

(差し替え版)

**資料3**

# 大分県医療費適正化計画（第三期）

**（素案）**

（平成29年9月7日）

**大分県**

# 目 次

## 第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨	1
2 計画の期間	1
3 計画の基本理念	1
3 他計画等との関係	2

～国民皆保険～

## 第2章 医療を取り巻く現状と課題

1 県民医療費の動向	4
(1) 大分県の人口・高齢化等の現状	4
<人口及び高齢化率等の推移>	
<平均寿命と健康寿命の状況>	
(2) 県民医療費の状況	6
<県民医療費等の推移と将来推計>	
<都道府県別の一人当たり医療費の状況>	
<都道府県別一人当たり医療費の地域差指数>	
(3) 県民の受診状況	13
<入院及び外来受療率>	
<年齢階級別入院及び外来受療率>	
<傷病分類別入院受療率>	
<傷病分類別外来受療率>	
<主な疾患別入院外医療費の分析>	
<市町村国保における人工透析患者の推移>	
<市町村国保における人工透析患者数(年度別)>	
(4) 調剤医療費の状況	17
<県民医療費(概算医療費)の内訳>	
<県民医療費の伸びに対する割合>	
<後発医薬品の使用割合>	
(5) 精神障がい者の状況	19
<精神障害者保健福祉手帳の交付状況>	
<精神病床の平均在院日数の推移>	
<精神科病院の在院患者者数の推移>	
<精神科病院在院患者に占める65歳以上の割合>	
2 生活習慣病等の状況	
(1) 生活習慣病外来医療費の状況	
(2) 市町村国保における生活習慣病の状況	
(3) 後期高齢者医療における生活習慣病の状況	
(4) 生活習慣病による死亡の状況	
(5) 要介護度別の介護が必要になった主な原因	
(6) 県内市町村の生活習慣の実態	
3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況	
(1) 特定健康診査の実施状況	
(2) 特定保健指導の実施状況	
(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況	
(4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	

(5) 予防接種の状況	・・・・・・・・・・	
(6) がん検診の受診状況	・・・・・・・・・・	
<b>4 医療施設等の状況</b>	・・・・・・・・・・	24
(1) 医療施設数の推移	・・・・・・・・・・	24
(2) 病床数の推移	・・・・・・・・・・	25
(3) 将来における必要病床数の推移	・・・・・・・・・・	26
(4) 在宅医療提供体制等の状況	・・・・・・・・・・	

### 第3章 平成35年度末までに達成すべき目標と医療費の見込み

<b>1 県民の健康保持の推進に関する目標</b>	・・・・・・・・・・	27
(1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	・・・・・・・・・・	27
○内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）対策		
①特定健康診査の推進		
②特定保健指導の推進		
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		
○その他生活習慣病対策		
④たばこ対策の推進		
⑤子どもの頃からの健康づくりの推進		
⑥生活習慣病重症化予防の推進		
⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進		
⑧予防接種の促進		
⑨がん検診の受診促進		
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	・・・・・・・・・・	29
<b>2 医療の効率的な提供の推進に関する目標</b>	・・・・・・・・・・	30
(1) 後発医薬品の使用促進	・・・・・・・・・・	30
(2) 医薬品の適正使用の推進	・・・・・・・・・・	30
(3) 病床機能の分化・連携	・・・・・・・・・・	31
(4) 地域包括ケアシステムの構築の推進	・・・・・・・・・・	31
(5) 障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進	・・・・・・・・・・	31
<b>3 平成35年度の医療費見込み</b>	・・・・・・・・・・	32
(1) 医療費の見込みの推計式	・・・・・・・・・・	32
(2) 平成35年度の医療費見込み	・・・・・・・・・・	33

### 第4章 目標達成に向けた施策

<b>1 県民の健康の保持の推進</b>	・・・・・・・・・・	34
(1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	・・・・・・・・・・	34
①保険者による健診等データを活用した保健事業（データヘルス）の推進		
＜データヘルス計画に基づく効果的・効率的な市町村国保保健事業の推進＞		
＜保険者協議会との連携＞		
②たばこ対策の推進		
③歯と口の健康づくりの推進		
④子どもの頃からの健康づくりの推進		
⑤糖尿病性腎症重症化予防の推進		
⑥高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進		
⑦予防接種の促進		
⑧がん検診の受診促進		
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	・・・・・・・・・・	36
①県民運動の展開		

②無関心層を惹きつけるインセンティブの創出

<b>2 医療の効率的な提供の推進</b>	37
(1) 後発医薬品の使用促進	37
(2) 医薬品の適正使用の推進	37
(3) 病床機能の分化・連携	37
(4) 地域包括ケアシステムの構築の推進	38
(5) 障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進	38
<b>3 その他の取組み</b>	39
(1) 広報活動の充実	39
(2) 保険者による医療費適正化の取組促進	39
(3) 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の充実強化	39
<b>4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等の連携及び協力</b>	39
(1) 保険者等（保険者協議会）との連携	39
(2) 医療機関等との連携	40
(3) 市町村との連携	40

## 第5章 計画の進行管理等

<b>1 進行管理</b>	41
(1) 毎年度の進捗状況の公表	41
(2) 暫定評価及び次期計画への反映	41
(3) 実績評価	41
<b>2 計画の周知</b>	41
<b>3 計画の推進体制</b>	41
(1) 国の取組	41
(2) 県の取組	42
(3) 保険者等の取組	42
(4) 医療の担い手等の取組	42
(5) 県民の取組	42

《関連資料》 . . . . .

## 1 計画策定の趣旨

我が国は国民皆保険の下、誰もが安心して医療が受けることができる医療制度を実現してきましたが、現在、他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、平成37年(2025)には、いわゆる「団塊の世代<sup>\*1</sup>」が全て75歳以上（後期高齢者<sup>\*2</sup>）となる超高齢社会を迎えます。

こうした中、国民皆保険を堅持するためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

本計画は、そのための仕組みづくりとして、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第9条の規定に基づき、厚生労働大臣が定めた「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成28年度厚生労働省告示389号）」に即して、本県における医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため定めるものです。

## 2 計画の期間

平成30年度(2018)から35年度(2025)までの6年間とし、期間最終年度である平成35年度に見直しを行うこととしています。

## 3 計画の基本理念

本計画の基本理念は以下の3つとします。

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

今後、人口減少が見込まれる中、平成28年10月現在、約18万6千人と推計される本県における75歳以上の人口は、平成37年(2025)には約22万2千人に近づくと推計されています。これに伴い、後期高齢者医療費は、今後とも県民医療費の約40%を占めると予想されています。

このことを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくことにつながるものとします。

---

\*1 団塊の世代～昭和22(1947)年～24(1949)年生まれ。第1次ベビーブーム世代とも呼ばれる。

\*2 後期高齢者～65歳から74歳までの前期高齢者と区別。75歳以上になると複数の疾病を発症しやすくなるとされている。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

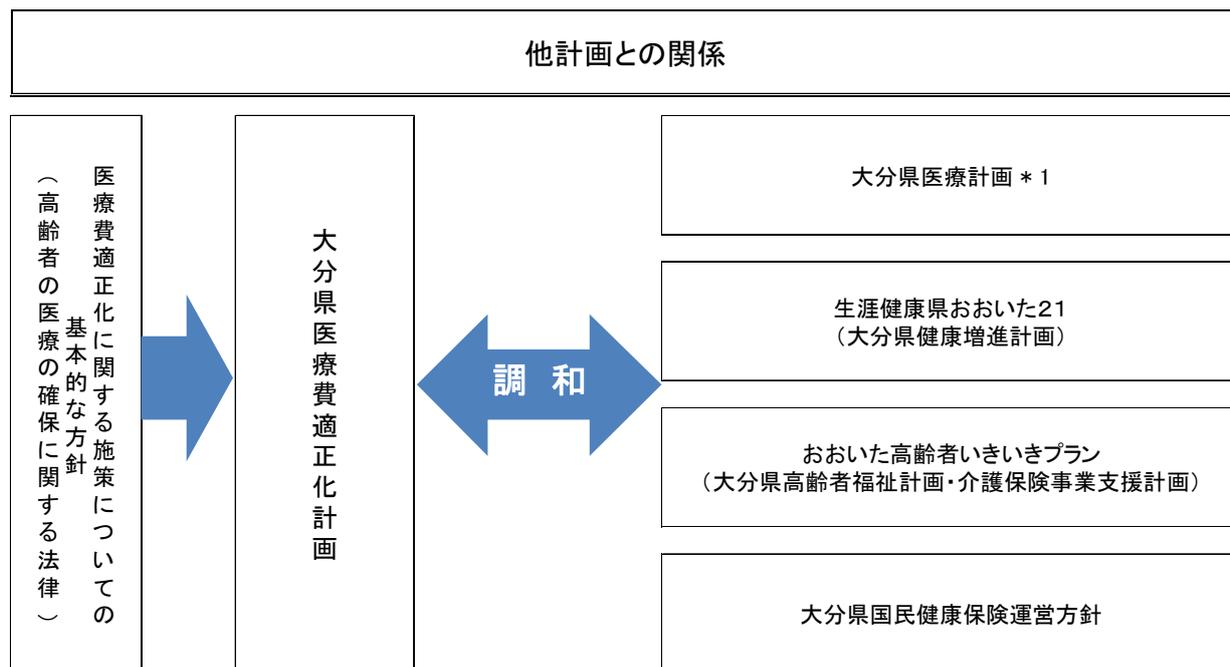
目標及び施策の達成状況等について、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表することとします。計画の最終年度には、進捗状況の分析結果を公表するとともに、次期計画に反映させることとします。

また、計画の最終年度の翌年度に実績評価を行うなど、目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、計画の見直し等に反映させることとします。

#### 4 他計画等との関係

本計画は、質の高い効率的な医療提供体制を整備するための「大分県医療計画」やすべての県民が生涯を通じて健康で活力あふれる人生を送ることができる生涯健康県おおいたを実現するための「生涯健康県おおいた21（大分県健康増進計画）」、高齢者が生きがいを持って、健康で安心して暮らせる地域づくりを推進するための「おおいた高齢者いきいきプラン(大分県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画)」との調和を図っています。

また、市町村国民健康保険の安定的な財政運営及び国保事業の広域化や効率化を推進する「大分県国民健康保険運営方針」とも調和が保たれたものとします。



\*1 大分県医療計画～県民への適切な保険医療体制を確保することをも目的として策定された計画。「安心で質の高い医療サービスの提供」「地域医療を支える人材の確保と資質の向上」「医療の安全の確保」などについて明記している。

また、医療計画の一部として、地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえ、地域の医療提供体制のあるべき姿を示した「大分地域医療医構想」が平成28年6月に策定された。当該構想には、平成37年(2025)における病床期の区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの病床数の必要量や居宅等における医療の必要量等について定められている。

～ 国民皆保険 ～

我が国の医療保険制度は、原則として全ての国民が何らかの公的医療保険に加入する「国民皆保険」として、昭和36年に確立しました。0歳から74歳までの人は、自営業の人などが加入する「国民健康保険（国保）」か、企業などに勤める人が加入する「健康保険」「協会けんぽ」「共済組合」などに加入し、75歳になると全ての人が「後期高齢者医療費制度」に加入します。

今では国民誰もが、保険証1枚で、どの医療機関にもかかれることが当然のことだと思われていますが、海外に目を向けると、必ずしもそうではありません。先進国の中でも民間保険中心の制度もありますし、無保険の国民を多く抱える国も存在します。

日本の国民皆保険制度は世界に誇れる制度であり、今後とも、高齢化と医療の高度化などにより増加が見込まれる医療費が過度に伸びないように、できる限り抑制し、「誰でも」「どこでも」「いつでも」安心して保険医療が受けられる体制を維持していくことが求められています。

## 第2章 医療を取り巻く現状と課題

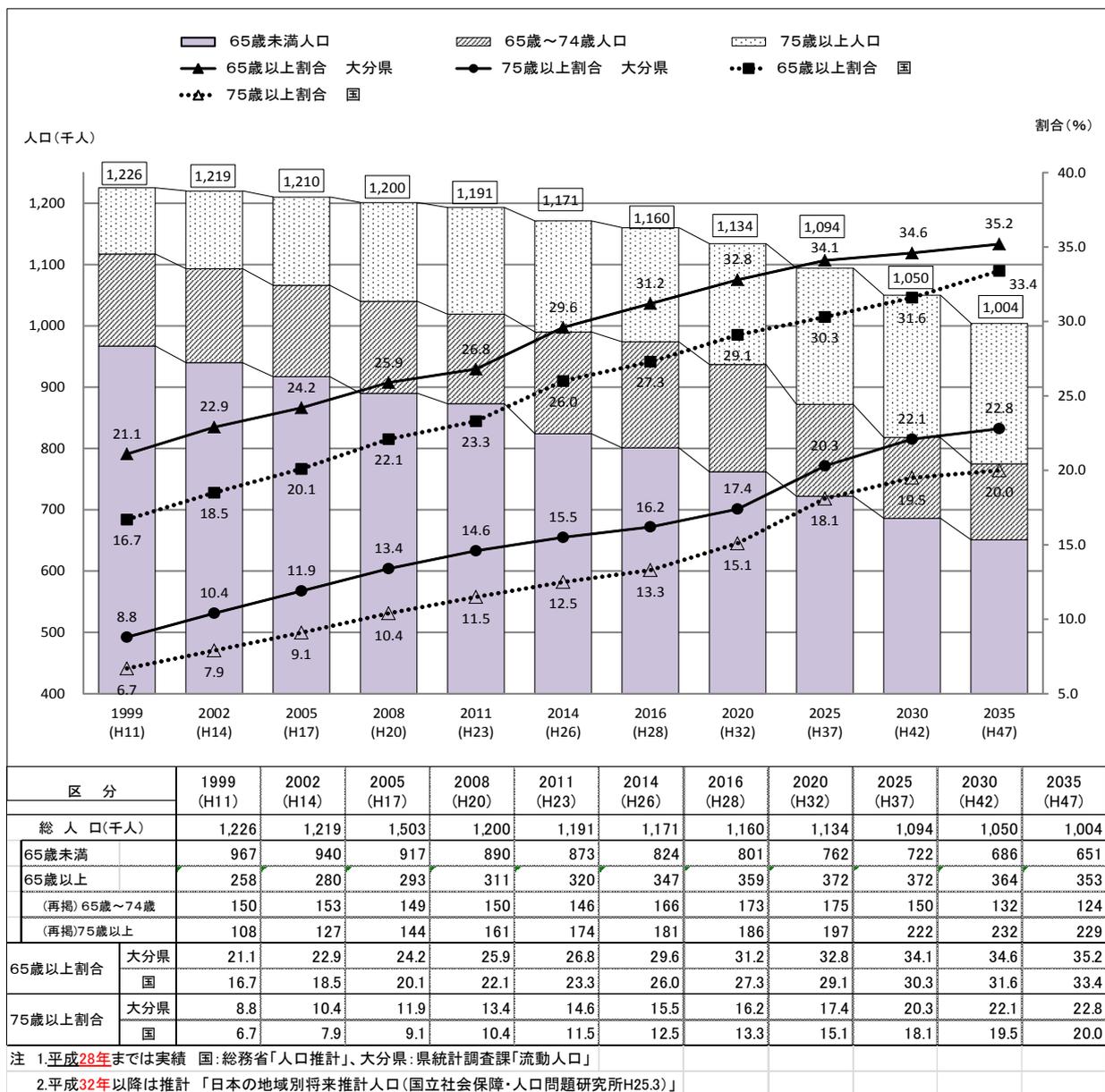
### 1 県民医療費の動向

#### (1) 大分県の人口・高齢化等の現状

＜人口及び高齢化率等の推移＞

本県の総人口は、平成28年10月現在、約116万人となっており、減少傾向が続いています。そのうち、65歳以上の高齢者人口は、35.8万人、31.2%と総人口の3割を超えており、全国と比較していち早く高齢化が進んでいます。高齢化率は今後も上昇を続け、平成37年(2025)には34.1%と、3人に1人が65歳以上となる見込みです。

75歳以上人口については、18.6万人と総人口の16.2%を占めており、平成37年(2025)には20%を超える見込みとなっています。

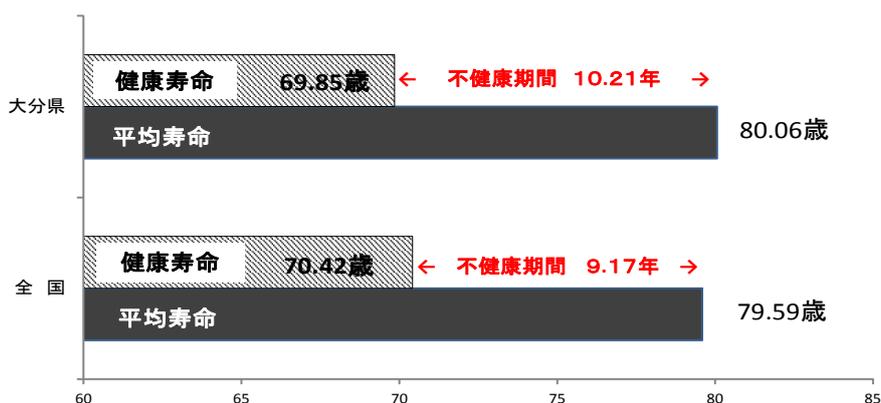


＜平均寿命と健康寿命の状況＞

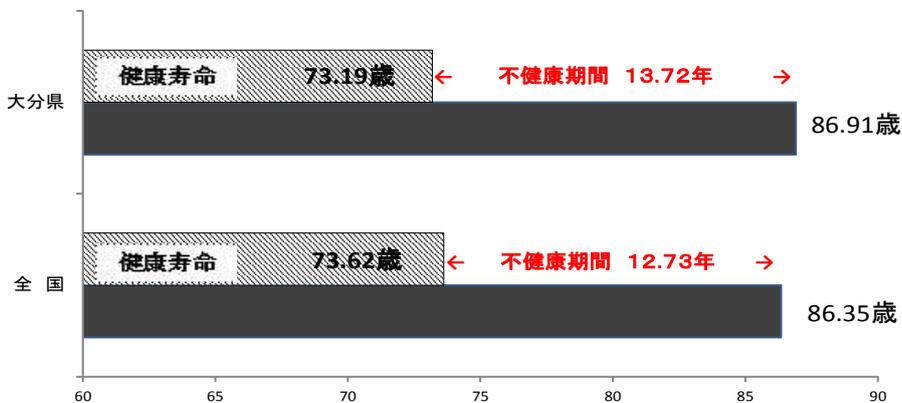
本県の平均寿命<sup>\*1</sup>は、平成22年において、男性80.06歳・全国8位、女性86.91歳・全国9位と全国トップクラスとなっており、今後も延伸する見込みです。

一方、健康寿命<sup>\*2</sup>は、男性69.85歳、女性73.19歳となっており、平均寿命との差である不健康期間は、男性10.21年・全国1位、女性13.72年・全国4位と長くなっており、健康寿命を平均寿命の延び以上に延伸することが重要な課題となっています。

H22 健康寿命と平均寿命(男性)



H22 健康寿命と平均寿命(女性)



区分	H22平均寿命(A)				H22健康寿命(B)				H22不健康期間(A)-(B)				(参考)H25健康寿命			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	(歳)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位	(年)	順位	(年)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位
全国	79.59	—	86.35	—	70.42	—	73.62	—	9.17	—	12.73	—	71.19	—	74.21	—
大分県	80.06	8	86.91	9	69.85	39	73.19	34	10.21	1	13.72	4	71.56	16	75.01	10

\*1 平均寿命～厚生労働省が公表する生命表の0歳の平均余命（都道府県別生命表は5年ごとに公表）

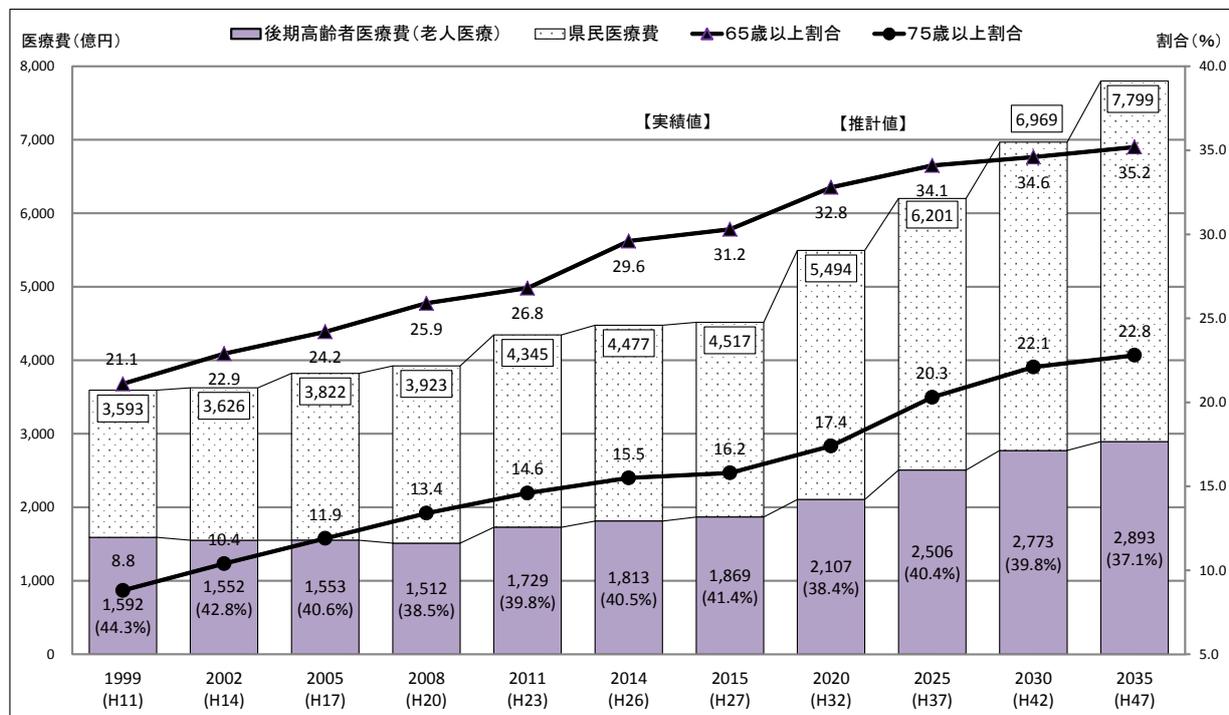
\*2 健康寿命～3年ごとに実施される国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という設問に対して「ない」と回答した人を「健康」として平均年齢を算出。

## (2) 県民医療費の状況

＜県民医療費等の推移と将来推計＞

平成27年度の県民医療費<sup>\*1</sup>（概算医療費）は4,517億円であり、高齢化の進展や医療の高度化等に伴い、年々増加しています。

後期高齢者医療費についても、平成27年度は1,869億円と、前年度より56億円（+3.1%）増加しており、今後も増加していく見込みです。



区 分	1999 (H11)	2002 (H14)	2005 (H17)	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)	2015 (H27)	2020 (H32)	2025 (H37)	2030 (H42)	2035 (H47)
県民医療費	3,593	3,626	3,822	3,923	4,345	4,477	4,517	5,494	6,201	6,969	7,799
後期高齢者医療費(老人医療)	1,592	1,552	1,553	1,512	1,729	1,813	1,869	2,107	2,506	2,773	2,893
後期高齢者医療費の占める割合	44.3	42.8	40.6	38.5	39.8	40.5	41.4	38.4	40.4	39.8	37.1
65歳以上割合	21.1	22.9	24.2	25.9	26.8	29.6	31.2	32.8	34.1	34.6	35.2
75歳以上割合	8.8	10.4	11.9	13.4	14.6	15.5	16.2	17.4	20.3	22.1	22.8

(注) 1. 県民医療費 平成11～27年度については国民医療費、H32年度以降は県中長期シミュレーション  
 2. 後期高齢(老人) 平成11～27年度については老人医療・後期高齢者医療事業状況報告(年報)、H32以降は、国保医療課推計(ただし、平成20年度のみ、平成20年度後期高齢年報(4月～2月分:1,381億円)と平成20年3月老人医療(131億=概算医療費データベースからの合算)

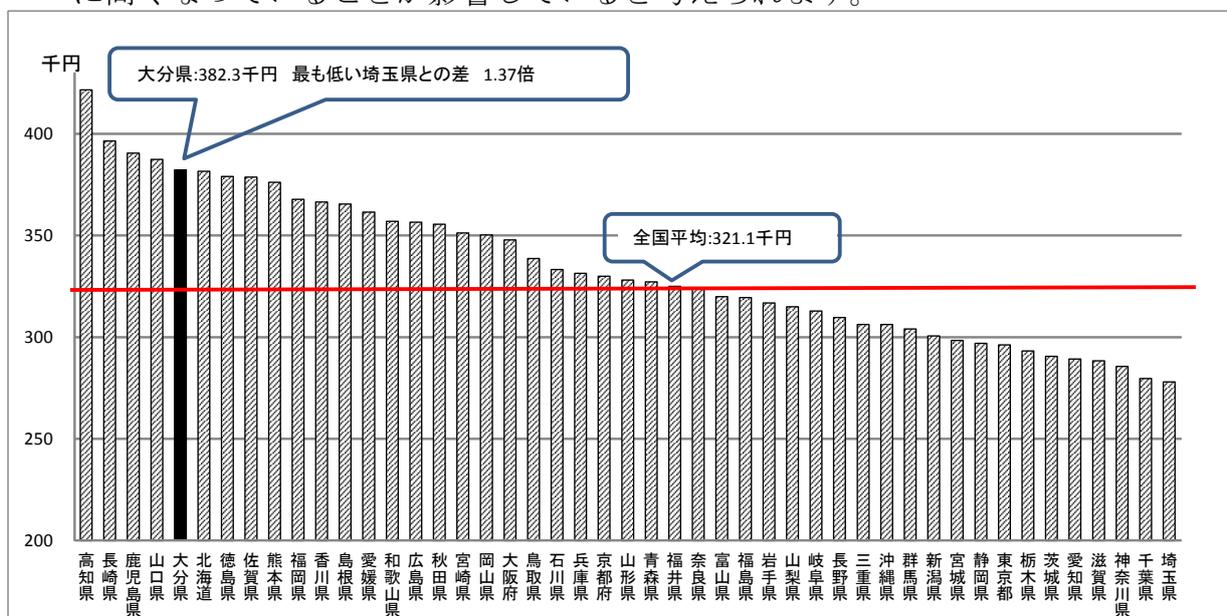
\*1 県民医療費～当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれます。なお、保険診療の対象とならない評価療養(先進医療(高度医療を含む)等)、選定療養(入院時室料差額分、歯科差額分等)及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含みません。また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

＜都道府県別一人当たり医療費の状況＞

① 県民医療費（平成26年度）

本県の平成26年度の県民医療費の一人当たり医療費は、382.3千円と全国で5番目に高くなっており、最も低い埼玉県との差は、1.37倍です。

このことは、医科診療医療費の入院医療費が、167.9千円と全国で4番目に高くなっていることが影響していると考えられます。

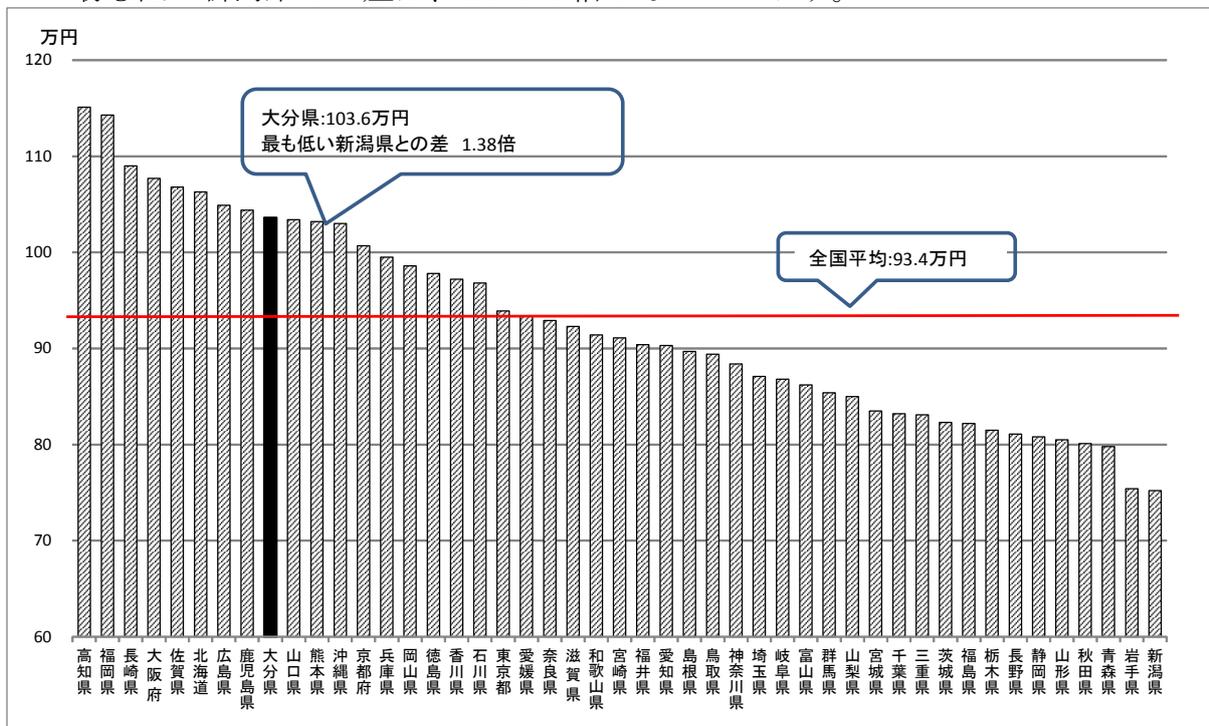


都道府県	一人当たり医療費						都道府県	一人当たり医療費					
	国民医療費		医科診療医療費(再掲)					国民医療費		医科診療医療費(再掲)			
			入院	順位	入院外	順位				入院	順位	入院外	順位
全 国	321.1	順位	120.1	順位	110.1	順位							
北 海 道	381.7	6	164.9	6	111.9	26	滋 賀 県	288.4	44	111.8	35	96.3	46
青 森 県	327.3	25	118.9	30	109.5	31	京 都 府	330.0	23	129.5	24	116.2	17
岩 手 県	316.9	30	116.4	32	102.9	39	大 阪 府	347.9	19	128.1	25	121.7	9
宮 城 県	298.5	38	104.6	39	102.8	40	兵 庫 県	331.5	22	122.4	27	115.0	19
秋 田 県	355.6	16	135.8	19	106.7	35	奈 良 県	323.9	27	120.9	28	122.6	7
山 形 県	328.2	24	124.2	26	111.3	27	和 歌 山 県	357.1	14	133.2	21	138.9	1
福 島 県	319.6	29	117.8	31	107.5	33	鳥 取 県	338.8	20	142.2	14	107.7	32
茨 城 県	290.6	42	102.6	41	101.6	41	島 根 県	365.6	12	152.9	11	115.9	18
栃 木 県	293.3	41	102.9	40	112.4	25	岡 山 県	350.3	18	139.1	17	126.1	5
群 馬 県	304.1	36	114.1	34	112.4	24	広 島 県	356.6	15	132.5	22	123.6	6
埼 玉 県	278.1	47	95.1	46	98.7	45	山 口 県	387.5	4	165.0	5	118.3	12
千 葉 県	279.7	46	95.6	45	98.8	44	徳 島 県	379.1	7	155.0	9	132.6	3
東 京 都	296.3	40	100.3	43	103.0	38	香 川 県	366.6	11	139.9	16	127.7	4
神 奈 川 県	285.7	45	94.4	47	99.2	43	愛 媛 県	361.6	13	145.2	12	133.0	2
新 潟 県	300.7	37	109.0	37	99.8	42	高 知 県	421.7	1	196.5	1	120.5	10
富 山 県	320.0	28	131.3	23	110.0	30	福 岡 県	367.9	10	154.9	10	114.3	22
石 川 県	333.4	21	142.0	15	107.2	34	佐 賀 県	378.8	8	160.6	8	114.7	21
福 井 県	325.1	26	134.7	20	116.6	16	長 崎 県	396.6	2	175.3	3	117.0	14
山 梨 県	315.0	31	115.8	33	106.2	36	熊 本 県	376.3	9	163.5	7	121.7	8
大 分 県	<b>382.3</b>	<b>5</b>	<b>167.9</b>	<b>4</b>	<b>117.8</b>	<b>13</b>							
岐 阜 県	312.9	32	107.3	38	116.9	15	宮 崎 県	351.3	17	143.6	13	113.5	23
静 岡 県	297.0	39	101.6	42	110.3	29	鹿 児 島 県	390.6	3	177.2	2	118.7	11
愛 知 県	289.3	43	96.4	44	111.2	28	沖 縄 県	306.3	34	138.0	18	93.0	47
三 重 県	306.3	34	110.0	36	114.8	20							

注 平成27年度国民医療費の概況（厚生労働省調べ）

②-1 後期高齢者医療制度（平成27年度）

75歳以上の方が全員加入する後期高齢者医療制度について、本県の平成27年度の一人当たり医療費は、103.6万円と全国で9番目に高くなっており、最も低い新潟県との差は、1.38倍となっています。

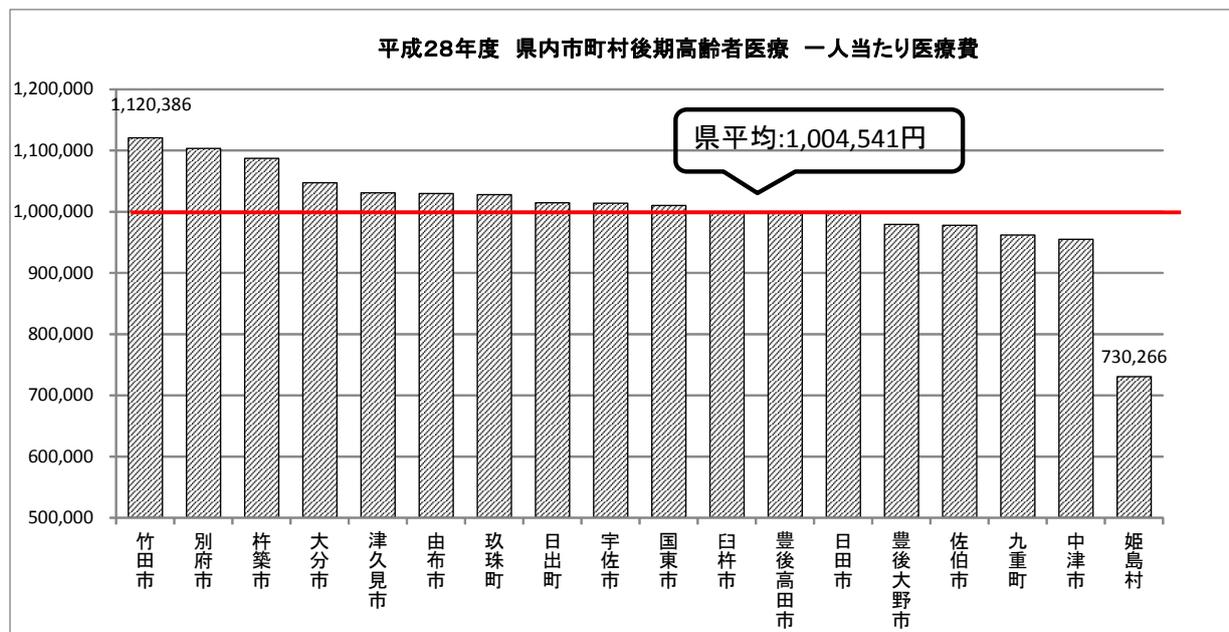


都道府県	一人当たり医療費						都道府県	一人当たり医療費						
	後期高齢者医療費		医科診療医療費(再掲)					後期高齢者医療費		医科診療医療費(再掲)				
			入院	入院外	入院	入院外				入院	入院外			
全 国	93.4	順位	46.0	順位	47.4	順位								
北 海 道	106.3	6	58.8	6	47.5	14	滋 賀 県	92.3	22	47.4	19	44.9	28	
青 森 県	79.8	45	36.4	44	43.4	34	京 都 府	100.7	13	52.1	13	48.6	11	
岩 手 県	75.4	46	34.1	47	41.3	45	大 阪 府	107.7	4	53.3	11	54.4	2	
宮 城 県	83.5	35	37.2	42	46.3	22	兵 庫 県	99.5	14	48.5	17	51.0	5	
秋 田 県	80.1	44	37.0	43	43.1	38	奈 良 県	92.9	21	45.8	25	47.1	19	
山 形 県	80.5	43	38.3	39	42.2	43	和 歌 山 県	91.4	23	44.2	27	47.2	15	
福 島 県	82.2	39	38.4	38	43.8	35	鳥 取 県	89.4	28	46.6	21	42.8	40	
茨 城 県	82.3	38	37.9	40	44.4	29	鳥 根 県	89.7	27	45.5	26	44.2	31	
栃 木 県	81.5	40	37.7	41	43.8	36	岡 山 県	98.6	15	50.3	15	48.3	12	
群 馬 県	85.4	33	42.9	28	42.5	41	広 島 県	104.9	7	49.6	16	55.3	1	
埼 玉 県	87.1	30	41.3	30	45.8	26	山 口 県	103.4	10	57.0	8	46.4	21	
千 葉 県	83.2	36	38.9	35	44.3	37	徳 島 県	97.8	16	50.4	14	47.4	17	
東 京 都	93.9	19	42.9	29	51.0	6	香 川 県	97.2	17	46.0	23	51.2	3	
神 奈 川 県	88.4	29	39.2	34	49.2	10	愛 媛 県	93.4	20	47.0	20	46.4	20	
新 潟 県	75.2	47	34.3	46	40.9	46	高 知 県	115.1	1	68.2	1	46.9	18	
富 山 県	86.2	32	46.3	22	39.9	47	福 岡 県	114.3	2	63.4	2	50.9	7	
石 川 県	96.8	18	52.9	12	43.9	33	佐 賀 県	106.8	5	56.4	10	50.4	4	
福 井 県	90.4	25	47.5	18	42.9	39	長 崎 県	109.0	3	60.0	4	49.0	8	
山 梨 県	85.0	34	40.6	32	44.4	32	熊 本 県	103.2	11	58.0	7	45.2	25	
長 野 県	81.1	41	38.7	37	42.4	42	<b>大 分 県</b>	<b>103.6</b>	<b>9</b>	<b>56.5</b>	<b>9</b>	<b>47.1</b>	<b>13</b>	
岐 阜 県	86.8	31	39.4	33	47.4	16	宮 崎 県	91.1	24	46.0	24	45.1	24	
静 岡 県	80.8	42	35.9	45	44.9	27	鹿 児 島 県	104.4	8	59.3	5	45.1	23	
愛 知 県	90.3	26	41.1	31	49.2	9	沖 縄 県	103.0	12	61.4	3	41.6	44	
三 重 県	83.1	37	38.8	36	44.3	30								

注 平成27年度医療費の地域差分析（厚生労働省調べ）

②-2 後期高齢者医療制度（県内市町村の状況）

大分県における、平成28年度の後期高齢者医療の一人当たり医療費は、竹田市、別府市、杵築市の順に高く、姫島村、中津市、九重町の順に低くなっています。最高と最低の市町村差は、1.53倍となっており、依然として市町村間の医療費の地域格差は解消されていません。

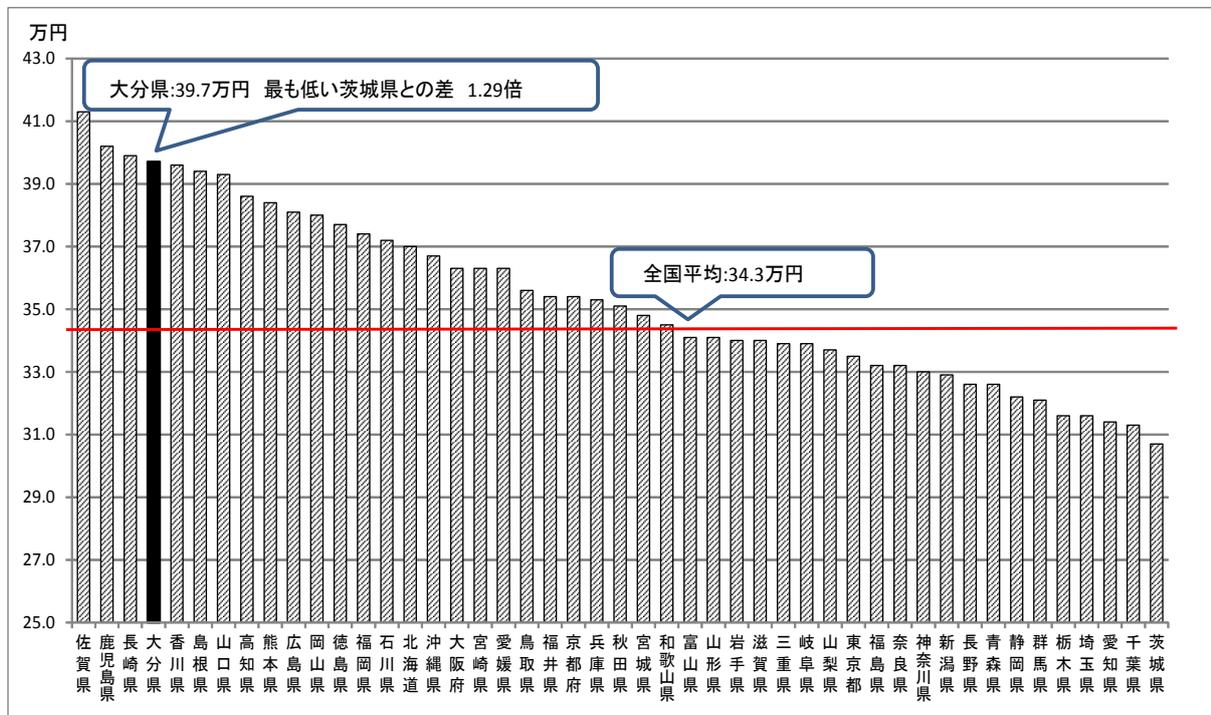


区 分	平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度	
	金 額	順位								
大分市	1,078,312	2	1,074,321	2	1,076,721	3	1,084,308	4	1,047,004	4
別府市	1,102,427	1	1,088,791	1	1,087,894	1	1,113,543	3	1,103,094	2
中津市	941,322	15	944,443	16	952,082	15	966,946	17	954,544	17
日田市	1,008,147	5	1,019,761	5	993,892	9	1,019,911	11	998,163	13
佐伯市	922,292	16	951,065	13	970,416	13	972,401	15	977,624	15
臼杵市	986,355	6	985,154	9	971,443	12	986,169	13	998,900	11
津久見市	984,118	7	1,003,378	6	1,038,386	5	1,067,198	5	1,030,707	5
竹田市	1,074,198	3	1,067,065	3	1,077,375	2	1,133,180	2	1,120,386	1
豊後高田市	951,207	14	947,654	15	954,534	14	972,158	16	998,737	12
杵築市	955,193	11	1,024,610	4	1,070,427	4	1,138,340	1	1,086,996	3
宇佐市	977,820	8	972,916	10	986,769	10	1,021,559	10	1,013,452	9
豊後大野市	954,841	13	993,672	8	1,001,139	8	1,028,740	6	978,854	14
由布市	974,839	9	971,214	11	1,009,417	7	1,028,225	7	1,029,495	6
国東市	954,899	12	959,140	12	982,488	11	982,374	14	1,010,071	10
姫島村	687,835	18	697,848	18	769,096	18	791,235	18	730,266	18
日出町	1,031,408	4	999,380	7	1,009,975	6	1,027,087	8	1,014,293	8
九重町	964,934	16	950,288	14	937,532	17	1,022,295	9	1,027,508	7
玖珠町	914,181	14	913,094	17	943,863	16	1,009,886	12	961,642	16
県平均	1,012,352	—	1,016,895	—	1,024,793	—	1,045,544	—	1,004,541	—
最大÷最小	1.60	—	1.56	—	1.41	—	1.44	—	1.53	—

(単位:円)

③-1 市町村国保（平成27年度）

医療費が高くなる65歳から74歳の加入率が約73%となる市町村国保では、本県の平成27年度の一人当たり医療費は、39.7万円と全国で4番目に高くなっており、最も低い茨城県との差は1.29倍となっています。

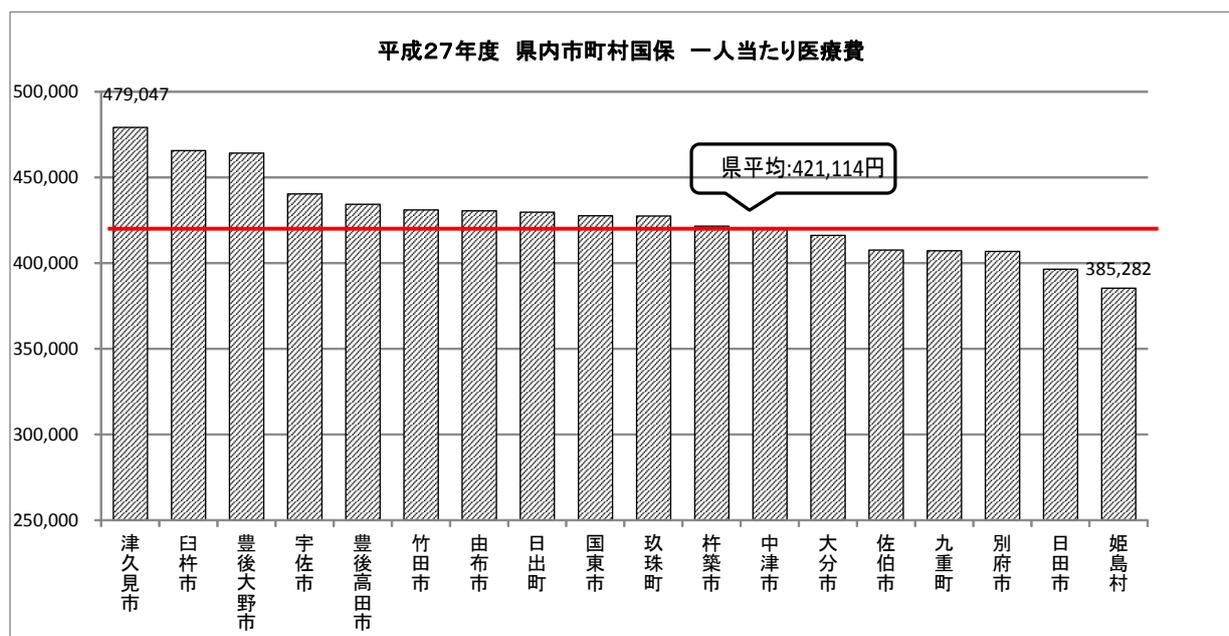


都道府県	一人当たり医療費						都道府県	一人当たり医療費						
	市町村国保		医科診療医療費(再掲)					市町村国保		医科診療医療費(再掲)				
			入院	入院外	順位	順位				入院	入院外	順位	順位	
全 国	34.3	順位	13.1	順位	21.2	順位								
北 海 道	37.0	15	15.8	14	21.2	27	滋 賀 県	34.0	30	13.2	26	20.8	34	
青 森 県	32.6	39	12.0	39	20.6	30	京 都 府	35.4	22	13.6	23	21.8	14	
岩 手 県	34.0	29	13.2	28	20.8	35	大 阪 府	36.3	18	13.5	24	22.8	8	
宮 城 県	34.8	25	12.7	32	22.1	7	兵 庫 県	35.3	23	13.2	27	22.1	13	
秋 田 県	35.1	24	14.2	22	20.9	29	奈 良 県	33.2	35	12.6	33	20.6	37	
山 形 県	34.1	28	13.2	25	20.9	32	和 歌 山 県	34.5	26	12.9	29	21.6	18	
福 島 県	33.3	36	12.5	34	20.8	31	鳥 取 県	35.6	20	15.0	17	20.6	36	
茨 城 県	30.7	47	10.8	46	19.9	46	島 根 県	39.4	6	17.3	5	22.1	6	
栃 木 県	31.6	43	11.3	42	20.3	40	岡 山 県	38.0	11	15.4	16	22.6	4	
群 馬 県	32.1	42	12.2	37	19.9	44	広 島 県	38.1	10	14.6	20	23.5	3	
埼 玉 県	31.6	44	11.0	45	20.6	39	山 口 県	39.3	7	16.9	7	22.4	5	
千 葉 県	31.3	46	11.1	44	20.2	43	徳 島 県	37.7	12	16.4	10	21.3	26	
東 京 都	33.5	34	11.7	40	21.8	15	香 川 県	39.6	5	15.9	13	23.7	1	
神 奈 川 県	33.0	37	11.5	41	21.5	21	愛 媛 県	36.3	19	15.0	18	21.3	19	
新 潟 県	32.9	38	12.8	31	20.1	45	高 知 県	38.6	8	17.1	6	21.5	17	
富 山 県	34.1	27	14.3	21	19.8	47	福 岡 県	37.4	13	16.0	12	21.4	28	
石 川 県	37.2	14	16.3	11	20.9	24	佐 賀 県	41.3	1	17.8	4	23.5	2	
福 井 県	35.4	21	14.6	19	20.8	23	長 崎 県	39.9	3	18.0	2	21.9	11	
山 梨 県	33.7	33	12.4	35	21.3	20	熊 本 県	38.4	9	16.6	9	21.8	10	
長 野 県	32.6	40	12.4	36	20.2	41	<b>大 分 県</b>	<b>39.7</b>	<b>4</b>	<b>17.9</b>	<b>3</b>	<b>21.8</b>	<b>9</b>	
岐 阜 県	33.9	32	12.2	38	21.7	16	宮 崎 県	36.3	17	15.6	15	20.7	33	
静 岡 県	32.2	41	11.3	43	20.9	22	鹿 児 島 県	40.2	2	18.6	1	21.6	12	
愛 知 県	31.4	45	10.6	47	20.8	38	沖 縄 県	36.7	16	16.9	8	19.8	42	
三 重 県	33.9	13	12.9	30	21.0	25								

注 平成27年度医療費の地域差分析（厚生労働省調べ）

③-2 市町村国保（県内市町村の状況）

大分県における、平成27年度の市町村国保の一人当たり医療費は、津久見市、臼杵市、豊後大野市の順に高く、姫島村、日田市、別府市の順に低くなっています。最高と最低の市町村差は、1.24倍となっており、依然として市町村間の医療費の地域格差は解消されていません。



区 分	平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度	
	金 額	順位								
大分市	368,163	11	374,178	9	382,862	11	397,194	11	416,054	13
別府市	356,474	12	369,317	11	387,056	10	388,182	13	406,769	16
中津市	352,732	13	366,760	12	372,532	13	388,138	14	420,549	12
日田市	340,392	15	339,263	17	351,256	16	368,142	17	396,321	17
佐伯市	344,985	14	353,306	15	368,855	15	384,582	16	407,508	14
臼杵市	424,049	2	431,286	2	449,438	2	459,701	2	465,513	2
津久見市	440,352	1	438,092	1	455,220	1	487,622	1	479,047	1
竹田市	393,321	6	402,298	6	406,513	5	413,024	7	430,913	6
豊後高田市	408,232	4	403,058	5	407,287	4	413,370	6	434,249	5
杵築市	373,676	10	380,155	8	397,979	6	392,489	12	421,429	11
宇佐市	399,675	5	405,751	4	392,797	9	419,225	4	440,255	4
豊後大野市	411,608	3	415,364	3	430,158	3	446,750	3	464,044	3
由布市	374,644	9	370,277	10	395,410	8	412,386	8	430,365	7
国東市	392,512	7	394,028	7	395,901	7	417,050	5	427,525	9
姫島村	274,885	18	312,123	18	305,426	18	344,043	18	385,282	18
日出町	385,001	8	361,345	13	378,419	12	399,623	10	429,617	8
九重町	307,547	17	352,410	16	345,020	17	399,626	9	407,147	15
玖珠町	338,461	16	361,132	14	372,434	14	387,819	15	427,352	10
県平均	369,987	—	376,407	—	386,609	—	400,777	—	421,114	—
最大÷最小	1.60	—	1.40	—	1.49	—	1.42	—	1.24	—

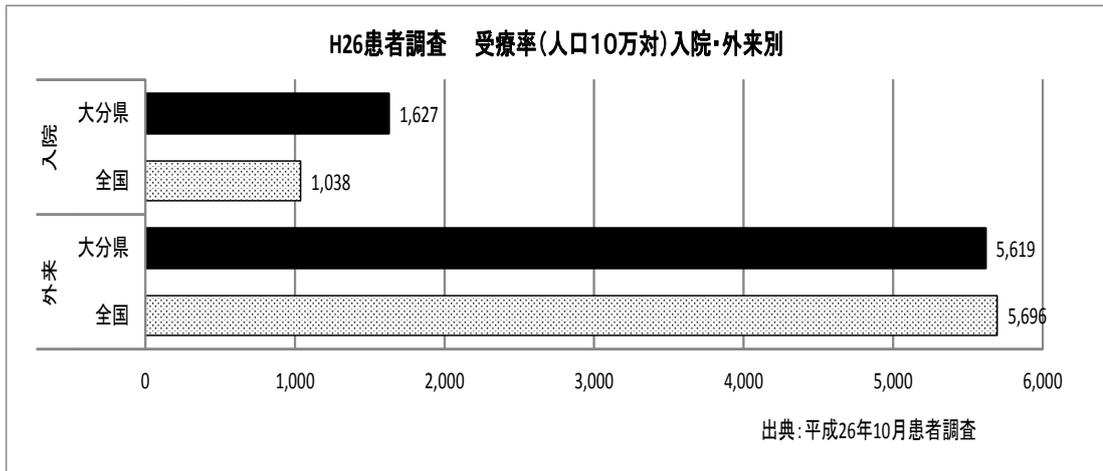


### (3) 県民の受診状況

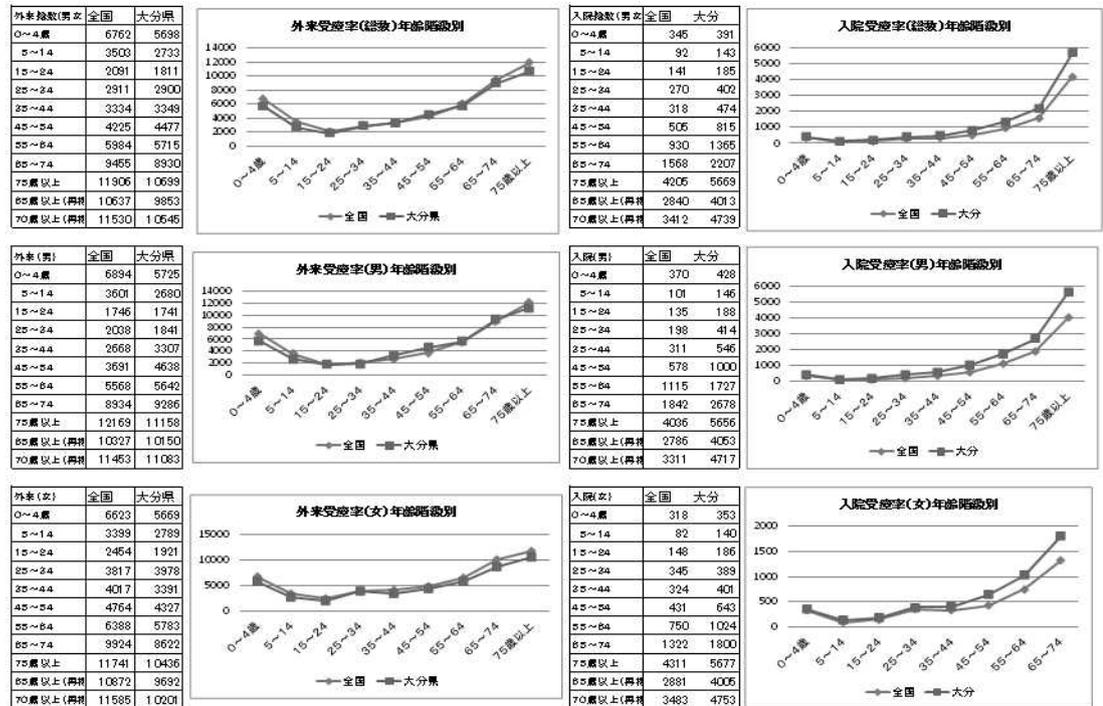
県民の医療機関の受診状況をみると、外来については、全国平均より低いものの、入院については、全国より高い状況となっています。年齢別にみると、男女とも加齢に従い入院受療率が全国平均を上回っています。

入院の受診状況について傷病分類別にみると、全国と比較し、精神及び行動の障害、神経系の疾患、脳血管疾患、心疾患等循環器系疾患、呼吸器系疾患、筋骨格系や骨折の受療率が高くなっています。

#### <入院及び外来受療率\*1>

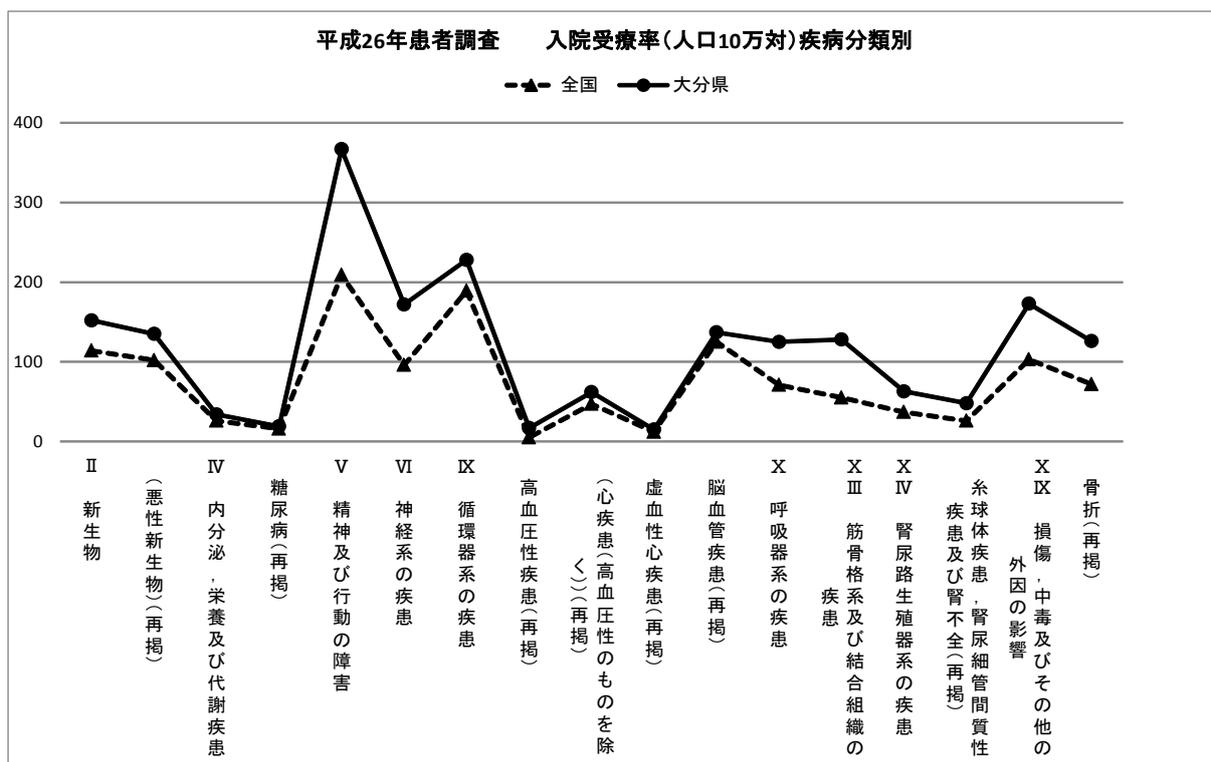


#### <年齢階級別入院及び外来受療率>

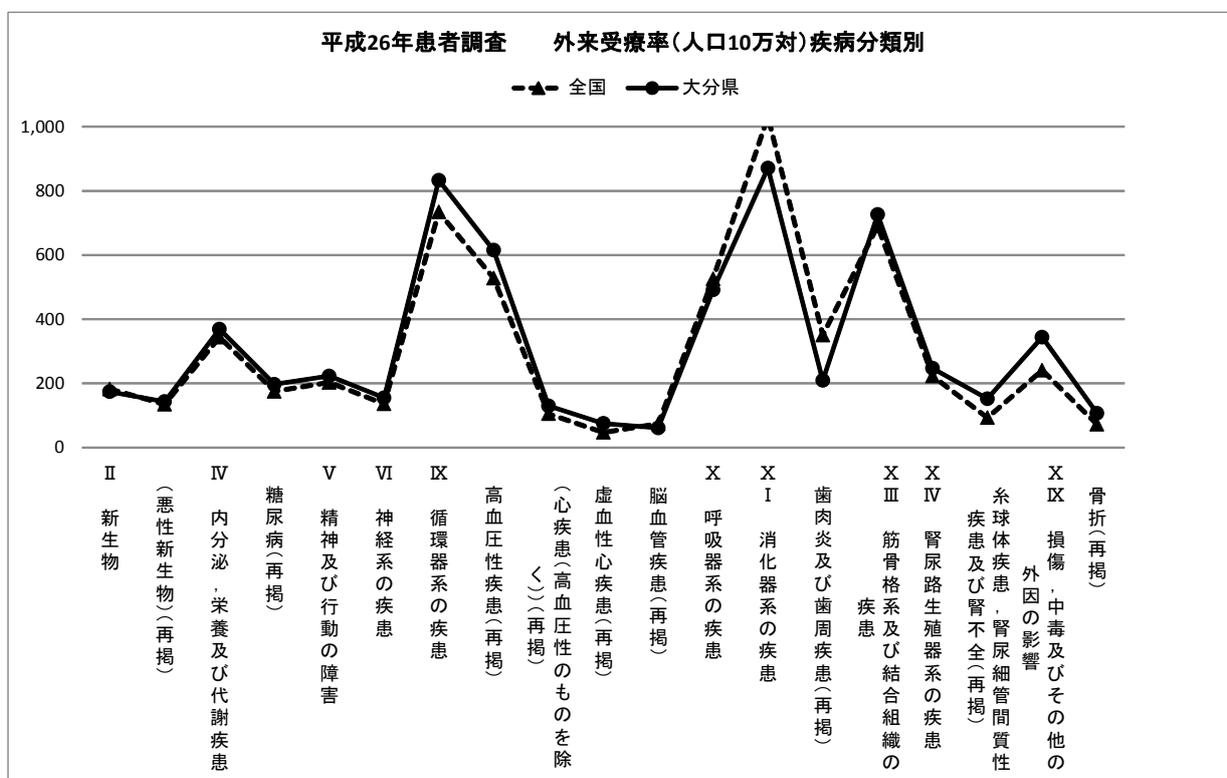


\*1 受療率~1日に受療する者の割合(患者調査の日1日に受療した者の総数を推計し、これを推計患者数と呼ぶ。推計患者数を人口で割ったものが受療率)

< 傷病分類別入院受療率 >



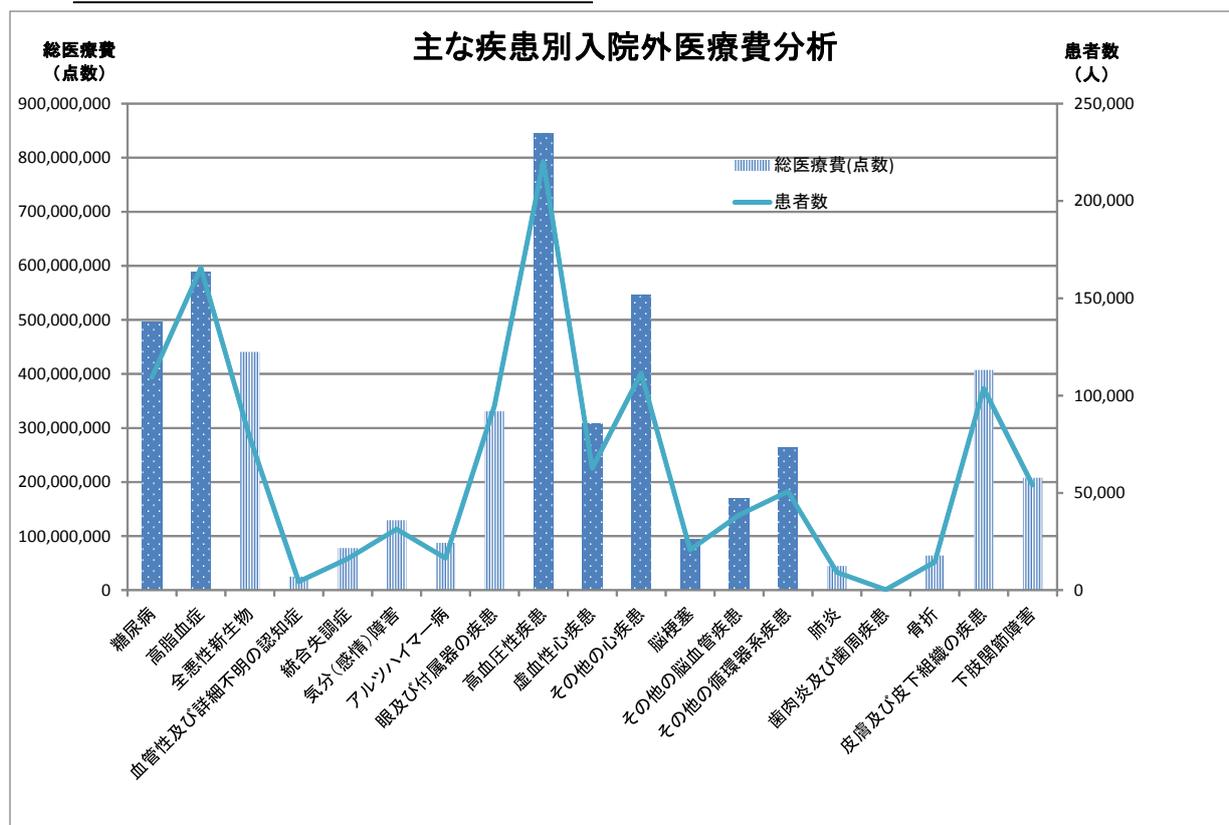
< 傷病分類別外来受療率 >



一方、本県の入院外（通院）に係る医療については、全国と比較した場合に、疾病分類別に見た受療率に大きな特徴は見い出せないものの、主な疾患別入院外医療費をしてみると、高血圧性疾患、高脂血症、その他の心疾患、糖尿病、虚血性心疾患<sup>\*1</sup> など不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続に起因する生活習慣病が大半を占めています。

中でも、重症化すると人工透析<sup>\*2</sup> など多額の医療費を要するほか、個人の生活の質（QOL）<sup>\*3</sup> を著しく低下させる糖尿病患者の増加が、懸念されています。

### <主な疾患別入院外医療費の分析>



\*1 高血圧性疾患～血管の中を流れる血液の圧力が強くなり続けている状態。進行すると血管壁に傷が生じ動脈硬化を促進する。  
高脂血症～血液中の脂肪値（コレステロールや中性脂肪）が高い状態。悪玉と呼ばれるLDLコレステロールは動脈硬化を促進する。

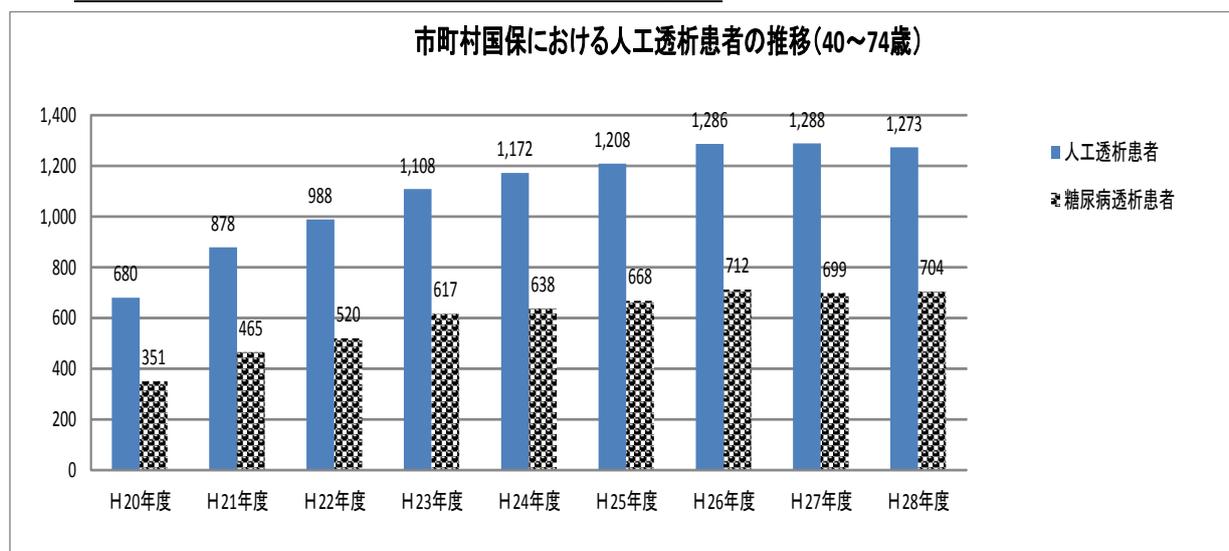
虚血性心疾患～狭心症と心筋梗塞がある。狭心症は、動脈硬化により心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。心筋梗塞は、心臓の血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。  
その他の心疾患～虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）以外の心疾患。不整脈等が含まれる。

糖尿病～血液中のブドウ糖（糖分）が慢性的に高い状態。自覚症状がなく進行し、合併症として、糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症（腎不全による透析）などにつながる。肥満を原因とする2型糖尿病が9割を占め、予防可能な病気である。血糖、血圧の管理、肥満解消のための健康的な食事、適度な運動及び禁煙が有効である。

\*2 人工透析～医行為のひとつで、腎臓機能を人工的に代替する行為。腎臓機能不全状態に対して外的な手段で血液の老廃物除去、電解質維持、水分量維持を行う必要がある。

\*3 生活の質（QOL）～物理的な豊かさやサービスの量、この身边自立だけでなく、精神面を含めた生活全体の豊かさと自己実現を含めた概念。

＜市町村国保における人工透析患者の推移＞



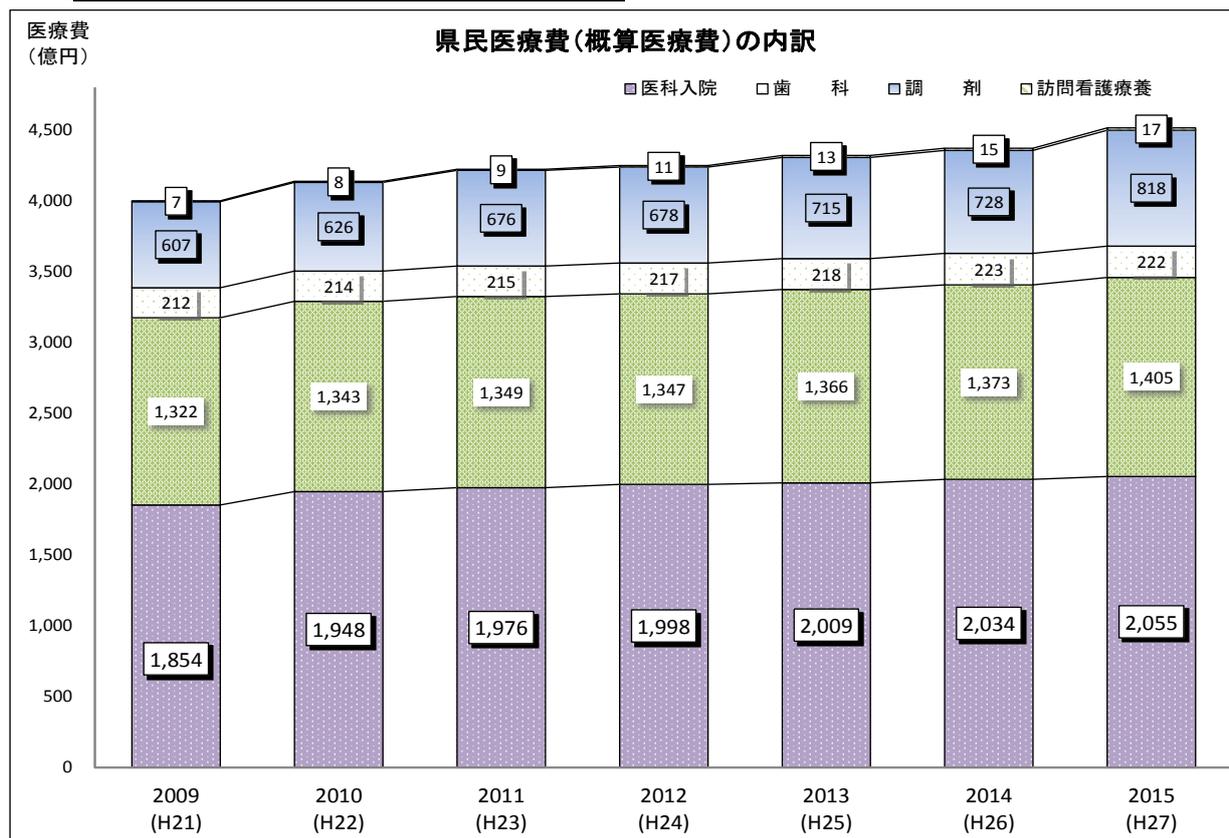
＜市町村国保における人工透析患者数（年度別）＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
大分市	238	277	345	384	418	429	450	464	480
別府市	60	97	97	109	115	117	123	114	115
中津市	51	65	74	90	92	91	97	111	109
日田市	16	55	46	46	64	62	79	80	85
佐伯市	61	58	70	81	68	73	77	86	72
臼杵市	22	27	32	34	37	44	41	40	27
津久見市	19	28	26	26	28	30	35	21	22
竹田市	25	24	31	37	34	43	42	40	40
豊後高田市	12	23	28	33	30	31	27	27	21
杵築市	17	28	41	38	41	40	39	34	41
宇佐市	59	59	62	72	75	69	74	62	55
姫島村	1	0	1	0	2	3	3	3	2
日出町	11	23	24	24	14	19	21	29	31
九重町	7	9	7	12	11	7	14	17	14
玖珠町	10	15	13	13	23	23	23	22	2
豊後大野市	42	33	35	51	55	59	56	50	52
由布市	17	21	20	24	26	27	36	42	39
国東市	12	36	36	34	39	41	49	46	46
全市町村	680	878	988	1,108	1,172	1,208	1,286	1,288	1,273

#### (4) 調剤医療費の状況

また、改めて県民医療費（概算医療費）の内訳を見てみると、平成21年度から27年度にかけて515億円伸びている医療費に占める割合は、医科入院の39パーセントを上回り、調剤が41パーセントを占めています。後発医薬品の使用割合が全国平均を若干上回っているものの、全国順位が30位に止まるなど後発医薬品の使用が進まないことが要因の一つと考えられます。

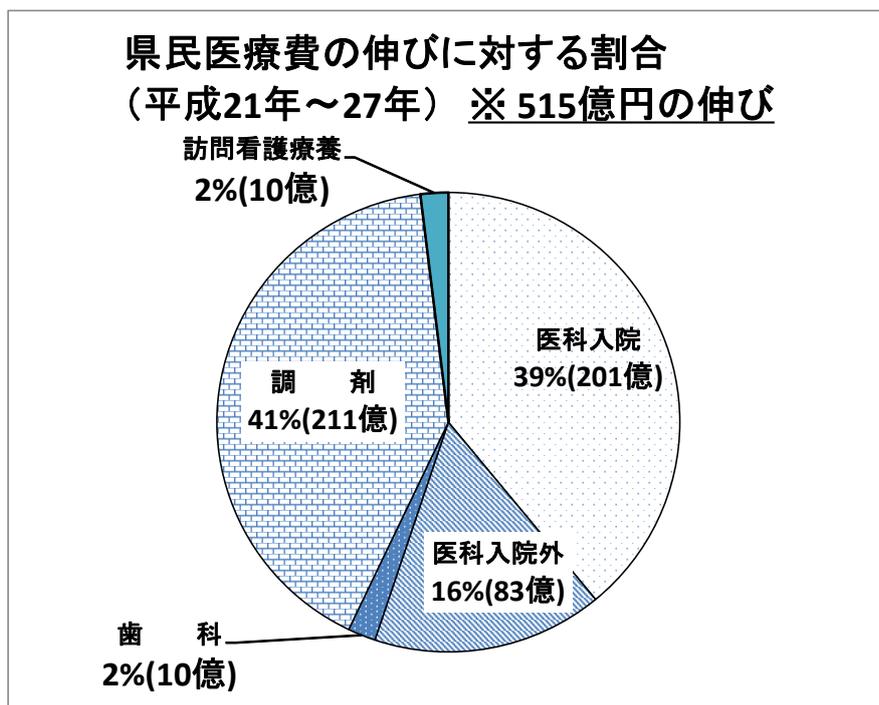
#### < 県民医療費（概算医療費）の内訳 >



区分	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)
県民医療費(億円)	4,002	4,139	4,225	4,251	4,321	4,373	4,517
医科入院	1,854	1,948	1,976	1,998	2,009	2,034	2,055
医科入院外	1,322	1,343	1,349	1,347	1,366	1,373	1,405
歯科	212	214	215	217	218	223	222
調剤	607	626	676	678	715	728	818
訪問看護療養	7	8	9	11	13	15	17

(注)「医療費の動向(厚生労働省調べ)」による。

< 県民医療費の伸びに対する割合 >



< 後発医薬品の使用割合 >

後発医薬品使用割合: 数量ベース (新指標 注1)

区 分	平成25年度末	平成26年度末	平成27年度末	平成29年2月度
大 分 県	50.4%	57.5%	62.2%	68.6%
全 国	51.2%	58.4%	63.1%	68.5%
全国順位	30位	31位	33位	30位

注1 新指標～後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア

## (5) 精神障がい者の状況

大分県の、精神障害者保健福祉手帳<sup>\*1</sup>の交付状況は、平成15年度と比較し約3.5倍の8,153人となっており、特に、2級、3級の交付が大きく伸びています。

また、本県の精神病床の平均在院日数は、減少傾向にあるものの、平成27年の時点で全国平均より約100日長い373.0日となっています。こうした傾向は、入院患者の高齢化が影響していると考えられます。

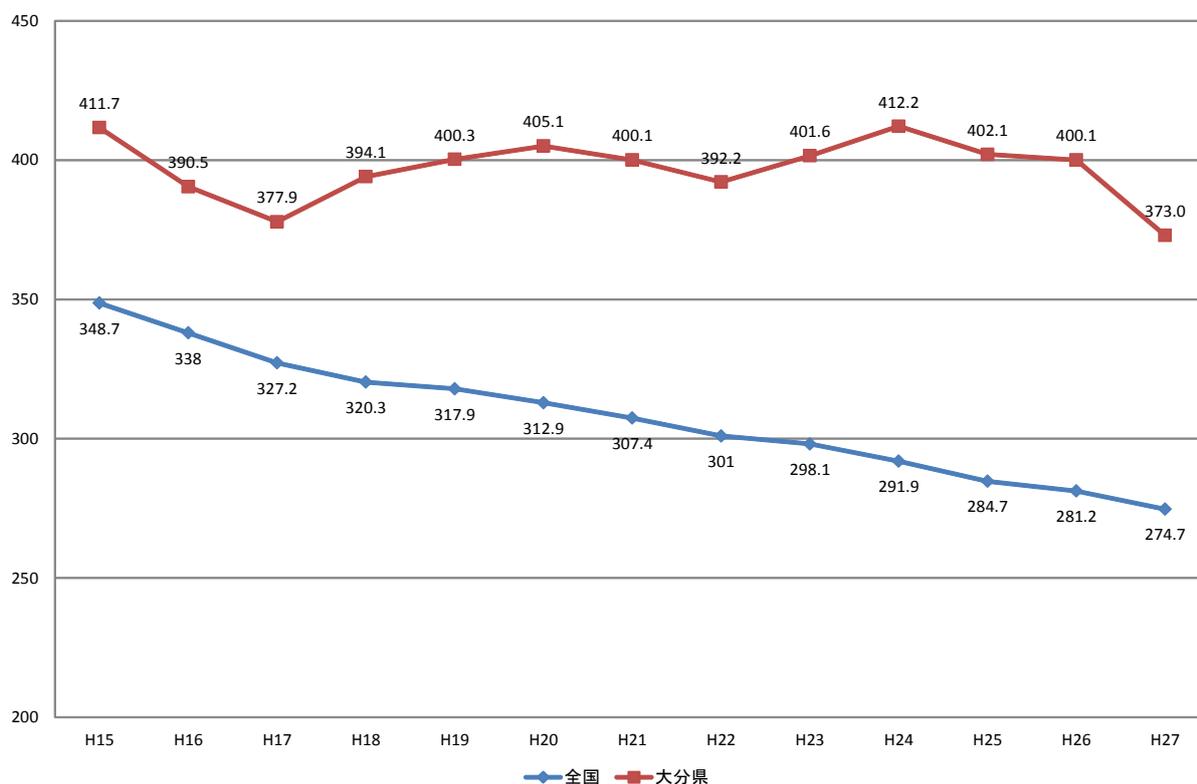
### <精神障害者保健福祉手帳の交付状況>

(単位:人)

年度	1 級	2 級	3 級	合 計
15	305	1,644	345	2,294
		∴		
24	416	4,383	1,322	6,121
25	405	4,866	1,391	6,662
26	412	5,175	1,577	7,164
27	424	5,473	1,780	7,677
28	429	5,691	2,033	8,153

### <精神病床の平均在院日数の推移>

#### 精神病床の平均在院日数の推移(病院報告)



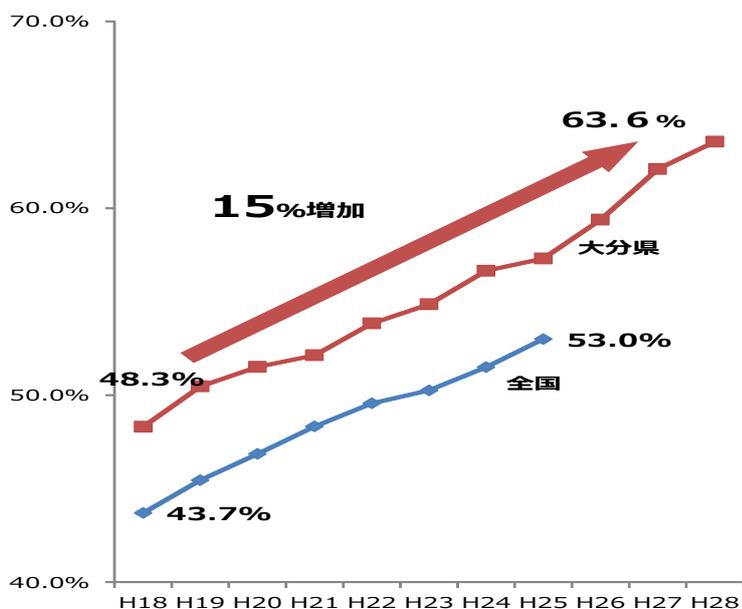
<sup>1</sup> 精神障害者保健福祉手帳～1級：精神障がいであって、日常生活が一人ではできない（他人の援助が必要な）状態、2級：精神障がいであって、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが日常生活に困難がある状態、3級：精神障がいであって日常生活・社会生活が遅れるが、時に制約がある状態。

<精神科病院の在院患者者数の推移>

大分県の精神科病院の在院患者数の推移(630調査) 注1



<精神科病院在院患者に占める65歳以上の割合>



\*1 630調査～精神科医療機関及び訪問看護ステーションを利用する患者の実態等を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料を得ることを目的に、厚生労働省が毎年6月30日付けで実施するもの。

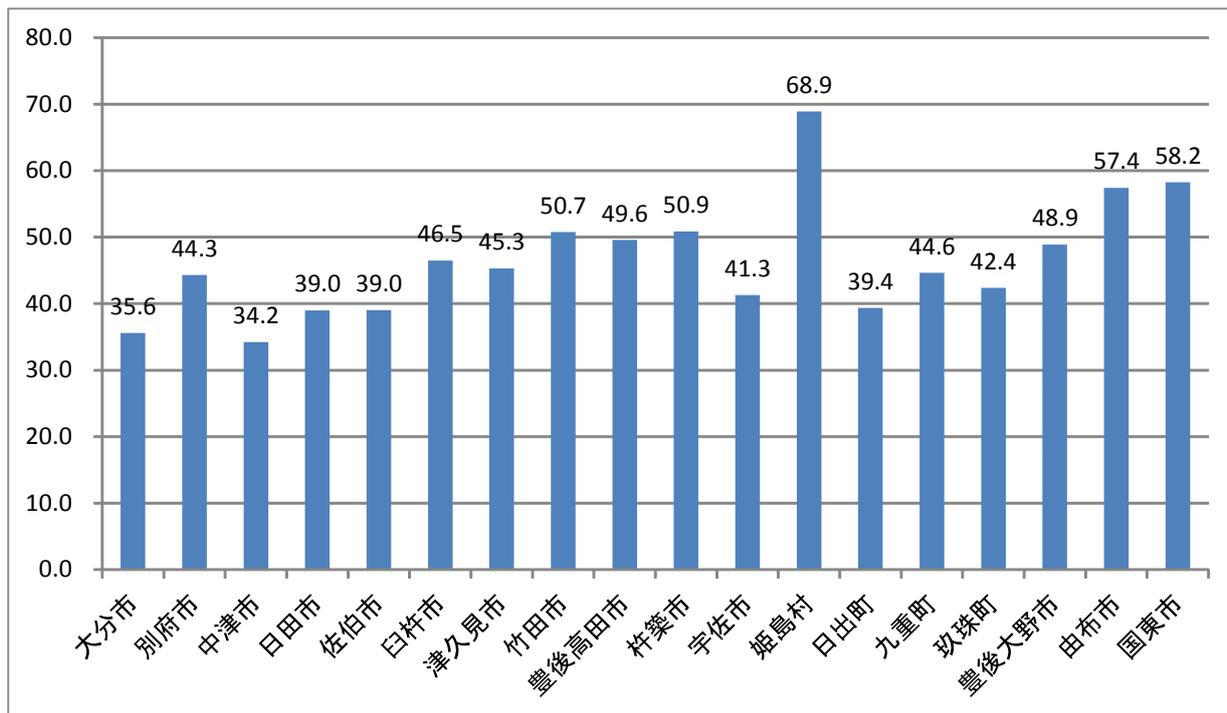
以下挿入予定

- 2 生活習慣病等の状況
  - (1) 生活習慣病外来医療費の状況
  - (2) 市町村国保における生活習慣病の状況
  - (3) 後期高齢者医療における生活習慣病の状況
  - (4) 生活習慣病による死亡の状況
  - (5) 要介護度別の介護が必要になった主な原因
  - (6) 県内市町村の生活習慣の実態
- 3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況
  - (1) 特定健康診査の実施状況
  - (2) 特定保健指導の実施状況
  - (3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況
  - (4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
  - (5) 予防接種の状況
  - (6) がん検診の受診状況

＜県内市町村国保における特定健診等実施率の推移＞

＜市町村国における特定健診等の実施率＞

○特定健診実施率（平成27年度）

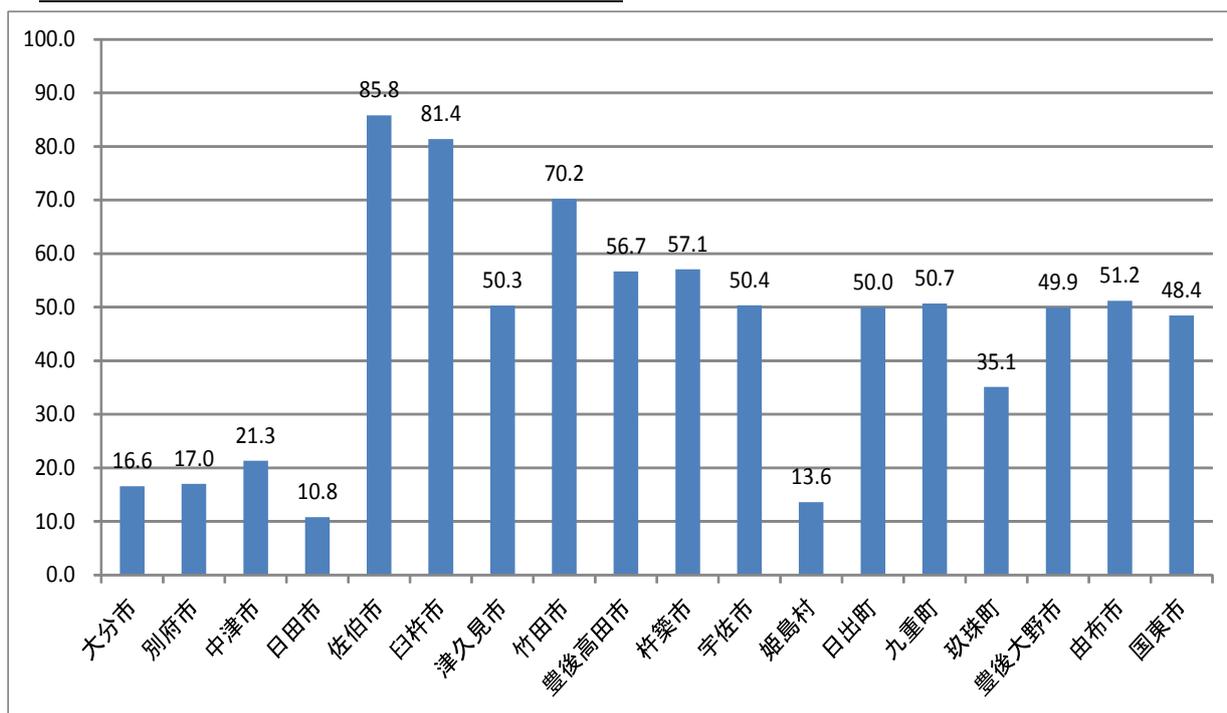


【①特定健診実施率】

市町村名	20年度		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		27-20	
	実施率	順位	伸び率	順位														
大分市	28.8	17	31.5	16	34.3	14	35.1	14	35.7	16	34.7	16	35.2	16	35.6	17	6.8	6
別府市	29.3	16	35.6	12	40.2	11	42.4	9	43.8	10	41.4	11	39.6	14	44.3	11	15.0	2
中津市	33.5	13	33.6	13	32.5	17	31.9	16	33.0	17	31.2	18	33.1	18	34.2	18	0.7	14
日田市	25.8	18	28.4	18	29.2	18	30.5	18	32.6	18	32.6	17	33.9	17	39.0	16	13.2	3
佐伯市	35.8	11	33.3	14	32.9	15	31.9	17	37.0	15	36.8	15	37.7	15	39.0	15	3.2	10
臼杵市	43.3	9	44.8	6	45.1	7	44.2	7	43.0	12	43.2	9	45.7	8	46.5	8	3.2	11
津久見市	30.2	15	31.5	16	32.8	16	33.4	15	43.7	11	41.4	11	41.5	11	45.3	9	15.1	1
竹田市	56.1	4	52.8	3	51.1	4	49.9	4	47.2	5	48.7	5	48.6	6	50.7	5	△ 5.4	17
豊後高田市	45.5	7	44.0	9	47.6	6	43.7	8	44.8	8	47.1	7	47.6	7	49.6	6	4.1	8
杵築市	45.4	8	44.1	8	44.5	9	45.9	6	48.7	4	49.8	4	50.0	4	50.9	4	5.5	7
宇佐市	32.9	14	33.2	15	34.6	13	36.5	13	38.1	14	39.4	14	40.6	13	41.3	13	8.4	5
姫島村	71.4	1	74.6	1	71.6	1	73.6	1	70.4	1	59.7	2	71.2	1	68.9	1	△ 2.5	15
日出町	35.3	12	42.5	10	44.5	8	41.6	10	41.6	13	42.6	10	42.4	10	39.4	14	4.1	9
九重町	47.7	5	44.6	7	44.3	10	40.8	11	45.9	7	43.6	8	44.5	9	44.6	10	△ 3.1	16
玖珠町	40.1	10	39.4	11	36.6	12	40.5	12	44.0	9	41.2	13	41.1	12	42.4	12	2.3	12
豊後大野市	58.0	2	52.2	4	50.3	5	49.1	5	46.9	6	47.2	6	49.2	5	48.9	7	△ 9.1	18
由布市	47.0	6	52.2	4	59.3	2	62.4	2	64.9	2	60.3	1	59.2	2	57.4	3	10.4	4
国東市	56.3	3	54.9	2	56.7	3	56.9	3	56.7	3	57.5	3	57.7	3	58.2	2	1.9	13
県計	35.5	-	36.8	-	38.4	-	38.8	-	40.1	-	39.4	-	39.9	-	41.2	-	5.7	-

作成：国保医療課（引用：大分県国保連 法定報告集計）

○特定健康診査実施率（平成27年度）



【②特定保健指導実施率】

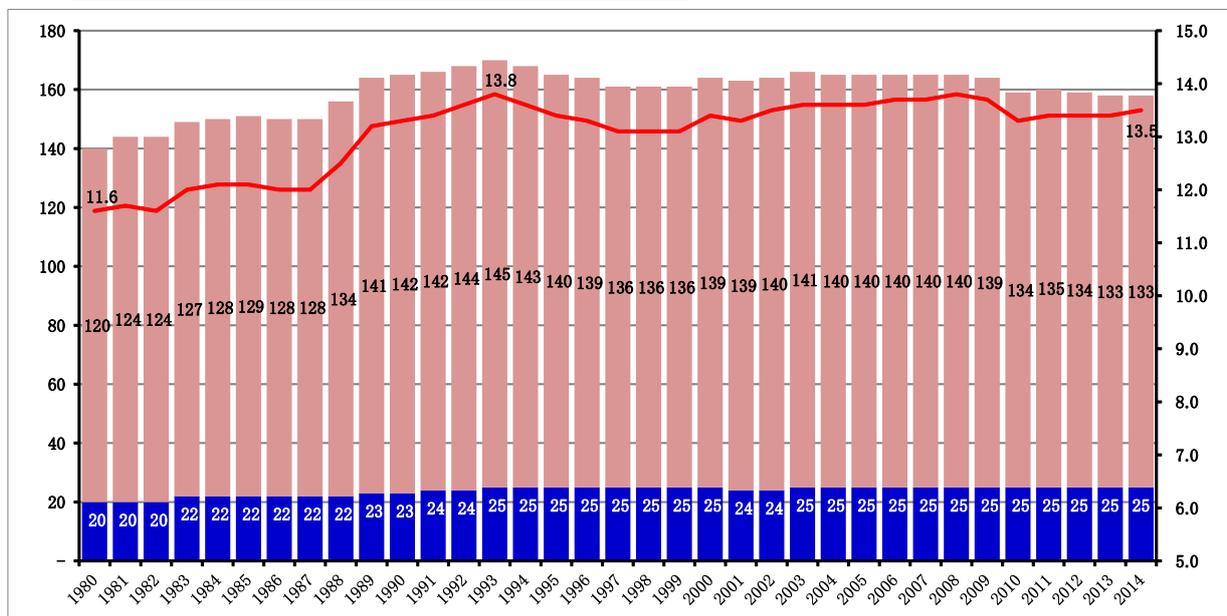
市町村名	20年度		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		27-20	
	実施率	順位	伸び率	順位														
大分市	17.9	13	19.8	14	18.3	16	19.2	14	16.4	18	15.1	17	16.0	18	16.6	16	△ 1.3	17
別府市	6.7	17	21.8	13	20.8	15	17.3	16	26.6	14	24.0	15	26.1	16	17.0	15	10.3	15
中津市	18.3	11	25.0	10	26.1	12	33.9	10	29.2	13	26.8	13	26.6	15	21.3	14	3.0	16
日田市	17.1	15	18.5	16	7.6	18	12.7	18	23.7	15	14.3	18	20.1	17	10.8	18	△ 6.3	18
佐伯市	25.3	6	33.3	6	42.1	5	43.8	6	54.9	4	80.7	1	84.9	1	85.8	1	60.5	1
臼杵市	31.2	4	39.5	3	44.6	3	52.0	4	50.8	5	48.5	8	70.3	2	81.4	2	50.2	2
津久見市	32.1	3	18.8	15	28.7	10	31.8	11	36.2	11	29.5	10	42.0	11	50.3	9	18.2	10
竹田市	57.9	1	60.9	1	59.5	1	52.5	3	63.0	1	60.7	2	62.3	3	70.2	3	12.3	14
豊後高田市	16.4	16	17.2	17	12.5	17	18.3	15	19.4	17	27.4	12	53.3	5	56.7	5	40.3	3
杵築市	20.6	10	26.9	8	22.4	13	35.6	8	59.4	3	48.9	7	50.0	6	57.1	4	36.5	4
宇佐市	37.2	2	22.5	12	43.1	4	45.6	5	47.8	6	49.2	5	46.2	9	50.4	8	13.2	12
姫島村	0.8	18	11.1	18	35.0	7	13.2	17	60.5	2	23.4	16	28.6	14	13.6	17	12.8	13
日出町	27.5	5	39.7	2	59.1	2	55.8	2	44.3	9	41.4	9	47.2	8	50.0	10	22.5	9
九重町	18.2	12	30.7	7	32.0	9	36.2	7	35.1	12	24.5	14	36.9	13	50.7	7	32.5	5
玖珠町	17.9	13	36.6	5	27.3	11	60.3	1	42.9	10	49.1	6	48.7	7	35.1	13	17.2	11
豊後大野市	23.4	8	23.6	11	32.8	8	28.7	12	44.4	8	59.0	3	53.8	4	49.9	11	26.5	7
由布市	23.8	7	38.0	4	35.3	6	34.8	9	45.0	7	52.1	4	45.2	10	51.2	6	27.4	6
国東市	23.4	8	26.7	9	22.0	14	23.5	13	22.6	16	28.2	11	41.4	12	48.4	12	25.0	8
県計	22.1	-	26.3	-	27.3	-	29.1	-	32.7	-	33.8	-	37.4	-	37.6	-	15.5	-

作成：国保医療課（引用：大分県国保連 法定報告集計）

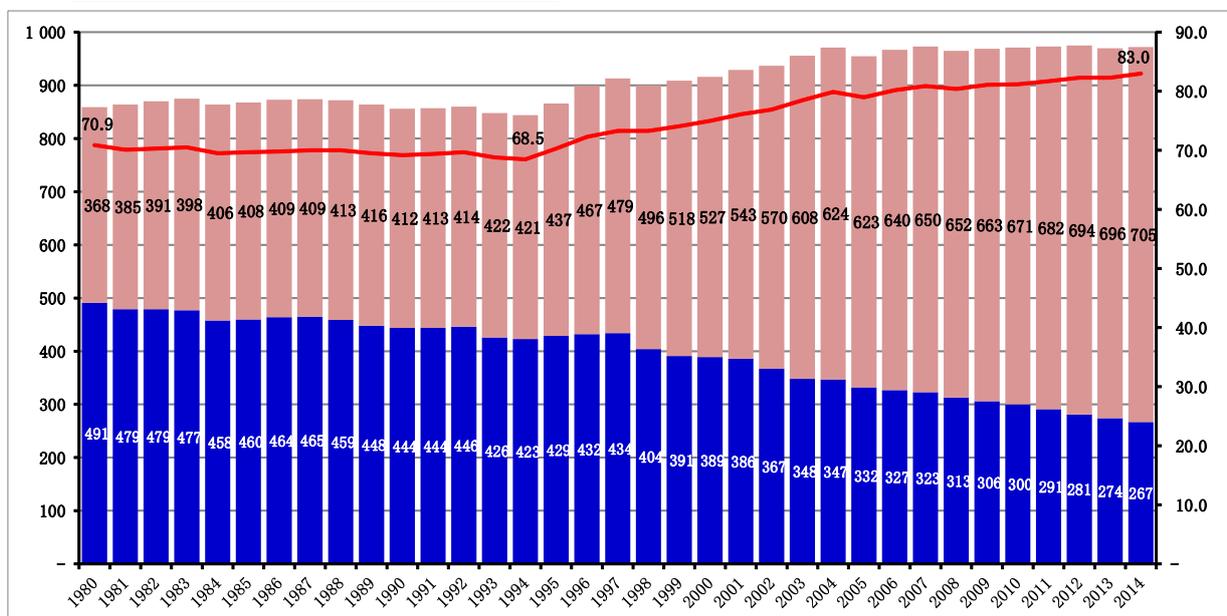
## 4 医療施設等の状況

### (1) 医療施設数の推移

大分県の平成26年(2014)年の病院<sup>\*1</sup>数は、158施設、うち一般病院は133施設です。人口10万人当たりの病院数は、13.5で全国平均(6.7)を大きく上回り、全国4位となっています。



また、平成26年(2014)年の一般診療所<sup>\*2</sup>数は、972施設、うち有床診療所数は、267施設です。人口10万人当たりの診療所数は83.0で全国平均(79.1)をやや上回っています。



\*1 病院～医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。

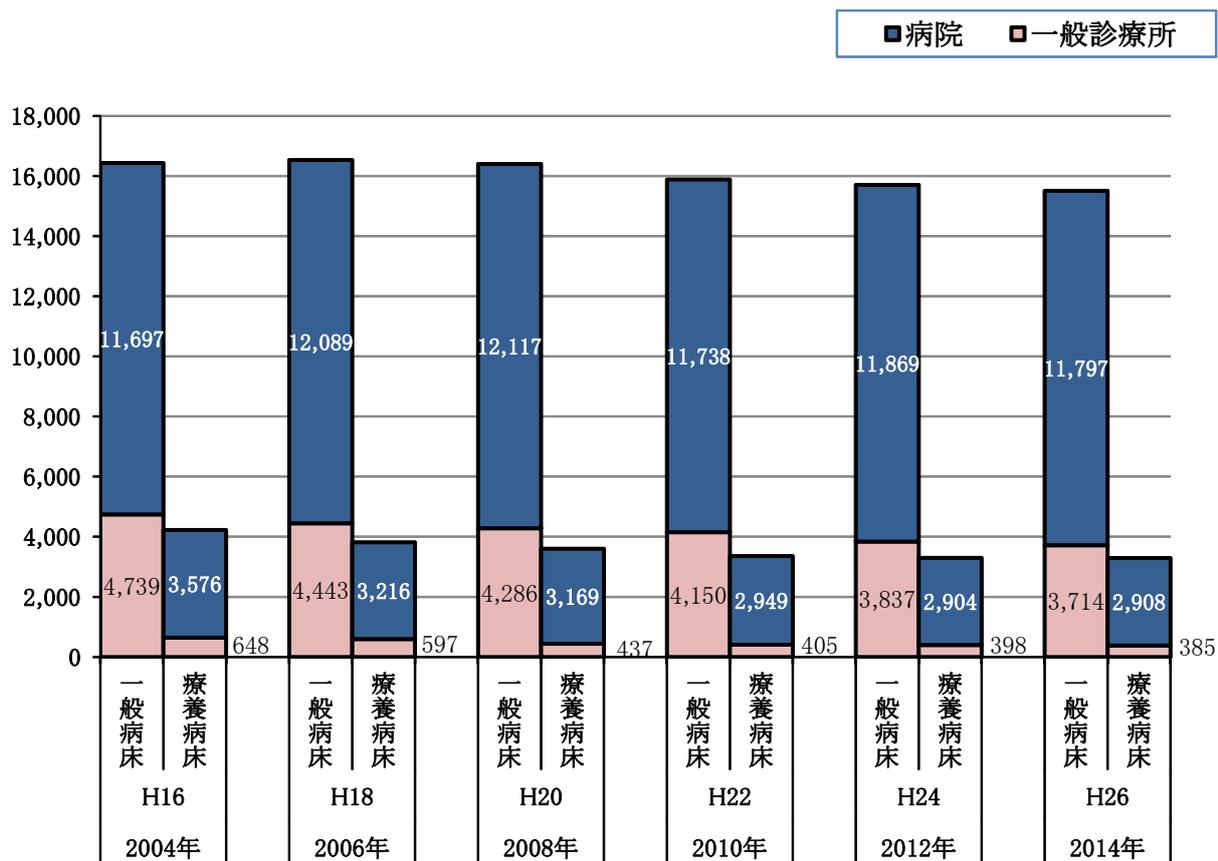
\*2 一般診療所～医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

(2) 病床数の推移

大分県の平成26年(2014)年の一般病床<sup>\*1</sup>数の許可病床数は15,511床で、平成16年(2004)からの10年間で5.6%減少しています。

また、療養病床<sup>\*2</sup>は3,293床で、この10年間で22.0%減少しています。

一般病床と療養病床を併せた合計で見ると、この10年間で、病院で3.7%減少、一般診療所で23.9%、全体で9.0%減少しています。



\*1 一般病床～精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。

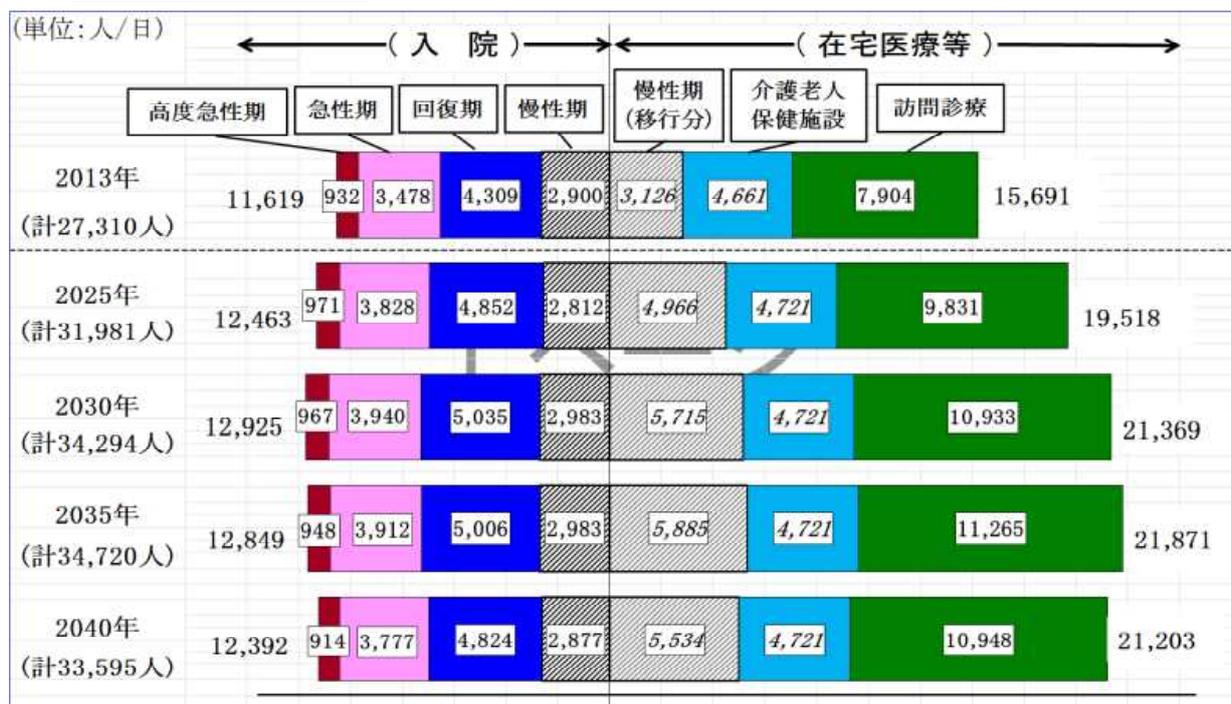
\*2 療養病床～病院の病床(精神病床、感染症病床、結核病床を除く)又は一般診療所の病床のうち主として長期にわたり療養を必要とする患者を必要とする患者を入院させるための病床。

(3) 将来における必要病床数の推移

推計の結果、大分県では、全体の人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、医療需要も増えていく見込みとなっています。

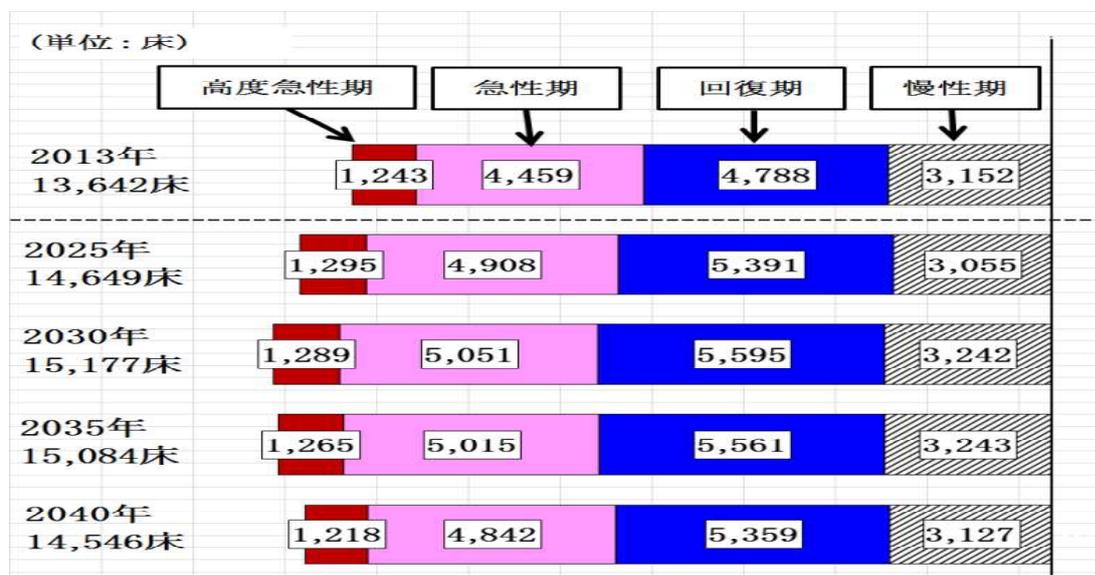
医療需要について、入院医療と在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日当たり約4,700人(約17%)の需要増となっています。

<医療需要の推移>



また、大分県の平成37(2025)年の必要病床数は、入院にかかる医療需要について、機能区分ごとに設定された病床稼働率で割り戻すことにより、14,649床と推計されます。

<必要病床数の推移>



## 第3章 平成35年度末までに達成すべき目標と医療費の見込み

### 1 県民の健康の保持の推進に関する目標

県民医療費の状況を見ると、若い頃からの不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続が、やがて高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の発症を招き、通院及び服薬が始まっています。これらは発症当初、自覚症状がほとんどないことから本人が気づかないうちに症状が進行し、生活習慣の改善がなされないまま、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどっています。

生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない県民が減少し、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる県民も結果として減ることとなります。また、生活習慣病に罹患した後の対策も重要です。例えば糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合には、個人の生活の質（QOL）が著しく低下することに加え、多額の医療費が必要になることが指摘されています。

このため、若い頃からの生活習慣病予防対策と併せて、生活習慣病罹患後については、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

また、高齢期には生活習慣病の予防対策と併せて、心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性も指摘されています。

これらを踏まえ、生活習慣病等の発症予防及び重症化予防対策の実施にあたり、次のとおり目標を設定したうえで、取組を進めていくこととします。

#### (1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進

##### ○内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）<sup>\*1</sup>対策

##### ①特定健康診査<sup>\*2</sup>の推進 【特定健康診査の実施率 70%】

平成35年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することを目標とします。

<平成26年度実施率>50.6%、全国順位 12位（全国実施率:48.6%）

##### ②特定保健指導<sup>\*3</sup>の推進 【特定保健指導の実施率 45%】

平成35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を目標とします。

<平成26年度実施率>27.7%、全国順位 5位（全国実施率:17.8%）

\*1 内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）～内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に起因した血圧、糖代謝、脂質代謝の異常により、全身の動脈硬化が進行しやすくなっている状態をいいます。生活習慣の改善により発症や重症化を予防することができます。

\*2 特定健康診査～医療保険者が、40～74歳の加入者を対象として行う内臓脂肪型肥満に着目した健診です。

\*3 特定保健指導～特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が大きく期待できる者に対して、生活習慣を見直すサポートを行います。リスクの程度に応じた保健指導（動機付け支援と積極的支援）を実施することをいいます。

③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

【特定保健指導対象者の減少率 25%】

平成35年度において、平成20年度と比較した特定保健指導対象者の減少率を25%以上とすることを目標とします。

<平成26年度減少率> 7.34%、全国順位 5位（全国減少率:3.18%）

○その他生活習慣病等予防対策

④たばこ対策の推進

【喫煙率 ( )】 【保留】

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防には、予防可能な危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要です。このため、未成年者の喫煙防止を図るとともに、平成35年度において、成人の喫煙率を9.5%に低下させることを目標とします。

<平成28年度喫煙率> 19.2%

【受動喫煙<sup>\*1</sup>の機会を有する者の割合の低下 ( )】 【保留】

喫煙は、喫煙する本人だけでなく、周囲のたばこを吸わない人にも健康被害を引き起こします。受動喫煙による健康被害の防止を図るため、平成35年度において、受動喫煙の機会を有する者の割合を〇〇%に低下させることを目標とします。

<平成28年度受動喫煙の機会を有する者の割合> 57.8%

⑤子どもの頃からの健康づくりの推進

子どもの健やかな発達を促し、より良い生活習慣を形成することは、成人期・高齢期等の生涯を通じた健康な生活習慣を継続するための基礎となります。生活習慣病を予防、又は発症を遅らせることができるよう、子どもの頃からの健康な生活習慣づくりを推進します。

⑥生活習慣病重症化予防の推進

生活習慣病は、発症予防としての個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることに併せ、罹患後には、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

特に糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合、個人の生活の質（QOL）が著しく低下することに加え、多額の医療費が必要になります。

このため、医療機関等と連携した保健指導による糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病重症化予防を推進します。

⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進

---

\*1 受動喫煙～たばこを吸う本人以外がたばこの煙にさらされることを「受動喫煙」と呼びます。喫煙による煙に含まれるさまざまな有害物質は、喫煙者が肺に直接吸い込む主流煙よりも、吸っていないときに立ち昇る副流煙により多く含まれ、副流煙と喫煙者の呼出煙を喫煙者の周りにいる人が吸い込むことにより受動喫煙が起こります。

高齢期には生活習慣病等の重症化予防に併せて、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下に起因した疾病予防の重要性も指摘されており、こうした高齢期の特性に応じた栄養・口腔指導などの取組を推進します。

### ⑧予防接種の促進

伝染のおそれがある疾病の発生、まん延の予防という公衆衛生及び健康保持の観点から、定期予防接種の適正な実施が重要です。対象者が適切に定期接種<sup>\*1</sup>を受けることが出来るよう、国、市町村及び県医師会等と連携した普及啓発等に取り組みます。

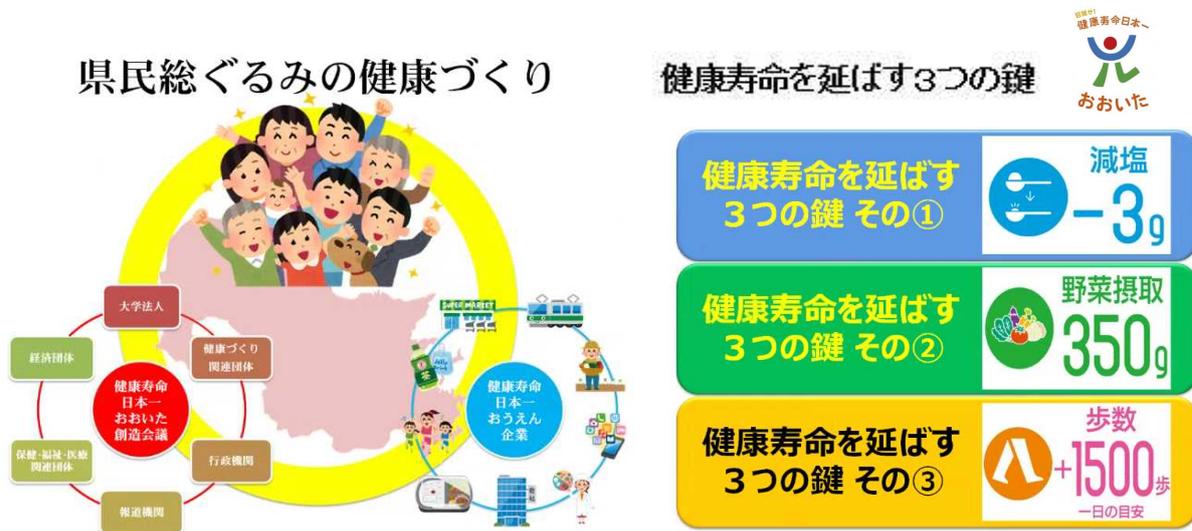
### ⑨がん検診の受診促進

生活習慣病の一つであるがん（悪性新生物）は、本県の死亡原因の第一位であり、年々死亡数が増え続けています。がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の受診率の向上を図ります。

## （２）健康寿命日本一おおいた県民運動の推進

健康的な生活習慣の実践は、個人の努力だけではなく、健康づくりに取り組みやすい社会環境の整備が大切です。このため、県内の経済団体や保健医療福祉関係団体等多くの関係者と一体となった「健康寿命日本一おおいた創造会議」を中心とした県民総ぐるみの健康づくりを推進します。

また、併せて健康無関心層の健康づくりに向けた意識の喚起にも取り組みます。



\*1 定期接種～予防接種法第五条一項に定められた予防接種であり、実施主体は市町村、費用は市町村負担。（経済的理由がある場合を除き、実費徴収が可能。）

A類疾病:主に集団予防、重篤な疾患の予防に重点。本人に努力義務及び接種勧奨有り。

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん（はしか）、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）、水痘、B型肝炎

B類疾病:主に個人予防に重点。本人に努力義務及び接種勧奨無し。

インフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症

## 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

今後とも少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立ち、県内のどの地域においても、その状態像に即した適切な医療を受けることができるようにすることが必要です。

一方、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要です。

このため、医療機関の病床機能の分化及び連携を推進するとともに、患者を地域全体で治し、支えるため、医療・介護・住まい・予防・生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を推進します。

また、限られた医療財源の有効活用や効率化を図る観点から、後発医薬品<sup>\*1</sup>の使用促進や在宅患者の残薬の解消、重複投薬等の是正など医薬品の適正使用を推進するため、次のとおり目標を設定したうえで、取組を進めていくこととします。

### (1) 後発医薬品の使用促進

【後発医薬品の使用割合（数量ベース）<sup>\*2</sup>: 80%】

後発医薬品については、県民や医療関係者において、その有効性や安全性、安定した供給体制について不安があることから、その使用促進について様々な意見があるのが実情です。

そのため、後発医薬品を安心して使用できるよう、県民や医療関係者の理解促進に向けての取組を進め、平成35年度末までに数量シェアを80%以上にすることを目標とします。

<平成29年2月>68.6%、全国順位 30位（全国:68.5%）

### (2) 医薬品の適正使用の推進

在宅患者の医薬品の使用については、処方された薬を大量に飲み残す残薬や自己判断による服薬中止、多種類の薬を処方される多剤併用、同じ効用の薬を重複して処方される重複投薬などの問題が指摘されています。

そのため、県民に対する医薬品に関する適正使用についての普及啓発や重複投薬等の是正などを推進します。

---

\*1 後発医薬品～先発医薬品（これまで使われてきた新薬）の特許が切れた後に医薬品メーカーが製造・販売する薬で、「ジェネリック医薬品」とも呼ばれています。先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、先発医薬品と同等の効き目があると認められた医薬品です。先発医薬品に比べて薬の値段が4割～5割程度安くなるため、普及によって、一人ひとりの自己負担の軽減や医療費の抑制につながります。

\*2 使用割合（数量ベース）～後発医薬品/後発医薬品のある先発医薬品+後発医薬品

### (3) 病床機能の分化・連携の推進

団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年(平成37年)には、医療・介護ニーズがますます増加すると見込まれることから、将来の医療提供体制の目指すべき方向性を示す指針として、平成28年6月に地域医療構想を策定したところです。

この地域医療構想では、高度急性期から在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、病床機能の分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者等の確保・養成、地域包括ケアシステムの構築などに取り組むこととしています。

本計画においては、「大分県地域医療構想」の中で上記に関連する箇所の概要をP〇からP〇に再掲しています。

### (4) 地域包括ケアシステムの構築の推進

団塊の世代が全て75歳以上(後期高齢者)となる平成27年(2025)を見据え、中長期的な視点に立ち、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスを一体的に提供することにより、認知症の方も含め、高齢者が、生きがいを持って、健康で、安心して暮らせる地域づくり”地域包括ケアシステムの構築”を目指します。

### (5) 障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進

精神疾患で医療機関を受診する患者数は近年大幅に増加しており、県民に広く関わる疾患となっています。

精神疾患は、誰でもかかる可能性があり、適切な治療とその継続により、症状は安定化し、改善が可能な病気ですが、疾患による負担が大きく、生活の質の低下をもたらすだけでなく、社会経済的な損失も生じています。

このため大分県自立支援協議会に設置した地域移行専門部会において、地域移行に関する諸課題の把握や対応策の検討に努めるとともに、市町村自立支援協議会への指導・助言等を通じ、精神障がい者の地域移行の推進を図ります。

また、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障がい者の地域移行を推進するため、家族の理解の促進、住まいの場の確保、就労の促進や定着支援などの体制整備に取り組みます。

### 3 平成35年度の医療費見込み

#### (1) 医療費の見込みの推計式

##### ①入院外・歯科医療費等

平成26年度を基準年度として自然増を加味した医療費見込み<sup>\*1</sup>から、下記取組による適正化効果額<sup>\*2</sup>を差し引いた額とします。

- ・ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成（70%・45%）による効果  
※特定保健指導による効果 一人当たり6,000円
- ・ 後発医薬品の普及（使用割合80%）による効果
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防等の取組による効果

なお、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含まれていません。

##### ②入院医療費

地域医療構想において設定した、平成35年度の2次医療圏単位の病床機能区分別患者数の見込みに、各一人当たり推計額を乗じた額に、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を足した額とします。

---

\*1 自然増を加味した医療費見込み～将来推計においては、基準年度（平成26年度）から推計年度までの一人当たりの医療費の伸び率を、過去の都道府県別の医療費を基礎として、総人口の変動、診療報酬改定及び高齢化の影響を考慮して、入院外及び歯科別の診療種別ごとに算出したものを用いる。

\*2 適正化効果額～

##### (1) 特定健診及び特定健康指導の実施率の向上による効果算定

平成25年度の各都道府県における40歳から74歳までの特定健康診査の対象者について、特定健康診査の実施率が70%であり、かつ、そのうち特定健康指導の対象者が17%と仮定して、特定保健指導の実施率が45%という目標を達成した場合の該当者数から、平成25年度の特定保健指導の実施者数を差し引いて、特定保健指導による効果額を用いて、以下の式により算定する。

〔(平成25年度における特定健康診査等の目標を達成した場合の特定健康指導の該当者数－平成25年度の特定健康指導の実施者数)×特定保健指導による効果額（平成20年度に特定保健指導を受けた者と受けていない者の年間平均医療費の差を用いる）〕÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費の推計値

##### (2) 後発医薬品の使用促進による効果算定

平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額及び平成25年10月の数量シェアを用いて、以下の式により算定する。

〔法第16条に基づき収集するデータを用いて算出した平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額÷(1－平成25年10月の数量シェア)×(0.8-0.7)〕×12÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費の推計値

##### (3) 地域差縮減に向けた取組による効果算定

地域差縮減に向けた取組としては、糖尿病の重症化予防の取組の推進、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による効果を、以下の式により算定する。

##### ①糖尿病に関する取組の推進

〔(平成25年度の都道府県における40歳以上の糖尿病の一人当たり医療費－平成25年度の全国平均の一人当たり医療費)×平成35年度の入院外医療費の推計値〕

②かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による重複投薬（3医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている場合）の適正化

(平成25年10月時点で3医療機関以上からの重複投薬に係る調剤費等のうち、2医療機関を超える調剤費等の一人当たり調剤費等×平成25年10月時点で3医療機関以上から重複投薬を受けている患者数÷2)×12÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費の推計値

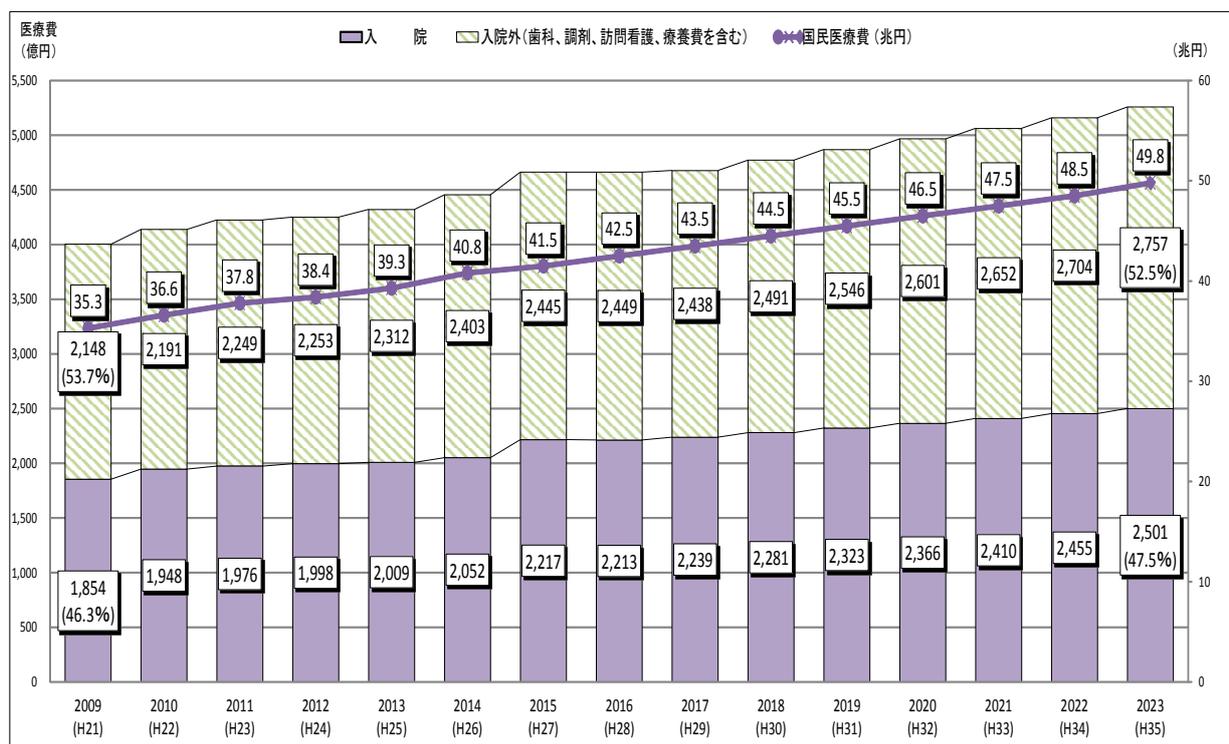
③かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による重複投薬（同一成分の医薬品を15種類以上投与されている場合）の適正化

〔(平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等－平成25年10月時点で14種類の投薬を受ける65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等)×平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者数÷2)×平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費の推計値〕

## (2) 平成35年度の医療費見込み

高齢化の進展や医療の高度化に伴い、本県の県民医療費は年々増加しており、計画の最終年度となる平成35年度(2023)には5,258億円となる見込みで、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上、後発医薬品の普及などによる医療費適正化効果額は54.9億円と見込まれます。

団塊の世代が75歳以上を迎える37年度(2025)に向けて、今後、急激な医療費の伸びが予想されているが、医療費適正化(病床機能の分化及び連携の推進、特定健診等の実施、後発医薬品の普及及び生活習慣病の重症化予防など)の効果により医療費の伸び率は、ほぼこれまでの水準に抑制されると見込まれます。



区分	2009(H21)	2010(H22)	2011(H23)	2012(H24)	2013(H25)	2014(H26)	2015(H27)	2016(H28)	2017(H29)	2018(H30)	2019(H31)	2020(H32)	2021(H33)	2022(H34)	2023(H35)
県民医療費(億円)	4,002	4,139	4,225	4,251	4,321	4,455	4,662	4,662	4,677	4,772	4,869	4,967	5,062	5,159	5,258
入院	1,854	1,948	1,976	1,998	2,009	2,052	2,217	2,213	2,239	2,281	2,323	2,366	2,410	2,455	2,501
入院外(歯科、調剤、訪問看護、療養費を含む)	2,148	2,191	2,249	2,253	2,312	2,403	2,445	2,449	2,438	2,491	2,546	2,601	2,652	2,704	2,757
伸び率(対前年)	-	1.03	1.02	1.01	1.02	1.03	1.05	1.00	1.00	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02
国民医療費(兆円)	35.3	36.6	37.8	38.4	39.3	40.8	41.5	42.5	43.5	44.5	45.5	46.5	47.5	48.5	49.8
伸び率(対前年)	-	1.04	1.03	1.02	1.02	1.04	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.03

(注) 1. 県民医療費 平成21年～25年は「医療費の動向(厚生労働省調べ)」による。26年以降は、国の医療費推計ツールに基づく推計。

## 第4章 目標達成に向けた施策

### 1 県民の健康の保持の推進

#### (1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進

##### ①保険者による健診等データを活用した保健事業（データヘルス）の推進

市町村等の医療保険者において、特定健康診査の結果や診療報酬明細書等（以下「レセプト」という。）電子化された健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析を行い、P D C Aサイクル<sup>\*1</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業（データヘルス）を実施することが求められています。

このため、県では、市町村等のデータヘルス計画（保健事業実施計画）に基づく特定健康診査及び特定保健指導をはじめとする保健事業の円滑な実施を支援します。

#### 【データヘルス計画に基づく効果的・効率的な市町村国保保健事業の推進】

##### ア 特定健康診査・レセプト等データを活用した医療費分析・地域の健康課題の分析

平成30年度から県も市町村とともに保険者となることから、得られる特定健康診査・レセプト等データを活用し、県全体及び市町村別の医療費及び健康課題の分析を行い、県民や市町村、医療保険関係者等に情報提供します。

##### イ 市町村データヘルス計画の策定・評価支援

市町村が行うデータヘルス計画の策定及び評価に関する研修会を開催するとともに、策定・評価過程へ参画し、技術的助言を行います。

##### ウ 特定健康診査の実施率の向上

県民の方々が、県内のどこでも特定健康診査を受診できるよう、受診可能圏域の拡大や受診可能医療機関の拡充を図るとともに、がん検診等各種検診との同時実施など受診者の利便性の向上を図ります。

##### エ 特定保健指導の実施率の向上

特定保健指導の受診のきっかけとなるような健診結果の分かりやすい情報提供方法や効果的な指導方法、好事例の情報提供などを行います。

#### 【保険者協議会との連携】

市町村や全国健康保険協会大分支部（協会けんぽ）など県内の主な医療保険者で構成する大分県保険者協議会等と連携し、特定保健指導従事者の技術向上研修会を開催するとともに、県民に対する広報・啓発を行います。

<sup>\*1</sup> P D C Aサイクル～Planは計画、Doは実行、Check は評価、Actionは改善をさし、常に問題点を改善しながら、事業活動を推進していくこと。

併せて、各医療保険者の特定健康診査等に関する情報共有や実施の調整、県全体に係る医療費分析や共通する健康課題の分析等を行います。

## ②たばこ対策の推進

世界禁煙デー（5／31）及び禁煙週間（5／31～6／6）を中心に、禁煙や受動喫煙防止の普及啓発を図るとともに、学校等と連携し、未成年者への喫煙防止教育の充実を図ります。

また、医療関係者、行政機関、保険者等を連携して、医師や薬剤師等の医療従事者や養護教諭、市町村や企業の保健師等禁煙支援従事者を養成するとともに、店内を完全分煙や禁煙にする健康応援団<sup>\*1</sup>（たばこ分野）を通じた受動喫煙防止対策を推進します。

## ③歯と口の健康づくりの推進

歯と口の健康は、一生涯自分の歯で食事を楽しむことを可能にするだけでなく、全身の健康を保持するための重要な要素です。

このため、糖尿病等全身疾患に大きく関係する歯周病予防に向けて、歯科健診・保健指導の普及啓発に取り組みます。

## ④子どもの頃からの健康づくりの推進

本県では、学齢期全ての年代で肥満傾向児出現率が全国平均を上回っていることから、食習慣、生活習慣の改善と運動習慣の定着による肥満予防対策を推進します。

また、子どものむし歯の本数については、減少傾向にあるものの、全国平均と大きな開きがあるとともに、市町村間においても大きな差が生じています。

そのため、幼児期及び学童期において、歯みがきや糖分摂取についての指導に加え、永久歯のむし歯予防効果の高いフッ化物洗口の導入を市町村等と連携して推進します。

## ⑤糖尿病性腎症重症化予防の推進

糖尿病及びその予備群を日頃から診療するかかりつけ医が、より早い段階から適切な医療及び生活指導を提供し、糖尿病専門医と適宜連携を行えるよう、地域の糖尿病診療の窓口となる「おおいた糖尿病相談医」を養成します。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業<sup>\*2</sup>の円滑な実施に向けて、大分県糖尿病対策推進委員会<sup>\*3</sup>等と連携し、指導プログラムの策定やおおいた糖尿病相談医・糖尿病専門医等との連携体制の構築、保健指導の技術的支援などに取り組みます。

\*1 健康応援団～県民の生活に関連の深い店舗や事業所等の各種関係団体等と「生涯健康県おおいた21」の趣旨を共有し、賛同して健康づくりに取り組む団体等として県が認定した「生涯健康県おおいた21推進協力事業所(店所(店))」。

\*2 糖尿病性腎症重症化予防事業～糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対する適切な受診勧奨・保健指導や糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対する保健指導により、腎不全や人工透析への移行防止、遅延を図る事業。

\*3 大分県糖尿病対策推進委員会～糖尿病対策を総合的に推進するため、各都道府県医師会内に設置された組織。

⑥高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進

高齢者の特性に応じた栄養・口腔指導や転倒予防などを推進するため、後期高齢者が加入する大分県後期高齢者医療広域連合と介護予防等を所管する市町村が一体となった取組を行うよう両者の連携促進を図ります。

⑦定期予防接種の促進

定期予防接種の円滑な実施に向けて、県医師会等関係団体との連絡調整や県内市町村間の相互乗り入れなど広域的連携を支援するとともに、子ども予防接種週間（3／1～3／7）を中心に県民に対する普及啓発や予防接種の有効性の評価に資する感染症発生動向調査の実施への協力等を行います。

⑧がん検診の受診促進

がん登録データ等に基づき、検診未受診者を検診の対象や年齢、地域で絞ったうえでの受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）を行うなど、がん検診の受診率向上に取り組めます。

**（２）健康寿命日本一おおいた県民運動の推進**

①県民運動の展開

健康に対する県民意識の醸成を図るため、「健康寿命日本一おおいた創造会議」を開催し、各構成団体の取組の情報共有、相互連携を図ります。

また、10月を「みんなで延ばそう健康寿命推進月間」とし、県民大会や健康イベントの開催などを通じて、県民総参加の健康づくりを推進します。

さらに、こうした取組に賛同し、応援してくれる「おうえん企業」等多様な主体と連携して県民誰もが自然と健康的な生活習慣を実践できる環境を整備します。

②無関心層を惹きつけるインセンティブの創出

働き盛り世代の健康への関心を高めるため、健康づくり活動に対してポイントが付与されるスマホ用のアプリを開発するとともに、参加者が無理なく自然に継続したくなる仕組みを構築します。

## 2 医療の効率的な提供の推進

### (1) 後発医薬品の使用促進

大分県後発医薬品安心使用促進協議会<sup>\*1</sup>において、後発医薬品に関する情報収集・共有を図り、医師等医療従事者の後発医薬品に対する理解を促進するとともに、県民が安心して使用することができるよう、後発医薬品に関する正しい知識やメリットについて普及啓発を行います。

また、医療保険者における、加入者に対して後発医薬品に切り替えることによりどれくらい窓口負担が軽減されるのかをお知らせする「後発医薬品差額通知」や後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするための「後発医薬品希望シール」の配布等の促進を図ります。

### (2) 医薬品の適正使用の推進

医薬品の適正使用の重要性やかかりつけ薬局・薬剤師が果たす役割について、県民に対する普及啓発を行います。

大分県薬剤師会と協力し、かかりつけ薬局・薬剤師、健康サポート薬局<sup>\*2</sup>が実施するお薬手帳や残薬バックの活用、在宅訪問指導等多剤併用・重複投薬の是正、服薬の適正化に向けた取組を支援します。

また、薬局のない地域においては、高齢者サロン等で薬に関する相談会を実施するなど医薬品の適正使用を推進します。

### (3) 病床機能の分化・連携の推進

県は、各医療圏ごとに、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う場としての地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携により、地域両構想の実現を図るとともに、医療機関の自主的な取組を推進するための支援等を行います。

地域医療構想では、将来の必要病床数の確保のための方策等、地域医療構想の実現に向けて必要な協議を行います。具体的には、会議において、各医療機関の自主的な取組の進捗状況等を把握・共有し、医療圏単位での必要な調整等を行います。

各医療機関は、現状で自らが担っている医療機能や、地域全体の病床機能の分化・連携の方向性等を踏まえた自らの位置付け等を勘案し、自らが将来目指していく医療機能について検討・選択を行い、必要な体制の構築等に向けて自主的な取組を行います。

地域医療構想の実現に向けては、医療を受ける当事者である患者・住民の理解が不可欠であり、日頃から自らの状態に応じた医療機関を選択する等の意識を

\*1 大分県後発医薬品安心使用促進協議会～後発医薬品の使用促進に向けて、各都道府県に設置されたを医師や薬剤師等医療従事者の医療関係者や受療者代表で構成する祖式。

\*2 健康サポート薬局～地域包括ケアシステムの中で、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援していく薬局。

持って適切な受療行動を取ることが重要であることから、行政や医療機関、保険者や関係者が協働して、患者・住民への啓発に取り組みます。

#### (4) 地域包括ケアシステムの構築の推進

がん、脳卒中などに係る医療連携体制を構築する中で、在宅医療の中心的な役割を担うかかりつけ医の普及・定着を推進するとともに、かかりつけ医と急性期や回復期の医療機関との連携を強化し、在宅医療支援体制の強化を図ります。

また、保健所の持つ広域調整機能を活用し、地域における多職種間の連携促進とともに在宅療養支援のマネジメント苦悩の強化に向けた支援を行います。

在宅での療養を望んでいる要介護高齢者などの生活を支えるためには、医師をはじめ、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、リハビリテーション関係職種、介護職種などの多職種協働による包括的かつ継続的な支援が必要ですが、医療資源の偏在などによって在宅医療の提供体制に地域差があることが課題となっています。

在宅医療に係る医療人材の確保・育成については、在宅医療連携拠点体制整備事業により地域の医師会等を中心に取り組んでいるところですが、引き続き各地域の取組を支援します。

また、在宅医療を推進するため、訪問看護師を養成するとともに、在宅療養者にとって身近な存在である診療所の看護師の看護ケアの強化や、在宅医療への移行支援や看取りを含めた質の高い看護が提供できる介護施設看護職員向け研修の実施等により、在宅医療を支える看護職委員の確保・定着と質の向上を図ります。

#### (5) 障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進

精神科病院スタッフ（医師、看護師、精神保健福祉士等）や地域で支援を行う市町村、相談支援事業所、地域包括支援センターなどに対し、地域移行支援や地域定着支援に向けた理解を深める研修等を実施し、支援の質の向上を図ります。

県内6圏域にある精神障がい者地域移行支援協議会等を活用し、県、市町村、精神科病院、相談支援事業所、福祉サービス事業者などの関係機関が連携して、地域生活への移行に向けた支援及び定着するための支援を推進します。

また、障がい者の地域における多様な暮らしを支援するため「障がいのある人もない人も心豊かに暮らせる大分県づくり条例」に基づき、障がい特性に対する県民の理解促進に努め、市町村や大分県居住支援協議会など関係機関と連携しながら共同生活援助（グループホーム）をはじめ、公営住宅、民間アパートなどの住まいの場の確保を図ります。

### 3 その他の取組

#### (1) 広報活動の充実

医療費に対する意識を高めることにより、医療費の伸びの適正化を推進するため、医療費の実態やその動向分析結果等について県民への周知を図ります。

#### (2) 保険者による医療費適正化の取組支援

##### ① 広報活動

市町村や後期高齢者医療広域連合に対し、広報に係る助言等を行います。

##### ② 医療費通知の実施による意識啓発等の充実

医療機関等に受診した際の医療費の総額や自己負担額等を通知することは、県民の医療費に対する意識を高めるとともに、診療報酬等の適正化、医療保険制度の健全な運営につながります。

そのため、適切な通知の実施について医療保険者に対し助言等を行います。

##### ③ 重複・頻回受診者に対する訪問指導等の推進

一つの症状で複数の医療機関や頻回に受診している方に対する効果的な訪問指導等について、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し助言等を行います。

##### ④ レセプト点検の充実強化

レセプト点検員等による効率的・効果的な点検及び重点的点検調査が実施できるよう、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し、研修や助言等を行い、保険者機能の充実強化を図ります。

#### (3) 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の実施

保険医療機関等及び保険医等に対し、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底することにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ります。

### 4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等との連携協力

#### (1) 保険者等（保険者協議会）との連携

健康の保持の推進に関する目標達成に向けた施策を円滑に進めていくためには、保険者等の行う医療費適正化の取組との連携を図ることが重要です。

そのため、医療費適正化計画の策定に当たって、保険者等に策定過程への参画や意見を求めるとともに、保険者協議会を通じて、施策の推進に対する協力を求めるなど、保険者等との連携を図ります。

また、「従業員の健康支援が、経営面においても大きな成果が期待できる」という方針を掲げ、事業所ぐるみの健康づくりを実践する健康経営事業所の登録、認定について、全国健康保険協会大分支部（協会けんぽ）と連携して取り組むことにより、働く世代の健康づくりの充実強化を図ります。

さらに、保険者協議会に県も参画し、特定健康診査等保健事業の情報共有や医療費分析、共通の健康課題の分析、データヘルスの推進等県民の健康づくりに向けた支援などに取り組みます。

## **(2) 医療機関等との連携**

医療の効率的な提供の推進に関する目標達成に向けた施策の推進については、医療機関及び介護サービス事業者等との連携・協力が重要です。

そのため、大分県医療費適正化推進協議会等の会議の場や様々な機会を活用して情報交換を行い、医療機関や介護サービス事業者、各種団体等の要望や意見を踏まえた施策の推進に努めます。

## **(3) 市町村との連携**

市町村は、国民健康保険の保険者として、特定健康診査や特定保健指導を実施するだけでなく、住民に直接保健サービスを提供し、住民の健康づくりを推進する役割を担うとともに、介護保険の保険者として、介護サービスの基盤の充実等の役割を担っています。

県では、市町村の実施する保健事業の円滑な実施を支援し、健康づくりの推進のために積極的な情報提供を行うとともに、介護サービスの受け皿づくりをともに推進するなど、市町村との連携を図りながら各種施策を推進していきます。

## 第5章 計画の進行管理等

### 1 進行管理

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）及び見直し・改善（Action）の一連の循環により進行管理を行っていきます。

#### （1）毎年度の進捗状況の公表

計画の初年度と最終年度を除く毎年度、計画の進捗状況について、県のホームページ等にて公表するとともに、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めます。

#### （2）暫定評価及び次期計画への反映

計画期間の最終年度である平成35年度に、計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を県のホームページ等にて公表します。

併せて、分析結果に基づいて、必要な対策を講ずるよう努めるとともに、次期計画に反映させることとします。

#### （3）実績評価

計画の最終年度の翌年度である平成36年度に、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等にて公表します。

### 2 計画の周知

計画の推進には、県民一人ひとりが計画の内容を理解し、医療費適正化に向けて取り組んでいただくことが重要です。そのため、医療費適正化計画を策定後、県のホームページ等で公表するとともに、市町村、関係団体等を通じて広く周知を図ります。

### 3 計画の推進体制

本計画に掲げる医療費適正化の取組については、国や県、保険者等がそれぞれの役割の下、互いに連携しながら推進していくことが重要です。

#### （1）国の取組

医療費適正化の取組に当たっては、医療保険と介護保険の制度全般を所管する国がその役割と責任を果たすことが前提であり、国は、都道府県及び保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行うとともに、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な推進を図る施策を推進していく役割があります。

## (2) 県の取組

※第4章 目標達成に向けた施策を再掲します。

## (3) 保険者等の取組

市町村などの保険者等は、加入者の資格管理や保険料の徴収等、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行う等、保険者機能の強化を図ることが重要です。

## (4) 医療の担い手等の取組

医療の担い手等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）は、特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く効率的な医療を提供する役割があります。

## (5) 県民の取組

県民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要です。

そのため、特定健康診査の結果等の健康情報の把握に努めるとともに、保険者等の支援も受けながら積極的に健康づくりに取り組むことや医療機関等の機能に応じて、医療を適切に受けるよう努めるものとします。