

兵庫県医療費適正化計画

平成 25 年 4 月

兵 庫 県

目 次

第 1 章 第二期計画策定の趣旨	1
第 1 節 第二期計画策定の背景	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	8
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	12
第 1 節 医療費の動向	12
1 本県の医療費	
2 高齢化の進展	
3 後期高齢者医療費	
4 後期高齢者医療費（県内市町比較）	
第 2 節 生活習慣病の状況	21
第 3 節 生活習慣病の医療費の状況	22
1 年齢階層別、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 平均在院日数の状況	25

**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** 28

- 第1節 兵庫県医療費適正化計画の目標 28
 - 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 32
 - 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 35

- 第1節 県民の健康の保持の推進 35
 - 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
 - 4 たばこ対策
- 第2節 医療の効率的な提供の推進 40
後発医薬品の使用促進

第5章 計画の評価等 42

- 第1節 計画の評価 42
 - 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 44
 - 1 審議会等
 - 2 兵庫県保険者協議会

第 1 章 第二期医療費適正化計画策定の趣旨

第 1 節 第二期計画策定の背景

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、全ての国民が、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 21 年には、男性で 79.59 歳、女性で 86.44 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

その一方で、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、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、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。

その中の一つが、従来の老人保健法を大幅に改定して平成 20 年 4 月に施行された「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」）」で、この法律に基づき、医療費の適正化を進めていくこととされています。

また、平成 24 年 2 月に閣議決定された「社会保障・税一体改革」においては、平成 37 年に向けて、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービスの提供体制を構築することが求められています。

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。
- 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
 - 医療保険制度の給付・負担内容の見直し
 - 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

(ア) 全国の状況

平成22年度の国民医療費は37兆4,202億円で、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、特に後期高齢者医療費は12兆7,213億円で、国民医療費の3分の1以上を占めています(表1-1)。

表 1-1 国民医療費・老人医療費の推移

出典：平成22年度国民医療費
平成22年度後期高齢者医療事業年報

年度	国民医療費		後期高齢者医療費 (老人医療費)		後期高齢者 医療費(老人 医療費)の国 民医療費に 対する割合 %	国民所得に対する割合	
	実数 億円	伸び率 %	実数 億円	伸び率 %		後期高齢者 医療費 (老人医療費) %	国民医療費 %
平成元年度	197,290	5.2	55,578	7.7	28.2	1.73	6.15
平成2年度	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	1.71	5.94
平成3年度	218,260	5.9	64,095	8.1	29.4	1.74	5.92
平成4年度	234,784	7.6	69,372	8.2	29.5	1.90	6.41
平成5年度	243,631	3.8	74,511	7.4	30.6	2.04	6.67
平成6年度	257,908	5.9	81,596	9.5	31.6	2.21	6.97
平成7年度	269,577	4.5	89,152	9.3	33.1	2.42	7.31
平成8年度	284,542	5.6	97,232	9.1	34.2	2.56	7.48
平成9年度	289,149	1.6	102,786	5.7	35.5	2.69	7.56
平成10年度	295,823	2.3	108,932	6.0	36.8	2.95	8.02
平成11年度	307,019	3.8	118,040	8.4	38.4	3.24	8.43
平成12年度	301,418	-1.8	111,997	-5.1	37.2	3.01	8.11
平成13年度	310,998	3.2	116,560	4.1	37.5	3.18	8.48
平成14年度	309,507	-0.5	117,300	0.6	37.9	3.22	8.51
平成15年度	315,375	1.9	116,523	-0.7	36.9	3.17	8.57
平成16年度	321,111	1.8	115,763	-0.7	36.1	3.13	8.68
平成17年度	331,289	3.2	116,443	0.6	35.1	3.11	8.86
平成18年度	331,276	-0.0	112,594	-3.3	34.0	2.98	8.76
平成19年度	341,360	3.0	112,753	0.1	33.0	2.96	8.96
平成20年度	348,084	2.0	114,145	(1.2)	32.8	3.22	9.81
平成21年度	360,067	3.4	120,108	5.2	33.4	3.51	10.51
平成22年度	374,202	3.9	127,213	5.9	34.0	3.64	10.71

注 平成19年度までは老人医療費、20年度からは後期高齢者医療費である。
(平成20年度は20年4月～21年2月の医療費で、月遅れの老人医療費含む)

(1) 本県の状況

本県の平成22年度の医療費は1兆6,798億円で、そのうち後期高齢者医療費は5,609億円と、全体の33.4%で全国平均(33.5%)とほぼ同じ水準となっている一方、1人当たり後期高齢者医療費は931千円と、全国平均(891千円)を上回っており、全国では第16位となっています(表1-2)。

表1-2 都道府県別医療費と後期高齢者医療費

出典 平成22年度国民医療費から推計
出典 平成22年度後期高齢者医療事業年報

	医療費		1人当たり医療費		後期高齢者医療費		1人当たり医療費		後期高齢者医療費の医療費に対する割合	
	(億円)	順位	(円)	順位	(億円)	順位	(円)	順位	(%)	順位
全 国	374,202	-	292,215	-	125,275	-	891,010	-	33.5	-
北海道	19,412	5	352,559	7	7,078	3	1,060,700	3	36.5	22
青 森	4,233	28	308,338	22	1,419	31	782,345	40	33.5	33
岩 手	3,981	31	299,312	28	1,420	30	725,532	47	35.7	28
宮 城	6,460	15	275,123	37	2,153	20	810,259	34	33.3	37
秋 田	3,695	34	340,229	12	1,399	32	789,450	38	37.9	16
山 形	3,557	37	304,302	23	1,430	29	775,931	41	40.2	5
福 島	6,110	19	301,158	25	2,270	19	817,022	32	37.1	19
茨 城	7,798	13	262,569	43	2,556	14	795,813	37	32.8	39
栃 木	5,358	23	266,831	39	1,738	26	788,523	39	32.4	40
群 馬	5,578	22	277,806	36	1,926	24	810,416	33	34.5	30
埼 玉	17,623	6	244,934	46	4,742	8	821,345	31	26.9	47
千 葉	14,977	9	240,949	47	4,174	9	764,933	43	27.9	45
東 京	35,028	1	266,197	40	10,134	1	866,106	26	28.9	44
神 奈 川	22,654	3	250,378	45	6,264	4	822,541	30	27.6	46
新 潟	6,816	14	287,098	31	2,449	16	726,917	46	35.9	27
富 山	3,251	40	297,429	29	1,278	37	833,797	29	39.3	9
石 川	3,653	35	312,219	19	1,375	33	965,965	13	37.6	17
福 井	2,446	45	303,437	24	945	45	867,716	25	38.6	11
山 梨	2,477	44	287,008	32	893	46	798,541	36	36.1	26
長 野	5,985	20	278,100	35	2,372	17	761,021	44	39.6	8
岐 阜	5,920	21	284,489	33	2,004	23	805,849	35	33.8	32
静 岡	9,985	10	265,204	42	3,292	11	757,330	45	33.0	38
愛 知	19,694	4	265,734	41	6,059	6	891,713	20	30.8	41
三 重	5,190	25	279,799	34	1,736	27	775,380	42	33.4	35
滋 賀	3,638	36	257,825	44	1,249	39	878,968	21	34.3	31
京 都	7,909	12	300,039	27	2,752	12	959,639	14	34.8	29
大 阪	27,551	2	310,796	21	8,193	2	1,022,213	6	29.7	43
兵 庫	16,798	8	300,617	26	5,609	7	931,273	16	33.4	36
奈 良	4,053	30	289,285	30	1,358	35	877,999	22	33.5	34
和 歌 山	3,381	39	337,423	14	1,232	40	869,300	24	36.5	23
鳥 取	1,838	47	312,107	20	733	47	852,722	27	39.9	7
島 根	2,445	46	340,952	11	1,022	44	844,284	28	41.8	2
岡 山	6,380	16	328,037	17	2,331	18	934,184	15	36.5	21
広 島	9,499	11	332,017	15	3,535	10	1,035,320	4	37.2	18
山 口	5,168	26	356,147	5	2,104	21	981,467	12	40.7	4
徳 島	2,798	43	356,473	4	1,062	43	927,242	17	37.9	14
香 川	3,453	38	346,688	9	1,259	38	924,101	18	36.4	24
愛 媛	4,743	27	331,450	16	1,823	25	895,578	19	38.4	12
高 知	3,001	41	392,866	1	1,278	36	1,076,690	2	42.6	1
福 岡	17,137	7	337,877	13	6,223	5	1,132,407	1	36.3	25
佐 賀	2,997	42	352,611	6	1,135	42	1,004,419	8	37.9	15
長 崎	5,330	24	373,512	2	2,031	22	1,032,035	5	38.1	13
熊 本	6,267	17	344,934	10	2,506	15	981,643	11	40.0	6
大 分	4,217	29	352,327	8	1,654	28	983,515	10	39.2	10
宮 崎	3,696	33	325,636	18	1,370	34	874,974	23	37.1	20
鹿 児 島	6,200	18	363,407	3	2,557	13	1,005,743	7	41.2	3
沖 縄	3,820	32	274,199	38	1,155	41	986,173	9	30.2	42

注) 都道府県別医療費は3年ごとにしか集計されないため、H22年度国民医療費(総額)に直近(H20年度)の都道府県医療費の割合を乗じて推計した。

(ウ) 都道府県間の格差

平成22年度の各都道府県の1人当たり後期高齢者医療費は、最高の福岡県（1,132千円）と最低の岩手県（726千円）を比較すると約1.56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1-3）。

表1-3 都道府県別1人当たり後期高齢者医療費

出典 平成22年度後期高齢者医療事業年報

	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	891,010		455,232		407,436		28,342	
北海道	1,060,700	3	607,574	4	425,372	7	27,754	15
青 森	782,345	40	375,662	42	390,330	25	16,352	47
岩 手	725,532	47	351,643	45	351,971	44	21,918	36
宮 城	810,259	34	385,685	36	400,667	19	23,907	25
秋 田	789,450	38	387,776	35	381,228	35	20,446	41
山 形	775,931	41	389,282	34	364,046	40	22,603	31
福 島	817,022	32	406,071	30	389,754	26	21,197	39
茨 城	795,813	37	382,682	37	390,987	23	22,144	33
栃 木	788,523	39	380,434	39	386,376	32	21,714	37
群 馬	810,416	33	425,840	28	363,062	42	21,514	38
埼 玉	821,345	31	403,657	32	388,609	28	29,078	9
千 葉	764,933	43	362,616	44	374,015	36	28,302	12
東 京	866,106	26	400,088	33	430,792	6	35,226	4
神 奈 川	822,541	30	375,760	41	414,157	12	32,624	6
新 潟	726,917	46	350,440	46	350,728	46	25,748	19
富 山	833,797	29	466,740	20	347,687	47	19,370	44
石 川	965,965	13	562,741	8	383,653	33	19,572	43
福 井	867,716	25	483,749	17	363,924	41	20,043	42
山 梨	798,541	36	404,796	31	370,706	38	23,039	27
長 野	761,021	44	380,655	38	358,290	43	22,076	35
岐 阜	805,849	35	378,316	40	401,108	18	26,426	18
静 岡	757,330	45	347,033	47	387,373	31	22,924	28
愛 知	891,713	20	417,634	29	442,321	4	31,757	7
三 重	775,380	42	371,326	43	381,955	34	22,099	34
滋 賀	878,968	21	466,483	21	389,685	27	22,800	29
京 都	959,639	14	512,865	13	418,192	11	28,581	11
大 阪	1,022,213	6	511,951	14	465,562	2	44,701	1
兵 庫	931,273	16	458,986	24	439,258	5	33,029	5
奈 良	877,999	22	437,097	27	412,307	13	28,595	10
和 歌 山	869,300	24	440,074	26	403,937	15	25,290	20
鳥 取	852,722	27	462,739	22	365,544	39	24,439	21
島 根	844,284	28	451,816	25	371,775	37	20,693	40
岡 山	934,184	15	504,215	15	401,693	17	28,276	13
広 島	1,035,320	4	515,176	12	483,638	1	36,507	3
山 口	981,467	12	557,929	10	399,265	20	24,273	23
徳 島	927,242	17	494,456	16	405,670	14	27,116	16
香 川	924,101	18	470,812	19	423,490	9	29,799	8
愛 媛	895,578	19	477,401	18	395,050	21	23,127	26
高 知	1,076,690	2	661,231	1	391,034	22	24,425	22
福 岡	1,132,407	1	647,252	2	448,230	3	36,925	2
佐 賀	1,004,419	8	551,380	11	424,821	8	28,218	14
長 崎	1,032,035	5	581,997	6	423,370	10	26,668	17
熊 本	981,643	11	568,970	7	388,515	29	24,158	24
大 分	983,515	10	559,029	9	401,977	16	22,508	32
宮 崎	874,974	23	462,003	23	390,350	24	22,622	30
鹿 児 島	1,005,743	7	599,100	5	388,140	30	18,503	45
沖 縄	986,173	9	617,735	3	350,898	45	17,541	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 1-4、表 1-5）。

表 1-4 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	115,224	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 1-5 平成 17 年 = 100 とした場合の人口の将来推計

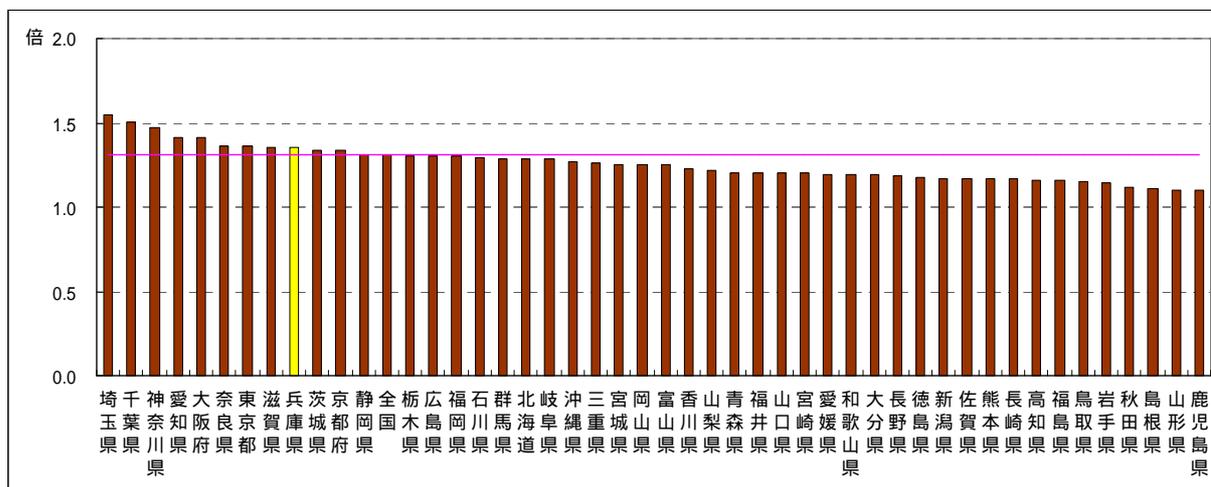
出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）

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、更には重症化や脳血管疾患や泌尿器科系の疾患などの合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができることから、中長期的な視野に立っ

た生活習慣病予防対策が必要とされています。

【生活習慣病予防に向けた本県の取組】

医療費適正化の取組は、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」を、引き続いて平成 24 年度からの 5 カ年計画として「兵庫県健康づくり推進プラン」を推進しています。

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。

急性期等の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

「高齢者医療確保法」の第9条第1項の規定により、「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年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」）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」を策定しており、既に平成20年4月から平成25年3月までの5カ年を第1期計画として策定いたしました。

2 期間

高齢者医療確保法第9条第1項より、都道府県医療費適正化計画は5年ごとに5年を1期として策定するものとされているため、引き続いて平成25年4月から平成30年3月までの5カ年を第2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22年度の一人当たり後期高齢者医療費は全国第16位と全国平均を上回る水準（104.5%）となっており、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1-5）。

このことを踏まえ、医療費適正化のための取組を行うことにより、その結果として後期高齢者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項及び第3項に基づき、以下に掲げる事項を定めます。

県民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標

医療の効率的な提供に関し、達成すべき目標

及び 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

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

医療に関する必要な調査及び分析に関する事項

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

計画の達成状況の評価に関する事項

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づくり実施計画、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等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) 兵庫県健康づくり推進実施計画

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：第1期は平成20～24年度、第2期は平成25～29年度）を策定し、特定健康診査・特定保健指導の実施目標率を記載することとされています（第2期ではメタボリック・シンドロームの該当者、予備群の減少目標率の記載は全県目標のみで、各保険者の目標としては義務化はされていませんが、事業評価の観点から記載することが国により推奨されています）。

エ これらの医療保険者の取組を踏まえ、兵庫県健康づくり推進実施計画に本県の目標率を記載します。

オ 兵庫県健康づくり推進実施計画に基づく生活習慣病対策に関する取組を前提としながら、同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（第3章第1節、P28～29）。

カ たばこ対策については、当県では平成24年3月に全国に先駆けて「受動喫煙の防止等に関する条例」が制定・公布されています。兵庫県健康づくり推進実施計画においても喫煙の健康影響に係る知識の普及や喫煙者の減少、禁煙指導を行う薬局・薬剤師数の増加等が目標として定められており、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」（厚生労働省告示、以下「国の基本方針」）の中でも医療費適正化への取組の例として記載されており、県民の健康の保持の推進にも密接に関連することから、本計画でも同様に兵庫県健康づくり推進実施計画の目標率を記載します。

(2) 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、これらの取組によって、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、国の基本方針に基づき、兵庫県保健医療計画における取組も踏まえながら、平均在院日数の短縮目標を記載しています（第3章第1節、P30～31）。

(3) 療養病床の転換について

療養病床の転換については、第1期計画で兵庫県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したが、その後平成22年度に療養病床の転換については国により平成29年度まで凍結されたことから、第2期計画では記載しないこととします。

(4) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進について

ア 先発医薬品の特許期間終了後に発売される同じ有効成分の薬をジェネリック医薬品と呼び、国の承認審査においても先発医薬品と同等の品質、有効性、安全性が確保されています。また、研究開発費が先発医薬品と比べて少ないことから、薬の値段が安く、医療費の適正化や患者の自己負担の軽減の観点からもメリットがあるものと考えられています。

イ 当県では、平成20年9月に、地域（県）レベルで安心して使用を促進する方策について兵庫県薬事審議会へ諮問し、平成21年10月に、県民、医療関係者及び医薬品の製造・流通関係者等の相互連携の下に調査検討をとりまとめた答申を受け、平成22年3月に「後発医薬品の安心使用促進方策」及び「後

発医薬品の安心使用促進実施計画」を策定しました。

ウ 国の基本方針の中でも医療費適正化への取組として定められており、医療の効率的な提供にも密接に関連することから、本計画でも同様にジェネリック医薬品の使用に係る取組等を記載します。

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うとともに、また、医療の効率的な提供については地域ケアの推進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5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「兵庫県健康づくり審議会」に報告しています。

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

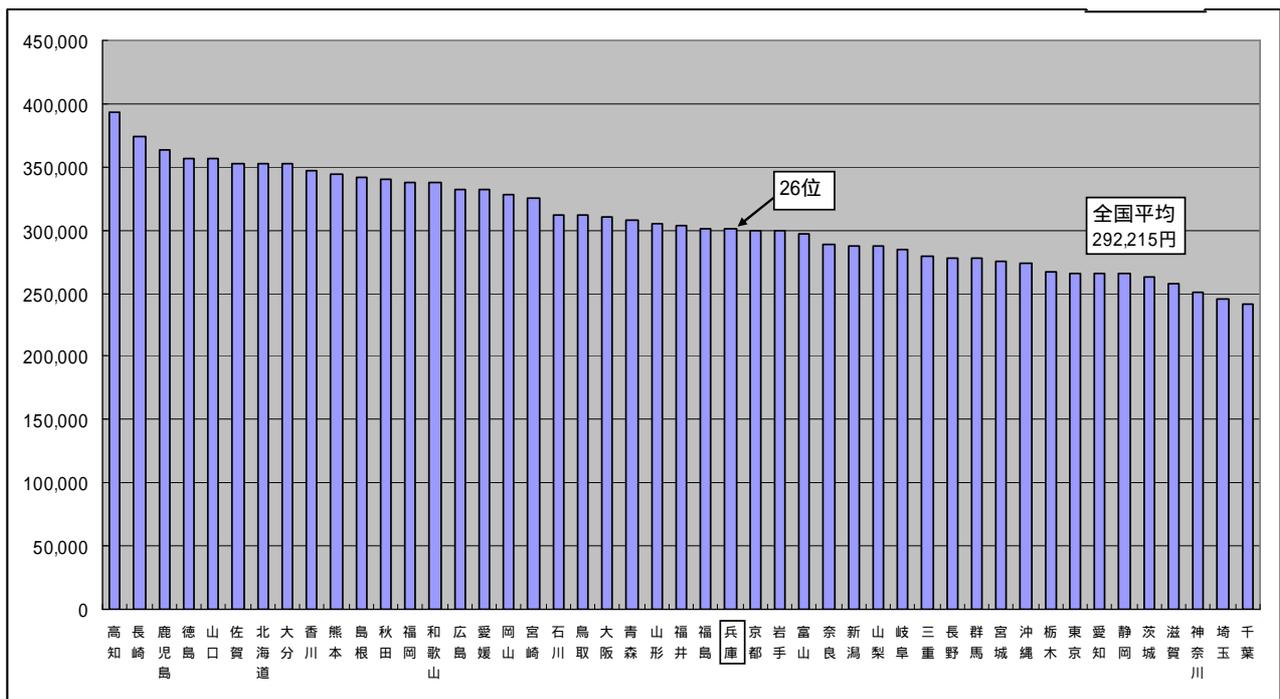
平成22年度の国民医療費は、37兆4,202億円であり、前年度に比べて1兆4,135億円、3.9%増加しています。過去5年間の国民医療費は、診療報酬のマイナス改定等が行われた平成18年度や20年度については若干増加傾向に緩みが見られるものの、それ以外の年度の医療費の伸びは約3%となっており、6年ぶりのプラス改定となった平成22年度においては4%近く増加して、今後国民医療費は毎年1兆円（年率3～4%）程度増加する傾向を示しています（表1-1）。

本県の平成22年度（都道府県ごとの医療費は3年に1回集計されているため当年度は推計値）の総医療費は、1兆6,798億円（うち後期高齢者医療費5,609億円）で、平成8年度の1兆1,951億円から4,847億円増加しています。

また、1人当たり医療費は、全国平均をやや上回る水準（全国第26位：301千円）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20・22年度国民医療費より推計



	兵庫県	最高	最低	全国平均
1人当たり医療費	301千円(26位)	393千円(高知県)	241千円(千葉県)	292千円

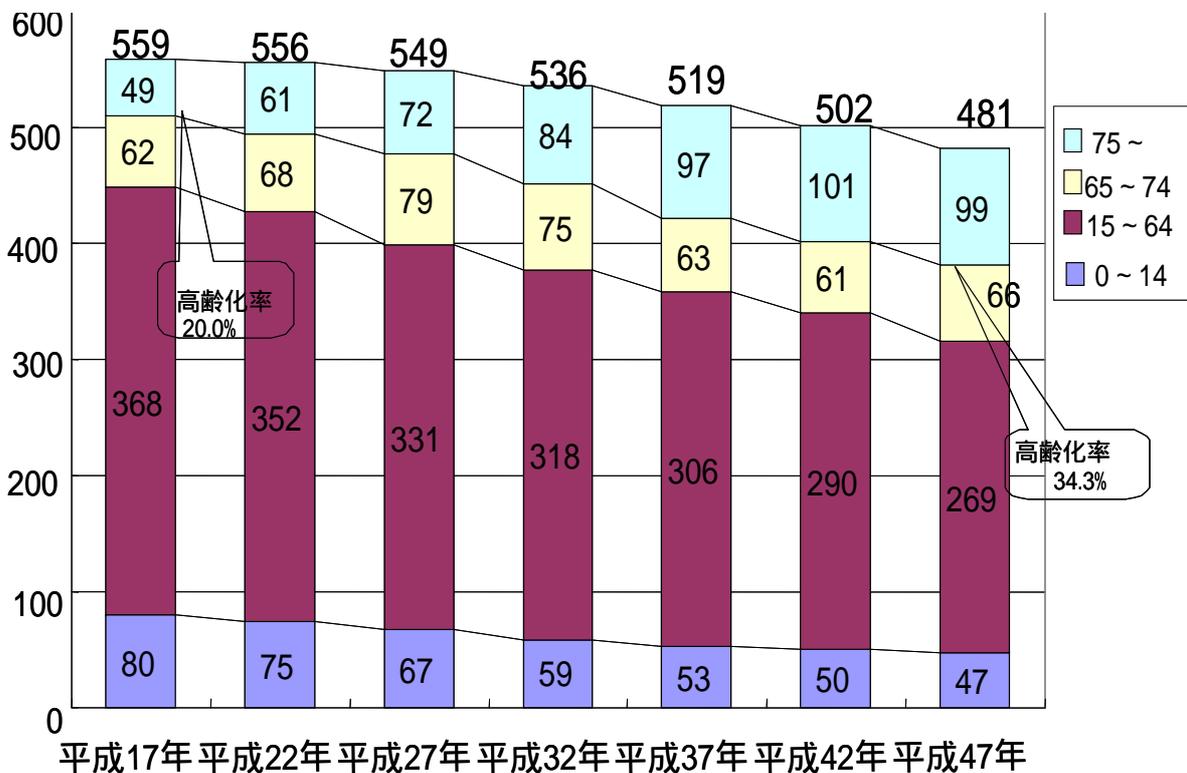
2 高齢化の進展

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、後期高齢者医療費は、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組が必要です。

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 後期高齢者医療費

国民医療費のうち、高齢者医療確保法の対象となる後期高齢者医療費は、約 12.5 兆円（平成 22 年度）であり、国民医療費の 33.5%を占めています。

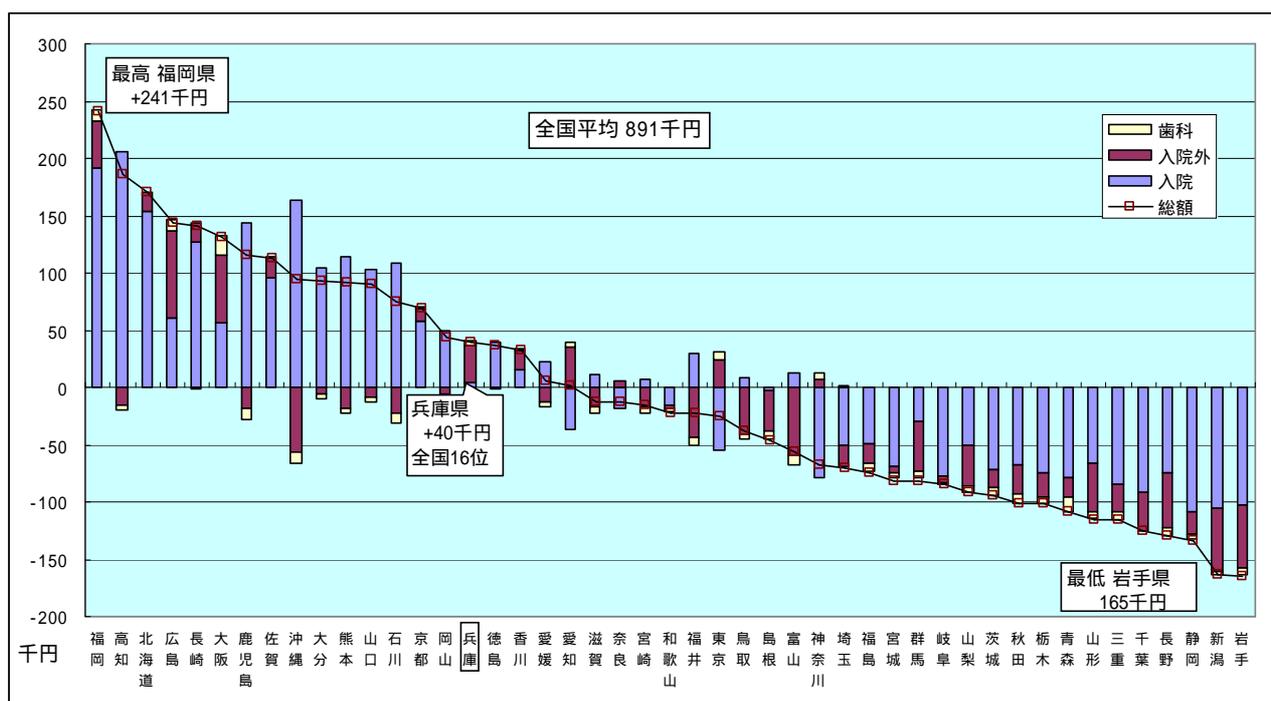
一方、本県の平成 22 年度の後期高齢者医療費総額は 5,609 億円で、総医療費の 33.4%を占めています。

1 人当たり後期高齢者医療費

平成 22 年度の 1 人当たり後期高齢者医療費は、全国を若干上回った水準となっています（全国第 16 位 対全国平均 104.5%）。本県では、入院医療費、入院外医療費・歯科医療費のいずれも全国平均より高くなっています。

図表：1 人当たり後期高齢者医療費の診療種別内訳（全国平均との差）

出典：平成 22 年度後期高齢者医療事業年報



	兵庫県	最高	最低	全国平均
総額	931,273 円 (16 位)	1,132,407 円(福岡県)	725,532 円(岩手県)	891,010 円
入院	458,986 円 (24 位)	661,231 円(高知県)	347,033 円(静岡県)	455,232 円
入院外	439,258 円 (5 位)	483,638 円(広島県)	347,687 円(富山県)	407,436 円
歯科	33,029 円 (5 位)	44,701 円(大阪府)	16,352 円(青森県)	28,342 円

後期高齢者の1人あたり医療費は、入院医療費の都道府県間の格差が大きく、1人あたり入院医療費の高い県は1人あたり医療費も高くなっています。

後期高齢者医療費の3要素の状況

本県の1人あたり後期高齢者医療費を医療費の3要素で全国比較すると、1件当たりの日数は全国平均並みですが、1日当たりの医療費は少なく、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) 「1人当たりの医療費」=「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)」

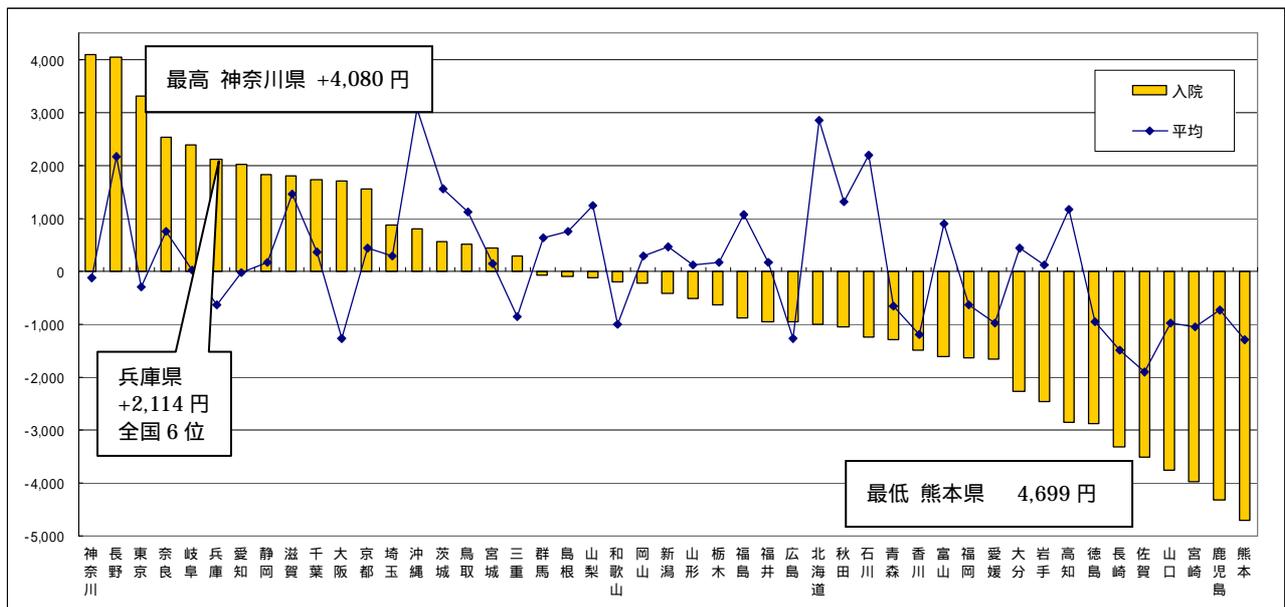
ア 1日当たりの後期高齢者医療費

本県の1日当たりの後期高齢者医療費は、1万5,891円で全国第32位(全国比96.2%)となっており、全国平均(1万6,521円)と比較し低くなっています。

診療別では、入院29,884円(全国6位、107.6%)と歯科7,303円(全国11位、105.5%)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(11,344円、全国35位、93.1%)。

図表：1日当たりの診療種別内訳(全国平均との差) 入院・入院外・歯科の別

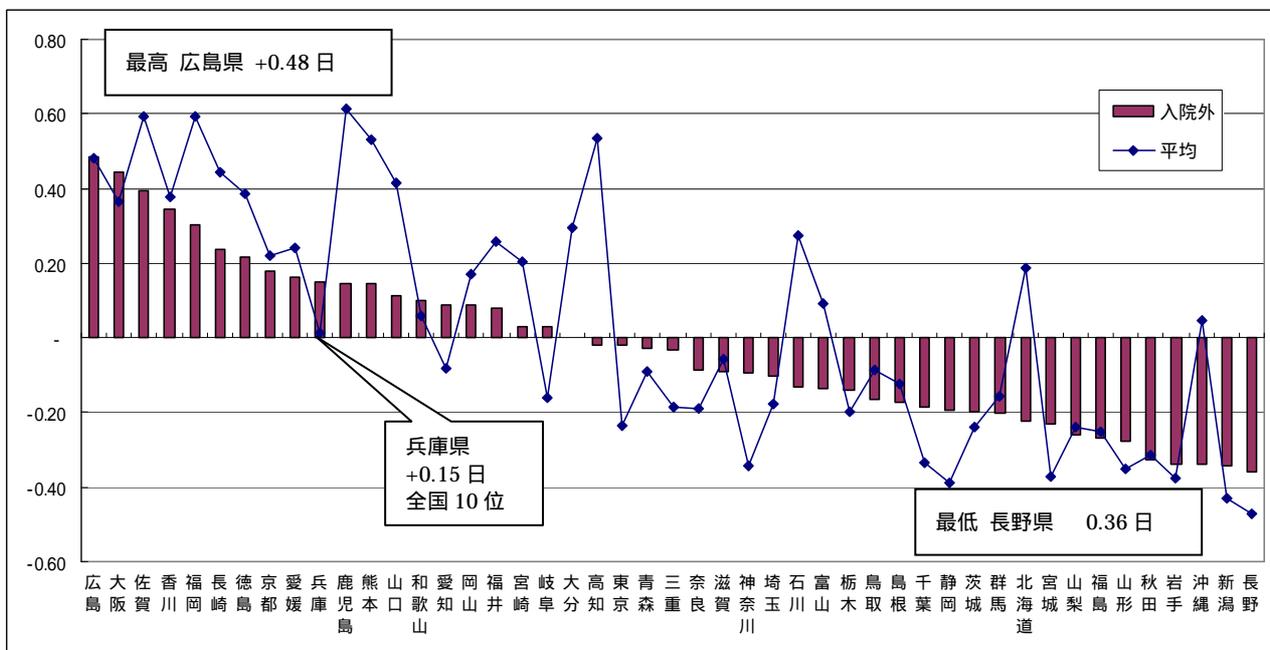
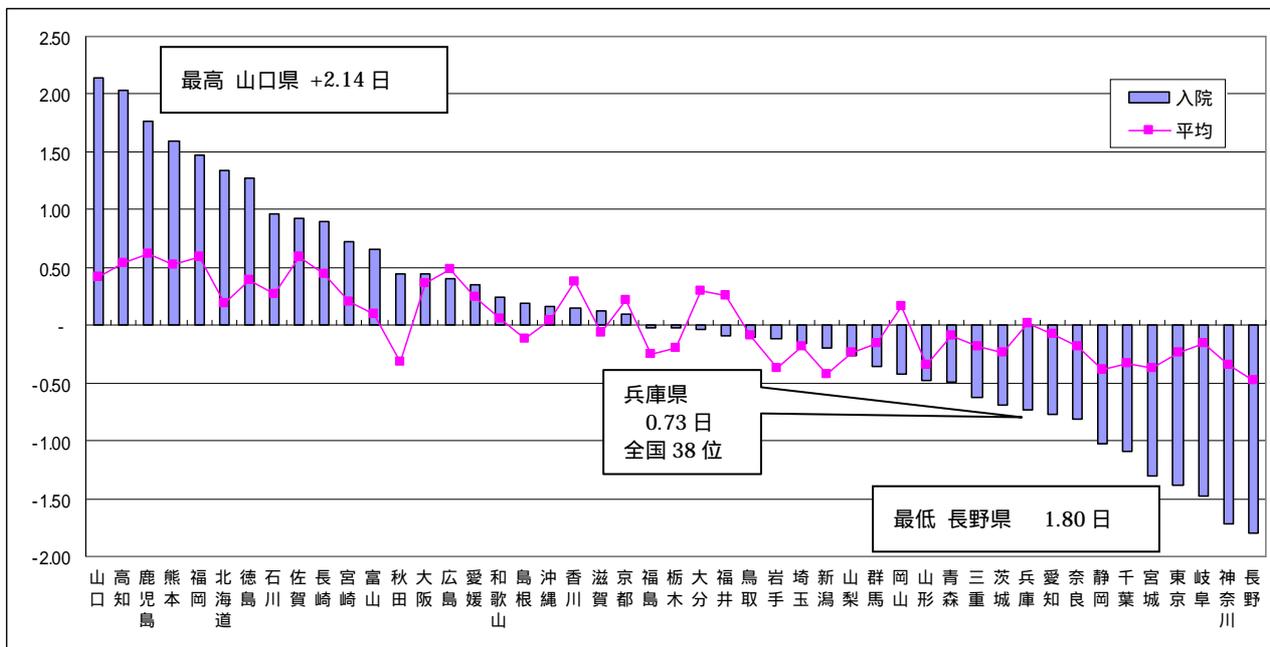
出典：平成22年度後期高齢者医療事業年報

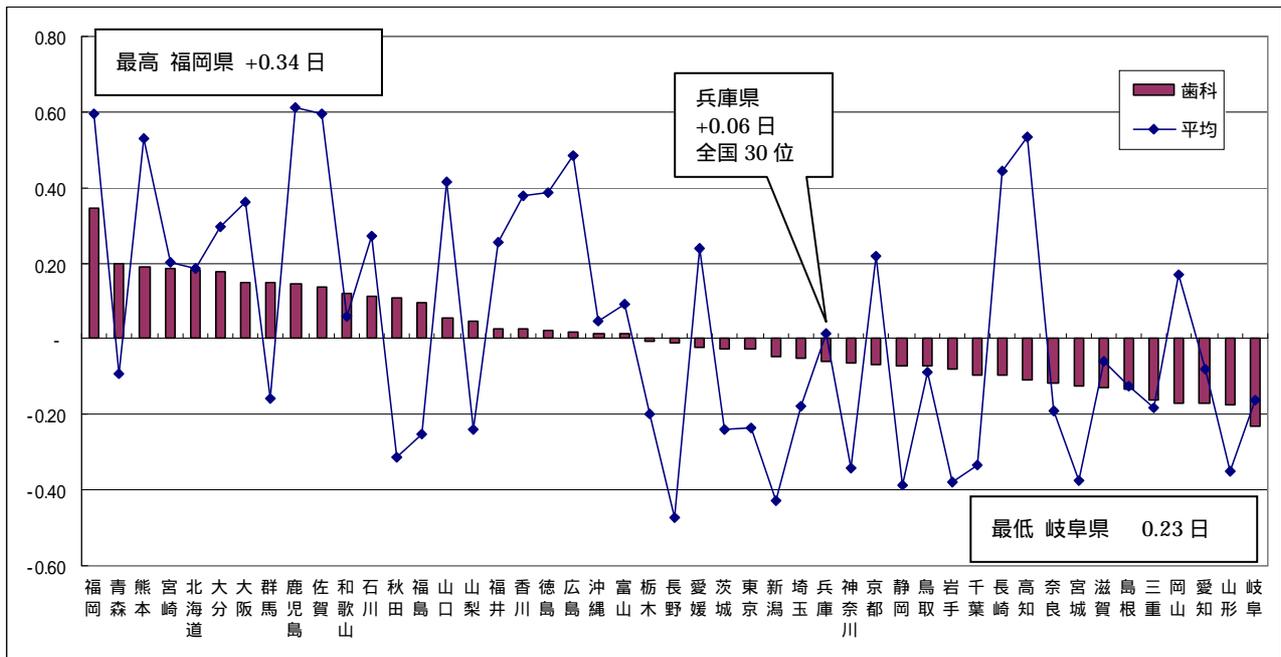


特に、医療費が高額となる入院日数が 17.86 日と全国平均（18.60 日）より短くなっていますが、入院外が 2.26 日と全国平均（2.11 日）よりも長くなっています。

図表：1 件当たりの日数 診療種別内訳（全国平均との差） 入院・入院外・歯科の別

出典：平成 22 年度後期高齢者医療事業年報





【1件あたりの日数】

	兵庫県	最高	最低	全国平均
平均	2.93日(23位)	3.53日(鹿児島県)	2.44日(長野県)	2.92日
入院	17.86日(38位)	20.73日(山口県)	16.80日(長野県)	18.60日
入院外	2.26日(10位)	2.60日(広島県)	1.76日(長野県)	2.11日
歯科	2.24日(30位)	2.64日(福岡県)	2.07日(岐阜県)	2.30日

ウ 受診率(100人当たり件数)

後期高齢者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。

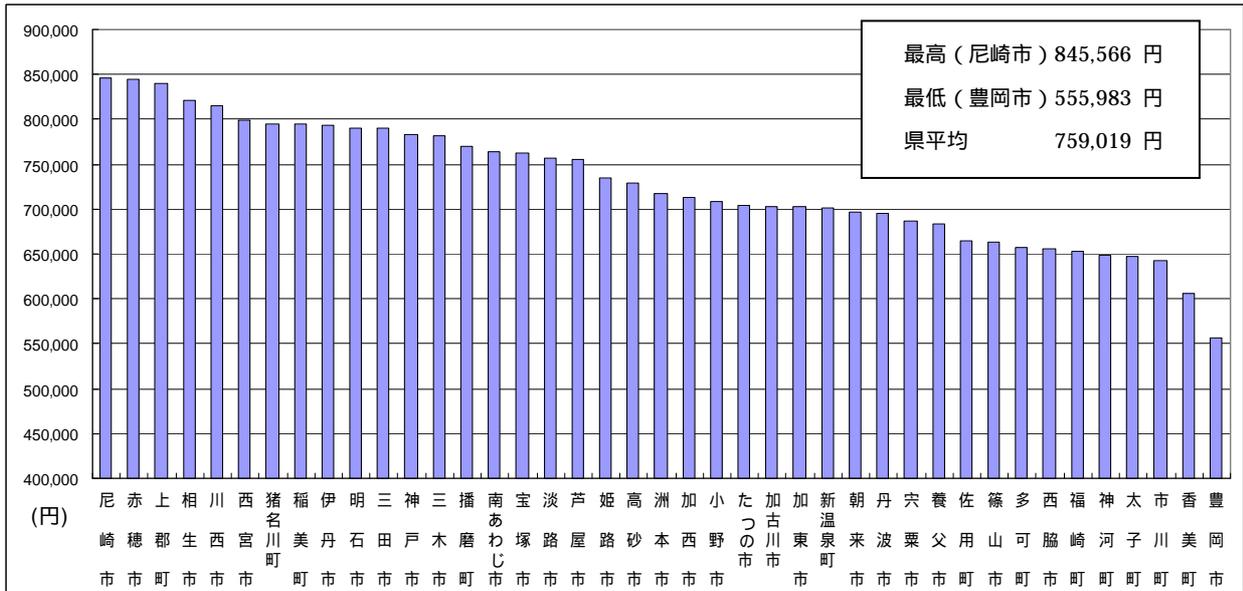
本県の受診率は1,988.63件と全国第4位(108.1%)となっており、全国平均1,848.53件より多く、特に入院外と歯科が高くなっています。

(注) 受診率について

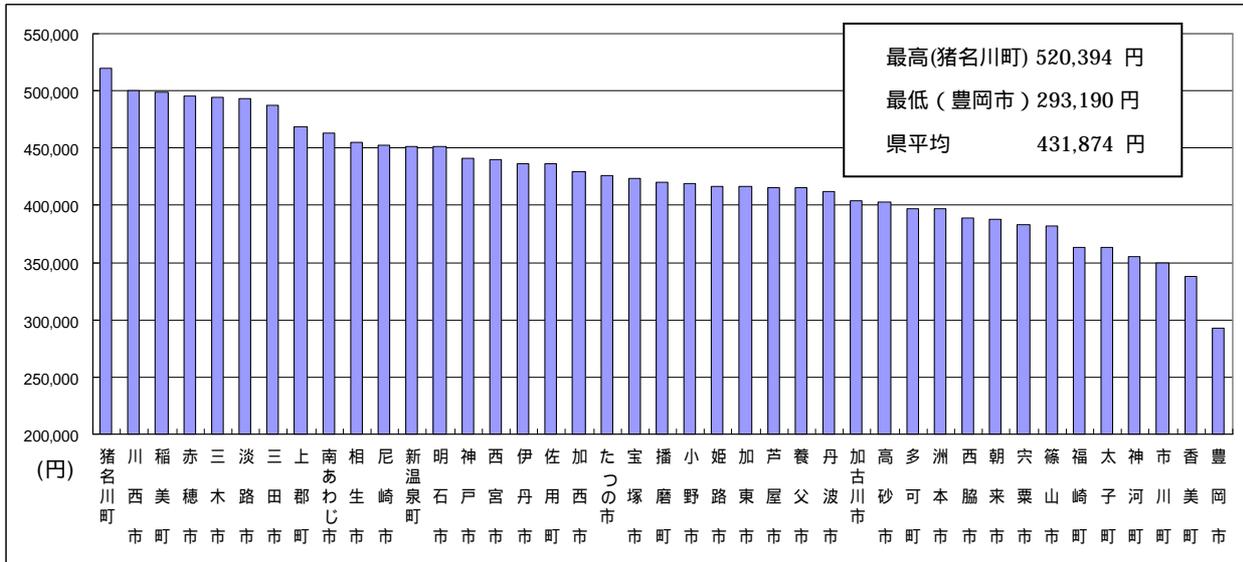
「受診率」とは、一定期間内に医療機関にかかった人の割合を表す指標で、「一定期間」には1ヶ月間の件数で見える場合、1年間の件数で見える場合、また、「医療機関にかかった人」には100人当たり、1,000人当たりの件数で見える場合等単位の取り方には色々なパターンがあります。

ここでは、1年間における100人当たりの受診件数で表していますが、その場合、単位は「件数」をその数字のままで「%」とすることもあります(1人当たりの件数に換算する場合は100で割ります)。なお、ここでいう「件数」とはレセプト枚数のことです。

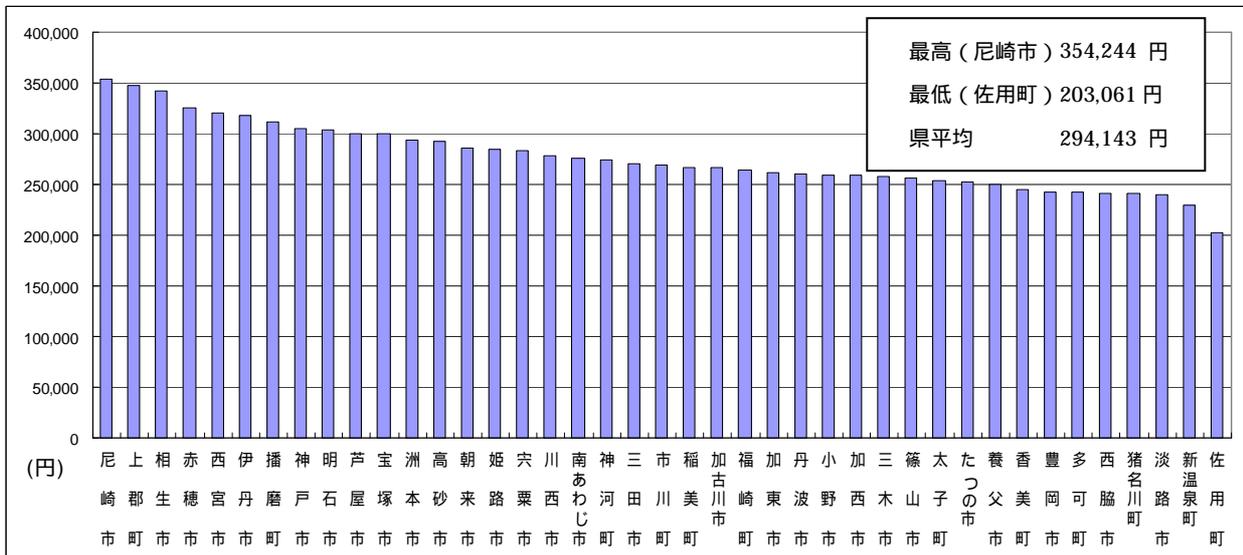
図表：1人当たり後期高齢者医療費の県内比較 出典：平成22年度「兵庫の後期高齢者医療」



図表：1人当たり後期高齢者医療費(入院)の県内比較 出典：平成22年度「兵庫の後期高齢者医療」



図表：1人当たり後期高齢者医療費(入院外)の県内比較 出典：平成22年度「兵庫の後期高齢者医療」



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、「兵庫県健康づくり推進実施計画」に記載しています。ここでは、同計画のうち、37ページ～56ページ（生活習慣病に関する対策として、「生活習慣病予防等の健康づくり」

成人期

高齢期

）を参照します。

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24年5月診療分）の状況を記載しています。

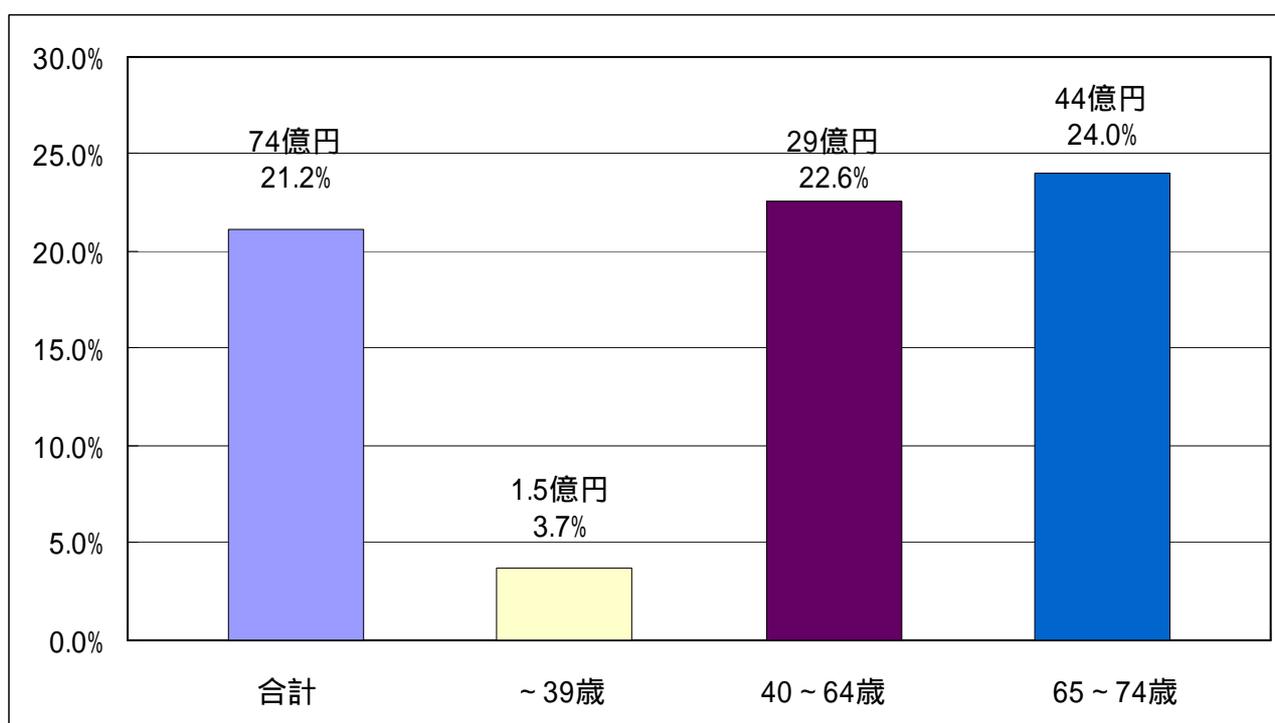
1 年齢階層別、全疾病に占める生活習慣病の医療費の割合

39歳以下では、3.7%となっていますが、40歳～64歳で22.6%と急増し、65歳～74歳で24.0%へ増加しています。

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

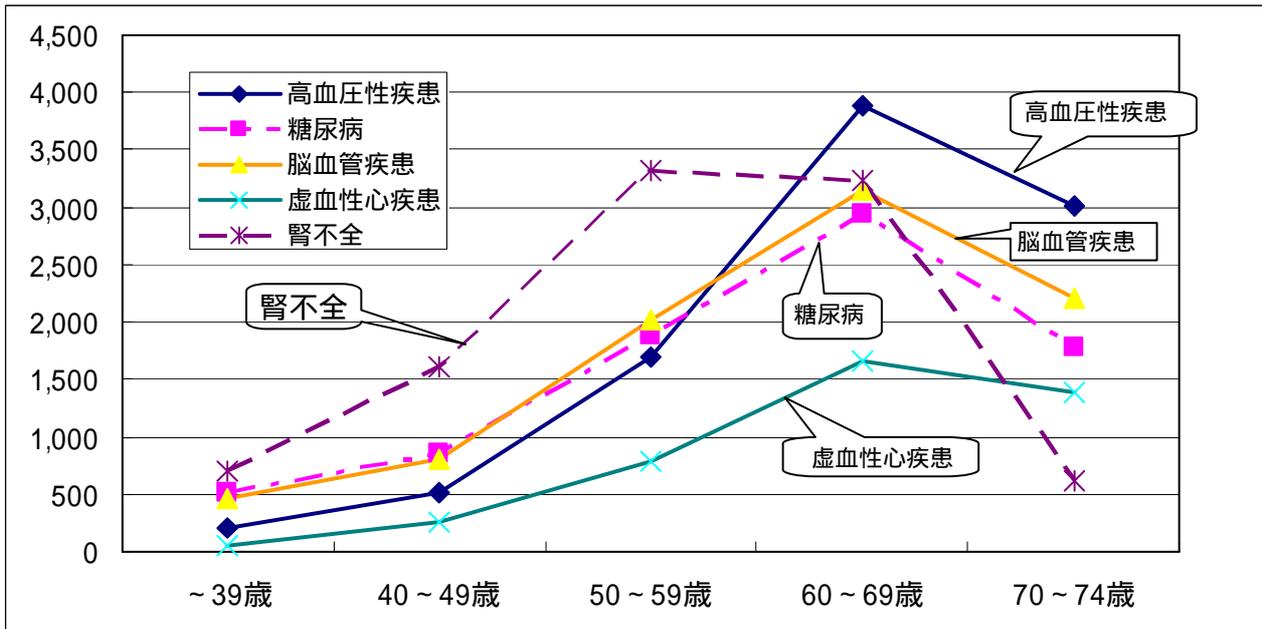
出典：平成24年度兵庫県国民健康保険疾病分類統計



2 年齢階層別、被保険者一人当たりの医療費

40～60歳代は腎不全が最も多く、60歳代から高血圧性疾患の医療費が急増しています。

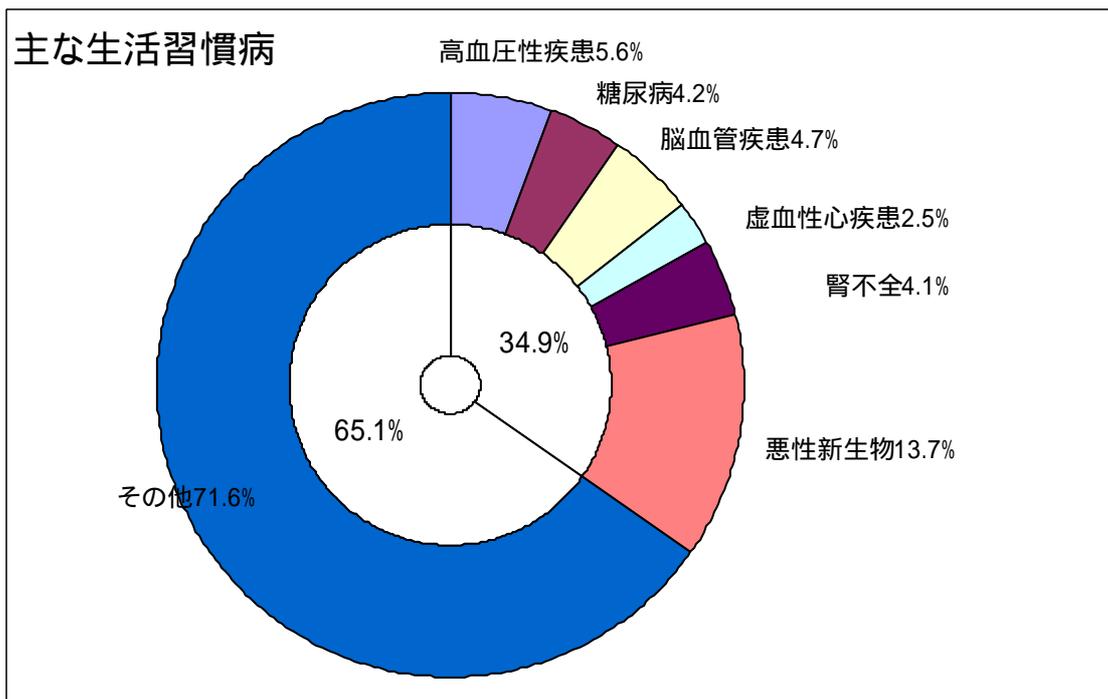
図表：年齢階層別、被保険者1人当たり医療費 出典 平成24年度兵庫県国民健康保険疾病統計



3 生活習慣病・悪性新生物の医療費の状況

全医療費(約 349 億円)の約 34.9%を生活習慣病(約 74 億円)及び悪性新生物(48 億円)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 平成24年度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5疾病（高血圧性疾患、その他の悪性新生物、糖尿病、腎不全、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：平成24年度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件当たり診療費 (円)
1	歯肉炎及び歯周疾患	1,538	13,930
2	高血圧性疾患	1,231	11,497
3	統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害	1,148	101,350
4	その他の悪性新生物	1,067	130,032
5	糖尿病	926	24,346
6	腎不全	910	322,794
7	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	560	12,933
8	その他の心疾患	553	59,470
9	虚血性心疾患	547	63,837
10	その他の消化器系の疾患	539	34,453

第4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23年病院報告における全国の平均在院日数（介護療養病床を除く）は、30.4日であり、本県の日数は、27.8日と全国平均より短く（全国第9位）、最短の東京都（23.3日）より4.5日長くなっています。

図表：平均在院日数（総数）の推移

出典：平成18年～23年病院報告

年 度	本県の平均 在院日数	全国 順位	全国の平均 在院日数	最短	最長
				(都道府県名)	(都道府県名)
平成18年	30.0日	11位	32.2日	25.0日 (長野県)	48.5日 (佐賀県)
平成19年	29.5日	11位	31.7日	24.6日 (東京都)	47.1日 (佐賀県)
平成20年	29.4日	10位	31.6日	24.3日 (東京都)	47.5日 (佐賀県)
平成21年	28.8日	9位	31.3日	23.9日 (東京都)	46.6日 (佐賀県)
平成22年	28.1日	8位	30.7日	23.5日 (東京都)	46.0日 (鹿児島県)
平成23年	27.8日	9位	30.4日	23.3日 (東京都)	45.6日 (高知県)

介護療養病床を除く日数です（全国順位は低い方からの順位です）。

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。

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。病院報告の平均在院日数は年度単位ではなく年(1/1～12/31)単位での算出です。

図表：都道府県別平均在院日数(介護療養病床除く)

出典：H18年～23年病院報告

	18年	19年	20年	21年	22年	23年	
	日数	日数	日数	日数	日数	日数	順位
全 国	32.2	31.7	31.6	31.3	30.7	30.4	-
北 海 道	37.1	36.5	36.6	35.9	35.3	34.7	37
青 森	35.1	34.3	34.2	33.4	32.5	32.0	25
岩 手	35.5	35.1	35.6	35.3	33.9	33.4	34
宮 城	29.0	28.5	28.4	27.8	27.3	27.5	7
秋 田	35.3	34.3	34.1	34.1	33.5	33.3	33
山 形	28.9	28.7	29.5	29.6	29.0	28.9	12
福 島	35.0	34.4	34.2	33.7	32.9	31.8	24
茨 城	31.9	31.6	31.5	31.1	30.7	30.3	18
栃 木	34.9	34.4	33.9	33.4	32.5	32.6	31
群 馬	31.2	31.1	30.8	30.6	29.8	29.3	14
埼 玉	33.3	32.9	32.8	32.3	31.9	31.5	23
千 葉	30.4	29.6	29.3	28.8	28.2	27.8	9
東 京	25.4	24.6	24.3	23.9	23.5	23.3	1
神 奈 川	25.5	25.1	24.8	24.4	24.0	23.8	2
新 潟	32.1	32.0	32.0	31.8	31.5	31.3	21
富 山	33.2	32.5	32.7	32.4	32.4	32.5	28
石 川	35.3	34.6	34.9	34.9	34.4	34.2	36
福 井	32.8	31.9	31.5	31.1	30.7	30.5	19
山 梨	34.8	34.2	33.9	33.6	33.0	32.5	28
長 野	25.0	25.1	25.1	24.8	24.6	24.1	3
岐 阜	27.5	26.9	26.6	26.3	26.1	25.8	5
静 岡	28.8	28.6	28.5	28.7	28.2	28.3	11
愛 知	27.4	27.0	26.9	26.4	26.1	25.5	4
三 重	32.9	32.2	32.1	31.6	31.4	30.9	20
滋 賀	27.5	27.7	27.9	27.2	27.4	27.3	6
京 都	31.3	30.7	30.6	30.1	29.6	29.1	13
大 阪	29.6	29.4	29.6	29.6	29.4	29.3	14
兵 庫	30.0	29.5	29.4	28.8	28.1	27.8	9
奈 良	30.5	30.0	29.9	29.1	28.1	27.6	8
和 歌 山	34.2	32.8	32.9	33.3	32.7	32.4	27
鳥 取	33.9	33.2	32.4	32.2	31.5	31.3	21
鳥 根	32.6	32.5	33.0	33.2	32.8	32.1	26
岡 山	32.1	31.4	31.3	31.0	30.6	29.9	16
広 島	34.8	34.4	33.8	33.2	32.9	32.6	31
山 口	42.2	42.9	42.2	41.9	41.4	41.2	44
徳 島	43.2	42.6	42.5	42.2	41.4	39.9	42
香 川	32.7	31.9	31.9	31.7	30.4	29.9	16
愛 媛	35.9	35.9	35.9	35.5	34.5	33.8	35
高 知	46.4	46.2	46.1	46.1	45.6	45.6	47
福 岡	39.6	39.2	38.8	38.3	37.6	37.0	39
佐 賀	48.5	47.1	47.5	46.6	45.0	43.8	45
長 崎	42.4	42.2	42.4	41.5	40.7	39.7	41
熊 本	42.1	41.5	41.5	41.8	41.1	41.0	43
大 分	36.1	36.1	36.0	35.7	35.3	35.0	38
宮 崎	40.5	39.6	40.1	40.0	39.1	38.7	40
鹿 児 島	47.7	46.7	46.8	46.4	46.0	45.1	46
沖 縄	36.3	34.6	34.4	33.8	32.6	32.5	28

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

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。

1 「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充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。

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、国の基本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。

(1) 特定健康診査の実施率

平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することを目指します(ただし、保険者種別ごとに目標率を設定します)。

(2) 特定保健指導の実施率

平成29年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判断された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目指します(ただし、保険者種別ごとに目標率を設定します)。

(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29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、25%以上減少させることを目指します(各保険者の目標とはしませんが、実績を検証するための指標として推奨します)。

平成 29 年度の特定健康診査・特定保健指導の受診率等目標値

項目	全県目標	保険者の目標		設定理由等
特定健康診査の受診率	70%	単一健保 共済組合	90%	全国目標である70%の受診率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が、実績に比して等しく受診率を引き上げた場合の受診率を保険者種別ごとの目標値とする。
		総合健保	85%	
		協会健保	65%	
		国保組合	70%	
		市町村国保	60%	
特定保健指導の実施率	45%	単一健保 市町村国保	60%	特定健診と同じ考え方
		総合健保 共済組合 協会健保 国保組合	30%	
メボリック・シンドロームの該当者・予備群の減少率	25% (対20年度)	保険者ごとの目標とはしない(実績を検証する指標としては推奨)		医療費適正化計画の国・都道府県目標として設定

(注) 協会健保には船員保険を含む。

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、以下のとおり平均在院日数に係る目標を定めます。なお、第1期計画では、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ための目標値を設定していましたが、現在は平成29年度まで国において療養病床の転換が凍結されていることから、第2期計画では目標値の設定は行いません。

平成 29 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おり、第 1 期計画策定時の国の基本方針では、平成 18 年病院報告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されており、第 1 期計画では本県の平成 24 年における平均在院日数の目標値を 28.3 日と設定しました。

平成 23 年病院報告において、本県の平均在院日数は 27.8 日であり、第 1 期計画の目標値をすでに達成している状況にあります。第 2 期計画に係る国の基本方針では上記のような機械的な減少目標は示されていないことから、本県においては、平成 18 年から平成 23 年の 5 年間で平均在院日数が 7.3% 減少している実績を勘案し、以降も同様の割合で減少するように目標値を設定することとし、平成 29 年においては 25.0 日とします。

【平成 29 年における本県の平均在院日数の算定方法】

平成 23 年病院報告における本県の平均在院日数	: 27.8 日
平成 18 ~ 23 年における平均在院日数減少率	: 7.3%(30.0 日 - 27.8 日)
平成 27 年における本県の平均在院日数	: $27.8 \times (1 - 0.073) = 25.8$ 日
平成 29 年における本県の平均在院日数	: $25.8 \times (1 - 0.073 \times 2/5) = 25.0$ 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 278 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 27.8 日となります。

$$\frac{278 \text{ 人} \times 365 \text{ 日}}{(10 \text{ 人} + 10 \text{ 人}) \times 365 \text{ 日} \times 1/2} = 27.8 \text{ 日}$$

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 11.1 人ずつに増加した場合、以下のとおり平均在院日数は 25.0 日と、2.8 日の短縮となります。

$$\frac{278 \text{ 人} \times 365 \text{ 日}}{(11.1 \text{ 人} + 11.1 \text{ 人}) \times 365 \text{ 日} \times 1/2} = 25.0 \text{ 日}$$

(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 29 年までに 2.8 日短縮する必要があります。

イ 平成 18 年から平成 23 年までの 5 年間での、本県の平均在院日数は 1.7 日短縮し、全国では 1.3 日短縮しています。

ウ 本県での第 2 期計画の目標値は上記のとおり定めていますが、平均在院日数の短縮自体を目的とするのではなく、第 4 章に記載しているとおり、第 1 期計画と同様に、医療機関の分化・連携等の取組の結果として目標を達成することとします。

第2節 目標達成による医療費の推計

本計画では、国の基本方針に基づき、平成25年度の医療費と平成29年度の医療費について示しますが、平成29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、医療費適正化の取組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後期高齢者医療費以外は、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、医療費適正化の取組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、国の基本方針に基づき、生活習慣病対策（特定健康診査・特定保健指導の実施を通じたメタボリック・シンドローム該当者及び予備群の減少）及び平均在院日数の目標値から推計し、他の目標項目や医療費適正化の取組については、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、第1期計画では見込んでいませんでしたが、国の基本方針により、第2期計画から記載することとし、国の示した算定方式に基づき算定しています。

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23年の27.8日から、平成29年には25.0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。

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25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	計
総医療費	18,906	19,805	20,743	21,667	22,631	103,752
入院	7,377	7,914	8,478	9,050	9,648	42,467
入院外	10,193	10,539	10,897	11,238	11,591	54,458
歯科	1,336	1,352	1,368	1,379	1,392	6,827

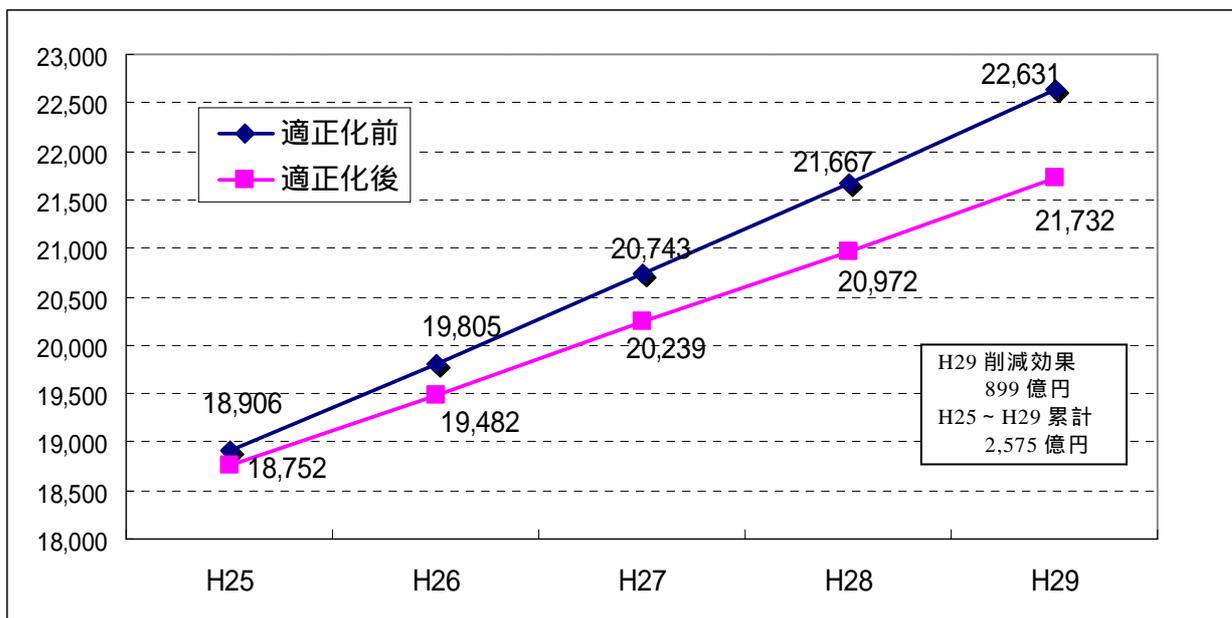
(2) 適正化に向けた取り組みを行った場合の医療費(億円)

区分	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	計
総医療費	18,752	19,482	20,239	20,972	21,732	101,177
入院	7,223	7,593	7,979	8,362	8,760	39,917
入院外	10,193	10,537	10,892	11,231	11,580	54,433
歯科	1,336	1,352	1,368	1,379	1,392	6,827

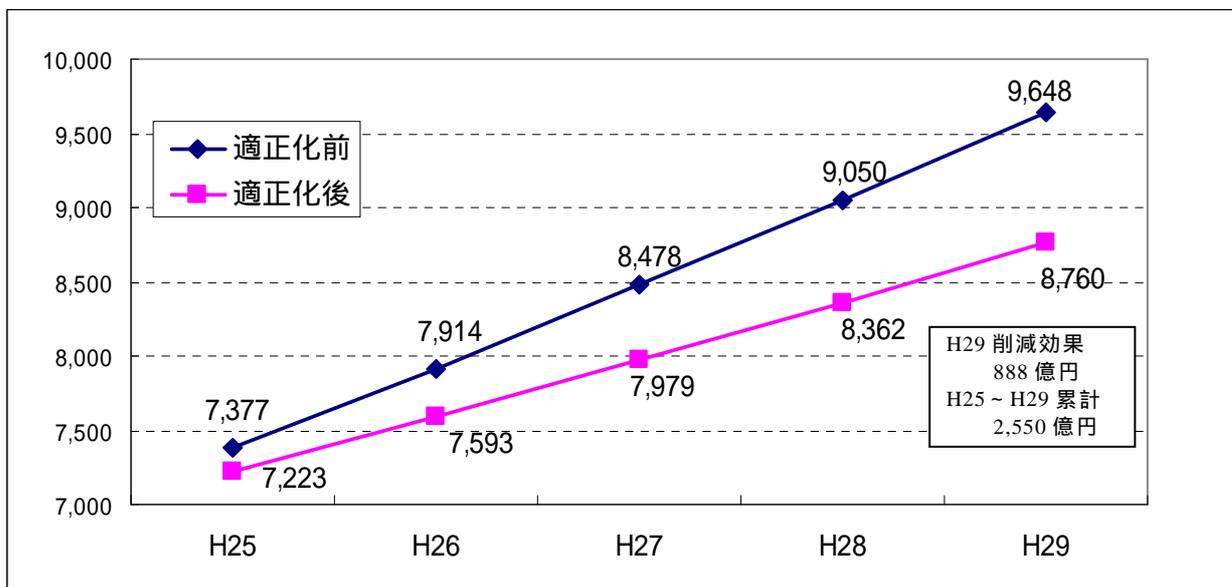
(3) 効果額(億円)

区分	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	計
総医療費	154	323	504	695	899	2,575
入院	154	321	499	688	888	2,550
入院外	0	2	5	7	11	25
歯科	0	0	0	0	0	0

図表：総医療費の推移（平成 25 年度から平成 29 年度）（単位：億円）



図表：医療費（入院）の推移（平成 25 年度から平成 29 年度）（単位；億円）



第4章 目標達成に向けた取組等

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組を支援するために「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ています。

このため、これらの取組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、「兵庫県健康づくり推進実施計画」との整合を図りながら、以下の取組を行います。

図表 健診の仕組み

	種類	市 町			医 療 保 険 者			労働安全衛生対策				
		住民健診	がん健診	老健 基本健診	国保健診	被用者保険健診		事業主健診				
		住民	住民	40歳以上	被保険者	被保険者	被扶養者	従業員				
H20 年度 以前	20歳	努力 規定	努力 規定	実施 義務	努力 規定	努力 規定	努力 規定	実施 義務				
	40歳											
	65歳											
H20 年度 以降	20歳	努力 規定	努力 規定	改 正	努力 規定	努力 規定	努力 規定	実施 義務				
	40歳				実施 義務	実施 義務	実施 義務					
	65歳											
	75歳					広域連合の努力義務						

1 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

(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」の枠組みを有効に活用できるよう、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、人材の育成を図ります。

【研修概要】

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

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

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、次のような取組を行っています。

【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、63健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険(41市町国保、7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。

保険者協議会では、特定健診・特定保健指導の人材育成を図るため、前項の研修会を実施しているほか、特定健診・特定保健指導評価検討ワーキングを設置し、県内の保険者がより効果的・効率的な事業を実施するために以下の事業を実施しています。

- * 県内医療保険者の特定健診等実施計画の収集
- * 特定健診・特定保健指導の受診率・実施率向上に向けた検討
(保険者の取組例や受診率・実施率の高い保険者における好事例の収集・分析・紹介など)
- * 効果的な特定保健指導のあり方の検討
- * 有効な広報啓発活動のあり方の検討
- * 医療費・健診データ等の有効活用の検討

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、市町の取組を支援しています。

【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組を支援してきました。

今後ともこのような取組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組は、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。

4 たばこ対策

たばこ対策については、第 1 章に記載しているとおり、当県では平成 24 年 3 月に全国に先駆けて「受動喫煙の防止等に関する条例」が制定・公布されています。兵庫県健康づくり推進実施計画においても習慣的な喫煙者の減少等が目標として定められており、国の基本方針の中でも県民の健康の保持の推進にも密接に関連する事項として新たに定められています。このことから、ここでは兵庫県健康づくり推進実施計画の取組及び目標を記載します。

(1) 取組

ア たばこによる健康被害の普及啓発の推進

イ 禁煙を希望する県民への支援

(2) 目標

項 目	H29 年度目標値
喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識を知っている人の割合の増加	肺がん 90%、喘息 80%、 気管支炎 80%、心臓病 60%、 脳卒中 60%、胃潰瘍 50%、 妊娠に関連した異常 90%、 歯周病 50%
習慣的に喫煙している人の割合の減少（喫煙をやめたい人がやめる）	全体 10%（男性 19% 女性 2%） 30 歳代 男性 23% 女性 5% 40 歳代 男性 26% 50 歳代 女性 6%
禁煙指導を行う医療機関数の増加 （ニコチン依存症管理料届出済医療機関）	全体 17%（病院 40% 診療所 16%）
禁煙指導を行う薬局・薬剤師数の増加	1,000 件 2,100 人

第2節 医療の効率的な提供の推進

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」の74ページ「5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の構築」を参照します。

後発医薬品の使用促進

先発医薬品(新薬)は、医薬品メーカーによって独占的に製造・販売できる特許期間等がありますが、その特許期間等が終わると、有効成分や製法等はオープンとなり、厚生労働大臣の承認審査を経て、先発医薬品と同等の品質・有効性・安全性が確認できれば、他の医薬品メーカーでも製造・販売することができますようになります。先発医薬品の特許等期間の満了後に販売される同じ有効成分の薬をジェネリック医薬品といいます。

欧米では、医師が薬を処方する際に、銘柄名を記載するのではなく、generic name(一般名、成分名)を処方せんに記載することが多いため「generics」(ジェネリック医薬品)と呼ばれており、世界共通の呼称となっています。我が国でも、平成24年度の診療報酬改定で、薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合の加算が新たに設けられました(1回につき2点)。

先発医薬品(新薬)の開発には、9~17年程度の長い期間と数百億円もの投資が必要といわれておりますが、ジェネリック医薬品の開発には、期間が新薬ほどかからず、費用も少なくすむため、薬の価格も安くなっています。医療費の適正化や患者の自己負担の軽減の観点からもメリットがあるものと考えられています。国の基本方針の中でも医療費適正化への取組として新たに定められており、医療の効率的な提供にも密接に関連することから、ここでは県の取組と使用促進に係る目標を記載します。

(1) 取組

当県では、平成 21 年度の兵庫県薬事審議会の答申を受け、平成 22 年 3 月に「後発医薬品の安心使用促進方策」及び「後発医薬品の安心使用促進実施計画」を策定しています。併せて平成 22 年度より県医師会、歯科医師会、薬剤師会等医薬品を処方する側の代表に加えて保険者や地域住民の代表者等を委員とする後発医薬品の安心使用促進実施協議会(平成 23 年度よりジェネリック医薬品適正使用協議会に改称)を立ち上げ広報や情報提供に係る方策等を検討しています。

今後も、医師・歯科医師・薬剤師など医療従事者と県民双方への情報提供や広報を通じ、使用促進に向けた取組を継続していきます。

(2) 目標

後発医薬品の使用促進に係る広報の一環として、医療保険者が被保険者に実施する差額通知が重要であることから、平成 29 年度において、兵庫県保険者協議会を構成しているすべての保険者が差額通知を実施することを目標とします。

第5章 計画の評価等

第1節 計画の評価

1 調査・分析及び評価

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

兵庫県保険者協議会（特定健診・特定保健指導評価検討ワーキング）等を通じた以下の取組

全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。

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。

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

平均在院日数の短縮は、医療機関の分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進等の取組により効果が生じるものとされています。平均在院日数短縮の状況については、国が行う病院報告の集計結果により把握・分析します。

また、保険者における被保険者差額通知などジェネリック医薬品使用促進の取組については、保険者に毎年報告を求め（被用者保険については保険者協議会等を通じて実施）実施状況を把握・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27年度に中間評価を実施し、その他必要があれば随時計画を改定します。

平成30年度に最終評価を実施します。

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 27 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 30 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）。

なお、地域主権改革の第三次一括法において、中間評価及び実績評価の公表に係る高齢者医療確保法第 11 条及び第 12 条の規定は法定義務から努力義務化されていますが、本県では従来どおり公表（県ホームページ等を通じて）することとします。

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、P D C A（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 審議会等

兵庫県健康づくり審議会

兵庫県健康づくり審議会は、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、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円滑な実施を図るため、特定健診・特定保健指導評価検討ワーキングも併せて設置し、保険者のほか、県医師会、県看護協会、県栄養士会等の参加を得て、保険者の実態調査や保険者の取組に係る事例発表会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組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。