

# 鳥取県医療費適正化計画

平成20年4月

鳥 取 県

# 目 次

## 第 1 章 計画の基本的事項

1 背景 .....	1
2 趣旨 .....	1
3 施策の柱 .....	1
4 計画の期間 .....	2

## 第 2 章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状 .....	3
(1) 医療費の動向 .....	3
(2) 疾患の状況 .....	11
(3) メタボリックシンドロームの状況 .....	13
(4) 基本健診の受診状況 .....	15
(5) 病床数の状況 .....	16
(6) 平均在院日数の状況 .....	20
2 課題と施策の方向性 .....	22
(1) 県民の生涯にわたる健康の保持 .....	22
(2) 適切な医療の効率的な提供 .....	24

## 第 3 章 目標値と医療費の見通し

1 医療費の適正化に向けた目標 .....	29
(1) 県民の生涯にわたる健康の保持に関する目標 .....	29
(2) 適切な医療の効率的な提供に関する目標 .....	30
2 計画期間における医療に要する費用の見通し .....	31

## 第 4 章 計画の推進

1 推進体制 .....	33
2 進行管理 .....	33
3 評価 .....	33
(1) 進捗状況評価 .....	33
(2) 実績評価 .....	33

## 第1章 計画の基本的事項

### 1 背景

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います。このため、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つつ、今後医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていく必要があります。

この問題を解決するため、国においては、国民の生活の質（QOL）の維持・向上を確保しながら、将来的な医療費の伸びを適正化していく仕組みが創設され、「医療費適正化の総合的な推進」を柱の一つとして改革が進められてきました。

このため、国をはじめ各都道府県は、「医療費適正化の総合的な推進」の一つとして、医療費適正化計画を策定することとなりました。

### 2 趣旨

鳥取県医療費適正化計画（以下「本計画」という。）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条第1項の規定に基づく計画です。

本計画は、医療費等の現状の分析を行い本県の特徴を明らかにした上で、生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮等に関する目標を掲げ、「健康づくり文化創造プラン」、「鳥取県保健医療計画」、「鳥取県地域ケア体制整備構想」と密接に連携して施策を実施し、医療費の適正化を図っていきます。

### 3 施策の柱

県民一人ひとりが健やかで生きがいのある幸せな生活を送るためには、健康であること、そして、良質、かつ適切な医療を効率的に受けることができること、さらに、高齢者においては、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしができることが必要です。

そのため、次の施策の柱に基づき、医療費の適正化を推進していきます。

#### ①県民の生涯にわたる健康の保持

県民の健康は、一人ひとりの努力と実践が大切であり、また、健康であるためには、高血糖、高血圧などの症状一つひとつを抑えるのではなく、生活習慣の改善を進めることが重要です。

このため、健康づくりに取り組もうとする個人を地域社会や職域等、社会全体で支援していきます。

#### ②適切な医療の効率的な提供

県民一人ひとりが健やかで生きがいのある幸せな生活を送るためには、地域において切れ目のない医療サービスや介護サービスの提供を実現することにより、県民に良質、かつ、適切な医療を効率的に提供する体制の確立を図ります。

また、今後現役世代の大幅な人口減が見込まれている本県においては、行政や

地域住民を含めたあらゆる関係者が地域ケアの必要性を十分に認識し、一丸となって対処していきます。

その際、サービス提供の不足やアンバランスといった問題に留意し、サービスの地域間格差を解消するよう努め、一人ひとりが状態に適したサービスを受け、生きがいのある幸せな生活を送れるよう推進します。

#### **4 計画の期間**

平成 20 年 4 月から平成 25 年 3 月までの 5 年間とします。(法第 9 条第 1 項)

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 1 現状

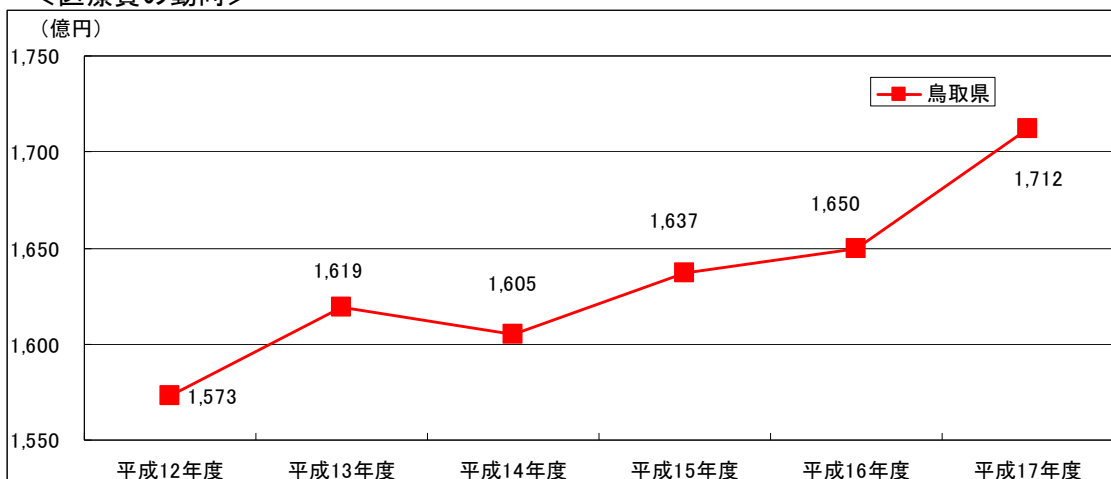
#### (1) 医療費の動向

##### ①本県の医療費

本県の医療費は、平成17年度で約1,712億円であり、平成12年度の約1,573億円と比べて約139億円（約1.1倍）の増加となりました。過去6年間の医療費を見ると、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定等が行われた平成14年度や平成16年度の伸びはそれぞれ▲0.9%、0.8%となっていますが、こうした改正のなかった平成13年度や平成15年度、平成17年度の伸びはそれぞれ2.9%、2.0%、3.8%となっています。

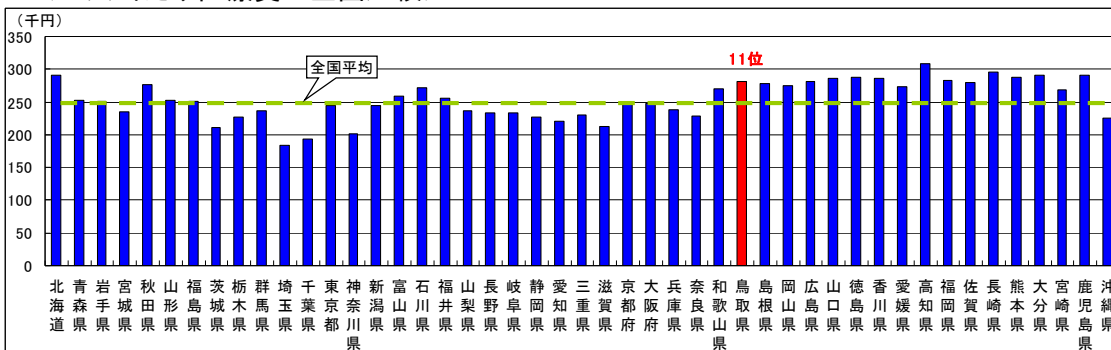
また、平成17年度の本県の一人当たり医療費（282千円）を全国的に比較してみると、全国平均（242千円）を1.2倍（第11位）上回ります。

#### <医療費の動向>



※出典：厚生労働省「概算医療費」

#### <一人当たり医療費の全国比較>



※出典：厚生労働省「概算医療費」（平成17年度）

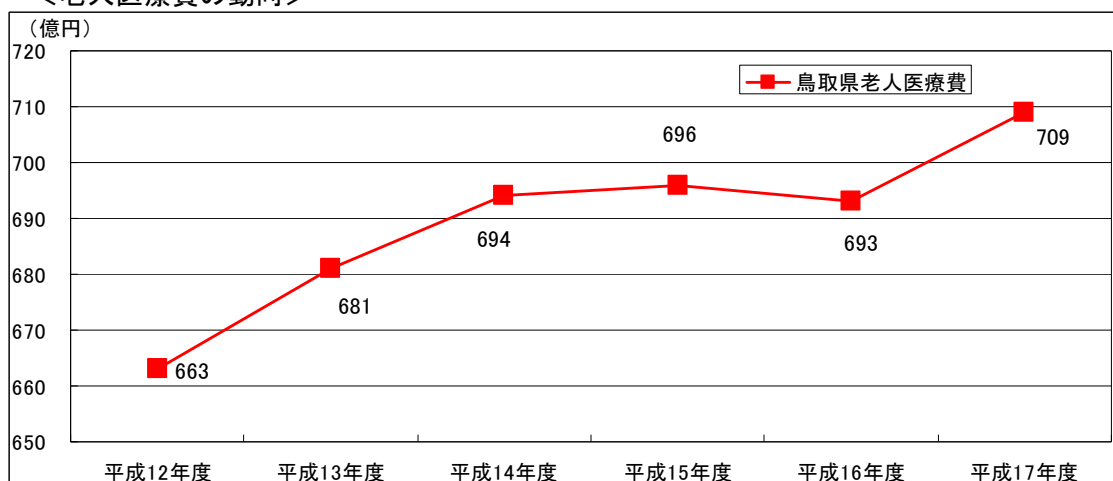
※ 本県の医療費は、厚生労働省が医療機関所在地の都道府県別に、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会で処理される診療報酬の点数を集計し、報酬の点数を10倍して、医療費として評価したものです。

※ 一人当たり医療費は、厚生労働省の概算医療費を国勢調査の人口（平成17年度）で除した値です。

## ②老人医療費

本県の医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費（対象年齢が70歳から75歳に向けて段階的に毎年1歳ずつ引き上げられる途上であり、平成15年10月からは原則71歳以上、平成16年10月からは原則72歳以上の住民が対象となる）を見ると、平成17年度では約709億円であり、県全体の医療費（約1,712億円）の約41.4%を占めています。

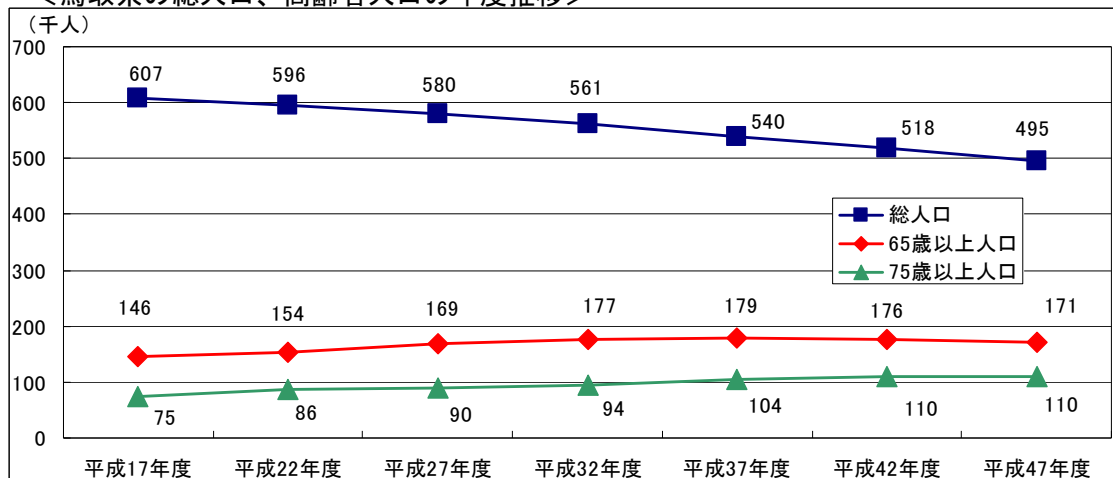
### <老人医療費の動向>



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成17年度）

今後、県人口が平成17年の607千人から平成47年には495千人に減少すると推計される中で高齢人口は増加傾向となっており、65歳以上人口で見ると平成17年度の146千人から平成47年には171千人（約1.17倍）に、75歳以上人口で見ると平成17年度の75千人から平成47年には110千人（1.47倍）になると予想され、こうした高齢化の進展に伴って、老人医療費は今後高い伸びを示すと推測されます。

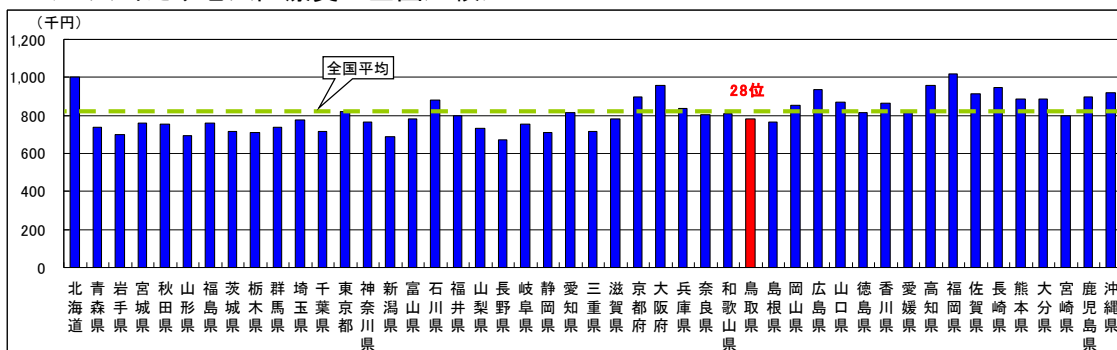
### <鳥取県の総人口、高齢者人口の年度推移>



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

また、本県の平成 17 年度の一人当たり老人医療費（780 千円）を全国的に比較してみると、全国平均（821 千円）を下回り（第 28 位）、近隣県の中では島根県について 2 番目に低くなっています。

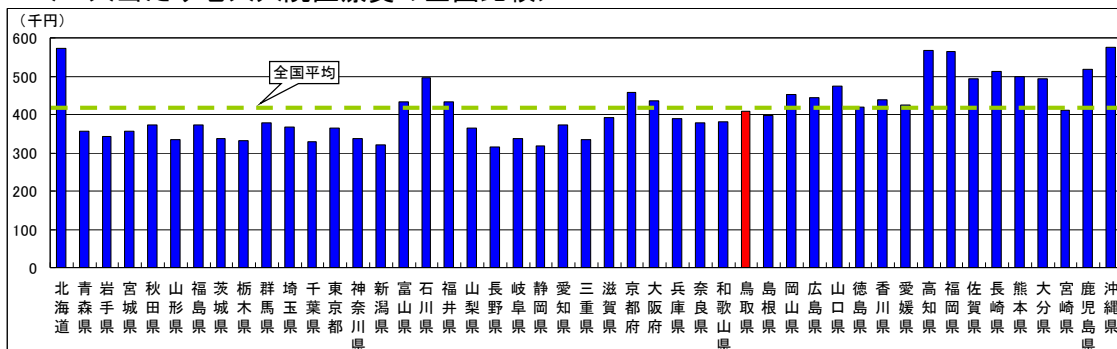
### ＜一人当たり老人医療費の全国比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

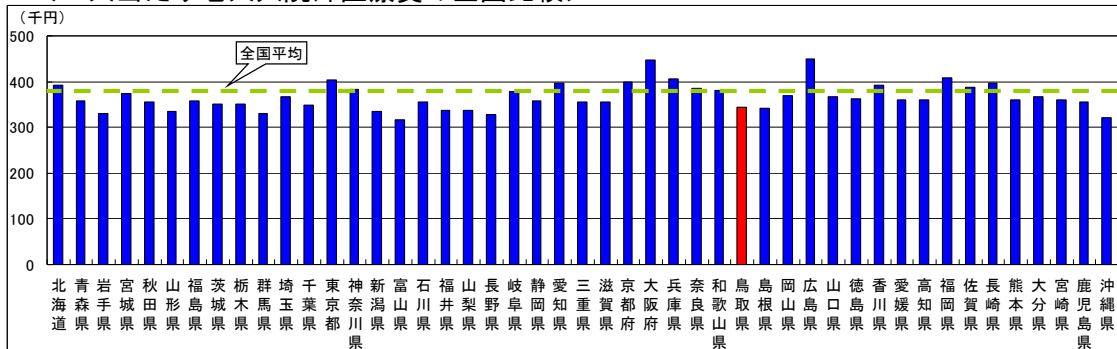
一人当たり老人医療費を入院（食事含む。以下同じ。）、入院外（薬剤含む。以下同じ。）、歯科（食事含む。以下同じ。）の別でみると、入院医療費（408 千円）はほぼ全国平均（406 千円）であり、入院外医療費（345 千円）・歯科医療費（24 千円）は全国平均（それぞれ 377 千円、27 千円）を下回っています。

### ＜一人当たり老人入院医療費の全国比較＞



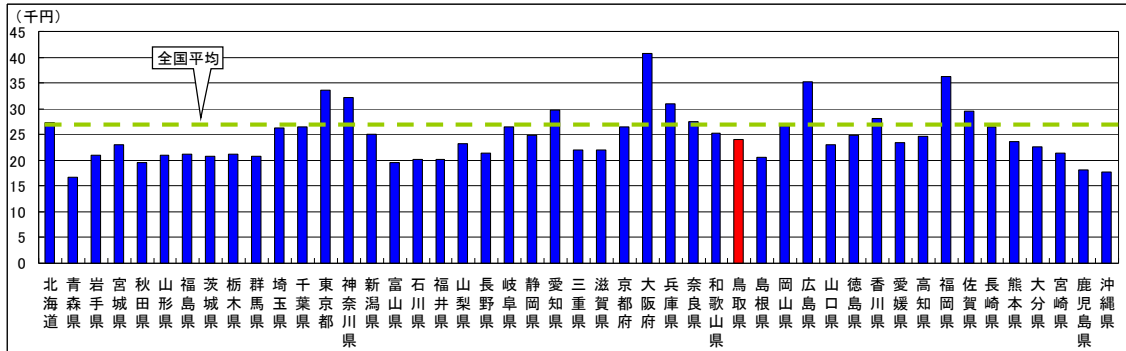
※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

### ＜一人当たり老人入院外医療費の全国比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

＜一人当たり老人歯科医療費の全国比較＞

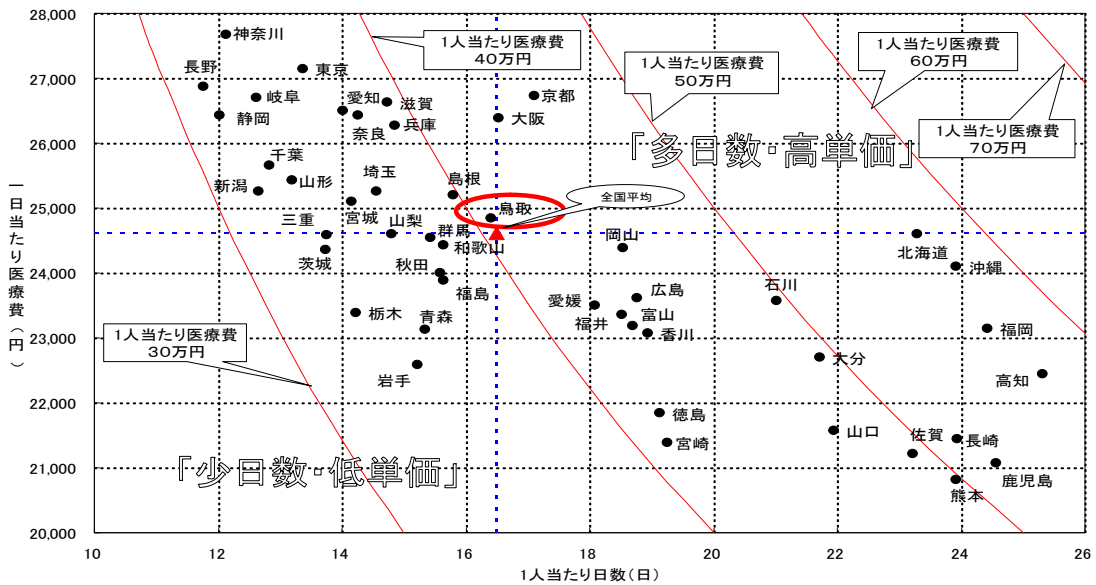


※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

本県の一人当たり老人医療費が全国的に見て低い要因を分析してみると、一日当たり入院医療費（24,848 円）と一人当たり日数（16.4 日）はほぼ全国平均に位置していますが、一日当たりの入院外医療費（10,691 円）は全国平均（10,187 円）を上回っているものの、一人当たり入院外の日数（32.2 日）が全国平均（37.1 日）を下回っています。

＜一人当たり老人入院医療費の単価と日数の全国比較＞

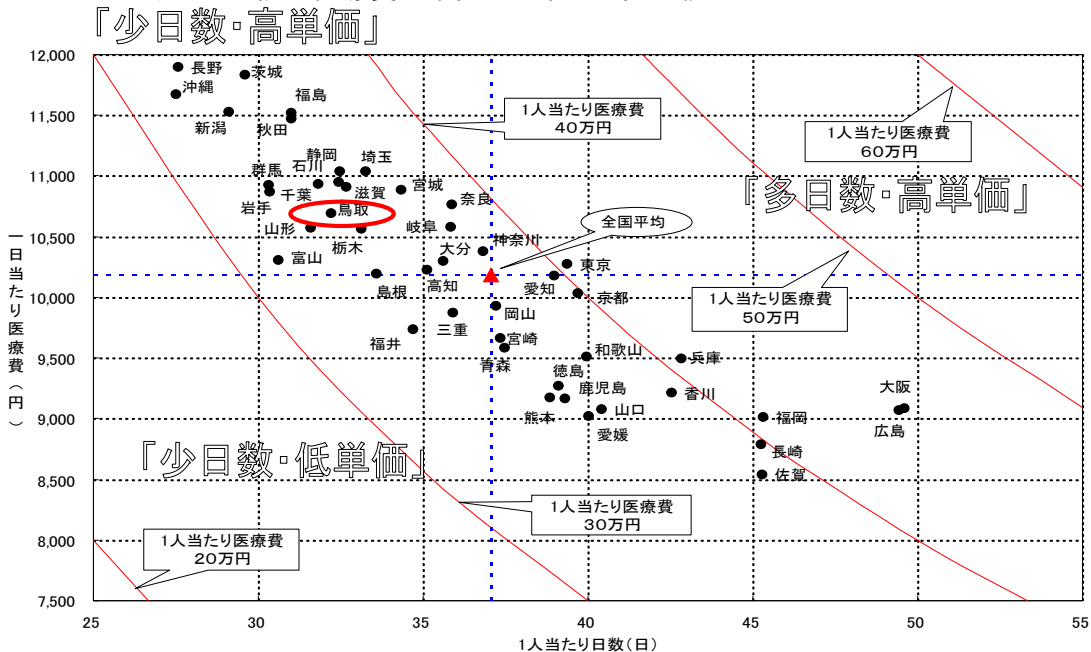
「少日数・高単価」



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）



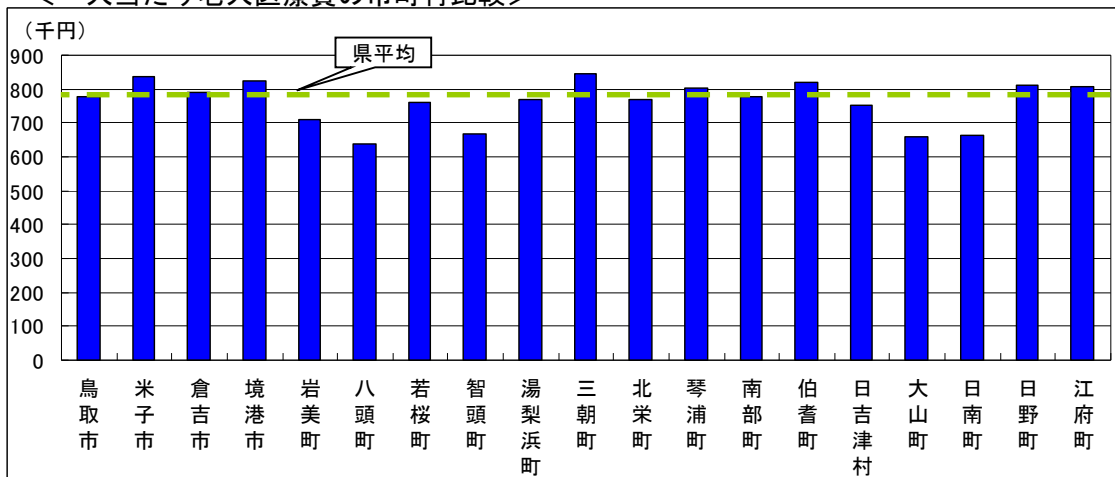
<一人当たり老人入院外医療費の単価と日数の全国比較>



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

次に、県内の老人医療費の状況を市町村ごとにみると、一人当たり老人医療費では三朝町（844 千円）が最も高く、最も低い八頭町（640 千円）と比較して約 1.3 倍（204 千円）の差となっています。

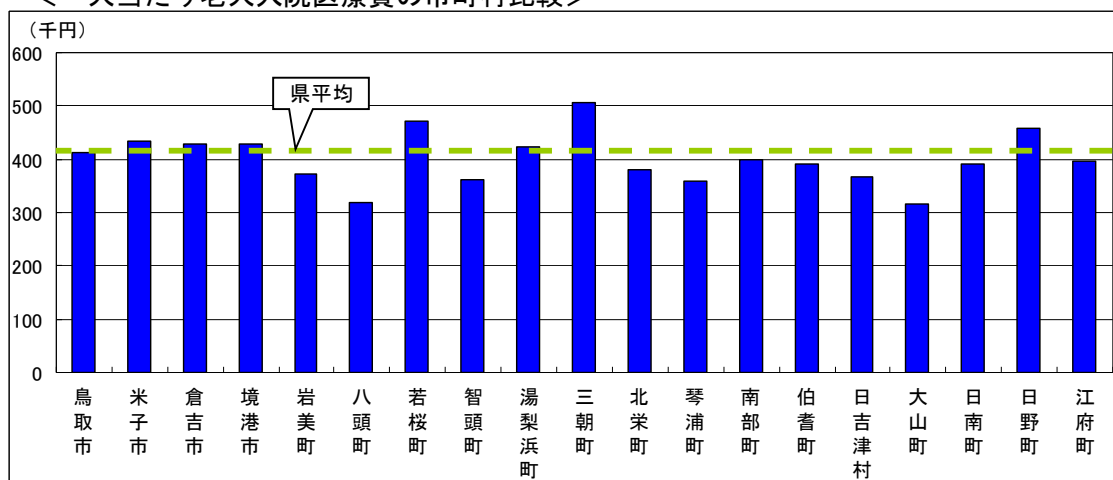
<一人当たり老人医療費の市町村比較>



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

一人当たり老人医療費を入院、入院外、歯科の別で見ると、入院で最も高い三朝町（505 千円）は最も低い大山町（316 千円）と比較して約 1.6 倍（189 千円）となっています。

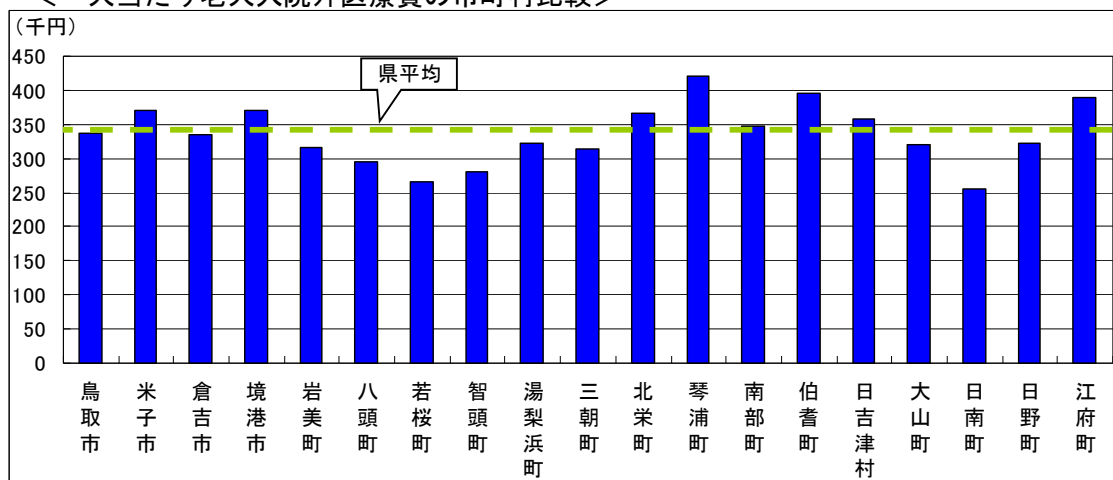
＜一人当たり老人入院医療費の市町村比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

入院外医療費では、最も高い琴浦町（420 千円）は最も低い日南町（256 千円）と比較して約 1.6 倍（164 千円）となっています。

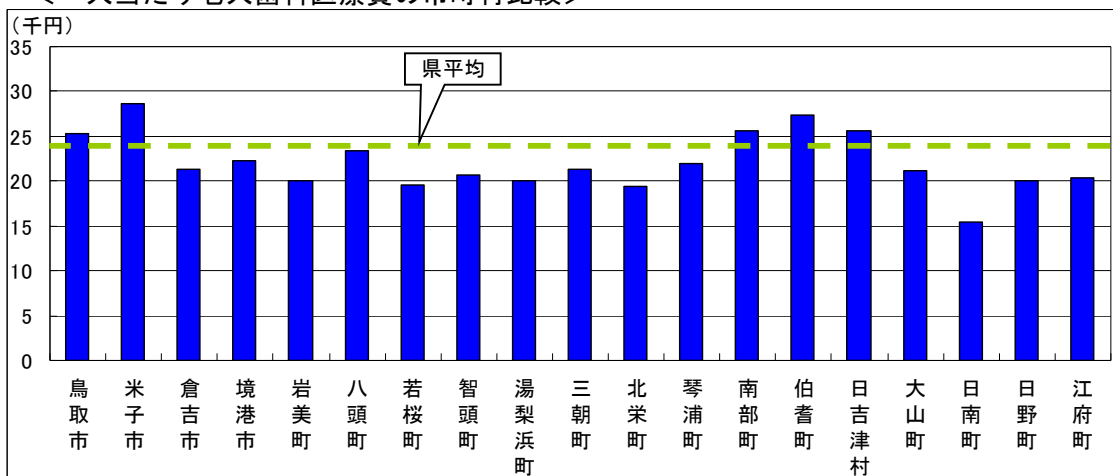
＜一人当たり老人入院外医療費の市町村比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

歯科医療費では、最も高い米子市（29 千円）は最も低い日南町（15 千円）と比較して約 1.9 倍（14 千円）となっています。

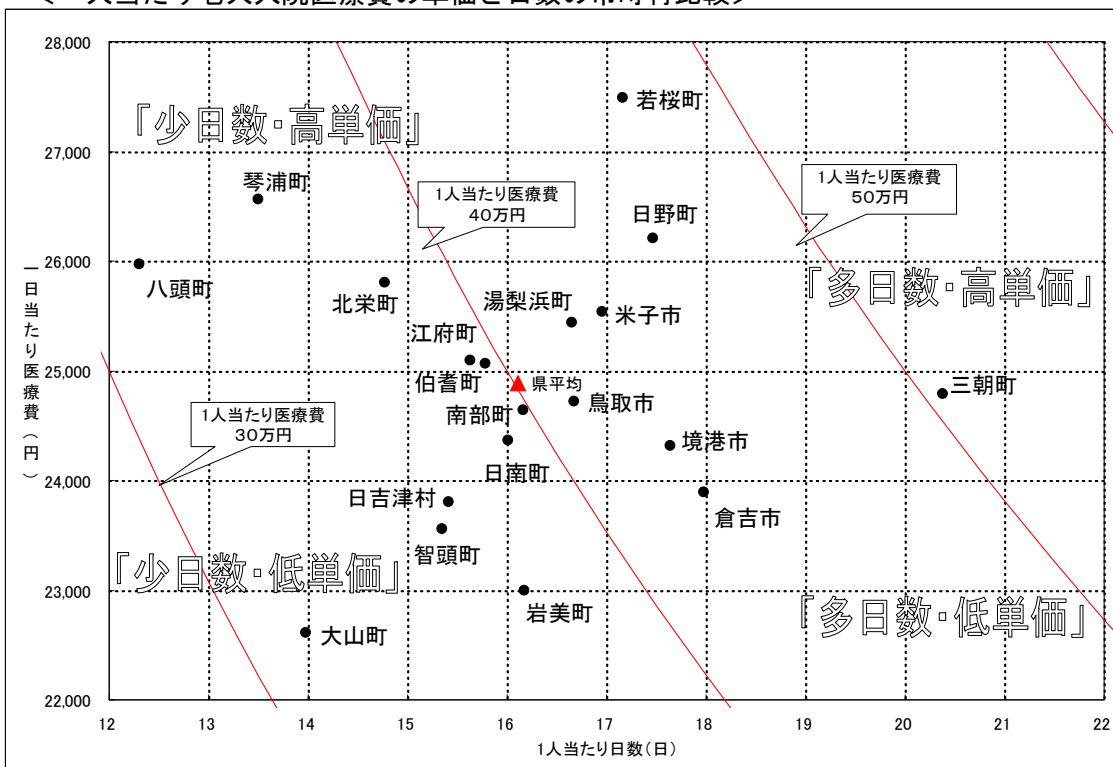
＜一人当たり老人歯科医療費の市町村比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

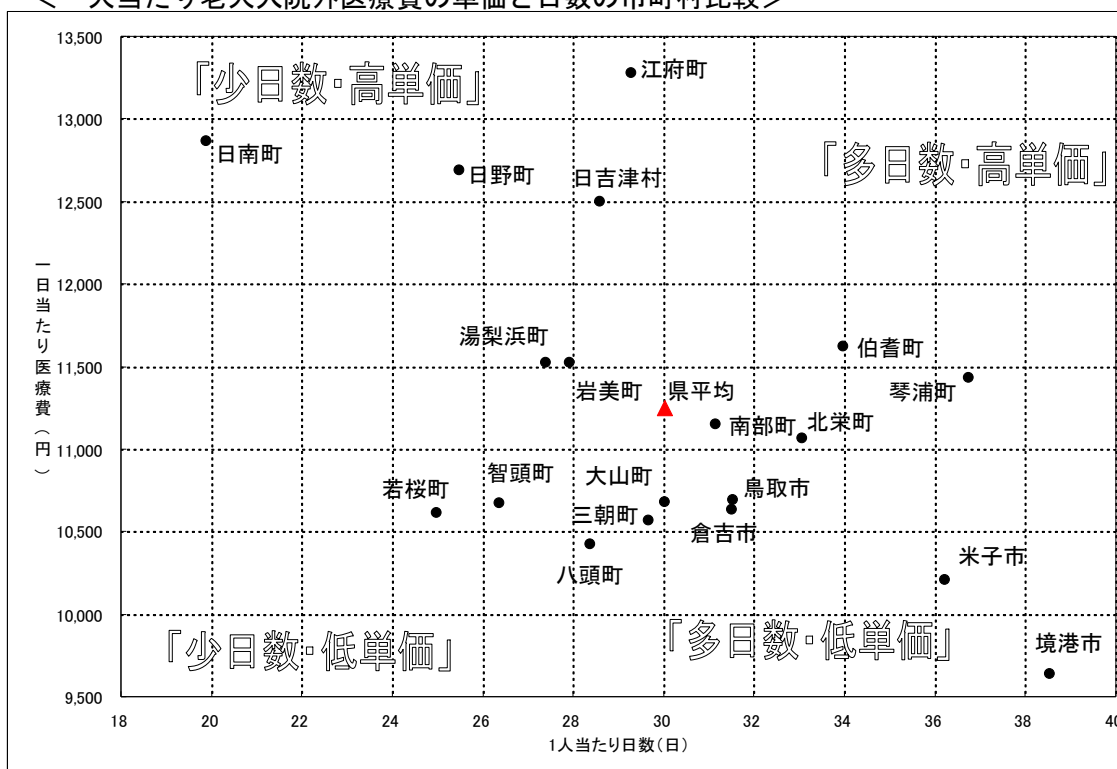
一人当たり入院医療費の単価と日数では、入院日数が最も多いのは三朝町（20.4 日）、最も短いのは八頭町（12.3 日）となり、入院日数が長い市町村は入院医療費が高く、また、入院外についても通院日数が少ない日南町（19.9 日）は入院外医療費が低く、通院日数の多い境港市（38.5 日）、琴浦町（36.8 日）、米子市（36.2 日）は入院外医療費が高い状況にあります。

＜一人当たり老人入院医療費の単価と日数の市町村比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成 17 年度）

＜一人当たり老人入院外医療費の単価と日数の市町村比較＞



※出典：厚生労働省「老人医療費事業年報」（平成17年度）

## (2) 疾患の状況

県内市町村のデータ分析については、市町村ごとにデータが整っている国民健康保険の疾病統計の活用が適当であることから、国民健康保険疾病分類統計のデータを用いて、社会保険表章用疾病分類表の大分類で区別し、生活習慣病等に分類される代表的な以下の9つの分類について焦点をあてて分析を行いました。

- ・ 新生物（主にがん、白血病等）
- ・ 内分泌、栄養及び代謝疾患（主に糖尿病等）
- ・ 精神及び行動の障害（主に血管性及び詳細不明の認知症等）
- ・ 神経系の疾患（主にパーキンソン病、てんかん、自律神経系の障害等）
- ・ 循環器系の疾患（主に高血圧性疾患、脳内出血、脳梗塞、動脈硬化等）
- ・ 呼吸器系の疾患（主にかぜ、肺炎、喘息、鼻炎等）
- ・ 消化器系の疾患（主に胃潰瘍、十二指腸潰瘍、肝炎、肝硬変等）
- ・ 筋骨格系及び結合組織の疾患（主に関節症、腰痛、坐骨神経痛等）
- ・ 尿路性器系の疾患（主に腎不全等）

### ①国民健康保険疾病分類統計疾病状況

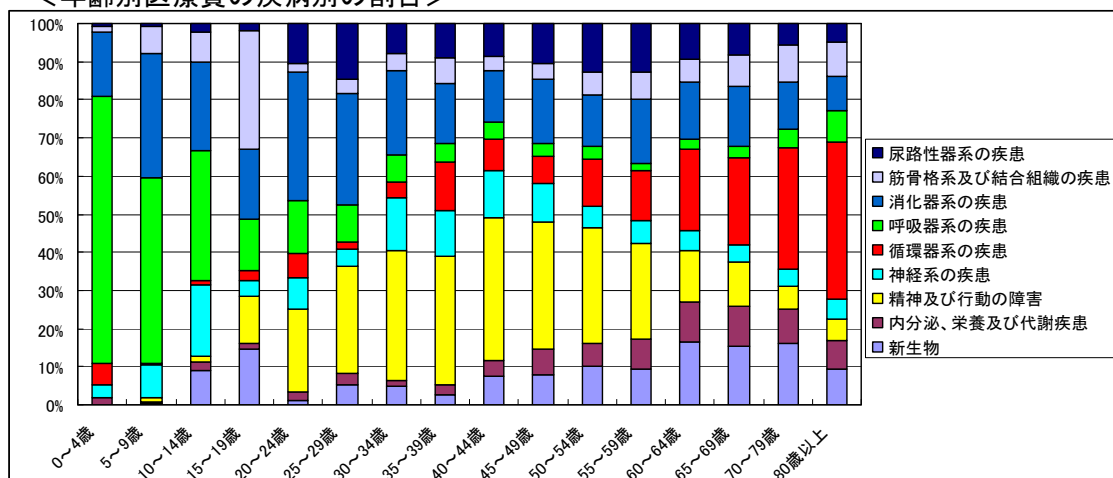
平成18年度の年齢別の疾病構造から、次の特徴がみられました。

年齢別医療費の疾病割合では、生活習慣病といわれる主な疾患の内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患は、40歳から医療費の割合が増加しています。特に循環器系の疾患は、80歳以上になると医療費の割合の5割を占めます。

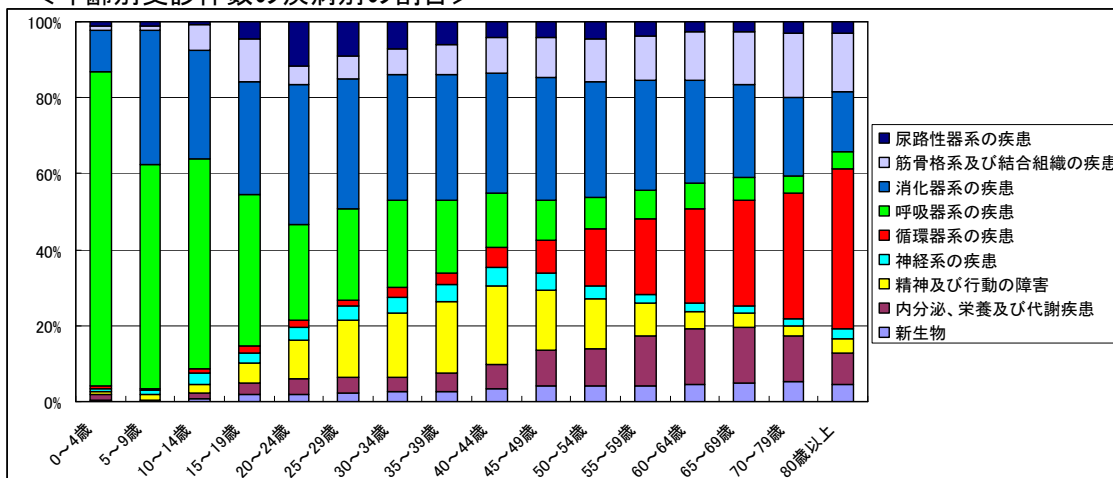
また、新生物の医療費の割合は、40歳から増加傾向にあります。

年齢別受診件数の疾病割合では、医療費の状況と同様に、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患が40歳から増加しています。一方、新生物はほぼ一定の状況となっています。

<年齢別医療費の疾病別の割合>



＜年齢別受診件数の疾病別の割合＞



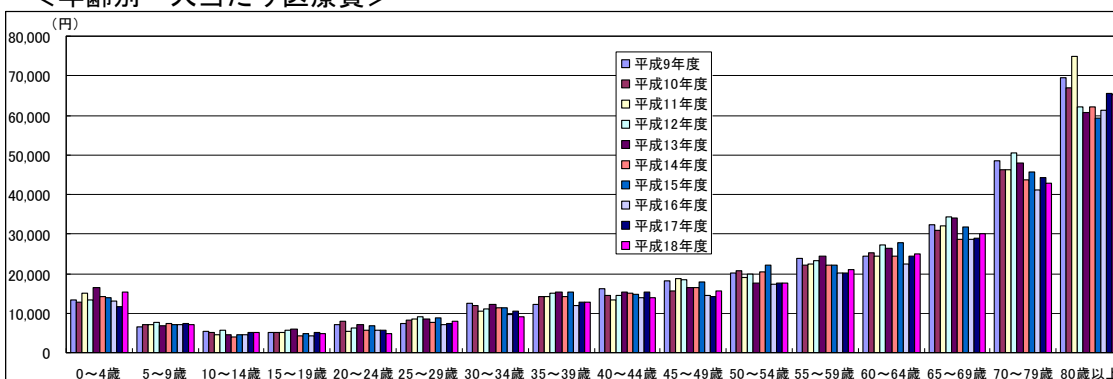
②年齢別一人当たり医療費の動向

過去 10 年間の統計では、高齢になるに従い一人当たりの医療費が高くなっています。

また、45 歳以上の一人当たり医療費は、平成 16 年度に減少し、その後ほぼ横ばいで推移しています。これは、国民健康保険の退職者医療制度の適用を受ける者の一部負担金が、平成 16 年度に 2 割から 3 割に引き上げられたことが要因と考えられます。

次に、65 歳以上では、平成 12 年度又は平成 13 年度に一人当たり医療費が急激に減少し、その後ほぼ横ばいで推移しています。これは、平成 12 年度からはじまった介護保険の影響によるものと考えられます。

＜年齢別一人当たり医療費＞



※生活習慣病

生活習慣病は、毎日の好ましくない生活習慣の積み重ねによって引き起こされる病気で、日本人の 3 分の 2 近くが、生活習慣病を原因とした病気で亡くなっています。

主な病気では、糖尿病、脳卒中、高脂血症、高血圧、肥満等が上げられています。

### (3) メタボリックシンドロームの状況

メタボリックシンドロームが強く疑われる者（以下「メタボリックシンドローム該当者」という。）は、男性（9.8%）・女性（3.6%）ともに全国平均（男性（22.4%）女性（10.0%））を大きく下回っていますが、予備群と考えられる者（以下「予備群」という。）については、男性（23.0%）・女性（7.1%）とも全国平均を上回るか若しくは全国平均と同様（男性（22.9%）女性（8.6%））となっています。

年齢別でみると、メタボリックシンドローム該当者の割合は、男性は40歳代から、女性は50歳代から増加しはじめ、70歳代以上の女性（19.4%）については全国平均（19.3%）とほぼ同様の割合を占めています。

一方、メタボリックシンドローム予備群の割合は、男性は30歳代から、女性は40歳代から増加し、男性の40～50歳代は全国平均を上回り、女性は60歳代以上で全国平均を上回ります。特に70歳代以上（19.4%）の女性になると全国平均（11.8%）の約2倍となります。

#### ※メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、腹部の内臓の周囲に脂肪がたくさんついていて、血圧が高い、血糖値が高い、血中の中性脂肪が多いなどと言った症状が2つ以上重なった状態です。

メタボリックシンドロームの診断基準は以下のとおりです。

①ウエスト周囲径（腹囲）男性85cm以上、女性90cm以上

に加え、以下の項目

② 高トリグリセリド（中性脂肪）血症 150mg/dl 以上かHDLコレステロール値 40mg/dl 未満のいずれか、若しくは両方

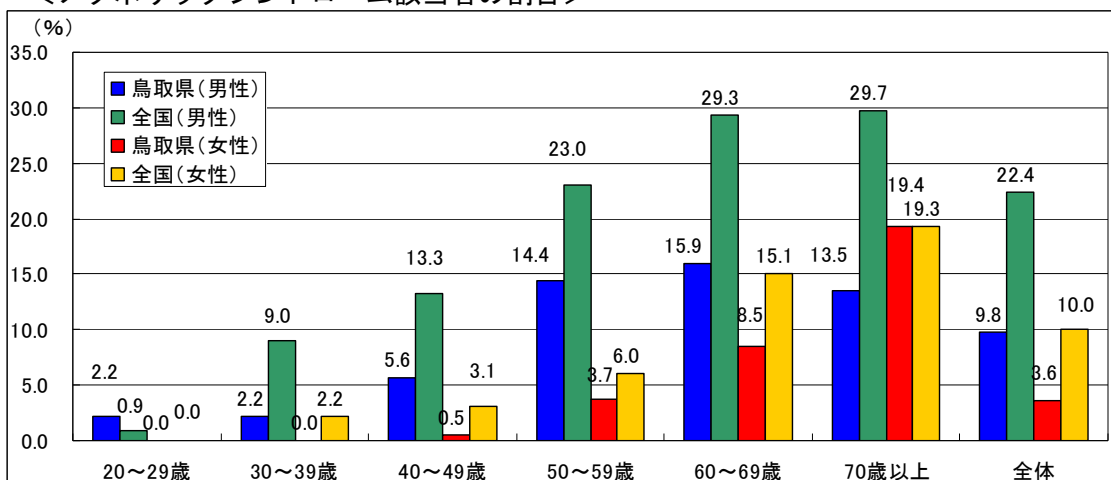
③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上か拡張期血圧 85mmHg 以上のいずれか、若しくは両方

④空腹時血糖 110mg/dl 以上

のうち、2項目以上該当する場合メタボリックシンドロームの「該当者」となり、1項目が該当する者を「予備群」としています。

（内科系8学会が策定した診断基準）

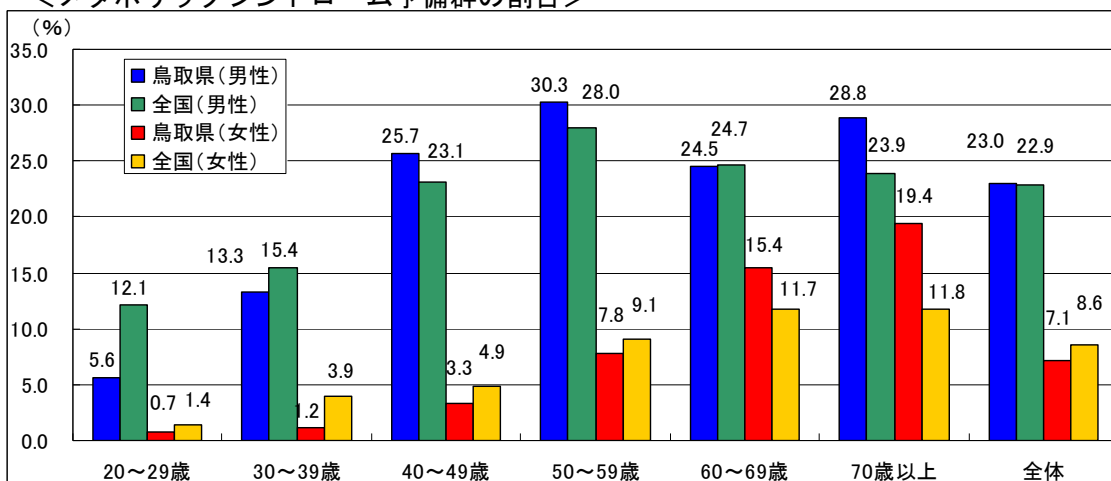
<メタボリックシンドローム該当者の割合>



※出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成17年度）

※出典：鳥取県「県民生活状況調査」（18年9月から12月実施）

<メタボリックシンドローム予備群の割合>



※出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成17年度）

※出典：鳥取県「県民生活状況調査」（18年9月から12月実施）



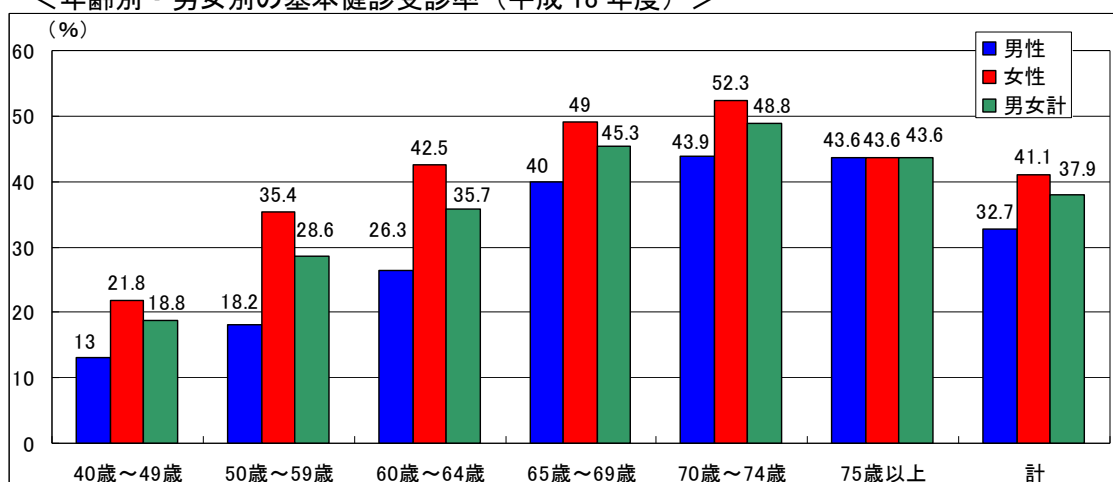
#### (4) 基本健診の受診状況

本県の平成18年度の基本健診受診率は、男性・女性とも高齢になるに従い高い受診率となっています。

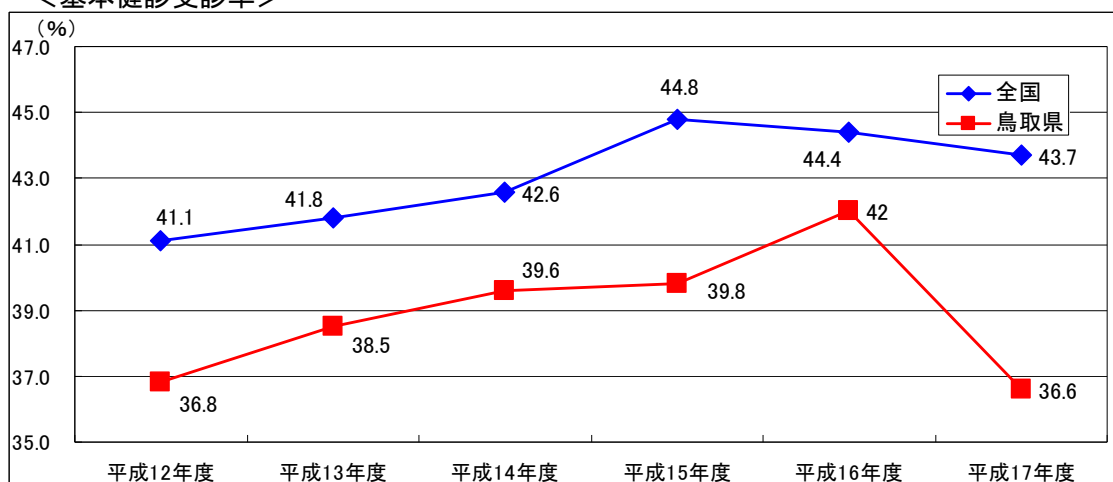
特に、男性は74歳以下のすべての年代で女性の受診率を下回っています。

基本健診受診率を経年的にみると、全国平均では、平成15年度までは増加傾向にあります。本県では、平成16年度までは増加傾向にあります。平成17年度(36.6%)は前年度(42.0%)と比較して▲5.4ポイントと急激に減少しています。

<年齢別・男女別の基本健診受診率(平成18年度)>



<基本健診受診率>



## (5) 病床数の状況

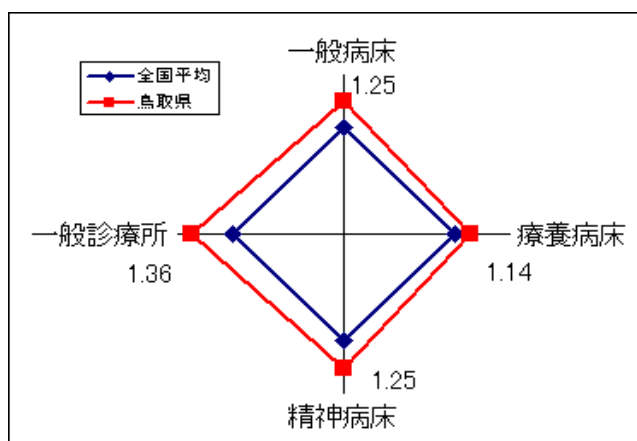
### ① 全般的な状況

平成18年度の人口10万人当たりの病床数では、すべての病床において全国平均を上回っています。

また、全病床数を経年的にみると、平成12年度(9,017床)から平成15年度(8,963床)までは若干の減少傾向がみられますが、平成16年度では139床、平成17年度では134床の増加となっています。これは、精神病床の増加した病床数(平成16年度109床、平成17年度129床)の値とほぼ一致します。

一般病床は平成13年度(5,690床)から平成17年度(5,386床)の4年間で304床減少し、療養病床は平成13年度(1,468床)から平成17年度(1,778床)の4年間で310床増加しています。これは、一般病床が療養病床へ病床転換したことに伴う病床数の変化を表しています。

<人口10万人当たり病床数の指数(全国平均を1.0とした場合)>

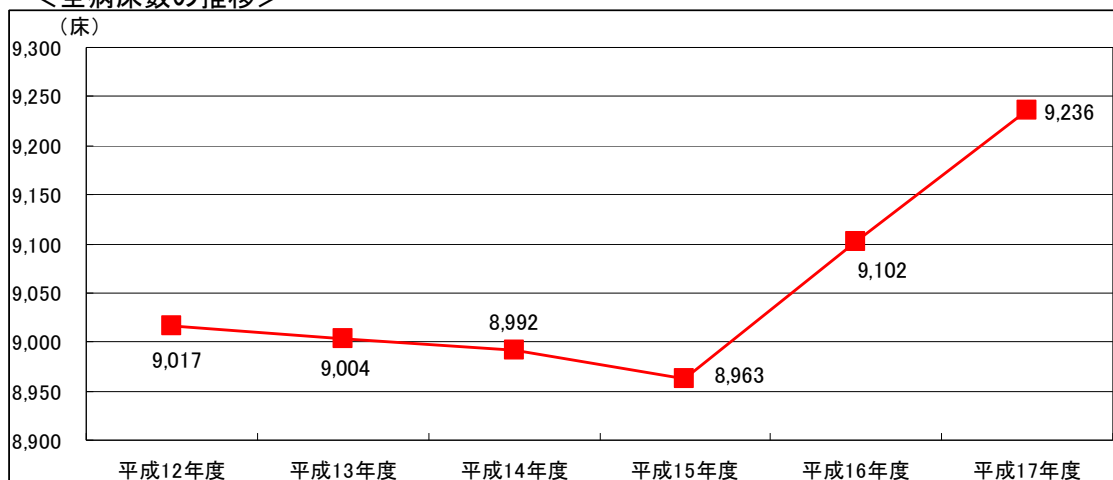


【人口10万人当たり病床数】

区分	鳥取県	全国平均
一般病床	891.2	713.0
療養病床	311.9	274.1
精神病床	343.7	275.8
一般診療所	170.4	125.1

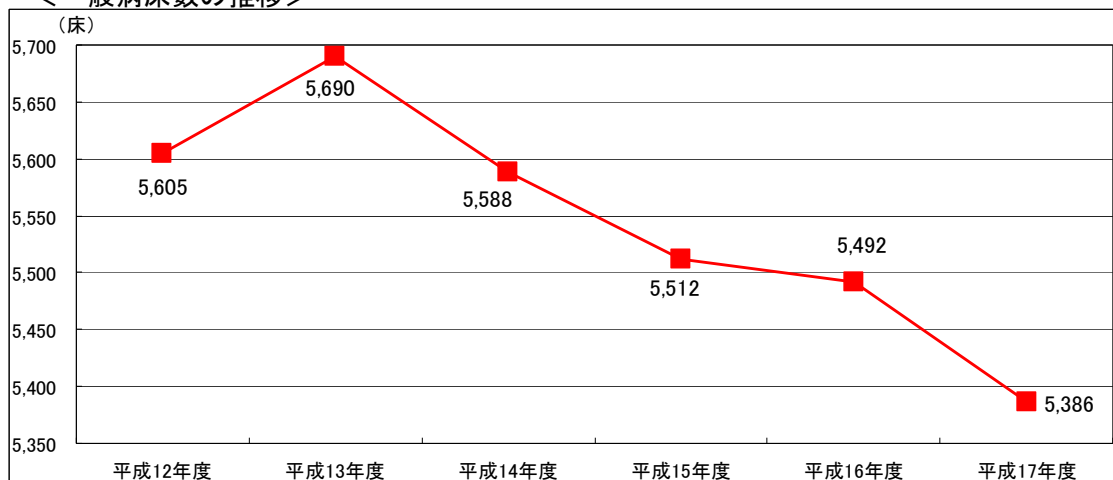
※出典：厚生労働省「医療施設(動態)調査」(平成18年度)

### <全病床数の推移>



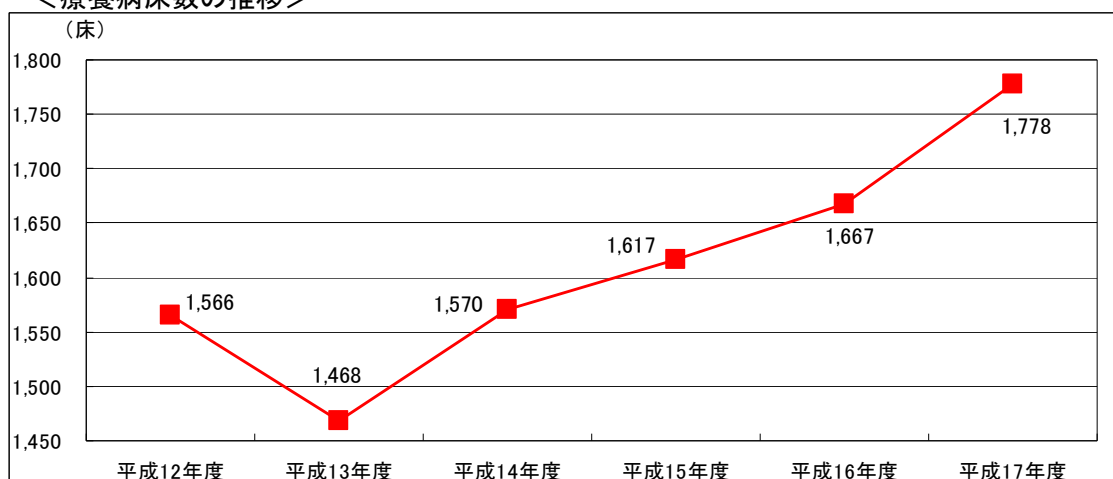
※出典：厚生労働省「医療施設(動態)調査」(平成12年度から平成17年度)

### ＜一般病床数の推移＞



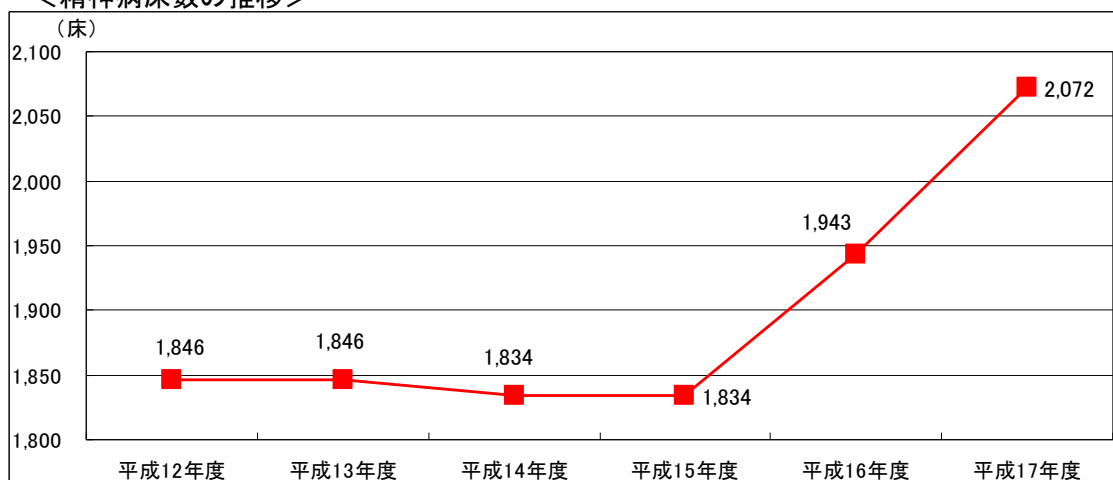
※出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査」（平成12年度から平成17年度）

### ＜療養病床数の推移＞



※出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査」（平成12年度から平成17年度）

### ＜精神病床数の推移＞



※出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査」（平成12年度から平成17年度）

## ②病床利用率

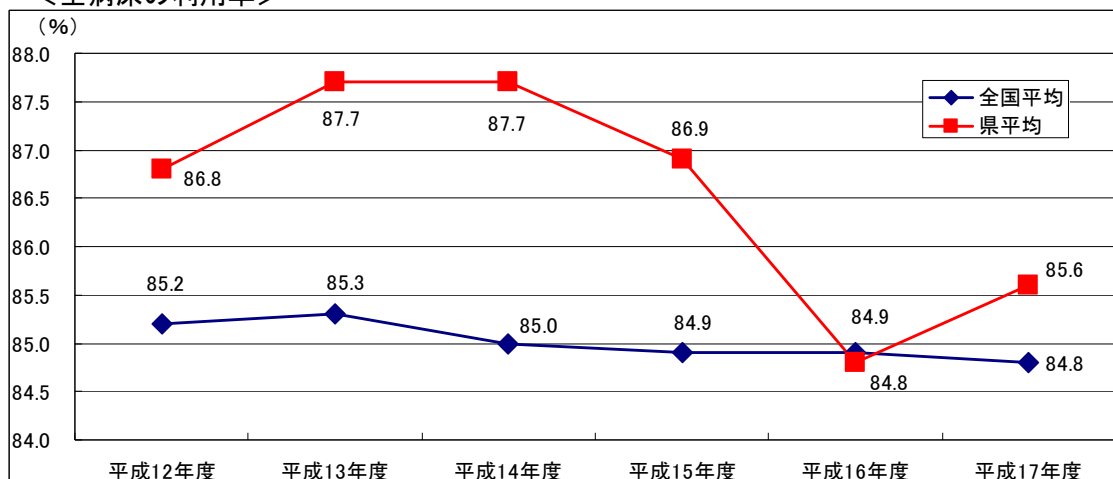
全病床の利用率は、経年的にみると全国平均を上回っていますが、平成 16 年度（84.8%）では全国平均（84.9%）を 0.1%下回っています。これは、主に平成 16 年度に精神病床の病床数が増加したことによる利用率の減少（対前年度▲4.9%）がその要因として考えられます。

また、一般病床では病床数は減少しているものの、利用率はほぼ一定で全国平均を上回る水準で推移しています。

療養病床では、病床数が増加し始めた平成 13 年度、平成 14 年度の利用率は急激に増加していますが、平成 15 年度以降の利用率は減少して全国平均を下回る水準で推移しています。

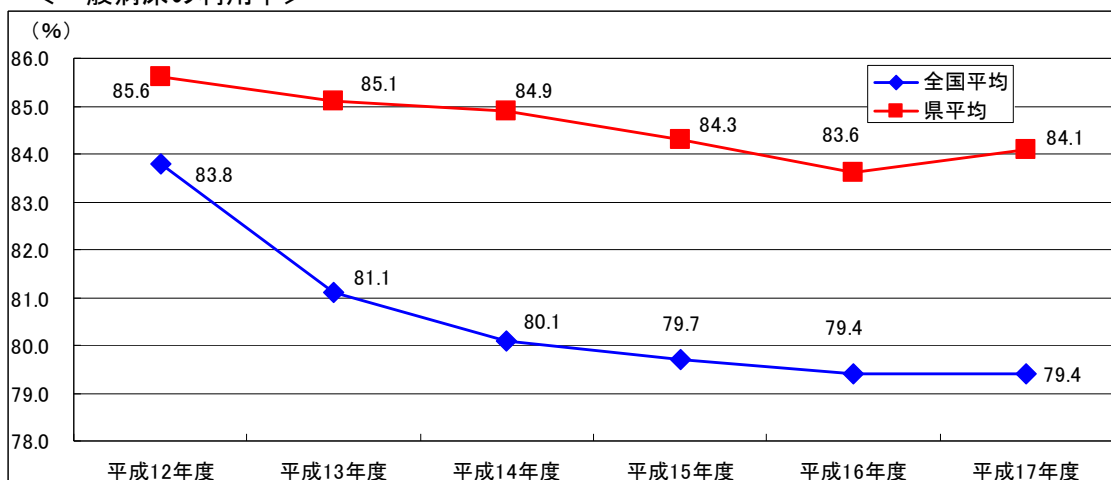
精神病床では、利用率は若干の減少傾向がみられるものの、平成 16 年度と平成 17 年度の病床数の増加により、平成 16 年度の利用率が急激に減少して全国平均を下回る水準で推移しています。

<全病床の利用率>



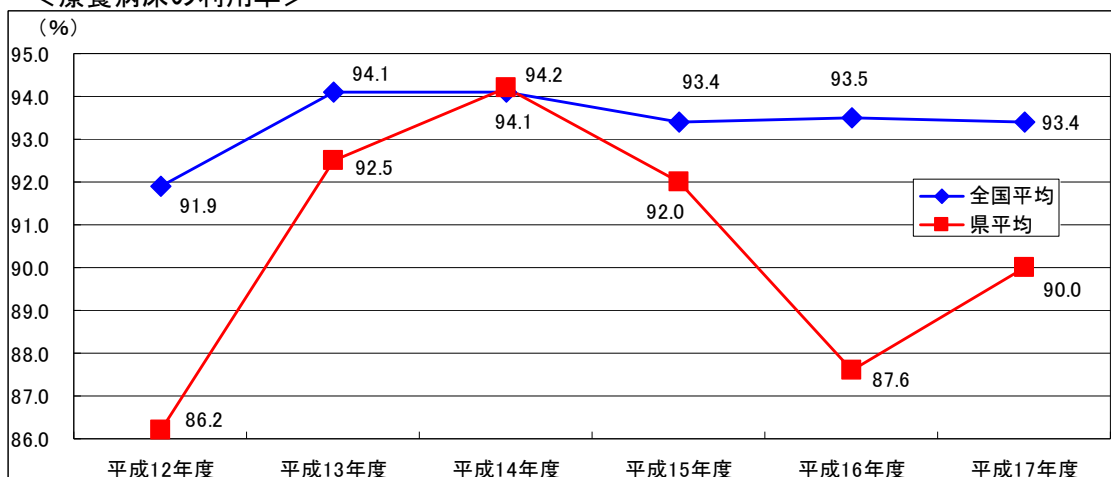
※出典：厚生労働省「病院報告」（平成 12 年度から平成 17 年度）

### <一般病床の利用率>



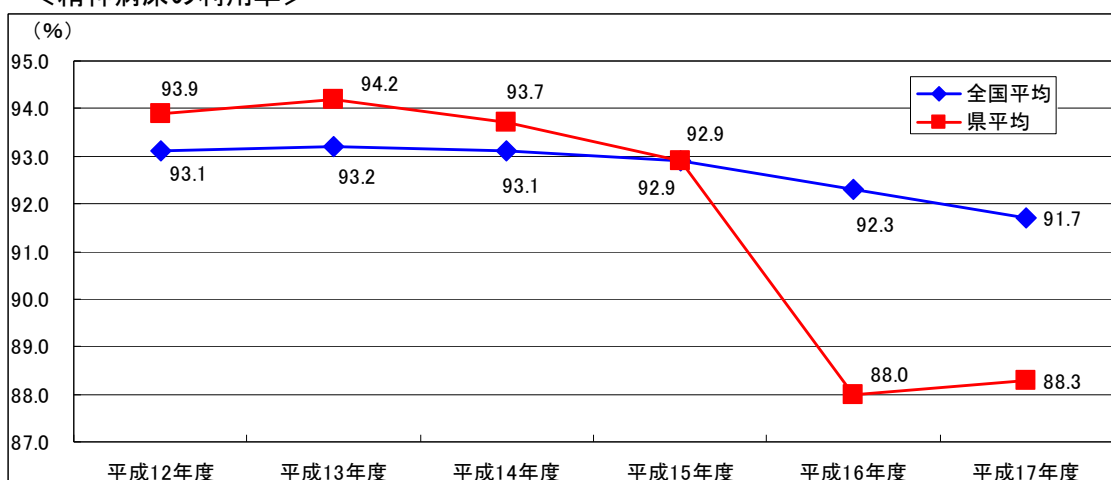
※出典：厚生労働省「病院報告」（平成12年度から平成17年度）

### <療養病床の利用率>



※出典：厚生労働省「病院報告」（平成12年度から平成17年度）

### <精神病床の利用率>



※出典：厚生労働省「病院報告」（平成12年度から平成17年度）

## (6) 平均在院日数の状況

平成 17 年度の全病床の平均在院日数（36.6 日）は全国的に比較してみると、全国平均（35.7 日）とほぼ同様（第 23 位）となっています。

また、平均在院日数は全国的に短縮傾向にあり、本県においても同様の傾向がみられます。

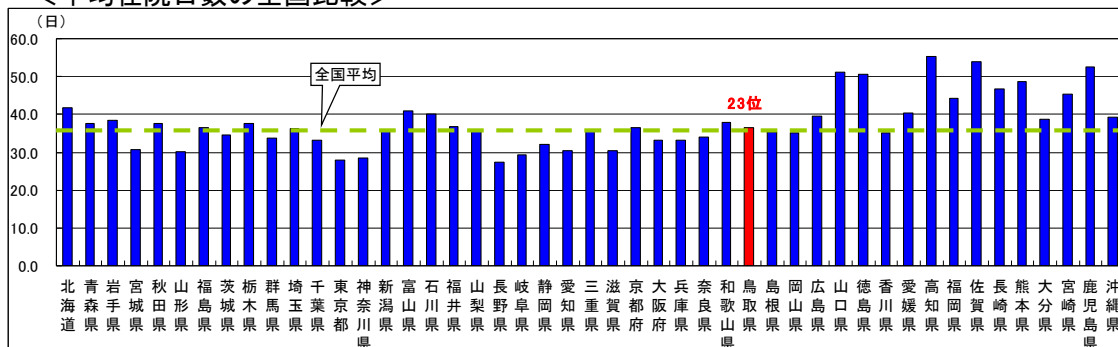
全病床を経年的にみると、平成 12 年度（37.9 日）は全国平均（39.1 日）を下回っています。しかし、平成 13 年度以降は全国平均を上回り、かつ年々全国平均との差が乖離してきています。これは、主に一般病床の平均在院日数が全国平均を上回っていることが要因となっています。

病床種別でみると、一般病床、精神病床とも短縮傾向にありますが、療養病床はほぼ一定の割合（全国も同様）で推移しています。

平均在院日数は、「病院報告」において次の計算式により算出されます。

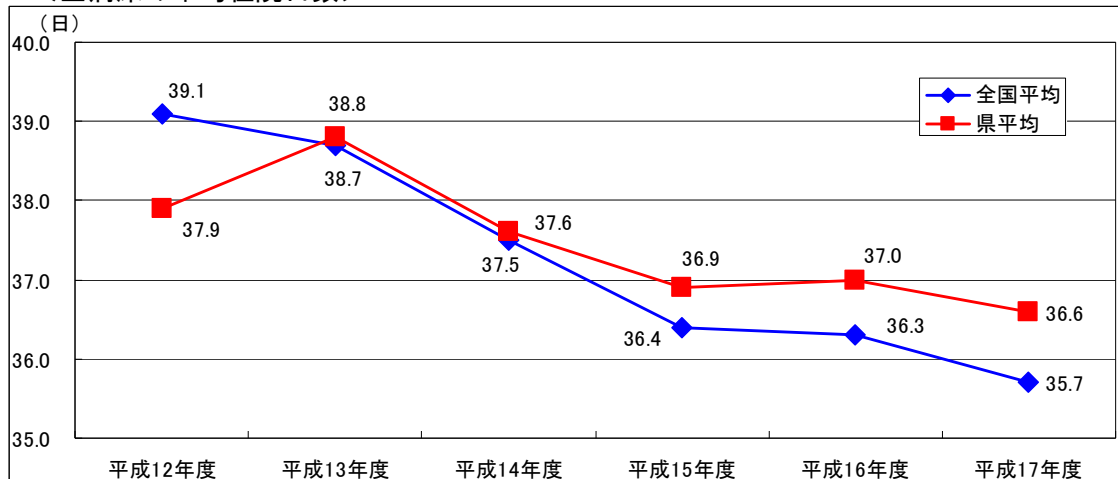
$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ日数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

### <平均在院日数の全国比較>



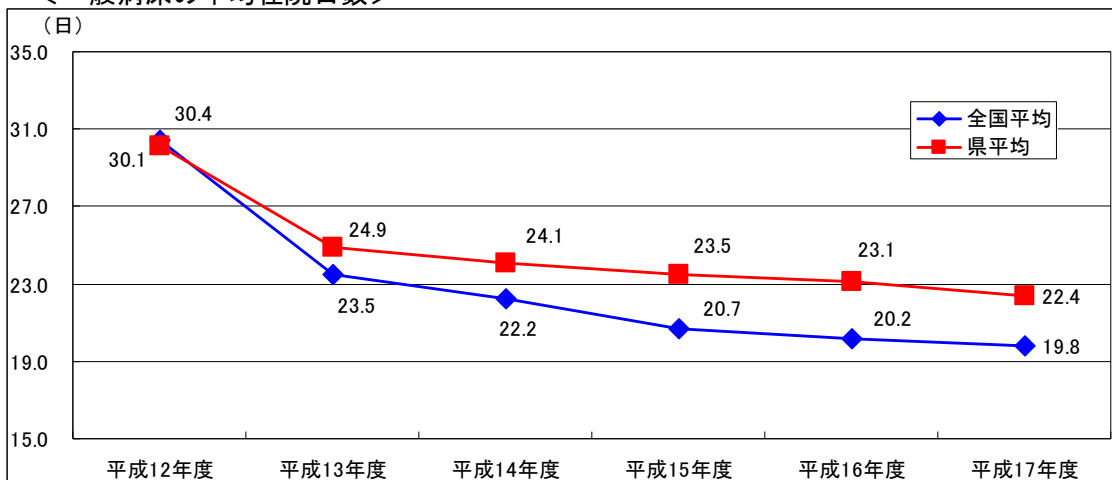
※出典：厚生労働省「病院報告」（平成 17 年度）

### <全病床の平均在院日数>

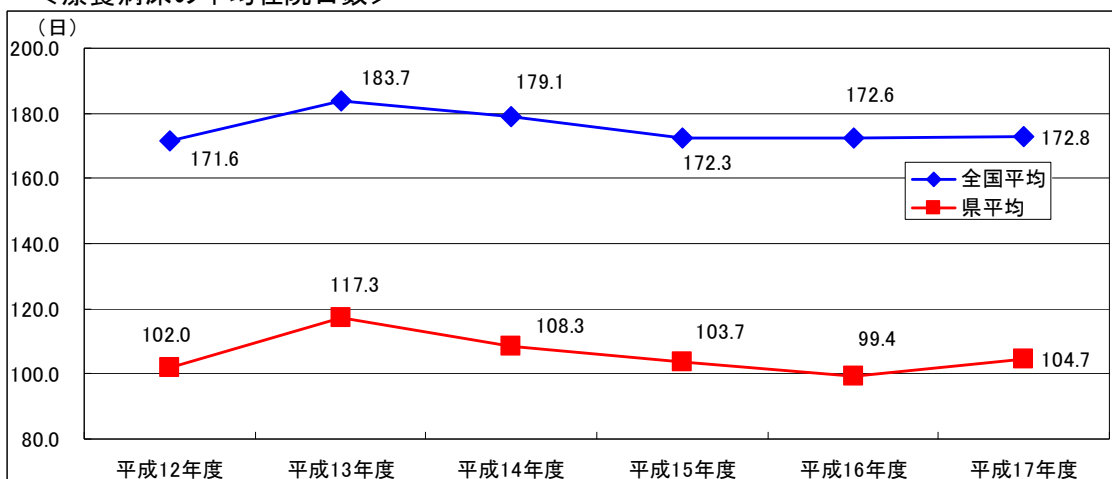


※出典：厚生労働省「病院報告」（平成 12 年度から平成 17 年度）

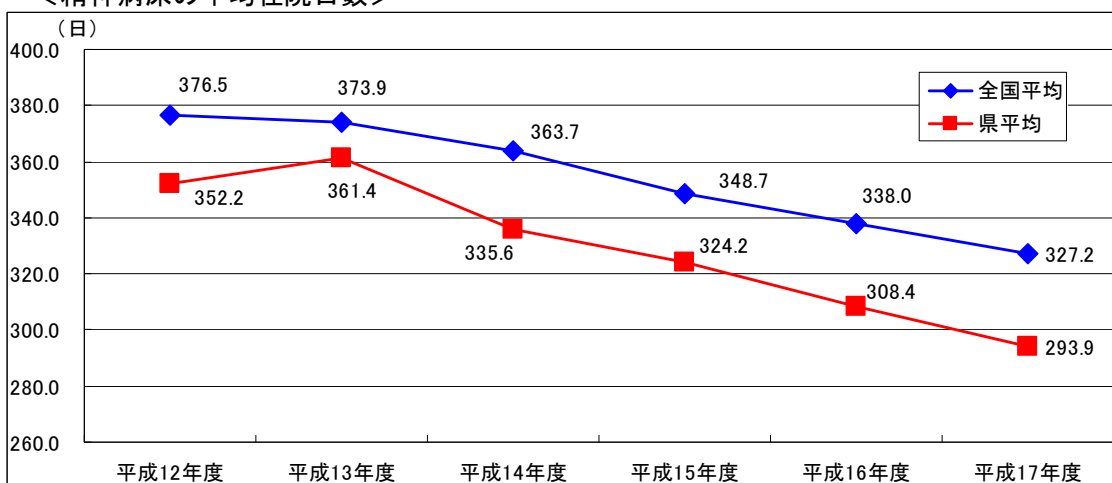
＜一般病床の平均在院日数＞



＜療養病床の平均在院日数＞



＜精神病床の平均在院日数＞



## 2 課題と施策の方向性

医療費を取り巻く課題については、現状を分析すると次のような事項があげられます。

### (1) 県民の生涯にわたる健康の保持

#### <現状と課題>

現 状	課 題
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一人当たり医療費は、75歳以上の者が全国平均を下回るのに対して、県全体では全国平均を上回る第11位に位置します。このため、74歳以下の者の医療費も、医療費を押し上げている要因と考えられます。</li> <li>○ 40歳前後から生活習慣病といわれる主な疾患の内分泌、栄養及び代謝疾患及び循環器系の疾患の医療費や受診の割合が増加し、80歳以上では約5割を占めています。</li> <li>○ メタボリックシンドローム予備群と考えられる者は、男性は40歳代から、女性は60歳代から全国平均を上回っています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 74歳以下の者を中心とした健康づくりの対策が必要です。</li> <li>○ 若年層から生活習慣を改善し、よりよい生活習慣を日常化していく、生活習慣病予防の取組みが必要です。</li> <li>○ メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施を40歳代から推進することが必要です。</li> </ul>

#### <施策の方向性と主な取組み>

75歳以上の者の医療費の適正化を図ることは最重要課題ではありますが、もう一方で、本県の医療費を押し上げていると推測される要因は、74歳以下の者の医療費と考えられます。

このため、74歳以下の者の医療費を疾病別でみた場合に、特徴として生活習慣病が40歳前後から発症し、高齢になるに従いその割合が多くなっています。

メタボリックシンドローム該当者の割合は全国平均を下回っていますが、予備群の割合は、男性が40歳代、女性が60歳代で全国平均を上回っています。

これらを総合的に勘案すると、医療費を適正化するための取組みは、40歳前後から発症している生活習慣病の早期予防、メタボリックシンドローム予備群を該当者へ移行させない取組みや、予備群の新規該当者を増やさない取組みが必要です。

健康であることは、最終的には個人の理解とそれに基づいた実践にかかっていますが、健康づくりに取り組もうとする個人を地域社会や職域等、社会全体で支援していく体制づくりを構築するため、健康づくり文化創造プランに基づき、以下の施策を推進します。



### ①保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進支援

県は、医療保険者や保険者協議会、地域・職域連携推進協議会等と協力して特定健診等実施計画で設定した目標が達成できるよう、特定保健指導実施者の技術向上のための研修会等を開催し、効果的な特定保健指導が実施されるよう関係機関との連携を図ります。

また、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防の重要性について、食と運動を組み合わせた普及啓発を行い、健康づくりのための食生活の普及や、食生活・栄養に関する指導を行います。

#### ※特定健康診査、特定保健指導

平成20年度から各医療保険者に義務付けられた、40歳以上74歳以下の医療保険加入者（被保険者・被扶養者）に対するメタボリックシンドロームに着目した健康診査・保健指導です。

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

### ②特定健康診査及び特定保健指導の従事者に対する人材育成

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導は新しい事業であることから、県は、保険者協議会と連携・協力して、医師、保健師、管理栄養士をはじめとした特定健康診査等従事者が、適切な知識や技術を習得できるように研修を行います。また、市町村や医療保険者に所属していない保健師等も情報を共有し、研修会等に参加できる仕組みを整えます。

### ③保険者における健診結果データ等の活用の推進

各医療保険者は、実施した特定健診等の結果や疾病等に関する統計を収集・分析し、その他の医療保険者や関係機関・団体に情報提供を行います。

県は、各医療保険者に対し、専門的な技術的支援に努めます。

### ④後期高齢者の健康づくりの促進

75歳以上の後期高齢者についても、疾病の早期発見や早期治療、健康づくりは必要であることから、県は、後期高齢者医療広域連合や市町村等が実施する後期高齢者の健康づくりに関する事業について、支援していきます。

## (2) 適切な医療の効率的な提供

### <現状と課題>

現 状	課 題
<p>平成 18 年度の人口 10 万人当たり病床数は、全病床とも全国平均を上回っています。</p> <p>○ 一般病床では、利用率、平均在院日数とも全国平均を上回っています。このことは、医療費を押し上げている要因の一つと考えられます。</p> <p>○ 療養病床は、利用率や平均在院日数は全国平均を下回っています。また、入院患者の中には、医療依存度の低い患者もおられます。</p> <p>○ 精神病床は、利用率や平均在院日数は全国平均を下回っていますが、一般病床や療養病床と比較すると、入院期間が長期になっています。</p>	<p>○ 一般病床は、地域の医療機関と連携して、急性期病院から回復期病院を経て、早期に在宅復帰することができる体制づくりを行い、平均在院日数を短縮することが必要です。</p> <p>○ 療養病床は、患者の医療依存度に応じた適切なサービスを提供することが必要です。</p> <p>○ 精神病床は、平均在院日数が長いいため、地域生活への移行の取組みが必要です。</p>

### <人口 10 万人当たり病床数（平成 18 年度）> (単位：床)

区 分	一般病床	療養病床	精神病床	診療所
鳥取県	891.2	311.9	343.7	170.4
全国平均	713.0	274.1	275.8	125.1

### <病床利用率、平均在院日数の状況（平成 17 年度）>

区 分	病床利用率 (%)	平均在院日数 (日)
全病床	鳥取県	85.6
	全国平均	84.8
一般病床	鳥取県	84.1
	全国平均	79.4
療養病床	鳥取県	90.0
	全国平均	93.4
精神病床	鳥取県	88.3
	全国平均	91.7

## ＜施策の方向性と主な取組み＞

本県の現状から、医療費の適正化に向けて取り組むべき事項としては、医療費を押し上げる要因の一つとして考えられる一般病床の平均在院日数の短縮、療養病床の再編転換、在宅医療・地域ケアの推進等が必要です。

一般病床の平均在院日数の短縮は、入院患者を他の医療機関が分担・連携して早期に在宅復帰できる体制づくりが必要となります。このためには、地域にある医療機関の充実が必要となります。

療養病床の再編は、入院患者の中には医療依存度の高い患者だけではなく、必ずしも入院医療を必要としない医療依存度の低い患者も存在するため、患者の状態に応じた適切なサービスを提供できる体制づくりが必要となります。

精神病床は、一般病床や療養病床と比較すると、入院期間が長期になっているため、地域の施設での生活訓練等、精神障害者の退院促進が必要となります。

このため、良質、かつ適切な医療を効率的に受けることができる体制の確立、さらには、高齢者において、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしができる体制を確立するため、以下の施策を推進します。

### ①医療機関の機能分化・連携

住民・患者の立場に立った医療連携体制を構築するため、第5次鳥取県保健医療計画に基づき、次のような取組みを行います。

#### ア 医療機能情報・薬局機能情報の提供

平成19年度から、医療機関や薬局は、患者が適切な医療機関を選択できるように決められた情報を県へ報告することが義務付けられています。これらの情報を県民に分かりやすい形で情報提供するとともに、県のホームページでの掲載のみならず、医療安全支援センターも活用し、照会等にも適切に対応できるよう努めます。

#### イ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組みの推進

がん、脳卒中及び糖尿病を中心として、疾病ごとに、発症から診断、治療、リハビリテーションといった一連の診療計画を、複数の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスの構築に向け、地域の医療機関が協働して作成するための環境整備を図ります。

#### ウ 患者への診療情報の提供

インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの充実を促進します。

#### エ かかりつけ医機能の医療機関・かかりつけ薬局の促進

患者の大病院指向が見受けられる中で、プライマリケアを担う「かかりつけ医機能の医療機関」の普及定着を図ることが重要となっています。

また、複数の医療機関受診による薬の重複投与のチェックや、薬に対するアレルギー歴などの管理を行うなど、より安全な薬物治療を担う「かかりつけ薬局」の普及定着を図ることも重要です。

これらの必要性や意義について、地域の関係機関等の協力を得て、県民へ

の普及啓発に努めます。

#### オ 後発医薬品の使用促進

県は、医療関係者と連携して後発医薬品の普及啓発及び使用促進を図り、先発医薬品との同等性など、品質に関する情報を、県民及び医療関係者に提供するよう努めます。

#### カ 精神障害者の地域生活への支援

地域の医療機関と連携して、医療関係者への普及啓発、地域の施設での生活訓練、ボランティアなどの支援者の養成、社会資源の開発等を通じて、地域生活への移行を促進します。

また、県民に対し、精神障害者についての正しい知識の普及啓発に努めます。

#### ※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、早期に自宅へ帰ることができ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用いるものです。診療に当たる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示することにより、患者が安心して医療を受けることができるようになります。

#### ※インフォームドコンセント

医師等が医療を提供するに当たって、適切な説明を行い、患者が理解し同意することです。

#### ※セカンドオピニオン

患者が診療を受けるに当たって、主治医以外の医師に意見を求めることです。

#### ※プライマリケア

患者の抱える問題の大部分に責任を持って対処できる幅広い臨床能力を有する医師によって提供される医療サービスのことです。

## ②療養病床の再編

療養病床の入院患者には、医療依存度の高い患者だけではなく、必ずしも入院医療を必要としない医療依存度の低い患者も存在します。

このため、患者の状態に応じた適切な医療サービスを提供することができる体制づくりを推進するため、患者や家族の不安等を解消し、また、医療機関が病床転換や介護保険施設等への転換を円滑に行えるよう、鳥取県地域ケア体制整備構想に基づき、次の措置を講じます。

#### ア 相談窓口の設置

本県では、本庁（長寿社会課）や東部・中部・西部・日野の各総合事務所にて療養病床転換に係る相談窓口を設置して、医療機関や利用者の相談に応じてきました。

今後、療養病床の再編が本格化することに伴い相談件数も増え、相談内容

もより具体的なものとなることが予想されることから、医療機関との連携を密にするとともに、相談体制の一層の充実を図ります。

#### イ 交付金等の活用

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく病床転換助成事業や、地域介護・福祉空間整備交付金等を活用した事業を推進します。

### ③在宅医療・地域ケアの推進

医療サービスと介護サービスを連携して切れ目なく提供するためには、医療機関の機能分化・連携だけではなく、在宅医療や地域ケアの体制も充実する必要があります。

このため、第5次鳥取県保健医療計画及び鳥取県地域ケア体制整備構想に基づき、次のような取組みを行います。

#### ア 在宅医療等に関する情報の共有

在宅医療には、地域の医療、介護等の連携が必要です。このため、関係機関の在宅医療に関する相互理解と協力を促進するために、各医療機関が有する在宅医療等に関する情報の共有を促進します。

#### イ 在宅医療に携わる人材の育成

地域における在宅緩和ケア等に関する医療連携の推進、及び適切な提供促進を図るために、従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対し、専門の研修を行います。

#### ウ 終末期医療

在宅での看取りのケアを含む終末期医療のあり方については、今後とも国の動向等情報収集に努めるとともに、ターミナルケアに関する診療報酬上の評価の周知等を通じて、適切な終末期医療を推進します。

#### エ 見守り体制の充実

地域による見守り体制づくりを促進するため、高齢者、家族、地域住民への意識啓発を図るとともに、地域で見守りを行う人材の育成や質の向上を図るために、ボランティアの養成や研修会を実施します。

#### オ 住まいの供給の確保

高齢者が住み慣れた自宅で生活を継続できるよう、介護保険による住宅改修や福祉用具のサービスを提供するなど、既存住宅の適切な住環境整備を推進します。

### ④医療の適正な受診の促進

県は、各医療保険者において、次のような取組みの促進が図られるよう助言、情報提供を行います。

#### ア 重複・多受診者に対する訪問指導

医療保険者が保有している多受診者等リストを活用し、保健師等による訪

問指導の充実・強化を図ります。

#### **イ 医療費通知の実施**

医療費通知は、医療保険に加入している被保険者・被扶養者が医療機関を受診した際の医療費の総額等を通知することにより、健康に対する認識を深めてもらい、健康づくりを促進することを目的としています。このため、各医療保険者において、年間通知回数を増やすよう助言、情報交換を行います。

#### **ウ レセプト点検の充実**

医療保険者において実施しているレセプト（診療報酬明細書）の内容点検（単月分の点検）や、縦覧点検（最低3月以上の点検）等の点検体制をより一層充実強化できるよう、助言、情報交換を行います。

### 第3章 目標値と医療費の見通し

#### 1 医療費の適正化に向けた目標

この計画を実効性のあるものとするため、次の目標値を掲げます。

##### (1) 県民の生涯にわたる健康の保持に関する目標

各医療保険者が特定健康診査等実施計画において定めた目標値を踏まえ、次のとおりとします。

項目	目標
特定健康診査の実施率	平成24年度の実施率 70%以上
特定保健指導の実施率	平成24年度の実施率 45%以上
メタリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べた平成24年度の減少率 10%以上

##### < 特定健康診査等の目標の考え方 >

鳥取県の基本健診の受診率は、平成18年度で37.9%（対前年度1.3%上昇）であり、全国平均の43.7%を下回っています。このため、全国の目標を達成することが1番に求められます。

特定健康診査は、平成20年4月から実施される新規事業であるため、全国の達成目標である実施率の70%以上を本県の目標値として設定しました。

また、特定保健指導とメタリックシンドロームの減少率の目標値についても、特定健康診査と同様に平成20年4月から実施される新規事業であるため、全国の達成目標である実施率の45%以上、減少率10%以上を、それぞれ本県の目標値として設定しました。

##### ① 特定健康診査の対象者

40歳から74歳までの医療保険加入者（被保険者・被扶養者）

##### ② 特定保健指導の対象者

特定健康診査の結果、特定保健指導が必要と判定された者

##### ③ メタ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）の減少率の対象者

特定保健指導が必要と判定された者

## (2) 適切な医療の効率的な提供に関する目標

医療の効率的な提供の推進については、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは、施策を別に考える必要があります。

この度の医療費適正化計画においては、慢性期段階に着目して、目標値を次のとおりとします。

項 目	目 標
療養病床の数 (回復期リハビリテーション病棟は除く)	平成 24 年度の病床数 9 4 2 床以下
平均在院日数	平成 24 年度の平均在院日数 3 1 . 0 日以内

### <療養病床の数の目標の考え方>

- ・医療依存度の高い患者については、今後とも療養病床での対応が必要。
- ・医療依存度の低い患者のうち、介護保険施設等では提供できないリハビリテーションが必要な患者が一定割合存在。また、地域で生活する高齢者の一時入院のニーズに対しても対応が必要。
- ・本県の療養病床の病床利用率は全国平均と比べて低く、一定水準までの引上げを見込む。

以上3つの考え方に、高齢化率を勘案して算出しました。

### <平均在院日数の目標の考え方>

- ・療養病床の再編
- ・急性期病院から回復期病院を経て早期に在宅復帰できる診療計画の作成の推進
- ・地域連携クリティカルパスの取組み
- ・在宅医療や地域ケアの充実

等を勘案して、一般病床や療養病床、精神病床の平均在院日数を推計して算出しました。

国の医療費適正化計画基本方針においては、各都道府県の平均在院日数と最短の県との差を3分の1短縮することが記載されています。

また、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、平成22年度の間接評価において必要な見直しを行うこととします。



## 2 計画期間における医療に要する費用の見通し

### (1) 県民医療費の推計方法

県民の正確な医療費を捕らえる手段としては、国民健康保険の医療費と老人医療費以外はないことから、本県においては、以下の手順により医療費適正化の取組みを行わなかった場合の医療費と、医療費適正化の取組みを行った場合の医療費を推計します。

#### ①基本となる医療費

医療機関の所在地別に集計された統計データ



#### ②患者の住所地を考慮

患者の住所地別患者数と医療機関の所在地別患者数を考慮して住所地別の医療費を計算



#### ③過去の医療費の伸び率等を考慮

平成14年から平成18年の医療費の伸び率や診療報酬改定等を考慮

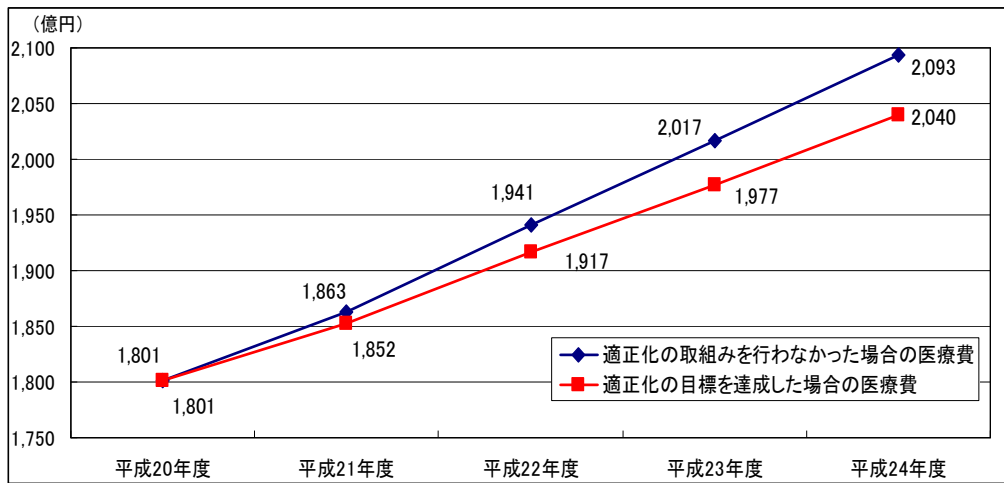
#### ※医療費適正化の取組みを行った場合の医療費

医療費適正化計画では、健康づくりの推進の目標と医療の効率的な提供の推進の大きく分けて2つの目標があります。

しかし、健康づくりの推進は、生活習慣病の発生率を引き下げる効果をねらいとしているため、医療費の削減効果が現れてくるのには一定のタイムラグがあると考えられます。

また、療養病床の転換は、平均在院日数の短縮のための施策の1つであることから、平均在院日数の短縮を推計に織り込めば療養病床の転換効果も見込まれることとなります。

年 度	適正化の取組みを行わなかった場合の医療費 (A)	適正化の目標を達成した場合の医療費 (B)	B - A
平成20年度	1,801億円	1,801億円	—
平成21年度	1,863億円	1,852億円	▲11億円
平成22年度	1,941億円	1,917億円	▲24億円
平成23年度	2,017億円	1,977億円	▲40億円
平成24年度	2,093億円	2,040億円	▲53億円



※出典：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール」

## 第4章 計画の推進

### 1 推進体制

県民の健康づくりの推進は、一人ひとりの努力と実践が基本です。

しかし、県民の健康づくりについては、保険者による施策の推進が中心となるため、各医療保険者や県、市町村、医療機関、その他関係者が連携・協力して社会全体で進めていきます。

医療の効率的な提供の推進に関する療養病床の再編については、医療機関自らが判断するものであるため、県や市町村、その他関係者は、連携して支援していきます。また、地域連携や在宅医療の支援等は、県、市町村、医療機関、その他関係者が連携して進めていきます。

### 2 進行管理と評価

学識経験者や医療関係者等で構成されている県医療審議会において、毎年、進捗状況を報告し評価を行います。

平成 22 年度に中間評価を行い、計画の見直しが必要な場合は、見直しを行います。

計画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。