

宮城県医療費適正化計画



平成20年4月

宮 城 県

目 次

第1章 計画の策定に当たって	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	1
第2節 計画の位置付け	2
第2章 医療費の動向を踏まえた医療等の現状と課題	4
第1節 医療費の動向	5
第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況	10
第3節 病床の状況	13
第4節 平均在院日数の状況	15
第5節 療養病床における入院患者の状況	17
第6節 行政評価に見る地域医療	19
第3章 取組と目標	21
第1節 基本理念	21
第2節 医療費適正化に向け目指すべき取組と達成目標	22
1 県民の健康の保持の推進	22
(1) 一次予防の推進	22
ア 適正体重の維持とバランスの取れた食生活・食習慣の実現	22
イ 生活での身体活動・運動量の増加	26
ウ 高齢者の生きがいづくりと社会参加	28
エ たばこ及びアルコール対策	30
オ 歯と口腔の健康づくり	35
(2) 二次予防の推進	37
(3) 達成目標	39
2 医療の効率的な提供の推進	41
(1) 受診の適正化	41
(2) 平均在院日数の短縮	48
ア 医療連携体制の構築とクリティカルパスの活用	48
イ 療養病床の再編成	53
ウ 施設や居住系サービスの充実	57
(3) 在宅療養の推進	59
(4) 後発医薬品の使用促進	63
(5) IT化の推進	65
(6) 達成目標	66
第3節 計画期間における医療費の将来見通し	69
第4章 計画の達成状況の評価	71
第1節 計画の進行管理体制	71
第2節 計画の評価	72
1 進捗状況評価	72
2 実績評価	72
参考資料	73
高齢者の医療の確保に関する法律(抄)	73
医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(抄)	77
宮城県医療費適正化計画策定懇話会開催要綱	87
医療費適正化計画策定懇話会構成員名簿	88

第1章 計画の策定に当たって

第1節 計画策定の背景と趣旨

- 我が国においては、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、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環境は大きく変化しております。
- 特に、厳しい経済情勢や急速な高齢化などによる医療費の増加に伴い、医療費総額に占める公費負担の割合が年々増加する中、国民の安全・安心の基盤である国民皆保険を堅持し続けるためには、住民の生活や医療の質の維持と向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにすることが重要です。
- このような背景を基に、平成18年に「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」や「医療費適正化の総合的な推進」などを基本とした医療制度改革関連法が成立し、その一環として医療費適正化計画（以下「計画」という。）に関する制度が創設されました。
- 厚生労働大臣が定める「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、計画において、政策の柱となる「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を定めるとともに、目標の達成を通じて、結果的に医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものと定められております。
- この基本方針では、「住民の健康の保持の推進」に関しては、若いときからの生活習慣病の予防対策を、また「医療の効率的な提供の推進」に関しては、医療の必要性の低い高齢者が入院する療養病床を介護保険施設等に転換することを、それぞれの中心に据えて、医療機関での入院期間の短縮を図ることが重要な政策として位置付けられております。
- しかし、医療費の適正化を進めるに当たっては、「住民の生活や医療の質の維持と向上を図る」ことが大前提であり、それを確保しながら医療費の伸びを適正にしていくためには、国が行う制度改正や診療報酬の見直しとともに、国や都道府県、市町村の連携の下に、地域の実情を十分考慮した総合的な取組を進めることが重要となります。
- 以上のことを踏まえ、国の基本方針に則しながらも、地域の実情に基づく本県独自の取組も盛り込んだ計画とします。

第2節 計画の位置付け

各都道府県知事が作成する計画については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）で、以下のとおり規定されています。

1 計画の期間

計画の期間は5年とする。

2 計画に掲げる事項

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- 六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 七 計画の達成状況の評価に関する事項
- 八 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

3 計画の作成の手續と公表

都道府県は、計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。

都道府県は、計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なくこれを厚生労働大臣に提出するとともに、公表する。

4 計画の作成と計画に基づく施策の実施に関する協力

都道府県は、計画の作成と計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

5 計画の進捗状況に関する評価

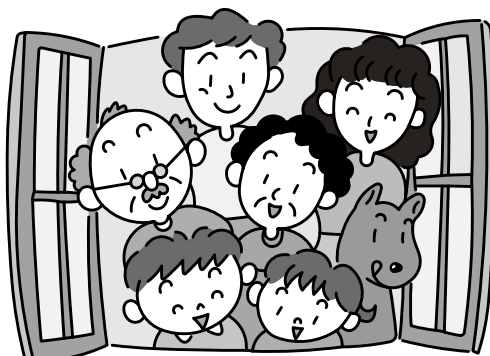
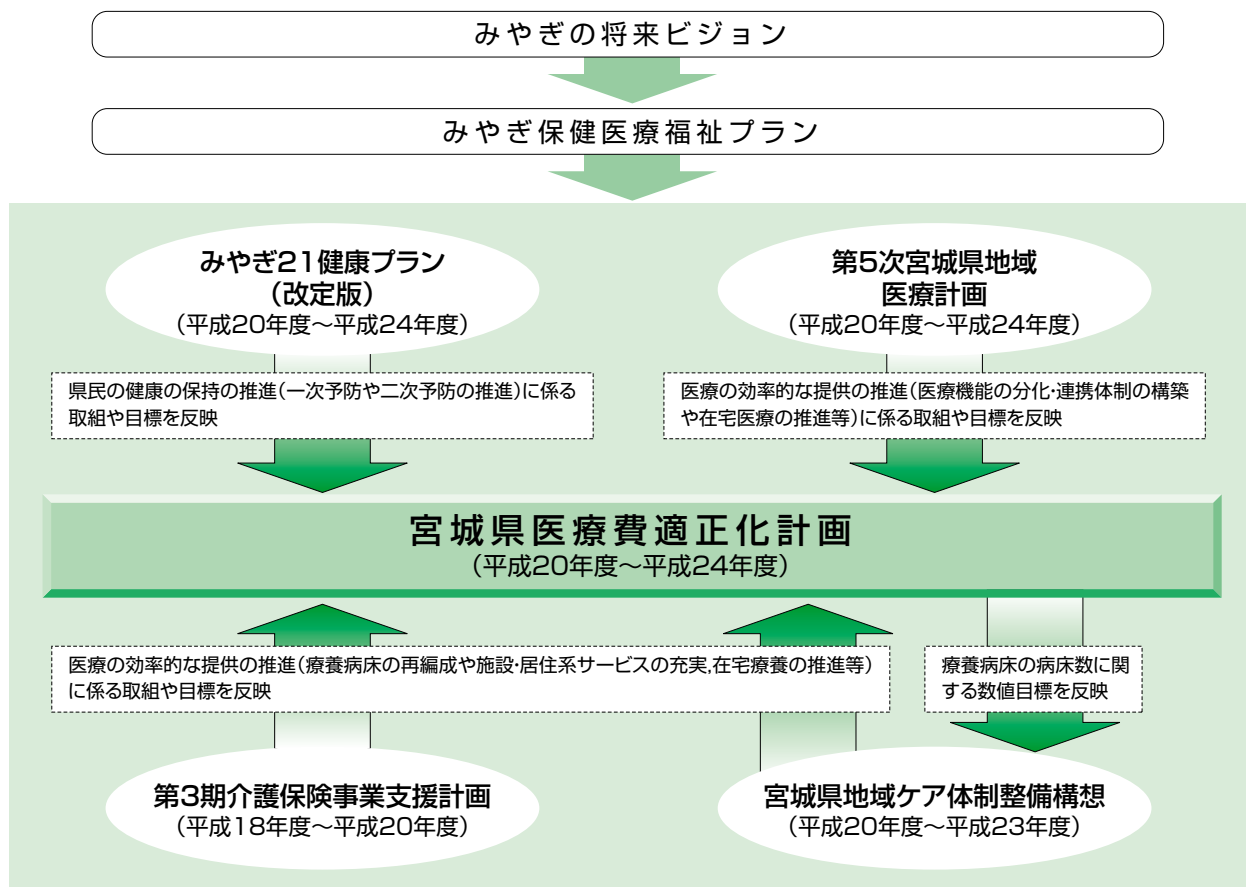
都道府県は、計画を作成した年度の翌々年度に、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。

6 計画の実績に関する評価

都道府県は、計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度に、当該計画に掲げる目標の達成状況と施策の実施状況に関する調査・分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行い、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表する。

なお、先にも述べたとおり、本計画では「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」が政策の柱となり、本県の保健・医療・福祉政策との一体的な取組が必要となることから、下図のとおり、関連計画との整合性を図ることになります。

宮城県医療費適正化計画と関連計画の関係



第2章 医療費の動向を踏まえた医療等の現状と課題

将来に向けた医療費の伸びを想定すると、現在の保健・医療提供体制を今後一層効率化していく必要がありますが、この際、質と量を勘案した医療サービスの提供に心掛けることが重要です。

特に、医療費との相関が高いと考えられている病床や平均在院日数などについて整理すると、以下の点があげられます。

項目	現 状	課 題
高齢化に伴う将来的な医療費の伸びの適正化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全国での国民医療費は、これまで国民所得を上回る伸びを示し、平成17年度は33兆円強となっています。 ○ 本県の1人当たり医療費自体は全国平均より低いものの、医療費の伸びは全国平均を上回っています。 ○ 本県の医療費の伸びは、県民所得などの伸びを上回り、また、保健医療に係る家計最終消費支出も伸びているなど、県民の経済的な負担が増している状況です。 ○ 本県人口に占める後期高齢者（75歳以上）の割合は、平成47年には2割を超えると予想されています。 	<p>今後予想される急速な高齢化により、老人医療費も含めた本県の医療費はますます増加し、それに伴い県民の負担も増すことが懸念されることから、県民の生活や医療の質の維持・向上を確保しながら、医療費の伸びを適正にする対策が不可欠です。</p>
生活習慣病やメタボリックシンドロームの予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活習慣病は、本県の国保医療費の3割強、死因別割合では約6割を占める状況になっています。 ○ 受療状況をみると、50歳代から入院外受療率が徐々に増加し、70歳頃を境として入院受療率が上昇しています。 ○ 生活習慣病発症前の段階であるメタボリックシンドロームの状況をみても、50歳代から該当者・予備群の割合が増加しています。 	<p>これらの状況を考慮すると、若いときからの生活習慣病やメタボリックシンドロームの予防対策が今後重要になると考えられます。</p>
社会的入院（注）の是正	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期入院患者が多い療養病床は、近年病床数が横ばいですが、病床利用率は漸減しており、特に利用率は全国で最も低い状況です。 ○ 本県の療養病床の入院患者は、医療の必要性が高い患者が約6割いる一方で、医療の必要性が低い患者も約4割います。また、平成18年10月に実施した医療機関に対するアンケート調査では、入院患者の医療や介護の必要性等を考慮した対応先として、老人保健施設など療養病床以外の施設等が望ましい患者は約半数おり、介護施設や居宅サービス、在宅医療の充実などによる受入れ体制が整えば退院可能な、いわゆる社会的入院（注）患者も多くいることがうかがわれます。 	<p>今後予想される急速な高齢化に伴い、高齢入院患者の増加も見込まれる中、限りある医療資源を有効かつ効率的に活用するためにも、介護施設や居宅サービス、在宅医療の充実など、退院後の受入れ体制の整備を進めることにより、療養病床における社会的入院を是正していくことが必要です。</p>

（注）社会的入院

入院治療の必要性がなくなっても、家族に介護者がいない、又は地域に福祉施設の受け入れ先がないなどの理由で退院できない状態にあることをいいます。

第1節 医療費の動向

1 国民医療費の動向

(1) 全国の国民医療費（総額）の状況

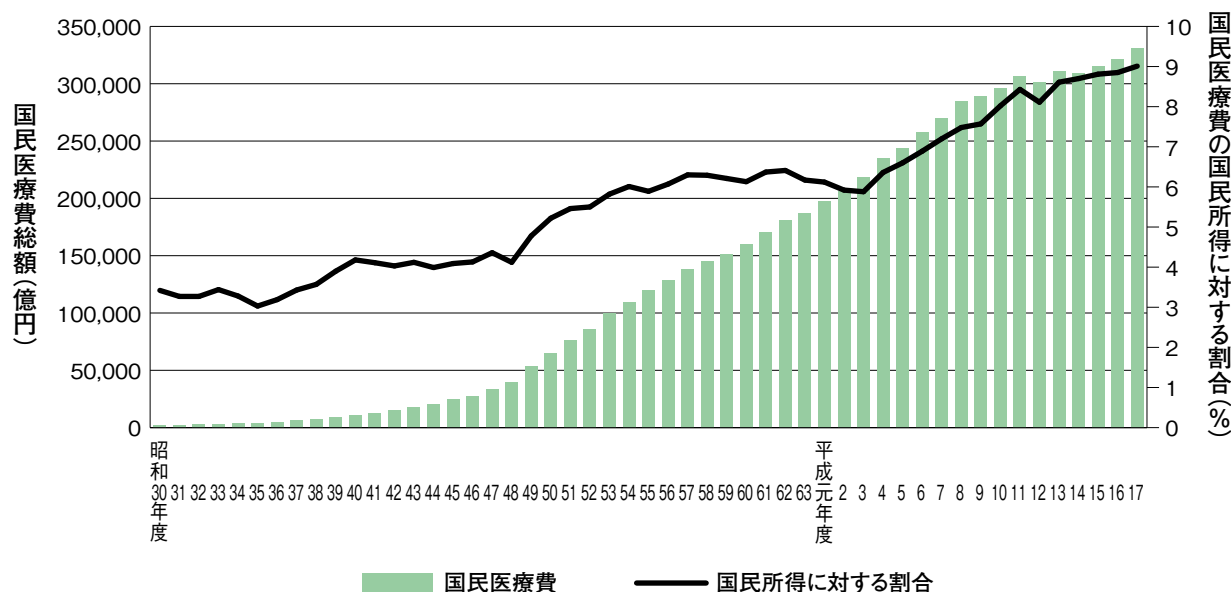
- 全国での国民医療費（総額）はこれまで国民所得を上回る伸びを示し、平成17年度は33兆1,289億円になっています。

近年は患者の一部負担増等の制度改正により伸びを抑制している状況で、制度改正がない場合の国民医療費（総額）は毎年1兆円（年率約3～4%）程度ずつ伸びる傾向にあります。

国民医療費（総額）の国民所得に対する割合も年々増加し、昭和30年代には3%台であった割合は、平成17年度では9.0%まで上昇しています。

今後、急速な高齢化が予想されていることから、国民医療費のさらなる増加が見込まれます。

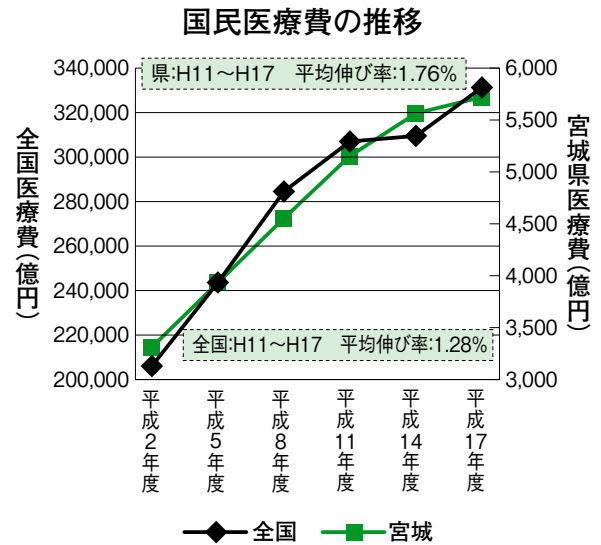
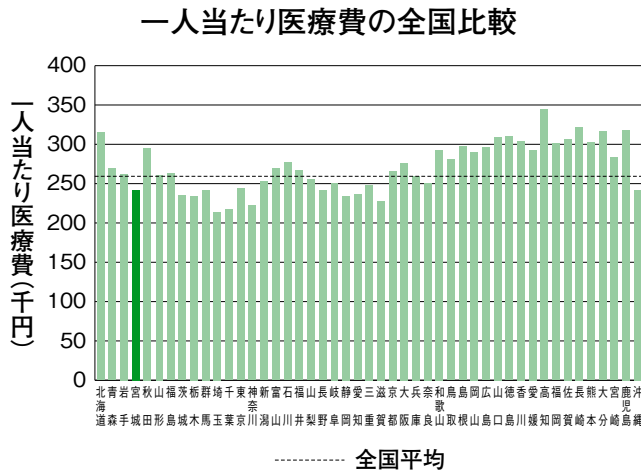
国民医療費（総額）と国民所得に対する国民医療費割合の推移



資料:平成17年度国民医療費の概況(厚生労働省)

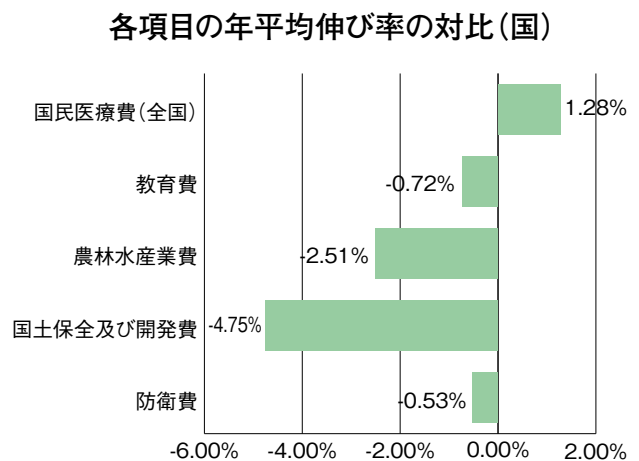
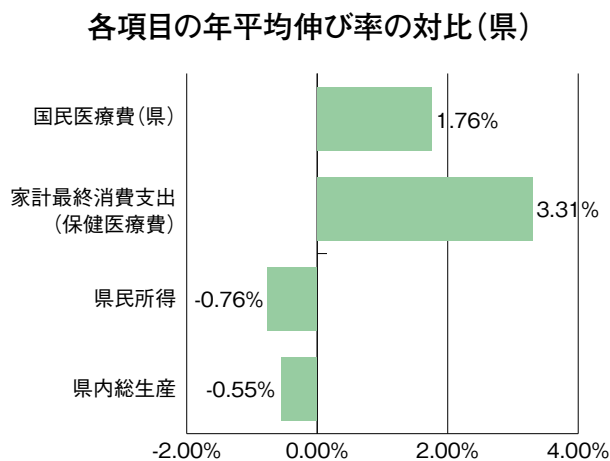
(2) 本県の医療費の状況

- 本県の医療費の状況は、平成17年度の1人当たり国民医療費は242千円で、全国平均と比較すると低くなっています。しかし、近年の医療費（総額）の伸びをみると、全国では伸びが鈍化しているのに対し、本県は右肩上がりの状況で、全国平均を上回るペースで増加しており、平成17年度では5,721億円となっています。



資料(左)：平成17年度国民医療費(厚生労働省)
 資料(右)：国民医療費(平成11年度, 14年度, 17年度)

- 近年の本県の国民医療費(総額)の伸びは、県民所得や県内総生産などの経済指標の伸びと比較しても、それらを上回る伸びを示しており、国でも、国民医療費は防衛費や国土保全及び開発費など、国・地方を通じた歳出の伸びを上回っています。また、本県においては、保健医療に係る家計最終消費支出も大きな伸びを示していることから、医療費の増加に伴い、県民の経済的な負担も増していることがうかがわれます。

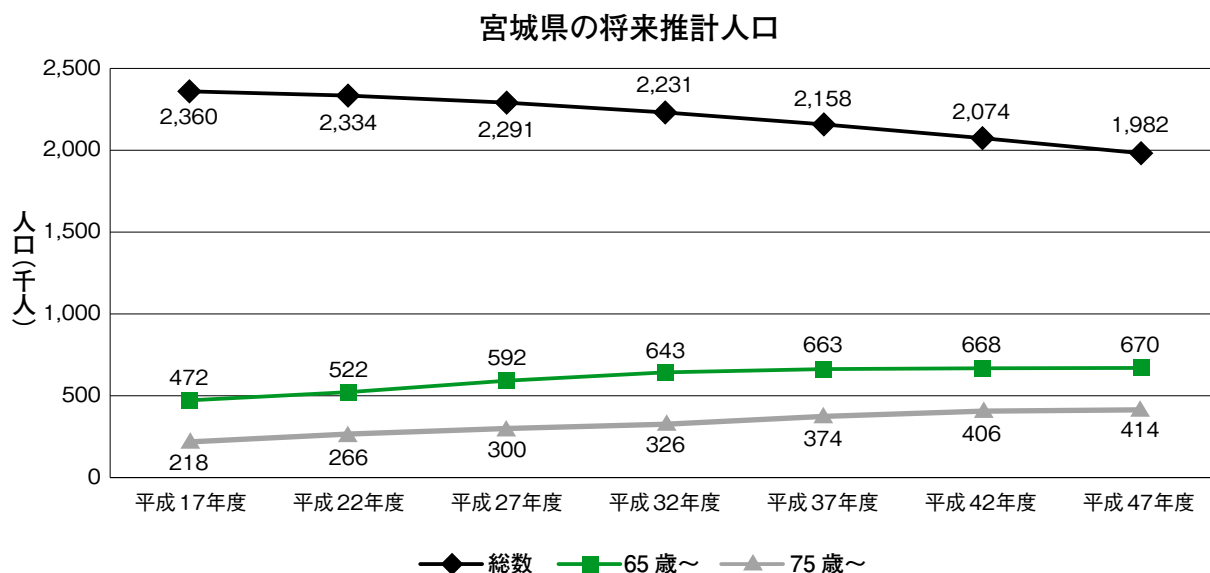


資料：国民医療費(平成11年度, 17年度)(厚生労働省), 県民経済計算(平成11年度, 17年度)(内閣府), 賃金構造基本統計調査(平成11年度, 17年度)(厚生労働省), 国・地方の目的別歳出の状況(平成15年度, 平成17年度)(総務省)

2 高齢者の医療費の動向

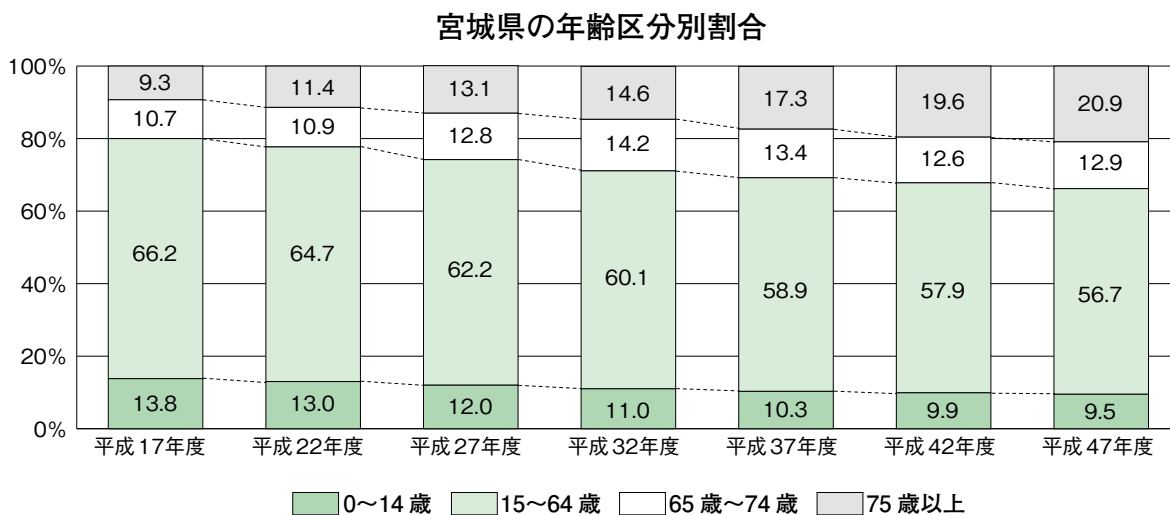
(1) 高齢化の現状

- 平成19年5月に公表された「日本の都道府県別将来推計人口」によると、本県の総人口は平成17年をピークに今後減少していくものと予想されています。



資料：日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

- 年齢区別の割合では、年少人口（0～14歳）、生産年齢人口（15～64歳）は今後減少するのに対し、老年人口（65歳以上）は増加を続け、総人口に対する割合が、現在の約2割から平成37年には約3割になる見通しです。また、老年人口のうち、前期高齢者（65～74歳）は平成32年をピークに横ばいとなりますが、後期高齢者（75歳以上）は、現在の1割から平成47年には2割を超え、414千人になると予想されています。

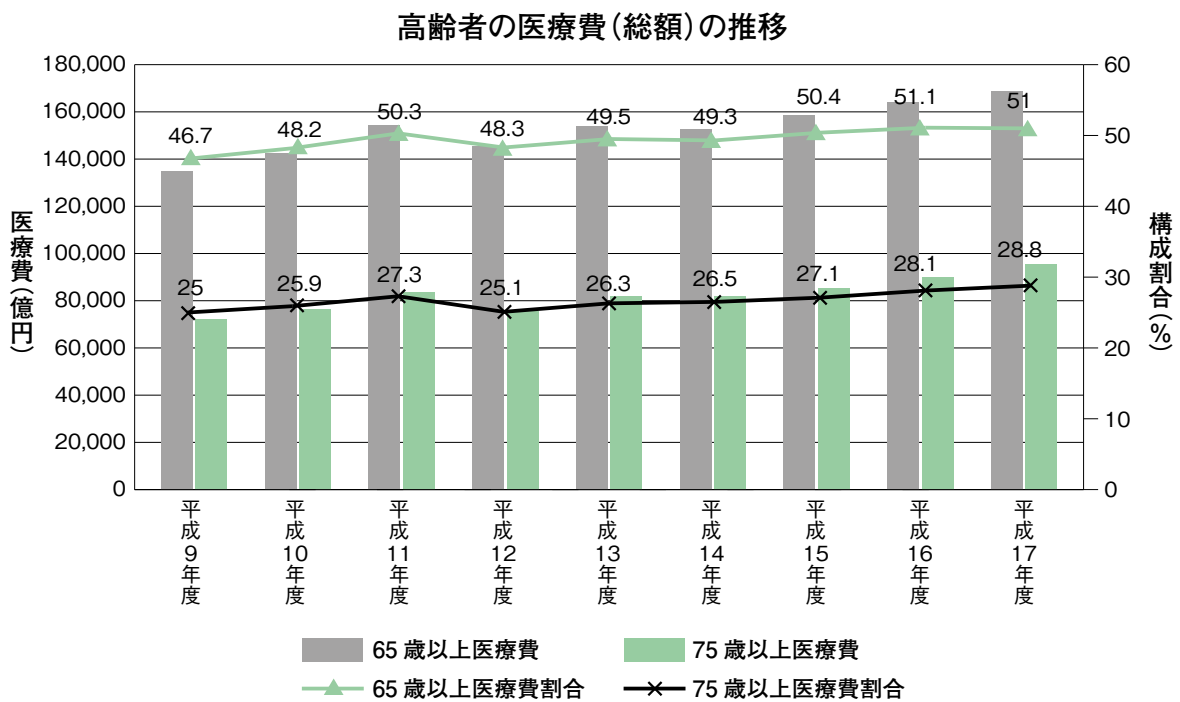


資料：日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

(2) 高齢者の医療費の推移

○ 平成17年度では、65歳以上の高齢者の医療費（総額）は、全国的には16兆8,906億円と、国民医療費全体の半分以上を占める状況となっています。

高齢者の医療費（総額）の推移をみると、平成12年の介護保険制度導入や平成14年10月以降の受給対象者年齢引き上げの影響もあり、国民医療費に比べ伸びが抑制されていますが、先に述べたように今後老年人口は一貫して増加する見通しであることから、制度改正等何らかの医療費の適正化対策がなされない場合、高齢者の医療費も増加し続けることが予想されます。



資料：平成17年度国民医療費（厚生労働省）

(3) 1人当たり高齢者の医療費の状況

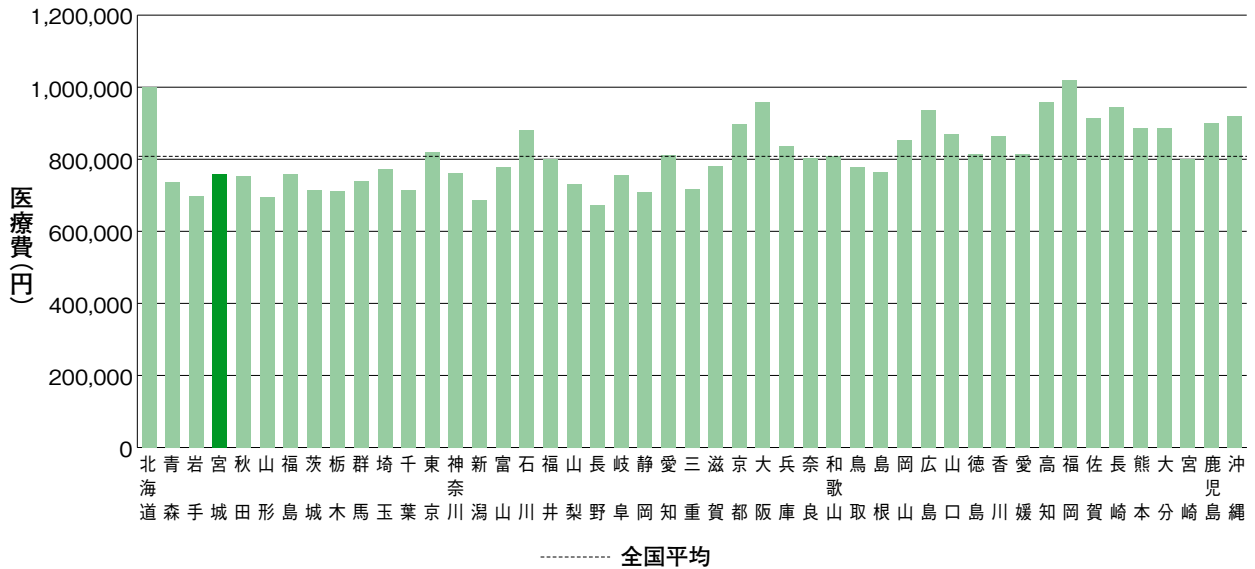
○ 1人当たり高齢者の医療費について、既存の統計として存在する「老人医療費（注）」でみると、平成17年度では、本県は約75.8万円で、国民医療費同様、全国的に見ると少なくなっています。

(注) 老人医療費

平成14年10月から75歳以上の高齢者は「老人保健制度」で医療を受けることとなりますが、この制度でかかった医療費を「老人医療費」と呼んでいます。

なお、この制度では経過措置として、平成14年10月以降70歳以上となる高齢者も対象となっているため、平成17年度の老人医療費では、平成17年10月以降73歳以上の高齢者の医療費となっています。

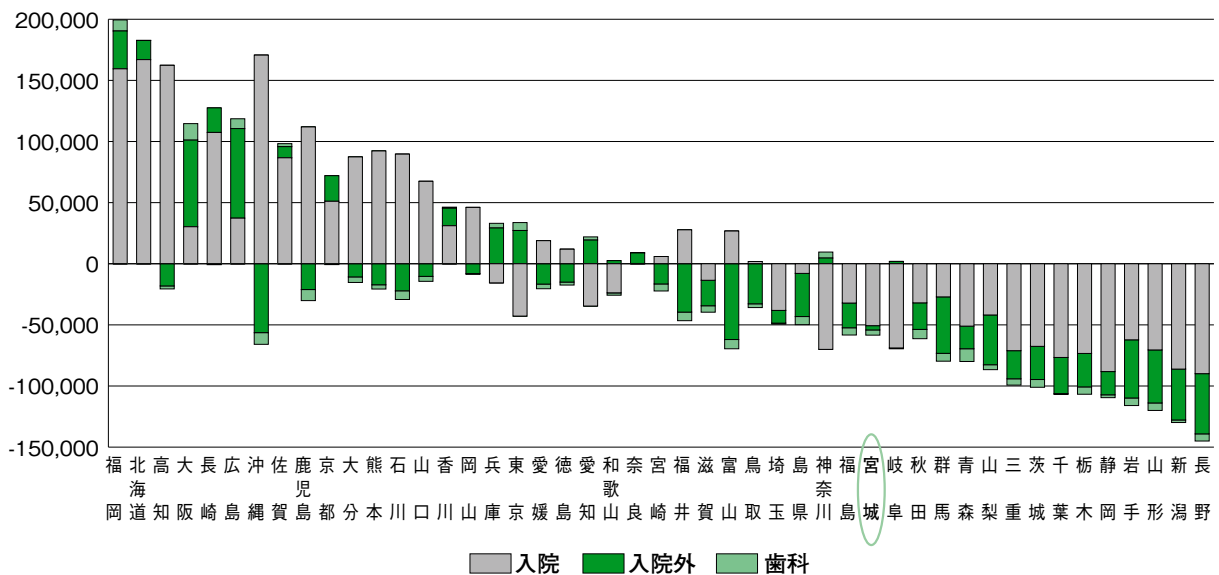
平成17年度一人当たり老人医療費



資料：平成17年度老人医療事業年報（厚生労働省）

- なお、老人医療費の構成をみると、本県は特に入院医療費が全国と比べ少ないことから、本県の老人医療費の低さには入院医療費の少なさが寄与していることがわかります。しかし、県内に目を移すと、先に述べたとおり、地域によっては全国平均を上回る急速な高齢化が見込まれることから、今後本県でも高齢者の医療費の増加が大きな課題となることが予想されます。

平成17年度一人当たり老人医療費の全国比較



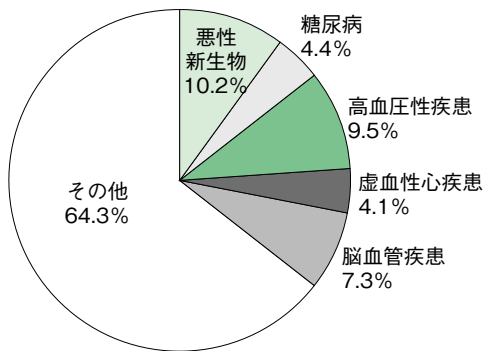
資料：平成17年度老人医療事業年報（厚生労働省）

第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況

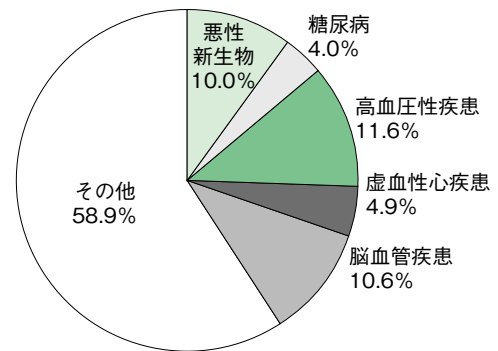
1 生活習慣病の状況

- 本県の医療費に占める疾病別の割合を国民健康保険での医療費（以下「国保医療費」という。）についてみると、高血圧性疾患や悪性新生物，糖尿病，虚血性心疾患，脳血管疾患など，生活習慣病に分類される疾病が医療費総額の3割強，後期高齢者の医療費では4割強を占めています。

平成18年宮城県国保医療費総額の割合



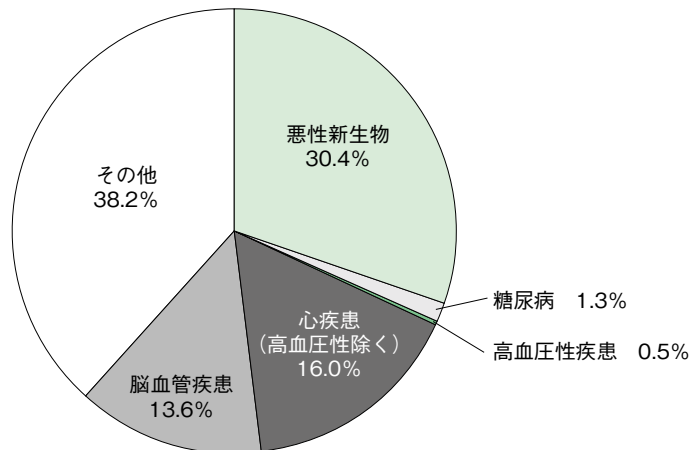
平成18年宮城県国保医療費総額の割合(75歳以上)



データ(左右とも)：平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

- 死因別の割合をみても，約6割が生活習慣病によるなど，生活習慣病対策は医療費においても，また，県民の健康に関しても喫緊の課題となっています。

平成18年度死因別死亡割合(宮城県)



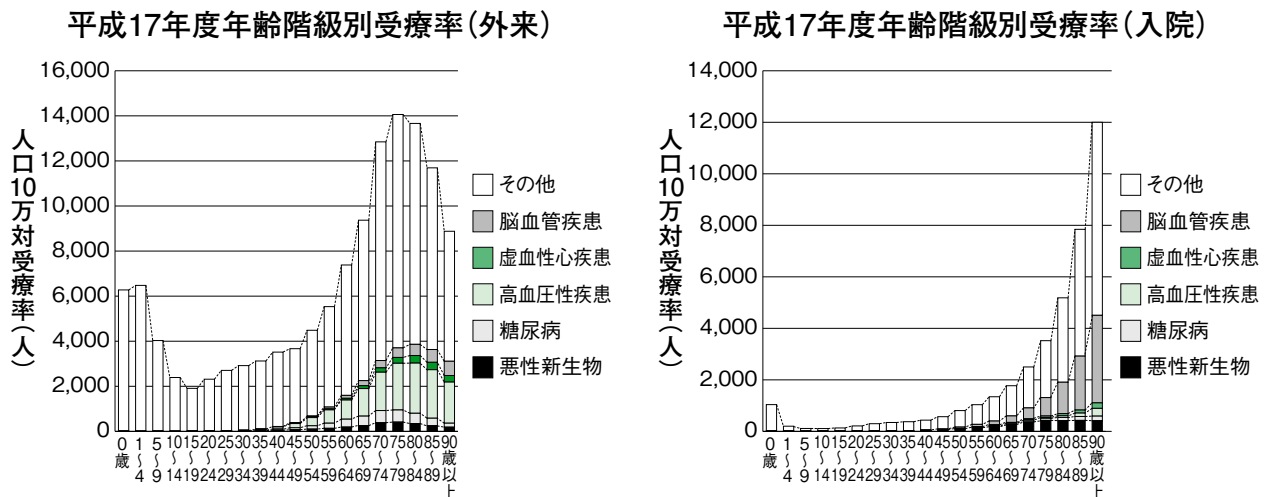
資料：平成18年人口動態調査(厚生労働省)

- 次に，本県の入院外・入院の受療の状況を見ると，50歳を過ぎてから生活習慣病の入院外受療率が徐々に増加し，次に70歳ころを境にして生活習慣病の入院受療率が上昇しています。

これをライフスタイルに置き換えてみると，不適切な食生活や運動不足等の不健康な

生活習慣がやがて糖尿病・高血圧症・高脂血症等の生活習慣病の発症を招き、通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過が浮かび上がります。

以上を考慮すると、若いときからの生活習慣病の予防対策が重要と考えられます。

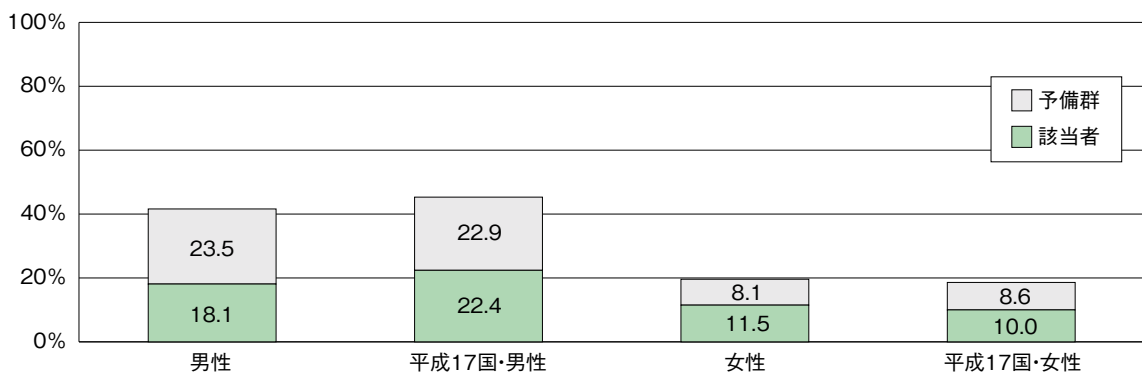


資料(左右とも):平成17年患者調査(厚生労働省)

2 メタボリックシンドロームの状況

- メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者の割合は、男性が18.1%、女性が11.5%で、その一歩手前の状態にある予備群の割合は男性が23.5%、女性8.1%となっています。特に、男性は該当者と予備群を合わせると4割を超え、女性の約2倍となっています。

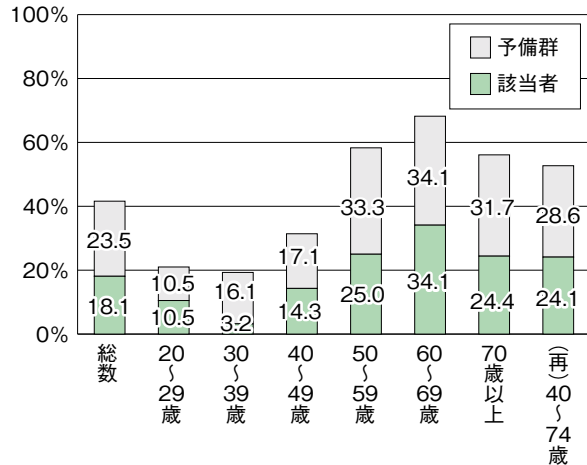
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(性別)



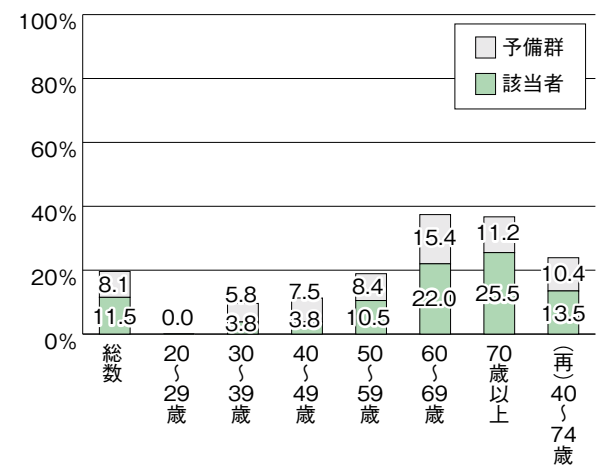
資料:平成18年県民健康・栄養調査(宮城県保健福祉部)

- これを年齢階級別にみると、男女ともに50歳代から該当者・予備群の割合が増加しています。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合
(男性・年齢階級別)



メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合
(女性・年齢階級別)



資料(左右とも):平成18年県民健康・栄養調査(宮城県保健福祉部)



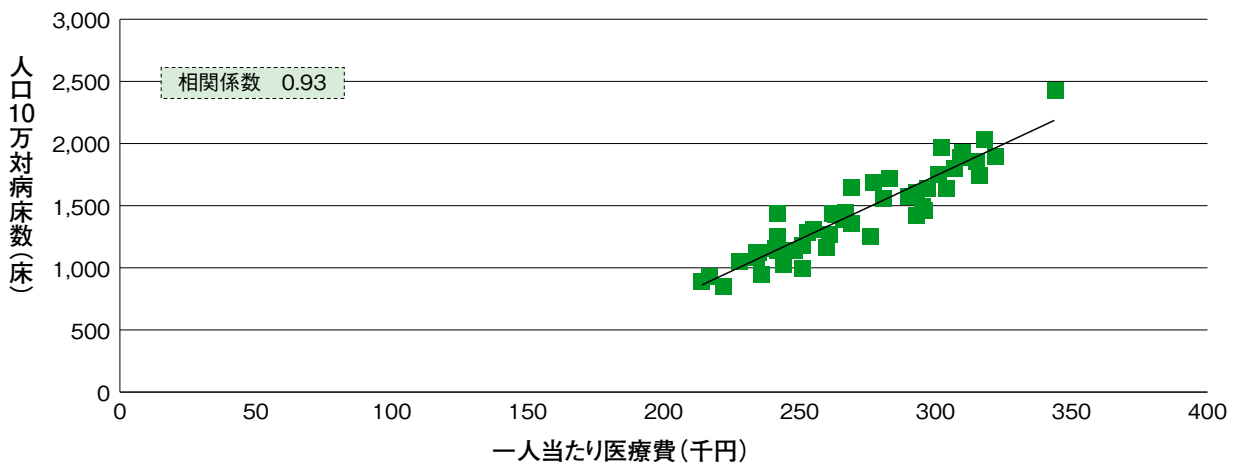
第3節 病床の状況

- 各都道府県の1人当たり医療費と人口10万対病床数(注)の関係をみると、0.93という高い相関係数を示すことから、病床数の多い都道府県ほど医療費が高くなる傾向にあります。

(注) 病床数

ここでは、一般、療養、精神、感染症など、すべての病床を含んでいます。

一人当たり医療費と人口10万対病床数の相関

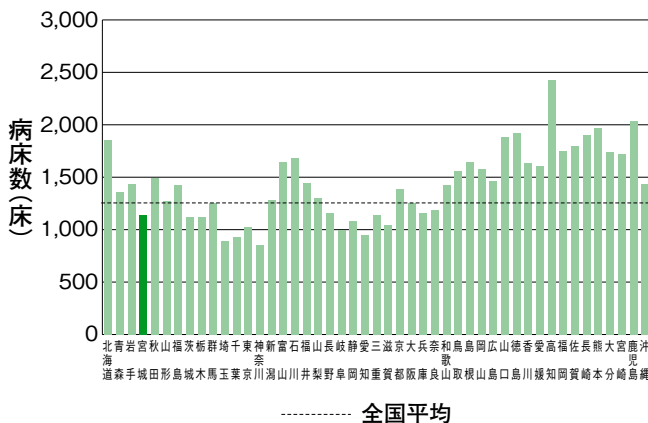


資料：平成17年度国民医療費(厚生労働省)及び平成18年医療施設調査(厚生労働省)より作成

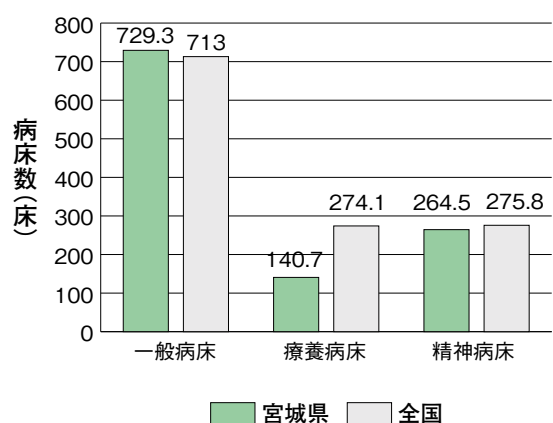
- 次に、全国の人口10万対病床数の状況は、本県は1,141.6床で、全国平均1,273.1床より100床以上少なくなっています。

これを病床種別ごとにみると、一般病床は全国平均を上回るものの、長期入院患者が多い療養病床及び精神病床については全国平均を下回っています。特に国の基本方針でも再編成が重要とされている療養病床については、全国で最も少なくなっています。

人口10万対病床数

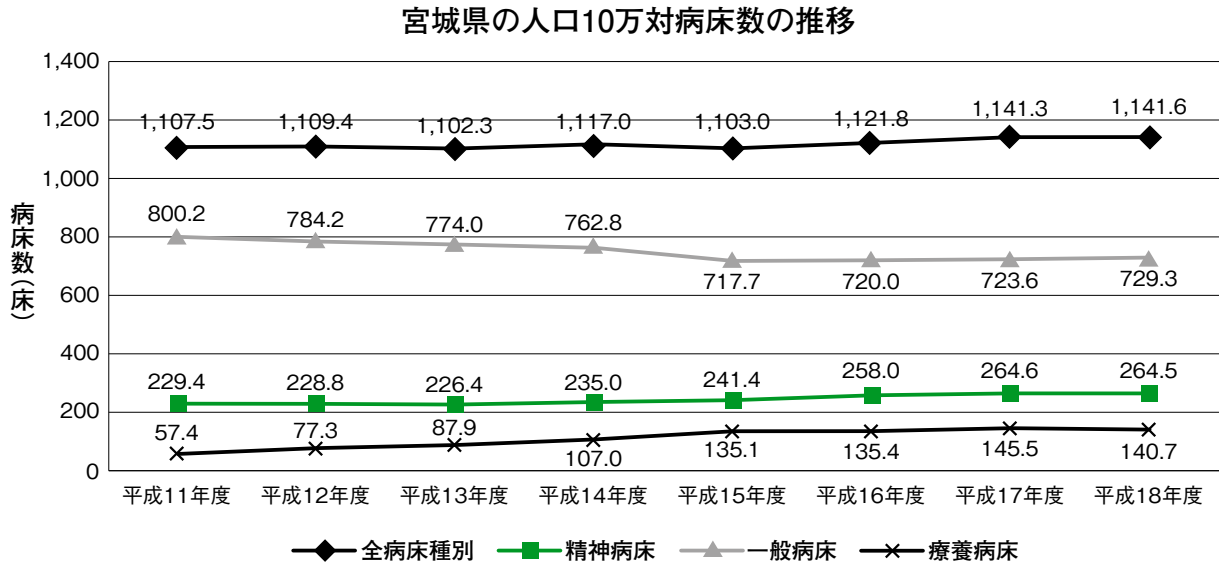


病床種別毎の人口10万対病床数



資料(左右とも)：平成18年医療施設調査(厚生労働省)

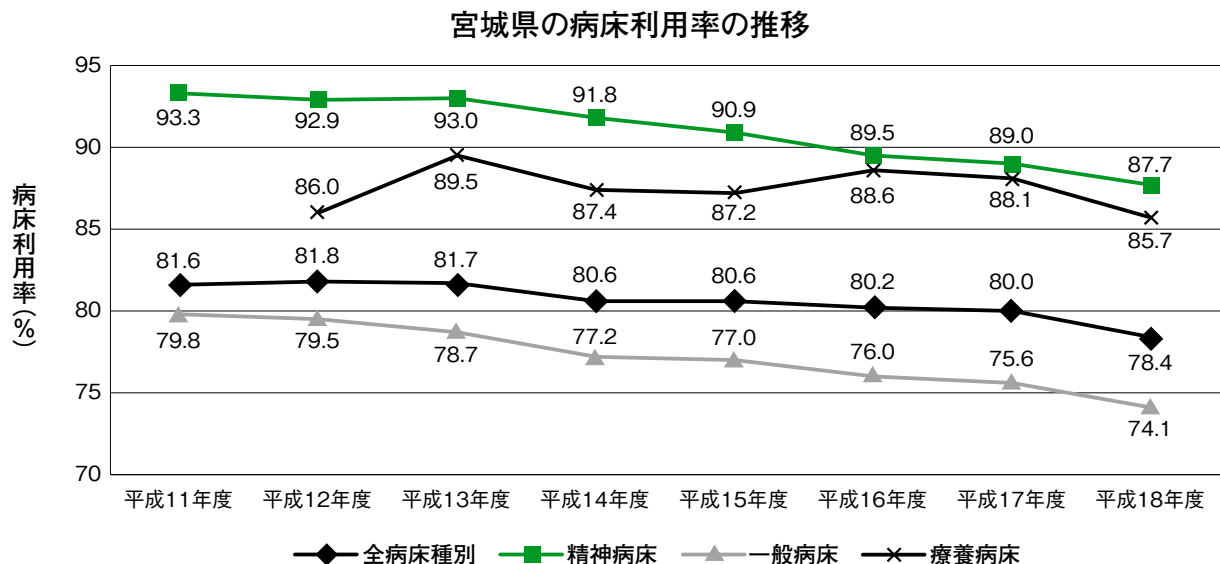
○ 次に、本県の病床数の推移をみると、療養病床と精神病床とも横ばいとなっています。



資料：医療施設調査（平成11～18年度）（厚生労働省）

○ 一方、病床利用率の推移をみると、各病床とも漸減しています。

なお、本県の病床利用率は、精神・一般・療養病床それぞれで全国平均を下回っており、特に療養病床の病床利用率は全国最下位となっています。



※平成11年の療養病床での病床利用率は、公表データはありません。

資料：病院報告（平成11年～平成18年）（厚生労働省）

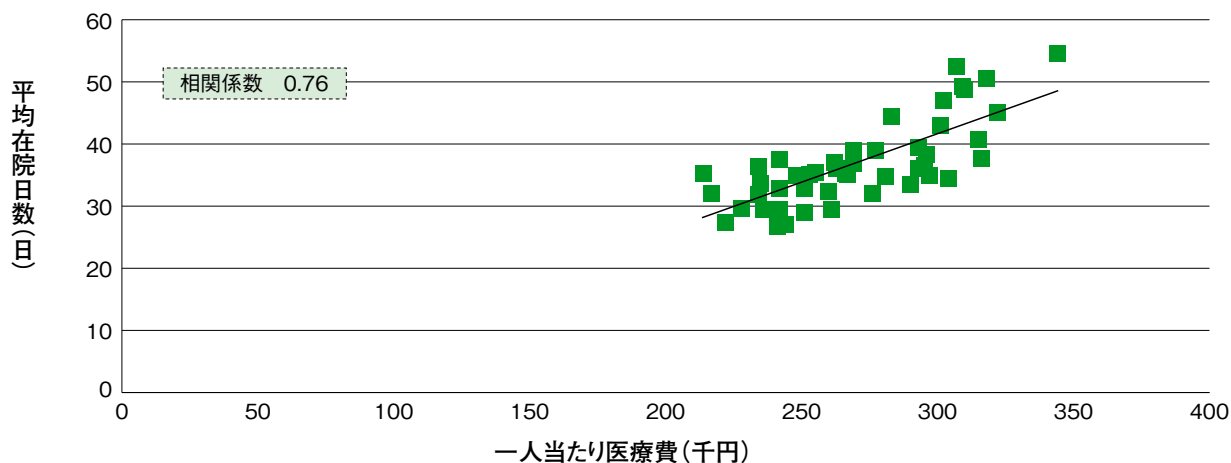
第4節 平均在院日数の状況

- 各都道府県の1人当たり医療費と平均在院日数（注）の関係をみると、0.76という高い相関係数を示すことから、平均在院日数の長い都道府県ほど医療費が高くなる傾向にあります。

（注）平均在院日数

入院患者の平均的な入院日数で、ここでは一般、療養、精神、感染症など、すべての病床を含んでいます。

一人当たり医療費と平均在院日数の相関

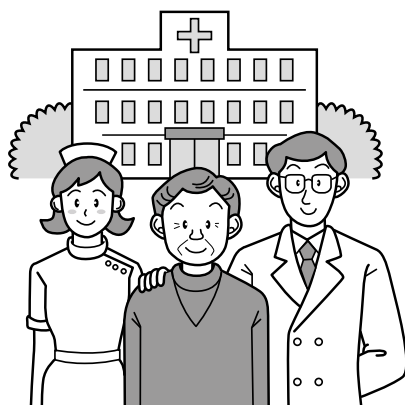


資料：平成17年度国民医療費（厚生労働省）及び平成18年病院報告（厚生労働省）より作成

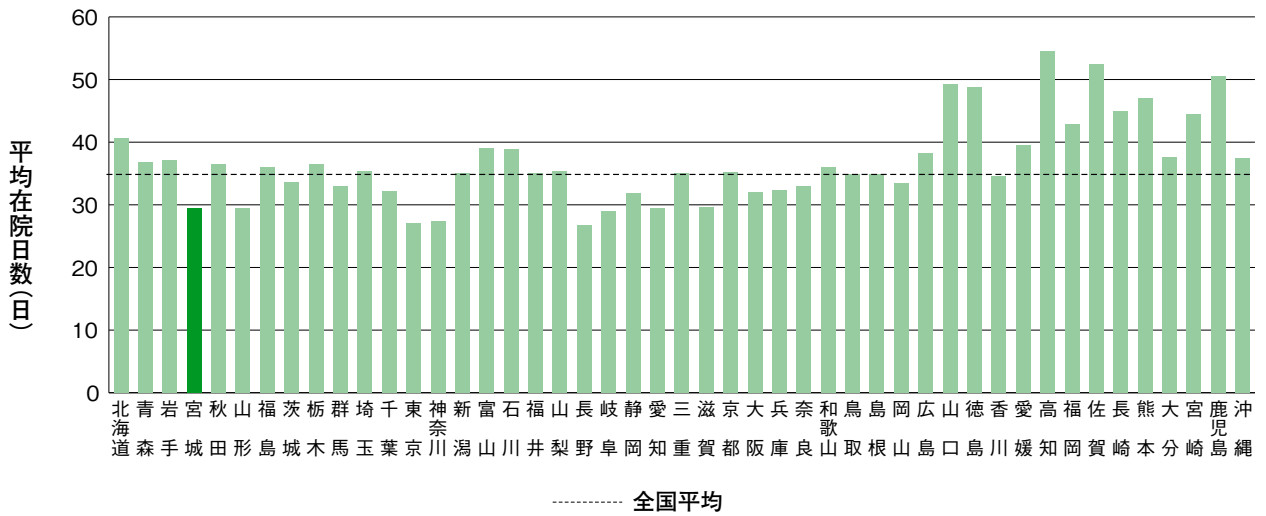
- 次に、平均在院日数の状況は、本県は29.4日で、全国平均34.7日より5日ほど短くなっています。

これを病床種別ごとにみると、長期入院患者が多い療養病床及び精神病床のうち、特に療養病床では全国で最も短くなっています。

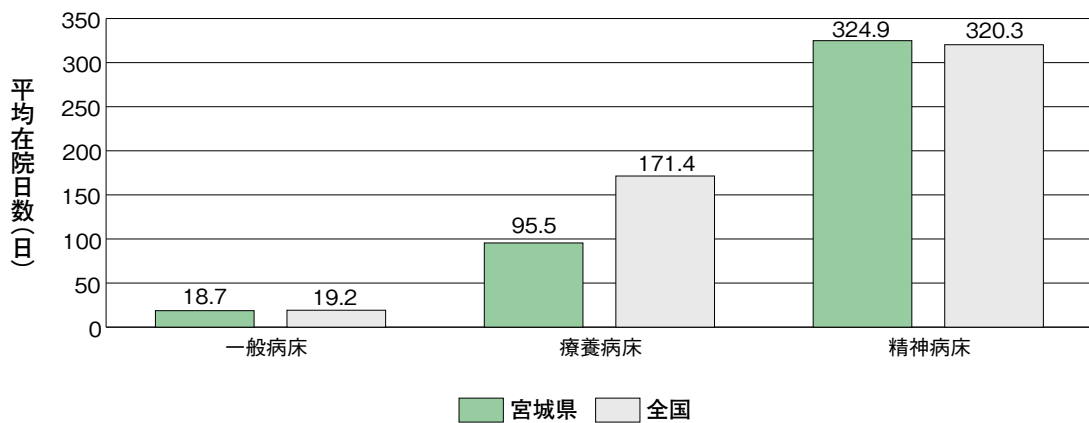
- 次に、本県の推移をみると、各病床とも緩やかに短くなっています。



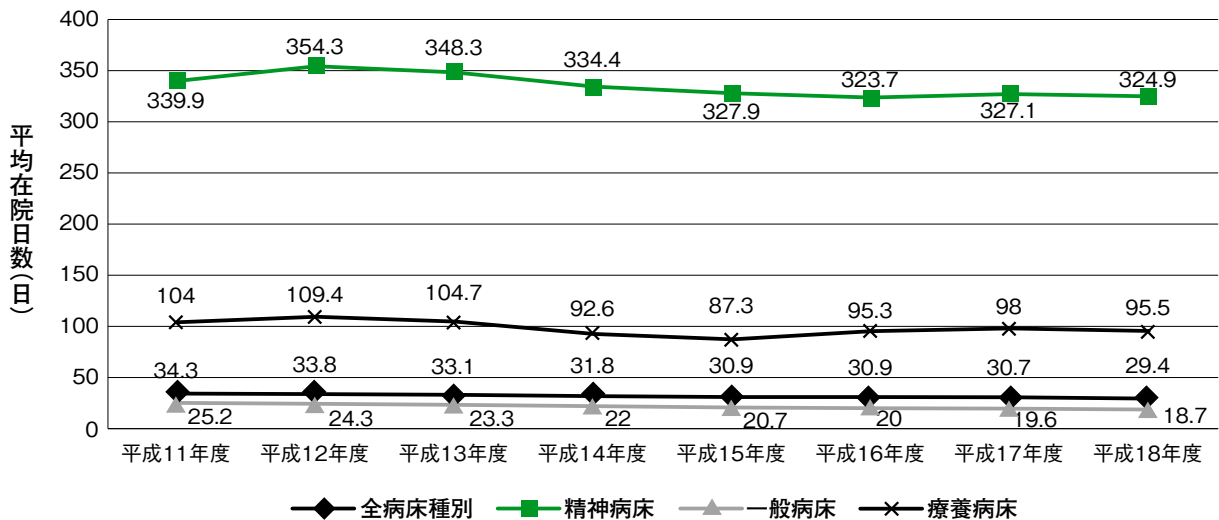
平均在院日数



病床種別毎の平均在院日数



宮城県の平均在院日数の推移



資料(上中下):平成18年病院報告(厚生労働省)

第5節 療養病床における入院患者の状況

- 今回の医療制度改革で、医療の必要性が低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等へ転換することが、医療費適正化の重要な政策に位置付けられています。

本県の医療療養病床での入院患者の状態をみると、医療の必要性の高い医療区分(注1) 2・3の患者が約6割を占める一方、医療の必要性が低い医療区分1の患者も約4割います。

(注1) 医療区分

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

医療区分3：

【疾患・状態】スモン、医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態

【医療処置】中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレーター使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケア

医療区分2：

【疾患・状態】筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病（スモンを除く）、神経難病以外の難病、脊髄損傷、肺気腫・慢性閉塞性肺疾（COPD）、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、褥瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日みられる状態

【医療処置】透析、発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア

医療区分1：

医療区分2・3に該当しない者

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

また、日常生活動作（ADL）の状態別にみると、最も状態の重いADL区分（注2）3の患者が約半数を占めています。

(注2) ADL区分

医療区分と同様、療養病床の入院基本料の算定に使用される区分です。食事・更衣・移動・排泄・寝起き・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動である「日常生活動作（ADL）」の状態に応じて、区分1から3までに分類されます。

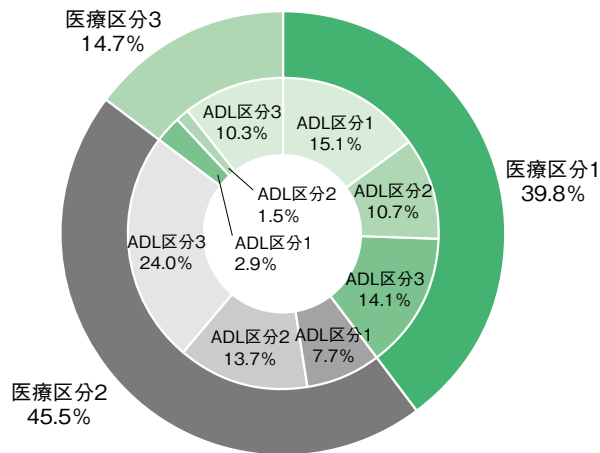
ADL区分1：ADL得点0点～10点

ADL区分2：ADL得点11点～22点

ADL区分3：ADL得点23点～24点

※ADL得点は、ベッド上の可動性、移乗、食事及びトイレの使用の4項目ごとに自立（0点）から全面依存（6点）までの得点を合計して算出します。

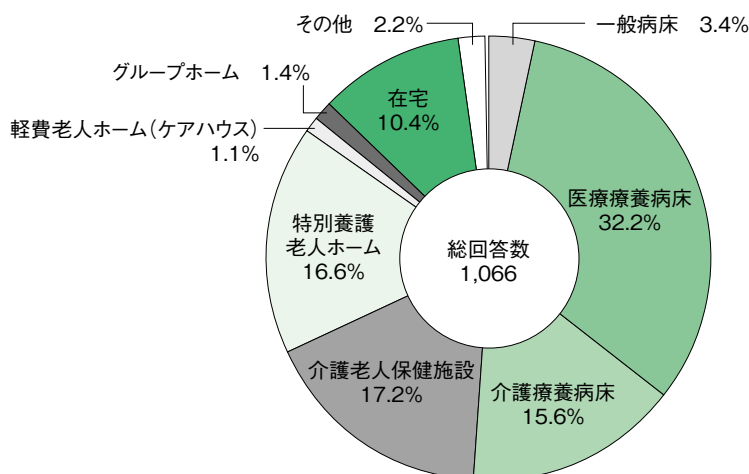
医療療養病床入院患者の医療区分・ADL割合



資料：療養病床アンケート調査（平成18年10月）（宮城県保健福祉部）

- 入院している患者の医療や介護の必要性等を考慮して、医療機関が患者の対応先として望ましいと考える施設についてみると、引続き療養病床が望ましい患者が約半数いる一方で、老人保健施設や特別養護老人ホームあるいは在宅等、療養病床以外の施設等での対応が望ましい患者も約半数おり、介護施設や居宅サービス、在宅医療の充実などによる受入れ体制が整えば退院可能な患者も多くいることがうかがわれます。

医療機関側から見た入院患者の対応先として望ましいと考えられる施設



資料：療養病床アンケート調査（平成18年10月）（宮城県保健福祉部）

第6節 行政評価に見る地域医療

1 県民満足度調査にみる地域医療

○ 医療費の適正化を進めるに当たっては、県民が安心できる地域医療の質を確保することが不可欠です。

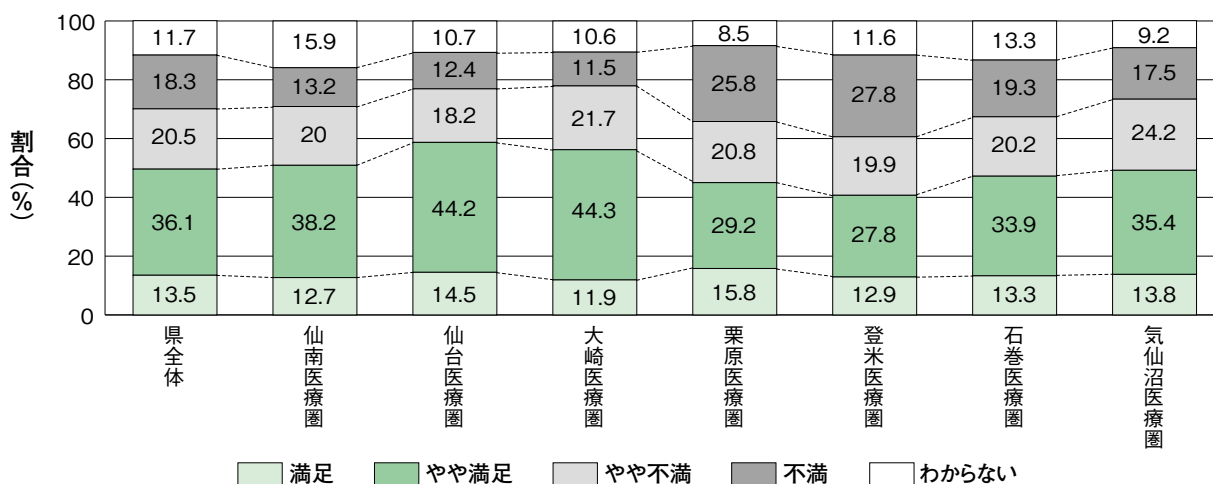
県が平成19年に行った県民満足度調査によると、県が行ってきた地域医療の充実への取組（注）に対する満足度は、「やや満足」を含めると、県全体で約半数の人が『満足』と回答しておりますが、圏域別にみると、仙台医療圏では6割弱の人が『満足』と回答している一方で、登米医療圏では『満足』と回答している割合は約4割となっているなど、地域の医療提供体制の状況によって満足度に差が生じている状況にあります。

（注）地域医療の充実への取組

県民満足度調査では、県が今まで行ってきた下記の取組に対する満足度をうかがっています。

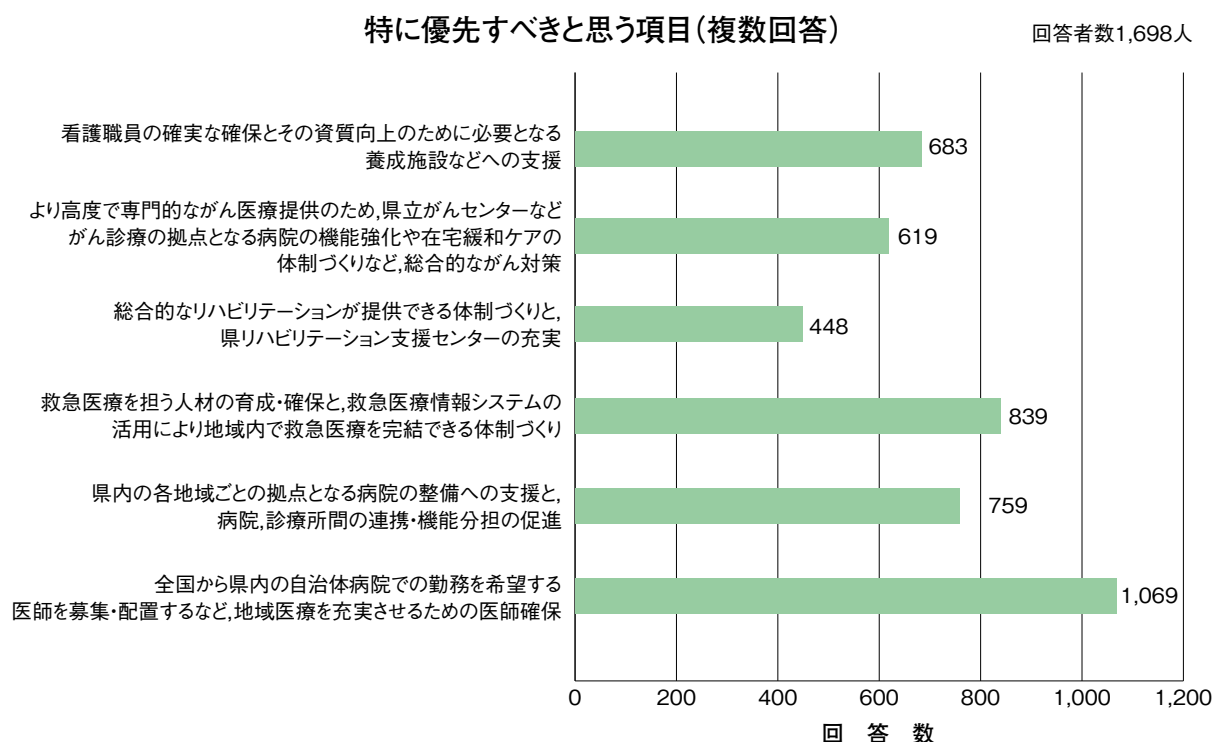
- 県が、全国から県内自治体病院（診療所含む）に勤務を希望する医師を募集し、県職員として採用後、県内自治体病院に派遣・配置しています。
- 平成18年10月に開設した東北大学病院高度救命救急センターの機能・人的資源・知識技術を最大限に活用し、救急科専門医の養成や本県の救急医療全般に関する課題の分析等の調査・研究を委託しています。
- 全県的かつ専門的な技術支援等を行うリハビリテーション支援センターの設置・運営やリハビリテーション医療、訪問リハビリテーション等を充実させるための支援を行っています。
- 質の高いがん医療の提供体制を確立するため、がん診療連携拠点病院でのがん専門医等の研修、相談支援体制や情報提供体制の整備を行っています。

「安心できる地域医療の充実」への県の取組に対する満足度



資料：県民満足度調査（平成19年8月）（宮城県企画部）

- また、10年後の本県の姿を目指して、今後特に優先的に行うべき項目について意見をうかがったところ、最も多く選ばれたのは、「地域医療を充実させるための医師確保」で、次いで「救急医療を担う人材の育成・確保と、各地域内で救急医療を完結できる体制づくり」, 「県内の地域ごとの拠点となる病院の整備への支援と、各地域の病院、診療所間の連携・機能分担の促進」の順になっており、深刻化する医師不足への対応や地域内での救急医療体制整備など、地域での医療提供体制確保に関する項目への要望が強い状況がうかがわれます。



資料：県民満足度調査（平成19年8月）（宮城県企画部）

2 行政評価にみる地域医療

- 一方、平成18年度に県が実施した「政策評価・施策評価」で、政策名「どこに住んでいても必要な医療や保健サービスが受けられる環境づくり」を構成する県の施策に対する評価をみても、有識者で構成する「宮城県行政評価委員会」の7段階による判定では、「地域の中核的な病院の整備」や「周産期・小児医療体制の充実」等に係る施策については評価4, 「救急医療体制の充実」や「医療・保健を担う人材の養成・確保」等に係る施策については評価3となっており、さらなる医療行政の充実が求められています。

このような医療費や地域医療を取り巻く現状や課題を考慮しつつ、次章において、医療費の適正化に向けた今後の本県としての取組を考えます。

第3章 取組と目標

第1節 基本理念

国の基本方針に基づき、基本理念は、以下の2点により構成することとします。

1 県民の生活や医療の質の維持と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は、一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活や医療の質を確保・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。

- 現在約1,300万人と推計される全国の75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴い、現在国民医療費の約1/3を占める老人医療費が平成37年には約半分を占めるまでになると予想されています。
- 本県も、現在約23万人いる75歳以上の人口は、今後県内総人口が一貫して減少する中、平成37年には約37万人まで増加すると予想され、それに伴い老人医療費の高い伸びが予想されます。
- これらのことを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、老人医療費の伸び率を中長期にわたって適正にするものでなければなりません。



第2節 医療費適正化に向け目指すべき取組と達成目標

1 県民の健康の保持の推進

23 ページに掲げた基本理念1の「県民の生活の質の維持と向上」を確保した上で、医療費の適正化を図るために大切なことは、まず生活習慣の改善や健康づくりにより病気になることを防ぐほか、病気の早期発見・早期治療により重症化を防ぎ、いつまでも健康な体を維持し続けることです。また、厚生労働省では、地方自治体が一次予防に重点を置いた健康づくり事業として個別健康支援を行った結果、対象者の検査値が改善するとともに、医療費も減少したとの報告もなされています。(注1)

(注1) 保健事業の具体例(平成16年10月22日 第10回厚生労働省社会保障審議会医療保険部会資料より)

福島県二本松市：検査結果に基づく個別相談や、運動増進施設を使用した運動指導を中心とした2か月間計8回にわたる健康教室を実施した結果、介入によりレセプト件数、点数、日数を減らせることが示唆されています。

神奈川県藤沢市：個別の健康相談後に、管理栄養士による個別栄養相談を実施するコースや、健康運動指導士等による個別トレーニングを週1回自主的に継続するコース等設けた結果、介入により1件当たり費用額、1人当たり費用額、1件当たり日数に減少傾向が示唆されています。

(1) 一次予防の推進

- 生活習慣病は、好ましくない食生活や運動不足など、普段の生活習慣が大きな原因となります。生活習慣病やメタボリックシンドロームを予防し、いつまでも健康に生活するためには、元気なうちから、バランスのとれた食生活や運動習慣づくりあるいは生活習慣病をはじめとする多くの疾患と関連があるたばこ対策など、発病前の予防である「一次予防」に心掛けることが大切です。

ア 適正体重の維持とバランスの取れた食生活・食習慣の実現

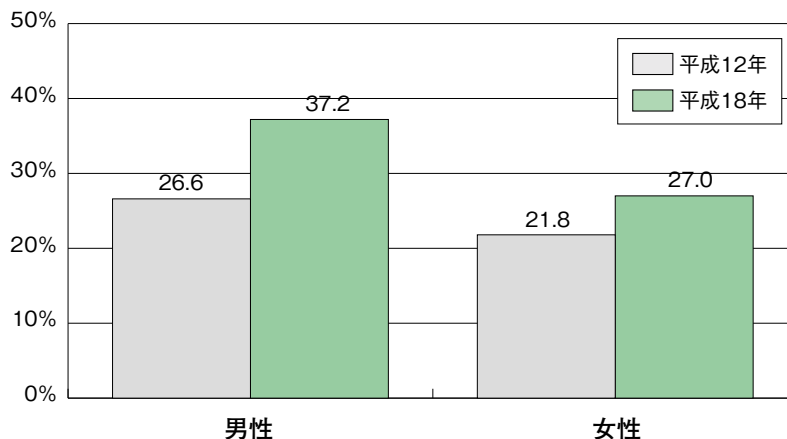
【現状と課題】

- 「肥満者(BMI \geq 25)の割合」(注2)については、成人男性が4割弱、成人女性が3割弱で、特に男性の肥満者が6年間で1割以上増えています。

(注2) 肥満者の割合

ここでは、国民の健康づくり運動の計画として国が策定した「健康日本21」の定義に基づき、BMI \geq 25の方を肥満者としています。なお、BMI(Body Mass Index)とは、体重(体格)指数のことで、体重(kg) \div 身長(m) \div 身長(m)で算出される体重(体格)の指標です。

肥満者の割合 (BMI \geq 25)
(成人 性別)



資料：平成18年県民健康・栄養調査（宮城県保健福祉部）

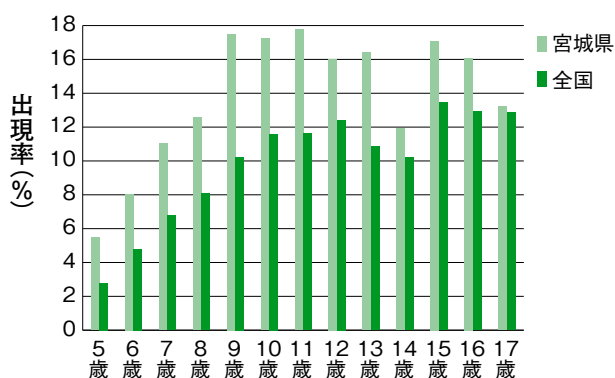
また、児童、生徒の肥満の状況を肥満傾向児（注）の出現率で見ると、女子の16歳を除いて、男女ともすべての年齢で全国より高くなっています。

（注）肥満傾向児

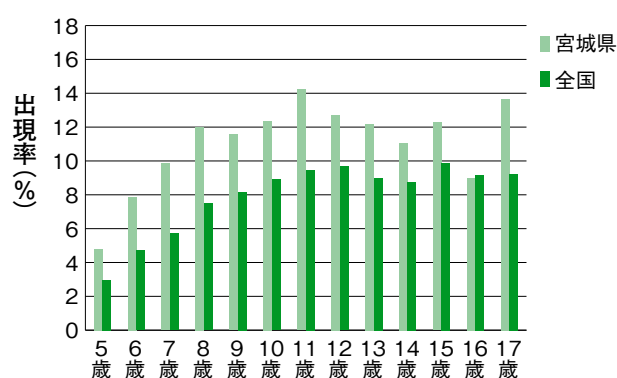
肥満傾向児とは、性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者をいいます。

肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100 (%)

肥満傾向児の出現率(男子)

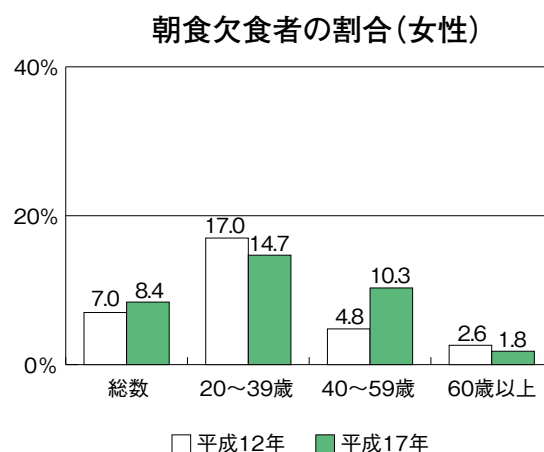
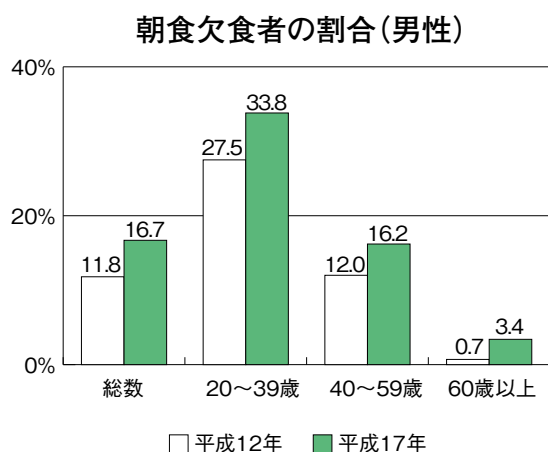


肥満傾向児の出現率(女子)



資料：平成19年度学校保健統計調査速報（概要）（文部科学省，宮城県企画部）

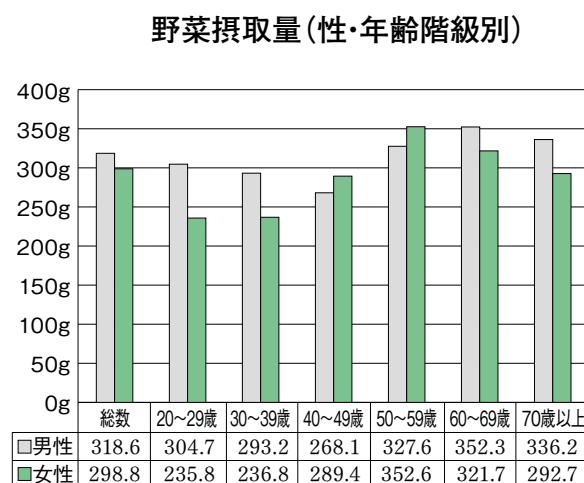
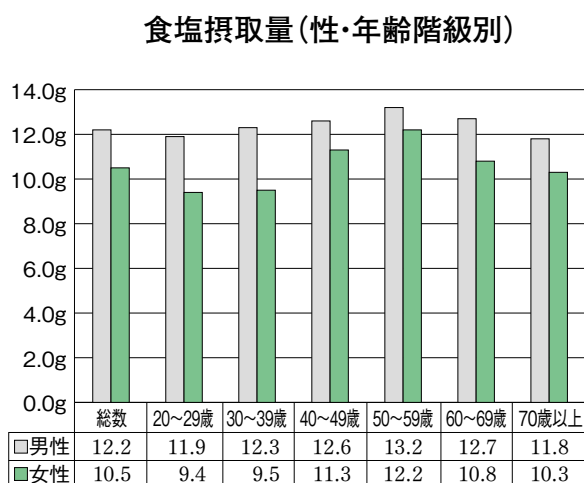
- 「朝食欠食者の割合」は、20～30代の男性は3割を超え、平成12年と比べても増加傾向にあり、女性は40～50代で増加傾向にあります。



資料(左右とも):平成17年県民健康調査(宮城県保健福祉部)

- 次に栄養摂取の状況は、食塩の摂取量が「みやぎ21健康プラン」での県の目標量「10g未満」に対して、成人男性12.2g、成人女性10.5gとなっており、男女とも50代が最も多い状況です。

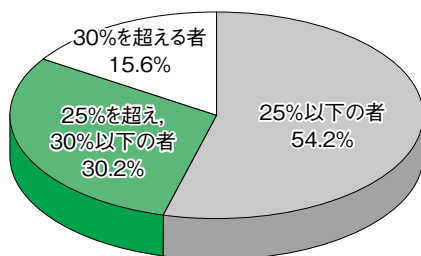
一方、野菜の摂取量は、県の1日の目標量「350g以上」に対し、成人男性318.6g、成人女性298.8gと下回っています。



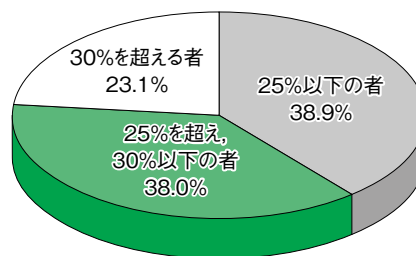
資料(左右とも):平成18年県民健康・栄養調査(宮城県保健福祉部)

1日の食事に占める脂肪エネルギーの割合は、脂肪からのエネルギー摂取が「みやぎ21健康プラン」での県の目標量の「25%以下」に対し、20~40代の男性で5割弱、女性で約6割が目標量を超える状況となっています。

脂肪エネルギー比率の分布
(男性 20～40歳代)



脂肪エネルギー比率の分布
(女性 20～40歳代)



資料(左右とも):平成18年県民健康・栄養調査(宮城県保健福祉部)

【目指すべき取組の方向性】

- 児童、生徒の肥満傾向の児の割合が、全国値より高い傾向にあることから、子どものころから望ましい食習慣を身につけるために、食育の推進活動に取組めます。
- 生活習慣病やメタボリックシンドローム予防のための栄養・食生活に関する正しい情報をわかりやすく提供します。
- 県、市町村、医療保険者、学校、職場、栄養士会、食生活改善地区組織等の各機関、団体において、適切な栄養・食生活の実践に向けた学習会等の実施や保健指導等による支援を行うとともに、連携を強化し、県全体での取組を推進します。
- 給食施設や外食、中食(注)の栄養成分表示やヘルシーメニューの提供など、食環境の整備を推進します。

(注) 中食

外食に対して、そう菜、弁当など家庭外で調理された食品を家庭内での食事形態をいいます。

- 全ての市町村に栄養士が配置されている本県の特徴を生かして、生活習慣病予防のための食生活の効果的な普及方法の検討や統一した活動の実施、また、管理栄養士やボランティア等の人材の育成を推進します。

イ 生活での身体活動・運動量の増加

【現状と課題】

- 日常生活での身体活動や運動量の増加は、生活習慣病の発症を予防する効果があり、健康づくりの重要な要素の1つです。

まず、「意識的に運動を心掛けている人」についてみると、平成12年からあまり変化は見られません。

1日の歩数をみると、男性が7千歩強、女性は6千歩弱で、平成12年に比べ男女とも減少傾向にあります。

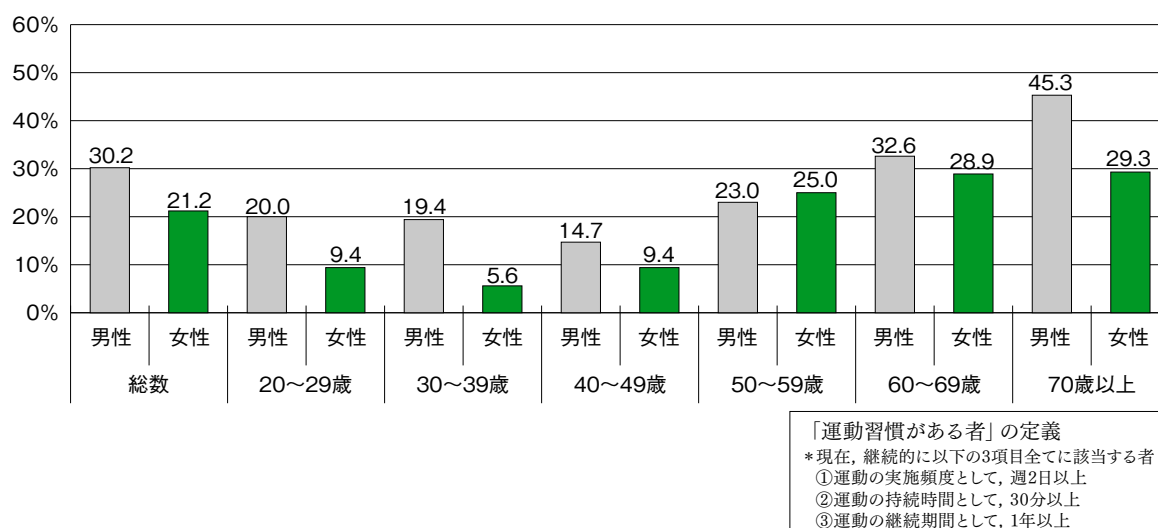
運動習慣者の割合は、男性が約3割、女性は2割強で、男性は増加していますが、女性は減少傾向にあります。

項 目		平成12年	平成18年 (※は平成17年)
意識的に運動を心掛けている人の増加	(男性)	41.7%	41.9%*
	(女性)	48.3%	46.5%*
日常生活における歩数の増加(15歳以上)	(男性)	7,431歩	7,109歩
	(女性)	6,705歩	5,990歩
運動の習慣化(運動習慣者の増加)	(男性)	22.8%	30.2%
	(女性)	25.4%	21.2%

資料：平成12年県民健康栄養調査、平成17年県民健康調査、平成18年県民健康・栄養調査（以上宮城県保健福祉部）

なお、運動習慣のある者の割合を性・年齢階級別にみると、男性では40代が、女性では30代が最も低くなっており、特に働き盛りの年代が低い状況になっています。

運動習慣のある者の割合(性,年齢階級別)



資料：平成18年県民健康・栄養調査（宮城県保健福祉部）

【目指すべき取組の方向性】

- 家庭や職場など身近な場所でできる身体活動・運動量を増やす方法等について、正しい情報をわかりやすく提供します。
- メタボリックシンドロームや生活習慣病予防のための身体活動・運動に関する知識や実践の動機付けについて、特定保健指導等での取組を推進します。
- 運動指導者の人材育成等の環境整備の充実と民間を含めた運動施設、人材、先進事例等に関する情報の集約と提供を行います。
- 誰もが運動を楽しく継続できるようなプログラムや参加しやすい場の提供、保健と生涯学習分野の連携した取組や安全で利用しやすい施設の活用等の運動の環境整備を推進します。



ウ 高齢者の生きがいつくりと社会参加

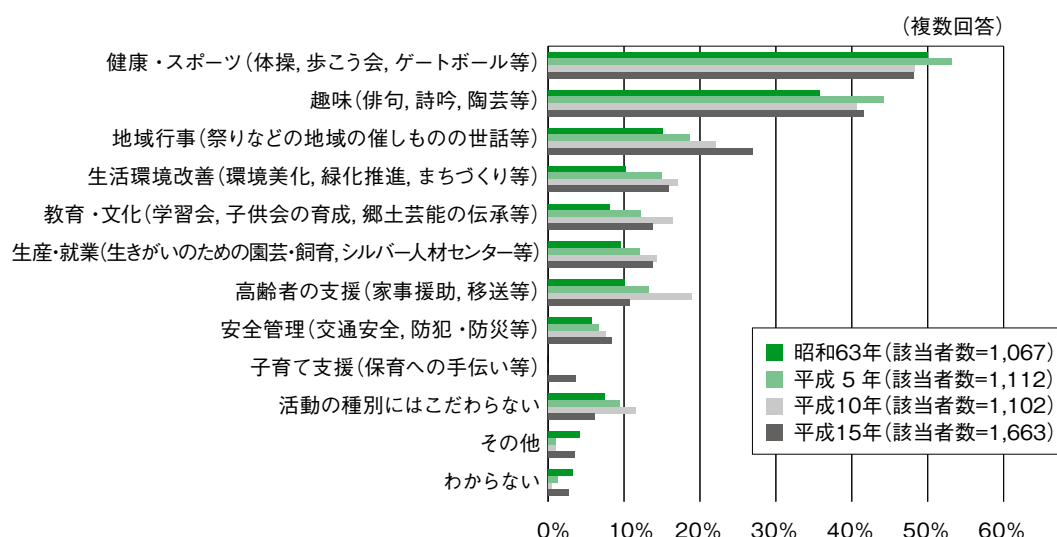
【現状と課題】

- 近年平均寿命が伸びており、高齢者が心身ともに健康で生きがいをもって過ごすことが重要となっています。

国が実施した調査によると、高齢者が今後参加したい活動として、「健康・スポーツ」や「趣味」、「地域行事」に希望が多い状況です。

各人の自発的な学習意欲を基本としながらも、生涯学習を通じて自己啓発・向上を図り、生きがいのある充実した生活を送ることができるような生涯学習社会を築くことが求められています。

今後参加したい活動



※「高齢者の支援(家事援助, 移送等)」は、平成10年までは「福祉・保健」とされている。

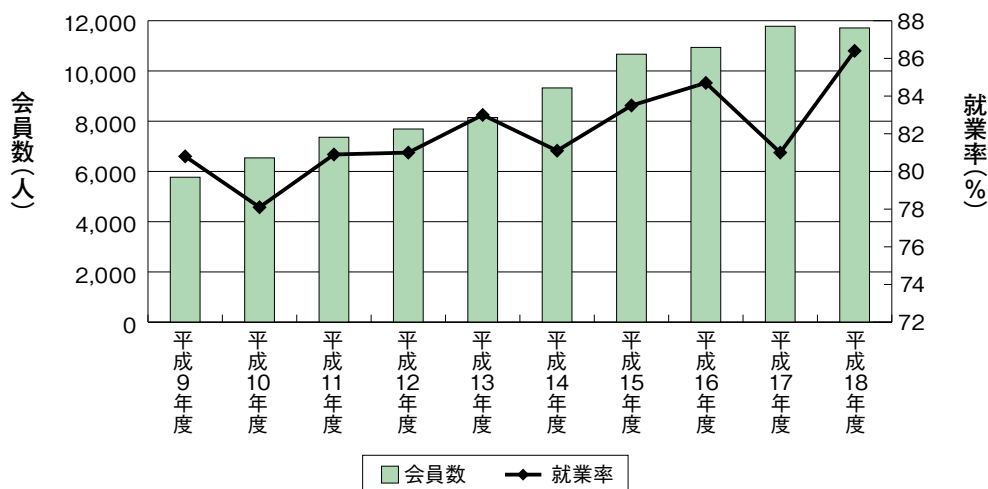
また、「子育て支援(保育への手伝い等)」は、平成10年までは調査時に選択肢がないなどで、データが存在しないもの。
資料：高齢者の地域社会への参加に関する意識調査(平成15年12月)(内閣府)

- 一方、同調査で、今後参加したい活動として「生産・就業」も1割強の人々が希望しています。

一定地域に居住する定年退職者等を対象に、希望に応じて、臨時的・短期的な就業機会を確保・提供する機関として「シルバー人材センター」がありますが、県内の法人立シルバー人材センターの会員数・就業率の推移をみても、10年前に比べ会員数が約2倍に増加するなど、働く意欲を失わない高齢者が増えています。

高齢者が心身ともに健康で充実した生活を送るためにも、高齢者の働く意欲や蓄積された経験・技能を生かすことのできる活力ある地域社会づくりが必要です。

宮城県における法人立シルバー人材センター会員数・就業率の推移



データ：宮城県経済商工観光部

【目指すべき取組の方向性】

- 高齢者が、自らの知識、能力、興味等に応じて活動し、地域の中で、生きがいをもって、いきいきと元気に暮らしていける環境づくりを目指し、「元気シニアのいきいき生活応援プロジェクト（注1）」を推進します。

（注1）元気シニアのいきいき生活応援プロジェクト

本プロジェクトでは、50歳代以降の元気シニアの方々が、いつまでも元気でいきいきと暮らしていくため、県が知識・経験など元気シニアの方々の力をお借りしたい事業や生きがいづくりのきっかけ・活動の場を提供する事業について、整理し、インターネットを通じて「元気シニアのいきいき生活応援メニュー」として提案しています。

- 高齢者が参加できる各種のスポーツ事業を支援し、生涯スポーツの振興に努めます。
- 「生涯学習関係情報提供システム“みやぎ学習の森ねっと”（注2）」を活用しながら、地域で活動している団体・グループ情報等を提供し、高齢者の生涯学習活動、地域参加活動を支援します。

（注2）みやぎ学習の森ねっと

県民の学習活動を支援するため、情報を収集・更新し、学習活動に必要な情報をインターネットを通じて提供しています。（URL <http://morinet.pref.miyagi.jp/>）

- 高齢者の働く意欲と蓄積された経験・技能を生かして、活力ある地域社会づくりができるよう、シルバー人材センターの設置を促進するとともに、その機能を有効に活用していくためのネットワーク化を進めます。

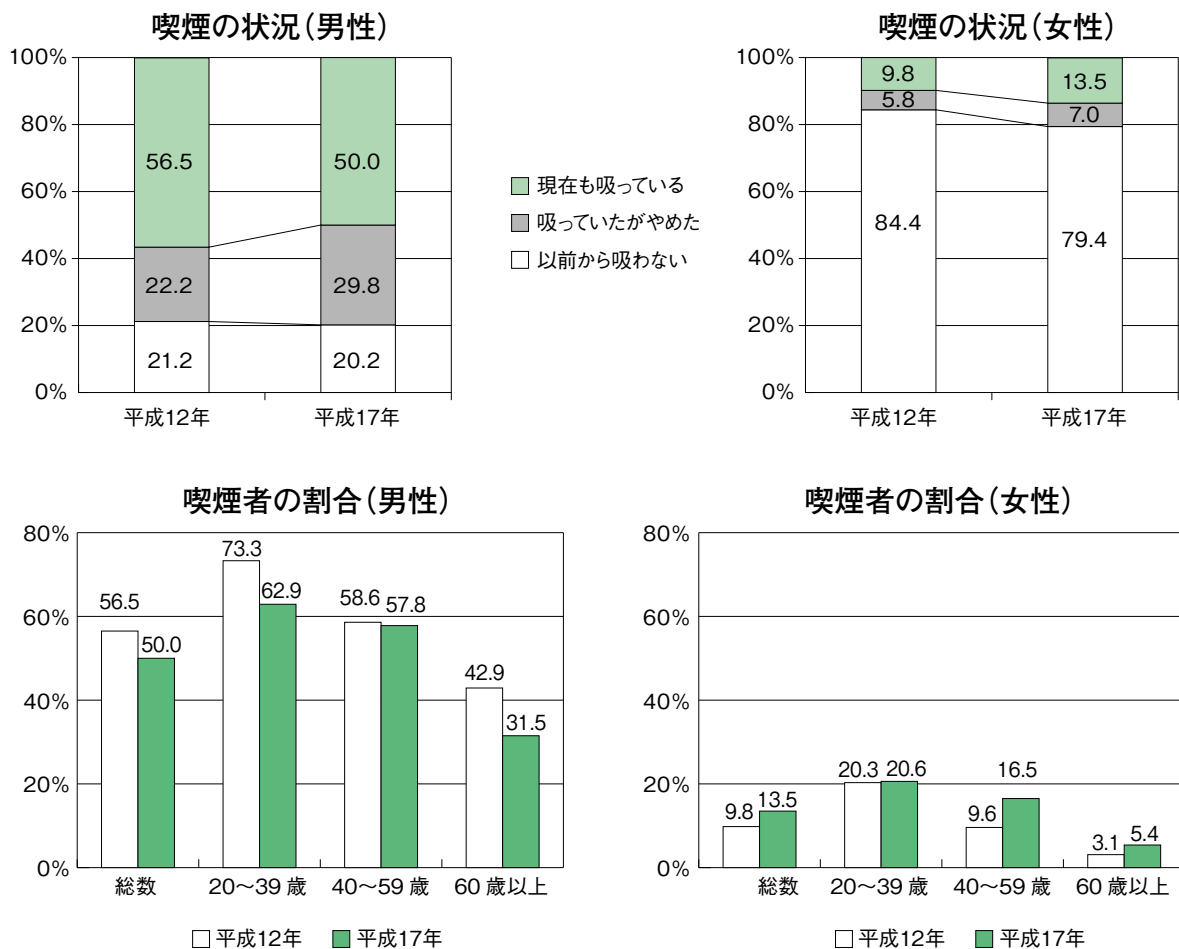
エ たばこ及びアルコール対策

①たばこ対策

【現状と課題】

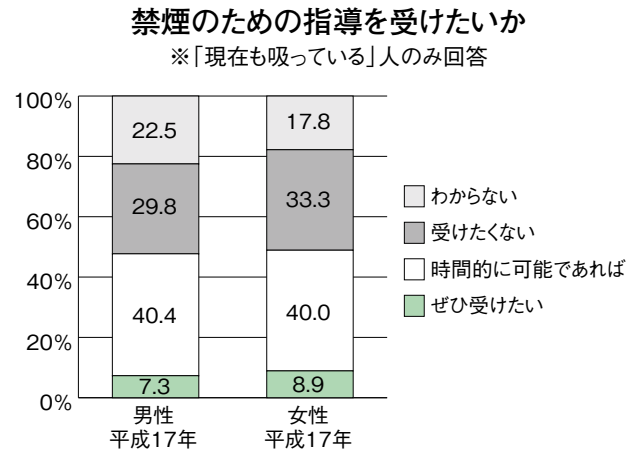
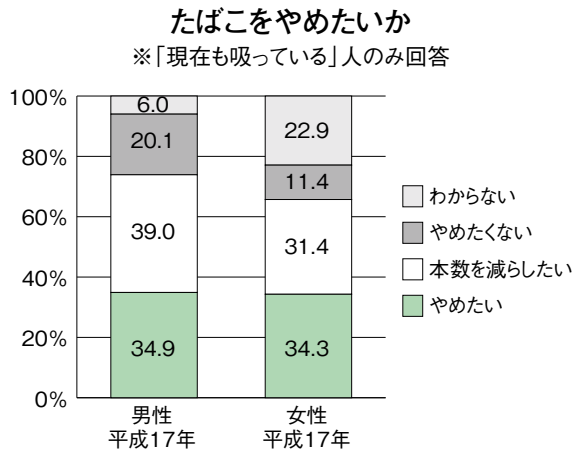
○ たばこは、悪性新生物や循環器病、呼吸器疾患など多くの疾患と関連があり、健康に悪影響を与えるものです。

非喫煙率は平成12年に比べ男性は改善していますが、女性は若干増えています。また、喫煙者の割合を年代別にみると、男女とも20代～30代で最も高くなっています。



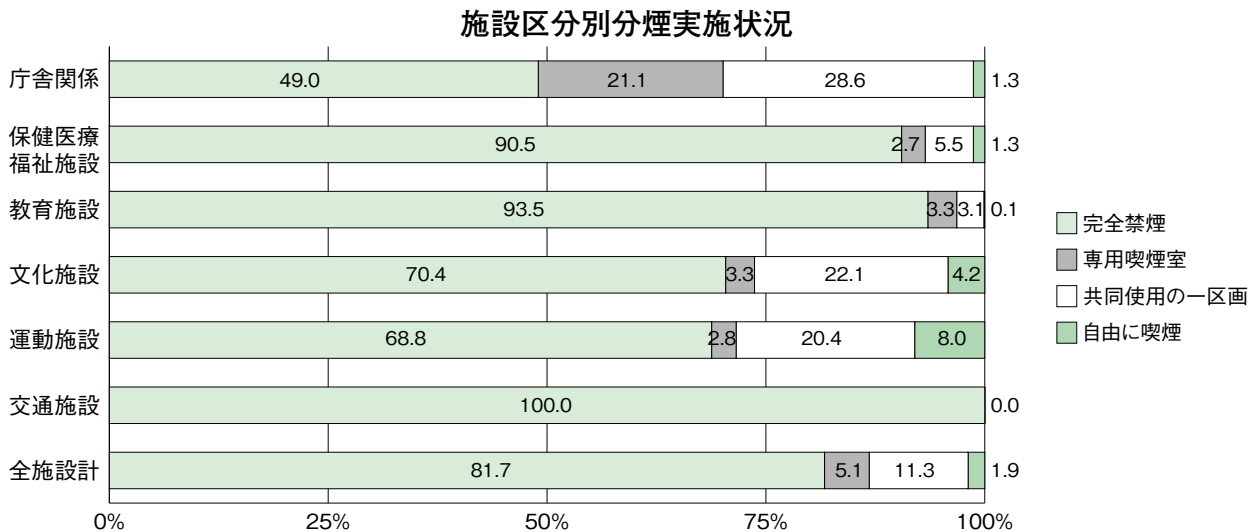
資料(上下とも)：県民健康調査(平成12年, 17年)(宮城県保健福祉部)

○ 喫煙者のうち、「たばこをやめたい」と思っている人の割合は、男女とも3割強となっています。また、禁煙のための指導を「ぜひ受けたい」、「時間的に可能であれば受けたい」と思っている人は男女とも半数近くに及んでいます。

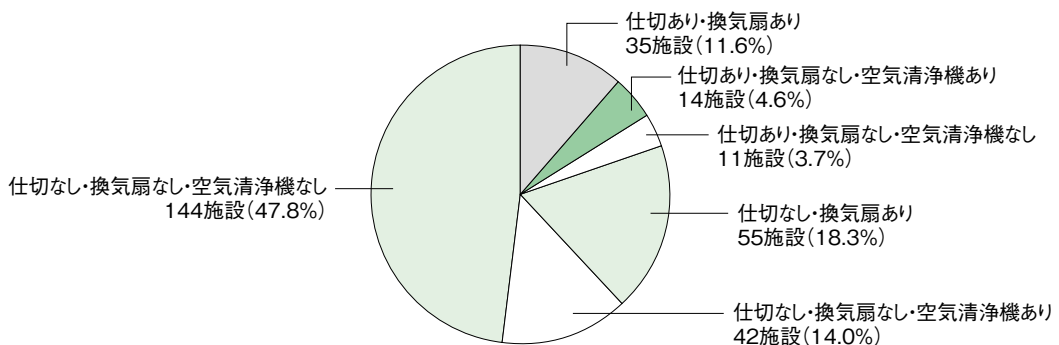


資料(左右とも)：平成17年県民健康調査(宮城県保健福祉部)

○ 「公共施設における分煙(禁煙含む)」の実施状況は98.1%で、平成12年(61.2%)と比べ4割近く改善されています。また、学校や保健医療福祉施設の分煙は進んでいますが、市町村役場などで共同使用の一区画を喫煙場所として使用している施設が11.3%あり、間仕切りや換気扇等がない不完全な分煙がそのうちの約半数を占めています。



「共同使用の一区画を喫煙場所と決めている」の内訳



資料(上下とも)：公共施設における分煙実施状況調査(平成19年9月)(宮城県保健福祉部)

- 禁煙支援については、個別健康教育事業で禁煙希望者への相談や支援を行う市町村数は、平成18年度は8市町村のみであり、取組が十分ではありません。

【目指すべき取組の方向性】

- 市町村や職場で実施する健診、保健指導、健康教育や乳幼児健診等の母子保健事業などの各種事業において、たばこの害に関する正しい知識の普及をさらに進めていきます。
- 20歳代の喫煙率が高いことや女性の喫煙率が減少していないことから、未成年者への教育並びに若年者及び女性への重点的な普及啓発を行っていくために、県、市町村、学校、職場、関係機関、団体等による取組を強化するとともに、技術支援などを行っていきます。
- たばこをやめたい人のうち禁煙指導を受けたいと思っている人は約5割あり、禁煙外来のある医療機関や禁煙支援薬局、市町村、保健所等での禁煙指導・支援の充実を図っていきます。さらに、県は、禁煙外来や相談窓口等について、県のホームページや各相談窓口で県民や関係機関等へ情報提供を行っていきます。
- 健康増進法の施行や「たばこの規制に関する世界保健機関（WHO）枠組条約（平成17年2月）」の発効を受け、公共施設の完全分煙の実施について、公共施設へ普及啓発を図っていくとともに、職場、飲食店、娯楽施設等についても、分煙推進に向けての実態把握や情報提供を進めていきます。また、受動喫煙防止の観点から歩行喫煙を防止するための取組を進めていきます。



②アルコール対策

【現状と課題】

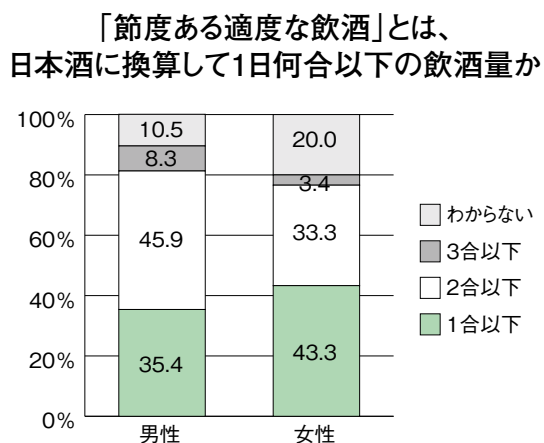
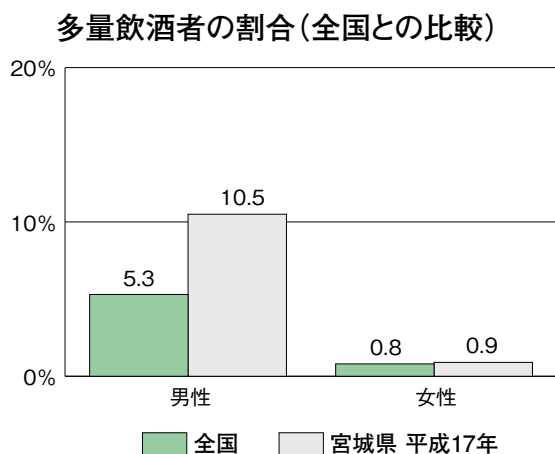
- アルコールの長期にわたる多量飲酒は、アルコールへの依存を形成するほか、肝疾患や脳卒中、がんなど多くの疾患とも関連するなど、身体的・精神的な健康に深刻な影響を与えます。

「多量に飲酒する人」(注)の割合について、全国比較すると男性は約2倍となっており、その割合は依然高い傾向にあります。

(注) 多量に飲酒する人

週4日以上かつ1日3合以上飲酒する人と定義しています。

また、「節度ある適度な飲酒」(「健康日本21」では、日本酒に換算して1日1合程度と定義しています。)を知っている人の割合については、39.1%です。性別で見ると、男性では、「適量」について「2合以下」と回答した人が最も多く4割を超えています。



資料(左)：平成15年国民健康・栄養調査(厚生労働省)，平成17年県民健康調査(宮城県保健福祉部)

資料(右)：県民健康調査(平成17年)(宮城県保健福祉部)

【目指すべき取組の方向性】

- 多量飲酒の影響などについて、働き盛り世代に対しては、健診実施後の情報提供及び保健指導の実施や職域保健と連携し、適正飲酒やアルコールと健康についての正しい知識の普及啓発を行います。
- 市町村においては、がん検診や健康教育、相談などのあらゆる機会を活用したアルコールと健康についての正しい知識の普及啓発を推進します。

- 未成年者の飲酒防止について、地域と学校が連携して未成年者及び保護者への健康教育の実施や普及啓発を行います。
- 多量飲酒の健康影響と合わせて、社会的にも影響が大きい飲酒運転やアルコールハラスメント（注）などについて、関係機関による情報提供を強化する必要があります。

（注）アルコールハラスメント（通称アルハラ）

アルコール飲料に絡む嫌がらせ全般を指す言葉で、アルコール類の多量摂取の強要など対人関係の問題や、酩酊状態に陥った者が行う各種迷惑行為などの社会的なトラブル（迷惑行為）を含みます。

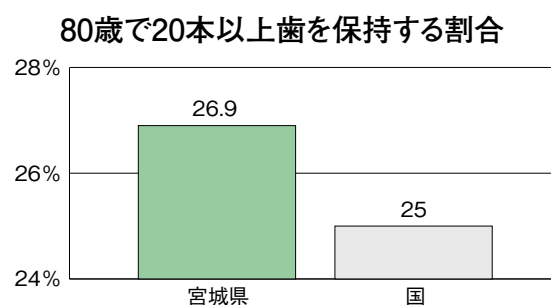
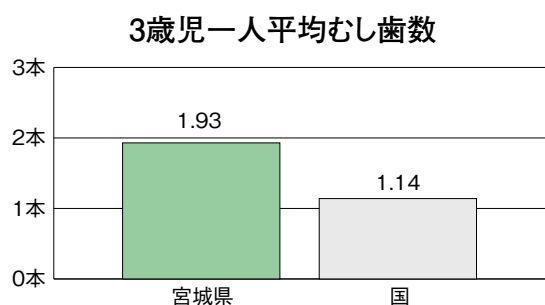


オ 歯と口腔の健康づくり

【現状と課題】

○ 歯は、快適な食生活など心身の健康や生活の質の向上に大きな役割を果たすほか、よく噛む運動は脳細胞の動きを活発化し、高齢者にとっては認知症の防止に大いに役立つとも言われています。また、口腔ケアの実施は、急性心筋梗塞の予防効果やがん患者の良好な予後、あるいは糖尿病患者の感染症予防効果についての報告があるなど、患者の生活の質の向上への効果が期待されています。

県民の歯の状況をみると、まず「3歳児の一人平均むし歯数」は、平成11年度2.76本に比べ、平成17年度は1.93本と改善傾向にあります。また、「80歳で20本以上歯を保持する割合」は、平成18年の調査結果では26.9%であり、全国平均25.0%と比べ多くなっています。



資料(左)：平成17年3歳児歯科健康診査(厚生労働省)

資料(右)：平成18年県民健康・栄養調査(宮城県保健福祉部),平成17年歯科疾患実態調査(厚生労働省)

歯周疾患検診については、対象年齢の拡大や実施市町村数の増加により、受診者数も増えてはいるものの、平成16年度の検診受診率が7.0%とまだまだ低い状況です。

項目	平成12年	平成16年
1年間に歯科検診を受けた人の割合	20.1%	(平成17) 33.7%
老人保健事業歯周疾患検診実施市町村数(割合) ※仙台市含	12 (16.9%)	18 (26.1%)
歯周疾患検診受診者数(割合) ※対象年齢 平成12年:40歳,50歳, 平成16年:40,50,60,70歳	1,472 (19.6%)	3,066 (35.0%)
歯周疾患検診受診率	4.4%	7.0%

資料：みやぎ21健康プランの中間評価報告書(平成18年3月)(宮城県保健福祉部)

【目指すべき取組の方向性】

- 改訂宮城県歯科保健構想（みやぎ 8020 プラン）の目標（注）を達成するための施策を推進します。

（注）改訂宮城県歯科保健構想（みやぎ 8020 プラン）の目標

平成 22 年（西暦 2010 年）までの歯科保健の目標として

- 目標 1 乳幼児に対するフッ化物の塗布を全市町村で実施すること。
- 目標 2 成人・高齢者に対する歯周疾患検診を全市町村で実施すること。
- 目標 3 定期的に歯科健康診査を受ける県民の割合を 50%以上にする事。

- 乳幼児期のむし歯対策としてフッ化物の塗布が促進されるよう、推進を図ります。
- 歯周疾患検診の実施率や受診率を向上させるため県、市町村、関係団体等は、より一層の普及啓発を図ります。
- 生涯を通しての歯と口腔の健康づくりのため、県及び市町村は、家庭をはじめとする地域ぐるみでの普及啓発等の対策を強化します。
- 各医療ステージにおける口腔ケアの実施について、関係機関間の調整を促進し、入院患者や在宅療養患者へのサービスの提供を促進します。



(2) 二次予防の推進

【現状と課題】

- 早期に病気を発見し、治療に結びつける「二次予防」の状況をみてみます。

平成18年の市町村基本健診の受診率は50%台であり、高齢者や主婦など職場健診の対象者以外の受診率は低いと考えられます。また、平成12年度と比べて要指導者数・割合は減少していますが、要医療者数・割合は増加しています。要指導及び要医療の内訳では、脂質異常症（高脂血症）、高血圧、糖尿病ともに人数は大幅に増加し、特に脂質異常症（高脂血症）は約1.2倍に増加しています。

項 目	データ	
	平成12年	平成18年
（市町村基本健康診査）40歳以上		
基本健診受診者数	286,586※	310,019※
基本健診受診率	49.8%	51.2%
要指導者数	126,911	106,280
要指導者割合	44.2%	34.3%
要医療者数	124,203	174,660
要医療者割合	43.3%	56.3%
（要指導，要医療者数・割合）		
総コレステロール要指導，要医療者数	112,383	133,572
総コレステロール要指導，要医療者割合	39.2%	43.1%
高血圧（軽症以上）要指導，要医療者数	79,177	84,750
高血圧（軽症以上）要指導，要医療者割合	27.6%	27.3%
糖尿病要指導，要医療者数	44,306	50,813
糖尿病要指導，要医療者割合	15.8%	16.6%

資料：地域保健・老人保健事業報告（平成12年，平成18年）（厚生労働省）

※基本健康診査受診者数（訪問健康診査は含まない。）

【目指すべき取組の方向性】

- 県，市町村，医療保険者，職場，学校等において，医療機関や学術団体等と連携し，健診や健康教育等でメタボリックシンドロームや生活習慣病などの予防についての正しい知識の普及と生活習慣改善の方法についての普及啓発を行います。
- 県は，医療保険者や市町村等が実施する特定健診や特定保健指導等の効果的，効率的な実施に向けて，保健指導従事者の育成や事業評価のための統計データの分析，提供等の支援を行います。

- 特定健診や特定保健指導等の受診率の向上を図るため、県、市町村、医療保険者、検診機関等で、受診についての普及啓発を行うとともに、対象者への周知内容及び方法の工夫や受診機会の拡大等について、働き掛けていきます。



(3) 達成目標

前記(1)及び(2)に掲げた方向性を目指して、今後の取組を行っていくための目標値を、以下のとおり設定します。

なお、目標値については、関連計画との整合性を図りながら、評価や進行管理等を行っていきます。

種別	項目	直近値	目標値	摘要	
国の基本方針に基づく目標 (平成24年)	特定健康診査の実施率	—	70%	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。	
	特定保健指導の実施率	—	45%	平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受ける。	
	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	—	10%	平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少する。	
本県独自の目標 (平成24年) ※県民の生活や医療に関連する目標	食塩摂取量の減少(成人)※	11.2g(H18)	10g未満	みやぎ21健康プランとの整合性を図った形で目標値を設定する。 ※左記の食塩摂取量、脂肪エネルギー比率、運動、及び非喫煙率の目標値は、同プランにおいて目標年次が平成22年となっているため、本計画における目標年次も同プランと合わせることとする。	
	脂肪エネルギー比率の減少(20~40代)	—	25%以下		
	運動の習慣化※ (運動習慣者の増加)	男性	30.2%(H18)		41%以上
		女性	21.2%(H18)		49%以上
	禁煙希望者への支援による非喫煙率の増加※	男性	50.0%(H17)		62%以上
		女性	86.5%(H17)		92%以上
	公共施設における分煙対策の促進	98.1%(H19)	100%		
	糖尿病有病者(注)の推定数の減少率(40~74歳)	—	10%		
高血圧症有病者(注)の推定数の減少率(40~74歳)	—	10%			
脂質異常症(高脂血症)有病者(注)の推定数の減少率(40~74歳)	—	10%			

(注) 糖尿病等の有病者の定義：各学会で以下の診断基準により有病者を定義しています。

糖尿病有病者：空腹時血糖 126mg/dl 以上またはヘモグロビン A1c6.1% 以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者。

高血圧症有病者：収縮期血圧が 140mmHg 以上、または拡張期血圧が 90mmHg 以上の者、もしくは血圧を下げる薬の服用者。

脂質異常症(高脂血症) 有病者：中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、または LDL コレステロール 140mg/dl 以上、もしくはコレステロールを下げる薬の服用者。

(参考) 目標値の評価に使用する予定の統計一覧

項 目	統 計 名
特定健康診査の実施率	特定健診・特定保健指導の実績に係る統計データ（平成20年度以降）
特定保健指導の実施率	同上
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	同上
食塩摂取量の減少（成人）	県民健康・栄養調査（宮城県保健福祉部）
脂肪エネルギー比率の減少（20～40代）	同上
運動の習慣化（運動習慣者の増加）	同上
禁煙希望者への支援による非喫煙率の増加	同上
公共施設における分煙対策の促進	公共施設における分煙実施状況調査（宮城県保健福祉部）
糖尿病有病者の推定数の減少率（40～74歳）	特定健診・特定保健指導の実績に係る統計データ（平成20年度以降）
高血圧症有病者の推定数の減少率（40～74歳）	同上
脂質異常症（高脂血症）有病者の推定数の減少率（40～74歳）	同上



2 医療の効率的な提供の推進

23 ページに掲げた基本理念2の「超高齢社会の到来に対応する」ためには、限られた医療等の資源を効率的に提供することが必要です。

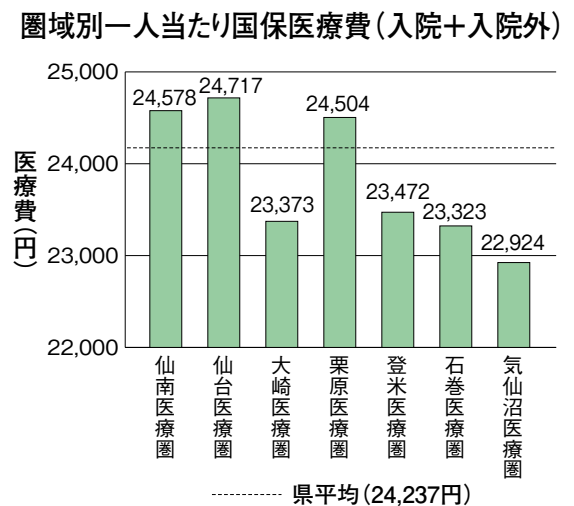
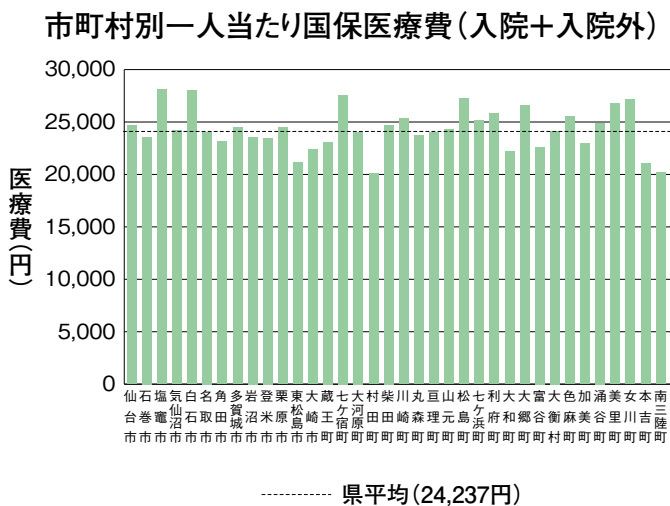
国の基本方針は、その方策として、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心に据えて、医療機関の入院期間の短縮を図ることが示されています。しかし、それのみではなく、本県の医療費や死因などにおいて大きな位置を占めている生活習慣病に対する対策、あるいは医療機関と介護福祉施設の連携、在宅医療や居宅介護サービスの充実などによる退院患者の受け入れ体制整備など、生活の質の維持・向上を確保することが何より重要です。

(1) 受診の適正化

【現状と課題】

○ 県内市町村別の1人当たり医療費を、国保医療費についてみると、塩竈市を筆頭に、白石市、七ヶ宿町、松島町、女川町の順に多い状況となっており、最も高い塩竈市と最も低い村田町で約8千円の開きがあります。

これを圏域別にみると、仙台医療圏、仙南医療圏、栗原医療圏の順に高い状況となっております。



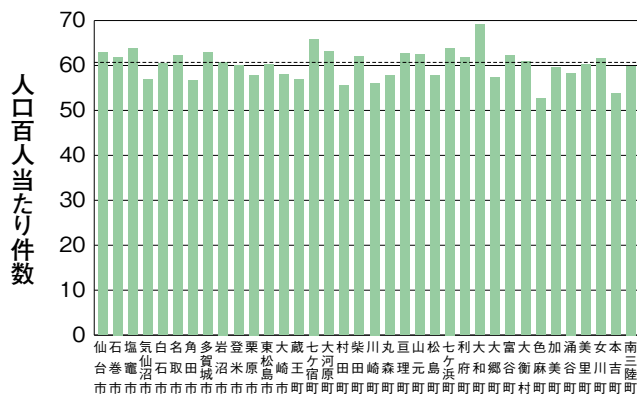
データ(左右とも):平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

○ 次に、医療費の3要素である「受診率」、「1日当たり医療費」及び「1件当たり日数」の各々についてみます。

「受診率」は、大和町を筆頭に、七ヶ宿町、七ヶ浜町、塩竈市、大河原町の順に高い状況となっており、最も高い大和町と最も低い色麻町で約17件の開きがあります。

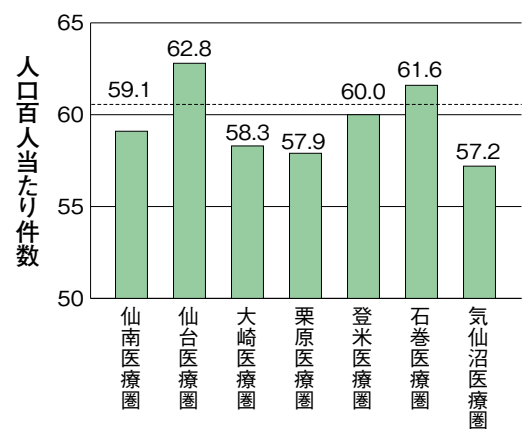
これを圏域別にみると、特に仙台医療圏と石巻医療圏で高くなっています。

市町村別国保年齢調整受診率(入院+入院外)



----- 県平均(61.1件)

圏域別国保年齢調整受診率(入院+入院外)



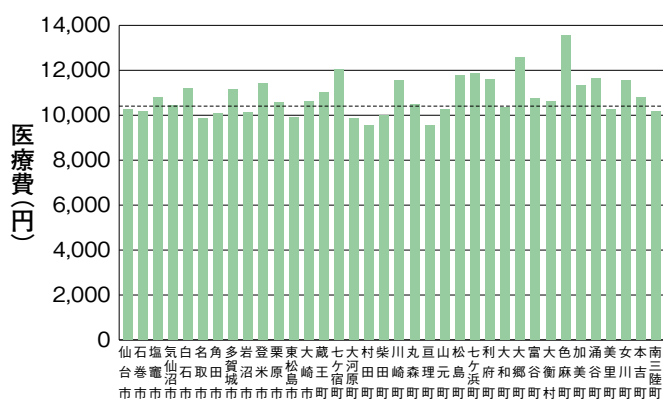
----- 県平均(61.1件)

データ(左右とも):平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

- 「1日当たり医療費」は、色麻町を筆頭に、大郷町，七ヶ宿町，七ヶ浜町，松島町の順に多い状況となっており、最も高い色麻町と最も低い亙理町で約4千円の開きがあります。

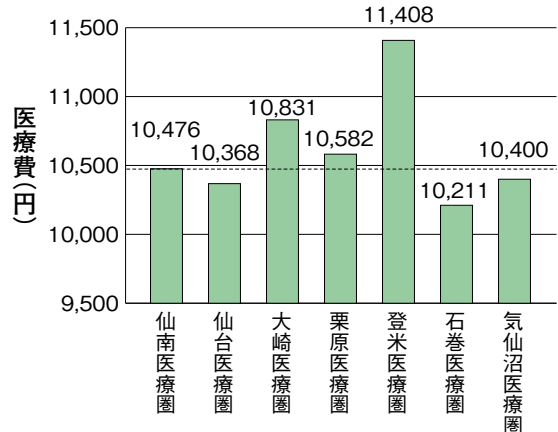
これを圏域別にみると、特に登米医療圏で高くなっています。

市町村別一日当たり国保医療費(入院+入院外)



----- 県平均(10,463円)

圏域別一日当たり国保医療費(入院+入院外)

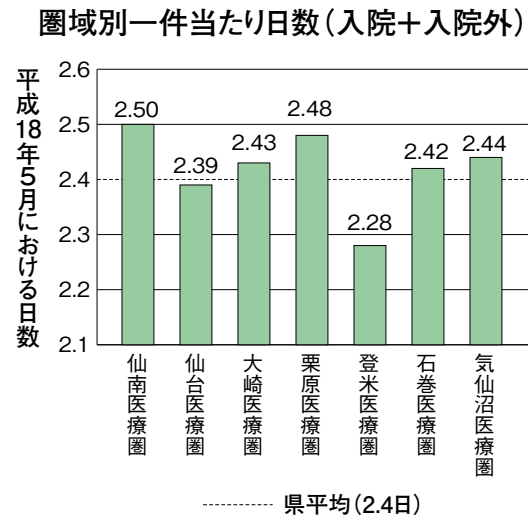
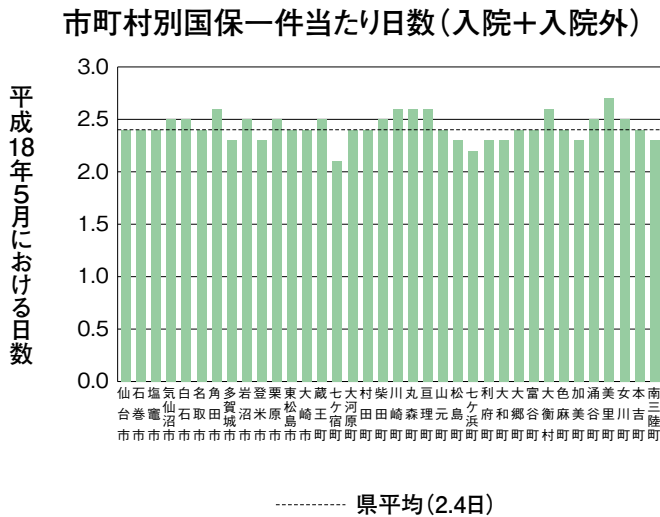


----- 県平均(10,463円)

データ(左右とも):平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

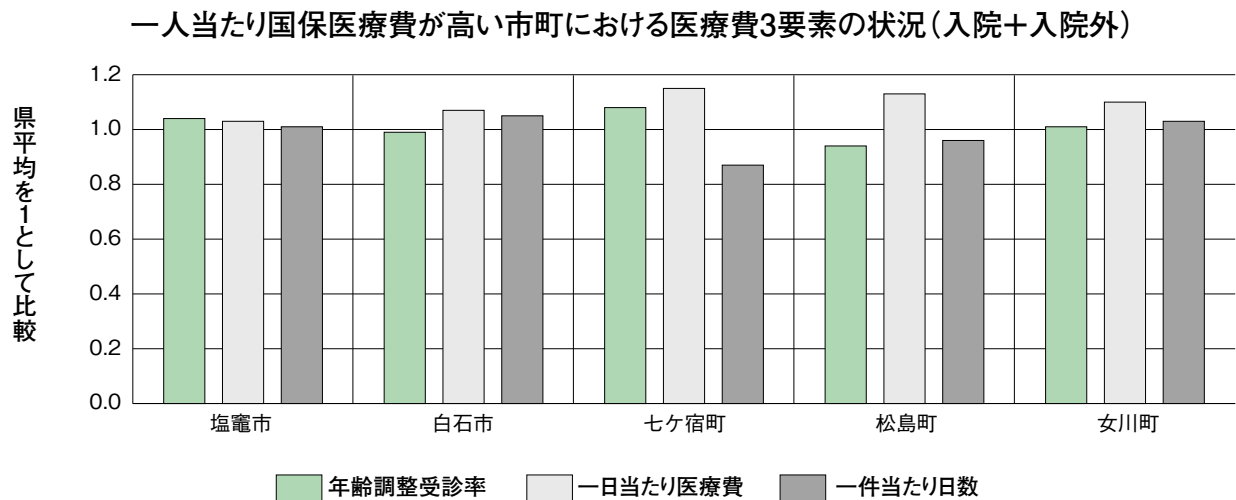
- 最後に、「1件当たり日数」は、美里町を筆頭に、角田市、川崎町、丸森町・亶理町の順に長い状況となっておりますが、最も長い美里町と最も短い七ヶ宿町でも0.6日しか差はなく、それほど地域格差はない状況です。

これを圏域別にみると、特に仙南医療圏と栗原医療圏で長い状況となっております。



データ(左右とも)：平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

- 以上を考慮し、「1人当たり医療費」の上位5市町における医療費の3要素の状況を整理すると、特に「受診率」あるいは「1日当たり医療費」の高さが大きな要因となっていることがうかがわれます。

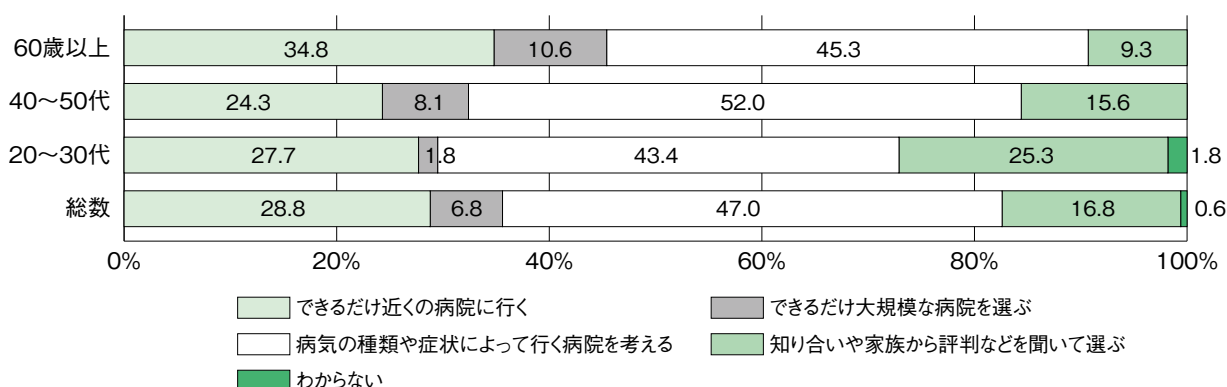


データ：平成18年5月診療国保医療費(宮城県国民健康保険団体連合会)

- 次に、受診率を押し上げる要因として、重複受診の問題がよくあげられていることから、県民の受診行動についてみます。

病気やケガをした場合の医療機関の選び方について県民に尋ねたところ、特に60歳以上において、半数近くが「できるだけ近くの病院に行く」や「できるだけ大規模な病院を選ぶ」といった選び方をしており、「病気の種類や症状によって行く病院を考える」とほぼ同じ割合となっています。

病気やケガをした場合の医療機関の選び方

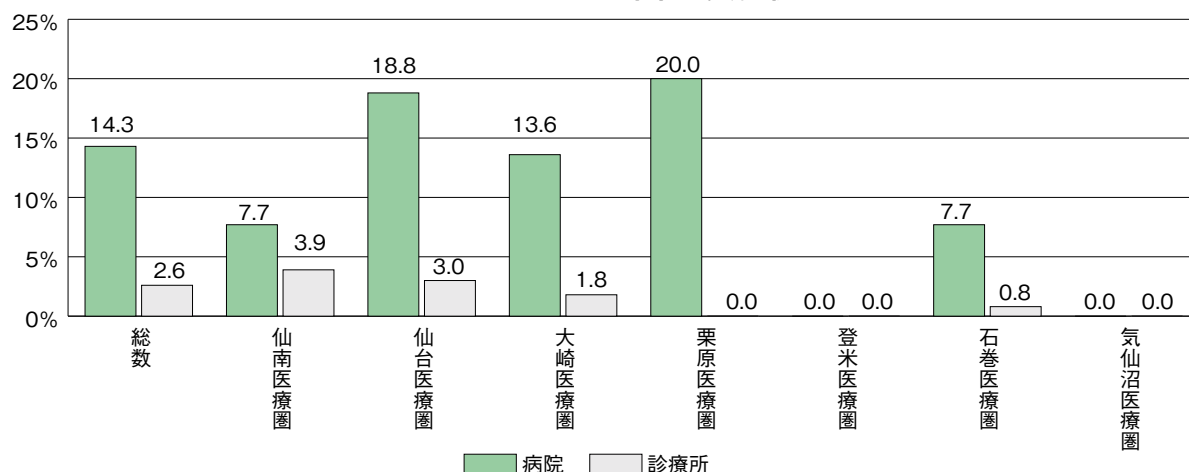


資料：平成18年地域政策県情報（暮らしと環境に関する世論調査）（宮城県総務部）

- 重複受診の要因の一つに、患者が現在受けている治療に対し何らかの不安を抱き、複数の医療機関を受診していることも考えられます。

現在の治療内容について、主治医とは別の第三者的立場にある医師から意見を聴くセカンドオピニオンは、患者の治療に対する不安を解消する方策の一つですが、セカンドオピニオン外来を実施している医療機関は、県全体で病院でも15%弱で、診療所においては3%にも満たない状況です。また、地域によっては実施している医療機関がないなど、まだ普及の途上にあります。

セカンドオピニオン外来の実施状況



資料：平成18年度医療機能調査（宮城県保健福祉部）

【目指すべき取組の方向性】

県内市町村における1人当たり医療費や、医療費の3要素である「受診率」等の状況を見ると、地域的な格差が生じていることから、地域間格差の是正が大きな課題の1つとなっています。

特に医療費が高い市町村について、医療費の3要素の状況を見ると、特に受診率と1日当たり医療費の高さが大きな要因となっていることがわかりますが、特に重複受診などの過剰な受診の適正化は、県や市町村でも取り組むことができる対策と考えられます。

以下、適正な受診の推進に向けた取組の方向性を記載します。

①重複受診や重複処方等への対策

- 受診率やひいては医療費を押し上げる要因として、同じ疾病の重複受診や医薬品の重複処方、あるいは不適切な頻回受診などがあげられます。

この対策として、市町村では、レセプトの縦覧点検の実施により重複・頻回受診者等を的確に把握した上で、保健事業担当課と十分連携を図りながら、訪問指導活動を充実・強化していくとともに、訪問指導後の効果検証及び医療費分析を行い、保健指導の充実等医療費の適正化を図ります。また、レセプト点検は医療費適正化を図るための有効な手段であることから、実施指導及び研修会等を通して、各保険者のレセプト点検員の資質の向上など、点検体制の充実・強化を図ります。

- 電子カルテを複数の医療機関が連携して活用することも、効率的な医療連携の構築に加え、重複受診の是正に効果があるものと考えられます。
- 薬局で配布している「お薬手帳」は、患者が調剤された医薬品や購入した一般用医薬品の履歴等が一冊の手帳に記載されるもので、患者の薬歴を把握し、副作用の未然防止や医薬品の重複処方のチェックに有用であることから、「お薬手帳」の利点について、患者や医療関係者に対し周知し、活用と普及に努めます。

②県民に対する意識啓発

- 重複受診等については、行政からの働き掛けのほか、県民自らも適正な受診に心掛けることが必要です。

このため、重複受診等に伴い重複処方された薬の服薬等により副作用の発生リスクが増大することに加え、結果的に医療費を増加させることなど、県政だより等の広報媒体を通じて、医療費適正化に向けた県民の意識を高めるための普及啓発活動に取り組みます。

③かかりつけ医の普及や、診療所と病院の機能分化・連携

- 県民の重複受診や不適切な頻回受診を適正化し、なおかつ県民の病状に応じた適切な医療を提供するためには、各診療所が日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といった、かかりつけ医機能の向上を図ることが重要です。また、大病院に患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかっている問題を解消するためにも、かかりつけ医も含めた各医療機関が地域の実情に応じて専門性や役割を明確化し、それぞれが機能分化・連携していくことが必要です。

このため、地域医療計画において、診療所と病院あるいは病院間の連携や、各医療機関の機能分化・連携の在り方について、県民にもわかりやすい形で明示し、医療機関の機能分化・連携などを進めます。

- 疾病別に、疾病の発生から診断・治療・リハビリ・在宅療養までの複数の医療機関や施設にまたがった一連の診療計画として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機能の分担・連携を着実に推進するための有効なツールですが、現時点では県内で導入している病院はほとんどありません。

この「地域連携クリティカルパス」の導入により、急性期病院から回復期病院を経て在宅に戻るまで、継続的な医療の提供が円滑に行われ、在宅生活への早期復帰を希望する患者が安心を得ると期待されることから、その開発・導入を推進します。また、パスの普及と併せて、医療機関間の連携の窓口として病院に設置される「地域連携室」の実態把握とその機能の充実を図ります。

- 医療機関が持っている医療機能に関する情報を集約し、インターネット等を通じ県民に分かりやすい形で情報提供することで、県民の適切な医療機関の選択を支援します。

④セカンドオピニオン外来の充実

- セカンドオピニオン外来は、重複受診の適正化のみならず、県民自らの意思決定に基づいたより良い医療の実現や医療事故防止の観点からも有効な手段です。

このため、セカンドオピニオン外来の実施医療機関の充実はもとより、県民に対し、自身に治療の不安を抱いた際のセカンドオピニオン外来の積極的な利用促進も必要です。

セカンドオピニオン外来に係る料金は、医療機関によって差があることから、利用を促進するためにも、各医療機関では利用しやすい料金の設定がのぞまれます。

⑤一次予防の推進（再掲）

- このほか，受診の適正化を進める前に，まず病院にかからない健康な人たちを増やすことが必要であり，そのためには日ごろから健康づくりに留意するなど，一次予防に心掛けることが重要です。

このため，前掲（22 ページ～）したように，バランスの取れた食生活・食習慣の実現や身体活動・運動量の増加あるいはたばこ対策といった一次予防の取組を進めます。



(2) 平均在院日数の短縮

ア 医療連携体制の構築とクリティカルパスの活用

【現状と課題】

①クリティカルパスの導入状況

- 医療連携体制を構築することは、県民に対し効率的で切れ目のない医療を提供するために不可欠であるとともに、平均在院日数の短縮にも効果があります。

一定の疾病をもつ患者に対し、入院指導や処置、検査などの標準的な診療手順を示した診療計画書である「院内クリティカルパス」は、診療過程が明確になることで患者にとって安全・安心の確保につながるほか、院内の職種間の連携を促進し、無駄のない検査や適切な治療に効果があり、ひいては入院期間の短縮も図れますが、例えば平成18年に厚生労働省がDPC（注1）を導入又は試行的にDPCを導入している病院の職員に対し実施した「医療の達成度、患者満足度に係る調査」によると、クリティカルパスを「よく利用されている」あるいは「少し利用されている」と回答した職員の割合は5割強で、約4割は「どちらともいえない」あるいは「余り利用されていない」などとなっています。

このような状況を考慮すると、DPC導入以外の病院においても、院内クリティカルパスを利用していない病院は相当数あるものと考えられます。

（注1）DPC（Diagnosis Procedure Combination）

病名や診療内容に応じて定められた1日当たりの定額の点数で入院診療費を計算する新しい方式です。

- また、46ページでも述べたとおり、地域における医療機能の分化・連携を着実に推進するための有効なツールである「地域連携クリティカルパス」は、現時点では県内で導入している病院は一部（注2）に過ぎません。

（注2）本県における地域連携クリティカルパスの実例

- ・脳卒中：宮城県脳卒中地域連携クリニカルパス研究会（パスのサンプルは次ページ参考）
- ・大腿骨頸部骨折：石巻赤十字病院及び石巻港湾病院

(参考：宮城県脳卒中地域連携クリニカルパス研究会の「地域連携診療計画書」及び「承諾書」)

地域連携診療計画書

患者氏名 _____ 病名(検査・手技等) _____ 合併症 なし あり () _____ 呼吸 循環 生年月日 _____ 歳

A病院 () _____ B病院 () _____ 総治療期間 _____ 日

主治	入院前1週間	入院後1週間	入院後2週間
経過(日・検査・治療)	入院前1週間	入院後1週間	入院後2週間
診療目標	病室診断	病室の認定	入院期間中に自費に充当できない入院に際しての準備が整う
治療	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅医療連携	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅医療連携	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅医療連携
薬剤(点滴・内服)	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 内服	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 内服	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 内服
医療検査	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 尿検査
検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 脳血管造影	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 脳血管造影	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 脳血管造影
評価項目	体温() 血圧() 呼吸数() 脈管() 意識()	体温() 血圧() 呼吸数() 脈管() 意識()	体温() 血圧() 呼吸数() 脈管() 意識()
患者様ご家族への説明・指導	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒絶
病院名	A病院	B病院	C病院

病室・看護下能力	看護	医師	薬剤師
自立歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
経口摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医師	看護師	薬剤師
診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療方針

1. 治療方針

2. 治療方針

3. 治療方針

承諾書

地域連携診療計画に同意して治療を行い、必要な診療情報を提供することについて医師より以下のように説明を受けました。

医師からの説明は

<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 理解できなかった
<input type="checkbox"/> 同意した	<input type="checkbox"/> 同意できなかった

この説明により、必要な診療情報がプライバシーを厳守したうえで資料として使用されることに

承諾します 承諾しません

代表者 代理人

②本県の主な疾病

○ 本県の疾病の状況をみると、第2章(10ページ)でも述べたとおり、生活習慣病に分類される疾病が、例えば国保医療費総額では3割強、75歳以上国保医療費では4割強を占め、また、死因別でも6割強が生活習慣病によるものであることから、その対策が喫緊の課題となっています。

【目指すべき取組の方向性】

○ 「院内クリティカルパス」は、患者にとって安全・安心の確保や院内の職種間の連携促進、適切な治療といった効果のほか、ひいては入院期間の短縮も図れることから、その普及促進を図ります。また、発症から速やかな医療機関間の連携を促進するため、地

域連携クリティカルパスの開発・導入を推進します。

- 限りある医療資源を有効活用するためには、各診療分野で効率的な医療提供体制を構築することが重要です。このため、各診療分野での医療機関の機能分化・連携の姿について、地域医療計画を通じ明示するとともに、医師会等とも協力して医療機関相互の調整を行っていきます。また、疾病のうち、特にその対策が喫緊の課題となっている悪性新生物、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病に対し、個々の疾病の状況に応じて保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築する必要があります。このことから、県は地域医療計画を通じ、4疾病の状況に応じて求められる医療機能を明確にし、それらに基づいた医療機関ごとの医療機能の分化・連携の姿（次ページ参考）を明示するとともに、医療連携の円滑な実施に向けて、医師会等とも協力して、医療機関相互の調整を行っていきます。
- 平均在院日数が短縮することにより、結果として必要とされる病床数が減る一方、業務量の増加も見込まれることから、より質の高い医療を提供するという観点からも、医師を初めとする医療スタッフ等医療資源の集約化・重点化を並行して進めることが重要です。また、平均在院日数の短縮への取組の結果、退院が必要となる入院患者が安心して他の医療機関や介護保険施設、あるいは自宅へ円滑に移行できるよう、入院患者の状態や家庭環境に配慮しながら、関係者が連携し切れ目なく医療や介護を提供することが必要です。
- 重症の救急患者に対する速やかな搬送は、患者の救命に加え、その後の後遺症の軽減につながることから、患者の状態に応じた適切な救急医療の提供体制の構築を図ります。また、救急搬送に際して、脳卒中や急性心筋梗塞などを疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請し、迅速に専門の医療施設を受診できるような行動をとることが大変重要です。このため、県民に対し、市町村や地元医師会あるいは日本赤十字社宮城県支部や対脳卒中予防協会など関係団体などとも連携しながら、症状の観察の仕方や応急手当などの基礎的知識の普及を図ります。

(参考) 4疾病の医療提供体制の構築 (地域医療計画より)

疾病名	目指す方向性
悪性新生物	<p>(1) がん診療提供体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療が実施可能な体制 ② 適切な治療法の選択に関して、患者自らが主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制 ③ 二次医療圏ごとの標準的ながん診療提供体制 <p>(2) 治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 終末期だけでなく治療の初期段階からの緩和ケアの実施 ② 診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施 <p>(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ① がん診療連携拠点病院による各種研修会、カンファレンス、症例相談など地域連携・支援の実施 ② がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者を支援
脳卒中	<p>(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療体制（注1）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 発症後2時間以内の専門的診療可能医療機関への救急搬送 ② 医療機関到着後1時間以内の専門的治療の開始 <p>(2) 新しい救急システムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ① t-PA（注2）の投与が常時可能な施設整備が図られている専門的医療機関への搬送後の検査により、ラクナ梗塞や発症後かなりの時間を経過した患者といった緊急を要しない病態の患者については、その他の脳卒中に係る専門的診療可能医療機関へ転送・治療 ② 急性増悪の可能性の低い患者の回復期医療機関等への即日又は翌日転院 <p>(3) 病期に応じたりハビリテーション体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 廃用症候群（注3）、合併症の予防、運動機能等の回復を図り、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション ② さらになる機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なりハビリテーション ③ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーション <p>(4) 在宅療養が可能な体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 生活の場で療養のための、医療及び介護サービスの相互連携による支援 <p>(5) 脳卒中ネットワークの形成</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 切れ目のない脳卒中医療体制の形成
急性心筋梗塞	<p>(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 周囲の者による速やかな救急要請及びAED（注4）の使用を含めたCPR（注5）の実施 ② 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送 <p>(2) 速やかな専門的診療の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療機関到着後30分以内の専門的治療の開始 ② 発症後6時間以内の再灌流 <p>(3) 医療機関間の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 急性期医療機関（外科的対応可能な施設を含む。）間の交流・連携による急性心筋梗塞治療の均てん化 ② 回復期を視野に入れた急性期医療の実施 <p>(4) 合併症予防や在宅・社会復帰を目的とした心臓リハビリテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 合併症や再発の予防、在宅・社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施 ② 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 <p>(5) 在宅療養</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施 ② 再発予防のための定期的専門的検査の実施

疾病名	目指す方向性
糖尿病	<p>2型糖尿病（注6）に関しては、メタボリックシンドローム該当者等の糖尿病予備群に対する生活習慣の改善などによる糖尿病の予防を第一に進めるとともに、1型（注6）を含め、不幸にも糖尿病を発症した場合でも、初期治療・安定期治療における病状の改善や良好な血糖コントロールを目指すとともに、万が一の急性合併症や慢性合併症にも、対応できる医療体制を目指す。</p> <p>(1) 発症初期及び安定期における治療並びに合併症予防体制</p> <p>①糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施</p> <p>②良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施</p> <p>(2) 血糖コントロール不可の場合及び急性合併症の専門的治療体制</p> <p>①教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施</p> <p>②急性増悪時の治療の実施</p> <p>(3) 糖尿病の慢性合併症の治療体制</p>

(注1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療体制

脳梗塞では、まず発症後3時間以内の超急性期血栓溶解療法の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後3時間以内に治療を開始することが重要となります。その際の目安は、発症から医療機関到着まで2時間以内、来院してから治療の開始まで1時間以内です。また、超急性期血栓溶解療法の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要となります。

(注2) t-PA (tissue Plasminogen Activator 組織プラスミノゲン・アクチベータ)

血栓溶解薬のことをいいます。

(注3) 廃用症候群

病気やケガなどがきっかけで、体を動かさないと筋肉や関節・心肺機能など臓器の衰えをきたし発生する諸々の不具合症状を廃用症候群といいます。

(注4) AED (Automated External Defibrillator 自動体外式除細動器)

心臓の筋肉がけいれん状態となり、小刻みに震えて収縮・拡張を行わなくなって血液を流せなくなる「心室細動」時に、心臓に電気ショックを与え、小刻みな震えを止めて正常なリズムに戻すための器械です。

(注5) CPR (Cardiopulmonary Resuscitation)

心肺機能蘇生のことをいいます。

(注6) 1型糖尿病, 2型糖尿病

糖尿病は、インスリンが作れなくなった病態の1型、インスリン作用が低下した病態の2型と、大きく2つのタイプに分けられます。1型糖尿病の治療にはインスリンが必要となりますが、2型糖尿病は治療に必ずしもインスリン投与は必要とはせず、食事量や体重の減少により血糖値の低下がみられます。

イ 療養病床の再編成

【現状と課題】

①これまでの経緯

- 昭和48年に老人医療費無料化政策がとられたことを契機に、高齢者の受療率が急激に伸びました。しかし、当時は高齢者の生活を支える介護の体制が量的に不十分であったため、昭和50年代に、必ずしも入院医療を必要としない方も含め、家庭での介護が難しい高齢者を病院が受け入れる形となり、平成4年には療養型病床群の制度化、平成12年には一般病床と療養病床の区分といった、医療機能の分化・連携の推進や長期療養への対応を目的とした制度改正が行われました。

一方、介護の必要な高齢者の受入れについては、昭和62年の老人保健施設の制度化や、平成2年の高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）の策定を受け、在宅介護の体制強化や、特別養護老人ホーム等施設整備が進められ、平成12年には介護保険制度が発足しました。

介護保険制度発足当時、社会的入院問題への対応も課題となっていました。介護基盤がまだ不十分であることから、療養病床についても、介護保険施設の一類型である介護療養型医療施設として位置付けられました。しかし、その後介護基盤の整備も進んでいることも考慮し、今般の医療制度改革では、介護療養型医療施設は平成23年度末をもって廃止されるとともに、医療療養病床についても再編成を行うことになっています。

②療養病床の状況（再掲）

- 第2章（13ページ～）でも述べたとおり、平成18年10月1日現在における本県の人口10万対療養病床数は140.7床で、全国で最も少ない状況です。また、平均在院日数も95.5日と全国で最も短くなっているなど、効率的な病床の利用が図られていることがうかがわれます。

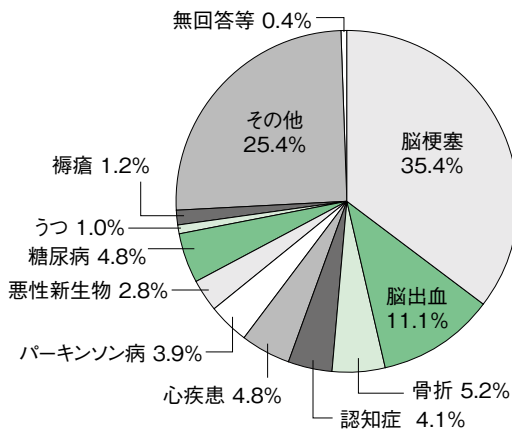
以上のことから、療養病床の再編成を進めるに当たっては、本県の療養病床が全国的にも効率的に利用されているという地域特性にも配慮する必要があります。

③入院患者の状況

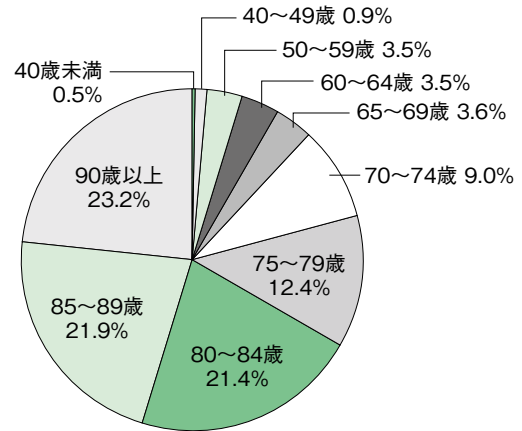
- 本県の療養病床の入院患者の状態をみると、第2章（17ページ）でも述べたとおり、医療の必要性が高い医療区分2・3の患者が約6割を占める一方、医療の必要性が低い医療区分1の患者も約4割います。また、日常生活動作（ADL）の状態をみると、最も状態の重い区分3の患者が約半数を占めています。

主な疾病の割合をみると、脳血管疾患が5割弱を占め、年齢区分割合をみると、75歳以上のいわゆる後期高齢者が約8割を占めています。

療養病床入院患者の主傷病割合



療養病床入院患者の年齢区分別割合



資料(左右とも)：療養病床アンケート調査(平成18年10月)(宮城県保健福祉部)

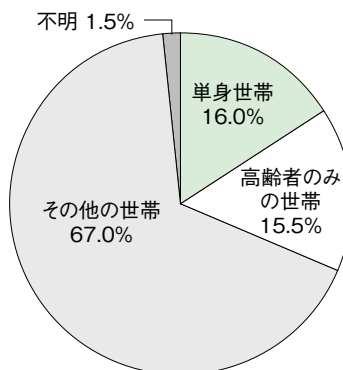
- また、入院している患者の医療や介護の必要性等を考慮し、医療機関が患者の対応先として望ましいと考える施設についてみると、第2章(18ページ)でも述べたとおり、引き続き療養病床が望ましい患者が約半数いる一方で、老人保健施設や特別養護老人ホームあるいは在宅等、療養病床以外の施設等での対応が望ましい患者も約半数います。以上のことから、入院患者の状態を踏まえた療養病床の再編成が求められています。

④入院患者の家族の状況等

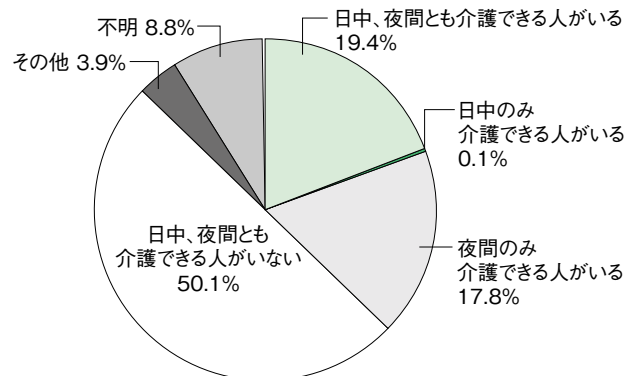
- 入院患者の世帯状況をみると、約3割は単身世帯又は高齢者のみの世帯となっており、入院患者の自宅での介護者の状況をみても「日中、夜間とも介護できる人がいない」人の割合が半数を超えているなど、自宅での介護力が乏しい状況です。

このことから、療養病床の再編成に伴い、退院することになる医療必要性の低い患者の受入れ体制の整備が必要です。

療養病床入院患者の世帯の状況



療養病床入院患者の自宅での介護者



資料(左右とも)：療養病床アンケート調査(平成18年10月)(宮城県保健福祉部)

【目指すべき取組の方向性】

- 今回の医療制度改革において、社会的入院の是正や医療の効率的な提供の観点から、療養病床の再編成が必要となっていますが、再編成に当たっては、本県の療養病床が全国的にも効率的に利用されているという地域特性にも配慮することが必要です。また、再編成に当たっては、利用者が不安にならないよう、医療機関と連携しながら、入院患者の状態や地域医療の実態あるいは医療機関の転換意向など地域における実情に照らした受入れ体制を整備して病床転換を進める必要があります。

- 国の基本方針に基づき設定すべき平成24年の療養病床数に関する達成目標（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）については、国の基本方針に示された参酌標準に基づき算定すると1,882床となりますが、一方で、参酌標準の考え方を基本にしつつ、医療区分1の入院患者が主の医療機関・病棟については老人保健施設等への転換を推進し、医療区分2及び3の入院患者が主の医療機関・病棟については医療療養病床として現状を維持するという原則のもと、個々の医療機関の状況を踏まえ算定すると2,074床となります。

先にも述べたとおり、本県の療養病床が全国的にも効率的に利用されているという地域特性も考慮する必要があると考えられることから、本県の療養病床数に関する目標値は2,074床とします。

- 今後、再編成に伴い円滑な患者移行を行うために、地域ケア体制整備構想等を通じ、転換支援を行っていきます。具体的には、療養病床を持つ医療機関に対して施設整備に係る助成を行うなどの積極的な転換支援により、老人保健施設や地域に近い形で生活を継続できる地域密着型サービス等の整備を市町村と協議しながら進めるなど、医療・介護両面で充実したケア体制を整備するとともに、新たな転換支援策や診療報酬改定などの動向を見極めながら、達成目標の算定に際し事前相談で老人保健施設等への移行が望ましいとされた医療機関に対して、必要な助言等を行っていきます。また、療養病床の再編成は、各医療機関の判断により行われることから、各医療機関が的確な判断を行い、円滑な転換ができるよう、各種転換支援策や地域の施設の設置状況などに関する情報の提供を行うとともに、医療機関からの病床転換に関する相談や、療養病床に入院している患者や家族からの相談に応じられるよう、相談体制を構築します。

- 本県の介護保険施設の整備は途上にあることから、再編成に当たっては、施設サービスの量的確保と整合性がとれた形で進めます。

- 自宅での介護力が低下する中、住み慣れた地域に近いところで生活を継続できるよう、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活を支援することも重要です。

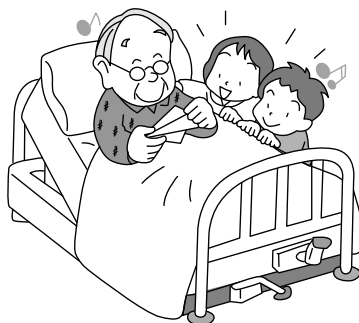
このため、「宮城県住生活基本計画」を踏まえつつ、県土木部や（財）宮城県建築住宅センターと連携しながら、高齢者の見守りに配慮した高齢者専用賃貸住宅（注1）や高齢者向け優良賃貸住宅（注2）などの整備を支援・促進します。

（注1）高齢者専用賃貸住宅

高齢者の入居を拒まない賃貸住宅のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅として都道府県知事等に登録された住宅です。

（注2）高齢者向け優良賃貸住宅

「バリアフリー化」や「緊急時対応サービスの利用」が可能な賃貸住宅です。また、高齢者の生活を支援するために、任意の付加的サービスを提供したり、社会福祉施設等を併設することで、より安心して住み続けられる住宅とすることもできます。



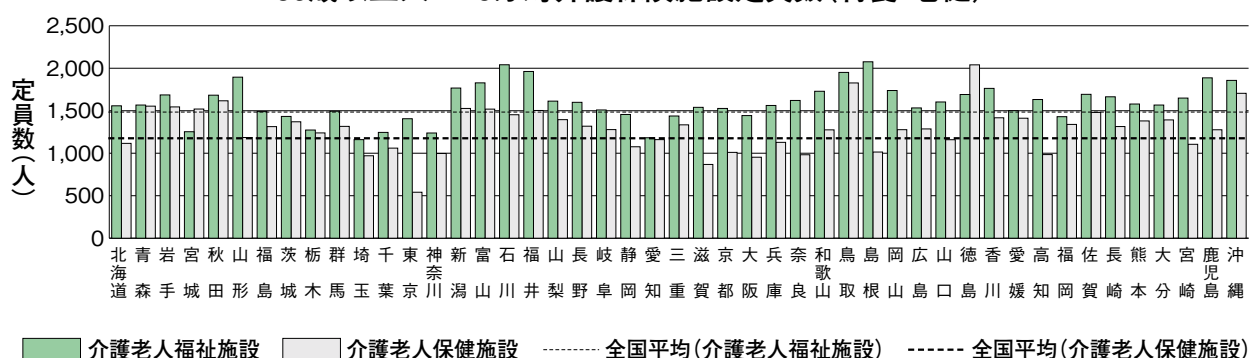
ウ 施設や居住系サービスの充実

【現状と課題】

- 療養病床の再編成を含め医療の効率化を進めるに当たっては、居住系サービスの充実も重要となります。

まず、介護保険施設の65歳以上人口10万当たりの定員数をみると、老人保健施設では本県は全国平均を上回る一方、老人福祉施設では全国平均を下回る状況にあります。

65歳以上人口10万対介護保険施設定員数(特養・老健)



資料:平成17年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

- 本県の施設・居住系サービスの今後の見通しについて、厚生労働省が作成した推計シートにより下記のケースごと(注)に推計してみると、居宅サービス等の地域ケアが相当程度進まないかぎり、今後の高齢化の進展に伴い需要が増加し続けると予想されます。

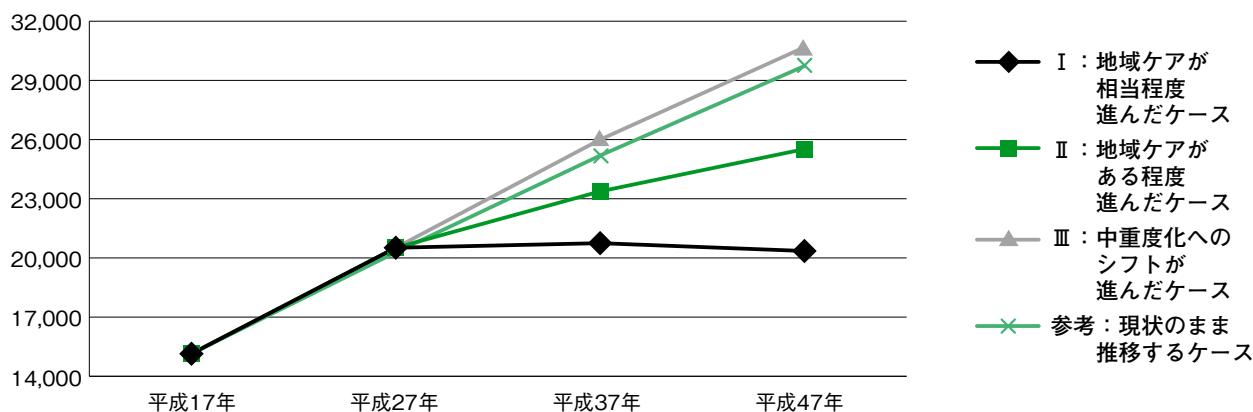
(注) ケースの定義

地域ケア体制整備構想では、下記のケースに分けて推計しています。

- ◆ケースⅠ：地域ケアの推進により2015年までに施設・居住系サービス需要の中重度化が進み、その後も地域ケアの一層の推進により需要の程度(各要介護度での需要の割合)が低減していくケース。
 (推計方法) 要介護4～5の単独・夫婦のみ世帯：2015年に90%→2035年に70%
 要介護4～5のその他世帯 ：2015年に50%→2035年に30%
 要介護度3 ：2015年に20%→2035年に10%
- ◆ケースⅡ：ケースⅠにおいて、2015年以降の需要の低減が緩やかなケース
 (推計方法) 要介護4～5の単独・夫婦のみ世帯：2015年に90%→2035年に80%
 要介護4～5のその他世帯 ：2015年に50%→2035年に40%
 要介護度3 ：2015年に20%→2035年に15%
- ◆ケースⅢ：中重度化へのシフトが進んだケース
 (推計方法) 要介護4～5の単独・夫婦のみ世帯：2015年に90%→2035年に90%
 要介護4～5のその他世帯 ：2015年に50%→2035年に50%
 要介護度3 ：2015年に20%→2035年に20%
- ◆参 考：概ね現行の需要の程度が継続するケース。

(単位：人)

ケース	平成17年 (2005)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)	平成47年 (2035)
I : 地域ケアが相当程度進んだケース	15,143	20,516	20,749	20,351
II : 地域ケアがある程度進んだケース	15,143	20,516	23,373	25,517
III : 中重度化へのシフトが進んだケース	15,143	20,516	25,997	30,681
参考：現状のまま推移するケース	15,143	20,287	25,190	29,729



資料：宮城県地域ケア体制整備構想（宮城県保健福祉部）

【目指すべき取組の方向性】

- 今後予想される急速な高齢化により、居宅介護サービスなどの地域ケアが相当程度進まなければ介護保険における施設・居住系サービスの需要が大きく伸びることが予想されます。

このため、今後療養病床の再編成に合わせて、特別養護老人ホームなどの入所ニーズを把握しながら、計画的な整備により必要量の確保を目指すとともに、ケアハウスや有料老人ホームなど、見守りや日常生活への支援機能をもつ施設の整備も進めていきます。

- 様々な医療ケアを必要とする患者に対応し、新たに創設される「療養病床から転換した老人保健施設」では、医療体制や看取り体制の充実を図っていきます。

- 今後、介護サービスの充実を図るためには、施設やサービス量の確保のみならず、介護事業を担う人材の育成が必要です。

特に、今後療養病床の再編成に伴い、介護サービスとともに医療ケアを必要とする高齢者が見込まれます。

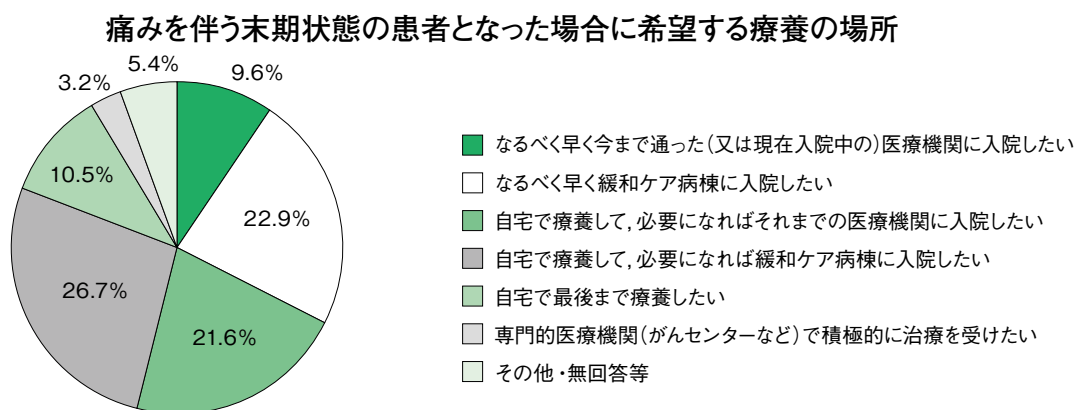
このため、高齢者が適切なサービスを受けられるよう、これらサービスに従事する人材を確保するとともに、質の高いサービスが提供できるよう、研修等の充実により専門的・技術的レベルの向上を図ります。

(3) 在宅療養の推進

【現状と課題】

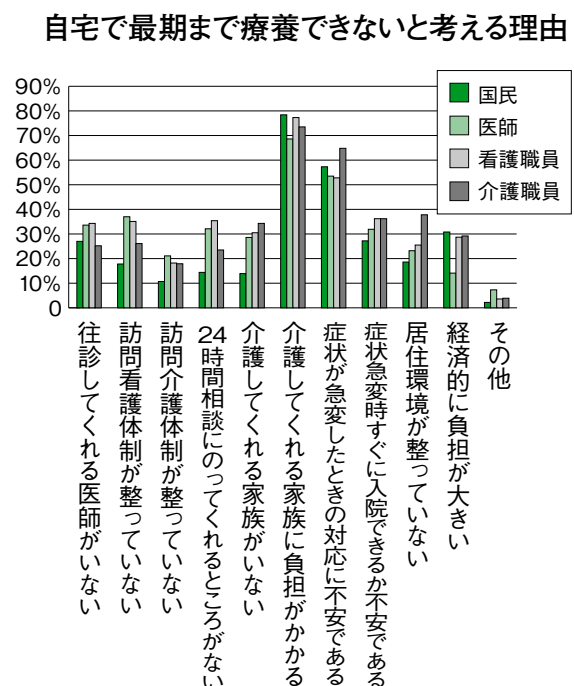
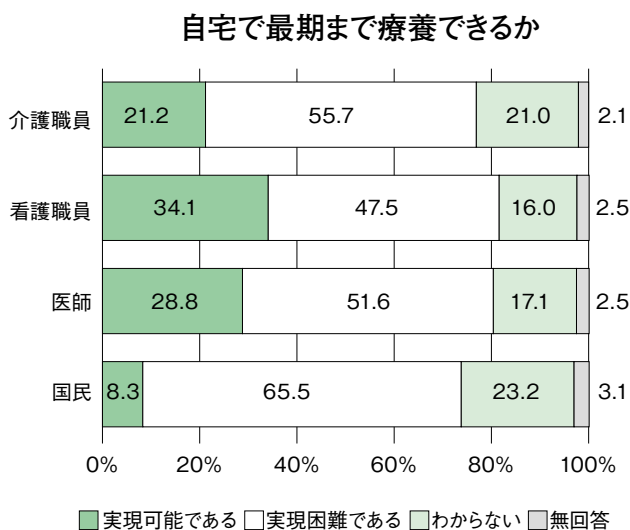
○ 在宅医療は、療養病床の再編成といった医療の効率化あるいは今後予想される急速な高齢化に伴う高齢者医療の需要の増加、病院の在院日数の短縮などから、その需要は今後も増加するものと見込まれ、その充実が望まれています。

国の調査によると、自分が痛みを伴う末期状態の患者になった場合に希望する療養の場所について、自宅で療養したい（必要になればそれまでの医療機関等に入院したい）と考えている人が6割以上に上っています。



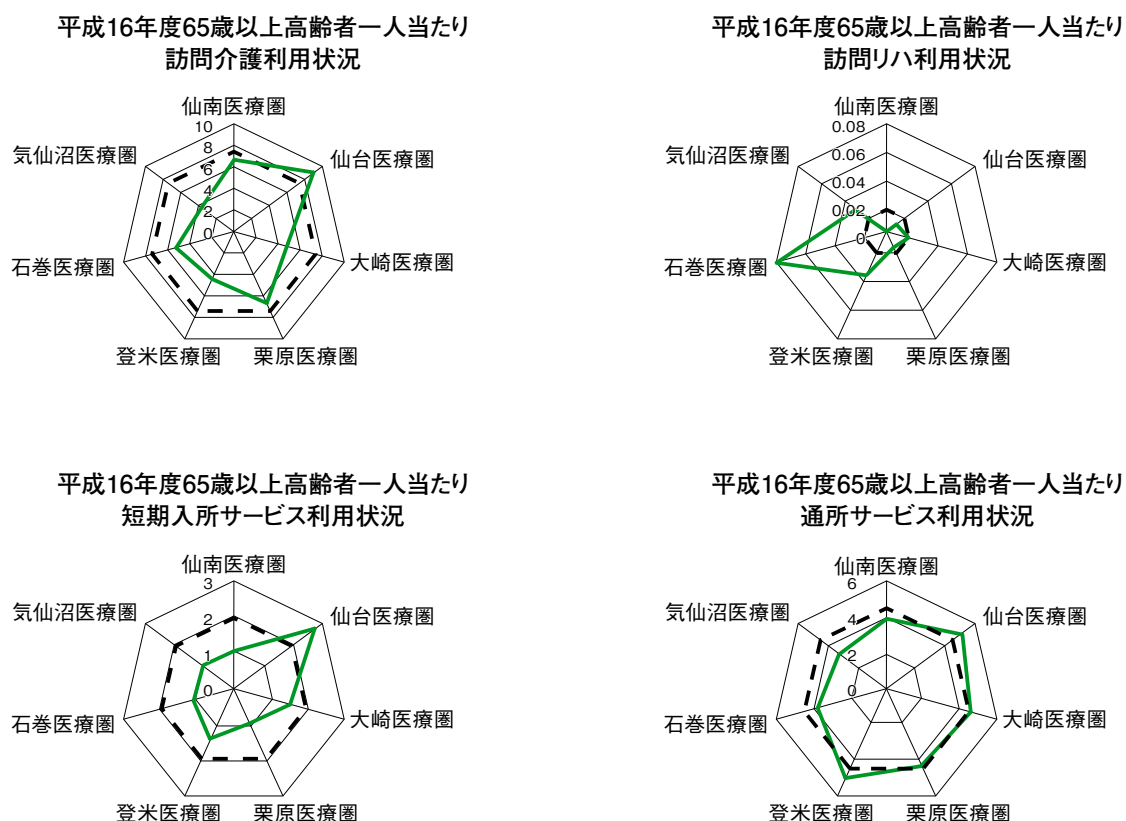
資料：終末期医療に関する調査等検討会報告書（平成16年）（厚生労働省）

他方、実際には自宅での療養は実現困難であると考えている人も6割以上に上っていますが、その理由で最も多いのが、「介護してくれる家族に負担がかかる」です。このため、まずは、在宅を希望する方々が住み慣れた自宅などで療養できるよう、居宅介護サービスの充実が求められています。



資料（左右とも）：終末期医療に関する調査等検討会報告書（平成16年）（厚生労働省）

- 本県の主な居宅介護サービスは、圏域別にみるとサービスの種類によって利用状況に差が生じています。これは、サービス種類によって供給体制に地域差があることや、訪問リハビリテーション等特定のものについては供給そのものが足りないことによるものと考えられます。



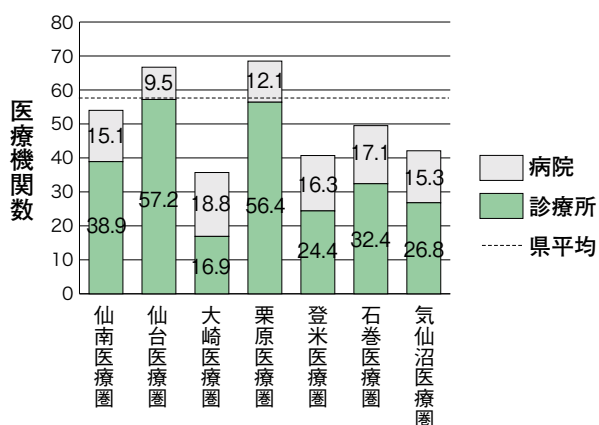
※ - - - は県平均

資料(上下とも)：みやぎ高齢者元気プラン(平成18年3月)(宮城県保健福祉部)

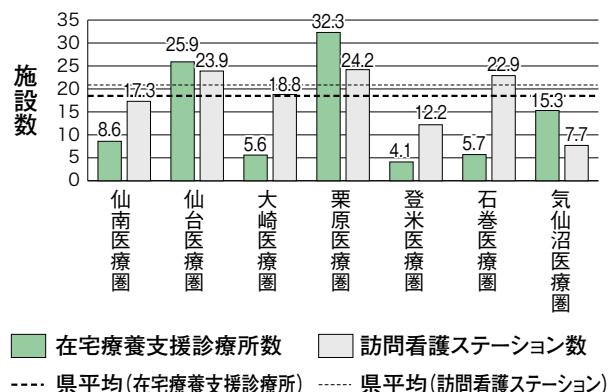
- 先の国の調査をみると、在宅療養中に病状が急変した場合の対応に不安を感じている患者も多くおり、居宅介護サービスとともに、24時間往診可能な体制を確保している在宅療養支援診療所をはじめとする在宅医療に取り組む医療機関の充実が重要です。

県内に在宅医療の中心的な役割を担う訪問診療実施医療機関は270箇所(うち在宅療養支援診療所は86箇所)、訪問看護ステーションは99箇所ありますが、それらを医療圏別人口比率で見ますと、地域的な偏在が伺われ、均衡ある体制づくりが求められています。

65歳以上人口対在宅患者訪問診療対応可能医療機関数



65歳以上人口対在宅療養支援診療所数・訪問看護ステーション数



資料(左右とも):平成18年度宮城県医療機能調査(宮城県保健福祉部)

- 自宅での療養を望む患者のために、在宅療養支援診療所等の医療機関同士及び訪問看護ステーション、薬局、介護施設など関係機関が互いに情報を共有し、患者が安心して在宅医療が受けられる連携体制の構築が重要となってきます。また、がん末期患者などに対する在宅緩和ケアを提供できる体制の整備も求められております。

【目指すべき取組の方向性】

- 核家族化に伴い、今後高齢者の単独世帯や夫婦世帯の増加が見込まれることを考慮しつつ、高齢者が住み慣れた地域で生活を送れるよう、訪問や短期入所、あるいは通所といった居宅介護サービスの充実が不可欠です。なお、サービスの種類によっては供給体制に地域差があることや、訪問リハビリテーション等特定のものについては供給が足りないことから、今後需要に対応した居宅介護サービスの供給が可能となるよう、各地域の実情を踏まえたサービス量の確保について市町村と協力しながら推進します。また、介護保険制度が円滑に推進されるよう、介護報酬については、サービスの需給状況等の実態を十分に勘案し、引き続きその水準について検討を加えるとともに、必要に応じ適切に見直しを行うよう、国に対して働き掛けます。
- 患者の要望に即した在宅医療が提供されるために、在宅療養支援診療所等の医療機関、歯科診療所及び薬局、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等との相互の連携を図ります。また、急変した患者を受け入れる病院の役割も重要であることから、在宅療養支援診療所等とこれを支援する病院との連携を図ります。

さらに、高度な医療行為及び医療機器の使用を必要とする場合や、終末期患者への対応を支援するため、在宅医療のスペシャリストとの連携を図ります。

- 在宅療養支援診療所等の在宅医療に係る診療や看取りを行う医療機関等の増加や適正な配置を促進します。また、地域の在宅医療の拠点となる診療所づくり(設置者は民間、自治体、医師会を問わず)を促進し、その適正配置を目指します。
- 在宅医療を推進するため、「訪問看護(在宅医療)推進事業」を実施し、訪問看護の体制整備を図るとともに、訪問看護師等への研修会を通じて、その資質向上を図ります。
- 在宅緩和ケア支援センターを設置し、地域における在宅療養患者等に対して情報提供や相談支援を行うとともに、地域において、緩和ケアに関する研修や普及啓発を行っていく体制を整備します。また、在宅緩和ケアを含む終末期医療に携わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護関係者等の人材育成や連携体制を充実するなど、地域の終末期医療体制の整備を推進します。
- 在宅による療養生活を希望する方々が、円滑に在宅医療を受けられるよう、インターネットなどを通じ、在宅医療に関する医療機関の情報提供を行います。



(4) 後発医薬品の使用促進

【現状と課題】

- 国では、医療・介護に係る必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減するため、平成19年5月に、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を策定しており、このプログラムにおける取組として、「後発医薬品（注）の使用促進」などを掲げています。

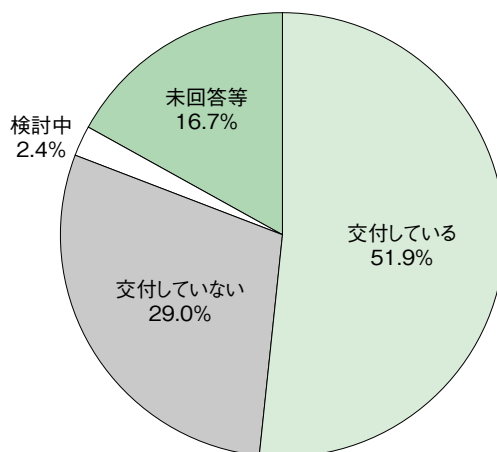
（注）後発医薬品

医療用医薬品のうち、新薬の特許期限が切れた後に製造販売される医薬品で、「ジェネリック医薬品」とも呼ばれています。後発医薬品は新薬の特許が切れた後に特許公開された新薬の有効成分と同一成分を使用した医薬品であるため、安価に製造し販売することができます。

本県における後発医薬品の院外処方せんの交付状況をみると、半数以上の医療機関で交付しています。

しかし、平成19年7月に厚生労働省が実施した「後発医薬品の使用状況調査」によると、処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんのうち、実際に後発医薬品に変更されたのは8.2%に過ぎない結果となっており、本県においても、実際に後発医薬品に変更されたケースはそれほど多くないものと予想されます。

宮城県内の医療機関における後発医薬品の院外処方せん交付状況



資料：平成18年度医療機能調査（宮城県保健福祉部）

- 後発医薬品は品質等への不安、安定供給及び情報提供が不十分として、あまり普及してこなかった背景があり、安定供給が課題となっています。

薬局における調剤用医薬品の備蓄は、医薬分業の定着とともに充実したものになってきましたが、後発医薬品は銘柄が多く、他品目の備蓄が必要となり薬局の負担増も懸念されるため、備蓄についての適切な対応を検討する必要があります。

【目指すべき取組の方向性】

- 県は、後発医薬品の安定供給を確保するため、宮城県医薬品卸組合、県薬剤師会等の関係団体との協議の場を確保します。また、県薬剤師会が中心となって、各薬局の後発医薬品備蓄状況の情報提供及び県薬剤師会の医薬品備蓄センターの活用について検討します。

- 県及び県薬剤師会は、後発医薬品に対する信頼性を確保し、普及を図るため、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。また、薬局も、患者に対して処方せん受付時等に必要な情報を提供します。

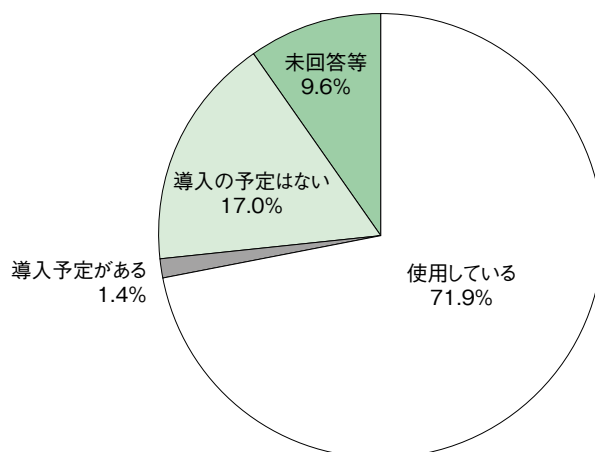


(5) IT化の推進

【現状と課題】

- ITの積極的な活用は、事務の効率化に役立つことは当然ながら、医療機関のネットワーク化や医療安全の確保などでも大きな効果があります。また、国では平成17年に政府・与党において決定された「医療制度改革大綱」に基づき、平成23年4月までにすべてのレセプトをオンライン化することとしています。県内の診療所の状況をみると、レセプト処理用コンピュータを導入していない診療所が約2割あるなど、特に診療所においてIT化が遅れています。

宮城県内の診療所におけるレセプト処理用コンピュータ導入状況

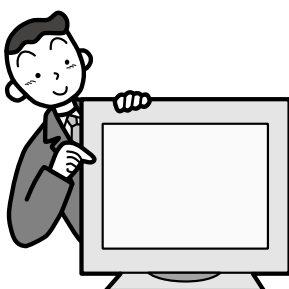


資料：平成18年度医療機能調査（宮城県保健福祉部）

- 医療の現場に通じたIT技術者が不足しているため、IT企業は医療機関のニーズにあった商品やサービスを十分に提供できていない状況にあります。

【目指すべき取組の方向性】

- 平成23年4月までに行われるレセプトのオンライン化に向け、国から特に診療所においてIT化を進めることが求められています。
- 県は、地元IT企業から大学院等への人材派遣などを通じて、医療等に関する専門的な知識、高度な技術等を持つIT技術者の育成を支援します。



(6) 達成目標

前記(1)から(5)までに掲げた方向性を目指して、今後の取組を行っていくための目標値を、以下のとおり設定します。

なお、目標値については、関連計画との整合性を図りながら、評価や進行管理等を行っていきます。

種 別	項 目	直近値	目標値	摘 要
国の基本方針 に基づく目標 (平成24年)	療養病床の病床数 (回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)	3,333床 (H18.10)	2,074床	国の基本方針に示された参酌標準の考え方を基本にしつつ、本県の地域実情を踏まえ算定。
	平均在院日数 (介護療養病床を除く全病床)	29.0日 (H18)	27.6日	平成18年の病院報告での本県の平均在院日数29.0日から、平成18年での本県の平均在院日数と同年の最短である長野県の平均在院日数25.0日との差の3分の1の日数(小数点第1位までとし、小数点第2位で切り上げ)を減じたもの。 なお、全国的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあるため、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、その影響についても考慮し、平成22年度の間評価が必要な見直しを行う。

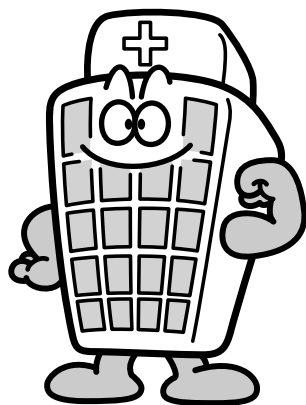
種 別	項 目	直近値	目標値	摘 要	
本県独自の目標 (平成24年) ※県民の生活 や医療に関 連する目標	年齢調整死亡率（人口10万対）			地域医療計画やがん対 策推進計画、みやぎ21健 康プランでの目標値。	
	がん（75歳未満）		89.6人(H18)		78.8人
	脳卒中	男性	70.7人(H18)		63.6人
		女性	42.5人(H18)		38.3人
	虚血性 心疾患	男性	38.6人(H18)		34.7人
		女性	17.4人(H18)		15.7人
救急搬送時間（病院収容所 要時間）		34.7分(H18)	全国平均と 同水準		

(参考1)

種 別	項 目	直近値	必要見込量	摘 要
地域ケア体制 整備構想での 平成23年度末 のサービス必 要見込量 ※なお、これに ついては、平 成20年度に 策定する「第 4期介護保 険事業支援 計画」におい て目標設定 を行う。	特別養護老人ホーム利用者 数	6,045人(H18)	7,491人	(注1)通所サービス ここでは、通所介護及 び通所リハビリテーショ ンを合わせて「通所サー ビス」としています。 (注2)短期入所サービス ここでは、短期入所生 活介護及び短期入所療養 介護を合わせて「短期入 所サービス」としていま す。
	老人保健施設利用者数	6,836人(H18)	8,360人	
	居宅サービス利用量			
	訪問介護	3,372,666回/年 (H18)	3,892,980回/年	
	訪問入浴介護	156,063回/年 (H18)	189,711回/年	
	訪問看護	288,444回/年 (H18)	351,229回/年	
	訪問リハビリ	16,248回/年 (H18)	23,666回/年	
	通所サービス（注1）	2,131,071回/年 (H18)	2,454,427回/年	
短期入所サービス（注2）	666,262日/年 (H18)	840,329日/年		

(参考2)目標値の評価に使用する予定の統計一覧

項 目	統計名
療養病床の病床数 (回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)	医療施設調査等から算出(厚生労働省)
平均在院日数 (介護療養病床を除く全病床)	病院報告等から算出(厚生労働省)
救急搬送時間(病院収容所要時間)	消防防災年報(宮城県総務部)
年齢調整死亡率(人口10万対)	人口動態調査(厚生労働省)から算出



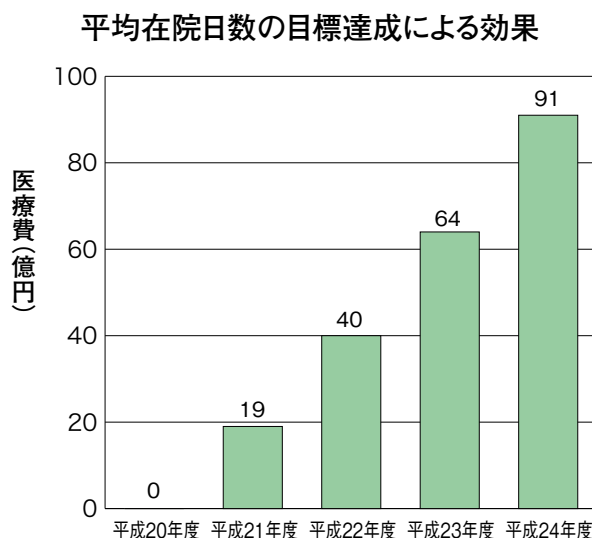
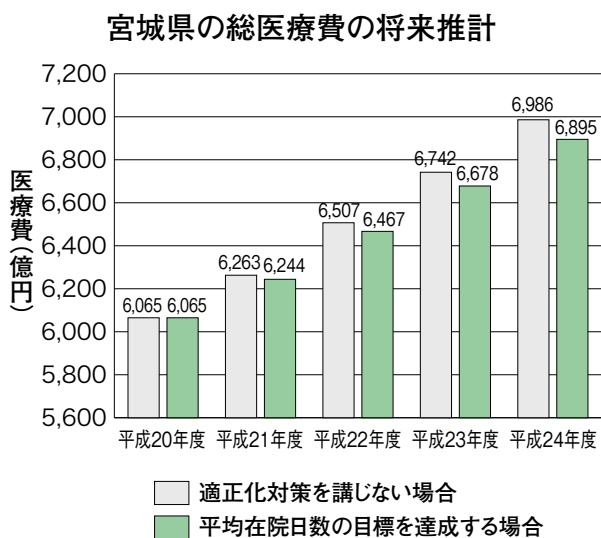
第3節 計画期間における医療費の将来見通し

- 厚生労働省が作成した「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール（注）」を用いて、計画期間の本県の総医療費を推計すると、仮に医療費の適正化対策を講じない場合では、平成20年に6,065億円となる総医療費が、平成24年には6,986億円になると予想されています。

（注）都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール

各都道府県が個別に医療費を推計することは適切でないことから、各都道府県が総合的に医療費を推計できるよう、厚生労働省が標準的な医療費の推計方法を組み込んだツールとして各都道府県に配布したものです。この計算ツールでは、次ページの図に示した流れにより都道府県医療費を推計しています。

- 一方、仮に平均在院日数に係る目標を達成する場合の総医療費を推計すると、平成24年では6,895億円となり、対策を講じない場合の推計額6,986億円に比べ、91億円の効果があると推計されています。



データ：都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール（厚生労働省）

〔「計算ツール」による医療費推計に係る留意点〕

- 生活習慣病の予防対策は、生活習慣病の発生率を引き下げる効果はあるものの、既に生活習慣病の患者となっている者が減少するものではなく、医療費の削減効果が現れるのは一定の期間を要することから、今回のツールに生活習慣病対策による効果は見込まれていません。また、平成20年度より始まる特定健康診査等により受診勧奨となる方々の医療費の増額分等も見込まれておりません。
- また、生活習慣病の予防対策に係る費用や、療養病床の再編成に伴う介護保険施設や在宅療養に係る介護保険給付費の増など、医療費以外の増要因が反映されていない点にも留意が必要です。

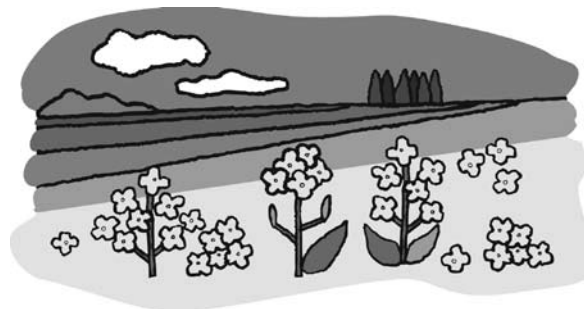
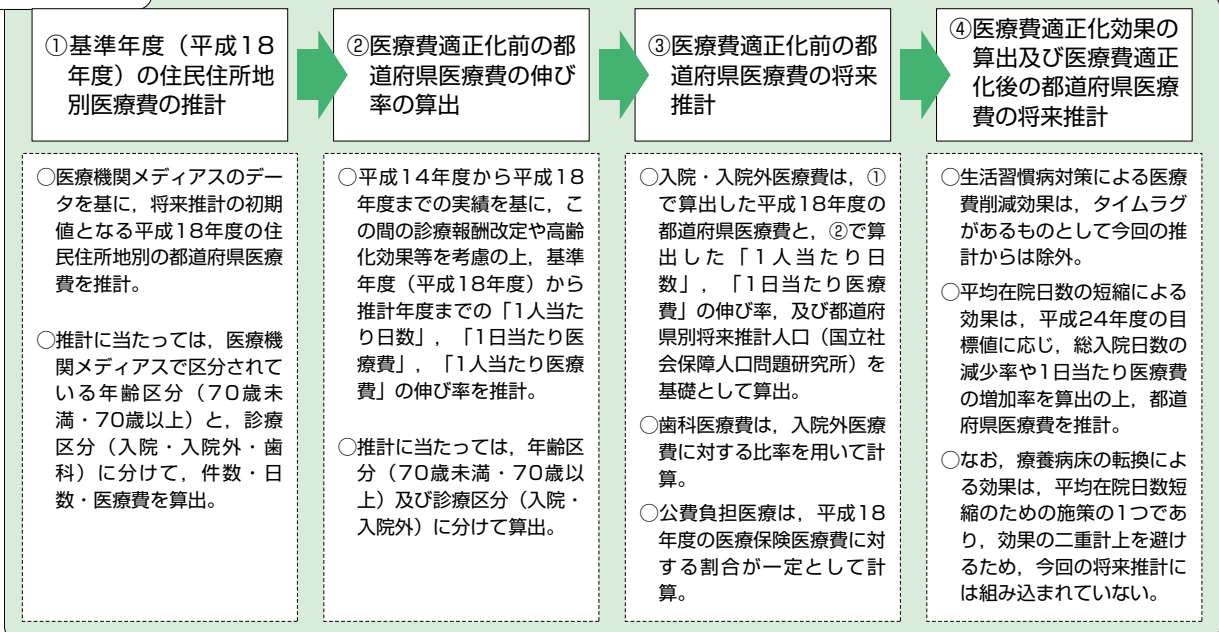
計算ツールでの都道府県医療費の推計方法

基本的事項

将来推計の初期値となる平成18年度の住民住所地別都道府県医療費について、確定値となる「国民医療費」は公表が遅い(概ね2年後)ことから、概算医療費として公表されている「医療機関メディアス」を基礎データとして都道府県医療費を推計している。

なお、「医療機関メディアス」の都道府県医療費は医療機関の所在地別となっているため、老人医療の事業統計や患者調査を用いて、住民住所地別都道府県医療費を推計しているもの。

推計の流れ



第4章 計画の達成状況の評価

第1節 計画の進行管理体制

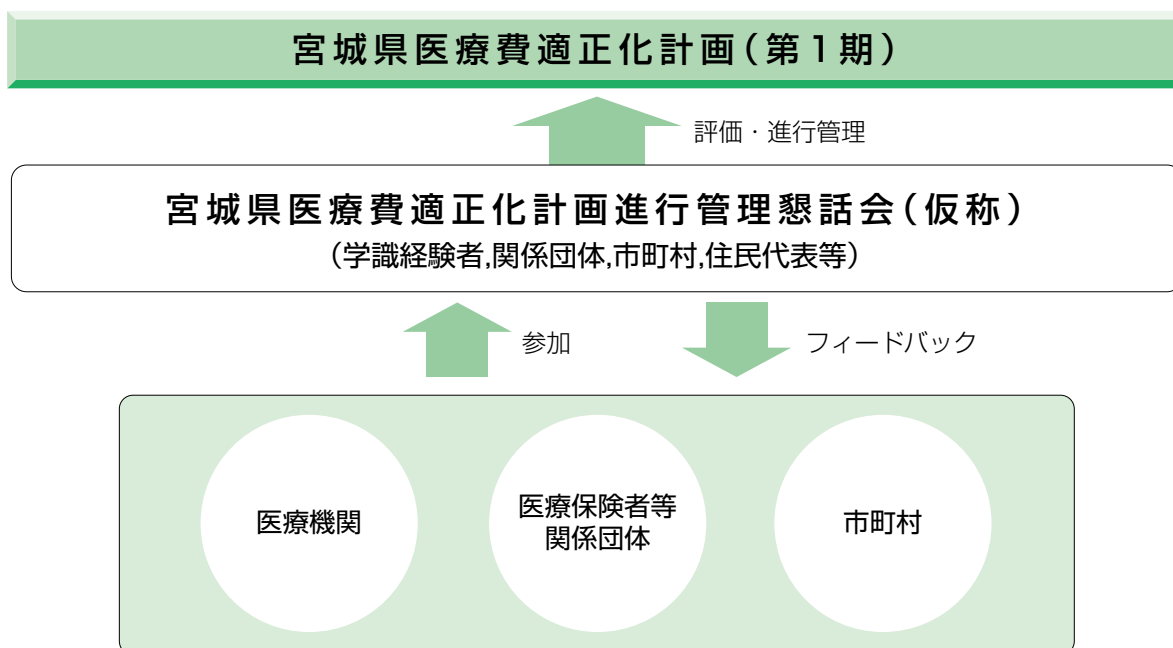
この計画の効果的な実施を推進するためには、適切な計画の評価と進行管理が必要です。

このため、学識経験者、医療機関や医療保険等の関係団体、市町村や県民代表等で構成する「宮城県医療費適正化計画進行管理懇話会（仮称）」を設置し、定期的に計画の達成状況の評価し、その結果に基づいて必要な対策を実施する、「PDCA サイクル（注）」に基づく管理を行います。

（注）PDCA サイクル

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

宮城県医療費適正化計画評価・進行管理体制



第2節 計画の評価

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

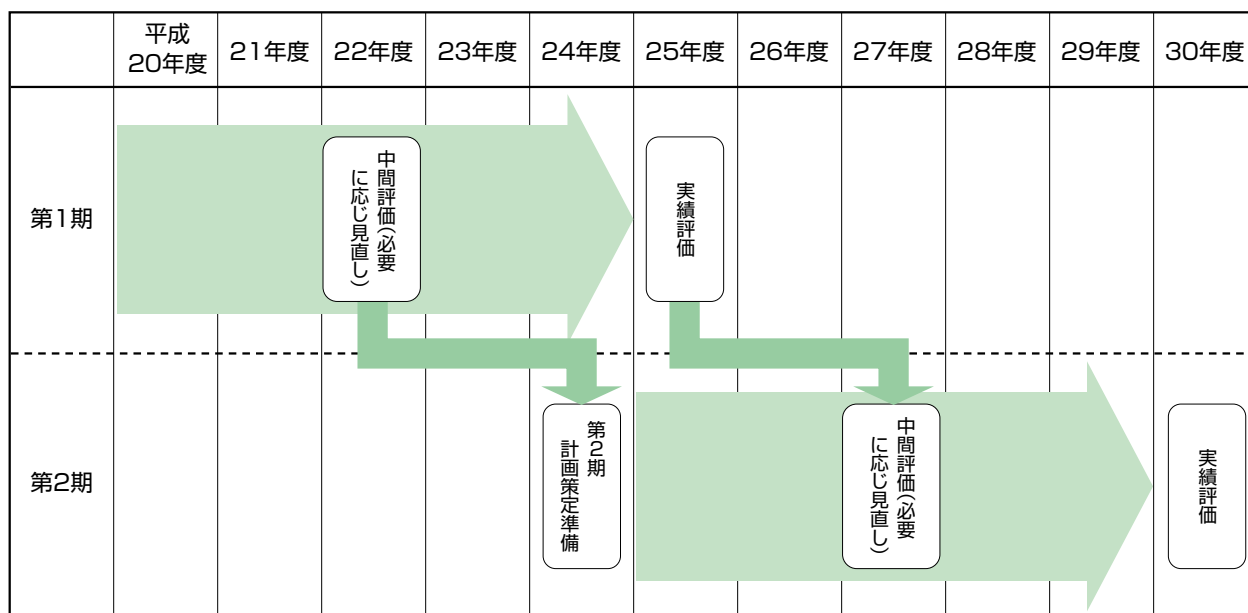
1 進捗状況評価

- 計画の中間年（平成 22 年度）に、計画の進捗状況や目標の達成状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。
- 評価の結果は、必要に応じ計画の見直しに活用するほか、次期計画の策定に活かします。

2 実績評価

- 計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度（平成 25 年度）に、計画に掲げた目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行います。

宮城県医療費適正化計画のサイクル



高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）（抄）

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第 8 条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、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「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、5 年ごとに、5 年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 次条第 1 項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

二 次条第 1 項に規定する都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

四 前 3 号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項

3 医療費適正化基本方針は、医療法第 30 条の 3 第 1 項に規定する基本方針、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 116 条第 1 項に規定する基本指針及び健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 7 条第 1 項に規定する基本方針と調和が保たれたものでなければならない。

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

三 前 2 号に掲げる目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項

四 第 1 号及び第 2 号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

五 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

六 計画の達成状況の評価に関する事項

七 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

5 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

6 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

7 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求める

ことができる。

(都道府県医療費適正化計画)

第9条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、5年ごとに、5年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

三 前2号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

四 第1号及び第2号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

七 計画の達成状況の評価に関する事項

八 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

3 都道府県医療費適正化計画は、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。

4 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。

5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表するものとする。

6 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(厚生労働大臣の助言)

第10条 厚生労働大臣は、都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法その他都道府県医療費適正化計画の作成上重要な技術的事項について必要な助言をすることができる。

(計画の進捗状況に関する評価)

第11条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年4月1日から翌年3月31日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

- 2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の作成年度の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

(計画の実績に関する評価)

第12条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該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、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 2 都道府県は、前項の評価を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表するものとする。
- 3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該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、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。
- 4 厚生労働大臣は、前項の評価を行ったときは、これを公表するものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第13条 都道府県は、第11条第1項又は前条第1項の評価の結果、第9条第2項第2号に掲げる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、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第1項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により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努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第2項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(資料提出の協力及び助言等)

第15条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第11条第1項若しくは第2項の評価又は第12条第1項若しくは第3項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第11条第1項若しくは第2項の評価又は第12条第1項若しくは第3項の評価に基づき、保険者又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第16条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び第48条に規定する後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

(支払基金等への委託)

第17条 厚生労働大臣は、前条第1項に規定する調査及び分析に係る事務の一部を社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)による社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)その他厚生労働省令で定めるものに委託することができる。



医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（抄）

はじめに

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、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る。

このための仕組みとして、平成 18 年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）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た。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。

また、これらの目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものであることを踏まえ、厚生労働省及び各都道府県において、目標の達成状況を評価し、及び計画期間中の医療費の動向を把握することが必要である。

この方針は、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 8 条第 1 項の規定に基づき、都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

第 1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

1 医療費適正化計画の基本理念

(1) 住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は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住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らない。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

現在は約 1300 万人と推計される 75 歳以上の人口は、平成 37 年には約 2200 万人に近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る。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らない。

2 第一期医療費適正化計画における目標

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に

75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

一方、一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約60万円、一番高い福岡県が約90万円で、1.5倍の差がある。入院医療費がその差の大きな原因であり、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を示している。

以上のことから、医療費の急増を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならぬ者が減少し、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることとなる。もう一つは、入院期間の短縮対策である。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第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に着目し、療養病床（医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）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る。

こうした考え方に立ち、具体的には以下の事項について目標を定めるものとする。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

- ① 特定健康診査（法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）の実施率
- ② 特定保健指導（法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施率
- ③ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- 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 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

(1) 担当組織の設置

都道府県医療費適正化計画を作成するに当たっては、庁内における作成作業の取りまとめを行う課室を定め、当該課室に、作成作業を専門に担当する係又はチームを設置するとともに、関係する部署（保健福祉関係部局内の関係部署（筆頭課室、国民健康保険担当、老人医療担当、医務担当、介護保険担当、高齢者保健福祉担当、健康増進対策担当、地域保健担当等）、総務部局、企画部局等）との調整等を円滑に行うことができる体制（例えば計画作成のためのプロジェクトチーム又はワーキングチーム等）を設けることが望ましい。

(2) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとすることが求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者（法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や懇談会等を開催することが望ましい。なお、この場合においては、既存の審議会等を活用しても差し支えない。

(3) 市町村との連携

市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療の効率的な提供の推進に関しては、療養病床から転換する介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つである。このため、都道府県医療費適正化計画を作成あるいは変更する過程において、関係市町村に協議する（法第9条第4項）等都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

4 他の計画との関係

都道府県医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、都道府県健康増進計画（健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画をいう。以下「健康増進計画」という。）と、後者は、都道府県医療計画（医療法第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下「医療計画」という。）及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画をいう。以下「介護保険事業支援計画」という。）と密接に関連する。

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

(1) 健康増進計画との調和

健康増進計画における生活習慣病対策に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における住民の健康の保持の推進に関する取組の内容とが整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにする必要がある。

このため、健康増進計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第一期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(2) 医療計画との調和

医療計画における良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組の内容と、第一期都道府県医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進に関する取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が実現されるようにする必要がある。

このため、医療計画（基準病床数制度関係部分を除く。）の改定時期及び改定後の計画期間について、第一期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(3) 介護保険事業支援計画との調和

介護保険事業支援計画における介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第一期都

道府県医療費適正化計画における療養病床の再編成に関する取組の内容とが整合し、療養病床から介護保険施設等への円滑な転換が図られるようにする必要がある。このため、各都道府県の地域ケア体制整備構想で定めた療養病床の転換後の受け皿に関する事項を、第一期都道府県医療費適正化計画及び平成21年度から始まる第四期介護保険事業支援計画に適切に反映させることが必要である。

二 計画の内容に関する基本的事項

1 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第一期都道府県医療費適正化計画における「住民の健康の保持の推進」に関する目標値として、次の目標を設定することが必要である。

これらの目標値については、平成22年度の間評価（第2の2の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

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。ただし、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（法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。）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（法第18条第1項に規定する特定健康診査等基本指針をいう。）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、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第3条第1項に規定する国民健康保険の加入者の比率が高い等や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。

(2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

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。

(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に関する数値目標

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の減少率を、10%以上の減少とする。なお、この目標は、中期的には平成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て設定するものである。

減少率は、各都道府県における、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成20年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24年4月1日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数とする。）から平成24年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成24年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24年4月1日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数とする。）を減じた数を、平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出

する。

2 医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

第一期都道府県医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値として、次の目標を設定することが必要である。

これらの目標値については、平成22年度の間評価（第2の二の1参照）を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

(1) 療養病床の病床数に関する数値目標

平成24年度末時点での療養病床の病床数は、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月時点での医療機関への調査による数から回復期リハビリテーション病棟の病床数を控除したものとする。）から、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数（平成18年10月時点における医療療養病床の医療区分1の入院者に対応する病床数に、医療療養病床の医療区分2の入院者に対応する病床数の3割を加えたものとする。）を控除して得た数に、介護保険適用の療養病床（療養病床のうち、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。）から医療療養病床へ転換する見込数（平成18年10月時点における介護療養病床の医療区分3に相当する入院者に対応する病床数に、介護療養病床の医療区分2に相当する入院者に対応する病床数の7割を加えたものとする。）を加えて得た数を基に、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ものとする。

(2) 平均在院日数に関する数値目標

平成17年に示された医療制度改革大綱等において、平成16年の病院報告の概況による全国平均の平均在院日数と、最も短い長野県の平均在院日数との差を平成27年度までに半分に短縮するという長期目標が設定されている。

各都道府県の医療費適正化計画においては、平成27年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（以下二において「平均在院日数」という。）について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められる。

よって、各都道府県が目指す平成24年時点の平均在院日数は、この長期目標に従い、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報告における最短の都道府県（長野県）の平均在院日数との差の9分の3（これを上回る数字としても差し支えない。）の日数（小数点第1位までとし、小数点第2位で切り上げ）を減じたものとする。

ただし、具体的な数値目標の算定に当たっては、全体的な平均在院日数はここ数年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響につ

いても考慮することとし、平成22年度の中間評価（第2の2の1参照）において必要な見直しを行う。

なお、平成24年時点の平均在院日数は、平成25年12月頃に公表が見込まれる平成24年の病院報告における記載の日数とする。

3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

都道府県は、第一期都道府県医療費適正化計画において、1及び2で設定した目標値の達成のために必要な施策として、次のような取組を定めることが必要である。

(1) 住民の健康の保持の推進

① 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

都道府県は、保険者に実施が義務付けられる特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）について、保険者が特定健康診査等実施計画を策定する際に、保健所から提供された地域の疾病状況等についての情報を提供するなど、その円滑な実施を支援することが必要である。併せて、保険者において保存される特定健康診査等の実施結果に関するデータの適切な分析及び保健事業等への効果的な活用について、支援することが必要である。

また、特定健康診査等の実施に当たっては、多くの保険者が外部の健診・保健指導機関へ委託することが想定されることから、都道府県においては、委託先となる事業者の実態の把握並びに特定保健指導に携わる人材の確保及び質の向上への支援その他委託先となる事業者の健全な育成に努める必要がある。

特に、被用者保険の被扶養者については、それぞれの住まいに近い健診・保健指導機関で特定健康診査等を受けられるようにするための、被用者保険の保険者の集合体との間での集合的な委受託の契約を締結する枠組みを有効に活用できるよう、必要な情報の収集及び提供等に努める必要がある。

② 保険者協議会の活動への支援

各都道府県には、都道府県内に存在する代表的な保険者等を構成員とする保険者協議会が設置され、医療費の分析や評価、被保険者の指導等の保健事業の共同実施等を行うこととされている。保険者協議会は、都道府県にとって保険者との連絡調整、保険者への協力要請又は保険者への支援の場として重要なものであると考えられることから、同協議会の構成員の一員として運営に参画するとともに、各都道府県に存在する国民健康保険団体連合会（国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。）による事務局としての活動にも積極的に支援や助言を行うことが望ましい。

③ 保険者における健診結果データ等の活用の推進

保険者は、特定健康診査等に関する結果のデータを電子的に保存することとされている。これらのデータは、保険者の保険運営にとって重要な情報であり、例えば保健指導事業の効果測定を対象者の健診結果データの経年的な変化により行うことや、健診結果から

医療機関の受診が必要であるものの、未受診あるいは長期中断となっている者をレセプト情報により把握し、これらの者への受診勧奨を強く行うこと等の活用が考えられる。更に個人情報の取扱いに留意しつつ、保険者同士で共同の事項を提供し合えば、より正確な分析を行うことも可能となる。

また、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るため、各保険者においては、減少率と併せて、服薬中の者の増減にも留意する必要がある。

都道府県においては、こうした保険者における健診等データの有効な活用や、それを用いた効果的な保健指導（特定保健指導に限らない）の推進について助言や支援を行うよう努める必要がある。

④ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

保険者による特定健康診査等の取組は、市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策の例としては、健康増進に関する普及啓発や食習慣等に関する特徴の分析及び提供、特定保健指導の対象となった住民に対する運動や食生活の習慣を改善していくための自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等があり、これらの取組が重要になると考えられる。

都道府県においては、市町村等が実施する住民の健康の増進の推進に関する施策の取組に対する必要な助言その他の支援を行い、先進的な事例等については広く紹介することに加え、自らも健康増進に関する普及啓発等の取組を行う必要がある。

(2) 医療の効率的な提供の推進

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老人保健施設（介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設をいう。）等の介護保険施設等に転換することが取組の中心である。再編成を円滑に進めるための支援措置として、療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成を始め、診療報酬及び介護報酬における医師、看護職員の配置等を緩和した類型の創設、療養病床から老人保健施設等への転換の際の施設基準の経過的な緩和等の措置が講じられていることを踏まえ、都道府県は、相談窓口の設置など具体的な支援措置を講じることが必要である。

なお、都道府県においては、地域における介護ニーズの動向や、利用者の意向の状況についての情報を各医療機関に適切に提供するとともに、継続的に意見交換を行い、適切な判断を支援する必要がある。

② 医療機関の機能分化・連携

平成20年度からの新たな医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の四疾病、並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の五事業ごとに、例えば地域連携クリティカルパスの活用

等により各医療機関が地域においてどのような役割を担うのかを明らかにしていくこととしている。

これらは医療の効率的な提供の推進に関連する事柄であり、第一期都道府県医療費適正化計画においては、上記に関連する箇所における記述の要旨又は概要を再掲する。

③ 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まい（以下「在宅」という。）における療養への円滑な移行を促進するためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実を推進するほか、住宅施策との連携を含めた受け皿の整備が不可欠である。

第一期都道府県医療費適正化計画においては、医療計画及び地域ケア体制整備構想における関連する記述の要旨又はその概要を再掲する。

4 目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

3に掲げた取組を円滑に進めていくために、都道府県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制作りに努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、3の(1)の保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく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ある。

5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある。詳細は第3を参照のこと。

6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

都道府県は、各都道府県民の医療費の現状及び5年後の推計値を算出するとともに、3に掲げた取組を行い、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を算出する。

具体的な算出方法は、別紙（標準的な都道府県医療費の推計方法）を参考にすることが望ましいが、いずれの算出方法を採る場合においてもこの見通しは第1の二の2に示す2つの目標値と相互に関連するものであり、全体としてこれらの目標値とこの見通しとの整合性の確保に留意する必要がある。

7 計画の達成状況の評価に関する事項

都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価し、その結果をその後の取組に活かしていくため、都道府県は、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。詳細は第2を参照のこと。

8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

都道府県独自の取組を都道府県医療費適正化計画に位置付ける場合には、それに関する事業

内容等について、3に準じて定めること。

こうした取組の例としては、例えば老人医療、医療扶助等における保健師等の訪問指導による重複頻回受診の是正、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、診療報酬明細書の審査及び点検の充実等が考えられる。なお、これら取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援あるいは促進が都道府県の施策となる。

三 その他

1 計画の期間

法第9条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画は5年を一期とするものとされているため、第一期都道府県医療費適正化計画については、平成20年度から平成24年度までを計画期間として作成することとなる。

2 計画の進行管理

都道府県医療費適正化計画は、計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環により進行管理をしていくこととしている。詳細は第2を参照のこと。

3 計画の公表

法第9条第5項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、これを公表することが必要である。

第2 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

一 評価の種類

1 進捗状況の評価

都道府県は、法第11条第1項の規定により、都道府県医療費適正化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、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進展状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

2 実績の評価

都道府県は、法第12条の規定により、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、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

二 評価結果の活用

1 計画期間中の見直し

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する。

2 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する。

3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第 14 条第 1 項において、厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要と認める時は、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができることとされている。

この定めをするに当たってあらかじめ行われる関係都道府県知事との協議に際して、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ものとする。

第 3 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

都道府県は、医療費が伸びている要因の分析を行う必要があることから、医療費の多くを占める老人医療費を中心に、全国の平均値及び他の都道府県の値等との比較を行い、全国的な位置付けを把握し、医療費又は医療費の伸びが低い都道府県や近隣の都道府県との違い、その原因等を分析する必要がある。

その際、都道府県別の医療費には、保険者の所在地ごとに集計された医療費、医療機関の所在地ごとに集計された医療費、住民ごとの医療費の三種類があり、それぞれの医療費について、その実績と動向に関し、分析を行う必要がある。

二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療に要する費用の実態を把握するため、国民健康保険事業年報等から、性別、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び医療に要する費用のデータを入手する必要がある。

また、地域内における医療機関の病床数の状況や、保険者が実施する特定健康診査等の実施状況についてのデータを把握していく必要がある。

第 4 この方針の見直し

この方針は、平成 20 年度からの第一期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定めたものである。このため、この方針については、法の施行状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行うものとする。

宮城県医療費適正化計画策定懇話会開催要綱

(目的)

第1 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定に基づく医療費適正化計画（以下「計画」という。）の策定に向け、計画案に対する学識経験者、医療関係者、医療を受ける立場にある者等の意見の聴取を行うため、宮城県医療費適正化計画策定懇話会（以下「懇話会」という。）を開催する。

(構成等)

第2 懇話会は、16人以内で知事が別に定める者（以下「構成員」という。）の出席をもって開催する。

2 懇話会に会長及び副会長を置き、それぞれ構成員の互選によりこれを選任する。

3 会長は、懇話会の会議において座長となる。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、会長を代理し、懇話会の会議の座長となる。

(会議等)

第3 懇話会の会議は、知事が招集する。

2 知事は、必要があると認めるときは、懇話会に構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

(庶務)

第4 懇話会の庶務は、宮城県保健福祉部医療整備課において処理する。

(委任)

第5 この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成19年7月10日から施行する。

2 この要綱は、平成20年3月31日限りで、その効力を失う。

医療費適正化計画策定懇話会構成員名簿（平成20年3月現在）

（五十音順・敬称略）

氏名	役職名等	備考
伊藤 貞嘉	東北大学大学院医学系研究科 教授	
伊東 潤造	社団法人宮城県医師会 会長	副会長
岡部 健	医療法人社団爽秋会岡部医院 院長	
川村 皓雄	社団法人宮城県歯科医師会 副会長	
濃沼 信夫	東北大学大学院医学系研究科 教授	会長
今野 勇子	社団法人宮城県看護協会 専務理事	
斉藤 健二	七十七銀行健康保険組合 常務理事	
佐々木昭二	社会保険庁宮城社会保険事務局 次長	
佐々木孝雄	社団法人宮城県薬剤師会 常任理事	
佐藤 清吉	宮城県国民健康保険団体連合会 理事長（角田市長）	
菅原 広実	仙台市立病院医療連携相談科 主幹	
関田 康慶	東北大学大学院経済学研究科 教授	
高橋 誠一	東北福祉大学社会福祉学部 教授	
高橋 清次	社団法人宮城県栄養士会 会長	
中嶋 康之	医療法人社団康陽会中嶋病院 院長	
山崎美代子	特定非営利活動法人健康応援わくわく元気ネット 副理事長	

宮城県医療費適正化計画

発行：宮城県保健福祉部医療整備課

〒980-8570 仙台市青葉区本町3丁目8番1号

TEL 022-211-2618 FAX 022-211-2694

E-mail iryoseib@pref.miyagi.jp

URL <http://www.pref.miyagi.jp/iryou/>

宮 城 県