

第一期医療費適正化計画の実績に関する評価
(実績評価)

平成26年10月
厚生労働省

目 次

第一 医療費適正化計画の概要	1
一 医療費適正化計画の趣旨	1
二 実績に関する評価の目的	1
第二 医療費を取り巻く現状	2
一 医療費の動向	2
二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	7
三 平均在院日数の状況	9
第三 目標・施策の進捗状況等	11
一 国民の健康の保持の推進	11
二 医療の効率的な提供の推進	19
第四 医療費の見通し	24
第五 今後の課題	28
(別添1) 特定健康診査・保健指導に係る保険者の取組	
(別添2) 都道府県による特徴的な取組	
(参考) 都道府県別各指標の状況	

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つつ、今後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っていく必要がある。

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であることから、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。

二 実績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おり、平成 23 年 3 月に進捗状況に関する評価（中間評価）を行い、特定健康診査等実施率向上や医療の効率的な提供の更なる推進に向けた課題の整理を行うとともに、当該結果等を踏まえ、第二期の計画期間の開始に向けた検討を行ったところである。

また、計画期間終了の翌年度に目標の達成状況や施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）を行うとともに、各都道府県の報告を踏まえ、都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うこととしており、今回第一期の計画期間が平成 24 年度で終了したことから、平成 20 年度から平成 24 年度までの国及び都道府県の第一期計画の実績に関する評価を行うものである。

なお、この実績評価では、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 25 年 8 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。）を活用している。また、この実績評価では、当該評価の策定時点で把握している直近のデータを活用している。

第二 医療費を取り巻く現状

一 医療費の動向

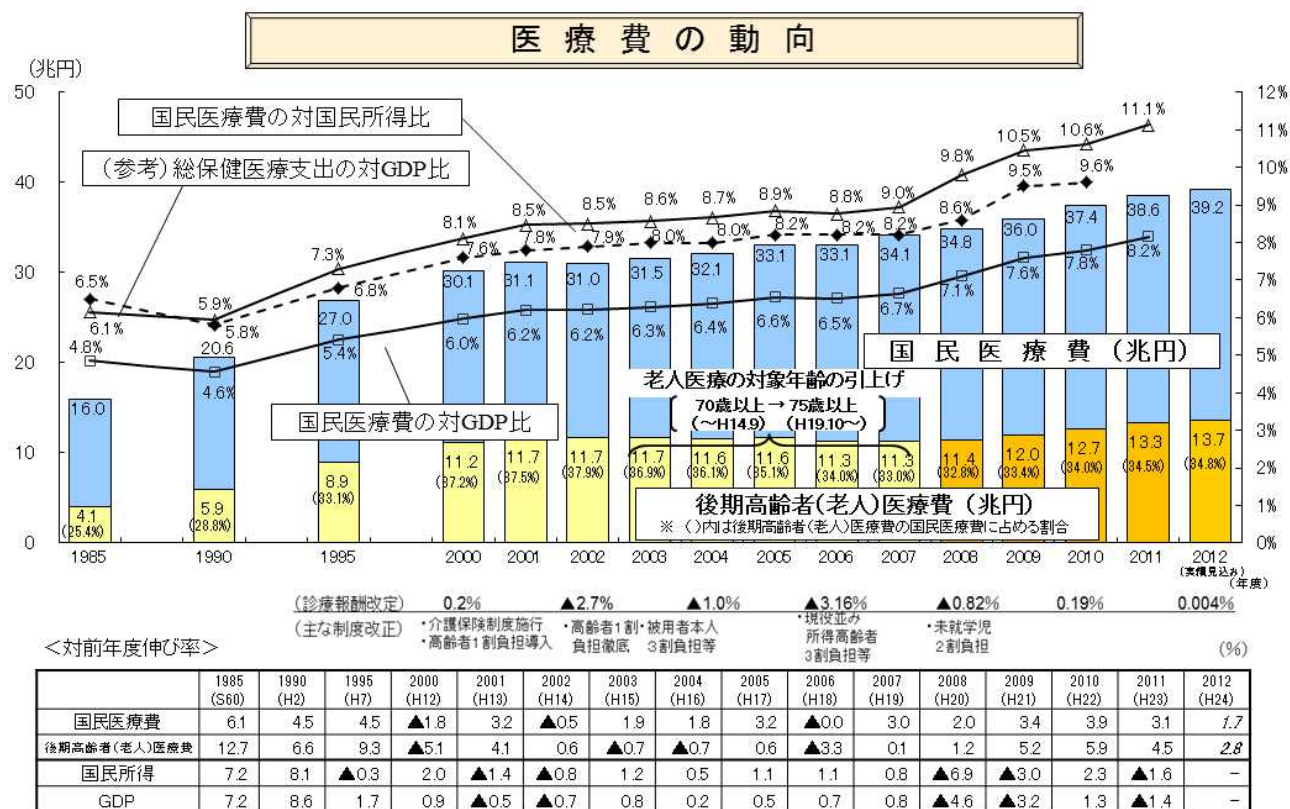
1 医療費全体の動向

平成23年度の国民医療費は38兆5,850億円となっており、前年度の37兆4,202億円に比べ1兆1,648億円、3.1%の増加となっている。

過去10年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、平成18年度を除き、毎年度国民所得の伸び率を上回っている。（図1）

また、後期高齢者の医療費についてみると、平成12年度の介護保険制度の導入に伴い、後期高齢者の医療費の一部が医療保険制度の対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から高齢者の医療費の対象年齢が段階的に引き上げられていること等により、平成12年度から平成19年度まではほぼ横ばいとなっているものの、後期高齢者医療制度が開始された平成20年度以降は伸び続けている。

図1 医療費の動向



2 医療費の推移及び内訳

近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で 1.5%前後の伸び率となっている。なお、「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれている。(表 1)

表 1 医療費の伸び率の要因分析

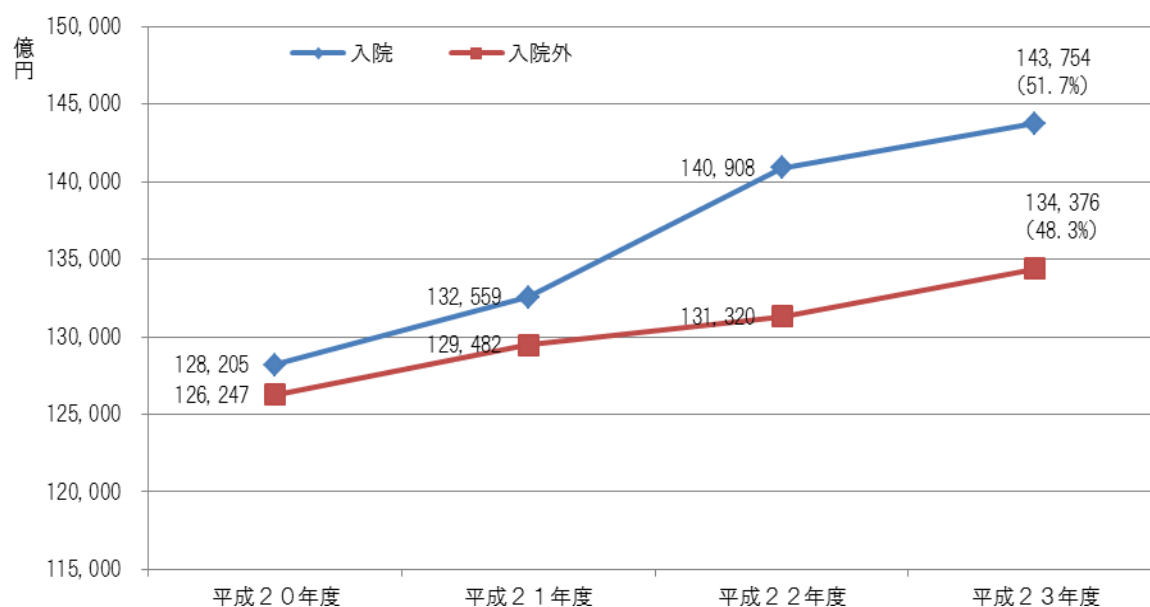
		平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)
医療費の伸び率	①	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.7%
診療報酬改定	②	-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%
人口増の影響	③	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響	④	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%
その他(①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等		0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.5%
制度改正		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学2割負担				

注1:医療費の伸び率は、平成23年度までは国民医療費の伸び率、平成24年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2:平成24年度の高齢化の影響は、平成23年度の年齢階級別(6歳階級)国民医療費と年齢階級別(6歳階級)人口からの推計である。

診療種別医療費をみると、入院医療費及び入院外医療費ともに増加しており、医科診療医療費の割合は、入院医療費が 51.7%、入院外医療費が 48.3%となっている。(図 2)

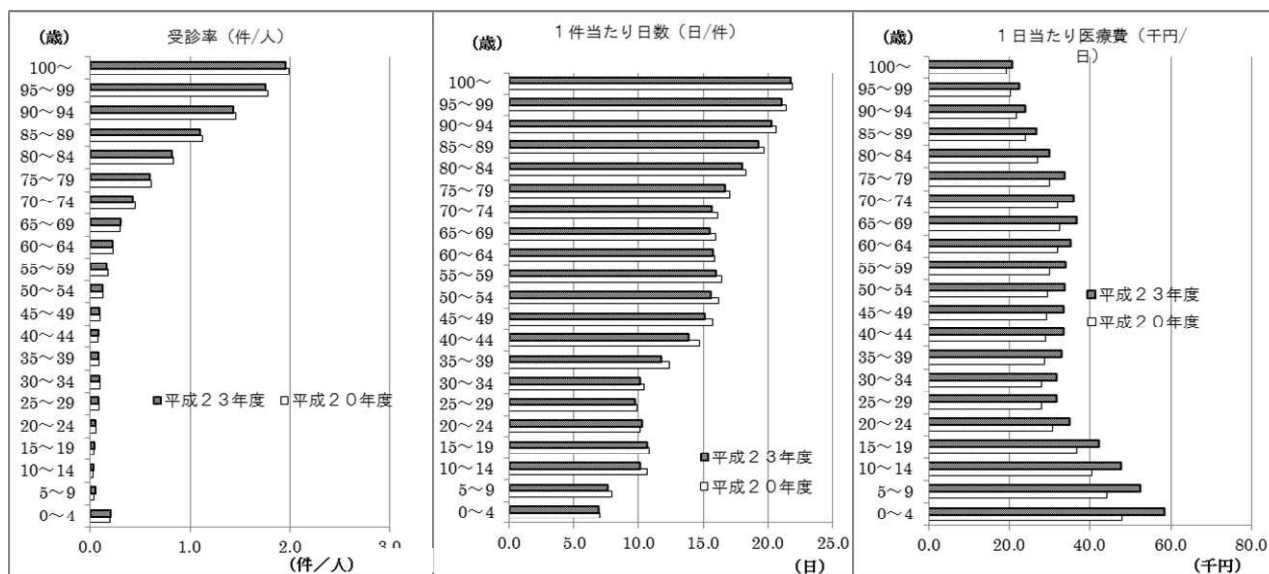
図2 入院・入院外医療費の推移



出典:国民医療費

入院医療費を年齢階級別に、三要素(受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費)に分解してみると、高齢期に入ると、受診率が急増するとともに1件当たり日数が増加する。一方で、1日当たり医療費は低下する傾向にある。また、平成23年度と平成20年度と比較すると、受診率及び1件当たり日数は減少しているが、1日当たり医療費は増加している。(図3)

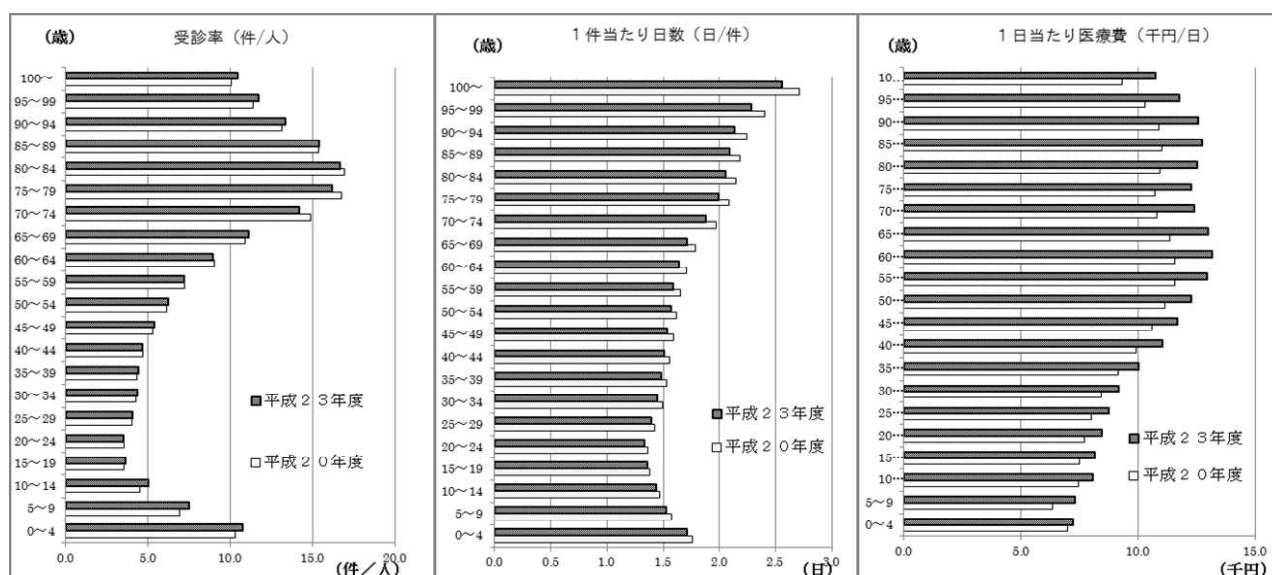
図3 年齢階級別三要素(入院)



出典:「医療給付実態調査報告」等により作成

入院外医療費を年齢階級別に、三要素(受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費)に分解してみると、受診率は80歳代前後をピークに低下している。また、平成23年度と平成20年度と比較すると、1件当たり日数は減少しているが、1日当たり医療費は増加している。(図4)

図4 年齢階級別 三要素(入院外)



出典:「医療給付実態調査報告」等により作成

平成 18 年度から平成 23 年度までの 1 人当たりの国民医療費の推移を年齢階級別に見ると、毎年度増加傾向にあり、平成 23 年度は 30.2 万円となっている。(表 2)

平成 23 年度の 1 人当たり国民医療費を見ると、65 歳未満では 17.5 万円であるのに対し、65 歳以上では 72.1 万円、75 歳以上では 89.2 万円となっており、約 4 倍～5 倍の開きがある。

また、国民医療費の年齢階級別構成割合を見ると、平成 23 年度は 65 歳～69 歳では 9.8% となっており、70 歳～74 歳では 11.8%、75 歳以上では 34.0% となっている。(図 5)

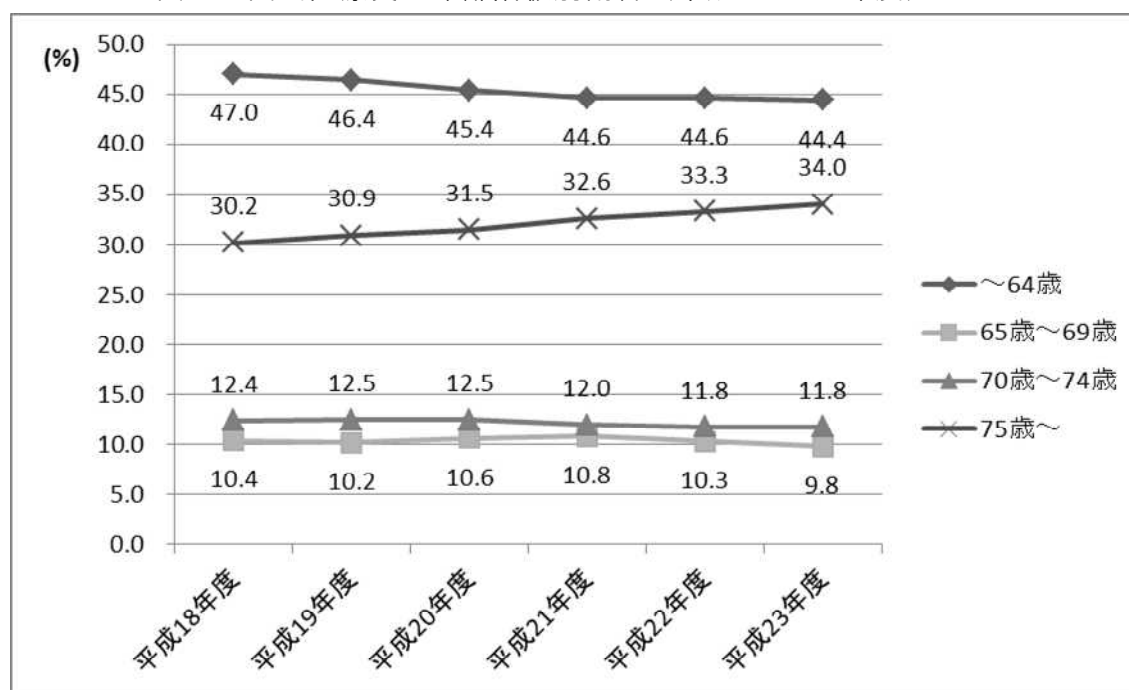
表 2 年齢階級別人口一人当たり国民医療費（平成 18～23 年度）

(単位：千円)

	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
総数	259.3	267.2	272.6	282.4	292.2	301.9
65 歳未満	154.0	157.9	158.9	163.0	169.4	174.8
65 歳以上	659.8	666.3	673.4	687.7	702.7	720.9
(再掲) 75 歳以上	822.0	830.3	830.0	855.8	878.5	892.2

出典：国民医療費

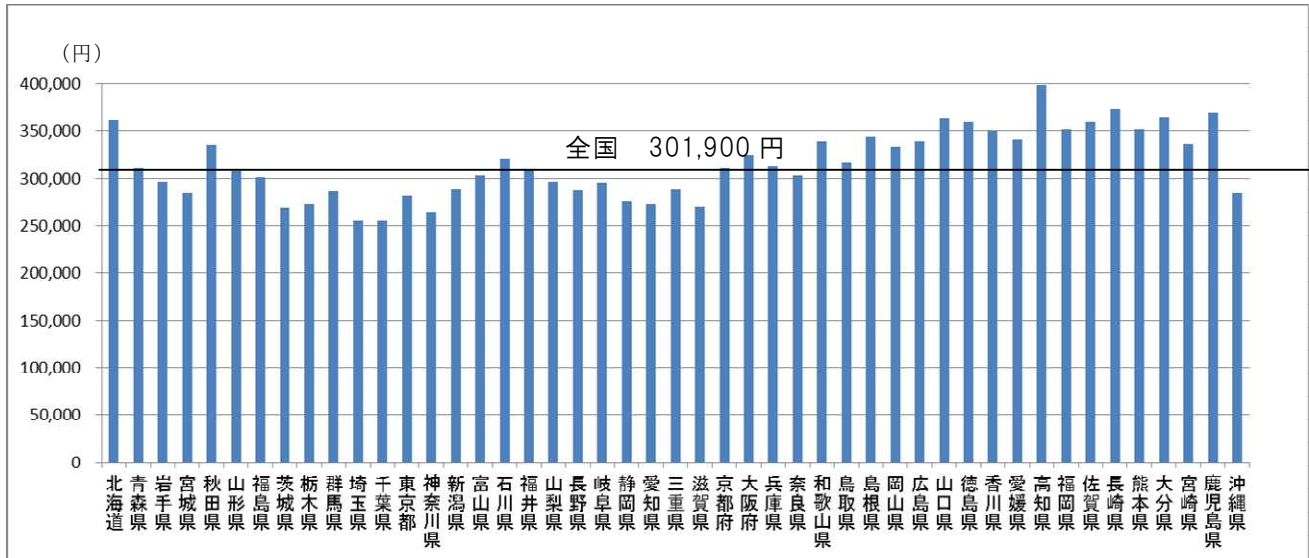
図 5 国民医療費の年齢階級別割合（平成 18～23 年度）



出典：国民医療費

都道府県別の 1 人当たり医療費をみると、都道府県毎に差があり、特に西日本において医療費が高い傾向にある。(図 6)

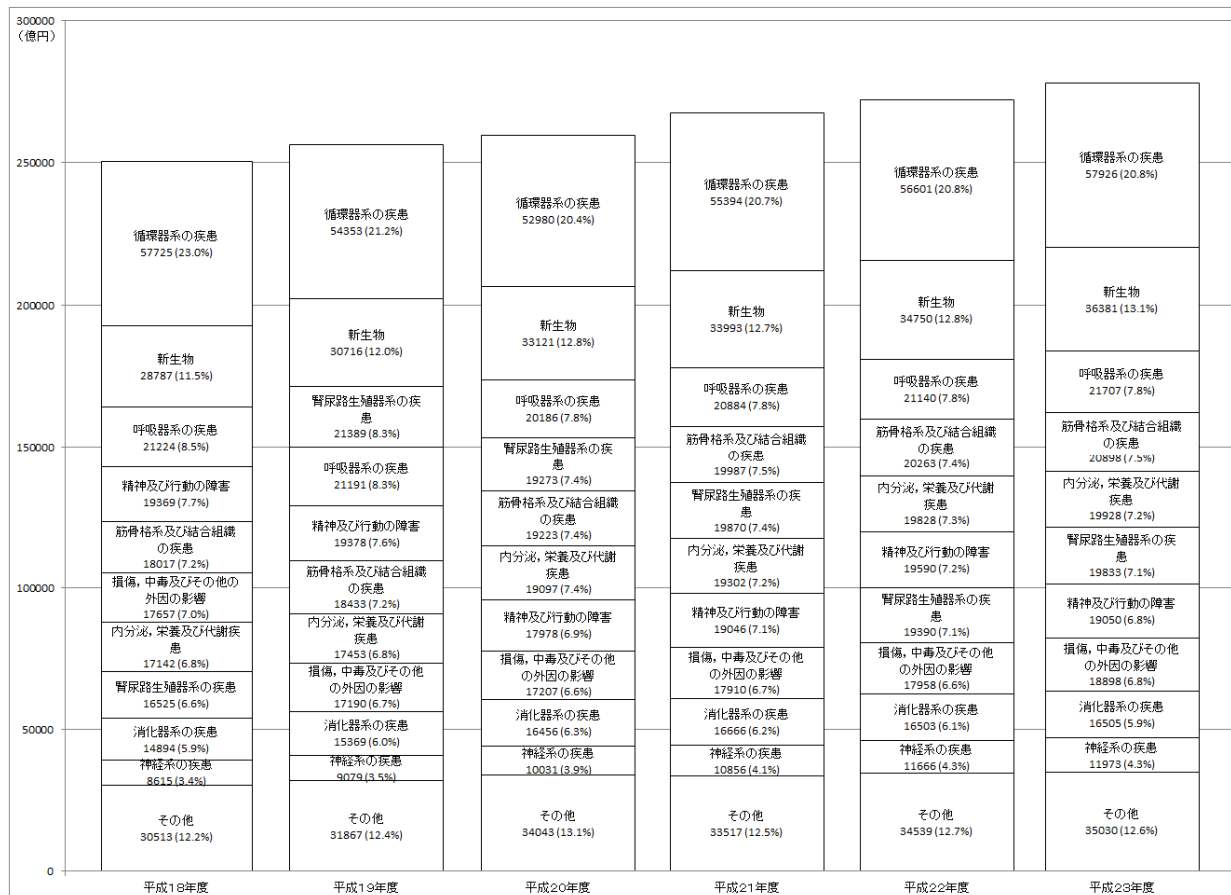
図6 都道府県別人口一人当たり国民医療費（平成23年度）



出典：国民医療費

傷病分類別(上位 10 傷病)についてみると、近年シェアに大きな変更はないが、循環器系疾患が約 20%で最も多く、悪性新生物(がん等)が約 13%で次に多くなっている。(図7)

図7 傷病分類別医療費の推移



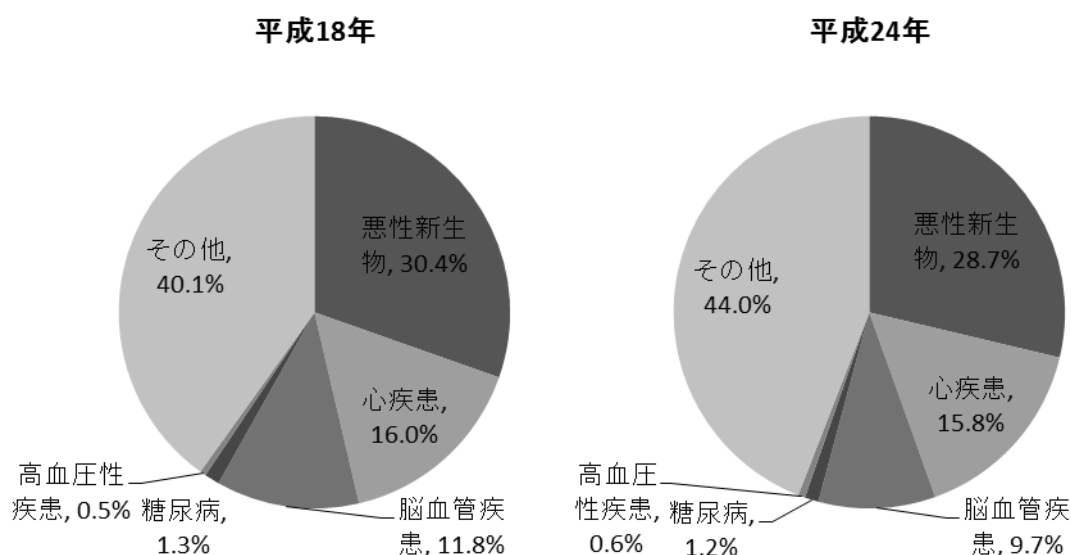
出典：国民医療費

二 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、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が近年多くの割合を占めるようになってきている。

平成 24 年の死因別死亡割合のうち、「悪性新生物」28.7%、「心疾患」15.8%、「脳血管疾患」9.7%、「糖尿病」1.2%、「高血圧性疾患」0.6%となっており、生活習慣病が死因全体の約 6 割を占めている。（図 8）

図 8 死因別死亡割合の推移



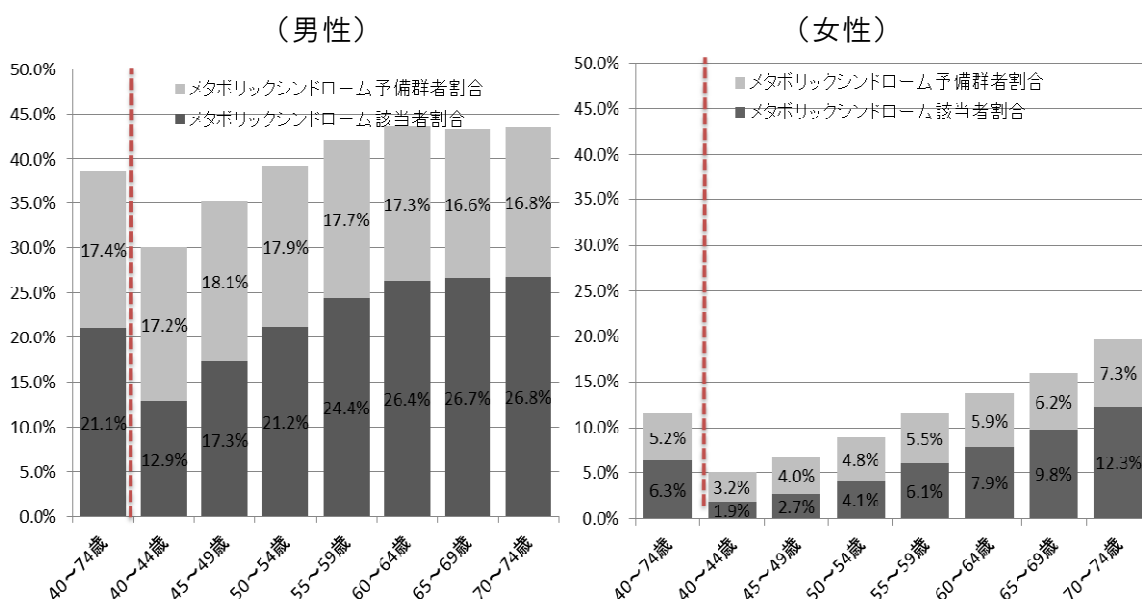
出典：人口動態統計

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について、平成 24 年度の該当者の割合は 14.5%、予備群者は 11.9%となっている。

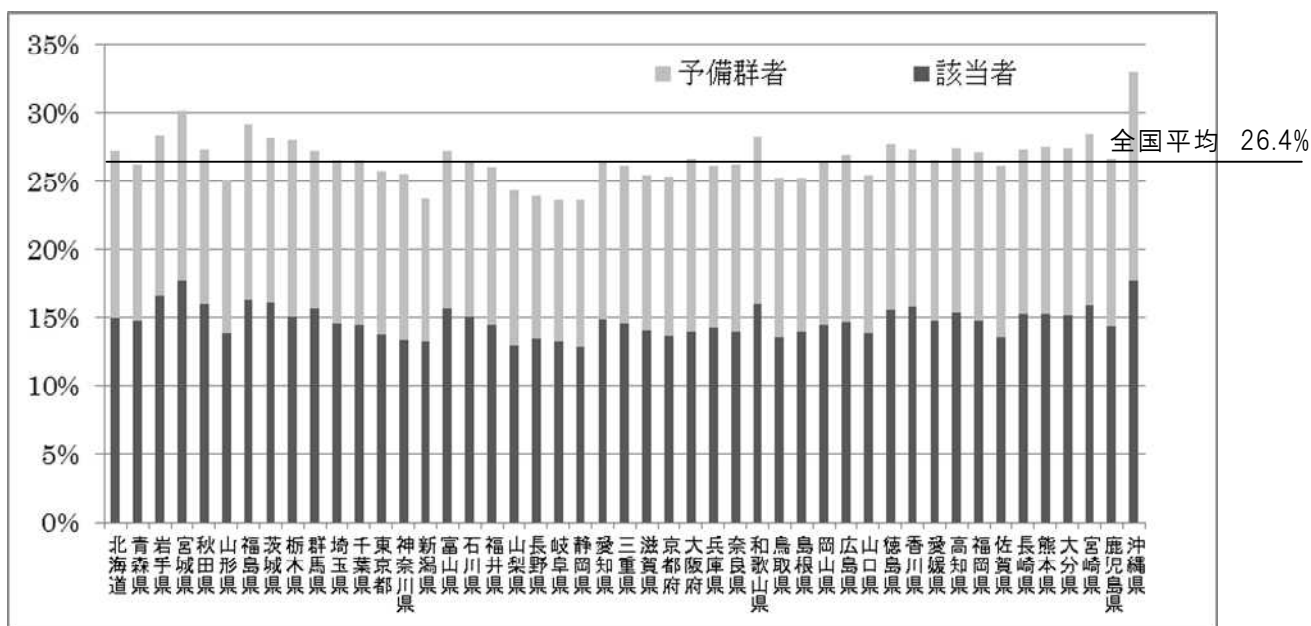
これらの割合は、男性の方が女性より多くなっており、また、年齢が上昇するほど多くなる傾向にある。（図 9）

都道府県別では、岐阜県や静岡県が少なく、沖縄県が最も大きくなっている。（図 10）

図 9 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（平成 24 年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

三 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24年の平均在院日数について、全病床では31.2日、介護療養病床を除く全病床では29.7日となっている。病床の種別ごとにみると、一般病床17.5日、精神病床291.9日、療養病床171.8日となっている。

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全病床の平均在院日数は3.5日、介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は2.5日短くなっている。

病床種類別の平均在院日数をみると、一般病床、精神病床は、毎年着実に短くなっており、感染症病床、結核病床及び療養病床は、近年短縮傾向にある。(表3)

表3 病床の種類別の平均在院日数

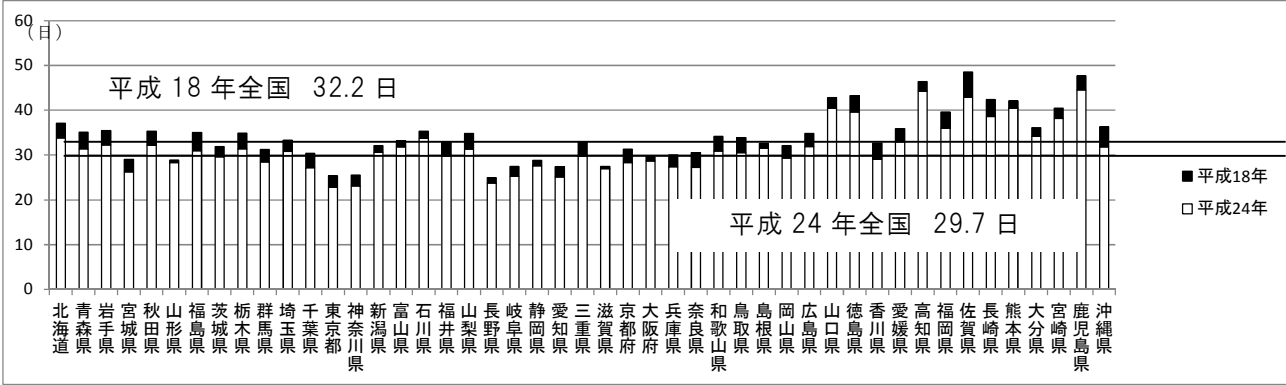
年次	全病床	全病床 (介護療養 病床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床
H18年	34.7 (▲1.0)	32.2 (－)	19.2 (▲0.6)	320.3 (▲6.9)	9.2 (▲0.6)	70.5 (▲1.4)	171.4 (▲1.4)
H19年	34.1 (▲0.6)	31.7 (▲0.5)	19.0 (▲0.2)	317.9 (▲2.4)	9.3 (0.1)	70.0 (▲0.5)	177.1 (5.7)
H20年	33.8 (▲0.3)	31.6 (▲0.1)	18.8 (▲0.2)	312.9 (▲5.0)	10.2 (0.9)	74.2 (4.2)	176.6 (▲0.5)
H21年	33.2 (▲0.6)	31.3 (▲0.3)	18.5 (▲0.3)	307.4 (▲5.5)	6.8 (▲3.4)	72.5 (▲1.7)	179.5 (2.9)
H22年	32.5 (▲0.7)	30.7 (▲0.6)	18.2 (▲0.3)	301.0 (▲6.4)	10.1 (3.3)	71.5 (▲1.0)	176.4 (▲3.1)
H23年	32.0 (▲0.5)	30.4 (▲0.3)	17.9 (▲0.3)	298.1 (▲2.9)	10.0 (▲0.1)	71.0 (▲0.5)	175.1 (▲1.3)
H24年	31.2 (▲0.8)	29.7 (▲0.7)	17.5 (▲0.4)	291.9 (▲6.2)	8.5 (▲1.5)	70.7 (▲0.3)	171.8 (▲3.3)
H18-H24	▲3.5	▲2.5	▲1.7	▲28.4	▲0.7	0.2	0.4

(注1)括弧内は、対前年増減数

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、全ての都道府県で平成18年よりも平均在院日数が短縮されているが、変化率には差が見られる。
(図11)

図11 平成18年及び平成24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

また、病床の種類別にみた病院病床数をみると、平成24年の総数（介護療養病床を含む）は157万8,254床、一般病床は89万8,166床、精神病床は34万2,194床、療養病床は32万8,888床、結核病床は7,208床となっており、年次推移では、平成20年以降、全ての病床が減少傾向にある。（表4）

表4 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	変化率 (H18→H24)
総数	1,626,589	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073	1,578,254	-3%
精神病床	352,437	351,188	349,321	348,121	346,715	344,047	342,194	-3%
結核病床	11,129	10,542	9,502	8,924	8,244	7,681	7,208	-35%
療養病床	350,230	343,400	339,358	336,273	332,986	330,167	328,888	-6%
一般病床	911,014	913,234	909,437	906,401	903,621	899,385	898,166	-1%

出典：医療施設調査

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

第一期医療費適正化計画においては、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目標として定めた。

平成 24 年度の特定健康診査実施率は 46.2%となっており、目標とは開きがあるものの、平成 20 年度の制度開始以降、着実に上昇してきている。(表5)

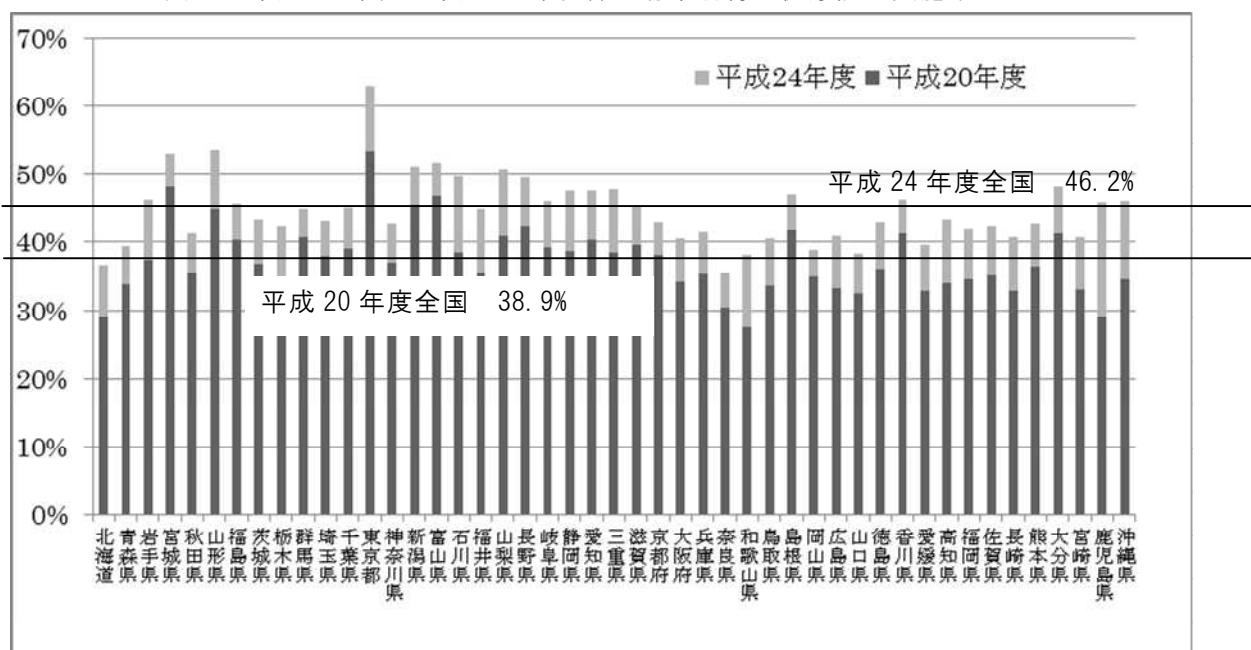
都道府県別にみると、平成 24 年度の実施率が 60%を超える都道府県がある一方で、30%台の都道府県があるなど、都道府県毎に差が見られる。また、平成 20 年度から平成 24 年度までの実施率の変化についても、各都道府県で差が見られるものの、全ての都道府県で実施率は上昇している。(図 12)

表5 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	51,919,920	20,192,502	38.9%
平成 21 年度	52,211,735	21,588,883	41.3%
平成 22 年度	52,192,070	22,546,778	43.2%
平成 23 年度	52,534,157	23,465,995	44.7%
平成 24 年度	52,806,123	24,396,035	46.2%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 12 平成 20 年度・平成 24 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、健保組合と共済組合が相対的に高く、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 24 年度において、実施率が上昇している。(表6)
被用者保険の各保険者の特定健康診査の実施率を被保険者・被扶養者別にみると、いずれの保険者においても、被扶養者の実施率は総じて低い状況となっている。(表7)

表 6 特定健康診査の実施率（保険者の種類別）

	全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成 20 年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%
平成 21 年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成 22 年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成 23 年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成 24 年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表 7 被用者保険の各保険者の平成 23 年度特定健康診査の実施率

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	36.6%	44.9%	13.8%
健保組合	69.6%	84.7%	36.8%
国共済	63.8%	82.4%	24.4%
地共済	75.3%	87.5%	40.7%
私学共済	59.9%	74.8%	27.9%

(注)協会けんぽの実施率については、「第二期特定健康診査等実施計画」より抜粋したものであり、国への実績報告の数字とは集計方法等が異なるため、国が公表している数字とは整合しない。

出典：保険者調査

性別では、男性の方が女性よりも全体の実施率が高くなっており、年齢別に見ると男性では 60 歳未満で高く、60 歳以上で低くなっているが、女性では年齢により実施率に大きな差は見られない。年齢階級別では、60 歳未満の実施率が相対的に高くなっており、60 歳以上が相対的に低くなっている。(表 8)

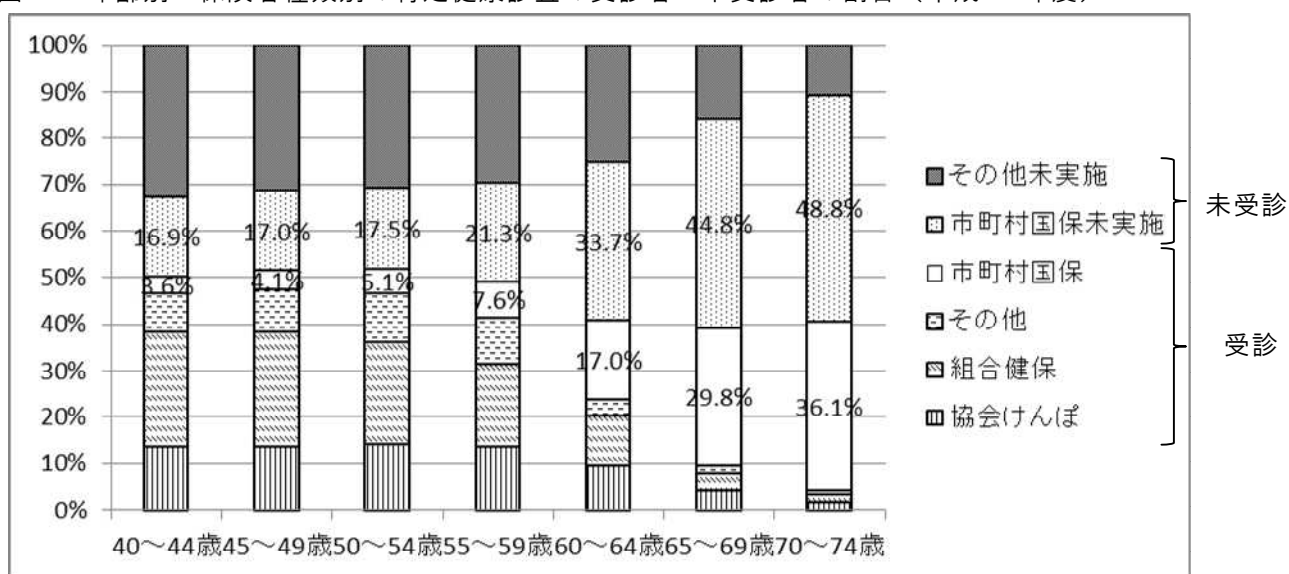
また、年齢別・保険者別の特定健康診査受診者及び未受診者の割合をみると、60 歳以上になると企業からの定年退職等により、被用者保険の加入者の占める割合が小さくなり、市町村国保の加入者の占める割合が大きくなるが、この内訳としては、受診者の占める割合に比して、未受診者の占める割合が大きくなっている傾向にある。(図 13)

表 8 平成 24 年度特定健康診査の実施率（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		46.2%	50.3%	51.6%	51.8%	49.1%	40.9%	39.3%	40.5%
	男性	51.4%	58.9%	60.3%	59.9%	56.4%	43.9%	38.4%	39.3%
	女性	41.1%	41.2%	42.4%	43.5%	41.8%	38.0%	40.1%	41.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 13 年齢別・保険者種類別の特定健康診査の受診者・未受診者の割合（平成 24 年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

2 特定保健指導実施率

第一期医療費適正化計画においては、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を目標として定めた。

平成 24 年度の特定保健指導実施率(※)は 16.4%となっており、平成 20 年度以降、目標とは開きがあるものの、着実に上昇してきている。(表9)

また、都道府県別にみると、平成 24 年度の実施率が 25%を超える都道府県がある一方で、11%台の都道府県があるなど、都道府県毎に差が見られる。また、平成 20 年度から平成 24 年度までの変化についても、各都道府県で差が見られるものの、全ての都道府県で実施率は上昇している。(図 14)

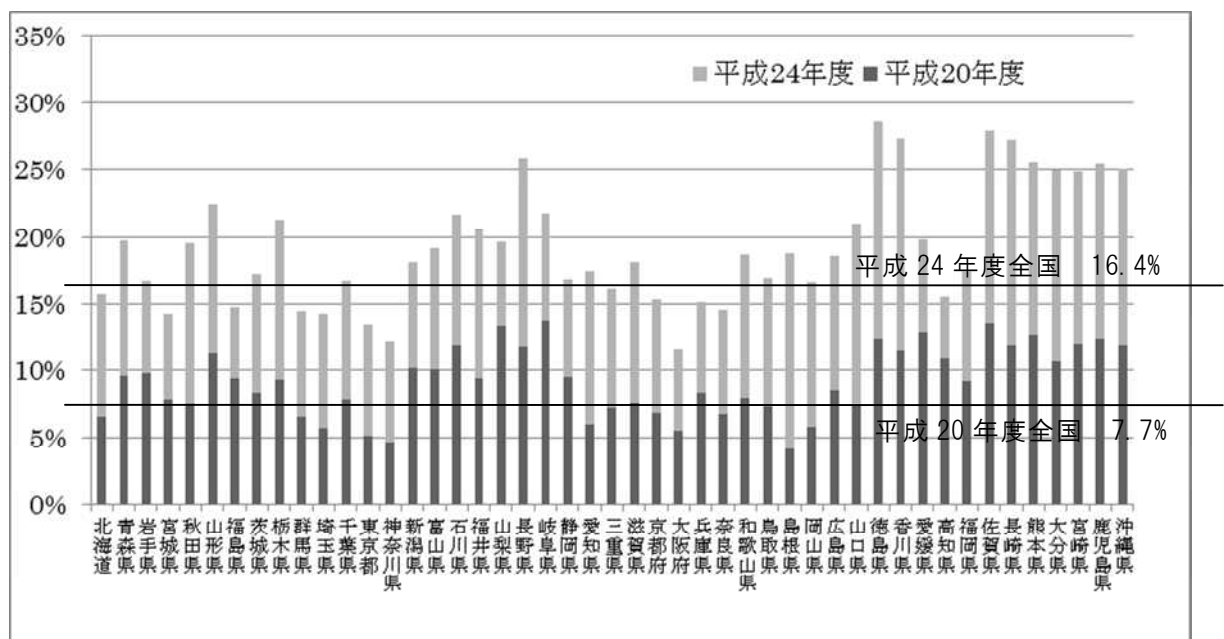
※ 特定保健指導実施率は、特定保健指導終了者数を、特定保健指導対象者数で除したものをいう。

表 9 特定保健指導の実施状況

	対象者数(人)	対象者割合	終了者数(人)	実施率
平成 20 年度	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%
平成 21 年度	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
平成 22 年度	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
平成 23 年度	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
平成 24 年度	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図 14 平成 20 年度・平成 24 年度 都道府県別特定保健指導実施率



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、市町村国保及び健保組合が相対的に高くなっている。また、船員保険を除き、いずれの保険者種別についても、平成 20 年度よりも実施率が上昇している。（表 10）

被用者保険の各保険者の特定保健指導の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被扶養者の実施率は総じて低い状況となっている。（表 11）

表 10 特定保健指導の実施率（保険者の種類別）

	全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成 20 年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%
平成 21 年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成 22 年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成 23 年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成 24 年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表 11 被用者保険の各保険者の特定保健指導実施率（平成 23 年度）

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	8.3%	8.6%	2.0%
健保組合	16.9%	17.5%	9.0%
国共済	4.4%	4.5%	3.9%
地共済	13.0%	13.4%	6.6%
私学共済	9.2%	9.4%	6.4%

（注）協会けんぽの実施率については、「第二期特定健康診査等実施計画」より抜粋したものであり、国への実績報告の数字とは集計方法等が異なるため、国が公表している数字とは整合しない。

出典：保険者調査

平成 24 年度の特定保健指導実施率を年齢階級別で見ると、男性は 65 歳以上の実施率が 65 歳未満と比較して高くなっている。一方、女性は 60 歳以上の実施率が 60 歳未満と比較して高くなっている。（表 12）

表 12 特定保健指導の実施率（性・年齢階級別）（平成 24 年度）

	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	16.4%	13.5%	16.0%	16.5%	16.4%	15.2%	20.3%	22.8%
男性	16.4%	13.9%	16.6%	17.1%	16.8%	14.6%	19.4%	22.8%
女性	16.2%	11.2%	13.3%	13.9%	14.9%	17.0%	22.1%	22.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

初回面接実施者の特定保健指導実施率は、平成 24 年度において 84.4%となっており、平成 20 年度以降、高い割合を保っている。(表 13)

表 13 初回面接実施者の平成 24 年度までの特定保健指導実施状況

	初回面接 未実施者割合	初回面接実施者割合		
			初回面接実施者のうち、 終了者の割合	初回面接実施者のうち、 途中脱落者の割合
平成 20 年度	90.2%	9.8%	78.5%	21.5%
平成 21 年度	85.9%	14.1%	87.2%	12.8%
平成 22 年度	85.1%	14.9%	88.0%	12.0%
平成 23 年度	83.1%	16.9%	89.8%	10.2%
平成 24 年度	80.6%	19.4%	84.4%	15.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

3 保険者及び都道府県における取組

各保険者においては、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っている。健保組合及び市町村国保に分け、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を行った。

健保組合においては、実施率が 80%以上の保険者（全体^{※1}の 22.0%）とそれ以外の保険者（全体^{※1}の 78.0%）の間、市町村国保においては、実施率が 50%以上の保険者（全体^{※2}の 12.0%）とそれ以外の保険者（全体^{※2}の 88.0%）の間の取組について、特定健康診査の実施体制や取組状況について分析を行った。分析の結果、上位保険者とその他の保険者間で差がみられた主な内容を、別添 1 にまとめている。

また、各都道府県においては、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っており、主な特徴的な取組を、別添 2 にまとめている。

※1 保険者調査（平成 25 年度実施）において回答があった 1,017 の健保組合

※2 保険者調査（平成 25 年度実施）において回答があった 1,420 の市町村国保

4 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

第一期医療費適正化計画においては、平成 24 年度において、メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）を平成 20 年度と比べて 10%以上減少することを目標として定めた。

平成 24 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、平成 20 年度と比べて 12.0%減少となったものの、特定健康診査及び特定保健指導実施率については、目標との間に乖離があることに留意する必要がある。（表 14）

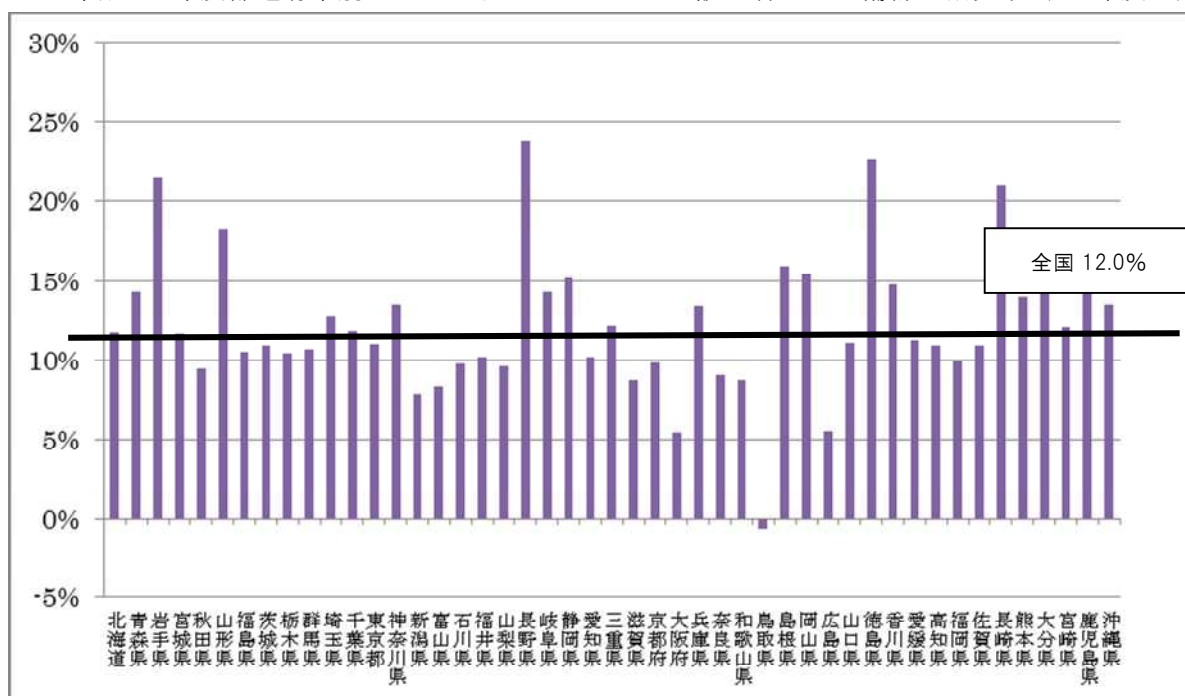
また、都道府県別にみると、平成 24 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率が 20%程度の都道府県がある一方で、減少率が 5%台のところや、一部で増加している都道府県があるなど、都道府県毎に大きな差が見られる。（図 15）

表 14 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成 20 年度比）

	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率
平成 21 年度	4.7%
平成 22 年度	7.9%
平成 23 年度	9.7%
平成 24 年度	12.0%

出典：レセプト情報・特定保健指導等情報データ

図 15 平成 24 年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（20 年度比）



出典：レセプト情報・特定保健指導等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保の減少率が相対的に高くなっている。（表 15）

表 15 保険者種類別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（20 年度比）（平成 24 年度）

全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
12.0%	14.9%	11.8%	7.8%	11.1%	12.6%

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

また、特定健診の結果、生活習慣病に係る服薬治療者については、特定保健指導対象者から除外される。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者のうち、薬剤を服用している者の割合を保険者の種類別にみると、市町村国保の薬剤服用者の割合が高く、特定保健指導の対象から除外される者が比較的多いといえる。（表 16）

表 16 薬剤を服用している者の割合（平成 24 年度）

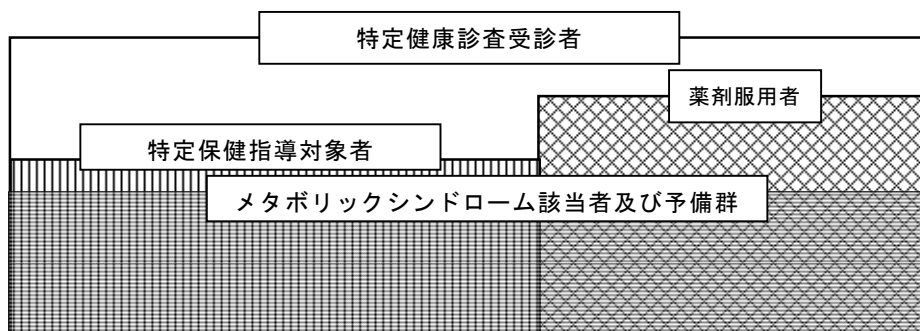
全国	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
47.6%	63.8%	45.3%	39.6%	39.7%	40.7%

※高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療に係る薬剤のうち、1 種類以上服薬している者の割合

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

【参考】

○メタボリックシンドローム該当者と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



○メタボリックシンドローム該当者及び予備群数の減少率の推計方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{平成 24 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}{\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}$$

※ 特定健康診断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）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現割合を算出し、平成 24 年住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

二 医療の効率的な提供の推進

1 平均在院日数の評価

第一期全国医療費適正化計画においては、平均在院日数の短縮の目標については、都道府県別医療費の格差の約7割は入院医療費が寄与しており、老人医療費と平均在院日数が高い相関を示していたことを踏まえ、目標とされたところである。具体的には、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た。これを踏まえ、療養病床の再編成については、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35万床から約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、実態調査を行った結果、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養病床については、平成23年に成立した介護保険法等の一部改正法において、転換期限を平成29年度末までの6年間延長した。

また、平均在院日数の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。

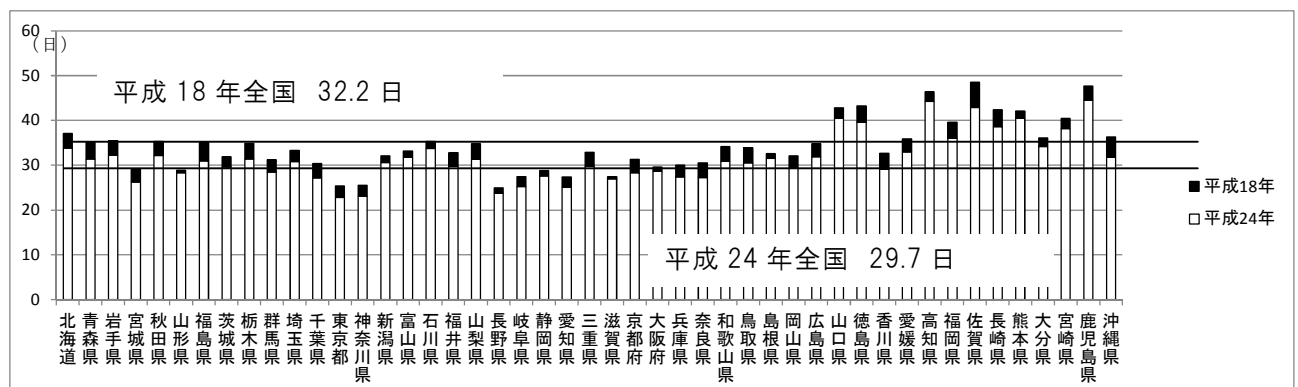
実績を見ると、平成24年の平均在院日数は29.7日、最短県は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数(29.8日)を下回る結果となっている。(図16)

なお、平均在院日数の短縮の背景は、必ずしも明確ではないが、以下の「医療機関の機能分化・連携」や「在宅医療・地域ケアの推進」の状況が、一定程度関係しているものと考えられる。

※「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会)において、『平均在院日数の全国平均と最短県との差を、平成27年までに2分の1とする』とした政策目標に基づき、平成18年から平成27年までの9年間のうち、平成24年までの6年間の目標として定めたもの。

$$(6年 / 9年) \times 2分の1 = 9分の3$$

図16 平成18年及び平成24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

2-1 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。

地域連携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 年以降増加傾向にある。(表 17)

表 17 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(各年7月時点)

	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	平成22年	平成23年	平成24年
地域連携診療計画管理料	78	209	405	613	724	995	901
	-	-	-	-	-	-	-
地域連携診療計画退院時指導料	164	604	1,274	1,839	1,925	2,570	2,303
	58	144	205	267	721	3,014	3,853

出典: 保険局医療課調べ

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・病床数も平成 18 年以降増加傾向にあり、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 18・19)

表 18 亜急性期入院医療管理料施設基準届出状況(各年7月時点)

	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	平成22年	平成23年	平成24年
亜急性期入院医療管理料	848	981	1,062	1,185	1,280	1,320	1,308
	10,102	11,474	12,851	14,606	16,432	17,750	17,828

出典: 保険局医療課調べ

表 19 回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準届出状況(各年7月時点)

	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	平成22年	平成23年	平成24年
回復期リハビリテーション 病棟入院料	670	794	911	1,031	1,093	1,124	1,219
	36,057	43,525	50,668	56,332	52,984	54,919	58,648

※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

※平成24年以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2及び3の合計

2-2 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、近年増加傾向にある。(表 20)

表 20 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	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
訪問看護ステーション数	5,524	5,573	5,479	5,499	5,607	5,712	6,049
利用者数(千人)	257.2	249.4	252.8	259.2	272.7	284.4	305.1

(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: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年 4 月審査分)

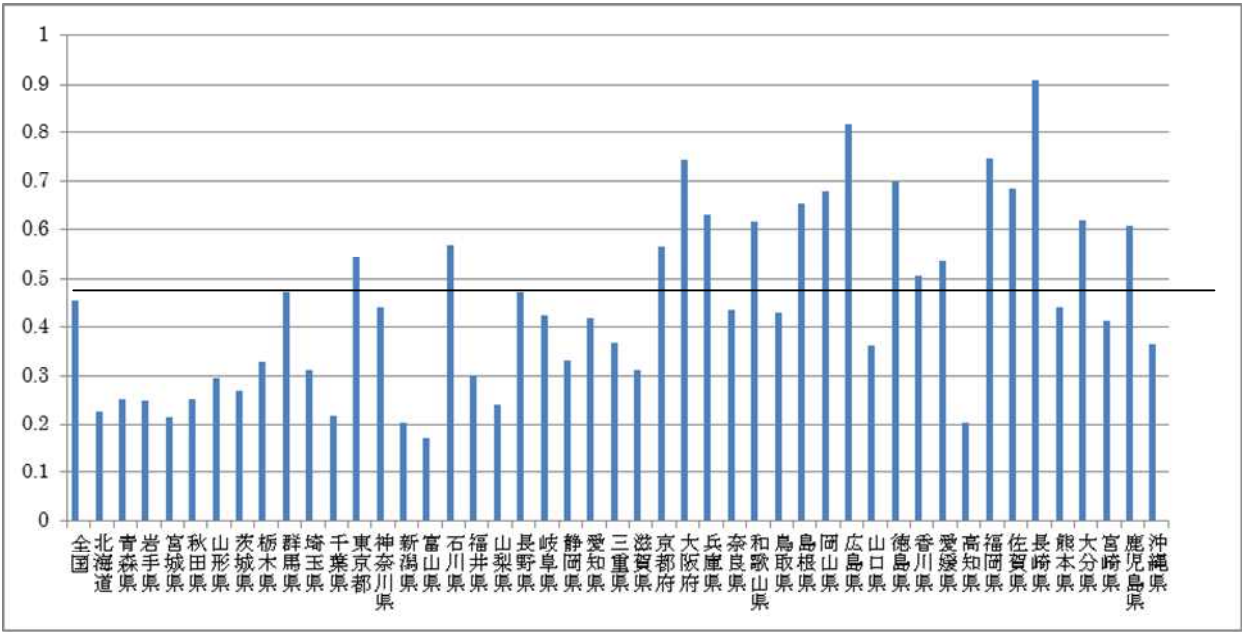
平成 18 年に新設された在宅療養支援診療所は、平成 18 年以降増加している。(表 21)しかしながら、65 歳以上人口 1,000 人当たりの在宅療養支援診療所数の都道府県別の分布を見ると、都道府県毎に差が見られ、特に西日本や都市部で多くなっている。(図 17)

表 21 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	平成22年	平成23年	平成24年
在宅療養支援診療所	9,434	10,477	11,450	11,955	12,411	12,841	13,758

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



出典：医療施設調査(平成 23 年), 人口推計(平成 23 年 10 月1日現在推計人口)

※ 東日本大震災の影響により福島県については記載していない。

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 22)

表 22 在宅時医学総合管理料等施設基準届出状況

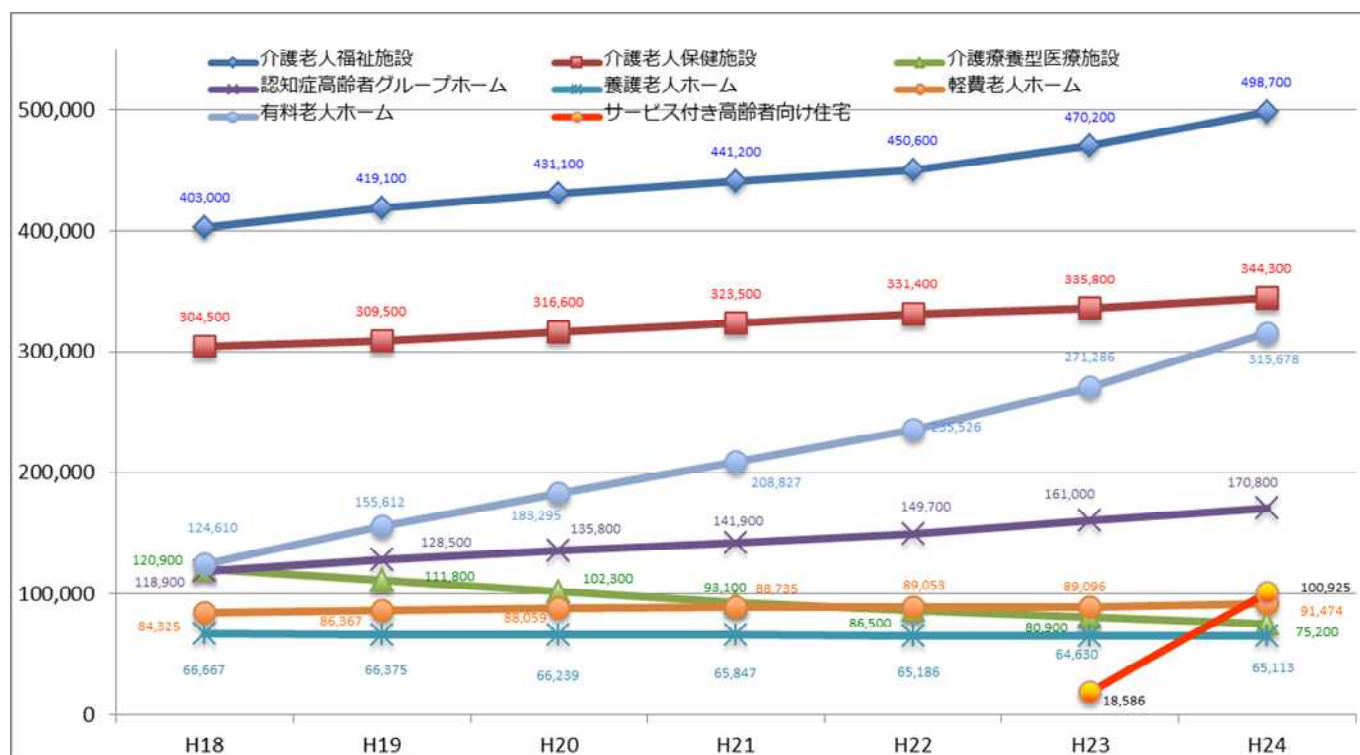
	届出医療機関数						
	(上段：病院数／下段：診療所数)						
	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
在宅時医学総合管理料	732	852	1,039	1,107	1,180	1,261	1,428
	14,409	15,856	17,263	18,012	18,678	19,129	19,829
在宅末期医療総合診療料	-	-	6	49	291	362	521
	8,177	8,736	9,574	10,046	10,485	10,808	11,403

出典：保険局医療課調べ

高齢者向け住まいの定員数は、全体として増加傾向にあり、特に介護老人福祉施設や

有料老人ホームの定員数は着実に増加しているとともに、サービス付き高齢者向け住宅についても、平成 23 年度の導入以後、大幅に増加している。(図 18)

図 18 高齢者向け住まいの定員数



※1:介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1 時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査の利用者(10 月審査分)【H14～】」による。

※2:介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。

※3:認知症高齢者グループホームは、認知症対応型共同生活介護により表示。

※4:養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24 社会福祉施設等調査(10/1 時点)」による。ただし、H21～H24 は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24 は基本票の数値。

※5:有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1 時点)による。

※6:サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(2/28 時点)」による。

なお、「2-1 医療機関の機能分化・連携」で挙げた地域連携パスは、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。

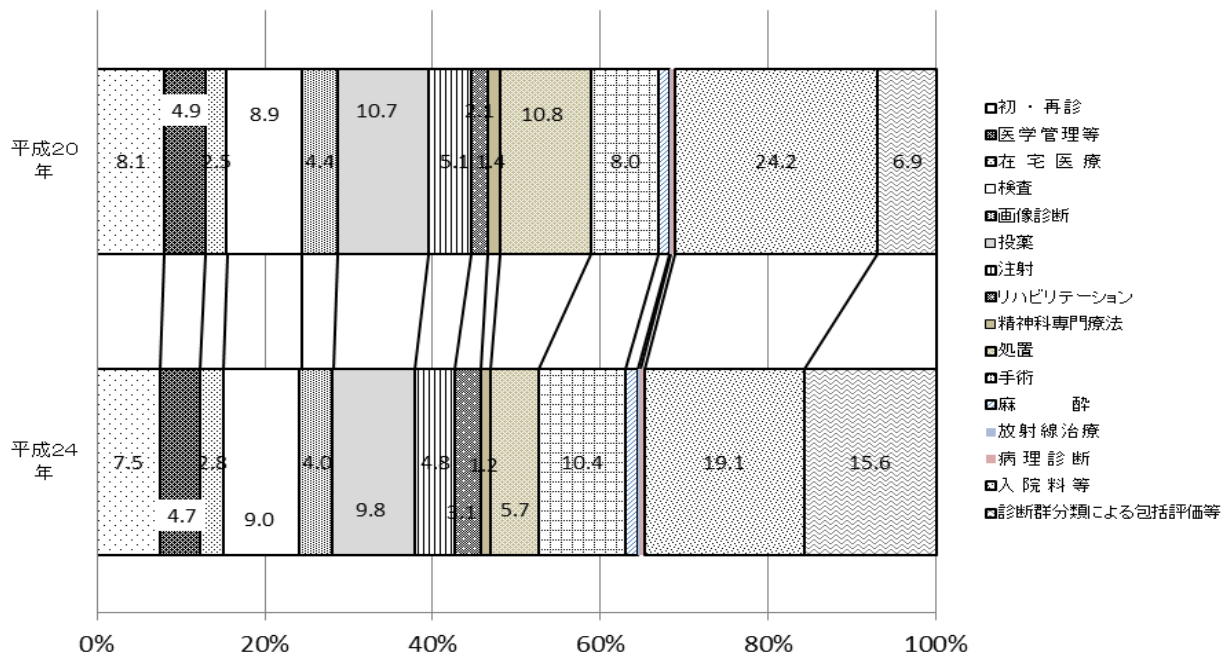
平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定においても、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実を図るため、一般病棟 7 対 1 入院基本料の算定要件の見直しによる、患者像に即した適切な評価・病床機能分化の推進、一般病棟における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しによる、より適切な医療機関の機能分化の連携の推進、医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について評価の引き上げを行う等の対応を行った。

平成 20 年と平成 24 年の診療行為別医科診療医療費を比較すると、在宅医療やリハビリテーション等は増加傾向にあり、入院料等は減少傾向にある。(図 19)さらに、診療行為別点数に占める割合については、平成 24 年については、在宅医療は 2.8%、平成 20 年と比較して 0.3 ポイント増加しており、入院料等は 19.1%、平成 20 年と比較して 5.1

ポイント減少している。

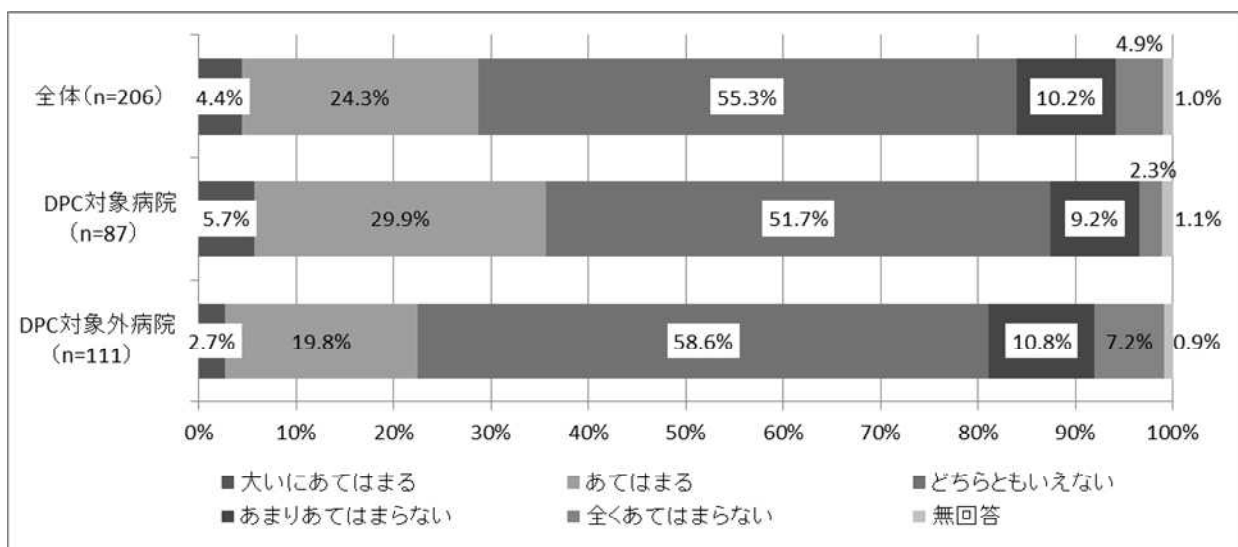
医療機関に対し、他の医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」とした割合は 28.7%となっており、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」を合わせた割合である 15.1%と比較すると、高くなっている。(図 20)

図 19 診療行為別点数の構成割合



出典：社会医療診療行為別調査

図 20 他の医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
＜平均在院日数が減った＞



出典：平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

第四 医療費の見通し

平成 24 年度の概算医療費は 38.4 兆円となっており、平成 20 年度の 34.1 兆円と比較して 4.3 兆円増加している。

第一期の全国医療費適正化計画に掲げていた、計画期間における医療費の見通しを示している 42 道府県の医療費の総額は、平成 20 年度においては 28.6 兆円、平成 24 年度においては 32.6 兆円となっているが、様々な取組がなされた場合には 31.9 兆円になると見込まれており、医療費適正化効果としては、平成 24 年度で 0.7 兆円と見込まれていた。

その後、同様の考え方で残りの 5 都県についても第一期計画ベースで算出した 47 都道府県の医療費の総額は、平成 20 年度においては 34.5 兆円、平成 24 年度においては 39.5 兆円となっているが、様々な取組がなされた場合には 38.6 兆円になると見込まれており、医療費適正化効果としては、平成 24 年度で 0.9 兆円であった。

この 47 都道府県ベースの第一期計画で見込んでいた医療費の総額と、実際の医療費の総額を比較すると、計画期間当初の平成 20 年度では、第一期計画での見込よりも 0.4 兆円下回る結果となった。また、当該結果も考慮する必要があるが、平成 24 年度の実際の医療費の総額は、第一期計画における様々な取組を考慮した適正化後の場合と比較して 0.2 兆円下回る結果になっている。(表 23)

表 23 第一期計画における医療費見通しと実際の医療費との比較

	第一期計画 医療費見通し (42 道府県)	第一期計画 医療費見通し※1 (47 都道府県)	医療費※2 (実績)	第一期計画医療費見通し (47 都道府県)と 医療費(実績)との比較
平成 20 年度	28.6 兆円	34.5 兆円	34.1 兆円	0.4 兆円減
平成 24 年度	32.6 兆円 (適正化前) 31.9 兆円 (適正化後)	39.5 兆円 (適正化前) 38.6 兆円 (適正化後)	38.4 兆円	0.2 兆円減
適正化効果	0.7 兆円	0.9 兆円	—	

※1 5 都県について、第一期計画ベースの医療費見通しを追加したもの。

※2 概算医療費。なお、国民医療費は平成 20 年度で 34.8 兆円、平成 24 年度で 39.2 兆円(実績見込み)。

一 平均在院日数の短縮による効果

第一期の医療費適正化効果の推計においては、平成 17 年度の一人当たり老人医療費が 1 番低い長野県と全国の医療費の差を踏まえ、平均在院日数の短縮効果を織り込んでいた。なお、平均在院日数の短縮については、都道府県別医療費の格差の約 7 割は入院医療費が寄与しており、老人医療費と平均在院日数と高い相関を示していたことを踏まえ、目標とされたところである。

平成 23 年度の都道府県別一人当たり国民医療費と全病床の平均在院日数は高い相関関係にあるが、後期高齢者の入院医療費と平均在院日数との関係を見ても、平成 18 年当時と同様に高い相関関係にあり、また、後期高齢者の入院医療費と一般病床の平均在

院日数についても一定程度相関がみられる。(図 21、22、23)

図 21 平均在院日数(全病床)と都道府県別一人当たり国民医療費の相関(平成 23 年)

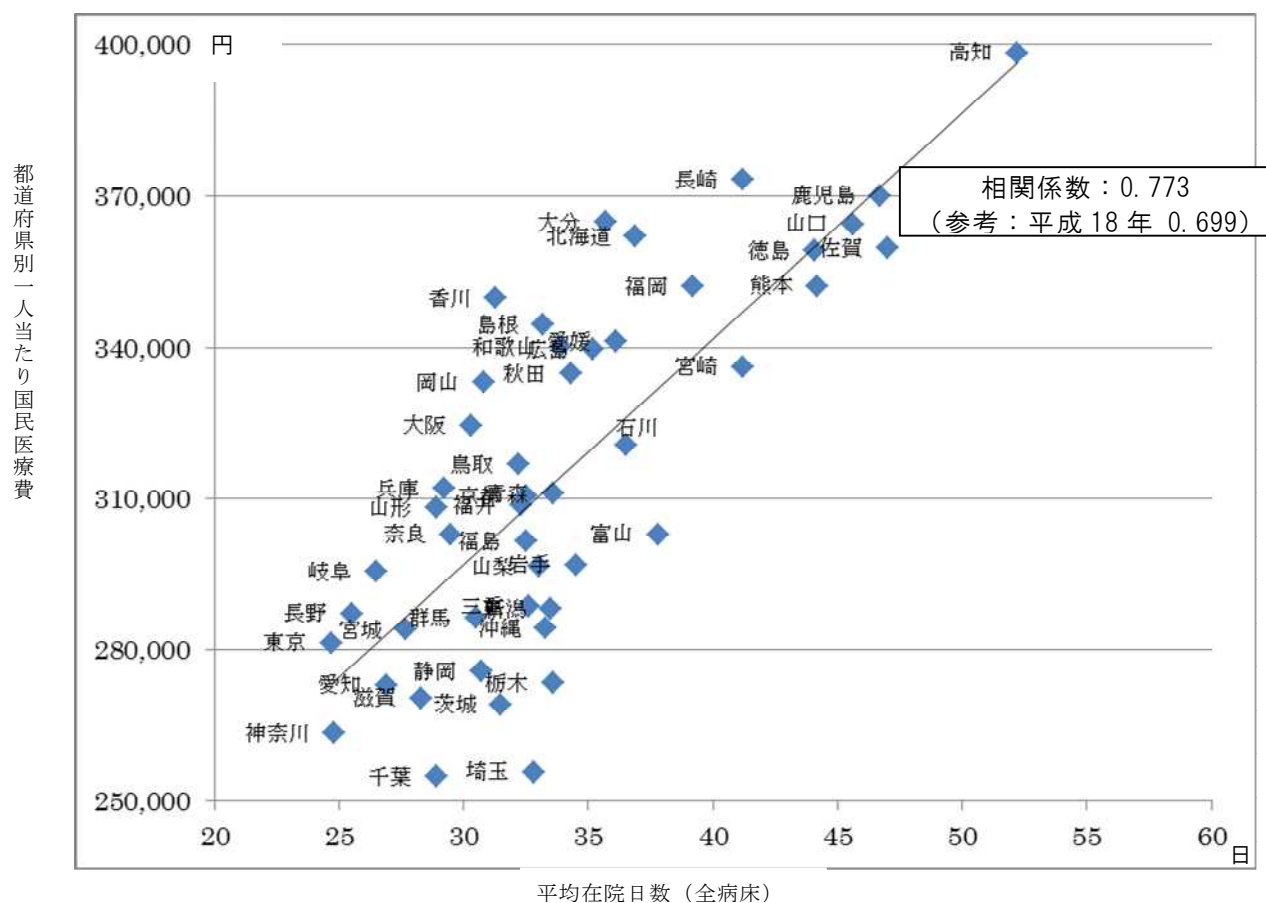


図 22 平均在院日数(全病床)と一人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関(平成 23 年)

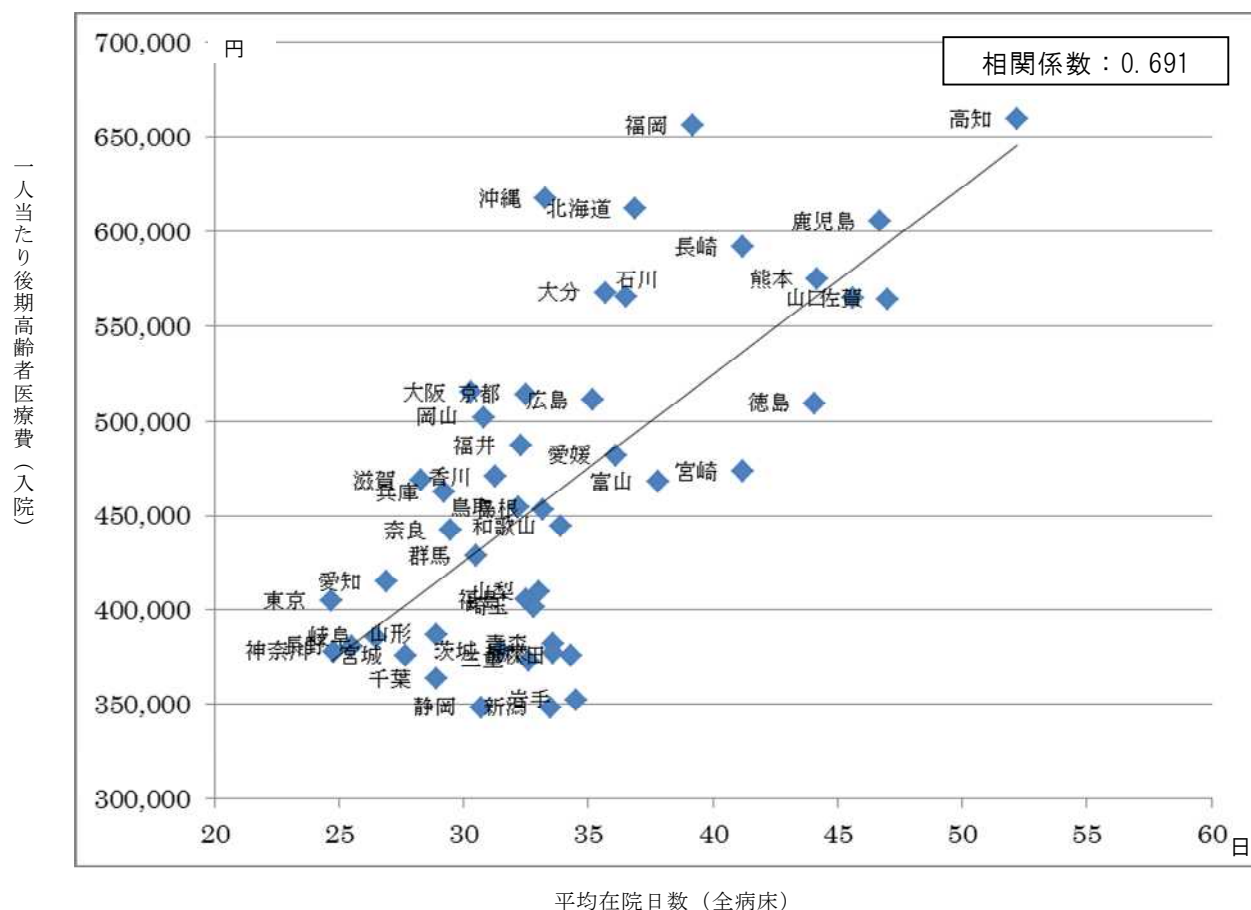
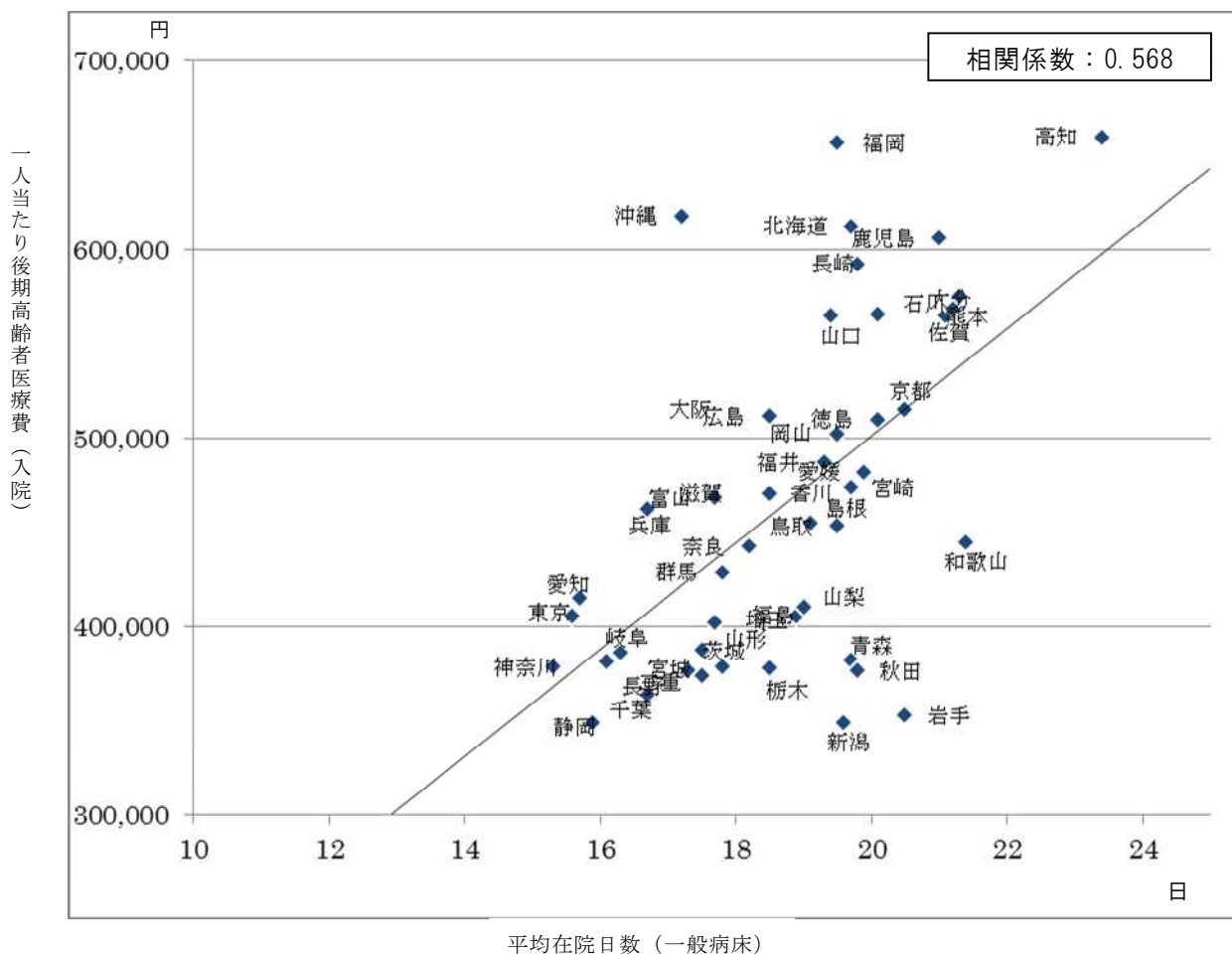


図 23 平均在院日数(一般病床)と一人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関(平成 23 年)



(注)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 23 年病院報告」「平成 23 年度後期高齢者医療事業状況報告」
「医療費の地域差分析」より作成

二 生活習慣病対策による効果

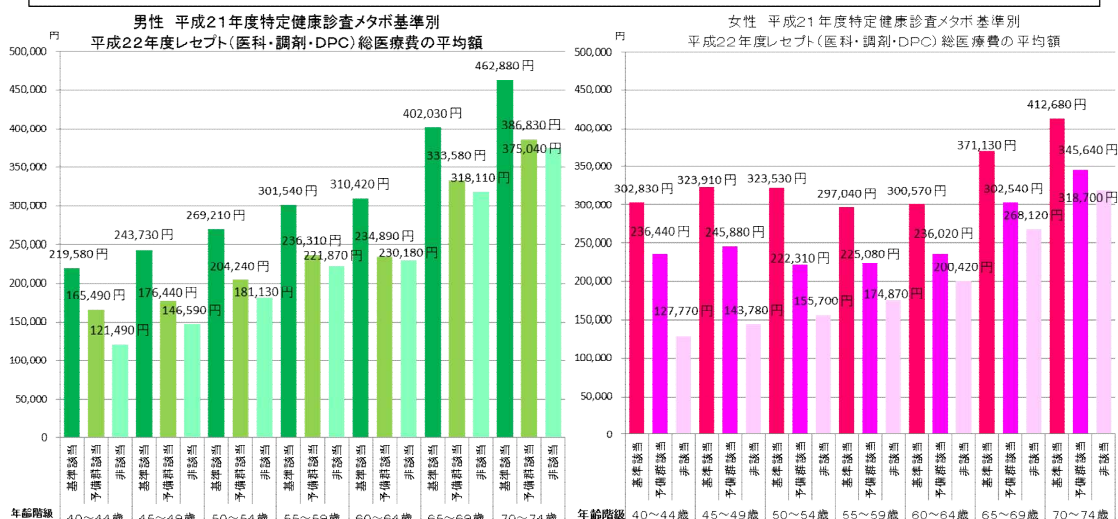
生活習慣病対策は医療費の削減効果はすぐには現れないものであるため、第一期医療費適正化計画における医療費適正化効果額には織り込まないこととしていた。

なお、特定健診・保健指導の効果として、メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年平均の医療費に約9万円差がある傾向にあることが判明していることや、特定保健指導の実施に係る費用を踏まえ、生活習慣病対策による効果を算出している44都道府県の効果額を積み上げると、約250億円となる。(図24)

なお、平成26年度中に取りまとめ予定である特定健診・保健指導に係る医療費適正化の効果検証の結果を踏まえ、今後、特定健診・保健指導の実施による医療費適正化効果を算出することとしている。

図24 メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差

○ 平成21年度の特定健診結果でメタボリックシンドロームの該当者及び予備群となった者の平成22年度のレセプトにおける年間平均総医療点数を基に比較すると、メタボリックシンドロームの該当者は非該当の者よりも、平均して年間9万円程度医療費が高い傾向にある。



(注1) 平成21年度の特定健診情報と平成22年4月～平成23年3月診療分のレセプト(医科・DPC・調剤)と突き合わせができた約269万人のデータ。

(注2) 年間合計点数を単純に平均しているため、メタボリックシンドロームに関連する医療費のみを分析したものではない。

(注3) 集団の母数が少ない場合は、著しく高い医療費があると、平均値が高くなる可能性がある。(女性の40～54歳は、そもそもメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数が少ないため、一部の医療費が高い者によって「基準該当」「予備群該当」の平均点数が高くなっている可能性がある。

第五 今後の課題

一 国民の健康の保持の推進

平成 24 年度の特定健診実施率 70%、特定保健指導実施率 45%の目標については、各実績ともいまだ大きく乖離があることから、引き続き第二期医療費適正化計画においても、実施率の向上に向けて、関係者の更なる取組をより一層促す必要がある。

また、国においては、実施率に係る保険者種別ごとの要因分析や国民に対する制度の普及啓発を進めるとともに、現在厚生労働省において、専門家の知見も借りながら、特定保健指導の医療費適正化効果等について検証しているところであり、当該検証結果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。

保険者においては、レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画(データヘルス計画)を平成 26 年度中に策定し、平成 27 年度から計画に基づき実施することとしている。このデータヘルスの取組を通じて、より効果的な保健事業を進めていくことが望ましい。また、特に特定健診の実施率が低い協会けんぽ及び国民健康保険の被保険者や、被用者保険被扶養者への対策に取り組むとともに、個人の自助努力を促す取組や、平成 25 年度から実施し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・減算制度の在り方の検討など、加入者や保険者に対してインセンティブを促す仕組みについても今後検討していくことが必要である。更に、科学的知見の蓄積も踏まえつつ、特定健診の項目の在り方についても検討を進めていく。

二 医療の効率的な提供の推進

平成 26 年通常国会において、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じた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、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する関係法律の整備等に関する法律(以下「医療介護総合確保推進法」という。)」が成立した。医療機能の分化・連携を進め、医療機能ごとに必要な医療資源を適切に投入し、入院医療における病床間の連携体制の強化を図るとともに、退院患者の生活を支える在宅医療や介護サービスの提供体制を充実させること等としている。特に、医療機能の分化・連携等を推進するため、医療機関が病床の医療機能を都道府県に報告することとし、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能や在宅医療の将来の必要量を含めた地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込むこととしている。

この医療介護総合確保推進法や本実績評価の結果等を踏まえ、今後、医療費適正化計画における医療の効率的な提供に関する目標について、より適切な指標の検討を行っていくことが必要である。

なお、療養病床については機械的な削減は行わないこととしていること、療養病床のうち介護療養病床については、平成 29 年度末まで転換期限を延長していることも踏まえつつ、今後の医療療養病床の在り方について、引き続き検討を行っていくこととする。

三 今後の対応

医療費適正化計画については、「経済財政運営と改革の基本方針2014」(平成26年6月24日閣議決定)において、「平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する」こととされており、その際、「国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す」こととされている。

また、これらの制度見直し等における医療・介護情報の活用方策やその活用のための制度設計等の方向性を検討するため、政府の「社会保障制度改革推進本部」の下に「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が設置されたところである。今後、上記一及び二に掲げた課題を含め、当該専門調査会での検討結果を踏まえ、次期医療保険制度改革の中で医療費適正化計画について制度見直しを行った上で、既に平成25年度から開始している第二期医療費適正化計画についても、計画の策定主体である都道府県の状況も踏まえつつ、見直しも含め、検討を進めることとする。

特定健康診査・保健指導に係る保険者の取組

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 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。

当該目標を達成するため、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実績評価では、保険者調査の結果を用い、効果的な取組の把握に努めることとする。

なお、特定健康診査については、実施率が相対的に高い保険者※(以下「上位保険者」という。)とそれ以外の保険者(以下「その他保険者」という。)での取組の実施状況を比較・分析し、特定保健指導については、健保組合と市町村国保の取組を比較した。

※ 健保組合では特定健診実施率 80%以上、市町村国保では特定健診実施率 50%以上の保険者を上位保険者とした。

1. 特定健康診査に関する取組

健保組合・市町村国保それぞれについて、上位保険者とその他の保険者で取組状況を比較したところ、以下の取組については、健保組合・市町村国保に共通して、上位保険者が取り組んでいる割合が大きいことが分かった。このため、これらの取組が特定健診実施率の向上のために有効であると考えられる。

○対象者の利便性の向上

健保組合における個別契約の締結や、市町村国保における直営の健診機関での実施により、健診項目の追加等、対象者の状況に応じた実施体制が構築されている保険者の割合が大きい。また、がん検診や肝炎ウイルス検診を同時実施している保険者の割合が大きく、他の検診との同時実施が対象者の利便性を向上させていると考えられる。(表1～6参照)

《参考》特定健診に関する取組(出典:保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース)

表1 個別契約の締結の有無【健保組合】

	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	172	76.8%	528	66.6%
締結していない	51	22.8%	252	31.8%
未回答	1	0.4%	13	1.6%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表2 がん検診との同時実施の状況【健保組合】

	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	157	70.1%	371	46.8%
一部実施機関でのみ同時実施している	24	10.7%	150	18.9%

同時実施していない	43	19.2%	259	32.7%
未回答	0	0.0%	13	1.6%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表3 肝炎ウイルス検診との同時実施の状況【健保組合】

	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	77	34.4%	162	20.4%
一部実施機関でのみ同時実施している	34	15.2%	108	13.6%
同時実施していない	111	49.6%	512	64.6%
未回答	2	0.9%	11	1.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表4 直営・委託の状況【市町村国保】

	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	10	5.9%	41	3.3%
直営と外部委託の組み合わせ	38	22.4%	213	17.0%
外部委託のみ	121	71.2%	994	79.5%
未回答	1	0.6%	2	0.2%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

表5 がん検診との同時実施の状況【市町村国保】

	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	108	63.5%	717	57.4%
一部実施機関でのみ同時実施している	40	23.5%	395	31.6%
同時実施していない	22	12.9%	131	10.5%
未回答	0	0.0%	7	0.6%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

表6 肝炎ウイルス検診との実施状況【市町村国保】

	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	115	67.6%	696	55.7%
一部実施機関でのみ同時実	34	20.0%	338	27.0%

施している				
同時実施していない	21	12.4%	212	17.0%
未回答	0	0.0%	4	0.3%
合 計	170	100.0%	1250	100.0%

○未受診者対策の実施

未受診者対策として、未受診の理由把握の取組を実施している保険者の割合が大きい。このため、未受診者の状況を把握することが、受診率向上の取組として有効であると考えられる。（表7、8参照）

《参考》特定健診に関する取組（出典：保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース）

表7 未受診者の理由把握の実施状況【健保組合】

		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	83	37.1%	166	20.9%
	実施していない	131	58.5%	574	72.4%
	無回答	10	4.5%	53	6.7%
	合 計	224	100.0%	793	100.0%
被扶養者	実施している	69	30.8%	97	12.2%
	実施していない	143	63.8%	637	80.3%
	無回答	12	5.4%	59	7.4%
	合 計	224	100.0%	793	100.0%

表8 未受診者の理由把握の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
実施している	118	69.4%	722	57.8%
実施していない	49	28.8%	500	40.0%
無回答	3	1.8%	28	2.2%
合計	170	100.0%	1250	100.0%

○健診データ等を活用した取組の実施

特定健診データ等を活用した集計・分析やレセプトデータとの突合分析を実施している保険者の割合が大きい。こうした集計や分析の結果を、実施率向上のための取組に活用することが有効であると考えられる。(表9～12 参照)

《参考》特定健診に関する取組(出典:保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース)

表9 特定健診データ等の集計・分析の実施状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
実施している	140	62.5%	393	49.6%
実施していない	84	37.5%	394	49.7%
未回答	0	0.0%	6	0.8%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 10 特定健診データ等とレセプトデータの突合分析の実施状況【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
実施している	55	24.6%	111	14.0%
実施していない	168	75.0%	673	84.9%
未回答	1	0.4%	9	1.1%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 11 特定健診等の集計・分析の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
集計・分析を実施している	136	80.0%	169	75.4%
集計・分析を実施していない	33	19.4%	55	24.6%
無回答	1	0.6%	0	0.0%
合計	170	100.0%	224	100.0%

表 12 特定健診データ等とレセプトデータの突合分析の実施状況【市町村国保】

	上位保険者		その他の保険者	
	保険者数	構成割合	保険者数	構成割合
突合分析を実施している	61	35.9%	76	33.9%
突合分析を実施していない	107	62.9%	148	66.1%
無回答	2	1.2%	0	0.0%
合計	170	100.0%	224	100.0%

○受診率向上のための取組

受診率向上のために取組のうち、健保組合・市町村国保ともに、上位保険者では「自己負担の無料化」を実施している保険者の割合が大きい。また、健保組合の上位保険者では、「事業所との連携」「電話勧奨」を実施している保険者の割合が大きく、市町村国保の上位保険者では「個別訪問」「地域人材の活用」を実施している保険者の割合が大きい。（表 13～19 参照）

《参考》特定健診に関する取組（出典：保険者調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース）

表 13 年度途中の未受診者への受診勧奨【健保組合】

	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	107	47.8%	265	33.4%
受診勧奨を実施していない	112	50.0%	495	62.4%
未回答	5	2.2%	33	4.2%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 14 自己負担の無料化【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
自己負担を無料化している	152	67.9%	475	59.9%
自己負担を無料化していない	67	29.9%	286	36.1%
未回答	5	2.2%	32	4.0%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 15 事業所との連携【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
事業所と連携している	78	34.8%	232	29.3%
事業所と連携していない	141	62.9%	526	66.3%
未回答	5	2.2%	35	4.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 16 電話案内【健保組合】

	上位保険者		その他保険者	
	保険者数	割合	保険者数	割合
電話案内を実施している	38	17.0%	66	8.3%
電話案内を実施していない	181	80.8%	692	87.3%
未回答	5	2.2%	35	4.4%
合 計	224	100.0%	793	100.0%

表 17 個別訪問【市町村国保】

	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
個別訪問を実施している	77	45.3%	409	32.7%
個別訪問を実施していない	90	52.9%	822	65.8%
未回答	3	1.8%	19	1.5%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

表 18 自己負担の無料化【市町村国保】

	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
自己負担を無料化している	85	50.0%	555	44.4%
自己負担を無料化していない	81	47.6%	679	54.3%
未回答	4	2.4%	16	1.3%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

表 19 地域人材の活用【市町村国保】

	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
地域人材を活用している	91	53.5%	597	47.8%
地域人材を活用していない	76	44.7%	635	50.8%
未回答	3	1.8%	18	1.4%
全 体	170	100.0%	1250	100.0%

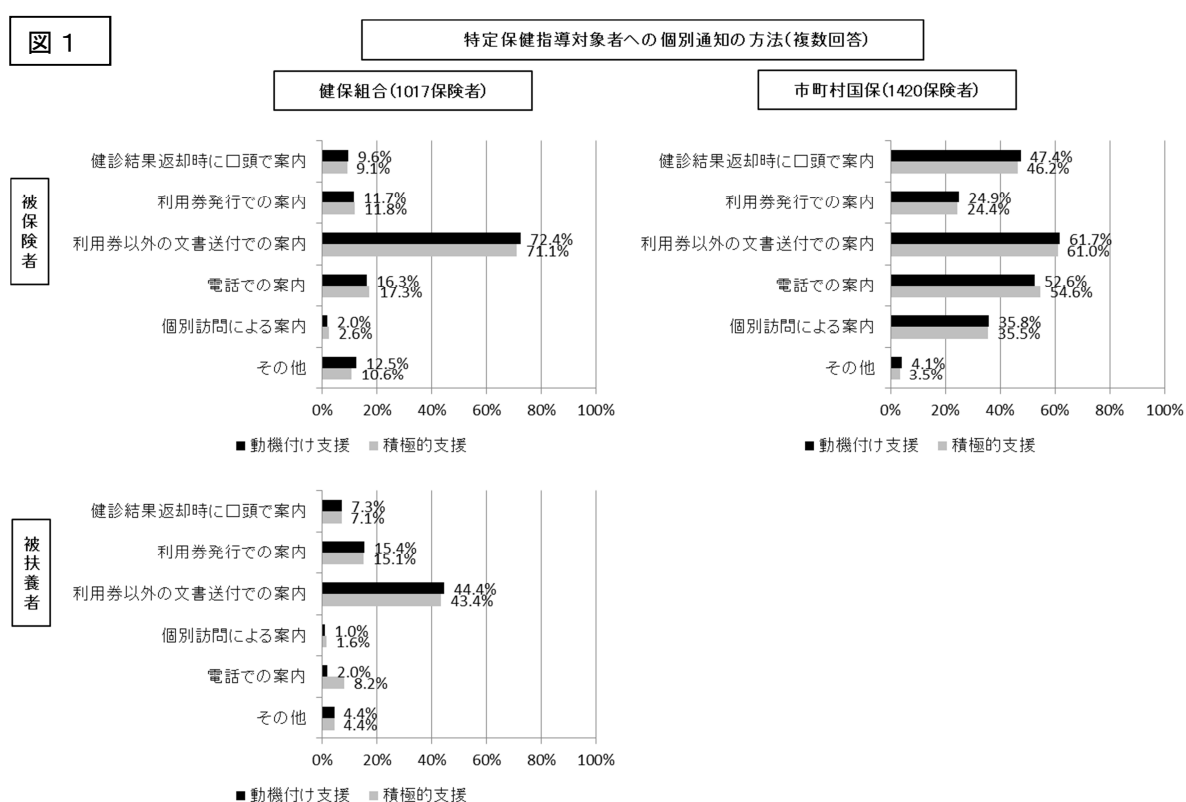
2. 特定保健指導に関する取組

特定保健指導の終了率は、市町村国保が他の保険者と比較して相対的に高い。市町村国保と健保組合の間で、特定保健指導の実施体制や取組状況を比較した結果、以下について、差がみられた。

○個別通知の実施方法

市町村国保では、健保組合と比較して「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」を実施している保険者の割合が大きい。（図1参照）

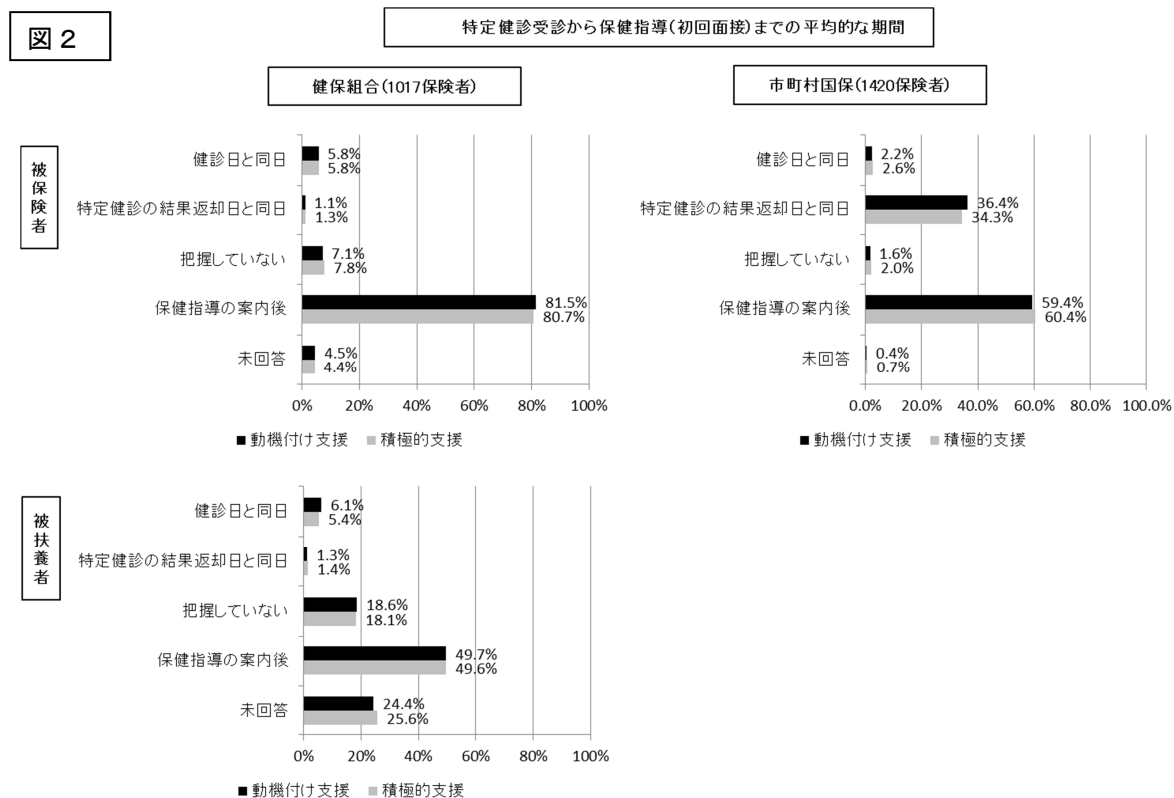
《参考》特定保健指導に関する取組（出典：保険者調査）



○健診受診から初回面接までの期間の短縮

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、市町村国保では、健保組合と比較して「特定健診の結果返却日と同日」に実施している保険者の割合が大きく、比較的短い期間で保健指導を行っていると言える。(図2参照)

《参考》特定保健指導に関する取組(出典:保険者調査)

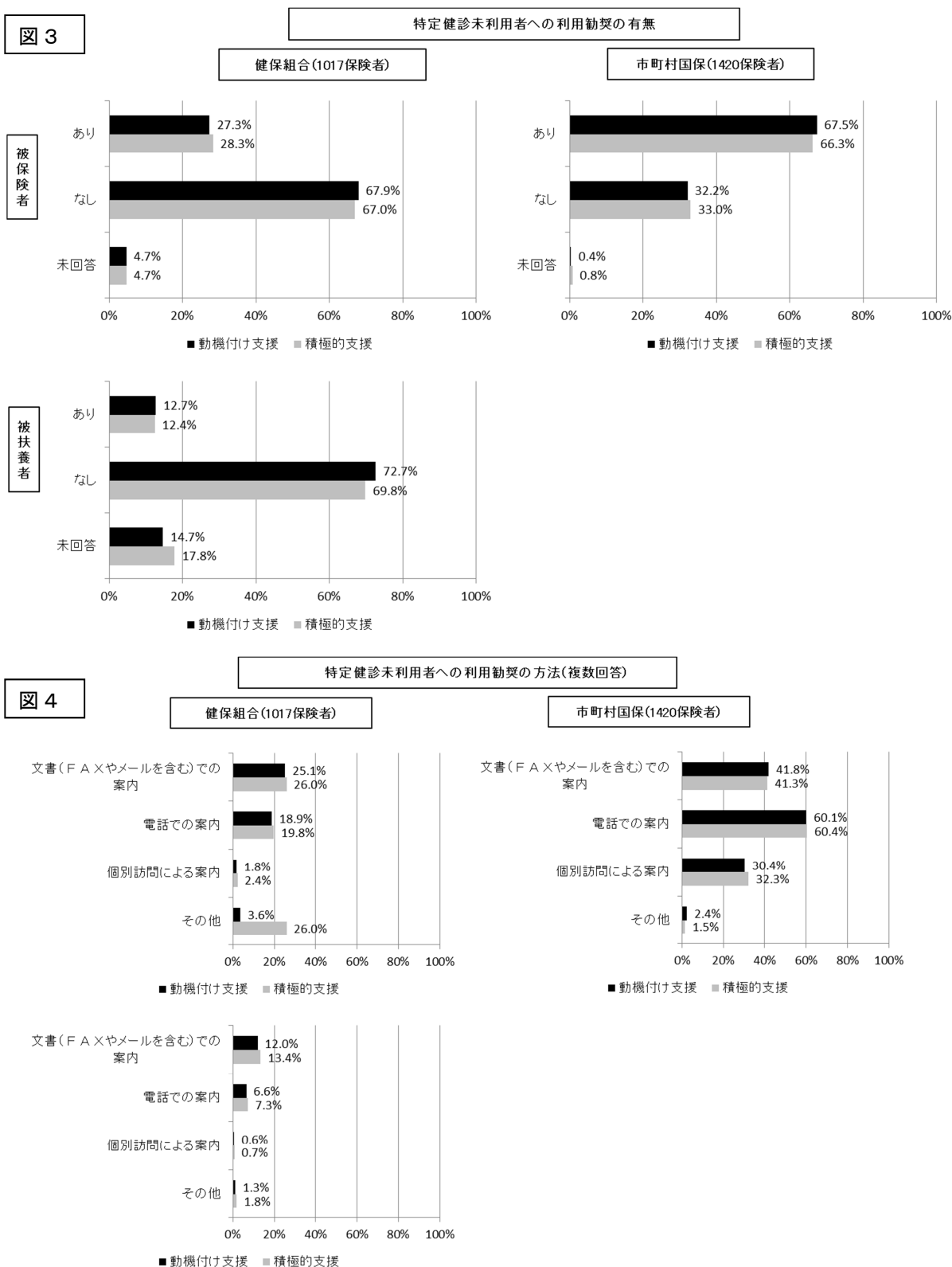


○特定保健指導未利用者への勧奨

市町村国保では、多くの保険者が特定保健指導の利用勧奨を行っているが、健保組合では利用勧奨を行っていない保険者の方が多い。

また、市町村国保の利用勧奨の方法として、「電話での案内」や「個別訪問による案内」が多いのに対し、健保組合では「文書での案内」が多い。（図3、4参照）

《参考》特定保健指導に関する取組（出典：保険者調査）



都道府県における特徴的な取組

各都道府県においては、法第9条第3項第3号及び第4号に基づき、特定健康診査・保健指導の目標達成のため様々な取組を行っている。第一期における特徴的な取組は以下のとおりである。

※都道府県から提出された実績評価を参考にして記載を行っているため、同様の取り組みを行っている都道府県であっても、都道府県名を挙げていない場合がある。

- (1) 特定健康診査・保健指導情報の収集・分析(岩手県、静岡県、岐阜県、愛知県、大阪府、福岡県)
都道府県内における特定健康診査・保健指導情報を収集し、調査・分析を行い、当該結果を保険者や市町村等に情報提供する取組
- (2) 国民健康保険の都道府県調整交付金におけるインセンティブの仕組みの導入(広島県、宮城県、東京都、山口県等)
国民健康保険の都道府県調整交付金において、特定健康診査・保健指導の実施率に応じて交付する等インセンティブ算定の仕組みを導入する取組
- (3) 特定健診コールセンターによる受診勧奨の取組の支援(山形県)
市町村国保における特定健康診査の実施率向上を図るため、特定健診未受診者に対する受診勧奨や、未受診理由の聴取等を実施するコールセンターを設置し、市町村国保における受診勧奨の取組を支援する取組
- (4) 健康長寿に向けたモデル事業の実施(埼玉県、神奈川県、静岡県)
県民の誰もが毎日を健康で生き生きと暮らすことができる健康長寿社会を実現するため、「運動」「食」「団地まるごと」に着目したモデル事業を実施し、効果を科学的に検証する取組
健康づくりを促進する新しい仕組みとして、県と市町が協働で実施する健康マイレージ事業の取組
健康寿命日本一を目指し、県・市町村・企業・保険者・関係団体等と連携した生活習慣病予防や健康づくり(未病を治す取組)運動の実施
- (5) 周知・広報の取組(静岡県、愛知県、山口県)
スーパーマーケット等のレシートを利用した広報や健康づくり情報及び健康促進プログラムを情報提供するための HP 設置等、積極的な広報を行う取組

表1 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 H18→H24	変化率 H18→H24
	H 1 8	H 1 9	H 2 0	H 2 1	H 2 2	H 2 3	H 2 4	順位		
全国	32.2	31.7	31.6	31.3	30.7	30.4	29.7		-2.5	-7.76%
北海道	37.1	36.5	36.6	35.9	35.3	34.7	33.8	37 位	-3.3	-8.89%
青森県	35.1	34.3	34.2	33.4	32.5	32.0	31.4	27 位	-3.7	-10.54%
岩手県	35.5	35.1	35.6	35.3	33.9	33.4	32.3	34 位	-3.2	-9.01%
宮城県	29.0	28.5	28.4	27.8	27.3	27.5	26.3	6 位	-2.7	-9.31%
秋田県	35.3	34.3	34.1	34.1	33.5	33.3	32.2	33 位	-3.1	-8.78%
山形県	28.9	28.7	29.5	29.6	29.0	28.9	28.3	12 位	-0.6	-2.08%
福島県	35.0	34.4	34.2	33.7	32.9	31.8	31.0	25 位	-4	-11.43%
茨城県	31.9	31.6	31.5	31.1	30.7	30.3	29.6	18 位	-2.3	-7.21%
栃木県	34.9	34.4	33.9	33.4	32.5	32.6	31.4	27 位	-3.5	-10.03%
群馬県	31.2	31.1	30.8	30.6	29.8	29.3	28.5	14 位	-2.7	-8.65%
埼玉県	33.3	32.9	32.8	32.3	31.9	31.5	30.8	23 位	-2.5	-7.51%
千葉県	30.4	29.6	29.3	28.8	28.2	27.8	27.2	8 位	-3.2	-10.53%
東京都	25.4	24.6	24.3	23.9	23.5	23.3	22.8	1 位	-2.6	-10.24%
神奈川県	25.5	25.1	24.8	24.4	24.0	23.8	23.1	2 位	-2.4	-9.41%
新潟県	32.1	32.0	32.0	31.8	31.5	31.3	30.6	22 位	-1.5	-4.67%
富山県	33.2	32.5	32.7	32.4	32.4	32.5	31.8	30 位	-1.4	-4.22%
石川県	35.3	34.6	34.9	34.9	34.4	34.2	33.7	36 位	-1.6	-4.53%
福井県	32.8	31.9	31.5	31.1	30.7	30.5	29.8	19 位	-3	-9.15%
山梨県	34.8	34.2	33.9	33.6	33.0	32.5	31.3	26 位	-3.5	-10.06%
長野県	25.0	25.1	25.1	24.8	24.6	24.1	23.8	3 位	-1.2	-4.80%
岐阜県	27.5	26.9	26.6	26.3	26.1	25.8	25.2	5 位	-2.3	-8.36%
静岡県	28.8	28.6	28.5	28.7	28.2	28.3	27.6	11 位	-1.2	-4.17%
愛知県	27.4	27.0	26.9	26.4	26.1	25.5	25.1	4 位	-2.3	-8.39%
三重県	32.9	32.2	32.1	31.6	31.4	30.9	29.8	19 位	-3.1	-9.42%
滋賀県	27.5	27.7	27.9	27.2	27.4	27.3	27.0	7 位	-0.5	-1.82%
京都府	31.3	30.7	30.6	30.1	29.6	29.1	28.3	12 位	-3	-9.58%
大阪府	29.6	29.4	29.6	29.6	29.4	29.3	28.7	15 位	-0.9	-3.04%
兵庫県	30.0	29.5	29.4	28.8	28.1	27.8	27.4	10 位	-2.6	-8.67%
奈良県	30.5	30.0	29.9	29.1	28.1	27.6	27.3	9 位	-3.2	-10.49%
和歌山県	34.2	32.8	32.9	33.3	32.7	32.4	30.9	24 位	-3.3	-9.65%
鳥取県	33.9	33.2	32.4	32.2	31.5	31.3	30.5	21 位	-3.4	-10.03%
島根県	32.6	32.5	33.0	33.2	32.8	32.1	31.5	29 位	-1.1	-3.37%
岡山県	32.1	31.4	31.3	31.0	30.6	29.9	29.3	17 位	-2.8	-8.72%
広島県	34.8	34.4	33.8	33.2	32.9	32.6	31.9	32 位	-2.9	-8.33%
山口県	42.8	42.9	42.2	41.9	41.4	41.2	40.5	43 位	-2.3	-5.37%
徳島県	43.2	42.6	42.5	42.2	41.4	39.9	39.6	42 位	-3.6	-8.33%
香川県	32.7	31.9	31.9	31.7	30.4	29.9	29.1	16 位	-3.6	-11.01%
愛媛県	35.9	35.9	35.9	35.5	34.5	33.8	33.0	35 位	-2.9	-8.08%
高知県	46.4	46.2	46.1	46.1	45.6	45.6	44.3	46 位	-2.1	-4.53%
福岡県	39.6	39.2	38.8	38.3	37.6	37.0	36.0	39 位	-3.6	-9.09%
佐賀県	48.5	47.1	47.5	46.6	45.0	43.8	42.9	45 位	-5.6	-11.55%
長崎県	42.4	42.2	42.4	41.5	40.7	39.7	38.6	41 位	-3.8	-8.96%
熊本県	42.1	41.5	41.5	41.8	41.1	41.0	40.5	43 位	-1.6	-3.80%
大分県	36.1	36.1	36.0	35.7	35.3	35.0	34.2	38 位	-1.9	-5.26%
宮崎県	40.5	39.6	40.1	40.0	39.1	38.7	38.2	40 位	-2.3	-5.68%
鹿児島県	47.7	46.7	46.8	46.4	46.0	45.1	44.5	47 位	-3.2	-6.71%
沖縄県	36.3	34.6	34.4	33.8	32.6	32.5	31.8	30 位	-4.5	-12.40%

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～24年は「病院報告」

表2 都道府県別特定健康診査実施率の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度		変化率(H20→24)	
						順位		順位
全国	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%		7.3%	
北海道	29.2%	31.5%	32.6%	34.9%	36.7%	46 位	7.5%	17 位
青森県	33.9%	34.5%	35.0%	37.3%	39.5%	42 位	5.6%	37 位
岩手県	37.4%	39.8%	40.4%	43.9%	46.2%	15 位	8.8%	11 位
宮城県	48.1%	48.9%	49.9%	50.3%	52.9%	3 位	4.8%	44 位
秋田県	35.4%	37.2%	37.5%	40.9%	41.3%	35 位	5.9%	32 位
山形県	44.9%	47.4%	50.2%	52.3%	53.6%	2 位	8.7%	13 位
福島県	40.3%	42.8%	43.3%	43.4%	45.7%	19 位	5.4%	38 位
茨城県	36.8%	39.8%	40.2%	42.1%	43.4%	24 位	6.6%	27 位
栃木県	33.6%	37.8%	39.9%	40.7%	42.5%	31 位	8.9%	10 位
群馬県	40.8%	42.7%	44.0%	44.4%	44.9%	22 位	4.1%	46 位
埼玉県	37.9%	39.2%	40.1%	41.6%	43.1%	26 位	5.2%	39 位
千葉県	39.1%	41.5%	42.2%	44.0%	45.1%	21 位	6.0%	31 位
東京都	53.3%	58.4%	60.2%	61.6%	62.9%	1 位	9.6%	6 位
神奈川県	37.0%	39.3%	40.4%	41.9%	42.9%	29 位	5.9%	32 位
新潟県	45.5%	47.5%	48.7%	49.3%	51.2%	5 位	5.7%	35 位
富山県	46.7%	48.1%	49.5%	48.4%	51.7%	4 位	5.0%	42 位
石川県	38.5%	42.3%	43.9%	45.9%	49.8%	7 位	11.3%	3 位
福井県	35.4%	38.0%	40.4%	42.0%	44.8%	23 位	9.4%	7 位
山梨県	40.9%	44.9%	46.9%	48.3%	50.6%	6 位	9.7%	5 位
長野県	42.4%	43.1%	46.3%	48.2%	49.6%	8 位	7.2%	21 位
岐阜県	39.2%	40.8%	43.0%	44.6%	46.0%	16 位	6.8%	23 位
静岡県	38.6%	41.3%	43.6%	45.6%	47.4%	12 位	8.8%	11 位
愛知県	40.3%	43.8%	45.9%	46.8%	47.6%	11 位	7.3%	19 位
三重県	38.5%	42.0%	44.0%	46.2%	47.7%	10 位	9.2%	9 位
滋賀県	39.5%	40.1%	42.6%	43.4%	45.2%	20 位	5.7%	35 位
京都府	38.1%	40.6%	41.5%	42.4%	42.9%	28 位	4.8%	44 位
大阪府	34.2%	37.1%	39.0%	39.8%	40.5%	40 位	6.3%	28 位
兵庫県	35.4%	37.7%	39.3%	40.5%	41.6%	34 位	6.2%	29 位
奈良県	30.4%	31.3%	32.7%	33.5%	35.5%	47 位	5.1%	40 位
和歌山県	27.5%	28.8%	34.8%	36.4%	38.2%	45 位	10.7%	4 位
鳥取県	33.5%	36.4%	37.1%	38.4%	40.6%	39 位	7.1%	22 位
島根県	41.8%	42.9%	44.4%	45.1%	46.9%	13 位	5.1%	40 位
岡山県	35.0%	34.8%	36.4%	37.2%	38.8%	43 位	3.8%	47 位
広島県	33.3%	35.7%	37.3%	38.2%	40.9%	36 位	7.6%	16 位
山口県	32.4%	32.7%	33.9%	35.9%	38.3%	44 位	5.9%	32 位
徳島県	36.1%	37.9%	39.2%	40.7%	42.9%	27 位	6.8%	23 位
香川県	41.4%	42.0%	42.6%	44.0%	46.3%	14 位	4.9%	43 位
愛媛県	32.9%	34.1%	35.7%	36.9%	39.6%	41 位	6.7%	25 位
高知県	34.0%	35.8%	38.1%	41.5%	43.4%	25 位	9.4%	7 位
福岡県	34.5%	37.0%	39.0%	40.4%	42.0%	33 位	7.5%	17 位
佐賀県	35.1%	37.2%	38.9%	40.0%	42.4%	32 位	7.3%	19 位
長崎県	32.9%	33.6%	36.0%	38.1%	40.7%	38 位	7.8%	14 位
熊本県	36.5%	38.5%	39.5%	40.5%	42.7%	30 位	6.2%	29 位
大分県	41.4%	43.6%	45.3%	46.0%	48.1%	9 位	6.7%	25 位
宮崎県	33.0%	35.5%	35.7%	38.7%	40.8%	37 位	7.8%	14 位
鹿児島県	29.1%	33.8%	37.2%	40.7%	45.8%	18 位	16.7%	1 位
沖縄県	34.5%	39.4%	41.9%	43.9%	45.9%	17 位	11.4%	2 位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表3 都道府県別特定保健指導実施率の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度		変化率(H20→24)	
						順位		順位
全国	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%		8.7%	
北海道	6.6%	10.5%	12.0%	11.8%	15.7%	36 位	9.1%	25 位
青森県	9.6%	18.6%	18.6%	19.2%	19.7%	18 位	10.1%	21 位
岩手県	9.8%	15.1%	17.3%	16.4%	16.7%	32 位	6.9%	41 位
宮城県	7.9%	13.1%	11.9%	11.9%	14.2%	44 位	6.3%	43 位
秋田県	7.5%	10.8%	12.5%	12.6%	19.5%	20 位	12.0%	13 位
山形県	11.3%	17.2%	17.0%	19.8%	22.4%	11 位	11.1%	17 位
福島県	9.4%	16.2%	14.4%	13.2%	14.8%	40 位	5.4%	46 位
茨城県	8.4%	11.8%	12.8%	16.0%	17.2%	29 位	8.8%	28 位
栃木県	9.4%	13.1%	16.2%	19.1%	21.2%	14 位	11.8%	14 位
群馬県	6.5%	10.1%	10.9%	12.7%	14.5%	42 位	8.0%	35 位
埼玉県	5.7%	10.9%	12.2%	14.7%	14.3%	43 位	8.6%	30 位
千葉県	7.9%	13.6%	14.2%	16.6%	16.7%	33 位	8.8%	28 位
東京都	5.1%	10.0%	11.1%	12.9%	13.4%	45 位	8.3%	32 位
神奈川県	4.6%	9.8%	9.8%	11.0%	12.2%	46 位	7.6%	38 位
新潟県	10.2%	12.9%	14.2%	17.3%	18.1%	25 位	7.9%	36 位
富山県	10.1%	12.9%	13.3%	17.5%	19.2%	21 位	9.1%	25 位
石川県	11.9%	16.0%	16.3%	21.1%	21.7%	13 位	9.8%	23 位
福井県	9.4%	15.4%	15.6%	18.5%	20.6%	16 位	11.2%	16 位
山梨県	13.3%	16.1%	15.9%	19.0%	19.6%	19 位	6.3%	43 位
長野県	11.8%	21.8%	20.7%	23.8%	25.9%	5 位	14.1%	7 位
岐阜県	13.7%	18.2%	19.0%	22.7%	21.8%	12 位	8.1%	33 位
静岡県	9.5%	13.1%	13.8%	15.2%	16.8%	31 位	7.3%	39 位
愛知県	6.0%	10.0%	11.4%	14.5%	17.5%	27 位	11.5%	15 位
三重県	7.2%	11.4%	12.1%	14.7%	16.1%	35 位	8.9%	27 位
滋賀県	7.6%	10.9%	13.0%	14.2%	18.1%	26 位	10.5%	20 位
京都府	6.9%	11.8%	12.0%	13.9%	15.3%	38 位	8.4%	31 位
大阪府	5.5%	8.8%	9.8%	11.1%	11.6%	47 位	6.1%	45 位
兵庫県	8.4%	11.8%	12.3%	13.9%	15.1%	39 位	6.7%	42 位
奈良県	6.7%	11.3%	13.1%	13.0%	14.6%	41 位	7.9%	36 位
和歌山県	8.0%	11.1%	10.9%	13.2%	18.7%	23 位	10.7%	19 位
鳥取県	7.4%	11.4%	13.2%	14.4%	16.9%	30 位	9.5%	24 位
島根県	4.2%	9.4%	11.1%	19.4%	18.7%	22 位	14.5%	4 位
岡山県	5.8%	11.7%	12.6%	14.8%	16.6%	34 位	10.8%	18 位
広島県	8.6%	14.1%	17.1%	19.4%	18.6%	24 位	10.0%	22 位
山口県	7.4%	12.2%	14.6%	17.6%	21.0%	15 位	13.6%	8 位
徳島県	12.4%	20.6%	18.2%	23.3%	28.6%	1 位	16.2%	1 位
香川県	11.5%	19.8%	20.0%	26.2%	27.4%	3 位	15.9%	2 位
愛媛県	12.8%	15.7%	15.6%	19.7%	19.8%	17 位	7.0%	40 位
高知県	11.0%	13.9%	12.7%	15.1%	15.6%	37 位	4.6%	47 位
福岡県	9.3%	13.6%	14.3%	14.9%	17.4%	28 位	8.1%	33 位
佐賀県	13.5%	18.0%	20.3%	27.1%	28.0%	2 位	14.5%	4 位
長崎県	11.9%	16.8%	18.2%	22.1%	27.3%	4 位	15.4%	3 位
熊本県	12.6%	18.4%	20.3%	23.4%	25.6%	6 位	13.0%	11 位
大分県	10.6%	15.1%	15.6%	21.4%	25.0%	9 位	14.4%	6 位
宮崎県	12.0%	19.8%	23.5%	23.6%	24.9%	10 位	12.9%	12 位
鹿児島県	12.3%	17.1%	16.8%	21.9%	25.5%	7 位	13.2%	9 位
沖縄県	11.9%	16.0%	18.5%	22.9%	25.1%	8 位	13.2%	9 位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表4 平成24年度都道府県別特定保健指導対象者の減少率（20年度比）

	平成24年度特定保健指導対象者の減少率（平成20年度比）	
		順位
全国	12.0%	
北海道	11.7%	22位
青森県	14.3%	13位
岩手県	21.5%	3位
宮城県	11.7%	23位
秋田県	9.4%	39位
山形県	18.2%	5位
福島県	10.5%	31位
茨城県	10.9%	28位
栃木県	10.5%	32位
群馬県	10.7%	30位
埼玉県	12.7%	18位
千葉県	11.8%	21位
東京都	11.0%	26位
神奈川県	13.5%	15位
新潟県	7.8%	44位
富山県	8.3%	43位
石川県	9.8%	37位
福井県	10.2%	33位
山梨県	9.6%	38位
長野県	23.9%	1位
岐阜県	14.3%	12位
静岡県	15.2%	8位
愛知県	10.2%	34位
三重県	12.1%	19位
滋賀県	8.7%	42位
京都府	9.8%	36位
大阪府	5.4%	46位
兵庫県	13.4%	17位
奈良県	9.1%	40位
和歌山県	8.7%	41位
鳥取県	-0.6%	47位
島根県	16.0%	6位
岡山県	15.4%	7位
広島県	5.5%	45位
山口県	11.1%	25位
徳島県	22.7%	2位
香川県	14.8%	9位
愛媛県	11.3%	24位
高知県	10.9%	29位
福岡県	9.9%	35位
佐賀県	11.0%	27位
長崎県	21.0%	4位
熊本県	14.0%	14位
大分県	14.4%	11位
宮崎県	12.1%	20位
鹿児島県	14.6%	10位
沖縄県	13.5%	16位

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ