

奈良県医療費適正化計画



平成 25 年 7 月
奈良 県

第1章 計画作成にあたって

1. 基本的事項及び計画の推進	1
2. 計画の位置づけ	1
(1) 計画の性格	
(2) (仮称)「なら健康長寿基本計画」及び他の計画との一体的な推進	
3. 計画に掲げる事項	2
4. 計画の期間	2
5. 計画の作成及び推進のための体制の整備	2
(1) 保険者(市町村を含む。)その他の関係者との連携と協力	
(2) 県民意見の反映	
(3) 計画の周知	
(4) 計画の進行管理	
6. 計画の評価	3
(1) 進捗状況の評価	
(2) 実績の評価	

第2章 県民生活と健康

1. 医療費の動向からみた本県の状況	4
(1) 全国及び本県の医療費	
(2) 後期高齢者医療制度及び市町村国民健康保険の医療費	
(3) 県内市町村の後期高齢者医療制度及び国民健康保険の医療費	
2. 健康指標からみた本県の状況	9
(1) 平均寿命	
(2) 健康寿命	
(3) 県民の介護費	
3. 県民の健康行動	12
(1) 県民の栄養・食生活	
(2) 県民の運動習慣	
(3) 市町村国民健康保険が実施する特定健康診査の受診率	
(4) がん検診の受診率	
4. 高齢化の進展と高齢者の生活	16
(1) 高齢化の現状と今後	
(2) 高齢者の就業状況	
(3) 死亡の場所	
5. 医療・介護サービスの提供	23
(1) 医療提供施設・介護保険施設の状況	
(2) 病院の平均在院日数の状況	
(3) 在宅医療の実施状況	
(4) 要介護・要支援認定者数	
(5) 後発医薬品の普及状況	

6. 山添村の取組	-----	28
-----------	-------	----

第3章 達成目標と計画期間における医療に要する費用の見通し

1. 目標設定の趣旨	-----	30
2. 達成目標	-----	31
(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標		
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標		
3. 計画期間における医療に要する費用の見通し	-----	33
(1) 県民医療費の将来推計		
(2) 医療費適正化の取組による効果額の試算例		

第4章 医療費適正化に向けた施策

1. 施策の実施に向けての基本的考え方	-----	34
2. 施策の方向性と具体的展開例	-----	35
(1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)		
(2) 保険者の取組及び保険者のネットワークによる支援		
(3) 地域・学校でのネットワークによる支援		
(4) 医療・介護機関等のネットワークによる支援		
(5) 健康づくりの環境整備		

第1章 計画作成にあたって

1. 基本的事項及び計画の推進

急速な高齢化の進展による医療需要の増大に伴い、質の高い医療の提供と医療費負担の調和が大きな課題となっています。

このような中、奈良県では、様々な実証データに基づく本県の保健・医療・介護・福祉を取り巻く現状と課題を踏まえ、今後の県民の健康長寿対策のあり方について検討を行ってきました。

検討の過程では、1人当たりの医療費が少ない「山添村」において、長年行われてきた「健康づくり」の取組に着目し、それらを参考にした取組を県内全域で実施・展開することにより、県民の健康長寿意識の高揚を図り、その結果として、医療費負担の軽減を目指すことが可能ではないかと考えました。

そして、実施にあたっては、保健・医療・介護・福祉分野の限られた人的・物的資源のもと、県民、市町村、保険者、企業、医療福祉従事者などの関係者・関係機関が、地域に根ざしたネットワークを構築することにより、地域の健康課題に取り組んでいくことが必要と考えています。

この計画は、今後、県、市町村を始めとして、県民、保険者、企業、学校、医療・福祉機関などが一体となって進めることとしています。これにより、本県独自の「健康長寿文化」が醸成されることを目的とし、この目的の達成を通じて、結果として医療費の適正化が図られることを目指します。

また、平成25年度には、県民の健康長寿を目的として策定している保健、医療、福祉、介護などの分野別計画の横断的な上位計画として(仮称)「なら健康長寿基本計画」を策定し、これらの関連計画を総合的、統一的に進めることとし、この計画も関連計画の一つとして位置づけています。

2. 計画の位置づけ

(1) 計画の性格

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づく、「都道府県医療費適正化計画」として作成するものです。

(2) (仮称)「なら健康長寿基本計画」及び他の計画との一体的な推進

この計画は、県民の健康長寿に向けた施策を推進するための基本計画である(仮称)「なら健康長寿基本計画」の下、関連する次の6つの計画と一体的に推進します。

- 保健医療計画、高齢者福祉計画及び介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、スポーツ推進計画、食育推進計画、歯と口腔の健康づくり計画

3. 計画に掲げる事項

この計画では、法に基づき、以下に掲げる事項を基本として作成します。

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するために保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五 県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- 六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 七 計画の達成状況の評価に関する事項

4. 計画の期間

この計画の期間は、法に基づき、平成25年度から平成29年度までの5年間とします。

ただし、上位計画である(仮称)「なら健康長寿基本計画」が平成25年度から平成34年度までの10年間の計画であることから、平成30年度から平成34年度までの次期計画期間での継続を念頭において取組を実施します。

5. 計画の作成及び推進のための体制との整備

(1) 保険者(市町村を含む。)その他の関係者との連携と協力

県が計画の作成又は変更をしようとするときは、県は、法に基づく関係市町村への事前協議を行うほか、保険者その他の関係者との調整を行います。

(2) 県民意見の反映

この計画は、「県の施策に関する基本的な計画策定及び重要な変更」に当たることから、県は、「奈良県パブリックコメント手続に関する指針(平成14年4月1日施行)」に基づき、広く県民の意見を募集し、計画に反映させます。

(3) 計画の周知

計画の作成又は変更をしたときは、県は「県民だより」や「県のホームページ」など、広く県民が知ることができる媒体により、分かりやすく周知を行います。

(4) 計画の進行管理

計画の実効性を高めるため、県は、定期的に、計画作成(Plan)、実施(Do)、点検・評価(Check)及び見直し・改善(Action)といった一連のマネジメント・サイクルに従い、進行管理を行います。

6. 計画の評価

(1) 進捗状況の評価

県は、計画の中間年度に当たる平成27年度に計画の進捗状況に関する中間評価を行い、その結果を公表します。また、中間評価を踏まえ、必要に応じて達成すべき目標の設定、目標を達成するために取り組むべき施策の内容について見直しを行い、計画の変更を行います。

(2) 実績の評価

県は、計画期間終了の翌年度に当たる平成30年度に計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行い、その結果を公表します。

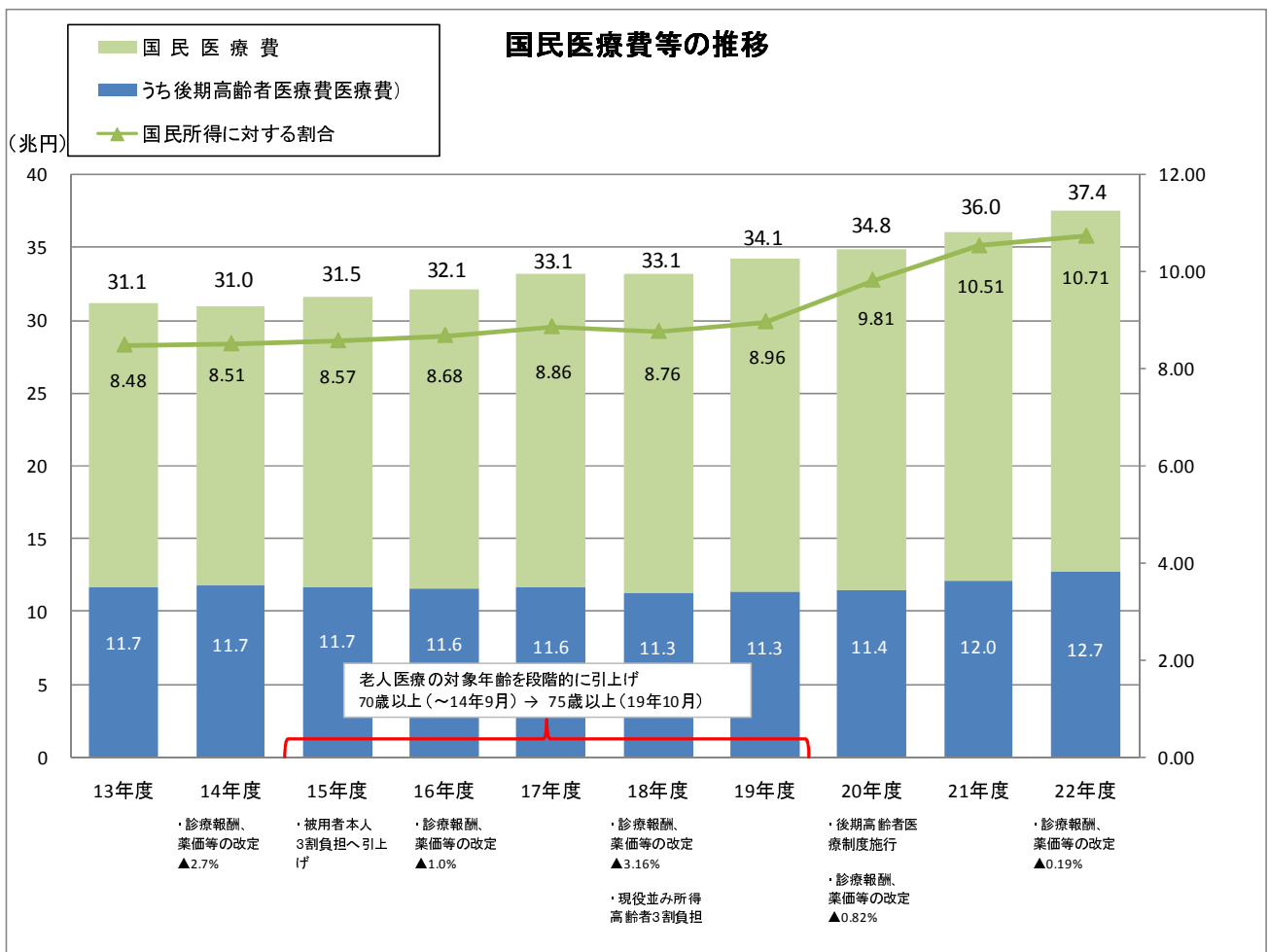
第2章 県民生活と健康

1. 医療費の動向からみた本県の状況

(1) 全国及び本県の医療費

全国の医療に要した額を示す国民医療費は、人口の高齢化や医療技術の高度化などの要因により毎年増加し、平成 22 年度で 37 兆 4,202 億円となっています。

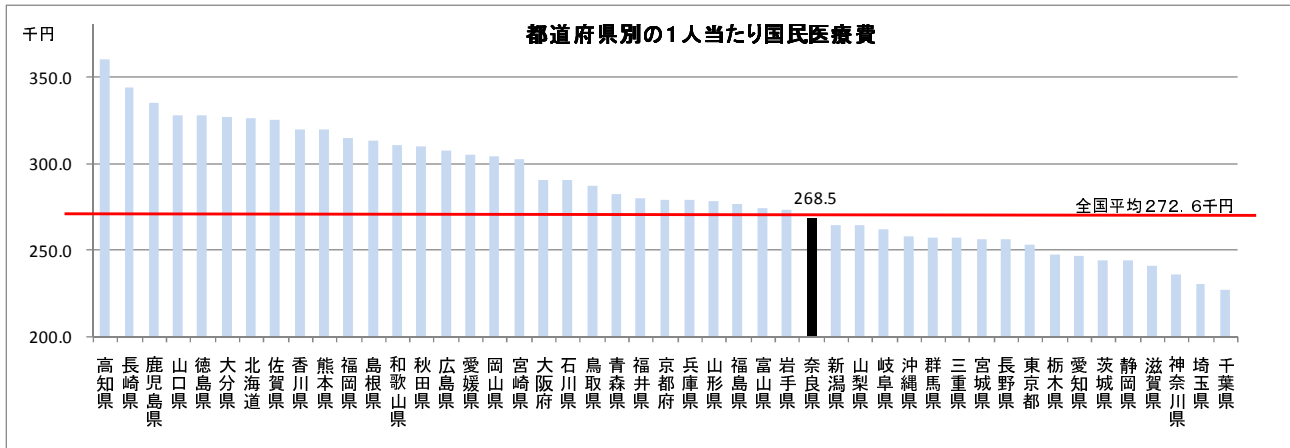
そのうち、後期高齢者医療費は、平成 22 年度で 12 兆 7,213 億円であり、国民医療費の 34.0% を占めています。



出典：平成 22 年度国民医療費の概況、平成 22 年度後期高齢者医療事業年報

本県の平成 20 年度の県民医療費は 3,770 億円となっており、県民1人当たりの医療費(医療にかかっていない人も含めた年間平均医療費)は 26 万 8 千円で、全国平均の 27 万 2 千円をやや下回っています。

[全国]



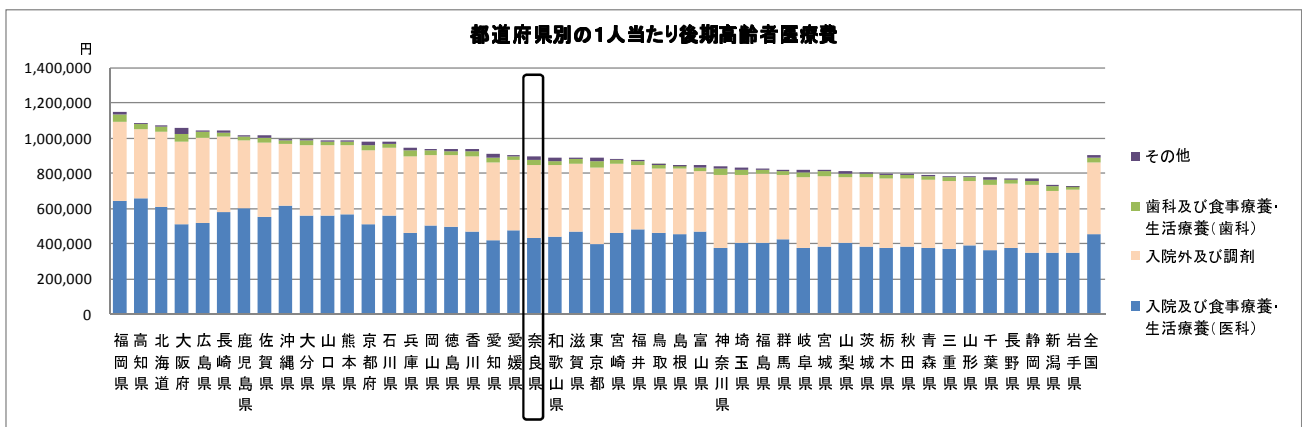
出典：平成 20 年度国民医療費

(2) 後期高齢者医療制度及び市町村国民健康保険の医療費

[後期高齢者医療制度]

平成 22 年度の後期高齢者医療制度の1人当たり医療費(医療にかかっていない人も含めた年間平均医療費)は 89 万 4 千円で、全国平均の 90 万 4 千円よりやや低くなっています。入院、入院外(外来)、歯科などの診療種類別の内訳をみると、入院医療費がやや低く(43 万 7 千円、全国 45 万 5 千円)、入院外(外来)及び調剤がやや高い(41 万 2 千円、全国 40 万 7 千円)傾向があります。

[全国]

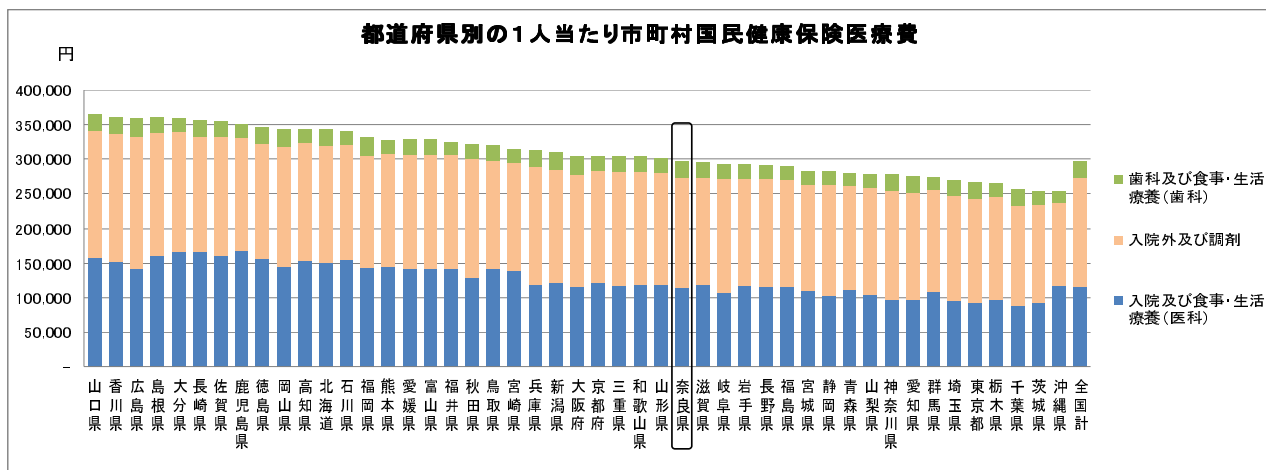


出典：平成 22 年度後期高齢者医療事業状況報告書

[市町村国民健康保険]

平成 22 年度の市町村国民健康保険の1人当たり医療費(医療にかかっていない者も含めた年間平均医療費)は 29 万 8 千円で全国平均の 29 万 7 千円とほぼ同じです。入院、入院外(外来)、歯科などの診療種類別の内訳をみると、入院医療費がやや低く(11 万 5 千円、全国 11 万 6 千円)、入院外(外来)及び調剤の1人当たり医療費がやや高い(18 万 3 千円、全国 18 万 1 千円)傾向があります。

[全国]

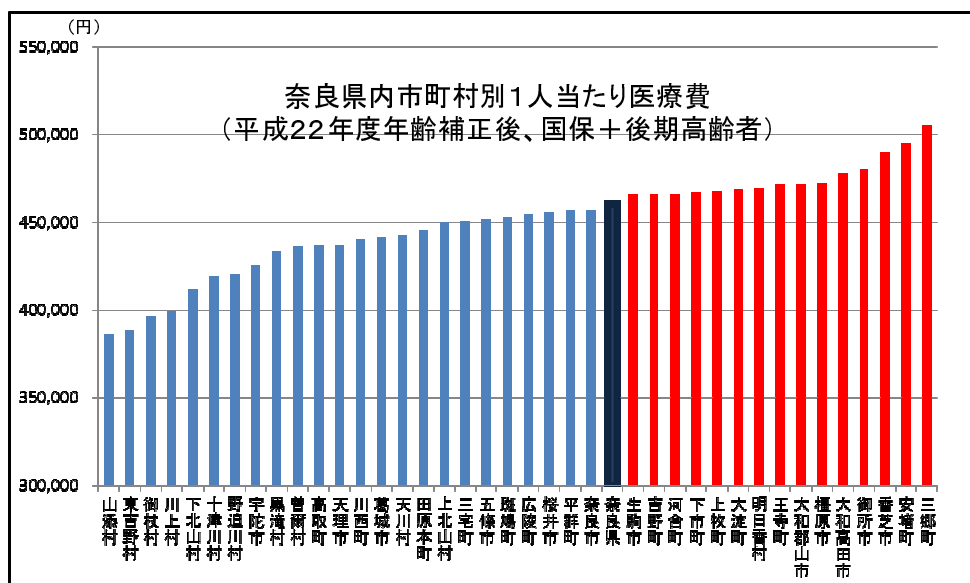


出典：平成 22 年度医療給付実態調査

(3) 県内市町村の後期高齢者医療制度及び国民健康保険の医療費

[1人当たり医療費の状況]

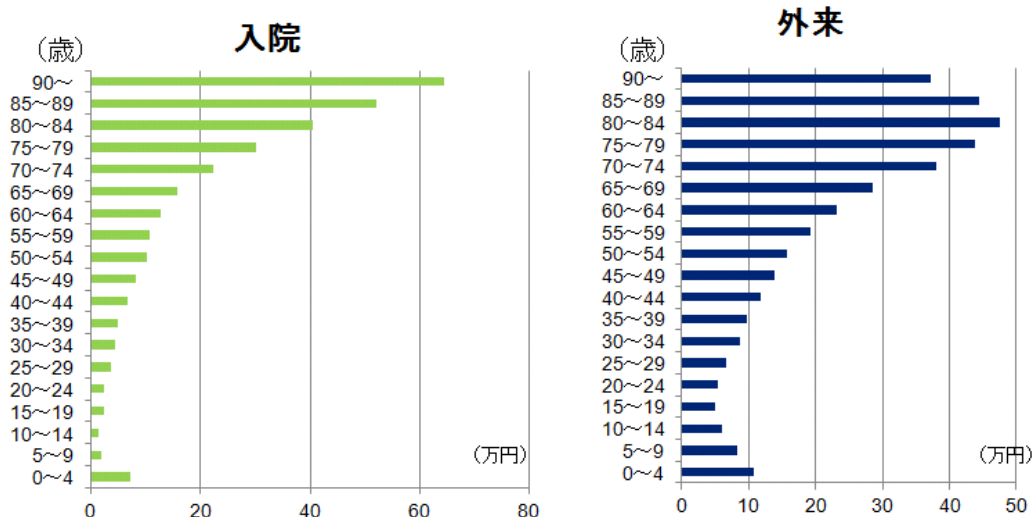
平成 22 年度の後期高齢者医療制度及び市町村国民健康保険の1人当たり医療費について、各市町村での被保険者の年齢構成が同一となるように補正してみると、山間部の市町村では県平均額 460,365 円よりも低くなっているところが多くなっています。



出典：奈良県 平成 22 年度の医療費分析

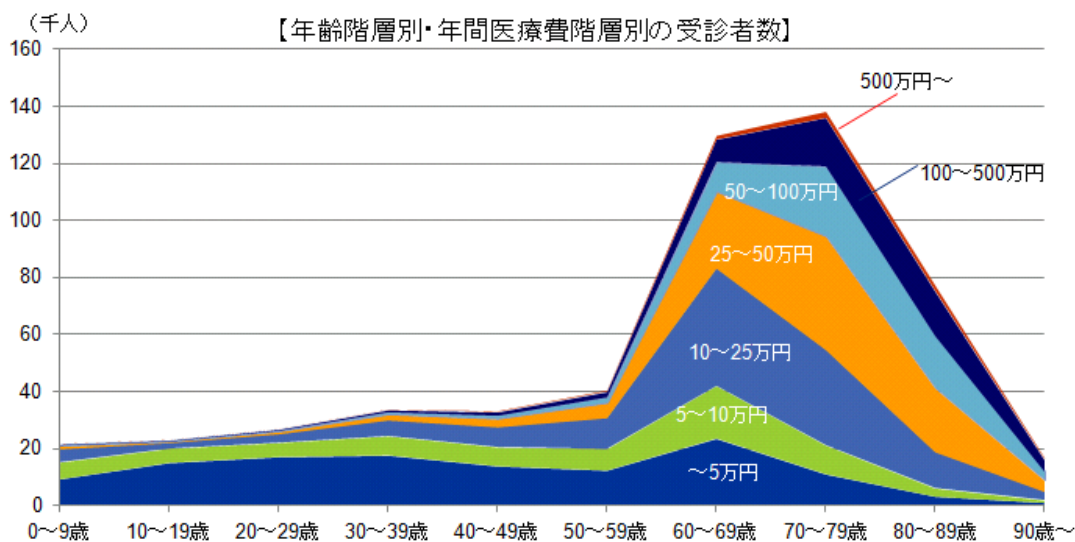
[年齢階層別の医療費の状況]

平成23年度の1年間のレセプトにより年齢階層別の1人当たり医療費をみると、加齢に伴って入院、外来ともに増加していますが、特に入院医療費が著しく増加しています。



出典：奈良県 平成23年度の医療費分析

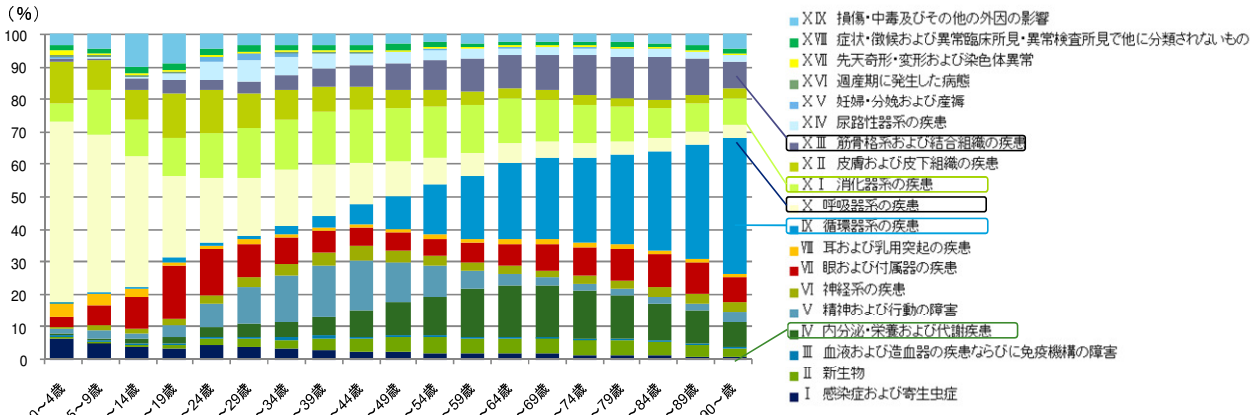
受診者の年間医療費をみると、50歳代までは概ね10万円未満の人が多くなっていますが、60歳代以上になると10~50万円の人が急増し、50万円を超える人も増加しています。



出典：奈良県 平成23年度の医療費分析

平成 23 年度の 1 年間のレセプトの割合を年齢別・疾病別にみると、10 歳代までは、呼吸器系や消化器系の疾患が多く、壮年期から高齢期にかけて、循環器系の疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、及び筋骨格系及び結合組織の疾患などが多くなっています。

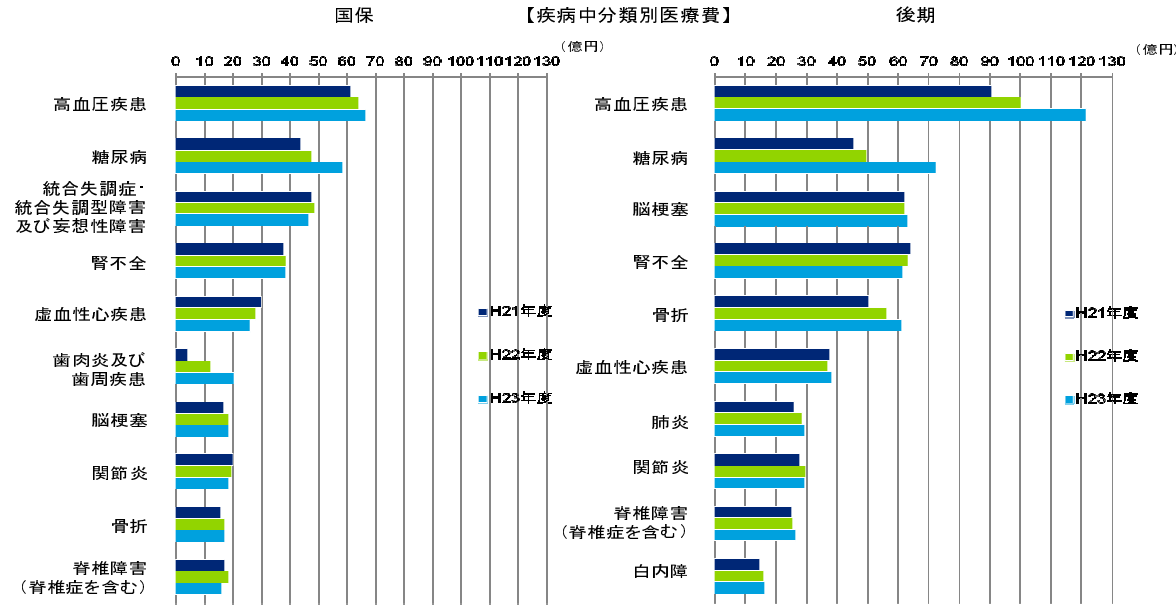
【疾病大分類別のレセプト件数の構成割合】



出典：奈良県 平成 23 年度の医療費分析

国民健康保険と後期高齢者医療制度に区別して総医療費の高い 10 疾病（疾病 119 分類）をみると、いずれも高血圧疾患、糖尿病、腎不全、虚血性心疾患などの生活習慣病が上位を占めています。なお、国民健康保険では統合失調症、後期高齢者医療制度では骨折なども多くなっています。

【疾病中分類別の医療費上位 10 疾病（国保・後期別）】



出典：奈良県 平成 23 年度の医療費分析

◆ 疾病の分類

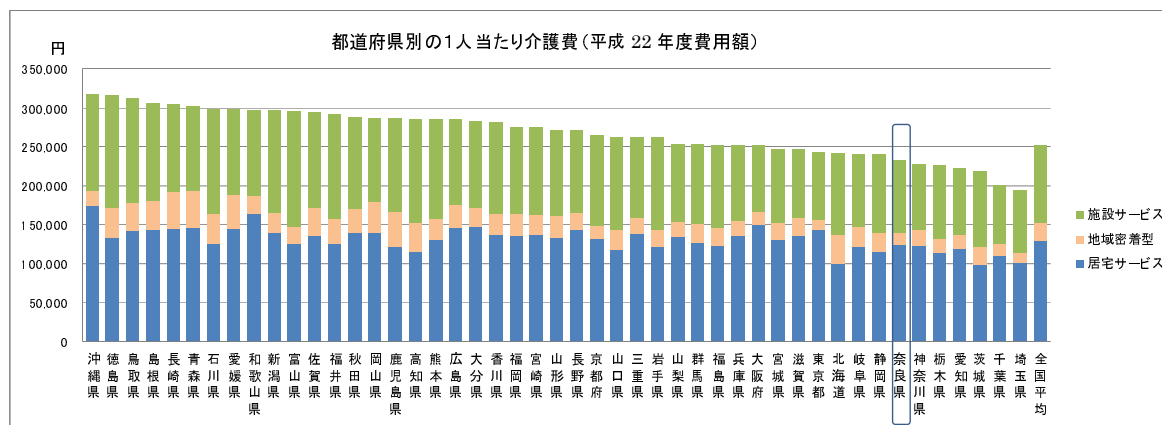
循環器系の疾患	高血圧	筋骨格系及び結合組織の疾患	関節症
	脳梗塞		脊椎障害
	虚血性心疾患		肺炎、[かぜ]
内分泌・栄養及び代謝疾患	糖尿病	呼吸器系の疾患	がん
泌尿路生殖器系の疾患	腎不全	損傷・中毒及びその他の外因影響	骨折

(3) 県民の介護費

平成 22 年度の県民の介護費(※)は 775 億円(居宅サービス 415 億円、地域密着型サービス 51 億円、施設サービス 309 億円)となっています(65 歳以上者の費用額。特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費を含まない)。1 人当たりの平均介護費(介護サービスを受けていない者も含めた年間平均介護費)は 23 万 2 千円であり、全国平均の 25 万 3 千円を下回っています。全国順位は、介護費の高い方から 41 番目となっています。

(※)介護費とは、利用者負担額を含めた介護に要する費用のこと。

[全国]

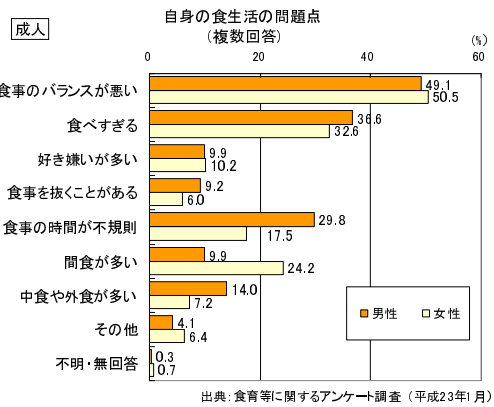
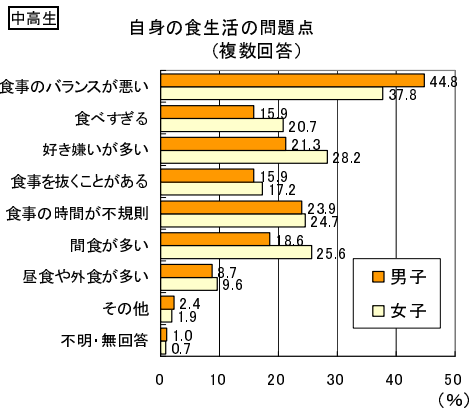
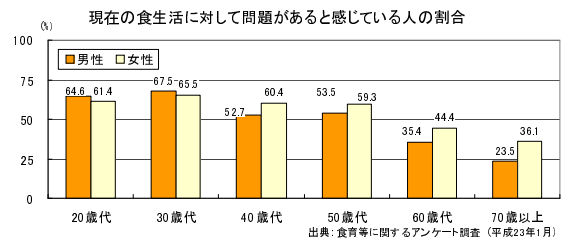
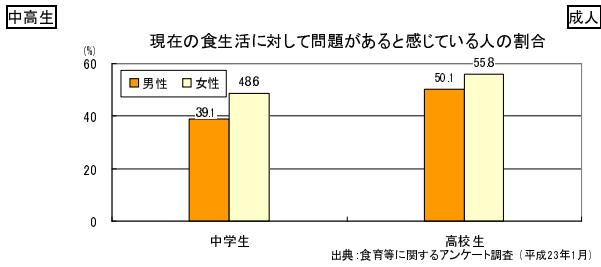


出典:平成 22 年度介護保険事業状況報告調査

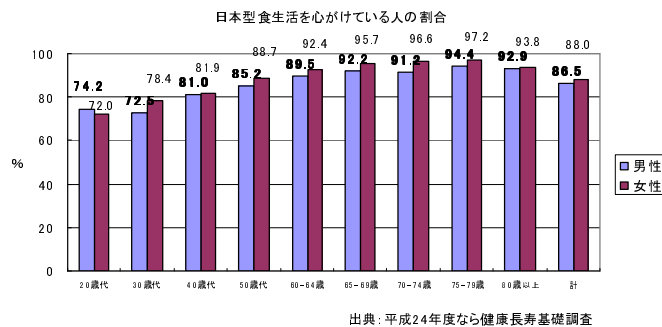
3. 県民の健康行動

(1) 県民の栄養・食生活

自分の食生活について、中学生の4割程度、高校生の5割程度が問題がある(「多少問題がある」、「問題がある」と回答)と思っており、20歳代から50歳代までは半数以上の人がある問題があると思っています。食事のバランスが悪いことが両方に共通しており、成人では食べすぎることや食事の時間が不規則になっていることも理由として多く掲げられています。

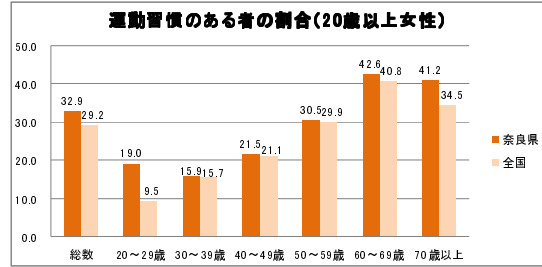
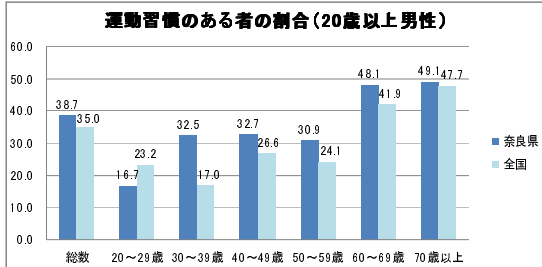


日本型食生活とは、主食、主菜、副菜で構成される、バランスの取れた食習慣のことであり、日本の長寿にも良い影響を与えているとして、国際的にも評価されつつあります。日本型食生活を心がけている県民の割合は、男性86.5%、女性88.0%(20歳以上、平成24年)ですが、男性や若年者が少なくなっています。

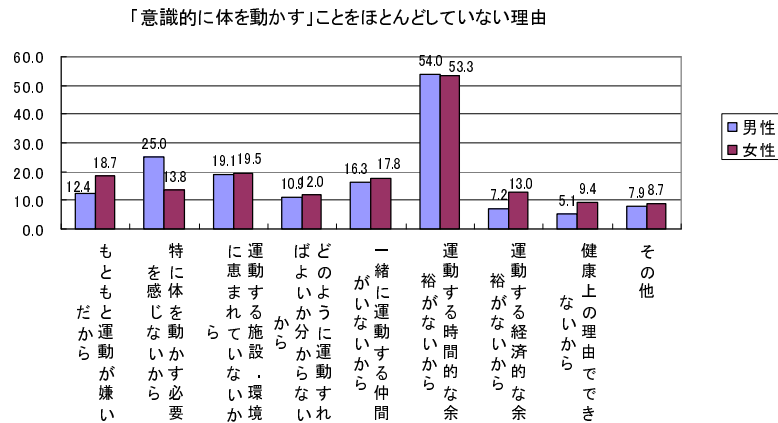


(2) 県民の運動習慣

運動習慣のある人(1日30分の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している20歳以上の)の割合は、男性では38.7%(全国35.0%)、女性では32.9%(全国29.2%)となっています。



出典:平成23年度県民健康・栄養調査、平成23年度国民健康・栄養調査

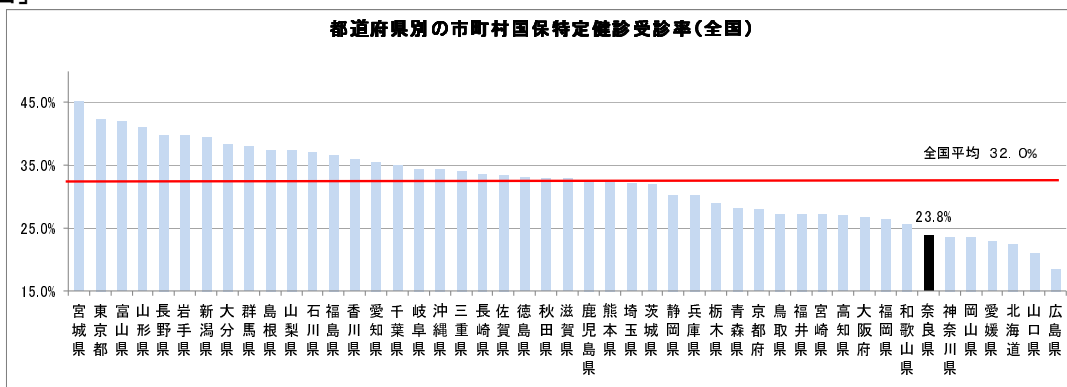


出典:平成16年度県民健康生活調査

(3) 市町村国民健康保険が実施する特定健康診査の受診率

平成22年度の市町村国保が実施した特定健康診査の本県の受診率は、23.8%(全国32.0%)であり、全国順位では、受診率の高い方から41番目となっています。

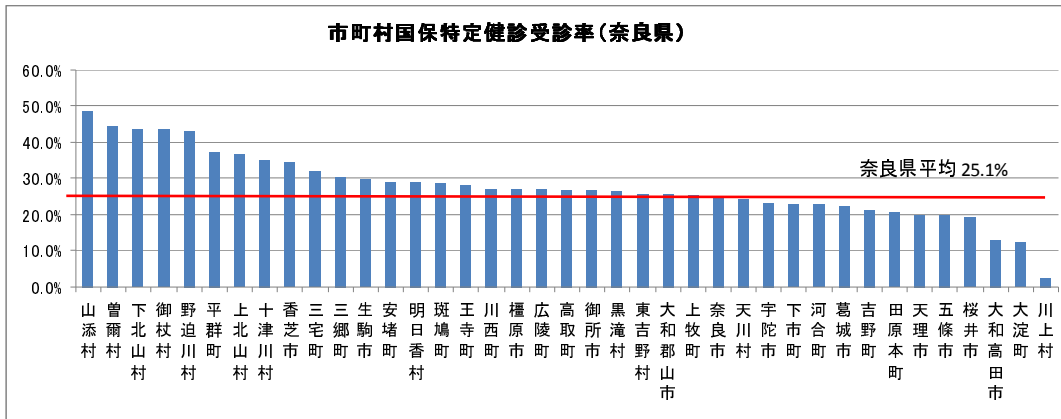
[全国]



出典:レセプト情報・特定健康診査等データベース(厚生労働省保険局)

平成 23 年度の特定健康診査の受診率を県内市町村別にみると、市町村により差が大きい状況となっています。

[県内市町村]

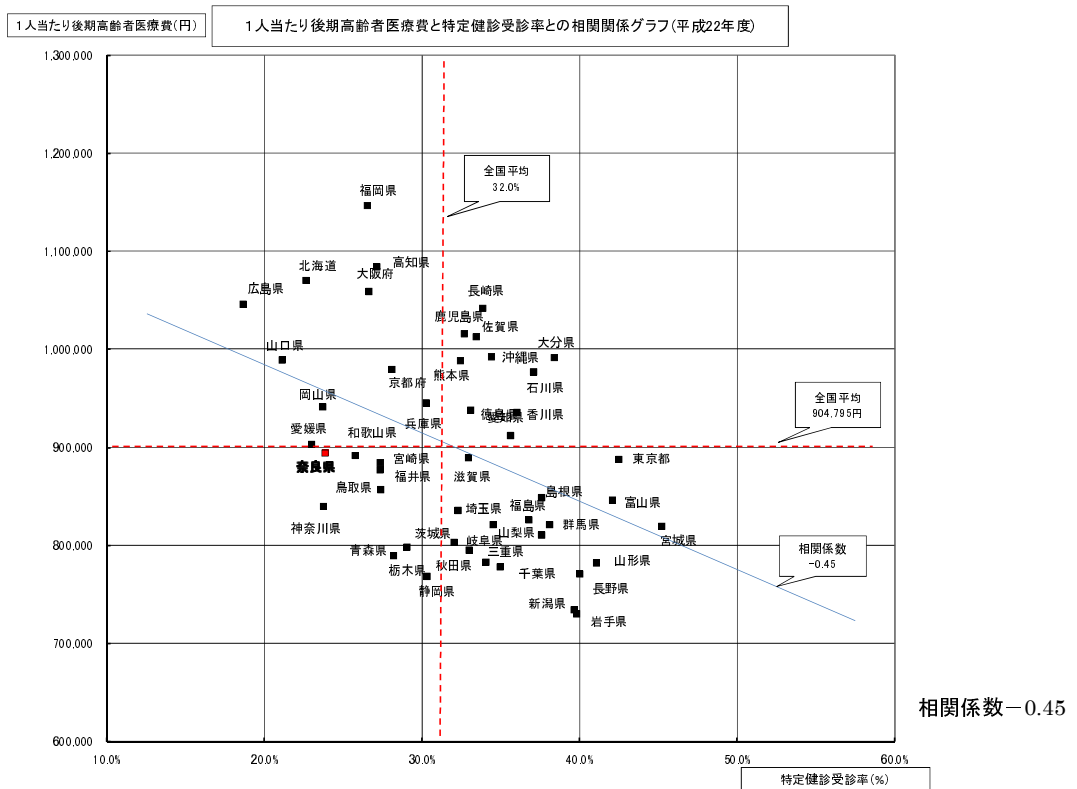


出典：平成 23 年度特定健診法定報告（奈良県国民健康保険団体連合会）

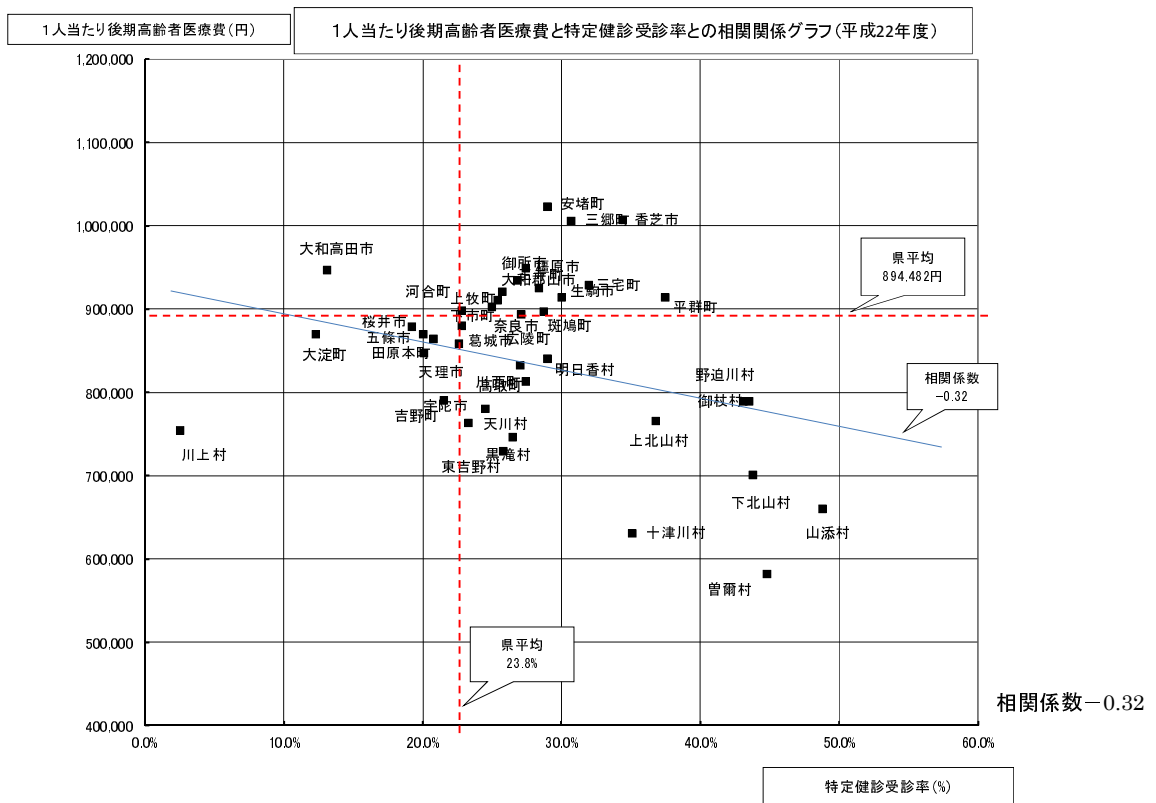
※平成 23 年9月の台風 12 号の影響により、受診率が低くなった市町村があります。

特定健康診査の受診率の高い地域は、後期高齢者医療制度の1人当たり医療費が低い傾向がみられます。

[都道府県別特定健診受診率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]

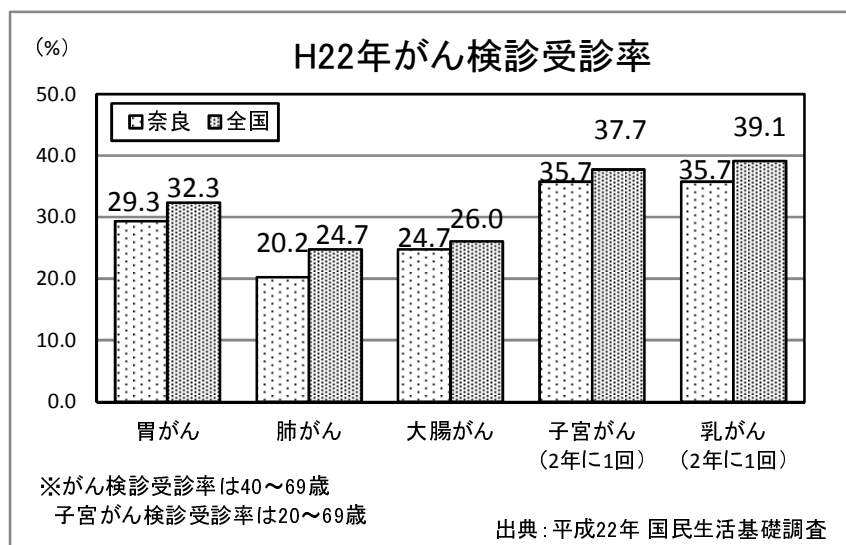


[県内市町村別特定健診受診率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]



(4) がん検診の受診率

平成 22 年度のがん検診の本県の受診率は、5種類(胃、肺、大腸、子宮、乳)のいずれについても全国平均を下回っています。



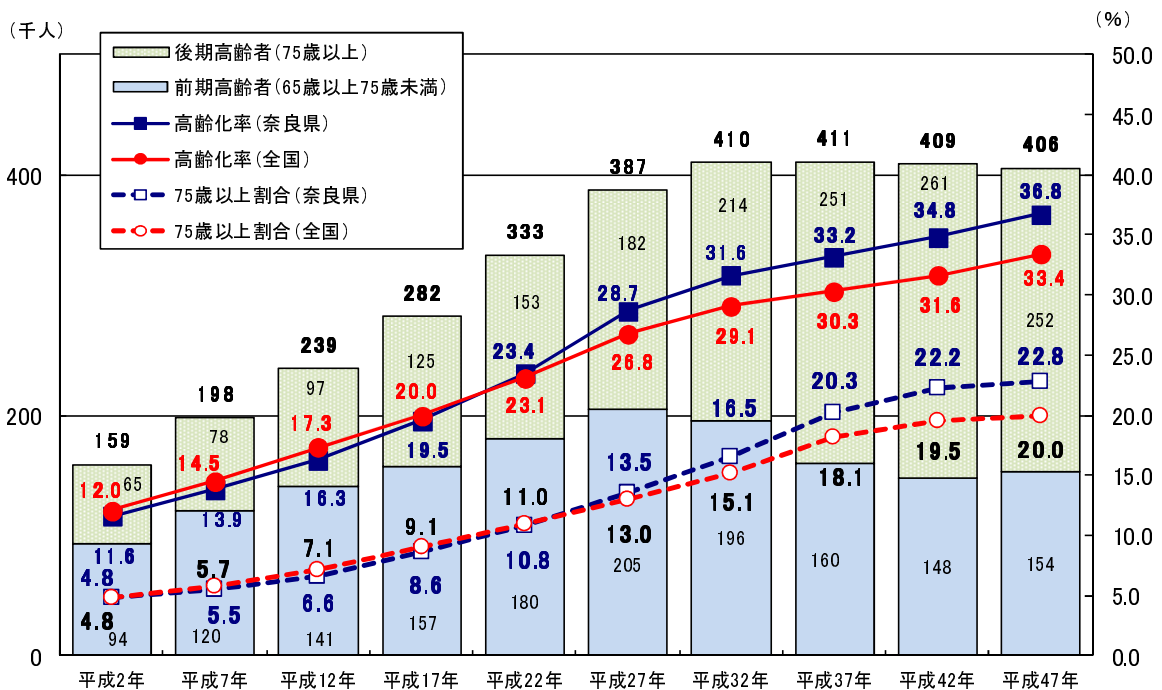
4. 高齢化の進展と高齢者の生活

(1) 高齢化の現状と今後

本県の人口に占める65歳以上の高齢者の割合(高齢化率)は、平成22年でみると、県民人口が減少し続ける一方で、高齢者が年々増加しているため、23.4%(約4人に1人の割合)となっています。今後、平成47年には36.8%(約3人に1人の割合)となり、全国に比べても急速に高齢化が進むと予想されています。

また、75歳以上の高齢者の割合も、平成22年には10.8%でしたが、平成47年には2倍超の22.8%になることが予想されています。

[県の高齢化の推移と将来推計]



出典：平成2年、平成7年…国勢調査

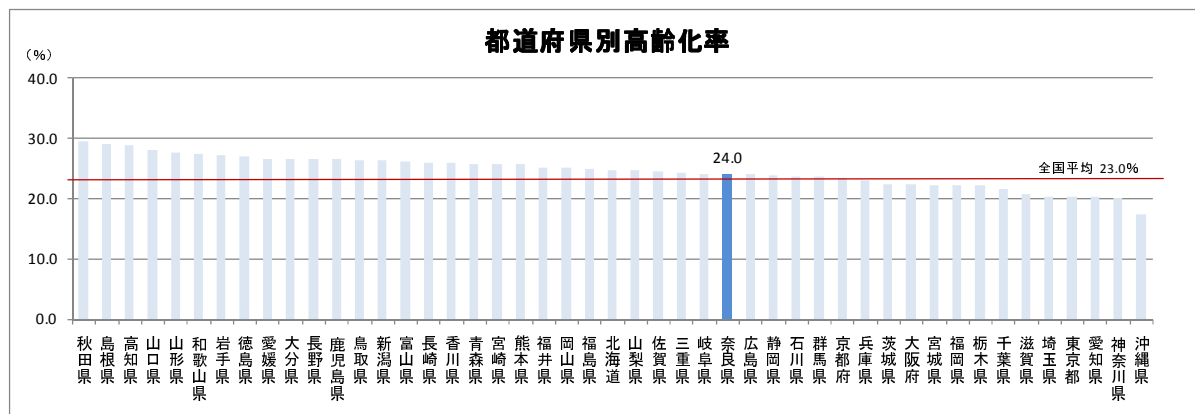
平成12年、平成17年、平成22年…奈良県は、10月1日の住民基本台帳及び外国人登録に基づく人口
全国は、国勢調査

平成27年以降…奈良県は、国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』(平成19年5月推計)
全国は、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成24年1月推計)

国立社会保障・人口問題研究所が平成 25 年 3 月に推計したところによると、本県の 65 歳以上の高齢者の割合(高齢化率)は、平成 22 年は全国順位では高い方から29番目でしたが、平成 37 年には全国順位24番目になると予想されています。

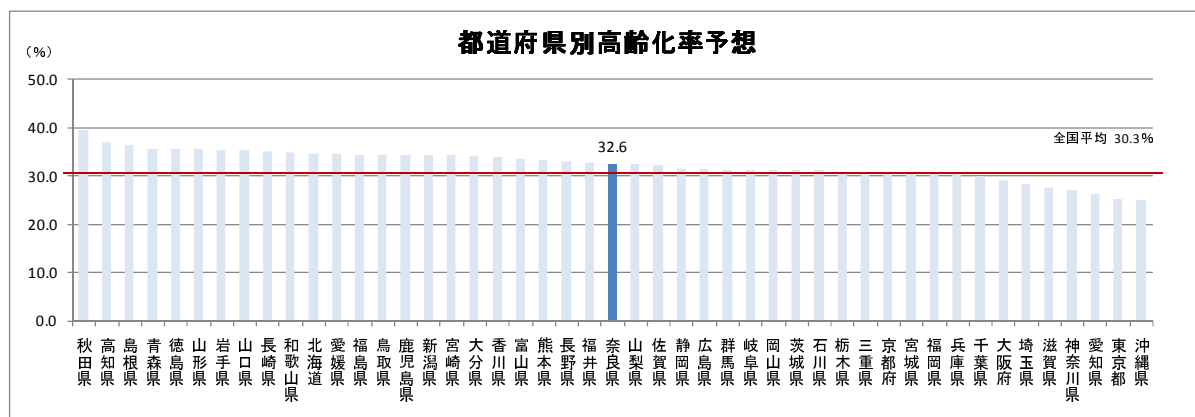
[全国]

<平成22年>



出典: 国立社会保障・人口問題研究所(平成 25(2013)3 月推計)

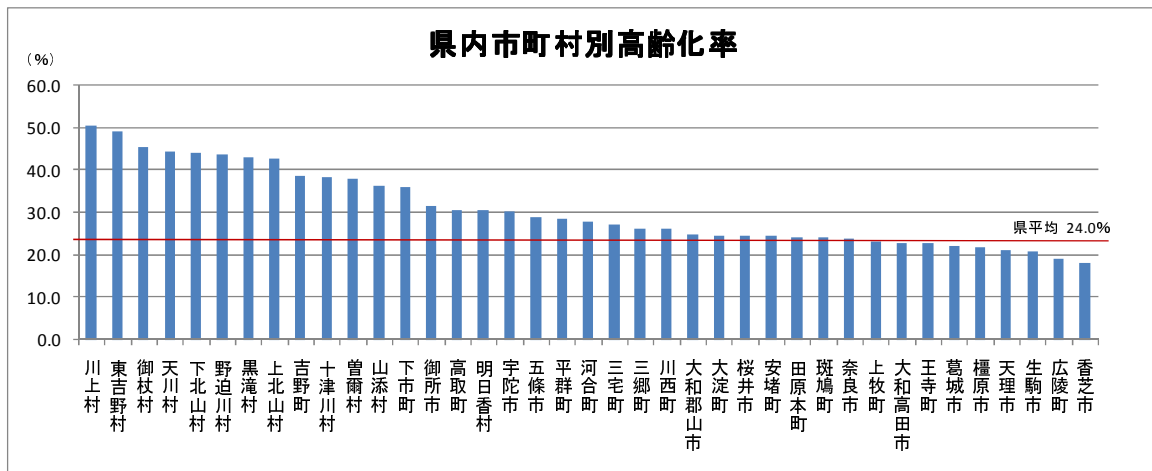
<平成37年予想>



出典: 国立社会保障・人口問題研究所(平成 25(2013)3 月推計)

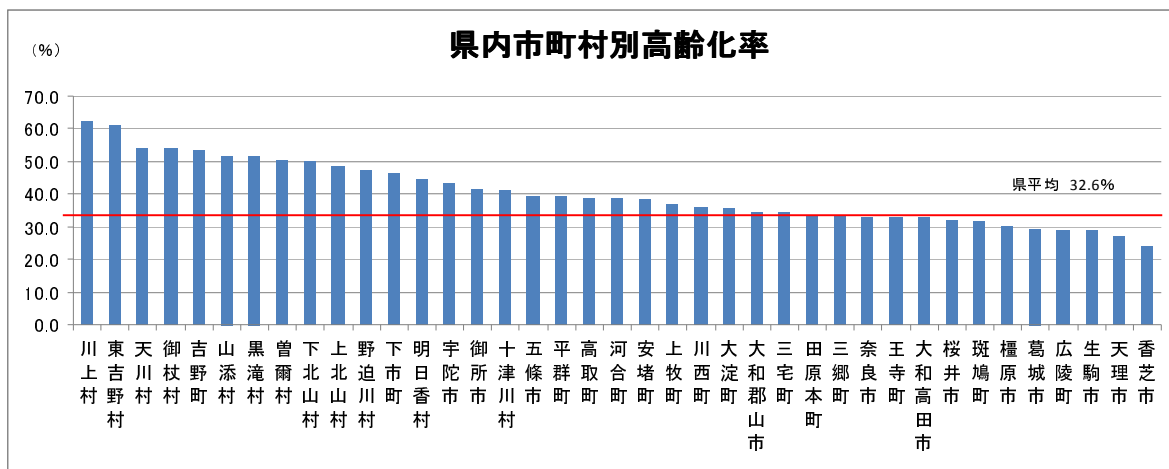
[県内市町村]

<平成22年>



出典：国立社会保障・人口問題研究所（平成 25（2013）3 月推計）

<平成37年予想>



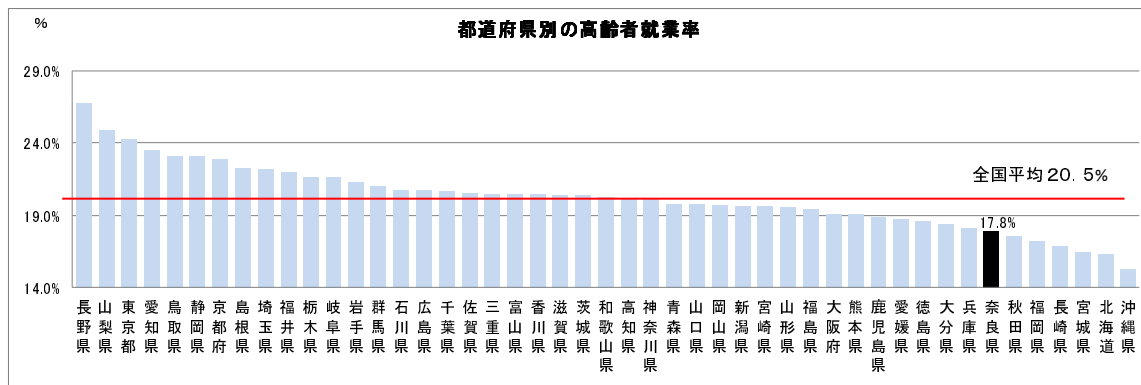
出典：国立社会保障・人口問題研究所（平成 25（2013）3 月推計）

(2) 高齢者の就業状況

本県の高齢者就業率(65歳以上の就業率)は17.8%であり、全国の20.5%に比べ低い状況にあります。全国順位は、高齢者就業率の高い方から41番目となっています。

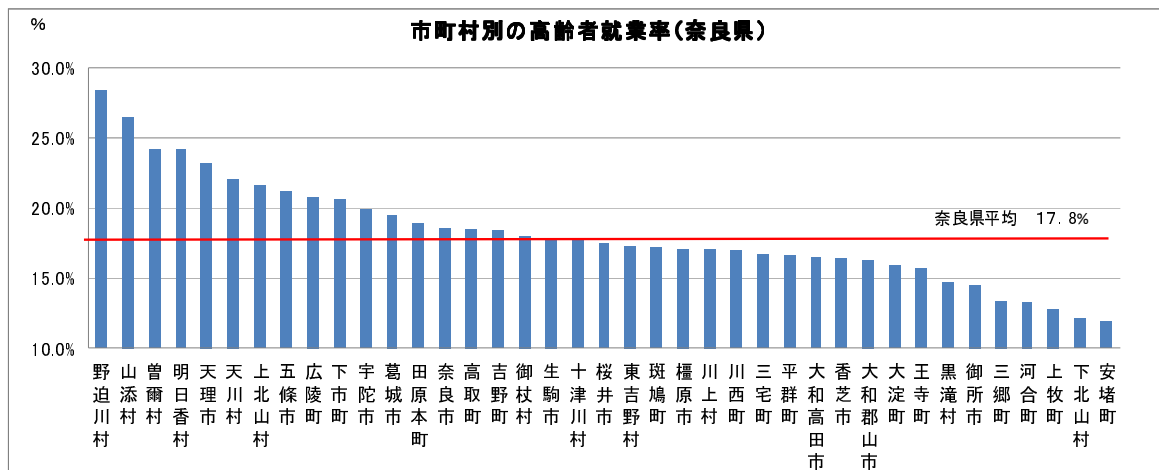
県内市町村別にみると、最高の野迫川村(28.4%)から最低の安堵町(11.9%)まで、市町村により差が大きい状況となっています。

[全国]



出典：平成22年国勢調査

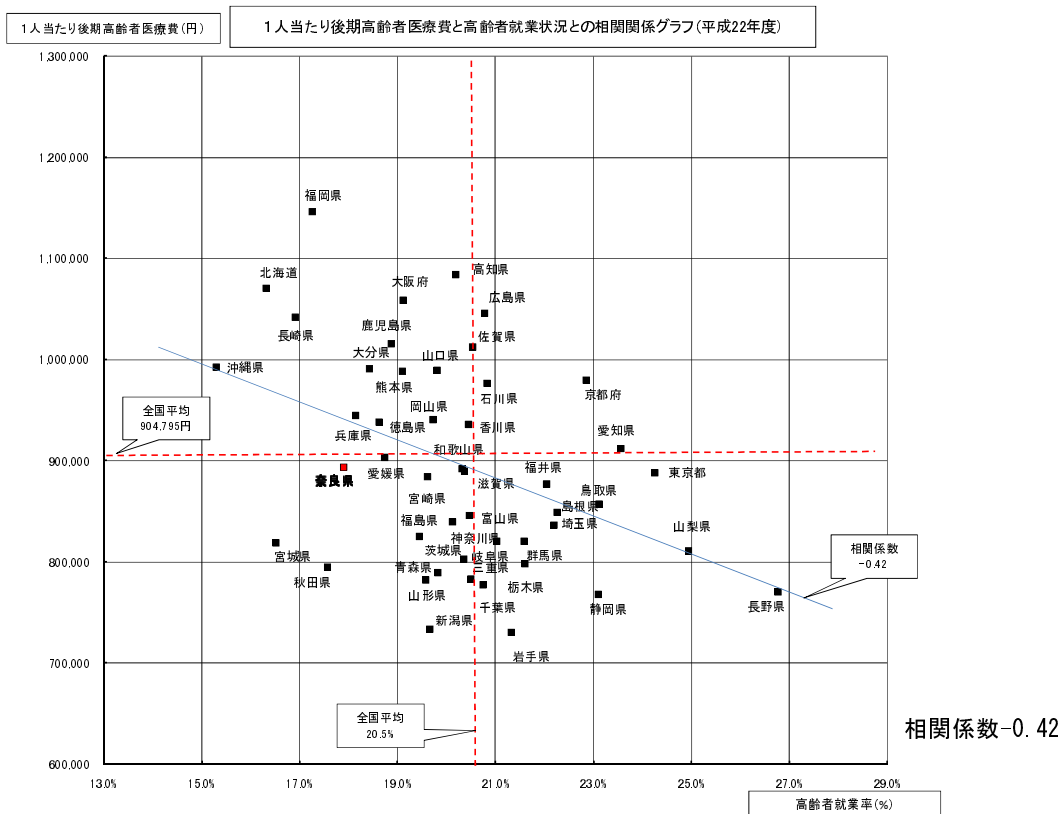
[県内市町村]



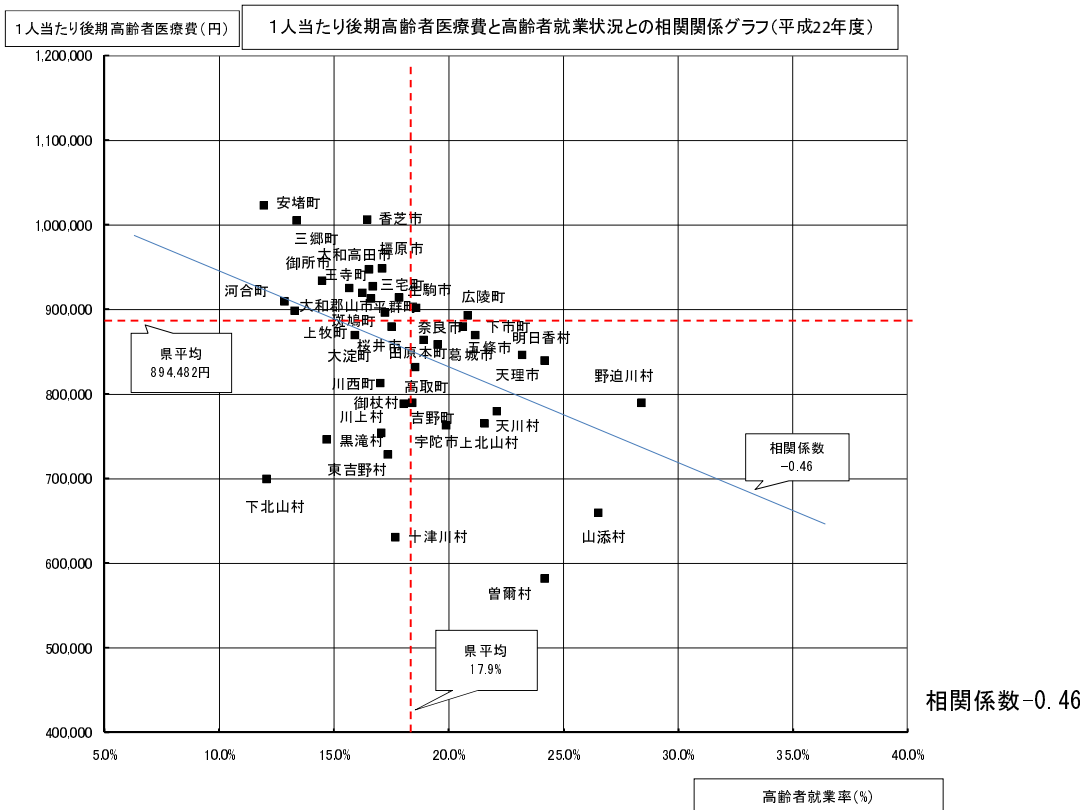
出典：平成22年国勢調査

高齢者就業率の高い地域では、後期高齢者医療制度の1人当たり医療費が低い傾向がみられます。

[都道府県別の高齢者就業率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]



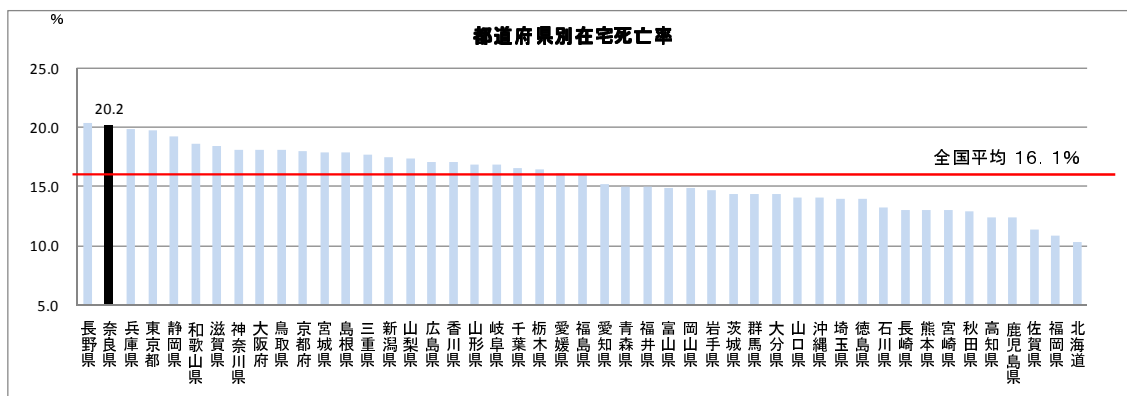
[県内市町村別の高齢者就業率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]



(3) 死亡の場所

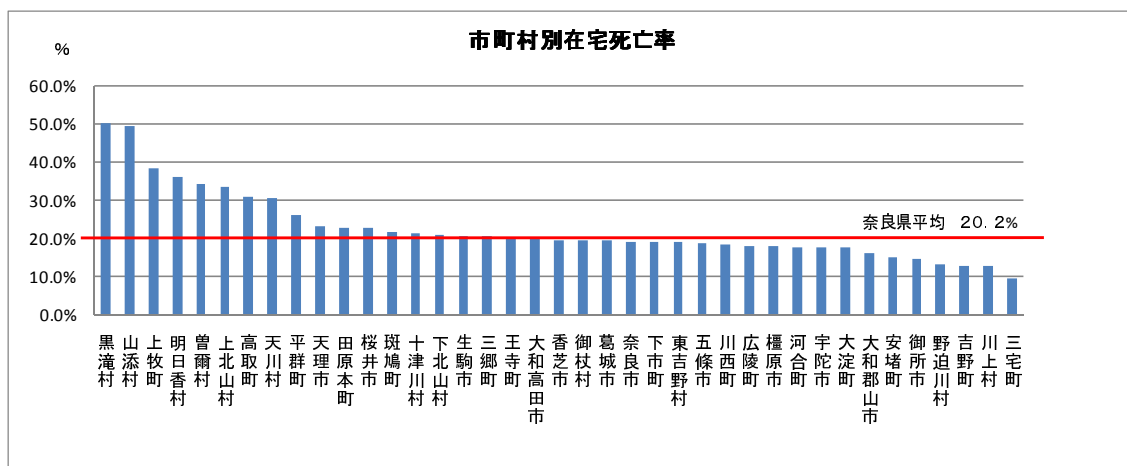
平成 22 年における県民の死亡の場所については、医療機関(病院・診療所)が 76.7%(全国 80.3%)、自宅・老人ホーム等が 20.2%(全国 16.1%)などとなっており、本県は自宅・老人ホーム等での死亡者が多く、全国順位でも割合の高い方から 2 番目となっています。県内市町村別にみると、最高の黒滝村(50.0%)から最低の三宅町(9.5%)まで、市町村により差が大きい状況となっています。

[全国]



出典：平成 22 年 人口動態統計

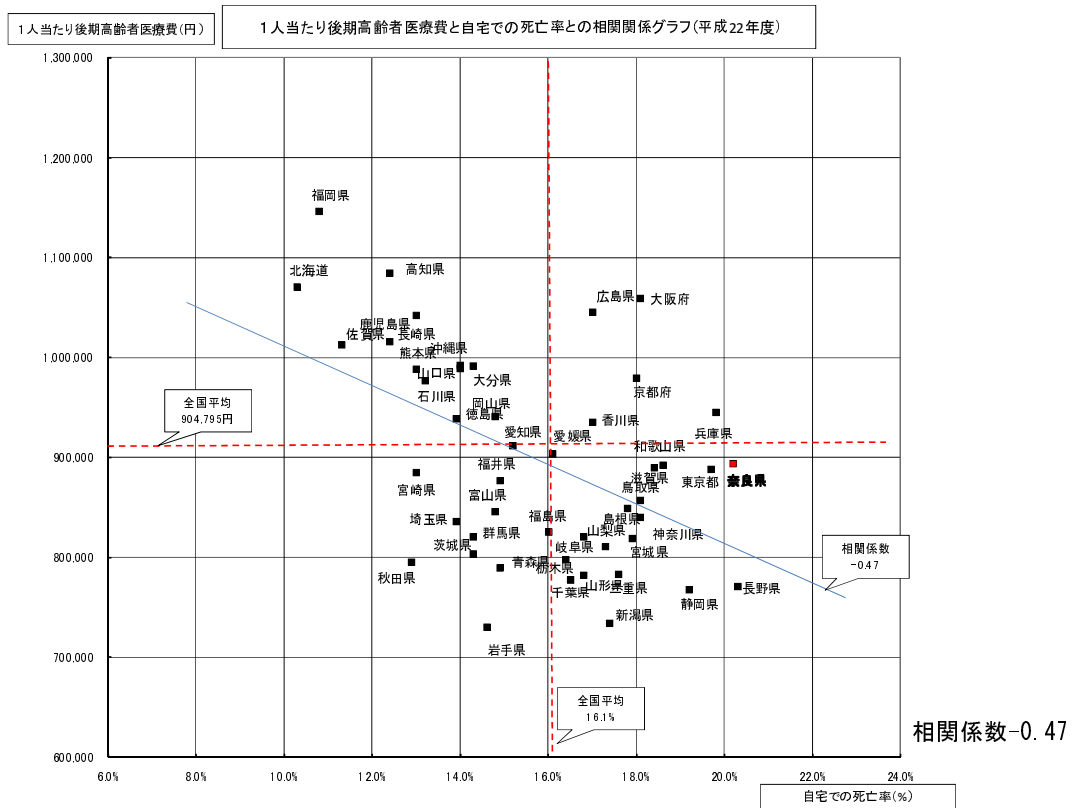
[県内市町村]



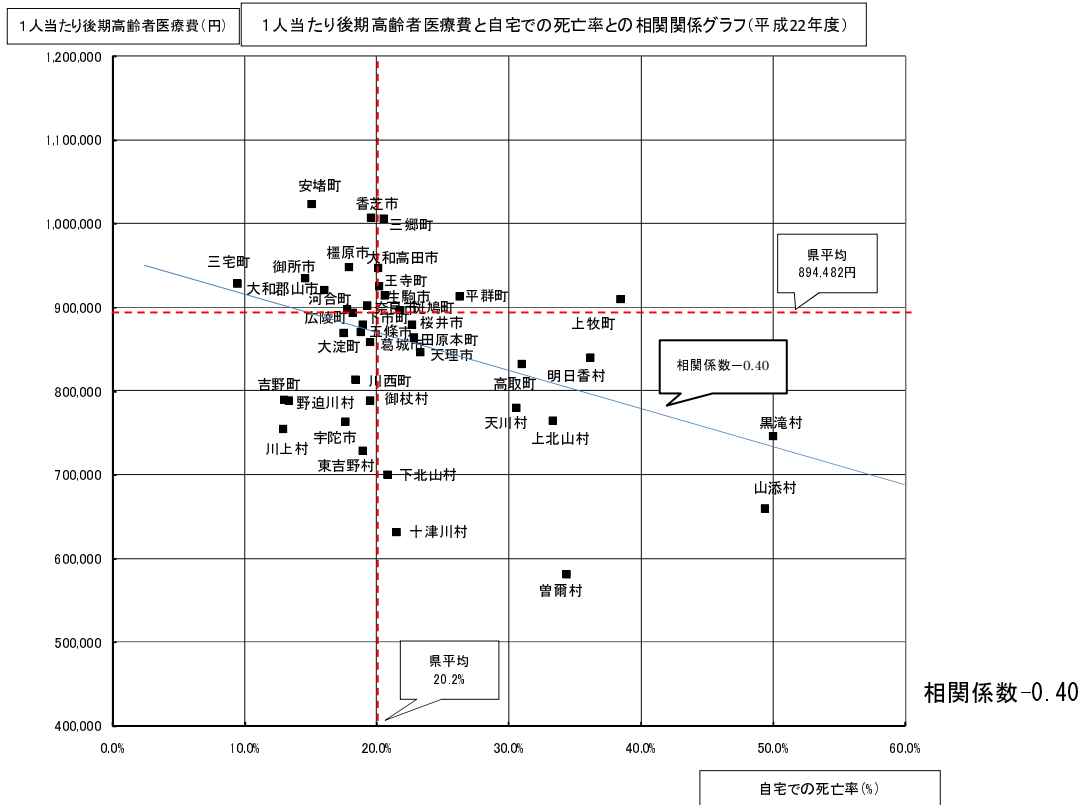
出典：平成 22 年 人口動態統計

自宅での死亡割合の高い地域では、後期高齢者医療制度の1人当たり医療費が低い傾向がみられます。

[都道府県別の自宅での死亡率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]



[県内市町村別の自宅での死亡率と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係]



5. 医療・介護サービスの提供

(1) 医療提供施設・介護保険施設の状況

本県の医療提供施設数、病院の病床数、介護保険施設の定員の状況は以下のとおりとなっています。

施設数では、一般診療所は全国に比べやや多い状況にあります。病院、歯科診療所、薬局については、全国に比べ少ない状況にあります。

病院の病床数や介護保険施設の定員については、病院の一般病床数や介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の定員は全国に比較して多いものの、病院の療養病床数や精神病床数、介護老人保健施設や介護療養型医療施設(介護型療養病床)の定員については全国に比較して少ない状況にあります。

[施設数]

	施設の種類	施設数	施設数 (人口10万対比)	(参考)全国 (人口10万対比)
医療提供施設	病院	75	5.4	6.8
	一般診療所	1,166	83.2	78.0
	歯科診療所	706	50.4	53.4
	薬局	497	35.0	41.0

出典：平成22年 医療施設調査、衛生行政報告例

[病床数・定員]

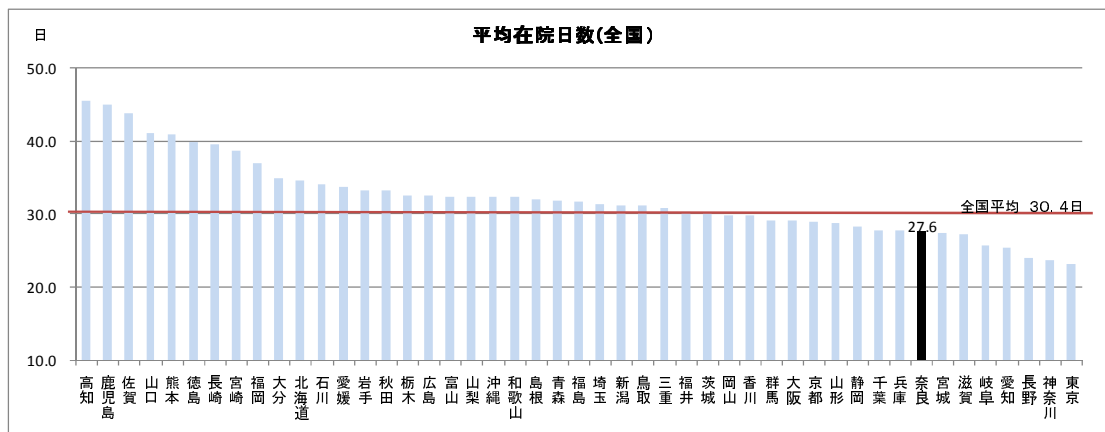
	施設の種類	病床数 又は定員	病床数又は定数 (人口10万対比 (※)は65歳以上 人口10万対比)	(参考)全国 (人口10万対比 (※)は65歳以上 人口10万対比)
医療提供施設	病院(一般病床)	10,245	731.4	705.6
	病院(療養病床)	3,221	230.0	260.0
	病院(精神病床)	2,896	206.7	270.7
介護保険施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	4,893	1466(※)	1379(※)
	介護老人保健施設	3,247	973(※)	1049(※)
	介護療養型医療施設 (介護型療養病床)	864	259(※)	267(※)

出典：平成22年 医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査

(2) 病院の平均在院日数の状況

病院の平均在院日数(介護型療養病床を除く。)は、本県では 27.6 日と、全国平均 30.4 日に比べ短い状況となっています。全国順位では、平均在院日数の短い方から8番目となっています。

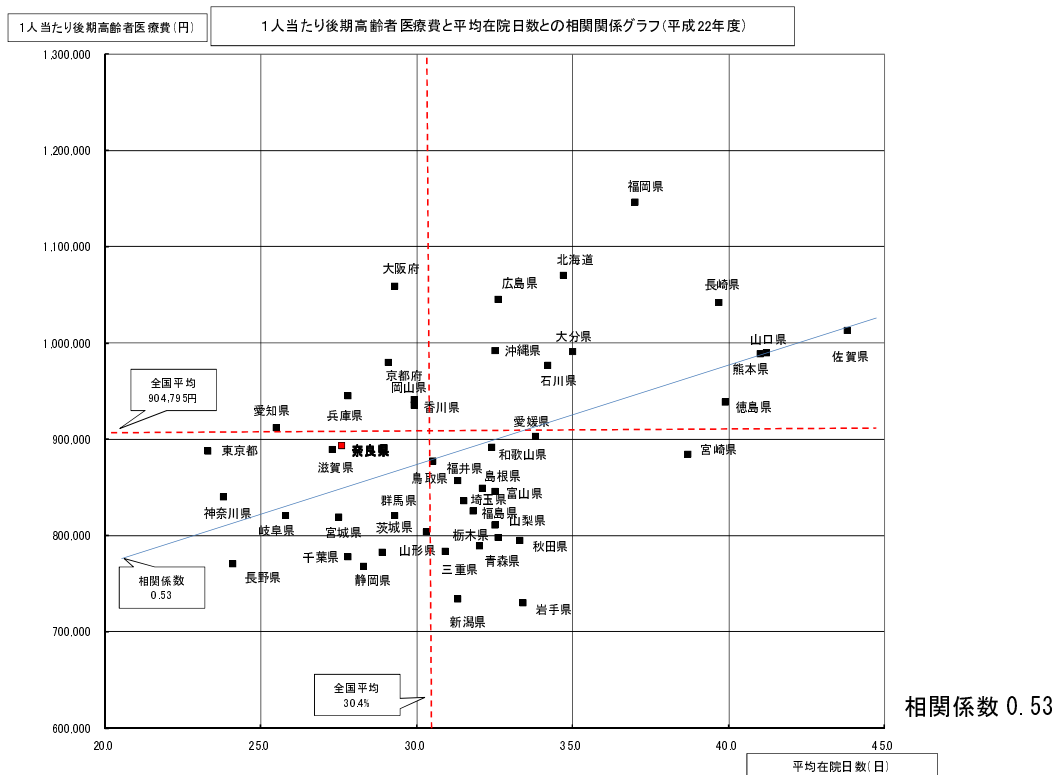
[全国]



出典:厚生労働省平成 22 年病院報告

平均在院日数が短い地域では、後期高齢者医療制度の 1 人当たり医療費が低い傾向が認められます。

[都道府県別平均在院日数と後期高齢者医療制度の 1 人当たり医療費との関係]

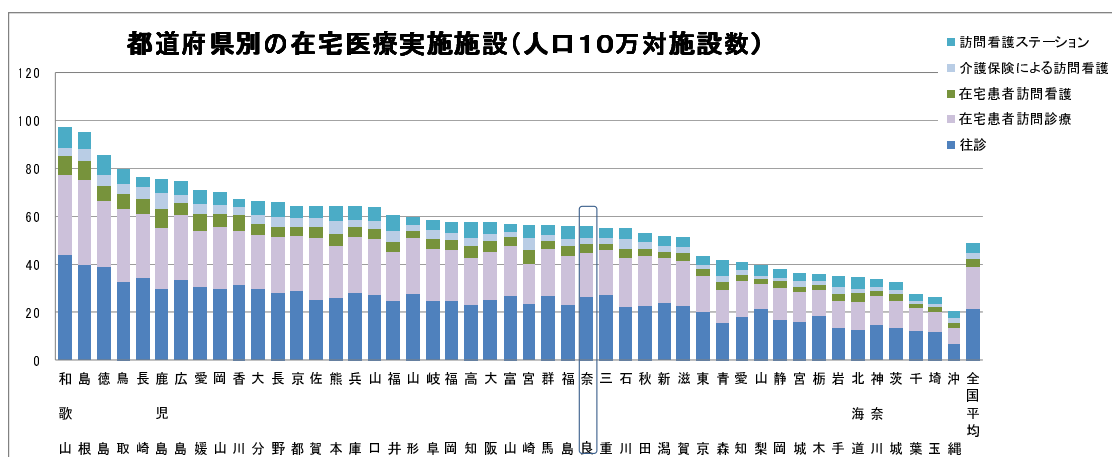


(3) 在宅医療の実施状況

医療機関への通院が難しい患者の自宅や施設に、医療機関や訪問看護事業所の医師や看護師等が定期的に出向き、診療・看護・リハビリ等を提供することを「在宅医療」と言います。

本県において在宅医療を実施する施設数(往診・訪問診療・訪問看護等の実施施設数)は、人口10万人当たり56施設(全国平均49施設)となっており、全国順位では施設数の多い方から28番目にあります。

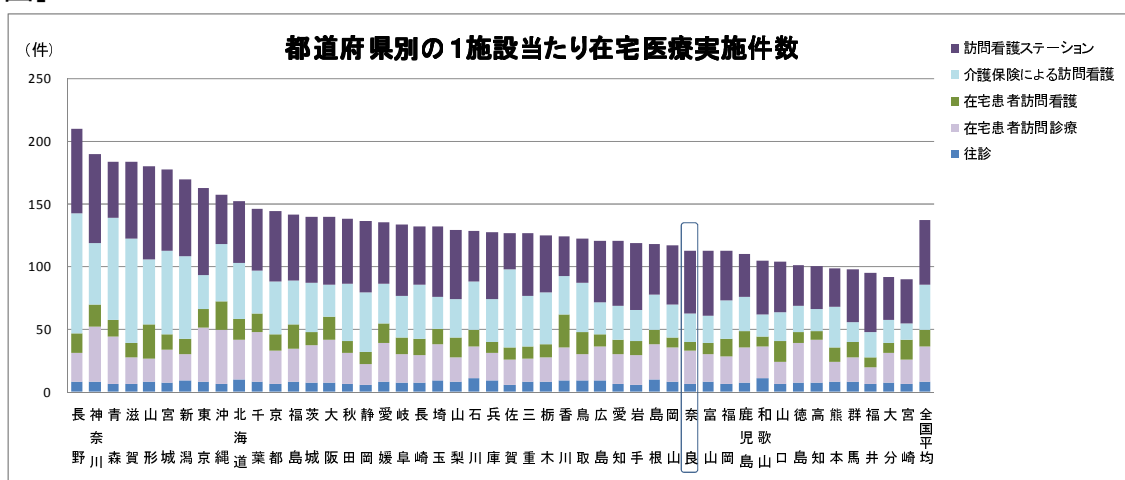
[全国]



出典:平成20年医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査

また、1施設当たりの実施件数については、人口10万人当たり113件(全国平均137件)となっており、全国順位では実施件数の多い方から35番目にあります。

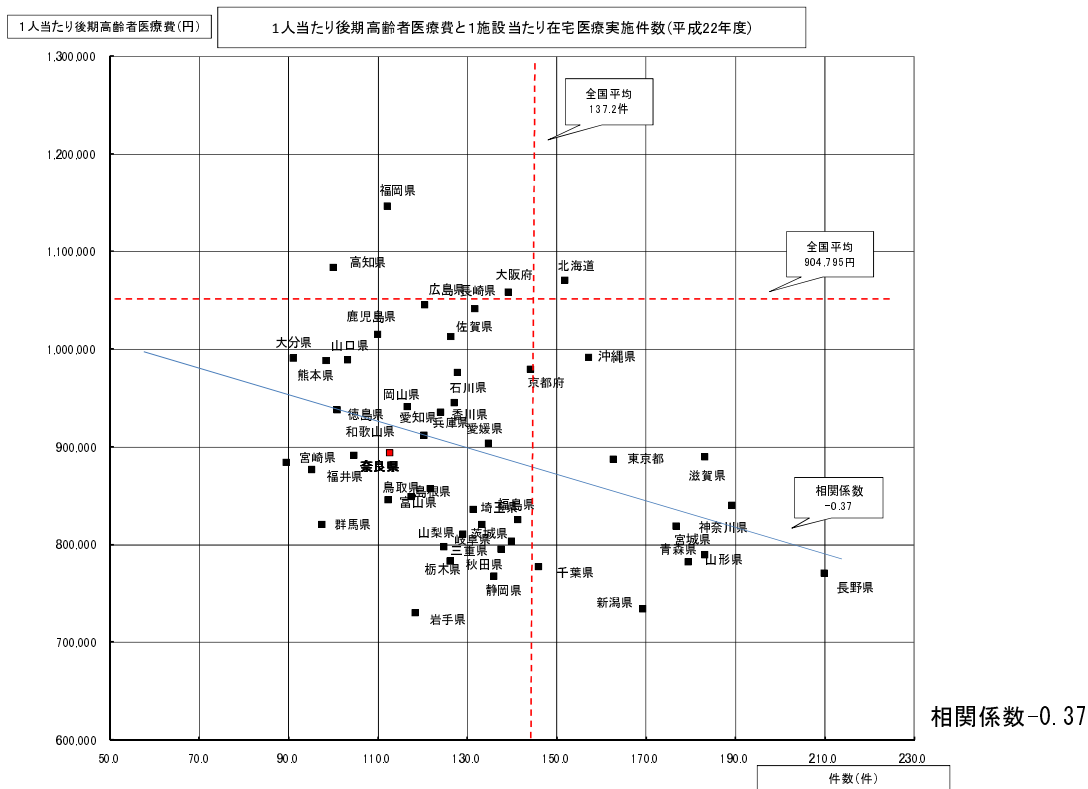
[全国]



出典:平成20年医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査

後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係では、1施設当たりの実施件数が多い地域では、1人当たり医療費が低い傾向がみられます。

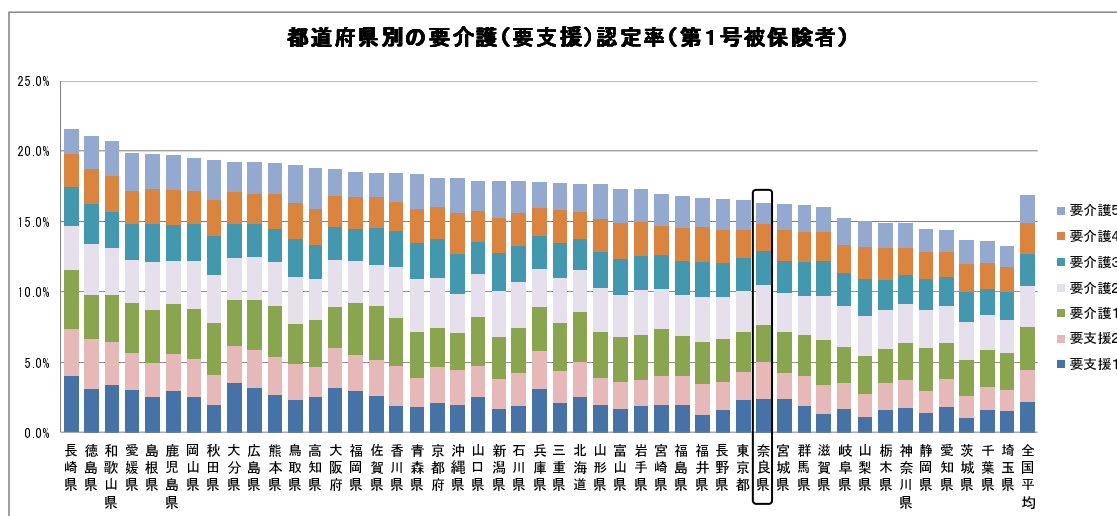
〔都道府県別1施設当たり在宅医療実施件数と後期高齢者医療制度の1人当たり医療費との関係〕



(4) 要介護・要支援認定者数

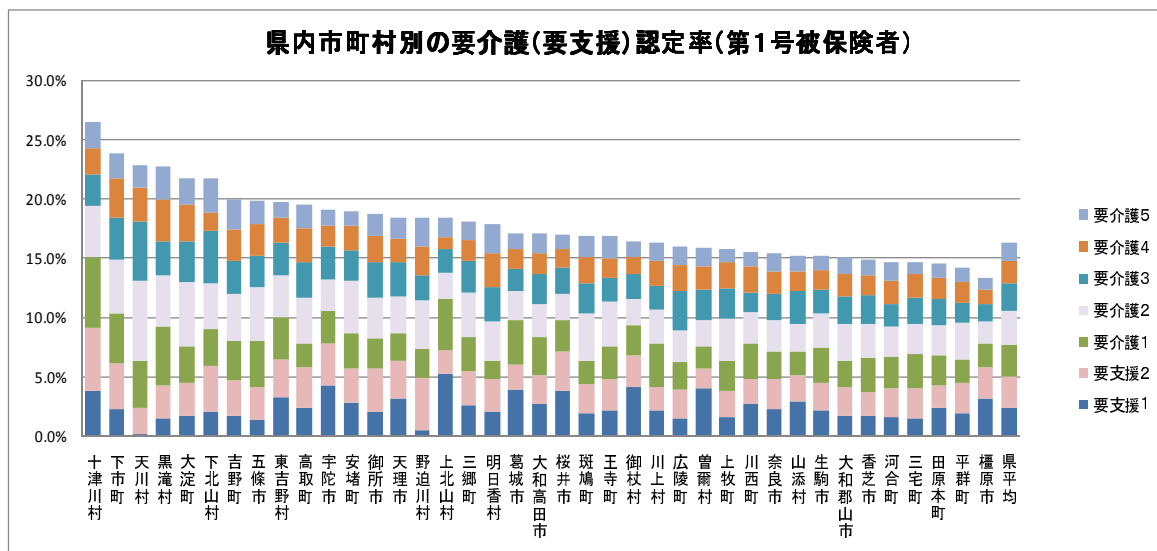
平成22年度末における県民の介護保険の要介護・要支援認定者数は56,031人となっています(第1号被保険者 54,340人、第2号被保険者 1,691人)。第1号被保険者(65歳以上の者)の要介護・要支援認定者の割合は16.3%となっており、全国平均の16.9%を下回っています。全国順位は、要介護・要支援認定者の割合の多い方から35番目となっています。県内市町村別にみると、最高の十津川村(26.6%)から最低の榎原市(13.3%)まで、市町村により差のある状況となっています。

[全国]



出典:平成22年度介護保険事業状況報告調査

[県内市町村]

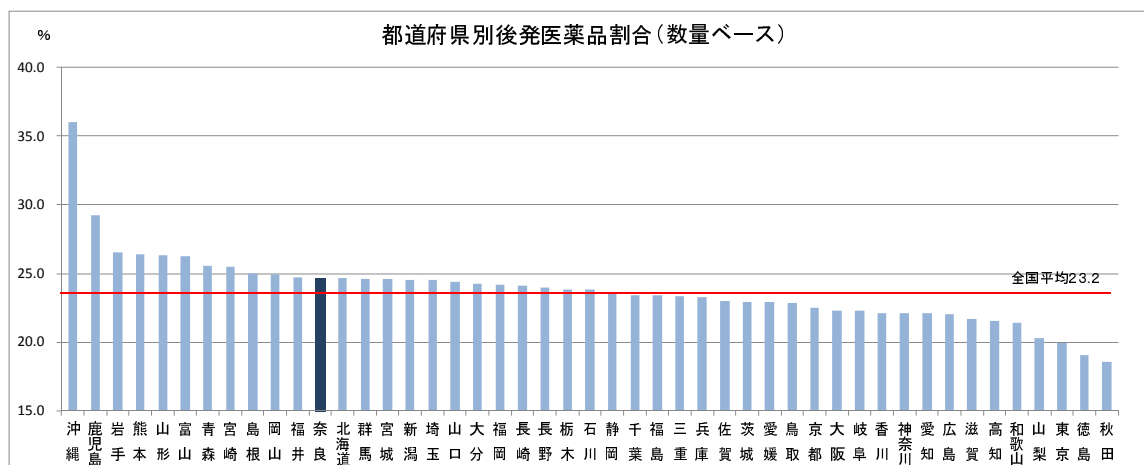


出典:平成22年度介護保険事業状況報告調査

(5) 後発医薬品の普及状況

平成23年10月分の調剤医療費における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の割合は、数量ベースで全国平均が23.2%となっており、本県では24.7%と全国平均に比べ高い状況となっています。全国順位では後発医薬品の割合の高い方から12番目となっています。

[全国]



出典:厚生労働省 平成23年10月調剤分データ

6. 山添村の取組

山添村は、「特定健康診査の受診率が高い」、「高齢者就業率が高い」、「1人暮らし高齢者の割合が低い」、「自宅等での死亡割合が高い」という、高齢者の医療費が低くなる要素を持ち合わせ、実際に高齢者医療費が低い状況にあります。これは、医療資源(医療機関や医療従事者の数)が都市部と比較して少ないことはありますが、それだけでは説明はできず、以下に示します、この村の長年の特徴的な取組が強く影響し、住民の「健康長寿」と医療費負担の軽減をもたらしたと考えられます。

(1) 山添村の地域特性

- ① 野菜を中心とした食生活
- ② 朝早くから働くなど、健康的な生活習慣
- ③ 高齢者は皆、「家の中」や「地域社会」で役割を持つ

(2) 充実した在宅医療

- ① 村立診療所の吉本先生は、岩手県沢内村より本村に移り、25年間、村の在宅医療を支えた
- ② 往診を積極的に行い、同時に健康づくりの指導を実施し、健診が必要という意識づけにつながった

(3) 専門スタッフの積極的な取組

① 保健師

- ・ 健診結果を直接本人に説明、健康相談や説明会の積極開催
- ・ 「健康のつどい」や「なかよう歩こ会」などのイベントを開催、村民の健康づくりへの意識を高める
- ・ 保健推進員の研修や補助を行うなど、村民の自主的な活動の手助けを地道に実施

② 保健推進員

- ・ 「住民が住民を指導する」健康づくりを実践
- ・ 地元住民に健診の意義を地道に浸透させる役割を担う
健診の取りまとめやイベントの実施にも寄与
- ・ 2年を任期として各大字から推薦、村長より委嘱、平成21年7月現在で32名が活動
- ・ 研修を受けるため、任期終了後も健康への意識が高い

(4) 「食育」「口腔ケア」等の総合的な取組

① 地域密着の「食育」の実施

- ・ 保育園でのおやつ作り、離乳食教室、地域の協力の下での菜園活動などの実施
- ・ 幼児期からの食育を積極的に行い、保護者や地域の方との世代間交流の場とすることで、多世代にわたり健康への意識を向上

② 口腔ケアの実施

- ・ 若年者の口腔ケアを重視して、小・中学校と協力して歯磨き指導などを実施

(5) 早期健診の実施

- ・ 30～40歳の者への独自健診を行い、早期の勧誘と健康への意識づけ

第3章 達成目標と計画期間における医療に要する費用の見通し

1. 目標設定の趣旨

○ 県民の健康の保持の推進

～医療費の分析から生活習慣病を予防する健康づくりを重視～

- ・ 医療費を年齢別にみると、加齢に伴って、1人当たりの医療費は入院、外来ともに増加し、特に高齢期になると入院の医療費が急増しています。
- ・ 医療費を疾病別にみると、高血圧症、糖尿病、腎不全、脳梗塞、虚血性心疾患などが多くを占めており、加齢に伴ってこれらの疾病にかかる方が増える傾向にあります。
- ・ 不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣を若い時期から続けることで、高血糖、脂質異常、高血圧が引き起こされる状態(メタボリックシンドローム)となって、糖尿病、脂質異常症、高血圧症などの生活習慣病の発症を招きやすいことがわかっています。
適切な治療を受けたり、生活習慣の改善をしなければ、これらの疾患が虚血性心疾患(急性心筋梗塞、狭心症)、脳血管疾患(脳出血、脳梗塞)、糖尿病の悪化による腎不全など、重症化したり合併症を引き起こすことも少なくありません。
- ・ また、介護が必要となった原因として最も多い脳卒中については、高血圧症との強い関係があることがわかっています。
- ・ 県民の健康長寿を実現し、結果として医療費負担の軽減につなげていくには、年齢に関わらず、県民一人ひとりがライフステージに応じて主体的に健康づくりに取り組み、生活習慣を改善することが必要です。

○ 医療の効率的な提供の推進

- ・ 医療の効率的な提供の推進に関しては、高齢者の医療費に占める入院医療費の割合が高い状況があり、また、自宅での療養を望む高齢者が少なくないことから、在宅医療の推進や医療と介護との連携の強化を図ることを取組の方向として、平均在院日数の短縮を図ります。

2. 達成目標

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

① 特定健康診査の実施率

国が定める保険者種別ごとの目標に基づき県内の各保険者が定めた達成目標を元に、県における各保険者の対象者の構成割合を勘案し、平成 29 年度において、40 歳から 74 歳までの対象者の **65%以上**が特定健康診査を受診することとします。

② 特定保健指導の実施率

国が定める保険者種別ごとの目標に基づき、県における各保険者の対象者の構成割合を勘案し、平成29年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判断された対象者の **45%以上**が特定保健指導を受けることとします。

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率

平成 29 年度にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数が、平成 20 年度に比べて **25%以上**減少することとします。

④ がん検診の実施率

平成 29 年度において、5 種類のがん検診(胃、大腸、肺、子宮、乳)のいずれについても、対象者の **50%以上**が受診することとします。

⑤ たばこ対策

平成 29 年度において、喫煙による健康被害を回避するため、成人の喫煙率が **12%以下(平成34年度に 9.9%以下)**に減少するよう普及啓発に取り組みます。

⑥ 運動習慣のある人の割合

平成 29 年度において、運動習慣のある人(20 歳以上の人で、1 日 30 分の運動を週 2 日以上実施し、1 年以上継続している人をいいます。)の割合(者)を **43%以上**にすることとします。

⑦ 日本型食生活の実践率

平成29年度において、主食、主菜、副菜を組み合わせた食事をほぼ毎日とっている人の割合を、現状から5%増加させることにより、**49. 5%以上(平成34年度に 52. 0%以上)**にすることとします。

⑧ 歯科検診の受診率

平成 29 年度において、歯科医師による歯・口腔の定期的なチェック(1 年に 1 回)を受けている人の割合(20 歳以上の人)を **45%以上(平成 34 年度に 50. 0%以上)**にすることとします。

⑨ 高齢者就業率

平成 29 年度において、高齢者の就業率を **18.7%以上(平成 34 年度に 19.6%以上)**にすることとします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

平均在院日数

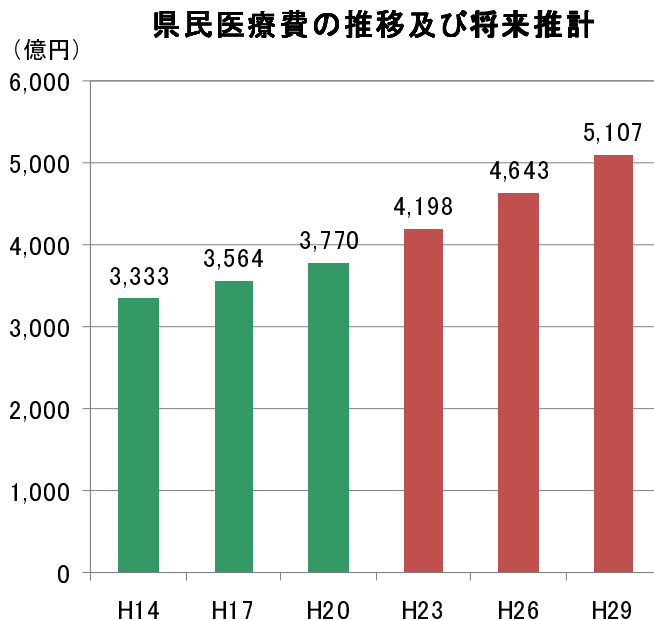
平成 23 年度において、本県の介護療養病床を除く平均在院日数は 27.6 日(全国平均 30.4 日)となっています。引き続き、**平均在院日数が減少していくこと**を目指します。

3. 計画期間における医療に要する費用の見通し

計画期間である平成 25 年度から平成 29 年度までの 5 年間の県民医療費の見通しについて推計を行いました。

(1) 県民医療費の将来推計

本県の医療費(平成 23 年度の推計額)に基づき、計画期間である平成 25 年度から平成 29 年度までの各年度の「都道府県別将来推計人口(5歳階級別)」に、年齢(5歳階級)別の1人当たり医療費見込額を乗じて得た額に、国が示した推計ツールによるその他の増加要因も加味して推計すると、平成 29 年度の県民医療費は、5,107 億円になると見込まれます。



出典:国民医療費、厚生労働省 医療費の将来推計ツール

(2) 医療費適正化の取組による効果額の試算例

医療費適正化の取組として、例えば、平成 29 年度にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数が平成 20 年度に比べて 25%以上減少する目標が達成された場合には、国の推計ツールによると県民医療費は 4,984 億円となり、県全体として 123 億円の医療費を減らすことが可能となります。

第4章 医療費適正化に向けた施策

1. 施策の実施に向けての基本的考え方

県民一人ひとりが、家族、近隣住民、同僚等との関わりの中で、生活習慣病の予防に向けた健康づくりの取組を主体的に実践し、それを行政、保険者、学校、医療・福祉機関、企業等がそれぞれの役割に応じて連携し、支援することによって、県民の健康長寿とその結果としての医療費負担の軽減につながることがわかってきました。

本県では、今後の超高齢社会の進展に備え、山添村や長野県を参考にした健康づくりの取組を、一定期間、県全体で実践・継続することにより、県民による「健康長寿文化」の醸成を図ることとし、次の基本的な考え方に基づいて展開していくこととします。

〔基本的な考え方〕

- ① **ライフステージごとに健康的な生活習慣が身につく総合的な取組を展開**
地域、学校、職場などで、ライフステージに応じた対策の実施
(栄養・食生活、運動習慣、健診(検診)受診、社会参加の促進 等)
- ② **県全体で健康づくりの推進**
県が中心となって情報の発信や関係者との連絡調整・支援を行い、市町村、保険者、企業、学校、医療・福祉機関等の関係機関が一体となって、健康づくりの取組を実施し、PDCAサイクルに基づき推進
- ③ **県民への健康長寿等に関する情報発信を重視**
ライフステージに応じた必要な健康長寿に関する情報や適正な医療受診に関する情報などを、県民に効果的に伝わる手法で繰り返し発信し、浸透
- ④ **健康づくりを推進する地域でのネットワークを構築**
長野県や山添村のように、地域の健診(検診)や健康づくり事業への「かかりつけ医」等の関与を推進
- ⑤ **予防・治療・回復の連携を重視**
切れ目のない保健・医療・介護・福祉体制の整備を促進

また、前述の基本的な考え方にに基づき、次の5つの視点から、現状と課題、方向性を整理し、施策を進めていくこととします。

- (1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)
- (2) 保険者の取組及び保険者のネットワークによる支援
- (3) 地域・学校でのネットワークによる支援
- (4) 医療・介護機関等のネットワークによる支援
- (5) 健康づくりの環境整備

2. 施策の方向性と具体的展開例

(1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)

〔現状と課題〕

- 健康づくりについては、近年の生活習慣病の増加をふまえ、日常の食生活への注意や運動の習慣化が必要とされています。
- 主食、主菜、副菜で構成される「日本型食生活」は、バランスの取れた食習慣として国際的にも評価されつつありますが、20歳以上の県民のうち、これを心がけている人の割合が男性や若年者で少なくなっています。
- 20歳以上の県民のうち、運動習慣のある人(仕事以外で1日30分以上の運動を週2日以上している者)の割合は、女性や若年者で少なくなっています。
- 喫煙率は減少傾向にありますが、男性は40歳代、女性は20歳代の喫煙率が高くなっています。
- このような状況は、健康づくりに関する知識の普及・啓発の不足や取組のための環境が整っていないことが原因と考えられます。
また、一律的な健康づくりの取組では、多様化する住民生活に受け入れにくいものになっていることも考えられます。

〔方向性〕

- より多くの県民が、健康長寿を意識して、健康づくりに取り組むためには、日常生活の一部として実践できる、容易で効果的な健康づくりの取組を推奨していく必要があります。
- 山添村や長野県など、高齢者就業率の高い地域では、健康づくりの取組が進んでおり、高齢者の社会参加を促すための対策を進める必要があります。

〔具体的展開例〕

- **ライフステージや関心の程度に応じた健康づくりの実践**
 - ・ 山添村や長野県における健康づくりの取組が、住民の日常生活の一部として定着している状況を、「健康長寿文化」として位置づけ、県全体で「健康長寿文化」の醸成を図ります。

- ・ 県主導で、市町村、保険者、学校、医療・福祉機関、企業などの関係者とともに、県民の健康づくりの課題を共有するとともに、各々の役割を明確にし、官民上げての取組を展開します。
- ・ 県民を対象とした講演会や講習会の開催、ライフステージ別、関心度別に、取り組みやすくわかりやすい啓発ツールの開発などにより、県民を巻き込んだ普及啓発を進めます。

○ 高齢者の生きがい向上等のための新たな社会参加のきっかけづくり

- ・ 高齢者がこれまでに培った知識や経験を生かし、身近な仲間と事業を立ち上げたり、起業を目的とした仲間づくりの活動を支援することにより、高齢者の生きがいや就労の場の創出を促進します。

(2) 保険者の取組及び保険者のネットワークによる支援

〔現状と課題〕

- 生活習慣病の予防や早期発見・早期治療のために、健康保険組合、協会けんぽ(全国健康保険協会管掌健康保険)、共済組合、市町村国民健康保険、国民健康保険組合などの医療保険者は、特定健康診査やその検査結果に基づいて抽出された指導対象者に生活習慣の改善を促すための特定保健指導を実施しています。
本県では国民健康保険加入者や健康保険加入者の家族において健診受診率が低く、特定健診の受診率が全国よりも低くなっており、市町村により受診率の差が大きい状況にあります。また、特定保健指導の実施率も全国よりも低くなっています。
- 県内の医療保険者は、医療費の分析、被保険者への啓発などを協働して実施するため、「奈良県保険者協議会」を設置し、取組方策の検討を進めています。
- 複数の医療機関で受診(重複受診)したり、毎日のように受診(頻回)することは、薬剤の重複投与や医療費負担の増加につながるとともに、限られた医療資源の有効な活用に支障が生じることがあります。
- 医療費の負担軽減につながる後発医薬品の数量シェアは着実に増加しています。

〔方向性〕

- 医療保険者が特定健康診査、保健指導、適正な医療受診や後発医薬品の使用促進についての意識啓発などの取組を強化するため、県は医療保険者の取組を支援する必要があります。また、より多くの医療保険者が健康づくりの取組を効果的に展開していく必要があります。

〔具体的展開例〕

○ 医療保険者による健康づくりの取組強化と支援

- ・ 県民へのアンケート調査の結果によると、「健診を受ける時間がない」、「検査項目が少なく魅力に欠ける」等が、特定健康診査を受けない理由に挙げられています。
特定健康診査の受診率の向上を図るため、検査項目を追加したり、受診しやすい環境づくりとして休日に健診の機会を設けたり、がん検診と同時に実施するなどの市町村の取組を促進します。
- ・ 医療機関(特定健診契約医)との間で医療費データに基づく疾病動向や医療機関と連携して成功した保健指導事例などの情報共有を図り、医療機関が通院患者へ特定健診の受診勧奨を行うなど保険者と連携強化する仕組みづくりを進めます。
- ・ レセプトデータ、健診データ及び介護に関するデータを活用し、地域の疾病動向を分析したり、住民の健康状態を把握し、医療機関の未受診者に受診勧奨したり、服薬・治療中でもコントロールが不十分な人に対して保健師等が医療機関と連携した保健指導を行うことにより、糖尿病や高血圧症等の重症化予防や生活習慣の改善を促す市町村(保険者)に、県は財政的な支援を行い、取組の普及を図ります。
- ・ 県は、県内医療保険者が協働する保険者協議会に参画し、連絡調整、協力要請、活動支援などを通じて、県レベルで統一した健康づくりや適正受診に関する啓発のためのプログラム等の開発、展開を図ります。
- ・ 県民の健康生活実態と健康意識に関する調査や県民の健康づくりに真に必要な情報の収集、提供や県民に効果的に浸透するための情報発信手法のあり方にかかる研究の推進など、医療保険者の健康づくりの取組を支援します。

○ 市町村国保の広域化による保険者の強化

- ・ 市町村国保は、規模が小さい保険者が多いことなどもあり、疾病予防等の取組に向けた体制の確保が困難なことが少なくないため、保険運営を県単位化することで、県と市町村が適切に役割を分担して、県全体で保険者機能を強化します。

○ 重複・頻回受診者への保健指導の促進

- ・ 重複受診や頻回受診は、薬剤の重複投与等により身体に問題が生ずる危険性があり、医療費の負担増や医師の疲弊につながるなどの問題があることの意識啓発を進めるため、保健師等の訪問指導の優良事例を提供したり、保健師等の人件費等の支援を行うことにより、市町村(保険者)での効果的な取組を促進します。

○ 後発医薬品の使用促進

- ・ 国が策定するロードマップによる後発医薬品推進のための取組を踏まえ、後発医薬品の安心使用の促進に関する協議会等により、県内の多くの病院等で使用される汎用後発医薬品リストの公表や品質に対する理解促進の研修など積極的な情報提供を行います。
- ・ 保険者による「後発医薬品差額通知」(受診者に対して先発医薬品を後発医薬品に切り替

えた場合の薬剤費の自己負担の節減見込み額を表示)の実施を促進します。

(3) 地域・学校でのネットワークによる支援

〔現状と課題〕

- 市町村などでは、種々の健康づくり事業(体操、ウォーキング、集団健診、健康教育、食育事業、介護予防事業など)が行われていますが、参加者数が少ない、医療機関との連携が少ないなど、必ずしも効果的な実施が図られているとはいえない状況です。
- 多くのがんの発症は、喫煙、飲酒、食生活などの生活習慣に関わっていますが、県民への生活習慣の改善を促す取組は十分とはいえない状況です。また、早期発見のためにはがん検診が有効ですが、5種類の検診(胃、大腸、肺、子宮、乳)のいずれについても、受診率が全国より低くなっています。
- 疾病以外で介護が必要となる原因として、高齢による衰弱や骨折・転倒などが挙げられますが、毎日の食生活への注意や定期的な筋力トレーニングなど、いわゆる介護予防に取り組むことが有効と考えられています。
介護予防の事業に参加する高齢者の割合は、全国よりも低くなっています。(一次予防事業(高齢者全般を対象) 奈良県 19.5%、全国 26.7% ; 二次予防事業(ハイリスク対象者) 奈良県 0.45%、全国 0.56%)
- 歯周疾患は、糖尿病等と関連があり、歯・口腔の健康づくりが健康寿命の延伸に寄与することがわかってきましたが、県民への普及啓発は十分とはいえない状況です。

〔方向性〕

- 山添村や長野県など、健康づくりの取組が進んでいる地域では、「かかりつけ医」や保健師などの地域の医療従事者と地域住民で構成された健康ボランティアによる、健康づくりの取組が長年続けられてきた歴史があります。健康長寿の実現のためには、県民の健康づくりを医師をはじめとする専門家、関係機関、ボランティアが協働、連携し、地域ぐるみで住民の健康づくりを支援する体制を構築する必要があります。

〔具体的展開例〕

○ 「健康長寿推進員」の配置

- ・ 地域住民で構成された「健康長寿推進員」を小学校区ごとに組織し(※)、「かかりつけ医」や保健師などの地域の医療従事者とともに、地域社会や学校教育の場で、健康づくり、食育、禁煙の重要性についての啓発を進めます。

(※) 「健康づくり推進員」や「運動普及推進員」等の既存の健康づくりボランティアの活用も含みます。

○ 「かかりつけ医」や「健康長寿推進員」のコミュニティ・レベルでの健康づくりへの関与

- ・ 市町村などの健康づくり事業(体操、ウォーキング、集団健診・がん検診、健康教育、食育

事業など)を効果的に実施するため、健康づくりに協力的な地域の「かかりつけ医」を確保し、健康づくり事業への参画を進めます。

- ・ 歯・口腔の健康づくりのために、地域の歯科医師・歯科衛生士、職場、学校等と連携し、ライフステージに応じた普及啓発を進めます。
- ・ 市町村などの健康づくり事業を地域に根ざすことを目的として、小学校区ごとに組織された「健康長寿推進員」が、市町村などが実施する健康づくり事業への参画を進めます。県は、健康ボランティア間の情報交換のための連絡会議や、健康づくりにかかる普及啓発方法などの研修会を開催するなど健康長寿推進員の育成や活動の活性化を支援します。

○ 介護を予防する取組の普及支援

- ・ 地域のニーズや実情に応じて、専門家による多様なプログラムを実施するなどにより、高齢者を対象とする口腔ケア、低栄養の改善、運動機能(転倒予防、筋力保持、誤嚥予防)の維持を図る取組の普及を促進します。

(4) 医療・介護機関等のネットワークによる支援

〔現状と課題〕

- 自宅で介護を受けたいと希望する方が多いにもかかわらず、在宅医療資源や関係者間の連携が不十分であることから、医療機関や介護保険施設から在宅療養への移行が進みにくい状況にあります。

〔方向性〕

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域ぐるみで高齢者を支える体制づくりが求められています。在宅の介護・看護・看取りをサポートするため、地域の関係者によるネットワークを構築し、効果的で効率的な保健・医療・介護・福祉体制を提供する必要があります。

〔具体的展開例〕

○ 家庭での看取りを支える在宅医療推進のための基盤整備

- ・ 切れ目のない保健・医療・介護・福祉体制の整備を推進します。在宅医療提供施設の設置を促進するとともに、病院や施設から在宅医療へ円滑に移行するため、地域の医療・保健・福祉関係の多職種が協働、連携する体制の構築を進めます。併せて、「かかりつけ医」や「健康長寿推進員」による、在宅医療の利用についての県民への普及啓発を進めます。

(5) 健康づくりの環境整備

〔現状と課題〕

- 誰もが気軽に健康づくりができるような環境が身近なところがないことがあります。また、歩くことは最も手軽で、生活習慣病予防や体力強化につながる健康づくりですが、子どもやお年寄りを含め、どのような人でも、楽しく安全に歩くための環境が十分に備わっているとは言えない状況にあります。

〔方向性〕

- 地域の身近なところで、住民、健康ボランティア、かかりつけ医等の専門家が様々に交流できる健康づくりの拠点を整備したり、県民が楽しく安全に歩くために、「まちづくり」や「仲間づくり」などの歩く環境整備を行う必要があります。

〔具体的展開例〕

○ 健康づくりの拠点や環境整備の推進

- ・ 県民が身近で気軽に健康づくりができる総合型地域スポーツクラブ等の地域の拠点や楽しく安全に歩ける歩行者道、自転車道、ジョギングロードの整備を進めます。
- ・ 広報誌やホームページを活用し、手軽にできる運動、イベント、ウォーキングコースなどの情報発信を行います。