

栃木県医療費適正化計画

(2期計画)



2013 - 2017

栃木県



栃木県医療費適正化計画

(2期計画)



2013 - 2017

目次

第1章 — 計画の策定にあたって(計画の基本的な考え方)

- 1 計画策定の背景
 - (1) 超高齢社会の到来 2
 - (2) 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性 5
- 2 計画の概要
 - (1) 計画の基本的事項 7
 - (2) 具体的な対策の柱 7
 - (3) 他の計画との関係 8

第2章 — 医療費を取り巻く現状と課題

- 1 現状
 - (1) 生活習慣病及びその予防対策の状況 10
 - (2) 医療資源の状況 21
 - (3) 平均在院日数 24
 - (4) 在宅医療 25
 - (5) 後期高齢者の外来受療行動 28
 - (6) 医療費の動向 30
 - (7) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の状況 37
- 2 課題
 - (1) 生活習慣病患者の増加 38
 - (2) 平均在院日数の長さ 39
 - (3) 医療費(後期高齢者の医療費)の増加 40

第3章 — 達成すべき目標と医療費に及ぼす影響の見通し

- 1 基本理念 44
- 2 達成すべき施策目標
 - (1) 特定健康診査の実施率 45
 - (2) 特定保健指導の実施率 46
 - (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 47
 - (4) 平均在院日数の短縮日数 49
 - (5) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関する目標 50
 - (6) その他、医療費適正化の推進に関する目標 51
- 3 施策目標の達成によって予想される医療費の見通し 52

第4章 — 目標実現のための施策と県の役割

- 1 目標達成に向けた取組
 - (1) 生活習慣病の予防に向けた取組 56
 - (2) 平均在院日数の短縮に向けた取組 58
 - (3) その他、医療費適正化のための取組 59
- 2 県の役割と施策
 - (1) 生活習慣病の予防に向けた施策 60
 - (2) 平均在院日数の短縮に向けた施策 62
- 3 関係者の役割及び連携協力
 - (1) 関係者の役割 64
 - (2) 連携協力 66

第5章 — 計画の推進

- 1 PDCAサイクルに基づく計画の推進
 - (1) 中間年度の進捗状況評価 68
 - (2) 最終年度の翌年度の実績評価 68
 - (3) 実績評価に基づく取扱い 69
- 2 計画の周知
 - (1) 保険者・医療機関に対する周知 70
 - (2) 県民に対する周知 70
- 3 計画の推進体制
 - (1) 本庁 71
 - (2) 健康福祉センター(保健所) 71

参 考

計画策定の経緯 74

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会設置要領 75

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会委員名簿 76

資料集 78

第1章

計画の策定にあたって(計画の基本的な考え方)

- 1 計画策定の背景
- 2 計画の概要

第1章 計画の策定にあたって(計画の基本的な考え方)

1 計画策定の背景

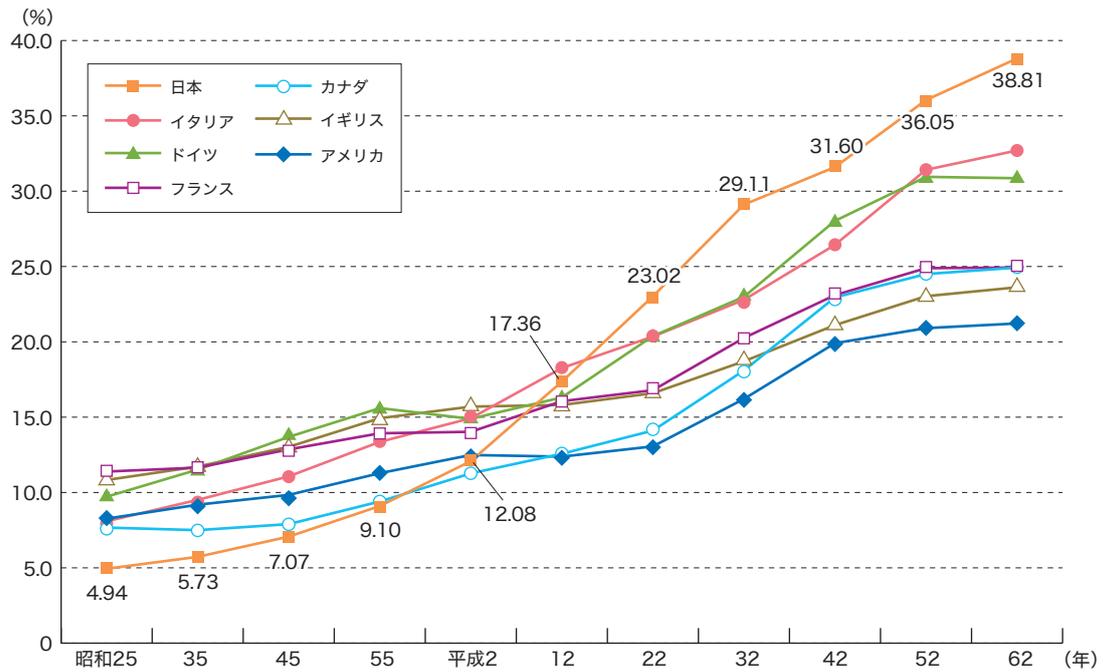
(1) 超高齢社会の到来

我が国は、平成22年の国勢調査では高齢化率が23%となり、既にいわゆる超高齢社会に突入しています。

高齢者人口は今後も増え続け、平成25年には4人に1人、平成47年には3人に1人が65歳以上の高齢者になると予測されています。

このような超高齢社会はかつて経験したことがなく、他国にも例をみない速さで高齢化が急速に進んでいます。

(図1-1) 高齢化率の各国比較

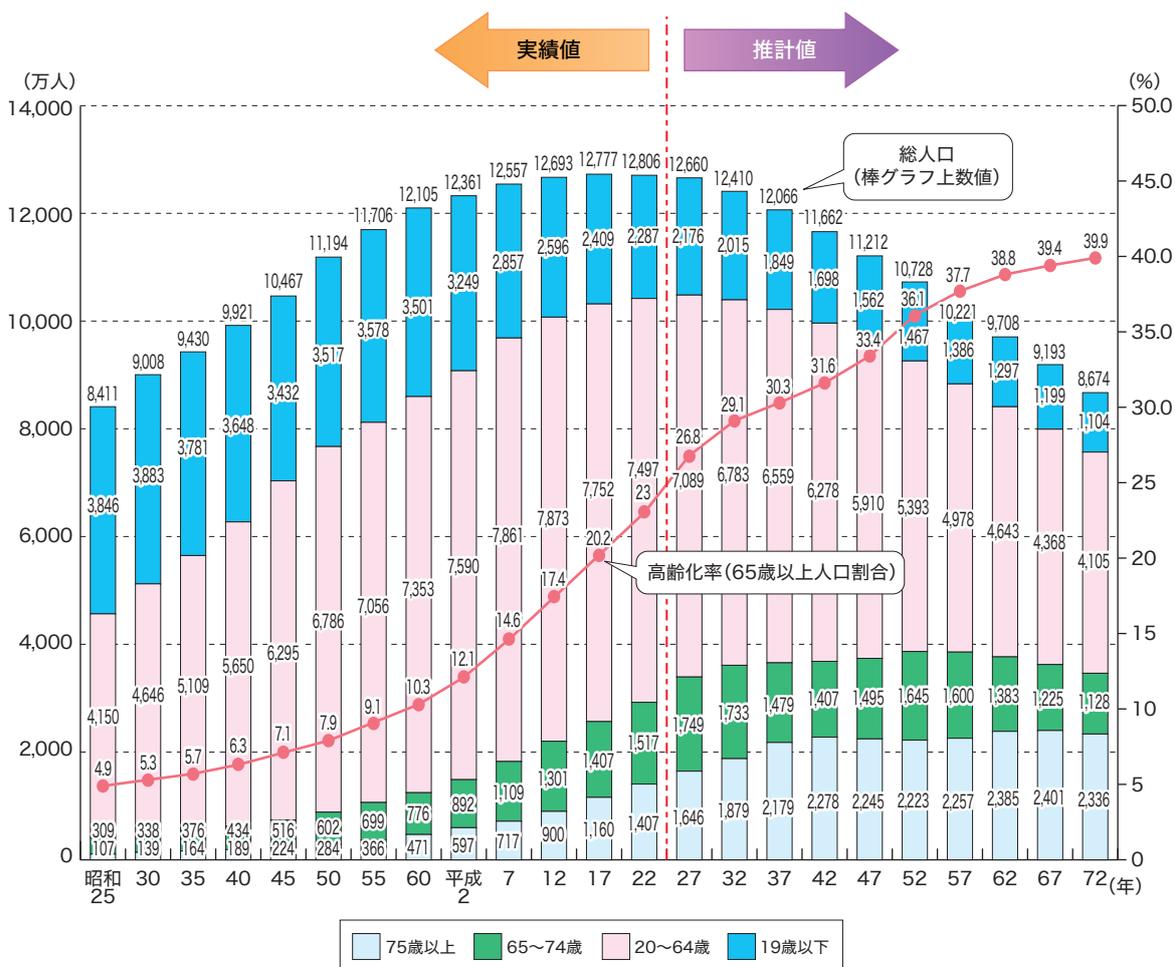


【資料:国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2012) 主要国の65歳以上人口割合」】

一方、我が国の総人口は、今後、長期にわたる人口減少過程に入り、平成38年には人口1億2,000万人を下回り、その後も減少を続け、平成60年には1億人を割って9,913万人となり、平成72年には8,674万人になると推計されています。

また、本県の総人口は、平成22年の国勢調査で200万7,683人となっていますが、今後、全国と同様に長期の人口減少過程に入り、平成47年には、174万人になると予想されています^{※1}。

(図1-2) 日本の高齢化の推移と将来推計



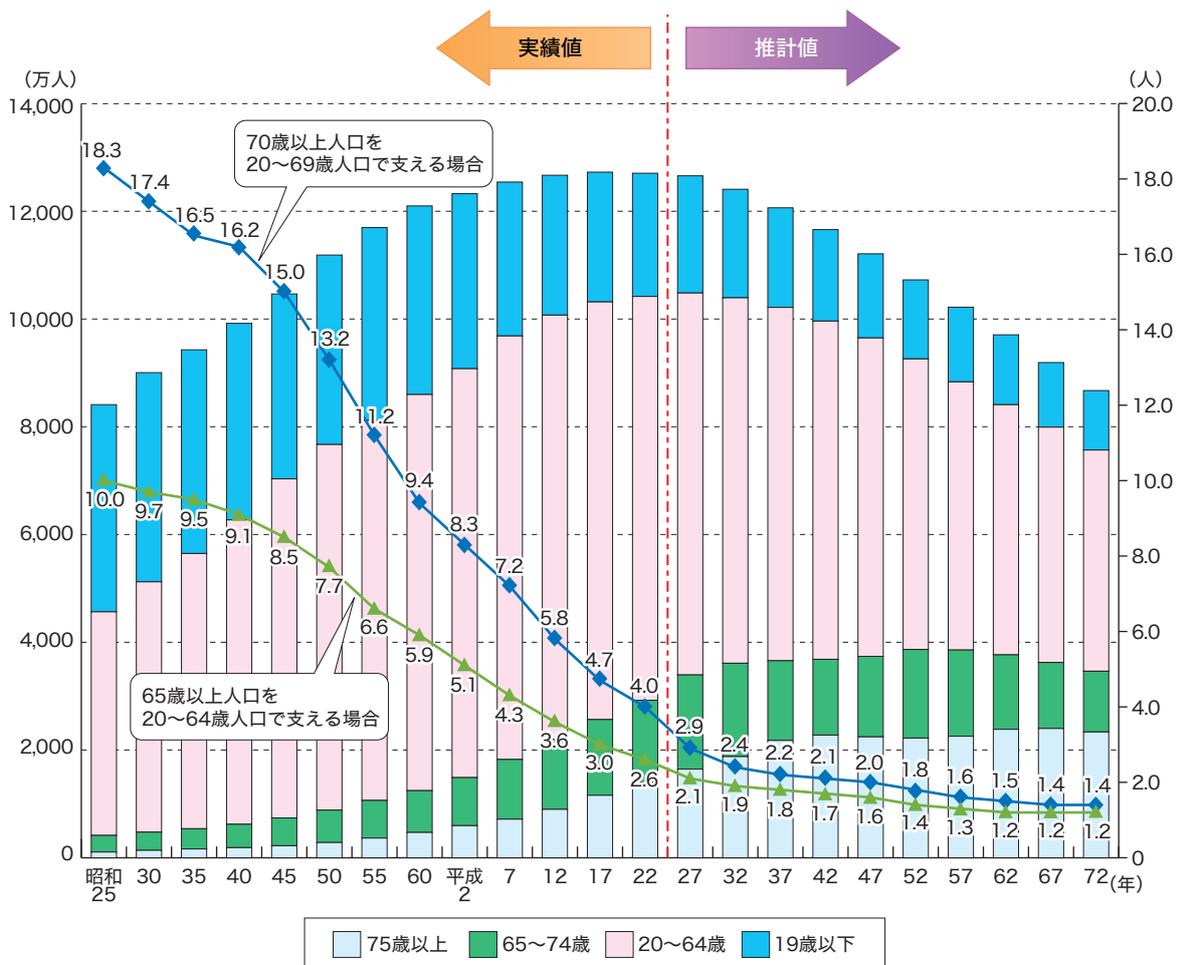
【資料】平成22年までは総務省「国勢調査」、平成27年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
 (注) 昭和25年~平成22年の総数は年齢不詳を含む

※1 P78資料集「本県の人口・将来推計人口及び高齢化率の推移」を参照

我が国の高齢者人口（65歳以上）と現役世代（20～64歳人口）の比率で見た場合、昭和25年には高齢者人口1人に対し現役世代10人で支える形になっていましたが、平成22年には、高齢者人口1人に対して現役世代2.6人で支える形になっています。

今後、高齢化率は上昇を続け、平成47年には、高齢者人口1人に対し現役世代は1.6人になると見込まれます。仮に現役世代の支え手を20～69歳とし、70歳以上を高齢者人口として計算してみても、平成47年は、70歳以上の高齢者人口1人に対して20～69歳人口は2.0人という比率となります。

(図1-3) 日本の高齢世代人口の比率



【資料：平成22年までは総務省「国勢調査」、平成27年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
(注)昭和25年～平成22年の総数は年齢不詳を含む】

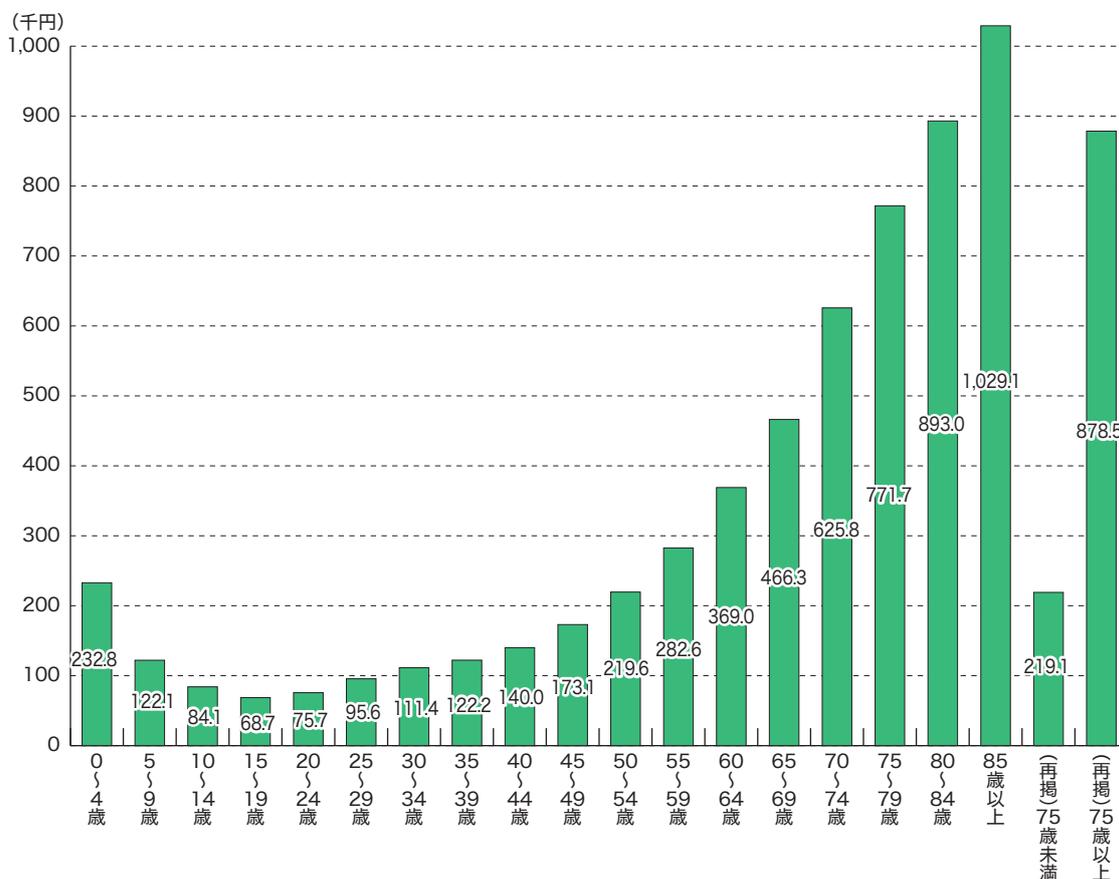
(2) 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性

年齢階級別国民一人当たり医療費を見ると、年齢が高くなるにつれて一人当たりの医療費も増加しています。75歳未満では年間21.9万円であるのに対し、75歳以上では年間87.9万円と約4倍の開きがあります。

また、厚生労働省の「社会保障に係る費用の将来推計(平成24年3月改定)」によると、平成37年には、年金・医療・介護等の社会保障に係る給付費が、平成21年の99.9兆円から144.8兆円にまで増加すると予測されています^{※2}。

急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や老後に対する意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化している中で、今後も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、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

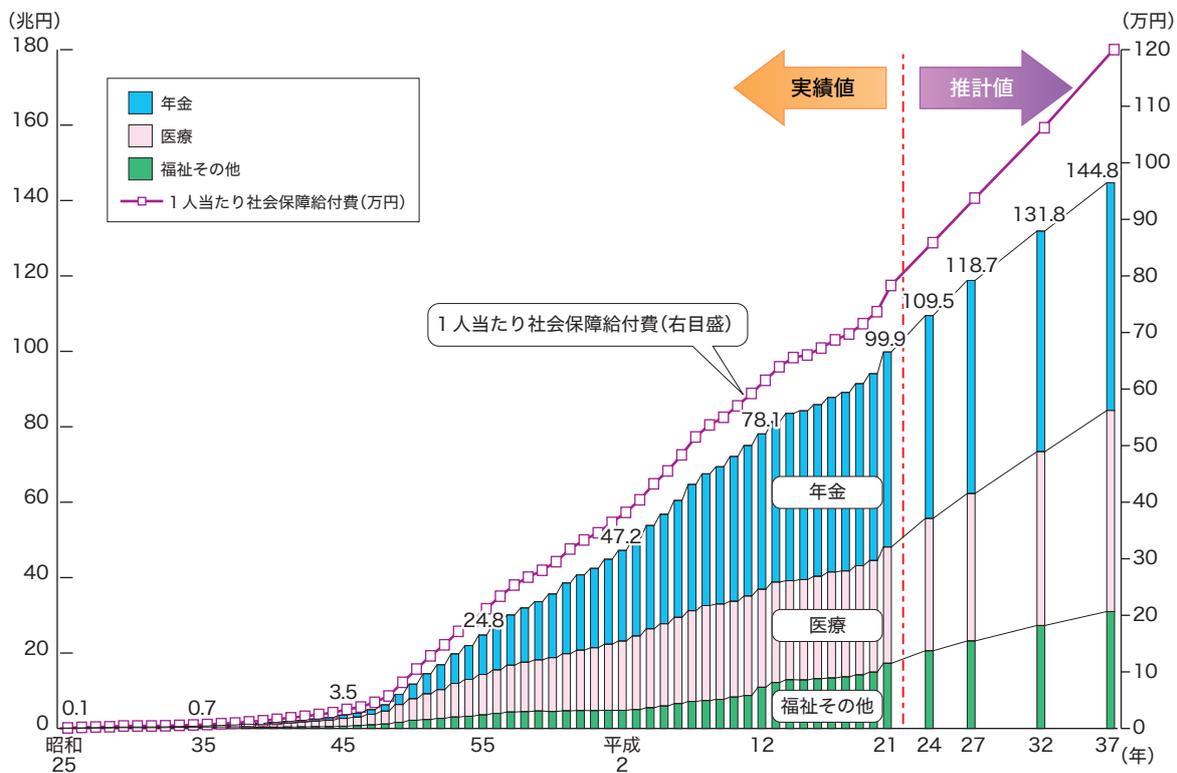
【図1-4】年齢階級別国民一人当たり医療費の状況



【資料:厚生労働省「平成22年度 国民医療費の概況」】

※2 医療介護について充実と重点化・効率化を行わず現状を投影した場合の推計値

(図1-5) 日本の社会保障給付費の推移と将来推計



| | 昭和45年 | 昭和55年 | 平成2年 | 平成12年 | 平成21年 | 平成24年 | 平成27年 | 平成32年 | 平成37年 |
|-----------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 給付費総額(兆円) | 3.5 | 24.8 | 47.2 | 78.1 | 99.9 | 109.5 | 118.7 | 131.8 | 144.8 |
| (内訳) 年金 | 0.9 | 10.5 | 24.0 | 41.2 | 51.7 | 53.8 | 56.5 | 58.5 | 60.4 |
| 医療 | 2.1 | 10.7 | 18.4 | 26.0 | 30.8 | 35.1 | 39.1 | 46.1 | 53.3 |
| 福祉その他 | 0.6 | 3.6 | 4.8 | 10.9 | 17.3 | 20.6 | 23.2 | 27.3 | 31.0 |

【資料:平成21年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、平成24年度から平成37年度は厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》」における現状投影シナリオの推計値から栃木県作成】

2 計画の概要

(1) 計画の基本的事項

目的

この計画は、県民の健康の保持・増進を推進するとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保することにより、医療に要する費用の適正化（医療費適正化）を総合的かつ計画的に推進することを目的としています。

性格

この計画は、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条の規定に基づき、厚生労働大臣の定める医療費適正化基本方針に即して策定する、本県の医療費適正化の総合的な推進に関する基本・実行計画です。

計画の期間

この計画は、平成25年度を初年度とし、平成29年度を目標年度とする5か年計画とします。

なお、計画期間中に大幅な制度の改正が行われた場合や社会情勢に大きな変化等が生じた場合には、必要に応じて計画の見直しを行うなど、弾力的に対応します。

(2) 具体的な対策の柱

この計画では、主に次に掲げる対策を行います。

◇県民の健康の保持・増進に関し、取り組むべき施策

- (1) 保険者による特定健康診査、特定保健指導の実施
- (2) 保険者協議会を活用した効果的な保健事業等の推進
- (3) 保険者による健康増進対策
- (4) 県・市町村による健康づくりの推進

◇医療の効率的な提供の推進に関し、取り組むべき施策

- (1) 医療機関の機能分化・連携の促進
- (2) 在宅医療・地域ケアの推進
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の安心使用の促進

(3) 他の計画との関係

栃木県保健医療計画(6期計画)との調和

栃木県保健医療計画(6期計画)は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病、並びに救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業、及び在宅医療について、発症から入院治療を経て、在宅等に戻るまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制を圏域ごとに明示するとともに、看取りの体制を含めた居宅等における医療までを見直した上で、病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分化と連携状況を明示し、地域住民に情報提供していくこととしています。

これらの取組によって、発症から診断、入院治療、リハビリ等の適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅等に戻ることが可能になれば、患者のQOL(生活の質)を高めつつ、トータルの入院期間を短縮することにつながります。

これらのことから、栃木県医療費適正化計画が目指す「良質かつ適切な医療の効率的な提供の推進」については、栃木県保健医療計画(6期計画)における「良質で効率的な医療の確保」及び「5疾病・5事業・在宅医療の医療連携体制」と調和を図りながら取り組むこととします。

栃木県健康増進計画「とちぎ健康21プラン(2期計画)」との調和

「とちぎ健康21プラン(2期計画)」は、本県の総合的な健康づくりの指針として、平成25年度から10年間の計画として策定をしました。今回の計画では、基本目標を「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」とし、「社会全体で健康づくりに取り組むことにより、県内のどの地域に住んでいても健康を実感し、とちぎで暮らすことに充実を感じながら、健康でいきいきとして歳を重ね暮らせることのできる、豊かで活力ある健康長寿社会」を目指していきます。

栃木県医療費適正化計画における「生活習慣病の予防対策」については、「とちぎ健康21プラン(2期計画)」における「生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底」「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」との調和を図りながら取り組むこととします。

栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21(五期計画)」との調和

栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21(五期計画)」では、平成24年度から平成26年度までの計画期間内に整備する介護保険施設等の整備数を示しています。

また、療養病床から介護老人保健施設への円滑な転換のために、助成金の交付や情報提供による医療機関の支援や入院患者と家族の相談体制等の充実を図ることとしています。

栃木県医療費適正化計画における「療養病床の転換支援」については、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21(五期計画)」における介護保険施設等の整備等に関する取組と調和を図りながら取り組むこととします。

第2章

医療費を取り巻く現状と課題

1 現状 2 課題

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状

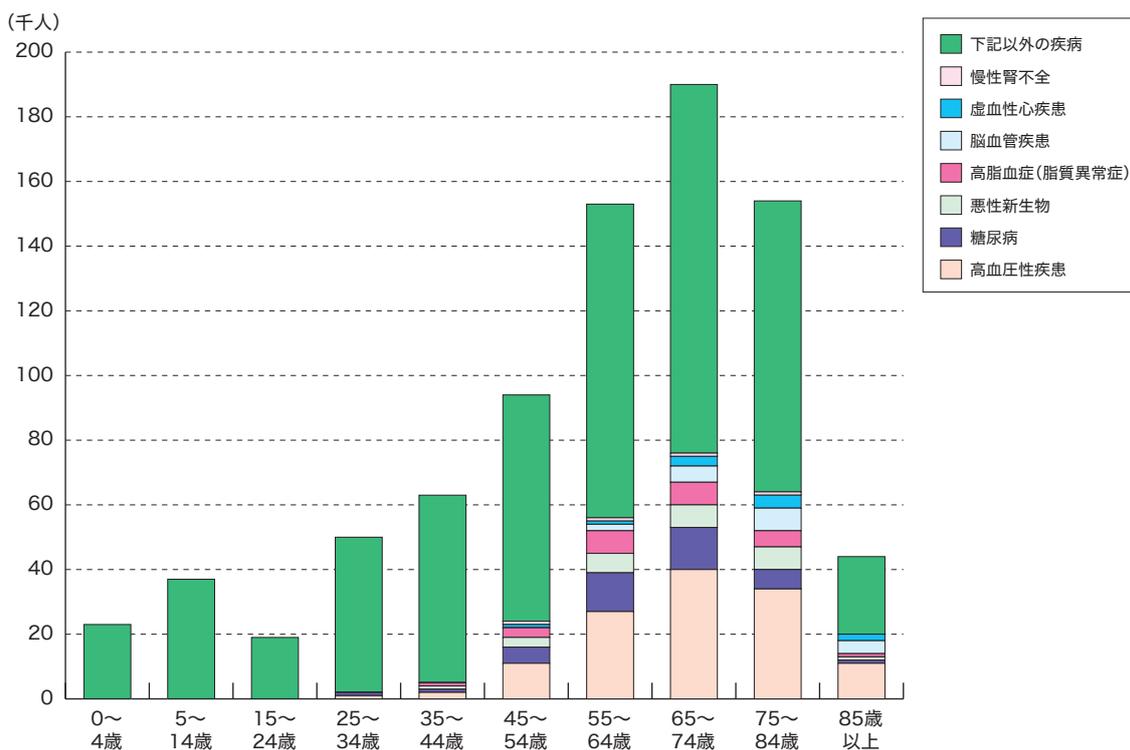
(1) 生活習慣病及びその予防対策の状況

① 生活習慣病患者

平成20年における県内の総患者数は約83万2千人であり、このうち生活習慣病^{※3}とされる疾病の総患者数は約24万9千人で約3割を占めています。年齢階級別に見ると、年齢が上がるにつれて総患者数に占める生活習慣病の患者数は増加し、65～74歳で約7万6千人と最多となっています。

生活習慣病患者を疾病別に見ると、高血圧性疾患が最多で約12万7千人、次いで糖尿病が約3万9千人となっています。

(図2-1) 生活習慣病に着目した本県の年齢階級別総患者数



【資料：厚生労働省「平成20年患者調査」】

※3 生活習慣病とは、食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群をいい、肥満症、高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病、虚血性心疾患、慢性腎臓病、脳血管疾患、悪性新生物などをいう。

生活習慣病の疾病別総患者数を平成17年と20年で比較すると、高血圧性疾患、糖尿病、高脂血症（脂質異常症）、虚血性心疾患で減少し、悪性新生物、慢性腎不全で増加しました。

(表2-1) 生活習慣病に着目した本県の総患者数の年次比較(平成17年～平成20年)

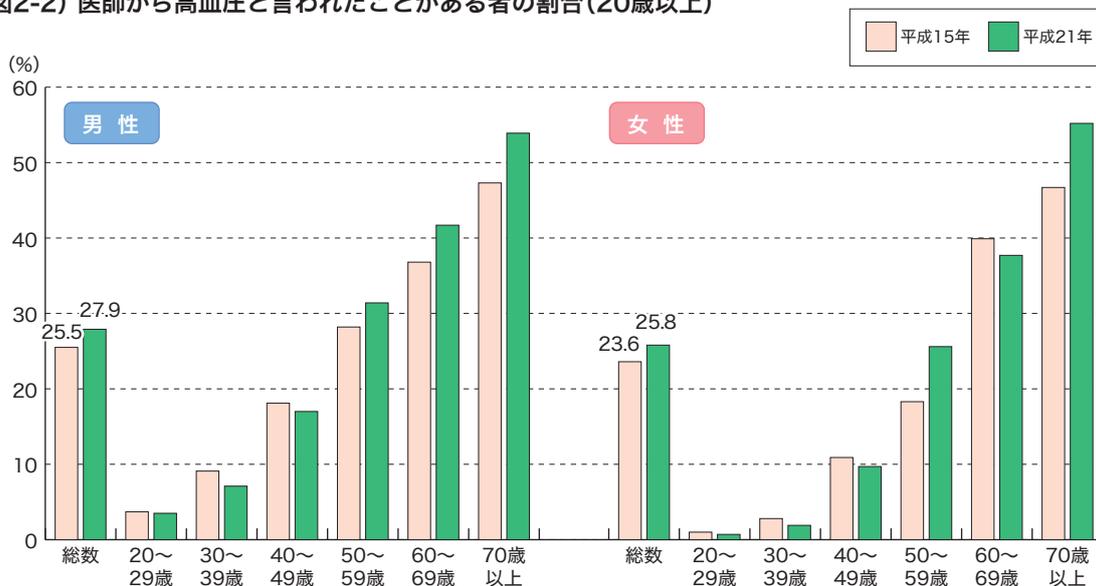
| | 高血圧性疾患 | 糖尿病 | 悪性新生物 | 高脂血症 (脂質異常症) | 脳血管疾患 | 虚血性心疾患 | 慢性腎不全 |
|-------|--------|-----|-------|-----------------|-------|--------|-------|
| 平成17年 | 165 | 42 | 22 | 25 | 19 | 16 | 2 |
| 平成20年 | 127 | 39 | 25 | 24 | 19 | 11 | 4 |

[千人]

【資料：厚生労働省「平成17年患者調査」、「平成20年患者調査」】

平成21年度栃木県県民健康・栄養調査では、医師から高血圧と言われたことがある者の割合は、20歳以上の男性で27.9%、女性で25.8%であり、平成15年度調査よりも増加しました。

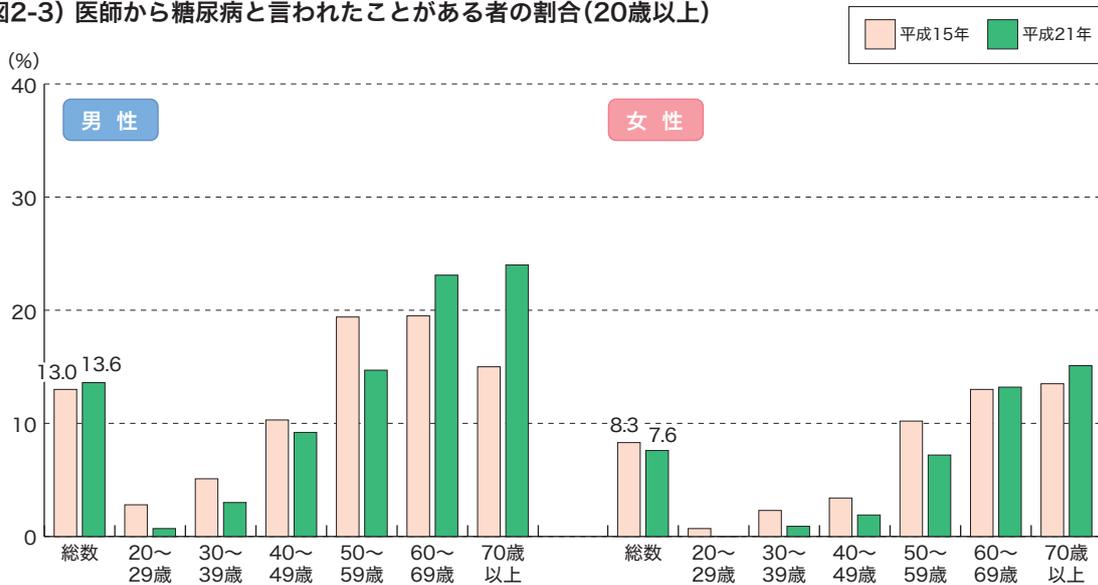
(図2-2) 医師から高血圧と言われたことがある者の割合(20歳以上)



【資料：栃木県「県民健康・栄養調査」】

また、医師から糖尿病と言われたことがある者の割合は、20歳以上の男性で13.6%、女性で7.6%であり、男性は平成15年度調査よりも増加しました。糖尿病と言われたことがある者のうち、治療を中断した割合は男性10.0%、女性5.9%、治療を受けたことがない割合は男性37.1%、女性23.5%でした。

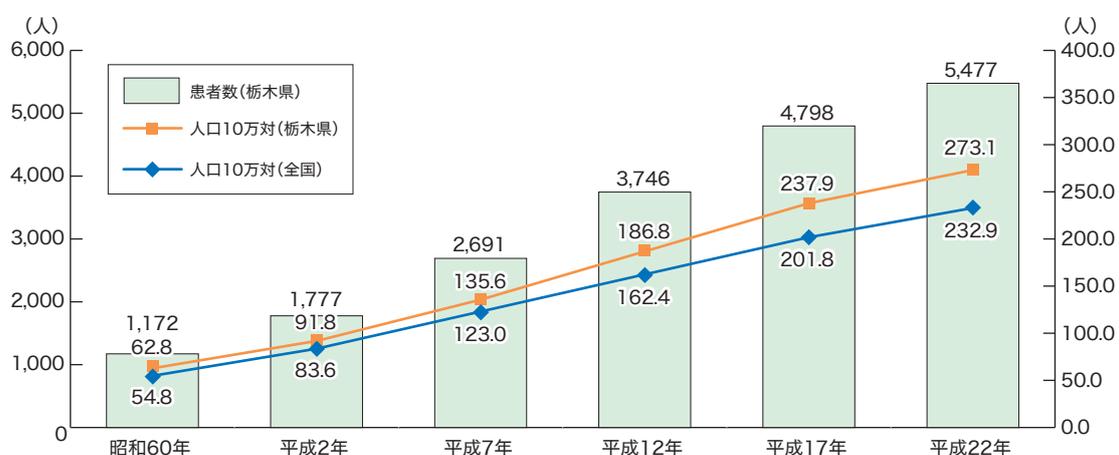
(図2-3) 医師から糖尿病と言われたことがある者の割合(20歳以上)



【資料：栃木県「県民健康・栄養調査」】

県内の慢性透析患者数は増加しており、平成22年の人口10万人当たりの患者数は273.1人と全国より多い状況です。近年、人工透析導入患者の原疾患の約4割は糖尿病腎症^{※4}ですが、糖尿病を未治療で放置すると、糖尿病腎症など慢性合併症が生じやすくなります。

(図2-4) 慢性透析患者数の年次推移



【資料：一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」、公益財団法人栃木県臓器移植推進協会調べ】

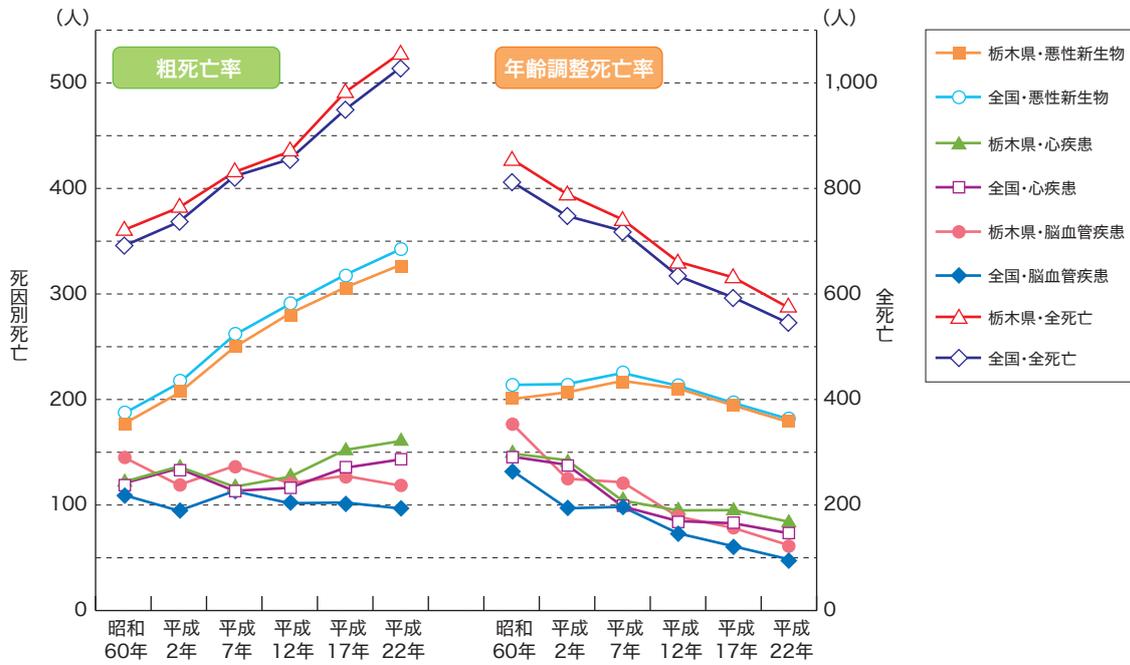
近年は高齢化の影響もあり、全国、本県ともに悪性新生物や心疾患を中心に、粗死亡率^{※5}は増加を続けています。年齢調整死亡率^{※6}は減少傾向にありますが、本県は特に脳血管疾患や心疾患で全国値を上回っており、全国ワーストレベルとなっています。

※4 糖尿病腎症は、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害とともに3大合併症のひとつであり、高血糖や高血圧の状態が長期間継続することで起こる。進行すると蛋白尿やむくみが現れ、人工透析が必要となる。

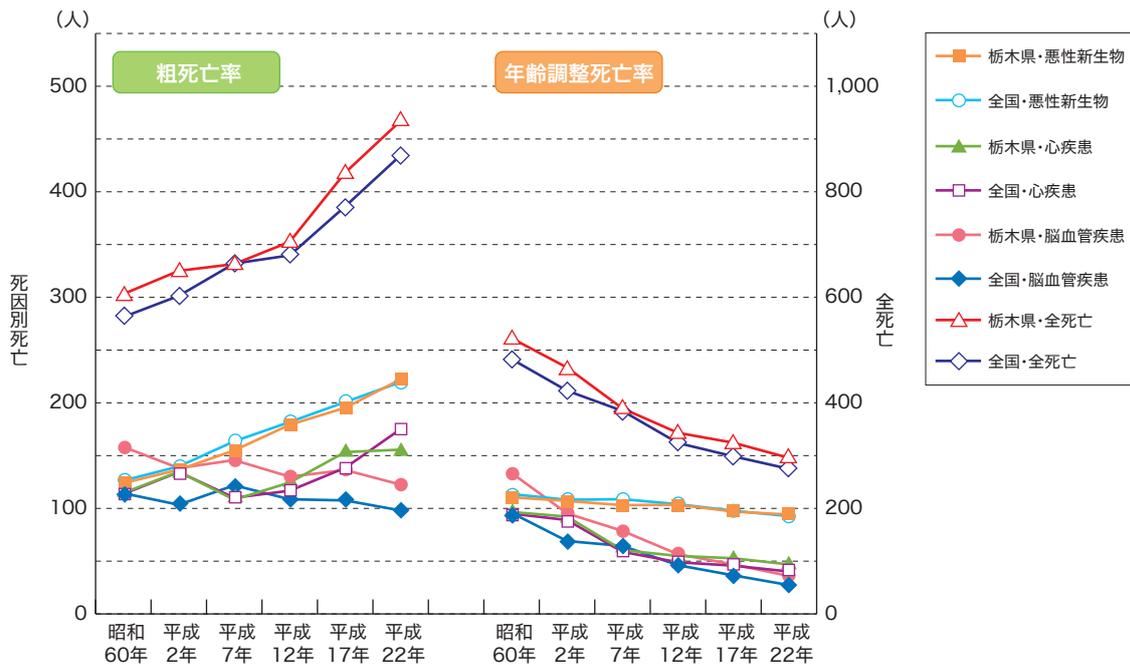
※5 粗死亡率は、人口あたりの死亡者数のことで、[死亡数/人口]で求められる。

※6 年齢調整死亡率は、人口構成の異なる集団間の比較のため、人口の年齢構成の影響を調整して計算される死亡率のこと。

(図2-5) 粗死亡率・年齢調整死亡率の年次推移(男性、人口10万対)



(図2-6) 粗死亡率・年齢調整死亡率の年次推移(女性、人口10万対)



【資料：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」】

② 生活習慣病予防対策

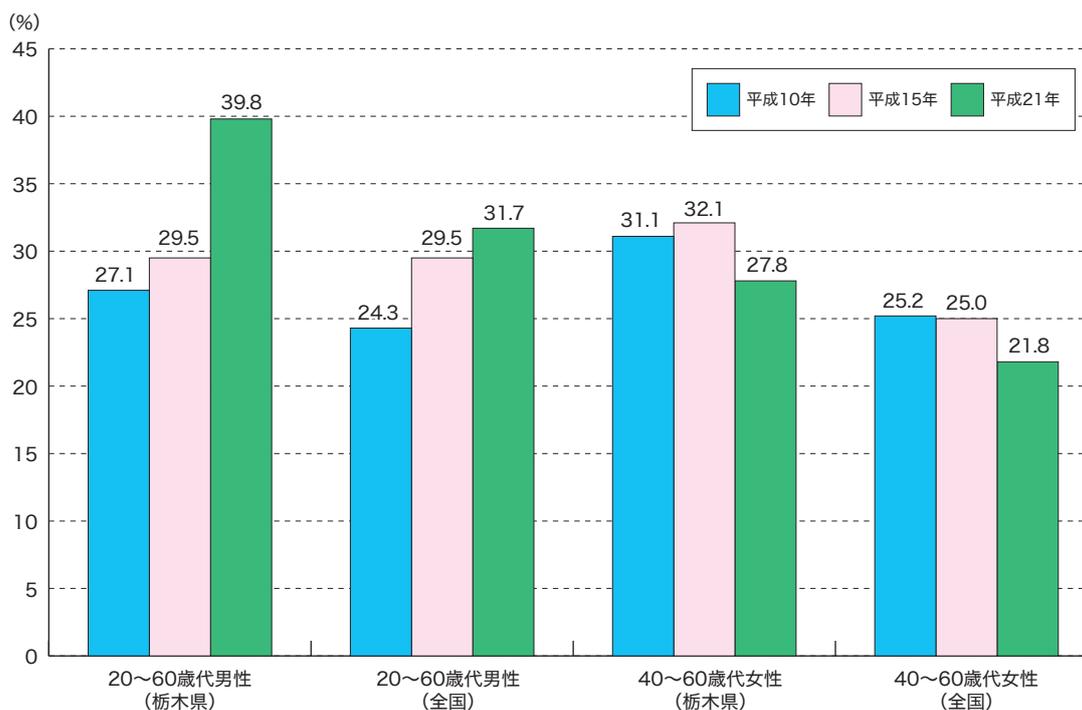
本県では、総合的な健康づくりの指針として、平成13年度から平成24年度まで、「とちぎ健康21プラン（1期計画）」に基づき、栄養・食生活、運動、休養、喫煙等の分野を中心に生活習慣病予防対策に取り組んできました。

「とちぎ健康21プラン（1期計画）」の最終評価（平成24年3月）において、指標が悪化するなど最も厳しい評価となったのは、「適正体重の維持」及び「日常生活における歩数」の2つでした。

「適正体重の維持」については、20～60歳代の男性の肥満の割合を15%以下とする目標だったにもかかわらず、直近値である平成21年度の実績は39.8%でした。また、「日常生活における歩数」についても、成人男性の目標値は9,200歩以上でしたが、直近値で7,298歩、成人女性でも目標値8,300歩以上に対し、直近値6,871歩と、特に壮年期において目標値を下回る傾向が顕著でした。

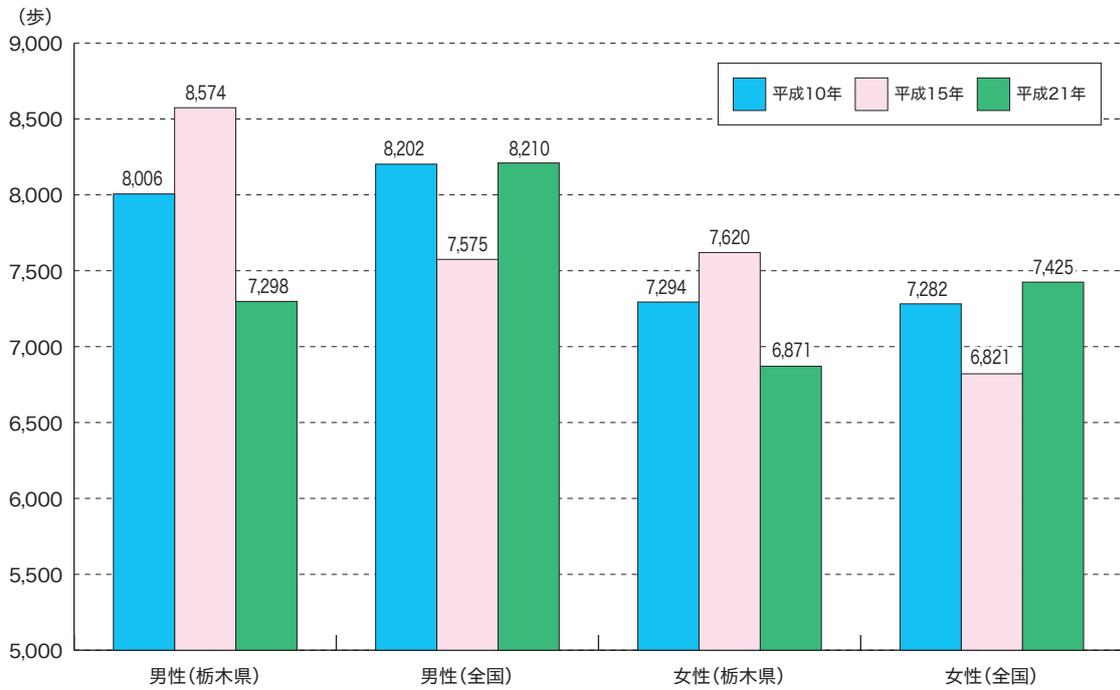
近年の「国民健康・栄養調査」の推移を見ても、本県は全国に比べ男性肥満者の割合が高いこと、女性の歩数が少ないこと、食塩摂取量が多いこと、習慣的に喫煙している者が多いことなどが明らかとなっています。

(図2-7) 肥満者の割合



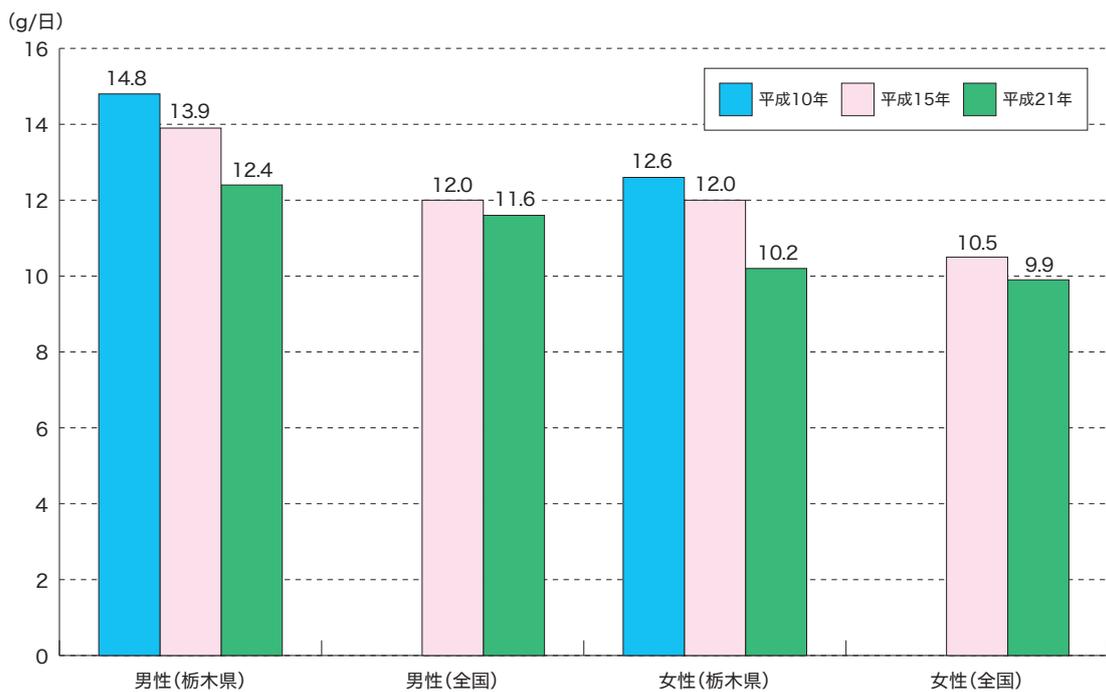
【資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

(図2-8) 日常生活における歩数(20歳～59歳)



【資料:厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

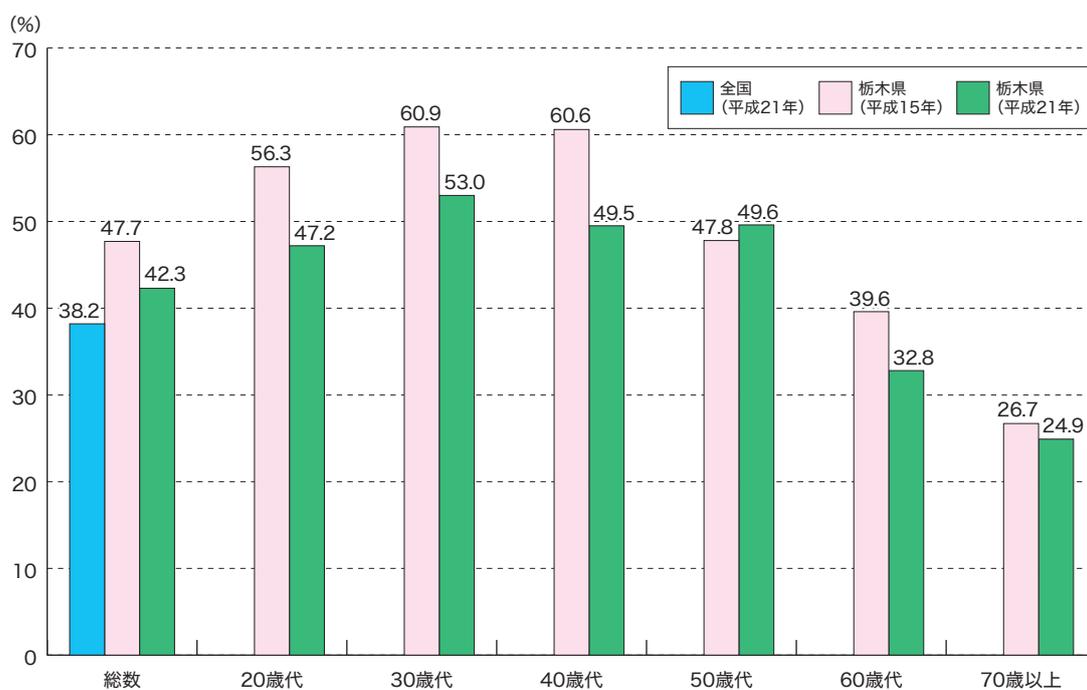
(図2-9) 食塩の摂取量



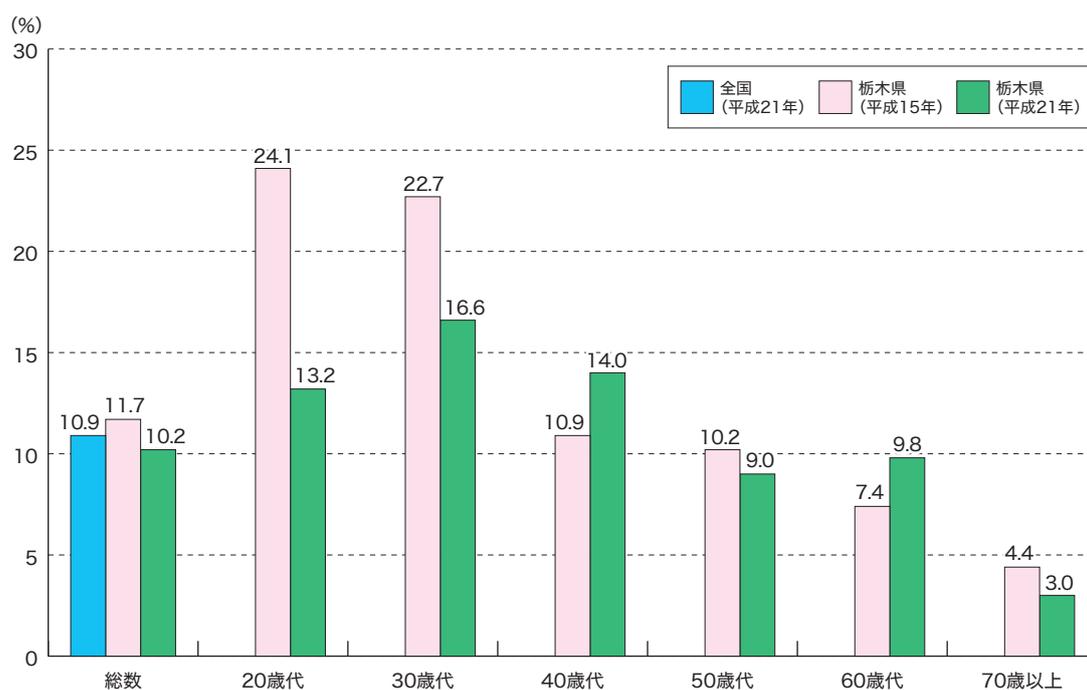
【資料:厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

(図2-10) 現在喫煙している者の割合(20歳以上)

男性



女性



【資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

③ 特定健康診査の実施状況

平成20年度から、40歳から74歳までの被保険者及び被扶養者に対する内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査の実施が保険者に義務付けられています。

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。

平成20年度から平成24年度までの1期計画における県全体の実施率の目標値は70%でしたが、実績は39.9%（平成22年度）で目標に届かない状況でした。

（表2-2）特定健康診査実施率の推移

| | | 全 国 | 栃木県 |
|--------|------|------------|---------|
| 平成20年度 | 対象者数 | 51,919,920 | 834,547 |
| | 受診者数 | 20,192,502 | 280,694 |
| | 実施率 | 38.9% | 33.6% |
| 平成21年度 | 対象者数 | 52,211,735 | 840,242 |
| | 受診者数 | 21,588,883 | 317,781 |
| | 実施率 | 41.3% | 37.8% |
| 平成22年度 | 対象者数 | 52,192,070 | 842,068 |
| | 受診者数 | 22,546,778 | 335,612 |
| | 実施率 | 43.2% | 39.9% |

【資料：全国は厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）」、栃木県は厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」】
※栃木県の値は、厚生労働省の平成25年3月8日提供データに基づく参考値

（表2-3）1期計画における特定健康診査実施率の目標値

| 県目標値 | 医療保険制度の種別 | | 保険者の目標値 |
|------|-------------------------------------|--------------|--|
| 70% | 健康保険組合 | 被扶養者比率が25%未満 | 80% |
| | | 被扶養者比率が25%以上 | 当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出 ※(0.85-0.2×被扶養者の割合)により得た値 |
| | 健康保険組合（総合型） 全国健康保険協会 国民健康保険組合 | | 70% |
| | 市町村国民健康保険 | | 65% |

④ 特定保健指導の実施状況

保険者には、特定健康診査の結果に基づき、生活習慣病リスクの判定（階層化）を行い、一定の基準に該当する者について、特定保健指導を行うことも義務付けられました。

1期計画における県全体の実施率の目標値は45%でしたが、実績は16.2%（平成22年度）で目標値を大きく下回る状況でした。

(表2-4) 特定保健指導実施率の推移

| | | 全 国 | 栃木県 |
|--------|------------|------------|---------|
| 平成20年度 | 特定健康診査受診者数 | 20,192,502 | 280,694 |
| | 保健指導対象者 | 4,010,717 | 55,628 |
| | 保健指導終了者 | 308,222 | 5,208 |
| | 保健指導実施率 | 7.7% | 9.4% |
| 平成21年度 | 特定健康診査受診者数 | 21,588,883 | 317,781 |
| | 保健指導対象者 | 4,086,952 | 60,593 |
| | 保健指導終了者 | 503,712 | 7,960 |
| | 保健指導実施率 | 12.3% | 13.1% |
| 平成22年度 | 特定健康診査受診者数 | 22,546,778 | 335,612 |
| | 保健指導対象者 | 4,125,690 | 61,151 |
| | 保健指導終了者 | 540,942 | 9,907 |
| | 保健指導実施率 | 13.1% | 16.2% |

【資料：全国は厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況(確報値)」、
栃木県は厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」】
※栃木県の値は、厚生労働省の平成25年3月8日提供データに基づく参考値

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

本県のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群（内科8学会の基準）の数（40歳～74歳）は、平成20年度が約237,000人、平成22年度が約243,000人と推計されています。

また、平成20年度比における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については、全国では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年度と比較して平成21年度は1.0%、平成22年度は1.5%減少しています。これに対して本県では、平成20年度と比較して平成21年度は2.7%、平成22年度は1.6%増加しています。

(表2-5) メタボリックシンドローム該当者及び予備群推計数等

| | メタボリックシンドローム 該当者及び予備群推計数(人) [40歳～74歳] | 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 (対 平成20年度比) | |
|--------|---|--|-------------------|
| | | 全 国 | 栃木県 |
| 平成20年度 | 約237,000人 | — | — |
| 平成21年度 | 約245,000人 | 1.0% | △2.7% (2.7%増加) |
| 平成22年度 | 約243,000人 | 1.5% | △1.6% (1.6%増加) |

メタボリックシンドローム該当者及び予備群推計数

・栃木県「栃木県毎月人口調査報告書」年齢別人口調査結果（市町別年齢別人口）を使用し、該当年のメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合から推計

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

・厚生労働省から配布されたツールを使用し算出

※推計の基礎としたメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合は、厚生労働省の平成25年3月8日提供データに基づく参考値

(2) 医療資源の状況

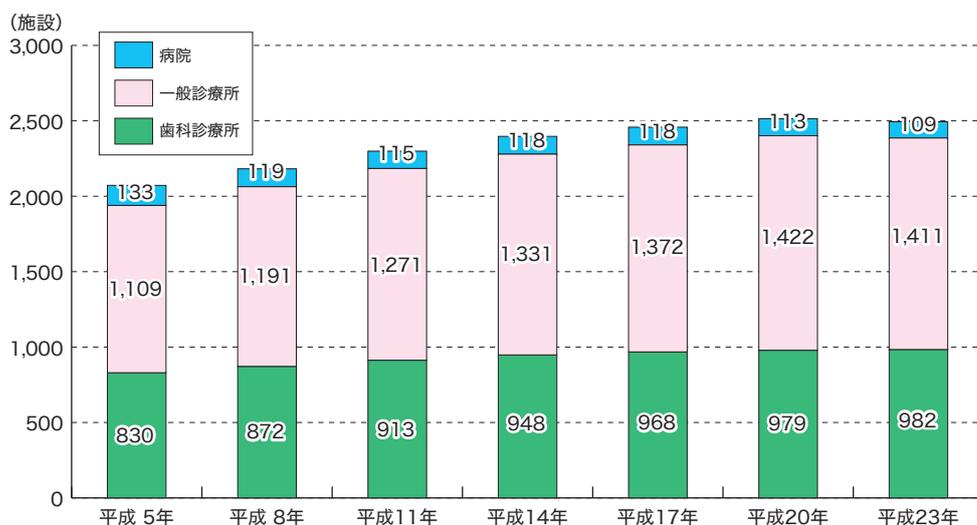
① 医療施設

本県の病院数は、平成5年以降、年によって若干の変動はあるものの、全体としては減少傾向にあります。一般診療所数は、一貫して増加傾向にありましたが、平成23年には減少しています。

一方で、歯科診療所数については、増加傾向が続いています。

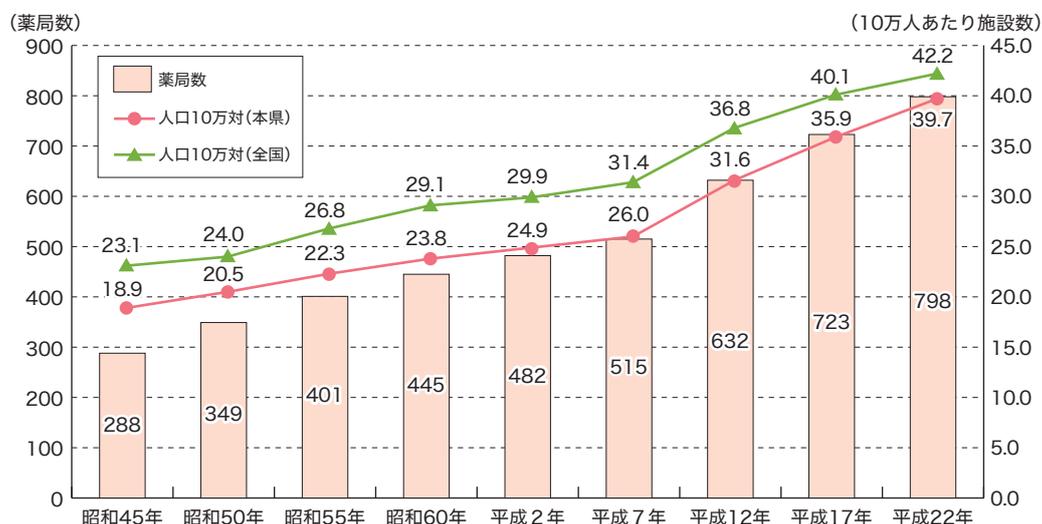
薬局数も年々増加していますが、人口10万人当たりで比較すると、本県は全国平均を下回っています。

(図2-11) 本県の医療施設数の年次推移



【資料：厚生労働省「平成23年医療施設調査」】

(図2-12) 薬局数の年次推移



【資料：厚生労働省「衛生行政報告例」】

② 医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護職員数)

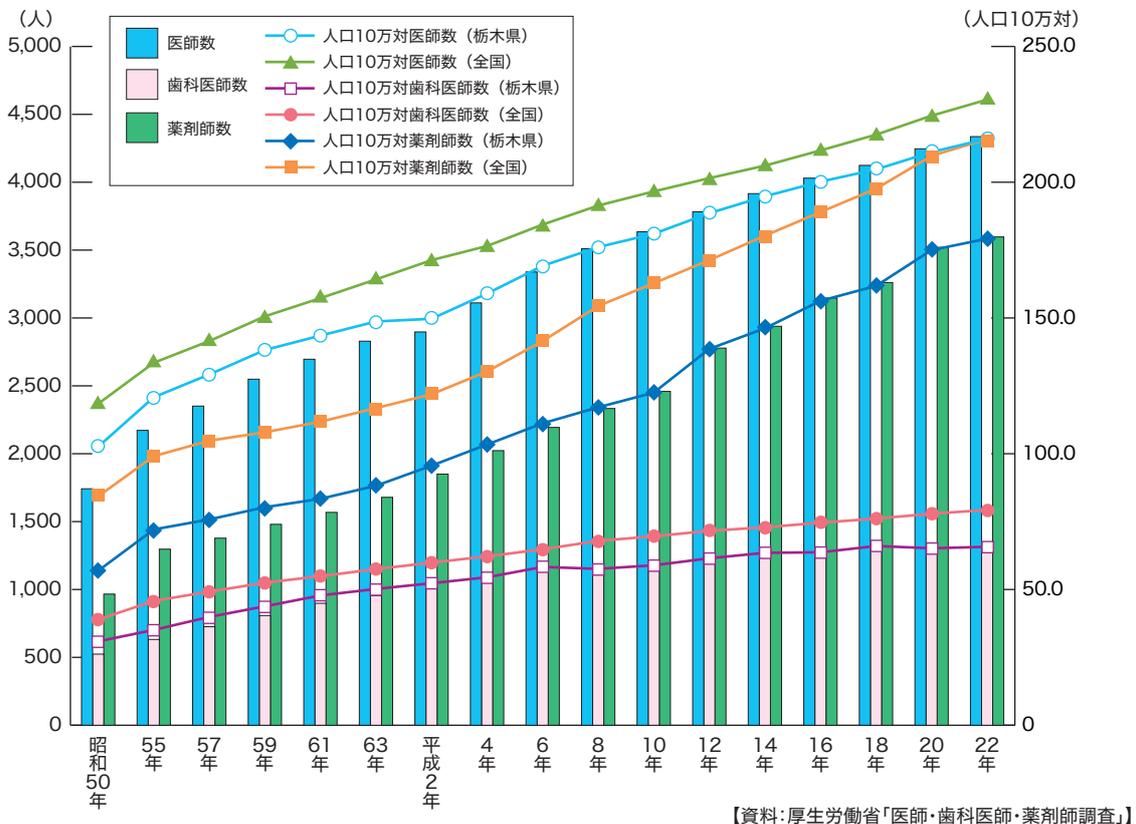
本県の医療従事者数の年次推移を見ると、医師数は年々増加していますが、人口10万人当たりの医師数では、本県は全国平均を下回り、都道府県別では中位から下位にあります※7。

歯科医師数は、緩やかに増加していますが、人口10万人当たりの歯科医師数では、全国平均を下回っています。

薬剤師数は、年々増加していますが、人口10万人当たりの薬剤師数では、全国平均を下回っています。

看護職員数も、年々増加しています。人口10万人当たりの看護職員数を各職種別に見ると、保健師、准看護師は全国平均を上回っていますが、助産師、看護師は全国平均を下回っています※8。

(図2-13) 本県の医師・歯科医師・薬剤師数の年次推移



※7 P87資料集「都道府県別人口10万対医師数の状況」を参照

※8 P88資料集「保健師数・助産師数・看護師数・准看護師数の年次推移」を参照

③ 病床数

本県の病院の病床数は、平成2年までは増加傾向にありましたが、それ以降は、ほぼ横ばいで推移しています。一方で、一般診療所の病床数は、平成5年以降減少しており、特に平成11年以降は大幅に減少しています。

また、病院における病床の種類毎に病床数の年次推移を見ると、平成17年までの間、一般病床が減少し、療養病床が大幅に増加しています。

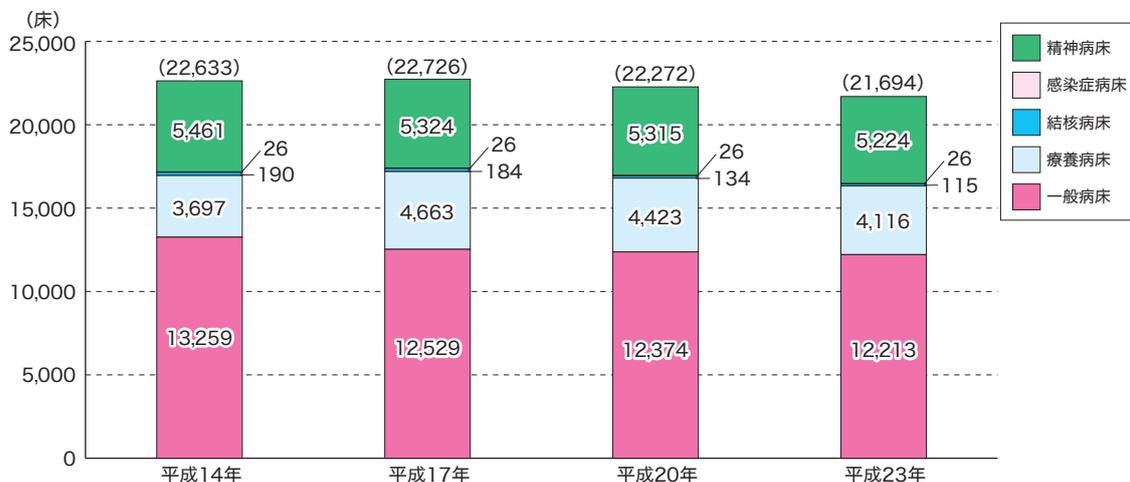
なお、人口10万人当たりの病床数では、本県は一般病床が610.7床、療養病床が205.8床、精神病床が261.2床と、いずれも全国平均を下回っています^{※9}。

【図2-14】 本県の医療機関における病床数の年次推移



【資料：厚生労働省「平成23年医療施設調査」】

【図2-15】 本県の病院における病床の種類毎の病床数の年次推移



【資料：厚生労働省「平成23年医療施設調査」】

※平成14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

※9 P89資料集「都道府県別人口10万対病床数」を参照

(3) 平均在院日数

厚生労働省の平成23年病院報告によると、本県の全病床の平均在院日数は33.6日で、全国平均の32.0日より1.6日長く、最短の東京都の24.7日とは8.9日の差があります。

また、介護保険適用の療養病床（療養病床のうち、改正前の介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下「介護療養病床」という。）を除いた病床の平均在院日数は、32.6日と、全国平均の30.4日より2.2日長く、最短の東京都の23.3日とは9.3日の差があります。

病床毎の平均在院日数で見ると、一般病床、精神病床、療養病床、介護療養病床のいずれも本県は全国平均を上回っています^{※10}。

年齢階級別の平均在院日数（全病床）については、年齢が高くなるにつれて平均在院日数が長くなる傾向があります^{※11}。

厚生労働省の平成20年患者調査によると、生活習慣病に着目した平均在院日数では、脳血管疾患の平均在院日数が104.3日と、他の疾患に比べて大幅に長くなっています^{※12}。

(図2-16) 都道府県別平均在院日数



【資料：厚生労働省「平成23年病院報告」】

※10 P90資料集「都道府県別平均在院日数」を参照
 ※11 P91資料集「年齢階級別退院患者の平均在院日数の状況」を参照
 ※12 P91資料集「生活習慣病に着目した傷病別退院患者の平均在院日数の状況」を参照

(4) 在宅医療

① 在宅医療に関する意識

平成22年5～6月に実施した栃木県政世論調査において、在宅医療に関する県民の意識を聞いたところ、次のような結果が得られました。

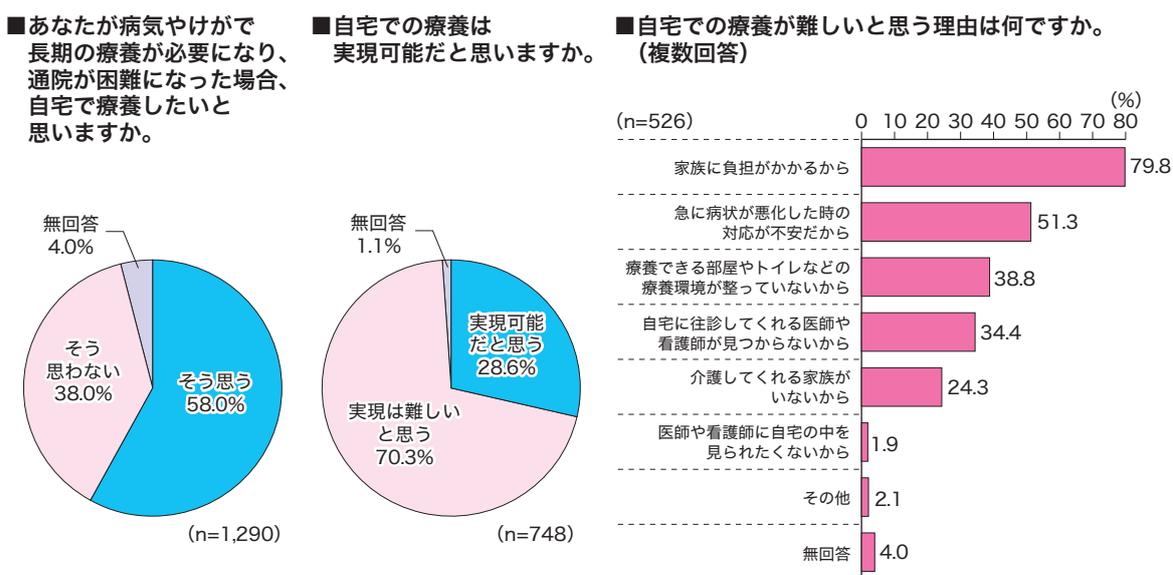
「長期の療養が必要となったときに自宅での療養を希望するか」という設問については、全体では、「そう思う」が6割近く、「そう思わない」が4割近くとなっています。

「自宅での療養は実現可能だと思うか」との設問に対する考えについては、全体では、「実現は難しいと思う」が7割、「実現可能だと思う」が3割近くとなっています。

自宅療養が難しい理由については、「家族に負担がかかるから」がほぼ8割と最も多く、次いで「急に病状が悪化した時の対応が不安だから」「療養できる部屋やトイレなどの療養環境が整っていないから」「自宅に往診してくれる医師や看護師が見つからないから」の順となっています。

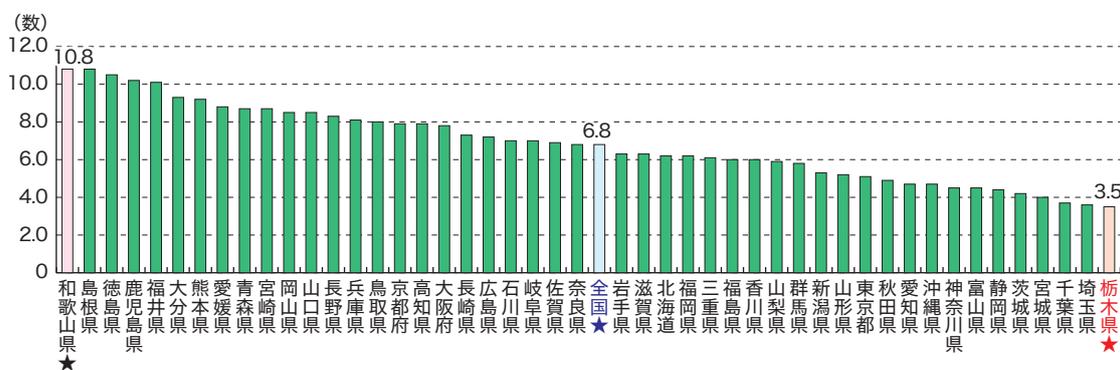
県政世論調査の結果からは、自宅療養を望んでいても、家族への負担や医療提供体制への不安から実現は難しいと考えている県民の意識が伺えます。

(図2-17) 在宅医療に関する県民の意識



【資料：栃木県「平成22年度県政世論調査」】

(図2-20) 人口10万人当たりの都道府県別訪問看護事業所数

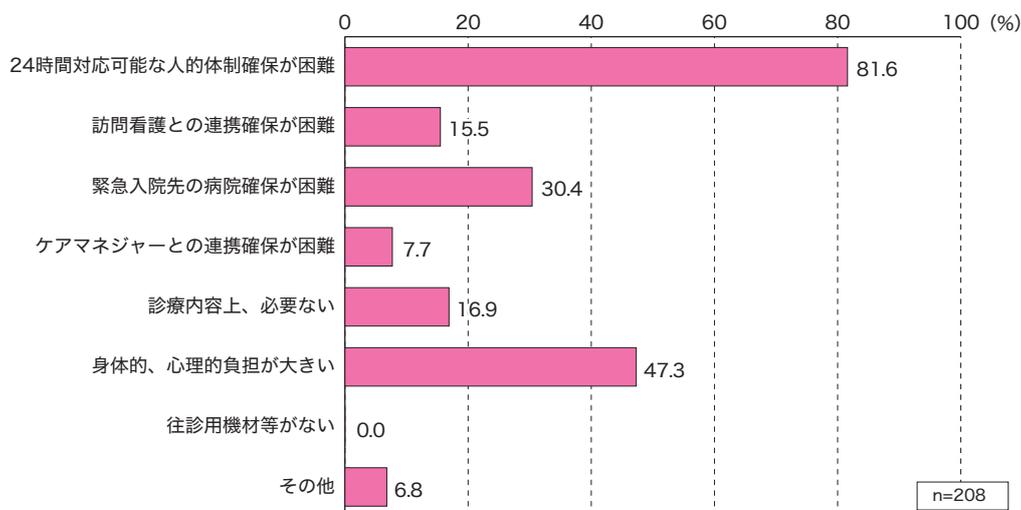


【資料：平成22年介護給付費実態調査及び平成22年人口動態調査より厚生労働省作成】

また、栃木県在宅医療実態調査（平成23年度）によると、一般診療所が在宅医療実施に係る届出を行っていない理由については、「24時間対応可能な人的体制確保が困難」が8割近くとなっています。

提供体制の充実に向けては、マンパワーの確保や連携体制の構築が必要となっています。

(図2-21) 在宅医療実施に係る届出を行っていない理由[一般診療所](複数回答)



【資料：栃木県在宅医療実態調査(平成23年度)】

(5) 後期高齢者の外来受療行動

後期高齢者については、加齢に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化や複数疾病の罹患といった特性があり、複数の医療機関への受診や医療機関への頻繁な受診の傾向が見られます。

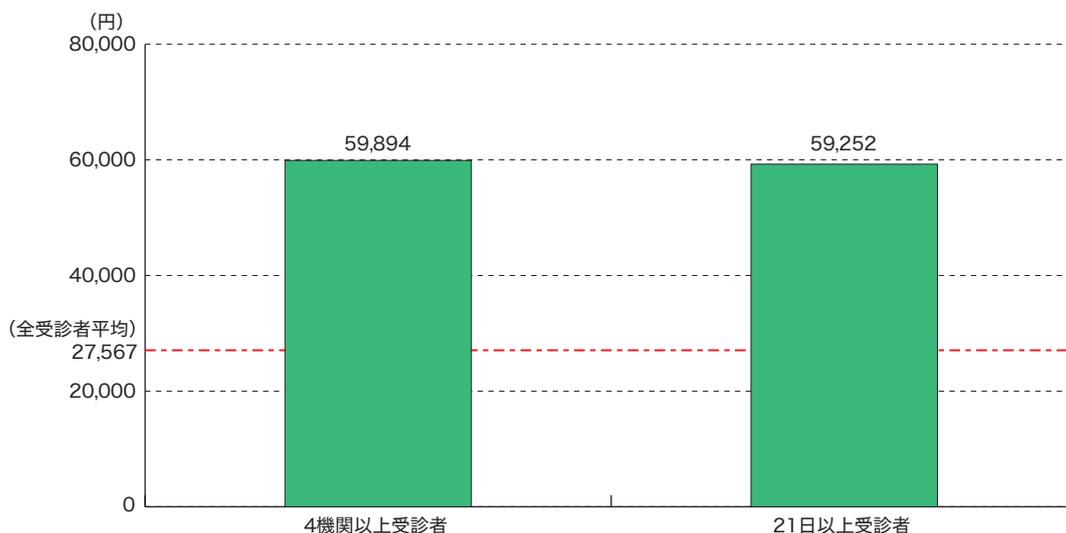
後期高齢者の受療行動等を把握するため、本県の後期高齢者医療受給対象者（以下「後期高齢者」という。）約22万人の平成24年7月の1か月間の診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）を基に、独自の調査を実施しました。

分析の結果、後期高齢者の約8割に当たる187,352人が、医療機関（医科）を受診しています。このうち、4以上の医療機関（医科）を受診していた後期高齢者の数は5,414人でした。これは、受診した後期高齢者全体の約2%となっており、1か月間の一人当たり医療費は59,894円で、受診した後期高齢者全体の一人当たり医療費の2倍を超えています。

また、1か月のうち21日以上医療機関（医科）を受診した後期高齢者の数は599人で、受診した後期高齢者全体の約0.3%となっており、一人当たりの医療費は59,252円でした。これも、受診した後期高齢者全体の一人当たり医療費の2倍を超えています。

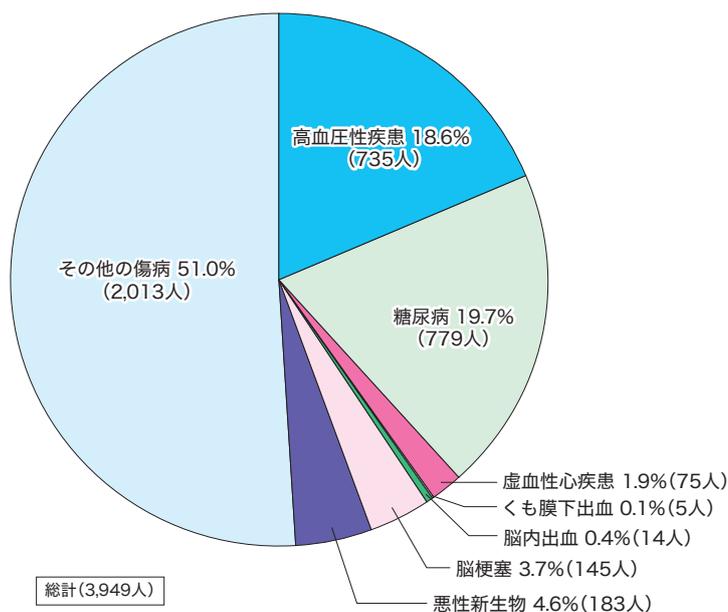
また、疾病別の状況をみると、3,949人の後期高齢者が同一疾病で複数の医療機関を受診しており、糖尿病や高血圧性疾患といった生活習慣病に罹患する後期高齢者が複数の医療機関を受診する割合が高い傾向が見受けられます。

(図2-22) 外来受療行動別一人当たり後期高齢者医療費/月



【平成24年7月に栃木県国民健康保険団体連合会で電算処理されたレセプトデータによる調査】

(図2-23) 同一疾病で複数の医療機関を受診する後期高齢者の疾病の状況



【平成24年7月に栃木県国民健康保険団体連合会で電算処理されたレセプトデータによる調査】

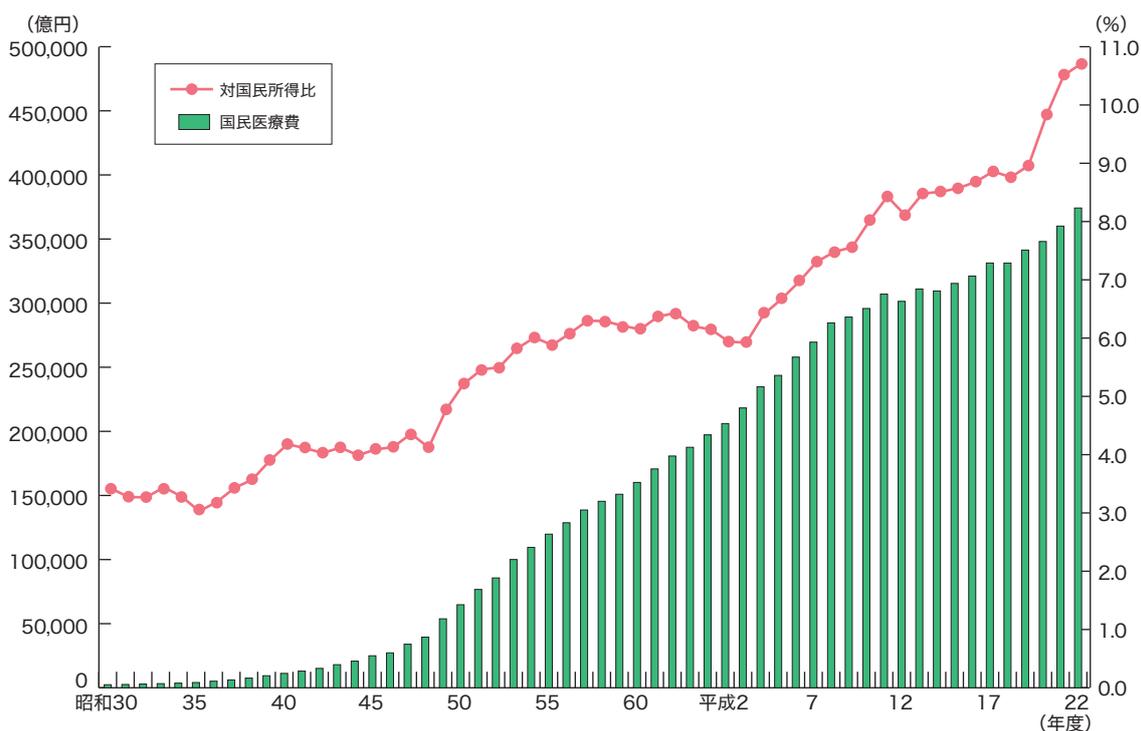
(6) 医療費の動向

① 全国の医療費の状況

国民医療費は年々増加し、平成7年から平成22年までの15年間で27兆円から37.4兆円と10.4兆円（38.5%）増加しています。中でも後期高齢者^{※13}医療費は、この15年間で8.9兆円から12.7兆円と3.8兆円（42.7%）増加しており、同時期の国民医療費の伸び率を大きく上回っています。

なお、国民医療費は、患者負担の引き上げや診療報酬・薬価改定などの制度改正の影響がない場合、対前年比で3%から4%の伸びが見られます。

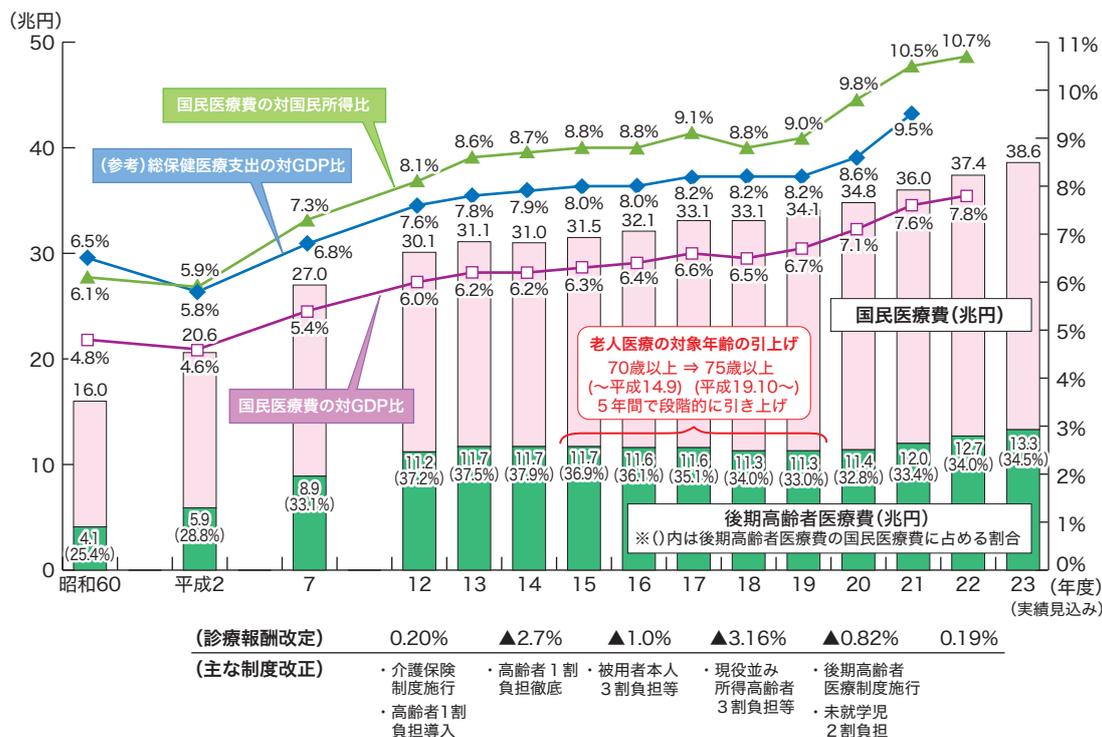
(図2-24) 国民医療費の年次推移と国民所得に対する割合



【資料：厚生労働省「平成22年度国民医療費」】

※13 本計画で「後期高齢者」と記載した場合、平成20年3月以前は、老人保健法による老人医療受給対象者を指すものとする。

(図2-25) 医療費の動向



〈対前年度伸び率〉

(%)

| | 昭和60 | 平成2 | 7 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|----------|------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|------|-----|------|------|-----|-----|
| 国民医療費 | 6.1 | 4.5 | 4.5 | ▲1.8 | 3.2 | ▲0.5 | 1.9 | 1.8 | 3.2 | 0.0 | 3.0 | 2.0 | 3.4 | 3.9 | 3.7 |
| 後期高齢者医療費 | 12.7 | 6.6 | 9.3 | ▲5.1 | 4.1 | 0.6 | ▲0.7 | ▲0.7 | 0.6 | ▲3.3 | 0.1 | 1.2 | 5.2 | 5.9 | 4.6 |
| 国民所得 | 7.2 | 8.1 | ▲0.3 | 2.0 | ▲1.4 | ▲0.8 | 1.2 | 0.5 | 1.1 | 1.1 | 0.8 | ▲6.9 | ▲3.5 | 2.0 | - |
| GDP | 7.2 | 8.6 | 1.7 | 0.9 | ▲0.5 | ▲0.7 | 0.8 | 0.2 | 0.5 | 0.7 | 0.8 | ▲4.6 | ▲3.2 | 1.1 | - |

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(平成23.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。平成22年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 平成23年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

【資料：厚生労働省保険局調査課「医療費の動向(平成22年度)」より栃木県作成】

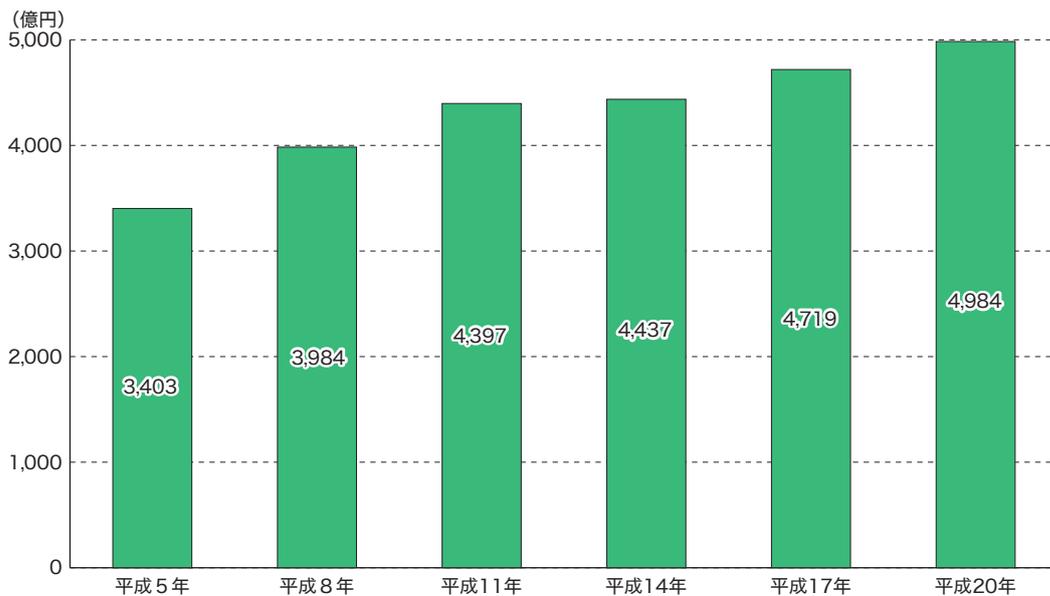
② 本県の医療費の状況

厚生労働省が3年に一度公表している、国民医療費の都道府県別医療費によれば、本県の医療費は、平成5年度には3,403億円でしたが、平成20年度には4,984億円となり、15年間で1,581億円、46.5%増加しています。この伸び率は、同年度間の国民医療費全体の伸び率42.9%と比較して、3.6ポイント高くなっています。

また、本県の一人当たり医療費は248千円で、全国平均の273千円より少なくなっています。これを、入院・外来別に見ると、本県は、入院は85千円で、全国平均の100千円より少ないものの、外来は104千円で、全国平均の103千円より多くなっています※14。

栃木県国民健康保険団体連合会が、平成23年6月審査分として取扱った県内全保険者（市町）に係る国民健康保険のレセプト（医科・歯科）によると、30歳代から糖尿病、40歳代から高血圧性疾患や脳血管疾患、50歳代から脂質異常症や虚血性心疾患の医療費が増え始めるなど、年齢が高くなるにつれて医療費に占める生活習慣病の割合が高くなっています。

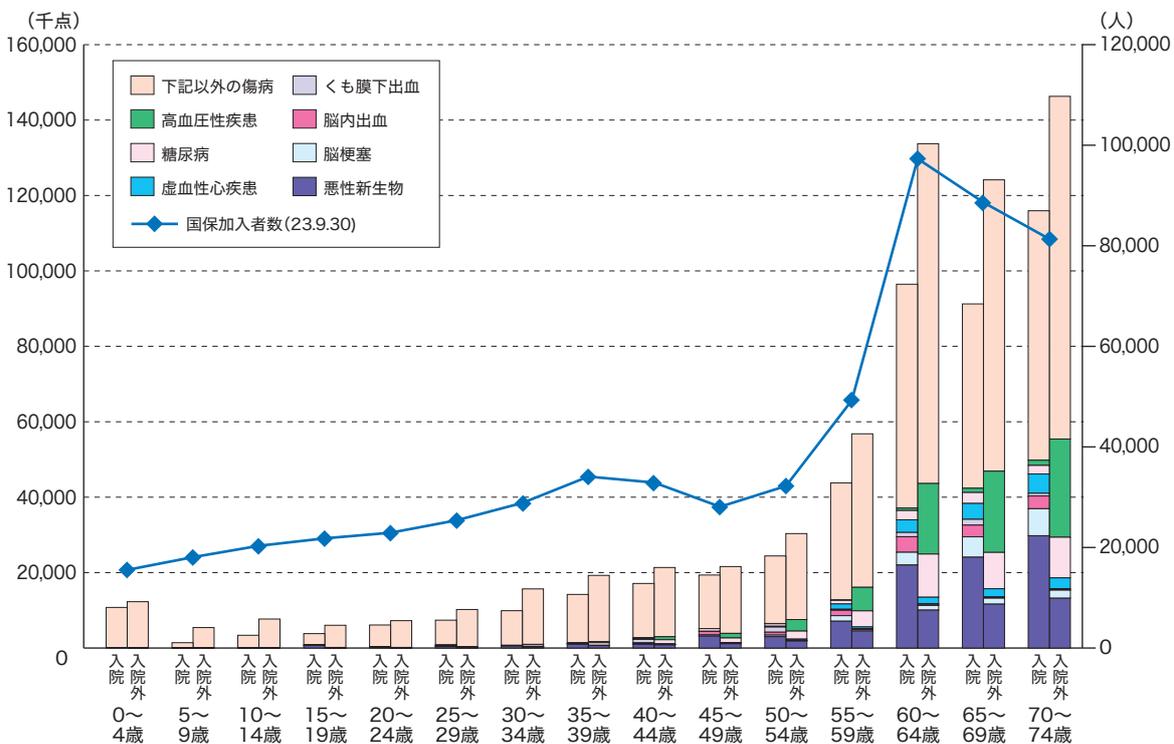
(図2-26) 本県の医療費の推移



【資料：厚生労働省「国民医療費」都道府県別医療費】

※14 P92資料集「一人当たり国民医療費の全国比較」を参照

(図2-27) 本縣市町村国保における生活習慣病に着目した年齢階級別入院・入院外医療費



【資料：栃木県国民健康保険団体連合会「平成23年度国民健康保険疾病分類統計表・平成23年6月審査分」に基づき栃木県作成】

③ 本県の後期高齢者医療費の状況

本県の後期高齢者医療受給対象者の数及び後期高齢者医療費の額は、昭和58年度の老人保健制度の施行以降、増加傾向にありましたが、平成12年度に介護保険制度が導入され、老人保健施設療養費等が廃止されたため、後期高齢者医療費は減少しています。

また、平成14年度から対象年齢が70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に上げられ、対象者数が減少した結果、平成14年度以降、後期高齢者医療費は減少傾向にありました。

その後、高齢化の進行に伴う医療費の増大が見込まれる中、高齢者と若年世代の負担の明確化を図る観点から、平成20年度に75歳以上を対象にした後期高齢者医療制度が施行されました。施行後、後期高齢者の数は年々増加し、後期高齢者医療費の額も増加しています。

平成22年度の状況を昭和58年度の制度施行時と比較すると、後期高齢者の数は約2倍、後期高齢者医療費の額は約4倍となっています。

本県の一人当たり後期高齢者医療費は、老人保健制度の施行以来、一貫して全国平均を下回っており、平成22年度では本県は798,162円、全国平均は904,795円となっています。しかしながら、老人保健制度施行時と平成22年度とで比較すると、約2倍に増加しています^{※15}。

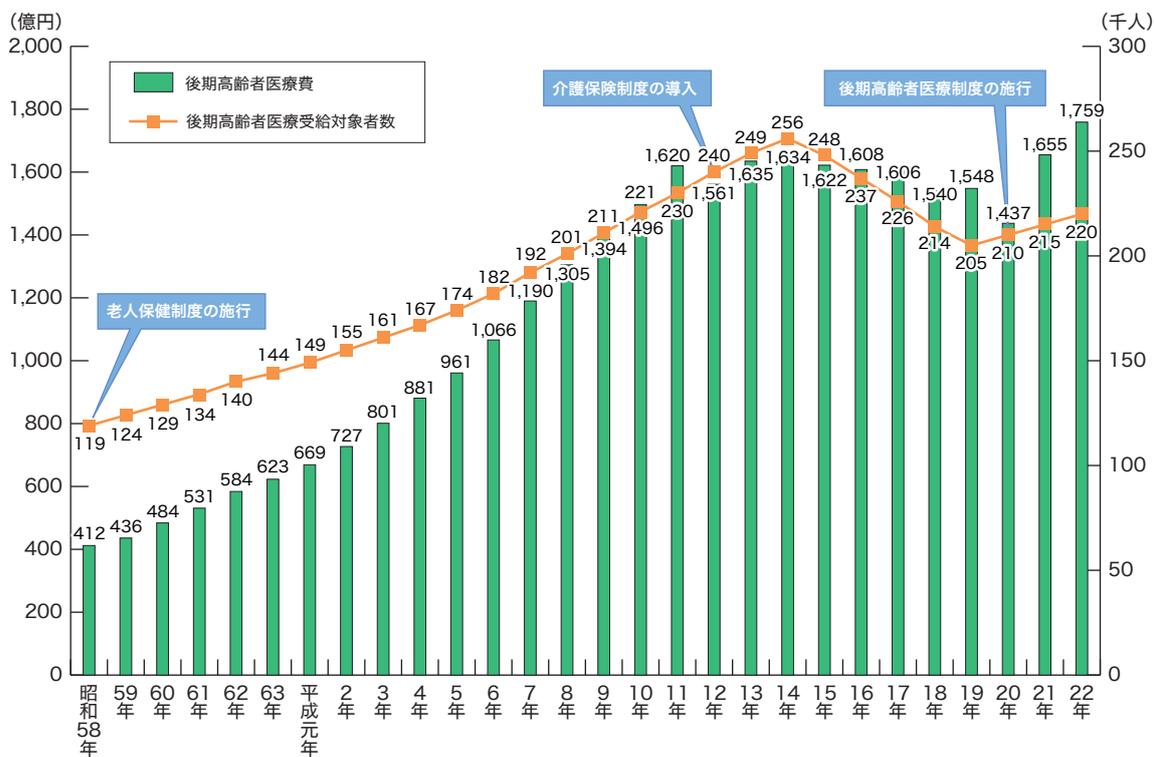
また、入院、外来及び歯科別に見ると、本県はいずれも全国平均を下回っています。特に入院に係る医療費は、全国と比べて74,798円少なくなっています^{※16}。

栃木県国民健康保険団体連合会が平成23年6月審査で決定した後期高齢者医療診療報酬明細書（医科・歯科）に基づく疾病別分類によると、高血圧性疾患、悪性新生物、脳梗塞、糖尿病といった生活習慣病の占める割合が高くなっています。

※15 P93資料集「一人当たり後期高齢者医療費の推移」を参照

※16 P93資料集「本県の一人当たり後期高齢者医療費(入院・外来・歯科別)」を参照

(図2-28) 本県の後期高齢者医療受給対象者数と後期高齢者医療費の推移

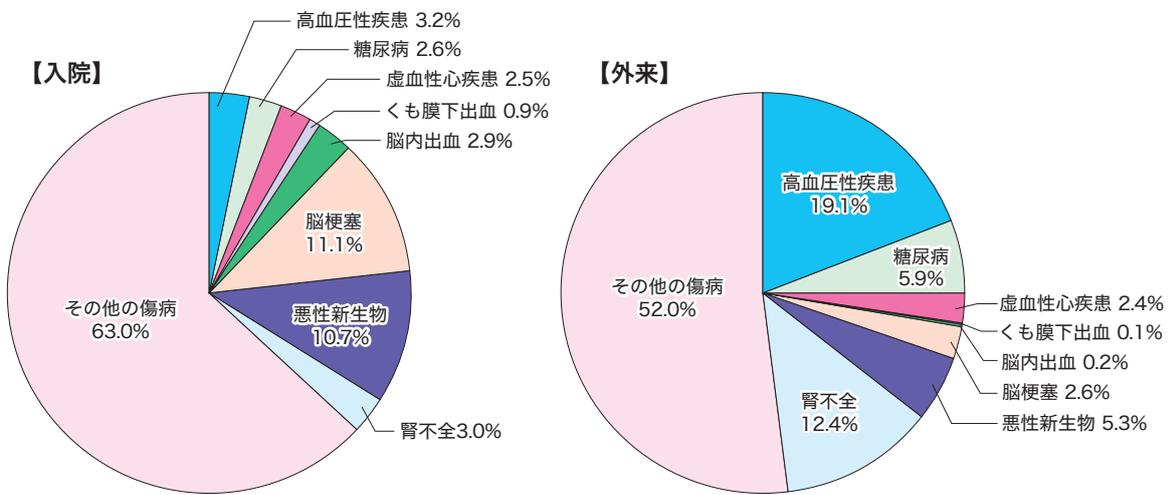


【資料：厚生労働省「老人医療事業年報及び後期高齢者医療事業年報」】

疾病別の医療費については、入院では、脳梗塞に係る医療費が最も高く11.1%を占め、次に、悪性新生物に係る医療費が10.7%を占めています。

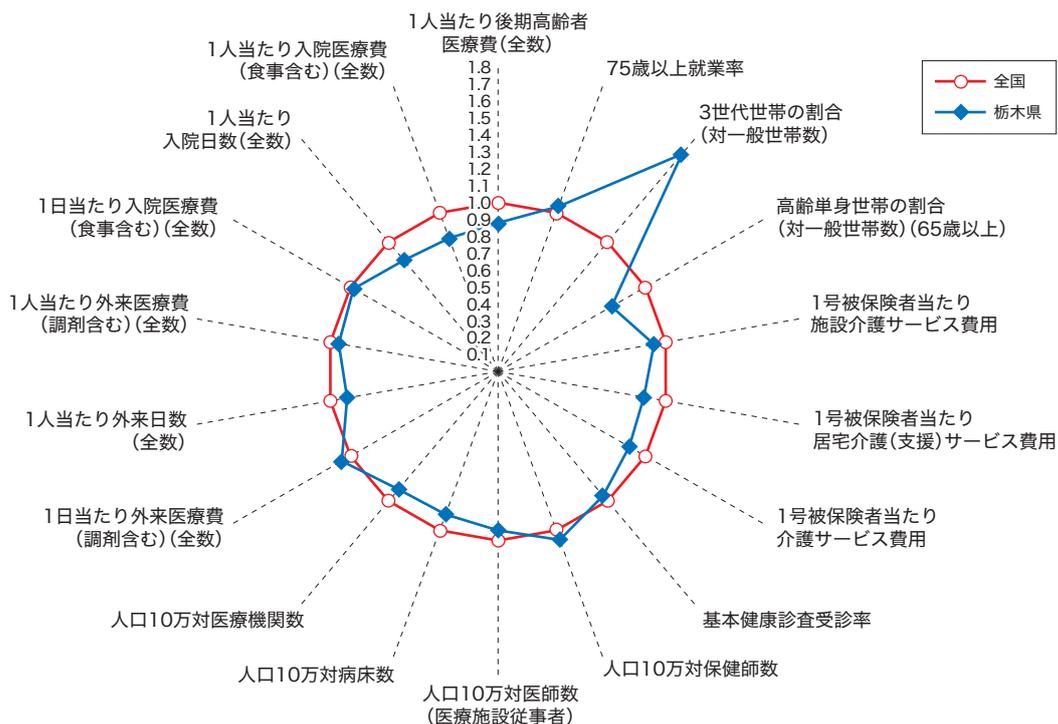
一方、外来では、高血圧性疾患に係る医療費が最も高く19.1%を占め、次に、腎不全に係る医療費が12.4%を占めています。

(図2-29) 本県の疾病別後期高齢者医療費



【資料：栃木県後期高齢者医療広域連合「平成23年度後期高齢者医療疾病分類統計表・平成23年6月審査分」に基づき栃木県作成】

(図2-30) 後期高齢者医療費と関連する事項(全国との比較)



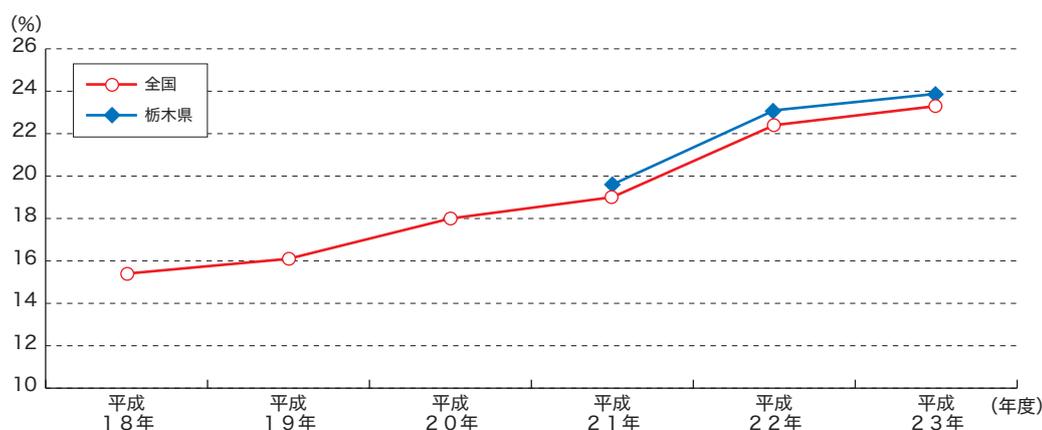
【資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」等により栃木県作成】

(7) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の状況

厚生労働省の「調剤医療費の動向調査」によると、全国における後発医薬品割合（数量ベース）は、平成18年度は15.4%、平成21年度は19.0%でしたが、平成23年度には23.4%に増加しています。栃木県における後発医薬品割合（数量ベース）は、全国平均を若干上回っており、平成21年度は19.6%でしたが、平成23年度には23.9%に増加しています。

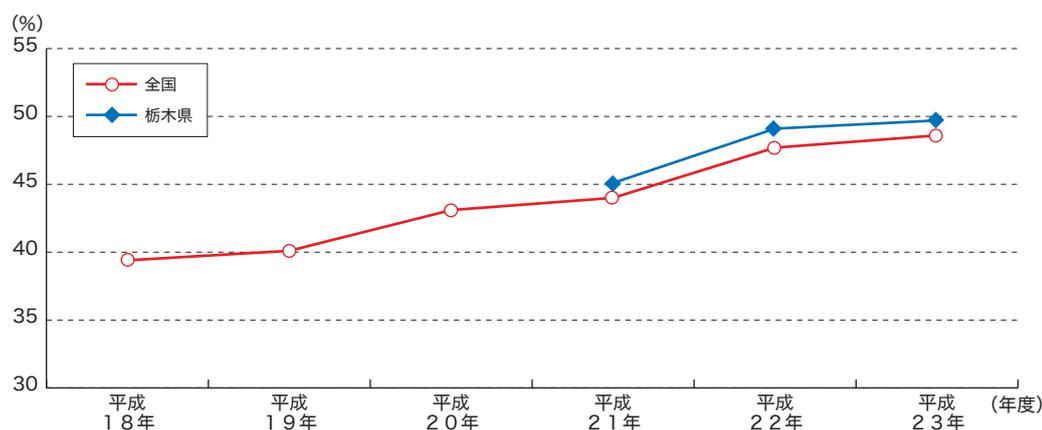
また、全国における後発医薬品調剤率は、平成18年度は39.4%、平成21年度は44.0%でしたが、平成23年度には48.6%に増加しています。栃木県における後発医薬品調剤率は、全国平均を若干上回っており、平成21年度は45.1%でしたが、平成23年度には49.7%に増加しています。

(図2-31) 後発医薬品割合(数量ベース)の推移



【資料:厚生労働省「調剤医療費の動向」】

(図2-32) 後発医薬品調剤率の推移



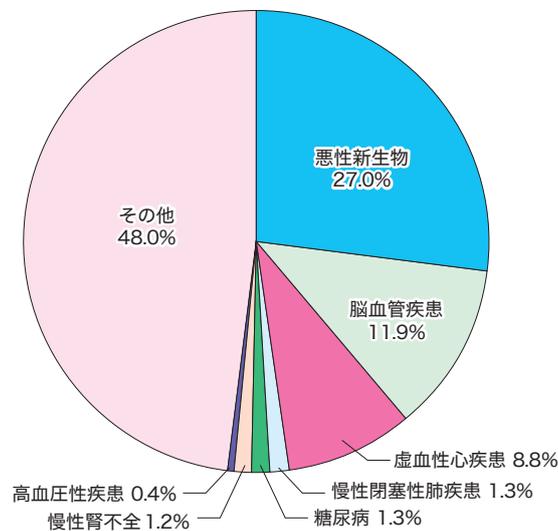
【資料:厚生労働省「調剤医療費の動向」】

2 課題

(1) 生活習慣病患者の増加

今日では、医療機関を受診する患者の約3割、死因の約6割を生活習慣病が占めています。患者数や割合は40歳代以降に増加するのが特徴的であり、壮年期から高齢期にかけての生活習慣病予防対策が重要といえます。

(図2-33) 生活習慣病に着目した本県の死因別死亡割合



【資料：厚生労働省「平成23年人口動態調査」】

一方、生活習慣病の原因となる肥満、食塩摂取量、運動習慣、喫煙などは、壮年期以前の年代でも課題となっており、長年の生活習慣の積み重ねにより生活習慣病が引き起こされることを考えると、生活習慣病予防のための取組はすべての年代において必要です。

平成20年度から保険者により特定健康診査・特定保健指導が実施されていますが、実施率は十分とは言えません。生活習慣病予防のためには、40～74歳を対象とし、生活習慣の改善を支援していくこれらの健診・保健指導が活用されることが重要であり、今後は実施率の向上に向けた取組が必要となります。

また、たとえ生活習慣病を発症したとしても、重症化や合併症を防ぐことはその後の療養や生活の質を保つためにも重要です。自覚症状がない場合にも適切な受診が継続でき、保健指導や療養指導に基づき自ら生活習慣改善の取組を続けることができるような普及啓発や環境整備も必要です。

(2) 平均在院日数の長さ

一般的には、同一の病気やけがで入院した場合、住んでいる都道府県によって、入院加療に要する期間に差が生じることはありません。

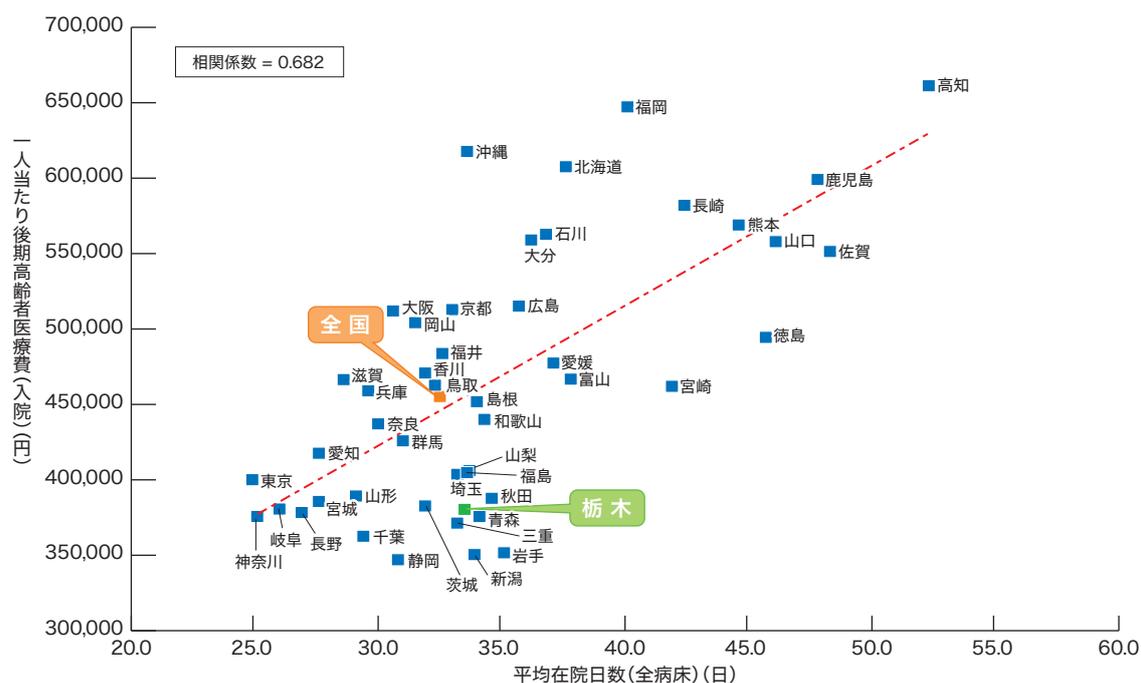
しかしながら、一般病床に入院する患者については、急性期から回復期、回復期から療養期への医療連携がうまく機能せず、転院に手間取ったり、在宅での医療提供体制が十分でなかったり、あるいは、医療機関と介護保険施設との連携体制が十分に確立していないことなどにより、入院期間が伸びることがあります。

前述したように、平成23年の本県の全病床の平均在院日数は33.6日で、全国平均より1.6日長く、最短の東京都とは8.9日の差があります。

この平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費（入院）には、高い相関関係があります。また、医療機関の機能分担と連携を進めるとともに、在宅医療を可能とする、保健・医療・福祉の連携体制の構築を進めることにより、入院期間の短縮をもたらし、結果として医療費の適正化にもつながります。

このため、医療資源を効率的に活用し、平均在院日数の短縮を図っていくことが求められます。

(図2-34) 平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費(入院)の相関関係



【資料：厚生労働省「平成22年度後期高齢者医療事業年報」「平成22年病院報告」より栃木県作成】

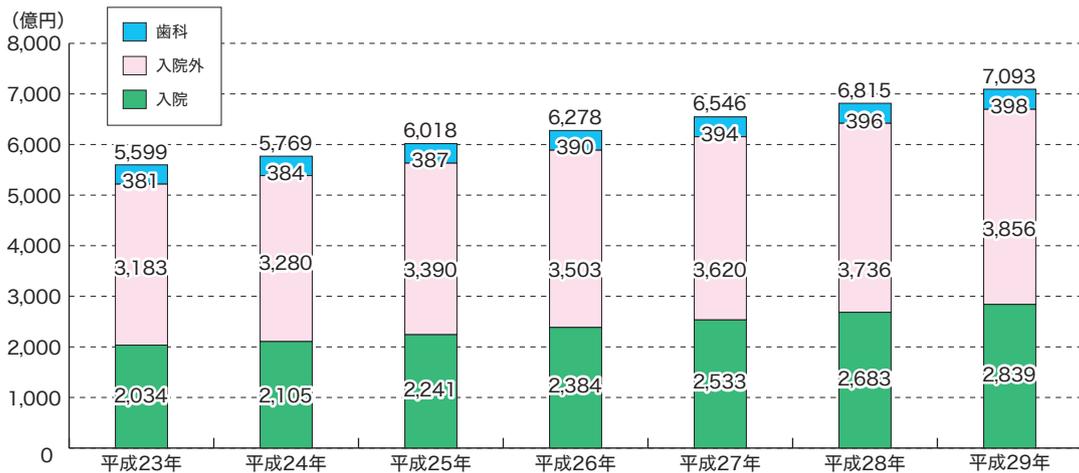
(3) 医療費(後期高齢者の医療費)の増加

本県の医療費の伸びは、厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」による推計で見ると、平成23年の5,599億円から平成29年の7,093億円へと、6年間で1,494億円、26.7%増加することが見込まれます。

また、後期高齢者医療費は、その後も年々増加し、平成37年には、県民医療費全体の半分弱を占めるまでになると予想されます。

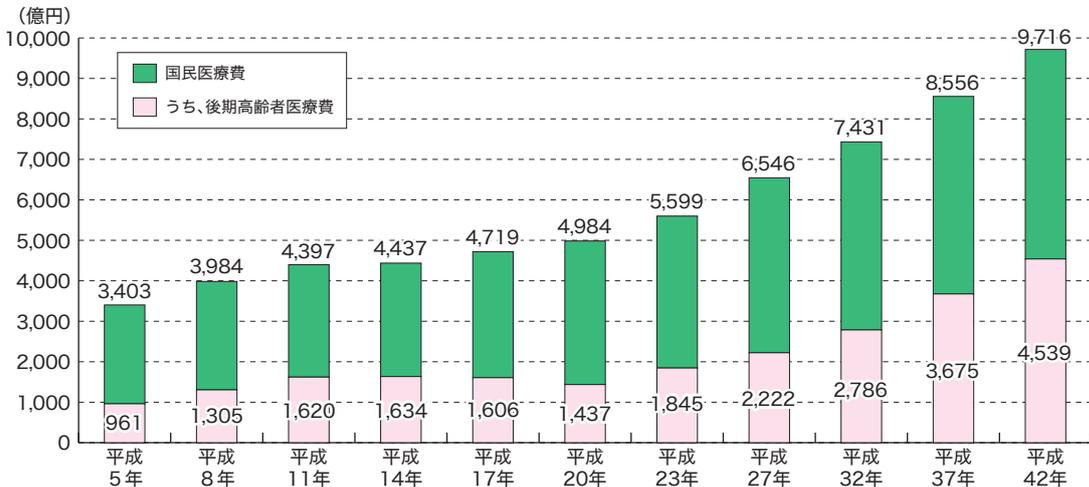
超高齢社会に対応するため、今後、医療費(後期高齢者医療費)の伸びを抑制していくことが求められます。

(図2-35) 本県医療費の平成29年度までの見通し



【資料：厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」により栃木県作成】

(図2-36) 本県医療費・後期高齢者医療費の推移・長期推計

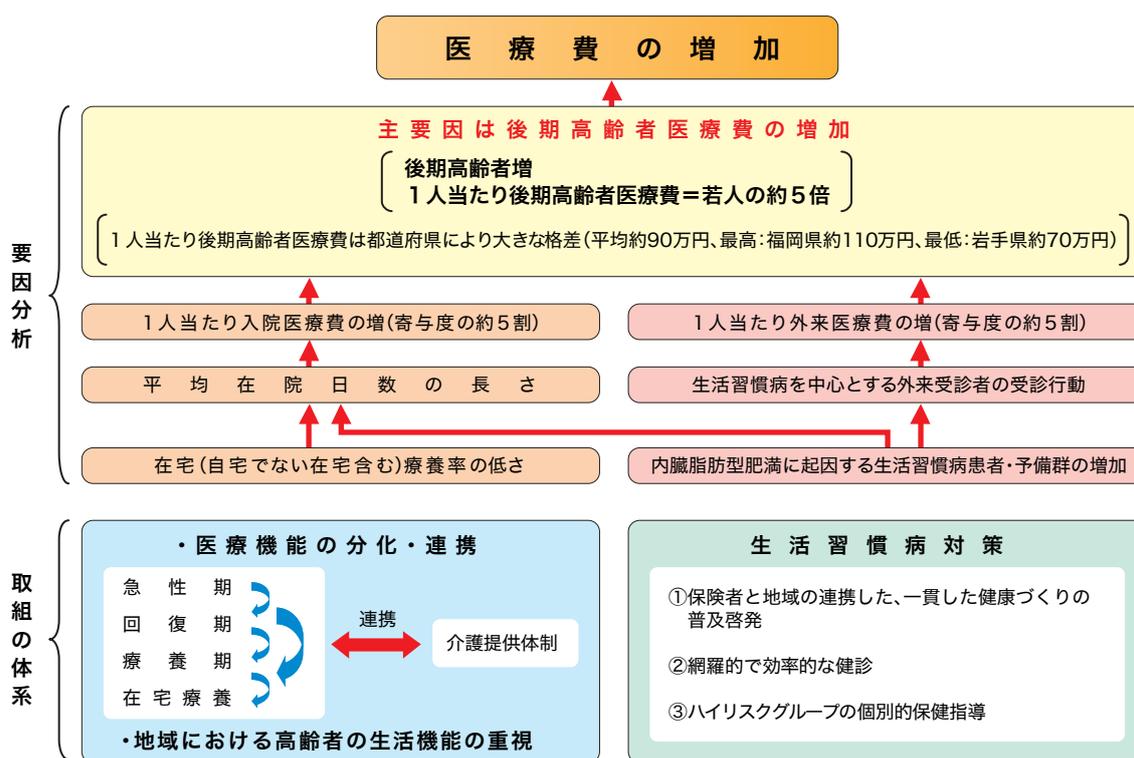


(注)平成5年から平成20年までの後期高齢者医療費は厚生労働省「老人医療事業年報」及び「後期高齢者医療事業年報」から、平成5年から平成20年までの国民医療費は厚生労働省「国民医療費」から、平成23年と平成27年の国民医療費は、厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」から、その他は、高齢化・人口減少以外の要因で医療費が毎年2.3%ずつ増加すると仮定し、国民医療費の年齢階層別1人当たり医療費と栃木県の将来推計人口から推定した高齢化・人口減少による影響を加えて算出した。

一人当たり後期高齢者医療費と健康診査等受診率及び在宅等死亡率との間には負の相関関係があり、健康診査等受診率や在宅等死亡率が高い都道府県ほど、一人当たり後期高齢者医療費が低くなる傾向があります※17。

このことから、医療費（後期高齢者医療費）の伸びを抑制するためには、健康診査等受診率を高めて生活習慣病患者及び予備群を減らすとともに、医療機関の機能の分担・連携を通じて、在宅医療を推進し、在院日数の適正化を図ることが求められます。

(図2-37) 医療費増加の構造



【資料:厚生労働省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年1月31日)」より栃木県作成】

※17 P95資料集「健康診査受診率と一人当たり後期高齢者医療費との相関関係」、P96資料集「在宅等死亡率と一人当たり後期高齢者医療費(入院)との相関関係」を参照

第3章

達成すべき目標と医療費に及ぼす影響の見通し

- 1 基本理念
- 2 達成すべき施策目標
- 3 施策目標の達成によって予想される医療費の見通し

第3章

達成すべき目標と医療費に及ぼす影響の見通し

1 基本理念

世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を支えてきた国民皆保険制度を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築していくためには、短期的な医療費適正化対策に加え、住民・患者の視点に立って、生活習慣病対策など良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確立に努めながら、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが必要です。

そこで、本県では、次の3点を基本に置いて、医療費の適正化に取り組むこととします。

県民の生活の質の維持及び向上を図ります

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。

超高齢社会に対応します

本県の75歳以上の人口は、平成37年には32.2万人になると予想されており、これに伴い、後期高齢者医療費は、県民医療費全体の半分弱を占めるまでになると予想されます。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の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とします。

目標及び施策の達成状況の評価を適切に行います

目標及び施策の達成状況については、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に評価を行います。目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとします。

2 達成すべき施策目標

(1) 特定健康診査の実施率

【目標年度：平成29年度】
【県民の健康の保持増進に関する目標】

【目標】 特定健康診査の実施率を70%以上とします

この目標項目について、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「基本方針」という）では、特定健康診査の実施率に関する全国目標は、「平成29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」となっています。また、各都道府県の目標値は、第1期都道府県医療費適正化計画期間における各保険者の特定健康診査の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために設定することが考えられます。

本県は、平成22年度実施率が39.9%と全国値の43.2%を下回っている状況を踏まえ、表3-2のとおり医療保険制度の種別毎に実施率を見込んで、県全体の実施率を引き続き全国目標値と同じ70%とします。

なお、実施率には、保険者が自ら実施した健康診査以外にも、事業主健診など、特定健康診査と同等の健診結果のデータを保険者が把握した場合も含まれます。

(表3-1) 第2期の全国目標

| 項 目 | | 第1期の目標 | 第2期の目標 |
|----------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | | 24年度目標(※※) | 29年度までの全国目標 |
| 実施に関する目標 | ①特定健康診査実施率 | 70% | 70% |
| | ②特定保健指導実施率 | 45% | 45% |
| 成果に関する目標 | ③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(※) | 10% (平成20年度対比) (平成27年度に25%減少) | 25% (平成20年度対比) |

※第1期計画期間の「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科8学会の基準による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とする。

※※24年度の目標は、27年度に特定健康診査実施率80%、特定保健指導実施率60%を達成する前提で計算したものの。

(表3-2) 第2期の全国目標を達成するための保険者種別毎の特定健康診査実施率

| 保険者種別 | 全国目標 | 市町村国保 | 国保組合 | 全国健康保険協会 (含む船員) | 単一健保 | 総合健保 | 共済組合 |
|------------|------|-------|------|--------------------|------|------|------|
| 特定健康診査の実施率 | 70% | 60% | 70% | 65% | 90% | 85% | 90% |

【資料：厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」】

(2) 特定保健指導の実施率

【目標年度:平成29年度】
【県民の健康の保持増進に関する目標】

【目標】 特定保健指導の実施率を45%以上とします

この目標項目について、「基本方針」では、特定保健指導の実施率に関する全国目標は、「平成29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」となっています。また、各都道府県の目標値は、第1期都道府県医療費適正化計画期間における各保険者の特定保健指導の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために設定することが考えられます。

本県は、平成22年度実施率が16.2%と全国値の13.1%を上回っていますが、1期計画の目標値を達成できていない状況を踏まえ、下表のとおり保険者種別毎に実施率を見込んで、県全体の実施率を引き続き全国目標値と同じ45%としました。

(表3-3) 第2期の全国目標を達成するための保険者種別毎の特定保健指導実施率

| 保険者種別 | 全国目標 | 市町村国保 | 国保組合 | 全国健康保険協会 (含む船員) | 単一健保 | 総合健保 | 共済組合 |
|------------|------|-------|------|--------------------|------|------|------|
| 特定保健指導の実施率 | 45% | 60% | 30% | 30% | 60% | 30% | 40% |

【資料:厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」】

(3)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

【目標年度:平成29年度】
【県民の健康の保持増進に関する目標】

【目標】 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を
平成20年度比で25%以上とします

この目標項目について、「基本方針」では、「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に関する各都道府県の目標値は、平成20年度と比べた、平成29年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、25%以上の減少とすることを目安に、各都道府県において設定することが考えられる。」となっています。そのため、本県もこの「基本方針」に基づき目標値を設定します。

なお、この目標に関する「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」は、1期計画においては、特定保健指導対象者を指していましたが、2期計画では、いわゆる内科系8学会の基準による「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とします。

(表3-4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推計数及び減少率

| | メタボリックシンドローム該当者 及び予備群推計数(40～74歳) | 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(対 平成20年度比) |
|--------|-------------------------------------|--|
| 平成20年度 | 約237,000人 | — |
| 平成29年度 | 約186,000人 (40～74歳人口の増加を考慮) | 25% |

メタボリックシンドローム該当者及び予備群推計数

・栃木県「栃木県毎月人口調査報告書」 年齢別人口調査結果(市町別年齢別人口)を使用し、該当年のメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合から推計

※推計の基礎としたメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合は、厚生労働省の平成25年3月8日提供データに基づく参考値

(表3-5) メタボリックシンドロームの判定基準

| 腹囲 | 追加リスク | |
|------------------------|-------------|-----------------|
| | ①血糖 ②脂質 ③血圧 | |
| ≥85cm(男性) ≥90cm(女性) | 2つ以上該当 | メタボリックシンドローム該当者 |
| | 1つ該当 | メタボリックシンドローム予備群 |

- ①血糖 空腹時血糖 110mg/dl 以上
 ②脂質 a 中性脂肪 150mg/dl 以上 かつ・または b HDL コレステロール 40mg/dl 未満
 ③血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 かつ・または b 拡張期血圧 85mmHg 以上

※高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

(表3-6) 特定保健指導対象者の選定基準

| 腹囲 | 追加リスク | ④喫煙歴 | 対象 | |
|------------------------|-------------|----------|--------|--------|
| | ①血糖 ②脂質 ③血圧 | | 40-64歳 | 65-74歳 |
| ≥85cm(男性) ≥90cm(女性) | 2つ以上該当 | / | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | 1つ該当 | あり なし | | |
| 上記以外で BMI≥25 | 3つ該当 | / | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | 2つ該当 | あり なし | | |
| | 1つ該当 | / | | |

(注) 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。

- ①血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上または b HbA1c の場合 5.6%以上(NGSP値)
 ②脂質 a 中性脂肪 150mg/dl 以上または b HDL コレステロール 40mg/dl 未満
 ③血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上または b 拡張期血圧 85mmHg 以上
 ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※糖尿病、高血圧又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は、医療保険者による特定保健指導は行わない。

(4) 平均在院日数の短縮日数

【目標年度:平成29年度】
【医療の効率的な提供の推進に関する目標】

【目標】 平均在院日数を29.2日(3.4日減)とします

平成29年度の医療費の対象となる全病床に係る平均在院日数を、平成23年度の32.6日から3.4日短縮させ、29.2日とします^{※18}。

この目標項目について、「基本方針」では、「都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、平成29年度における平均在院日数の目標値を設定することが考えられる。」となっています。そのため、本県でもこの「基本方針」に基づき目標値を設定しました。

目標とする平成29年度の平均在院日数は、国の「医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計」の改革シナリオを実現した場合の平均在院日数の減少率を基に、本県の病床数の見込み（一般病床数、療養病床数、精神病床数、感染症病床数、結核病床数）を考慮して算出したものです。

※18 ここでは、厚生労働省が毎年公表している「病院報告」における医療費の対象となる病床に係る平均在院日数をいう。

(5) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関する目標

【医療の効率的な提供の推進に関する目標】

【目標】 患者(県民)や医療関係者が安心して後発医薬品(ジェネリック医薬品)を選択できるよう、さらなる環境整備に取り組みます

国は、患者負担の軽減と医療保険財政の健全化に資するため、平成19年度に後発医薬品に係るアクションプログラムを策定し、平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げました。

県は、平成20年度に「栃木県後発医薬品安心使用促進協議会」を設置し、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を選択するための環境整備に取り組んできました。

これらの取組等により、後発医薬品の数量シェアは、本県及び全国平均ともに年々増加傾向にありますが、平成24年8月末現在で目標の30%には到達していない状況にあります。

この目標項目について、「基本方針」では、「都道府県においても、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発の取組を行うことが重要である。このため、各都道府県においては、後発医薬品の使用促進に係る環境の整備を図る観点から、例えば、都道府県域内における後発医薬品の数量シェアや普及啓発等施策に関する目標を設定することが考えられる。」となっています。

このため、県は、患者(県民)や医療関係者が安心して後発医薬品を選択することができるよう、さらなる環境整備の推進を通して、国の目標にも寄与するよう取り組むことを目標として設定します。

【後発医薬品の数量シェア(保険薬局数量ベース)】

| | | | |
|------|---------------|---|-----------------|
| 栃木県 | 平成21年度(19.6%) | → | 平成24年8月末(28.6%) |
| 全国平均 | 平成21年度(19.0%) | → | 平成24年8月末(28.5%) |

【資料：厚生労働省「調剤医療費の動向」】

(6) その他、医療費適正化の推進に関する目標

【県民の健康の保持増進に関する目標】

【目標】 喫煙率や受動喫煙の機会を減少させるよう様々な喫煙対策に取り組みます

がんや循環器疾患等の生活習慣病予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙への対策が重要であり、医療費適正化対策としても同様であるとの観点から、今回の医療費適正化計画に「喫煙対策」の項目を設けました。

この目標項目について、「基本方針」では、「都道府県においては、例えば、禁煙の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる」となっています。

本県の目標としては、「とちぎ健康21プラン（2期計画）」と同様に、「成人の喫煙率の減少」「未成年者の喫煙をなくす」「妊娠中の喫煙をなくす」「日常生活での受動喫煙の機会の減少」としました。

(表3-7) 「とちぎ健康21プラン(2期計画)」における喫煙の目標値

| 項 目 | | ベースライン (栃木県・平成21年度) | 本県の施策目標 |
|-------------------------|-------|--------------------------|--------------------------------|
| 成人の喫煙率 | | 25.7% | 18% (平成29年度) 12% (平成34年度) |
| 未成年者の喫煙率 | | 高校2年生 男子 4.1%、女子 2.3% | 0% (平成34年度) |
| 妊娠中の喫煙率 | | — | 0% (平成34年度) |
| 受動喫煙の 機会を有する 者の割合 | 行政機関 | 19.8% | 0% (平成34年度) |
| | 医療機関 | 10.9% | 0% (平成34年度) |
| | 職 場 | 60.9% | 受動喫煙の無い職場の実現 (平成32年) |
| | 家 庭 | 15.8% | 5.6% (平成29年度) 3.9% (平成34年度) |
| | 飲 食 店 | 61.0% | 21% (平成29年度) 15% (平成34年度) |

3 施策目標の達成によって予想される医療費の見通し

本計画では、生活習慣病予防対策や平均在院日数の短縮等を目標に掲げ、目標達成に向けた施策を推進することにより、その結果として、医療費の伸びが抑えられるものと考えています。

このうち、生活習慣病予防対策では、特定健康診査・特定保健指導の実施率を向上させることにしていますが、その効果は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、年間で8～10万円の医療費の差があることから、両者の医療費の差が平均して年間9万円であると仮定し、これに医療費の伸び率の見込みとメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数を乗じることにより効果を推計しています。

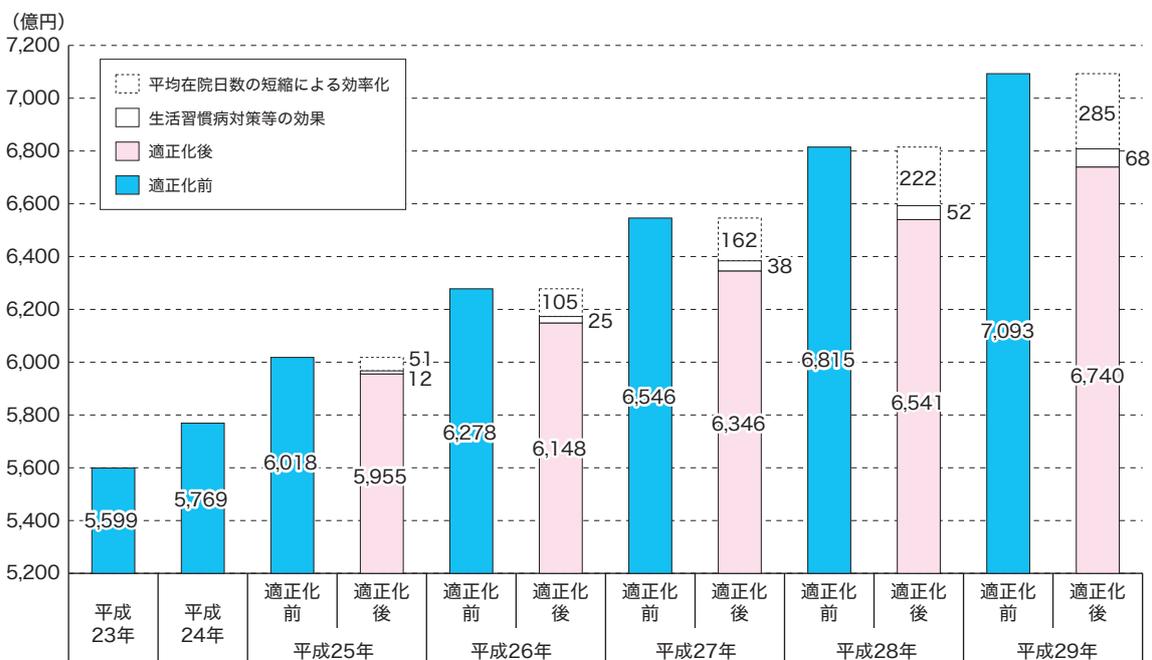
喫煙対策による医療費適正化効果については、両者の間に一定のタイムラグがあることから、本計画における医療費の見通しには含めていません。

平均在院日数の短縮による減少分は、国の「医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国試算」を基に、平均在院日数短縮による効果を推計しています。

本県医療費は、平成23年は5,599億円となっており、これらの取組を行わない場合には、平成29年においては7,093億円に達すると予想されます。

しかし、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を平成20年度比で25%以上とし、平均在院日数を29.2日にするという目標を達成した場合には、平成29年の医療費は6,740億円となり、取組を行わなかった場合に比べ353億円、また、計画期間の5か年を通じては計1,020億円、医療費の伸びが抑制できると予想されます。

(図3-1) 本県における医療費適正化効果について



(億円)

| 項目 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 | 平成27年 | 平成28年 | 平成29年 | 計 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| ① 適正化前 | 5,599 | 5,769 | 6,018 | 6,278 | 6,546 | 6,815 | 7,093 | - |
| ② 平均在院日数の短縮による効率化 | | | ▲51 | ▲105 | ▲162 | ▲222 | ▲285 | ▲825 |
| ③ 生活習慣病対策等の効果 | | | ▲12 | ▲25 | ▲38 | ▲52 | ▲68 | ▲195 |
| ④ 適正化効果(②+③) | | | ▲63 | ▲130 | ▲200 | ▲274 | ▲353 | ▲1,020 |
| ⑤ 適正化後(①+④) | 5,599 | 5,769 | 5,955 | 6,148 | 6,346 | 6,541 | 6,740 | - |

【資料：厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」により栃木県作成】

第4章

目標実現のための施策と県の役割

- 1 目標達成に向けた取組
- 2 県の役割と施策
- 3 関係者の役割及び連携協力

第4章

目標実現のための施策と県の役割

1 目標達成に向けた取組

(1) 生活習慣病の予防に向けた取組

① 保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施

県内保険者は、平成20年度から特定健康診査を実施するとともに、その結果に基づき、対象者に対して特定保健指導を実施してきました。平成22年度において、本県としての1期計画の目標値（特定健康診査実施率70%、特定保健指導実施率45%）は達成していませんが、保険者及び関係機関等の努力により、平成20年度から比べると実施率は向上しています。

厚生労働省によると、特定健康診査・特定保健指導の効果は、概ね特定健康診査の実施率が高い市町村国保ほど、前期高齢者一人当たりの診療費が低く、またメタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、年間で8～10万円の医療費の差があるとされています。

このような状況を踏まえ、2期計画では、特定健康診査や特定保健指導の実施率を向上させることはもとより、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることができるよう食生活の改善や身体活動量の増加などの取組を行います。

併せて、労働安全衛生法に基づく定期健康診断（いわゆる事業主健診）やがん検診等の同時実施、特定健康診査・特定保健指導に携わる人材の育成・資質の向上等、健診の効果的な実施かつ受診しやすい環境整備を図ります。

② 保険者協議会を活用した効果的な保健事業等の推進

本県には、県内保険者が連携・協力して効果的な保健事業等を実施することにより、被保険者等の健康の保持・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、県内に本部・支部を有する保険者等を構成員とする栃木県保険者協議会が設置されています。

被保険者等の健康の保持・増進のため、栃木県保険者協議会には、県内保険者間の調整を通して効果的な保健事業等の実施に寄与することが求められます。

③ 保険者による健康増進対策

保険者は、被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならないとされています。

特定健康診査・特定保健指導だけでなく、健康教育、健康相談等の各種保健事業を推進していくことが求められます。

④ 県による健康づくりの推進

「とちぎ健康21プラン（2期計画）」は、基本方針として、「生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底」「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」「健康を支え、守るための社会環境の整備」「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」の4つの基本方向を設定し、その基本方向に沿った各種事業を実施していきます。

また、今回、本計画に新たに目標設定した喫煙対策は、「とちぎ健康21プラン（1期計画）」に基づき取組が進められており、その結果として、本県の喫煙率は低下傾向にあります。しかし、目標値には達していないこと、喫煙対策の重要性を踏まえ、「とちぎ健康21プラン（2期計画）」においても目標値を設定し、関係機関と連携しながら、引き続き各種事業を進めていきます。

⑤ 市町村による健康増進事業の推進

市町村では、健康の保持増進、生活習慣病の予防と早期発見・早期治療を図るため、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導の他、がん検診、歯周病検診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診等の健康増進事業を実施しています。

これらの事業は、住民の健康増進の基礎となる事業であり、学校保健、職域保健等を含めた関係機関と連携しながら効果的に事業を運営することが求められます。

(2) 平均在院日数の短縮に向けた取組

① 医療機関の機能分化・連携

栃木県保健医療計画（6期計画）では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業及び在宅医療について、医療連携体制の整備を図ることとしています。

これらの取組や地域連携クリティカルパス^{※19}の活用等によって、発症から診断、入院治療、リハビリ等の適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に自宅等に帰れることとなれば、患者の生活の質（QOL）を高めつつ、トータルの入院期間が短縮されます。

② 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から自宅やグループホーム、ケアホーム、サービス付き高齢者向け住宅など多様な住まいにおける在宅療養に移行するためには、患者が安心して地域で暮らしていける環境づくりが必要です。

そのため、県、市町村、保険者、医療機関、介護・福祉関係者、地域団体等の様々な関係者が連携・協力して、在宅医療サービスや、訪問看護・介護等のサービス、見守りや配食、外出支援などの生活支援サービスの提供など、患者の在宅・地域での生活を支えていくことが求められます。

③ 療養病床の転換支援

療養病床については、医療の必要度が高い患者が療養するための機能に重点化を図り、医療の必要度が低い患者に対しては、介護保険施設等において生活の質を重視したケアが提供されるよう、機能分化を図ることが期待されます。

療養病床の介護老人保健施設等への転換に向けては、転換に伴い発生する改修工事費等についての助成金や（独）福祉医療機構の融資制度の活用を図るほか、転換する場合の施設基準の緩和措置や入所者の医療ニーズに対応できるよう創設された介護療養型老人保健施設等の制度を通じ、医療機関の自主的な転換を支援します。

※19 地域連携クリティカルパスとは、疾病別に、疾病の発症から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関、施設にまたがって作成する一連の治療計画をいう。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる。

(3) その他、医療費適正化のための取組

① 適切な受療行動の促進

県民には、健康の保持・増進に努めるとともに、日頃から何でも相談できる「かかりつけ医」を持ち、体調に変調をきたした場合は、まずは通常の診療時間内にかかりつけ医の診断を受け、その治療方針・診療内容等を理解し、回復に向けて努力することが求められます。

また、症状が落ち着いているときの過度の通院や同じ病気で複数の医療機関を受診することは控えることが大切です。

保険者には、診療報酬等明細書及び療養費支給申請書の点検を充実し、被保険者（県民）の受療行動の把握に努めるとともに、市町村、医療機関等の関係者と互いに連携・協力しながら、被保険者等に対する保健指導、医療相談、広報等を通じ、県民の適切な受療行動に向けた啓発を行うことが求められます。

② 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の安心使用の促進

県は、患者（県民）や医療関係者が安心して後発医薬品を選択することができるよう、「栃木県後発医薬品安心使用促進協議会」の運営を通じて、広域病院等後発医薬品採用リストの定期的な更新や薬局が取り扱う後発医薬品品目の調査、モニター薬局等調査（後発医薬品の使用状況の推移や県民の意識変化等の調査）を行い、結果を公表するとともに、「薬と健康の週間」等のイベントなどの機会を捉えた県民への普及啓発を行います。

2 県の役割と施策

(1) 生活習慣病の予防に向けた施策

① 保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進のための支援

県は、県民に対して、特定健康診査・特定保健指導の必要性について普及啓発を実施してきましたが、特定健康診査の実施率が目標値に達していないことを踏まえ、引き続き普及啓発を実施していきます。

保険者に対しては、国における議論やワーキングの動向、特定健康診査・特定保健指導の取組例などについて、栃木県保険者協議会等を通じて情報提供をしていきます。また、特定健康診査等の実施率向上のため技術的助言などの必要な支援を行います。

特定健康診査・特定保健指導に携わる医師・保健師・管理栄養士等に対しては、特定健康診査・特定保健指導の知識・技術向上のため、平成19年度から「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿って研修を実施してきましたが、継続的な研修が必要であるため、2期計画においても引き続き研修を実施していきます。

また、市町村国保が実施する特定健康診査等に要する費用の一部を負担します。

② 保険者協議会への支援

県は、栃木県保険者協議会が行う保険者間の調整、その他の医療費適正化に関する活動に参画するとともに、事務局である栃木県国民健康保険団体連合会に対し、助言や支援を行います。

③ 保険者における健康増進事業推進のための支援

県は、栃木県保険者協議会等の場を通じ、特定健康診査・特定保健指導の実施状況だけでなく、その他健康づくりに関する情報を保険者と共有するとともに、健診データの活用方法やそれをを用いた効果的な健康増進事業の推進について、保険者を支援していきます。

④ 健康づくりの推進

県は、「とちぎ健康21プラン（2期計画）」に基づき、生涯にわたり健康でいきいきと暮らせる、豊かで活力ある"健康長寿とちぎ"を創造するため、各種事業を展開し、県民の健康づくり運動を推進します。

そのうち今回医療費適正化計画において新たに目標を設定した喫煙対策については、喫煙の健康への影響についての普及啓発を行うとともに、喫煙をやめたい人への禁煙支援や、未成年者及び妊婦の喫煙防止対策、そして受動喫煙防止に向けた環境づくりに取り組みます。

⑤ 市町村による健康増進事業の推進のための支援

県は、市町村が行うがん検診、健康相談や健康教育、訪問指導、歯周病疾患検診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診等の健康増進事業について、必要な情報の提供や技術的支援等を行っていきます。

(2) 平均在院日数の短縮に向けた施策

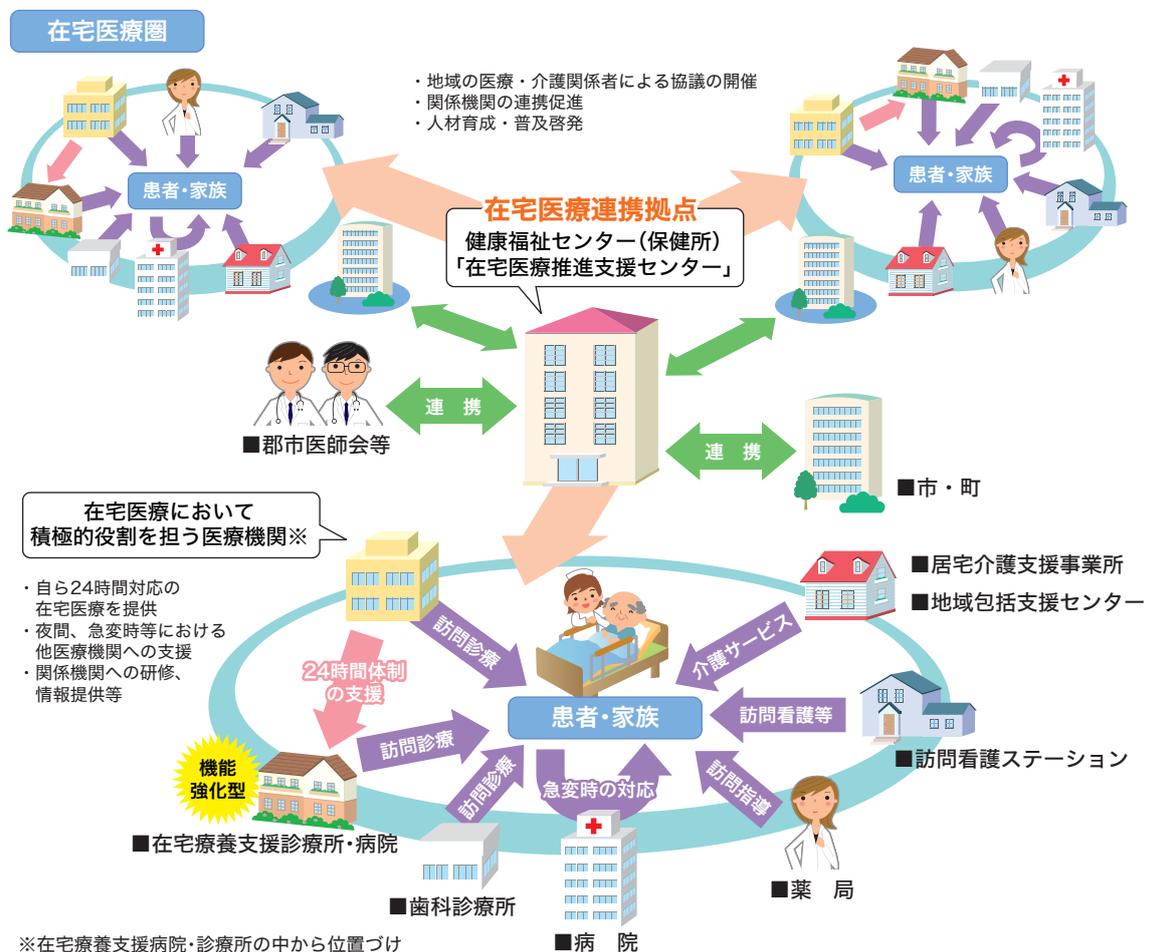
① 医療連携体制の構築

県は、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目のない医療が受けられる体制を各圏域単位に構築します。

また、医師会等関係団体の協力を得ながら、かかりつけ医と専門的かつ高度な機能を持つ地域の中核病院等が相互に連携する仕組みづくりを推進していくとともに、かかりつけ薬局の定着に向けた普及啓発を行います。

さらに、かかりつけ医を中心とした地域医療を推進するために、様々な面でかかりつけ医への支援や連携を図る地域医療支援病院の機能の確保充実等のための指導・助言等に努めるとともに、公的病院等の施設・設備等の整備や医師確保の取組を支援します。

(図4-1) 在宅医療連携体制イメージ



② 在宅医療・地域ケアの推進

在宅医療の推進に向けて、各広域健康福祉センター（保健所）は、多職種による協議の場を開催するなど、地域における保健・医療・福祉の連携体制の構築を図るとともに、医療資源の状況等について地域による差が大きいことから、まずは先進的な取組等が県内各地域に広がるよう、優れた連携の取組等を幅広く支援し、普及に努めていきます。

また、職員に対する研修や役割等の県民への周知等により地域包括支援センターや相談支援事業所の活動を支援するなど、患者の在宅・地域での生活を支えるための相談支援体制の確立を図ります。

③ 地域連携クリティカルパスの普及

医療機関の機能分化と連携を図る一つの方策として、地域連携クリティカルパスの普及に取り組みます。

わかりやすい地域連携クリティカルパスの作成に努めるとともに、導入医療機関数の増加を図ります。

また、住民、患者に対する地域連携クリティカルパスの普及を促進します。

④ 療養病床の転換支援

県は、介護保険施設等への転換を希望する医療機関に最大限対応できるよう、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21（五期計画）」に基づき、介護保険施設等の計画的な確保に努めるとともに、助成金の交付や介護老人保健施設への転換の基準緩和、融資制度等、転換支援施策について周知を図ることなどを通じて医療機関を支援します。

また、県は、市町村と連携し、入院患者とその家族等の不安を取り除くための相談体制の充実に努めます。

3 関係者の役割及び連携協力

(1) 関係者の役割

① 市町村

市町村には、住民に身近な保健福祉サービスの実施主体として、地域住民への保健・医療・福祉に関する情報提供や各種保健事業・福祉サービスを実施するとともに、国民健康保険の保険者として、被保険者に対する特定健康診査、特定保健指導を着実に実施することが求められます。

また、介護保険に関しては、介護保険施設等の施設・居住系サービスや在宅等における介護サービスの充実、介護予防に向けた取組の推進など、介護保険の保険者としての適切な対応が求められます。

② 保険者

保険者は、特定健康診査・特定保健指導の実施により、確実にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させていくことが求められます。

その際、被用者本人のみならず家族も対象となることを踏まえた特定健康診査の円滑な実施が望まれるほか、労働安全衛生法に基づき事業者が行う定期健康診断との連携を図り、特定健康診査及びその後に行われる特定保健指導を円滑に実施することが必要です。

また、保険者には、加入者に対し、適切な受療行動に努めるよう啓発指導することが求められます。

③ 医療機関・医療関係者

医師をはじめとした医療従事者は、高度な専門的知識及び技能を有し、医療及び保健指導を掌ることによって、県民の健康な生活を確保するという公共的な任務を有しています。また、医療機関・医師会等は、地域住民に安心のできる医療を提供し、地域保健・医療を推進するという重要な役割を担っています。

医療機関・医療関係者は、こうした自らの役割を十分認識し、県が策定する保健医療計画に定める5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制構築に協力するとともに、居宅等をはじめ、地域における医療の提供に関し、福祉サービスとの連携を図った必要な支援を行うことが期待されます。

④ 事業者・企業等

事業者は、労働安全衛生法に定められた定期健康診断、メンタルヘルス対策等の労働者の健康確保に関する措置を確実に実施するとともに、所定外労働の削減など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の整備に努めることが求められます。

また、健康診査の結果、再検査又は精密検査を行う必要がある労働者に対して、当該再検査又は精密検査の受診を勧奨するとともに、医師（産業医等）に当該検査の結果を提出するよう働きかけることが求められます。

さらに、事業者は、労働安全衛生法で定める労働災害防止のための措置等を徹底し、職場における労働者の安全と健康を確保しなければなりません。

⑤ 県民

県民には、自らの健康は自分で守るという認識のもと、この計画に掲げられた理念や趣旨を理解し、健康の保持増進を行う主体として、適度な運動や休養、バランスのとれた食事、禁煙などに留意した健康な日常生活を送ることにより、子どもの頃から生活習慣病の予防に努めることが求められます。

また、地域の限られた医療資源を活用し、地域の医療を守るという視点に立って、医療情報を適切に把握しながら、信頼関係のあるかかりつけの医師を持ち、その判断を仰ぎながら、症状に応じた適切な医療を受けるといった意識変革も求められます。

(2) 連携協力

この計画を着実に推進し、医療費の適正化を実現していくためには、県、市町村、保険者、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、企業・事業者及び県民などの関係者が、自らの役割を認識し、それぞれの役割を十分に果たすとともに、これら関係者が互いに連携協力していくことが不可欠です。

例えば、特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標を達成するには、実施率を高めるための取組例等について情報交換を行うなど、県、市町村、保険者、医療機関などの関係者が、連携協力体制を築く必要があります。

また、平均在院日数の短縮の目標を達成するには、在宅医療や地域ケアも含め、医療と介護の機能分化と連携を推進するため、行政、医療関係者、介護・福祉関係者の十分な連携協力が必要不可欠である上、県民の理解と適切な受療行動が求められます。

これらのことを、関係者は日頃から十分に認識した上で、様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要です。

第5章

計画の推進

- 1 PDCAサイクルに基づく計画の推進
- 2 計画の周知
- 3 計画の推進体制

第5章 計画の推進

1 PDCAサイクルに基づく計画の推進

(1) 中間年度の進捗状況評価

県は、PDCAサイクル^{※20}に基づき、本計画の中間年度である平成27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。

評価に際しては、関係機関や学識経験者等によって構成される栃木県保健福祉協議会において、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進捗状況と施策の取組状況との因果関係等について報告し、分析を行います。

また、中間評価に限らず、毎年度、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行います。

(2) 最終年度の翌年度の実績評価

県は、計画期間終了の翌年度である平成30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。

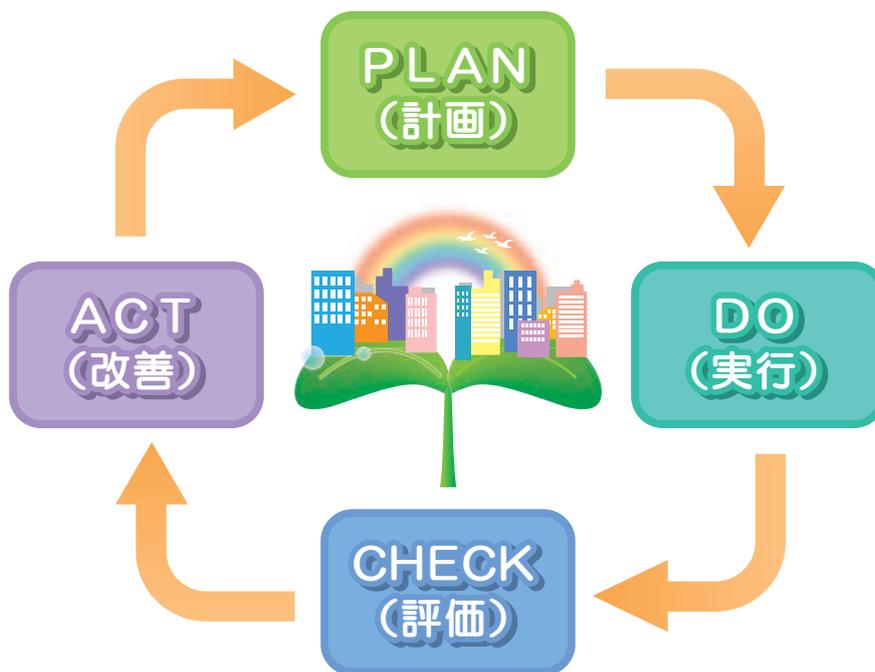
評価に際しては、中間評価と同様に、栃木県保健福祉協議会において、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況と施策の取組状況との関係について報告し、分析を行います。

※20 PDCAサイクルとは、計画(Plan)を実行(Do)し、評価(Check)して改善(Act)に結びつけ、その結果を次の計画に活かすプロセスをいう。

(3) 実績評価に基づく取扱い

県は、毎年行う進捗状況の管理や中間評価を踏まえ、必要に応じ、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ます。

中間評価の翌々年度（平成29年度）は、栃木県医療費適正化計画（3期計画）の作成作業を行うこととなるため、当該計画の内容検討に当たり、当該評価結果を適宜活用するものとします。



2 計画の周知

(1) 保険者・医療機関に対する周知

医療費の適正化を実現するためには、市町村、保険者、医療機関等の関係者が、自らの役割を十分に認識し、互いに連携・協力しなければなりません。

そのため、これら関係者に本計画を配付し、広く理解と行動を求めていく必要があります。

特に、保険者は、本計画の推進により保険者自身の財政収支や保険料水準を安定させることができる立場にあり、また、保険者の生活習慣病予防に向けた取組は、本計画の着実な実施と連動し、医療費適正化につながっていくことから、県は、保険者が本計画に基づいて医療費適正化に向けた施策を展開できるよう計画の周知に努め、その理解と行動を求めていきます。

(2) 県民に対する周知

医療費の適正化には、県民自らの健康づくりに向けた取組や適切な受療行動など、一人ひとりの理解と協力が何よりも重要であることから、県は、県民の生活習慣や受療行動についての行動変容を促すために、計画の概要版を作成するとともに、計画をホームページ等に掲載して、広く県民に周知します。

また、県政出前講座等で直接県民に計画の内容を周知するなど、あらゆる機会・手段を通じて県民の理解促進に努めます。

3 計画の推進体制

(1) 本庁

医療費適正化計画に掲げた取組は、庁内の関係各課を横断して取り組む課題が多いことから、関係各課間で十分に情報の共有化を図り、より効果的に推進するとともに、「栃木県保健医療計画（6期計画）」や「とちぎ健康21プラン（2期計画）」、「栃木県高齢者支援計画『はつらつプラン21（五期計画）』」等との調和を図りながら、本計画を推進していくこととします。

また、栃木県保健福祉協議会に計画の進捗状況を報告するとともに、計画推進に関する意見聴取を行い、実効性のある取組を確保していきます。

(2) 健康福祉センター(保健所)

健康福祉センター（保健所）は、本計画の推進に当たり、各管内における市町村等と連携を密にし、広域的かつ専門性の高い業務を担うとともに、特に、地域の医療機関相互連携及び医療機関や介護サービス事業者、福祉サービス事業者等との連携を促進するなど、地域の医療連携体制の構築に向け、積極的な役割を果たします。

また、地域の保健・医療・福祉に関する情報収集及び分析を進めるとともに、その積極的な情報提供に努めます。

参 考

計画策定の経緯

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会設置要領

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会委員名簿

参 考

計画策定の経緯

| 日 付 | 内 容 |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 平成24年 6月28日 | 栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会 (第1回)開催 |
| 平成24年 9月13日 | 栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会 (第2回)開催 |
| 平成24年 9月28日 | 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針の 全部改正の告示 |
| 平成24年11月29日 | 栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会 (第3回)開催 |
| 平成24年12月17日 ～平成25年1月18日 | 市町村協議の実施 |
| 平成24年12月21日 ～平成25年1月20日 | パブリック・コメント(県民意見の募集)の実施 |
| 平成25年2月14日 | 栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会 (第4回)開催 |

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会設置要領

(趣 旨)

第1条 栃木県医療費適正化計画(二期計画)の策定等について協議するため、栃木県保健福祉協議会設置要綱第7条の規定に基づき、医療費適正化計画専門部会(以下「部会」という。)を設置する。

(組 織)

第2条 部会は、栃木県保健福祉協議会(以下「協議会」という。)の委員のうち協議会の会長が指名する者及び会長が推薦し、知事が委嘱する者(以下「委員」という。)をもって組織する。

(任 期)

第3条 委員の任期は、平成25年3月31日までとする。

(部会長及び副部会長)

第4条 部会に部会長及び副部会長を置き、委員の互選により選出する。

2 部会長は、部会を主宰し、会務を総理する。

3 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会 議)

第5条 部会の会議は、部会長が招集し、議長となる。

2 部会長は、必要があると認めるときは、部会に委員以外の者の出席を求めて意見を聴くことができる。

(事務局)

第6条 部会の事務局は、栃木県保健福祉部保健福祉課に置く。

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、部会の運営に関し必要な事項は、部会長が別に定める。

附 則

この要領は、平成24年5月14日から実施する。

栃木県保健福祉協議会医療費適正化計画専門部会委員名簿

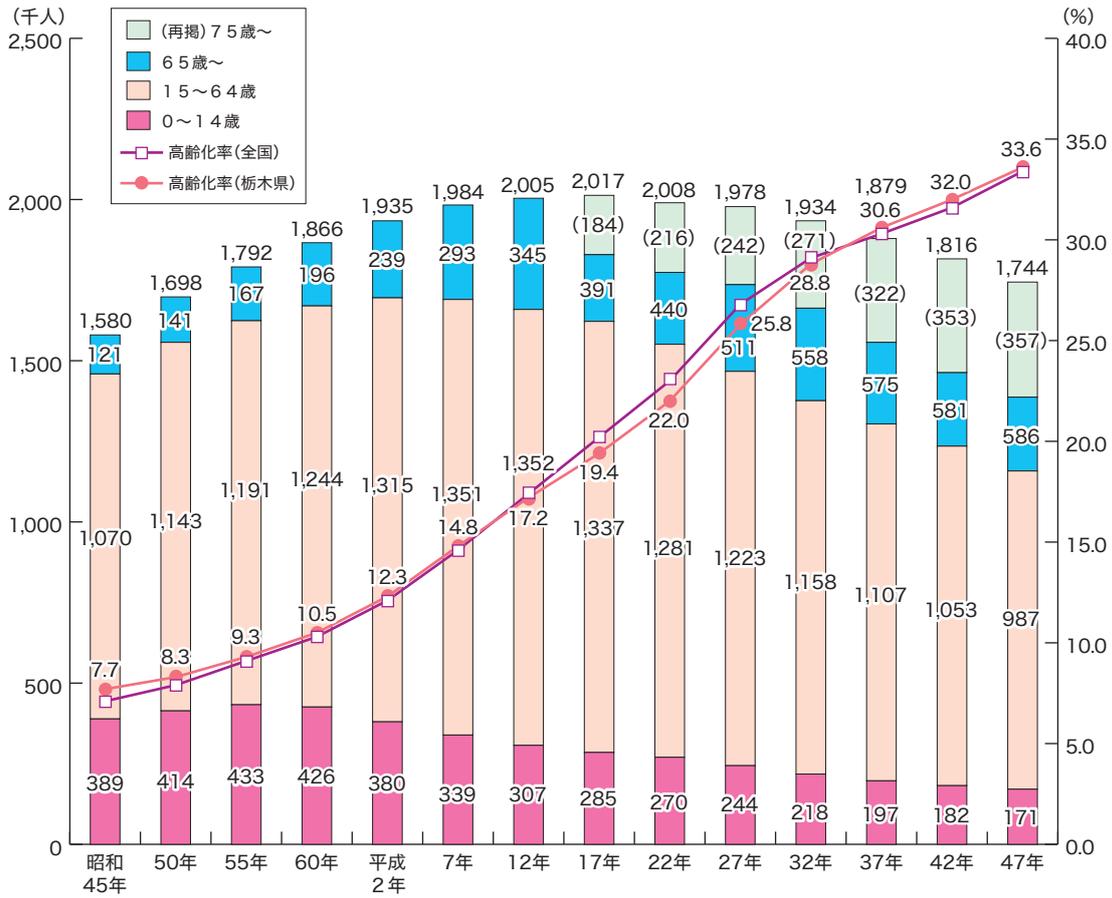
| No. | 選任区分 | 団体名 | 役職名 | 氏名 |
|-----|--------------|-------------------------|----------------------------------|---------|
| 1 | 保健医療 関係団体 | (一社)栃木県医師会 | 副会長 | 五味 洵 秀幸 |
| 2 | | (社)栃木県歯科医師会 | 専務理事 | 田村 一夫 |
| 3 | | (一社)栃木県薬剤師会 | 副会長 | 小野村 昌 |
| 4 | | (公社)栃木県栄養士会 | 会長 | 久保 泉 |
| 5 | | 栃木県病院協会 | 参 与 | 宮原 保之 |
| 6 | 健康診査等 実施者 | 栃木県市町村保健師業務研究会 | 会 長 | 稲葉 節子 |
| 7 | | 栃木労働局労働基準部 | 労働基準部長 | 竹田 紀稔 |
| 8 | | (財)栃木県保健衛生事業団 | 理事兼医療局長兼 消化器検診部長 | 森久保 寛 |
| 9 | 市町村 | 栃木県市長会 | 宇都宮市副市長 | 高井 徹 |
| 10 | | 栃木県町村会 | 茂木町副町長 | 服部 公一 |
| 11 | 学識 経験者 | 自治医科大学 | 教 授 | 中村 好一 |
| 12 | | 獨協医科大学 | 教 授 | 武藤 孝司 |
| 13 | | 国立保健医療科学院 | 上席主任研究官 | 岡本 悦司 |
| 14 | 県議会 | 栃木県議会生活保健福祉委員会 栃木県議会 | 委員長(平成24年4~12月) 副議長(平成25年1月~) | 小林 幹夫 |
| 15 | 医療 保険者 | 栃木県国民健康保険団体連合会 | 常務理事 | 高津戸 忠一 |
| 16 | | 健康保険組合連合会栃木連合会 | 常務理事 | 大羽 ノブ子 |
| 17 | | 全国健康保険協会栃木支部 | 支部長 | 栗田 昭治 |

(順不同・敬称略)

資料集

資料集

データ1 本県の人口・将来推計人口及び高齢化率の推移



【資料：昭和45年から平成22年までは、資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2012)」(出典：総務省統計局「国勢調査」、平成27年から平成47年までは、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-による。】

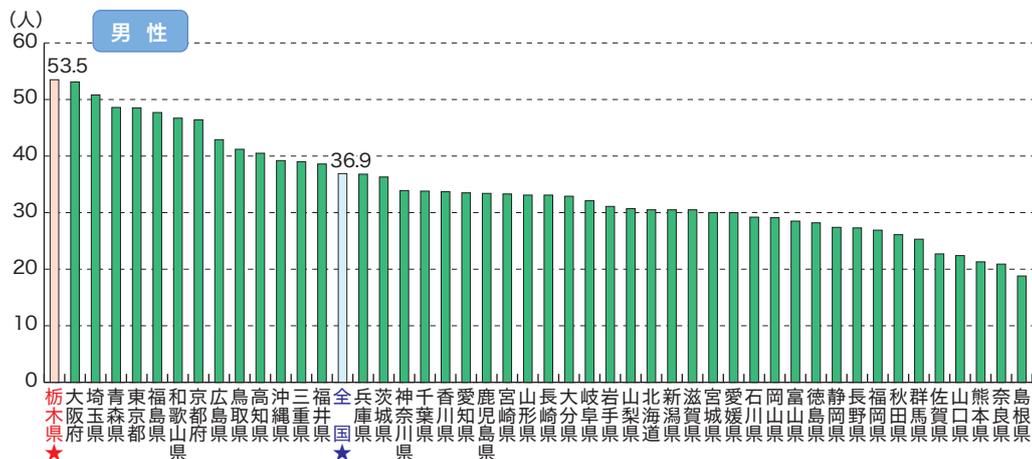
データ2 都道府県別・死因別年齢調整死亡率(人口10万対)の状況

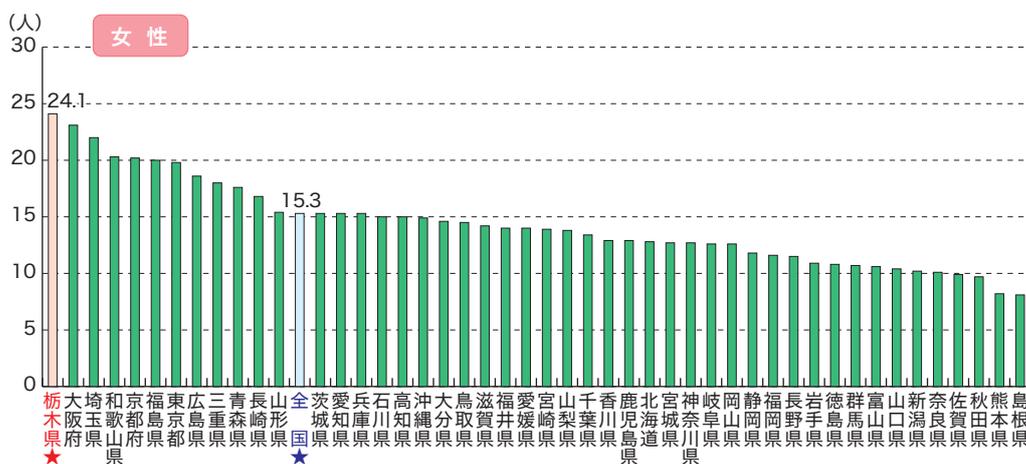
① 悪性新生物



【資料：厚生労働省「平成22年人口動態調査特殊報告」】

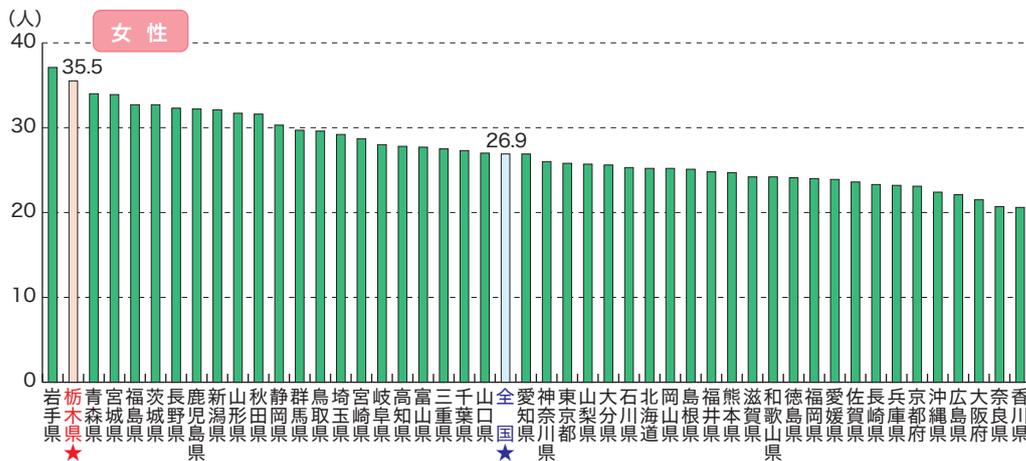
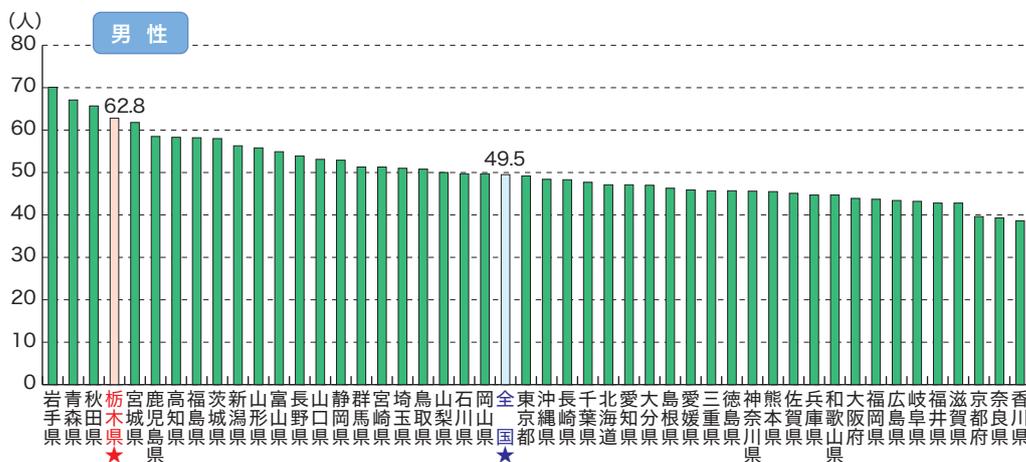
② 虚血性心疾患





【資料:厚生労働省「平成22年人口動態調査特殊報告」】

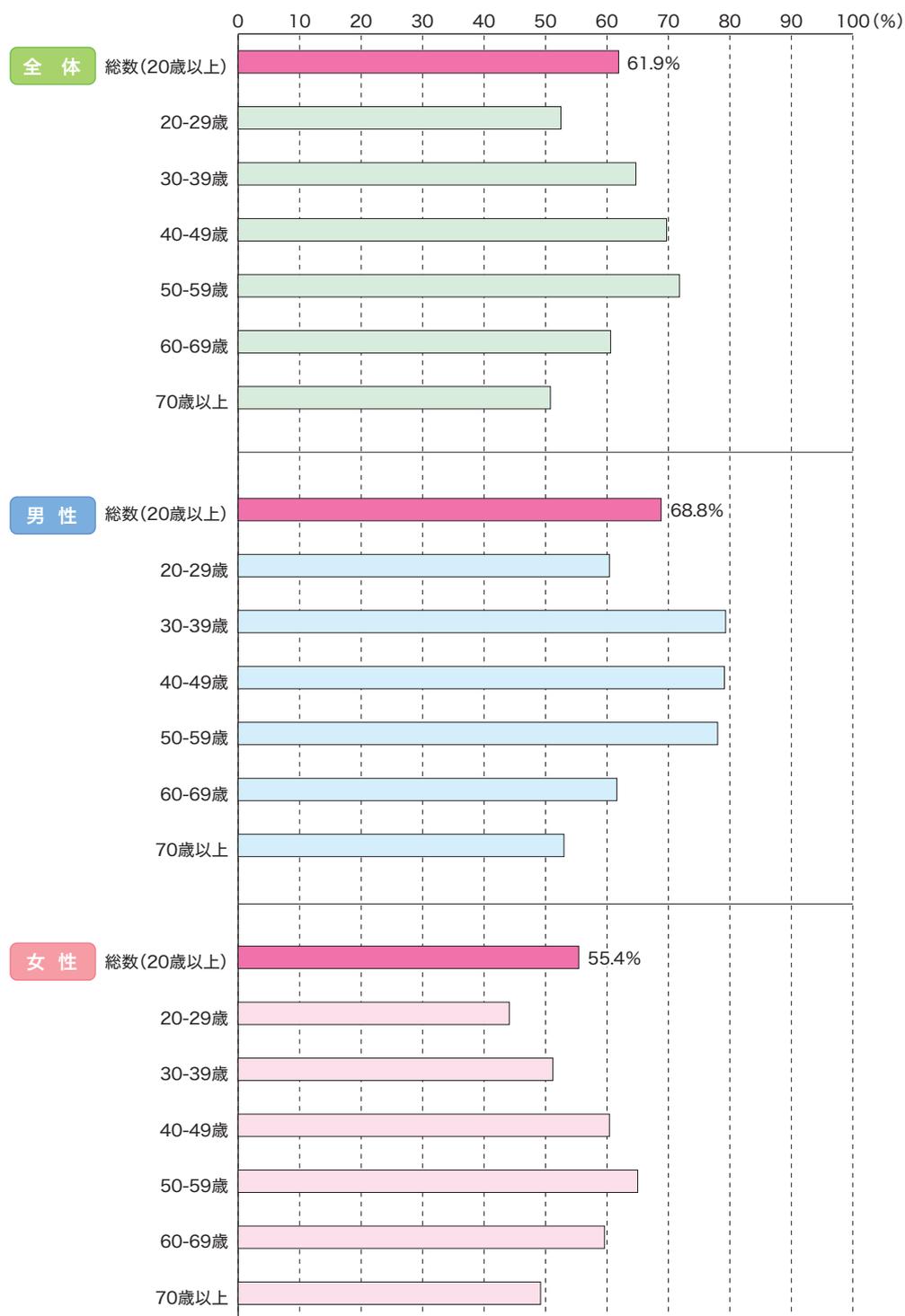
③ 脳血管疾患



【資料:厚生労働省「平成22年人口動態調査特殊報告」】

データ3 各種健診の受診状況

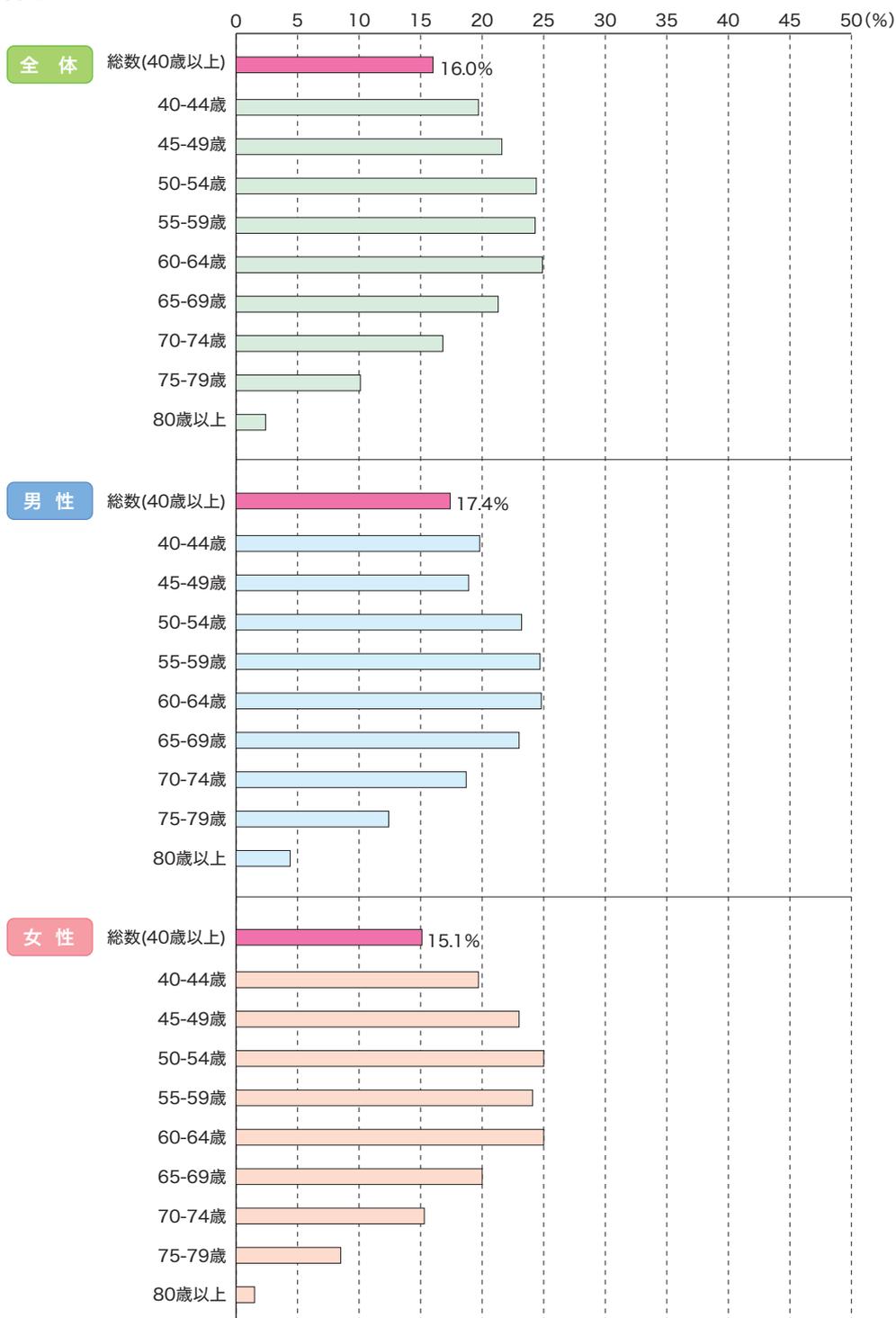
① 健診受診率 (調査票調査で「過去1年間に健診を受けた(がんのみの検診等は除く)」とした者)



【資料: 栃木県「平成21年度県民健康・栄養調査」】

② がん検診受診率(平成22年度)

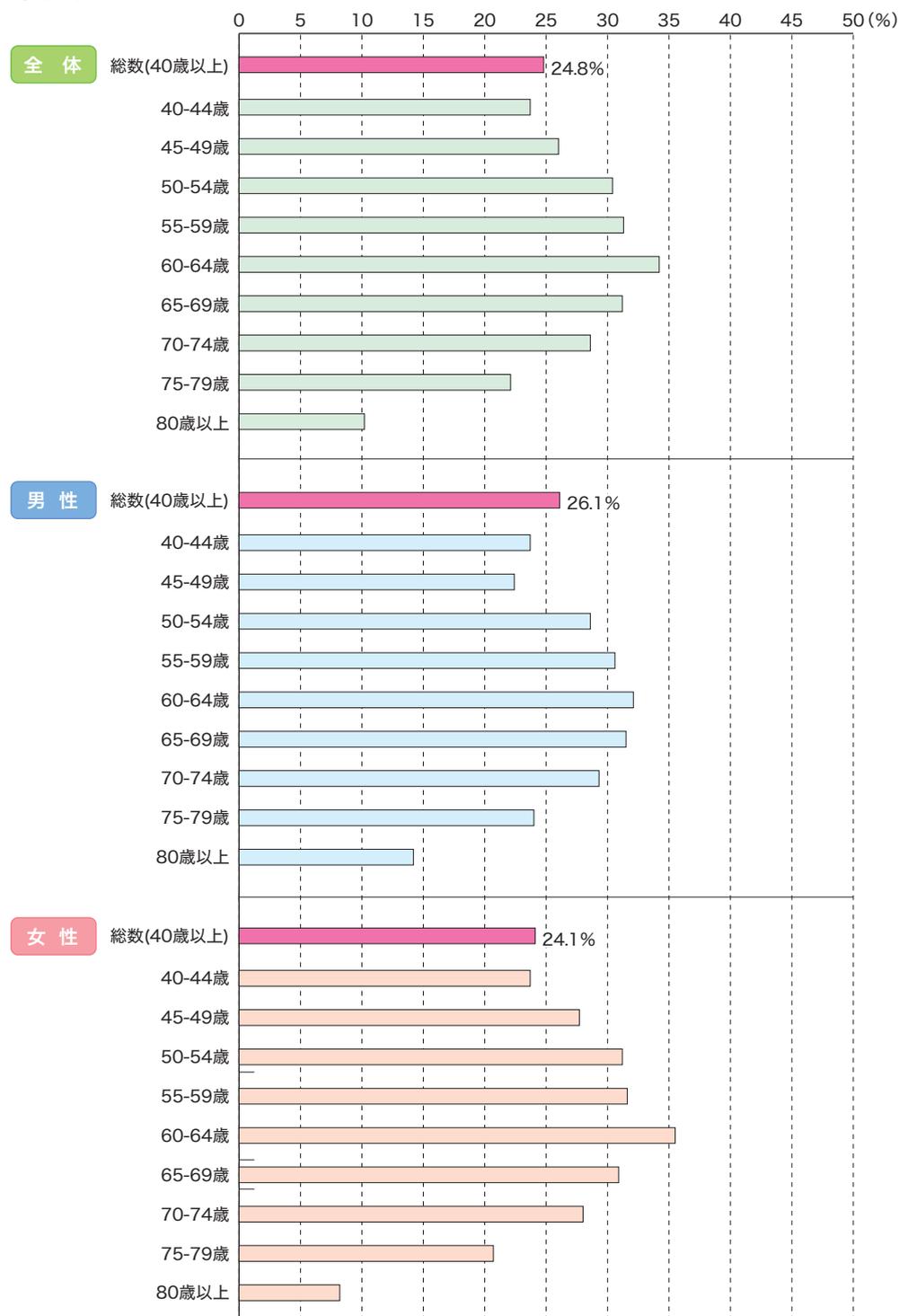
胃がん



(厚生労働省「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」に基づく方式による検診を受診した者の割合)

【資料: 栃木県「健康診査実施状況(がん検診)調査」】

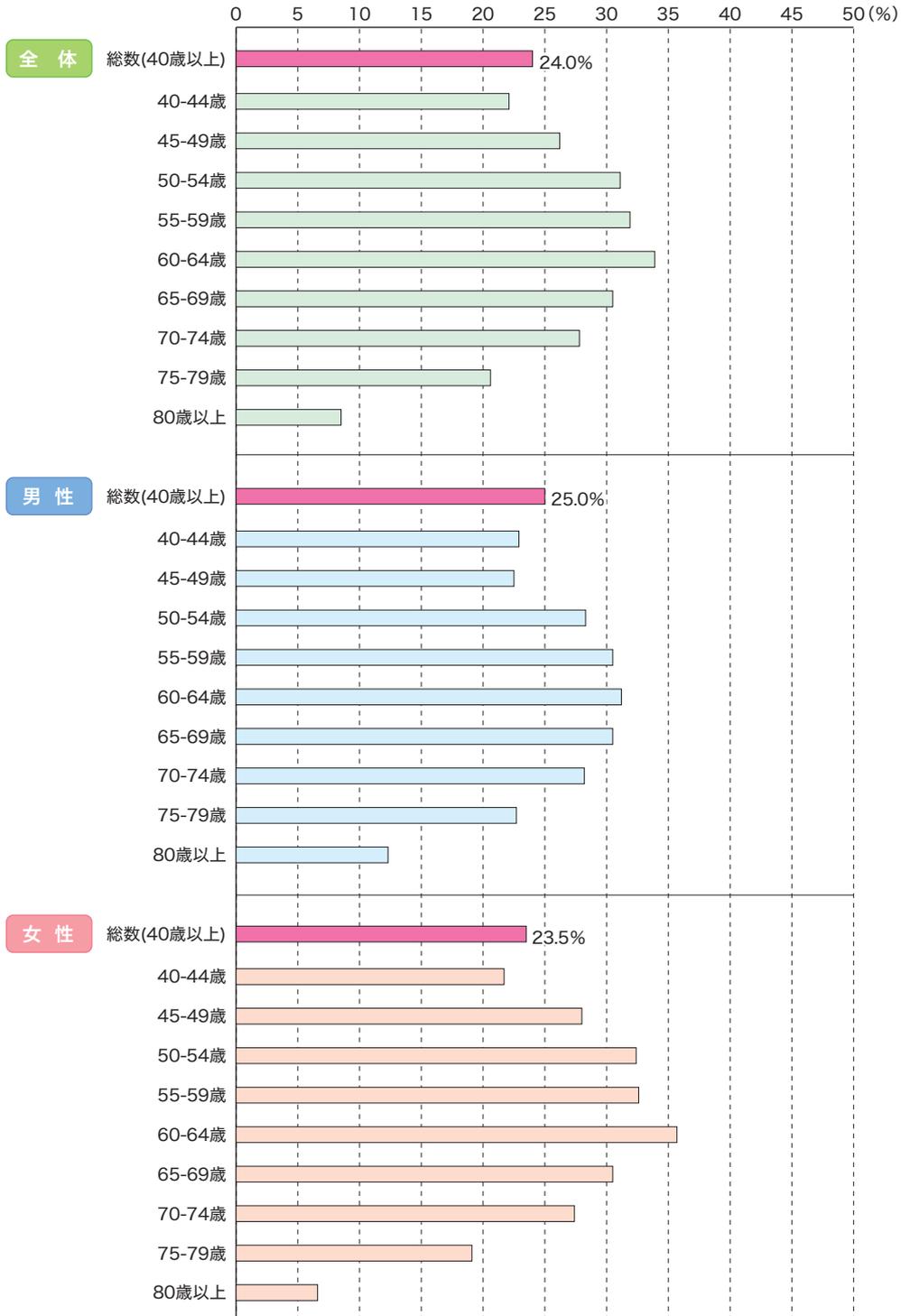
肺がん



(厚生労働省「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」に基づく方式による検診を受診した者の割合)

【資料: 栃木県「健康診査実施状況(がん検診)調査」】

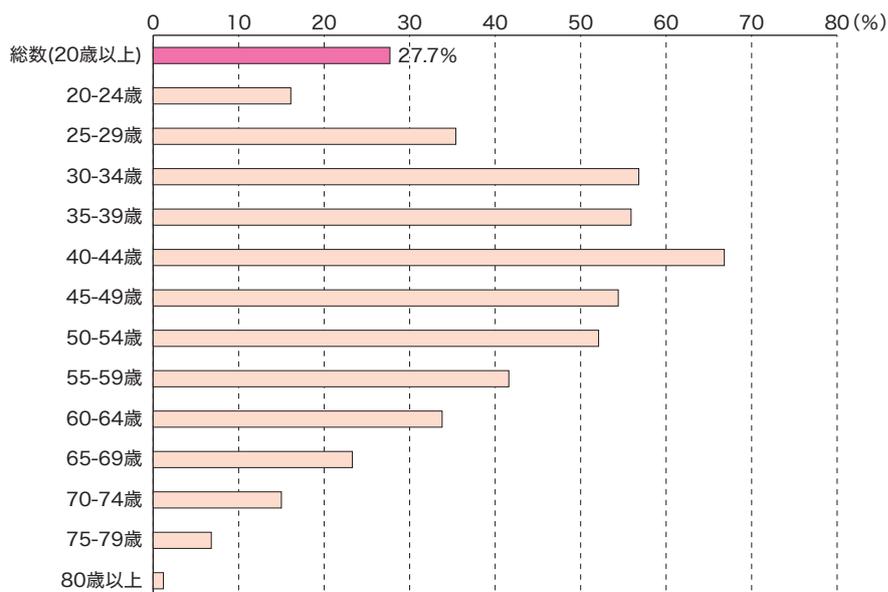
大腸がん



(厚生労働省「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」に基づく方式による検診を受診した者の割合)

【資料：栃木県「健康診査実施状況(がん検診)調査」】

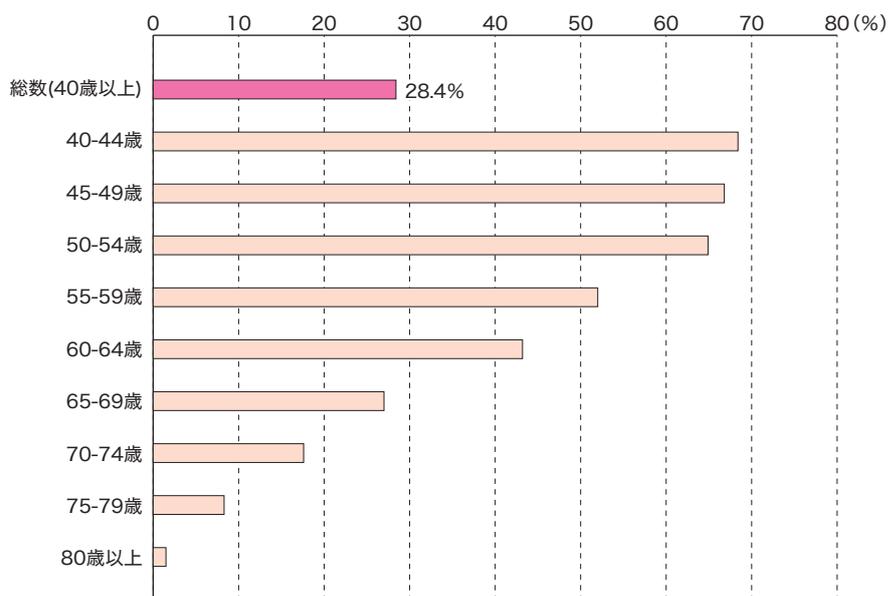
子宮頸がん



(厚生労働省「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」に基づく方式による検診を受診した者の割合)

【資料: 栃木県「健康診査実施状況(がん検診)調査」】

乳がん

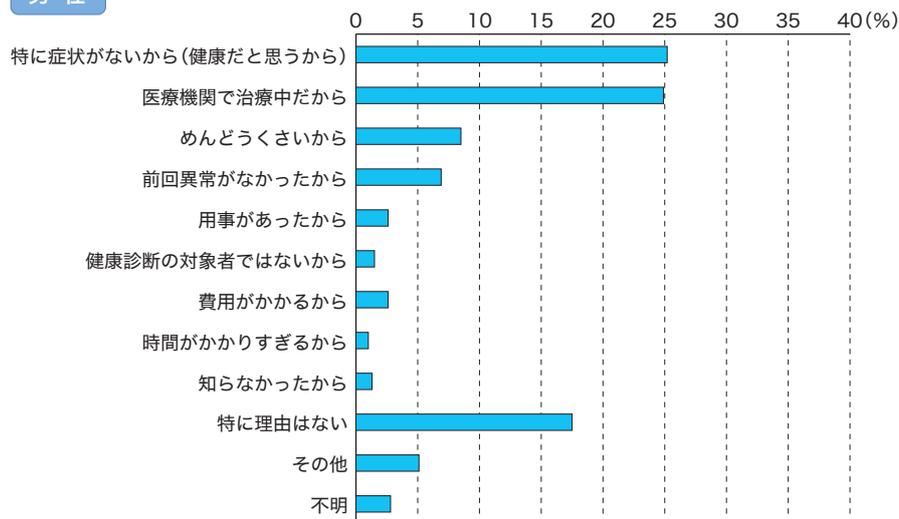


(検診方式を特定しない(全方式)の受診率)

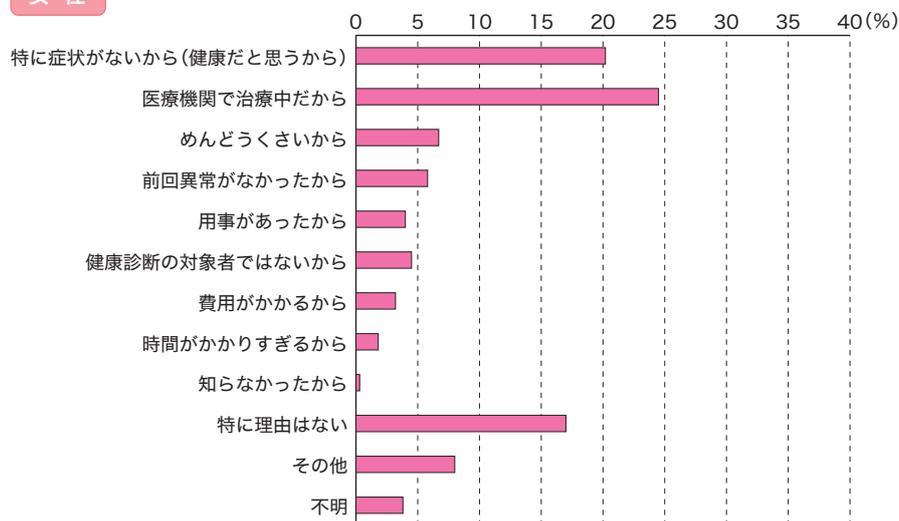
【資料: 栃木県「健康診査実施状況(がん検診)調査」】

データ4 健診等を受けなかった理由

男性



女性

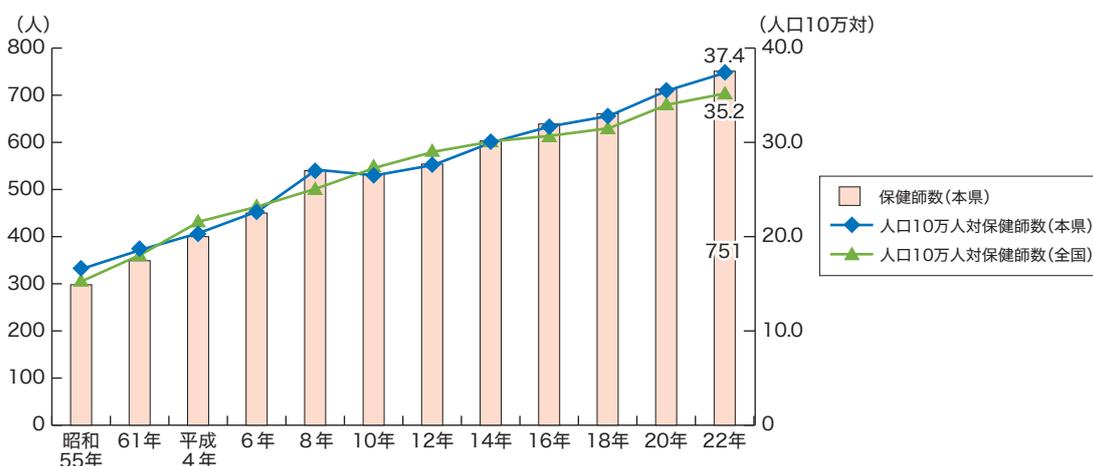


(調査票調査で「過去1年間に健診を受けた(がんのみの検診等は除く)」に「いいえ」と答えた者に未受診の理由を聞いたもの)

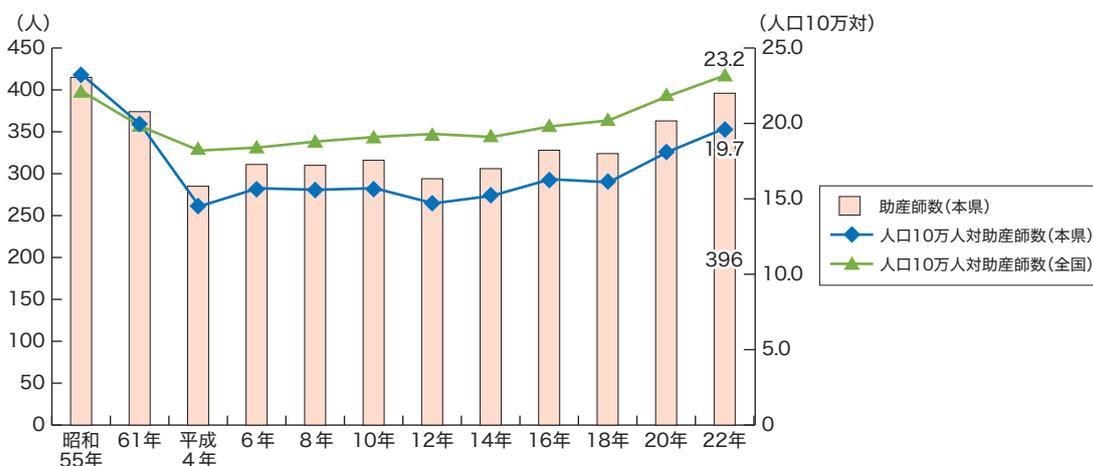
【資料: 栃木県「平成21年度県民健康・栄養調査」】

データ6 保健師数・助産師数・看護師数・准看護師数の年次推移

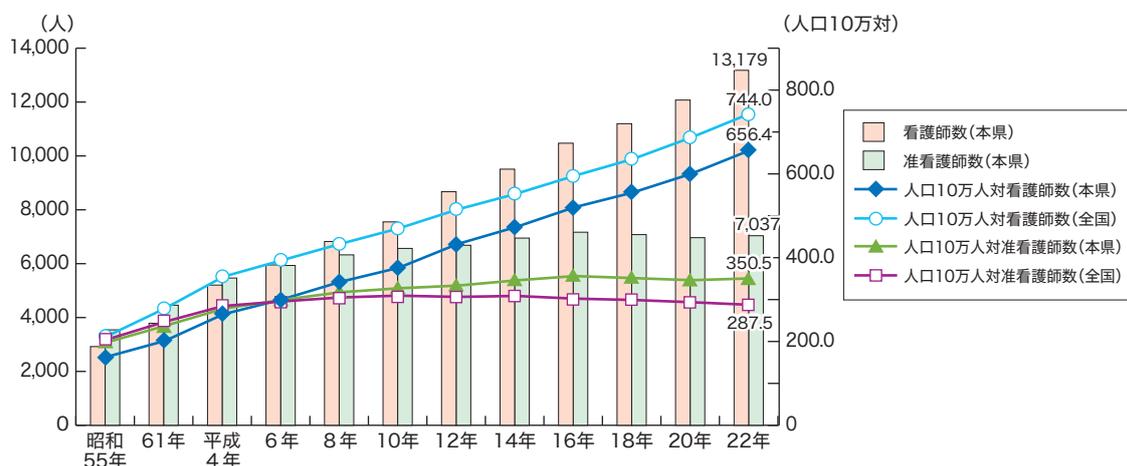
① 保健師数の年次推移



② 助産師数の年次推移

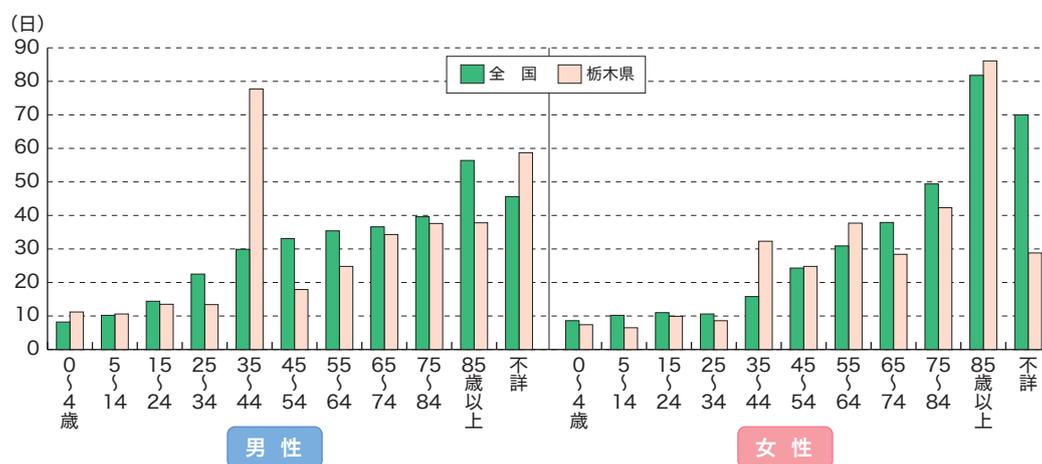


③ 看護師数・准看護師数の年次推移



【資料：厚生労働省「衛生行政報告例」】

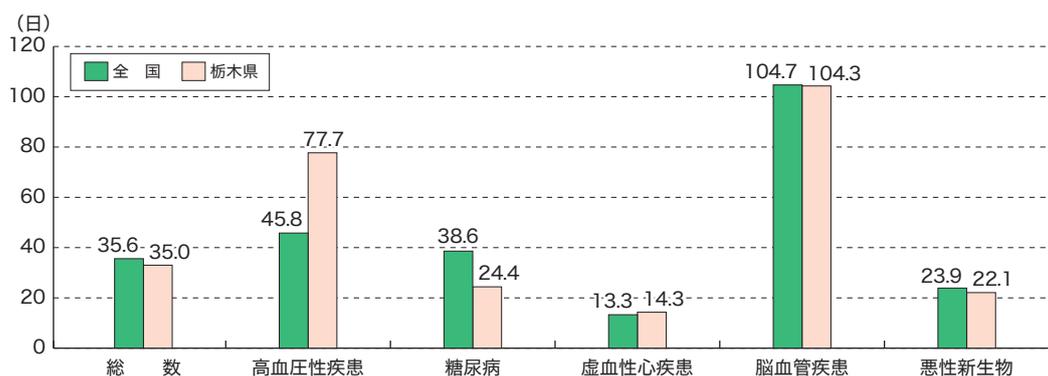
データ9 年齢階級別退院患者の平均在院日数の状況



(注) 患者住所地、病院+診療所による

【資料: 厚生労働省「平成20年患者調査」】

データ10 生活習慣病に着目した傷病別退院患者の平均在院日数の状況

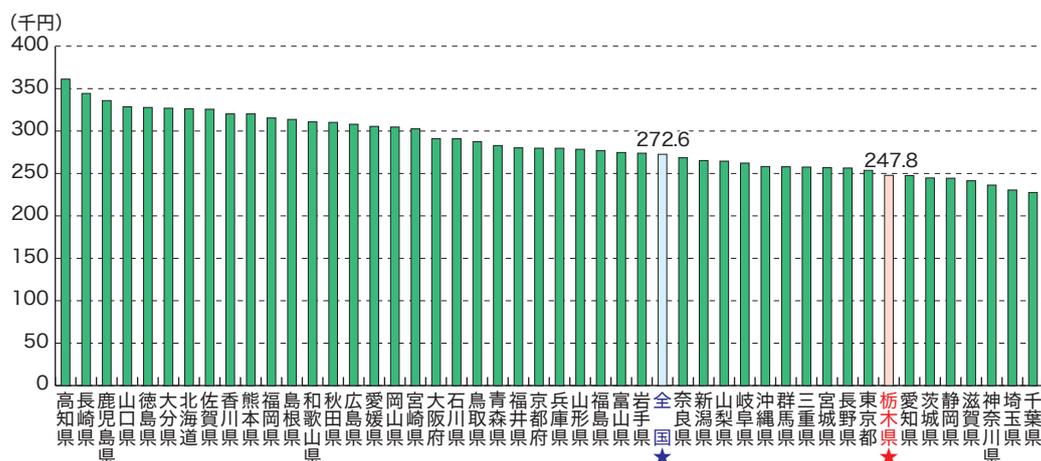


(注) 患者住所地、病院+診療所による

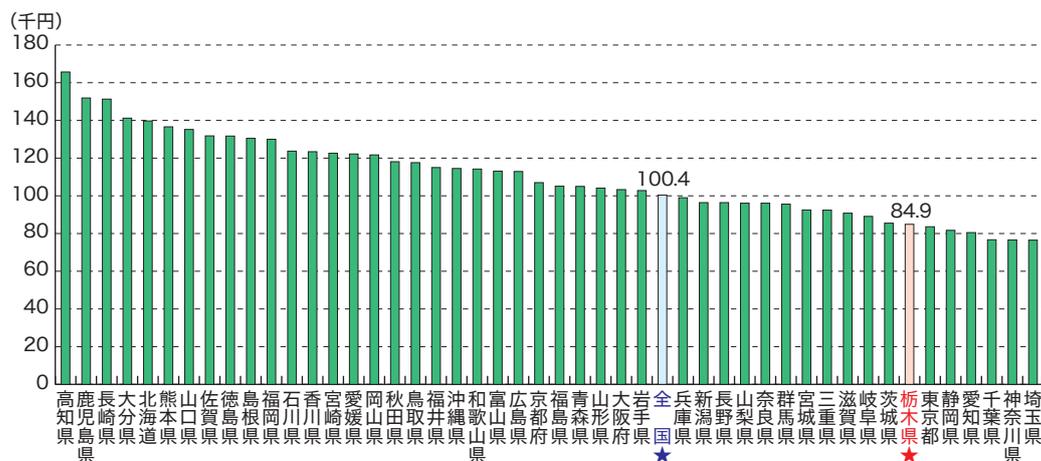
【資料: 厚生労働省「平成20年患者調査」】

データ11 一人当たり国民医療費の全国比較

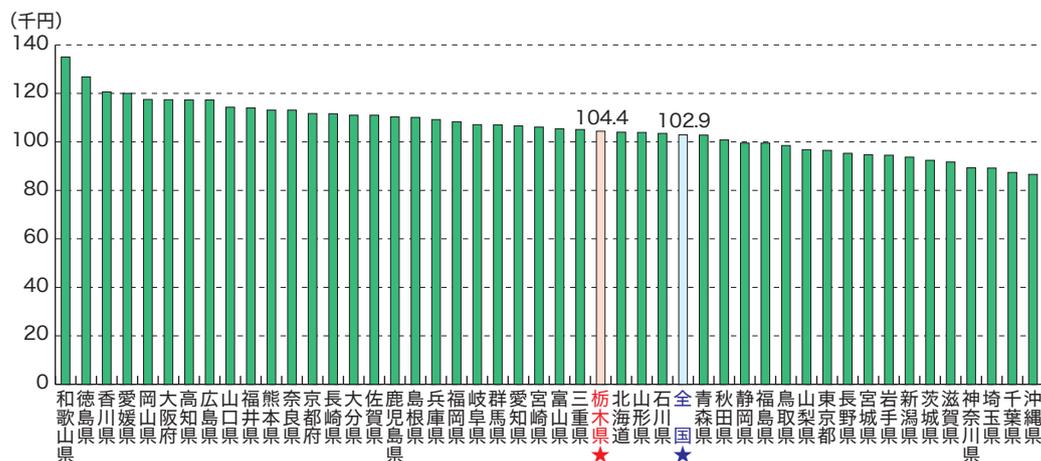
① 総額



② 入院



③ 外来



【資料：厚生労働省「平成20年国民医療費」より栃木県作成】

データ12 一人当たり後期高齢者医療費の推移



データ13 本県の一人当たり後期高齢者医療費(入院・外来・歯科別)

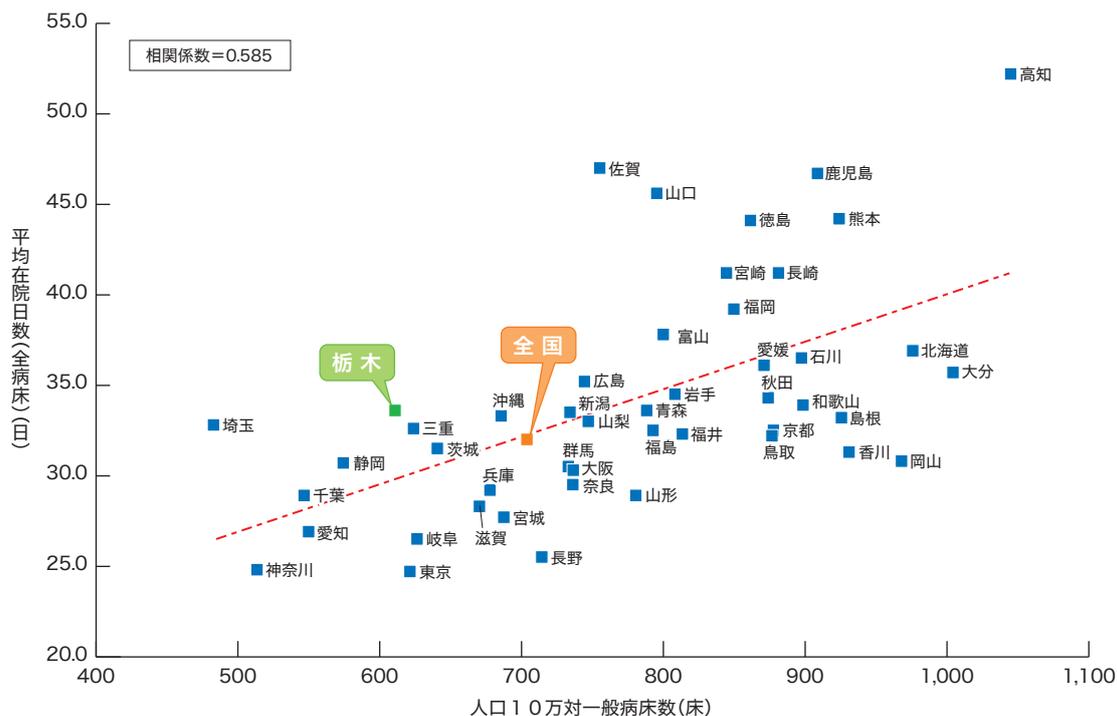
| | 本 県 | 全 国 |
|---------------|---------------|----------|
| 一人当たり後期高齢者医療費 | 798,162円(38位) | 904,795円 |
| うち入院医療費 | 380,434円(39位) | 455,232円 |
| うち外来医療費 | 386,376円(32位) | 407,436円 |
| うち歯科医療費 | 21,714円(37位) | 28,342円 |

(注) 入院医療費には内科の入院時食事療養・生活療養費を、外来医療費には調剤費を、
歯科医療費には歯科の入院時食事療養・生活療養費を含む。()内は全国における順位。

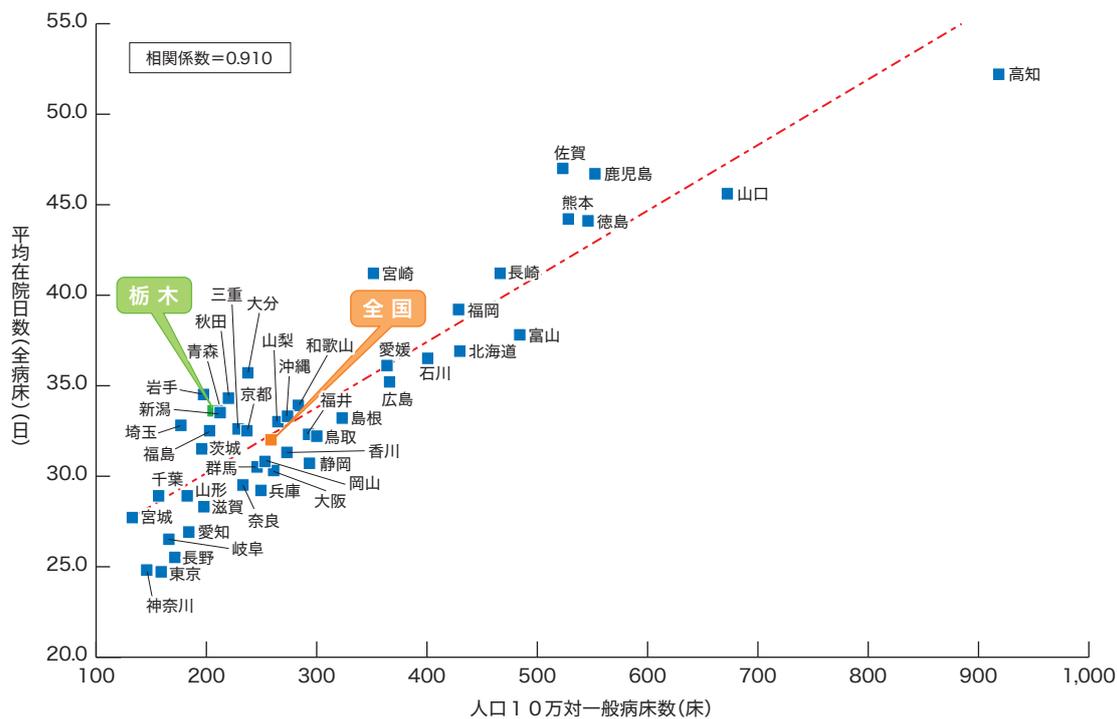
【資料：厚生労働省保険局「平成22年度後期高齢者医療事業年報」】

データ14 平均在院日数と人口10万対病床数との相関関係

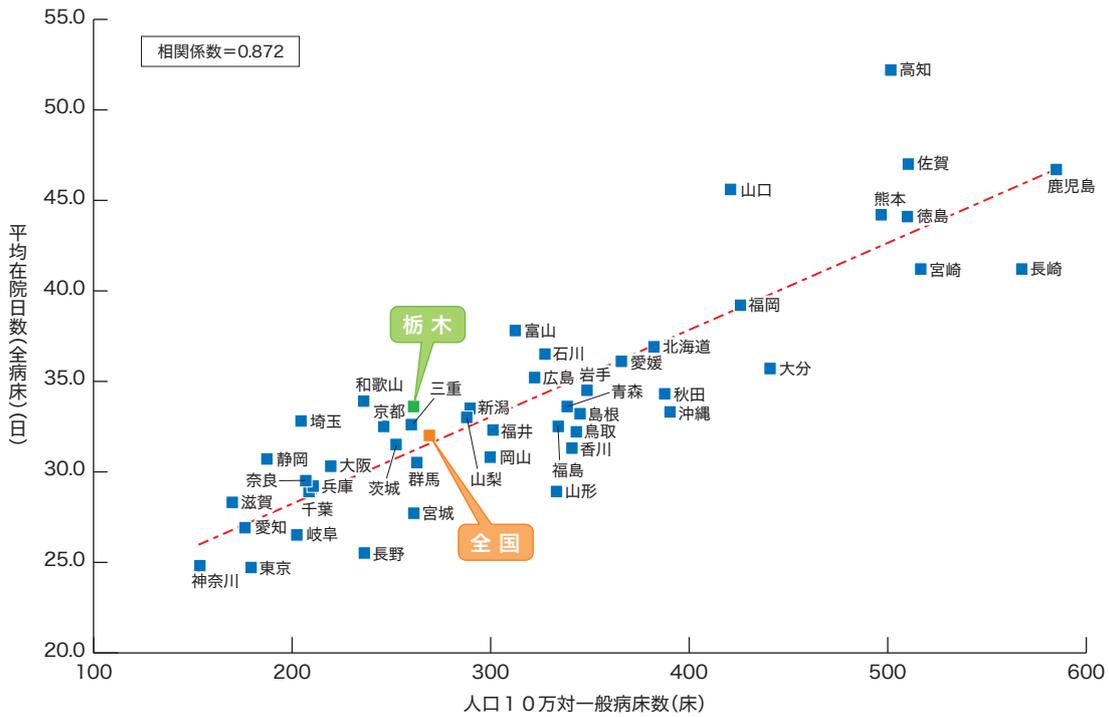
① 一般病床



② 療養病床

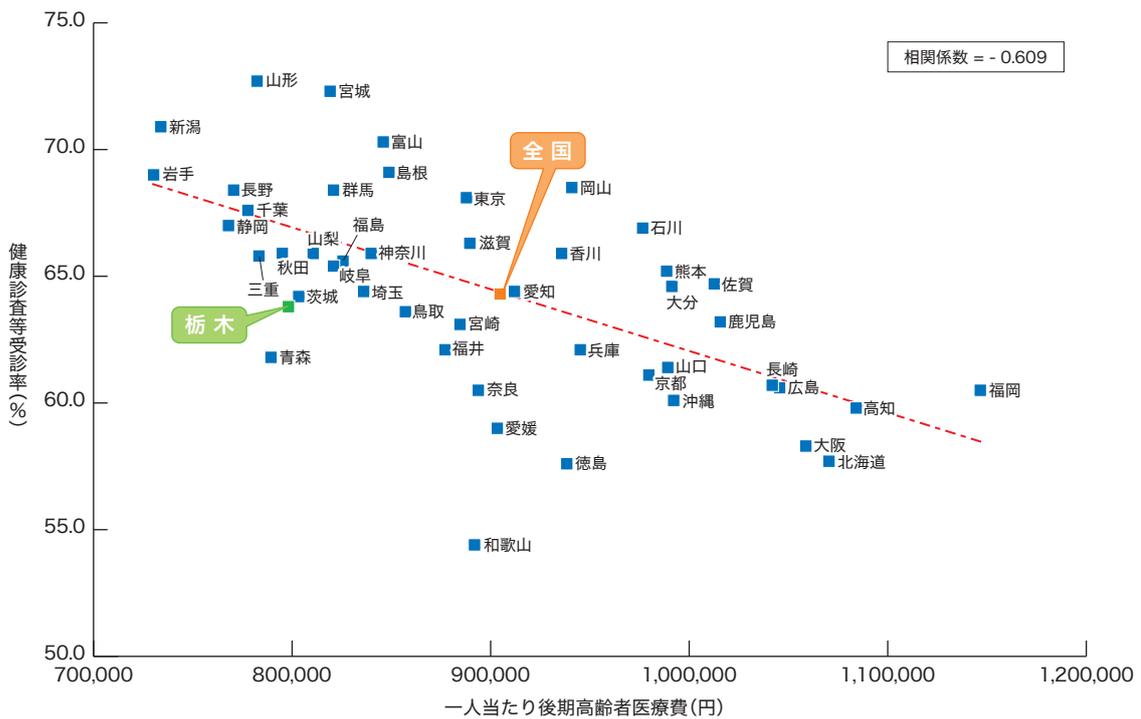


③ 精神病床



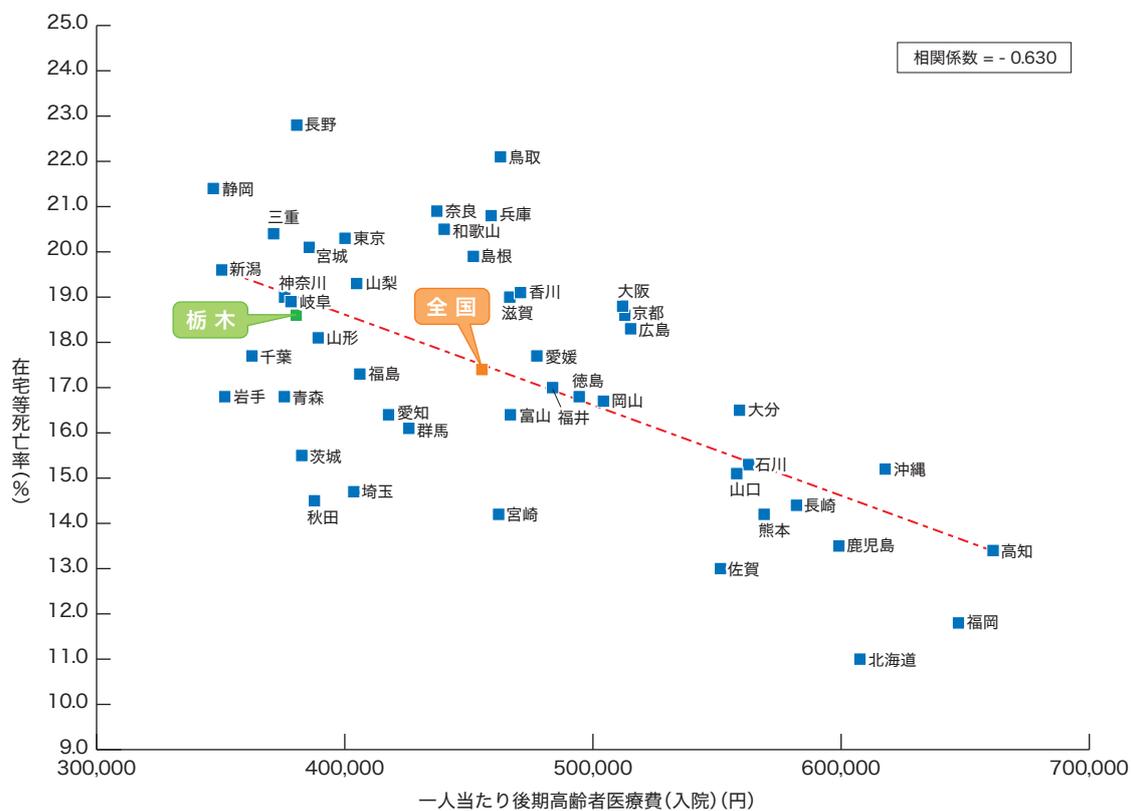
【資料:厚生労働省「平成23年病院報告」「平成23年医療施設調査」より栃木県作成】

データ15 健康診査受診率と一人当たり後期高齢者医療費との相関関係



【資料:厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」「平成22年度後期高齢者医療事業年報」より栃木県作成】

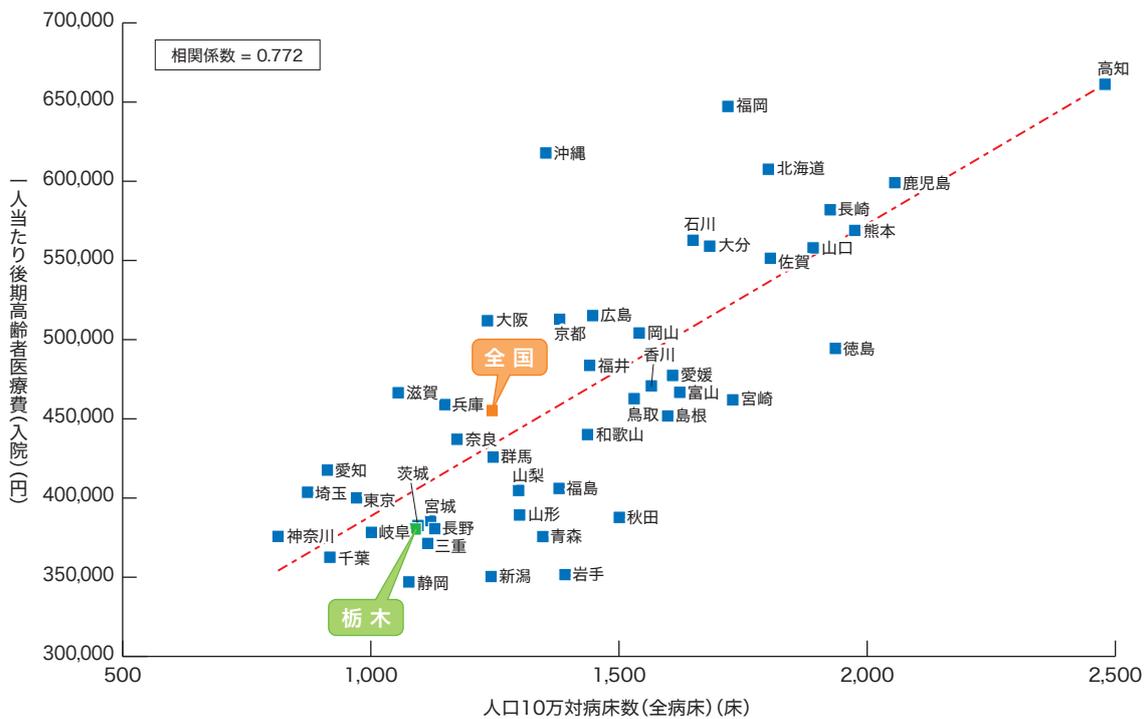
データ16 在宅等死亡率と一人当たり後期高齢者医療費(入院)との相関関係



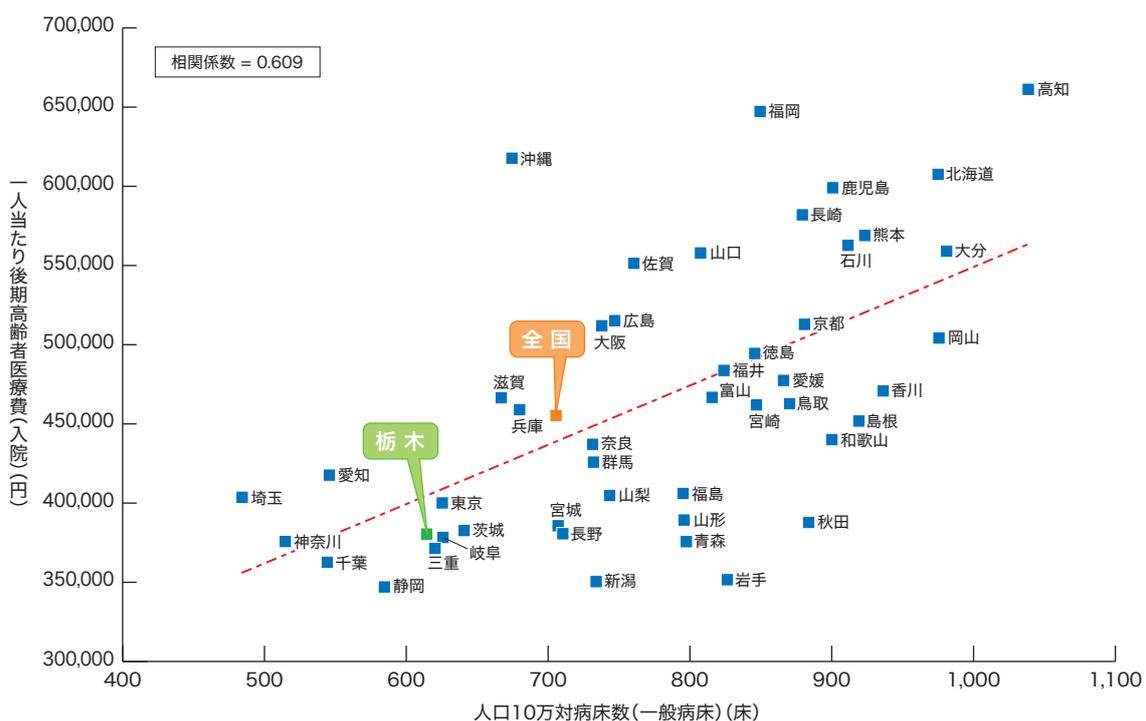
【資料:厚生労働省「平成22年人口動態調査」「平成22年度後期高齢者医療事業年報」より栃木県作成】

データ17 人口10万対病床数と一人当たり後期高齢者医療費(入院)との相関関係

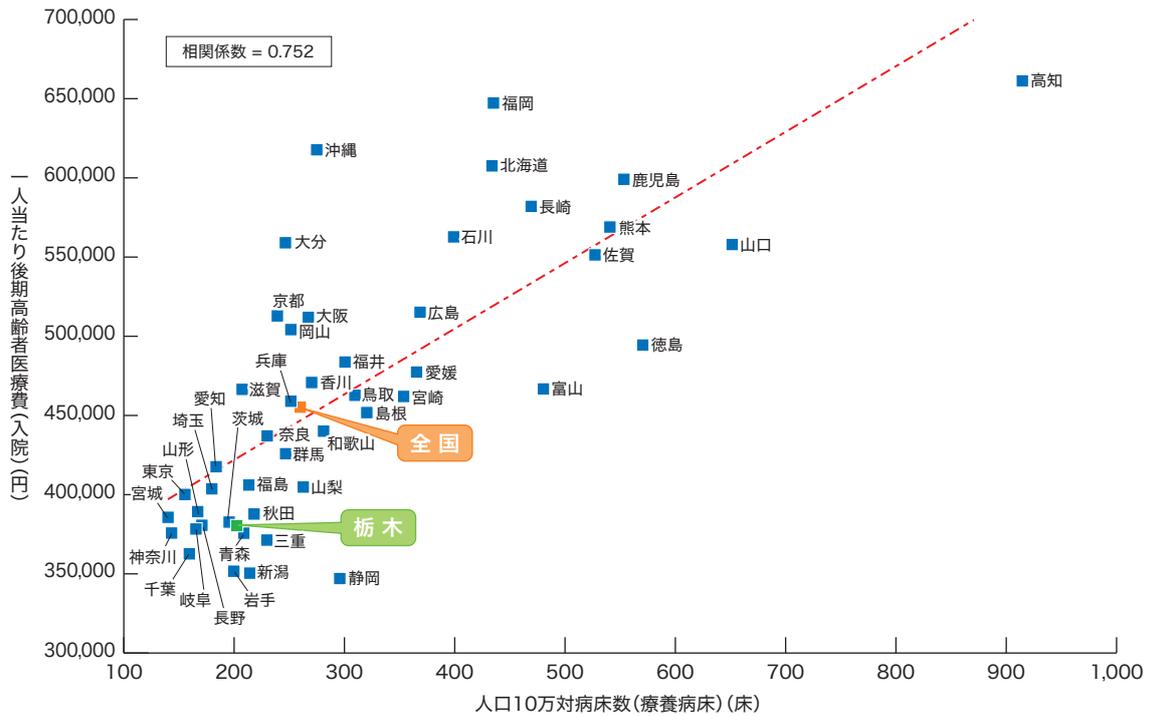
① 全病床



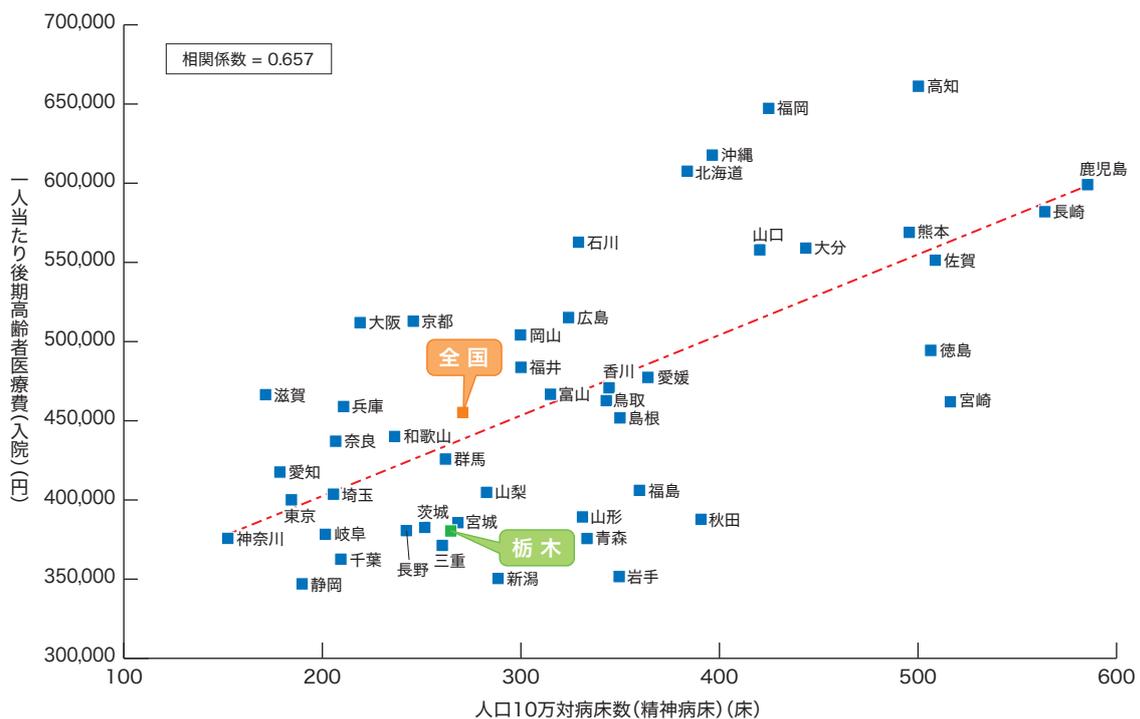
② 一般病床



③ 療養病床



④ 精神病床



【資料:厚生労働省「平成22年度後期高齢者医療事業年報」「平成22年医療施設調査」より栃木県作成】



Dr.とちまるくん

栃木県医療費適正化計画 (2期計画)

平成25年3月発行
編集・発行 栃木県

〒320-8501

栃木県宇都宮市塙田1-1-20

保健福祉部保健福祉課

TEL 028-623-3103

FAX 028-623-3131