

第二期和歌山県医療費適正化計画

平成26年3月
和歌山県

はじめに

我が国は国民皆保険制度の下、誰もが安心して必要なときに必要な医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。その一方で、少子高齢化の進行や経済の低成長等医療を取り巻く様々な環境が変化し、国民医療費は国民所得の伸びを上回って上昇する傾向が続いています。

和歌山県では、全国に先行した形での高齢化の進行により、県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は、約4割に増加し、本県における一人あたり医療費は全国的に見て高い水準で推移しています。国民皆保険制度を将来にわたり維持していくためには、効率的な医療提供体制を推進していくことにより、医療費が過度に上昇しないようにしていく必要があります。

こうした課題に対応するため、本県では、平成20年に医療費の適正化を総合的に進める「和歌山県医療費適正化計画」を策定し、生活習慣病の予防の推進などに取り組んでまいりました。

このたび策定した第二期計画においても、効率的に良質な医療を提供できる体制の確保という第一期計画の目的を継承するとともに、本県の医療費の現状や課題を明確にした上で、具体的に取り組むべき施策や数値目標を示しています。

この計画の推進にあたっては、県や市町村だけでなく、医療保険者、医療・福祉関係団体等の方々との連携した取組を進めていくとともに、県民の皆さん自らが生活習慣の改善など健康増進を図っていただくことが何よりも重要であると考えています。

本計画の策定にあたり、和歌山県医療費適正化専門委員会の委員の方々をはじめ、貴重な御意見、御提言をいただいた皆さんに感謝申し上げます。

平成26年3月

和歌山県知事 仁 坂 吉 伸

目 次

第1章 計画の趣旨

第1節 計画策定の背景	1
第2節 計画の概要	2
1 計画の目的・策定主体・期間等	2
2 具体的な対策の柱	2
3 他の計画との関係	3
1) 保健医療計画との関係	3
2) 健康増進計画との関係	3
3) わかやま長寿プランとの関係	3
4 市町村との連携	3
5 関係者の意見聴取の場の設置	3

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費を取り巻く現状	4
1 医療費の動向	4
1) 本県の医療費	4
2) 後期高齢者医療費（全国比較）	7
3) 後期高齢者医療費（県内市町村比較）	13
2 病床数の状況	14
1) 一般的な状況	15
3 平均在院日数の状況	19
4 生活習慣病に分類される疾患の状況	22
1) 受療動向	22
2) 死亡率	24
5 生活習慣病の予防の状況	29
1) 特定健康診査の受診率の状況	29
2) 後期高齢者医療費に占める主な生活習慣病の状況	29
3) メタボリックシンドロームの状況	29
6 喫煙率の状況	32
7 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況	33
第2節 本県の課題	34

第3章 達成すべき政策目標と医療費の将来見通し

第1節 基本理念	35
第2節 平成29年度末までに達成すべき政策目標	35
1 県民の健康の保持の推進に関して達成すべき目標	35
1) 県民の健康の保持の推進に関する数値目標の考え方	35
(1) 特定健康診査の受診率	35

(2) 特定保健指導の実施率	35
(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	36
(4) たばこ対策	36
2) 県民の健康の保持の推進に関する目標値	36
(1) 特定健康診査の受診率	36
(2) 特定保健指導の実施率	36
(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	36
(4) たばこ対策	37
2 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標	37
1) 平均在院日数の目標の推計の基本的な考え方	37
2) 平成 29 年時点の平均在院日数の目標値	37
3 政策目標の達成によって予想される医療費の将来見通し	38
1) 医療費の将来見通し（適正化前）の推計方法	38
2) 医療費の将来見通し（適正化後）の推計方法	38
(1) 平均在院日数の短縮による効果	38
(2) 生活習慣病対策等による効果	38
3) 医療費の将来見通し	39

第 4 章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

第 1 節 目標達成に向けた施策	40
1 県民の健康の保持の推進	40
1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施	40
2) 保険者協議会の活動への支援	40
3) 医療保険者による健診データ等の活用	40
4) 市町村等による健康増進対策への支援	41
5) 県民に対する啓発	41
6) 高齢者に対する社会参加の促進	42
7) たばこ対策	42
2 医療の効率的な提供の推進	42
1) 療養病床の転換に関する支援	42
2) 医療機関の機能分化・連携	42
3) 適正な受診の促進等	43
4) 在宅医療・地域包括ケアの推進	43
5) 後発医薬品の使用促進	43
3 医療保険者・医療機関等の連携協力	44
1) 医療保険者との連携協力	44
2) 事業者・企業との連携協力	44
3) 医療機関との連携協力	44

4) 県民との連携協力	44
第5章 計画の推進	
第1節 計画の推進	45
1 中間年度（平成27年度）の進捗状況評価	45
2 最終年度（平成29年度）の翌年度の実績評価	45
第2節 計画の周知	45
第3節 計画の推進体制	45
委員名簿	46

第1章 計画の趣旨

第1節 計画策定の背景

我が国では、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

このための仕組みとして、国は平成18年の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度を創設しました。

これを受け、和歌山県（以下「本県」という。）では、国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下、「基本方針」という。）に基づき、平成20年3月に「和歌山県医療費適正化計画」を策定し、本県の医療費の現状や課題に基づき医療費の適正化に向けた取り組みを進めてきました。医療費適正化計画では、計画期間を5年として定めていることから、第二期計画として計画の見直しを行いました。

我が国の総人口は平成22年国勢調査によると、1億2,806万人、そのうち高齢者人口（65歳以上）は過去最高の2,925万人、また、本県の総人口は、100万2千人、高齢者人口は27万人となっています。

我が国（本県）の将来推計人口は、平成32年には1億2,400万人（91万7,000人）、平成42年には1億1,600万人（82万人）、平成52年には1億700万人（71万9,000人）になると予測されています。

一方、全国の65歳以上の人口が総人口に占める割合である「高齢者比率」が急速に増加し、本県においても、高齢者比率が昭和50年には10.4%であったものが、平成22年の国勢調査においては27.3%と増加し、全国よりも高齢者比率が高くなっています。高齢者比率は今後も上昇し続け、平成27年には31.3%、平成32年には33.5%、そして平成52年には県民の約4割である39.9%（全国6位）の高率になるとする推計*1もあります。

このような状況を踏まえると、本県においても、県民の生活の質の維持及び向上を図りながらも、医療の効率的な提供を推進していく必要があります。そのためには、本県としても医療サービスの質を維持するため、引き続き、医療費の伸びの適正化に向けた施策を推進していく必要があります。

そこで、国の基本方針の内容を踏まえ、和歌山県医療費適正化計画を策定しました。

*1 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（平成25年3月推計）」

第2節 計画の概要

1 計画の目的・策定主体・期間等

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「法」という。）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を定めるものとする。」とされており、本県でも県民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の伸びの適正化を総合的かつ計画的に推進するため、「和歌山県医療費適正化計画（以下、「本計画」という。）を策定しており、引き続き、平成25年度から5年間を第二期計画として策定します。

なお、制度改正などがあった場合は、必要に応じて見直すこととします。

2 具体的な対策の柱

本計画では、医療費の過大な伸びの抑制を図るための具体的な施策として、次に掲げる2つの施策を主たる柱とします。

①県民の健康の保持の推進に関する施策

現在の健康状態を知るための特定健康診査*2を受診し、問題点がある場合には適切な指導を受けることにより、県民自らが生活習慣を改善し、生活習慣病を予防あるいはその重症化を防ぐことで、健康長寿社会を実現します。

②医療の効率的な提供の推進に関する施策

医療費の過度な伸びの適正化を図るためには、入院期間の短縮等を講じる必要があります。

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など様々な取り組みを行いつつ、平均在院日数の短縮を目指すこととします。

なお、療養病床数に関する数値目標は、第一期計画で和歌山県地域ケア体制整備構想の数値目標と整合を図っていましたが、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年度末まで凍結されたことから、第二期県計画では記載しないこととします。

*2 特定健康診査は、糖尿病等その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。

3 他の計画との関係

本計画は、和歌山県保健医療計画、和歌山県健康増進計画、わかやま長寿プラン（和歌山県老人福祉計画・和歌山県介護保険事業支援計画）との3計画に関連する項目において整合を図ります。

1) 保健医療計画との関係

和歌山県保健医療計画では、良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組が記載されます。本計画の柱の一つである医療の効率的な提供の推進に関する取組は、和歌山県保健医療計画の取組と整合を図ります。

2) 健康増進計画との関係

和歌山県健康増進計画では、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）*3の該当者及び予備群の減少に関する目標値を設定し、生活習慣病対策に取組みます。

本計画の柱の一つである県民の健康の保持の推進に関する取組は、和歌山県健康増進計画の取組と整合を図ります。

*3 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は、内臓脂肪の蓄積により、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常を複合して有する症候群をいう。

3) わかやま長寿プランとの関係

わかやま長寿プランでは、介護保険施設等の整備等に関する取組が記載されます。本計画の柱の一つである医療の効率的な提供の推進に関する取組は、わかやま長寿プランと整合を図ります。

4 市町村との連携

市町村は、住民の健康の保持の推進に関して、健康増進事業等を実施する立場にあり、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担う立場にあります。

そのため、本計画の策定あるいは変更については、あらかじめ市町村に協議を行うこととし、計画の実施について連携を図ります。

5 関係者の意見聴取の場の設置

本計画の策定については、外部の専門家や関係者の意見を聴取し、反映させることで、地域の実情に応じた内容にすることが重要です。

本計画の具体的な施策となる「住民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」は、地域保健・地域医療と密接に関係することから、本県では、「和歌山県医療費適正化計画専門委員会」を設置し、意見を伺いました。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費を取り巻く現状

1 医療費の動向

平成24年度の概算医療費（自由診療を除く医療費）は、前年度と比べて1.7%増の約38.4兆円、また、国民一人当たりの医療費も前年度と比べて1.9%増の30万1千円と初めて30万円を超えました。年齢区別の国民一人当たりの医療費は、70歳未満が18万1千円だったのに対し、70歳以上が80万4千円と4.4倍の開きが生じています。また、医療費の伸び率は、平成21年度から3%台の伸び率で推移していましたが、入院などの受診日数の伸びの鈍化により、平成24年度は前年度の3.1%から1.7%に縮小となったものの、高齢化の進展等が全体を押し上げる傾向を示しています。

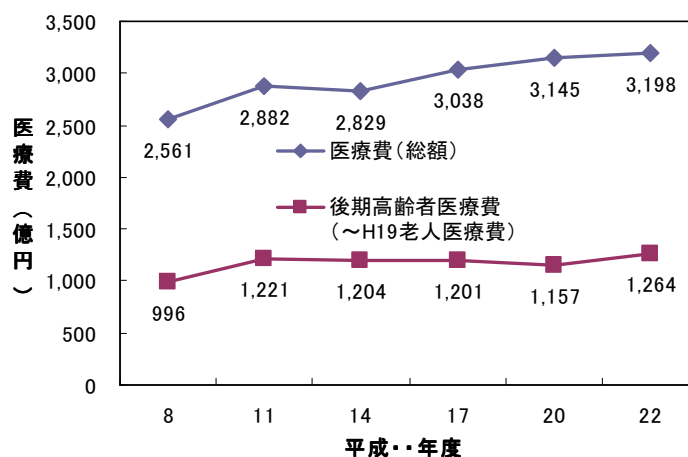
本県の概算医療費は約3,300億円であり、前年度と比べて0.6%増と全国平均に比べ低い伸びとなっています。

1) 本県の医療費

全国の医療費を示す国民医療費は、平成22年度で約37.4兆円であり、前年度と比べて約1.4兆円、3.9%の増加となっています。過去5年間の国民医療費を見ると、平均2.5%の伸びとなっています。しかし、平成18年度や平成21年度のように診療報酬のマイナス改定や患者の一部負担増があった年は低い伸びとなっていますが、こうした改正のなかった平成19年度や平成21年度の伸びはそれぞれ3.0%、3.4%、診療報酬のプラス改定のあった平成22年度は3.9%の伸びとなっており、国民医療費は年間1兆円以上（年率約3~4%）伸びる傾向を示しています。

本県の医療費の推移をみると、増加傾向を示しています（図表1）。本県の医療費（総額）の伸び率は0.8%（平成20~22年度）であり、全国平均（3.8%）に比べ低くなっています（図表2）。

図表1：医療費の年度推移（県）



資料：『国民医療費』（平成8、11、14、17、20、22年度）

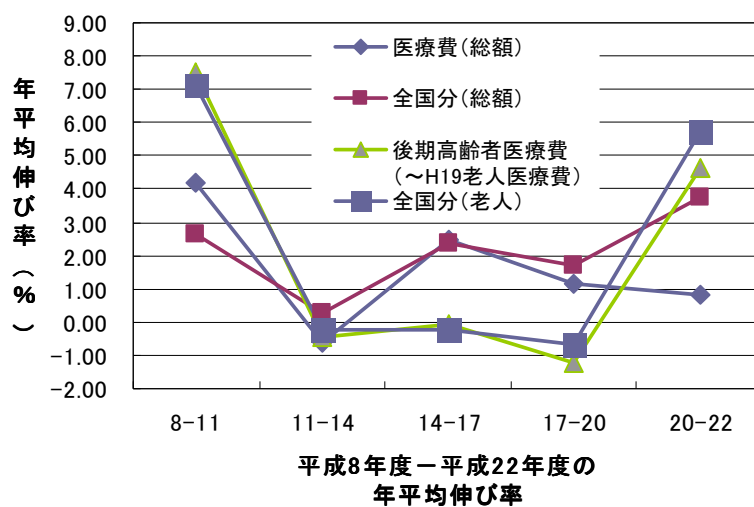
『老人医療事業年報』（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

『後期高齢者医療事業年報』（平成20、22年度）

※平成22年度医療費（総額）については、医療費統計分析ツール（厚生労働省）の数値を基に算出

※平成20年度県老人医療費は、平成20年度後期高齢者医療事業年報、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金の老人保健分診療報酬等請求内訳書（確定値）を基に作成

図表 2：医療費の年平均伸び率の年度推移（県・全国）



資料：『国民医療費』（平成 8、11、14、17、20、22 年度）

『老人医療事業年報』（平成 8、11、14、17 年度）

『後期高齢者医療事業年報』（平成 20、22 年度）

※平成 22 年度医療費（総額）については、医療費統計分析ツール（厚生労働省）の数値を基に算出

※平成 20 年度県老人医療費は、平成 20 年度後期高齢者医療事業年報、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金の老人保健分診療報酬等請求内訳書（確定値）を基に作成

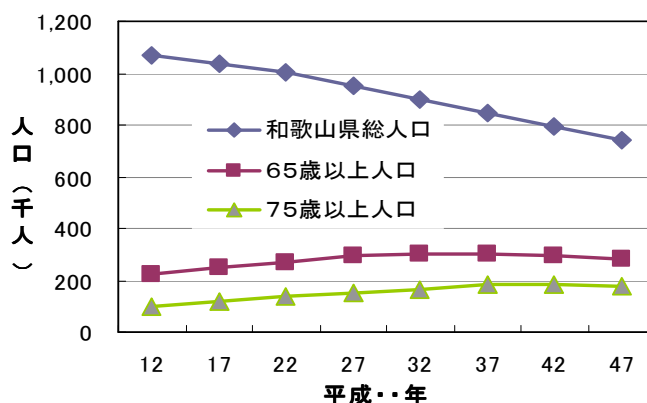
2) 後期高齢者医療費（全国比較）

医療費のうち、後期高齢者医療制度の対象となる後期高齢者医療費の動向をみると、全国的には平成 22 年度で約 12.7 兆円であり、国民医療費の 34%を占めています。

本県の平成 22 年度の後期高齢者医療費は本県医療費の 39.5%を占めています（図表 1）。後期高齢者医療費の伸び率は、4.6%（平成 20～22 年度）であり、全国平均は 5.7%となっています（図表 2）。

本県の総人口は、今後減少する見通しとなっており、逆に 65 歳以上人口、75 歳以上人口はともに増加した後ほぼ横ばいとなり（図表 4）、高齢化率は著しく増加する見通しとなっています。こうした急激な高齢化の進展に伴って、後期高齢者医療費は今後高い伸びを示すことが予想されます。

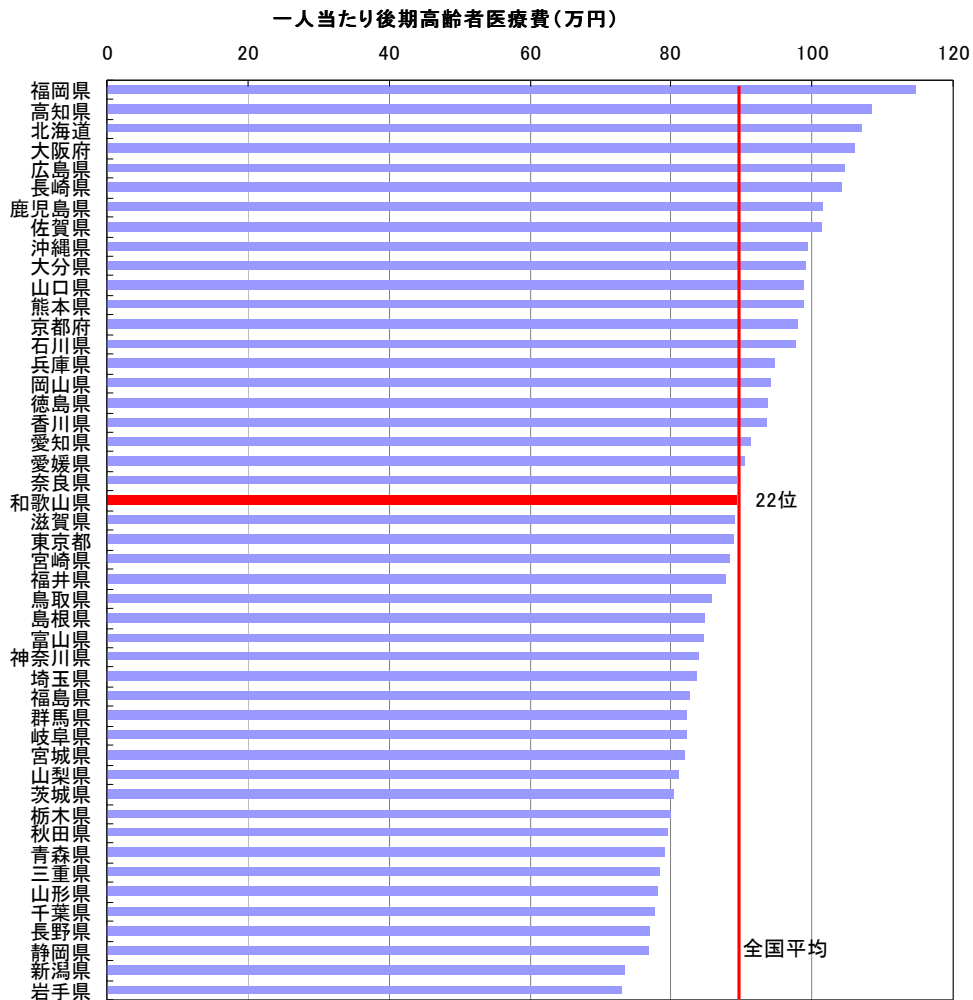
図表 4：総人口、高齢者人口の年度推移（県）



資料：『日本の都道府県別将来推計人口（平成 19 年 5 月推計）』
『平成 22 年国勢調査』

平成 22 年度における本県の一人当たり後期高齢者医療費は、89.2 万円【H17:80.8 万円】でした（図表 5）。赤線で示した全国平均（90.5 万円）と比較すると、全国平均をわずかに下回る 22 位でした。

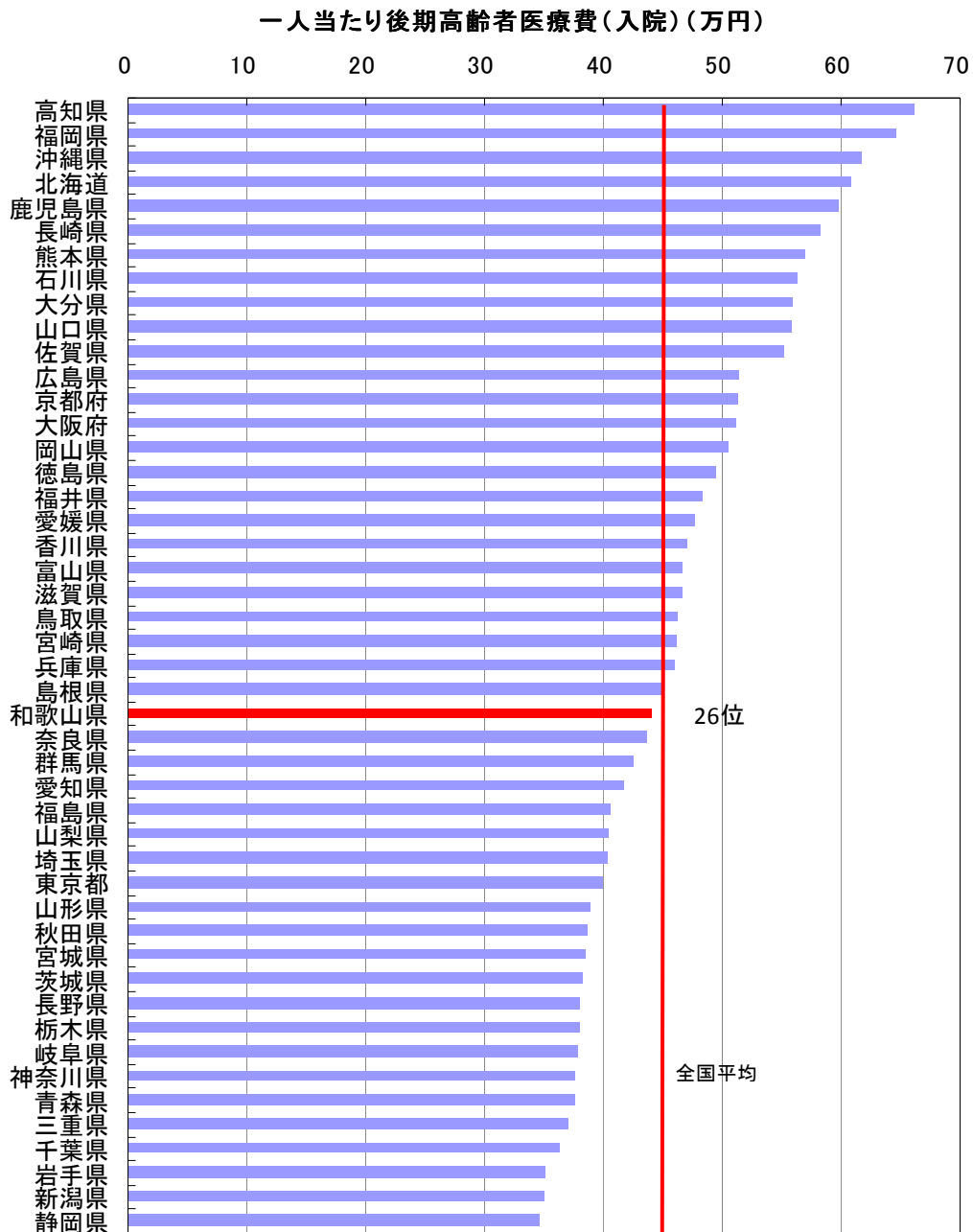
図表 5：一人当たり後期高齢者医療費の全国比較



資料：『後期高齢者医療事業年報』（平成 22 年度）

平成 22 年度における本県の一人当たり後期高齢者医療費（入院）は、44 万円【H17: 38.2 万円】でした（図表 6）。赤線で示した全国平均（45.5 万円）と比較すると、全国平均を下回る 26 位でした。一人当たり後期高齢者医療費（入院）の順位は、一人当たり後期高齢者医療費の順位（22 位）と比較すると下位でした。

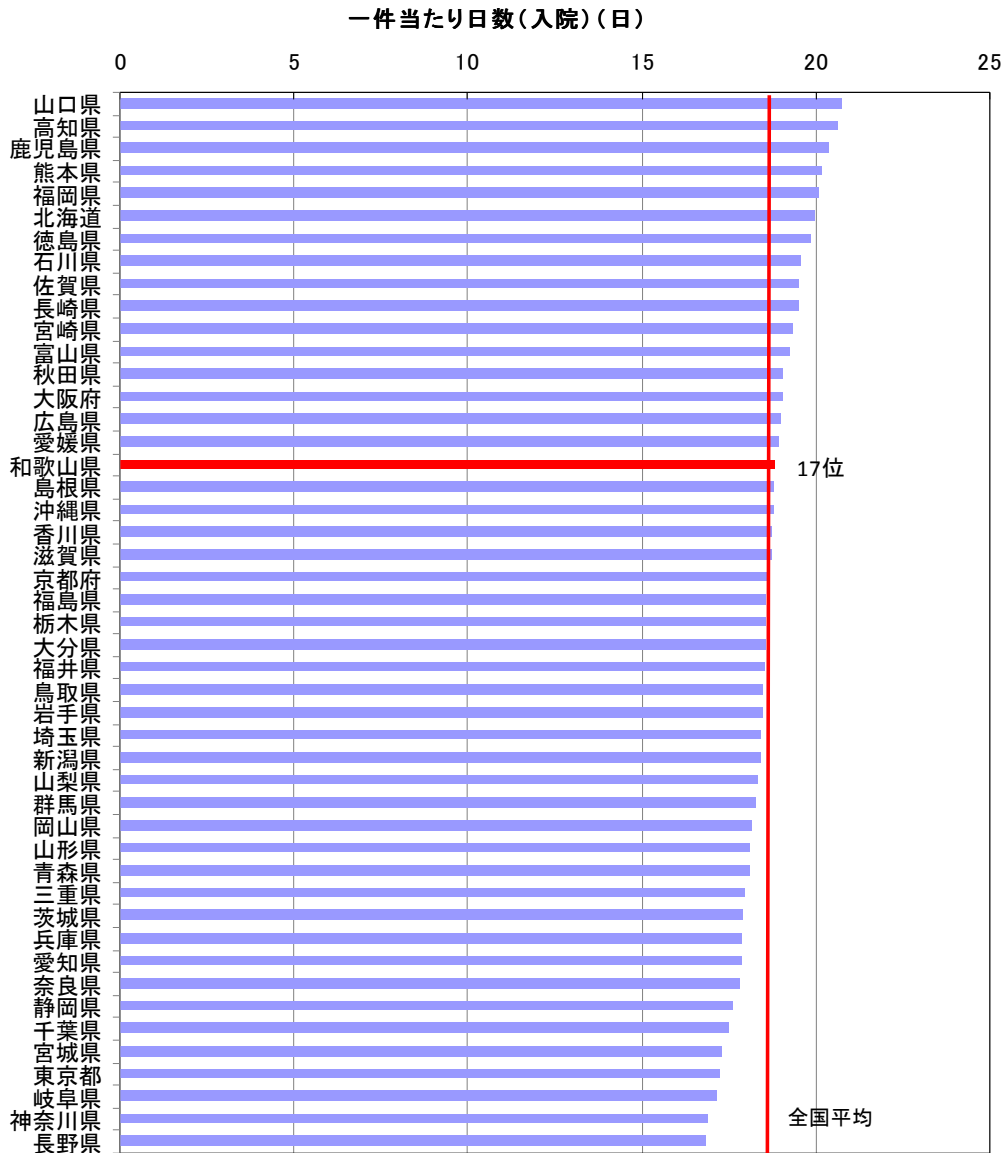
図表 6：一人当たり後期高齢者医療費（入院）の全国比較



資料：『後期高齢者医療事業年報』（平成 22 年度）

平成 22 年度における本県の一件当たりの日数（入院）は 18.8 日【H17：19.3 日】
 でした（図表 8）。赤線で示した全国平均（18.6 日）と比較すると、全国平均をわず
 かに上回る 17 位でした。一件当たりの日数（入院）の順位は、一人当たり後期高齢
 者医療費（入院）の順位（26 位）と比較すると上位でした。

図表 8：一件当たり日数（入院）の全国比較

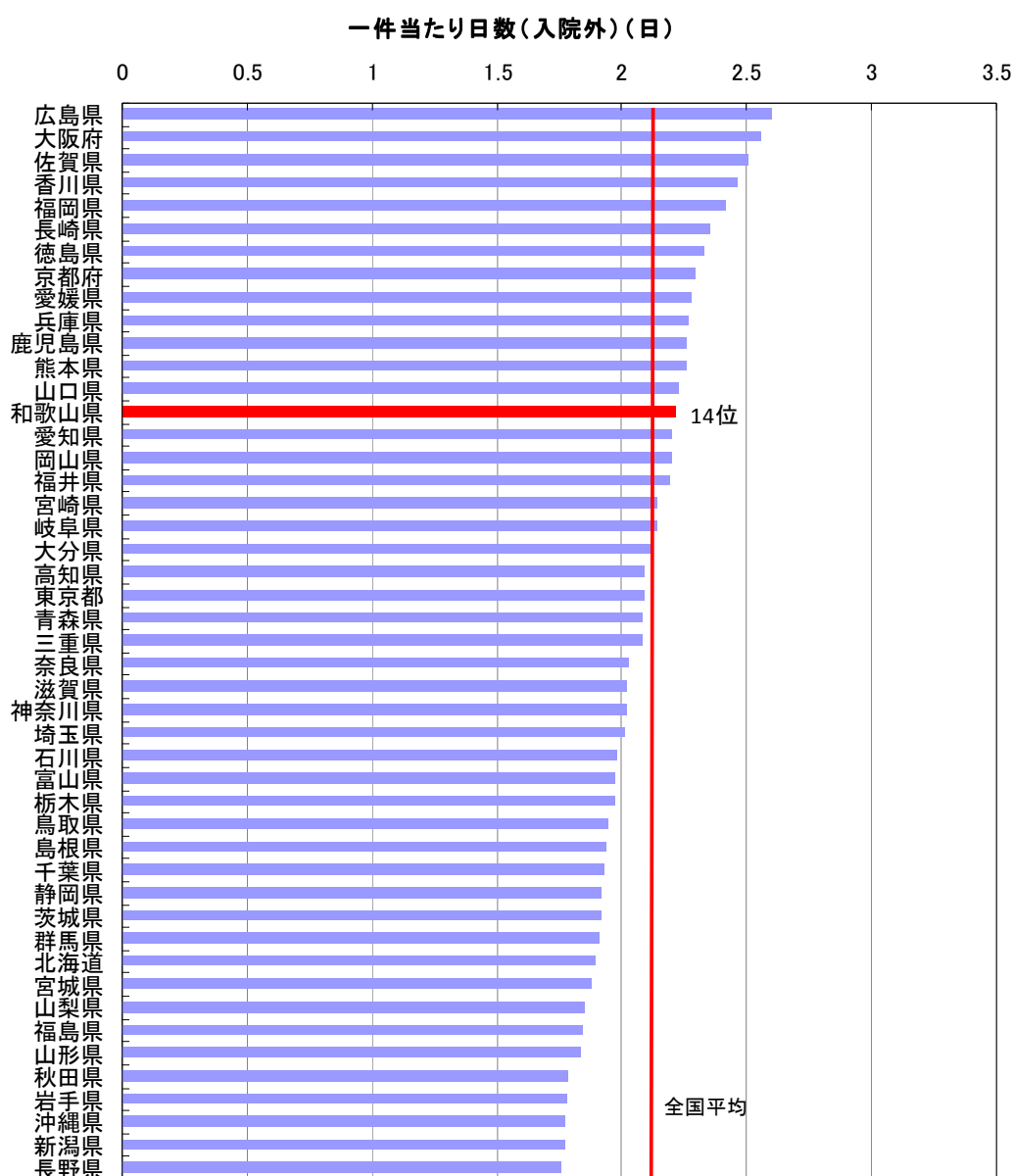


資料：『後期高齢者医療事業年報』（平成 22 年度）

平成 22 年度における本県の一件当たりの日数（入院外）は 2.2 日【H17：2.4 日】でした（図表 9）。赤線で示した全国平均（2.1 日）と比較すると、全国平均を上回る 14 位でした。一件当たりの日数（入院外）の順位は、一人当たり後期高齢者医療費（入院外）の順位（15 位）と比較すると上位でした。

入院医療費が全国平均より低いものの、入院外医療費は全国平均を上回っていることから、本県では入院外医療費の高さが後期高齢者医療費を高くしている要因のひとつであると言えます。また、入院外医療費が高くなっている要因のひとつは、通院日数が多いことでもあります。

図表 9：一件当たり日数（入院外）の全国比較



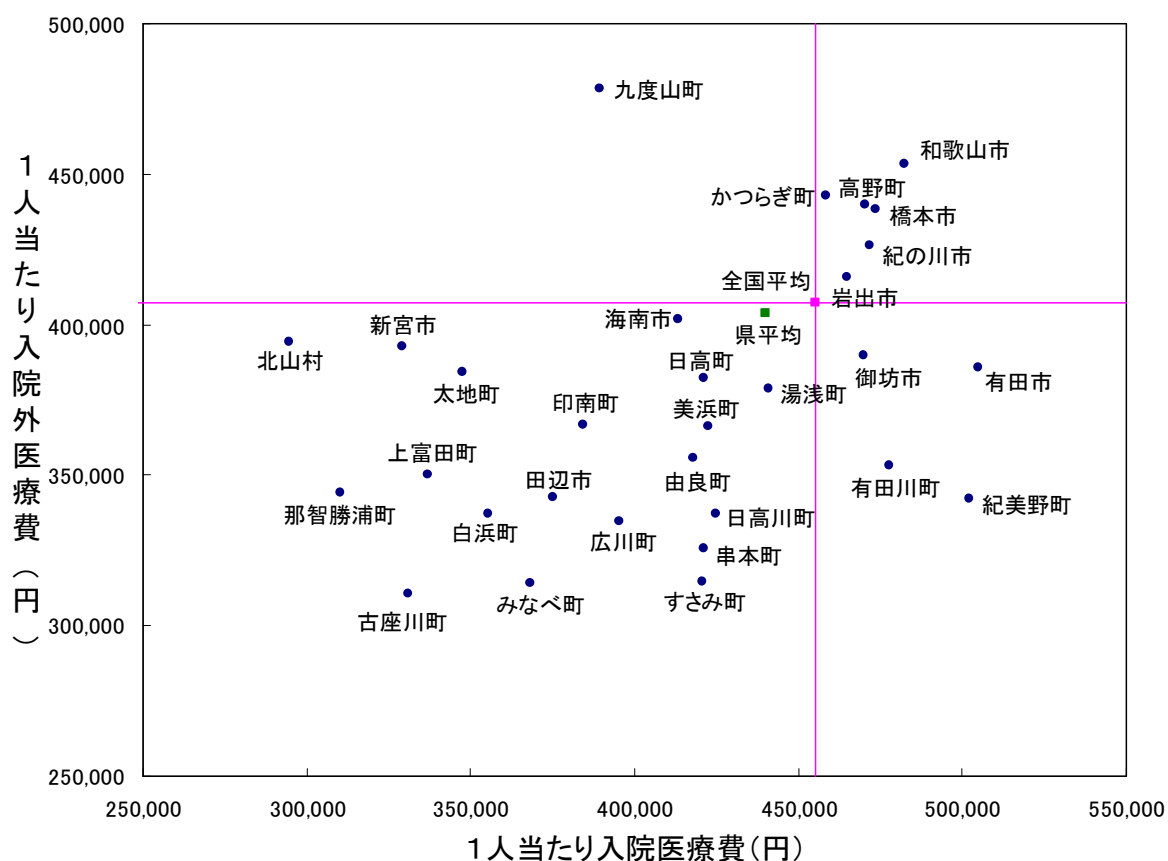
資料：『後期高齢者医療事業年報』（平成 22 年度）

3) 後期高齢者医療費（県内市町村比較）

入院・入院外別に一人当たりの後期高齢者医療費について、横軸に一人当たりの入院医療費、縦軸に一人当たりの入院外医療費を置いて、全市町村をプロットしてみると、県内でも全県で同一の傾向にあるわけではなく、地域差が生じています（図表 10）。図表 10 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。すなわち、右上が入院、入院外ともに全国平均より高い領域、右下は入院が高く入院外が低い領域、左上は入院が低く入院外が高い領域、左下は入院、入院外とも低い領域です。県平均は、全国平均の左下に位置し、全国平均に比べ、一人当たりの入院医療費が低く、一人当たりの入院外医療費もわずかに低くなっています。

入院も入院外医療費も高い市町村が和歌山市、橋本市、紀の川市、岩出市、かつらぎ町、高野町です。一方、那智勝浦町、古座川町等のように、入院も入院外医療費も低い町もあり、これらの町における取組等が参考になる可能性があります。

図表 10：入院・入院外別老人医療費の県内市町村比較

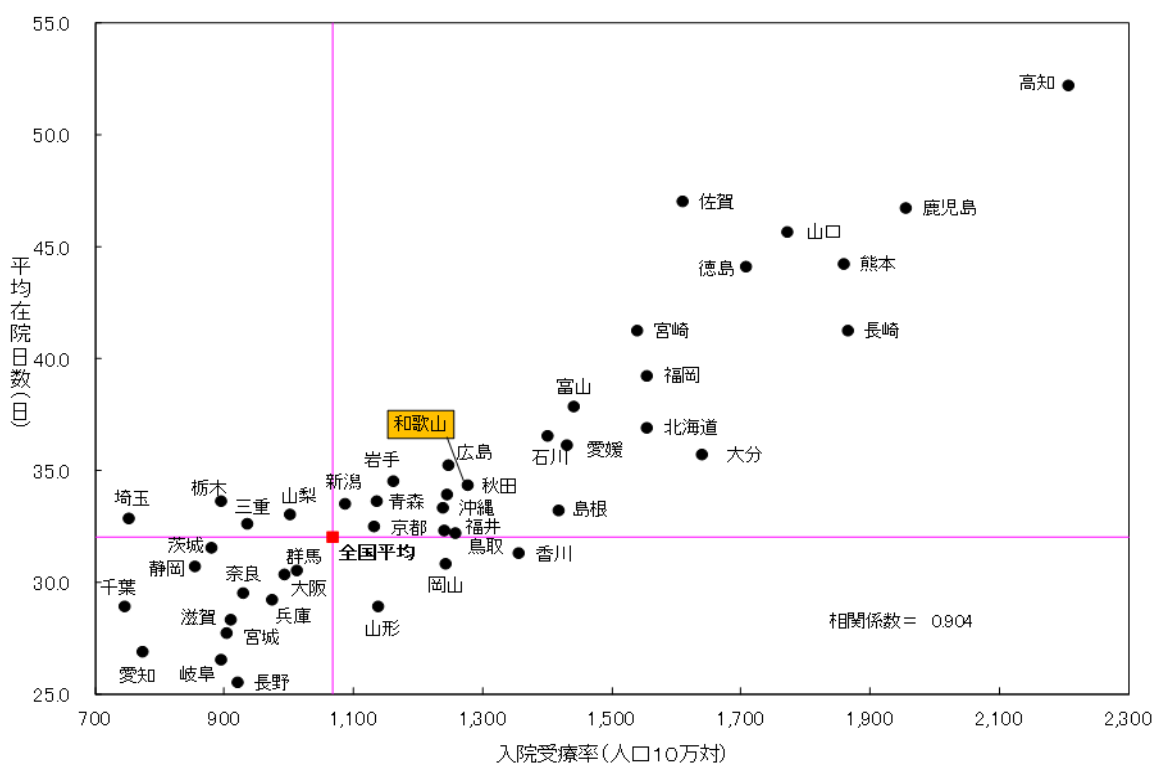


資料：『後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書』（平成 22 年度）

2 病床数の状況

入院受療率と平均在院日数との関係について、横軸に入院受療率、縦軸に平均在院日数を置いて、全国をプロットしてみると、入院受療率が高い地域では平均在院日数が長い傾向にあります（図表 11）。図表 11 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は、全国平均の右上に位置し、全国平均に比べ、入院受療率が高く、平均在院日数が長くなっています。すなわち、本県の医療費における特徴として、入院者が比較的多く、一旦入院すると入院期間が長期化することが医療費に影響を与えていると考えられます。

図表 11：受療率（入院）と平均在院日数の全国比較



資料：『病院報告』（平成 23 年）、『患者調査』（平成 23 年）

※平均在院日数

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、その算定にはいくつかの考え方がありますが、病院報告においては次の算式により算出しています。

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

※受療率

推計患者数を人口で除して人口 10 万対であらわした数であり、患者調査において次の算出により算出しています。

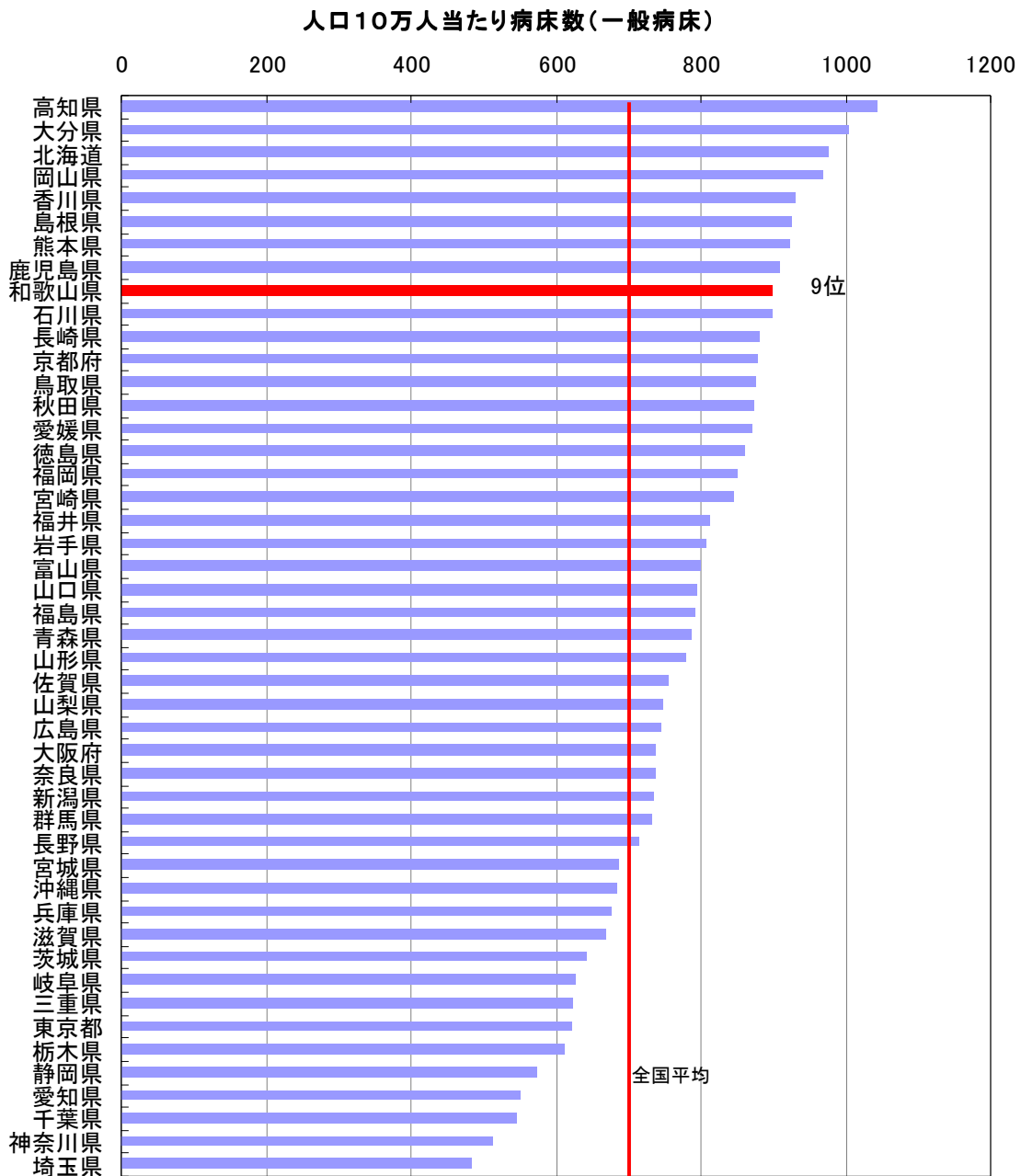
$$\text{受療率 (人口 10 万対)} = \frac{\text{推計患者数}}{\text{国勢調査人口}} \times 100,000$$

このような構造となっている原因の一つが病床の充足度であり、本県では以下の状況となっています。

1) 一般的な状況

平成23年における本県の人口10万人当たりの病床数(一般病床)は、899床【H17:852床】でした(図表12)。赤線で示した全国平均と比較すると、全国平均(704床)を上回る9位でした。

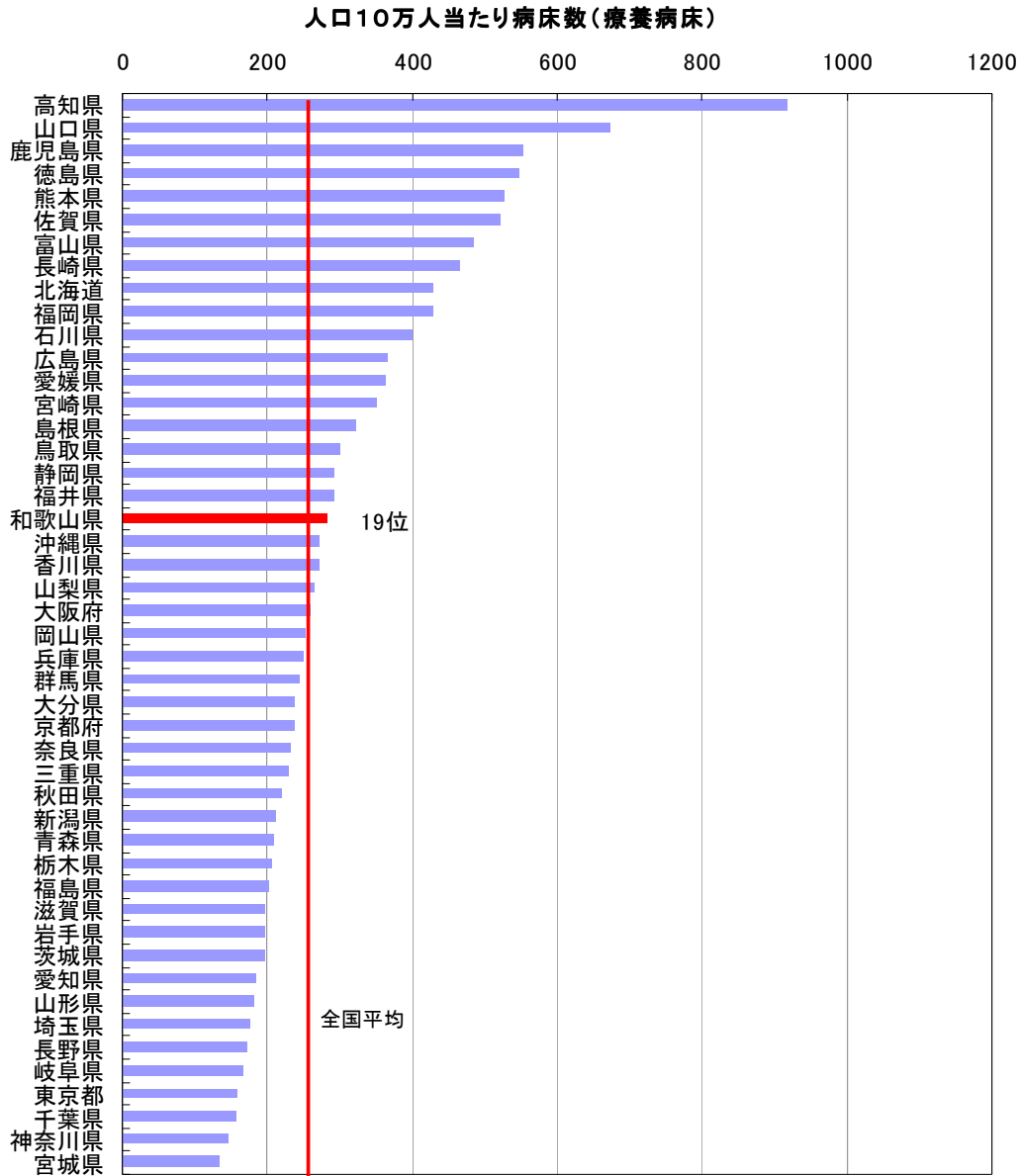
図表12：人口10万人当たり病床種類別病床数(一般病床)の全国比較



資料：『医療施設調査』（平成23年）

平成 23 年における本県の人口 10 万人当たりの病床数(療養病床)は、283 床【H17: 287 床】でした(図表 13)。赤線で示した全国平均(258 床)と比較すると、全国平均を上回る 19 位でした。

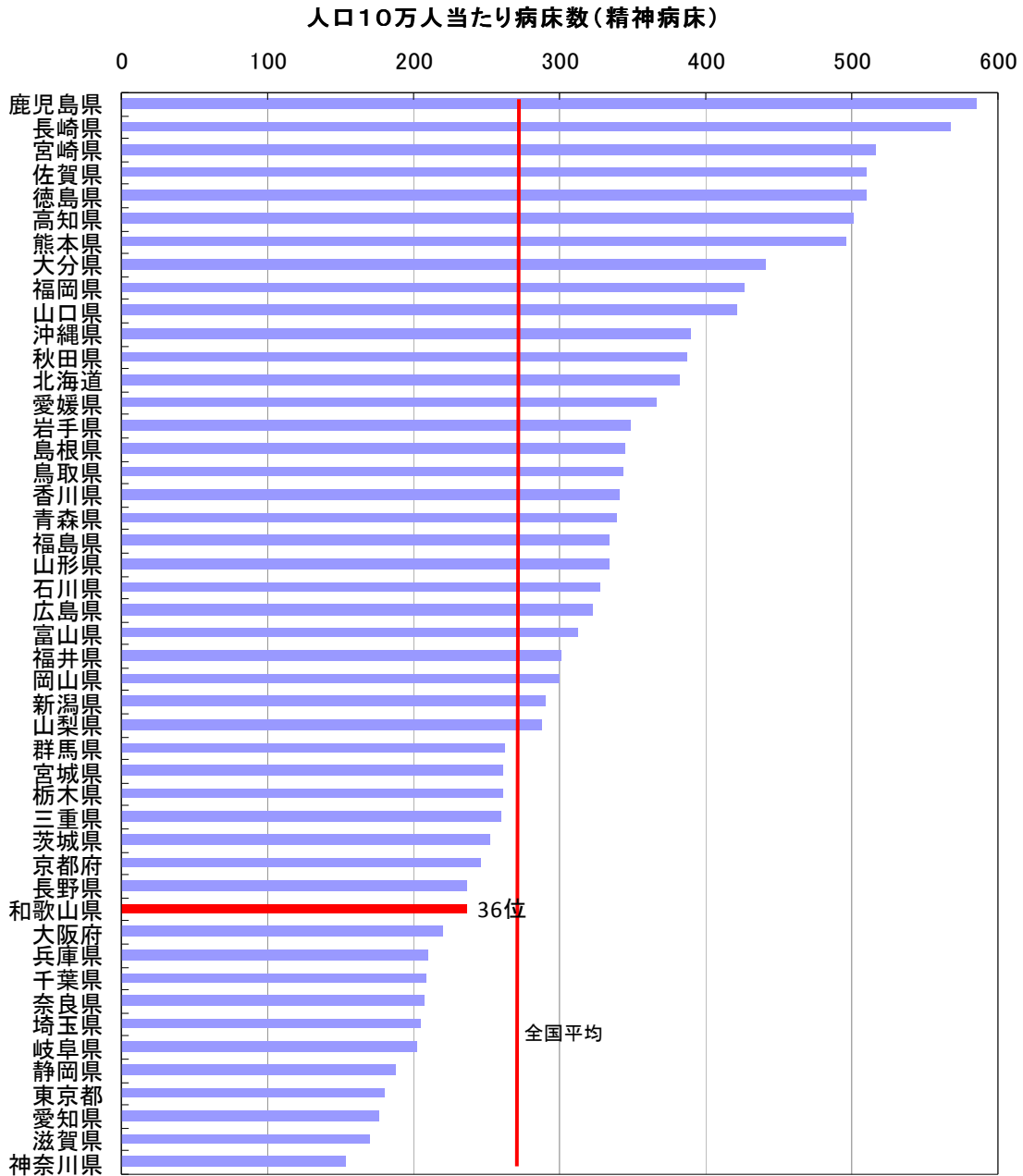
図表 13 : 人口 10 万人当たり病床種類別病床数(療養病床)の全国比較



資料：『医療施設調査』（平成 23 年）

平成 23 年における本県の人口 10 万人当たりの病床数(精神病床)は、236 床【H17: 247 床】でした(図表 14)。赤線で示した全国平均(269 床)と比較すると、全国平均を下回る 36 位でした。

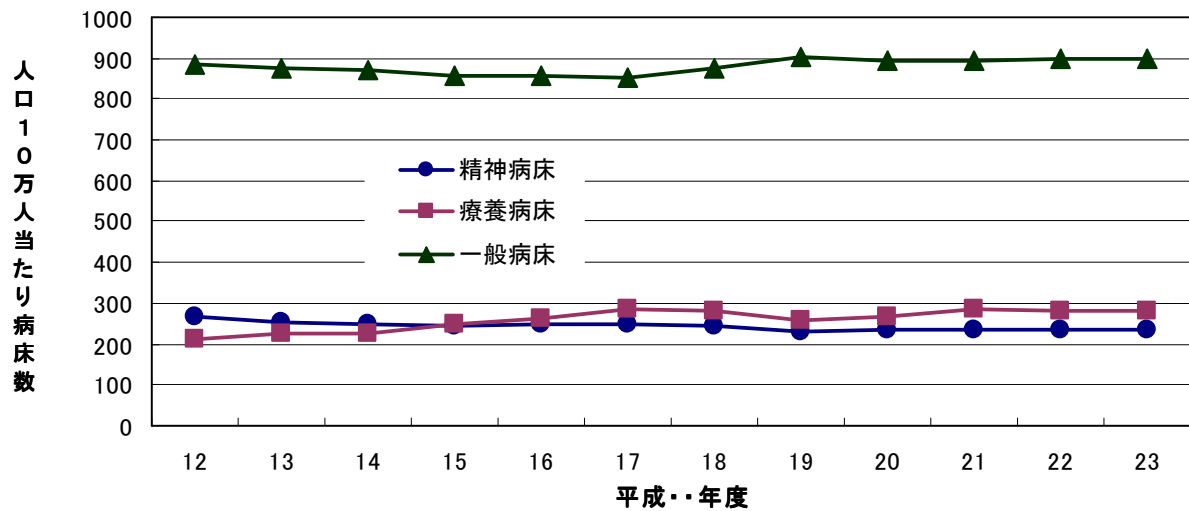
図表 14 : 人口 10 万人当たり病床種類別病床数(精神病床)の全国比較



資料 : 『医療施設調査』(平成 23 年)

本県の一般病床数、療養病床数、精神病床数の年次推移をみると、人口10万人当たりの一般病床数は、平成15年までは減少傾向にありましたが、平成18年から再び増加に転じ、平成19年以降は概ね横ばいでした（図表15）。療養病床数は、平成14年までは概ね横ばいでしたが平成15年から増加、平成17年をピークに一旦減少し、平成20年に再び増加しそのまま横ばいの状況です。精神病床数は概ね横ばいでした。

図表15：人口10万人当たり病床種類別病床数の年度推移（県）

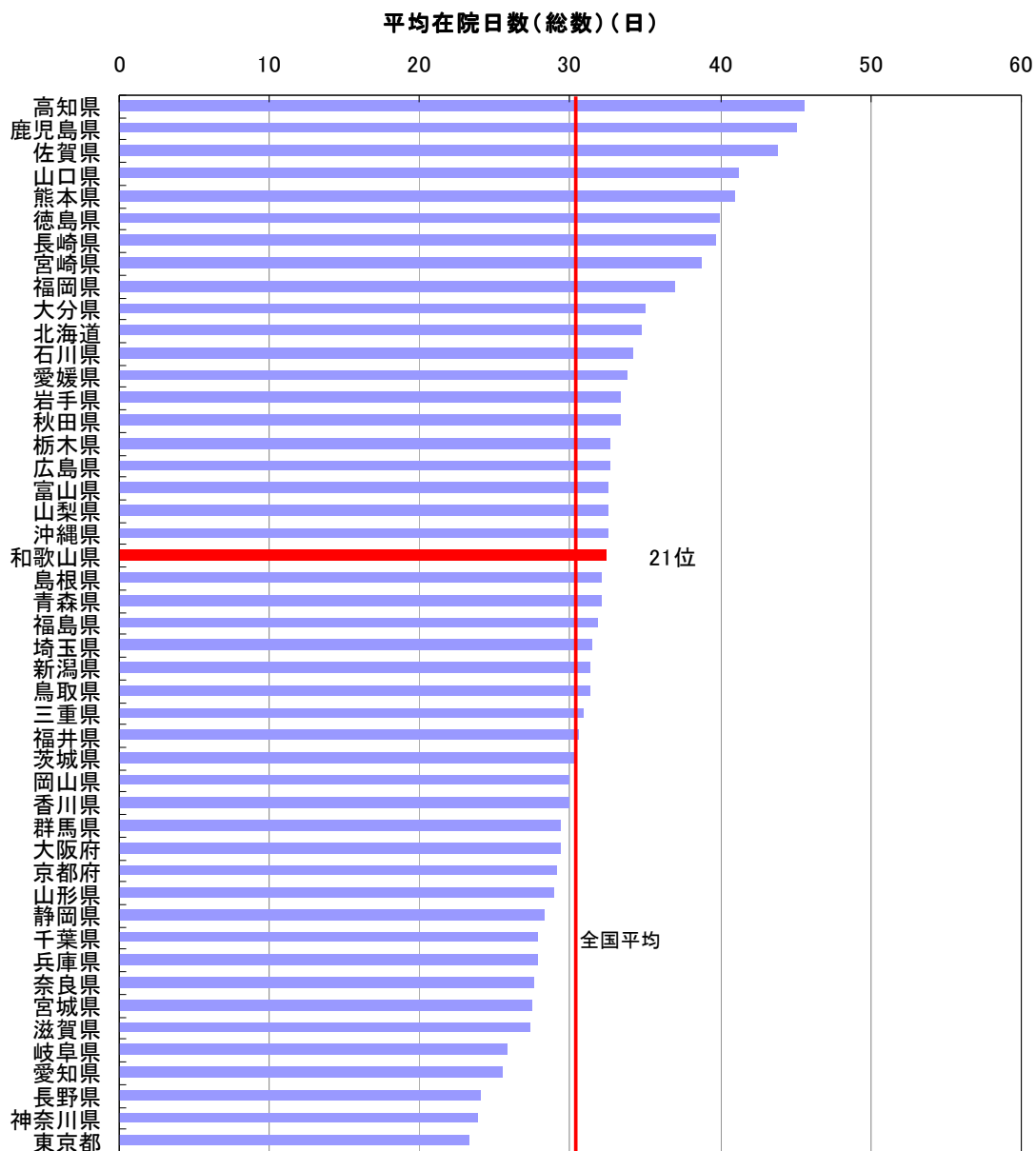


資料：『医療施設調査』（平成12年～平成23年）

3 平均在院日数の状況

本県の平均在院日数（総数）は、32.4日（介護保険適用の療養病床を除く）でした（図表16）。赤線で示した全国の平均在院日数（30.4日）と比較すると、全国平均を上回る21位でした。

図表16：平均在院日数（総数）の全国比較

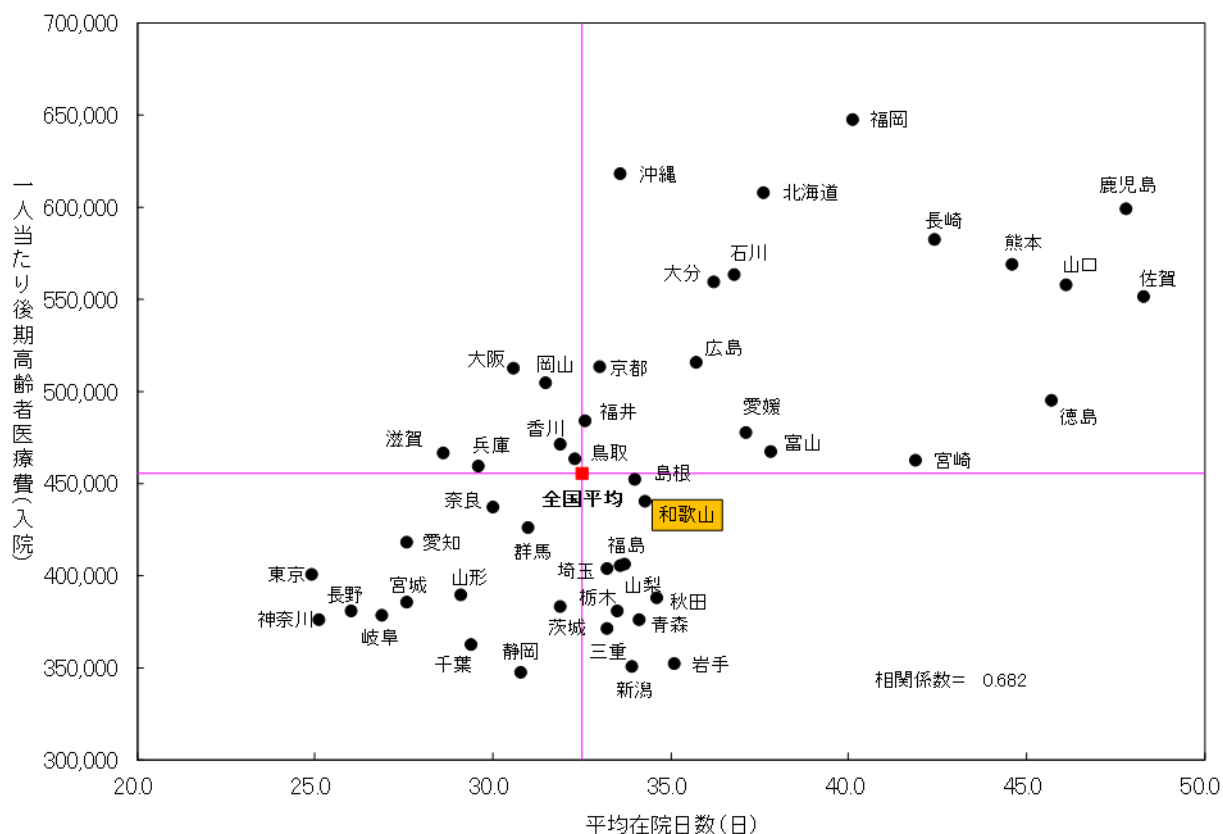


資料：『病院報告』（平成23年）

平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費（入院）との関係について、横軸に平均在院日数、縦軸に一人当たり後期高齢者医療費（入院）を置いて、全国をプロットしてみると、平均在院日数が長い地域では高い傾向にあり、正の相関性があります（図表 17）。

図表 17 は、全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は、全国平均の右下に位置し、全国平均に比べ平均在院日数が長いが、一人当たり後期高齢者医療費（入院）が低くなっています。

図表 17：平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費（入院）の全国比較



資料：『病院報告』（平成 22 年）、『後期高齢者医療事業年報』（平成 22 年度）

全国の平均在院日数は減少しており、本県でも、概ね減少傾向にあります（図表 18）。平成 23 年の都道府県順位で見ると、在院日数の長い方から数えて 21 番目となっています。本県と最短都道府県との差は、平成 23 年は 7.1 日となっています。

図表 18：平均在院日数（介護保険適用の療養病床を除く）の年度推移
(日)

年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
全国平均	31.7	31.6	31.3	30.7	30.4
和歌山県	32.8(24位)	32.9(23位)	33.3(21位)	32.7(20位)	32.4(21位)
最短都道府県	24.6(東京)	24.3(東京)	23.9(東京)	23.5(東京)	23.3(東京)
全国平均と和歌山県の差	1.1	1.3	2.0	2.0	2.0
和歌山県と最短都道府県の差	7.1	7.3	7.4	7.2	7.1

注 順位は日数の長い方から数えた全国順位
資料：『病院報告』（平成19年～平成23年）

本県の平均在院日数の年度推移を病床種類別に見ると、一般病床は平均在院日数が短縮されてきていますが（図表19）、全国順位は高くなっています。療養病床は、平均在院日数が横ばいの状況ですが、全国順位は低くなっています。精神病床は、平均在院日数が短くなるとともに、全国順位も低くなっています。

図表 19：病床種類別の平均在院日数の年度推移
(日)

年		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
一般病床	全国平均	19.0	18.8	18.5	18.2	17.9
	和歌山	22.2(3位)	22.1(3位)	22.1(3位)	21.9(2位)	21.4(2位)
療養病床	全国平均	177.1	149.5	179.5	176.4	175.1
	和歌山	155.1(30位)	176.6(32位)	155.0(31位)	155.9(30位)	156.8(28位)
精神病床	全国平均	317.9	312.9	307.4	301.0	298.1
	和歌山	386.3(9位)	380.0(10位)	365.2(10位)	352.4(11位)	347.0(12位)
感染症病床	全国平均	9.3	10.2	6.8	10.1	10.0
	和歌山	13.0	—	—	—	7.4
結核病床	全国平均	122.4	74.2	72.5	71.5	71.0
	和歌山	70.0	113.8	122.6	124.9	137.0

注 療養病床は介護保険適用の療養病床を含む。（※順位は日数の長い方から数えた全国順位）
資料：『病院報告』（平成19年～平成23年）

4 生活習慣病に分類される疾患の状況

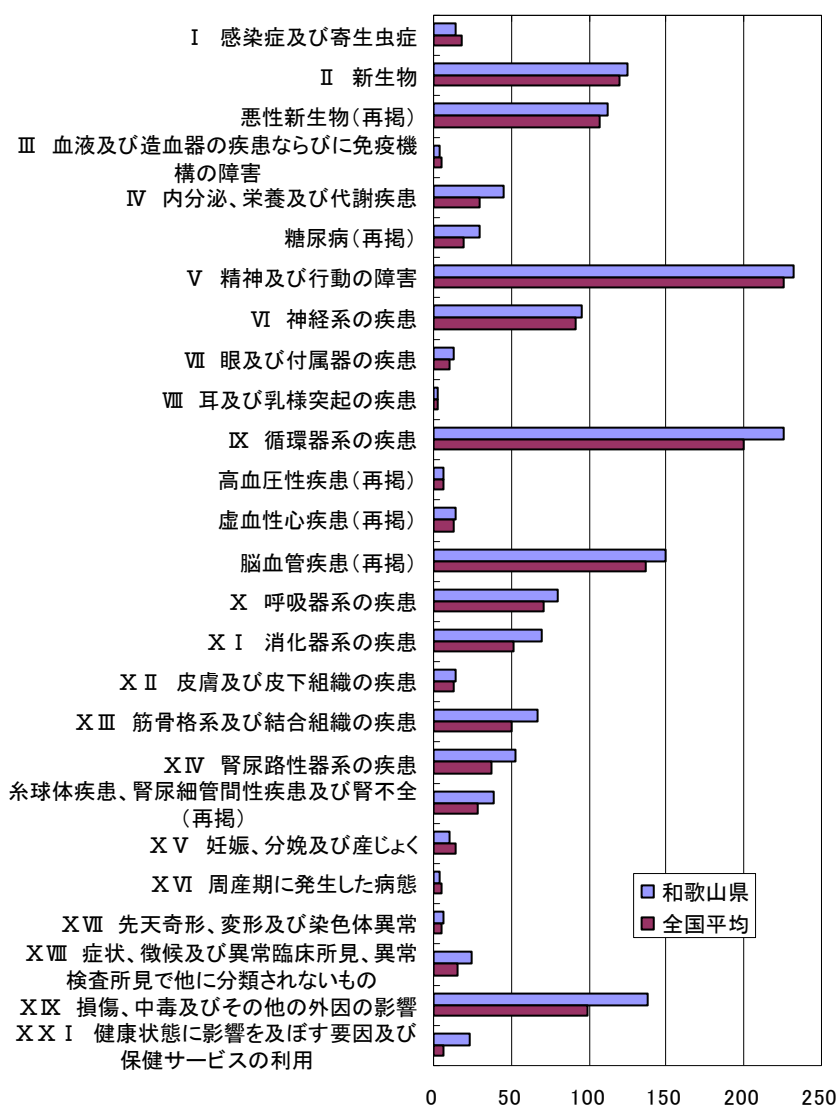
1) 受療動向

生活習慣病に分類される主な疾病ごとの全国的な受療率（平成 23 年患者調査）をみると、循環器系疾患は入院受療率が 10 万人当たり 200【H17：249】、外来受療率が 10 万人当たり 755【H17：743】、脳血管疾患は入院受療率が同 137【H17：183】、外来受療率が同 89【H17：96】、悪性新生物は入院受療率が同 107【H17：113】、外来受療率が同 130【H17：110】、糖尿病は入院受療率が同 19【H17：24】、外来受療率が同 166【H17：158】となっています。

本県における疾病分類別の入院受療率をみると、精神及び行動の障害が 10 万人当たり 232【H17：236】、循環器系の疾患が同 225【H17：245】、損傷、中毒及びその他の外因の影響が同 138【H17：119】の順に高くなっています（図表 20）。

図表 20：人口 10 万人当たりの疾病分類別入院受療率

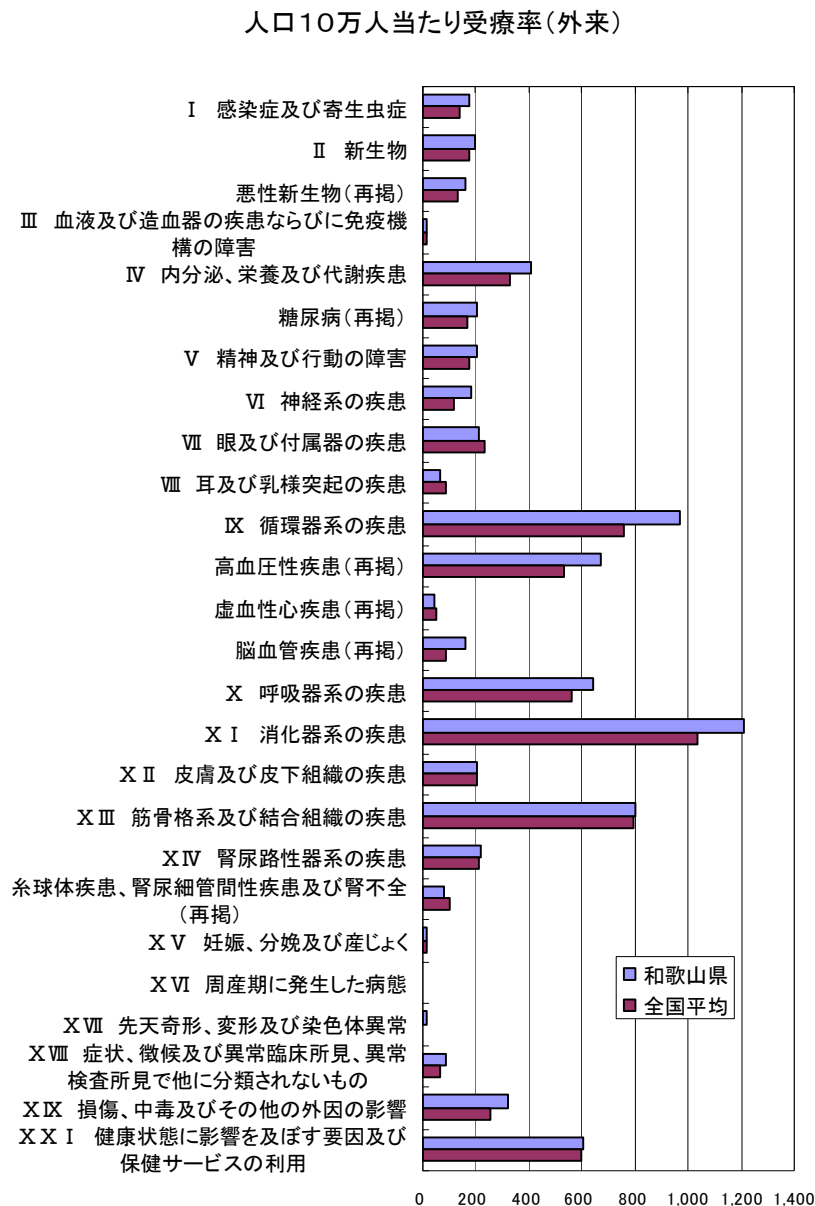
人口10万人当たり受療率(入院)



資料：『患者調査』（平成 23 年）

本県における疾病分類別の外来受療率をみると、消化器系の疾患が 10 万人当たり 1,210【H17：1,197】、循環器系の疾患が同 973【H17：1,095】、筋骨格系及び結合組織の疾患が同 805【H17：821】、呼吸器系の疾患が同 642【H17：567】の順に高くなっています（図表 21）。それぞれの疾病の外来受療率について全国平均と比較すると、消化器系の疾患、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、呼吸器系の疾患とも高い受療率となっています。

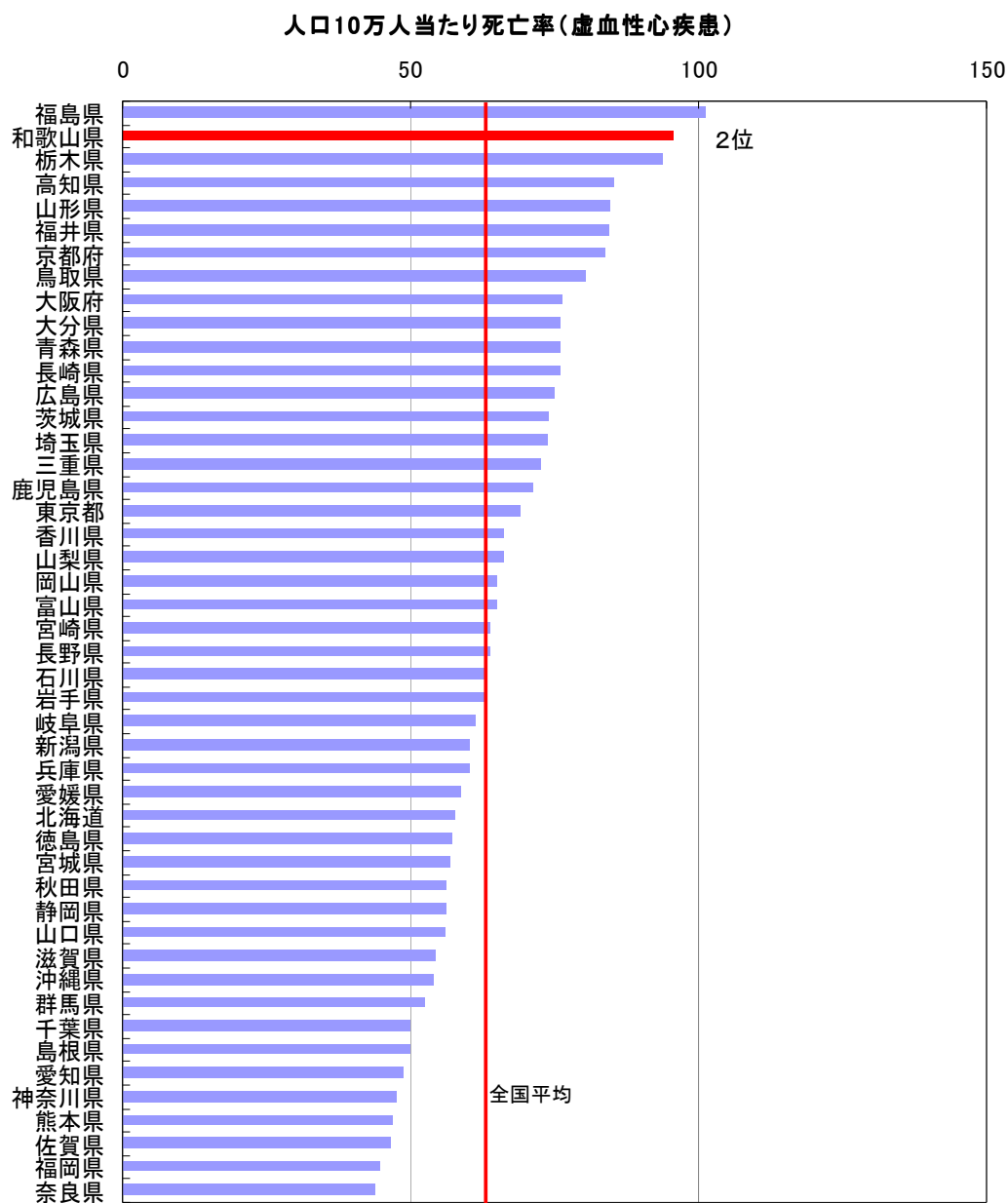
図表 21：人口 10 万人当たりの疾病分類別外来受療率



資料：『患者調査』（平成 23 年）

本県の虚血性心疾患での死亡率は95.5【H17：87.6】でした（図表23）。赤線で示した全国平均（63.6）と比較すると、全国平均を上回る2位でした。

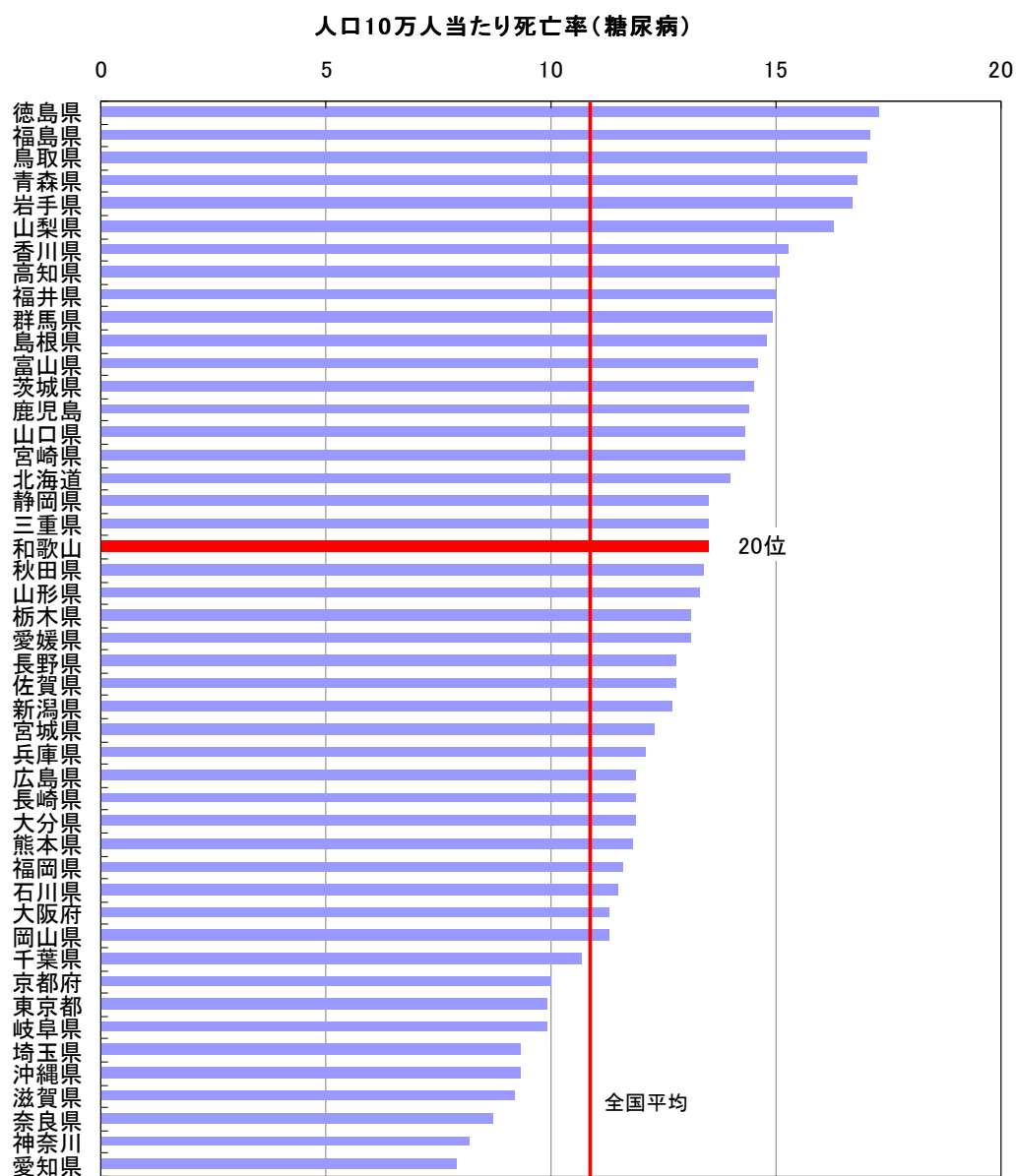
図表23：人口10万人当たりの虚血性心疾患での死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成23年）

本県の糖尿病での死亡率は13.5【H17：12.2】でした（図表25）。赤線で示した全国平均（11.6）と比較すると、全国平均を上回る20位となっています。

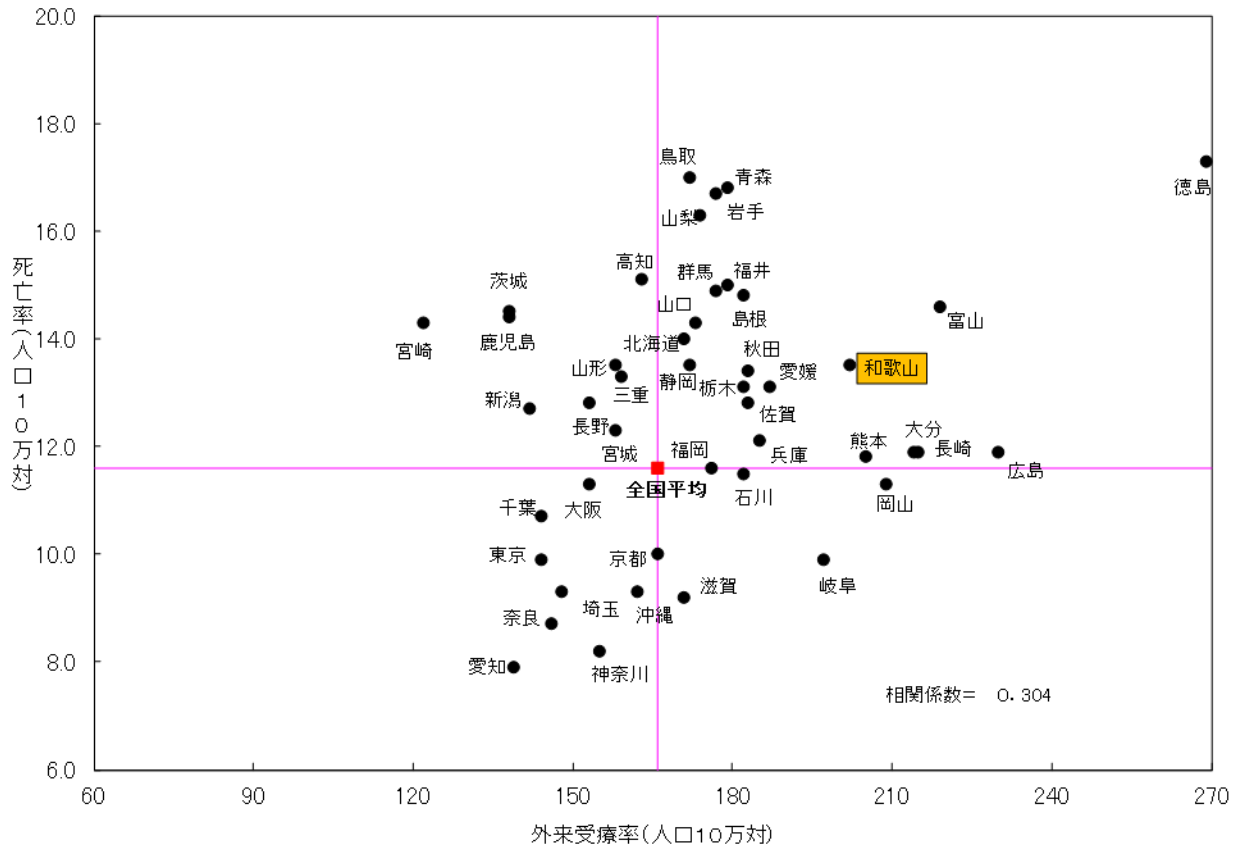
図表25：人口10万人当たりの糖尿病での死亡率の全国比較



資料：『人口動態統計』（平成23年）

本県の糖尿病の外来受療率と死亡率の関係について、横軸に外来受療率、縦軸に死亡率を置いて、全国をプロットしてみると、外来受療率が高い地域では死亡率が高い傾向にあります（図表 26）。図表 26 は全国平均を基準にして、領域分けをしています。県平均は全国平均の右上に位置し、外来受療率は全国平均に比べ高く、死亡率も全国平均に比べ高くなっています。

図表 26：糖尿病の外来受療率と死亡率の全国比較



資料：『患者調査』（平成 23 年）、『人口動態統計』（平成 23 年）

5 生活習慣病の予防の状況

1) 特定健康診査の受診率の状況

生活習慣病予防の基本となる特定健康診査受診率を見ると、本県の過去3年間の受診率は27.4%から34.7%に上昇していますが、平成22年度では全国平均と比べ8.5ポイント下回っています（図表27）。

図表27：特定健康診査受診率

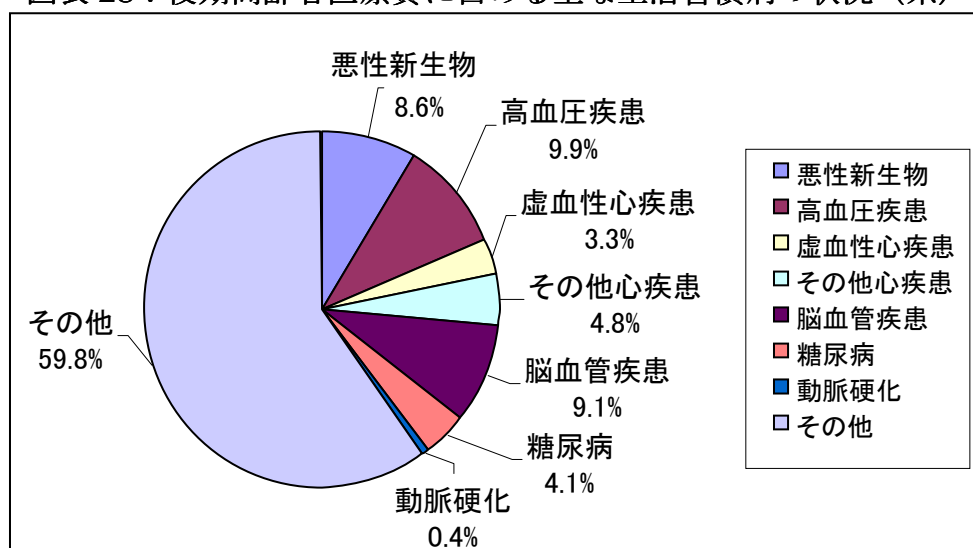
年度	和歌山県	全国平均
平成20年度	27.4%(47位)	38.9%
平成21年度	28.7%(47位)	41.3%
平成22年度	34.7%(44位)	43.2%

厚生労働省『特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」』
 (※順位は受診率の高い方から数えた全国順位)

2) 後期高齢者医療費に占める主な生活習慣病の状況

本県の後期高齢者医療費に占める主な生活習慣病の状況は、全体の4割を占めています（図表28）。

図表28：後期高齢者医療費に占める主な生活習慣病の状況（県）



資料：和歌山県国民健康保険団体連合会『後期高齢者医療病類別疾病分類統計表』
 (平成23年5月診療分)

3) メタボリックシンドロームの状況

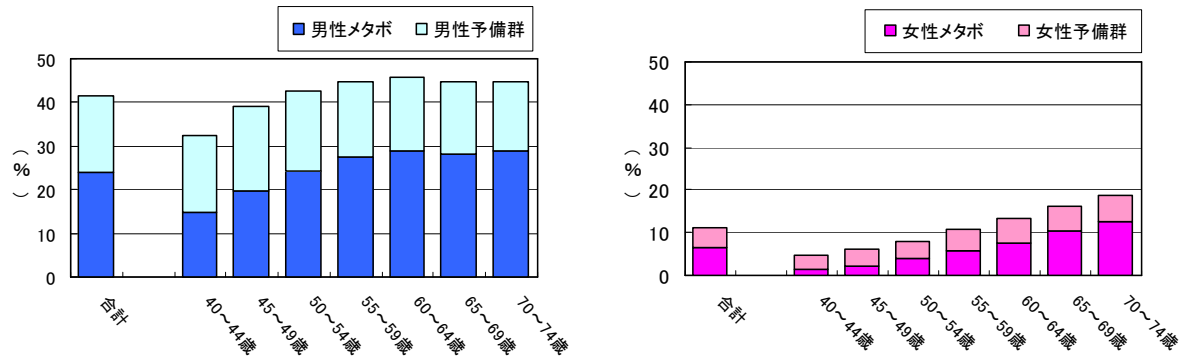
国民医療費の約3割、死因の約6割を生活習慣病が占めていることから、生活習慣病の予防が医療費の過大な伸びの抑制に向けた大きなポイントになります。生活習慣病は、主として不健康な生活習慣（不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰等）の継続によって発症します。

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常症を含んでいるため、メタボリックシンドロームの対策は、多くの生活習慣病対策につながると考えられています。そこで、県計画では、メタボリックシンドロームを中心とした生活習慣病の予防を政策目標としています。

図表 29 は、厚生労働省保険局から提供されたデータを基に、平成 22 年度における県全体のメタボリックシンドローム該当者及び予備群を推計したものです。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群を合わせた割合は、男性では 40 歳代で 36%、50 歳代で 44%、60 歳代で 45%、70 歳代で 45%、女性では 40 歳代で 5%、50 歳代で 9%、60 歳代で 14%、70 歳代で 19%となっています。

図表 29：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況（40 歳以上）（県）



40～74 歳における本県のメタボリックシンドロームの該当者数は、厚生労働省保険局から提供されたデータを基にした推計値では、該当者数は約 7 万 3 千人（うち男性 5 万 7 千人、女性 1 万 6 千人）、予備群者数は約 5 万 2 千人（うち男性 4 万人、女性 1 万 2 千人）、合わせて約 12 万 5 千人（うち男性 9 万 7 千人、女性 2 万 8 千人）と推定されます（図表 30）。

附表：メタボリックシンドロームの診断基準
— 8 学会策定新基準(2005年4月) —

必須	<p>ウエスト周囲径 男性 $\geq 85\text{cm}$ (へその高さ) 女性 $\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$)</p>
	<p>上記に加え以下のうち、 2項目以上→メタボリックシンドローム該当者 (1項目→メタボリックシンドローム予備群該当者：国民健康・栄養調査)</p>
高脂血	<p>高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dl}$ かつ／または 低HDLコレステロール血症 $< 40\text{mg/dl}$ 男女とも</p>
高血圧	<p>収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ かつ／または 拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$</p>
高血糖	<p>空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$</p>

図表 30：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推計値(県)
(平成 22 年度 40 歳以上)

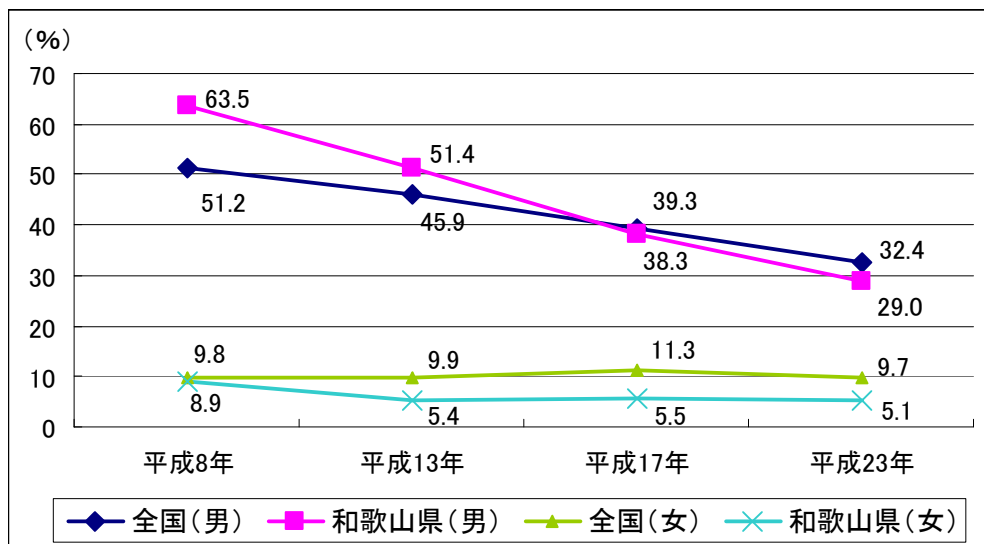
性別	年齢構成	人口 (人)	該当者率 (%)	該当者数 (人)	予備群率 (%)	予備群数 (人)	合計 (人)
男性	40～44 歳	30,723	14.8%	4,554	17.6%	5,393	9,947
	45～49 歳	30,173	19.6%	5,925	19.6%	5,909	11,834
	50～54 歳	31,164	24.4%	7,605	18.2%	5,670	13,275
	55～59 歳	35,760	27.5%	9,824	17.3%	6,171	15,995
	60～64 歳	39,974	28.7%	11,468	16.9%	6,772	18,240
	65～69 歳	33,811	28.2%	9,540	16.5%	5,579	15,119
	70～74 歳	27,863	28.7%	8,009	16.0%	4,449	12,458
	男性計	229,468	24.8%	56,925	17.4%	39,943	96,868
女性	40～44 歳	33,033	1.5%	511	3.0%	985	1,496
	45～49 歳	32,847	2.3%	761	3.7%	1,203	1,964
	50～54 歳	32,178	3.9%	1,248	3.9%	1,248	2,496
	55～59 歳	37,454	5.6%	2,100	5.1%	1,924	4,024
	60～64 歳	42,698	7.7%	3,268	5.5%	2,328	5,596
	65～69 歳	38,321	10.5%	4,014	5.6%	2,135	6,149
	70～74 歳	33,537	12.6%	4,221	6.2%	2,094	6,315
	女性計	250,068	6.4%	16,123	4.8%	11,917	28,040
男女計	40～44 歳	63,756	7.9%	5,065	10.0%	6,378	11,443
	45～49 歳	63,020	10.6%	6,686	11.3%	7,112	13,798
	50～54 歳	63,342	14.0%	8,853	10.9%	6,918	15,771
	55～59 歳	73,214	16.3%	11,924	11.1%	8,095	20,019
	60～64 歳	82,672	17.8%	14,736	11.0%	9,100	23,836
	65～69 歳	72,132	18.8%	13,554	10.7%	7,714	21,268
	70～74 歳	61,400	19.9%	12,230	10.7%	6,543	18,773
	男女計	479,536	15.2%	73,048	10.8%	51,860	124,908

注 厚生労働省保険局提供データを基に推計
人口については「住民基本台帳」平成 22 年 3 月 31 日現在による

6 喫煙率の状況

平成23年の本県の成人の喫煙率は、男女計で15.9%（全国20.1%）であり、男性が29.0%（全国32.4%）、女性が5.1%（全国9.7%）と、いずれも全国平均を下回っています（図表31）。

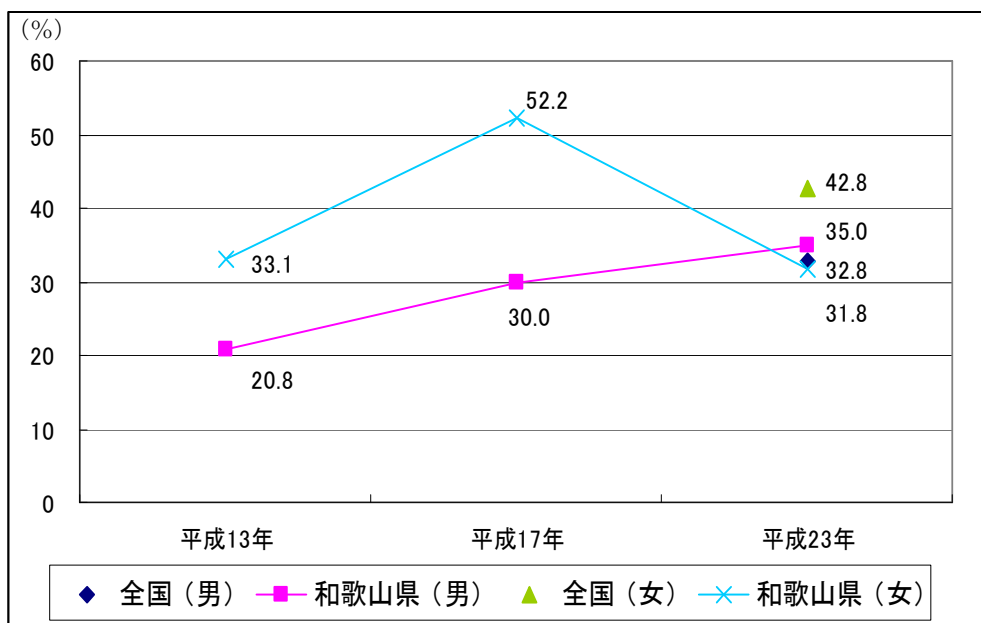
図表31：成人喫煙率の推移



資料：平成23年「県民健康・栄養調査」、平成23年「国民健康・栄養調査」

平成23年の本県の成人の禁煙意志の有無について、現在、習慣的に喫煙している者で、禁煙をしたいと思う者の割合は、男性35.0%、女性31.8%であり、平成13年、平成17年に比べ、男性では増加しています（図表32）。

図表32：成人喫煙者の禁煙希望率の推移



資料：平成23年「県民健康・栄養調査」、平成23年「国民健康・栄養調査」

※全国は平成19年から禁煙希望者の調査開始

第2節 本県の課題

前節の図表4（7頁）でも示したように、本県の高齢者人口は増加し、急激な高齢化の進展が予想されます。図表5（8頁）の本県の一人当たりの後期高齢者医療費は、現在のところ全国平均を下回っていますが、図表8と図表9（11・12頁）の後期高齢者医療費の一件当たり日数は入院・入院外とも全国平均を上回っています。

また、図表22～25（24～27頁）の人口10万人当たりの主な生活習慣病（がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病）の死亡率も全国平均を上回っています。これらのことから、今後、本県の後期高齢者医療費は高い伸びを示すことが予想され、大きな課題になると考えられます。

この課題をさらに見ますと、大きく以下の2つがあり、これに対する施策が必要です。

- 1) 特定健康診査の受診率を向上し、生活習慣病を予防あるいは重症化することを防ぐことが課題です。特にメタボリックシンドロームに着目し、早期の段階でその該当者・予備群を把握し、特定保健指導を行うことにより減少させることが必要です。
- 2) 一人当たり医療費の格差は、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。医療費の過度な伸びの適正化を図るためには、入院期間の短縮等を講じる必要がありますが、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、平均在院日数の短縮を図ることが必要です。

第3章 達成すべき政策目標と医療費の将来見通し

第1節 基本理念

県民の健康の保持の推進による健康で長寿な社会の実現と、**医療の効率的な提供の推進**により、誰もが安心して医療を受けることができる医療保険制度を維持する。

国民医療費、特に後期高齢者医療費の伸びの大きな要因として、「生活習慣病患者の増加」と「平均在院日数の長さ」があります。この2つを解決する対策として、

①メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病を予防することにより、**県民の健康の保持を推進**します。

②平均在院日数を短縮するために、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推進**します。

なお、第一期計画では、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、第二期計画では目標値の設定は行いません。

以上の2つを施策の柱として実現するため、本県では、国の示す基本方針を基に、具体的に第2節に掲げる政策目標を設定し、達成することにより、後期高齢者医療費の伸びを中長期的にわたって過度に増大しないようするものです。

第2節 平成29年度末までに達成すべき政策目標

1 県民の健康の保持の推進に関して達成すべき目標

1) 県民の健康の保持の推進に関する数値目標の考え方

国の基本方針では、平成29年度において、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年度と比べ25%以上減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成29年度に達成すべき目標を以下のように定めています。

(1) 特定健康診査の受診率

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とする。

(2) 特定保健指導*4の実施率

平成29年度において、当該年度の特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

*4 特定保健指導は、「特定健康診査」の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対する「医師、保健師、管理栄養士、その他厚生労働省で定める者」による保健指導をいう。

(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 年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成 20 年度と比べて 25%以上減少することとします。

減少する割合（減少率）とは、平成 20 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数*5 から平成 29 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数*6 を減じた数を、平成 20 年度当初のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数で除して算出します。

*5 平成 20 年度当初の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を平成 29 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

*6 平成 29 年度当初の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 29 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

(4) たばこ対策

国における成人喫煙率の目標値については、現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じた値 12%以下（平成 34 年度）と定めています。

2) 県民の健康の保持の推進に関する目標値

本県の過去 3 年間の特定健康診査受診率を見ると（29 頁図表 27 参照）、いずれの年も全国平均と比べ約 9~13 ポイント下回っており、本県の主な課題の 1 つとなっています。本県では、過去の特定健康診査の受診率とその重要性を鑑み、国の目標値を確保できるよう努めるとの観点から、県民の健康の保持の推進に関する目標値を以下のとおりとします。

(1) 特定健康診査の受診率

平成 29 年度において県内の各医療保険者による特定健康診査の受診率を、対象者（40 歳から 74 歳まで）の 70%以上とします。

(2) 特定保健指導の実施率

平成 29 年度において特定保健指導が必要と判断された対象者への指導実施率を、45%以上とします。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成 20 年度と比較した平成 29 年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 25%以上とします。

県民の健康の保持の推進に関する目標値

項目	平成 29 年度の目標値
① 定期健康診査の実施率	70%以上
② 特定保健指導の実施率	45%以上
③ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率	25%以上 (平成 20 年度と比較して)

(4) たばこ対策

平成 34 年度までに、禁煙希望者を禁煙誘導し、成人喫煙率を 12%以下（県内の禁煙希望者全員を禁煙誘導できた場合の喫煙率 10.4%）にすることを目標とします。

また、平成 29 年度末までは、中間目標として、禁煙希望者のうち半数の禁煙誘導を目標として、13.2%とします。

2 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標

1) 平均在院日数の目標の推計の基本的な考え方

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計における、病床数や平均在院日数の関係等を、都道府県にて設定した充実や重点化・効率化を行った場合の病床数に当てはめることにより推計します。

具体的には、利用者数＝新規入院発生数×平均在院日数というモデル式を用いて推計します。

2) 平成 29 年時点の平均在院日数の目標値

平成 29 年度の各病床別の一日当たりの利用者数について、一般病床は 7,196.3 人、療養病床(介護療養病床除く)は 2,097.8 人、精神病床は 1,879.7 人、感染症病床は 0.9 人、結核病床は 26.8 人、一日当たりの利用者数の総計は 11,201.5 人と推計します。

また、新規入院発生数について、一般病床は 349.8 人、療養病床（介護療養病床除く）は 15.1 人、精神病床は 5.6 人、感染症病床は 0.1 人、結核病床は 0.4 人、新規入院発生数の総数は 371.0 人と推計します。この推計値から、以下のように算定します。

①平成 29 年時点の平均在院日数の目標値

$$\begin{aligned} \text{目標値} &= \text{利用者数 (11,201.5 人)} \div \text{新規入院発生数 (371.0 人)} \\ &= 30.19 \text{ 日} \simeq 30.2 \text{ 日} \end{aligned}$$

本県における平成 29 年時点の平均在院日数の目標値

本県における平成 29 年時点の平均在院日数の目標値を 30.2 日とします。

3 政策目標の達成によって予想される医療費の将来見通し

1) 医療費の将来見通し（適正化前）の推計方法

平成 23 年度の医療保険に係る医療費を人口で除して算定した一人当たり医療費と入院（食事含む）、入院外（調剤、訪問看護、療養費含む）、歯科別の診療種別ごとに算定した医療費の動向（概算医療費）における医療費の伸び率から人口の変動、診療報酬改定、高齢化の影響を除去し、医療の高度化等の要因に起因する推計年度までの一人当たり医療費の伸び率、及び将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）を基礎として次式の考え方により算出します。

なお、適正化前の医療費については、平成 20 年度の医療保険に係る医療費と平成 20 年度の国民医療費の比率を補正率とした係数を乗じることにより国民医療費ベースの医療費へ変換します。

また、増加分は公費等として入院、入院外等の内訳は医療保険計の構成割合と同様と仮定して推計します。

$$\text{適正化前の医療費} = \text{平成 23 年度の一人当たり医療費} \times \text{平成 23 年度から推計年度までの一人あたり医療費の伸び率} \times \text{将来推計人口（推計年度）}$$

2) 医療費の将来見通し（適正化後）の推計方法

(1) 平均在院日数の短縮による効果

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計における、改革前後の平均在院日数の減少率と現状投影シナリオの医療費に対する改革後の充実額、重点化・効率化額の割合との関係を用いて、医療費に対する平均在院日数の減少が医療費に与える影響を推計します。

(2) 生活習慣病対策等による効果

メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、8～10 万円/年の医療費の差があることから、両者の医療費の差が平均して 9 万円/年であると仮定し、これにメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数を乗じることにより効果を推計します。

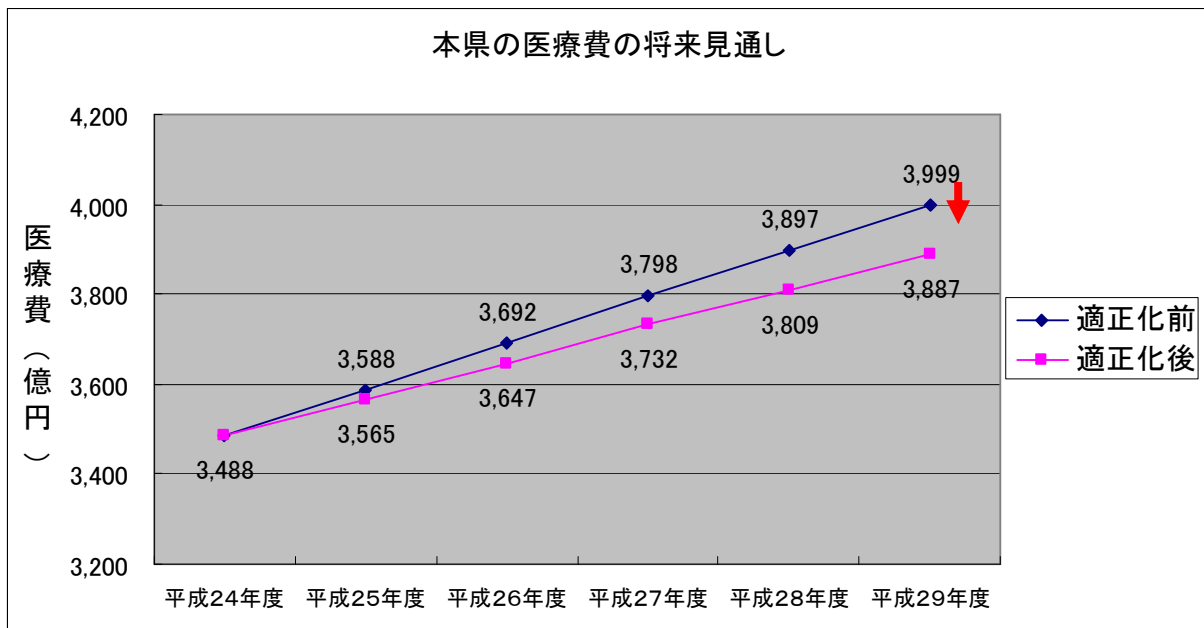
具体的には、生活習慣病対策等による効果額＝メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数×9 万円/年×平成 23 年度から推計年度までの一人当たり医療費の伸び率というモデル式を用いて推計します。

3) 医療費の将来見通し

医療費適正化の取り組みを行わなかった場合の平成 29 年度の本県医療費は約 3,999 億円と推計されますが、平均在院日数の短縮や生活習慣病対策等の医療費適正化の取り組みを行い、各数値目標を達成した場合の平成 29 年度の本県医療費は約 3,887 億円となり、約 112 億円の適正化効果があるものと推計されます（図表 33）。

また、平成 29 年度までの累計では、約 335 億円の適正化効果があるものと推計されます。

図表 33 : 本県の医療費の将来見通し



第4章 目標の実現のための施策の実施と県の役割等

第1節 目標達成に向けた施策

1 県民の健康の保持の推進

1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施

医療保険者は特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査・特定保健指導が計画的かつ効果的に実施されるようしなければなりません。

県は、医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施されるよう計画の策定を支援するとともに、医療機関等との連携や、保健センターの活用等も含めた市町村への働きかけ等により、地域における生活習慣病予防活動を行います。また、企画立案・評価、効果的な健診や保健指導を実施できるよう県保険者協議会と協力して、知識・技術、ポピュレーションアプローチ*7との効果的な組合せを内容とした体系的な研修を行い、人材の育成に努めます。

特定健康診査・特定保健指導の受診率等はこれらの取組や各医療保険者の未受診者対策等により年々向上していますが、目標と大きな開きがあることから受診率等の向上のための取組は重要な課題と認識しており、今後は特定健康診査の実施主体である医療保険者との連携を強化し、県民に対し健診の必要性の啓発と検査項目の拡充や集団健診の実施回数をふやすなど受診者の利便性に配慮した健診体制の推進に努めます。併せて、県民の健康意識を高めることが医療費適正化にも資するとの観点から、予防接種の接種率の向上に向け、実施主体である市町村に加えて、医療関係者が行う普及啓発等を支援します。

*7 ポピュレーションアプローチとは、疾患を発症しやすい高リスク者のみへの対処でなく、集団全体に対処することにより全体として発症のリスクを下げようとする考え方である。

2) 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、「がん検診・国保の特定健診」と被用者保険被扶養者特定健診との同日実施の取組等、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、県は県内の主要な医療保険者等で構成されている県保険者協議会*8を通じて、特定健康診査・特定保健指導の保険者間の事務手続きが円滑に行われるよう、また、保険者間の情報の共有や連携した保健活動が推進されるよう、保険者協議会の活動を支援します。

*8 保険者協議会は、県内の医療保険者を構成員として、被用者保険と国民健康保険が連携・共同して保健事業を推進するため、都道府県単位に設置されている協議会をいう。

3) 医療保険者による健診データ等の活用

医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導に関する結果データを活用し、医療費の動向や患者の増減を把握し、効果的な保健指導をしなければなりません。

県は、保健指導の質の向上を図るため、医療保険者や保健指導実施機関等の保健指導従事者を対象とした研修を引き続き体系的に実施し、特定保健指導対象者の行動変容につながる指導と実践できる人材を育成します。

県は、医療保険者が健診データを有効に活用し、効果的な保健指導を行えるよう支援します。

4) 市町村等による健康増進対策への支援

医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、市町村等が行う住民に対するがん検診、健康相談、歯周疾患検診等の健康増進対策と連携することにより、生活習慣病予防の効果が発揮されます。

県民の健康づくりには、身近な人からのアプローチが重要な役割を果たします。県は、地域の在宅保健師、在宅栄養士、健康運動指導士などのネットワーク化を推進し、また、NPO等の健康づくりを行うグループの活動を支援することにより、地域に密着した生活習慣病対策が継続的に行われるよう努めます。

また、地域において率先して健康づくりに取り組み、家庭での食生活の改善や健康診査の声かけなど健康づくりの推進に関する施策に協力を行う「健康推進員」を養成し、市町村と連携して健康づくりの輪を広げていくことに取り組みます。

5) 県民に対する啓発

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、市町村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、県は市町村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。

生活習慣病の予防は、県民一人ひとりが日頃からの食生活や運動を意識し、健全な生活習慣を続けることが重要です。生活習慣の健康への影響を確かめるひとつの方法が、健康診査やがん検診で、これらは定期的に受けることが大切です。

県は、健康診査やがん検診の受診率が向上するよう、その必要性について啓発を行うとともに歯科疾患が健康に及ぼす影響も大きいことから、定期的に歯科検診を受けることは重要であり、多くの県民の方が健診を受けるよう、広報誌等による制度周知の啓発を行います。

とりわけ、歯周病予防には継続した管理が重要です。歯周病の予防と早期発見・治療のため、歯周疾患検診を推進するとともに、「歯の健康ガイド」による効果的な口腔清掃法についての情報提供や、かかりつけ歯科医による歯周疾患の継続的な予防・管理の重要性について啓発を行います。

さらに、豊かな自然などの本県の特性を生かす中で、県民の方が正しい食生活や運動の知識を身につけ実践できるよう、食事バランスガイドや県民ウォーキングガイド等のパンフレットを活用して健康づくりの啓発に努めるとともに、平成23年度から実施している「紀の国わかやま1万人健康リレーウォーク」を充実させ、運動が習慣となることを目指します。

6) 高齢者に対する社会参加の促進

健康で長寿な社会を実現していくには、高齢者比率が急速に高くなる中で、特に高齢者が生きがいや楽しみを持って元気にいきいきと生活できることが重要です。高齢者の多様性と自主性を十分に尊重しながら、必要な支援を行っていくことが求められています。

このため、県は高齢者の生きがいづくりにつながるよう生涯学習やスポーツ活動などを通じて、高齢者の社会参加が促進されるよう努めます。

7) たばこ対策

和歌山県健康増進計画において、習慣的な喫煙者等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住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。

「たばこ対策」については、和歌山県健康増進計画に沿った形で、保険者、医療機関等と連携したたばこによる健康被害の普及啓発の推進や禁煙を希望する県民への支援等に取り組みます。

また、未成年に対しては、喫煙による健康への影響について、学校で行われる健康教室や地域・職域連携推進事業による防煙教室等を通じて、喫煙に対する正しい知識の普及に努めます。

2 医療の効率的な提供の推進

1) 療養病床の転換に関する支援

療養病床の再編成に伴う療養病床から介護保険施設への転換については、平成29年度末まで凍結されたところですが、引き続き、医療機関が療養病床の転換を円滑に実施できるよう、転換にかかる情報提供及び相談対応を行うとともに、国が示す療養病床転換助成制度等を活用し、今後の国の動向を注視しながら、転換整備を支援していきます。

2) 医療機関の機能分化・連携

県民に対し良質で適切な医療サービスを提供するためには、地域の医療資源を把握し、医療機関の機能分化と連携を進め、急性期から維持期まで切れ目のない医療連携体制の構築を図ることが必要です。

第6次和歌山県保健医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病、小児医療（小児救急を含む）、周産期医療、救急医療、災害医療及びへき地医療の5事業並びに在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力のもとに、医療機関が機能を分担及び連携することにより、地域連携クリティカルパスを活用した医療連携体制など、切れ目なく医療を提供する体制を構築することとしています。

医療連携体制の構築に当たっては、各疾病や事業ごとに設定する圏域の中で、地域の限りある医療資源を有効活用し、医療機関の連携により適切な医療サービスが提供されるよう、保健医療計画の期間を通じた取組みを進めます。

さらに、県民が身近な医療機関で安心して医療が受けられるように、また、地域の医療機能の効率的な活用のために、県は、県民に対し「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」や疾病の段階（ステージ）に見合った医療機関の受診、初期救急医療機関受診の促進等について啓発し、県民の医療連携に関する理解を深めます。

3) 適正な受診の促進等

医療受給者の中には、複数の医療機関での受診（重複受診）や頻繁に受診（頻回受診）する人も見受けられ、これが医療費の増加の要因のひとつとなっています。こうした受診は薬剤の重複投与にもつながる場合もあることから、健康への影響も懸念されます。

医療保険者は、重複・頻回受診の是正、レセプト審査・点検の充実に取り組む必要があります。また、医療費（療養費）に関する意識啓発として、県民の理解を深めてもらうために、広報誌やパンフレットなどによる広報活動を充実する必要があります。

県は、医療保険者のこれらの活動について支援します。

4) 在宅医療・地域包括ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウスなど多様な住まいにおける療養への円滑な移行のためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実に推進するほか、住宅施策との連携を含めた受け皿の整備が不可欠です。

高齢者が、医療や介護を必要とする状態や生活課題を抱えることになっても、安心して、必要なときに必要なところで必要な医療・介護等のサービスを受けながら、できる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるための基盤となる体制の整備が求められています。

このため、介護や医療の保険給付だけでなく、日常生活の場において、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の各サービスが切れ目なく有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を構築していくことが重要です。

県は、在宅医療に関する県民への積極的な情報提供、相談対応など、患者・家族、住民が必要な在宅医療サービスへつながるよう支援します。併せて、地域包括支援センターなど関係機関と連携を図りながら、医療・介護を横断的にサポートするための拠点の整備を進めるとともに、多職種での研修を実施するなど、人材育成や医療従事者の助け合いシステムなどの取組を支援していきます。

5) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進については、国において取組が進められています。

県民及び医療関係者に対して、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関する正しい知識の普及を図ります。

また、医療保険者に対し、被保険者への後発医薬品希望カードの配布や差額通知を実施するよう、指導・助言を行います。

3 医療保険者・医療機関等との連携協力

県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進を実現していくには、行政機関だけでなく医療保険者や医療機関など多くの関係機関が連携し、一体となった取組を継続することが不可欠です。

1) 医療保険者との連携協力

本計画に掲げた取組を円滑に進めていくために、医療保険者、健診・保健指導機関、医療機関等と様々な機会をとらえて情報交換を行うとともに、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会*9を通じて、多くの関係者と連携した体制を作り、情報交換や共同での保健活動の実施などの生活習慣病対策を継続していくことが必要です。

県は、医療保険者と連携協力し、生活習慣病対策を進めます。

*9 地域・職域連携推進協議会は、地域住民を対象として健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスを提供している地域保健と、事業者の安全と健康の確保のための方策を実践する職域保健が連携することで、より効果的及び効率的な保健事業を展開することを目的として、都道府県に設置されている協議会をいう。

2) 事業者・企業との連携協力

事業者・企業は、労働安全衛生法に基づく定期健康診査及び全国健康保険協会が実施する生活習慣病予防健康診査により、労働者の健康を確保するとともに、医療保険者と連携し、企業の社会的責任としての健康づくりを推進することが必要です。県は、事業者・企業と連携協力し、健康づくりを進めます。

3) 医療機関との連携協力

本計画を着実に推進し、医療費の適正化を実現していくためには、医療機関の連携及び協力が不可欠です。医療機関は、地域住民に安心のできる医療を提供し、地域保健・医療を推進するという重要な役割を担っています。また、若年期から生涯にわたり一貫した健康管理ができ、地域における第一線の医療機関として「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」の重要性について、地域住民に普及・啓発活動を行うことが重要です。

県は、医療機関と連携協力し、「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局」の重要性について普及・啓発活動を進めます。

4) 県民との連携協力

医療費の適正化には、県民自らが健康増進を図る取組や、適切な受療行動など、県民一人ひとりの理解と協力が何よりも重要であります。

県は、県民が健全な生活習慣を確立し、また、高齢者が楽しみや生きがいをもって、健康で長寿な生活を営むことができるような取組を進めるとともに、県民の健診（検診）の受診や生活習慣、受療行動についての行動変容を促すため、各種施策の実施の際や、計画のホームページ等への掲載など、様々な機会を活用して広く県民に周知します。

第5章 計画の推進

第1節 計画の推進

本計画の達成状況については、定期的に点検を行い、法第11条の規定による中間評価、また、法第12条の規定による期間の終了に伴う実績評価を行います。

計画評価の手法として、PDCA（Plan、Do、Check、Action）に沿った実績評価の仕組みが取られており、その実績を評価し、計画の中間見直しや次期適正化計画の策定に活用します。

1 中間年度（平成27年度）の進捗状況評価

本計画の中間年度（平成27年度）に中間評価を行い、本計画で設定した数値目標の進捗状況を把握するとともに、進捗状況に関する中間評価を行い、その結果を県民に公表します。

2 最終年度（平成29年度）の翌年度の実績評価

本計画の最終年度の翌年度（平成30年度）に実績評価を行い、目標の達成状況や施策の実施状況を把握するとともに、施策の取組と実績を比較して、次期適正化計画に反映させます。

また、実績については、公表するとともに、厚生労働大臣に報告します。

第2節 計画の周知

本計画を策定し又はこれを変更した場合は、遅滞なくこれを厚生労働大臣に提出するとともに、県民に公表します。

本計画は、計画案の策定段階で県民の意見を反映させるため公表し、パブリックコメントを求めることで周知を図ります。

また、本計画の策定後や変更した場合は、県ホームページに掲載することにより県民への周知を図ります。

第3節 計画の推進体制

本計画の推進には、医療保険者、市町村、医療機関や医療関係団体、介護サービス事業者や介護関係団体など多くの関係者と連携しながら継続した活動を推進していくことが不可欠です。そのため、県は、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会を活用し、全県規模で、あるいは地域単位で計画を推進できる体制づくりに努めます。

委員名簿

和歌山県医療費適正化専門委員会委員

委員名	役職名等
○ 成川 守彦	和歌山県病院協会長
上林 雄史郎	和歌山県医師会理事
市川 晃	和歌山県歯科医師会副会長
白井 良和	和歌山県薬剤師会副会長
古川 紀子	和歌山県看護協会常任理事
森岡 郁晴	和歌山県立医科大学教授
藤田 道昭	和歌山市健康局保険医療部長
東 誠	全国健康保険協会和歌山支部長
狹間 歌子	和歌山女性会議理事
伊勢 芳弘	和歌山県老人クラブ連合会副会長
瓜田 真理子	和歌山県市町村保健師協議会長

○委員長