

全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価（中間評価）

平成23年3月
厚生労働省

目 次

第一 医療費適正化計画の概要

- 一 医療費適正化計画の趣旨
- 二 進捗状況に関する評価の目的

第二 医療費を取り巻く現状

- 一 医療費の動向
 - 1 医療費全体の動向
 - 2 年齢階級別医療費の動向
- 二 平均在院日数の状況
- 三 療養病床の状況
 - 1 病床数
 - 2 患者の状態像
- 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

第三 目標・施策の進捗状況等

- 一 国民の健康の保持の推進
 - 1 特定健康診査実施率
 - 2 特定保健指導終了率
 - 3 特定健康診査等に関する取組
- 二 医療の効率的な提供の推進
 - 1 平均在院日数の評価
 - 2 医療機関の機能分化・連携
 - 3 在宅医療・地域ケアの推進
 - 4 療養病床の再編成

三 その他医療費適正化の推進に関する取組

第四 今後の課題

第一 医療費適正化計画の概要

一 医療費適正化計画の趣旨

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の変化により、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ながら、国民の健康の保持、良質かつ適切な医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの適正化を図ることが必要である。

このための仕組みとして、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。）第 8 条第 1 項の規定に基づき、厚生労働大臣は、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を定めるとともに、平成 20 年度から 5 年ごとに、5 年を 1 期として医療費適正化を推進するための計画を定めることとされており、平成 20 年 9 月に「高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条第 1 項の規定に基づき定める計画」（以下「全国医療費適正化計画」という。）を策定した。

平成 20 年に策定した全国医療費適正化計画においては、若い時からの生活習慣病対策と入院期間の短縮対策が、医療費の急増を抑えていくために重要なことから、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ついて目標と取組を設定した。

なお、法第 9 条第 1 項に基づき、都道府県も当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画を定めることとされており、平成 23 年 3 月時点において、新潟県を除く 46 の都道府県が計画を策定している。

二 進捗状況に関する評価の目的

全国医療費適正化計画は定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆる PDCA サイクルに基づく管理を行うこととしている。計画の中間年度（3 年度目）には、必要に応じ取組の強化等計画の見直しに活用するほか、次期の全国医療費適正化計画の作成に活かすことを目的として、進捗状況に関する評価（以下「中間評価」という。）を行うとともに、その結果を公表することとしている。

全国医療費適正化計画の中間評価は、都道府県医療費適正化計画の評価及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、評価を行うこととしている。

第一期全国医療費適正化計画の中間評価は、計画に掲げている目標の進捗状況の確認を行いつつ、特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の取組と平均在院日数短縮のための取組を中心に評価を行うこととする。

なお、この中間評価では、既存の統計資料等の他に、法第 16 条の規定に基づき収集したデータ（以下「レセプト情報・特定健診等情報データ」という。）、平成 22 年 5 月に実施した「保険者に対する特定健康診査及び特定保健指導の実施状況に関する調査（以下「保険者調査」という。）」及び都道府県へ行った都道府県の取組状況等に関する調査の結果（※）を活用している。

（※）平成 23 年 3 月の時点において、都道府県医療費適正化計画の中間評価について、全ての都道府県が完了しているわけではないことから、都道府県への調査により都道府県の取組状況等について把握した。

第二 医療費を取り巻く現状

一 医療費の動向

1 医療費全体の動向

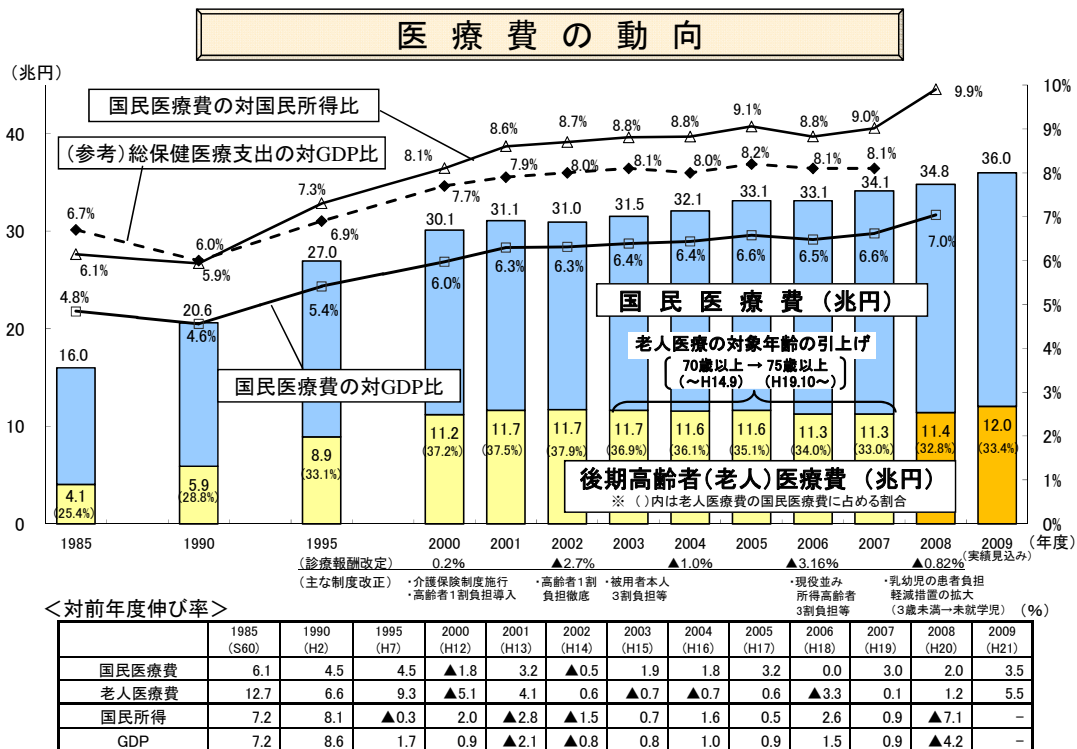
平成20年度の国民医療費は34兆8,084億円となっており、前年度の34兆1,360億円に比べて6,725億円、2.0%の増加、平成18年度の医療制度改革時の33兆1,276億円と比べ1兆6,808億円、5.1%の増加となっている。

平成20年度の国民所得は、351兆5,221億円となっており、平成19年度の378兆4,636億円に比べて7.1%の減少、平成18年度の375兆2,258億円と比べて6.3%の減少となっており、この間の国民医療費の伸び率は、国民所得の伸び率を上回っている。

また、国民医療費の対国民所得比、1人当たり国民医療費のいずれについても、平成18年度から平成20年度にかけて上昇している。（図1、表1）

平成20年度の国民医療費のうち、後期高齢者医療費は11兆4,145億円となっている。平成19年度と平成20年度では、医療制度が異なるため単純に比較することはできない面もあるが、平成19年度の老人医療費に比べ1,392億円、1.2%の増加、平成18年度の医療制度改革時と比べ1,551億円、1.4%の増加となっている。（老人医療費の対象年齢は、平成14年9月～平成19年10月に対象年齢が70歳から75歳へ段階的に引き上げられている）

図1 医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2009.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2008年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.0%

注2 2009年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、2008年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に2009年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより推計している。また、2009年度の対前年度伸び率は、概算医療費の伸び率である。

表1 国民医療費、人口一人当たり国民医療費及び国民所得比率等の推移

年度 (平成)	国民医療費		人口一人当 り国民医療費 (千円)	国民医療費の 国民所得に対 する比率(%)	国民所得		総人口 (千人)
	総額 (億円)	増減 率 (%)			(億円)	増減率 (%)	
18	331,276	0.0	259.3	8.83	3,752,258	2.6	127,770
19	341,360	3.0	267.2	9.02	3,784,636	0.9	127,771
20	348,084	2.0	272.6	9.90	3,515,221	△7.1	127,692

出典：国民医療費

2 年齢階級別医療費の動向

平成20年度の1人当たり国民医療費を見ると、75歳以上では年間830.0千円、65歳以上では年間673.4千円であるのに対し、65歳未満では年間158.9千円となっており、約4倍から5倍の開きがある。

平成11年度から平成20年度までの1人当たりの国民医療費の推移を見ると、65歳未満では増加しているのに対して、65歳以上では減少している。(表2)

一方で、75歳以上の人口が増加していることから、国民医療費に占める75歳以上医療費の割合は増加傾向にある。(図2)

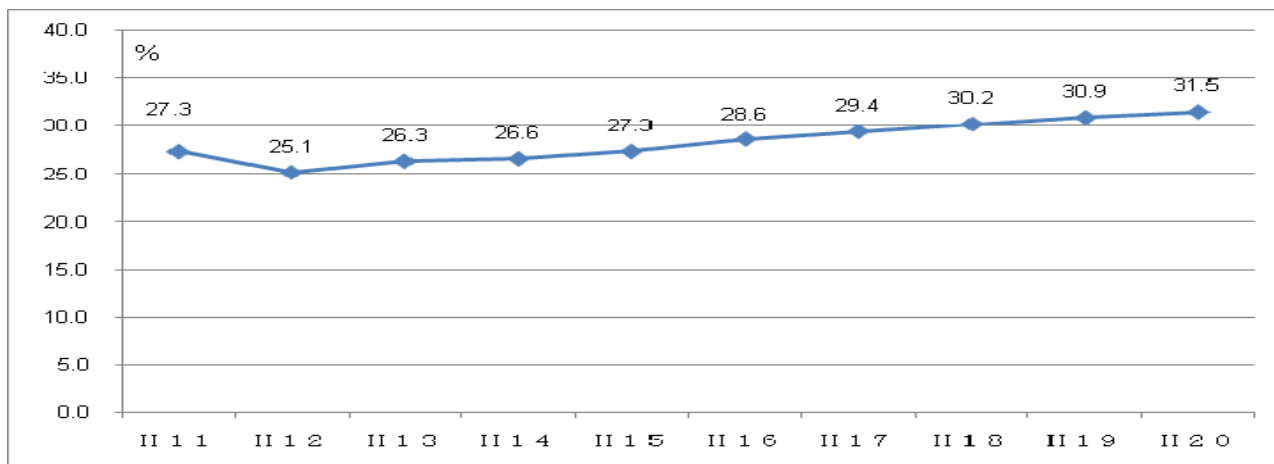
表2 年齢階級別1人当たり国民医療費の推移(H11-20)

(単位 千円)

	総数	65歳未満	65歳以上	70歳以上	75歳以上
平成11年	242.3	144.6	729.2	849.0	986.6
平成12年	237.5	148.5	660.8	755.8	838.1
平成13年	244.3	150.3	673.6	765.8	858.9
平成14年	242.9	151.1	645.9	732.7	818.2
平成15年	247.1	151.6	656.2	740.8	816.8
平成16年	251.5	151.4	664.9	755.4	830.3
平成17年	259.3	155.9	668.6	761.7	837.8
平成18年	259.3	154.0	659.8	743.4	822.0
平成19年	267.2	157.9	666.3	754.5	830.3
平成20年	272.6	158.9	673.4	760.0	830.0
H11-20 増減額	30.3	14.3	▲55.8	▲89.0	▲156.6
伸び率	12.5%	9.9%	▲7.7%	▲10.5%	▲15.9%

出典：国民医療費

図2 75歳以上国民医療費の構成割合の推移（H11～20）



出典：国民医療費

二 平均在院日数の状況

平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方があるが、厚生労働省において実施している病院報告においては次の算式により算出することとされている。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

平成21年病院報告によると、医療保険が適用される全病床の平均在院日数（介護療養病床を除く全病床の平均在院日数）は、31.3日、全病床では33.2日となっている。病床の種類ごとにみると、精神病床307.4日、療養病床179.5日、一般病床18.5日となっている。（表3）

全国医療費適正化計画策定時の最新データであった平成18年病院報告と比較すると、介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は0.9日、全病床の平均在院日数は1.5日短くなっている。

病床種類別では、一般病床、精神病床及び感染症病床で短くなっており、結核病床、及び療養病床で長くなっている。（表4）

表3 病床の種類別の平均在院日数

年次	全病床	全病床 (介護療養 病床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	介護療養病床 (再掲)
平成18年	34.7	32.2	19.2	320.3	9.2	70.5	171.4	268.6
平成19年	34.1	31.7	19.0	317.9	9.3	70.0	177.1	284.2
平成20年	33.8	31.6	18.8	312.9	10.2	74.2	176.6	292.3
平成21年	33.2	31.3	18.5	307.4	6.8	72.5	179.5	298.8

出典：病院報告

表4 病床の種類別にみた平均在院日数の対前年増減数

	H18	H19	H20	H21	H18-H21
介護療養病床を除く全病床	—	▲0.5	▲0.1	▲0.3	▲0.9
全病床	▲1.0	▲0.6	▲0.3	▲0.6	▲1.5
精神病床	▲6.9	▲2.4	▲5.0	▲5.5	▲12.9
感染症病床	▲0.6	0.1	0.9	▲3.4	▲2.4
結核病床	▲1.4	▲0.5	4.2	▲1.7	2.0
一般病床	▲0.6	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.7
療養病床	▲1.4	5.7	▲0.5	2.9	8.1
介護療養病床	—	15.6	8.1	6.5	30.2

出典：病院報告

介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の推移について、都道府県別に見ると、ほとんどの都道府県で平成18年よりも平均在院日数が短縮されているが、変化率にはばらつきがある。

(表5)

表5 介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の推移

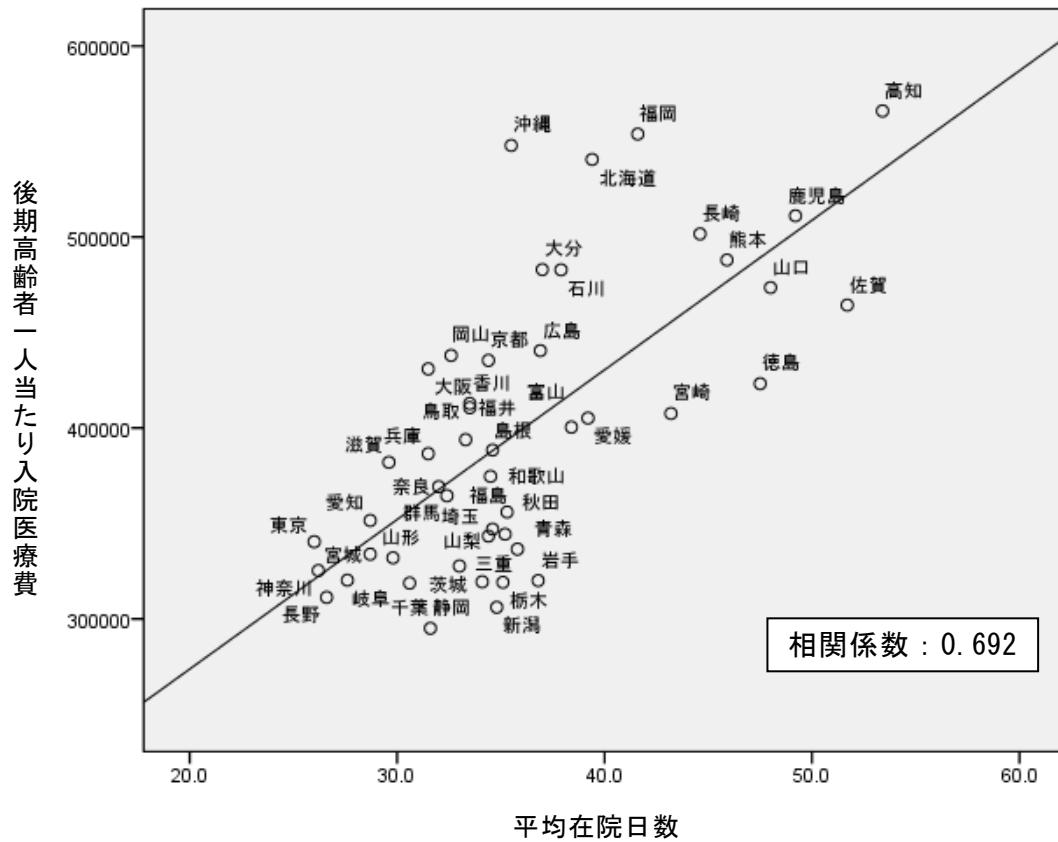
	平均在院日数				変化日数	変化率
	H18	H19	H20	H21	H18→H21	H18→H21
全国	32.2	31.7	31.6	31.3	-0.9	-2.8%
北海道	37.1	36.5	36.6	35.9	-1.2	-3.2%
青森	35.1	34.3	34.2	33.4	-1.7	-4.8%
岩手	35.5	35.1	35.6	35.3	-0.2	-0.6%
宮城	29.0	28.5	28.4	27.8	-1.2	-4.1%
秋田	35.3	34.3	34.1	34.1	-1.2	-3.4%
山形	28.9	28.7	29.5	29.6	0.7	2.4%
福島	35.0	34.4	34.2	33.7	-1.3	-3.7%
茨城	31.9	31.6	31.5	31.1	-0.8	-2.5%
栃木	34.9	34.4	33.9	33.4	-1.5	-4.3%
群馬	31.2	31.1	30.8	30.6	-0.6	-1.9%
埼玉	33.3	32.9	32.8	32.3	-1.0	-3.0%
千葉	30.4	29.6	29.3	28.8	-1.6	-5.3%
東京	25.4	24.6	24.3	23.9	-1.5	-5.9%
神奈川	25.5	25.1	24.8	24.4	-1.1	-4.3%
新潟	32.1	32.0	32.0	31.8	-0.3	-0.9%
富山	33.2	32.5	32.7	32.4	-0.8	-2.4%
石川	35.3	34.6	34.9	34.9	-0.4	-1.1%
福井	32.8	31.9	31.5	31.1	-1.7	-5.2%
山梨	34.8	34.2	33.9	33.6	-1.2	-3.4%
長野	25.0	25.1	25.1	24.8	-0.2	-0.8%
岐阜	27.5	26.9	26.6	26.3	-1.2	-4.4%

静岡	28.8	28.6	28.5	28.7	-0.1	-0.3%
愛知	27.4	27.0	26.9	26.4	-1.0	-3.6%
三重	32.9	32.2	32.1	31.6	-1.3	-4.0%
滋賀	27.5	27.7	27.9	27.2	-0.3	-1.1%
京都	31.3	30.7	30.6	30.1	-1.2	-3.8%
大阪	29.6	29.4	29.6	29.6	0.0	0.0%
兵庫	30.0	29.5	29.4	28.8	-1.2	-4.0%
奈良	30.5	30.0	29.9	29.1	-1.4	-4.6%
和歌山	34.2	32.8	32.9	33.3	-0.9	-2.6%
鳥取	33.9	33.2	32.4	32.2	-1.7	-5.0%
島根	32.6	32.5	33.0	33.2	0.6	1.8%
岡山	32.1	31.4	31.3	31.0	-1.1	-3.4%
広島	34.8	34.4	33.8	33.2	-1.6	-4.6%
山口	42.8	42.9	42.2	41.9	-0.9	-2.1%
徳島	43.2	42.6	42.5	42.2	-1.0	-2.3%
香川	32.7	31.9	31.9	31.7	-1.0	-3.1%
愛媛	35.9	35.9	35.9	35.5	-0.4	-1.1%
高知	46.4	46.2	46.1	46.1	-0.3	-0.6%
福岡	39.6	39.2	38.8	38.3	-1.3	-3.3%
佐賀	48.5	47.1	47.5	46.6	-1.9	-3.9%
長崎	42.4	42.2	42.4	41.5	-0.9	-2.1%
熊本	42.1	41.5	41.5	41.8	-0.3	-0.7%
大分	36.1	36.1	36.0	35.7	-0.4	-1.1%
宮崎	40.5	39.6	40.1	40.0	-0.5	-1.2%
鹿児島	47.7	46.7	46.8	46.4	-1.3	-2.7%
沖縄	36.3	34.6	34.4	33.8	-2.5	-6.9%

出典：平成 18 年は「病院報告」より保険局調査課作成、平成 19 年～21 年は「病院報告」

また、平成 20 年の都道府県ごとの平均在院日数と 1 人当たり老人医療費（入院）の関係をみると、平成 17 年時と同様に高い相関関係にある。（図 3-1、3-2）

図 3-1 平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費（入院）の相関（平成 20 年）

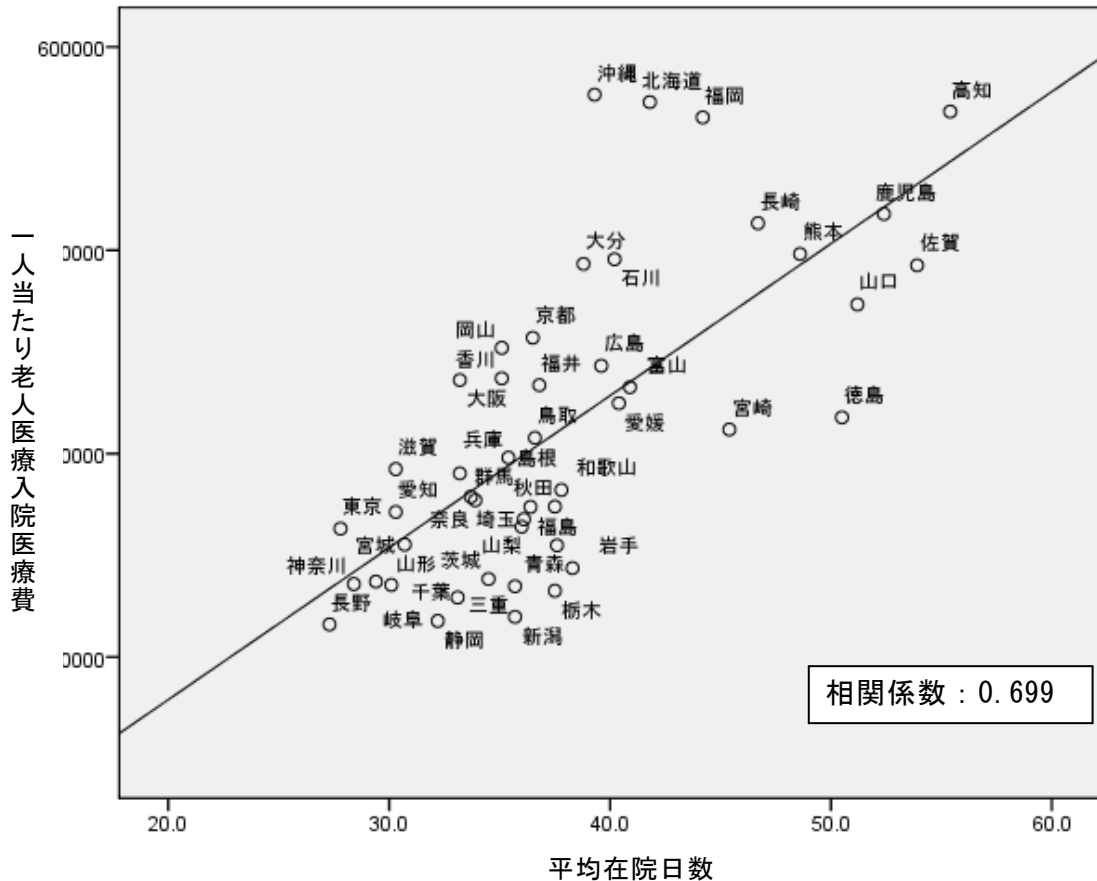


（注 1）平均在院日数は総数である。

（注 2）一人当たり入院医療費は一人当たり入院医療費及び食事療養・生活療養（医科）費用を合算した額である。

出典：「平成 20 年病院報告」「平成 20 年度後期高齢者医療事業状況報告」より作成

図3-2 平均在院日数と一人当たり老人医療入院医療費の相関（平成17年）



（注1）平均在院日数は総数である。

（注2）一人当たり老人医療入院医療費は、一人当たり入院診療費と食事療養（医科）費用額を合算した額である。

出典：「平成17年病院報告」「平成17年度老人医療事業報告」より作成

三 療養病床の状況

1 病床数

平成21年7月の病院報告等によると、主として長期にわたり療養を必要とする患者が入院するための病床である療養病床（医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除いたものは、全国に約32.0万床あり、医療保険が適用される療養病床（以下「医療療養病床」という。）のうち、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除いたものが約22.7万床、介護保険が適用される療養病床（療養病床のうち、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第26項に規定する介護療養型医療施設の療養病床をいう。以下「介護療養病床」という。）が約9.3万床となっている。（表6）

平成18年10月の病院報告等での上記病床数は、それぞれ約35.2万床、約23.4万床、約11.8万床となっており、医療療養病床、介護療養病床のどちらも病床数は減少している。

表6 全国における療養病床数（病院・診療所別）

	療養病床数 (全数) ※1	介護 療養病床数 ※2	医療 療養病床数 ※3	回復期リハビリ テーション病棟病 床数(療養病床) ※4	療養病床(回復期リハビ リテーション病棟である 療養病床を除く) ※5	医療療養病床(回復期リ ハビリテーション病棟で ある療養病床を除く) ※6
総数	354,038	92,725	261,313	34,420	319,618	226,893
病院	337,352	87,095	250,257	34,420	302,932	215,837
診療所	16,686	5,630	11,056	—	16,686	11,056

(出典：平成21年7月分概数「病院報告」)

(回復期リハビリテーション病棟病床数については、保険局医療課調べ)

※3は、※1から※2をマイナスして算出

※5・※7は、※1から※4をマイナスして算出

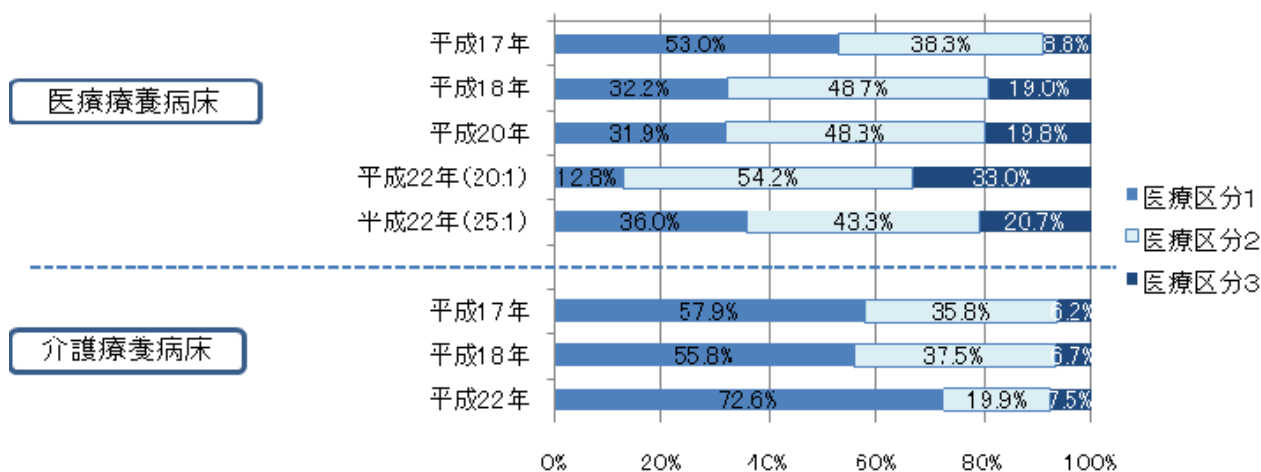
※6・※8は、※3から※4をマイナスして算出

2 患者の状態像

平成17年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査では、医療療養病床と介護療養病床との間で入院患者の医療区分に大きな差が見られず、両者の役割分担が不明確であることから、患者の状態に即した機能分担を進める必要が生じていた。

平成22年に実施した医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査では、医療療養病床の患者では介護療養病床の患者よりも医療区分1の占める割合が低く、医療区分2及び医療区分3の割合が高くなっており、機能分担が進みつつあるといえる。(図4)

図4 医療区分の年次推移



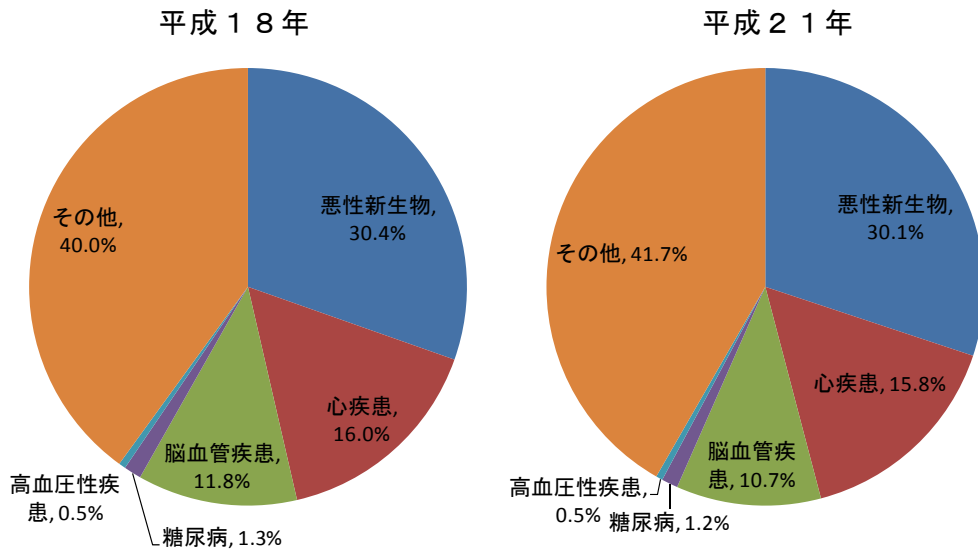
出典：「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値

四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体のうち、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の占める割合が大きくなっている。

平成 21 年の死因別死亡割合のうち、「悪性新生物」30.1%、「心疾患」15.8%、「脳血管疾患」10.7%、「糖尿病」1.2%、「高血圧性疾患」0.5%となっており、生活習慣病が死亡割合の約 6 割を占めている。(図 5)

図 5 死因別死亡割合の推移



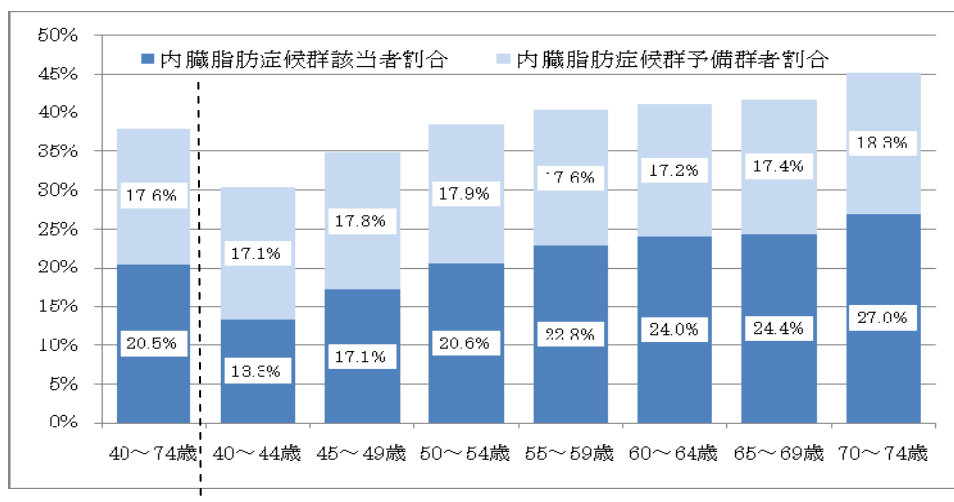
出典：人口動態統計

生活習慣病発症のリスクが高くなるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の割合は、平成 20 年度において 14.4%、メタボリックシンドローム予備群者については、12.4%となっている。

これらの割合は、男性の方が女性より多くなっており、また、年齢が上昇するほど多くなる傾向にある。(図 6・7)

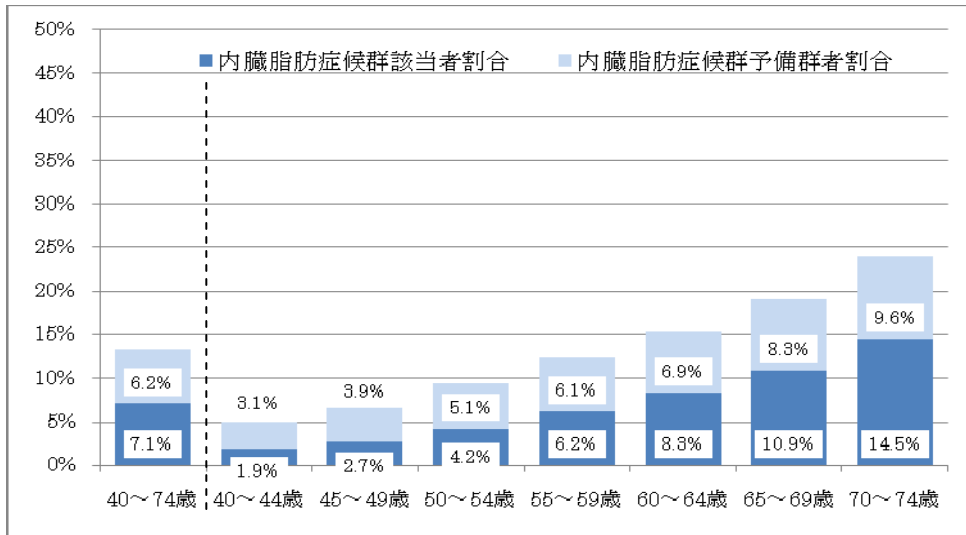
都道府県別では、鳥取県が最も少なく沖縄県が最も大きくなっている。(図 8)

図 6 平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者・予備群（男性）



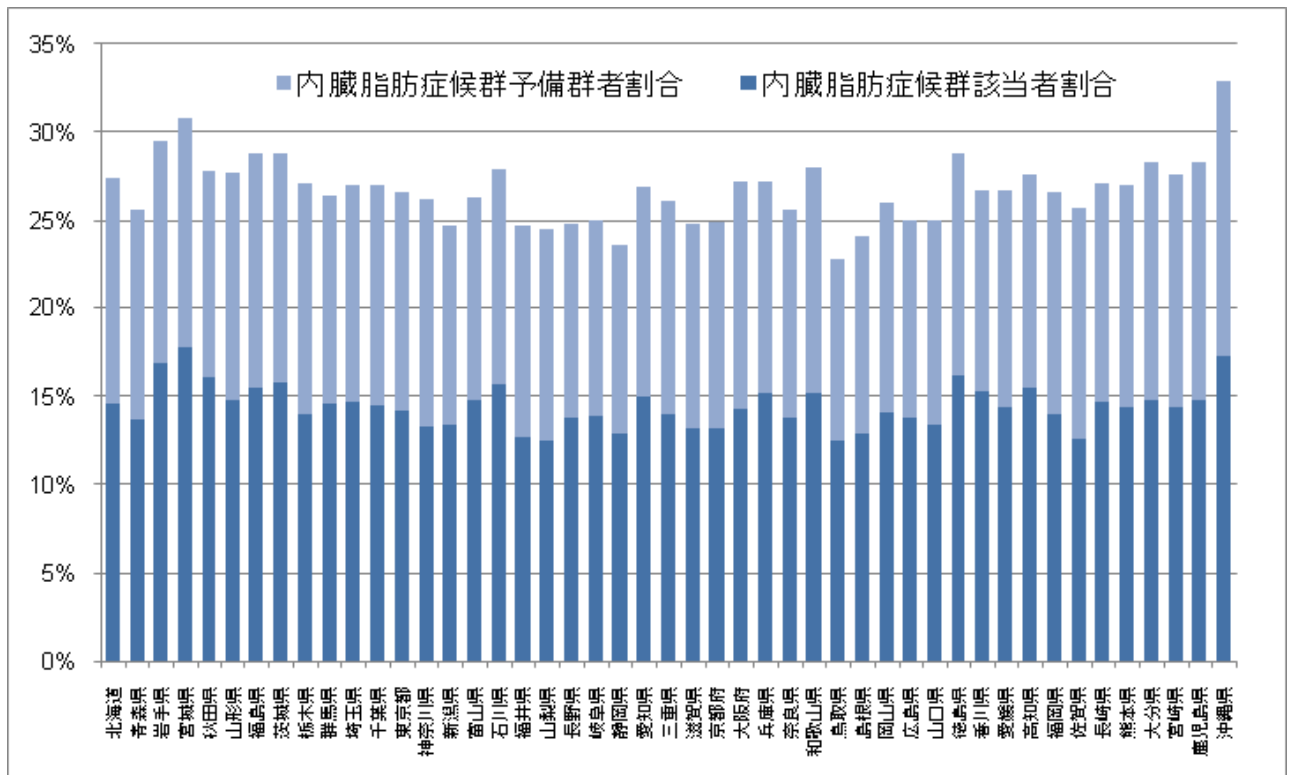
出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図7 平成20年度メタリックシンドローム該当者・予備群（女性）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図8 都道府県別 平成20年度メタリックシンドローム該当者・予備群の割合



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第三 目標・施策の進捗状況等

一 国民の健康の保持の推進

1 特定健康診査実施率

平成 24 年度において、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査を受診することを、全国医療費適正化計画に目標として定めている。

現時点で平成 20 年度確定値と平成 21 年度速報値(※)を公表しているが、平成 20 年度 38.9%、平成 21 年度 40.5%となっている。(表 7)

都道府県別にみると、20%台の都道府県もあるなどばらつきがある。(図 9)

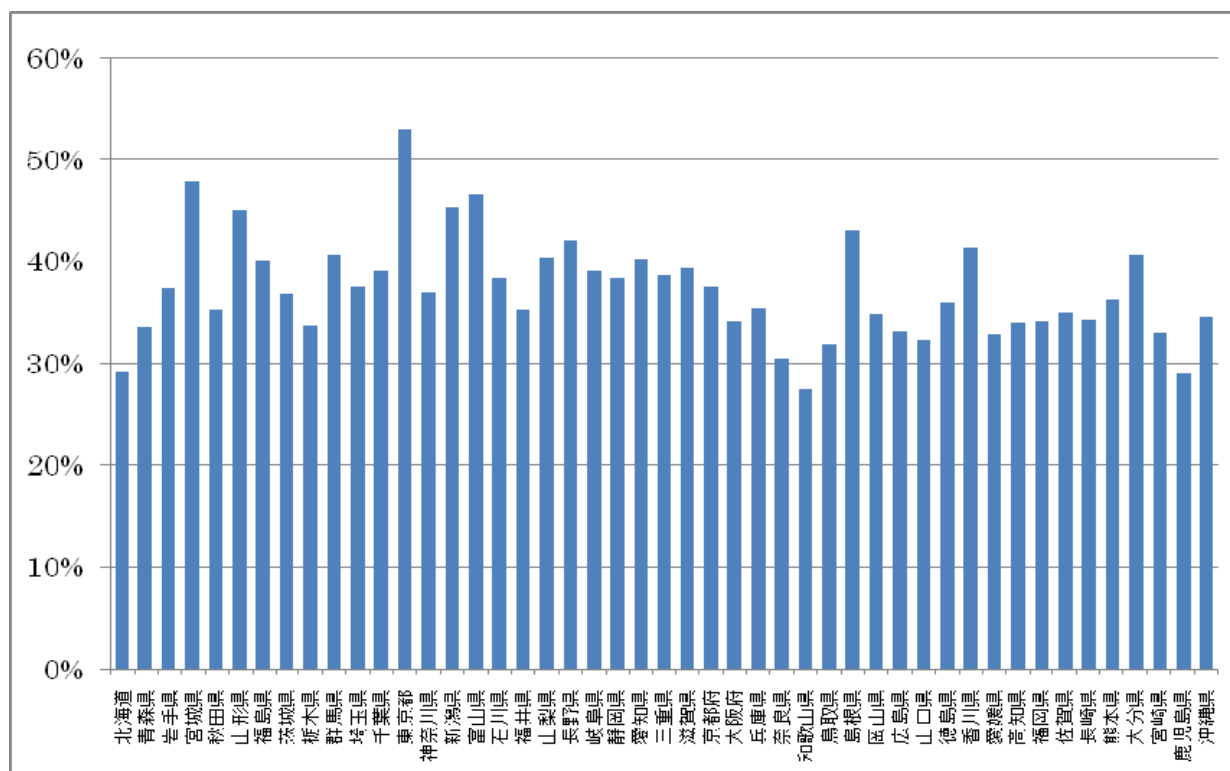
(※) 平成 21 年度の実績については、保険者からの申告値をまとめたものであり、今後公表される確定値においては、速報値からの変更があり得る。

表 7 特定健康診査の実施状況

	対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
平成 20 年度(確定値)	51,919,920	20,192,502	38.9%
平成 21 年度(速報値)	52,207,120	21,147,356	40.5%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 9 平成 20 年度都道府県別特定健康診査実施率



(注) 都道府県内の特定健康診査対象者数を推計した上で、算出したものである。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、組合健保と共済組合が相対的に高くなっており、市町村国保、国保組合、全国健康保険協会及び船員保険において低いという二極構造となっている。また、いずれ

の保険者種別についても、平成 20 年度よりも平成 21 年度において、実施率が上昇している。
(表 8)

表 8 特定健康診査の実施状況（保険者の種類別）

	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	健保組合	船員保険	共済組合
平成 20 年度(確定値)	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	22.8%	59.9%
平成 21 年度(速報値)	31.4%	36.0%	30.3%	63.3%	32.1%	65.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

年齢階級別では、40～50 歳代で相対的に高くなっており、60 歳以降が相対的に低くなっている。また、性別では、男性が女性よりも高くなっている。男性は 60 歳未満で高く、60 歳以上で低くなっているが、女性は年齢により受診率に大きな差はない。(表 9)

表 9 平成 20 年度特定健康診査の実施状況（性・年齢階級別）

	40～74 歳	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
	全体	38.9%	42.0%	43.1%	41.9%	39.1%	34.3%	35.6%
男性	43.1%	50.2%	51.2%	49.0%	44.7%	35.6%	33.7%	35.0%
女性	34.8%	33.3%	34.5%	34.7%	33.4%	33.1%	37.3%	37.4%

(注) 平成 21 年度の実績は速報値のため、性・年齢階級別の実施状況は集計を行っていない。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

2 特定保健指導終了率

全国医療費適正化計画では、平成 24 年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の 45%以上が特定保健指導を受けること及び特定保健指導が必要と判定された対象者を平成 20 年度と比べて 10%以上減少させることを目標として定めている。

現時点で平成 20 年度確定値と平成 21 年度速報値(※)を公表しているが、平成 20 年度 7.7%、平成 21 年度 13.0%となっている。(表 10)

平成 20 年度の特定保健指導終了率について、都道府県別にみると、4%台の都道府県もあるなど、ばらつきがある。(図 10)

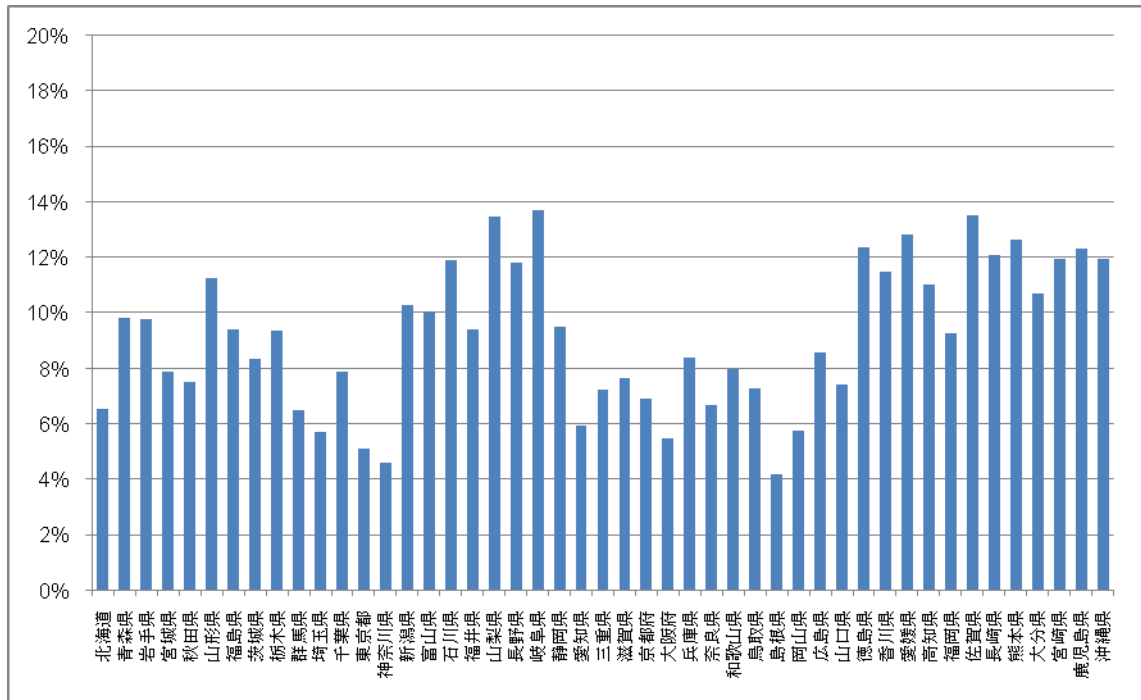
(※) 平成 21 年度の実績については、保険者からの申告値をまとめたものであり、今後公表される確定値においては、速報値からの変更があり得る。

表 10 特定保健指導の実施状況

	対象者数	終了者数	特定保健指導終了率
平成 20 年度(確定値)	4,010,717	308,222	7.7%
平成 21 年度(速報値)	3,998,172	518,198	13.0%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 10 平成 20 年度 都道府県別特定保健指導終了率



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保が相対的に高くなっている。また、いずれの保険者種別についても、平成 20 年度よりも平成 21 年度において、終了率が上昇している。(表 11)

表 11 特定保健指導の実施状況（保険者の種類別）

	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	健保組合	船員保険	共済組合
平成 20 年度(確定値)	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	6.6%	4.2%
平成 21 年度(速報値)	21.5%	6.9%	7.2%	12.4%	9.8%	9.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

平成 20 年度の特定保健指導実施率について、年齢階級別では、男性は 65 歳以上で 65 歳未満と比較して高くなっている。女性は 60 歳以上で 60 歳未満と比較して終了率が高くなっている。(表 12)

表 12 平成 20 年度特定保健指導の実施状況（性・年齢階級別）

	40~74 歳	40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳
		歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
全体	7.7%	5.3%	5.9%	6.0%	6.2%	8.7%	13.7%	13.8%
男性	7.1%	5.4%	6.1%	6.0%	5.9%	7.2%	13.1%	14.1%
女性	9.4%	4.5%	5.1%	5.7%	7.3%	11.9%	14.6%	13.2%

(注) 平成 21 年度の実績は速報値のため、性・年齢階級別の実施状況は集計を行っていない。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

初回面接を行った者の特定保健指導終了率は、平成20年度において78.5%となっている。(表13) 全体の特定保健指導終了率(7.7%)と比較すると、非常に高くなっており、いかにして初回面接を行うところまでこぎつけるかということが重要と考えられる。(表13)

表13 初回面接実施者の平成20年度特定保健指導実施状況

全体		動機付け支援		積極的支援	
終了者割合	途中脱落者割合	終了者割合	途中脱落者割合	終了者割合	途中脱落者割合
78.5%	21.5%	90.9%	9.1%	62.5%	37.5%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

平成20年度において、初回面接の際の支援形態と特定保健指導終了率を見ると、動機付け支援と比べて途中脱落率の多い積極的支援において、グループ支援の方が個別支援よりも終了者の割合が高くなっている。(表14)

表14 初回面接による支援形態別 平成20年度特定保健指導の実施状況

	個別支援		グループ支援	
	終了者割合	途中脱落者割合	終了者割合	途中脱落者割合
全体	77.1%	22.9%	85.9%	14.1%
動機付け支援	91.0%	9.0%	90.3%	9.7%
積極的支援	60.6%	39.4%	76.9%	23.1%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

特定保健指導の実施は、医師、保健師、管理栄養士、一定の保健指導の実務経験がある看護師及び専門的知識及び技術を有すると認められる者が行うこととされている。平成20年度の特定保健指導については、保健師と管理栄養士が約9割を占めている。(表15)

表15 平成20年度特定保健指導実施者

	医師	保健師	管理栄養士	その他	未記入	合計
初回面接の実施者	3.4%	66.1%	23.2%	7.3%	0.0%	100.0%
6ヶ月後評価の実施者	2.7%	66.7%	22.7%	7.8%	0.1%	100.0%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

3 特定健康診査等に関する取組

(1) 国の取組

国においては、実施率向上の取組として、集合契約の円滑な締結や市町村におけるがん検診等との同時実施の促進、広報による制度の普及啓発などを行ってきた。

また、実施率向上のために有効な都道府県や保険者の取組の把握を行うことも重要であることから、以下の(2)と(3)において、都道府県や保険者の主な取組を取り上げる。

なお、特定健康診査の項目等については、中間評価の内容も踏まえ、平成25年度の第二期医療費適正化計画に向けて、本年より検討を開始する予定である。

(2) 都道府県の取組

特定健康診査等の円滑な実施のために、都道府県において各種の取組を行っている。各種研

修会の実施、連絡会議の設置等、市町村国保への技術的助言等、マスメディア・HP等を活用した広報といった取組が、多くの都道府県において実施されている。

これらの取組を始め、都道府県の主な取組例は以下の通りである。

① 関係者との連携

各保険者と連携し特定健診等を実施するため、都道府県は国保連合会に設置された保険者協議会に参加している。

保険者協議会への参加に加え、県職員（保健師）を国保連合会に派遣し、国保連合会が行う市町村国保への支援やモデル事業等実施の支援を行っている都道府県がある。

② 市町村国保への技術的助言等

特定健診等についての市町村国保への技術的助言等は、多くの都道府県において行われている。その際の工夫として、国保と衛生部門の両者に対して一括して行っている都道府県がある。これにより、特定健診等とがん検診等との取組を併せて把握することができ、より実態に即した対策の助言等が可能となっている。

③ がん検診等各種健診の同時実施の推進

住民の受診の利便性の向上と受診率の向上を図るため、がん検診等各種健診と特定健康診査の同時実施を推進することが必要である。都道府県においては、同時受診が可能な機関の一覧表の作成及び県HPへの掲載、県医師会や保険者協議会を通じた市町村国保への協力の依頼等の取組が行われている。

21年度から新たにがん検診との同時実施を行った結果、20年度から受診率が約5%上昇した保険者もあった。

④ 普及啓発活動

特定健診等の実施率向上のためには、制度について理解を深めてもらうことが重要であり、そのためには普及啓発活動を行うことが必要である。

多くの都道府県において行われているマスメディア・HP等を活用した広報のほか、県内事業所を訪問する事業の委託、保険者や実施機関が被保険者等からの問い合わせにスムーズに対応できるよう、保険者協議会と共同で「対応マニュアル」の作成等の取組を行っている県がある。

また、特定健診等への理解を深めてもらうため、かかりつけ医からの受診勧奨は有効と考えられる。かかりつけ医からの受診勧奨を推進するために、地域の医師等への働きかけを積極的に行っている都道府県がある。

⑤ データの収集・分析

県内の各保険者の特定健診等データを収集し分析等を行った上で、その結果について保険者への情報提供や人材育成研修での公表等の取組を行っている都道府県がある。

⑥ 保険者（市町村国保）へのインセンティブ付与

国においては、平成25年度より特定健診等の実施率等に応じて、後期高齢者支援金について加減算措置を行うことを予定しているが、市町村国保の特定健診等実施率に応じて、

都道府県調整交付金の交付額を決定している都道府県がある。

(3) 保険者の取組

法第 19 条において、保険者は特定健康診査等実施計画を定め、その中で具体的な目標を定めることとされている。

目標達成のため、各保険者は様々な取組を行っている。第一期全国医療費適正化計画の中間評価においては、保険者調査の結果を用い、実施率が相対的に高い保険者で行われている割合が多い取組を分析することにより、効果的な取組の把握に努めることとする。

① 健保組合における特定健康診査に関する取組

健保組合の中で（※1）、保険者調査において、平成 21 年度の実施率が上位であった保険者（実施率を 80%以上と回答した保険者。以下①において「上位保険者」という。）とそれ以外の保険者（以下①において「その他保険者」という。）の間（表 16）で、特定健康診査の実施体制や取組状況について分析する。

なお、上位保険者の 8 割は 5,000 人未満の保険者が占めている。（表 17）

（※1）被用者保険の中で母数（保険者数）が最も多いことから、健保組合を対象とした。

表 16 健保組合における特定健診実施率の分類

健診実施率	上位保険者	その他保険者	記入無し	合計
保険者数	180	993	93	1266
割合（%）	14.2	78.4	7.4	100.0

出典：保険者調査

表 17 上位保険者の規模別構成割合

対象者数	上位保険者		全体	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
5,000 人未満	145	80.6%	814	64.3%
5,000～10,000 人未満	18	10.0%	172	13.6%
10,000～15,000 人未満	6	3.3%	73	5.8%
15,000～20,000 人未満	3	1.7%	31	2.4%
20,000～25,000 人未満	5	2.8%	39	3.1%
25,000～30,000 人未満	0	0.0%	8	0.6%
30,000～35,000 人未満	0	0.0%	8	0.6%
35,000～40,000 人未満	2	1.1%	8	0.6%
40,000～45,000 人未満	0	0.0%	7	0.6%
45,000～5,0000 人未満	1	0.6%	4	0.3%
50,000 人以上	0	0.0%	39	3.1%
未記入	0	0.0%	63	5.0%
	180	100.0%	1,266	100.0%

出典：保険者調査

分析の結果、上位保険者とその他保険者間で差が見られた主な内容は以下のとおりである。

- ・ 被扶養者への健診について、集合契約のみでなく個別契約を締結している保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 18) 一方、集合契約を締結している割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して小さくなっている。(表 19・20)

これは、個別契約では健診項目の追加等、対象者に応じた実施体制を構築しやすいことや、保険者において対象者の所在や対象者が受診しやすい健診機関を把握できているということが影響しているものと考えられる。

表 18 個別契約の締結の有無

個別契約の締結の有無	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
締結している	151	83.9%	702	70.7%
締結していない	29	16.1%	291	29.3%
合 計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

表 19 集合契約Aの締結の有無

集合契約Aの締結の有無	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
締結している	83	46.1%	596	60.0%
締結していない	97	53.9%	397	40.0%
合 計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

表 20 集合契約Bの締結の有無

集合契約Bの締結の有無	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
締結している	74	42.2%	529	53.3%
締結していない	106	58.8%	464	46.7%
合 計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

- ・ がん検診との同時実施の状況について、同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 21)

がん検診との同時実施が被保険者の利便性を向上させ、受診率向上の取組として、有効なものであると考えられる。

表 21 がん検診との同時実施の状況

がん検診との同時実施の状況	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
同時実施が可能な全ての医療機関では同時実施している	136	75.6%	598	60.2%
一部実施機関でのみ同時実施している	19	10.6%	164	16.5%
同時実施していない	25	13.8%	221	22.3%
無回答	0	0%	10	1.0%
合計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 被扶養者に対する健診の実施期間について、一定期間のみ実施している保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 22)
必ずしも健診の実施期間が長い方が良いということではないと考えられる。

表 22 特定健診実施期間

特定健診実施期間	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
1年を通じて実施	55	30.6%	427	43.0%
一定期間のみ実施 (実施期間は6ヶ月以上)	64	35.6%	187	18.8%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月以上6ヶ月未満)	24	13.3%	71	7.2%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月未満)	11	6.1%	20	2.0%
無回答	26	14.4%	288	29.0%
合計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 未受診者への受診勧奨を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 23) 未受診者の理由把握の実施を行っている保険者の割合も、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 24) また、被扶養者に対する受診率向上のために工夫している点として、「年度途中の未受診者への受診勧奨」を挙げている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 25)

保険者による未受診者対策の実施が、受診率向上の取組として有効なものであると考えられる。

表 23 未受診者への受診勧奨の実施状況

未受診者への受診勧奨		上位保険者		その他保険者	
		保険者数	割合	保険者数	割合
被保険者	実施している	69	38.3%	249	25.1%
	実施していない	108	60.0%	725	73.0%
	無回答	3	1.7%	19	1.9%
	合計	180	100.0%	993	100.0%
被扶養者	実施している	50	27.8%	139	14.0%
	実施していない	127	70.6%	830	83.6%
	無回答	3	1.6%	24	2.4%
	合計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

表 24 未受診者の理由把握の実施状況

未受診者の理由把握の実施		上位保険者		その他保険者	
		保険者数	割合	保険者数	割合
被保険者	実施している	55	30.6%	128	12.9%
	実施していない	91	50.5%	654	65.9%
	無回答	34	18.9%	211	21.2%
	合計	180	100.0%	993	100.0%
被扶養者	実施している	21	11.7%	44	4.4%
	実施していない	122	67.8%	685	69.0%
	無回答	37	20.5%	264	26.6%
	合計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

表 25 被扶養者に対する受診率向上のための工夫として受診勧奨を挙げた保険者

年度途中の未受診者への受診勧奨	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
受診勧奨を実施している	38	21.1%	119	12.0%
受診勧奨を実施していない	142	78.9%	874	88.0%
合計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 被扶養者に対する受診率向上のために有効だと思った方法として、「その他」を挙げている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 26) その他の具体的内容としては、婦人科検診等とのセットによる検診内容の充実、案

内文書等の自宅への送付、健診機関リストの送付等が挙げられている。

保険者において、対象者の状況も踏まえ、独自の取組を行うことが、受診率向上に有効であると考えられる。

表 26 被扶養者に対する受診率向上に有効な方法として「その他」を挙げた保険者

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
「その他」を選択	21	11.7%	50	5.0%
「その他」を選択しない	159	88.3%	943	95.0%
合 計	180	100.0%	993	100.0%

出典：保険者調査

上記の上位保険者とその他保険者の比較を踏まえると、(i) がん検診との同時実施、(ii) 未受診者への受診勧奨、(iii) 未受診理由を始め対象者の状況の把握、(iv) 対象者の状況も踏まえた独自の取組の実施といった取組が健保組合の受診率の向上に有効と考えられる。

なお、上記の分析は健保組合を対象として行ったが、被用者保険という特質は同じであることから、その他の被用者保険についても、上記の取組は有効と考えられる。

② 市町村国保における特定健康診査に関する取組

市町村国保の中で、保険者調査において、平成 21 年度の実施率が上位であった保険者（実施率が 50%以上と回答した保険者。以下②において「上位保険者」という。）とそれ以外の保険者（以下②において「その他保険者」という。）の間（表 27）で、特定健康診査の実施体制や取組状況について分析する。

なお、上位保険者の 9 割は対象者数 5,000 人未満の保険者が占めている。（表 28）

表 27 市町村国保における特定健診実施率の分類

健診実施率	上位保険者	それ以外の保険者	合計
保険者数	190	1,567	1,757
構成割合 (%)	10.8	89.2	100.0

出典：保険者調査

表 28 上位保険者の規模別構成割合

対象者数	上位保険者		全 体	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
5,000 人未満	153	80.5%	852	48.5%
5,000～10,000 人未満	23	12.1%	354	20.1%
10,000～15,000 人未満	4	2.1%	189	10.8%
15,000～20,000 人未満	6	3.2%	107	6.1%
20,000～25,000 人未満	2	1.1%	46	2.6%
25,000～30,000 人未満	1	0.5%	46	2.6%
30,000 人以上	1	0.5%	163	9.3%
合 計	190	100%	1,757	100.0%

出典：保険者調査

分析の結果、上位保険者とその他保険者間で差がみられた主な内容は以下のとおりである。

- ・ 直営・委託の状況について、直営による健診を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 29)

これは、保険者の直営機関では、健診項目の追加等対象者に応じた実施体制を構築しやすいことや、直営機関が対象者にとって身近であることが影響しているものと考えられる。

表 29 直営・委託の状況

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
直営のみ	16	8.4%	55	3.5%
直営と外部委託との組み合わせ	38	20.0%	273	17.4%
外部委託のみ	136	71.6%	1,239	79.1%
合 計	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 健診の実施状況について、集団健診を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 30)

集団健診では、効率的な実施が可能であることや自治会内での受診の働きかけが行いやすいといったことが影響しているものと考えられる。

表 30 個別健診・集団健診の実施状況

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
個別健診	11	5.8%	235	15.0%
集団健診	90	47.4%	358	22.8%
個別健診と集団健診の組み合わせ	89	46.8%	974	62.2%
合計	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

- ・ がん検診や肝炎ウイルス検診との同時実施の状況について、同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 31・32)

がん検診や肝炎ウイルス検診との同時実施が被保険者の利便性を向上させ、受診率向上の取組として、有効なものであると考えられる。

表 31 がん検診との同時実施の状況

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施している	138	72.6%	867	55.3%
一部実施機関でのみ同時実施している	33	17.4%	450	28.7%
同時実施していない	19	10%	248	15.8%
無回答	0	0%	2	0.2%
合計	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

表 32 肝炎ウイルス検診との実施状況

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
同時実施が可能な全ての医療機関で同時実施している	136	71.6%	898	57.3%
一部実施機関でのみ同時実施している	35	18.4%	370	23.6%
同時実施していない	19	10%	296	18.9%
無回答	0	0%	3	0.2%
合計	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 特定健診の実施期間について、3ヶ月未満のみ実施している保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 33・34)
必ずしも健診の実施期間が長い方が良いということではないと考えられる。

表 33 個別健診の特定健診実施期間

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
1年を通じて実施	18	18.0%	172	14.2%
一定期間のみ実施 (実施期間は6ヶ月以上)	24	24.0%	589	48.7%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月以上6ヶ月未満)	33	33.0%	354	29.3%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月未満)	22	22.0%	84	7.0%
無回答	3	3.0%	10	0.8%
合計	100	100.0%	1,209	100.0%
(個別健診を行っていない保険者)	90		358	

出典：保険者調査

表 34 集団健診の特定健診実施期間

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
1年を通じて実施	10	5.6%	83	6.2%
一定期間のみ実施 (実施期間は6ヶ月以上)	27	15.1%	367	27.5%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月以上6ヶ月未満)	25	14.0%	285	21.4%
一定期間のみ実施 (実施期間は3ヶ月未満)	116	64.8%	579	43.5%
無回答	1	0.5%	18	1.4%
合計	179	100.0%	1,332	100.0%
(集団健診を行っていない保険者)	11		18	

出典：保険者調査

- 対象者への個別通知の実施時期について、年度当初等に一齐に行うのではなく、誕生日、受診該当月の前に段階的に行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 35)

健診受診日に近い時期や、誕生日等の機会を捉えた通知が効果的であると考えられる。

表 35 特定健康診査の個別通知の時期

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
「段階的に通知」を実施している	53	29.8%	301	19.8%
「段階的に通知」を実施していない	125	70.2%	1,217	80.2%
合 計	178	100.0%	1,518	100.0%

出典：保険者調査

- 受診率向上のために有効だと思った方法として、地域人材（保健指導員、食生活改善推進員等）の活用を挙げている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 36)

地域人材と協力した受診率向上のための地域活動の展開が、受診率向上に有効であると考えられる。

表 36 受診率向上に有効な方法として「地域人材の活用」を挙げた保険者

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
「地域人材の活用」を選択	38	20.0%	189	12.1%
「地域人材の活用」を選択しない	152	80.0%	1,378	87.9%
全 体	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

- 受診率向上のために有効だと思った方法として、「その他」を挙げている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。(表 37) その他の具体的内容としては、土日・夜間・早朝・農閑期等の健診の実施、地区組織・自治会などを活用した健診チラシ・申込書の全戸配布、行政放送での健診のPR等が挙げられている。

保険者において、対象者の状況も踏まえ、独自の取組を行うことが、受診率向上に有効であると考えられる。

表 37 受診率向上に有効な方法として「その他」を挙げた保険者

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
「その他」を選択	36	18.9%	161	10.3%
「その他」を選択しない	154	81.1%	1,406	89.7%
全 体	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

- ・ 特定保健指導の対象にはならない服薬治療中（血圧、コレステロール、血糖値を下げる薬）の者へ保健指導を行っている保険者の割合が、上位保険者ではその他保険者と比較して大きくなっている。（表 39）

保健指導を始め被保険者の健康の保持の推進に積極的な取組を行っているため、特定健診についても受診率が高くなっているものと考えられる。

表 39 特定健診受診時に服薬治療中の者への特定保健指導実施状況

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
保健指導を実施している	97	51.0%	624	39.8%
保健指導を実施していない	87	45.8%	927	59.2%
無回答	6	3.2%	15	1.0%
合計	190	100.0%	1,567	100.0%

出典：保険者調査

上記の上位保険者とその他保険者の比較を踏まえると、(i) 集団健診の実施、(ii) がん検診や肝炎ウイルス検診との同時実施、(iii) 機会を捉えた個別通知の実施、(iv) 地域人材の活用、(v) 独自の取組の実施、(vi) 積極的な保健指導の実施といった取組が市町村国保の受診率向上に有効と考えられる。

③ 特定保健指導に関する取組

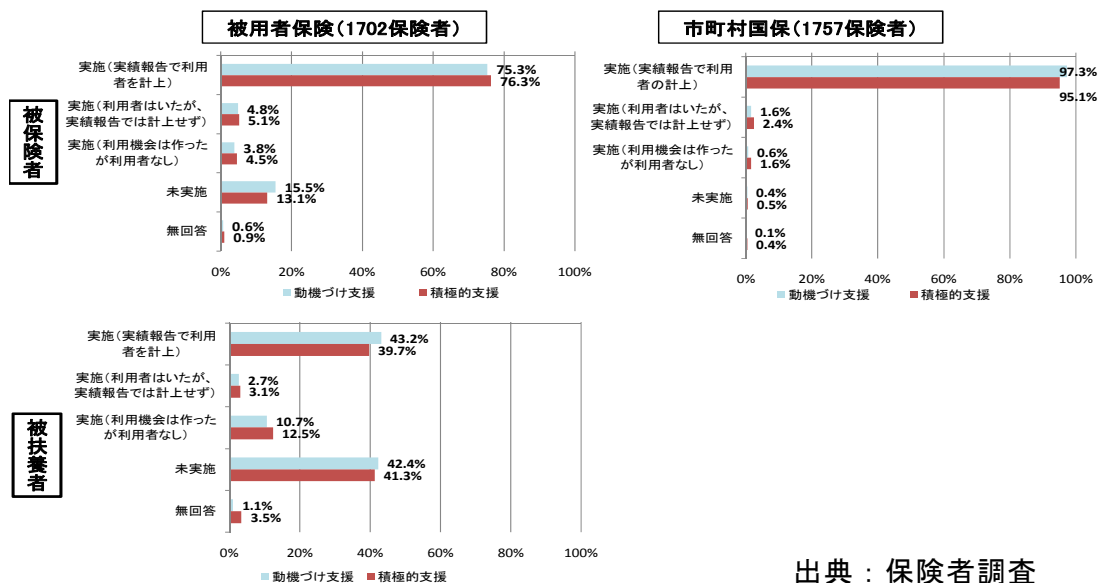
特定保健指導の終了率については、市町村国保が他の保険者と比べて相対的に高くなっている。市町村国保と被用者保険の間で、特定保健指導の実施体制や取組状況について比較し分析（※）する。

（※）分析はクロス集計により行い、統計的な差の検定は、Pearson のカイ 2 乗検定を用いた。

市町村国保と被用者保険間で差が見られた主な内容は以下のとおりである。

- ・ 市町村国保では、ほとんど全ての保険者が特定保健指導を実施しているが、被用者保険では、被扶養者へはそもそも特定保健指導を行っていない保険者が多数ある。（図 11）

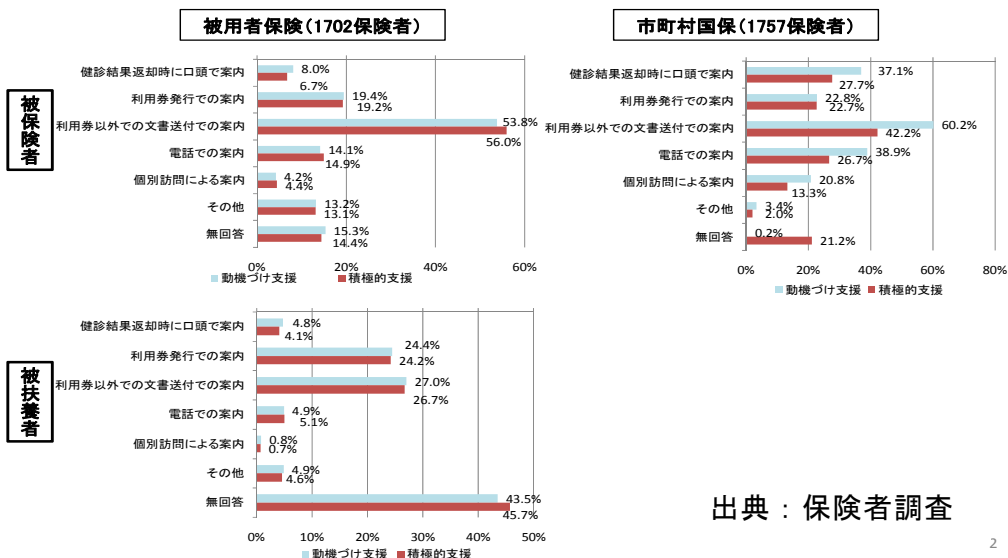
図 11 特定保健指導の実施の有無



出典：保険者調査

- ・ 特定保健指導対象者への個別通知の方法について、市町村国保では、健診結果返却時の口頭での案内、電話での案内、個別訪問による案内が、被用者保険と比較して多くの保険者において行われている。（図 12）

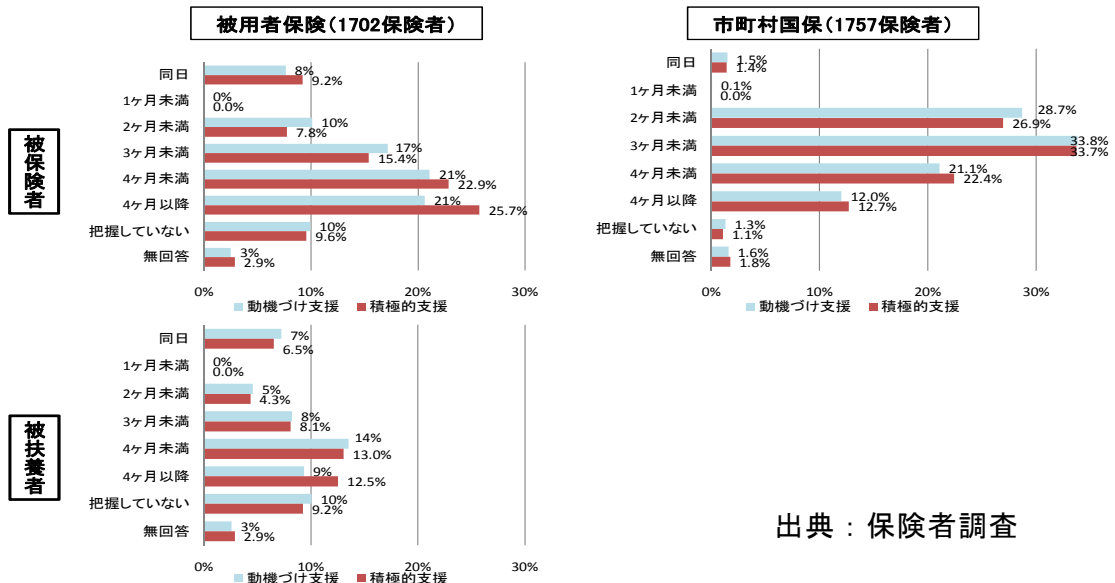
図 12 特定保健指導対象者への個別通知の方法（複数回答）



出典：保険者調査

- ・ 健診受診から保健指導（初回面接）までの平均的な期間について、市町村国保の方が被用者保険よりも短い期間で行っている。（図 13）

図13 特定健康診査受診から保健指導（初回面接）までの平均的な期間



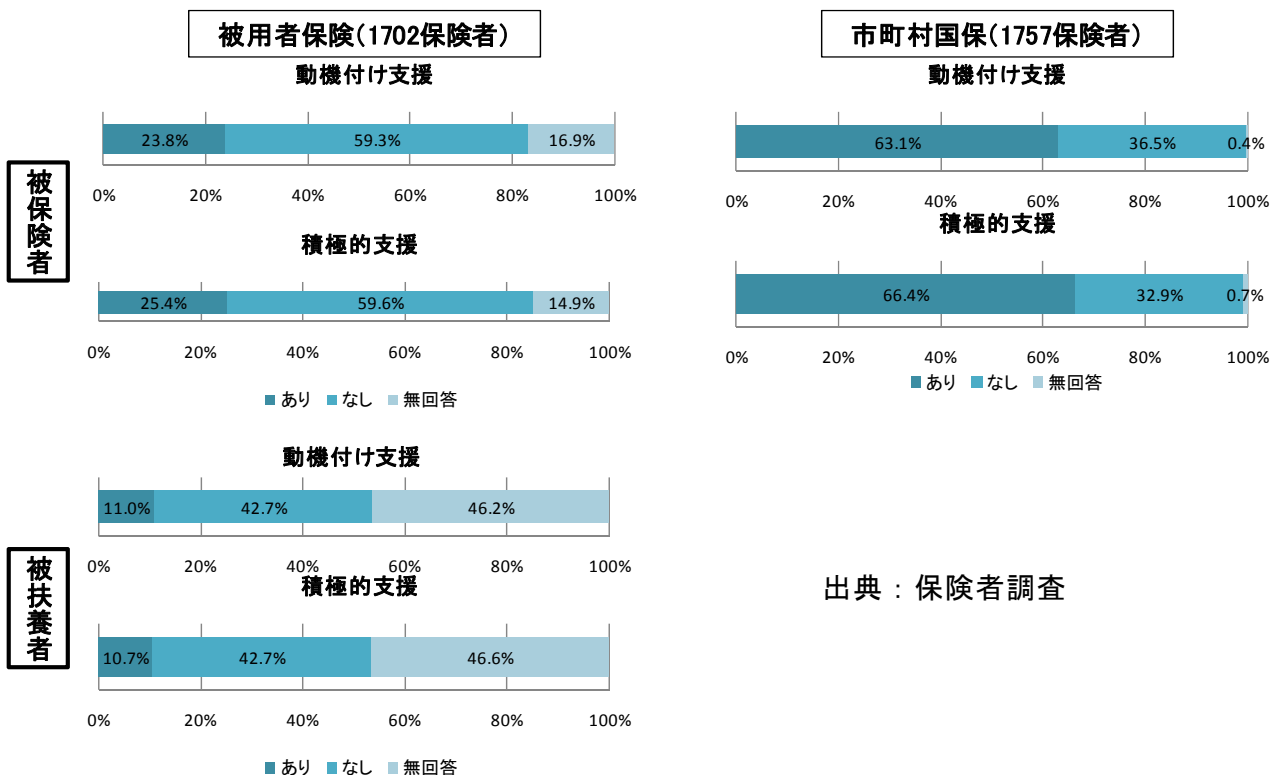
出典：保険者調査

※被用者保険については、複数回答

3

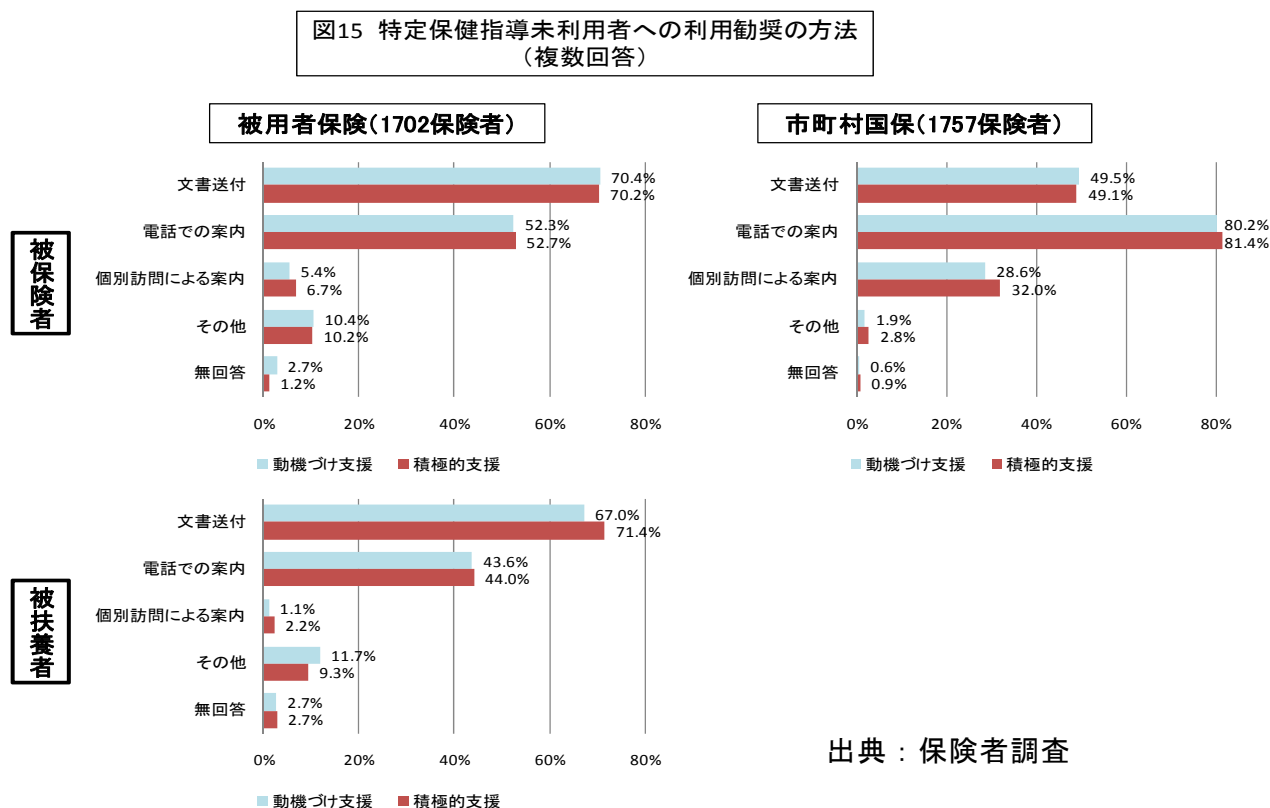
- ・ 特定保健指導未利用者への利用勧奨について、市町村国保では、多くの保険者が利用勧奨を行っているが、被用者保険では、利用勧奨を行っている保険者は少ない。（図 14）

図14 特定保健指導未利用者への利用勧奨の有無



出典：保険者調査

- ・ 利用勧奨の方法として、市町村国保では、電話での案内や個別訪問による案内が多いのに対して、被用者保険では文書送付が多くなっている。(図 15)



上記の市町村国保と被用者保険の比較を踏まえると、(i) 文書送付以外の方法による個別通知の実施、(ii) 健診から初回面接までの期間の短縮、(iii) 未利用者への利用勧奨、(iv) 特に電話や個別訪問による利用勧奨といった取組が特定保健指導の終了率の向上に有効と考えられる。

4 一般的な住民向けの健康増進対策

保険者による特定健康診査等の取組は、都道府県・市町村を中心とした一般的な住民向けの健康増進対策（ポピュレーションアプローチによる健康増進対策）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮する。

喫煙に関する普及啓発、食生活に関する普及啓発、運動の習慣化に関する普及啓発が多くの都道府県・市町村において行われている。

また、特定健康診査のデータ等を分析し、グラフ化及びマップ化することにより、生活習慣等に関する特徴を把握するとともに、住民への啓発に活用している都道府県もある。

二 医療の効率的な提供の推進

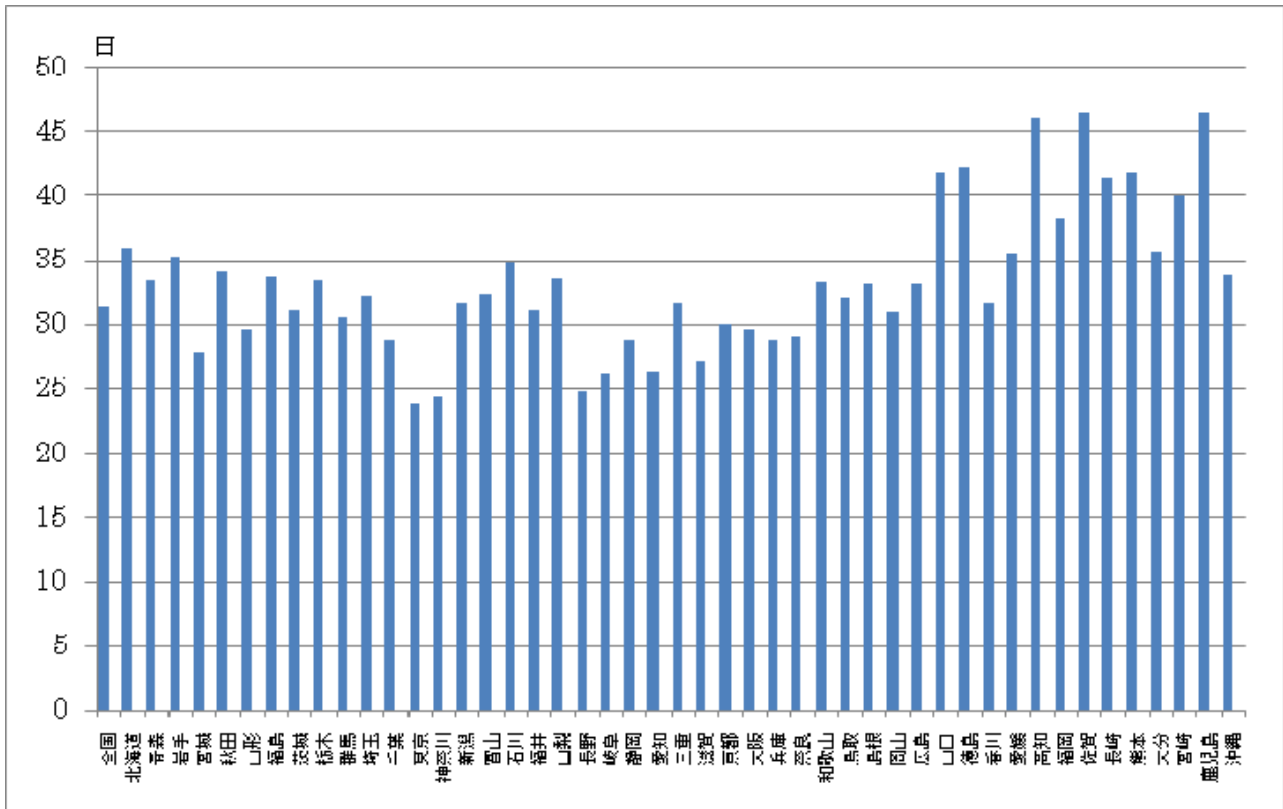
1 平均在院日数の評価

全国医療費適正化計画においては、医療費の適正化を図るため、医療機関の機能分化・連携の推進、在宅医療・地域ケアの推進及び療養病床の再編成を進めることにより、医療機関における入院期間の短縮を図ることとしている。

具体的な目標値として、平成 18 年時点における全国平均（32.2 日）と最短の長野県（25.0 日）との差を 9 分の 3 短縮し、平成 24 年の全国平均を 29.8 日にすると全国医療費適正化計画において定めた。

平成 21 年の平均在院日数は 31.3 日、最短県は東京都の 23.9 日と全国平均、最短県ともに減少している。しかしながら、全国平均と最短県の差は拡大しており、都道府県間のばらつきも大きい。（図 16）医療提供体制や高齢化の状況等について、それぞれの地域の個別事情はあるが、医療機関の機能分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進等の更なる取組が必要である。

図 16 平成 21 年都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く。）



出典：病院報告

2 医療機関の機能分化・連携

平成 20 年度からの医療計画において、がん、脳卒中等の四疾病ごとに、地域連携パス（以下「パス」という。）の活用等により各医療機関が地域においてどのような役割を担うのかを明らかにしていくこととされた。

運営協議会等の設置、運営協議会等を活用した県内におけるパスの標準化、パスのモデルの冊子の県内全病院への配布や県ホームページでの公表、関係者の意識啓発等を目的とする研修会の実施、パスの導入状況等についての調査といった、パスに関する様々な取組が行われている。

パスに関する診療報酬（地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料）を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数は、平成 18 年から平成 21 年の間に急増している。（表 40）

表 40 地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料施設基準届出状況

	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
地域連携診療計画管理料	78	209	405	613
	—	—	—	—
地域連携診療計画退院時指導料	164	604	1,274	1,839
	58	144	205	267

出典：保険局医療課調べ

医療機関の機能分化・連携に特に効果を上げていると思われる取組内容について、都道府県に調査を行ったところ、回答として最も多かったのがパスに関する取組であり、40都道府県のうち13の都道府県が挙げた。

亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数・病床数も増加しており、医療機能の分化やリハビリテーション機能の充実も進んでいる。(表41・42)

表 41 亜急性期入院医療管理料施設基準届出状況

	届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数)			
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
亜急性期入院医療管理料	848	981	1,062	1,185
	10,102	11,474	12,851	14,606

※平成20年以降は、亜急性期入院医療管理料1と2の合計

出典：保険局医療課調べ

表 42 回復期リハビリテーション病棟入院基本料施設基準届出状況

	届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数)			
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
回復期リハビリテーション病棟入院基本料	670	794	911	1,031
	36,057	43,525	50,668	56,332

※平成20年以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料1と2の合計

出典：保険局医療課調べ

多くの都道府県において、かかりつけ医・かかりつけ薬局の普及啓発に関する各種取組が行われている。

その他にも、かかりつけ医から急性期を担う中核病院への情報提供体制の構築、電子カルテ情報共有のためのシステム構築といった医療機関同士の情報共有化促進の取組を行っている県もある。

3 在宅医療・地域ケアの推進

訪問看護ステーション数及び利用者数は、平成18年以降横ばいとなっている。(表43)

表43 訪問看護ステーション数とその利用者数

	平成18年	平成19年	平成20年
訪問看護ステーション数	5,470	5,407	5,434
利用者数(人)	281,160	274,079	281,917

(注) 介護予防訪問看護ステーションによる介護予防訪問看護の利用者は含まれていない。

出典：介護サービス施設・事業所調査

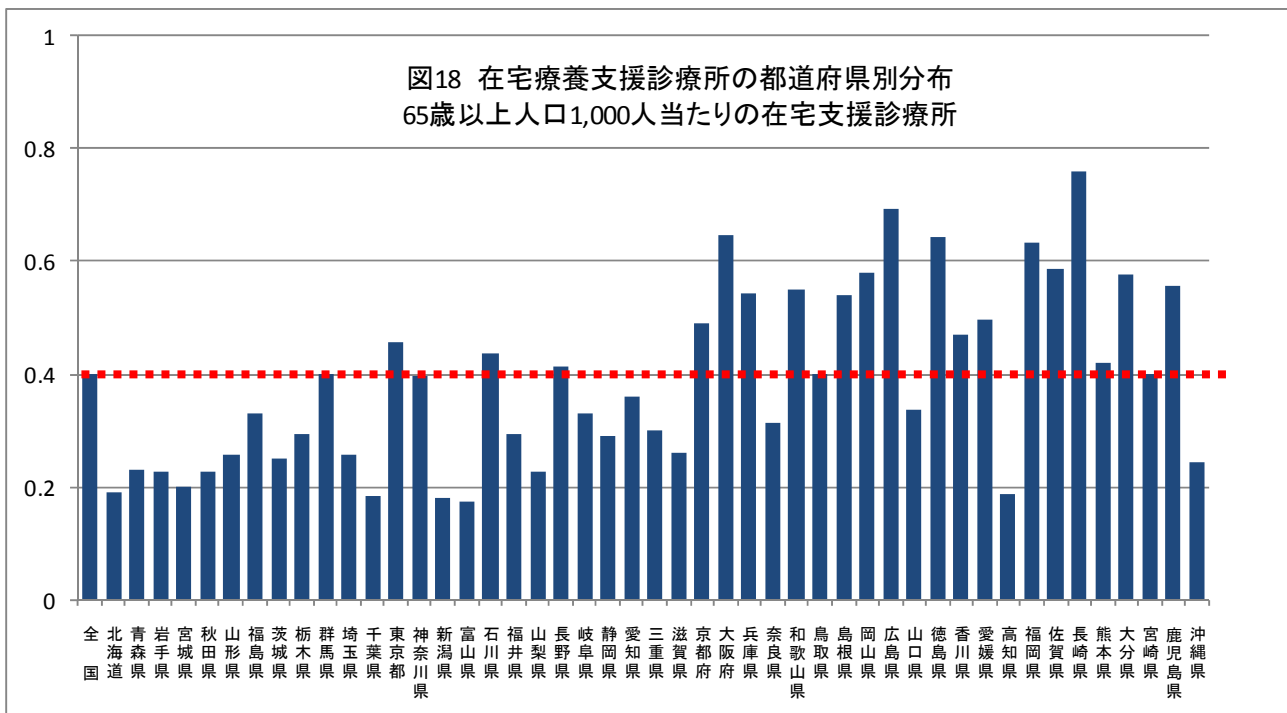
一方、平成18年に新設された在宅療養支援診療所は、平成21年までの間に増加している。(表44)しかしながら、65歳以上人口1,000人当たりの在宅支援診療所数の都道府県別の分布を見ると、都道府県間のばらつきが大きく、西日本や都市部で多くなっている。(図17)

表44 在宅療養支援診療所数の推移

	届出医療機関数			
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
在宅療養支援診療所	9,434	10,477	11,450	11,955

出典：保険局医療課調べ

図17 在宅療養支援診療所の都道府県別分布
65歳以上人口1,000人当たりの在宅支援診療所数



出典：医療施設調査（平成20年）、人口推計（平成20年10月1日現在推計人口）

また、在宅時医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料を算定するための施設基準の届出をしている医療機関数は、平成18年以降増加している。(表45)

表 45 在宅時医学総合管理料等施設基準届出状況

	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
在宅時医学総合管理料	732	852	1,039	1,107
	14,409	15,856	17,263	18,012
在宅末期医療総合診療料	—	—	6	49
	8,177	8,736	9,574	10,046

出典：保険局医療課調べ

多くの都道府県において、訪問看護師、地域包括支援センター職員など在宅医療に関わる各種人材へ研修を行っている。また、在宅医療の推進に向け、関係者で構成される協議会の運営も多くの県で行われている。

その他にも、住民への普及啓発のための講座の開催、相談窓口の設置、高齢者の住まいの場の確保に関する取組、在宅医療関係機関一覧の作成等の各種取組が都道府県において行われている。

「2 医療機関の機能分化・連携」で挙げたパスは、病院間の連携のみでなく、在宅医療への移行にも資するものである。

4 療養病床の再編成

平均在院日数短縮を推進するための施策として、全国医療費適正化計画では療養病床の再編成を掲げており、平成20年6月時点で都道府県医療費適正化計画を策定していた44都道府県の数値を集計し、回復期リハビリテーション病床を除く療養病床を約21万床とすることを具体的な目標値とした。

しかしながら、計画に則して再編成を推進することが実態にそぐわないのではないかとの懸念があることから、療養病床に係る目標は凍結し、目標数へ向けた機械的削減は行わないこととした。

ただし、患者の状態像等に応じて医療機関が自主的に行う病床転換を円滑に進めるための支援は、引き続き必要である。

多くの都道府県において、療養病床の転換等についての相談窓口を設置している。また、医療機関への意向調査やヒアリングを実施し、転換を希望する医療機関への個別相談を実施するなどの取組が行われている。

なお、平成18年6月末の時点から平成21年6月末の間の都道府県別の療養病床数（回復期リハビリテーション病床を除く）の推移についてみると、ほとんどの都道府県において病床数は減少している。（表46）

表 46 都道府県別療養病床数（病院）（回復期リハビリテーション病床を除く）の推移

	平成18年				平成21年				H18～H21			
	療養病床(回復期リハビリテーション病床を除く) ※1	介護療養病床(再掲) ※2	医療療養病床(回復期リハ除く)(再掲) ※3	回復期リハビリテーション病床(療養病床分) ※4	療養病床(回復期リハビリテーション病床を除く) ※1	介護療養病床(再掲) ※2	医療療養病床(回復期リハ除く)(再掲) ※3	回復期リハビリテーション病床(療養病床分) ※4	療養病床(回復期リハビリテーション病床を除く) ※1	介護療養病床(再掲) ※2	医療療養病床(回復期リハ除く)(再掲) ※3	回復期リハビリテーション病床(療養病床分) ※4
全 国	332,690	110,985	221,705	24,179	303,020	87,866	215,154	34,420	-29,670	-23,119	-6,551	10,241
北海道	26,587	8,282	18,305	1,505	22,547	5,905	16,642	1,964	-4,040	-2,377	-1,663	459
青 森	2,641	903	1,638	495	2,157	796	1,391	642	-354	-107	-247	147
岩 手	2,663	838	1,825	404	2,574	579	1,995	348	-89	-259	-170	-56
宮 城	3,050	420	2,630	358	2,671	298	2,373	600	-379	-122	-257	242
秋 田	2,426	511	1,915	187	2,110	431	1,679	283	-316	-80	-238	96
山 形	1,619	341	1,278	254	1,610	68	1,542	387	-9	-273	264	133
福 島	4,429	935	3,494	225	4,102	716	3,386	384	-327	-219	-108	159
茨 城	5,780	1,623	4,157	261	5,812	1,325	4,487	203	32	-298	330	-58
栃 木	4,427	801	3,626	208	4,167	568	3,599	131	-260	-233	-27	-77
群 馬	4,558	1,291	3,267	484	4,276	1,113	3,163	837	-282	-178	-104	353
埼 玉	13,248	3,432	9,816	881	11,778	2,752	9,026	1,455	-1,470	-680	-790	574
千 葉	10,034	2,851	7,183	372	9,233	2,093	7,140	474	-801	-758	-43	102
東 京	20,214	7,168	13,046	1,202	18,688	6,996	11,692	1,929	-1,526	-172	-1,354	727
神 奈 川	12,447	4,922	7,525	457	11,673	3,287	8,386	1,051	-774	-1,635	861	594
新 潟	5,234	2,475	2,759	332	4,747	2,043	2,704	461	-487	-432	-55	129
富 山	5,311	2,554	2,757	80	5,212	2,447	2,765	140	-99	-107	8	80
石 川	5,184	1,763	3,421	75	4,556	1,387	3,169	255	-628	-376	-252	180
福 井	2,735	914	1,821	48	2,319	740	1,579	138	-416	-174	-242	88
山 梨	1,844	190	1,654	601	1,869	214	1,655	402	25	24	1	-199
長 野	3,589	1,718	1,871	411	3,203	1,447	1,756	556	-386	-271	-115	145
岐 阜	3,278	1,203	2,075	164	3,171	667	2,504	291	-107	-538	429	127
静 岡	11,024	3,825	7,199	735	9,835	3,305	6,530	1,382	-1,189	-520	-669	647
愛 知	12,764	4,623	8,141	1,301	11,959	3,736	8,223	1,821	-805	-887	82	520
三 重	4,603	1,394	3,209	297	3,941	1,078	2,863	443	-662	-316	-346	146
滋 賀	2,827	1,018	1,809	0	2,763	822	1,941	172	-64	-196	132	172
京 都	6,855	3,926	2,929	355	6,085	3,550	2,535	311	-770	-376	-394	-44
大 阪	22,557	7,976	14,581	1,823	21,282	5,107	16,175	2,557	-1,275	-2,869	1,694	734
兵 庫	13,831	4,646	9,185	1,017	12,592	3,611	8,981	1,601	-1,239	-1,035	-204	584
奈 良	3,070	1,058	2,012	271	2,692	902	1,790	553	-378	-156	-222	282
和 歌 山	2,649	678	1,971	209	2,584	636	1,948	233	-65	-42	-23	24
鳥 取	1,432	337	1,095	399	1,355	278	1,077	442	-77	-59	-18	43
高 知	2,556	894	1,662	132	2,267	569	1,698	159	-289	-325	38	27
岡 山	5,139	1,373	3,766	368	4,789	1,025	3,764	313	-350	-348	-2	-55
広 島	10,366	3,831	6,535	456	9,694	3,234	6,460	864	-672	-597	-75	408
山 口	9,404	3,875	5,729	484	8,761	2,860	5,901	706	-643	-815	172	222
徳 島	4,575	1,765	2,790	326	3,978	1,420	2,558	553	-597	-365	-232	227
香 川	2,480	870	1,610	125	2,455	704	1,751	185	-25	-168	141	60
愛 媛	5,378	2,201	3,177	405	4,766	1,585	3,181	615	-612	-616	4	210
高 知	7,408	2,884	4,524	606	6,476	2,469	4,007	687	-932	-415	-517	81
福 岡	21,644	6,860	14,784	2,351	19,262	5,602	13,660	2,955	-2,382	-1,258	-1,124	604
佐 賀	4,433	1,167	3,266	358	3,966	1,235	2,731	514	-467	68	-535	156
長 崎	6,373	1,632	4,741	497	5,931	1,172	4,759	848	-442	-460	18	351
熊 本	10,460	3,956	6,504	413	9,252	3,128	6,124	699	-1,208	-828	-380	286
大 分	2,652	884	1,768	615	2,510	592	1,918	566	-142	-292	150	-49
宮 崎	3,788	1,827	1,961	293	3,773	1,324	2,449	235	-15	-503	488	-58
鹿 児 島	9,764	1,993	7,771	731	8,440	1,494	6,946	1,240	-1,324	-499	-825	509
沖 縄	3,460	537	2,923	608	3,107	556	2,551	837	-353	19	-372	229

※1 「療養病床数」(平成18年 病院報告(平成18年6月末現在))、「回復期リハビリテーション病床数」
 ※2 「平成18年 病院報告(平成18年6月末現在)」
 ※3 ※1-※2
 ※4 平成18年10月厚生労働省保険局総務課調べ
 ※1 「療養病床数」(平成21年 病院報告(平成21年6月末現在))、「回復期リハビリテーション病床数」
 ※2 「平成21年 病院報告(平成21年6月末現在)」
 ※3 ※1-※2
 ※4 平成21年7月厚生労働省保険局総務課調べ

三 その他医療費適正化の推進に関する取組

都道府県医療費適正化計画には、住民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進の他に、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を掲げることとしている。

これを定めていない都道府県もあるが、適切な受診行動の促進・レセプト点検と後発医薬品の使用促進が比較的多くの都道府県において行われている。

① 適切な受診行動の促進・レセプト点検

適正な受診の促進が図られるよう、各保険者において重複受診者等に対する保健師による訪問指導、医療費通知の充実といった取組が行われている。

また、県においては、レセプト点検の充実強化を図るため、レセプト点検の実地指導、レセプト点検員の資質向上のための研修会の開催等が行われている。市町村国保のレセプト点検による財政効果率、査定率等に応じた都道府県調整交付金による支援を行っている県もある。

レセプト点検により得られたデータを基に、適正な受診行動促進等のための広報活動・啓発活動を実施している。レセプト点検を通じ重複頻回受診者や第三者行為求償の対象等を把握することにより、適正受診の促進に活用している県もある。

② 後発医薬品の使用促進

県においては、後発医薬品の普及啓発のために、パンフレットの作成・配布や後発医薬品希望カードの配布、自己負担差額通知の実施に対する助成等を行うとともに、保険者協議会との共催による普及促進研修会の開催といった取組が行われている。市町村国保の後発医薬品の普及啓発等への特別調整交付金による財政支援を行っている県もある。

また、後発医薬品に関するアンケートやモニター薬局等調査による後発医薬品の使用状況の推移等の把握といった取組により、県内の実態の把握に努めている県もある。

上記①・②の取組の他にも、後期高齢者医療制度における健康診査を実施する広域連合への補助金の交付、高齢者の社会参加の推進、歯の健康づくりの推進、がん対策の推進等の取組が都道府県医療費適正化計画に基づき行われている。

第四 今後の課題

1 特定健診等実施率の向上

平成 24 年度において、特定健診実施率 70%、特定保健指導終了率 45%という目標の達成に向け、国、都道府県、保険者といった関係者の更なる取組の推進が必要である。

国においては、国民に対する制度の普及啓発を進めるとともに、中間評価の内容を踏まえ、実施率向上に有効な取組についての分析を更に進め、その内容を都道府県や保険者に情報提供することが必要である。

各都道府県においては、それぞれ工夫した取組が行われており、全国医療費適正化計画及び他県の都道府県医療費適正化計画の中間評価を踏まえ、それぞれの都道府県においても有効な取組がないか検討を行っていくことが望ましい。

保険者においては、自らの被保険者の特質についての分析を行うとともに、実施率の高い保険者の取組内容等を参考にしながら、更なる取組を進めていくことが望ましい。特に被用者保険の被扶養者への特定保健指導については、制度開始当初ということで特定健診の実施に関する取組を優先させていたということもあると考えられるが、その実施が遅れており、取組の強化が必要である。

なお、平成 25 年度以降実施することとされている特定健診等の実績に基づく後期高齢者支援金の加算・減算制度のあり方や事業主等からのデータ受領、特定健診の検査項目等について、中間評価の内容も踏まえ、平成 25 年度の第二期医療費適正化計画に向けて、本年より検討を開始する予定である。

2 医療の効率的な提供の更なる推進

パスに参加する医療機関の増加や回復期リハビリテーション病床や在宅療養支援診療所の増加など、医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアについて、一定程度の進捗は見られた。

今後、病院・病床の役割分担を更に進めるとともに、急性期医療の機能を強化し、リハビリ・在宅医療などの充実・連携を図ることにより、継ぎ目のない医療提供体制を構築することが重要である。

なお、療養病床のうち介護療養病床については、現在国会に提出を予定している「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」において、転換期限を 6 年延

長することとしている。今後の療養病床の在り方についても、引き続き検討を行っていくこととする。

3 都道府県独自の取組の推進

医療費の適正化を計画的に進めるに当たっては、様々な地域差があることから、都道府県が主体的な取組を行うことも重要である。

しかしながら、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として、都道府県独自の取組を定めていない都道府県もあるなど、都道府県間のばらつきが大きい。

全国医療費適正化計画及び他県の都道府県医療費適正化計画の中間評価を踏まえ、それぞれの都道府県においても有効な取組がないか検討を行っていくことが望ましい。