

# 山梨県医療費適正化計画

平成20年3月

山 梨 県

# 目 次

## 第1章 計画の策定にあたって

1	計画策定の背景	1
	(1) 超高齢社会の到来	
	(2) 医療費の増加と構造的な改革の必要性	
	(3) 医療制度改革法の成立	
2	計画の基本理念	5
3	計画の位置付け	5
	(1) 計画の期間	
	(2) 他の計画等との関係	
	(3) 計画の変更手続きと公表	
	(4) 計画に基づく施策の実施に関する協力	
	(5) 計画の進捗状況に関する評価	
	(6) 計画の実績に関する評価	

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1	医療費の動向	8
	(1) 国民医療費の動向	
	(2) 老人医療費の動向	
2	病床の状況	10
3	平均在院日数の状況	12
4	療養病床における入院患者の状況	14
5	生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況	16
	(1) 生活習慣病の状況	
	(2) メタボリックシンドロームの状況	
6	本県の課題	22
	(1) 住民の健康の保持の推進に関する課題	
	(2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題	

### 第3章 達成すべき政策目標と医療費に及ぼす影響の見通し

- 1 平成24年度末までに達成すべき政策目標・・・・・・・・・・ 23
  - (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標
  - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標
- 2 政策目標の達成によって予想される医療費の見通し・・・・・・・・ 26
  - (1) 県民医療費の推計方法
  - (2) 計画策定時の医療費
  - (3) 計画終了時の医療費

### 第4章 目標実現のための県の施策及び関係者の役割と連携・協力

- 1 生活習慣病の予防に向けた施策・・・・・・・・・・ 29
  - (1) 「健やか山梨21 - 2008年版 - 」(県健康増進計画)の推進
  - (2) 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
  - (3) 医療保険者における健康診査結果データの活用
  - (4) 市町村による住民に対する健康増進対策への支援
- 2 平均在院日数の短縮に向けた施策・・・・・・・・・・ 31
  - (1) 療養病床の再編成
  - (2) 医療機関の機能分化・連携
  - (3) 在宅医療・地域ケアの推進
- 3 その他、医療費適正化のために取り組む施策・・・・・・・・ 33
  - (1) 適切な受療行動の促進
  - (2) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及啓発
- 4 市町村及び関係者の役割・・・・・・・・・・ 33
  - (1) 市町村の役割
  - (2) 医療保険者の役割
  - (3) 医療機関及び医療関係団体の役割
  - (4) 事業者等の役割
  - (5) 県民の役割
- 5 関係者との連携及び協力・・・・・・・・・・ 34
  - (1) 住民の健康の保持の推進
  - (2) 医療の効率的な提供の推進

### 第5章 計画の達成状況の評価

- 1 計画の進行管理体制・・・・・・・・・・ 35
- 2 計画の評価・・・・・・・・・・ 35
  - (1) 進捗状況評価
  - (2) 実績評価

# 第1章 計画の策定にあたって

## 1 計画策定の背景

### (1) 超高齢社会の到来

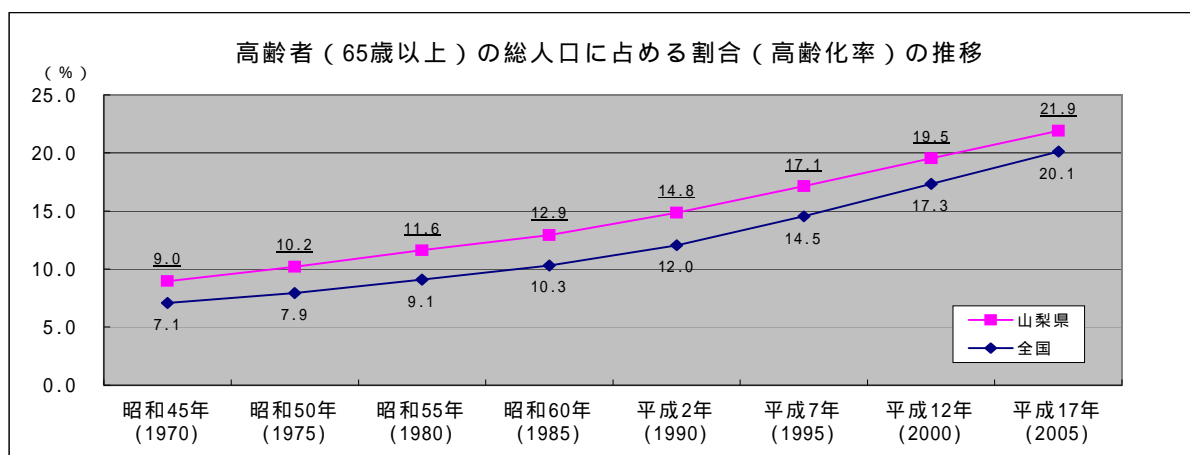
国勢調査によると、我が国の総人口のうち高齢者（65歳以上）の占める割合（高齢化率）は、昭和45年に7.1%であったのが、平成17年には20.1%に達し、5人に1人の割合となっています。

同じく国勢調査によると、本県の高齢化率は、昭和45年に9.0%であったのが、平成17年には、21.9%に達し、4.5人に1人の割合となっており、全国を1.8%上回る水準となっています。高齢者福祉基礎調査（山梨県福祉保健部）による本県の直近の高齢化率は、平成19年4月1日の時点で22.4%となっています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、全国の高齢化率は、平成20年10月1日の時点で22.1%、平成21年10月1日の時点で22.8%に達すると見込まれており、本県は、全国に比べ約2年高齢化が進んでいることになります。

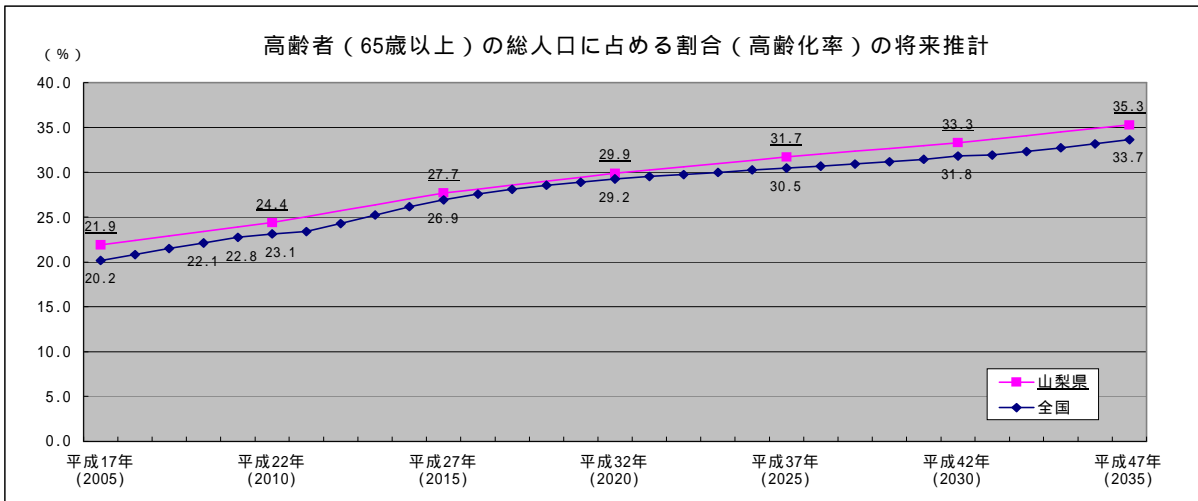
今後、平成27年までには、団塊の世代と呼ばれる戦後の第1次ベビーブーム世代（昭和22～24年生）が65歳以上となるため、人口の高齢化は、急速に進行すると見込まれており、さらに、10年後の平成37年には75歳以上となるため、増加する高齢者の中で後期高齢者（75歳以上）の占める割合が、一層大きくなると見込まれています。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、全国で後期高齢者の人口が前期高齢者（65歳以上74歳以下）の人口を上回るのは、平成29年と見込まれていますが、高齢者福祉基礎調査（山梨県福祉保健部）によると、本県は、全国の予想より10年以上早い平成18年4月1日の時点で、後期高齢者の人口が前期高齢者の人口を上回っています。

同推計によると、平成47年には、全国の高齢化率が33.7%に達し、国民の3人に1人が高齢者という「超高齢社会」の到来が見込まれています。本県は、全国より約5年早い平成42年の時点で高齢化率が33.3%に達し、県民の3人に1人が高齢者になると見込まれています。



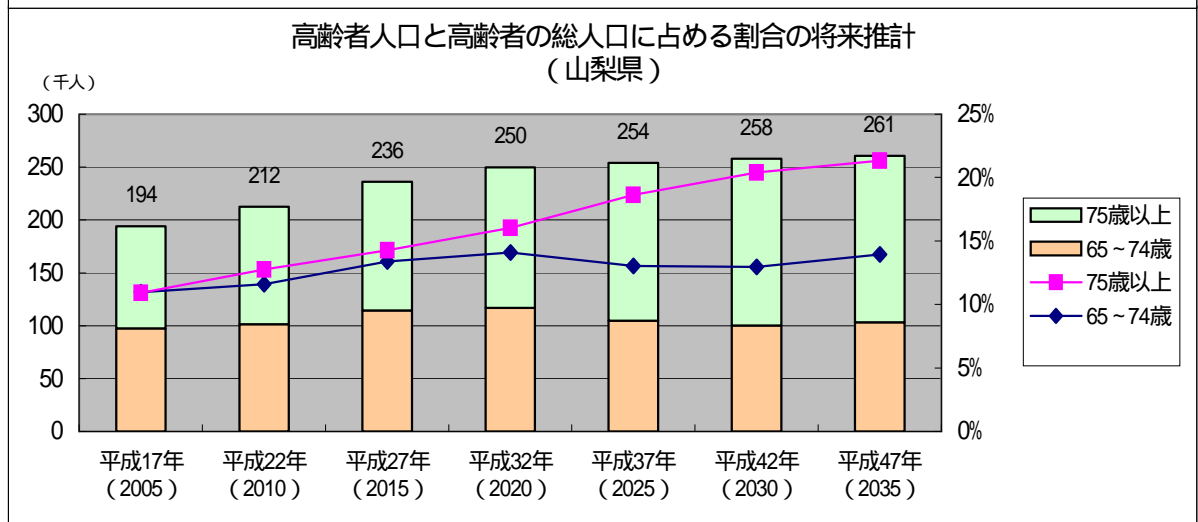
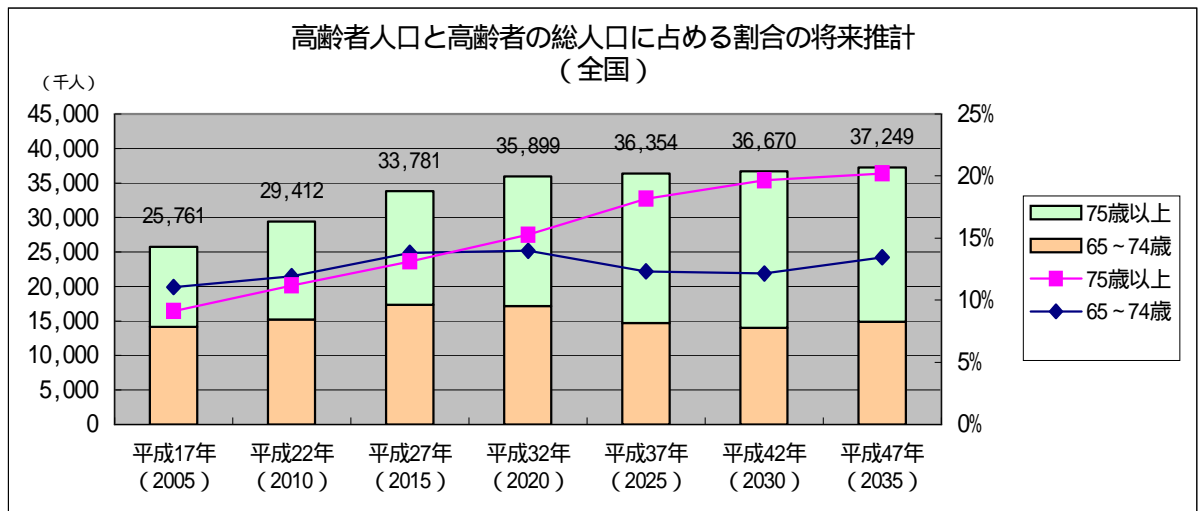
資料：昭和45年～平成17年国勢調査（総務省）



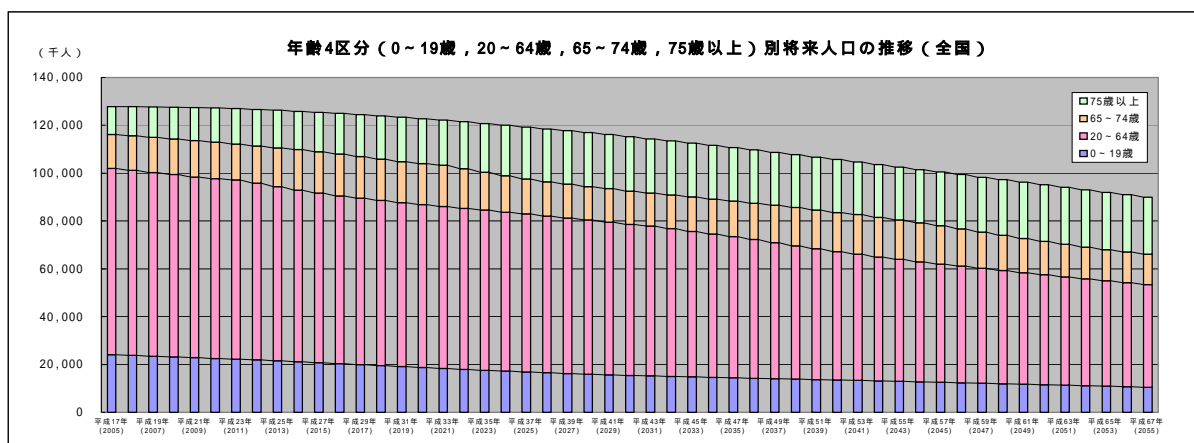
資料：日本の都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

平成18年12月推計（全国） 平成19年5月推計（山梨県）

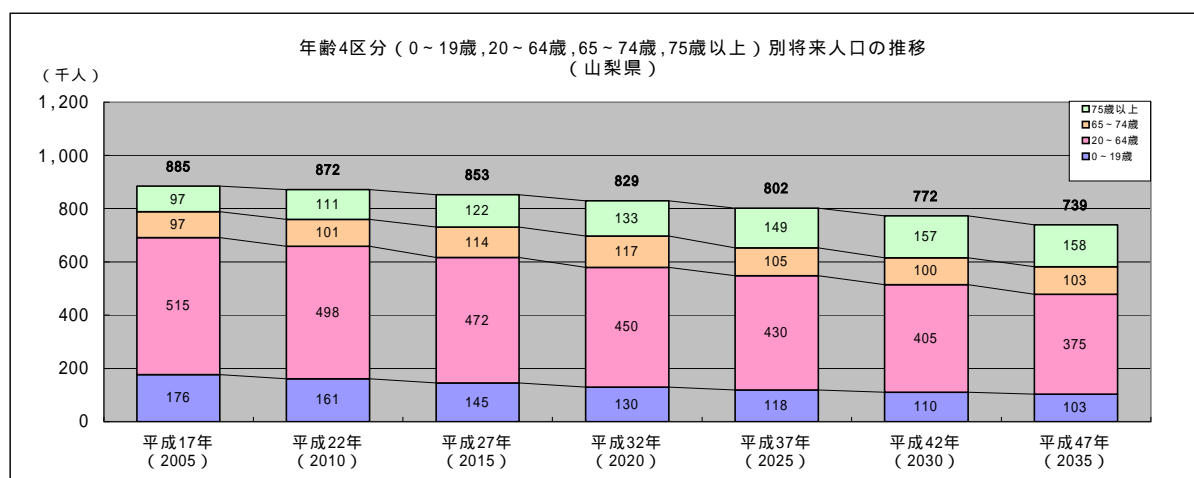
注：平成17年の高齢化率は、平成17年国勢調査報告の年齢不詳人口を按分補正した人口をベースとしているため、平成17年国勢調査を単純ベースとする高齢化率とは必ずしも一致しません。



資料：日本の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）



資料：日本の都道府県別将来推計人口（平成18年12月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）



資料：日本の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）

## (2) 医療費の増加と構造的な改革の必要性

平成17年度における国民医療費は33兆円を超え、国民所得の約9%を占めていますが、過去10年間を振り返ると、国民医療費の伸び率は、介護保険制度の導入により国民医療費の対象範囲が小さくなった平成12年度を除き、毎年、国民所得の伸び率を上回っています。

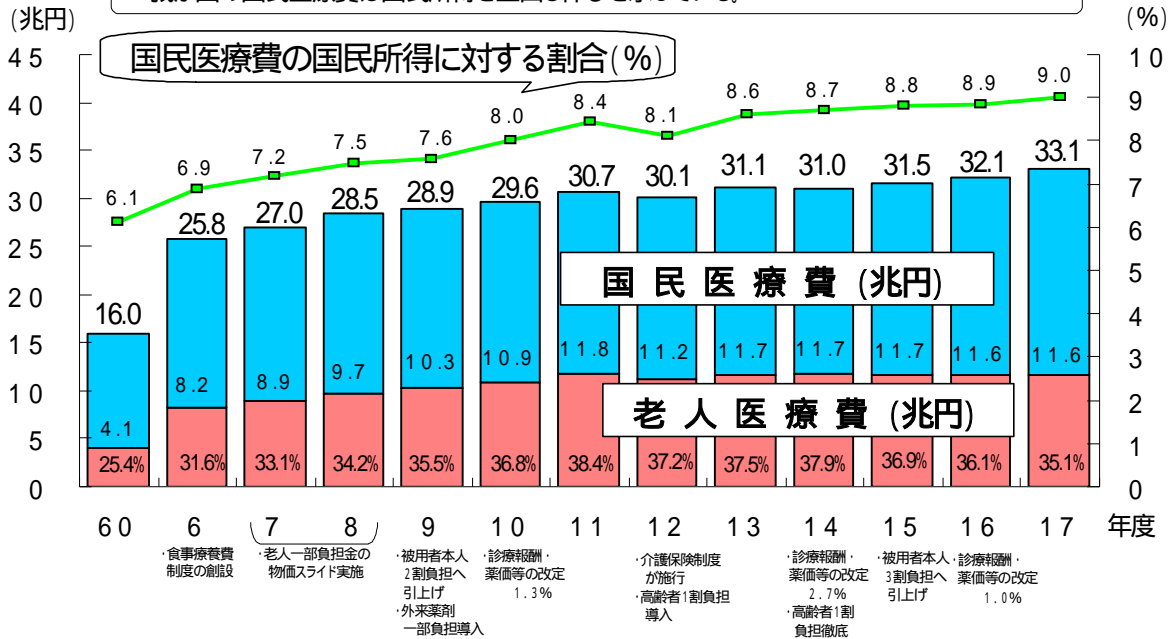
国においては、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定といった国民医療費の抑制につながる取り組みを行ってきていますが、こうした取り組みがない年においては、国民医療費は概ね年間1兆円（年率約3～4%）ずつ伸びる傾向にあると国では分析しています。

また、平成17年度において国民医療費の約35%を占める老人医療費は、後期高齢者人口の伸びに伴い、平成37年には、国民医療費の半分弱を占めるまでになると国では予想しています。

このような中、国民の安全・安心の基盤である国民皆保険を将来にわたり堅持し続けていくためには、医療の質の確保を図りつつ、制度全般にわたる構造的な改革に取り組み、医療費について過度の増大を招かないよう、経済財政と均衡がとれたものにしていく必要があります。

# 医療費の動向

我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。



国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	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: 老人医療費は、平成14年の制度改革により、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：厚生労働省（山梨県福祉保健部で平成17年度国民医療費の数値を追加）

## (3) 医療制度改革法の成立

平成17年12月、政府・与党医療改革協議会において「医療制度改革大綱」が取りまとめられ、「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」及び「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」という医療制度改革の骨格が決定されました。

これを踏まえ、平成18年2月、「健康保険法等の一部を改正する法律案」及び「良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律案」が通常国会に提出され、6月14日に成立し、21日に公布されました。

この前者の法律により、老人保健法(昭和57年法律第80号)が改正され、その名称も「高齢者の医療の確保に関する法律」と改められました。国及び都道府県は、同法に基づき、「医療費の適正化を推進するための計画」(計画期間5年間)を策定することとされました。

# 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

医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との調和が必要

## 【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

資料：厚生労働省

## 2 計画の基本理念

高齢化の更なる進展を見据え、安全・安心の基盤である医療制度を持続可能なものとするため、県民の健康の保持・増進を図るとともに、県民の生活に支障が生じることのないよう十分配慮しながら、医療の効率化を進め、医療費の適正化に取り組みます。

## 3 計画の位置付け

山梨県医療費適正化計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)第9条に基づき、平成19年4月に厚生労働省から示された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)」(以下「基本方針(案)」という。)に即して策定しています。

### (1) 計画の期間

計画の期間は平成20年度を初年度とし、平成24年度を目標年度とする5ヶ年計画としています。



## (2) 他の計画等との関係

本計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱としており、他の計画等（「健やか山梨21」、「山梨県保健医療計画」、「山梨県介護保険事業支援計画」、「山梨県地域ケア体制整備構想」）と密接に関連することから、次のとおり整合を図っています。

### 「健やか山梨21」（健康増進法）との関係

生活習慣病対策を効果的に行い、高い予防効果が得られるようにするため、「健やか山梨21」における生活習慣病対策に関する取り組みと、本計画における住民の健康の保持の推進に関する取り組みとの整合を図っています。

### 「山梨県保健医療計画」（医療法）との関係

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の実現を図っていくため、「山梨県保健医療計画」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り組みと、本計画における医療の効率的な提供の推進に関する取り組みとの整合を図っています。

### 「山梨県介護保険事業支援計画」（介護保険法）との関係

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するため、平成21年度から始まる「山梨県介護保険事業支援計画」（第4期計画）における介護保険施設等の整備等に関する取り組みと、本計画における療養病床の再編成に関する取り組みとの整合を図っていきます。

### 「山梨県地域ケア体制整備構想」との関係

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するため、「山梨県地域ケア体制整備構想」で定める療養病床の転換後の受け皿に関する事項と、本計画における療養病床の再編成に関する取り組みとの整合を図っています。

## (3) 計画の変更手続きと公表

この計画を変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議するとともに、この計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出し、公表します。

## (4) 計画に基づく施策の実施に関する協力

計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、医療保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めます。

(5) 計画の進捗状況に関する評価

計画の中間年度（平成22年度）において、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。

(6) 計画の実績に関する評価

計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度（平成25年度）に計画に掲げた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、計画の実施に関する評価を行い、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 1 医療費の動向

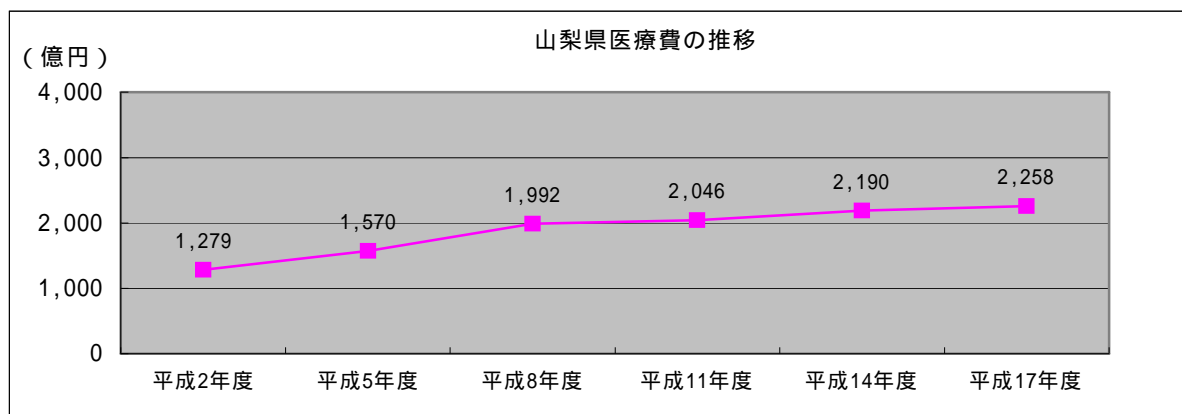
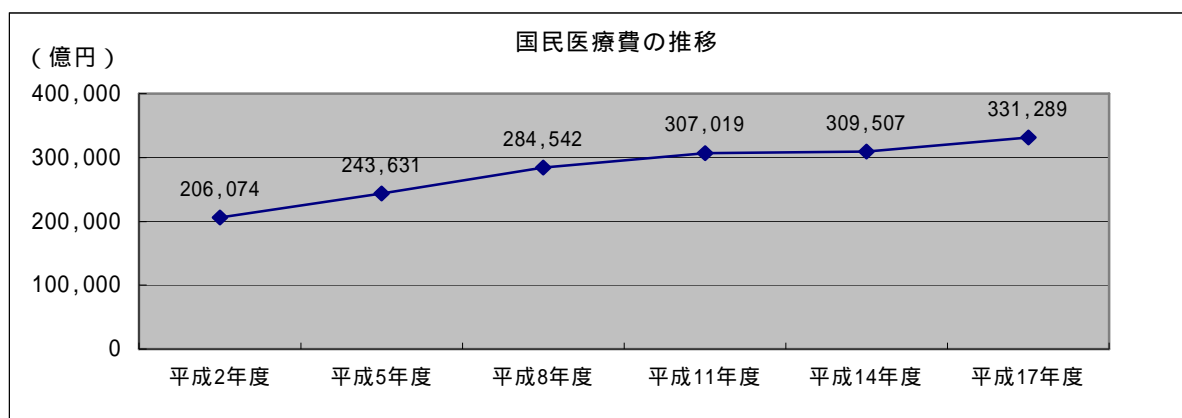
#### (1) 国民医療費の動向

全国の医療費は、これまで国民所得を上回る伸びを示し、平成17年度は、33兆1,289億円、前年度の32兆1,111億円に比べ10,178億円、率にして3.2%の増加となっています。

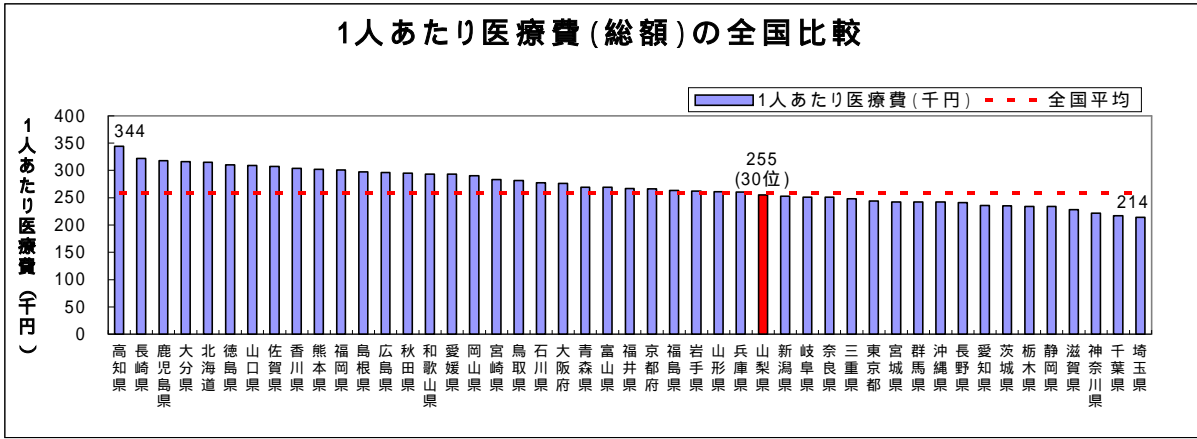
近年は、患者の一部負担増等の制度改革により伸びを抑制している状況で、制度改革がない場合の医療費は毎年1兆円（年率約3～4%）程度ずつ伸びる傾向にあると国では分析しています。

また、国と本県の伸び率の比較をすると、平成2年度から平成17年度までの伸び率は、国が1.60倍であるのに対し、本県は1.76倍と若干高くなっています。

平成17年度における1人当たり医療費は、全国平均が25万9千円であるのに対し、本県はそれを若干下回る25万5千円で全国で30位となっています。



資料：平成2年度～平成17年度国民医療費（厚生労働省）

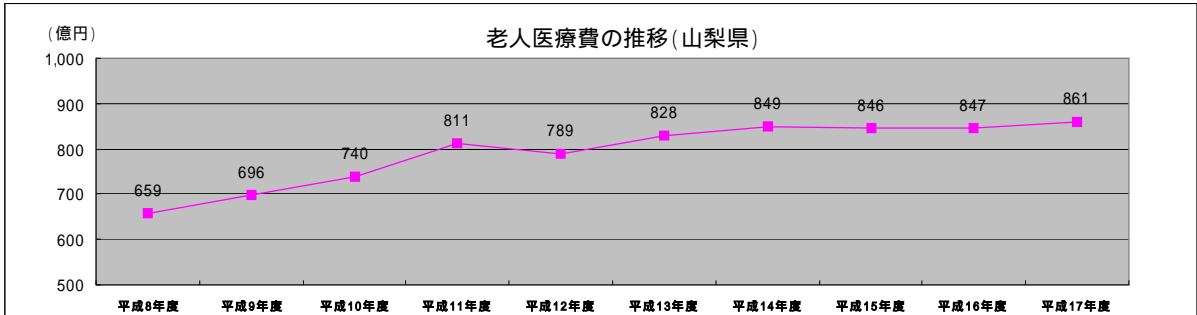
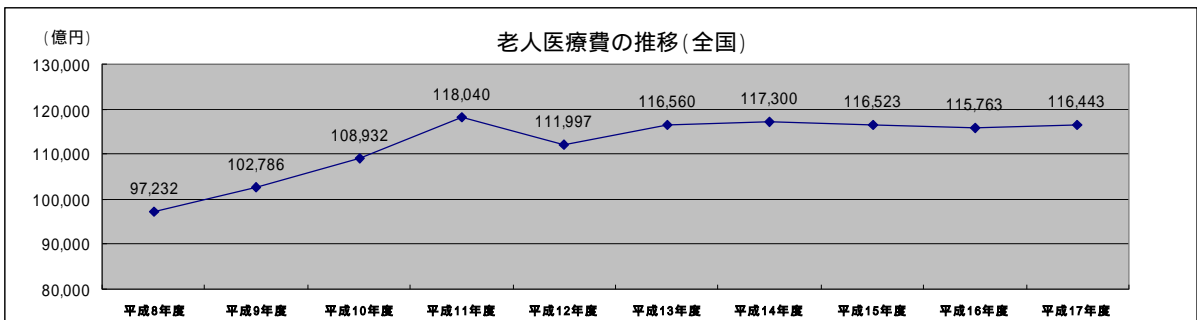


## (2) 老人医療費の動向

平成11年度から平成17年度までの老人医療費は、全国が、ほぼ横ばいとなっているのに対し、本県では、約6%の伸びとなっています。

これについては、介護保険制度の導入（平成12年度）に伴って老人医療費の一部が対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から老人医療費の対象範囲が段階的に75歳まで引き上げられることとなったこと（平成19年10月に移行完了）にも留意する必要があり、医療費の伸びの多くは、実際には、高齢者の医療費の伸びによるものです。

平成17年度の一人当たり医療費（全国）を見ると、75歳以上は年間81.9万円であるのに対し、75歳未満では、年間20.3万円と約4倍の開きがあります。高齢化の急速な進展に伴って、今後、老人医療費の大幅な増加が予想されます。



資料：平成8年度～平成17年度老人医療事業年報（厚生労働省）

(注) 老人医療費

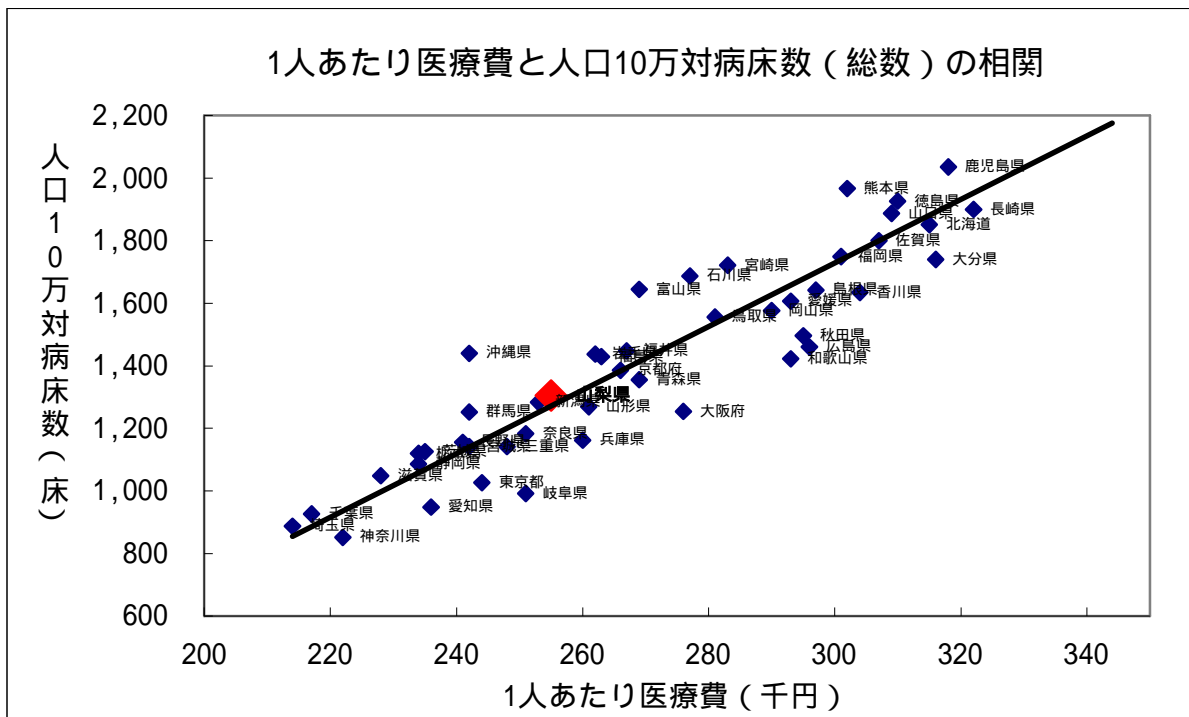
老人保健法に基づき老人医療受給対象者が、医療機関等において疾病の治療のために使った費用のことを言います。老人医療受給対象者は、平成14年10月以降、70歳から毎年1歳ずつ引き上げられ、平成19年10月に75歳で移行が完了しました。平成18年の医療制度改革により、老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正され、平成20年4月から、75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度が創設されます。

2 病床の状況

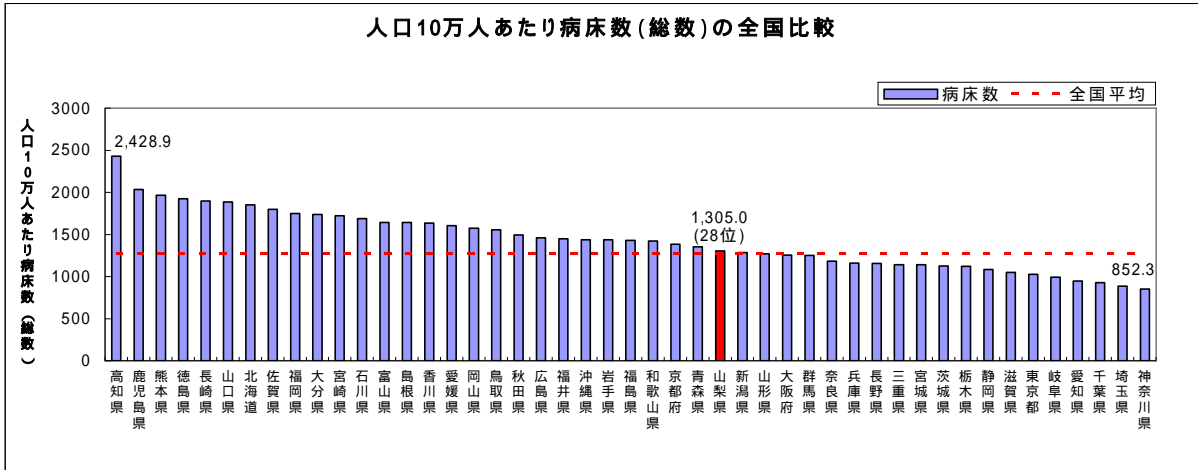
各都道府県の1人あたり医療費と人口10万対病床数（総数）の関係をみると、病床数の多い都道府県ほど医療費が高くなる傾向があります。

本県の場合、平成18年10月1日現在の人口10万対病床数（総数）は、1,305.0床（全国28位）であり、全国平均（1,273.1床）を上回っています。

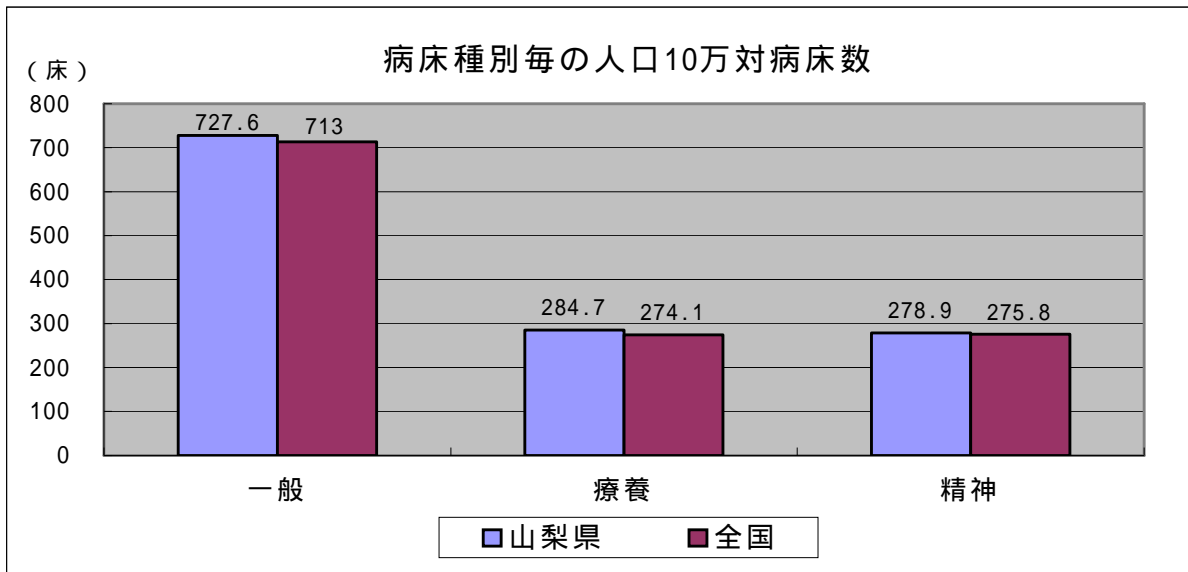
次に病床利用率（全病床）の推移を見ると、全国では、平成11年（84.6%）から平成17年（84.8%）まで、ほぼ横ばいの状況が続いていましたが、平成18年には、前年比1.3%の減少となっています。本県では平成12年（83.1%）から平成15年（81.0%）にかけて微減し、平成15年から平成17年（81.9%）にかけて微増していますが、平成18年には、全国同様、前年比1.2%の減少となっています。



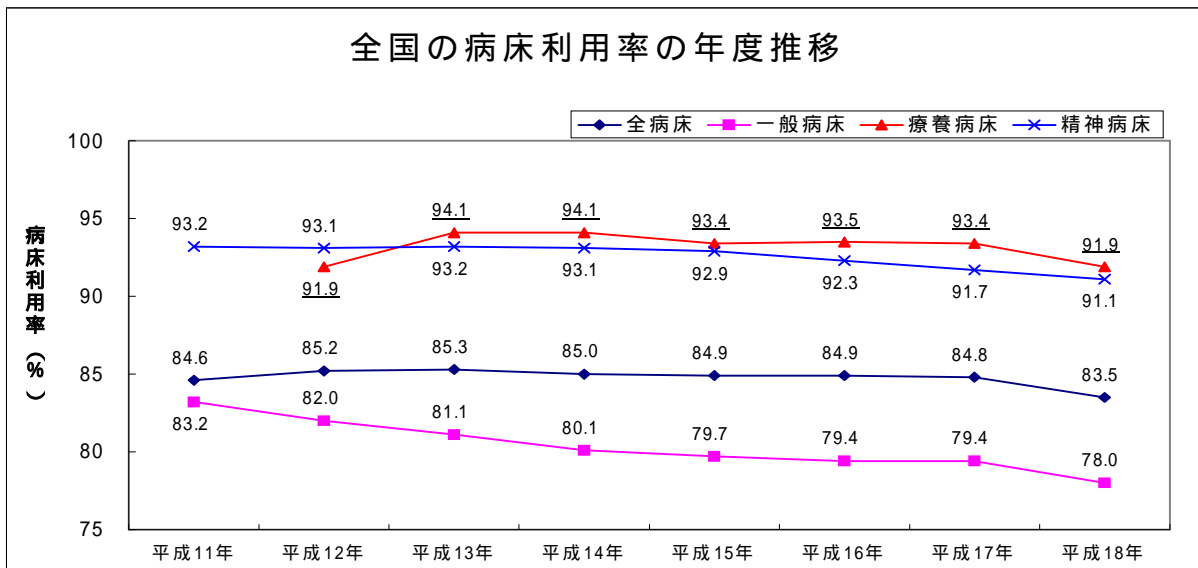
資料：平成17年度国民医療費（厚生労働省）、平成18年医療施設調査（厚生労働省）



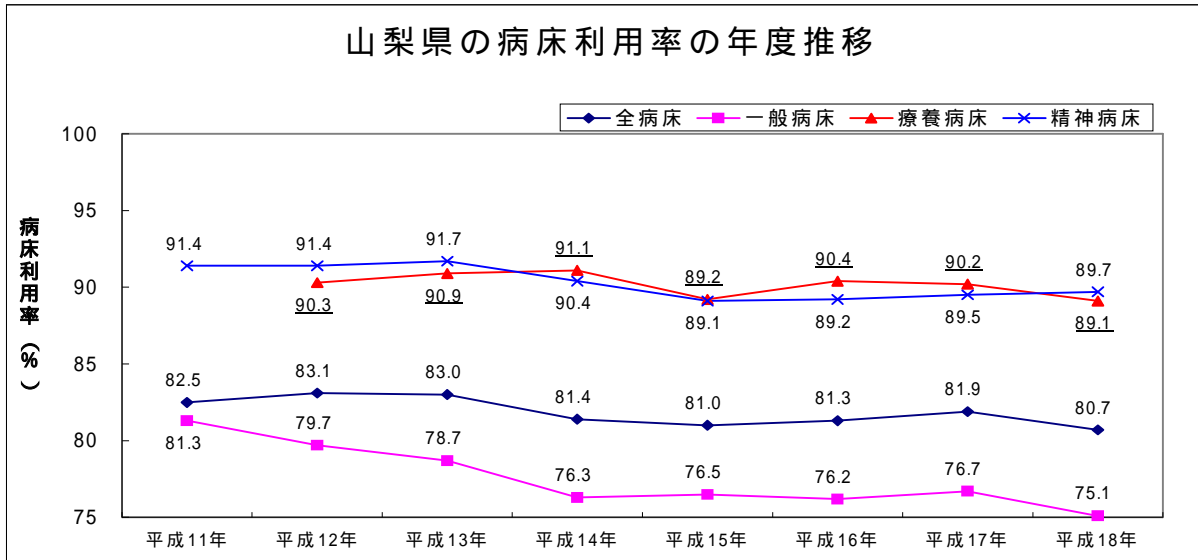
資料：平成18年医療施設調査（厚生労働省）



資料：平成18年医療施設調査（厚生労働省）



資料：平成11年～平成18年医療施設調査（厚生労働省）



資料：平成11年～平成18年病院報告（厚生労働省）

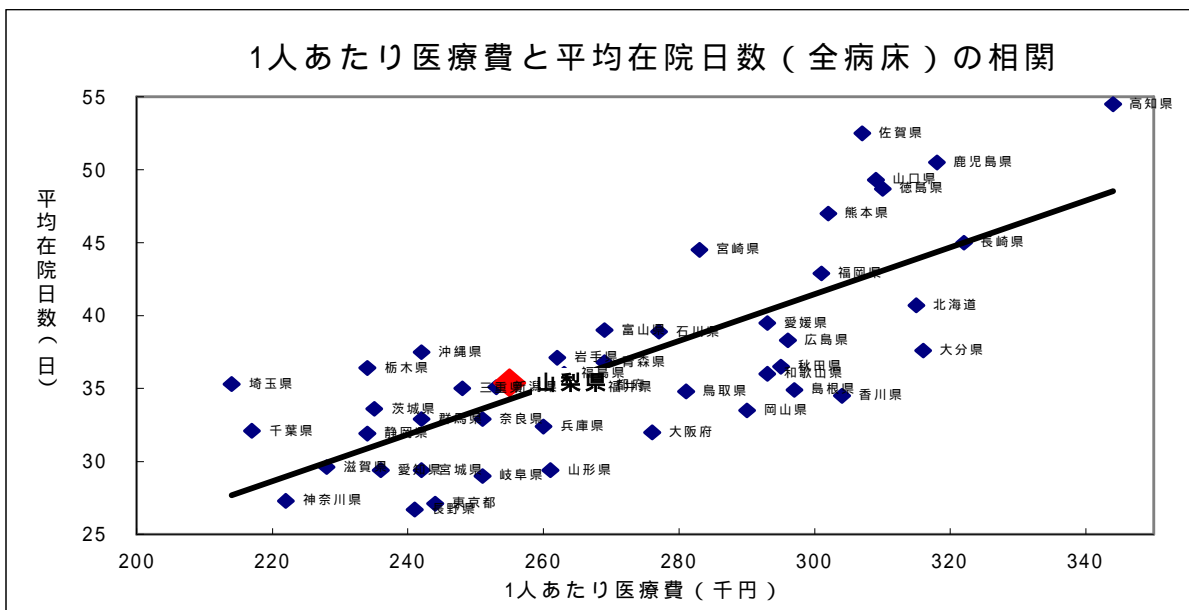
### 3 平均在院日数の状況

各都道府県の1人あたり医療費と平均在院日数(全病床)の関係をみると、平均在院日数の長い都道府県ほど医療費が高くなる傾向があります。

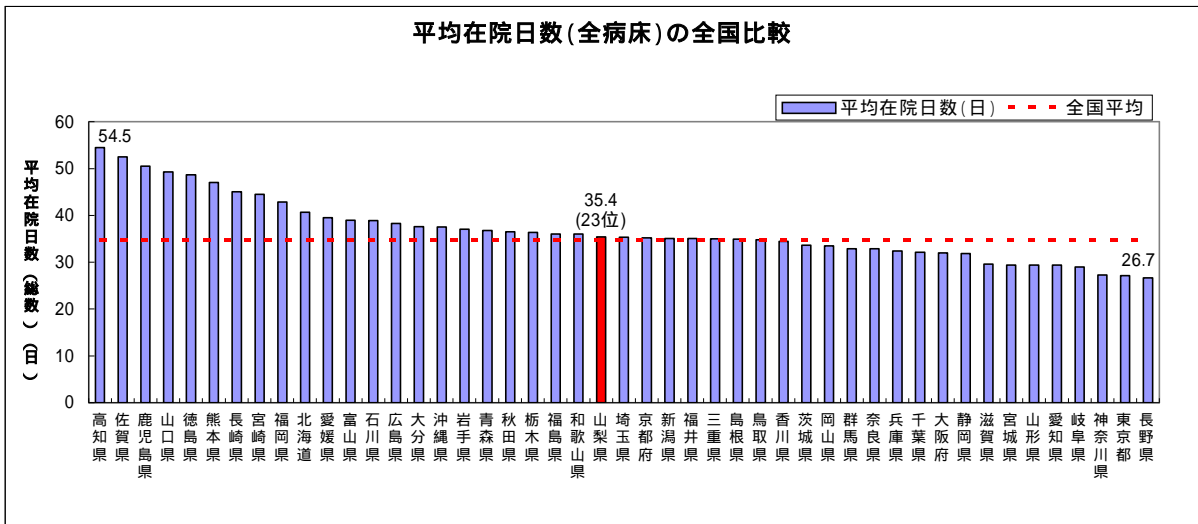
本県の場合、平成18年の平均在院日数(全病床)をみると、35.4日(23位)となっており、全国平均34.7日を上回っています。

これを病床種別毎に見ると、一般病床、療養病床、精神病床の内、一般病床のみ全国平均を若干上回っています。

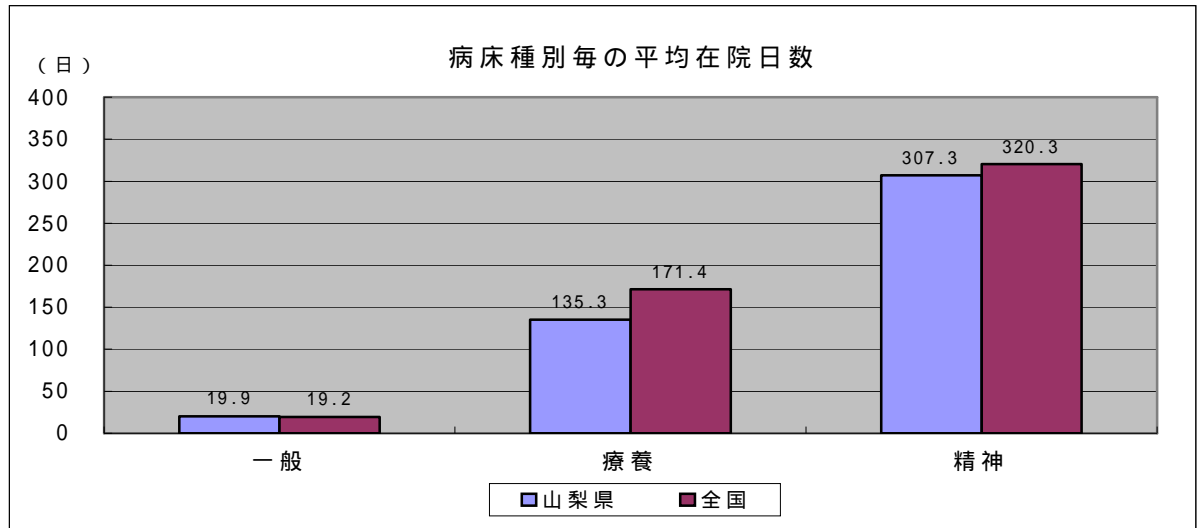
平均在院日数の推移を見ると、平成17年まで一般病床、療養病床、精神病床のいずれも短くなる傾向にありましたが、平成18年には、療養病床と精神病床で上昇に転じています。



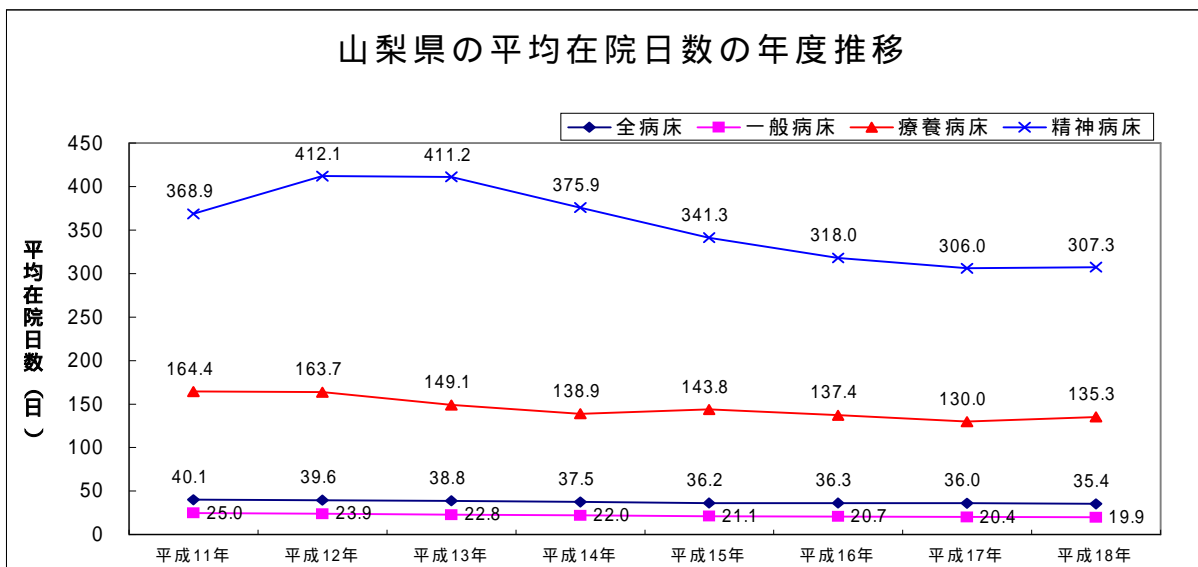
資料：平成17年度国民医療費（厚生労働省）、平成18年病院報告（厚生労働省）



資料：平成18年病院報告（厚生労働省）



資料：平成18年病院報告（厚生労働省）



資料：平成11年～平成18年病院報告（厚生労働省）



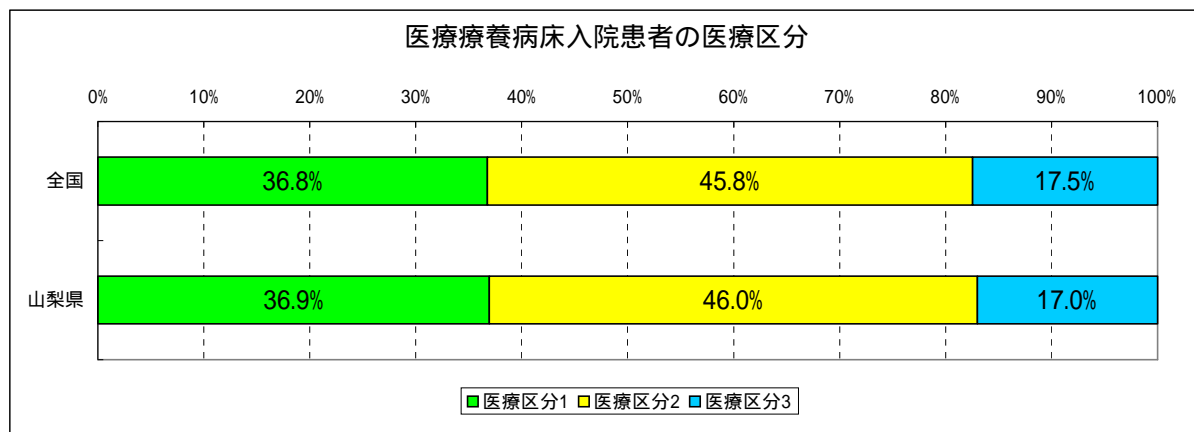
#### 4 療養病床における入院患者の状況

全国統一の調査として実施した平成18年10月1日現在の療養病床アンケートの結果によると、本県の医療療養病床の入院患者の内、医療の必要性の低い医療区分1の患者の割合は、36.9%を占めており、全国平均（36.8%）と概ね同じ状況となっています。介護療養病床の医療区分1の患者の割合は、80.6%を占めており、全国平均（75.1%）よりも、5.5%程高くなっています。

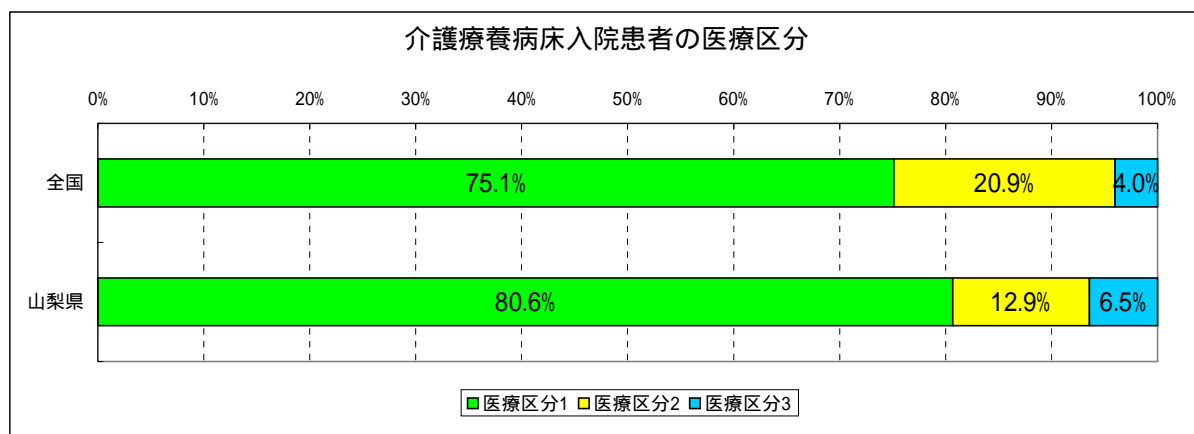
「それぞれの施設等の機能や入院患者本人の医療や介護の必要性等を踏まえ、対応先として望ましい」と医療機関が考える施設について、本県の状況を見ると、療養病床で対応することが望ましい患者の割合は、41.3%となっています。療養病床以外での対応が望ましいと患者の割合は、52.0%となっています。いずれも対応先として望ましいと考える患者の割合は、6.7%となっています。

主な疾病別の割合を見ると、本県では、脳血管疾患が約5割を占めています。

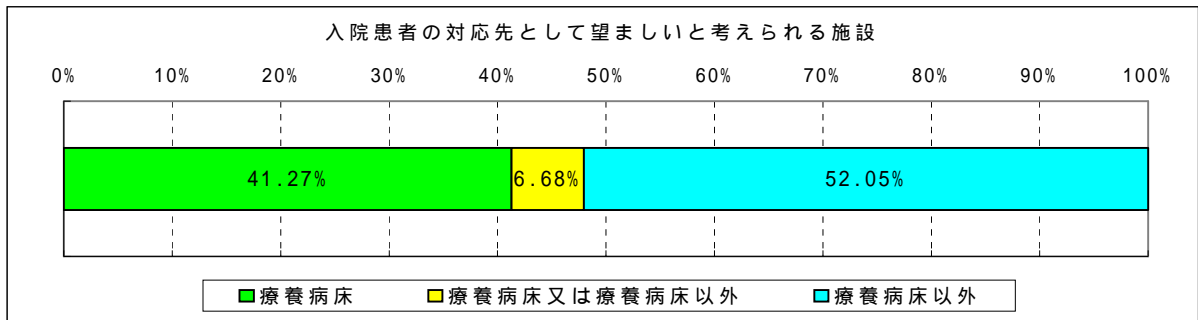
年齢区分別の割合を見ると、本県では、75歳以上の後期高齢者が、74%を占めています。



資料：平成18年度療養病床アンケート（山梨県福祉保健部）

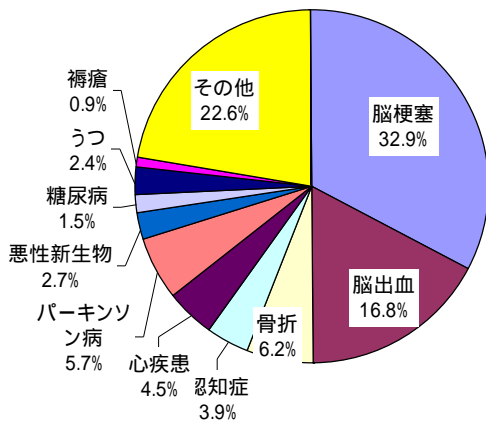


資料：平成18年度療養病床アンケート（山梨県福祉保健部）

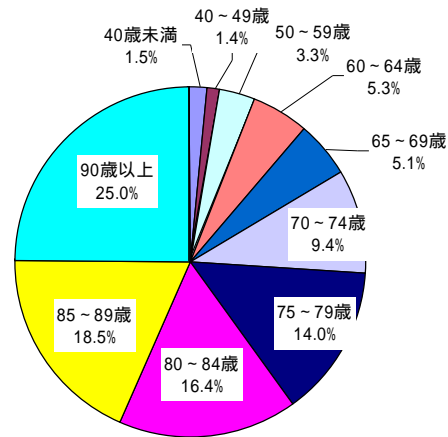


資料：平成18年度療養病床アンケート（山梨県福祉保健部）

療養病床入院患者の主傷病割合



療養病床入院患者の年齢区分別割合



資料：平成18年度療養病床アンケート（山梨県福祉保健部）

(注) 医療区分

診療報酬上、療養病床の入院基本料の算定に使用される区分です。入院患者の疾患・状態の重さや必要とされる医療処置の必要性に応じて、区分1から3に分類されます。

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養・24時間持続点滴・レスピレーター使用</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法・感染隔離室におけるケア</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患・その他神経難病（スモンを除く）</li> <li>・神経難病以外の難病・脊髄損傷・肺気腫・慢性閉塞性肺疾（COPD）</li> <li>・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</li> <li>・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・脱水</li> <li>・体内出血・頻回の嘔吐・褥瘡・うっ血性潰瘍・せん妄の兆候</li> <li>・うつ状態・暴行が毎日みられる状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養・喀痰吸引</li> <li>・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</li> <li>・手術創のケア・創傷処置・足のケア</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者
* 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

## 5 生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況

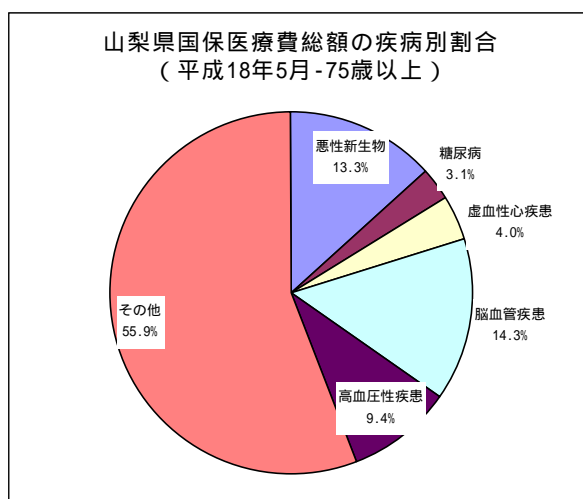
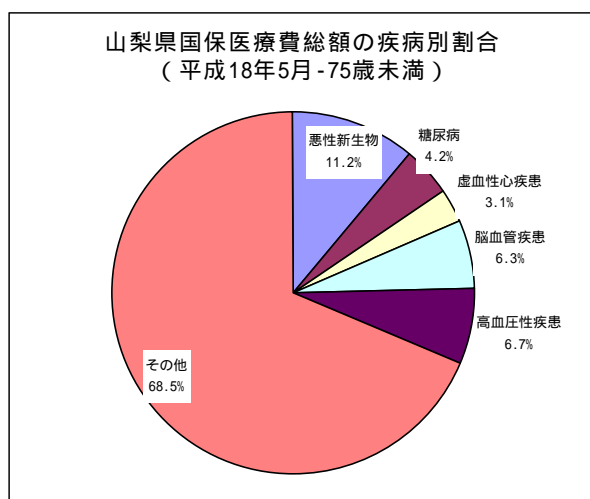
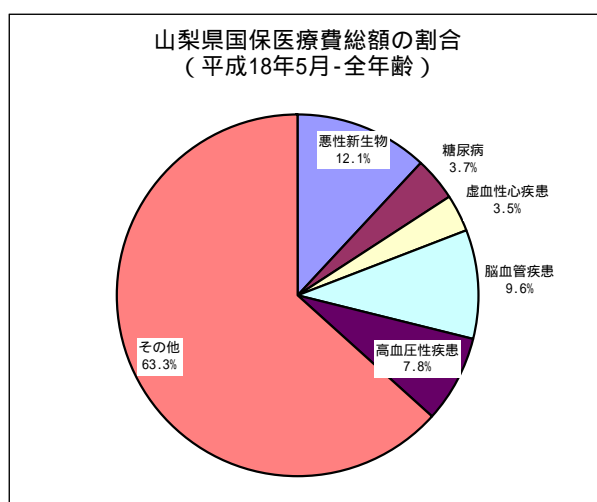
### (1) 生活習慣病の状況

本県の国民健康保険における医療費の疾病別割合をみると、悪性新生物や糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患など生活習慣病に分類される疾病が医療費総額の36.7%を占めています。後期高齢者（75歳以上）の医療費では、44.1%を占めており、75歳未満（31.5%）の1.4倍となっています。

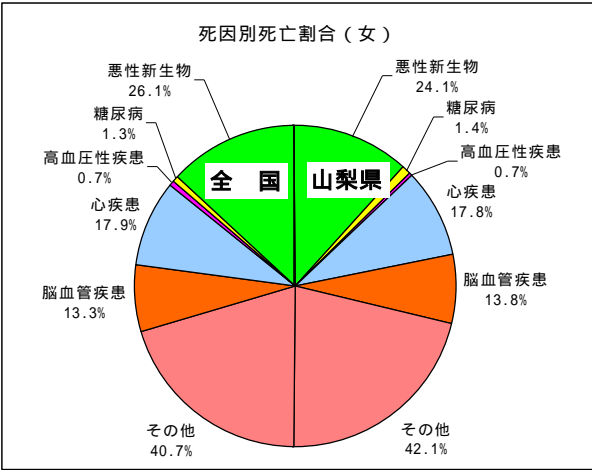
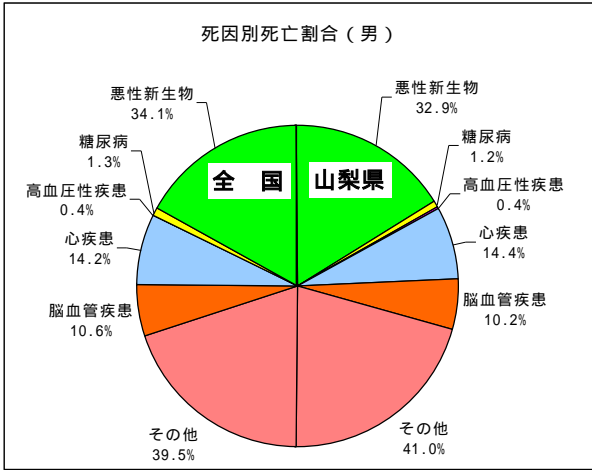
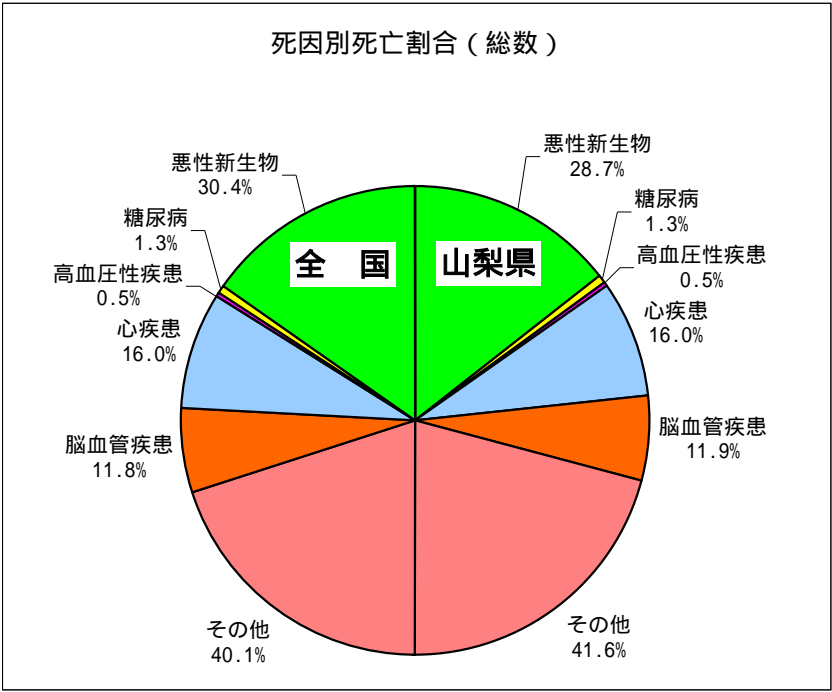
疾患別の割合で見ると、後期高齢者の場合、75歳未満に比べ、高血圧性疾患と脳血管疾患の割合が顕著に増加しています。

死因別死亡割合は、58.4%が生活習慣病に起因するものとなっています。

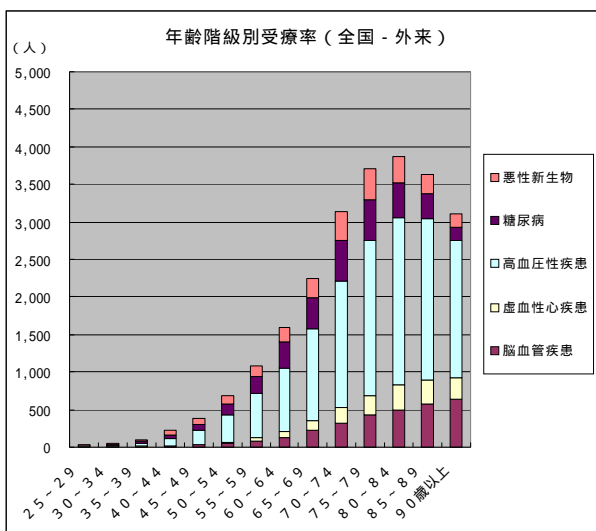
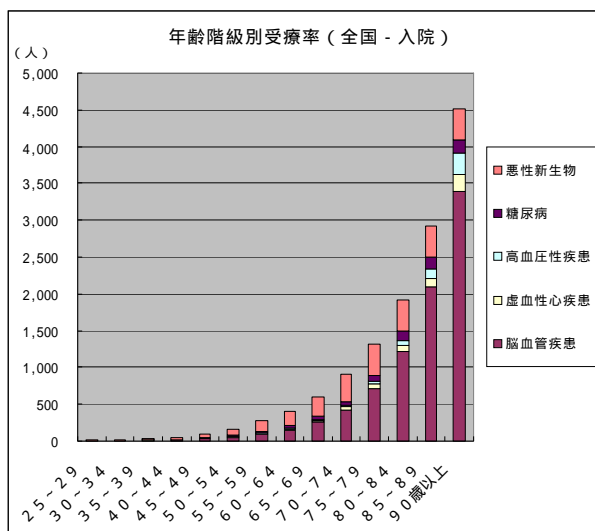
受療の状況を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、75歳を境にして生活習慣病の入院受療率が大きく増加しています。



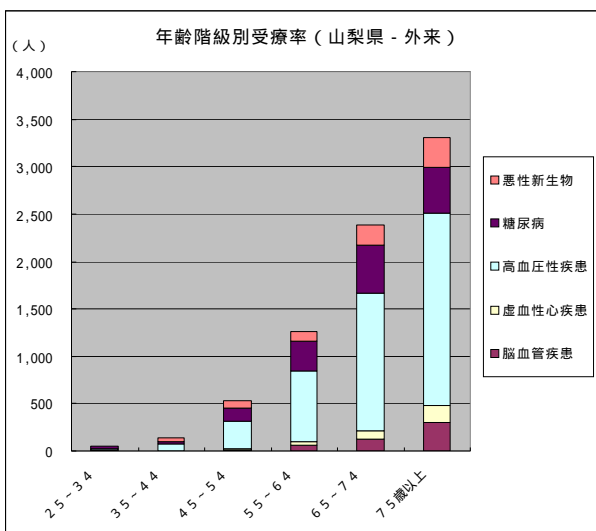
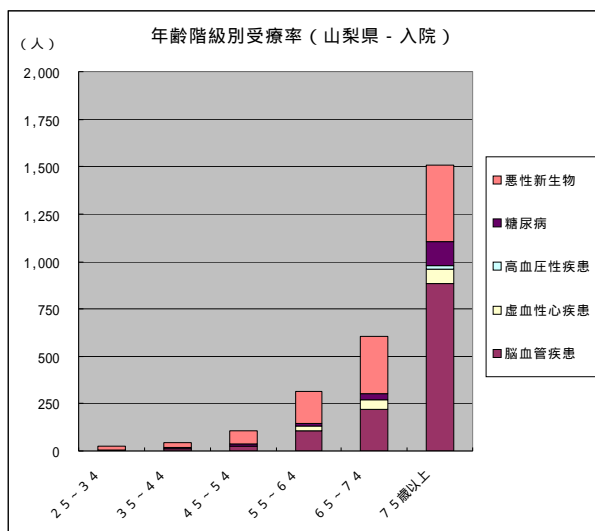
資料：平成18年5月診療国保医療費（山梨県国民健康保険団体連合会）



資料：平成18年人口動態調査（厚生労働省）



資料：平成17年患者調査（厚生労働省）

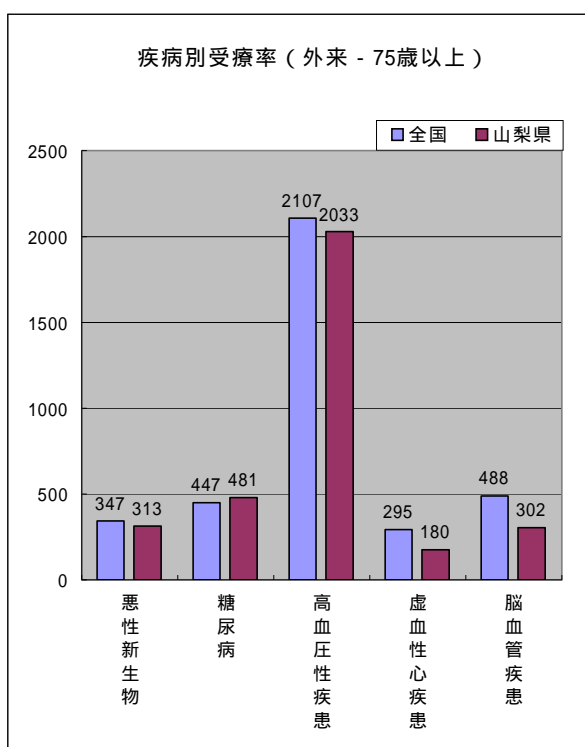
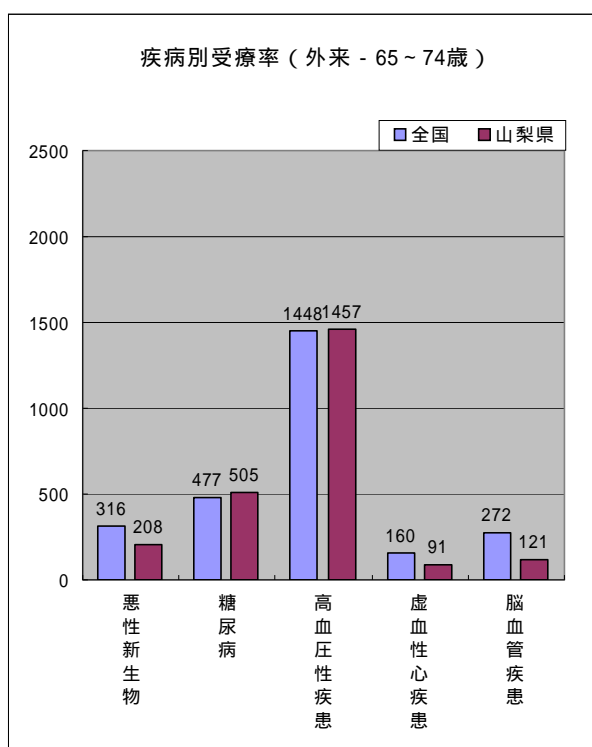
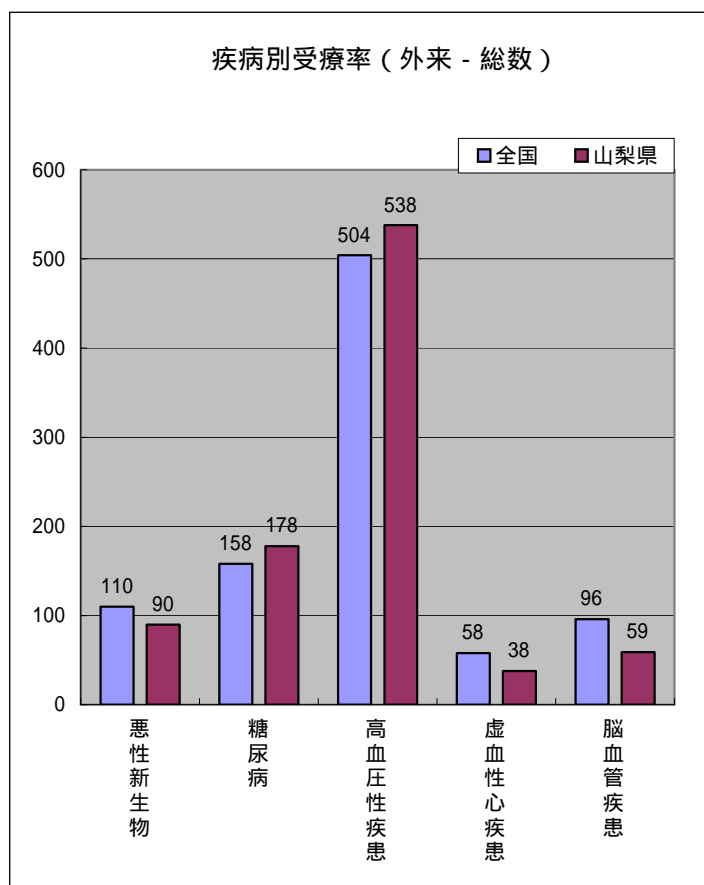


資料：平成17年患者調査（厚生労働省）

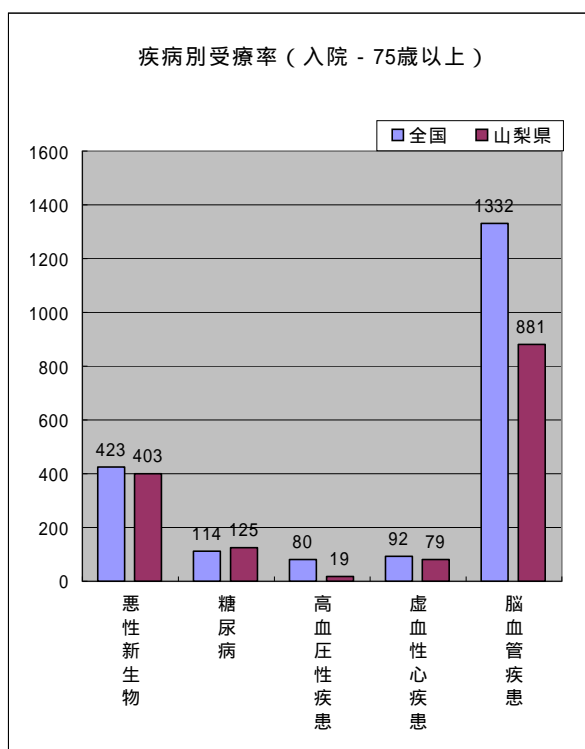
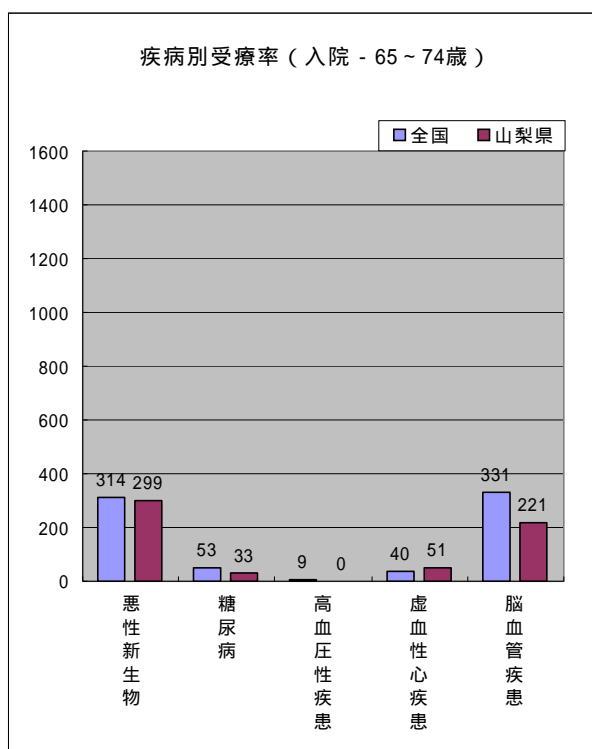
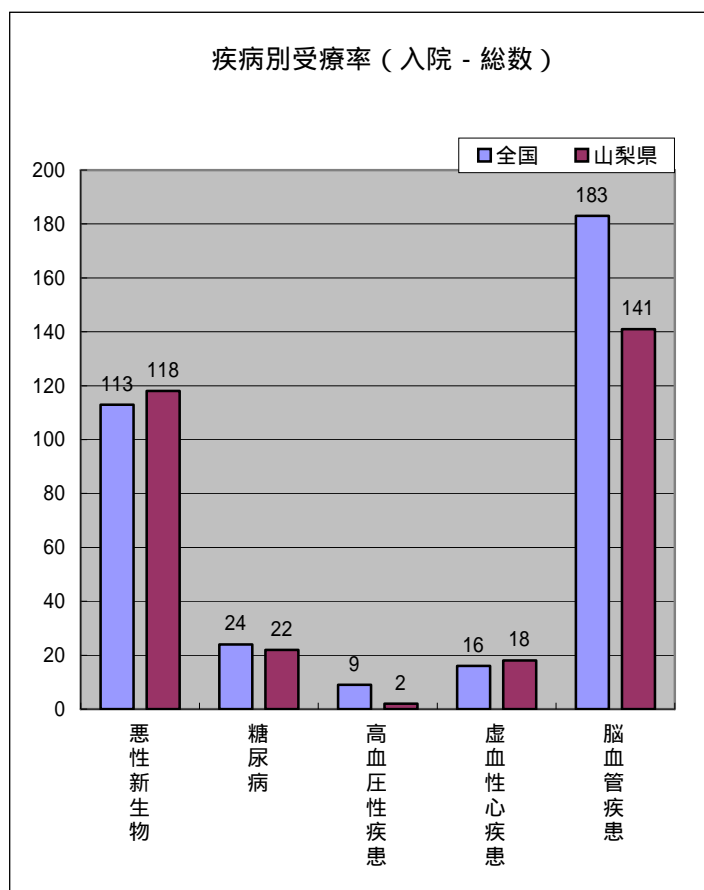
（注）受療率

受療率とは、推計患者数（調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数）を人口10万対であらわした数のことです。

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



資料：平成17年患者調査（厚生労働省）

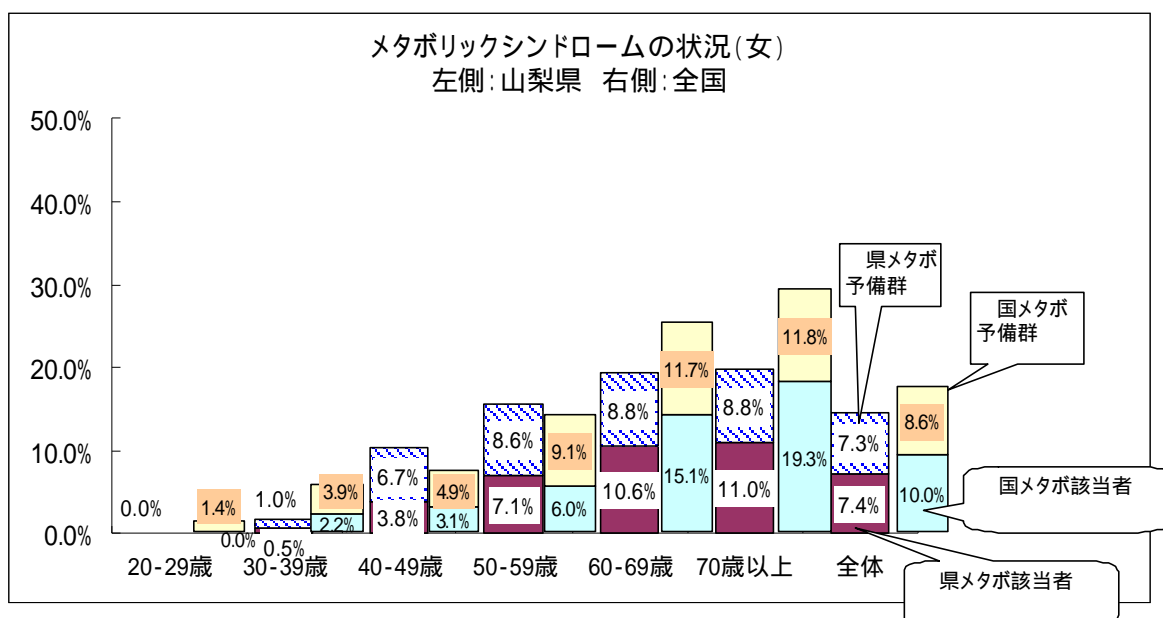
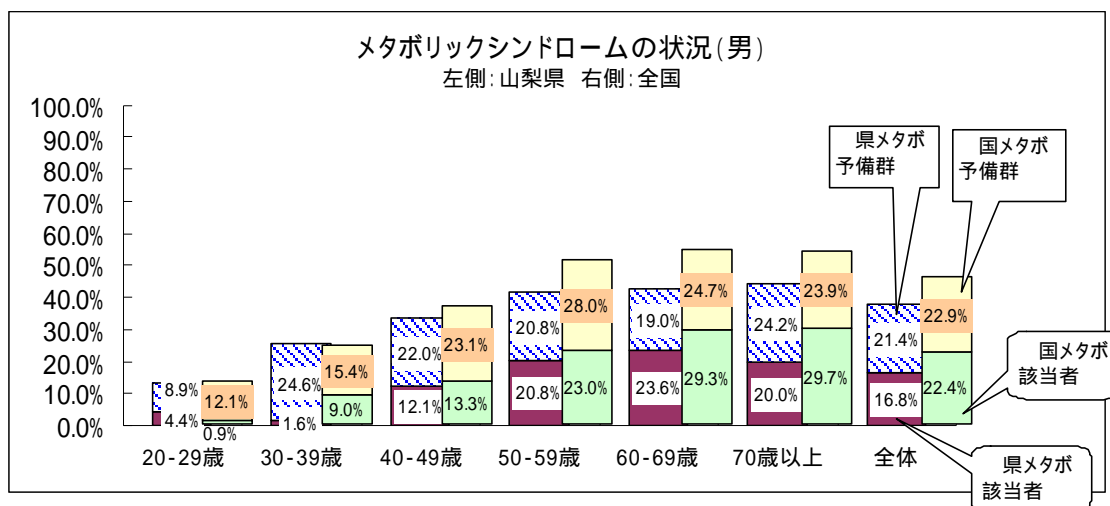


資料：平成17年患者調査（厚生労働省）

## (2) メタボリックシンドロームの状況

平成18年度生活習慣病実態調査によると、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の本県の該当者の割合は、男性16.8%、女性7.4%であり、その一手手前の状態にある予備群は、男性21.4%、女性7.3%となっています。

平成17年の国民健康・栄養調査では、メタボリックシンドロームの全国の該当者の割合は、男性22.4%、女性10.0%であり、その一手手前の状態にある予備群は、男性22.9%、女性8.6%となっています。



資料：平成17年国民健康・栄養調査（全国） 平成18年度生活習慣病実態調査（山梨県）



(注)メタボリックシンドロームの定義

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)とは、内臓脂肪の蓄積により、高血糖・高血圧になったり、血中脂質異常を起こしたりして、生活習慣を改善しなければ、心筋梗塞や脳卒中等が起こりやすくなる状態をいいます。

メタボリックシンドローム該当者(メタボリックシンドロームが強く疑われる者)

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2つ以上の項目に該当する者。\*1

メタボリックシンドローム予備群(メタボリックシンドローム予備群と考えられる者)

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1つに該当する者。

\*1 項目に該当するとは、下記の基準を満たしている場合、かつ/または服薬がある場合とする。

	血 中 脂 質	血 圧	血 糖
基準	HDLコレステロール値 40mg/dl未満	収縮期血圧値 130mmHg以上 拡張期血圧値 85mmHg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の服用	血圧を下げる薬の服用	血糖を下げる薬の服用 インスリン注射使用

## 6 本県の課題

### (1) 住民の健康の保持の推進に関する課題

糖尿病、高血圧症、高脂血症等の生活習慣病の外来受療率は40歳代から徐々に増加し、入院受療率も75歳から急激に上昇しています。

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糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症を招き、通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどっていると考えられます。

医療費の増加を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要となっています。

### (2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題

入院医療費は、平均在院日数と高い相関関係を示していることから、今後の高齢化の進展による医療費の増加を抑制するためには、平均在院日数を短縮するための対策が重要となっています。

このため、療養病床に入院している患者のうち、医療の必要性の低い高齢者の入院に着目し、療養病床を適切に再編成することや発症から入院、そして自宅等に復帰するまで患者に対し医療と介護の切れ目のないサービスが効率的に提供されることが求められています。

### 第3章 達成すべき政策目標と医療費に及ぼす影響の見通し

#### 1 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する目標

「住民の健康の保持の推進」に関し、平成24年度に達成すべき目標値として、国の基本方針（案）や本県の実情等を踏まえ、次の目標を設定します。

これらの目標値は、「健やか山梨21」（県健康増進計画）と同一のものとし、平成22年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行います。

##### 特定健康診査の実施率

目標：本県における特定健康診査の実施率を70%とします。

平成20年度から、医療保険者に対し、40歳から74歳までの被保険者に対する生活習慣病に着目した健康診査（特定健康診査）が義務付けられました。

特定健康診査は、生活習慣病のリスク保有者を抽出し、生活習慣の改善を目的とする特定保健指導につなげる点に特色があります。

本県では、平成24年度において、特定健康診査対象者（県内に本部を置く医療保険者の被保険者であって県内に在住する者に限る。）の70%が特定健康診査を受診することを目指します。

##### 特定保健指導の実施率

目標：本県における特定保健指導の実施率を45%とします。

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%が特定保健指導を受けることを目指します。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹 囲	追加リスク			喫煙歴	対 象	
	血糖	脂質	血压		40～64歳	65～74歳
85cm（男性） 90cm（女性）	2つ以上該当			あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当					
上記以外で BMI 25	3つ該当			あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当					
	1つ該当					

（注1）追加リスク

・血糖 空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1cの場合 5.2%以上

・脂質 中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

・血压 収縮期血压130mmHg以上 又は 拡張期血压85mmHg以上

（注2）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

（注3）BMI(Body Mass Index)

体重(体格)指数のことで、体重÷身長÷身長で算出される体重(体格)の指標。

## メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

目標：本県におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率を平成20年度比で10%とします。

平成24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が、平成20年度と比べ、10%減少することを目指します。

### (注) 特定健康診査及び特定保健指導

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)に対する内蔵脂肪型肥満に着目した健康診査・保健指導を言います。

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います。

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、生活習慣の改善にむけた行動変容(習慣化された行動パターンを変えること)ができるように、対象者の状態に応じて個別支援をしていくものです。

## (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

「医療の効率的な提供の推進」に関し、平成24年度に達成すべき目標値として、国の基本方針(案)や本県の実情等を踏まえ、次の目標を設定します。

### 療養病床(回復期リハビリテーション病棟を除く)の病床数

目標：本県の療養病床の病床数を1,278床とします。

国の基本方針(案)では、平成24年度末時点での療養病床の病床数(目標数)は、「医療療養病床の現状の数」(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)から「介護保険施設等に転換又は削減する見込み数」を控除し、「介護療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数」を加えた数に「後期高齢者人口の伸び率」を加味した数(「 」とする。)を算出した上で、各都道府県における実情(「 」とする。)を加味して設定することとされています。

これを本県に当てはめると、 が971床、 が307床( )となります。両者を合わせた1,278床が本県の目標数です。

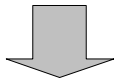
なお、目標数については、療養病床の利用状況、医療区分2の患者の3割の受け入れ先として国が想定している介護療養型老人保健施設の整備状況、老人保健施設等への患者の受け入れ状況等を踏まえ、平成22年度の間接評価において必要な見直しを行います。

については、医療区分2の患者の3割に対応する病床数として見込んでいます。医療区分2の患者の3割については、医療機能を強化した介護療養型老人保健施設での受け入れを将来的に想定していますが、現状では、介護療養型老人保健施設への転換意向を有する医療機関がないことから、本県の実情として目標数に加味しています。

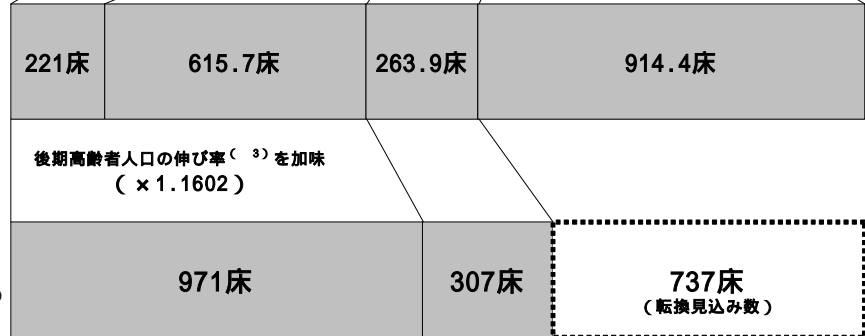
療養病床入院患者の医療区分別構成比と対応する病床数（H18.10.1現在）

		医療区分3	医療区分2	医療区分1	合計
医療療養病床	入院患者構成比 <sup>(1)</sup>	11.7%	48.7%	39.6%	100%
	対応病床数	202.5床	843.0床	685.5床	1,731床
介護療養病床	入院患者構成比 <sup>(2)</sup>	6.5%	12.9%	80.6%	100%
	対応病床数	18.5床	36.6床	228.9床	284床
合計病床数		221.0床	879.6床		914.4床
			7割	3割	
			615.7床	263.9床	
					2,015床

医療療養病床	1,731床
介護療養病床	284床
合計	2,015床



医療療養病床	1,278床
介護療養病床	廃止 <sup>(H24.3.31)</sup>
合計	1,278床



- 1：平成18年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（厚生労働省）
- 2：平成18年度「療養病床アンケート」（山梨県福祉保健部）
- 3：「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）を基に厚生労働省保険局で推計

（注）療養病床

病院又は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言います。療養病床は医療療養病床と介護療養病床に分けられ、医療療養病床は医療保険制度、介護療養病床は介護保険制度により、運営・管理されています。

（注）回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管疾患等の患者に対し、寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたりハビリテーションを医師、看護師、理学療法士等により集中的に行うための病棟で、回復期リハビリテーションを要する患者が常時8割以上入院している病棟をいいます。平成18年10月現在で回復期リハビリテーション病棟である療養病床は601床です。

## 平均在院日数

目標：本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）を3.3日短縮し、31.5日とします。

平成17年に示された医療制度改革大綱等において、平成16年の病院報告の概況による全国平均の平均在院日数と、最も短い長野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国の長期目標が設定されていることを踏まえ、平成18年の病院報告における本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）34.8日を平成24年の時点において3.3日（ ）短縮し、31.5日とすることを目指します。

ただし、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、その影響について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。

なお、平成24年時点の平均在院日数は、平成25年12月頃に公表が見込まれる平成24年の病院報告の概況に記載の日数とします。

平成18年の病院報告における本県の平均在院日数(34.8日)と最も短い長野県の平均在院日数(25.0日)との差(9.8日)の3分の1にあたる日数。

6年間（平成18年～平成24年）

$$\frac{\text{6年間（平成18年～平成24年）}}{\text{9年間（平成18年～平成27年）}} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{3}$$

（差の半分）

## 2 政策目標の達成によって予想される医療費の見通し

### (1) 県民医療費の推計方法

国の基本方針（案）において、各都道府県民の計画策定時の平成20年度の医療費と計画終了時の平成24年度の医療費について計画に示すこととされ、計画終了時の医療費については、「医療費適正化の取り組みを行わなかった場合」と、「医療費適正化の目標を達成した場合」の医療費を示すこととされました。

国民健康保険の医療費や老人医療費以外は、具体的に県民の医療費をとらえる手段がないことから、国の基本方針（案）において、標準的な都道府県医療費の推計方法として、医療機関の所在地別に集計された統計データをベースにして、患者の住所地を考慮して住所地別の医療費を計算し、それを基に過去の医療費の伸び率等から医療費適正化の取り組みを行わなかった場合の医療費を推計する方法が示されています。

医療費適正化の目標を達成した場合の医療費の推計方法については、平均在院日数の目標値のみから医療費を推計する方法が、国の基本方針(案)で示されており、他の目標項目や医療費適正化の取り組みについては、本計画の医療費の見通しの中では考慮しないこととしています。

## (2) 計画策定時の医療費

平成20年度の県民医療費の見通しは、2,292億円となります。

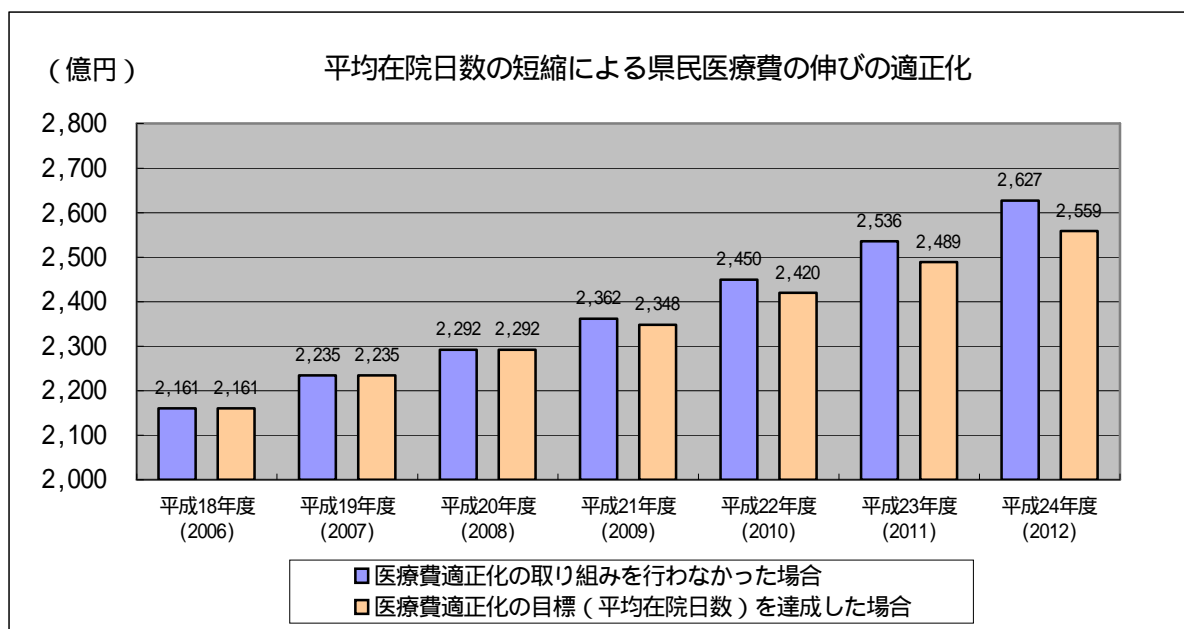
## (3) 計画終了時の医療費

### 医療費適正化の取り組みを行わなかった場合

医療費適正化の取り組みを行わなかった場合の平成24年度の県民医療費の見通しは、2,627億円となり、計画当初の平成20年度より約335億円の増加となります。

### 医療費適正化の目標(平均在院日数)を達成した場合

医療費適正化の目標(平均在院日数)を達成した場合の平成24年度の県民医療費の見通しは、2,559億円となり、計画当初の平成20年度より約267億円の増加となりますが、医療費適正化の取り組みを行わなかった場合より約68億円(平成20年度からの5年間の累計で約159億円)医療費の伸びの適正化が図られる見込みです。



資料：都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール(ver3) (厚生労働省)

	A	B	C
	医療費適正化の取組みを行わなかった場合の県民医療費	医療費適正化の目標（平均在院日数）を達成した場合の県民医療費	A - B
平成20年度	2,292 億円	2,292 億円	0 億円
平成21年度	2,362 億円	2,348 億円	14 億円
平成22年度	2,450 億円	2,420 億円	30 億円
平成23年度	2,536 億円	2,489 億円	47 億円
平成24年度	2,627 億円	2,559 億円	68 億円
5年間累計	12,267 億円	12,108 億円	159 億円

資料：都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール(ver3)（厚生労働省）

## 第4章 目標実現のための県の施策及び関係者の役割と連携・協力

### 1 生活習慣病の予防に向けた施策

#### (1) 「健やか山梨21 - 2008年版 - 」(県健康増進計画)の推進

県、市町村、健康づくり関係団体等で構成されている健やか山梨21推進会議が、計画の推進母体となり、山梨県地域・職域保健連携推進協議会と保健事業の情報交換や健康情報の分析・共有を行い、県民を含めた関係者が連携を図りながら生活習慣病の予防を推進していきます。

#### (2) 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

医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導に対し、効率的・効果的に実施できるよう技術支援します。

山梨県保険者協議会は、医療保険者との連絡調整、医療保険者への協力要請及び支援の場として重要なものであることから、県は同協議会の構成員の一員として運営に参画し、必要な支援や助言を行います。

特定健康診査及び特定保健指導に携わる人材の育成と質の向上を図ります。

#### (3) 医療保険者における健康診査結果データの活用

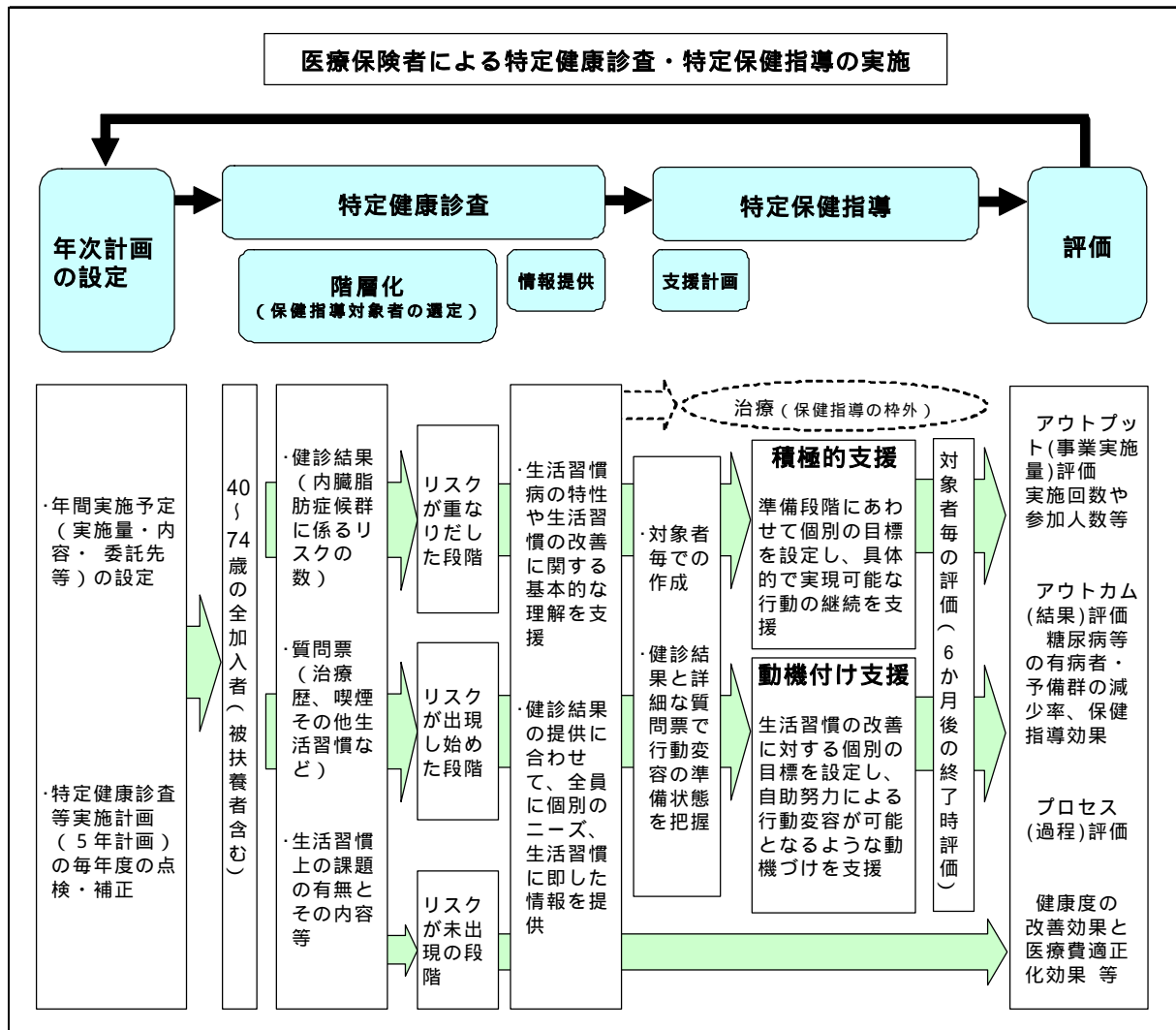
医療保険者は、特定健康診査及び特定保健指導に関するデータを電子的に保存することとされていることから、県は、健康診査等データの有効な活用や、それを用いた効果的な保健指導の推進について助言や支援を行います。

#### (4) 市町村による住民に対す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及び特定保健指導の取り組みは、市町村が行う住民に対する一般的な健康増進対策と相まって、生活習慣病予防を効果的に発揮するものであるため、技術支援や先進事例紹介等市町村の取り組みに対する必要な助言その他の支援を行います。

住民に対し、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診等を実施する市町村に対して、県は支援します。





資料：特定健康診査等実施計画作成の手引き（厚生労働省）

**(注) 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するものです。地域保健と職域保健が連携することにより、地域全体の健康課題がより明確となり、住民にとっては生涯を通じた継続的な健康支援を受けることが可能になります。

**(注) 保険者協議会**

各都道府県単位で医療保険者が連携・協力して、医療費分析及び生活習慣病予防や健康づくり等の保健事業の円滑、効果的な実施に取り組むのために設立されています。

## 2 平均在院日数の短縮に向けた施策

### (1) 療養病床の再編成

県では、入院患者や医療機関等への相談窓口を設置するほか、療養病床転換推進計画を円滑に実現するため、国や市町村、関係機関等と連携する中で支援措置を講じていきます。

入院患者の転退院に関しては、医療機関のソーシャルワーカー等が相談や支援を行っていますが、地域のかかりつけ医、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携も重要であることから、地域包括支援センターを中心とした地域における関係機関の調整を支援します。

療養病床の転換に当たっては、今後必要となる介護サービス等の見込量や、療養病床アンケート調査結果の入院患者の状況等を踏まえ、介護保険施設への転換などについて、医療機関との協議を継続します。

平成20年度に行う第4期介護保険事業支援計画の策定に当たっては、療養病床の再編成を踏まえる中で、市町村と連携し、必要な介護サービスの確保を図ります。

療養病床から介護保険施設等へ転換を図る際には、設備基準等の関係で施設の改修等を行う必要が生ずることが考えられます。このため、介護保険施設等へ転換する際の改修等の費用に対し、国、市町村等と連携して財政支援を行います。

介護保険施設等へ転換するためには、介護保険事業支援計画における必要利用定員総数の制約がありますが、平成20年度までの第3期計画期間中においては、圏域内の市町村の同意のある転換について、弾力的な運用を行います。

また、第4期計画期間中においても、今後国が示す方針に沿って、療養病床の円滑な転換を進めます。

#### (注) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、2005年の介護保険法改正で定められた地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関で、各市町村に設置されているものです。センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務に当たっています。

### (2) 医療機関の機能分化・連携

かかりつけ医を持つことの意義について、医師会等と連携し、住民に啓発を行っていくとともに、患者・住民が適切な医療機関を選択できるよう、各診療所の情報をインターネットなどでわかりやすく提供していきます。

医療関係団体が実施する研修会等において、患者紹介の促進に関するテーマについて取り上げるよう働きかけを行っていくとともに、各医療機関において患者紹介等の窓口となる医療連携室を対象とした意見交換の場を設け、連携強化の取り組みを推進します。

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病については、医療機関ごとの診療機能について、各医療機関のホームページによる情報提供等を促進するとともに専門分野の情報提供を県民にわかりやすく医療機関名を明記し示します。

(注) 医療機関の機能分化・連携

医療機関の機能分化とは、地域の医療機関が救急医療の機能、回復期リハビリテーションの機能、介護サービスの機能などの専門的医療等を分担して提供できるよう、それぞれの専門性を高めることをいいます。

医療機関の連携とは、「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などが役割を分担して、切れ目のない医療を提供することをいいます。

医療機関の機能分化と連携により、限られた地域の医療資源を効率的、効果的に活用することができます。

### (3) 在宅医療・地域ケアの推進

「在宅療養支援診療所」をはじめとするかかりつけ医の普及を促進するとともに、在宅医療を担う医師、看護師等の育成・確保に取り組みます。

かかりつけ医、訪問看護ステーション、病院、在宅サービス事業者など様々な機関、職種がそれぞれの専門性を発揮しつつ、相互に連携した体制の構築に向けて取り組みます。

患者や家族が在宅等での療養生活に円滑に移行できるよう、がん、脳卒中などの疾病ごとに医療連携体制を構築するとともに、これらの情報を含む、医療機能に関する情報や在宅医療に関する情報などをわかりやすく提供していきます。

高齢者が要介護状態となっても自宅で介護を受けられるよう様々な在宅サービスの充実を図るとともに、常時介護を必要とし自宅等で暮らすことが困難な高齢者のために、地域密着型特別養護老人ホーム等の施設・居住系サービスの基盤整備を進めます。

市町村が行う見守り体制(ネットワーク)の確保を支援するとともに、地域での見守り・支え合いの意識の向上や、見守り等を行う人材育成・資質向上に向けた取り組みを行います。

地域ごとの実情に応じ、ケアや見守り機能の付いた有料老人ホーム、ケアハウスなどの整備を促進します。

また、市町村が行うシルバーハウジング、地域優良賃貸住宅(高齢者型)などの高齢者向けの住まいの整備への取り組みを促進します。

(注) 地域ケア

高齢者の生活を支える医療・介護・住まい等の総合的な体制整備を、人口構造等の中期的展望を踏まえつつ、地域におけるサービスニーズに応じて行うことをいいます。

(注) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所とは、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ 24 時間往診と訪問看護等を提供できる在宅医療の拠点としての役割を期待されている診療所です。

### 3 その他、医療費適正化のために取り組む施策

生活習慣病の予防に向けた取り組み及び平均在院日数の短縮に向けた取り組みの他に、本県においては、下記の事項について取り組みます。

#### (1) 適切な受療行動の促進

医療保険者、市町村、保険医療機関等の関係者は、互いに連携・協力しながら、住民に対する保健指導、医療相談、広報等を通じ、住民の適切な受療行動に向けた啓発を行います。

#### (2) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発

県は、医療関係者、卸売業者、後発品メーカー等で構成する協議会を設置し、後発医薬品使用促進策を策定するとともに、患者(住民)及び医療関係者の理解を高めるため、後発医薬品に対する知識の普及啓発を行います。

### 4 市町村及び関係者の役割

#### (1) 市町村の役割

地域住民に対し、健康増進法に基づく各種保健事業の実施に努めるとともに、国民健康保険の保険者として、被保険者を対象とした特定健康診査及び特定保健指導を着実に実施します。

介護保険に関しては、介護保険の保険者として介護保険の被保険者を対象とした介護予防に向けた取り組みを行います。

#### (2) 医療保険者の役割

被保険者等に対する特定健康診査及び特定保健指導を着実に実施し、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少します。

被保険者等の受療行動の促進に努めます。

### (3) 医療機関及び医療関係団体の役割

医療機関および山梨県医師会、山梨県歯科医師会、山梨県薬剤師会、山梨県看護協会、山梨県栄養士会等の医療関係団体は、県が策定する医療費適正化計画、地域保健医療計画等の内容を理解し、会員への周知およびこの計画の推進に努めます。

### (4) 事業者等の役割

事業者等は、労働安全衛生法に定められた健康診断等の労働者の健康確保に関する措置を確実に実施します。

### (5) 県民の役割

県民は、自らの健康は自らが守るという認識のもと、一人一人が若い時期から健康に留意することにより、生活習慣病を引き起こす要因を防ぐよう努めることが求められます。

地域の医療体制についての情報収集をし、身近な開業医の中から、自らの健康状態を把握し、信頼関係のあるかかりつけの医師を持ち、その判断を得ながら、症状に応じた必要な医療を受けることが求められます。

## 5 関係者との連携及び協力

### (1) 住民の健康の保持の推進

山梨県保険者協議会や山梨県地域・職域保健連携推進協議会等を活用し、医療保険者及び健康診査・保健指導事業者等と情報交換を行い、相互に連携及び協力を行います。

### (2) 医療の効率的な提供の推進

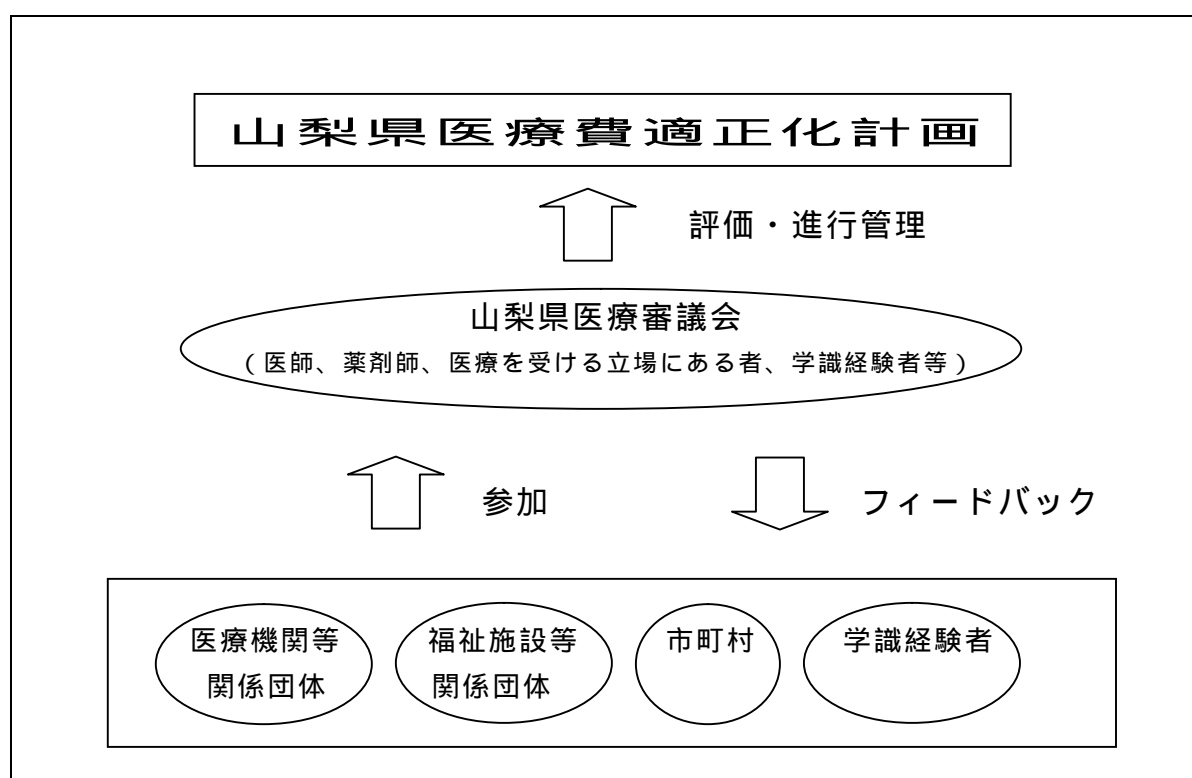
山梨県医療審議会や山梨県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会などを活用し、医療・福祉の関係者等と情報交換を行い、相互に連携及び協力を行います。

## 第5章 計画の達成状況の評価

### 1 計画の進行管理体制

この計画の効果的な実施を推進するためには、適切な計画の評価と進行管理が必要です。

このため、医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験者等で構成する「山梨県医療審議会」を活用し、定期的に計画の達成状況进行评估し、その結果に基づいて必要な対策を実施します。なお、進行管理は、計画の実効性を高めるため「PDCAサイクル」に基づく管理を行います。



(注) PDCAサイクル

PDCAサイクルとは、Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画(Plan) 実行(Do) 検証(Check) 改善(Action)の流れを次の計画に活かしていくプロセスをいいます。

### 2 計画の評価

計画の進捗状況や目標の達成状況、あるいは計画に掲げた取り組みの効果を適正に把握するために、上記の進行管理体制により、以下のとおりの評価を行うこととします。

## (1) 進捗状況評価

計画の中間年（平成22年度）に、計画の進捗状況や目標の達成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

計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度（平成25年度）に計画に掲げた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