

平成20年4月 秋 田 県

はじめに



我が国においては、国民皆保険制度の下、世界最長の 平均寿命や高い保健医療水準を維持してきました。

しかし、総人口が減少に転ずるとともに、少子高齢化が急速に進んでいるほか、経済の低成長、国民生活や意識の変化など、医療を取り巻く様々な環境も大きく変化してきており、今後も国民皆保険制度を堅持していくためには、生活の質の維持、向上を確保しながら、医療費

が過度に増大しないようにしていく必要があります。

高齢化が進んでいる本県でも、総人口の減少が続く中で、今後さらに後期 高齢者人口が増加すると推計されており、老人医療費の県民医療費に占める 割合がますます高まると予測されます。

このような背景のもとに、平成18年の医療制度改革においては、新たに、 国及び都道府県が、それぞれ医療費の適正化を推進するための計画を策定す る制度が創設され、本県においても「秋田県医療費適正化計画」を策定しま した。

この計画においては、健康の保持の推進に関する目標として生活習慣病の 予防対策に関する目標を、また、医療の効率的な提供に関する目標として療 養病床の病床数や平均在院日数の短縮に関する目標を設定しております。

本県では、これまで「スポーツ・運動を通じた日本一健康な県づくり」を目指し、健康づくり推進チームを設置するなど、県独自に県民の健康づくりの推進に取り組んでまいりました。

今後もこの計画に掲げた目標の達成に向け、市町村をはじめ関係機関、関係団体の皆様との連携のもとに、生活習慣病の予防対策などの関連施策に努めてまいりますので、県民の皆様一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組むなど、皆様の御理解と御協力をお願い申し上げます。

終わりに、この計画の策定に当たり御協力いただきました関係の皆様に心から感謝を申し上げます。

平成20年 4 月

国 次

計画の	策定にあたって	1
1 計画	国策定の趣旨 ······	1
2 計画	回の概要	1
2 1 4	計画の期間	1
		•
2		1
3	公表·評価 ···································	1
第1章	医療費を取り巻く現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
1 現物	£	2
(1)		2
1		2
2		3
3		4
(2)	病床数の状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
1	全般的な状況(全国比較)	9
2	療養病床の状況	10
(3)	平均在院日数の状況	12
(4)	生活習慣病の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	15
1	受診動向	15
2	死亡率	16
(5)	生活習慣病の予防の状況	17
(6)	県内市町村の状況	20
(7)	高齢者の社会参加の状況	22
2 課題	<u> </u>	23
(1)	- 生活習慣病の予防 ····································	23
(2)	平均在院日数の短縮 ····································	24
(- /		_

第2章	計画の目標と達成のための施策	25
1 基本	的な方向性	25
2 計画	jの目標	26
(1)	県民の健康の保持の推進に関する目標	26
1	特定健康診査の実施率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	26
2	特定保健指導の実施率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	26
3	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群の減少率	<u>Z</u>
	•••••	26
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	27
1	療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の病床数	Į
	•••••	27
2	平均在院日数	28
	なのための施策	28
(1)	県民の健康の保持の推進に関する施策 ····································	28
1	保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	28
2	保険者協議会の活動への支援	28
3	保険者における健診結果データ等の活用の促進 ····································	29
4	健康づくりへの取組	29
⑤	市町村等による一般的な健康増進対策への支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	29
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する施策	30
1	療養病床の再編成 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	30
2	医療機関の機能分化・連携	30
3	在宅医療・地域ケアの推進	31
(3)	その他の取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	32
1	訪問指導等の充実による重複・頻回受診者への指導	32
2	医療費通知の充実	33
3	レセプト(診療報酬明細書)の審査及び点検の充実	33
4	広報活動の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	33
⑤	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進	33

第3章 計画の推進と評価	34
1 医療費の見通し	34
2 計画の推進	36
(1) 関係計画との調和	36
① 健康増進計画との調和	36
② 医療計画との調和	36
③ 介護保険事業支援計画との調和	36
④ 地域ケア体制整備構想を踏まえた計画の策定	37
(2) 施策を推進するための関係者の役割と連携	37
3 計画の評価	38
(1) 中間評価	38
(2) 実績評価	39
4 計画の周知	39

計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

国では、将来にわたって国民皆保険制度を堅持していく観点から、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(医療費)が過度に増大しないようにしていくため、全国医療費適正化計画を策定することとしております。

県でも、みんなが安心して活躍できる健康長寿社会の実現に向け、県民の健康増進やQOL(生活の質)の向上を図りながら、生活習慣病の予防対策や入院期間の短縮対策等を進め、その結果として、医療費の伸びの適正化が図られることを目指し、秋田県医療費適正化計画を策定することとします。

2 計画の概要

1 計画の期間

計画の期間は5年です。 (第1期 平成20年度から24年度)

② 計画の内容

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、次の事項を盛り込むこととされて います。

- 1 住民の健康の保持の推進のために、県が達成すべき目標について
- 2 医療の効率的な提供の推進のために、県が達成すべき目標について
- 3 目標を達成するために、県が取り組むべき施策について
- 4 目標を達成するための保険者や医療機関等、関係者の連携及び協力について
- 5 県民医療費の調査及び分析について
- 6 計画期間中の医療費の見通しについて
- 7 計画の達成状況の評価について
- 8 医療費適正化の推進のために県が必要と認めることについて

③ 公表・評価

公 表:計画を定めたときは、厚生労働大臣へ提出するとともに、公表します。

中間評価:平成22年度に、計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況などに

ついて中間評価を行い、公表します。

実績評価:平成25年度に、計画に掲げる目標の達成状況などについて実績評価を行

い、厚生労働大臣に報告するとともに、公表します。

第1章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状

(1) 医療費の動向

1 国民医療費

全国における総医療費を示す国民医療費は、平成17年度は約33兆円であり、前年度 と比べ約1兆円、約3.2%の増加となりました。

過去5年間の国民医療費をみると、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い伸びとなっていますが、こうした改正が行われなかった平成13年度や平成17年度の伸びは3.2%で、自然体の国民医療費は毎年約1兆円(年率約3%)ずつ伸びる傾向を示しています。

【図1-1 全国の国民医療費・老人医療費の動向】



資料:厚生労働省「国民医療費の概況」(平成17年度)、同「老人医療事業年報」(平成17年度)

※ 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは平成12年度以降国民医療費に含まれていない。

国民医療費等の対前年度伸び率(%)

区分	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
国民医療費	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	1.8	3.2	▲ 0.5	1.9	1.8	3.2
老人医療費	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲ 5.1	4.1	0.6	▲ 0.7	▲ 0.7	0.6
国民所得	1.4	0.1	1.7	0.4	▲ 3.4	▲ 1.2	2.0	1 2.8	1. 5	0.7	1.3	1.3

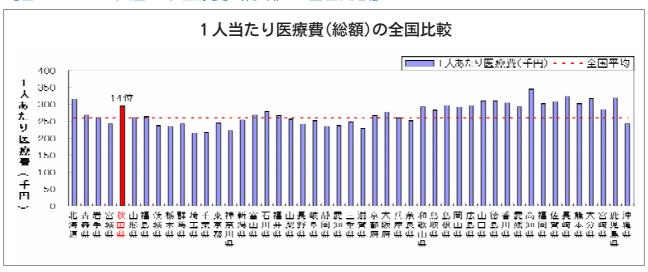
注1:国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年6月発表)による。

注 2 : 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成17年10月 より73歳以上となっている。

2 県民医療費

本県の平成17年度の1人当たり医療費(総額)は約295千円であり、全国と比較してみると、全国平均の約259千円を上回る第14位となっています。

【図1-2 1人当たり医療費(総額)の全国比較】



資料:厚生労働省「国民医療費の概況」(平成17年度)

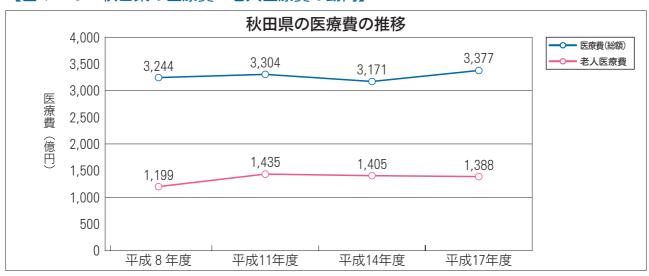
本県の医療費(総額)を経年の推移でみると、平成11年度から14年度では微減でしたが、その後、平成14年度から17年度では微増の傾向が見られます。

また、老人医療費は、平成8年度から11年度では微増し、その後17年度まではほぼ 横ばいの状況にあります。

医療費(総額)については、介護保険制度の創設(平成12年度)に伴う医療保険から介護保険への移行による医療費の減少があったことにより、増加が抑えられたと考えられます。

また、老人医療費については、これに加え、老人保健制度改正に伴い平成14年10月から対象年齢が引き上げられたことにより、増加が抑えられ横ばいの状況になったと考えられます。

【図1-3 秋田県の医療費・老人医療費の動向】



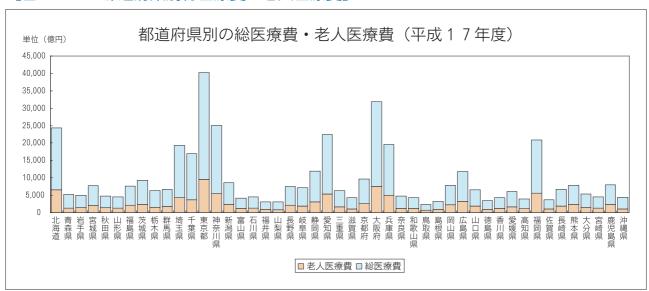
資料:厚生労働省「国民医療費の概況」(平成17年度)、同「老人医療事業年報」(平成17年度)

③ 老人医療費(全国比較)

(総医療費に占める老人医療費の割合)

医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費をみると、全国は平成17年度で約11.6兆円であり、国民医療費の約35.1%を占めています。

一方、本県の平成17年度の老人医療費は約1,388億円で、総医療費3,377億円の約41. 1%を占めており、老人医療費の占める割合は、全国平均と比べると高い状況にあります。



【図1-4 都道府県別総医療費・老人医療費】

資料:厚生労働省「国民医療費の概況」(平成17年度)、同「老人医療事業年報」(平成17年度)

(高齢化の進展と医療費)

県内では総人口が減少していく中で、老年人口は増加傾向が続いており、65歳以上人口は平成17年の308千人から平成37年(2025年)には352千人に、また、75歳以上人口は平成17年の148千人から平成37年には204千人に増加すると推計されています。

こうした急激な高齢化の進展に伴って、県民医療費に占める老人医療費の割合は今 後高い伸びを示すと予想されます。



【図1-5 秋田県の総人口、高齢者数】

資料:総務省「国勢調査」(平成17年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)

(1人当たり医療費)

平成17年度の本県の1人当たり老人医療費は約754千円であり、これは、全国平均(約821千円)を下回る第35位で、全国的にみると低位にあり、入院・入院外・歯科別に1人当たり老人医療費を全国と比較してみても、全国平均を下回っています。

しかし、1人当たり老人医療費(約754千円)は、県民1人当たり総医療費(約295千円)の2.5倍以上になっており、今後も、老人医療費の動向が総医療費の増減に大きく影響することとなります。

(老人医療費の状況)

本県の老人医療費を入院・入院外・歯科別にみると、入院については、1日当たり入院医療費(約24.0千円)は全国第27位と全国平均(約24.6千円)を下回っている一方で、1件当たり入院日数(約19.5日)が全国平均(約19.0日)を上回る第14位になっています。

また、入院外については、1件当たり日数(約1.9日)が全国平均(約2.3日)を大きく下回っていますが、1日当たり入院外医療費(約11.5千円)と受診率(注1)(約1,650)がともに全国平均(入院外医療費:約10.2千円、受診率:約1,600)を上回る第8位と11位になっています。

歯科については、1人当たり医療費(約19.5千円)と受診率(約100)が全国平均 (医療費:約27.0千円、受診率:約157)を下回っていますが、1日当たり医療費(約7.6千円)が全国平均(約6.9千円)を上回る全国第5位となっています。

以上のことから、入院については、悪性新生物、脳血管疾患、精神障害などにより、 一旦入院すると治療・リハビリ等の入院期間がやや長い傾向にありますが、受診率や 1日当たり医療費が低いことから、1人当たり医療費が低くなっていると考えられま す。

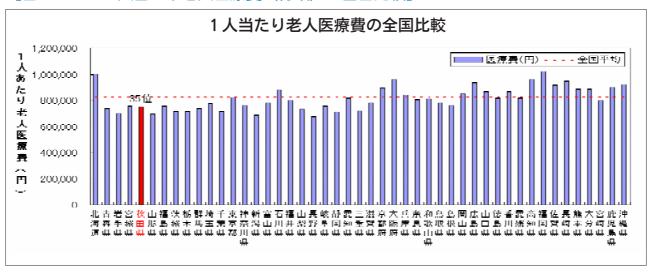
また、入院外については高血圧性疾患、関節症、呼吸器疾患などにより、受診率と 1日当たり医療費が高くなっていますが、1件当たり日数が少ないことから、1人当 たり医療費が低くなっていると考えられます。

歯科については、歯肉炎・歯周疾患などで、1日当たり医療費が高くなっていますが、受診率が低いことから1人当たり医療費が低くなっていると考えられます。

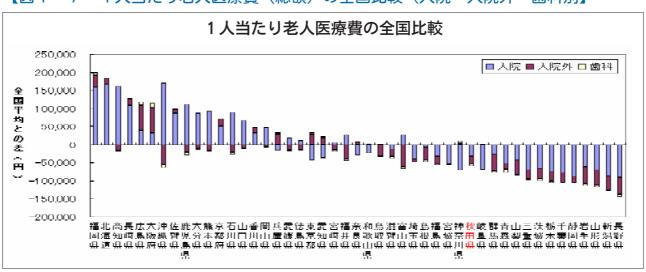
(注1)「受診率」(100人当たり件数)

年間の診療件数を、各月末の老人医療受給対象者数の和を12で除して得た数で除して100倍したもの。

【図1-6 1人当たり老人医療費(総額)の全国比較】



【図1-7 1人当たり老人医療費(総額)の全国比較(入院・入院外・歯科別)



【図1-8 老人受診率(入院外)の全国比較】



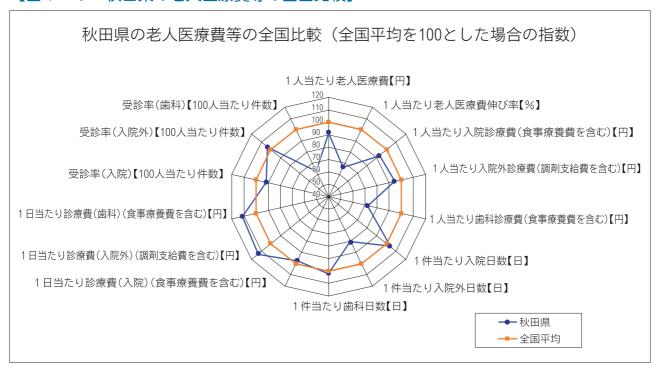
資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

【表 1-1 秋田県の老人医療費等の全国比較】

区分	秋田県	(全国順位)	全国平均	全国最高	全国最低
1人当たり老人医療費【円】	754,065	(35)	821,403	1,019,650	672,853
1人当たり老人医療費伸び率【%】	3.5	(47)	5.3	7.7	3.5
1人当たり入院診療費(食事療養費を含む)【円】	373,919	(29)	405,904	576,574	316,001
1人当たり入院外診療費(調剤支給費を含む)【円】	355,698	(31)	377,412	450,672	315,437
1人当たり歯科診療費(食事療養費を含む)【円】	19,569	(44)	27,176	40,677	16,745
1件当たり入院日数【日】	19.6	(14)	19.0	20.8	17.2
1件当たり入院外日数【日】	1.9	(46)	2.3	2.9	1.9
1件当たり歯科日数【日】	2.5	(17)	2.5	2.9	2.3
1日当たり診療費(入院)(食事療養費を含む)【円】	23,994	(27)	24,613	27,671	20,820
1日当たり診療費(入院外)(調剤支給費を含む)【円】	11,470	(8)	10,187	12,174	8,536
1日当たり診療費(歯科)(食事療養費を含む)【円】	7,661	(5)	6,893	7,855	6,248
受診率(入院)【100人当たり件数】	79.7	(30)	87.0	122.4	67.7
受診率(入院外)【100人当たり件数】	1,652.5	(11)	1,600.5	1,732.1	1,415.8
受診率(歯科)【100人当たり件数】	100.3	(45)	157.6	219.9	85.2

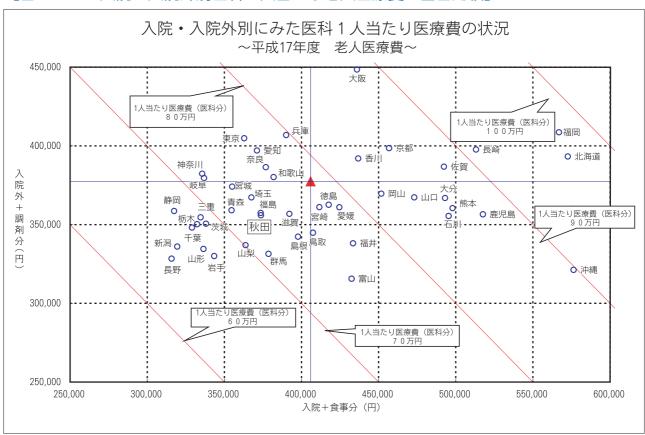
資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

【図1-9 秋田県の老人医療費等の全国比較】



資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

1人当たり老人医療費を全国の分布図で比較すると、入院・入院外とも全国平均を下回っている状況にありますが、全国で医療費が一番低い長野県とは大きな開きがあります。



【図1-10 入院・入院外別医科1人当たり老人医療費の全国比較】

資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

また、老人医療費について1人当たり日数と1日当たり医療費を全国比較してみると、入院については少日数、低単価の状況にあり、入院外については、少日数、高単価になっています。

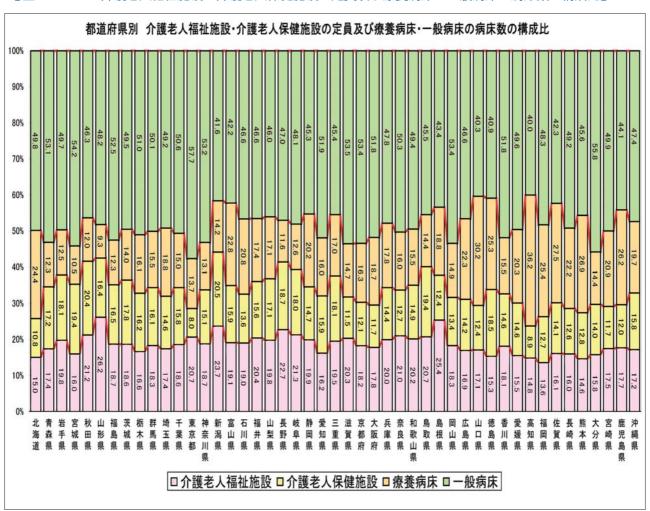
(2) 病床数の状況

① 全般的な状況(全国比較)

人口10万人当たりの療養病床(236床)は全国平均(274床)を下回り、全国の0.86 倍となっていますが、一般病床(862床)は全国平均(714床)の1.2倍、精神病床 (386床)でも全国平均(278床)の1.4倍となっています。また、東北六県と比べると、 各病床とも最も多くなっています。

また、本県の医療施設(一般病床、療養病床)の病床数と介護施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設)の入所定員数の構成比を全国と比較すると、医療施設の病床の割合が少なく(全国平均は66.5%、秋田県は58.4%)、介護施設の入所定員の割合が多く(全国平均は33.5%、秋田県は41.6%)なっています。

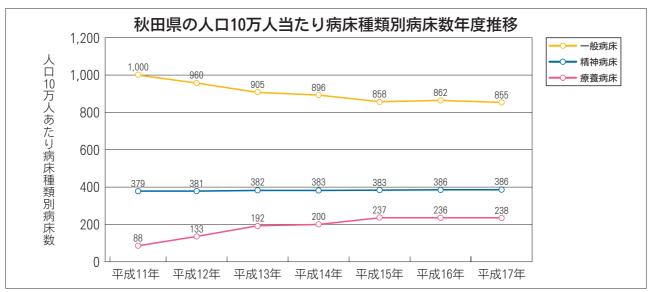
【図 1 - 11 介護老人福祉施設・介護老人保健施設の定員及び療養病床・一般病床の病床数の構成比】



資料:厚生労働省「医療施設調査」(平成17年)、同「介護サービス施設・事業所調査(平成17年)

本県の人口10万人当たり病床数の年度推移を見てみると、一般病床は減少傾向にあり、精神病床は、ほぼ横ばい、療養病床は微増となっています。

【図1-12 秋田県の人口10万人当たり病床種類別病床数年度推移】



資料:厚生労働省「医療施設調査」(平成11年~17年)、同「病院報告」(平成11年~17年)

② 療養病床の状況

本県における平成18年10月1日時点での療養病床の病床数及び入院患者数は、以下のとおりです。

【表1-2 病床数及び入院患者数】

(平成18年10月1日現在)

区	分	病	床 数(床	₹)	入院患者数(人)
医療療養病床			1,93	5床	1,763人
(再掲)介護保険移行準値	 備病床		3	6床	24人
介護療養病床			56	7床	549人
(再掲)経過型介護療養網	 病床			0床	0人
合 計			2,50	2床	2,312人

【表1-3 医療区分^(注2)とADL区分^(注3)の組み合わせ状況】

(医療療養病床)

(平成18年10月1日現在)

区分	A D L 区分 1	ADL区分2	ADL区分3	合 計
医療区分1	215人(12.2%)	141人(8.0%)	208人(11.8%)	564人 (32.0%)
医療区分 2	108人(6.1%)	188人(10.7%)	536人(30.4%)	832人 (47.2%)
医療区分3	38人 (2.2%)	55人 (3.1%)	274人(15.5%)	367人 (20.8%)
合 計	361人(20.5%)	384人(21.8%)	1,018人(57.7%)	1,763人(100.0%)

資料:平成18年度「療養病床アンケート調査」(秋田県)

本県の医療療養病床の入院患者の医療区分は、医療区分1が32.0%、医療区分2が47.2%、医療区分3が20.8%となっています。

本県においては、脳血管疾患などの疾患が多く、全国に比べて、医療区分3の割合が高く、医療区分1の割合が低くなっていると考えられます。

(注2)「医療区分」

患者の「疾患・状態」及び「医療処置」に応じて分類される医療の必要度をいう。

(医療区分1:医療の必要性 低 ← → 医療区分3:医療の必要性 高)

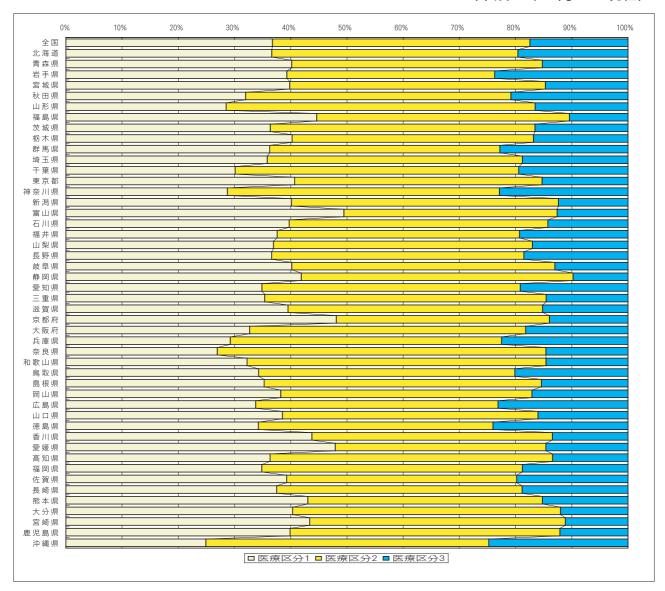
(注3)「ADL区分」

患者の「ベッド上の可動性、食事及びトイレの使用など」の日常生活の自立度をいう。

(ADL区分1:日常生活自立度 高 ← → ADL区分3:日常生活自立度 低)

【図1-13 都道府県別医療療養病床の医療区分割合】

(平成18年10月1日現在)



資料:平成18年度「療養病床アンケート調査」(厚生労働省)

(3) 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入院日数の平均値を示すものであり、病院報告においては次の算式により算出されます。

全国の平成18年の平均在院日数(介護療養病床を除く。)は32.2日です。

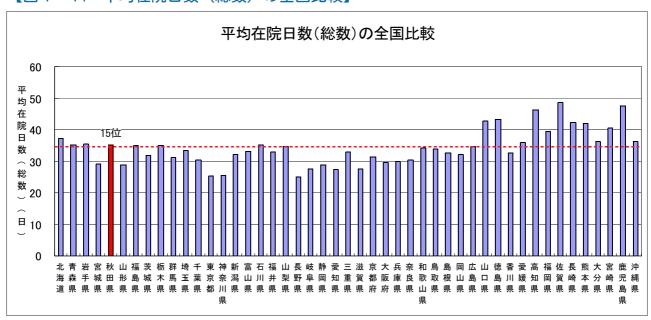
これに対し、本県は35.3日であり、全国と比べて3.1日長く、全国第15位となっています。また、最短の長野県(25.0日)と比べて10.3日長くなっています。

病床の種別ごとに見ると、一般病床は全国平均19.2日に対し、本県では21.5日(全国第7位)、療養病床は全国平均171.4日に対し、本県では230.1日(全国第2位)、精神病床は全国平均320.3日に対し、本県では285.1日(全国第36位)という状況になっています。

この主な原因としては、悪性新生物や脳血管疾患の患者が多いことや、在宅ケア体制の 基盤整備が不充分で、療養病床の在院期間が長くなっていることなどが考えられます。

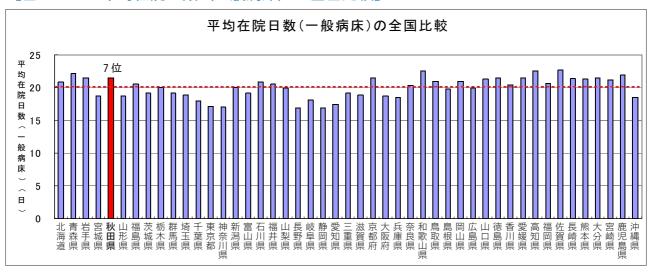
また、秋田県の過去の推移を見ると、全病床については平成18年までの過去5年間で2.0 日短くなってきており、この主な要因は、精神病床の平均在院日数が63.8日短くなったことにあると考えられます。

【図1-14 平均在院日数(総数)の全国比較】

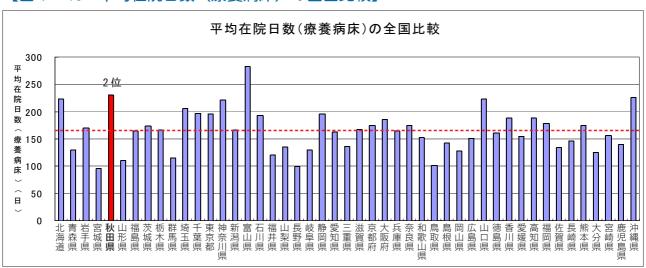


資料:厚生労働省「病院報告」(平成18年)※介護療養病床を除く。

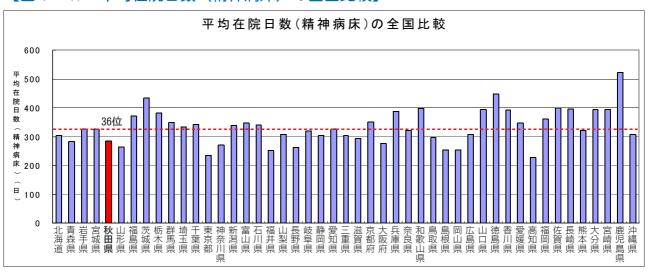
【図1-15 平均在院日数(一般病床)の全国比較】



【図1-16 平均在院日数 (療養病床)の全国比較】



【図1-17 平均在院日数(精神病床)の全国比較】



資料:厚生労働省「病院報告」(平成18年)

【図1-18 秋田県の平均在院日数の年度推移】



資料:厚生労働省「病院報告」(平成11年~18年)

※総数は、介護療養病床を含んだ平均在院日数である。

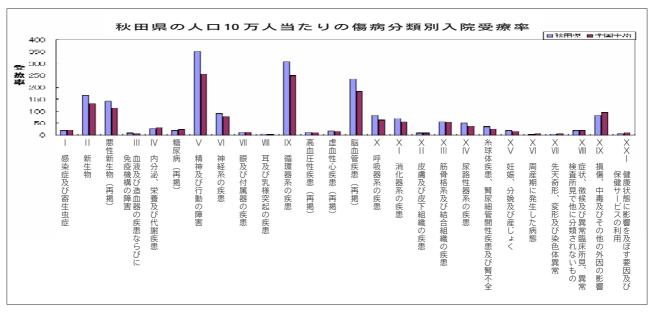
(4) 生活習慣病の状況

① 受診動向

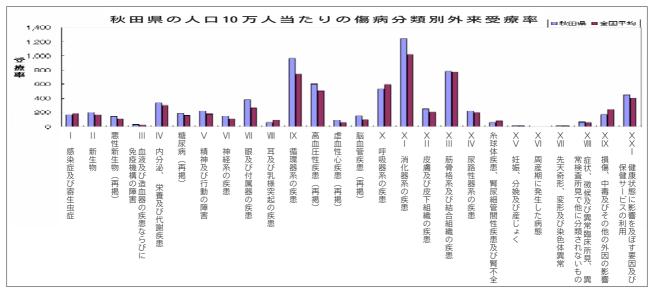
生活習慣病に分類される主な疾病について、人口10万人当たりの受療率を全国と比較すると、入院では脳血管疾患が214人(全国平均183人)、悪性新生物が140人程度 (同110人程度)、糖尿病が20人(同24人)となっています。

また、外来では高血圧性疾患が603人(同504人)、脳血管疾患が152人(同96人)、 悪性新生物が140人程度(同110人程度)、糖尿病が186人(同158人)となっています。 全国的な傾向と同様、入院では悪性新生物(10万人当たり142人)や循環器系疾患 (同307人)の受療率が高く、外来では高血圧性疾患(同603人)、呼吸器系(同532人)、 消化器系(同1,238人)の各疾患の受療率が高くなっています。

【図1-19 秋田県の人口10万人当たりの傷病分類別受療率(入院)】



【図1-20 秋田県の人口10万人当たりの傷病分類別受療率(外来)】



資料:厚生労働省「患者調査」(平成17年)

② 死亡率

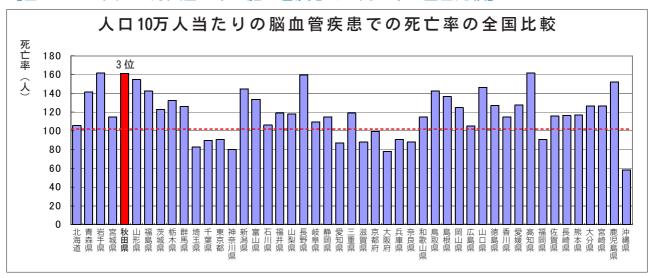
全国の死因別粗死亡率(平成18年人口動態調査)では、1位が悪性新生物、2位が心疾患、3位が脳血管疾患となっており、これらが全体の58.1%を占めています。

本県でも、死因と順位は変わらず、全体の57.5%になっています。

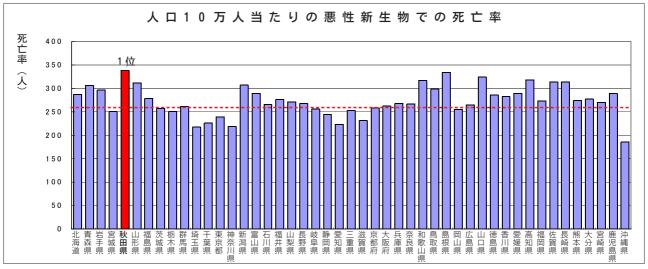
本県では、悪性新生物が10万人当たり337.8人(全国平均258.3人)、脳血管疾患が同161.3人(同105.3人)と、全国平均を上回っており、それぞれ第1位、第3位となっています。

脳血管疾患の死亡者が65歳以上の高齢者層に多いのに対し、悪性新生物による死亡者は50歳前後から増え始めています。

【図1-21 人口10万人当たりの脳血管疾患での死亡率の全国比較】



【図1-22 人口10万人当たりの脳血管疾患での死亡率の全国比較】



資料:厚生労働省「人口動態調査」(平成17年)

(5) 生活習慣病の予防の状況

国民医療費の約3割、死因の約6割を生活習慣病が占めている現状において、生活習慣病の予防が医療費の適正化に向けた大きなポイントになります。

生活習慣病は、不適切な生活習慣(不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰等)の継続によって発症するとされています。

本県における、40~74歳のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)(注4)の状況をみると、男性では該当者の割合は約25.8%、予備群とされる者の割合は約27.4%で、合わせて約53.2%、女性では該当者の割合は約13.6%、予備群とされる者の割合は約12.0%で、合わせて約25.6%と推計されています。

年代別にみると、男性では、40歳代で予備群の割合が高く、女性では、年代が進むにつれて、該当者と予備群とされる者の合計の割合が高くなる傾向にあります。

このことから、男女ともそれぞれの年齢における生活習慣の変化を認識し、できるだけ 早い時期からの運動習慣の確立、内臓脂肪の減少を図るとともに、生活習慣の改善を推進 することが必要であると考えられます。

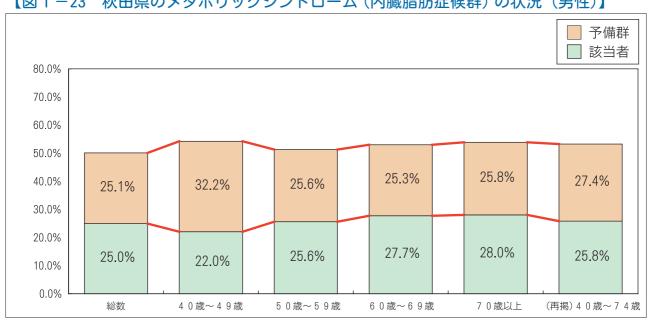
(注 4) 「メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)」 食べ過ぎや運動不足などによって、内臓脂肪が蓄積され、その結果として代謝異常が原因となって引き起こされる。

【表 1 - 4 秋田県におけるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況】

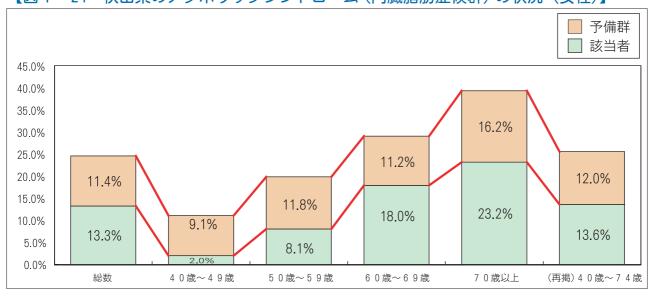
EZ.	/3	総	数	40~	49歳	50~	59歳	60~	69歳	70歳	以上	(再掲)4	.0~74歳
X	分	人数(人)	割合(%)										
	合 計	1,429		158		303		372		423		1,043	
男女計	該当者	259	18.1%	15	9.5%	45	14.9%	83	22.3%	107	25.3%	195	18.7%
力又可	予備群	244	17.1%	28	17.7%	52	17.2%	65	17.5%	86	20.3%	192	18.4%
	対象外	926	64.8%	115	72.8%	206	68.0%	224	60.2%	230	54.4%	656	62.9%
	슴 計	593		59		117		166		182		434	
男性	該当者	148	25.0%	13	22.0%	30	25.6%	46	27.7%	51	28.0%	112	25.8%
カ III	予備群	149	25.1%	19	32.2%	30	25.6%	42	25.3%	47	25.8%	119	27.4%
	対象外	296	49.9%	27	45.8%	57	48.7%	78	47.0%	84	46.2%	203	46.8%
	슴 計	836		99		186		206		241		609	
女 性	該当者	111	13.3%	2	2.0%	15	8.1%	37	18.0%	56	23.2%	83	13.6%
X II	予備群	95	11.4%	9	9.1%	22	11.8%	23	11.2%	39	16.2%	73	12.0%
	対象外	630	75.4%	88	88.9%	149	80.1%	146	70.9%	146	60.6%	453	74.4%

資料:秋田県「平成18年度メタボリックシンドローム予備群等調査」

【図1-23 秋田県のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況(男性)】



【図1-24 秋田県のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況(女性)】



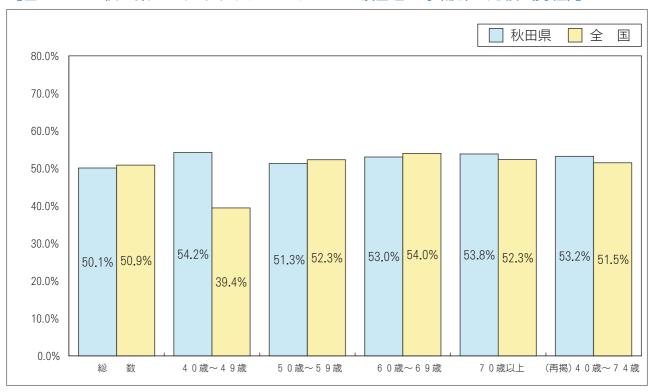
資料:秋田県「平成18年度メタボリックシンドローム予備群等調査」

40~74歳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割合を全国と比較すると、男性では、全国より1.7%高く、女性では、全国より5.3%高くなっています。

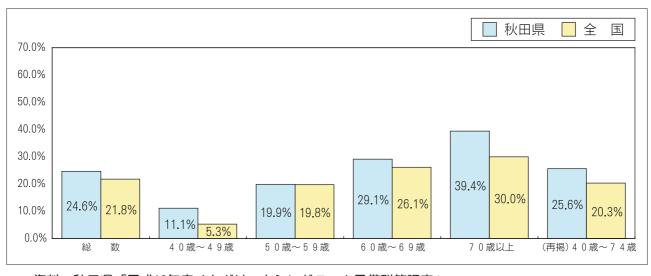
年代別に、全国と比較してみると、男性では、40歳代の割合が全国より高く、女性では、 すべての年代で全国より高い傾向にあり、特に、年代が進むとともにその差が大きくなっ ていきます。

全国と比較しても、秋田県においては、若年からのメタボリックシンドローム予防対策 が必要であると考えられます。

【図1-25 秋田県のメタボリックシンドローム該当者・予備群の比較(男性)】



【図1-26 秋田県のメタボリックシンドローム該当者・予備群の比較(女性)】



資料:秋田県「平成18年度メタボリックシンドローム予備群等調査」

資料:厚生労働省「国民健康・栄養調査結果の概要」(H17~18年)

(6) 県内市町村の状況

県内市町村別の老人医療費を比較してみると、地域差が生じています。

平成17年度の市町村別の1人当たり老人医療費をみると、最も高いのは、秋田市の881,846円で、次いで八郎潟町の851,286円、潟上市の847,164円となっています。

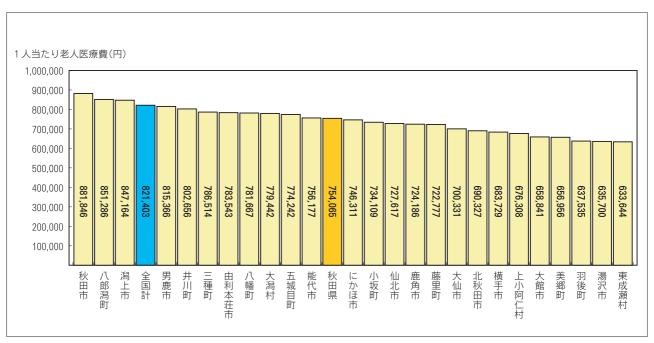
上位3市町は、全国平均の821,403円を上回っています。

秋田市の881,846円は、最も低い東成瀬村の633,644円と比較して、金額で248,202円多く、 約1.4倍となっています。

地域別にみると、中央地区(秋田市、八郎潟町、潟上市、男鹿市 ほか)が高く、県北地区(北秋田市、上小阿仁村、大館市 ほか)、県南地区(美郷町、羽後町、湯沢市、東成瀬村 ほか)が低い傾向にあります。

これは、医療機関(病院)の数や、病院までの交通の便の良し悪し等が影響しているものと推測されます。

【図1-27 県内市町村別1人当たり老人医療費の状況(平成17年度)】



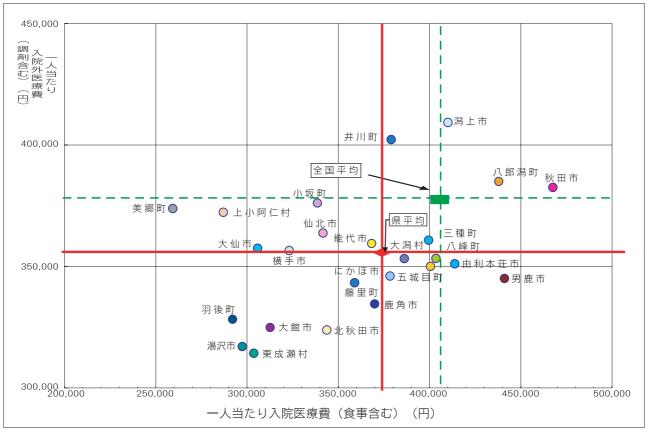
資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

市町村別に入院・入院外別の1人当たり老人医療費をみると、老人医療費の高い秋田市、八郎潟町、潟上市の3市町は、入院医療費、入院外医療費とも全国平均を上回っています。 1人当たり入院医療費は全国平均より高いものの、入院外医療費が全国平均より低いの

が、男鹿市、由利本荘市です。 逆に、井川町は、全国平均より1人当たり入院医療費が低く、入院外医療費が高くなっ

ています。

【図1-28 県内市町村別入院・入院外別の1人当たり老人医療費の状況(平成17年度)】



【図1-29 県内市町村別1人当たり老人医療費の比較(平成17年度)】



資料:厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

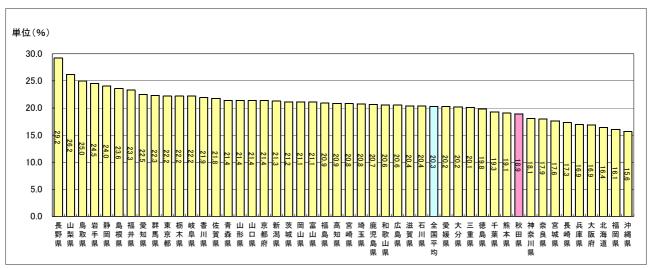
(7) 高齢者の社会参加の状況

若年時からの生活習慣病予防対策を進めるとともに、元気で生き生きと高齢期を過ごせる高齢者が増えれば、(老人)医療費の伸びは適正化されます。

そのためには、高齢者の就労や地域活動への参加など、積極的な社会参加を促進し、高齢者の生きがいづくりを図ることが重要となります。

全国の65歳以上の就業率を見ると、全国平均が20.3%に対し、秋田県は18.9%とやや低くなっています。

平成17年度、1人当たりの老人医療費が全国一低い長野県では、高齢者の就業率が最も高く、高齢者の就業率が高いと1人当たり老人医療費は低くなる傾向にあるとも考えられます。



【図1-30 65歳以上の就業率の全国比較(平成17年)】

資料:総務省国勢調査(平成17年)

秋田県の高齢者は、多様な社会活動や地域活動に積極的に参加しています。

スポーツ・レクリエーション活動としては、全国健康福祉祭「ねんりんピック」への参加や、秋田県健康福祉祭「いきいき長寿あきたねんりんピック」の開催、老人クラブ等による各種スポーツ大会が開催されています。

(平成18年3月末老人クラブ数:2,071 会員数:108,473人)

また、秋田LL大学園では地域活動に積極的に活動できるようリーダー養成を支援しているほか、秋田県老連大学校などでは、生涯学習の活動が行われています。さらに、ボランティア活動、NPO活動などで社会参加されている方も多くなっています。

今後、いわゆる「団塊の世代」が高齢者となり、これまで以上に多様な価値感、経験、 能力を持つ元気な高齢者が増加することが予測され、社会参加の形態も多様化するものと 考えられます。

2 課題

(1) 生活習慣病の予防

本県では、全国と比べて、40~74歳におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予 備群の割合が男女とも高くなっています。

特に、女性では、すべての年代で全国より高い傾向にあり、また、年代が進むとともに その差が大きくなっていきます。

このことから、男女ともそれぞれの年齢における生活習慣の変化を認識し、できるだけ 早い時期からの運動習慣の確立、食生活の改善による内臓脂肪の減少を図るとともに、禁 煙の実施など、生活習慣の改善を推進することが必要であると考えられます。

また、本県の疾病構造の特徴として、入院では脳血管疾患、悪性新生物や循環器疾患の 受療率が高く、入院外では高血圧疾患、呼吸器系、消化器系の疾患の受療率が高くなって います。

死亡率を見ても、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患の三大生活習慣病による死亡者が 6 割近くを占め、中でも、悪性新生物、脳血管疾患の死亡率は全国の中でも高くなっています。

今後、これらの生活習慣病の予防対策や定期的健診等で健康管理を重点的に行っていく 必要があります。

そのためには、「健康秋田21計画」や「秋田県がん対策推進計画」に基づき、平成20年度から医療保険者に対して義務づけられたメタボリックシンドロームの概念を導入した特定健康診査・特定保健指導(注5)を円滑に実施するとともに、これまで以上に消化器がん対策や脳卒中対策を充実していく必要があります。

併せて、住民全体を対象としたポピュレーションアプローチの利点を生かした施策も、 効果的かつ確実に実施していくことが必要です。

さらに、県民の健康を保持・増進していくためには、生活習慣病などの予防対策を推進 することが必要です。

また、高齢者が健康を保持し、元気に暮らせるようにしていくためには、高齢者が培ってきた知識や経験を生かせる、社会参加や就労の場を確保するなど、様々な支援をしていくことが必要です。

(注5)「特定健康診査・特定保健指導」

医療保険者(国保、被用者保険)が、40歳から74歳の加入者を対象に、生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの該当者、予備群を早期に発見することを目的とした健診(特定健康診査という)を実施。

特定健康診査の結果で、健康の保持に努める必要がある人に対しては、個人の生活習慣の 改善に重点を置き、行動目標を自ら設定し実行できるよう、保健指導(特定保健指導という) を行う。

(2) 平均在院日数の短縮

本県の1人当たり老人医療費は、平成17年度で全国35位と低位にありますが、入院外における受診率や1日当たり医療費の高いこと、また、入院期間の長期化などが特徴となっています。

平成18年における本県の平均在院日数は、全国と比べて第15位とやや上位に位置しています。

これは、人口10万人当たりの療養病数は全国と比べて少ないものの、一旦療養病床に入院した患者が、家族の高齢化や、核家族化などの世帯構造の変化により在宅への復帰が困難で、入院が長期化してしまうという傾向があるためではないかと考えられます。

今後、本県の生産年齢人口(15~64歳)は年々減少する一方、老年人口(65歳以上)は増加傾向が続くことから、高齢化率は、平成17年10月1日現在の26.7%が、団塊の世代が前期高齢者(65歳~74歳)となる平成27年には33.1%に上昇すると推計されています。

また、平成17年度の本県の総医療費に対する老人医療費の割合は約41.1%であり、全国の約35.1%と比較すると極めて高く、こうした急激な高齢化の進行により、このまま推移すると、本県の総医療費は老人医療費により大きく左右されると予測されます。

このような状況において、平均在院日数が長くなると老人医療費が増加する傾向にあると考えられ、今後、この平均在院日数をどのように短縮していくかが大きな課題となってきます。

平均在院日数の短縮には、医療機関の機能分化と連携体制を確立していくことや、退院 先となる施設等の基盤を整備することや在宅医療、介護、生活支援の連携体制を構築して いく必要があります。

第2章 計画の目標と達成のための施策

1 基本的な方向性

医療費の伸びを適正化していく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、県民生活の質の確保・向上を図りながら進めることが重要であり、それと併行して、医療の効率化を目指す必要があります。

具体的には、この取組は、医療の質及び量を確保しつつ、生活習慣病の予防や重症化予防、切れ目のない医療提供体制の整備、療養病床再編成による平均在院日数の短縮などにより、効率的、効果的に、かつ、適切に行われなければなりません。

また、本県の75歳以上人口は、平成17年(2005年)の148千人が、平成47年(2035年)には210千人に増加すると推計されていることから、老人医療費が大きく伸びると予想されています。

したがって、医療費適正化の取組は、結果として、老人医療費の伸び率が中長期にわたって徐々に低下していくことが重要です。

(人口:千人) (後期高齢化率:%) 30.0% 1,400 1,200 25.0% 1,000 20.0% 800 15.0% 600 10.0% 400 5.0% 200 0 0.0% 平成17年 平成22年 平成42年 平成47年 平成27年 平成32年 平成37年 (2005)(2015)(2025)(2035)(2010)(2020)(2030)老年人口(65歳以上) **■■** 生産年齢人口(15歳~64歳) **■** 年少人口(0歳~14歳) → 75歳以上後期高齢化率

【図2-1 秋田県の年齢別人口及び高齢化率の見通し】

(単位:千人・%)

Fil. D. III	平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
秋 田 県	(2005)	(2010)	(2015)	(2020)	(2025)	(2030)	(2035)
年 少 人 口	143	124	107	94	84	76	68
(0 歳 ~ 14 歳)	12.4%	11.3%	10.3%	9.6%	9.2%	8.9%	8.7%
生産年齢人口	695	650	587	526	475	432	394
(15 歳 ~ 64 歳)	60.6%	59.4%	56.6%	53.9%	52.2%	51.0%	50.3%
老 年 人 口	308	320	343	356	352	339	321
(65歳以上)	26.9%	29.3%	33.1%	36.5%	38.7%	40.1%	41.0%
計	1,146	1,094	1,037	975	911	847	783
ēΤ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
75歳以上後期高齢化率	12.9%	16.0%	18.1%	19.4%	22.4%	25.1%	26.8%

資料:国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)

2 計画の目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

平成27年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成20年度と比べて25%減少させるという国の政策目標を念頭に置きつつ、平成24年度において達成すべき目標を次のように設定します。

なお、これらの数値目標は、「健康秋田21計画」と同一のものとします。

① 特定健康診査の実施率

項目	目標
特定健康診査の実施率	平成24年度の実施率 70%以上

平成24年度(2012年度)において、40歳から74歳までの対象者の<u>70%以上</u>が特定健康 診査を受診することとします。

② 特定保健指導の実施率

項目	目標
特定保健指導の実施率	平成24年度の実施率 45%以上

平成24年度(2012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断された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとします。

③ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群の減少率

項目	目標
メタボリックシンドロームの該当者	平成20年度と比べた
及び予備群の減少率	平成24年度の減少率 10%以上

平成24年度(2012年度)時点で、当該年度に特定保健指導が必要と判定されたメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群が、平成20年度(2008年度)と比べ10%以上減少することとします。

※ 減少率算出のためのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の定義

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象		
放 四	①血糖②	脂質③[血圧	少兴庄胜	40-64歳	65-74歳	
05 1211 (FB)	2 つ以上該当				メタボリック		
85cm以上(男性) 90cm以上(女性)	1 つ	該	当	あり	シンドローム該当者	メ タ ボ リ ッ ク シンドローム予備群	
				なし			
1 101	3 つ	該	当		メタボリック		
上記以外で BMI25以上 (注1)	2 つ	該	当	あり	シンドローム該当者		
		砂	=	なし		メタボリック	
(,1,1,7,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,	1 つ	該	当			シンドローム予備群	

- ①【血 糖】空腹時血糖100mg/dl以上、または、HbA1c 5.2%以上
- ②【血中脂質】中性脂肪150mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③【血 圧】収縮期血圧130mmHg以上、または、拡張期血圧85mmHg以上

(注1) BMI(ビー エム アイ Body Mass Index)肥満度を表す指標の一つ。体重(kg)÷(身長(m)×身長(m))で計算される。適正値は22。(18.5~25.0未満は標準)

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

将来的に療養病床の必要性を十分認識しながら、入院患者やその家族、医療機関等、県 民に不安や混乱が生じないよう療養病床を再編成することで、医療の効率的な提供の推進 を目指します。

① 療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の病床数

項目	目標
療養病床の病床数	平成24年度末の病床数 1,990床

平成24年度末(2012年度末)における秋田県の療養病床数を1,990床にします。



なお、療養病床の再編成については、「秋田県地域ケア体制整備構想」に基づき、関係機関が連携して地域の住民とともに、適切に対応していくこととします。

② 平均在院日数

項目	目標
平均在院日数	平 成 24 年 の 平均在院日数 31.8日以内

平成18年の病院報告における、秋田県の平均在院日数(35.3日)と最短の都道府県(長野県)の平均在院日数(25.0日)との差の1/3の日数を短縮することとし、平成24年(2012年)の秋田県における平均在院日数を31.8日以内にします。

《平成18年》 《平成24年》 短縮 35.3日 → 31.8日 △3.5日

3 達成のための施策

秋田県では、2の「計画の目標」で設定した目標値の達成のために、次の取組を行っていきます。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

① 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

県は、保険者に実施が義務づけられた特定健康診査及び特定保健指導が円滑に実施 されるよう、保険者に対し地域の疾病状況等の情報を提供します。

また、保険者において保存される特定健康診査及び特定保健指導の実施結果に関するデータ等の保健事業等への効果的な活用について支援します。

さらに県では、特定健康診査及び特定保健指導の実施に当たって、保健指導に携わる人材の確保及び質の向上への支援、その他委託先となる事業者の健全な育成に努めます。

特に、被用者保険の被扶養者については、それぞれの住まいに近い健診・保健指導機関で、特定健康診査及び特定保健指導を受けられるようにするため、集合的な委託(受託)契約を締結する枠組みを有効に活用できるよう、必要な情報の収集及び提供等に努めます。

② 保険者協議会の活動への支援

特定健康診査や特定保健指導の実施、被保険者向けの保健事業の共同実施等に当たっては、県内の代表的な保険者等を構成員とする「秋田県保険者協議会」の役割は、今後一層重要なものとなります。

県は、「秋田県保険者協議会」の円滑な運営を支援するとともに、同協議会の事務 局である「秋田県国民健康保険団体連合会」の活動に対して支援や助言を行います。

③ 保険者における健診結果データ等の活用の促進

保険者が有する特定健康診査及び特定保健指導に関する結果のデータは、保険者の 保険運営にとって重要な情報です。

例えば、保健指導事業の効果測定を、対象者の健診結果データの経年的な変化に基づいて行うことや、健診結果から医療機関の受診が必要であるものの、未受診あるいは長期中断となっている者をレセプト(診療報酬明細書)情報により把握し、これらの者への受診勧奨を強く行うこと等の活用が考えられます。

さらに個人情報の取り扱いに留意しつつ、保険者同士で、共通項目の健診結果データ等を提供しあえば、年齢別、性別、地域別の疾病特性などに関する、より正確な分析を行うことも可能となります。

また、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図るため、各保険者においては、減少率と併せて、服薬中の者の増減にも留意が必要です。

県では、保険者に対し、こうした保険者における健診等データの有効な活用や、それを用いた効果的な保健指導等が円滑に行われるよう助言や支援を行います。

4 健康づくりへの取組

県では、誰でも手軽にできる「ウォーキング」1日1万歩、体操1日1回などの健康づくり県民運動を推進し、体力の維持増進や生活習慣の改善に取り組み、生涯を通じた健康づくりの定着、介護予防の推進を図ることとしています。

⑤ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組は、市町村等が行う住民に対する一般的な健康増進対策 (「ポピュレーションアプローチ」) (注2) と連携することにより、効果的な生活習慣病予防が図られることになると考えられます。

県では、市町村等による「ポピュレーションアプローチ」の取組に助言や支援等を 行うとともに、「健康秋田21計画」の普及啓発への取組や、各種事業の積極的かつ効 果的な実施に努めます。

(注2)「ポピュレーションアプローチ」=住民に対する一般的な健康増進対策。 対象を限定しないで、集団全体に対策を実施し、全体として疾病等のリスクを下げていく 方法。(集団検(健)診、健康づくりに関する普及啓発 等)

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

① 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、高齢者の生活の支援を重視する観点から、社会的要因で入院 を余儀なくされている高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう、医療中心モデルから 介護中心モデルへの転換を図る一環として行われるものです。

再編成は、現在療養病床を利用している入院患者や家族の不安を招くことのないよう、また、医療や介護のサービスを必要としている人に対するサービスの提供に混乱が起こらないよう、十分に配慮するとともに、地域におけるケア体制の整備を進めることが重要です。

このため、国、県及び市町村が連携して、地域における高齢者に対する医療サービスや介護サービスの提供体制を整備する必要があります。

県では転換が円滑に進むよう、医療機関からの相談を受けるとともに、各種支援策 や関連施策に関する情報の適切な提供を行うため、適切な相談支援体制の構築に努め ます。

また、対象となる医療機関や郡市医師会等関係者、市町村、その他の関係者に対し、 各種情報をできるだけ速やかに提供するとともに、関係者との連絡調整を積極的に行います。

さらに、各市町村の「第4期介護保険事業計画」等の策定に際して、市町村の介護 保険財政への影響を考慮に入れた助言等を行うとともに、市町村の計画を踏まえて、 県において「第4期秋田県介護保険事業支援計画」等を策定します。

② 医療機関の機能分化・連携

平成20年度からの新たな「秋田県医療保健福祉計画」においては、がん、脳卒中、 急性心筋梗塞及び糖尿病の四疾病、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)の五事業ごとに、例えば「地 域連携クリティカルパス」(注3)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しています。

「医療機能の分化」とは、例えば地域の医療機関が、救急医療の機能、リハビリテーションの機能、在宅医療その他の機能等を分担して提供できるよう専門性を高めることです。

「医療機能の連携」とは、「かかりつけ医」の機能を中心とした日常的な医療を基盤としながら、必要なときに機能分化した地域の医療機関が、相互に連携しながら切れ目のない医療を提供していくことをいいます。

医療機能の分化・連携により、限られた医療資源を効率的、効果的に活用することができるようになります。

③ 在宅医療・地域ケアの推進

高齢者が地域において安心して療養生活を送るためには、24時間体制の診療・看護の提供体制及び医薬品等の供給体制を確保するとともに、在宅におけるターミナルケア^(注4)を推進するなど、在宅医療の基盤整備を図ることと併せ、介護サービスや生活支援サービスの充実を図ることが重要です。

そこで、地域性や地理的状況を考慮しながら、医師をはじめとする専門職員の人材 確保対策や訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤管理指導等を含めた在宅医 療を進めるための基盤整備を進めます。

また、「地域連携クリティカルパス」を構築し、医療機関の役割分担や医療機関相互の連携、医療機関と介護サービス事業者との連携等により、地域での医療提供体制の整備を促進します。

このように、医療や福祉に関する様々な資源等、地域の実情を十分考慮し、地域における「保健」・「医療」・「福祉」・「介護」プラス「生活(住まい)」に係るサービスの提供体制及び連携体制の構築を、地域の住民とともに積極的に行います。

そのため、地域連携(ネットワーク)の構築や強化を行うための「地域包括支援センター」の機能が十分発揮できるよう、市町村を支援するなど、高齢者の状態に即した適切なサービスを効率的に提供する体制づくり、各地域における実効性のあるケア体制の整備に取り組んでいきます。

(注3)「地域連携クリティカルパス」

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画(クリティカルパス)を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いる流れ。

診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにする。

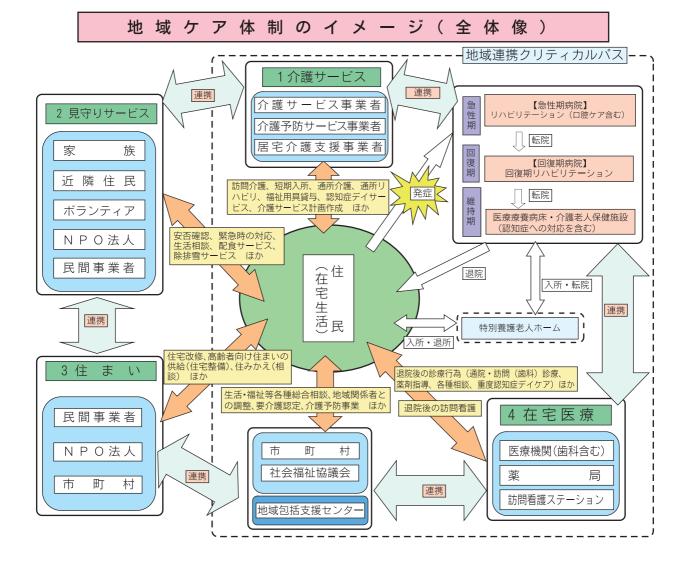
診療計画として明示する内容としては、施設ごとの治療経過に従い、診療ガイドライン等に基づいた診療内容や達成目標等。

回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、 重複した検査をせずにすむなど、転院直後から効果的なリハビリを開始できる。

(注4)「ターミナルケア」

現代の医療技術でも治療することができず、近い将来に死が訪れるであろうと予想される 患者が残りの生命の質を高め、その人らしい人生が全うできるよう援助すること。

【図 2 − 2 地域ケア体制のイメージ(全体像)】



(3) その他の取組

医療費の伸びの適正化を推進するに当たり、各保険者は、特定健康診査及び特定保健指導の結果データやレセプト(診療報酬明細書)の情報等に基づき、医療機関を受診している被保険者等の現状把握や分析を行ったうえで、次のような対策に積極的に取り組む必要があります。

また、県は各保険者がより効果的な取組ができるよう、情報収集や提供、助言等の支援 を行います。

① 訪問指導等の充実による重複・頻回受診者への指導

保険者は、健康管理や医療に対する重複・頻回受診者の意識を深めるため、保健師 や看護師等による訪問指導や、特定健康診査及び特定保健指導の機会を活用した助言・ 指導を実施することが望まれます。

指導後は、レセプトにより受診動向や医療費を把握し、指導効果を確認し、対象者 に対する指導方法や再訪問等の検討を行います。

なお、指導対象者の選定、訪問指導後の検討等については、医療機関・薬局等の関

係機関と十分連携して実施します。

② 医療費通知の充実

医療費通知は、医療機関を受診した際の医療費の総額等を患者(医療受給者)に対し通知することにより、健康に対する認識を深めてもらうとともに、医療費に対するコスト意識を高めてもらうことを目的に実施します。

なお、保険者は医療費の通知に当たって、個人情報の取り扱いに万全を期しつつ、 医師と患者の信頼関係を損なうことのないよう特に配慮して行う必要があります。

③ レセプト(診療報酬明細書)の審査及び点検の充実

レセプト(診療報酬明細書)の審査及び点検は、医療費の伸びを適正化するための 基本的な取組の一つです。

保険者は、保険事業の適正かつ適切な運営のため、特に、縦覧点検調査(同一人の レセプトを経年的に並べて点検調査すること)は、レセプトを保管する保険者のみが 行えるものであり、すべての保険者において実施する必要があります。

今後、レセプトのオンライン化に伴い、より詳細な点検や分析が可能になることから、保険者は、点検者の資質向上や被保険者の受診動向・疾病特徴の分析・把握、高額レセプトの重点的な点検など、点検・調査の充実・強化に努める必要があります。

また、特定健康診査及び特定保健指導の結果データとの突合・分析により、リスク の高い被保険者を抽出して、受診勧奨などの効果的な働きかけを行うためにも、レセ プトの審査及び点検が必要です。

④ 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、医療費の現状(実態)やその分析結果、 医療品の適正な使用などを、広く住民に周知し、意識啓発を図ることが大切です。

そのためには、各保険者が中心となり、被保険者に対し、各種の広報活動を行うことが大切です。

⑤ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進

新薬と同じ有効成分で、価格の安い後発医薬品の利用が進めば、患者の負担額の軽減や医療保険財政の改善を図ることができます。

後発医薬品の利用促進策については、国において、処方せんの様式を変更し「後発 医薬品への変更不可」のチェック欄を設けて、医師が後発医薬品に変更することに差 し支えがあると判断した場合に意思表示を行うこととし、薬局においては「後発医薬 品への変更不可」に記載がない処方せんを受け付けた場合、患者の選択に基づき、先 発医薬品を後発医薬品にすることができる等の環境整備が行われています。

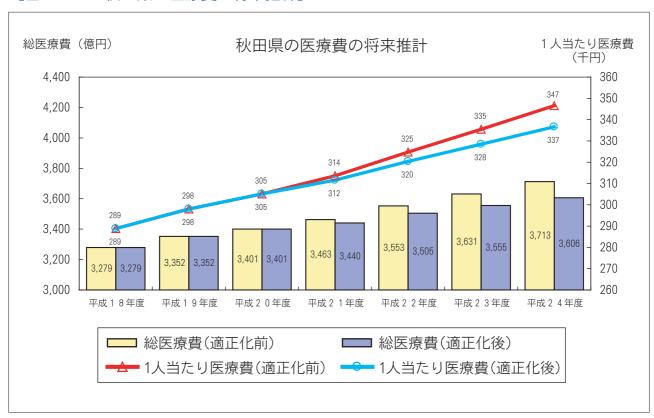
県は、医療機関や県民に対して、後発医薬品の使用について積極的に普及啓発を行うとともに、国からの最新情報を速やかに提供します。

第3章 計画の推進と評価

1 医療費の見通し

本県の総医療費は、医療費の伸びを適正化していく取組を実施しない場合、平成18年度の3,279億円が、平成24年度には3,713億円程度になると推計されます。

医療費の伸びを適正化していく取組を実施した場合、平成24年度の医療費は3,606億円程度になると推計され、秋田県における総医療費の伸びの適正化効果は、107億円程度と考えられます。



【図3-1 秋田県の医療費の将来推計】

資料:厚生労働省から示された「医療費の将来推計の計算ツール」による試算。

平成24年度における老人医療費(75歳以上医療費)の額は、医療費の伸びを適正化していく取組を実施しない場合は1,571億円程度になると予想されます。

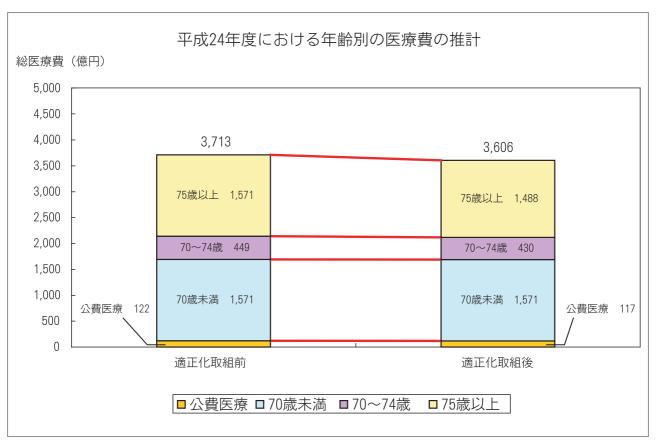
また、医療費の伸びを適正化していく取組を実施した場合には、1,488億円程度になると予想され、老人医療費は、金額で83億円程度、総医療費に占める割合で1.0%(42.3%から41.3%)程度抑えられると推計されます。

【図3-2 秋田県の医療費の将来推計】

平成24年度における年齢別の医療費の推計

			総医	療	費			
区分	70歳未満 (a)	70歳以上 (b)	75歳以上 (再掲)②	公費医療 (c)	合 計① (a)+(b)+(c)	老人医療費 の 割 合 ②/①		
適正化の取組を実施しない場合	1,571	2,020	1,571	122	3,713	42.3%		
適正化の取組を実施した場合	1,571	1,918	1,488	117	3,606	41.3%		
取組の効果(差)	0	△102	△83	△5	△107	△1.0%		

(単位:億円・%)



資料:厚生労働省から示された「医療費の将来推計の計算ツール」による試算。

2 計画の推進

秋田県医療費適正化計画は、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主な目標としています。

このため、関係する「健康増進計画」「医療計画」及び「介護保険事業支援計画」と調和を保ちながら、相互に連携を図って計画を推進していきます。

また、目標を達成するには、県民一人ひとりの理解と実践はもとより、社会全体が一つになって、健康づくりを進めていくことが重要であり、市町村や医療機関、その他の関係者が互いに連携して関連する施策を推進していきます。

(1)関係計画との調和

① 健康増進計画との調和

「健康秋田21計画」は、秋田県健康づくり推進条例に基づき、すべての県民が健康で生涯にわたって健やかで、心豊かな生活ができる社会を築くために策定されます。

そのため、「健康秋田21計画」における生活習慣病対策に関する取組の内容は、「第 1期秋田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します。

② 医療計画との調和

「秋田県医療保健福祉計画」は、県民一人ひとりが、いつでもどこでも必要な医療サービスを受けられる本県の医療体制の将来像を明らかにし、県民の一人ひとりがゆとりと生きがいを持ち、健康で幸せな生活が送れるよう、医療と関連を有する保健・福祉の施策と連携を図り策定されます。

そのため、「秋田県医療保健福祉計画」における良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組の内容と、「第1期秋田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取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が実現されるようにします。

③ 介護保険事業支援計画との調和

「秋田県介護保険事業支援計画」は、「みんなが安心して活躍できる健康長寿社会の実現」を基本理念として策定するものです。

そのため、「第4期秋田県介護保険事業支援計画」における介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、「第1期秋田県医療費適正化計画」における療養病床の再編成に関する取組の内容とが整合し、療養病床から介護保険施設等への円滑な転換が図られるようにします。

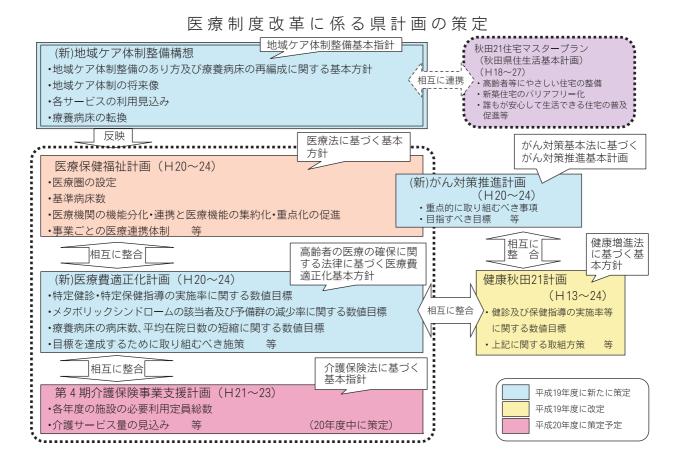
そこで、「秋田県地域ケア体制整備構想」で定めた療養病床転換後の利用者の受け 皿に関する事項を、「第1期秋田県医療費適正化計画」及び「第4期秋田県介護保険 事業支援計画(平成21~23年度)」に適切に反映させます。

④ 地域ケア体制整備構想を踏まえた計画の策定

「秋田県地域ケア体制整備構想」は、療養病床の再編成に当たり、入院患者やその 家族、医療機関等、県民に不安や混乱が生じないよう、介護保険施設等への転換や在 宅医療の充実、地域における医療と保健・福祉・介護・生活支援等の連携体制の構築 などによる地域ケア体制の整備をめざして策定するものです。

「秋田県地域ケア体制整備構想」における「療養病床転換推進計画」は、「第1期 秋田県医療費適正化計画」において設定する療養病床の病床数に関する数値目標を達 成することを前提として作成します。

【図3-3 各計画との関係図】



(2) 施策を推進するための関係者の役割と連携

県民は、計画の趣旨を理解し、食生活や運動などの生活習慣を改善し、生活習慣病等の発症を予防するなど、健康で明るく元気な生活が続けられるよう、生涯にわたり、健康づくりに積極的に取り組むこととします。

また、地域の医療体制について、県民自らも積極的に情報収集し、症状等に応じた適切な医療を受けることを期待します。

市町村は、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、医療の効率的な提供の推進に関しては、療養病床から転換する介護保険施

設その他の介護サービスの基盤整備を担います。

また、保健事業を総合的に実施するため、衛生部門の医師、保健師、管理栄養士等がレセプトや保健指導データ等を活用することにより、地域ごとの課題を明確にして、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に実施するとともに、後期高齢者に対する健康相談、指導体制を整えます。

医療機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の医療関係団体は、 計画の趣旨を理解の上、会員への周知を図るとともに、計画の推進にあたります。

保険者は、特定健康診査及び特定保健指導の実施計画を策定し、計画的な特定健康診査、 特定保健指導を行うとともに、市町村等による一般的な健康増進対策と連携し生活習慣病 の予防の推進を図り、医療費の伸びの適正化を推進します。

平成20年4月から施行される後期高齢者医療制度の運営主体である「後期高齢者医療広域連合」は、75歳以上の後期高齢者(65歳以上で一定の障害があると認定された方を含む)の健康の保持増進のために、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うよう努力し、被保険者の適正な受診等に対する普及・啓発を行います。

「秋田県国民健康保険団体連合会」は、市町村国民健康保険者の円滑な事業運営に関する事業の実施等を行い、また、保険者協議会の事務局として、健診事業者の情報の収集や 各医療保険者との連絡・調整などの支援を行います。

県は、市町村、医療機関、保険者、後期高齢者医療広域連合、その他関係機関への計画 の周知を行うとともに、計画に掲げた目標を達成できるよう、関係機関とそれぞれ連携し て、関連施策を推進するほか、計画の進行管理を行います。

3 計画の評価

医療費適正化計画では、PDCAサイクル(計画作成→実施→評価→見直し・改善)(注1)に基づいて、進行管理を行います。

(注1)「PDCAサイクル」
Plan (計画)、Do (実施)、Check (点検・評価)、Action (行動(政策への反映))

実績評価の仕組みのひとつ。(医療費適正化計画の評価方法)

(1)中間評価

計画の作成年度の翌々年度(平成22年度)に、計画に掲げる目標の達成に向けた取組の 進捗状況の把握及び分析を行い、計画の進捗状況に関する中間評価を行います。

中間評価の結果は、インターネットや印刷物等により、公表します。

また、中間評価を踏まえ、必要に応じ、目標値の設定、目標達成のために取り組む施策の内容等について見直しを行い、計画の変更を行います。

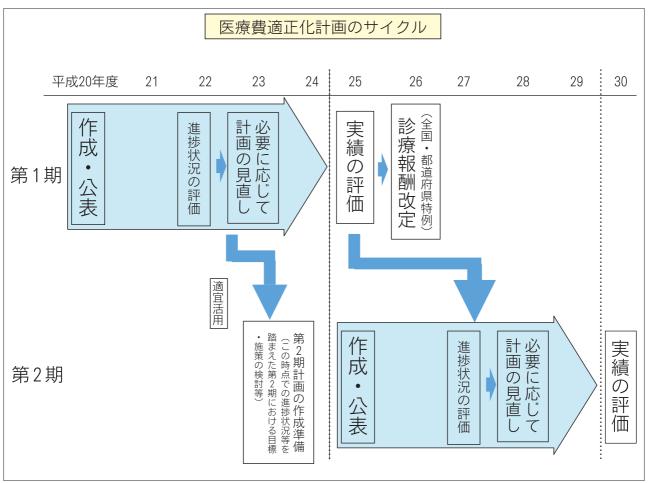
さらに、平成24年度には、「第2期医療費適正化計画」の策定に当たり、中間評価の結果を適宜活用することとします。

(2) 実績評価

計画期間終了の翌年度(平成25年度)に、計画に掲げる目標の達成状況及び計画に掲げる施策の実施状況等についての調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行います。 実績評価の結果は、厚生労働大臣に報告するとともに、公表します。

厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の実績評価の結果、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他の都道府県 と異なる定めをすることができるとされていますが、この際に行われる都道府県知事との 協議に当たっては、県は、この実績評価を活用することとします。

【図3-4 医療費適正化計画のサイクル】



4 計画の周知

本計画については、県のホームページに掲載し周知するほか、広報誌等に積極的に掲載 していきます。