

大分県医療費適正化計画

大分県

はじめに

わが国は、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ました。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、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が過度に増大しないようにしていく必要があります。

本県の医療費は、全国的にみて高い水準にあり、現状のまま医療費が増え続けると、現役世代の負担が過重なものとなり、医療保険制度全体の健全な運営が阻害され、制度の維持が困難となる恐れがあります。

このため、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画を作成しました。

医療費の伸びを適正化するためには、県民、医療関係者、行政等が一体となって、地域の医療費の実態を把握し、県民一人ひとりの健康づくり、県民が安心できる医療提供体制の構築などを、進めていくことが求められています。

本計画は、これからの本格的な高齢社会に向けて、県民の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を総合的かつ計画的に推進するため、特定健康診査・特定保健指導の実施率、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、療養病床の病床数、平均在院日数の短縮日数について具体的数値目標を定め、これらを達成するために県が取り組むべき施策等について、5年を計画期間として定めたものです。

今後、本計画に基づいて、本県における医療費の伸びの適正化、県民の健康づくり、良質で効率的な医療の提供に取り組んでいきたいと考えています。

終わりに、本計画の作成に当たり、大分県医療費適正化推進協議会の委員の方々をはじめ、貴重なご意見、ご提言をいただきました皆様に心から感謝申し上げます。

平成20年3月

大分県知事 広瀬 勝 貞

目 次

| | |
|----------------------------------|----|
| 第1章 計画の趣旨 | 1 |
| 1 計画の導入の背景 | 1 |
| (1) 超高齢社会の到来 | 1 |
| (2) 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性 | 2 |
| (3) 平成18年度の医療制度改革 | 2 |
| 2 計画の概要 | 3 |
| (1) 目的・策定主体・期間等 | 3 |
| (2) 具体的な対策の柱 | 4 |
| (3) 他計画との関係等 | 5 |
| 第2章 医療費を取り巻く現状と課題 | 7 |
| 1 現状 | 7 |
| (1) 医療費の状況 | 7 |
| (2) 医療施設の状況 | 15 |
| (3) 平均在院日数の状況 | 18 |
| (4) 生活習慣病に分類される疾患の状況 | 22 |
| 2 課題 | 25 |
| (1) 医療費（老人医療費）の増加 | 25 |
| (2) 生活習慣病患者の増加 | 25 |
| (3) 平均在院日数の長さ | 26 |
| 第3章 基本理念及び達成すべき政策目標と効果の見通し | 27 |
| 1 計画の基本理念 | 27 |
| 2 平成24年度末までに達成すべき政策目標 | 27 |
| (1) 県民の健康の保持の推進に関する目標 | 27 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標 | 27 |
| (3) 政策目標の達成によって予想される医療費の削減効果の見通し | 29 |
| 第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等 | 31 |
| 1 目標達成に向けた施策及び県の役割 | 31 |
| (1) 県民の健康の保持の推進 | 31 |
| (2) 医療の効率的な提供の推進 | 32 |
| (3) その他の取組み | 33 |
| 2 保険者・医療機関等の連携協力 | 34 |
| (1) 保険者との連携 | 34 |
| (2) 医療機関との連携 | 34 |
| (3) 市町村との連携 | 35 |
| 第5章 計画の推進 | 36 |
| 1 PDCAに基づく計画の推進 | 36 |
| (1) 中間年度の進捗状況評価 | 36 |
| (2) 計画の見直し | 36 |
| (3) 最終年度の翌年度の実績評価 | 36 |
| (4) 実績評価に基づく取扱い | 37 |
| 2 計画の周知 | 37 |
| 3 計画の推進体制 | 37 |
| 《用語の解説》 | 38 |

第1章 計画の趣旨

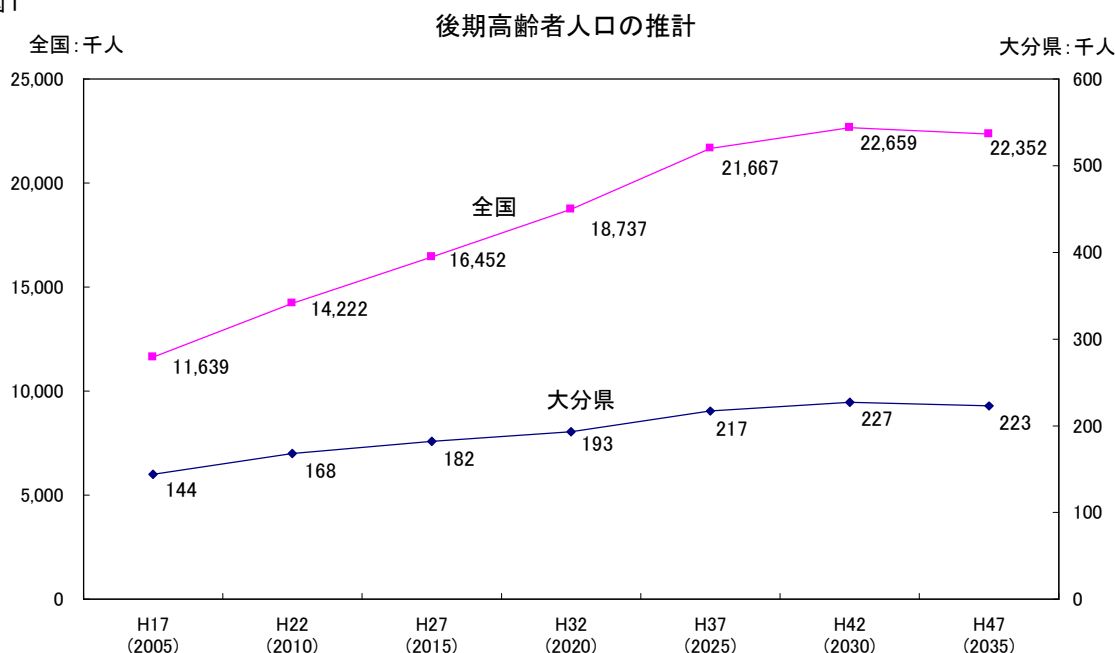
1 計画の導入の背景

(1) 超高齢社会の到来

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医療技術の発達等による高い保健医療水準を達成してきました。

しかし、世界に類を見ない速さで高齢社会に突入し、平成17年に約1,164万人（大分県14.4万人）である75歳以上の人口は、平成37年には約2,167万人（大分県21.7万人）に近づくと推計されています（図1）。また、本県における今後の75歳以上の人口が総人口に占める割合は、全国のそれを2～3ポイント上回って推移するものとされています（図2）。

図1



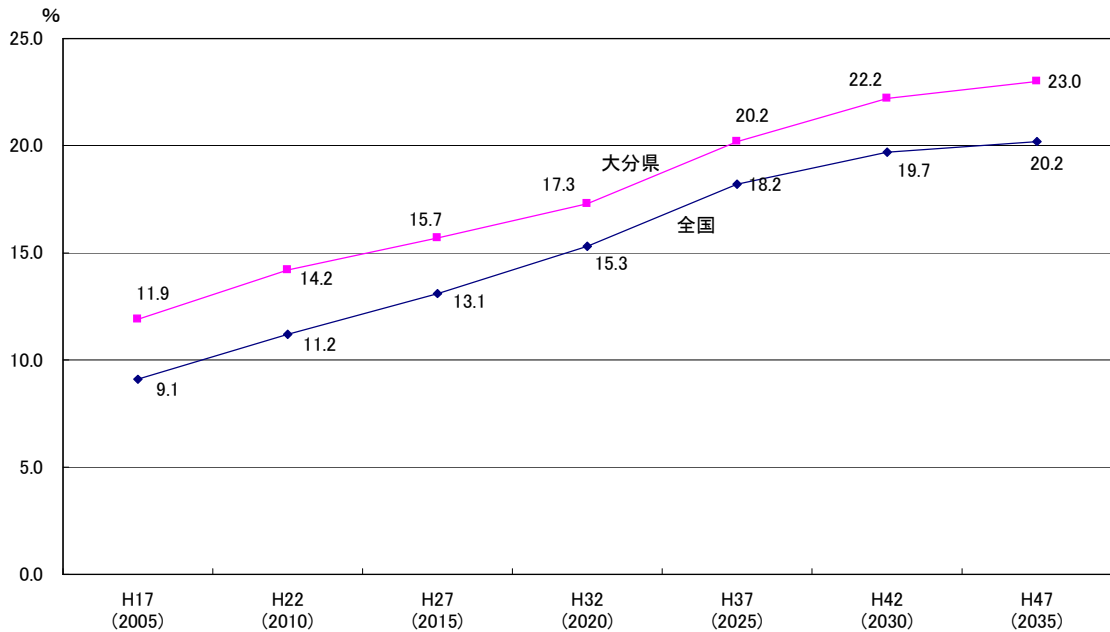
「日本の都道府県別将来推計人口」 国立社会保障・人口問題研究所 (H19.5)

..... 注

本文中 (※) のついた用語については、巻末 (38 ページ) の「用語の解説」を参照してください。

図2

総人口に占める後期高齢者人口の割合の推計



「日本の都道府県別将来推計人口」 国立社会保障・人口問題研究所 (H19.5)

(2) 医療費への影響と構造的・根本的な対策の重要性

全国の医療費を示す国民医療費（※1）は、約33兆円（平成17年度）であり、1人当たり医療費を見ると、65歳以上は年間65.6万円（75歳以上は年間81.9万円）であるのに対し、65歳未満では年間15.9万円と約4～5倍の開きがあり、人口の高齢化の進展に伴い、今後も老人医療費が増加することが予想され、国民皆保険制度をはじめとする社会保障制度の維持、運営が大きな課題になっています。

今後も少子高齢化、高度医療技術の進展、経済の低成長、国民生活の意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化していくことが考えられ、高齢化に伴って医療費が増加する中で、国民皆保険制度を堅持し続け、国民の生活の質の維持及び向上を確保するためには、将来的な医療費の伸びの適正化を図る構造的・根本的な対策が必要になっています。

(3) 平成18年度の医療制度改革

平成18年度の医療制度改革では、「安心、信頼の医療の確保と予防の重視」「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」とともに「医療費適正化の総合的な推進」を基本的な考え方とし、老人保健法に代わり「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。）が制定されました。この法律により、医療費の適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）の作成が、国及び各都道府県に義務付けられました。

医療費適正化計画においては、県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、具体的な政策として展開することが重要であるとされています。

2 計画の概要

(1) 目的・策定主体・期間等

この計画は、法第9条の規定に基づき、厚生労働大臣が定めた基本方針に即して、5年を1期とし、県における医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するために、県が定めるものです。

第1期の計画期間は、平成20年度から平成24年度までとします。

— 【参考】 —

高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

(都道府県医療費適正化計画)

第8条 厚生労働大臣は、…（略）…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…（略）…

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1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

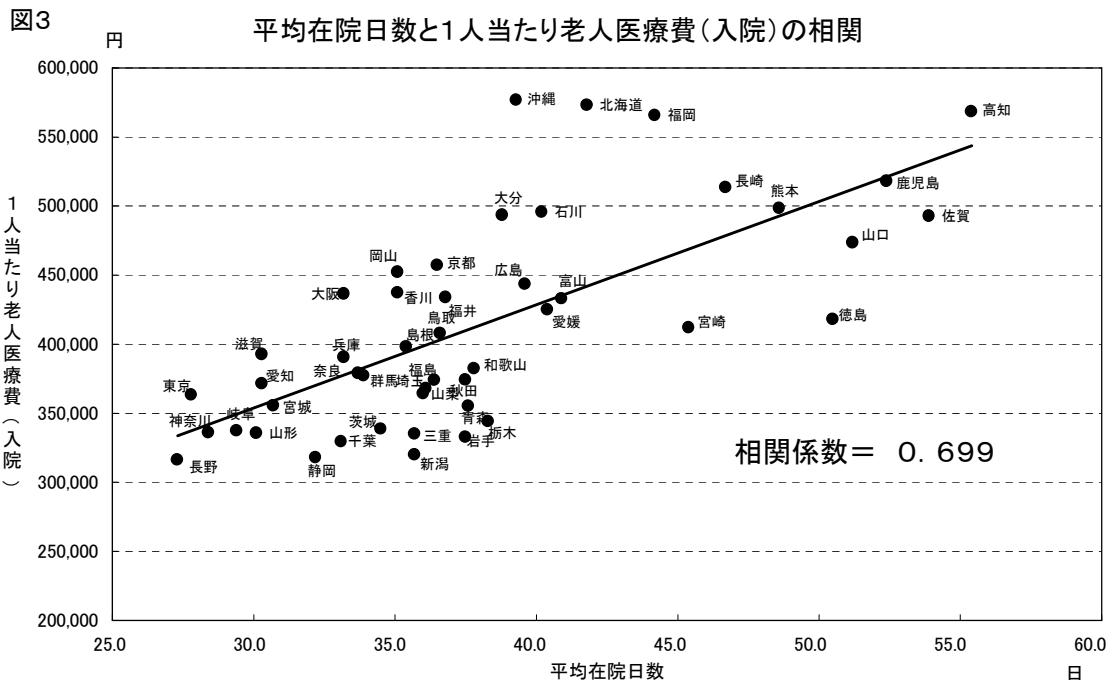
るときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。

- 5 都道府県、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。

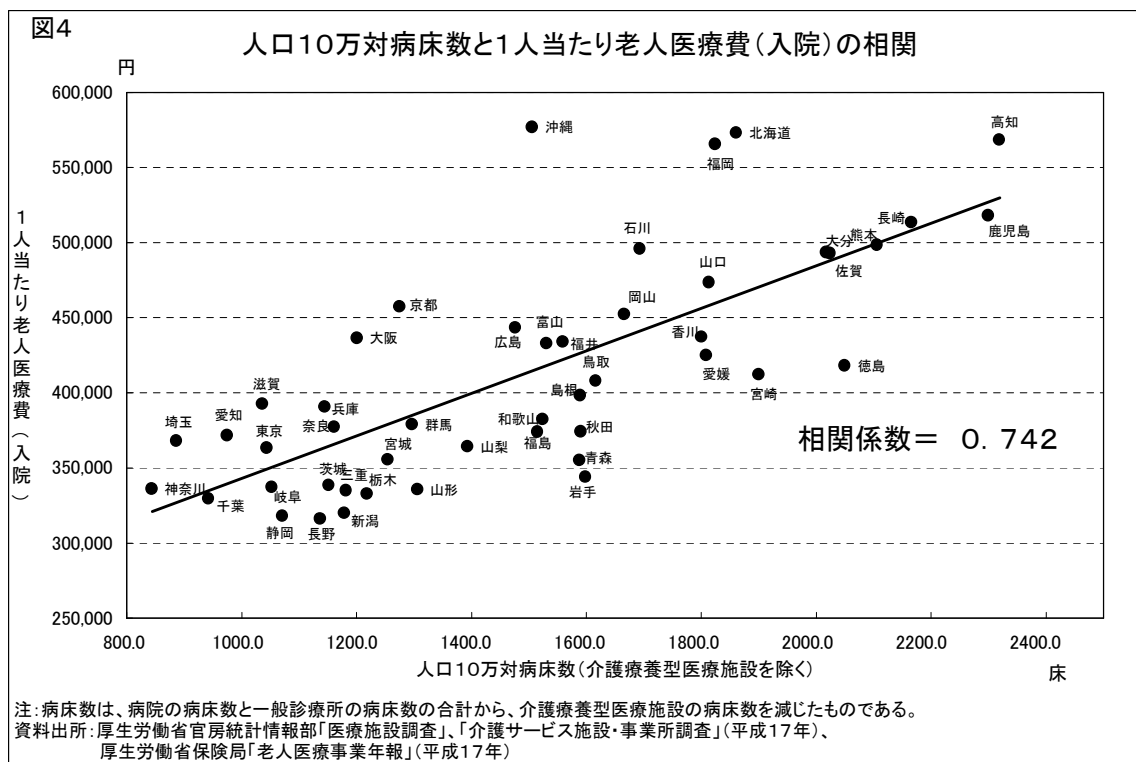
(2) 具体的な対策の柱

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(※2)が徐々に増加し、次に75歳前後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ます。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発病・発症を招き、通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発病・発症に至るといった経過をたどるケースが考えられます。

また、平成17年度の1人当たり老人医療費を見ると、大分県は88.8万円で、一番低い長野県67.3万円の1.32倍となっています。入院医療費がその格差の大きな原因であり、そして、そ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ます(図3及び図4)。



資料出所:厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成17年)



以上のことから、医療費の伸びの適正化を図っていくために重要な施策の一つは、食育や運動習慣など若い時からの生活習慣病（※3）の予防対策です。生活習慣病を境界域段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発病・発症を抑え、入院患者を減らすことができます。

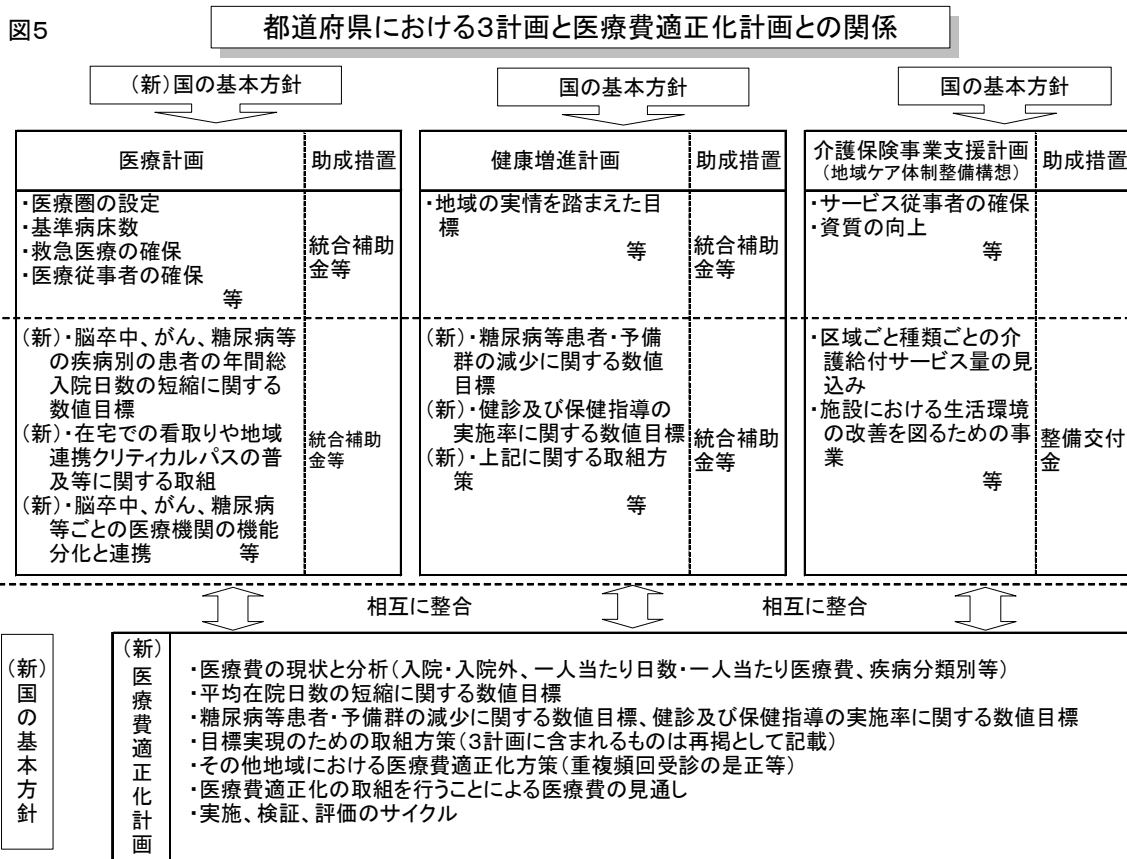
もう一つは、入院期間の短縮対策です。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは対策を別に考える必要があります。第1期計画の計画期間においては、主に老人医療費の伸びの適正化を図るために慢性期段階に着目し、療養病床（※4）（医療法(昭和30年法律第205号)第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ります。

(3) 他計画との関係等

本計画は、「生活習慣病の予防対策」と「入院期間の短縮対策」を主たる柱とすることから、前者は、すべての県民が生涯を通じて健康で活力あふれる人生を送ることができる「生涯健康県おおいた」の実現を目指すことを基本理念とする「生涯健康県おおいた21（健康増進計画）」と、後者は、県民が病期に適し

た質の高い医療を受けられるようになる体制を構築するための「大分県医療計画」及びすべての人が社会の主人公として、積極的に社会参加し、主体的に自己実現を図りながら、豊かな高齢期を送れるような地域社会の実現を目指すことなどを基本的理念とする「豊の国ゴールドプラン21（老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画）」、療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備についての方向性を示す「大分県地域ケア体制整備構想」と密接に関連します。

このため、本計画はこれらの計画等と調和が保たれたものとなることが必要となっています（図5）。



第2章 医療費を取り巻く現状と課題

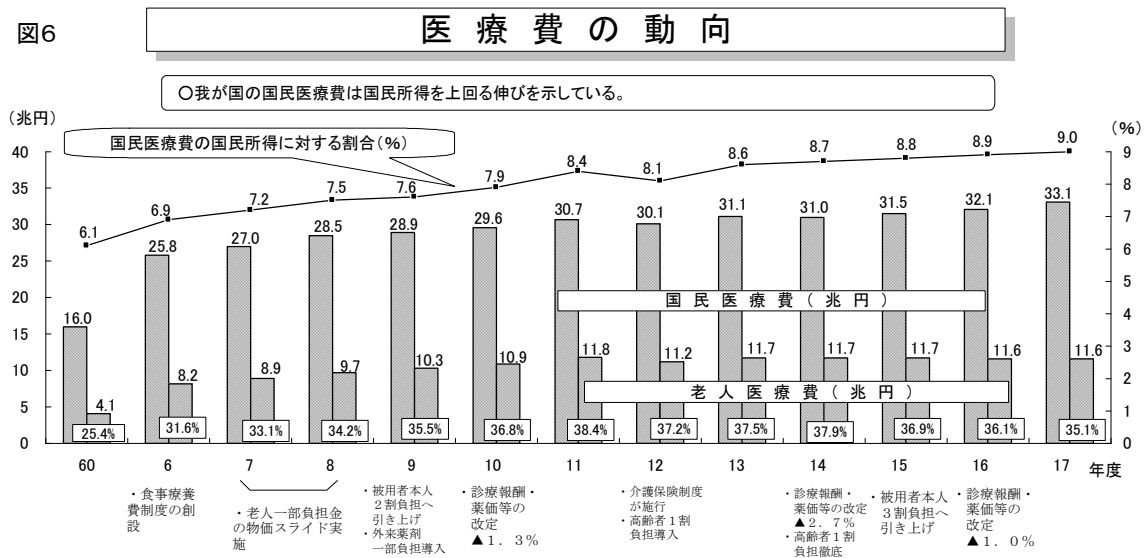
1 現状

(1) 医療費の状況

① 国民医療費

全国の医療費を示す国民医療費は、約33兆円（平成17年度）であり、前年度と比べて約1兆円、3.2%の増加となっています。過去7年間の国民医療費を見ると、患者の一部負担金や診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い伸びとなっていますが、こうした改正のなかった平成11、13、17年度の伸びは、それぞれ3.8%、3.2%、3.2%となっており、国民医療費は毎年1兆円（年率約3～4%）程度ずつ伸びる傾向を示しています（図6）。

図6

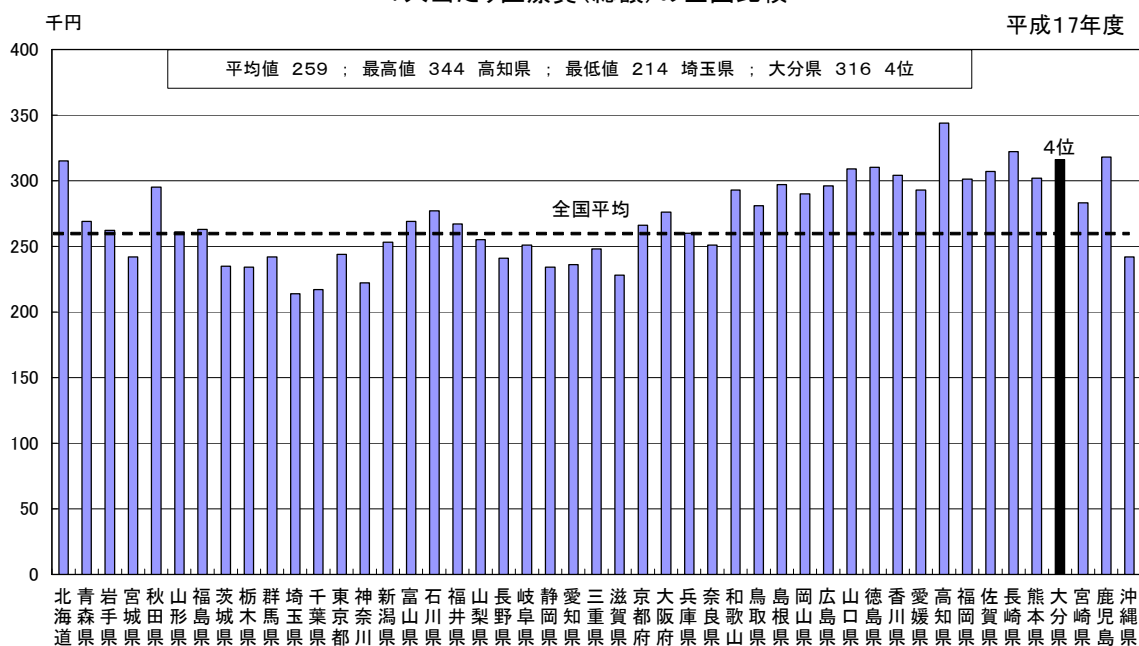


また、平成17年度年齢階級別国民医療費の1人当たり医療費を見ると、65歳以上は年間65.6万円（75歳以上は年間81.9万円）であるのに対し、65歳未満では年間15.9万円と約4～5倍の開きがあり、人口の高齢化の進展に伴い、今後も老人医療費が国民医療費に占める割合は増加することが予想されます。

平成14年度の国民医療費の都道府県別医療費を見ると、本県の1人当たり医療費は31.6万円（全国平均24.3万円）で全国4位と高い位置にあります（図7）。

図7

1人当たり医療費(総額)の全国比較



『国民医療費』(平成17年度)

② 老人医療費 (全国比較)

医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費（平成14年10月から対象年齢が70歳から75歳に毎年1歳ずつ引き上げられている。平成17年10月からは原則73歳以上の国民が対象となる）の状況を見ると、全国的には平成17年度で約11.6兆円であり、国民医療費の35.1%を占めています。

一方、本県の平成17年度の老人医療費は約1,553億円で、県別医療費約3,822億円の約40.6%を占めており、1人当たり医療費で老人医療費は県別医療費の2.8倍以上となっています。

今後県内人口が微減傾向となる中で、75歳以上人口で見ると平成17年の14.4万人から平成37年には21.7万人になると予想され（図1参照）、老人医療費の伸びが県全体の医療費の増加に大きく影響してきます。

また、1人当たり老人医療費を全国的に比較して見ると、88.8万円（全国平均82.1万円）で全国11位と高くなっています（図8）。入院外医療費及び歯科医療費は、全国平均を下回っていますが（図10及び図11）、入院医療費は全国平均40.6万円よりかなり高く、49.3万円です（図9）。

このことから、本県では入院医療費の高さが老人医療費を高くしている主たる要因であると言えます。

図10

1人当たり老人医療費(入院外)の全国比較

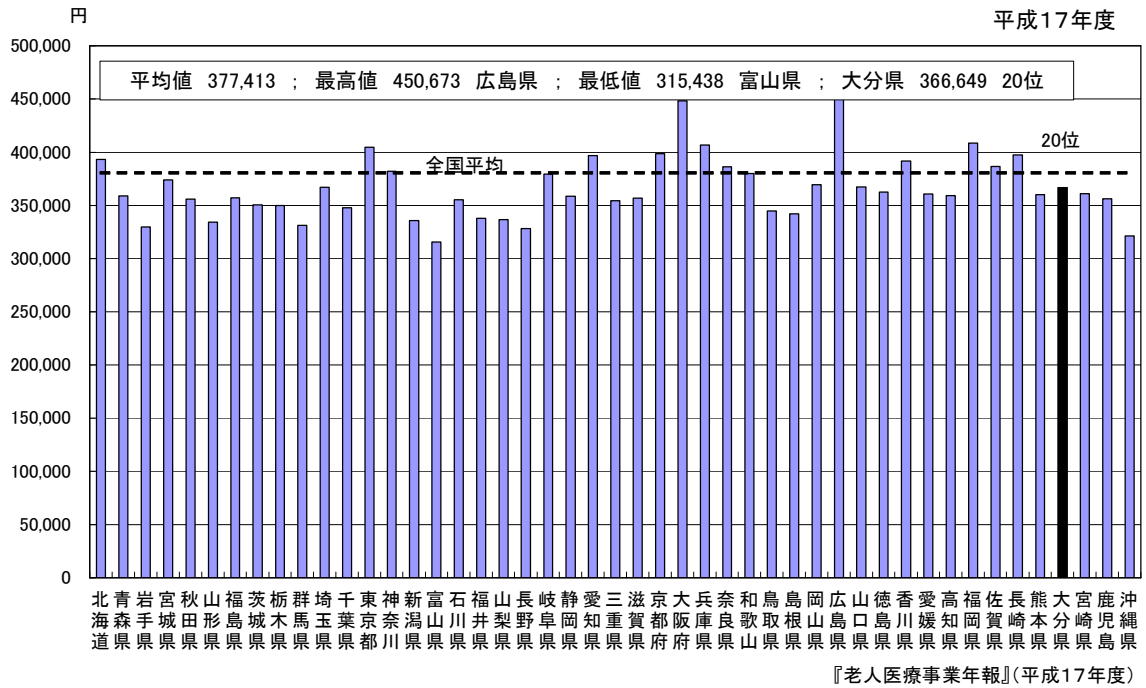


図11

1人当たり老人医療費(歯科)の全国比較

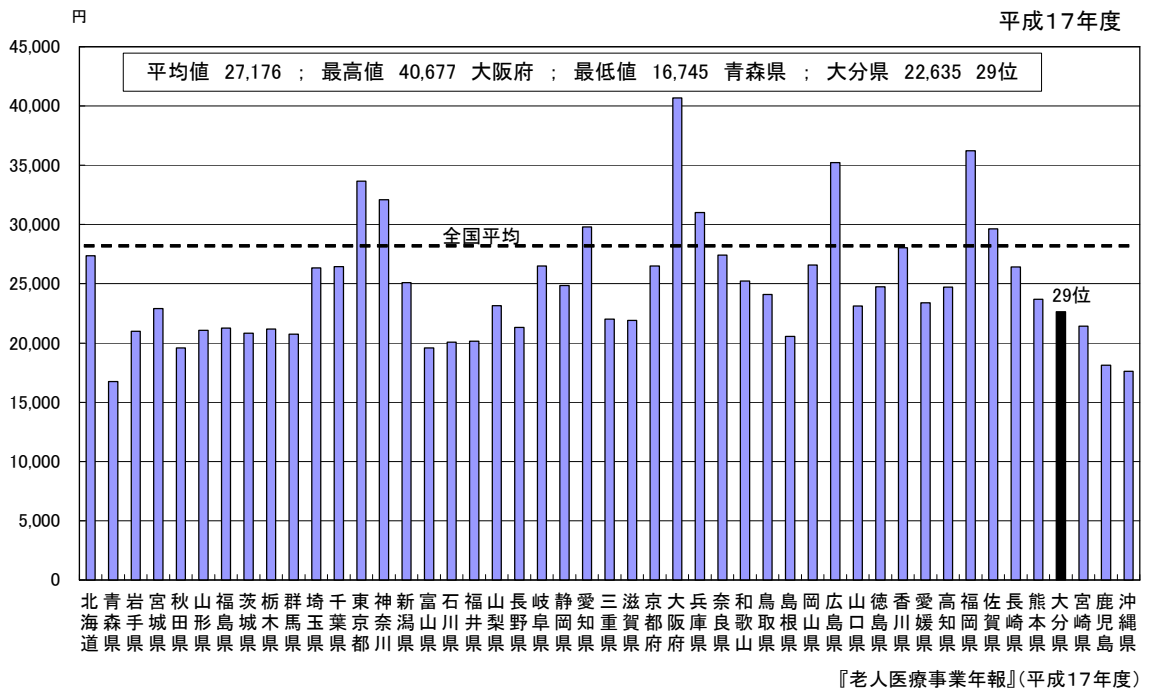


図13

1件当たり日数(入院)の全国比較

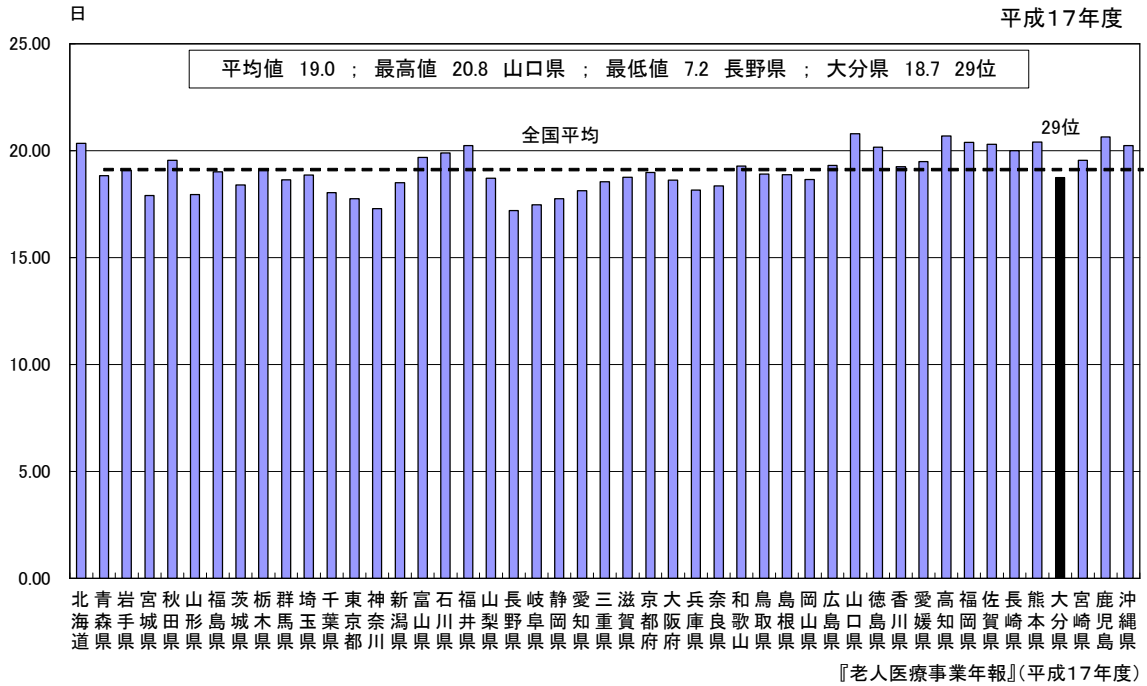
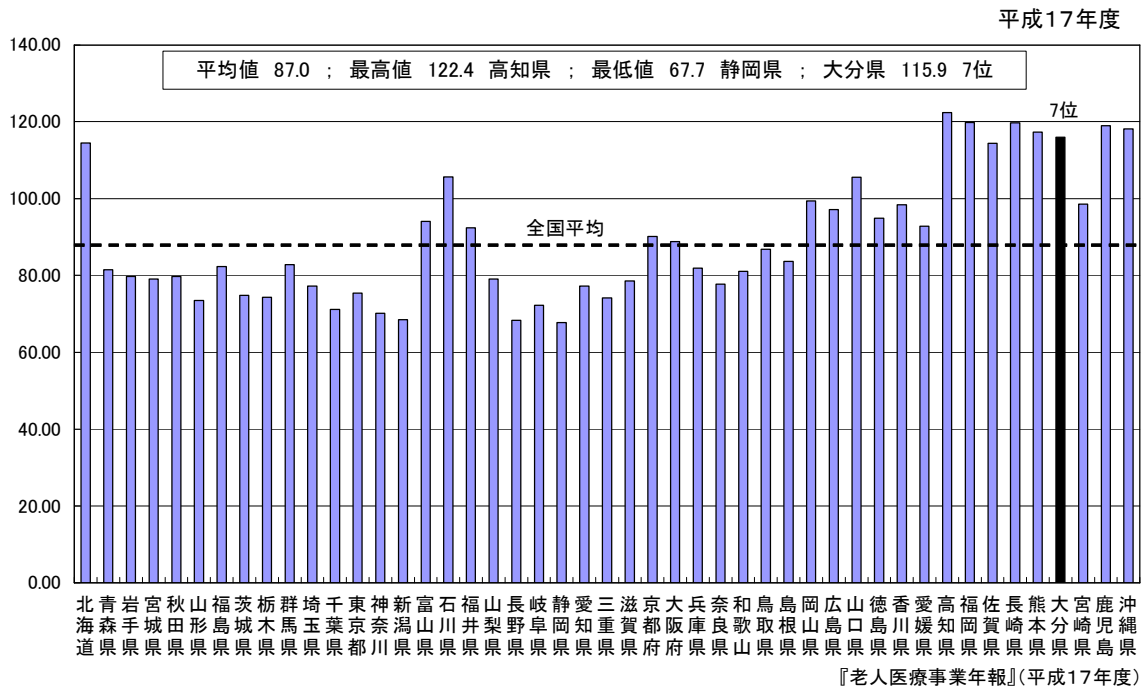


図14

老人受診率(入院)の全国比較



③ 老人医療費（県内市町村比較）

県内でも同一の傾向にあるわけではなく、地域差が生じています。

表1 1人当たり老人医療費 (単位：万円)

| 区分 | 総額 | 入院 | 入院外 | 歯科 |
|-----|----------|----------|----------|---------|
| 大分県 | 88.8 | 49.3 | 36.7 | 2.3 |
| 最高 | 大分市 99.1 | 別府市 57.1 | 大分市 40.8 | 別府市 2.7 |
| 最低 | 姫島村 70.3 | 姫島村 35.2 | 九重町 32.5 | 九重町 1.7 |

・ 1人当たり老人医療費（図15）

大分市、別府市、竹田市、由布市が県平均（88.8万円）を上回っている。大分市（最高）と姫島村（最低）の差は28.8万円、1.41倍である。

・ 1人当たり老人医療費（入院）（図16）

別府市、大分市、竹田市が県平均（49.3万円）を上回っている。別府市（最高）と姫島村（最低）の差は21.8万円、1.62倍である。

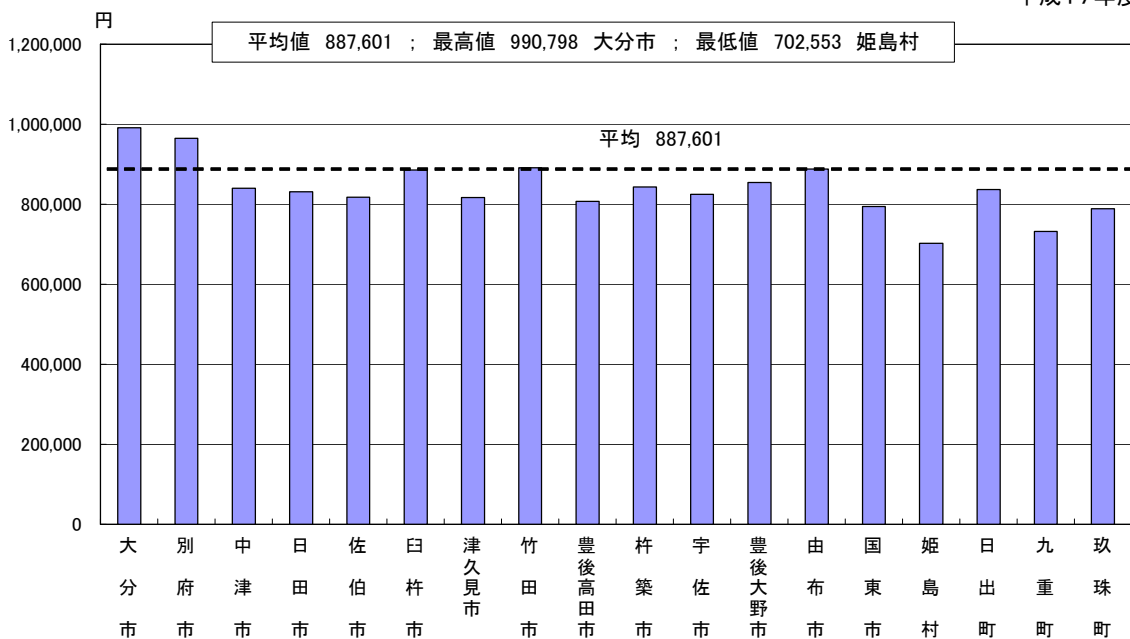
・ 1人当たり老人医療費（入院外）（図17）

大分市、由布市、宇佐市、臼杵市が県平均（36.7万円）を上回っている。大分市（最高）と九重町（最低）の差は8.3万円、1.26倍である。

・ 1人当たり老人医療費（歯科）（図18）

別府市、大分市、中津市、日田市が県平均（2.3万円）を上回っている。別府市（最高）と九重町（最低）の差は1.0万円、1.60倍である。

図15 1人当たり老人医療費の県内比較 平成17年度

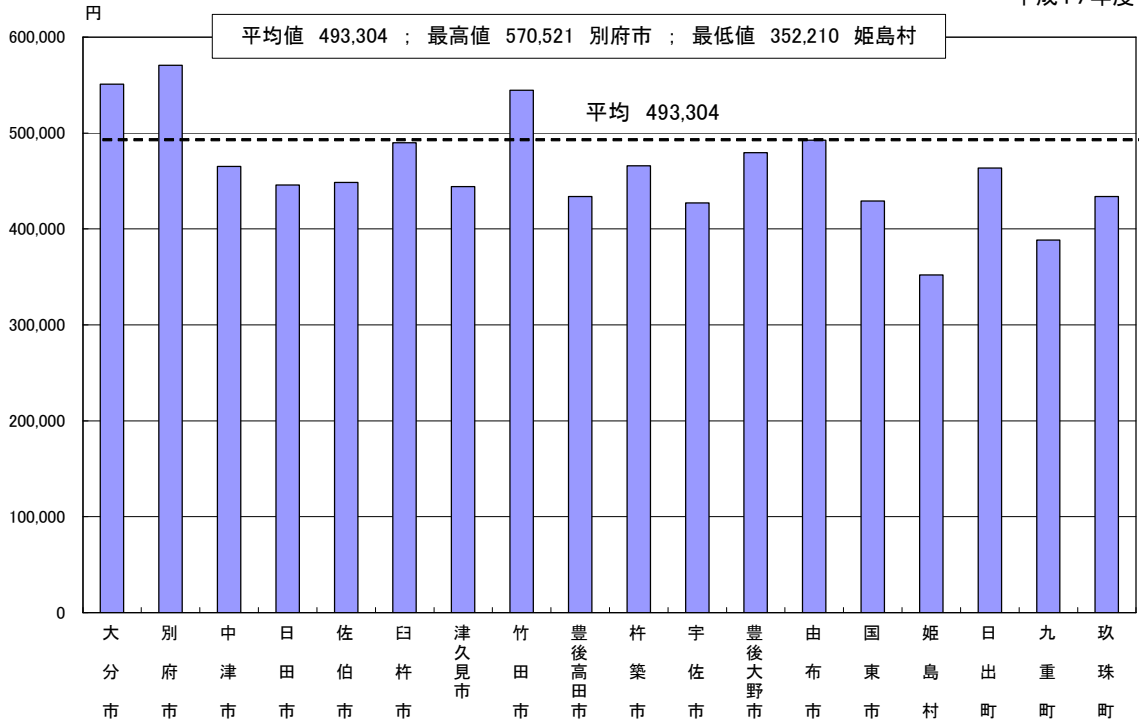


『老人医療事業年報』(平成17年度)

図16

1人当たり老人医療費(入院)の県内比較

平成17年度

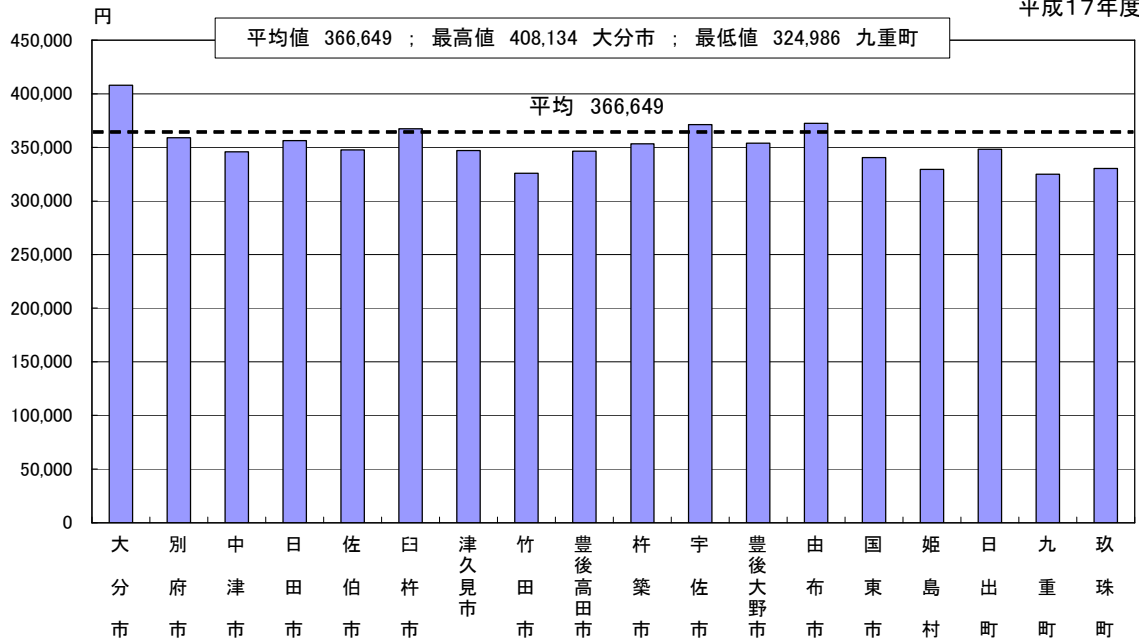


『老人医療事業年報』(平成17年度)

図17

1人当たり老人医療費(入院外)の県内比較

平成17年度



『老人医療事業年報』(平成17年度)

図18

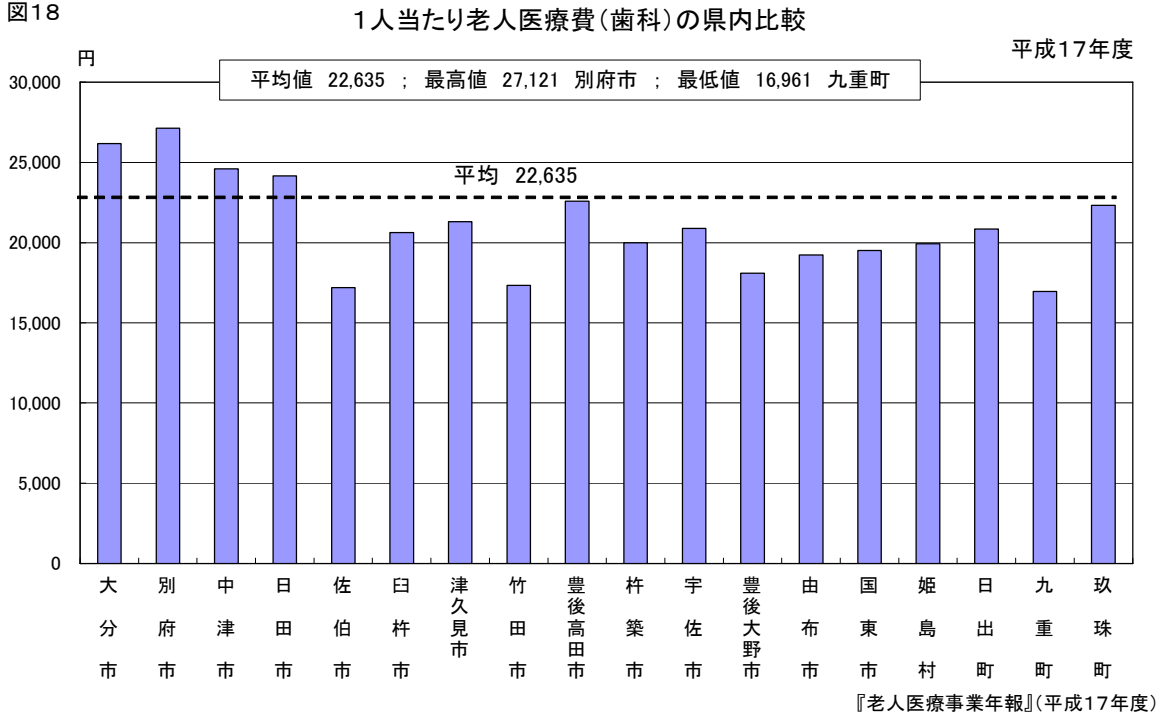


表2 1人当たり老人医療費(入院)の分析

| 区分 | 入院医療費 (円) | 受診率 (%) | 1件当たり 日数(日) | 1日当たり 医療費(円) |
|-----|--------------|------------|----------------|-----------------|
| 全国 | 405,905 | 86.99 | 18.96 | 24,613 |
| 大分県 | 493,304 | 115.93 | 18.74 | 22,702 |
| 別府市 | 570,521 | 132.27 | 19.79 | 21,798 |
| 大分市 | 550,731 | 127.01 | 19.08 | 22,729 |
| 竹田市 | 544,356 | 131.79 | 18.04 | 22,903 |

別府市、大分市、竹田市の1日当たりの入院医療費は全国平均を下回っている一方で、1件当たりの日数は別府市、大分市が全国平均を上回っています。また、受診率では3市とも全国平均を大きく上回っています(表2)。

以上のことから、大分市、別府市、竹田市の3市は、入院の頻度が高いことが、また、大分市、別府市の両市はいったん入院すると入院期間が長期化することが医療費に影響を与えていると考えられます。

(2) 医療施設の状況

① 病床数

本県の医療費における特徴として、入院の頻度が比較的高いことが医療費に大きく影響を与えていると考えられます。このような構造となっている原因の一つが、病床の充足度であり、本県では以下のような状況となっています。

図20

人口10万人当たり病床種類別病床数(療養病床)の全国比較

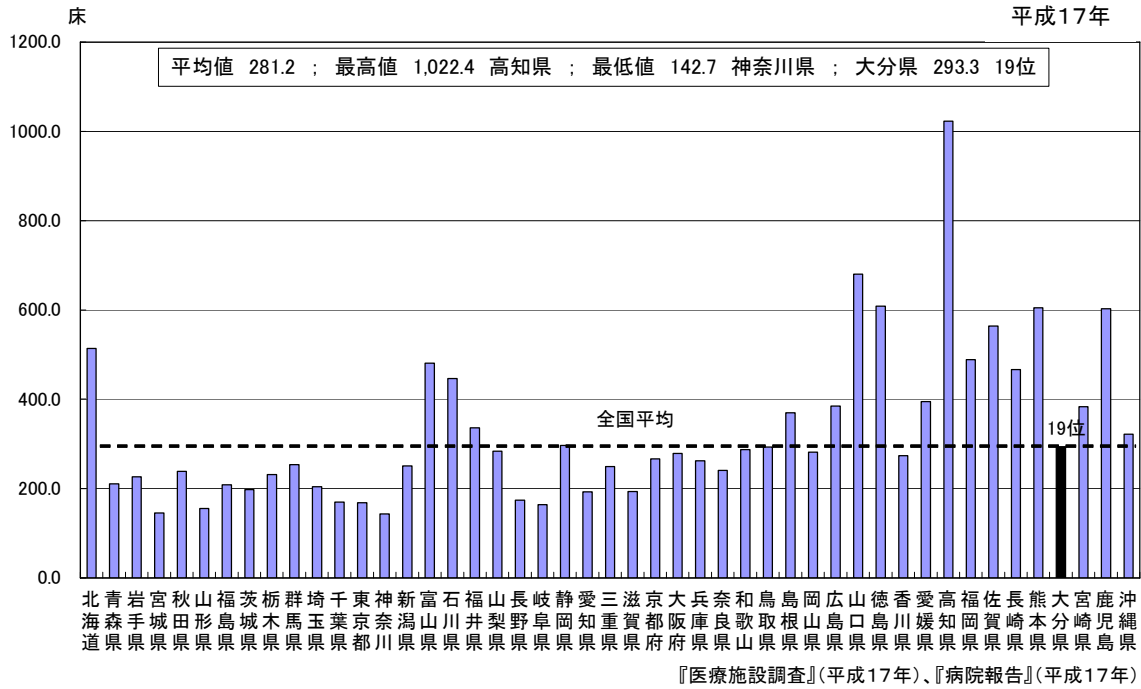


図21

人口10万人当たり病床種類別病床数(一般病床)の全国比較

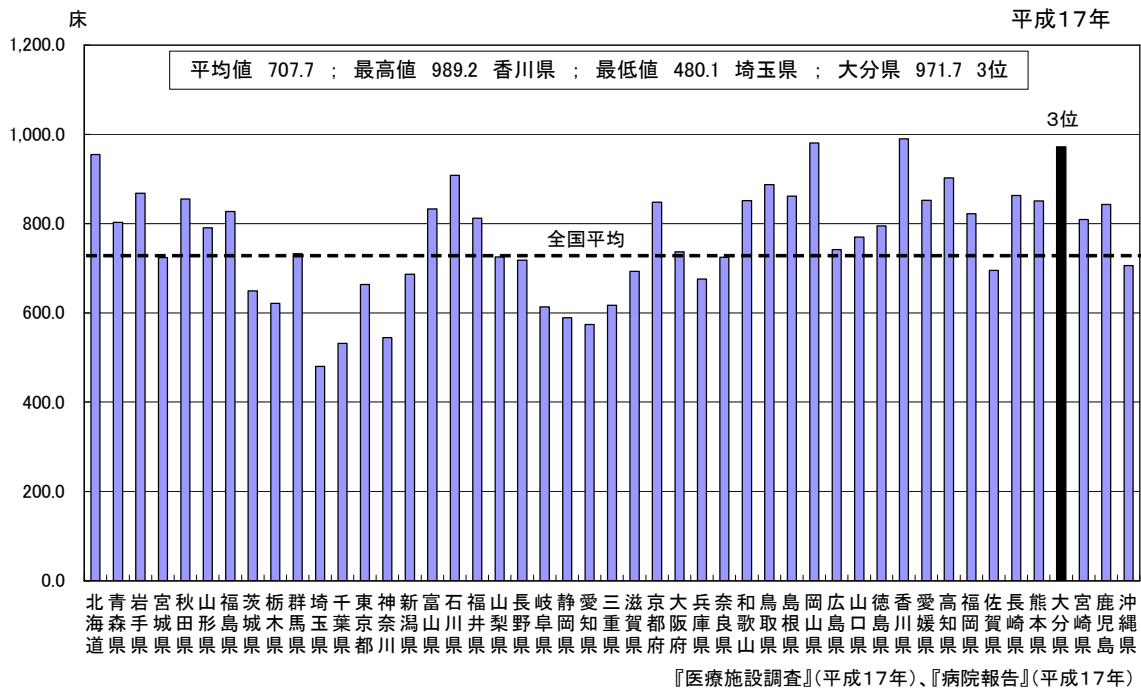
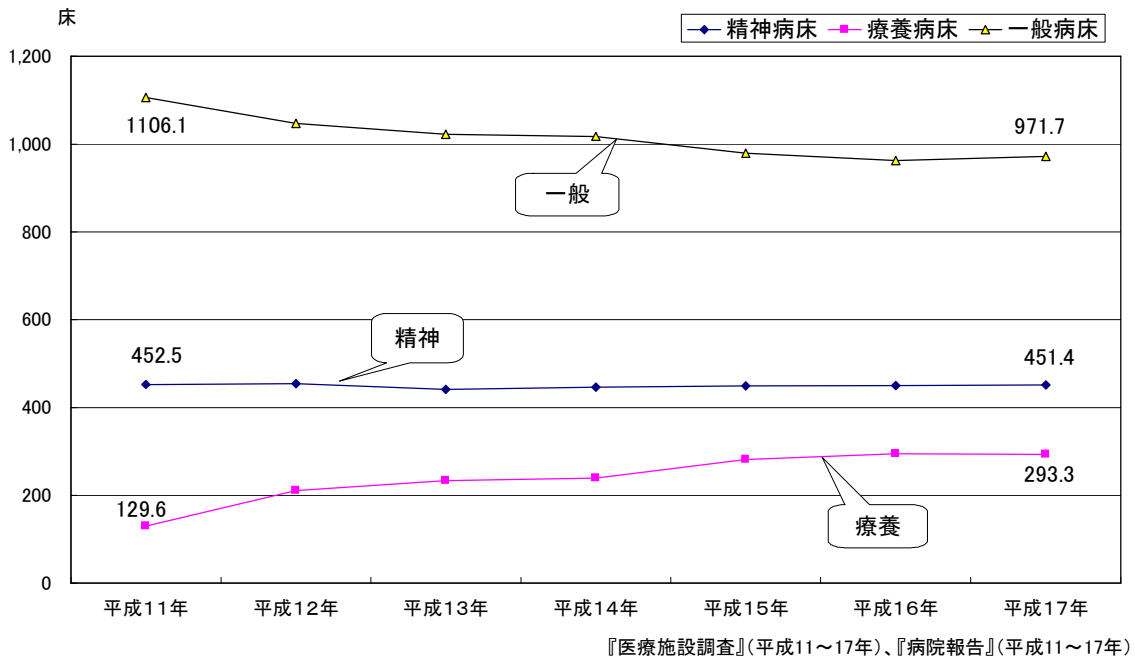


図22

大分県の人口10万人当たり病床種類別病床数の年度推移



② 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。）

本県における平成18年10月1日及び平成19年10月1日時点での療養病床の病床数は以下のとおりです。

表4 療養病床の病床数：平成18年10月1日時点及び平成19年10月1日時点

| 区分 | 医療療養病床 | 介護療養病床 | 計 |
|----------|--------|--------|--------|
| 平成18年10月 | 1,791床 | 1,369床 | 3,160床 |
| 平成19年10月 | 1,852床 | 1,090床 | 2,942床 |

また、平成19年8月に実施した「療養病床転換意向等アンケート調査」によると、医療療養病床及び介護療養病床の入院患者の医療区分（※6）の状況は以下のとおりです。（回答のあったもの（122医療機関中87医療機関）のみ）

表5 医療区分：平成19年8月1日時点

| 区分 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 計 |
|--------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 医療療養病床 | 467人(32.4%) | 699人(48.5%) | 276人(19.1%) | 1,442人(100%) |
| 介護療養病床 | 151人(61.9%) | 80人(32.8%) | 13人(5.3%) | 244人(100%) |

(3) 平均在院日数の状況

表6 平均在院日数（平成17年度）（単位：日）

| 区分 | 総数 | 精神 | 療養 | 一般 |
|-----|------|-------|-------|------|
| 全国 | 35.7 | 327.2 | 172.8 | 19.8 |
| 大分県 | 38.8 | 377.9 | 138.1 | 21.9 |

図26

平均在院日数(一般病床)の全国比較

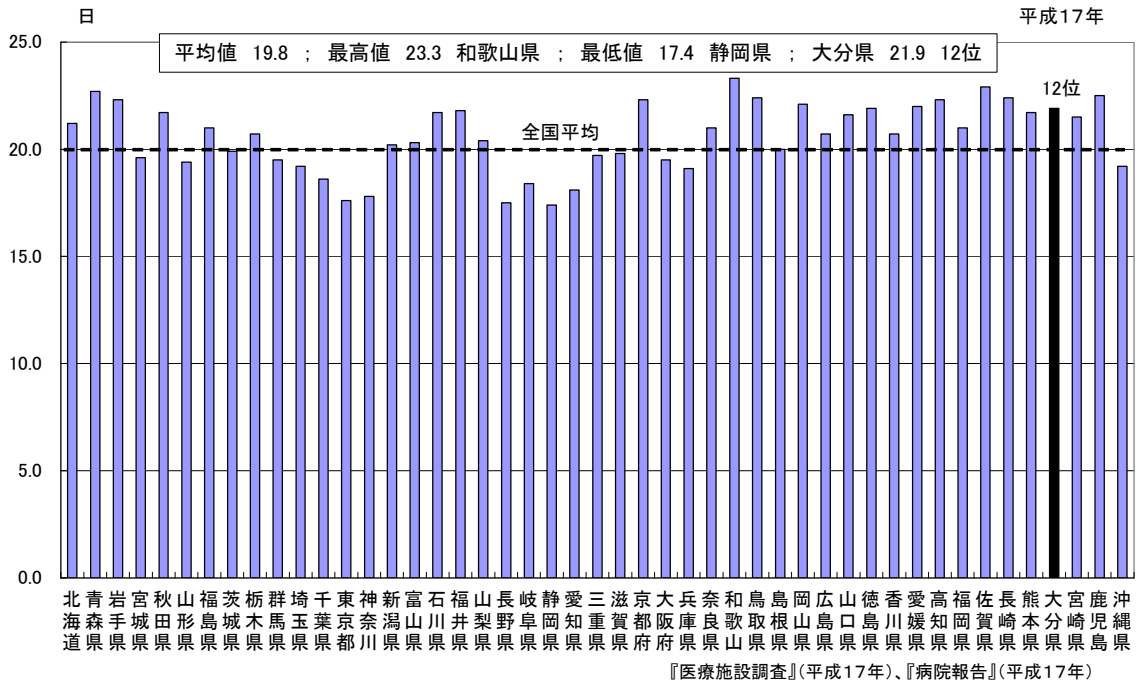
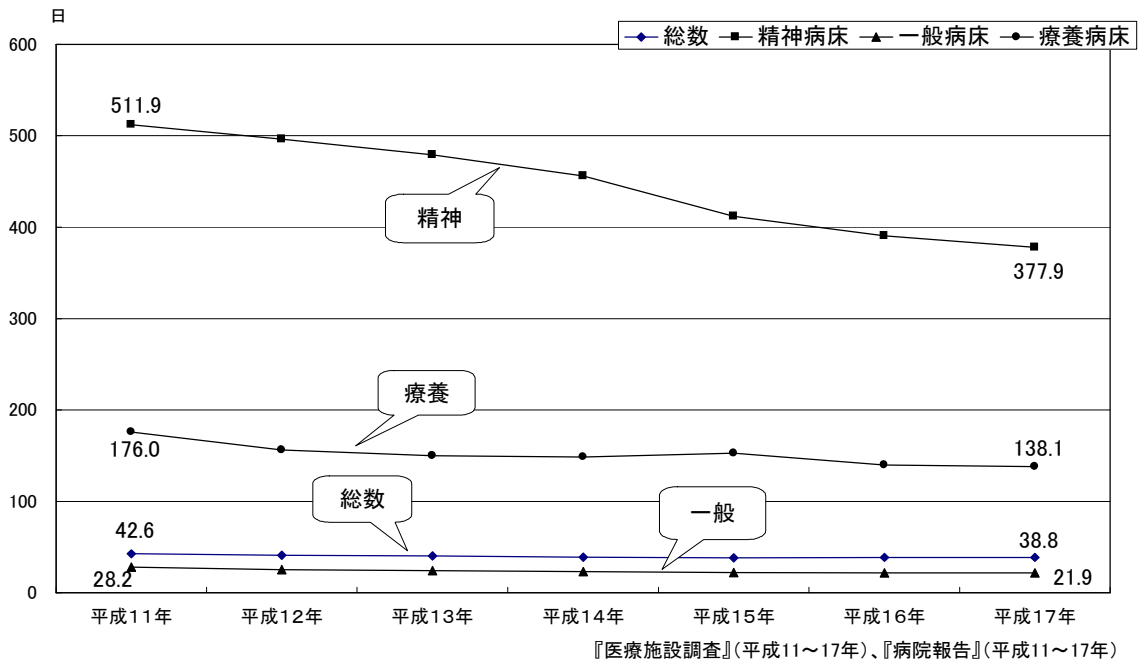


図27

大分県の平均在院日数の年度推移



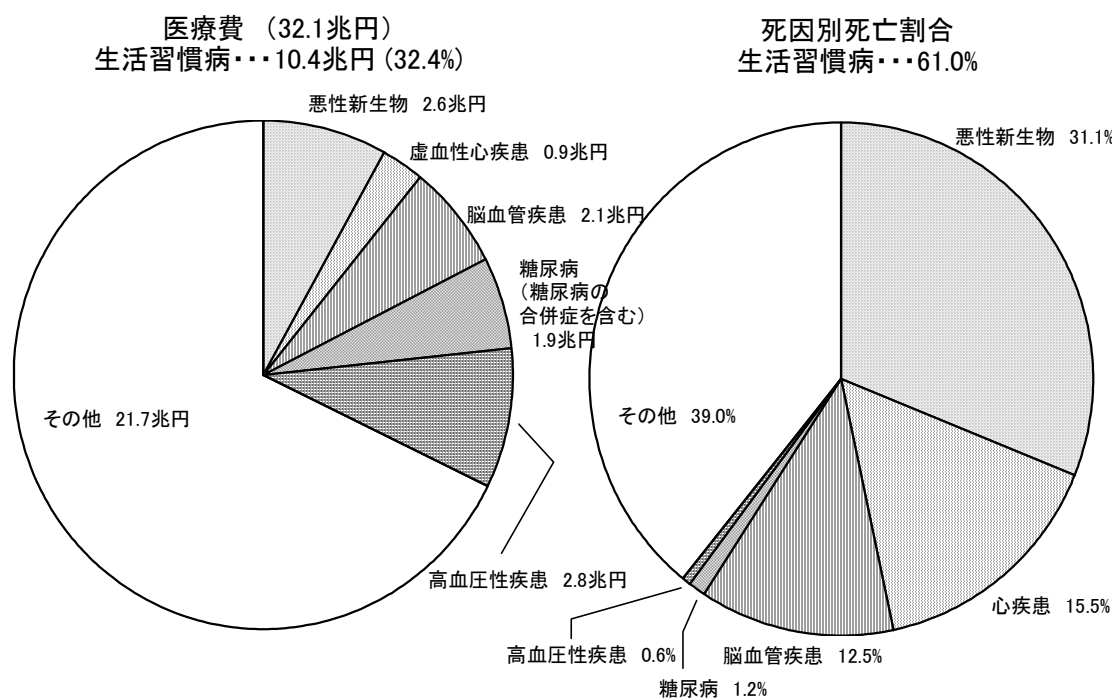
(4) 生活習慣病に分類される疾患の状況

① 生活習慣病の有病者及び予備群

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、医療費に占める生活習慣病の割合は国民医療費の約3分の1（図28左）、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めて（図28右）います。

生活習慣病は、生活習慣（食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等）がその発病・発症に関与しますが、生活習慣病の中でも、心疾患、脳血管疾患等の発病・発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、高脂血症等の有病者やその予備群が増加しています。また、その発病前の段階であるメタボリックシンドローム（※8）（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた全国の推定数は、約2,000万人（うち男性1,400万人、女性560万人）となっています。

図28 医療費と死因（生活習慣病に分類される疾患）（平成16年度）



(注)国民医療費(平成16年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2004年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成16年)により作成

また、本県における40～74歳におけるメタボリックシンドロームの該当者数は約6.1万人（うち男性4.4万人、女性1.7万人）、予備群者数は約10万人（うち男性7.7万人、女性2.3万人）、合わせて約16.1万人（うち男性12.1万人 46.2%、女性4万人 13.6%）と推定されます。

② 傷病分類別受療率

入院受療率では①精神及び行動の障害、②循環器系の疾患、③新生物、の順に高く（図29）、全体的に全国平均より受療率が高くなっています。また、入院外受療率では①消化器系の疾患、②循環器系の疾患、③筋骨格系の疾患、の順に高く（図30）、全体的に全国平均より受療率がやや高い傾向にあります。

図29 大分県の人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率 平成17年

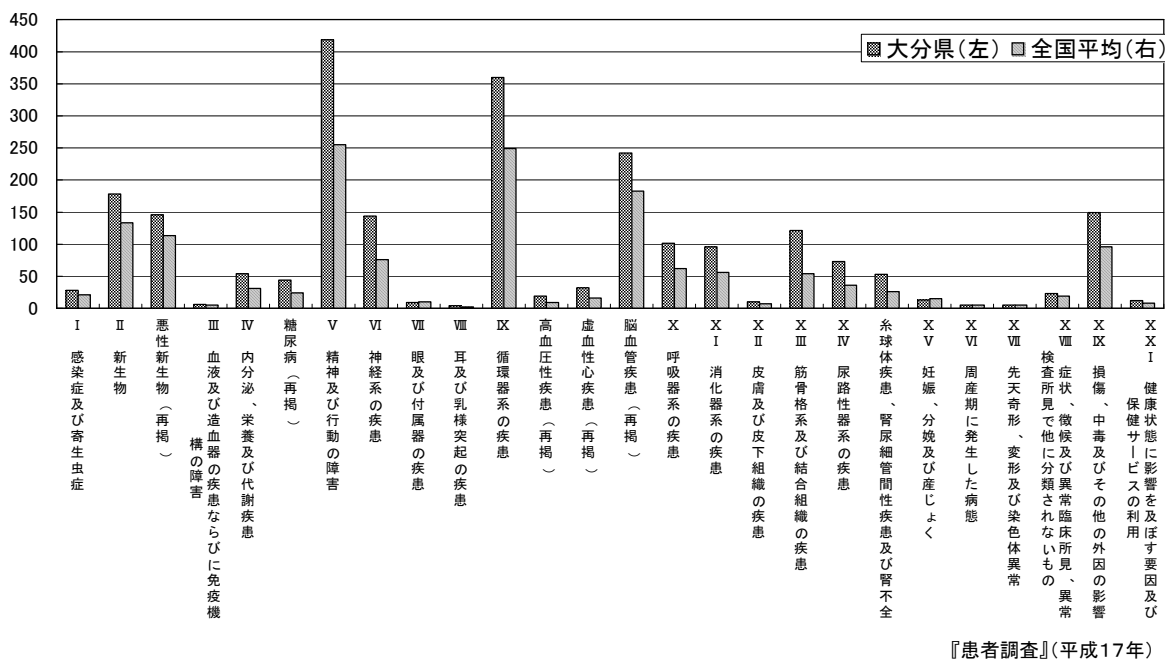


図30

大分県の人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率

平成17年

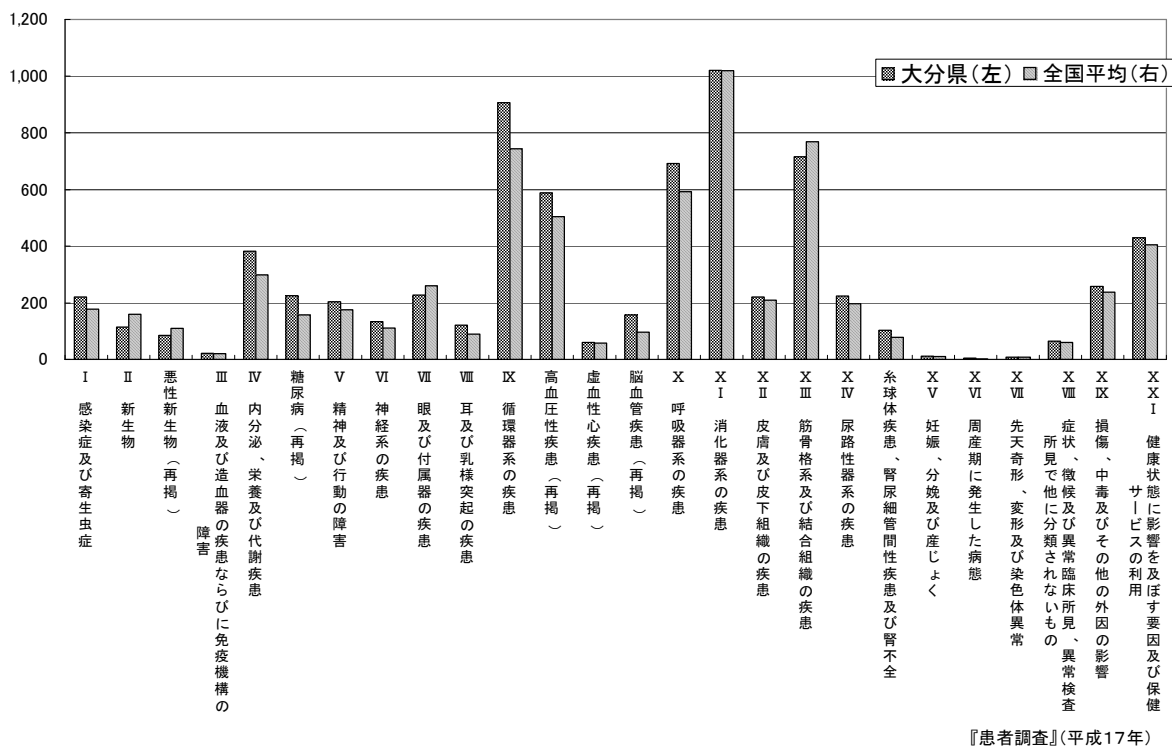


表7 生活習慣病関係受療率（人口10万人対）

(単位：人)

| 区分 | 総数 | 悪性新生物 | 糖尿病 | 高血圧性疾患 | 脳血管疾患 |
|---------|-------|-------|-----|--------|-------|
| 全国(入院) | 1,145 | 113 | 24 | 9 | 183 |
| (外来) | 5,551 | 110 | 158 | 504 | 96 |
| 大分県(入院) | 1,811 | 146 | 44 | 19 | 242 |
| (外来) | 5,981 | 85 | 225 | 588 | 158 |

生活習慣病に分類される主な傷病ごとの全国的な受療率（平成17年度患者調査）を見ると、悪性新生物（入院で10万人当たり146人）、糖尿病（外来で同225人）、高血圧性疾患（外来で同588人）、脳血管疾患（入院で同242人）となっています。本県においては、糖尿病、高血圧性疾患、脳血管疾患について全国平均より高くなっています。

③ 疾病別費用額

全年代の疾病別費用額の割合は、循環器系の疾患（25.06%）が最も多く、次いで、消化器系の疾患（10.85%）、3位 新生物（10.54%）、4位 精神及び行動の障害（8.89%）、5位 尿路性器系の疾患（8.17%）となっています。

また、75歳以上の疾病別費用額の割合を見ると、1位 循環器系の疾患（32.49%）2位 新生物（9.69%）、3位 消化器系の疾患（8.86%）、4位 呼吸器

系の疾患（7.41%）、5位 筋骨格系の疾患（7.12%）となっており、年齢階級が上がるに従って、精神及び行動の障害の割合が減少し、循環器系の疾患の割合が増加しています。

表8 疾病別費用額（平成18年5月診療 国保分）（単位：千円、%）

| 疾病分類 | 全費用額 | 全年代割合 | 65歳以上の割合 | 75歳以上の割合 |
|----------------|------------|--------|----------|----------|
| ① 感染症及び寄生虫病 | 293,465 | 1.90 | 1.63 | 1.50 |
| ② 新生物 | 1,629,037 | 10.54 | 14.71 | 9.69 |
| ③ 血液及び造血器の疾患 | 83,456 | 0.54 | 0.58 | 0.44 |
| ④ 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 921,751 | 5.96 | 3.51 | 4.96 |
| ⑤ 精神及び行動の障害 | 1,373,783 | 8.89 | 8.02 | 4.43 |
| ⑥ 神経系の疾患 | 631,732 | 4.09 | 5.03 | 4.14 |
| ⑦ 眼及び附属器の疾患 | 396,685 | 2.57 | 1.35 | 2.79 |
| ⑧ 耳及び乳様突起の疾患 | 68,262 | 0.44 | 0.14 | 0.33 |
| ⑨ 循環器系の疾患 | 3,872,093 | 25.06 | 28.48 | 32.49 |
| ⑩ 呼吸器系の疾患 | 932,984 | 6.04 | 7.20 | 7.41 |
| ⑪ 消化器系の疾患 | 1,676,240 | 10.85 | 6.10 | 8.86 |
| ⑫ 皮膚及び皮下組織の疾患 | 157,158 | 1.02 | 0.62 | 0.86 |
| ⑬ 筋骨格系の疾患 | 1,055,695 | 6.83 | 6.54 | 7.12 |
| ⑭ 尿路性器系の疾患 | 1,263,239 | 8.17 | 5.36 | 6.47 |
| ⑮ 妊娠、分娩及び産じょく | 14,093 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |
| ⑯ 周産期に発生した病態 | 8,488 | 0.05 | 0.01 | 0.01 |
| ⑰ 先天奇形等 | 23,258 | 0.15 | 0.10 | 0.04 |
| ⑱ 他に分類されないもの | 179,811 | 1.16 | 1.38 | 1.35 |
| ⑲ 損傷、中毒等 | 872,926 | 5.65 | 9.24 | 7.10 |
| 合計 | 15,454,155 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |

※ 網掛けは、全費用額の上位5疾病です。

2 課題

(1) 医療費（老人医療費）の増加

医療費（老人医療費）の増加については、第2章の1－(1)のとおり、今後、後期高齢者が増加することから、何らの対策も講じなければ、現在は国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が大幅に増大していくことが確実です。よって、国民皆保険制度を堅持し続け、国民の生活の質の維持及び向上を確保するためには、その対策が課題となります。

(2) 生活習慣病患者の増加

生活習慣病患者の状況については、第2章の1－(4)のとおり、国民医療費の約3割強、死因の約6割を生活習慣病が占めています。よって、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の発病・発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが課題になります。

なお、生活習慣病としてがん（悪性新生物）も大きなウェイトを占めていますが、がん対策については、「大分県がん対策推進計画」に基づいて対策を進めていきます。

(3) 平均在院日数の長さ

平均在院日数の状況については、第2章の1－(3)のとおり、平均在院日数と1人当たり老人医療費（入院）の関係を見ると、高い相関関係がありますので、医療費の伸びの適正化のためには平均在院日数短縮の取組みが課題となります。（**図3**参照）

第3章 基本理念及び達成すべき政策目標と効果の見通し

1 計画の基本理念

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組みは、第一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化をめざ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

本県の75歳以上の人口は、平成37年には21.7万人で総人口の20.2%を占めると推計されています。

超高齢社会の到来に対応し、国民皆保険制度を堅持していくために、医療費適正化の具体的な取組みは、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければなりません。

2 平成24年度末までに達成すべき政策目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

生活習慣病予防対策として、次のとおり目標を設定し、取り組んでいきます。

① 特定健康診査（※9）（法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率

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を目標とします。

② 特定保健指導（※10）（法第18条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）の実施率

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ことを目標とします。

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（法第18条第1項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率

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を平成20年度と比べて10%以上減少させることを目標とします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

主に老人医療費の伸びの適正化を図るために慢性期段階に着目し、療養病床のうち医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者については、こうした方々が利用している療養病床を介護保険施設

等に転換して受け皿とすることを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ります。

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。以下同じ。)の病床数

平成24年度末における本県の療養病床数は、療養病床に入院中の患者の実態についての調査及び国の基本方針を踏まえ、1,560床を目標とします。

— 【参考】 — 医療費適正化基本方針（要約）

平成24年度末時点での療養病床の病床数は、平成18年10月時点での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。）の数から、医療療養病床から介護保険施設等に転換又は減少する見込み数を控除し、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。）から医療療養病床へ転換する見込み数を加えた数を基に、平成18年から平成24年の後期高齢者人口の伸び率等を総合的に勘案し設定しています。

大分県の療養病床の目標数（平成24年度）の考え方

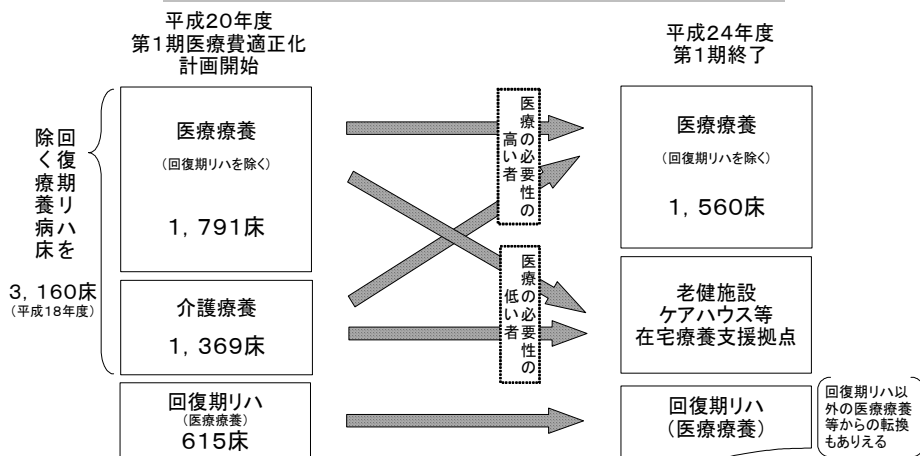
平成24年度末時点での療養病床の病床数 = ①と②により設定する

① 県における $a - b + c + \alpha$

- a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月) [1,791床]
- b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成19年8月)(医療区分1)+(医療区分2)×3割 [841床]
- c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成19年8月)(医療区分3)+(医療区分2)×7割 [387床]

② 県は上記の数を基に、平成18年から平成24年の後期高齢者人口の伸び率(16.7%)を勘案し設定する。

大分県の療養病床の目標数（平成24年度）(案)



② 平均在院日数の短縮日数

平成24年10月時点における本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）は、療養病床の介護保険施設等への転換等により、32.4日（平成18年より3.7日短縮）を目標とします。

— 【参考】 —

医療費適正化基本方針（要約）

本県がめざす平成24年10月時点の医療費の対象となる病床に係る平均在院日数は、平成18年の病院報告における本県の平均在院日数(36.1日)から、平成18年の病院報告における本県の平均在院日数と同報告における最短の長野県の平均在院日数(25.0日)との差の9分の3の日数を減じたものです。

なお、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、平均在院日数について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められています。

(3) 政策目標の達成によって予想される医療費の削減効果の見通し

本計画においては、「生活習慣病予防対策」と「療養病床の転換」「平均在院日数の短縮」について数値により政策目標を掲げています。

この項においては、本県の推計県民医療費（以下「県医療費」という。）の将来推計について、このような適正化対策を講じなかった場合と適正化対策を講じ、その数値目標を達成した場合に分け、1次計画終了時の平成24年度末における県医療費と削減効果額の見通しを以下のように算出しています。

県医療費は、適正化対策を講じなかった場合、平成24年度末には約4,425億円、適正化対策を講じその数値目標を達成した場合、約4,271億円と推計され、約154億円の削減効果があると見られます（表9）。

また、これを1人当たり県医療費にすると、約1万3千円の削減効果額となります（表10）。

表9 県医療費

(単位：億円)

| | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 適正化前 | 3,716 | 3,834 | 3,920 | 4,026 | 4,163 | 4,291 | 4,425 |
| 適正化後 | 3,716 | 3,834 | 3,920 | 3,994 | 4,095 | 4,183 | 4,271 |
| 効果額 | 0 | 0 | 0 | 32 | 68 | 108 | 154 |

表10 1人当たり県医療費

(単位：円)

| | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 適正化前 | 308,397 | 319,398 | 327,889 | 338,040 | 350,912 | 363,709 | 377,062 |
| 適正化後 | 308,397 | 319,398 | 327,889 | 335,377 | 345,185 | 354,507 | 363,925 |
| 効果額 | 0 | 0 | 0 | 2,663 | 5,727 | 9,202 | 13,137 |

――【参考】――

推計方法は、厚生労働省が示した「標準的な都道府県医療費の推計方法」に基づき県の国保、被用者保険等の各保険者の医療費又はその推計値を積み上げて計算しています。(詳細については参考資料「県医療費の推計方法」を参照)

なお、生活習慣病予防対策については、特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させていくことにより生活習慣病の発生率を引き下げるものであり、その結果、生活習慣病の患者数が減少し、それに伴って医療費が減少するという経過をたどるため、その削減の効果が明確に現れてくるまでに数年は要すると考えられますので、今回の1次計画の将来推計には組み込んでいません。

また、「療養病床の転換」は「平均在院日数の短縮」のための施策の一つであることから、「平均在院日数の短縮」を推計に織り込めば、「療養病床の転換」の効果も織り込まれることとなりますので、効果の二重計上を避けるため将来推計には組み込んでいません。

第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

1 目標達成に向けた施策及び県の役割

(1) 県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

ア 県は、保険者に実施が義務づけられる特定健康診査及び特定保健指導について、保険者が特定健康診査等の実施に関する計画を策定・見直しする際に必要な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します。併せて、保険者において保存される特定健康診査及び特定保健指導の実施結果に関するデータの適切な管理及び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事業（保健指導）等の推進について助言や支援（以下「助言等」という。）を行います。

イ 特定健康診査及び特定保健指導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から、県は、委託先となる事業者の実態の把握及び保健指導に携わる人材の確保及び質の向上への支援を行います。

ウ 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及び特定保健指導を受けられるようにするため、集合契約（被用者保険の保険者の集合体との間での集会的な委受託の契約）の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ます。

エ また、県内に所在する代表的な保険者等を構成員として設置された保険者協議会（事務局は大分県国民健康保険団体連合会）は、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ます。保険者協議会は、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すから、同協議会の活動にも積極的に参加し、助言等を行います。

② 市町村等によるポピュレーションアプローチへの支援

ア 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組みは、市町村等が行う県民に対する一般的な健康増進対策（以下、「ポピュレーションアプローチ」という。）と相まって、生活習慣病予防の成果が効果的に発揮されることが期待されます。

ポピュレーションアプローチの例としては、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県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等があり、これらの取組みに対し、県は積極的に支援します。

イ また、歯科保健の向上を図るため、80歳になっても20本の歯を保つことを目標とした「豊の国8020運動」を、県歯科医師会・県歯科衛生士会等が中心となって推進しています。生活習慣病の予防には、食生活の改善や運動習慣の徹底と併せて歯周病予防対策も含めた口腔機能の向上が基本にあることを、県は関係団体等と連携・協力し、県民に普及していきます。

ウ 県は、ポピュレーションアプローチの取組み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広く紹介することに加え、食育を通じた健全な食生活の推進や運動の勧奨など、健康増進に関する普及啓発等の取組みを行います。

二次医療圏域においては、保健所が、ポピュレーションアプローチに関し総合調整・推進を行う県の窓口として広域的・専門的な立場から、市町村や地域の関連団体等を支援する役割を担います。

具体的には、a 市町村の生活習慣病等に関する地域診断データの分析・提供、b 健康増進法に基づく健康増進事業の実施、c 生涯健康県おおいた21計画に基づく栄養・食生活をはじめとする9つの分野ごとの取組み、d 地域・職域連携推進事業の実施による生涯を通じた継続的な保健サービス提供体制の整備等に対する支援などです。

(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、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者については、こうした方々が利用している療養病床を介護老人保健施設（介護保険法第8条第25項に規定するものをいう。以下同じ。）等の介護保険施設等に転換して受け皿とすることが取組みの中心です。これにより、利用者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険の適切な役割分担、医師・看護師などの人材の有効な活用を図ろうとするものです。

ア 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はじめ、医療保険（介護保険移行準備病棟）及び介護保険（経過型介護療養型医療施設）において医師、看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型の創設、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国において講じられています。県は、相談窓口（医務課、国保医療室、高齢者福祉課）を充実強化し、医療機関等からの具体的な相談について適切な助言等を行います。

イ また、県は、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提供するとともに、継続的に意見交換を行い、適切な判断が行えるよう支援します。

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4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5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰す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（医療提供施設相互間の機能の分担、及び業務の連携を確保するための体制）を示し、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ます。計画に記載されている取組みによって、入院から退院までの切れ目のない医療が提供され、早期に自宅に帰れることとなれば、患者の生活の質を高めつつ、トータルの入院期間が短縮されます。

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、本計画においては、「大分県医療計画」の中で上記に関連する箇所の概要を参考資料として再掲しています。

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す。

本計画においては、「大分県医療計画」及び「大分県地域ケア体制整備構想」における関連する箇所の概要を参考資料として再掲しています。

（3）その他の取組み

平成17年度の本県の老人医療費総額は約1,553億円であり、1人当たり老人医療費は年間約89万円と全国11番目の高位となっていますが、今後も引き続き、高齢化に伴う医療費の増大が医療保険等の財政を悪化させる要因になります。県、市町村、後期高齢者医療広域連合が一体となって適正な受診の促進等に取り組むことが重要となっていることから、県は、市町村、後期高齢者医療広域連合に対して助言等を行います。

① 広報活動の充実

医療費の伸びの適正化を推進するためには、特に後期高齢者医療費の実態やその動向分析結果等について、広く県民に周知することが重要ですので、広報活動を積極的に実施できるよう後期高齢者医療広域連合に対し、助言等を行います。

② 医療費通知の実施による意識啓発等の充実

医療機関等に受診した際の医療費の総額等を通知することは、保険制度の健全な運営に資するものですので、適切な通知の実施について医療保険者に対し助言等を行います。

③ 訪問指導等の実施

高齢になると多くの症状や病気を有する傾向がありますが、一つの症状で複数の医療機関や頻回に受診されていると思われる方等で保健指導が必要と認められる方について、保健事業担当部門により、アドバイスを رفتり相談に応じることができるよう、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し助言等を行います。

④ 診療報酬明細書（レセプト）の点検及び審査の充実強化

レセプトのオンライン請求が、平成20年度から23年度にかけて医療機関等で実施され、レセプト点検が効率化されます。レセプトに含まれる個人情報等を適切に保護するとともに、レセプト点検員等による縦覧点検及び重点的 point 調査が実施できるよう助言等を行い、研修体制の充実を図ります。

⑤ 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の充実

保険医療機関等及び保険医等に対し、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底し、保険診療の質的向上及び適正化を図るため、指導、監査を充実します。

2 保険者・医療機関等の連携協力

(1) 保険者との連携

目標達成に向けた施策を円滑に進めていくために、県は、県民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導事業者等と普段から情報交換を行い、保険者協会や生涯健康県おおいた21推進協議会の地域・職域連携推進部会を積極的に活用し、相互に連携及び協力を行うようにします。

(2) 医療機関との連携

保険者との連携と併せて、県は、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情報交換を行い、助言・協力が行えるような体制づくりに努めます。また、大分県医療費適正化推進協議会等を活用して、医療機関及び各種団体の要望・意見を踏まえて相互に連携及び協力が図れるよう取組みます。

(3) 市町村との連携

市町村は、県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にあります。このため、県は、市町村との連携を図りながら各種の施策を推進していきます。

第5章 計画の推進

1 PDCAに基づく計画の進行管理

県は、医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）及び見直し・改善（Action）の一連の循環により進行管理を行っていきます。

（1）中間年度の進捗状況評価

県は、計画の中間年（平成22年度）に進捗状況（目標値の進展状況、施策の取組み状況等）に関する評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表し、その後の取組みに活かしていきます。

――【参考】――

高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第11条第1項 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）計画の見直し

本計画における「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値については、平成22年度の中間評価を踏まえ、必要に応じ計画の見直しや変更を行います。

また、平成24年度は、第2期医療費適正化計画の作成作業を行うこととなりますので、次期計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用します。

（3）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（平成25年度）に目標値の達成状況及び施策の取組み状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表し、その後の取組みに活かしていきます。

――【参考】――

高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第12条第1項 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。

(4) 実績評価に基づく取扱い

診療報酬の特例として、法第14条において、地域の実情を踏まえて、一の都道府県内の診療報酬について、合理的な範囲内で他の都道府県の診療報酬と異なる定めをすることができるかとされています。

この定めをする際の関係都道府県知事協議については、関係団体とも十分協議しながら対応します。

――【参考】―― 高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項〔計画期間終了の翌年度に厚生労働大臣が行う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評価〕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〔国及び都道府県において、医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標〕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。

※注 引用条文の内容については、〔 〕内に記載した。

2 計画の周知

計画の推進には、県民一人ひとりが計画の内容を理解し、協力していくことが重要ですので、医療費適正化計画を作成後、遅滞なく、これを県のホームページ等で公表するとともに、市町村、関係団体等を通じて広く周知を図ります。

――【参考】―― 高齢者の医療の確保に関する法律（抄）

第9条第5項 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。

3 計画の推進体制

計画の推進に当たっては、地域の医療・保健・福祉サービス関係者や保険者・行政関係者の積極的な協力が重要となりますので、大分県医療費適正化推進協議会、庁内組織の大分県医療制度改革推進会議等でより一層の連携及び協力体制の確立について協議し、推進体制の強化を図ります。

《 用語の解説 》

※1 国民医療費（こくみんいりょうひ） …

当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものです。この額には診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される移送費等を含んでいます。

国民医療費の範囲を傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠や分娩等に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

また、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は含んでいません。

※2 受療率（じゅりょうりつ） …

ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比較をいいます。

患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握して「受療率」を算出します。

受療率＝（1日の全国推計患者数）／（10月1日現在総人口）×100,000

※3 生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう） …

高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の疾病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものをいいます。

食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発病・発症や進展に関与します。

※4 療養病床（りょうようびょうしょう） …

療養病床とは、「病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床及び結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。」と定義されています。

保険請求については、平成12年4月の介護保険法の施行により、医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床の2つに区分されます。なお、平成18年の介護保険法の一部改正により、介護療養病床は平成24年3月31日をもって廃止されます。

※5 受診率（じゅしんりつ） …

百人当たり診療件数。当該月の受診率は、当該月の診療件数を当該月末現在の被保険者（老人医療受給対象者）数で除して100倍したものである。また、当該年度の受診率は、当該年度の診療件数を、当該年度の各月末の被保険者（老人医療受給対象者）数の和を12で除したもので、除して100倍したものである。

※6 医療区分（いりょうくぶん） …

医療区分について

| | |
|-------|---|
| 医療区分3 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・うつ血性潰瘍 ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。

※7 平均在院日数（へいきんざいいんにっすう） …

患者がどれくらいの期間入院しているかをみる指標です。

これには、「病院報告」から計算されるものと、「患者報告」の「退院患者票」から計算されるものがあります。

「病院報告」から計算されるもの

平均在院日数＝（年（月）間在院患者延数）／（1/2×（年（月）間新入院患者数＋年（月）間退院患者数）

（注）新入院患者・退院患者とは、その対象期間中に、新たに入・退した患者をいい、

入院したその日に退院あるいは死亡した患者も含まれます。

また、「患者調査」から推計されるものは、「退院患者票」の「入院年月日」と「退院年月日」から直接差し引き計算により在院日数を求め、その平均値を計算します。

※8 メタボリックシンドローム …

ウエスト周囲径 [男性 \geq 85cm、女性 \geq 90cm] かつ、次の3項目のうち2つ以上に該当する者をメタボリックシンドローム該当者といい、1つに該当する者はメタボリックシンドローム予備群といいます。

①中性脂肪150mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満、若しくはコレステロールを下げる薬を服用

②収縮期血圧が130mmHg以上、かつ/または拡張期血圧85mmHg以上、若しくは血圧を下げる薬を服用

③空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c5.5%以上、若しくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用


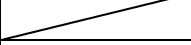

※9 特定健康診査（とくていけんこうしんさ） …

医療保険者が、40～74歳の加入者を対象として、内臓脂肪型肥満に着目した検査項目を実施する健康診査をいいます。

（検査項目）身長・体重及び腹囲の測定、BMI・血圧の測定、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査 等

※10 特定保健指導（とくていほけんしどう） …

医療保険者が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し実施する保健指導（動機付け支援、積極的支援）をいいます。

| 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 |
| 男性 \geq 85cm 女性 \geq 90cm | 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 \geq 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 |  | | |