

(差し替え版)

資料2

大分県医療費適正化計画（第三期）

（素 案）

（平成29年11月21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
4 他計画等との関係	2
【コラム】国民皆保険制度	3

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
（2）県民医療費等の推移と将来推計	6
（3） <u>県内の被保険者数及び医療費の状況</u>	7
（4） <u>県民医療費の状況</u>	8
（5）都道府県別一人当たり医療費の地域差指数	9
（6） <u>県民の受診状況</u>	10
（7） <u>調剤医療費の状況</u>	14
（8） <u>精神疾患患者の状況</u>	16
2 生活習慣病等の状況	18
（1） <u>生活習慣病の医療費の状況</u>	18
（2） <u>生活習慣病有病率の状況</u>	19
（3） <u>がんによる死亡の状況</u>	20
（4） <u>介護が必要になった主な原因</u>	21
3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況	22
（1） <u>特定健康診査の実施状況</u>	22
（2） <u>特定保健指導の実施状況</u>	22
（3） <u>メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況</u>	23
（4） <u>定期予防接種の状況</u>	24
（5） <u>がん検診の受診状況</u>	25
4 医療施設等の状況	26
（1） <u>医療施設数の推移</u>	26
（2） <u>病床数の推移</u>	27
（3） <u>将来における必要病床数の推移</u>	28

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	29
（1）生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	29
①特定健康診査の推進	29
②特定保健指導の推進	29
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	30
④たばこ対策の推進	30
⑤子どもの頃からの健康づくりの推進	30

⑥生活習慣病重症化予防の推進	30
⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進	31
⑧定期予防接種の促進	31
⑨がん検診の受診促進	31
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	31

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標	32
(1) 後発医薬品の使用促進	32
(2) 医薬品の適正使用の推進	32
(3) 病床機能の分化・連携の推進	33
(4) <u>在宅医療の推進</u>	33
(5) <u>地域包括ケアシステムの構築の推進</u>	33
(6) <u>障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進</u>	34

3 平成35年度の医療費見込み	35
(1) 医療費の見込みの推計式	35
①入院外・歯科医料費等	35
②入院医療費	35
(2) 平成35年度の医療費見込み	36

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	37
(1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	37
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	37
②たばこ対策の推進	38
③歯と口の健康づくりの推進	38
④子どもの頃からの健康づくりの推進	38
⑤糖尿病性腎症重症化予防の推進	39
⑥高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進	39
⑦定期予防接種の促進	39
⑧がん検診の受診促進	39
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	40
①県民運動の展開	40
②無関心層を惹きつけるインセンティブの創出	40
【コラム】健康寿命日本一おおいた県民運動	41

2 医療の効率的な提供の推進	42
(1) 後発医薬品の使用促進	42
(2) 医薬品の適正使用の推進	42
(3) 病床機能の分化・連携の推進	42
(4) <u>在宅医療の推進</u>	43
①提供体制の確立	43
②幅広い人材の確保・育成	43
③かかりつけ医の普及・定着	43
④基盤の充実	43
⑤退院支援、日常の療養支援等	43
⑥「入退院時情報共有ルール」の策定	43
⑦医療・介護関係者の連携促進	43

⑧訪問看護体制の強化	4 4
⑨口腔ケア等に係る人材育成	4 4
⑩「かかりつけ薬局」の育成	4 4
⑪薬剤師の資質向上	4 4
⑫地域における多職種連携の促進等	4 4
(5) 地域包括ケアシステムの構築の推進	4 5
(6) 障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進	4 6

3 その他の取組み	4 6
(1) 広報活動の充実	4 6
(2) 保険者による医療費適正化の取組支援促進	4 6
①広報活動	4 6
②医療費通知の実施による意識啓発等の充実	4 6
③重複・頻回受診者に対する訪問指導等の推進	4 6
④レセプト点検の充実強化	4 6
(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	4 7
4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等との連携及び協力	4 7
(1) 保険者等（保険者協議会）との連携	4 7
(2) 医療機関等との連携	4 7
(3) 市町村との連携	4 7

第5章 計画の進行管理等

1 進行管理	4 8
(1) 毎年度の進捗状況の公表	4 8
(2) 暫定評価及び次期計画への反映	4 8
(3) 実績評価	4 8
2 計画の周知	4 8
3 計画の推進体制	4 8
(1) 国の取組	4 8
(2) 県の取組	4 9
(3) 保険者等の取組	4 9
(4) 医療の担い手等の取組	4 9
(5) 県民の取組	5 0

《関連資料》

○大分県医療費適正化推進協議会設置要綱	5 1
---------------------	-----

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を受けることができる医療保険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^{*1}」が全て75歳以上(後期高齢者^{*2})となる超高齢社会を迎えます。

こうした中、国民皆保険制度を堅持するためには、県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に定めるものです。

2 計画の期間

平成30年度(2018)から35年度(2023~~2025~~)までの6年間とし、期間計画最終年度である平成35年度に見直しを行うこととします。

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なか、本県における後期高齢者となる75歳以上人口は、平成28年10月現在の約18万6千人からと推計される平成37年(2025)には約22万2千人に近づくと推計されており、県全体の人口に占める割合は16.2%から約20%に上昇すると予想されます。これに伴い後期高齢者に係る医療費は、引き続き上昇傾向が続くと県民医療費の約40%と大きな割合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げるものとします。 現役世代から健康保持に努めることにより、結果として後期高齢者になったときの医療費を抑制することで医療費全体の伸びの抑制につなげるものとします。

*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。

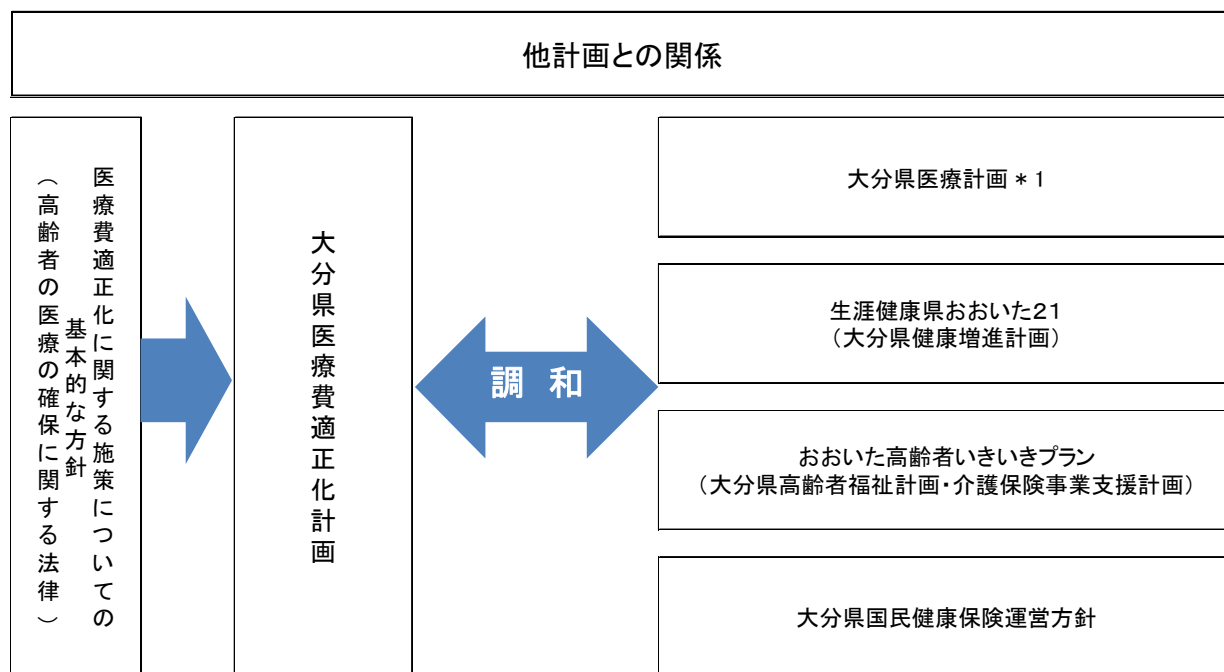
*2 後期高齢者 75歳以上の高齢者をいい、65歳から74歳までの高齢者を前期高齢者という区別。75歳以上になると複数の疾病を発症しやすくなるとされている。

(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。計画の最終年度である平成35年度については、計画の進捗状況の調査及び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、「大分県医療計画」や「生涯健康県おおいた21（大分県健康増進計画）」、「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）」、「大分県国民健康保険運営方針」との調和を図っています。



*1 大分県医療計画～県民への適切な保健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「大分県地域医療医構想」が平成28年6月に策定された。当該構想は、「病床削減ありき」ではなく平成37年(2025)における病床機能区分(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を客観的データにより見通し、進むべき一定の方向性を示した指針である。

～ 国民皆保険制度 ～

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「後期高齢者医療保険制度」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

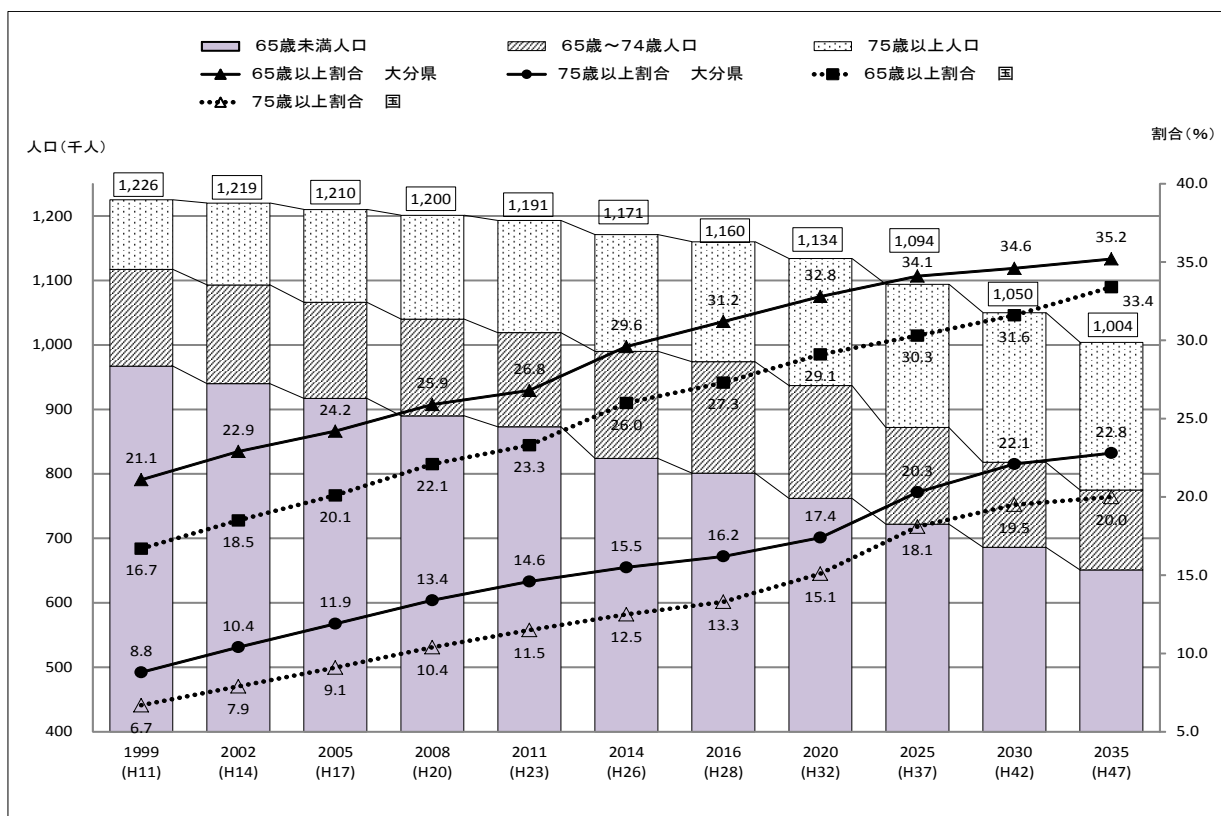
1 県民医療費の動向

(1) 大分県の人口・高齢化等の現状

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、35.9万人、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。

<人口及び高齢化率等の推移>



区分	1999 (H11)	2002 (H14)	2005 (H17)	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)	2016 (H28)	2020 (H32)	2025 (H37)	2030 (H42)	2035 (H47)
総人口(千人)	1,226	1,219	1,210	1,200	1,191	1,171	1,160	1,134	1,094	1,050	1,004
65歳未満	967	940	917	890	873	824	801	762	722	686	651
65歳以上	258	280	293	311	320	347	359	372	372	364	353
(再掲)65歳~74歳	150	153	149	150	146	166	173	175	150	132	124
(再掲)75歳以上	108	127	144	161	174	181	186	197	222	232	229
65歳以上割合											
大分県	21.1	22.9	24.2	25.9	26.8	29.6	31.2	32.8	34.1	34.6	35.2
国	16.7	18.5	20.1	22.1	23.3	26.0	27.3	29.1	30.3	31.6	33.4
75歳以上割合											
大分県	8.8	10.4	11.9	13.4	14.6	15.5	16.2	17.4	20.3	22.1	22.8
国	6.7	7.9	9.1	10.4	11.5	12.5	13.3	15.1	18.1	19.5	20.0

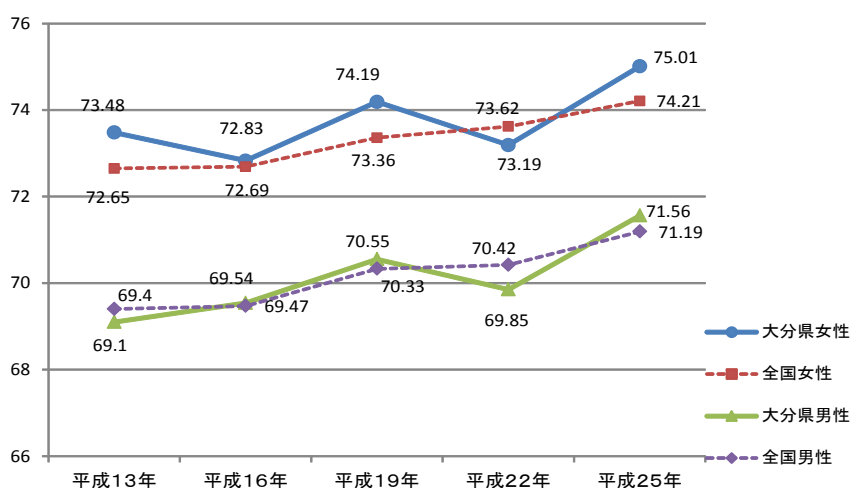
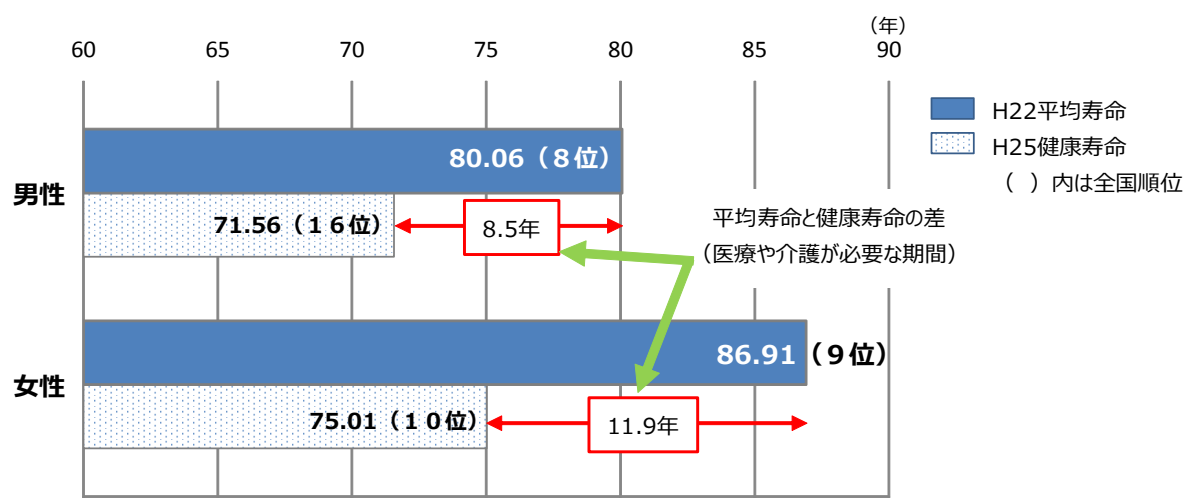
注 1.平成28年までは実績 国：総務省「人口推計」、大分県：県統計調査課「流動人口」

2.平成32年以降は推計 「日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所H25.3)」

また、健康な状態で過ごすことのできる期間を示す「健康寿命^{※1}」は、平成25年には、男性が71.56年で全国16位、女性が75.01年で全国10位となっており、平成22年からの伸びは、男性は1.71年で2位、女性は1.82年で1位となっています。

平均寿命^{※2}と健康寿命の差は、男性では8.5年、女性では11.9年となっています。この差をできるだけ短くし、健康で元気に暮らせる期間である健康寿命の延伸を図ることが重要です。

<平均寿命と健康寿命>



出典：厚生労働科学研究班「健康寿命の指標化に関する研究」

*1 健康寿命 一般的に健康寿命とは、健康な状態で生存する期間のことをいうが、健康な状態の指標として、様々な概念や方法が提唱されている。我が国においても、要介護認定の状況を用いる方法や、国民生活基礎調査などの質問紙により健康の状況を把握する方法など、いくつかの指標が提案されている。

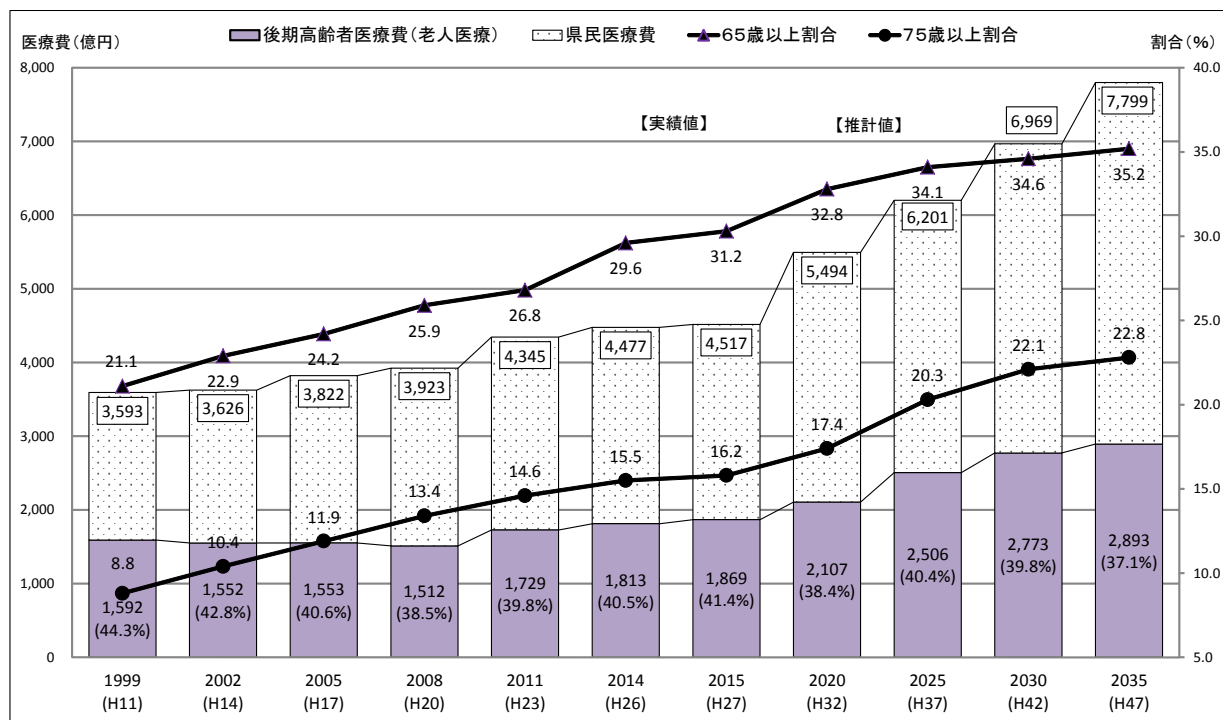
*2 平均寿命 0歳の子どもが何年生きられるかを示すもの。厚生労働省が5年ごとに作成する各種生命表で公表。

(2) 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*1（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。

<県民医療費等の将来推計>



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(人口)	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(人口)	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)

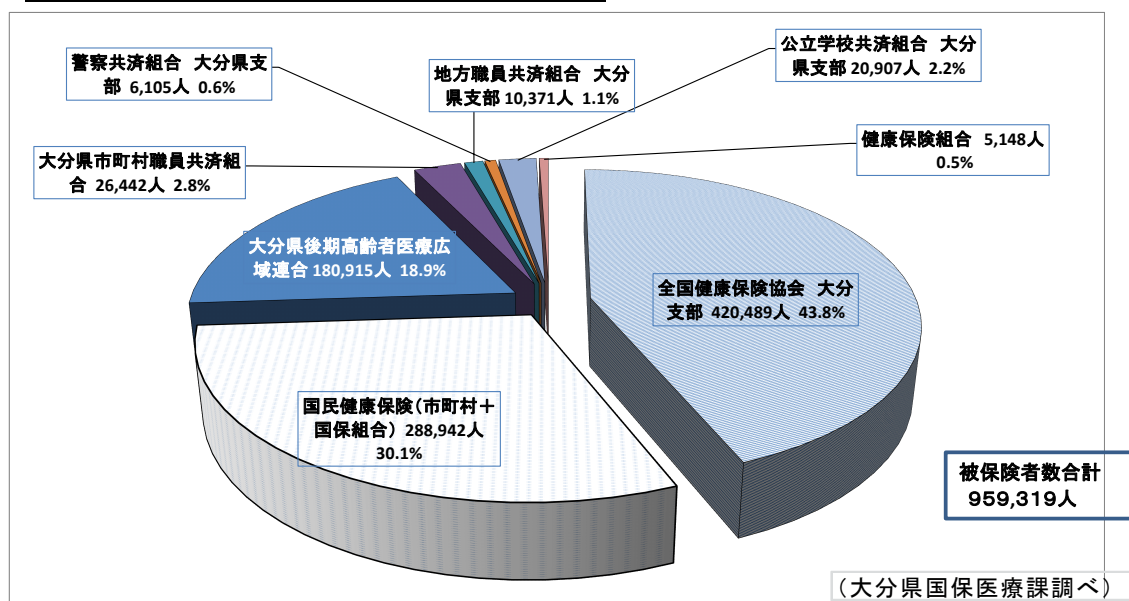
*1 県民医療費 当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。
 この費用には、医科診療や歯科診療にかかる医療費、調剤医療費、入院時食事・生活療養費、訪問看護療養費等が含まれる。
 なお、保険診療の対象とならない評価療養(先進医療(高度医療を含む)等)、選定療養(入院時室料差額分、歯科差額分等)及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まないみません。
 また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義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

(3) 県内の被保険者数及び医療費の状況

県内の被保険者数を保険者ごとに比較すると、現役世代が多く加入する被用者保険である全国健康保険協会（協会けんぽ）大分支部が約42万人（43.8%）を占め、次に、75歳未満の自営業者や退職者などが加入する国民健康保険が約29万人（30.1%）、75歳以上の方が全て加入する後期高齢者医療が約18万人（18.9%）となっています。

※大分県内に本部や支部を置く保険者の被保険者等の数

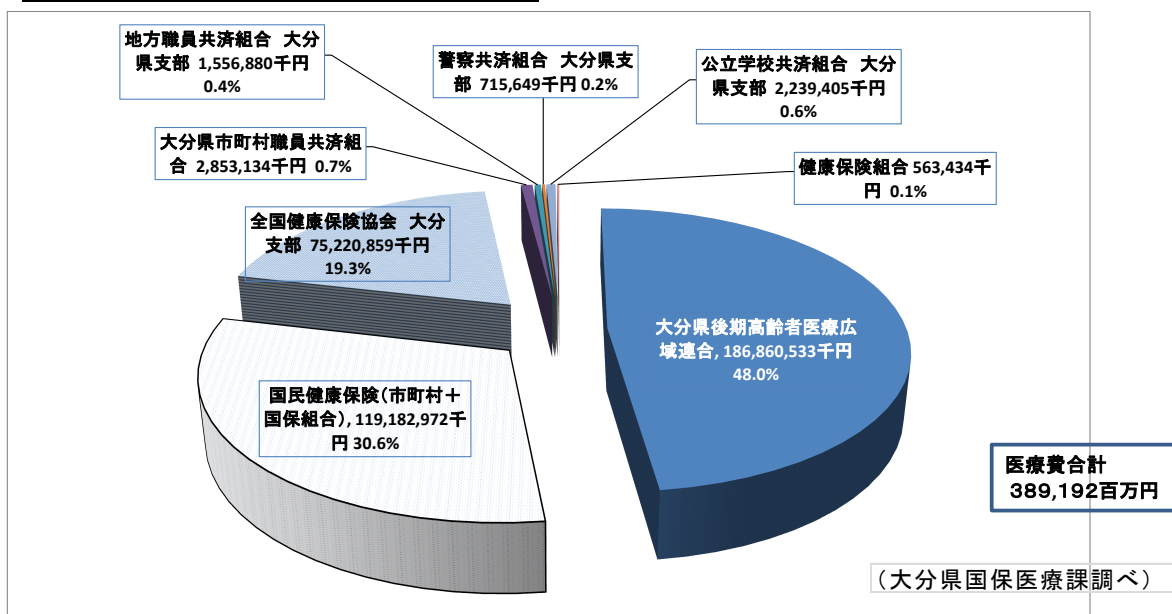
<県内の被保険者数（平成27年度）>



県内の医療費を保険者ごとに比較すると、後期高齢者医療が約1,869億円（48.0%）、次に、国民健康保険が約1,192億円（30.6%）、全国健康保険協会（協会けんぽ）大分支部が約752億円（19.3%）となっており、被保険者数と医療費が逆転しています。

※大分県内に本部や支部を置く保険者の被保険者等に係る医療費

<県内の医療費（平成27年度）>

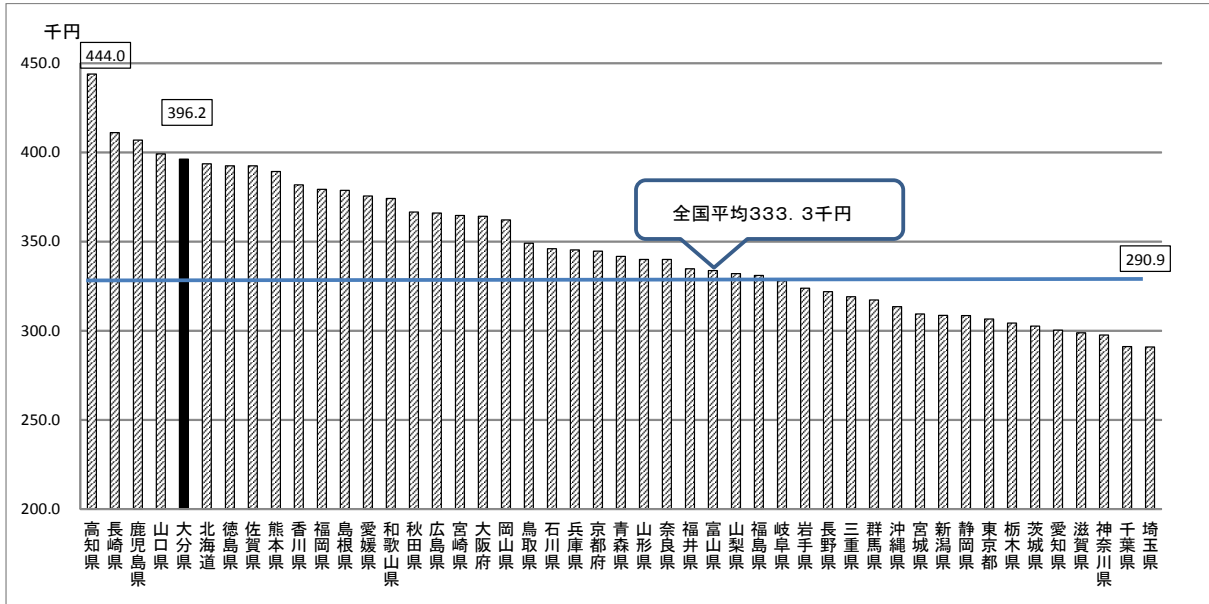


(4) 県民医療費の状況

本県の平成27年度の県民医療費の一人当たり医療費は、396.2千円と全国で5番目に高くなっており、最も低い埼玉県との差は、1.36倍です。

このことは、医科診療医療費の入院医療費が、170.7千円と全国で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。

<県民医療費の一人当たり医療費（平成27年度）>



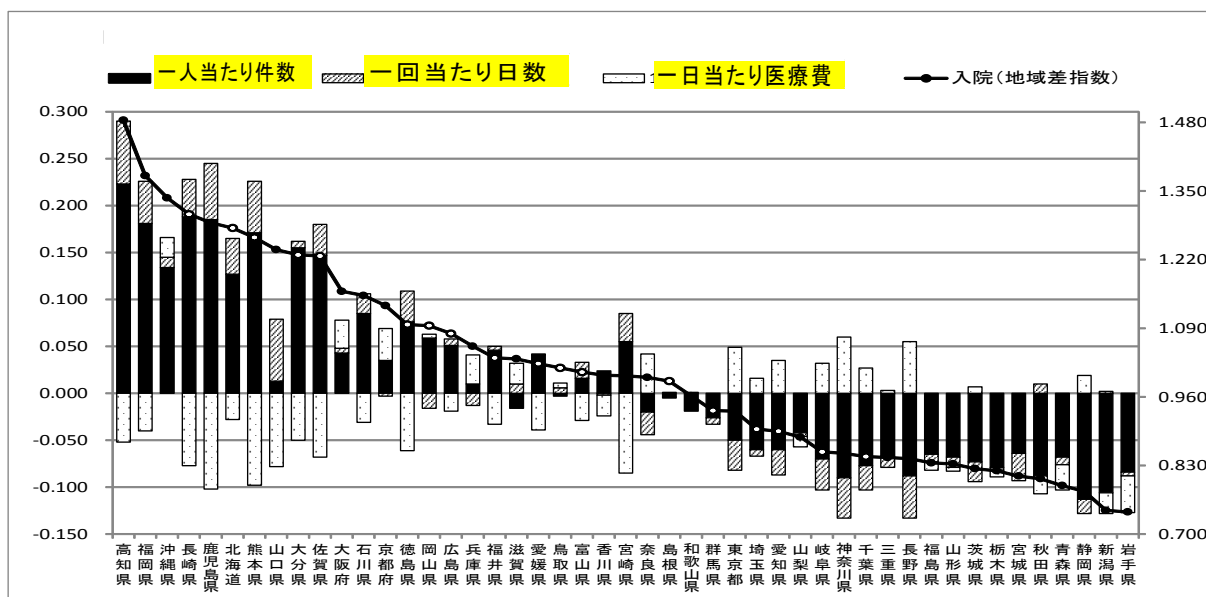
都道府県	一人当たり医療費(千円)						都道府県	一人当たり医療費(千円)						
	国民医療費		うち医科診療医療費					国民医療費		うち医科診療医療費				
			入院	入院外	順位	順位				入院	入院外	順位	順位	
全国	333.3	順位	122.6	順位	113.9	順位								
北海道	393.6	6	167.3	6	116.1	26	滋賀県	298.8	44	113.4	35	99.4	46	
青森県	341.7	24	122.6	29	113.4	29	京都府	344.6	23	132.3	24	120.0	18	
岩手県	323.8	32	116.3	34	106.4	40	大阪府	364.2	18	131.3	25	126.6	8	
宮城県	309.4	37	106.7	39	106.9	38	兵庫県	345.3	22	125.9	27	118.8	19	
秋田県	366.6	15	138.0	19	109.5	35	奈良県	340.0	26	125.8	28	128.4	6	
山形県	340.0	25	128.3	26	113.4	30	和歌山県	374.2	14	136.6	20	140.4	1	
福島県	331.0	30	119.9	31	111.4	34	鳥取県	349.1	20	144.2	14	109.4	36	
茨城県	302.6	42	104.7	40	104.5	41	島根県	378.7	12	156.1	11	120.0	17	
栃木県	304.3	41	104.5	41	117.1	24	岡山県	362.1	19	141.2	17	130.5	5	
群馬県	317.3	35	116.7	33	116.9	25	広島県	366.0	16	133.7	23	125.9	9	
埼玉県	290.9	47	97.6	46	103.0	43	山口県	399.2	4	167.5	5	121.7	13	
千葉県	291.1	46	98.5	45	101.9	45	徳島県	392.5	7	158.3	9	136.5	2	
東京都	306.6	40	101.8	43	106.6	39	香川県	381.8	10	142.8	16	131.6	4	
神奈川県	297.6	45	96.6	47	102.8	44	愛媛県	375.6	13	148.4	12	134.9	3	
新潟県	308.6	38	110.8	38	103.0	42	高知県	444.0	1	205.6	1	127.6	7	
富山県	333.7	28	135.2	22	112.8	31	福岡県	379.3	11	157.0	10	117.7	22	
石川県	346.0	21	143.9	15	112.3	32	佐賀県	392.5	8	161.3	8	118.6	20	
福井県	334.8	27	135.6	21	120.8	15	長崎県	411.1	2	179.7	3	120.3	16	
山梨県	332.0	29	119.5	32	111.9	33	熊本県	389.3	9	167.3	7	124.6	10	
長野県	321.9	33	120.8	30	107.0	37	大分県	396.2	5	170.7	4	121.3	14	
岐阜県	328.1	31	111.4	37	122.1	12	宮城県	364.6	17	146.0	13	117.7	23	
静岡県	308.5	39	104.0	42	115.2	28	鹿児島県	406.9	3	182.0	2	124.1	11	
愛知県	300.3	43	98.5	44	115.4	27	沖縄県	313.5	36	139.7	18	95.3	47	
三重県	319.1	34	113.3	36	118.3	21								

(出典：平成27年度国民医療費の結果) (厚生労働省調べ)

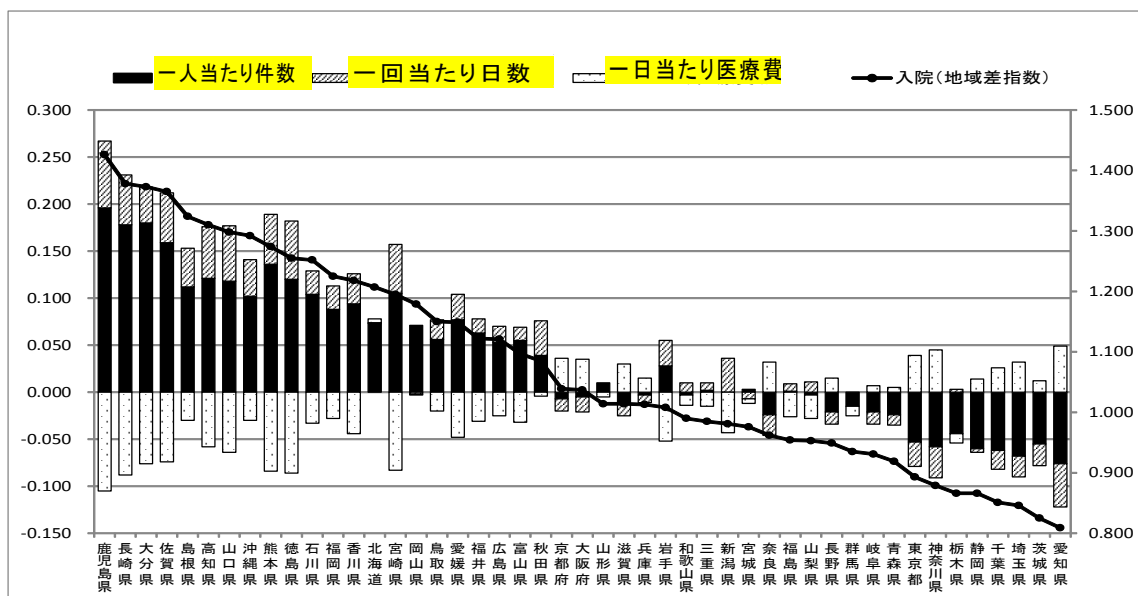
(5) 都道府県別一人当たり医療費の地域差指数

入院医療費に係る一人当たり医療費について、人口の年齢構成による相違分を補正し、指数化（全国平均＝1）した地域差指数の3要素（一人当たり件数、1回当たり日数、1日当たり医療費）でみると、大分県の医療費は、後期高齢者医療で全国9番目、市町村国保で全国3番目に高くなっています。いずれも一人当たり件数が、医療費の地域差に大きく影響していることがわかります。

<後期高齢者医療一人当たり医療費地域差指数[医科入院]（平成27年度）>



<市町村国保一人当たり医療費地域差指数[医科入院]（平成27年度）>



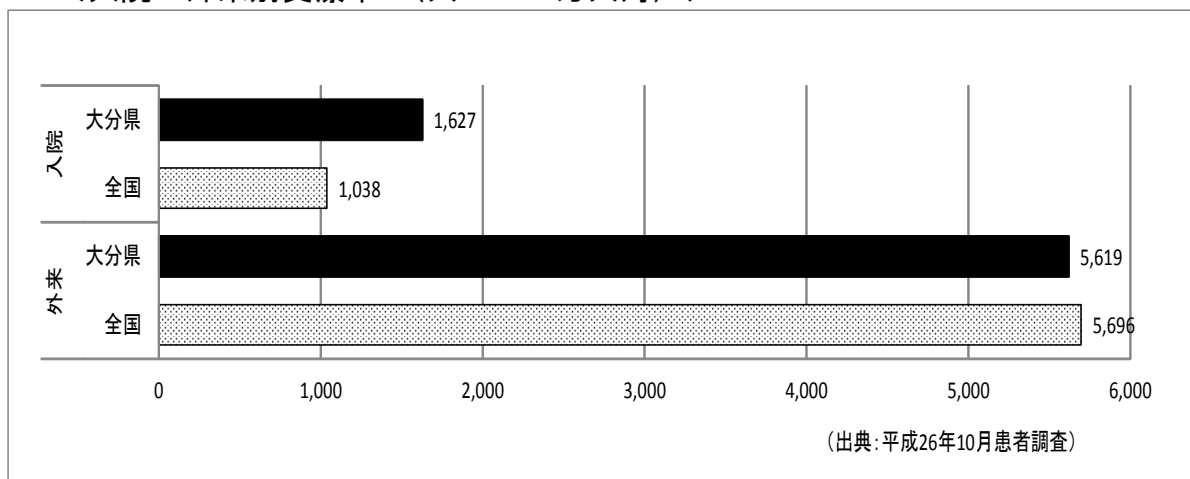
(出典：厚生労働省調べ)

(6) 県民の受診状況

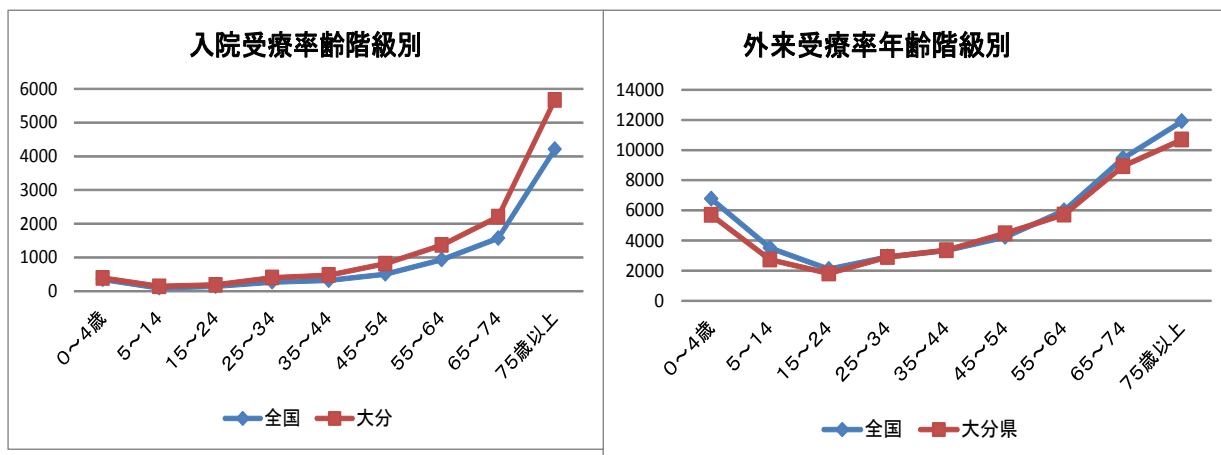
県民の医療機関の受診状況をみると、外来については、全国平均より低いものの、入院については、全国より高い状況となっています。年齢別にみると、加齢に従い入院受療率が全国平均を上回っています。

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・外来別受療率*1（人口10万人対）>



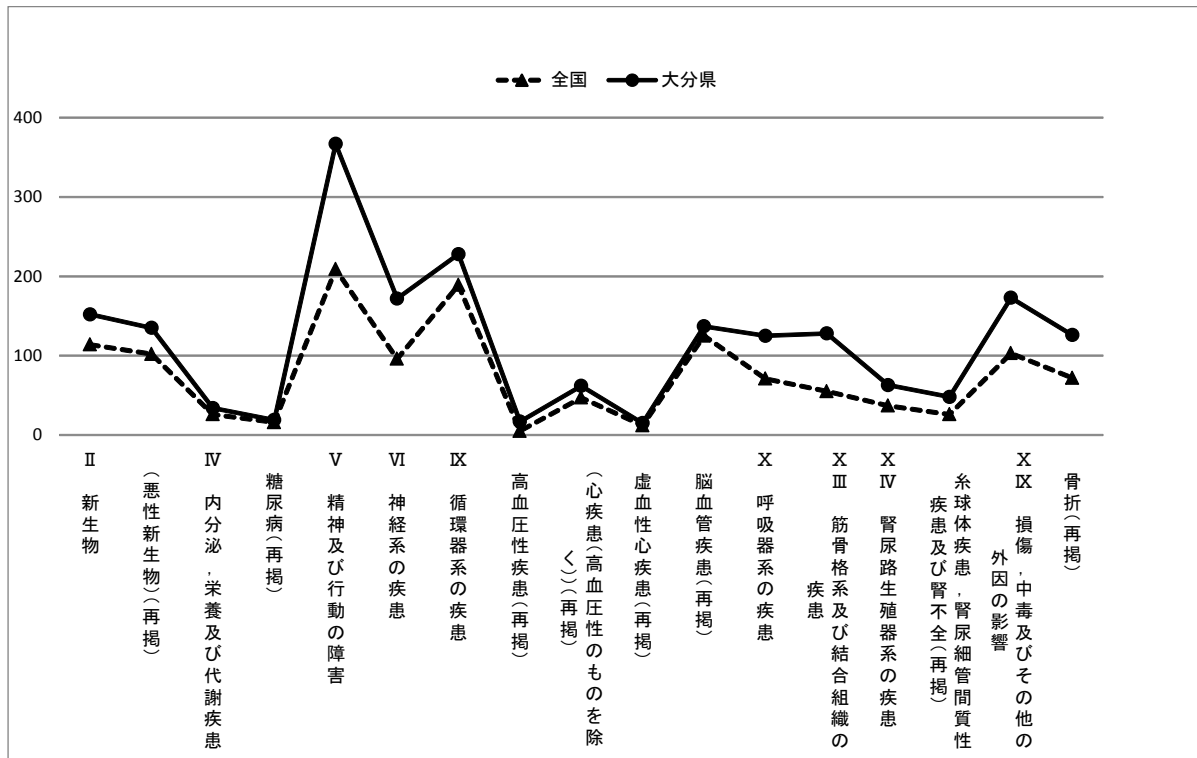
<年齢階級別入院及び外来受療率>



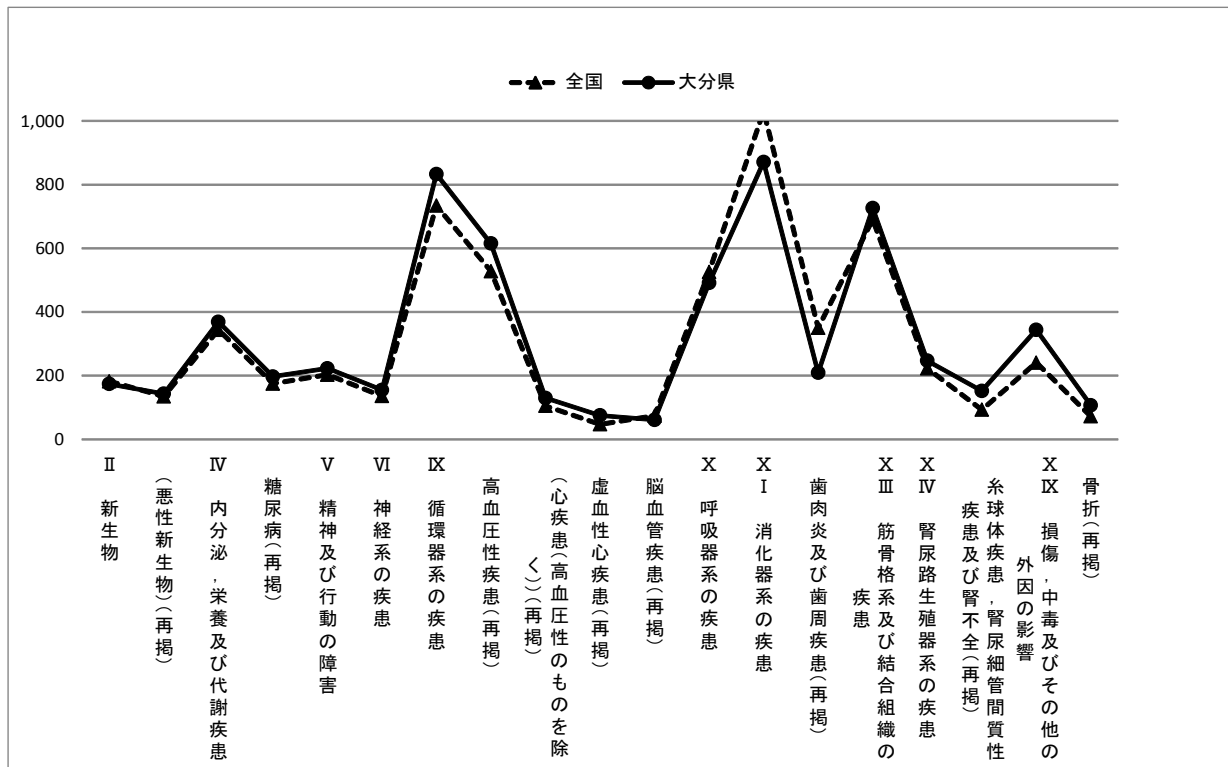
(出典：平成26年患者調査 厚生労働省調べ)

*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（人口10万人対）>



<傷病分類別外来受療率（人口10万人対）>

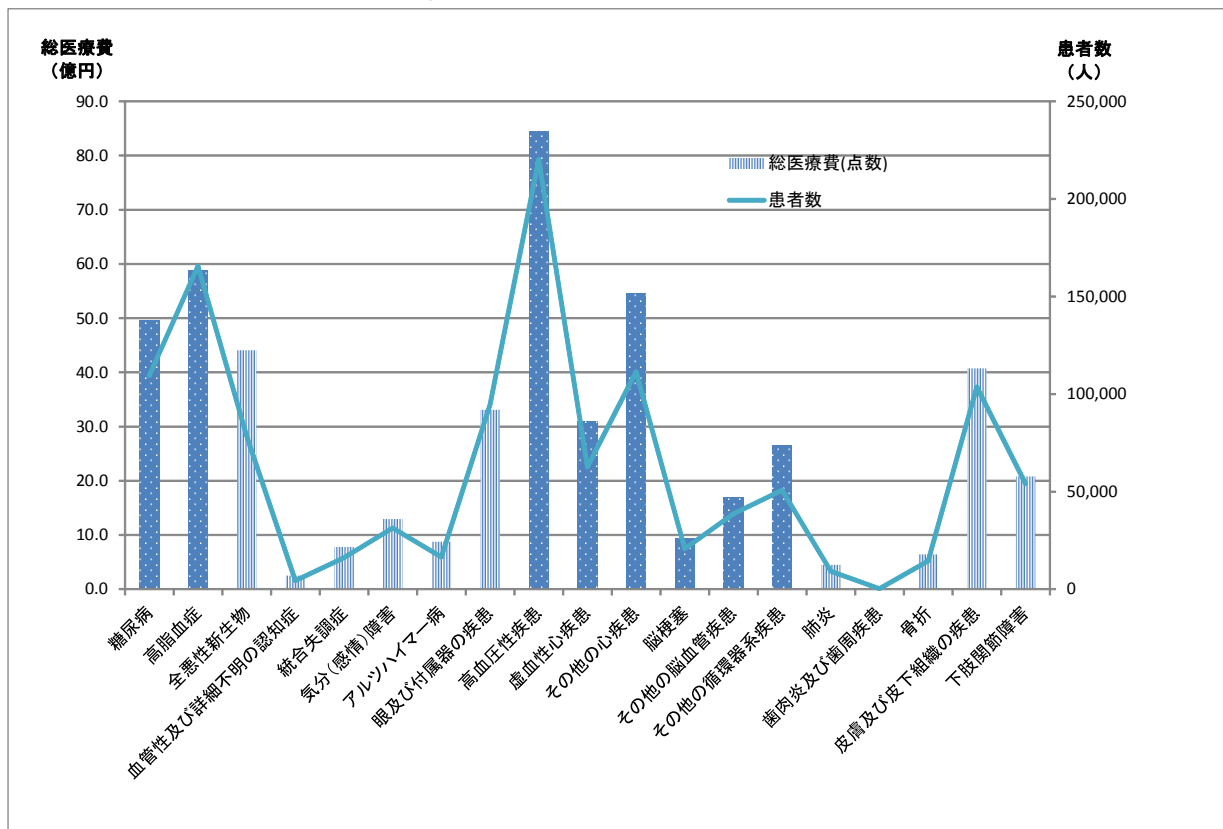


(出典：平成26年患者調査 厚生労働省調べ)

一方、本県の外来入院外（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、主な疾患別外来入院外医療費をみ見てみると、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*1 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。

なかでも、重症化すると人工透析*2が必要となるなど多額の医療費を要するほか、個人の生活の質（QOL）*3を著しく低下させる糖尿病患の増加が、懸念されています。糖尿病は、重症化して人工透析*2に移行した場合には、個人の生活の質（QOL）*3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懸念されます。

＜主な疾患別外来入院外医療費の分析＞



(出典：厚生労働省調べ)

*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。

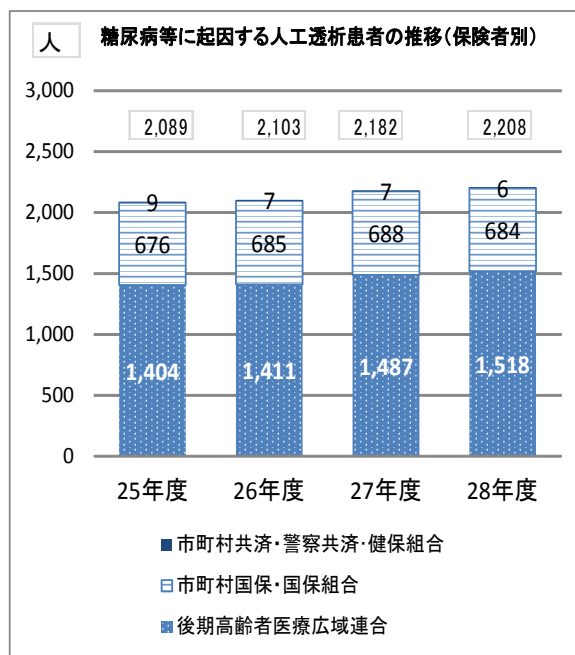
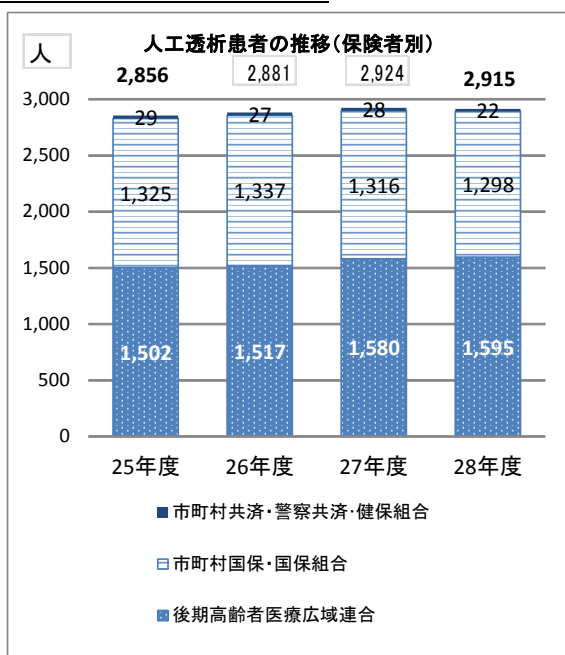
その他の心疾患 虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）以外の心疾患。不整脈等が含まれる。

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、ここの身近自立だけでなく、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。

<人工透析患者の状況>



人工透析者数(年度末時点)

	後期高齢者医療広域連合	市町村国保・国保組合	市町村共済・警察共済・健保組合	合計
25年度	1,502(52.6%)	1,325(46.4%)	29(1.0%)	2,856
26年度	1,517(52.6%)	1,337(46.4%)	27(1.0%)	2,881
27年度	1,580(54.0%)	1,316(45.0%)	28(1.0%)	2,924
28年度	1,595(54.7%)	1,298(44.5%)	22(0.8%)	2,915

糖尿病等生活習慣病に起因する人工透析患者数

	後期高齢者医療広域連合	市町村国保・国保組合	市町村共済・警察共済・健保組合	合計
25年度	1,404(67.2%)	676(32.4%)	9(0.4%)	2,089
26年度	1,411(67.1%)	685(32.6%)	7(0.3%)	2,103
27年度	1,487(68.2%)	688(31.5%)	7(0.3%)	2,182
28年度	1,518(68.8%)	684(31.0%)	6(0.2%)	2,208

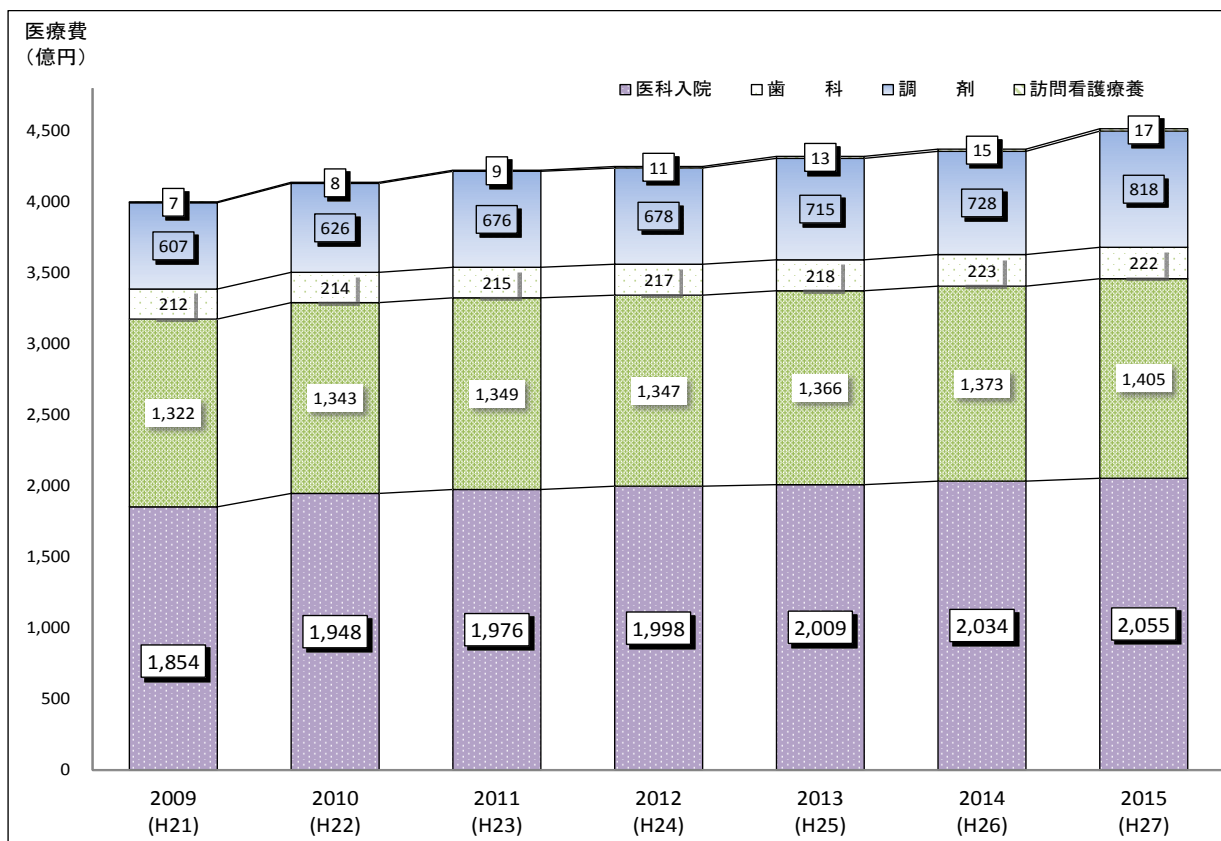
出典：国保医療課調べ

保険者别人工透析患者の推移は、平成28年度末時点で、後期高齢者広域連合が1,595人(平成25年度比+93人、1.06倍)、国民健康保険が1,298人(平成25年度比-27人、0.98倍)、市町村共済、警察共済、健康保険組合が22人(平成25年度比-7人、0.76倍)となっています。

(7) 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。

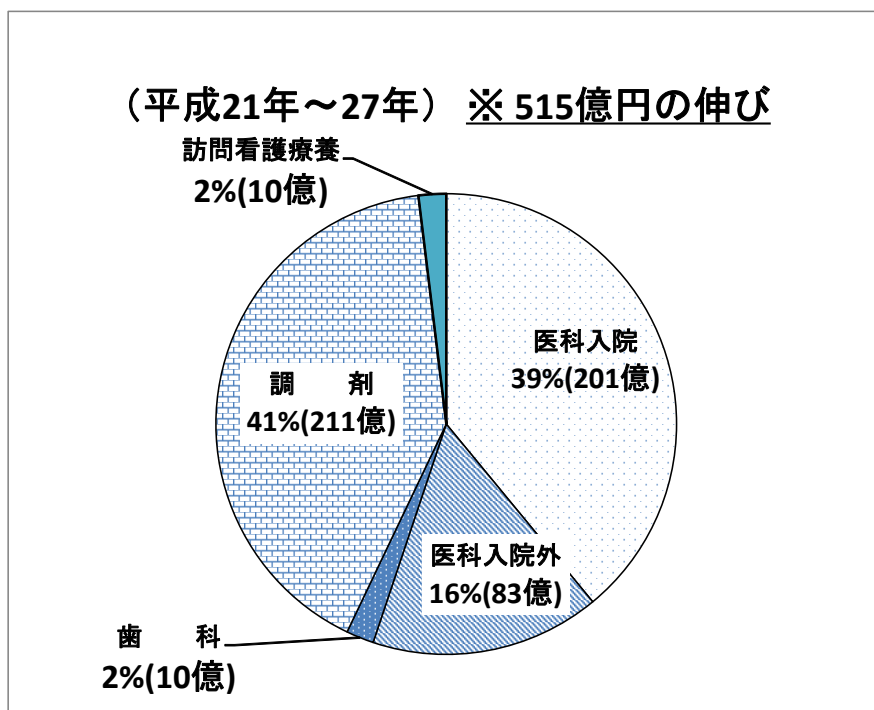
<県民医療費（概算医療費）の内訳>



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

(出典：医療費の動向 (厚生労働省))

<県民医療費の伸びに対する割合>



(大分県国保医療課調べ)

<後発医薬品の使用割合：総量ベース（新指標）※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

(出典：大分県後発医薬品安心使用促進協議会資料)

(8) 精神疾患患者の状況

大分県の精神疾患患者は、入院者は年々減少傾向にあるものの、平成28年度の通院者は21年度に比べ1.15倍に増加しています。

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。

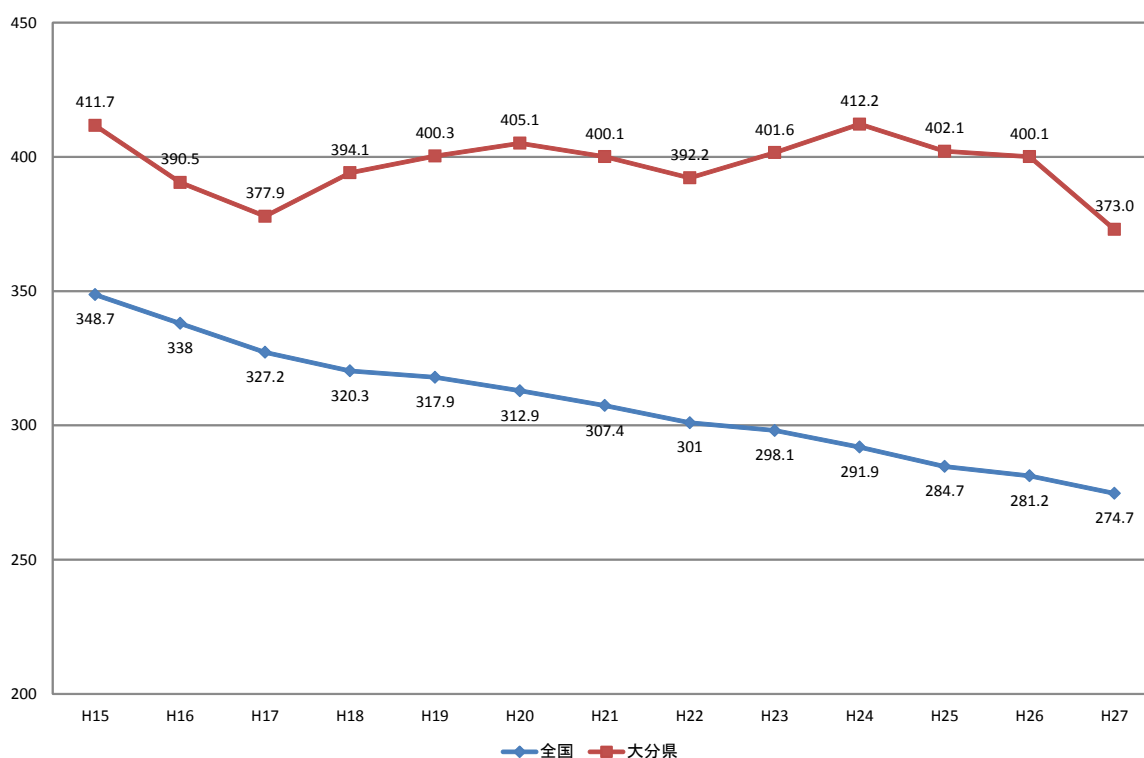
<精神疾患患者の入院及び通院の状況>

(単位:人)

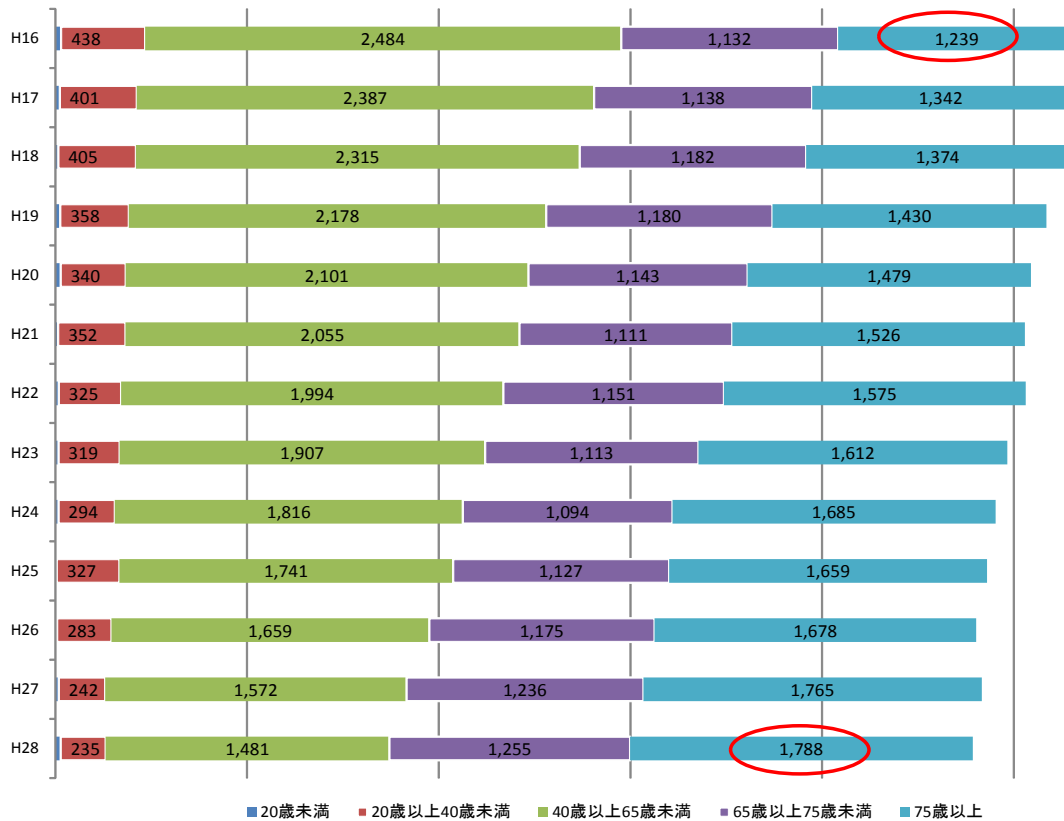
年度	入院者	通院者	合計
21	4,928	27,686	32,614
22	4,937	28,617	33,554
23	4,857	29,879	34,736
24	4,798	29,749	34,547
25	4,741	30,143	34,884
26	4,693	29,471	34,164
27	4,728	31,424	36,152
28	4,679	31,834	36,513

※各年6月末(県内合計)

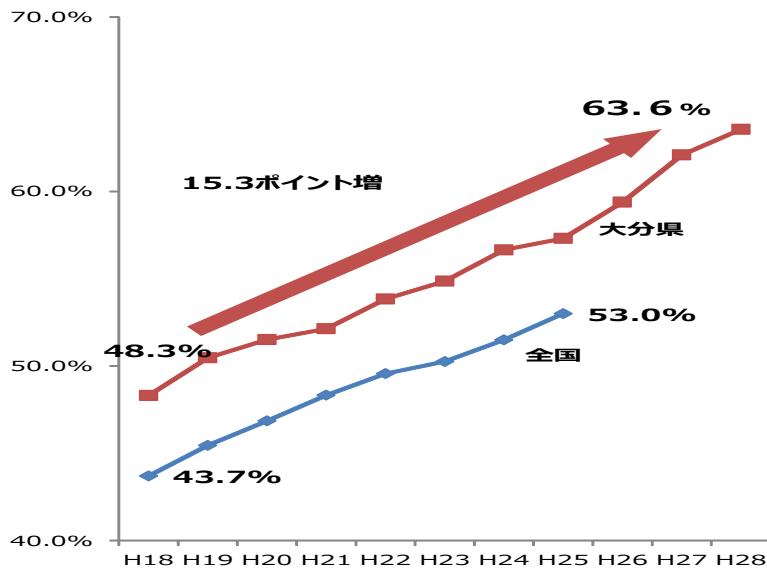
<精神病床の平均在院日数の推移>



<精神科病院の在院患者数の推移（630調査）※1>



<精神科病院在院患者に占める65歳以上の割合>



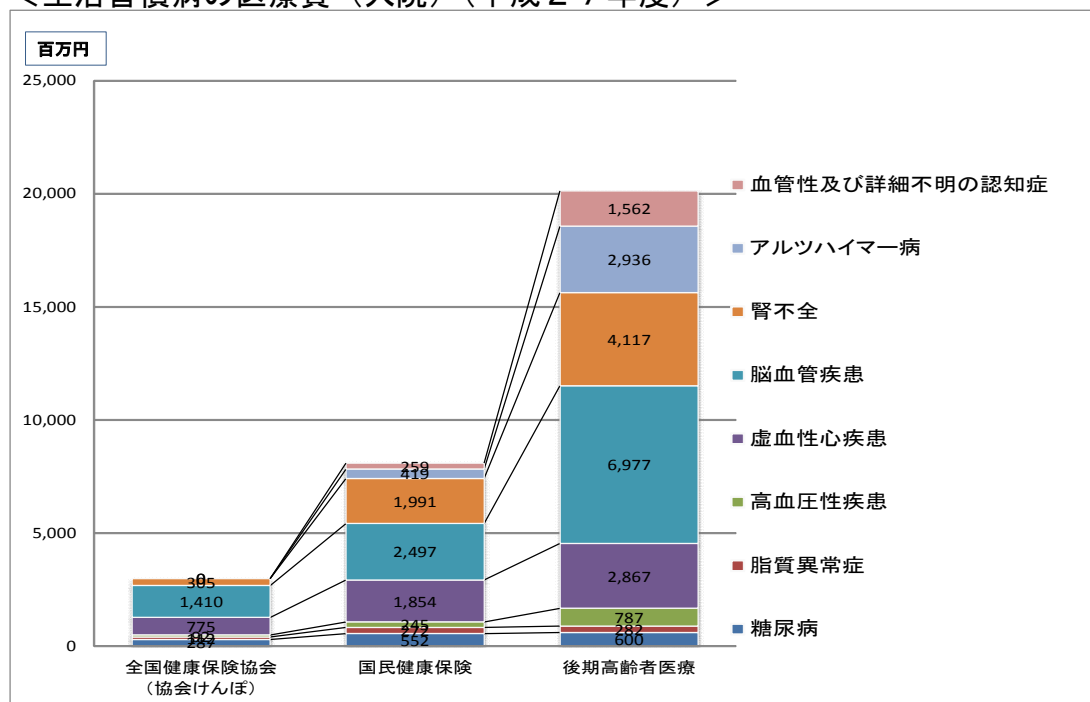
*1 630調査～精神科医療機関及び訪問看護ステーションを利用する患者の実態等を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料を得ることを目的に、厚生労働省が毎年6月30日付けで実施するもの。

2 生活習慣病等の状況

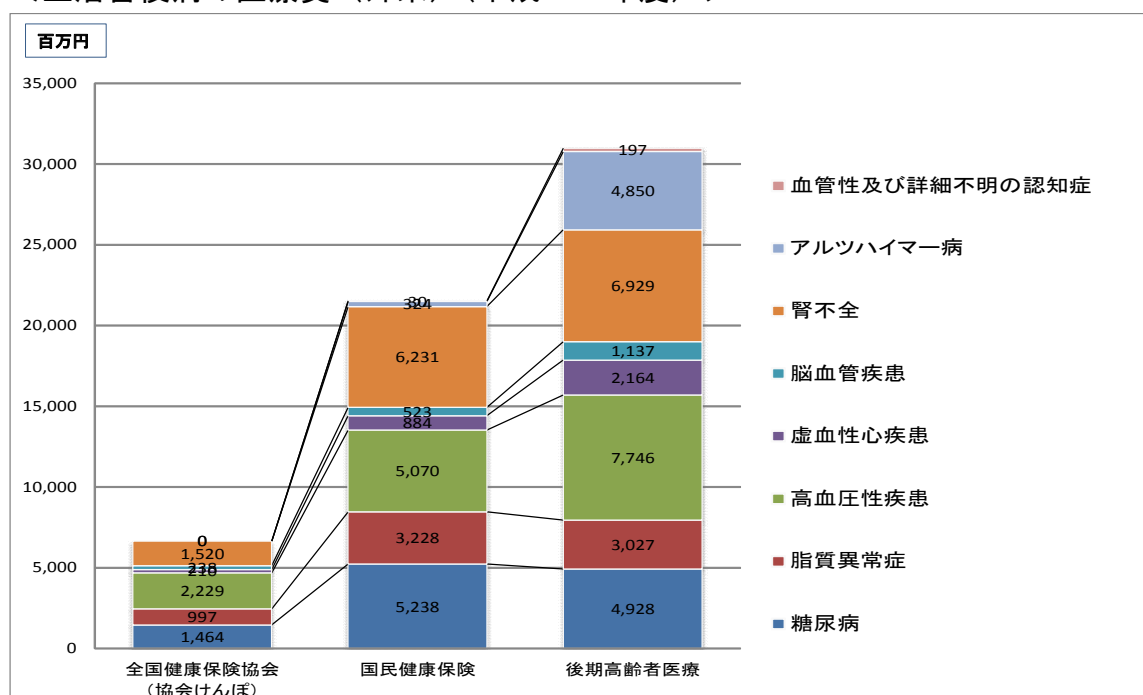
(1) 生活習慣病の医療費の状況

生活習慣病の医療費は、入院、入院外とも全国健康保険協会、国民健康保険、後期高齢者医療の順に高くなっています。不適切な食生活や不健康な生活習慣の継続が、高血圧や糖尿病等の発症を招き、加齢とともに、入院や通院に繋がっていくものと考えられます。

<生活習慣病の医療費（入院）（平成27年度）>



<生活習慣病の医療費（外来）（平成27年度）>

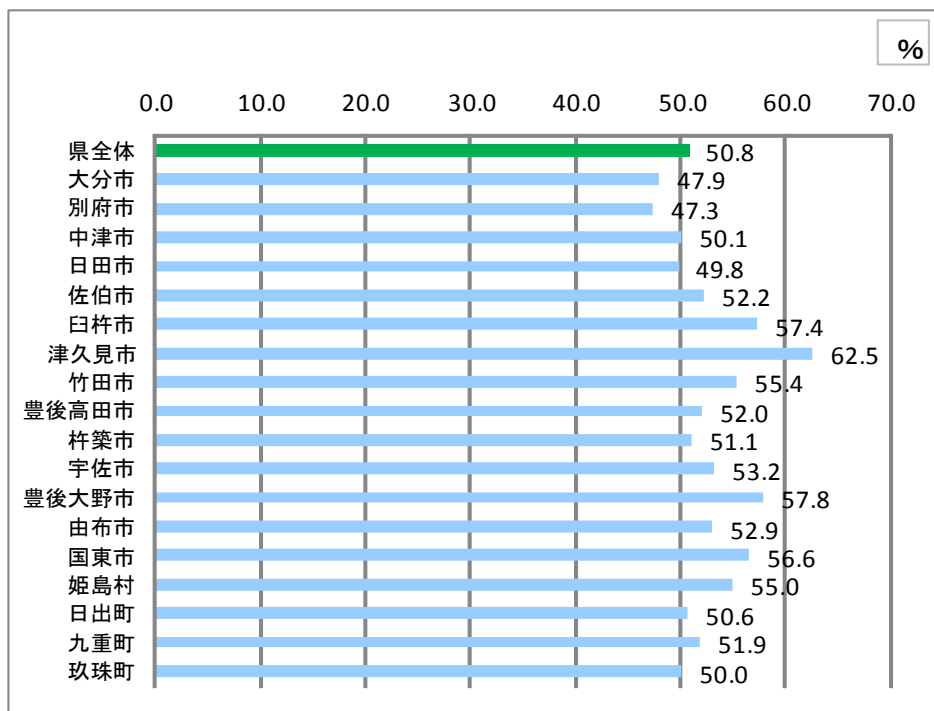


(大分県国保医療課調べ)

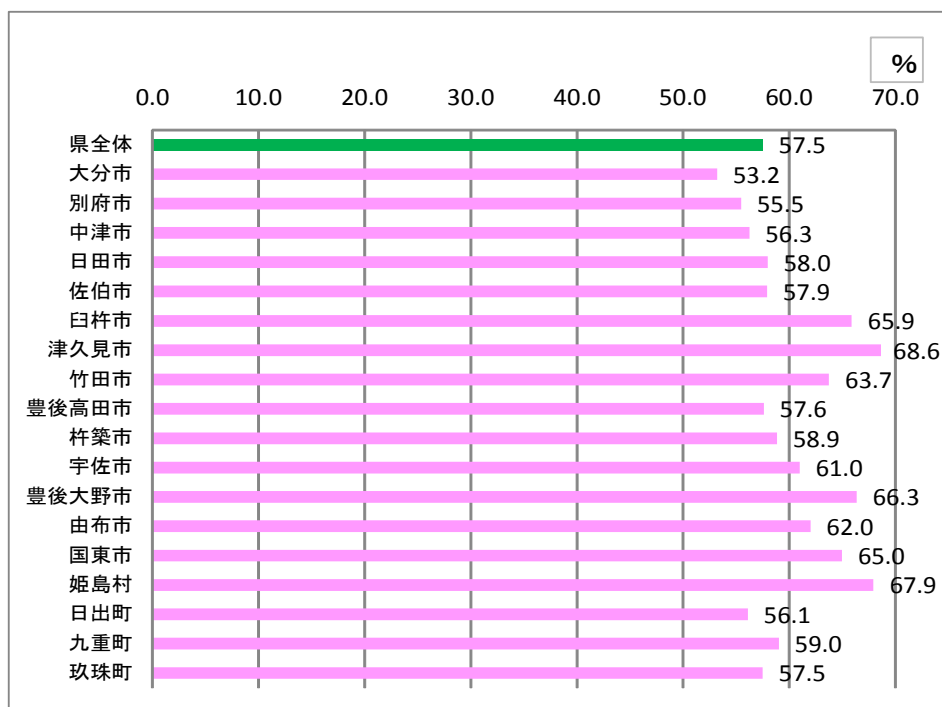
(2) 生活習慣病有病率の状況

大分県（市町村国保及び後期高齢者広域連合）の生活習慣病有病率の状況は、男性50.8%、女性57.5%であり、男性では、津久見市、豊後大野市、臼杵市の順に高く、女性では、津久見市、姫島村、豊後大野市の順に高くなっています。

<生活習慣病有病率（男性）（平成27年度）>



<生活習慣病有病率（女性）（平成27年度）>



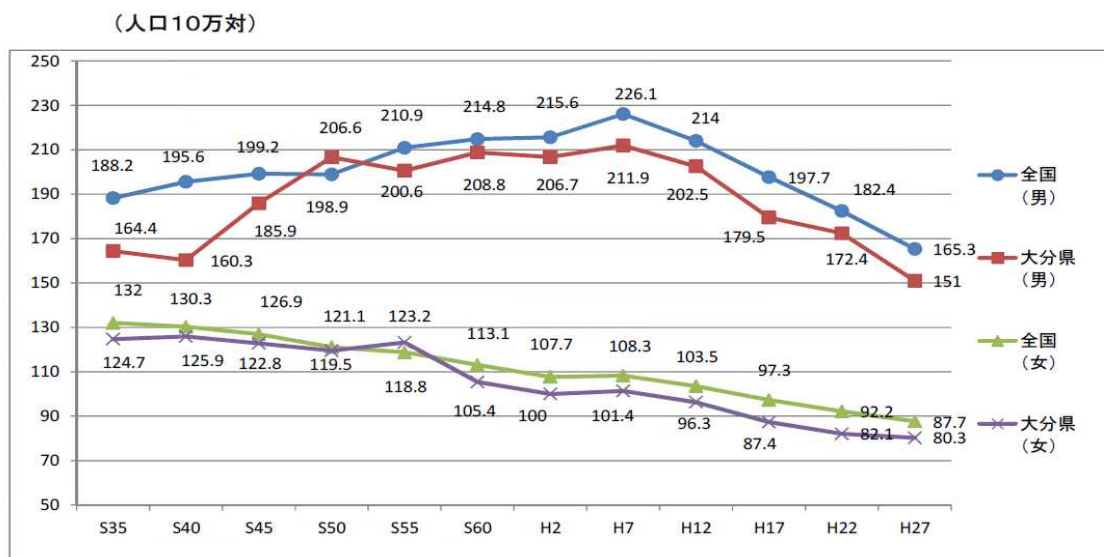
(出典：KDB（市町村国保、後期高齢者広域連合）)

(3) がんによる死亡の状況

大分県のがん年齢調整死亡率は年々減少傾向にあり、男女とも全国の死亡率をわずかに下回っています。

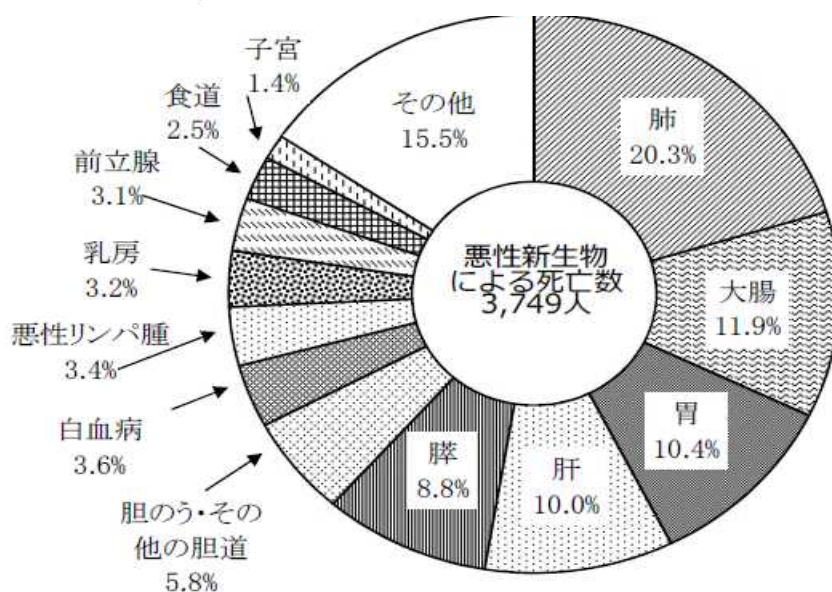
平成27年のがんの主な部位別死亡をみると、肺(20.3%)、大腸(11.9%)、胃(10.4%)、肝(10.0%)の順となっており、この4部位でがんによる死亡の52.6%を占めています。

<がん年齢調整死亡率の推移>



(人口動態特殊報告)

<がん部位別死亡者数>



(平成27年 人口動態統計)

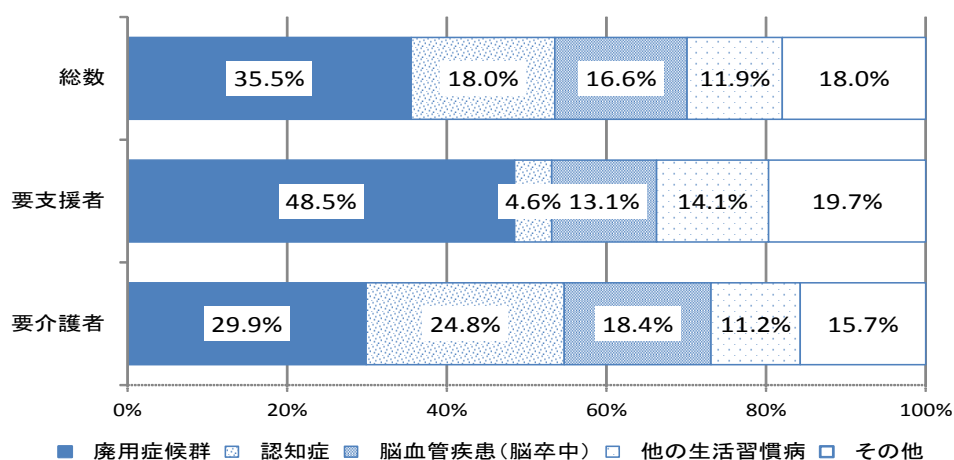
(4) 介護が必要になった主な原因

要支援の原因として最も多いのは、廃用症候群で、半数近くを占めています。要支援・要介護状態とならないためには、加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高まるフレイル（高齢者の虚弱）対策が必要です。

そのうち運動器の障がいのために、要介護になる危険性が高い状態を、近年は「ロコモティブシンドローム*1」と呼んでおり、この対策も重要です。

要介護の原因としては、廃用症候群が多く、要支援と比べて認知症や脳血管疾患（脳卒中）の割合が高くなっており、特に、認知症脳血管疾患（脳卒中）が1/4を占めています。

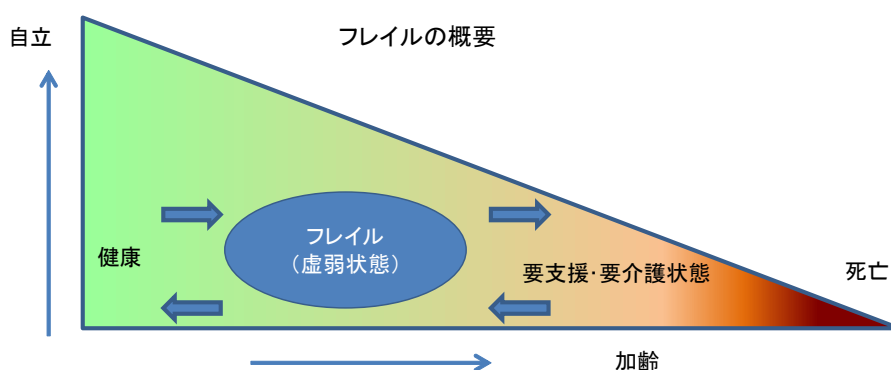
<介護が必要となった主な原因>



(出典：厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」)

※廃用症候群：関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱の合計

他の生活習慣病：心疾患、糖尿病、呼吸器疾患、悪性新生物（がん）の合計



※多くの高齢者が中間的な段階（フレイル）を経て徐々に要介護状態に陥る

【厚生労働省資料から転載】

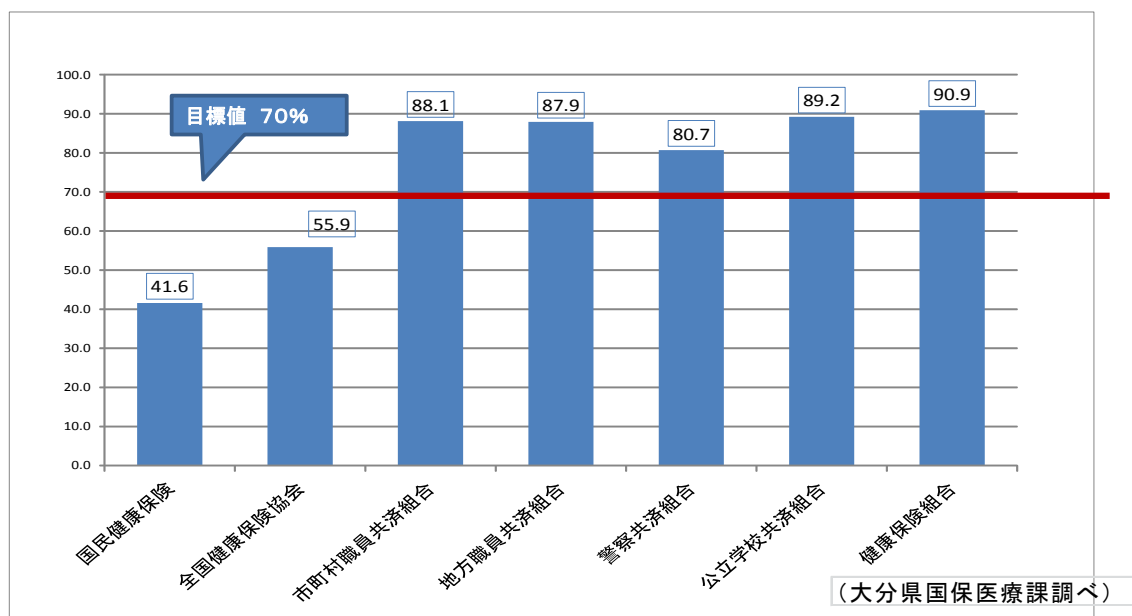
*1 ロコモティブシンドローム 骨、関節、筋肉など運動器の働きが衰えると、暮らしの中の自立度が低下し、介護が必要になったり、寝たきりになる可能性が高くなる。

2 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

県内の特定健康診査の実施率を保険者ごとに比較すると、計画の目標値（70%）に達していないのは、国民健康保険（41.6%）と全国健康保険協会（55.9%）となっています。

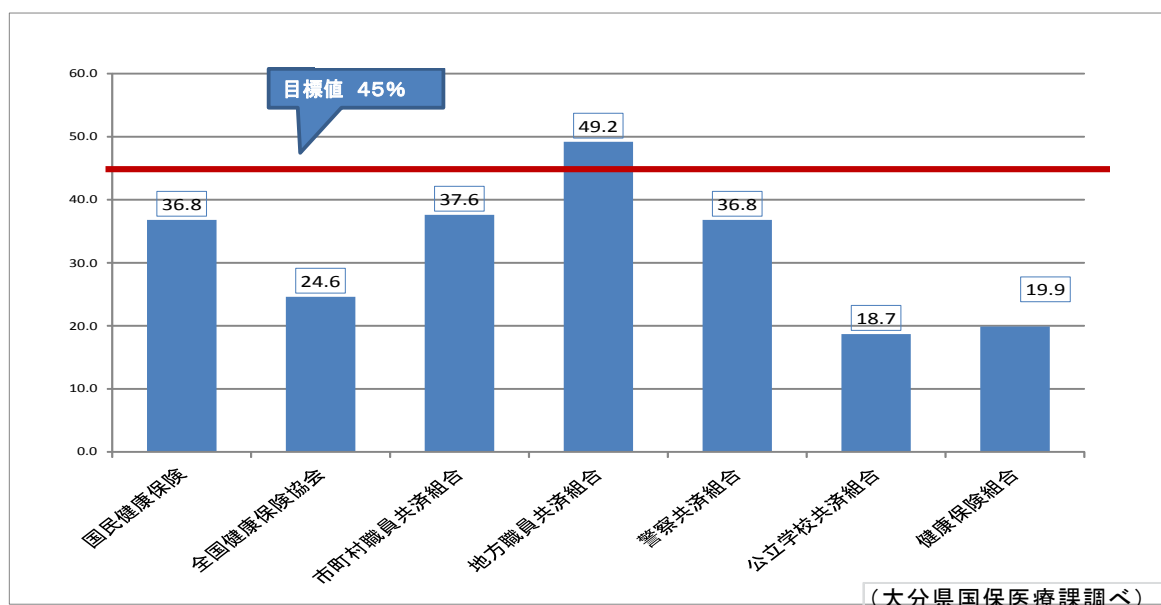
<県内の特定健診実施率（平成27年度）>



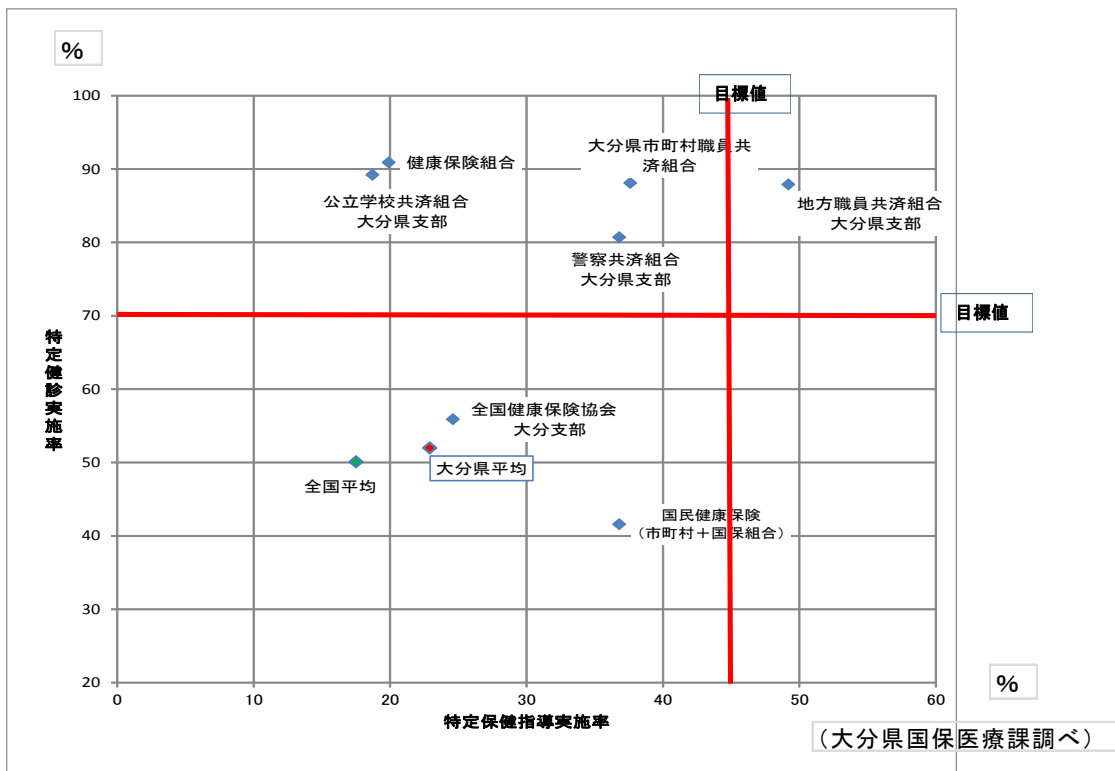
(2) 特定保健指導の実施状況

県内の特定保健指導の実施率を保険者ごとに比較すると、計画の目標値（45%）に、既に達しているのは、地方職員共済組合（49.2%）のみとなっています。

<県内の特定保健指導実施率（平成27年度）>



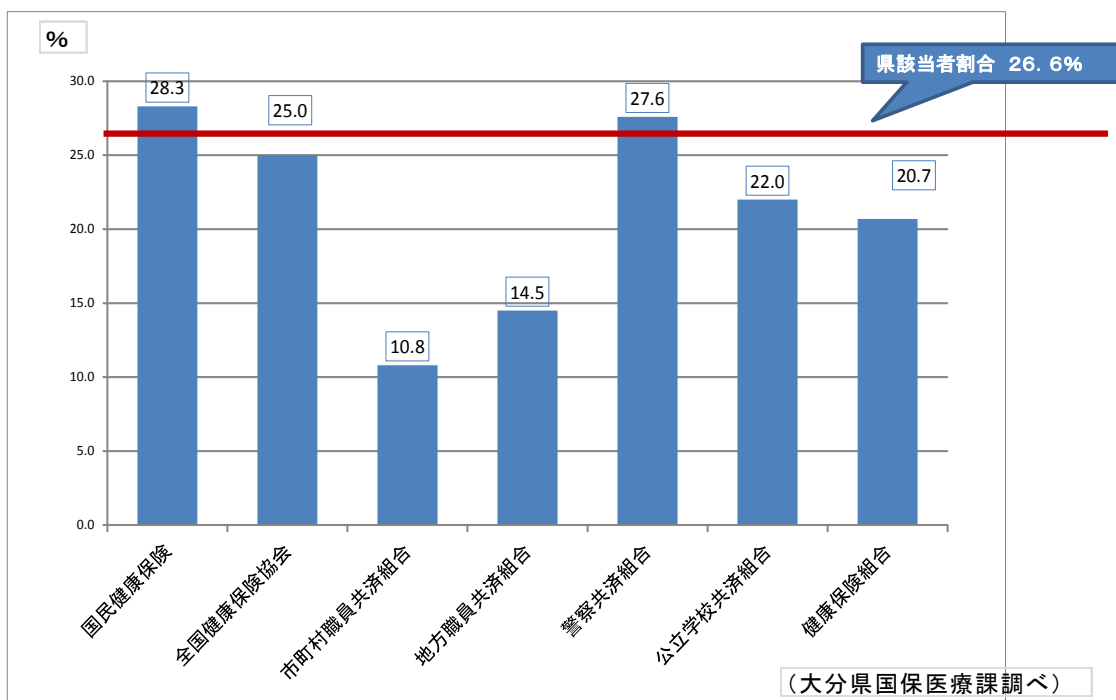
<保険者ごとの特定健診・特定保健指導実施率（平成27年度）>



(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況を保険者ごとに比較すると、国民健康保険（28.3%）と警察共済組合（27.6%）が県平均を上回っています。

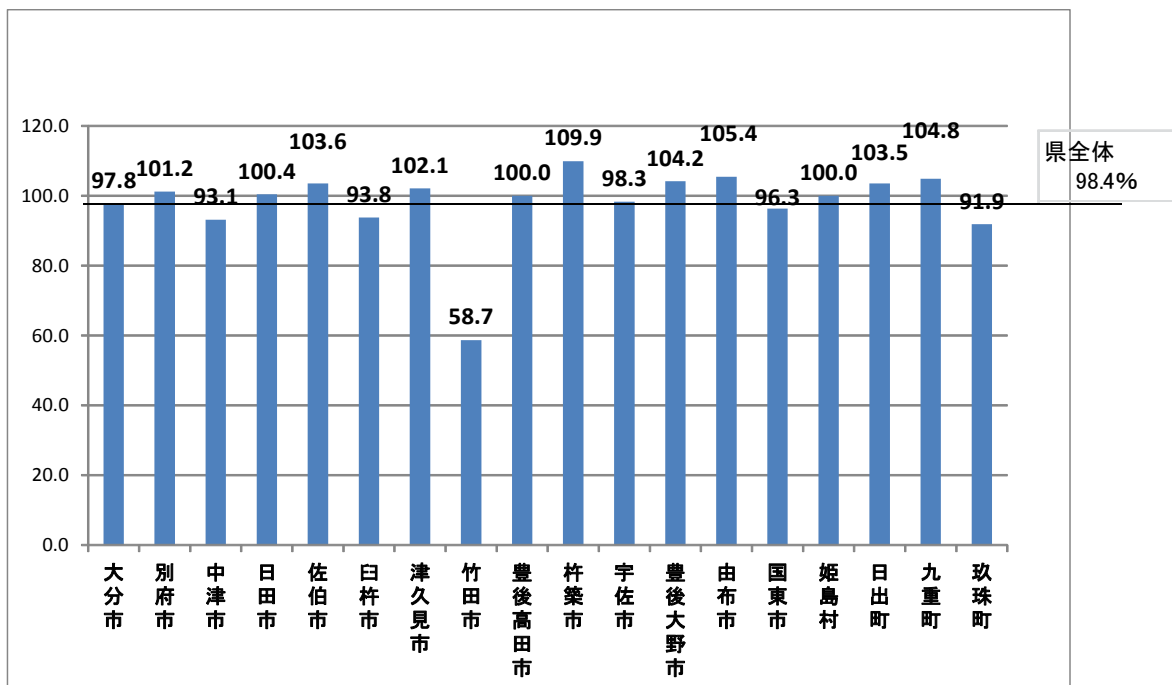
<県内のメタボリックシンドローム及び予備群該当率（平成27年度）>



(4) 定期予防接種の状況

予防接種法に規定する予防接種のうち、世界保健機関において接種率目標（95%以上）を掲げている麻しん、風しんは、第1期では県全体で98.4%と なっていますが、第2期では94.1%とわずかに目標を下回っています。

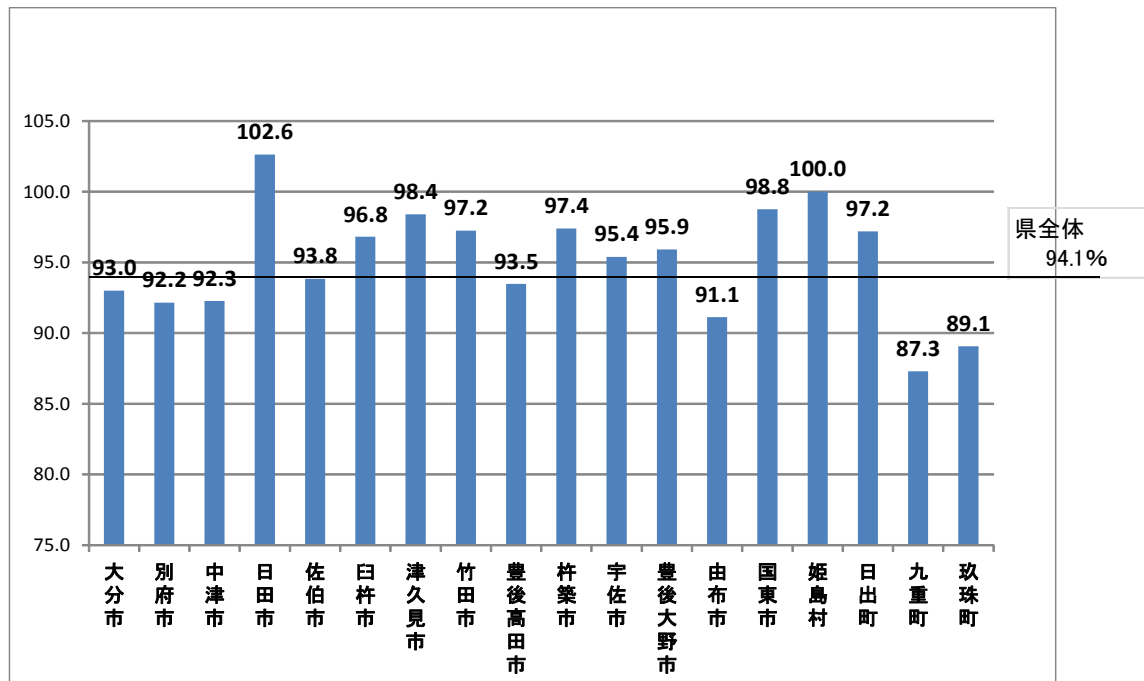
<MRワクチン（麻しん、風しん混合ワクチン）接種率[第1期]（平成28年度）>



(出典：厚生労働省調べ)

【第1期】接種率＝生後12月から生後24月までの間に接種した者÷平成28年10月1日現在の1歳児 9,111人

<MRワクチン（麻しん、風しん混合ワクチン）接種率[第2期]（平成28年度）>



(出典：厚生労働省調べ)

【第2期】接種率＝5歳以上7歳未満の者で該当期間に接種した者÷平成28年度中に6歳となった者 10,062人

(5) がん検診の受診状況

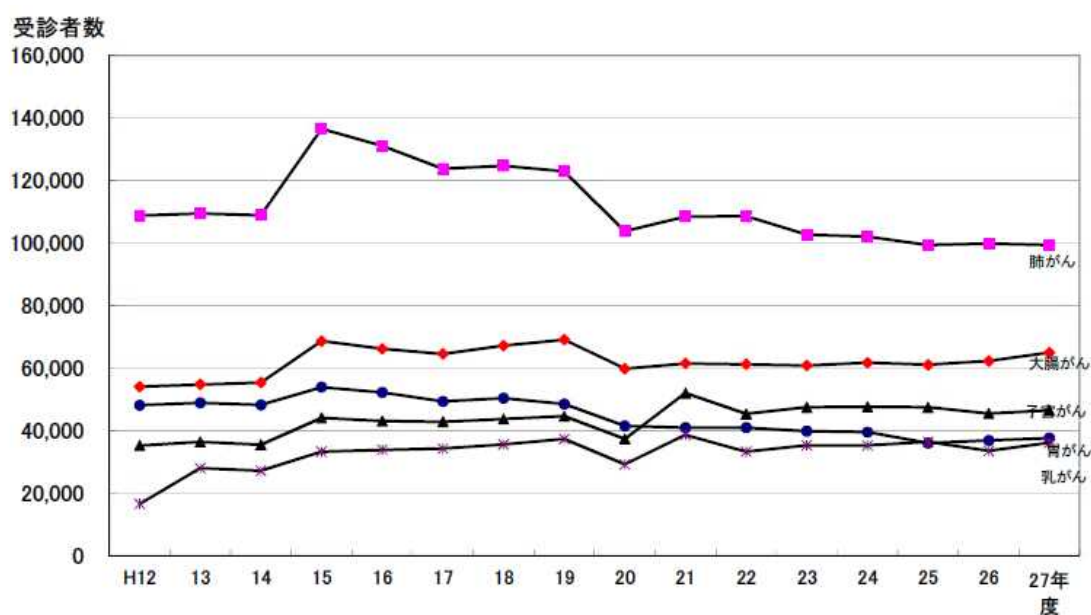
平成27年度の各種がん検診受診率は、肺がんを除きいずれも全国平均を下回っており、受診者数は、近年、横ばいの状況が続いています。

<市町村別がん検診受診率（平成27年度）>

	胃がん (%)	肺がん (%)	大腸がん (%)	乳がん (%)	子宮がん (%)
全 国	6.3	11.2	13.8	20.0	23.3
大分県	6.1	13.9	9.5	13.7	18.2
大分市	1.4	6.9	1.9	11.4	7.9
別府市	9.3	18.4	17.1	31.6	51.0
中津市	16.3	29.6	26.6	21.9	44.0
日田市	10.8	12.7	13.0	14.0	14.2
佐伯市	8.5	21.6	18.1	16.0	42.1
臼杵市	18.9	37.4	31.9	32.7	54.1
津久見市	10	26.7	19.0	5.8	28.8
竹田市	12.2	20.5	19.1	2.6	20.7
豊後高田市	8.5	19.8	13.7	8.3	17.4
杵築市	9.7	19.4	18.4	21.1	33.1
宇佐市	16	33.7	28.4	24.1	47.0
豊後大野市	8.9	16.1	12.4	6.7	25.0
由布市	6.2	55.7	24.5	1.7	30.4
国東市	10.5	24.3	14.9	12.3	25.2
姫島村	10.2	39.6	34.2	1.9	33.4
日出町	9.9	12.6	12.2	8.6	16.5
九重町	15.3	23.2	20.1	3.7	30.0
玖珠町	37	46.9	47.0	6.9	51.9

(平成27年度 地域保健・健康増進事業報告)

<がん検診受診者数の推移>

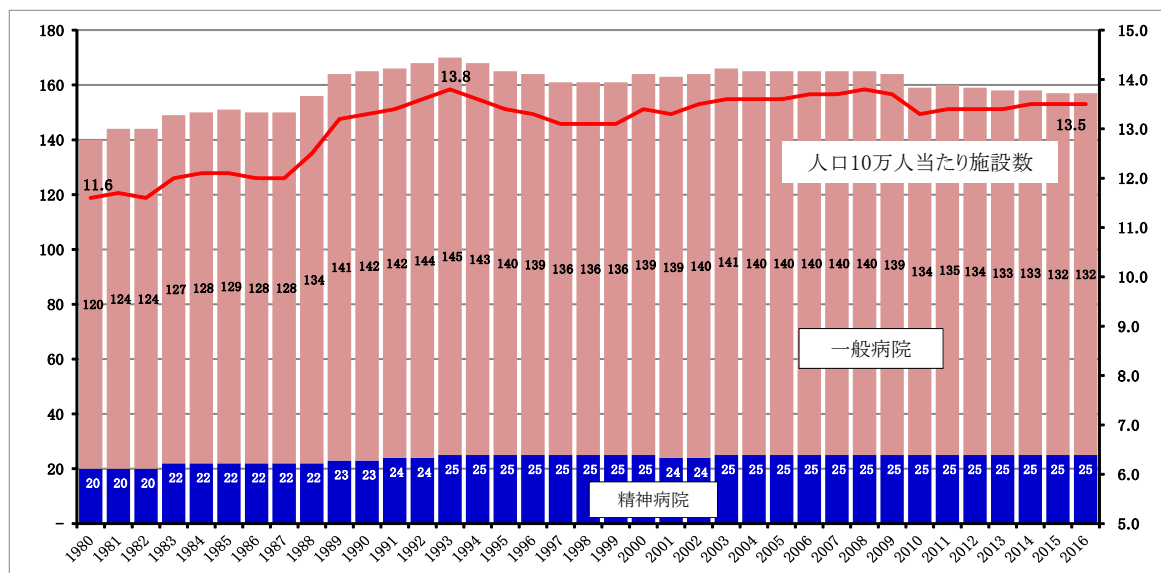


4 医療施設等の状況

(1) 医療施設数の推移

大分県の平成28年(2016)年の病院*1数は、157施設、うち一般病院は132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。

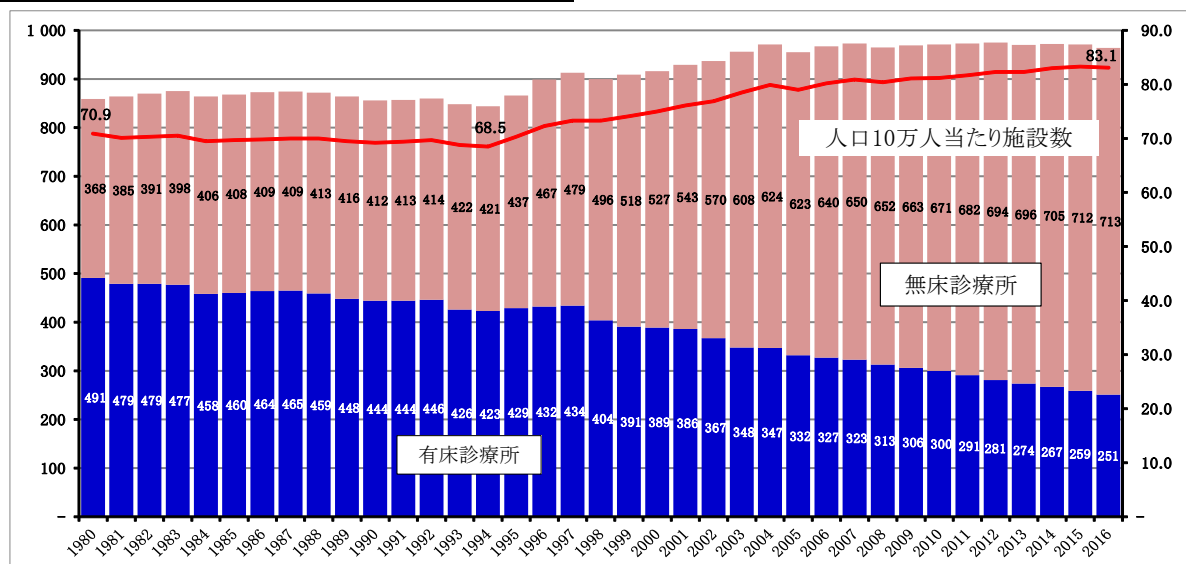
<人口10万人当たり一般病院数の推移>



(出典：医療施設調査 厚生労働省調べ)

また、平成28年(2016)年の一般診療所*2数は、964施設、うち有床診療所数は、251施設です。人口10万人当たりの診療所数は83.1で全国平均(80.0)をやや上回っています。

<人口10万人当たり診療所数の推移>



(出典：医療施設調査 厚生労働省調べ)

*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。

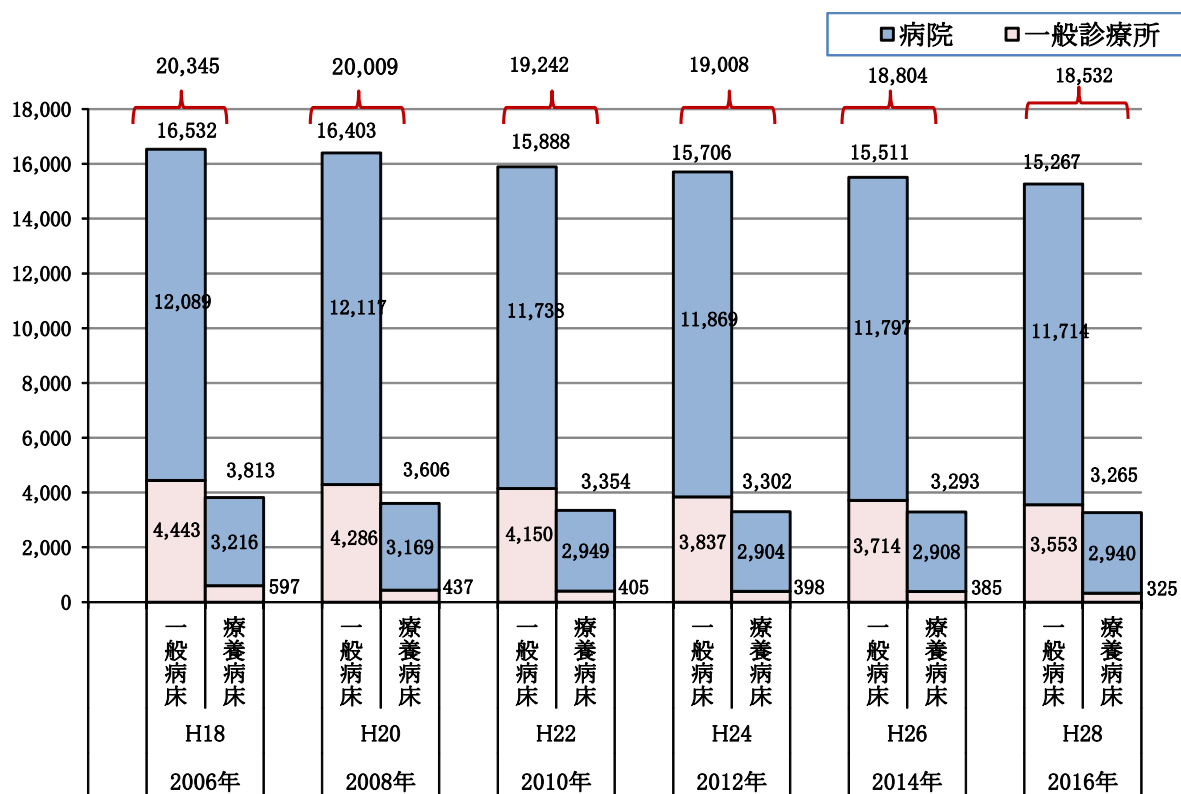
(2) 病床数の推移

大分県の平成28年(2016)年の一般病床^{*1}数の許可病床数は15,267床で、平成18年(2006)からの10年間で7.7%減少しています。

また、療養病床^{*2}は3,265床で、この10年間で14.4%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4.3%減少、一般診療所で18.7%、全体で8.9%減少しています。

<病床数の推移>



(出典：医療施設調査 厚生労働省調べ)

*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。

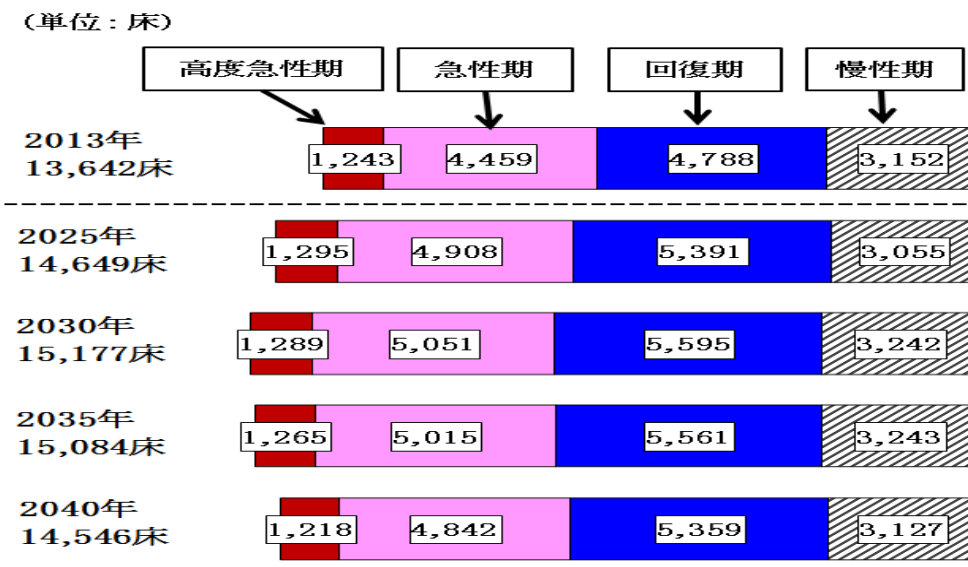
医療需要について、入院医療と在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日当たり約4,700人(約17%)の需要増となっています。

<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

県民の受診状況（10頁参照）県民医療費の状況をみると、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。入院は75歳頃を境に急激に上昇し、外来は65歳頃を境に上昇しています。外来に係る医療費の状況（12頁参照）をみると高血圧性疾患や高脂血症、糖尿病などの生活習慣病に係る医療費が上位を占めています。

生活習慣病の発症を予防することができれば、通院患者しな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、及び入院患者が必要となる県民も結果として減り、結果として医療費の抑制に繋がることとなります。

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）対策

①特定健康診査^{*1}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^{*3}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 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^{*1}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 10.3%】

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~~ 19.6%

【受動喫煙^{*2}の機会を有する者の割合の低下 50.0%】

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50%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> 60.3% ~~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。

*1 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 受動喫煙 非喫煙者が、自分の意思に関係なく、他人のたばこの煙を吸わされること。煙には、喫煙者が吸い込む「主流煙」と喫煙者がはき出す「呼出煙」とたばこの先端から立ち上げる「副流煙」がある。受動喫煙は、「副流煙」や「呼出煙」を吸い込むこと。「副流煙」には「主流煙」よりも高い濃度でニコチンや一酸化炭素など様々な有害物質が含まれており、受動喫煙による健康への影響については、肺がんや循環器系疾患等のリスクが上昇することや非喫煙妊婦でも低出生体重児の発生率が上昇するという報告もある。

⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進

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定期予防接種の促進

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^{*1}を受けられるよう、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

3 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^{*1}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）^{*2}: 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32年9月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・効能・効果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歳以上となる平成37年(2025)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26頁から28頁に再掲掲載しています。

(4) 在宅医療の推進

高齢化の進展や慢性疾患中心の疾病構造への変化により、長期にわたる療養や介護を必要とする高齢者が増加しており、「治す医療」から「治し、地域で支える医療」への転換が求められています。自宅などでの療養を望んでいる要介護高齢者や慢性疾患患者ができるだけ住み慣れた地域や家庭において日常生活を送ることができるよう在宅医療支援体制の充実が求められています。

さらに、認知症の増加、疾病や障がいを抱えながら自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年層の患者も増加しており、在宅医療のニーズは多様化しています。これらの在宅医療のニーズに対応するため、在宅医療圏を設定し提供体制を整備します。

現在、在宅医療としては、かかりつけ医による訪問診療や往診をはじめ、訪問歯科診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導などが行われていますが、一方、介護保険制度においても、在宅での療養・介護を支える訪問看護や訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導等の医療系サービスが行われています。平成29年7月10日現在、診療所188施設と病院25施設が、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届出を、病院2施設が在宅療養後方支援病院の届出をしています。

在宅医療提供体制の充実のためには、これらの医療機関だけでなく、より多くの医療機関において24時間体制での訪問診療や往診、訪問看護などを行う体制整備が求められています。

一方で、県内医療機関を対象に行った「平成28年度在宅医療実態調査(平成29年2月)」によると、診療所279施設、病院64施設で訪問診療や往診を行っており、届出の有無に関わらず、在宅医療に取り組んでいます。

また、地域によって、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導を行う薬局などの医療資源が偏在していることも課題となっているので、在宅医療を支える基盤の充実を目指します。

併せて、県民の在宅医療に対する理解促進目的とした普及啓発に取り組めます。

(5) 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37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。

(6) 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。

このため精神科デイケア等の入院外医療をの充実させ、早期の退院を目指すことにより、入院後1年時点の退院率の向上を目指します。夫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^{*1}から、下記取組による適正化効果額^{*2}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

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加えた額とします。

*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。

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ない。

*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

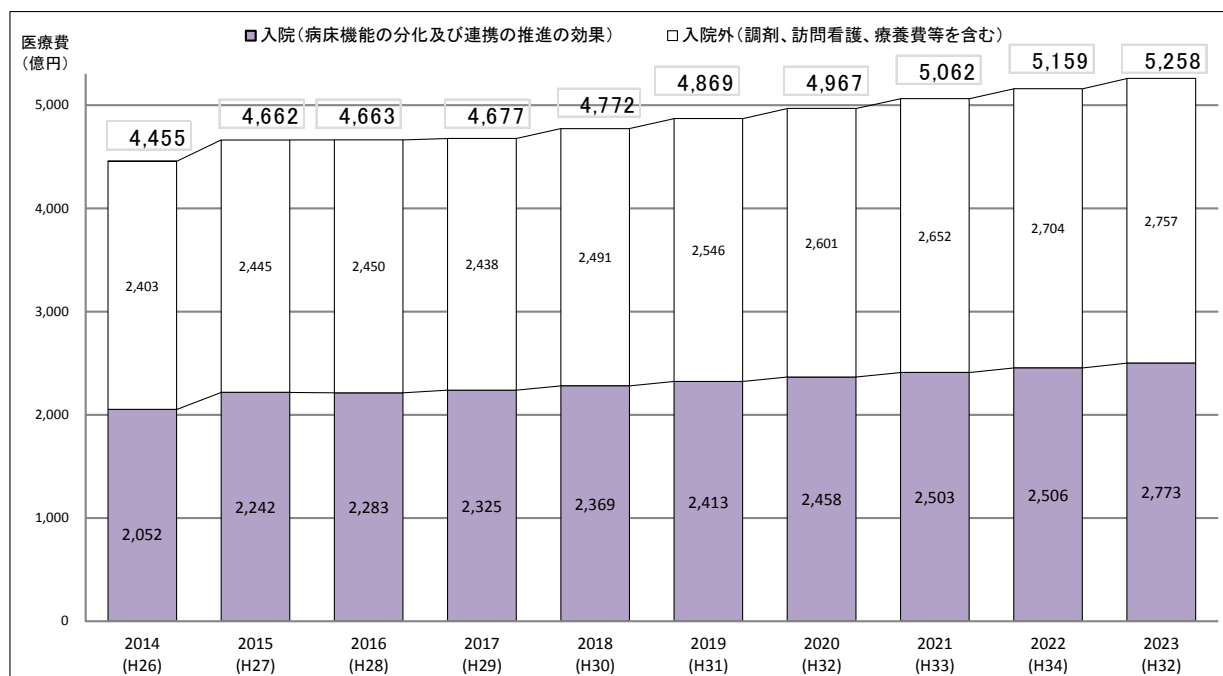
〔(平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等－平成25年10月時点で14種類の投薬を受ける65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等)×平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者数÷2〕×平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費の推計値

(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す。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(自然増を加味した医療費見込み(5,313億円)との差)と見込まれます。医療費の伸び率は、ほぼこれまでの一定の水準に推移する抑制されると見込まれます。

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ますが、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。

<医療費見込みの推移>



単位: 億円										
区分	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	4,455	4,662	4,663	4,677	4,772	4,869	4,967	5,062	5,159	5,258
入院(病床機能の分化及び連携の推進の効果)	2,052	2,217	2,213	2,239	2,281	2,323	2,366	2,410	2,455	2,501
入院外(調剤、訪問看護、療養費等を含む)	2,403	2,445	2,450	2,438	2,491	2,546	2,601	2,652	2,704	2,757
伸び率(対前年)	—	1.04	1.00	1.00	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02

注 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^{*1}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**特定健診等実施計画及びデータヘルス計画**（保健事業の実施計画）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評価支援

市町村が行うデータヘルス計画の評価に関する研修会を開催するとともに、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（協会けんぽ）大分支部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。

^{*1} 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 / 3 1）及び禁煙週間（5 / 3 1～6 / 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、保険者等とを連携して、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、たばこをやめたい方を対象に「禁煙外来（病院、診療所）」や「禁煙支援が受けられる薬局」、各保健所の禁煙相談等について情報提供を行います。

店内を完全分煙や禁煙にする健康応援団^{*1}（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、平成25年12月に施行した「大分県歯と口腔の健康づくり推進条例」に基づき8020運動^{*2}の普及啓発、歯科口腔保健の観点からの食育、喫煙による影響対策その他の生活習慣予防、幼児期及び学齢期におけるフッ化物洗口等科学的根拠に基づく虫歯予防対策などを推進します。

また、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、市町村が行う歯周病検診の実施を促進するとともに、歯科保健指導の歯科健診・保健指導の普及啓発に取り組みます。

さらに、要介護者における口腔ケアの充実やがん治療等周術期における口腔ケア等を普及させるため、医療・介護従事者への研修を実施します。

④子どもの頃からの健康づくりの推進

本県では、ほぼ全ての学齢期全てほとんど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。

生涯にわたる健康づくりの基盤を形成していくためには、食習慣、生活習慣、運動習慣を関連づけた指導が必要となります。なかでも、望ましい食習慣の形成や食に関する自己管理能力の育成が大事なことから、食育の中心的役割を担う栄養教諭を活用し、学校教育活動全体を通じた食育の推進を図ります。

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

*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 8020運動 8020（ハチマル ニイマル）運動。県民の歯と口腔の健康づくりについての関心と理解を深めるため、80歳になっても20本以上の自分の歯を保つことを目指した運動。

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^{*1}の円滑な実施に向けて、大分県糖尿病対策推進会議^{*2}等と連携し、指導プログラムの評価・改善やおおいた糖尿病相談医・糖尿病専門医・腎臓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。

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

県内市町村のがん検診実施情報をホームページ等で周知するとともに、がん登録や市町村のがん検診データをもとに、受診率向上を図ります。

また、がん検診を適切な方法で実施できるようにがん検診の精度管理向上を図ります。

~~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みます。~~

*1 糖尿病性腎症重傷化予防事業 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。

*2 大分県糖尿病対策推進会議 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。

(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。

健康寿命を延ばすための鍵は「減塩」、「野菜摂取」、「運動」です。

減塩対策を推進することで、高血圧の予防、さらには循環器疾患の予防につなげるよう「減塩マイナス3g」を目指します。

野菜には、ビタミンやミネラル・食物繊維が多く含まれています。ミネラルは、生体機能の維持・調整に不可欠で、特に、野菜に含まれるカリウムは、余分なナトリウム（塩分）を体外に排泄するのを手助けしてくれ、高血圧の予防にもなることから「野菜摂取350g」を目指します。

また、加齢による筋力の低下が、様々な運動器の障がい（ロコモティブシンドローム）を招く要因となることから「歩数プラス1500歩」をそれぞれ一日の目安とするスローガンを掲げ、取組を強化します。

今後、後期高齢者が急増する中で、後期高齢者の健康を守り自立を促進するためには、現役世代における肥満対策に重点をおいた生活習慣病対策から、特にフレイル、認知機能低下、筋肉や骨という運動機能低下、さらには低栄養や口腔機能低下と行った面（オーラルフレイル）での後期高齢者の特性に応じた対策がより重要となります。

② 無関心層を惹きつけるインセンティブの創出

健康づくり活動に対してポイントが付与されるスマートホンスマホ用の健康アプリ「おおいた歩得（あるとっく）」を運用し、働き盛り世代の健康への関心を高めるとともに、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。



歩いた分だけ、お得に、健康に！

健康アプリ「おおいた歩得」は、日常のウォーキングや健診などによって健康ポイントが付与され、ポイントが貯まると大分県内の協賛店舗にて特典が受けられるアプリです。

無理せず楽しみながら生活習慣の改善につながる環境づくりをし、県民の皆さまの健康寿命の延伸を目的としています。



～ 健康寿命日本一おおいた県民運動 ～

疾病や障がいの有無や程度に関わらず、全ての県民が生涯を通じて心身ともに健やか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」の実現を図るためには、健康寿命を延伸し、生活の質の向上を図ることが重要です。

健康寿命を延伸するためには、メタボリックシンドロームの予防及び改善並びに禁煙による健康被害の防止をはじめとして、県民自らが生活習慣病の発症予防と重症化予防のための取組を実践するとともに、地域社会全体で県民の健康を守り、支えるための環境づくりを進めることが必要であり、地域社会の構成員各々の役割を果たしつつ、連携しながら、県民主導型の健康づくり運動を県民運動として展開することが求められています。

大分県では、県民の健康寿命を延伸し、健康寿命日本一の大分県を目指す「健康寿命日本一おおいた県民運動」を推進するため、平成29年3月に「健康寿命日本一おおいた県民運動推進条例」が施行されました。

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^{*1}において、後発医薬品に関する情報収集・共有を図り、医療関係者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剤師・薬局薬局・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、かかりつけ薬剤師・薬局薬局・薬剤師、健康サポート薬局^{*2}が実施するお薬手帳や残薬バッグの活用、在宅訪問指導等による多剤併用・重複投薬の是正、適正な薬物治療の実施服薬の適正化に向けた取組を支援します。

また、身近に相談できる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、地域医療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。

地域医療構想調整会議では、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～患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるよう、安心使用促進に係る環境整備等に関する検討を行うために設置された関係団体及び受療者代表者で構成する組織。

*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) 在宅医療の推進

①提供体制の確立

在宅医療の体制を構築する在宅医療圏は、(ア)患者の住み慣れた地域のかかりつけ医、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院などが提供主体となること、(イ)患者を支援する受け皿としての地域包括支援センターと密接な関連を有すること、(ウ)市町村主体による在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）の取組により、地域における在宅医療・介護連携体制の整備が進められていることから、市町村単位の18医療圏とし、多様化する在宅医療のニーズの対応に努めます。

しかしながら、現在、在宅療養支援診療所（病院）や訪問看護ステーションなど、在宅医療に必要な医療資源が十分でない地域もあることから、引き続き、郡市医師会等と連携し、医療と介護の提供体制の整備に向けた取組を行います。

②幅広い人材の確保・育成

医療と介護の連携に係る幅広い人材の確保・育成を図るため、医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリテーション関係職種や医療ソーシャルワーカー、栄養士等による多職種研修等を実施します。

③かかりつけ医の普及・定着

がん、脳卒中、心血管疾患などの医療連携体制を構築する中で、在宅医療支援の中心的な役割を担うかかりつけ医の普及・定着を促進するとともに、かかりつけ医と急性期や回復期、維持期の医療機関との連携を強化し、在宅医療支援体制の充実を図ります。

④基盤の充実

回復期病床の整備や訪問看護ステーションの新設・サテライト化などを進め、在宅医療を支える基盤の充実に努めます。

⑤退院支援、日常の療養支援等

在宅患者が住み慣れた地域で最期まで安心した生活を継続できるような体制の実現には、患者や家族、地域での考え方も重要です。このため、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなどについて、県民の理解促進のため、普及啓発に努めます。

⑥「入退院時情報共有ルール」の策定

入退院時における医療機関とケアマネージャー間の情報の引継ぎを行い、入院時から在宅生活を視野に入れた支援を行うことで、退院後の状態安定と介護予防を効果的に進めるため、「入退院時情報共有ルール」を平成28年度までに全保健所（医療圏）で策定しました。**引き続き**ルールの運用、定着に努めます。

⑦医療・介護関係者の連携促進

市町村が主体となって進める地域包括ケアシステムの構築を加速するため、医師が参加する地域ケア会議の開催や多職種間の理解促進に向けた情報共有等の支援、医療・介護関係者の連携促進などの取組を進めます。

⑧訪問看護体制の強化

訪問看護推進協議会を設置し、訪問看護の実態等に関する調査、訪問看護師の養成、退院調整に関わる看護師や社会福祉士の研修を実施する等、訪問看護体制の強化を図ります。

また、需要増加が見込まれる在宅医療分野での看護師を確保するため、プラチナナース（退職後の看護師）の再就業を促進します。

⑨口腔ケア等に係る人材育成

口腔ケアや摂食・嚥下障害対策の充実を図るため、歯科医師、歯科衛生士等の研修を実施するなど、人材育成に努めます。

⑩「かかりつけ薬局」の育成

在宅医療を推進するため、訪問薬剤指導を行うなど患者等に信頼される「かかりつけ薬局」の育成に努めるとともに、チーム医療に参画する高度な知識・技能を有するがん専門薬剤師等を養成するなど、薬剤師の業務の多様化・高度化に対応するため、多様な研修を実施し、薬剤師の資質向上を図ります。

また、医療機関・薬局及び在宅における麻薬の管理が適正に行われるよう、監視・取締り及び指導を強化します。

⑪薬剤師の資質向上

県薬剤師会と協力し薬剤師による在宅等での薬物治療を支援する在宅訪問業務を推進するため、在宅医療専門研修会を実施し、薬剤師の資質向上を図ります。

また、患者や介護職員等へ薬に関する基本的な使い方など、適正な薬物療法について説明し、薬や健康食品等の相談を受け付けるお薬健康相談会を身近に薬局がない地域を中心に実施します。

これらの事業を通して、薬剤師や地域包括ケアに係わる他の職種と顔の見える関係を構築し、地域医療の推進に寄与することに努めます。

⑫地域における多職種連携の促進等

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並びに在宅療養支援のマネジメント機能強化に向けた支援を行います。

また、保健所には保健・医療の専門職を配置していることから、その機能を生かし、各在宅医療圏の保健・医療分野に関する研修等を行います。

(5) 地域包括ケアシステムの構築の推進

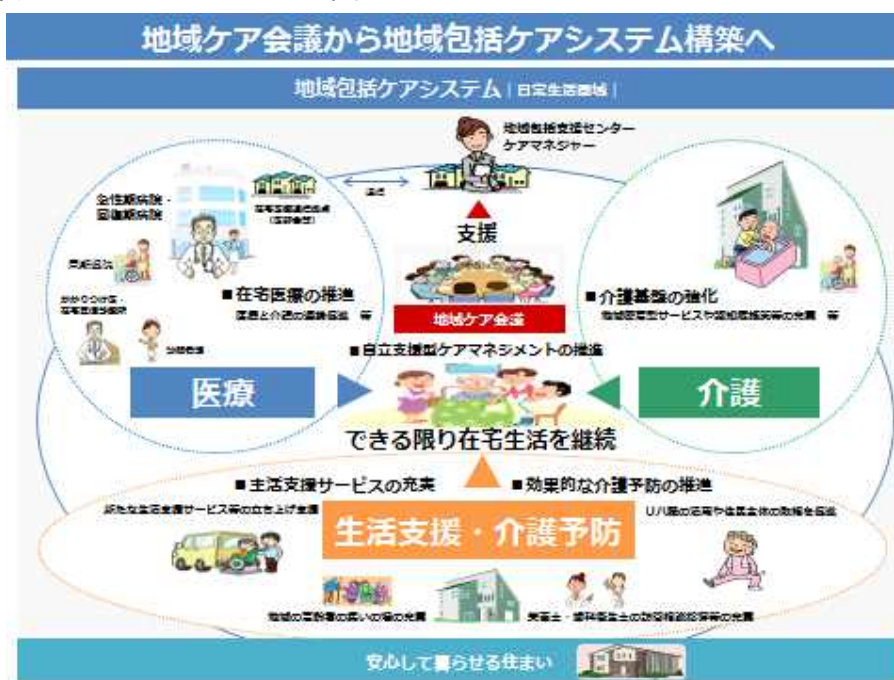
地域包括ケアシステムを構築するため市町村や関係機関とも連携し、移動支援など高齢者の生活支援ニーズに応えるための多様な主体によるサービス提供体制の充実や高齢者が安心・安全に暮らせる良質な住まいの確保、要介護高齢者等を在宅で支えるための医療・介護の連携を推進します。

また、地域ケア会議の充実と事業所や県民の理解促進などによる自立支援型ケアマネジメントを推進するため地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、学生達に対する職場体験や就職説明会の開催など大分大学等関係機関と連携した介護人材の確保・育成のほか、介護福祉機器、介護ロボット等の導入やICTを活用した業務の効率化などによる介護職の負担軽減や雇用環境の改善を図ります。

併せて、高齢者等が安心して住み慣れた自宅や地域で暮らしていただけるため、要介護高齢者等を支える介護サービスの基盤整備、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の一体的提供（看護小規模多機能型居宅介護）など医療を必要とする要介護高齢者等へのサービス提供体制の充実、自立支援型サービスを実践する介護サービス事業所の育成など介護サービスの充実を図ります。

こうした取組のほか、認知症施策を推進するため、県民が認知症について正しく理解するための普及啓発や地域で見守り支援する体制づくり、認知症を早期に発見し状況に応じた適切なケアが行える医療提供体制を整備するとともに、認知症サポーターの養成と見守り支援ネットワークの構築、医療・介護従事者向けの研修の実施や大分オレンジドクターの養成による医療・介護の連携体制の強化を図ります。

<地域包括ケアシステムイメージ図>



(6) 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地域生活に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等に対し、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等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等に対し、研修や助言等を行い、保険者機能の充実強化を図ります。

併せて、診療報酬適正化協議会等を通じ、九州厚生局大分事務所、大分県国健康保険団体連合会、社会保険診療報酬支払基金大分支部とも連携し、診療報酬の適正化に取り組みます。

(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

九州厚生局大分事務所と共同で実施する新規指定の保険医療機関等を対象とした新規集団指導、診療報酬改定時に全保険医療機関を対象とした更新時集団指導等を通じて、保険医療機関及び保険医に対し、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及び医療の効率的な提供の推進に関する目標の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を通じて、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もと、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

県は、計画の推進に関し、目標達成に向けて主体的な取組を行うほか、平成30年度からは、市町村とともに国民健康保険の保険者となることから、保険者機能を発揮することが求められます。

平成30年度から本格導入される保険者努力支援制度^{*1}に係る交付金は、市町村が行う特定健康診査・特定保健指導や、糖尿病の重症化予防、後発医薬品の普及促進等の取組により評価・算定されることから、市町村国保の医療費適正化の取組が進むようさらなる支援に取り組めます。

また、計画の策定及び推進等を目的とし、学識経験者、医療・保健サービス関係者、福祉サービス関係者、受診者代表、行政関係者・保険者代表からなる医療費適正化推進協議会（51頁参照）を設置しており、この協議会で様々なご意見をいただきながら取組を進めていきます。

併せて、県民の健康増進や医療費適正化の推進については、これまで保険者協議会において、市町村などの保険者、関係者等が連携し、県も参画のうえ、取組を進めてきたところですが、今後は、県が保険者協議会で中核的な役割を担い、これらの取組を進めていきます。

(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。

具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査や特定保健指導の実施など加入者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、データヘルス計画（第2期）に基づく事業や医療関係者等と連携した生活習慣病の重症化予防や健康相談、医療費通知、健康教育・普及啓発など、各保険者等の実情に応じて推進していく役割を担います。

また、後発医薬品の使用促進のため自己負担差額通知を行うほか、加入者の健康づくりに対する意識を広く普及する健康マイレージ等の整備、適正受診・適正服薬を促す取組なども推進します。

(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ことが求められます。

保険者等が実施する特定健康診査の未受診者対策や生活習慣病の重症化予防等の保健事業を実施する際に連携して取り組むほか、病床機能の分化及び連携を進

^{*1} 保険者努力支援制度～医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を通じて保険者機能の役割を發揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標（後発医薬品使用割合・収納率等）に基づき、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し交付金を交付することで、国民健康保険の財政基盤を強化する制度。平成30年度から本格導入。

めるにあたっては、医療機関相互の協議により、地域の実情に応じた自主的な取組を進めていくことが求められます。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めること及び医薬品の処方医とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携のもと、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組を行うことも求められます。

(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。

このため、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ことが求められます。

大分県医療費適正化推進協議会設置要綱

(設置目的)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律第9条に規定する都道府県医療費適正化計画（以下「計画」という。）の策定及び推進に関し研究協議するため、大分県医療費適正化推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について研究協議する。

- (1) 計画の策定及び推進に関すること
- (2) その他計画の策定及び推進に関して必要な事項

(組織)

第3条 協議会は、委員20人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 医療・保健サービス関係者
- (3) 福祉サービス関係者
- (4) 受診者代表
- (5) 行政関係者・保険者代表

3 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、欠員が生じた場合における後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 協議会に会長及び副会長を置く。

5 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

(会長及び副会長の職務)

第4条 会長は会議を招集し、会議の議長となる。

2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は欠けたときは、その職務を代行する。

(意見の聴取)

第5条 協議会は、必要があると認めるときは、関係者に出席を求めて意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 協議会の庶務は、福祉保健部国保医療課が処理する。

(補則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年6月7日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月3日から施行する。