るため、脳卒中や心血管疾患を診療する急性期医療機関間のネットワークを強化していきます。
- 心不全等により増悪と寛解を繰り返す患者の円滑な入退院や、治療と連携した緩和ケアの実施等に向け、地域における医療・介護関係者への心不全に対する理解促進や相談支援の充実を図るとともに、デジタル技術を活用し、関係者間の連携・情報共有の強化に向けた取組を推進します。
- 循環器病に関するポータルサイト「とうきょう脳卒中・心臓病ガイド」を開設し、都民に対し循環器病に関する情報を分かりやすく提供していきます。

エ 糖尿病医療の取組

- 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。
- 糖尿病はさまざまな合併症を引き起こすことから、早期発見、早期治療、患者の状態に応じた適切な治療につながるよう地域で実効性のある医療連携を推進します。
- 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多様な職種の医療連携を推進します。

オ 精神疾患医療の取組

- 都は、精神障害者及び精神保健に関する課題を有する方が地域で安心して暮らすことができるよう、医療、福祉、介護など地域の関係機関が連携した包括的な支援を受けられる区市町村を中心とした地域の体制づくりを推進します。
- 緊急な医療を必要とする精神障害者等が、できるだけ身近な地域で迅速かつ適切な医療を受けられる体制づくりを推進します。また、災害時においても精神障害者が適切な治療を受けられるよう、災害時精神科医療体制づくりを推進します。
- 多様な精神疾患に対して、治療拠点の整備や普及啓発等により早期に専門医療につなげるための取組を推進します。
- 精神科病院における患者への虐待の未然防止、早期発見、虐待が発生した場合の対応等が適切に行われるための体制整備を進めます。

カ 救急医療の取組

- 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。
- 今後も増加が見込まれる高齢者の救急患者が、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。

キ 周産期医療¹⁸の取組

- 都は、安全・安心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¹⁹と地域の関係機関等との連携によりNICU²⁰等に入院している児の円滑な在宅療養等への移行と、児と家族の安全・安心な療養生活を引き続き推進します。

ク 小児医療の取組

- 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心とした小児医療連携ネットワークの一層の推進を図ります。
- 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、円滑な転退院を支援するとともに、在宅移行支援病床や保護者の労力軽減のためのレスパイト病床の活用により、在宅移行支援の充実を図ります。

ケ 在宅療養の取組

- 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、在宅医療に取り組むかかりつけ医の連携や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に加えて、往診を支援する事業者等との連携等による24時間の診療体制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デジタル技術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入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、かかりつけ歯科医、地域の医療機関、介護支援専門員等の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確保・育成や、地域における医療・

¹⁸ 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・小児科双方からの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。

¹⁹ 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。

²⁰ NICU（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。

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確保・育成に努めていきます。

コ リハビリテーション医療の取組

- 都は、患者が急性期・回復期・維持期を通じて切れ目なく一貫したリハビリテーションを受けられるよう、各リハビリテーション期を担う医療機関等の支援を行っていきます。
- 区市町村が実施する介護予防等の取組について、地域リハビリテーション支援センターが地域のニーズ等に応じた効果的な支援を実施していきます。
- 東京都リハビリテーション病院について、リハビリテーション機能の充実を図るとともに、都のリハビリテーション施策に積極的に貢献していきます。

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組の推進

【現状と課題】

- 全国では、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる令和 7 年にかけて、65 歳以上人口、とりわけ 75 歳以上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、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和 7 年以降さらに減少が加速します。また、要介護認定率が著しく上昇する 85 歳以上の人口は令和 7 年以降も引き続き増加し、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ます。
- 都においては、高齢者人口は増加が続き、令和 7 年には高齢者人口が約 322 万人（高齢化率は 22.7%）、令和 32 年には約 398 万人（高齢化率は 29.4%）に達すると見込まれます。要介護認定率の高い 85 歳以上の高齢者は、令和 17 年には最大となり、令和 2 年に比べて約 1.43 倍に増加すると予測されていることから、中重度要介護者の増加に伴う医療・介護ニーズの増加などが見込まれます。
- 社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、平成 12 年 4 月に介護保険制度が導入され、平成 23 年には、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が示されました。令和 3 年度の制度改正では、介護保険法等の関係法律の改正が行われ、改革の目指す方向性として、地域共生社会の実現と令和 22 年への備えが示され、これまでの団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年だけでなく、前期高齢者の増加に加え、現役世代の人口減少が見込まれる令和 22 年を見据えた取組が求められるようになりました。
- 都は、大都市特有の世帯形態や地域コミュニティ、また、医療・介護をはじめ豊かな社会資源等を有するという特性がある一方、都の中に都市部や山間部、島しょ部といった異なる特徴を持った地域が混在しているという特性があります。このように、地域ごとに高齢化の進み方や地域の社会資源、地域コミュニティのあり方が異なるため、その特性に合った地域包括ケアシステムを深化・推進していく必要があります。

【取組の方向性】

- 都は、「地域で支え合いながら、高齢者がいきいきと心豊かに、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる東京の実現」を理念とし第 9 期東京都高齢者保健福祉計画（令和 6 年度～令和 8 年度）を策定し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、「7 つの重点分野」と「重点分野を下支えする 2 つの横断的な取組」を定め、重点的に取り組んでいきます。

ア 介護予防・フレイル予防と社会参加の推進

- 高齢者がいつまでも健康で心豊かに暮らすことができるよう、介護予防・フレイル予防を推進するとともに、高齢者自らの希望に応じた仕事や学び、趣味、地域活動、介護現場

での有償ボランティアなどの社会参加の促進に取り組みます。

イ 介護サービス基盤の整備と円滑・適正な制度運営

- 医療や介護のサービスが必要な高齢者のために居宅サービスや施設サービス、地域密着型サービスなど介護サービス基盤をバランスよく整備し、介護が必要になっても高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう取り組みます。

ウ 介護人材の確保・定着・育成対策の推進

- 今後一層の増加が見込まれる介護ニーズや、生産年齢人口の減少に適切に対応していくため、多様な人材が介護の仕事に就くことを希望し、仕事に就いた後もやりがいを持って働ける環境を整備することで、質の高い介護人材の確保に取り組みます。

エ 高齢者の住まいの確保と福祉のまちづくりの推進

- 生活の基盤となる適切な住まいを確保し、高齢者が多様なニーズに応じた居住の場を選択できるようにすることで、地域で安全に安心して暮らすことができる環境の整備に取り組みます。

オ 地域生活を支える取組の推進

- 高齢者が自らが望む生活を自立的に送れるよう、地域住民の力に加え、NPO法人等の活動とも連携・協働し、高齢者やその家族を地域で支え、ニーズに応じた生活支援サービス等が提供されるよう取り組みます。

カ 在宅療養の推進

- 医療・介護サービスの従事者が連携しサービス提供体制を構築することで、病院に入院しても円滑に在宅療養に移行し、在宅での生活を維持しながら適切な医療及び介護のサービスを受けることができるよう取り組みます。

キ 認知症施策の総合的な推進

- 認知症の人が、容体に応じて適切な医療・介護・生活支援等を受けることができるよう、医療機関や介護サービス事業者等、様々な地域資源が連携したネットワークを構築することにより、認知症になっても安心して暮らせるまちの実現を目指します。

ク 保険者機能強化と地域包括ケアシステムのマネジメント

- 地域課題や地域特性に応じた地域包括ケアシステムを地域ごとにマネジメントするとともに、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを創出できるよう、区市町村支援に取り組みます。

ケ 高齢者保健福祉施策におけるDX²¹推進

- 介護現場における業務改善等に向け、介護サービス事業所等の更なるDXに取り組みます。また、高齢者の生活の様々な場面におけるデジタルの活用やデジタルデバインド是正を推進します。

²¹ DX：デジタルトランスフォーメーション（Digital Transformation）の略で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transform する）こと。

3 緊急性や受診の必要性を確認できる医療情報の提供

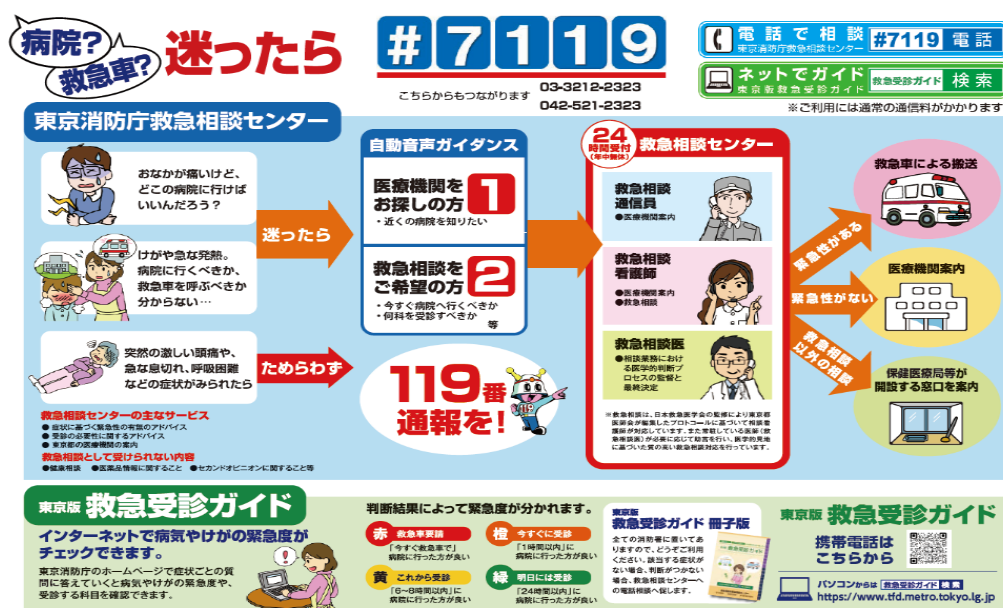
【現状と課題】

- 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等は、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。
- 病院や診療所などに関する都民への情報提供について、都は、平成5年度から電話やファクシミリによる保健医療福祉相談と医療機関案内を、平成15年度からインターネットサイト「東京都医療機関案内サービス“ひまわり”（以下“ひまわり”という。）」による医療機関の所在地、診療科、医療機能などの情報提供を行っています。
- また、平成17年6月から薬局に関する情報をインターネットサイト「東京都薬局機能情報提供システム“t-薬局いんぷお”（以下“t-薬局いんぷお”という。）」により提供しています。
- 令和6年度から、“ひまわり”及び“t-薬局いんぷお”は、国が構築・運用する「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」に移行します。
- 都民が病気や症状に応じた適切な医療サービスを選択できるよう、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、都民が必要とする情報に円滑にアクセスできることが必要です。
- 都は、“知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ”（以下“医療情報ナビ”という。）により、都民（患者・家族等）に対し、医療に関する制度や基本的知識を分かりやすく説明するとともに、Webサイト“東京都こども医療ガイド”（以下“こども医療ガイド”という。）により、子供の病気やケガの対処法や子育ての情報などを提供していますが、認知率・利用率は高くない状況です。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機としたオンライン診療の普及、紹介状を持った患者への診療に重点を置いた紹介受診重点医療機関の公表など、新たな医療機関間の役割分担の明確化を促す取組も進んでいます。
- 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、医療の仕組み等に関する普及啓発を図ることが必要です。
- 都は、東京消防庁救急相談センター（電話番号：＃7119）及び東京版救急受診ガイドの利用促進に関する広報を実施し、令和4年の東京消防庁救急相談センターにおいては、受付件数が過去最多件数を記録しましたが、「取りきれない電話」の件数も増加し、増大する救急需要に対し、救急車の適時・適切な利用を促進させるための広報が課題です。

【取組の方向性】

- 「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」や電話等による保健医療福祉相談などを通じて、都民が求める医療機関や薬局などに関する情報を分かりやすく提供するとともに、認知度や利用率の向上に向けた広報に取り組みます。
- “医療情報ナビ”や“こども医療ガイド”等に、オンライン診療、電子処方箋、マイナンバーカードの健康保険証利用や紹介受診重点医療機関などの新たな情報も適宜反映し、都民に対して、医療の仕組みや医療に関する基礎的な知識等を分かりやすく情報提供します。
- 医療機関相互間の機能分担や業務の連携の重要性、適切な医療機関の受診、在宅療養、看取り等に関する都民の理解を促進するため、都民に身近な区市町村や医師会等と連携しながら、効果的な普及啓発を実施します。
- 都は、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71）
- 都は、東京消防庁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、ソフト（人材）・ハード（機器システム等）の充実強化を図ります。
- 救急搬送に占める軽症割合の高い若年層及び救急搬送割合の高い高齢者層をターゲットとして捉え、具体的な事業内容や利用方法を周知し、救急車の適時・適切な利用に対する理解を深めるための広報を展開していきます。

(図表 71) 東京消防庁救急相談センター（#7119）



4 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

【現状と課題】

- 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同一で、先発医薬品と同一の用法・用量で同一の効能・効果を示す薬であり、ジェネリック医薬品とも呼ばれ、先発医薬品に比べ価格が安く、患者負担の軽減や医療保険財政の健全化に資するものです。
- また、バイオ後続品は、複雑な構造、不安定性等の品質特性から、先行バイオ医薬品との有効成分の同一性等の検証は困難ですが、先行バイオ医薬品と同じ効能・効果、用法・用量で使えることが検証された薬で、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有するとされています。
- 一方で、後発医薬品の使用促進には安定供給が前提となりますが、令和5年度現在、一部の医薬品について供給が不安定な状況にあり、国は後発医薬品を巡る産業構造の見直し等により、安定供給の確保を図るとしています。
- こうした中で、国は、後発医薬品は国民の健康・生命を守る医療の重要な基盤として成長したものの、それを支える後発医薬品産業が未だ品質や安定供給の観点から脆弱性を抱えていることが明らかとなっていることを踏まえ、令和6年9月に「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」により、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として、後発医薬品及びバイオ後続品使用促進の新たな目標と目標達成に向けての具体的な取組を示しました。
- なお、バイオ後続品については、普及割合が品目によって異なり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいないことを踏まえ、国は、バイオ後続品の普及促進に向けてロードマップの別添として「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」を示しました。
- そのほか、国は、医薬品の適正使用の効果も期待されるフォーミュラリの周知等の取組を推進するため、令和5年7月に「フォーミュラリの運用について」を公表しました。
- 都は、令和元年度から「東京都後発医薬品安心使用促進協議会」を開催し、医療関係者・保険者等の関係者と都内の現状や課題を共有し対応策を検討するとともに、東京都薬剤師会が運営する後発医薬品の情報提供サイトへの支援、薬事監視指導の一環としての後発医薬品の収去、溶出試験等、後発医薬品使用割合の低い世代向けの普及啓発リーフレットの作成・配布、医療関係者向け講演会、区市町村国保及び広域連合へのジェネリックカルテの提供等を実施しています。
- 都の後発医薬品の数量シェア（令和5年3月）は、78.0%と80%に達しておらず、また、金額シェア（令和4年度）は46.4%と、国の新目標である65%と大きな開きがあり、引き続き使用促進に向けた取組が必要です。
- また、バイオ後続品の数量シェア（令和4年度）は、80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の12.5%と、国の新目標である60%以上と大きな開きがありますが、後発医薬品とはその性質が異なり、使用できる対象疾患が限られていること、高額療養費制度の適用により患者にインセンティブが生じない場合があることを踏まえた使用促進の取組

が必要です。

【取組の方向性】

- 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係る支援により、医療関係者等の理解促進に向けて必要な情報提供を行います。
- 都は、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や後発医薬品製造販売業者等による自主点検に続く無通告立入検査等の実施により、品質確保に向けた取組を行います。
- 都は、医療関係者等がフォーミュラリ作成の参考となるよう、国の通知文など必要な情報を関係者へ周知します。
- 都は、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。
- 都は、使用促進の効果が確認されている後発医薬品に切り替えた場合の自己負担差額通知等の区市町村国保の取組に対する支援や、医師会・薬剤師会等との連携、ホームページを活用した広報等を行い、全ての区市町村において使用促進の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。
- 都は、後発医薬品に関する状況を関係機関と共有しながら、地域の実情に合った取組を進めていきます。
- なお、バイオ後続品については、いわゆる化学合成品の後発医薬品とは特性や使用状況、開発状況が異なることや国民への認知度が低いという実態に留意しつつ、普及促進の取組を実施します。

【数値目標】

- 令和 11 年度に向けて、後発医薬品及びバイオ後続品について、次の使用割合を目指すこととします。

後発医薬品の使用割合（数量シェア）	令和 11 年度までに 80%以上
後発医薬品の使用割合（金額シェア）	令和 11 年度までに 65%以上
バイオ後続品の使用割合（数量シェア）	令和 11 年度までにバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上

5 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 複数医薬品の投与については、疾病や薬の組合せ等ごとにリスクとベネフィットが異なるため、その適否については一概に判断できないものの、医薬品の飲み残しなどによる医療費の無駄につながるとの指摘があります。
- 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、かかりつけ薬剤師・薬局の体制整備や機能強化とともに、保険者等による薬局及び医療機関等と連携した訪問指導の実施等の取組を推進する必要があります。
- また、令和 5 年 1 月からは、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋の運用が開始されています。

【取組の方向性】

- 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、薬局と医療機関等との連携を促進する取組を支援していきます。
- また、かかりつけ薬剤師・薬局に関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基づく薬学的管理・指導の実施に向けた体制を構築するなど、薬局・薬剤師の機能強化や資質向上を図る取組を実施していきます。
- 都は、地域で医師、看護師、介護支援専門員等と連携し、薬剤師による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²²の向上を推進していきます。
- 75 歳以上の高齢者が加入している広域連合では、重複投薬や多剤投与に該当する加入者に、医療機関や薬局への相談を促す通知送付等の取組を実施するなど、保険者等は、地域の関係機関と連携し、加入者の特性等も考慮しながら、加入者に対する適正服薬に向けた取組を実施します。
- 都は、区市町村国保による地区薬剤師会等と連携した加入者の適正服薬に向けた取組を支援します。
- 保険者協議会と連携し、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、複数種類の医薬品の投与の適否については、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しつつ、「高齢者の医薬品適正使用の指針」における取扱いを踏まえ、高齢者に対する6種類以上の投与を目安とします。

²² 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。

- また、国が進める全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化、医療機関におけるオンライン資格確認や電子処方箋の運用等の動きを注視しながら、都の実情に合ったデジタル技術を活用した医療情報等の共有に係る取組を推進していきます。

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、令和3年度に医療費通知を実施した区市町村は59自治体となっています。
- 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、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もの等の施術状況を確認することや、被保険者に対する保険給付の範囲等についての正しい知識の普及等、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】

- 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、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するとともに、区市町村においては、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、マイナポータル活用も含め、国の方向性に則した内容で被保険者への医療費通知の取組を行います。
- 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、海外療養費の支給事務について、処理マニュアル作成等により区市町村の適正な支給に向けた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行われるよう、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。

7 有効性・必要性を踏まえた医療資源の効率的な活用

【現状と課題】

- 医療資源を効果的かつ効率的に活用していくためには、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いて、個別の診療行為と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ります。
- 国は、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の例として、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方を挙げています。また、医療資源の投入量に地域差のある医療として、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います。

<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>

- 都における令和元年度の急性気道感染症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費及び急性下痢症患者の一人当たり抗菌薬薬剤費は全国平均より高い状況です。
- 抗菌薬を必要以上に使用すると、抗菌薬が効かない細菌（薬剤耐性菌）が発生するため、医師が治療のため必要と判断した場合にのみ抗菌薬を使用することが重要です。
- 国は、薬剤耐性対策における抗微生物薬の適正使用推進のために、令和5年11月に医療関係者に向けて「抗微生物薬適正使用の手引き 第三版」を公表しています。

<医療資源の投入量に地域差がある医療>

- がん患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来でも受けられるようにすることで、患者とその家族等の療養生活の質の向上につながるとともに、結果として病床のより効率的な活用にもつながることが期待されます。
- 国や都は、患者がどこにいても質の高いがん医療を等しく受けられるように、拠点病院等を整備し、がん医療の均てん化を進めてきており、外来化学療法の実施件数については、平成26年の24,764件から令和2年は34,223件となっています。
- 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年度時点で全国平均より低い状況です。
- リフィル処方箋については、症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用することができる仕組みで、患者の通院負担を軽減できるとともに、結果として、医療の効率化も期待されます。
- 令和4年の5月から7月の3か月間の都におけるリフィル処方箋の算定回数は、全体の0.06%となっています。

【取組の方向性】

- 都は、抗菌薬の適正使用及び薬剤耐性菌のリスクについて普及啓発を実施していきます。
- また、都は、引き続き、質の高いがん医療を提供するため、均てん化の観点に加え、地域の実情に応じた拠点病院間の役割分担と連携体制の整備を推進し、医療提供体制を充

実・強化していきます。

- 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ついて、加入者に向けた普及啓発を検討するとともに、白内障手術の外来での実施状況や外来化学療法の実施状況について保険者等及び医療関係者と情報共有していきます。

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

【現状と課題】

- 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすく、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、地域の医療・介護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す。
- 高齢者については、高齢化の進展に伴い、今後骨折の医療費の増加が見込まれており、骨折の要因となる転倒の防止のためにもロコモティブシンδροームを予防し、運動機能ができる限り維持することが必要です。
- また、在宅医療・介護の連携推進については、平成 26 年介護保険法改正により、介護保険法に基づく地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、区市町村が主体となって取り組むこととされ、平成 30 年 4 月には、すべての区市町村において実施されており、都は、在宅療養支援窓口の設置、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います。
- 区市町村の地域の実情に応じた取組を引き続き推進し、切れ目のない医療・介護の提供や保健・医療・福祉関係者の情報共有等の取組を一層充実することが必要です。

【取組の方向性】

- 都は、ロコモティブシンδροームの意味と予防の重要性に関する正しい知識を、都民に分かりやすく紹介し、啓発していきます。
- また、切れ目のない医療・介護の提供に向け、在宅医療に取り組むかかりつけ医の連携や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に加えて、往診を支援する事業者等との連携等による 24 時間の診療体制の確保など、地域における区市町村や関係団体等による在宅療養を推進する取組を一層支援していきます。
- 在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である区市町村を「在宅療養において必要な連携を担う拠点」と位置付け、これまでの医療・介護関係者の連携等の取組を充実させるとともに、新たに障害福祉の関係者との連携や災害時対応等の取組を推進していきます。また、地域の在宅療養体制が確保されるよう、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに他の医療機関の支援などを行う「在宅療養において積極的な役割を担う医療機関」の検討を行い、地域の実情に応じた当該医療機関を活用した取組を推進していきます。
- 都は、デジタル技術を活用した情報共有の充実を図り、地域の保健・医療・福祉関係者と病院との連携、病院間の広域的な連携等を一層促進していきます。

第2章 医療費の見込み

- 高確法では、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
- 国の基本方針では、各都道府県の医療費の現状に基づき、令和11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、国から推計ツールが提供されています。
- また、国の基本方針では、第四期都道府県医療費適正化計画においては、医療費の見込みを制度区分別・年度別に算出し、それを基に、令和11年度の当該都道府県における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の機械的な試算を算出することを規定しています。

1 都民医療費の推計

- 推計ツールを用いて、令和元年度の医療費実績に基づき令和6年度から令和11年度まで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に留意が必要です。
- 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の効率的な提供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、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、分析が可能か引き続き検討をしていきます。
- 推計ツールにより算出した令和11年度の都民医療費は、医療費適正化の取組を行う前が5兆7,778億円、医療費適正化の取組を行った場合は効果額が611億円と見込まれ、5兆7,166億円となります。（図表72）

(図表 72) 都民医療費の見込みの推計

(億円)

	策定時	計画期間					
	令和 3 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
適正化の取組前	46,155	50,640	52,080	53,452	54,859	56,301	57,778
適正化の取組後		50,104	51,529	52,887	54,279	55,705	57,166
適正化の取組の効果額		▲ 536	▲ 551	▲ 565	▲ 580	▲ 596	▲ 611
特定健診等		▲ 12	▲ 12	▲ 12	▲ 13	▲ 13	▲ 13
後発医薬品等		▲ 407	▲ 419	▲ 430	▲ 441	▲ 453	▲ 465
外来医療費等		▲ 117	▲ 120	▲ 123	▲ 126	▲ 130	▲ 133

(注) 1 億円未満を四捨五入しているため、合計金額と内訳は一致しない場合がある

2 都民医療費の推計方法の概要

- 推計ツールでは、次の手順により推計を行っています。
 - ① 各推計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 各推計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入院医療費を推計する。
 - 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 各推計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入院医療費」は、地域医療構想に基づく令和7年時点の病床機能の区分ごとの患者数をもとに推計した各推計年度の患者数見込みを用いて算出しています。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いません。
- 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 73）

(図表 73) 医療費適正化の取組を行った場合の効果額の見込み

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	○令和3年度のNDBデータを用いて、後発医薬品のある先発医薬品が全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、①令和11年度に数量シェア80%を達成した場合の効果額及び②令和11年度に金額シェア65%を達成した場合の効果額を推計した上で、①②のいずれか大きい方の額 ○令和3年度のNDBデータを用いて、成分ごとに先行バイオ医薬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%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上（数量シェア）を達成した場合の効果額を推計
一人当たり外来医療費の地域差縮減	○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令和11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、地域差半減として扱う
糖尿病の重症化予防の推進	○令和元年度に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推計
重複投薬の適正化効果	○令和元年度に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推計
複数種類医薬品投与の適正化効果	○令和元年度に医薬品を9種類以上投与されている患者（65歳以上）の薬剤数が1減った場合の一人当たり調剤費等を半減した場合の効果額を推計
急性気道感染症及び急性下痢症の治療において処方された抗微生物薬に係る調剤費等の適正化効果	○令和元年度の急性気道感染症・急性下痢症患者に係る抗菌薬の調剤費等を半減した場合の効果額を推計
白内障手術や化学療法の実施割合の適正化による効果	○令和元年度の白内障手術・化学療法の入院での実施割合の全国平均との差を半減した場合の効果額を推計

3 制度区分別医療費の推計

- 1で推計した都民医療費から、国の規定する標準的な推計方法により、区市町村国保及び後期高齢者医療制度の医療費を算出します。
- 制度区分別医療費は、以下の手順により推計を行っています。
 - ① 医療保険の制度区分（区市町村国保・後期高齢者医療・被用者保険等）別の医療費は、各医療保険の事業年報等によって把握されているため、国民医療費を基に算出されている各年度の都民医療費の推計値を補正する。
 - ② 区市町村国保の推計医療費は、①で補正した各推計年度の都民医療費に将来推計人口等を用いて推計した区市町村国保被保険者数を基に算出した区市町村国保医療費割合を乗じて算出する。
 - ③ ②で算出した区市町村国保の推計医療費を、②で推計した区市町村国保被保険者数で除して、区市町村国保一人当たり医療費を算出する。
 - ④ 後期高齢者医療制度の推計医療費は、①で補正した各推計年度の都民医療費に将来推計人口等を用いて推計した後期高齢者医療制度被保険者数を基に算出した後期高齢者医療制度医療費割合を乗じて算出する。
 - ⑤ ④で算出した後期高齢者医療制度の推計医療費を、④で推計した後期高齢者医療制度被保険者数で除して、後期高齢者医療制度一人当たり医療費を算出する。
- 区市町村国保の推計医療費は、令和11年度に医療費適正化の取組を行う前の総額が1兆2,434億円、医療費適正化の取組を行った場合が1兆2,303億円と見込まれますが、納付金算定における医療費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留意が必要です。（図表74）

（図表74）区市町村国保の推計医療費

総額：（億円）、一人当たり：（円）

		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
総額	適正化の取組前	11,301	11,323	11,493	11,735	12,048	12,434
	適正化の取組後	11,182	11,203	11,371	11,611	11,921	12,303
一人 当たり	適正化の取組前	424,096	427,941	432,699	440,130	450,152	462,830
	適正化の取組後	419,609	423,414	428,122	435,474	445,391	457,934

- 後期高齢者医療制度の推計医療費は、令和11年度に医療費適正化の取組を行う前の総額が2兆1,773億円、医療費適正化の取組を行った場合が2兆1,543億円と見込まれますが、広域連合で実施する保険料率算定における医療費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留意が必要です。（図表75）

(図表 75) 後期高齢者医療制度の推計医療費

総額：(億円)、一人当たり：(円)

		令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
総 額	適正化の 取組前	18,420	19,265	19,980	20,642	21,236	21,773
	適正化の 取組後	18,226	19,061	19,769	20,423	21,012	21,543
一 人 当 た り	適正化の 取組前	1,059,326	1,079,889	1,113,592	1,143,951	1,170,266	1,193,118
	適正化の 取組後	1,048,118	1,068,465	1,101,812	1,131,850	1,157,887	1,180,497

4 機械的に算出した一人当たり保険料の試算

- 国の規定する標準的な推計方法により、令和 11 年度の区市町村国保及び後期高齢者医療制度の機械的に算出した一人当たり保険料を試算します。
- 機械的に算出した一人当たり保険料は、以下の手順により試算します。
 - ① 区市町村国保の一人当たり保険料については、令和 5 年度の保険料額(基礎分)²³に、計画期間中に見込まれる一人当たり保険料の伸び率の推計値を乗じ、制度改正による一人当たり保険料への影響額²⁴を加えて算出する。
 - ② 後期高齢者医療制度の一人当たり保険料については、令和 4 年度及び令和 5 年度の一人当たり平均保険料額に、計画期間中に見込まれる一人当たり保険料の伸び率の推計値を乗じ、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する。
- 区市町村国保の令和 11 年度の一人当たり保険料(年額)は、医療費適正化の取組を実施する前が 122,236 円、医療費適正化の取組を行った場合が 120,942 円、後期高齢者医療制度の令和 11 年度の一人当たり保険料(年額)は、医療費適正化の取組を実施する前が 146,628 円、医療費適正化の取組を実施した場合が 145,091 円となりますが、上記の方法により機械的に試算したものである点に留意が必要です。

²³ 保険料額(基礎分)：区市町村国保の一人当たり保険料は基礎分(医療分)、後期高齢者支援金分、介護納付金分により構成されるが、一人当たり保険料の機械的な試算を行う際には後期高齢者支援金分及び介護納付金分は含まない。

²⁴ 制度改正による一人当たり保険料への影響額：令和 6 年度から後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みが導入されることを踏まえ、令和 11 年度の 1 人当たり保険料として後期高齢者医療制度については 110 円(月額)を加え、区市町村国保については 10 円(月額)を減ずるものとする。

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、保険者等及び医療の担い手等がそれぞれの役割の下で推進していくものであり、国の基本方針では、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を前提とした上で、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

- 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、区市町村とともに健康の保持増進や医療費適正化の取組等を推進するとともに、保険者等が行うデータヘルス計画に基づく保健事業について、保険者協議会等を通じた好事例の情報提供により、取組を推進していきます。
- 保険者等における取組の進捗状況を踏まえ、保険者協議会を通じて必要な協力を求めるなど、目標達成に向け計画の推進が図られるよう、主体的な取組を行っていきます。

(2) 保険者等の役割

- 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、医療関係者と連携した重症化予防に係る取組、加入者の健康管理に係る自助努力を支援する取組など、各保険者等の実情に応じて、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を推進します。
- また、後発医薬品使用促進に向けた自己負担差額通知等の取組の推進や、重複投薬の是正に向けた医療機関等との連携による訪問指導の実施等の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

- 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、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、保険者等が実

施する重症化予防等の保健事業における連携等、都、区市町村及び保険者等による予防・健康づくりや医療費適正化の取組に協力します。

- 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、医師・歯科医師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や患者に応じた適正な医薬品使用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、保険者・事業者・ＮＰＯ・企業等との連携により地域資源を有効活用し、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。
- マイナポータルも活用しながら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、軽度な身体の不調を自ら手当するため、ＯＴＣ 医薬品²⁵の適切な使用など、症状や状況に応じた適切な行動をとること、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

- 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するとともに、国保連合会と共同事務局を担っています。
- 令和 5 年 5 月の全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法

²⁵ ＯＴＣ医薬品：薬局・薬店・ドラッグストアなどで処方箋無しに購入できる医薬品

等の一部を改正する法律により、高確法が改正され、保険者協議会が必置化されるとともに、設置目的として医療費適正化のために必要な事業の推進が加えられました。

- 保険者等は、保険者協議会を通じて連携を図り、被用者保険の被扶養者の特定健康診査等を身近な地域で行えるような仕組みづくりや、データヘルス計画推進に資する健康・医療情報や取組の好事例等の情報共有を行い、加入者の健康の保持増進及び医療費適正化の取組を推進していきます。
- 都は、都内の保険者等の健康の保持増進及び医療費適正化の取組状況や課題を把握し、保険者協議会において好事例や医療費等に関するデータを共有するとともに、医療の担い手等と連携しながら、保険者等の取組を支援していきます。
- 都は、国に対し、取組を推進するために必要となる実績数値等の情報を適切かつ迅速に提供するとともに、データの分析例等活用方法の提示や研修の実施等の支援を行うよう要望していきます。

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）

- 第五期計画の作成に資するため、計画期間の最終年度である令和11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令和12年度に保険者協議会の意見を聴いた上で実績の評価を行い、結果を公表します。（図表76）

（図表 76）第四期計画の推進

令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度
	第四期計画期間						
計画策定	後発医薬品に係る目標等の検討	入院医療費推計の見直しの検討					
		年度ごとに進捗状況を把握・公表 （必要に応じて施策の見直し）				暫定評価 公表	実績評価 公表
						第五期 計画策定	

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 計画策定等の経緯

(1) 第四期計画の策定

日 付	内 容
令和5年8月30日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第1回）開催
令和5年10月30日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第2回）開催
令和5年12月4日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第3回）開催
令和5年12月26日 ～令和6年1月24日	パブリックコメントの実施
	区市町村及び東京都保険者協議会協議の実施
令和6年2月16日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第4回）開催

(2) 第四期計画の一部改定

日 付	内 容
令和6年11月29日	東京都医療費適正化計画検討委員会（第1回）開催
令和6年12月19日 ～令和7年1月20日	パブリックコメントの実施
	区市町村及び東京都保険者協議会協議の実施
予定	東京都医療費適正化計画検討委員会（第2回）開催

2 東京都医療費適正化計画検討委員会 委員名簿

(1) 令和5年度 東京都医療費適正化計画検討委員会委員名簿

		氏 名	所属団体及び役職名等
学 識 経 験 者		石川 ベンジャミン光一	学校法人国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授
		田嶋 尚子	学校法人慈恵大学東京慈恵会医科大学 名誉教授
		西村 ユミ	東京都公立大学法人東京都立大学 健康福祉学部 教授
	◎	古井 祐司	国立大学法人東京大学 未来ビジョン研究センター 特任教授
医 療 関 係 団 体		蓮沼 剛	公益社団法人東京都医師会 副会長
		荘司 輝昭	公益社団法人東京都医師会 理事
		北村 晃	公益社団法人東京都歯科医師会 副会長
		高橋 正夫	公益社団法人東京都薬剤師会 会長
		柳橋 礼子	公益社団法人東京都看護協会 会長
保 険 者 団 体	○	桃原 慎一郎	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)
		今泉 礼三	健康保険組合連合会東京連合会 専務理事
		元 田 勝 人	全国健康保険協会東京支部 支部長 (令和5年9月30日まで)
		柴田 潤一郎	全国健康保険協会東京支部 支部長 (令和5年10月1日から)
		深沢 庄二郎	国民健康保険組合東京協議会 幹事長 (東京食品販売国民健康保険組合 専務理事)
		本多 由紀子	東京都職員共済組合 年金保険部長
		佐藤 智恵	東京都後期高齢者医療広域連合 保険部長
		早川 雅子	北区 区民部長
		沼尻 章	府中市 市民部長
保 健 行 政 等		向山 晴子	世田谷保健所長
		本多 剛史	多摩市 保健医療政策担当部長
		工藤 洋介	瑞穂町 福祉部健康課長
		舟木 素子	東京都南多摩保健所長

◎：委員長、○：副委員長 (敬称略)

(2) 令和6年度 東京都医療費適正化計画検討委員会委員名簿

		氏 名	所属団体及び役職名等
学 識 経 験 者		石川 ベンジャミン光一	学校法人国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授
		田嶋 尚子	学校法人慈恵大学東京慈恵会医科大学 名誉教授
		西村 ユミ	東京都公立大学法人東京都立大学 健康福祉学部 教授
	◎	古井 祐司	国立大学法人東京大学 未来ビジョン研究センター 特任教授
医 療 関 係 団 体		蓮沼 剛	公益社団法人東京都医師会 副会長
		荘司 輝昭	公益社団法人東京都医師会 理事
		北村 晃	公益社団法人東京都歯科医師会 副会長
		高橋 正夫	公益社団法人東京都薬剤師会 会長
		柳橋 礼子	公益社団法人東京都看護協会 会長
保 険 者 団 体	○	桃原 慎一郎	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)
		紙田 英明	健康保険組合連合会東京連合会 専務理事
		柴田 潤一郎	全国健康保険協会東京支部 支部長
		古賀 雅之	国民健康保険組合東京協議会 幹事長 (東京食品販売国民健康保険組合 専務理事)
		本多 由紀子	東京都職員共済組合 年金保険部長
		宇野 智則	東京都後期高齢者医療広域連合 保険部長
		大久保 稔	中央区 福祉保健部長
		岡本 由紀子	昭島市 保健医療担当部長
保 健 行 政 等		向山 晴子	世田谷保健所長
		本多 剛史	多摩市 保健医療政策担当部長
		野口 敏雄	檜原村 村民課長
		舟木 素子	東京都南多摩保健所長

◎：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
改正 令和 5 年 4 月 19 日 5 福保保国第 88 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、次の者のうちから、保健医療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。

- (1) 学識経験を有する者
- (2) 公益社団法人東京都医師会の会長、副会長又は理事
- (3) 公益社団法人東京都歯科医師会の会長又は副会長
- (4) 公益社団法人東京都薬剤師会の会長又は副会長
- (5) 公益社団法人東京都看護協会の会長、副会長、専務理事又は常務理事
- (6) 一般社団法人東京都病院協会の会長、副会長、常任理事又は理事
- (7) 東京都保険者協議会の会長
- (8) 全国健康保険協会東京支部の支部長
- (9) 健康保険組合連合会東京連合会の専務理事
- (10) 東京都職員共済組合の年金保険部長
- (12) 国民健康保険組合東京協議会の幹事長
- (13) 東京都後期高齢者医療広域連合の保険部長
- (14) 特別区長会、東京都市長会及び東京都町村会が推薦する者
- (15) 東京都保健所長会代表

(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、保健医療局長が委嘱する。

(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、保健医療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。

(施行期日)

1 この要綱は、決定の日から施行する。

2 この要綱の施行の日から令和5年6月30日までの間、第3条及び第11条中「保健医療局」とあるのは、「福祉保健局」とする。

4 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

令和6年11月1日厚生労働省告示第326号

目次

はじめに

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
- (2) 今後の人口構成の変化に対応するものであること
- (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

2 第四期医療費適正化計画における目標

- (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標
- (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

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
- (2) 市町村との連携
- (3) 保険者等との連携
- (4) 医療の担い手等との連携

4 他の計画等との関係

- (1) 健康増進計画との調和
- (2) 医療計画との調和
- (3) 介護保険事業支援計画との調和
- (4) 国民健康保険運営方針との調和

5 東日本大震災等の被災地への配慮

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する目標に関する事項

- (1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標
- (2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標
- (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
- (4) たばこ対策に関する目標
- (5) 予防接種に関する目標
- (6) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標
- (7) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標
- (8) その他予防・健康づくりの推進に関する目標

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標に関する事項

- (1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する数値目標
- (2) 医薬品の適正使用の推進に関する目標
- (3) 医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標
- (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関する目標

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

- (1) 住民の健康の保持の推進
 - (2) 医療の効率的な提供の推進
- ###### 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
- ###### 5 都道府県の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推進の成果に関する事項
- ###### 6 都道府県における医療費の調査及び分析に関する事項
- ###### 7 計画期間における医療費の見込みに関する事項
- ###### 8 計画の達成状況の評価に関する事項
- ###### 9 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

三 その他

1 計画の期間

2 計画の進行管理

- 3 計画の公表
- 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
 - 2 進捗状況に関する調査及び分析
 - 3 実績の評価
 - 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
 - 2 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応
- 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
 - 二 医療費の調査及び分析に必要なデータの把握
- 第4 医療費適正化に関するその他の事項
 - 一 国、都道府県、保険者等及び医療の担い手等の役割
 - 二 国の取組
 - 1 国民の健康の保持の推進に係る施策
 - 2 医療の効率的な提供の推進に係る施策
 - 三 都道府県の取組
 - 四 保険者等の取組
 - 五 医療の担い手等の取組
 - 六 国民の取組
- 第5 この方針の見直し

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し、都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき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。

また、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要がある。こうした中で、国民一人一人が生きがいをもち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりも重要である。

医療費適正化計画の実効性の確保のために、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号。以下「全社法」という。）による改正後の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。）において、都道府県は、住民の高齢期における医療費適正化を図るための取組において、保険者等（保険者（法第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「広域連合」という。）をいう。以下同じ。）、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととともに、保険者協議会（法第157条の2第1項の保険者協議会をいう。以下同じ。）を必置化し、保険者協議会が都道府県医療費適正化計画（法第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。）の作成に加えて実績評価にも関与する仕組みを導入する等の改正がなされた。こうした中で、都道府県には、都道府県医療費適正化計画の目標の達成に向けて、保険者協議会等を通じて、地域の関係者と連携・協力して取り組むことが期待される。

また、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第354号。以下「総合確保方針」という。）においては、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、サービス提供人材の確保と働き方改革、限りある資源の効率的かつ効果的な活用、デジタル化・データヘルスの推進及び地域共生社会の実現が基本的な方向性として位置づけられており、総合確保方針の別添「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」においては、全国的には令和22年頃に高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面するという局面において実現が期待される医療・介護提供体制の姿が提示されている。こうした中で、医療費

適正化計画においても、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、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を図るとともに、医療・介護サービスを効果的かつ効率的に組み合わせた提供の重要性に留意しつつ、計画の目標を設定していくことが求められる。その際、「経済財政運営と改革の基本方針 2023」（令和 5 年 6 月 16 日閣議決定。以下「骨太方針 2023」という。）において、一人当たり医療費の地域差半減に向けて地域の実情に応じて取り組むこととされたことを踏まえ、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ことも重要である。

この方針は、法第 8 条第 1 項の規定に基づき、都道府県が都道府県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、都道府県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 一般的な事項

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) 今後の人口構成の変化に対応するものであること

全国で見れば、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる令和 7 年にかけて、65 歳以上人口、とりわけ 75 歳以上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、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和 7 年以降更に減少が加速する。こうした中で、人口減少に対応した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していくことが必要であり、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っ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している。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している。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なければならない。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なければならない。

2 第四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来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。不適切な食生活や運動不足等の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、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。予防・健康づくりには、健康の改善により生活の質（以下この 2 において「QOL」という。）を向上させ、健康寿命を延ばすだけでなく、健康に働く者を増やすことで、社会保障の担い手を増やすこと、健康格差の拡大を防止することといった多面的な意義がある。例えば糖尿病が重症化して人工透析に移行した場合、頻回な治療等のため QOL が低下することに加え、多額の医療費が必要になる。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や重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対して医療機関の受診を勧奨し、必要な治療を行うことなど、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。

生活習慣病予防の対策のため、平成 20 年度から、特定健康診査等（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。）をいう。以下同じ。）の実施が保険者に義務付けられている。特定健康診査等の実施率は、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、実施率を向上させるための取組を進めることが必要である。このため、令和 6 年度から始まる第四期の特定健康診査等実施計画（法第 19 条第 1 項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。以下同じ。）の計画期間においては、特定保健指導にその成果が出たことを評価する評価体系（アウトカム評価）の導入、ICT の活用等により、特定健康診査等の実施率の向上を図り、更に効果的かつ効率的な取組を進めていくことが期待される。また、糖尿病の重症化予防の取組としては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 28 年 4 月策定、平成 31 年 4 月改定）に基づき、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）をはじめとする保険者等と地域の医師会等の関係者が協働・連携し、ハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導等の取組が進められている。

こうした国民一人一人の健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために、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ており、令和 3 年 10 月に「健康づくりに取り組む 5 つの実行宣言 2025」を策定して、コミュニティの結びつき、一人一人の健康管理及びデジ

タル技術等の活用に力点を置いた予防・健康づくりを推進している。都道府県においても、こうした産学官連携の動きと連動して、市町村や保険者等の取組を推進することが重要である。

また、要介護認定率が著しく上昇する 85 歳以上の人口は令和 7 年以降も引き続き増加し、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ている。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に対する保健指導や栄養指導等を含む予防の重要性も指摘されている。特に、発症後に介護ニーズが増大する可能性のある大 腿 骨折等の入院患者数・手術件数は、高齢者人口が減少する局面においても増加することが指摘されている。医療費適正化のための取組は、医療と介護の両方に対するアプローチの重要性や心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性を踏まえたものとする必要もある。

次に、今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中においては、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態態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、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通じ、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築を目指すこととする。

上記に加え、第三期医療費適正化計画では、後発医薬品の使用促進について、令和 5 年度に使用割合を 80%以上にすることを目標として取り組んできた。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、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（令和 3 年 6 月 18 日閣議決定。以下「骨太方針 2021」という。）においても、「後発医薬品の数量シェアを、2023 年度末までに全ての都道府県で 80%以上とする」とこととされた。こうした動きを踏まえ、第四期医療費適正化計画の計画期間においては、まずは医薬品の安定的な供給を基本としつつ、この方針で示す新たな数値目標を踏まえて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。

バイオ後続品は、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性及び安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要があるが、品目により普及割合が異なり、その要因は多様である。こうした観点から、バイオ後続品の普及促進に当たっては、医療関係者や保険者等を含めた多様な主体と連携しながら取組を進める必要がある。

第三期医療費適正化計画の計画期間においては、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を進めてきた。こうした取組に加えて、重複投薬の是正について、電子処方箋の活用推進等により更なる取組の推進を図ることや、多剤投与の是正について、複数種類の医薬品の投与については、疾病や薬の組合せ等ごとにリスク・ベネフィットが異なるため、その適否については一概に判断できない点に留意しつつ、「高齢者の医薬品適正使用の指針」（平成 30 年 5 月策定）等を踏まえ、更なる取組の推進を図ることが重要である。

また、こうした既存の目標に加えて、第四期医療費適正化計画の計画期間においては、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。急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方などの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については知見が集積されており、白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの医療資源の投入量については地域差があることが指摘されている。こうした医療について、地域ごとに都道府県や関係者が地域の実情を把握するとともに、適正な実施に向けた必要な取組について検討し、実施することが考えられる。また、医療と介護の連携の推進や法第 125 条第 3 項の規定に基づく高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下「一体的実施」という。）など、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を組み合わせることで取り組むことも重要である。

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も有効である。

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。また、こうした目標の設定に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用も検討するものとする。

(1) 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標（以下「住民の健康の保持の推進に関する目標」という。）

- 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 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
- ⑧ 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し、都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標（以下「医療の効率的な提供の推進に関する目標」という。）

- ①後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進
- ②医薬品の適正使用の推進
- ③医療資源の効果的・効率的な活用
- 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

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

都道府県医療費適正化計画の目標の達成に向けては、都道府県が保険者等や医療関係者等と連携し、地域の実情を踏まえて実効的な取組を推進する必要がある。全社法により、保険者協議会が必置化され、都道府県医療費適正化計画の作成に加えて実績評価にも関与する仕組みが導入されたことも踏まえ、都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成に当たって、保険者協議会等の場を活用し、関係者の意見を踏まえた取組を進めていくことが重要である。

(1) 関係者の意見を反映させる場の設置

都道府県医療費適正化計画の作成又は変更に当たって、外部の専門家及び関係者（学識経験者、医療関係者、保険者等の代表者等）の意見を反映するために、保険者協議会、検討会、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、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、都道府県は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）こと等により、市町村と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、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、都道府県が医療計画（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。）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（同条第17項）こととされている。

都道府県医療費適正化計画の目標の達成に向けて、都道府県域内の保険者等による保健事業の効果的かつ効率的な実施は重要であり、そうした取組が都道府県域内の保険者等の特定健康診査等実施計画やデータヘルス計画にも反映されることが望ましい。こうした中で、法第9条第7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こととされており、都道府県においては、保険者協議会を通じて保険者等との連携を図ることが必要である。

(4) 医療の担い手等との連携

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。以下同じ。）は、国、地方公共団体及び保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、患者に対して良質かつ適切な医療を提供する役割がある。

都道府県医療費適正化計画の目標のうち、特に医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に向けては、都道府県域内の医療の担い手等を含む関係者が地域ごとに地域の実情を把握するとともに、必要な取組について検討し、実施することが重要であり、構成員としての参画を含め、保険者協議会への医療の担い手等の参画を促進すること等を通じて、都道府県医療費適正化計画の作成又は変更においても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」を主たる柱としているところ、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。）及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法（平成9年法律第123号）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、後者は、医療計画及び介護保険事業支援計画と密接に関連する。また、都道府県は国民健康保険の財政運営の責任主体であることから、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（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条の2第1項に規定する都道府県国民健康保険運営方針をいう。以下「国民健康保険運営方針」という。）と都道府県医療費適正化計画との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。なお、これらの計画を含め、都道府県医療費適正化計画と関連の深い他の計画等に定める内容について、都道府県医療費適正化計画に定める内容と重複する場合には、当該計画等の関係する箇所における記述の要旨又は概要を掲載することや、都道府県医療費適正化計画と当該計画等を一体的に作成することとしても差し支えない。

(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、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。

(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、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。このため、医療計画の内容を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。

(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、介護保険施設等の整備等に関する取組及び医療と介護の連携等に関する取組の内容と、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 第 1 項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、国民健康保険運営方針を定めることとされている。

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、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及び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、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。

また、全社法により、国民健康保険運営方針において、医療費適正化の推進に関する事項を定めることが必須とされたことを踏まえ、国民健康保険運営方針の財政見通しにおいて都道府県医療費適正化計画の医療費の見込みやその推計方法を参考にすること等により、国民健康保険運営方針と都道府県医療費適正化計画との調和を図ることが望ましい。

5 東日本大震災等の被災地への配慮

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。）等の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する目標に関する事項

第四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、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各都道府県の目標値は、第四期特定健康診査等実施計画における全国目標を踏まえて、令和 11 年度における当該実施率を 70%以上とすることを目標と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各都道府県の目標値は、第四期特定健康診査等実施計画における全国目標を踏まえて、令和 11 年度における当該実施率を 45%以上とすることを目標と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、令和 11 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%以上とすることを目標と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（同年度の年齢階層別（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 日時点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。以下この①において同じ。）から令和 11 年度の特定保健指導対象者の推定数（同年度の年齢階層別（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 日時点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禁煙の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予防接種の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、市町村、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、市町村や保険者等、医療関係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)高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標

高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進に当たっては、高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要である。体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルなどに着目して高齢者の保健事業と介護予防を実施することや、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することが重要である。

このため、都道府県においては、都道府県内の健康課題や保健事業の実施状況を俯瞰的に把握できる立場であることを踏まえ、関係団体との連携を図り、広域連合と市町村による一体的実施の推進に関する目標を設定することが考えられる。

(8)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住民の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、データヘルス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、保険者等が実施し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等が考えられる。

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標に関する事項

第四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、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、必要に応じて見直しを行う。

(1)後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する数値目標

後発医薬品については、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である 80%に達している都道府県もある一方で、金額ベースではまだ低い水準にあることや、供給不安が続いているといった課題がある。

こうした中で、国において、令和 11 年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とする主目標並びにバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とする副次目標及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とする副次目標が設定されたことを踏まえ、第四期都道府県医療費適正化計画の計画期間の最終年度の令和 11 年度に、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを 80%以上とする目標並びにバイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とする目標及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とする目標を設定することが考えられる。

(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、重複投薬や多剤投与の是正等、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、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可

能とする電子処方箋のメリットの周知等による普及促進等、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、複数種類の医薬品の投与については、疾病や薬の組合せ等ごとにリスク・ベネフィットが異なるため、その適否については一概に判断できない点に留意しつつ、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。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標

急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方といった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白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの医療資源の投入量に地域差がある医療については、個別の診療行為と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、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、実施していくことが重要である。リフィル処方箋については、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める必要がある。その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら取り組むことも重要である。このため、都道府県においては、医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標を設定することが考えられる。

(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関する目標

高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすい。

このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、地域の医療・介護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ることから、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を設定することが考えられる。

また、今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折についても、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要である。

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

第四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、都道府県医療費適正化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、都道府県医療費適正化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、特定健康診査等について、アウトカム評価の導入、ICTの活用等により実施率の向上及び更に効果的かつ効率的な取組の実施が期待されるところ、保健所から特定健康診査等の実施主体である保険者に対して、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と特定健康診査等の情報を共有し、これらの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・調整、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を通じた取組の推進、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。

また、たばこ対策としては、保険者等、医療機関、薬局等と連携した禁煙の普及啓発の促進や、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、その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ところであり、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、より効果的かつ効率的に取組を推進するために、都道府県が市町村や保険者等、医療関係者等と連携し、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、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。

高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防については、広域連合と市町村により、一体的実施が推進されているところであり、都道府県においては、こうした取組を支援するため、専門的見地等からの支援、好事例の横展開、広域連合や国民健康保険団体連合会（国民健康保険法第 45 条第 5 項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）と連携した事業の取組結果に対する評価・分析、都道府県単位の医療関係団体等に対する広域連合と市町村への技術的な援助の要請等に取り組むことが考えられる。

その他予防・健康づくりについては、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

都道府県は、都道府県医療費適正化計画において、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されている。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、各都道府県において地域医療構想（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）の取組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、地域連携バスの整備・活用の推進などに取り組むこととされているが、これらは第四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、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都道府県医療費適正化計画に記載することが考えられる。

②後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

第四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及びバイオ後続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及びバイオ後続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、後発医薬品及びバイオ後続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、保険者等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後発医薬品及びバイオ後続品の使用に関す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、使用促進の効果が確認されている差額通知の実施等の保険者等による後発医薬品の使用促進に係る取組を支援することのほか、医薬品の適正使用の効果が期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、都道府県域内の医療関係者に対して「フォーミュラリの運用について」（令和 5 年 7 月）の周知をはじめとした必要な取組を進めることが考えられる。また、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」（令和 6 年 9 月。以下「ロードマップ」という。）を踏まえた取組を進めることも考えられる。

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、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、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋の普及促進、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、「高齢者の医薬品適正使用の指針」等を参考に、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しつつ、第四期都道府県医療費適正化計画の計画期間においては、「高齢者の医薬品適正使用の指針」における取扱いを踏まえ、高齢者に対する 6 種類以上の投与を目安として取り組むなど、取組の対象を広げることが考えられる。

④医療資源の効果的・効率的な活用

医療資源の効果的かつ効率的な活用については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると診療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが重要である。都道府県は、保険者協議会等において、地域における医療サー

ビスの提供状況を把握するとともに、住民や医療関係者に対する普及啓発等について検討し、実施することが考えられる。

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については、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化に取り組むことが考えられる。抗菌薬については、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」（平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議決定）に基づく取組によってその使用量が減少してきており、今後は「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」（令和5年4月7日国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議決定）に基づき、その適正使用に向けて更なる取組が進められていくところである。地域の抗菌薬処方の現状及び動向については、国が提供するデータに加えて、国立国際医療研究センターによる「薬剤耐性ワンヘルス動向調査」の結果により把握することが可能であり、これを踏まえ、都道府県においては、AMR臨床リファレンスセンターが提供する資料等を活用した住民に対する抗菌薬の適正使用等に関する普及啓発や、医療関係者に対する「抗微生物薬適正使用の手引き 第二版」（令和元年12月）の周知等を行うことが考えられる。

医療資源の投入量に地域差のある医療については、外来での実施状況に地域差があることが指摘されている白内障手術や外来化学療法の適正化に取り組むことが考えられる。例えば、がん患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来でも受けられるようにすることで、患者とその家族等の療養生活の質の向上につながるとともに、結果として病床のより効率的な活用にもつながることが期待されるため、専門的な治療を実施する医療従事者や外来での治療の実施に必要な施設の不足、患者の医療機関へのアクセスといった地域の実情について分析した上で、地域医療介護総合確保基金（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第6条の基金をいう。以下同じ。）等を活用して、不足している診療科の医師確保支援、がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備や医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等を行うことが考えられる。また、リフィル処方箋については、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める必要がある。その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら取り組むことが考えられる。

⑤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

関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村においては、介護保険法に基づいて、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する在宅医療・介護連携推進事業を実施している。都道府県は、保健所とともに、こうした取組を支援するため、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（令和2年9月）を踏まえ、管内の課題の把握、必要なデータの分析・活用支援、管内の取組事例の横展開、関係団体との調整等に取り組むことが考えられる。

高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策については、早期に治療を開始するための骨粗鬆症検診の受診率の向上、機能予後等を高めるための骨折手術後の早期離床の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の継続的なフォローアップ、二次性骨折を予防するための体制整備等を行うことが考えられる。

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、その結果を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・協力を行えるような体制づくりに努める必要がある。

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、保険者等や医療関係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作成に当たっては、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したりするなど、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9項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化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、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができることとされている。例えば、後発医薬品の使用促進のために、使用割合が低い保険者等に対して、使用割合向上のための改善策を提出するよう求めることや、急性気道感染症及び急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化のために、都道府県域内の医療関係団体に対して、医療機関に対する「抗微生物薬適正使用の手引き 第二版」を基本とした抗菌薬適正使用の周知の実施を求めることが考えられる。また、同条第10項の規定により、都道府県は、こう

した協力要請を行う場合、保険者協議会を通じて協力を求めることができることとされている。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。

また、全社法により、社会保険診療報酬支払基金（社会保険診療報酬支払基金法（昭和 23 年法律第 129 号）による社会保険診療報酬支払基金をいう。）及び国民健康保険団体連合会の目的、業務等に係る規定に、医療費適正化に資する診療報酬請求情報等の分析等が明記されたことを踏まえ、都道府県や保険者協議会は、これらの機関との連携を図ることも期待される。

5 都道府県の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推進の成果に関する事項

全社法において、都道府県医療費適正化計画においては、医療費の見込みの構成要素である、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項を定めることとされた。

具体的には、医療費の見込みの算定に当たって必要となる地域医療構想における将来の病床の必要量や、病床の機能の分化及び連携の推進のための施策を記載することが考えられる。なお、病床の機能の分化及び連携について、第 1 の二の 5 以外の事項において記載する場合には、当該事項において併せて記載することとしても差し支えない。

6 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。

7 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、令和 11 年度の医療費の見込みを算出する。第四期都道府県医療費適正化計画においては、医療費の見込みの精緻化を図り、保険者等との連携を強化する観点から、医療費の見込みを制度区分別・年度別に算出し、それを基に、令和 11 年度の当該都道府県における市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の 1 人当たり保険料の機械的な試算を算出することとする。

具体的な算出方法は、別紙によるものとするが、都道府県独自の合理的な方法により算出することとしても差し支えない。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る。国は、都道府県が別紙に示す方法により医療費の見込みを推計するためのツールを提供することとし、その中で、診療報酬改定や制度改正により医療費の見込みに影響があることが見込まれる場合には、都道府県が必要に応じて計画期間中に医療費の見込みを見直すことができるようにする。

骨太方針 2023 において、一人当たり医療費の地域差半減に向けて地域の実情に応じて取り組むこととされている。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令和 11 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こととしている。入院医療費については、医療計画に基づく事業の実施による病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえて算出することとするが、地域医療構想は第四期医療費適正化計画の計画期間中の令和 7 年に向けて策定されているものであるため、同年以降に係る検討状況を踏まえ、第四期医療費適正化計画の計画期間中に、算出方法を見直す。

8 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、同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。

9 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

都道府県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。

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。

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、見直し及び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ものとする。

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、第五期都道府県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令和 11 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、都道府県は、医療費適正化基本方針の作成に資するため、当該結果を同年度の 6 月末日までに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 条第 1 項の規定により、第四期都道府県医療費適正化計画期間終了の翌年度である令和 12 年度に、保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況を中心とした実績評価を行うものとする。また、同条第 2 項の規定により、都道府県は、その結果を公表するよう努めるとともに、同年度の 12 月末日までに厚生労働大臣に報告するものとする。なお、第三期都道府県医療費適正化計画についても、第三期都道府県医療費適正化計画終了の翌年度である令和 6 年度に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、同年度の 12 月末日まで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及び目標値の達成状況並びに令和 11 年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の 1 人当たり保険料の機械的な試算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又は医療費が医療費の見込みを著しく上回ると見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じ、当該要因を解消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、第五期都道府県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 項の規定により、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ものとされている。

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、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。

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、国保データベース（KDB）等を活用し、国民健康保険の医療費に係るデータを入手する必要がある。

国は、都道府県が行う医療費の調査及び分析において活用しやすいよう、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）から、都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資する医療費のデータ等を提供する。

第 4 医療費適正化に関するその他の事項

一 国、都道府県、保険者等及び医療の担い手等の役割

医療費適正化の取組については、国、都道府県、保険者等及び医療の担い手等がそれぞれの役割の下、推進していく必要がある。また、民間主導の日本健康会議のように、保険者等や医療の担い手等を含む産官学が連携した取組の推進は重要であり、医療に携わるそれぞれの関係者の相互理解のもとに医療費適正化の取組を進めることが必要である。

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提供の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等を行うとともに、特定健康診査等の予算補助や保険者努力支援制度、後期高齢者支援金の加算・減算制度等、それぞれの保険者等に対するインセンティブ制度を保険者等の特徴に応じて見直すことなど、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、禁煙の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、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や当該取組の推進方策の検討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や一体的実施を推進する観点から、事業に従事する者に対する研修の実施や効果的な事例の周知等を行う。

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、医療資源の効果的かつ効率的な活用を促進する観点も含め、地域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う。

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、医療関係者等に対する啓発資料の提供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う。バイオ後続品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいない。このことを踏まえて、バイオ後続品の普及促進に向けてロードマップの別添「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」（令和6年9月）を示した。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。

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いては、エビデンス等を継続的に収集・分析し、都道府県が取り組むべき目標等の追加を検討する。

リフィル処方箋については、第1の二の2(3)「医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標」及び第1の二の3(2)④「医療資源の効果的・効率的な活用」において、「リフィル処方箋については、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める必要がある。」と記載されていることを踏まえ、今後、具体的な指標の設定を検討し、必要な対応を速やかに行う。

三 都道府県の取組

都道府県は、地域内の医療提供体制の確保や国民健康保険の財政運営を担う役割を有することに鑑み、都道府県医療費適正化計画の目標達成に向けて、保険者等、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすことが求められる。このため、保険者協議会等を通じて、保険者等、医療関係者その他の関係者と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、都道府県医療費適正化計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて協力を求めることが重要である。具体的な取組は第1の二の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など、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、特定健康診査等について、令和6年度から始まる第四期特定健康診査等実施計画の計画期間から、特定保健指導にアウトカム評価を導入することや、ICTの活用等により実施率の向上を図ることとされることを踏まえ、効果的かつ効率的な実施を図るほか、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、データヘルス計画に基づく事業を実施する。

さらにその中で、日本健康会議の取組とも連動しつつ、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、使用促進の効果が確認されている自己負担の差額通知等の取組を推進することや、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も期待されている。

加えて、保険者協議会において、都道府県や医療関係者等と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況

等を把握するとともに、都道府県医療費適正化計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて、都道府県が医療計画や都道府県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

医療の担い手等は、国、地方公共団体及び保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切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、保険者協議会や協議の場（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。医療の担い手等がこうした取組を進めやすいよう、保険者等や都道府県においては、保険者協議会への医療関係者の参画を促進することも重要である。

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師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とともに、OTC医薬品の適切な使用など、症状や状況に応じた適切な行動をとることが必要である。

このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により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、第四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、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

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、以下の事項を踏まえることとする。

1 基本的事項

(1) 推計期間第四期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（令和11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し、年度別・制度区分別に算出する。

また、制度区分別の医療費の見込みを基に、計画最終年度の当該都道府県における市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料を試算する。

(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病院報告（厚生労働省政策統括官）
 - ③医療費の動向（厚生労働省保険局）
 - ④国民医療費（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国民健康保険実態調査（厚生労働省保険局）
 - ⑨後期高齢者医療制度被保険者実態調査（厚生労働省保険局）
 - ⑩都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
 - ⑪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
 - ②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
 - ③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

- ④医療費適正化の取組を行った場合の効果の算出
 - ⑤都道府県医療費の将来推計
 - ⑥制度区分別の都道府県医療費の将来推計
 - ⑦計画最終年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の試算
- 以下①～⑦について標準的な方法を説明する。

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方法

将来推計においては、基準年度（令和元年度）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（調剤費、訪問看護療養費、療養費等を含む。以下同じ。）及び歯科別の診療種別ごとに算出する。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27年度から令和元年度まで（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

入院外及び歯科別の国民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（後発医薬品の使用促進の影響）を勘案し、令和2年度から令和5年度までは上記の算定結果に対して0.34%を、令和6年度から令和11年度までは上記の算定結果に対して0.41%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28年度は▲1.33%、平成30年度は▲1.19%、令和元年度は▲0.07%、基準年度から推計年度にかけての期間においては、令和2年度は▲0.46%、令和3年度は▲0.9%、令和4年度は▲0.94%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。

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の方法

基準年度（令和元年度）の都道府県別の入院外及び歯科別の国民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、2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用いて、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＝令和元年度の一人当たり医療費×令和元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）

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の2各号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、2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、地域医療構想における令和7年時点の各区分ごとの患者数をもとに都道府県別に算出した令和11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、現時点では在宅医療等に移行する患者の状態等は明らかではなく医療費の推計式は示さない。なお、都道府県が独自に医療費を推計することは可能とし、今後検討が進められる当該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×令和11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

なお、地域医療構想は第四期医療費適正化計画の計画期間中の令和7年に向けて策定されているため、同年以降に係る検討状況を踏まえ、算出方法の見直しを検討する。

5 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

第四期都道府県医療費適正化計画においては、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を以下に示す考え方により推計する。

また、都道府県独自の取組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、以下で用いる令和 11 年度の入院外医療費は 3 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

令和元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、同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。

（令和元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－令和元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 25 年度に特定保健指導を受けた者と受けていない者の令和元年度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。）÷令和元年度の入院外医療費×令和 11 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

後発医薬品の使用促進による効果について、令和 3 年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額及び同年度の数量シェアを用いて、①の式により数量ベースでの効果額を算定するとともに、令和 3 年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額及び同年度の金額シェアを用いて、②の式により金額ベースでの効果額を算定した上で、いずれか大きい方の額を後発医薬品の使用促進による効果とする。

①令和 3 年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額÷（1－令和 3 年度の数量シェア）×（使用促進策の結果として令和 11 年度に見込まれる数量シェア－令和 3 年度の数量シェア）÷令和 3 年度の入院外医療費の推計値×令和 11 年度の入院外医療費の推計値

②令和 3 年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額÷（1－令和 3 年度のコロシェア）×（使用促進策の結果として令和 11 年度に見込まれる金額シェア－令和 3 年度のコロシェア）÷令和 3 年度の入院外医療費の推計値×令和 11 年度の入院外医療費の推計値

また、バイオ後続品の使用促進による効果については、成分ごとに、令和 3 年度のコロ先発品を全てバイオ後続品に置き換えた場合の効果額及び令和 3 年度の数量シェアを用いて、次式により算定する。

令和 3 年度の当該成分のコロ先発品を全てバイオ後続品に置き換えた場合の効果額÷（1－令和 3 年度の当該成分のコロ数量シェア）×（使用促進策の結果として令和 11 年度に見込まれる当該成分のコロ数量シェア－令和 3 年度の当該成分のコロ数量シェア）÷令和 3 年度の入院外医療費の推計値×令和 11 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

骨太方針 2023 において、一人当たり医療費の地域差半減に向けて地域の実情に応じて取り組むこととされている。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令和 11 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、糖尿病の重症化予防の取組の推進、医薬品の適正使用の推進及び医療資源の効果的かつ効率的な活用による効果を①から⑤までにより算定する。

①糖尿病の重症化予防の取組の推進については、令和元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。

（令和元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－令和元年度の全国平均の 40 歳以上の糖尿病の一人当たり医療費）÷ 2 ×令和元年度の 40 歳以上の人口÷令和元年度の入院外医療費×令和 11 年度の入院外医療費の推計値

②重複投薬の適正化については、令和元年度の 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。

令和元年度の 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×令和元年度の 3 医療機関以上から重複投薬を受けている患者数÷ 2 ÷令和元年度の入院外医療費×令和 11 年度の入院外医療費の推計値

③複数種類の医薬品の投与の適正化については、令和元年度の医薬品を 9 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。

令和元年度の9種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者の薬剤数が1減った場合の一人当たり調剤費等の差額×令和元年度の9種類以上の投薬を受ける65歳以上の高齢者数÷2÷令和元年度の入院外医療費×令和11年度の入院外医療費の推計値

④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の適正化については、急性気道感染症及び急性下痢症の治療において処方された抗微生物薬に係る調剤費等の適正化による効果を算定する。具体的には、令和元年度の当該調剤費等を用いて、次式により算定する。

令和元年度の当該都道府県における急性気道感染症・急性下痢症患者に係る抗菌薬の調剤費等÷2÷令和元年度の入院外医療費×令和11年度の入院外医療費の推計値

⑤医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化については、白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化による効果を算定する。具体的には、令和元年度の当該都道府県における当該割合と全国平均の当該割合の差を用いて、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。

(i) 白内障手術

令和元年度の当該都道府県における白内障手術の実施件数×(令和元年度の当該都道府県における白内障手術の入院実施の割合－令和元年度の全国平均の白内障手術の入院実施の割合)÷2×令和元年度の白内障手術の入院実施と外来実施に係る1件当たりの医療費の差額÷令和元年度の入院外医療費×令和11年度の入院外医療費の推計値

(ii) 化学療法

令和元年度の当該都道府県における外来化学療法の実施件数×(令和元年度の全国平均の外来化学療法の人口1人当たり実施件数÷令和元年度の当該都道府県における外来化学療法の人口1人当たり実施件数－1)÷2×令和元年度の化学療法の入院実施と外来実施に係る1件当たり医療費の差額÷令和元年度の入院外医療費×令和11年度の入院外医療費の推計値

6 制度区分別の都道府県医療費の将来推計の方法

制度区分別の医療費の見込みについては、計画期間中の各年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計値に、都道府県別将来推計人口等を用いて推計した制度区分別の加入者数を基に算出した制度区分別の医療費割合を乗じて算出する。

具体的な算出方法は以下のとおりとする。

(1) 基準年度（令和元年度）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

後期高齢者医療事業年報の都道府県別のデータが住民住所地別になっているため、これを後期高齢者医療に係る都道府県医療費とする。

②市町村国民健康保険

国民健康保険事業年報の都道府県別のデータが住民住所地別になっているため、これを市町村国民健康保険に係る都道府県医療費とする。

③被用者保険等（国民健康保険組合を含む。以下同じ。）

医療費の動向（医療保険医療費）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 は市町村国民健康保険のデータを代用して算出

さらに、被用者保険に係る住民の住所地別医療費に一律の補正率を乗じて、被用者保険の医療費の総計が健康保険・船員保険事業年報と一致するように推計する。

国民健康保険組合については、国民健康保険事業年報に都道府県別のデータが無い場合、医療費の動向（医療保険医療費）の国民健康保険組合の都道府県別データを基に、上式と同様に算出した国民健康保険組合に係る住民の住所地別医療費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国民健康保険事業年報と一致するように推計する。

(2) 計画期間中の各年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計

(1)において算出した基準年度（令和元年度）の医療保険に係る都道府県医療費と、2から5までにおいて算出した各年度の都道府県医療費の推計値を用いて、医療費適正化の取組を行わなかった場合及び行った場合のそれぞれについて、次式により算出する。

令和元年度の医療保険に係る都道府県医療費÷令和元年度の都道府県医療費×医療費適正化の取組を行わなかった場合又は行った場合の各年度の都道府県医療費の推計値

(3) 各年度の制度区分別の医療費割合の推計

①各年度の制度区分別の加入者数の推計

後期高齢者医療制度及び市町村国民健康保険の加入者数は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査及び国民健康保険実態調査における令和4年度の都道府県別・年齢階級別の加入者数に、都道府県別将来推計人口等を用いて年齢階級別に推計した人口の伸び率を乗じて算出する。

被用者保険等の加入者数は、各年度の都道府県別将来推計人口から後期高齢者医療制度及び市町村国民健康保険の加入者数を減ずることによって算出する。

②各年度の制度区分別の医療費割合の推計

人口構成の変化等を踏まえて推計した各年度における制度区分別の一人当たり医療費の全国平均に①で推計した各制度区分の加入者数を乗じて得た値の比により、各年度の医療保険に係る都道府県医療費の全体に対して各制度区分の都道府県医療費が占める割合を推計する。

7 計画最終年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の試算の方法

各制度について、足下（令和5年度）の1人当たり保険料に、計画期間中に見込まれる1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1人当たり保険料への影響額を加えて算出する。具体的な算出方法は以下のとおりとする。

(1) 足下の1人当たり保険料

後期高齢者医療制度については、当該都道府県における令和4年度及び令和5年度の1人当たり平均保険料額を、市町村国民健康保険については、当該都道府県における令和5年度の保険料額（基礎分）を用いることとする。

(2) 計画期間中の1人当たり保険料の伸び率の推計

各制度について、計画期間中に見込まれる所要保険料の伸び率を、計画期間中に見込まれる加入者数の伸び率で除して算出する。それぞれの具体的な算出方法は以下のとおりとする。

①所要保険料の伸び率

計画期間中の所要保険料の伸び率は、令和11年度の所要保険料の見込みを令和5年度の所要保険料の見込みで除して推計する。

各年度の所要保険料の見込みは、各年度の制度区分別の都道府県医療費の推計値に、人口構成の変化等を踏まえて推計した各年度における医療費に対する所要保険料の割合を乗じることで算出する。具体的には、後期高齢者医療制度については、令和5年度に0.0786、令和11年度に0.0942を、市町村国民健康保険については、令和5年度に0.1797、令和11年度に0.1843を乗ずるものとする。

②加入者数の伸び率

6の(3)の①において算出した各制度の令和11年度の加入者数の推計値を令和5年度の加入者数の推計値で除して算出する。

(3) 制度改正による1人当たり保険料への影響

医療費の伸び以外の制度改正による1人当たり保険料の増減を推計する。

具体的には、令和6年度から後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みが導入されることを踏まえ、令和11年度の1人当たり保険料として後期高齢者医療制度については110円（月額）を加え、市町村国民健康保険については10円（月額）を減ずるものとする。