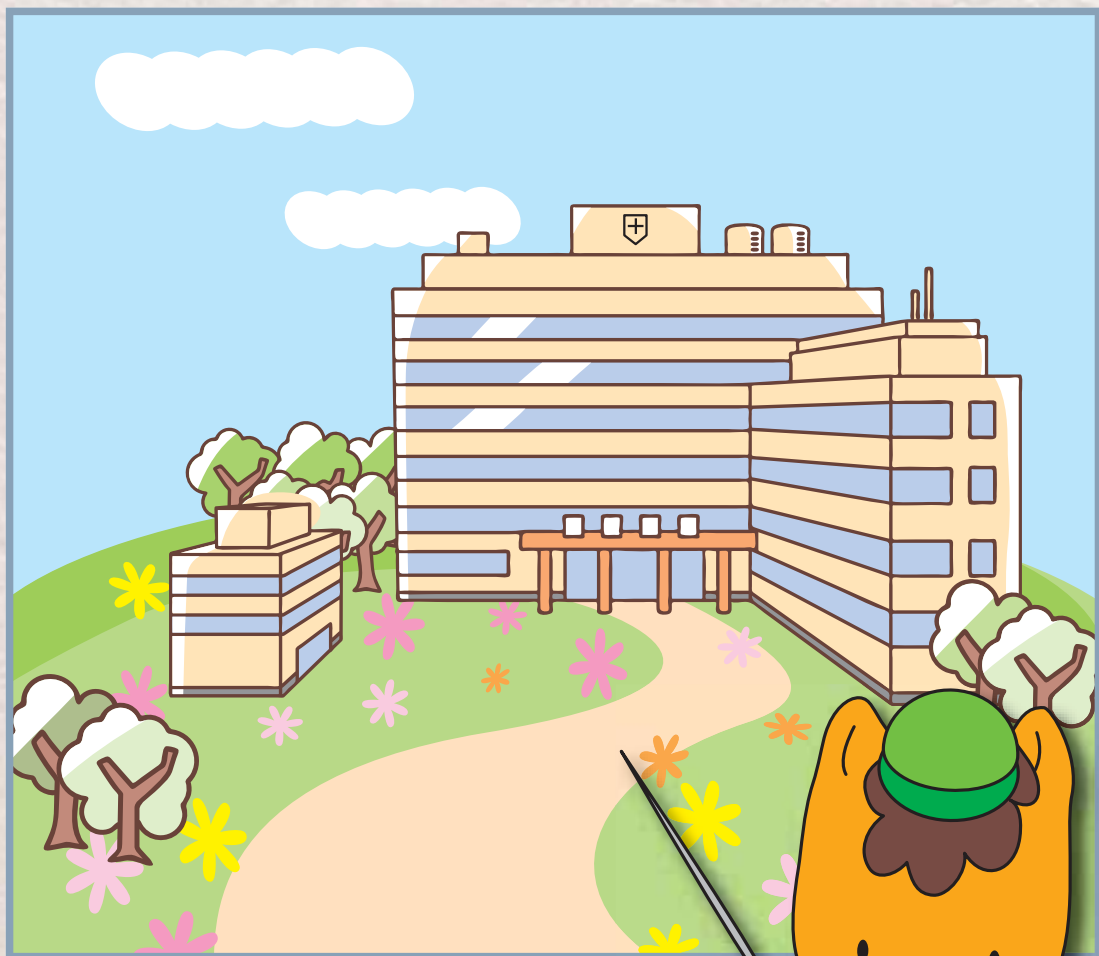


群馬県医療費適正化計画

平成20年3月



群馬県

群馬県医療費適正化計画

平成20年3月
群馬県

はじめに



県民一人ひとりが充実した人生を送る上で、健康は最も基本となるものです。

我が国が世界でも有数の長寿国になって久しいですが、この長くなった人生を、健康で、生きがいを持って過ごせるよう、群馬県としても、子どもから高齢者まで、県民の誰もがいきいきと暮らせる社会の実現を目指しています。

したがって、医療と福祉の充実は、県政の大きな柱の一つではありますが、このうち医療を巡っては、少子高齢化がますます進行する中で、高齢者を中心に医療費の大幅な増加が見込まれることから、現在、国による医療制度の改革が進められています。

今回策定した「群馬県医療費適正化計画」は、こうした動きとも連動して、県民が健康を維持でき、また、医療の効率的な提供等が図れるよう、それぞれ達成すべき目標を示し、これらの目標を達成することで、将来的な医療費の伸びを適正な水準にしていこうというものです。

県民本位の医療を確保した上で、医療の提供体制等の効率化を図りつつ、さらに医療費の伸びを適正にしていくというのは難しい舵取りですが、この計画は課題の解決に向けた第一歩になるものです。

計画の実行を通じて、「生活習慣病の予防対策」や「入院期間の短縮対策」に重点的に取り組むこととなりますが、これを県民の健康と適正な医療を確保するチャンスと捉えて、福祉分野との連携も含め、効果的な取組みにつなげていきたいと考えています。

結びに、計画の策定に当たり、熱心にご議論いただいた「群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会」の委員の皆様、貴重なご意見をお寄せいただきました県民の皆様、そして、ご協力をいただきました多くの方々に対し、心からお礼を申し上げます。

平成20年 3月

群馬県知事 **大澤 正明**

目次

第1章 計画の策定について

第1節 計画の概要	1
第1項 基本理念	1
第2項 計画の基本的事項	2
第3項 計画の概要	3
第4項 他計画との関係	4
第2節 計画の導入の背景	5
第1項 超高齢社会の到来	5
第2項 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性	6
第3項 平成18年の医療制度改革	7

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費の動向	9
第1項 全国の医療費の状況	9
第2項 本県の医療費の状況	10
第2節 生活習慣病の状況	15
第3節 療養病床の状況	16
第4節 平均在院日数の状況	18

第3章 政策目標と医療費に及ぼす影響の見通し

第1節 政策目標に関する基本的考え方	20
第2節 計画における政策目標	21
第1項 住民の健康の保持の推進に関する目標	21
I 特定健康診査の実施率	21
II 特定保健指導の実施率	23
III メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者） の減少率	26
第2項 医療の効率的な提供の推進に関する目標	28
I 療養病床の病床数	28
II 平均在院日数	29
第3節 計画期間における医療費の見通し	30

第4章 施策の実施と関係者の連携・協力

第1節 生活習慣病の予防	32
第1項 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施	32
第2項 市町村等関係者によるポピュレーションアプローチ	33
第3項 関係者の役割と連携・協力	34
第2節 平均在院日数の短縮	36
第1項 療養病床の再編成	36
第2項 医療機関の機能分化・連携	40
第3項 在宅医療・地域ケアの推進	42
第3節 医療費適正化に向けたその他の取組み	44

第5章 計画の推進

第1節 PDCAに基づく計画の推進	46
第1項 医療費適正化計画のサイクル	46
第2項 中間年度の進捗状況評価と計画の見直し	47
第3項 最終年度の翌年度の実績評価	48
第4項 実績評価に基づく取扱い	49
第2節 計画の周知と推進体制	50

資料編

○参考資料・統計データ	52
○計画策定の経過	57
○群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会設置要綱	58
○医療制度改革に係る諸計画等一覧表	60

第 1 章 計画の策定について

第 1 節 計画の概要

第 1 項 基本理念

1 制度の創設

日本は、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、経済の低成長への移行、国民生活や国民の意識の変化等、日本の医療制度は大きな環境の変化に直面しています。

支えられる世代が急増し、支える世代が減っていく時代の中で、日本の医療制度の根幹である国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくために、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、将来的に医療費の伸びをいかに抑えていくかということが、喫緊の課題となっています。

この課題に対応するため、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（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設され、国及び各都道府県に計画の策定が義務付けられました。

2 医療費適正化計画の基本理念

「群馬県医療費適正化計画」は、超高齢社会の到来を見据え、今後の医療の在り方を展望し、「県民の健康の保持」及び「医療の効率的な提供」に向けた取組みを通じて、結果として「将来的な医療費の伸びの抑制（医療費適正化）」が図られることを目指す計画であり、次の2つを基本理念とします。

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組みは、第一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければなりません。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

日本の75歳以上人口は、平成17年の1,160万人から平成37年には2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が、国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されています。

本県においても急激な高齢化が進む中、老人医療費の動向についてみると、平成元年度の約800億円から、平成17年度には約1,800億円まで増加しています。

このような状況を踏まえ、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下げていくものでなければなりません。

第2項 計画の基本的事項

1 計画の目的

県民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、「県民の健康の保持」及び「医療の効率的な提供」を実現することにより、結果として「将来的な医療費の伸びの抑制（医療費適正化）」が図られることを目的とします。

2 計画の位置付け

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第9条に基づき、都道府県が、当該都道府県における医療費適正化計画（都道府県医療費適正化計画）として作成するものです。

3 国と都道府県の関係

国は、「医療費適正化基本方針」及び「全国医療費適正化計画（以下「全国計画」という。）」を策定し、都道府県は、医療費適正化基本方針に即して「都道府県医療費適正化計画」を策定します。

4 計画の期間

平成20年度を初年度とし、平成24年度までの5年間を計画期間とします。

5 計画の評価

計画を推進するため、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「PDCAサイクル」に基づく管理を行います。

平成22年度に進捗状況評価（中間評価）を行い、評価結果を公表します。

平成25年度に実績評価を行い、評価結果を公表します。評価結果を踏まえて、都道府県の診療報酬の特例を設定することが可能となります。

第3項 計画の概要

1 医療費適正化対策の柱

本計画における医療費適正化対策は、次の2つの政策を柱とします。

(1) 生活習慣病の予防対策

各医療保険者が実施する“メタボリックシンドローム”（内臓脂肪症候群）に着目した、「特定健康診査」及び「特定保健指導」の取組みを推進します。

(2) 平均在院日数の短縮対策

「療養病床の再編成」、「医療機関の機能分化・連携」、「在宅医療・地域ケアの推進」の3つの取組みを推進します。

2 計画に掲げる目標項目

次の項目について、それぞれ目標値を設定します。

(1) 住民の健康の保持の推進（生活習慣病の予防対策）に関する目標

- ①特定健康診査の実施率
- ②特定保健指導の実施率
- ③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

(2) 医療の効率的な提供の推進（平均在院日数の短縮対策）に関する目標

- ①療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数
- ②平均在院日数

3 医療費の調査・分析及び見通しの算出

群馬県の医療費について、動向を把握するとともに、計画期間における医療費の見通しを算出します。

(1) 医療費の調査・分析

- ①全国的な位置付けの把握
- ②特徴の把握

(2) 計画期間における医療費の見通し

- ①県民医療費の現状値の算出
- ②県民医療費の5年後の推計値の算出
- ③医療費適正化に関する政策目標を達成した場合に予想される5年後の医療費の見通しの算出

第4項 他計画との関係

1 関連する計画

- ①医療計画 ……………「群馬県保健医療計画」
- ②介護保険事業支援計画 ……………「群馬県高齢者保健福祉計画」
- ③地域ケア体制整備構想 ……………「群馬県地域ケア体制整備構想」
- ④健康増進計画 ……………「群馬県健康増進計画（元気県ぐんま21）」

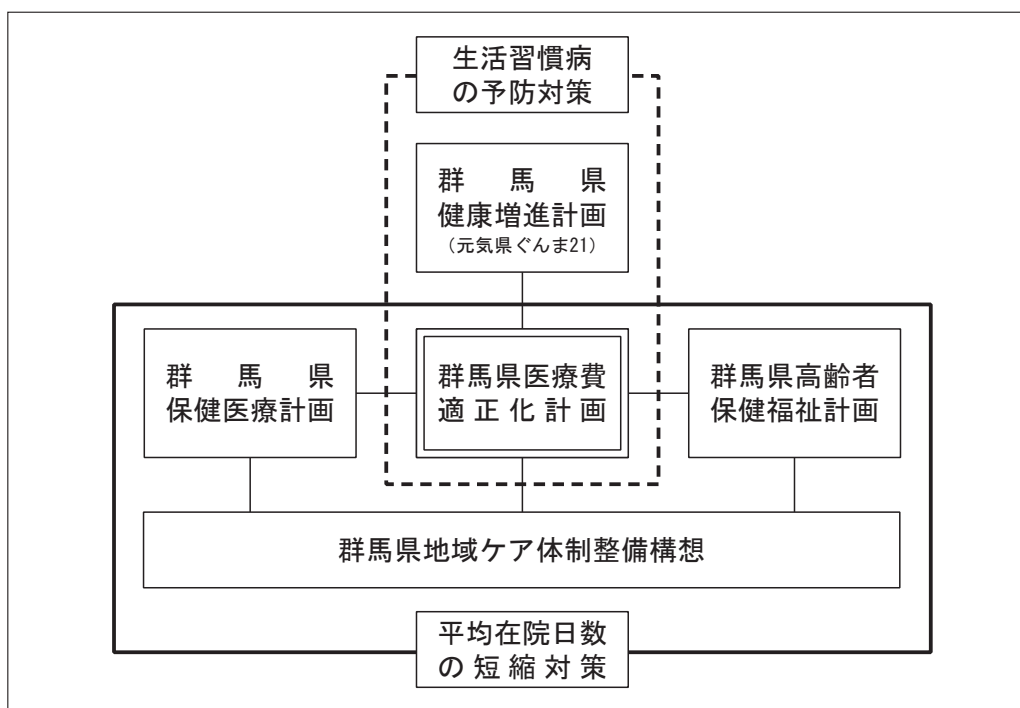
※ 他に、「がん対策」として別途策定する「群馬県がん対策推進計画」があります。

2 他計画との関係

本計画（群馬県医療費適正化計画）は、「生活習慣病の予防対策」と「平均在院日数の短縮対策」を政策の2本柱とすることから、生活習慣病の予防対策の部分については、「群馬県健康増進計画（元気県ぐんま21）」と、平均在院日数の短縮対策の部分については、「群馬県保健医療計画」及び「群馬県高齢者保健福祉計画」と密接に関連するため、それぞれ整合を図りつつ作成しています。

なお、平均在院日数の短縮対策の中心となる「療養病床の再編成」の部分については、関連する計画に共通する横断的・統一的な基本方針となる「群馬県地域ケア体制整備構想」を踏まえて作成しています。

図表 1-1 他計画との関係図



第2節 計画の導入の背景

第1項 超高齢社会の到来

1 日本の高齢化の状況

我が国の高齢化は急速に進展しています。戦後すぐの1950年には約100万人だった日本の75歳以上（後期高齢者）人口は、2005年には1,160万人を超え、約50年間で1,000万人以上増加しました。さらに、戦後の第一次ベビーブーム世代が75歳に到達する2025年には2,160万人を超え、この20年間でさらに1,000万人以上増加すると推計されます。

一方、日本の総人口は少子化等に伴い減少傾向にあることから、総人口に占める高齢者数の割合は相対的に増加していき、2055年には高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合）は40%を超え、後期高齢化率（総人口に占める75歳以上の後期高齢者数の割合）が27%になると予想されます。

現在でも日本の高齢化問題は叫ばれていますが、実は、まだ入口に過ぎず、これから本当に深刻な状況を迎えることとなります。

2 群馬県の高齢化の状況

群馬県における総人口は、今後減少すると見込まれる一方、65歳以上の高齢者数は今後も増加していくことが見込まれることから、高齢化率も上昇を続け、2035年には33.9%となり、2005年の20.6%から13.3ポイント上昇すると見込まれます。

また、75歳以上の後期高齢者数は、2025年には高齢者数の過半数を占め、2035年には高齢者数の6割を超えるとともに、後期高齢化率についても20%を超える状況になると見込まれます。

図表 1-2 総人口及び高齢者数の将来見通し

（単位：人）

区 分	平成17年 (2005)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)	平成47年 (2035)
総 人 口 (A)	2,024,135	1,961,400	1,845,100	1,699,400
高 齢 者 数 (B)	417,101	537,000	574,700	576,900
うち後期高齢者数	198,508	260,200	340,700	352,400
高 齢 化 率 (B/A)	20.6%	27.4%	31.1%	33.9%

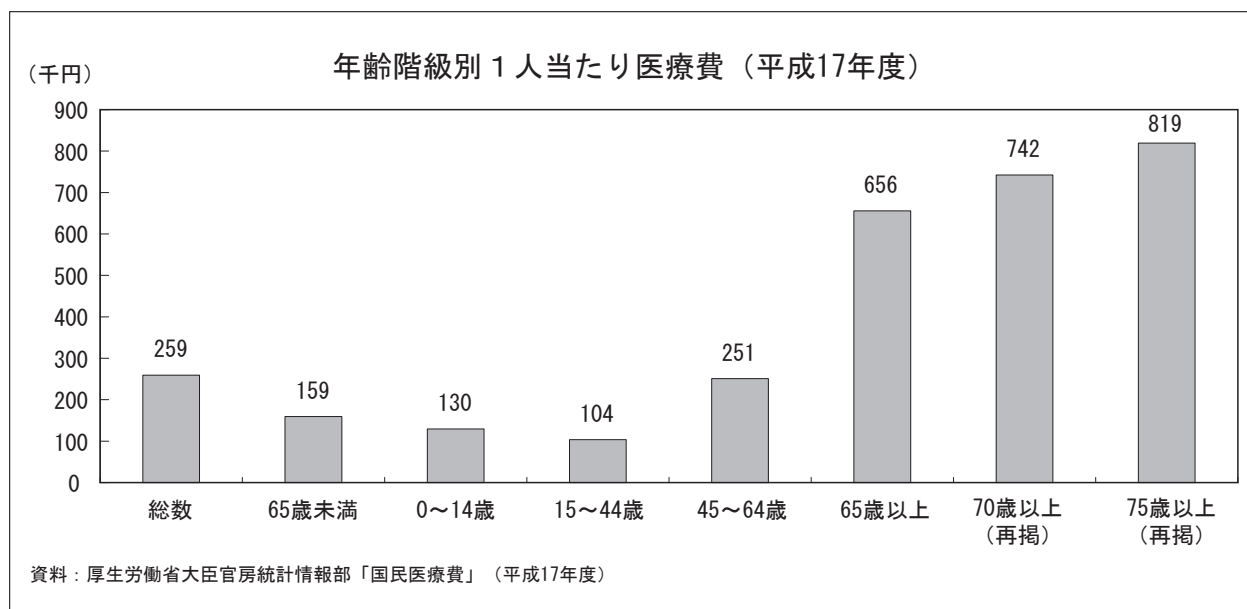
資料：国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(平成19年5月推計)

第2項 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性

1 医療費への影響

年齢階級別の1人当たり医療費について見ると、年齢が高くなるにつれて飛躍的に増加することがわかります。平成17年度の国民医療費における1人当たり医療費では、65歳未満が15.9万円なのに対し、65歳以上は65.6万円であり、75歳以上は81.9万円となっています。75歳以上（後期高齢者）の1人当たり医療費は、65歳未満（一般）の1人当たり医療費の5倍を超えています。

図表 1-3



2 老人医療費の伸びと医療費の増大

急速な高齢化の進展により、今後、75歳以上の後期高齢者が増加していきます。医療技術の高度化と相まって、今後何らの対策も講じなければ、将来の医療費は老人医療費の伸びとともに、大幅に増大していくことが確実です。

3 構造的・根本的な対策の重要性

このように、老人医療費を中心とした将来的な医療費の伸びを避けることはできません。従って、「将来的に医療費の伸びをいかに抑えていくか（医療費適正化対策）」が政策上の課題となります。

対応策としては、患者の窓口負担の引き上げ対策等の「短期的対策」には限界があることから、医療費の伸びの根本要因に対応した構造的な対策である「中長期的対策」が重要となります。

第3項 平成18年の医療制度改革

1 医療制度改革までの経過

高齢化の進展に伴う医療費の伸びを受けて、平成17年4月に「経済財政諮問会議」は、医療費の伸びを経済成長の枠内に抑えるべきとする「医療費総額管理」の提言を行いました。

これに対し、厚生労働省は、経済成長に連動させて医療費を機械的に管理することは、医療の質を確保することの妨げになると主張しました。

平成17年10月、医療費総額管理の考え方に対する対案として、厚生労働省は、「医療制度構造改革試案」を発表し、日本経済や国家財政・地方財政が厳しさを増す状況の中で、医療の質を確保していくために、「医療費適正化対策」を推進するという方針を打ち出しました。

平成17年12月に政府・与党医療改革協議会で取りまとめられた「医療制度改革大綱」を受けて、政府は平成18年の通常国会に「医療制度改革関連法案」を提出し、同年6月に可決成立しました。

2 医療制度改革の趣旨

今回の医療制度改革の趣旨は、次の2つです。

①「医療の質の確保」

患者の視点に立って、安心・安全で質の高い医療が受けられる体制を確保する。

②「国民皆保険の堅持」

世界最長の平均寿命と高い医療水準を達成してきた国民皆保険制度を将来にわたって堅持する。

3 医療制度改革における基本的な考え方

今回の医療制度改革は、次の3つを基本的な考え方としています。

①「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」

治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていく。

この際、生活習慣病の予防に重点を置く。

②「医療費適正化の総合的な推進」

医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとするため、医療費について過度の増大を招かないよう、経済財政と均衡が取れたものとしていく。

このため、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療費の適正化対策を推進する。

また、医療費の無駄を常に点検するとともに、国民的な合意を得て、公的保険給付の内容・範囲の見直しを行う。

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」

老人医療費を中心に国民医療費が増大する中、現行の制度では、現役世代と高齢者世代の負担の不公平が指摘されている。このため、新たな高齢者医療制度を創設し、高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平でわかりやすい制度とする。

また、市町村国保、政管健保、健保組合について、都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図る。

4 医療制度改革における医療費適正化計画の位置付け

今回の医療制度改革の大きな柱の一つである「医療費適正化対策」は、医療費の伸びの根本要因に対処した構造的な対策である「中長期的な対策」と、患者負担の引き上げ等の「短期的な対策」を組み合わせていることを特徴としています。

その中長期的な対策の中心となるのが「医療費適正化計画」です。この計画は、国の責任の下、国及び都道府県が協力し、共同作業により生活習慣病対策や平均在院日数の短縮対策等の医療費適正化対策に、計画的に取り組むための基本的な枠組みとなるものです。

図表 1-4

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】

- ① 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
- ② 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
- ③ 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）
- ④ 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化等）
- ⑤ 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）
- ⑥ 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】

- ① 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
- ② 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）
- ③ 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：厚生労働省保険局作成

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費の動向

第1項 全国の医療費の状況

1 国民医療費の状況

平成17年度の国民医療費は33兆1,289億円で、前年度の32兆1,111億円に比べて1兆178億円、3.2%の増加となっています。

国民1人当たりの医療費をみると、25万9,300円で、前年度の25万1,500円に比べて7,800円、3.1%増加しています。

国民医療費の国民所得に対する割合は9.0%となっています。

国民医療費は、患者の一部負担金の増額や診療報酬のマイナス改定が行われない年においては、概ね年間1兆円（年率約3～4%）ずつ伸びる傾向にあります。

2 老人医療費の状況

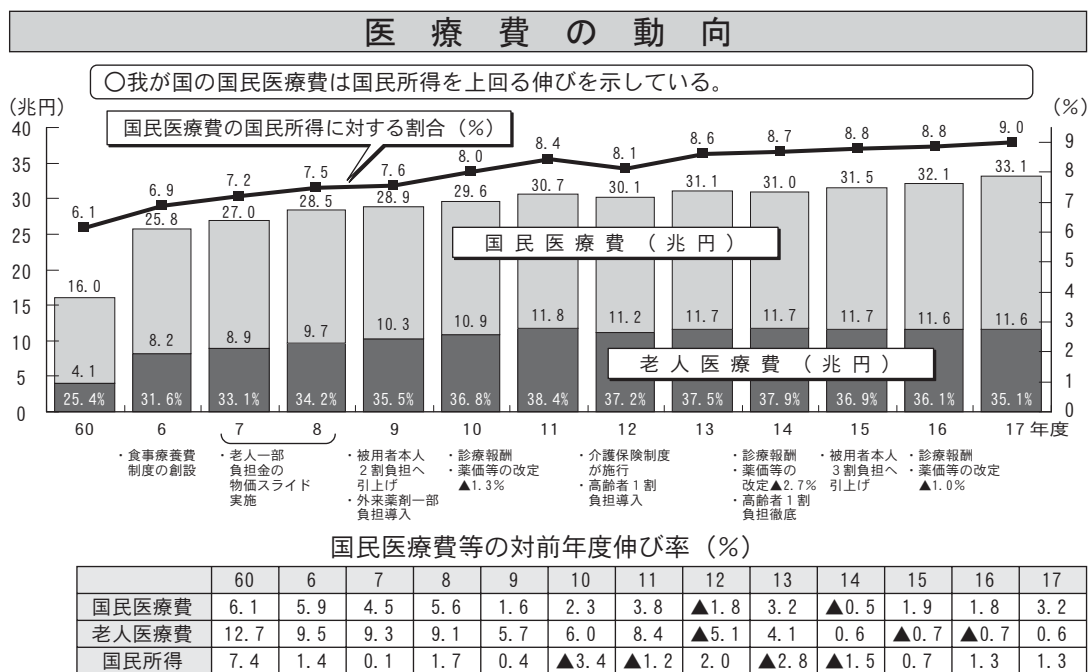
平成17年度の老人医療費は11兆6,443億円で、前年度の11兆5,763億円に比べて680億円、0.6%の増加となっています。

1人当たりの老人医療費をみると、82万1,400円で、前年度の78万200円に比べて4万1,200円、5.3%増加しています。

老人医療費の国民医療費に占める割合は35.1%となっています。

老人医療費は、急速な高齢化の進展等により、今後大幅な増加が見込まれています。

図表2-1



第2項 本県の医療費の状況

1 群馬県の医療費の状況

(1) 概況

平成17年度の都道府県別国民医療費^{※1}における群馬県の医療費総額は4,890億円で、平成14年度の4,497億円に比べて393億円、8.7%の増加となっています。

国民医療費の総額33兆1,289億円に占める割合は1.5%で、47都道府県のうち22番目の規模となっています。

1人当たりの医療費をみると、24万2千円で、平成14年度の22万1千円に比べて2万1千円、9.5%増加しています。

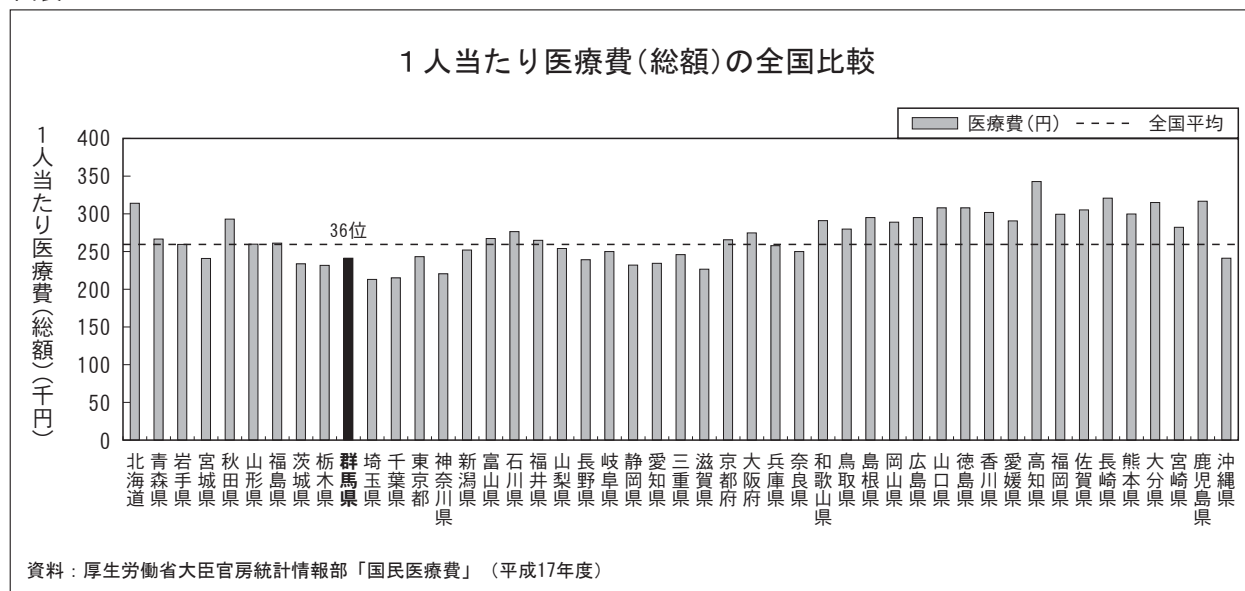
※1 都道府県別国民医療費

国民医療費を患者の住所地に基づいて都道府県別に推計した指標で、3年おきに厚生労働省から公表されます。

(2) 1人当たり医療費の全国比較

① 1人当たり医療費（総額）の全国比較

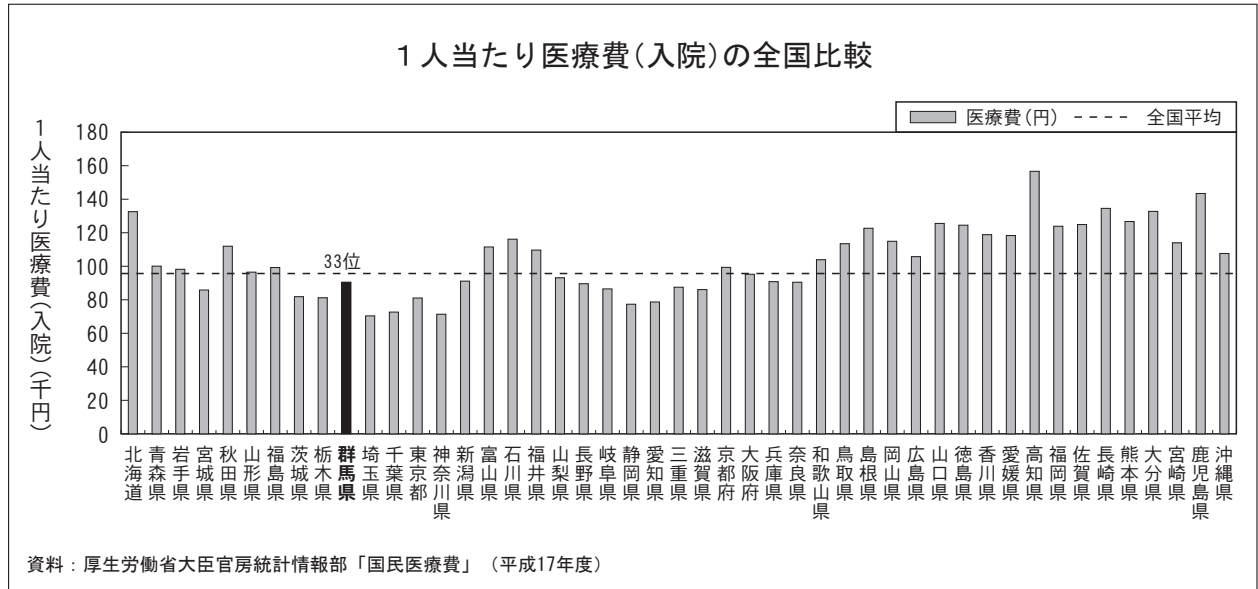
図表2-2



群馬県の1人当たり医療費（総額）は「242千円」で、全国平均の「259千円」を下回っています。

② 1人当たり医療費（入院）の全国比較

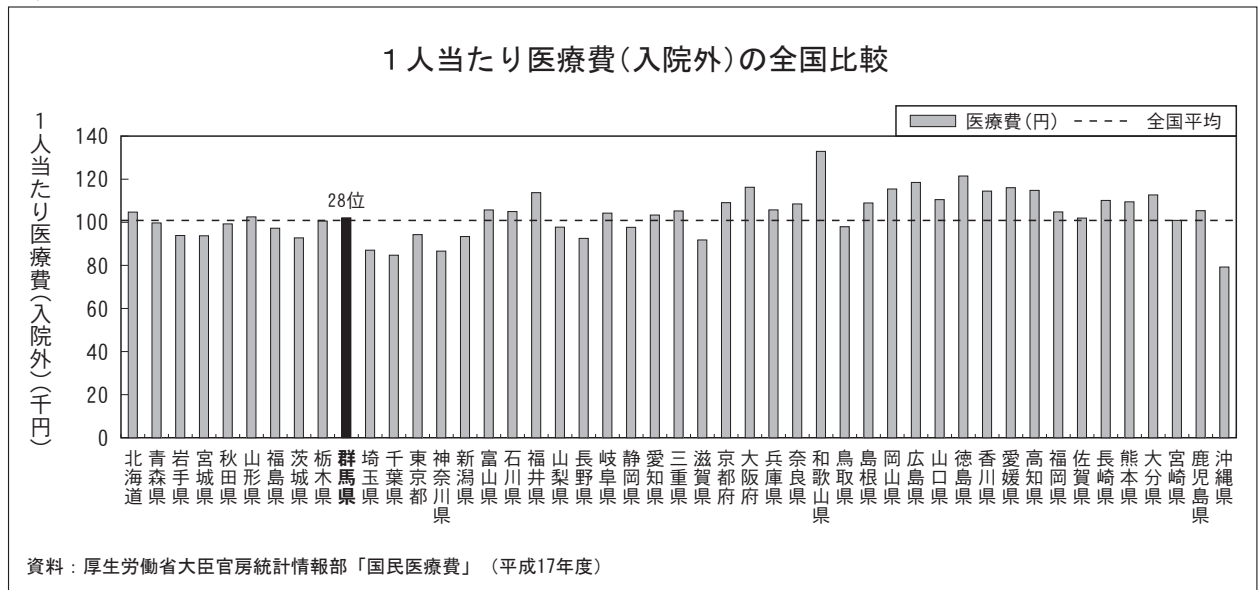
図表 2-3



群馬県の1人当たり医療費（入院）は「90千円」で、全国平均の「95千円」を下回っています。

③ 1人当たり医療費（入院外）の全国比較

図表 2-4



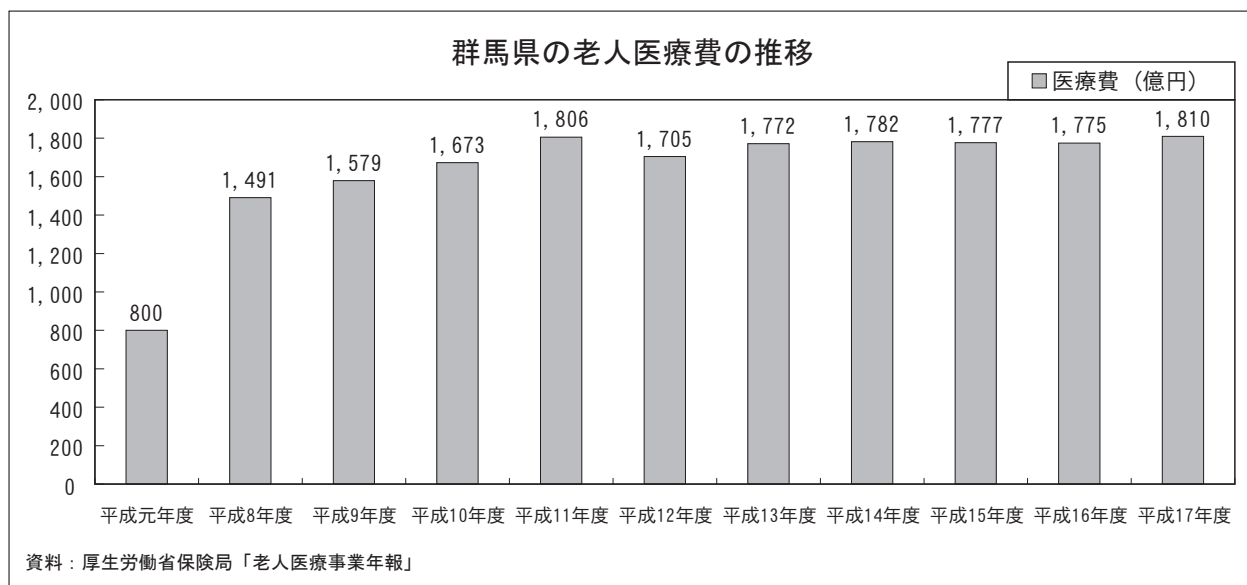
群馬県の1人当たり医療費（入院外）は「102千円」で、全国平均の「101千円」を上回っています。

2 群馬県の老人医療費の状況

(1) 概況

平成17年度の群馬県の老人医療費の総額は1,810億円で、前年度の1,775億円に比べて35億円、2.0%の増加となっています。本県の医療費総額4,890億円に占める割合は37.0%で、全国ベースの35.1%を1.9ポイント上回っています。平成元年度の約800億円と比較すると、この10年間で1,000億円以上増加したことがわかります。

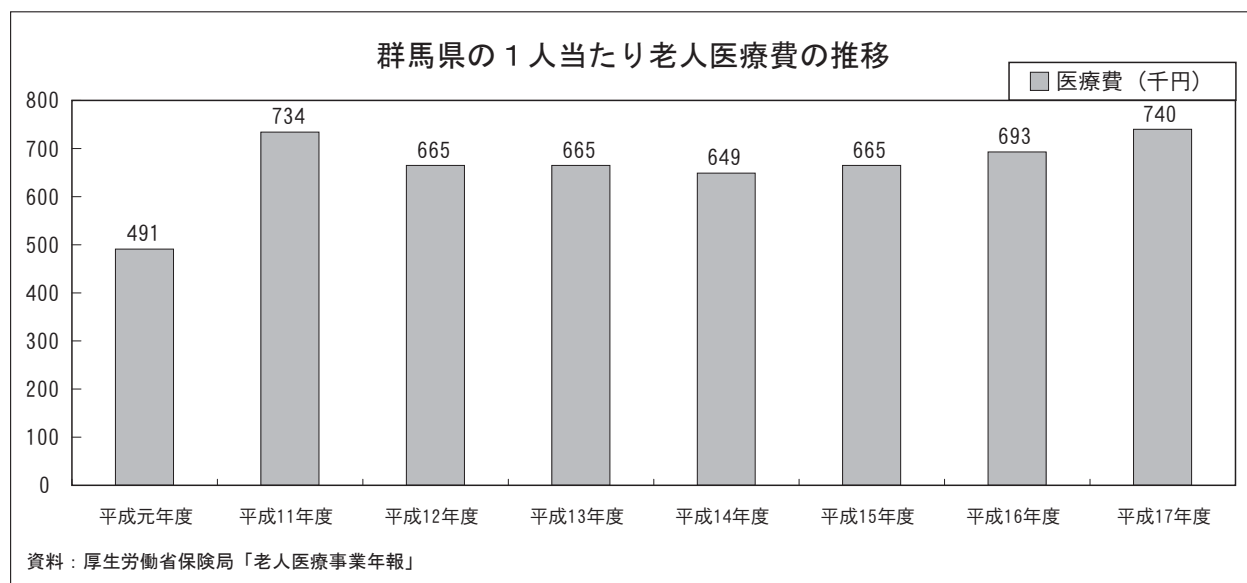
図表 2-5



本県の1人当たりの老人医療費をみると、平成17年度は74万円で、前年度の69万3千円に比べて4万7千円、6.8%増加しています。

1人当たり老人医療費の金額では、47都道府県のうち比較的低位にありますが、対前年度の伸び率は、全国で2番目に高くなっています。

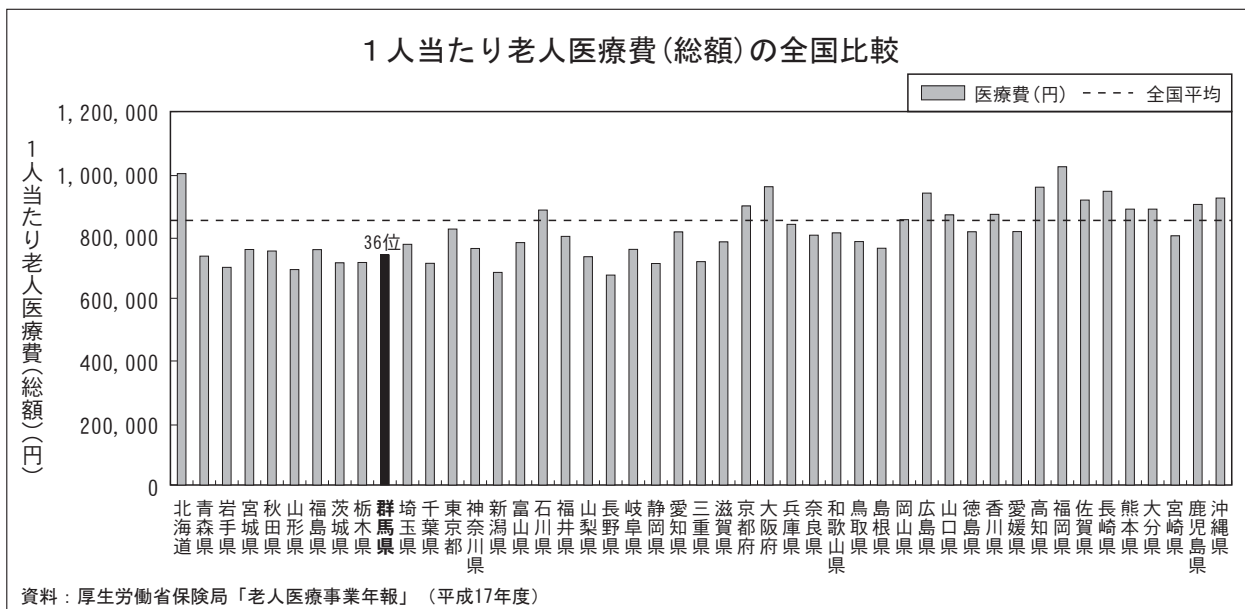
図表 2-6



(2) 1人当たり老人医療費の全国比較

① 1人当たり老人医療費（総額）の全国比較

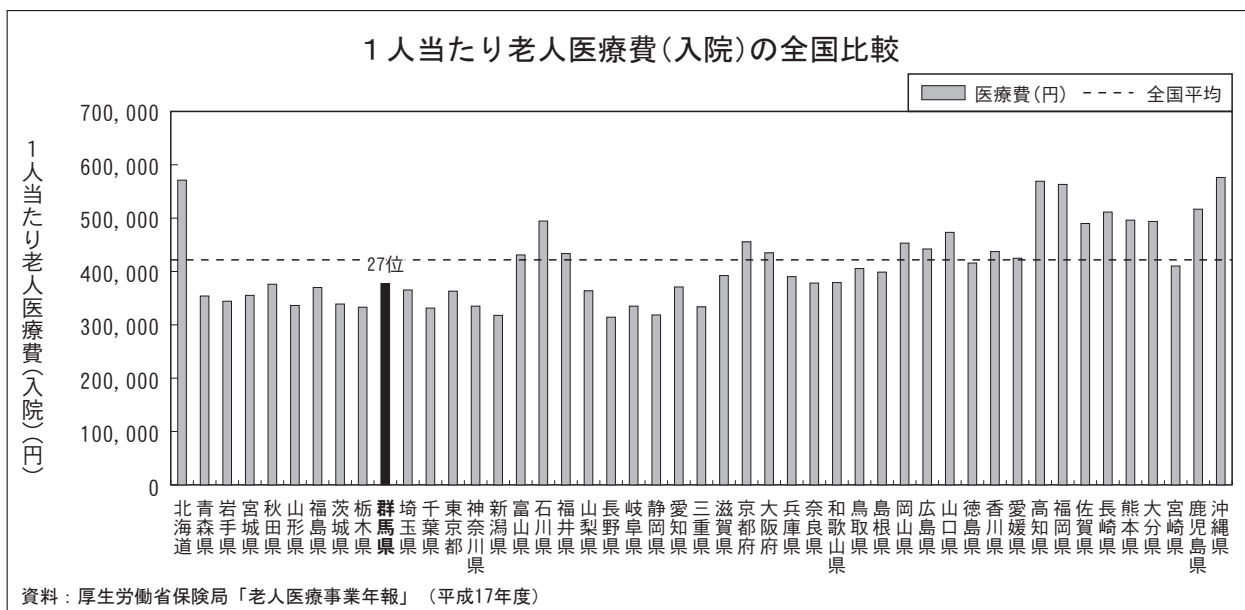
図表2-7



群馬県の1人当たり老人医療費は「740千円」で、全国平均の「821千円」を下回っています。

② 1人当たり老人医療費（入院）の全国比較

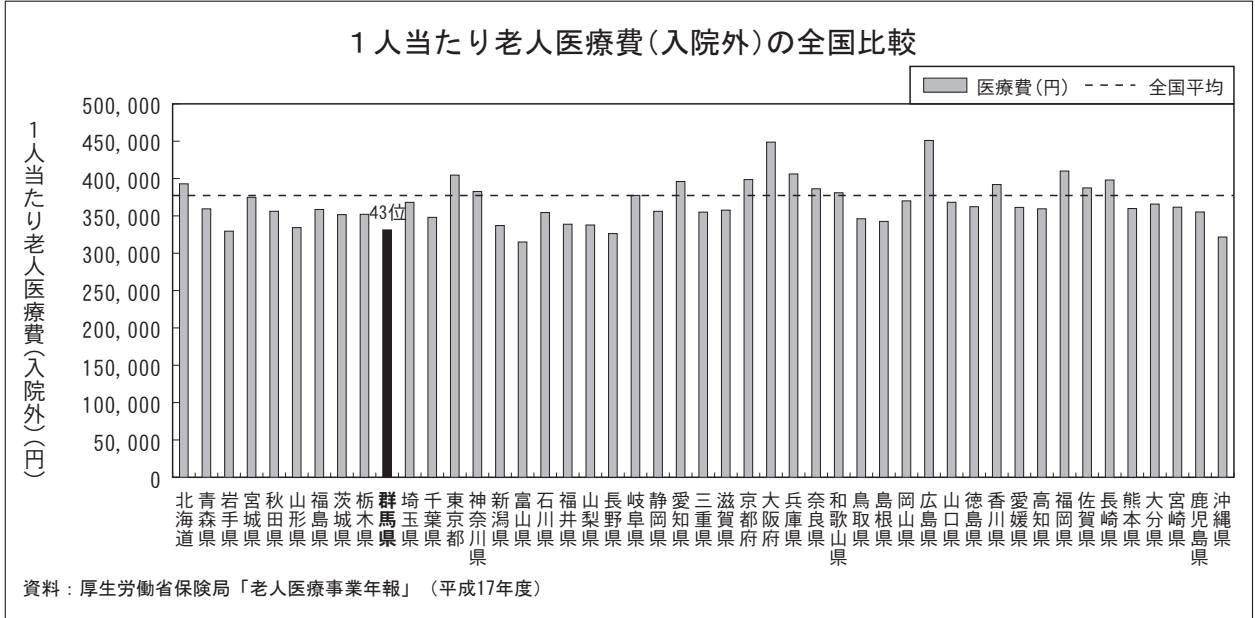
図表2-8



群馬県の1人当たり老人医療費（入院）は「379千円」で、全国平均の「406千円」を下回っています。

③ 1人当たり老人医療費（入院外）の全国比較

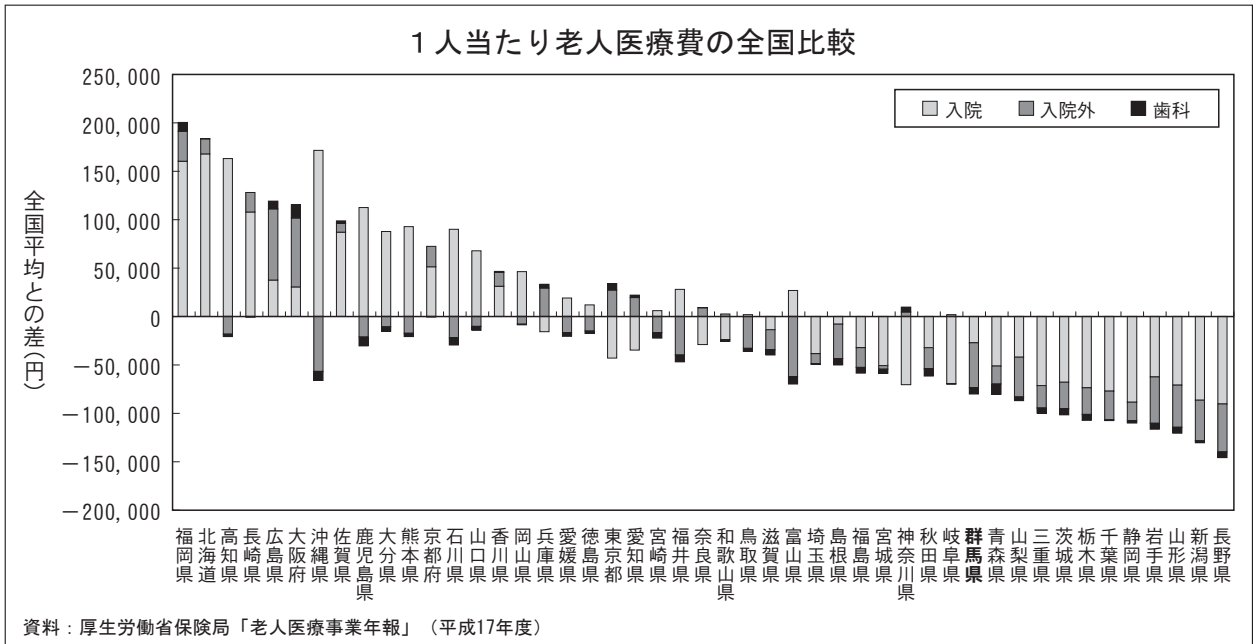
図表 2-9



群馬県の1人当たり老人医療費（入院外）は「331千円」で、全国平均の「377千円」を下回っています。

④ 1人当たり老人医療費の全国比較（相対比較）

図表 2-10



群馬県の1人当たり老人医療費は、「入院」、「入院外」、「歯科」のいずれも全国平均を下回っています。

第2節 生活習慣病の状況

1 現状

平成17年における本県の死因をみると、第1位が悪性新生物、第2位が心疾患（高血圧性除く。）、第3位が脳血管疾患となっており、近年は同じ傾向が続いています。これら三大疾病に糖尿病及び高血圧性疾患を加えたいわゆる生活習慣病による死亡者は全死亡者数の6割以上を占めています。

図表2-11 群馬県の死因別死亡率（人口10万対）の推移

死 因	H7	H12	H13	H14	H15	H16	H17
悪性新生物	201.5	230.4	236.1	237.9	246.1	249.0	261.5
	26.2%	28.5%	29.2%	28.9%	29.1%	28.8%	28.0%
心疾患 (高血圧性除く)	117.8	124.9	125.1	127.5	131.4	136.9	154.4
	15.3%	15.4%	15.5%	15.5%	15.5%	15.8%	16.6%
脳血管疾患	128.8	121.8	118.7	119.1	118.0	117.9	125.9
	16.7%	15.1%	14.7%	14.5%	13.9%	13.6%	13.5%
糖尿病	11.1	9.9	9.5	11.5	10.7	10.5	12.0
	1.4%	1.2%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.3%
高血圧性疾患	6.5	6.8	6.9	6.8	6.7	5.7	7.3
	0.8%	0.8%	0.9%	0.8%	0.8%	0.7%	0.8%
生活習慣病小計	465.8	493.8	496.3	502.8	512.9	520.0	561.1
	60.5%	61.1%	61.5%	61.0%	60.6%	60.1%	60.2%
その他	304.2	314.9	311.2	321.3	333.8	344.6	371.2
	39.5%	38.9%	38.5%	39.0%	39.4%	39.9%	39.8%
全死亡者	770.0	808.7	807.5	824.1	846.7	864.6	932.3
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

資料：群馬県「健康福祉統計年報」より群馬県保健予防課作成

2 課題

社会・経済の発展や医療技術の進歩等に伴って、県民の平均寿命は延びていますが、生活習慣病は依然として大きな健康阻害要因となっており、生活習慣病に係る療養の長期化、重症化が老人医療費の増加につながっているものと考えられます。

こうしたことから、生活習慣病の発症を予防することや重症化を早期に食い止めることが、県民全体の健康の増進に直結するものと捉え、重点的に取り組んでいく必要があります。

生活習慣病は、文字通り、食事や運動、喫煙などの日常の生活習慣に主な原因があるとされており、その予防を図るためには、県民一人ひとりの健康に関する意識の向上や生活習慣の改善に向けた行動の変容が不可欠ですが、他方でこうした個人的な取組みを社会全体でサポートする体制の構築や情報提供など動機付けのための働きかけが重要と考えられます。

第3節 療養病床の状況

1 現状

本県の平成19年4月1日現在の県内の医療療養病床数は3,978床、介護療養病床数は1,280床で合計5,258床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を含む。）となっています。^{※2※3}

圏域ごとの療養病床の数、65歳以上人口10万人当たりの療養病床数等については下表のとおりです。

図表 2-12 圏域ごとの療養病床の数、65歳以上人口10万人当たりの療養病床数等

圏域	介護療養病床数(床)	医療療養病床数(床)	療養病床総数(床)	65歳以上人口10万対療養病床数(床)	人口(人)	高齢者数(人)	高齢化率(%)
前橋	52	450	502	676	340,411	74,271	21.8
高崎安中	148	825	973	1,108	404,397	87,800	21.7
渋川	8	192	200	727	119,474	27,498	23.0
藤岡	36	157	193	840	97,633	22,970	23.5
富岡	170	182	352	1,603	79,944	21,953	27.5
吾妻	67	400	467	2,475	64,090	18,868	29.4
沼田	123	216	339	1,344	91,779	25,225	27.5
伊勢崎	149	292	441	998	242,081	44,206	18.3
桐生	212	658	870	1,983	177,074	43,880	24.8
太田館林	315	606	921	1,225	399,978	75,184	18.8
群馬県計	1,280	3,978	5,258	1,190	2,016,861	441,855	21.9

資料：病床数については群馬県医務課及び介護高齢課調べ、人口については群馬県「年齢別人口統計調査」による。

(注1) 病床数は、平成19年4月1日現在

(注2) 人口は、平成19年10月1日現在

2 課題

療養病床については、今後も医療サービスの必要性が高い患者に対応する地域に根ざした医療機関として、その位置付けを明確化する一方、今後の更なる高齢化の進展を踏まえ、患者の居住環境の改善、社会保障費の効率的使用及び限られた人的資源の最適配分の観点から、適切に再編成していく必要性があります。

※2 療養病床

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のことです。医療保険が適用される医療療養病床と介護保険が適用される介護療養病床に分けられます。

なお、病床の種別には、療養病床の他に「精神病床」、「感染症病床」、「結核病床」及びそれらを除く「一般病床」があります。

※3 回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、寝たきりの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のことです。

医療保険制度において施設基準が定められており、地方社会保険事務局長への届出が必要となります。

第4節 平均在院日数の状況

1 平均在院日数の定義

平均在院日数は、医療機関に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、病院報告において次の算式により算出することとされています。

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

ただし、療養病床については、次式による。

$$1/2 \times \left(\frac{\text{年間在院患者延数}}{\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}} \right)$$

2 病床の種類別平均在院日数の状況

図表 2-13

①群馬県の状況				②全国の状況			
(単位：日)				(単位：日)			
	各年間				各年間		
	H18年	H17年	増減数		H18年	H17年	増減数
総数	32.9	33.7	△0.8	総数	34.7	35.7	△1.0
精神病床	348.3	351.5	△3.2	精神病床	320.3	327.2	△6.9
感染症病床	28.7	22.4	6.3	感染症病床	9.2	9.8	△0.6
結核病床	91.9	115.0	△23.1	結核病床	70.5	71.9	△1.4
療養病床	114.8	115.5	△0.7	療養病床	171.4	172.8	△1.4
一般病床	19.1	19.5	△0.4	一般病床	19.2	19.8	△0.6
介護療養病床	228.6	介護療養病床	268.6

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(平成18年)

3 平均在院日数と医療費の相関関係

都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の関係については、高い相関関係が指摘されています。

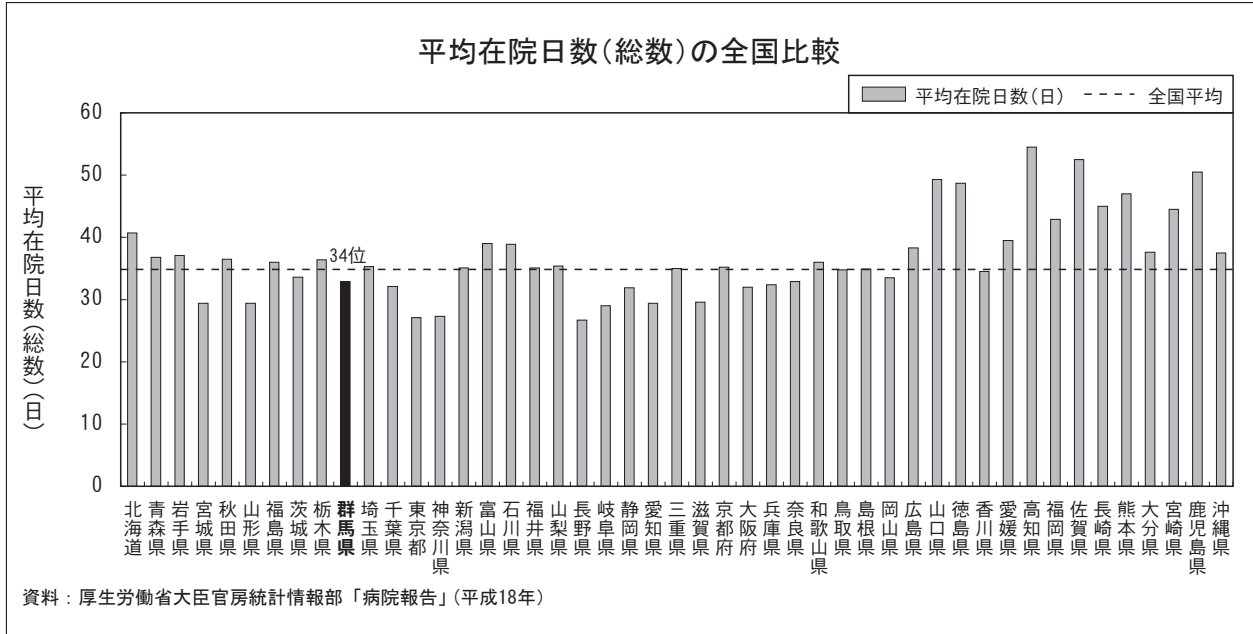
4 課題としての平均在院日数

老人医療費の高低には、各都道府県ごとにばらつきがあり、その大きな要因が「平均在院日数」の長短に関係しています。

したがって、医療費適正化計画において、「平均在院日数の短縮」を政策目標の1つとして掲げ、積極的に取り組むこととしています。

○平均在院日数（総数）の全国比較

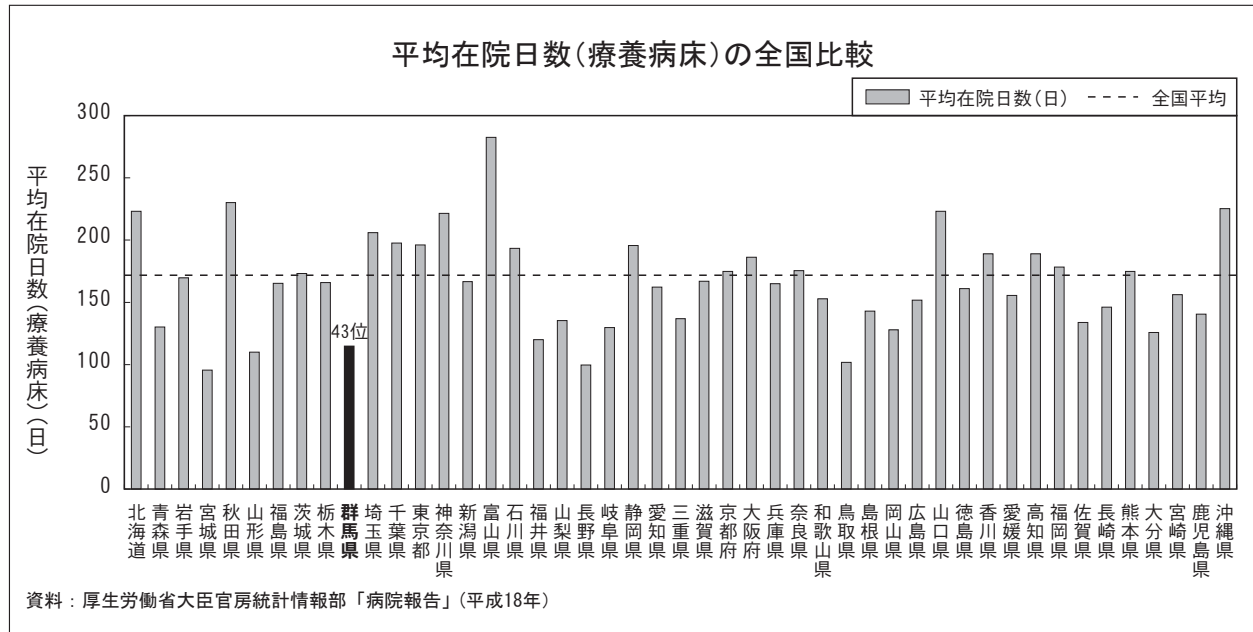
図表 2-14



群馬県の平均在院日数（総数）は「32.9日」で、全国平均の「34.7日」を下回っています。

○平均在院日数（療養病床）の全国比較

図表 2-15



群馬県の平均在院日数（療養病床）は「114.8日」で、全国平均の「171.4日」を下回っています。

第 3 章 政策目標と医療費に及ぼす影響の見通し

第 1 節 政策目標に関する基本的考え方

1 政策目標に関する基本的考え方

- ① 県民の生活の質（QOL）の維持・向上を図りつつ、医療費の伸びの抑制につながる政策とします。
- ② 患者負担の引き上げ等のいわば短期的な対応ではなく、中長期の視点に立ち、医療費の伸びの根本要因に対応した政策とします。

2 柱となる 2 つの政策

(1) 生活習慣病の予防対策

若い時からの生活習慣病の予防対策により、生活習慣病の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。

(2) 平均在院日数の短縮対策

平成17年度の1人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約67万円、一番高い福岡県が約102万円で、約1.5倍の差があり、入院医療費がその格差の大きな原因となっています。そして、老人の入院医療費は平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係があります。

第一期医療費適正化計画の計画期間においては、慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い患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。

3 計画に掲げる目標項目

以上の点から、2つの政策目標についてそれぞれ目標値を設定し、目標達成に向けた取組みを行います。

(1) 住民の健康の保持の推進（生活習慣病の予防対策）に関する目標

- ① 特定健康診査の実施率
- ② 特定保健指導の実施率
- ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

(2) 医療の効率的な提供の推進（平均在院日数の短縮対策）に関する目標

- ① 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数
- ② 平均在院日数

第2節 計画における政策目標

第1項 住民の健康の保持の推進に関する目標

I 特定健康診査の実施率

1 特定健康診査の実施

生活習慣病の発症や重症化を予防するためには、日ごろから自分の健康状態を把握し、生活習慣病の兆候にできるだけ早く気付いて、早期に食生活や運動などの生活習慣を改善していく必要があります。定期的な健康診断や人間ドックの受診はその第一歩であり、社会全体としてこれらを必ず受診する気運を高めていくことが重要です。

平成19年度までは、老人保健法に基づいて市町村が40歳以上の住民に対して基本健康診査を実施していましたが、平成20年度からは40～74歳に対しては被扶養者を含めて、各医療保険者が生活習慣病の予防に着目した特定健康診査を実施することとなります。

2 数値目標

○特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの県民の **70%以上** が特定健康診査を受診することを目標とします。

3 目標値の設定の考え方

医療費適正化基本方針(案)に示された「参酌標準」に即して設定します。

【参酌標準】

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。但し、各都道府県の住民が加入している主要な保険者が特定健康診査等実施計画で定める平成24年度の目標を積み上げた数字が70%を下回る場合（各保険者が特定健康診査等基本指針の参酌標準に即して目標を設定しているにもかかわらず、地域保険※4加入者の比率が高い等止むを得ない事情がある場合に限る。）には、その積み上げた数字を目標として差し支えない。

※4 地域保険

農業者、自営業者等を対象とした市町村国民健康保険等を指します。特定健康診査等基本指針の参酌標準では、市町村国保に対して「65%」という目標値が設定されています。

参 考

□健康増進計画における現状と目標

現状（H17） 50.0% → 目標（H24） 70%以上

※事業所等の健康診断等の受診状況に関するデータが現時点では未整備のため、市町村が実施している基本健康診査の受診状況を指標とすると、平成17年度で50.0%。（ただし、40～74歳の基本健康診査対象者数を把握することができないため、75歳以上を含む。）

4 特定健康診査の概要

目 的	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病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を実施する。
実 施 者	医療保険者（市町村・社会保険事務局・健康保険組合・共済組合等）
対 象 者	40～74歳の被保険者・被扶養者
内 容	<p>《必須項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○質問票（服薬歴・喫煙歴 等） ○身体計測（身長・体重・BMI・腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定 ○血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖・ヘモグロビンA1c） ・肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ○検尿（尿糖・尿蛋白） <p>《一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○心電図検査 ○眼底検査 ○貧血検査（赤血球・血色素数・ヘマトクリット値）
開始時期	平成20年度

Ⅱ 特定保健指導の実施率

1 特定保健指導の実施

生活習慣病の早期発見を行うための健康診査等の重要性は言うまでもありませんが、県民の健康の保持の一層の推進を図るためには、健康診査等の結果を受けて、各人の健康状況、生活習慣に応じた健康教育や生活習慣の改善を促すアドバイスなど（＝保健指導）を併せて強化していくことが必要です。

平成20年度から特定健康診査受診者に対して、必要に応じた特定保健指導の実施が医療保険者に義務付けられました。

2 数値目標

○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定された対象者の **45%以上** が特定保健指導を受けることを目標とします。

3 目標値の設定の考え方

医療費適正化基本方針（案）に示された「参酌標準」に即して設定します。

【参酌標準】

平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

参 考

□健康増進計画における現状と目標

現状（H17） 28.5% → 目標（H24） 45%以上

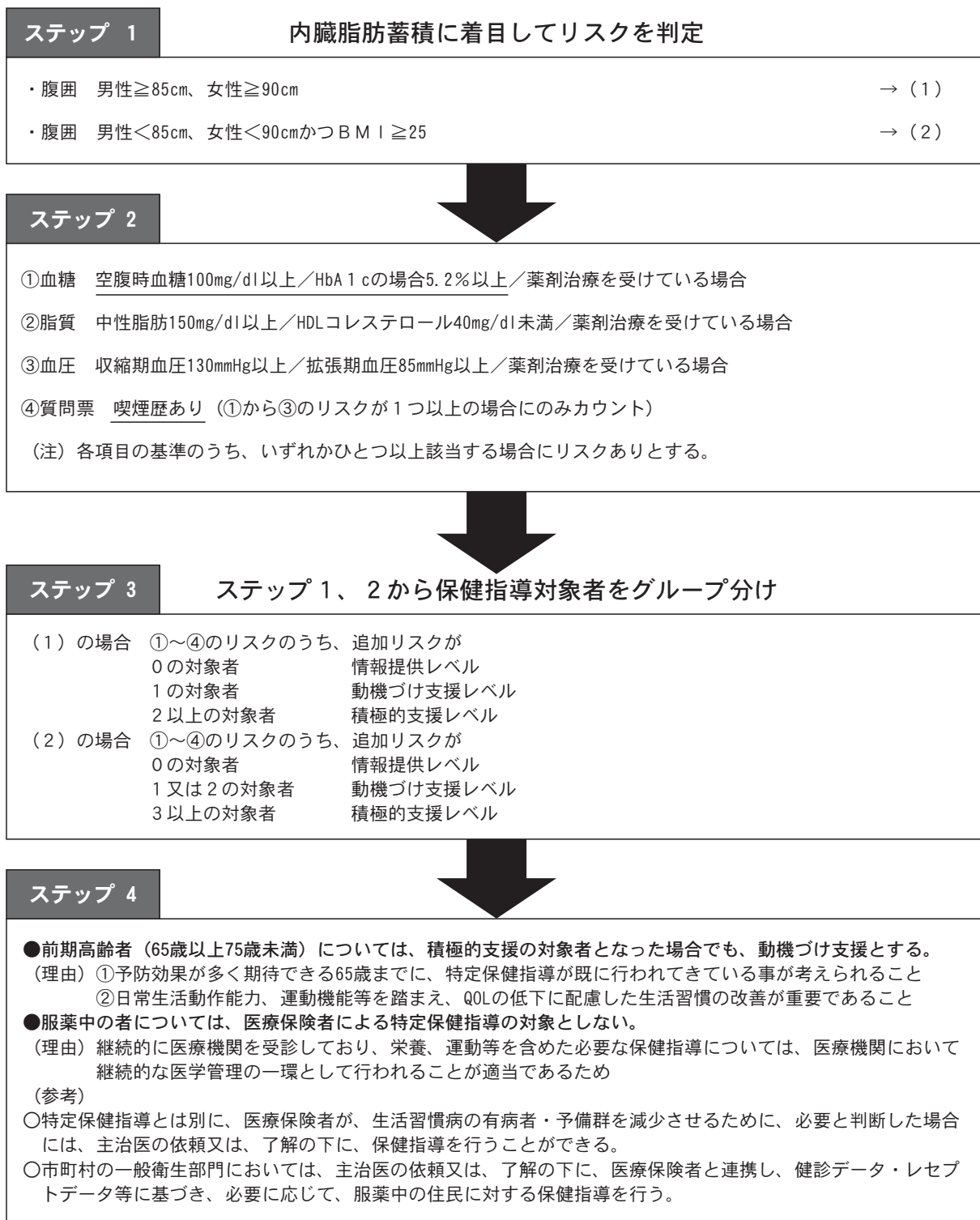
※事業所等における保健指導実施状況に関するデータが現時点では未整備のため、市町村が基本健康診査の結果を受け、実施している健康教育・健康相談等の実施状況のデータを指標とすると、平成17年度で28.5%。（ただし、40～74歳のデータを把握することができないため、75歳以上を含む。）

4 特定保健指導の概要

目的	対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。	
実施者	医療保険者（市町村・社会保険事務局・健康保険組合・共済組合等）	
対象者	特定健康診査受診者	
内容	①情報提供	
	対象者	健診受診者全員
	内容	・健診結果や質問票から対象者個人に合わせた情報の提供 ・特に問題がない者には健診結果の見方や健康増進に役立つ情報を提供
	実施方法	情報提供用紙の送付やメール、ネット等により実施
	実施時期・回数	健診結果の通知と同時（年1回）
	②動機づけ支援	
	対象者	生活習慣の改善が必要と判断された者で、意志決定の支援が必要な者
	内容	生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自らの目標を設定し行動に移すことができる内容
	実施方法	面接による支援：1人20分以上の個別支援、または1グループ80分以上のグループ支援 6ヶ月後の評価：通信（メール）等を利用
	実施時期・回数	原則1回（6ヶ月後に評価を実施）
	③積極的支援	
	対象者	生活習慣の改善が必要な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者
	内容	・初回時の面接による支援：「動機づけ支援」と同様の支援 ・3ヶ月以上の継続的な支援：ポイント制を導入
	実施方法	面接（個別・グループ支援）・電話・メールを組み合わせ、合計180ポイント以上を実施
	実施時期・回数	3ヶ月以上継続的に実施（6ヶ月後に評価を実施）
<p>※ポイント制では、その支援の内容に応じて個別支援5分あたり10～20ポイント、グループ支援10分あたり10ポイント、電話5分あたり10～15ポイント、Eメール1往復で5～40ポイントが付与されます。</p>		
開始時期	平成20年度	

図表 3-1

特定保健指導対象者の選定と階層化



Ⅲ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

1 本計画におけるメタボリックシンドロームの取り扱い

(1) メタボリックシンドロームの普及・定着

近年、「メタボリックシンドローム」の考え方が導入され、生活習慣病の発症や重症化を予防するうえでの目安として有用であることから、一般に広く浸透しつつあります。

メタボリックシンドロームを分かりやすく言うと、内臓脂肪の蓄積をベースに高血圧や高脂血症、糖尿病といった生活習慣病が重複して現れた状態であり、それぞれが治療を要しない程度の異常でも、複数重なると動脈硬化等が促進され、心疾患や脳血管疾患等の発症のリスクが高くなります。

県民がメタボリックシンドロームの考え方を上手に取り入れて、自らの健康管理を主体的に行えるよう、行政や関係機関等が環境を整備していくことが重要な課題となっています。

(2) メタボリックシンドローム診断基準と特定保健指導対象者階層化基準との差異

我が国におけるメタボリックシンドロームの診断基準は、日本肥満学会など関係8学会により定められていますが（27頁「参考2」参照）、前述した特定保健指導対象者の選定・階層化基準では、早期に健康障害の兆しを見つけるために、この診断基準に上乘せして、血糖については空腹時血糖値100mg/dl以上またはヘモグロビンA1c 5.2%以上とし、腹囲が基準以下（内臓脂肪型肥満でない人）でもBMI 25以上で血中脂質や血圧、血糖にリスクを有する人は実施対象者に取り込んでいます。

(3) 本計画におけるメタボリックシンドロームの定義

本計画では、メタボリックシンドロームが普及しつつある現状を踏まえて、メタボリックシンドロームを前面に出しながら、特定保健指導の基準との整合を図るため、特定保健指導の実施対象者のうち、積極的支援レベル、動機づけ支援レベルの人を、それぞれメタボリックシンドローム該当者、予備群と取り扱うこととします。

2 数値目標

○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

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が、平成20年度と比べて **10%** 以上減少することを目標とします。

3 目標値の設定の考え方

医療費適正化基本方針（案）に示された「参酌標準」に即して設定します。

【参酌標準】

平成20年度と比べた、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（特定保健指導の実施対象者）の減少率を、10%以上の減少とする。

※ この目標は、長期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえたものである。

参考 1

□健康増進計画における現状と目標

メタボリックシンドロームの該当者の推定数

現状 (H17) 63,243人 → 目標 (H24) 58,545人

メタボリックシンドロームの予備群の推定数

現状 (H17) 126,292人 → 目標 (H24) 114,895人

(注) 健康増進計画では、本計画によるメタボリックシンドロームの定義ではなく、8学会による診断基準に則って、推計を行っています。

参考 2

□日本肥満学会など関係8学会によるメタボリックシンドロームの診断基準

日本肥満学会など関係8学会が定めたメタボリックシンドロームの診断基準は、下表のとおりであり、「必須項目」である内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積に加え、「選択項目」の2つ以上の項目に該当する者をメタボリックシンドローム該当者、1つの項目に該当する者を同予備群としています。（「項目に該当する」とは、下記の「基準」を満たしている場合、または「服薬」がある場合です。）

◎必須項目

項 目	基 準
内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	ウエスト周囲径（腹囲） 男性 85cm以上 女性 90cm以上 （内臓脂肪面積 100cm ² 以上に相当（男女とも））

○選択項目

項 目	基 準	服 薬
血中脂質	・中性脂肪(TG)値 150mg/dl以上 （高トリグリセライド血症） ・HDLコレステロール値 40mg/dl未満 （低HDLコレステロール血症）	・高トリグリセライド血症薬物治療 ・低HDLコレステロール血症薬物治療
血 圧	・最高（収縮期）血圧値 130mmHg以上 ・最低（拡張期）血圧値 85mmHg以上	・高血圧薬物治療
血 糖	・空腹時血糖値 110mg/dl以上	・糖尿病薬物治療

(注) 血糖については、空腹時採血を行うことが困難である場合などにおいて、空腹時血糖値の代わりにヘモグロビンA1c（過去1～3ヶ月の平均の血糖レベルを表している。）を用いることが可能であり、5.5%以上を有リスクと判定しています。健康増進計画においても、これを採用しています。

第2項 医療の効率的な提供の推進に関する目標

I 療養病床の病床数

1 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療の必要性の低い患者が多く入院する病床を介護保険施設等に転換する取り組みですが、医療機関に対して強制的に転換を求めるものではありません。今後の医療・介護改革の方向性や、地域におけるニーズの動向等を踏まえて、各医療機関の判断に基づいて実現されていくものです。

県では、療養病床の再編成が円滑に進むよう関係者に対する支援を行います。また、療養病床の転換後の受け皿に関する事項について、別途「群馬県地域ケア体制整備構想」を作成し、患者の処遇体制の確保・整備に努めます。

2 数値目標

○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

国の政策目標及び基本方針を踏まえた、平成24年度末時点における県内の療養病床数

	〈平成18年10月〉		〈平成24年度末〉
医療療養病床数	3,372床	→	2,312床
介護療養病床数	1,297床	→	0床

※ 平成23年度末で介護療養病床は廃止されます。

3 目標値の設定の考え方

医療費適正化基本方針（案）に示された「参酌標準」に即して、算定式（ $a - b + c$ ）の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率を加味して設定します。

【参酌標準】

平成24年度末時点での療養病床の病床数＝①と②により設定する

①各都道府県における $a - b + c$

- a 医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。）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18年10月）
（医療区分1）＋（医療区分2）×3割
- c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（平成18年10月）
（医療区分3）＋（医療区分2）×7割

②都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに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を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

II 平均在院日数

1 平均在院日数の短縮

平均在院日数は、医療機関に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものですが、国の政策目標として、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が設定されています。

本計画においては、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（以下、単に「平均在院日数」という。）について数値目標を定め、短縮対策に取り組めます。

2 数値目標

○平均在院日数

国の政策目標及び基本方針を踏まえた、平成24年時点における群馬県の平均在院日数

	〈平成18年時点〉	〈平成24年時点〉
平均在院日数	31.2日	→ 29.1日

※ 基準となる平成18年時点の数値「31.2日」は、厚生労働省が平成18年の病院報告を基に作成した「本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）」です。

3 目標値の設定の考え方

医療費適正化基本方針（案）に示された「参酌標準」に即して、平成18年の病院報告における群馬県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における群馬県の平均在院日数と同年の最短の都道府県（長野県）の平均在院日数との差の1/3の日数を減じて設定します。

なお、平成18年の病院報告における平均在院日数の数値については、厚生労働省保険局調査課が作成した「都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く）」を使用します。

※ 平成18年の病院報告における長野県の平均在院日数 25.0日

【参酌標準】

平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日数との差の1/3（これを上回る数字としても差し支えない。）の日数を減じたものとする。

※ 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

第3節 計画期間における医療費の見通し

1 県民医療費（都道府県医療費）について

(1) 県民医療費の範囲

医療費適正化計画で扱う医療費（県民医療費）の範囲は、「国民医療費」の概念と同様であり、当該年度内の医療機関等における傷病の治療費のうち、医療保険が適用される範囲を対象とします。

(2) 医療費適正化計画における県民医療費

都道府県別医療費には、①保険者の所在地別の医療費（各制度の事業統計）、②医療機関の所在地別の医療費（医療機関メディアス^{※5}）、③住民の住所地別の医療費、の3種類がありますが、この内、医療費適正化計画における都道府県民医療費は、「住民の住所地別の医療費」を対象とします。

(3) 県民医療費（住民の住所地別の医療費）について

診療報酬明細書（レセプト）に患者の住所地情報がない現状においては、住民の住所地別の医療費は実績数値が存在しないことから、他の実績統計等から推計し、現状値を算出した上で、将来見通しを算出することになります。

2 作業の概要

計画期間における医療費の見通しに関して、次の作業を行います。

- ①県民医療費の現状値の算出
- ②県民医療費の5年後の推計値の算出
- ③医療費適正化に関する政策目標（平均在院日数の短縮対策）を達成した場合に予想される5年後の医療費の見通しの算出

3 作業に使用するソフト

各都道府県が医療費の将来見通しの推計作業を実施するにあたり、それぞれが独自の考え方で計算することは適当でないことから、厚生労働省が作成する「都道府県別医療費の将来推計の計算ツール」を使用します。

※5 医療機関メディアス

厚生労働省が、医療費の動向を迅速に把握することを目的として、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で処理される診療報酬点数等を集計し、「概算医療費」として公表する指標です。医療機関の所在地別の医療費であり、生活保護等の公費負担医療も含め国民医療費の約98%をカバーしますが、審査支払機関を通らない、労災、事業主病院の自主審査分の医療費等は含まれません。

4 県民医療費（都道府県医療費）の推計方法の概要

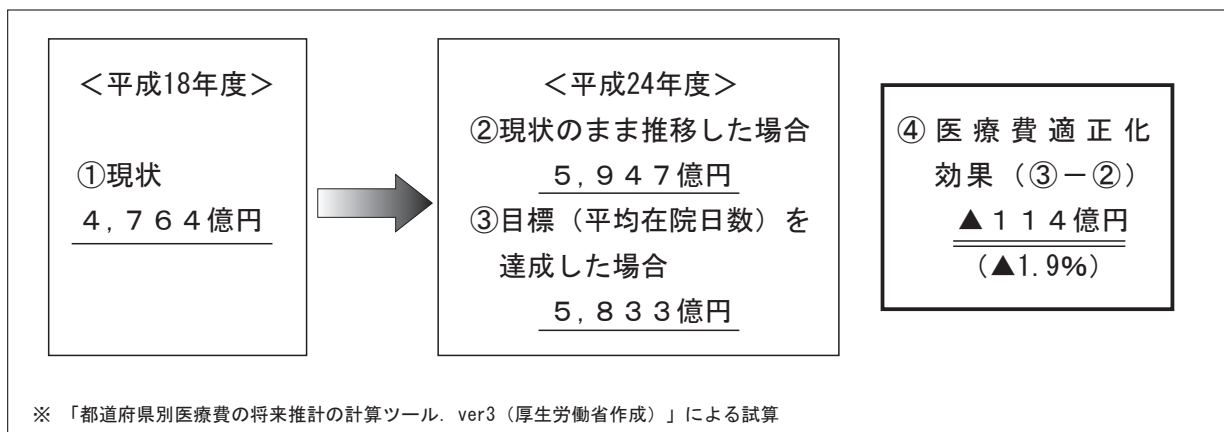
推 計 期 間	第一期医療費適正化計画の計画期間の最終年度（平成24年度）まで
推計の対象となる医療費	住民の住所地別の都道府県医療費を推計の対象とする。
推計に使用する基礎データ	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関メディアス（厚生労働省保険局） 医療機関の所在地別、入院・入院外医療費 等 ○老人医療事業年報、国民健康保険事業統計（厚生労働省保険局） 都道府県別、入院・入院外医療費 等 ○患者調査（厚生労働省大臣官房統計情報部） 患者の住所地別患者数と医療機関の所在地別患者数 等 ○都道府県別将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所） ○病院報告（厚生労働省大臣官房統計情報部） 都道府県別、平均在院日数 等 ○その他、国勢調査（間の年は、推計人口）や国民医療費 等
推 計 の 流 れ	<p>①現状（基準年度「平成18年度」）の住民住所地別の県民医療費の推計</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>②現状のまま推移した場合の県民医療費の伸び率の算出</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>③現状のまま推移した場合の県民医療費の将来推計</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>④医療費適正化効果の算出及び医療費適正化後の県民医療費の将来推計</p>

5 医療費適正化効果について

本計画における医療費適正化対策は、「生活習慣病の予防対策」と「平均在院日数の短縮対策」の2つを柱としますが、このうち、「生活習慣病の予防対策」については、医療費の削減効果が現れるのにタイムラグがあると考えられることから、本計画（第一期医療費適正化計画）においては、「平均在院日数の短縮対策」による効果のみ見込むこととします。

6 県民医療費の推計

○厚生労働省が示す積算方法による本県の医療費の見通し



第4章 施策の実施と関係者の連携・協力

第1節 生活習慣病の予防

第1項 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施

1 特定健康診査・特定保健指導の着実な実施

生活習慣病の予防対策として、各医療保険者が実施するメタボリックシンドロームに着目した、「特定健康診査」及び「特定保健指導」の取組みを推進します。

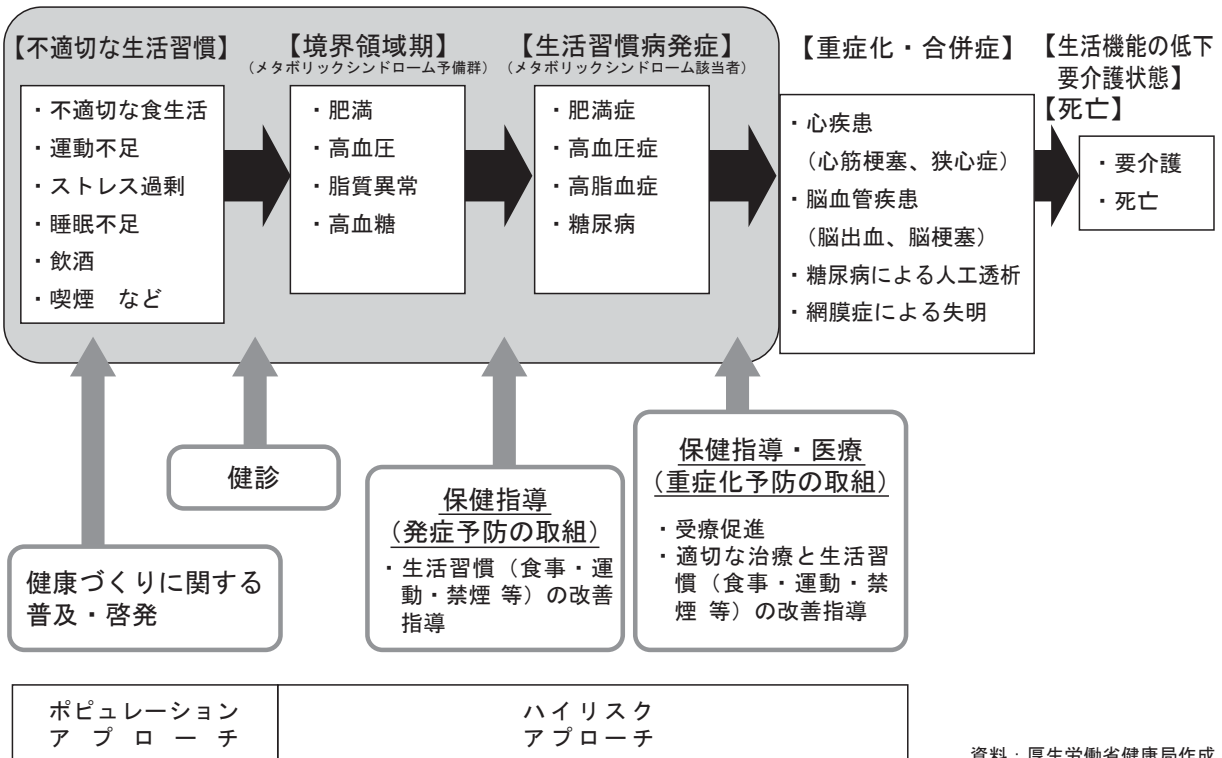
これらの取組みを通じて、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図ります。

特定健康診査・特定保健指導の着実な実施のためには、人材やアウトソーシング先の確保・育成をはじめとして関係者間の連携協力や支援のための仕組みづくりが不可欠であり、並行して、全ての県民が特定健康診査を受診するよう働きかけるとともに、特定保健指導の実施にあたっては、その成果が十全に発揮されるよう環境の整備を図ることが必要です。

2 目標達成に向けた取組み

- ①健診・保健指導実施に関する普及啓発、情報提供
- ②健診未受診者への受診勧奨
- ③生活習慣病に関する普及啓発、情報提供
- ④市町村等への支援（研修会の開催等）

図表 4-1



資料：厚生労働省健康局作成

第2項 市町村等関係者によるポピュレーションアプローチ

1 ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ

生活習慣病予防対策をはじめとする健康政策の効果を高めるためには、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチのそれぞれの観点からの施策を事業効果が最大となるようバランスよく組み合わせて実施していくことが重要です。

(1) ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとは、集団全体に働きかけることにより、集団全体の健康障害のリスクを少しずつ軽減させ、よい方向にシフトさせることであり、これまでも県民運動としての展開を図ってきた健康づくりに関する普及啓発などが該当します。ポピュレーションアプローチは、後述のハイリスクアプローチ施策の実施に先立つ環境の整備の側面もあります。

(2) ハイリスクアプローチ

ハイリスクアプローチとは、既に健康障害に関して高いリスクを持ち、疾患を発生しやすい人に対象を絞り込んで個別に対処することです。例えば、前述の特定健康診査は、高リスクの人を選別し、階層化するものであり、その結果を受けて各人のリスクの種別や現在の健康状態、生活習慣などに応じた内容で実施される特定保健指導と併せてハイリスクアプローチと位置付けられます。

2 市町村等関係者によるポピュレーションアプローチ

市町村や医療保険者等の関係者は、健康教室や講演会等を通じて、効果的にメタボリックシンドロームや特定健康診査・特定保健指導受診、食生活の改善や運動習慣の励行、禁煙等、生活習慣病予防に対する普及啓発活動を積極的に推進するものとします。その際、地元の企業等とも連携し、より効果的な取組みとなるよう努めます。

県は、関係者によるポピュレーションアプローチの取組みに対して、情報の提供や助言を行う等支援するほか、自らも多様な広報手段等により積極的に普及啓発活動を実施していきます。

第3項 関係者の役割と連携・協力

1 関係者の役割分担

生活習慣病予防対策に係る、関係者の役割分担は次のとおりです。

主 体	具体的役割
県 民	<ul style="list-style-type: none"> ○健康増進法第2条による国民の責務 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。 ○特定健康診査・保健指導の受診（40～74歳）
県	<ul style="list-style-type: none"> ○総合調整 ○生活習慣病等に関する情報の収集・関係者への提供 ○生活習慣病に関する実態等を把握するための調査の実施 ○特定健康診査・保健指導の実施に係る人材や健診機関の指導・育成 ○特定健康診査・保健指導に係る精度管理の推進 ○特定健康診査・保健指導受診に関する県民への普及啓発 ○健康増進法に基づき市町村が実施する保健事業等に対する支援 ○関係者の連携・協力体制構築の推進 ○地域や職域における健康づくり推進のためのキーパーソンの育成・支援 ○健康づくりのための環境整備
市町村 (衛生部門)	<ul style="list-style-type: none"> ○がん検診など健康増進法に基づく健康増進事業の実施 ○特定健康診査・保健指導受診に関する住民への普及啓発 ○地域における健康課題等の実態把握、分析 ○地域に根ざした生活習慣病予防のための啓発・情報提供 ○地域住民の健康づくり活動の支援
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健康診査・保健指導の実施 ○特定健康診査・保健指導受診に関する被保険者・被扶養者への普及啓発 ○県や市町村に対する特定健康診査・保健指導に関するデータの提供 ○県や市町村に対する医療機関受療動向に関するデータの提供
事業者	<ul style="list-style-type: none"> ○事業所における保健事業の実施 ○医療保険者と連携した特定健康診査・保健指導受診に関する従業員への普及啓発
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ○関係者への医療情報の提供
関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ○各々の分野における保健事業等の実施

主 体	具体的役割
<p>保険者協議会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者間における意見調整 ○被保険者に対する教育や普及啓発等をはじめとする保健事業や保健事業の実施者の育成・研修等の共同実施 ○各保険者の独自の保健事業や運営等についての情報交換 ○物的・人的資源のデータベース化及び共同活用 ○特定健康診査・保健指導等の実施体制の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・集合契約等に関する各種調整、情報共有等 ○特定健診・保健指導等のアウトソーシング先の民間事業者の評価 ○その他、特定健康診査・保健指導を円滑に実施するために必要な事業、調査等の実施
<p>地域・職域 連携推進協議会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○県健康増進計画や特定健康診査等実施計画等に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議 ○県における健康課題の明確化 ○各関係者（医療保険者・市町村、事業者、関係団体等）の実施している保健事業等の情報交換、分析及び第三者評価 ○各関係者が行う各種事業の連携促進の協議及び共同実施 <ul style="list-style-type: none"> ・ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携方策 ・生活習慣病予防対策と介護予防施策、メンタルヘルス、自殺予防、性差に着目した対策等、他の施策との連携方策 ・科学的根拠に基づく健康情報の発信に関する連携方策 ・研修会の共同実施、各種施設等の共同利用 ○事業者等の協力のもと、特定健診・保健指導の総合的推進方策の検討 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査・保健指導等の従事者などの育成方策 ・特定健康診査・保健指導等のアウトソーシング先となる事業者等の育成方策 ・被扶養者に対する施策に関する情報交換、推進方策 ○協議会の取組みの広報、啓発
<p>※ 保険者協議会 県内医療保険の各保険者が連携・協力し、効果的な保健事業等を実施することにより、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に資することを目的として、健康保険組合、政府管掌健康保険、国民健康保険、共済組合の保険者等により組織されています。</p> <p>※ 地域・職域連携推進協議会 地域保健と職域保健の連携を図り、地域の実情に応じた協力体制による生涯を通じた継続的な保健サービスの提供・健康管理体制を整備・構築することを目的として、国の関係機関、県、市町村、事業者、医療保険者及び関係団体等により組織されています。</p>	

2 関係者間の連携・協力

生活習慣病予防対策の実効性の向上を図るためには、各関係者が密接な情報交換を通じて共通認識を形成しつつ、それぞれの保健事業や普及啓発等を有機的に連携させながら実施していく必要があります。

第2節 平均在院日数の短縮

第1項 療養病床の再編成

1 群馬県地域ケア体制整備構想の策定

平成18年6月に医療制度改革関連法が成立したこと等に伴い、平成23年度末限りで介護保険適用の療養病床が廃止されるなど、今後、療養病床の再編成が本格化していくこととなります。このため、各地域における受け皿づくりを含め将来的な介護等のニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められています。

このような背景のもと、県では入院患者の受け皿となる介護保険施設などの基盤整備や在宅医療の充実、高齢者向け住まいの確保などについて定めた「群馬県地域ケア体制整備構想」を策定しています。

2 療養病床の再編成に関する基本的考え方

(1) 3つの視点

今後の更なる高齢化の進展を踏まえ、次の3つの視点から療養病床の再編成を進めていく必要があります。

①利用者の視点

高齢者に対して、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医療・介護サービスの提供に努めること。

②費用負担者の視点

今後高齢者が更に増加する中で、医療保険や介護保険の財源の有効かつ効率的な使用に努めること。

③医療提供体制の視点

医師、看護師など専門能力を有する貴重な人材の有効かつ効率的な活用に努めること。

(2) 医療中心モデルから介護中心モデルへの転換

療養病床の再編成は、生活支援を重視する視点に立ち、「医療中心モデル」から「介護中心モデル」への転換を図ることが合理的であると考えられます。そのためには、医療の必要度合いに応じた機能整理・再編成を円滑に進めていくことが必要です。

具体的には、医療の必要性の高い方に対しては、引き続き医療保険による療養病床での加療・療養体制を確保する一方、医療の必要性の低い方に対しては、その状態に相応しい介護保険によるサービス提供がなされるよう介護保険施設等への転換を進めることが必要となります。

(3) 転換を進める上での留意点

転換の際には、現在療養病床を利用している方の受入先がなくなることを防ぐよう、医療機関には責任ある対応を求めるとともに、家族、在宅医療を担う診療所、市町村地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が連携し、適切な支援が引き続き行われるよう配慮する必要があります。

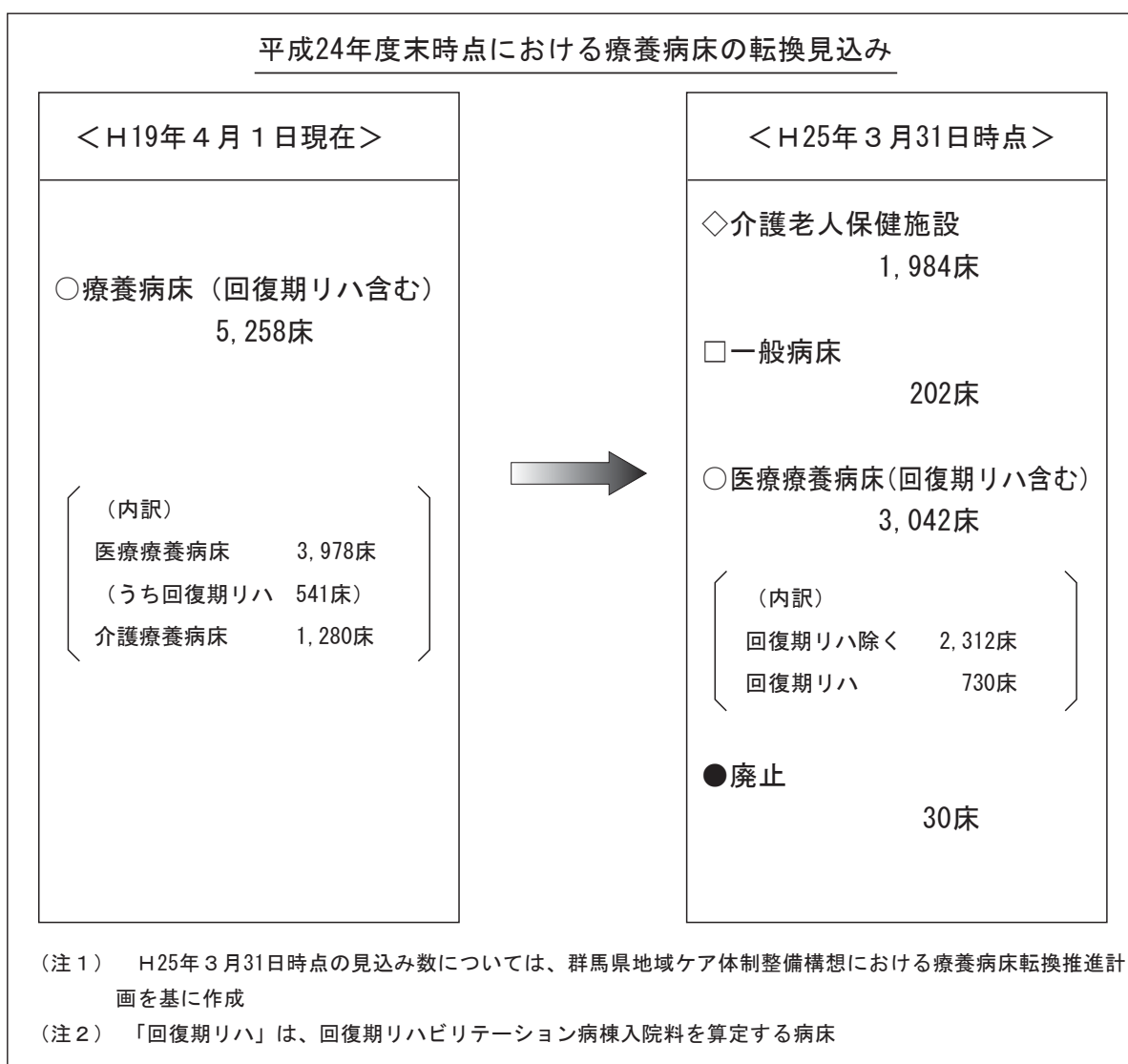
(4) 県の役割等

現在、国においては、介護保険施設の基本的な在り方についての検討が進められており、必要な措置や、地域における体制整備の支援を行うこととしていることから、県は、国における議論や動向を注視し、関係機関に対しては、迅速かつ的確な情報提供を行うこととします。

なお、平成20年度に取り組む第4期介護保険事業（支援）計画の策定過程においては、療養病床の転換見通しについて、当該時点において把握される最新の状況に応じて、必要な見直しを加えることとします。

3 療養病床の転換見込み

図表4-2



4 療養病床の転換への支援措置

(1) 県の基本的役割

県の基本的役割としては、群馬県医療費適正化計画、群馬県保健医療計画及び群馬県高齢者保健福祉計画について、それぞれ整合性を図りつつ作成し、療養病床の再編成が、円滑に行われるよう必要な措置をとることです。

(2) 県の支援措置

療養病床の再編成を円滑に進めるため、県では以下のとおり対応します。

- ①療養病床の転換が円滑に進むよう、医療機関が療養病床を介護施設に転換する際の改修工事費用等の助成金である「病床転換助成事業交付金」を計画的に、かつ柔軟性をもって推進すること。
- ②第4期介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、療養病床からの介護保険施設等への転換が確実なものとなるよう、転換を希望する療養病床についてはすべて受け入れる旨を改めて明示すること。
- ③関係者に対し、国からの情報を迅速に、的確に伝達すること。
- ④現に療養病床に入院している患者が追い出されることのないよう、県に相談窓口を設置して十分に周知を図ること。
- ⑤介護保険施設等への転換に伴って療養病床から患者が退院する場合には、適切な受け入れ先を確保するなど、医療機関に対して責任ある対応を求めるとともに、家族、在宅医療を担う診療所、市町村地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が連携し、適切な支援が引き続き行われるよう配慮すること。
- ⑥療養病床の再編成に関するパンフレットを作成し、その趣旨や目的について、患者や医療機関に対して十分に説明を行うこと。
- ⑦必要に応じて、医療機関に配置されているソーシャルワーカーや居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対し、説明会を実施し、療養病床の再編成に関する認識を共有すること。
- ⑧市町村に対して必要な情報提供を随時行い、認識を共有した上で第4期介護保険事業（支援）計画の作成に着手すること。

(3) 相談体制の整備

療養病床の再編成に係る相談体制として、現に入院している患者やその家族からの相談や、各医療機関からの今後の運営方法等に関する相談を受ける体制を整備します。

なお、窓口は以下のとおりです。

○療養病床の再編成に関すること。 健康福祉部介護高齢課
○医療制度改革全般に関すること。 健康福祉部健康福祉課
○医療サービスに対する相談・苦情 県医療安全相談センター（健康福祉部医務課内）
○介護サービスに対する相談・苦情 県国民健康保険団体連合会 健康福祉部介護高齢課
○医療法上の基準病床数及び医療計画に関すること。 健康福祉部医務課
○介護から医療への転換等に係る、医療法上の手続きに関すること。 健康福祉部医務課
○医療から介護への転換等に係る、介護保険法上の手続きに関すること。 健康福祉部介護高齢課
○転換に係る助成に関すること（地域介護・福祉空間整備等交付金及び病床転換助成事業交付金） 健康福祉部介護高齢課
○有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅など、高齢者向けの住まいに関すること。 健康福祉部介護高齢課 県土整備部建築住宅課
○その他療養病床の再編成全般に関すること。 各保健福祉事務所企画福祉課

第2項 医療機関の機能分化・連携

1 医療計画との連動

平成19年度からはじまる医療計画の追加改定では、4疾病及び5事業について、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに、③医療連携体制を構築することを目指しています。

こうした医療計画に則して、各医療機関における医療機能の分化・連携を推進するとともに、地域連携クリティカルパス^{※6}の導入等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、これにより、質の高い医療を持続的に提供される体制が構築され、その結果として、平均在院日数が短くなっていくことが企図されています。

2 県の役割

(1) 医療連携体制構築のサポート

医療機関の機能分化・連携を進めていくためには、その主体である医療機関及び住民・患者がその内容や目指すところを十分に理解し、一体となって取り組んでいくことが重要です。こうしたことから、医療計画において、医療機関の機能分化・連携の姿を分かりやすく示し、それぞれの理解を得つつ、体制づくりを進めていくことが、県の重要な役割となります。

(2) 具体的なツールの導入に向けたサポート

医療計画において示された医療連携体制を具現化するために、医療機関が地域連携クリティカルパスを導入する取組みを支援します。

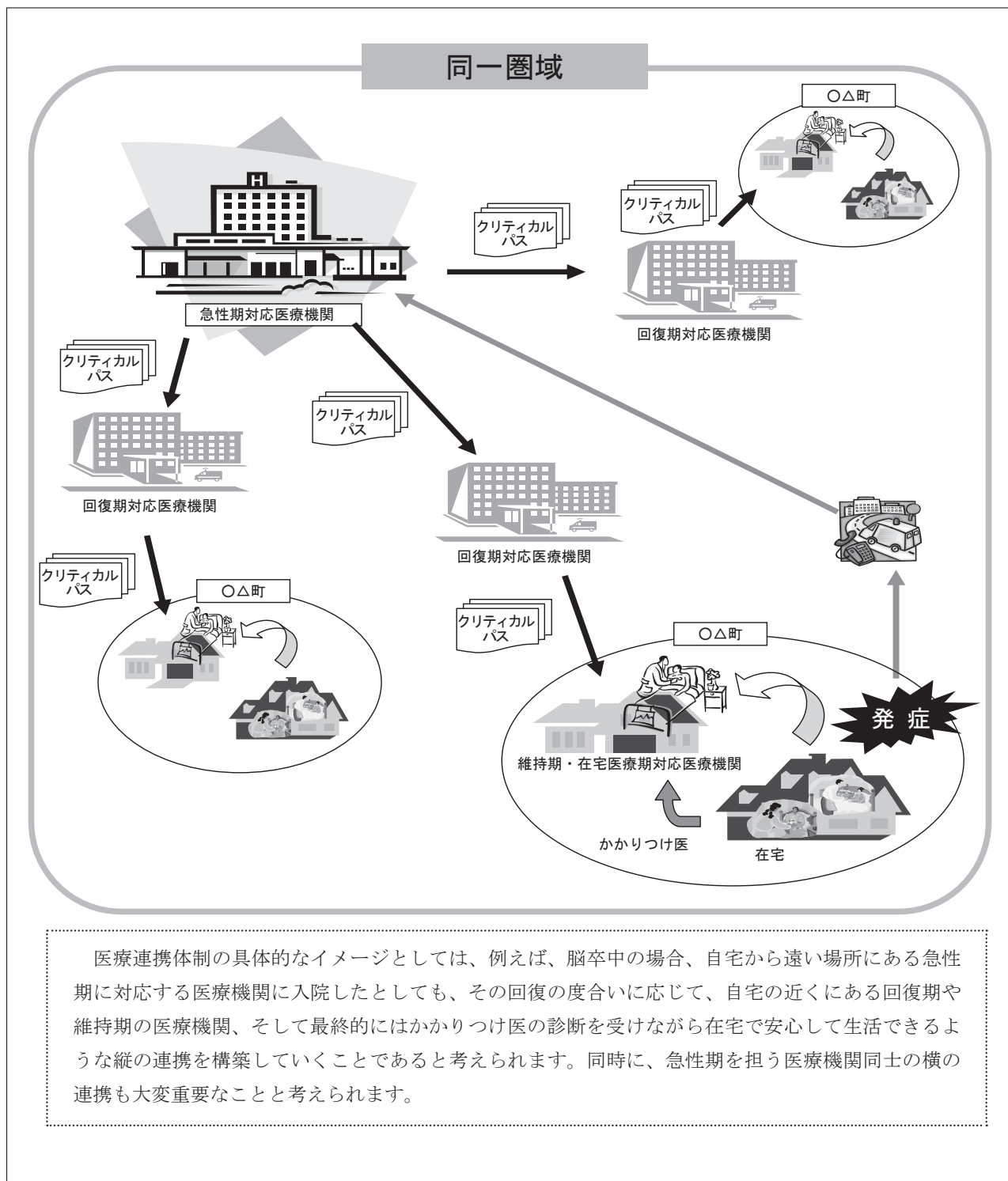
3 関係者間の連携・協力

医療計画に基づき、実際の医療機関の機能分化・連携を進めるためには、各保険者や医師会、病院協会等の医療関係者、そして、医療機関の積極的な取組みが求められます。

具体的には、地域連携クリティカルパスの導入等の取組みを通じて医療機関相互が新たな連携を模索し、強化することが求められます。

なお、医療連携体制の構築のためには、医療機関を利用する患者、住民の理解と協力が不可欠となります。

図表4-3 地域連携クリティカルパスを利用した医療連携体系の一例



※6 地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画のことです。急性期に対応する医療機関から回復期や維持期の医療機関を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。

第3項 在宅医療・地域ケアの推進

1 在宅医療の推進

(1) 在宅医療の望ましい将来像

今後一層、高齢化が進展する社会においては、本人が望む場合に、住み慣れた自宅や地域で生活を送れ、安心して人生の最期までを過ごすことができる在宅医療体制の確立が求められます。

(2) 重点的に取り組むべき施策

- 在宅医療を担う専門職の確保・育成
- 医療機関と介護事業者の連携の推進
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、栄養士、ケアマネジャー等の医療従事者等の連携による支援体制の構築支援
- ターミナルケアや緩和ケア及び24時間対応が可能な支援体制の整備
- 在宅療養支援型の亜急性期病院など緊急時に対応可能な体制の整備

2 介護サービスの推進

(1) 介護サービスの望ましい将来像

予防と自立支援の理念を尊重し、最後まで本人の「尊厳ある生活」を支えることができる介護サービスの提供体制の確立が求められます。

(2) 重点的に取り組むべき施策

- 身近な生活圏域内で完結した介護サービス基盤の整備
- 必要に応じた多様な介護サービスの供給の確保
- 認知症高齢者に対する支援体制や認知症ケアの確立
- 介護予防の推進
- インフォーマルサービスの推進
- サービスの質の向上及び人材の確保・育成

3 高齢者向けの住まいと見守りサービスの推進

(1) 高齢者向けの住まいと見守りサービスの望ましい将来像

高齢者の多様な住宅ニーズに応じた、利用しやすい住まいが確保され、一人でも安心して暮らすことができる見守りサービスが確立されることが求められます。

(2) 重点的に取り組むべき施策

- 医療・福祉サービスと連携した住宅施策の推進
- 高齢者の多様な住宅ニーズに対応した住まいの供給の確保
- 住宅ニーズに応じた住み替え支援の強化
- バリアフリー改修など既存住宅ストック（資源）の有効活用の推進
- 低所得者に配慮した住まいの供給の確保
- 高齢者にも配慮したまちづくりの推進
- 多様な主体による重層的な見守りサービス提供体制の構築
- ひとり暮らし世帯、高齢者のみ世帯の増加に対応した新しい地域の在り方の創造

第3節 医療費適正化に向けたその他の取組み

1 がん対策の推進

がんは、本県において、昭和60年から死因の第1位であり、現在では年間5千人以上が、がんで亡くなっています。平成17年の死亡者は5,202人（悪性新生物）で、全死亡者数の28%を占めています。

医療費の約3割を占める生活習慣病の中でも、がんは大きなウェイトを占めており、医療費増加の主な要因でもあります。がんは早期発見、早期治療により、治癒率も高くなることから、がん検診の受診率の向上を始めとするがん対策は、医療費適正化に向けた取組みとしても重要です。

県では、がん対策基本法に基づき、「群馬県がん対策推進計画」を策定し、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図ります。

2 群馬県がん対策推進計画の概要

(1) 計画期間

平成20年度から24年度までの5年間

(2) 全体目標

①がんによる死亡者の減少

がんの年齢調整死亡率^{*7}（75歳未満）の20%減少

②すべてのがん患者及びその家族の不安や苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

(3) 分野毎の施策の推進

①がん検診の受診率及び質の向上

○5年以内に、がん検診受診率を50%以上とし、精検受診率については100%とする。

○すべての市町村において、精度管理及び事業評価を実施

○ウィルスとの因果関係が明らかながんについて、若年層を含めた啓発活動を実施

②放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

○放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備

○重粒子線治療の普及に必要な人材の育成及び多職種の医療従事者^{*8}への最新医療情報の提供

③治療の初期段階からの緩和ケア^{*9}の実施

○すべてのがん診療に携わる医師への研修及び医師の育成

○住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるための体制の整備

○口腔機能の維持向上

○在宅医療の体制整備

④がん登録の推進

○院内がん登録実施医療機関の増加

○地域がん登録の推進

※7 年齢調整死亡率

人口規模や年齢構成が異なる地域の死亡数を基準人口で補正し、それぞれの集団の死亡率がどのような特徴を持つかを指標として、比較分析する際に使用します。現在の基準人口は「昭和60年モデル人口」（昭和60年の国勢調査人口を基に補正した基準人口）を用いています。

※8 多職種の医療従事者

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、心理療法士等のがん治療に直接・間接的にかかわる医療従事者を言います。

※9 緩和ケア

がんによって生じるさまざまな身体の不調や心の問題に対処し、がんに伴う身体や心の問題を単に病気に対する医療としてだけではなく、患者と家族にとり可能な限り良好なQOL（生活の質）を実現することが緩和ケアの目標です。

第5章 計画の推進

第1節 PDCAに基づく計画の推進

第1項 医療費適正化計画のサイクル

1 PDCAに基づく計画の推進

県は本計画を推進するため、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PDCAサイクル※10に基づく管理を行います。

※10 PDCAサイクル

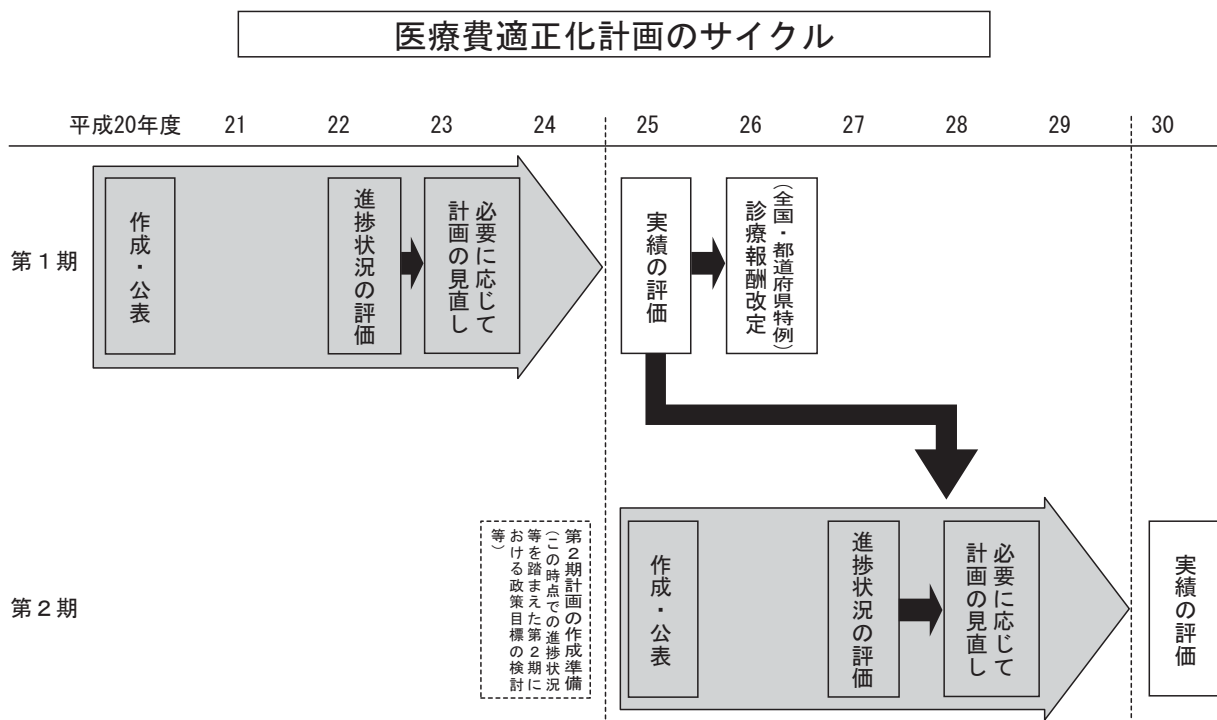
Plan(計画)－Do(実行)－Check(評価)－Action(行動(政策への反映))の頭文字を揃えたもので、業務を計画的に、確実に進めるためのマネジメント手法のことです。

2 医療費適正化計画のサイクル

本計画では、計画策定から3年目の中間年に計画の進捗状況に関する評価を、計画期間終了年度の翌年度に計画の達成状況に関する評価を行います。

また、評価の結果を踏まえて、都道府県の診療報酬の特例などの措置を講じることが可能となることから、これらを通じて実効性のある取組みを確保しています。

図表5-1



資料：厚生労働省保険局作成

第2項 中間年度の進捗状況評価と計画の見直し

1 進捗状況評価

(1) 実施時期

県は法第11条により、計画の作成年度の翌々年度である平成22年度に中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表します。

(2) 評価の内容

評価に際しては、次の項目について分析を行います。

- ①計画に定めた「施策の取組状況」
- ②計画に定めた「目標値の進展状況」
- ③「施策の取組状況」と「目標値の進展状況」との因果関係

2 計画期間中の事情変更等に基づく計画の見直し

県は平成22年度に実施する中間評価を踏まえ、必要に応じ、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について見直しを行い、計画の変更を行うものとします。

3 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成24年度）は、第二期都道府県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとします。

4 全国計画の進捗状況評価等

国は全国計画の中間年（作成年度の翌々年度）である平成22年度に、全国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。

各都道府県における都道府県医療費適正化計画の評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての評価を行います。

評価の結果は、必要に応じ全国計画の見直しに活用するほか、次期全国計画の策定に活かすこととなります。

第3項 最終年度の翌年度の実績評価

1 実績評価

(1) 実施時期

県は法第12条により、計画期間終了の翌年度である平成25年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表します。

(2) 評価の内容

評価に際しては、次の項目について分析を行います。

- ①計画に定めた「施策の取組状況」
- ②計画に定めた「目標値の達成状況」
- ③「施策の取組状況」と「目標値の達成状況」との因果関係

2 全国計画の実績評価

国は全国計画の計画期間終了の翌年度である平成25年度に、全国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、全国計画の実績に関する評価を行います。

各都道府県と行う都道府県医療費適正化計画の実績評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての実績評価を行うこととなります。

第4項 実績評価に基づく取扱い

1 診療報酬の特例

(1) 都道府県別の診療報酬の設定

現在、基本的には全国一律で定められている診療報酬について、平均在院日数の短縮という政策目標を実現するために、地域の実情を踏まえて合理的であると認められる範囲で、国が都道府県ごとに診療報酬の特例を設定することができる仕組みが導入されます。(法第14条第1項)

(2) 設定までの流れ

①関係都道府県知事への協議（法第14条第2項）

↓

②中央社会保険医療協議会における審議

↓

③中央社会保険医療協議会の答申

(3) 知事への協議に対する対応

診療報酬の特例を設定するにあたり、実施される知事への協議に対しては、都道府県は自らが行った実績評価を適宜活用して対応することになります。

2 診療報酬に係る意見の提出

(1) 都道府県の権限

都道府県は、進捗状況評価又は実績評価の結果、平均在院日数の短縮という政策目標の達成のために必要があると認めるときは、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ます。(法第13条第1項)

(2) 国の対応

国は、都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように務めなければならないとされています。(法第13条第2項)

第2節 計画の周知と推進体制

1 計画の周知

計画の推進にあたっては、県民の理解、協力が不可欠です。県の広報誌やホームページ等多様な情報手段を活用し、すべての県民が本計画の趣旨を共有できることを目指します。

2 計画の推進体制

(1) 横断組織の設置

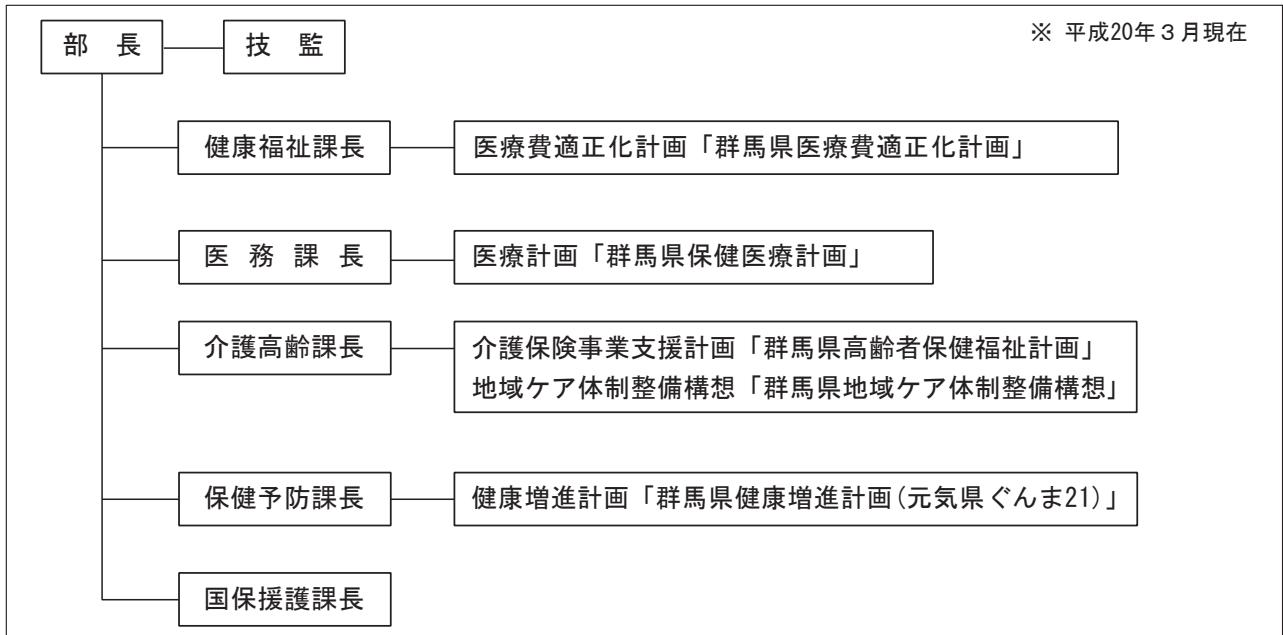
国の医療制度改革を受けて、県では関係課相互の連絡調整及び情報交換を密にし、横断的な取組みを円滑に行うため、平成18年3月から「医療制度問題連絡会議」を設置しています。

(2) 「医療制度問題連絡会議」の概要

①構成

健康福祉部長、技監、健康福祉課長、医務課長、介護高齢課長、保健予防課長、国保援護課長を構成員とし、連絡会議には関係課の担当者による作業班が置かれています。

図表5-2 医療制度問題連絡会議の構成と所管計画一覧



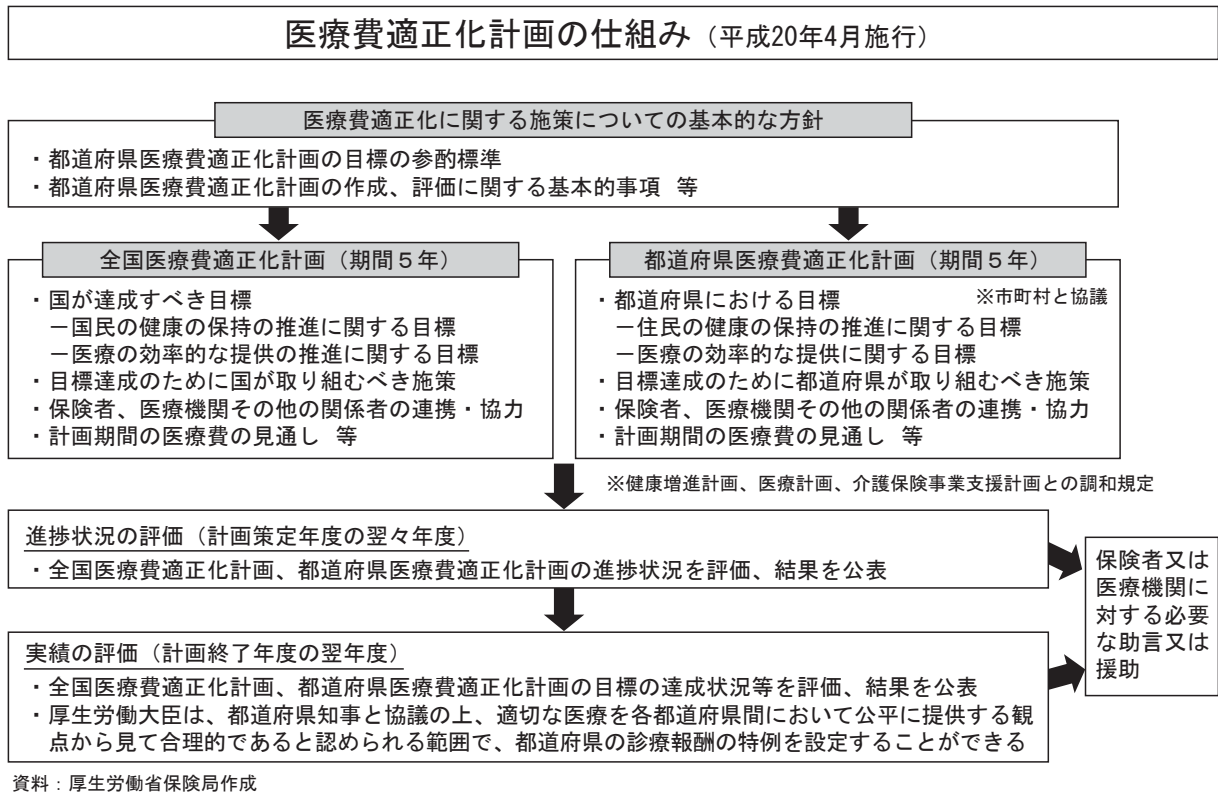
②協議事項

- 安心、安全な医療制度に関すること。
- 医療費適正化計画に関すること。
- 医療計画、介護保険事業支援計画、地域ケア体制整備構想、健康増進計画に関すること。
- その他医療制度改革関連事項

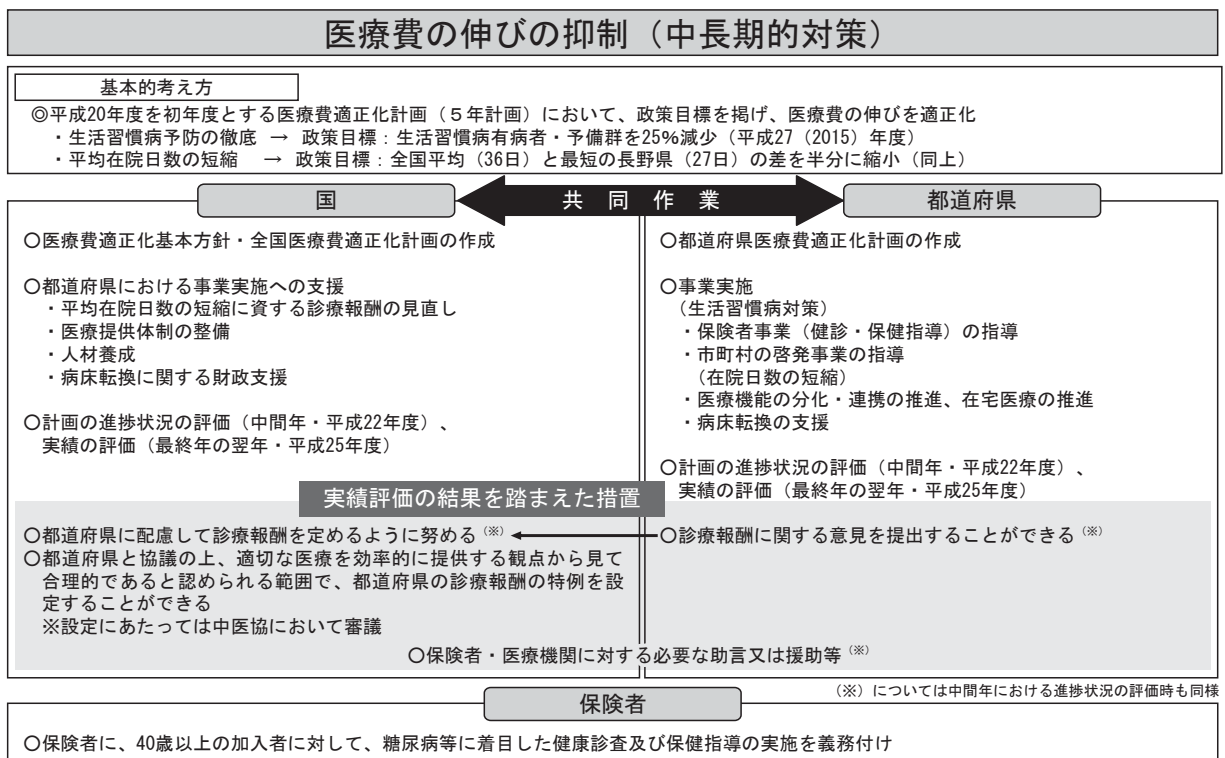
資料編

○参考資料・統計データ

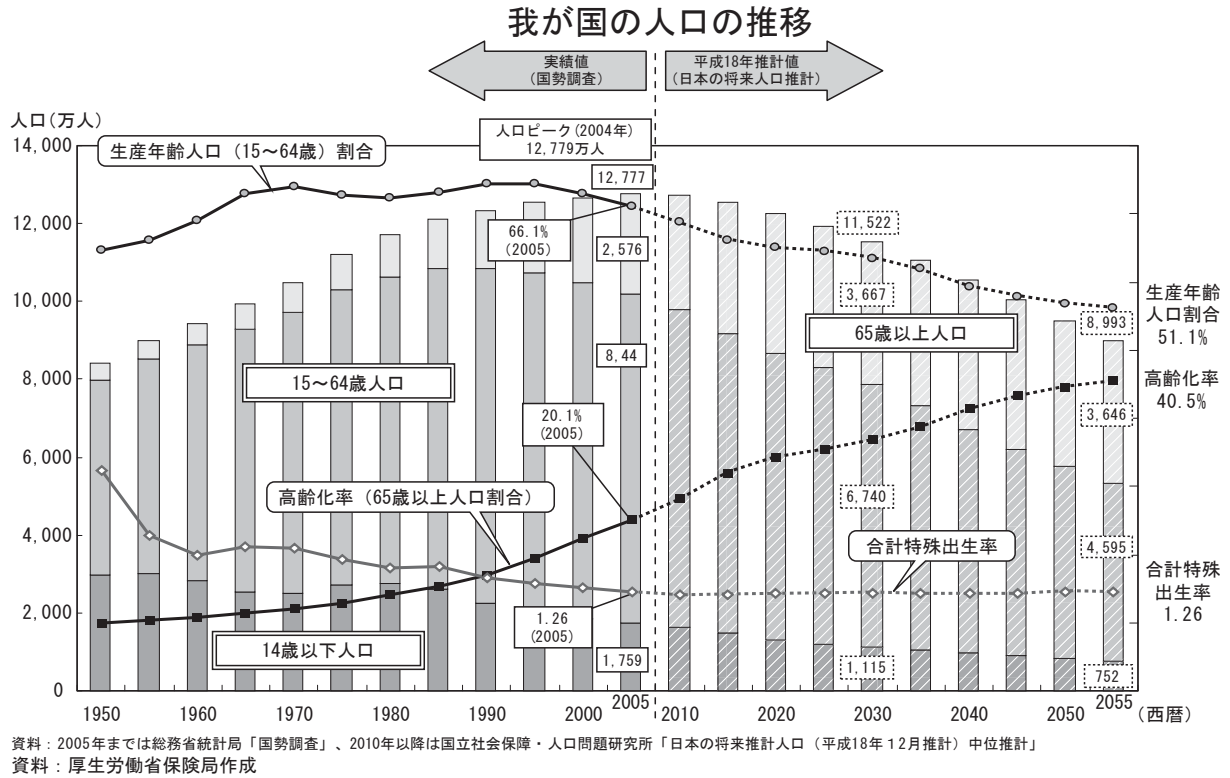
図表 S-1



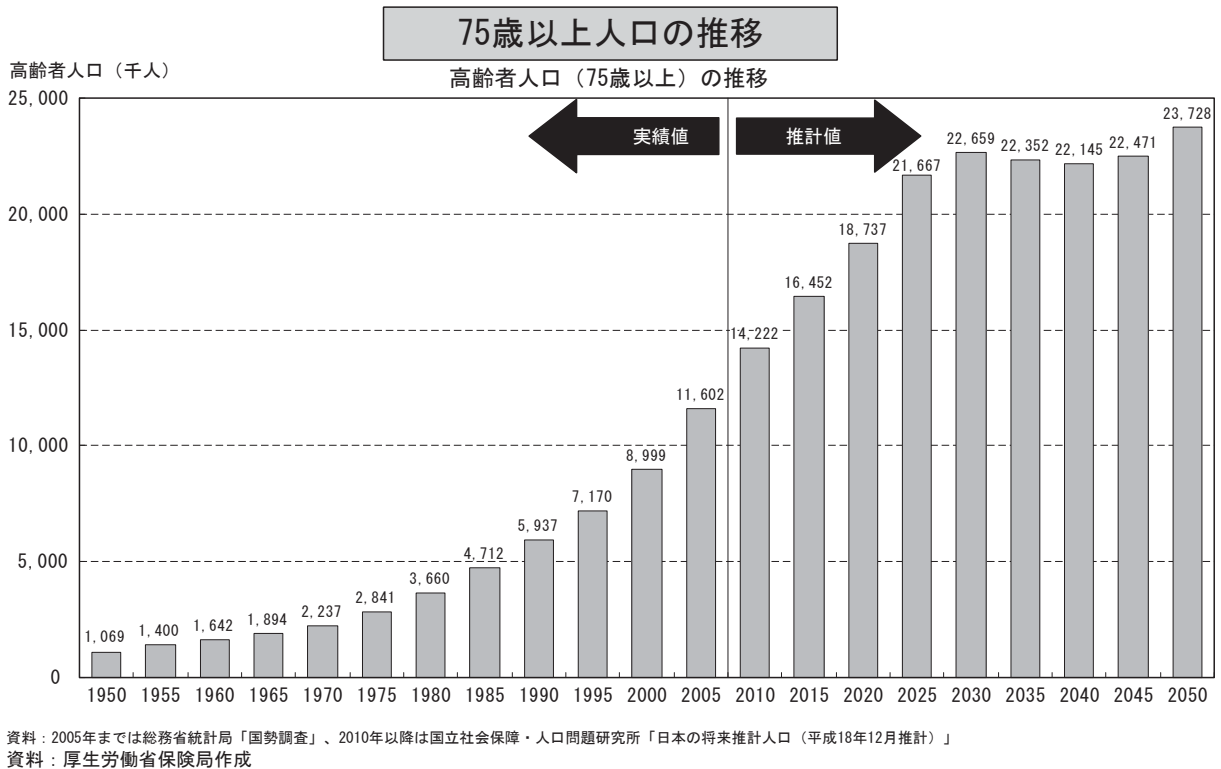
図表 S-2



図表 S-3

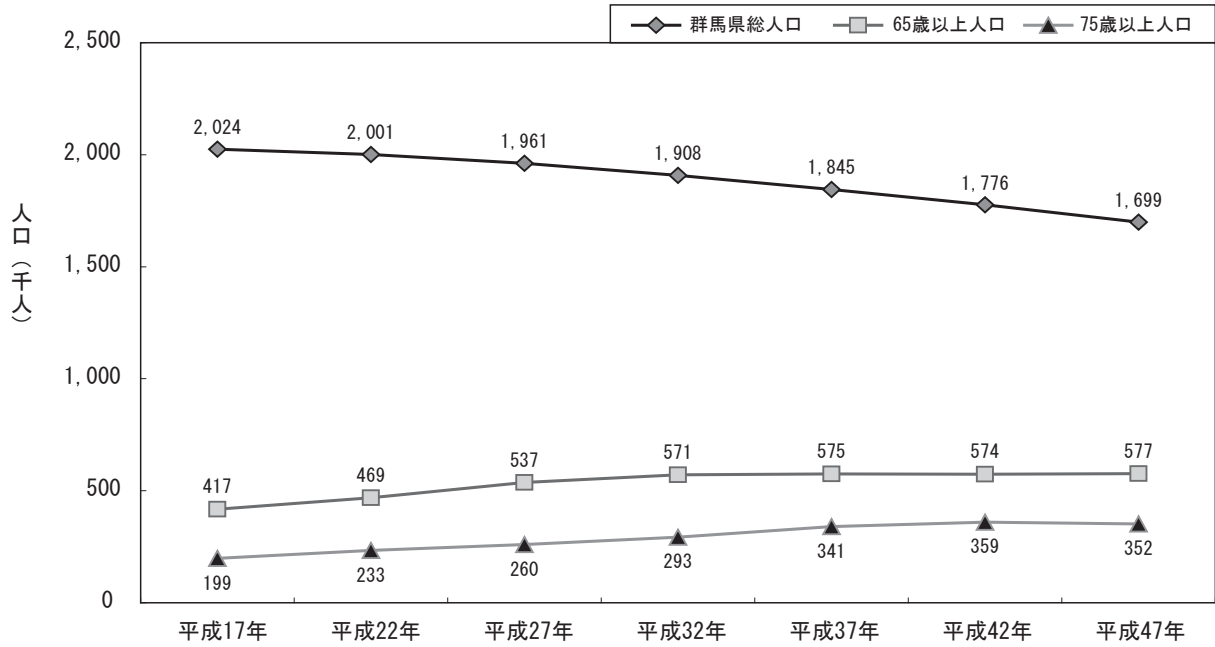


図表 S-4



図表 S-5

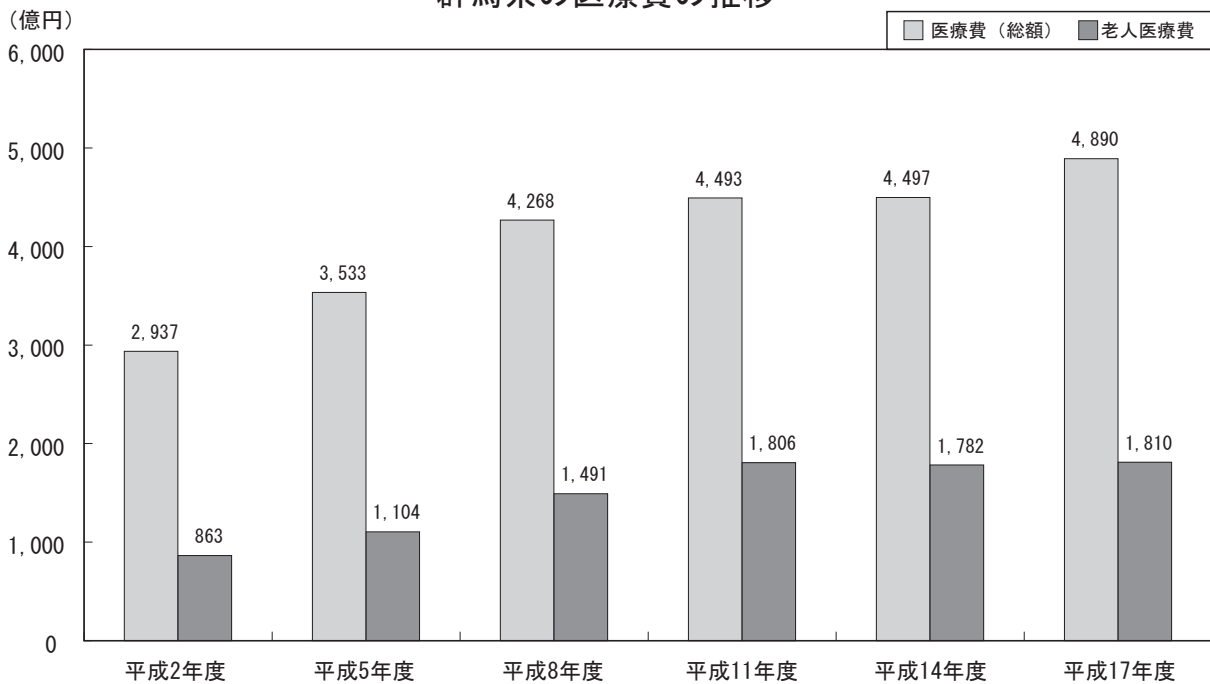
群馬県の総人口及び高齢者数の将来見通し



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

図表 S-6

群馬県の医療費の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」

図表 S-7 平成17年度都道府県別国民医療費

	推計総額 (億円)	一般診療医療費 (再掲) (億円)		1人当たり 国民医療費 (千円)	総人口 (千人)
		入院	入院外		
全 国	331,289	121,178	128,499	259	127,768
北 海 道	17,729	7,481	5,902	315	5,628
青 森 県	3,863	1,439	1,436	269	1,437
岩 手 県	3,631	1,358	1,299	262	1,385
宮 城 県	5,721	2,031	2,181	242	2,360
秋 田 県	3,377	1,287	1,141	295	1,146
山 形 県	3,177	1,170	1,243	261	1,216
福 島 県	5,508	2,064	2,038	263	2,091
茨 城 県	6,989	2,423	2,760	235	2,975
栃 木 県	4,719	1,628	2,033	234	2,017
群 馬 県	4,890	1,818	2,063	242	2,024
埼 玉 県	15,064	4,975	6,133	214	7,054
千 葉 県	13,163	4,410	5,161	217	6,056
東 京 都	30,709	10,164	11,789	244	12,577
神 奈 川 県	19,524	6,245	7,571	222	8,792
新 潟 県	6,154	2,215	2,259	253	2,431
富 山 県	2,988	1,237	1,176	269	1,112
石 川 県	3,256	1,365	1,232	277	1,174
福 井 県	2,190	900	934	267	822
山 梨 県	2,258	823	863	255	885
長 野 県	5,297	1,953	2,030	241	2,196
岐 阜 県	5,281	1,833	2,198	251	2,107
静 岡 県	8,864	2,961	3,683	234	3,792
愛 知 県	17,155	5,682	7,465	236	7,255
三 重 県	4,639	1,642	1,955	248	1,867
滋 賀 県	3,143	1,181	1,269	228	1,380
京 都 府	7,039	2,651	2,891	266	2,648
大 阪 府	24,347	8,343	10,225	276	8,817
兵 庫 県	14,533	5,064	5,900	260	5,591
奈 良 県	3,564	1,274	1,548	251	1,421
和 歌 山 県	3,038	1,078	1,374	293	1,036
鳥 取 県	1,706	690	597	281	607
島 根 県	2,205	912	807	297	742
岡 山 県	5,684	2,249	2,250	290	1,957
広 島 県	8,512	3,030	3,399	296	2,877
山 口 県	4,615	1,881	1,646	309	1,493
徳 島 県	2,508	1,005	983	310	810
香 川 県	3,075	1,200	1,159	304	1,012
愛 媛 県	4,305	1,733	1,699	293	1,468
高 知 県	2,736	1,241	913	344	796
福 岡 県	15,205	6,253	5,296	301	5,050
佐 賀 県	2,657	1,079	889	307	866
長 崎 県	4,756	1,997	1,627	322	1,479
熊 本 県	5,561	2,338	2,016	302	1,842
大 分 県	3,822	1,606	1,363	316	1,210
宮 崎 県	3,262	1,312	1,166	283	1,153
鹿 児 島 県	5,575	2,504	1,853	318	1,753
沖 縄 県	3,292	1,455	1,085	242	1,362

(注1) 都道府県別国民医療費は、国民医療費を患者の住所地に基づいて推計したものである。

(注2) 1人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「平成17年国勢調査」の総人口である。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」(平成17年度)

図表 S-8 平成17年度都道府県別老人医療費

	老人医療費総額 (千円)	診療費 (再掲) (千円)		1人当たり 老人医療費 (円)	老人医療受給 対象者数 (人)
		入院	入院外		
全国計	11,644,341,603	5,286,740,278	3,772,573,378	821,403	14,176,160
北海道	660,987,422	346,790,737	173,634,795	1,001,110	660,254
青森県	133,634,535	59,187,705	43,814,660	736,947	181,335
岩手県	139,899,180	62,918,834	43,003,006	698,074	200,407
宮城県	203,867,990	88,325,062	66,039,550	757,851	269,008
秋田県	138,770,677	63,414,883	39,395,752	754,065	184,030
山形県	133,299,614	59,400,237	45,355,620	695,675	191,612
福島県	217,474,202	98,396,654	67,382,454	758,368	286,766
茨城県	233,105,125	101,629,826	76,707,311	715,446	325,818
栃木県	160,646,006	68,880,686	60,000,206	711,800	225,690
群馬県	180,950,255	85,182,986	62,962,027	739,639	244,647
埼玉県	428,787,060	187,763,405	141,054,641	773,832	554,109
千葉県	375,572,460	160,148,578	123,458,562	713,452	526,416
東京都	950,153,163	390,647,119	306,084,960	819,834	1,158,958
神奈川県	554,974,305	227,182,480	179,043,305	762,934	727,421
新潟県	241,893,141	104,136,716	77,963,070	686,532	352,340
富山県	121,993,692	61,982,041	38,587,706	779,596	156,483
石川県	130,077,249	66,762,109	39,265,772	880,608	147,713
福井県	91,755,142	45,567,265	32,646,856	800,434	114,632
山梨県	86,051,751	39,326,768	26,314,225	732,378	117,496
長野県	219,211,747	95,502,965	73,639,662	672,853	325,795
岐阜県	192,518,660	79,657,654	70,039,340	755,321	254,883
静岡県	311,667,190	129,091,081	111,323,246	709,284	439,411
愛知県	531,730,540	224,913,849	195,052,130	812,369	654,543
三重県	165,024,012	70,758,443	62,216,287	717,386	230,035
滋賀県	113,110,701	52,678,249	38,387,501	779,963	145,021
京都府	263,126,030	123,666,392	89,288,766	898,709	292,782
大阪府	756,119,019	317,688,569	268,101,362	957,743	789,480
兵庫県	506,235,038	217,530,541	177,235,070	838,112	604,019
奈良県	124,361,606	54,064,141	46,467,230	802,521	154,964
和歌山県	120,104,519	52,090,900	45,718,359	807,744	148,691
鳥取県	70,861,622	34,089,910	21,135,783	779,529	90,903
島根県	98,064,451	46,982,365	31,620,086	763,848	128,382
岡山県	220,919,963	107,188,220	71,785,936	853,358	258,883
広島県	327,850,308	141,845,518	113,919,862	935,563	350,431
山口県	194,612,270	95,999,742	57,813,708	869,150	223,911
徳島県	94,781,791	44,229,230	33,027,186	813,568	116,501
香川県	124,366,159	57,405,243	39,659,823	865,827	143,639
愛媛県	173,020,798	82,870,303	59,169,445	813,630	212,653
高知県	120,415,316	64,699,870	32,006,676	958,267	125,660
福岡県	564,196,999	284,182,900	160,988,390	1,019,650	553,324
佐賀県	108,436,216	52,752,668	29,504,685	915,370	118,462
長崎県	194,252,018	95,772,352	55,182,847	944,440	205,680
熊本県	233,626,222	118,335,036	69,063,485	887,101	263,359
大分県	155,255,426	78,752,727	45,198,403	887,601	174,916
宮崎県	127,022,828	59,158,429	39,236,971	800,823	158,615
鹿児島県	241,737,421	125,575,607	66,707,792	899,530	268,738
沖縄県	107,819,764	61,613,284	26,368,869	918,828	117,345

資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成17年度)

○計画策定の経過

- 平成17年10月19日 ・厚生労働省「医療制度構造改革試案」公表
12月1日 ・政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」決定
12月24日 ・平成18年度予算政府案（制度改正・診療報酬改定率）決定
- 平成18年2月10日 ・「健康保険法改正法案等医療制度改革関連法案」閣議決定
3月28日 ・「医療制度問題連絡会議」設置
6月14日 ・同法案成立
6月21日 ・同法公布
7月3日 ・「第1回総合医療政策研修」開催
～7月28日
7月10日 ・「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」開催
- 平成19年1月15日 ・「第2回総合医療政策研修」開催
～1月26日
4月17日 ・「医療構造改革に係る都道府県会議」開催
5月31日 ・「医療費適正化計画、地域ケア体制整備構想作成担当者関東信越ブロック担当者説明会」開催
7月17日 ・「第3回総合医療政策研修」開催
～7月20日
10月19日 ・「第1回群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会」開催
11月28日 ・「都道府県医療費の将来推計に係る関東信越ブロック説明会」開催
11月30日 ・「第2回群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会」開催
12月7日 ・「療養病床の目標値に係る保険局ヒアリング」実施
- 平成20年1月8日 ・県議会健康福祉常任委員会委員に対して、医療制度改革に係る諸計画の策
～2月1日 定について「中間報告」を実施
1月9日 ・群馬県医療費適正化計画策定に係る「市町村協議」実施
～2月4日
1月11日 ・群馬県医療費適正化計画（案）に関する「パブリック・コメント」実施
～2月8日
2月20日 ・「第3回群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会」開催
3月24日 ・群馬県医療費適正化計画について庁議に報告

※太字は本県の動き

○群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会設置要綱

群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会設置要綱

(趣 旨)

第1条 この要綱は、群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会（以下「懇談会」という。）の設置及び運営について必要な事項を定めるものとする。

(設 置)

第2条 群馬県は、群馬県医療費適正化計画の策定にあたり専門家及び関係者から幅広い意見をいただき、地域の実情を踏まえた計画とするため、懇談会を設置する。

(協議事項)

第3条 懇談会は、高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づいて群馬県が策定する群馬県医療費適正化計画について必要な事項を協議する。

(構 成)

第4条 懇談会は、別表に掲げる者をもって構成する。

(運 営)

第5条 懇談会に会長及び副会長を置き、委員の互選によって定める。

2 会長は、懇談会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会 議)

第6条 懇談会の会議は、会長が招集する。

2 会長が必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を要請し、その意見を聴くことができる。

(存続期間)

第7条 懇談会の存続期間は、この要綱の施行日から平成20年3月31日までとする。

(庶 務)

第8条 懇談会の庶務は、群馬県健康福祉部健康福祉課において処理する。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、懇談会の運営に必要な事項は会長が懇談会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成19年10月19日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年11月1日から施行する。

群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会委員

(50音順、敬称略)

氏 名	所 属・役 職 等
遠 藤 昌 男	群馬県国民健康保険団体連合会常務理事
大 槻 芳 弘	群馬社会保険事務局局長
加 藤 雅 二	日本労働組合総連合会・群馬県連合会副会長
金 子 浩 隆	群馬県議会健康福祉常任委員会委員長
川 越 文 雄	社団法人群馬県歯科医師会会長
小 山 洋	群馬大学大学院医学系研究科教授（医学博士）
近 藤 善 吉	健康保険組合連合会群馬連合会常任理事（事務局長）
柴 山 勝太郎	群馬県病院協会会長（公立富岡総合病院長）
高 玉 真 光	社団法人群馬県老人保健施設協会理事長
樽 見 千代子	群馬県民生委員児童委員協議会会長
鶴 谷 嘉 武	社団法人群馬県医師会会長
中 村 京 子	群馬県女性団体連絡協議会会長（ぐんま地域活動連絡協議会会長）
針ヶ谷 照 夫	群馬県町村会会長（板倉町長）
星 野 輝 久	社団法人群馬県薬剤師会会長
松 浦 幸 雄	群馬県市長会会長（高崎市長）
宮 下 智 満	社会福祉法人群馬県社会福祉協議会会長

※委員16名

○医療制度改革に係る諸計画等一覧表

名称	群馬県医療費適正化計画	群馬県保健医療計画	群馬県地域ケア体制整備構想	群馬県健康増進計画	群馬県高齢者保健福祉計画	群馬県がん対策推進計画
所管課	健康福祉課	医務課	介護高齢課	保健予防課	介護高齢課	保健予防課
根拠法令	高齢者の医療の確保に関する法律第9条	医療法第30条の4	厚労省総務課長(医政局・老健局・保険局)通知	健康増進法第8条	介護保険法第118条	がん対策基本法第11条第1項
対応	新規	改定	新規		—	新規
計画期間	H20～H24 (H20年4月施行)	H17～H21 (H20年4月追加改定施行)	H20～H23 〈療養病床転換推進計画〉 (H20年3月策定)	(H20年4月追加改定施行)	H18～H20 (次期H21～H23年)	H20～H24 (H20年4月施行)
策定(改定)の趣旨	・医療制度改革において、医療費適正化対策の柱として創設 ・生活習慣病予防、平均在院日数の短縮に取組み、結果として医療費の伸びの適正化を目指す	・医療制度改革に合わせた見直し ・4疾病5事業についての医療連携体制の構築	・医療制度改革の一環として療養病床の再編成に対応し、高齢者ができるだけ住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるための基盤の整備を推進	・医療制度改革に合わせた見直し ・生活習慣病予防強化(モバイルリカグサドロームの導入)	・療養病床再編成に伴う介護療養病床等の必要入所定員総数の見直し及びその他の介護保険サービスの見込みを算出	・がんの予防から治療及び療養生活の質の向上に至るまでの総合的な施策の展開
関連作業(H19年度)	・県民医療費の見通しの算出	・患者調査(H22年の本格改定に向けた準備) ・医療施設機能調査(補足調査)	・病院等意向調査、説明会実施	・実態調査、市町村等関係者への改定周知及び意見聴取		・がん診療連携拠点病院の推薦及び既指定病院の指導 ・がん登録の推進
検討委員会等	群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会	群馬県保健医療対策協議会	群馬県地域ケア体制整備構想検討委員会	元気県ぐんま21推進会議 ⇄(新)群馬県地域職域連携推進協議会	群馬県高齢者保健福祉計画策定懇談会	群馬県がん対策推進協議会
スケジュール H19 ～ 9月		・第1回 H18.11.21 ・第2回 H19. 5.16	・第1回 H19. 7.17	・第1回 H19. 9.11		・第1回 H19. 8. 2
10～12月	・第1回 H19.10.19 ・第2回 H19.11.30	・第3回 H19.10.22 地域会議開催 ・第4回 H19.12.21	・第2回 H19.10.25 ・第3回 H19.12.17 (構想案確定)	・第2回 H19.10.31		・第2回 H19.10.11 ・第3回 H19.12.13
H20 1～ 3月	・パブリック・コメント H20.1～2月 ・第3回 H20. 2.20 (計画案確定)	・パブリック・コメント H20.1～2月 ・第5回 →最終案 ・医療審議会 →答申	・パブリック・コメント H20.1～2月	・パブリック・コメント H20.1～2月 ・第3回 H20. 2.18 (計画案確定)		・パブリック・コメント H20.1～2月 ・第4回 H20. 3. 4 (計画案確定)

