

沖縄県医療費適正化計画

平成20年3月

沖縄県

目 次

	頁
はじめに	
1 医療制度改革の全体像	1
2 医療費適正化計画と他計画との関係	2
第1章 計画の位置づけ	
1 計画策定の趣旨	3
2 計画の期間	3
3 計画に掲げる事項	3
第2章 本県の医療を取り巻く現状と課題	
1 人口の推移	
ア 本県の総人口の推移	3
イ 5歳階級別の人口の推移	4
2 本県の医療保険加入者の状況	5
3 受療率の状況	
ア 入院受療率	7
イ 入院外受療率	7
4 生活習慣病の状況	
ア 医療費及び死因別死亡割合に占める生活習慣病の状況	8
イ 主な生活習慣病の受療状況	9
5 各種健診の状況	19
6 メタボリックシンドローム該当者等の状況	23
7 医療体制の状況	
ア 医療施設数の状況	24
イ 病床数の状況	24
ウ 療養病床の圏域別配置状況、医療区分の状況	26
エ 平均在院日数の状況	29
8 在宅医療の状況	32
9 介護サービスの状況	
ア 介護保険施設及び居宅サービス事業所の設置状況	34
イ 給付費から見た介護サービスの状況	35
ウ 介護保険施設利用における入所前の場所、退所後の行き先	35
エ 介護保険施設等の状況まとめ	37

第3章 医療費の現状と課題

1	医療費の現状	
ア	県民総医療費の動向	38
イ	県民1人当たり医療費	39
ウ	年代別の医療費	41
エ	老人医療費の状況	42
オ	医療費に占める入院及び入院外の状況	45
2	疾病毎の医療費の状況	
ア	疾病大分類毎の医療費	47
イ	疾病中分類毎の医療費	48
3	終末期の医療	
ア	終末期医療の費用額	52
イ	終末期医療のまとめ	53
4	医療費が増加している要因	55
5	医療の現状・課題のまとめ	
ア	現状まとめ	59
イ	課題	61

第4章 目標と取り組み

1	目標設定に向けた基本的考え方	62
2	医療費適正化計画における目標	
ア	県民の健康の保持増進に関する数値目標	63
イ	効率的な医療提供に関する目標	65
3	目標達成に向け、本県で取り組む主な対策	
ア	県民の健康の保持増進に向けた対策	67
イ	効率的な医療提供を図るための対策	69
ウ	医療費適正化に向けたその他の対策	69
4	今後5年間の医療費の将来見通し	
ア	医療費の将来見通しにおける基本的考え方	71
イ	医療費の将来見通し額	71

第5章 計画の進行管理

1	進捗管理の基本的な考え方	73
2	中間評価	73
3	実績評価	73
4	県の進行管理体制	73

はじめに

1 医療制度改革の全体像

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療をうけることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面している。

このような環境変化の中で、高齢化等に伴う医療費が毎年約1兆円規模で増加していることや経済の低迷による保険料の伸び悩み等を要因として、現在の医療保険の財政運営は、極めて厳しい状況があり、ひいては「国民皆保険制度」の存続をも脅かす状況となっている。

我が国の高齢化がこれから本格化していく中で、世界に冠たる「国民皆保険制度」を守り、子や孫の世代にまで引き継いでいくためには、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」を視点にした保健医療システムの改革、生活習慣病の予防徹底や平均在院日数の短縮等を政策目標とする「医療費適正化の総合的な推進」、後期高齢者医療制度の創設など「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」等を基本に現在の医療制度を改革していく必要があるとされている。

そのための対応を図るため、平成18年度においては、「健康保険法等の一部を改正する法律」や「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」などにより、次のような制度改正が実施されている。

医療制度改革法の概要

医療制度改革大綱の基本的な考え方

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- (1)患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
- ・医療情報の提供による適切な選択の支援
 - ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供(医療計画の見直し等)
 - ・在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上
 - ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等
- (2)生活習慣病対策の推進体制の構築
- ・「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
 - ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け
 - ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

2. 医療費適正化の総合的な推進

- (1)中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)
- (2)公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- (1)新たな高齢者医療制度の創設
- (2)都道府県単位の保険者の再編・統合

【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律】

- ①都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- ②医療計画制度の見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)等
- ③地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)
- ④医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)
- ⑤医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)
- ⑥医療法人制度改革 等

【健康保険法等の一部を改正する法律】

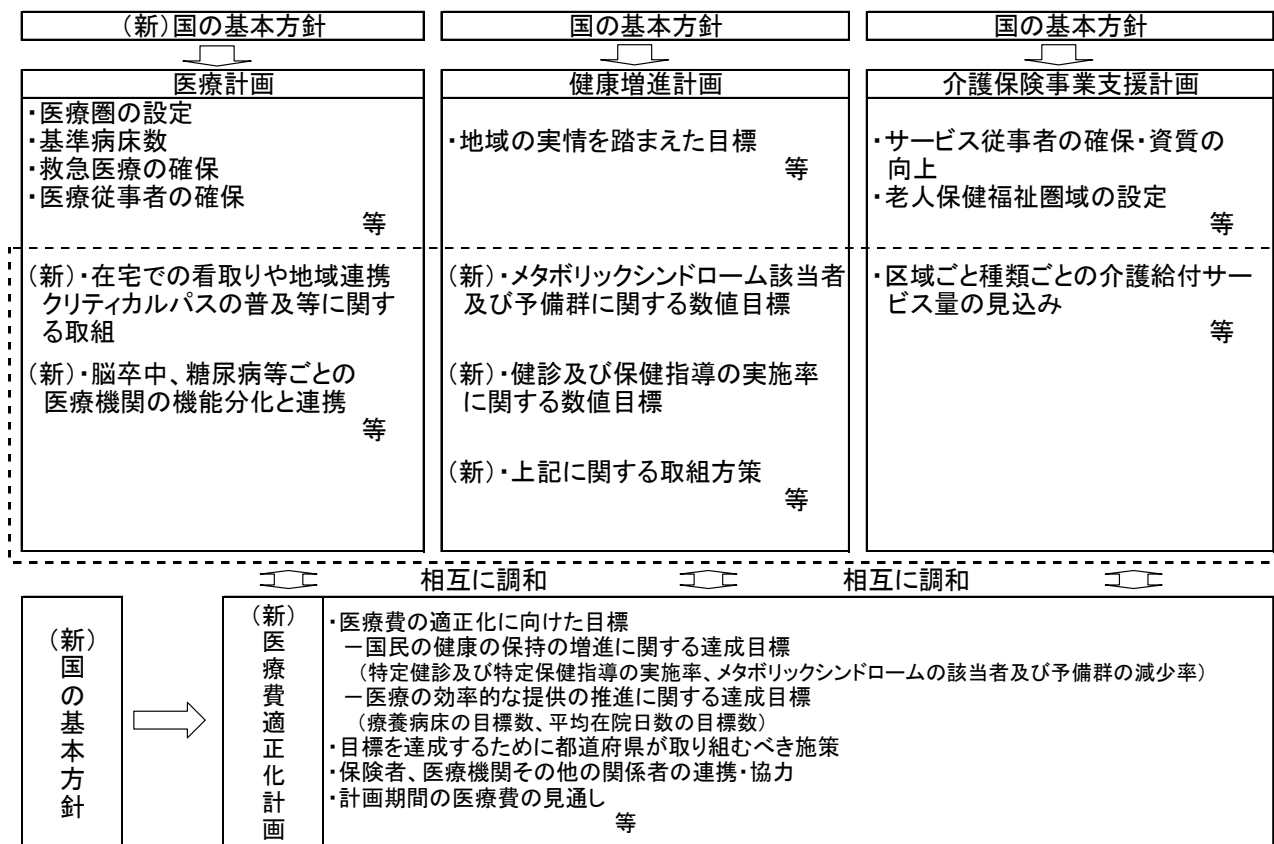
- ①医療費適正化の総合的な推進
 - ・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け
 - ・保険給付の内容、範囲の見直し等
 - ・介護療養型医療施設の廃止
- ②新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)
- ③都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

2 医療費適正化計画と他計画との関係

医療費適正化計画は、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の縮減等生活習慣病の予防徹底と医療資源の効率的な活用を図るため平均在院日数の縮減等を目標としている。また、計画の実施に当たっては、超高齢社会の到来に対応しつつ、住民の生活の質の維持及び向上を図ることを基本理念としている。

その理念を踏まえた目標の実現に向けては、適切な医療提供体制の構築に係る「医療計画」、運動・食生活・喫煙等を含めた総合的な健康づくりを図るための「健康増進計画」、適切な介護サービスを図るための「介護保険事業支援計画」等で盛り込まれる施策目標と調和の取れた形で実施していく必要がある。その関係については、次のように示されている。

都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



第1章 計画の位置づけ

1 計画策定の趣旨

本県は、昭和47年の祖国復帰により日本の社会保障制度が適用され、昭和48年度には県民皆保険制度が実行された。その後、医療機関の進展及び医師等医療従事者の増加等により、全国有数の長寿県として高い保健医療水準を達成してきた。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、県民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、皆保険を維持していくためには、県民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、健康の保持増進、地域医療連携等医療の効率的な提供を推進していく必要がある。

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき策定するものであり、健康増進計画、保健医療計画、地域ケア体制整備構想等における予防対策及び効率的な医療提供体制づくり並びに地域ケアの充実に向けた取り組みについて、それぞれ政策目標を設定し、その目標の達成を通じて、結果として医療費の適正化を図っていくことを目指すものである。

2 計画の期間

本計画の期間は、平成20年4月1日～平成25年3月31日までの5年とする。

3 計画に掲げる事項

本計画においては、主に次に掲げる事項を定める。

- 1) 県民の健康保持増進に係る目標に関すること。
- 2) 医療の効率的な提供体制に係る目標に関すること。
- 3) 前2号に掲げる目標を達成するための施策等に関すること。
- 4) その他、医療費適正化の推進のための必要な事項。

第2章 本県の医療を取り巻く現状と課題

1 人口の推移

ア 本県の総人口の推移

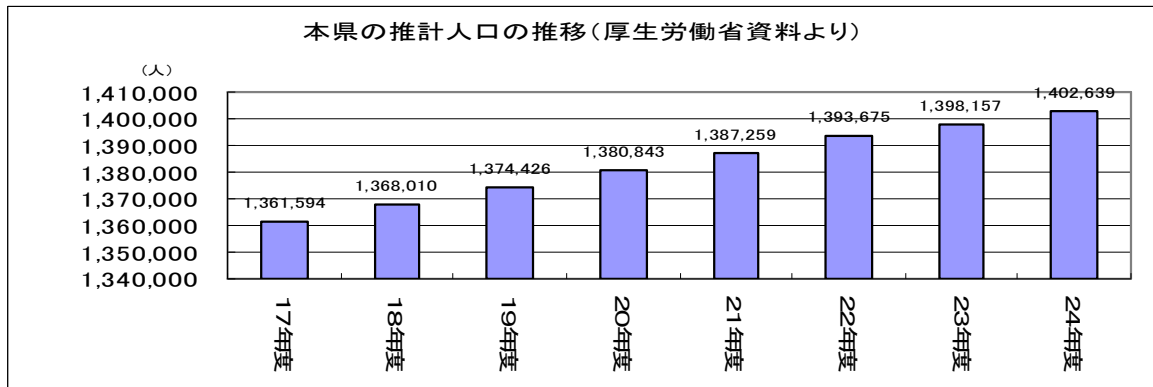
○本県の人口は、図-1のとおり着実に増加している。

○厚生労働省推計によれば、本計画期間当初の平成20年度は、約1,381千人で、計画最終年度の24年度は、約1,403千人となると見込まれており、計画期間5年間の伸び率は、1.58%である。

○日本の人口は、「日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）」によれば、中位推計で平成18年、高位推計で平成21年、低位推計で平成16年をピークに、その後減少過程に入るとされている。本県の人口については、平成37年頃まで緩やかに増加し、その後減少過程に入ると予想されている。

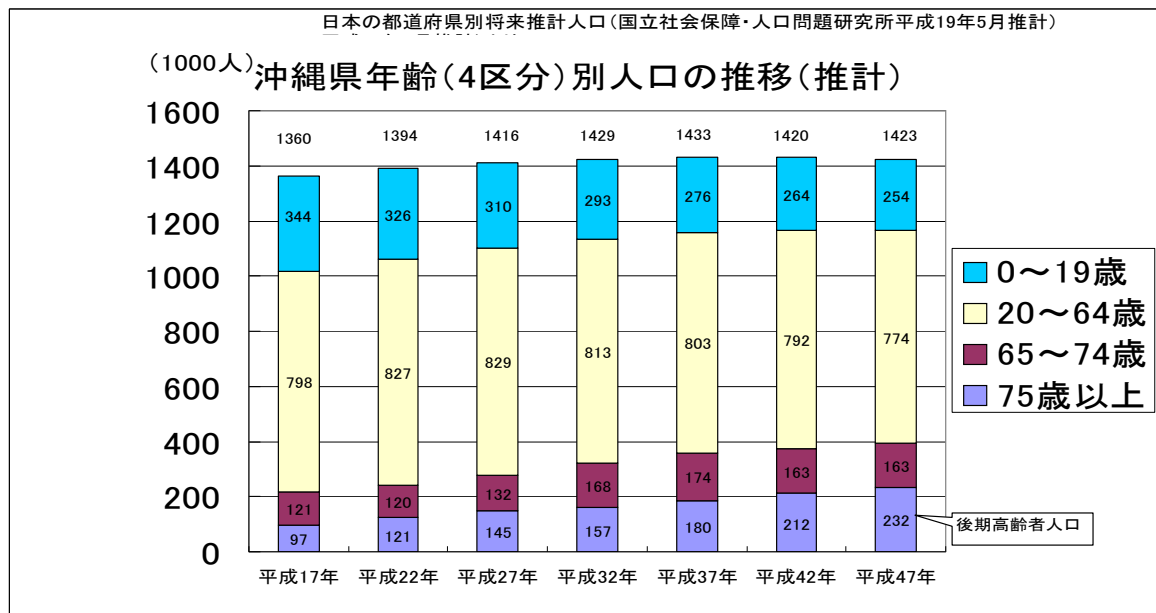
○本計画の期間中である平成20年度から24年度の5年間に人口が増加すると予想されている都道府県は、本県以外に東京都（5年間の伸び率1.51%）、神奈川県（同1.02%）、滋賀県（同0.75%）、愛知県（同0.75%）、千葉県（同0.20%）となっており、本県の5年間の伸び率1.58%は、全国第1位となっている。

図-1



○4階層別の将来推計人口は、0～19歳の若年者は既に減少傾向に入っており、20～64歳人口は平成27年頃をピークに減少していく。また、65歳以上の老年人口は、毎年増加し、特に75歳以上の後期高齢者人口は、毎年増加していく。

図-2



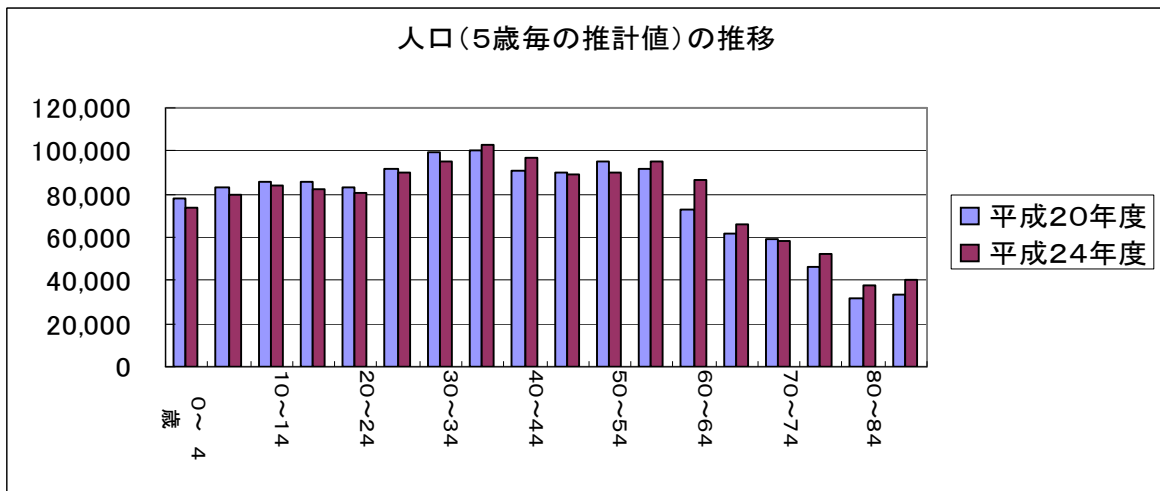
イ 5歳階級別の人口の推移

○平成17年の本県人口において、19歳未満の未成年者人口は、県総人口の25.3%を占めており、全国平均の18.9%を大きく上まわっており、全国1位の割合となっている。

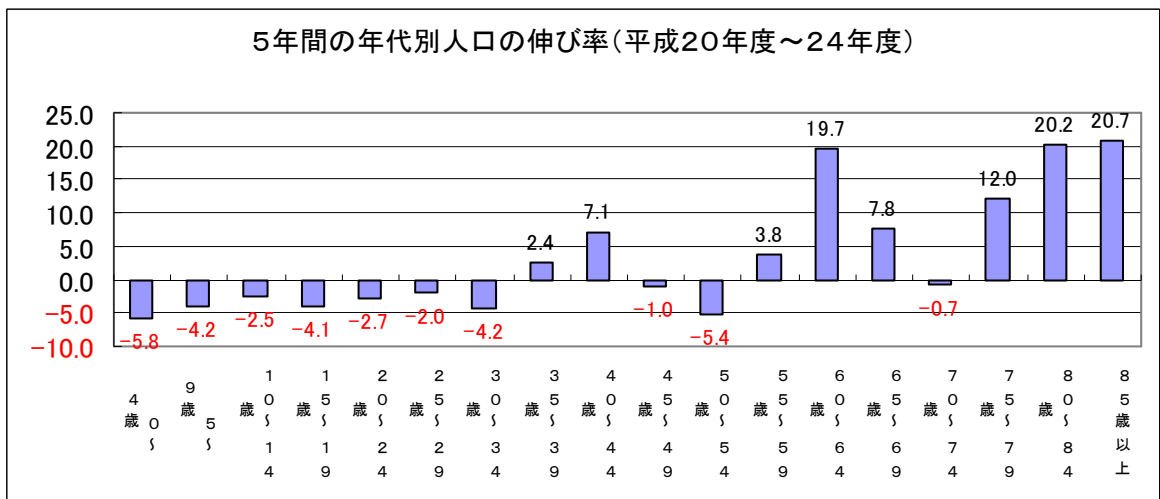
○一方、前期高齢者(65～74歳)人口割合は、8.9%で全国最下位、75歳以上の後期高齢者人口は、7.2%で全国45位と少ない。ただし、後期高齢者人口に占める85歳以上人口の割合は、30.3%で全国1多い状況である。

○医療費適正化計画の期間である平成20年度から24年度間の各年代の人口増加は、図-3のとおりとなっており、34歳以下の人口は、減少傾向で55歳以上の人口は増加傾向にある。5年間の伸び率で増加率が高いものは、85歳以上人口の20.7%が一番高く、次に80～84歳の20.2%、60～64歳の19.7%となっている。(図-4)

図－3



図－4



2 本県の医療保険加入者の状況

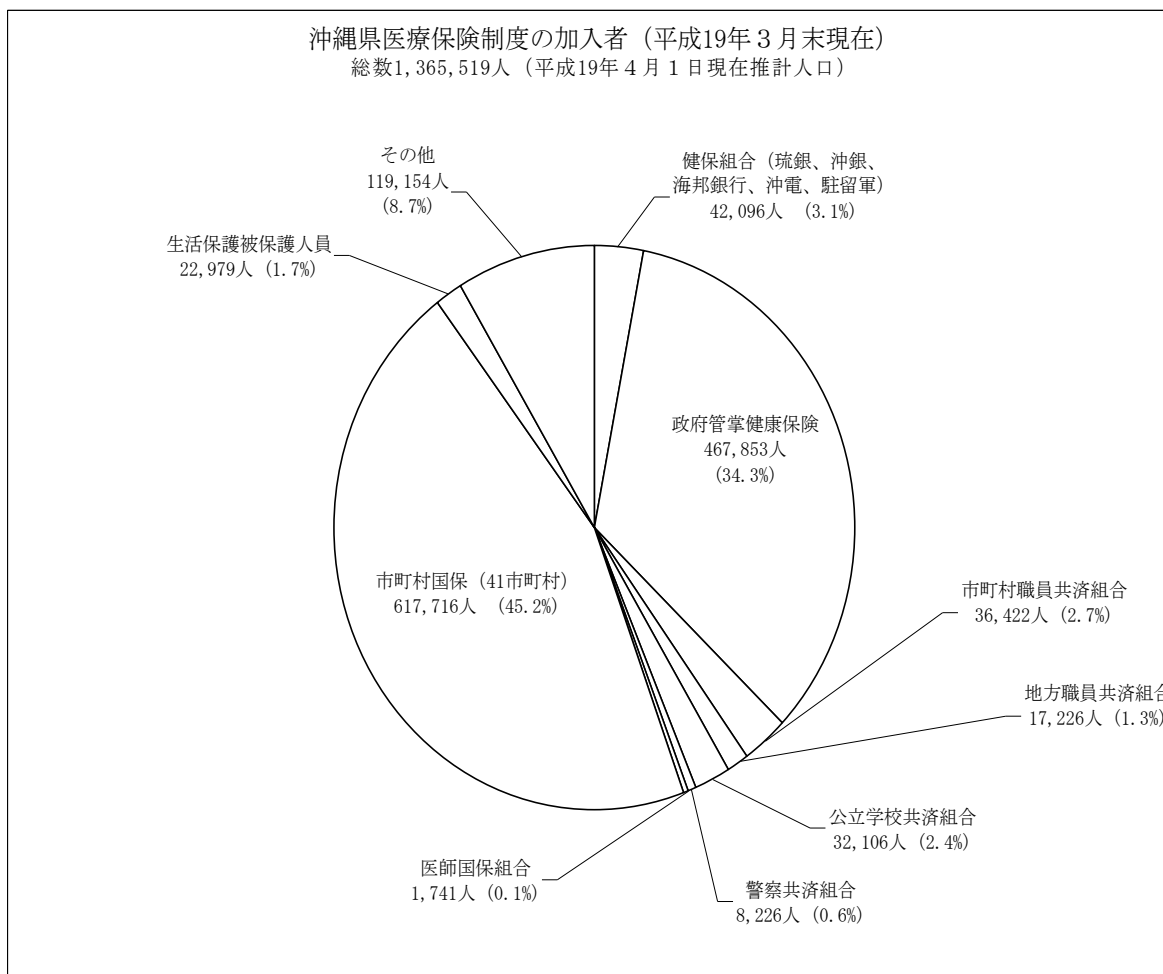
○本県の医療保険の加入者の状況は、図－5のとおりである。

○平成19年3月末の国民健康保険加入者は、619,457名で県内人口に占める割合は45.4%となっており、県内で最も多い加入者数となっている。その内訳は、市町村国保加入者617,716名(県内人口に対する割合45.2%)、医師国保組合1,741名(同0.1%)となっている。

○国民健康保険に次いで政府管掌健康保険467,853名(34.3%)、共済4組合93,980名(6.9%)、健康保険5組合42,096名(3.1%)の順となっている。なお、生活保護被保護人員22,979名(1.7%)である。

○全国(平成17年3月末)の総人口に占める各医療保険の加入状況と比較すると、市町村国保が本県45.2%に対して全国37.0%、政府管掌健康保険が本県34.3%に対して全国が27.9%と、本県がともに多い状況であり、一方、健康保険組合は本県3.1%に対して全国が23.3%と、本県が少ない状況にある。これは、本県が自営業や中小規模の事業所等が多いことに起因しているものと考えられる。

図-5

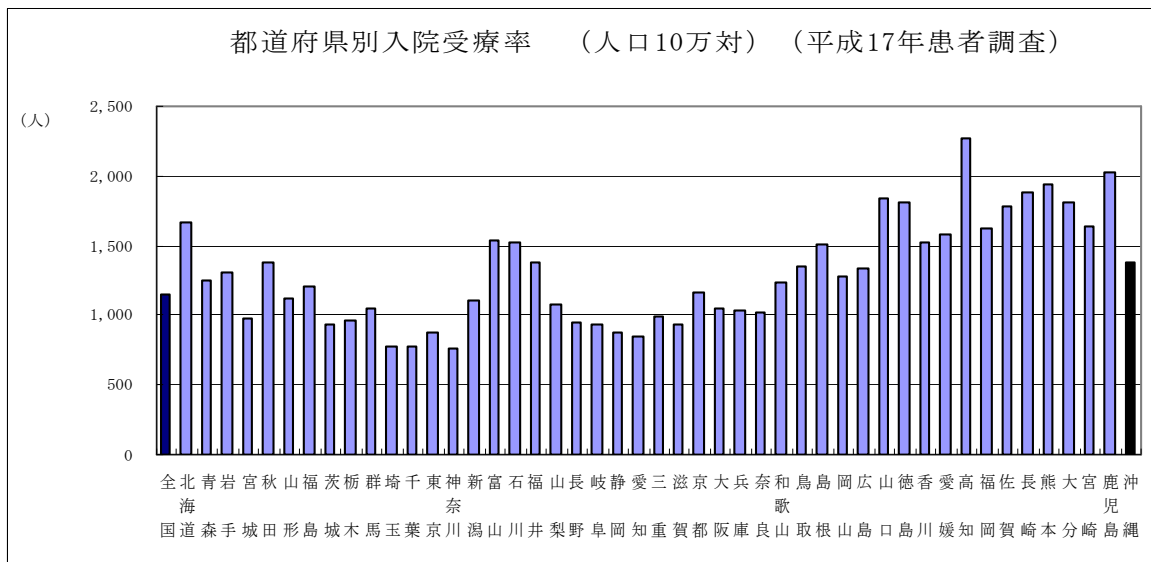


3 受療率の状況

ア 入院受療率

本県の入院受療率（人口10万対）は、1,377で全国平均よりも高く、全国18位となっている。

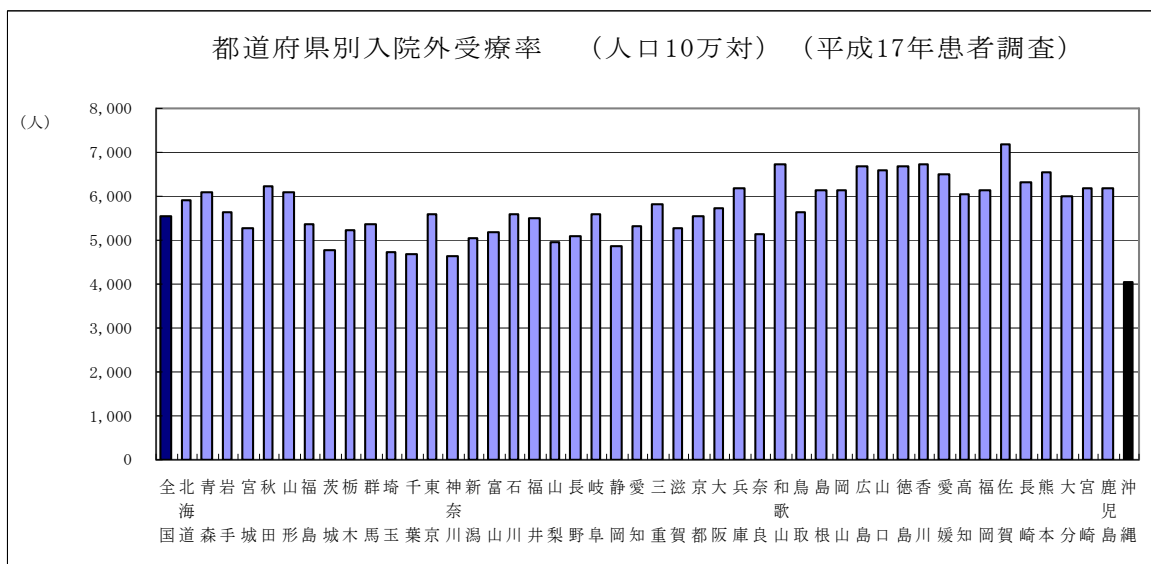
図－6



イ 入院外受療率

入院外受療率（人口10万対）は、4,056で、全国最下位である。

図－7



※本県の受療状況は、他都道府県に比較して入院中心の状況であると考えられる。

4 生活習慣病の状況

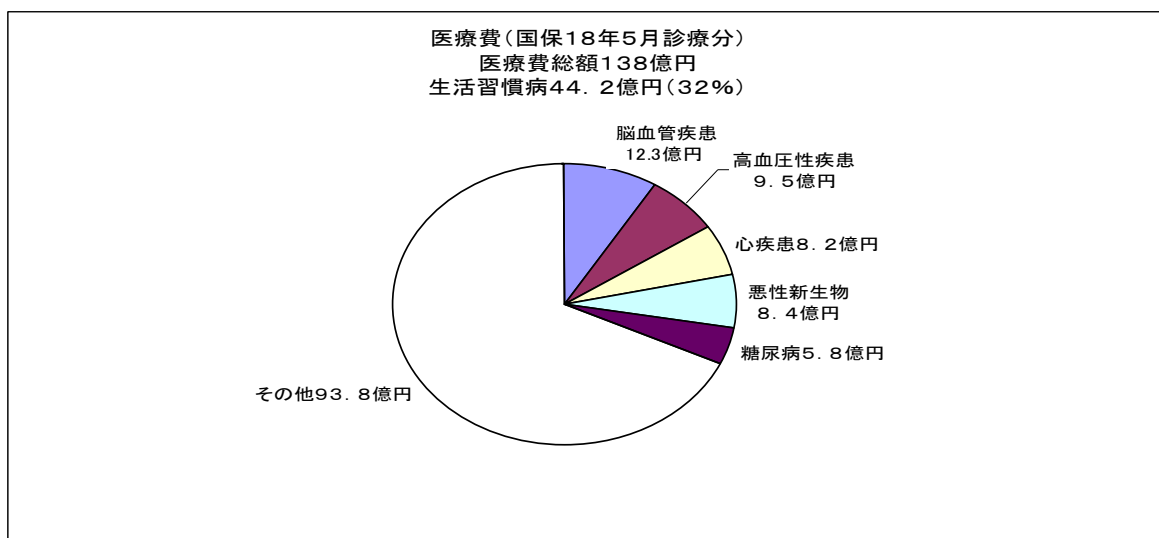
ア 医療費及び死因別死亡割合に占める生活習慣病の状況

○生活習慣病については、4のイの項目でも記述しているが、図－8のとおり、医療費総額（国保レセプト18年5月診療分）の約32%を占めており、また、死因別死亡割合でも52.9%を占めている。

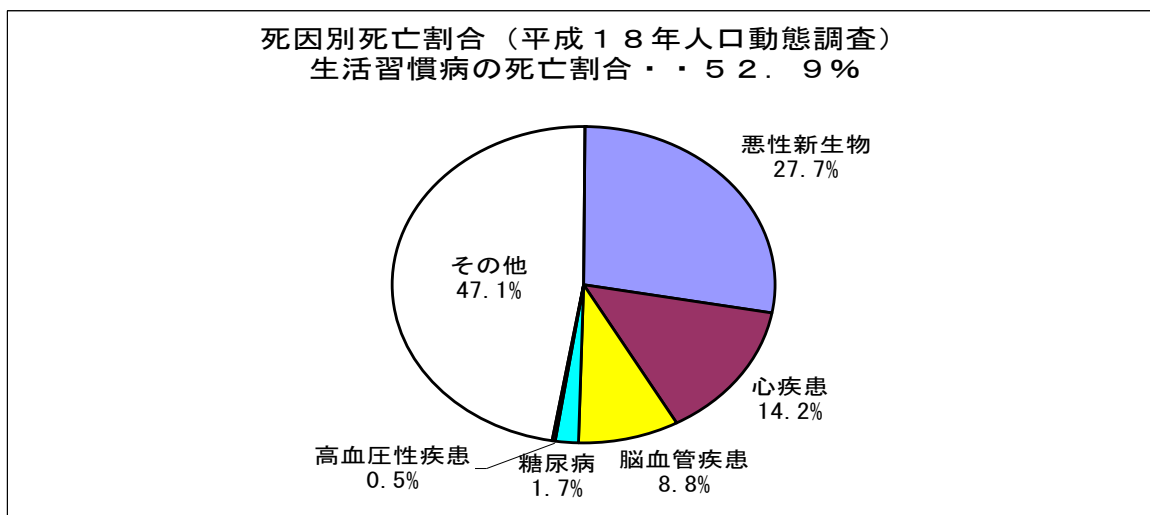
○医療費から推測すると患者のおよそ3人に1人は生活習慣病であり、死亡割合から見るとおよそ2人に1人は、生活習慣病で死亡しているものと考えられる。

○生活習慣病を予防することが、「健康・長寿沖縄」の維持継承に向けた重要な対策の一つであり、ひいては、医療費の増加の抑制にもつながるものと考えられる。

図－8 医療費に占める生活習慣病の費用 単位＝億円



図－9 死因別死亡割合に占める生活習慣病の状況 %



イ 主な生活習慣病の受療状況

1) 悪性新生物（がん）

○悪性新生物の平成 14 年度の人口 10 万対年齢調整受療率は、97.1 で、全国最下位である。

○平成 17 年度の人口 10 万対入院受療率は 77、入院外受療率は 48 でともに全国最下位となっている。

○がんによる死亡数の年次推移を部位別にみると、我が国に多い5大がん（気管支・肺、胃、大腸、肝臓、乳房）で死亡数が増加しているが、特に気管支・肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がんなどで大きく増加している。

○がんによる死亡率は、上昇傾向にあり、平成 17 年のがんによる死亡数は、2,516 人で死亡総数に占める割合は 27.9 %で1位となっている。（気管支・肺、大腸、胃、肝臓、白血病、乳房、子宮等での死亡が多い。）

部位別・年代別のがんの入院受療状況（国保レセプト 18 年 5 月診療分）を見てみると

○がんで入院する者は、40 代からで、各種のがんは加齢とともに入院者が増える傾向にあるが、がんの種類によって、入院の立ち上がり時期である 40 代から 50 代における各種がん毎の総数に対する割合に差がある。例えば、男性では、肝臓がんの入院の立ち上がり時期の 50 代で割合が高く、女性では、子宮がんや乳がんの入院の立ち上がり時期の 40 代で割合が高い。

○男女共通の代表的がんである胃がん、気管支・肺がん、肝臓がん、大腸がん等で入院する者は、男性が女性よりも多い。

○男性の中では、気管支・肺がんで入院している者が 1 ヶ月当たり 154 件で最も多く、次いで大腸がんの 130 件、胃がん 79 件、肝臓がん 52 件の順である。

○女性の中では、大腸がんが 72 件で最も多く、次いで肺がん 70 件、乳がん 57 件、子宮がん 42 件、胃がん 18 件、肝臓がん 17 件の順である。

○沖縄県がん登録事業報告書（平成 18 年度）によると、がんの罹患率の立ち上がりは、男性で 40 歳、女性で 30 歳以上からとなっている。女性の立ち上がりの時期の早さは子宮がんや乳がんで若年・壮年での罹患率の立ち上がりの早さが影響している。

○現在、市町村の実施するがん検診での受診率が 1～2 割にとどまっていることから、住民に対する普及啓発を推進し、受診率の向上を図っていく必要がある。さらに、がんの種類によって、発症しやすい年齢や性別に違いがあるため、がんに対する正しい知識を普及啓発していく必要がある。

図－10

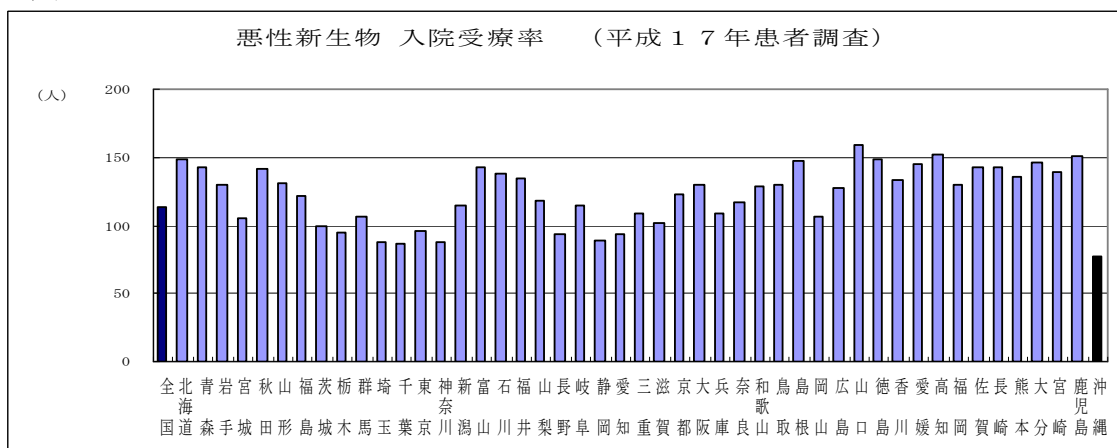
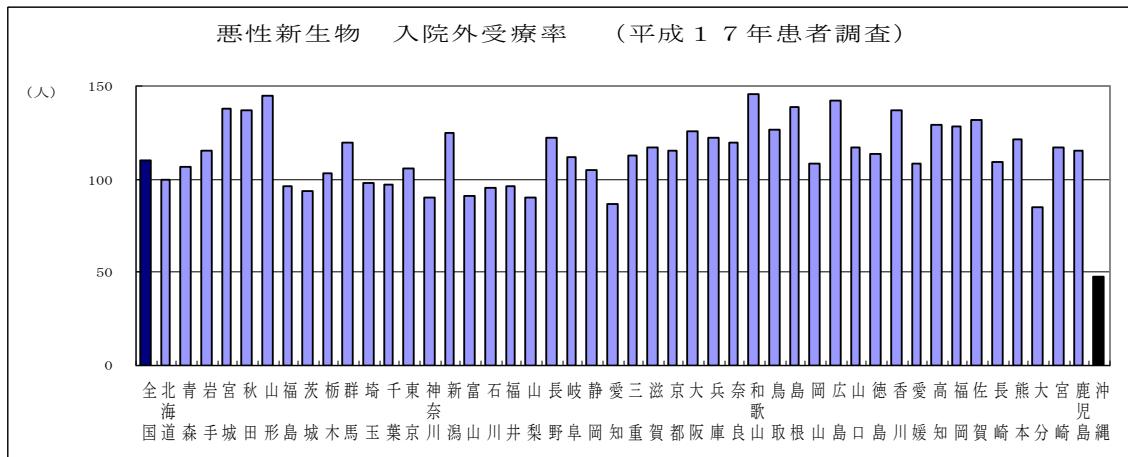


図-11



がんの年代別受療率 (国保レセプト18年5月)
 (受療率=各年代別受療件数/各年代別被保険者数)

図-12

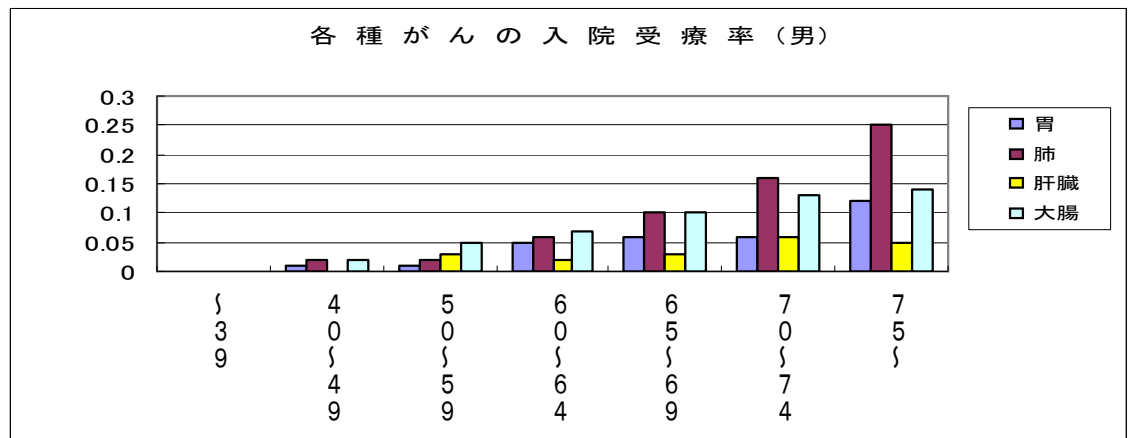


図-13

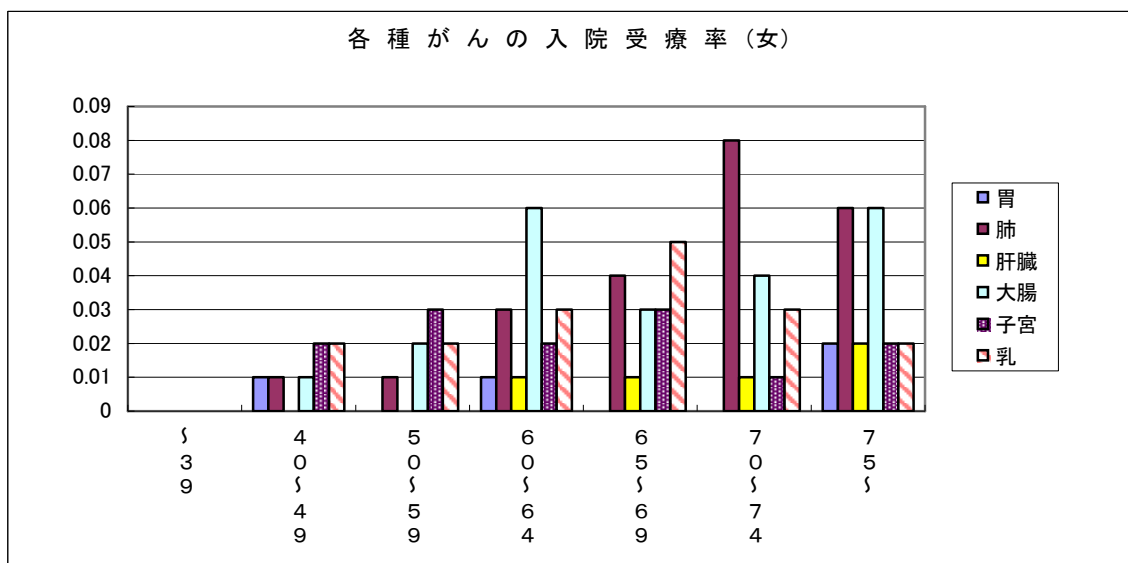


図-14

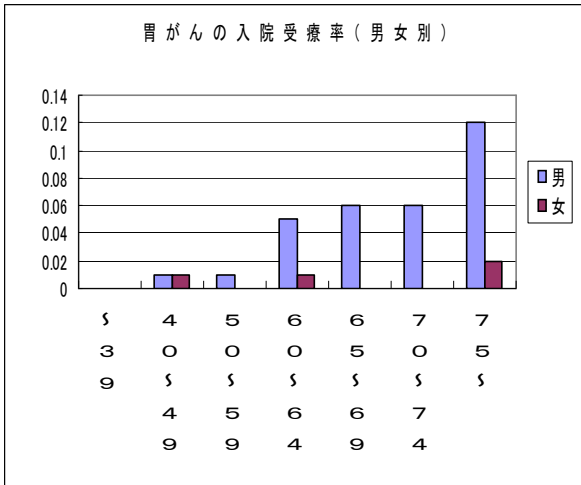


図-15

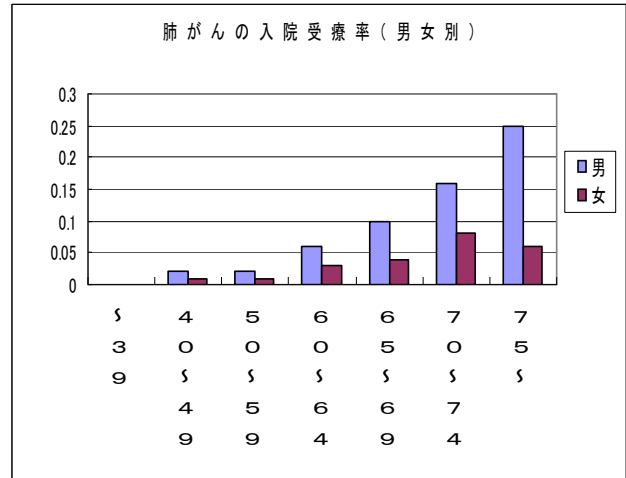


図-16

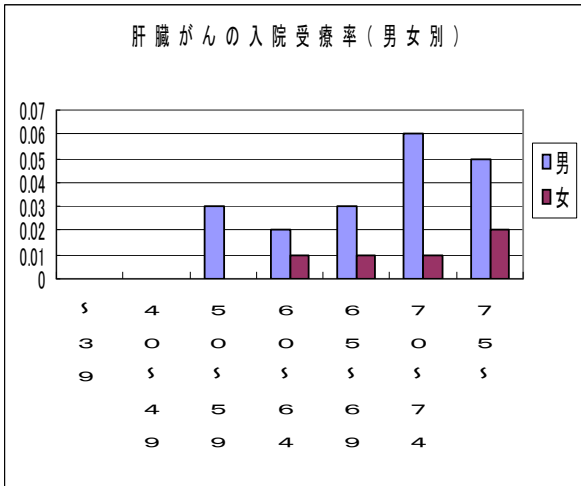


図-17

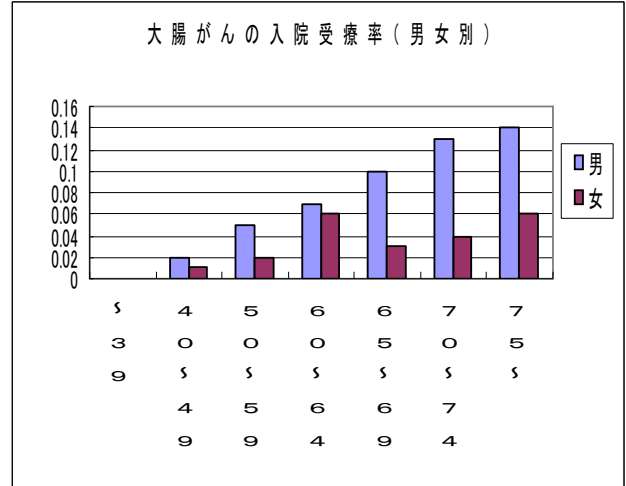


図-18

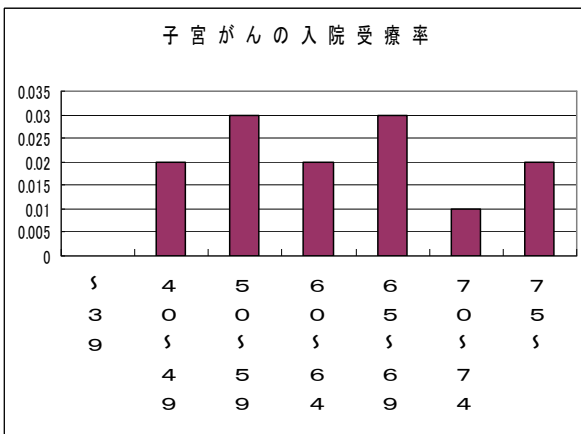
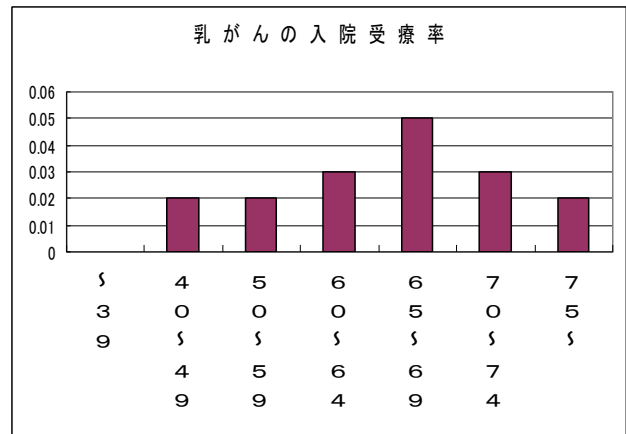


図-19



2) 脳血管疾患

- 脳卒中の年齢調整受療率（平成 14 年度）は、217.7 で全国平均 179.3 を上まわっており、全国 10 位となっている。
- 平成 17 年の入院受療率は、212 で、全国平均の 183 を上まわっている。一方、入院外受療率は、74 で、全国平均の 96 を下回っている。
- 入院受療率が全国順位を押し上げている状況にある。
- 脳血管疾患に関連する疾患として高血圧性疾患の受療率については、脳血管疾患同様に入院受療率が全国平均より高く、入院外は低い状況にある。

※これら入院に偏った受療状況の結果の他、県民健康栄養調査結果における 40～74 歳のうち、男性の 3 人に 2 人、女性の 5 人に 3 人が高血圧症有病者あるいは予備群とされていることなどを踏まえると高血圧の治療の放置等により、重症化し入院となる者が多いことが予測される。

○高血圧性疾患の年代別の入院外受療状況を見ると、男女とも 40 代以降に受療している者が増えてくる傾向にある。

入院において男性は、女性に比較して 60 歳の早い時期から入院する割合が高くなっている傾向にあり、また、75 歳以上になると男女とも急激に入院する割合が高くなっている。

○脳内出血については、高血圧性疾患が発症している 40 代以降に入院している状況が見られ、男性は、50 代以降において女性よりも入院する件数が高くなっている。また、75 歳以上では男女とも最も入院している件数が高くなっている。

また、男性の脳内出血の年齢調整死亡率は全国よりも高く、30～60 歳前半で全国より高くなっている。

○脳梗塞についても、脳内出血同様の状況にある。

○脳内出血や脳梗塞等脳卒中の危険因子としては、高血圧、高脂血症、喫煙、肥満等が指摘されており、また、糖尿病との関連も深いことが指摘されている。

○これらの病気になる前（若年）からの生活習慣の改善を図る他、患者においては、治療の継続による適切な血圧のコントロールを図る必要があり、健診において高血圧等の危険因子の指摘を受けた者については、早期に医療機関への受診勧奨を進める必要がある。

図－20

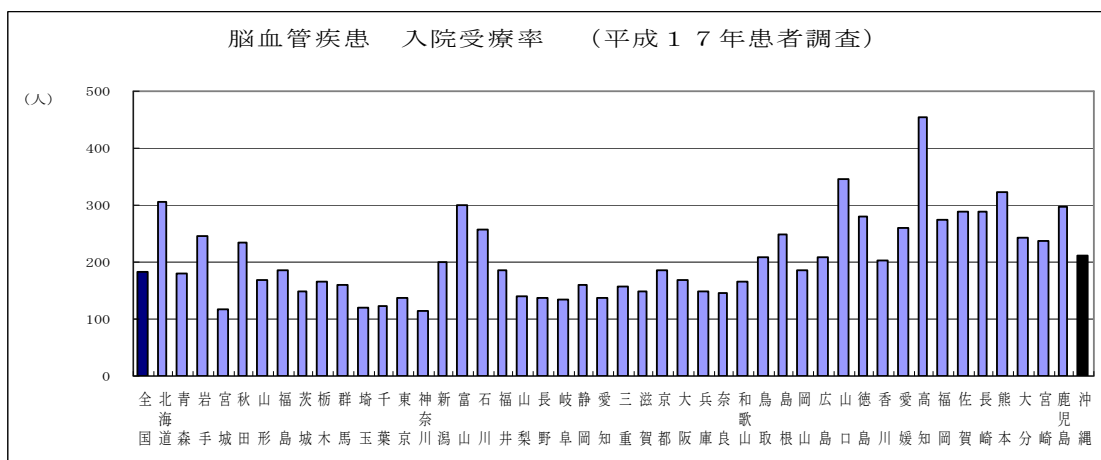
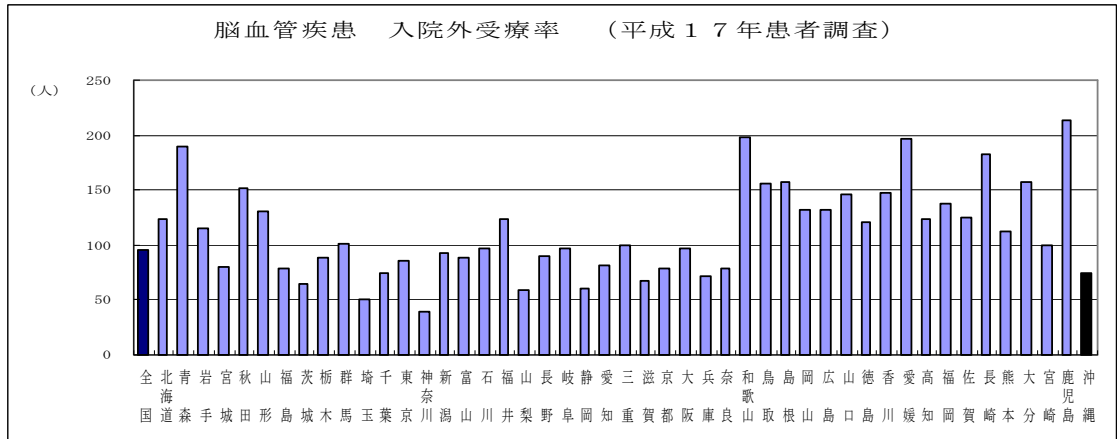


図-21



高血圧性疾患、脳内出血、脳梗塞の年代別受療率 (国保レセプト 18年5月)
(受療率=各年代別受療件数/各年代別被保険者数)

図-22

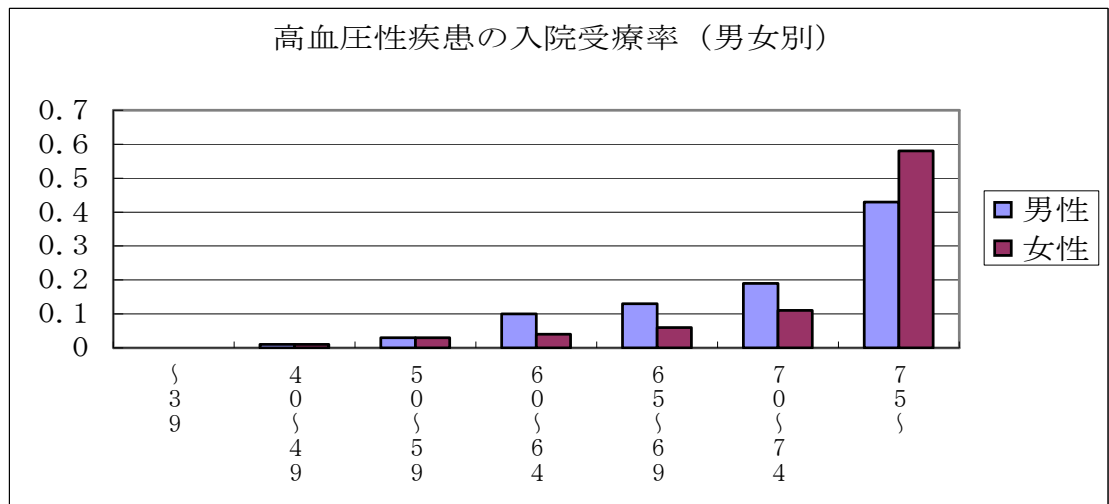


図-23

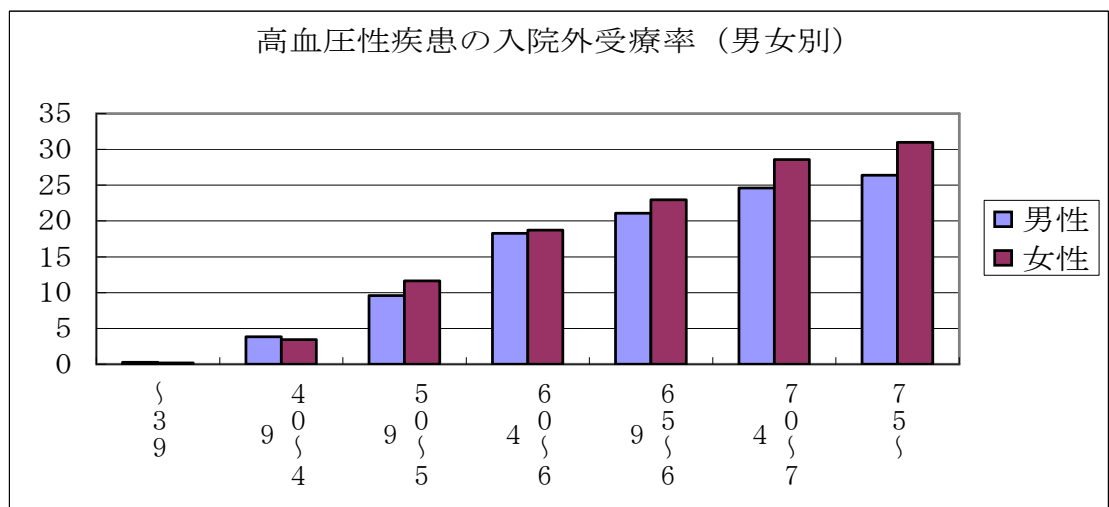


図- 24

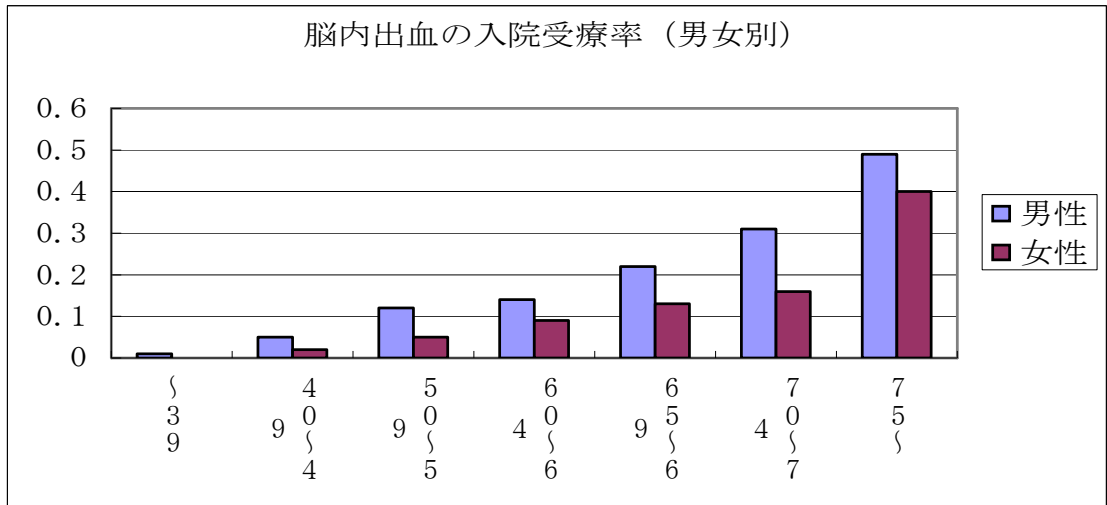
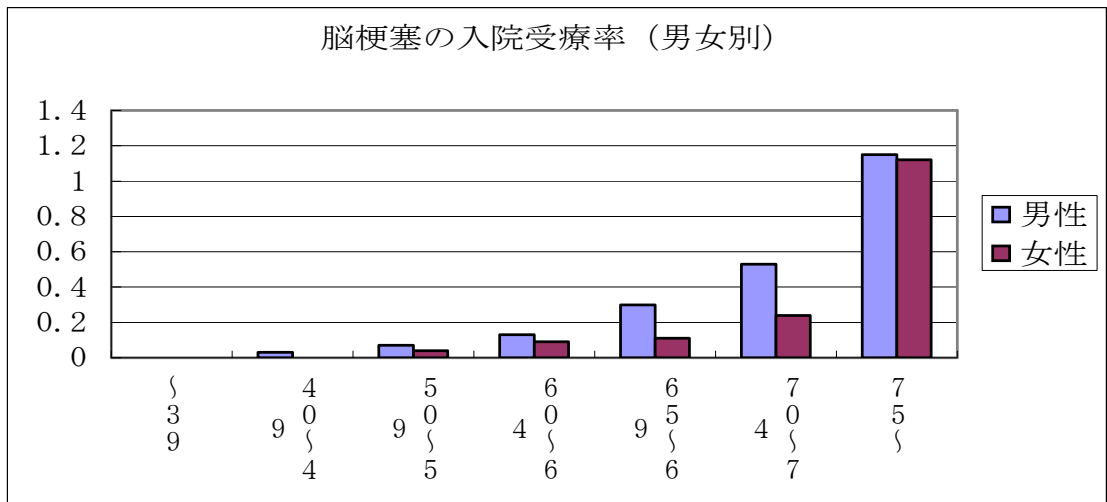


図- 25



3) 虚血性心疾患

○虚血性心疾患の年齢調整受療率（平成14年度）は、46.9で、全国平均59.6より低く、全国40位となっている。

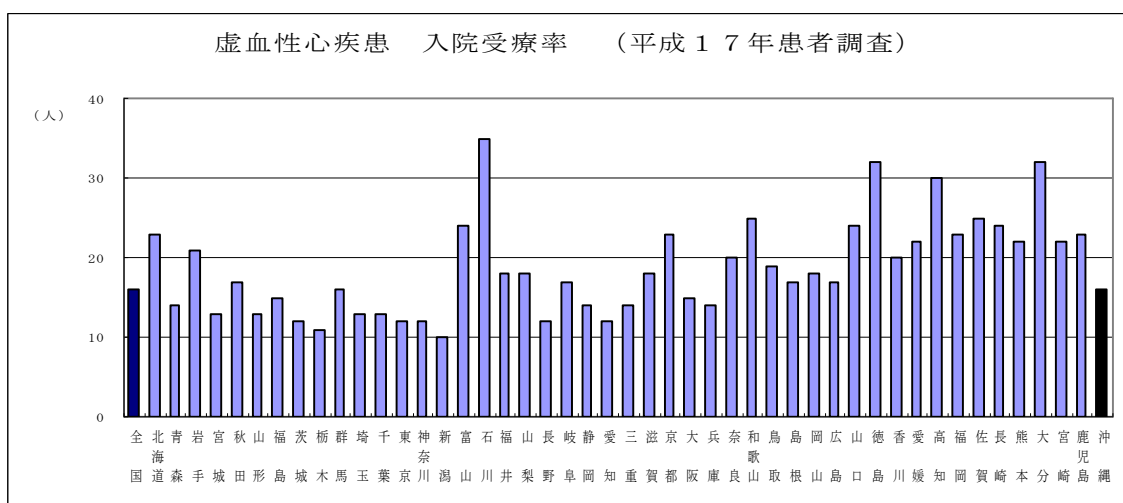
○平成17年の入院受療率は、16で全国平均並となっており、入院外受療率は、41で、全国平均58をやや下回っている。

○入院外受療率の低いことが、入院と入院外を含めた年齢調整受療率の全国順位を押し下げている要因と考えられる。

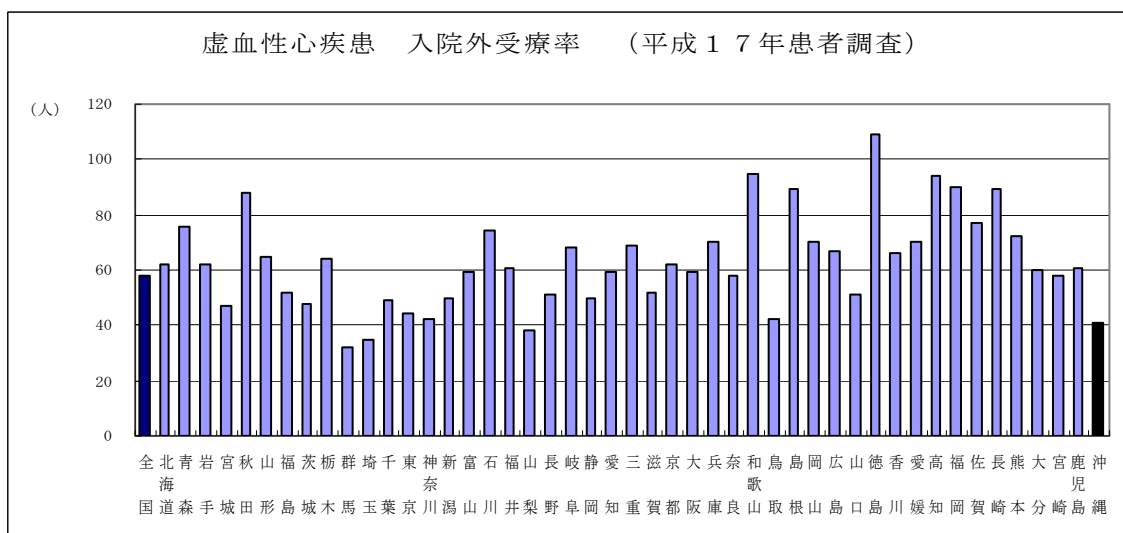
○急性心筋梗塞や狭心症等虚血性心疾患の入院受療率を見ると、男性が女性よりも受療（発症）している者が多く、60代頃から入院する状況が高い。

○急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男女とも平成10年から全国平均を上まわり、特に女性では、多くの県で低下しているのに反し、上昇しており（全国第2位）生活習慣の改善や高血圧等危険因子の予防と適切な治療管理が必要である。

図－26

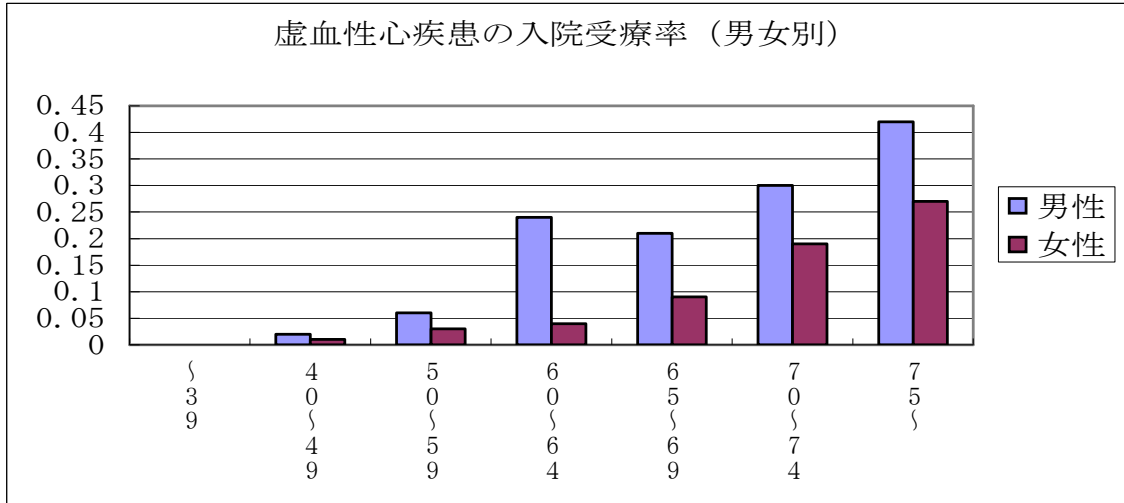


図－27



虚血性心疾患の年代別受療率（国保レセプト18年5月）
 （受療率＝各年代別受療件数／各年代別被保険者数）

図－28



4) 糖尿病

○糖尿病の年齢調整受療率（平成 14 年度）は、93.9 で、全国平均の 139.7 を下回っており、全国最下位となっている。

○平成 17 年の入院受療率は、21 でほぼ全国平均並（24）となっており、入院外受療率は、88 で、全国平均 158 を大きく下回っており、全国最下位となっている。

○入院外受療率の低さが、入院と入院外を含めた年齢調整受療率の全国順位を押し下げている要因と考えられる。

○しかし、糖尿病性腎症による新規透析導入率（糖尿病性腎症による新規透析導入患者／平成 17 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口）が、16.0 で全国 2 位の高さであること、平成 17 年年齢調整死亡率が男女とも全国 1 位であること、基本健康診査において、糖尿病の要医療者・要指導者の割合が全国平均より高いことを踏まえると、治療放置による重症化の傾向が予測される。

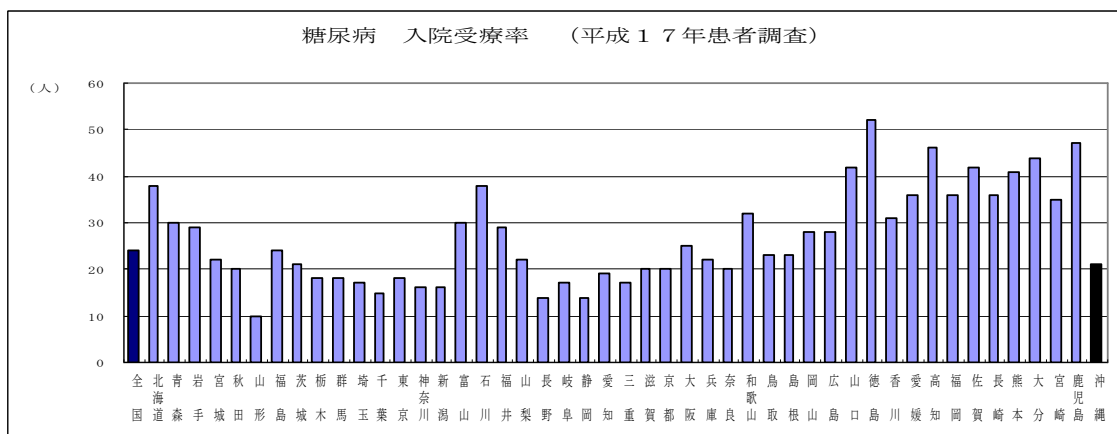
○糖尿病の受療率（国保レセプト 18 年 5 月診療分）を見てみると、入院は、男女とも 40 代以降から入院する傾向にあり、75 歳以上が最も高くなっている。

○総合的には男性が女性よりも入院する年代が早い。

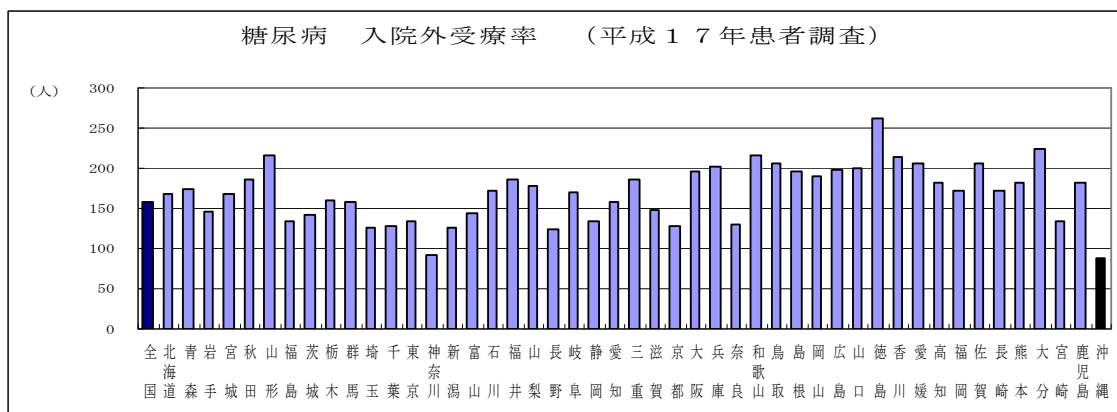
○入院外については、男性の受療率が女性よりも高い状況である。また、男女とも 40 代以降での治療者が増えており、60 代以降において、高い受療率が継続している。

○40 歳以上の者に対する健診実施率の向上による早期発見・保健指導の充実とともに 40 歳未満の者に対しても、生活習慣の改善等「糖尿病にならないための予防対策」が重要である。

図－ 29

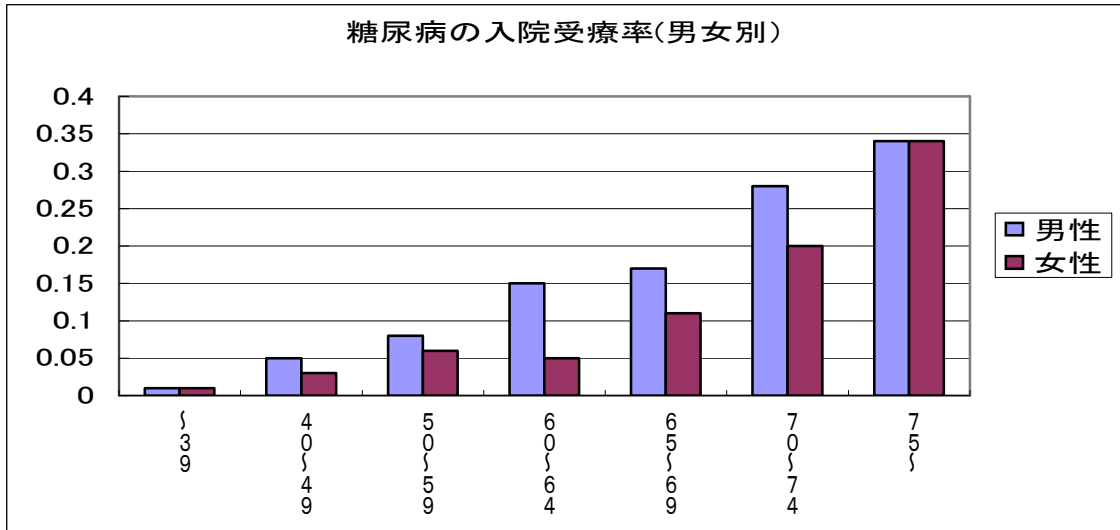


図－ 30

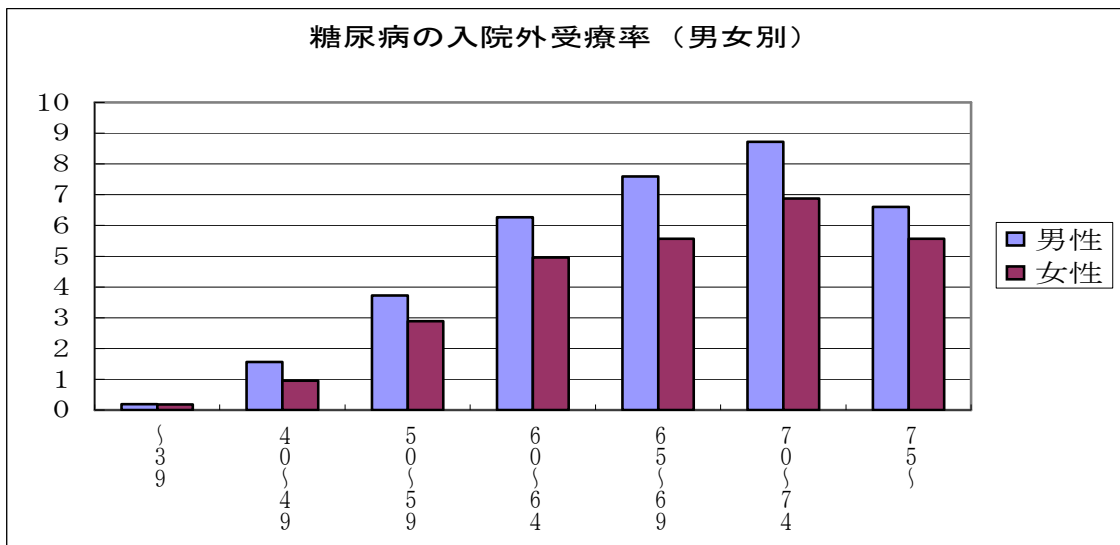


糖尿病の年代別受療率（国保レセプト 18年5月）
 （受療率＝各年代別受療件数／各年代別被保険者数）

図－31



図－32

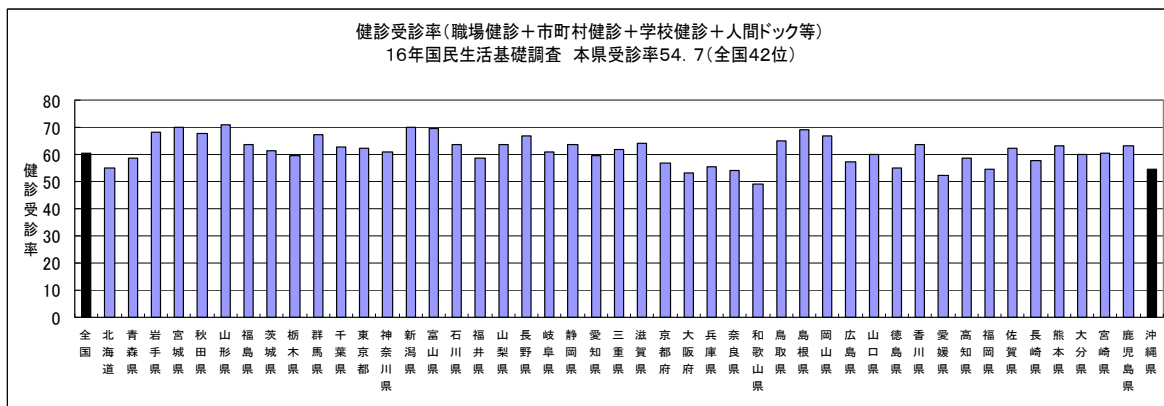


5 各種健診の状況

1) 健診の受診状況

○平成16年の国民生活基礎調査（面接聞き取り調査による推計値）による本県の20歳以上の健診受診率は、54.7%と推計されており、全国平均60.4%を下回っており、全国42位と低い受診率であると推測されている。

図－33



注釈：国民生活基礎調査は、全国の世帯数（約46,323千世帯）のうち約28万世帯（全体の0.6%）及び世帯員約75万人から聞き取り調査を実施し、各都道府県毎の結果を各都道府県の人口を踏まえて推計した数である。

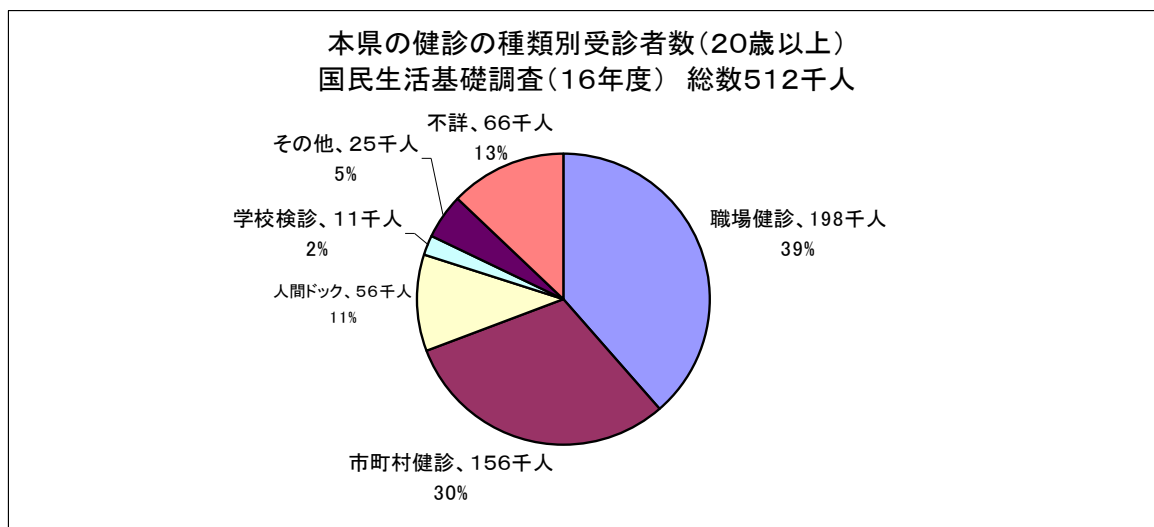
2) 種類別健診の受診状況

○平成16年の国民生活基礎調査によると本県の20歳以上の者の各種検診の受診状況は、職場健診が、39%で最も多く、次いで市町村による健診30%、人間ドック11%、学校健診2%の順である。

○全国においては、本県同様に職場健診（43%）が最も多く、市町村による健診31%、人間ドック7%、学校健診2%となっている。

○市町村の基本健康診査については、40歳以上が対象者となっているため、20歳以上の者に対する健診者の割合においては、対象者が就業者全体とする職場健診の割合が多くなっているものと考えられる。

図－34



次に、受診者の多い職場健診と市町村による健診を個別毎に状況を見てみると

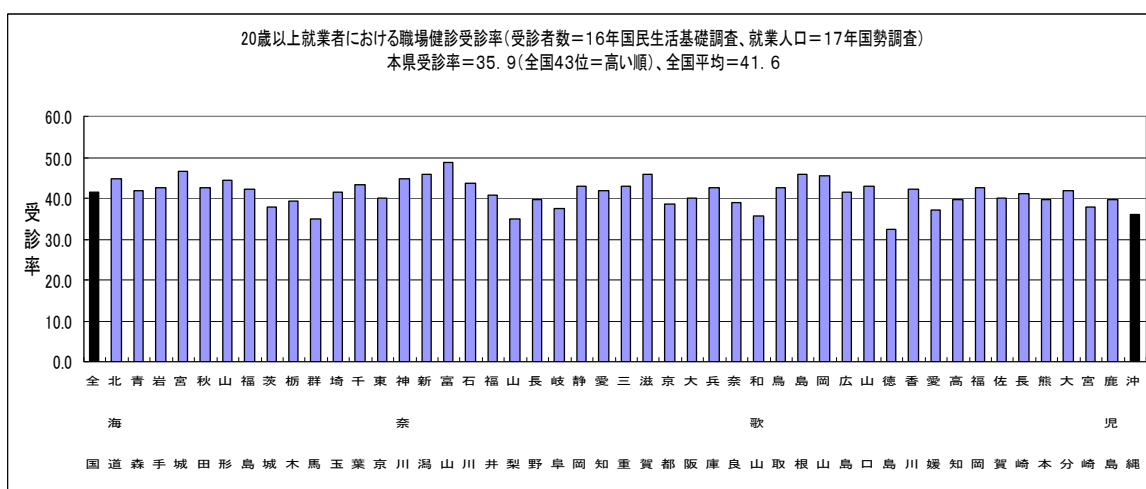
3) 職場健診の状況

○国民生活基礎調査によると本県の平成16年度における20歳以上の職場健診の受診者数は、約198千人と推計されており、20歳以上の就業人口551,044人（17年度国勢調査）での健診受診率は、35.9%となり、全国平均の健診受診率41.5%を下回っている。（高い順で全国第42位）

○沖縄労働局の調査結果による50人以上雇用の事業所では、約79%（18年結果）の高い健診受診率であることから、県内の総事業所（65,609事業所：16年度総務省事業所・企業統計）のうち98.5%を占める50人以下雇用の小規模事業所（64,627事業所）における健診受診率が低いことが予測される。

○なお、政府管掌健康保険組合では、被保険者を対象に生活習慣病予防健診を実施しており、本県では当該健診受診率が45.0%（平成18年度）で、全都道府県の当該健診の中では最も高い受診率となっている。

図－35

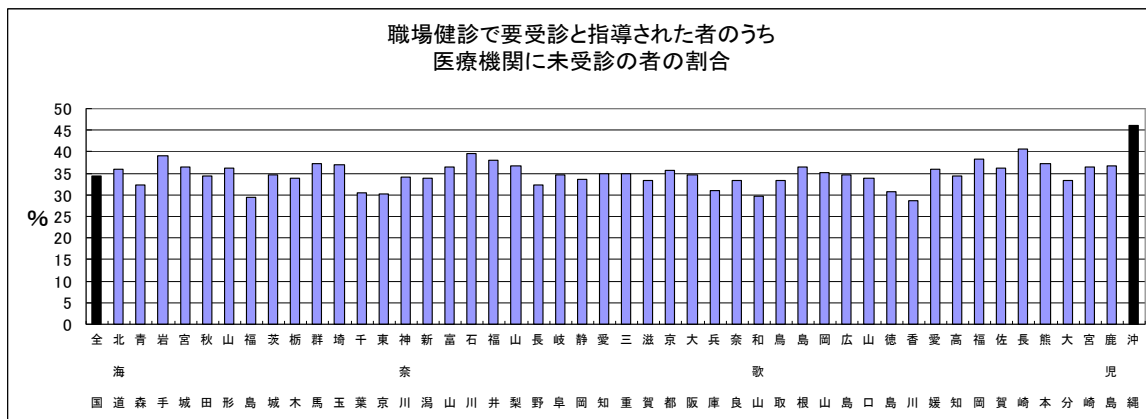


○また、職場健診の結果、医療機関での要受診を指導された者は、国民生活基礎調査で、39千人と推計されており、そのうち受診していない者は、18千人と推計されている。その数値を基に医療機関への未受診率を算出すると、46.2%となり、全国第1位の未受診率となる。

○事業所（特に小規模）における健診実施の充実と健診結果後の未受診対策が必要である。

図－36

(平成16年国民生活基礎調査)

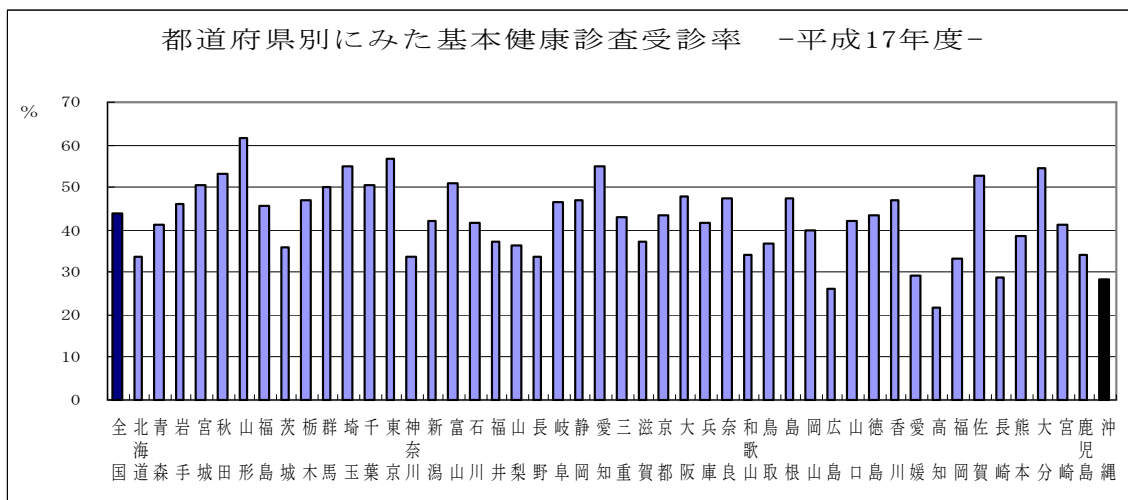


4) 市町村における健診の状況

○市町村における健診は、基本健康診査（40 歳以上対象）、各種がん検診（胃がん 40 歳以上、子宮がん 20 歳以上、肺がん・乳がん・大腸がん 40 歳以上：子宮がんと乳がんは 2 年に 1 回）、生活機能評価（65 歳以上）等、各種の健診が実施されている。（基本健康診査は平成 20 年度から特定健康診査へ移行）

○平成 17 年度の基本健康診査の受診率は、28.5%で、全国平均 43.8%を大きく下回っており、全国第 45 位（高い順で）と低い健診受診状況である。

図－ 37



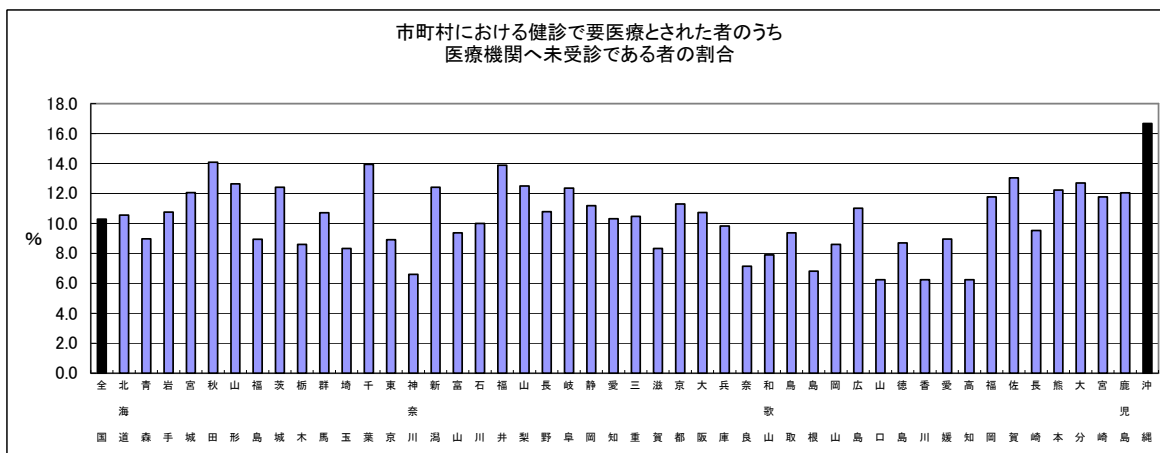
○また、平成 17 年度のがん検診の受診率については、胃がん検診が 9.9%（全国 12.4%）、肺がん検診が 23.1%（全国 22.3%）、大腸がん検診が 14.3%（全国 18.1%）、子宮がん検診が 26.1%（全国 18.9%）、乳がん検診が 26.2%（全国 17.6%）と本県を含め全国的に低い受診率であり、全国平均を上まわっているのは、肺がん検診、子宮がん検診、乳がん検診である。

○県内のがんの死亡率が全死亡率の 1 位であることを踏まえると、市町村における各種がん検診受診率の向上を図る必要がある。

○国民生活基礎調査（平成 16 年調査）によると、市町村における各種の健診で医療機関での受診が必要とされた者（以下「要医療」という。）のうち、医療機関へ未受診となっている者は、16.7 %と推計されており、全国平均の 10.3%を大きく上まわっている。（全国 1 位の高い未受診率となっている。）

図－ 38

（平成 16 年国民生活基礎調査）



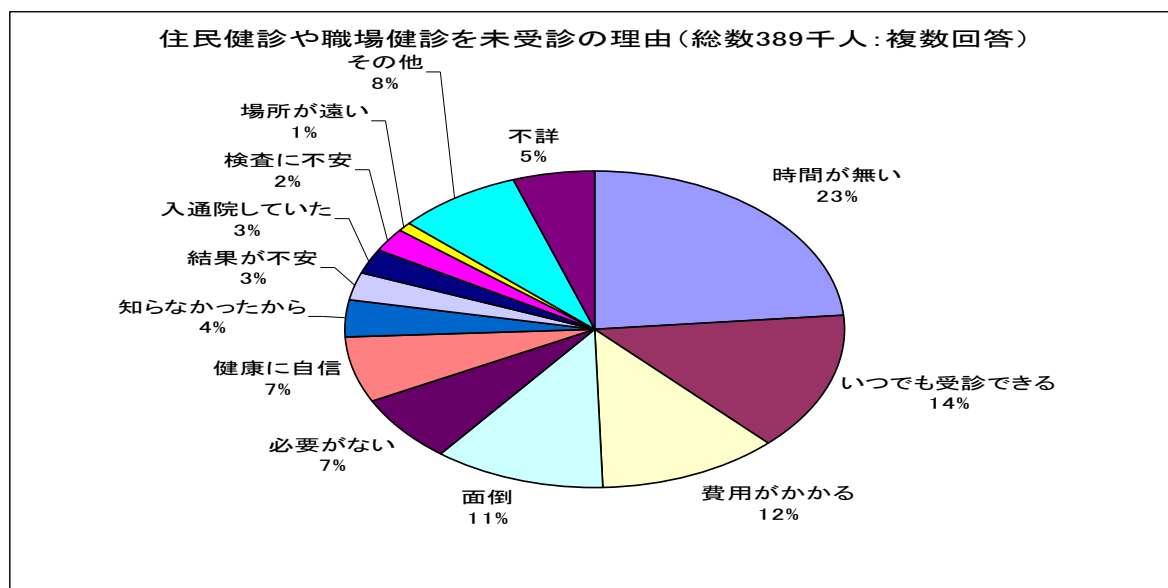
5) 健診を未受診となった理由（平成16年国民生活基礎調査）

○未受診の理由は、「時間がとれなかったから」が23%で最も多く、次いで「心配な時はいつでも受診できるから（14%）」、「費用がかかるから（12%）」、「面倒だから（11%）」の順となっており、これらの項目で全体の60%を占めている。

○全国は、「心配な時はいつでも受診できるから」が20%と最も多く、次いで「時間がとれなかったから（17%）」、「面倒だから（12%）」、「費用がかかるから（10%）」の順となっている。

○医療機関への早期受診の必要性については、受診者本人への普及啓発を推進する他、受診勧奨に向けて、市町村保健師等による保健指導の充実と職場内の管理者における受診指導及び受診しやすい勤務環境づくり等が必要と考えられる。

図－39



（平成16年国民生活基礎調査）

6) 各種健診の状況のまとめと課題

○本県の健診の割合は、職場健診と市町村における健診（主に基本健康診査）で大部分を占めている。

○職場健診や市町村における健診等の受診率は、全国に比して、非常に低い状況にある。

○一方、これらの健診で医療機関での受診を勧められながら、未受診である者の割合は、全国一多い状況にある。

- ・職場健診や地域住民に対する健診受診率の向上を図ることが必要である。特に市町村や小規模事業所での健診実施が重要である。
- ・要医療等医療機関での受診が必要な者への早期受診の勧奨を推進する必要がある。対象者への普及啓発、市町村等の保健指導の充実、職場内においては管理者の責任による就労者への受診しやすい環境づくりが必要である。

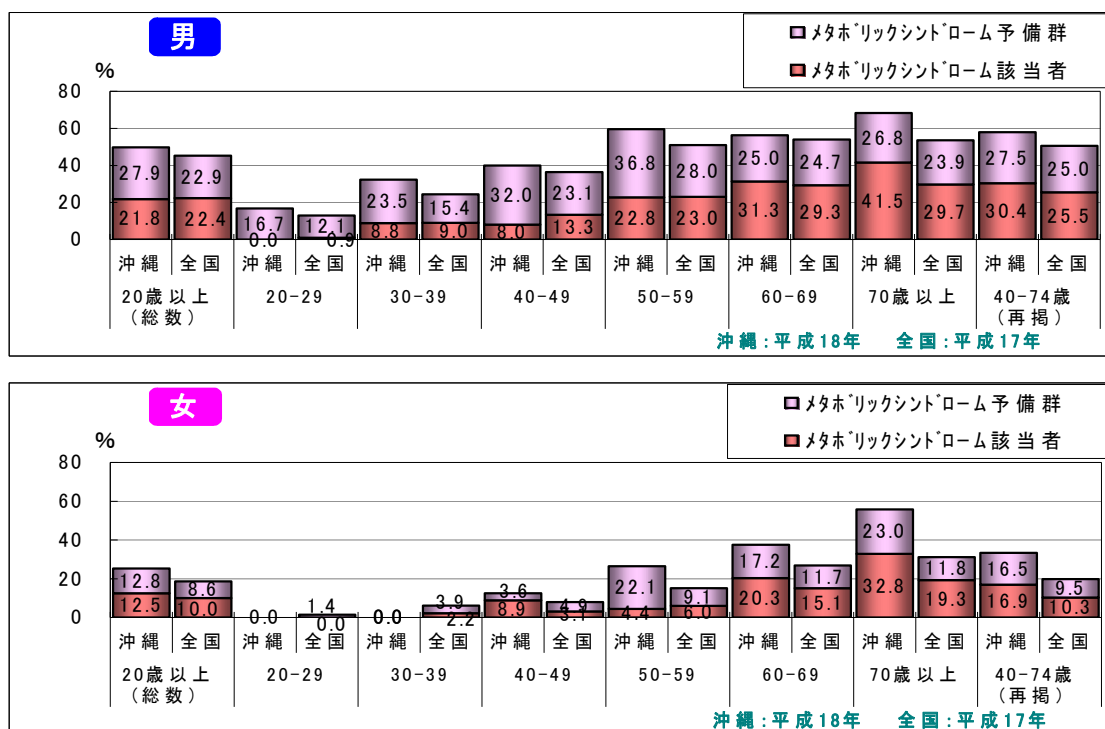
6 メタボリックシンドローム該当者等の状況

○本県のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の合計値は、男性では 20 歳代から女性では 40 歳代から全国を上まわっている。

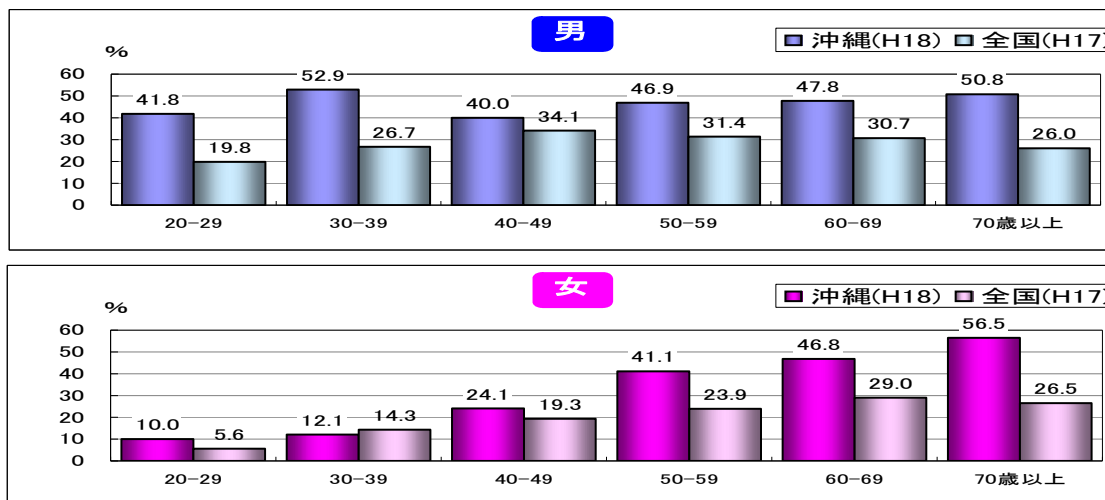
○また、メタボリックシンドロームとの関連がある肥満者の割合は、男性は 20 歳以上から 4 割を超える等、全国平均を大きく上まわっており、女性では 40 歳以上から全国平均を上まわっている。

○平成 20 年度から実施される「特定健康診査」「特定保健指導」の充実を図る他、当該健康診査等の対象外である 40 歳未満に対する予備群（特に男性）等への対策が必要である。

図－ 40 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成 18 年度県民健康・栄養調査)



図－ 41 肥満者の割合 (年代別) (平成 18 年度県民健康・栄養調査)



7 医療体制の状況
 ア 医療施設数の状況
 図-42

医療施設数の状況 平成18年8月現在

医療圏域	病院数	病院の内訳				診療所数
		主に一般※	主に療養	主に精神	その他※	
北部	9	2	3	2	2	60
中部	29	10	10	8	1	194
南部	49	24	11	11	3	423
宮古	4	2	1		1	35
八重山	3	2	1			33
計	94	40	26	21	7	745

※「主に一般」とは、当該病院の全病床数の中で主に一般病院での治療を行っている（病床の50%以上が一般病床を有する）病院である。従って、当該病院病床には、一部、療養あるいは精神の病床を含む場合もある。（「主に療養」や「主に精神」も同様に分類）

※「その他」とは自衛隊病院、沖縄愛楽園、療育園等、特定の患者等を中心に対応している病院である。

○本県の病院数は、94 施設、診療所数は 745 施設である。

○「人口 10 万人当たり病院数」が 7.0 で全国平均とほぼ同数、病院の整備状況は充実している。しかし、「人口 10 万人当たり診療所数」は、54.8 で全国平均 76.0 の 7 割程度となっており、特に南部圏域を除く各圏域で少ない状況にある。

イ 病床数の状況

○本県の病院病床数は、平成 17 年 10 月 1 日現在で 19,766 床である。人口 10 万人当たりでは、1,451.7 床で、全国平均の 1,276.9 よりもやや多い状況（多い順に全国第 2 3 位）である。

○病院の一般病床は、9,612 床であり、人口 10 万人当たりでは 705.9 床で全国並（707.7 床）である。

○精神病床については、5,622 床であり、人口 10 万人当たりでは、412.9 床で全国平均の 277.3 床よりも多い状況である。（多い順で全国第 1 1 位）

○病院の療養病床については、4,383 床であり、人口 10 万人当たりでは、321.9 床で全国平均の 281.2 床よりも多い状況である。（多い順で全国第 1 7 位）

○一般診療所の病床数は、1,903 床（うち療養病床数 287 床）であり、人口 10 万人当たりで 139.8 床で全国平均の 130.7 床より、やや多い状況である。

図-43

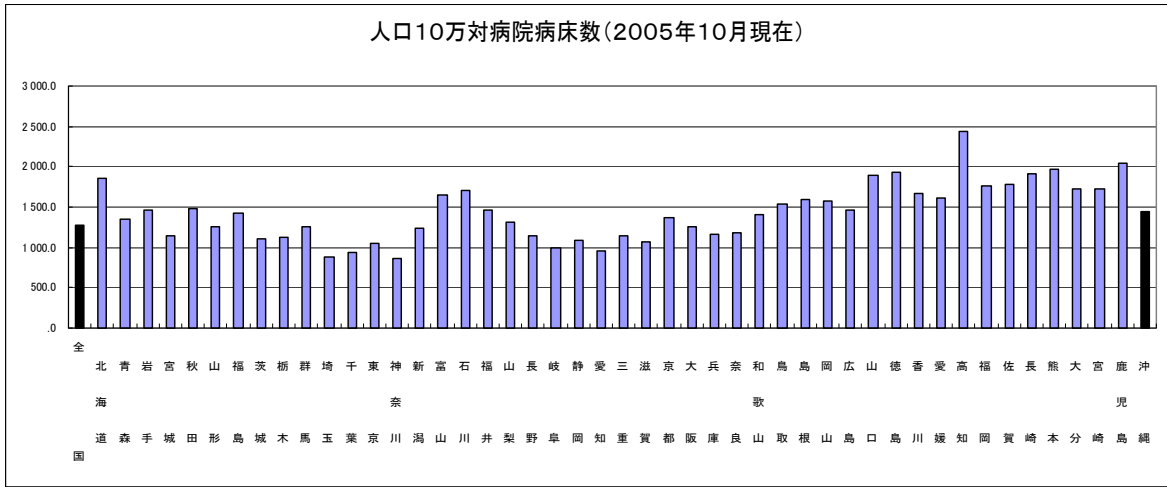


図-44

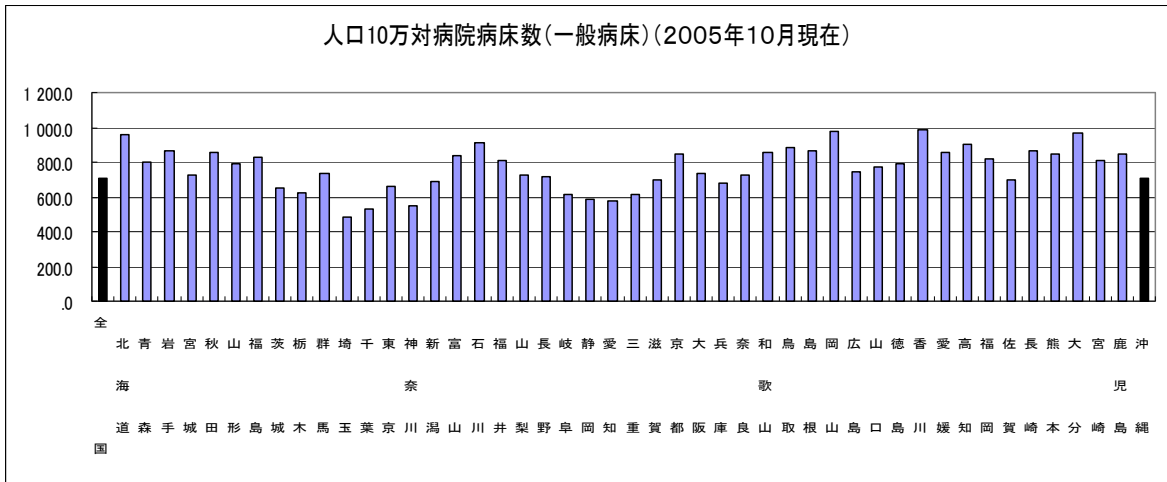
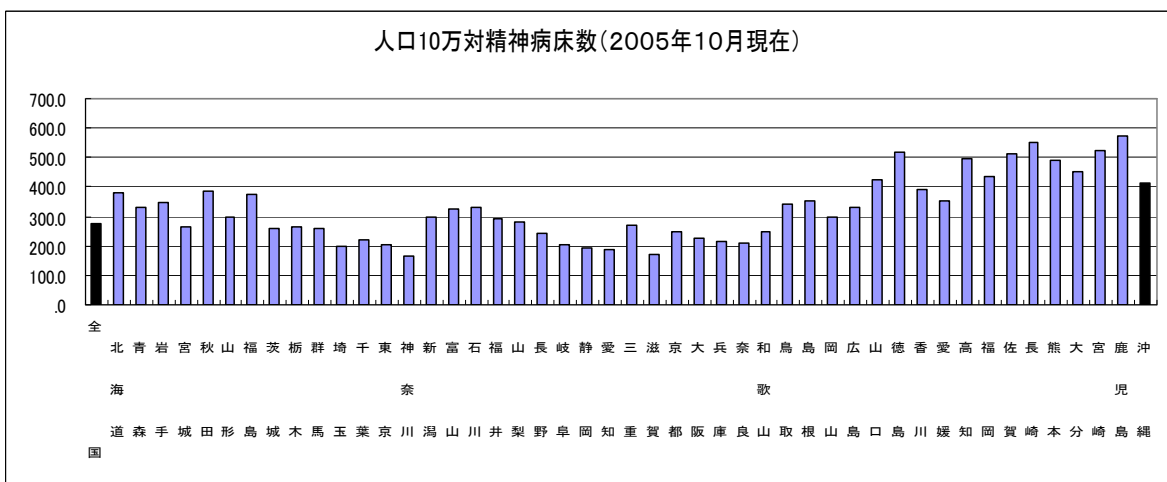
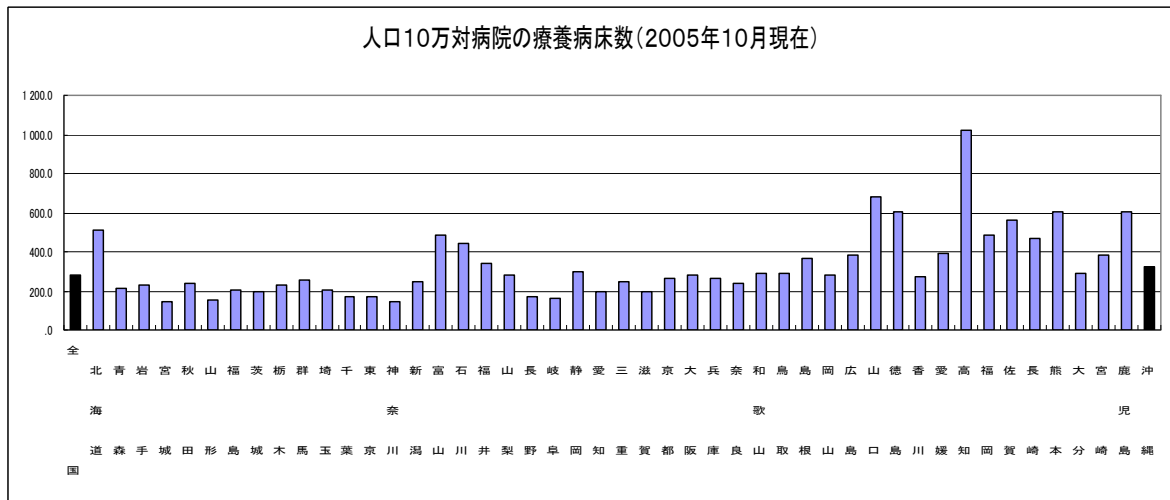


図-45



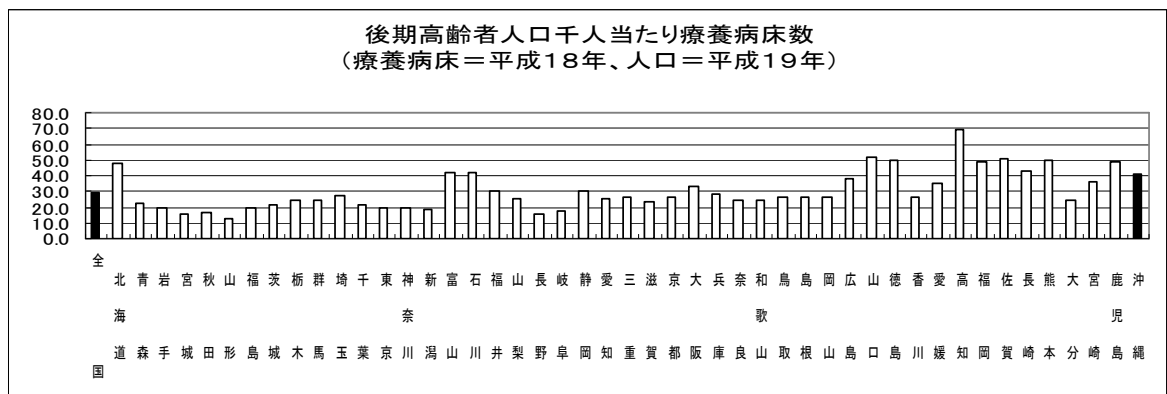
図－46



○療養病床については、多くが後期高齢者が入院する状況となっており、後期高齢者人口千人あたり病床数を示すと次の図のとおりである。

○本県は、後期高齢者人口千人あたり 40.7 床となっており、全国平均の 29.2 を大きく上まわっており、全国第 12 位の病床数である。各都道府県の療養病床数は、各地域の患者を取り巻くいろいろな環境等も影響することから、一概に比較できないが、もし、同様の環境の下であると仮定し、本県の療養病床数が全国並の後期高齢者人口あたり病床数であるとすれば、本県の療養病床数は、3,124 床となり、平成 18 年 10 月現在の本県の療養病床数 4,359 床は、全国平均に比して 1,235 床多い状況となる。

図－47



ウ 療養病床の圏域別配置状況、医療区分の状況

1) 療養病床の圏域別配置状況

○医療制度改革における療養病床再編（介護保険施設等への病床転換）に当たっては、平成 18 年 10 月現在の療養病床数を基本に再編することになっている。

○同月の療養病床数は、4,359 床（病院 4,092 床、診療所 267 床）で、そのうち医療療養病床が 3,672 床（病院 3,537 床、診療所 135 床）、介護療養病床が 687（病院 555 床、診療所 132 床）である。

○また、療養病床再編に当たっては、回復期リハビリテーション病床 608 床（全て病院の医療療養病床）は除かれることになっており、従って再編対象の療養病床数は、医療療養病床 3,064 床（病院 2,929 床、診療所 135 床）、介護療養 687 床の計 3,751 床である。

圏域別の療養病床再編対象の病床配置状況

①病院・診療所別

圏域名	病院療養病床		診療所療養病床		療養病床数計
	施設数	病床数	施設数	病床数	
北 部	4	452	0	0	452
中 部	11	1,040	6	64	1,104
南 部	21	1,716	18	193	1,909
宮 古	1	216	1	10	226
八重山	1	60	0	0	60
計	38	3,484	25	267	3,751

②床種別毎（医療型及び介護型）

圏域名	医療療養病床（医療型）				介護療養病床（介護型）			
	病 院		診 療 所		病 院		診 療 所	
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
北 部	4	352	0	0	2	100	0	0
中 部	11	741	6	43	4	299	3	21
南 部	21	1,656	14	87	2	60	13	106
宮 古	1	120	1	5	1	96	1	5
八重山	1	60	0	0	0	0	0	0
計	38	2,929	21	135	9	555	17	132

施設数は、重複計上

○なお、療養病床再編の対象外である回復期リハビリテーションの病床数は、北部圏域 44 床（1 病院）、中部圏域 334（3 病院）、南部圏域 202 床（4 病院）八重山圏域 28 床（1 病院）の計 608 床（9 病院）である。

2) 療養病床に入院する患者の状況（医療区分）

○平成 18 年 10 月に本県が実施した「療養病床アンケート調査」においては、入院患者の状態に応じた状況を区分毎に分け、その状況を把握したところである。

医療区分 3 = 医師及び看護師による 24 時間体制での監視・管理を要する状態にある者等（重度な状態）

医療区分 2 = 医療区分 3 に該当しない人のうち、筋ジストロフィー等 21 の疾患・状態にある者等（中等度の状態）

医療区分 1 = 医療区分 3 及び 2 に該当しない者（軽度な状態）

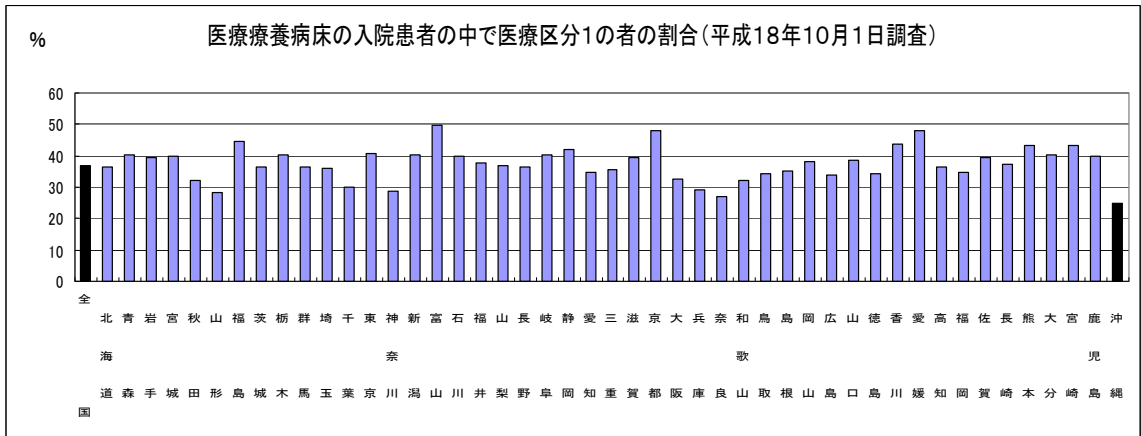
○医療区分毎の状況について見ると、平成 18 年 10 月の医療療養病床に入院する患者の状況は、医療区分 1 が入院者全体の 24.9%と全国平均の 36.8%を下回るなど全国 1 少ない状況であった。

○また、医療区分 2 は、50.3%で全国平均 45.8%を上まわり、全国 5 位の高さで、医療区分 3 も 24.8%で全国平均 17.5%を上まわっている。

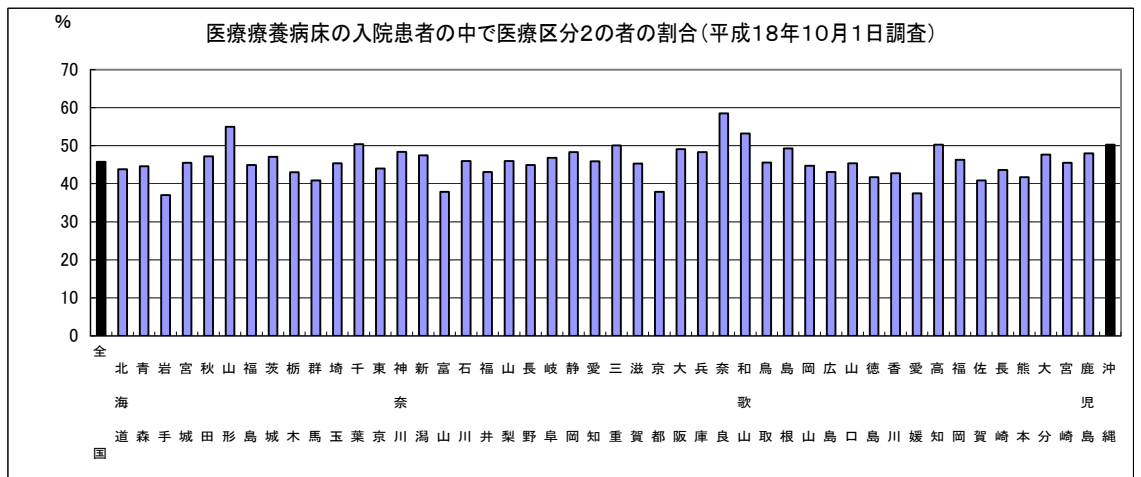
○介護療養病床については、平成 19 年 8 月の調査では、医療区分 1 が 57.7%、医療区分 2 が 35.6%、医療区分 3 が 6.7%となっている。介護型であることから、医療療養病床より、医療区分 1 が多く、医療区分 2 と 3 は少ない結果となっている。

○本県の療養病床に入院している患者は、全国に比して、中等度・重度な状態の者が多い。

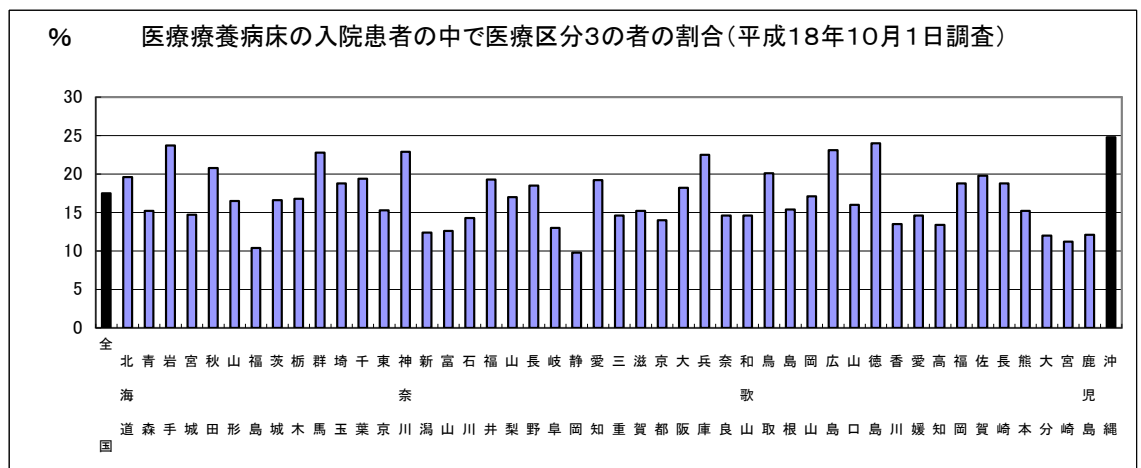
図－48



図－49



図－50



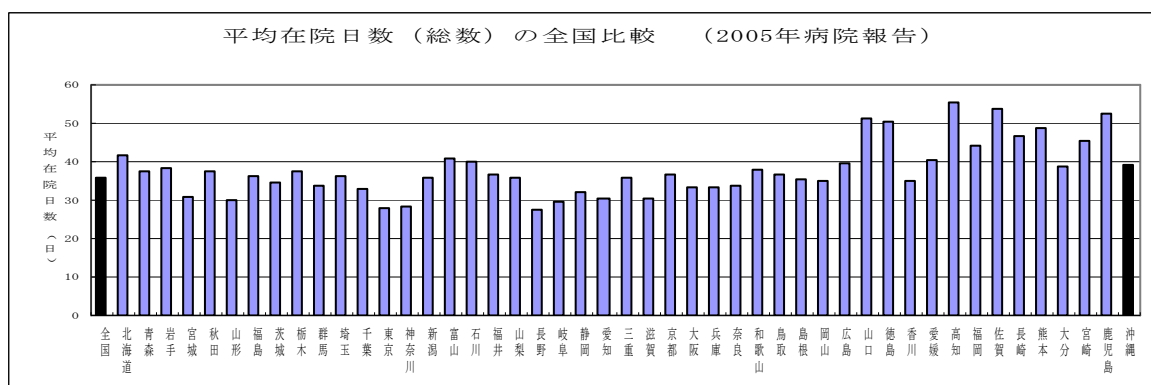
エ 平均在院日数の状況

○平成17年度の本県の平均在院日数は、39.3 で全国平均 35.7 をやや上まわっている。

○病床の種別毎の平均在院日数では、一般病床は 19.2 で全国平均 19.8 をやや下回っており、精神病床も本県は 310.8 で全国平均 327.2 を下回っており、ここ数年減少傾向にある。一方、療養病床については、本県が 257.0 で全国平均 172.8 を大きく上まわっており、全国第2位の長さとなっている。さらに療養病床の平均在院日数は、ここ数年、増加傾向にある。

○療養病床の平均在院日数の長さが、県全体の平均在院日数を押し上げている状況にある。

図－ 51



図－ 52

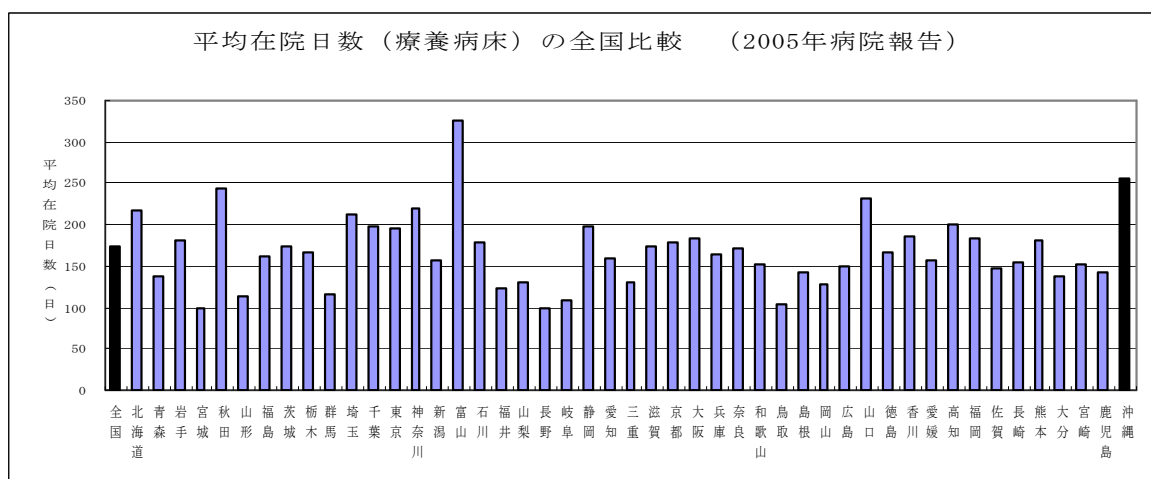


図-53

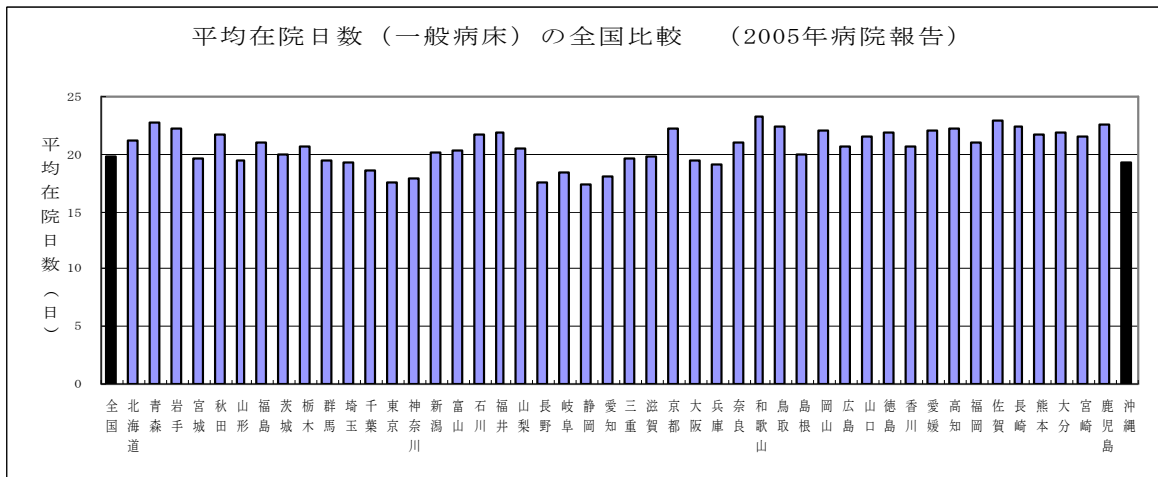


図-54

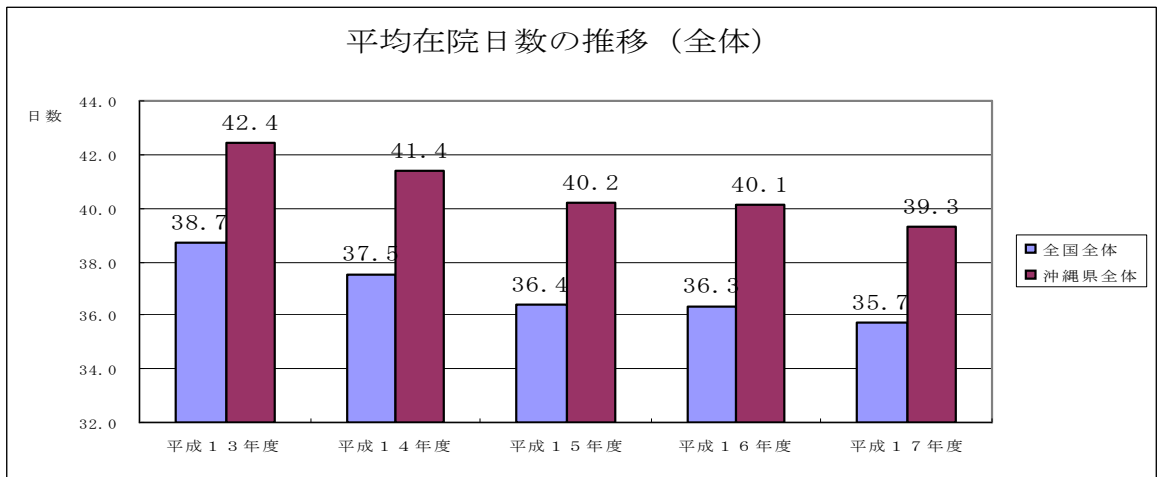


図-55

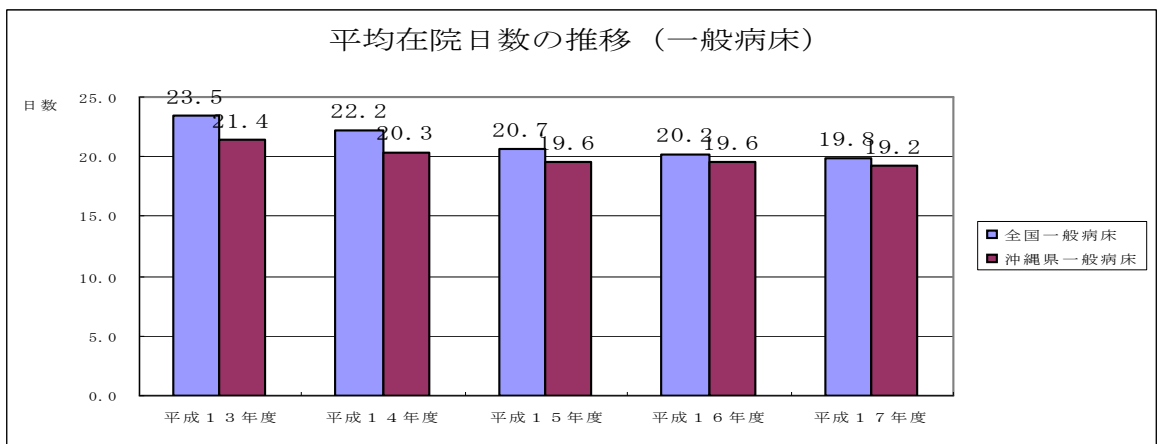


図-56

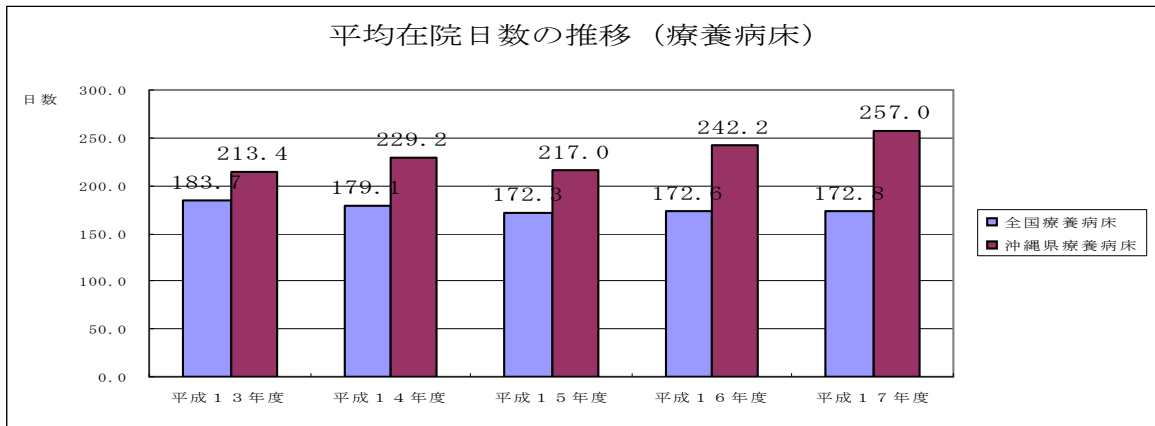
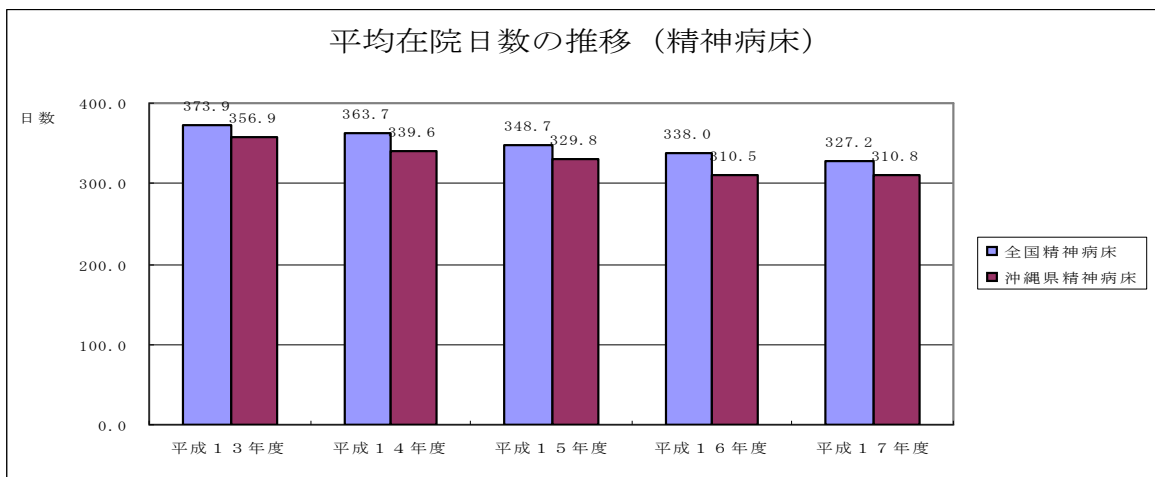


図-57



○平均在院日数の推移では、本県は一般病床及び精神病床について、減少傾向にあり、療養病床については増加傾向にある。全国においては、一般病床及び精神病床が本県同様に減少しているものの、療養病床では増加傾向が見られないことから、本県においては、在宅医療等の推進と合わせて療養病床の在院日数の適正化に向けた対応が必要である。

8 在宅医療の状況

○診療所数は、毎年増加しているが、人口10万人あたりでは、56.3で、全国の76.3の約74%と少ない。(全国45位)

○平成18年の健康保険法改正により新設された24時間体制の往診や訪問看護を行う「在宅療養支援診療所」の数は、47施設(19年7月現在)で75歳以上人口千人当たりで0.46となっており、全国の0.82を下回っている。(全国35位)これは、一般診療所数が少ないうえ制度の開始後の年数が短いこと等が影響していると考えられる。

○訪問看護ステーション数についても、51施設(17年度現在)で、人口10万人当たりで3.7となっており、全国の4.5を下回っている。(全国38位)

○病院や診療所による往診実施件数(平成17年9月中)については、650件で、その内訳は、病院が12施設で83件(12.8%)、診療所が92施設で567件(87.2%)となっており、人口当たりでは全国最下位の実施件数である。往診については、全国も診療所が主に担っている(全往診件数の92.7%)状況にある。

○本県の往診件数が少ないことの要因としては、次のことが予測される。

- ・往診の中心となる診療所数が少ないこと
- ・人口当たりの医師総数は、全国並に近づいているが診療所従事医師数が少ないこと

(なお、病院従事の医師は、全医師数の73.2%(全国は63.8%)、診療所従事医師は、26.8%(全国36.2%)である。)

○本県の在宅医療を担う診療所数及びその医師数は少ない、また、訪問看護ステーションも少ない状況にある等、在宅サービスを図るための医療資源は十分ではない状況にある。

○大学や医師会等関係機関との協力の下に在宅医療を担う医師等医療従事者の確保対策を推進しつつ診療所や訪問看護ステーションの施設確保を図っていく必要がある。

図-58

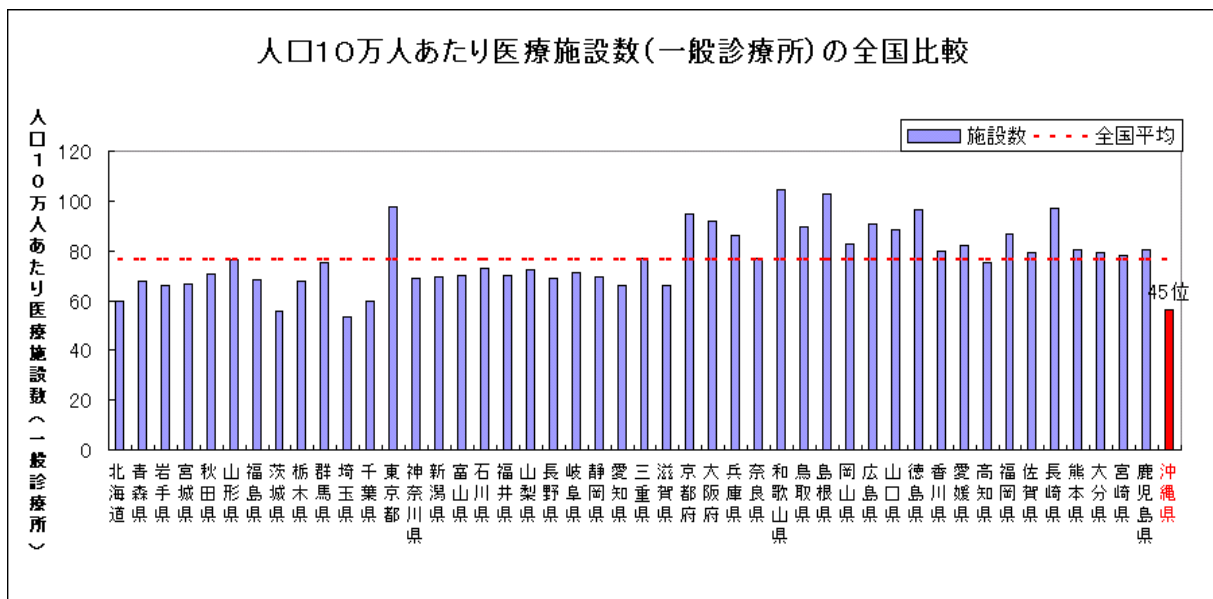


図-59

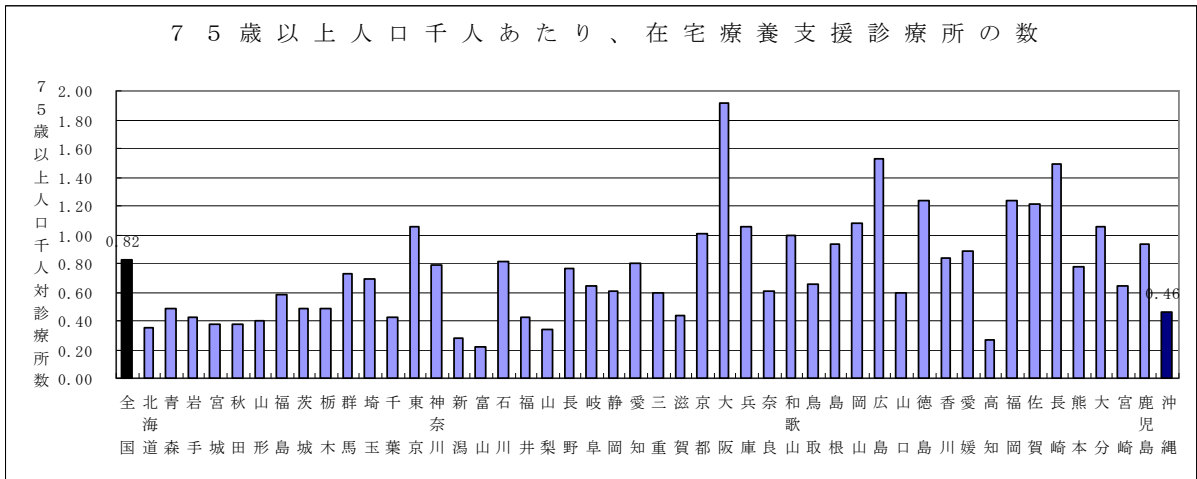


図-60

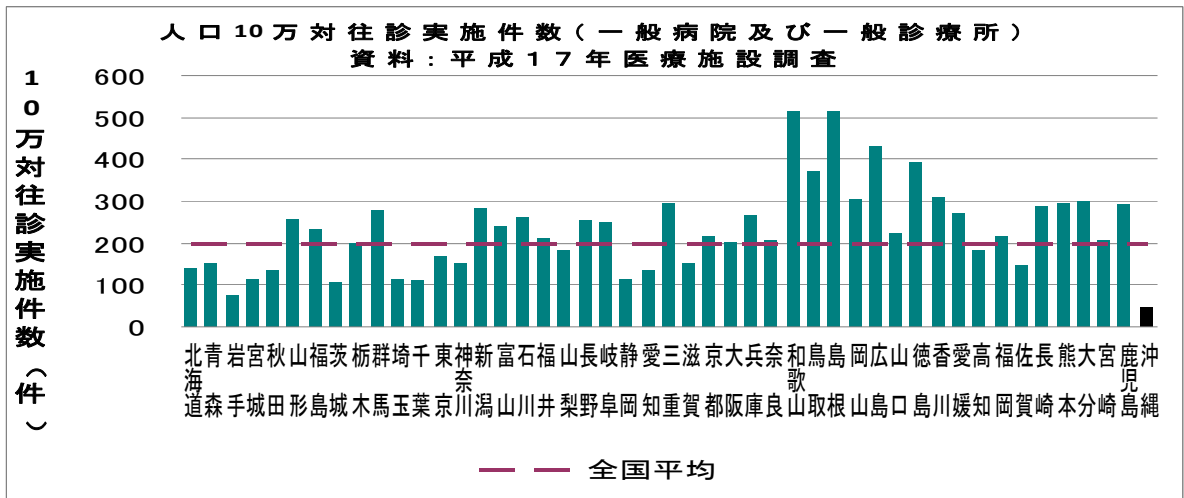
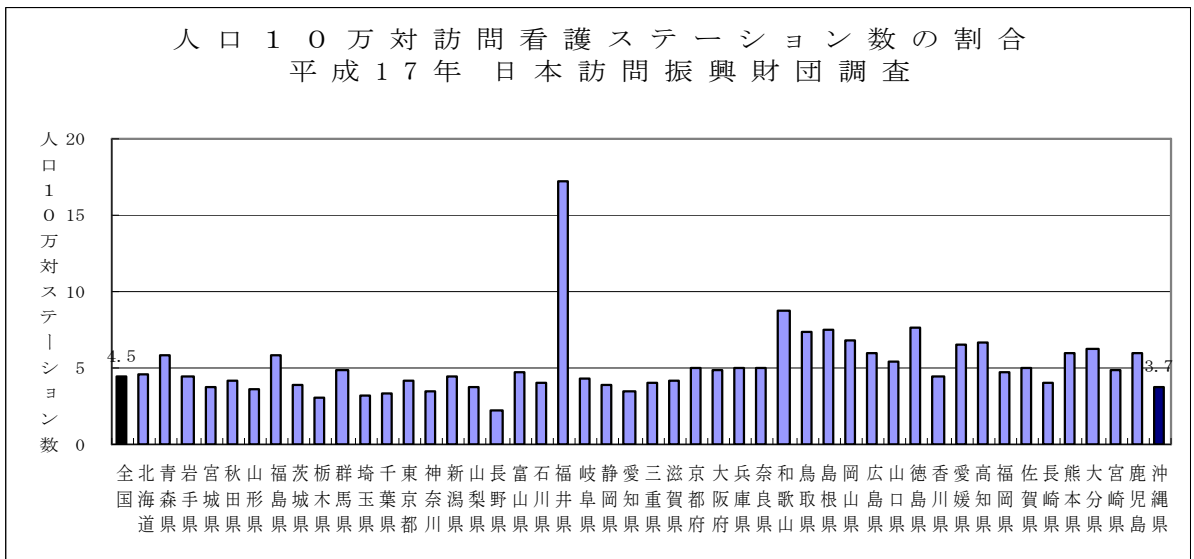


図-61



9 介護サービスの状況

ア 介護保険施設及び居宅サービス事業所の設置状況

- 介護保険施設等の設置状況は、表－1のとおりである。
- 介護老人保健施設（老人保健施設）及び介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の整備については、本県の第3期介護保険事業支援計画の目標数を達成している。
- 平成18年10月1日現在の介護保険施設の65歳以上高齢者人口千人当たり定員数は、老人保健施設が16.5（全国3位）で全国平均11.6を大きく上まわっており、また、特別養護老人ホームも、18.0（全国8位）で全国平均15.0を上まわっている等、施設系サービスは充足している状況にある。
- 介護保険施設の利用率（平成18年10月1日現在）は、老人保健施設が95.2%で特別養護老人ホームが97.8%で、ともに高い利用率で推移している。
- 地域密着型サービスの事業所は、増加傾向にある。

表－1

介護保険施設及び居宅サービス事業所の設置状況(平成19年8月末現在)

		介護保険施設			地域密着型サービス				居宅サービス		
		介福	介保	介療	認通	小多	認共	地特	通介	通り	特入
北部	事業所数	8	4	2	0	0	4	0	33	8	0
	定員	530	350	132	0	0	36	0	774	254	0
中部	事業所数	18	11	8	4	7	13	0	114	38	3
	定員	1515	1100	368	35	164	117	0	3259	1531	134
南部	事業所数	20	22	16	17	14	22	1	145	54	8
	定員	1630	1942	232	169	315	207	27	4217	2202	510
宮古	事業所数	4	2	2	3	2	4	0	12	6	1
	定員	210	180	101	23	50	36	0	305	120	64
八重山	事業所数	4	2	0	1	1	2	0	9	5	1
	定員	180	160	0	10	25	18	0	237	150	45
計	事業所数	54	41	28	25	24	45	1	313	111	13
	定員	4065	3732	833	237	554	414	27	8792	4257	753

介福＝介護老人福祉施設
 介保＝介護老人保健施設
 介療＝介護療養型医療施設
 認通＝認知症対応型通所介護
 小多＝小規模多機能型居宅介護
 認共＝認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
 地特＝地域密着型特定施設入居者生活介護
 通介＝通所介護
 通り＝通所リハビリテーション
 特入＝特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム＋ケアハウス)

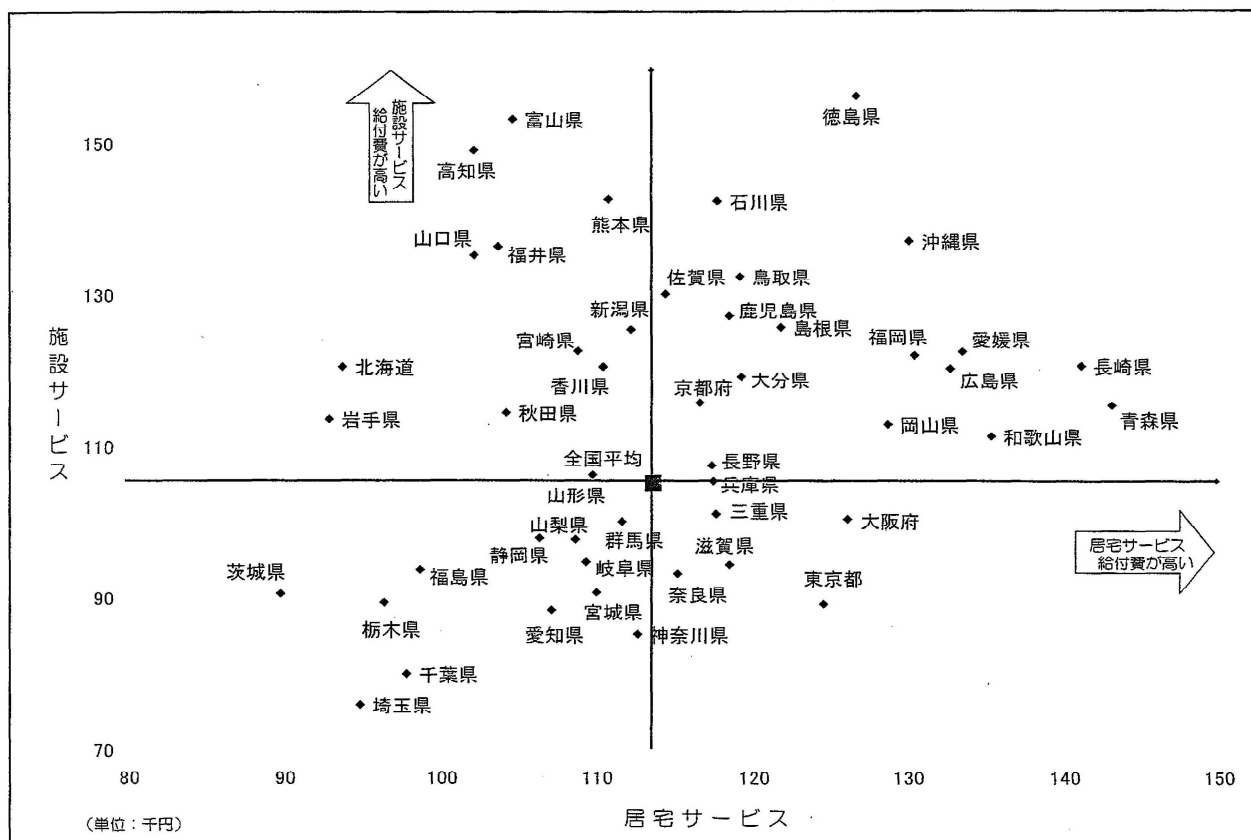
イ 給付費から見た介護サービスの状況

○平成17年度の第1号被保険者1人当たりの給付費について、本県は、施設サービスが13万7千2百円、居宅サービスが13万円となっており、それぞれ全国平均の10万5千2百円、11万3千5百円を上まわっている。

(本県は、施設サービスや居宅サービスの給付費が高い)

○第1号被保険者に占める要支援・要介護と認定された者の割合は、平成17年度末で17.3% (全国17位) であり、全国平均16.1%より多い。

図-62 平成17年度の第1号被保険者1人当たり給付費
(平成17年介護サービス施設・事業所調査)



ウ 介護保険施設利用における入所前の場所、退所後の行き先

○入所前の場所及び退所後の行き先については、本県のデータが無い場合、全国のデータにより、状況を把握した。

○介護老人福祉施設において、入所前の場所は家庭が31.4%で最も多く、次いで介護保健施設と医療機関がともに27.9%となっている。退所後の行き先は、死亡が62.0%で最も多く、次いで医療機関の27.4%となっている。また、平均在所期間は、1,365.2日(約3年9ヶ月)である。

○介護老人保健施設において、入所前の場所は医療機関50.9%と最も多く、次いで家庭36.6%となっている。退所後の行き先は、医療機関が43.3%と最も多く、次いで家庭33.0%、介護老人福祉施設9.6%の順である。また、平均在所期間は、268.7日(約9ヶ月)である。

○介護療養型医療施設において、入所前の場所は医療機関75.2%と最も多く、次いで家庭14.2%となっている。退所後の行き先は、医療機関が39.3%と最も多く、次いで死亡26.9%、家庭14.8%の順である。また、平均在所期間は、444.1日(約1年3ヶ月)である。

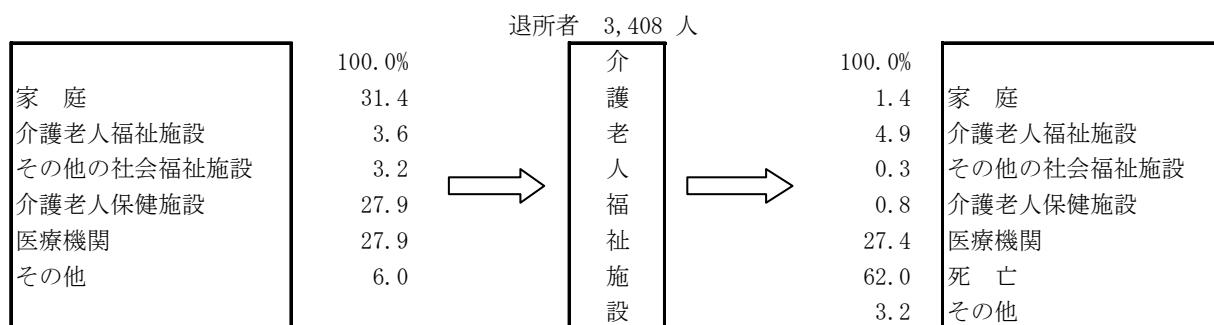
図－63 介護保険施設における入所前の場所・退所後の行き先
 (平成18年介護サービス施設・事業所調査＝全国データ)

退所者の入退所の経路

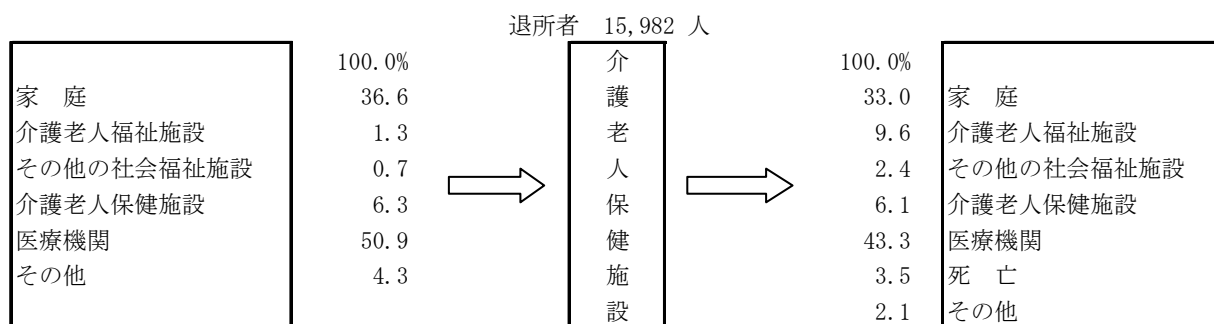
平成18年9月

(入所前の場所)

(退所後の行き先)

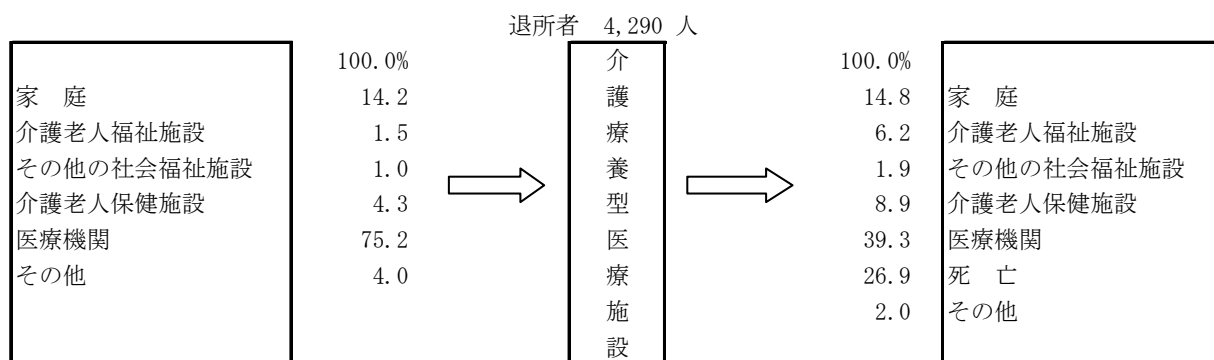


平均在所日数 1365.2日 (1429.0日)



平均在所日数 268.7日 (230.1日)

家庭 → 家庭 22.7%
 医療機関 → 医療機関 29.8%
 家庭 → 医療機関 8.5%



平均在所日数 444.1日 (359.5日)

医療機関 → 医療機関 33.1%
 医療機関 → 死亡 20.7%
 家庭 → 家庭 7.4%

注：1) 「その他」には不詳を含む。
 2) 平均在所日数の () 内は、平成15年の数値である。

エ 介護保険施設等の状況まとめ

○本県は、介護保険施設の整備が全国より進んでいる。

○給付費で見ると、本県は施設サービスや居宅サービスを受けている者が多く、要支援・要介護の者が多いことが予測される。

○介護保険施設への入所前の場所、退所後の行き先を全国のデータで見ると介護老人保健施設は、医療機関や家庭から主に入所し、また、ほぼ同じ割合で医療機関や家庭に退所している。介護老人福祉施設は医療機関や介護老人保健施設から主に入所しているが、在所期間が長く、死亡での退所が多い。

○医療機関との連携は、特に介護老人保健施設において図られている状況が見られる。さらに介護老人保健施設は、在宅復帰に向けたリハビリテーション機能を有する施設であるが、退所後に医療機関へつなげるケースも多く、医療と福祉の連携の充実を引き続き図っていく必要がある。

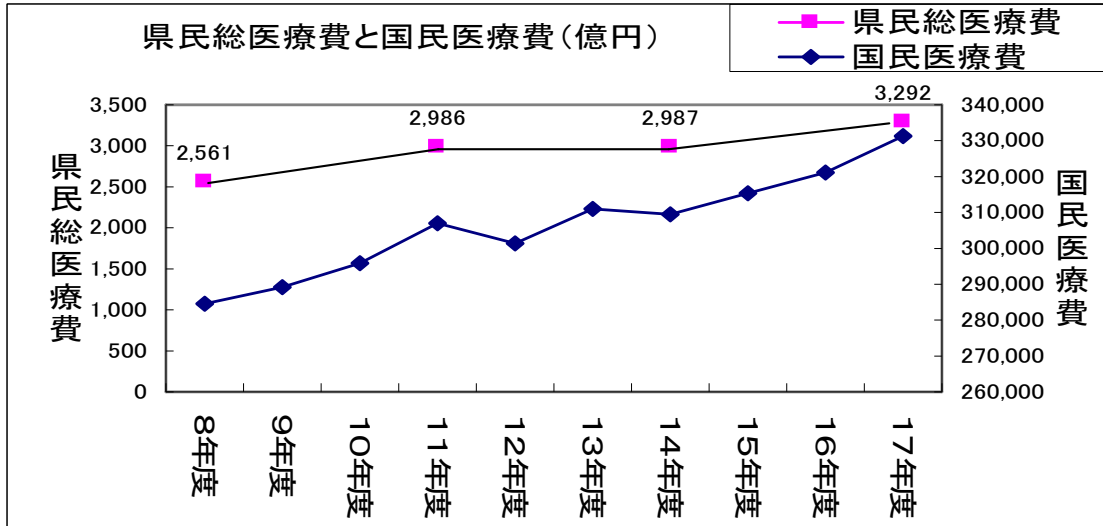
○また、高齢化の進行により、医療施設や介護施設では、医療が必要な者と介護が必要な者の混在化が増加することが予想される。そのような中で、医療制度改革においては、療養病床を再編し、同病床において医療の必要度が低い患者が活用する病床を介護保険施設等へ転換する方向としており、患者の状態に応じたサービスを切れ目なく提供していくためには、医療機関と介護保険施設との連携をより一層、充実する必要がある。

第3章 医療費の現状と課題

1 医療費の現状

ア 県民総医療費の動向

図-64



○県民総医療費及び国民医療費は、医療機関における医科・歯科診療費（一般診療費）、訪問看護医療費、調剤費、柔道整復師・はり師による治療費（保険適用部分）、移送費（保険適用部分）、補装具（保険適用部分）から構成されている。なお、介護保険適用部分、正常な妊娠・分娩に係る費用、健康の維持等のための健康診断・予防接種、固定した身体障害のための義眼・義肢等の費用は含まれていない。

○平成17年度の全国の総医療費は、約33兆1千億円で、平成8年度以降の毎年の医療費の伸びは、平均約5千1百9十億円で、毎年平均1.7%の伸び率である。

○平成8年以前の医療費の伸び率は、毎年5～6%であり、それに比較して平成8年度以降の伸び率は、1.7%と減少している。

○平成9年度以降の伸び率が減少したことについて国では、平成9年の被用者本人の患者負担の引き上げ（1割から2割）や高齢者の定額患者負担引き上げ、平成12年の介護保険制度の施行（高齢者医療費の一部が介護保険へ移行）と高齢者の患者負担の引き上げ（定額から上限付き1割）、平成14年の診療報酬の大幅引き下げ（▲2.7%）、平成15年の被用者保険本人の患者負担の再引き上げ（3割へ）、平成16年の薬価の引き下げ（▲1.0%）等の制度改革が伸び率を減少させることに大きな影響を与えたものと推測されており、本来なら3～4%の伸びになったものと見込まれている。

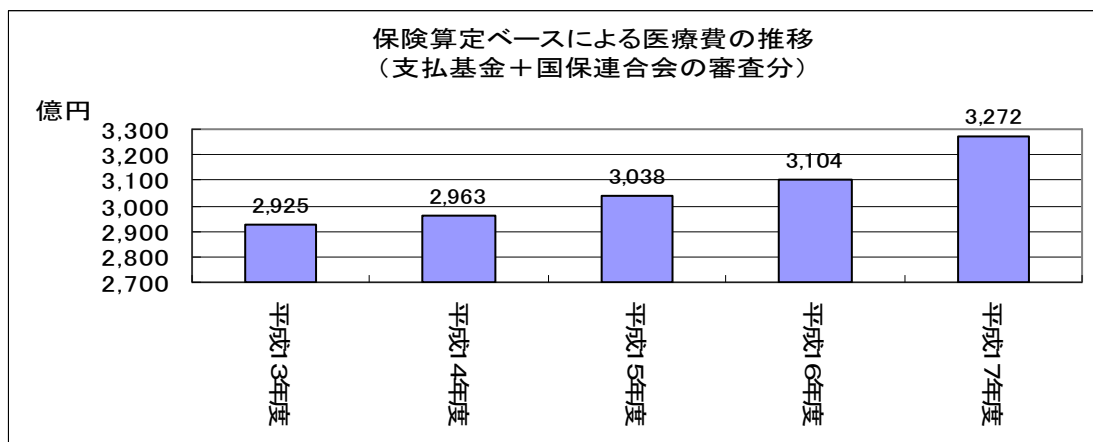
○本県の平成17年度の総医療費は、約3,292億円で、平成8年度からの17年度までの医療費の伸びは、毎年平均約81億円で、その伸び率は、毎年平均2.8%であると推測され、同年度間の全国平均の伸び率1.7%よりも高い状況である。（都道府県別の医療費は3年毎に算出されており、年度毎の増減、比率は、その間の平均値として推計した。）

○また、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険連合会における審査分いわゆる医療機関の窓口で医療保険対象として取り扱われた医療費（以下「保険算定ベース」という。）による本県の医療費は、図-65のとおりである。

○保険算定ベースとしては、平成17年度が約3,272億円で、平成13年度の約

2,925 億円より、約 347 億円増加しており、13 年度～17 年度における過去 5 年間の医療費の平均伸び率は、2.9 % であり、同算定ベースによる全国医療費における平均伸び率 1.6% よりも高い。

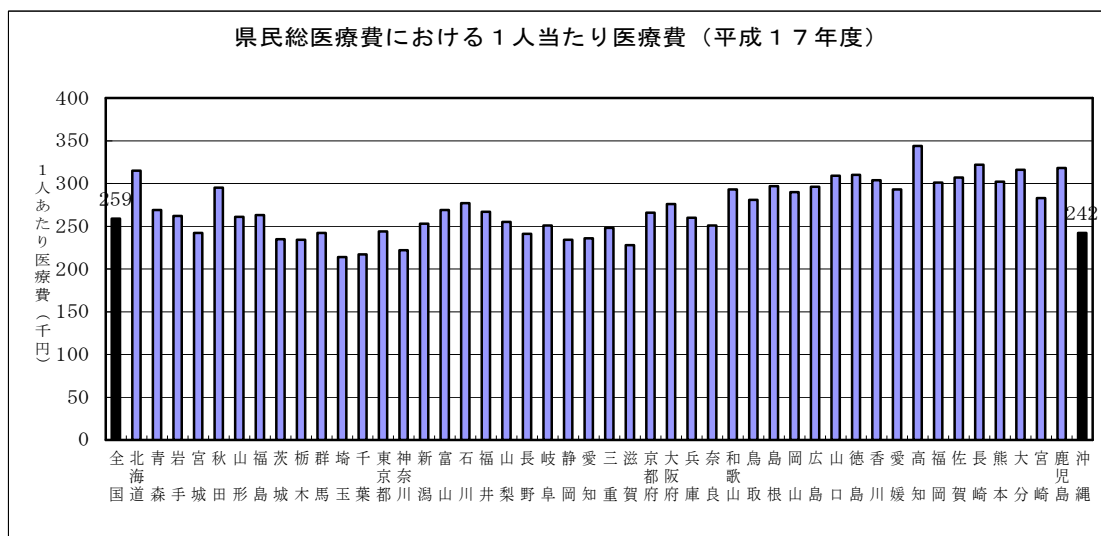
図－65



○なお、図－64 の県民総医療費と図－65 の保険算定ベースの医療費の差は、医療機関の窓口で医療保険以外の保険等で請求した費用であり、労災保険、公務災害保障、交通事故等による自賠責保険等での補償が考えられる。

イ 県民 1 人当たり医療費

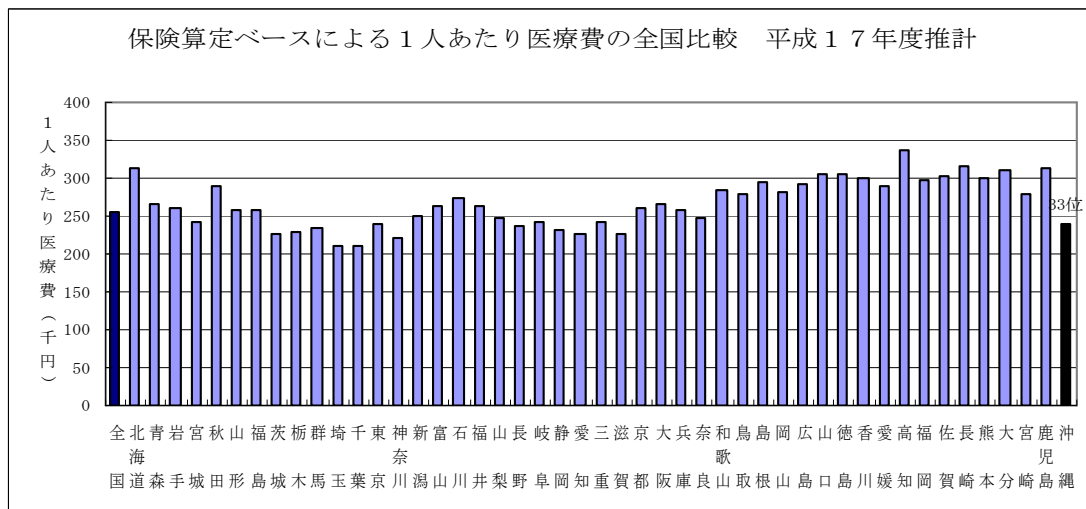
図－66



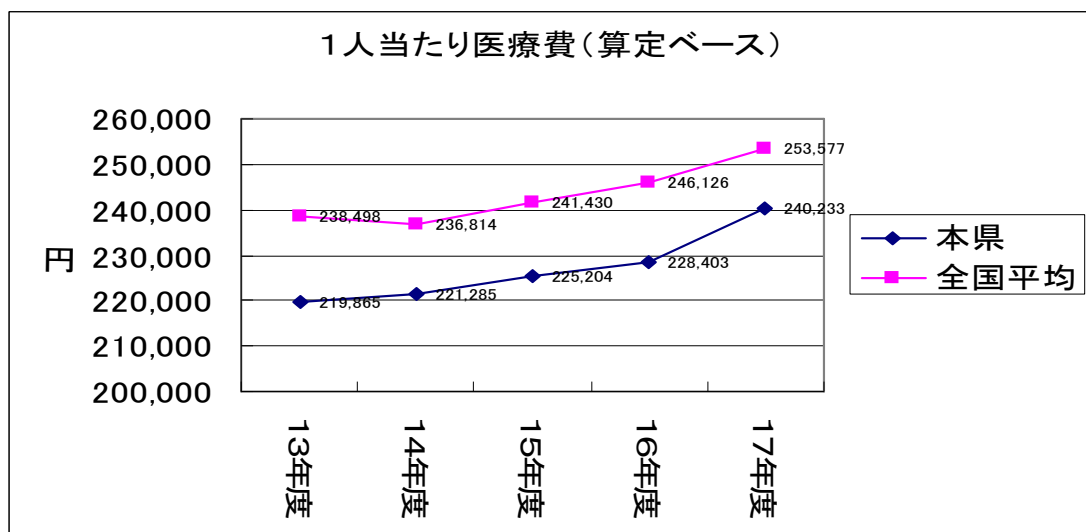
○本県の総医療費に対する 1 人当たり医療費は、24 万 2 千円で、全国平均 25 万 9 千円を下まわっており、全国 36 位となっている。

○全国で最も少ない埼玉県は、21 万 4 千円となっており、その差は、2 万 8 千円である。

○また、保険算定ベースにおける県民1人あたり医療費は、次のとおりである。
 図－67



図－68



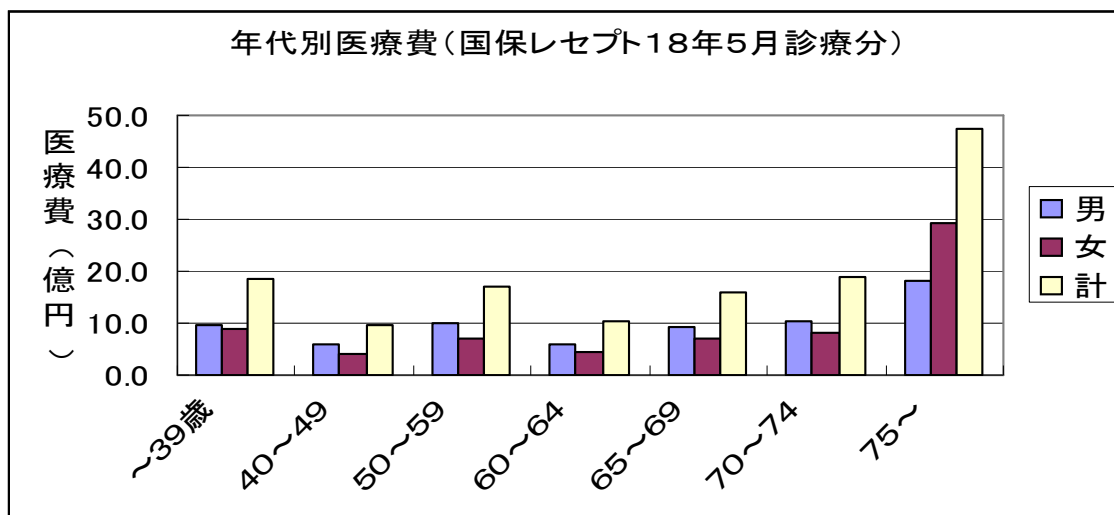
○本県は、保険算定ベースの医療費に占める1人あたり医療費は、全国平均よりも低い状況にある。

○これは、本県が出生率が高く、1人あたり医療費の低い若年者の人口が多いことや人口10万人当たり一日当たり入院受療者数がほぼ全国平均並であることに対して、外来受療者数が、4,056人で全国平均の5,551人を大きく下回る等、全国最下位であることが要因であると考えられる。

ウ 年代別の医療費

○各都道府県の年代別医療費については、国民健康保険レセプト調査による試算がなされていることから、本県でも、同データによる状況を示すこととする。

図－69

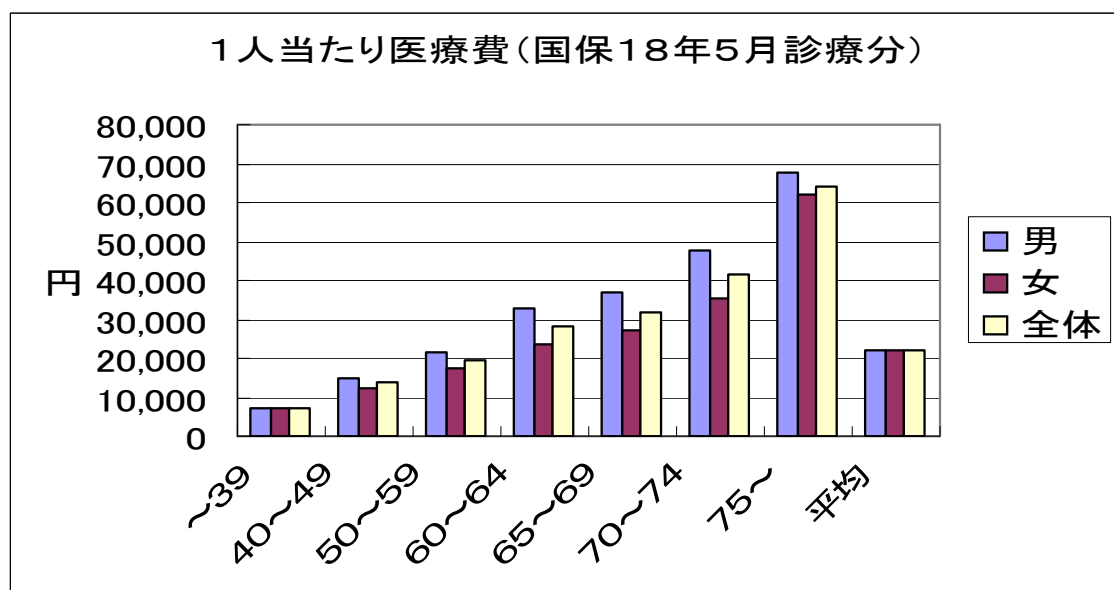


○国保レセプトの18年5月診療分における医療費総額は、約138億3百万円である。そのうち75歳以上の患者の医療費額は、約47億5千万円で、総額の34.4%を占めており、他の年代よりも高い状況である。

○男女別では、74歳未満では各年代とも男性の医療費が高いが、75歳以上になると女性が高くなっている。75歳以上において男女の医療費が逆転していることについては、75歳以上の人口で女性が多くなっていることによるものと考えられる。(平成17年国勢調査による75歳以上人口=男33,378人、女64,091人)

○次に同国保レセプトから、各年代の1人当たり医療費を示すと

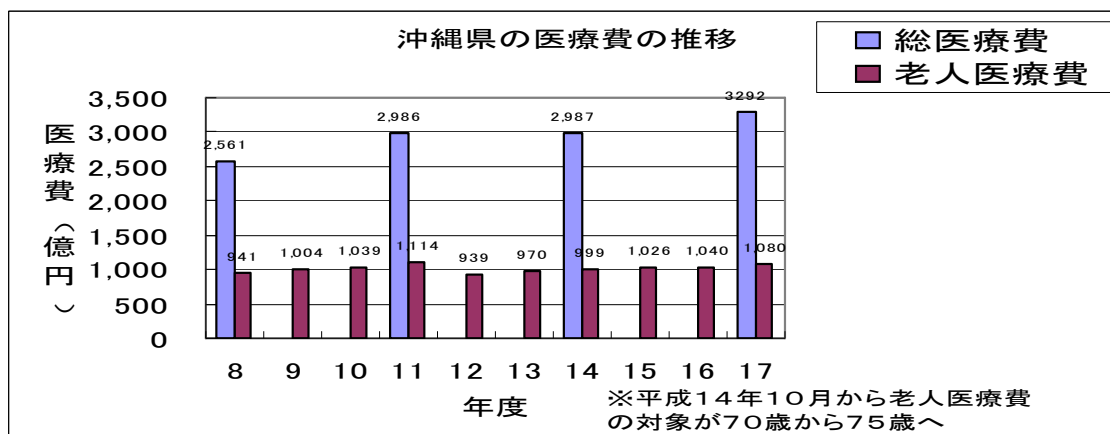
図－70



○1人当たり医療費（国保レセプト18年5月診療分）については、年齢が高くなるにつれて、増加しており、特に後期高齢者（75歳以上）においては、1人当たり医療費が、6万4千円（5月診療分）で、39歳以下の9倍、40代の4.6倍、50代の3.2倍、60代の2.3倍、70～74歳の1.5倍となっている。
 ○男女別では、40歳以上になると、男性の患者の医療費が高くなっているが後期高齢者になると男女の差は小さくなっている。

エ 老人医療費の状況

図－71



○老人医療費は、平成14年9月までは70歳以上が対象となっており、総医療費に占める老人医療費の割合は、平成8年度が36.7%、11年度が37.3%で大きな変化はない。14年度は、12年度から施行された介護保険制度の影響で33.4%と低くなっており、17年度は、32.8%である。なお、国民医療費における老人医療費の占める割合は、平成8年度が34.2%、11年度が38.4%、14年度が37.9%、17年度が35.1%で本県とほぼ同様な状況である。

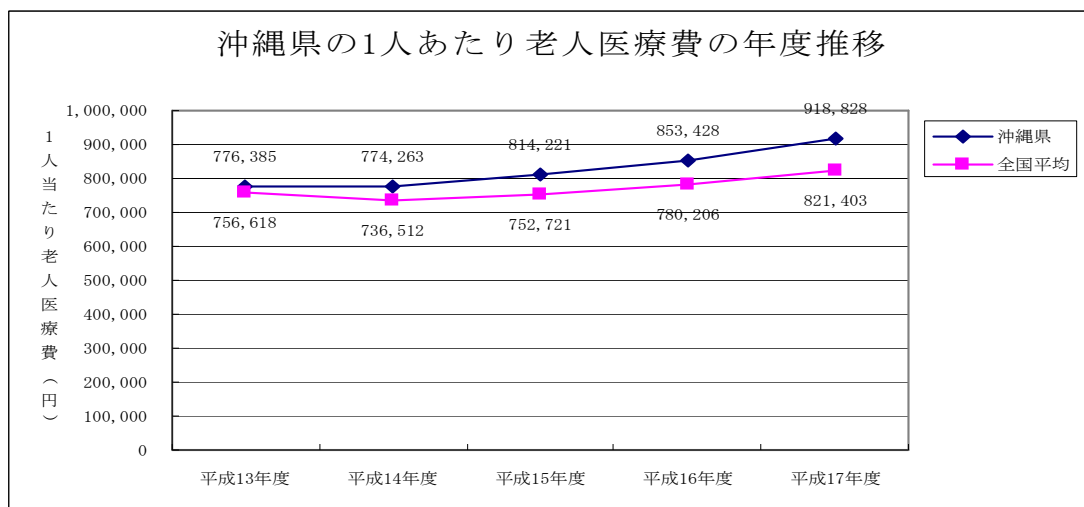
○人口構成における70歳以上の人口割合が約10%程度である中で、総医療費の約33%～37%を高年齢者医療で占めており、総医療費における高年齢者の影響は高い状況にあると考えられる。

○老人医療費そのものも、平成8年度の941億円から平成17年度は、1,080億円へと139億円増加しており、平成12年度の介護保険施行により、一時的に減少したものの、その後も増加傾向にある。

○また、1人当たり老人医療費は、17年度が918,828円で全国7位と高い状況である。さらに1人当たり老人医療費の対前年度比は、17年度が7.7%で全国平均の5.3%を上まわっており、全国1位の伸び率である。

○今後、後期高齢者人口が平成17年度の9万7千人から、10年後の平成27年度には14万5千人と1.5倍に増加することが推計されていることから、それに合わせて医療費の増加が予想される。

図－72



本県の1人あたり老人医療費の全国順位

平成13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
第16位	13位	10位	9位	7位

本県の1人あたり老人医療費の対前年度伸び率の全国順位

平成13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
第37位	3位	1位	2位	1位

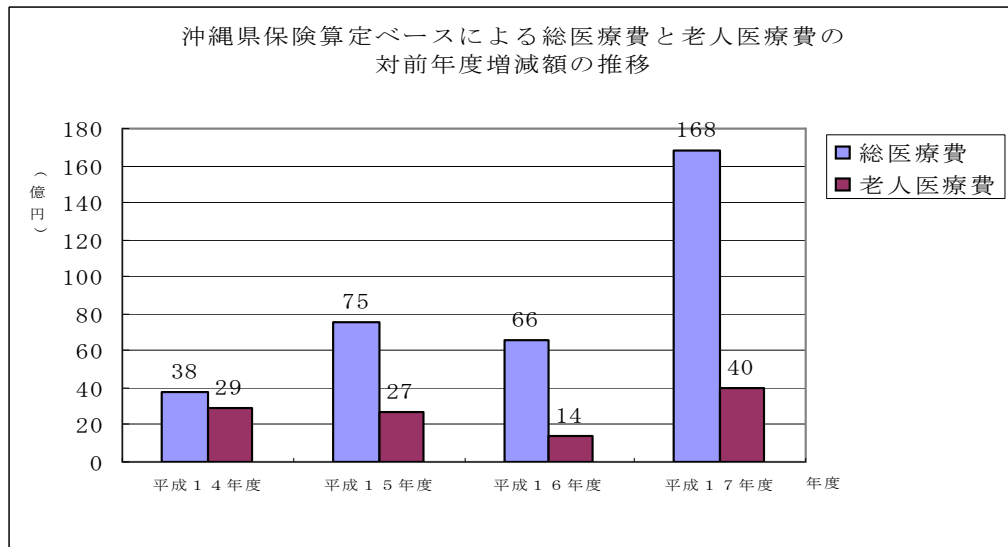
○支払基金や国保連合会で審査した医療費総額（保険算定ベース）の対前年度伸び額は、17年度で168億円で、そのうち老人医療費分は40億円である。

○保険算定ベースの医療費総額の伸び額に占める老人医療費の伸び額の割合は、14年度が76%、15年度が36%、16年度が21%、17年度が24%と減少しているものの老人医療費の伸びが総医療費全体の伸びに大きな影響を与えているものと考えられる。

○なお、14年度～17年度にかけて総医療費の伸び額に対する老人医療費の伸び額の割合が減少していることの要因は、14年10月から老人医療費の対象者が70歳から毎年次毎に1歳ずつ繰り上げられていることによる影響が高いと考えられる。

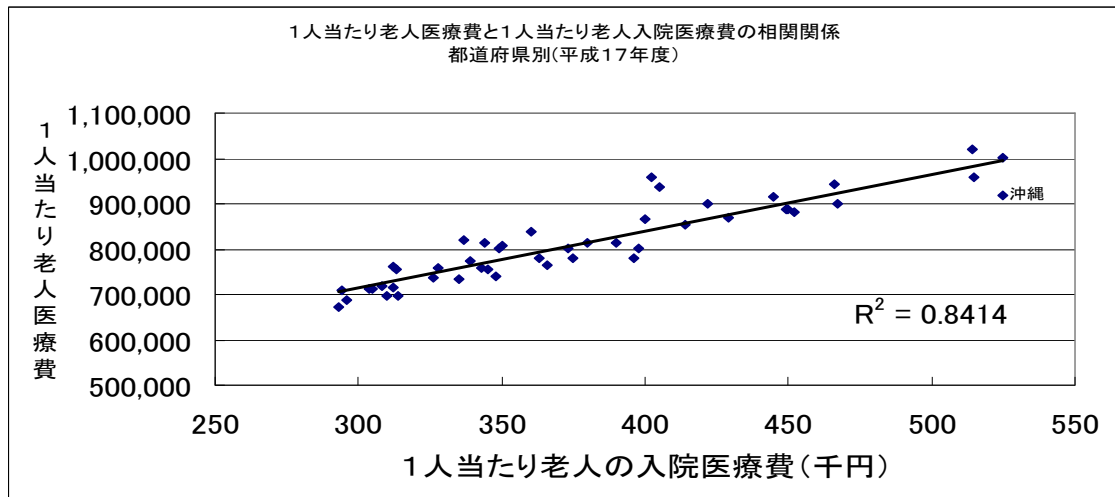
○また、16年度に薬価▲1.0%の影響等により、総医療費と老人医療費の伸びが抑えられているが、17年度の総医療費の伸び額と老人医療費の伸び額の差が非常に大きくなっていることは、上述の老人医療費の対象者の変更以外に人工透析患者数及びその患者の費用額が16年度と比較して17年度は大きく増加していることも要因の一つと考えられる。（国保レセプト調査によると、人工透析患者数は17年5月診療分の患者数2,853人（74歳未満2,237人）は前年5月分より、214人（134人）の増、費用額で約2億6千万円（1億3千万円）の増となっている等例年よりも増加分が大きい。）

図－73



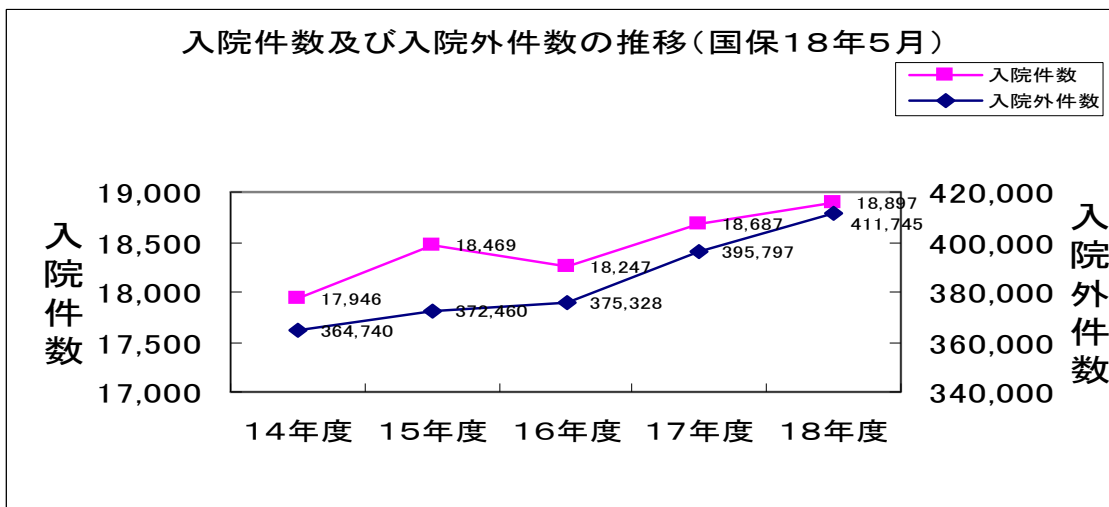
○各都道府県の1人当たり老人の入院医療費が1人当たり老人医療費に与える影響を見てみると、1人当たり老人の入院医療費が高い都道府県は1人当たり老人医療費が高くなる傾向にあり、ひいては、老人医療費全体に与える影響が高い。本県は、1人当たり老人の入院医療費は52万5千円と高く（全国2位）、1人当たり老人医療費も高い（全国7位）状況にある。

図－74



オ 医療費に占める入院及び入院外の状況
「入院件数及び入院外件数の推移」

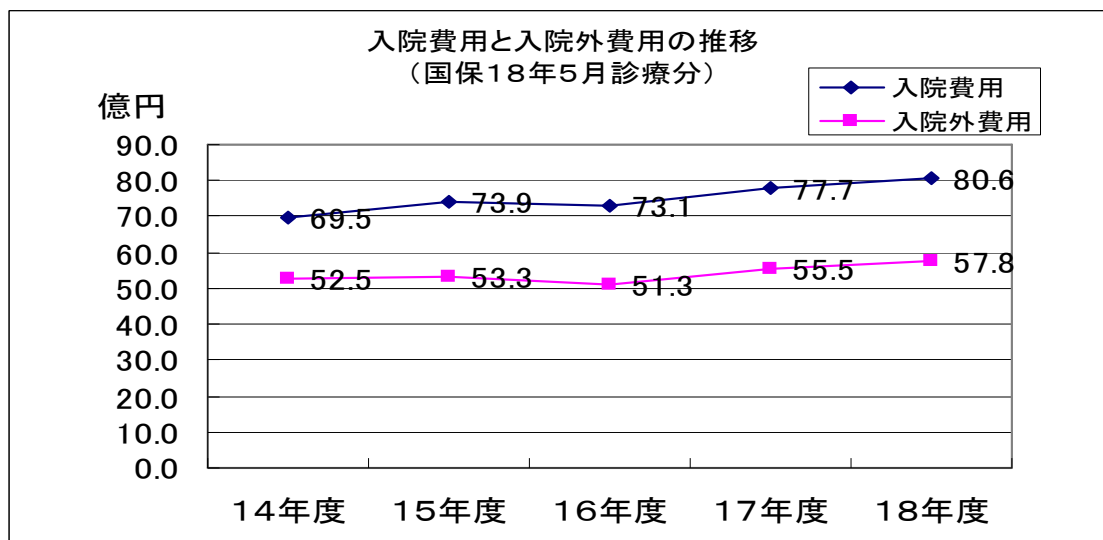
図－75



○国保レセプト調査における入院件数及び入院外件数は、入院件数が16年度にやや減少したもののその後、やや増加傾向にあり、外来件数も増加傾向である。

「入院及び入院外の費用の推移」

図－76



○費用については、入院費用及び入院外費用とも16年度にやや減少したもののその後、やや増加傾向にある。

○また、国保(18年5月診療分)の県民総医療費に占める入院費用の割合は、過去5年間58%前後で推移している。

○ 入院及び入院外の医療費における全国平均との比較

○ 70歳未満における1人当たり医療費については、図-77のとおりであり、本県は、全国平均に比して入院外で14千円低く、入院で7千円高い状況である。入院と入院外の費用額を比較すると、全国同様に入院外費用が高い。

(やや入院外にシフト)

○ 70歳以上では、本県は入院外費用で全国平均より約56千円低く、入院費用で約132千円高く、県内の入院と入院外の費用額を比較すると入院費用が高い。

(入院にシフト)

○ 従って、本県の1人当たり医療費は、高齢者における入院費用が顕著に高いことが特徴と言える。

「高齢者の医療が入院にシフトしていることの影響について」

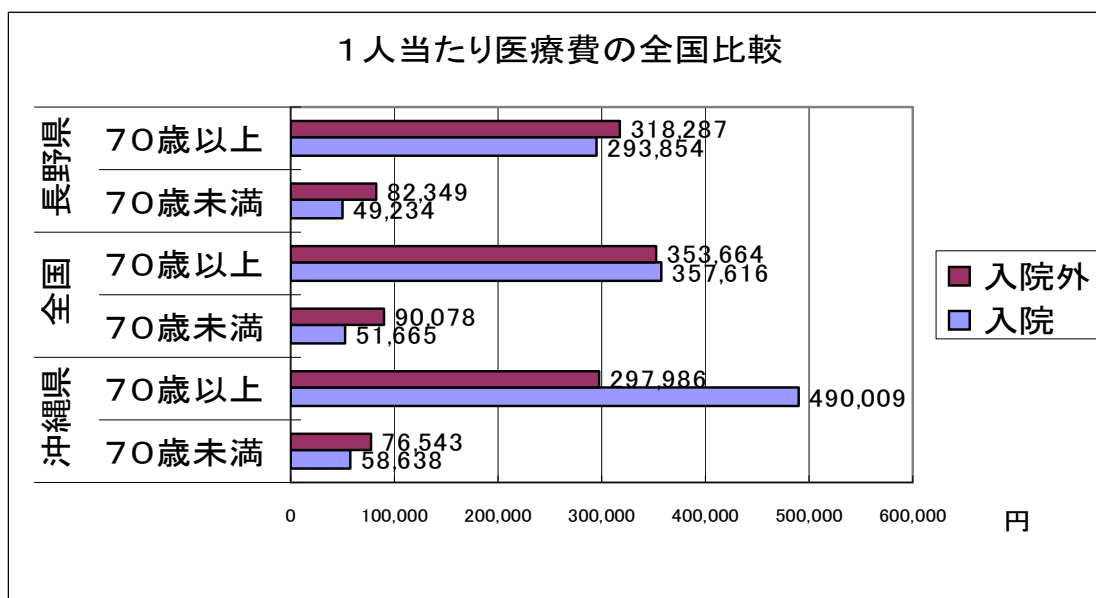
・ 本県の高齢者の医療が全国並とした場合の医療費の差について算出すると

$$(297,986+490,009) \times 153,566 (\text{平成17年度70歳以上人口}) - (353,664+357,616) \times 153,566 = 11,780,815,690 \text{円} = \text{約118億円}$$

これは、平成17年度の本県の老人医療費約1,078億円の10.9%に当たり、また、1人当たり老人医療費が全国で最も低い長野県並の医療費とした場合は、約270億円(本県17年度老人医療費の約25%)の医療費削減が見込まれる。

従って、高齢者の人口構成が違う等、単純に比較できないとしても、本県の老人医療費は、入院にシフトしている状況が大きく影響していると考えられる。

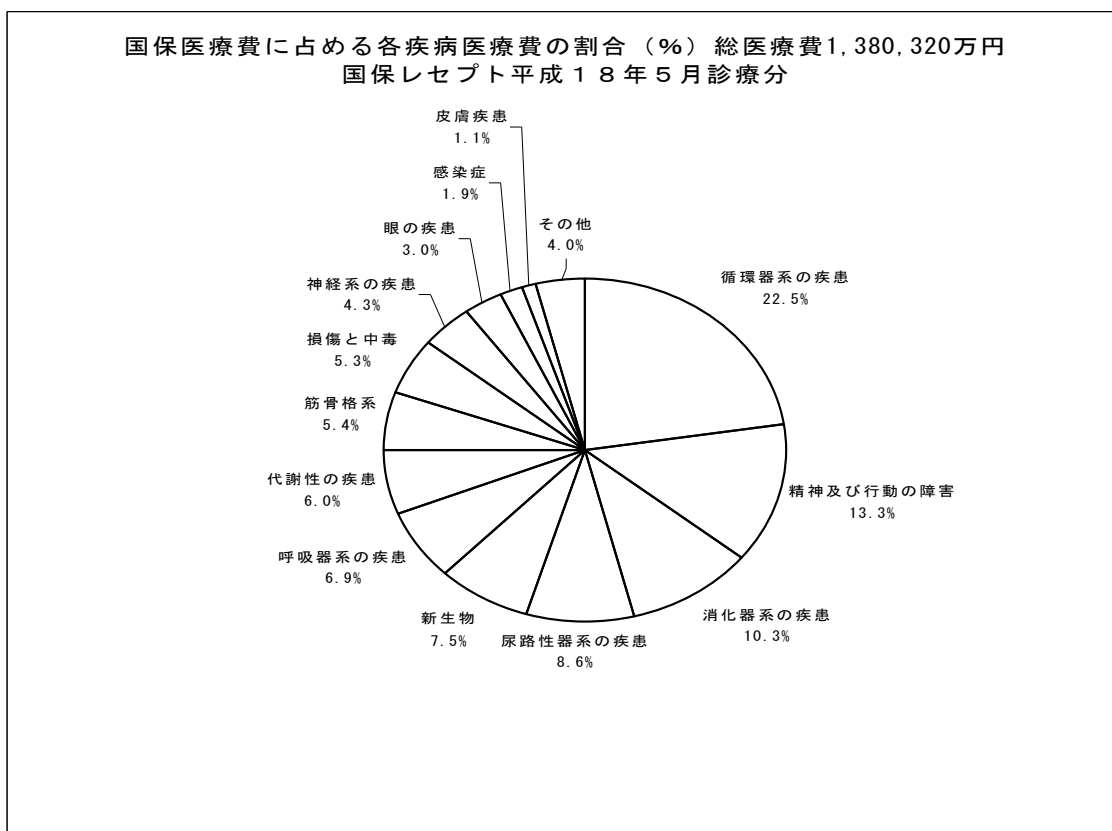
図-77



(厚生労働省資料：平成17年度)

2 疾病毎の医療費の状況
 ア 疾病大分類毎の医療費

図－78



○本県の国保医療費から見た疾病の状況は、循環器系が医療費総額の 22.5%と最も多くを占めており、次いで精神行動障害 13.3%、消化器系 10.3%、尿路系 8.6% 新生物 7.5%の順である。

○全国の総医療費に占める割合(平成17年度)は、循環器系が 21.5%と最も多く、次いで新生物 12.2%、呼吸器系 8.5%、尿路性器系 8.1%、精神行動障害 7.6%の順となっている。

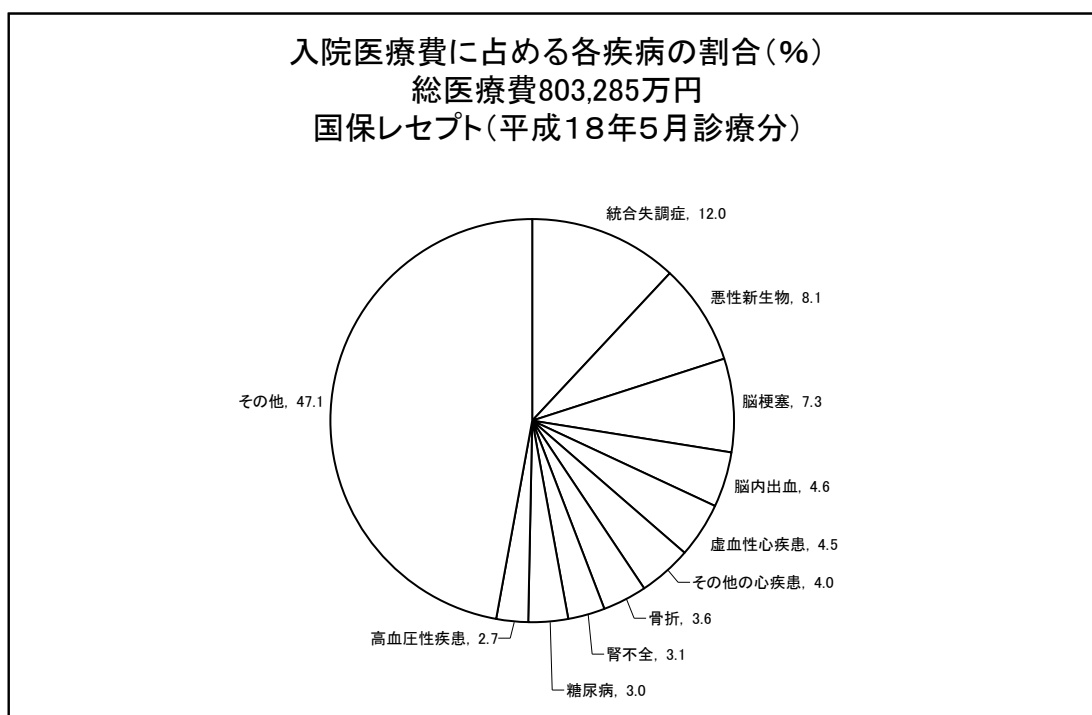
○本県は、全国同様に心臓や血管等の疾患である循環器系が最も多い状況にあり、これは、食事、嗜好品の摂取、生活スタイルなどの「生活習慣」の歪みが大きな要因とされている。

○また、循環器以外の疾患では、本県は第2位の疾患として精神行動障害が多いことが特徴的であり、その他の疾患順位でも全国と差異が見られる。

○精神行動障害が多いことについては、人口1万人当たりの数値で、精神科病床数が41.6で全国値28.0の約1.5倍であること、在院患者数が39.3で全国値25.7の約1.5倍であること、精神科デイケア施設数が0.2で全国値0.1の約2倍となっている等施設などの整備率が高く、診療所通院者数が8.1で全国値6.0の約1.4倍となっている等、受療患者数が多いことが影響していると考えられる。

イ 疾病中分類毎の医療費

図－79 「入院医療費における疾病分類について」



○入院医療費に占める各疾病の割合は、統合失調症が 12.0%で最も多く、次いで悪性新生物 8.1%、脳梗塞 7.3%、脳内出血 4.6%、虚血性心疾患 4.5%となっている。

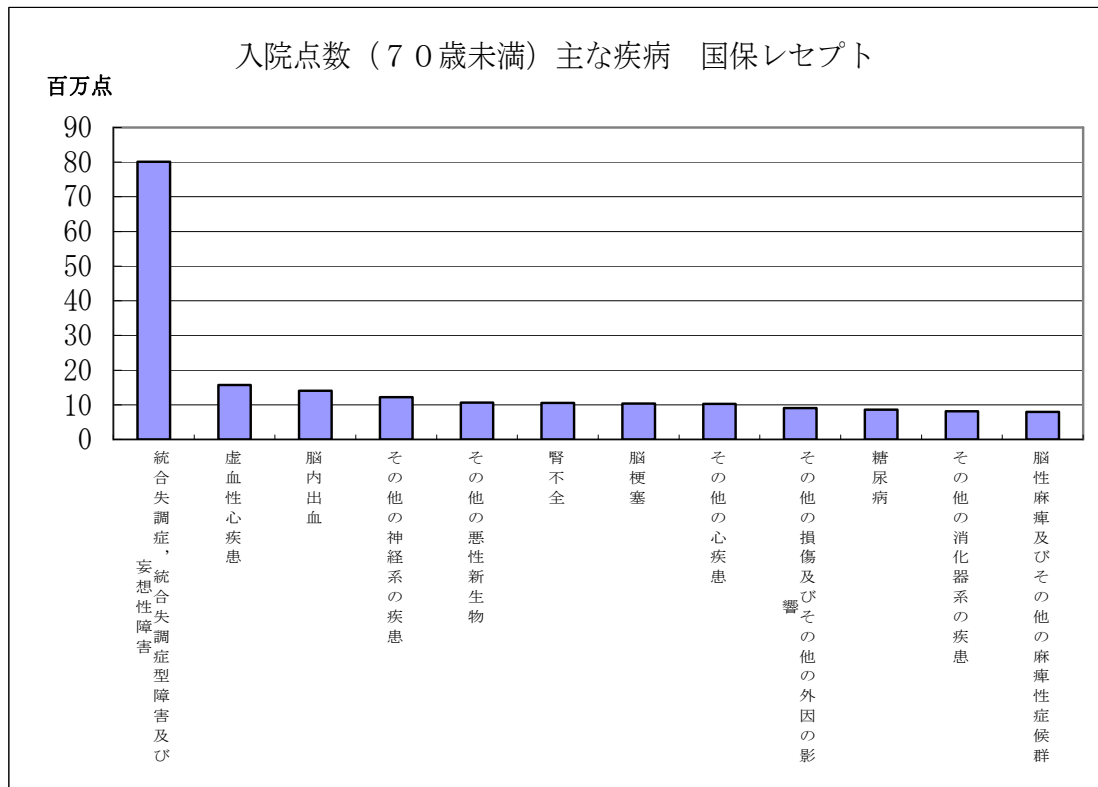
○生活習慣病については、その代表疾病として悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患、糖尿病等（その他の心疾患等を含める）の占める割合は、35.1%である。

○また、悪性新生物についてその発生部位毎には、気管・気管支及び肺が 1.4%、結腸が 0.8%、直腸S状結腸移行部及び直腸が 0.7%、胃が 0.7%、白血病 0.5%、肝及び肝内胆管が 0.4%、乳房、悪性リンパ腫、子宮がそれぞれ 0.3%となっている。

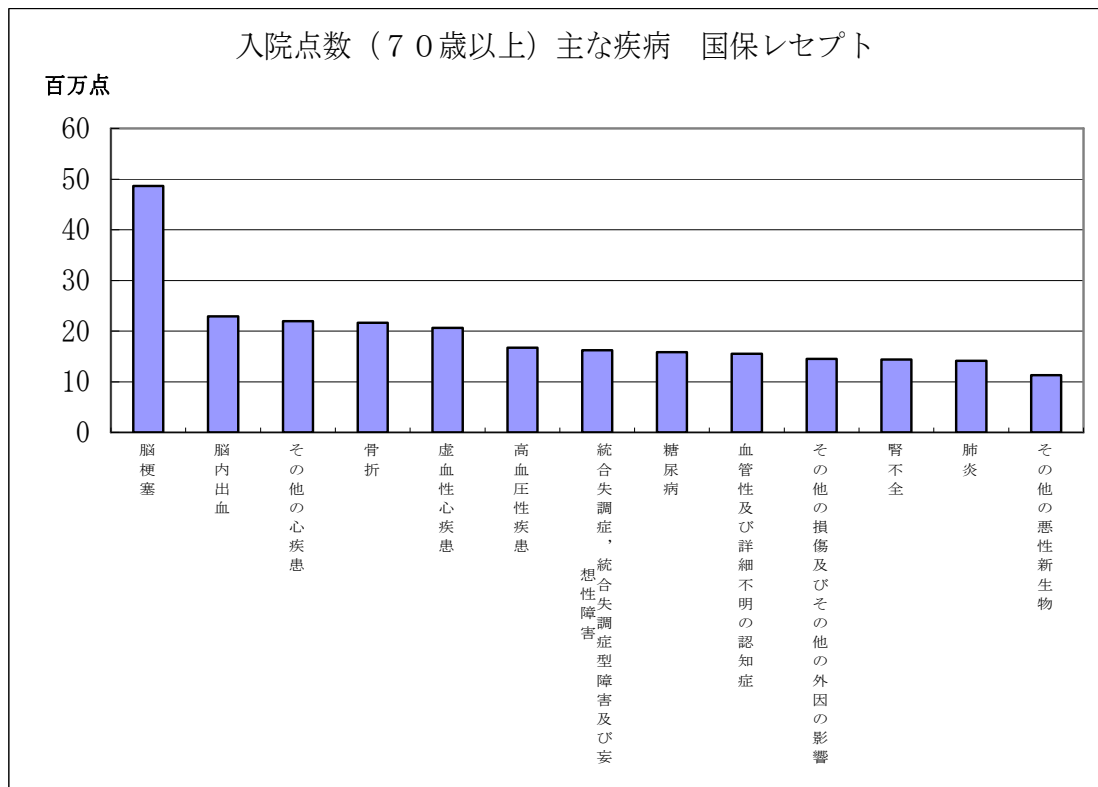
○入院費用において70歳を区切りに年代別の状況を見て見ると、70歳未満では、統合失調症が、総入院医療費の 22.1%を占め、最も多く、その他の疾病は、低い割合で大きな変化はない。ただし、生活習慣病の代表疾病である悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患、糖尿病（以下「生活習慣病の代表疾病」という。）の合計では、総入院医療費の約 27.8%を占める等多い状況にある。

○70歳以上では、脳梗塞が 11.0%と最も多く、次いで脳内出血 5.2%、その他の心疾患 5.0%、骨折 4.9%、虚血性心疾患 4.7%、高血圧性疾患 3.8%の順である。生活習慣病の代表疾病の合計では、約 42.8%となっており、生活習慣病で入院する医療費の割合は、高齢化とともに大きくなる傾向が見られた。

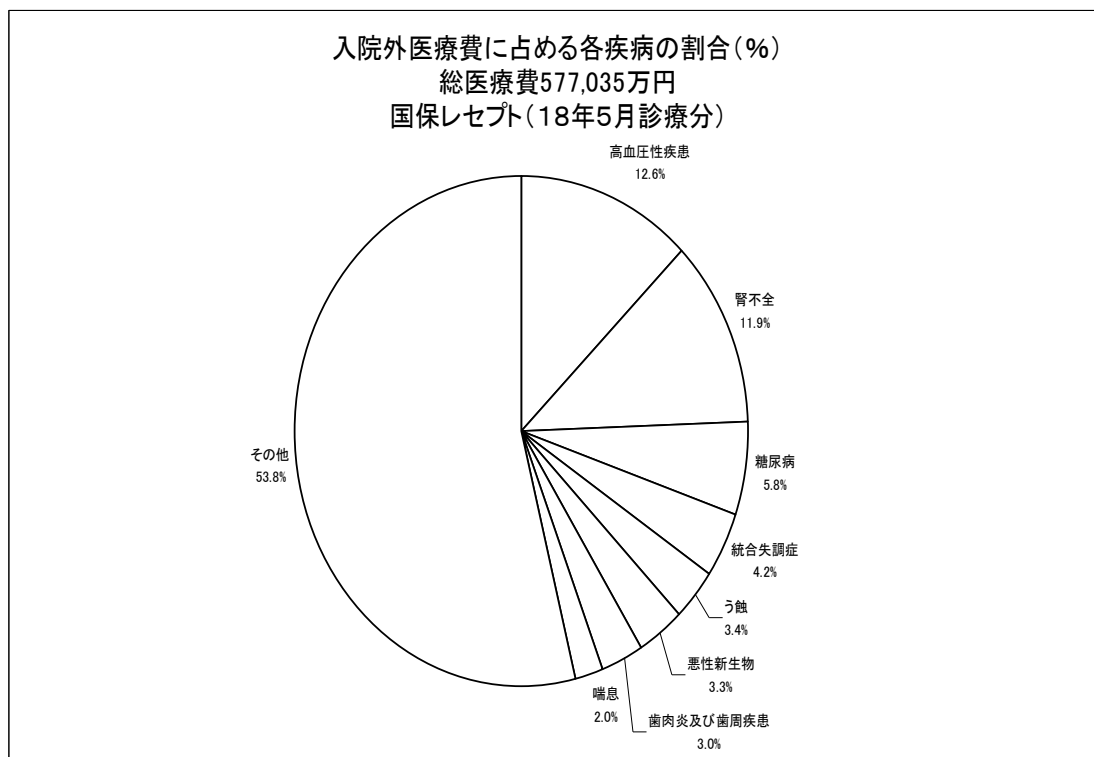
図－ 80 70歳未満の入院医療費における疾病状況



図－ 81 70歳以上の入院医療費における疾病状況



図－ 82 「入院外医療費における疾病分類」



○入院外医療費に占める各疾病は、様々な疾病で構成されているが、その中で高血圧性疾患が 12.6%で最も多く、次いで腎不全 11.9%、糖尿病 5.8%、統合失調症 4.2%、う蝕 3.4%、悪性新生物 3.3%の順である。

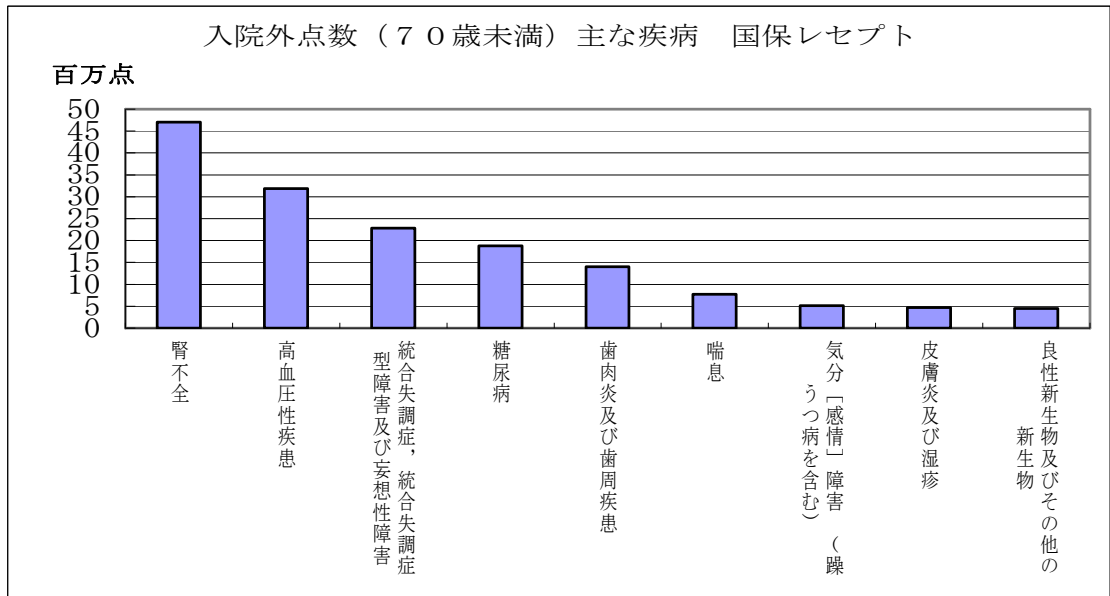
○生活習慣病の代表疾病の合計では、26.3%である。

○70歳を分岐点にした年代別の入院外医療費における疾病分類を見ると、70歳未満では、最も多い疾病は腎不全 13.3%であり、次いで高血圧性疾患の 9.0%その他の歯及び歯の支持組織疾患 8.5%、統合失調症 6.4%、糖尿病 5.3%の順である。生活習慣病の代表疾病の合計は、32.9%を占めている。

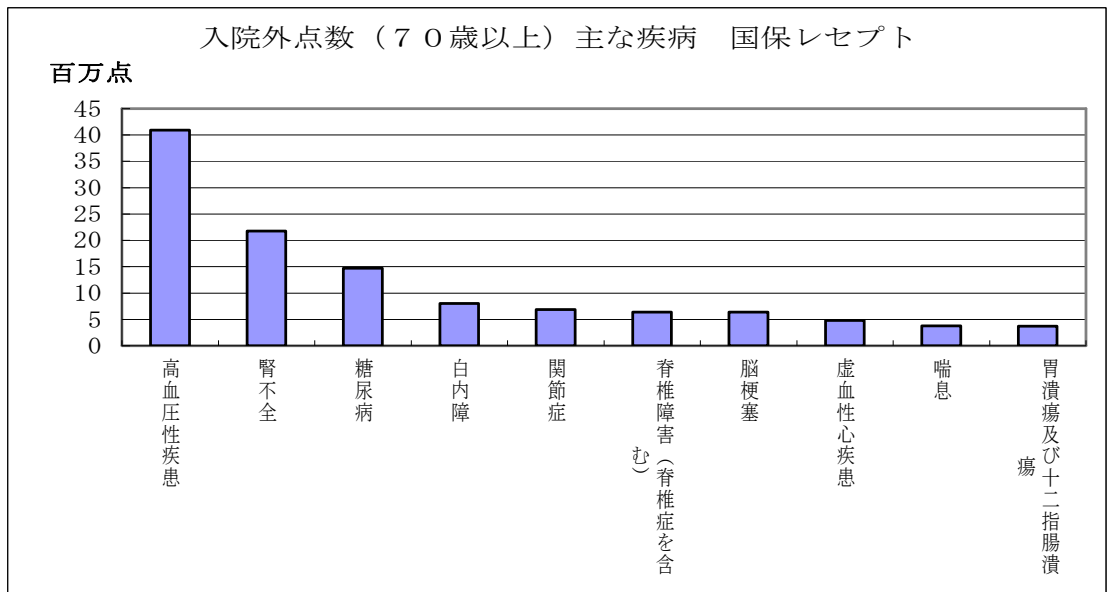
○70歳以上では、高血圧性疾患が 18.4%で最も多く、次いで腎不全 9.8%、糖尿病 6.6%、その他歯及び歯の支持組織疾患 5.6%、白内障 3.6%の順である。

○生活習慣病の代表疾病の合計は、37%を占めている。

図－ 83 70歳未満の入院外医療費における疾病状況



図－ 84 70歳以上の入院外医療費における疾病状況



3 終末期の医療

ア 終末期医療の費用額

・終末期医療に係る医療費について、本県では調査資料が無いため、国や日本医師会が試算した結果を基に本県の老人医療費に対する影響度を検討する。

1) 国の粗い試算を用いた場合(死亡月データ710件の調査)

(財政制度等審議会財政制度分科会財政構造分科会 2007年5月16日)

1年間の死亡者数	98万人	
うち医療機関での死亡者数	80万人	①
うち医療機関での後期高齢者の死亡数	583,121人	②
死亡前1ヶ月の平均医療費	112万円	③

- ・1年間の終末期医療費総額 ①×③=約9,000億円
- ・1年間の後期高齢者の終末期医療費総額 ②×③=約6,520億円
- ・我が国の総医療費に占める割合
9,000億円 / 32.1兆円 = 2.8%
- ・我が国の老人医療費に占める後期高齢者の終末期医療費の割合
6,520億円 / 13.3兆円 = 4.9%

○本県に当てはめた場合(死亡前1ヶ月の平均医療費は②を使用)

1年間の死亡者数	9,121人(18年度)	
うち医療機関での死亡者数	7,329人(18年度)	④
うち医療機関での後期高齢者の死亡数	4,633人(18年度)	⑤

- ・本県の1年間の終末期医療費推計 ③×④=820,848万円
- ・本県の総医療費(保険算定ベース推計値)に占める割合
820,848万円 / 33,032,186万円(18年度) = 2.5%
- ・本県の1年間の後期高齢者の終末期医療費推計
③×⑤=518,896万円・あらゆる手をつくした医療費総額
- ・本県の老人医療費(17年度)に占める割合
518,896万円 / 1,078億円 = 4.8%

2) 日本医師会調査の試算を用いた場合

(3病院で18年度に75歳以上で死亡した入院患者403人の死亡前30日分を調査)

死亡前1ヶ月高齢者(75歳以上)入院医療費平均額	64万円	⑥
医療機関での高齢者(75歳以上)の死亡数	582,121人	⑦
	(18年度)	

- 我が国の後期高齢者の終末期医療費総額 ②×⑥=約3,732億円
- ・全国全体の老人医療費に占める影響度 3,732億円 / 13.3兆円 = 2.8%

○本県に当てはめた場合(死亡前1ヶ月の平均医療費は④を使用)

- ・本県の1年間の後期高齢者の終末期医療費推計
⑤×⑥=約296,512万円・あらゆる手をつくした医療費総額
- ・本県の老人医療費(17年度)に占める割合
296,512万円 / 1,078億円 = 2.8%

イ 終末期医療のまとめ

○終末期（死亡前 30 日以内 1 人当たり費用、以下同じ。）の入院医療費については、疾病の状態、死亡までの入院期間、入院する医療機関の種別（急性期か慢性期か）、医療費の伸びの状況等いろいろな状況で差が出てくるものと考えられることから、終末期の入院医療費額を特定化することは厳しいと思われる。

○日本医師会の調査においても、死亡までの入院期間によって、約 60 万円～ 87 万円の差があった。

○このようなことから、終末期の入院医療費は、日本医師会試算は平均 64 万円で、国試算は 112 万円であるとの差になっているものと思われる。

○終末期の医療費は、約 60 万円～ 112 万円の間にあるものと考えられ、本県の後期高齢者の終末期医療費総額は、約 29.7 億円～ 51.9 億円で、老人医療費に占める割合は、17 年度で 2.8%～ 4.8%であると考えられ、この額は、17 年度の対前年度伸び率 7.7%の約 3.6 割～ 6 割に相当する。

○また、通常の入院医療費については、日本医師会では 41.4 万円（本県の介護療養病棟の入院医療費は平均 42.2 万円：17 年度）としており、終末期において、「通常の医療以上に手をつくした医療費額」は、月当たり約 20 万円～ 90 万円と予測される。従って、後期高齢者の終末期の患者に対する病院内での「通常の医療以上に手をつくした医療費総額」は、約 9.3 億円～ 41.7 億円で老人医療費に占める割合は、0.8%～ 3.9%の範囲内にあると推測される。

○一方、終末期において県民の意識については、「沖縄県保健医療県民意識調査（平成 19 年 3 月）」で回答者約 900 名のうち 42.9%が、「自宅で最期を迎えたい」としている。しかし、自宅で死亡する者の割合（18 年度）は、全死亡者の 13%と少なく、病院内での死亡が 78.4 %と最も高い状況である。

○自宅で死亡する者の割合と病院内での死亡する者の割合は、本県では昭和 54 年から逆転しており、病院病床の伸びに比例して病院内での死亡割合が高くなっている状況で、ここ数年は、病床の伸びがないため、自宅での死亡割合も現状の数値にとどまっている。

○終末期医療については、単に患者を在宅への方向とするのではなく、県民意識や患者のニーズ等を勘案しつつ、沖縄県保健医療計画に基づいて、在宅医療の推進とともに、患者の症状に応じた切れ目のない地域医療連携が図られる体制づくりの中で必要な在宅医療が受けられるように対応していく必要がある。

図－ 85

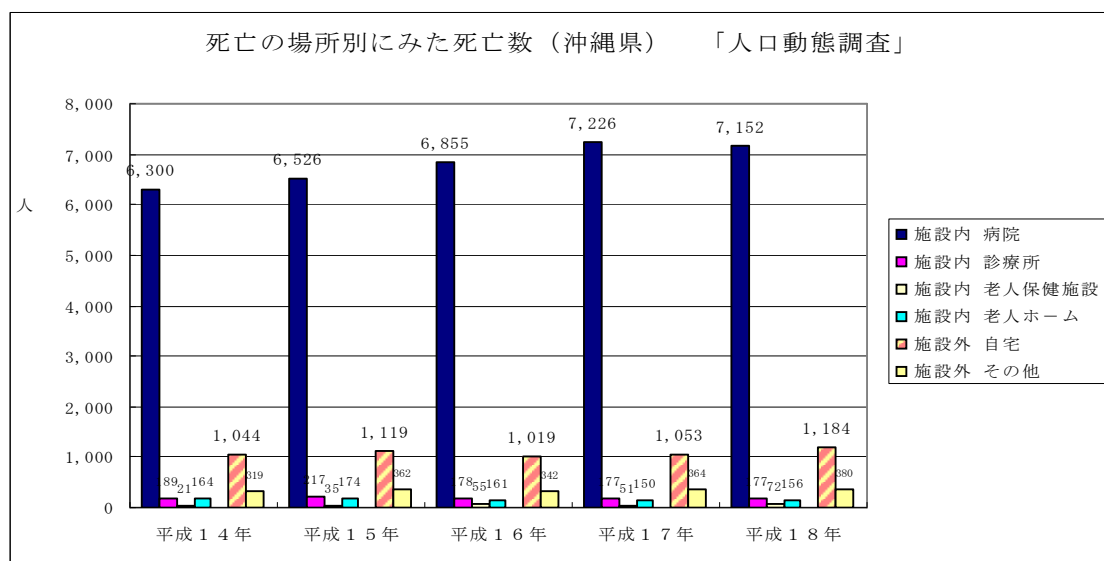
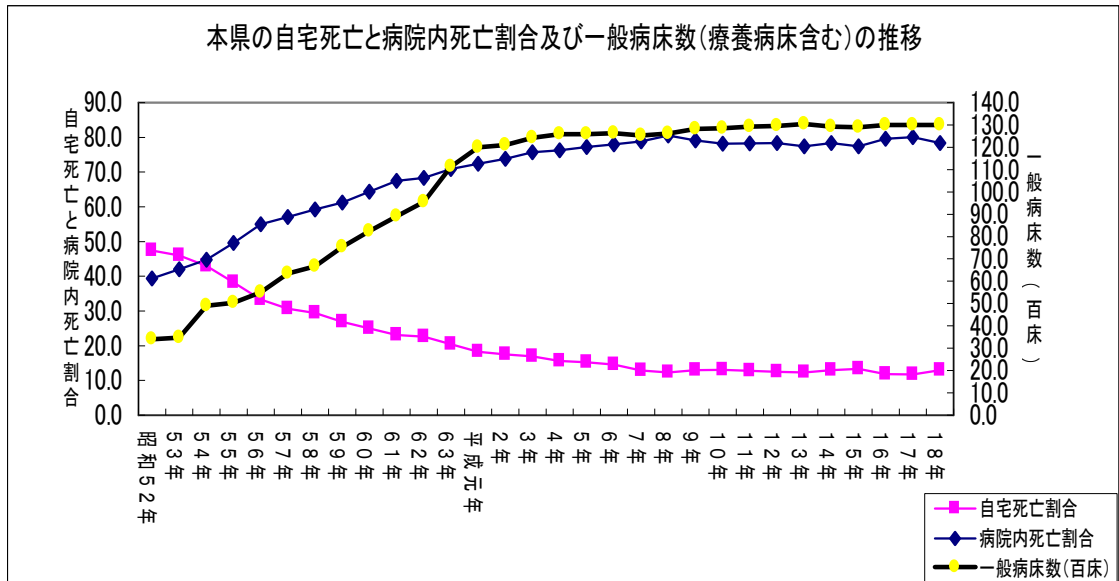


図 - 86



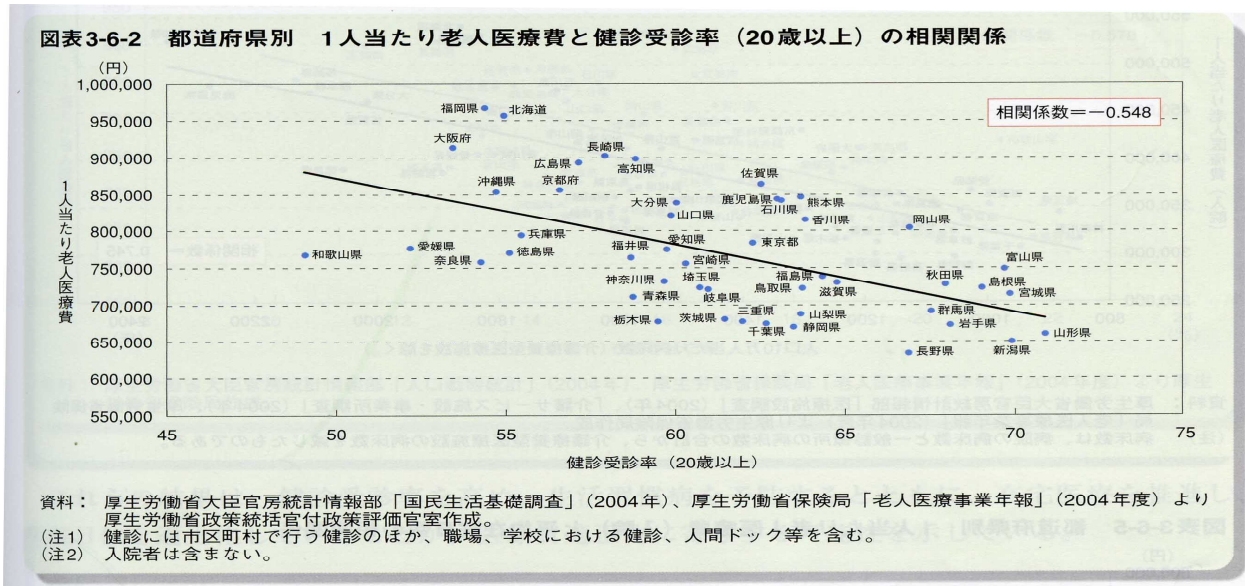
4 医療費が増加している要因

- 医療費の増加要因については、老人医療費の増加による影響が高い。
- このことから、高齢化の状況を踏まえた1人当たりの老人医療費との関係を検討し、医療費の増加要因を推測した。

ア 1人当たり老人医療費と健診受診率（20歳以上）の相関関係

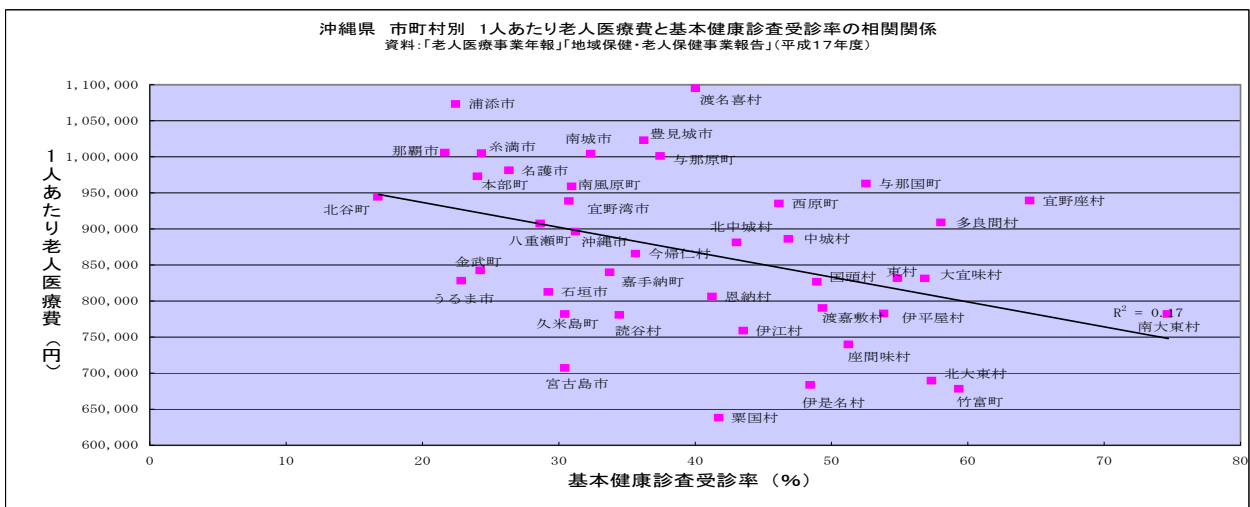
- 1人当たり老人医療費と健診受診率（市町村で行う健診、職場健診、学校健診、人間ドック等）の関係については、健診受診率が高い都道府県ほど1人当たり老人医療費が低くなる傾向にある。
- 本県は、県内の健診受診率が約55%で、他県よりも低いことから、1人当たり老人医療費が高く（全国第7位）なっている。

図-87



- また、県内の各市町村の基本健康診査受診率（平成17年度）と1人当たり老人医療費の関係を見ると、上記の総健診の受診率との関係より低い状況であった。本県においては、健診後における要医療者の医療機関未受診が多いことが相関関係を低くしていることの一因として考えられる。

図-88



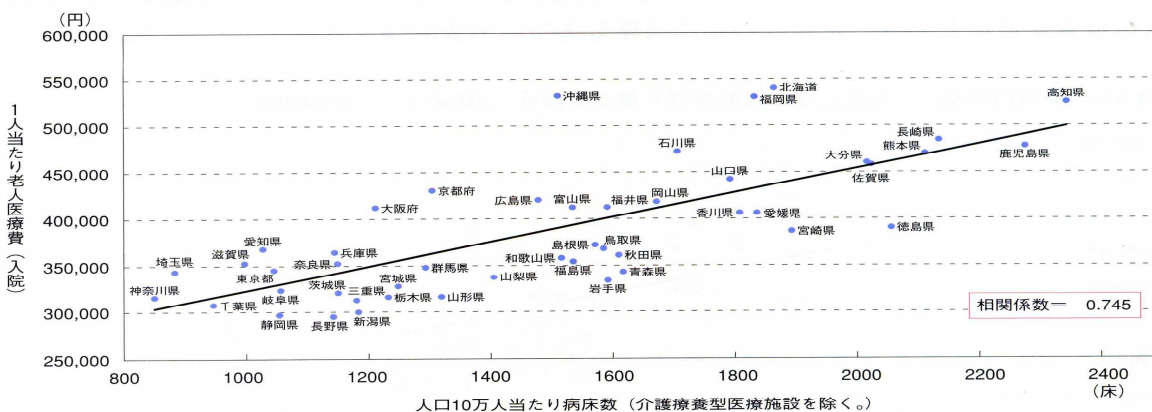
イ 老人医療費（入院）と人口10万人当たり病床数の相関関係

○1人当たり老人医療費（入院）と人口10万人当たり病床数との関係は、全国的には、強い正の相関が見られる。

○本県においても病床数との関係があると考えられるものの、補助線からの乖離が大きいことから、他の要因による影響もあるものと推測される。

図－89

図表3-6-4 都道府県別 1人当たり老人医療費（入院）と人口10万人当たり病床数の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（2004年）、「介護サービス施設・事業所調査」（2004年）、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）より厚生労働省保険局作成。

（注）病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設の病床数を減じたものである。

ウ 老人医療費（入院）と平均在院日数の相関関係

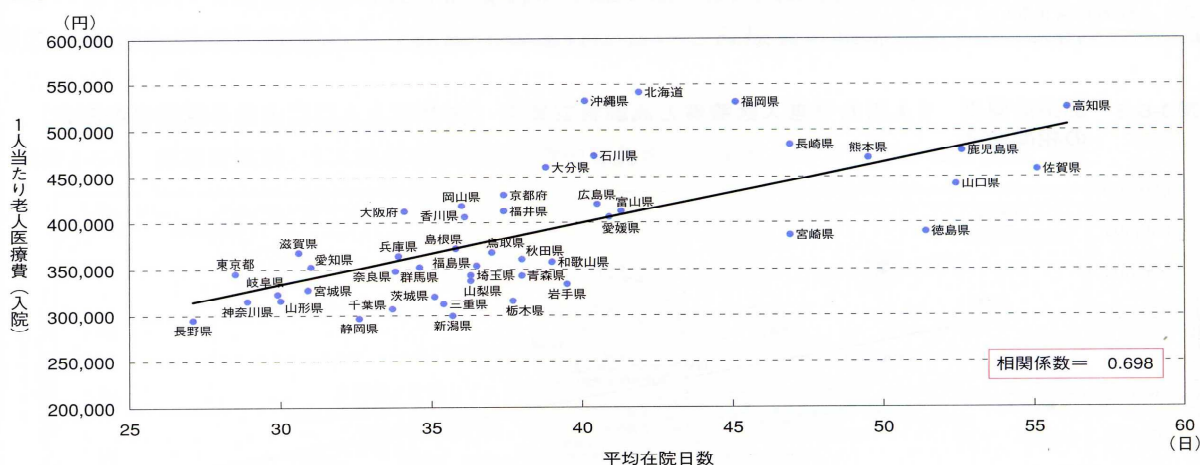
○1人当たり老人医療費（入院）と平均在院日数の関係を見ると、全国的に相関関係が見られる。

○本県においては、一般病床と精神病床の平均在院日数が全国平均以下で、減少傾向にあること、療養病床の平均在院日数が全国2位と長い状態で増加傾向にあることから、今後、そのままの状況で推移すると療養病床の平均在院日数の伸びが、1人当たり老人医療費（入院）の増加に大きな影響を及ぼすものと考えられる。

図－90

平成19年厚生労働白書

図表3-6-5 都道府県別 1人当たり老人医療費（入院）と平均在院日数の相関関係



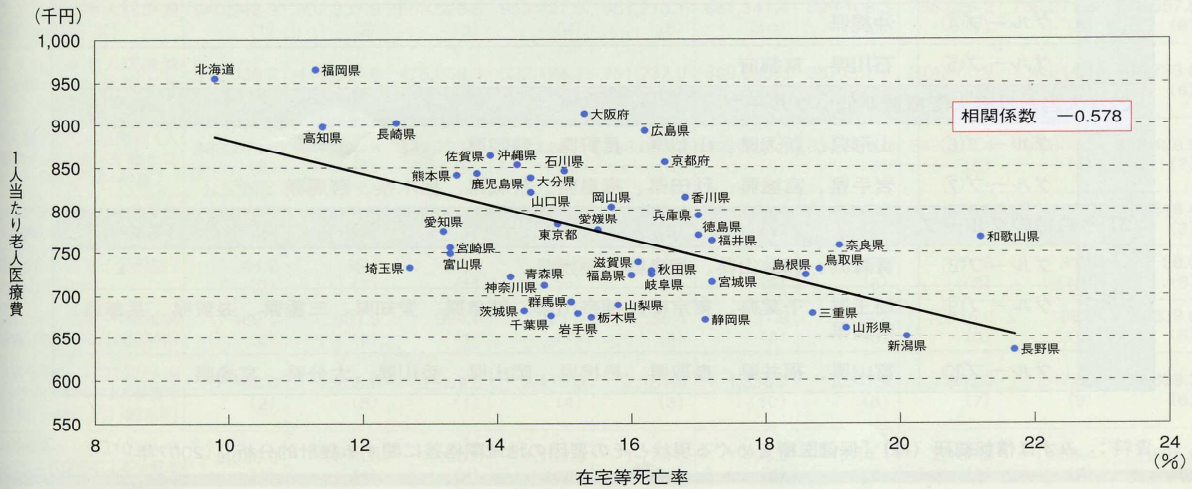
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」（2004年）、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）より厚生労働省保険局作成。

エ 老人医療費と在宅等死亡率の関係

○1人当たり老人医療費と在宅（自宅、老人ホーム、老健施設）等死亡率の関係をみると、在宅等死亡率の高い都道府県では、老人医療費が低くなる傾向にある。

図-91

図表3-6-6 都道府県別 1人当たり老人医療費と在宅等死亡率の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（2004年）、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）より厚生労働省保険局作成。

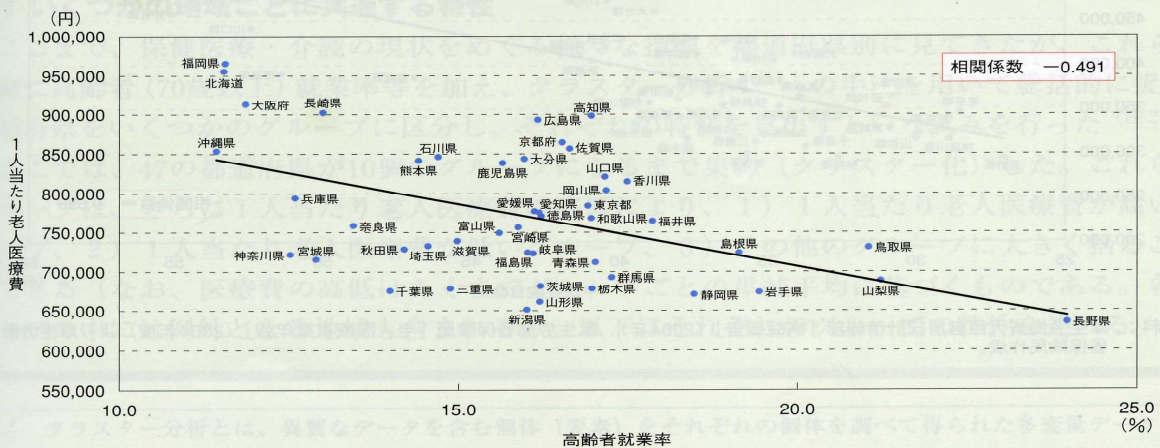
オ 老人医療費と高齢者就業率との関係

○1人当たり老人医療費と高齢者就業率との関係をみると、高齢者就業率が低い都道府県は、1人当たり老人医療費が高くなる傾向にある。

○本県は、高齢者就業率が全国で最も低い状況にある。

図-92

図表3-6-3 都道府県別 1人当たり老人医療費と高齢者就業率（70歳以上人口に占める就業者の割合）の相関関係



資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

カ 人口の変動がもたらす医療費への影響

○医療費適正化計画期間における人口増の影響については、1人当たり医療費に大きな差がある70歳を分岐点に、それぞれの人口を踏まえて、計画期間の人口増分に期間当初の平成20年度1人当たり医療費推計値を乗じて算定した。

○なお、1人当たり医療費推計値には、医療の高度化分も含まれているため、算出した数値は、その高度化分が含まれている。

○また、医療の高度化は、平成20年度と24年度において差がないものと仮定し、算出した。

	人口推計値		1人当たり医療費推計値 円	
	70歳未満	70歳以上	70歳未満	70歳以上
平成20年度	1,210,048	170,795	140,160	848,159
平成24年度	1,213,345	189,294		

(厚生労働省資料による)

「70歳未満の医療費増」

$$1,213,345 \text{ 人} \times (140,160 \text{ 円} - \alpha) - 1,210,048 \text{ 人} \times (140,160 \text{ 円} - \alpha) \\ = 462,107,520 \text{ 円} - 3,297 \alpha \quad \dots \textcircled{1}$$

α = 医療の高度化分

「70歳以上の医療費増」

$$189,294 \text{ 人} \times (848,159 \text{ 円} - \beta) - 170,795 \text{ 人} \times (848,159 \text{ 円} - \beta) \\ = 15,690,093,341 \text{ 円} - 18,499 \beta \quad \dots \textcircled{2}$$

β = 医療の高度化分

$$\textcircled{1} + \textcircled{2} = 16,152,200,861 \text{ 円} - 3,297 \alpha - 18,499 \beta$$

医療の高度化分を加味した人口増による医療費増 = 16,152,200,861 円 = 約 162 億円

※この162億円の医療費増分は、平成20年度の県民医療費推計値（支払基金+国保連合会の審査分）359,094,893千円の約4.5%に当たる。毎年の前年度伸び率は、約1.1%と推測される。

※また、高齢化による医療費増は大きく、70歳以上の増加分は70歳未満の増加分の約3.4倍に当たる。これは、人口の伸びが、70歳以上が70歳未満の約5.6倍、1人当たり医療費が、70歳以上が70歳未満の約6.1倍になっていることを要因としている。

5 医療の現状・課題のまとめ

ア 現状まとめ

1) 医療保険加入者の状況

- 全国に比して、市町村国保や政府管掌健康保険への加入者が多い。
- これは、自営業者や中小規模の事業所が多いことが要因

2) 医療費を取り巻く現状

「医療費の現状について」

- 県民医療費の対前年度伸び率は、全国よりも高い。
- 県民1人当たり医療費は、全国よりも低い。
- 年代別の医療費では、年齢が増すほどに高くなり、75歳以上の後期高齢者の1人当たり医療費は、39歳以下の約9倍、40歳～59歳の約4倍、60歳～74歳の約2倍となっている。
- 老人医療費は、増加傾向にあり、県民医療費に占める割合は3割以上である。また、1人当たり老人医療費の対前年度伸び率は、平成16年度は全国第2位、17年度は全国第1位と高い状況にある。
- 入院と入院外の医療費について、70歳未満では、本県及び全国とも外来費用の負担が大きい。70歳以上では、全国が入院と入院外でほぼ同様となっているのに比して、本県は入院費用の負担割合が高い。



- ・医療費の増加の大きな要因の一つとして、老人医療費の増加が考えられる。
- ・また、高齢者の医療において、入院中心の医療費負担となっていることが特徴的で、入院中心医療であることが老人医療費を押し上げている要因である。

「人口増加と医療費への影響について」

- 本県の人口は、全国同様に若年者が減少し、高齢者が増加しているが、全国的に人口が減少している中で、本県は、全国1位の増加率である。
- 今後5年間の傾向を見ると、本県は、主な増加要因としては後期高齢者の増加率が高いことや団塊の世代（現55～58歳）の移行による60代の増加である。
- 人口増加による医療費増は、平成20年度～24年度の5年間で約162億円で、20年度の医療費総額の約4.5%の増が見込まれる。



- ・後期高齢者の人口増を主な要因として、今後5年間で4～5%の医療費増が見込まれる。

「医療費から見た疾病の状況及び在宅医療について」

- 70歳未満の医療費では、入院で統合失調症、入院外で腎不全が最も高い。
- 70歳以上の医療費では、入院で脳梗塞、入院外で高血圧性疾患が最も高い。
- 生活習慣病の医療費総額は、医療費総額の約32%を占め、70歳未満の入院医療費総額の約28%、70歳以上では約43%を占めている。入院外医療費でも70歳未満で約33%、70歳以上で37%を占めている。
- 生活習慣病の各疾病毎の受療率は、全国に比して、入院で高く、入院外で低いのが特徴である。
- 終末期医療の老人医療費総額に占める影響度は、国試算で約4.8%、日本医師会試算で約2.8%と見込まれる。
- 本県は、疾病構造が全国と若干の差異が見られるが、循環器系の疾患が最も多いことは、全国同様であった。特に循環器疾患を含めた生活習慣病の疾患割合が高く、70歳未満及び70歳以上のどちらも、生活習慣病による医療費負担30%以上を占め、特に高齢になるほど生活習慣病での医療費負担増が見られた。
- 患者の3人に1人は生活習慣病であり、その疾患で死亡する割合は約5割になっている。
- 終末期医療の老人医療費総額に占める影響度は、国試算で約4.8%、日本医師会試算で約2.8%と見込まれる。本県の県民意識調査では、約4割が在宅での死亡を望んでいる。しかし、在宅医療を支える診療所数、訪問看護ステーション数等の在宅の医療資源は、全国より少ない。



- ・ 患者の中で生活習慣病疾患で占める割合が高い。
- ・ 在宅医療を支える資源が少ない。

「平均在院日数について」

- 平成17年度の本県の平均在院日数は、39.3日で全国平均の35.7日をやや上まわっている。
- 病床種別毎には、一般病床及び精神病床は毎年減少傾向にあり、全国平均を下回っている。療養病床は、毎年増加傾向にあり、全国第2位の高さである。



- ・ 療養病床の平均在院日数が長いことが、県全体の平均在院日数を押し上げており、その増加が医療費の増にも影響している。

「医療費(特に老人医療費)が増加している要因について」

- 医療費の増加には、「高齢化率の進行」が影響している。
- 1人当たり老人医療費の増加には、「健診受診率の低さ」「在宅等死亡率の低さ」「高齢者の就業割合の低さ」が影響している。
- 1人当たり老人医療費の入院費用の増加には、「病床数が多いこと」「在院日数が長い」ことが影響している。

イ 課題

1) 全体的課題

○老人医療費の適正化が重要である。特に入院中心となっている状況を改善する必要がある。

- ・医療費増の主な要因は、老人医療費の増である。
- ・老人医療費の増加の要因は、入院医療費の増であり、その入院費用の約半分を占める生活習慣病の予防対策等を充実する等、高齢期に至っても健康で暮らせるための対応が必要である。

2) 県民の健康の保持増進に関する課題

○老人の入院する疾患の約4割以上を占める生活習慣病対策等の予防対策が重要である。

- ・本県は、若年期から肥満が多く、生活習慣病発症へのリスクが高い状況がある。
- ・また、療養病床に入院する患者においては、医療の必要度が高い者が多い。
- ・若年期からの健康づくりに加え、各保険者や職場等における健診への受診勧奨や受診後に医療が必要となった者への受診勧奨の推進等の対策が重要である。

3) 効率的な医療提供に関する課題

○限られた医療資源の効率的な活用を図るため、患者の状態等の状況を踏まえつつ、在院日数の縮減対策が必要であり、また、在宅医療資源の充実対策等も必要である。

- ・本県は、療養病床の平均在院日数が高い等、老人医療費の増加に関係する要因があり、患者の症状や状態に応じた医療サービス、介護サービスの提供を推進しながら、平均在院日数の縮減に向けた対応を推進していく必要がある。
- ・また、地域医療連携を推進し、入院から在宅に至る医療サービスの充実を図るためには、医療資源の乏しい状況にある診療所や訪問看護ステーションの充実に向け、医師会等関係機関と連携しつつ、在宅医療連携システム等（特に在宅療養支援診療所医師に対するサポート体制づくり等）の対応を進めていく必要がある。

4) 介護保険サービスとの連携に関する課題

○高齢化の進行により、医療施設や介護施設では、医療サービスが必要な者と介護サービスの必要な者の混在化が増加してくることが予想される。患者の状態に応じたサービスを切れ目なく提供していくためには、医療機関と介護保険施設等との連携をより一層、充実する必要がある。

- ・本県は、介護保険施設の整備が全国よりも進んでいる状況にあるが、利用率が非常に高い。
- ・また、老人保健施設においては、医療機関からの紹介患者が多いとともに、老人保健施設から医療機関へもどるケースも多いと予想される。
- ・療養病床再編に当たって、地域ケア体制整備構想や第4期介護保険事業支援計画においては、適切に介護サービスの受け皿づくりを図っていく必要があるとともに、医療サービスとの連携について、将来を見通した対応を図っていく必要がある。

第4章 目標と取り組み

1 目標設定に向けた基本的考え方

・今回の医療制度改革は、今後の高齢化の進展等に伴い医療費が増加する状況を踏まえつつ、「安定した医療保険制度の維持」と「高い保健医療水準の維持」を目指すものであるが、同改革の具体的な取組として、本県の医療費適正化計画においては、超高齢社会の到来に対応しつつ、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民の生活の質の維持及び向上を図ることを第一の目指すべき方向とするものであり、その結果として医療費の適正化につなげていくものである。

2 医療費適正化計画における目標

・本県の医療費増加の大きな要因は、毎年、全国の上位に位置する老人医療費の伸びであり、その老人医療費の特徴は、入院医療費が他都道府県と比較して極端に高く、入院外医療費が低いことである。

・受療状況においては、高齢期に向けて生活習慣病で入院する割合が高くなってきている状況がある。肥満やメタボリックシンドロームの予備群等が若年期から多くなっている状況があり、また、生活習慣病対策の一つとしての市町村の行う基本健康診査や職場内で実施している職場健診においては、全国に比して受診率が低く、さらに健診後に医療機関での受診を指導された者のうち未受診となっている者も多いのが特徴である。

・生活習慣病は、一般的に不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣を主な要因として、肥満症、高血圧症、高脂血症、糖尿病等として発症していくものであり、本県においては、それに加え、健診の未受診、治療の放置等を要因として生活習慣病が重症化し、ひいては高齢期における入院率をも高くしているという経過をたどっていることが十分に予測される。これは、本県の療養病床に入院する患者において、重度な状態の者が多いとしての結果が、その経過の一端の現れでもあることが予想される。健診受診率の状況と1人当たり老人医療費との関係については、全国的に、強い相関関係があるとされている。

・さらに1人あたり老人医療費の入院費用の増減には、平均在院日数や病床数が高い相関関係のある状況にあり、老人医療費の適正化を図るためには、限られた医療資源の有効かつ効果的な活用を推進するための対策が必要である。

・以上のことから、医療費の適正化を図っていくためには、次の①②の施策の推進を図ることとし、その施策の推進に係る数値目標については、「県民の健康の保持増進に関する達成目標」と「医療の効率的な提供の推進に関する達成目標」として次のア、イのように設定する。

①若年期からの生活習慣病の予防対策の推進

・「健康おきなわ21」に基づき、若年期からの食生活・運動などの生活習慣に係る健康づくり対策や「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく各保険者による特定健康診査・特定保健指導を推進することで、メタボリックシンドローム該当者、予備群を減らし、ひいては生活習慣病の重症化や合併症の発症を抑え、入院患者の減少を図る。

②病床等医療資源の効率的活用の推進

・限られた医療資源を有効かつ効果的に活用するためには、患者の症状や状態に応じて入院から在宅医療に至る切れ目の無い医療サービスの提供体制を図る他、特に老人への対応としては、医療サービスと介護サービスの連携を推進することが重要である。

・そのため、沖縄県保健医療計画における地域医療連携クリティカルパス導入の医療機関の増並びに在宅医療の推進等を図る他、特に医療費適正化計画期間中においては、医療の必要度の高い患者と低い患者が混在している療養

病床において、患者の状態に応じたサービス提供が受けられるよう、医療サービスが低い者が入院する病床を介護保険施設等へ転換する。これらの方策により、平均在院日数の縮減を図る。

ア 県民の健康の保持増進に関する数値目標

県民の健康の保持増進に関する数値目標については、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（案）」を踏まえ、生活習慣病対策を図るための目標値として設定することを基本とし、医療費適正化計画の中期目標年度である平成 27 年度において、メタボリックシンドローム該当者・予備群を 25%減少させるという全国目標を念頭に、平成 24 年度における本県の達成すべき目標を次のように設定する。なお、①～③に示される目標事項は、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（案）：平成 20 年 4 月 1 日施行」により、全都道府県の共通事項である。

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とする。

特定健診実施保険者名	20 年度対象予定数	24 年度目標値
市町村国保 (41 市町村)	288,630 人	65%以上
健康保険組合 (5 組合)	27,932 人	80%以上
共済組合 (4 組合)	32,369 人	80%以上
政府管掌健康保険組合	163,711 人	70%以上
医師国保	812 人	70%以上
計	513,454 人	70%以上

注：20 年度対象予定者数は、各保険者における平成 20 年 4 月 1 日の見込み数である。

注：医療保険に加入していない生活保護の被保護者（40 歳以上）に対しては、健康増進法に基づき市町村で実施される。

※特定健康診査とは、「高齢者の医療の確保に関する法律第 20 条」に基づき、各保険者が平成 20 年度から実施するものである。ただし、労働安全衛生法により職場での健診で特定健康診査に相当する健診を受けた者は、特定健康診査を受けたものとみなされる。

※保険者協議会においては、特定健康診査について、保険者の代表者と健診機関（医療機関）との代表者との集合契約を実施することで、健診対象者である住民が県内のどの健診機関でも健診が受けられるしくみを構築する方向である。

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。(各保険者共通目標)

24年度目標値
45%以上

※特定保健指導とは、「高齢者の医療の確保に関する法律第24条」に基づき、特定健康診査の結果から内臓脂肪型肥満(腹囲)と血糖、脂質、血圧、喫煙歴等のリスクにより階層化された対象者に対し行われる動機付け支援、積極的支援のことである。

③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

- ・平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少することとする。

※メタボリックシンドロームの減少率の算定については、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(案)」において、平成20年度及び24年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の年齢階層別の割合を人口(それぞれの年度の4月1日現在の住民基本台帳人口)の年齢階層別に乘じて、それぞれの推計数を算出し、24年度の推計数を20年度の推計数で除して行うことになっている。

※メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に高血糖、高血圧、脂質異常のうち2つ以上を合併した状態である。なお、診断基準では高血糖について、空腹時血糖を110mg/dl以上としているが、特定保健指導においては、予防対策を推進する観点から100mg/dlとし、幅広い対象者としている。

④その他、本県独自で設定する主な目標事項

「肥満者の割合の減少」

- ・本県は、若年期から肥満者の割合が全国よりも高く、生活習慣病の予防対策を推進するうえで、大きな課題となっていることを踏まえ、次のとおり目標値を設定する。

項目・指標	現状値	24年度目標値
20～60歳代の男性の肥満者割合	42.0%	減少
40～60歳代の女性の肥満者割合	36.9%	減少

※目標値の把握は、「県民健康・栄養調査」により行うこととする。
なお、現状値は、平成15～18年度と同調査結果である。

イ 効率的な医療提供に関する目標

①平成24年度の療養病床の目標数

再編対象の療養病床数(平成18年10月1日現在)			目標病床数
医療療養病床	介護療養病床	計	
3,064	687	3,751	2,456

※療養病床の目標数は、国が示す参酌標準(a - b + c)に本県における平成24年度までの後期高齢者人口の伸びを加味して算出したものである。

$$\text{目標数} = \frac{(a - b + c) \times \text{平成24年度の後期高齢者人口予測数}(130,635)}{\text{平成18年度の後期高齢者人口}(102,233)}$$

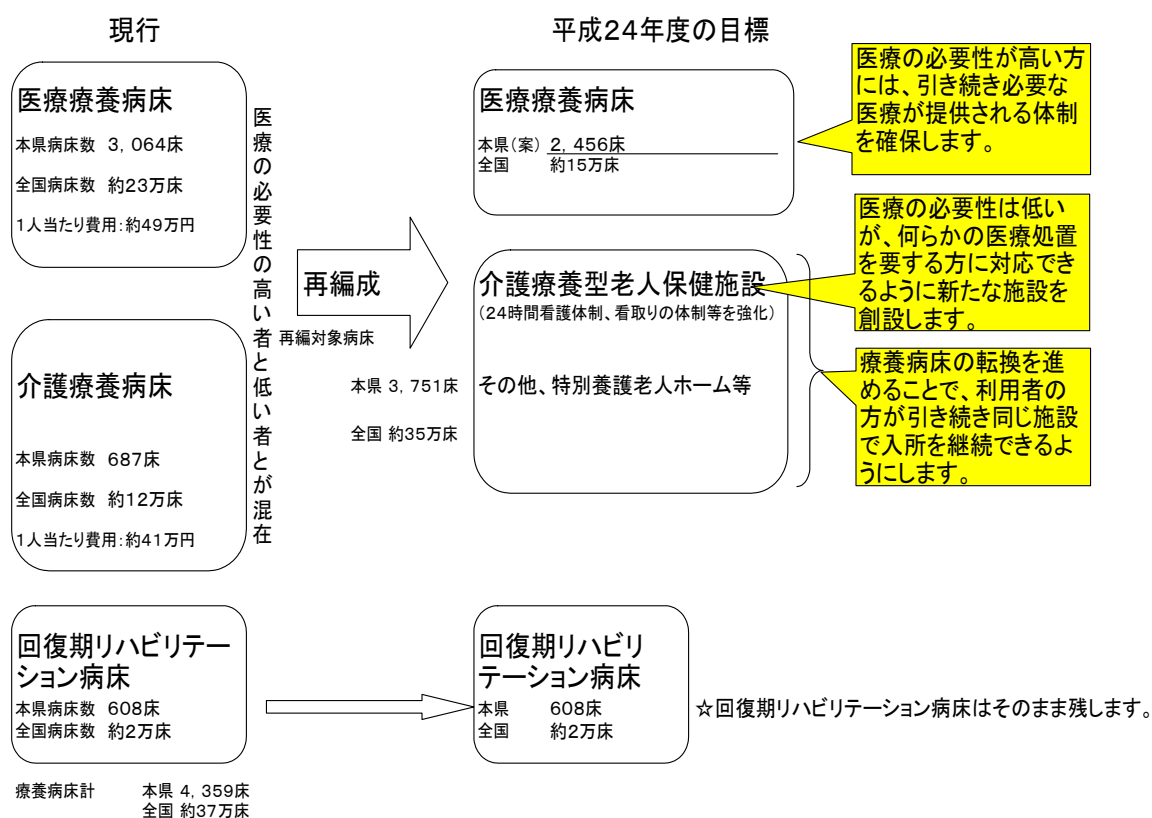
a = 医療療養病床数

b = 医療療養病床患者医療区分1 + 医療療養病床患者医療区分2 × 3割

c = 介護療養病床患者医療区分3 + 介護療養病床患者医療区分2 × 7割

※平成24年度の療養病床の目標数は、平成18年10月1日現在の療養病床数を再編前の基準数とすることになっており、同基準数は、総療養病床数4,359床のうち回復期リハビリテーション病床608床を除いた3,751床である。

療養病床再編成のイメージ



②平均在院日数の目標値

目標項目	平成24年度目標値	参考(平成18年度)
平均在院日数	32.5日	36.3日

(参考) 平成18年度の平均在院日数(介護療養病床を除く)

長野県=25.0日、本県=36.3日(全国11位長い県)、全国平均=32.2日
現在の長野県との差=11.3日

※平均在院日数については、医療制度改革大綱(平成17年12月政府・与党医療改革協議会)等において、平成27年度までに、全国平均の日数を、最短の長野県との差を半分に短縮する長期目標が定められている。

※これを踏まえ、各都道府県の平成24年度の平均在院日数の目標値は、平成18年病院報告による最短の都道府県との差を9分の3短縮することが求められている。

※なお、計画期間中に最短の都道府県の平均在院日数が減少した場合は、平成22年度の間評価で必要な見直しを行うこととする。

3 目標達成に向け、本県で取り組む主な対策

ア 県民の健康の保持増進に向けた対策

1) 特定健康診査・特定保健指導の充実に向けた対策

○普及啓発の充実・強化

・特定健康診査や特定保健指導の実施率の向上を図るため、平成19年度は、市町村や国保連合会と連携して、県民を対象としたテレビ・ラジオによる広報活動や講演会等を実施してきたが、20年度以降も引き続き実施するとともに、毎年度の健診等の実施率の状況を踏まえて、普及啓発を充実・強化する。

○技術講習会の実施

・特定保健指導を担う医師、保健師、管理栄養士等を対象に技術講習会を実施し、人材の育成とともに特定保健指導の充実を図る。

○特定健康診査・特定保健指導の評価に対する支援

・特定健康診査等の評価については、保険者協議会を中心に、平成22年度に中間評価、平成25年度に実績評価を行うことになっているが、本県においても医療費適正化の観点から健診等の情報の収集・整理・提供を行う等、同協議会での評価への支援を図る。

2) 健診実施後の要医療者に対する受診勧奨の推進

○本県は、健診実施後に要医療と指導された者のうち、医療機関への受診率が低い状況であり、受診勧奨を推進する必要がある。そのため、各保険者、市町村等と連携して受診勧奨に向けた普及啓発に取り組む。

3) 糖尿病予防対策の推進

○年齢調整死亡率が男女とも全国1位で、糖尿病性腎症による新規透析導入率が全国2位となっている等、本県の生活習慣病対策の中で、特に課題となっている糖尿病について、効果的な予防対策を検討するとともにその取り組みを推進する。

4) ポピュレーションアプローチによる健康づくり対策の充実

○県民全体あるいは集団全体を対象とした健康づくりを図る等、県民の健康に係る生活習慣の改善を図るため、アクションプラン「健康おきなわ21」に沿って次のような予防対策を実施する。

①アクションプランのスローガンの作成

・「健康・長寿の継承」と「生きがいに満ちた豊かな人生」をイメージし、また、「チャーガンジュー」な沖縄の実現を目指すため、次のスローガンの下に県民一体となった健康づくり運動を具体的に推進する。

スローガン：「チャーガンジューおきなわ」

②県民の行動目標「チャーガンジューおきなわ 9か条」の作成

・県民が、具体的に健康づくりを実行できるように、日常生活に取り入れて欲しい県民の行動目標（行動指針）「チャーガンジューおきなわ 9か条」を作成した。



チャーガンジューおきなわ 9か条

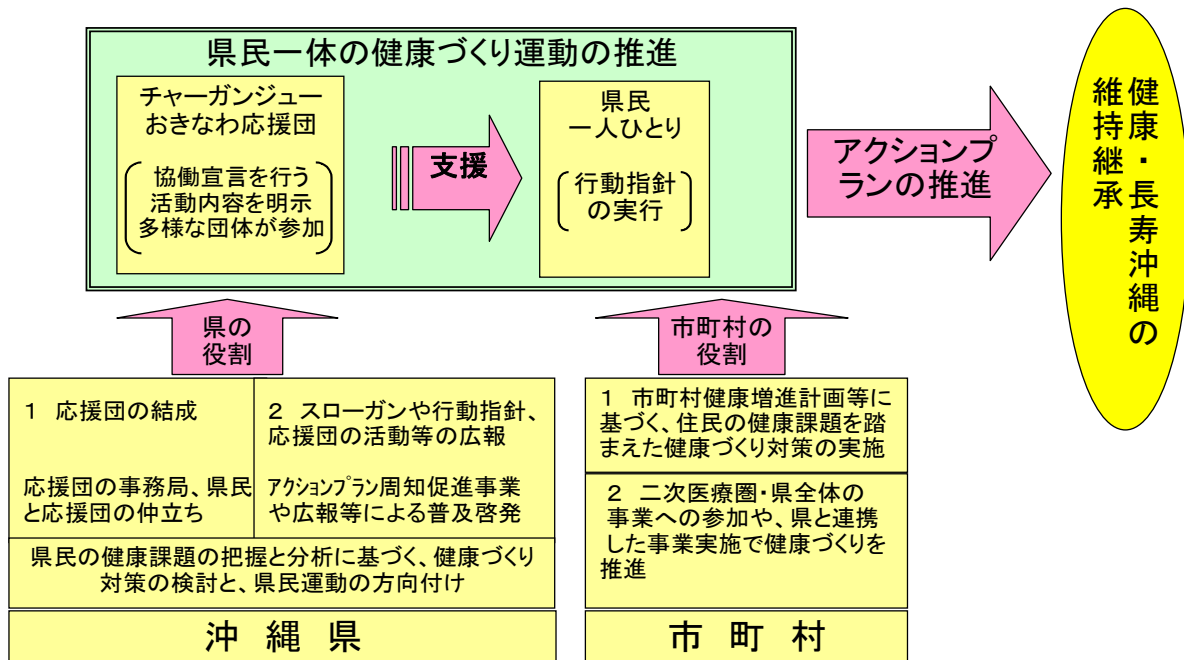
- ちゅー ちゃんと朝食 あぶら控えめ おいしいごはん
- ー 1日1回 体重測定
- がんじゅー 頑張りすぎず適度な運動 今より10分(1000歩)多く歩こう！
- じゅー 十分な休養 ストレスと上手に付き合おう ひとりで悩まず相談を
- うー うれしいね 禁煙・分煙で あなたも私も快適に！
- おー おくちの健康 3点セット 歯ブラシ・フッ素・フロス
- きー 休肝日をつくろう お酒はほどほどに
未成年や妊婦は飲みません・飲ませません
- なー 仲間・家族で行こう！ 健康診断・がん検診
- わー 大きな輪 みんなで支える「健康・長寿」



③「チャーガンジューおきなわ応援団」の結成

・県や市町村等の関係機関や関係団体が協働して県民の健康づくりを支援することを目的に、「チャーガンジューおきなわ応援団」（以下「応援団」という。）を結成する。県は応援団の事務局となり、県民のニーズや「応援団」の活動内容等の情報を収集し、提供するためのしくみづくりを推進する。

アクションプランの推進体制



イ 効率的な医療提供を図るための対策

1) 療養病床から介護保険施設等への転換推進に向けた対策

○療養病床から介護保険施設等へ適切に転換ができるよう医療機関に対し転換支援策等必要な情報を提供していくとともに、地域ケア体制整備構想や第4期介護保険事業支援計画の中で、医療機関の意向を踏まえた対応や転換の際における施設整備等への必要な補助を実施していく。

2) 医療機関の機能分化・連携の推進

○沖縄県保健医療計画に基づき、入院から在宅医療に至る切れ目のない医療提供体制を構築するため、各医療機関の機能分化と地域医療連携の推進を図っていく。

3) 在宅医療の推進

○地域における支援機関（病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局、地域包括支援センター、市町村、保健所等）のネットワーク化や介護福祉サービスとの連携も視野に入れた在宅医療体制の構築を図っていく。

ウ 医療費適正化に向けたその他の対策

1) 重複受診・頻回受診者に対する市町村の実施する訪問指導への支援

○平成18年度の市町村国保が実施した重複受診・頻回受診者に対する訪問指導は、2,346件となっている。本県においては、市町村で実施する同訪問活動への支援を引き続き実施する。

2) レセプト点検の充実化に向けた支援

○レセプト点検調査は、医療費適正化の直接的な財政効果をもたらすと同時に、医療費の状況を把握するための基礎資料を得て保健事業等の取り組みに活用することができる等、その重要性は高い。県においても、引き続き市町村等の点検調査員の研修会を実施する等、点検調査員の資質の向上を支援していく。

3) 第三者求償の徹底、医療費通知の充実に向けた支援

○負傷等の医療給付発生原因が、交通事故等の第三者行為によるものであれば、保険者は、被保険者から傷病届の提出を求め、医療費を負担すべき原因者に対し求償事務を行う。第三者求償を速やかに行えるよう、保険者においては、レセプト点検調査等で原因の把握に努める必要がある。

○また、被保険者に医療費や健康に対する認識を深めてもらうための医療費通知は有効である。

○県においては、市町村等の第三者求償や医療費通知の適切な実施について支援していく。

4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進

○新薬と同じ成分、同じ効果で価格の安い後発医薬品の利用が進めば、患者の負担軽減や医療保険財政の改善を図ることが可能となる。

○このため、国は、平成18年4月の診療報酬改定において処方せんの様式を変更し、「後発医薬品の変更可」のチェック欄を設けて、処方医が後発医薬品への変更を可とする旨の医師の意思表示を行いやすくした。

○しかし、平成19年7月に国が実施した「後発医薬品の使用状況調査」では、処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名があるもののうち、実

際に後発医薬品に変更されたのは8.2%と少ない状況である。

○国は、平成20年4月の改定において、再度、処方せんの様式を変更し、「後発医薬品への変更不可」のチェック欄を設けて、同欄に処方医の署名、記名・押印がない処方せんを受け付けた薬局で、患者の選択に基づき、後発医薬品に変更することができることとする他、後発医薬品調剤体制加算や後発医薬品分割調剤等新たな点数を設ける等、同医薬品の普及促進を引き続き図ることとしている。

○また、「沖縄県保健医療県民意識調査」においては、後発医薬品を知っている者は44.8%であるが、実際に処方してもらったことのある者は7.2%である。今後の処方において「薬代が安くなるなら処方してもらいたい」及び「医師が薦めるのなら処方してもらいたい」とする者は、計60.4%であった。

○県としては、医療機関や県民に対して、後発医薬品の使用について普及啓発の推進に努めるとともに、国からの最新情報を速やかに提供していく。

5) 介護予防及び高齢者の社会参加の促進

○介護保険制度に基づき、市町村は、65歳以上の者を対象に生活機能評価を実施するとともに要支援、要介護になるおそれのある高齢者等に対して、地域包括支援センターにおけるケアマネジメントの下に運動機能の向上、栄養改善等の各種事業を実施している。

○県においては、市町村が行う介護予防事業に対して、人材育成のための研修や情報提供等を行う等、引き続き支援する。

○また、高齢者の社会参加促進に向けて、老人クラブ活動への支援、高齢者の就業機会の確保に向けた対策、公共施設や歩行空間のバリアフリー化等の推進に向けた対応を図っているところであり、引き続き、高齢者が生きがいを持って生活しやすいまちづくりに取り組む。

○後期高齢者医療広域連合においては、後期高齢者に対する健診事業を実施し、後期高齢者の健康づくりと疾患の早期発見・早期受診を推進することとしており、同事業の実施の充実に向けた助言・指導を引き続き行う。

6) 精神障害者の退院促進と自立促進

○受け入れ条件が整えば退院可能な者に対し、活動の場を与え退院のための訓練を行うことにより社会的自立を促進することを目的として「精神障害者退院促進支援事業」を引き続き実施していく。

○精神障害者が地域で自立して生活していけるよう、市町村や関係機関と連携し、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスや地域生活支援事業の基盤整備を進める。

4 今後5年間の医療費の将来見通し

ア 医療費の将来見通しにおける基本的考え方

○医療費の将来見通しにおける医療費総額は、毎年の医療費の状況を踏まえる必要があることから、3年ごとに算出される県民総医療費ではなく、毎年、算出される支払基金や国保連合会への審査分の額の患者住所地別医療費（保険算定ベース）で行うものとし、国が示す試算（算出方法）により示すこととする。

（なお、保険算定ベースの額は、県民総医療費の約99%に相当している。）

○今後5年間の適正化対策については、「平均在院日数の短縮」と「生活習慣病対策」としているが、「生活習慣病対策」については、特定健康診査や特定保健指導等の効果が現れるのにタイムラグがあると考えられ、今回の適正化後の医療費見通しには見込まないこととし、「平均在院日数の短縮効果」のみ見込むこととする。

○今回の試算においては、平成20年度に予定されている診療報酬本体の改定（+0.38%）や薬価改定（▲1.2%）を含めた全体改定（▲0.82%）を含めている。

○なお、平成21年度以降に診療報酬改定等の医療費総額の見通しに影響する対策が図られた場合は、必要な時期に医療費総額の見通しの見直しを検討するものとする。

「算出方法」

適正化前 = (平成18年度1日当たり医療費 × 伸び率 a) × (平成18年度1人当たり日数 × 伸び率 b) × 人数

適正化後 = (適正化前の総入院日数 × 総入院日数の減少率 α) × (適正化前の1日当たり医療費 × (1 + 1日当たり医療費の増加率 β))

a = 算定期間中（14年度～18年度）の伸び率－算定期間中の診療報酬改定・制度改正効果（全国一律） = 70歳未満（入院1.38 入院外1.19）, 70歳以上（入院1.38, 入院外0）

b = 算定期間中の伸び率－算定期間中の制度改正効果（全国一律）－算定期間中の高齢化効果 + 18年度、19年度に現れる18年改正の患者負担の見直し効果（全国一律） + 19年度から推計年度までの高齢化効果
= 70歳未満（入院0.22, 入院外1.07） 70歳以上（入院1.35, 入院外0）

α = 平成在院日数の目標値 / 18年度の平均在院日数 = 0.104

β = 9.5% × (1 - α) / 22% = 0.386

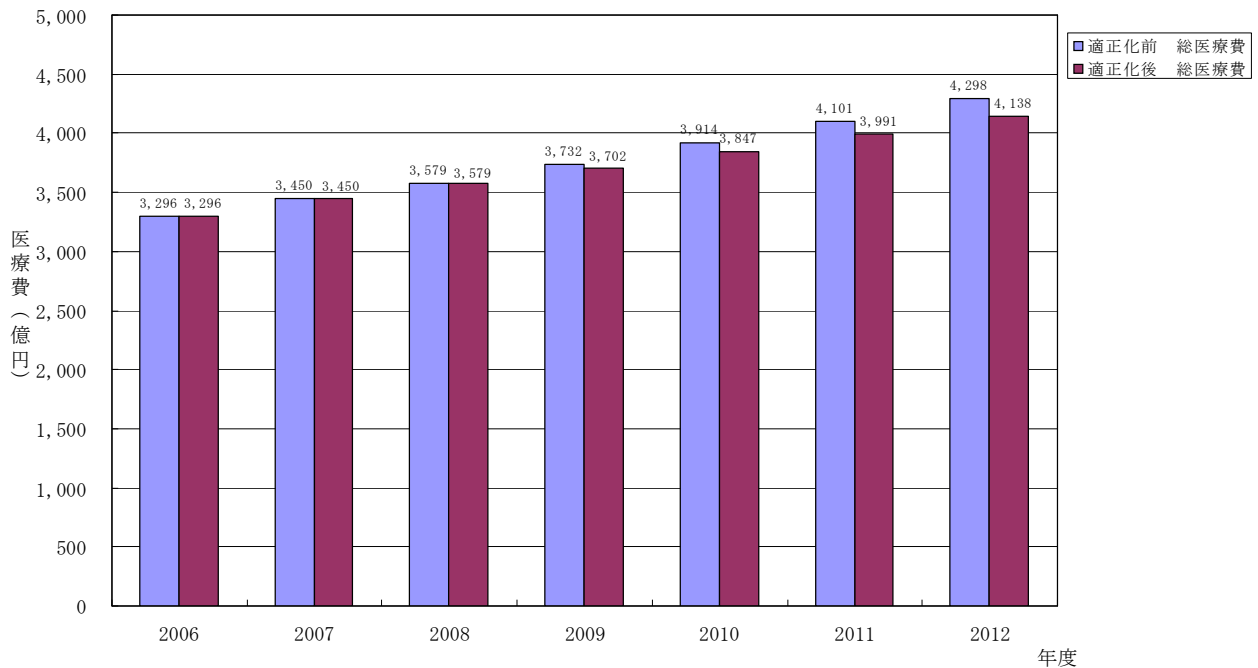
イ 医療費の将来見通し額

○平成24年度の適正化前の医療費総額の見通しは、4,298億円となっており、平成18年度の医療費総額3,296億円より、1,002億円の増額で伸び率30.4%（毎年平均約4.5%）と見込まれている。（適正化前とは、今後5年間において診療報酬改定や患者負担の見直し等の対策が実施されなかった場合で、療養病床の再編等の平均在院日数の短縮に係る対策を何ら実施しない場合をいう。）

○平成24年度の適正化後の医療費総額の見通しは、計画期間中における療養病床の再編や地域医療連携の推進等による「平均在院日数の短縮36.3日 → 32.5日」の効果により、4,138億円と見込まれており、適正化前の医療費総額4,298億円より、160億円の削減（約3.7%の削減）が見込まれる。

○平成24年度における1人当たり医療費の削減効果は、適正化前が306,388円で、適正化後は295,043円となっており、削減効果は11,345円である。

沖縄県将来の推計総医療費（適正化前と適正化後）
厚生労働省試算（支払基金+国保連合会の審査分）



出典：医療機関所在地別都道府県医療費（医療機関メディアス）を基に住み住所地別医療費（推計値）にて推計。（厚生労働省試算）

沖縄県将来の推計1人当たり医療費（適正化前と適正化後）
厚生労働省試算（支払基金+国保連合会の審査分）



出典：医療機関所在地別都道府県医療費（医療機関メディアス）を基に住み住所地別医療費（推計値）にて推計。（厚生労働省試算）

第5章 計画の進行管理

1 進行管理の基本的な考え方

○計画の進行管理は、計画の策定、実施、評価、見直し（改善）の一連の循環により行うことを基本とする。

○評価は、中間評価と実績評価により行い、評価に際して必要なデータの収集については、各保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めるものとする。

2 中間評価

○計画の作成年度の翌々年度である平成22年度に、計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況の把握及び分析を行い、計画の中間評価を行う。

○また、特定健康診査や特定保健指導の進捗状況について分析したデータについては、必要に応じて保険者協議会に提供し、同協議会での評価に資することとする。

○中間評価の結果については、公表する。

3 実績評価

○今回の医療費適正化計画の期間の終了する年度の翌年度に目標の達成状況、施策の実施状況について実績評価を行うとともに、評価の際に分析したデータは保険者協議会へ提供する。

○実績評価の結果については、公表する。

4 県の進行管理体制

○計画の進行管理は、庁内の関係部署で構成する「沖縄県医療制度改革推進本部」において行うこととし、検討すべき事項については、あらかじめ、保険者、被保険者、保健医療福祉等の関係団体や学識経験者で構成する「沖縄県医療費適正化計画検討委員会」において、協議するものとする。