

表 4 医療費適正化計画における政策目標

	都道府県	住民の健康の保持の推進に関する達成目標			医療の効率的な提供の推進	
		特定健康診査の実施率	特定保健指導の実施率	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減	平均在院日数	療養病床の病床数
1	北海道	68%	45%	10%	33日	18,737
2	青森県	68%	45%	10%	31.7日	1,455
3	岩手県	70%	45%	10%	32日	1,803
4	宮城県	70%	45%	10%	27.6日	2,074
5	秋田県	70%	45%	10%	31.8日	1,990
6	山形県	70%	45%	10%	27.6日	1,318
7	福島県	70%	45%	10%	31.7日	2,200
8	茨城県	70%	45%	10%	29.6日	4,170
9	栃木県	70%	45%	10%	31.6日	2,345
10	群馬県	70%	45%	10%	29.1日	2,312
11	埼玉県	70%	45%	10%	30.5日	9,200
12	千葉県					
13	東京都	70%	45%	10%	25.4日	28,077
14	神奈川県	70%	45%	10%	25.3日	10,355
15	新潟県					
16	富山県	70%	45%	10%	30.4日	2,176
17	石川県	70%	45%	10%	31.9日	3,475
18	福井県	70%	45%	10%	30.2日	1,600
19	山梨県	70%	45%	10%	31.5日	1,278
20	長野県	70%	45%	10%	25日	2,760
21	岐阜県	70%	45%	10%	26.6日	2,703
22	静岡県	70%	45%	10%	27.5日	4,852
23	愛知県	70%	45%	10%	26.6日	8,977
24	三重県	70%	45%	10%	30.2日	2,614
25	滋賀県	70%	45%	10%	28.6日	1,733
26	京都府	70%	45%	10%	29.2日	3,660
27	大阪府	70%	45%	10%	28.0日	14,792
28	兵庫県	70%	45%	10%	28.3日	9,236
29	奈良県					
30	和歌山県	70%	45%	10%	31.1日	1,551
31	鳥取県	70%	45%	10%	31日	942
32	島根県	70%	45%	10%	30日	1,527
33	岡山県	70%	45%	10%	29.7日	3,066
34	広島県	70%	45%	10%	31.5日	5,739
35	山口県	70%	45%	10%	36.8日	4,153
36	徳島県	70%	45%	10%	37.1日	2,755
37	香川県	70%	45%	10%	30.1日	1,382
38	愛媛県					
39	高知県	70%	45%	10%	39.2日	2,941
40	福岡県	70%	45%	10%	34.7日	12,980
41	佐賀県					
42	長崎県					
43	熊本県	70%	45%	10%	36.4日	5,021
44	大分県	70%	45%	10%	32.4日	1,560
45	宮崎県	70%	45%	10%	35.3日	2,025
46	鹿児島県	70%	45%	10%	40.1日	8,247
47	沖縄県	70%	45%	10%	32.5日	3,751

※千葉県、新潟県、奈良県、愛媛県、佐賀県、熊本県は未作成（平成 20 年 10 月現在）

（出典：都道府県医療費適正化計画から著者作成）

3.2 独自の政策目標を掲げる都道府県

つぎに、都道府県が独自に掲げている政策目標について表 5 にまとめた。宮城県、栃木県、岐阜県、大阪府、島根県、広島県、沖縄県の7つの府県では、独自に政策目標を掲げている。特に、宮城県や広島県では、法で定められている「住民の健康の保持の推進」「医療の効率的な提供の推進」の二つの大きな目標以外に、独自の大きな目標を掲げている。宮城県の場合は、「社会的な入院の是正」であり、広島県では「適正受診の推進」である。宮城県では、独自の政策目標について対応する政策は掲げられていないが、広島県では、「地域連携クリティカルパスの推進」や「頻回・重複受診者に対する保健指導の推進」、「レセプト点検の充実」「後発医薬品の充実」といった対策が立てられている。7府県で掲げられている政策目標の多くは府県の健康増進計画で掲げられている項目と同じであり、また高齢者の医療の確保に関する法律や方針で定められている項目と重複しているものもある。そのため政策目標の内容としては目新しいものではない。

しかし、都道府県独自の政策目標を掲げることや、他の計画と重複する政策目標であったとしても医療費適正化計画として再度目標を設定することは、都道府県としての重点分野を示すという意味で重要なことであろう。

表 5 独自の政策目標を掲げている都道府県

宮城県	栃木県	岐阜県	大阪府	高知県	広島県	沖縄県
食塩摂取量の減少(成人)	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の臆念を失っている県民の割合	肥満者割合(成人)	糖尿病の有病者及び予備群の減少率	脳卒中初発発症率を低減させる(人口10万対年齢調整発症率)	地域連携クリティカルパスの推進	20~60歳代の男性の肥満者割合
脂質エネルギー比率の減少(20~40代)	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	メタボリックシンドローム予備群の推定数	レセプトデータ分析結果を活用した、効果的な保健指導の体制を確立する	糖尿病有病者数(40~74歳)を減少させる	頻回・重複受診者に対する保健指導の推進	40~60歳代の女性の肥満者の割合
運動の習慣化	特定健康診査(平成20年度からの実施)の実施率	糖尿病予備群の推定数	後発医薬品等の普及・啓発の推進	肥満者数(40~74歳)を減少させる	レセプト点検の充実	
禁煙希望者への支援による非喫煙率の増加	特定保健指導(平成20年度からの実施)の実施率	高血圧症予備群の推定数		1日食塩摂取量が10g以下の割合を男女とも引き上げる	後発医薬品の普及推進	
公共施設における分煙対策の促進	喫煙をやめたい県民のうち達成した人の割合	メタボリックシンドローム該当者の推定数		残存菌数を増やす60歳、70歳		
糖尿病有病者の推定数の減少率(40~74歳)	がん検診(胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がん)の受診率	糖尿病有病者の推定数				
高血圧症有病者の推定数の減少率(40~74歳)		高血圧症有病者の推定数				
脂質異常症(高脂血症)有病者の推定数の減少率(40~74歳)		脂質異常症有病者の推定数				

(出典：都道府県医療費適正化計画から著者作成)

4 政策目標を推進するための取り組み

「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」では、政策目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項として、以下の7項目をあげている。

(1) 住民の健康の保持の推進

- ① 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進
- ② 保険者協議会の活動への支援
- ③ 保険者における健診結果データ等の活用の推進
- ④ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援⇒特に健康増進計画と関連

(2) 医療の効率的な提供の推進

- ① 療養病床の再編成⇒特に地域ケア整備構想、介護保険事業支援計画と関連
- ② 医療機関の機能分化・連携⇒特に医療計画、地域ケア整備構想と関連
- ③ 在宅医療・地域ケアの推進⇒特に医療計画、地域ケア整備構想と関連

(出典：医療費適正化に関する施策についての基本的な方針から著者作成)

図 2 都道府県が取り組むべき施策に関する事項として方針で定められている項目

住民の健康の保持の推進に関する部分のうち、①～③の項目は医療費適正化計画で独自に定める部分であるが、④に関しては健康増進計画と関連する。また、医療の効率的な提供の推進に関しては、医療計画などに関連している項目である。そのため、政策目標を推進するための取り組みとして書かれる内容は、必然的に他の関連計画で書かれている内容の抜粋になることが多い。たとえば、一般的な健康増進対策への支援では、健康増進計画で記載される禁煙・アルコール対策、食生活・運動習慣の推進、高齢者の生きがづくり・社会参加の推進が掲げられている。また、医療機関の機能分化・連携では、通常医療計画で説明されるような4疾病（悪性新生物、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）及び5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）の医療提供体制の整備と連携についての取り組みがあげられている。

以下では、都道府県に共通して掲げられる政策ではなく、医療費適正化計画で説明されている対策のなかでも特徴的な取り組みについて紹介する⁹。

4.1 普及啓発、地域診断シートの作成（福島県）—根拠に基づく地域保健の展開¹⁰

地域保健法第4条に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成15年5月改正）では、第1条第8項において、「都道府県及び市町村は、地域における健康問題について、住民の健康を阻害する要因を科学的に明らかにするとともに、疫学的な手法等を用いて地域保健対策の評価等

⁹ ここであげた取り組みが他の都道府県では行われていないことを示すものではなく、医療費適正化計画の中で説明される取り組みとしては、特徴的であるという意味である。

¹⁰ 福島県健康増進課のホームページや、地域診断マニュアル、県庁へのヒアリング内容を参考に作成した。

の調査研究を行うことにより、科学的根拠に基づく地域保健の企画及びその実施に努める必要がある」と定められている。

しかし、実際に都道府県や市町村の保健師が、指針が謳っているような担当地域の健康状況や保健対策の評価を行うことを行うことは難しい。福島県が平成18年10月に、保健所内にある地域支援グループの担当者に対し実施したアンケート調査において、最優先で強化する必要がある機能は「情報収集・分析及び調査研究等の推進にかかる企画調整機能」と「市町村支援機能」で結果であった。これを受け福島県では、平成19年4月に「地域診断マニュアル策定検討委員会」を設置し、健康課題の明確化に必要な客観的データの分析手法を標準化し、各保健福祉事務所において誰もが容易にできるようなマニュアルの作成を検討し、平成20年3月に「福島県地域診断実践マニュアル」を策定している。

このマニュアルには、データの収集・保管の方法、各健康指標の算出、分析方法、データを加工する際の留意点、参考指標に関して、きめ細かな説明とわかりやすい図が掲載されており、これを見れば保健師が独力で地域の健康状況を把握できるようになっている。現在のところ、下記の分析指標が挙げられている。

- 1) 人口に関する指標（人口、高齢者人口割合、年少人口割合など）、
- 2) 死亡に関する指標（粗死亡率、年齢階級別死亡率、死因別死亡率、園連調整死亡率、SMR等）、
- 3) 疾病に関する指標（特定検診、健康診査、がん検診の受診率、疾病別年齢調整受療率等）
- 4) 医療費に関する指標（一人当たり医療費）
- 5) 要介護状態に関する指標（要介護認定者出現率）
- 6) 母子保健にかんする指標（出生率、乳児死亡率、死産率、周産期死亡率、合計特殊出生率等）

このマニュアルが優れているのは、各指標の意味が説明されているだけでなく、必要なデータの入手や算出方法、そして解釈や分析結果のまとめ方に至るまで、丁寧に説明されていることにある。これは、このマニュアル自身が専門家よって作成されたものではなく、実際に都道府県の保健師が主体となり、利用者の視点から作成されているからだと思われる。保健師がわかりにくいと思われる表現や解釈方法に関しては、ワンポイントアドバイスとして適宜説明を加えたり、パブリックコメントの操作画面を見せてわかりやすくするなど、工夫されていることがわかる。

平成20年度は、都道府県の保健所に勤務している保健師が、このマニュアルに従い地域診断シートを作成し、翌年度には市町村の保健師が地域診断シートを作成できるようにする計画である。県では、この診断シートを広めるため、マニュアルを配布するだけでなく、必要に応じて適宜講習会を開いたり、問い合わせに応じたりするということである。

地域の状況を多角的に評価する必要性は、医療費適正化計画だけでなく、様々な計画で謳われているものの、その方法や政策への活かし方がわかりにくいことから、実際にはあまり取り組まれていないことが多い。この福島県の取り組みは始まったばかりであるが、成功すれば、他の都道府県のモデルケースとして取り上げられるだろう。

4.2 市民の健康づくりを支援する取り組み—東京都、沖縄県¹¹

① 東京都健康づくり応援団

¹¹ 東京都健康づくり応援団と沖縄県チャージンジャー応援店のホームページ、東京都保健福祉政策部健康推進課のホームページ、都県への電話でのヒアリングをもとに作成している。

東京都では、社会全体で個人の健康づくりを支援する仕組みとして、自主的な健康づくり活動を行う民間企業の団体、民間非営利団体、地方公共団体を構成団体として、平成元年 8 月に「東京都健康づくり応援団」を設立した。平成 19 年 4 月には、「打倒メタボ」を宣言している。事務局は、東京都福祉保健局保健政策部健康推進課が行っており、この活動に参加したい団体は、必要書類を事務局に提出することで参加することができる。団体の活動には、1) 運動を通じた健康づくり (41 団体)、2) 食を通じた健康づくり (9 団体)、3) 地域活動・趣味などを通じた健康づくり (4 団体)、4) その他の健康づくりに寄与する活動 (16 団体) があるが、商品やサービスを直接販売することは、活動としては認められていない (表 6)。

表 6 応援団の活動分野

(1) 運動を通じた健康づくり
家事、庭仕事、通勤のための歩行等の日常生活活動、運動・スポーツ等の積極的な身体活動・運動の実践を行う環境の提供など
(2) 食を通じた健康づくり
適切な栄養素・エネルギーの摂取、バランスのよい食事のとり方、栄養成分表示の実践や情報の提供、また、健康的で楽しい食生活の実践のため、朝食の習慣、きちんとした食事などの
(3) 地域活動を通じた健康づくり
健康的な生活習慣を確立するために、日常生活の中で趣味・レジャー活動など住民が楽しく健康づくりに取り込めるきっかけや参加の場の提供など
(4) その他の健康づくりに支援する活動
講演会・イベントの開催、施設などの社会資源の情報の提供など

※商品やサービスを直接販売することは、活動としては認められていない。
(出典 東京都 保健政策部 健康推進課HP)

東京都のホームページでは、毎月の加盟団体の活動が案内されており、市民が自分の興味に応じた活動に参加できるようになっている。事務局の東京都では、その他、参加団体のためのメーリングリストを運営・管理したり、東京マラソンや、世界禁煙デー、禁煙週間などのイベントにおける参加団体の活動を支援している。

表 7 健康づくり団体一覧

(1) 運動を通じた健康づくり	(3) 地域活動を通じた健康づくり
1 江戸川区スポーツインストラクター連絡協議会	1 緑馬健康と生きがい語る会
2 特定非営利活動法人 東京都ウォーキング協会	2 あきる野市
3 ウォーキングダックスクラブ	3 高齢者等健康生活支援の会
4 社団法人 日本エアロビクフィットネス協会	4 小石川気功健康会
5 東京YMCA東陽町ウエルネスセンター	(4) その他の健康づくりに支援する活動
6 東京リズムグループ協会	1 社団法人 東京都医師会
7 社団法人 日本フィットネス産業協会	2 社団法人 東京都歯科医師会
8 社団法人 東京都レクリエーション協会	3 社団法人 東京都薬剤師会
9 財団法人 日本ウエルネス協会	4 社団法人 日本サウナ・スパ協会 東京都支部
10 日本健康武道協会 健進会	5 東京都学校薬剤師会
11 東京都健康体操協会 WATS	6 特定非営利活動法人健康都市推進会議
12 特定非営利活動法人 日本健康太極拳協会	7 東京都公衆浴場業生活衛生同業組合
(2) 食を通じた健康づくり	8 日本保険薬局協会
1 東京都種類生活衛生同業組合	9 日本チェーンドラッグストア協会
2 社団法人 東京都食品衛生協会	10 特定非営利活動法人 地球足もみ健康法実践普及協会
3 社団法人 日本セルフ・サービス協会	11 特定非営利活動法人東西予防医学研究所
4 社団法人 東京都施設給食協会	12 社団法人 東京都薬種商協会
5 社団法人 集団給食協会	13 特定非営利活動法人 日本成人病予防協会
6 社団法人 日本フードサービス協会	14 イキイキクラブ21
7 社団法人 東京都栄養士会	15 特定非営利活動法人 生活習慣病予防学術委員会
8 栄養情報担当者(NR)協会	16 特定非営利活動法人 健康・福祉支援センター
9 特定非営利活動法人国際健康栄養医学機構	

(出典：東京都ホームページを参考に著者作成)

② 「チャーガンジューおきなわ応援団」

沖縄県では、県民一体の健康づくり運動をすすめるために、県民の健康づくりのパートナーとして、保健医療関係団体だけでなく、自主的な健康づくり活動を行っている団体を構成団体として「チャーガンジューおきなわ応援団」を結成している。構成団体は、自らの責任で、自主的な健康づくり活動を行う保健医療関係団体、民間非営利団体、民間企業等である。活動分野は、1) 運動分野の健康づくり、2) 食生活分野の健康づくり、3) 健康づくり全般を支援する活動、4) 地域活動・趣味などを活動した健康づくりがあり、商品を販売する等の営利活動や政治活動、宗教活動、企業の職員等のみを対象とした健康づくり活動は該当しない。チャーガンジュー応援団では、「チャーガンジューおきなわ協働宣言」¹²を表明し、「ちゃーがんじゅう9カ条」という活動指針に沿って、活動を行うことになる。参加希望団体は、必要書類を沖縄県健康増進課に提出し、面接を経たのち正式に登録となる。

沖縄県のホームページでは、チャーガンジュー応援団の設立背景と目的、参加団体などの情報が提供されているほか、健康づくりに関連した統計調査、報告書が紹介されている。また、ポスターやパンフレットも自由にダウンロードできるように整備されている。

4.3 健康づくりに協力する飲食店を指定する取り組み—鹿児島県、福島県¹³

① かごしま食の健康応援店（鹿児島県）

平成19年4月から、健康に配慮した商品や食に関する適切な情報を提供する飲食店や弁当・惣菜店等職員関連企業を「かごしま食の健康応援店」として認定している。応援店の対象となるのは、飲食店、弁当・惣菜店、職員（社員）食堂等給食施設、その他職員関連企業等である。応援店を希望する飲食店等は、所在地を管轄する保健所長に申し込み用紙を提出し、保健所長が認可すると台帳に登録され、応援店ステッカーが交付される。登録条件として、1) 栄養成分の表示、2) ヘルシーメニューの提供、3) ヘルシーオーダーへの対応、4) 食事バランスガイドの表示、5) あまみ長寿食材の利用のいずれかの項目1つ以上に取り組むことが定められており、具体的な要件が公開されている。たとえば、栄養成分の表示の場合、ゴールドコースの場合は、エネルギー、タンパク質、脂質、炭水化物、カルシウム、塩分の6項目全てを表示することが定められている。また、ヘルシーメニューの提供では、カルシウムたっぷりメニューや脂質ひかえめメニューなど、6種類のメニューのうち一つ以上のメニューを提供することになっている。その他、利用者の希望に応じてご飯を減らせたり、塩分や脂質の量が少なくできる（ヘルシーオーダーへの対応）、食事バランスガイドの表示に基づいたメニューがある（食事バランスガイドの表示）など、きめ細かく要件が決められている（図3）

鹿児島県庁のページには、応援店の名前、所在地、電話番号、コースの内容（登録の要件のいずれに該当しているか）、お店のPRが一覧表で紹介されている。平成20年10月現在では、約414店舗が登録されている。登録店舗を見ると、そば、ラーメン、寿司、中華、焼き肉など様々な種類の店舗

¹² 私たちは、「健康おきなわ21」にのっとり、沖縄の先人たちが創り上げた「健康・長寿沖縄」を維持継承し、県民が生きがいに満ちた豊かな人生を送ることができるよう、「チャーガンジューおきなわ応援団」として県民の健康づくりを協働で応援することを誓います。（チャーガンジューおきなわ協働宣言）

¹³ 鹿児島県庁の「かごしま食の健康応援店」、福島県庁の「健康増進課」のホームページを参考に、作成した。

があることがわかるが、ローソンやモスバーガーなどの大手コンビニ、ファーストフード店も登録していることが興味深い。

② うつくしま健康応援店（福島県）

福島県でも鹿児島県と同じような取り組みがなされており、条件に適合した飲食店等を、「うつくしま健康応援店」として認定・登録している。認定要件は、福島県内にある飲食店等で、1) 提供するメニューの栄養成分を表示しており、2) 栄養・健康情報の提供、3) ヘルシーメニューの提供、4) 禁煙・分煙の実施、のいずれかに取り組むこととしている。鹿児島県の取り組みと異なるのは、カロリーやタンパク質、脂質、炭水化物、塩分の量を表示することを必須条件としていることである。また、禁煙・分煙に関する取り組みも要件に入れていることである。

認定要件に適合する飲食店等は、保健所長に必要な書類を提出し、認可を受けることになる。保健所長は、応援店に対して、表示内容等の相談・指導を行うとともに、応援店名簿に登録し、「うつくしま健康応援店ステッカー」を交付する。登録された応援店は、県の情報誌、ホームページ等で広報される。平成 20 年 9 月 24 日現在では、食堂やレストラン、喫茶店、ファーストフード店などのいわゆる飲食店のほか、旅館・ホテル、総菜店、パン店・菓子店、仕出し屋・弁当屋、コンビニ・スーパーも登録されており、総勢 258 店舗が掲載されている。最も多いのは、食堂やレストラン等であり、コンビニ・スーパーは、2 店舗だけである。コンビニが多い、鹿児島県とは対照的な状況である。

図 3 かがしま食の健康応援店の登録要件

3 応援店の登録要件

- (1)から(5)のいずれか1つ以上に取り組む飲食店等を応援店として登録する。
なお、弁当・総菜店は、パッケージや包装紙に(1)及び(2)のアカラウの表示を行う場合、健康増進法第31条の栄養表示基準に基づいた内容を表示する。
また、具体的な取組について利用者への表示方法及び条件は別表のとおりとする。
- (1) 栄養成分の表示
店で提供する料理の1品以上について、アまたはイの方法で栄養成分表示を行う。
ア ゴールドコース
エネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物、カルシウム、塩分の6項目全てについて表示する。
イ シルバーコース
上記「ア」の項目のうち、1項目以上について表示する。
- (2) ヘルシーメニューの提供
アカラウのいずれか1つ以上のメニューを提供する。
なお、アカラウについては、鹿児島市の「体にやさしいかがしまメニューのお店」に基づき登録した飲食店等も、応援店の登録を受けたものとみなす。
また、エからカについては、弁当及び総菜は対象としない。
ア バランスばっちりメニュー
イ 55（ゴーゴー）メニュー
ウ 野菜たっぷりメニュー
エ カルシウムたっぷりメニュー
1食（品）当たりのカルシウム含有量が200mg以上のもの
オ 脂質ひかえめメニュー
定食やランチメニュー等のセットメニューで、1食当たりの脂質含有量が15g以内のもの（単品は除く。）
カ 塩分ひかえめメニュー
定食やランチメニュー等のセットメニューで、1食当たりの塩分含有量が3.4g以内のもの（単品は除く。）
- (3) ヘルシーオーダーへの対応
利用者の希望に応じて、アカラウのいずれか1つ以上の対応を行う。
ア エネルギーの調整
・ ごはんの量を減らすことができる。
・ 主食の量が通常の1/2のメニューがある。
・ 低エネルギー甘味料（飲物用）がある。
イ 塩分の調整
・ 減塩しょうゆ等の塩分が少ない調味料を選択できる。
・ 料理にかける調味料の量を減らす（自分でかける）ことができる。
ウ 脂質の量の調整
・ ノンオイルドレッシングや低脂肪マヨネーズなど脂質が少ない調味料等を選択できる。
・ ドレッシングやマヨネーズの量を減らす（自分でかける）ことができる。
- (4) 食事バランスガイドの表示
1品以上のメニュー等商品について、食事バランスガイドを用いた表示を行う。
- (5) あまみ長寿食材の利用
あまみ長寿食材を主たる材料とした料理を提供し、その食材名、産地名を表示する。
- (6) その他
(1)から(5)のいずれか1つ以上の登録要件を満たす飲食店等が、次の取組を行う場合、応援店としての取組とし、登録内容に加えることができる。
ア 禁煙・完全分煙
イ バリアフリー
・ 子どもや高齢者、障害者が利用しやすい施設・設備である。
・ 子どもや高齢者、障害者が食べやすい工夫をしている。等
ウ その他健康増進課長が認めるもの

(出典：鹿児島県庁かがしま食の健康応援店 HP から転載)

4.4 医療機関の機能分担と連携の推進

近年、多くの自治体病院は、医師不足と経営状態の悪化に苦しんでいる。背景には、新臨床研究制度の導入や医師の専門医化、女性医師の割合の増加といった医師の育成に関わる問題から、診療報酬の引き下げ、自治体財政の悪化、人口の急激な高齢化と減少といった、保険制度や自治体病院を取り巻く環境の変化など、様々な要因が複雑に絡んでいる。これからも地域医療の質と量を確保していくためには、こういった環境変化に受け身で対応するのではなく、地域の医療機関の役割や機能を明確にし、積極的に対策を打っていくことが重要である。都道府県医療費適正化計画の中で、医療機関の機能分担と連携に関して触れている都道府県は多いが、その中でも特色のある都道府県の取り組みについてまとめた。なお、都道府県医療費適正化計画では、取り組みの簡単な概要だけが示されているだけであって、詳細な内容は説明されていない。以下の内容は、各取り組み内容がある程度わかるように、適宜資料を終始しまとめたものである。

4.4.1 公的病院の再編成－青森県・山形県の取り組み

① 青森県の自治体病院機能再編成計画に関する取り組み¹⁴

都道府県主導による自治体病院再編の再編では、青森県の例が有名である。青森県は、1999年12月に「青森県自治体病院機能再編指針」を定め、医療圏ごとに自治体立病院間の機能分担、連携の方向性を示した。2001年12月には、青森県健康福祉部内に「自治体病院機能再編成推進チーム」を設置し、再編成計画の定め、自治体病院の機能分担、圏域ごとの再編成を推進する6つの機関病院を設置した。また、200床以下の病院はサテライト医療施設、120床以下の病院は無床診療所とする方針を打ち立てている。

県内6圏域のうち、青森県域と上十三圏域では、平成13年に「地域自治体病院機能再編成計画」を策定している（上十三圏域は平成19年に見直し）。また、西北五、下北及び津軽圏域については、市町村の要請を受けて県が支援し「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」「下北地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」を策定した。津軽圏域では、計画策定について作業中であり、八戸圏域では市町村の反対から県支援による計画作成作業は頓挫している（青森県HPより）。ここでは、上十三地域の再編成計画を例にとり、その内容について説明する。

■上十三地域自治体病院機能再編成計画

再編成計画では、この計画における基本的な考え方、理念及び方向性を示したのちに、圏域の課題を分析し、圏域内にある5つの病院の位置づけ、医療連携に関する取り組み、医療の品質管理、各自治体病院における当面のアクションプランが定められている。

計画では、広大な行政区域、医療施設の市部への偏在、医師をはじめとする医療従事者の不足の問題を抱えているため、保健・医療・福祉資源を効率的に活用することが謳われている。

また、その課題解決のために、一般的な治療や予防などの保健指導はかかりつけ医が行い、病院は、急性疾患や高度な医療に対応する病院と、慢性疾患を中心とする病院とに機能分化することが必要としている。

¹⁴ 青森県庁のホームページの説明と掲載されている各計画資料を収集し、それらをもとに作成した。

具体的には、圏域内の5つの自治体病院のうち、十和田市立中央病院は圏域の中核病院として位置づけ救命救急、周産期母子医療、休日・夜間診療などを担うとともに、医師育成のための臨床研修機能も担う。また、三沢市立三沢病院は、地域医療の後方支援病院として位置づけるとともに、がん化学療法、緩和ケア、循環器系医療などの医療に注力する。公立野辺地病院は、へき地医療拠点病院として位置づけ、公立七戸病院は、後方支援病院として回復期リハビリテーションと亜急性期に対応する。六戸町国民健康保険病院は、現状では病院機能を維持するものの、将来的には在宅及び地域包括ケア支援施設への機能転換も検討する。最後に、この計画を実現するため、病院ごとに必要なアクションプラン（新病院・病棟の建設、がん相談支援センター・緩和ケア病床の設置、IT化に向けた取り組み、適正な病床数の確保と平均在院日数の短縮、未収金の徴収対策など）を具体的に定めている。

② 山形県の地域自治体病院懇談会の設置に関する取り組み¹⁵

「経済財政改革の基本方針 2007」において、社会保障改革の一環として公立病院改革に取り組むことが明記され、その中で総務省は「平成19年以内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」とこととされた。それを受けて作成された「公立病院改革ガイドライン」では、「病院事業を設置する地方公共団体は、平成20年度内に下記により公立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。」と定められている。また、「都道府県は、各都道府県内の公立病院等の「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」について市町村と共同して自ら計画、構想等を策定することも含め、積極的に参画することが強く求められる」とされている。

公立病院改革プランの策定状況を総務省が調べているが、それによると平成20年9月末現在、都道府県立病院に関しては、東京都、岐阜県、福岡県の3都県は既に改革プランを策定済みであり、残りの44道府県は平成20年度ない策定予定としている。改革プラン策定に向けた検討体制は、設置済みが18道県（38.3%）、既存の組織を活用が20府県（42.5%）、設置予定が3（6.4%）、設置せずが3（6.4%）となっている。市町村立、一部事務組合及び広域連立病院に関しては、計画を策定済みあるいは平成20年度中に策定予定が、全609病院のうち600団体（98.5%）としている。また、改革プラン策定に向けた検討体制は、設置済みが257団体（42.2%）、既存の組織を活用が227（37.3%）、設置予定が72（11.8%）、設置せずが12（2.0%）となっている。

一方、公立病院等の再編・ネットワーク化推進に係る都道府県の取組状況に関しては、27の道府県が策定済み、あるいは平成20年度中に策定としているのに対し、平成21年度以降又は時期未定が13県（27.7%）、検討中・未定が7都県（14.9%）という状況にある。

山形県の地域自治体病院懇談会は、この「公立病院改革プラン」を策定するに当たり、二次保健医療圏内での調整が必要な事項について意見交換及び協議を行うために設置されたものである（「地域自治体病院懇談会の設置・運営等について」）当初の懇談会のスケジュールでは、3回懇談会を開き、各病院等の現状に関する意見交換、地域で調整を要する課題として提出した事項に関する意見交換、市町村等に対する報告に向けた意見交換などを行い、12月末に最終とりまとめを行う予定であった。しかし、第1回懇談会が開催された後、次の懇談会は開かれていない（平成20年11月3日現在）。

山形県には4つの保健医療圏があり、医療圏ごとに懇談会が開かれている。議事録を読むと、委

¹⁵山形県「地域自治体病院懇談会の設置について」ホームページに掲載されている資料をもとに作成した。

員からの共通の意見として、①医師の確保することが難しく医師が減少傾向にある、②公的な繰入金があっても採算ラインぎりぎりである、③病院を開業医に開放するオープン化は、複数の病院では難しい、④研修医ができるだけ地元に残るように、体制を整えるべき、⑤医学部の定員を増やしても、効果が出るのは10年先である、といった意見があがっている。その他に、地域医療を語るのであれば、民間病院の関係者も入れるべきだといった意見や、公的病院は地方公営企業法の全部適用で行うべきだといった意見がだされていた。

4.4.2 開放病床の設置と医療設備の共同利用の促進

医療資源が乏しい地方において必要な医療を確保するためには、地域の医療機関が不必要に競合することなく、各医療機関が機能を分担し連携することで、医療提供体制を効率化する必要がある。各地で進められている救命救急病院の指定、病院の診療科の再編と特定の診療科の充実、休日や夜間の当番制、二時救急の輪番制、介護施設への転換といった動きは、病院の機能分化と連携に対応するものである。当初は、病院同士の機能分化と連携に対する取り組みがあげられていたが、次第に病院と診療所の連携や、医療と介護あるいは保健といった分野を超えた機能分化と連携の重要性が指摘されている。

開放病床の設置と医療設備の共同利用の促進は、病院と診療所の連携にあたるものである。医師の確保が難しい地方にあって、病院専属の勤務医だけで患者を診療することは困難な状況に陥っている。そこで、病院と診療所が機能だけでなく、人材面でも協力しあうのが開放病床の設置と医療設備の共同利用である。一般的な傾向として、患者は医療機器も充実しており、入院も可能な病院を受診する志向がある。それを放置すれば、病院に患者が殺到し、勤務医に過度な負担がかかってしまう。しかし、診療所を受診しても病院の設備が使用でき、場合によっては入院も可能となれば、患者も病院を受診することは少なくなる。また、開業医も勤務医と協力して診療にあたるため、病院で患者を検査・治療する場合であっても勤務医の負担が減らすことができる。

どの都道府県でも医療計画の中で触れられていると思われるが、香川県、高知県、熊本県では、医療の効率的な提供の推進に関する施策として挙げられている。

4.4.3 医療機能の情報提供の整備

先の医療制度改革により医療法が改正され、病院、診療所及び助産所に対し、医療機関の有する医療機能情報を都道府県へ報告することが義務付けられた。また、都道府県は報告を受けた情報を集約し、住民や患者に対しわかりやすい形で提供（原則、インターネットを使用）することが定められた（医療機能情報公表制度）。制度自体の施行は平成19年4月1日であるが、システムの開発・改変などに時間がかかることを考慮し、平成20年度中に運用が開始されることが目指されている。これまでの広告の規制が大幅に緩和され、1. 管理・運営・サービスアメニティに関する事項（31項目）、2. 供サービスや医療連携体制に関する事項（12項目）、3. 医療の実績・効果に関する事項（13項目）の計56項目¹⁶が公開されることになった（医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に

¹⁶ 診療所は49項目、歯科診療所は31項目、助産所は26項目で、情報公開項目数に違いがある。

関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン))¹⁷。
このほかにも、都道府県は独自の項目を定めることができる。

都道府県は基本的に報告された情報の内容を審査せずに公表することから、情報の信ぴょう性について問題がある可能性がある。しかし、都道府県が審査するために必要な労力は過大であるとして、現在のところ事前確認する方法は採用されていない。

この医療機能情報公表制度が施行される以前までは、東京都や福岡県など一部の都道府県でしか、インターネットを通じての情報提供は行われていなかったが、今回の制度によりすべての都道府県で情報提供体制が整備されることになった。三谷(2008)の調査報告書によれば、検索可能な形で規定の医療機能情報を提供しているのは、36都府県(76.6%)であり、そのうち基本情報のみ提供しているのは6県(12.8%)、詳細情報まで提供しているのは30都府県(63.8%)である。また、北海道、群馬県、大分県はエクセルファイルで、石川県はPDFファイルで公開している。一方、情報提供ができていない県は7県であった(日本医療情報公開推進協議会が、各都道府県の公表サイトについて調査しているが、それによると2008年5月現在千葉県、岐阜県、鹿児島県の3県以外は何らかの形で整備されている)。

■医療機関案内サービス「ひまわり」(東京都)¹⁸

東京都は早くから医療機関の情報案内を行ってきたが、平成20年4月1日に東京都医療機関所案内サービス「ひまわり」を、医療機能情報提供制度の創設に伴いリニューアルを行った。リニューアルにとともに、新たに助産所の情報を追加し、脳卒中関連の情報を東京都が独自に調査し、「急性期」「維持期」「回復期」の対応可能な医療機関を検索できるようにした。また、疾患・治療内容により医療機関を検索できるほか、専門外来の実施状況も検索できるようになった。

東京都のサイトの特徴は、1)診療を受ける前に準備することを紹介していること、2)医療機関の検索条件が充実していること、3)パソコンだけでなく、携帯用のサイトも整備していることがあげられる。検索条件に関しては、①住所や駅で探す、②日時と診療科で探す、③医療機関の名称で探す、④診療科目や診療領域、治療内容で探す、⑤助産所を探す、⑥対応できる外国語でさがす、⑦健康診断や予防接種、在宅医療、専門医など用途に応じて探すなど、幅広い検索条件が整備されており、他の都道府県にはない充実ぶりである。携帯用サイトを整備していることも、東京都の特徴である。ただ、携帯サイトの場合は1)住所で探す、2)最寄駅で探す、3)エイズ・性感染症で探す、の3つの検索条件しか使えない。

■かがわ遠隔医療ネットワーク(K-MIX)¹⁹

かがわ遠隔ネットワークは、全国初のITによる全県的な医療連携システムである。K-MIXのサーバーは県に設置され、県下の医療機関で登録されている医療機関であれば、X線やCT画像、検査結果などの患者情報を相互に入手することができる。具体的な活用方法としては、①画像読影診断の依頼・支援、②患者紹介の際の画像の添付、③紹介患者さんの経過の共有、④撮影依頼による検査機器

¹⁷ 基本的には広告可能な内容を定める「ポジティブリスト方式」であるが、広告が禁止される項目についても、別途定められている。具体的には、1)比較広告、2)誇大広告、3)広告を行う者が客観的事実であることを証明できない内容の広告、4)公序良俗に反する内容の広告(医療法施行規則 昭和23年 厚生省令第50号)

¹⁸ 東京都「医療機関案内サービス「ひまわり」」ホームページ参照

¹⁹ かがわ遠隔ネットワーク(K-MIX)ホームページ参照

の共同利用などがあげられている。参加医療機関はサーバーの管理をする必要はなく、パソコンとインターネット接続環境が整っていれば利用することができる。医療機関の費用負担は、システムの運用にかかわる経費だけであり、1医療機関につき6,500円/月と抑えられている（ただし、IDを増やすごとに別途500円がかかる）香川県のHPの説明によれば、このシステムにより、①大病院での長時間の待ち時間を省ける、②かかりつけの医師を通じて専門医の意見を聞ける、③X線写真などを持ち運ぶ手間が省ける、④転院先での検査や投薬の重複を避けられる、などの効果が期待できる。

そもそもこのK-MIXは、平成10年10月に、香川医科大学医学部付属病院母子センターにおいて、院内で妊婦の検診データ等の管理用電子カルテを病棟や分娩室などでも確認できるように整備した周産期医療情報ネットワークが発端となっている。香川県と連携し、県のモデル事業として産婦人科を持つ県内の医療機関をISDN回線で接続し、データ交換を行えるシステムに発展した。平成11年には、文部科学省から予算措置を受け、香川医科大学付属病院医療情報部において、ISDN回線を用いて画像をDISCOM3規格で伝送し、高画質で診断に耐えうる画像系の遠隔診断システムを開発し、平成11年10月から稼働している。平成12年には瀬戸内の離島に点在する診療所や山間に点在するへき地診療所を対象として遠隔診断システムを拡張し、離島・へき地遠隔診断システムが完成した。その後参画する医療機関を拡大し、平成15年6月には、香川医科大学医学部付属医療情報部、香川県、香川県医師会の連携により、県下全域の地域医療施設とのインターネット環境が整備され、全国初めてのネットワークが完成し運用を開始した。現在では、香川県内はもちろん、岡山県や広島県といった隣接地域も含む65の医療機関が参加している。この間、文部省、郵政省、経済産業省、厚生労働省といった各省の補助事業に選ばれている。

遠隔医療システムあるいはITによる患者情報の共有システムの有用性や必要性は、古くから指摘されており、全国各地で様々な取り組みがなされてきた。しかし、電子カルテの例を見てもわかるように、モデル事業としては実施されたとしても、本格的に活用されている例は数少ない。総務省出身で香川県庁の6年間勤務した経験のある木幡氏（現在、北海道大学公共政策大学院教授）は、大学のホームページ上のコラムにおいて、香川県のシステムがここまで普及した要因として、次の3点を挙げている。一点目は、K-MIXがオープンなシステムであることや、技術的要因・制度的要因から、参加しやすさ・使いやすさを備えていること。二点目は、研究開発段階では国の研究費を活用したが、実用段階では県単独事業により、実績を出すことを重視しながら取り組み、現場の意見を反映させてシステムの改良拡充を図ってきたこと。三点目は、多様なアクター（大学、県、医師会、事業者）にキーパーソンが存在し、緊密なネットワークを形成し、それぞれの役割を果たしてきたことである（遠隔医療ネットワークと社会的ネットワーク 北海道大学公共政策大学院ホームページ）。

香川県では、平成24年度までに参加医療機関を100団体まで増やし、診断支援を行う医療機関の体制整備とセキュリティの強化と機能の拡張を行うとしている。

4.5 第三者求償の徹底（沖縄県）

あまり知られていないことだが、無条件で保険給付²⁰を行えるわけではなく一定の制限がある。保険給付の制限が行われるのは、1)少年院その他これに準ずる施設に収容されたとき、2)刑事施設、

²⁰ 保険給付の内容には、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、訪問看護療養費、特別療養費若しくは移送費の支給がある。

労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されたとき、3)自己の故意の犯罪行為、または故意に疾病、負傷したとき、4)闘争、泥酔または著しい不行跡によって疾病、または負傷した場合、5)保険者の指示に被保険者が従わないとき、6)保険料を滞納している場合がある(国民健康保険法 第59条～63条)。なお、保険給付制限の3)の自己の故意の犯罪行為に関して、無免許又は無許可運転による事故は該当するののかという疑義が、福岡県から問い合わせられている(昭和35年厚生省保険局国民健康保険課長あて 福岡県民生部部長照会)。当初厚生省は、第60条を適用して保険給付制限を行えるとの見解を出したが、その後の疑義による回答で、故意の有無及び行為と負傷との間の因果関係は、個々の事例の事実に基づき判断するべきであるとしている²¹。

今回沖縄県の医療費適正化計画で取り上げられている第三者求償の徹底は、保険給付自体の制限には当たらないが、保険給付に係る費用を第三者に請求することができるケースである。保険事由が交通事故などの第三者の行為によって生じた場合には、療養の給付に要する費用から一部負担金(自己負担相当額)を除いた費用を上限に、被保険者が第三者に対して保持している損害請求権を保険者が取得することができる。さらに、保険者は損害賠償金の徴収または収納の事務を、国民健康保険団体連合会に委託することができると定められている(国民健康保険法 第64条)。

保険財政が厳しい国民健康保険にあつては、少しでも保険料収入を上げ、保険給付費の伸びを抑制することにより、財政を立て直したい状況にある。第三者求償は、被保険者の利益を損ねずに、保険者の権限で保険給付を抑制できる数少ない選択肢である。交通事故が多発している現代では、その部分の保険給付費だけでも多額にのぼると思われ、各自治体では第三者求償の徹底に注力するようになってきている。沖縄県の医療費適正化計画では、第三者求償の徹底を行うために、レセプト点検調査等により該当する給付がないかの確認と、被保険者に対する医療費通知を充実させることで、被保険者にも関心を払ってもらうよう対策を取る必要があると書かれている。

4.6 生活保護世帯の医療費適正化

生活保護世帯に支払われる生活保護費約2兆6,000億円(平成19年度予算)のうち、医療扶助費は最も多くその約半分の1兆3,000億円に達している(厚生労働省, 2007)。生活保護の医療費の特徴について、厚生省の社会・援護局保護課は、高齢者世帯や傷病・障害者世帯が4割おり、また精神入院患者の約2割が生活保護受給者であるために、入院の医療費の割合が高いとしている。また、

²¹当時の厚生省は、「国民健康保険法第60条の規定により自己の犯罪行為によるものとして保険給付を行わないものである」と回答している。しかし、それに対し今度は高知県から、「無免許又は無許可運転による負傷については、すべて「故意」及び「因果関係」があると認められるため「自己の故意の犯罪行為」となり、この結果法第六十条を適用して不支給とするものと解してよろしいか」という疑義が問い合わせられ、その中で「これは無免許又は無許可運転による負傷については、すべて「故意」及び「因果関係」があると認められるため「自己の故意の犯罪行為」となり、この結果法第六十条を適用して不支給とするものと解してよろしいか」「最近における交通事情等から自動車事故に関連する保険給付が激増しているが、法第六十条の「故意」及び「因果関係」の認定については、事件の当事者はもちろん、警察署において調査しても、その判定は容易ではなく、保険者の保険給付の決定に困難を伴い、これが日常の業務処理にかなりの影響を及ぼしている。このことから、安易な保険給付の決定がなされるなどの事例もあり、また交通事故の防止のためにも道交法違反のうち無免許、無許可及びその他の飲酒、無謀運転等重大な違反行為に限って、すべて「自己の故意の犯罪行為」として不支給とすることはできないか。」と問い合わせられている。これに対し、厚生省の回答は、「国民健康保険法第六十条の故意の犯罪行為による負傷として給付制限の対象となるか否かについては、昭和三十九年六月一日保文発第二九九号神奈川県民生部部長あて当職回答により判断されたいこと。なお、道路交通法違反行為を行なうについての故意の有無及び当該行為と負傷との間の相当因果関係の有無は、個々の事例について具体的な事実に基づいて認定すべきものであるので、交通事故に起因すると思われる保険事故については、事実を十分に調査することとし、安易な給付を行なうことのないよう貴管下市町村等を指導されたいこと。」としている。

国民健康保険と比較すると、入院の一件当たり医療費は国民健康保険の0.9倍、入院外は1.4倍であり、どちらも、入院日数、通院日数が国保に比べて長いことが特徴であるとしている。

被保護者の場合、全額公費負担で現物給付されるため、基本的に自己負担が発生しない。そのため、受診に関して抑止力が働きにくく、多受診や入院の長期化が生じやすい状況にある。もちろん、生活保護者は高齢世帯や障害者であることが多く、それゆえ通院日数や入院日数が長くなっている可能性は否定できない。しかし、先の社会・援護局の資料によれば、精神病床入院患者のうち、受入条件を整えば退院可能な患者は約7万人おり、そのうちの約1.4万人が生活保護受給者であることがわかっている。個々の生活保護受給者の状況を精査しながら、被保護者の退院支援や疾病の発症・重度化予防に力をいれていく必要がある。

都道府県の医療費適正化計画の中で、生活保護世帯の医療費適正化を対策に掲げているのは東京都だけであるが、それは生活保護世帯が大都市圏に集中していることがある。平成18年度の福祉行政報告によれば、被保護実世帯数約107万世帯のうち、東京都にはその13.8%に当たる約15万世帯が住んでいる。

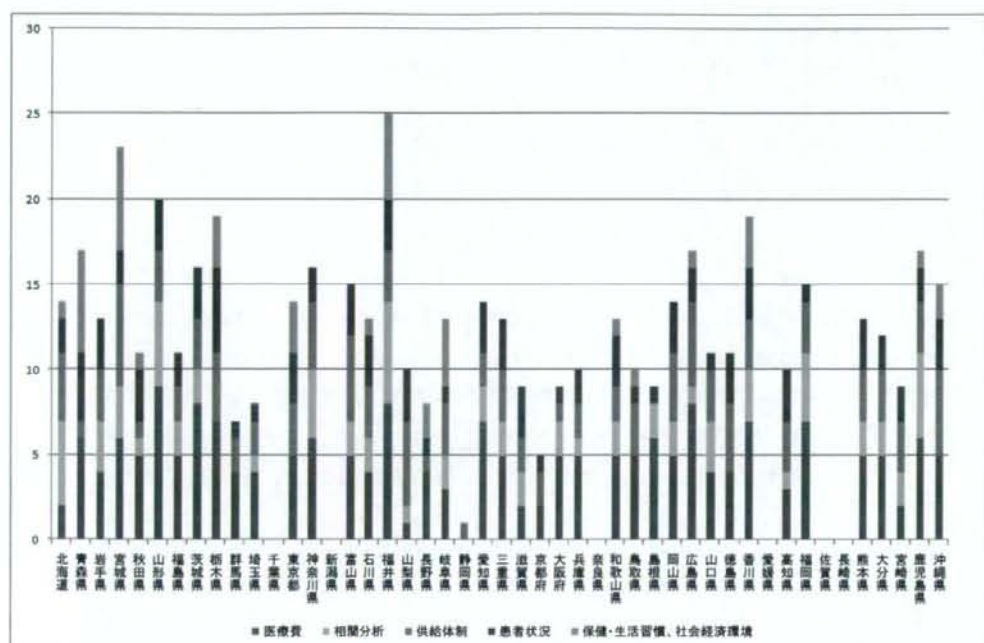
5 医療費等に関する調査と分析

適正化計画の方針によれば、「都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある」とされている。具体的には、全国平均や他の都道府県との比較を通じて、全国的な位置づけ、医療費や医療費の伸びが低い都道府県との違いや原因を分析する必要があると指摘されている。しかも、医療費には保険者単位、医療機関の所在地単位、住民単位で集計された医療費の三種類があり、それぞれの医療費について分析を行うことと記載されている。

都道府県の医療費適正化計画の内容を分析し、1) 医療費の利用状況と影響を与える要因、2) 患者属性、3) 供給体制、4) 保健・生活習慣、社会経済環境、の5つに分類し、それぞれの分析内容についてまとめた。

5.1 都道府県計画における医療費等の分析方法の傾向

はじめに、医療費等の分析方法の種類を都道府県別に集計した。分析の種類が多い方が良いとは必ずしも言えないが、少なくとも多様な観点から現状分析がなされている可能性は高いだろう。分析の種類平均は12.9種類で、最も分析の種類が多かったのは福井県の25種類、最も少ないのは静岡県1種類であった。分析の種類が10を下回る群馬県、埼玉県、長野県、滋賀県、大阪府、島根県、宮崎県の共通した傾向として保健・生活習慣部分の分析が少ないことがわかる。逆に、分析の種類が15を超える都道府県では、保健・生活習慣部分の分析がなされている傾向が確認された。



(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図 4 適正化計画における分析内容の種類比較

5.2 医療費の利用状況と影響を与える要因分析

① 医療費の利用状況に関する分析—保険者レベルや特定集団に関する分析が課題

医療費自体の分析方法を概観すると、その方法は単純集計、都道府県内の比較分析、都道府県レベルでの相関分析に分類することができる。

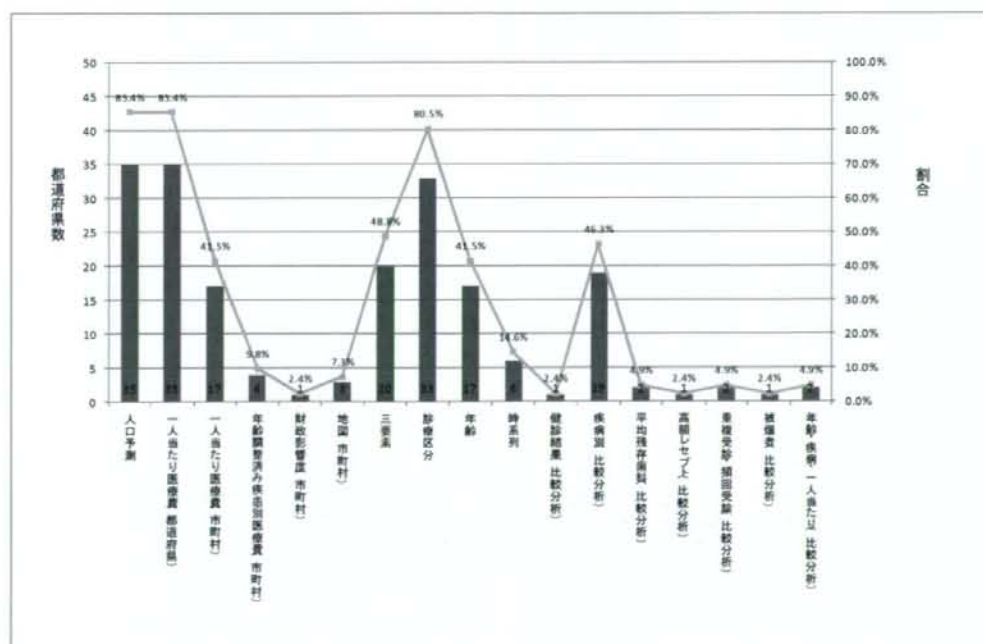
単純集計の方法では、分析単位を都道府県単位か市町村単位（二次医療圏単位）にするかの二通りのパターンがある。34（82.9%）の都道府県が都道府県全体での一人当たり医療費を確認しているものの、市町村単位で一人当たり医療費を分析している都道府県は 16（39.0%）と半分にも満たない。そして、市町村間の人口構成の違いを考慮した年齢調整済み医療費を分析している都道府県はさらに少なく、わずか4都道府県である。また、市町村医療費の地域差状況を地図化して見せているのは、山形県、福島県、岡山県だけである。山形県は、市町村間の年齢調整を行った上で疾患別医療費を詳細に比較しているだけでなく、その地域差が県や市町村の財政に与える影響度までも把握している（この分析方法に関しては、本研究の成果が一部採用されており、分析の支援を行っている）。

一人当たり医療費の分析方法には、3要素（受診率、一件当たり日数、一日当たり点数）や診療区分、年齢区分に分ける方法や時系列に推移をみる方法がある。都道府県の分析状況をみると、診療区分（入院と入院外）ごとの一人当たり医療費を確認している都道府県が 19 と最も多く、三要素と年齢区分に分けて分析している都道府県が 19（46.3%）、16（39.0%）となっている。時系列に推移を見ている都道府県は、わずか5である。

特定集団の医療費分析では、疾病別の医療費分析が 18（43.9%）と最も多く、それ以外の特定集

団の医療費分析を実施している都道府県は、どの集団でも1つないし2つである。特定集団を分析している都道府県のなかでも、広島県は特異であり、単独で3種類の集団（疾患別・重複・頻回受診者、被爆者）の分析を行っている。重複受診者と頻回受診者の上位10疾病と、受診回数を分析し、その傾向を把握している（図6）。両受診者の上位には、高血圧性疾患、腎不全、糖尿病があがっており、頻回受診者の医療費の方が重複受診者の医療費よりも高いことが明らかにされている。そのほか、特徴的な分析をしている都道府県としては、疾患別・年齢別一人当たり医療費を同時に一つの図で表現している石川県や、疾患別一人当たり医療費の受診率と一件当たり医療費の関係を一つの図で表している岐阜県の分析方法が興味深い。

石川県の図は、年齢とともに一人当たり医療費が増加するだけでなく、疾病間でも同時に比較できる点がすぐれている。また岐阜県の図は、疾病分類別・受診率・一件当たり医療費・一人当たり医療費という4次元の指標を2次元の図でうまく表現している。この図は、疾患別の受診率と一件当たり費用の相関関係を見せられるだけでなく、その一人当たり医療費を円の面積で表すことで、疾病間の医療費の大きさが異なることも同時に表現している。この表現方法は、他の都道府県にも参考になると思われる。



(出典：医療費適正化計画を基に著者作成)

図5 医療費分析の状況

表3-8 頻回受診の状況（18年5月診療月分）

【入院外医療費全体に占める割合】

医療機関数				
1	2	3	4	5以上
42.44%	31.44%	15.93%	6.51%	3.67%

【頻回受診の疾病別医療費】

順位	疾病名	医療費(千円)	順位	疾病名	医療費(千円)
1	高血圧性疾患	386,951	6	その他の悪性新生物(がん)	134,779
2	腎不全	289,562	7	関節症	130,496
3	糖尿病	242,108	8	虚血性心疾患	123,134
4	その他の眼及び付属器の疾患	148,758	9	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	122,139
5	脳梗塞	137,513	10	脊椎障害(脊椎症を含む)	113,489

資料：「平成18(2006)年5月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

表3-9 重複受診の状況（18年5月診療月分）

【入院外医療費に占める割合】

医療機関数			
1	2	3	4以上
93.78%	5.79%	0.37%	0.06%

【重複受診の疾病別医療費】

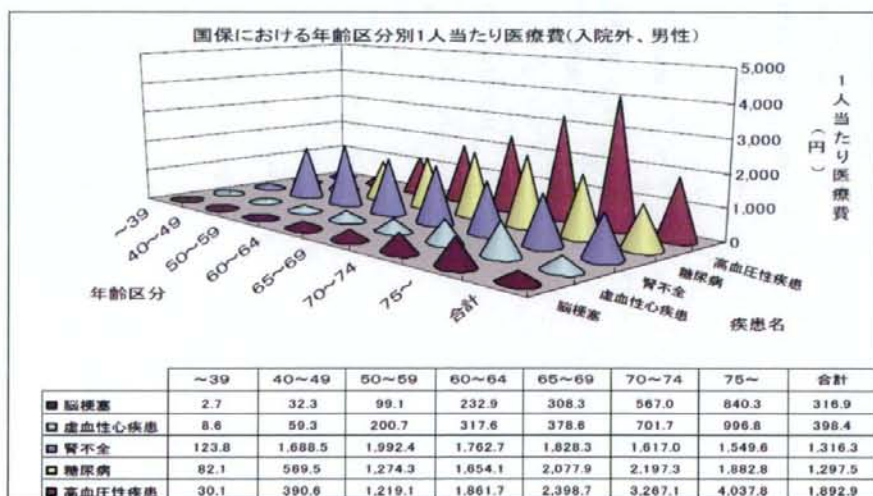
順位	疾病名	医療費(千円)	順位	疾病名	医療費(千円)
1	糖尿病	183,938	6	脳梗塞	36,888
2	腎不全	122,729	7	乳房の悪性新生物(がん)	25,525
3	高血圧性疾患	63,532	8	虚血性心疾患	19,272
4	ウイルス肝炎	54,457	9	気管、気管支及び肺の悪性新生物(がん)	18,927
5	その他の悪性新生物(がん)	37,790	10	その他の心疾患	17,658

資料：「平成18(2006)年5月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

(出典：広島県医療費適正化計画)

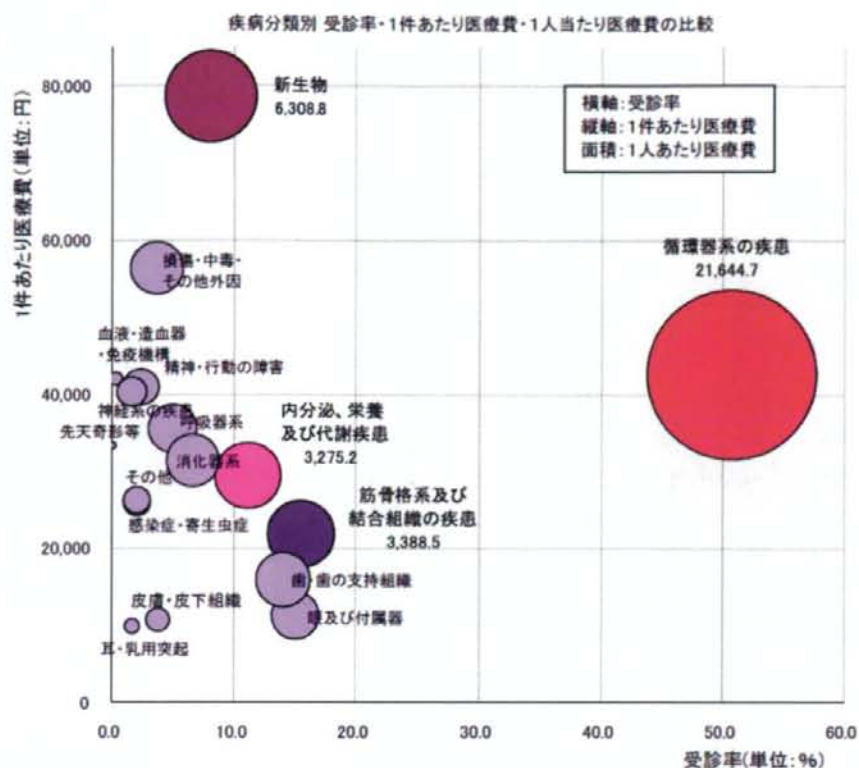
図6 頻回受診・重複受診の状況（広島県医療費適正化計画）

図表 2-1-32



(出典：石川県医療費適正化計画)

図7 疾患別・年齢別一人当たり医療費の分析（石川県）



(出典：岐阜県医療費適正化計画)

図 8 疾病分類別・受診率・一件あたり医療費・一人あたり医療費の比較 (岐阜県)

② 医療費と関連する指標との相関分析—健診受診率、就業率、在宅死亡率との分析は一部都道府県のみ実施

都道府県が行っている相関分析は、平均在院日数あるいは一人当たり老人医療費の相関分析の二つに分けられる。医療費適正化計画で平均在院日数の短縮が目標となっていることもあり、23 (56.1%) の都道府県で、平均在院日数と一人当たり老人医療費との相関分析がなされていた。人口当たり病床数との分析を行っているのは、北海道と広島県のみである。また、一人当たり老人医療費との相関分析では、人口当たり病床数を分析している都道府県が 19 (46.3%) と多く、次いで一人当たり入院老人医療費と一人当たり外来老人医療費の相関分析をしている都道府県が 11 あった。今後、予防対策が重要視されるという意味では、健診の受診率や就業率との関係を把握することは意義がある。少数の都道府県ではあるが、就業率では 5 つの、健診受診率では 6 つの都道府県が一人当たり老人医療費との相関分析を実施していた。相関分析として目新しいものでは、在宅等死亡率との関係を分析している北海道、福岡県、鹿児島県、単身世帯との関係を分析している福岡県があげられるであろう。在宅死亡率と一人当たり老人医療費との関係は、負の相関関係にあり、単身世帯とは正の相関関係にあることが示されている。