

# 富山県医療費適正化計画

平成 20 年 3 月  
富 山 県

# 目 次

## 第1章 計画の趣旨

1 計画の導入の背景 .....	1
2 計画の概要 .....	1
(1) 計画の期間 .....	1
(2) 計画に掲げる事項 .....	1
(3) 他の計画との関係 .....	1

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状 .....	2
(1) 医療費の動向 .....	2
1) 国民医療費 .....	2
2) 老人医療費 .....	4
(2) 平均在院日数の状況 .....	7
(3) 療養病床の状況 .....	11
(4) 在宅医療の状況 .....	14
1) 在宅療養支援診療所及び訪問看護指定事業者の状況 .....	14
2) 在宅医療サービスの実施状況 .....	15
3) 在宅等における死亡状況 .....	16
(5) 救急医療の状況 .....	16
(6) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況 .....	18
1) 本県における疾患の状況(国民健康保険ベース) .....	18
2) 受療率 .....	20
3) 死亡率 .....	21
4) 本県のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況 .....	22
2 課題 .....	24
(1) 平均在院日数の短縮 .....	24
(2) 生活習慣病対策 .....	24

## 第3章 目標と取り組み

1 基本理念 .....	25
(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 .....	25
(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること .....	25
2 医療費適正化に向けた目標 .....	26
(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標 .....	26
1) 特定健康診査の実施率 .....	26
2) 特定保健指導の実施率 .....	27
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 .....	27

( 2 ) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標 .....	28
1 ) 療養病床の病床数 .....	28
2 ) 平均在院日数 .....	30
( 3 ) 計画期間における医療に要する費用の見通し .....	31
1 ) 医療費適正化前の医療費 .....	31
2 ) 医療費適正化後(目標達成後)の医療費 .....	32
3 目標を達成するために県が取り組むべき施策 .....	33
( 1 ) 県民の健康の保持の推進に関する施策 .....	33
1 ) 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進 .....	33
2 ) 富山県保険者協議会の活動への支援 .....	33
3 ) 医療保険者における健診結果データ等の活用の推進 .....	33
4 ) 一般的な健康増進対策(ポピュレーションアプローチ)の推進 .....	34
( 2 ) 医療の効率的な提供の推進に関する施策 .....	34
1 ) 療養病床の再編成 .....	34
ア 計画的な転換の推進 .....	35
イ 相談窓口の設置 .....	35
ウ 転換支援 .....	35
2 ) 医療機関の機能分化・連携 .....	36
3 ) 在宅医療・地域ケアの推進 .....	37
ア 在宅医療・介護サービスの充実 .....	37
イ 住まい、見守りの充実 .....	38
ウ 介護を担う人材の養成確保 .....	38
( 3 ) その他医療費適正化の推進のために県が必要と認める施策 .....	39
1 ) 医療保険者等による保健事業の実施への支援 .....	39
2 ) ジェネリック医薬品の利用促進 .....	39

## 第4章 計画の推進

1 計画の推進体制 .....	40
( 1 ) 関係者の意見の反映 .....	40
( 2 ) 市町村との連携 .....	40
( 3 ) 医療保険者・医療機関その他の関係者の連携及び協力 .....	40
1 ) 医療保険者 .....	40
2 ) 後期高齢者医療広域連合 .....	41
3 ) 健診・保健指導実施機関 .....	41
4 ) 医療機関、介護サービス事業者 .....	41
2 計画の達成状況の評価 .....	42
( 1 ) 進捗状況の評価 .....	42
( 2 ) 実績評価 .....	42

参考資料 .....	44
------------	----

# 第1章 計画の趣旨

## 1 計画の導入の背景

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、また今後、一層の高齢化の進展が見込まれることから、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながらも、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの抑制を図っていく必要があります。

こうしたなか、国において、平成18年に「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢化社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」を柱とする医療構造改革関連法が制定され、その一環として、医療費適正化を推進するための計画に関する制度（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号））が創設されました。

## 2 計画の概要

### (1) 計画の期間

医療費適正化計画の期間は、平成20年度から平成24年度までの5年間とします。

### (2) 計画に掲げる事項

医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めます。

- 一．住民の健康の保持の推進に関し、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、県において達成すべき目標に関する事項
- 三．前二号に掲げる目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項
- 四．第一号及び第二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．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県が必要と認める事項

### (3) 他の計画との関係

医療費適正化計画は、県医療計画、県介護保険事業支援計画及び県健康増進計画と調和が保たれたものとし、

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 1 現状

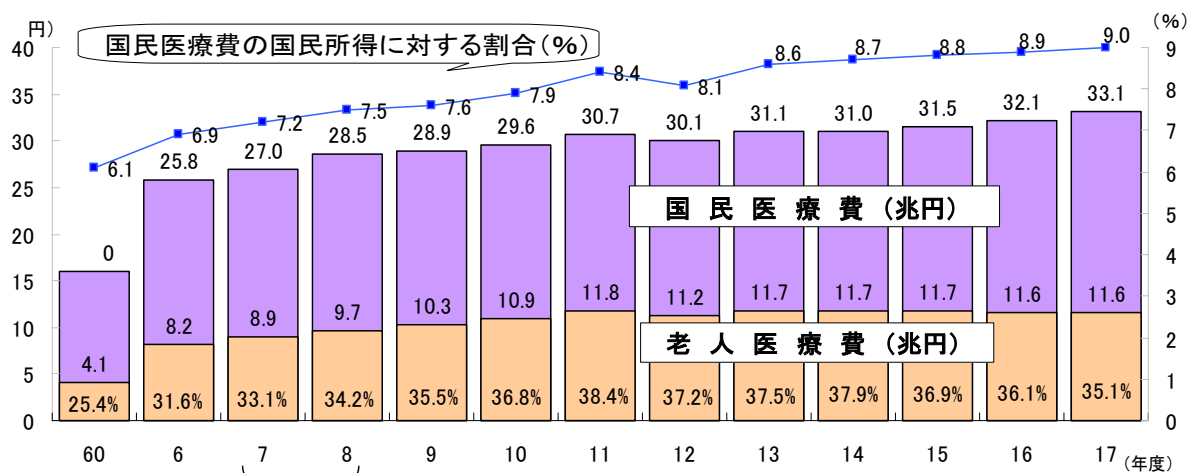
#### (1) 医療費の動向

##### 1) 国民医療費

全国での医療費を示す国民医療費は、平成17年度で33兆1,289億円であり、前年度の32兆1,111億円に比べ、1兆178億円(3.2%)増加しています(図表1)。

平成6年度以降の推移を見ると、介護保険制度の導入や患者の一部負担増、診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い状況となっていますが、こうした改正のなかった平成11年度や平成13年度、平成17年度の伸びはそれぞれ3.8%、3.2%、3.2%であり、年間1兆円程度増加しています。また、国民医療費の伸び率は、介護保険制度の導入により医療費の対象範囲が小さくなった平成12年度を除き、国民所得の伸び率を上回っています(図表1)。

図表1 国民医療費の動向



国民医療費等の対前年度伸び率(%)

注1: 食事療養費制度の創設  
注2: 老人一部負担金の物価スライド実施  
注3: 被用者本人2割負担へ引上げ・外来薬剤一部負担導入  
注4: 診療報酬・薬価等の改定1.3%  
注5: 介護保険制度が施行・高齢者1割負担導入  
注6: 診療報酬・薬価等の改定2.7%  
注7: 被用者本人3割負担へ引上げ  
注8: 診療報酬・薬価等の改定1.0%

年度	60	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
国民医療費	6.1	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	12.7	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	7.4	1.4	0.1	1.7	0.4	▲3.4	▲1.2	2.0	▲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(平成19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。

資料: 「国民医療費」、「老人医療事業年報」

### 【参考】OECD加盟国との医療費比較について

OECD（経済協力開発機構）の調査によると、我が国のGDP（国内総生産）に対する総保健医療関連費の割合は平成16年で8.0%であり、OECD加盟30カ国との比較で見ると、第21位（加盟国平均8.8%）となっています。

資料：「OECD Health Data 2007」のTotal expenditure on health（総保健医療関連費）を使用。総保健医療関連費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、治療的介護サービス、リハビリ介護サービス、長期看護サービス、ヘルスケアの補助的サービス、外来患者に処方した医薬品、予防・公衆衛生サービス、医療管理・医療保険、医療への投資（粗資本形成）に係る費用が含まれています。なお、調査研究や環境保健のような保健関連費は含みません。

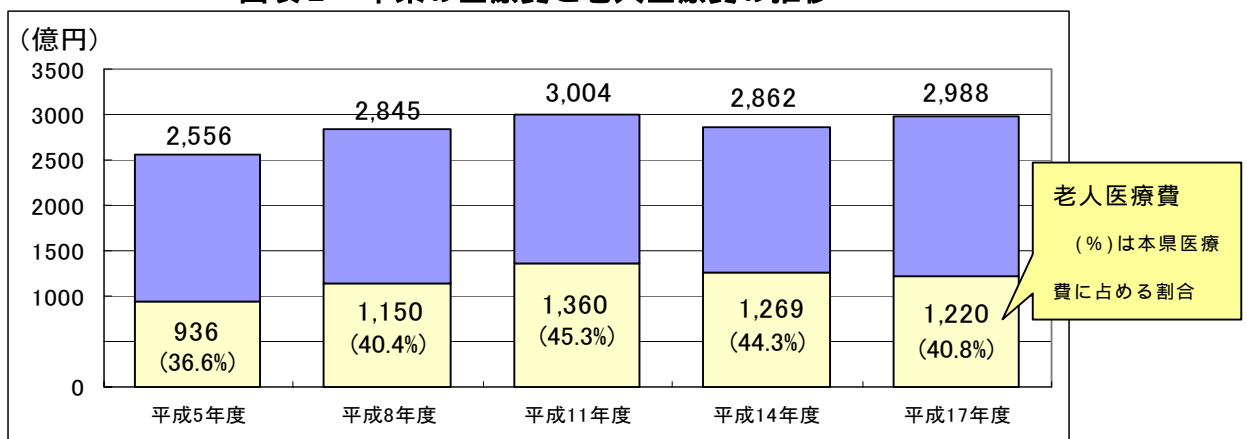
### 《本県の医療費》

本県の医療費については、平成17年度で2,988億円と平成14年度の2,862億円に比べ4.4%増加しています（図表2）。

平成5年度以降の推移を見ると、平成12年度の介護保険制度の導入等により、横ばいに近い状況にありますが、基本的には全国と同様に増加傾向にあります。

本県の1人あたり医療費を全国と比較すると、平成17年度において268,705円（全国23位）と、全国平均259,289円を上回っています（図表3）。

図表2 本県の医療費と老人医療費の推移

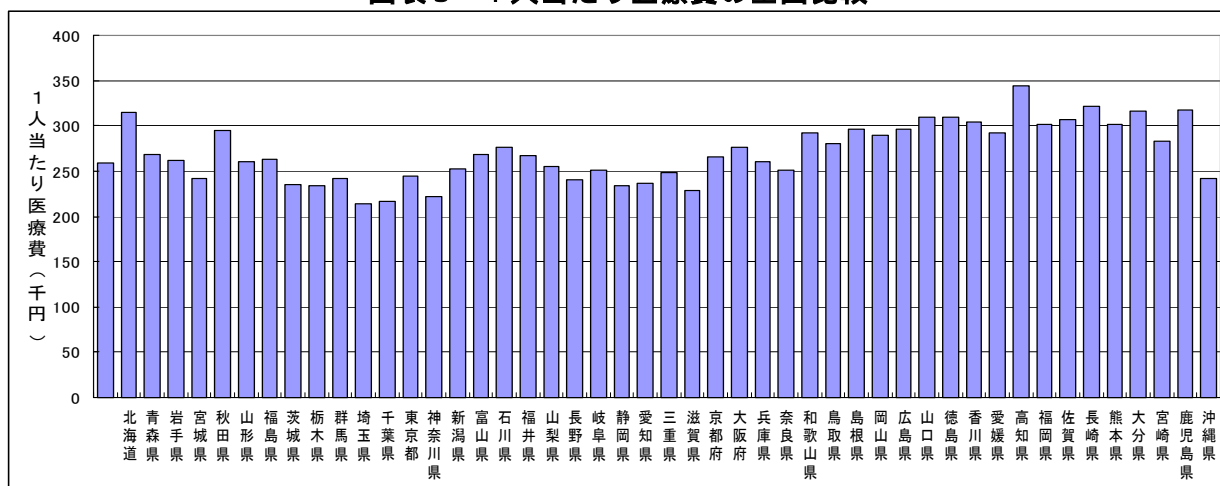


資料：「国民医療費」（平成5年度、平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

なお、都道府県医療費については、3年に1回推計される

「老人医療事業年報」（平成5年度、平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

図表3 1人当たり医療費の全国比較



資料：平成17年度「国民医療費」

## 2) 老人医療費

全国の老人医療費は、平成12年度の介護保険制度の導入や平成14年10月以降の老人医療の受給対象者年齢の引き上げの影響から、平成12年度以降ほぼ横ばいとなっており、平成17年度では約1兆6,443億円と国民医療費の35.1%を占めています。(図表1)。

全国の1人当たり老人医療費は近年増加傾向にあります。また、1人当たり国民医療費と比較すると、平成17年度の1人当たり老人医療費(821,403円)は、1人当たり国民医療費(259,289円)の約3倍になっています(図表3及び図表4)。

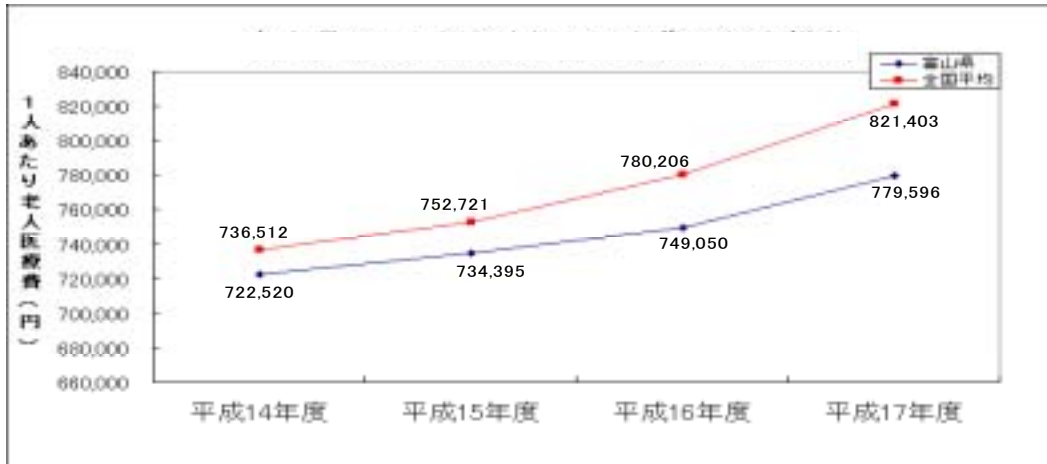
平成12年度の介護保険制度導入に伴って老人医療費の一部が対象範囲から除外されました。また、平成14年10月からは老人保健法改正に伴い、老人医療費の対象が段階的に70歳から75歳まで上げられています(17年度老人医療費は、平成17年3月～平成17年9月までは原則72歳以上、平成17年10月～平成18年2月までは原則73歳以上の住民を対象)。

### 《本県の老人医療費》

本県の平成17年度の老人医療費は約1,220億円で、本県医療費の40.8%を占めており、全国と比べ高い割合を示しています(図表1及び図表2)。

本県の平成17年度の1人当たり老人医療費は779,596円と、全国平均(821,403円)を下回っていますが、全国同様に増加傾向にあります。伸び率については、平成17年度で対前年度比4.1%増(全国第43位)と全国平均5.3%増より低くなっています(図表4)。

図表4 全国及び本県の1人あたり老人医療費の推移

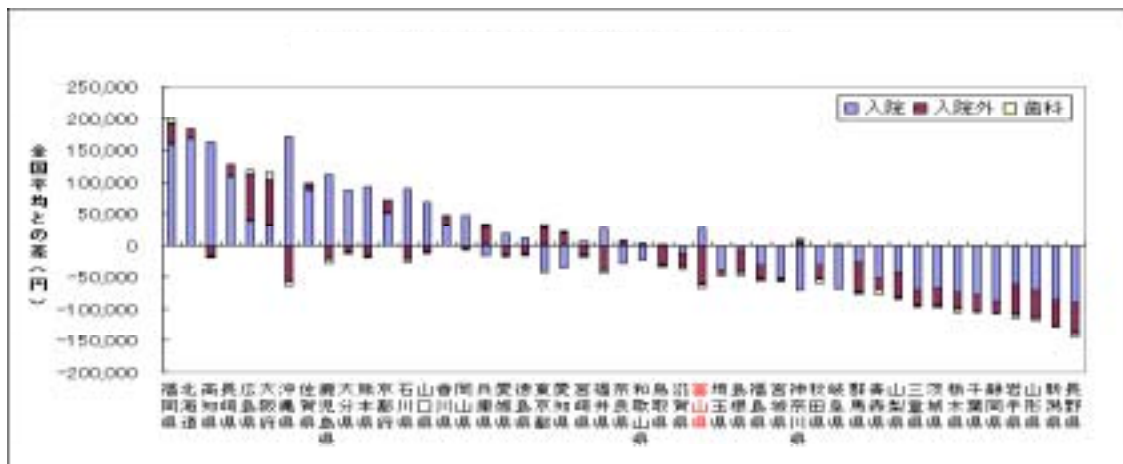


資料：平成17年度「老人医療事業年報」を基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツールにより作成

本県の平成17年度の1人あたり老人医療費(779,596円)は、1人あたり県医療費(268,705円)の2.9倍と、全国同様に高い数値を示しています(図表3および図表4)。

本県の平成17年度の1人あたり老人医療費を入院、入院外、歯科の区分ごとに見ると、入院外医療費は315,438円(全国第47位)、歯科診療費は19,600円(全国第43位)と、全国と比べ低い数値を示す一方、入院医療費は、全国平均(405,905円)を超える432,668円(全国第18位)となっています(図表5)。

図表5 1人あたり老人医療費の全国比較



資料：平成17年度「老人医療事業年報」を基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツールにより作成

本県の平成17年度の老人医療費のうち薬剤費は107.7億円となっており、本県の老人医療費全体に占める割合は8.8%と、全国平均13.5%と比較して低い状況にあります。



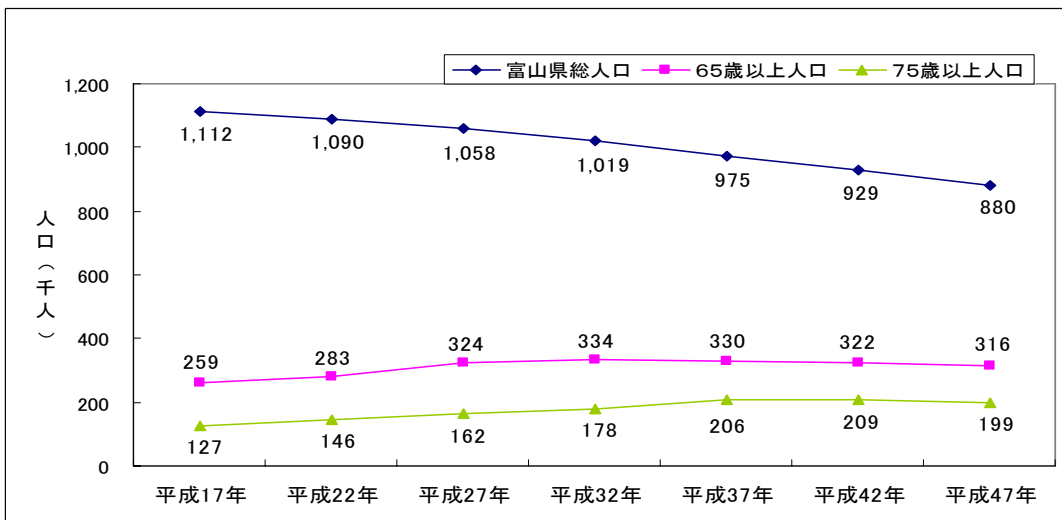
## 《高齢化の進展》

平成 19 年 5 月に公表された都道府県別の将来人口推計によると、今後、本県の総人口の減少が予想される一方で、県内の高齢者人口は増加傾向となっており、65 歳以上人口では、全人口に占める割合が、平成 17 年の 23.2%から平成 37 年には約 33%になると予想されています（図表 6）。

75 歳以上人口では、全人口に占める割合が平成 17 年の 11.4%から平成 37 年には 20%を超え、206 千人になると予想されています（図表 6）。

本県は、医療費全体に占める老人医療費の割合が高いことから、老人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います。今後、高齢化の更なる進展に伴って、老人医療費や県医療費は高い伸びを示すものと予想されます。

図表 6 富山県の総人口、高齢者人口の将来推計



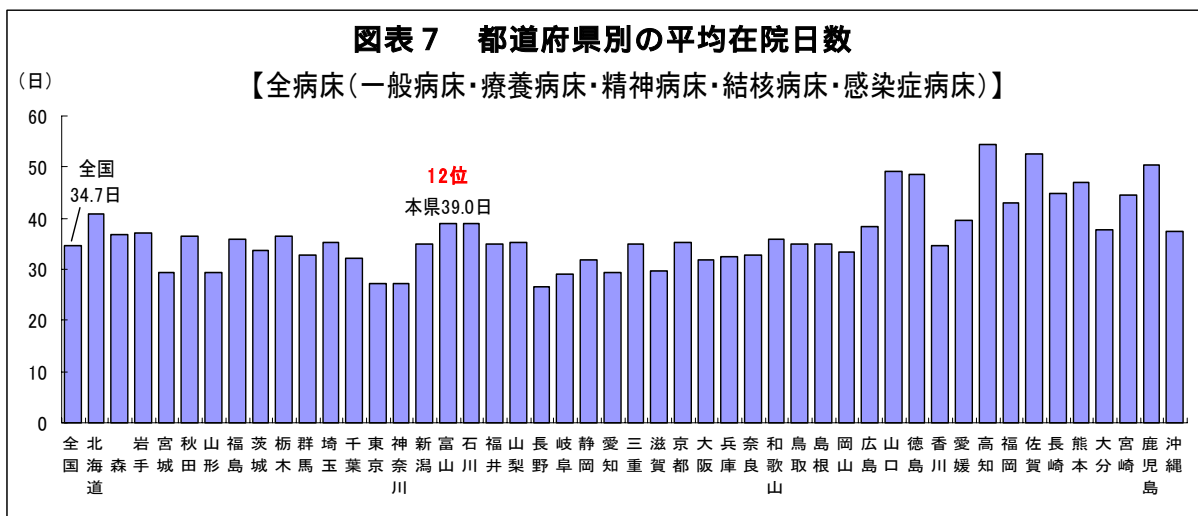
資料:「都道府県別の将来人口推計(平成19年5月推計)」国立社会保障・人口問題研究所

## (2) 平均在院日数の状況

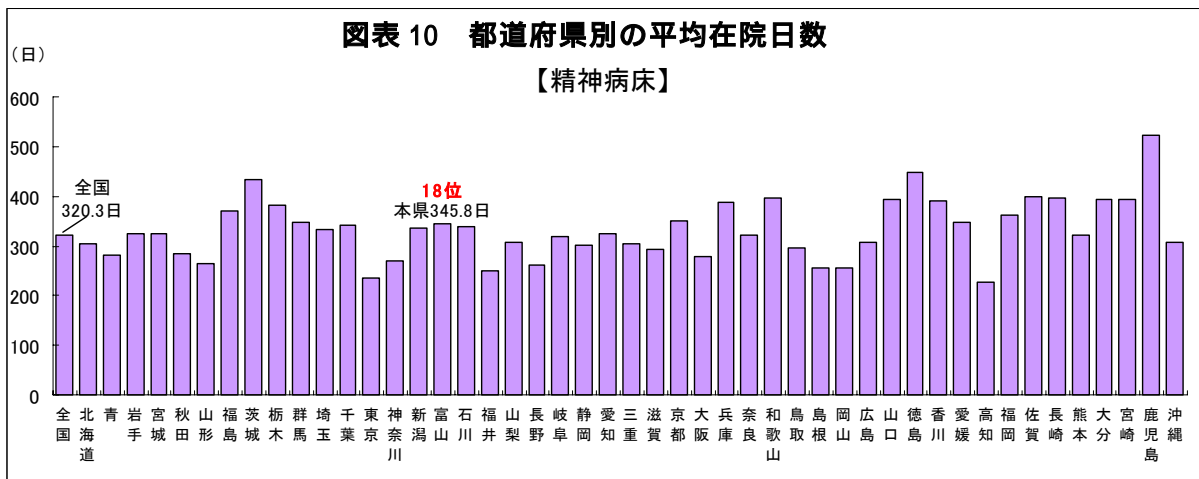
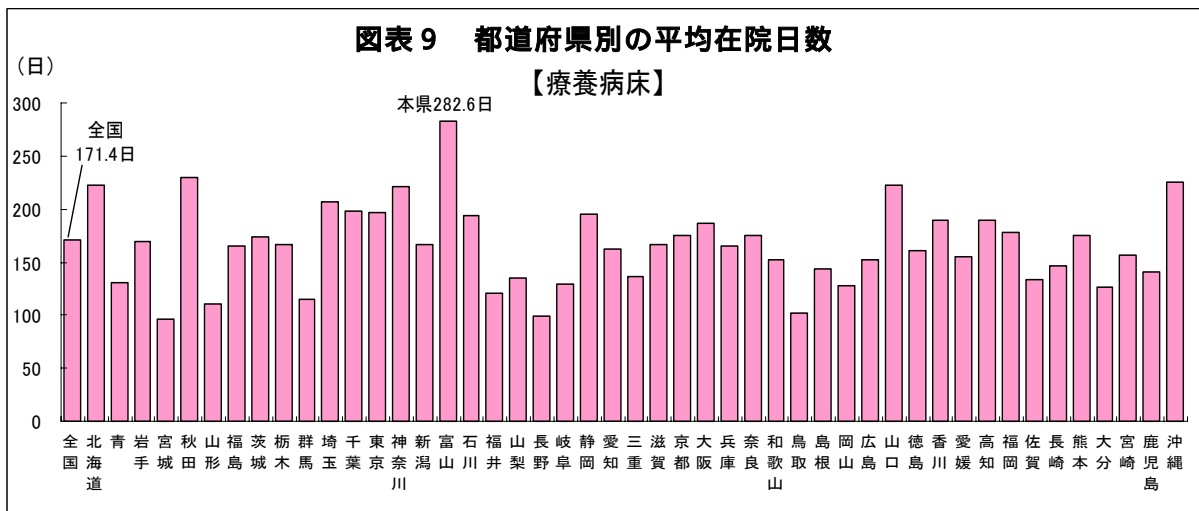
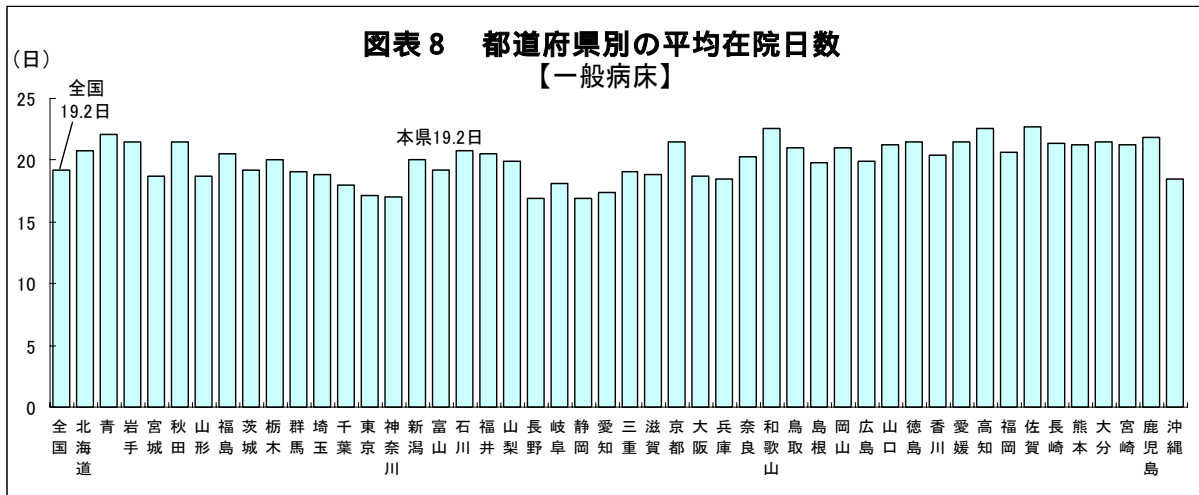
我が国の全病床（一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床）での平均在院日数は、平成18年「病院報告」によると34.7日となっています（図表7）。

療養病床とは、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病床をいい、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があります。ここでは、医療療養病床だけでなく介護療養病床も含んでいます。

本県の平均在院日数（全病床）は39.0日（全国第12位）と、全国より4.3日長く、また、最短の長野県（26.7日）と比べて12.3日長くなっています。病床の主な種類ごとに見ると、一般病床については全国平均19.2日に対し、本県も同じく19.2日（全国第30位）、療養病床については全国平均171.4日に対し、本県は282.6日（全国第1位）、精神病床では全国平均320.3日に対し、本県では345.8日（全国第18位）となっています（図表7～図表10）。



資料：平成18年病院報告



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、その算定にはいくつかの考えがありますが、病院報告においては次の算式により算出することとされています。

【算式】

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

ただし、療養病床については、次式による。

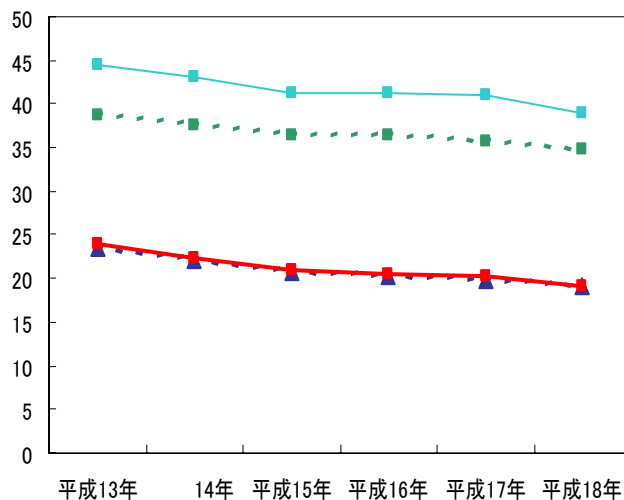
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

〔同一医療機関内の他の病床から移された患者数含む〕
〔同一医療機関内の他の病床へ移された患者数含む〕

平均在院日数の推移を見ると、全国的に減少傾向にあり、本県の全病床では、過去5年間で5.4日(一般病床は4.7日、療養病床は92.0日、精神病床は56.9日)短くなってきています(図表11)。

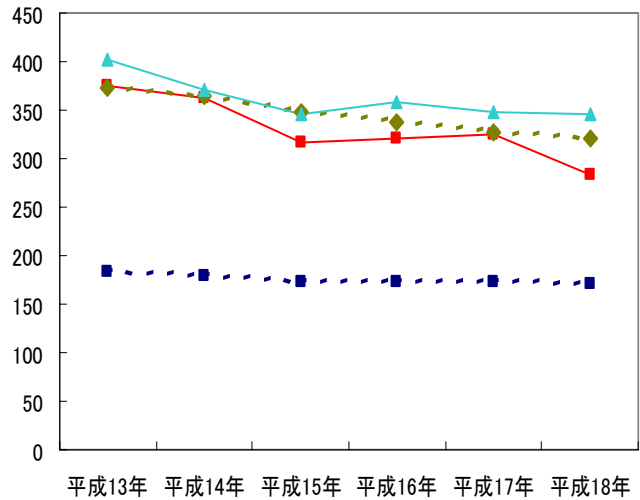
図表 11 全国及び本県の平均在院日数の推移

【全病床・一般病床】



資料：平成18年「病院報告」

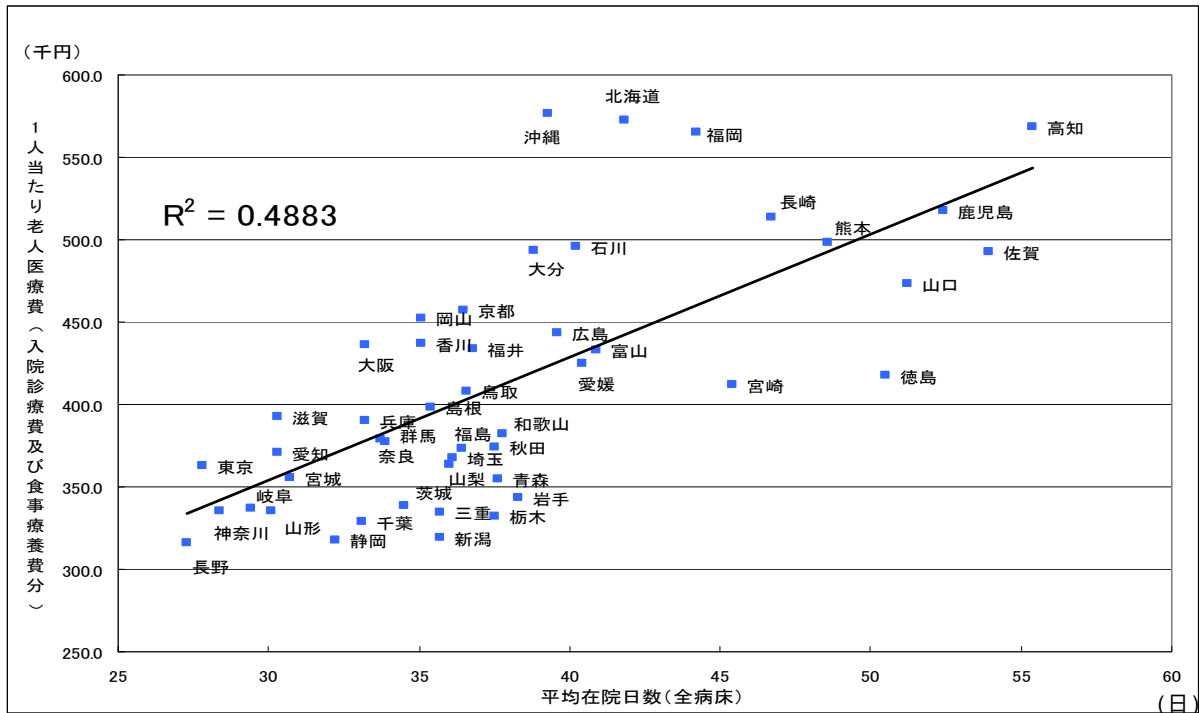
【療養病床・精神病床】



資料：平成18年「病院報告」

都道府県別の平均在院日数と1人当たり老人医療費（入院診療費及び食事療養費分）の関係をみると、正の相関関係にあるものと考えられます（図表12）。

図表12 平均在院日数(全病床)と1人当たり老人医療費(入院及び食事療養費)との相関図



資料：平成17年「病院報告」、平成17年度「老人医療事業年報」

### (3) 療養病床の状況

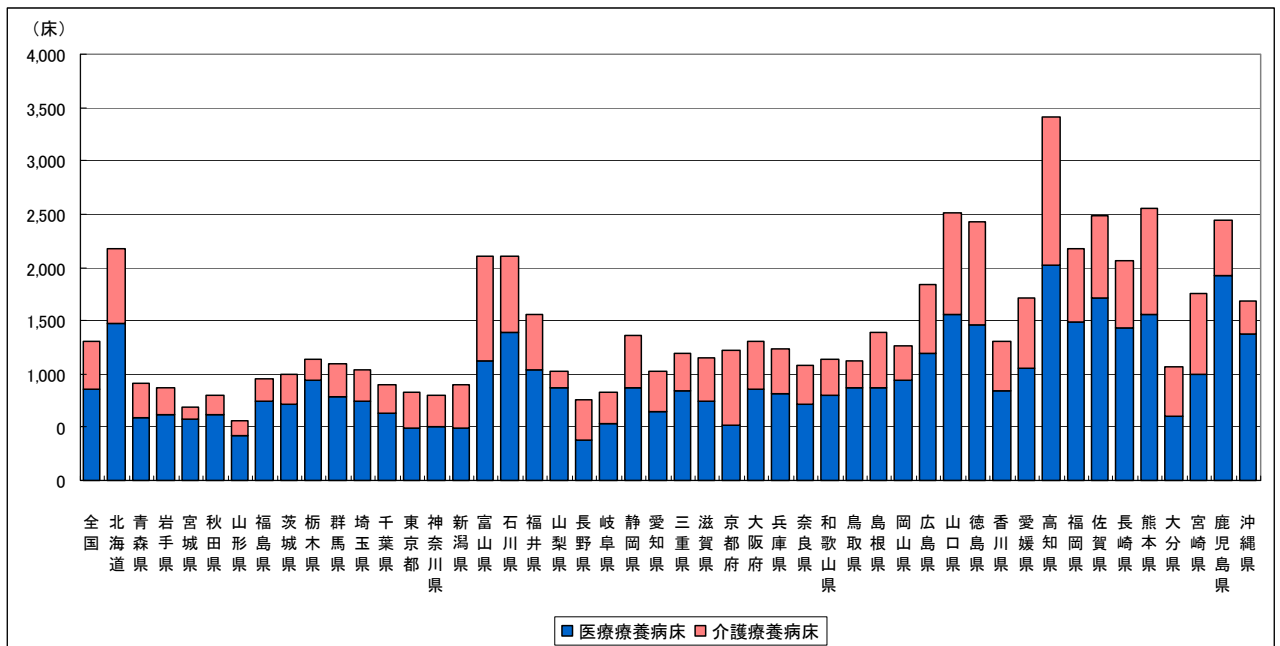
本県の療養病床数は、平成18年10月1日時点で5,643床（医療療養病床2,965床、回復期リハビリテーション病棟の療養病床80床、介護療養病床2,598床）あります。

回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力（日常生活動作）の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟をいいます。

療養病床（回復期リハビリテーション病棟の療養病床を除く。）について65歳以上人口10万人当たりの病床数で見ると、本県は2,108床（全国第9位）であり、全国平均1,307床よりも高い水準にあります。特に、介護療養病床数については、65歳以上人口10万人当たり985床（全国3位）と全国平均444床の2倍以上となっています（図表13）。

- ・回復期リハビリテーション病床数（平成18年10月1日時点）：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室にて、各社会保険事務局を通じて調査
- ・65歳以上高齢者人口（平成18年）：「都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）における平成17年推計値と平成22年推計値を基に、その間の増減が線形で等しく推移するものとして推計。

図表13 都道府県別の65歳以上人口10万人当たりの療養病床

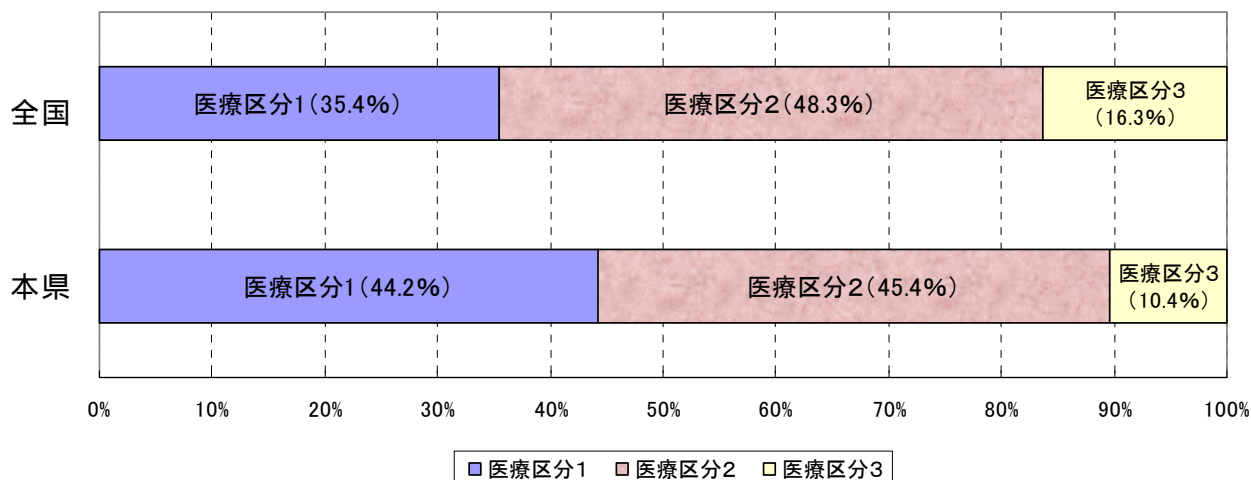


資料：療養病床数は「医療施設動態調査」及び「病院報告」を基に厚生労働省が集計（回復期リハビリテーション病棟の療養病床は除く）。65歳以上高齢者人口は「都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を基に厚生労働省が集計

一方、65歳以上人口10万人当たりの回復期リハビリテーション病棟の療養病床数は、本県は30.3床(全国第43位)であり、全国平均91.3床の3分の1にとどまっています。

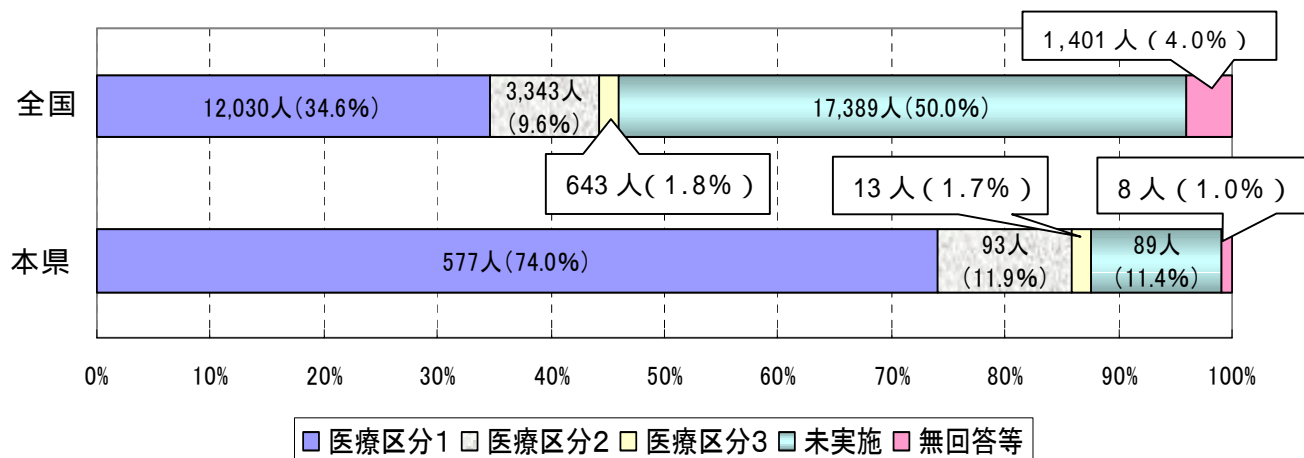
療養病床における入院患者の医療区分の分布状況を見ると、本県は、医療療養病床、介護療養病床ともに、医療区分1の分布割合が全国と比較しても大きいといった特徴がみられます(図表14及び図表15)。

図表14 医療療養病床の入院患者の医療区分構成(平成18年10月国保支払分レセプト調査)



資料:「中央社会保険医療協議会:平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」  
平成18年10月国保支払分レセプトの1/2無作為抽出調査(富山県分)

図表15 介護療養病床の入院患者の医療区分構成(平成18年10月アンケート調査)



資料:平成18年10月アンケート調査(療養病床に入院している患者の平成18年10月1日現在の状況について、介護療養病床に入院している患者のうち、誕生日が3月、6月、9月、12月の患者を対象に調査)

### 医療区分の定義

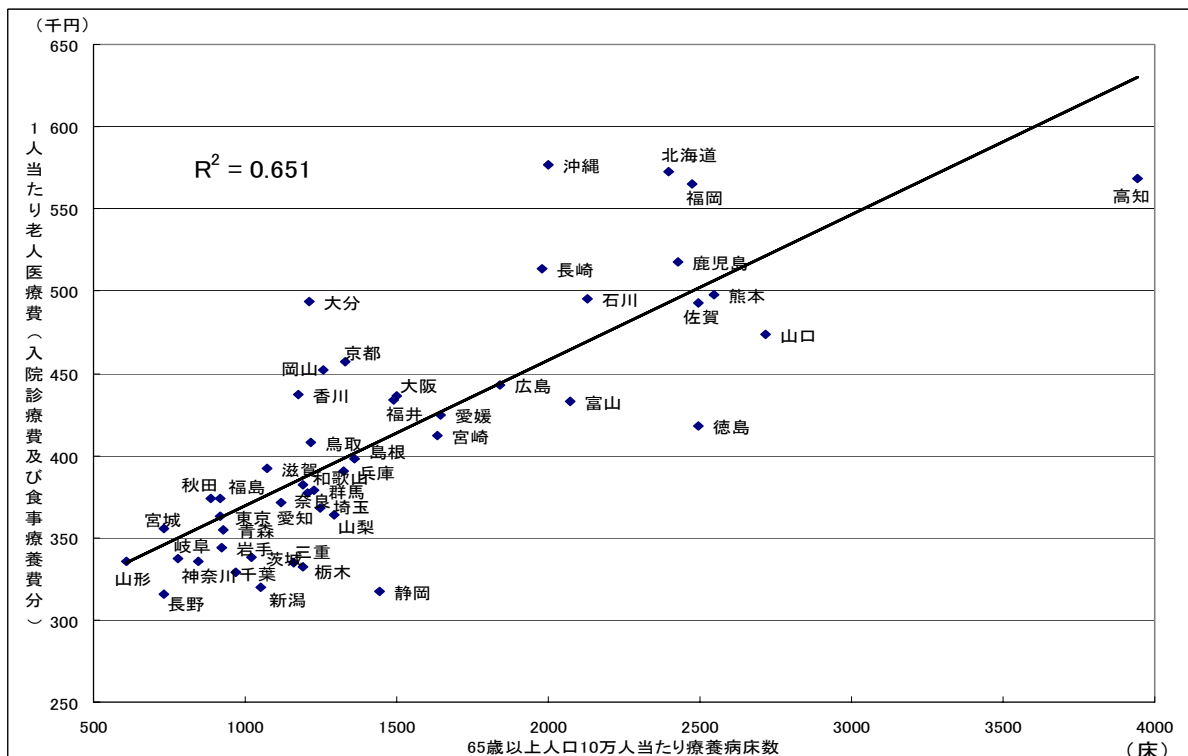
下記「医療処置」及び「疾患・状態」にはそれぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分 2 又は 3 に該当することになります。

医療区分 3	<b>【医療処置】</b> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 など  <b>【疾患・状態】</b> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
医療区分 2	<b>【医療処置】</b> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア など  <b>【疾患・状態】</b> ・神経難病 ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・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 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 など
医療区分 1	医療区分2・3に該当しない者

資料：厚生労働省

65歳以上人口10万人当たり療養病床数と1人当たり老人医療費(入院診療費及び食事療養費分)との関係を見ると、強い正の相関が見られます(図表16)。

図表 16 65歳以上人口10万人当たり療養病床数と1人当たり老人医療費との相関図



資料：平成17年度「老人医療事業年報」、平成17年「医療施設調査」、平成17年「国勢調査」

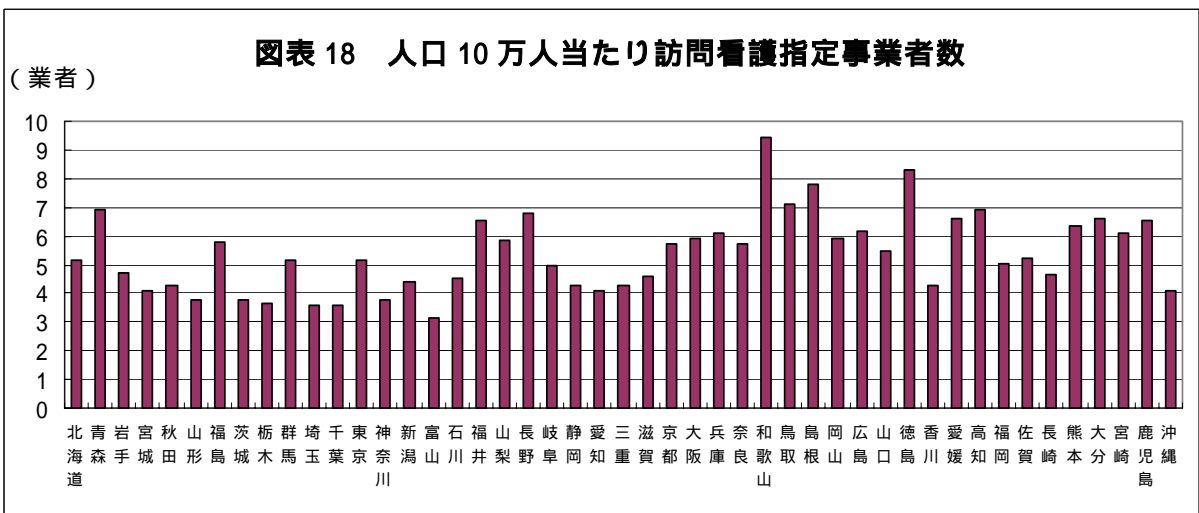
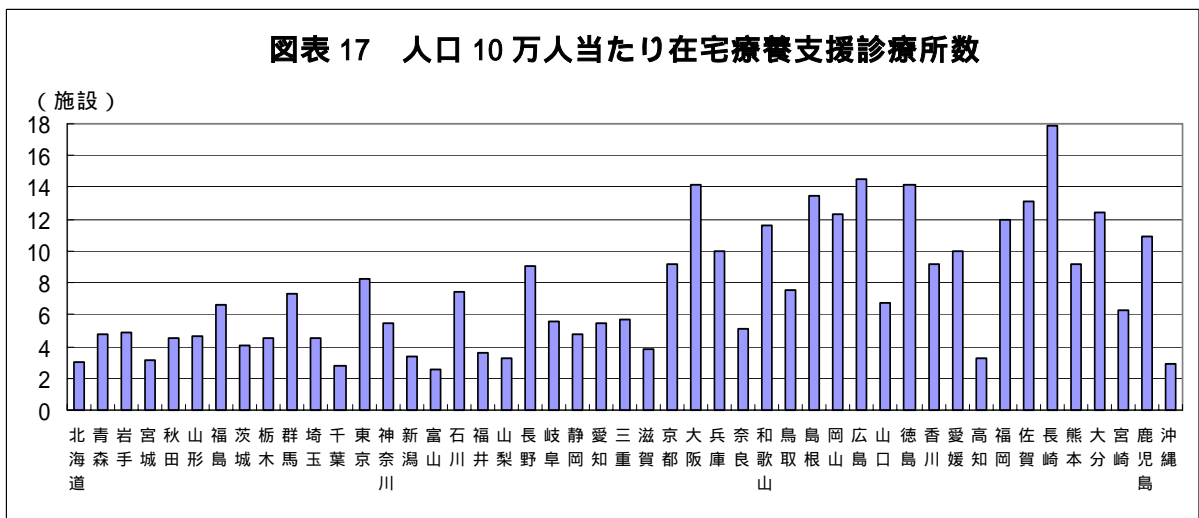


#### (4) 在宅医療の状況

##### 1) 在宅療養支援診療所及び訪問看護指定事業者の状況

人口 10 万人当たりの在宅療養支援診療所数を都道府県別に見ると、本県は 2.5 施設（全国平均 7.4 施設）であり、全国で最も少ない状況となっています（図表 17）。

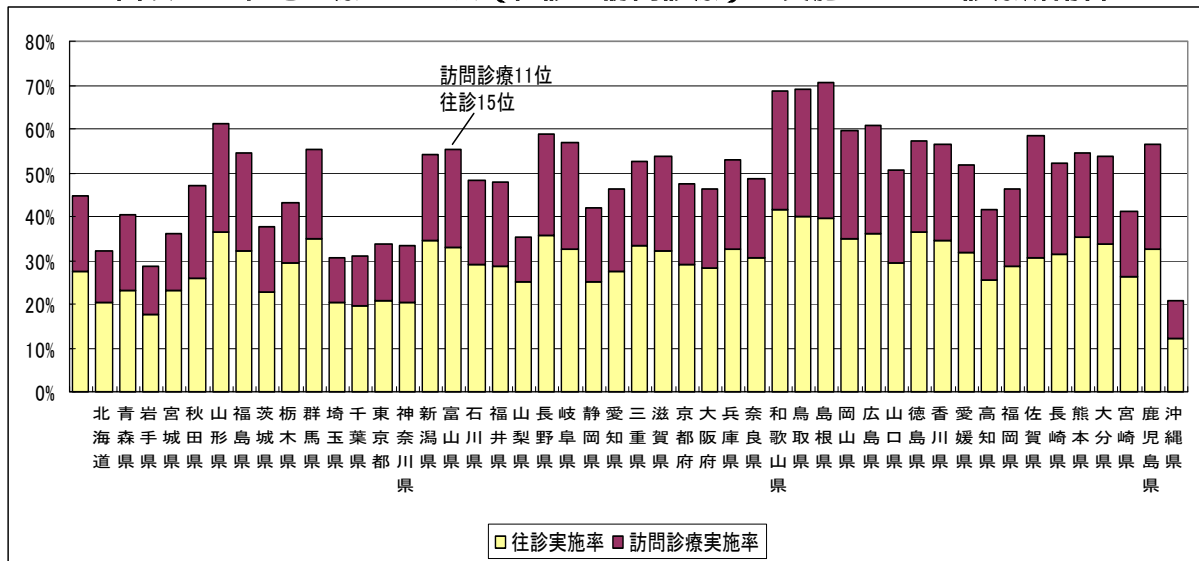
人口 10 万人当たり訪問看護指定事業者数についても、3.1 事業者と全国最下位（全国平均 5.0 事業者）であることから、本県の在宅医療サービス基盤の整備は遅れている状況にあります（図表 18）。



## 2) 在宅医療サービスの実施状況

本県の在宅医療サービスについて、平成 17 年 9 月中の実施状況を見ると、往診を実施している診療所は 258 施設（本県診療所総数の 33.0%）、訪問診療を実施している診療所は 174 施設（同 22.3%）と、いずれも全国平均（往診 27.3%、訪問診療 17.4%）より高い状況となっています（図表 19）。

図表 19 在宅医療サービス（往診・訪問診療）を実施している診療所割合



資料：平成 17 年度「医療施設調査」

### 【参考】介護が必要となった場合に希望する生活について

平成 19 年 8 月に実施した県政世論調査結果によると、介護が必要になった場合に希望する生活について、「自宅で、介護サービス等（ホームヘルパーや訪問介護・看護、デイサービスなど）を活用しながら生活を続けたい」が 24.7%と最も高く、次いで「自宅で、家族の世話及び介護サービス等を受けて、生活を続けたい」が 21.6%と続くなど、家族の世話や介護サービスを活用するなど何らかの形で「自宅で生活を続けたい」と希望する人が 6 割近くにのぼっています。

### 参考図表 平成 19 年度県政世論調査結果（抜粋）

問：介護が必要になった場合に希望する生活について

1位	自宅で、介護サービス等を活用しながら、生活を続けたい	24.7%
2位	自宅で、家族の世話及び介護サービス等を受けて、生活を続けたい	21.6%
3位	グループホームなど小規模な施設に入居して、生活したい	13.9%
4位	特別養護老人ホームなど大規模な介護保険施設に入居して、生活したい	12.0%
5位	自宅で、家族の世話を受けながら、生活を続けたい	11.9%

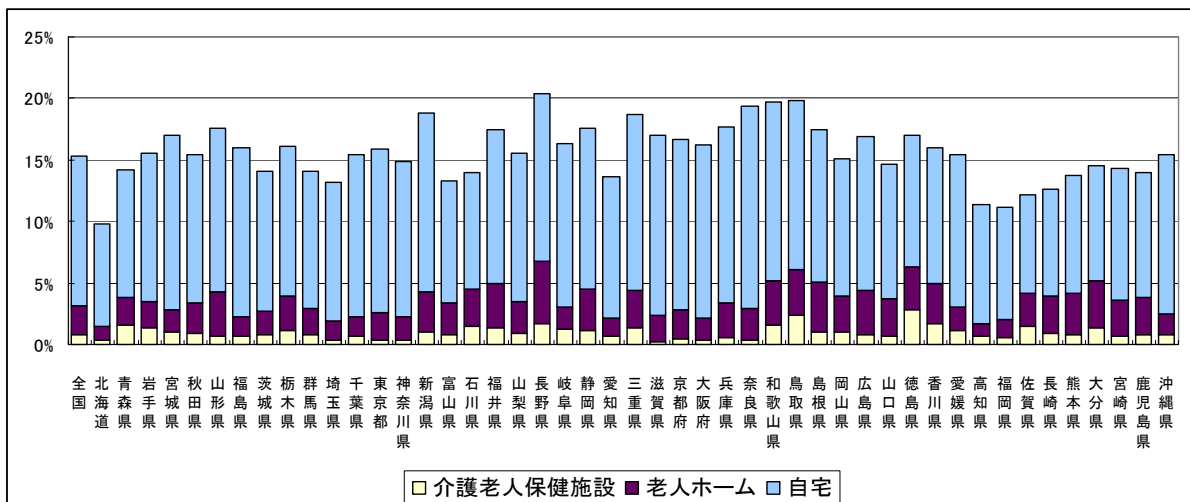
### 3) 在宅等における死亡状況

都道府県別に在宅等における死亡率を見ると、本県は13.3%（全国平均15.3%）で全国第41位となっており、最も高い長野県（20.4%）と比較すると、7.1ポイントの地域差があります（図表20）。

内訳は、老人ホームは2.6%、介護老人保健施設は0.8%と、全国平均（それぞれ2.4%、0.8%）並みの数値を示していますが、自宅での死亡率は9.9%と全国平均の12.2%を2.3ポイント下回っています（図表20）。

全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設における死亡の割合。老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

図表20 都道府県別在宅等死亡率



資料：平成18年「人口動態調査」

### (5) 救急医療の状況

平成16年から一般住民の使用が可能となったAED（自動体外式除細動機）については、県内で約600台が設置されています。

県医務課調（平成18年10月現在）

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されています。平成3年からは、救急救命士制度の発足により、1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の確保が図られており、本県は、平成18年4月には94%（全国82%）の救急隊に救急救命士が配置されています。

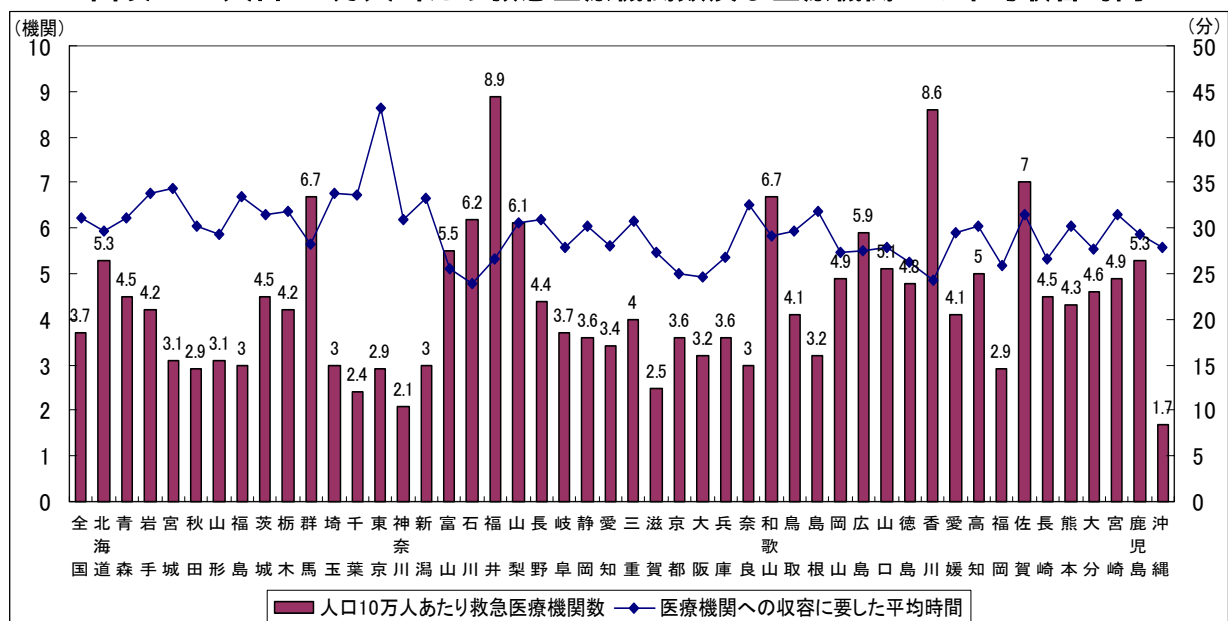
：平成18年「救急・救助の現況」（消防庁）

救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、比較的軽症の救急患者を受け持つ初期救急医療、重症救急患者を受け持つ二次救急医療、脳卒中、心筋梗塞などの重篤な患者を受け入れる三次救急医療と体系的な整備が図られています。

本県の人口 10 万人当たり救急医療機関数（救急告示医療施設数）は 5.5 機関（全国平均 3.7 機関）であり、全国第 9 位となっています（図表 21）。

また、本県の医療機関への平均収容時間は、平均 25.6 分（全国平均 31.1 分）で全国 5 位となっています（図表 21）。

図表 21 人口 10 万人当たり救急医療機関数及び医療機関への平均収容時間



資料：平成 18 年度救命・救急の現況（消防庁）

## ( 6 ) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

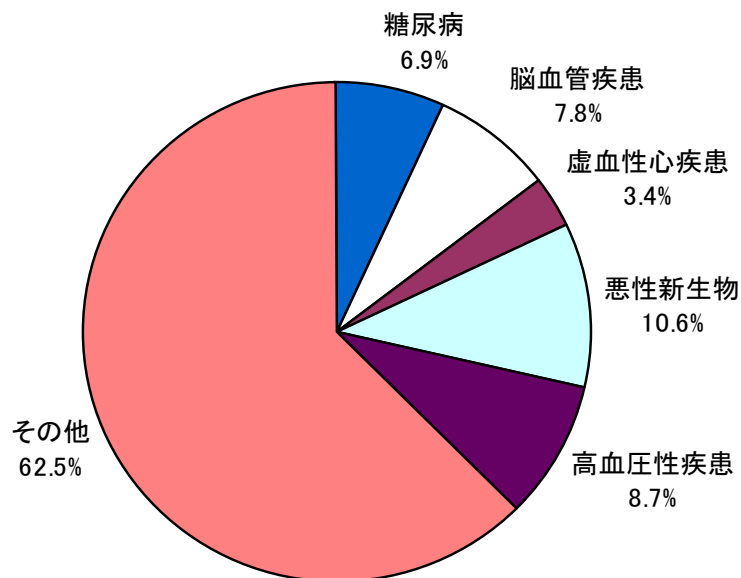
### 1 ) 本県における疾患の状況 ( 国民健康保険ベース )

食生活や運動不足等に起因する、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患、がん等のいわゆる生活習慣病の本県の市町村国民健康保険(以下「国保」といいます。)医療費に占める割合は約 4 割となっています( 図表 2 2 )。

また、疾病別 1 人当たり医療費を見ると、高血圧性疾患、糖尿病、脳梗塞、虚血性心疾患といった生活習慣病が上位を占めています ( 図表 2 3 )。

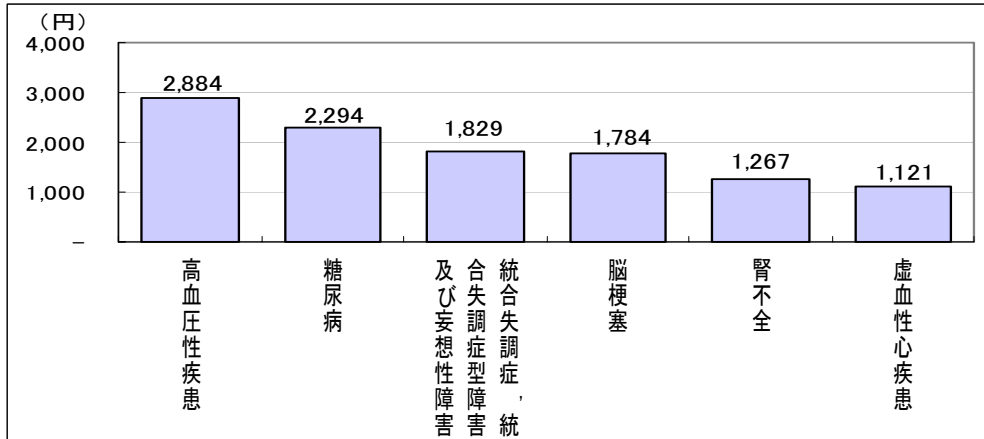
県内の疾患状況のデータ分析を行ううえで、市町村ごとにデータが整っており、また、本県の 65 歳以上人口の 7 割以上が加入している国民健康保険の疾病統計の活用が現時点では適当であることから、ここでは、本県の国民健康保険レセプトデータ(平成 19 年 5 月診療分)を用いて分析します。なお、疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されず、このため合併症や併存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数及び医療費が低い集計値となる可能性があります。

図表 22 本県の国保医療費に占める生活習慣病に係る医療費割合



資料：本県の平成 19 年 5 月診療分国保レセプトデータを基に厚生労働省作成の「医療費適正化計画策定支援ツール( 疾病特性・地域特性分析編 )」により作成

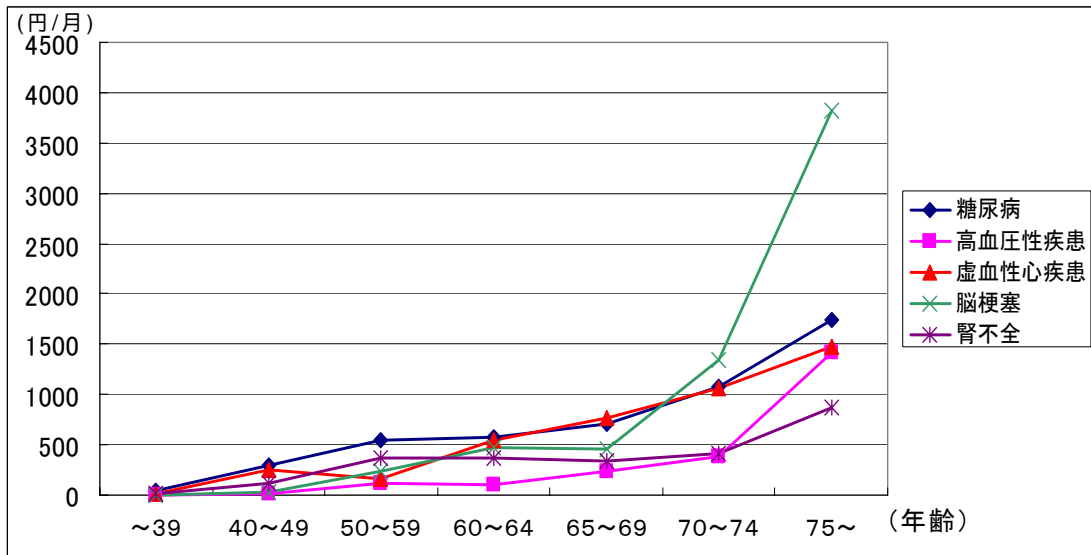
図表 23 本県の国保医療費における 1 人当たり医療費の上位疾病



資料：本県の平成 19 年 5 月診療分国保レセプトデータを基に厚生労働省作成の「医療費適正化計画策定支援ツール（疾病特性・地域特性分析編）」により作成

本県の生活習慣病における年齢階層別国保被保険者 1 人当たり医療費をみると、入院では、いずれの疾病についても、年齢が高くなるにつれ 1 人当たり医療費は高くなる傾向にあります。特に脳梗塞については、75 歳以上の階層で急激に上昇しています（図表 24）。

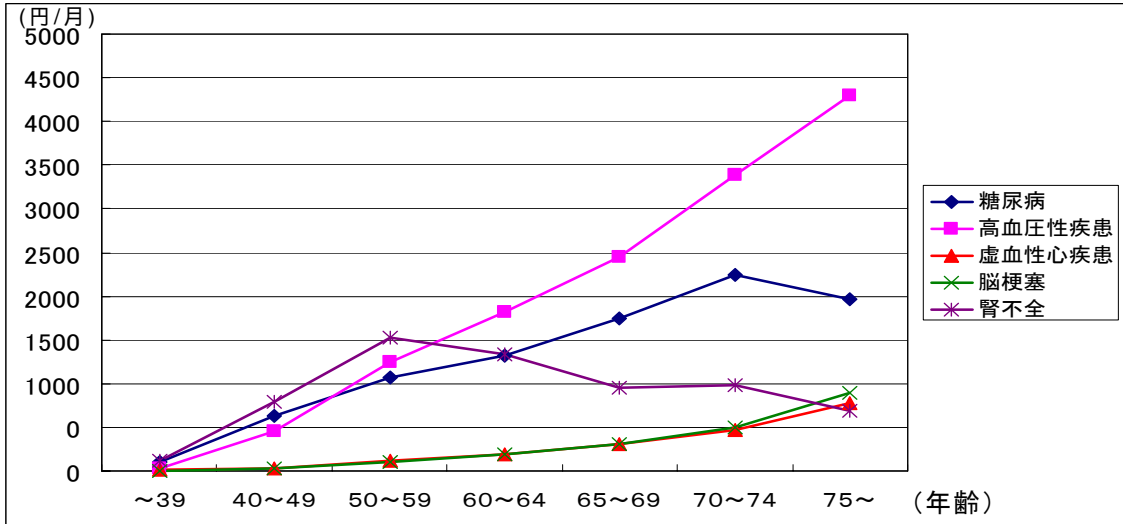
図表 24 本県の生活習慣病における年齢階層別国保被保険者 1 人当たり医療費〔入院〕



資料：本県の平成 19 年 5 月診療分国保レセプトデータを基に厚生労働省作成の「医療費適正化計画策定支援ツール（疾病特性・地域特性分析編）」により作成

一方、入院外については、高血圧性疾患や虚血性心疾患、脳梗塞は、加齢に伴い 1 人当たり医療費が高くなる傾向にあり、特に高血圧性疾患ではその傾向が大きくなっています（図表 25）。

図表25 本県の生活習慣病における年齢階層別国保被保険者1人当たり医療費〔入院外〕

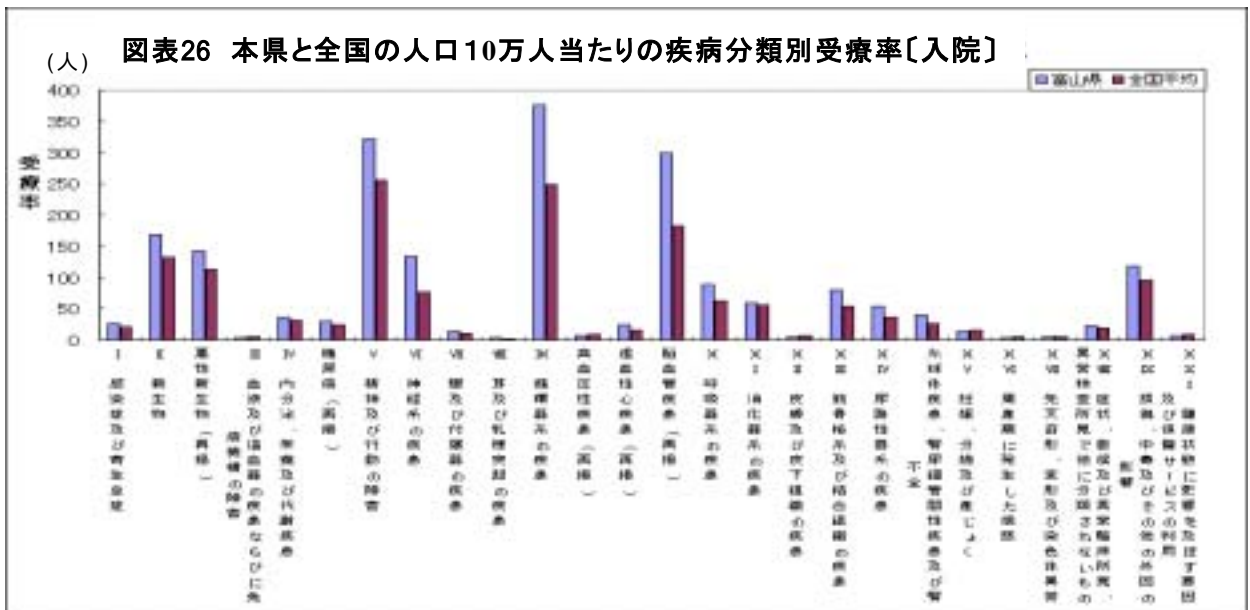


資料：本県の平成19年5月診療分国保レプトデータを基に厚生労働省作成の「医療費適正化計画策定支援ツール(疾病特性・地域特性分析編)」により作成

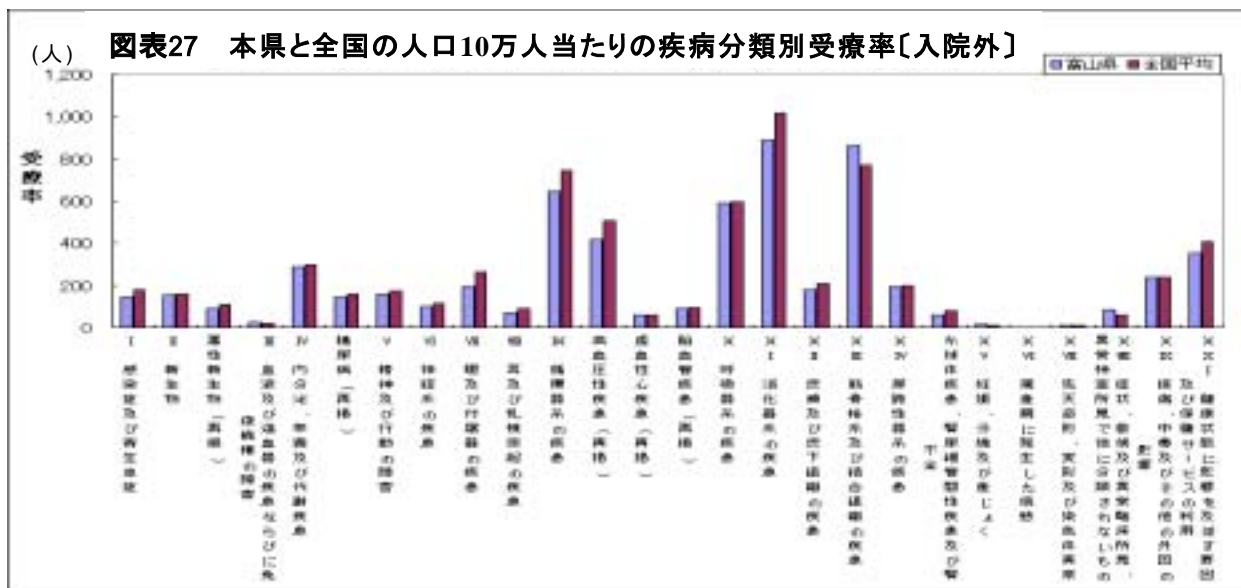
## 2) 受療率

本県の生活習慣病の受療率(調査日の推計患者数÷国勢調査人口)を入院、入院外別に見ると、入院においては、脳血管疾患(10万人当たり299人)や悪性新生物(同143人)の割合が高くなっています。全国平均と比較すると、脳血管疾患や虚血性心疾患、悪性新生物や糖尿病といった生活習慣病がいずれも全国平均の数値を上回っていますが、特に脳血管疾患は全国平均(183人)の1.6倍を超える値を示しています(図表26)。

入院外においては、高血圧性心疾患(同419人)、糖尿病(同145人)における割合が、全国同様に高い数値を示しています(図表27)。



資料：平成17年「患者調査」データを基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツール(統計データ分析編)により作成



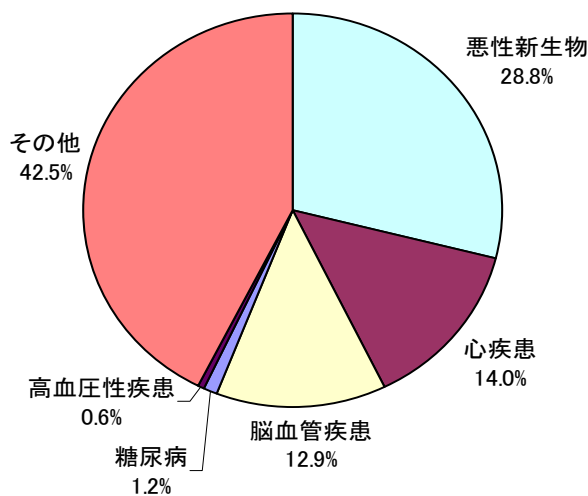
資料：平成17年「患者調査」データを基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツール(統計データ分析編)により作成

### 3) 死亡率

本県の死因別死亡率をみると、1位が悪性新生物(28.8%)、2位が心疾患(14.0%)、3位が脳血管疾患(12.9%)となっており、生活習慣病が6割近くを占めています(図表28)。

このうち、虚血性心疾患 1)及び脳血管疾患 2)について、人口10万人当たり死亡率の全国比較をみると、本県の虚血性心疾患では203.3人(全国第32位)と全国平均198.9人に近い数値を示していますが、脳血管疾患については、258.2人(全国第14位)と全国平均203.4人を上回っています(図表29及び図表30)。

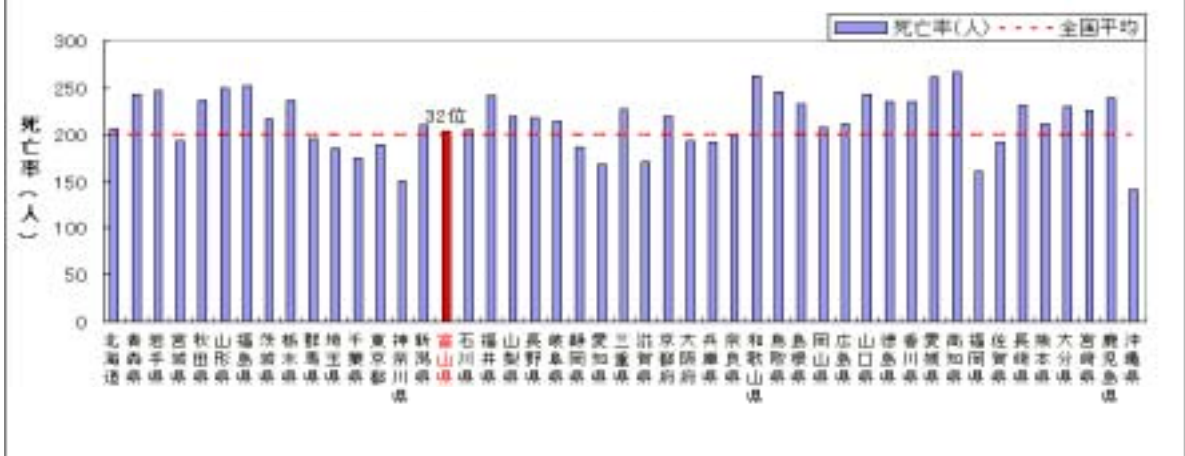
**図表28 本県の死因別死亡割合**



資料：平成18年人口動態調査



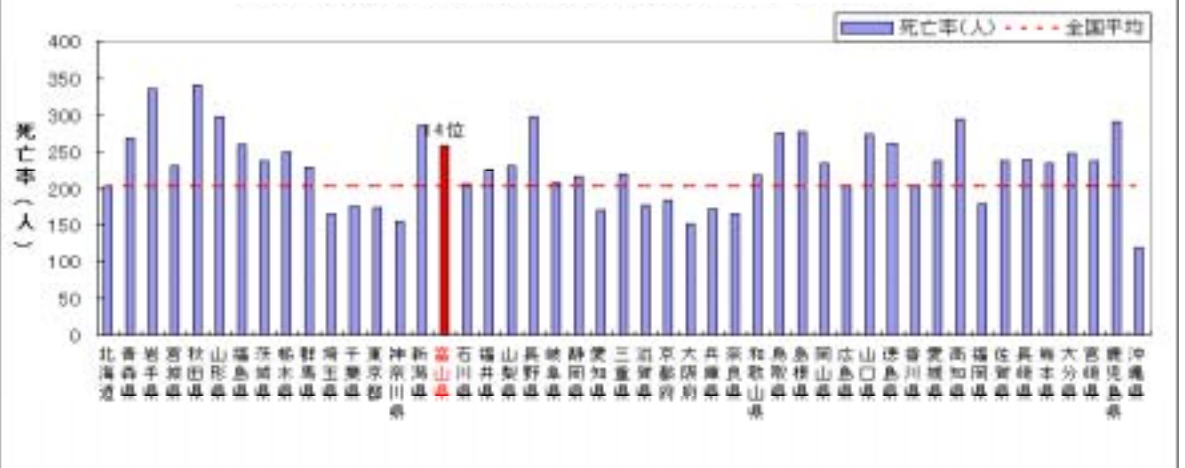
図表 29 人口 10 万人当たり虚血性心疾患での死亡率の全国比較



資料：平成18年「人口動態調査」データを基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツール(統計データ分析編)により作成

- 1) 虚血性心疾患は、人口動態調査における死因のうち「心疾患(高血圧性除く)」、「慢性リウマチ性心疾患」、「急性心筋梗塞」、「その他の虚血性心疾患」の合計。

図表 30 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：平成18年「人口動態調査」データを基に厚生労働省医療費適正化計画作成支援ツール(統計データ分析編)により作成

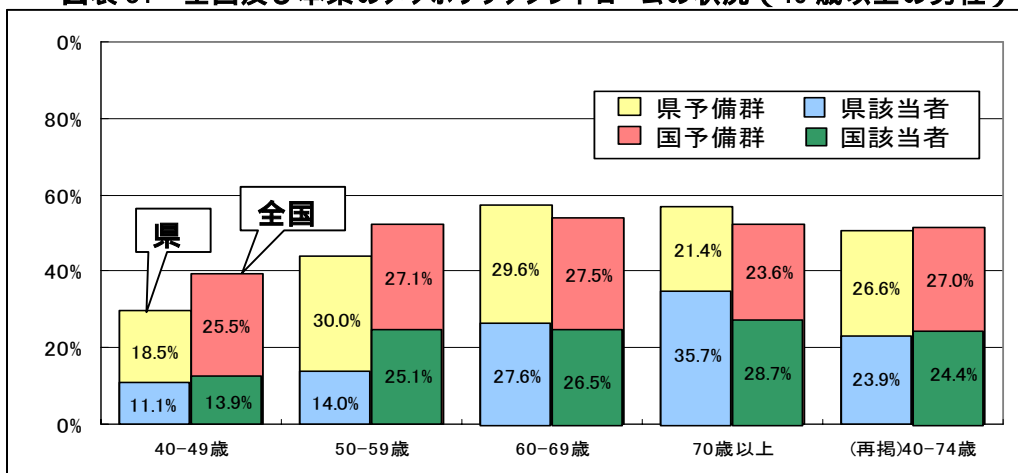
- 2) 脳血管疾患は、「脳血管疾患」、「くも膜下出血」、「脳内出血」、「脳梗塞」、「その他の脳血管疾患」の合計。

#### 4) 本県のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況

本県の生活習慣病を引き起こす要因であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者 1)と予備群と考えられる者 2)を合わせた割合は、40～74歳では、男性は2人に1人、女性では4人に1人という状況にあります(図表31及び図表32)。

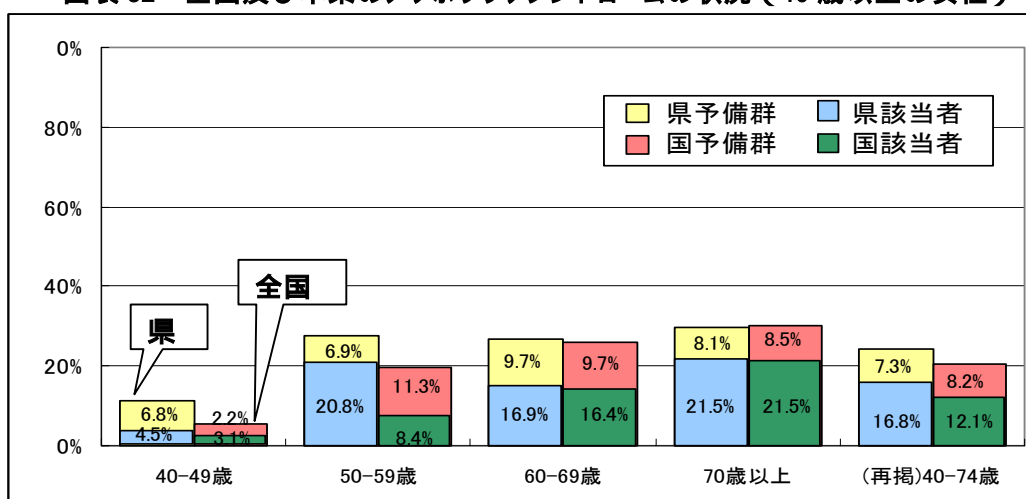
全国と比較すると、男性では60歳以上において若干高い数値を示しています。また、女性においては全国と比較し40歳代で6ポイント、50歳代では8ポイント高い数値を示しており、40～74歳全体でも24.1%と全国の20.3%より高い状況にあります(図表31及び図表32)。

図表 31 全国及び本県のメタボリックシンドロームの状況（40歳以上の男性）



資料：平成 18 年度「国民健康栄養調査」、平成 18 年度「富山県健康栄養調査」

図表 32 全国及び本県のメタボリックシンドロームの状況（40歳以上の女性）



資料：平成 18 年度「国民健康栄養調査」、平成 18 年度「富山県健康栄養調査」

- 1) メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者とは、腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3 つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち以下の 2 つ以上の項目に該当する者をいいます。
- 2) メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の予備群と考えられる者とは、腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3 つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち以下の 1 つの項目に該当する者をいいます。

<判断基準>

腹囲	ウエスト周囲径	男性85cm以上、女性90cm以上
----	---------	-------------------

項目	血中脂質	血圧	血糖
基準	HDLコレステロール値 40mg/dl未滿	収縮期血圧 130mgHg以上 拡張期血圧 85mgHg以上	ヘモグロビンA1c値 5.5%以上
服薬	コレステロールを下げる 薬服用	血圧を下げる薬服用	・血糖を下げる薬服用 ・インスリン注射使用

注：上記判断基準は、平成 18 年度国民健康栄養調査及び平成 18 年度富山県健康栄養調査における判断基準

## 2 課題

今後、本県において高齢化の更なる進展が予想されるなか、このまま医療費が増加していくと、国民皆保険制度を維持していく上で社会的負担の増加が懸念されます。住民の生活の質の維持・向上を確保しながらも、県における医療費を適正化（医療費の伸びを抑制）していくうえでの主な課題として、次の事項が挙げられます。

### （１）平均在院日数の短縮

国においては、医療費の増加を抑制するために必要な政策の1つとして、入院期間の短縮を図ることとしており、全国と比較し平均在院日数が長い本県においても、平均在院日数の短縮を図っていくことが課題となっています。

このためには、医療の必要性の低い人が長期入院するなどの入院の実態に着目し、患者の状態に即した適切な医療サービス・介護サービスが効果的に提供されるよう療養病床を適切に再編成するとともに、介護サービスや在宅医療等の受け皿を整備するための体制づくりを進めていく必要があります。

また、入院医療においても、医療機能の分化・連携による急性期から慢性期を経て在宅復帰するまでの切れ目のない医療が効率的に提供される体制の構築を図っていく必要があります。

### （２）生活習慣病対策

生活習慣病は、患者の生活の質を低下させるのみでなく、医療費全体に占める割合が大きく、医療経済的にも社会全体として大きな負担になることから、生活習慣病予防の徹底を図っていくことが課題となっています。

このためには、生活習慣病対策の効果的な推進を通じて、生活習慣の改善に自ら取り組むことができるよう行動変容を促し、生活習慣病予防につながることで、県民の生活の質の維持向上を図るとともに、社会全体としての医療費の負担の増加を抑制していく必要があります。

## 第3章 目標と取り組み

### 1 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り組みに当たっては、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、生活習慣病の有病者や予備群を減らすとともに、切れ目のない医療提供体制の構築や療養病床の再編成により、適切な医療サービスの提供や医師・看護職員などの貴重な医療人材の確保を通じて、安全・安心で質の高い医療提供体制の充実を図るなど、県民の生活の質の維持・向上を図るものとします。

#### (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成19年現在、全国で約1,300万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って、国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が、国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されます。

本県においても、県内総人口が今後減少を続ける一方で、平成19年現在約133千人の75歳以上の人口が平成37年には約206千人と、1.5倍以上に増加し、県民総人口に占める割合も20%を超えることが予想されており、これに伴い、本県の老人医療費は高い伸びを示すことが予想されます。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組みは、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に引き下げていくものとします。

## 2 医療費適正化に向けた目標

平成 19 年度版厚生労働白書によれば、国民の受療実態を見ると、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、脂質異常症（高脂血症）、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、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ことになるとされています。

一方、一人当たり老人医療費（平成 17 年度）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、約 1.5 倍の差があります。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や病床数と高い相関関係を示しています。

こうしたことから、医療費の増加を抑えていくために重要な政策は、一つには、若い時からの生活習慣病の予防対策です。生活習慣病の進行を境界域段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができます。もう一つは、入院期間の短縮対策です。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第 1 期の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床の入院患者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ります。

### （1）県民の健康の保持の推進に関する達成目標

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や、県内の各医療保険者が策定する特定健康診査等実施計画の目標値を踏まえて、平成 24 年度において達成すべき本県の目標を次のとおり設定します。

#### 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します。

## 2) 特定保健指導の実施率

平成 24 年度において、当該年度に特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）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ものとします。

### 特定保健指導対象者の選定と階層化

#### ステップ1 内臓脂肪蓄積に着目してリスクを判定

- ・腹囲 M 85cm、F 90cm (1)
- ・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI 25 (2)

#### ステップ2

- 血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上又はb HbA1cの場合 5.2%以上又はc 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- 脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上又はb HDLコレステロール40mg/dl未満又はc 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- 血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上又はb 拡張期血圧85mmHg以上又はc 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- 質問票** 喫煙歴あり ( から のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

#### ステップ3

#### ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

- |        |                 |                                 |                                  |      |
|--------|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|------|
| (1)の場合 | ～ のリスクのうち追加リスクが | 2以上の対象者は<br>1の対象者は<br>0の対象者は    | 積極的支援レベル<br>動機づけ支援レベル<br>情報提供レベル | とする。 |
| (2)の場合 | ～ のリスクのうち追加リスクが | 3以上の対象者は<br>1又は2の対象者は<br>0の対象者は | 積極的支援レベル<br>動機づけ支援レベル<br>情報提供レベル | とする。 |

#### ステップ4

- 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

資料：厚生労働省

## 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。

減少率は、各都道府県における、平成 20 年度当初の該当者及び予備群の推定数(注 1)から平成 24 年度当初の該当者及び予備群の推定数(注 2)を減じた数を、平成 20 年度当初の該当者及び予備群の推定数で除して算出する。

(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) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

平成24年度において達成すべき本県の目標を次のとおり設定します。

### 1) 療養病床の病床数

平成24年度における本県の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の病床数を2,176床、また、回復期リハビリテーション病棟である療養病床の病床数を280床とし、合計2,456床とします。

#### 【算定内訳】

平成24年度末時点での療養病床の病床数は、平成18年10月時点の病床数を基に + により設定する。

本県の療養病床の状況(平成18年10月時点)

	病床数
医療療養病床	2,965床
介護療養病床	2,598床
合計	5,563床

注)回復期リハビリテーション病棟の療養病床を除く

ベースとなる病床数  $a - b + c = 1,771$  床

- a 医療療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の現状の数(平成18年10月)
- b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成19年8月)  
医療区分1 + 医療区分2 × 3割
- c 介護療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成19年8月)  
医療区分3 + 医療区分2 × 7割

#### 《医療区分の構成比》

- a、bの算定においては、直近の入院患者状況を踏まえるため平成19年8月時点の構成比を適用

平成18年10月時点

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療療養病床(1)	44.2%	45.4%	10.4%
介護療養病床(2)	84.5%	13.6%	1.9%



- (1): H18年10月国保支払分レセプト1/2無作為抽出調査結果
- (2): H18年10月アンケート調査結果

平成19年8月時点(3)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療療養病床	39.1%	43.4%	17.5%
介護療養病床	82.1%	14.6%	3.3%

- (3): H19年8月アンケート調査結果

地域の実情として加味する病床数 (ア) + イ) = 405 床

ア) 計画期間中における後期高齢者の増加 305 床

後期高齢者人口の伸び率 17.2% (イ) を踏まえて算定 ( × 17.2% )

- 1) 「都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計): 国立社会保障・人口問題研究所」の平成17年、平成22年、平成27年の推計を基に、その間の増減が線形で等しく推移するものとして厚生労働省保険局にて平成18年及び平成24年の人口を推計し、その間の伸び率を算出

イ) 在宅療養支援 100 床

在宅医療等の基盤整備が遅れていることを踏まえて、医療系ショートステイ病床枠分 ( ( + ア ) ) × 5% 程度 ) を算定

回復期リハビリテーション病棟の病床数の確保 280 床

県医療計画の中で、脳卒中をはじめとした4疾病における地域連携クリティカルパスの作成・普及を支援することとしています。こうした医療連携体制の構築において回復期リハビリテーション病床が果たす役割が非常に大きいことから、在宅復帰促進を図るため、回復期リハビリテーション病床について、65歳以上高齢者人口比で全国平均並みの病床数を確保します(療養病床の目標数とは別枠扱い)。

24,179 床(全国の回復期リハ病床数) ÷ 26,491 千人(全国65歳以上人口) × 264 千人(富山65歳以上人口) × 1.172(後期高齢者人口伸び率17.2%) = 280 床

平成24年度における本県の療養病床の病床数

	項目	算定の考え方	療養病床数		
			医療費適正化計画上の目標数	回復期リハ	計
再編成前	18年10月現在	医療療養3,045床(うち回復期リハ80床) + 介護療養2,598床	5,563床	80床	5,643床
再編成後	ベースとなる病床	平成19年8月調査の医療区分に基づいて算定	1,771床		1,771床
	地域の実情(減要因)	具体的に減少効果が見込める状況にないため算定しない	0床		0床
	地域の実情(増要因)	後期高齢者人口伸び率17.2%による加算	305床		305床
	地域の実情(増要因)	在宅療養を支援するため、短期間の入院を予定した患者のための病床を5%程度加算	100床		100床
	目標数合計		2,176床		2,176床
	目標数とは別枠	在宅復帰促進を図るため、回復期リハ病床を全国平均並みとするために必要な病床を計上		280床	280床
	療養病床合計		2,176床	280床	2,456床



## 2) 平均在院日数

医療制度改革大綱(平成17年12月 政府・与党医療改革協議会)等において、平成27年度までに、全国平均の平均在院日数について、最も短い県との差を半分に短縮する長期目標が定められており、また、各都道府県の医療費適正化計画においては、平成27年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められています。

これを踏まえ、平成24年時点における本県の目標値は、平成18年病院報告における本県の平均在院日数と最短の都道府県の平均在院日数との差を9分の3短縮し、30.4日とします。

### 【算定方法】

平成18年の病院報告における医療費の対象となる病床に係る平均在院日数(以下本節において、「平均在院日数」という。)に関し、本県の平均在院日数から、本県の平均在院日数と最短の都道府県の平均在院日数との差の9分の3の日数を減じたものとします。

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) $\times 1/2$ (差の半分)により3/9と設定。

これにより、

本県の平均在院日数 33.2日

最短の都道府県(長野県)の平均在院日数 25.0日

本県と長野県の平均在院日数の差の9分の3

$(33.2日 - 25.0日) \times 3/9 = 2.8日$

(小数点第二位で切り上げ)

よって、平成24年時点における本県の目標数は、

$33.2日 - 2.8日 = 30.4日$

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、全体的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響にも考慮することとし、平成22年度の間接評価において必要な見直しを行います。

### (3) 計画期間における医療に要する費用の見通し

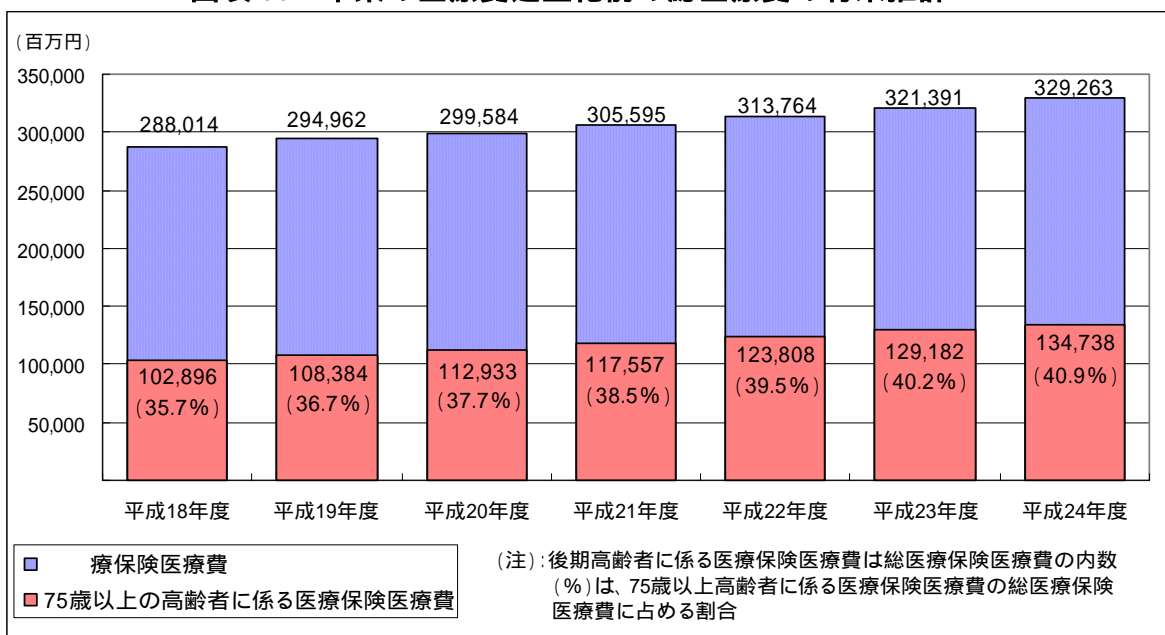
国民医療費は、平成18年度の医療制度改革の実施前で、平成20年度に37兆円程度、平成27年度は47兆円程度と10兆円の増加と見込まれていますが、改革実施後では、平成20年度は35兆円程度、平成27年度は44兆円程度と9兆円の増加と見込まれており、医療制度改革による国全体の医療費適正化の効果は、平成27年度で約1兆円程度と考えられます。

#### 1) 医療費適正化前の医療費

医療費適正化の対策を講じなかった場合の本県の総医療費（公費負担医療費（生活保護などの医療扶助等）を除く総医療保険医療費をいいます。）については、毎年1.6～2.7%の伸びで増加し、平成24年度には約3,293億円になるものと見込まれています（図表33）。

75歳以上の高齢者に係る医療費（公費負担医療費を除く75歳以上の高齢者に係る医療保険医療費をいいます。）については、毎年4.1～5.3%の伸びで増加し、平成24年度には約1,347億円と見込まれ、また、本県の総医療費に占める割合は、年々増加し平成23年度以降は4割を超えるものと見込まれます（図表33）。

図表33 本県の医療費適正化前の総医療費の将来推計



資料：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール(Ver.3)」により推計

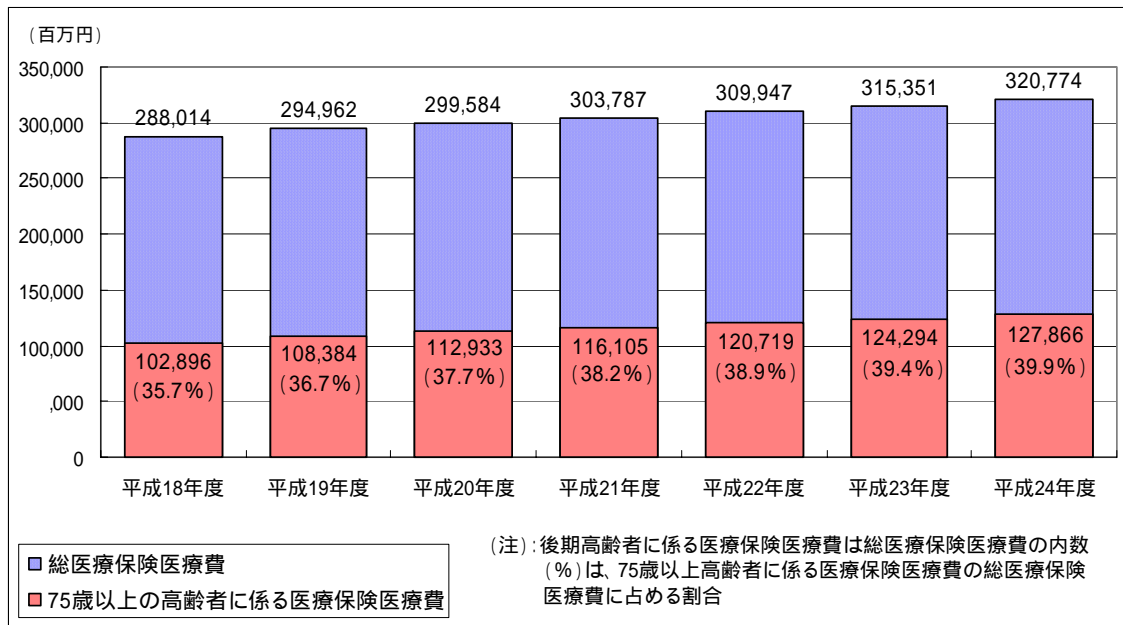
## 2) 医療費適正化後（目標達成後）の医療費

医療費適正化に向けた目標を達成した場合の本県の総医療費は、平成24年度で約3,208億円と、医療費適正化前に比べ約85億円削減されるものと見込まれます（図表34）。

厚生労働省の「都道府県別の医療費の将来見通し計算ツール」では、医療費適正化の効果のうち、生活習慣病対策に関しては、特定健診等によって、個々の生活習慣病の危険因子を減らし、その結果、生活習慣病の患者数が減少し、それに伴って医療費が軽減されるという経過をたどることから、医療費の軽減効果が明確に現れるまでに数年（平成25年度以降）は要するものとし、本計画にはその効果は見込まず、平均在院日数の短縮による効果のみを見込むこととしています。

なお、平均在院日数を短縮する要因としては、療養病床の再編成のほか、地域連携クリティカルパスの導入等による医療連携体制の推進や医療技術の進展などがあると考えられますが、各要因ごとの寄与度が明確でないことから、ここでは厚生労働省の計算ツールをそのまま用いて推計することとします。

図表34 本県の医療費適正化後の総医療費の将来推計



資料：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール (Ver.3)」により推計

### 3 目標を達成するために県が取り組むべき施策

#### (1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

##### 1) 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

医療保険者に実施が義務づけられた特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施されるよう、委託先事業者等の情報収集や情報提供、集合的な委託契約成立のための協議への支援など、実施体制の構築に向けた支援を行います。

標準的な健診・保健指導プログラムを踏まえて特定健康診査等を適切に企画・評価し、効果的な特定保健指導を実施できる人材の確保・育成を図るため、保険者協議会等と連携して、医療保険者や事業者の実践者等を対象に研修を実施します。

医療保険者における特定健康診査等実施計画の策定やその見直し等の際し、必要な情報提供や助言などを行います。

特定健康診査・特定保健指導の実施や評価について、地域の実情を踏まえた課題・問題点の整理と対応策の検討が行われるよう、医療保険者や事業者や関係団体等の協議に対し助言を行います。

##### 2) 富山県保険者協議会の活動への支援

県内医療保険者等で構成する富山県保険者協議会は、医療費の分析や評価、保健事業の共同実施のほか、特定健康診査・特定保健指導の実施に関する連絡調整や協議・助言を行う場として重要な役割を担っていることから、保険者協議会や事務局となる富山県国民健康保険団体連合会に対し、必要な情報提供や助言などの支援を行います。

##### 3) 医療保険者における健診結果データ等の活用の推進

特定健康診査・特定保健指導に関する結果のデータは電子的に保存することとされ、これには次のような活用策が考えられることから、医療保険者における健診等データの有効な活用や、それを生かした効果的な保健事業の推進について助言や支援を行います。

活用例)・健診結果データの経年的な変化による保健指導事業の効果測定

- ・健診結果とレセプトの活用により医療機関の受診が必要であるものの、長期中断となっている者への受診勧奨や未受診者対策

- ・ 特定健康診査等実施計画の進捗状況の管理や、見直し時における実施状況の把握・分析
- ・ 健診結果データの分析による地域特性に応じた効果的な保健事業 等

#### 4) 地域・職域が連携した健康増進対策の推進

生活習慣病予防の推進には、保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導を通じた健康づくり（ハイリスクアプローチ）とともに、健康づくり関係機関が連携して行う普及啓発や基盤整備（ポピュレーションアプローチ）を適切に組み合わせ、効果的に推進していくことが重要であることから、これらの取組みに対し積極的に支援を行うとともに、県健康増進計画等に基づいて健康増進に関する取組みを進めていきます。

健康教室や講演会等を通じて、メタボリックシンドロームや生活習慣病に対する普及啓発を積極的に推進します。

生活習慣病の予防等を図るため、各ライフステージの特徴や課題に応じ、ターゲットを絞った栄養指導や健康教室・健康相談等を推進します。

健康づくりボランティアの積極的な活動を支援するとともに、運動や栄養など健康に関する学習や地域ぐるみの活動を進める自主的グループの活動を支援します。

地域住民を対象とした健康管理・保健サービス（地域保健）と、地域の事業所の就業者を対象とした労働安全・保健サービス（職域保健）との連携を図り、地域全体の健康課題の明確化や生涯を通じた継続的で包括的な健康支援を進めます。

## (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、医療の必要性の高い患者のための必要な療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者については、療養病床から転換した老人保健施設等で受け入れることとするものです。

これにより、利用者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険財源の有効かつ効率的な活用、医師・看護師などの人材の効果的な活用を図ろうとするものです。

このため、療養病床の再編成が円滑に進められるよう取組みを進めていきます。

## ア 計画的な転換の推進

療養病床から介護保険施設等への転換については、療養病床を有する医療機関や関係団体と意見交換等を行うとともに、市町村等とも調整を図りながら計画的な転換を推進します。

## イ 相談窓口の設置

療養病床の円滑な転換や入院患者、地域住民等の不安の解消を図るため、医療機関をはじめ患者や家族等からの相談窓口を設置します。

## ウ 転換支援

療養病床から老人保健施設等への転換が円滑に進められるよう、国の転換支援策等についての情報提供を行うとともに、医療療養病床からの転換に対し財政支援（病床転換助成事業）を行います。

### 【国の主な転換支援措置】

療養病床に入院していた患者への適切な医療サービスの提供の確保

- ・ 介護療養型老人保健施設の創設

夜間や休日の医療体制の強化、看取り体制の整備 等

医療機関の選択肢の拡大

- ・ 医療法人経営の選択肢の拡大
- ・ 在宅医療と「住まい」を組み合わせたサービス提供体制構築の支援
- ・ サテライト型小規模老人保健施設の設置の緩和（多様化）

老人保健施設等への転換に係る支援（資金面）

- ・ 転換に要する費用の助成（補助）の実施

病床転換助成事業補助金（県） 地域介護・福祉空間整備等交付金（市町村交付金を活用）

- ・ 転換するための法人税特別償却制度の創設
  - ・ 新たな借換融資制度の創設
  - ・ 改修等に要する資金に係る福祉医療機構の融資条件の優遇措置
- 施設基準の緩和

- ・ 転換する介護老人保健施設等の施設基準の緩和
- ・ 医療機関と併設施設の共用できる施設の範囲の拡大

人員基準の緩和

- ・ 小規模老人保健施設の人員基準の緩和
- ・ 医師・看護職員等の配置基準が緩和された経過的類型の創設

老人保健施設等への転換枠の確保

- ・ 転換の意向を最大限考慮した第4期介護保険事業（支援）計画の策定 等

## 2) 医療機関の機能分化・連携

平成20年度からの新しい県医療計画においては、がん、脳卒中等の4疾病及び救急医療、周産期医療等5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）を明示しており、例えば、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を具体的に図ることとしています。

地域連携クリティカルパスとは、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を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画書をいいます。

医療連携体制の強化によって、入院から在宅までの切れ目のない医療が提供され、早期に自宅に帰ることができるようになれば、患者のQOL（生活の質）を高めつつ、医師や看護職員等の貴重な医療人材が有効に活用されることに加え、結果としてトータルの入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することになります。

このため、県医療計画に基づき、医療機関の機能分化・連携に関する取組みを進めていきます。

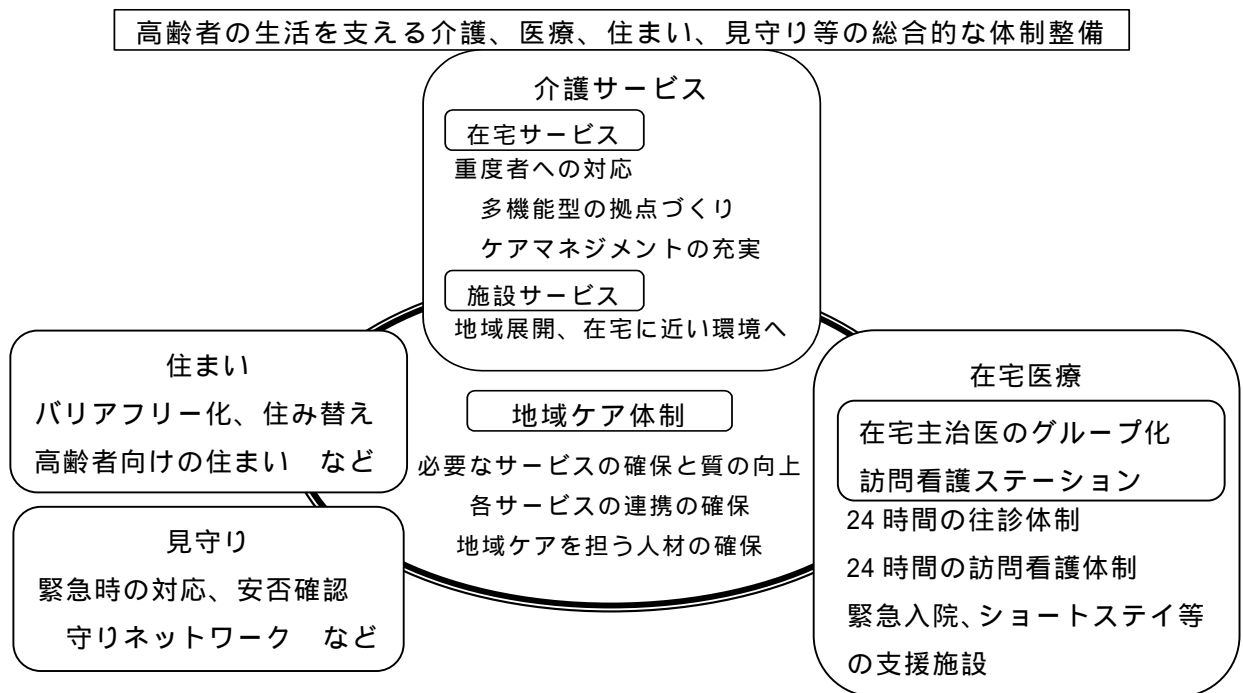
図表 34 4疾病5事業に係る医療機能及び医療連携体制の概要

	医療機能	医療連携体制
がん	早期診断 集学的治療(手術、化学療法、放射線療法) 治療の初期からの緩和ケア	がん検診施設(PETセンター等) がん診療連携拠点病院 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム
脳卒中	発症後の速やかな搬送 脳卒中の専門診療 脳卒中リハビリテーション	消防機関等 脳卒中ケアユニット 回復期リハビリテーション病棟
急性心筋梗塞	発症後の速やかな搬送 急性心筋梗塞の専門診療 心臓リハビリテーション	消防機関等 血管造影室(経皮的冠脈形成術) 機能訓練室(ホルター型心電図、トレッドミル)
糖尿病	早期診断(糖負荷試験) 糖尿病教育入院 合併症治療	内分泌・代謝領域対応医療機関 専門職チーム(管理栄養士、糖尿病療養指導士) 血液透析室等(人工透析、腎臓移植)
<b>5事業</b>		
救急医療	初期救急医療 二次救急医療(医療圏レベル) 三次救急医療(全県レベル)	在宅当番医、休日夜間急患センター 輪番制病院 救命救急センター
災害医療	災害時の医療確保 被災地域への医療支援 被災者の健康管理	災害拠点病院 災害派遣医療チーム(DMAT)、医療救護班 医療救護班、災害支援ナース
へき地医療	医師派遣 へき地巡回診療 情報通信技術(IT)の活用	へき地診療所 へき地医療拠点病院 遠隔医療ネットワーク
周産期医療	正常分娩 ハイリスク分娩 周産期専門医療	診療所(妊婦健診)、病院(助産師外来) 新生児集中治療室、後方病室 総合・地域周産期母子医療センター
小児医療	小児一般医療 小児専門医療 高度小児専門医療	診療所(外来医療、予防接種) 病院(入院医療、家族へのサポート) 新生児集中治療室

### 3) 在宅医療・地域ケアの推進

今後の高齢化の一層の進展（特に後期高齢者人口の増加）や療養病床の再編成等に併せて、介護や医療を必要とする状態になっても、高齢者が住みなれた自宅や地域で安心して暮らせるよう、県医療計画や県地域ケア体制整備構想に基づいて、在宅医療・介護サービス、住まい、見守りといった地域ケア体制の構築を図っていくための取組みを進めていきます。

図表 35 地域ケア体制の将来像



#### ア 在宅医療・介護サービスの充実

在宅医療と訪問看護の推進に関する県民の理解と医療・介護関係者の共通認識を図るため、県や関係団体により「富山県在宅医療・訪問看護推進会議（仮称）」を設置し、実務者レベルの協議と進行管理の場を設けることにより、各方策を効果的に推進します。

開業医が連携し、24時間体制で往診等ができる体制の整備を目指すとともに、在宅主治医を中心として歯科医師や薬剤師、看護職員等が連携したチームによる在宅医療を推進します。

在宅看護を志望する看護職員を対象に、訪問看護ステーション開設者育成研修を実施するとともに、在宅医療の要となる訪問看護ステーションの開設に際して財政支援を行うなど設置を推進します。



緊急時に入院可能な医療機関の確保のほか、特に、家族等の必要に応じて一時的な入院・入所が可能な施設としての医療系ショートステイの確保に取り組みます。

#### イ 住まい、見守りの充実

介護等が必要になった場合でも、できる限り住み慣れた自宅での生活が継続できるよう、住宅のバリアフリー化や高齢者の生活圏域の中で必要な介護・医療サービスと見守りが受けられる体制づくりを進めます。

家屋の構造や一人暮らし等の理由により、高齢期における自宅での生活の継続に不安などがある場合でも、在宅サービスや見守りと連携した高齢者が安心して暮らすことができる住まいを確保し、高齢者の意向に沿った住み替えができる環境づくりを進めます。

高齢者の住まいと福祉に関する県民等の意向を把握しながら、新たな「住まいとケアのサービスモデル」の検討を進めます。

高齢者本人や家族、住まいの状況のほか、都市部・農村部・山間部の違い、住民意識やコミュニティーの違い、見守りに活用できる各種サービスの普及の違いなど地域の実情に応じて、緊急時の対応と安否確認を中心に、見守りネットワークを構築していきます。

#### ウ 介護を担う人材の養成確保

県や介護・福祉関係の事業者、職能団体、養成校、労働関係機関等による「福祉人材確保対策会議（仮称）」を設置し、実態を踏まえた対策を早急に検討するとともに、関係者のネットワークを構築し、連携を図ることにより効果的な人材の養成確保対策を講じます。

介護サービスに従事する職員の資質向上とキャリアアップを支援するための研修の充実や受講機会の確保を図ります。

介護・福祉の仕事を志す若年者の確保・増大を図るため、職場ガイダンスやボランティア体験、実習生の受入れの充実を図ります。

潜在的有資格者の就業支援のための情報提供や研修機会の確保とともに、高齢者等の多様な人材の就業とボランティア参加の促進を図ります。

### **( 3 ) その他医療費適正化の推進のために県が必要と認める施策**

#### **1 ) 医療保険者等による保健事業の実施への支援**

市町村等の国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合が実施する重複受診・頻回受診の対象者に対する訪問指導や受診者への医療費通知、診療報酬明細書の審査・点検や、後期高齢者に対する健康診査などの保健事業に対し、必要な助言等を行います。

#### **2 ) ジェネリック医薬品の利用促進**

安価で良質なジェネリック医薬品の使用を拡大することは、患者の経済的負担を減らし、医療保険財政の効率化が図られることなどから、国においては、平成 20 年 4 月から処方せんの様式を変更し、処方医がジェネリック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のみ、署名又は記名・押印することとするなど、利用促進策が講じられています。

本県は、これまでも他県に先駆けて、積極的な利用促進策を講じて来たところであり、今後も引き続き、ジェネリック利用促進事業の先進県としての取組みを行います。

このため、医師、薬剤師、公的病院の医療関係者等と連携して、更なる利用促進のための具体的な対応策を講じ、新薬とジェネリック医薬品をバランスよく使用するための環境整備を進めていきます。

また、ジェネリック医薬品に関する情報を広く医療保険者や県民に対して提供することなどにより、ジェネリック医薬品に対する理解を深め、安心して利用できるよう、普及啓発を図ります。

## 第4章 計画の推進

### 1 計画の推進体制

#### (1) 関係者の意見の反映

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のが求められます。このため、医療費適正化計画の策定及び評価に当たっては、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、医療保険者の代表者等）の意見の反映に努めます（第1期適正化計画の策定に当たっては富山県医療費適正化計画検討委員会を設置）。

#### (2) 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介護サービスの基盤整備を担う立場の一つであります。このため、医療費適正化計画を策定又は変更する過程においては、関係市町村に協議するなど、市町村との連携を図ります。

#### (3) 医療保険者・医療機関その他の関係者の連携及び協力

第3章に掲げた県の取組みを円滑に進めていくためには、関係者が個々の役割を認識するとともに、住民の健康の保持の推進に関しては医療保険者及び健診・保健指導事業者等と、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っていくような体制づくりに努める必要があります。

このため、保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等を活用するとともに、様々な機会を利用して積極的に連携・協力を図っていきます。

##### 1) 医療保険者

特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施を中核に生活習慣病対策を企画・実施するとともに、健診・保健指導データやレセプトデータを活用して医療費分析を行うことにより、課題を明らかにし、効率的に保険料財源を活用した事業展開を図ることが必要となります。このため、特定健康診査等実施計画を策定するとともに必要に応じ見直し、当該計画における平成24年度の目標値の達成に向け、積極的に取り組んでいくことが求められます。

## 2) 後期高齢者医療広域連合

老人医療費の増加が懸念されるなか、後期高齢者（75歳以上の高齢者及び65歳～74歳で一定の障害があるとの認定を受けた高齢者）の健康の保持等を図るため、保健事業の実施に努めるとともに、多受診・頻回受診者に対する指導等による適正な受診に対する啓発に努めることが求められます。

## 3) 健診・保健指導実施機関

特定健診・特定保健指導に係る精度管理や情報管理、利用者の利便性の確保や実施者の資質の向上等に努めるなど、医療保険者と連携し、特定健診・特定保健指導の円滑な実施に努めることが求められます。

## 4) 医療機関、介護サービス事業者

医療機関については、安全で安心な医療の提供に加え、医師や看護職員などの貴重な医療人材を効果的に活用する観点から、適切な医療サービスの提供や各医療機関間の連携、在宅医療の提供などの取り組みが求められます。

また、介護サービス事業者については、医療ニーズの高い要介護者の増加も見込まれることから、医療機関等と連携し、利用者ニーズに応じた多様で質の高い在宅サービスへの取り組みが求められます。

## 2 計画の達成状況の評価

定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施する、P D C Aサイクルに基づく管理を行います。

### ( 1 ) 進捗状況の評価

計画の中間年（作成年度の翌々年度：第 1 期計画では平成 22 年度）に、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

評価の結果は、必要に応じ計画（達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策等）の内容の見直しに活用するほか、次期計画の策定に活かします。

### ( 2 ) 実績評価

計画期間の終了の日の属する年度の翌年度（第 1 期計画では、平成 25 年度）に、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、計画の実績に関する評価を行います。

評価の内容は、厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のために必要があると認める場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見を提出することができることとされています。

## 参 考 資 料

富山県医療費適正化計画の策定経過	45
富山県医療費適正化計画検討委員会設置要綱	46
富山県医療費適正化計画検討委員会委員名簿	47
用語解説	48
参考資料	
・ 国の医療制度改革の概要	52
・ 計画期間における県医療費の将来推計方法	57
・ 4 疾病 5 事業及び在宅医療の医療体制	59
・ 富山県における医療圏域ごとの救急医療機関	69
・ ジェネリック医薬品利用促進事業について	70



## 富山県医療費適正化計画の策定経過

19年4月	医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)の提示 (国:17日)
5月	第1回医療制度改革に係る説明会 (10日) (医療制度改革及び各計画の概要説明)
6月	
7月	第1回富山県医療費適正化計画検討委員会 (13日)
8月	療養病床を有する医療機関に対するアンケート調査の実施 (1日)
9月	療養病床を有する医療機関に対するヒアリングの実施 (8月27日～9月21日)
10月	医療保険者への特定健診等に係る目標値設定状況の照会 (~11月) 療養病床の再編成に係る目標数についての国及び関係団体との協議 (~20年2月)
11月	
12月	第2回富山県医療費適正化計画検討委員会 (21日)
20年1月	
2月	第3回富山県医療費適正化計画検討委員会 (7日) パブリックコメントの実施 (14日～3月5日) 第2回医療制度改革に係る説明会 (21日) (市町村等関係機関に対する意見照会)
3月	第4回富山県医療費適正化計画検討委員会 (27日) 市町村への法定協議 (28日) 計画の策定 (31日)
20年4月	・県医療費適正化計画の公表、国への報告

平成22年度 進捗状況の評価・公表、必要に応じ計画内容の見直し

平成22年度 実績(目標の達成状況、施策の実施状況)の分析・評価



## 富山県医療費適正化計画検討委員会設置要綱

### (目的)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律(平成18年法律第83号による改正後の老人保健法(昭和57年法律第80号)をいう。)第9条に規定する医療費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。)の策定について、必要な事項を検討するため、富山県医療費適正化計画検討委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

### (所管事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について協議・検討を行う。

- (1) 医療費適正化計画の策定に関すること。
- (2) その他委員会の目的を達成するために必要な事項に関すること。

### (組織)

第3条 委員会は20名以内の委員をもって組織する。

2 委員は、学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者等の中から、知事が委嘱し、又は任命する。

### (任期)

第4条 委員(委員が欠けた場合の補充委員を含む。)の任期は、平成20年3月31日までとする。

### (委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は委員が互選し、副委員長は委員長が指名する。

3 委員長は会務を総理する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は欠けたときは、副委員長が、その職務を代理する。

### (会議)

第6条 会議は委員長が招集し、その議長となる。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ、開くことができない。

3 会議には、必要に応じ委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

### (事務局)

第7条 委員会の事務局は、富山県厚生部厚生企画課に置く。

### (その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

### 附 則

この要綱は、平成19年7月13日から施行する。

この要綱は、平成20年3月31日をもってその効力を失う。

## 富山県医療費適正化計画検討委員会委員名簿

(五十音順、敬称略)

氏 名	所 属 等	備 考
秋山 眞	富山県療養病床協会会長	
井口 修平 <small>(平成19年11月21日付けで交代)</small>	富山社会保険事務局長	平成19年11月20日まで 平野 勤
魚津 龍一	富山県町村会長	
沖本 洋明	富山県薬剤師会長	
鏡森 定信	富山大学医学部教授	
笠島 學	富山県介護老人保健施設協議会会長	
金谷 幸則 <small>(平成20年2月7日付けで交代)</small>	富山青年会議所理事長	平成20年2月6日まで 橋本 淳
蟹瀬 美和子	富山県社会福祉協議会専務理事	
栗山 豊実	富山県歯科医師会長	
小路 みつ子	富山県婦人会副会長	
高野 史雄	富山県国民健康保険団体連合会常務理事	
高柳 礼子	全国保健師長会富山県支部長	
武田 幸子	富山県看護協会会長	
仁木 善隆	健康保険組合連合会富山連合会 理事組合 三協・立山健康保険組合常務理事	
福田 孜	富山県医師会長	
古田 俊吉	富山大学経済学部教授	
堀 あつ子	富山県老人クラブ連合会副会長	
森 雅志	富山県市長会長 富山県後期高齢者医療広域連合長	
森本 富志雄 <small>(平成19年11月21日付けで交代)</small>	富山県労働者福祉事業協会理事長	平成19年11月20日まで 草嶋 安治

委員長 副委員長

平成20年3月31日現在

## 【用語解説】

### 【い】

#### 「一般病床」

精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいう。

#### 「医療機関併設型小規模老人保健施設」

病院又は診療所に併設され、人員配置基準や設備基準を緩和した小規模(定員 29 人以下)の老人保健施設であって、サテライト型小規模老人保健施設以外の施設をいう。

#### 「医療系ショートステイ」

療養病床や老人保健施設において、短期間(1ヶ月以内)の入所者に医療や日常生活の世話等のサービスを提供する仕組みをいう。

### 【か】

#### 「介護療養型老人保健施設」

療養病床転換の受け皿として平成 20 年 4 月に創設される休日や夜間の看護体制や看取り体制の整った転換型の介護老人保健施設をいう。

#### 「回復期リハビリテーション病棟」

脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 能力(日常生活動作)の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟をいう。

#### 「感染症病床」

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成 10 年法律第 114 号)」に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床をいう。

### 【き】

#### 「救急医療機関」

救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療計画の内容、当該医療機関の所在する地域における救急業務の対象となる傷病者の発生状況等を勘案して、必要と認定した病院又は診療所をいう。

### 【け】

#### 「結核病床」

結核の患者を入院させるための病床をいう。

## 【こ】

### 「後期高齢者医療広域連合」

後期高齢者医療の事務を行うために、都道府県ごとに区域内の全ての市町村が加入して設立された地方公共団体をいう。

## 【さ】

### 「在宅療養支援診療所」

在宅で生活する患者からの連絡を受けて24時間体制で往診や訪問看護が可能な体制等を整えた診療所として、平成18年に診療報酬上の制度として創設されたものをいう。

### 「サテライト型小規模老人保健施設」

本体施設である介護老人保健施設との連携を前提して、人員配置基準や設備基準を緩和した小規模（定員29人以下）の老人保健施設をいう。

## 【し】

### 「ジェネリック医薬品（後発医薬品）」

成分そのものやその製造方法を対象とする特許権が消滅した先発医薬品について、特許権者ではなかった医薬品製造メーカーがその特許に内容を利用して製造した同じ主成分を含んだ医薬品をいう。

## 【せ】

### 「生活習慣病」

食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症や進行に關与する、がん、脳卒中、心臓病、高血圧症、糖尿病などの病気またはその概念をいう。

### 「精神病床」

精神疾患を有する者を入院させるための病床をいう。

## 【ち】

### 「地域・職域連携推進協議会」

生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図るために、自治体、事業者及び医療保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解のもと、それぞれが有する保健医療資源の相互活用、保健事業の共同実施についての検討をする場として設置されたもの

### 「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を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画書をいう。

## 【と】

### 「特定健康診査等実施計画」

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、各医療保険者が 5 年を 1 期として、特定健診・特定保健指導の具体的な実施方法や目標値、その他特定健康診査等の適切かつ有効な実施のため必要な事項を定める計画をいう。

### 「特定健康診査・特定保健指導」

平成 20 年度から医療保険者に義務づけられた、40 歳以上 74 歳以下の加入者（被保険者・被保険者の被扶養者）に対する内臓脂肪型肥満に着目した健康診査・保健指導をいう。

特定健康診査は、腹囲や血糖値、中性脂肪値等の測定、結果の通知及び生活習慣の改善に関する基本的な情報提供を行うもの

特定保健指導は、リスクに応じて対象者を階層化し、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活環境の改善に向けた行動変容ができるように、対象者の状態に応じて個別支援していくもの

### 「富山県保険者協議会」

県内の医療保険者が連携、協力し、保健事業等の円滑、効率的な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営を図ることを目的に設立された団体。また特定健診等の実施に関し、保険者その他関係者間の連絡調整や助言等をおこなう役割も担っており、事務局は富山県国民健康保険団体連合会に設けられている。

## 【ひ】

### 「標準的な健診・保健指導プログラム」

各保険者が行うべき特定健診・特定保健指導が適切かつ円滑に進むよう、厚生労働省において健診、保健指導、データ分析・評価の標準化されたプログラムを示したものをいう。

### 「PDCA サイクル (Plan-Do-Check-Act cycle)」

綿密に計画を立て、その通りに（軌道修正しながら）実践し、結果を評価し、改善し、次につなげるというマネジメントサイクルをいう。

## 【へ】

### 「平均在院日数」

病院に入院した患者の 1 回当たりの平均的な入院日数をいう。

## 【ほ】

### 「訪問看護指定事業者」

居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は診療上の補助を行う事業所として厚生労働大臣が指定した者をいう。

## 【め】

### 「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」

内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、高血圧、脂質異常などを呈する状態のことをいう。

## 【り】

### 「療養病床」

病院の病床（精神病床、結核病床、感染症病床を除く。）又は一般診療所の病床のうち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病床をいい、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（平成 23 年度で廃止）がある。

# 医療制度改革法の概要

## 医療制度改革大綱の基本的な考え方

### 1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- (1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
  - ・医療情報の提供による適切な選択の支援
  - ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供(医療計画の見直し等)
  - ・在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上
  - ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等
- (2) 生活習慣病対策の推進体制の構築
  - ・「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
  - ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け
  - ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

### 2. 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)
- (2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)

### 3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- (1) 新たな高齢者医療制度の創設
- (2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

## 【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律】

都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進

医療計画制度の見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)等

地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)

医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)

医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)

医療法人制度改革 等

## 【健康保険法等の一部を改正する法律】

医療費適正化の総合的な推進

・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け

・保険給付の内容、範囲の見直し等

・介護療養型医療施設の廃止

新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)

都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

## 生活習慣病に関する健診・保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診
特徴	プロセス重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化および将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	実施回数や参加人数(アウトプット評価)		糖尿病等の患者・予備群の25%減少(アウトカム評価)
実施主体	市町村		医療保険者



## 特定健診・特定保健指導の実施に係る目標値の参酌標準

項 目	全国 目 標	参 酌 標 準 ( 案 )		設 定 理 由 等	
特定健康審査 の実施率	70%	単一健保 共済	被扶養者比率 が25%未満	80%	H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定
			被扶養者比率 が25%以上	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出	
		総合組合 政府管掌(船員保険) 国民健康保険組合		70%	
		市町村国保		65%	
特定保健指導 の実施率	45%	45%		モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率	
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	10% (H20比)	10% (H20比)		H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出	

単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者は、その比率に即した参酌標準とする。

資料：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(案)を基に県が作成

# 療養病床再編成について

次の3つの視点により、療養病床の再編成を進める必要があります

## (1)利用者の視点：高齢者の状態に即した適切なサービスを提供することが望めます

- ・高齢者に対しては、その方の状態に即して、適切な設備・人員体制の整った環境の下で適切なサービスが提供されることが望めます。
- ・医療の必要性の高い方は医療療養病床
- ・医療よりも介護サービスが必要な方は老健、特養など

## (2)費用負担者の視点：国民の負担を効率化することが望めます

- ・療養病床の平均的費用は介護施設と比べると高くなっています。
- ・今後高齢者が更に増加する中で、療養病床への給付は必要な部分に効率化し、保険料や税金の負担をできるだけ抑えることが望めます。

## (3)医療提供体制の視点：貴重な医療資源を効果的に活用することが望めます

- ・療養病床には医療の必要性の高低に関わらず医師・看護職員が手厚く配置されています。
- ・貴重な能力をより必要な人に振り向けることが望めます。

## 再編成を進める上での留意点

再編成は、平成23年度末まで5年間かけて計画的に進めます。

その際の医療療養病床の目標は、国の参酌標準を踏まえつつ、各都道府県において関係者で議論して設定します。

都道府県地域ケア体制整備構想で定める療養病床転換推進計画は、一方的に作成するのではなく、各医療機関の意向を尊重しつつ、各圏域ごとに定めます。

各医療機関の療養病床が円滑に老健施設等に転換できるよう、各般の転換支援措置を講じます。

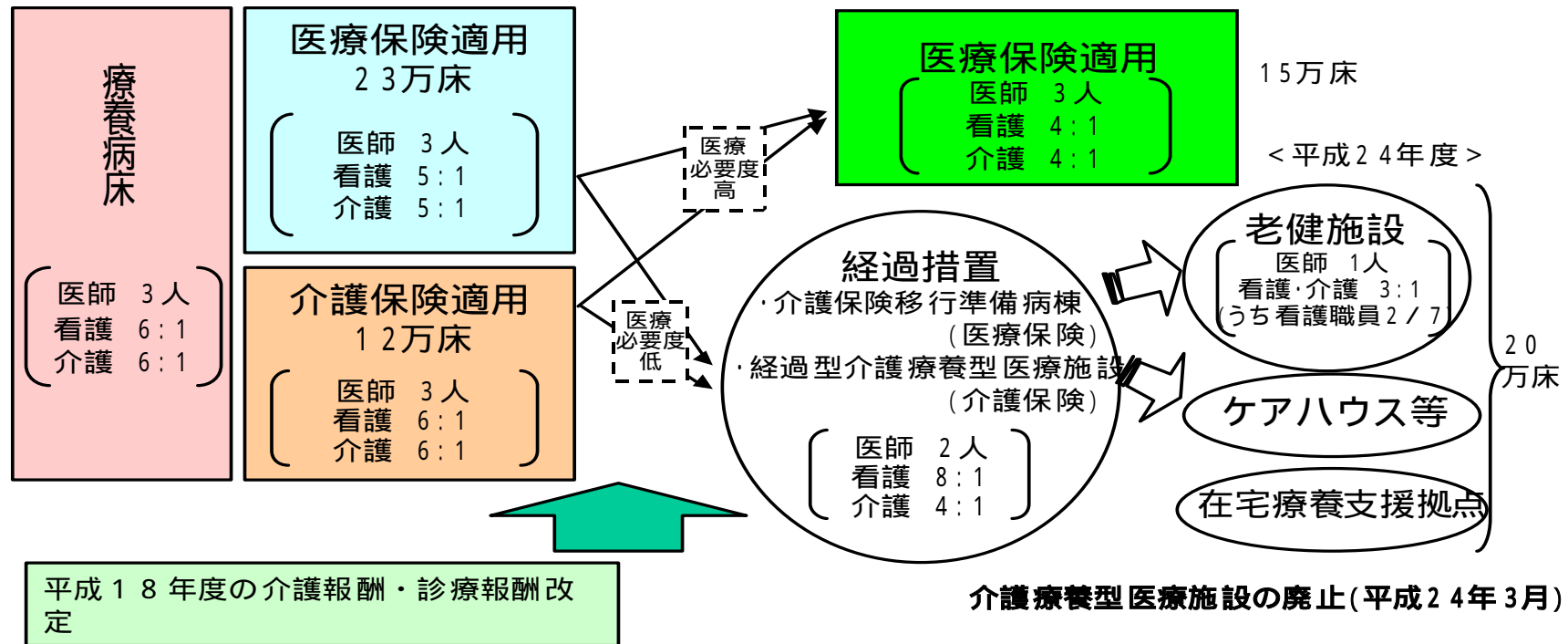
再編成に当たっては、ベッドをなくするのではなく、円滑な転換によって、入院している方々の追い出しにつながらないようにすることが前提です。

再編成を進めるに当たっては入院患者を第一に考え、各都道府県に相談窓口を設置して、住民の方々の相談に応じる体制を整えています。

再編成が入院患者に及ぼしている影響について実態調査を進めます。

# 療養病床の再編成の考え方

再編成は次のような形で進めます。  
 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。  
 介護療養病床の廃止は5年後であり、その間に老健施設等への転換を進めます。  
 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



## 計画期間における県医療費の将来推計方法(1)

厚生労働省作成の「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール Ver.3」により推計

### 【使用統計】

- ・医療機関メディアス（平成14～18年度）（審査支払機関の支払データを基に医療機関の所在地ごとに都道府県別に集計されたもの）
- ・平成17年度国民健康保険事業年報、平成17年度老人医療事業年報、平成17年度国民医療費
- ・平成18年度患者調査（患者の都道府県別患者数と医療機関の都道府県別患者数）
- ・都道府県別将来推計人口（平成19年5月 国立社会保障・人口問題研究所）等

### (1) 計画期間における医療費適正化前の県医療費の推計方法

#### 【考え方】

#### 基準年度の住民住所地別の県医療費の推計

国民健康保険組合や被用者保険など、都道府県をまたいで受診する影響があるものについては、国保事業年報（住所地ベース統計）と厚労省の統計（医療機関所在地ベース統計）の比率を使って補正

#### 県医療費の伸び率の算出

平成18年度から平成24年度までの1人あたり医療費の伸び率を、過去5年間の実績を基礎に平成19、20年度の患者負担見直し効果及び平成20年度診療報酬改定の影響や高齢化効果を考慮して算出

#### 県医療費の将来推計

上記 × により推計

## 計画期間における県医療費の将来推計方法(2)

### (2) 計画期間における医療費適正化後の県医療費の推計方法

【考え方】

#### 生活習慣病対策による効果

一定のタイムラグ(メタボ該当者・予備群が減少した後、生活習慣病の発生率が低下し、医療費が減少する)が生じることから、本計画では見込まない(第2期適正化計画以降の効果)

#### 平均在院日数の短縮効果

平均在院日数短縮の効果は慢性期の患者が中心であることから、70歳以上の入院医療費のみにおいて、「1人当たり入院日数の減少」及び「1日当たり入院医療費の増加」の効果が出るものと見込む。

##### ・1人当たり入院日数の減少率

総入院日数の減少率(平均在院日数の目標値/平成18年度病院報告の平均在院日数)を基に、70歳以上の総入院日数の減少率を算出

##### ・1日当たり入院医療費の増加率

平均在院日数が減少すると医療行為が短期間に集中することとなるため、1日当たり医療費が高くなると想定し、平均在院日数が短い長野県は1日当たり入院医療費(70歳以上)が全国で3番目に高いことから、この関係を用いて増加率を算出

(1)推計された適正化前の「1人当たり日数(70歳以上)」及び「1日当たり入院医療費(70歳以上)」に上記の平均在院日数の短縮効果の増減率をそれぞれ乗じて推計

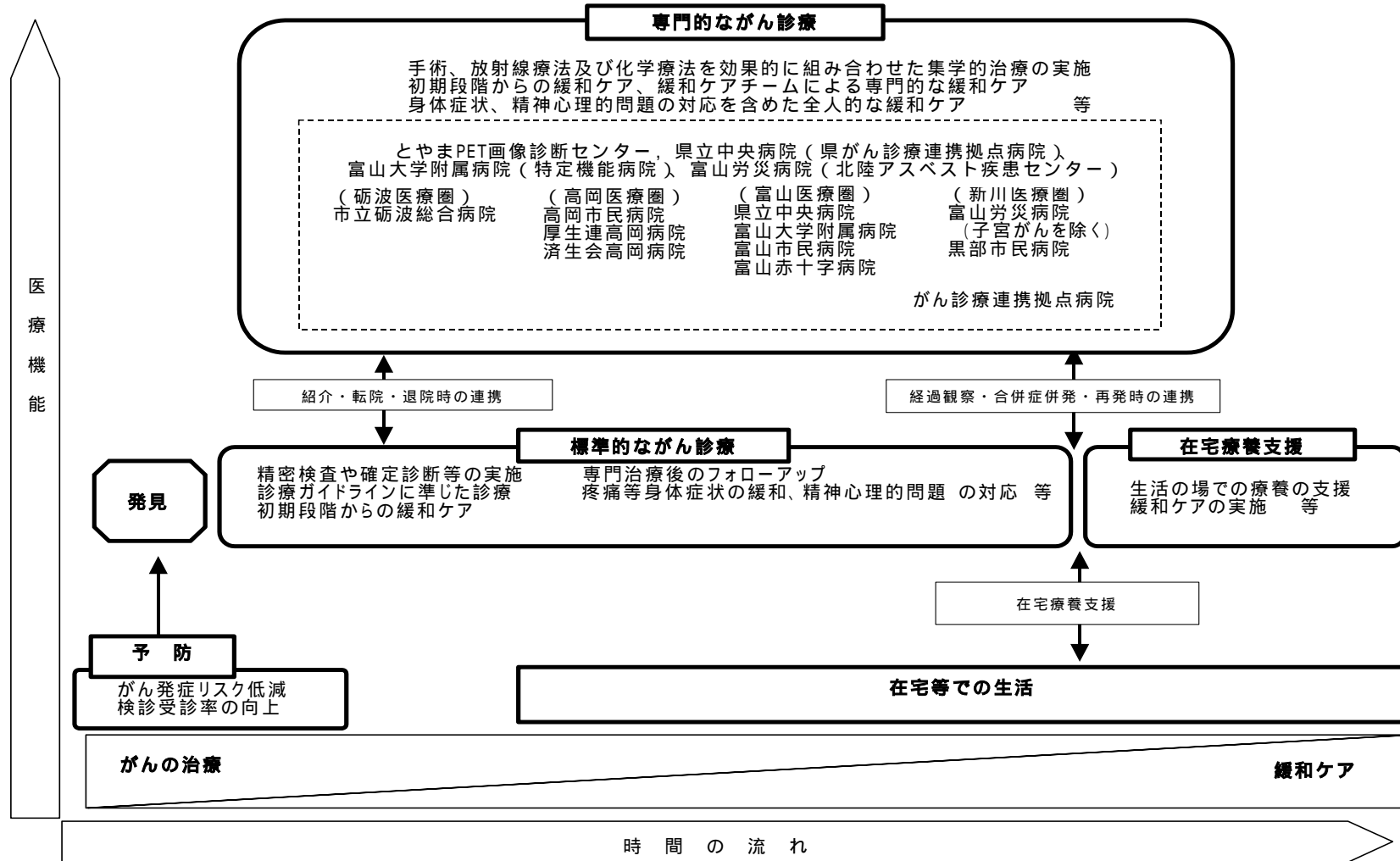
なお、平均在院日数を短縮する要因としては、療養病床の再編成のほか、地域連携クリティカルパスの導入による医療連携体制の推進や医療技術の進展などがあると考えられるが、各要因ごとの寄与度は明確でないため厚生労働省の計算ツールをそのまま用いて推計

**その他** 21年度以降の診療報酬改定や制度改正の影響は見込まない。



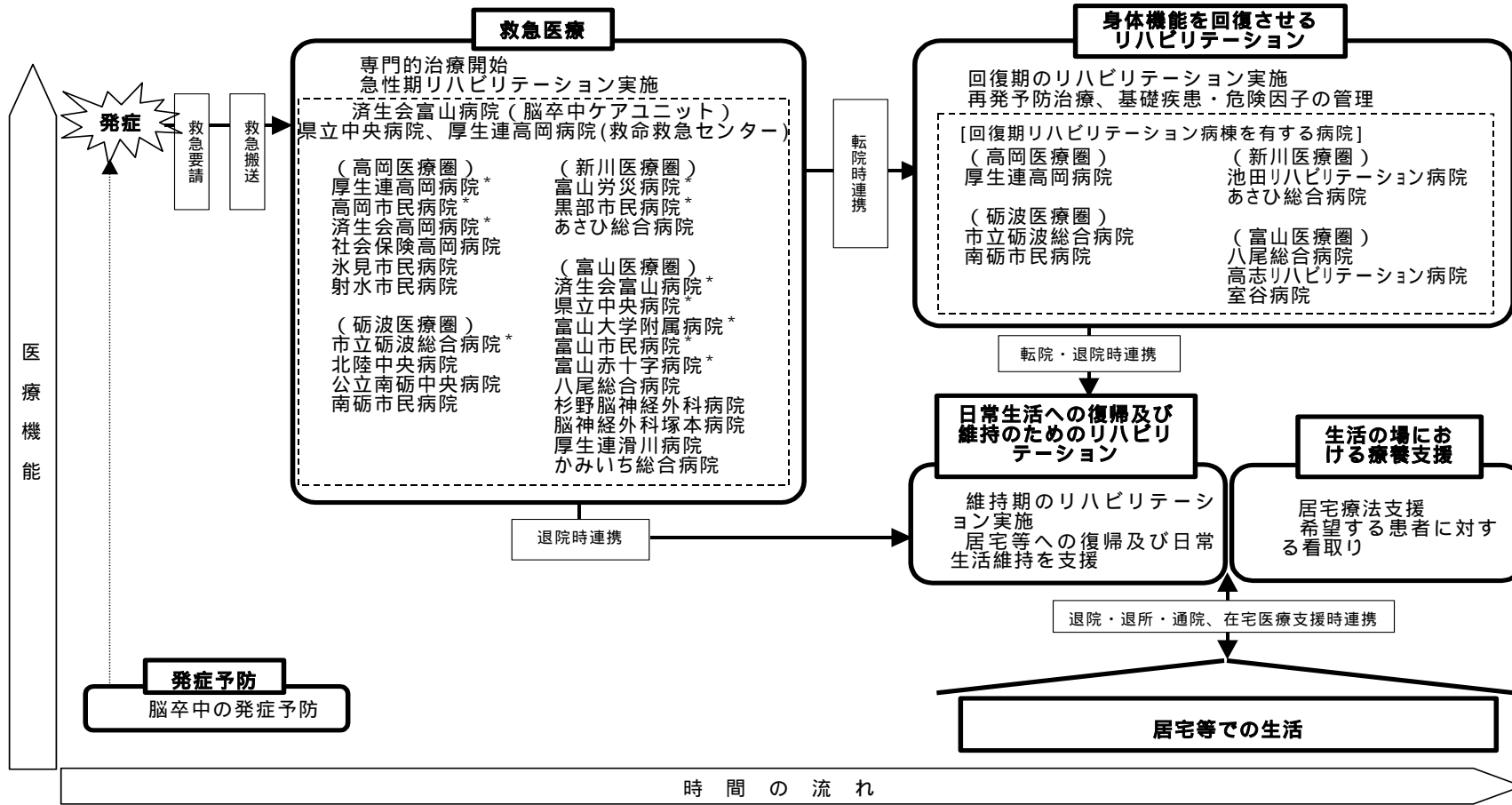


# がんの医療体制





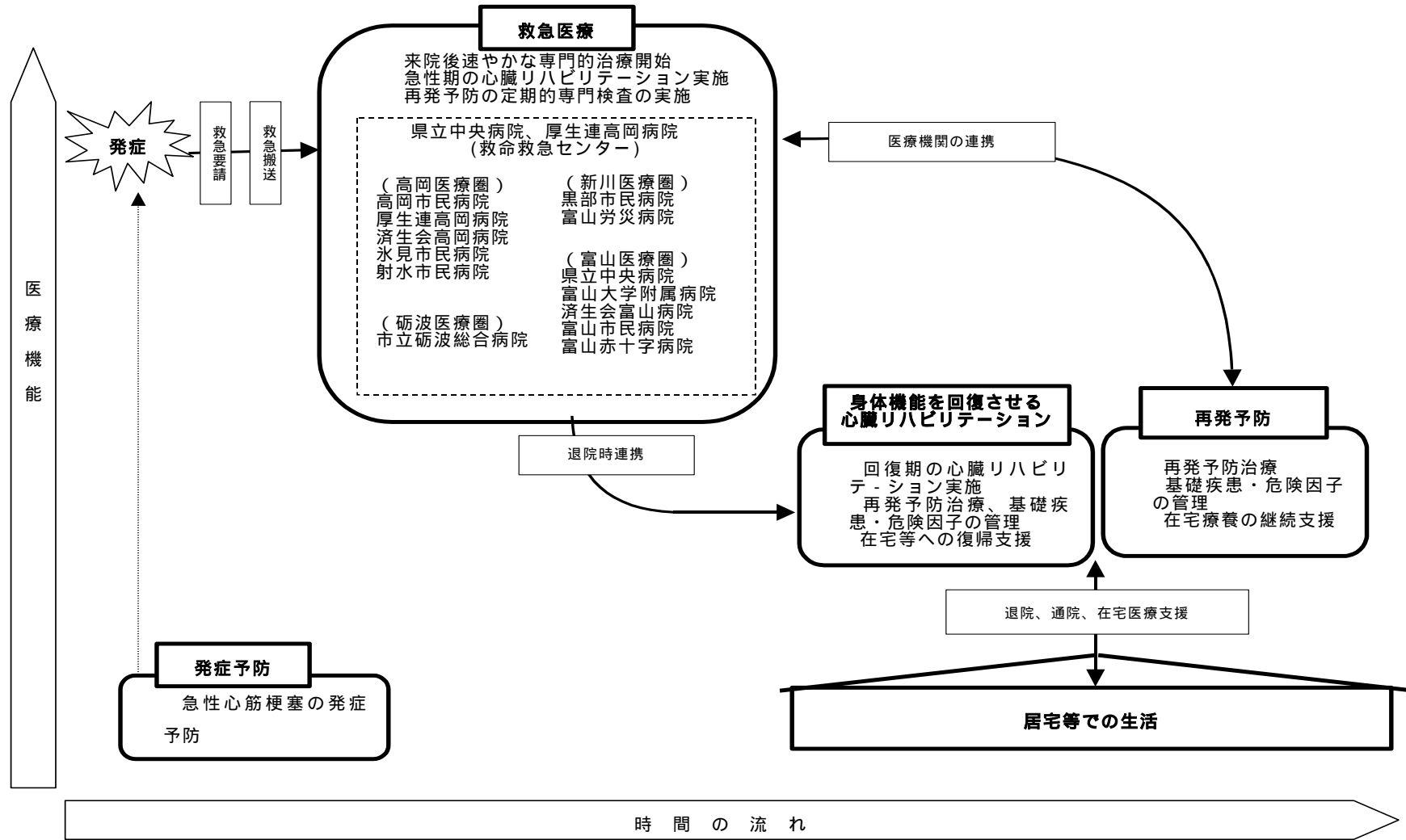
# 脳卒中の医療体制



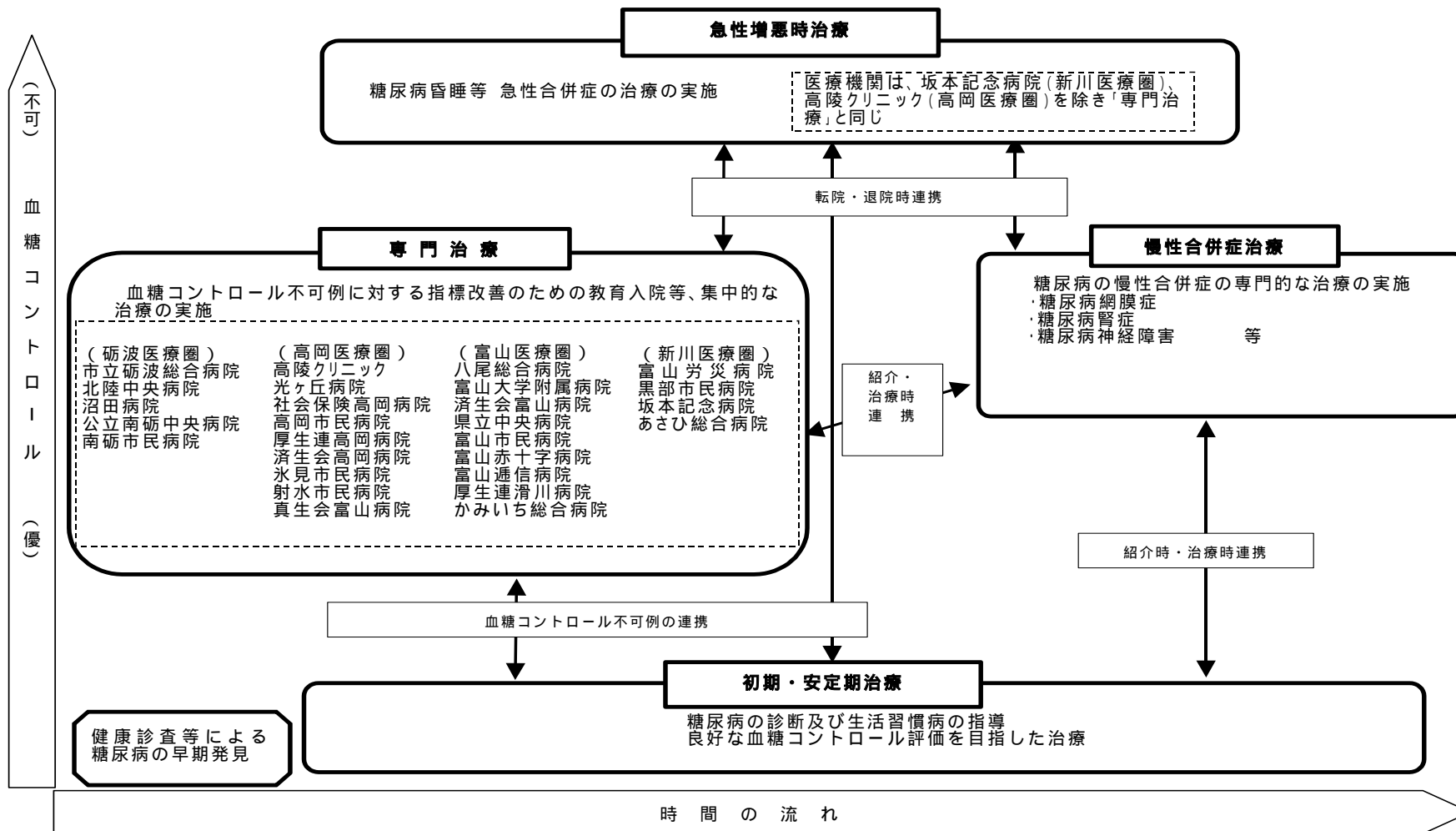
\*: 次の3つの条件を満たす医療機関  
 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能(画像転送等の遠隔診断に基づく治療を含む)  
 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後3時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能  
 外科的治療が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能

資料：富山県医療計画（平成20年3月改訂版）

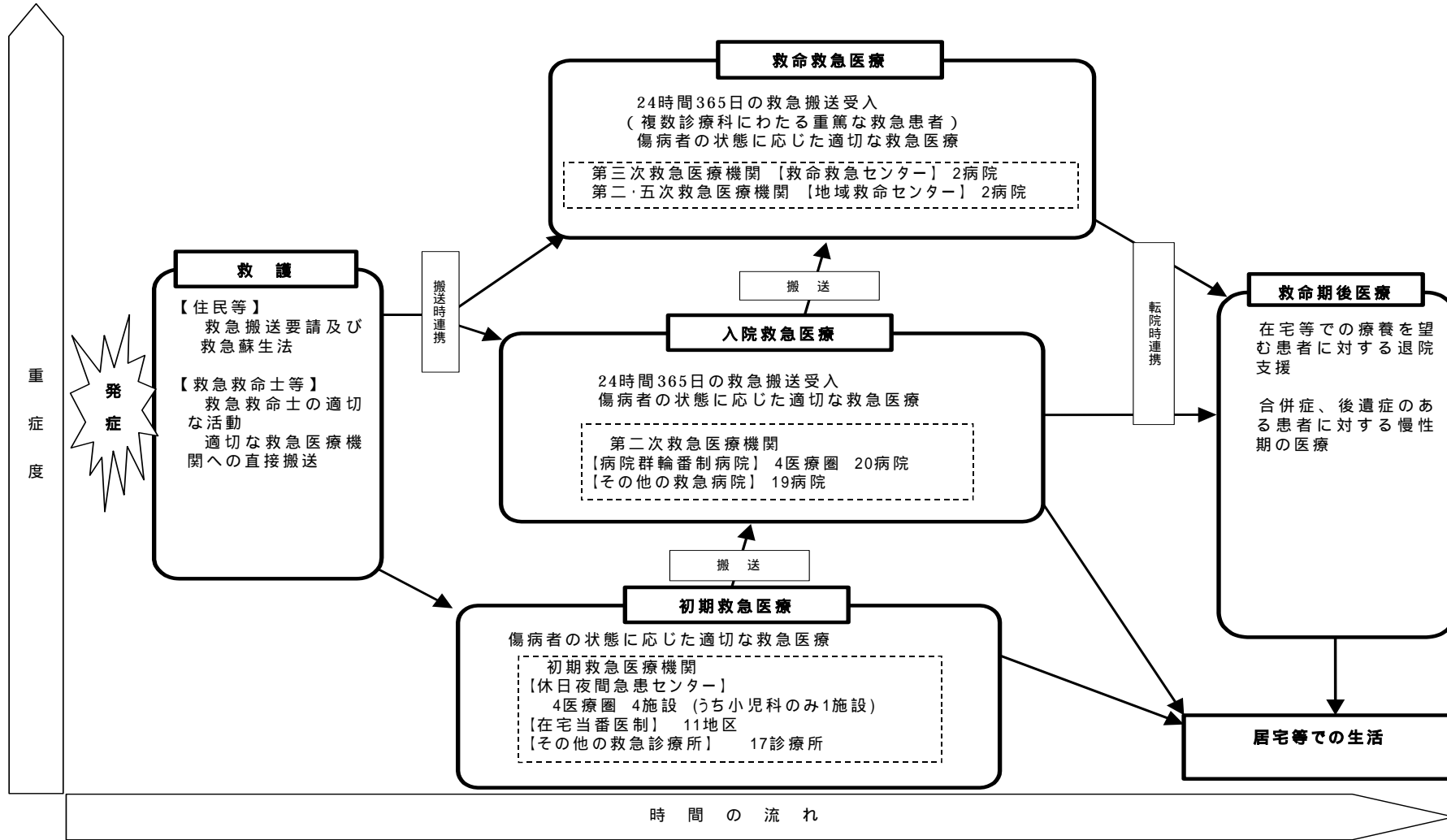
# 急性心筋梗塞の医療体制



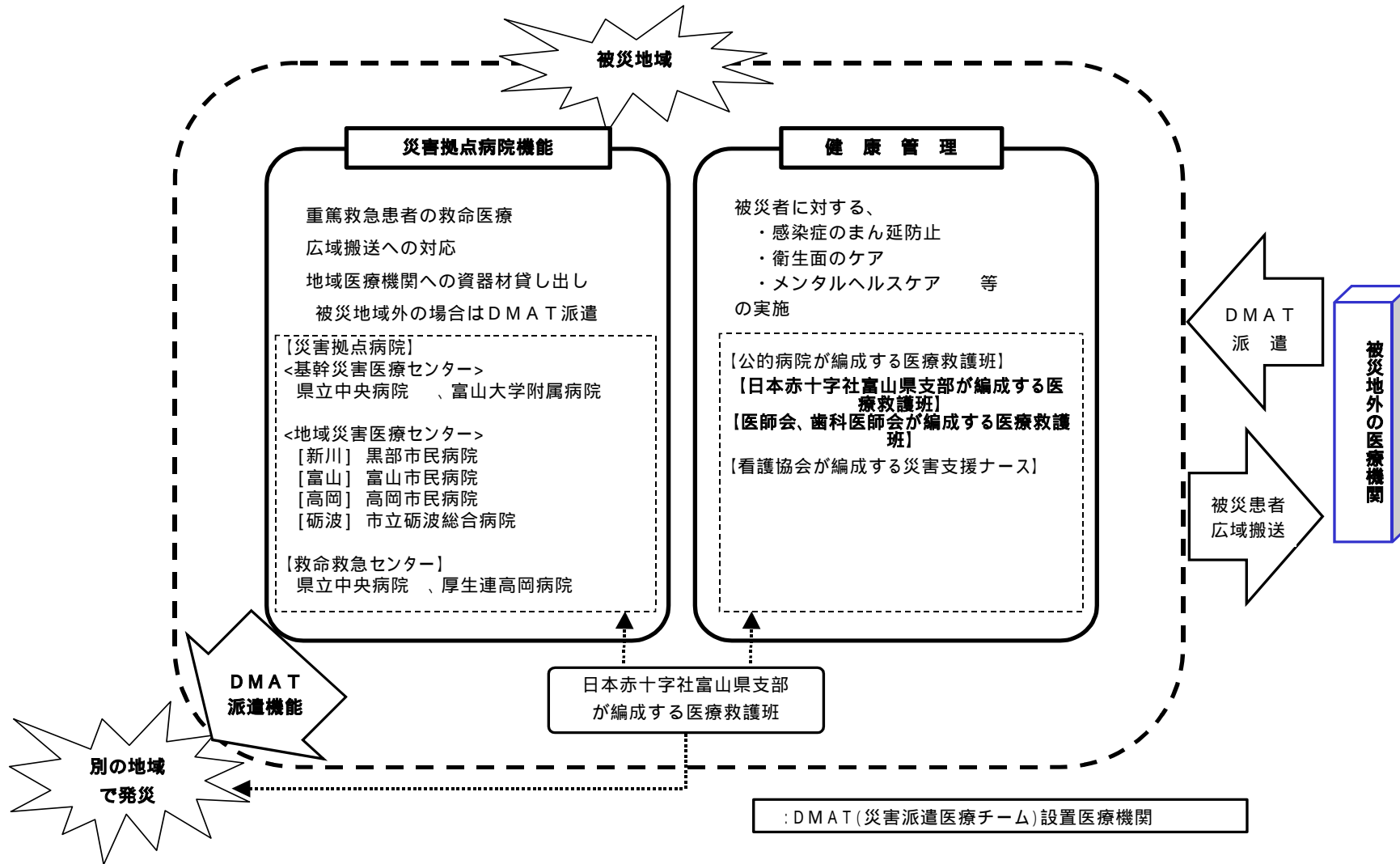
# 糖尿病の医療体制



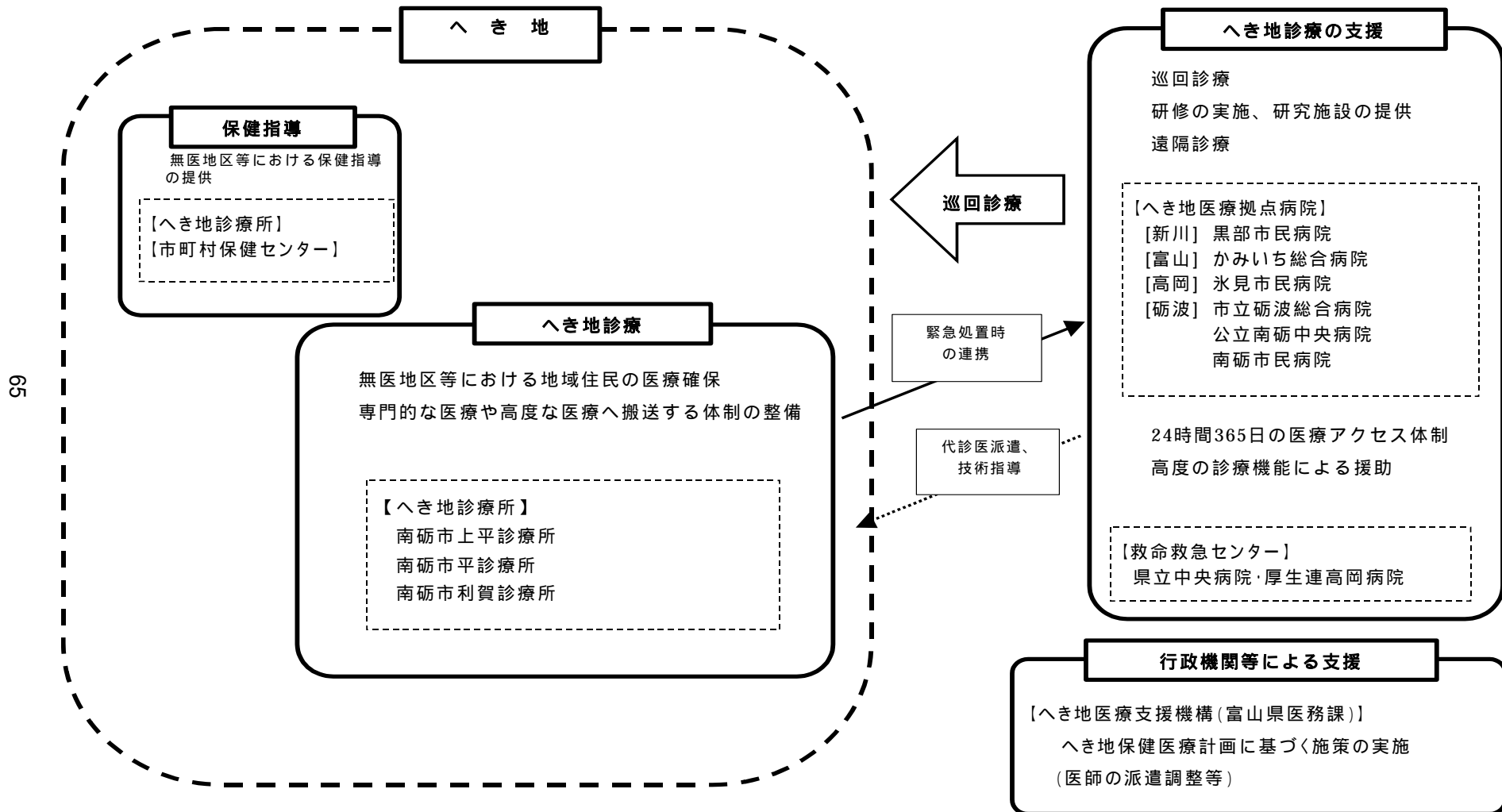
# 救急医療の体制



# 災害医療の体制

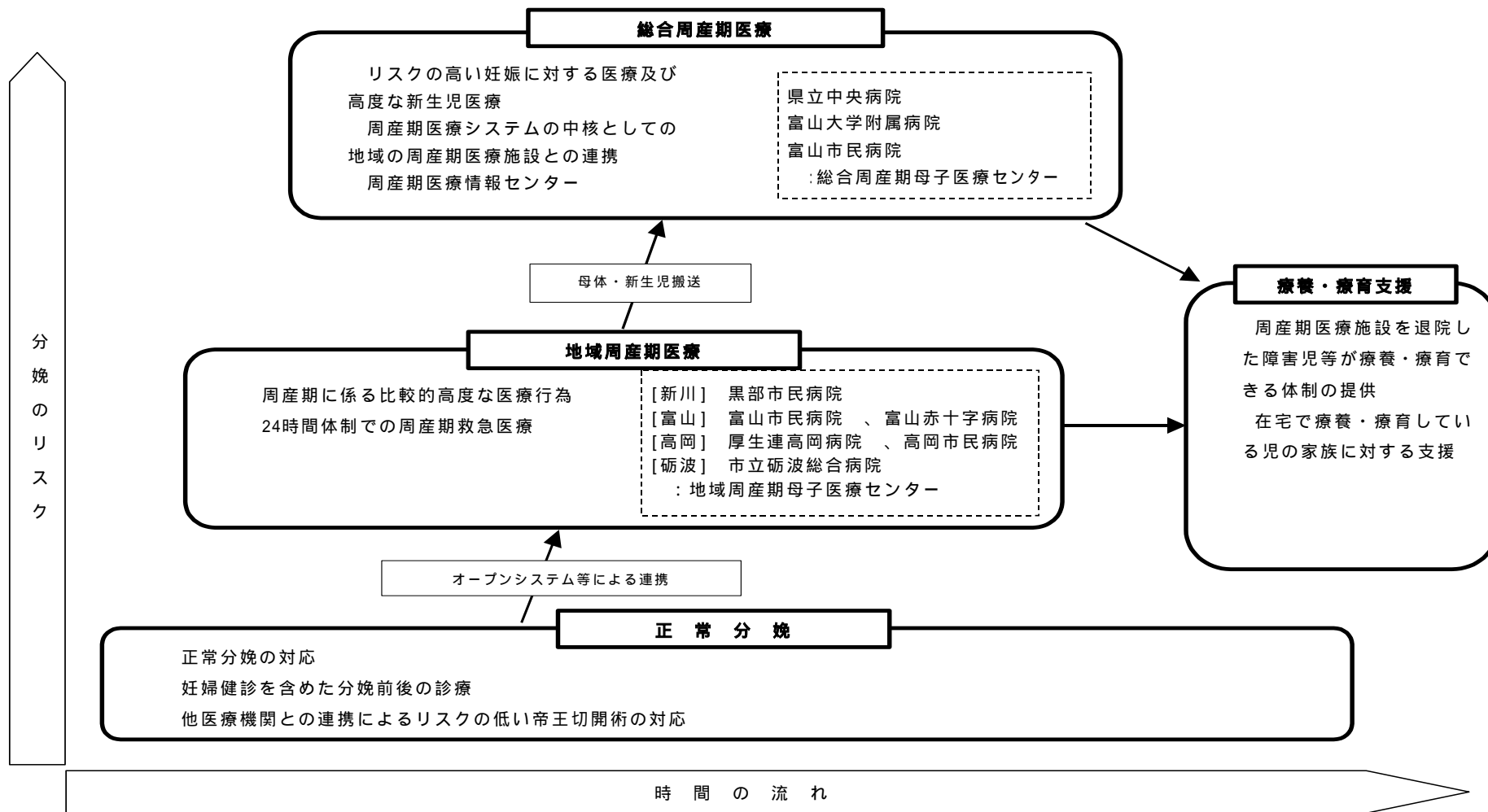


## へき地医療の体制



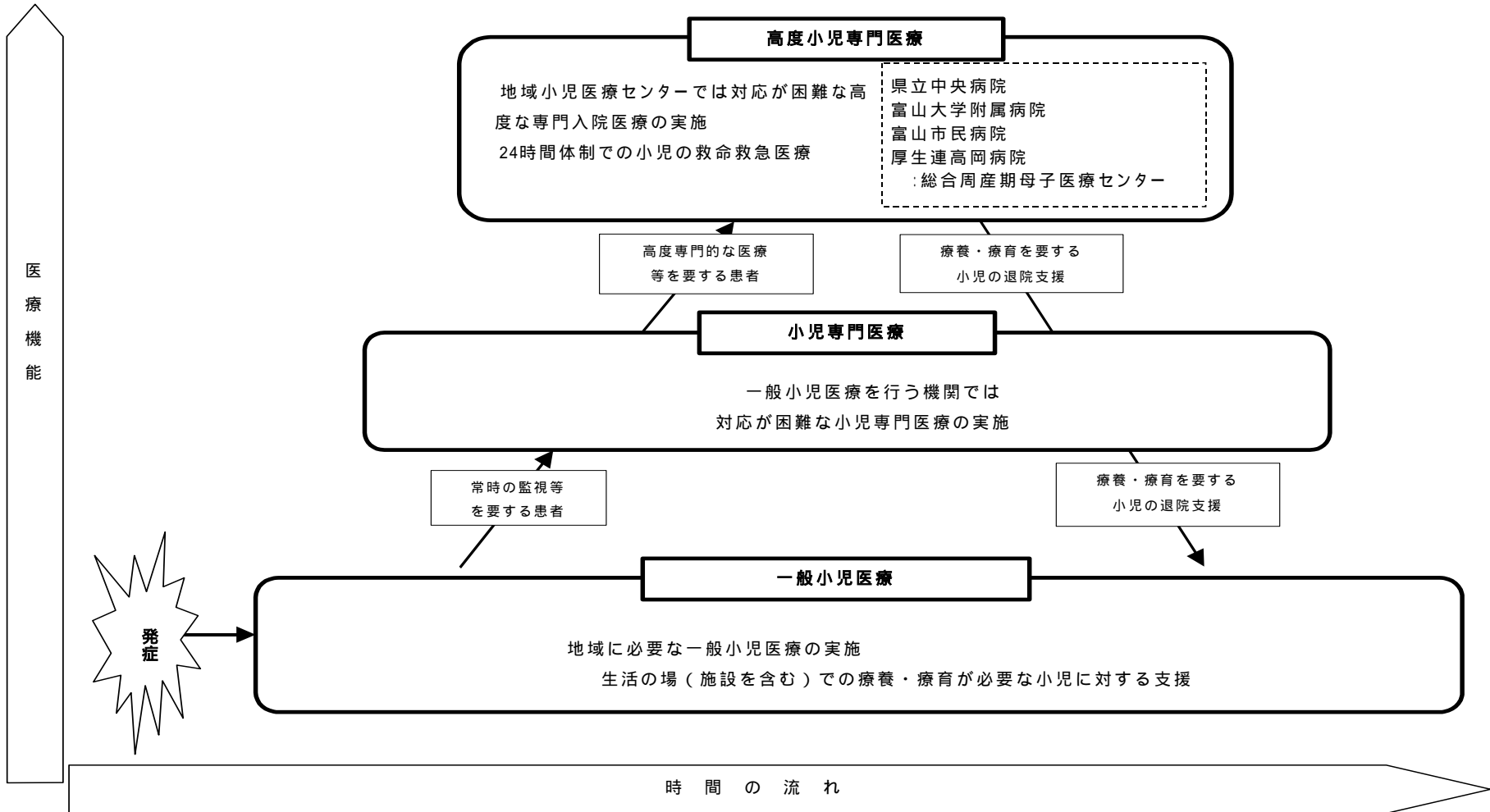
資料：富山県医療計画（平成20年3月改訂版）

# 周産期医療の体制



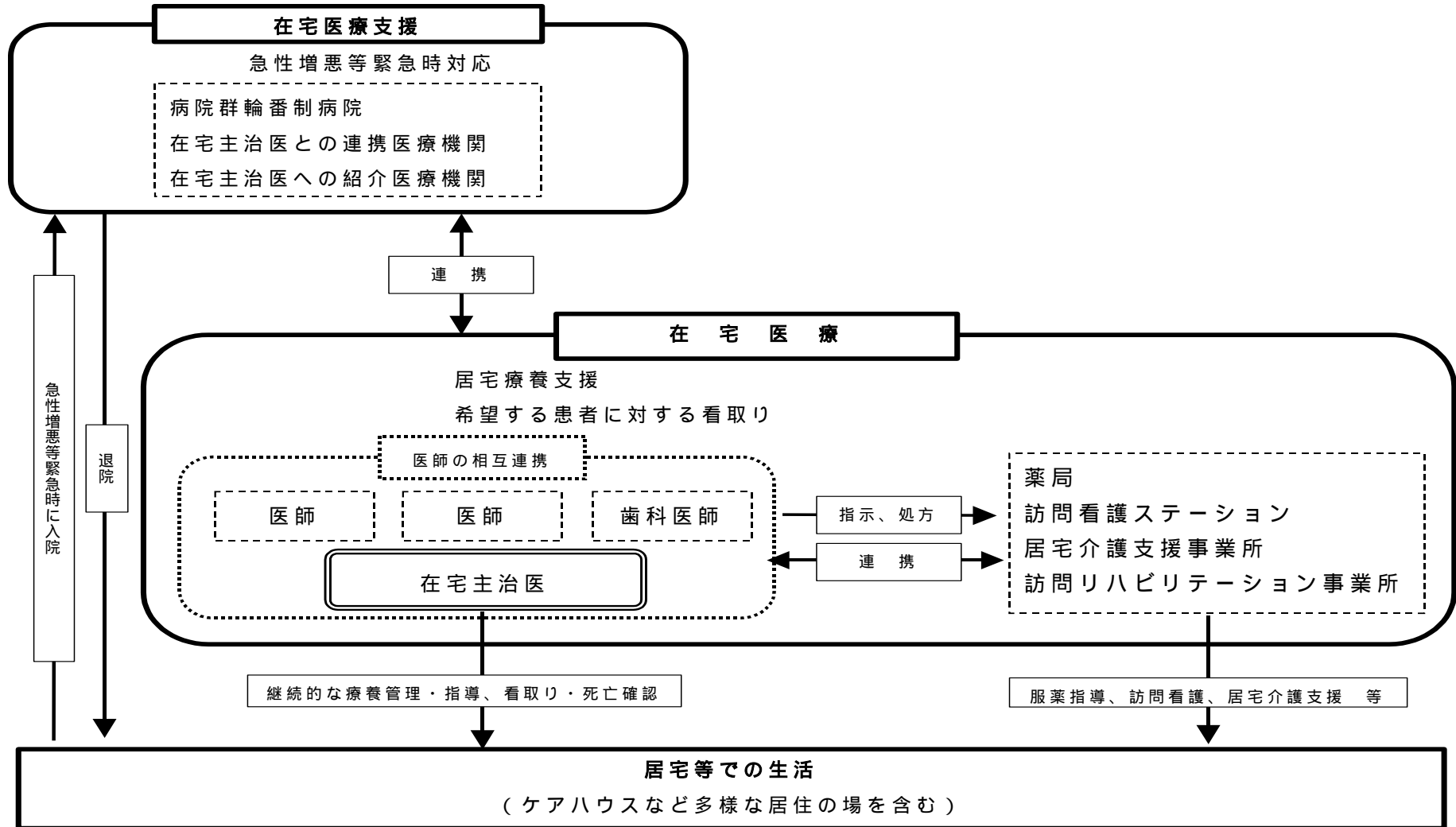
資料：富山県医療計画（平成20年3月改訂版）

# 小児医療の体制





# 在宅医療の体制



# 富山県における医療圏域ごとの救急医療機関

2007年11月現在

医療圏	初期救急医療体制						その他救急告示施設 (診療所) (17診療所)	第2次救急医療体制		第2.5次救急医療体制 地域救命センター (2病院)	第3次救急医療体制 救命救急センター (2病院)									
	在宅当番医制			休日夜間急患センター				休日等歯科診療体制				病院群輪番制病院 (20病院)	その他救急告示施設 (病院) (19病院)							
	休日昼間	休日夜間	平日夜間	休日昼間	休日夜間	平日夜間		在宅当番医制 (県歯科医師会)	休日歯科診療所											
新川	下新川郡医師会		新川医療圏小児急患センター			魚津支部 黒部市支部 滑川市支部 下新川郡支部 中新川郡支部 休日昼間 9:00~17:00	石坂外科内科医院 岩井整形外科医院	休日及び毎夜間	あさひ総合病院 富山労災病院 黒部市民病院	坂東病院 桜井病院	24時間 365日 黒部市民病院									
	魚津市医師会		9:00~12:00	19:00~	19:00~								14:00~17:00	22:00	22:00					
富山	滑川市医師会		富山市救急医療センター			富山市歯科医師会 (上新川郡を含む) 婦負郡支部 休日昼間 9:00~17:00	大成整形外科医院 布谷整形外科医院 羽柴整形外科医院 城石整形外科医院 和合整形外科医院 本江整形外科医院 榭谷整形外科医院	休日及び毎夜間	西能病院 室谷病院 富山協立病院 杉野脳神経外科病院 北川内科クリニック 桜井病院 脳神経外科塚本病院 不二越病院 国立富山病院 八尾総合病院 藤木病院	24時間 365日 県立中央病院										
	中新川郡医師会		9:00~	18:30~	19:00~								17:30	翌2:00	翌2:00					
	富山市医師会																			
高岡	射水郡医師会		高岡市急患医療センター			高岡市歯科医師会 射水市支部 氷見市支部 休日昼間 9:00~17:00	富山県歯科保健 医療総合センター	休日昼間 10:00~16:00	休日及び毎夜間	厚生連高岡病院 高岡市民病院 社会保険高岡病院 済生会高岡病院 氷見市民病院 射水市民病院	高岡整志会病院 光ヶ丘病院 あさなぎ病院 真生会富山病院 中村記念病院	24時間 365日 厚生連高岡病院								
	新湊市医師会		9:00~	18:00~	19:00~									18:00~23:00	23:00	23:00				
	高岡市医師会																休日夜間 18:00~22:00	高田整形外科医院 吉崎整形外科 泉脳神経外科医院 山田整形外科歯科医院 浅山外科胃腸科医院 道振整形外科医院 整形外科伊藤医院		
	氷見市医師会																		高田整形外科医院	吉崎整形外科
		浅山外科胃腸科医院	道振整形外科医院	整形外科伊藤医院																
					道振整形外科医院	整形外科伊藤医院														
		整形外科伊藤医院																		
砺波	小矢部市医師会		砺波医療圏急患センター			小矢部市支部 砺波市支部 南砺市支部 休日昼間 9:00~17:00	吉岡整形外科	休日及び毎夜間	市立砺波総合病院 公立南砺中央病院 南砺市民病院 北陸中央病院	沼田病院	24時間 365日 市立砺波総合病院									
	砺波医師会		10:00~	20:00~	20:00~								17:00	22:30	22:30					
			17:00	22:30	22:30															
	南砺市医師会																			
		17:00	22:30	22:30																

## ジェネリック医薬品の現状

### 各国のジェネリック医薬品シェア

国名	後発医薬品シェア(単位%)	
	数量	金額
日本(平成15年度)	16	5
アメリカ(平成16年度)	53	12
ドイツ(平成16年度)	41	23
イギリス(平成15年度)	55	24
フランス(平成16年度)	10	7

資料：富山県くすり政策課

## ジェネリック医薬品の現状

### 県内医療機関のジェネリック医薬品採用状況

	GE採用比率	
	H18.10.1現在	H16.4.1現在
公的病院	7.2%(7.6%)*	5.5%
その他病院	19.2%	18.2%
病院計	13.5%	11.9%
診療所	16.2%	15.5%
医療機関計	14.7%	13.6%

\* H19.4.1現在

資料：富山県くすり政策課

## 薬局における新様式処方せんへの対応状況等

平成18年10月 1ヶ月間

	富山県 (n=298)		全国 (n=635)	
	全枚数	1薬局あたり平均枚数	全枚数	1薬局あたり平均枚数
全処方せん応需枚数(a)	320,918	1,076.9	969,365	1,543.6
うち、変更可能処方せん枚数(b)	22,999	77.2	165,402	269.0
うち、GEに代替した処方せん枚数(c)	2,283	7.7	9,452	15.6
全処方せんのうち、変更可能処方せんの割合 (b/a)	7.2%		17.1%	
全処方せんのうち、GEに代替した処方せんの割合 (c/a)	0.7%		1.0%	
変更可能処方せんのうち、GEに変更した処方せんの割合 (c/b)	9.9%		5.7%	

資料：富山県くすり政策課