

大分県医療費適正化計画(第二期)

大分県

はじめに

わが国は、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、世界最長水準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、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、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が過度に増大しないようにしていく必要があります。

本県の医療費は、全国的にみて高い水準にあり、現状のまま医療費が増え続けると、現役世代の負担が過重なものとなり、医療保険制度全体の健全な運営が阻害され、制度の維持が困難となる恐れがあります。

このため、「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）」に基づき、大分県医療費適正化計画（第一期）に引き続き大分県医療費適正化計画（第二期）を作成しました。

医療費の伸びの適正化を図るためには、県民、医療関係者、行政等が一体となって、地域の医療費の実態を把握し、県民一人ひとりの健康づくり、県民が安心できる医療提供体制の構築などを、進めていくことが求められています。

本計画は、超高齢社会の到来に対応するため、県民の良質かつ適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、特定健康診査・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率、平均在院日数の短縮日数、後発医薬品の使用促進について具体的数値目標を定め、これらを達成するために県が取り組むべき施策等について、5年を計画期間として定めたものです。

今後、本計画に基づいて、本県における医療費の伸びの適正化、県民の健康づくり、良質で効率的な医療の提供に取り組んでいきたいと考えています。

終わりに、本計画の作成に当たり、大分県医療費適正化推進協議会の委員の方々をはじめ、貴重なご意見、ご提言をいただきました皆様に心から感謝申し上げます。

平成25年3月

大分県知事 広瀬 勝貞

目 次

| | |
|--------------------------------|----|
| 第1章 計画の趣旨 | 1 |
| 1 計画の導入の背景 | 1 |
| (1) 超高齢社会の到来 | 1 |
| (2) 高齢者医療費の増大と構造的・根本的な対策の重要性 | 2 |
| (3) 平成18年度の医療制度改革 | 2 |
| 2 計画の概要 | 3 |
| (1) 目的・策定主体・期間等 | 3 |
| (2) 具体的な対策の柱 | 4 |
| (3) 他計画との関係等 | 6 |
| 第2章 医療費を取り巻く現状と課題 | 7 |
| 1 現状 | 7 |
| (1) 医療費の状況 | 7 |
| (2) 平均在院日数の状況 | 16 |
| (3) 医療施設の状況 | 19 |
| (4) 生活習慣病に分類される疾患の状況 | 22 |
| 2 課題 | 26 |
| (1) 医療費（後期高齢者医療費）の増加 | 26 |
| (2) 生活習慣病患者の増加 | 26 |
| (3) 平均在院日数の長さ | 26 |
| 第3章 基本理念及び達成すべき政策目標と効果の見通し | 27 |
| 1 計画の基本理念 | 27 |
| 2 平成29年度末までに達成すべき政策目標 | 27 |
| (1) 県民の健康の保持の推進に関する目標 | 27 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標 | 28 |
| 3 政策目標の達成によって予想される医療費の削減効果の見通し | 28 |
| 第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等 | 30 |
| 1 目標達成に向けた施策及び県の役割 | 30 |
| (1) 県民の健康の保持の推進 | 30 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進 | 31 |
| (3) その他の取組み | 32 |
| 2 保険者・医療機関等の連携協力 | 33 |
| (1) 保険者との連携 | 33 |
| (2) 医療機関との連携 | 33 |
| (3) 市町村との連携 | 34 |
| 第5章 計画の推進 | 35 |
| 1 PDCAに基づく計画の推進 | 35 |
| (1) 中間年度の進捗状況評価 | 35 |
| (2) 計画の見直し | 35 |
| (3) 最終年度の翌年度の実績評価 | 35 |
| (4) 実績評価に基づく取扱い | 36 |
| 2 計画の周知 | 36 |
| 3 計画の推進体制 | 36 |
| 《用語の解説》 | 37 |

第1章 計画の趣旨

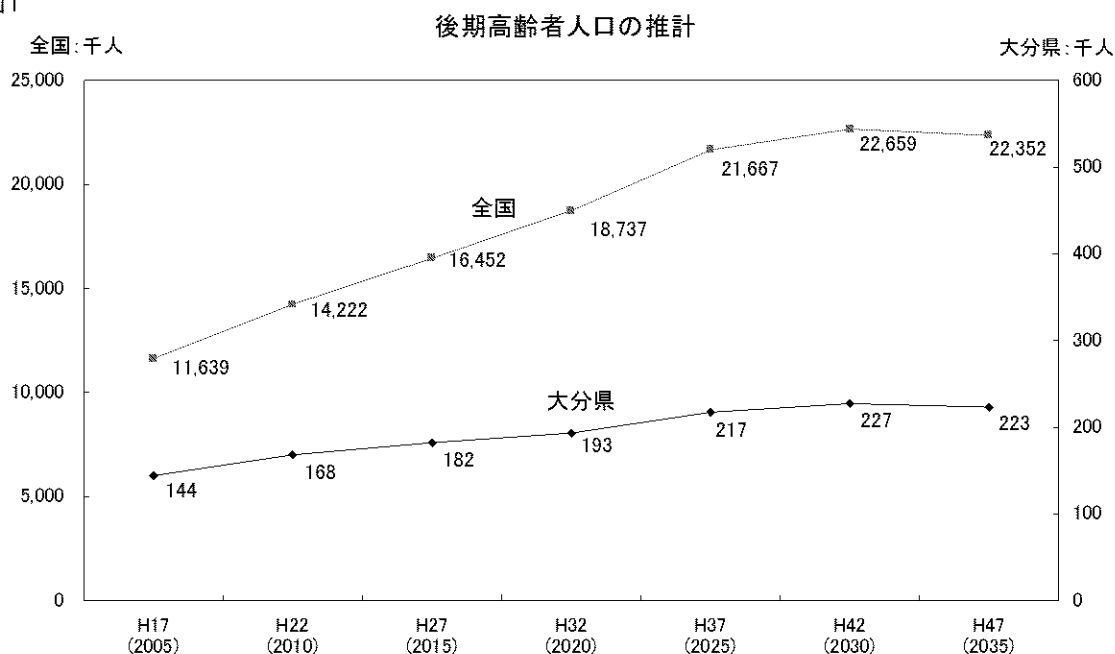
1 計画の導入の背景

(1) 超高齢社会の到来

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、世界最長水準の平均寿命や医療技術の発達等による高い保健医療水準を達成してきました。

しかし、世界に類を見ない速さで高齢社会に突入し、平成22年に約1,422万人（大分県16.8万人）である75歳以上の人口は、42年には約2,266万人（大分県22.7万人）に近づくと推計されています（図1）。また、本県における今後の75歳以上の人口が総人口に占める割合は、全国のそれを2～3ポイント上回って推移するものとされています（図2）。

図1



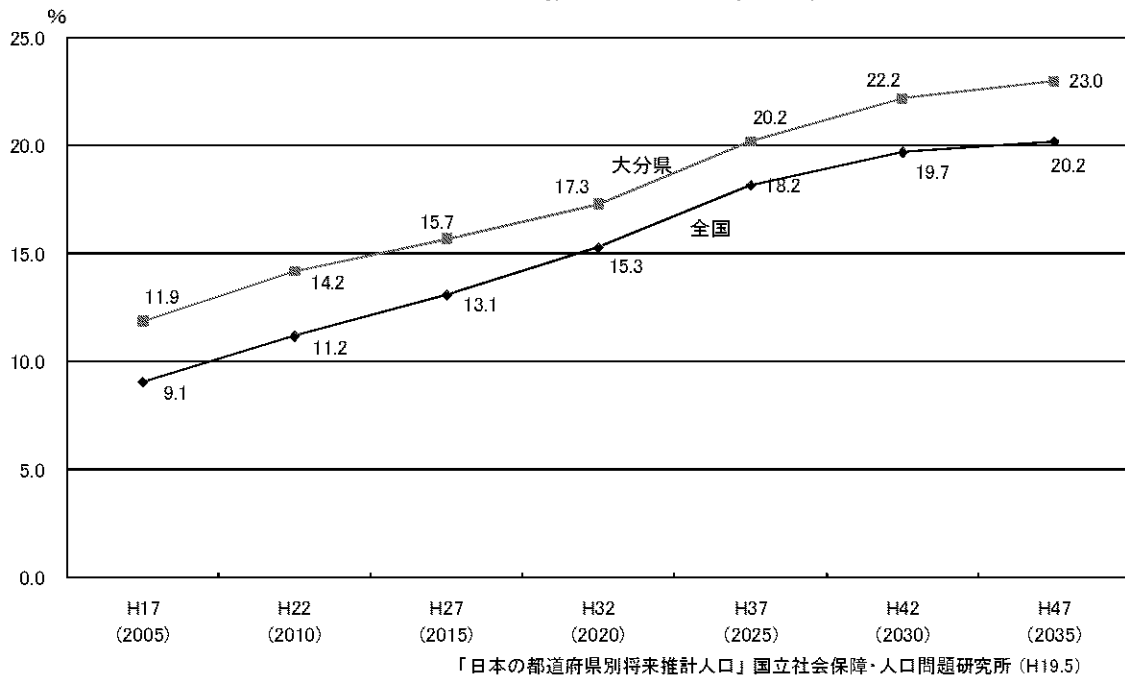
「日本の都道府県別将来推計人口」 国立社会保障・人口問題研究所 (H19.5)

注

本文中(※)のついた用語については、巻末(37ページ)の「用語の解説」を参照してください。

図2

総人口に占める後期高齢者人口の割合の推計



(2) 高齢者医療費の増大と構造的・根本的な対策の重要性

全国の医療費を示す国民医療費（※1）は、約37.4兆円（平成22年度）であり、1人当たり医療費を見ると、75歳以上は年間87.9万円であるのに対し、65歳未満では年間16.9万円と約5倍の開きがあり、人口の高齢化の進展に伴い、今後も後期高齢者医療費（75歳以上の高齢者の医療費）が増加することが予想され、国民皆保険制度をはじめとする社会保障制度の維持、運営が大きな課題になっています。

今後も少子高齢化、高度医療技術の進展、経済の低成長、国民生活の意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化していくことが考えられ、高齢化に伴って医療費が増加する中で、国民皆保険制度を堅持し続け、国民の生活の質の維持及び向上を確保するためには、将来的な医療費の伸びの適正化を図る構造的・根本的な対策が必要になっています。

(3) 平成18年度の医療制度改革

平成18年度の医療制度改革では、「安心、信頼の医療の確保と予防の重視」「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」とともに「医療費適正化の総合的な推進」を基本的な考え方とし、老人保健法に代わり「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。）が制定さ

れました。この法により、医療費の適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）の作成が、国及び各都道府県に義務付けられました。

医療費適正化計画においては、県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を定め、具体的な政策として展開することが重要であるとされています。

また、法に基づいて、新たに原則として75歳以上の高齢者を被保険者とする医療保険制度、「後期高齢者医療制度」が20年4月から実施されています。

2 計画の概要

(1) 目的・策定主体・期間等

この計画は、法第9条の規定に基づき、厚生労働大臣が定めた基本方針に即して、5年を1期とし、県における医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するために、県が定めるものです。

第2期の計画期間は、平成25年度から29年度までとします。

— 【参考】 — 高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

（都道府県医療費適正化計画）

第8条 厚生労働大臣は、…（略）…医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに…（略）…

第9条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、5年ごとに、5年を1期として、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（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

三 前2号に掲げる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

四 第1号及び第2号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

七 計画の達成状況の評価に関する事項

八 前各号に掲げるもののほか、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

- 3 都道府県医療費適正化計画は、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
- 4 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。
- 5 都道府県、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表するものとする。
- 6 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、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。

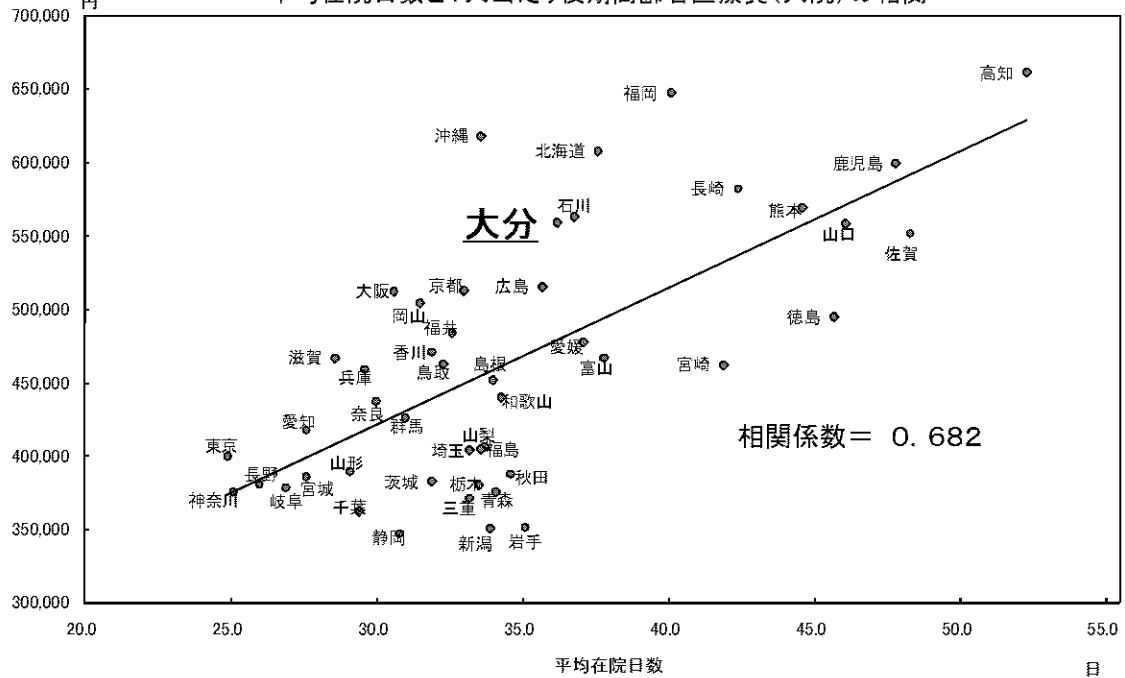
(2) 具体的な対策の柱

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病（※2）の外来受療率（※3）が徐々に増加し、次に75歳前後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ます。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどるケースが考えられます。

また、平成22年度の1人当たり後期高齢者医療費を見ると、大分県は99.1万円で、一番低い岩手県73.0万円の1.36倍となっています。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、その入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示しています（図3）。

図3

平均在院日数と1人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関



資料出所:厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」、厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業年報」(平成22年)

以上のことから、医療費の伸びの適正化を図っていくために重要な施策のひとつは、食生活や運動習慣などの改善等、若い時からの生活習慣病の予防対策です。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない者が減少し、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることになります。

もう一つは、平均在院日数(入院期間)の短縮です。医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備や住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築等に取り組むこと等により、患者の病態に相応しい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携強化により、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られることが期待されます。

これらの取組を通じて、入院医療費に直接関わる平均在院日数(入院期間)の短縮が図られることとなります。

こうした考え方に立ち、具体的には以下の2つの対策を柱とし、それぞれについて具体的な目標を定め、取り組んでいくこととします。

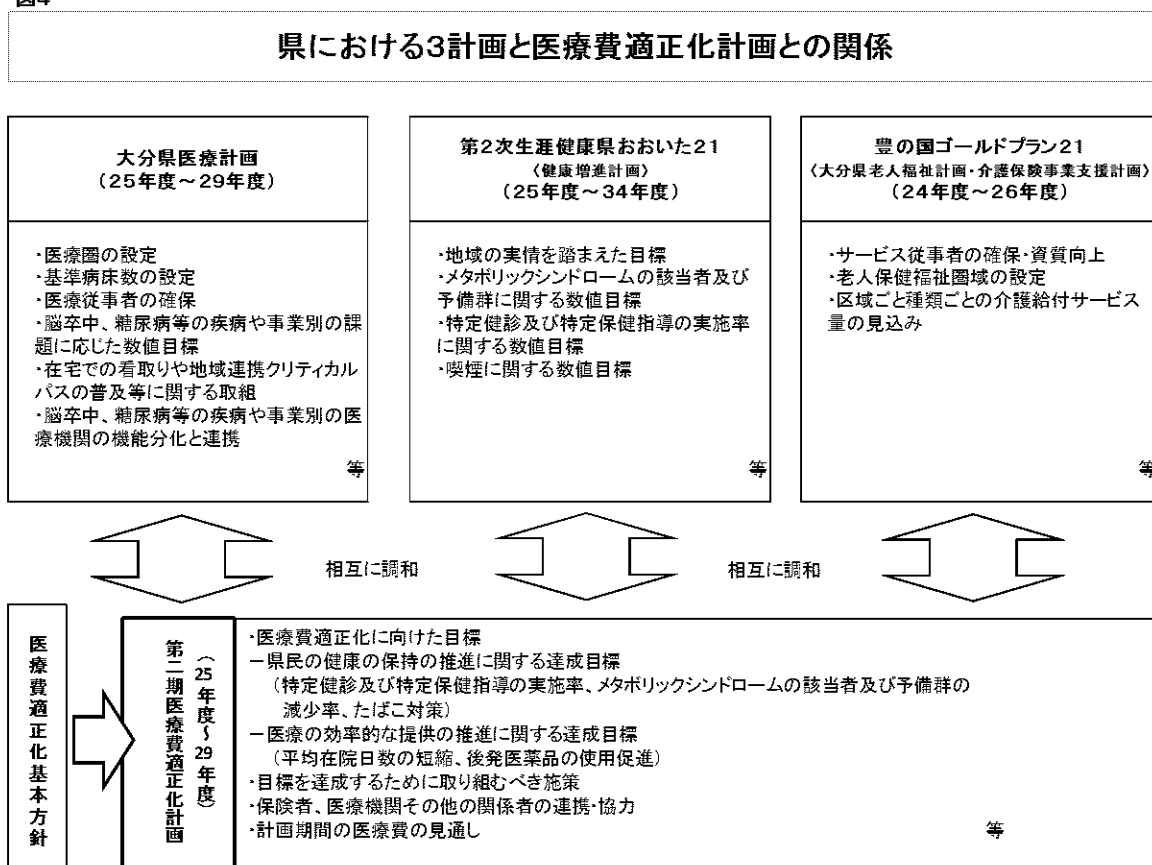
- I 生活習慣病の予防対策を中心とする、県民の健康の保持の推進
- II 入院期間の短縮等、医療の効率的な提供の推進

(3) 他計画との関係等

本計画は、「生活習慣病の予防対策を中心とする、県民の健康の保持の推進」と「入院期間の短縮等、医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、すべての県民が生涯を通じて健康で活力あふれる人生を送ることができる「生涯健康県おおいた」の実現を目指すことを基本理念とする「第2次生涯健康県おおいた21（健康増進計画）」と、後者は、誰もが安心して医療を受けることができるようになる体制を構築するための「大分県医療計画」及び高齢者の自立支援を念頭におき、高齢者の生きがいを推進するとともに医療・介護等を一体的に提供する地域包括システムを構築し、誰もが豊かな高齢期を送れるような地域社会の実現を目指すことなどを基本的理念とする「豊の国ゴールドプラン21（老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画）〈第5期〉」と密接に関連します。

このため、本計画はこれらの計画等と調和が保たれたものとしています（図4）。

図4



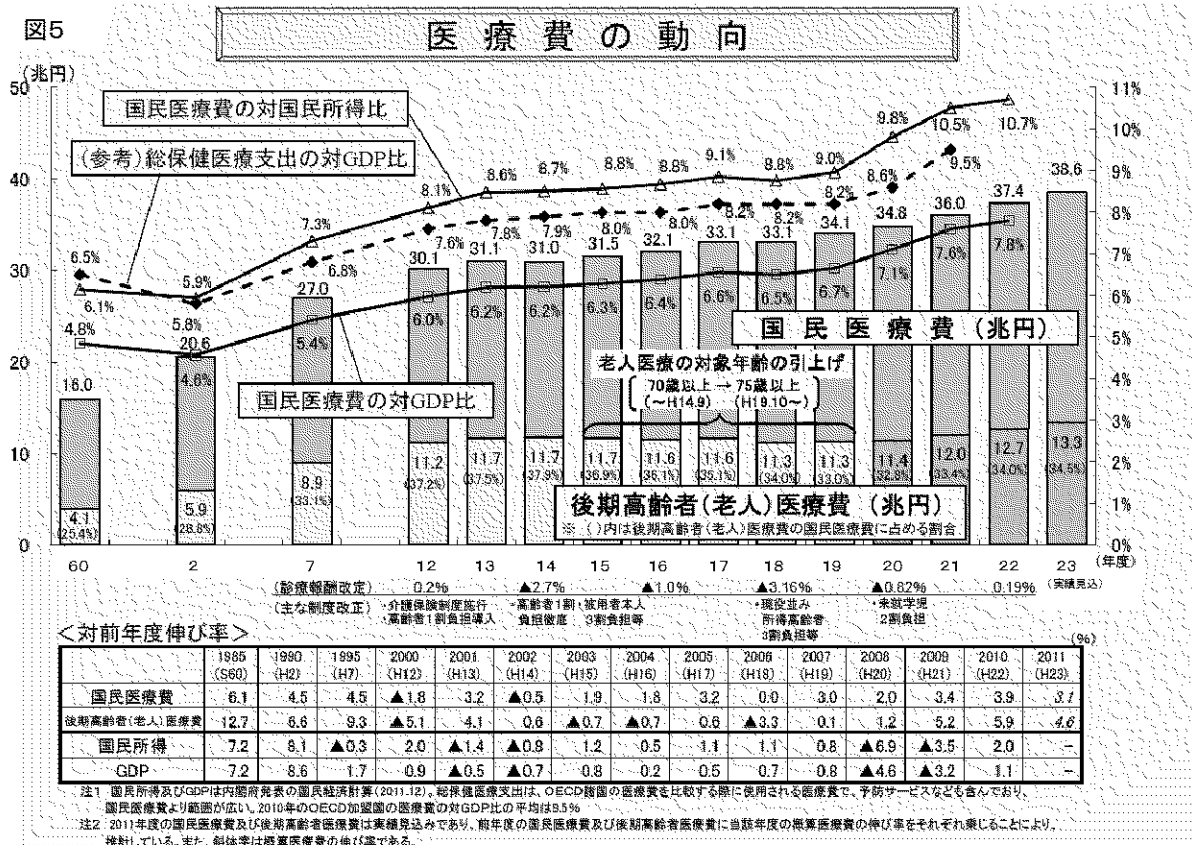
第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状

(1) 医療費の状況

① 国民医療費

全国の医療費を示す国民医療費は、約37.4兆円（平成22年度）であり、前年度と比べて約1.4兆円、3.9%の増加となっています。過去10年間の国民医療費を見ると、平成21年度以降は高齢化の進展や医療技術の高度化などの影響により、国民医療費は毎年1兆円（年率約3～4%）程度ずつ伸びる傾向を示しています（図5）。



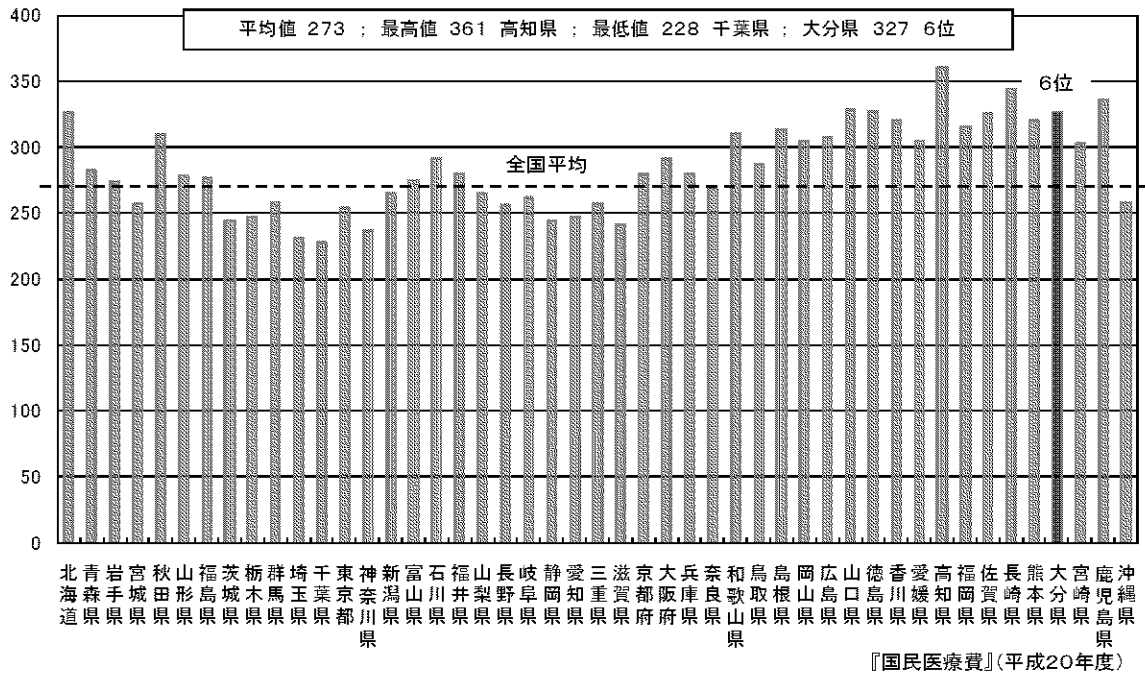
また、平成22年度年齢階級別国民医療費の1人当たり医療費を見ると、75歳以上は年間87.9万円であるのに対し、65歳未満では年間16.9万円と約5倍の開きがあり、人口の高齢化の進展に伴い、今後も後期高齢者医療費が国民医療費に占める割合は増加することが予想されます。

20年度の国民医療費の都道府県別医療費を見ると、本県の1人当たり医療費は32.7万円（全国平均27.3万円）で全国6位と高い位置にあります（図6）。

図6
千円

1人当たり医療費(総額)の全国比較

平成20年度



② 後期高齢者医療費 (全国比較)

医療費のうち、高齢者の医療の確保に関する法律の対象となる後期高齢者医療費の状況を見ると、全国的には平成20年度で約11.4兆円であり、国民医療費の32.8%を占めています。

一方、本県の平成20年度の後期高齢者医療費は約1,381億円で、県民医療費約3,923億円の約35.2%を占めており、後期高齢者の1人当たり医療費は、県民全体の1人当たり医療費の約3.1倍となっています。

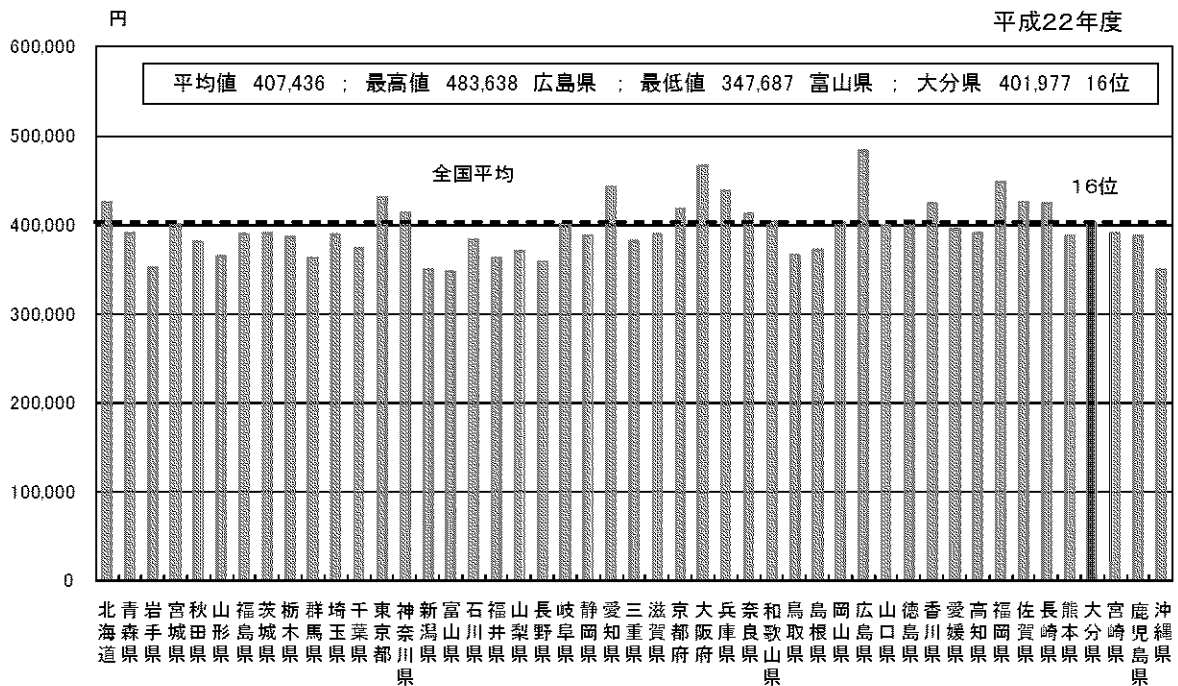
今後県内人口が微減傾向となる中で、75歳以上人口で見ると20年の15.9万人から42年には22.7万人になると予想され(図1参照)、後期高齢者医療費の伸びが県全体の医療費の増加に大きく影響してきます。

また、22年度の1人当たり後期高齢者医療費を全国的に比較して見ると、99.1万円(全国平均90.5万円)で全国10位と高くなっています(図7)。入院外医療費及び歯科医療費は、全国平均を下回っていますが(図9及び図10)、入院医療費は全国平均45.5万円よりかなり高く、55.9万円で全国9位となっています(図8)。

このことから、本県では入院医療費の高さが後期高齢者医療費を高くしている主たる要因と言えます。

図9

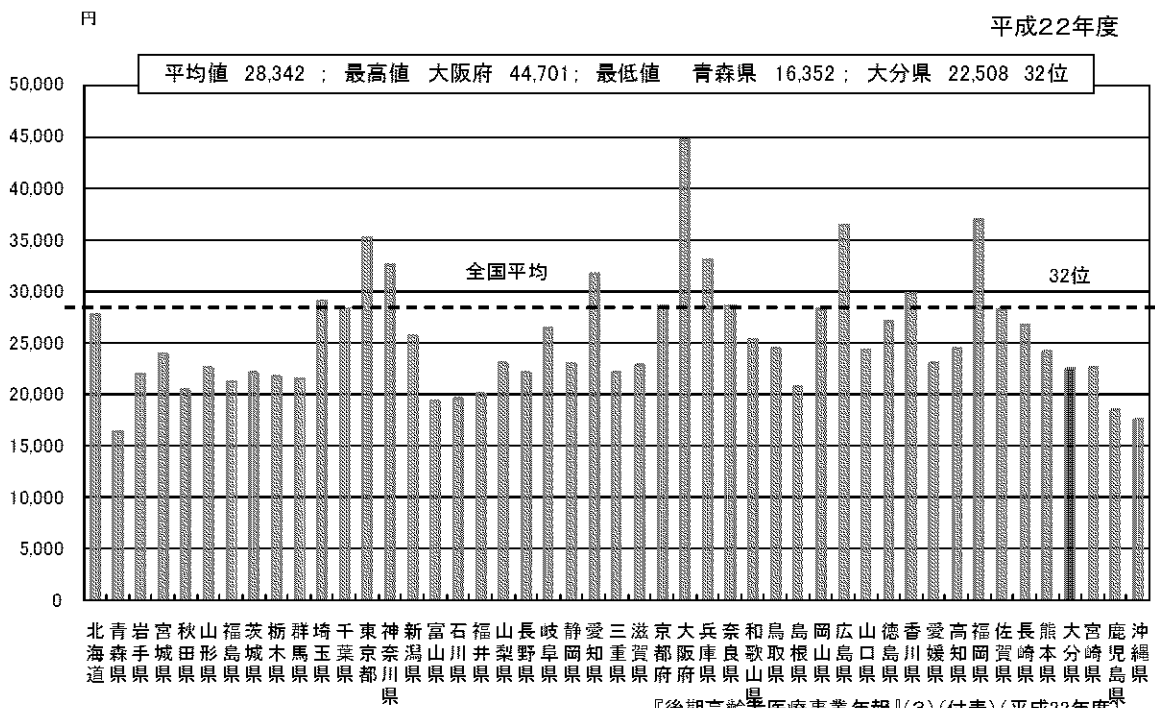
1人当たり後期高齢者医療費(入院外)の全国比較



『後期高齢者医療事業年報』(3)(付表)(平成22年度)

図10

1人当たり後期高齢者医療費(歯科)の全国比較

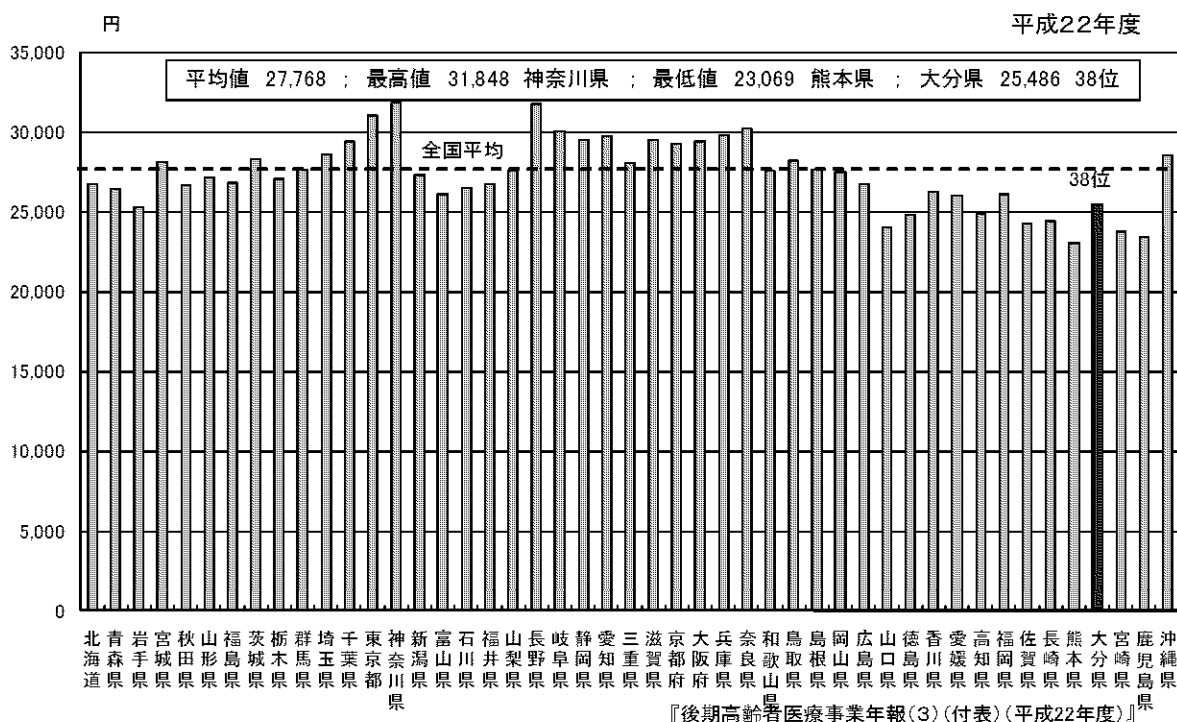


『後期高齢者医療事業年報』(3)(付表)(平成22年度)

本県の1人当たり後期高齢者医療費(入院)が全国的に見て高い要因を分析してみると、1日当たりの入院医療費は2.5万円(全国平均2.8万円)と全国平均を下回っており(図11)、また、1件当たりの日数も18.6日(全国平均18.6日)と全国平均とほぼ同じである一方(図12)、受診率(※4)が122.6%(全国平均88.2%)で全国6位と高い位置にあります(図13)。

以上から、入院の受診率が高いことが、医療費に大きく影響を与えていると考えられます。

図11 1日当たり後期高齢者医療費(入院)の全国比較



③ 後期高齢者医療費（県内市町村比較）

県内でも同一の傾向にあるわけではなく、地域差が生じています。

表1 1人当たり後期高齢者医療費 (単位：万円)

| 区分 | 総額 | 入院 | 入院外 | 歯科 |
|-----|-----------|----------|----------|---------|
| 大分県 | 99.1 | 55.9 | 40.2 | 2.3 |
| 最高 | 竹田市 108.9 | 竹田市 69.6 | 大分市 45.4 | 別府市 2.8 |
| 最低 | 姫島村 68.1 | 姫島村 34.0 | 姫島村 32.6 | 姫島村 1.5 |

・ 1人当たり後期高齢者医療費（図14）

大分市、別府市、竹田市、日出町が県平均（99.1万円）を上回っています。竹田市（最高）と姫島村（最低）の差は40.8万円、1.60倍となっています。

・ 1人当たり後期高齢者医療費（入院）（図15）

大分市、別府市、日田市、臼杵市、竹田市、日出町が県平均（55.9万円）を上回っています。竹田市（最高）と姫島村（最低）の差は35.6万円、2.05倍となっています。

・ 1人当たり後期高齢者医療費（入院外）（図16）

大分市、津久見市、由布市が県平均（40.2万円）を上回っています。

大分市（最高）と姫島村（最低）の差は12.8万円、1.39倍となっています。

・ 1人当たり後期高齢者医療費（歯科）（図17）

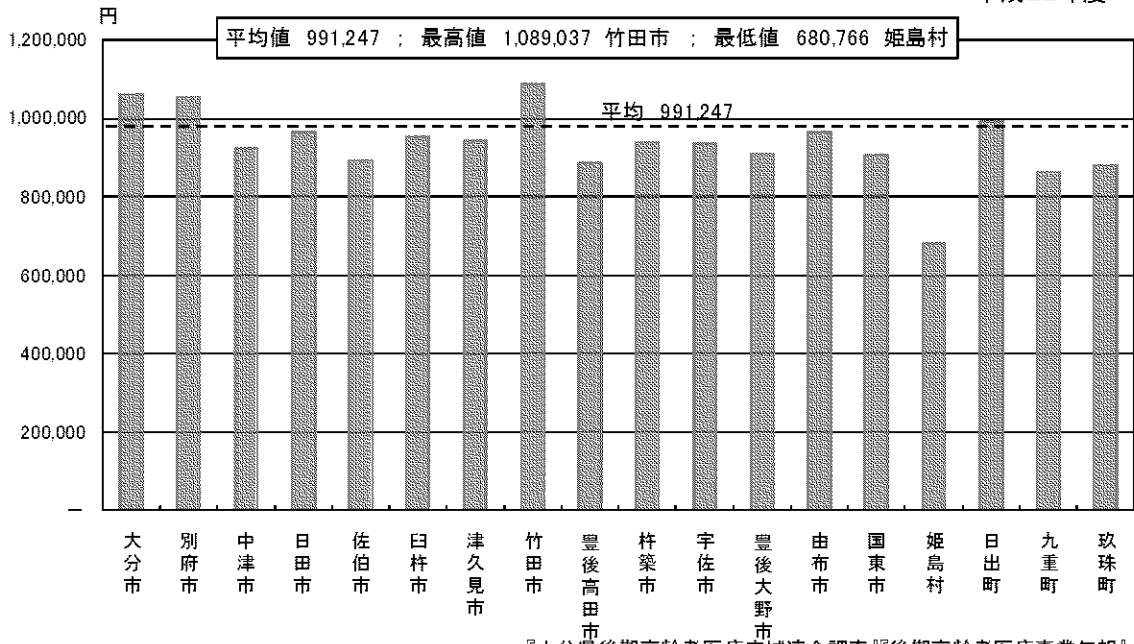
大分市、別府市、中津市、臼杵市が県平均（2.3万円）を上回っています。

別府市（最高）と姫島村（最低）の差は1.3万円、1.87倍となっています。

図14

1人当たり後期高齢者医療費の県内比較

平成22年度

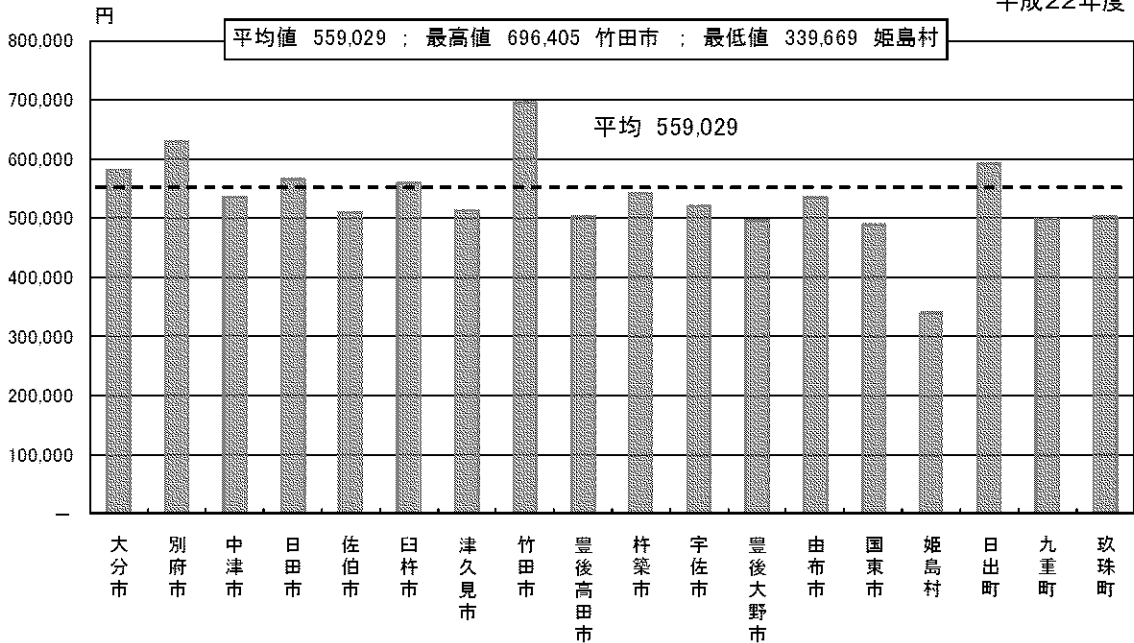


『大分県後期高齢者医療広域連合調査』『後期高齢者医療事業年報』

図15

1人当たり後期高齢者医療費(入院)の県内比較

平成22年度

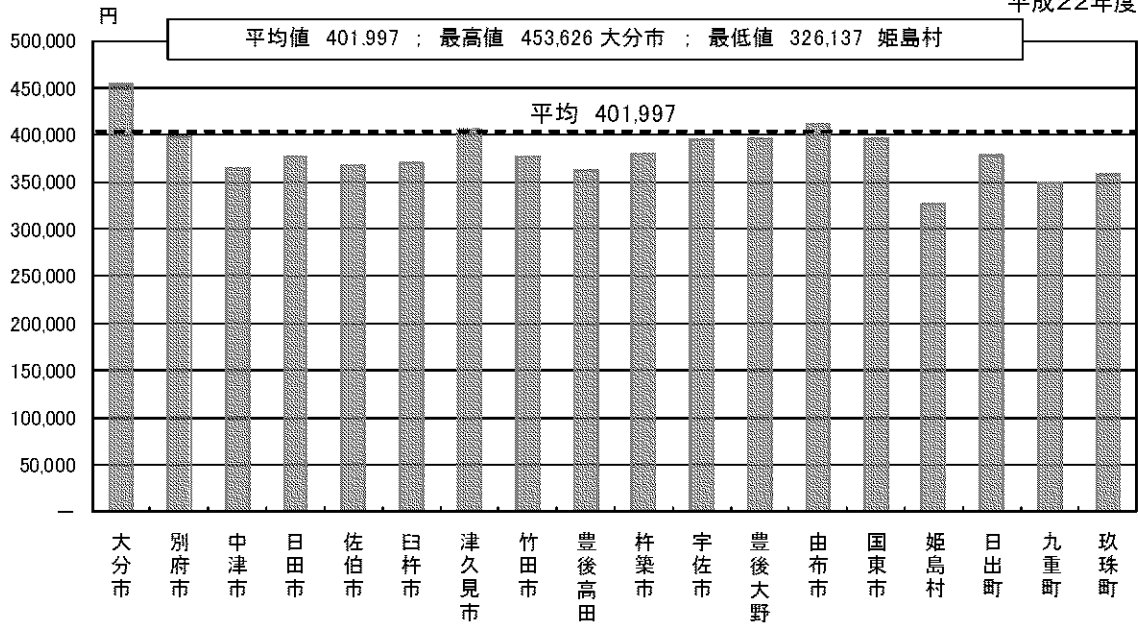


『大分県後期高齢者医療広域連合調査』『後期高齢者医療事業年報』

図16

1人当たり後期高齢者医療費(入院外)の県内比較

平成22年度

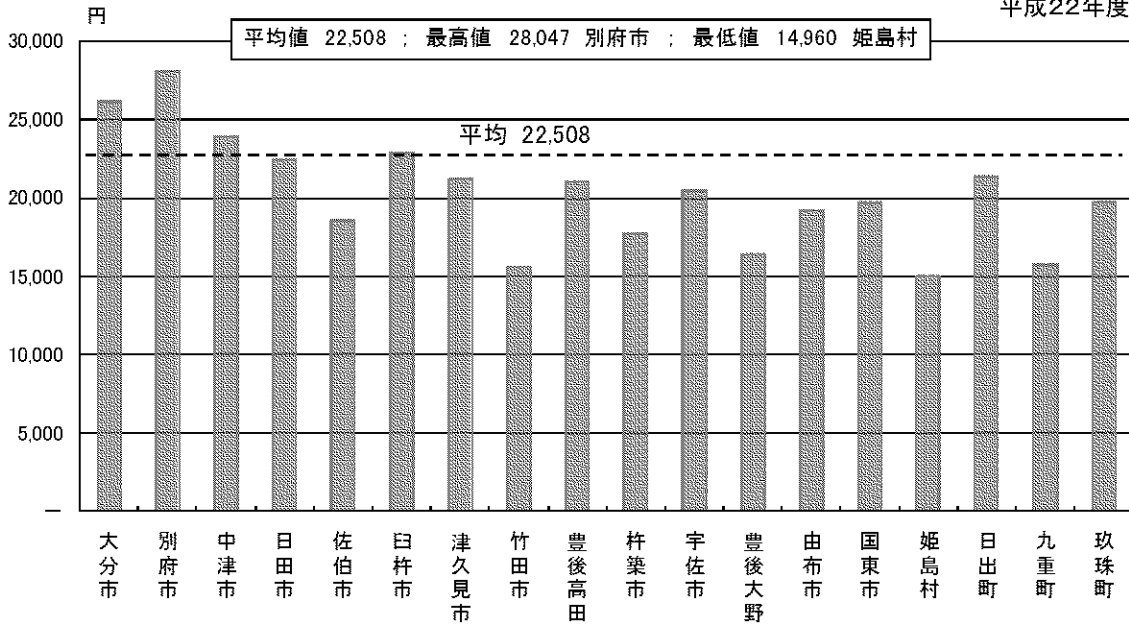


『大分県後期高齢者医療広域連合調査』『後期高齢者医療事業年報』

図17

1人当たり後期高齢者医療費(歯科)の県内比較

平成22年度



『大分県後期高齢者医療広域連合調査』『後期高齢者医療事業年報』

表2 1人当たり後期高齢者医療費（入院）の分析

| 区分 | 入院医療費 (円) | 受診率 (%) | 1件当たり 日数 (日) | 1日当たり 医療費(円) |
|-----|--------------|------------|-----------------|-----------------|
| 全国 | 455,212 | 88.16 | 18.60 | 27,768 |
| 大分県 | 559,029 | 118.20 | 18.56 | 25,486 |
| 竹田市 | 696,405 | 151.34 | 18.79 | 24,493 |
| 別府市 | 630,544 | 130.29 | 19.42 | 24,978 |
| 日出町 | 592,270 | 112.72 | 13.52 | 31,287 |
| 大分市 | 582,669 | 119.78 | 18.58 | 26,270 |
| 日田市 | 567,113 | 123.94 | 19.28 | 23,750 |
| 臼杵市 | 560,011 | 118.92 | 19.64 | 24,026 |

1人当たり後期高齢者医療費（入院）が大分県平均を上回っている6市町を分析すると、竹田市、別府市、大分市、日田市、臼杵市の1日当たりの入院医療費は全国平均を下回っている一方で、1件当たりの日数は竹田市、別府市、日田市、臼杵市が全国平均を上回っています。また、受診率では6市町とも全国平均を大きく上回っています（表2）。

以上のことから、6市町の何れも入院の頻度が高く、特に、竹田市、別府市、日田市、臼杵市の4市はいったん入院すると入院期間が長期化することが医療費に影響を与えていると考えられます。

また、日出町については、入院期間が短いですが、1日当たりの医療費が高いことから、入院医療費が高くなっていることが窺われます。

(2) 平均在院日数の状況

表3 平均在院日数（平成22年） (単位：日)

| 区分 | 総数 | 精神 | 療養 | 一般 |
|-----|------|-------|-------|------|
| 全国 | 30.7 | 301.0 | 176.4 | 18.2 |
| 大分県 | 35.3 | 392.2 | 132.2 | 21.1 |

平成22年の全国の平均在院日数（※5）は30.7日であり、これに対し本県は35.3日（全国10位）、最短の東京都と比べて11.8日長くなっています（図18）。

本県の平均在院日数について、病床の種別ごとに見ると、精神病床については392.2日（全国3位）（図19）、療養病床（※6）については132.2日（全国40位）（図20）、一般病床については21.1日（全国6位）（図21）という状況になっています。

また、平成17年に比較すると、全病床（総数）で3.5日短くなっていますが、この主な原因は、療養病床の平均在院日数が5.9日短くなったことにあると考えられます（図22）。

図18

平均在院日数(総数)の全国比較

平成22年

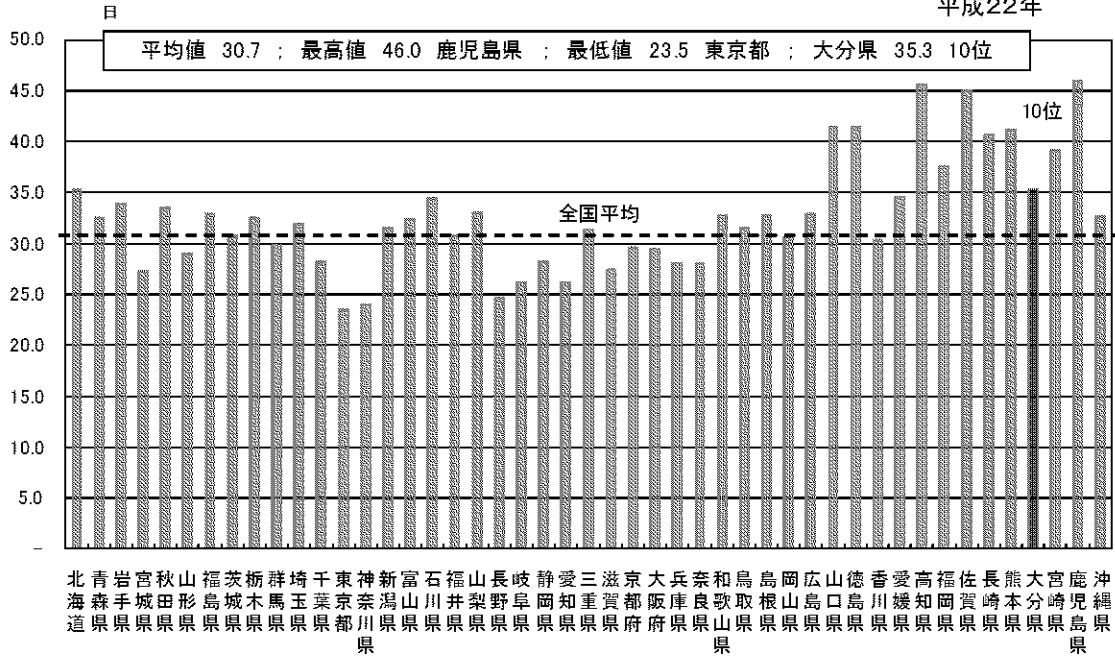


図19

平均在院日数(精神病床)の全国比較

平成22年

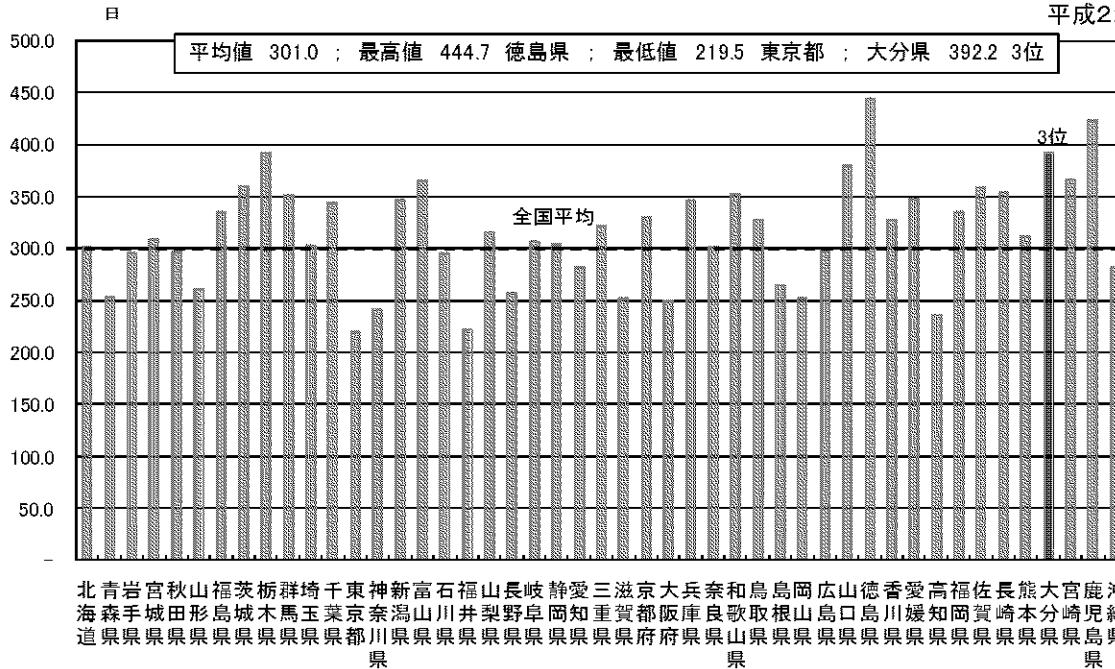
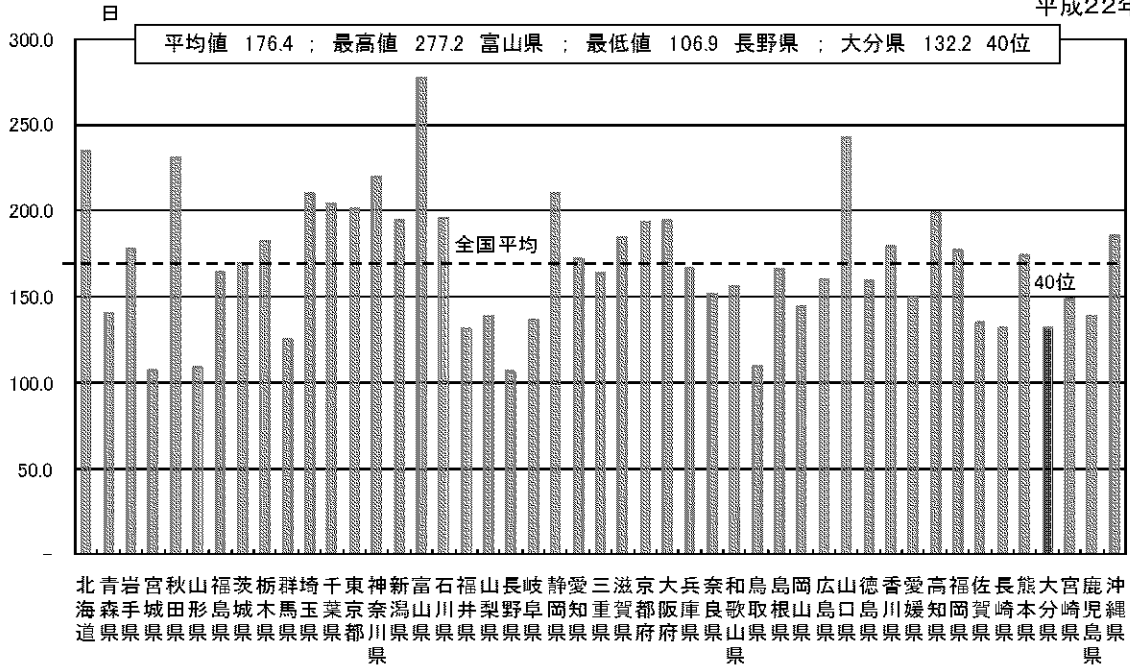


図20

平均在院日数(療養病床)の全国比較

平成22年

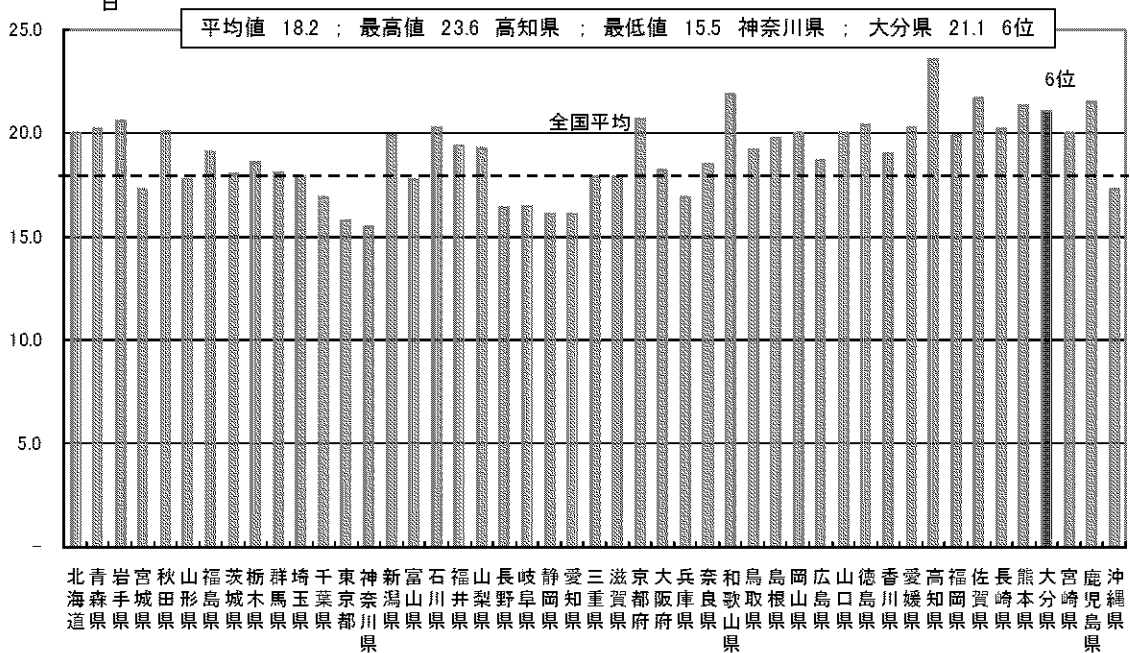


『医療施設調査・病院報告』(平成22年)

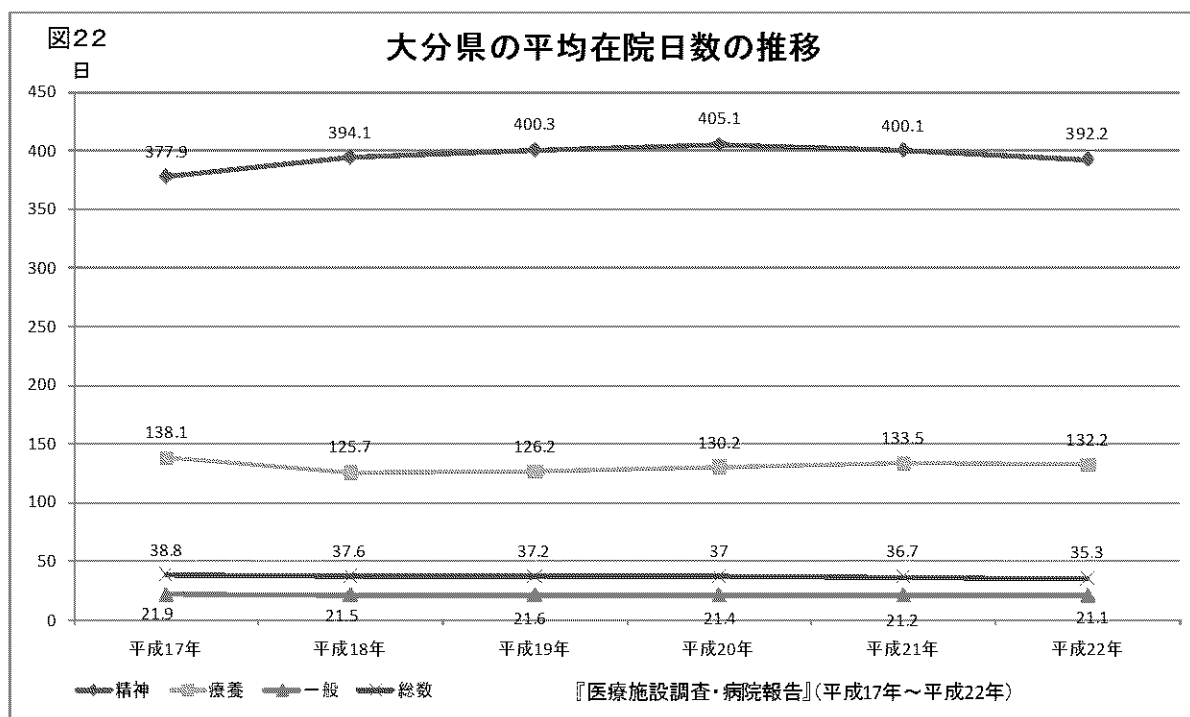
図21

平均在院日数(一般病床)の全国比較

平成22年



『医療施設調査・病院報告』(平成22年)



(3) 医療施設の状況

本県の医療費における特徴として、入院の頻度が比較的高いことが医療費に影響を与えていると考えられます。このような構造となっている原因の一つが病床の充足度であり、本県では以下のような状況となっています。

表4 人口10万人当たりの病床数(平成22年)(単位:床)

| 区分 | 精神 | 療養 | 一般 |
|-----|-------|-------|-------|
| 全国 | 270.7 | 260.0 | 705.6 |
| 大分県 | 443.5 | 246.5 | 981.0 |

人口10万人当たりの病床数では、精神病床(全国8位)(図23)、療養病床(全国27位)(図24)、一般病床(全国2位)(図25)であり、精神病床では全国平均の1.64倍、一般病床では1.39倍となっています。

なお、10年前と比較すると、精神病床は微減、療養病床は増加、一般病床は減少となっています(図26)。

図23 人口10万人当たり病床種類別病床数(精神病床)の全国比較 平成22年

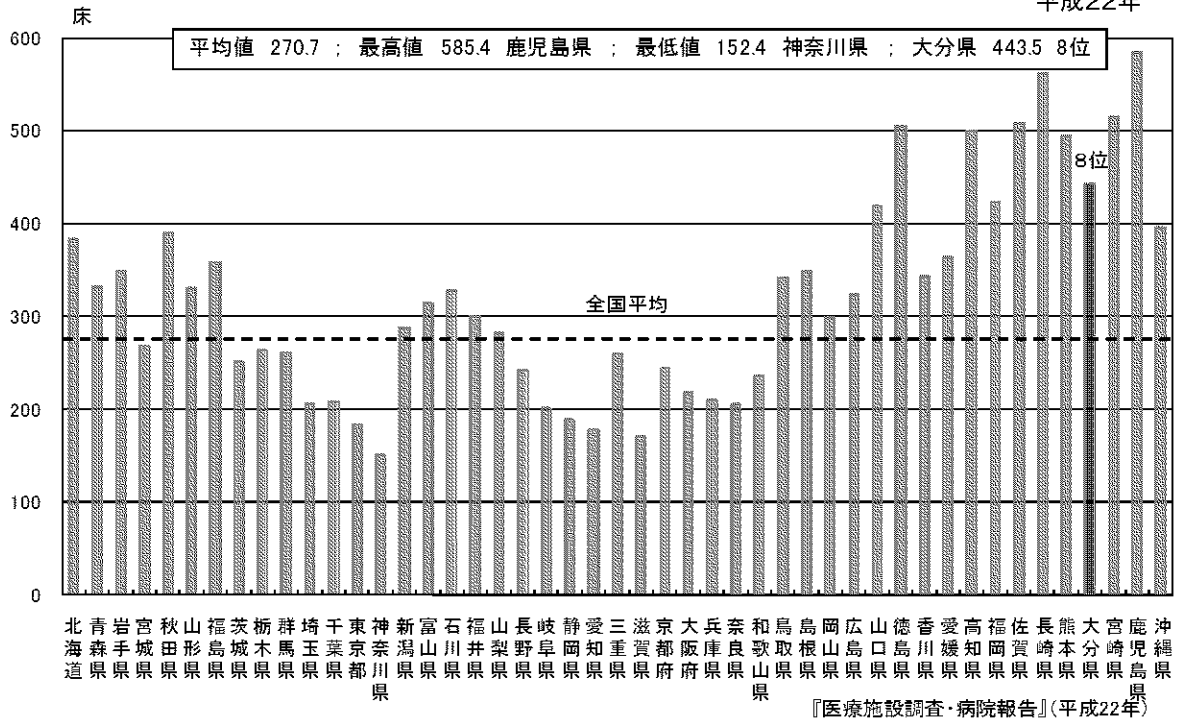


図24 人口10万人当たり病床種類別病床数(療養病床)の全国比較 平成22年

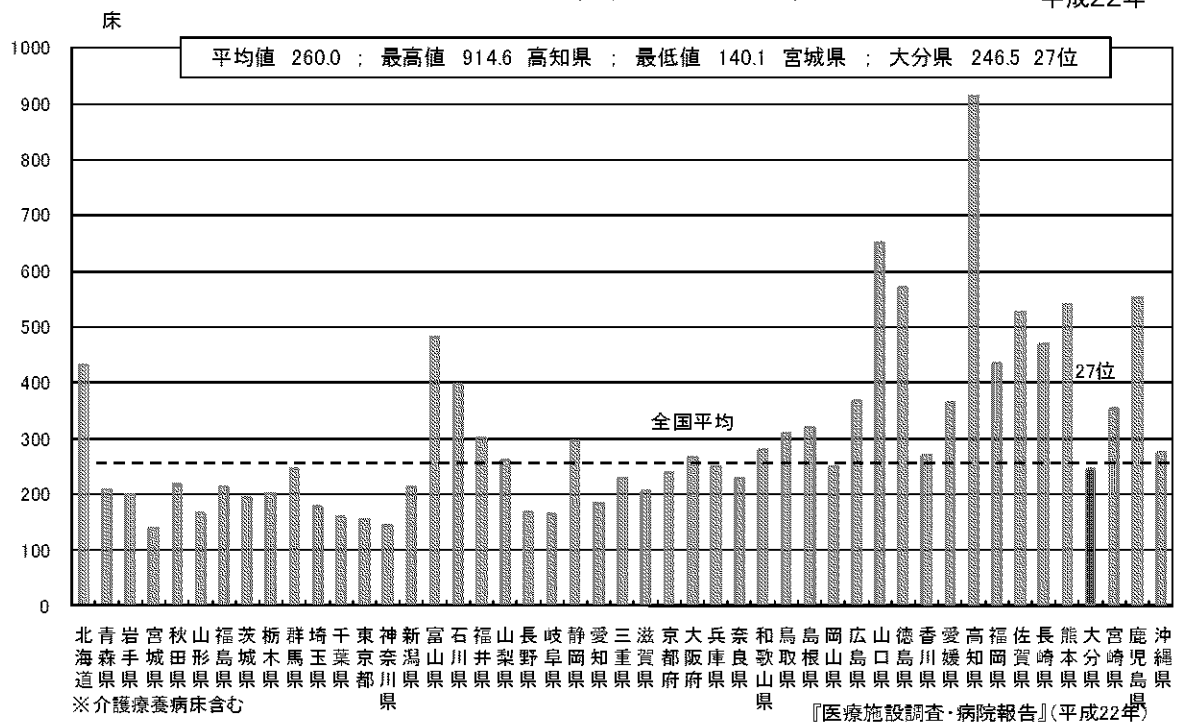


図25

人口10万人当たり病床種類別病床数(一般病床)の全国比較

平成22年

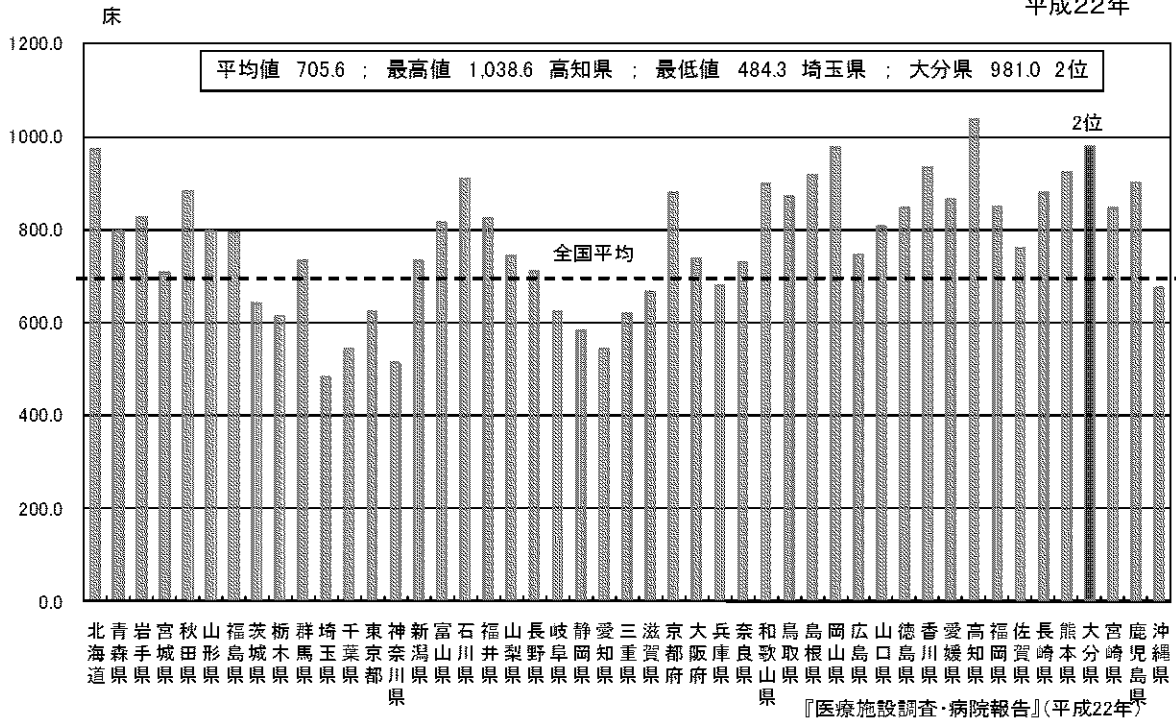
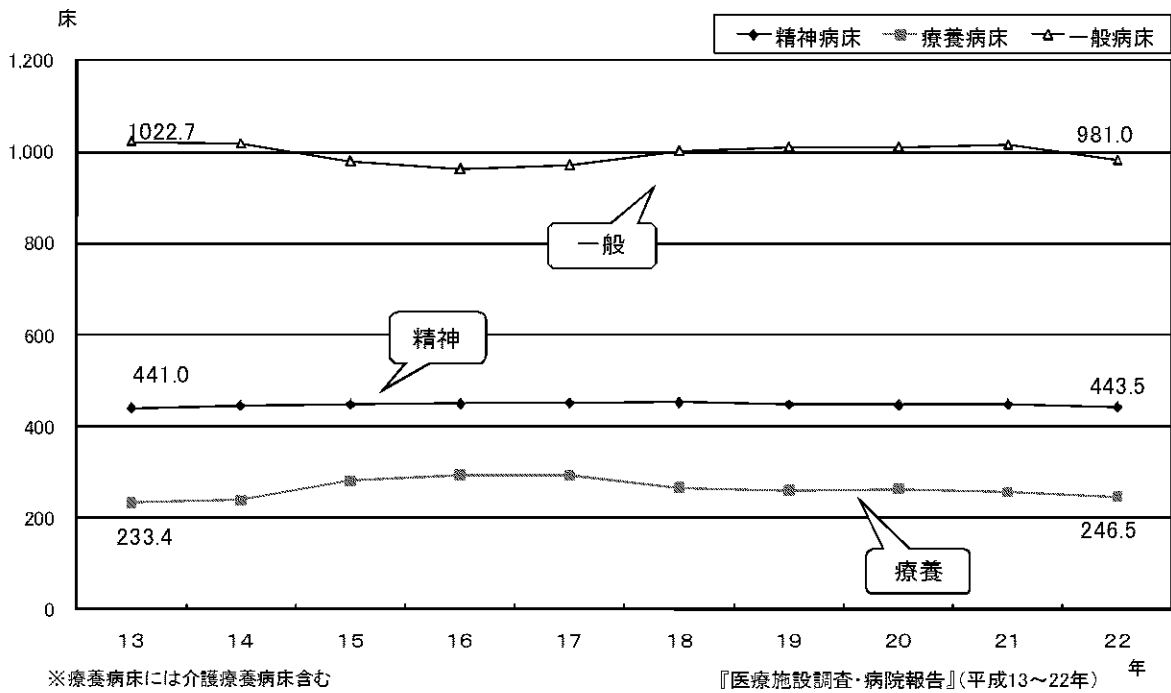


図26

大分県の人口10万人当たり病床種類別病床数の推移



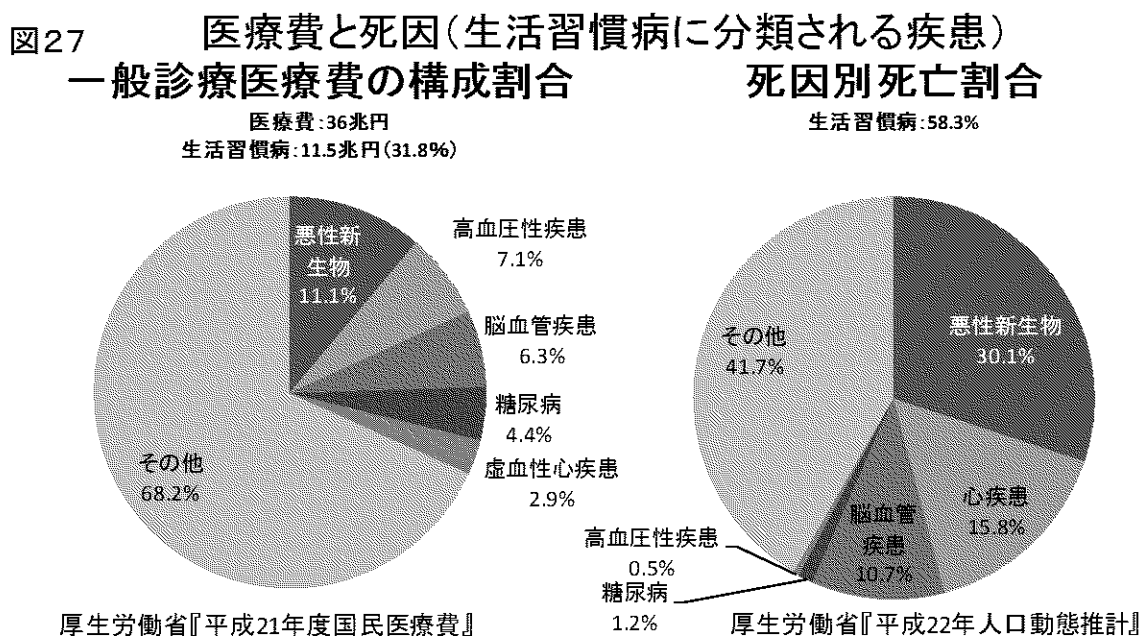
(4) 生活習慣病に分類される疾患の状況

① 生活習慣病の有病者及び予備群

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、高血圧性疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、医療費に占める生活習慣病の割合は国民医療費の約3割（図27左）、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めて（図27右）います。

生活習慣病は、生活習慣（食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等）がその発症に関与しますが、生活習慣病の中でも、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、高脂血症等の有病者やその予備群が増加しています。

厚生労働省の集計によると、全国の平成22年度特定健康診査受診者数約2,223万人（40～74歳が対象）のうち、メタボリックシンドローム（※7）（内臓脂肪症候群）該当者数は約320万人、予備群者数は約267万人、合わせて約587万人となっています。



また、本県における平成22年度特定健康診査受診者数約22万人のうち、メタボリックシンドローム該当者数は約3.3万人、予備群者数は約2.8万人、合わせて約6.1万人となっています。

② 傷病分類別受療率

平成23年患者調査によると、本県の人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率では、①精神及び行動の障害、②循環器系の疾患、③神経系の疾患の順に高

く(図28)、全体的に全国平均より受療率が高くなっています。また、人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率では①循環器系の疾患、②消化器系の疾患、③筋骨格系の疾患の順に高く(図29)、このうち循環器系の疾患では全国平均より受療率が高い傾向にあります。

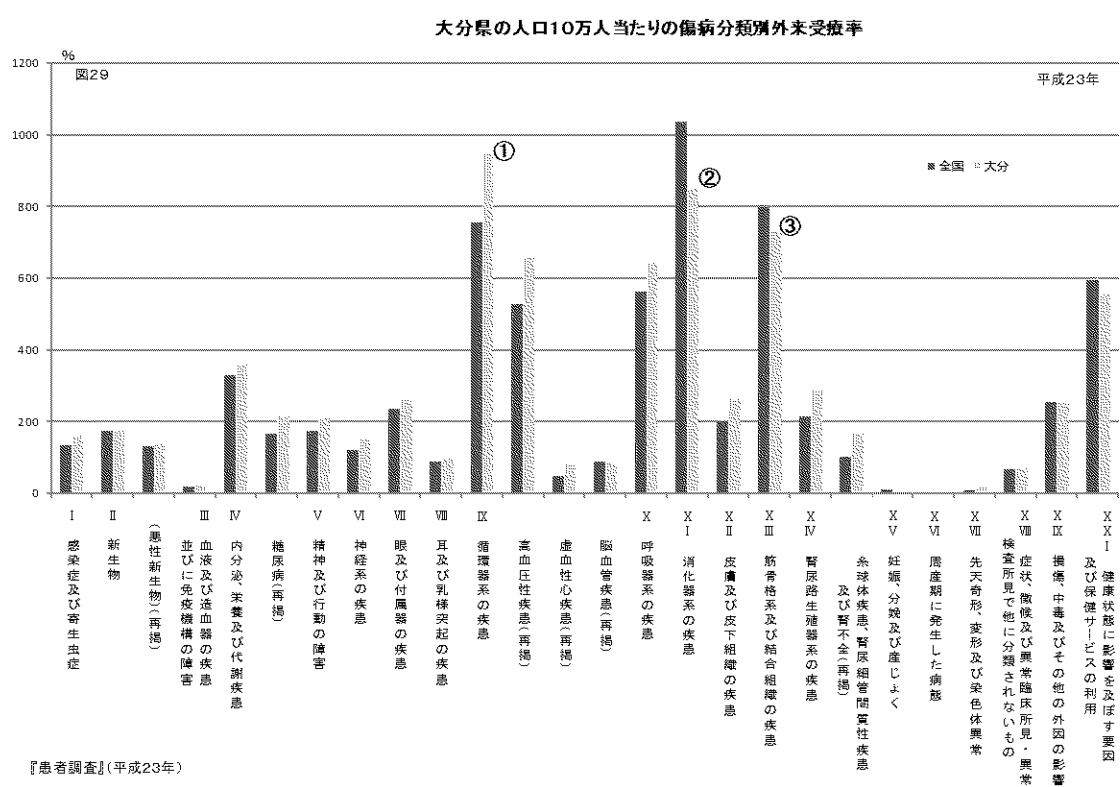
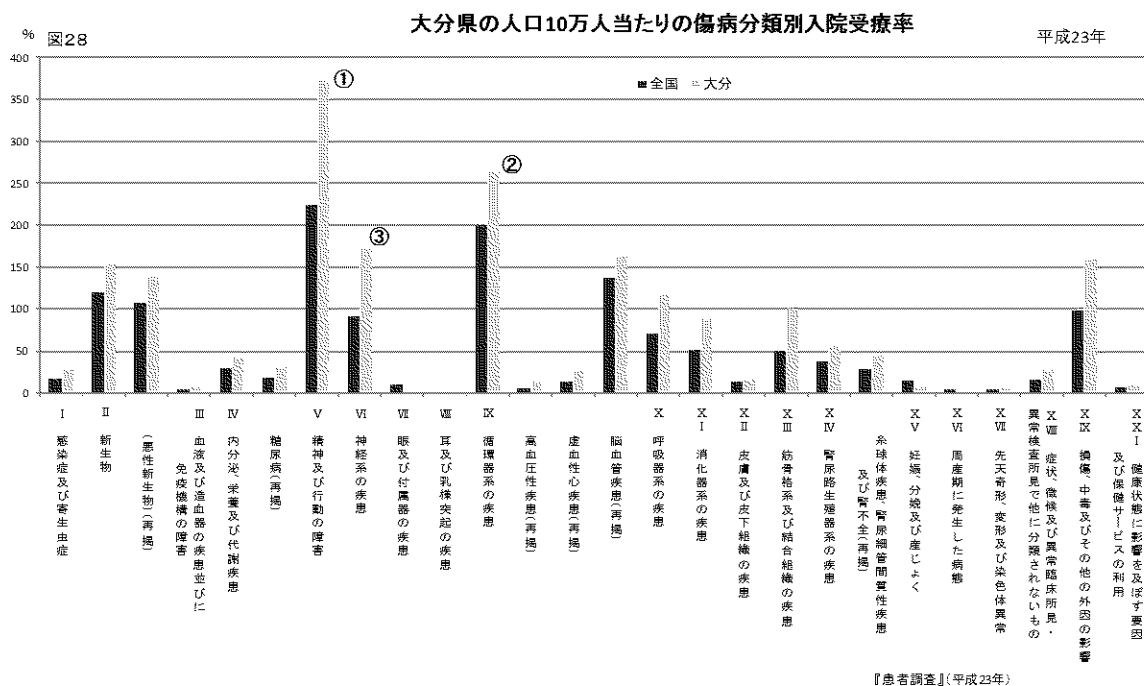


表5 生活習慣病関係受療率（人口10万人対）（平成23年）（単位：人）

| 区 分 | 総 数 | 悪性新生物 | 糖尿病 | 高血圧性疾患 | 脳血管疾患 |
|---------|-------|-------|-----|--------|-------|
| 全国（入院） | 1,068 | 107 | 19 | 6 | 137 |
| （外来） | 5,784 | 130 | 166 | 529 | 89 |
| 大分県（入院） | 1,639 | 139 | 31 | 13 | 162 |
| （外来） | 6,051 | 137 | 214 | 657 | 85 |

生活習慣病に分類される主な傷病ごとの全国的な受療率（平成23年患者調査）を見ると、悪性新生物（入院で10万人当たり107人）、糖尿病（外来で同166人）、高血圧性疾患（外来で同529人）、脳血管疾患（入院で同137人）となっています。本県においては、いずれの疾患についても、全国平均より高い傾向にあります。

③ 疾病別費用額

国民健康保険と後期高齢者医療制度を併せた疾病別費用額（※8）について全費用額に占める割合を見ると、循環器系の疾患（25.4%）が最も高く、次いで、新生物（10.4%）、3位 消化器系の疾患（9.2%）、4位 筋骨格系の疾患（8.3%）、5位 損傷・中毒等（8.0%）となっています。

また、後期高齢者医療制度の疾病別費用額の割合を見ると、1位 循環器系の疾患（28.3%）2位 新生物（9.2%）、3位 損傷・中毒等（9.0%）4位 筋骨格系の疾患（8.5%）、5位 消化器系の疾患（8.2%）となっています（表6）。

表6 疾病別費用額（平成24年5月診療 国保+後期）（単位：千円、％）

| 疾病分類 | 全費用額 (国保+後期) | 全体割合 | 国保の割合 | 後期の割合 |
|---------------|-----------------|-------|-------|-------|
| ①感染症及び寄生虫病 | 578,466 | 1.8 | 1.9 | 1.8 |
| ②新生物 | 3,330,199 | 10.4 | 13.8 | 9.2 |
| ③血液及び造血器の疾患 | 203,310 | 0.6 | 0.5 | 0.7 |
| ④内分泌、栄養及び代謝疾患 | 1,842,530 | 5.8 | 6.4 | 5.5 |
| ⑤精神及び行動の障害 | 2,103,045 | 6.6 | 12.5 | 4.5 |
| ⑥神経系の疾患 | 1,904,453 | 5.9 | 5.5 | 6.1 |
| ⑦目及び付属器の疾患 | 835,149 | 2.6 | 2.5 | 2.7 |
| ⑧耳及び乳様突起の疾患 | 106,537 | 0.3 | 0.5 | 0.3 |
| ⑨循環器系の疾患 | 8,145,734 | 25.4 | 16.9 | 28.3 |
| ⑩呼吸器系の疾患 | 2,022,411 | 6.3 | 4.2 | 7.0 |
| ⑪消化器系の疾患 | 2,948,466 | 9.2 | 12.3 | 8.2 |
| ⑫皮膚及び皮下組織の疾患 | 314,189 | 1.0 | 1.2 | 0.9 |
| ⑬筋骨格系の疾患 | 2,648,882 | 8.3 | 7.5 | 8.5 |
| ⑭腎尿路生殖系の疾患 | 2,238,182 | 7.0 | 7.7 | 6.7 |
| ⑮妊娠、分娩及び産じょく | 20,525 | 0.1 | 0.3 | 0.0 |
| ⑯周産期に発生した病態 | 10,061 | 0.0 | 0.1 | 0.0 |
| ⑰先天奇形等 | 49,552 | 0.2 | 0.4 | 0.1 |
| ⑱他に分類されないもの | 178,629 | 0.6 | 0.9 | 0.4 |
| ⑲損傷、中毒等 | 2,558,786 | 8.0 | 5.0 | 9.0 |
| 合計 | 32,039,107 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

※網がけは、全費用額の上位5疾病です。

2 課題

(1) 医療費（後期高齢者医療費）の増加

医療費（後期高齢者医療費）の増加については、第2章の1－（1）のとおり、今後、後期高齢者が増加することから、何らの対策も講じなければ、現在国民医療費の約3割を占める後期高齢者医療費が大幅に増大していくことが確実です。

よって、国民皆保険制度を堅持し続け、県民の生活の質の維持及び向上を確保するためには、その対策が課題となります。

(2) 生活習慣病患者の増加

生活習慣病患者の状況については、第2章の1－（4）のとおり、国民医療費の約3割、死亡原因の約6割を生活習慣病が占めています。よって、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが課題となります。

なお、生活習慣病としてがん（悪性新生物）も大きなウェイトを占めていますが、がん対策については、「大分県がん対策推進計画」に基づいて対策を進めていきます。

(3) 平均在院日数の長さ

平均在院日数の状況については、第2章の1－（2）のとおり、平均在院日数と1人当たり後期高齢者医療費（入院）の関係を見ると、高い相関関係がありますので、医療費の伸びの適正化のためには平均在院日数短縮の取組が課題となります。（**図3**参照）

第3章 基本理念及び達成すべき政策目標と効果の見通し

1 計画の基本理念

(1) 県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、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療そのものの効率化を目指すものでなければなりません。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

本県の75歳以上の人口は、平成42年には22.7万人で総人口の22.2%を占めると推計されています。

超高齢社会の到来に対応し、国民皆保険制度を堅持していくために、医療費適正化の具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければなりません。

2 平成29年度末までに達成すべき政策目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

生活習慣病予防対策として、次のとおり目標を設定し、取り組んでいきます。

① 特定健康診査（※9）（法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
の実施率

平成29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ます。

※平成22年度実施率 45.3%（速報値） 全国順位9位（全国実施率 42.6%）

② 特定保健指導（※10）（法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
の実施率

平成29年度において、当該年度に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ます。

※平成22年度実施率 15.6%（速報値） 全国順位18位（全国実施率 13.3%）

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

平成29年度において、20年度と比較した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10%以上とすることを目標とします。

※平成22年度までの減少率 1.2%（速報値）（全国の減少率 1.5%）

④ たばこ対策

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防には、危険因子の一つである喫煙による健康被害の回避が重要です。対策としては、未成年者への喫煙防止教育、喫煙者に対する禁煙支援、受動喫煙防止の3つの柱を設けて推進します。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

主に高齢者の医療費の伸びの適正化を図るために、在宅医療の推進や医療と介護の連携の強化を進めること等により医療機関における入院期間の短縮を図るとともに、後発医薬品の使用促進を図ります。

後発医薬品については、県民において情報不足等から有効性等に関する理解が不十分であったり、医療関係者においてその有効性や安全性、安定した供給体制について不安があることから、その使用促進について様々な意見があるのが実情です。そのため、後発医薬品を安心して使用できるように、県民や医療関係者の理解促進に向けての取組を進めていきます。

① 平均在院日数の短縮日数

平成29年10月時点における本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）は、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、31.6日（平成22年より3.7日短縮）を目標とします。

（※目標数値については、「大分県医療計画」における基準病床数等を踏まえ、国の「医療費適正化基本方針：参考資料P3～P42参照」に即して算出しています。）

② 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

患者負担の軽減や医療資源の効率的活用を図るため、各保険者等によるジェネリック医薬品希望カードの配布、ジェネリック医薬品差額通知の実施や大分県後発医薬品安心使用促進協議会等による取組により、平成29年度末までに数量シェアを40%以上にすることを目標とします。

（平成24年9月時点の数量シェア30.0%）

3 政策目標の達成によって予想される医療費の削減効果の見通し

本計画においては、「生活習慣病予防対策」と「平均在院日数の短縮」、「後発医薬品の使用促進」について数値により政策目標を掲げています。

この項においては、本県の推計県民医療費（以下「県医療費」という。）の将

来推計について、このような適正化対策を講じなかった場合と適正化対策を講じ、その数値目標を達成した場合に分け、第二次計画終了時の平成29年度末における県医療費と削減効果額の見通しを以下のように算出しています。

県医療費は、適正化対策を講じなかった場合と適正化対策を講じその数値目標を達成した場合とを比較すると、29年度末までの5年間で約145億円の削減効果があると見られます（表7）。

表7 県医療費

(単位：億円)

| | 25年度 | 26年度 | 27年度 | 28年度 | 29年度 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 適正化前 | 4,528 | 4,642 | 4,759 | 4,865 | 4,975 |
| 適正化後 | 4,474 | 4,600 | 4,729 | 4,849 | 4,972 |
| 効果額 | 54 | 42 | 30 | 16 | 3 |

――【参考】――

推計方法は、厚生労働省が示した「医療費の将来見通し計算」に基づき平均在院日数の目標、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群減少者数（人）の目標、後発医薬品の使用促進の効果等の推計値を積み上げて計算しています。（詳細については参考資料P3の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針・標準的な都道府県医療費の推計方法」を参照）

第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

1 目標達成に向けた施策及び県の役割

(1) 県民の健康の保持の推進

① 保険者による特定健康診査及び特定保健指導等の推進

ア 特定健康診査・特定保健指導等に関する情報の収集・提供

県は、特定健康診査及び特定保健指導をはじめとする保健事業について、市町村等における取組やデータ等を収集し、円滑な実施を支援します。

特定健康診査等の実施率及び質の向上を目指して、地域の疾病状況等の情報や健診・保健指導の実施状況・体制等の情報及び県内外の先進事例の実践報告等の機会を提供します。

また、市町村が行うがん検診等各種検診や特定健康診査等の同時実施等に関する情報を収集し、被用者保険に提供等を行います。

さらに、被用者保険における特定健康診査や特定保健指導の取組状況を把握し、市町村国保と被用者保険の情報共有や調整を図ります。

イ 特定健康診査等従事者の人材育成のための研修の実施及び特定保健指導の標準化

特定健康診査・特定保健指導等に従事する者が適切な知識、技術を習得できるよう、大分県保険者協議会等関係機関とともに計画的に研修を実施します。

また、県内どこの市町村においても標準化された、質の高い保健指導が提供できるよう、特定保健指導の標準化を図ります。

ウ 大分県保険者協議会における保険者間の協働による取組の推進

県内にある代表的な保険者等で組織された大分県保険者協議会の構成員の一員として、その運営に参画し、保険者に共通する課題の解決等に向けた協議・検討を積極的に行います。

エ 特定健康診査・特定保健指導等データの活用、医療費分析等の助言・支援

特定健康診査及び特定保健指導のデータ管理を担っている大分県国民健康保健団体連合会と連携を密にし、保険者が円滑に保健活動を推進できるよう、健診データ等の有効活用や医療費分析の実施について助言・支援を行います。

オ 歯科保健対策の推進

80歳になっても20本の自分の歯を保つことを目標とした「豊の国8020運動」を、県並びに歯科医師会・歯科衛生士会等が中心となって推進しています。

生活習慣病の予防には、食生活の改善や運動習慣の徹底と併せて口腔機能の向上が基本であるため、県は市町村や関係団体等と連携・協力し、むし歯予防

対策、歯周疾患対策等に取り組んでいきます。

② 市町村等によるポピュレーションアプローチの推進

ア 市町村等関係者によるポピュレーションアプローチへの支援

生活習慣病予防対策を効果的に推進するためには、これまでも市町村等が行ってきた県民を対象とした健康づくりに関する普及啓発（以下、「ポピュレーションアプローチ」という。）に取り組むことが重要です。

市町村等関係機関による食生活の改善や運動習慣の定着等、生活習慣病予防に関する普及啓発活動に対して、情報提供等の支援を積極的に行います。

イ 保健所との協働による支援

県は、ポピュレーションアプローチの取組への助言や支援を行い、先進的な事例等の紹介や食生活の改善や運動の推進など、健康増進に関する普及啓発等の取組を行います。

二次医療圏域において、保健所はポピュレーションアプローチに関する調整・推進を担う県の窓口として、市町村や地域の関連団体等を支援します。

具体的には、市町村の生活習慣病等に関する地域診断データの分析・提供、「第2次生涯健康県おおいた21」に基づく健康増進事業や地域・職域連携推進事業を通して、地域が抱える課題の解決に向けた検討・取組を行います。

③ たばこ対策の推進

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防には、危険因子の一つである喫煙による健康被害の回避が重要です。世界禁煙デー及び禁煙週間を中心とした禁煙や受動喫煙防止の普及啓発、未成年者への喫煙防止教育、禁煙支援従事者研修会の開催などを医療関係者、行政機関、保険者や教育関係者等と協力して推進していきます。

たばこ対策については、「第2次生涯健康県おおいた21」で計画的な取組を行うこととしており、同計画の関連する箇所の概要を参考資料のP55～P57に再掲しています。

(2) 医療の効率的な提供の推進

① 医療機関の機能分化・連携

平成25年度からの新たな医療計画では、これまでの4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療）に加え、精神疾患及び在宅医療について切れ目なく効率的で質の高い医療提供体制の構築や医療機能の分化・連携を推進するためのPDCAサイクルの強化など、誰もが安心して医療を受けることができる環境整備などを目標

しています。これらの取組によって、地域復帰、家庭復帰が図られれば、患者の生活の質を高めつつ、入院期間の短縮につながります。

これらは医療の効率的な提供の推進に関連する事柄であり、本計画においては、「大分県医療計画」の中で上記に関連する箇所の概要を参考資料のP43～P53に再掲しています。

② 在宅医療・地域包括ケアシステムの構築の推進

健康づくりから医療の提供、介護保険サービスの提供まで、保健・医療・福祉（介護）サービスを切れ目なく提供できるよう、多職種連携による地域ケア会議や在宅医療連携拠点など関係機関との連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築を図ります。

本計画においては、「大分県医療計画」及び「豊の国ゴールドプラン21」における関連する箇所の概要を参考資料P54及びP58に再掲しています。

③ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

患者及び医療関係者が安心して後発医薬品（ジェネリック医薬品）を使用することができるよう、また患者負担の軽減や医療資源の効率的活用を図るという観点から、各保険者等によるジェネリック医薬品希望カードの配布、ジェネリック医薬品差額通知の実施や、医療関係者や受療者代表を構成員とする大分県後発医薬品安心使用促進協議会等による安心使用促進のための環境づくりの取組等により、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に対する県民や医療関係者への理解を深め、その使用促進を図っていきます。

（3）その他の取組

平成22年度の本県の後期高齢者医療費は約1,667億円であり、1人当たり後期高齢者医療費は年間約99.1万円と全国で10番目に高くなっていますが、今後も引き続き、高齢化に伴う医療費の増大が医療保険等の財政を悪化させる要因になります。県・市町村・後期高齢者医療広域連合が一体となって適正な受診の促進等に取り組むことが重要となっていることから、県は、市町村・後期高齢者医療広域連合に対して助言等を行います。

① 広報活動の充実

医療費の伸びの適正化を推進するためには、医療費の実態やその動向分析結果等について、広く県民に周知することが重要であることから、広報活動を積極的に実施できるよう市町村や後期高齢者医療広域連合に対し、助言等を行います。

② 医療費通知の実施による意識啓発等の充実

医療機関等に受診した際の医療費の総額等を通知することは、保険制度の健全な運営に資するものであることから、適切な通知の実施について医療保険者に対し助言等を行います。

③ 重複・頻回受診者に対する訪問指導等の実施

高齢になると多くの症状や病気を有する傾向がありますが、一つの症状で複数の医療機関や頻回に受診されていると思われる方等で保健指導が必要と認められる方について、保健事業担当部門により、アドバイスを行ったり相談に応じることができるよう、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し助言等を行います。

④ 診療報酬明細書（レセプト）の点検及び審査の充実強化

レセプトのオンライン請求が、平成20年度から23年度にかけて医療機関等で実施され、レセプト点検が効率化されました。レセプトに含まれる個人情報を適切に保護するとともに、レセプト点検員等による縦覧点検及び重点的 point 点検調査が実施できるよう助言等を行い、審査体制の充実強化を図ります。

⑤ 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の充実

保険医療機関等及び保険医等に対し、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底し、保険診療の質的向上及び適正化を図るため、指導、監査を充実します。

2 保険者・医療機関等の連携協力

(1) 保険者との連携

目標達成に向けた施策を円滑に進めていくために、県は、県民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導事業者等と普段から情報交換を行い、大分県保険者協議会や生涯健康県おおいた21推進協議会の地域・職域連携推進部会を積極的に活用し、相互に連携及び協力を行うようにします。

(2) 医療機関等との連携

保険者との連携と併せて、県は、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情報交換を行い、助言・協力が行えるような

体制づくりに努めます。また、大分県医療費適正化推進協議会等を活用して、医療機関及び各種団体の要望・意見を踏まえて相互に連携及び協力が図られるよう取り組みます。

(3) 市町村との連携

市町村は、国民健康保険の保険者として、特定健康診査や特定保健指導を実施するだけでなく、住民に直接保健サービスを提供し、住民の健康づくりを推進する役割を担うとともに、介護保険の保険者として、介護サービスの基盤の充実等の役割を担っています。

県では、市町村の実施する保健事業の円滑な実施を支援し、健康づくりの推進のために積極的な情報提供を行うとともに、介護サービスの受け皿づくりをともに推進するなど、市町村との連携を図りながら各種施策を推進していきます。

第5章 計画の推進

1 PDCAに基づく計画の進行管理

県は、医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）及び見直し・改善（Action）の一連の循環により進行管理を行っていきます。

（1）中間年度の進捗状況評価

県は、計画の中間年（平成27年度）に進捗状況（目標値の進展状況、施策の取組み状況等）に関する評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表し、その後の取組みに活かしていきます。

――【参考】――

高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第11条第1項 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年4月1日から翌年3月31日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

（2）計画の見直し

本計画における「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値については、平成27年度の中間評価を踏まえ、必要に応じ計画の見直しや変更を行います。

また、29年度は、医療費適正化計画（第三期）の作成作業を行うこととなりますので、次期計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用します。

（3）最終年度の翌年度の実績評価

県は、計画期間終了の翌年度（平成30年度）に目標値の達成状況及び施策の取組状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表し、その後の取組に活かしていきます。

――【参考】――

高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第12条第1項 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

(4) 実績評価に基づく取扱い

診療報酬の特例として、法第14条において、地域の実情を踏まえて、一の都道府県内の診療報酬について、合理的な範囲内で他の都道府県の診療報酬と異なる定めをすることができることとされています。

この定めをする際の関係都道府県知事協議については、関係団体とも十分協議しながら対応します。

――【参考】―― 高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項〔計画期間終了の翌年度に厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の評価〕の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第2項第2号〔国及び都道府県において、医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標〕に掲げる目標を達成し、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。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

※注 引用条文の内容については、〔 〕内に記載した。

2 計画の周知

計画の推進には、県民一人ひとりが計画の内容を理解し、協力していくことが重要ですので、医療費適正化計画を作成後、遅滞なく、これを県のホームページ等で公表するとともに、市町村、関係団体等を通じて広く周知を図ります。

――【参考】―― 高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第9条第5項 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表するものとする。

3 計画の推進体制

計画の推進に当たっては、地域の医療・保健・福祉サービス関係者や保険者・行政関係者の積極的な協力が重要となりますので、大分県医療費適正化推進協議会、大分県保険者協議会等でより一層の連携及び協力体制の確立について協議し、推進体制の強化を図ります。

《 用語の解説 》

※1 国民医療費（こくみんいりょうひ） …

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です。

この費用には、医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ます。

なお、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（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含みません。

また、傷病の治療に限っているため、(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は含んでいません。

※2 生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう） …

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患を総称し、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心筋梗塞、脳梗塞などがあります。

※3 受療率（じゅりょうりつ） …

ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比較をいいます。

患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握して「受療率」を算出します。

受療率＝（1日の全国推計患者数）／（10月1日現在総人口）×100,000

※4 受診率（じゅしんりつ） …

百人当たり診療件数。当該月の受診率は、当該月の診療件数を当該月末現在の被保険者（後期高齢者医療受給対象者）数で除して100倍したものである。また、当該年度の受診率は、当該年度の診療件数を、当該年度の各月末の被保険者（後期高齢者医療受給対象者）数の和を12で除したもので、除して100倍したものである。

※5 平均在院日数（へいきんざいいんにっすう） …

患者がどれくらいの期間入院しているかをみる指標です。

これには、「病院報告」から計算されるものと、「患者報告」の「退院患者票」から計算されるものがあります。

「病院報告」から計算されるもの

平均在院日数 = (年(月)間在院患者延数) / (1/2 × (年(月)間新入院患者数 + 年(月)間退院患者数)

(注) 新入院患者・退院患者とは、その対象期間中に、新たに入・退した患者をいい、入院したその日に退院あるいは死亡した患者も含まれます。

また、「患者調査」から推計されるものは、「退院患者票」の「入院年月日」と「退院年月日」から直接差し引き計算により在院日数を求め、その平均値を計算します。

※6 療養病床(りょうようびょうしょう) …

療養病床とは、「病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床及び結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。」と定義されています。

保険請求については、平成12年4月の介護保険法の施行により、医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床の2つに区分されます。なお、平成23年の介護保険法の一部改正により、介護療養病床は平成29年3月31日をもって廃止されます。

※7 メタボリックシンドローム …

内臓に脂肪が蓄積した肥満(内臓脂肪型肥満)に起因した血圧、糖代謝、脂質代謝の異常により、全身の動脈硬化が進行しやすくなっている状態をいいます。

生活習慣の改善により発症や重症化を予防することができます。また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などの生命に関わる病気への進展を予防することも可能です。

メタボリックシンドロームの該当者・予備軍は、以下の判定基準をもとに、腹囲(男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$)かつ、追加リスクのうち2つ以上に該当する者をメタボリックシンドローム該当者といい、1つ該当する者をメタボリックシンドローム予備軍といいます。

メタボリックシンドロームの判定基準

| 腹囲 | 追加リスク | | |
|-------------------------|--------|-----|-----------------|
| | ①血糖 | ②脂質 | |
| $\geq 85\text{cm}$ (男性) | 2つ以上該当 | | メタボリックシンドローム該当者 |
| $\geq 90\text{cm}$ (女性) | 1つ該当 | | メタボリックシンドローム予備群 |

- ①血糖 空腹時血糖 110mg/dl 以上
 ②脂質 a.中性脂肪 150mg/dl以上 かつ・または b.HDLコレステロール40mg/dl未満
 ③血圧 a.収縮期血圧 130mmHg以上 かつ・または b.拡張期血圧 85mmHg以上

※高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

※8 費用額（ひょうがく）

大分県国民健康保険団体連合会に提出された毎年5月診療分の診療報酬明細書（レセプト）を対象に算出しているものです。

明細書は、医科の入院（食事・生活療養費は含まず）、入院外、歯科を対象とし、調剤、療養費等は除外しています。

※9 特定健康診査（とくていけんこうしんさ） …

医療保険者が、40～74歳の加入者を対象として行う内臓脂肪型肥満に着目した健診で、以下の項目を実施します。

（健診項目）質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液検査（血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査）、尿検査などがあります。

※10 特定保健指導（とくていほけんしどう） …

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が大きく期待できる者に対して、生活習慣を見直すサポートを行います。リスクの程度に応じた保健指導（動機付け支援と積極的支援）を実施することをいいます。

特定保健指導対象者の選定基準

| 腹囲 | 追加リスク | | ④喫煙歴 | 対象 | |
|------------------------|--------|-----|----------|-------|--------|
| | ①血糖 | ②脂質 | | ③血圧 | 40～64歳 |
| ≥85cm(男性) ≥90cm(女性) | 2つ以上該当 | | / | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | 1つ該当 | | あり なし | | |
| 上記以外で BMI≥25 | 3つ該当 | | / | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | 2つ該当 | | あり なし | | |
| | 1つ該当 | | / | | |

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

- ①血糖 a.空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は b.HbA1cの場合 5.6%(NGSP値) 以上
- ②脂質 a.中性脂肪 150mg/dl 以上 又は b.HDLコレステロール40mg/dl 未満
- ③血圧 a.収縮期血圧 130mmHg 以上 又は b.拡張期血圧 85mmHg 以上
- ④質問票 喫煙歴あり(①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※糖尿病、高血圧又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は、医療保険者による特定保健指導は行わない。

大分県医療費適正化計画（第二期）

参考資料

- 大分県医療費適正化推進協議会設置要綱（委員名簿） 1
- 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針 3
- 大分県医療計画（抄） 4 3
- 第2次生涯健康県おおいた21 5 5
- 豊の国ゴールドプラン21 5 8

大分県医療費適正化推進協議会設置要綱

(設置目的)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律第9条に規定する都道府県医療費適正化計画（以下「計画」という。）の策定及び推進に関し研究協議するため、大分県医療費適正化推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について研究協議する。

- (1) 計画の策定及び推進に関すること
- (2) その他計画の策定及び推進に関して必要な事項

(組織)

第3条 協議会は、委員20人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 医療・保健サービス関係者
- (3) 福祉サービス関係者
- (4) 受診者代表
- (5) 行政関係者・保険者代表

3 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、欠員が生じた場合における後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 協議会に会長及び副会長を置く。

5 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

(会長及び副会長の職務)

第4条 会長は会議を招集し、会議の議長となる。

2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は欠けたときは、その職務を代行する。

(意見の聴取)

第5条 協議会は、必要があると認めるときは、関係者に出席を求めて意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 協議会の庶務は、福祉保健部国保医療室が処理する。

(補則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年6月7日から施行する。

大分県医療費適正化推進協議会委員名簿

| 区 分 | 委員氏名 | 所 属 | 職 名 | 備 考 |
|----------------------|--------|-------------------|------|------------|
| 学識経験者 | 野口 隆之 | 大分大学医学部附属病院 | 病院長 | 協議会会長 |
| | 藤内 美保 | 公立大学法人大分県立看護科学大学 | 教授 | |
| 医療・保健 サービス 関係者 | 新森 義信 | 社団法人大分県医師会 | 副会長 | |
| | 脇田 晴彦 | 社団法人大分県歯科医師会 | 副会長 | |
| | 安東 哲也 | 社団法人大分県薬剤師会 | 会長 | |
| | 神品 實子 | 社団法人大分県看護協会 | 専務理事 | |
| | 中村 佳子 | 社団法人大分県栄養士会 | 理事 | |
| | 河野 礼治 | 大分県リハビリテーション協議会 | 委員 | |
| | 大久保 健作 | 社団法人大分県老人保健施設協会 | 会長 | |
| 福祉 サービス 関係者 | 高橋 勉 | 社会福祉法人大分県社会福祉協議会 | 副会長 | 協議会 副会長 |
| | 土師 寿三 | 社団法人大分県老人福祉施設協議会 | 会長 | |
| | 細岡 さい子 | 大分県介護福祉士会 | 事務局長 | |
| 受診者 代表 | 平 智 | 公益財団法人大分県老人クラブ連合会 | 会長 | |
| | 本浪 純子 | 社団法人大分県地域婦人団体連合会 | 理事 | |
| | 河野 孝子 | 大分県商工会女性部連合会 | 監事 | |
| | 甲斐 秀樹 | 日本労働組合総連合会大分県連合会 | 副事務局 | |
| 行政関係者 保険者代表 | 首藤 奉文 | 大分県市長会 | 由布市長 | |
| | 北川 晴雄 | 全国健康保険協会大分支部 | 支部長 | |
| | 小花 好美 | 大分県国民健康保険団体連合会 | 事務局長 | |
| | 惣川 一昭 | 大分県後期高齢者医療広域連合 | 事務局長 | |

○厚生労働省告示第五百二十四号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第八条第一項の規定に基づき、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用する。

平成二十四年九月二十八日

厚生労働大臣 小宮山洋子

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

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) 超高齢社会の到来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 第二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
- 4 他の計画との関係
 - (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
 - 5 東日本大震災の被災地への配慮
- 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し、都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - (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

- 2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
 - (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標
 - 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、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 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 - 6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
 - 7 計画の達成状況の評価に関する事項
 - 8 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 進捗状況の評価

2 実績の評価

二 評価結果の活用

1 計画期間中の見直し

2 次期計画への反映

3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

第3 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

第4 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する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、これらの目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものであることを踏まえ、厚生労働省及び各都道府県において、目標の達成状況を評価し、及び計画期間中の医療費の動向を把握することが必要である。

この方針は、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「法」という。)第8条第1項の規定に基づき、都道府県が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、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。

なお、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法

律（平成23年法律第105号）により、平成23年8月30日から法第9条が改正され、従来、都道府県医療費適正化計画（同条第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。）において、記載すべきとされていた事項については、計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項を除き、例示化された。このため、第二期医療費適正化計画策定に当たっては、都道府県の実情を踏まえ、各都道府県において医療費適正化を推進するために必要と考える事項を主体的に記載することが求められる。

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 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

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） 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成24年現在、約1500万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占め

る後期高齢者医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期において徐々に下げ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、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に評価を行うこととされている。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るものとする。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るものとする。

2 第二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。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な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、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった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。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければなら

ない者が減少し、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることとなる。

次に、入院期間の短縮対策である。平成17年度の一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約67万円、一番高い福岡県が約102万円で、1.5倍の差がある。入院医療費がその差の大きな原因であり、そして、老人の入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示している。

これに関しては、第一期医療費適正化計画の計画期間においては慢性期段階の入院に着目し、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。）のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第24項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標とした。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、介護療養型医療施設（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下「介護療養病床」と

いう。)については、平成29年度末まで転換期限を猶予したところである。

これらを踏まえ、第二期医療費適正化計画の計画期間においては、療養病床の数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指すこととする。

さらに、都道府県独自の判断でその他医療費適正化に資する取組を行うことが有効である。例えば、後発医薬品の使用促進に関する取組等について、都道府県における目標を設定するなど、都道府県が積極的に、安心して後発医薬品を使用することができる環境を整備することによって、医療費の適正化を目指すこと等が考えられる。

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。

(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（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。）の実施率

② 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。）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

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 平均在院日数

② 後発医薬品の使用促進

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

(1) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとすることが求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、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。）の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や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（特別区を含む。以下同じ。）は、住民の健康の保持の推進に関しては、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5

項)等、都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

4 他の計画との関係

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」を主たる柱とすることから、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。）と、後者は、医療計画（医療法第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法第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。）と密接に関連する。

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。

(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、第二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、健康増進計画の改定時期について、第二期都道府県医療費適正化計画の作成時期と同一にすることが望ましい。

(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、第二期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。特に、医療計画において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「5疾病・5事業」という。）及び在宅医療それぞれについて、医療計画を作成、評価する構成員として、医療関係団体等に加え医療保険者が新たに例示されていることから、これらの関係者において、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ついて、各種データの分析等を踏まえた協議等を行っていくことが期待されるところである。こうした協議の内容・結果も踏まえて、医療費適正化の取組を進めていくことが望ましい。

このため、医療計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第二期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(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及び介護保

険施設等の整備等に関する取組の内容と、第二期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第二期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。

5 東日本大震災の被災地への配慮

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。）により被害を受けた地域においては、目標の設定や計画期間における医療に要する費用の見通しの算出等について、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し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第二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」に関する目標値としては、以下のものが考えられる。

これらの目標値については、平成27年度の中間評価を踏まえ、必要に応じて見直しを行う（第2の2の1参照）。

(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全国目標は、平成29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とする。

各都道府県の目標値は、第一期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定健康診査の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定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全国目標は、平成29年度において、当該年度における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とする。

各都道府県の目標値は、第一期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定保健指導の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構

成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定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

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各都道府県の目標値は、平成20年度と比べた平成29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%以上の減少とすることを目安に、各都道府県において設定することが考えられる。

減少率は、各都道府県における、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成20年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から平成29年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成29年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（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年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除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。

- 2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項
第二期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」に関する目標値としては、以下のものが考えられる。

この目標値については、平成27年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行う（第2の2の1参照）。

(1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標

急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備及びできる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組み必要がある。こうした取組

が実施された場合には、患者の病態に相応しい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携が強化されることにより、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られることが期待される。これらを通じて、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（以下「平均在院日数」という。）の短縮が見込まれるところである。以上に基づき、各都道府県の医療費適正化計画においては、都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、平成29年度における平均在院日数の目標値を設定することが考えられる。なお、目標値を設定する際の参考資料については、別途、情報提供するものとする。

（２） 後発医薬品の使用促進に関する目標

国において作成する後発医薬品推進のためのロードマップにおいて、限られた医療費資源を有効に活用する観点から、国や関係者が取り組むべき施策等を定めることとしており、国としては、これを踏まえ、都道府県医療費適正化計画の作成の手法等に関する技術的事項の助言を行う予定である。都道府県においても、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、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発の取組を行うことが重要である。

このため、各都道府県においては、後発医薬品の使用促進に係る環境の整備を図る観点から、例えば、都道府県域内における後発医薬品の数量シェアや普及啓発等施策に関する目標

を設定することが考えられる。

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

第二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及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）をはじめとする保健事業等について、保険者、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・普及啓発など一般的な住民向けの健康増進対策を実施することが必要である。

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、特定健康診査等の実施主体である保険者に対して保健所から提供された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の情報と特定健康診査等の情報を共有し、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、被保険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に対する助言や職員の派遣による支援、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。

こうした取組を通じて、都道府県が特定健康診査等の実施率の向上並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に主体的な役割を果たすことが期待される。

併せて、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、予防接種の接種率の向上に向け、実施主体である市町村に加えて保険者が普及啓発等を行うことが期待されるところであり、都道府県においてその支援を行うことが考えられる。

さらに、たばこ対策としては、保険者、医療機関、薬局等と連携した普及啓発の促進や、相談体制の整備等の取組を行うことが考えられる。

(2) 医療の効率的な提供の推進

① 医療機関の機能分化・連携

平成25年度からの新たな医療計画においては、5疾病・5事業及び在宅医療ごとに、例えば、地域連携クリニックやカル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ている。

これらは医療の効率的な提供の推進に関連する事柄であり、第二期都道府県医療費適正化計画においても、医療機関の機能分化・連携を図るために都道府県が取り組むべき施策

として考えられる。なお、都道府県医療費適正化計画の策定の際は、医療計画の関係する箇所における記述の要旨又は概要を再掲することや医療計画と一体的に作成することも差し支えないこととする。

また、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が、引き続き、転換に関する相談窓口の設置など具体的な支援措置について記載するものとする。

② 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウスなど多様な住まい（以下「在宅」という。）における療養への円滑な移行のためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実を推進するほか、住宅施策との連携を含めた受け皿の整備が不可欠である。

第二期都道府県医療費適正化計画においては、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが重要であることから、在宅医療・地域ケアに係る体制の整備の推進に関する施策を記載することが考えられる。なお、都道府県医療費適正化計画の策定の際は、医療計画及び介護保険事業支援計画の関係する箇所における記述の要旨又は概要を再掲することや医療計画と一体的に作成することも差し支えないこととする。

③ 後発医薬品の使用促進

第二期都道府県医療費適正化計画においては、都道府県域内における後発医薬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、医療保険者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都道府県域内におけ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、後発医薬品の使用促進のため、自己負担の差額通知を含めた医療費の通知を行う保険者と地域の医療関係者との連携・協力に対し、都道府県が支援を行うこと等も考えられる。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、施策に反映していくことが有効である。特に、個々の取り組み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、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、相互に連携及び協力を行えるような体制作

りに努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、3の(1)の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策定に当たっては、第1のーの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、保険者が行う保健事業の実施状況等を把握したり、保険者が把握している被保険者のニーズ等を聴取するなど、積極的に保険者と連携することが望ましい。

なお、保険者による医療費適正化の推進や加入者の健康づくりの推進、さらには医療提供体制に関する議論への参画等の保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、厚生労働省において、保険者機能に関するガイドラインを示すための検討を行う予定である。

5 都道府県における医療に要する費用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。

6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

都道府県は、各都道府県民の医療費の現状に基づき、5年後の医療費の見通しを算出する。具体的な算出方法は、別紙二を参考にすることが望ましいが、どのような算出方法を採用する場合においてもこの見通しは第1の2の1及び2に示す目標値と相互に関連するものであり、全体としてこれらの目標値とこの見通しとの整合性の確保に留意する必要がある。

7 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達成状況を評価し、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、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。詳細は第2を参照のこと。

8 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

第二期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。こうした取組の例としては、例えば情報通信技術等を活用した保健師等の訪問指導による重複頻回受診の是正や診療報酬明細書の審査及び点検の充実、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、

地域連携クリティカルパスに関する協議会の設置、医療機関間の主要な診療情報の相互参照を可能とする地域医療情報連携システムの導入など情報通信技術を活用した医療機関間の連携等が考えられる。なお、これら取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援又は促進が都道府県の施策となる。

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5年を一期とするものとされているため、第二期都道府県医療費適正化計画については、平成25年度から平成29年度までを計画期間として作成することとなる。

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・評価及び見直し・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6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こととする。

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 進捗状況の評価

都道府県は、法第11条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画の作成年度の翌々年度である平成27年度に中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進展状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

また、中間評価に限らず、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行うことが望ましい。

2 実績の評価

都道府県は、法第12条の規定により、第一期都道府県医療費適正化計画期間終了の翌年度である平成25年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況及び施策の取組状況との因果関係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

中間評価を踏まえ、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ことが望ましい。

2 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成29年度）は、第三期都道府県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとする。

3 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項において、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 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

- 一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たったの観点
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、全国の平均値及び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。

その際、都道府県別の医療費には、保険者の所在地ごとに集計された医療費、医療機関の所在地ごとに集計された医療費、住民ごとの医療費の三種類があり、それぞれの医療費について、その実績と動向に関し、分析を行う必要がある。

二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療に要する費用の実態を把握するため、国民健康保険事業年報等から、性別、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び医療に要する費用のデータを入手する必要がある。

また、地域内における医療機関の病床数の状況や、保険者が実施する特定健康診査等の実施状況についてのデータを把握していく必要がある。

さらに、国が提供する全国的な健康状況や医療費に関するデータ、特定健康診査・特定保健指導に関するデータについても把握し、分析する必要がある。

第4 この方針の見直し

この方針は、平成25年度からの第二期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定められたものである。このため、この方針については、法の施行状況、医療費適正化に関する不断の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。

別紙一

標準的な特定健康診査及び特定保健指導の目標値の推計方法

標準的な特定健康診査及び特定保健指導の目標値の推計方法の例は次のとおりとする。

1 基本的事項

(1) 推計対象

第二期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成29年度）における特定健康診査実施率

・特定保健指導実施率の目標を推計の対象とする。

(2) 基礎データ

特定健康診査受診者数・特定保健指導対象者数等の実績等

(3) 推計の流れ

- ① 保険者種別ごとの特定健康診査受診者数・特定健康診査実施率等の実績を基礎として、特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。
- ② 保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値と①で推計した保険者種別ごとの構成割合を基礎として、総計の特定健康診査実施率の目標値を推計する。
- ③ ②の推計結果と保険者種別ごとの特定保健指導対象者数等を基礎として、特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。

- ④ 保険者種別ごとの特定保健指導の実施率の目標値と③で推計した保険者種別ごとの構成割合を基礎として、総計の特定保健指導実施率の目標値を推計する。

なお、規模が小さいこと等から実績を直接使用することが困難であると見込まれる場合は、複数の保険者種別をまとめて推計する等必要に応じて補正等を行うこととする。また、地域の実情を考慮する必要がある場合は、全国と各地域の実績の違いに着目して推計に反映させることとする。

以下、①～④について標準的な方法を説明する。

2 特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合の推計

都道府県別・保険者種別の特定健康診査受診者数を保険者種別ごとの特定健康診査実施率で除すること等により、特定健康診査対象者数を推計し、それを基に、特定健康診査対象者の保険者種別

ごとの構成割合を推計する。

3 特定健康診査実施率の目標値の推計

2で推計した特定健康診査対象者の保険者種別ごとの構成割合に、保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値を乗じて足し上げることにより、総計の特定健康診査実施率の目標値を推計する。

4 特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合の推計

保険者種別ごとに次式により算定した推計値のそれぞれについて、各推計値を足し上げた総計に対する比率を算出し、それを基に、特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合を推計する。

2で推計した特定健康診査対象者の構成割合×保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値

× (足下の特定保健指導対象者数 / 足下の特定健康診査受診者数)

5 特定保健指導実施率の目標値の推計

4で推計した特定保健指導対象者の保険者種別ごとの構成割合に、保険者種別ごとの特定保健指導の実施率の目標値を乗じて足し上げることにより、総計の特定保健指導実施率の目標値を推計する。

別紙二

標準的な都道府県医療費の推計方法

標準的な都道府県医療費の推計方法は次のとおりとする。

1 基本的事項

(1) 推計期間

第二期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成29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 医療費の動向（概算医療費、医療保険医療費）（厚生労働省保険局）
- ② 事業統計（老人医療事業年報、後期高齢者医療事業年報、国民健康保険事業年報（厚生労働省保険局）等）
- ③ 患者調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）
患者の住所地別患者数と医療機関の所在地別患者数 等
- ④ 国民医療費（厚生労働省大臣官房統計情報部）
- ⑤ 都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
- ⑥ 病院報告（厚生労働省大臣官房統計情報部）

都道府県別 平均在院日数 等

⑦ その他、国勢調査、推計人口（総務省）等

(4) 推計の流れ

- ① 基準年度（平成23年度）の住民住所地別の都道府県医療費の推計
- ② 医療費適正化の取組を行わない場合の都道府県医療費の伸び率の算出
- ③ 医療費適正化の取組を行わない場合の都道府県医療費の将来推計
- ④ 第二期医療費適正化計画に基づき適正化の取組を行った場合の効果及び都道府県医療費の将来推計

来推計

以下、①～④について標準的な方法を説明する。

2 基準年度（平成23年度）の住民住所地別の都道府県医療費の推計方法

将来推計の初期値となる基準年度（平成23年度）の都道府県医療費は、平成22年度の事業統計や医療費の動向を基に医療保険に係る医療費の実績推計値を作成し、これと平成23年度の医療費の動向の対前年伸び率を基に医療保険に係る医療費の平成23年度実績見込みを推計し、さらに、公費負担等も含めた国民医療費ベースに変換したものである。推計は入院（食事及び生活療養費を含む。）、入院外（調剤、訪問看護及び療養費を含む。）、歯科別の診療種別ごとに行うものとする。具体的な推計方法は以下のとおりとする。

(1) 事業統計等を基にした平成22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

都道府県別の事業統計は住民住所地別のデータとなっているため、これを後期高齢者医療の都道府県医療費とする。

② 国民健康保険

市町村国民健康保険については、都道府県別の事業統計が住民住所地別のデータとなっているため、これを市町村国民健康保険の都道府県医療費とする。

国民健康保険組合については、事業統計に都道府県別のデータが無いため、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事業統計と一致するように推計する。

③ 被用者保険

医療費の動向（概算医療費）の医療機関の所在地別医療費を基に、患者調査の住民の住所地別の患者数を医療機関の所在地別の患者数で除した率等を用いて次式により算出し、さらに、一律の補正率を乗じて、被用者保険の医療費の総計が事業統計と一致するように推計する。

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 （1日当たり医療費の変換率）

α = 住民の住所地別推計患者数 / 医療機関の所在地別推計患者数

β = 住民の住所地別の1日当たり医療費 / 医療機関の所在地別の1日当たり医療費

※ α は患者調査のデータ、 β は国民健康保険の事業統計を代用して算出。

(2) 医療保険に係る都道府県医療費の平成23年度実績見込みの作成

(1) で推計した医療費に平成23年度の医療費の動向(概算医療費)の都道府県別の対前年同月比の平均値を診療種別ごとに乗ずることによって推計する。

(3) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1) と同様の手法で推計した平成20年度の医療保険に係る都道府県医療費と平成20年度の都道府県別の国民医療費の比率を補正率とし、これを平成23年度の医療保険に係る都道府県医療費の実績見込みに乗ずることにより国民医療費ベースの都道府県別医療費へ変換する。なお、増加分は公費等とし、入院、入院外等の内訳は医療保険に係る医療費における構成割合と同様と仮定して推計する。

3 医療費適正化の取組を行わないとした場合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(平成23年度)から推計年度までの1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、高齢化の影響を考慮して算出したものを用いる。この1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18～22年度（5年間）を算定基礎期間とする。

(2) 1人当たり医療費の伸び率設定の考え方

診療種別ごとに算定した医療費の動向（概算医療費）における都道府県別の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、高齢化の影響を除去し、医療の高度化等の要因に起因する1人当たり医療費の伸び率を算出する。これに将来の高齢化の影響を加味し、推計年度までの計算区分ごとの伸び率とする。具体的な設定方法は以下のとおり。

① 医療の高度化等に起因する1人当たり医療費の伸び率の設定

算定基礎期間の医療費を基に算定した伸び率から、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控除したものを平均し、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（平均在院日数減少の影響）を除去し、この影響を除去した伸び率を算定するため、伸び率の算定においては、上記の算定結果に対して0.2%（全国平均値。実際の推計においては、都道府県別の推計値を用いる。）を加算するものとする。（（参考）を参照のこと。）

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で算定した医療高度化等の要因に起因する1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平成24年度に見込ま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。

(参考)過去の平均在院日数減少の効果について

都道府県別に平均在院日数と1日当たりの入院医療費の関係をみると、平均在院日数が短い都道府県は1日当たり入院医療費が高い傾向にあり、累乗近似をとると平成22年度において

$$y = 200292x^{-0.552} \quad (x: \text{平均在院日数}, y: \text{1日当たり入院医療費})$$

との関係がみられる。したがって、上記の関係式によれば、入院医療費の水準(= $x \cdot y$)と平均在院日数との関係は $x \cdot y = 200292x^{0.448}$ となり、平均在院日数がS倍となれば、入院医療費は $S^{0.448}$ 倍になると見込まれることとなる。

上記関係式を用いて近年の平均在院日数の短縮の影響を算定すると、医療費に対して年平均▲0.2% (全国平均)程度と見込まれる。

(3) 診療報酬改定

算定基礎期間に行われた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、1人当たり医療費の伸び率に対して平成20年度は▲0.82%、平成22

年度は0.19%、平成24年度は0.00%の影響があるものとする。

(4) 高齢化の影響

1人当たり医療費の伸び率のうち高齢化による伸び分を算出する。

具体的には、国民医療費における年齢階級別1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1人当たり医療費の伸び率により高齢化の影響を算出する。

4 医療費適正化の取組を行わない場合の都道府県医療費の将来推計の方法

(1) 医療保険に係る入院（食事及び生活療養費を含む。）、入院外（調剤、訪問看護及び療養費を含む。）、歯科の医療費の算出

上記の2で算出した平成23年度の医療保険に係る都道府県別医療費を都道府県別人口で除して算出した1人当たり医療費と、3で算出した「1人当たり医療費」の伸び率及び都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）を基礎として次式の考え方により算出する。

適正化前の都道府県医療費＝平成23年度の1人当たり医療費×平成23年度から推計年度までの1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）

(2) 国民医療費ベースの医療費への変換

(1)で推計された医療保険に係る都道府県医療費に2(3)で算出した補正率を乗じて国民医療費ベースの医療費に変換する。なお、増加分は公費等とし、入院、入院外等の内訳は医療保

険に係る医療費における構成割合と同様と仮定して推計する。

5 第二期医療費適正化計画に基づく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

医療費適正化計画においては、適正化対策として「生活習慣病対策」と「平均在院日数の短縮」が示されており、都道府県医療費の将来推計においては、以下に示す考え方によりこれらの適正化効果を織り込み作成する。

また、都道府県でこれら以外の適正化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。

(1) 生活習慣病対策等による効果算定の例

平成29年度の各都道府県におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少者数に、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群と非該当者との平均年間点数の差（平均して8,000点から10,000点であることから、将来における点数差を9,000点と仮定）を用い、次式により算定する。

減少者数×9万円×平成23年度から推計年度までの1人当たり医療費の伸び率

(2) 平均在院日数の短縮の効果算定の例

平均在院日数減少の効果は、医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国試

算（以下「全国推計」という。）を参考として推計を行うこととする（本試算では試算時点における最新の全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」を参考とする。）。具体的には、

① 平成29年度の平均在院日数の目標又は見込みを都道府県で設定し、平成23年度の平均在院日数と比較して変動率を算定する。

なお、独自に設定する事が困難な場合には、全国推計における病床と平均在院日数の関係等から都道府県の病床数等を基に平均在院日数を算定するツールを用いて算定した平均在院日数を代用する。

② 全国推計における2015、2020年度の現状投影と改革シナリオの平均在院日数の変動率とそれに伴い機能強化されて増加する医療費の変動率の関係式 $y = -0.61x$ （ y ：医療費の変動率、 x ：平均在院日数の変動率）と①において算定した変動率を基に、平均在院日数短縮による医療費減少の効果測定の基準となる医療費を推計する。

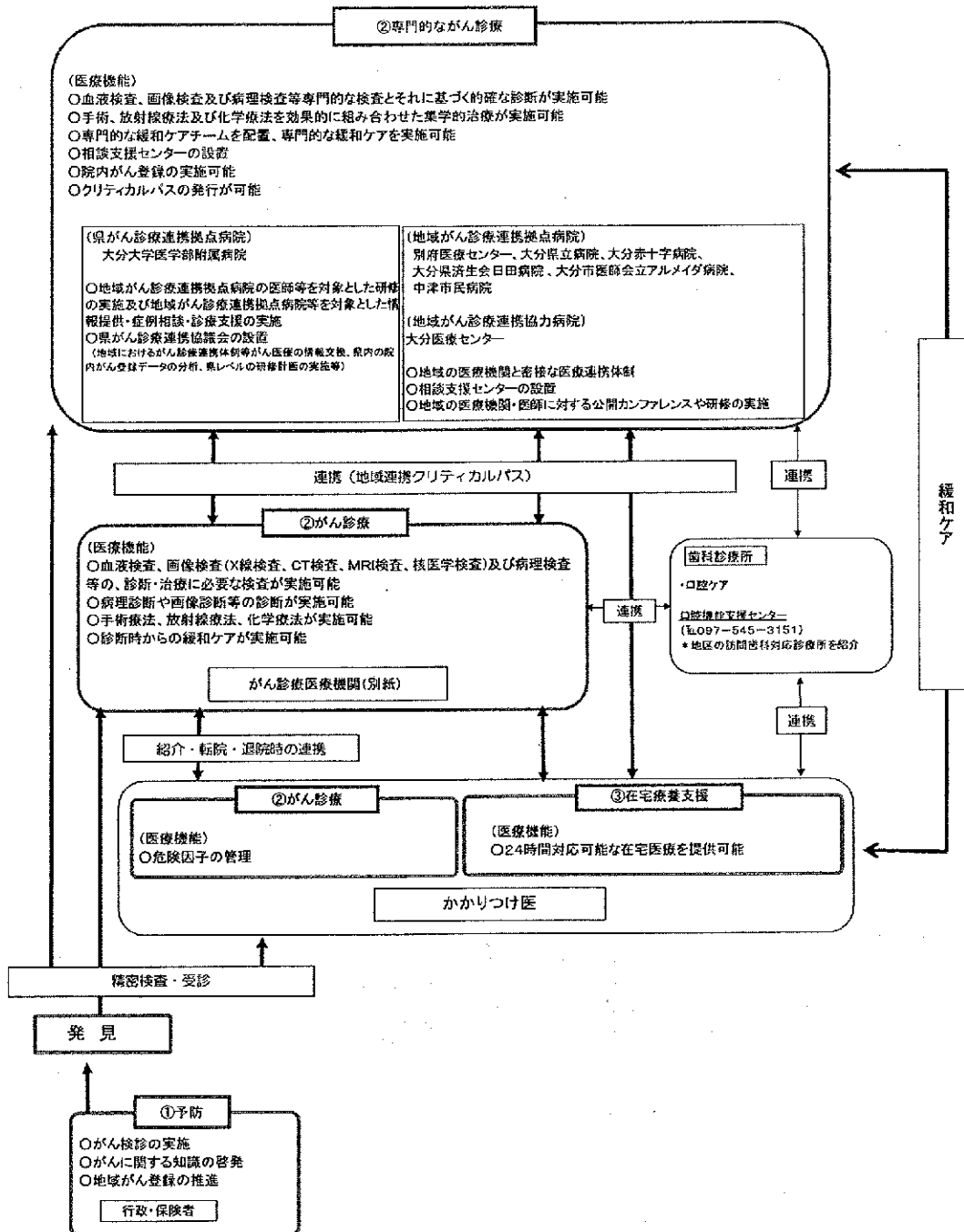
③ 全国推計における2015、2020年度の現状投影と改革シナリオの平均在院日数の変動率とそれに伴い効率化されて減少する医療費の変動率の関係式 $z = 0.41x$ （ z ：医療費の変動率、 x ：平均在院日数の変動率）と①において算定した変動率を基に、平均在院日数短縮の効果も推計する。

6 医療費適正化効果の算出

医療費適正化の効果は5において推計した影響額をもって適正化の効果とする。

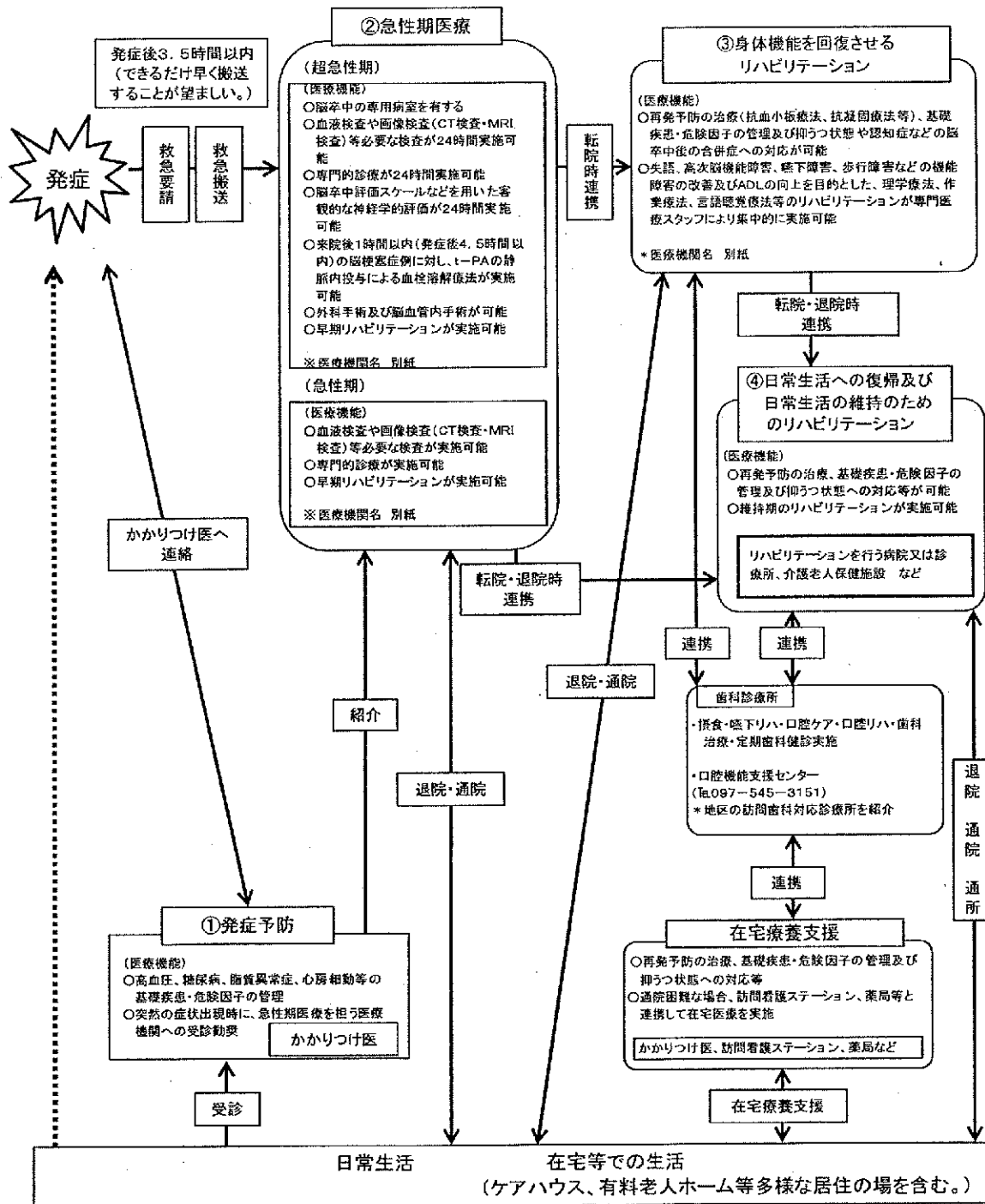
第3節 がん医療

- 地域がん登録の推進
- 専門的知識を有する医療従事者の育成
- 多職種の医療チーム設置などの体制整備
- 患者や家族への相談支援体制の整備
- 目標項目
 - ・年齢調整死亡率
 - ・がん検診受診率



第4節 脳卒中医療

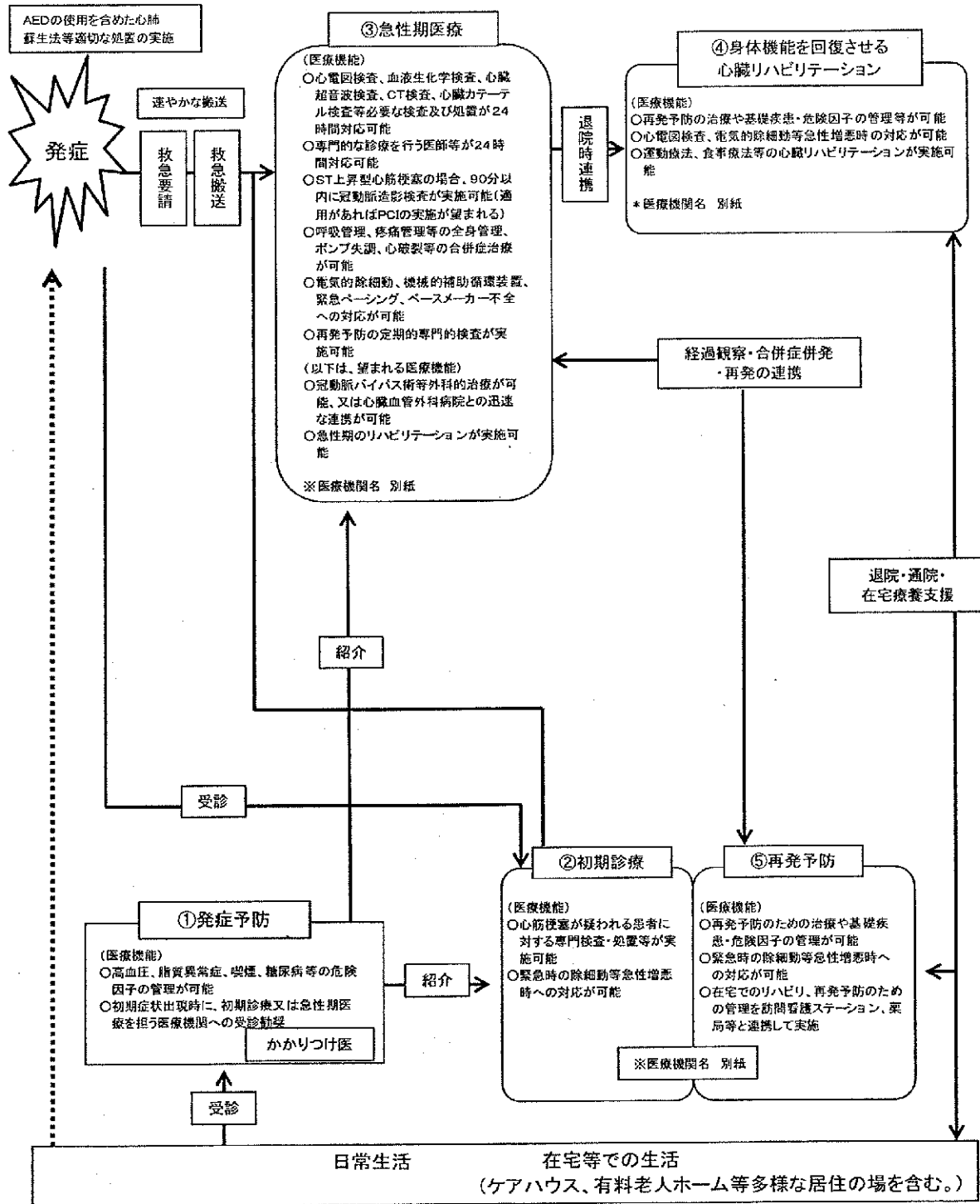
- 脳卒中に関する情報提供などによる予防の取組
- 発症後速やかな救急搬送要請を行うよう普及啓発
- 救急隊、かかりつけ医、急性期医療機関の連携の推進
- 多職種協働・連携の促進
- 目標項目
 - ・脳血管疾患年齢調整死亡率
 - ・t-PAによる脳血栓溶解療法実施症例数



第5節 急性心筋梗塞医療

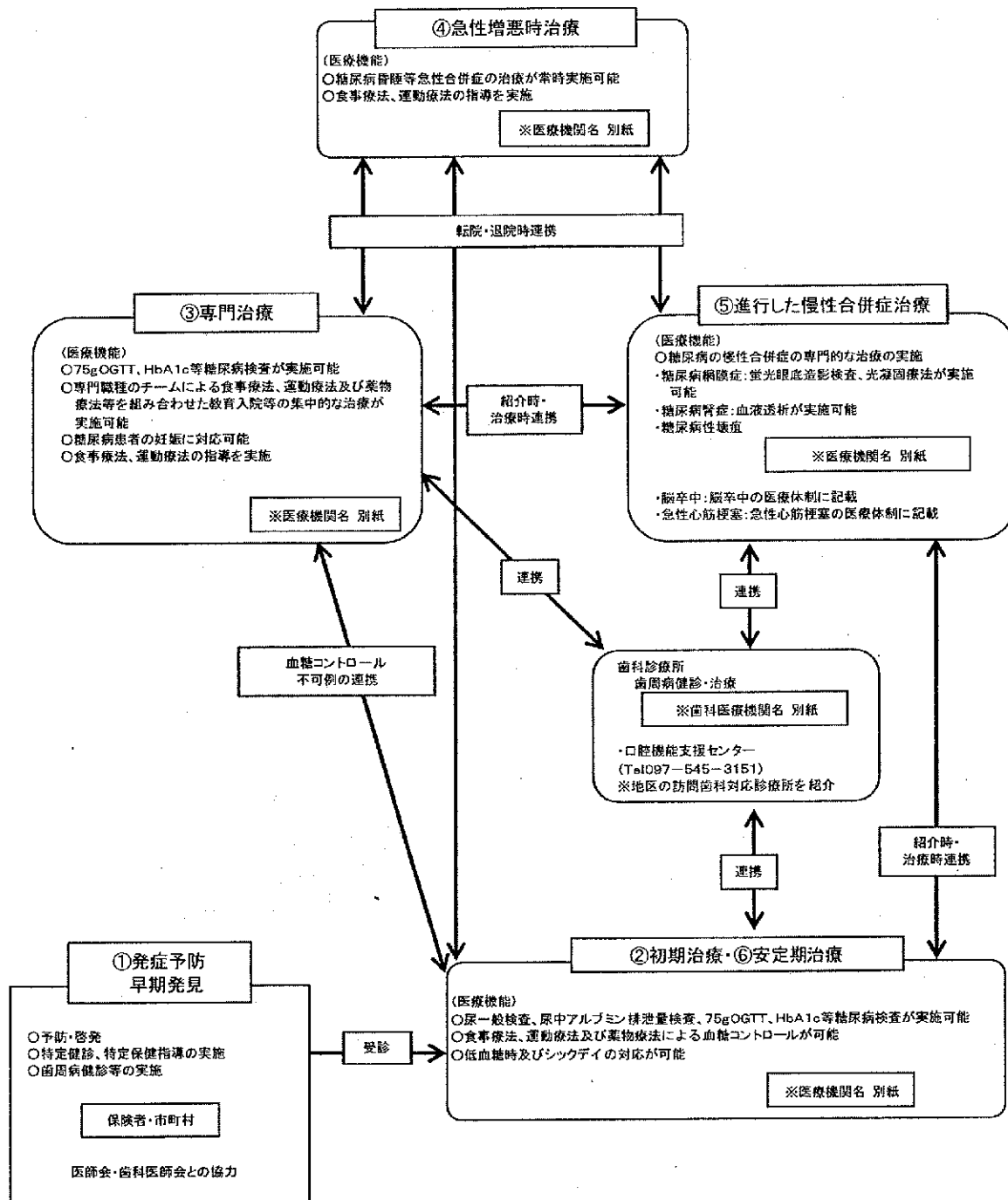
- 早期発見・治療のため、関係機関の連携による健診を受けやすい体制の強化
- AEDの使用など心肺蘇生法の講習の充実
- 速やかに専門的医療を受けられるよう関係機関の連携の推進
- 多職種による協働・連携の促進
- 目標項目
 - ・急性心筋梗塞年齢調整死亡率

心肺停止が疑われる場合



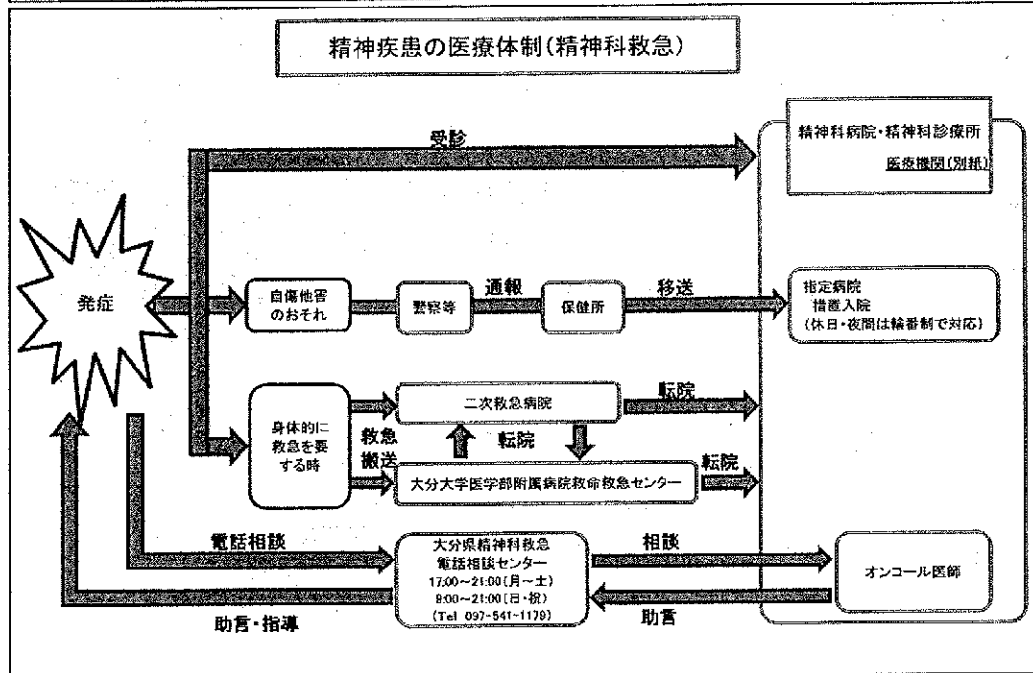
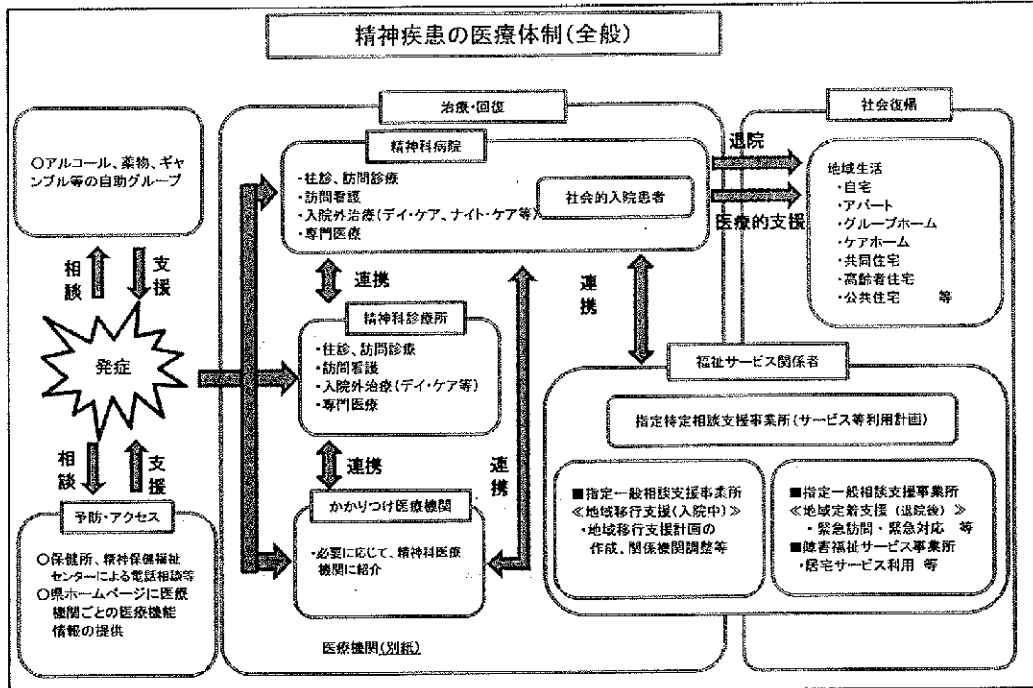
第6節 糖尿病医療

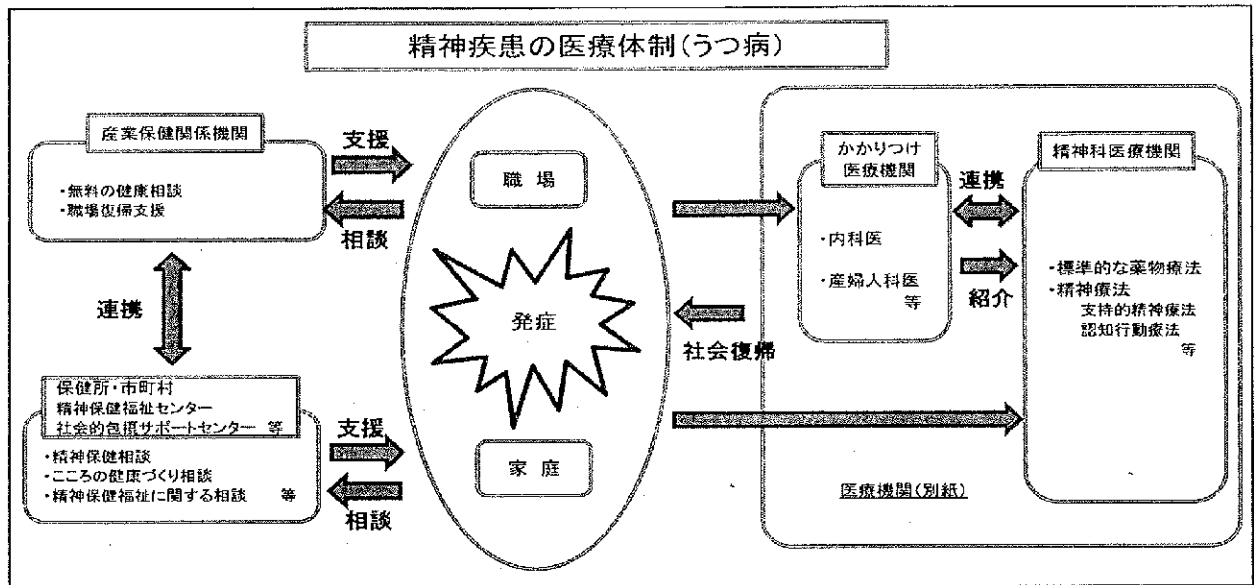
- 正しい糖尿病の知識や生活習慣の改善について情報の提供
- かかりつけ医による日常生活の管理・治療体制の充実
- 糖尿病療養指導士など療養指導スタッフの育成の促進
- かかりつけ医、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療に係る医療機関相互の連携の促進
- 目標項目
 - ・メタボリック・シンドローム予備群・該当者、脂質異常症該当者
 - ・糖尿病性腎症による新規透析導入数等



第7節 精神疾患医療(全般・精神科救急・うつ病)

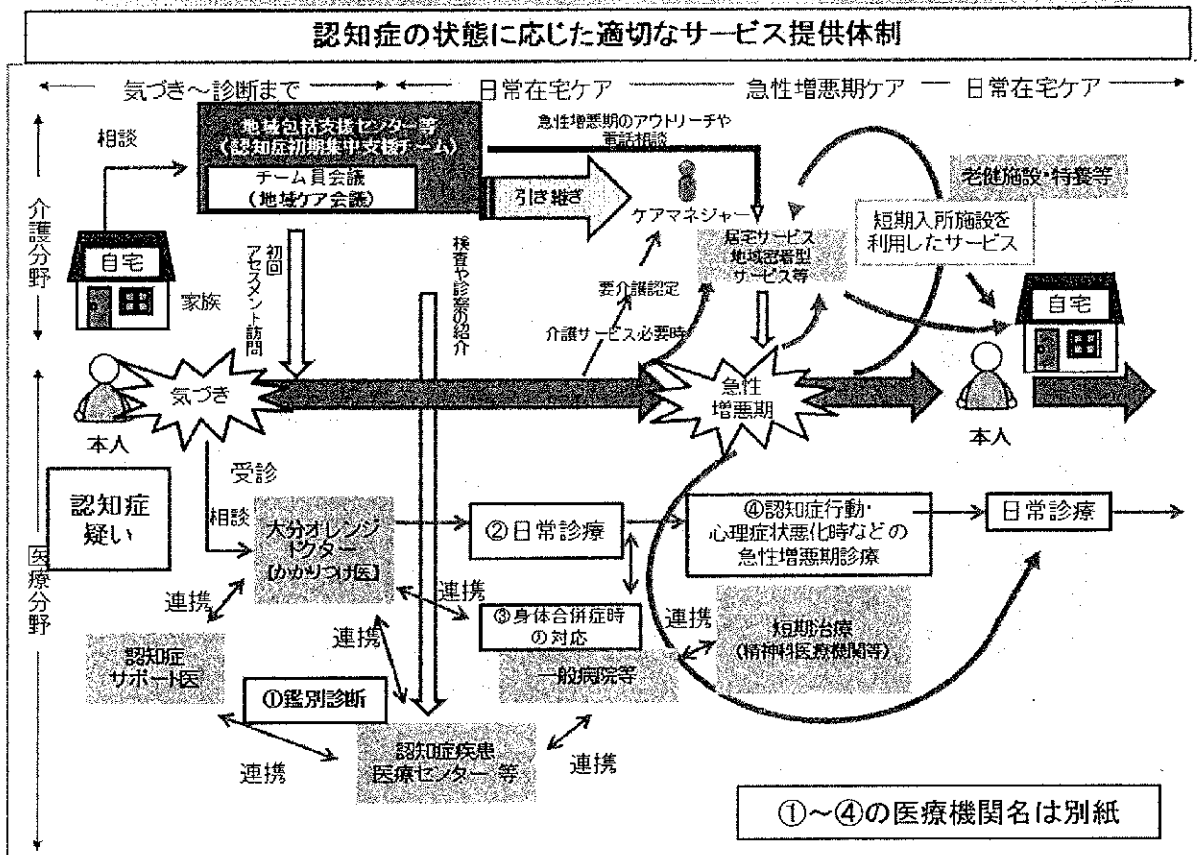
- 啓発や情報提供による医療機関にアクセスしやすい環境の構築
- 精神科救急医療システムの更なる充実
- 救急の身体合併症患者の受入れを行う大分大学医学部附属病院救命救急センターと関係機関との連携の強化
- かかりつけ医のうつ病診療技術の向上や精神科医等との連携体制の強化
- 目標項目
 - ・自殺死亡率





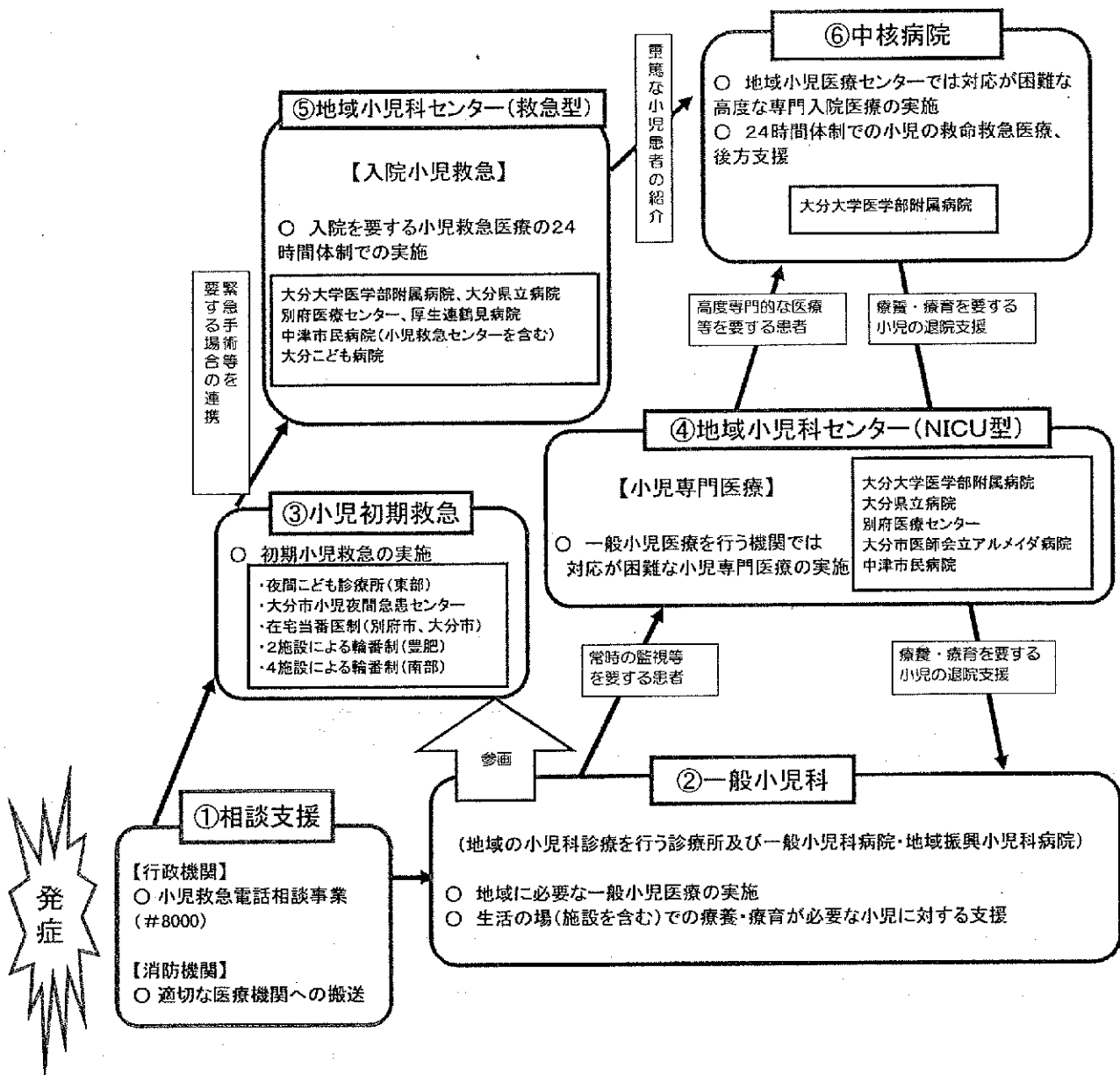
第7節 精神疾患医療(認知症)

- 地域のサポーター養成、地域での支援ネットワークの整備
- かかりつけ医・サポート医・専門医の連携の強化
- 認知症疾患医療センター等の専門医療機関の整備
- 若年性認知症についての普及啓発
- 目標項目
 - ・大分オレンジドクター(物忘れ・認知症相談医)登録者数
 - ・認知症サポート医数
 - ・認知症疾患医療センター・認知症の鑑別診断を行える医療機関の数等



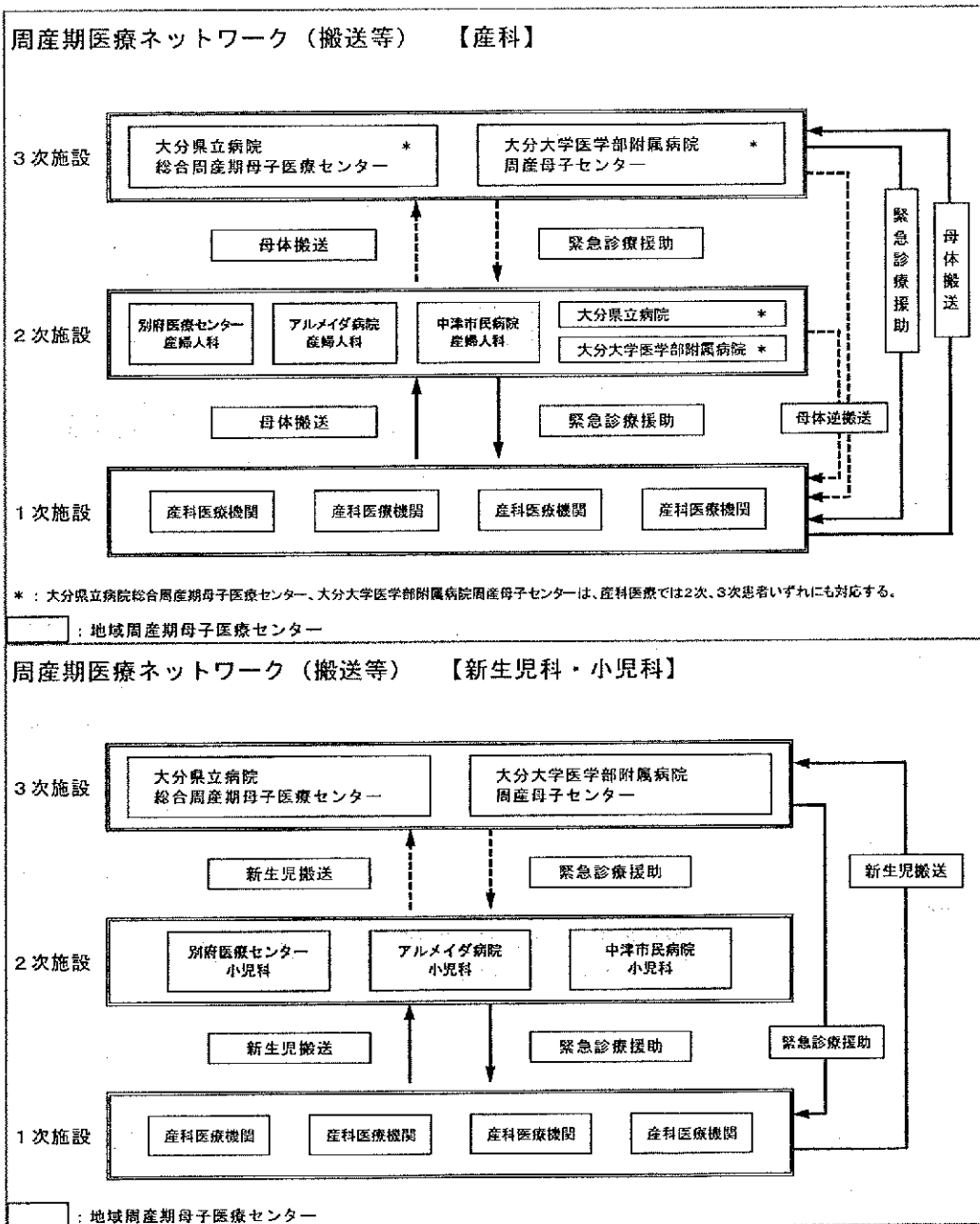
第8節 小児医療

- 休日等の小児初期救急医療体制確保の取組を支援
- 一般小児科病院・地域小児科センターが診療を確保・充実する取組を支援
- 一般小児科病院等における小児科医師の継続的・安定的確保
- 地域小児科センターが後期研修医を確保する取組を支援
- 目標項目
 - ・小児死亡率
 - ・小児の二次救急医療体制の整備率
 - ・大分県こども救急電話相談実施状況



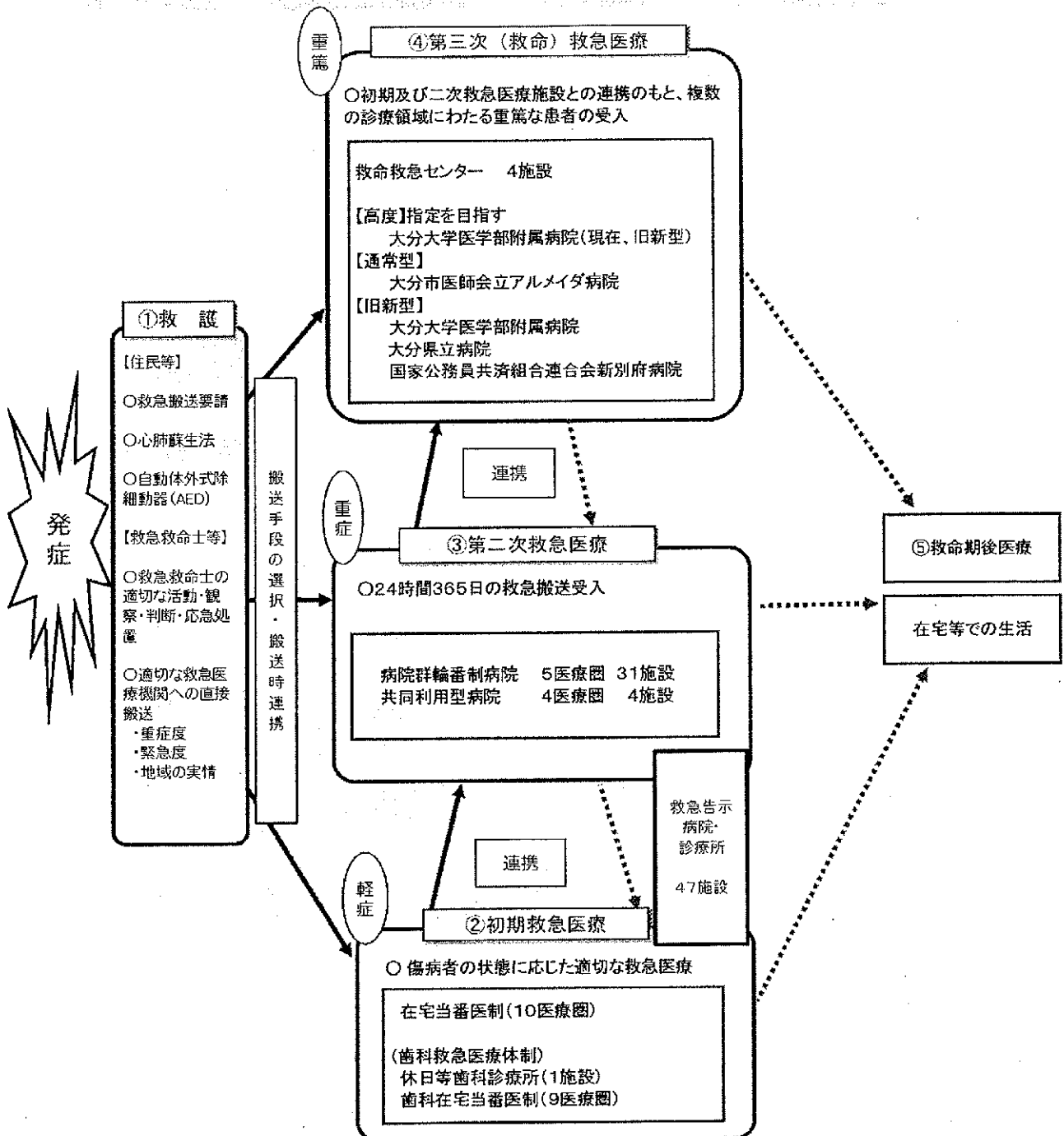
第9節 周産期医療

- 一次(産科医療機関)・二次(地域周産期母子医療センター等)・三次(総合周産期母子医療センター・大分大学医学部附属病院周産母子センター)施設の連携強化(周産期医療ネットワークの強化)
- 一次・二次施設への緊急援助体制の構築
- 産婦人科・新生児科医師、看護師等の確保・維持
- 周産期母子医療センター等を退院した未熟児や慢性疾患児等が在宅で療養できる体制を整備
- 目標項目
 - ・周産期死亡率
 - ・新生児死亡率



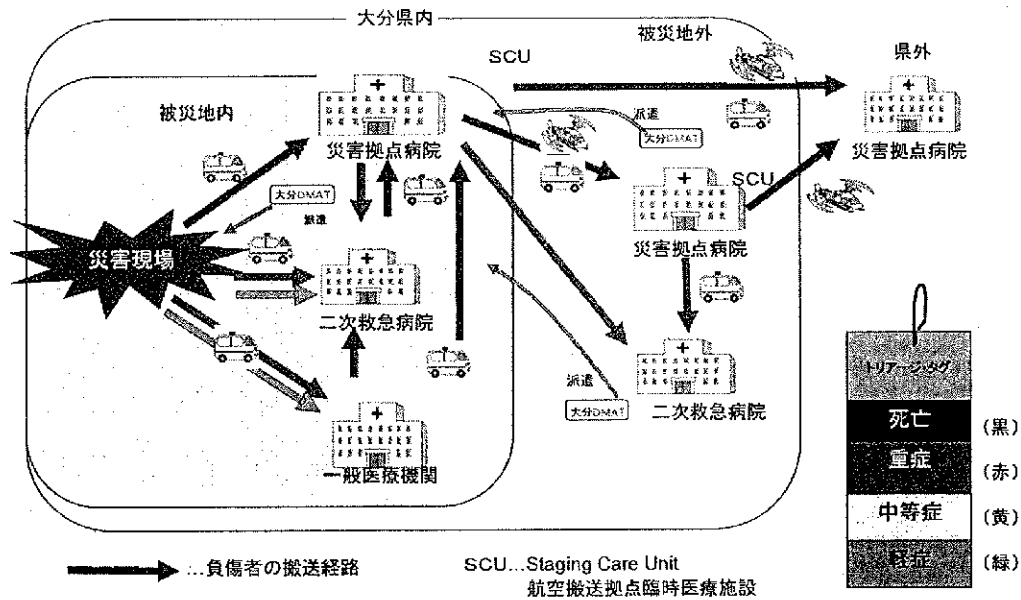
第10節 救急医療

- 地域毎に定期的に事後検証会議を開催し、事後検証体制を確立
- 初期・二次・三次救急医療体制の確保・充実
- 大分大学医学部附属病院の高度救命救急センターの指定を目指す
- 大分県ドクターヘリ等の効果的な運用方法の検証などによる広域救急医療体制の充実
- 目標項目
 - ・救急隊における救急救命士の配置率
 - ・第3次救急医療体制の整備・拡充等

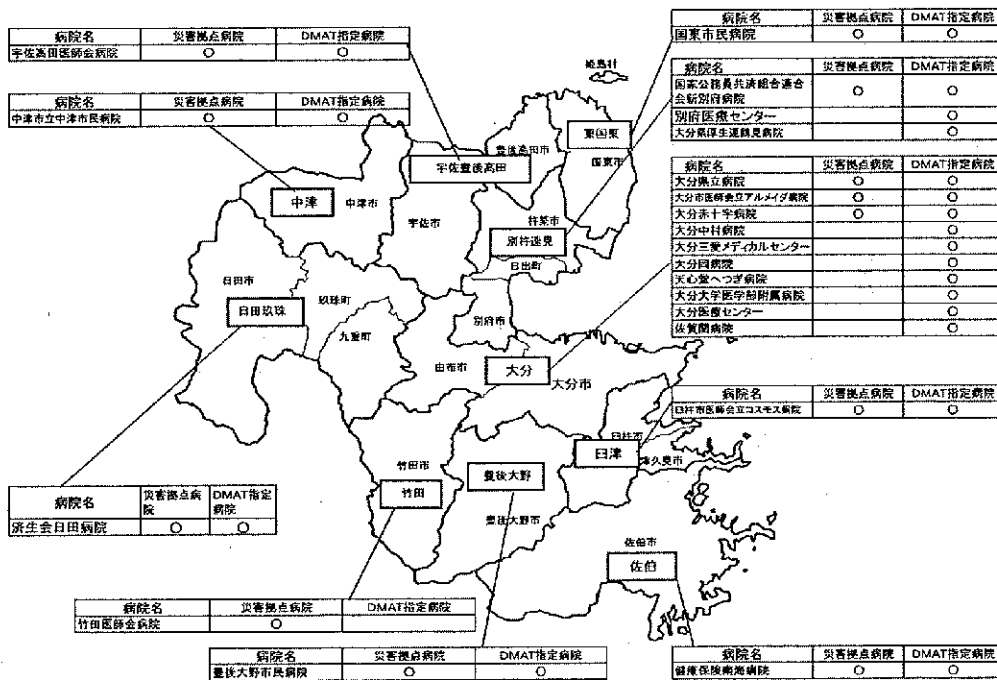


第11節 災害医療

- 災害拠点病院の施設・設備の整備拡充を推進
- 大分DMATの出動体制の確保・充実、医師会等による医療救護活動のあり方検討
- 災害医療コーディネーターのあり方検討・登録
- 航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置場所の選定、資器材整備の推進
- 目標項目
 - ・病院の耐震化率
 - ・大規模災害時の医療活動マニュアルを策定している病院の割合
 - ・大分DMATを構成する医療従事者の数等



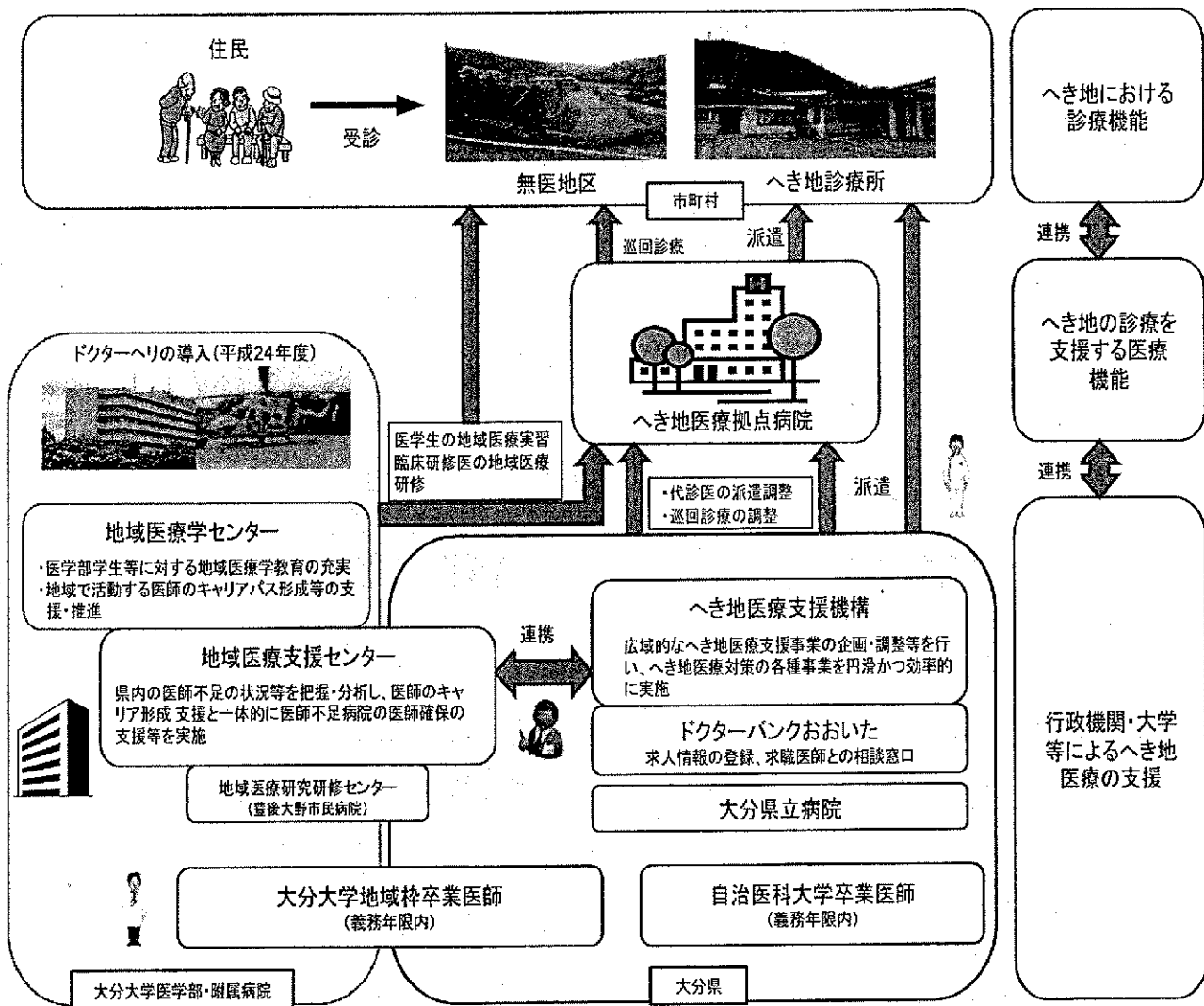
災害拠点病院、大分DMAT指定病院の指定状況



第12節 へき地医療

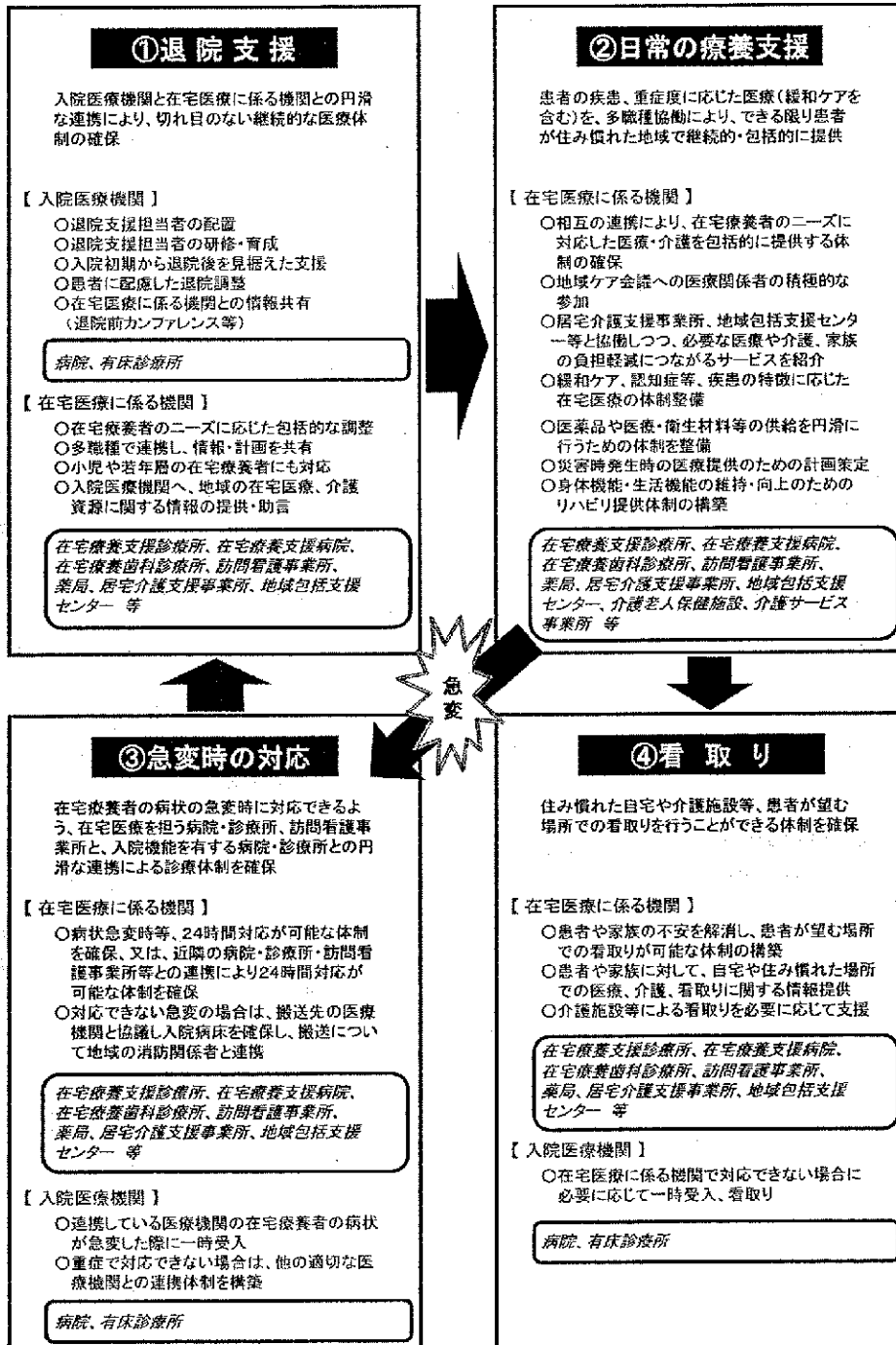
- へき地における診療機能の充実、医師確保に対する支援
- へき地医療拠点病院に対する支援
- へき地医療支援機構、地域医療支援センターの充実・強化
- 現場体験などを通じた卒前教育課程におけるへき地医療への動機付けや研修機会の確保など医師のキャリア形成の促進
- 目標項目
 - ・自治医科大学・大分大学地域枠卒業医師の計画的配置
 - ・公立へき地診療所からの医師(代診医含む)派遣要請に対応した割合
 - ・公立へき地診療所への医師の配置率

へき地医療の体制



第13節 在宅医療

- 地域で多職種がチームとして協働するための取組（保健・医療・福祉関係者等による研修等）を支援
- 在宅医療支援の中心的な役割を担うかかりつけ医の普及・定着を促進
- かかりつけ医・急性期・回復期の医療機関との連携を強化し、在宅医療支援体制を強化
- 在宅医療サービスの利用促進のため、県民へ在宅医療について普及啓発
- 目標項目
 - ・在宅医療を実施している医療機関数・実施する意思がある医療機関数
 - ・訪問診療を受けた患者数
 - ・訪問看護を受けた患者数等



在宅医療を実施する(またその意思がある)医療機関等について、アンケート結果に基づき別紙記載

第4章 喫煙分野

1 推進の方向

(1) たばこの健康影響に関する情報の提供

- 健康教育等の場を通じて、喫煙による健康影響についての理解を深めます。
- 機関紙や広報誌等を通じて、喫煙による健康影響について情報を周知します。

(2) 未成年者への喫煙防止教育の実施

- 教育委員会と連携して未成年者への喫煙防止教育を実施します。
- 喫煙防止教育に携わる関係者の技術向上に努めます。

(3) 受動喫煙防止対策の推進

- 公共施設や職場における受動喫煙防止対策を推進します。
- 不特定多数の者が利用する施設における受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めます。

(4) 禁煙支援の体制整備

- 必要に応じて禁煙治療に関する情報を提供します。
- 胎児や小児に影響を与える妊産婦等への禁煙支援を勧めます。
- 禁煙支援従事者の質の向上に努めます。

2 喫煙分野における各指標の現状と目標

学習の指標

| | 指 標 | 現状値 | 目標値 |
|---|-------------|-------|-----|
| 1 | COPDの認知度の向上 | データなし | 80% |

地域の組織・資源・環境に関する指標

| | 指 標 | 現状値 | 目標値 |
|---|-------------------|-------|------|
| 2 | 公的機関の喫煙対策(建物内禁煙) | データなし | 100% |
| 3 | 職場の喫煙対策(受動喫煙防止対策) | データなし | 100% |

生活習慣や行動の指標

| | 指 標 | 現状値 | 目標値 |
|---|----------------------------|-------|-------|
| 4 | 成人男性喫煙率の低下(やめようと思う人 54.6%) | 33.7% | 15.3% |
| 5 | 成人女性喫煙率の低下(やめようと思う人 57.6%) | 8.8% | 3.7% |
| 6 | 成人全体喫煙率の低下(やめようと思う人 55.2%) | 21.1% | 9.5% |
| 7 | 未成年者の喫煙をなくす | 3.3% | 0% |
| 8 | 妊娠中の喫煙をなくす | データなし | 0% |
| 9 | 職場や家庭で分煙を実行する人の増加 | 72.4% | 90% |

QOLの指標

| | 指 標 | 現状値 | 目標値 |
|----|--------------------|-------|-----|
| 10 | たばこの煙で不快な思いをする人の減少 | 75.2% | 50% |

参考

〔現状値の出典〕

4～10…県民健康づくり実態調査(平成23年)

〔目標値設定の根拠〕

- 1…第2次健康日本21の目標値に準ずる
- 2～3…不特定多数の県民が出入りする公的機関と、労働環境の改善を目指し、100%を目標値とする
- 4～6…喫煙をやめたい人がやめた場合の数値
- 7…法令による
- 8…妊娠合併症のリスクを低減させる
- 9…平成12年43.0%→平成23年71.2% 10年で28.2%の増加
今後の普及啓発を図り、約20%の増加を目標値とする
- 10…9の分煙の環境整備が進むと仮定して約25%の減少を目標値とする

3 具体的な取組

【県の取り組み】

- 世界禁煙デー及び禁煙週間を中心とした禁煙、受動喫煙防止の普及啓発
- 未成年者への喫煙防止教育
- 禁煙支援従事者研修会の開催
- ホームページによる禁煙外来・禁煙支援薬局の情報提供
- 健康応援団(たばこ部門)を通じての受動喫煙防止の推進

【関係団体の取り組み】

大分県薬剤師会

- 禁煙支援薬剤師制度の構築
- 世界禁煙デー及び禁煙週間を中心とした禁煙、受動喫煙防止の普及啓発
- 未成年者への喫煙防止教育

大分県看護協会

- 研修事業 新人看護職員研修(たばこの害と禁煙指導)
- 住民の健康相談・健康教育(まちの保健室、げんき教室)
- 看護研修会館敷地内禁煙

大分労働局

- 受動喫煙防止対策(集団指導)
- 受動喫煙防止対策助成金制度、粉じん計等測定機器の貸出し事業、測定等の相談事業の周知、勧奨

健康保険組合連合会大分連合会

- 所属事業所に対し、リーフレットを配布し啓発を行う。(ニコチン依存度のチェック、禁煙のすすめ、喫煙による健康への影響等)

大分県飲食業生活衛生同業組合

- 飲食店における受動喫煙防止への取り組みを進める。
 - ・受動喫煙と疾病の因果関係を明確にし、組合員及び従業員への周知を図る。
 - ・消費者並びに従業員への予期しない喫煙への影響を受けることを防止する。
 - ・店頭喫煙環境(喫煙可能・全席禁煙・座席分煙・時間分煙)を知らせるステッカーを貼る。

大分県 PTA 連合会

- 小中学校の敷地内禁煙の推進
- 学校行事や PTA 連合開業時での受動喫煙対策の実施

大分県生活学校運動推進協議会

- イベント等における分煙コーナーの設置の有無の確認や主催者への提言
- 喫煙に対して、特に若年者のマナー向上を呼びかける

大分県食生活改善推進協議会

- 公的機関や飲食店での受動喫煙防止についての要望

大分県立看護科学大学

- 全学年喫煙実態調査
- 学生の禁煙相談に伴う薬剤費等の補助
- 禁煙啓発・相談
- スモーカーライザーテストの実施(学園祭等で)
- 敷地内全面禁煙

2-1 地域包括ケアシステムの構築

【現状と課題】

- 少子高齢化や過疎化、核家族化の進行などにより、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加する中、家庭や地域の支え合い機能が低下するとともに、住民相互の社会的つながりも希薄化しています。

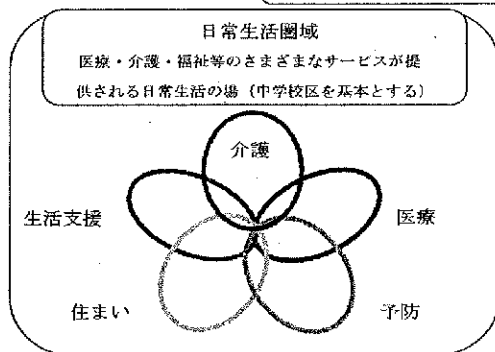
【これからの基本方向】

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの切れ目ないサービス提供体制の整備を進め、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

【主な取り組み】

- 緊急連絡先やかかりつけ医などの本人情報を搭載した「冷蔵庫保管型救急ボタン」の配備など、一人暮らし高齢者等の見守り体制の強化
- 高齢者のニーズに応じた配食サービスや買い物支援など、多様な生活支援サービスの確保と権利擁護の普及啓発
- 一人暮らし高齢者や重度の要介護者などにも対応できる医療・介護の連携強化のための仕組みづくりの推進
- 介護予防と健康づくり活動の推進、普及啓発
- 高齢者の住まいの整備促進

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取り組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取り組みが**包括的**、**継続的**に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

【地域包括ケアシステム構築に資する主な施策】

- ①医療…たんの吸引等を実施する介護職員の確保・資質向上、在宅医療の推進、医療・介護の連携強化のための仕組みづくりの推進
- ②介護…定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス等新たなサービスの普及
- ③予防…高齢者の自立支援、重度化予防に向けた介護予防施策の充実
- ④生活支援…見守り活動等の推進、地域包括支援センターの機能強化
- ⑤住まい…サービス付き高齢者向け住宅の供給促進