

兵庫県医療費適正化計画

平成 20 年 4 月

兵 庫 県

目 次

第1章 計画策定の趣旨

第1節 計画策定の背景	1
1 我が国の医療保険制度	
2 医療を取り巻く環境	
3 医療制度改革	
4 医療費適正化計画の策定	
第2節 「兵庫県医療費適正化計画」の概要	9
1 計画策定の根拠	
2 期間	
3 基本理念	
4 計画記載事項	
5 他の計画との関係	
6 市町や関係機関との連携	

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費の動向	13
1 本県の医療費	
2 高齢化の進展	
3 老人医療費	
4 老人医療費（県内市町比較）	
第2節 生活習慣病の状況	20
1 全国的生活習慣病の有病者及び予備群の状況	
2 本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況	
3 生活習慣病に分類される疾患の状況	
第3節 生活習慣病の医療費の状況	28
1 全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合	
2 年齢階層別、被保険者一人当たりの医療費	
3 生活習慣病・悪性新生物の医療費の状況	

第4節 病床数の状況	31
1 全般的な状況	
2 療養病床の状況	
3 入院患者の状況	
第5節 平均在院日数の状況	35

第3章 医療費適正化に向けた目標及び目標達成による医療費の推計	33
---------------------------------	----

第1節 兵庫県医療費適正化計画の目標	38
1 「県民の健康の保持の推進に関する目標」	
2 「医療の効率的な推進に関する目標」	
第2節 目標達成による医療費の推計	43
1 県民の健康の保持の推進（生活習慣病対策による効果）	
2 医療の効率的な提供の推進（平均在院日数短縮による効果）	

第4章 目標達成に向けた取組等	46
-----------------	----

第1節 県民の健康の保持の推進	46
1 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進	
2 兵庫県保険者協議会の活動への支援	
3 市町への支援等	
第2節 医療の効率的な提供の推進	50
1 療養病床の再編成	
2 医療機関の分化・連携	
3 在宅医療・地域ケアの推進	

第5章 計画の評価等	56
------------	----

第1節 計画の評価	56
1 調査・分析及び評価	
2 実績評価の公表・報告	

第2節 進行管理 58

- 1 庁内推進体制
- 2 審議会等
- 3 兵庫県保険者協議会

巻末資料

- 1 兵庫県の高齢化の状況 1
- 2 全国の医療費の状況 2
- 3 兵庫県の医療費の状況 10
- 4 平均在院日数の状況 13
- 5 医療施設数の状況 16
- 6 疾病統計から見る医療費の状況（全国） 21
- 7 主な生活習慣病の患者数 25
- 8 主な生活習慣病による死亡率の状況 28

<参考>

- 医療保険者における特定健康診査・特定保健指導実施の流れ . . . 32
- 被扶養者に対する特定健診等の対応イメージ 33
- 健診・保健指導に関する企画・技術・運営研修会実施要領 34
- 国民健康保険特別調整交付金配分基準（案） 35

兵庫県地域・福祉連携推進協議会名簿

第1章 計画策定の趣旨

第1節 計画策定の背景

1 我が国の医療保険制度

我が国の医療保険制度は、昭和36年に国民皆保険が達成されて以来、すべての国民が、必要な時に、全国どこでも質の高い医療を受けることが可能となった結果、平成18年には、男性で79.00歳、女性で85.81歳と世界最長レベルの平均寿命や、高い医療水準を達成してきました。

2 医療を取り巻く環境

本格的な少子高齢社会の到来、医療技術の進歩に伴う医療費の増嵩、経済の低成長への移行、医療に対する国民ニーズの多様化・高度化等、我が国の医療を取り巻く環境の大きな変化に対応し、国民皆保険制度を将来にわたって安定的に維持することが求められています。

3 医療制度改革

医療を取り巻く環境の変化に対応し、国民皆保険制度を将来にわたって堅持していくためには、国民生活の質の維持・向上を図りながら、医療費が過度に増大しないように適正化していくことが必要であり、このため平成18年6月に、①医療費適正化の総合的な推進、②新たな高齢者医療制度の創設、③都道府県単位での保険者の再編・統合を主な内容とする、医療制度改革関連法が制定されました。

4 医療費適正化計画の策定

- (1) 医療費適正化の総合的な推進は、以下の3点を主な内容としています。
- ① 医療保険者に対する生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導の義務づけ
 - ② 医療保険制度の給付・負担内容の見直し
 - ③ 国・都道府県に対する医療費適正化計画策定の義務づけ

(2) 医療費適正化計画が必要とされる背景

ア 医療費の状況

(7) 全国の状況

平成 17 年度の国民医療費は 33 兆 1, 289 億円で、バブル経済崩壊後の平成 4 年度以降では、介護保険制度の導入された平成 12 年度と診療報酬のマイナス改定のあった平成 14 年度を除き、経済の低成長の中、国民所得の伸びを上回る率で増加しており、特に老人医療費は 11 兆 6, 443 億円で、国民医療費の 3 分の 1 以上を占めています（表 1-1）。

なお、平成 14 年 10 月から平成 19 年 9 月までの 5 年間で、老人医療費の対象者の年齢が 70 歳から 75 歳に引き上げられたことを受けて、老人医療費の増減率が低くなっています。

表 1-1 国民医療費・老人医療費の推移

出典：平成 17 年度国民医療費
平成 17 年度老人医療事業年報

	国民医療費		老人医療費		老人医療費の 国民医療費に 対する割合 (%)	国民医療費 の国民所得 に対する割合 (%)	国民所得	
	総額 (億円)	増減率 (%)	総額 (億円)	増減率 (%)			総額 (億円)	増減率 (%)
平成元年度	197,290	5.2	55,578	7.7	28.2	6.12	3,222,073	6.0
平成2年度	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	5.92	3,483,454	8.1
平成3年度	218,260	5.9	64,095	8.1	29.4	5.88	3,710,808	6.5
平成4年度	234,784	7.6	69,372	8.2	29.5	6.36	3,693,236	-0.5
平成5年度	243,631	3.8	74,511	7.4	30.6	6.60	3,690,327	-0.1
平成6年度	257,908	5.9	81,596	9.5	31.6	6.89	3,740,795	1.4
平成7年度	269,577	4.5	89,152	9.3	33.1	7.20	3,742,775	0.1
平成8年度	284,542	5.6	97,232	9.1	34.2	7.48	3,806,211	1.7
平成9年度	289,149	1.6	102,786	5.7	35.5	7.57	3,819,989	0.4
平成10年度	295,823	2.3	108,932	6.0	36.8	8.02	3,689,215	-3.4
平成11年度	307,019	3.8	118,040	8.4	38.4	8.43	3,643,409	-1.2
平成12年度	301,418	-1.8	111,997	-5.1	37.2	8.11	3,718,039	2.0
平成13年度	310,998	3.2	116,560	4.1	37.5	8.61	3,613,335	-2.8
平成14年度	309,507	-0.5	117,300	0.6	37.9	8.70	3,557,610	-1.5
平成15年度	315,375	1.9	116,523	-0.7	36.9	8.81	3,580,792	0.7
平成16年度	321,111	1.8	115,763	-0.7	36.1	8.85	3,629,009	1.3
平成17年度	331,289	3.2	116,443	0.6	35.1	9.01	3,676,303	1.3

(イ) 本県の状況

本県の平成 17 年度の医療費は 1 兆 4, 533 億円となっていますが、そのうち老人医療費は 5, 062 億円と、全体の 34. 8%を占めており、ほぼ全国平均(35. 1%)並みの水準となっています。

本県の 1 人当たり老人医療費は 838 千円と、ほぼ全国平均(821 千円)並みの水準で、全国では第 17 位となっています(表 1-2)。

表1-2 都道府県別医療費と老人医療費

出典 平成17年度国民医療費
平成17年度老人医療事業年報

都道府県	平成17年度							
	医療費	一人当たり医療費		老人医療費	一人当たり老人医療費		老人医療費の医療費 に対する割合	
	(億円)	(円)	順位	(億円)	(円)	順位	(%)	順位
全国	331,239	259,000		106,243	83,703		35.1	
北海道	17,729	315,000	5	6,610	1,001,110	2	37.3	28
青森	3,863	269,000	22	1,336	736,947	37	34.6	38
岩手	3,631	262,000	27	1,399	698,074	44	38.5	23
宮城	5,721	242,000	36	2,039	757,851	33	35.6	33
秋田	3,377	295,000	14	1,388	754,065	35	41.1	10
山形	3,177	261,000	28	1,333	695,675	45	42.0	6
福島	5,508	263,000	26	2,175	758,368	32	39.5	19
茨城	6,989	235,000	41	2,331	715,446	40	33.4	40
栃木	4,719	234,000	42	1,606	711,800	42	34.0	39
群馬	4,890	242,000	36	1,810	739,639	36	37.0	30
埼玉県	15,064	240,000	37	4,288	773,832	29	28.5	46
千葉県	13,163	217,000	46	3,756	713,452	41	28.5	45
東京都	30,709	244,000	35	9,502	819,834	18	30.9	44
神奈川県	19,524	222,000	45	5,550	762,934	31	38.9	27
新潟	6,154	253,000	31	2,419	686,532	46	39.3	20
富山	2,988	269,000	22	1,220	779,596	27	40.8	12
石川	3,256	277,000	20	1,301	880,608	13	40.0	17
福井	2,190	267,000	24	918	800,484	25	41.9	7
山梨	2,258	255,000	30	861	732,378	38	38.1	25
長野	5,297	241,000	39	2,192	672,355	43	41.4	9
岐阜	5,281	251,000	32	1,925	755,321	34	36.5	31
静岡県	8,864	234,000	42	3,117	709,284	43	35.2	35
愛知県	17,155	236,000	40	5,317	812,369	21	31.0	43
三重	4,639	248,000	34	1,650	717,386	39	35.6	34
滋賀	3,143	228,000	44	1,131	779,963	26	36.0	32
京都	7,039	266,000	25	2,631	898,709	10	37.4	27
大阪	24,347	276,000	21	7,561	957,743	4	31.1	42
兵庫県	14,333	260,000	29	5,062	833,116	14	38.8	24
奈良	3,564	251,000	32	1,244	802,521	23	34.9	36
和歌山	3,038	293,000	15	1,201	807,744	22	39.5	18
鳥取	1,706	281,000	19	709	779,529	28	41.6	8
徳島	2,205	297,000	12	981	763,848	30	41.5	11
岡山	5,684	290,000	17	2,209	853,358	16	38.9	22
広島	8,512	296,000	13	3,279	935,563	6	38.5	24
山口	4,615	309,000	7	1,946	869,150	14	42.2	4
徳島	2,508	310,000	6	948	813,568	20	37.8	26
香川	3,075	304,000	9	1,244	865,827	15	40.5	15
愛媛	4,305	293,000	15	1,730	813,630	19	40.2	16
高知県	2,736	340,000	3	1,204	958,267	3	44.0	2
福岡	15,205	301,000	11	5,642	1,039,650	1	37.1	29
佐賀	2,657	307,000	8	1,084	915,370	8	40.8	13
長崎	4,756	322,000	2	1,943	944,440	5	40.9	11
熊本	5,561	302,000	10	2,336	887,101	12	42.0	5
大分	3,822	316,000	4	1,553	887,601	11	40.6	14
宮崎	3,262	283,000	18	1,270	800,823	24	38.9	21
鹿児島	5,575	318,000	3	2,417	899,530	9	43.4	3
沖縄	3,292	242,000	36	1,078	918,828	7	32.7	41

また、老人医療費の増加に伴い、県が負担する老人医療費法定負担金は、年々増加しており、平成元年度以降の19年間で約3倍となっています。

これに伴い、県の一般会計に占める割合も、約1.7倍に増加しています。(表1-3)。

表1-3 本県の老人医療費法定負担金の推移

出典：本県決算データ

区分	県老人医療費法定負担金			県一般会計 歳出決算額 (百万円)	割合 (決算額)
	決算額(百万円)	増減率	平成元年=100		
平成元年度	11,238	-	100	1,145,781	1.0%
平成2年度	11,920	6.1%	106.1	1,401,861	0.9%
平成3年度	12,862	7.9%	114.4	1,485,599	0.9%
平成4年度	14,347	11.6%	127.7	1,547,462	0.9%
平成5年度	15,563	8.5%	138.5	1,671,054	0.9%
平成6年度	17,002	9.3%	151.3	1,887,307	0.9%
平成7年度	18,682	9.9%	166.2	2,496,182	0.8%
平成8年度	20,027	7.1%	178.2	2,188,622	0.9%
平成9年度	21,234	6.0%	188.9	1,973,383	1.1%
平成10年度	22,329	5.2%	198.7	2,122,493	1.1%
平成11年度	24,683	10.5%	219.6	2,141,735	1.2%
平成12年度	22,511	-8.8%	200.3	2,109,052	1.1%
平成13年度	22,831	1.4%	203.1	2,111,860	1.1%
平成14年度	24,264	6.3%	215.9	2,086,490	1.2%
平成15年度	25,512	5.1%	227.0	2,051,705	1.2%
平成16年度	28,548	11.9%	254.0	2,108,781	1.4%
平成17年度	32,248	13.0%	286.9	2,101,238	1.5%
平成18年度	33,904	5.1%	301.7	2,035,845	1.7%
平成19年度	34,669	5.1%	301.7	2,088,330	1.7%

※ 平成19年度は、法定負担金は決算見込額、一般会計歳出決算額は当初予算額

(9) 都道府県間の格差

平成17年度の各都道府県の1人当たり老人医療費は、最高の福岡県(1,020千円)と最低の長野県(673千円)を比較すると約1.5倍もの大きな格差があるため、各都道府県で医療費の適正化に取り組むこととされました(表1-4)。

表1-4 都道府県別1人当たり老人医療費

出典 平成17年度老人医療事業年報

都道府県	総額		うち入院		うち入院外		うち歯科	
	(円)	順位	(円)	順位	(円)	順位	(円)	順位
全国	324,403		405,905	—	377,413	—	27,176	—
北海道	1,001,110	2	572,884	2	393,057	9	27,353	11
青森	736,947	37	354,888	36	358,903	26	16,745	47
岩手	698,074	44	343,674	37	329,841	44	20,993	37
宮城	757,851	33	355,263	35	373,914	16	22,917	28
秋田	754,065	35	373,920	29	355,698	31	19,570	44
山形	695,675	45	335,405	41	334,041	42	21,050	36
福島	758,368	32	373,767	30	357,185	28	21,252	34
茨城	715,446	40	338,340	38	350,285	34	20,829	38
栃木	711,800	42	332,537	43	350,037	35	21,180	35
群馬	739,639	36	378,807	27	331,225	43	20,756	39
埼玉	773,832	29	367,742	32	367,024	19	26,341	17
千葉	713,452	41	329,257	44	347,850	36	26,439	15
東京	819,834	18	363,097	34	404,634	5	33,647	4
神奈川	762,934	31	335,854	40	382,076	13	32,082	5
新潟	686,532	46	319,738	45	335,797	41	25,085	19
富山	779,596	27	432,668	18	315,438	47	19,600	43
石川	880,608	13	495,582	8	355,280	32	20,077	42
福井	800,434	25	433,658	17	337,860	39	20,165	41
山梨	732,378	38	364,014	33	336,703	40	23,152	26
長野	777,353	30	316,001	47	328,160	45	21,321	33
岐阜	755,321	34	337,030	39	379,331	15	26,488	13
静岡	709,284	43	317,709	46	358,406	27	24,844	20
愛知	812,369	21	371,320	31	396,787	8	29,783	7
三重	717,386	39	334,805	42	354,404	33	22,017	30
滋賀	779,963	26	392,391	24	356,567	29	21,909	31
京都	898,709	10	457,008	12	398,361	6	26,478	14
大阪	957,743	4	436,184	16	448,270	2	40,677	1
兵庫	833,124	17	390,278	25	406,670	4	30,995	6
奈良	802,521	23	377,066	28	386,239	12	27,415	10
和歌山	807,744	22	382,128	26	379,985	14	25,225	18
鳥取	779,529	28	407,748	22	344,643	37	24,098	23
島根	763,848	30	398,020	23	342,119	38	20,553	40
岡山	853,358	16	452,016	13	369,383	17	26,577	12
広島	935,563	6	443,214	14	450,673	1	35,217	3
山口	869,150	14	473,355	11	367,097	18	23,109	27
徳島	813,568	20	417,815	20	362,416	21	24,749	21
香川	865,827	15	437,003	15	391,758	10	28,037	9
愛媛	813,630	19	424,795	19	360,778	23	23,378	25
高知	958,267	3	568,231	3	359,280	25	24,723	22
福岡	1,019,650	1	565,356	4	408,375	3	36,215	2
佐賀	915,370	8	492,578	10	386,550	11	29,618	8
長崎	944,440	5	513,333	6	397,499	7	26,419	16
熊本	887,101	12	498,177	7	360,221	24	23,686	24
大分	887,601	11	493,304	9	366,649	20	22,635	29
宮崎	800,823	24	411,838	21	360,892	22	21,427	32
鹿児島	899,530	9	517,829	5	356,311	30	18,129	45
沖縄	918,828	7	576,575	1	321,060	46	17,620	46

イ 高齢化の進展

本県は、平成 17 年では、65 歳以上人口の占める割合が 19.9%、75 歳以上人口の占める割合が 8.8%と、ほぼ全国平均並みとなっていますが、将来的には、全国を上回る勢いで高齢化が進行することが予測されています（表 1-5、表 1-6）。

表 1-5 人口の将来推計

上段：人口(千人) 下段：構成比

		平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年	平成 42 年	平成 47 年
兵庫県	0～14 歳	797	750	668	587	529	495	468
		14.3%	13.5%	12.2%	11.0%	10.2%	9.9%	9.8%
	15～64 歳	3,681	3,519	3,313	3,180	3,062	2,895	2,687
		65.8%	63.2%	60.4%	59.4%	59.0%	57.8%	56.0%
	65 歳以上	1,113	1,296	1,502	1,588	1,603	1,617	1,644
		19.9%	23.3%	27.4%	29.7%	30.9%	32.3%	34.3%
うち 75 歳以上	493	614	717	835	973	1,008	986	
	8.8%	11.0%	13.1%	15.6%	18.7%	20.1%	20.5%	
合計	5,591	5,564	5,482	5,355	5,193	5,007	4,799	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
全国	0～14 歳	17,585	16,479	14,841	13,201	11,956	11,150	10,512
		13.8%	13.0%	11.8%	10.8%	10.0%	9.7%	9.5%
	15～64 歳	84,422	81,285	76,807	73,635	70,960	67,404	62,919
		66.1%	63.9%	61.2%	60.0%	59.5%	58.5%	56.8%
	65 歳以上	25,761	29,412	33,781	35,899	36,354	36,670	37,249
		20.2%	23.1%	26.9%	29.2%	30.5%	31.8%	33.7%
うち 75 歳以上	11,639	14,222	16,452	18,737	21,667	22,659	22,352	
	9.1%	11.2%	13.1%	15.3%	18.2%	19.7%	20.2%	
合計	127,768	127,176	125,430	122,735	119,270	116,224	110,679	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成 18 年 12 月推計)
 国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成 19 年 5 月推計)

表 1-6 平成 17 年=100 とした場合の人口の将来推計

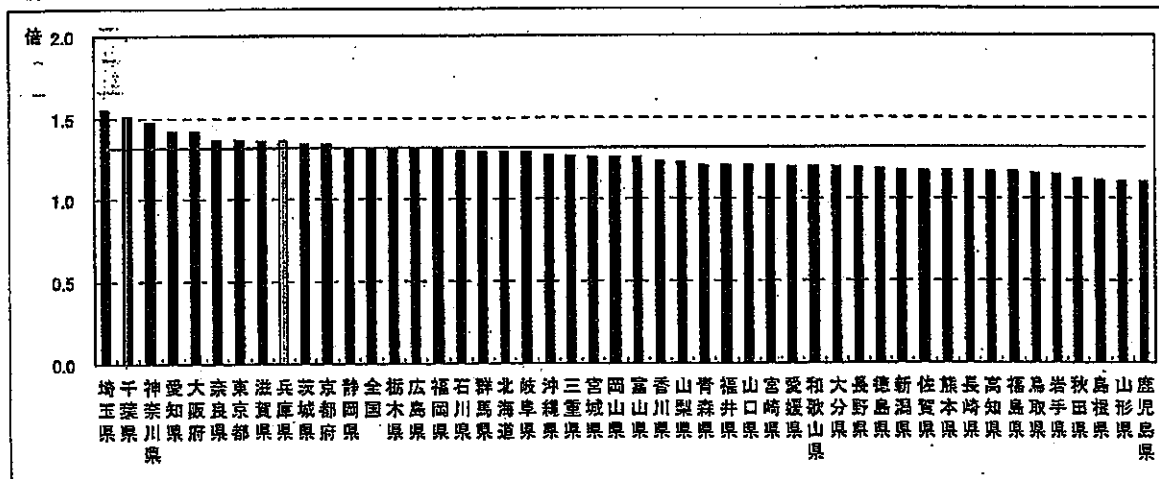
出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）

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

		平成 17年	平成 22年	平成 27年	平成 32年	平成 37年	平成 42年	平成 47年
兵 庫 県	0～14歳	100.0	94.1	83.8	73.7	66.4	62.1	58.7
	15～64歳	100.0	95.6	90.0	86.4	83.2	78.6	73.0
	65歳以上	100.0	116.4	135.0	142.7	144.0	145.3	147.8
	うち75歳以上	100.0	124.5	145.4	169.4	197.4	204.5	200.0
	合計	100.0	99.5	98.1	95.8	92.9	89.6	85.8
全 国	0～14歳	100.0	93.7	84.4	75.1	68.0	63.4	59.8
	15～64歳	100.0	96.3	91.0	87.2	84.1	79.8	74.5
	65歳以上	100.0	114.2	131.1	139.4	141.1	142.3	144.6
	うち75歳以上	100.0	122.2	141.4	161.0	186.2	194.7	192.0
	合計	100.0	99.5	98.2	96.1	93.3	90.2	86.6

図表：平成 17～27 年度における高齢者（65 歳以上人口）の伸び（推計）

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



ウ 生活習慣病予防対策

高齢者人口の増加に伴い、生活習慣病の患者も増加していくことが見込まれますが、生活習慣病を発症前に抑止できれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができますことから、中長期的な視野に立った生活習慣病予防対策の必要性が高まっています。

【生活習慣病予防に向けた本県の取り組み】

- 医療費適正化の取組みは、医療費の抑制自体を目的とするものではなく、あくまで県民の健康の維持・増進の結果として達成されるべきものです。
- 本県では、このような観点から、平成17年度に、県民自らが自主的に行う健康づくりの取組みを支援するため、個々人の健康状態に応じた「健康増進プログラム」を開発し、平成18年度から5カ年計画として「健康マイプラン100万人運動」推進しています。

エ 平均在院日数

入院が医療費増加の大きな要因となっていますが、日本の平均在院日数は、日本と同様の社会保険の仕組みを持つドイツやフランスの約3倍と長くなっています。

入院治療が終われば早期に退院し、できる限り地域や在宅での暮らしを望む患者のニーズに応え、在院日数の短縮を図るためには、医療機関の機能を急性期、回復期・亜急性期、慢性期、在宅支援等に分化させ、機能分化した医療機関同士が密接に連携し、患者に切れ目なく医療サービスを提供できる体制を構築することが必要です。

第2節 「兵庫県医療費適正化計画」の概要

1. 計画策定の根拠

「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」）」第9条第1項において、「都道府県は、医療費適正化基本方針に則して、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」）を定めるものとする。」とされており、本県でも高齢者医療確保法に基づき、「兵庫県医療費適正化計画」を策定します。

2. 期 間

高齢者医療確保法第9条第1項により、都道府県医療費適正化計画は5年を1期とするものとされているため、平成20年4月から平成25年3月までの5カ年を第1期計画として策定します。

3. 基本理念

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものとします

医療費適正化のための取組みは、第一義的には、県民の生活の質を維持・向上する形で、医療そのものの効率化を目指すものとします。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものとします

75歳以上の人口は、平成17年の約12百万人から、平成37年には約22百万人に増加するものと推計されており、これに伴い、国民医療費に占める老人医療費の割合も、現在の約3分の1から約2分の1程度にまで高まるものと予想されます（平成17年5月 社会保障審議会推計）。

本県では、平成17年の1人当たり老人医療費は全国第17位とおおむね全国平均水準となっていますが、平成47年の後期高齢者数は、全国では1.92倍となるのに対して、本県では2.00倍と高齢化の進行は全国と比べて速いものと予測されます（表1-6）。

このことを踏まえ、医療費適正化のための取組みを行うことにより、その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とします。

4 計画記載事項

本計画では、高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、以下に掲げる事項を定めます。

- ① 第1号 県民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標
- ② 第2号 医療の効率的な提供に関し、達成すべき目標
- ③ 第3号 ①及び②に掲げる目標を達成するために本県が取り組むべき施策
- ④ 第4号 目標を達成するために、保険者、医療機関その他関係者の連携及び協力に関する事項
- ⑤ 第5号 医療に関する必要な調査及び分析に関する事項
- ⑥ 第6号 計画期間における医療に関する費用の見通しに関する事項
- ⑦ 第7号 計画の達成状況の評価に関する事項
- ⑧ 第8号 医療費適正化のために、本県が必要と認める事項

5 他の計画との関係

本計画の内容は、生活習慣病対策を進める健康増進計画、医療機関の機能の分化・連携や在宅医療を進め、効率的な医療提供体制の実現を目指す保健医療計画、介護保険のサービス提供基盤の整備を進める介護保険事業支援計画、療養病床の転換を進める地域ケア体制整備構想と密接に関連しています。

本計画は、これらの計画、構想のうち、医療費の適正化に関する部分を集約した計画として策定するものです。

(1) 兵庫県健康増進計画

ア 平成17年12月に政府・与党医療改革協議会から示された医療制度改革大綱では、治療重視から予防重視への転換を図っていくこととされていますが、特に生活習慣病予防については、国民の健康の確保に重要であるだけでなく、医療費の伸びの適正化にも資するものとされています。

イ この観点から、医療保険者に対して、内臓脂肪型肥満に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施（巻末資料 32ページ）を義務づけて、メタボリックシンドロームの該当者や予備群の減少を図ることとされています（高齢者医療確保法第20条）。

ウ このため、医療保険者は、「特定健診等実施計画」（計画期間：平成20～24年度）を策定し、特定健康診査・特定保健指導の実施目標率やメタボリックシンドロームの該当者、予備群の減少目標率を記載することとされています。

エ これらの医療保険者の取り組みを踏まえ、兵庫県健康増進計画に本県の目標率を記載します。

オ 兵庫県健康増進計画に基づく生活習慣病対策に関する取り組みを前提としながら、健康増進計画に定める特定健康診査、特定保健指導の実施率の目標に基づき、本計画でも特定健康診査、特定保健指導の実施目標率を記載します。

(2) 兵庫県地域ケア体制整備構想

ア 兵庫県地域ケア体制整備構想では、療養病床について、医療の必要性が高い患者のための病床は確保しつつ、医療の必要性の低い方のための病床は介護保険施設等に転換することにより、医療保険と介護保険の適切な役割分担を図りながら、サービス利用者の状態に即した適切なサービスの提供を促進し、限られた医療資源の有効活用を図っていくこととしています。

イ 本計画では、国が示した医療費適正化基本方針に基づき、地域ケア体制整備構想に定める療養病床転換の目標値を記載しています。

(3) 兵庫県保健医療計画

ア 兵庫県保健医療計画では、地域の医療機関の間で適切な機能の分担、連携の推進や在宅医療の普及等、医療の効率的な提供の推進を図ることとしており、これらの取り組みによって、早期の退院や在宅での医療が可能になり、結果として、平均在院日数が短縮されていくこととなります。

イ 本計画では、国が示した医療費適正化基本方針に基づき、兵庫県保健医療計画における取り組みも踏まえながら、平均在院日数の短縮目標を記載しています。

6 市町や関係機関との連携

(1) 市町との連携

市町は、住民の健康の保持の推進について健康増進の啓発事業等を行い、また、医療の効率的な提供については療養病床から転換の受け皿としての介護保険施設等の介護サービスの基盤整備を行う役割を担っています。

このため、市町との協議を行った上で、本計画を策定しています（高齢者医療確保法第9条第4項）。

(2) 関係機関との連携

幅広い関係者の意見を反映させるため、県内の医療保険者等で構成する「兵庫県保険者協議会」や、県民の健康増進、保健、医療等に関する重要事項を調査審議する「兵庫県健康対策協議会」に設置された「地域・職域連携推進協議会」での審議等を踏まえ、本計画を策定しています。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費の動向

1 本県の医療費

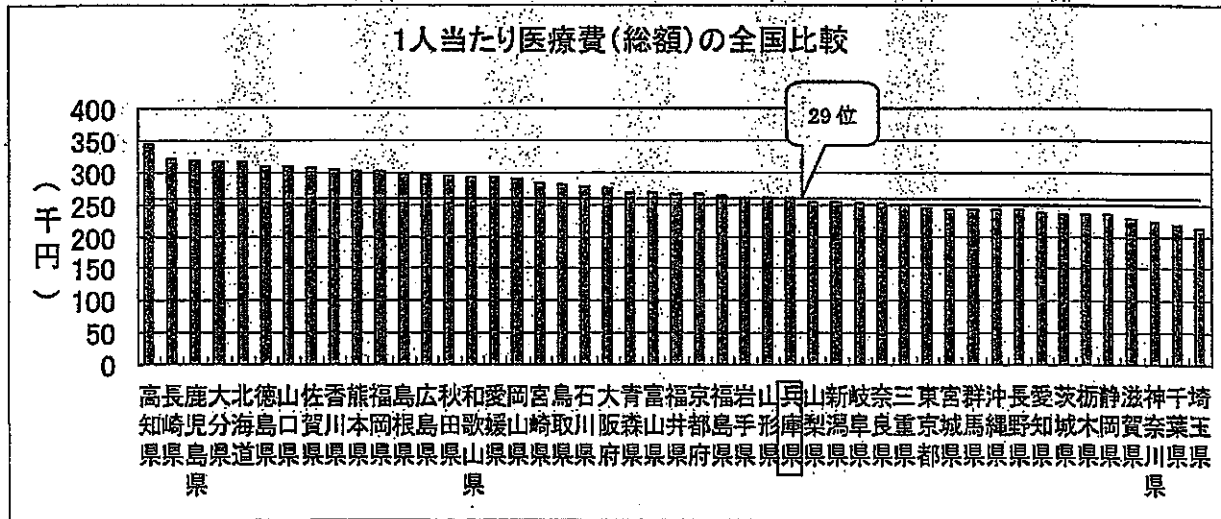
平成17年度の国民医療費は、33兆1,289億円であり、前年度に比べて1兆178億円、3.2%増加しています。過去5年間の国民医療費は、患者の一部負担の見直しや診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い伸びとなっていますが、こうした改正のなかった平成11年度や平成13年度の伸びはそれぞれ3.8%、3.2%となっており、制度改正がない場合、国民医療費は毎年1兆円（年率3～4%）程度増加する傾向を示しています（表1-(1)）。

本県の平成17年度の総医療費は、1兆4,533億円（うち老人医療費5,062億円）で、平成8年度の1兆1,951億円から2,582億円増加しています。

また、1人当たり医療費は、ほぼ全国平均並みの水準（全国第29位：260千円）となっています。

図表：1人当たり医療費の全国比較

出典：平成17年度国民医療費



	最富県	最高	最低	全国平均
1人当たり医療費	260千円(29位)	344千円(高知県)	214千円(埼玉県)	259千円

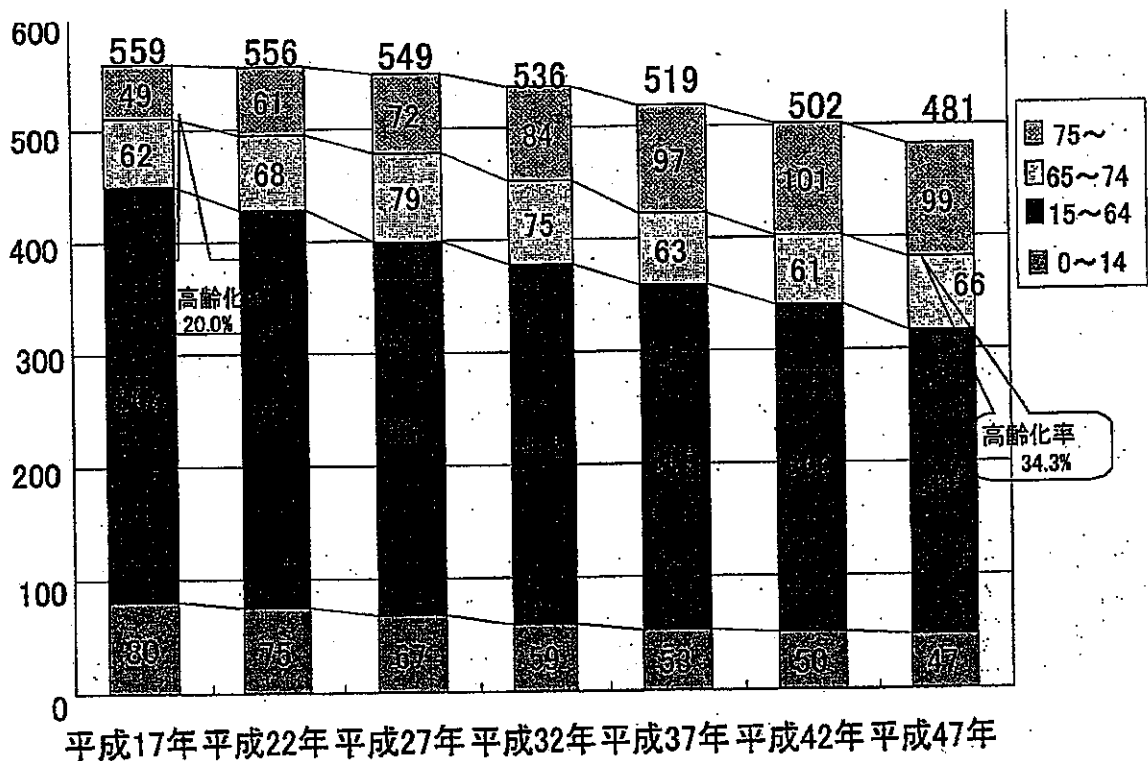
2 高齢化の進展

本県の高齢化の状況については、平成17年の高齢者(65歳以上)が約111万人で、高齢化率は約20%、高齢者1人に対する現役世代の比率は3.3人ですが、平成47年度には、約164万人となり、高齢化率は約34%、高齢者1人に対する現役世代の比率は1.6人になります。

とりわけ、後期高齢者(75歳以上)は、今後30年間に約49万人から約99万人と、その伸び率は、約2.0倍となり、老人医療費は、今後とも高い伸びを示すことが予想されるため、医療費の適正化の取り組みが必要です。

図表：兵庫県年齢別将来推計人口

出典：国立社会保障・人口問題研究所



高齢者1人に対する現役世代の比率

(単位：人)

平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
3.3	2.7	2.2	2.0	1.9	1.8	1.6

③ 老人医療費

国民医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費は、約 11.6 兆円（平成 17 年度）であり、国民医療費の 35.1% を占めています。

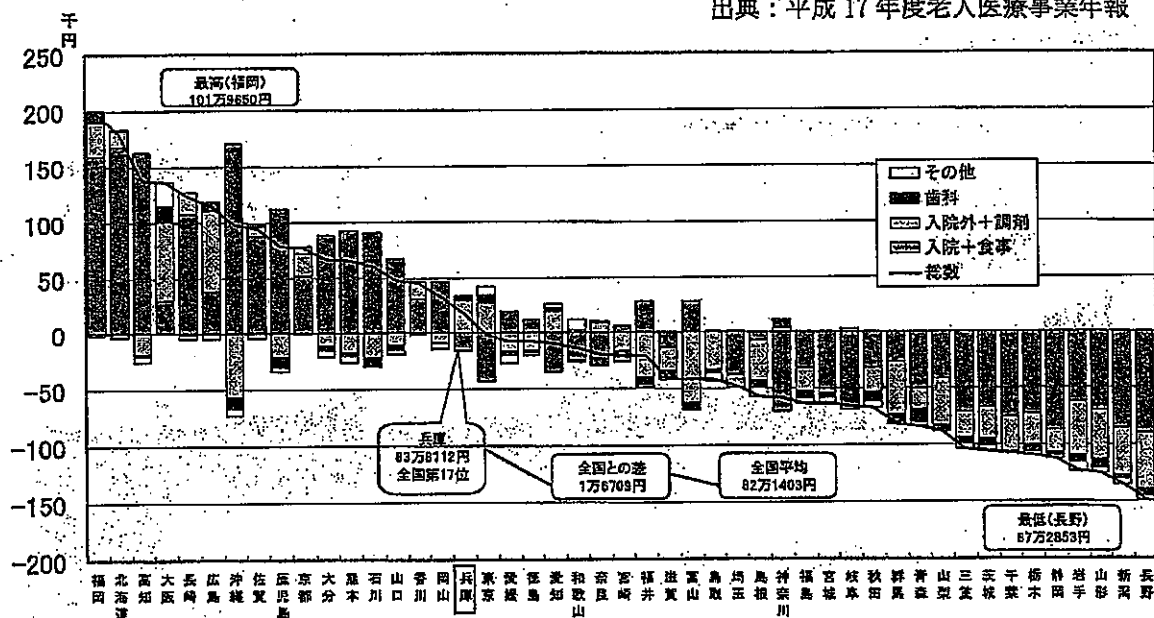
一方、本県の平成 17 年度の老人医療費総額は 5,062 億円で、総医療費の 34.8% を占めています。

○ 1 人当たり老人医療費

平成 17 年度の 1 人当たり老人医療費は、全国並みの水準となっています（全国第 17 位 対全国平均 102%）。本県では、入院外医療費・歯科医療費が全国平均より高く、入院医療費は全国平均を下回っています。

図表：1 人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国平均との差）

出典：平成 17 年度老人医療事業年報



	兵庫県	最高	最低	全国平均
総額	838,112 円 (17 位)	1,019,650 円 (福岡県)	672,853 円 (長野県)	821,403 円
入院	390,278 円 (25 位)	576,575 円 (沖縄県)	316,001 円 (長野県)	405,905 円
入院外	406,670 円 (4 位)	450,673 円 (広島県)	315,438 円 (富山県)	377,413 円
歯科	30,995 円 (6 位)	40,677 円 (大阪府)	16,745 円 (青森県)	27,176 円

老人の 1 人当たり医療費は、入院医療費の都道府県間の格差が大きく、1 人当たり入院医療費の高い県は 1 人当たり医療費も高くなっています（巻末資料 2-(6)）。

○老人医療費の3要素の状況

本県の1人当たり老人医療費を医療費の3要素で全国比較すると、1日当たりの医療費は全国平均並みですが、1件当たりの日数は短く、1人当たりの件数(受診率)は多くなっています。

〈医療費の3要素〉

1人当たりの医療費は、「1日当たりの医療費」、「1件当たりの日数」、「1人当たりの件数(受診率)」で構成され、これを「医療費の3要素」といいます。

(計算式)

$$\text{「1人当たりの医療費」} = \text{「1日当たりの医療費」} \times \text{「1件当たりの日数」} \times \text{「1人当たりの件数(受診率)」}$$

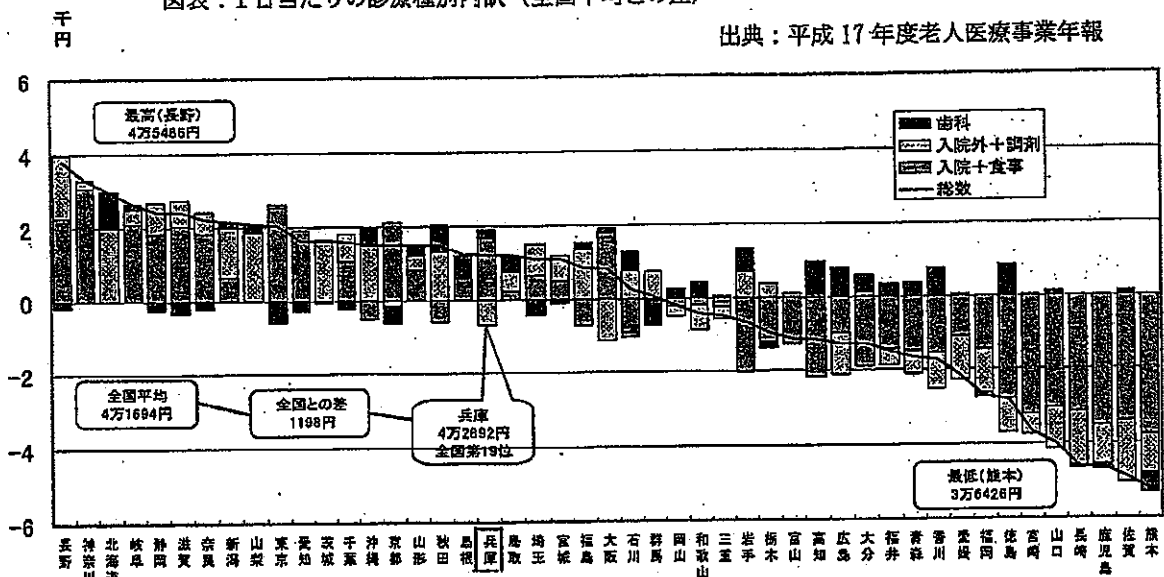
ア 1日当たりの老人医療費

本県の1日当たりの老人医療費は、4万2,892円で全国第19位(全国比102.9%)となっており、全国平均(4万1,694円)と比較し高くなっています。

診療別では、入院26,268円(全国比106.7%)と歯科7,121円(全国比103.3%)が全国平均より高くなっています。一方、入院外は、全国平均より低くなっています(全国比93.2%)。

図表：1日当たりの診療種別内訳(全国平均との差)

出典：平成17年度老人医療事業年報



	兵庫県	最高	最低	全国平均
総額	42,892円(19位)	45,486円(長野県)	36,426円(熊本県)	41,694円
入院	26,268円(11位)	27,672円(神奈川県)	20,820円(熊本県)	24,613円
入院外	9,492円(36位)	12,175円(北海道)	8,536円(佐賀県)	10,187円
歯科	7,121円(19位)	7,856円(北海道)	6,249円(群馬県)	6,894円

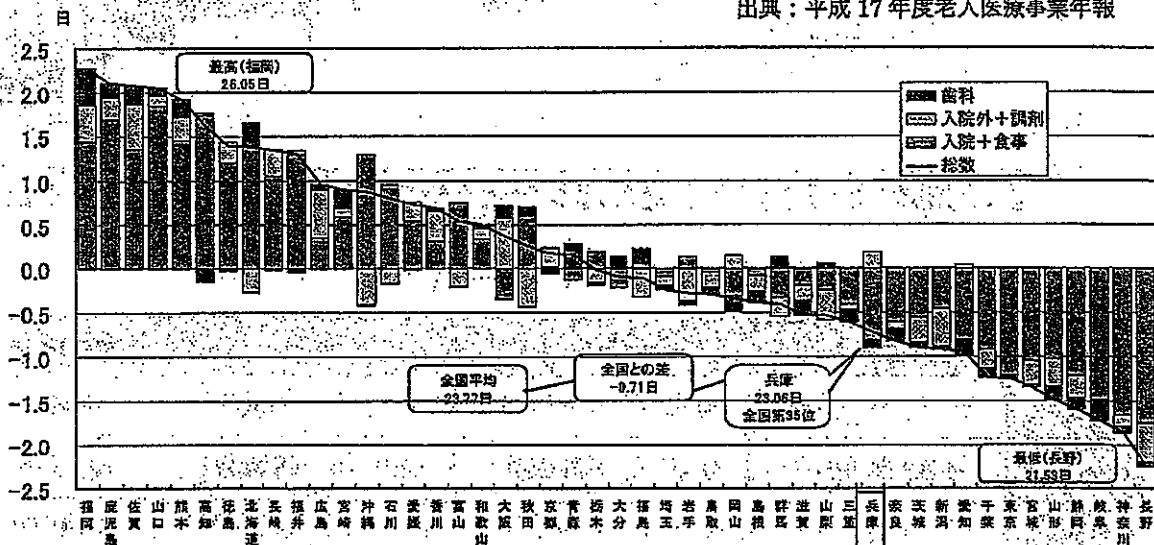
イ 1件当たりの日数

本県の1件当たりの日数は、23.06日で全国第35位(全国比 97.0%)となっており、全国平均(23.77日)より短くなっています。

特に、医療費が高額となる入院日数が18.15日と全国平均(18.96日)より短くなっていますが、入院外が2.50日と全国平均(2.31日)よりも長くなっています。

図表：1件当たりの診療種別内訳(全国平均との差)

出典：平成17年度老人医療事業年報



	兵庫県	最高	最低	全国平均
総数	23.06日(35位)	26.05日(福岡県)	21.53日(長野県)	23.77日
入院	18.15日(38位)	20.79日(山口県)	17.20日(長野県)	18.96日
入院外	2.50日(12位)	2.89日(大阪府)	1.87日(長野県)	2.31日
歯科	2.41日(36位)	2.93日(福岡県)	2.26日(岐阜県)	2.50日

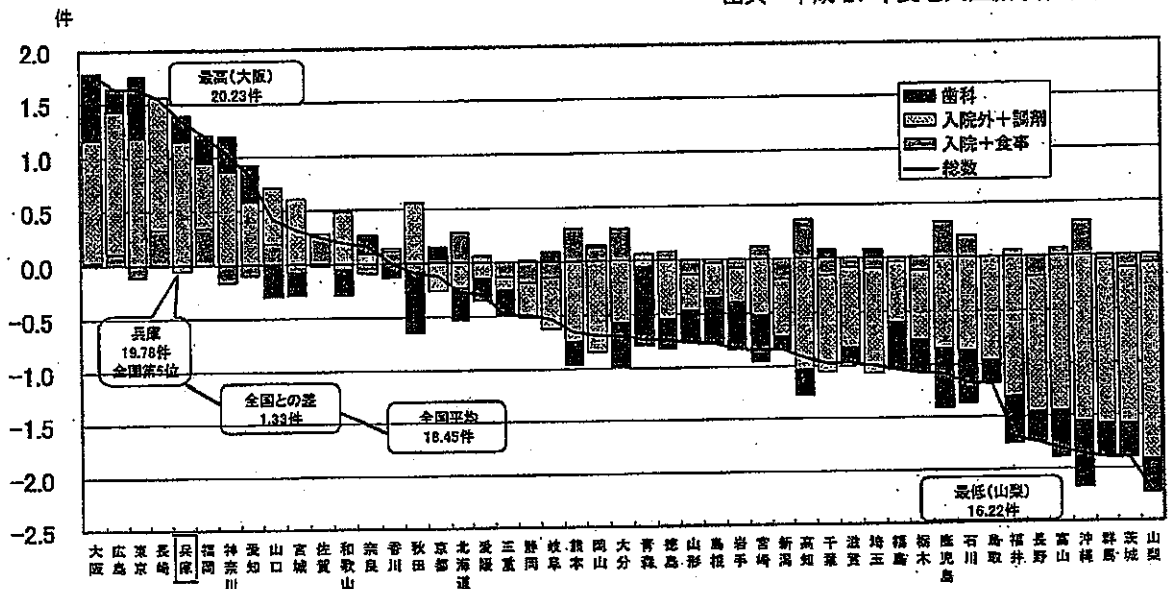
ウ 1人当たり件数

老人の入院外と歯科の医療費は、受診件数が高くなるほど、1人当たり医療費が高くなる傾向があり、特に歯科ではその傾向が顕著です。

本県の1人当たり件数は19.78件と全国第5位(107.2%)となっており、全国平均18.45件より多く、特に入院外と歯科が高くなっています(巻末資料 2-(10)、2-(11))。

図表：1人当たり件数の診療種別内訳（全国平均との差）

出典 平成 17 年度老人医療事業年報



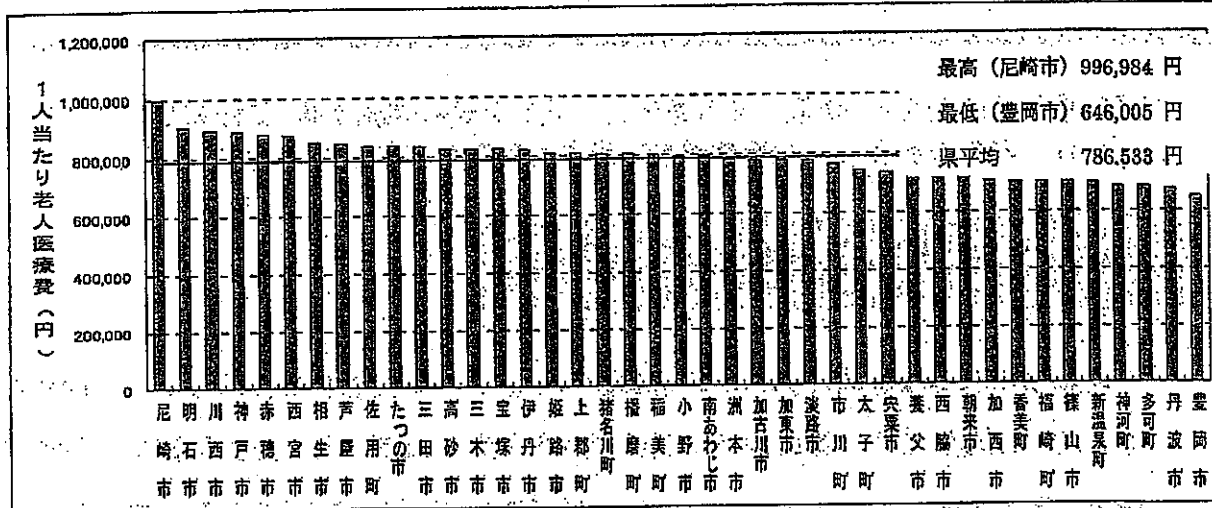
	全国第5位	最高	最低	全国平均
総数	19.78件 (5位)	20.23件 (大阪府)	16.22件 (山梨県)	18.45件
入院	0.82件 (26位)	1.22件 (高知県)	0.68件 (静岡県)	0.87件
入院外	17.15件 (4位)	14.16件 (山梨県)	17.32件 (広島県)	16.00件
歯科	1.81件 (6位)	2.20件 (大阪府)	0.84件 (青森県)	1.58件

4 老人医療費（県内市町比較）

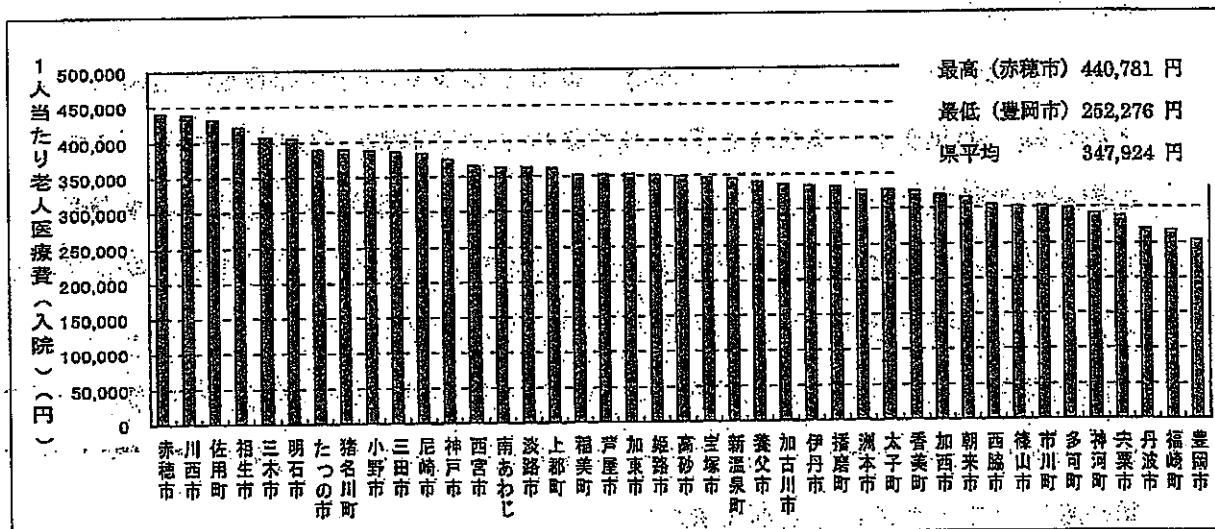
1人当たり老人医療費は、尼崎市、神戸市等都市部で高くなっており、最も高い尼崎市（996,984円）と最も低い豊岡市（646,005円）では、1.54倍の格差が生じています。

これを、入院・入院外で見ると、入院は、西播磨地域が高く、但馬地域が低くなっており、入院外については、阪神間が高く、但馬地域が低くなっています。

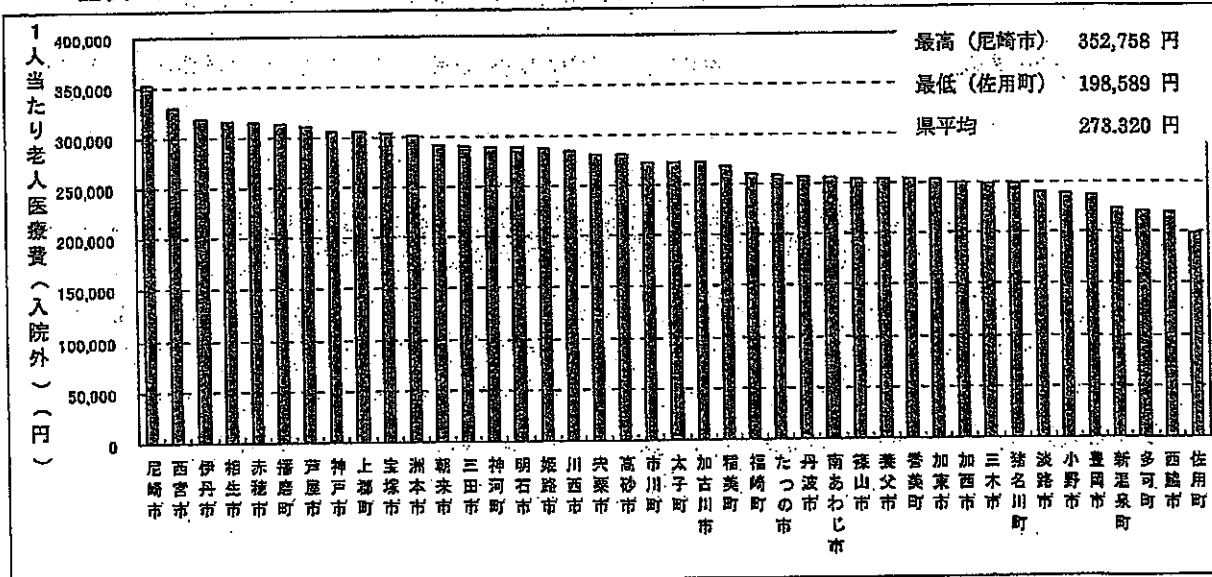
図表：1人当たり老人医療費の県内比較 出典：平成17年度「兵庫の国保老健」



図表：1人当たり老人診療費(入院)の県内比較 出典：平成17年度「兵庫の国保老健」



図表：1人当たり老人診療費(入院外)の県内比較 出典：平成17年度「兵庫の国保老健」



第2節 生活習慣病の状況

生活習慣病予防を含む、健康づくり施策は、「兵庫県健康増進計画」に記載しています。ここでは、同計画のうち、生活習慣病に関する対策を再掲しています。

1 全国の生活習慣病の有病者及び予備群の状況

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、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1を占めています。

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の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おり、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者と予備群と考えられる者とを合わせた割合は、男女とも40歳以上では高く、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達しています。

医療費適正化に向けた取り組みにおいては、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の発症、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・向上を図ることが重要です。

また、生活習慣病として、がん（悪性新生物）も大きなウェートを占めていますが、がん対策については、「兵庫県がん対策推進計画」に基づいて対策を進めていくこととしています。

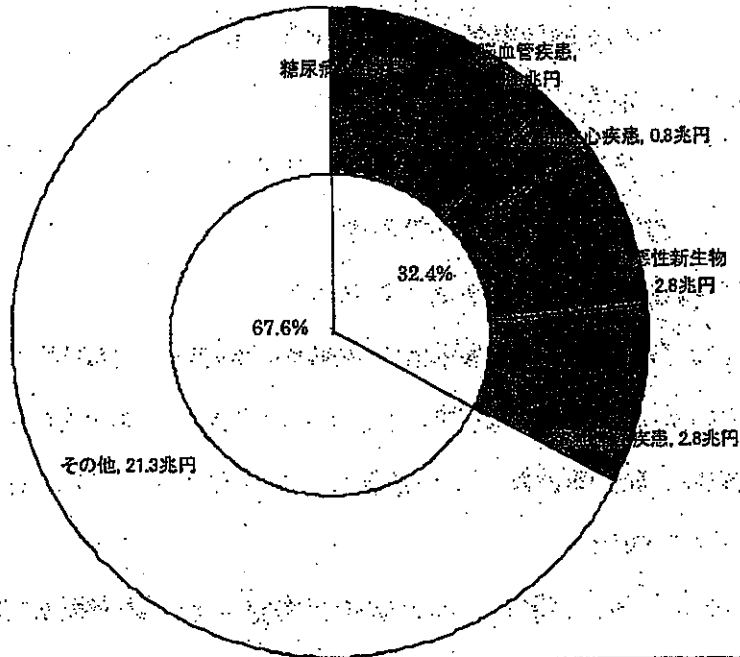
兵庫県がん対策推進計画の概要

平成9年度から、がんによる死亡率を全国平均以下にすることを目標に、「推進体制」「予防・教育啓発」「検診」「医療」「情報」「研究」の6項目を柱とする「新ひょうご対がん戦略」を総合的に推進してきましたが、がん対策基本法の制定を受け、その基本的施策である「予防・早期発見の推進」「がん医療の均てん化の推進」及び「研究の推進」の3本柱に基づきがん対策を推進することとしています。

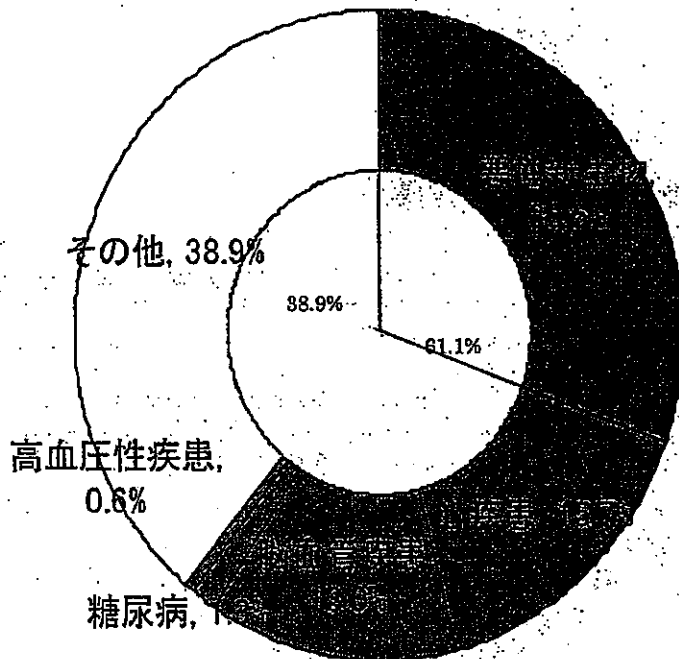
生活習慣病の医療費と死亡数割合（全国）

生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。

図表：医療費（平成15年度）
生活習慣病・・・10.2兆円（国民医療費 31.5兆円）



図表：死因別死亡割合（平成15年度）
生活習慣病・・・61.1%



2 本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況

生活習慣病の多くは、重症化しないかぎり自覚症状がほとんど無いことから、発症していても医療機関を受診することなく、日常生活を営むことができます。しかし、いったん重症化して、例えば脳梗塞や人工透析を伴う糖尿病等として発症すると、日常生活に大きな影響が生じます。

今回導入されたメタボリックシンドロームの概念は、これら疾病の発病の危険性が高まった状態をあらわすものとして示されました。そこで、メタボリックシンドロームを中心に本県の生活習慣病の現状を見ていきます。

メタボリックシンドロームの該当者と予備群の割合は、全国では、男性の2人に1人(51.4%)、女性の5人に1人(20.3%)となっていますが、本県では、男性は2人に1人(49.6%)と全国並みの水準となっていますが、女性は6人に1人(16.6%)と全国に比べて低い水準となっています。

一方、メタボリックシンドロームと密接に関連する生活習慣病である、糖尿病、高血圧症、高脂血症（脂質異常症）の状況を見ると、女性はほぼ全国値と同水準ですが、男性は糖尿病と高脂血症の有病者の比率が全国より高くなっています。

○ 糖尿病等生活習慣病の予備群・有病者の割合

[H15～18の国民健康・栄養調査本県データから]

区 分	メタボリックシンドローム		糖 尿 病		高 血 圧 症		高脂血症	
	予備群	該当者	予備群	有病者	予備群	有病者	有病者	
出現割合 (40～74歳)	男	21.6% (27.0%)	28.0% (24.4%)	18.8% (18.4%)	20.5% (13.8%)	17.4% (15.8%)	55.8% (59.0%)	25.0% (18.6%)
		49.6% (51.4%)		39.3% (32.2%)		73.2% (74.8%)		
	女	6.1% (8.2%)	10.5% (12.1%)	22.6% (22.5%)	9.4% (9.0%)	18.1% (17.8%)	43.4% (43.5%)	15.1% (17.2%)
		16.6% (20.3%)		32.0% (31.5%)		61.5% (61.3%)		

(注) ()欄は全国データ

「平成18年国民健康・栄養調査(速報)」

○糖尿病等生活習慣病の予備群・有病者の推計数（40-74歳本県推計人口×出現割合）

（注）「都道府県別将来推計人口」（H19.5）を基に推計した人口を使用。

2008年及び2012年は本計画の始期と終期、2015年は国の政策目標「25%以上減少」の目標年次

		メタボリックシンドローム		糖尿病		高血圧症		高脂血症
		予備群	該当者	予備群	有病者	予備群	有病者	有病者
2008年 (平成20年) 【計画初年】	男	264,000	343,000	230,000	251,000	213,000	683,000	306,000
	女	80,000	139,000	300,000	125,000	239,000	575,000	200,000
	計	344,000	482,000	530,000	376,000	453,000	1,258,000	506,000
		826,000		906,000		1,711,000		
2012年 (平成24年) (目標年次)	男	266,000	346,000	232,000	253,000	215,000	689,000	309,000
	女	82,000	142,000	305,000	127,000	243,000	585,000	204,000
	計	348,000	488,000	537,000	380,000	459,000	1,274,000	513,000
		836,000		917,000		1,733,000		
2015年 (平成27年) 【参考】	男	269,000	350,000	235,000	256,000	218,000	697,000	312,000
	女	83,000	144,000	310,000	129,000	248,000	596,000	208,000
	計	352,000	494,000	545,000	385,000	466,000	1,293,000	520,000
		846,000		930,000		1,759,000		

○ 国は政策目標として「生活習慣病有病者・予備群を平成20年比で平成24年に10%以上減少、平成27年に25%以上減少」させる政策目標を掲げています。

○ 本県の40歳～74歳の生活習慣病の予備群・有病者は、平成20年時点（254.8万人中）でメタボリックシンドロームは82.6万人（予備群34.4万人・該当者48.2万人）、糖尿病は90.6万人（予備群53万人・有病者37.6万人）、高血圧症は171.1万人（予備群45.3万人・有病者125.8万人）、また高脂血症有病者は50.6万人と推計されます。

また、平成24年（258.2万人中）には、それぞれ83.6万人、91.7万人、173.3万人、51.3万人へと増加すると予想されます。

○ 本県においても、国の政策目標値を踏まえ、平成24年時点でメタボリックシンドロームは75.2万人以下（予備群31.3万人・該当者43.9万人）、糖尿病は82.5万人以下

(予備群 48.3 万人・有病者 34.2 万人)、高血圧症は 156 万人以下 (予備群 41.3 万人・有病者 114.7 万人)、また高脂血症有病者 46.2 万人以下へとそれぞれの推定数の 10% 以上の減少を目標値とします。

- 県は、この目標を達成するため医療保険者等と協力し、特定健康診査・特定保健指導を推進します。

○糖尿病等生活習慣病の予備群・有病者の減少目標 (推定数)

		肥満者		糖尿病		高血圧症		高脂血症
		予備群	該当者	予備群	有病者	予備群	有病者	有病者
2012年 (平成24年) (目標値)	男	240,000	311,000	209,000	228,000	194,000	620,000	278,000
	女	73,000	128,000	274,000	114,000	219,000	527,000	184,000
	計	313,000	439,000	483,000	342,000	413,000	1,147,000	462,000
		752,000		825,000		1,560,000		
2015年 (平成27年) 【参考値】	男	202,000	263,000	176,000	192,000	164,000	523,000	234,000
	女	62,000	108,000	233,000	97,000	186,000	447,000	156,000
	計	264,000	371,000	409,000	289,000	350,000	970,000	390,000
		635,000		698,000		1,319,000		

(注) 2012年(H24)は本計画の終期(H20年比10%以上減少)、2015年は国の政策目標「H20年比25%以上減少」の目標年次。

③ 生活習慣病に分類される疾患の状況

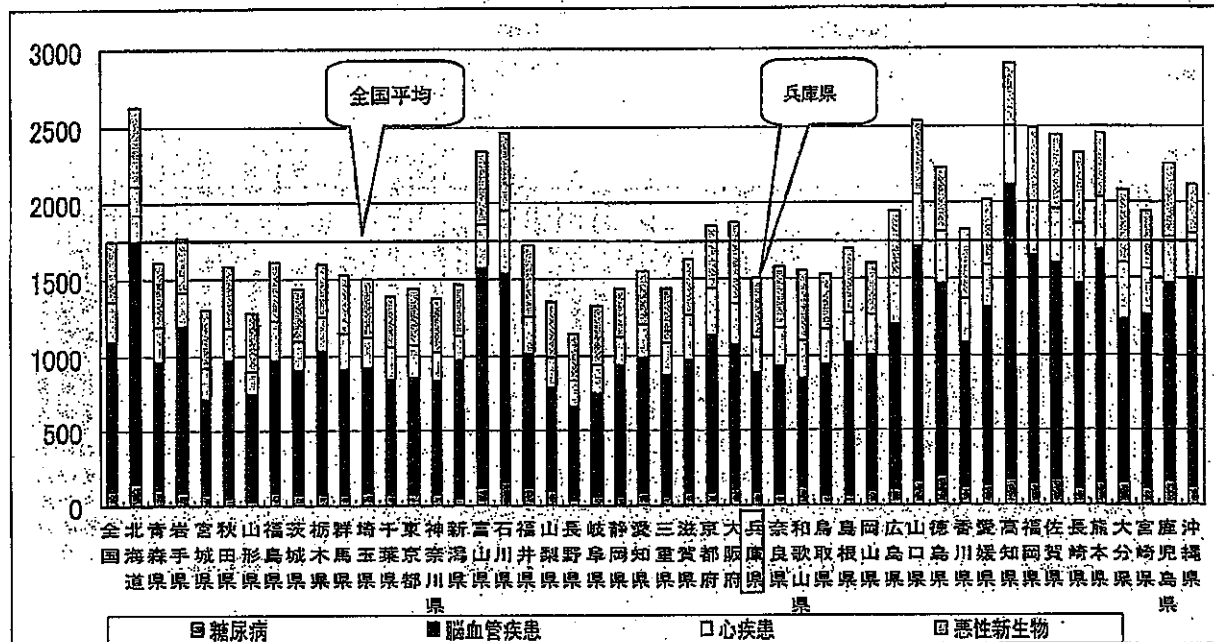
(1) 受療動向

ア 入院

- 本県の人口10万人当たり生活習慣病(悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病)の入院受療率(70歳以上)は、いずれも全国平均より低い水準にあります。
- この要因としては、次のイに記載しているとおり、本県では入院外の受療率が全国平均より高いことによる、早期発見、早期治療の効果が現れていると考えられます。

図表：人口10万人当たり生活習慣病入院受療率（70歳以上）

出典：平成17年度患者調査



○ 人口10万人当たり入院受療率（70歳以上）

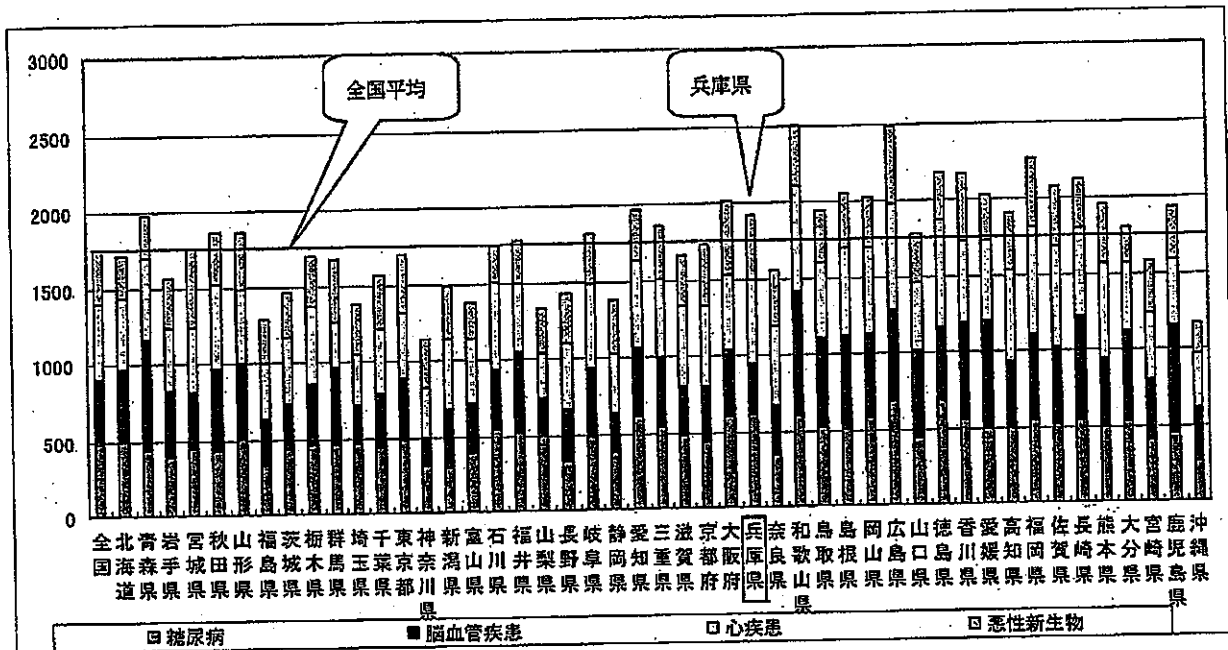
	兵庫県	最高	最低	全国平均
糖尿病	85人(26位)	200人(徳島県)	26人(山形県)	96人
脳血管疾患	802人(38位)	1,941人(高知県)	629人(長野県)	1,000人
心疾患	233人(26位)	418人(石川県)	150人(山形県)	252人
悪性新生物	379人(33位)	527人(大阪府)	298人(長野県)	403人
4病の合計	1,499人(35位)	2,910人(高知県)	1,277人(長野県)	1,751人

イ 入院外

本県の人口10万人当たり生活習慣病の入院外受療率（70歳以上）は、脳血管疾患は全国平均を下回っていますが、糖尿病、心疾患、悪性新生物については、全国平均を上回っています。

図表：人口10万人当たり生活習慣病入院外受療率（70歳以上）

出典：平成17年度患者調査



○図表：人口10万人当たり入院外受療率（70歳以上）

	兵庫県	最高	最低	全国平均
糖尿病	608人(3位)	682人(広島県)	261人(沖縄県)	481人
脳血管疾患	331人(38位)	813人(和歌山県)	186人(神奈川県)	429人
心疾患	558人(13位)	714人(徳島県)	285人(群馬県)	485人
悪性新生物	423人(6位)	514人(広島県)	197人(沖縄県)	360人
4疾病の合計	1,920人(17位)	2,500人(和歌山県)	1,284人(神奈川県)	1,755人

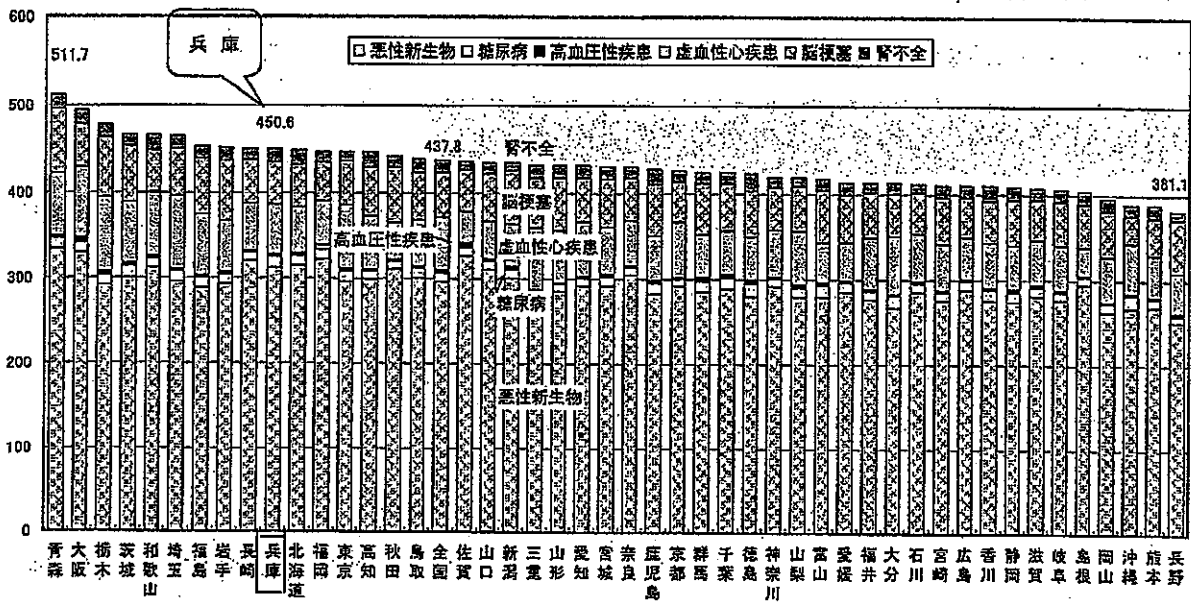
(2) 死亡率

○ 本県の、主な生活習慣病（悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、腎不全）の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は450.6と、全国第10位で、全国平均より高い状況にあり、死因別は、1位が悪性新生物、2位が虚血性心疾患、3位が脳梗塞となっています。

○ 全国の年齢調整死亡率と比較してみると、糖尿病は死亡率の高い方から、全国第6位、腎不全は全国第14位で全国平均より高く、虚血性心疾患は全国第19位、高血圧性疾患は全国第23位、脳梗塞は全国第31位で全国平均より低くなっています。

図表：主な生活習慣病 年齢調整死亡率（人口10万対）

出典：平成19年度人口動態特殊調査



	兵庫県	最高	最低	全国平均
悪性新生物	311.1人(10位)	333.7人(青森県)	250.6人(長野県)	295.0人
糖尿病	13.2人(6位)	16.3人(沖縄県)	8.0人(長野県)	11.2人
高血圧性疾患	3.1人(23位)	6.9人(大阪)	1.7人(秋田県)	3.6人
虚血性心疾患	57.1人(19位)	87.5人(栃木県)	32.6人(島根県)	60.8人
脳梗塞	49.9人(31位)	72.9人(青森県)	31.5人(沖縄県)	53.1人
腎不全	15.4人(14位)	20.3人(徳島県)	9.3人(新潟県)	14.1人

第3節 生活習慣病の医療費の状況

兵庫県国民健康保険（平成19年5月診療分）の状況を記載しています。

1 全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合

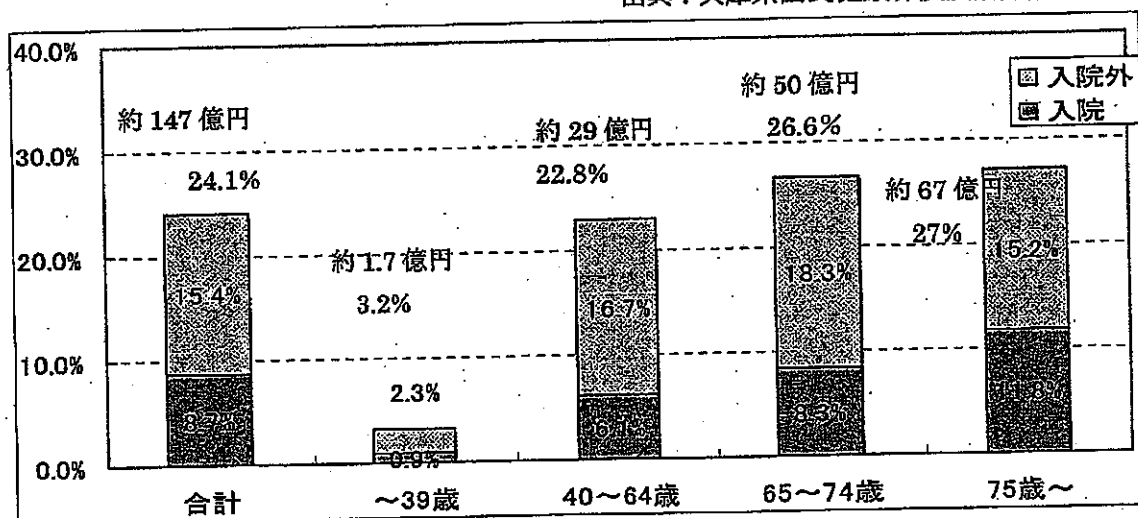
39歳以下では、3.2%となっていますが、40歳～64歳で22.8%と急増し、65歳～74歳で26.6%へ増加しています。

なお、入院は、年齢とともに増加していますが、入院外は、75歳以上で減少しています。

このことから、医療保険者が実施する、40歳以上を対象とする特定健診・特定保健指導が、県民の健康を維持し、医療費の適正化に重要と考えられます。

図表：全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合

出典：兵庫県国民健康保険疾病分類統計



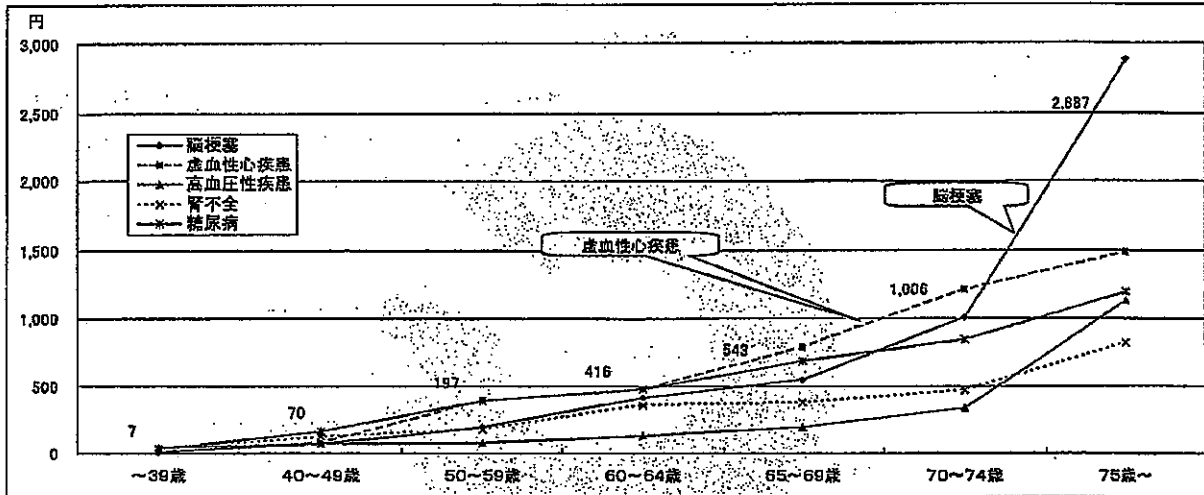
2 年齢階層別 被保険者1人当たりの医療費

ア 入院では、40～60歳代は虚血性心疾患が最も多く、70歳代から脳梗塞の医療費が急増しています。

【入院】

図表：年齢階層別、被保険者1人当たり医療費（入院）

出典 平成17年度兵庫県国民健康保険疾病統計

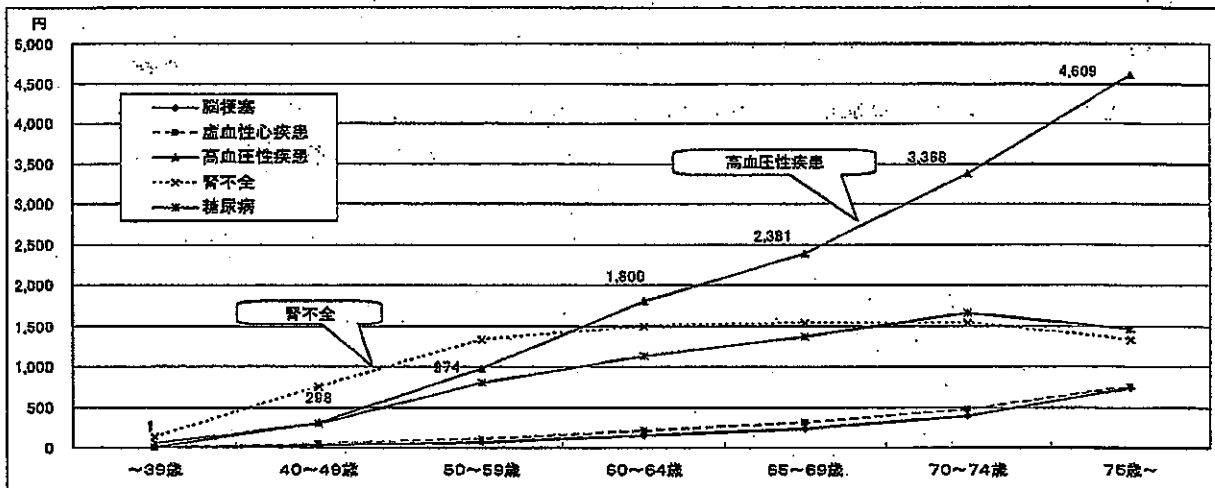


イ 入院外では、40歳代、50歳代は、腎不全が最も多く、60歳代から、高血圧性疾患が急増しています。

【入院外】

図表：年齢階層別、被保険者1人当たり医療費（入院外）

出典 平成17年度兵庫県国民健康保険疾病統計



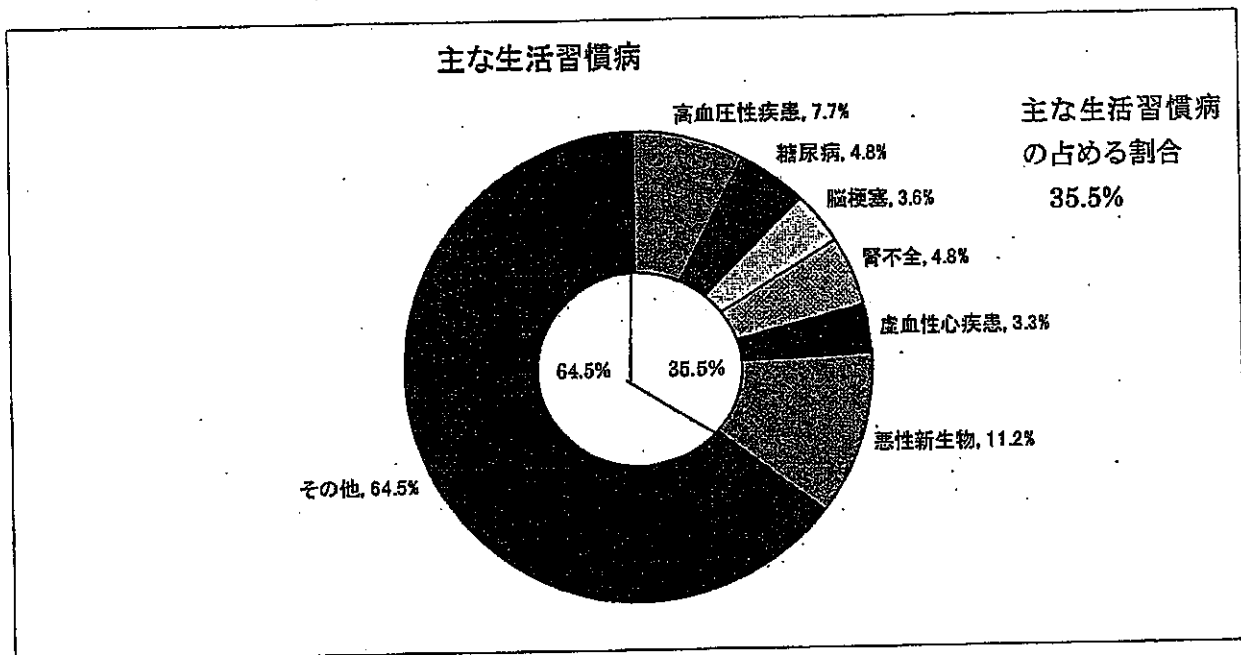
3 生活習慣病・悪性新生物の医療費の状況

全医療費の約35.5%を生活習慣病及び悪性新生物の医療費が占めています。

1人当たり医療費では、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全が上位3位となっています。

図表：診療費に占める主な生活習慣病の占める割合

出典：H19.5 診療分 兵庫県国民健康保険疾病統計



○1人当たり診療費の上位を占める10疾病

1人当たり診療費が高い上位10疾病のうち、生活習慣病が6疾病（高血圧性疾患、糖尿病、腎不全、脳梗塞、その他の悪性新生物、虚血性心疾患）を占めており、医療費を増加させる大きな要因となっています。

図表：1人当たり診療費の上位を占める10疾病

出典：兵庫県国民健康保険疾病統計

順位	疾病名	1人当たり診療費(円)
①	高血圧性疾患	2,174
②	糖尿病	1,367
③	腎不全	1,363
④	歯肉炎及び歯周疾患	1,255
⑤	その他の心疾患	1,042
⑥	脳梗塞	1,028
⑦	その他の悪性新生物	1,024
⑧	統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害	944
⑨	虚血性心疾患	943
⑩	骨折	811

第4節 病床数の状況

療養病床の転換計画は、「地域ケア体制整備構想」で定めています。ここでは、同構想の概要を再掲しています。

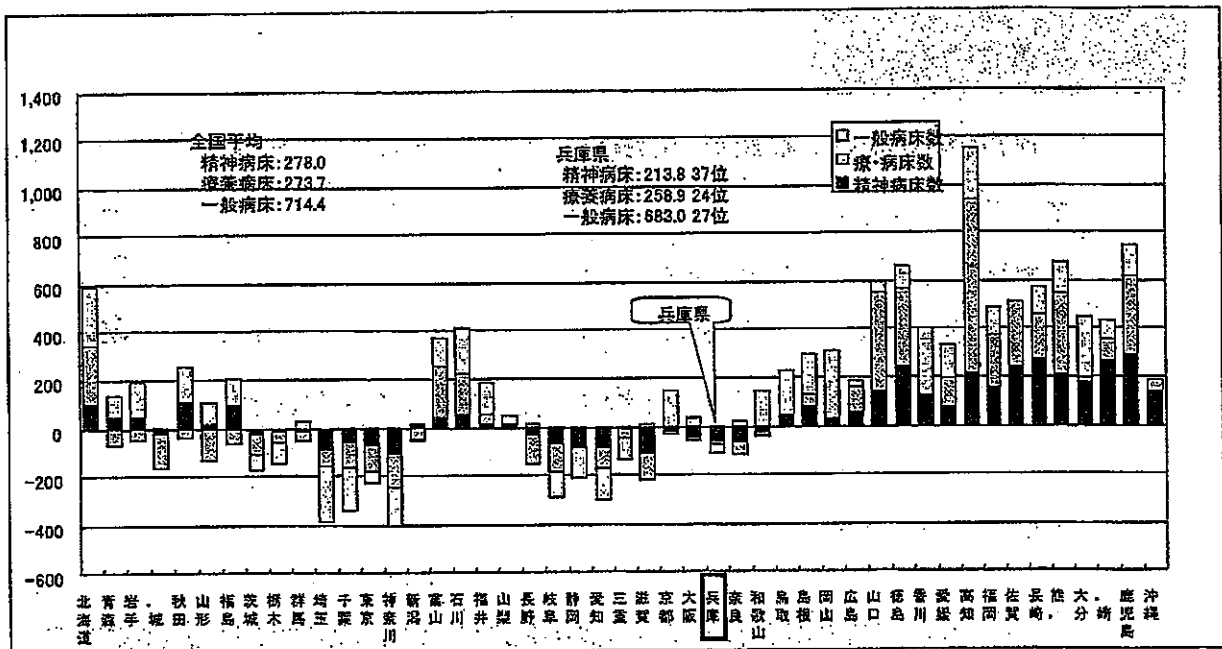
1. 全般的な状況

本県の平成16年度の人口10万人当たりの一般病床は、全国平均より少なくなっています（兵庫県 683.0床、全国平均 714.4床）。

また、療養病床（兵庫県 258.9床、全国平均 273.7床）、精神病床（兵庫県 213.8床、全国平均 278.0床）も全国平均より少なくなっています。

図表：人口10万対病床数（全国平均との差）

出典：平成16年度医療施設機能調査



	兵庫県	最高	最低	全国平均
一般病床	683.0床(37位)	962.7床(大分県)	483.4床(埼玉県)	714.4床
療養病床	258.9床(27位)	994.4床(高知県)	135.4床(宮城県)	273.7床
精神病床	213.8床(39位)	568.9床(鹿児島県)	165.2床(滋賀県)	278.0床
合計	1155.7(34位)	2413.2床(高知県)	859.5床(神奈川県)	1416.6床

2 療養病床の状況

本県の療養病床数は15,155病床で、その内訳は、医療型が9,382病床、介護療養型が4,756病床、回復期リハビリテーション病床が1,017病床となっています。

図表：療養病床数の状況

出典：医療施設動態調査（平成18年10月末概数）

療養病床	兵庫県	最高	最低
医療療養病床	9,382床(5位)	18,179床(北海道)	1,285床(鳥取県)
介護療養病床	4,756床(6位)	8,749床(北海道)	284床(山梨県)
回復期リハビリテーション病床	1,017床(6位)	2,351床(福岡県)	0床(滋賀県)
合計	15,155床	—	—

3 入院患者の状況

医療療養病床の入院患者 8,037人のうち、医療区分1が1,946人で24.2%、医療区分2が4,416人で54.9%、医療区分3が1,675人で20.8%となっており、医療区分2が大きな割合を占めています。

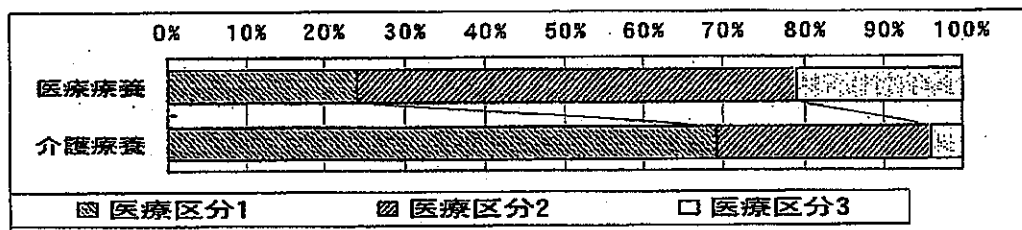
介護療養病床では、入院患者1,399人のうち医療区分1が966人で69.0%、医療区分2が379人で27.1%、医療区分3が54人で3.9%となっています。

図表：本県の療養病床の状況

(県調査：平成19年8月1日現在)

	合計	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療療養病床	8,037人	1,946人	4,416人	1,675人
	100%	24.2%	54.9%	20.8%
介護療養病床	1,399人	966人	379人	54人
	100%	69.0%	27.1%	3.9%

※介護療養病床は、3月、6月、9月、12月生まれの患者を調査（全体の約3分の1）



(医療区分について)

重い ↑ ↓ 軽い	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・慢性閉塞性肺疾患（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。

○療養病床及び介護保険施設の圏域別配置状況

本県が調査した、平成19年4月1日現在の療養病床及び介護保険施設の圏域別配置状況は、次のとおりです。

高齢者人口1万人当たりの病床数・入所定員数は、療養病床単独では県東部の内陸部と淡路島が多く、特別養護老人ホームと介護老人保健施設を合わせた全体では瀬戸内海沿岸の人口密集地で少なくなっています。

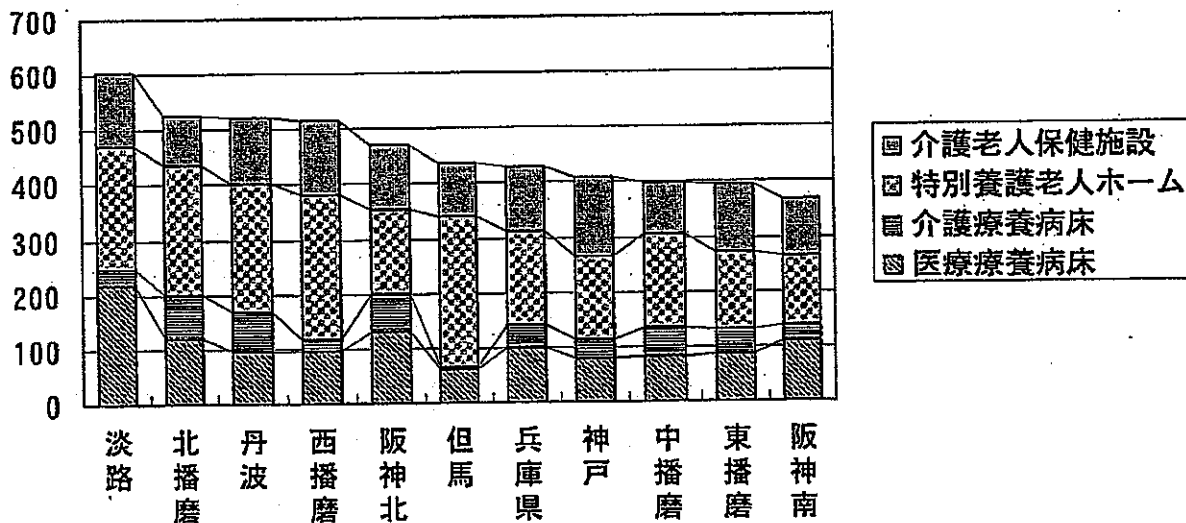
高齢者人口1万人当たりの病床数・入所定員数を圏域別に比較すると、療養病床数は、最も多い淡路圏域（248床）と最も少ない但馬圏域（64床）では3.9倍の格差がありますが、病床・定員数全体では最も多い淡路圏域（606床）と最も少ない阪神南圏域（367床）の格差は1.7倍とその差は縮まっています。

図表：本県の圏域別療養病床の状況

平成 19 年 4 月 1 日現在

	療養病床		医療療養病床		介護療養病床		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	計		高齢者人口 (国調)		
	病床数	高齢者人口 1万人当たり 病床数	病床数	高齢者人口 1万人当たり 病床数	病床数	高齢者人口 1万人当たり 病床数	定員数	高齢者人口 1万人当たり 定員数	病床・定員数	高齢者人口 1万人当たり 病床・定員数			
神戸	3,506床	115床	2,455床	80床	1,051床	34床	4,562床	149床	4,366床	143床	12,434床	407床	305,301
阪神南	2,554床	136床	2,083床	111床	471床	25床	2,376床	127床	1,968床	105床	6,898床	367床	187,750
阪神北	2,534床	199床	1,641床	129床	893床	70床	1,980床	156床	1,487床	117床	6,001床	472床	127,263
東播磨	1,600床	129床	1,058床	85床	542床	44床	1,779床	143床	1,535床	123床	4,914床	395床	124,313
北播磨	1,264床	198床	768床	120床	496床	78床	1,524床	238床	582床	91床	3,370床	527床	63,993
中播磨	1,470床	133床	908床	82床	562床	51床	1,915床	173床	1,014床	91床	4,399床	397床	110,855
西播磨	749床	117床	616床	97床	133床	21床	1,689床	265床	836床	131床	3,274床	513床	63,785
但馬	340床	64床	320床	60床	20床	4床	1,474床	277床	510床	96床	2,324床	437床	53,202
丹波	514床	167床	298床	97床	216床	70床	714床	233床	376床	123床	1,604床	523床	30,689
淡路	1,027床	248床	890床	215床	137床	33床	926床	224床	555床	134床	2,508床	606床	41,413
兵庫県	15,558床	140床	11,037床	100床	4,521床	41床	18,939床	171床	13,229床	119床	47,726床	431床	1,108,564

図表：高齢者人口1万人当たりの病床数・入所定員数



第5節 平均在院日数の状況

平均在院日数とは、病院に入院した患者の入院日数の平均値を示すものであり、病院報告においては、次の算定式により算出することとされています。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \times 1/2}$$

- 平成 18 年度の全国の平均在院日数（介護療養病床を除く）は、32.2 日であり、本県の日数は、30.0 日と全国平均より短く（全国第 37 位）、最短の長野県（25.0 日）より 5.0 日長くなっています。

病床種類別では、一般病床は全国平均 19.2 日に対して本県は、18.5 日、療養病床は、全国平均 171.4 日に対して本県は、165.0 日、精神病床は、全国平均 320.3 日に対し本県は、387.9 日となっており、精神病床の平均在院日数が全国平均と比較して長くなっています。

図表：本県の平均在院日数（総数）の推移

出典：平成 18 年度病院報告

年度	本県の平均在院日数 (総数)	全国順位	全国の平均在院日数
平成 13 年度	35.9	第 37 位	39.8
平成 14 年度	34.8	第 35 位	37.5
平成 15 年度	33.8	第 35 位	36.4
平成 16 年度	33.9	第 36 位	36.3
平成 17 年度	33.2	第 36 位	35.7
平成 18 年度	32.4	第 36 位	34.7
平成 18 年度(※)	30.0	第 37 位	32.2

※ ①介護療養病床を除く日数です。

②本計画では、介護療養病床を除く平均在院日数を目標値とします。

③介護療養病床を除く平均在院日数は、平成 18 年から算出が開始されています。

図表：都道府県別平均在院日数（介護療養病床除く）

出典：平成18年病院報告

	日数	順位		日数	順位		日数	順位
全国平均	32.2	36位	富山県	33.2	25	島根県	32.6	29
北海道	37.1	10	石川県	35.3	15	岡山県	32.1	30
青森県	35.1	17	福井県	32.8	27	広島県	34.8	20
岩手県	35.5	14	山梨県	34.8	20	山口県	42.8	5
宮城県	29.0	39	長野県	30.0	37	徳島県	43.2	4
秋田県	35.3	15	岐阜県	27.5	42	香川県	32.7	28
山形県	28.9	40	静岡県	28.8	41	愛媛県	35.9	13
福島県	35.0	18	愛知県	27.4	44	高知県	46.4	3
茨城県	31.9	32	三重県	32.9	26	福岡県	39.6	9
栃木県	34.9	19	滋賀県	27.5	42	佐賀県	48.5	1
群馬県	31.2	34	京都府	31.3	33	長崎県	42.4	6
埼玉県	33.3	24	大阪府	29.6	38	熊本県	42.1	7
千葉県	30.4	36	兵庫県	30.0	37	大分県	36.1	12
東京都	25.4	46	奈良県	30.5	35	宮崎県	40.5	8
神奈川県	25.5	45	和歌山県	34.2	22	鹿児島県	47.7	2
新潟県	32.1	30	鳥取県	33.9	23	沖縄県	36.3	11

図表：病床の種類別平均在院日数（単位：日）

出典：平成18年度病院報告

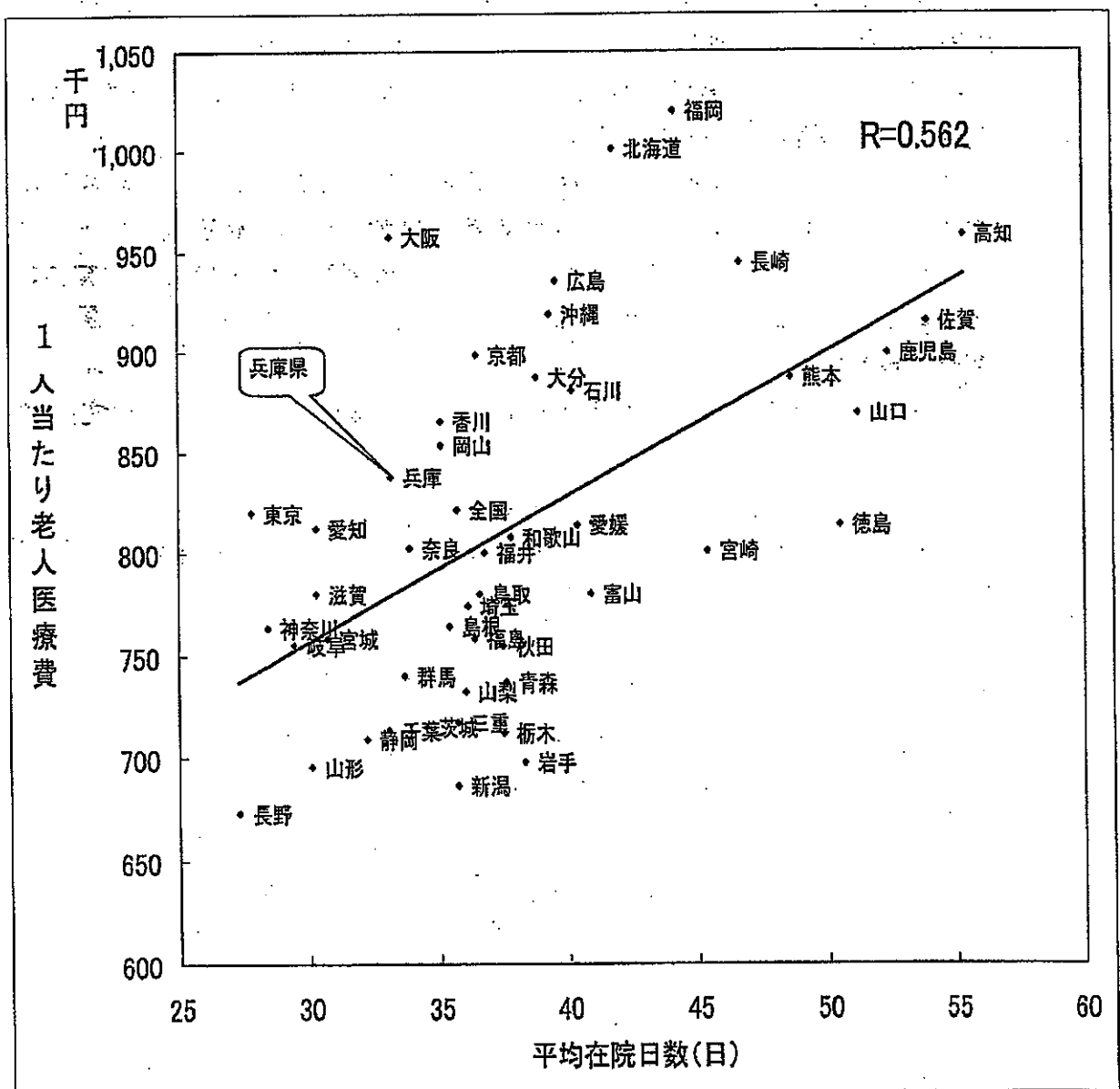
年次	全病床	順位	全国	一般病床	順位	全国	介護病床	順位	全国
平成16年度	33.9	36位	36.3	19.6	36位	20.2	163.8	24位	172.6
平成17年度	33.2	36位	35.7	19.1	40位	19.8	164.7	24位	172.8
平成18年度 (介護療養病床 除く)	32.4 (30.0)	36位 (37位)	34.7 (32.2)	18.5 —	39位 —	19.2 —	165.0 —	25位 —	171.4 —

年次	特別病床	順位	全国	特別病床	順位	全国	特別病床	順位	全国
平成16年度	412.2	8位	338.0	75.8	28位	78.1	8.5	22位	10.5
平成17年度	401.6	5位	327.2	68.5	29位	71.9	3.3	33位	9.8
平成18年度	387.9	11位	320.3	65.3	33位	70.5	17.0	4位	9.2

- 平均在院日数と1人当たり老人医療費は、高い相関関係にあることから、現在の本県の平均在院日数は全国平均よりも短くなっているものの、将来的には、本県の高齢者数の伸び率が全国を上回る見通しであることから、本県においても、老人医療費の適正化には平均在院日数の短縮が必要です。

図表：平均在院日数と1人当たり老人医療費の相関

出典：平成17年度老人医療事業年報
平成17年度病院報告



第3章 医療費適正化計画に向けた目標及び目標達成による 医療費の推計

第1節 兵庫県医療費適正化計画の目標

高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、「県民の健康の保持の推進に関する目標」と「医療の効率的な提供の推進に関する目標」を設定します。

県民の健康の保持の推進に関する目標

不適切な生活習慣により、生活習慣病を原因とした1人当たり医療費が、高齢期に向けて徐々に増加し、更に、それが生活習慣の改善が十分になされないために重症化し、75歳頃を境にして生活習慣病を原因に入院医療費が増加するという傾向が現れています（巻末資料 6-(7)）。

このため、生活習慣病の予防対策を推進していくことにより、通院患者、入院患者ともに減少させ、ひいては医療費の過度な伸びを適正化していくことができると考えられることから、国が定めた「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」で示された基準に基づき、本計画では、次のとおり3つの数値目標を設定します。

なお、この数値目標は、全都道府県で同一の値とすることとされています。

(1) 特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することを目指します。

(2) 特定保健指導の実施率

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断された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目指します。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成24年度におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群を、平成20年度と比較して、10%以上減少させることを目指します。

医療保険者毎の目標率 (平成24年度)

項目	全体	医療保険者	
		被扶養者比率が25%未満※	被扶養者比率が25%以上※
特定健康診査実施率	70%	単一健保・共済	80%
		総合健保・政管健保・国保組合	70%
		市町国保	65%
特定保健指導実施率	45%	45%	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	10%	10%	

※単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した目標率とする

2. 医療の効率的な提供の推進に関する目標

各都道府県の1人当たり老人医療費の格差は、入院医療費がその大きな要因となっていますが、入院医療費は人口当たり病床数や平均在院日数と高い関係があるとされています。

このため、医療費の過度な伸びの適正化を図るためには入院期間の短縮対策を講じる必要がありますが、今回の計画では療養病床のうち医療の必要性の低い方が入院する病床を介護保険施設等に転換するとともに、医療機関の機能分化・連携の推進や在宅医療の普及等を図り、医療資源を有効活用し、医療の効率的な提供を行いつつ、医療機関における入院期間の短縮を図るという考えに立って、以下の2つの目標を定めます。

(1) 療養病床の転換

本県の地域ケア体制整備構想では、平成18年10月末現在の療養病床14,138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)を、平成24年度末までに9,236床とすることとしています。

本計画では同構想の目標値を再掲しています。

【病床数の算定方法】

※国の指針に基づき平成18年10月の病床数を使用

a 県内医療療養病床数 : 9,382床

- b 県内医療療養病床のうち医療の必要性が低い方
 医療区分1 : 2,271床
 医療区分2で介護施設での対応可 : 1,067床
 計 3,338床
- c 県内介護療養病床のうち医療の必要性が高い方
 医療区分2で介護施設での対応不可 : 1,063床
 医療区分3 : 185床
 計 : 1,248床
- d 平成19～24年度の本県における後期高齢者人口の伸び率
 26.65%

$$(a - b + c) \times (1 + d) \rightarrow 9,236 \text{ 床}$$

(2) 平成24年時点の平均在院日数

平成17年に示された医療制度改革大綱では、平均在院日数について、全国平均と最短の長野県との差を平成27年度までに半分に短縮するという目標が設定されています。

この目標を踏まえ、国が示した基本方針では、平成18年時点での各都道府県と長野県との平均在院日数の差の3分の1に相当する日数を機械的に縮小することとしています。

これに基づけば、本県の平成24年における平均在院日数の目標値は28.3日となります。

【平成24年における本県の平均在院日数の算定方法】

- ①平成18年の本県の平均在院日数 : 30.0日
 ②平成18年の長野県の平均在院日数 : 25.0日
 ③平成18年の本県と長野県との平均在院日数の差 : 5.0日
 ① - ③×1/3 → 28.3日 (▲1.7日)

<参考>

平均在院日数の定義は、以下の算式で定義されています。

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

〔例〕

1日当たり300人の患者が入院しており、新規入院患者、退院患者ともに1日当たり10人ずつとした場合、以下のとおり平均在院日数は30.0日となります。

$$\frac{300 \text{ 人} \times 365 \text{ 日}}{(10 \text{ 人} + 10 \text{ 人}) \times 365 \text{ 日} \times 1/2} = 30.0 \text{ 日}$$

1日当たりの入院患者数は変化せずに、新規入院患者、退院患者ともに1日当たり10.6人ずつに増加した場合、以下のとおり平均在院日数は28.3日と、1.7日の短縮となります。

$$\frac{300 \text{ 人} \times 365 \text{ 日}}{(10.6 \text{ 人} + 10.6 \text{ 人}) \times 365 \text{ 日} \times 1/2} = 28.3 \text{ 日}$$

(3) 目標達成の方策

ア 本県では、この目標値を達成するために、平成24年度までに1.7日短縮する必要があります。

イ 兵庫県地域ケア体制整備構想は、介護療養病床の転換を主な目的としており、平成18年度の平均在院日数32.4日（介護療養病床を含む）が平成24年度末では29.9日（介護療養病床を除く）となり、2.5日の短縮効果が生じますが、国の基準に基づく目標値とは、1.6日の差が残ります。

ウ このため、医療機関の分化・連携等の取り組みにより、目標を達成することとします。

区 分	平成 18 年	平成 24 年	差 引
①地域ケア体制整備構想に基づく見込み	32.4 日（介護療養病床を含む）	29.9 日	2.5 日
②国基準に基づく見込み	30.0 日（介護療養病床を除く）	28.3 日	1.7 日
差引 ①－②	2.4 日（介護療養病床分）	1.6 日	－

※平成24年の療養病床はすべて医療療養病床（介護療養病床は平成23年度で廃止）

【参 考】

○ 平成13年から平成17年までの5年間で、本県の平均在院日数は2.7日短縮

し、全国の平均在院日数は4.1日短縮していますが、診療報酬による誘導効果が大きな要因と考えられます。

- 本県では、国の基準に基づき目標値を定めていますが、平均在院日数の短縮自体を目的とするものではなく、第4章に記載しているとおり、医療機関の分化・連携等の取り組みの結果として、目的を達成します。

第2節 目標達成による医療費の推計

- 本計画では、国の示した医療費適正化基本方針に基づき、平成20年度の医療費と平成24年度の医療費について示しますが、平成24年度の医療費については、医療費適正化の目標を達成した場合と、医療費適正化の取り組みを行わなかった場合の医療費を示します。
- 国民健康保険の医療費や老人医療費以外は、具体的に県民の医療費をとらえる手段がないため、国の示した医療費適正化基本方針に基づき、医療機関の所在地別に集計された統計データをベースにして、患者の住所地を考慮して住所地別の医療費を計算し、それを基に過去の医療費の伸び率等から、医療費適正化の取り組みを行わなかった場合の医療費を推計しています。
- 医療費適正化の目標を達成した場合の医療費の推計方法は、国の示した医療費適正化基本方針に基づき、平均在院日数の目標値のみから推計し、他の目標項目や医療費適正化の取り組みについては、本計画の医療費推計の中では考慮しないこととしています。

1. 県民の健康の保持の推進（生活習慣病対策による効果）

生活習慣病の予防対策の効果が医療費に現れてくるにはタイムラグがあるため、医療費適正化への効果の将来推計は、国と同様、第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）から記載することとします。

2. 医療の効率的な提供の推進（平均在院日数短縮による効果）

平均在院日数を、平成18年の30.0日から、平成24年には28.3日にすることによる影響を、国の示した算定方式に基づき算定しています。

なお、平均在院日数の短縮の効果は、慢性期の患者が中心とされていることから、短縮の効果は70歳以上の入院医療費について算定しています。

計画期間における医療費の推計結果

(1) 適正化に向けた取り組みを行わない場合の医療費 (億円)

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	計
総医療費	15,190	15,642	16,212	16,767	17,344	81,155
入院	5,764	5,962	6,194	6,429	6,676	31,025
入院外	8,220	8,458	8,773	9,075	9,387	43,913
歯科	1,206	1,222	1,245	1,263	1,281	6,217

(2) 適正化に向けた取り組みを行った場合の医療費 (億円)

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	計
総医療費	15,190	15,588	16,097	16,581	17,077	80,533
入院	5,764	5,908	6,079	6,243	6,409	30,403
入院外	8,220	8,458	8,773	9,075	9,387	43,913
歯科	1,206	1,222	1,245	1,263	1,281	6,217

(3) 効果 (億円)

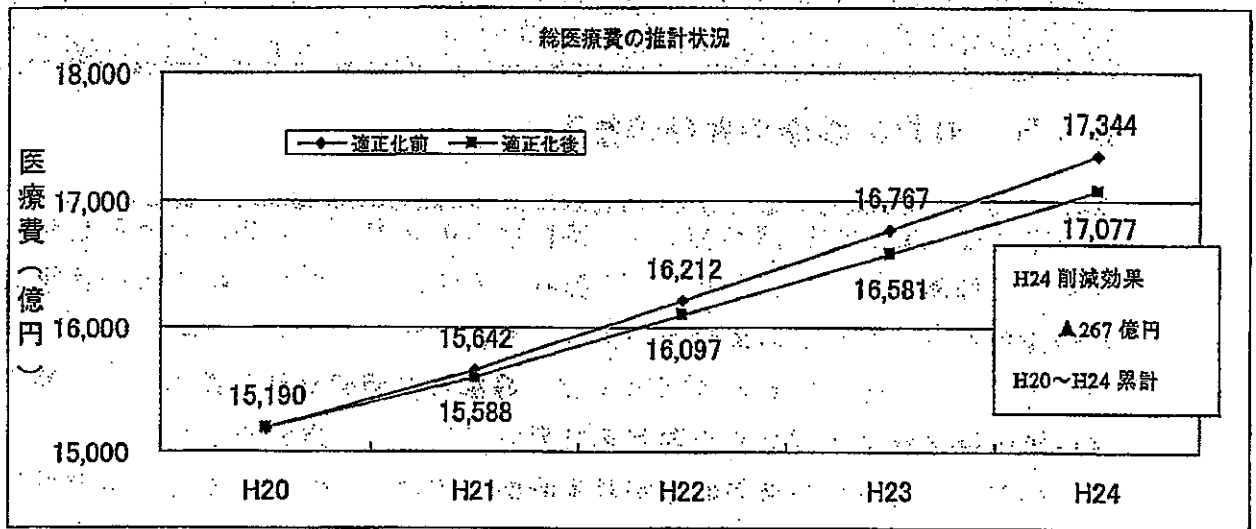
区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	計
総医療費	0	▲ 54	▲ 115	▲ 186	▲ 267	▲ 622
入院	0	▲ 54	▲ 115	▲ 186	▲ 267	▲ 622
入院外	-	-	-	-	-	-
歯科	-	-	-	-	-	-

(4) 効果額内訳 (億円)

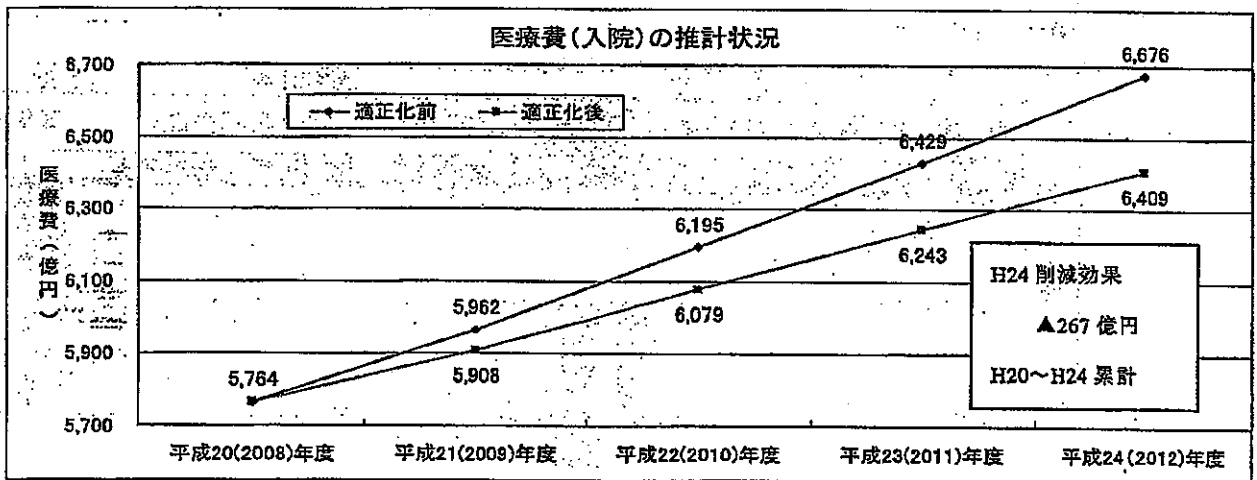
区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	計
公費	国	0	▲ 17	▲ 36	▲ 58	▲ 194
	県	0	▲ 4	▲ 8	▲ 13	▲ 43
	市町	0	▲ 3	▲ 6	▲ 10	▲ 33
保険者	市町(国保)	0	▲ 10	▲ 21	▲ 34	▲ 115
	後期高齢者医療 広域連合	0	▲ 3	▲ 7	▲ 12	▲ 39
	被用者保険	0	▲ 12	▲ 27	▲ 42	▲ 142
	窓口負担	0	▲ 5	▲ 10	▲ 17	▲ 56
計	0	▲ 54	▲ 115	▲ 186	▲ 267	▲ 622

医療費適正化取り組み後の医療については、目標値を変更した場合、それに伴い変更する可能性があります。

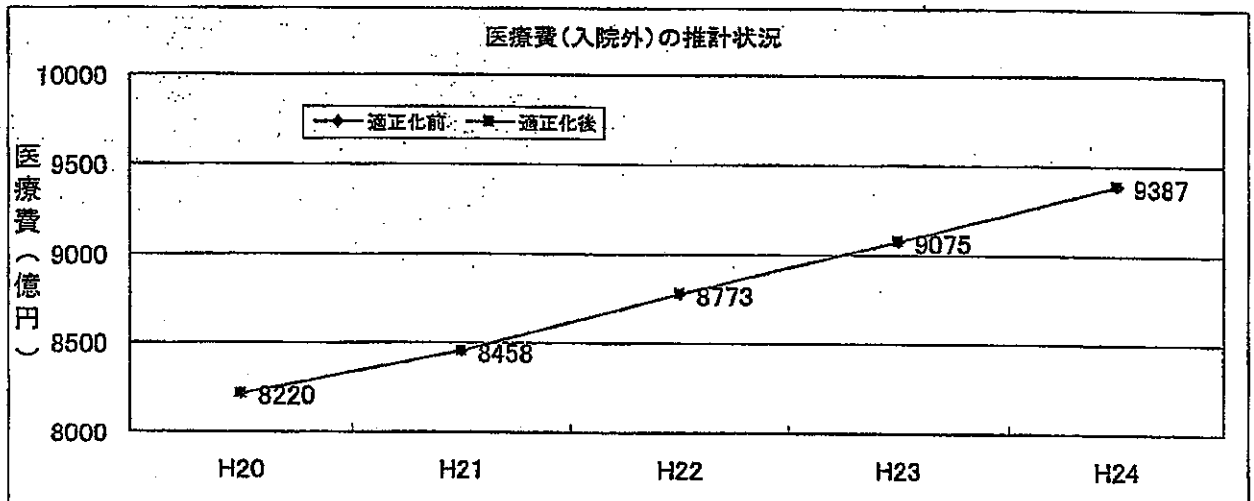
図表：総医療費の推移（平成20年度から24年度）



図表：医療費（入院）の推移（平成20年度から平成24年度）



図表：医療費（入院外）の推移（平成20年度から平成24年度）



第4章 目標達成に向けた取り組み等

第1節 県民の健康の保持の推進

本県では、既に平成18年度から、県民自らの健康づくりの取り組みを支援するために「健康マイプラン100万人運動」を実施しており、個々人の状態に応じた健康増進プログラムの提供等を行ってきました。

一方で、新たに、平成20年度からは、高齢者医療確保法に基づいて、医療保険者は特定健康診査及び特定保健指導を実施することとされました。

このため、これらの取り組みが効果的かつ円滑に行われ、また、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるため、「兵庫県健康増進計画」との整合を図りながら、以下の取り組みを行います。

図表：健診の仕組

種 類 対 象	市 町			医療保険			労働安全衛生対策	
	住民健診	がん検診	老健基本健康診査	国保健診	被用者保険健診		事業所健診	
	住 民	住 民	40歳以上	被保険者	被保険者	被扶養者	従業員	
現 行	20歳	努力規定	努		努	努	努	
	40歳		力		力	力	力	
	65歳		規 定		規 定	規 定	規 定	
20 年 度 以 降	20歳	努力規定	努		努力規定	努力規定	努力規定	
	40歳		力					
	65歳		規					
	75歳		定					

↓

(改正)

→

後期高齢者医療広域連合の
努力規定

(1) 特定健康診査及び特定保健指導実施機関の確保

県民が、特定健康診査及び特定保健指導を受ける機会を幅広く確保するためには、それらの実施機関の確保が必要です。

このため、兵庫県医師会や各郡市医師会との連携や、保健センターの活用等も含めた市町への働きかけ等により、実施機関の確保を図ります。

(2) 集合契約の枠組みの活用

特定健康診査・特定保健指導の実施は個別の医療保険者の義務となるため、国民健康保険の被保険者は、居住している市町の国民健康保険により実施されますが、被用者保険の被扶養者についても、確実に居住地で受けられるための体制の確保が必要です。

このため、県は、医療保険者と健診・保健指導機関とが集団同士で包括的な契約を行う「集合契約」（巻末資料 33 ページ）の枠組みを有効に活用できるように、市町や特定健康診査・特定保健指導実施機関との調整や情報の収集・提供等の支援を行ってきました。

(3) 特定健康診査・特定保健指導に携わる人材の育成

医療保険者が健診・保健指導事業を適切に企画・評価し、効果的な健診や保健指導を実施できるよう、県は、引き続き、兵庫県保険者協議会と協力して研修を実施し、年間500人程度の人材の育成を図ります。

【研修概要】

①基礎編、計画・評価編

- ・ 特定健診・特定保健指導の制度、手続き等に関する内容
- ・ 「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の概要

②技術編

- ・ 「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」に基づく保健指導について

(巻末資料 34 ページ)

2. 兵庫県保険者協議会の活動への支援

特定健康診査・特定保健指導の実施目標率を達成するためには、医療保険者間の連携や、健診等の実施機関との協力が重要です。

このため、県は医療保険者等で構成する兵庫県保険者協議会に参画し、次のような取り組みを行っています。

【兵庫県保険者協議会の活動への支援】

- 各都道府県では、医療保険者による保険者協議会が設置されていますが、本県では、全国で7番目となる平成17年3月に設置されています。
- 本県の保険者協議会は、69健康保険組合、政府管掌健康保険、国民健康保険（41市町国保、8国保組合）、4共済組合に加え、特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた体制づくりを共同で行うため、医療関係団体の代表として県医師会や県看護協会、県栄養士会が参画しています。
- 保険者協議会は、これまで特定健診・特定保健指導の実施のためのモデル事業や医療費分析事業を実施してきました。

今後は、県民や医療保険者に対して特定健診・特定保健指導の実施医療機関の情報や、県や市町の健康づくり事業などの情報提供を行う「データバンク事業」を実施することにより、県民の健康づくりや医療保険者の特定健診・特定保健指導を支援することとしています。

3. 市町への支援等

(1) 市町等への支援

ア 特定健康診査及び特定保健指導に関する支援

県は、市町が実施する特定健康診査及び特定保健指導の費用の一部を助成するとともに、国民健康保険調整交付金を活用し、市町の取り組みを支援しています。

【兵庫県国民健康保険調整交付金の活用】

- 平成17年度の三位一体改革により、国庫の一部が委譲され、各都道府県に国民健康保険調整交付金制度が創設されました。
- 本県では県民の健康づくりを推進するため、この交付金を活用した独自の取り組みとして、市町が行うまちぐるみ健診、がん検診、妊婦検診や、特定健診・特定保健指導への取り組みを支援してきました。
- 今後ともこのような取り組みを一層強化することにより、市町が行う住民の健康づくりを支援していくこととしています。

イ 健康増進対策への支援

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取り組みは、市町等が行う住民に対する一般的な健康増進対策と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものです。

このため、県は市町に対して必要な助言や先進的な事例、健康増進プログラム等の提供による支援を行います。

(2) 県民に対する普及啓発

県の広報誌「県民だよりひょうご」やインターネット等の各種媒体を通じた広報活動を行うとともに、財団法人兵庫県老人クラブ連合会や財団法人兵庫県健康財団等の関係団体とも広く連携しながら「健康ひょうご21県民運動」の推進や「健康増進プログラム」の活用等を通じて、県民に対して健康増進に関する普及啓発を行います。

第2節 医療の効率的な提供の推進

療養病床の再編成

患者のニーズに即した適切な医療・介護サービスの提供を促進しながら、医療保険及び介護保険の財源を効果的かつ効率的に利用し、医療・介護における専門的な人材の有効かつ効率的な利用を図っていく視点に立って、医療の必要性の高い患者に対する病床は確保し、必要な医療サービスを提供します。

一方、医療の必要性の低い方に対しては、その方の状態にふさわしい介護サービスが提供されるよう、「兵庫県地域ケア体制整備構想」に基づき、療養病床から介護施設への転換を進めることとしています。

ここでは「兵庫県地域ケア体制整備構想」の概要を記載しています。

(1) 入院患者等に対する相談体制の整備

県では、療養病床の再編成に対する入院患者、地域住民の不安を払拭し、療養病床の転換が円滑に進むように、医療や介護に関する相談窓口を設置しています。

また、療養病床の入院患者及びその家族からの在宅療養や転院についての相談は、入院中の医療機関において対応するのが基本ですが、在宅介護や介護保険施設への入所については各市町の窓口（地域包括支援センターなど）でも応じています。

市町の窓口（地域包括支援センターなど）では、患者の入院している医療機関やかかりつけ医、地域の医師会、住民団体等と連携し、患者に応じた適切なサービスが受けられる体制の整備を図ります。

(2) 医療機関への情報提供等

ア 県は、療養病床の再編成が円滑に進むよう、病床転換等に関する相談窓口を設置していますが、更に、市町とも連携を図りながら、適時適切な情報提供に努めます。

イ 療養病床の転換に当たっては、関係医療機関が自らの判断で転換先を決定することが基本となることから、県は関係医療機関の転換意向の十分な把握に努めます。

ウ 介護施設等へ転換するに当たっては、既存の施設・設備を有効利用できるようにするとともに、必要な手続きが円滑に行えるよう、県も含め、関係機関が連携して対応します。

(3) 継続的なアセスメントの実施

療養病床の再編成を進める過程で、県は、引き続き入院患者の状態や医療機関の転換意向、地域ケア体制の整備状況等を調査し、再編成の進み具合の評価・検証を行います。

(4) 国の転換支援策の情報提供

国においては、療養病床の転換を円滑に進めるために、①適切な医療・介護サービスの確保、②転換先の選択肢の拡大、③既存施設の活用、④転換費用の助成・融資等の拡充といった転換支援策を示しており、県としても、転換支援策の一環としてホームページ等を通じ、これらの情報の提供を行っています。

2. 医療機関の分化と連携

地域の医療機関の間で適切な機能の分担や連携の推進等を図ることにより、入院から退院まで切れ目のない医療が提供され、早期に自宅に帰ることができることとなれば、患者のQOL（生活の質）を高めつつ、結果として、トータルの入院期間が短縮され、医療の効率的提供の推進に資することから、「兵庫県保健医療計画」では、以下の取り組みを行うこととしています。
ここでは「兵庫県保健医療計画」の概要を記載しています。

(1) 地域医療連携体制の構築

医療機関相互の役割分担を明確にし、かつ、医療機関相互の連携を促進することにより、医療資源の効率的活用と県民の利便性の向上を図っていくために、以下の取り組みを行います。

ア 地域医療連携体制の整備推進

医療法第5次改正に基づき告示された「医療提供体制の確保に関する基本方針」により示された、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（救急医療、災害医療、小児医療、へき地医療、周産期医療）ごとの医療連携を図っていく方針を踏まえ、必要な医療機能を有する医療機関を明確にし、医療機能の集約化、重点化を進めるとともに、地域医療連携室の設置や開放型病床などの診療機能のオープン化、パソコンを活用した地域医療の情報化、地域連携クリティカルパスの導入等により医療連携を推進し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を目指します。

イ 地域医療支援機能の確保

地域医療支援病院の指定を含め、地域医療支援機能を持つ医療機関を各2次医療圏域に原則として1カ所確保するとともに、同医療機関とかかりつけ医、さらには専門診療、検査、入院に対応する一般病院等とのネットワークを形成します。

(2) 地域医療における病院相互の機能分担

限られた医療資源を有効に活用し、効果的・効率的な地域医療の供給システムを構築することによって、県民の医療需要に的確に応え、最良の医療を提供できる体制を確保するため、以下に示すとおり、①県内の病院について、その性格に応じて果たすべき役割の方向性を整理し、②各病院が有する機能を最大限に発揮できるよう整備を進めていきます。

ア 大学病院の機能充実

医療法上の特定機能病院として指定されていることに鑑み、主導的に高度専門・特殊医療の提供を行います。

イ 国立病院の機能充実

高度先駆的医療等の国立病院以外では対応が困難な医療や、危機管理等の国の政策として担うべき医療（政策医療）の提供を行います。

ウ 県立病院の機能充実

広域自治体として県民への良質かつ効率的な医療提供体制の整備を進めるため、病院構造改革を更に推進し、その役割に応じた医療を適切に提供できるよう、診療機能の純化、高度化を図ります。

エ 市町立等公的病院の機能充実

圏域内の2次医療を担う中核的な病院として、市町立等の公的病院の医療機能の一層の充実を図るとともに、限られた医療資源を効率的に活用するため、市町合併を考慮しつつ、病院間の機能分担、診療所との連携の強化等により適切な医療機能の再編整備を進めます。

オ 民間病院の機能充実

公的病院と民間病院が担っている機能の特性を生かしつつ、病院間の連携や病院と診療所との連携による機能分担を基本に、個々の患者の病態に応じた良質な医療の提供ができるよう、各病院が医療機能の一層の充実に努めます。

(3) 医薬分業の推進

複数医療機関受診等による、重複投薬や薬剤の相互作用による副作用を未然に防止するとともに、服用薬剤についての適切な情報等を提供するため、50%以上の医薬分業率を維持しながら、より質の高い医薬分業である「かかりつけ薬局」の推進を図り、県民医療の質の向上や医薬品の適正使用を推進します。

(4) 保健医療情報システム

保険医療機関相互の連携、県民への情報提供、個人の健康管理などについて、情報技術を利用したさまざまな情報システムを運用し、保健医療水準の向上を図るとともに、県民の主体的な健康づくりや医療サービスの選択を支援するために、以下の取り組みを行います。

ア 県健康福祉事務所及び市保健所が、保健統計データや医療機関のデータなど保健・医療・福祉情報を迅速かつ幅広く収集・提供することができるよう、既存の情報システムの適切な運用と充実を図ります。

イ IT（情報通信技術）を活用した在宅診療、遠隔医療を推進します。

ウ 情報システムの構築、運用にあたっては、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、個人情報を適切に取り扱うとともに、県民の理解と協力が得られるよう、システムの目的や安全性についてPRを行います。

エ 情報システムを継続して有効かつ適切に活用するため、関係職員の研修を定期的に実施します。

オ 電子カルテなどの医療の情報化推進により、医療安全の推進を含む医療の質の向上や効率化、患者への情報提供などの促進を図ります。

カ 広域災害・救急医療情報システムにおける県民への情報提供内容、周知方法などについて検証を行い、情報システムの活用を推進します。

キ 改正医療法に基づく医療機関の医療機能情報の公表制度を踏まえ、医療機関は自らの医療機能の正確な報告に努めるとともに、県はその情報を県民にわかりやすい形で公表します。

3 在宅医療・地域ケアの推進

居宅等における医療までを見通した上で、各医療機関相互間の機能分担と業務の連携を推進し、その状況について情報提供していくことや、地域における介護サービス体制の整備や退院時の相談・支援の充実等による地域ケアの推進を図ることによって、早期の退院や在宅での医療が可能になり、結果として、トータルの入院期間が短縮され医療の効率的提供の推進に資することから、「兵庫県保健医療計画」に基づき以下の取り組みを行います。

ここでは「兵庫県保健医療計画」の概要を記載しています。

(1) かかりつけ医

かかりつけ医は、地域の初期医療の中核的な担い手であり、また、在宅療養の支援や、医療の継続性の確保等、医療の機能分化や病院の在院日数短縮化を進めていく中で、一層重要度が増してきていることから、かかりつけ医の一層の普及定着を図るとともに、地域における支援体制の整備等を進め、かかりつけ医の機能を充実・強化していくため、以下の取り組みを行います。

ア かかりつけ医の普及促進

市町広報誌の活用や「かかりつけ医マップ」の作製、インターネットによる情報発信など、積極的な広報に努めます。

イ かかりつけ医の機能強化

かかりつけ医の機能を強化するため、研修会の開催等を行います。

ウ かかりつけ医の支援体制の整備

かかりつけ医を支援するため、地域医療支援病院の指定を含め、地域医療支援機能を持つ医療機関を各2次医療圏域に原則として1カ所確保し、また、地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化等を促進します。

(2) 在宅医療

在宅療養者が生きがいを感じて療養生活を送ることができるよう、患者のニーズに応えられる在宅医療の推進を図り、患者のQOLの向上を図るため、以下の取り組みを行います。

ア 地域におけるかかりつけ医について、支援体制確立や普及・定着を進めるとともに、在宅療養者に対する訪問診療や訪問看護等の提供を促進します。

イ 在宅医療の高度化に対応する研修を行います。

ウ 在宅療養者に対する保健医療福祉サービスの総合的な提供体制の整備を促進します。

エ 在宅医療チームづくりに対する支援を行います。

オ 病院の地域連携室の強化や地域包括支援センターの機能の活用、郡市医師会等関係団体の協力により、病診連携の推進や医療と介護の一体的なサービス提供を図るとともに、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行を図ります。

カ 家庭でスムーズに在宅療養者の介護が行えるように、県民への教育・研修の充実を図るとともに、患者・家族への相談窓口設置などを進めていきます。

(3) 地域リハビリテーションシステム

リハビリを必要とするすべての県民が、適時適切なりハビリを身近な場所で継続的に受けることができるよう、各圏域内で完結するリハビリテーション体制を構築するため、以下の取り組みを行います。

ア 「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づいて、引き続き、地域リハビリテーションを推進するとともに、新たなニーズに対応するため、同計画の見直しを行います。

イ 地域におけるリハビリテーション関係機関が広域的に連携できるよう、地域課題の把握等について検討します。

ウ 地域包括支援センターと各圏域支援センターとの連携を進め、今後生じる新たなニーズに対応します。

エ 疾患別の地域連携クリティカルパス構築に向け、疾患別リハビリテーションの現状分析、推進方策の検討を行います。

オ 圏域リハビリテーションの核となる、医療と地域ケア関係者によるネットワークづくりに取り組みます。

第5章 計画の評価等

第1節 計画の評価

1. 調査・分析等の評価

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

- ① すべての医療保険者に対して、特定健康診査及び特定保健指導の実施状況の報告を求め、効果的な事例の収集を行うとともに、実施率が低い保険者については、その理由を分析し、実施率向上の方策を検討し、対応します。
例) 被扶養者の受診率が低い場合、医療保険者に対し、個別通知による受診勧奨等効果的な事例の提供や、助言を行います。
- ② 健診結果のデータを分析し、医療保険者が効果的な保健指導を実施できるよう、助言を行います。
- ③ 県医師会等の協力を得て、特定健康診査・特定保健指導実施機関の確保や質の向上を図ります。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

ア 療養病床の再編

平均在院日数の短縮は、①療養病床の再編と、②医療機関の分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進等の取り組みにより効果が生じるものとされています。

しかしながら、医療機関の分化・連携等の取り組みが、平均在院日数の短縮にどのような効果を生じるかを推計する方法は存在しません。

このため、県内の病床を有するすべての医療機関に対して平均在院日数の報告を求め、平均在院日数の短縮の状況を把握・分析します。

(3) 評価結果の活用

- 毎年度実施する調査、分析、評価を市町や医療保険者に提供するとともに、翌年度の施策に活用します。
- 平成22年度に中間評価を実施し、必要があれば計画を改定します。
- 平成25年度に実施する最終評価を、第二期計画に反映します。

2. 実績評価の公表・報告

- (1) 高齢者医療確保法第 11 条に基づき、計画の進捗状況に関する評価を、平成 22 年度に中間評価として公表します（高齢者医療確保法第 11 条）。
- (2) 高齢者医療確保法第 12 条に基づき、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する評価結果等を平成 25 年度に公表するとともに、厚生労働大臣に報告します（高齢者医療確保法第 12 条）。

第2節 進行管理

医療費適正化計画を始め、関係計画や構想の推進に当たっては、PDCA（計画→実行→評価→改善）のサイクルに基づき、進捗に対する分析を行い、取り組むべき施策の内容の見直しを図るなど、その進行管理に的確に取り組むことが必要です。

このため、庁内関係局課の連携はもとより、有識者や医療保険者、関係団体の意見も踏まえながら、施策を推進します。

1. 庁内推進体制

「兵庫県医療構造改革推進会議」

本県では、国の医療制度改革関連法の制定を踏まえ、平成18年8月31日に副知事を会長とする「兵庫県医療構造改革推進会議」を設置するとともに、この推進会議に、「医療費適正化計画プロジェクトチーム」を置き、対応の検討を行ってきました。

今後とも、関係局課が緊密な連携を図り、関係計画や構想に基づく施策の円滑な推進を行います。

2. 審議会等

(1) 兵庫県医療審議会

兵庫県医療審議会は、保健医療計画のほか、医療提供体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、医療法第71条に基づき設置された県の附属機関です。

本計画は、保健医療計画と密接に関連するため、医療審議会へ報告の上、策定しています。

保健医療計画に定める医療機関の分化・連携や、在宅医療・地域ケアの推進の進捗状況を報告し、意見を踏まえ進行管理を行います。

(2) 兵庫県健康対策協議会〔兵庫県地域・職域連携推進協議会〕

兵庫県健康対策協議会は、県民の健康増進、保健、医療等に関する重要事項を調査審議する県の附属機関です。

本計画は、同協議会の小委員会として設置された兵庫県地域・職域連携推進協議会の審議を経て策定しています。

本計画の進捗状況を報告し、意見を踏まえ進行管理を行います。

(3) 兵庫県地域ケア体制整備構想検討委員会

本県の地域ケア体制整備構想を策定するに当たり、幅広い分野の意見を聴取するために設置した委員会です。

療養病床の再編の進捗状況を医療審議会へ報告し、意見を踏まえ進行管理を行います。

3 兵庫県保険者協議会

県内の医療保険者の代表で構成しており、医療費分析部会と保健活動部会を設置しており、兵庫県国民健康保険団体連合会が事務局として協議会の活動を支援しています。

特定健康診査や特定保健指導の実施に向け、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県栄養士会の参加を得て、被保険者の実態調査や健診等の体制づくりを行ってきました。

今後とも、各保険者が協力して特定健診等の目標率の達成に向けた取り組みを行うこととしており、県は、保険者協議会の活動を支援していきます。

卷末資料

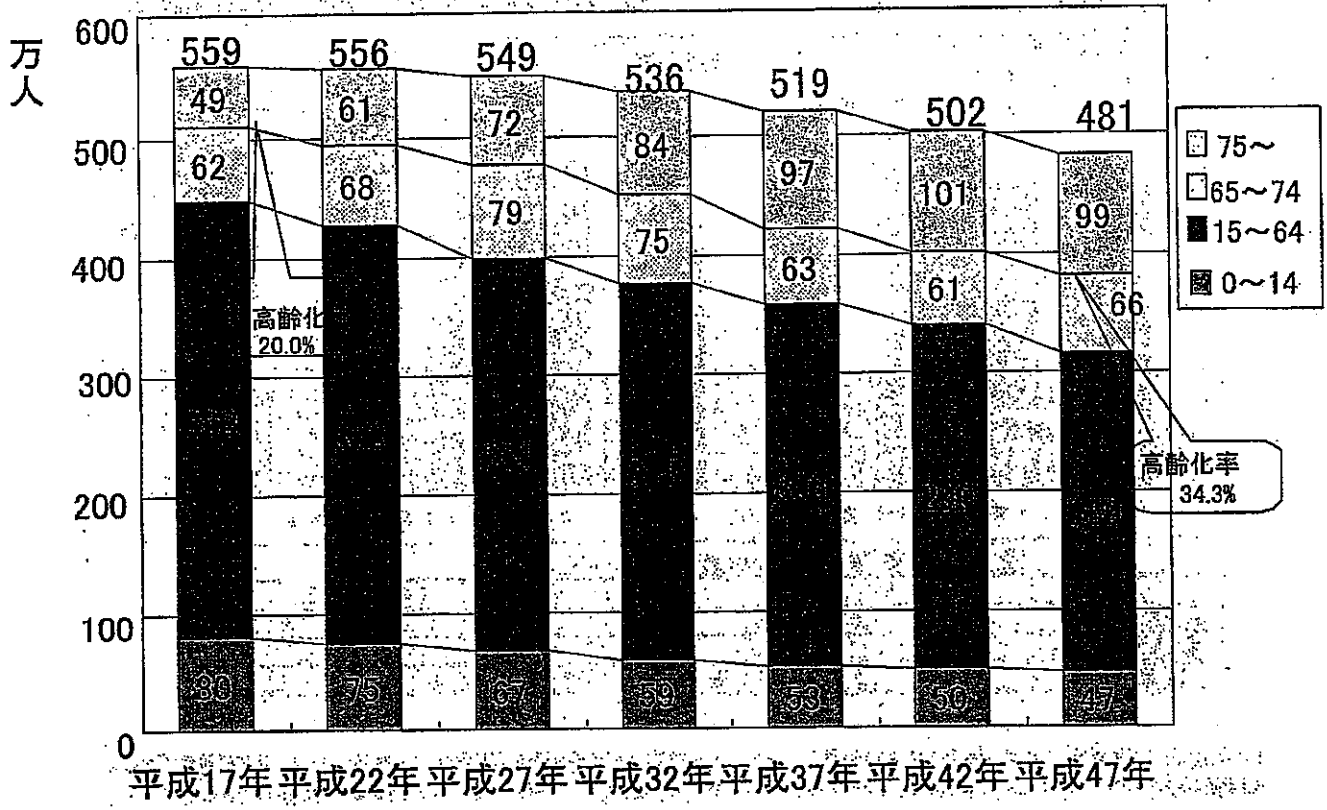
目次

[1 兵庫県の高齢化の状況].....1	[7 主な生活習慣病の患者数].....25
(1)兵庫県年齢別将来推計人口	(1)高血圧性疾患の総患者数(人口10万人当たり)
(2)兵庫全国、兵庫の高齢化率の推移	(2)虚血性心疾患の総患者数(人口10万人当たり)
[2 全国の医療費の状況].....2	(3)脳梗塞の総患者数(人口10万人当たり)
(1)全国医療費等の推移	(4)脳内出血の総患者数(人口10万人当たり)
(2)全国 一人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)	(5)糖尿病の総患者数(人口10万人当たり)
(3)全国 一日当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)	(6)腎不全の総患者数(人口10万人当たり)
(4)全国 一件当たり日数の診療種別内訳(全国平均との差)	[8 主な生活習慣病による死亡率の状況].....28
(5)全国 一人当たり件数の診療種別内訳(全国平均との差)	(1)全国 主な生活習慣病 年齢調整死亡率
(6)全国 老人一人当たり入院医療費と入院外医療費の分布	(2)全国 糖尿病 年齢調整死亡率
(7)全国 老人一人当たり入院日数と一日当たり入院医療費の分布	(3)全国 腎不全 年齢調整死亡率
(8)全国 老人一人当たり入院外日数と一日当たり入院外医療費の分布	(4)全国 虚血性心疾患 年齢調整死亡率
(9)全国 基本健康診査受診率と一人当たり老人医療費の関係	(5)全国 高血圧性疾患 年齢調整死亡率
(10)全国 老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係	(6)全国 脳梗塞 年齢調整死亡率
(11)全国 老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係	(7)全国 悪性新生物 年齢調整死亡率
[3 兵庫県の医療費の状況].....10	特定健康診査・特定保健指導スキーム 32
(1)兵庫 兵庫の医療費、老人医療費の推移	集合契約イメージ 33
(2)兵庫 一人当たり老人医療費の推移	健診・保健指導に関する企画・技術
(3)兵庫 一人当たり老人医療費の診療種別内訳(県内平均との差)	・運営研修会実施要領 34
(4)兵庫 一件当たり日数の診療種別内訳(県内平均との差)	国民健康保険特別調整交付金配分基準(案)・・・ 35
(5)兵庫 一日当たり老人医療費の診療種別内訳(県内平均との差)	
(6)兵庫 一人当たり件数の診療種別内訳(県内平均との差)	
[4 平均在院日数の状況].....13	
(1)全国 全病床の平均在院日数	
(2)全国 一般病床の平均在院日数	
(3)全国 療養病床の平均在院日数	
(4)全国 精神病床の平均在院日数	
(5)全国 平均在院日数と一人当たり入院医療費	
[5 医療施設数の状況].....16	
(1)全国 一般病院数	
(2)全国 一般診療所数	
(3)全国 歯科診療所数	
(4)全国 一般病床数	
(5)全国 療養病床数	
(6)全国 精神病床数	
(7)全国 一般病院数(人口10万人当たり)と一人当たり医療費	
(8)全国 全病床数(人口10万人当たり)と一人当たり医療費	
[6 疾病統計からみる医療費の状況(全国)].....21	
(1)年齢階層別 被保険者一人当たり医療費	
(2)医療費の年齢階層別、被保険者の年齢階層別構成	
(3)被保険者一人当たり医療費	
(4)医療費の上位を占める疾病(総数)	
(5)主な生活習慣病に関する総医療費	
(6)全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合	
(7)年齢階層別 被保険者一人当たり医療費(入院)	
(8)年齢階層別 被保険者一人当たり医療費(入院外)	

1 兵庫県の高齢化の状況

(1) 兵庫県 年齢別 将来推計人口(万人)

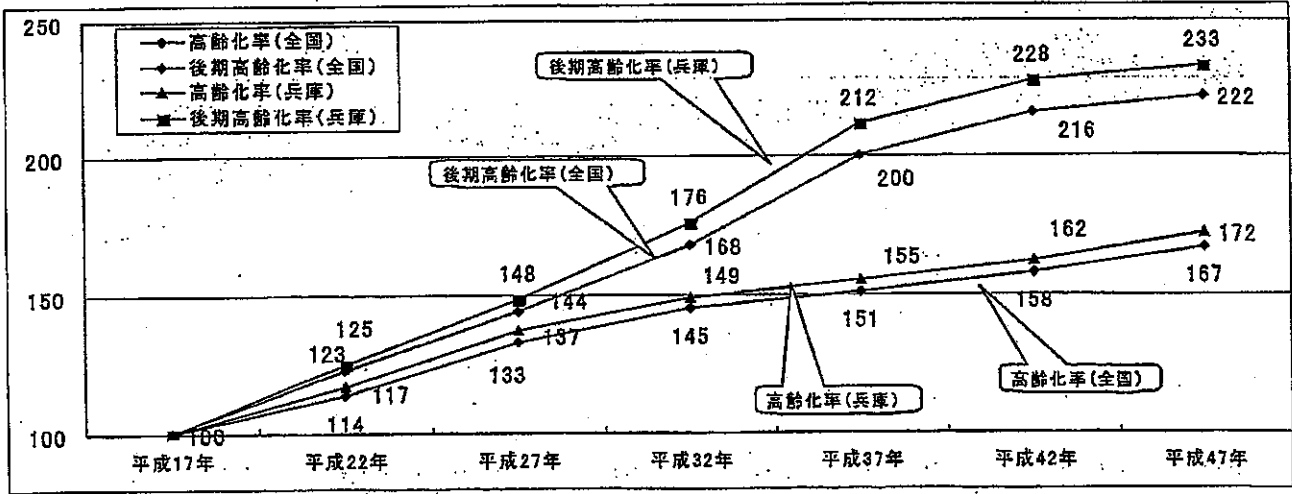
出典: 国立社会保障・人口問題研究所(全国:平成18年12月、兵庫:平成19年5月)推計



兵庫県の高齢化の状況は、平成17年、高齢者(65歳以上)が、約111万人。高齢化率は約20%、高齢者1人に対する現役世代の比率3.3人。
 平成47年度は、高齢者(65歳以上)が、約165万人であり、高齢者1人に対する現役世代の比率1.6人。
 とりわけ、75歳以上の後期高齢者は、今後30年間に約49万人から約99万人と、その伸び率は、約2.0倍となる。

(2) 全国、兵庫県の高齢化率の推移

出典: 国立社会保障・人口問題研究所(全国:平成18年12月、兵庫:平成19年5月)推計

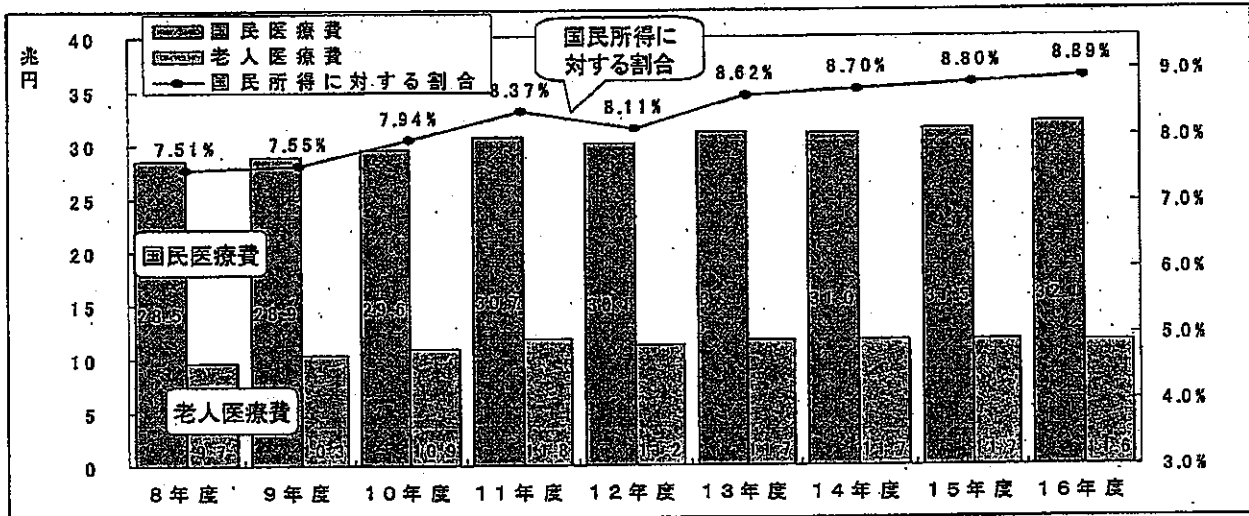


※平成17(2005)年高齢化率を100とした場合の比

2 全国の医療費の状況

(1) 医療費等の推移(全国)

出典:平成16年度国民医療費、平成16年度老人医療事業年報



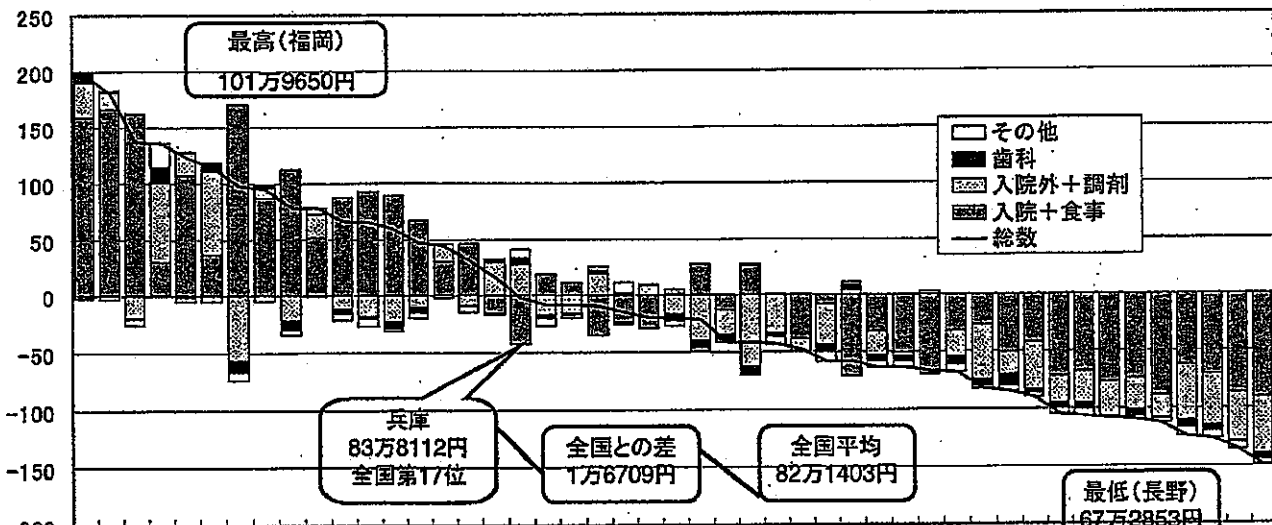
国民医療費等の対前年度伸び率(%)

	8	9	10	11	12	13	14	15	16
国民医療費	5.6	1.6	2.3	3.8	▲ 1.8	3.2	▲ 0.5	1.9	1.8
老人医療費	9.1	5.7	6.0	8.4	▲ 5.1	4.1	0.6	▲ 0.7	▲ 0.7
国民所得	3.3	1.2	▲ 3.1	▲ 1.6	1.5	▲ 2.8	▲ 1.7	1.8	0.7

12年度の介護保険・高齢者の1割負担導入、10、14年度の診療報酬・薬価等の改定、15年度被用者保険本人3割負担といった 取り組みを実施しなかった11年度と13年度は、ほぼ3%~4%程度、医療費が伸びている。

(2) 1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

出典:平成17年度「老人医療事業年報」

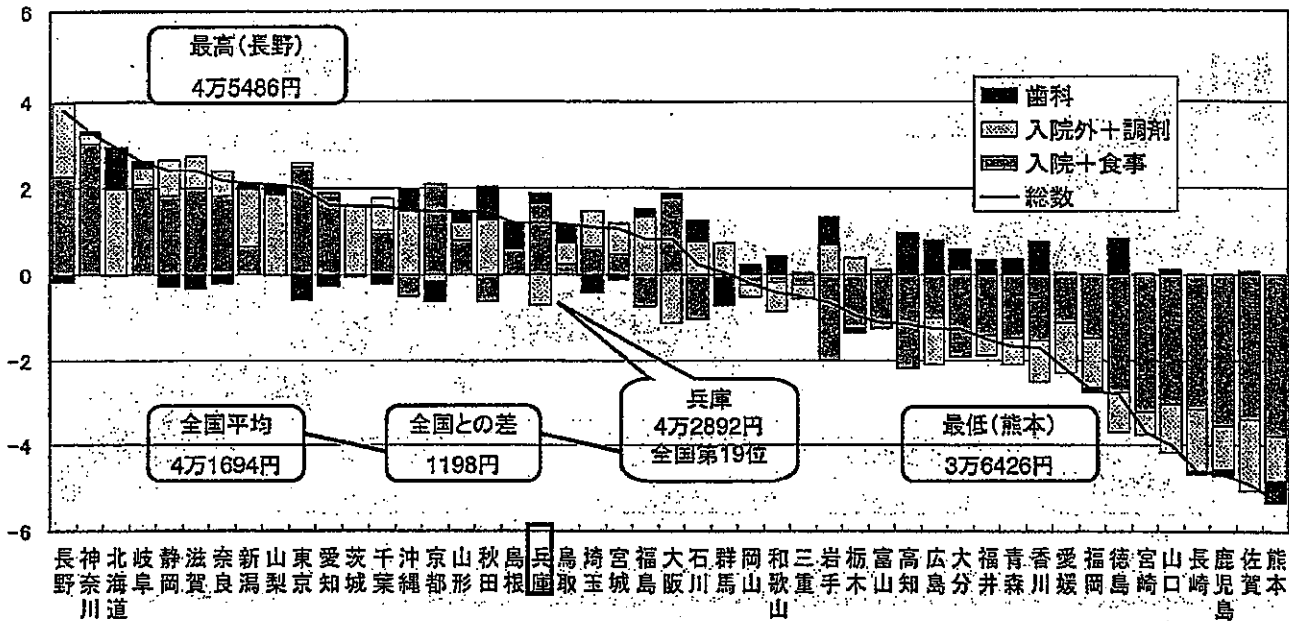


福北高大長広沖佐鹿京大熊石山香岡兵庫東愛徳愛和奈宮福滋富島埼島神福宮岐秋群青山三茨千栃静岩山新長
岡海知阪崎島縄賀児都分本川口川山庫京媛鳥知歌良崎井賀山取玉根奈島城阜田馬森梨重城葉木岡手形湯野
道 島 山 川

国平均よりも高い県のうち、福岡、北海道、長崎、高知、沖縄等は、入院にかかる医療費が全国平均より高くなっているが、兵庫県の場合は、入院にかかる費用は全国平均より低く、入院外と歯科にかかる医療費が全国平均より高くなっている。

(3)1日当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

出典:平成17年度老人医療事業年報

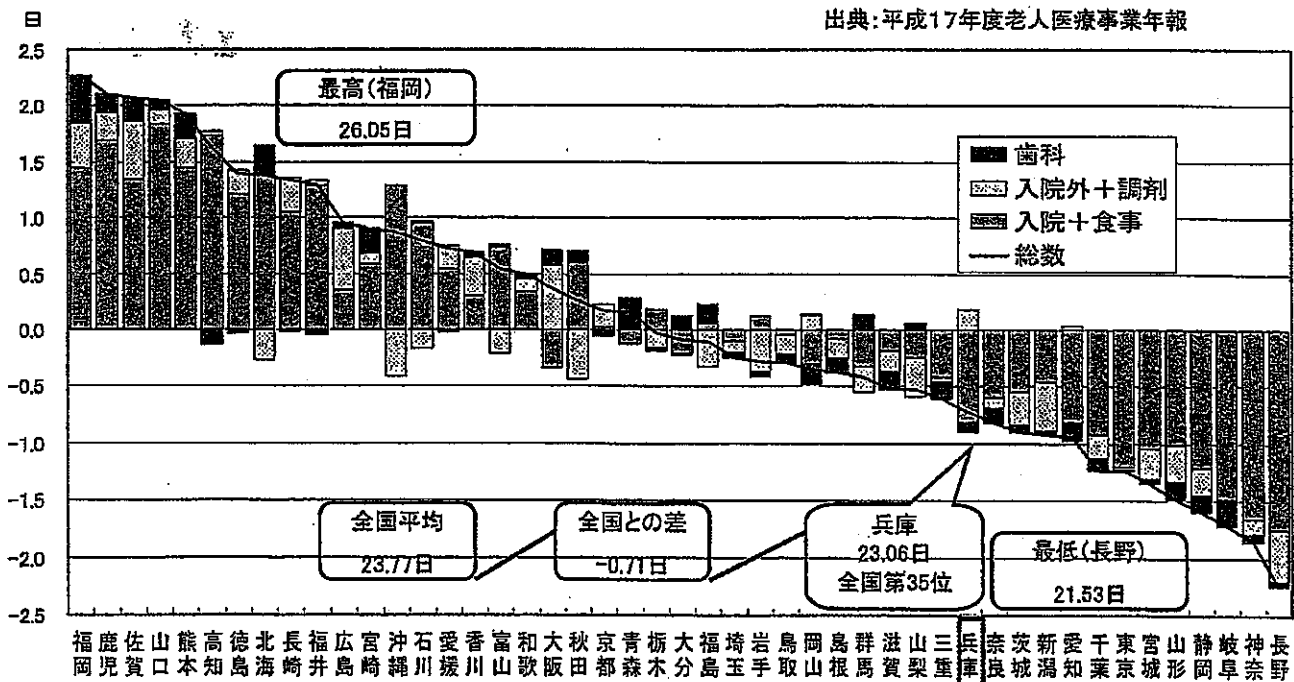


1日当たりの医療費の高い上位3県は、長野、神奈川、北海道となっており、下位3県は、熊本、佐賀、鹿児島となっている。

兵庫県は、第19位であり、入院外と歯科が全国平均より高く、入院は低い。

(4)1件当たり日数の診療種別内訳(全国平均との差)

出典:平成17年度老人医療事業年報

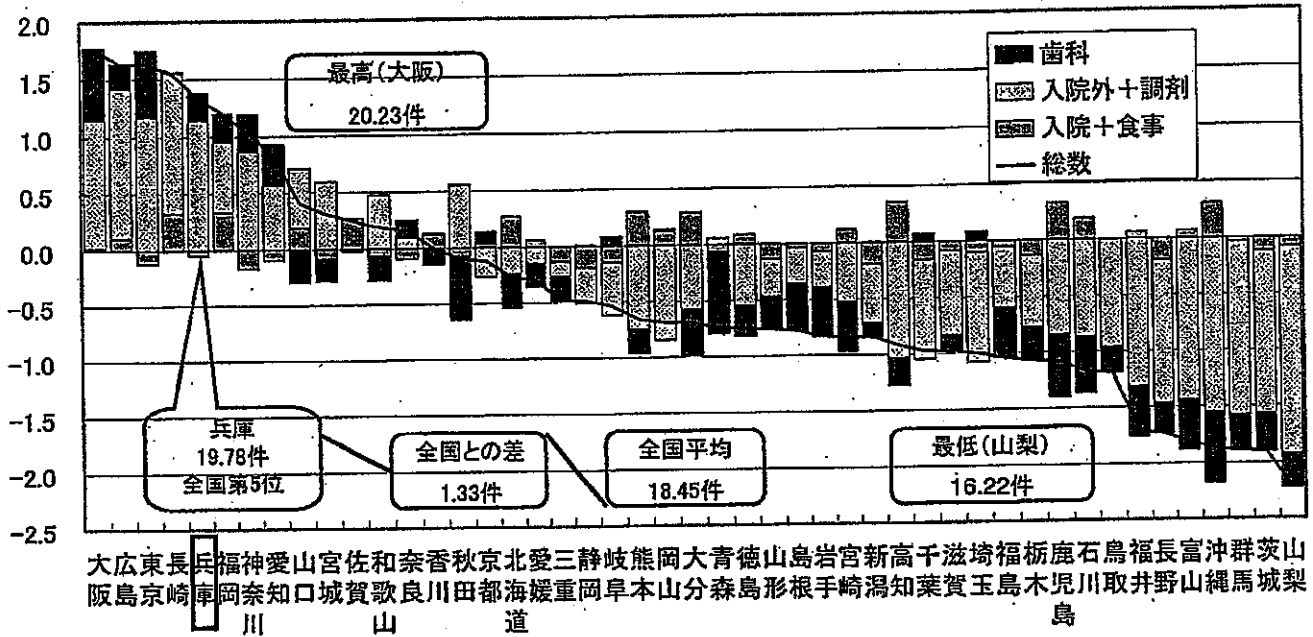


兵庫県は、第35位で全国平均より少なくなっており、入院が平均よりも少なく、入院外が平均よりも多くなっている。

(5)1人当たり件数の診療種別内訳(全国平均との差)

件

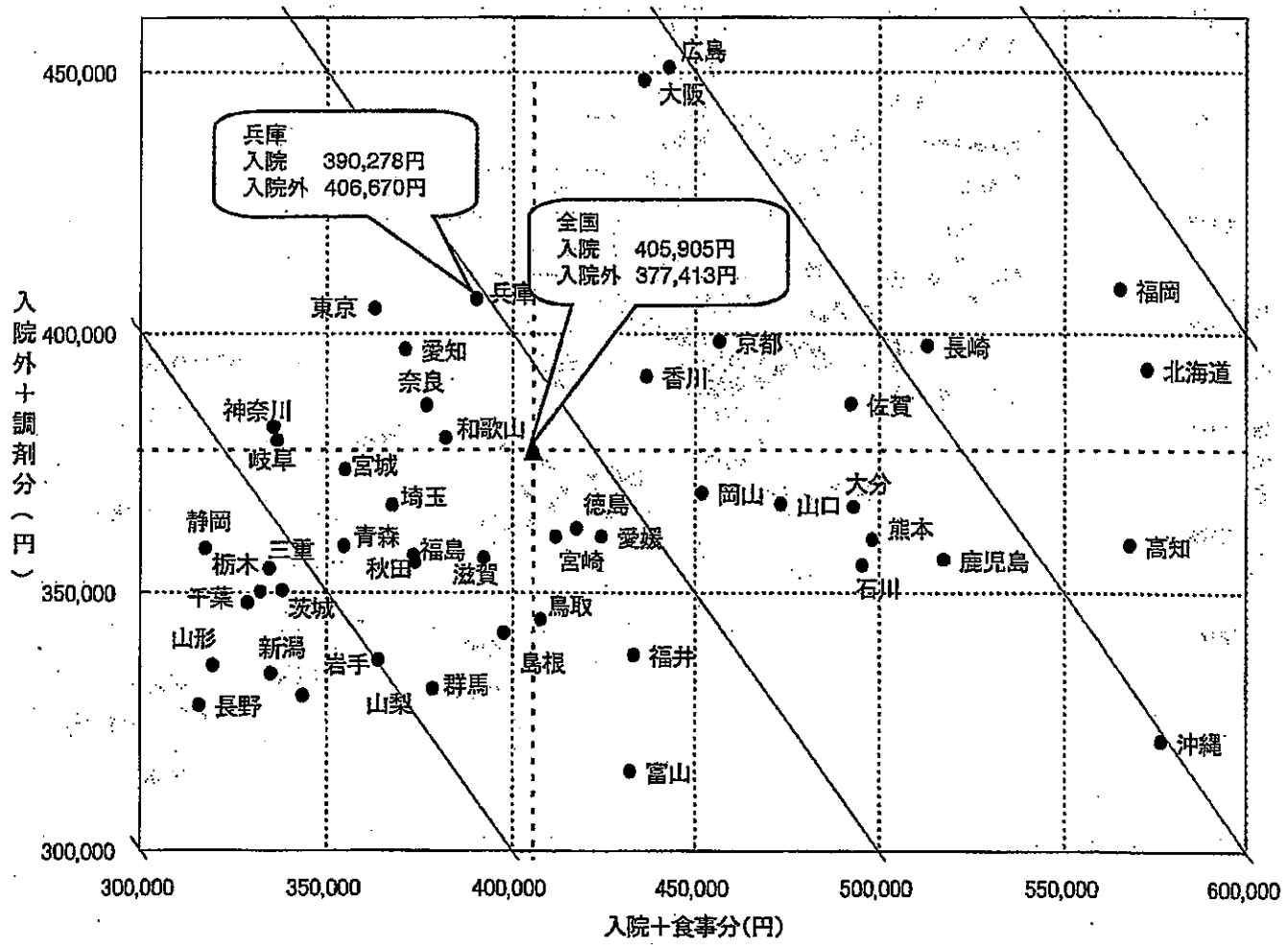
出典:平成17年度老人医療事業年報



1人当たりの件数は、兵庫県は第5位であり、特に、入院外と歯科が高くなっている。

(6)老人1人当たり入院医療費と入院外医療費の分布

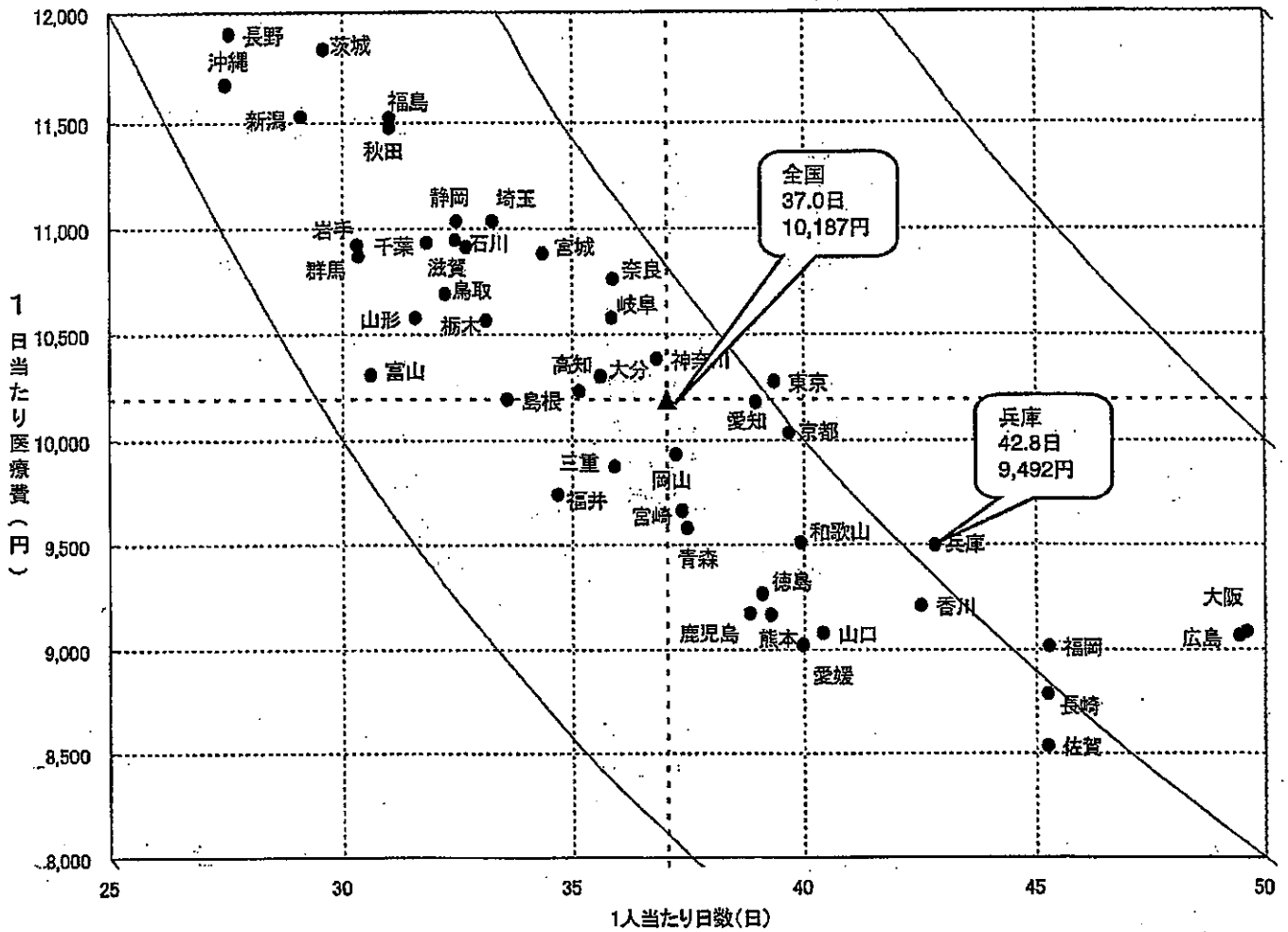
出典:平成17年度老人医療事業年報



兵庫県は入院医療費が全国平均を下回っており、入院外医療費が全国平均を上回っている。

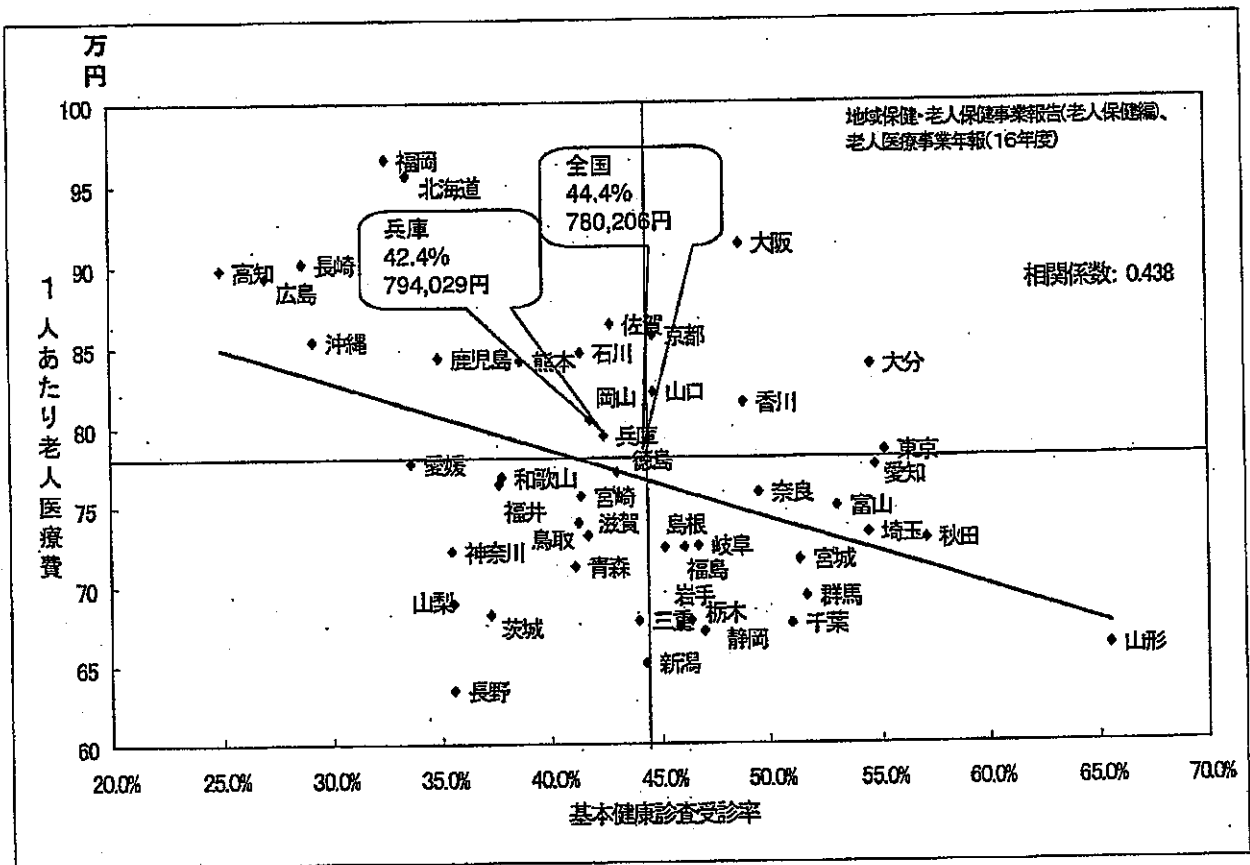
(8)老人1人当たり入院外日数と1日当たり入院外医療費の分布

出典:平成17年度老人医療事業年報



老人の入院外医療における日数と費用の関係を都道府県比較すると、1人当たり日数が短いほど1日当たり医療費が高い傾向にあり、兵庫県は1人当たり日数が全国平均を上回っており、1日当たり医療費が全国平均を下回っている。

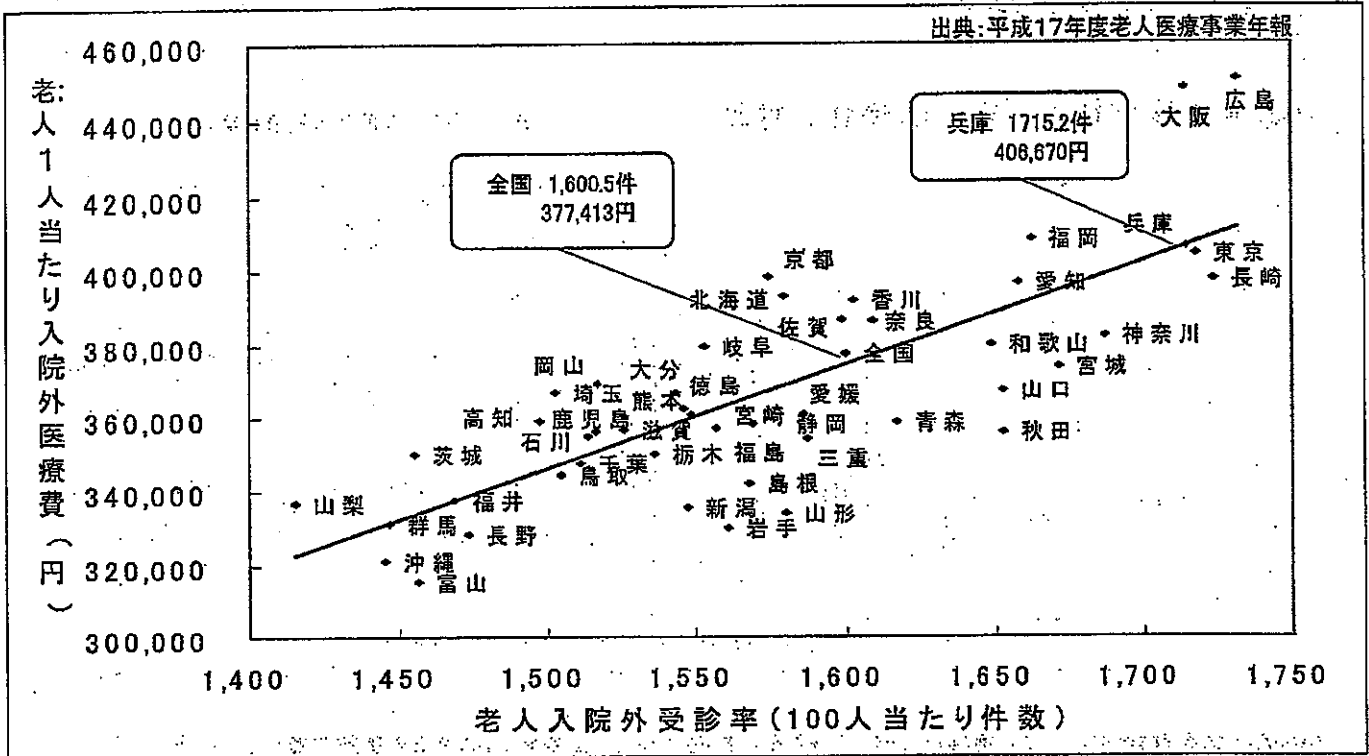
(9) 基本健康診査受診率と1人当たり老人医療費の関係(全国)



基本健康診査受診率が高い県が、1人あたり老人医療費が低くなっているが、兵庫県は、受診率(42.4%)が全国平均(44.4%)より若干低く、1人あたり老人医療費は、第17位となっている。

(10) 老人入院外受診率と1人当たり入院外医療費の関係

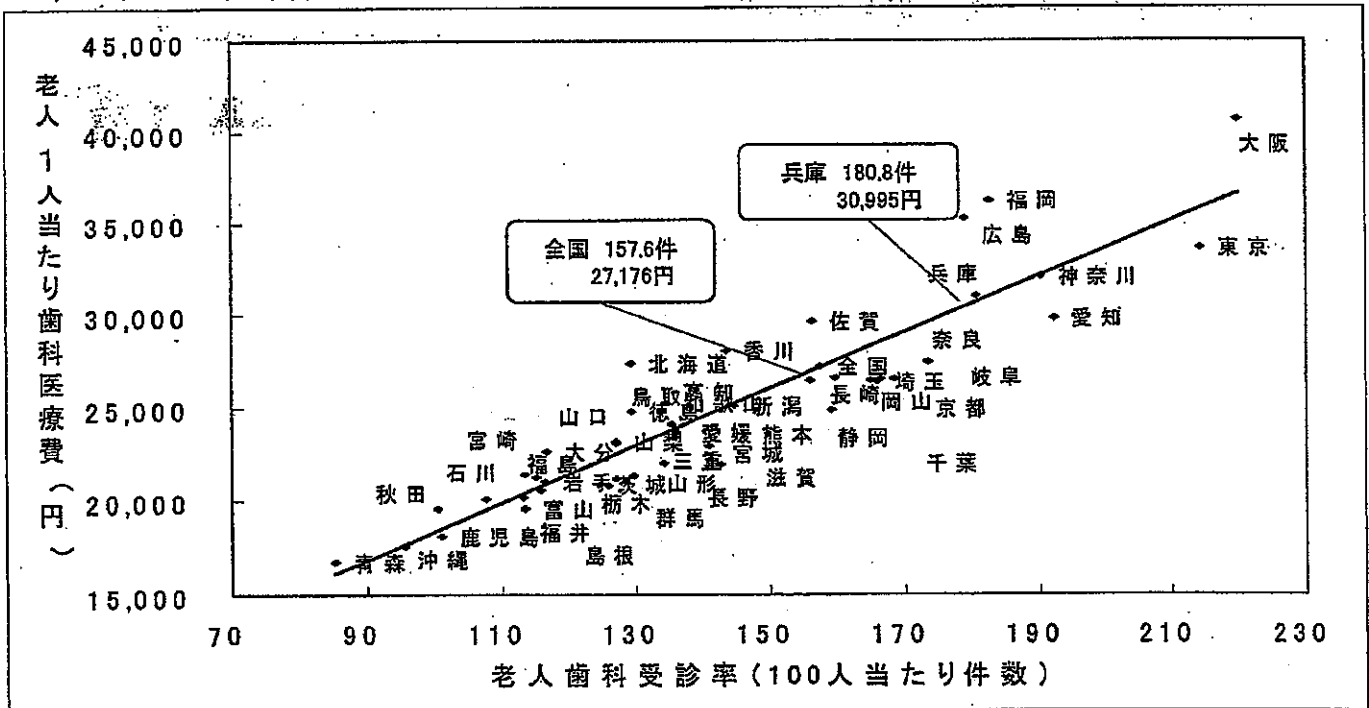
出典:平成17年度老人医療事業年報



老人入院外受診率は、兵庫県は、1,715件、1人当たり入院外医療費は、406,670円で全国平均より高くなっている。

(11) 老人歯科受診率と1人当たり歯科医療費の関係

出典:平成17年度老人医療事業年報

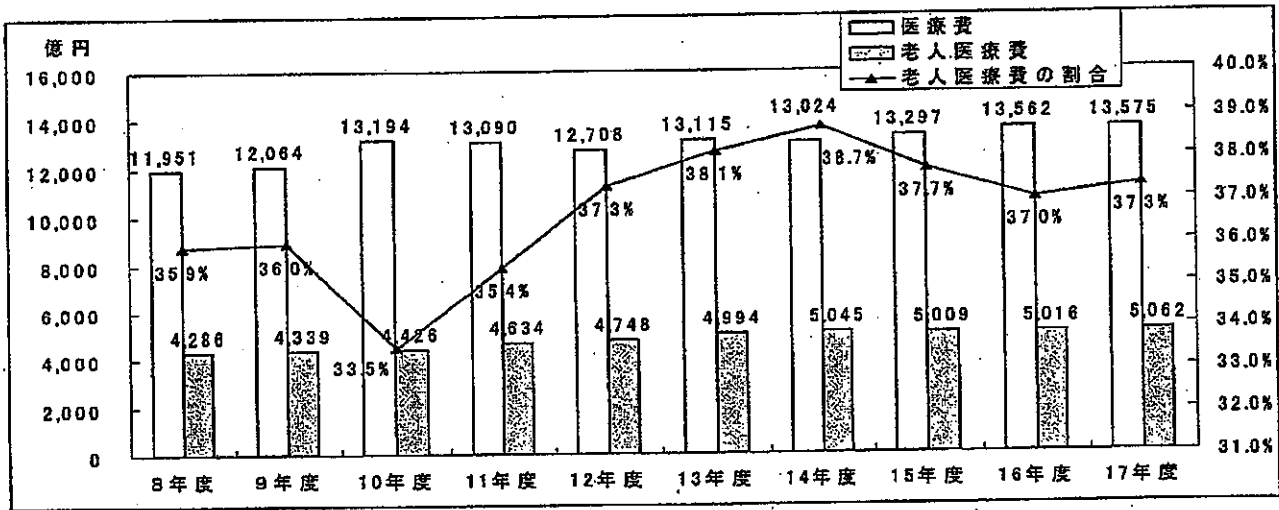


老人歯科受診率は、兵庫県は、180.8件、1人当たり歯科医療費は、30,995円で全国平均より高くなっている。

3 兵庫県の医療費の状況

(1) 兵庫県の医療費及び老人医療費の推移

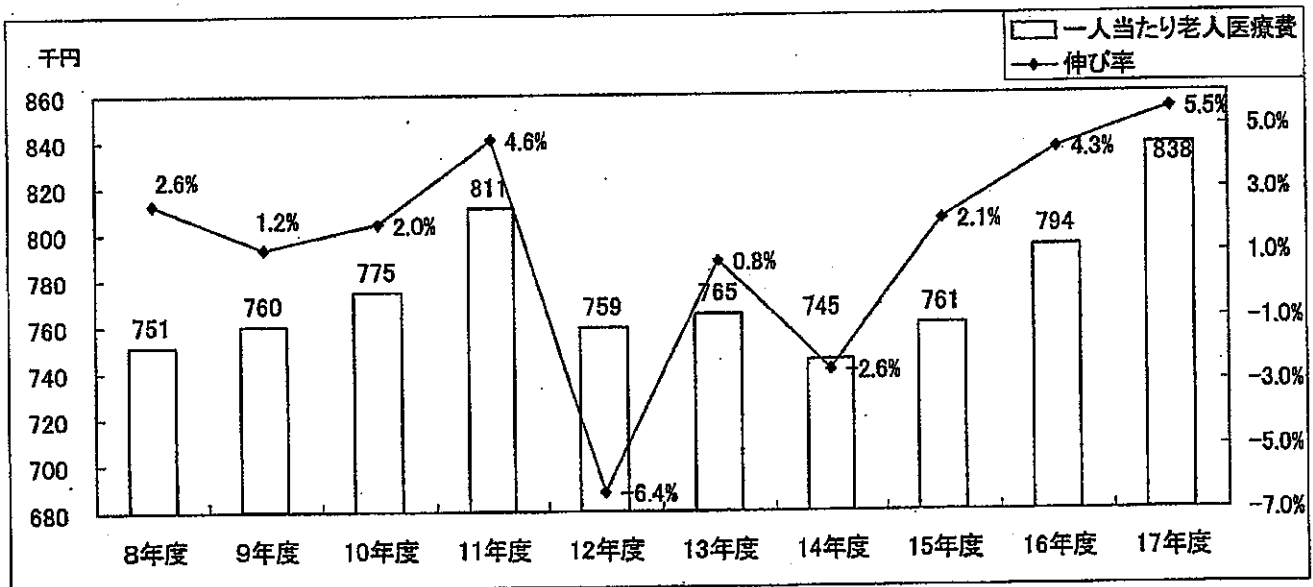
出典:平成17年度老人医療事業年報



兵庫県の医療費総額は、17年度推計で約1兆3千5百万円であり、ここ数年、約1兆3千億円で推移している。そのうち、老人医療費については、約5千億円で推移し、医療費に占める割合についても、約37%前後で推移している。
 ※国民医療費: H8、11、14年は、実数。その他年度については、国民医療費から、人口のシェアによる推計により算出。
 老人医療費は、老人医療事業年報による。

(2) 1人当たり老人医療費の推移(兵庫県)

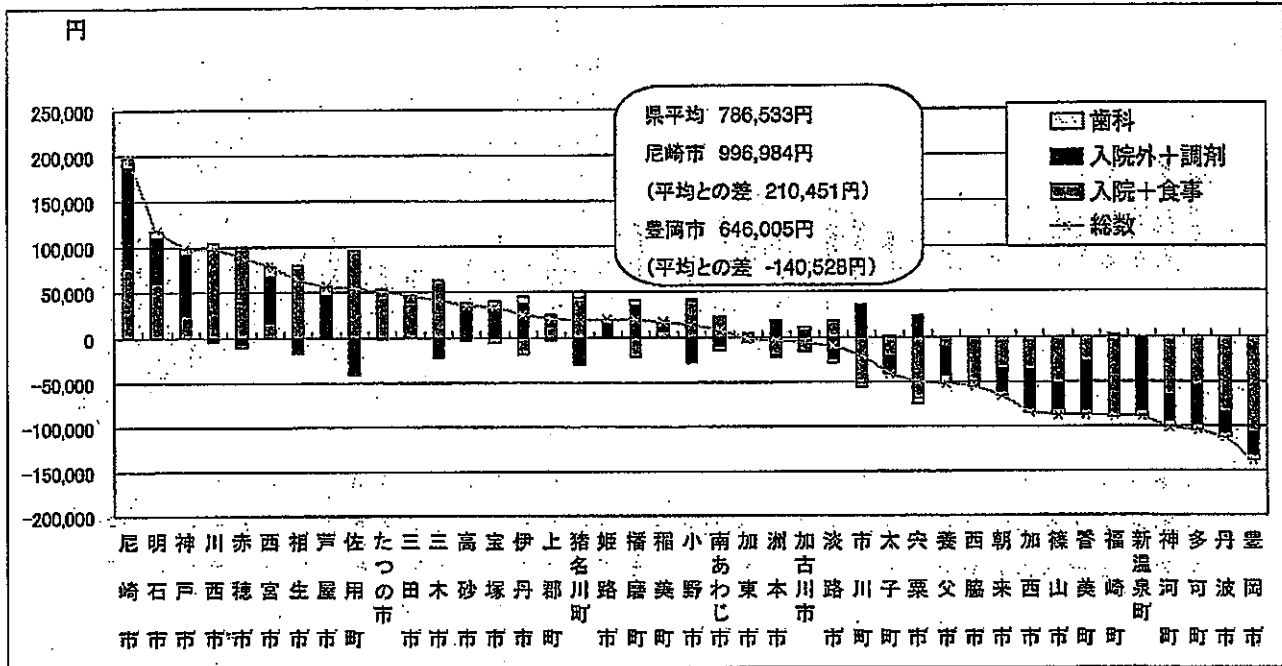
出典:平成17年度 兵庫の国保老健



12年度は、介護保険導入・高齢者1割負担導入による医療費の減、14年度(～19年度)からは、老人医療の対象年齢の段階的引き上げにより、毎年の対象者の高齢化による1人当たり医療費の増が見られる。

(3)1人当たり老人医療費の診療種別内訳(県内平均との差)

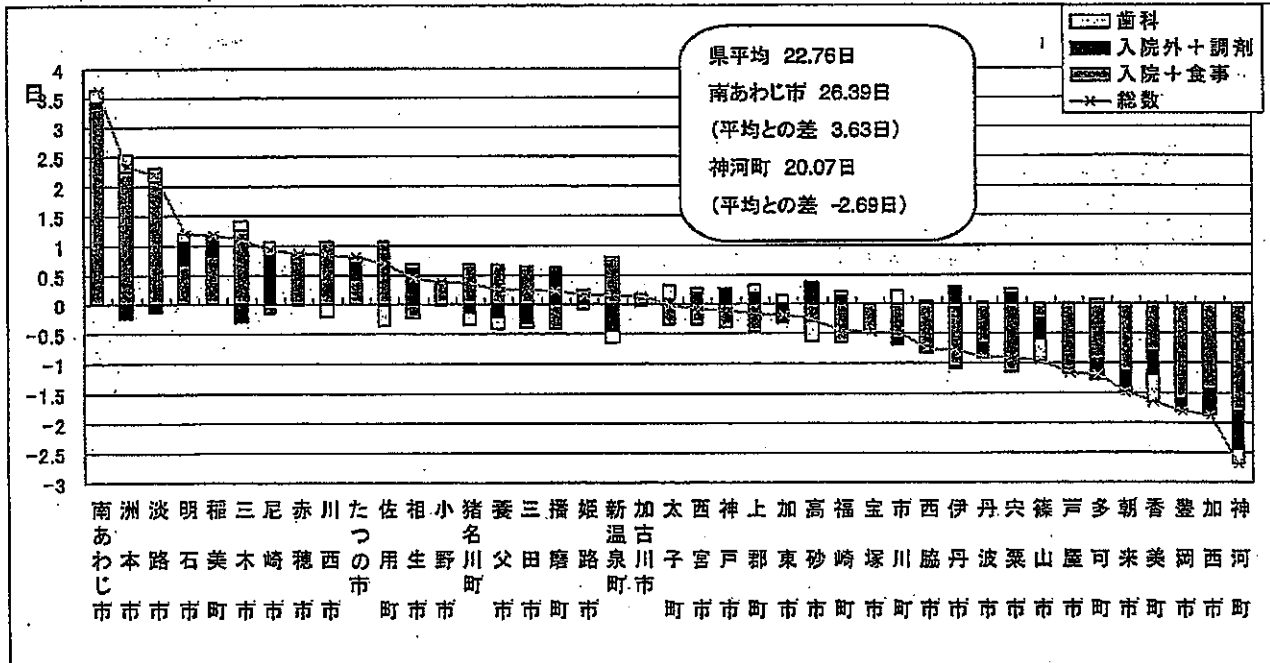
出典:平成17年度 兵庫の国保老健



尼崎市、明石市、神戸市等の阪神地域と赤穂市、相生市、佐用町等の西播磨地域が高くなっている。そのうち、尼崎市が突出しており、入院、入院外、とも極めて高くなっている。豊岡市などの但馬地域や丹波市、篠山市の丹波地域は低くなっている。

(4)1件当たり日数の診療種別内訳(県内平均との差)

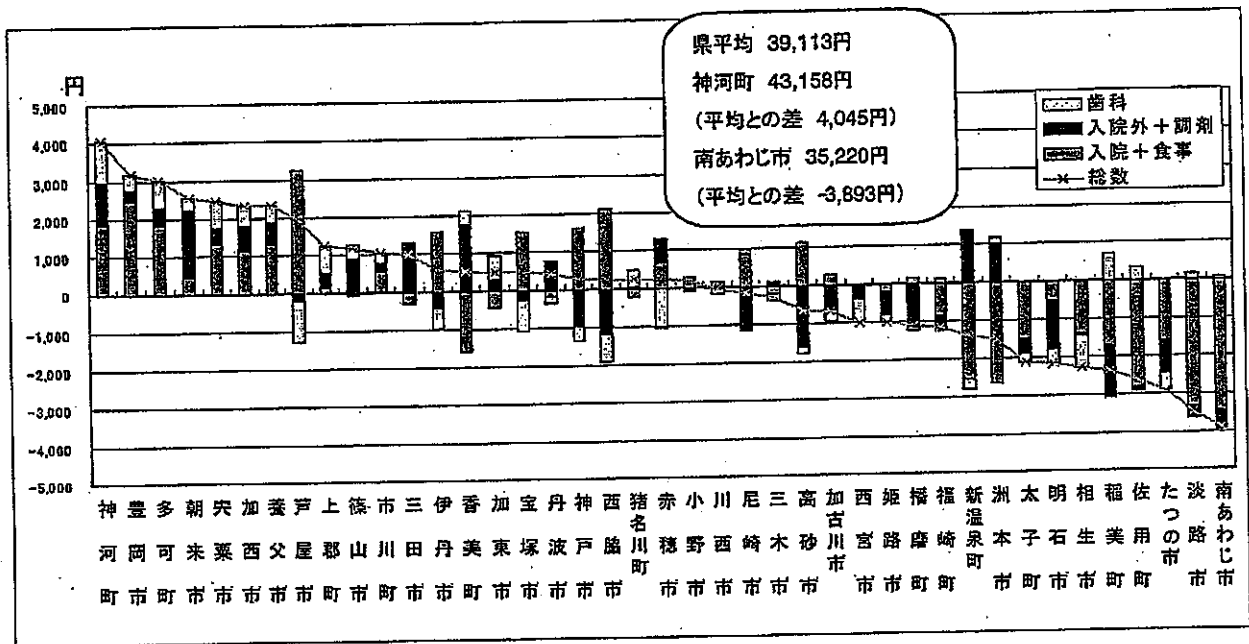
出典:平成17年度 兵庫の国保老健



各市町の県平均との差は、入院による差が大きい。神河町、豊岡市、多可町等、但馬及びその周辺地域で短く、淡路、西播磨地域で長くなっている。

(5)1日当たり老人医療費の診療種別内訳(県内平均との差)

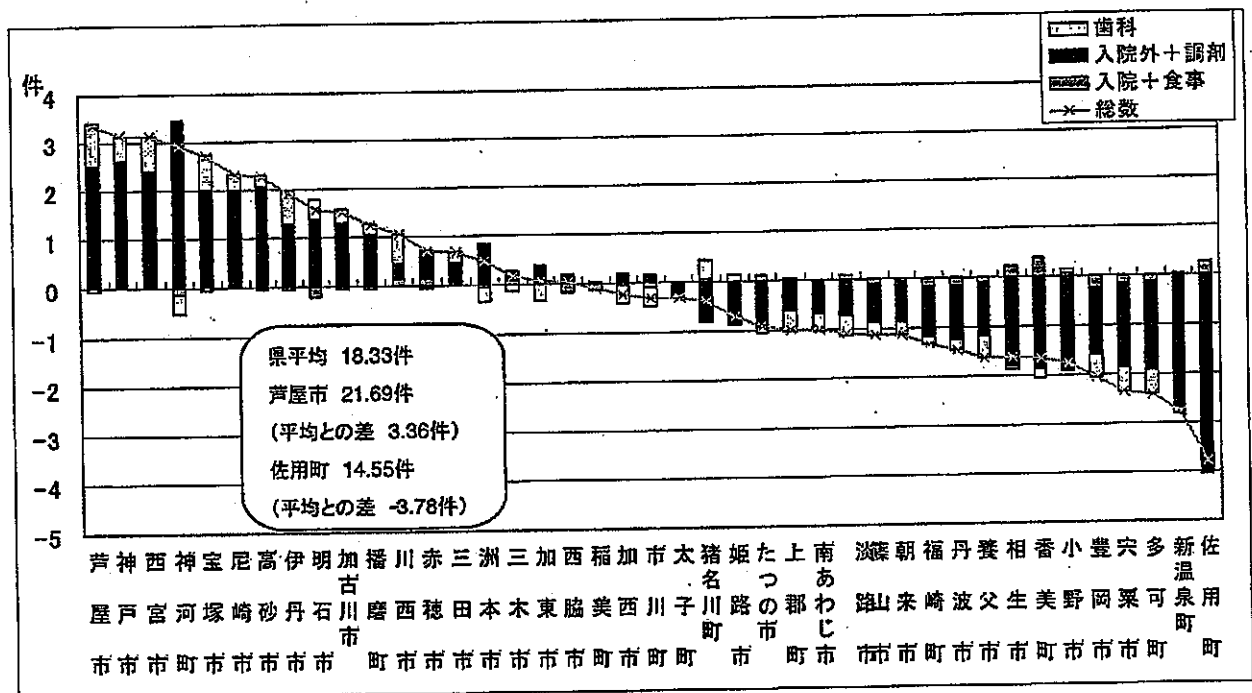
出典:平成17年度 兵庫の国保老健



但馬地域(神河町、豊岡市等)で高く、淡路地域(南あわじ市、淡路市)で低くなっている。

(6)1人当たり件数の診療種別内訳(県内平均との差)

出典:平成17年度 兵庫の国保老健

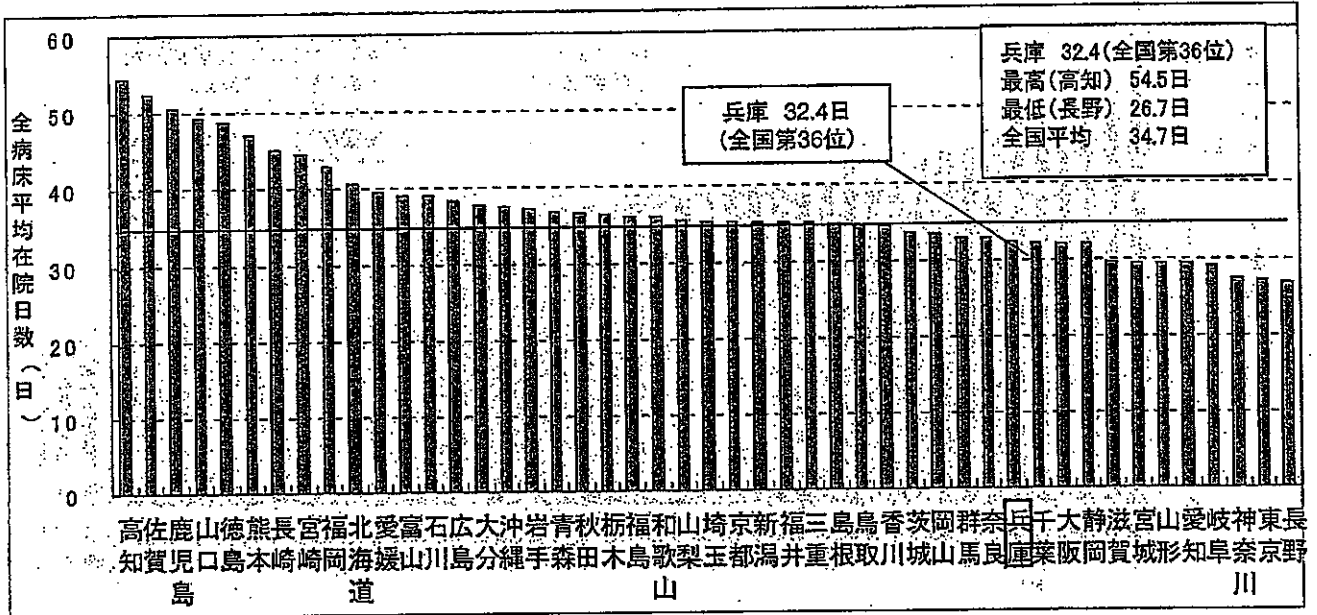


阪神地域(芦屋市、神戸市、西宮市等)で多く、西播磨、但馬地域(佐用町、新温泉町、多可町等)で少なくなっている。

4 平均在院日数の状況

(1) 全病床の平均在院日数

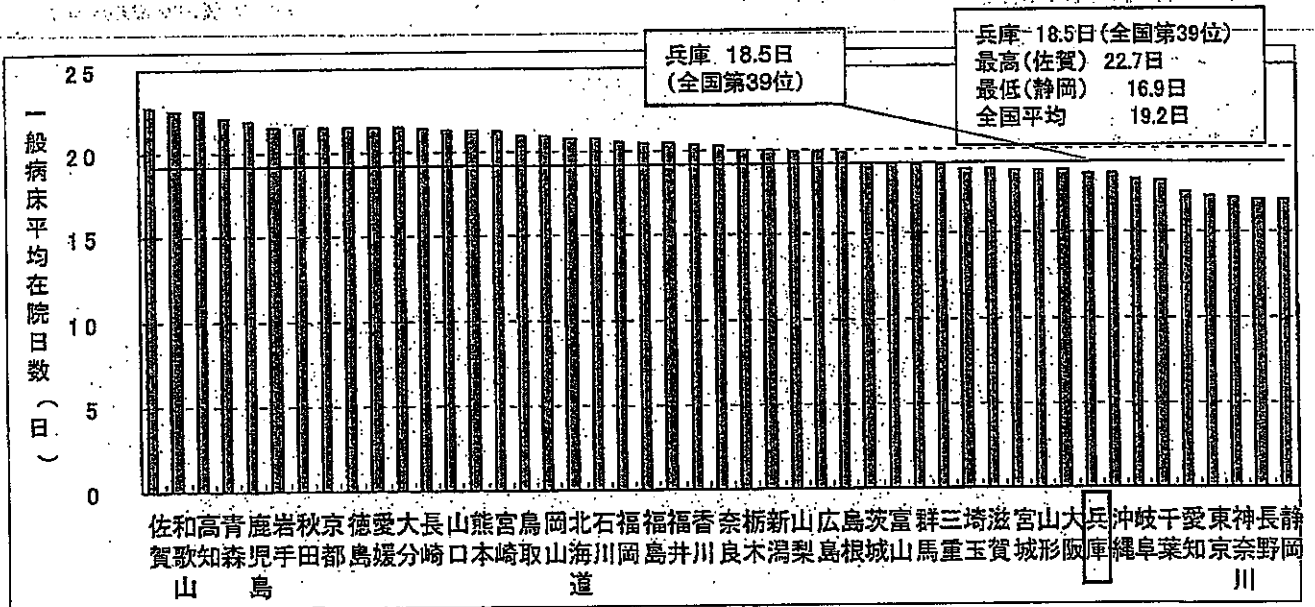
出典:平成18年度病院報告



兵庫(32.4日)は、高い方から全国第36位。
 全国第1位は、高知県(54.5日)、全国第47位は、長野県(26.7日)となっている。

(2) 一般病床の平均在院日数

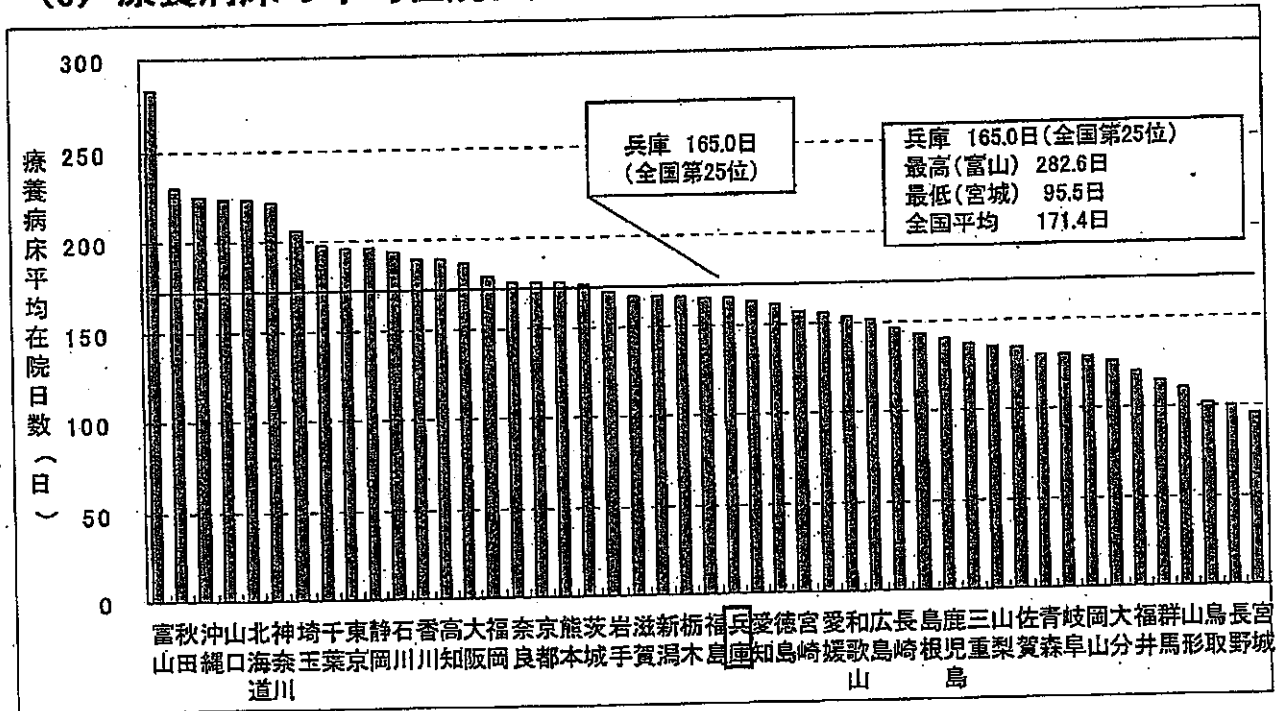
出典:平成18年度病院報告



兵庫(18.5日)は、高い方から全国第39位。
 全国第1位は、佐賀県(22.7日)、全国第47位は、静岡県(16.9日)となっている。

(3) 療養病床の平均在院日数

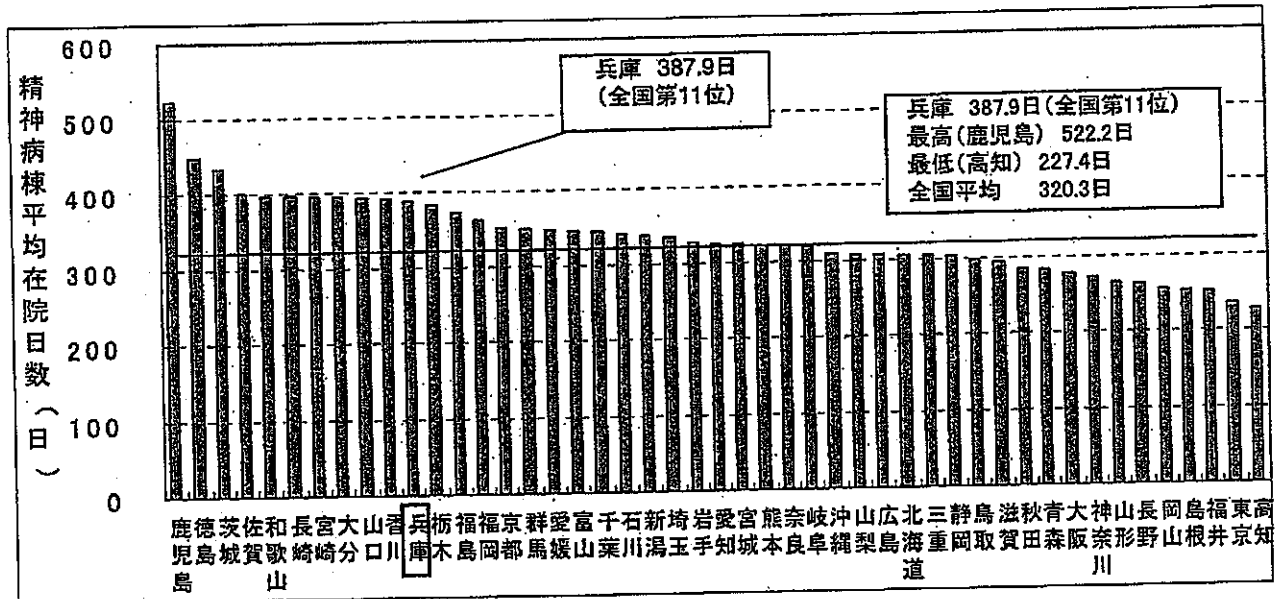
出典:平成18年度病院報告



兵庫(165.0日)は、高い方から全国第25位。
 全国第1位は、富山県(282.6日)、全国第47位は、宮城県(95.5日)となっている。

(4) 精神病床の平均在院日数

出典:平成18年度病院報告



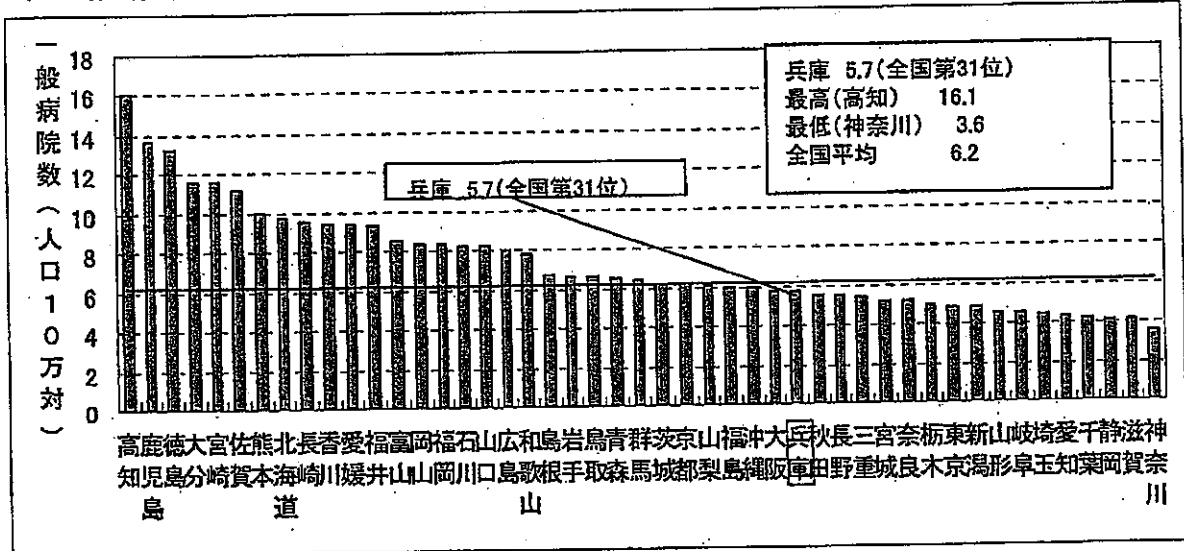
兵庫(387.9日)は、高い方から全国第11位。
 全国第1位は、鹿児島県(522.2日)、全国第47位は、高知県(227.4日)となっている。

5 医療施設数の状況

病院数

(1) 一般病院数

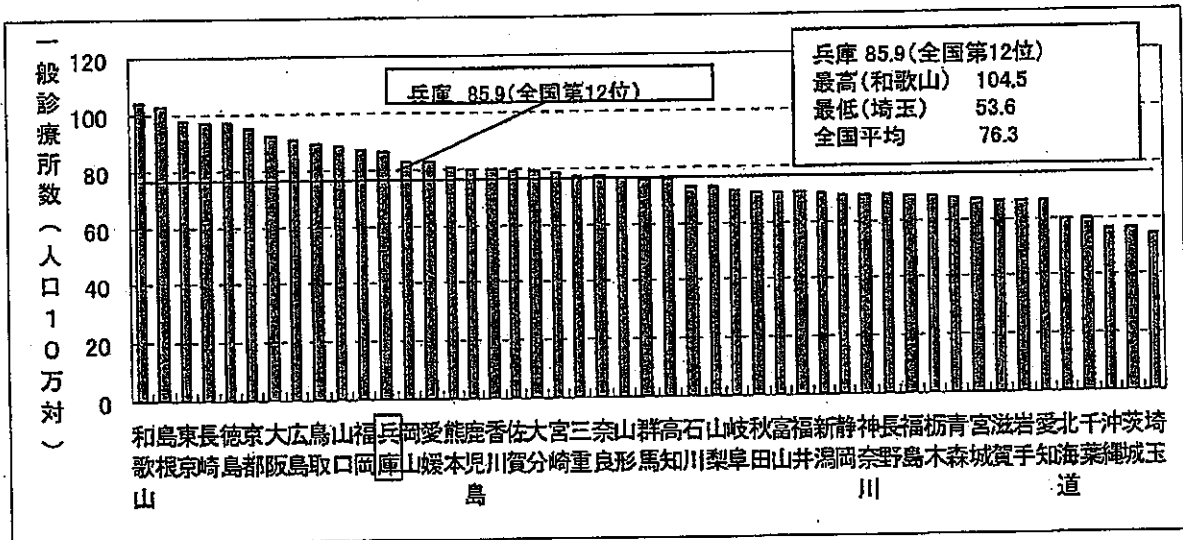
出典:平成17年度医療施設機能調査



兵庫(5.7)は、病院数の多いほうから全国第31位。
 全国第1位は、高知(16.1)、全国第47位は、神奈川(3.6)となっている。

(2) 一般診療所数

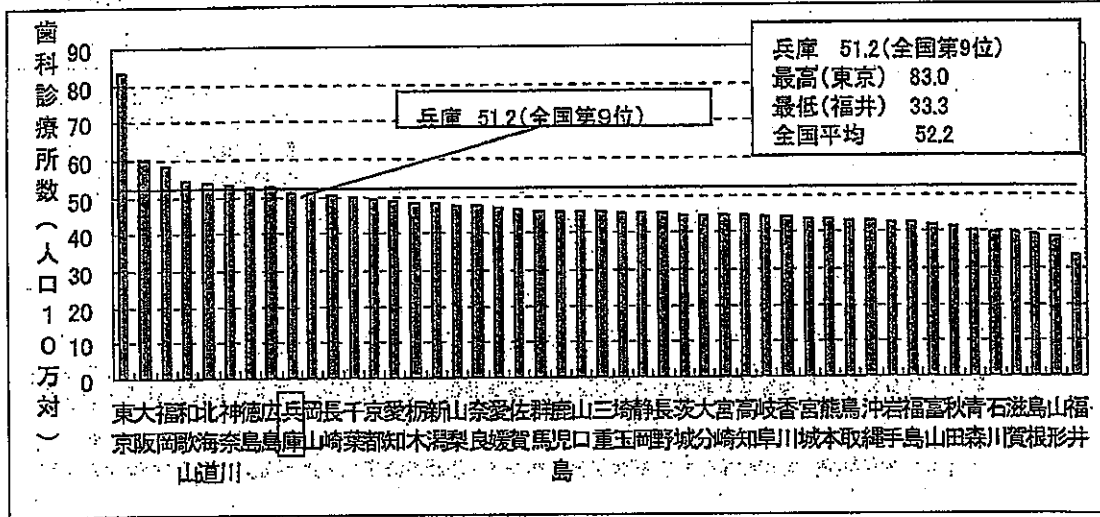
出典:平成17年度医療施設機能調査



兵庫(85.9)は、診療所数の多いほうから全国第12位。
 全国第1位は、和歌山(104.5)、全国第47位は、埼玉(53.6)となっている。

(3) 歯科診療所数

出典：平成17年度医療施設機能調査

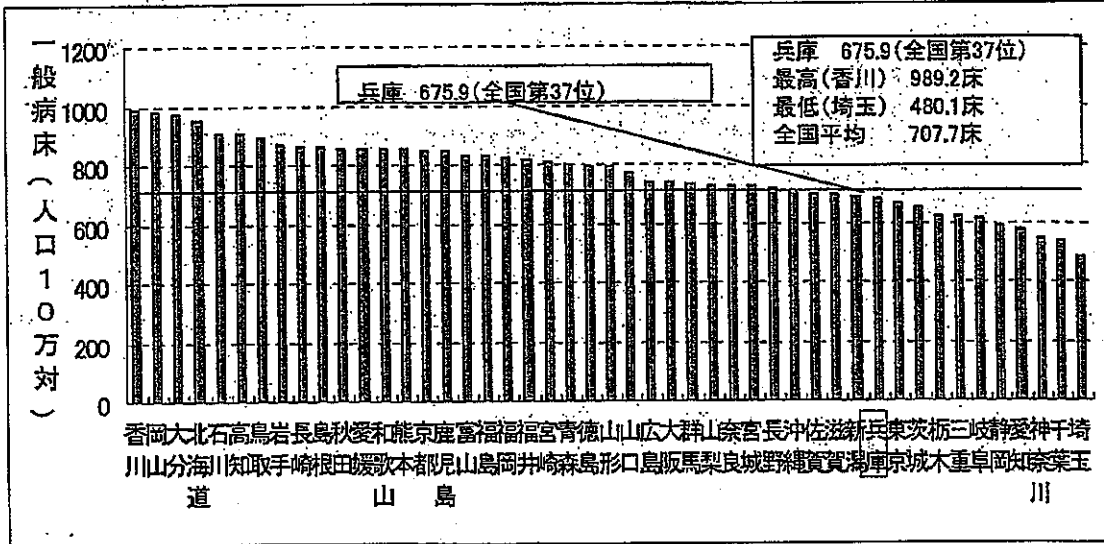


兵庫(51.2)は、歯科診療所数の多いほうから全国第9位。
 全国第1位は、東京(83.0)、全国第47位は、福井(33.3)となっている。

病床数

(4) 一般病床数

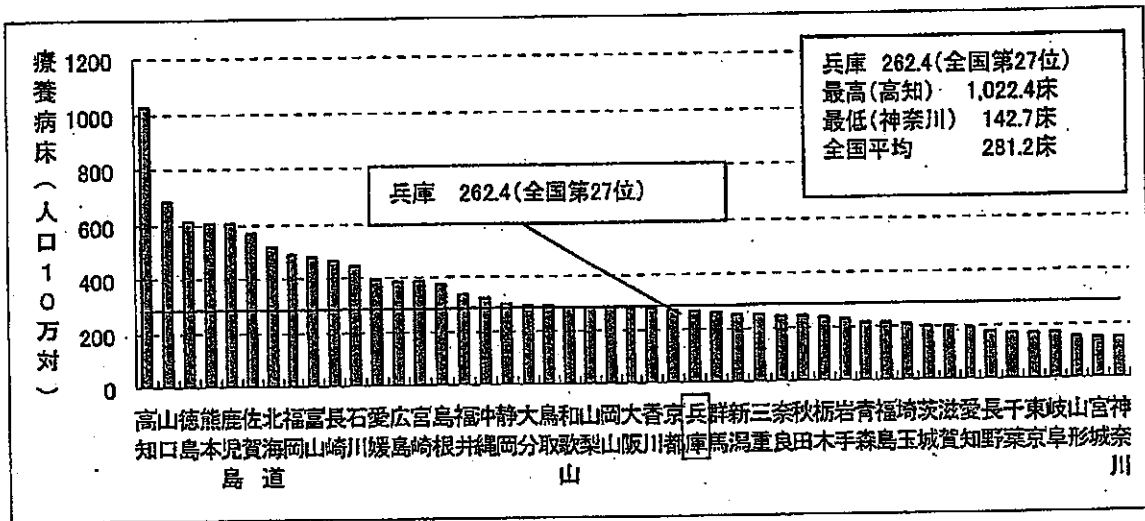
出典：平成18年度病院報告



兵庫(675.9)は、病床数の多いほうから全国第37位。
 全国第1位は、香川(989.2)、全国第47位は、神奈川(480.1)となっている。

(5)療養病床数

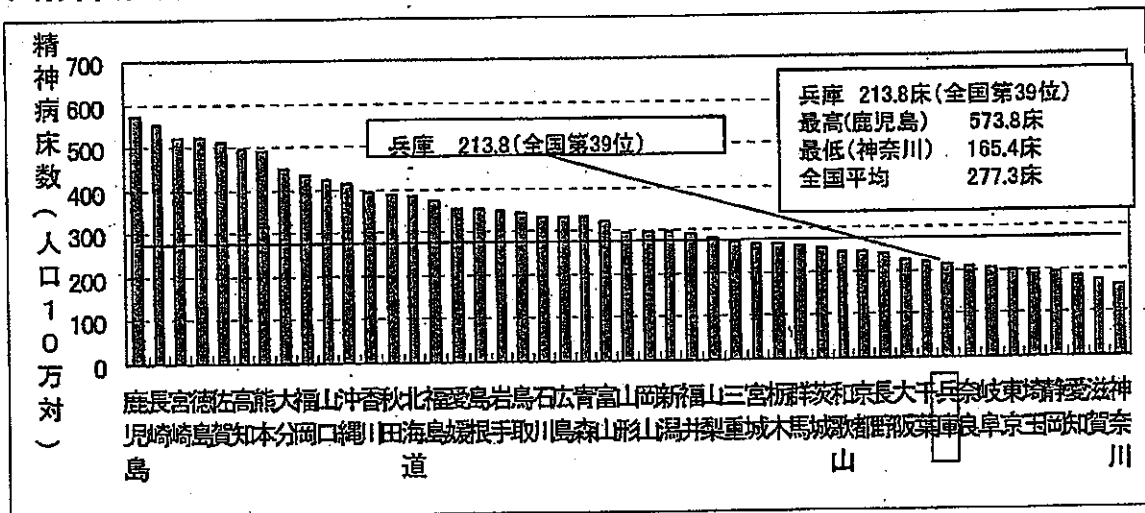
出典:平成18年度病院報告



兵庫(262.4)は、病床数の多いほうから全国第27位。
 全国第1位は、高知(1,022.4)、全国第47位は、神奈川(142.7)となっている。

(6)精神病床数

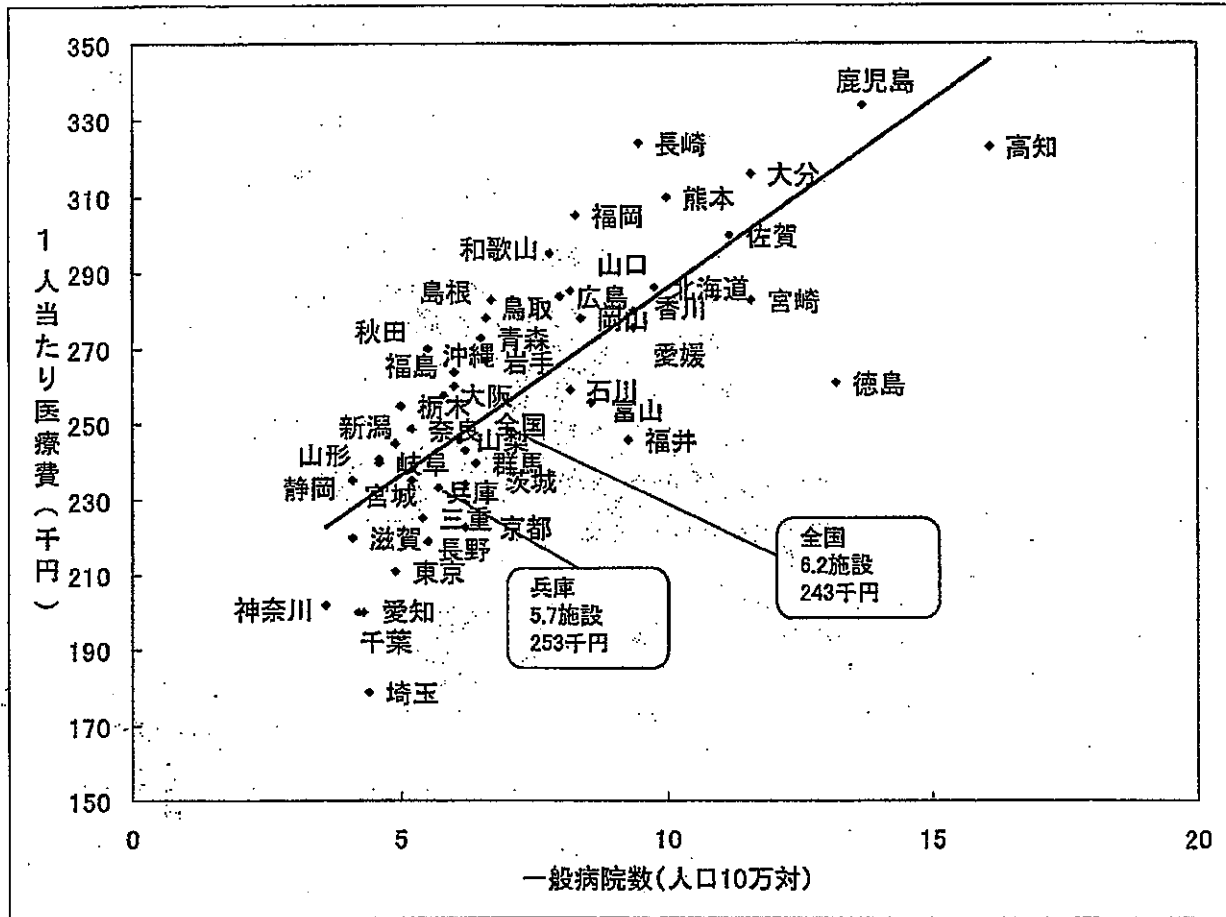
出典:平成18年度病院報告



兵庫(213.8)は、病床数の多いほうから全国第39位。
 全国第1位は、鹿児島(573.8)、全国第47位は、神奈川(165.4)となっている。

(7) 一般病院数(人口10万人当たり)と1人当たり医療費

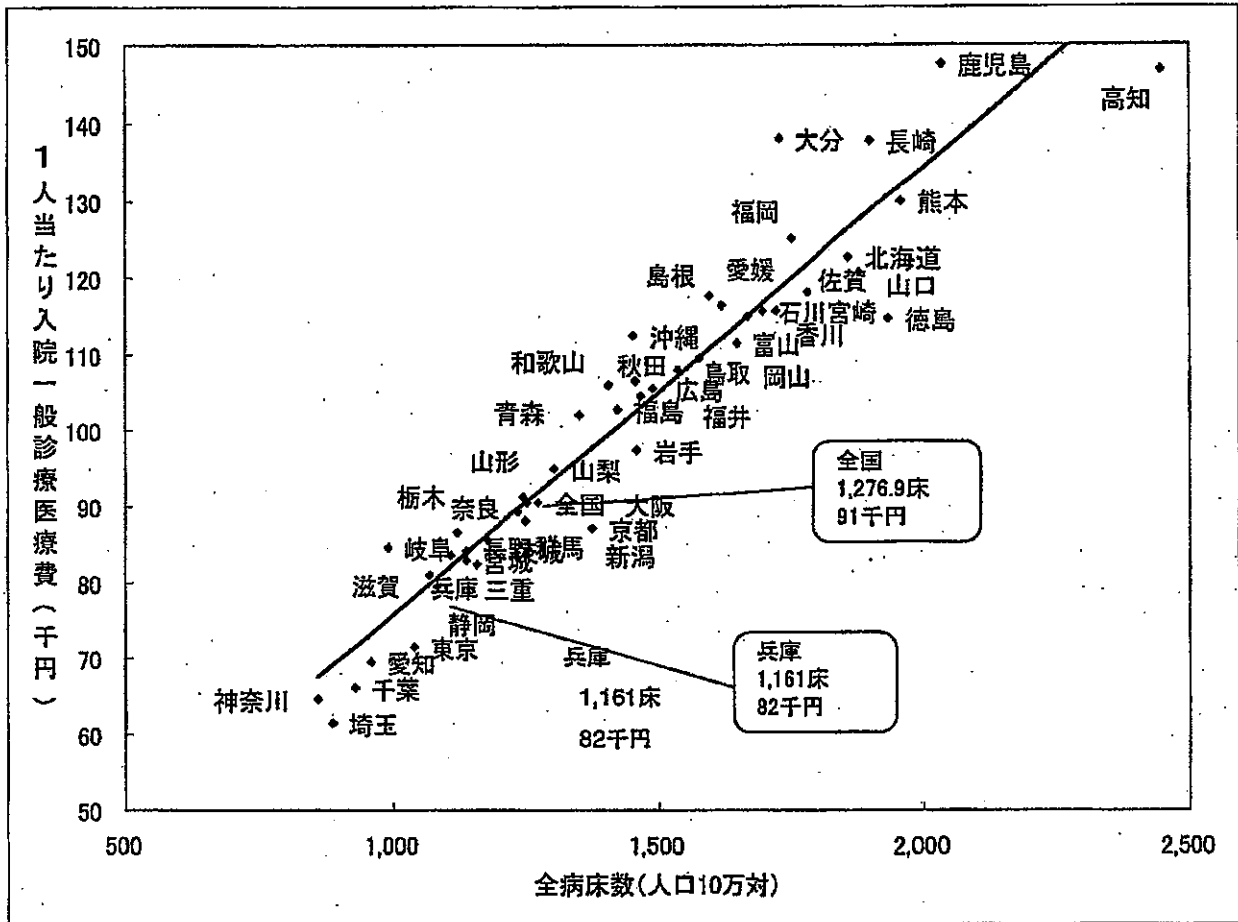
出典:平成18年度病院報告



人口10万人当たりの一般病院数と1人当たり医療費の関係について、人口10万人当たりの一般病院数が多いほど1人当たり医療費が高くなる傾向がある。
 兵庫県は、人口10万人当たりの一般病院が5.7施設と全国平均(6.2施設)より少ないが、1人当たり医療費も、253千円で全国平均(243千円)より少し高くなっている。

(8) 全病床数(人口10万人当たり)と1人当たり医療費

出典:平成18年度病院報告

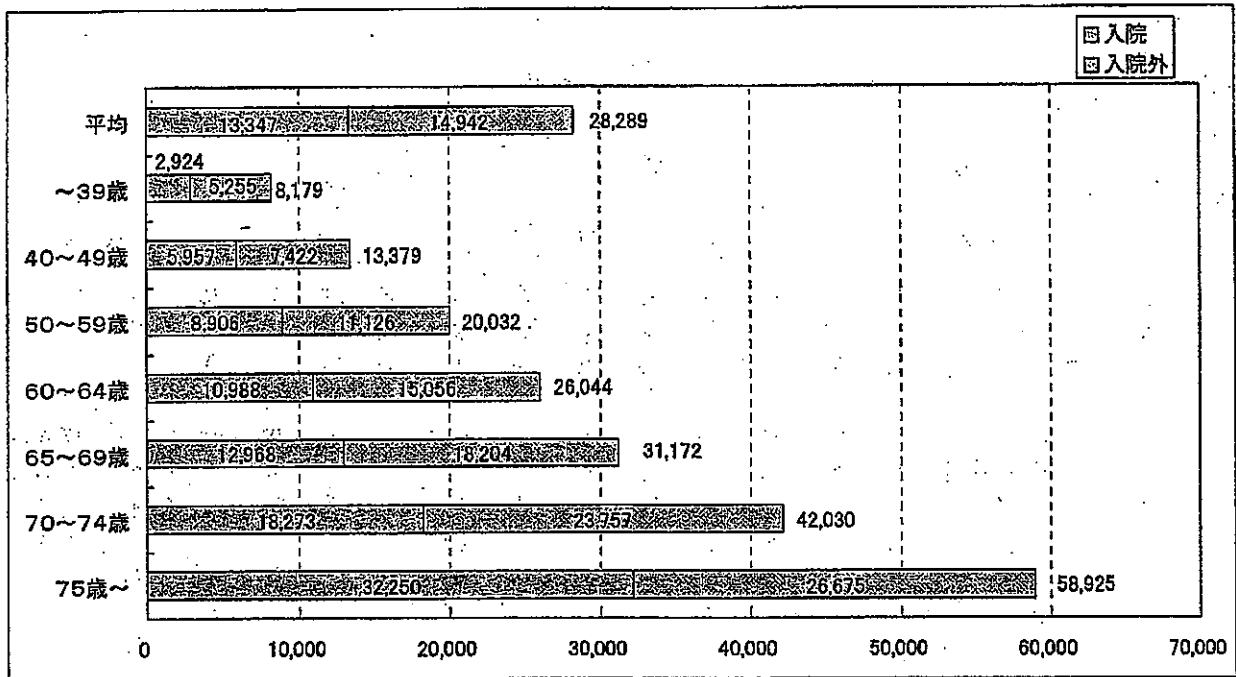


1人当たり入院一般診療費と全病床との関係について、兵庫県は、病床数が1,161床で全国平均(1,276.9)より少ないため、入院診療費についても82千円で、全国平均(91千円)より少なくなっている。

6 疾病統計からみる医療費の状況(全国)

(1)年齢階層別 被保険者1人当たり医療費

出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計



被保険者1人あたりの医療費は、加齢に伴い急激な増加を示している。

(2)医療費の年齢階層別構成、被保険者の年齢階層別構成

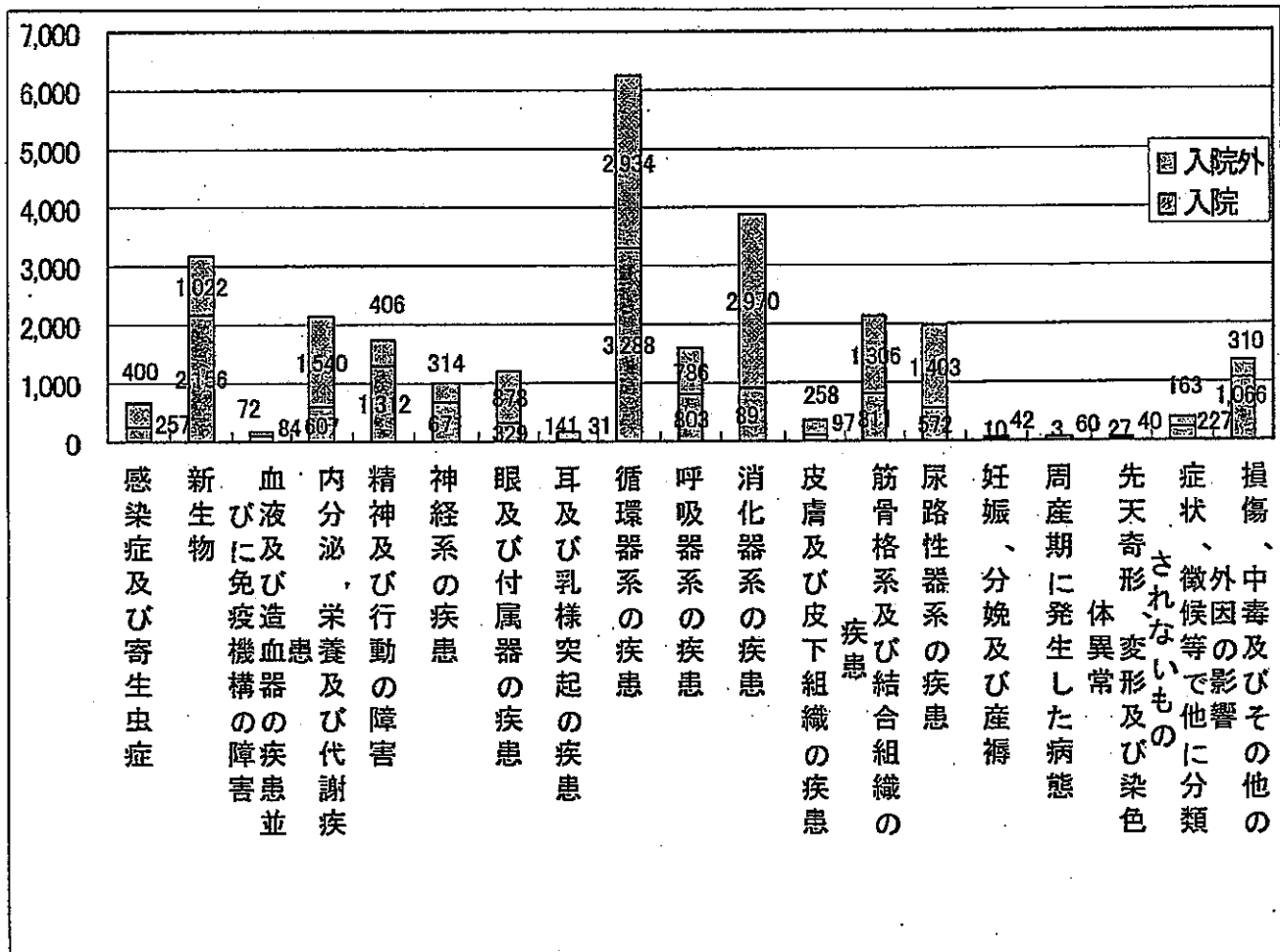
出典:平成19年6月 国民健康保険疾病統計

年齢階層	総医療費(千円)		被保険者数(人)	
	金額	割合	人数	割合
~39歳	5,197,995	8.5%	635,462	29.0%
40~49歳	2,138,371	3.5%	159,832	7.3%
50~59歳	5,061,621	8.2%	252,671	11.5%
60~64歳	5,519,265	9.0%	211,921	9.7%
65~69歳	8,320,276	13.5%	266,914	12.2%
70~74歳	10,360,887	16.9%	246,509	11.2%
75歳~	24,830,166	40.4%	421,391	19.2%
合計	61,428,581	100.0%	2,194,700	100.0%

75歳以上の被保険者数は全体の約2割であるが、総医療費の約4割を占めている。

(3)被保険者1人当たり医療費

出典:平成19年5月 国民健康保健疾病統計



全年齢の1人当たり医療費では、循環器系が突出しており、次いで、消化器系、新生物、筋骨格系疾患の順となっている。

(4) 医療費の上位を占める疾病(総数)

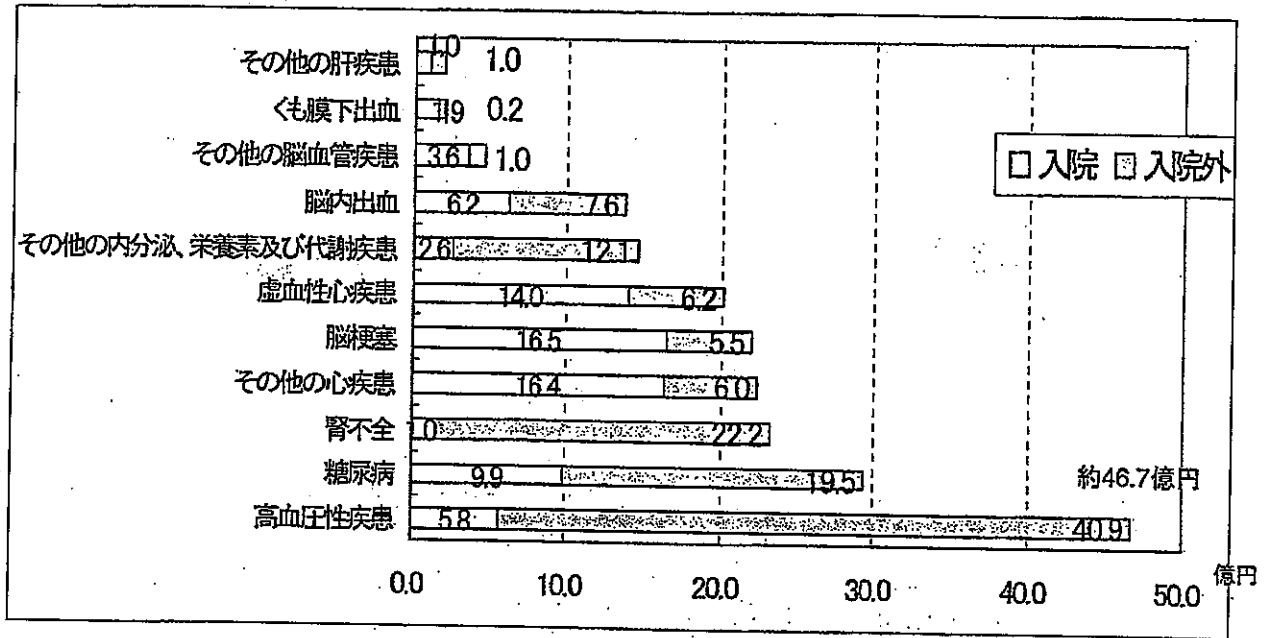
出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計

順位	疾病	診療費(千円)	1人当たり診療費(円)	1件当たり診療費(円)
1	高血圧性疾患	4,666,324	2,174	16,131
2	糖尿病	2,932,989	1,367	30,818
3	腎不全	2,925,820	1,363	320,623
4	歯肉炎及び歯周疾患	2,694,320	1,255	14,137
5	その他の心疾患	2,236,606	1,042	59,735
6	脳梗塞	2,205,367	1,028	60,070
7	その他の悪性新生物	2,197,317	1,024	98,579
8	統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害	2,026,185	944	108,011
9	虚血性心疾患	2,024,517	943	53,779
10	骨折	1,739,776	811	94,001

1人当たり医療費は、高血圧性疾患が最も高く、糖尿病、腎不全の順に高くなっている。
1件当たりの医療費は、腎不全が最も高くなっている。

(5) 主な生活習慣病に関する総医療費

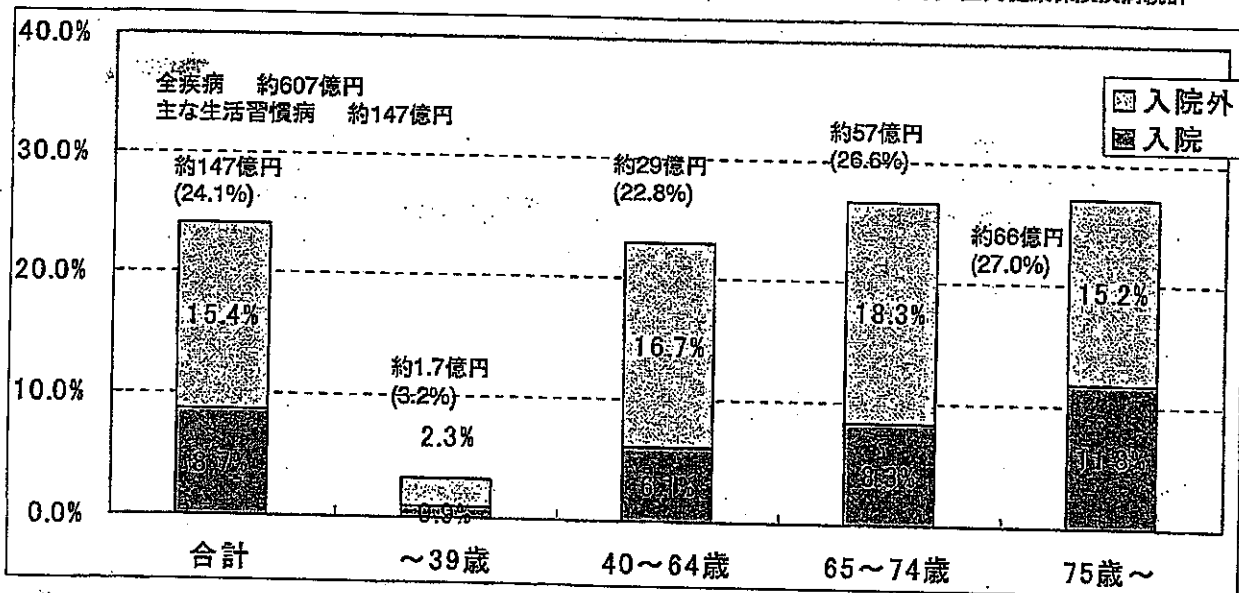
出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計



高血圧性疾患が、約46.7億円と特に多い。次いで糖尿病、腎不全と高くなっており、入院外の割合が高く、脳梗塞は入院の割合が高い。

(6) 全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合

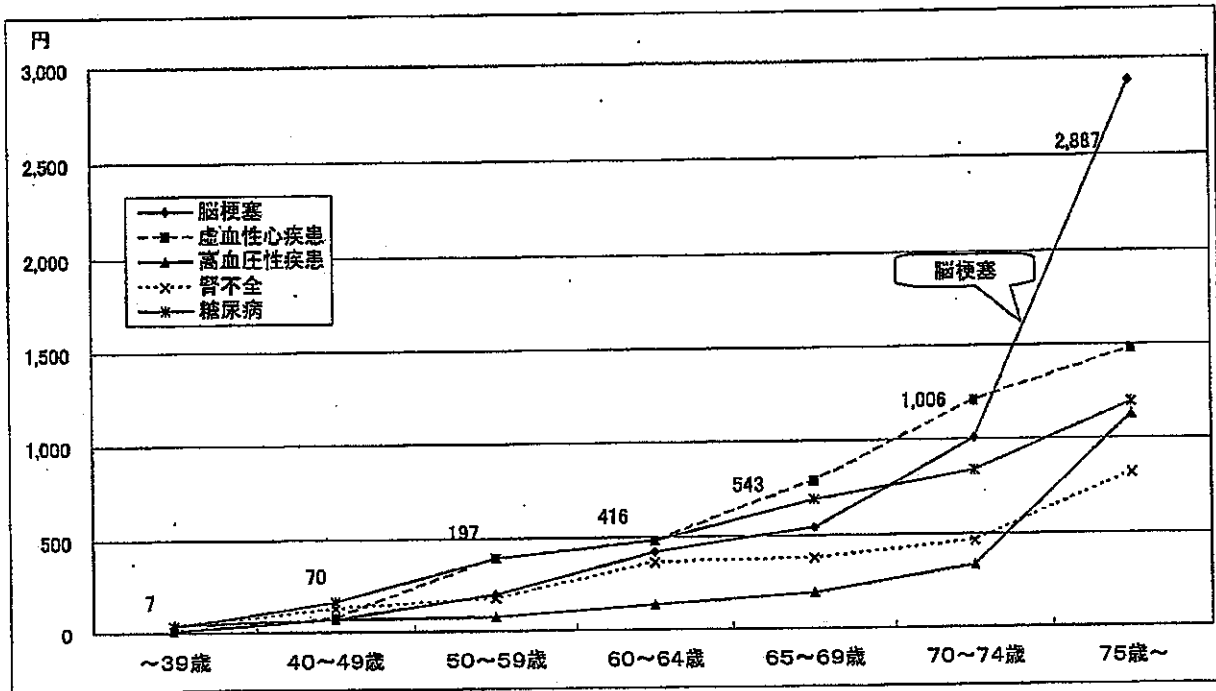
出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計



40歳~64歳で約、22.8%と急増している。入院は、年齢とともに増加する。入院外は、年齢とも増加するが、75歳以上で減少する。

(7)年齢階層別、被保険者1人当たり医療費(入院)

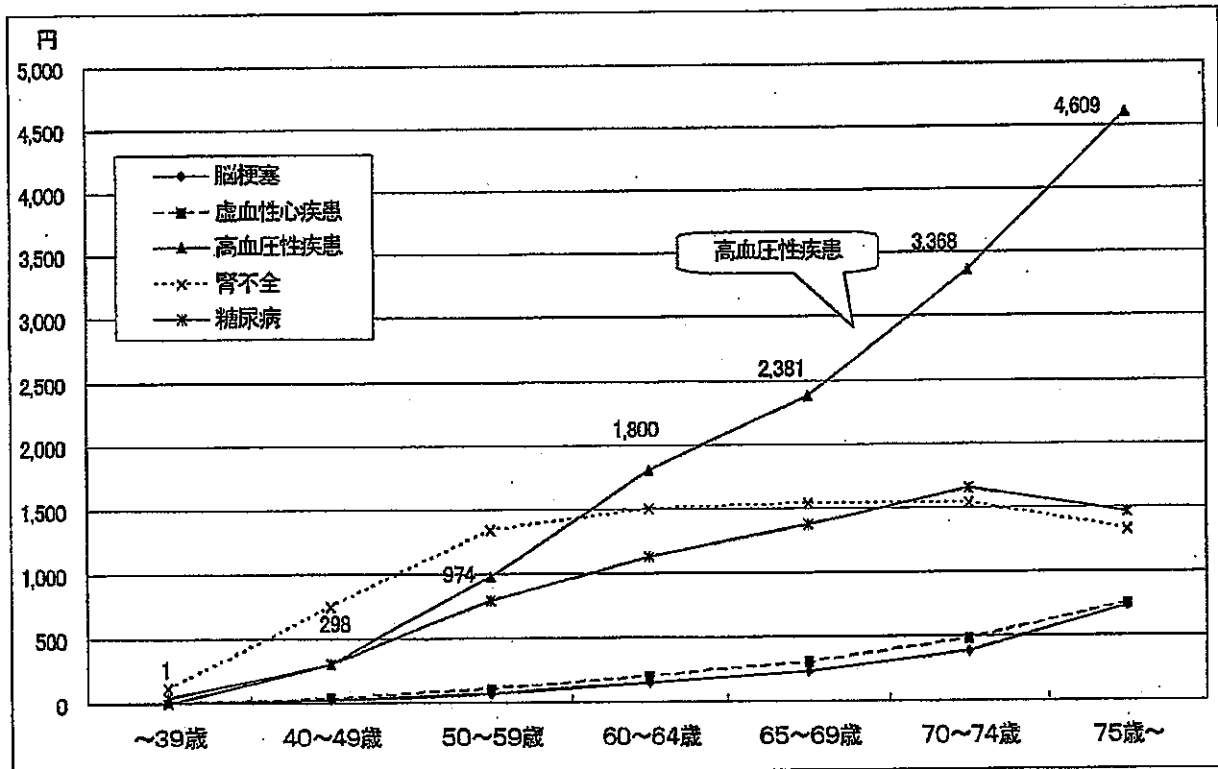
出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計



入院では、脳梗塞の医療費が70歳代から急増している。

(8)年齢階層別、被保険者1人当たり医療費(入院外)

出典:平成19年5月 国民健康保険疾病統計

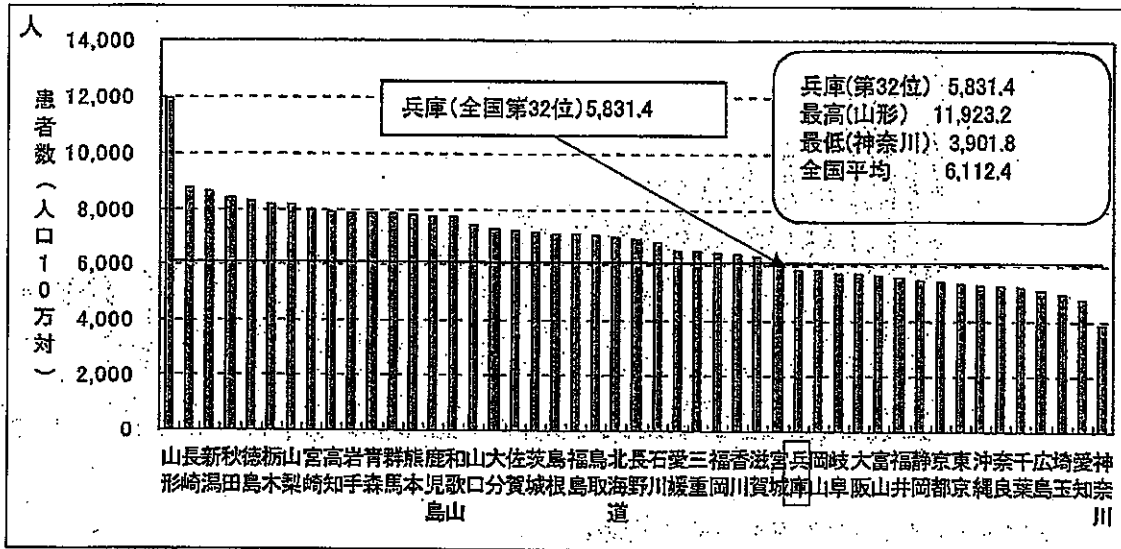


40歳代、50歳代では、腎不全が最も多いが、60歳台後半から、高血圧性疾患が急増している。

7 主な生活習慣病の患者数

(1) 高血圧性疾患の総患者数(人口10万人当たり)

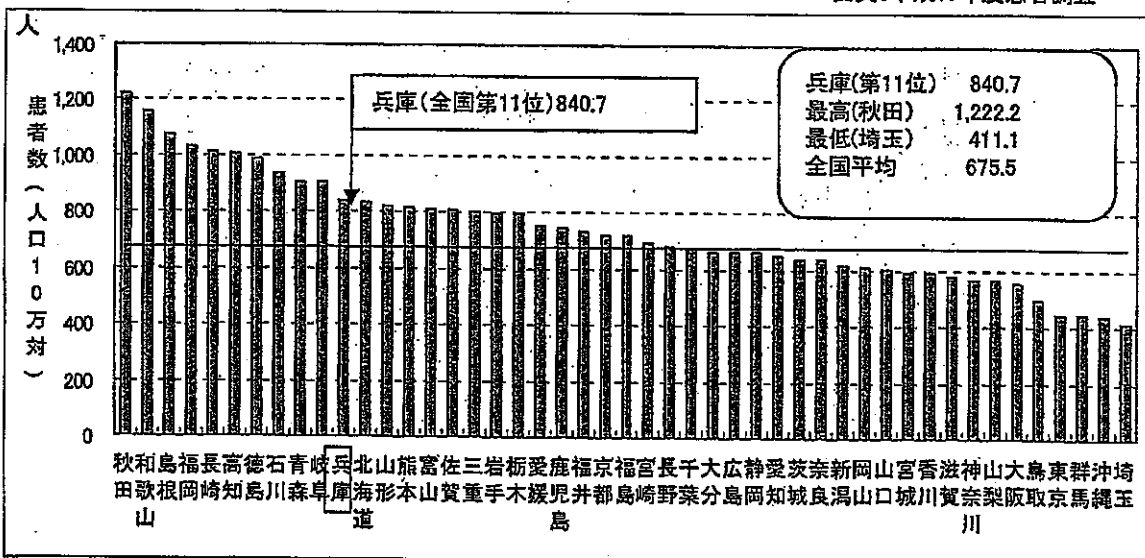
出典:平成17年度患者調査



兵庫県(5,831.4)は、全国平均より低く、全国第32位。
 全国1位は山形県(11,923.2)で、全国第47位は神奈川県(3,901.8)となっている。

(2) 虚血性心疾患の総患者数(人口10万人当たり)

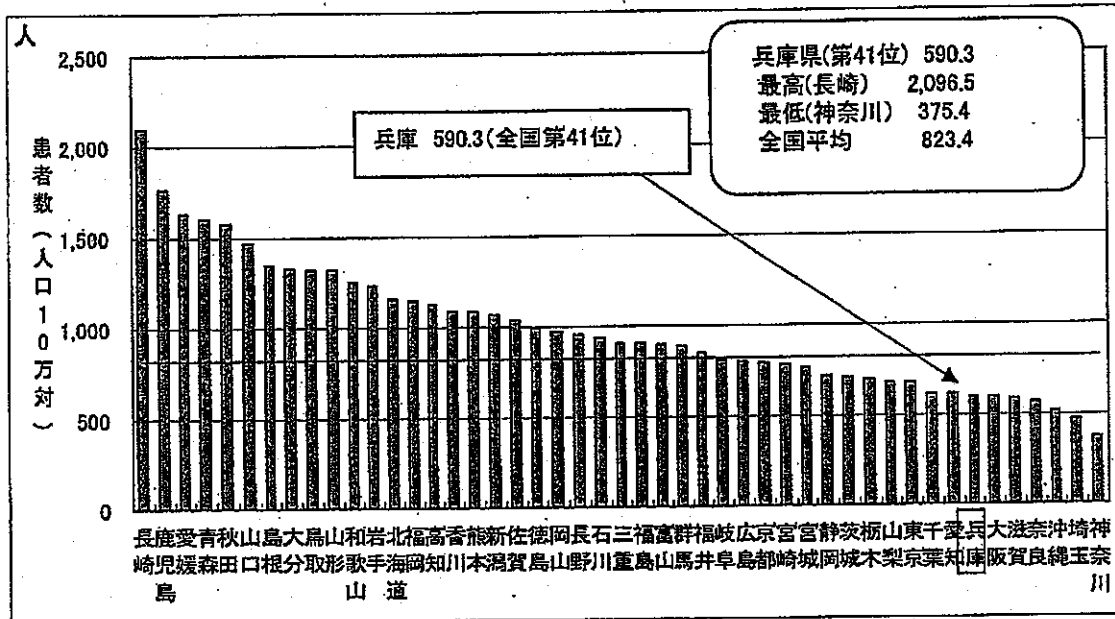
出典:平成17年度患者調査



兵庫県(840.7)は、全国平均より高く、全国第11位。
 全国第1位は秋田(1,222.2)で、全国第47位は、埼玉(411.1)となっている。

(3) 脳梗塞の総患者数（人口10万人当たり）

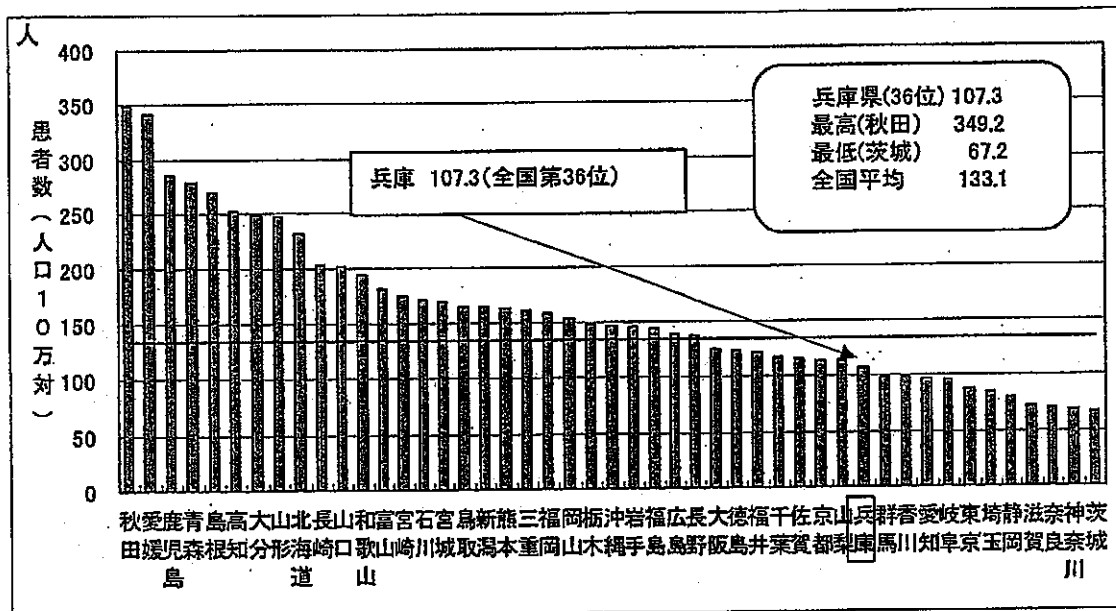
出典：平成17年度患者調査



兵庫県(590.3)は、全国平均より低く、全国第41位。
 全国第1位は長崎(2,096.5)で、全国第47位は、神奈川(375.4)となっている。

(4) 脳内出血の総患者数（人口10万人当たり）

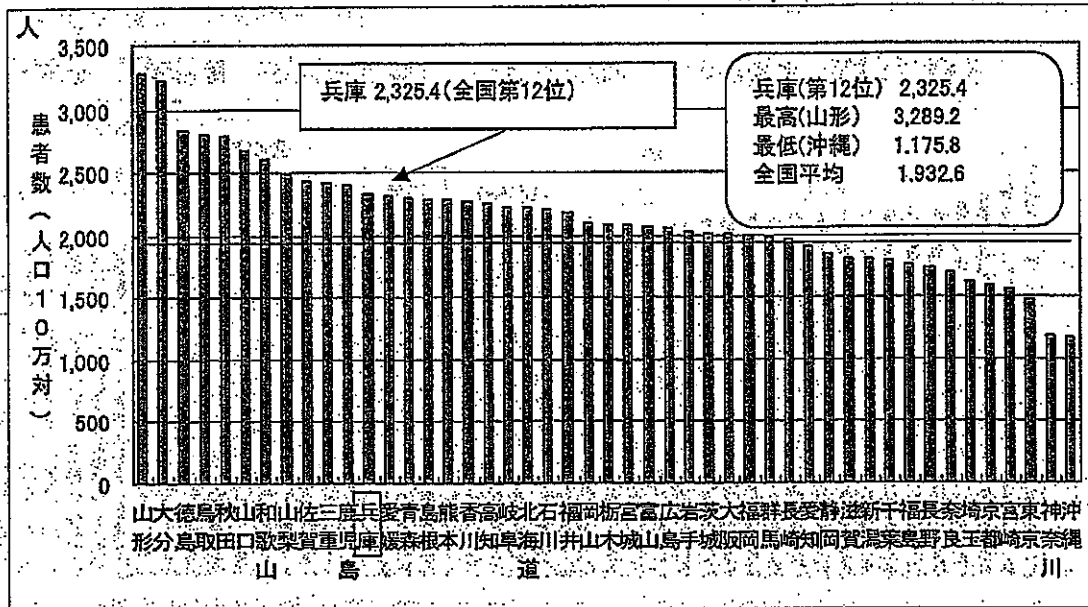
出典：平成17年度患者調査



兵庫県(107.3)は、全国平均より低く、全国第36位。
 全国第1位は秋田(349.2)で、全国第47位は、茨城(67.2)となっている。

(5) 糖尿病の総患者数(人口10万人当たり)

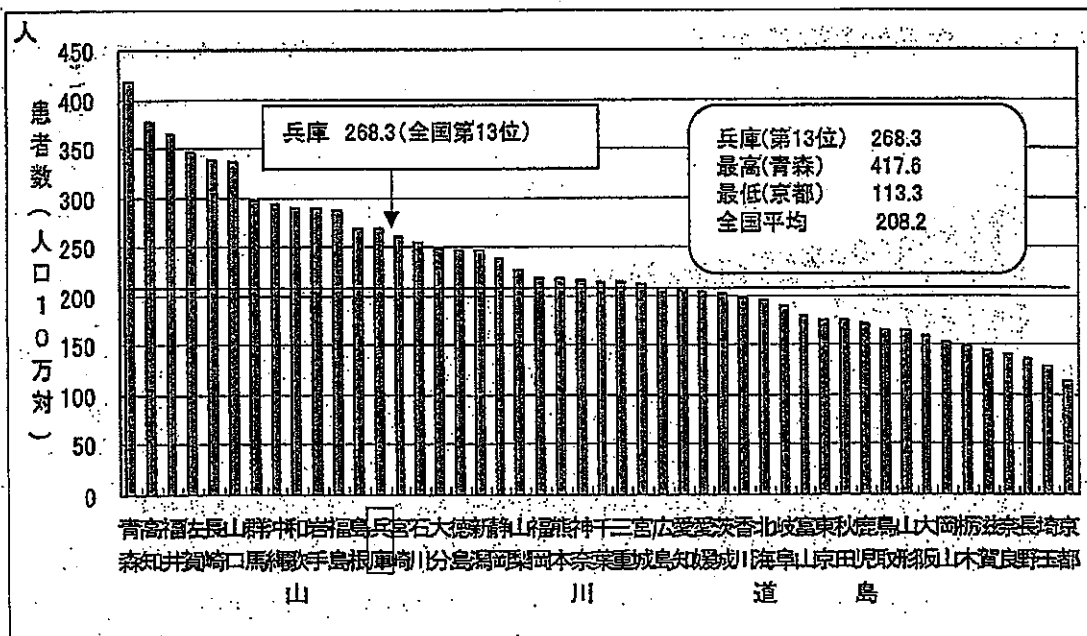
出典:平成17年度患者調査



兵庫県(2,325.4)は、全国平均より高く、全国第12位。
 全国第1位は山形(3,289.2)で、全国第47位は、沖縄(1,175.8)となっている。

(6) 腎不全の総患者数(人口10万人当たり)

出典:平成17年度患者調査

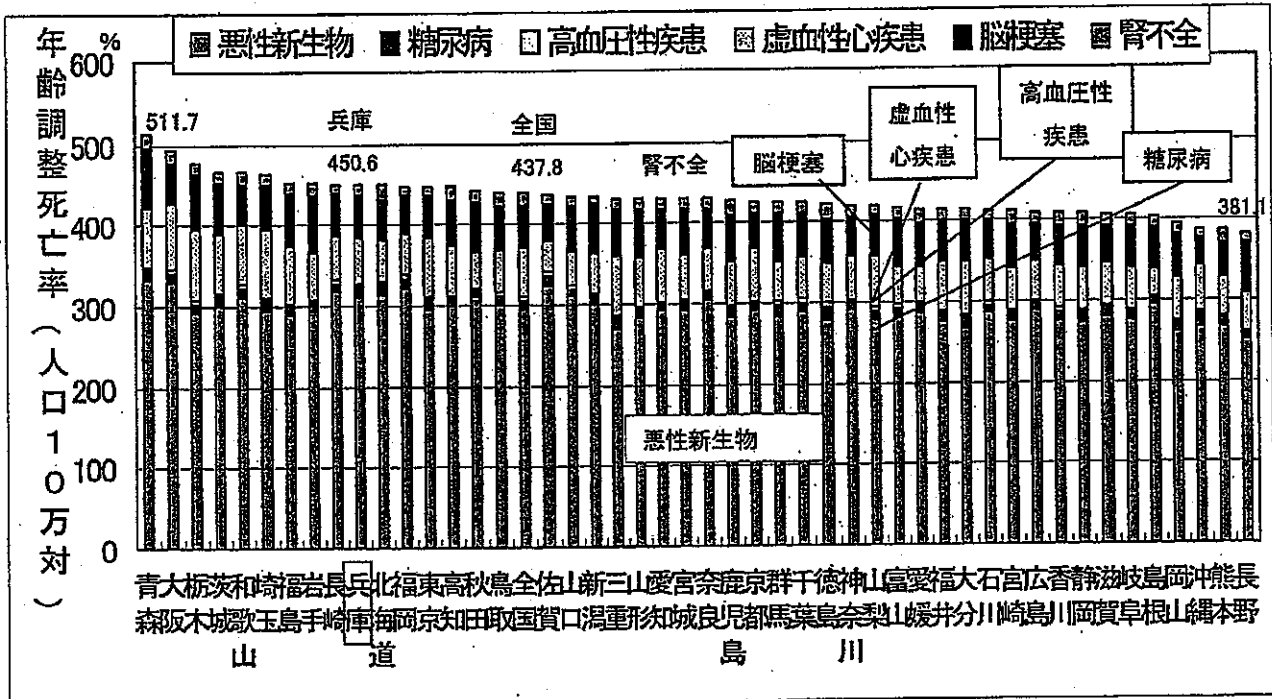


兵庫県(268.3)は、全国平均より高く、全国第13位。
 全国第1位は青森(417.6)で、全国第47位は、京都(113.3)となっている。

8 主な生活習慣病による死亡率の状況

(1) 主な生活習慣病 年齢調整死亡率

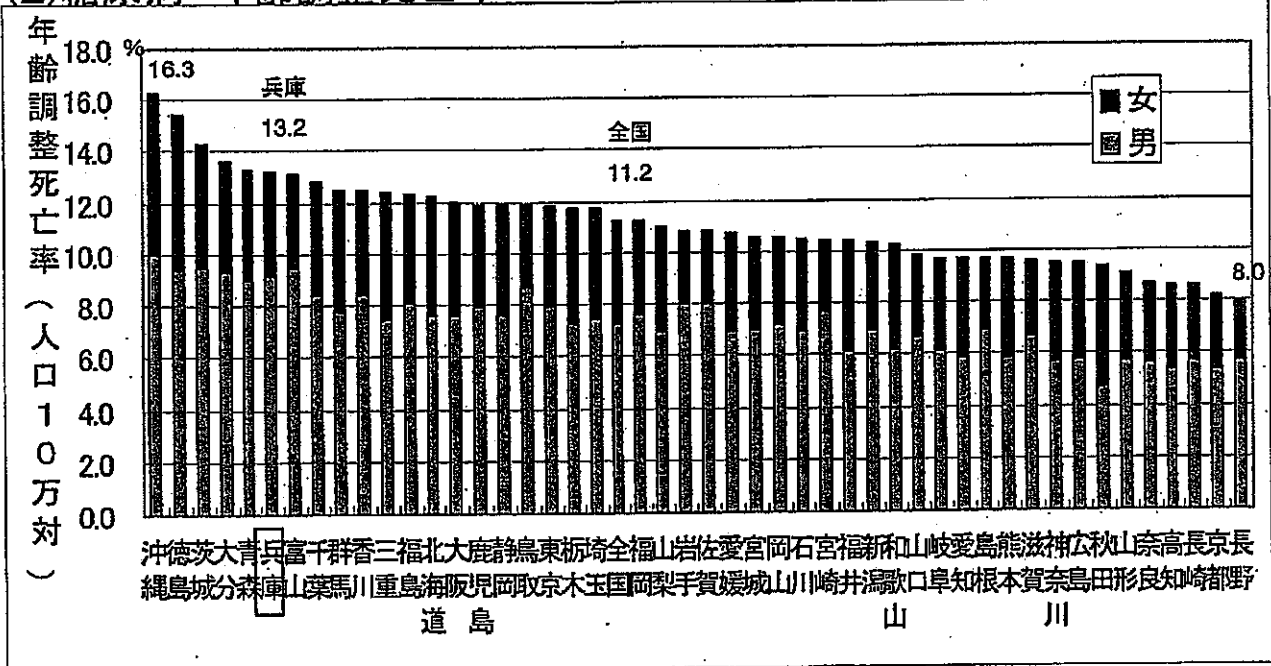
出典：平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(450.6)は、死亡率の高い方から第10位で、全国平均(437.8)より高くなっている。
 全国第1位は、青森県(511.7)、全国47位は長野県(381.1)であり、約1.34倍の差となっている。

(2) 糖尿病 年齢調整死亡率

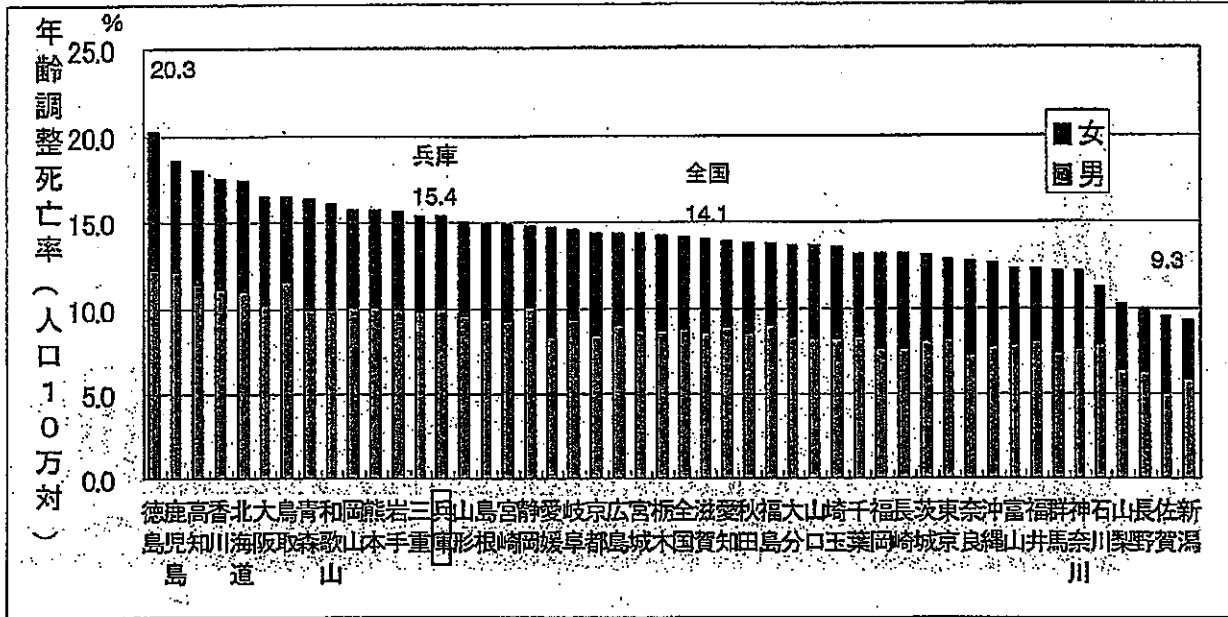
出典：平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(13.2)は、死亡率の高い方から第6位で、全国平均(11.2)より高くなっている。
 全国第1位は、沖縄県(16.3)、全国47位は長野県(8.0)であり、約2.04倍の差となっている。

(3)腎不全 年齢調整死亡率

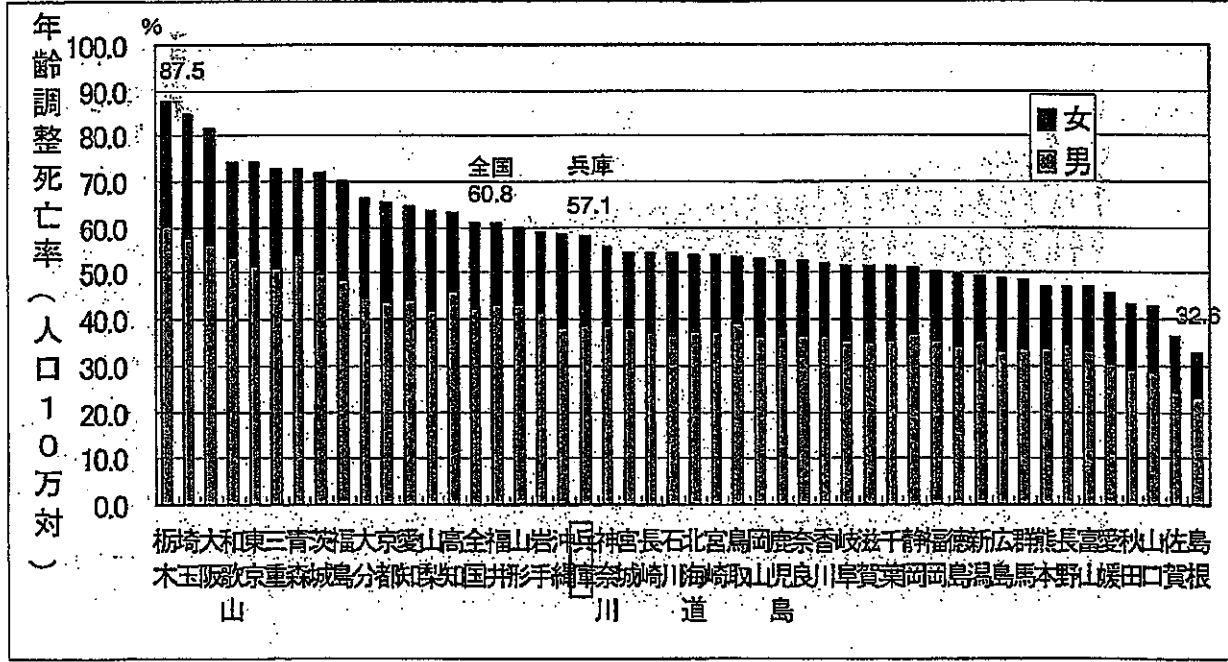
出典:平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(15.4)は、死亡率の高い方から第14位で、全国平均(14.1)より高くなっている。
 全国第1位は、徳島県(20.3)、全国第47位は、新潟県(9.3)であり、約2.18倍の差となっている。

(4)虚血性心疾患 年齢調整死亡率

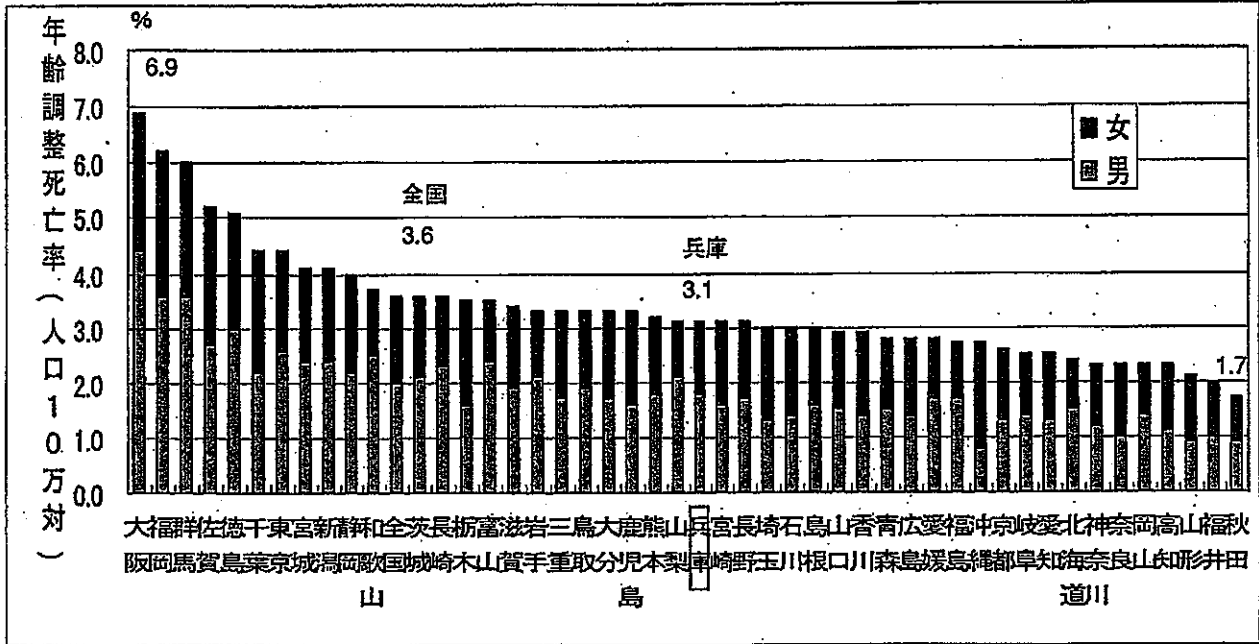
出典:平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(57.1)は、死亡率の高い方から第19位で、全国平均(60.8)より低くなっている。
 全国第1位は、栃木県(87.5)、全国第47位は、島根県(32.6)であり、約2.68倍の差となっている。

(5) 高血圧性疾患 年齢調整死亡率

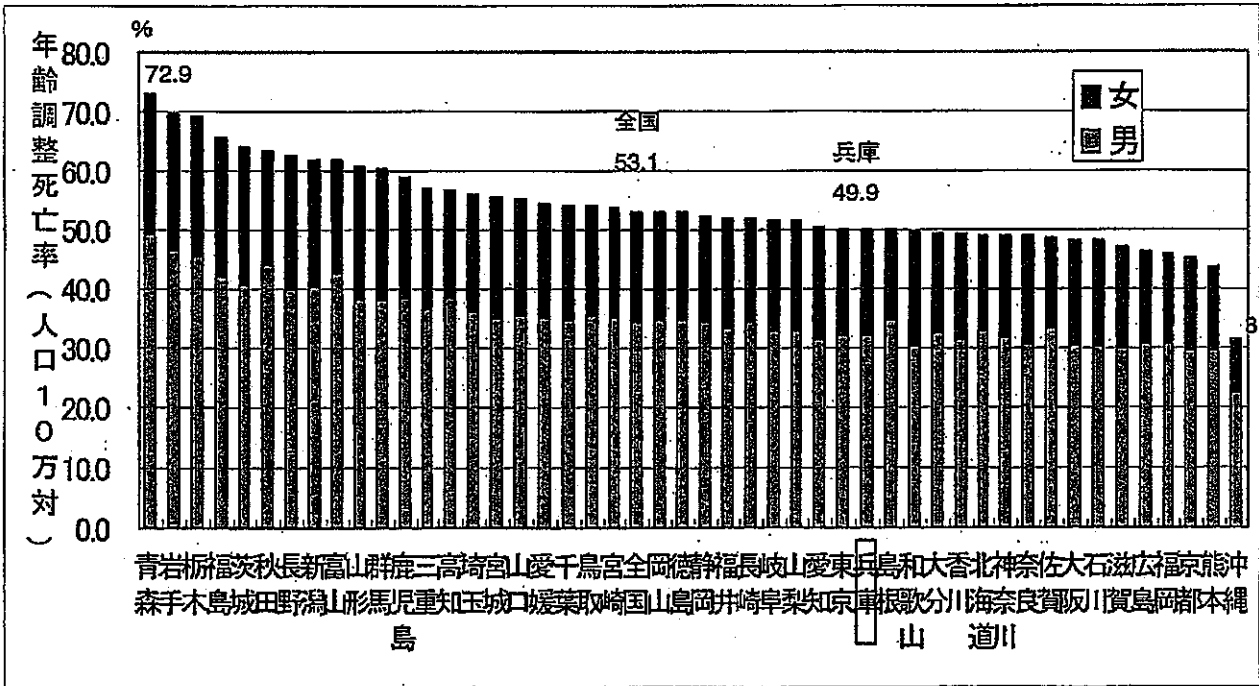
出典：平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(3.1)は、死亡率の高い方から第24位で、全国平均(3.6)より低くなっている。
 全国第1位は、大阪府(6.9)、47位は、秋田県(1.7)であり、約4倍の差となっている。

(6) 脳梗塞 年齢調整死亡率

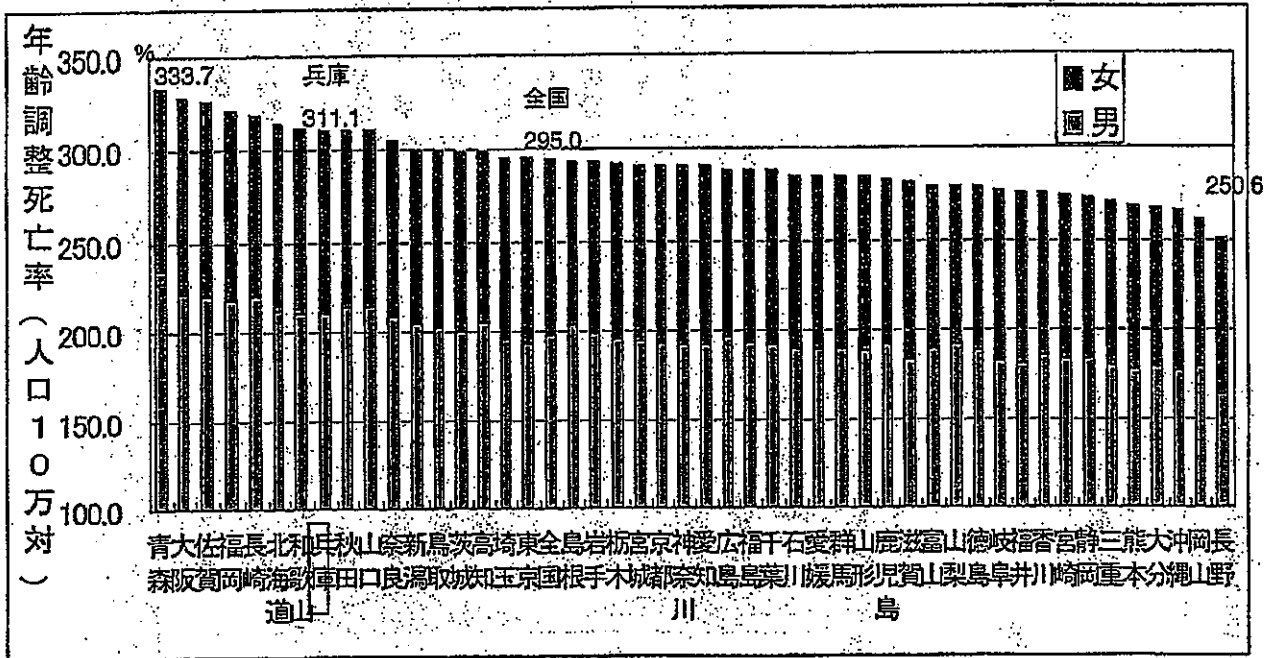
出典：平成19年度人口動態調査特殊報告



兵庫県(49.9)は、死亡率高い方から第31位で、全国平均(53.1)より低い。
 全国第1位は、青森県(72.9)、全国第47位は、沖縄県(31.5)であり、約2.31倍の差となっている。

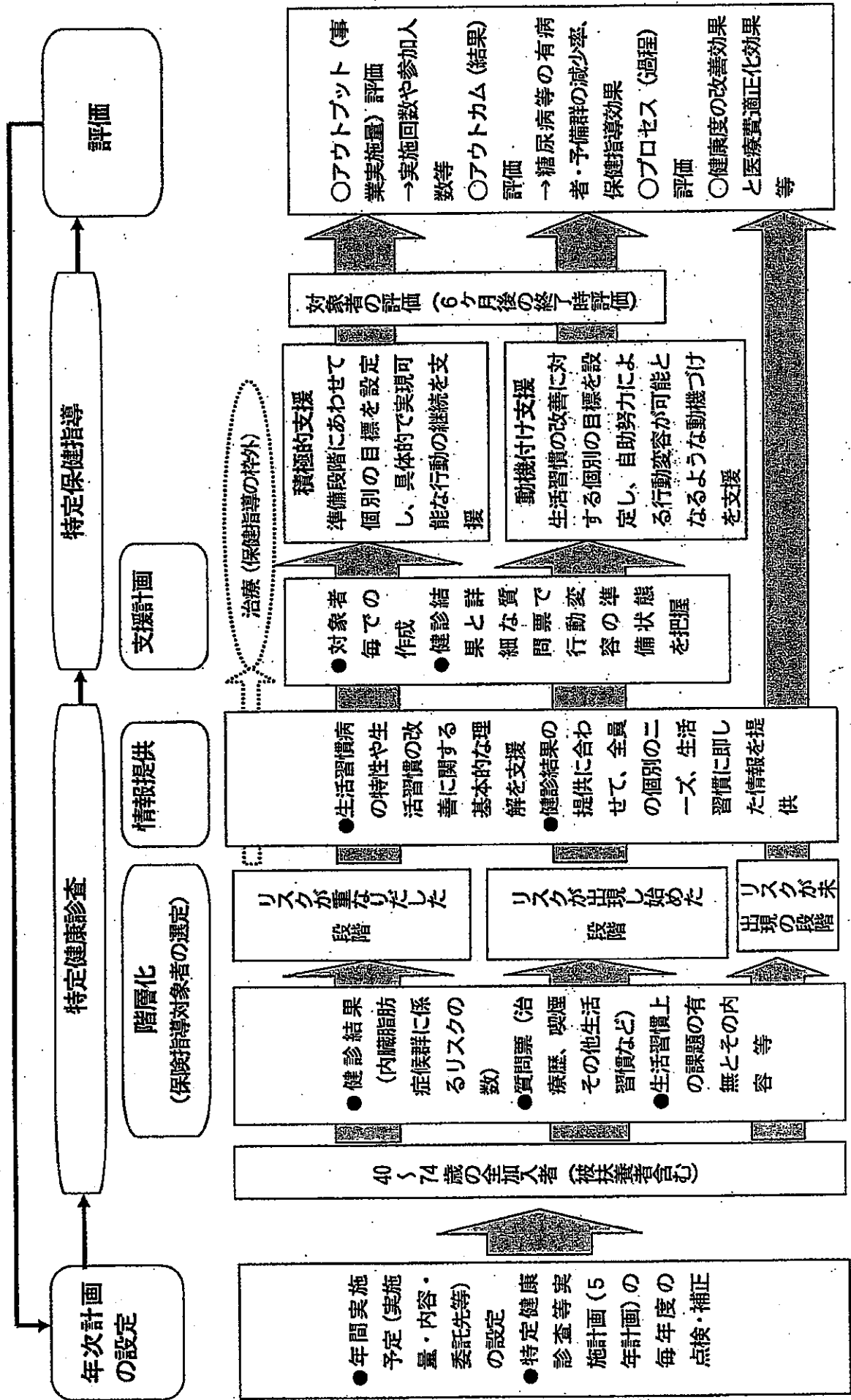
(7)悪性新生物 年齢調整死亡率

出典:平成19年度人口動態調査特殊報告

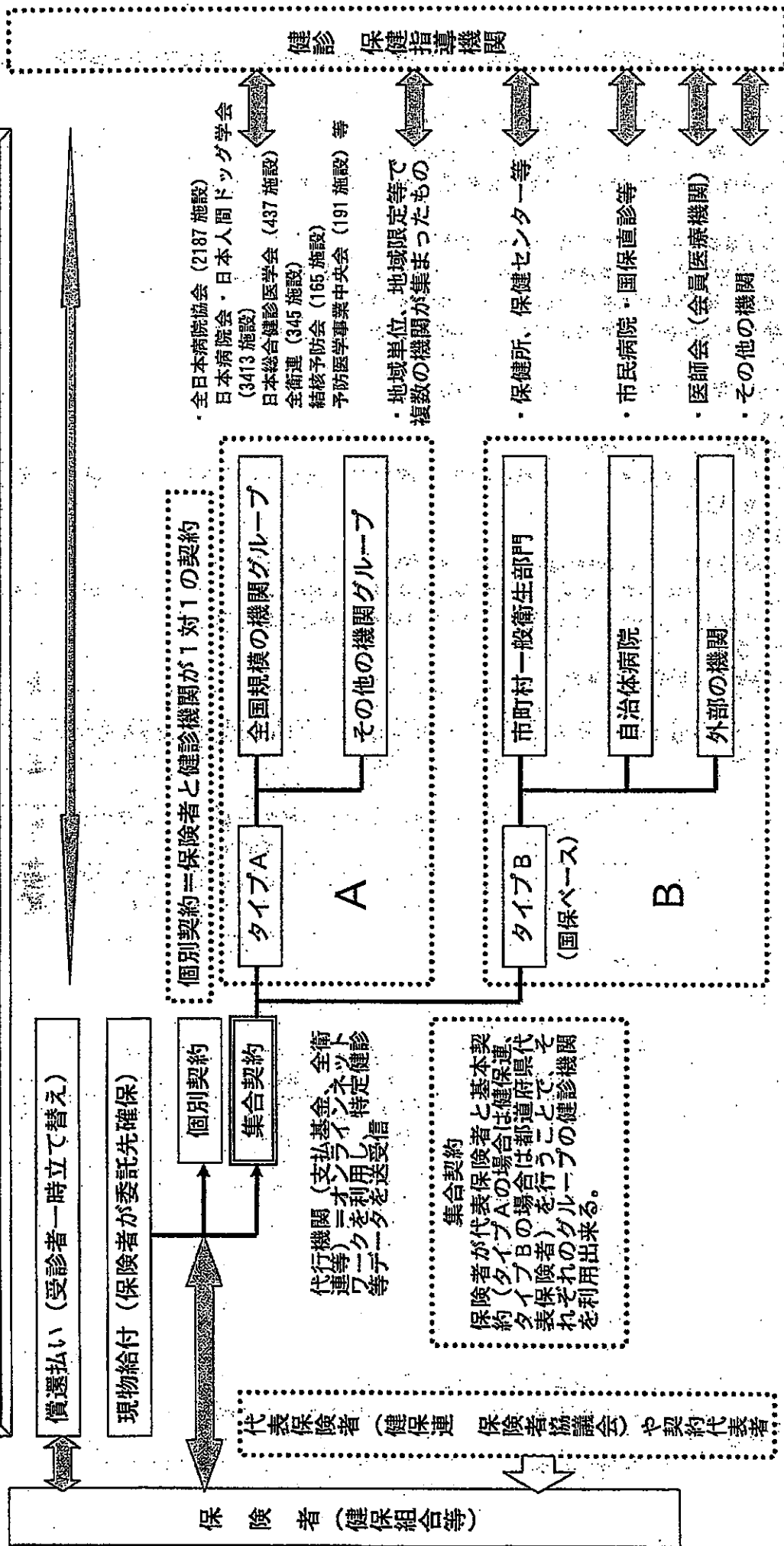


兵庫県(311.1)は、死亡率の高い方から第8位で、全国平均(295.0)より高くなっている。
 全国第1位は、青森(333.7)、全国第47位は、長野(250.6)であり、その差は、約1.33倍と、他の生活習慣病に比べて小さくなっている。

医療保険者における特定健康診査・特定保健指導の実施の流れ



被扶養者に対する特定健診等の対応イメージ



平成19年度 健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修会実施要領

1 目的

医療保険者が健診・保健指導事業を適切に企画・評価し、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」を踏まえた健診・保健指導を的確に実施できるよう、県と保険者協議会が協力して研修を行い、生活習慣病予防対策を効果的に推進できる人材の育成を図る。

2 目標

- (1) 特定健診・特定保健指導の制度が理解できる。
- (2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)が理解できる。
- (3) 健診・保健指導事業の企画・立案・評価ができる。
- (4) 標準的な健診・保健指導プログラムを踏まえた保健指導ができる。

3 実施

兵庫県保険者協議会と兵庫県が協力実施する。

4 対象者

(1) 基礎編、計画・評価編

市町及び医療保険者の生活習慣病予防対策担当者、健診・保健指導従事者(保健師、管理栄養士、担当事務職等)

(2) 技術編

基礎編を修了した保健指導実施者(保健師、管理栄養士等)

ただし、関係団体が実施する「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に基づく研修を受講したものは除く。

5 日時・会場

(1) 基礎編、計画・評価編

	日 時	会 場	定員
第1回	平成19年7月3日(火) 13:20~16:30、 4日(水) 9:50~16:30	兵庫県国民健康保険団体連合会 11階大会議室(神戸市中央区三宮町1-9-1-1801)	150名
第2回	平成19年7月10日(火) 13:20~16:30、 11日(水) 9:50~16:30	姫路労働会館・多目的ホール (姫路市北条1-98)	200名
第3回	平成19年7月17日(火) 13:20~16:30、 18日(水) 9:50~16:30	兵庫県国民健康保険団体連合会 11階大会議室(神戸市中央区三宮町1-9-1-1801)	150名

※ 各回とも内容は同じ。

(2) 技術編

	日 程	会 場	定員
第1回	平成20年1月18日(金) 13:20~16:40、 21日(月) 9:50~17:00	兵庫県のじぎく会館 神戸市中央区山本通4-22-15	240名
第2回	平成20年2月4日(月) 13:20~16:40、 5日(火) 9:50~17:00	兵庫県国民健康保険団体連合会 11階大会議室(神戸市中央区三宮町1-9-1-1801)	180名
第3回	平成20年2月18日(月) 13:20~16:40、 19日(火) 9:50~17:00	同上	180名

※ 各回とも内容は同じ。

6 実施内容

(1) 研修内容(別添研修プログラム参照)

<基礎編、計画・評価編>

- ・ 特定健診・特定保健指導の制度、手続き等
- ・ 「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」の概要

<技術編>

- ・ 「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に基づく保健指導について

国民健康保険特別調整交付金(案)

(金額単位:千円)

項目 (平成18年度実績)		平成18年度	平成19年度
健康づくり (1,449,954) 51.5%	健康増進プログラムの提供 (77,500)	実施主体 市町	
	評価方法	人口規模別の提供率により評価 介護予防版を追加	
	《老健》 健康事業 (659,411)	実施主体 市町	
	評価方法	目標受診率を評価	目標受診率を評価 前年度目標受診率の達成状況に応じ加算・減額
	がん検診事業 (713,043)	実施主体 市町	
評価方法	目標受診率を評価	目標受診率を評価 前年度目標受診率の達成状況に応じ加算・減額	
妊婦健診事業	実施主体 市町		
	評価方法	新規	一定の要件を満たす市町の取り組みを評価
	実施主体 国保		
国民健康保険事業 (1,367,729) 内、セット検診分 49,600 48.5%	レセプト点検事業 (133,343)	実施主体 国保	
	評価方法	レセプト点検効果割合により評価	
	医療費通知事業 (190,461)	実施主体 国保	
	評価方法	一定要件を満たす医療費通知を実施した世帯数を評価	
	国民健康保険保健事業 (137,092)	実施主体 国保	
	評価方法	目標受診率を評価	目標受診率を評価 前年度目標受診率の達成状況に応じ加算・減額
	保険料等収納率確保向上事業 (851,474)	実施主体 国保	
	評価方法	収納率により評価	
	収納率向上に係る交付(普通調整交付金の減額戻し) (5,759)	実施主体 国保	
	評価方法	前年度普通調整交付金が減額された市町のうち、一定以上、収納率が向上した場合に交付	
国保料等及び一部負担金の減額を行った被災市町の支援	実施主体 国保		
評価方法			
知事が交付の必要を認めた事情 (49,600)	実施主体 国保		
評価方法	セット検診等の実施に対する評価		
(合計)		(2,817,683)	

項目 (平成19年度(案))		平成19年度
健康づくり (1,313,047) 44.7%	健康増進プログラムの提供 (105,250)	
	《老健》 健康事業※ (480,814)	
	がん検診事業※ (679,523)	
	妊婦健診事業 (47,460)	
	レセプト点検事業 (122,489)	
医療費通知事業 (199,711)		
国民健康保険事業 (1,623,390) 内、セット検診分 48,300 55.3%	《特定健診》 国民健康保険保健事業※ (377,185)	
	保険料等収納率確保向上事業 (855,880)	
	収納率向上に係る交付(普通調整交付金の減額戻し) (19,825)	
	国保料等及び一部負担金の減額を行った被災市町の支援	
	知事が交付の必要を認めた事情 (48,300)	
	(合計)	(2,936,437)

※平成19年度老人基本健診、がん検診、国民健康保険保健事業の金額には、それぞれの検(健)診の実績受診率に係る加減算分を含む。

○平成18年度目標受診率達成状況に応じた加減算額計 △2億6千万円
(内、健診△1.4億円、がん検診△0.9億円、国保△0.3億円)

《19年度健康づくり関係※国保健診含》
1,738,532千円 (18年度1,636,646千円)

《国保健診を除いた19年度国民健康保険事業》
1,197,905千円 (18年度1,181,037千円)

兵庫県地域・職域連携推進協議会委員名簿

区 分	所 属・役 職	氏 名
地 域	兵庫県市長会事務局長	南野 誠二
	兵庫県市長会代表保健師 (伊丹市地域医療体制整備推進班主幹)	後北 桂子
	兵庫県町村会事務局長	大東 晨八
保 険 者	兵庫社会保険事務局次長	西馬 克幸
	健康保険組合連合会兵庫連合会常務理事	早苗 壽男
	地方職員共済組合兵庫県支部事務長	片山 安孝
	兵庫県国民健康保険団体連合会専務理事 (委員長)	奥田 良春
職 域	兵庫県商工会議所連合会事務局長	計谷 和明
	兵庫県商工会連合会専務理事	澤田 功
関 係 団 体	兵庫県医師会副会長	松永 剛典
	兵庫県歯科医師会副会長	澤田 隆
	兵庫県薬剤師会副会長	笠井 秀一
	兵庫県看護協会保健師職能理事 (明石健康福祉事務所保健指導課長)	東 美鈴
	兵庫県栄養士会副会長	塩谷 満
行 政 (国)	兵庫産業保健推進センター副所長	酒井 通暢
	兵庫労働局労働基準部長	坪田 一雄
兵庫県健康対策 協議会委員	兵庫医科大学長	波田 壽一
	社団法人兵庫労働基準連合会労働衛生部長会長	藤本 直樹

兵庫県医療費適正化計画

〔策定〕 平成20年4月

〔編集〕 兵庫県健康福祉部企画少子局医療保険課

〒650-8567

神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

電話 078-341-7711 (代表)

ホームページ <http://web.pref.hyogo.jp/>

19健P1-052A4