

和歌山県医療費適正化計画

平成20年3月

和歌山県

はじめに

健康な生活を送ることは、県民全ての願いであり、豊かな人生を送るための基本条件です。また、いきいきとした社会を実現するためにも不可欠な要素であります。

一方、我が国は超高齢社会を迎えようとしています。特に、本県では平成 27 年には高齢者人口の割合が 31.4%になると推計されており、健康長寿に向けての取組がますます重要となります。

このような高齢化の進展に伴い、医療費も年々増加し、国においては、将来にわたり国民皆保険を維持し、誰もが安心して安全な医療を受けることができるよう、平成 18 年の医療制度改革において医療費の適正化を推進するための計画に関する制度の創設などがなされたところであります。本県もこれを受け、「和歌山県医療費適正化計画」を策定することとなりました。

この計画は、県民の健康の保持・増進と医療の効率的な提供を推進することとし、生活習慣病の予防と、療養病床の再編成などによる平均在院日数の短縮にかかる 2 つの政策目標を掲げ、将来的な医療費の過大な伸びの抑制を目指すものです。

この計画の推進にあたっては、県や市町村だけでなく、医療保険者、医療・福祉関係団体など多くの関係者が連携した取組と、県民一人ひとりが日頃から健康を意識した生活習慣を心がけるなど、健康づくりに対する積極的な参加が必要ですので、ご理解とご協力をお願いいたします。

平成 20 年 3 月

目次

第1章 計画の趣旨

第1節 計画策定の背景	1
第2節 計画の概要	1
1 計画の目的・策定主体・期間等	1
2 具体的な対策の柱	2
3 他計画との関係等	2
1) 保健医療計画との関係	2
2) 健康増進計画との関係	2
3) 介護保険事業支援計画との関係	2
4) 地域ケア体制整備構想との関係	3
4 市町村との連携	3
5 庁内体制の整備・関係者の意見聴取の場の設置	3
1) 庁内体制の整備	3
2) 関係者の意見聴取の場の設置	4

第2章 医療費の現状と課題

第1節 医療費の現状	5
1 医療費の動向	5
1) 本県の医療費	5
2) 老人医療費（全国比較）	6
3) 老人医療費（県内市町村比較）	12
2 病床数の状況	13
1) 一般的な状況	14
2) 療養病床の状況	17
3 平均在院日数の状況	19
4 生活習慣病に分類される疾患の状況	22
1) 受療動向	22
2) 死亡率	24
5 生活習慣病の予防の状況	29
1) 基本健康診査の受診率の状況	29
2) 老人医療費に占める主な生活習慣病の状況	29
3) メタボリックシンドロームの状況	29
第2節 本県の課題	32

第3章 達成すべき政策目標と医療費の将来見通し

第1節 基本理念	34
第2節 平成24年度末までに達成すべき政策目標	34
1 住民の健康の保持の推進に関して達成すべき目標	34
1) 住民の健康の保持の推進に関する数値目標の考え方	34
(1) 特定健康診査の実施率	34
(2) 特定保健指導の実施率	34
(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	35
2) 本県における住民の健康の保持の推進に関する目標値	35
(1) 特定健康診査の実施率	35
(2) 特定保健指導の実施率	35
(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	35
2 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標	36
1) 療養病床の病床数に関する数値目標の考え方	36
2) 平成24年度末における療養病床数の目標値	37
3) 平均在院日数に関する数値目標の考え方	39
4) 平成24年時点における平均在院日数に関する目標値	39
3 政策目標の達成によって予想される医療費の将来見通し	40
1) 医療費の将来見通し(適正化前)の算出方法	40
2) 医療費の将来見通し(適正化後)の算出方法	40
(1) 生活習慣病対策による効果	40
(2) 平均在院日数の短縮による効果	40
3) 医療費の将来見通し	41

第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

第1節 目標達成に向けた施策	42
1 住民の健康の保持の推進	42
1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施	42
2) 保険者協議会の活動への支援	42
3) 医療保険者による健診データ等の活用	42
4) 市町村等による健康増進対策への支援	42
5) 県民に対する啓発	42
6) 高齢者に対する社会参加の促進	43
2 医療の効率的な提供の推進	43
1) 療養病床の再編成	43
2) 医療機関の機能分化・連携	43

3) 適正な受診の促進等	44
4) 在宅医療・地域ケアの推進	44
3 医療保険者・医療機関等の連携協力	44
1) 医療保険者との連携協力	44
2) 事業者・企業との連携協力	44
3) 医療機関との連携協力	44
4) 県民との連携協力	45
第5章 計画の推進	
第1節 計画の推進	46
1 中間年度（平成22年度）の進捗状況評価	46
2 最終年度（平成24年度）の翌年度の実績評価	46
第2節 計画の周知	46
第3節 計画の推進体制	46
委員名簿	47

第1章 計画の趣旨

第1節 計画策定の背景

我が国では、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を達成してきました。しかし、近年、少子高齢化が進み、65歳以上の人口が総人口に占める割合である「高齢者比率」が急速に増加し、平成17年の国勢調査では20%になっています。さらに、国民生活の変化に伴う生活習慣病の増加などにより医療費の負担が増加し、国民皆保険を中心とした現状の医療制度を維持することが難しくなってきました。

高齢者比率は今後も増大し、平成42年には33%にまで達し、「超高齢社会」が進展することが予想されます。このような状況に対し、国は、今後も国民皆保険を維持していくために、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながら、医療費が過度に増大しないようにするとの観点から、今回の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画に関する制度を創設しました。これは、生活習慣病の予防を中心とした「国民の健康の保持の推進」、療養病床の介護施設等への転換などによる平均在院日数の短縮を中心とした「医療の効率的な提供の推進」についての目標値を設定し、目標の達成を通じて将来的な医療費の過大な伸びの抑制を目指すものです。

一方、和歌山県（以下「本県」という）においても、高齢者比率が昭和50年には10.4%であったものが、平成17年の国勢調査においては24.1%と増加し、全国よりも高齢者比率が高くなっています。高齢者比率は今後も上昇し続け、平成22年には27.3%、平成27年には31.4%、そして平成47年には県民の約4割である38.6%（全国2位）の高率になるとする推計^{注1}もあります。

このような状況を踏まえると、本県においても、県民の生活の質の維持及び向上を図りながらも医療の効率的な提供を推進していく必要があります。そのためには、本県としても医療サービスの質を維持するため、医療費の過大な伸びを抑制する必要があると判断しました。

そこで、国の基本方針を踏まえ和歌山県医療費適正化計画を策定することとしました。

注1 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（平成19年5月推計）」

第2節 計画の概要

1 計画の目的・策定主体・期間等

本県は、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。以下「法」という）に基づき、県民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の伸びの適正化を総合的かつ計画的に推進するため、和歌山県医療費適正化計画（以下「県計画」という）を策定します。

県計画は5年を一期とします。第一期は、平成20年度から平成24年度までとします。但し、制度改正などがあった場合は、必要に応じて見直すこととします。

2 具体的な対策の柱

県計画では、医療費の過大な伸びの抑制を図るための具体的な施策として、以下の2つの施策を主たる柱とします。

①住民の健康の保持の推進に関する施策

現在の健康状態を知るための特定健康診査^{*1}を受診し、問題点がある場合には適切な指導を受けることにより、県民自らが生活習慣を改善し、生活習慣病を予防あるいはその重症化を防ぐことで、健康で長寿な社会を実現します。

②医療の効率的な提供の推進に関する施策

療養病床を再編成することで、医療の必要性が高い方は引き続き医療療養病床で医療サービスを受けます。一方、介護の必要性の高い方は介護施設等により適切な介護サービスを受けます。これにより、その方の状態に即した適切な医療・介護サービスを受けることができます。

また、平均して一人当たりの費用額が介護施設より高い医療療養病床に係る費用が軽減されることにより、保険料や税金の負担を抑えることとなります。

さらに、医療療養病床に係る医師・看護師等の医療資源が効果的に活用されることとなります。

*1 特定健康診査は、糖尿病等その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。

3 他計画との関係等

本県では、和歌山県保健医療計画、和歌山県健康増進計画、和歌山県介護保険事業支援計画を改定・策定します。県計画は、図表1に示すように、他の3計画に関連する項目において整合を図ります。療養病床の再編成について、和歌山県地域ケア体制整備構想の内容と整合を図ります。

1) 保健医療計画との関係

和歌山県保健医療計画では、良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組が記載されます。県計画の主たる柱の1つである医療の効率的な提供の推進に関する取組は、和歌山県保健医療計画の取組と整合を図ります。

2) 健康増進計画との関係

和歌山県健康増進計画では、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）^{*2}の該当者及び予備群の減少に関する目標値を設定し、生活習慣病対策に取組みます。県計画の主たる施策の1つである住民の健康の保持の推進に関する取組は、和歌山県健康増進計画の取組と整合を図ります。

*2 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は、内臓脂肪の蓄積により、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常を複合して有する症候群をいう。

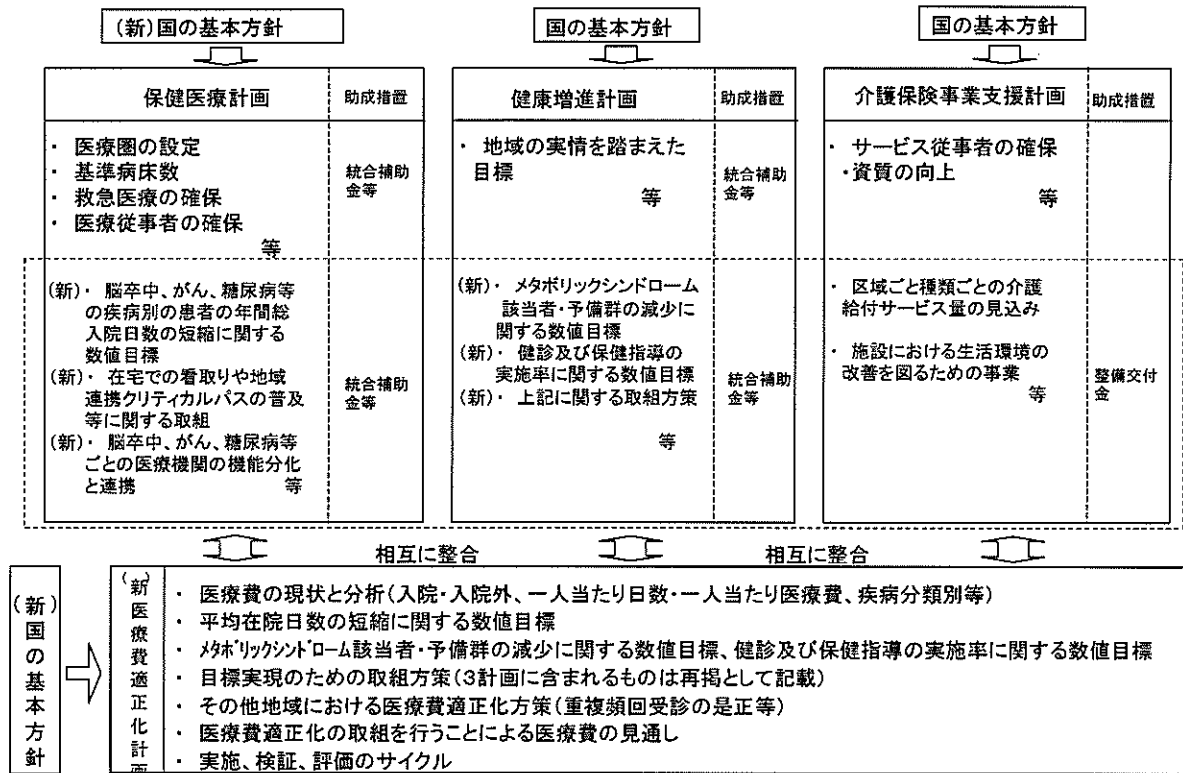
3) 介護保険事業支援計画との関係

和歌山県介護保険事業支援計画では、介護保険施設等の整備等に関する取組が記載されます。県計画の主たる施策の1つである医療の効率的な提供の推進の具体的な施策となる療養病床の再編成の取組は、介護保険事業支援計画の取組と整合を図ります。

4) 地域ケア体制整備構想との関係

和歌山県地域ケア体制整備構想では、療養病床の転換計画を記載します。県計画で定める平成24年度末の療養病床数に関する数値目標は、和歌山県地域ケア体制整備構想の数値目標と整合を図ります。

図表1：都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



4 市町村との連携

市町村は、住民の健康の保持の推進に関して、健康増進事業等を実施する立場にあり、また、医療の効率的な提供の推進に関して、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う立場にあります。そのため、県計画の策定あるいは変更については、あらかじめ市町村に協議を行うこととし、計画の実施について連携を図ります。

5 庁内体制の整備・関係者の意見聴取の場の設置

1) 庁内体制の整備

県計画の策定については、関係する他の計画と整合を図り、歩調を合わせた進行管理が重要です。本県では、県計画を含めた医療構造改革に係る諸施策を総合的かつ計画的に推進するため、福祉保健部長を本部長に関係課室からなる「和歌山県医療構造改革推進本部」(以下「推進本部」という)を設置し、また、推進本部の下に「医療費適正化計画作業部会」と「地域ケア整備・療養病床転換推進作業部会」を設置しました。

2) 関係者の意見聴取の場の設置

県計画の策定については、外部の専門家や関係者の意見を聴取し、反映させることで、地域の実情に応じた内容にすることが重要です。

県計画の主な施策となる「住民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」は、地域保健・地域医療と密接に関係することから、本県では、「和歌山県地域保健医療協議会」の下に、「医療費適正化計画専門委員会」を設置し、意見を伺いました。

さらに、「医療費適正化計画専門委員会」の下に、関係する分野の実務担当者の方を委員とする「医療費適正化計画作業部会」を設置しました。

第2章 医療費の現状と課題

第1節 医療費の現状

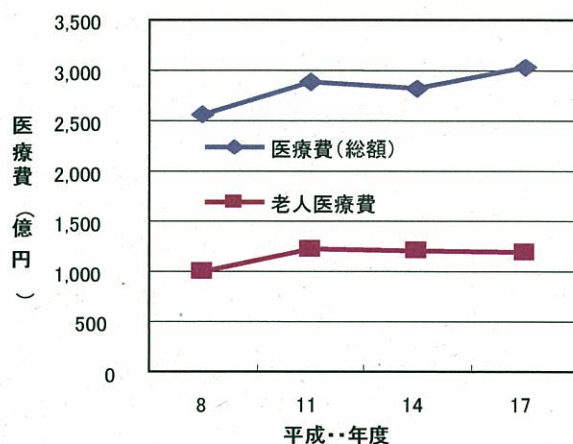
1 医療費の動向

1) 本県の医療費

全国の医療費を示す国民医療費は、平成17年度で約33兆円であり、前年度と比べて約1兆円、3.2%の増加となっています。過去5年間の国民医療費を見ると、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定等があった年は低い伸びとなっていますが、こうした改正のなかった平成11年度や平成13年度の伸びはそれぞれ3.8%、3.2%となっており、国民医療費は年間1兆円（年率約3~4%）程度ずつ伸びる傾向を示しています。

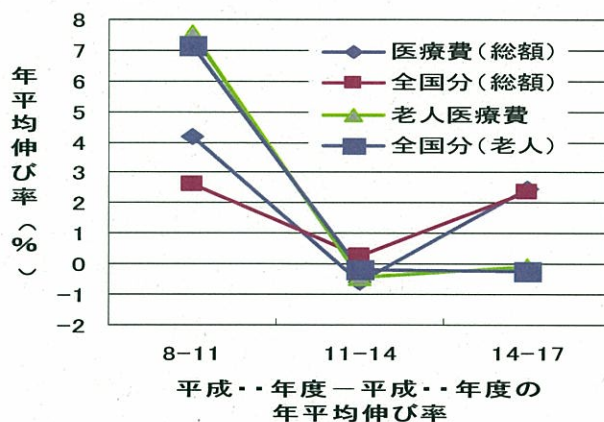
本県の医療費の推移をみると、増加傾向を示しています（図表2）。本県の医療費（総額）の伸び率は2.5%（平成14~17年度）であり、全国平均（2.4%）と概ね同率でした（図表3）。

図表2：医療費の年度推移



資料：『国民医療費』（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）、
『老人医療事業年報』（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

図表3：医療費の年平均伸び率の年度推移



資料：『国民医療費』（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）、
『老人医療事業年報』（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

本県の一人当たりの医療費は、29万3千円（平成17年度）でした（図表4）。赤線で示した全国平均（25.9万円）と比較すると、全国平均を上回る15位でした。

図表4：一人当たり医療費（総額）の全国比較



資料：『国民医療費』（平成17年度）

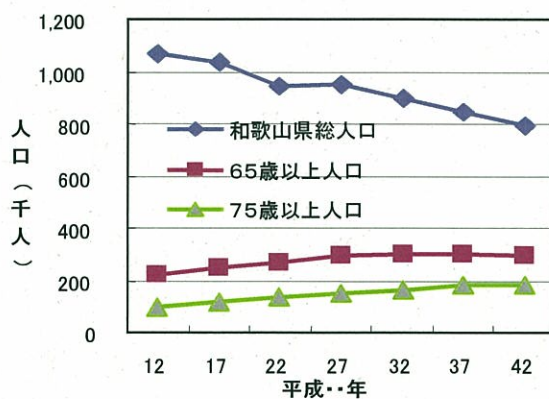
2) 老人医療費（全国比較）

医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費は、平成14年10月の制度改正により対象年齢が70歳から75歳に段階的に毎年1歳ずつ引き上げられ、平成15年10月からは原則71歳以上、平成16年10月からは原則72歳以上の住民が対象となりました。老人医療費の動向をみると、全国的には平成17年度で約11.6兆円であり、国民医療費の35%を占めています。

本県の老人医療費は概ね横ばいであり、平成17年度には本県医療費の39.5%を占めています（図表2）。老人医療費の伸び率は、△0.1%（平成14～17年度）であり、全国平均は△0.2%となっています。（図表3）。

本県の総人口は、今後減少する見通しとなっており、逆に65歳以上人口、75歳以上人口はともに増加し（図表5）、高齢化率は著しく増加する見通しとなっています。こうした急激な高齢化の進展に伴って、老人医療費は今後高い伸びを示すことが予想されます。

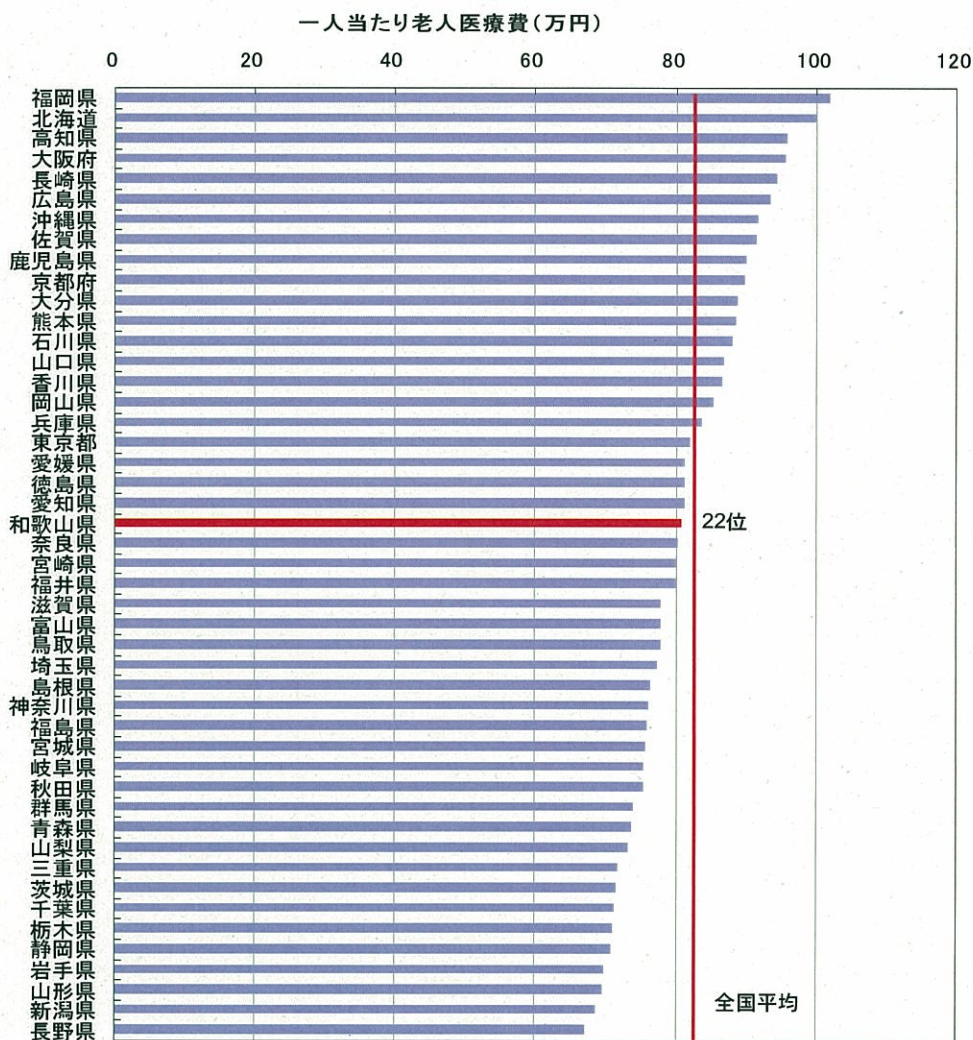
図表 5：総人口、高齢者人口の年度推移



資料：『都道府県別将来推計人口（平成 19 年 5 月推計）』

本県の一人当たり老人医療費は 80 万 8 千円（平成 17 年度）でした（図表 6）。赤線で示した全国平均（82.1 万円）と比較すると、全国平均を下回る 22 位でした。

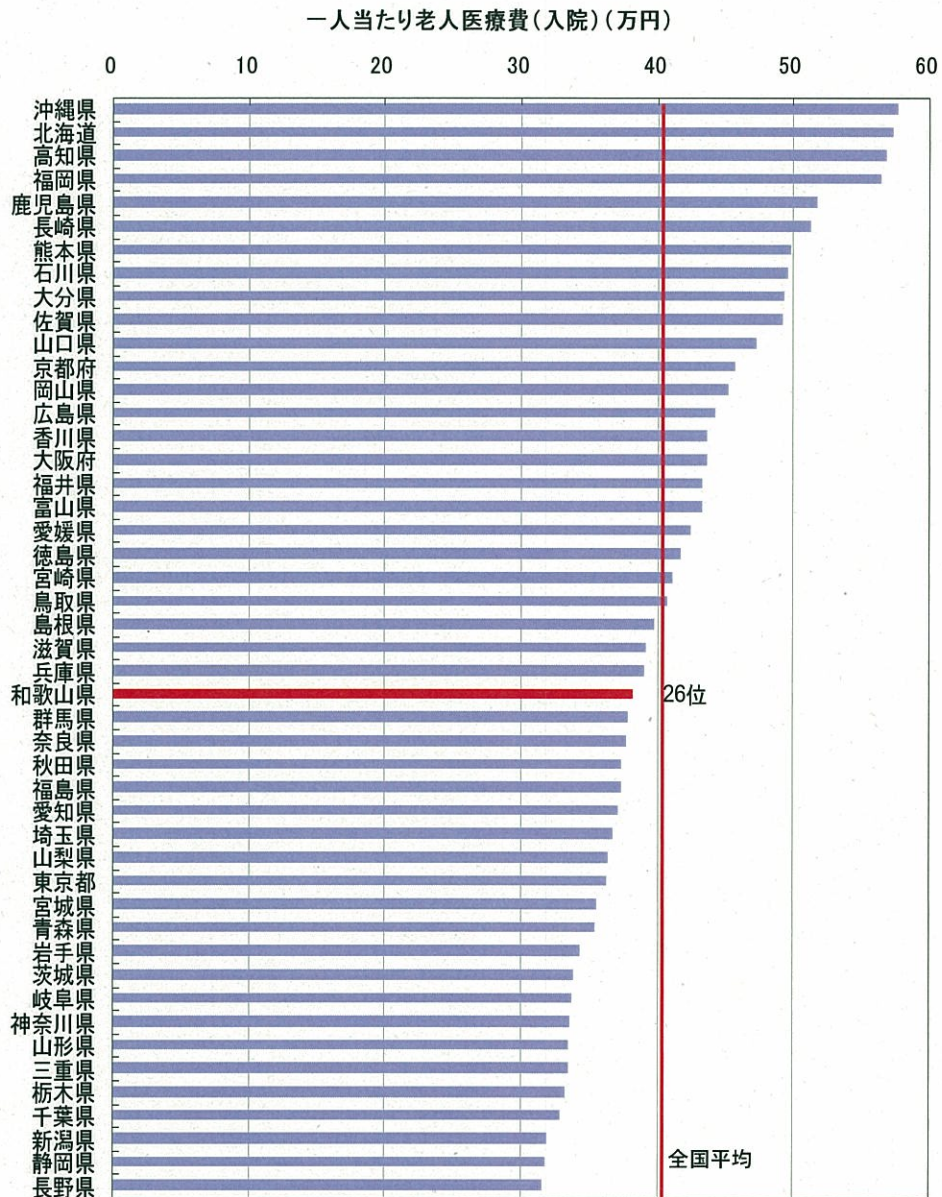
図表 6：一人当たり老人医療費の全国比較



資料：『老人医療事業年報』（平成 17 年度）

本県の一人当たり老人医療費（入院）は38万2千円（平成17年度）でした（図表7）。赤線で示した全国平均（40.6万円）と比較すると、全国平均を下回る26位でした。一人当たり老人医療費（入院）の順位は、一人当たり老人医療費の順位（22位）と比較すると下位でした。

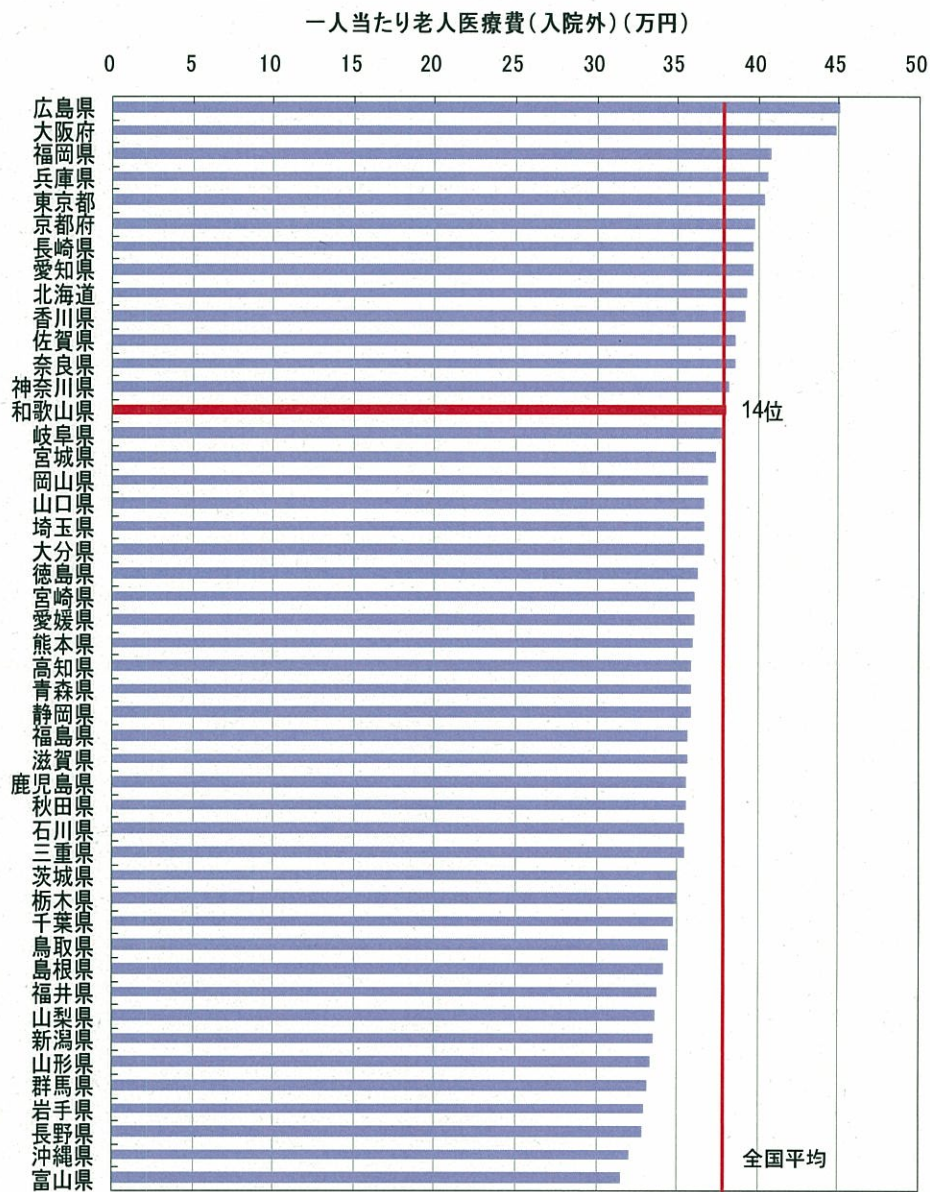
図表7：一人当たり老人医療費（入院）の全国比較



資料：『老人医療事業年報』（平成17年度）

本県の一人当たり老人医療費（入院外）は38万円（平成17年度）でした（図表8）。赤線で示した全国平均（37.7万円）と比較すると、全国平均を上回る14位でした。一人当たり老人医療費（入院外）の順位は、一人当たり老人医療費の順位（22位）と比較すると上位でした。

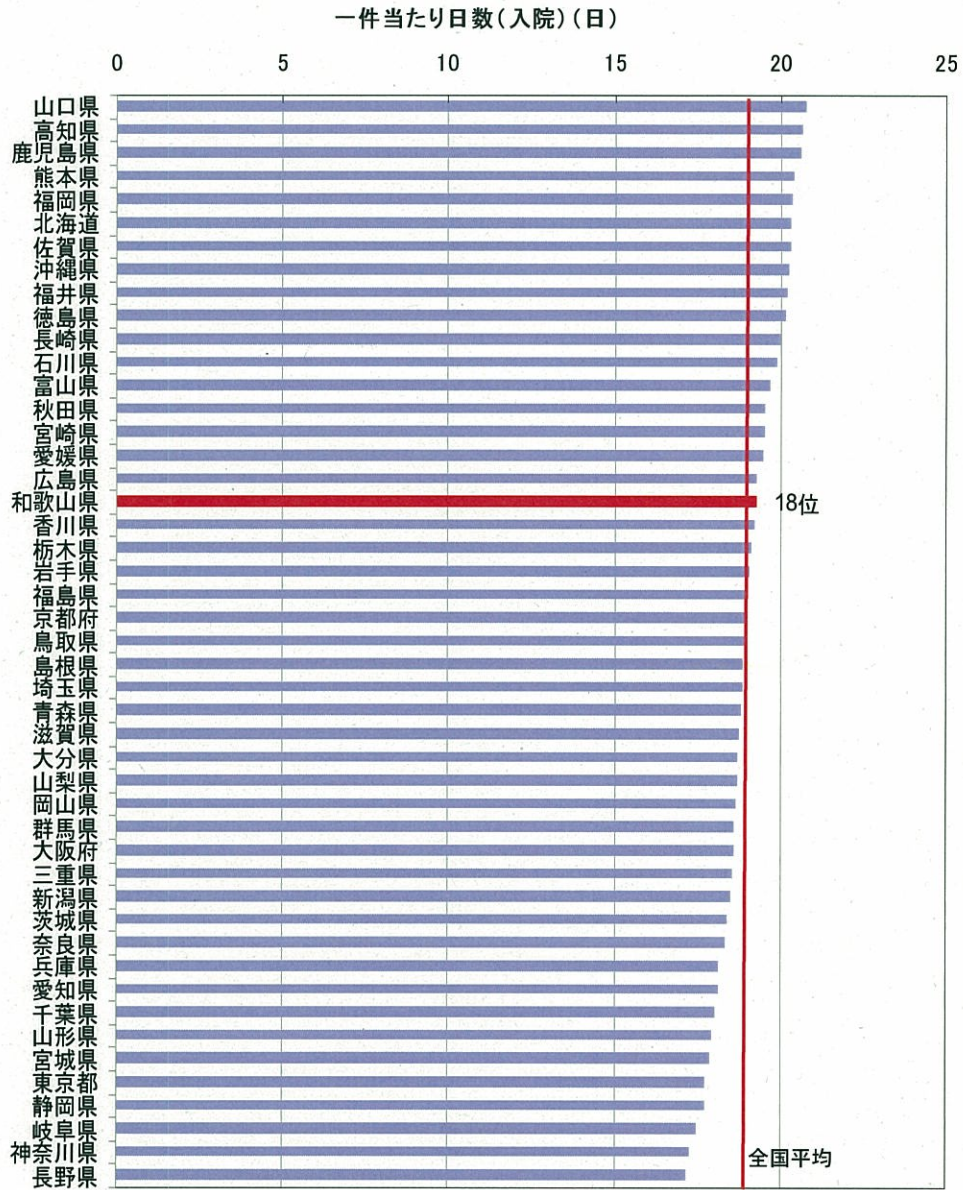
図表8：一人当たり老人医療費（入院外）の全国比較



資料：『老人医療事業年報』（平成17年度）

本県の一件当たりの日数（入院）は19.3日（平成17年度）でした（図表9）。赤線で示した全国平均（19日）と比較すると、全国平均を上回る18位でした。一件当たりの日数（入院）の順位は、一人当たり老人医療費（入院）の順位（26位）と比較すると上位でした。

図表9：一件当たり日数（入院）の全国比較

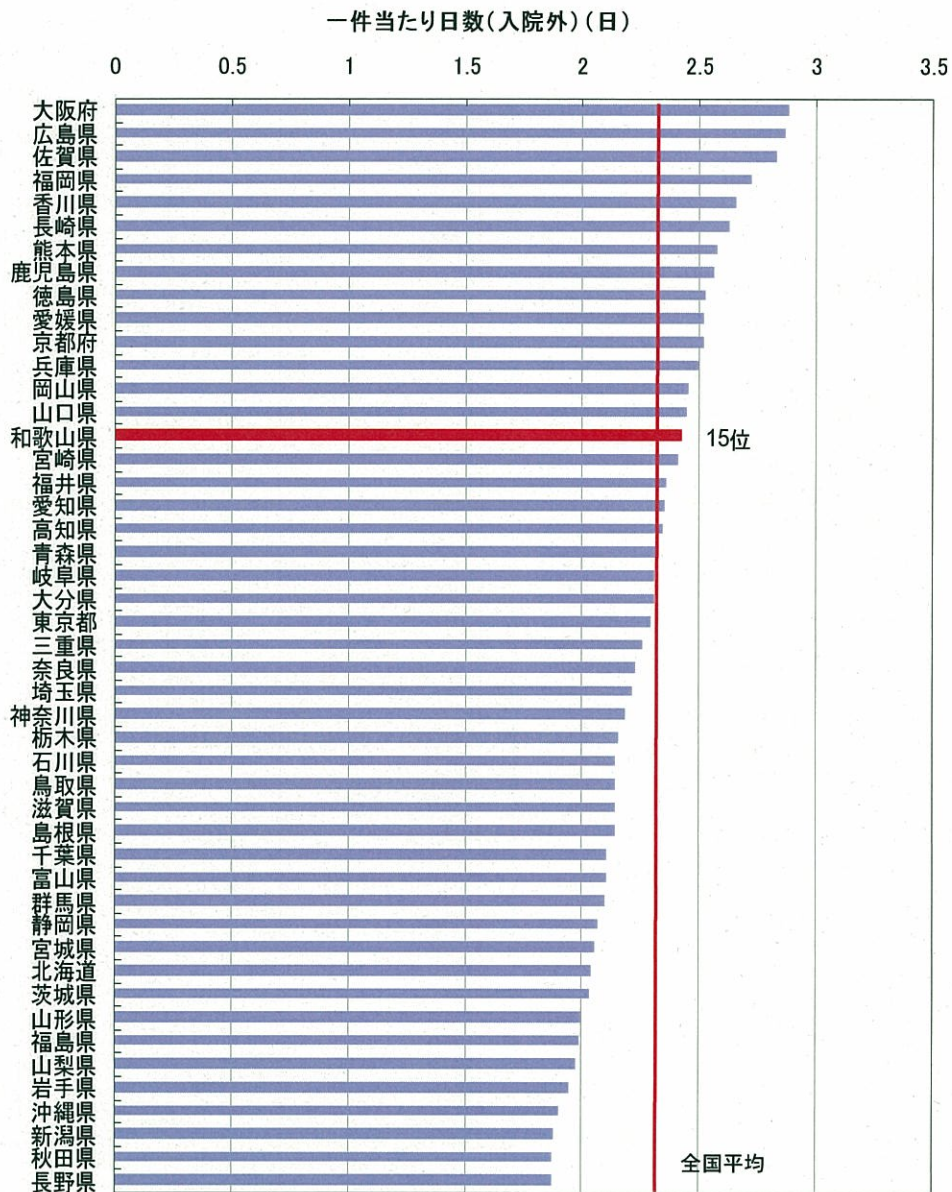


資料：『老人医療事業年報』（平成17年度）

本県の一件当たりの日数（入院外）は2.4日（平成17年度）でした（図表10）。赤線で示した全国平均（2.3日）と比較すると、全国平均を上回る15位でした。一件当たりの日数（入院外）の順位は、一人当たり老人医療費（入院外）の順位（14位）と比較すると下位でした。

入院医療費が全国平均より低いものの、入院外医療費は全国平均を上回っていることから、本県では入院外医療費の高さが老人医療費を高くしている要因のひとつであると言えます。また、入院外医療費が高くなっている要因のひとつは、通院日数が多いことであると言えます。

図表 10：一件当たり日数（入院外）の全国比較



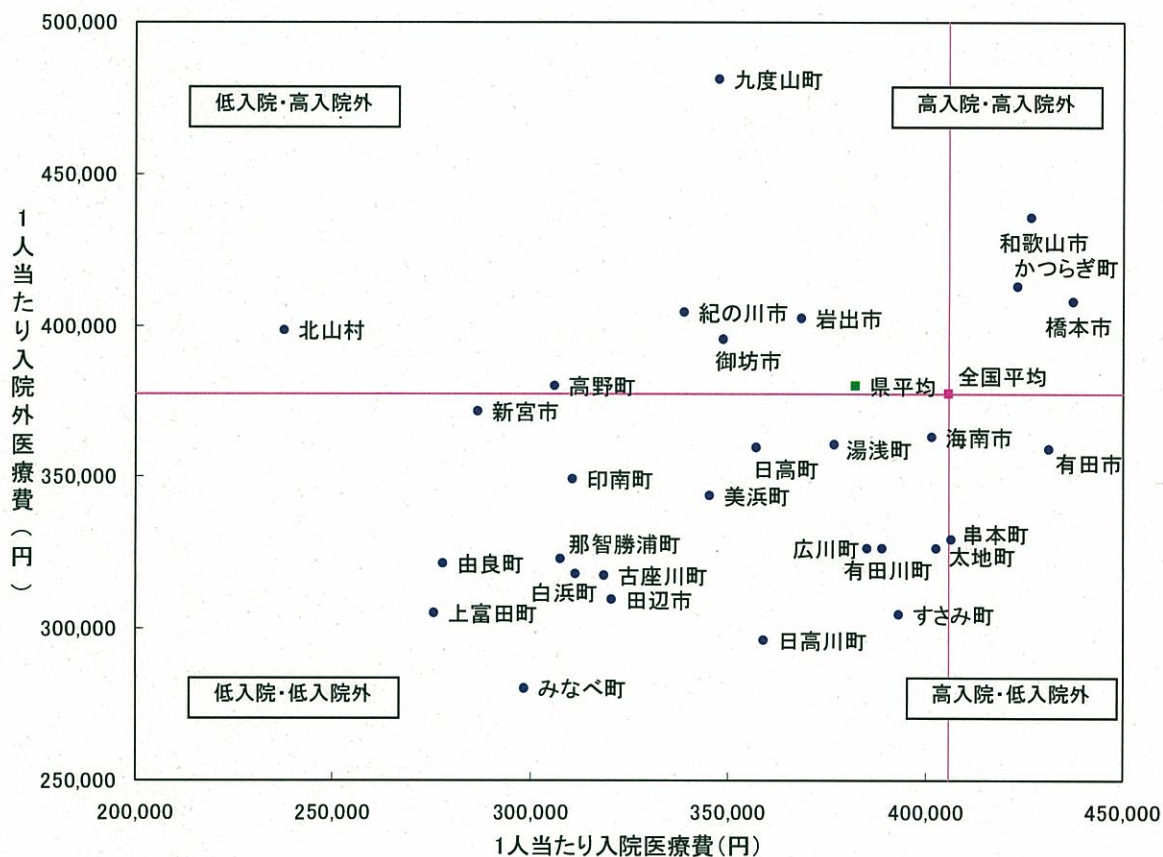
資料：『老人医療事業年報』（平成17年度）

3) 老人医療費（県内市町村比較）

入院・入院外別に一人当たりの老人医療費について、横軸に一人当たりの入院医療費、縦軸に一人当たりの入院外医療費を置いて、全市町村をプロットしてみると、県内でも全県で同一の傾向にあるわけではなく、地域差が生じています（図表 11）。図表 11 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。すなわち、右上が入院、入院外ともに全国平均より高い領域、右下は入院が高く入院外が低い領域、左上は入院が低く入院外が高い領域、左下は入院、入院外とも低い領域です。県平均は、全国平均の左上に位置し、全国平均に比べ、一人当たりの入院医療費が低く、一人当たりの入院外医療費がわずかに高くなっています。

入院も入院外医療費も高い市町村が和歌山市、橋本市、かつらぎ町です。一方、みなべ町、上富田町等のように、入院も入院外医療費も低い町もあり、これらの町における取組等が参考になる可能性があると言えます。

図表 11：入院・入院外別老人医療費の県内市町村比較

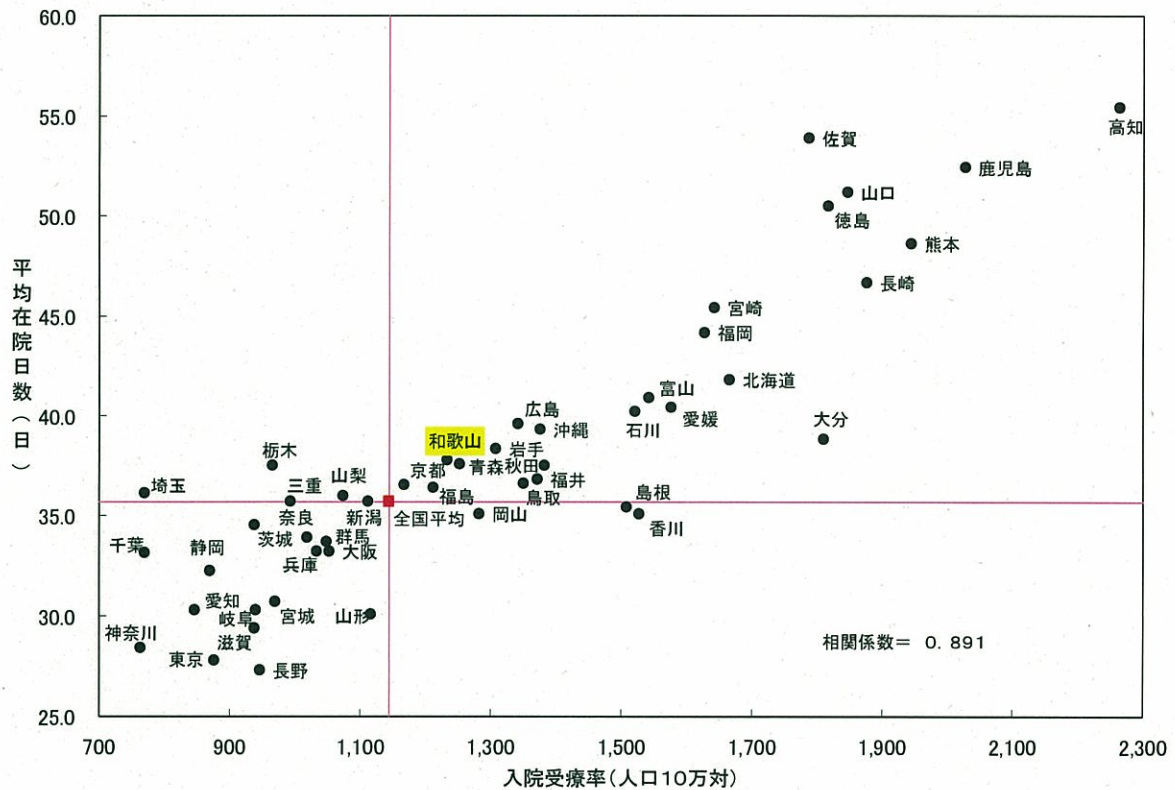


資料：『老人医療事業年報』（平成 17 年度）

2 病床数の状況

入院受療率と平均在院日数との関係について、横軸に入院受療率、縦軸に平均在院日数を置いて、全国をプロットしてみると、入院受療率が高い地域では平均在院日数が長い傾向にあります（図表 12）。図表 12 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は、全国平均の右上に位置し、全国平均に比べ、入院受療率が高く、平均在院日数が長くなっています。すなわち、本県の医療費における特徴として、入院者が比較的多く、一旦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。

図表 12：受療率（入院）と平均在院日数の全国比較



資料：『病院報告』（平成 17 年）、『患者調査』（平成 17 年）

※平均在院日数

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、その算定にはいくつかの考え方がありますが、病院報告においては次の算式により算出しています。

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

※受療率

推計患者数を人口で除して人口 10 万対であらわした数であり、患者調査において次の算出により算出しています。

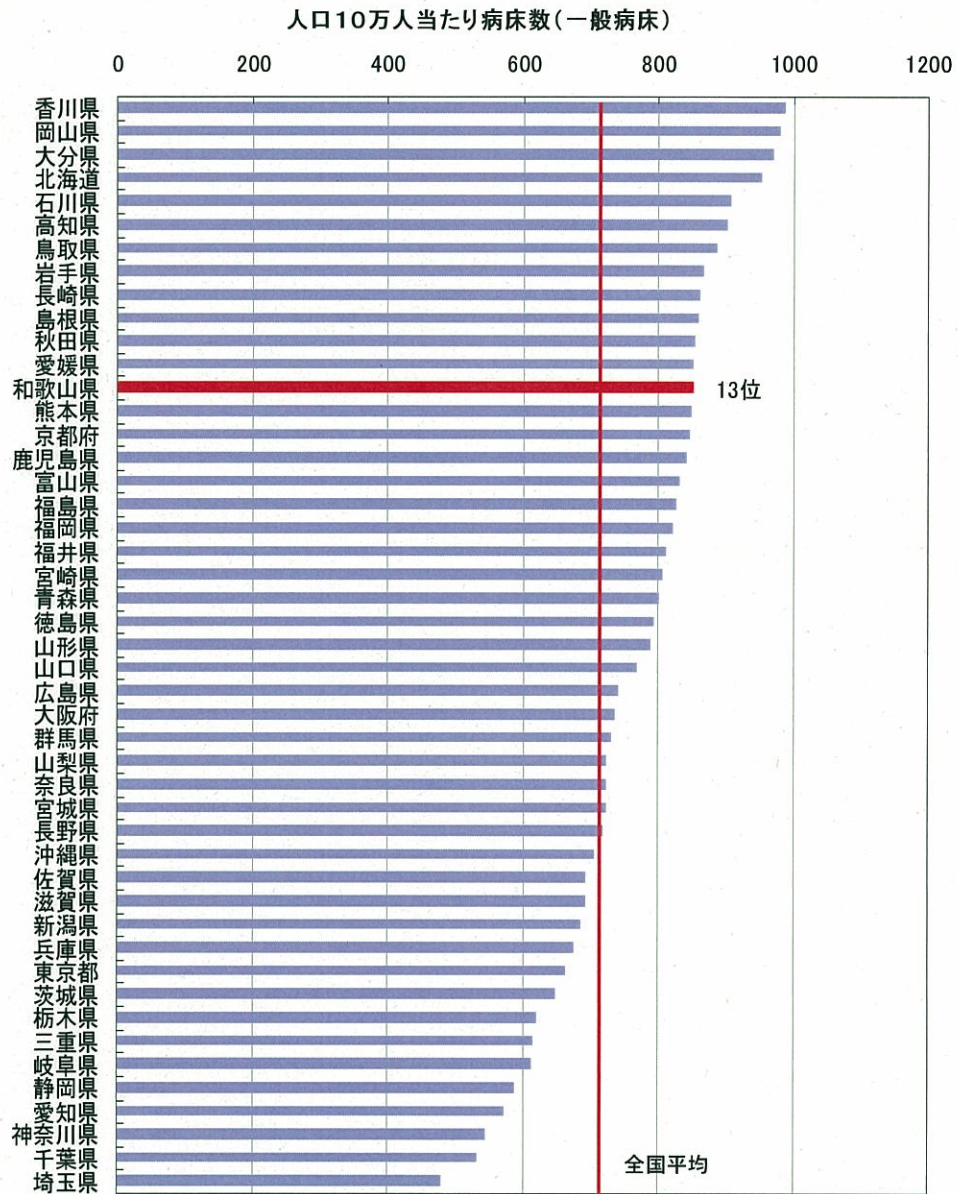
$$\text{受療率 (人口 10 万対)} = \frac{\text{推計患者数}}{\text{国勢調査人口}} \times 100,000$$

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、本県では以下の状況となっています。

1) 一般的な状況

本県の人口10万人当たりの病床数(一般病床)は、852床(平成17年)でした(図表13)。赤線で示した全国平均と比較すると、全国平均(708床)を上回る13位でした。

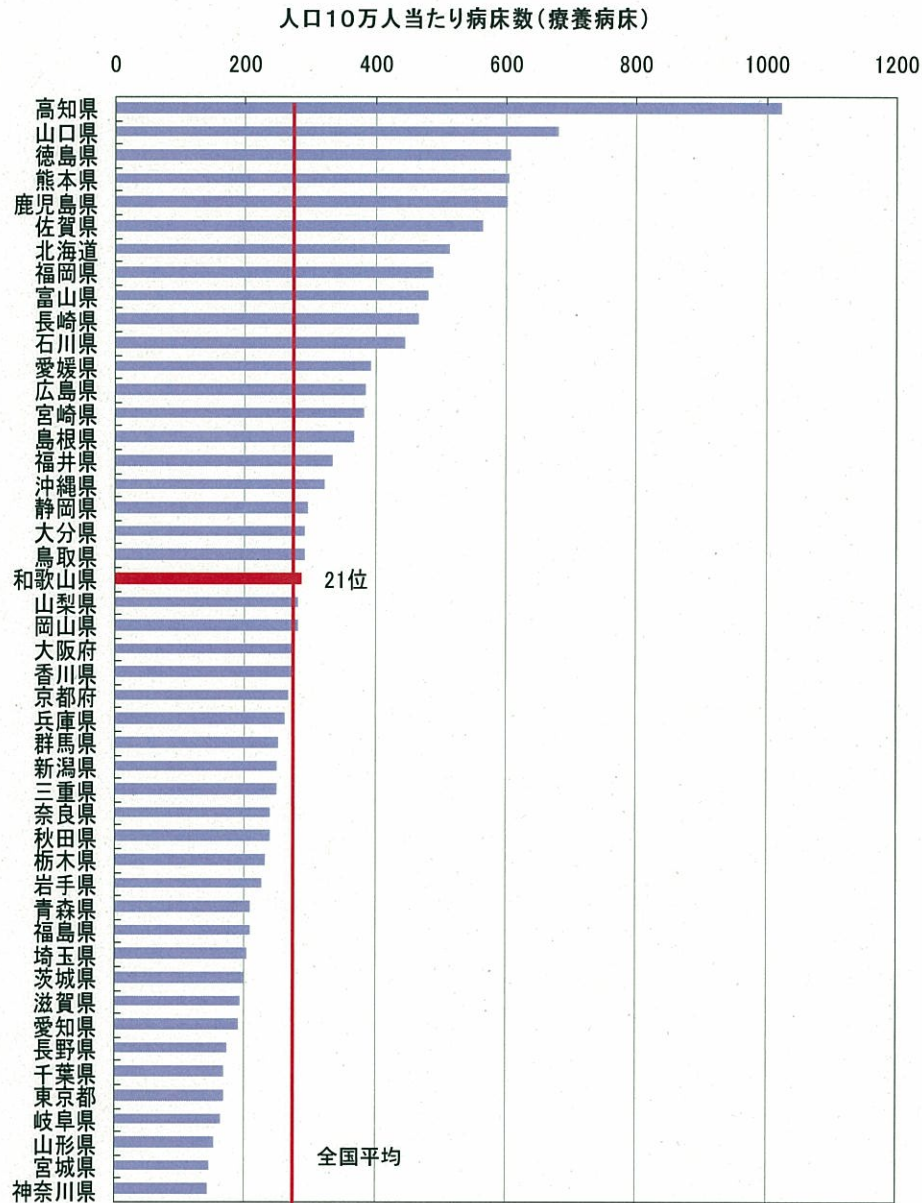
図表13：人口10万人当たり病床種別病床数(一般病床)の全国比較



資料：『医療施設調査』（平成17年）

本県の人口10万人当たりの病床数（療養病床）は、287床（平成17年）でした（図表14）。赤線で示した全国平均（281床）と比較すると、全国平均を上回る21位でした。

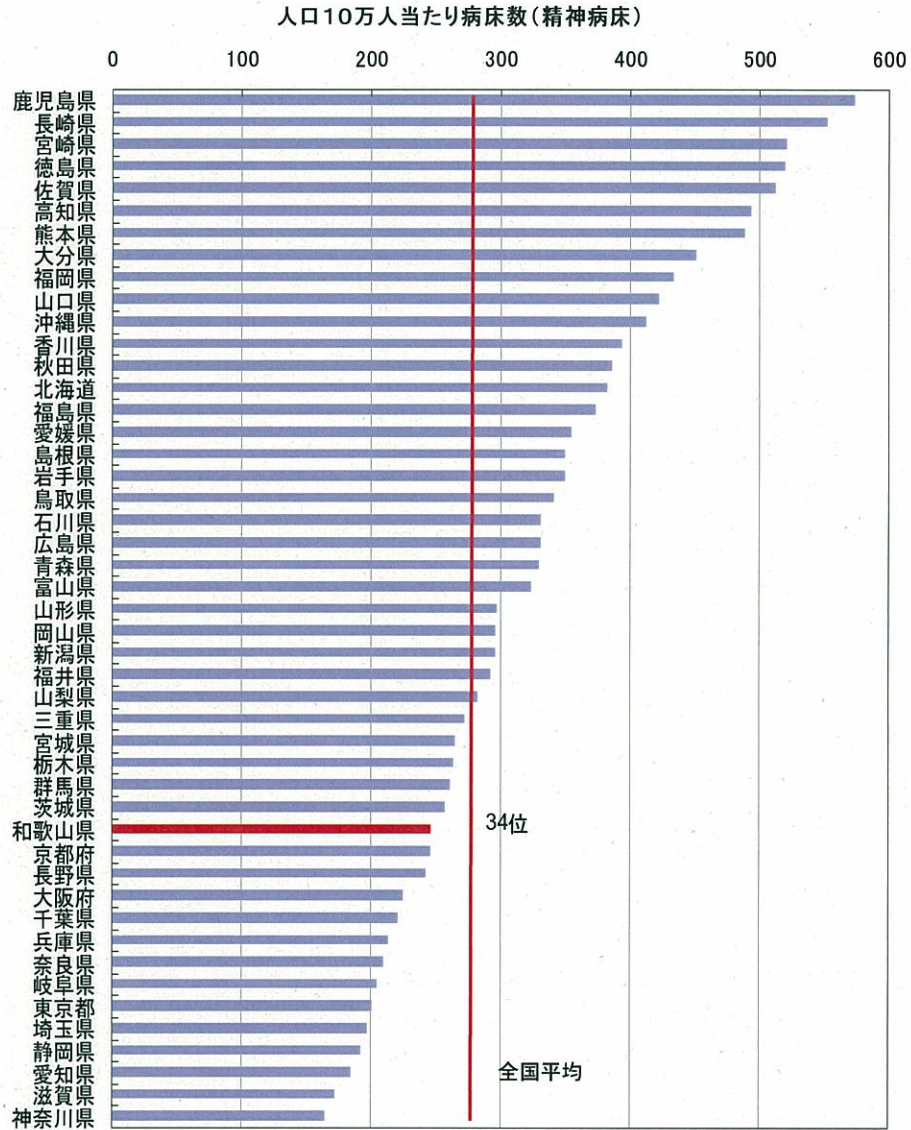
図表14：人口10万人当たり病床種別病床数（療養病床）の全国比較



資料：『医療施設調査』（平成17年）

本県の人口10万人当たりの病床数（精神病床）は、247床（平成17年度）でした（図表15）。赤線で示した全国平均（277床）と比較すると、全国平均を下回る34位でした。

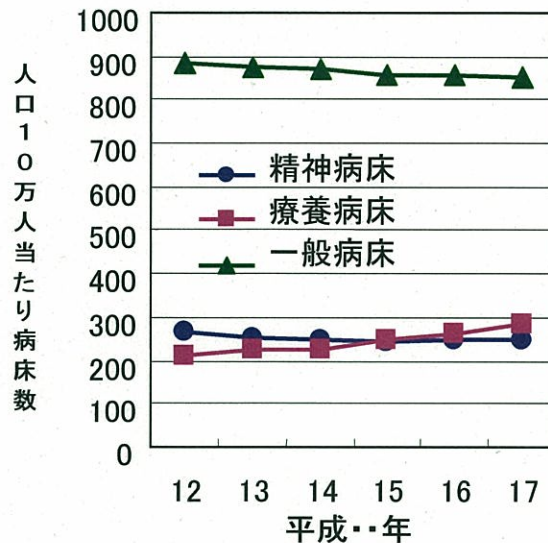
図表15：人口10万人当たり病床種別病床数（精神病床）の全国比較



資料：『医療施設調査』（平成17年）

本県の一般病床数、療養病床数、精神病床数の年次推移をみると、人口10万人当たりの一般病床数は、平成15年までは減少傾向にありましたが、それ以降概ね横ばいでした。(図表16)。療養病床数は、平成14年までは概ね横ばいでしたが平成15年から増加傾向にあります。精神病床数は概ね横ばいでした。

図表16：人口10万人当たり病床種別病床数の年度推移



資料：『医療施設調査』（平成12年～平成17年）

2) 療養病床の状況

本県における療養病床の病床数（平成18年10月時点）は、以下のとおりです（図表17）。

図表17：療養病床数（平成18年10月現在）

療養病床	病床数(床)
医療療養病床	2,235 (2,026)
介護療養病床	867
合計	3,102 (2,893)

() は回復期リハビリテーション病床の数を除く

資料：『医療施設調査』（平成18年10月末概数）及び『病院報告』を基に厚生労働省が作成

このうち、本県の療養病床の入院患者の医療区分（附表1）の分布状況を見ると、医療療養病床では、医療区分1が23.8%、医療区分2が60.6%、医療区分3が15.6%であり、医療区分2の占める割合が半数を超えています。介護療養病床では、医療区分1が76.4%、医療区分2が18.6%、医療区分3が5.0%であり、医療区分1の占める割合が7割を超える状況となっています（図表18）。

図表 18：医療区分の割合

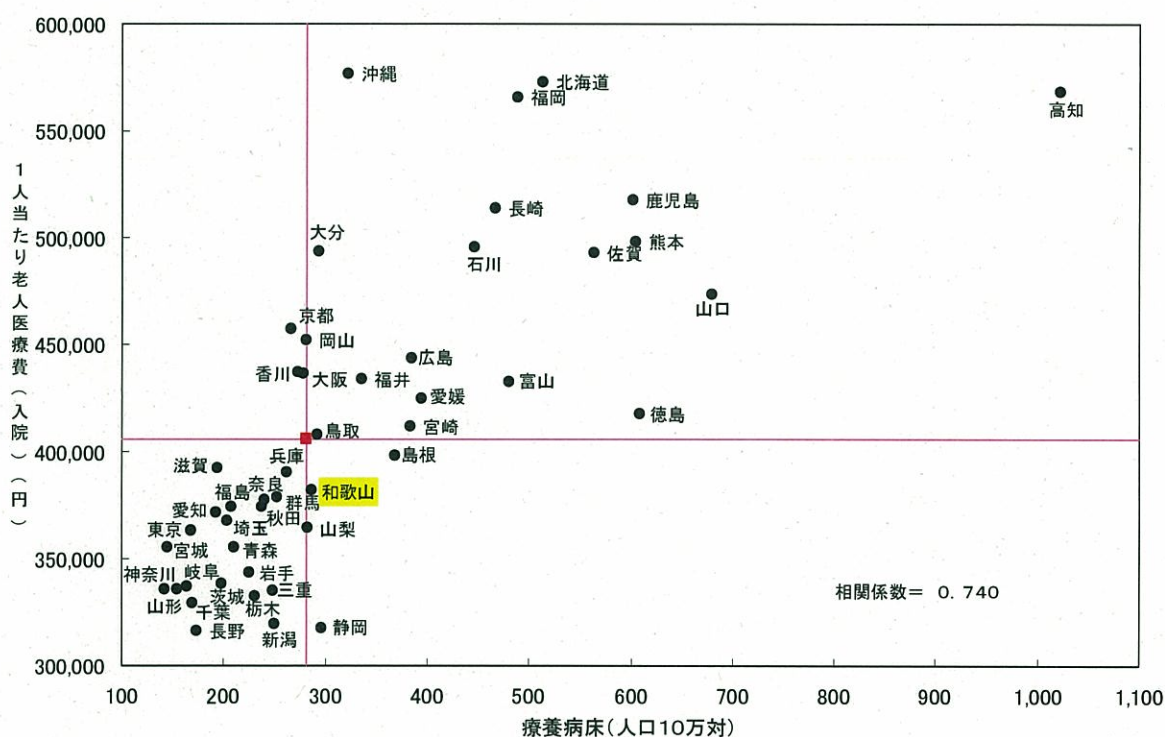
病床	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療療養病床注1)	23.8%	60.6%	15.6%
介護療養病床注2)	76.4%	18.6%	5.0%

注1 資料：『慢性期入院医療の包括評価に関する調査』（平成18年度）による

注2 資料：『都道府県における療養病床転換意向等アンケート調査結果』（平成18年10月）による

療養病床と一人当たり老人医療費（入院）の関係について、横軸に療養病床数、縦軸に一人当たり老人医療費（入院）を置いて、全国をプロットしてみると、療養病床数が多い地域では一人当たり老人医療費（入院）が高い傾向にあります（図表19）。図表19は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は、全国平均に比べ療養病床数は多く、一人当たり老人医療費（入院）は低くなっています。

図表 19：療養病床数と一人当たり老人医療費（入院）の全国比較

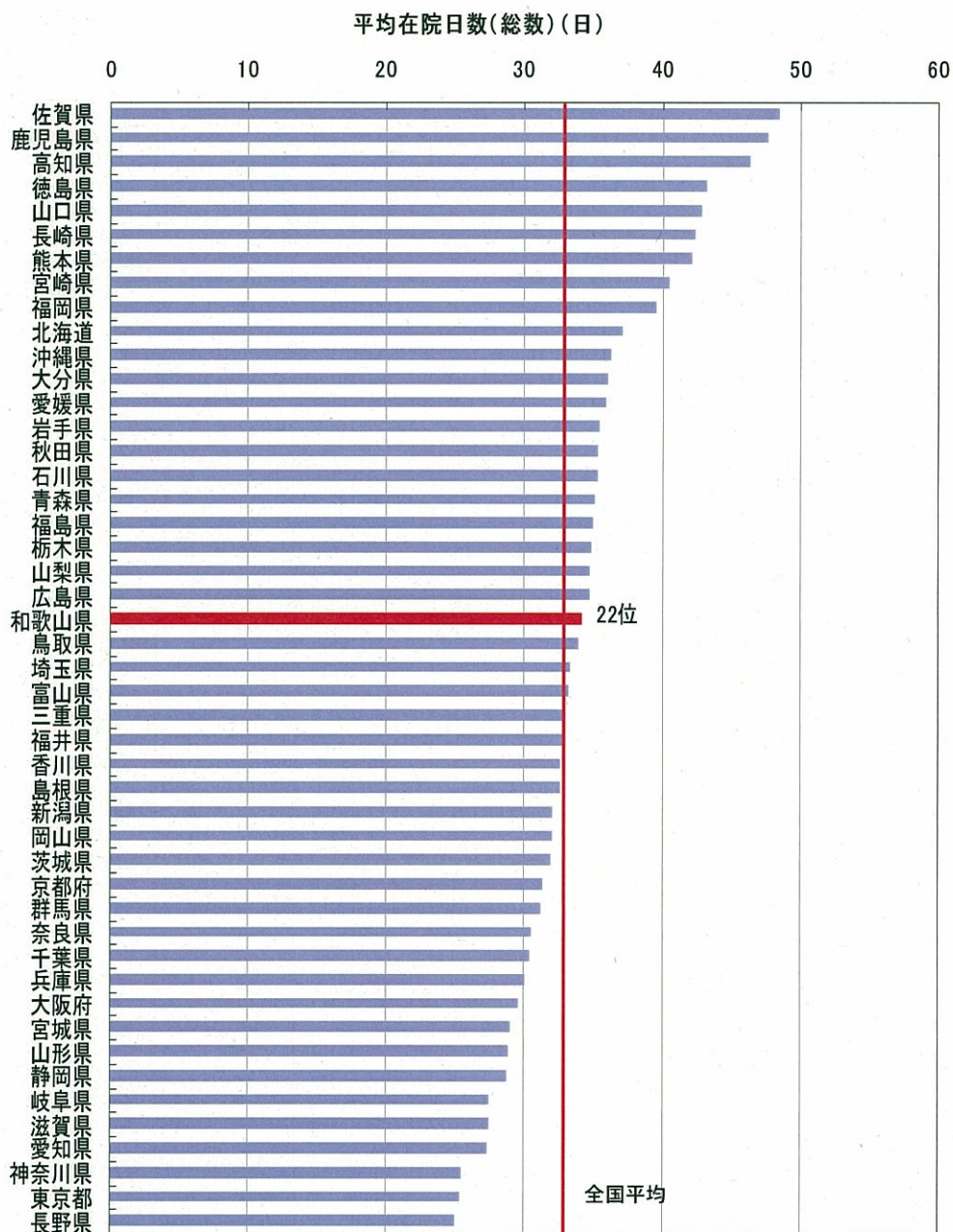


資料：『医療施設調査』（平成17年）、『老人医療事業年報』（平成17年度）

3 平均在院日数の状況

本県の平均在院日数（総数）は34.2日（介護保険適用の療養病床を除く）でした（図表20）。赤線で示した全国の平均在院日数（32.2日）と比較すると、全国平均を上回る22位でした。

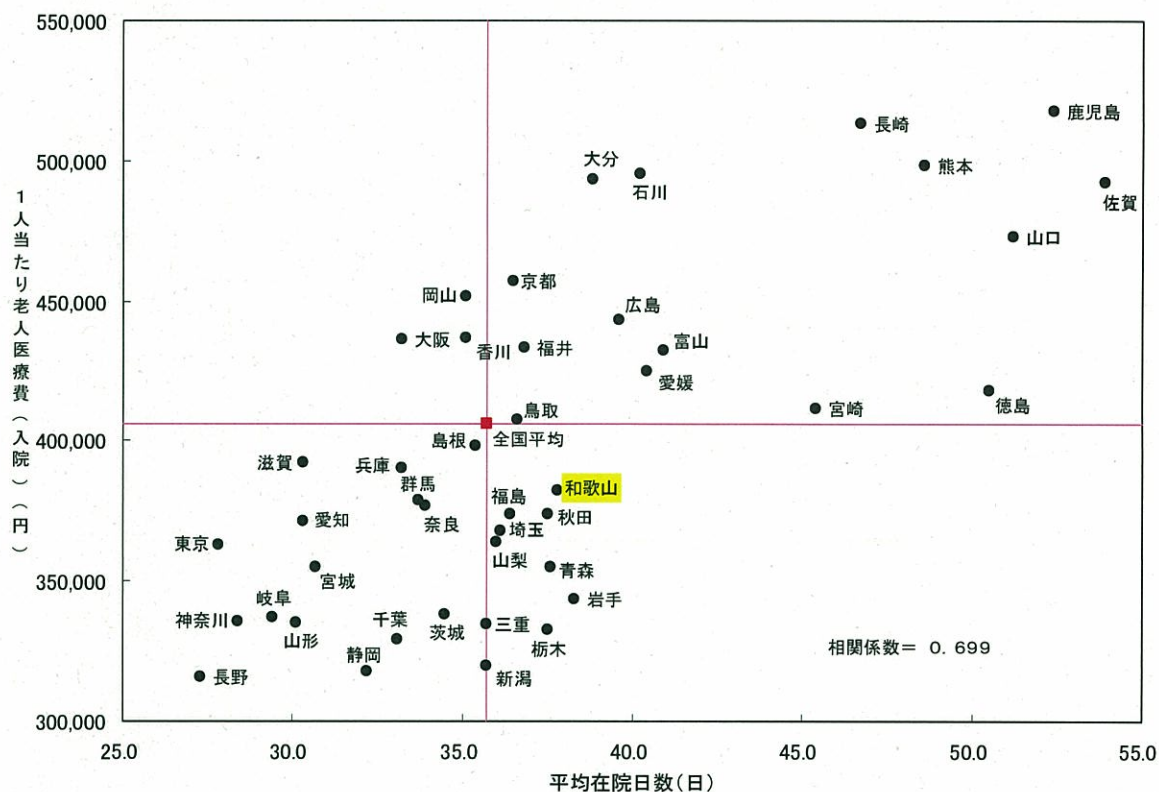
図表 20：平均在院日数（総数）の全国比較



資料：『病院報告』（平成18年）

平均在院日数と一人当たり老人医療費（入院）との関係について、横軸に平均在院日数、縦軸に一人当たり老人医療費（入院）を置いて、全国をプロットしてみると、平均在院日数が長い地域では高い傾向にあり、正の相関性があります（図表 21）。図表 21 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は、全国平均の右下に位置し、全国平均に比べ平均在院日数が長く、一人当たり老人医療費（入院）が低くなっています。

図表 21：平均在院日数と一人当たり老人医療費（入院）の全国比較



注 平成 17 年の平均在院日数は介護保険適用の療養病床を含む。
資料：『病院報告』（平成 17 年）、『老人医療事業年報』（平成 17 年度）

全国の平均在院日数は減少しており、本県でも、概ね減少傾向にあります（図表 22）。平成 18 年の都道府県順位で見ると、在院日数の長い方から数えて 22 番目となっています。本県と最短県である長野県との差は、平成 14 年に 13.8 日であったものが、平成 18 年に 9.3 日まで短縮してきています。

図表 22：平均在院日数の年度推移

(日)

年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
全国平均	37.5	36.4	36.3	35.7	34.7 (32.2)
和歌山県	40.7(16位)	38.7(17位)	39.0(17位)	37.8(18位)	36.0(22位) (34.2)(22位)
最短県	26.9(長野)	26.8(長野)	27.1(長野)	27.3(長野)	26.7(長野) (25.0)(長野)
全国平均と 和歌山県の差	3.2	2.3	2.7	2.1	1.3 (2.0)
和歌山県と 最短県の差	13.8	11.9	11.9	10.5	9.3 (9.2)

注 () は介護保険適用の療養病床を除く日数 (※順位は日数の長い方から数えた全国順位)
資料：『病院報告』(平成14年～平成18年)

本県の平均在院日数の年度推移を病床種類別に見ると、一般病床は平均在院日数が短縮されてきていますが(図表23)、全国順位は高い順位となっています。療養病床は、平均在院日数が短くなるとともに、全国順位も低くなっています。精神病床は、平均在院日数が短縮していますが、全国順位は横ばいでした。本計画では、このうち療養病床について検討していきます。

図表 23：病床種類別の平均在院日数の年度推移

(日)

年		平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
一般 病床	全国平均	22.2	20.7	20.2	19.8	19.2
	和歌山	25.8(2位)	24.1(3位)	24.1(1位)	23.3(1位)	22.6(2位)
療養 病床	全国平均	179.1	172.3	172.6	172.8	171.4
	和歌山	191.5(16位)	173.1(22位)	174.3(19位)	151.9(30位)	152.8(30位)
精神 病床	全国平均	363.7	348.7	338.0	327.2	320.0
	和歌山	470.2(4位)	457.2(4位)	460.8(3位)	458.7(3位)	397.1(5位)
感染症 病床	全国平均	8.7	8.7	10.5	9.8	9.2
	和歌山	-	3.5	5.9	2.0	-
結核 病床	全国平均	88.0	82.2	78.1	71.9	70.5
	和歌山	145.4	130.2	113.1	105.1	113.7

注 療養病床は介護保険適用の療養病床を含む。(※順位は日数の長い方から数えた全国順位)
資料：『病院報告』(平成14年～平成18年)

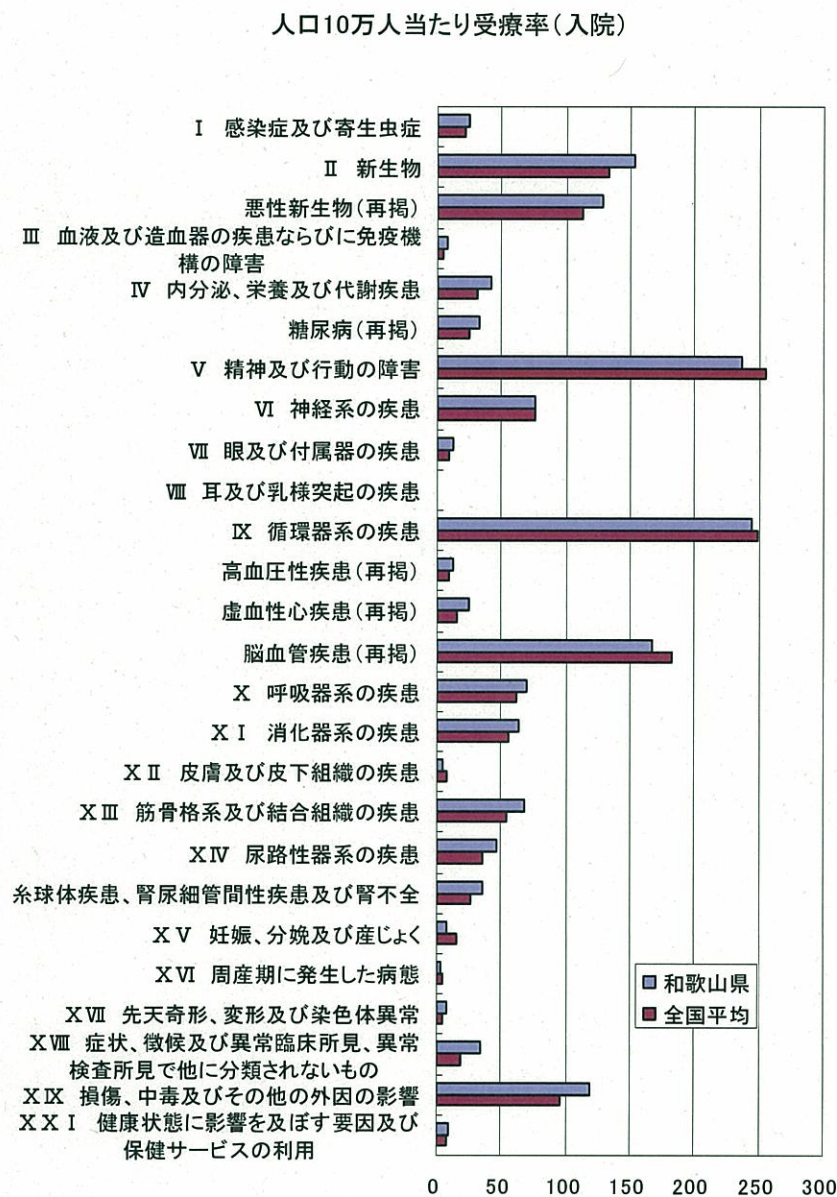
4 生活習慣病に分類される疾患の状況

1) 受療動向

生活習慣病に分類される主な疾病ごとの全国的な受療率（平成 17 年患者調査）をみると、循環器系疾患は入院受療率が 10 万人当たり 249、外来受療率が 10 万人当たり 743、脳血管疾患は入院受療率が同 183、外来受療率が同 96、悪性新生物は入院受療率が同 113、外来受療率が同 110、糖尿病は入院受療率が同 24、外来受療率が同 158 となっています。

本県における疾病分類別の入院受療率をみると、循環器系疾患が 10 万人当たり 245、精神及び行動の障害が同 236、悪性新生物が同 129 の順に高くなっています（図表 24）。それぞれの疾病の入院受療率について全国平均と比較すると、精神及び行動の障害、脳血管疾患は低く悪性新生物、虚血性心疾患は高い受療率となっています。

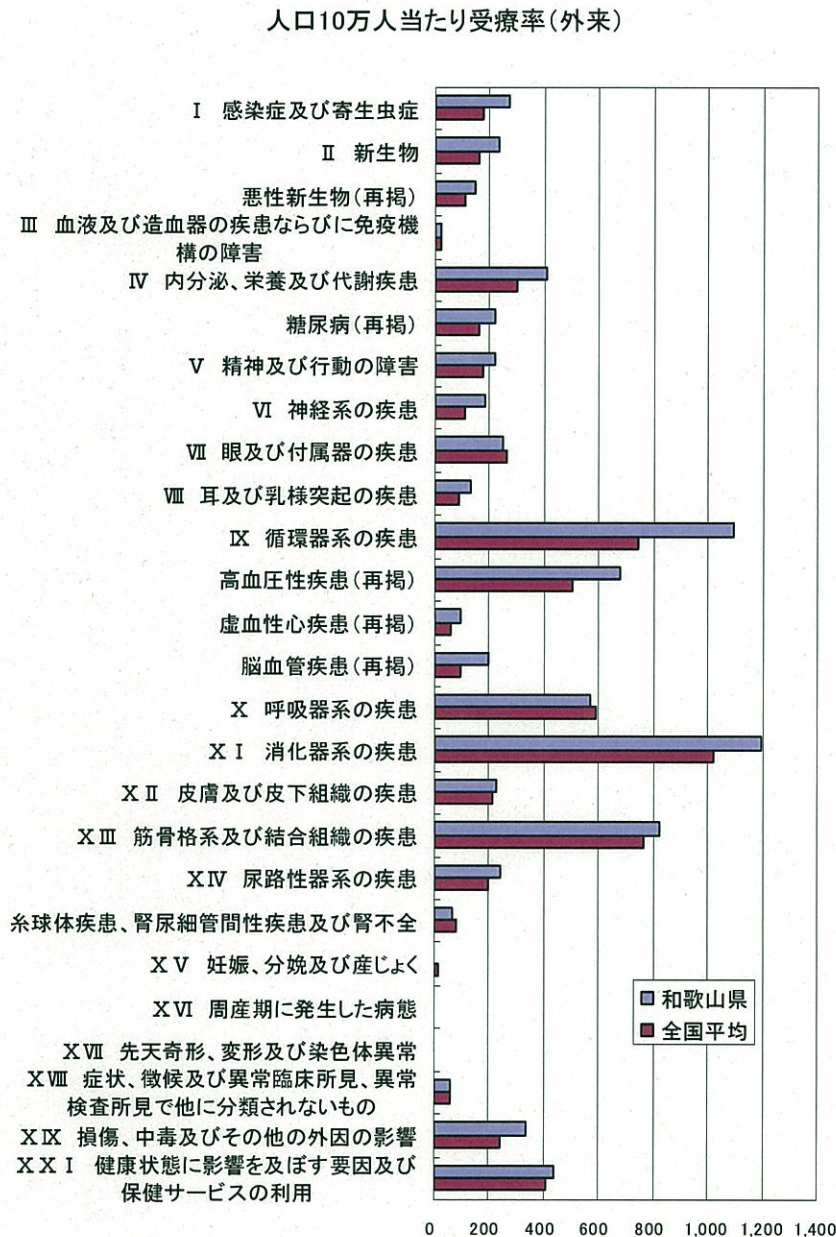
図表 24：人口 10 万人当たりの疾病分類別入院受療率



資料：『患者調査』（平成 17 年）

本県における疾病分類別の外来受療率をみると、消化器系疾患が 10 万人当たり 1,197、循環器系疾患が同 1,095、筋骨格系及び結合組織の疾患が同 821、内分泌、栄養及び代謝疾患が同 407 の順に高くなっています（図表 25）。それぞれの疾病の外来受療率について全国平均と比較すると、消化器系疾患、循環器系疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患とも高い受療率となっています。

図表 25：人口 10 万人当たりの疾病分類別外来受療率

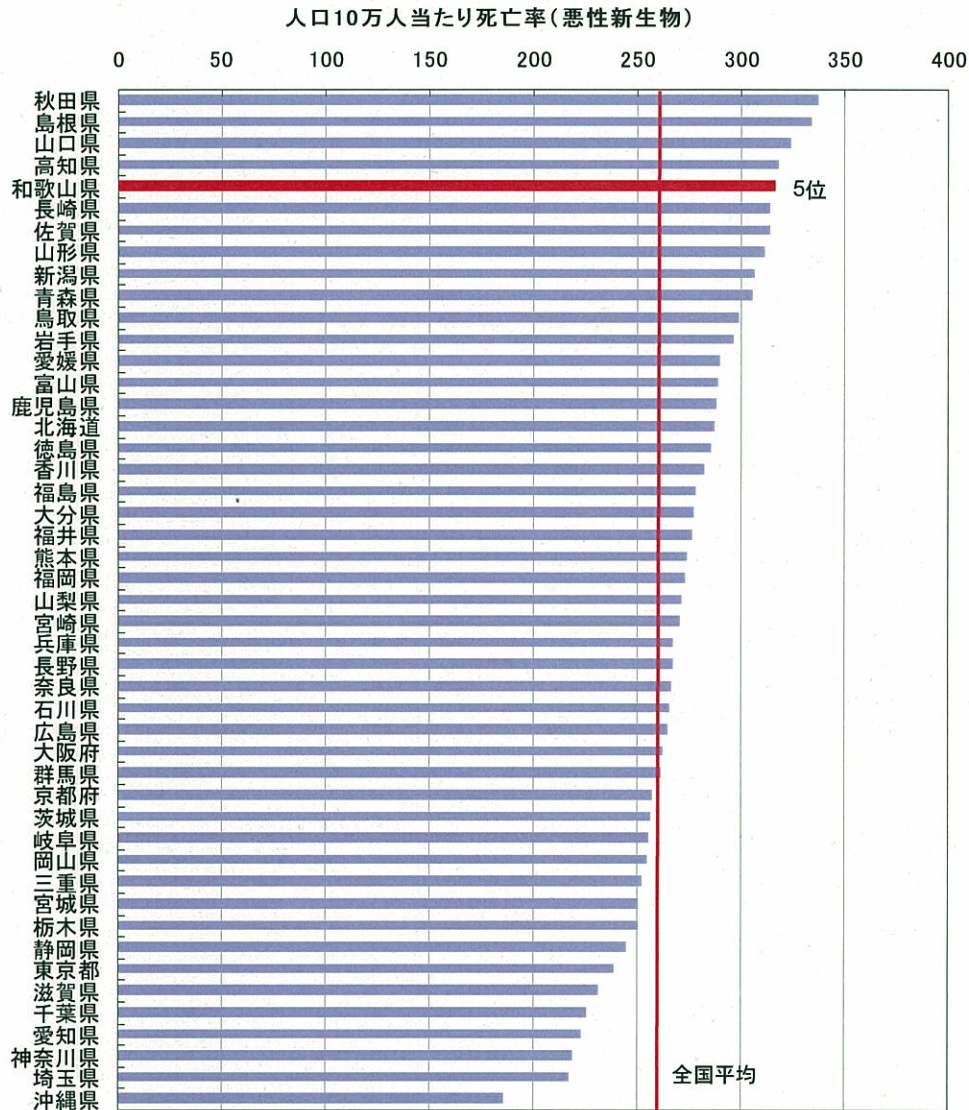


資料：『患者調査』（平成 17 年）

2) 死亡率

全国の死因別死亡率（平成 17 年人口動態統計）では、1 位が悪性新生物（32.6%）、2 位が心疾患（17.3%）、3 位が脳血管疾患（13.3%）となっています。人口 10 万人当たりの死亡率を比較すると、本県の悪性新生物（がん）での死亡率は 316.6（平成 17 年）でした（図表 26）。赤線で示した全国平均（258.3）と比較すると、全国平均を上回る 5 位となっています。

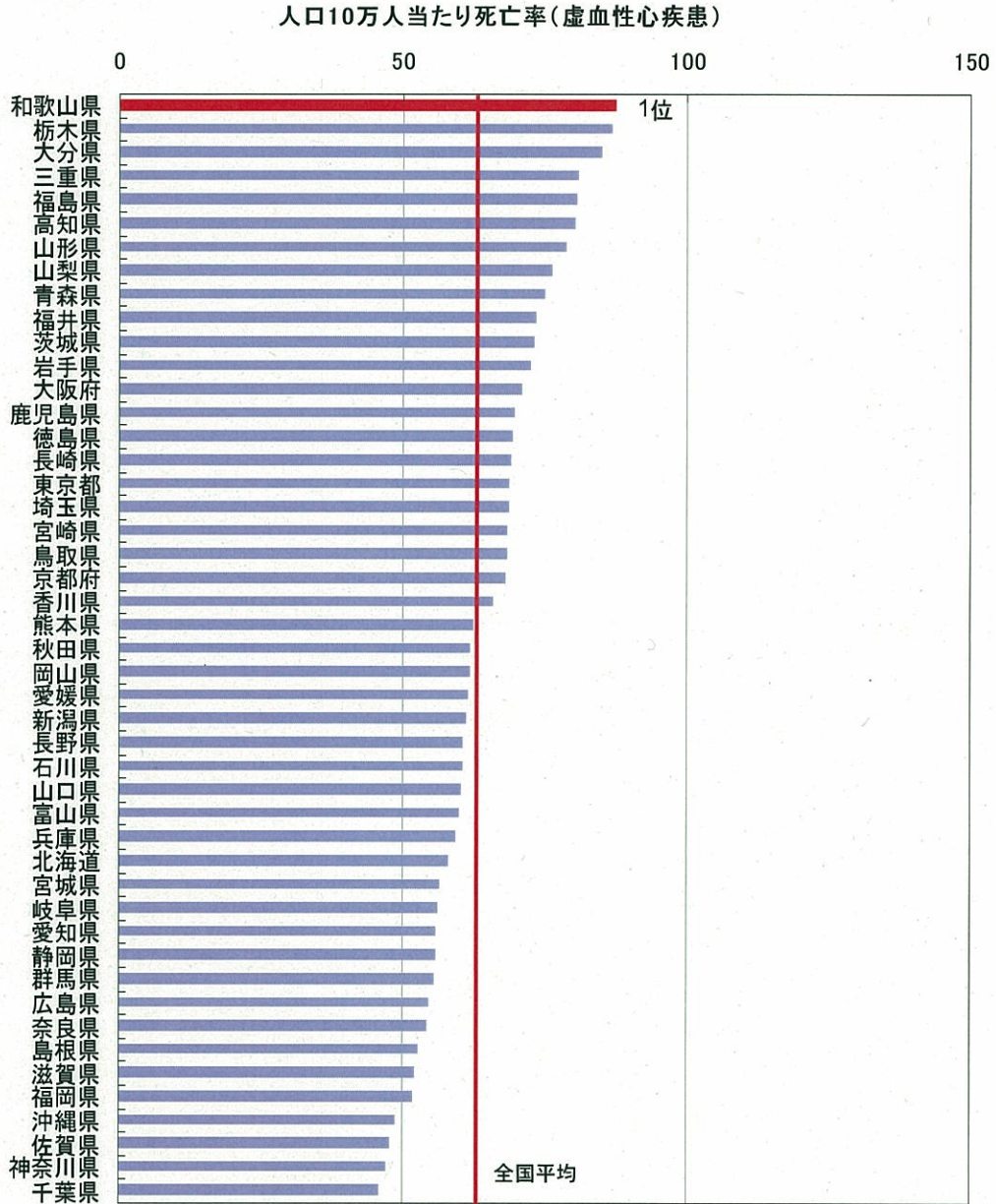
図表 26：人口 10 万人当たりの悪性新生物（がん）の死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成 17 年）

本県の虚血性心疾患での死亡率は87.6（平成17年）でした（図表27）。赤線で示した全国平均（62.8）と比較すると、全国平均を上回る1位でした。

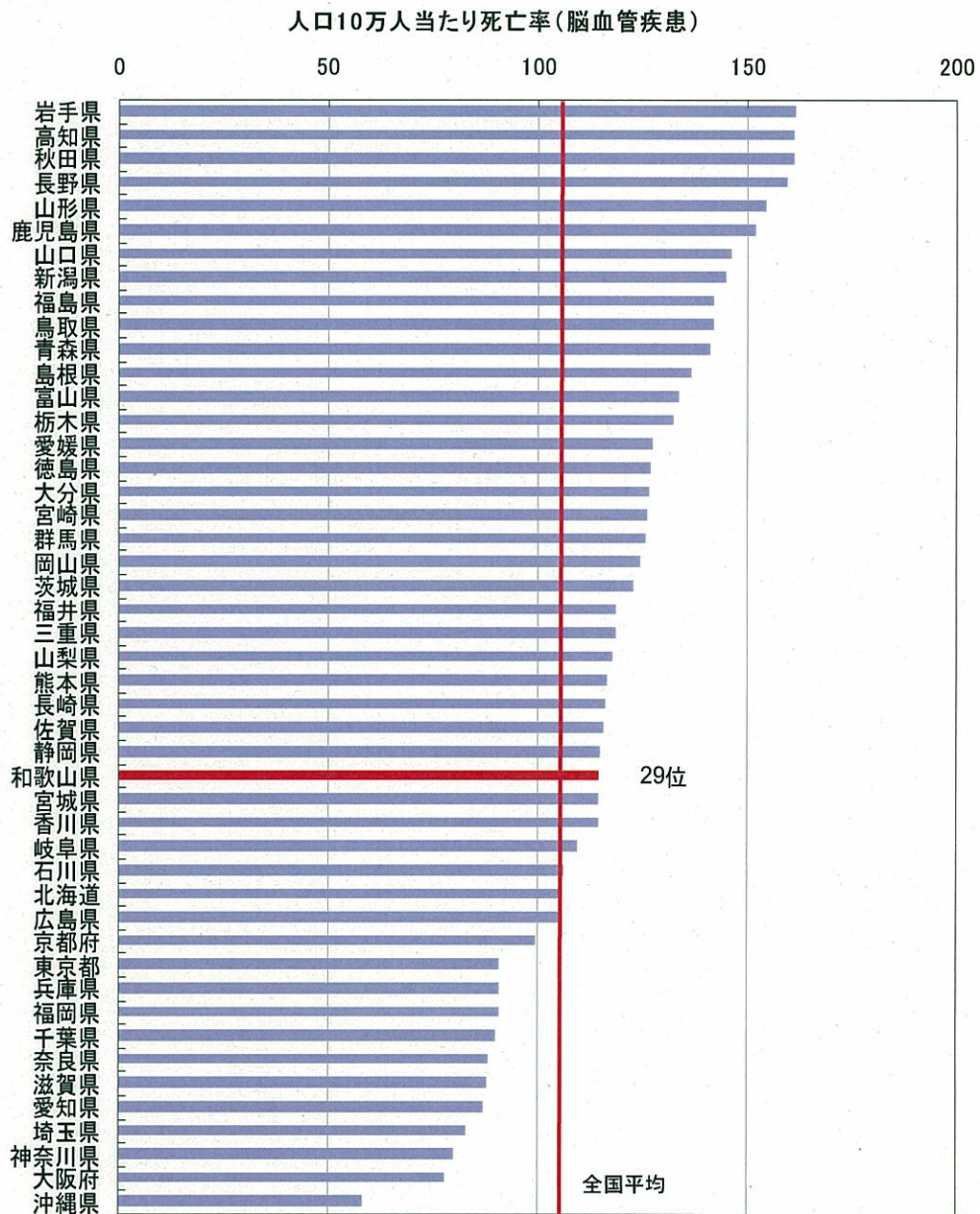
図表 27：人口10万人当たりの虚血性心疾患での死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成17年）

本県の脳血管疾患での死亡率は114.7（平成17年）でした（図表28）。赤線で示した全国平均（105.3）と比較すると、全国平均を上回る29位となっています。

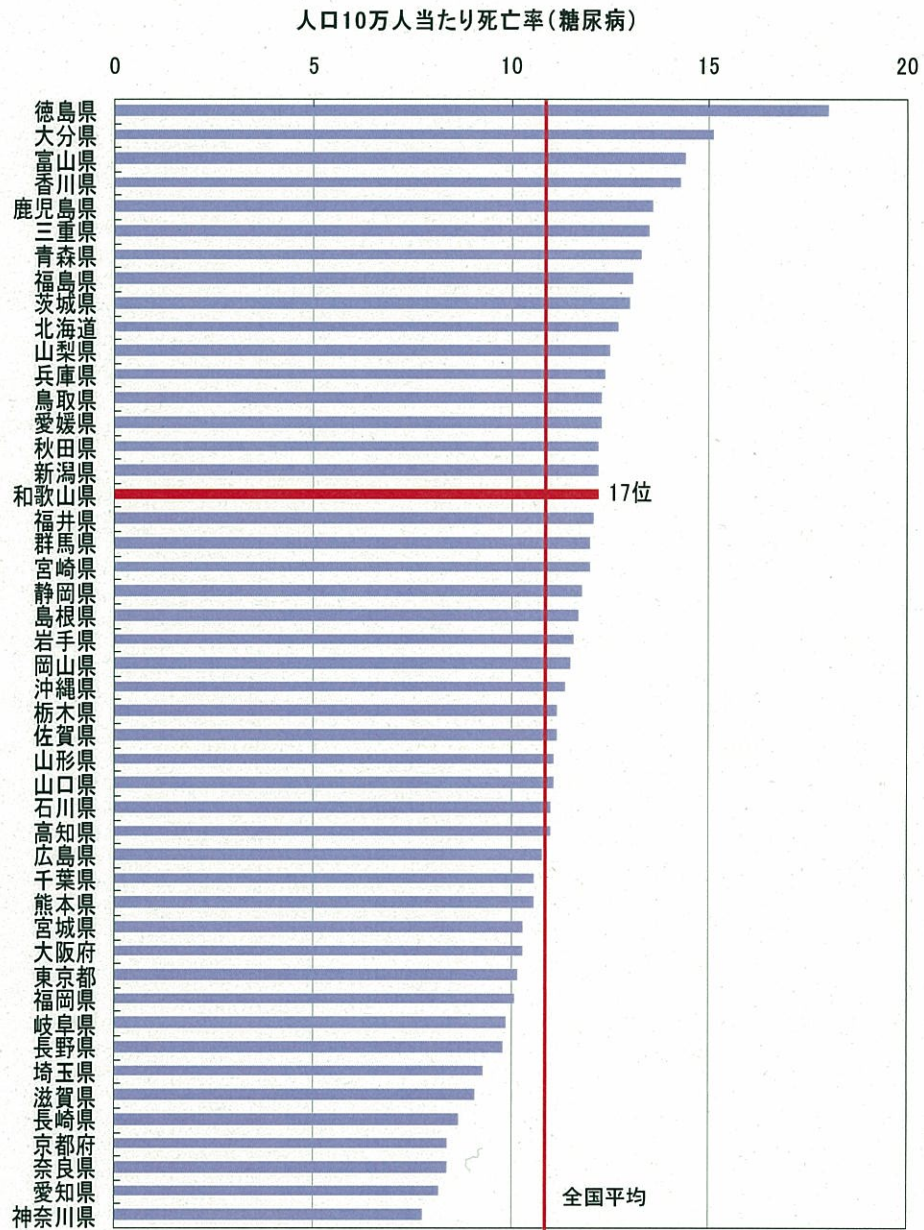
図表28：人口10万人当たりの脳血管疾患での死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成17年）

本県の糖尿病での死亡率は12.2（平成17年）でした（図表29）。赤線で示した全国平均（10.8）と比較すると、全国平均を上回る17位となっています。

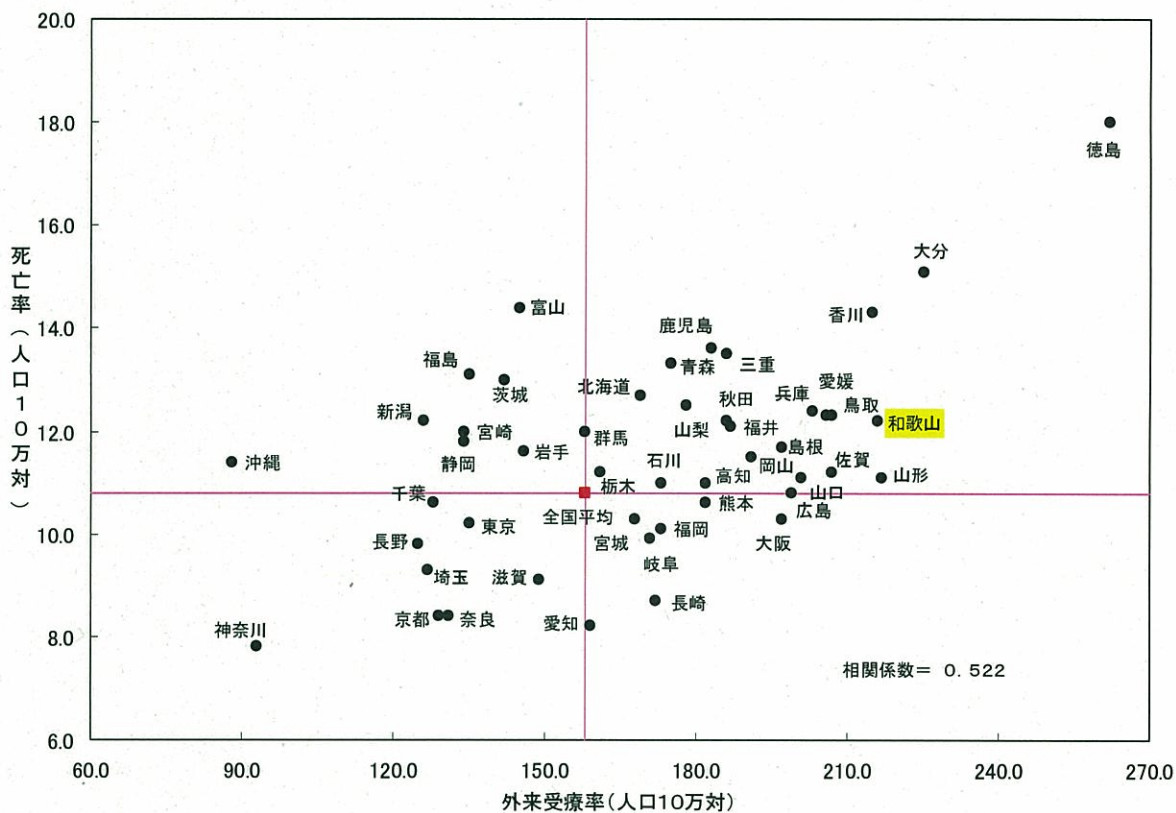
図表 29：人口10万人当たりの糖尿病での死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成17年）

本県の糖尿病の外来受療率と死亡率の関係について、横軸に外来受療率、縦軸に死亡率を置いて、全国をプロットしてみると、外来受療率が高い地域では死亡率が高い傾向にあります（図表 30）。図表 30 は全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は全国平均の右上に位置し、外来受療率は全国平均に比べ高く、死亡率も全国平均に比べ高くなっています。

図表 30：糖尿病の外来受療率と死亡率の全国比較



資料：『患者調査』（平成 17 年）、『人口動態統計』（平成 17 年）

5 生活習慣病の予防の状況

1) 基本健康診査の受診率の状況

生活習慣病予防の基本となる基本健康診査受診率を見ると、本県の過去3年間の受診率は37.6%から34.1%に下がっており、平成17年度では全国平均と比べ約10ポイント下回っています(図表31)。

図表 31：基本健康診査受診率

年度	和歌山県	全国平均
平成15年度	37.6%(36位)	44.8%
平成16年度	37.8%(34位)	44.4%
平成17年度	34.1%(37位)	43.8%

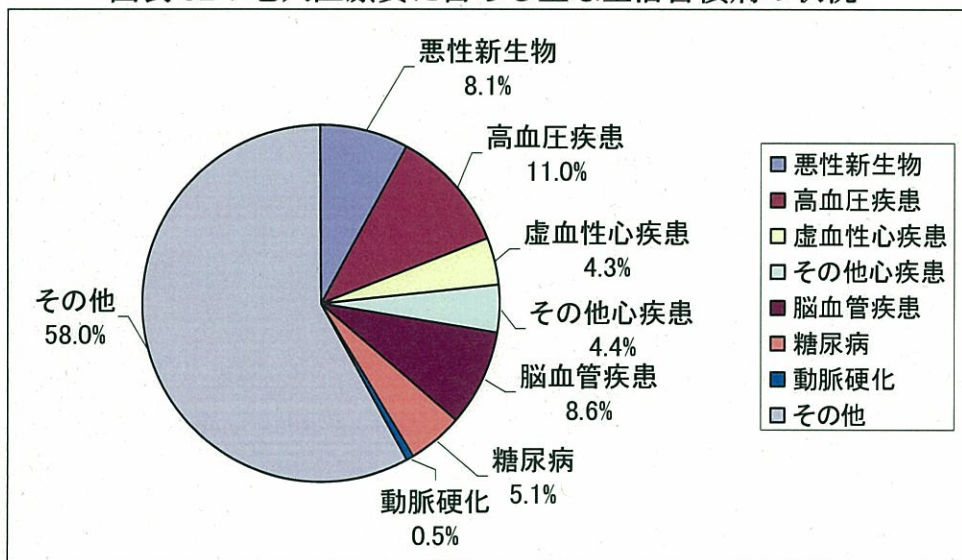
和歌山県『老人保健事業各種検診実施状況調査』

(※順位は受診率の高い方から数えた全国順位)

2) 老人医療費に占める主な生活習慣病の状況

本県の老人医療費に占める主な生活習慣病の状況は、全体の4割を占めています(図表32)。

図表 32：老人医療費に占める主な生活習慣病の状況



資料：和歌山県国民健康保険団体連合会『老人保健病類別疾病分類統計表』

(平成18年11月診療分)

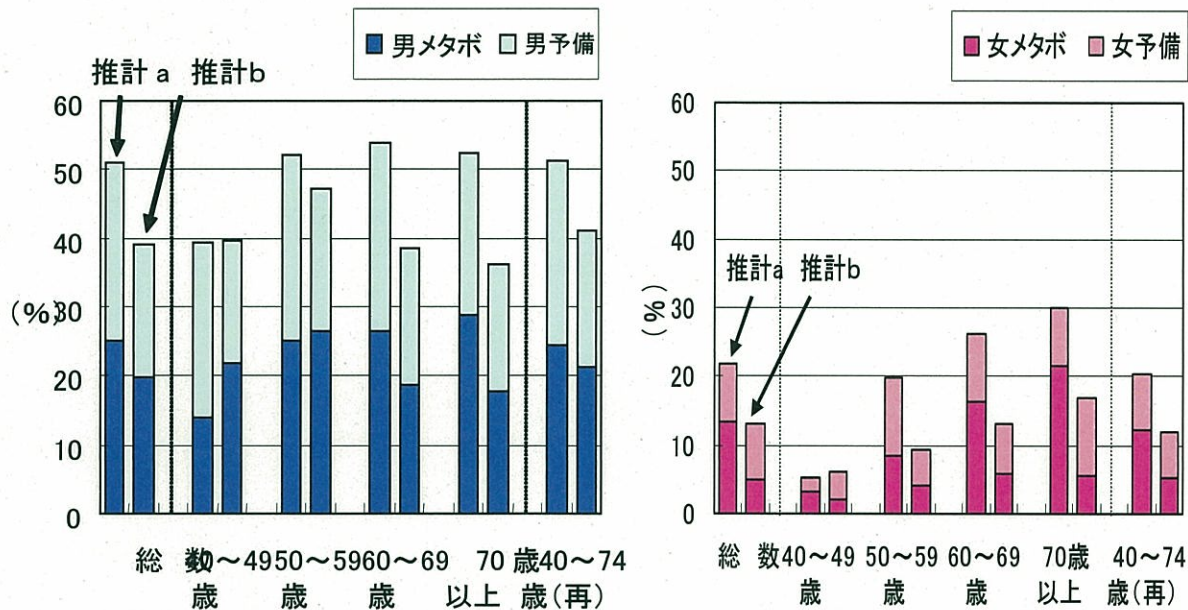
3) メタボリックシンドロームの状況

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ことから、生活習慣病の予防が医療費の過大な伸びの抑制に向けた大きなポイントになります。生活習慣病は、主として不健康な生活習慣(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します。

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)は、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常症を含んでいるため、メタボリックシンドロームの対策は、多くの生活習慣病対策につながると考えられています。そこで、県計画では、メタボリックシンドロームを中心とした生活習慣病の予防を政策目標としています。

図表 33 は、平成 18 年国民健康・栄養調査の各年代別のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合と、平成 18 年度に腹囲を測定していた海南市と紀美野町の基本健康診査結果から、附表 2 に示す診断基準を用いてメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を求めたものです。メタボリックシンドローム該当者及び予備群を合わせた割合は、国民健康・栄養調査からの推計値では、男性では 50 歳代で 52%、60 歳代で 54%、女性では 60 歳代で 26%、70 歳代で 30%となっています。

図表 33：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況（40 歳以上）



注 推計 a は『国民健康・栄養調査』（平成 18 年）からの推計値、推計 b は『基本健康診査データ・海南市、紀美野町』（平成 18 年度）からの推計値

これらの資料に基づいて得られた、40～74 歳における本県のメタボリックシンドロームの該当者数は、平成 18 年国民健康・栄養調査からの推計値では、該当者数は約 8 万 7 千人（うち男性 5 万 7 千人、女性 3 万 1 千人）、予備群者数は約 8 万 3 千人（うち男性 6 万 3 千人、女性 2 万 1 千人）、合わせて約 17 万人（うち男性 11 万 9 千人、女性 5 万 1 千人）と推定されます（図表 34 a）。

海南市・紀美野町の基本健康診査データからの推計値を基にしてみると、該当者数は約 6 万 1 千人（うち男性 4 万 9 千人、女性 1 万 2 千人）、予備群者数は約 6 万 4 千人（うち男性 4 万 5 千人、女性 1 万 9 千人）、合わせて約 12 万 5 千人（うち男性 9 万 4 千人、女性 3 万 1 千人）と推計されます（図表 34 b）。基本健康診査データでの数値が国民健康・栄養調査での割合を下回るのは、海南市・紀美野町の基本健康診査の受診率（海南市：42.9%、紀美野町 35.1%）からみて、健康に対する関心の高い人の受診する割合が多いためと言えます。

このことから、本県のメタボリックシンドロームの該当者数及び予備群は最低でも約 12 万 5 千人は存在するものと考えられます。今回の県計画における本県の推計値としては、平成 18 年国民健康・栄養調査の各年代別のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を本県の年齢構成割合に当てはめた推計値を用いることにしました。

図表 34：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の推計値（40歳以上）

a) 平成18年国民健康・栄養調査データによる推計人口

男性	人口(人)	該当者率(%)	該当者数	予備群率(%)	予備群数	合計
40～49歳	60,293	13.9	8,381	25.5	15,375	23,756
50～59歳	78,188	25.1	19,625	27.1	21,189	40,814
60～69歳	64,603	26.5	17,120	27.5	17,766	34,886
70歳以上	75,211	28.7	21,586	23.6	17,750	39,336
40～74歳 (再掲)	231,959	24.4	56,598	27.0	62,629	119,227
女性	人口(人)	該当者率(%)	該当者数	予備群率(%)	予備群数	合計
40～49歳	64,770	3.1	2,008	2.2	1,425	3,433
50～59歳	81,035	8.4	6,807	11.3	9,157	15,964
60～69歳	71,816	16.4	11,778	9.7	6,966	18,744
70歳以上	116,246	21.5	24,993	8.5	9,881	34,874
40～74歳 (再掲)	253,350	12.1	30,655	8.2	20,775	51,430
40～74歳 合計	485,309	18.0	87,253	17.2	83,404	170,657

b) 平成18年度基本健康診査データ・海南市、紀美野町による推計人口

男性	人口(人)	該当者率(%)	該当者数	予備群率(%)	予備群数	合計
40～49歳	60,293	21.7	13,084	17.8	10,732	23,816
50～59歳	78,188	26.4	20,642	20.8	16,263	36,905
60～69歳	64,603	18.7	12,081	19.7	12,727	24,808
70歳以上	75,211	17.8	13,388	18.4	13,839	27,227
40～74歳 (再掲)	231,959	21.3	49,407	19.2	44,536	93,943
女性	人口(人)	該当者率(%)	該当者数	予備群率(%)	予備群数	合計
40～49歳	64,770	2.2	1,425	4.0	2,591	4,016
50～59歳	81,035	4.1	3,322	5.1	4,133	7,455
60～69歳	71,816	5.8	4,165	7.3	5,243	9,408
70歳以上	116,246	5.5	6,394	11.5	13,368	19,762
40～74歳 (再掲)	253,350	4.6	11,654	7.5	19,001	30,655
40～74歳 合計	485,309	12.6	61,061	13.1	63,537	124,598

注 年齢構成割合は『和歌山県住民基本台帳年報』（平成19年3月31日現在）による

第2節 本県の課題

前節の図表5(7頁)でも示したように、本県の高齢者人口は増加し、急激な高齢化の進展が予想されます。図表6(7頁)の本県の一人当たりの老人医療費は、現在のところ全国平均を下回っていますが、図表9と図表10(10・11頁)の老人医療費の一件当たり日数は入院・入院外とも全国平均を上回っています。また、図表26～29(24～27頁)の人口10万人当たりの主な生活習慣病(がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病)の死亡率も全国平均を上回っています。これらのことから、今後、本県の老人医療費は高い伸びを示すことが予想され、大きな課題になると考えられます。

この課題をさらに見ますと、大きく以下の2つがあり、これに対する施策が必要です。

- 1) 特定健康診査の実施率を向上し、生活習慣病を予防あるいは重症化することを防ぐことが課題です。県計画では、特にメタボリックシンドロームに着目し、早期の段階でその該当者・予備群を把握し、特定保健指導を行うことにより減少させることが必要です。
- 2) 療養病床の再編成により、医療の必要性の低い方には介護施設等により適切な介護サービスを提供することで、長期入院を見直し、平均在院日数を短縮することで、医療費の過大な伸びを抑制していくことが必要です。

これに関連し、療養病床が介護施設等に円滑に転換できるようにすること、また、在宅医療・在宅ケアの早期充実も必要です。

附表1：医療区分表

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養・24時間持続点滴・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法・感染隔離室におけるケア
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患・その他神経難病（スモンを除く） ・神経難病以外の難病・脊髄損傷・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・創感染 ・リハビリテーションが必要な疾患が発生してから30日以内 ・脱水・体内出血・頻回の嘔吐・褥瘡・うっ血性潰瘍 ・せん妄の兆候・うつ状態・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア・血糖チェック・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア・創傷処置・足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

注 上記「疾患・状態」及び「医療処置」には、それぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分2又は3に該当することとなります。資料：『厚生労働省資料』より

附表2：メタボリックシンドロームの診断基準
－ 8学会策定新基準（2005年4月）－

(内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積)	
ウエスト周囲径	男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm
(内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ²)	
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症	≥ 150 mg / dl
かつ／または	
低 HDL コレステロール血症	< 40 mg / dl (男女とも)
収縮期血圧	≥ 130 mm Hg
かつ／または	
拡張期血圧	≥ 85 mm Hg
空腹時高血糖	≥ 110 mg / dl

第3章 達成すべき政策目標と医療費の将来見通し

第1節 基本理念

住民の健康の保持の推進による健康で長寿な社会の実現と、**医療の効率的な提供の推進**により、誰もが安心して医療を受けることができる医療保険制度を維持する。

国民医療費、特に老人医療費の伸びの大きな要因として、「生活習慣病患者の増加」と「平均在院日数の長さ」があります。この2つを解決する対策として、

①メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病を予防することにより、**住民の健康の保持を推進**します。

②平均在院日数を短縮するために、療養病床の中で医療の必要性の高い方には入院を継続し医療サービスを重点化し、医療の必要性の低い方には療養病床の転換により介護施設等で適切な介護サービスを受けられるよう図ります。

また、療養病床の転換を行うことにより医師・看護師等の限られた医療資源を有効かつ効率的に活用し、**医療の効率的な提供を推進**します。

以上の2つを施策の柱として実現するため、本県では、国の示す「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「基本方針」という）を基に、具体的に第2節に掲げる政策目標を設定し、達成することにより、老人医療費の伸びを中長期的にわたって過度に増大しないようするものです。

第2節 平成24年度末までに達成すべき政策目標

1 住民の健康の保持の推進に関して達成すべき目標

1) 住民の健康の保持の推進に関する数値目標の考え方

国の基本方針では、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25%以上減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成24年度に達成すべき目標を以下のように定めています。

(1) 特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

(2) 特定保健指導^{*3}の実施率

平成24年度において、当該年度の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。

*3 特定保健指導は、「特定健康診査」の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対する「医師、保健師、管理栄養士、その他厚生労働省で定める者」による保健指導をいう。

(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 24 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が、平成 20 年度と比べて 10%以上減少することとします。

減少する割合（減少率）とは、平成 20 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数注1) から平成 24 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数注2) を減じた数を、平成 20 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数で除して算出します。

注1 平成 20 年度当初の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を平成 24 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

注2 平成 24 年度当初の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 24 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

2) 本県における住民の健康の保持の推進に関する目標値

本県の過去 3 年間の基本健康診査受診率を見ると（29 頁図表 3 1 参照）、いずれの年も全国平均と比べ約 7~10 ポイント下回っており、本県の主な課題の 1 つとなっています。本県では、過去の基本健康診査の受診率とその重要性を鑑み、国の目標値を確保できるよう努めるとの観点から、住民の健康の保持の推進に関する目標値を以下のとおりとします。

(1) 特定健康診査の実施率

平成 24 年度において県内の各医療保険者による特定健康診査の実施率を、対象者（40 歳から 74 歳まで）の 70%以上とします。

(2) 特定保健指導の実施率

平成 24 年度において特定保健指導が必要と判断された対象者への指導実施率を、45%以上とします。

(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 20 年度と比較した平成 24 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 10%以上とします。

本県の住民の健康の保持の推進に関する目標値

項目	平成 24 年度の目標値
①特定健康診査の実施率	70%以上
②特定保健指導の実施率	45%以上
③メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率	10%以上 (平成 20 年度と比較して)

2 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標

1) 療養病床の病床数に関する数値目標の考え方

国の基本方針による平成 24 年度末時点での療養病床の病床数は、以下のように計算します。

①医療保険適用の療養病床数

医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という）数は、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除きます。県計画では、平成 18 年 10 月時点の数値注 3) を用います。

注 3 医療療養病床数は、『医療施設調査（平成 18 年 10 月末概数）』及び『病院報告』を基に厚生労働省が作成した数値による。

②医療療養病床から介護保険施設等に転換する見込み数

医療療養病床数から介護保険施設等に転換する見込み数は、① の医療療養病床数の入院者の医療区分（第 2 章附表 1）の割合注 4) を基に、下記の計算式により算出します。

計算式 = (医療区分 1 の入院者に対応する病床数) + (医療区分 2 の入院者に対応する病床数 × 3 割)

注 4 医療区分の割合は、厚生労働省が作成した『慢性期入院医療の包括評価に関する調査』（平成 18 年度）による。

③介護療養病床から医療療養病床に転換する見込み数

介護療養病床から医療療養病床に転換する見込み数は、平成 18 年 10 月時点の介護保険適用の療養病床（療養病床のうち、介護保険法第八条第二十六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）注 5) と、平成 18 年 10 月実施の療養病床転換意向等アンケート調査結果における介護療養病床の入院者の医療区分の割合を基に、以下の計算式により算出します。

計算式 = (医療区分 3 の入院者に対応する病床数) + (医療区分 2 の入院者に対応する病床数 × 7 割)

注 5 介護療養病床数は、『医療施設調査（平成 18 年 10 月末概数）』及び『病院報告』を基に厚生労働省が作成した数値による。

④平成 24 年度末時点での療養病床数

平成 24 年度末時点での療養病床数は、①～③の計算結果から以下の計算式により算出します。

平成 24 年度末の療養病床の病床数 = ① - ② + ③

⑤地域の実情の加味

都道府県は、④の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率は、必要とする療養病床数が増える要因として、救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等は、療養病床が減少する要因として、総合的に勘案します注6)。

注6 厚生労働省『医療費適正化に関する施策についての基本的な方針』に関連して留意すべき事項

2) 平成 24 年度末における療養病床数の目標値

本県の療養病床等の現状は、図表 17 のようになっています。本県では、国の基本方針や平成 18 年 10 月実施の療養病床転換意向等アンケート結果を基に、さらに 75 歳以上の後期高齢者の人口の伸び率を地域の実情として加味し、平成 24 年度末における療養病床の目標値を以下のように算出します。

図表 17 (再掲)：本県の療養病床数 (平成 18 年 10 月)

療 養 病 床	病床数(床)
医 療 療 養 病 床	2,235 (2,026)
介 護 療 養 病 床	867
合 計	3,102 (2,893)

() は回復期リハビリテーション病床の数を除く

①本県における平成 18 年 10 月現在の医療療養病床数

医療療養病床数 (図表 17) = 2,026 床

②本県における医療療養病床から介護保険施設等に転換する見込み数

①の医療療養病床数を基に、医療療養病床における医療区分の割合 (図表 18) から、医療区分 1 と医療区分 2 の 3 割の病床数を算出します。

医療区分 1 = $2,026 \times 0.238 \approx 483$ 床

医療区分 2 の 3 割 = $2,026 \times 0.606 \times 0.3 \approx 368$ 床 合計 851 床

図表 18 (再掲)：療養病床の医療区分の割合

病 床	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療療養病床	23.8%	60.6%	15.6%
介護療養病床	76.4%	18.6%	5.0%

③本県における介護療養病床から医療療養病床に転換する見込み数

介護療養病床数の 867 床（図表 17）を基に、介護療養病床の医療区分（図表 18）の割合から、医療区分 3 と医療区分 2 の 7 割の病床数を算出します。

医療区分 3 = $867 \times 0.05 \approx 44$ 床

医療区分 2 の 7 割 = $867 \times 0.186 \times 0.7 \approx 113$ 床 合計 157 床

④本県における平成 24 年度末時点での療養病床数

①～③の計算結果による療養病床数は、以下のとおりとなります。

④ = ① - ② + ③ = $2,026 - 851 + 157 = 1,332$ 床

⑤地域の実情の加味

本県では、平成 18 年から平成 24 年までの 75 歳以上の後期高齢者の人口の伸び率（図表 35）を掛けます。

$1,332 \text{ 床} \times 1.1643 \approx 1,551 \text{ 床}$

図表 35：本県の後期高齢者人口の伸び率

平成 18 年→平成 24 年の伸び率	1.1643
---------------------	--------

資料：『都道府県別将来推計人口（平成 19 年 5 月推計）』を基に
厚生労働省が推計した数値を使用。

よって、平成 24 年度末時点の療養病床の病床数の目標値は、1,551 床とします。

本県の平成 24 年度末の療養病床の目標値

本県の平成 24 年度末の療養病床の目標値 1,551 床

3) 平均在院日数に関する数値目標の考え方

国の基本方針による平成 24 年時点での平均在院日数（介護保険適用の療養病床を除く。以下同じ。）に関する目標値は、以下のように計算します。

①平均在院日数に関する目標値

各都道府県の平均在院日数として、平成 18 年の病院報告を用いて、以下のように計算します。

目標値 = {(平成 18 年の各都道府県の平均在院日数) - (平成 18 年の最短都道府県の平均在院日数)} × 1/3 の日数を短縮する。

これは、平成 18 年の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を平成 27 年度までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、(平成 18 年～24 年までの 6 年間) / (平成 18 年～27 年までの 9 年間) × 1/2 (差の半分) により 1/3 と設定されています。

4) 平成 24 年時点における平均在院日数に関する目標値

平成 18 年の和歌山県の平均在院日数は、34.2 日です(図表 22)。平成 18 年の最短の都道府県である長野県の平均在院日数は 25.0 日となっています。この値から、以下のように算出します。

①本県における平成 24 年時点の平均在院日数の目標値

短縮日数 = {(34.2 日) - (25.0 日)} × 1/3 ≒ 3.1 日
目標値 = 34.2 日 - 3.1 日 = 31.1 日

本県の平成 24 年時点における平均在院日数に関する目標値

平成 24 年時点における本県の平均在院日数を 31.1 日とします。

3 政策目標の達成によって予想される医療費の将来見通し

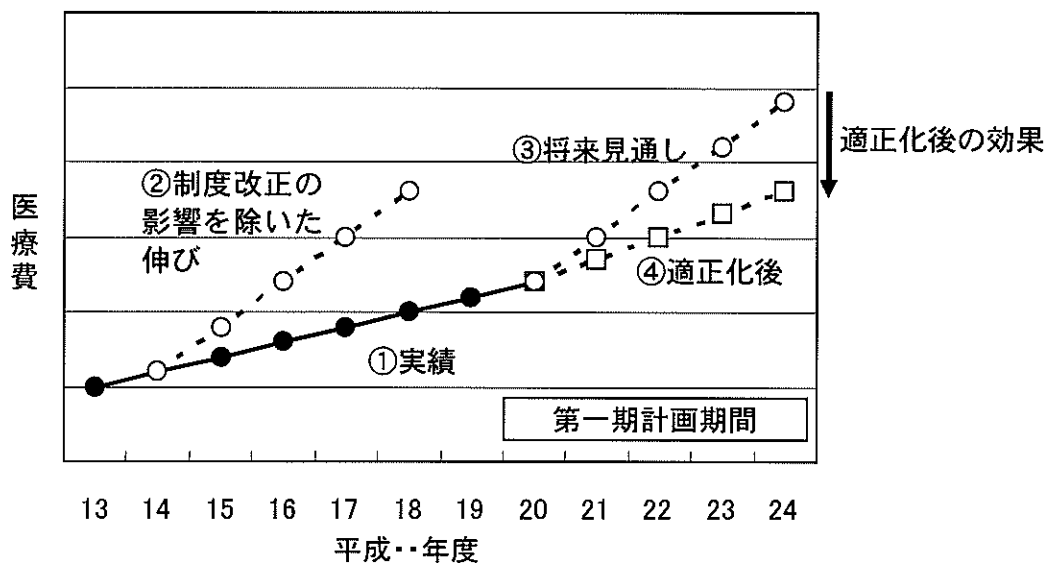
1) 医療費の将来見通し（適正化前）の算出方法

県計画では、厚生労働省の示す推計方法により医療費の将来見通しを行います。基本的には、本県の医療費の実績（図表 36①）の伸び率を用います。

伸び率の算定計算の期間は、平成 14(2002)年度から平成 18(2006)年度の 5 年間とします。但し、この 5 年間の医療費の伸び率の中には、平成 14 年度と平成 16 年度の診療報酬のマイナス改定と、平成 14 年度の患者負担の制度改正の影響が含まれているため、これらの影響を除いた医療費の伸び（図表 36②）を算出します。

平成 20 年度以降の将来見通しは、上記で算出した制度改正の影響を除いた医療費の伸び（図表 36②）が平成 20 年度以降も続くと仮定して求めます（図表 36③）。これに対して県計画を実施した後の医療費を推計しています（図表 36④）。

図表 36：医療費の将来見通しの考え方（イメージ図）



2) 医療費の将来見通し（適正化後）の算出方法

(1) 生活習慣病対策による効果

生活習慣病対策については、特定健康診査・特定保健指導の実施率を上昇させることにより、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ります。しかし、これは生活習慣病の発生率を引き下げる効果があるものの、既に生活習慣病の患者となっている数が減少するものでないことから、医療費に効果が現れてくるには一定の時間がかかると考えられます。

このため、生活習慣病対策の効果が医療費に現れてくるのは平成 25 年度以降とし、本計画期間での医療費推計には効果を見込みません。

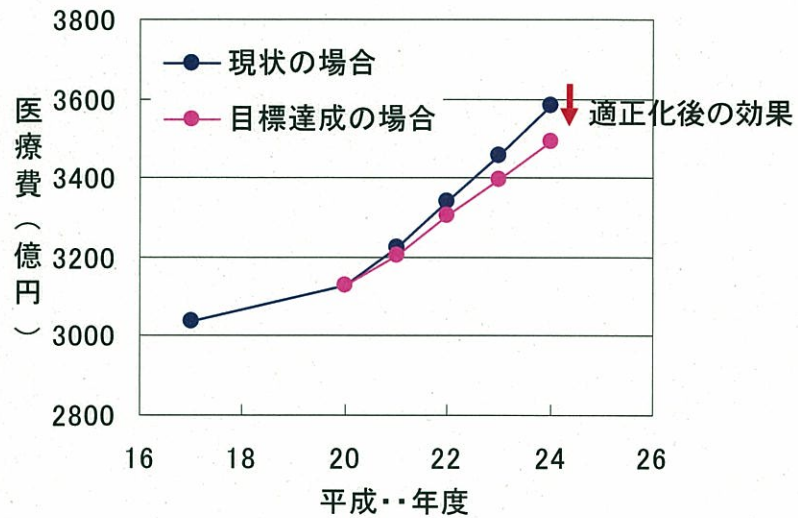
(2) 平均在院日数の短縮による効果

平成 24 年度に平均在院日数が 3.1 日短縮されることによる医療費を推計します。

3) 医療費の将来見通し

厚生労働省の示す推計方法によると、本県の医療費は平成 21 年度から効果が現れはじめ、次第に効果は大きくなります（図表 37）。県計画を実施しなかった場合は、平成 24 年度に約 3,581 億円と推計されますが、県計画の目標を達成した場合は約 3,492 億円（効果額 89 億円）と推計されます。

図表 37：本県の医療費の将来見通し



第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

第1節 目標達成に向けた施策

1 住民の健康の保持の推進

1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施

医療保険者は特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査・特定保健指導が計画的かつ効果的に実施されるようしなければなりません。

県は、医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施されるよう計画の策定を支援し、取組に対する助言等の支援を行います。また、企画立案・評価、効果的な保健指導の知識・技術、ポピュレーションアプローチ^{*4}との効果的な組合せを内容とした体系的な研修を行い、人材の育成に努めます。

県立保健所は、市町村（保健センター）と連携し、地域における生活習慣病予防活動を行います。

*4 ポピュレーションアプローチとは、疾患を発症しやすい高リスク者のみへの対処でなく、集団全体に対処することにより全体として発症のリスクを下げようとする考え方である。

2) 保険者協議会の活動への支援

保険者協議会^{*5}は、県内の主要な医療保険者等で構成されており、医療費の分析・評価、被保険者の指導等の保健事業の共同実施を行うこととされています。

県は、保険者協議会を通じて、特定健康診査・特定保健指導の保険者間の事務手続きが円滑に行われるよう、また、保険者間の情報の共有や連携した保健活動が推進されるよう、積極的に保険者協議会の活動を支援します。

*5 保険者協議会は、県内の医療保険者を構成員として、被用者保険と国民健康保険が連携・共同して保健事業を推進するため、都道府県単位に設置されている協議会をいう。

3) 医療保険者による健診データ等の活用

医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導に関する結果データを活用し、効果的な保健指導をしなければなりません。

県は、医療保険者が健診データを有効に活用し、効果的な保健指導を行うよう研修会や情報交換会を開催します。

4) 市町村等による健康増進対策への支援

医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、市町村等が行う住民に対するがん検診、健康相談、歯周疾患検診等の健康増進対策と連携することにより、生活習慣病予防の効果が発揮されます。

県は、地域の在宅保健師、在宅栄養士、健康運動指導士などのネットワーク化を推進し、また、NPO等の健康づくりを行うグループの活動を支援することにより、地域に密着した生活習慣病対策が継続的に行われるよう努めます。

5) 県民に対する啓発

生活習慣病の予防は、県民一人ひとりが日頃からの食生活や運動を意識し、健全な生活習慣を続けることが重要です。生活習慣の健康への影響を確かめる1つの方法が、健康診査やがん検診で、これらは定期的に受けることが大切です。特に要精検になっ

た場合は、精密検査を受けることが必要です。

県は、健康診査やがん検診の受診率が向上するよう、その必要性について啓発を行います。

また、歯科疾患が健康に及ぼす影響も大きいことから、定期的に歯科健診を受けることは重要であり、多くの県民の方が健診を受けるよう啓発を行います。

さらに、豊かな自然などの本県の特性を生かす中で、県民の方が正しい食生活や運動の知識を身につけ実践できるよう、食事バランスガイドや県民ウォーキングガイド等のパンフレットを活用して健康づくりの啓発に努めます。

また、喫煙は、肺がんをはじめ多くの疾病のリスクとなることから、たばこによる健康影響など、喫煙に関する情報提供及び啓発を行います。

6) 高齢者に対する社会参加の促進

健康で長寿な社会を実現していくには、高齢者比率が急速に高くなるなかで、特に高齢者が生きがいや楽しみを持って元気にいきいきと生活できることが重要です。

県は、高齢者の生きがいづくりにつながるよう生涯学習やスポーツ活動などを通じて、高齢者の社会参加が促進されるよう努めます。

2 医療の効率的な提供の推進

1) 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療機関が自主的な判断で病床を転換することにより実現するものです。病床転換により入院患者や家族の方に負担を強いることのないよう地域でのケア体制を整備し、また、患者や家族の方が不安を招かないよう情報提供や相談に応じる体制を十分に整えることが重要です。

県では、国が示す療養病床転換助成制度等の情報を医療機関に提供するため、転換に関する相談窓口を設置しています。医療機関と連携を密にし、医療機関利用者の意向状況や地域における介護ニーズの動向など情報を共有しながら、円滑な転換を支援します。

なお、平成 19 年度の和歌山県地域ケア体制整備構想では、平成 24 年度末における療養病床の目標値達成に向け、療養病床が介護保険施設等へ円滑に転換できるよう平成 23 年度末までの療養病床転換計画を定めます。

2) 医療機関の機能分化・連携

県民に対し良質で適切な医療サービスを提供するためには、地域の医療資源を把握し、医療機関の機能分化と連携を進め、急性期から維持期まで切れ目のない医療連携体制の構築を図ることが必要です。特に患者数が多く死亡率の高い、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、これらに糖尿病を加えた 4 疾病、また、地域医療の確保において重要な課題となる、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の 5 事業について、医療関係者等の協力のもと医療連携体制を構築することが求められています。

平成 20 年度からの和歌山県保健医療計画では、これら 4 疾病 5 事業について、地域の医療機関のもつ医療機能を患者や住民に明示し、医療の必要度に応じた医療機関の選択等に役立つようするとともに、医療機関や関係団体と協力し、医療連携体制の整備を推進します。

さらに、地域の医療機能の効率的な活用のために、県は、県民に対し「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」や疾病の段階（ステージ）に見合った医療

機関の受診、初期救急医療機関受診の促進等について啓発し、県民の医療連携に関する理解を深めます。

3) 適正な受診の促進等

医療受給者の中には、複数の医療機関での受診（重複受診）や頻繁に受診（頻回受診）する人も見受けられ、これが医療費の増加の要因の1つとなっています。また、重複受診は薬剤の重複投与にもつながり、健康への影響も懸念されます。医療保険者は、重複・頻回受診の是正、レセプト審査・点検の充実に取り組む必要があります。

県は、医療保険者のこれらの活動について支援します。

4) 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から自宅やケアハウスなどの在宅における療養へ円滑に移行できるには、在宅医療の充実、在宅介護サービスの充実が不可欠です。

県は、医療ニーズの高い要介護者の在宅生活を支援する体制の充実、主治医と介護支援専門員（ケアマネジャー）及び関係医療機関との連携により、医療と介護の包括的・継続的なサービスが受けられる体制の整備を進めるとともに、安心してサービスが受けられるよう質の充実に努めます。

また、県は、在宅サービスを受けようとする方が、その地域で受けられるサービスの内容や退院時の相談ができるよう相談窓口を設けます。

3 医療保険者・医療機関等との連携協力

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実現していくには、行政機関だけでなく医療保険者や医療機関など多くの関係機関が連携し、一体となった取組を継続することが不可欠です。

1) 医療保険者との連携協力

医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導の実施者であることを自覚し、生活習慣病対策に積極的に取組まなければなりません。保険者協議会や地域・職域連携推進協議会^{*6}を通じて多くの関係者と連携した体制を作り、情報交換や共同での保健活動の実施などの生活習慣病対策を継続していくことが必要です。

県は、医療保険者と連携協力し、生活習慣病対策を進めます。

*6 地域・職域連携推進協議会は、地域住民を対象として健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスを提供している地域保健と、就業者の安全と健康の確保のための方策を実践する職域保健が連携することで、より効果的及び効率的な保健事業を展開することを目的として、都道府県に設置されている協議会をいう。

2) 事業者・企業との連携協力

事業者・企業は、労働安全衛生法に基づく定期健康診査及び政府管掌健康保険が実施する生活習慣病予防健康診査により、労働者の健康を確保するとともに、医療保険者と連携し、企業の社会的責任としての健康づくりを推進することが必要です。

県は、事業者・企業と連携協力し、健康づくりを進めます。

3) 医療機関との連携協力

医療機関は、機能分担・連携や在宅医療の推進・質の充実など、地域の望ましい医療提供体制の構築に積極的に努めます。また、若年期から生涯にわたり一貫した健康

管理ができ、地域における第一線の医療機関として「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」の重要性について、地域住民に普及・啓発活動を行うことが重要です。

県は、医療機関と連携協力し、「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」の重要性について普及・啓発活動を進めます。

4) 県民との連携協力

県民は、生活習慣病の予防を自らの問題として自覚し、食生活、運動、喫煙、歯の健康などの面で、健全な生活習慣を確立することが大切です。また、高齢者は生涯学習やスポーツ活動、老人クラブへの参加など積極的に社会活動に参加し、楽しみや生きがいを持つことを通じて健康で長寿な生活を営むことが望まれます。

県は、県民が健全な生活習慣を確立し、また、高齢者が楽しみや生きがいをもって、健康で長寿な生活を営むことができるような取組を進めます。

第5章 計画の推進

第1節 計画の推進

本計画の達成状況については、定期的に点検を行い、その結果に基づき必要な対策を実施するPDCAサイクルによる管理を行います。PDCAサイクルとは、計画(Plan)し、それを実行(Do)し、その結果について評価(Check)を行い、次の行動(Action)に反映させる一連の工程をいいます。本計画では、県民の意識を把握しながら、中間評価や実績評価を行うことにより、進捗状況を把握し、施策と実績との因果関係を分析します。その結果は、県民に対し公表し、第二期の県計画に反映させます。

1 中間年度（平成22年度）の進捗状況評価

平成22年度において中間評価を行い、県計画で設定した数値目標の進捗状況を把握するとともに、進捗状況に関する中間評価を行い、その結果を県民に公表します。

2 最終年度（平成24年度）の翌年度の実績評価

平成25年度において、実績評価を行います。また、目標の達成状況や施策の実施状況を把握するとともに、施策の取組と実績との因果関係を分析し、第二期の県計画に反映させます。また、実績については、これを県民に公表するとともに、厚生労働大臣に報告します。

第2節 計画の周知

県計画を策定し又はこれを変更した場合は、遅滞なくこれを厚生労働大臣に提出するとともに、県民に公表します。

県計画は、計画案の策定段階で県民の意見を反映させるため公表し、パブリックコメントを求めることで周知を図ります。

また、県計画の策定後や変更した場合は、県のホームページや広報紙への掲載、関係機関に計画の概要版を配布することにより県民への周知を図ります。

第3節 計画の推進体制

県計画の推進には、医療保険者、市町村、医療機関や医療関係団体、介護サービス事業者や介護関係団体など多くの関係者と連携しながら継続した活動を推進していくことが不可欠です。そのため、県は、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会を活用し、全県下規模で、あるいは地域単位で計画を推進できる体制づくりに努めます。

また、庁内では、福祉保健部長を本部長に、県計画を所管する健康づくり推進課をはじめ、医務課、長寿社会推進課など関係課室で組織する推進本部を設置し、関連する他の計画と整合のとれた推進に努めます。

委員名簿

和歌山県地域保健医療協議会委員

平成20年3月31日現在

委員名	役職名等
◎ 柏 井 洋 臣	和歌山県医師会会長
青 木 敏	和歌山県医師会副会長
寺 下 浩 彰	和歌山県医師会副会長
田 村 公 之	和歌山県医師会理事
半 羽 健 二	和歌山県医師会理事
山 口 節 生	和歌山県医師会理事
○ 成 川 守 彦	和歌山県病院協会会長
森 脇 宏	和歌山県病院協会副会長
山 本 好 信	和歌山県病院協会副会長
橋 本 忠 美	和歌山県病院協会副会長
小 西 裕	和歌山県病院協会副会長
中 谷 讓 二	和歌山県歯科医師会会長
岩 本 研	和歌山県薬剤師会会長
谷 眞 子	和歌山県看護協会会長
南 條 輝志男	和歌山県立医科大学長
永 井 尚 子	和歌山市保健所長
井 畑 文 男	和歌山県福祉保健部長
野 尻 孝 子	和歌山県保健所長会長(御坊保健所長)

◎:会長 ○:副会長

和歌山県地域保健医療協議会 医療費適正化計画専門委員会委員

平成20年3月31日現在

委員名	役職名等
◎山口 節生	和歌山県医師会理事
成川 守彦	和歌山県病院協会会長
辻村 忠彦	和歌山県歯科医師会副会長
岩本 研	和歌山県薬剤師会長
谷 眞子	和歌山県看護協会会長
森岡 郁晴	和歌山県立医科大学保健看護学部教授
山本 牧	和歌山市市民環境局市民生活部長
栗本 仁司	和歌山社会保険事務局保険課長
狭間 歌子	和歌山県女性会議会長
中村 榮一	和歌山県老人クラブ連合会長
田中 郁代	和歌山県市町村保健師協議会長
野尻 孝子	和歌山県保健所長会長(御坊保健所長)
高本 和彦	和歌山県福祉保健部健康局長

◎:委員長

和歌山県地域保健医療協議会 医療費適正化計画作業部会委員

平成20年3月31日現在

委員名	役職名等
◎田村 公之	和歌山県医師会理事
山本 好信	和歌山県病院協会副会長
辻村 忠彦	和歌山県歯科医師会副会長
高岸 壽美	和歌山県看護協会第二副会長
森岡 郁晴	和歌山県立医科大学保健看護学部教授
宮原 秀明	和歌山市市民環境局市民生活部国民健康保険課副課長
栗生 和幸	和歌山県国民健康保険団体連合会事業課保健事業係長
田中 郁代	和歌山県市町村保健師協議会長
森岡 聖次	和歌山県保健所長会(湯浅保健所長)

◎:部会長

和歌山県医療費適正化計画

(平成20年3月)

和歌山県福祉保健部健康局 健康づくり推進課

〒640-8585 和歌山市小松原通一丁目1番地

TEL 073-441-2656

FAX 073-441-2545

E-mail e0412001@pref.wakayama.lg.jp