

滋賀県地域医療構想（原案）に対する意見等

頁	行	意見等
24	17	「・疾病予防、介護予防の取組強化」に「健康づくり」を追加願いたい。 P23 基本的な施策の方向（２）の３点目にある「すべての年代が健康的な生活を送れる地域づくり」のためには、まず健康づくりが必要であると考えます。
24	18	「・多様な住まいの確保と日常生活支援の充実」とあるが、「多様な住まいの確保」の部分がハード面なのかソフト面なのか家族という意味なのか不明瞭なので、わかりやすい表現にされたほうがよいのではないか。
110	19	「高度急性期、急性期機能について、がんに対する完結率を高めることが、東近江区域の緊急かつ重要課題です。」について、「完結率を高め」のあとに「、住み慣れた地域で入院・加療ができるよう整備す」を追加願いたい。
138	3	（３）医療・介護従事者の確保・養成 文中に「医師不足」「看護師不足」に対する対策が触れられていないのはどうか。 何か意図的にも働きかけを掲げるべきではないか。 (例) ・ 地元大学医学部・看護学部への地元医療機関への就労 積極的な働きかけ、就労プレミアムの付加 ・ 医師会との連携した人材確保への働きかけ推進 等
181	7	必要な協議や施策の検討が行える場として、構想区域ごとに設置される「(仮称)滋賀県地域医療構想調整会議」に、保険者が委員として参画できるよう配慮いただきたい。
181	32	「各医療機関の自主的な取組による病床機能の分化・連携の推進が期待されます」とあるが、構想実現のためには各医療機関へ構想に沿った病床機能への転換を求める働きかけと各構想区域の実態にあった必要病床数の見直しが不可欠であると思われます。 特に、病床機能の転換に関しては、県が主体となり、少なくとも公立病院については、県・市町で密に連携し、具体的な機能別の目標病床数を定め、率先して病床転換を進めていただきたい。

頁	行	意見等
182	11～	「国民皆保険制度の安定のため、健康寿命を延伸させる取組み（健診（検診）、保健指導 等）を積極的に進めていく」といった文言を、少なくとも 11 行目以降の（5）保険者、（6）市町、（7）県の項目の中に追加いただきたい。
		<p>各区域別構想の「（2）地域包括ケアシステムの充実」の項目にて、「健康づくり、介護予防の取組を推進し、健康でいきいきと生活できるまちづくりを目指します」など健康でいきいき生活できるまちづくりについて記載されているが、主な施策例のところにはこれに関連する取組が記載されていない区域があります（P46 大津区域、P113 東近江区域）。</p> <p>限られた貴重な医療・介護等の社会資源を有効かつ効果的に活用するためには、医療・介護を必要としないですむよう、健康の保持・増進、予防できる疾病（生活習慣病）の予防、介護予防が重要であり、全区域で取り組まれるようにしていただきたい。</p>
		医療を受ける患者として、住み慣れた地域内での質の高い医療の確保等、効率的な医療提供体制の整備を滋賀県各部局が連携して主導し、早期に実現できるよう進めていただきたい。
		<p>今後、在宅医療需要が高いことから、医療（慢性期機能）と在宅医療の提供体制の整備については一体的にとらえ、必要な病床機能、医療従事者の確保、充実を図っていただきたい。</p> <p>また、整備スケジュールについても可能であればお示しいただきたい。</p>



京 医 保 協 収 第 3 号
平成 2 9 年 1 月 1 3 日

京都府知事 様

京都府医療保険者協議会
会長 矢田 久雄



京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案に係る意見

1 はじめに

京都府の地域医療構想を地域包括ケア構想と位置付けたことは、取り組むべき方向性と課題が明確になり、賛同します。

然しながら、医療・介護における資源が極端に偏在し、或いは不足する中で、地域包括ケアシステムを実効性のあるものにするためには、構想を出来うる限り具体化し、それに向けた思い切った手段・対策を講じる必要があります。

また、本構想は、療養病床の入院患者のうち医療区分 1 の患者の 7 割を在宅医療等に移行することがベースにあります。府民に不安を与えないよう、どのような体制をどういった規模で、また、その工程、推進体制を十分に周知することが不可欠と考えます。

なお、本構想は「京都府保健医療計画」の一部とされていますが、具体的な施策・目標値が示されていない事項につきましては、次期保健医療計画において、より明確にされますようお願いしたい。

次項より、本構想に対する意見を述べますので、斟酌のうえ、構想実現に向けた取り組みを推進願います。

2 意見

（1）地域包括ケアシステムの推進と体制について

まず、療養病床に入院している患者を在宅医療等へ移行させるためには、的確な需要予測に基づき在宅・施設など具体的な受け皿の目標数値を設定し、府が主導する計画的、組織的な取り組みが必要です。従って、地域包括ケアの推進体制については、「医療機関相互の協議」のみに委ねるのではなく、府が積極的に関わっていくべきと考えます。

また、医療から介護への切れ目のない連携を実現するためには、市町村、医療機関、その他関係者と十分に調整を行うことが重要であり、府におかれましては、京都地域包括ケア推進機構の機能・役割を高めることで、自治体・関係機関を牽引していただきたい。

さらに、現行の在宅療養あんしん病院登録システム、京都式オレンジプラン、京あんしんネット等、地域包括ケアにかかる各種システムについては、府民へ十

分周知し、利用者拡大に努め、さらに実効性の高いシステムへと強化していくことが必要と考えます。

特に、在宅での療養者については、今後一層、高齢单身・高齢夫婦世帯が急増し、また、夫婦共稼の家庭が増え、家庭を中心とした介護が困難となる見込みの中、地域包括ケアシステムを高齢者が利用しやすい仕組みとする必要があり、窓口の集約化、簡素化などについても検討を進めるべきと考えます。

（２）健康づくりの推進について

我々医療保険者は、加入者の健康保持・増進を目的としたデータヘルス計画のもと、健診・保健指導の推進を始めとして、重症化予防事業や、健康意識の向上のための啓発事業に取り組んでいます。

今後、これらの取り組みの成果として、府民の各種健康リスクの改善や、圏域における受療動向が変化することが考えられます。そのため、医療保険者の取り組みについても、随時、情報収集いただき、様々な状況の変化に対応できるよう、構想策定後も府民の医療ニーズをきめ細かく分析し、地域や職域単位で、行政、保険者など関係団体との健康づくりに向けた連携をこれまで以上に強化していただきたい。

（３）病床機能の分化及び連携の促進について

本構想においては、構想区域ごとの機能別病床数が明記されていないため、必要となる経費や人員数がイメージできず、将来も引き続き医療資源が偏在することが危惧されます。

また、府民に、適切な医療を将来に亘って持続的に提供するためには、安定した医療保険財政の維持が必要不可欠であり、如何に医療資源を効率的に活用するかが重要なポイントとなります。

そのためにも、具体的な数値目標の設定が必要であり、特に、医療資源が少ない圏域もしくは地域に対して、不足を生じずかつ、偏在のない医療提供体制の整備に取り組んでいただきたい。

なお、受療動向は、患者の年齢により異なることが考えられるため、圏域ごとの機能別病床数を検討する際には、後期高齢者医療の加入者にかかるデータについても、受療動向を分析する必要があると考えます。

また、構想区域によっては、近隣府県への患者流出が見られるため、他府県の構想の実施状況も、随時、確認が必要と考えます。

これらについては、保健医療計画において、具体的な施策の記述や工程表を作成し、細やかな進捗管理に努めていただきたい。

（４）人材の確保・育成について

京都府では、医療・介護の両分野について、現状においても、資源の地域偏在及び人材不足の状況が見られ、今後、両分野の従事者における高齢化が進む中、

在宅医療等を支える担い手を確保することは、非常に困難であると危惧されます。

本構想では、人材の確保・育成について、従来の施策に加え、いくつか新たな対策も見られますが、まずは、それぞれの圏域かつ、それぞれの分野における必要な人員数の見込みを立て、計画的に人材確保にあたっていただきたい。

(5) 地域医療構想の実現に向けて

病床機能の転換及び切れ目のない医療提供体制の実現のためには、「医療機関の自主的な取り組み」だけでは達成は容易でないと思われるため、府が積極的に牽引していただきたい。

特に、地域医療構想調整会議は、地域包括ケアシステムの推進体制の中で、毎年度、構想の達成状況を確認するとともに、今後の取り組みを協議する「地域医療構想のPDCAを回す役割」を担う重要な位置づけにあるため、その運営については、府にリーダーシップを発揮していただきたい。

また、医療を受ける立場にあるものの意見を十分反映し、構想実現に向けて、協同していくべく、各地域医療構想調整会議の場に、複数名の医療保険者が参画できるよう求めます。

さらに、保健医療計画、医療費適正化計画のみならず、介護計画等、地域包括ケアに関連する計画についても、医療保険者の意見を反映いただくよう、お取り計らい願います。

3 最後に

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、介護を必要とする人が急増し、加えて介護従事者や関連施設の大幅な不足が見込まれ、その結果、介護難民が43万人という試算もありますが、京都府地域包括ケア構想においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができること、及び、府民が安心して質の高い医療を受けられるよう配慮し、優先的に取り組みください。

さらに、患者負担や保険料負担が過度なものとならぬよう、医療費適正化の観点を踏まえて、効率的でバランスの取れた医療提供体制の整備を図っていただきたい。

また、地域包括ケアの推進にあたっては、特に看取りと終末医療について、幅広い世代に関心を持っていただくことが必要であるため、府民の意識醸成の取り組みも推進していただきたい。

以上

意見提出用紙（大阪府保険者協議会）

「大阪府地域医療構想（案）」に対する意見等

意見等	※該当する項目の口を黒く塗りつぶしてください。（口印から■印に変更してください。）	
	該当項目	該当ページ数（右下部記載のページ数）
	<input type="checkbox"/> 第1章 地域医療構想の基本的事項	
	<input type="checkbox"/> 第2章 大阪府の現状	
	<input type="checkbox"/> 第3章 地域医療構想策定の検討体制	
	<input type="checkbox"/> 第4章 医療需要・必要病床数の推計と構想区域の設定	
	<input type="checkbox"/> 第5章 将来あるべき医療提供体制を実現するための施策の検討	
	<input type="checkbox"/> 第6章 地域医療構想策定後の実現に向けた取組み	
	<input type="checkbox"/> 第7章 まとめ（今後留意すべき点）	
	<input type="checkbox"/> 構想区域編 （豊能、三島、北河内、中河内、南河内、堺市、泉州、大阪市）	
	<input type="checkbox"/> 資料編	

(意見記入欄)

今回の地域医療構想は、高齢化の進展に伴い医療需要が増加する中で、10年後のあるべき医療提供体制の構築を目的として策定されるものであるが、被保険者にとって質の高い医療へのアクセスの確保を第一にしつつ、保険料が過度の負担とならないよう効率的な医療としていくことも考える必要があり、医療保険者としては、医療の確保と財政のバランスが取れた医療提供体制の構築を望んでいる。そういった立場で、意見・要望をさせていただく。

〔意見〕

- ◇ 今回の医療構想(案)については、厚生労働省から提供された支援ツール等を利用して策定されており、必要病床数の推計に当たり、全国一律の係数が用いられ、地域特性が十分に反映されていないなど課題も見受けられるが、その内容について、概ね異論はない。
- ◇ ただし、医療構想(案)の目的について、前文の中に、「地域において効果的かつ効率的な医療提供体制を構築するため・・・医療構想を策定する」とあるが、本文には、第1章の基本的事項の「策定の背景」に「医療介護総合確保法」を説明するために用いられているのみで、それ以外には、「効果的かつ効率的」という文言は見受けられない。医療構想の策定目的を達成するためにも、第6章の「実現に向けた取組み」の中に、同文言を追記されたい。
- ◇ なお、あるべき姿に向けた実効ある計画として機能させるには、本来、医療財政面での裏付けが必要不可欠であるため、その観点からの検証を早急に行っていただきたい。

〔要望〕

- ◇ 本医療構想(案)が、単に構想にとどまらず、効果的で効率的な医療提供体制が実現され、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを受けられることを目指す、実効性があり、かつ、実現性のある計画となるよう、以下のとおり要望する。
 - ・ 構想の実現に向けた取り組みとして、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議とあるが、構想の推進に当たっては、今以上に医療保険者が参画できるよう取り計らうとともに、その見直しの際には遅滞なく保険者協議会に意見を求めること。
 - ・ 構想の実現に向けた施策の評価・見直しに当たってはPDCAサイクルを機能させるとあるが、成果指標並びに在宅医療の充実及び医療従事者の確保・要請などの具体的な施策に係る工程表が示されていない。成果指標の設定等に当たっては、医療保険者の意見も集約しつつ、地域の実情・住民の医療ニーズを踏まえたものにする。
 - ・ 地域医療構想の住民への周知に当たっては、住民が医療提供施設の機能に応じ、適切な選択ができるよう、機能等について単に結果やデータを公表するだけでなく、課題から分かりやすく、丁寧に説明するなど、理解を得るための施策を講じること。
 - ・ 大阪府は将来の病床不足地域と分析される中で、患者の流出入に関する近隣圏域・府県との調整や回復期機能や在宅医療の確保等の重要な課題については、随時、検証すること。
 - ・ 今回の案では、2次医療圏ごとに病床の機能分化を行っているが、地域医療全体の経営の観点から、次期計画に当たっては、圏域(府圏域)を超えた病院の拠点化や連携強化(ハブ&スポークモデル)などの医療のネットワーク化について検討すること。

(以上)

※1枚1項目でご記入下さい。



兵保協第 39-2¹号
平成 28 年 7 月 19 日

兵庫県健康福祉部長
太田 稔明 様

兵庫県保険者協議会
会長 笠井 利雄



「兵庫県地域医療構想」(案)に係る意見について

平素は、本協議会の事業運営につきまして、格別の御配慮を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、平成 28 年 6 月 7 日付け医第 1337 号で当協議会に求められました標記案に係る意見については、別紙のとおりとりまとめました。

兵庫県におかれては、構想の策定に当たって、本構想の策定目的である「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切で必要な医療を受けられる地域完結型医療」の実現を可能なものとするため、本協議会でまとめた項目について、積極的に反映していただきますようお願いいたします。

兵庫県地域医療構想（案）に対する意見

1 はじめに

兵庫県保険者協議会としては、効率的、良質な医療提供を実現するため、住民、企業、医療介護関係者、行政、保険者が一体となって地域医療構想の実現に向けた取組を推し進めるべきであると考えています。県が主体となり関連団体とのスムーズな連携・調整を図り、計画的に取組にあたっていただくようお願いいたします。保険者としてもレセプトデータによる実態にあった受診動向の分析を行うなど、協力を惜しまず取り組んでいきたいと考えています。

また、保険者として国の方針に従い住民の疾病予防や健康寿命の延伸に向けた取組を行っているところではありますが、県としても住民の利益に資する総合的な取組にご尽力いただきたいと考えています。

今後とも、住民が安心して暮らしていける医療提供体制の実現に向けて取組を進めていただきますようお願いいたします。

2 具体的な意見等

- (1) 本地域医療構想のあるべき医療提供体制を実現するための方策において、地域包括ケアシステムの構築を目指すことについてもう少し明確にしていきたい。

国等では、地域包括ケアシステムの構築及びその体制の整備が進められている。兵庫県においては、圏域が広域であり地域ごとの保健・医療・介護の課題が多岐にわたることからも、それらの課題を解決するためには、他府県以上に地域包括ケアシステムの構築を目指す取組が必要と考えられる。

- (2) 慢性期病床からの移行により大幅に増加すると見込まれる在宅医療需要に対応できる受皿について圏域ごとに十分な整備を行っていただきたい。

特に医療資源が少ない圏域や地域に対しての対応については不足が生じないよう慎重に進めていただきたい。さらに、在宅等受入れ施設の確保に向けての整備を推進するとともに、在宅等への切替えの基準を十分に検討していただき、患者の負担が非常に大きくなるという、本末転倒にならないようにしていただきたい。

なお、在宅等への切替えの基準においては、自宅等療養は病状に加え、施設受入れ能力、自宅の広さや構造、家族構成、医療費、交通の便、必要機材の搬入の可否、医療関係者の訪問可能時間や頻度、家族患者の経済力等々広範囲の要素がからむことから、在宅等療養に切り替える判断基準のきめ細かな設定等を考慮いただきたい。

- (3) 県民が、どの地域においても安心して質の高い医療が受けられるよう配慮しつつ、患者の負担や保険料が過度なものとならないよう、医療費適正化の観点を踏まえた効率的でバランスの取れた医療提供体制の整備を図っていただきたい。

(4) 今後も、救急医療体制整備を最重要課題として位置付け、三次救急と高度専門医療は県全体レベルで充実を図っていただきたい。

(5) 医療従事者の高齢化が進み必要な医療人材確保が喫緊の課題となっているため、将来に向けた人的資源について圏域ごとに必要人員を見込み、計画的に育成し確保していただきたい。併せて各医療機関における医療スタッフの適正な再配置が進むよう対応策を講じていただきたい。

なお、病床転換により各医療機関における医療スタッフの配置がアンバランスとなり、各医療機関の個別対応だけでは、県内の医療スタッフの人材確保につながらないのではないかと考えられるので、県としての調整機能、施策に期待したい。

(6) 地域医療構想の実現のためには、地域における医療及び介護の総合的確保の推進が重要である。これらを円滑に進めるため、関係する他部門や市町との十分な連携に努めていただきたい。また、医療圏内外にわたって医療機関の相互連携が図られるネットワークの構築も進めていただきたい。

(7) 医療機関の機能分化については医療機関による自主的な取り組みとしているが、県として具体的にどのように機能分化の促進に取り組むのか示していただきたい。また、各医療圏において、地区の中核病院として公立病院が想定されるが、そのための公立病院への公費による補てん支援の方針が必要と考えられる。

(8) 患者の受療動向等の重要な課題については、今後も随時、状況を分析及び検証していただきたい。

(9) 医療圏の整備目標については、国の基準を参考に、地域の実情に応じた整備目標としていただきたい。また、医療構想について目指すべき体制や課題等をわかりやすく情報提供していただきたい。総合的な施策推進体制がポイントと思われるので、現時点での考え方を開示していただきたい。さらに、構想の実現には県民の理解と協力が欠かせないものであることから、分かりやすく丁寧な周知・広報について、十分な施策を講じていただきたい。

3 最後に

兵庫県は五疾病・五事業に応じて、それらの医療圏を地域の実情に応じて柔軟に設定してきた経緯を踏まえ、効率的、良質な医療提供を実現するために具体的施策を示すとともに、平均寿命以上の健康寿命延伸のための取組を進めていただきますようお願いいたします。

奈保協第 28 号
平成 28 年 2 月 29 日

奈良県医療政策部
地域医療連携課長 様

奈良県保険者協議会
会長 松井 正剛

奈良県地域医療構想（素案）にかかる意見の提出について

平素から本協議会の運営に関し格段のご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
平成 28 年 2 月 12 日付け「地医第 438 号の 2」をもって照会のあった標記の件に
関して下記のとおり回答いたします。

記

1. 奈良県地域医療構想（素案）の策定についての意見・・・別紙 1 のとおり
2. 概要及び骨子、素案の項目別意見・・・・・・・・・・別紙 2 のとおり

【事務局】

奈良県国民健康保険団体連合会
事業課

TEL : 0744-29-8315

✉ : hokenjigyou@kokuhoren-nara.jp

奈良県地域医療構想（素案）の策定についての意見

医療保険者の団体である奈良県保険者協議会としては、超高齢化社会にふさわしい新しい地域医療の仕組みを構築したうえで具体的な対策を推進していくためには多くの課題があり、医療保険者としても医療費の適正化に向けて出来る限りの努力をしていかなければならないと考えています。

また、県や市町村と医療に関わる諸団体が情報を共有し、共に連携しながら取り組んでいくことが今後ますます重要になってくると考えています。

県におかれては、全ての関係者が適切に役割分担をしながら、限られた医療資源の中で、住民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、可能な限り住み慣れた地域で生活が続けられるように、関係者間の連携・調整にご尽力いただきたいと考えています。

今後とも、持続可能な医療や介護制度の構築と、地域医療体制の整備や地域包括ケアシステムの推進に向け、在宅医療を担う人材の確保や養成、また、地域包括ケアシステムの拠点整備等に関する具体的な施策の充実強化についてよろしくお願いします。

団体名：奈良県保険者協議会

報告者：【事務局】国保連合会 事業課

提出締切：平成28年2月29日(月)

「奈良県地域医療構想(素案)」に対する意見

ページ	行	構想(素案)原文	意見	修正すべき理由
資料1(概要) 第1章 資料2(骨子) P1 資料3(素案) P12~13		国保の県営化	県営化を県単位広域化に修正されたい	今回の広域化は、県と市町村が共同で保険者になることになっているが、県営化では、県のみが国保を運営するよう受けとめられる可能性があるため
資料3(素案) P10~P12 (データ集、P10)		第1章 II-6 医療費の状況について (平成25年の疾患別患者受療動向)	医療費の現状把握等において市町村国保と後期高齢者のデータを用いられているが、被用者保険の被保険者と市町村国保と後期高齢者医療の被保険者では受療動向に違いがあると思うので、今後、被用者保険のレセプトデータも活用されたい。 また、レセプトデータについては、年齢層(学齢層、青年層、中年層、前期高齢者層等)による分析も考えられたい。	

ページ	行	構想(素案)原文	意見	修正すべき理由
資料1(概要) 第3章 資料2(骨子) P3～P14 資料3(素案) P18～P26		第3章 II 医療需要及び供給体制の現状と将来推移について	<p>医療需要を算出するにあたっては、現在医療機関に入院中の患者のうち医療必要度の低い者は退院して、その多くは在宅医療に移行することが前提とされ、医療機能別の将来の必要病床数について、ほとんどの圏域では急性期機能から回復期機能への転換が必要とされている点に関して、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後は高齢者の医療需要が伸びるが、特に回復期の病床が必要とされるところ。 ・本県の地勢的特性から、近隣の大都市圏域からの回復期患者の流入が相当あるのではないかと思われる。 <p>このため、急性期から回復期への病床転換については早期に実現すべきと考えるが、現状を鑑み関係機関で慎重な協議を行われるとともに、基金等の活用も検討されてはどうかと考える。</p>	
資料1(概要) 第4章 資料2(骨子) P19～P21 資料3(素案) P68～P77		第4章 II 地域包括ケアシステムを支える在宅医療について	<p>考え方については、異論はないが、自宅に帰って在宅医療を受けるには、非常に困難な現状にあると考える。</p> <p>在宅医療等の需要については、療養病床(医療区分Ⅰ)の7割や現一般病床で175点未満の入院患者は在宅医療等に移行するとして算出している。よって、受け皿となる地域包括ケアシステムの早期整備や、地域包括ケアを担うマンパワーの支援、とりわけ看護師や介護士の育成・確保が喫緊の課題と考える。</p> <p>2025年に団塊世代が後期高齢者になる時には、地域包括ケアシステムを充実させ持続可能な医療・介護体制となるよう努力をお願いしたい。</p> <p>尚、この地域包括ケアの推進については、患者サイドからの視点と医療提供者側からの視点では異なる課題があること、医療給付費と介護給付費の双方から適正化を考えることも必要ではと思っている。</p>	

和保協第 6 号
平成28年5月6日

和歌山県福祉保健部長 殿

和歌山県保険者協議会
会長 小 出 隆 道

和歌山県「地域医療構想」(案) に対する意見について

平素は、本協議会の事業運営に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、平成28年4月15日付け医第04150001号をもって照会のあ
りました標記について、別紙のとおり回答いたします。

和歌山県保険者協議会

事務局 和歌山県国民健康保険団体連合会

事業課

T e l 073-427-4673

E-mail jigyouka@kokuhoren-wakayama.or.jp

意見用紙

和歌山県地域医療構想（案）について

（1 または 2 のいずれかに○をしてください。）

① 適当である（概ね）

2. 適当でない

【意見】

別紙のとおり

和歌山県地域医療構想（案）に対する意見等について

1 総論

和歌山県地域医療構想（案）は、高齢化の進展に伴い医療需要が増大する中で、2025年に向けて質が高く効率的な医療提供体制を構築することを目的として、医療機能の分化及び連携を進めていこうとするものと理解しており、保険者協議会として概ね賛同できます。

また、地域医療構想で定められる将来の病床数や病床機能の分化・連携については、将来「医療を受ける立場」となる現役世代にも大きく関係する事項であり、加えて、現役世代は、自身が加入する医療保険の保険料を支払うことを通じて、現役世代の医療費のみならず後期高齢者や国民健康保険の前期高齢者など高齢者の医療費も負担している「医療費を支える立場」にもあることから、地域医療構想は、各世代の納得が得られる内容で実現していただきたいと考えます。

なお、病床の再編については、地域医療介護総合確保基金を有効に活用して、機能分化・連携に必要な施設整備、施設整備に対しての補助や医療従事者の確保の支援に積極的に取り組まれますようお願いします。

最後に、県のリーダーシップの下、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を推進し、県民が住み慣れた地域で安全・安心な暮らしを営むことができる社会を実現するためにご尽力いただきたいと考えます。

2 意見

記載箇所 (ページ)	内 容
P 1 9	<p>「年齢調整標準化レセプト出現比」(S C R) から見た県内各圏域における医療供給体制の現状について</p> <p>説明内容が、「和歌山県内の状況を分析すると、下記に示すとおりとなっています。」ということだけで分析内容が不明です。少なくとも、圏域別の特徴的な部分を掲載すべきと考えます。</p>
P 2 0 ~ 2 3	<p>和歌山県内における医療費の状況等について</p> <p>全国と和歌山県の医療費の比較については、総医療費だけでなく、一人当たり医療費の比較も必要ではないかと考えます。</p> <p>市町村別の被保険者一人当たり医療費(国民健康保険+後期高齢者医療)については、次頁の一人当たり医療費の対和歌山県比のベースとなる数値であるため、個々に作成すべきではないでしょうか。</p> <p>また、入外別の分析がないため、医療費が病床数にどのように影響(寄与度)しているのか不明です。圏域別の入院医療費の状況を明確に示しておくべきと考えます。</p>
P 3 5	<p>2 0 2 5 年の医療機能別必要病床数の推計結果について</p> <p>重症心身障害児施設の特例措置病床数の記載をお願いしたい。(御坊圏域については、一部その記載がある。)</p>
P 4 0	<p>各医療機能別に必要となる医療提供体制のあり方について</p> <p>第六次保健医療計画では、三次保健医療圏を、高度、特殊な保健医療サービスを提供する圏域として、高度救命救急センター(日本赤十字社和歌山医療センター・県立医科大学附属病院)、救命救急センター(南和歌山医療センター)が整備されています。整備にあたっては、がん医療等も含めて高度な医療が実施できるよう、医療資源・医療人材を投入して医療提供体制を整備されていると思料します。確かに圏域ごとに全ての種類の医療が提供されていることが望ましいという意見もありますが、一方で圏域ごとに分散して高度急性期医療等を提供することとした場合、拠点病院の整備等これまでに対応してきたこと、新たに設備投資を行う必要があること、医療人材の確保を図る必要があること等より考えて、第六次保健医療計画の方針に基づく整備を継続すべきと思料します。</p> <p>また、次期保健医療計画に向けて県の方針をお示しいただきたい。</p>

記載箇所 (ページ)	内 容
P 4 2	<p>わかやま在宅医療推進安心ネットワークについて</p> <p>国では、平成 26 年 6 月 18 日介護保険法改正法（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」）が成立し、「地域包括ケアシステム」の推進が盛り込まれていますが、この地域包括ケアシステムとの関連性を明確にしておくべきではないでしょうか。（和歌山版地域包括ケアシステムなのか、和歌山独自のネットワークの創成なのか等）</p> <p>国保保険者には、地域包括ケアシステムの取り組み例として、地域で被保険者を支える仕組みづくり、国保直診施設を積極的に活用した取り組みの推進、保健師による活動推進と地域関係者との連携などが示されています。（平成 28 年 2 月 2 日厚労省主催「市町村職員を対象とするセミナー」）</p>
P 4 3	<p>在宅医療・介護の連携について</p> <p>市町村が在宅医療・介護の連携事業を推進していく中で、「複数市町村にわたる連携の取組を県が支援していきます。」とありますが、具体的な支援内容が記載されておりません。どのような支援なのか、その財源はどうするかなどのプランが必要ではないでしょうか。</p>
P 4 3	<p>歯科治療・口腔ケアについて</p> <p>「急性期の段階から患者が専門的な歯科治療や口腔ケアを受けることができないため入院期間が長期化し、在宅への移行がスムーズに進めない一因となる」とありますが、実際に圏域別にみると、どのようなケースなのか不明です。また、「歯科口腔外科の設置を支援する」とありますが、どのような支援で財源はどうなるのでしょうか。また、支援については、なぜ「がん拠点病院等」としているのでしょうか。</p>
P 4 4	<p>地域医療構想における主な患者の流れとその受け皿について</p> <p>回復期病院の説明の中に「(地域包括ケア病床保有)」という文言が初めて出てきますが、この「病床」はどのような役割なのでしょう、説明が必要であると思われます。</p>
P 4 5	<p>各公的病院が果たすべき役割等について</p> <p>「新公立病院改革プラン」の補足説明の記載をお願いしたい。</p>
P 4 7	<p>在宅医療の充実について</p> <p>「在宅医療サポートセンター」について、すでに「和歌山市」「橋本圏域」「御坊圏域」に設置されていることから、先進地として実際の活動事例を示して、他の圏域にも参考とできる内容を盛り込んでいただきたい。</p> <p>また、在宅医療推進協議会は、市町村が設置運営することとなるが、設置目的や活動内容など、より具体的に示していただき、設置に向けた支援策を明確にしていきたい。</p>

記載箇所 (ページ)	内 容
P 4 7	<p>医療従事者の確保・養成</p> <p>和歌山県における人材不足はどの程度なのか状況を示す必要があると考えます。他県と比べどのような状況なのか数字を示して（圏域別）、和歌山県としての対策を策定すべきと考えます。</p>
P 5 1 和歌山圏域	<p>地域医療構想の実現に向けて必要となる施策等</p> <p>地域包括ケアシステムとしての施策展開について記載がありますが、地域包括システムは市町村が主体となって、地域の医師会等との連携などにより構築を図りますが、これは「和歌山圏域」だけの施策ではなく、全体に言えることではないでしょうか。また、介護施設に係る整備を一体的に進めるとありますが、整備が必要となる根拠数字を示す必要があると考えます。</p>
P 5 8 橋本圏域	<p>ゆめ病院について</p> <p>「ゆめ病院」は、伊都圏域の市町と奈良五條市による地域医療連携システムですが、この概要の説明がありません。必要ではないでしょうか。また、医師の高齢化や医療スタッフの不足等について課題としてあげていますが、その解決策や取り組み内容（計画）を盛り込む必要があると考えます。</p>
P 6 1 有田圏域	<p>2014年度以降の状況変化と今後の見込み</p> <p>圏域内において、急性期医療等の中心を担う公立病院・公的病院においては、2014年以降に医師配置等の体制整備を強化しているとのことですが、具体的な強化策を示して他圏域の参考とすべきではないでしょうか。</p>
P 6 4 御坊圏域	<p>人口構造の変化の見通し</p> <p>「国立社会保障・人口問題研究所・・・」の書き出しについては、第1章 地域医療構想策定の趣旨に記載があることから、他の圏域の書き出しに合わされたい。</p>
P 6 5～ 6 6 御坊圏域	<p>地域医療構想の実現に向けて必要となる施策等</p> <p>「医療介護総合確保基金も活用しながら医療機能転換を図る」とありますが、これは、御坊圏域に限ったことなのでしょうか。</p> <p>「圏域内での看護師確保につながる事が期待される」とありますが、医師確保対策はどうするのでしょうか。（医師が不足しているのかどうかの根拠数字もないので、問題提起も困難ではないでしょうか。）</p>
P 6 9 田辺圏域	<p>在宅医療等に係る状況</p> <p>「地域として支え合う在宅医療提供体制をいかに構築できるかが課題」とありますが、課題に対する圏域における対策が必要と考えます。</p>

記載箇所 (ページ)	内 容
P 6 9 田辺圏域	<p>地域医療構想の実現に向けて必要となる施策等</p> <p>「特別養護老人ホームなどの介護施設に係る整備」とありますが、圏域内での整備状況が不明です。具体的な取り組み計画が策定できないのではないのでしょうか。また、「山間地域を含めた圏域全体をカバーする在宅医療提供体制の構築」とありますが、具体的にはどのような機関が関係し、どのように進めるのでしょうか。プランが必要と考えます。「看護学校の定員増員や修学資金制度創設の検討」についても、財源等の説明は必要ないのでしょうか。</p>
P 7 3 新宮圏域	<p>地域医療構想の実現に向けて必要となる施策等</p> <p>「リハビリ機能の充実や在宅医療・介護の連携推進や予防（健康づくり）を併せて検討していく必要があります。」としていますが、医療保険者では、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業をP D C Aサイクルで実施するための計画（データヘルス計画）を策定し、被保険者の健康課題を明確にした上で事業の企画を行い、生活習慣病を中心とした疾病の予防や合併症予防を含む重症化予防等に取り組んでおります。このような取り組みは、全医療保険者が取り組むべき内容です。従って、「健康づくり」という文言は、新宮圏域だけではなく、全圏域で取り組むべきものとして、予防や健康増進事業の取組施策を追加していただきたい。</p>
P 7 5	<p>地域医療構想の実現に向けて</p> <p>病床機能報告制度は、提供される医療の公表により、患者・県民が適切に医療機関を選択できるように目指していると考えます。また、地域医療構想の策定及び実現に向けたデータの収集、分析、周知による共有が地域医療構想を円滑に実施するベースと考えます。県のホームページ等においては、患者・県民にわかりやすい広報をお願いします。</p>
全体	<p>できる限り注釈をつけるなど、記載内容をわかりやすくする配慮をお願いしたい。</p>

3 要望

記載箇所 (ページ)	内 容
P 2 0 ~ 2 3	<p>和歌山県内における医療費の状況等について</p> <p>被用者保険と市町村国保と後期高齢者医療の被保険者では、受療動向に違いがあると思われるので、今後、被用者保険の医療費データの活用もお願いしたい。</p>
P 2 4	<p>構想区域の設定</p> <p>第六次保健医療計画では、厚生労働省の医療計画指針において、那賀・橋本・有田・新宮保健医療圏が見直しについて検討することとされたが、今回の地域医療構想においては、現状の保健医療圏として策定することになっています。</p> <p>しかし、例えば有田・那賀保健医療圏については、入院患者の圏外流出率が高い流出型の医療圏として改善されていません。また、道路整備により和歌山保健医療圏域へのアクセスがより容易になっていること、新たに地域医療構想に基づく医療提供体制を構築する場合の医療従事者の確保の問題等から判断すると、圏域の住民の意識を尊重しながら費用対効果の観点から第七次保健医療計画においては、保健医療圏の見直しを検討すべきと思料しますので検討をお願いしたい。</p>
P 3 8	<p>2 0 2 5 年における必要病床数等について</p> <p>有田圏域については、療養病床に係る入院受療率が県内最大であること等により C パターンを設定することになりましたが、田辺・新宮圏域は B パターンを選択しています。C パターンでは、5 年間猶予（1 6 床）となることと把握しています。療養病床の医療区分 1 の 7 0 % は在宅医療とすること、また、圏域において、在宅医療、介護保険事業の推進について 1 0 年間取り組みれば B パターンを設定することは可能であると思料しますので検討をお願いしたい。</p>
P 4 3	<p>地域密着型協力病院について</p> <p>県が独自に指定するとのことですが、新たな制度ですので、関わってくる病院が想定できるような説明が必要ではないでしょうか。在宅医療の推進は、国保直診施設が大きく関わりと想定していますが、その役割を担うためにも国保直診施設の体制整備の支援をお願いしたい。</p>
P 4 5	<p>各公的病院が果たすべき役割等について</p> <p>各公立病院が今後策定する「新公立病院改革プラン」では、地域の医療提供体制において果たすべき役割を明確にすることや、地域医療構想で示す将来の病床数の必要量と整合性のとれた形を示した上で改革に取り組む必要があり、県としての適切な助言はもとより、和歌山県の公的病院における課題・問題点を把握し、公立病院改革の推進に財政支援を含め、これまで以上に役割を果たしていただきたい。</p>

記載箇所 (ページ)	内 容
P 7 2 新宮圏域	<p>基幹病院までのアクセス</p> <p>救急搬送するにはドクターヘリの利用が不可欠ですが、夜間においては利用の制約があるとなっています。平成28年度からはへき地医療の巡回診察に活用できると聞いていますが、救急搬送には大変効果があると考えられることから、夜間の使用について見直しの検討をお願いしたい。</p>

鳥取県東部福祉保健事務所長 大口 豊 様
鳥取県中部総合事務所長 西山 信一 様
鳥取県西部総合事務所長 山根 淳史 様

鳥取県保険者協議会
会長 中 島 弘

地域医療構想策定に係る保険者協議会からの意見提出について

鳥取県保険者協議会の運営については、平素より格別のご理解をいただき厚くお礼申し上げます。

本協議会は平成27年4月から高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2第1項に位置付けられ、役割として県の地域医療構想の策定に当たっては意見の提出が求められております。

つきましては、下記のとおり意見書を提出しますので、趣旨御賢察のうえ今後の地域医療構想の策定・実現に向けた取組において考慮いただきますようお願い申し上げます。

記

1 意見書

別紙のとおり

2 意見書提出の根拠

医療法第30条の4第14項

3 特記事項

○本協議会として、本県の医療費等の動向について、全国平均や県平均と比較する手法を用いて精査した結果、別紙意見書のような傾向が推察された。当意見書の内容について検討していただき、今後の地域の実情に応じたよりよい医療提供体制の構築や医療費適正化の促進に活用していただきたい。

○また、本協議会としてはデータヘルスの推進や加入者（被保険者）への健康づくり、特定健診・特定保健指導など健康の保持増進やジェネリック医薬品の利用促進など、それぞれ医療費の適正化に努めている。また、今後は加入者に医療を取り巻く状況の周知や、一層の適切な受診行動の促しなど、加入者と一緒になって取り組んでいくこととしている。

○地域医療構想の策定に際しては、医療費を負担する我々医療保険者や医療保険料（税）を負担する加入者の立場、更には医療保険財政をめぐる厳しい状況にも考慮していただき、一層の医療費の適正化に十分配慮した内容にしていただきたい。

別 紙

鳥取県の医療費等の動向について

～地域医療構想策定に向けた意見書～

平成 28 年 3 月 8 日

鳥取県保険者協議会

【資料の根拠】

1 鳥取県保険者協議会の構成団体からのデータ提供

(1) 構成団体における被保険者数（被扶養者を含む）

区分	保険者名	被保険者数
健保組合	鳥取銀行	1, 888
	山陰自動車業	2, 793
協会けんぽ	全国健康保険協会鳥取支部	200, 043
共済組合	地方職員共済組合	8, 993
	公立学校共済組合	12, 441
	警察共済組合	3, 332
	市町村職員共済組合	14, 695
国保	鳥取県内 19 市町村	144, 430
	医師国保組合	1, 368
後期高齢	後期高齢者医療広域連合	89, 326

（被保険者数：平成 26 年 4 月末現在）

(2) 使用しているデータについて

○平成 24 年度～26 年度の鳥取県保険者協議会保有データを使用（県人口の約 82.5%をカバー）。

○集計については、保険者協議会事務局（鳥取県国民健康保険団体連合会）。

※全圏域を対象としているデータであり、東・中・西部圏域ごとの区分は不能。

※下記のとおり保険者、年度により提供データが異なる。

【平成 24 年】

保険者名	入院	外来	入院 (年齢別)	外来 (年齢別)	日数	件数	被保数 (年齢別)
鳥取銀行	—	—	—	—	—	—	—
山陰自動車業	—	—	—	—	—	—	—
全国健康保険協会鳥取支部	○	○	○	○	○	○	○
地方職員共済組合	○	○	—	—	○	○	—
公立学校共済組合	—	—	—	—	○	○	○
警察共済組合	○	○	○	○	—	○	○
市町村職員共済組合	○	○	○	○	○	○	—
鳥取県内 19 市町村	○	○	○	○	○	○	○
医師国保組合	○	○	○	○	○	○	○
後期高齢者医療広域連合	○	○	○	○	○	○	○

【平成 25 年】

保険者名	入院	外来	入院 (年齢別)	外来 (年齢別)	日数	件数	被保数 (年齢別)
鳥取銀行	—	—	—	—	—	—	—
山陰自動車業	—	—	—	—	—	—	—
全国健康保険協会鳥取支部	○	○	○	○	○	○	○
地方職員共済組合	○	○	—	—	○	○	—
公立学校共済組合	—	—	—	—	○	○	○
警察共済組合	○	○	○	○	—	○	○
市町村職員共済組合	○	○	○	○	○	○	—
鳥取県内 19 市町村	○	○	○	○	○	○	○
医師国保組合	○	○	○	○	○	○	○
後期高齢者医療広域連合	○	○	○	○	○	○	○

【平成 26 年】

保険者名	入院	外来	入院 (年齢別)	外来 (年齢別)	日数	件数	被保数 (年齢別)
鳥取銀行	—	—	—	—	—	—	—
山陰自動車業	—	—	—	—	—	—	—
全国健康保険協会鳥取支部	○	○	○	○	○	○	○
地方職員共済組合	○	○	○	○	○	○	○
公立学校共済組合	—	—	—	—	—	—	○
警察共済組合	○	○	○	○	—	○	○
市町村職員共済組合	○	○	○	○	○	○	○
鳥取県内 19 市町村	○	○	○	○	○	○	○
医師国保組合	○	○	○	○	○	○	○
後期高齢者医療広域連合	○	○	○	○	○	○	○

2 「医療費の指標 (H24, H25)」について

(1) 作成団体

全国健康保険協会鳥取支部 平成 28 年 1 月作成

(2) 使用しているデータについて

- ・協会けんぽ・国保・後期高齢者医療を合算した値を圏域別に集計（県人口の約 76%カバー）。
- ・各年度（4 月～翌 3 月診療分）の合計値により算出（ただし、加入者数は年度平均を使用）。
- ・入院外には調剤を含まない。
- ・国保、後期高齢は歯科分が入院と入院外に含まれる。
- ・協会けんぽは歯科分が入院外に含まれる。

※ 東中西部圏域ごとの区分比較については、当該データを使用。

目 次

I 医療費等の現状

- 1 1人当たり年間医療費について
- 2 1日当たり医療費について
- 3 1人当たり年間レセプト件数について
- 4 1件当たり日数について
- 5 疾病別1人当たり医療費について
 - 入院医療費
 - 外来医療費
- 6 圏域別人口と医療機関・病床数との関係性について

II 考 察

- 1 疾病別医療費について
- 2 入院について
- 3 外来について
- 4 全体を通して

I 医療費等の現状

1 1人当たり年間医療費について

(1人当たり年間医療費＝年間医療費(総額)／被保険者数)

(1) 1人当たりの医療費(年齢調整前)

【表1】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②－④
入院	153,472	153,826	154,604	117,573	36,253
外来	130,086	133,177	137,826	108,235	24,942

※1 協会けんぽ、警察共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国のデータは厚生労働省「平成25年度 国民医療費」のデータを使用している。

○【表1】により本県の1人当たり医療費(年齢調整前)は、全国平均よりも入院・外来ともに2～3万円近く高い。

○また、入院・外来医療費ともに年々上昇しており、特にH26の外来の1人当たり医療費は前年度よりも5千円程度上昇している。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標(P1)

(H25年度分データ)

(円)

- 東部：県平均と比較して、入院・外来ともに低い。
 - 中部：県平均と比較して、入院は高いが外来は低い。
 - 西部：県平均と比較して、入院・外来ともに高い。
- H25 全国平均と比較すると、どの圏域も入院・外来ともに高い

地域	入院	入院外
東部	147,836	132,580
中部	164,249	127,667
西部	159,271	149,149
県平均	151,571	135,802

(2) 1人当たりの医療費(年齢調整後)

【表2】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②－④
入院	119,023	120,178	120,152	117,573	2,605
外来	112,663	115,280	118,991	108,235	7,045

※ 年齢調整の手法は「直接法」、基準人口は「総務省 人口推計」を使用している。

○【表2】により1人当たり医療費(年齢調整後)のデータも、全国平均と比較して入院・外来ともに医療費が高い。

○また、全国平均との比較差について、年齢調整前は外来医療費よりも入院医療費の方が大きい、年齢調整後は入院医療費よりも外来医療費の方が大きい。

2 1日当たり医療費について

(1日当たり医療費＝年間医療費(総数)／年間の日数)

【表3】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H26 (全国平均)	全国との比較(H26) ③－④
入院	30,150	30,918	31,032	34,312	-3,280
外来	9,951	8,074	8,156	8,233	-77

※1 協会けんぽ、地方職員共済組合、公立学校共済組合、市町村職員共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国データは厚生労働省「平成26年度 医療費の動向(MEDIAS)」を使用している。

○【表3】より、1日当たり医療費は、全国平均と比較して入院・外来ともに低い。

○特に、入院医療費は年々増加しているが、H26で全国平均よりも約3千円低い。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標(P8)

(H25年分データ) (円)

- 東部：県平均と比較して、入院は低く、外来は高い。
- 中部：県平均と比較して、入院は高いが外来は低い。
- 西部：県平均と比較して、入院・外来ともに高い。

地域	入院	入院外
東部	29,848	8,044
中部	30,446	7,786
西部	30,435	8,150
県平均	30,296	8,017

1日当たり医療費については、全国平均と比較すると3圏域とも一律に低い。

3 1人当たりの年間レセプト件数について

(1人当たりの年間件数＝年間のレセプト件数／被保険者数)

【表 4】

(件)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②－④
入院	0.29	0.29	0.29	0.23	0.06
外来	9.54	9.59	9.98	7.98	1.61
入院＋外来	9.82	9.88	10.27	8.22	1.66

※1 協会けんぽ、地方職員共済組合、公立学校共済組合、警察共済組合、市町村職員共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国データは厚生労働省「平成25年度 概算医療費」を使用している。

○【表 4】により、1人当たりの年間件数は本県・全国平均ともに入院よりも外来の方が差が大きい。

○特に、本県の外来は年々増加している。

(H25 年分データ)

(件)

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標 (P7)

- 東部：県平均と比較して、入院・外来ともに少ない。
- 中部：県平均と比較して、入院は多いが、外来は少ない。
- 西部：県平均と比較して、入院・外来ともに多い。

地域	入院	入院外
東部	0.296	9.912
中部	0.333	9.712
西部	0.312	10.683
県平均	0.302	10.054

表 4 の全国平均と比較すると、東・中・西部の入院・外来ともに高い値を示している。

4 1件当たり日数について

(1件当たりの日数＝年間の日数／年間のレセプト件数)

【表 5】

(日)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②－④
入院	16.62	16.40	16.43	15.67	0.73
外来	1.33	1.66	1.64	1.65	0.01

※1 協会けんぽ、地方職員共済組合、公立学校共済組合、市町村職員共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国データは厚生労働省「平成25年度 概算医療費」を使用している。

○レセプト1件当たりの入院日数は、全国平均と比較して約1日長い。

○外来日数については、H24からH25にかけて増加しており、全国平均と同程度の日数となっている。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標 (P9)

(H25年度分データ)

(日)

- 東部：県平均と比較して、入院日数は長い、外来日数は短い。
- 中部：県平均と比較して、入院日数は短い、外来日数は長い。
- 西部：県平均と比較して、入院・外来ともに長い。

地域	入院	入院外
東部	16.751	1.663
中部	16.205	1.688
西部	16.782	1.713
県平均	16.566	1.685

表5により全国平均と比較すると、東・中・西部の入院日数・外来日数ともに長い、どの圏域も1件当たりの日数は長い。

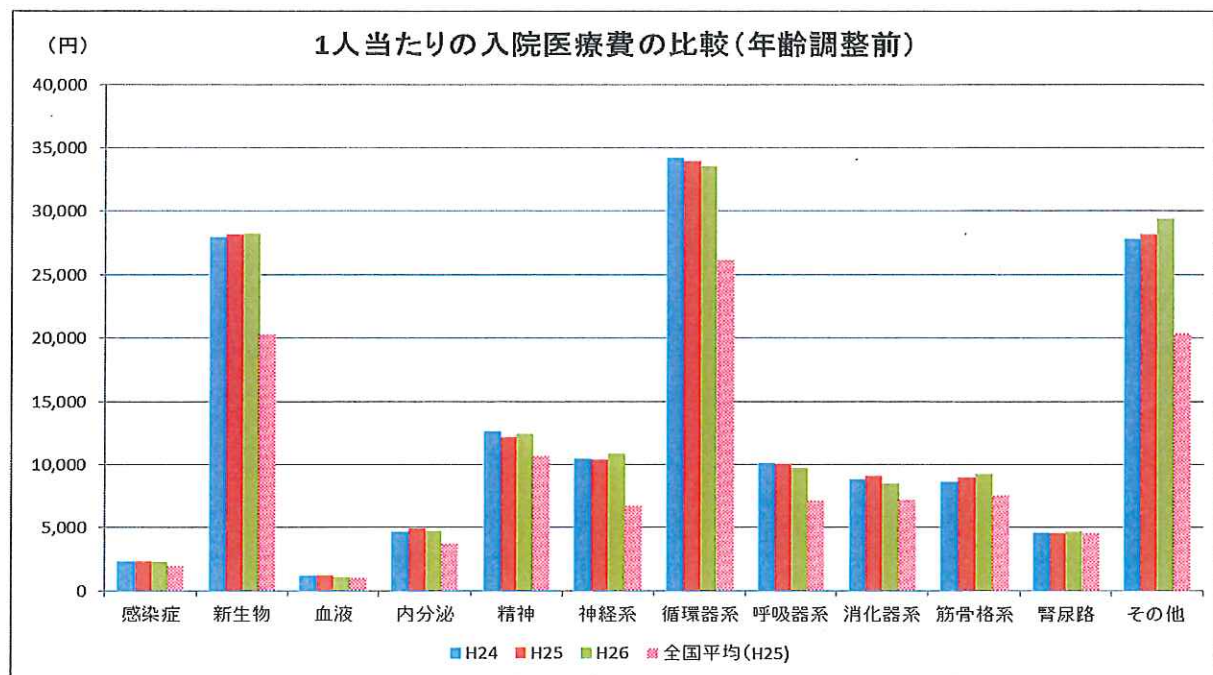
5 疾病別1人当たり医療費について

(1人当たり年間医療費＝年間医療費(総数)／被保険者数)

(1)入院医療費について

①年齢調整前(入院医療費)

【図1】



※1 協会けんぽ、警察共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国平均は厚生労働省「平成25年度 国民医療費」のデータを使用している。

※3 「消化器系」の疾患について、本県・全国平均ともに「う蝕」「歯肉炎及び歯周疾患」「その他の歯及び歯周疾患」が含まれている(以下同じ)。

※4 「その他」は産科、眼科、耳鼻咽喉科、その他の障害等に加え、本県では「傷病名不詳」も含めている。(以下同じ)。

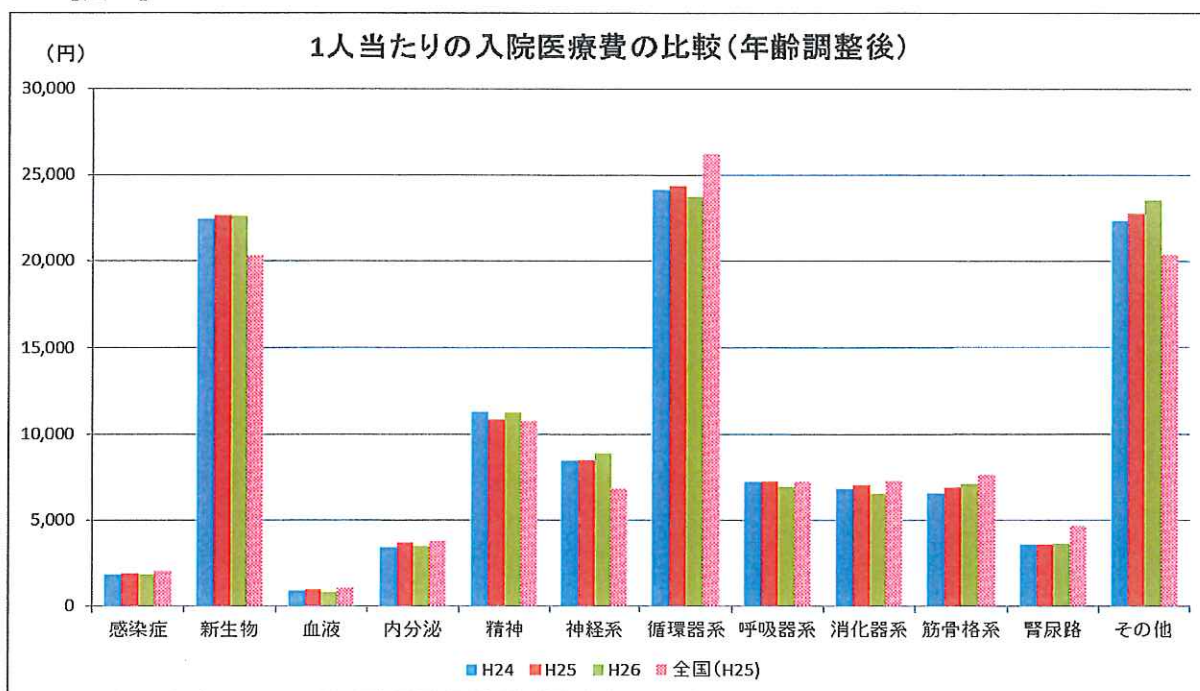
【表6】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②－④
感染症	2,332	2,356	2,286	1,974	382
新生物	27,958	28,159	28,201	20,294	7,865
血液	1,203	1,185	1,030	1,019	166
内分泌	4,635	4,935	4,721	3,724	1,211
精神	12,642	12,155	12,432	10,709	1,446
神経系	10,477	10,387	10,882	6,758	3,629
循環器系	34,248	33,976	33,563	26,180	7,796
呼吸器系	10,113	10,047	9,693	7,164	2,883
消化器系	8,826	9,063	8,487	7,212	1,851
筋骨格系	8,633	8,915	9,241	7,600	1,315
腎尿路	4,564	4,512	4,677	4,594	-82
その他	27,841	28,136	29,391	20,345	7,791
合計	153,472	153,826	154,604	117,573	36,253

②年齢調整後(入院医療費)

【図 2】



【表 7】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②-④
感染症	1,834	1,853	1,841	1,974	-121
新生物	22,433	22,661	22,610	20,294	2,367
血液	920	928	798	1,019	-91
内分泌	3,441	3,653	3,470	3,724	-71
精神	11,267	10,847	11,221	10,709	138
神経系	8,460	8,487	8,849	6,758	1,729
循環器系	24,162	24,331	23,742	26,180	-1,849
呼吸器系	7,221	7,226	6,900	7,164	62
消化器系	6,806	7,036	6,497	7,212	-176
筋骨格系	6,558	6,859	7,078	7,600	-741
腎尿路	3,562	3,561	3,610	4,594	-1,033
その他	22,359	22,736	23,536	20,345	2,391
合計	119,023	120,178	120,152	117,573	2,605

○年齢調整前の医療費データ(図1)では、3か年とも大きな医療費の変動は見られないものの、すべての年度で「新生物」「循環器系」の医療費が特に高い。また、ほとんどの疾病の医療費が全国平均と比較して高い(表6)。

○一方、年齢調整後の医療費(図2)では同様に「新生物」「循環器系」が高いが、「循環器系」は全国平均よりも低い。「新生物」は全国平均よりも高い。

○年齢調整により全国平均との比較差が減少している(表7)ことから、高齢化の影響で本県の入院医療費が高いことがわかる。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標(P2~6)

東部：県平均と比較して、精神疾患の医療費が少し高い。

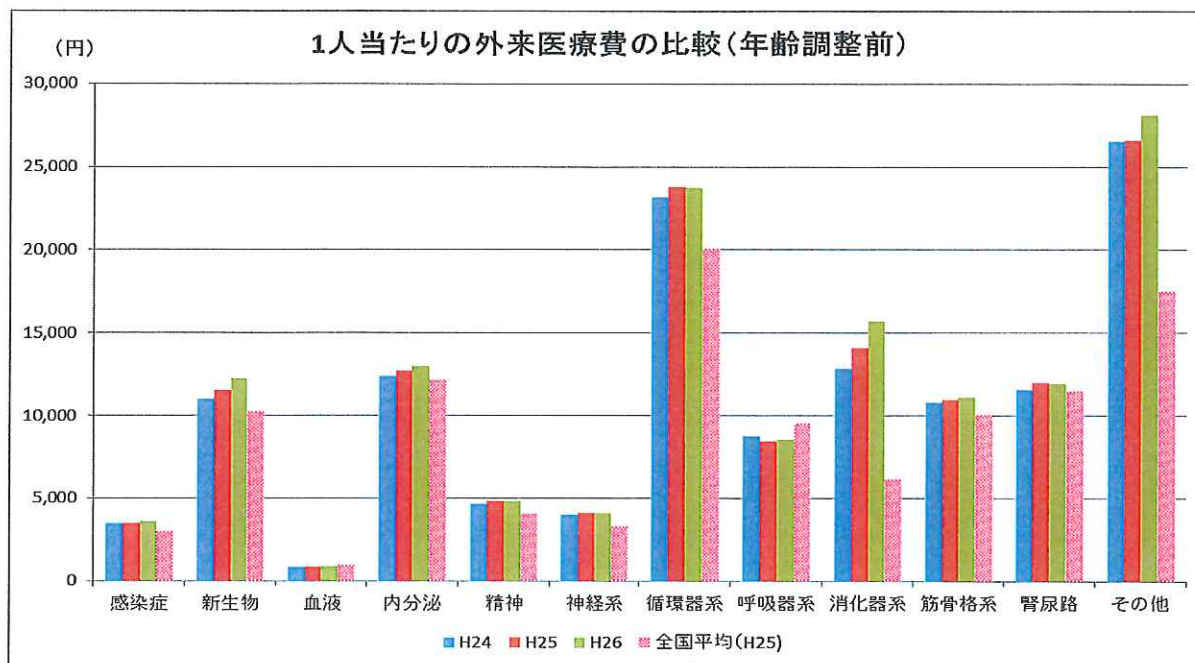
中部：県平均と比較して、悪性新生物・糖尿病・急性心筋梗塞・脳卒中の医療費が高い。

西部：県平均と比較して、5疾病すべての医療費が高い。

(2) 外来医療費について

①年齢調整前（外来医療費）

【図 3】



※1 協会けんぽ、地方職員共済組合、警察共済組合、市町村職員共済組合、国保、後期高齢者のデータを集計した。

※2 全国平均は厚生労働省「平成 25 年度 国民医療費」のデータを使用している。

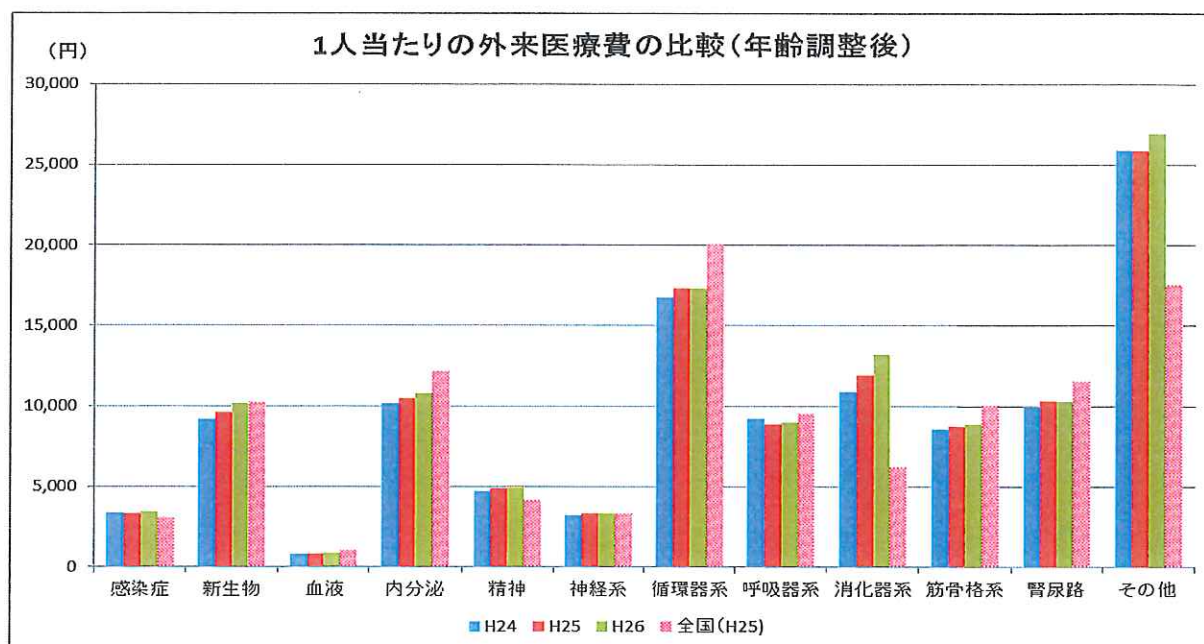
【表 8】

(円)

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②-④
感染症	3,493	3,509	3,612	2,989	520
新生物	11,022	11,515	12,204	10,225	1,290
血液	831	841	890	928	-87
内分泌	12,360	12,671	13,009	12,104	567
精神	4,682	4,794	4,836	4,068	726
神経系	4,002	4,086	4,099	3,272	814
循環器系	23,181	23,772	23,750	20,025	3,747
呼吸器系	8,767	8,450	8,561	9,498	-1,048
消化器系	12,848	14,070	15,699	6,153	7,917
筋骨格系	10,799	10,953	11,120	10,014	939
腎尿路	11,549	11,949	11,938	11,462	487
その他	26,552	26,567	28,108	17,497	9,070
合計	130,086	133,177	137,826	108,235	24,942

②年齢調整後（外来医療費）

【図 4】



【表 9】

	鳥取県			全国平均	全国との比較
	①H24	②H25	③H26	④H25 (全国平均)	全国との比較(H25) ②-④
感染症	3,347	3,323	3,398	2,989	334
新生物	9,198	9,572	10,184	10,225	-653
血液	787	793	847	928	-135
内分泌	10,158	10,460	10,759	12,104	-1,644
精神	4,726	4,852	4,920	4,068	784
神経系	3,219	3,301	3,327	3,272	29
循環器系	16,767	17,329	17,307	20,025	-2,696
呼吸器系	9,220	8,857	8,995	9,498	-641
消化器系	10,864	11,911	13,214	6,153	5,758
筋骨格系	8,540	8,733	8,849	10,014	-1,281
腎尿路	9,955	10,318	10,270	11,462	-1,144
その他	25,882	25,831	26,921	17,497	8,334
合計	112,663	115,280	118,991	108,235	7,045

○年齢調整前の医療費データ（図 3）では、3 か年とも大きな医療費の変動は見られないものの、すべての年度で「循環器系」の医療費が特に高い。また、全国平均と比較して「血液」「呼吸器系」以外の医療費が高い（表 8）。

○一方、年齢調整後の医療費（図 4）では同様に「循環器系」が高い。しかし、年齢調整後の医療費は全国平均を下回るため、「循環器系」は高齢化により医療費が上昇したのではないかと推察できる。

○外来医療費の場合、特に「消化器系」の医療費が年齢調整前後ともに全国平均よりも 2 倍程度高く、高齢化の影響抜きでも「消化器系」の医療費が高い。

○年齢調整により全国平均との比較差が減少している（表 9）ことから、高齢化の影響で本県の外来医療費が高いことがわかる。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標（P2～6）

- 東部：県平均と比較して、糖尿病の医療費はやや高い。
- 中部：県平均と比較して、5 疾病すべての医療費は同程度もしくはやや低い。
- 西部：県平均と比較して、5 疾病すべての医療費が高い。

6 圏域別人口と保険医療機関数・病床数との関係性について

(1) 圏域別人口と保険医療機関数との関係性について

○保険医療機関数

【表 10】 (施設)

	医科
東部圏域	172
中部圏域	76
西部圏域	220

※ 国保連合会調べより
(平成 27 年 12 月時点)

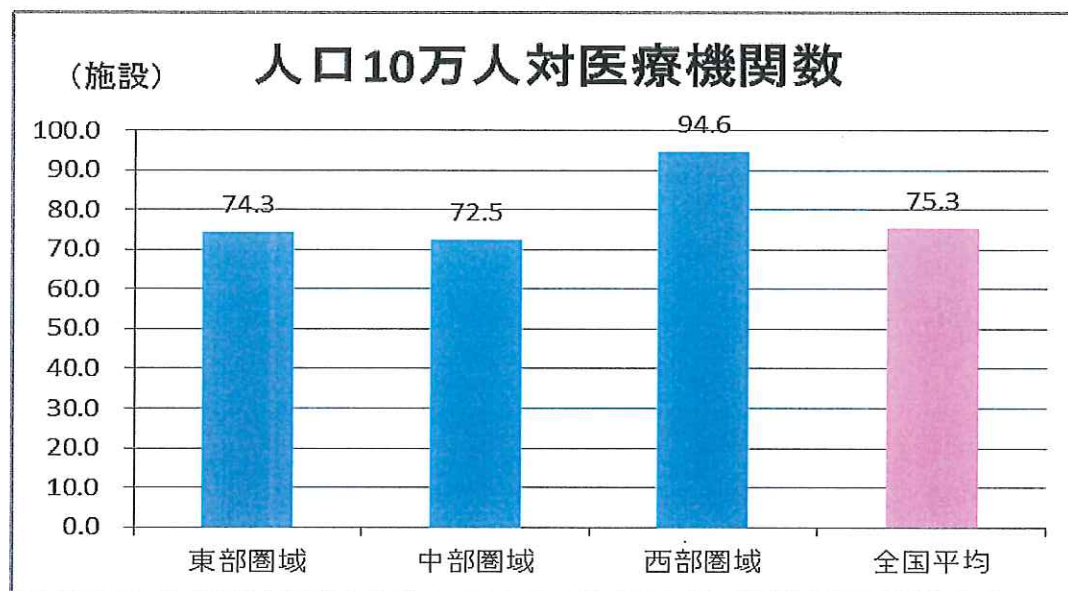
○圏域別人口

【表 11】 (人)

	平成26年
東部圏域	231,526
中部圏域	104,843
西部圏域	232,649

※ 鳥取県統計課 鳥取県年齢別推計人口より
(平成 26 年度)

【図 5】



※ 全国：厚生労働省「病院報告」参照

○人口に比して医療機関数が最も多いのは、西部圏域である。(図5)

○東部圏域、中部圏域は同程度であることから、医療機関数は中部圏域が明らかに少ないにも関わらず、人口比では東部圏域と変わらない。

○また、全国平均と比較して東部・中部圏域はほぼ同程度であるが、西部圏域は 20 施設程多い。

(2) 圏域別人口と病床数との関係性について

○機能別病床数（圏域別・全国）

【表 12】

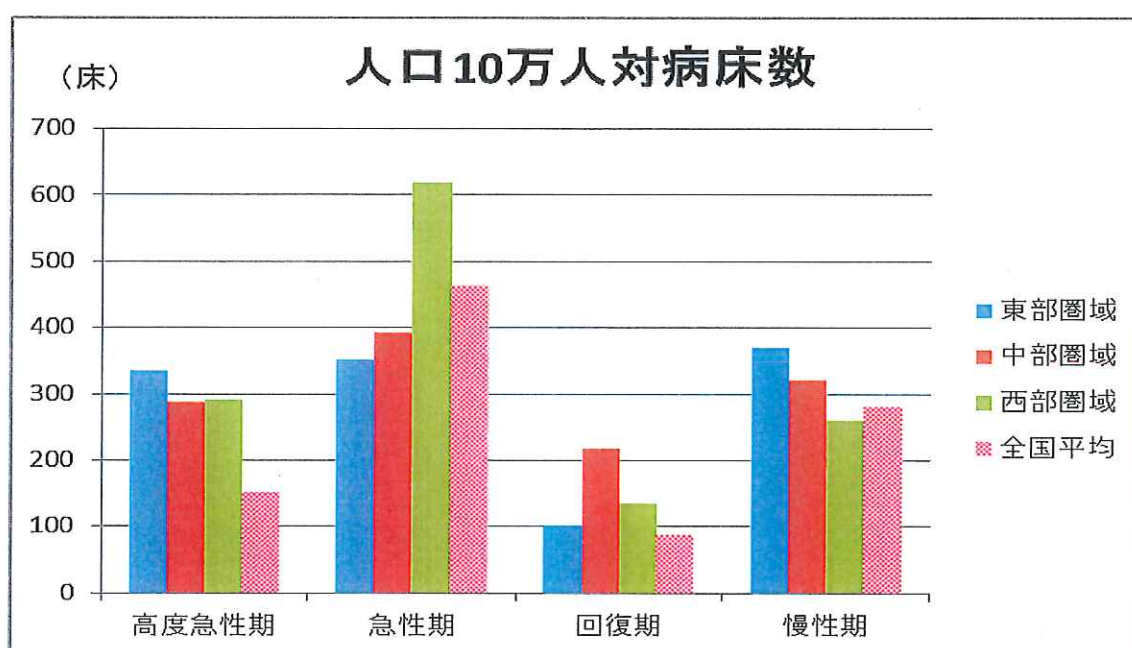
(床)

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
東部圏域	2,681	775	813	235	858	0
中部圏域	1,294	301	411	228	335	19
西部圏域	3,034	678	1,438	312	606	0
全国	1,247,362	193,538	587,484	110,164	356,176	0

圏域別：鳥取県 病床機能報告（平成26年度）

全国：厚生労働省 病床機能報告（平成26年度）

【図 6】



○医療機能の区分と内容

区 分	内 容
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期機能	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ・特に急性期を経過した脳血管患者や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能。
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ・長期にわたり療養が必要な重度の障がい者、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能。

人口 10 万人当たりの病床数を全国平均と比較すると、東部、中部、西部圏域とも「高度急性期病床」がかなり多い。また、「急性期病床」は西部が突出して多い。(図 6)

東部圏域

- ・ 東部圏域内で最も多いのは「慢性期病床」で、少ないのは「回復期病床」。(表 12)
- ・ 人口比で見ると、「高度急性期病床」と「慢性期病床」は東部圏域が最も多い。(図 6)
- ・ 人口比で見ると、「急性期病床」「回復期病床」は東部圏域が最も少ない。
- ・ 全国平均と比較すると「高度急性期病床」と「慢性期病床」は多く、「回復期病床」はやや多いが、「急性期病床」は少ない。

中部圏域

- ・ 中部圏域内で最も多いのは「急性期病床」で、少ないのは「回復期病床」(表 12)。しかし、人口比の圏域別で比較すると中部圏域は「回復期病床」は多い。(図 6)
- ・ 「高度急性期病床」は人口比の圏域別で最も少ないが、全国平均よりは多い。
- ・ 「急性期病床」は東部圏域よりは多いが、全国平均よりは少ない。

西部圏域

- ・ 西部圏域で最も多いのは「急性期病床」で、少ないのは「回復期病床」。(表 12)
- ・ 人口比の圏域別で比較すると「急性期病床」が突出して多い。(図 6)
- ・ 「慢性期病床」は人口比の圏域別で見ると県内で最も低く、全国平均よりも少ない。

Ⅱ 考 察

1 疾病別医療費について

○本県は高齢化率が高い（※）こともあり、入院医療費・外来医療費ともに全国平均と比較して高い傾向にある（表 1）ことがわかるが、入院医療費の「新生物」（表 7）、外来医療費の「消化器系」（表 9）は高齢化の影響抜きで明らかに高く、対策が必要と考える。

※ 平成 22 年度国勢調査 鳥取県の高齢化率 26.5%（全国平均 23.2%）

○特に「新生物」は、入院医療費は全国平均よりも明らかに高い（図 2）にも関わらず、外来医療費では目立たない（図 4）ため、入院が必要となる重い症状になってから受診されていることも推察され、重症化する前に対策が必要と推察できる。

○また、入院・外来ともに「循環器系」の医療費の高さが目立ち、全国平均も高い。しかし年齢調整をすると全国平均を下回るため、「循環器系」は高齢化の影響により医療費が高いと考えられる。よって、循環器疾患の原因となっている生活習慣病の予防対策に若い頃から取り組む必要があると思われる。

【圏域別の分析】 ※ 医療費の指標（P2～P6）

東部圏域

- ・県平均と比較して、入院医療費では「精神疾患」、外来医療費では「糖尿病」が高い。
- ・精神疾患患者が入院に至らないよう、早期の医療機関受診や継続的なフォロー体制が必要。
- ・県平均と比較して、糖尿病での外来医療費が高いことについては、多くの糖尿病罹患者が医療機関を受診しているのではないかと考えられ、外来治療で済む内服や皮下注射等治療中断がないようフォローし、入院に至るような重症化を予防する必要があると考える。

中部圏域

- ・入院医療費では、「悪性新生物」「糖尿病」「急性心筋梗塞」「脳卒中」が県平均と比較して高いが、外来医療費では 5 疾病すべて県平均を下回ることから、総じて重症化してからの医療機関受診が多いのではないかと推察される。
- ・対策としては、特定健診やがん検診の受診率向上を促進するとともに生活習慣病の 1 次予防に力を入れ、早期発見・早期治療を促す必要があるのではないかと考える。

西部圏域

- ・西部圏域は人口に対する医療機関数が多い（図 5）ことや、「急性期」の病床数が全国平均と比較して突出して多い（図 6）ことから、「急性期」病床を有する医療機関が多いことが影響し、入院医療費、外来医療費ともにすべての疾病が県平均よりも高いと推察される。
- ・急性期を脱した患者を速やかに在宅等に移行できるような仕組みを整えることが課題であると考えられる。

2 入院について

- 本県は「1人当たり入院医療費」が全国平均と比較して高い(表1)。しかし、「1日当たり入院医療費」は全国平均と比較してかなり低い(表3)。
- 全国平均と比較して「1人当たりのレセプト件数」は同程度だが(表4)、「1件当たりの入院日数」は若干長い(表5)。このことから1日当たりの入院医療費が低額で、かつ入院日数が長いのではないかと推測できる。
- 本県は全国平均と比較して、人口比で「高度急性期」と「回復期」の機能を有する病床数が多い(図5、図6)。「回復期」と「慢性期(西部圏域を除く)」の病床は全国平均より多いことから、医療機関で急性期状態を脱した後の患者も病院でフォローできる病床が充足しているものと推察できる。
- そのため、患者の容体が安定し、回復期、慢性期に移行した後、在宅での患者支援をどのようにしていくのか明確化にしておくことが課題となる(圏域ごとの調整会議において、病床数の議論の前提として、在宅での医療等の受け皿を整備する必要があるという意見を裏付ける結果となっている)。

【圏域別の分析】 ※ 医療費の指標 (P1、P7～P9)

東部圏域

- ・東部圏域では、1人当たり入院医療費、1人当たりのレセプト件数、1日当たりの入院医療費ともに県平均を下回っているが、1件当たりの日数は県平均を上回っている。
- ・また、東部圏域は「慢性期」の病床数が全国平均や中部・西部圏域よりも多い(図6)ことに特徴があり、慢性期状態となった患者を受け入れる病床数が多い。
- ・そのため、1件当たりの入院日数が長いにも関わらず、1人当たり入院医療費や1日当たり入院医療費が少ないことから、1日当たりの入院医療費が低額で、入院日数が長くなっている患者が多いのではないかと推測できる。
- ・対策としては、現在の慢性期状態の患者の治療・看護内容について、在宅への移行も含めた患者支援の検討も必要と考える。
(在宅移行に当たり、慢性期の患者は投薬治療等で医療機関の継続的なフォローを必要とするため、自宅へ往診する医師や看護師等の確保が課題であると思われる。)

中部圏域

- ・中部圏域では1人当たり入院医療費、1人当たりレセプト件数、1日当たり入院医療費は県平均よりも高いが、1件当たり入院日数は県平均を下回っている。
- ・そのため、1回の入院日数は短い、入退院を繰り返している患者が多いのか、高額な医療費を必要とする短期間の入院患者が多いのではないかと推測できる。
- ・退院しても再入院が多い患者については、その原因を究明する必要があるとともに、退院後のフォローが課題であると思われる。

西部圏域

- ・「疾病別医療費」(P15)と同じ考察。

3 外来について

○本県は、「1人当たり外来医療費」も全国平均と比較してかなり高い（表1・2）。しかし、入院医療費と異なり「1日当たりの外来医療費」にはあまり差は見られない。

○全国平均と比較して「1人当たりのレセプト件数」は多いが（表4）、「1件当たりの外来日数」は全国平均並み（表5）。

○このことから、1人が複数の医療機関を受診しているのではないかと推測される（高齢になれば多病状態となるため、種々の診療科を受診する必要があることも影響しているのではないかと推察できる）。

【圏域別の分析】 ※ 医療費の指標（P1、P7～P9）

東部圏域

- ・東部圏域では、外来について1人当たり外来医療費、1人当たりレセプト件数、1件当たり外来日数が県平均よりも低い、1日当たりの外来医療費は県平均よりも高い。そのため、あまり外来に受診されていないが、外来受診1回にかかる医療費は高額であると考えられる。
- ・一方、入院では入院1件当たりの入院日数が長いにも関わらず、1人当たり入院医療費や1日当たり入院医療費が少ないという状況から、東部圏域ではほぼ容体が安定するまで入院治療され、退院後必要な外来でのフォローが少ないのではないかと推測できる。
- ・退院後の在宅移行や外来でのフォローなどが課題と考える。

中部圏域

- ・中部圏域では、入院とは対照的に1人当たり外来医療費、1日当たり外来医療費、1人当たりレセプト件数は県平均よりも低い、1件当たりの外来日数は県平均よりも長い。そのため、外来の場合は1件当たりの費用が低額で、かかりつけ医を定期的に受診している患者が多いと推測できる。
- ・一方、入院では、1回の入院日数は短い、入退院を繰り返している患者が多いと推測されることから、外来を受診していても状態が悪化し、再入院している患者が多い可能性がある。そのため、入院している病院とかかりつけ医とで患者情報の共有を密に行い、退院後もフォローできる環境をいかに整えるかが課題であると考ええる。

西部圏域

- ・「疾病別医療費」（P15）と同じ考察。

4 全体を通して

今回の医療費等に関する考察を基に、県全体、各圏域別に対して以下のとおり意見を申し述べる。

県全体

- 低額な入院が長期間続いている実態を踏まえ、真に入院治療が必要な患者が入院できるよう、在宅等への移行を促進するため、受け皿を整える必要がある。
- 入院医療費の「新生物」（表 7） 外来医療費の「消化器系」（表 9）は、高齢化の影響抜きで明らかに高く、対策が必要。
- 特に「新生物」「循環器系」は、入院医療費が全国よりも明らかに高いにも関わらず、外来医療費では目立たないため、入院に至る前に対策が必要である。

【圏域別の状況】 ※ 医療費の指標（P1、P7～P9）

東部圏域

- ・入院中患者の容体がある程度落ち着いた場合、外来での継続受診でフォローが可能な患者については、外来フォローで対応することが求められるものと思料。
- ・疾病別については、精神疾患を持つ患者の早期発見・早期治療につなげることが課題である。

中部圏域

- ・外来受診を行っている患者が多いにも関わらず退院後の再入院が多いと思われることから、入院している病院とかかりつけ医とで患者情報を密に行い、退院後もフォローする治療を受けられる環境を整える必要がある。
- ・また、特定健診等やがん検診等生活習慣病の 1 次予防に力を入れ、早期発見・早期治療を行うことで重症化を防ぐ必要がある。

西部圏域

- ・医療機関数、病床数が比較的多いことから、西部圏域以外からでも多くの患者が入院や外来受診しやすい環境である。
- ・そのため、急性期を脱した患者を速やかに状態に合わせて回復期、慢性期、在宅等に移行できるような仕組みを整えることが課題であると思われる。

医療費の指標 (H24,25)

- ▶ 1人当たり医療費
- ▶ 5疾病別1人当たり医療費
- ▶ 1人当たりレセプト件数
- ▶ 1日当たり医療費
- ▶ レセプト1件当たり日数

【データの留意点】

- ・協会けんぽ、国保、後期高齢者医療を合算した値となっている
- ・各年度(4月～翌3月診療分)の合計値により算出している(ただし、加入者数は年度平均を用いた)
- ・入院外には調剤費を含まない
- ・国保、後期高齢は歯科分が入院と入院外に含まれる
- ・協会は歯科分が入院外に含まれる

1人当たり医療費(単位:円)

入院

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	152,283	—
東部	147,138	-5,145
中部	162,656	10,373
西部	161,504	9,221

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	151,571	—
東部	147,836	-3,735
中部	164,249	12,679
西部	159,271	7,701

入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	133,278	—
東部	129,939	-3,339
中部	125,578	-7,700
西部	145,834	12,556

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	135,802	—
東部	132,580	-3,222
中部	127,667	-8,135
西部	149,149	13,347

入院＋入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	285,561	—
東部	277,077	-8,484
中部	288,234	2,673
西部	307,338	21,777

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	287,373	—
東部	280,416	-6,957
中部	291,916	4,544
西部	308,420	21,048

悪性新生物/1人当たり医療費(単位:円)

集計した疾病分類:201胃の悪性新生物、202結腸の悪性新生物、203直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物、204肝及び肝内胆管の悪性新生物、205気管、気管支及び肺の悪性新生物、206乳房の悪性新生物、207子宮の悪性新生物、208悪性リンパ腫、209白血病、210その他の悪性新生物

入院

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	25,472	—	
東部	24,085	-1,388	
中部	27,443	1,970	
西部	27,259	1,786	

入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	9,604	—	
東部	9,021	-583	
中部	9,677	73	
西部	10,646	1,042	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	25,687	—	
東部	24,267	-1,419	
中部	30,561	4,874	
西部	26,399	712	

入院＋入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	35,077	—	
東部	33,106	-1,971	
中部	37,119	2,043	
西部	37,905	2,828	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	35,726	—	
東部	33,588	-2,139	
中部	40,640	4,913	
西部	37,758	2,031	

糖尿病/1人当たり医療費(単位:円)

集計した疾病分類: 402糖尿病

入院

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	2,573	—	
東部	2,471	-102	
中部	2,668	95	
西部	2,820	248	

入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	6,763	—	
東部	6,849	86	
中部	6,663	-100	
西部	7,096	334	

入院＋入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	9,335	—	
東部	9,320	-16	
中部	9,331	-4	
西部	9,917	581	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	2,728	—	
東部	2,794	66	
中部	2,919	190	
西部	2,788	60	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	6,894	—	
東部	7,074	180	
中部	6,739	-155	
西部	7,187	293	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	9,623	—	
東部	9,869	246	
中部	9,658	35	
西部	9,975	352	

精神疾患/1人当たり医療費(単位:円)

集計した疾病分類: 501血管性及び詳細不明の認知症、502精神作用物質使用による精神及び行動の障害、503統合失調症、統合失調症型障害及び身体表現性障害、504気分〔感情〕障害〔躁うつ病を含む〕、505神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、506知的障害<精神遅延>、507その他の精神及び行動の障害

入院

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	12,749	—	
東部	13,913	1,165	
中部	10,478	-2,270	
西部	13,765	1,017	

入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	4,689	—	
東部	4,036	-653	
中部	4,246	-443	
西部	5,767	1,078	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	12,267	—	
東部	13,215	948	
中部	9,956	-2,311	
西部	13,545	1,278	

入院+入院外

平成24年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	17,437	—	
東部	17,950	512	
中部	14,724	-2,713	
西部	19,532	2,095	

平成25年度			
地域	1人当たり医療費	県全体との差	
県全体	17,067	—	
東部	17,426	358	
中部	14,196	-2,871	
西部	19,459	2,391	

急性心筋梗塞/1人当たり医療費(単位:円)

集計した疾病分類:902虚血性心疾患

入院

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	4,458	—
東部	4,094	-364
中部	5,342	884
西部	4,651	194

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	4,126	—
東部	4,240	114
中部	4,544	418
西部	4,047	-78

入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	1,542	—
東部	1,469	-73
中部	1,344	-198
西部	1,817	275

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	1,534	—
東部	1,523	-11
中部	1,341	-194
西部	1,756	221

入院+入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	5,999	—
東部	5,563	-437
中部	6,685	686
西部	6,468	469

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	5,660	—
東部	5,762	103
中部	5,884	225
西部	5,803	143

脳卒中/1人当たり医療費(単位:円)

集計した疾病分類: 904くも膜下出血、905脳内出血、906脳梗塞、907脳動脈硬化(症)、908その他の脳血管疾患

入院

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	17,528	—
東部	17,009	-519
中部	18,169	641
西部	19,003	1,475

入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	3,214	—
東部	2,783	-431
中部	3,246	32
西部	3,876	663

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	16,063	—
東部	14,978	-1,085
中部	17,453	1,390
西部	17,750	1,688

入院+入院外

平成24年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	20,742	—
東部	19,792	-950
中部	21,415	673
西部	22,879	2,137

平成25年度		
地域	1人当たり医療費	県全体との差
県全体	19,292	—
東部	17,748	-1,545
中部	20,653	1,360
西部	21,712	2,419

1人当たり件数(単位:人/レセプト件数)

入院

平成24年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	0.305	—
東部	0.297	-0.008
中部	0.333	0.028
西部	0.318	0.012

平成25年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	0.302	—
東部	0.296	-0.006
中部	0.333	0.031
西部	0.312	0.010

入院外

平成24年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	9.987	—
東部	9.805	-0.182
中部	9.619	-0.368
西部	10.621	0.634

平成25年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	10.054	—
東部	9.912	-0.142
中部	9.712	-0.342
西部	10.683	0.629

入院＋入院外

平成24年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	10.292	—
東部	10.102	-0.190
中部	9.952	-0.340
西部	10.938	0.646

平成25年度		
地域	1人当たり件数	県全体との差
県全体	10.356	—
東部	10.208	-0.148
中部	10.045	-0.311
西部	10.994	0.639

1日当たり医療費(単位:円)

入院

平成24年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	29,771	—
東部	29,209	-563
中部	30,126	354
西部	29,875	104

平成25年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	30,296	—
東部	29,848	-448
中部	30,446	151
西部	30,435	139

入院外

平成24年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	7,801	—
東部	7,877	76
中部	7,608	-192
西部	7,874	73

平成25年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	8,017	—
東部	8,044	27
中部	7,786	-231
西部	8,150	133

入院＋入院外

平成24年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	12,863	—
東部	12,867	4
中部	13,159	296
西部	12,845	-18

平成25年度		
地域	1日当たり医療費	県全体との差
県全体	13,097	—
東部	13,083	-15
中部	13,396	299
西部	13,106	9

1件当たり日数(単位:日数/レセプト件数)

入院

平成24年度		
地域	1件当たり日数	県全体との差
県全体	16.759	—
東部	16.972	0.213
中部	16.225	-0.534
西部	17.021	0.263

入院外

平成24年度		
地域	1件当たり日数	県全体との差
県全体	1.711	—
東部	1.682	-0.028
中部	1.716	0.005
西部	1.744	0.033

平成25年度		
地域	1件当たり日数	県全体との差
県全体	16.566	—
東部	16.751	0.185
中部	16.205	-0.361
西部	16.782	0.216

入院＋入院外

平成24年度		
地域	1件当たり日数	県全体との差
県全体	2.157	—
東部	2.132	-0.025
中部	2.201	0.044
西部	2.187	0.030

平成25年度		
地域	1件当たり日数	県全体との差
県全体	2.119	—
東部	2.100	-0.019
中部	2.169	0.051
西部	2.140	0.022

島 保 協 第 1 3 号

平成28年9月15日

島根県知事 溝口 善兵衛 様

(健康福祉部医療政策課)

島根県保険者協議会

会長 大矢 敬子

島根県地域医療構想（素案）について（回答）

平成28年8月31日付け医第629号で照会のあったこのことについては、
別紙のとおりです。

事務局：島根県国民健康保険団体連合会
事業課保健事業係

TEL：(0852) 21-2112

FAX：(0852) 21-2164

E-MAIL：jigyoushimane@shimane-kokuho.or.jp

島根県地域医療構想（素案）に対する意見

1. 医療提供体制等について

住民が住み慣れた地域でいつでも安心して質の高い医療を受けられるよう配慮しつつ、患者の負担や保険料が過度なものとならないよう、医療費適正化の観点を踏まえた効率的で良質な医療提供体制を構築いただきたい。

保険者としてもその成果が出るよう、医療データの提供・分析等を通じて協力していきたい。

2. 連携体制の構築について

地域の実情に応じた医療・介護の連携体制構築には、住宅・雇用・産業・教育等様々な分野の連携が必要となる。施策に反映する上では、担当部局だけではなく、県の各行政部局及び関係機関等との連携並びに隣接県の関係機関とも連携を図っていただきたい。

加えて、災害時における医療についての連携体制を整備していただきたい。

3. 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムの拠点整備を進めるために、地域の在宅医療及び介護の状況を十分に把握する必要がある。

また、医療・介護従事者の確保・養成及び人材育成を推進するとともに、多職種連携ネットワークづくりに向けて広域的な調整を図るなど、具体的な施策の充実強化をお願いしたい。

4. 回復期・慢性期病床について

今後、要介護状態の高齢者をはじめとして、回復期病床の需要が増加していくものと推察されることから、回復期病床を適正かつ良質なものに整備していく必要があると考える。

一方、慢性期の医療需要は県全体で減少する推計が示されているが、介護サービスや在宅医療の状況を勘案した上で、必要病床数を検討いただきたい。

5. 住民への周知・ニーズ把握について

広く住民に対し、地域医療の現状及び課題等について丁寧かつ分かりやすく周知するとともに、医療機関等へのかかり方、健康づくりの広報等に努めていただきたい。

住民のニーズを的確に把握し理解を得ながら進めていくため、構想に関するアンケートを実施し、専門家を含めた調査・分析を行っていく必要があると考える。

6. ICTの活用について

ICTの活用により、住民の健康保持・増進がより一層図られるよう、本協議会や国保連合会と相互の医療・介護情報等の連携を図り、データヘルス等の推進に取り組んでいただきたい。

また、効率的な医療提供を行うため、医療情報の普及促進を図るとともに、加えて、県外他地域との医療情報連携の強化を進めていただきたい。

地域医療構想に対する意見について（岡山県）

<p>P55第5章 4目指すべき 医療提供体制</p>	<p>人口推計に基づき医療需要が求められ、さらに必要病床数が推計されているが、「在宅」扱いとなる老健施設なども含めた検討が必要と考える。現行の医療主体のデータからは読み取れない実態があると市町村レベルでは感じており、介護需要と医療需要の整合性を図り、機能分化（入院の短縮）に伴う在宅医療を充足できる体制整備をしていただきたい。</p> <p>現役世代の健康管理、将来の医療費削減につながる予防対策を行う事で、医療機関への受診率が下がる事も想定される。これにより今後推計する医療の需要量（必要病床数など）が少なく推計されるおそれがあるが、圏域内での完結を目指すため、各地域における医療機能の確保は図られるよう考慮していただきたい。</p> <p>また、今後、より地域の実情に応じた医療提供体制の協議を進めていくため、毎年状況を踏まえた必要病床数の見直しや人口構造の変化のみならず、受療行動の変化を加味した必要病床数の推計等について検討していただきたい。</p> <p>地域によっては、県境や隣接県の医療機関も含めて地域医療を検討していく必要があると感じているため、平成30年度からの次期計画に向けては、老人福祉圏域を考慮しつつも構想区域の見直しを含めた検討をしていただきたい。</p>
<p>P1第1章1計 画策定の趣旨</p>	<p>医療費の負担を担う医療保険者の立場としては、医療費等の適正化の観点も重要であるため、必要な時に必要な医療を受けられることに加え、過不足ない適切な医療を行い、適正な請求となるよう岡山県国民健康保険支援方針及び岡山県医療費適正化計画等における医療費適正化の計画において協議を進めていくよう考慮していただきたい。</p>
<p>P266第9章 第6節高齢者支 援</p>	<p>在宅医療において、一人暮らしや日中家族のいない患者へのケア不足で重症化、合併症が懸念されるため、長期化・重症化・併発予防のための医療や生活指導などを実行していただきたい。</p> <p>また、「かかりつけ医等」が心身の健康全般に関して対処してくれれば理想的だが、反面「囲い込み」となって、フリーアクセスが阻害されないようにしていただきたい。</p>
<p>P291第1 0章第1節医 師</p>	<p>2025年には、県北においても回復期の必要病床数が増える試算となっている。一方、若い医師は高度医療を経験しやすい県南の一部の医療機関への勤務希望が多くなる可能性が危惧される。</p> <p>それぞれの地域での医療体制を確保する観点から、医師等の配置に不均衡が生じないよう圏域を超えた医療従事体制の整備に引き続き努めていただきたい。</p>

広島県地域医療構想（案）に対する意見について

広島県保険者協議会

- 地域医療構想は、県民一人ひとりの健康を支え、質が高く効果的な保健医療サービスが提供される体制の構築に向けた構想を策定されている。

各医療保険者は、被保険者の過度な保険料の負担にならないようにするため、効率的な医療及び医療提供体制を考えていくことが重要である。

従って、地域医療構想の策定にあたっては、医療の確保と財政のバランスのとれた医療提供体制の構築に努める内容を盛り込んでいただきたい。

- 地域医療構想の推進においては、PDCA サイクルを効果的に機能させるために、それぞれの現状・課題及び施策の方向性に示される内容について、具体的かつ実践的な指標を策定するとともに、毎年、その達成状況や状況変化等を検証し、今後の取り組みに反映していただきたい。

そのうえで、地域医療構想における施策の具体策への展開に際しては、広島県の他の計画及び地域包括ケアシステムの構築を推進する市町の計画との整合性を図り、県が体制を整えて、しっかりと、その計画の実現に向けて、限りある資源を有効に活用することを念頭に、施策の具体化を進めていただきたい。

なお、今後も引き続き、地域医療構想調整会議、医療審議会等において、各方面からの意見集約、検討議論を行い、県民（被保険者）が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう施策へ反映していただきたい。

山 口 県 地 域 医 療 構 想 に 対 す る 意 見

団体名	山口県保険者協議会	担当部署	担当者名・電話番号
該当の章・ページ番号等	意 見 等		
第2章P 7	在宅医療提供体制の充実が療養病床の病床数に関係するものであり、今後、入院医療から在宅医療・介護への移行・推進について、医療区分1の患者を医療で扱うのか、在宅医療または介護で扱うのかを考慮したうえで医療構想を策定すべきだと思います。		
P 8、P 23、P 76	P 8において、平均在院日数及び病床利用率等が全国平均と比較すると高い水準にあります。一方でP 23「稼動している病床数を必要病床数まで機械的・強制的に削減するものではない」、P 76「医療機関相互の協議と医療機関の自主的な取組により進められることを基本」とされていますが、医療費の負担を担う医療保険者としては保険料負担も考慮した効果的な医療提供体制を構築するため、今後の医療費適正化計画においても協議され、県と関係機関が密に連携し、具体的に病床機能転換及び目標病床数を定め、実現するようにお願いしたい。(病床機能転換にかかる工程表の作成、療養病床から在宅医療・介護施設への転換促進、医療従事者の確保、育成のためのインセンティブ等を明記していただきたい。)		
第3章P 14	都道府県別療養病床数を見ると、山口県の療養病床数は多い状況であり、山口県全体の医療費を押し上げている要因の一つと考えられる。今後、在宅医療・介護への転換が必要であるが、退院後の受け皿の整備を優先的にを行い、医療費の適正化に導く必要がある。今回の地域医療構想策定協議会には、財政の現状等の記載がなかったが、国民皆保険の維持のためには今後も更なる検討が求められる。		
第5章P 76	医療構想にかかるデータ分析において、今後、県と協力した形での分析を進めさせていただきたい。		
P 76 参考資料P 77～P 84	P 76に「地域医療構想の推進についてその進捗状況等情報を公開する」とあるが国民皆保険の維持のため、県民に対して適正な受療を促進するような周知・広報(情報発信)を行うよう合わせてお願いしたい。またP 77からP 84を見ると地域医療構想策定協議会は医療関係の委員が多く、保険者、利用者側の委員が少なかったことから山口県医療審議会及び地域医療構想調整会議について、保険者協議会(医療保険者)の参画を検討いただきたい。		



(別紙様式)

徳保協第21号2
平成28年8月31日

徳島県知事 飯泉 嘉門 殿

徳島県保険者協議会
会長 山中 俊 和



徳島県地域医療構想（案）に対する意見について（回答）

徳島県地域医療構想（案）について、意見は、別紙のとおりです。

徳島県地域医療構想（案）に対する意見について

1. 総論

徳島県がとりまとめられた地域医療構想（案）は、今後の本県における少子高齢化や人口減少等の人口動態並びに患者の受療動向等を踏まえ、地域の実情に合ったものとなっており、基本的には賛成します。

地域医療構想実現のためには、県民の理解と協力が欠かせません。そのためには、徳島県全体の県民医療費や医療提供体制の現状、さらに2025年度を見据えた医療圏毎の環境変化や具体的数字の推移を積極的に公表し、県民の気持ちが一つになり、課題克服の方向性を共有できるよう啓発に取り組んでいただきたいと考えます。

2. 各論

（1）病床機能の分化・連携

病床機能の分化（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）において、医療費適正化の観点から、最も効率的でムダのない医療提供体制となるよう、徳島県が主導的立場で調整を行っていただきたい。

利害が相反することも想定され、医療機関の自主的な努力に委ねるだけでは、地域医療構想の実現は困難です。県の調整機能を十分に発揮いただきたい。

（2）医療圏域

徳島県は南部圏域と西部圏域に医療過疎地域があります。住民がいつでもどこでも安心して質の高い医療が受けられるよう、退院後の在宅医療体制の整備や介護施設等での受け皿整備を行っていただきたい。また、住民の利便性が損なわれることのないようご配慮願いたい。

（3）在宅医療の充実

在宅医療を進めていくため医療従事者の確保と多職種との連携が課題とありますが、調整会議での議論の中心にはなっていないようでした。在宅医療推進に大きな役割を担う介護サービス分野との連携について、今後医療計画を策定する際は、県の介護保険事業支援計画、市町村介護保険事業計画としっかりとした調整が必要と考えます。

（4）構想の推進体制

保険者としては、保有する健診データ・受療データ等の分析を行い、加入者の疾病予防・健康管理の取り組みに活用するとともに、適切な受診行動の働きかけを行うことを通じて、地域医療構想の実現に積極的に協力していきますので、引き続き県の支援をお願いしたい。

香川県地域医療構想（素案）に対する
意 見 書

香川県保険者協議会

<はじめに>

本構想の策定にあたって考慮すべき背景では、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向け、超高齢社会の到来を見据えた効率的かつ質の高い医療提供体制の構築が必至であること、また、高齢者は身体機能の低下等による介護需要も高まり、看取りの医療も重要となること等が想定される。さらに病気と共存することが常態化し、「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増すことが想定され、在宅医療の普及や地域包括ケアの推進が必須条件と考えるところである。

我々医療保険者では、これら状況を鑑み、被保険者が住み慣れた地域で安心して医療が受けられるよう、限られた医療資源を最大限に活かした地域医療構想が策定されることを希望するものである。

<観点に基づく意見>

本会では、当該構想（素案）について、以下の観点により意見をまとめた。

（１）（計画策定に係る意見）

平成 37 年における医療需要と必要病床数について

病床機能報告結果について

（２）（施策の実施に係る意見）

地域医療構想実現に向けた推進状況とその把握について

在宅医療等における施設整備や人材確保等について

県民に対する普及啓発等の推進について

（３）（施策の評価に係る意見）

病床機能報告結果をはじめとする評価指標について

（４）（施策の見直しに係る意見）

平成 37 年設定目標に向けた中間見直し等の必要性について

＜構想案における意見及び要望＞

1. 平成 37 年における医療需要と必要病床数について P20

病床機能の区分は、医療資源の分布、人口密度、年齢構成、生活形態など地域医療の諸条件によって差が生じ、一概に区別できるものではなく、特定の類型にあてはめようとする地域の実情に合わなくなる恐れがある。

病床機能別の必要病床数を算定した結果、慢性期病床の削減が必要との数値が示されているが、急性期病床の削減も併せて考慮しないと、急性期病床が余剰となった場合、削減された慢性期病床の「受け皿」として使われてしまうことが懸念される。また、在宅医療等の普及度合いにより、慢性期病床の必要量は変化していくとともに、急性期・回復期病床は在宅医療患者の急性増悪時の「受け皿」としての機能が求められることも推測されることから、在宅医療等の「受け皿」が十分に整備されていなければ実行性が乏しいと思われる。

2. 病床機能報告結果について P21～22

前述したとおり、病床機能の区分は、截然と分かれるものではなく重なり合うものであり、さらに病床機能別の患者数と必要病床数が決まっても、それと病棟機能が厳密に対応するのではなく、いわゆる混合病棟が残り、特に高齢化率の高い地域等では、1つの医療機関が複数の医療機能を保有せざるをえないのが実情ではないかと思われる。

しかし、現状の報告制度では、様々な状態の患者が入院している個々の病棟について、4つの機能の内容に照らして、各医療機関がいずれか1つを選択して報告したもので、平成37年の必要病床数の推計値を比較すると回復期を除き減床となっており、こうした数値が公表されることについては、県民をはじめ関係者の誤解を招くことのないよう周知に配慮いただきたい。

また、医療需要及び必要病床数の推計結果による病床機能別の病床について、特に東部構想区域において高度急性期及び急性期病床が余剰し、回復期病床が不足する状況は明らかであり、適合する病床不足から、余剰の急性期病床へ患者が入院する状況となる可能性が懸念される。

地域医療構想は、医療機能分化、連携を推進するための方向性を示唆するものであることから、医療需要に見合った必要病床数の整合が図られることを第一に、さらに適正化が推進されるよう、診療報酬制度の枠組みにおいて、これまでも取り組まれてきた施設基準の変更等を踏まえ、制度設計構築が推進されることを強く要望するものである。

3. 地域医療構想実現に向けた推進状況とその把握について P23～P24

地域医療構想調整会議の開催にあたっては、病床機能報告結果と想定した推計値との乖離状況や在宅医療及び地域包括ケアの推進によって刻々と変化する状況を反映した推進状況の報告がされるとともに、それにあたっての問題、課題の提起とそれを関係者が積極的に協議できる場となるよう希望するものである。あわせて、具体的な推進事業を明らかにしていただきたい。

4. 在宅医療等における施設整備や人材確保等について P25～30

在宅医療・介護連携の推進は、地域医療構想を策定する上で、決して欠かすことのできない重要な要素であり、今後高齢化が一層進展することから、「受け皿」となる在宅医療等の充実はもちろんのこと、介護が必要になっても住み慣れた地域や自宅等で生活を送ることができるよう、包括的かつ継続的な在宅医療・介護が提供されるべきである。

そのため、地域医療構想と一対を成すと言われる地域包括ケアや在宅医療の推進が、本県ではどのような推進体制のもと構成されているのか、主管する部署等やその推進状況について情報提供いただきたい。あわせて、マンパワーの充足状況に応じた人材育成の強化及び在宅医療・介護連携体制の整備に欠かせない広域的な調整などについて、県が中心となり積極的な支援をいただくよう望むものである。

さらに、多くの県民の願いである、QOLを高めながら住み慣れた地域で最期を迎えるということを実現するためには、「住まい」「医療」「予防」「生活支援」等の日々の生活を切り離して考えることは困難であり、入院中の医療と居宅での医療連携及び介護連携や、看取りを含めた在宅医療に必要なサービス提供がなされる基盤整備における多職種連携ネットワークづくりが重要であると考えており、担当（健康）部局だけでなく、

他部門とも連携の必要があると考え、その連携について希望するものである。

5. 県民に対する普及啓発等の推進について P2、P28

県民が、医療機関の機能分化・連携の重要性について理解を深め、医療機関の機能に応じて適切に受診することを期待する旨の記述がある。医療保険者としては、適正な医療提供体制とその需要の均衡により医療保険制度が成り立ち、かつ持続させるべきと考えており、あるべき将来像として策定される地域医療構想が現実となるよう、被保険者に対し、疾病発症及び重症化予防としての健診、医療受診の勧奨や、医療等情報の活用による頻回・重複・多受診の抑制等、適正な医療受診のための普及啓発を行うべきと考える。また、県民の多くに大病院志向が根強くあると思われることから、病床ごとの4つの機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）における役割により、安心した医療が提供されることを県民に御理解いただくことも必要である。さらに、県民に対して適正な医療が提供されるための取組みの推進や、かかりつけ医ならびにかかりつけ薬局を持つことを推奨する等、医療提供側にも協力を求め、推進していくことが必要であると考え。総じて、県民への周知・広報が不可欠であり、地域医療構想実現に向けた推進状況がわかるロードマップ等の提示や、ホームページ等による情報公開はもとより、ITに不慣れた高齢者への配慮として、手元に届くようなリーフレット等紙媒体で周知する等、具体的な普及啓発のための施策を考慮いただきたい。具体的な取組策について医療保険者との協力連携を要する場合には、必要に応じた協力要請も考慮いただければと考えている。

6. 病床機能報告結果をはじめとする評価指標について

具体的な事業等に対する評価等、指標を明らかにし、進捗状況が把握できるよう考慮いただきたい。

7. 平成37年設定目標に向けた中間見直し等の必要性について

現在の人口動態推計による人口減少と高齢化の状況だけでなく、医療の高度化、糖尿

病の予防・重症化予防等の疾病予防や健康づくりの推進等によって、策定される地域医療構想の必要病床数の目標値は適宜見直され、修正されるべきであると考え。この構想の実現に向けては、進捗状況の把握に努め、ある一定の期間をもって、中間見直しを希望する。

全体として、この構想を目にする者にとって、「専門用語」の解説が適宜取り入れられる等、理解が進みやすい工夫や表現によって公表されることを希望する。



意見様式

「愛媛県地域医療構想(案)」に対する意見について

平成 28 年 1 月 27 日付け 27 医第 946 号にて照会のありました標記について、次のとおり回答します。

「愛媛県地域医療構想(案)」に対する意見

該当箇所	意見の内容
ページ数(行数) P14・P15	【参考】について、県知事の権限が要約されて記載されているが、④及び⑤に関連する「正当な理由がない場合」について、異なった認識を与える可能性があることから、地域医療構想ガイドライン「3. 都道府県知事による対応」のとおり、記載することが適当と考える。
P21(18行目)	(4)施策の方向Ⅰに記載されている「活用予定の無い病床については、…(略)…努めます。」の「病床」は、ガイドラインの解釈によると「病床」と表現されるべきと考える。
	平成 27 年度における各医療圏域で開催される地域医療ビジョン調整会議への参画については、年度途中の参画であったため、保険者協議会を代表する形でのオブザーバーとしての参加であったが、来年度以降については、地域医療構想ガイドラインⅡ、2、(4)、アに基づく、地域医療調整会議への参加者の選定を行う際には、被用者保険側の意見が述べられるよう、保険者協議会へ照会のうえ選定して欲しい。
	愛媛県地域医療構想(案)第4章 将来あるべき医療提供体制を実現するための施策における医療従事者の確保について、各市町における国保診療施設の医療の現場においては、医師不足、看護師不足という厳しい状況が続いており、医療従事者の確保に大変苦慮している地域があることから、地域包括ケアシステムの構築のためにも、医療従事者の確保への更なる取組みをお願いしたい。
	地域医療構想における将来あるべき医療提供体制の施策については、愛媛県保険者協議会として、生涯を通じた加入者の健康管理を進めるという観点から、制度や保険種別の枠を超えて、加入者の健康課題を明確にした上で、保険者等の間で問題意識の共有や、健康づくりの推進のため、各医療保険者が策定する重症化予防等の保健事業への取組み(データヘルス計画策定等)を行っていることから、地域医療構想の施策内容と医療保険者が策定するデータヘルス計画等と連携可能となるよう考慮して欲しい。

平成 28 年 2 月 19 日

愛媛県保健福祉部長 様

団体名： 愛媛県保険者協議会

代表者： 会長 篠崎 泰 男



高知県健康政策部

部長 山 本 治 様

高知県保険者協議会

会長 塩 田 始



高知県地域医療構想（素案）に対する高知県保険者協議会の意見

高知県地域医療構想（素案）は、高齢化の進展に伴い、医療・介護のニーズが増大する中で、2025 年（平成 37 年）に向けて、地域における質が高くバランスの取れた医療・介護サービスの提供体制を構築することを目的とするものであり、高知県保険者協議会としては、基本的に賛成いたします。

なお、今後の構想の具体化においては以下の点を考慮していただきたい。

- 1 県民がより良い医療サービスを受けられるよう、効果的で効率的な医療提供体制の実現に向け、「高度急性期」から『急性期』・「回復期」・「慢性期」まで、住民のニーズの把握や構想区域内での需要に対する病床調整等で、実効性のある計画となるよう要望する。
- 2 高知県は、人口比率で「療養病床数」が全国第 1 位と突出している状況にある中、平成 29 年度末に廃止が予定されている介護療養病床についても、今後の移行・転換により在宅医療提供体制の整備や介護施設等での受け皿整備を確実なものとしていけるよう関係機関との十分な調整を要望する。
- 3 県民にとって質の高い医療へのアクセスの確保を第一とし、医療の確保と財政のバランスが取れた医療提供体制を構築するよう要望する。
- 4 予防・健康づくりへの取組み強化のため、県民の健康に対する意識向上や各構想区域内での健診受診機関の更なる充実を要望する。

福保険協第 2838 号

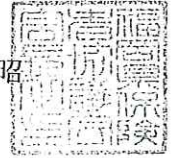
平成 29 年 1 月 17 日

福岡県知事

小 川 洋 様

福岡県保険者協議会

会 長 福 山 利 昭



福岡県地域医療構想（案）に係る意見について

本協議会の事業運営につきましては、平素から格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

さて、平成 28 年 12 月 22 日付 28 医指第 2773 号で照会のありました標記のことについて、別紙のとおり意見書を提出いたします。

（事務局）

〒812-8521

福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

福岡県国民健康保険団体連合会

事業部 事業振興課

担当：

Tel：092-642-7810

Email：hokenjigyo@kokuhoren-fukuoka.jp

「福岡県地域医療構想（案）」に対する意見について

福岡県保険者協議会の構成団体である医療保険者は、データヘルスの推進や特定健診・特定保健指導の実施等による生活習慣病の発症予防・重症化予防など、加入者の健康づくりや健康の保持・増進に努めるとともに、後発医薬品の使用促進等により、医療費の適正化に取り組んでいます。

地域医療構想においては、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期及び在宅医療まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制の構築を目指すものとされています。

目指す医療提供体制の構築が実現すれば医療保険加入者の健康づくりや医療費適正化の取組と相まって加入者に過度な経済的負担をかけることなく良質な医療サービスが提供されるものと考えます。

つきましては、地域医療構想に掲げられている事項を確実に実現していただくとともに、その具体化に当っては特に次の課題に配慮いただきたい。

1. 在宅医療等の充実

- ① 療養病床の再編に伴って必要となる在宅医療・介護の連携については、地域の状況を把握したうえで、在宅医療・介護サービスが充足できるインフラの整備とともに、人材の確保・育成に努めていただきたい。
- ② 病床機能の転換はもとより、療養病床から介護施設等への転換についても、「地域医療介護総合確保基金」の有効活用による積極的な支援をお願いしたい。
- ③ 市町村が在宅医療・介護連携事業を実施する上で、医療介護のデータ提供や広域的な対応等、都道府県や保健所等が実施すべき市町村支援の取組みの充実を図るとともに、「医療介護総合確保促進法に基づく福岡県計画」についても、実効性のある事業展開をお願いしたい。

2. 住民への周知

- ① 地域医療構想の実現に向けては、県民の理解と協力は欠かせないものであることから、分かりやすく丁寧な周知について、施策を講じていただきたい。
- ② 市町村における地域包括ケアシステムの構築には、地域における医療及び介護を総合的に連携して進めていくことが重要であり、その仕組みについても地域住民に対し周知が図られるよう取り組んでいただきたい。

3. 健康の保持・増進、予防事業、介護事業等の推進

- ① 2040年には福岡県の65歳以上人口は35.3%に増加すると予想されることから、健康寿命の延伸、寝たきりにさせない等QOLを低下させない取組は重要と考えるので、生涯を通じた健康づくりや予防事業を推進していただきたい。
- ② 介護予防のためには、地域とのつながりを持たせ、家にひきこもらせないこと等が重要であり地域交流センター等を活用した事業に努めていただきたい。

4. PDCA サイクルを意識した進捗管理

策定された地域医療構想の確実な実現のため、詳細な工程表を作成した上で、年次目標を設定し、進捗状況を把握しながら、課題等が明確にされる仕組みを作っていただきたい。

5. その他

① 地域における高額医療機器の共同利用を含めた適正配置の検討

諸外国に比べ1人当たりの台数が多いと言われるCTやMRI等の高額医療機器が、医療費の増大の要因の一つとなっていることは否定できない。

高額医療機器の共同利用を含めた効率的な活用や、将来の医療ニーズの推計により必要台数や配置を検討することも医療費適正化を進めるうえで重要であると考えます。

② 精神病床での長期入院は、高額な医療費の要因の一つとなっている。

精神病床についても、病床報告の対象とした上で、地域の実情に応じた対策を講じていただきたい。

地域医療構想調整会議に対して保険者協議会の統一した意見

平成28年2月15日/長崎県保険者協議会事務局

[背景]

本県は、①前期高齢者1人当たり医療費が8年連続で全国ワースト1

②後期高齢者1人当たり医療費が8年連続で全国ワースト5内

(平成27年度はワースト3に入る勢い)

③健康寿命は男性45位、女性39位(平成22年度調べ)

という大変厳しい状況にあります。

このような状況を勘案しつつ、地域医療構想調整会議に対し保険者協議会として下記の統一した意見を提出します。

[意見]

必要なときに必要な医療が受けられる国民皆保険制度の中にあつて、長崎県保険者協議会は、平成24年4月に医療保険者、関係団体及び行政機関が共同で宣言した「健康ながさき！がんばらんば共同宣言」を行うなど、健康寿命の延伸を目指して被保険者の健康づくりや医療費適正化への取り組みを推進している。

しかしながら、医療費は年々高騰し負担する側も支払う側も限界が近づいている現状を踏まえ、今後も健康増進や医療費の適正化を目指し取り組んでいくこととするが、被保険者の病状に応じて必要とされる病床数を確保し、住み慣れた地域で安心して日常生活を営むために必要な医療サービスの基盤づくりや介護サービスの提供体制を構築するため、将来に向けた人的資源の計画的育成・確保が重要であると考えます。

従って、地域医療構想においては、医療費の適正化を目指し、2025年に向けて被保険者の意思を尊重した医療や介護を受けられる質の高い環境整備を目指すことを望む。また、予防医学的立場での対策を可能であれば盛込まれたい。

熊保険者協発第52号
平成29年2月20日

熊本県健康福祉部長 様

熊本県保険者協議会
会長 牧野 俊



熊本県地域医療構想（案）に対する意見について（回答）

平素から、本協議会の事業運営につきまして、格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成29年2月1日付け医政第730号で照会がありました標記について、別添のとおり回答いたします。

【問合せ先】

熊本県国民健康保険団体連合会内
熊本県保険者協議会事務局

TEL: 096-365-0976

FAX: 096-365-4188

- 県保険者協議会としては、医療提供体制については、高齢化等による医療ニーズの変化に的確に対応した質の高い医療アクセスとともに、併せて被保険者の保険料負担が過度にならないよう効率的な医療の視点が重要と考えている。

このことから、今回の地域医療構想は、今後策定予定の医療費適正化計画と相俟って、本県における医療の確保と医療保険財政とのバランスのとれた医療体制の構築に資するものととらえている。

- 上記を踏まえ、地域医療構想（案）の内容については概ね了解するものであるが、その推進に当たっては、次の事項に積極的に取り組んでいただきたい。

- 1 地域医療構想で示された将来の医療機能区分ごとの病床の必要量見込みは、将来の医療ニーズを見通して推計されたもので、特に、法令の基準に基づき、全国的な視点から各種データを踏まえて推計された数値は、ニーズに合致した効率的かつ質の高い入院医療の提供の観点から大変重要と考えられる。

このことから、今後の地域医療構想調整会議での議論に当たっては、県においても、基金による財政面の支援だけでなく、調整等に主体的に取り組んでいただきたい。

- 2 地域医療構想に基づく医療提供体制の構築に当たっては、各地域での目標や評価指標を設定することで着実な推進につながるものと考えられる。

このことから、地域医療構想調整会議での協議等に当たっては、例えば、在宅医療における受け皿の必要量や人材育成の目標等、それぞれ具体的な目標を設定しながら推進を図れるよう、県においても助言等を行っていただきたい。

- 3 県内の医療提供体制等に関する県民への広報に当たっては、医療機関の充実状況等と併せて、医療費に係るいわゆる地域差の状況等、コストの視点にも配慮した周知啓発を行っていただきたい。

(以上)

大 保 険 協 第 5 号
平成28年5月12日

大分県知事 広 瀬 勝 貞 殿
(福祉保健部医療政策課気付)

大分県保険者協議会
会 長 北 川 晴 雄

大分県地域医療構想(案)について(回答)

本協議会の事業運営につきましては、平素から格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

さて、平成28年4月8日付け医政第10号で照会のありました標記のことについて、別紙のとおり意見書を提出いたします。

【事務局】

大分県国民健康保険団体連合会
(担当) 事業課健康推進・求償班
T E L 097-534-8451
E-mail jigyo@oita.kokuhoren.jp

意 見 書

1. 総 論

大分県保険者協議会は、医療保険者で構成されている団体であり、国民皆保険制度を将来にわたって持続可能なものとするため、医療費適正化や特定健診・特定保健指導の実施、データヘルス計画等により加入者の健康増進に努力している。

また、地域医療構想（案）の策定に当たっては、受療者側の立場に立って意見を発信してきた。

大分県地域医療構想（案）は、少子高齢化、人口減少が急速に進む中、大分県の医療提供体制の向上のため、病床機能の分化・連携や地域の実情に応じた機能性の確保等に必要な病床数の達成に向けたものとなっていると評価できることから構想案に賛成する。

ただし、構想の具体化については以下の点を考慮していただきたい。

2. 意 見

- (1) 住民がどの地域においても安心して質の高い医療が受けられるよう配慮していただきたい。ただし、医療費適正化の観点から、患者負担が過剰にならないよう効率的な医療提供体制を構築していただきたい。
- (2) 大分県は山間部や離島を抱えている。また、公共交通機関の整備が遅れており、かつ高齢化や過疎化が進むなど厳しい環境も多いことから、地域住民の健康維持と安心のために、へき地における医療提供体制にも十分配慮していただきたい。
- (3) 急性期から在宅医療、介護に至るまで切れ目のないサービスを提供するためには、退院後の在宅医療の提供や介護施設の整備が必要となる。地域医療構想を進める上で、人材や施設を含め、そのような受け皿の整備を並行して進めていただきたい。
- (4) 地域医療構想の実施のためには県民の理解と協力が欠かせない。この地域医療構想を具体化するために、各関係団体には第7章第5節にあるような県民の理解についての啓発を進めていくとともに、大分県としてもその環境整備を主体的に進めていただきたい。
- (5) 構想案における医療圏ごとの「現状及び将来の推計を踏まえた課題」について、当該地区はもとより、全ての関係者や地域住民がこれらの課題認識の妥当性、課題克服の方向性を共有できるよう周知広報に配慮していただきたい。

平成28年5月12日

大分県保険者協議会

会 長 北 川 晴 雄

宮崎県地域医療構想(素案)に係る意見

団体名 宮崎県保険者協議会

意 見	備 考
<p>宮崎県が策定した地域医療構想(素案)は、今後の本県における人口動態や患者の流入等入等を踏まえ、地域の実情に合ったものとなっており、基本的には賛成します。但し、構想の具体化に向けては、以下の点にご配慮いただきたい。</p> <p>①地域医療を考えるうえで、質の高い医療の提供とともに予防は切り離せない視点であることから、生涯を通じた健康づくりや健康増進について明記すること。</p> <p>②県民がいつでもどこでも安心して質の高い医療が受けられるよう配慮しつつも、患者負担や保険税が過度な負担とならないよう、医療費の適正化に努めるとともに、効率的で良質な医療を提供する体制の整備を図ること。</p> <p>③地域包括ケアシステムの構築や、医師の地域偏在の解消については市町村や医療機関の取り組みだけでは達成が難しいことから、受け皿整備や人材確保に向けて県として積極的に取り組むこと。</p> <p>④患者の受療動向等については、今後も定期的にデータの確認、分析及び検証を行い適切な対応に取り組むこと。</p> <p>⑤構想を円滑に進めるためには、住民のニーズに沿った「住宅」、「都市整備」、「雇用」、「産業」、「教育」等が必要となるため、関係する他部局をはじめ市町村との連携に努めること。</p> <p>⑥最後に、県民全体の理解を求める周知・広報に取り組まなければ構想の実現は困難であると考えます。そのための具体的な方法等についても項目を追加していただきたい。</p>	<p>P 4 4 : 推進施策の 1 つに入れられないか。</p> <p>P 4 4 : 人材確保に疾病予防・介護予防を担う人材の確保・育成の追加</p>

※ 具体的な箇所ができるようであれば、備考欄に地域医療構想(素案)の項目名やページなどを記載してください。

28 鹿保険者協第 25 号
平成 28 年 9 月 29 日

鹿児島県保健福祉部長
古 菌 宏 明 様

鹿児島県保険者協議会
会 長 木 下 力

鹿児島県地域医療構想（案）に対する意見等について（回答）

本協議会の運営につきましては、平素より格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、平成28年9月14日付保福第459号にて依頼がありました標記につきまして、別紙
のとおり提出いたしますのでよろしくお願いいたします。

【鹿児島県保険者協議会事務局】
鹿児島県国民健康保険団体連合会
事業課
TEL : 099-206-1032
FAX : 099-206-1069
k-jigyo308@kagoshima.kokuhoren.jp

(別紙)

鹿児島県地域医療構想（案）に係る意見調書

		団体名	鹿児島県保険者協議会
		所属（課・係等）	鹿児島県保険者協議会事務局 （鹿児島県国民健康保険団体連 合会 事業課）
		記入者氏名	
		電話番号	099-206-1032
		F A X 番号	099-206-1068
ページ	該当箇所	意見	
全 般		<p>各医療圏において、人口規模及び世帯状況並びに医療供給体制等（患者の流出や医療従事者の現況等）に係る独自の課題が散見される一方で、在宅医療提供体制の充実や、不足する回復機能の充足等、共通の課題も抱えていることを確認できた。</p> <p>住民がいつでもどこでも安心して質の高い医療を受けられるよう配慮しつつも、患者負担や保険料が過度な負担とならないように、財政面での裏付けが必要不可欠である。その面からの検証を早急に行っていただきたい。</p>	
1～4	第1章 地域医療構想の概要	<p>今後の本県における少子高齢化や人口減少等の人口動態並びに患者の受療動向等を踏まえ、地域の実情に医療供給体制を合ったものにするということから、基本的に賛成する。</p>	
(3)	(4 地域医療構想の推進)	<p>なお、パブリックコメント等を実施されているが、県民に浸透しているとは言い難い状況と考える。今後、地域医療構想に関するアンケート等を実施していく事を追加して欲しい。</p>	
9～20	第3章 本県の医療提供体制の現状	<p>現在の病床数の状況は出されているが、実際入院する患者の受療動向が出されていない。本県は在院日数が全国上位である現状を示していただきたい。</p>	

21～22	第4章 構想区域	<p>本県は奄美、熊毛等の保健医療圏が離島で、無医地区もある。このような地域において医師の派遣等による医師確保など、住民が安心して質の高い医療が受けられるような医療提供体制の確保をお願いしたい。また、退院後の在宅医療体制の構築を進め、受け皿の整備をお願いしたい。</p>
28	2 本県の医療需要の推計結果	<p>被用者保険と市町村国保と後期高齢者医療の被保険者では医療需要に違いがあると思われるため、レセプトデータについても活用して欲しい。</p>
30～31	3 2025(平成37)年における病床の必要量(必要病床数)	<p>今回の病床の必要量は目安であるとしているが、保険者としては保険財政面を考えると効率的で無駄のない医療提供体制を実現していただきたい。そのため病床の機能分化(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)が不可欠と考えることから、今回の構想が「絵に描いた餅」とならないよう県が主導して調整し、実現に向けて進めていただきたい。</p>
107～108	第7章 地域医療構想推進のための施策の方向性	<p>今回の地域医療構想の実現のためには、県民の理解と協力が不可欠である。特に医療機関における病床の機能分化(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)には、県民への周知と理解があってできるものとする。そのため、県全体で周知広報等PR活動をお願いするとともに本協議会も協力支援していきたい。</p> <p>保険者の保有する受療データや健診データ等の分析を行って加入者(被保険者)の疾病予防・健康管理の取組に活用するとともに、適切な受診への働きかけを通じて地域医療構想の実現に積極的に協力していくので、県の支援をお願いしたい。</p>



平成29年 2月17日

沖縄県保健医療部長 殿

沖縄県保険者協議会
会長 高江州 義人



沖縄県地域医療構想(案)への意見について(回答)

平成29年1月17日付け保医第2771号にて意見照会のありますみだしについては、
別添のとおりです。

沖縄県保険者協議会事務局
沖縄県国民健康保険団体連合会
事業課保健事業係
電話 098-863-2357

(4) 病床数の確保については、医療機関の自主的な取り組みが基本であるが、自主的な取り組みが実現できない場合は、県知事権限による措置を講ずること。

2 生活習慣病を起因とした血管内皮障害による虚血性心疾患、脳血管疾患、また糖尿病などからCKDの発症・重症化を招かない早期予防に取り組むための医療機関と医療保険者双方が連携協力して効果的かつ効率的な取り組みが可能となるネットワークの構築を図ること。

(1) 入院が多く外来医療費が少ない沖縄県の状態を是正していくため、県及び関係機関が連携を図り、早期発見、早期治療、医療費抑制に努めること。
また、生活習慣病だけではなく、がんや精神疾患についても同様に努めること。

3 医療費の適正化に資するための取り組みの強化を図ること。

(1) 限られた医療保険財政で良質な医療を提供するためには、ジェネリック医薬品の使用促進、多受診対策、県民の健康づくりなどについて、県を挙げて強力的に実施すること。

(2) 構想策定の趣旨は、患者の状態に応じた切れ目のない医療提供体制を整備することであるが、増加する一方の医療費を抑制・減少させ、患者・家族の医療費負担を軽減できることにも留意すること。

(3) レセプト情報等を活用し、病院・疾病ごと、構想区域ごとに集計・分析

して効果的・効率的な構想を実現し、医療保険者及び被保険者・被扶養者の金銭負担増につながることをしないよう努めること。

- 4 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けては、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう「地域包括ケアシステム」の構築を見据えた環境整備に取り組むこと。

(1) 在宅医療・介護について医療提供の整備、介護施設の整備を優先すること。

- 5 医療従事者(保健師、看護師、医師等)及び介護従事者の確保及び育成のためのシステム構築を早急に整備すること。

(1) 今後、構想を進めるにあたって、病床数や施設数だけでなく人的資源についても不足することが危惧されることから、切れ目なく良質な医療を提供するためにも、育成機関の創設などの対策を早急に実現すること。

- 6 県民への認知度・理解度を高めるための広報等を実施すること。

(1) 各地域の医療体制と介護体制の状況を把握し、地域住民(受け手)への情報の発信、課題や構想の進め方を分かりやすく丁寧に説明を行うこと。