

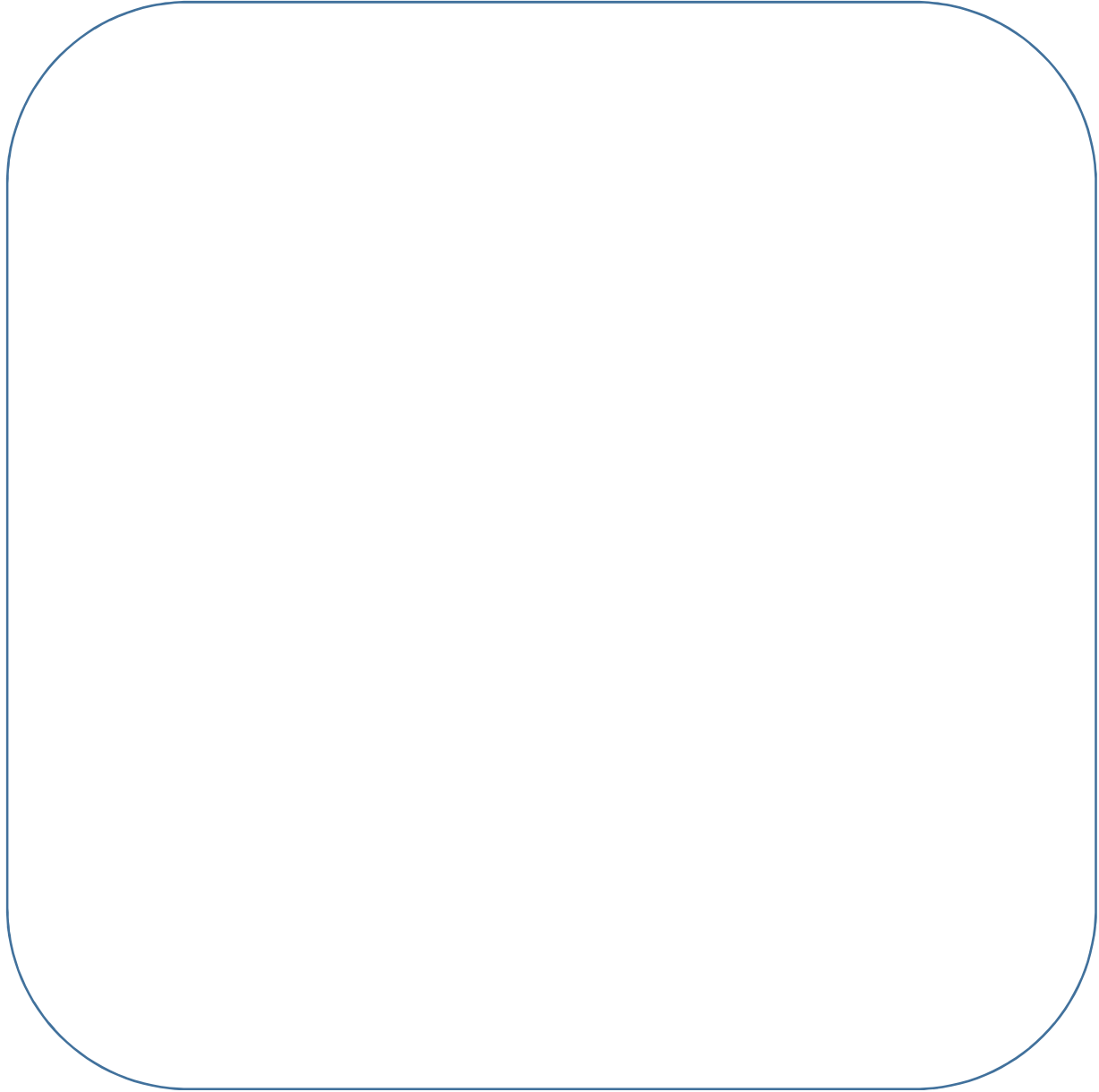
令和5年11月
素案

大分県医療費適正化計画(第四期)

令和6年3月

大分県

はじめに



令和6年3月

大分県知事 佐藤 樹一郎

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)	県民医療費の推移と将来推計	6
(3)	診療種類別医療費の状況	7
(4)	都道府県別一人当たり医療費の状況	8
(5)	都道府県別一人当たり医療費の地域差指数	9
(6)	県民の医療機関の受診状況	10
(7)	調剤医療費等の状況	13
(8)	県内に本部・支部を置く保険者別被保険者数及び医療費の状況	14
(9)	市町村別一人当たり医療費の状況	15
2	生活習慣病等の状況	18
(1)	生活習慣病等の医療費の状況	18
(2)	生活習慣病有病率の状況	20
(3)	がんによる死亡の状況	21
(4)	人工透析患者の状況	22
(5)	精神疾患患者の状況	23
(6)	介護が必要になった主な原因	25
3	特定健康診査及び特定保健指導等の状況	26
(1)	特定健康診査の実施状況	26
(2)	特定保健指導の実施状況	27
(3)	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況	28
(4)	定期予防接種の状況	30
(5)	がん検診の受診状況	31
4	医療施設等の状況	32
(1)	医療施設数の推移	32
(2)	病床数の推移	33
(3)	将来における必要病床数の推移	34
	【コラム】地域医療を支える医療資源の確保	35

第3章 令和11(2029)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	36
(1)	生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	36
①	特定健康診査の推進	36
②	特定保健指導の推進	36

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	36
④たばこ対策の推進	36
⑤歯と口の健康づくりの推進	37
⑥子どもの頃からの健康づくりの推進	37
⑦生活習慣病の重症化予防の推進	37
⑧高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	37
⑨定期予防接種の促進	38
⑩がん検診の受診促進	38
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	38

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	39
(2) 医薬品の適正使用の推進	39
(3) 医療資源の効果的・効率的な活用	39
(4) 病床機能の分化・連携の推進	40
(5) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	40
(6) 地域包括ケアシステムの推進	40
(7) 在宅医療の推進	41
(8) 精神障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進	41

3 令和11(2029)年度の医療費見込み

(1) 医療費の見込みの推計式	42
①入院外・歯科医療費等	42
②入院医療費	42
(2) 令和11(2029)年度の医療費見込み	43

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	44
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	44
②たばこ対策の推進	45
③歯と口の健康づくりの推進	45
④子どもの頃からの健康づくりの推進	45
⑤糖尿病性腎症等の生活習慣病重症化予防等の推進	46
⑥高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	46
⑦定期予防接種の促進	47
⑧がん検診の受診促進	47
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	47
①県民運動の展開	47
②誰もが自然に健康になるための社会環境整備	48
【コラム】健康寿命日本一おおいた県民運動	48

2 医療の効率的な提供の推進

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	49
(2) 医薬品の適正使用の推進	49
(3) 医療資源の効果的・効率的な活用	49
(4) 病床機能の分化・連携の推進	49
(5) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	50

(6) 地域包括ケアシステムの推進	50
(7) 在宅医療の推進	51
①提供体制の確立	51
②幅広い人材の確保・育成	52
③かかりつけ医の普及・定着	52
④基盤の充実	52
⑤退院支援、日常の療養支援等	52
⑥「入退院時情報共有ルール」の策定	53
⑦医療・介護関係者の連携促進	53
⑧訪問看護体制の強化	53
⑨口腔ケア等に係る人材育成	53
⑩「かかりつけ薬剤師・薬局」の育成	53
⑪薬剤師の資質向上	54
⑫地域における多職種連携の促進等	54
(8) 精神障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進	54
3 その他の取組	55
(1) 県民の意識啓発	55
(2) 保険者による医療費適正化の取組支援	55
①医療費通知の実施	55
②重複・頻回受診者や重複・多剤服用者等に対する指導等の推進	55
③レセプト点検の充実強化	55
(3) 保険医療機関及び保険医に対する指導、監査の実施	55
4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等との連携・協力	56
(1) 保険者等（保険者協議会）との連携	56
(2) 医療の担い手等との連携	56
(3) 市町村との連携	56

第5章 計画の進行管理等

1 進行管理	57
(1) 毎年度の進捗状況の公表	57
(2) 暫定評価及び次期計画への反映	57
(3) 実績評価	57
2 計画の周知	57
3 計画の推進体制	57
(1) 国の取組	57
(2) 県の取組	58
(3) 保険者の取組	58
(4) 医療の担い手の取組	58
(5) 県民の取組	59

《関連資料》

○大分県医療費適正化推進協議会設置要綱	60
---------------------	----

第1章 計画の策定にあたって

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制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速に進む少子高齢化・人口減少、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、県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、このための仕組みとして、高齢者の医療の確保に関する法律第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（令和5年厚生労働省告示第234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

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

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）今後の人口構成の変化に対応するものであること

今後、人口減少が進行する中、医療・介護ニーズの増大する75歳以上人口は、令和4（2022）年10月現在の約20万人から令和12（2030）年には約23万8千人に増加すると推計されており、県全体の人口に占める割合は18.1%から22.7%に上昇すると予測されています。

一方、生産年齢人口（15～64歳）は、令和4（2022）年10月現在の約60万人から令和12（2030）年には約55万2千人に減少すると推計されており、県全体の人口に占める割合も54.2%から52.9%に下降すると予測されています。

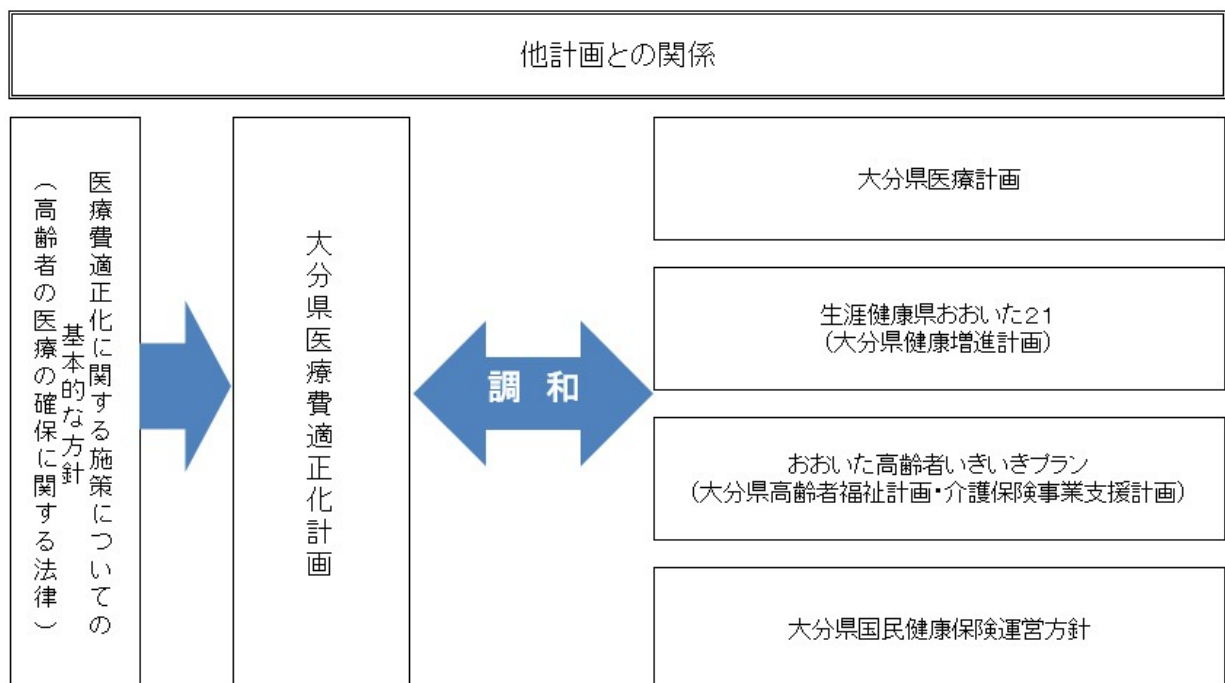
こうした中で、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものでなければなりません。

(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は、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令和11(2029)年度については、計画の進捗状況の調査及び分析結果の公表を行い、計画の最終年度の翌年度には実績に関する評価をし、必要に応じて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。



～ 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」「全国健康保険協会（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

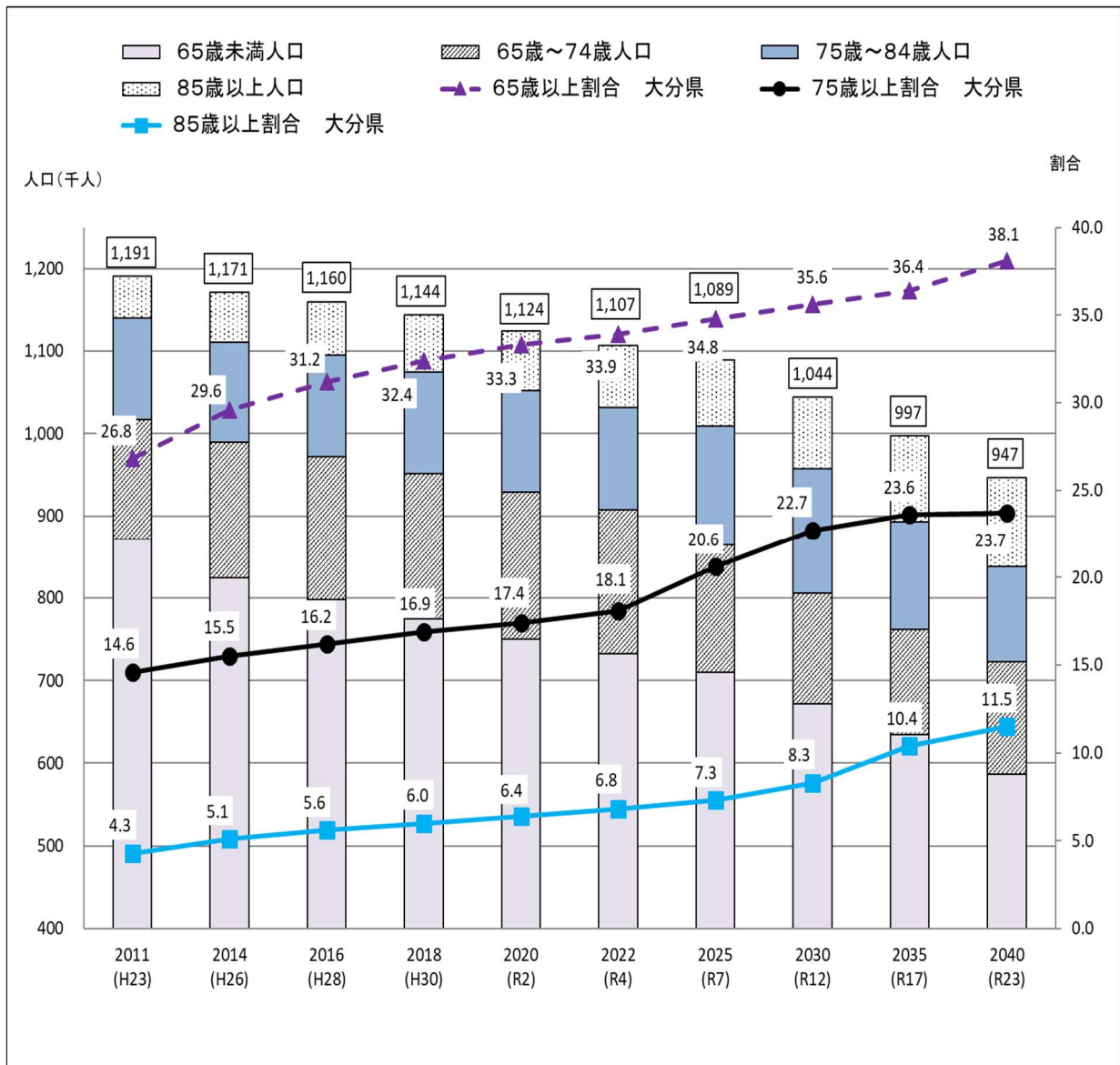
1 県民医療費の動向

(1) 大分県の人口・高齢化等の現状

本県の総人口は、令和4年10月現在、110万7千人となっており、今後も減少傾向が続いていく見込みです。65歳以上の人口は37万5千人、33.9%と総人口の3割を超え3人に1人が高齢者となっており、今後、高齢者人口は令和7年頃にピークを迎えた後、減少していく見込みです。

そのうち、医療・介護ニーズの増大する75歳以上人口については20万と総人口の18.1%、85歳以上の人口についても7万5千人と総人口の6.8%を占め、今後もしばらく増加が続く見込みです。

<人口及び高齢化率等の推移>



区 分	2011 (H23)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2020 (R2)	2022 (R4)	2025 (R7)	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
総人口(千人)	1,191	1,171	1,160	1,144	1,124	1,107	1,089	1,044	997	947
65歳未満	871	824	798	774	750	732	710	672	635	587
65歳以上	320	347	362	370	374	375	379	372	362	360
(再掲)65歳～74歳	146	166	174	177	179	175	154	134	127	136
(再掲)75歳～84歳	123	121	123	124	123	125	145	151	131	115
(再掲)85歳以上	51	60	65	69	72	75	80	87	104	109
(再掲)75歳以上	174	181	188	193	195	200	225	238	235	224
65歳以上割合 大分県	26.9	29.6	31.2	32.4	33.3	33.9	34.8	35.6	36.4	38.1
75歳以上割合 大分県	14.6	15.5	16.2	16.9	17.4	18.1	20.6	22.7	23.6	23.7
85歳以上割合 大分県	4.3	5.1	5.6	6.0	6.4	6.8	7.3	8.3	10.4	11.5

(単位:千人)

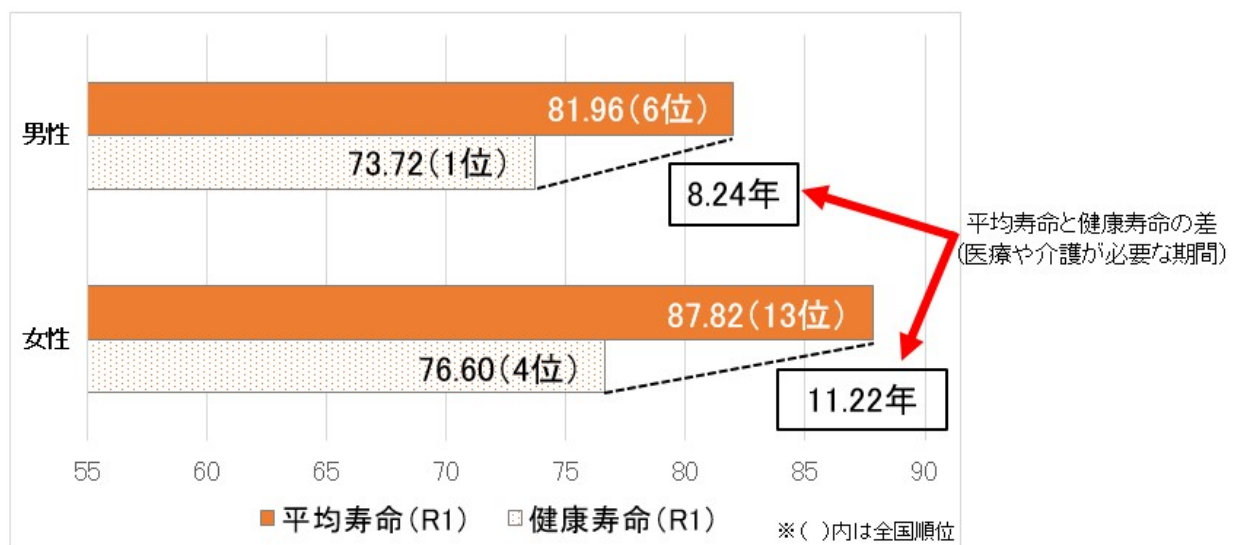
		2011 (H23)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2020 (R2)	2022 (R4)	2025 (R7)	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
生産年齢(15～64歳)人口	大分県	718	674	653	632	614	600	581	552	523	481
生産年齢(15～64歳)人口割合	大分県	60.2	57.6	56.3	55.2	54.6	54.2	53.3	52.9	52.5	50.8
生産年齢(15～64歳)人口	全国	81,342	77,850	76,562	75,451	75,088	74,208	71,701	68,754	64,942	59,777
生産年齢(15～64歳)人口割合	全国	63.6	61.3	60.3	59.7	59.5	59.4	58.5	57.7	56.4	53.9

注 1.令和4年までは実績 国、県:総務省「人口推計(10月1日現在)」 ※令和2年については国勢調査
2.令和7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H30.3)」

また、本県の平均寿命は、令和元年は、男性が81.96歳で全国6位、女性は87.82歳で全国13位と長寿県のひとつとなっています。健康な状態で過ごすことのできる期間を示す「健康寿命」は、令和元年には、男性が73.72歳で全国1位、女性が76.60歳で全国4位となっています。

平均寿命と健康寿命の差は、男性では8.24年、女性では11.22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>

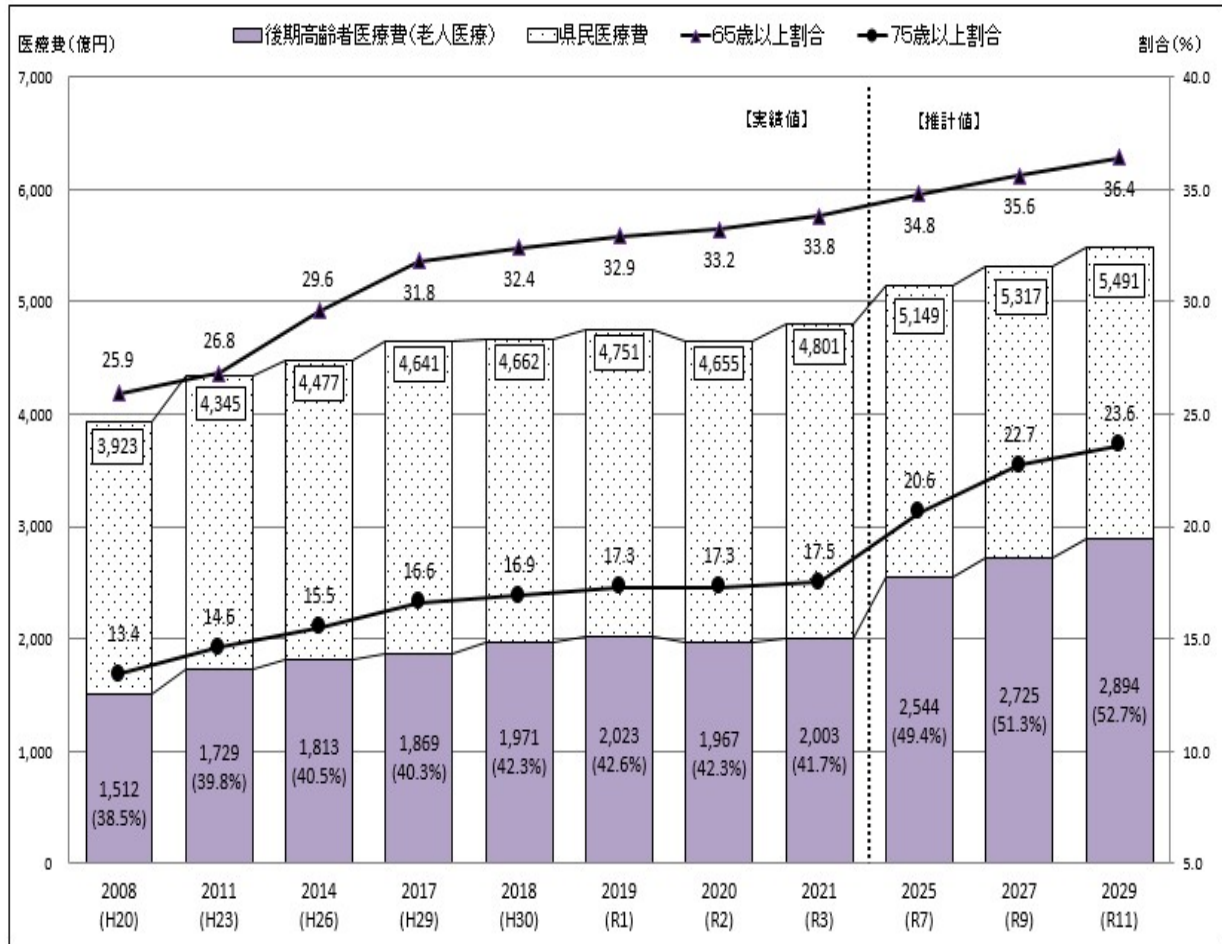


(2) 県民医療費の推移と将来推計

令和3年度の県民医療費は4,801億円であり、少子高齢化、特に医療・介護ニーズの増大する75歳以上人口の増加や医療の高度化等に伴い、今後も増加する見込みです。

うち、75歳以上が加入する後期高齢者医療費についても、令和3年度は2,003億円となっており、今後も費用額、県民医療費に占める割合ともに増加していく見込みです。

< 県民医療費等の将来推計 >



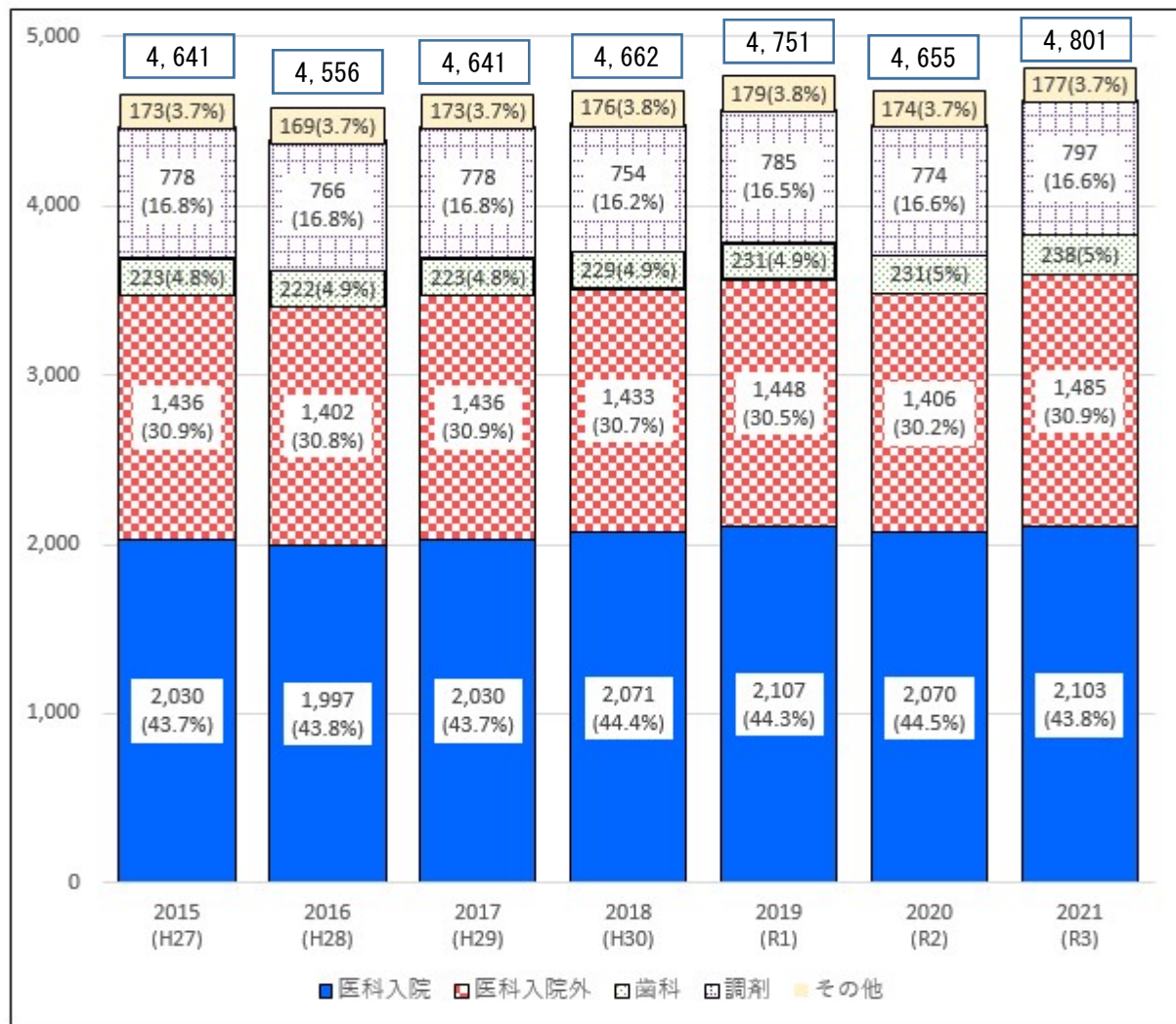
区 分	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2025 (R7)	2027 (R9)	2029 (R11)
県民医療費 (単位: 億円)	3,923	4,345	4,477	4,641	4,662	4,751	4,655	4,801	5,149	5,317	5,491
後期高齢者医療費 (老人医療)	1,512	1,729	1,813	1,869	1,971	2,023	1,967	2,003	2,544	2,725	2,894
後期高齢者医療費の占める割合 (%)	38.5	39.8	40.5	40.3	42.3	42.6	42.3	41.7	49.4	51.3	52.7
一人当たり県民医療費 (単位: 千円)	326.9	364.8	382.3	402.9	407.5	418.6	414.1	431.0	472.8	496.4	521.4
65歳以上割合 (%)	25.9	26.8	29.6	31.8	32.4	32.9	33.2	33.8	34.8	35.6	36.4
75歳以上割合 (%)	13.4	14.6	15.5	16.6	16.9	17.3	17.3	17.5	20.6	22.7	23.6

(注) 1 県民医療費 平成20(2008)～令和3年(2021)年度については厚生労働省発表の国民医療費(H26以前は3年ごと公表)、R6(2024)年度以降は国の医療費推計ツール
 2 後期高齢者医療費 (老人医療) 平成20(2008)～令和3年(2021)については後期高齢者医療事業状況報告(年報)、R6(2024)以降は国の医療費推計ツール
 (ただし、平成20年度のみ、平成20年度後期高齢者医療事業状況報告年報(4月～2月分:1,381億円)と平成20年3月老人医療
 (131億円=概算医療費 データベースからの合算)

(3) 診療種別医療費の状況

県民医療費全体に対する診療種別の医療費割合は、医科診療医療費の入院医療費が最も高く、平成27年度以降、全ての種類においてほぼ同じ割合で推移しています。

＜診療種別医療費＞



(億円)

区分	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	比較 R3-H27
人口 (千人)	1,166	1,160	1,152	1,144	1,135	1,124	1,114	-52
県民医療費	4,641	4,556	4,641	4,662	4,751	4,655	4,801	160
一人あたり医療費	396.2	392.8	402.9	407.5	418.6	414.1	431	35
医科入院	2,030	1,997	2,030	2,071	2,107	2,070	2,103	73
医科入院外	1,436	1,402	1,436	1,433	1,448	1,406	1,485	49
歯科	223	222	223	229	231	231	238	15
調剤	778	766	778	754	785	774	797	19
その他	173	169	173	176	179	174	177	4

※その他・・・入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等

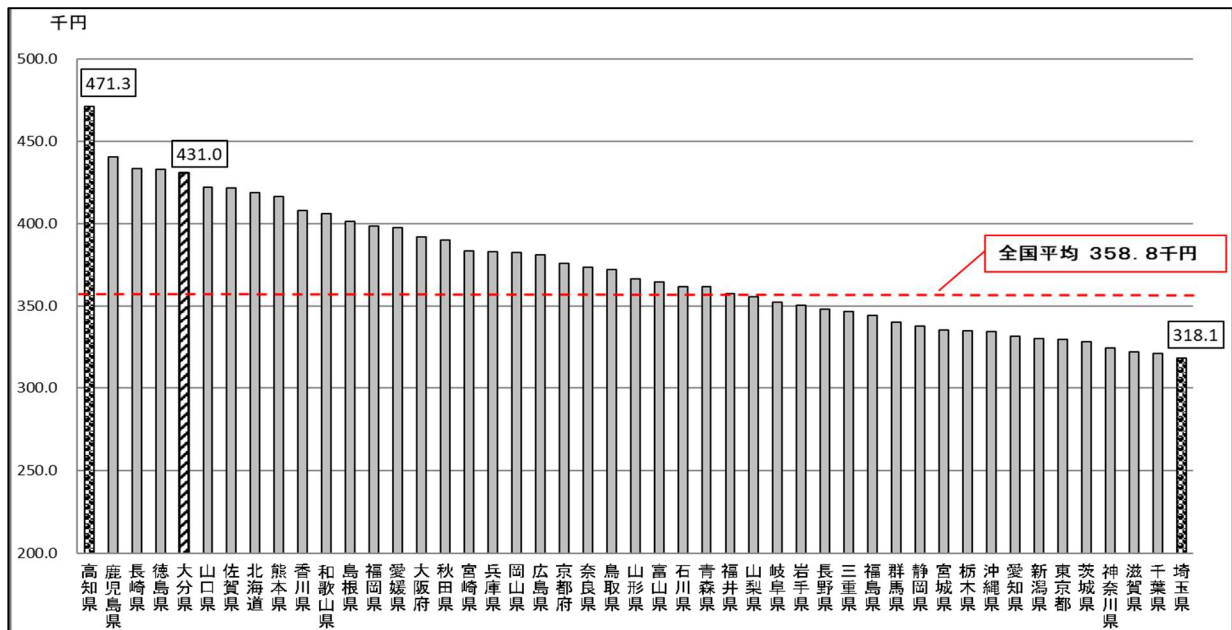
(出典：厚生労働省 国民医療費)

(4) 都道府県別一人当たり医療費の状況

本県の令和3年度の県民医療費の一人当たり医療費は、431.0千円と全国で5番目に高くなっており、最も低い埼玉県の1.35倍です。

要因として、医科診療医療費の入院医療費が、188.8千円と全国で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（令和3年度） >



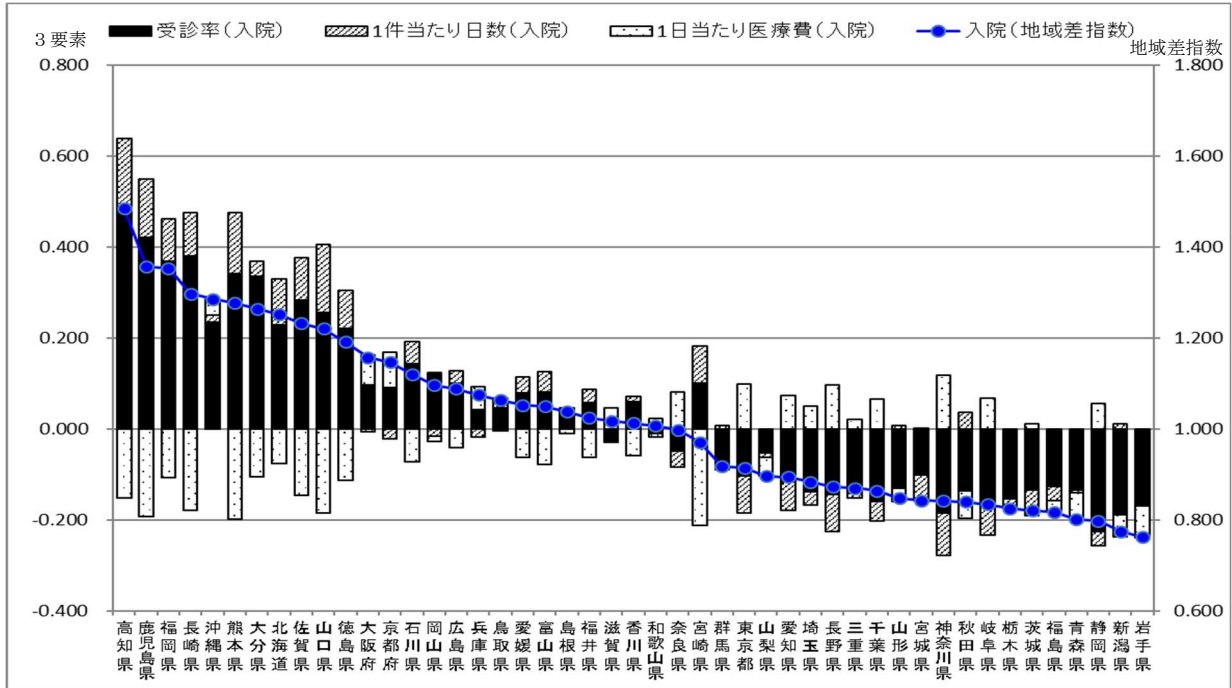
都道府県	一人当たり医療費(千円)						都道府県	一人当たり医療費(千円)					
	国民医療費		うち医科診療医療費					国民医療費		うち医科診療医療費			
			入院	順位	入院外	順位				入院	順位	入院外	順位
全国	358.8	順位	134.3	順位	123.9	順位	滋賀県	321.7	45	121.3	38	107.8	46
北海道	419.0	8	179.7	8	127.1	19	京都府	375.9	21	146.0	23	129.4	14
青森県	361.7	27	134.4	30	120.7	32	大阪府	391.8	15	142.6	25	136.1	6
岩手県	350.6	31	131.4	32	113.5	43	兵庫県	382.9	18	141.6	26	133.1	11
宮城県	335.1	37	119.6	39	117.8	35	奈良県	373.5	22	139.9	28	141.8	3
秋田県	390.0	16	153.8	19	117.8	36	和歌山県	406.2	11	157.4	14	143.7	2
山形県	366.3	24	140.0	27	123.6	28	鳥取県	372.3	23	158.3	13	116.4	38
福島県	344.2	34	126.1	35	120.2	33	島根県	401.4	12	168.4	10	124.4	26
茨城県	327.9	43	116.1	42	116.3	39	岡山県	382.5	19	154.2	16	135.7	7
栃木県	334.3	38	119.2	40	125.8	23	広島県	381.2	20	144.7	24	130.4	13
群馬県	339.8	35	128.6	33	123.7	27	山口県	422.1	6	180.4	7	129.1	15
埼玉県	318.1	47	110.0	44	114.6	42	徳島県	433.2	4	182.4	6	144.4	1
千葉県	320.6	46	114.7	43	112.6	44	香川県	407.9	10	154.6	15	140.7	4
東京都	329.4	42	109.6	45	121.8	30	愛媛県	397.5	14	159.4	12	136.3	5
神奈川県	324.3	44	108.0	47	114.9	41	高知県	471.3	1	225.9	1	128.4	17
新潟県	329.6	41	123.1	37	110.3	45	福岡県	398.8	13	167.4	11	123.3	29
富山県	364.6	25	153.9	18	117.4	37	佐賀県	421.8	7	175.7	9	133.5	9
石川県	361.8	26	149.2	20	118.5	34	長崎県	433.5	3	191.4	3	126.1	22
福井県	357.7	28	148.4	21	124.9	25	熊本県	416.7	9	183.2	5	131.0	12
山梨県	355.7	29	133.4	31	121.4	31	大分県	431.0	5	188.8	4	133.3	10
長野県	348.3	32	134.6	29	115.3	40	宮崎県	383.6	17	154.1	17	126.5	21
岐阜県	352.2	30	123.8	36	128.6	16	鹿児島県	440.4	2	201.2	2	134.7	8
静岡県	337.5	36	118.1	41	127.0	20	沖縄県	334.1	39	146.0	22	104.6	47
愛知県	331.3	40	109.4	46	127.4	18							
三重県	346.9	33	126.3	34	125.8	24							

(出典：令和3年度国民医療費の概況) (厚生労働省調べ)

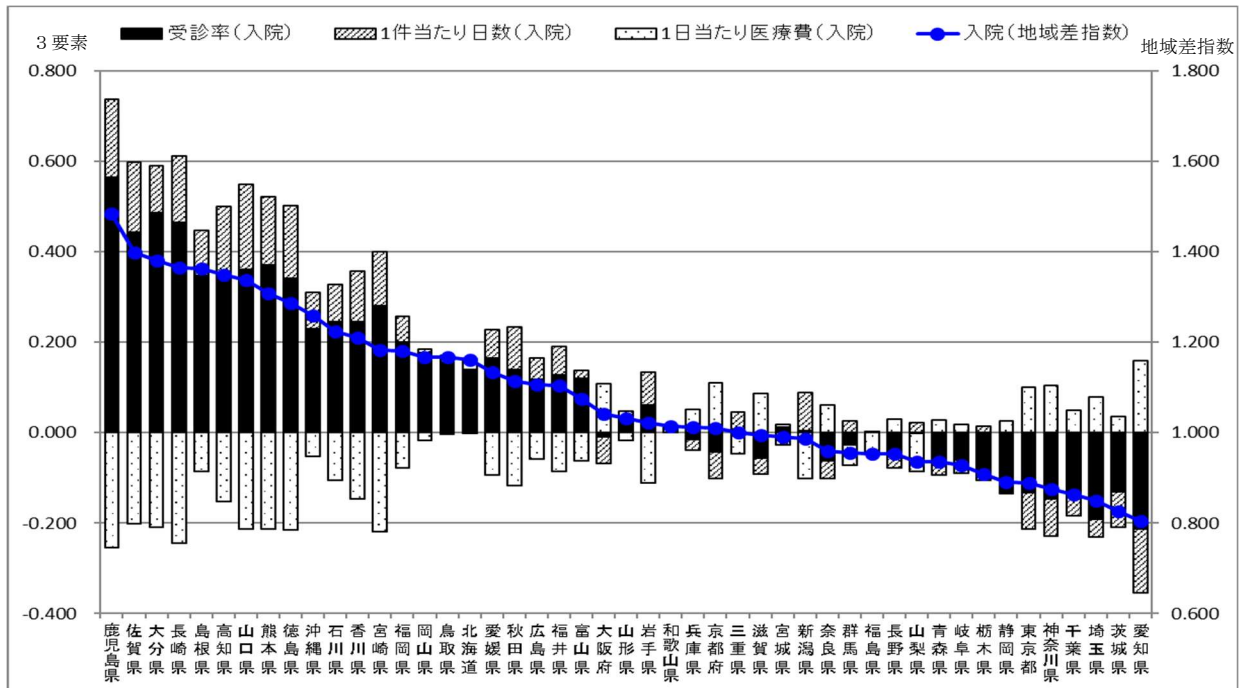
(5) 都道府県別一人当たり医療費の地域差指数

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(受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費)でみると、大分県の医療費は、後期高齢者医療が全国7番目、市町村国保が全国3番目に高くなっています。いずれも受診率が、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入院医療費地域差指数(令和2年度)>



<市町村国保一人当たり入院医療費地域差指数(令和2年度)>

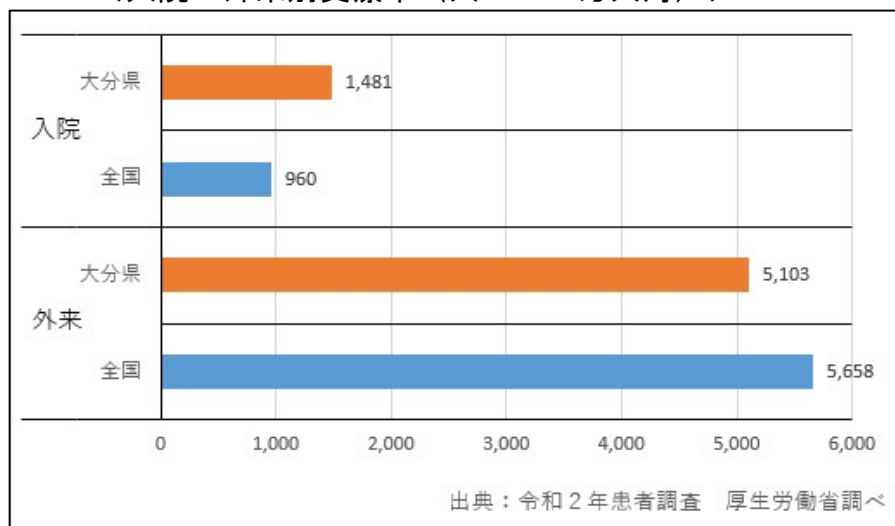


(出典：医療費の地域差分析)(厚生労働省調べ)

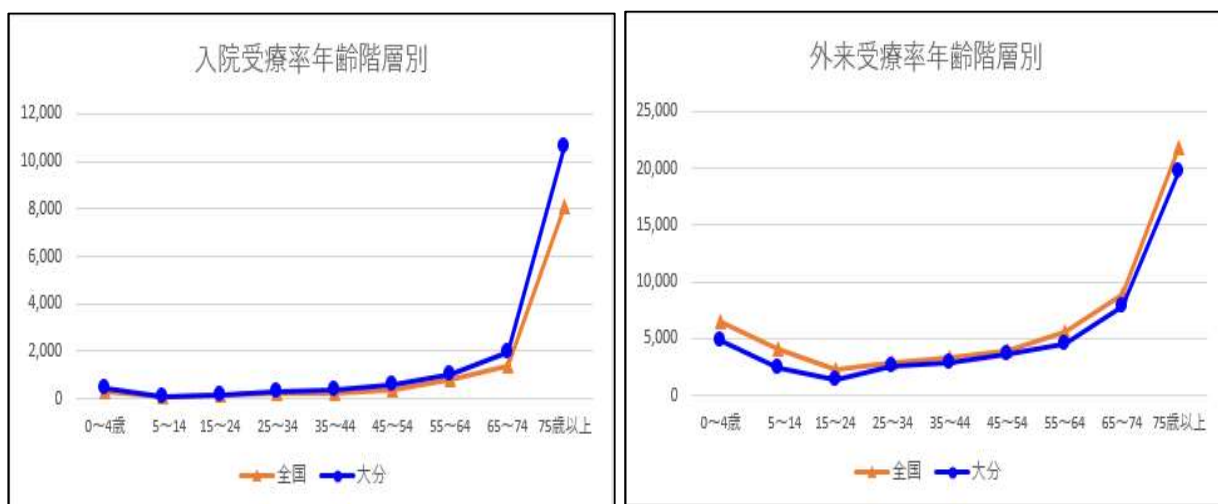
(6) 県民の医療機関の受診状況

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おり、75歳以上で急増しています。

<入院・外来別受療率（人口10万人対）>



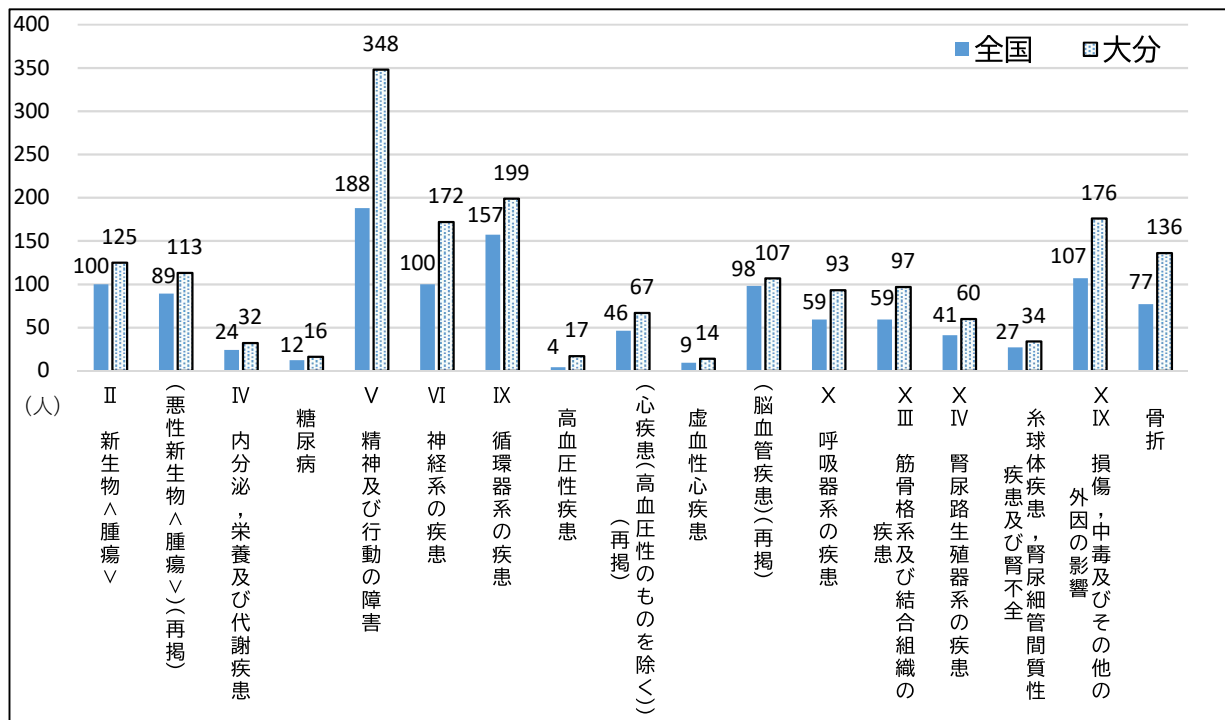
<年齢階級別入院及び外来受療率>



(出典：令和2年患者調査 厚生労働省調べ)

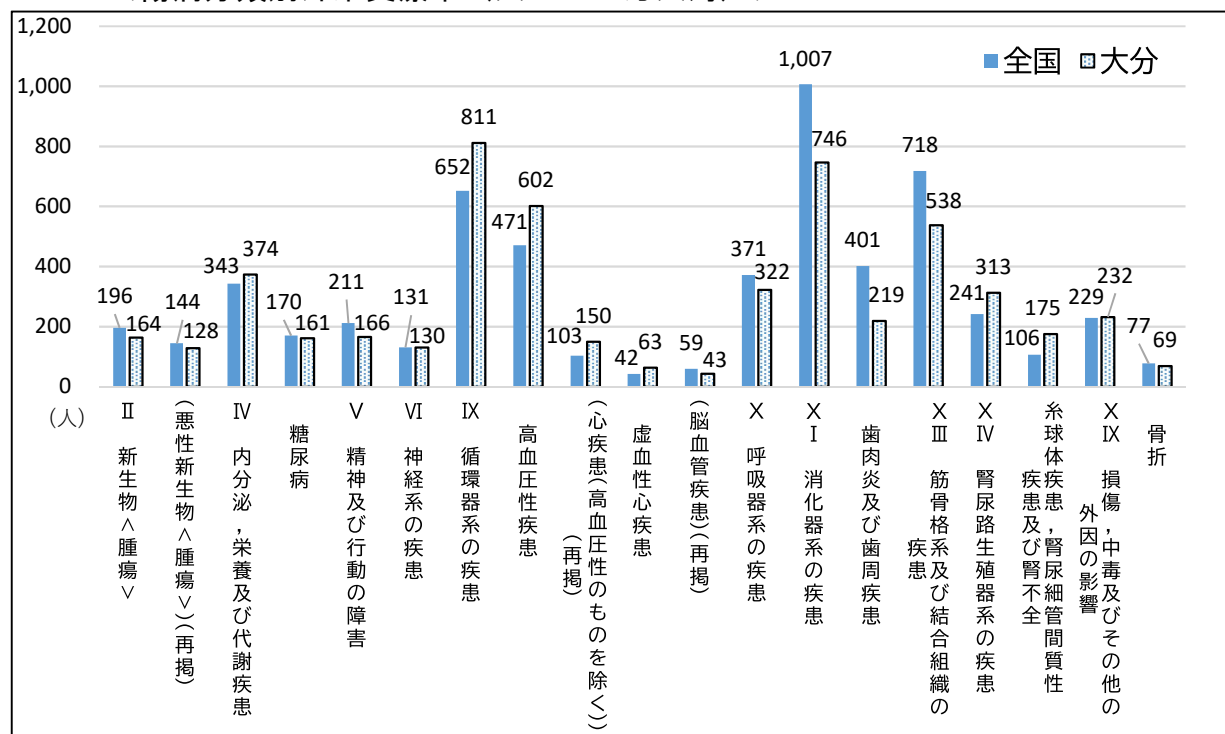
入院の受診状況について傷病分類別にみると、全国と比較し、精神及び行動の障害、神経系の疾患、高血圧性疾患、虚血性心疾患、呼吸器系疾患、筋骨格系及び結合組織疾患や骨折の受療率が高くなっています。

<傷病分類別入院受療率（人口10万人対）>



(出典：令和2年患者調査 厚生労働省調べ)

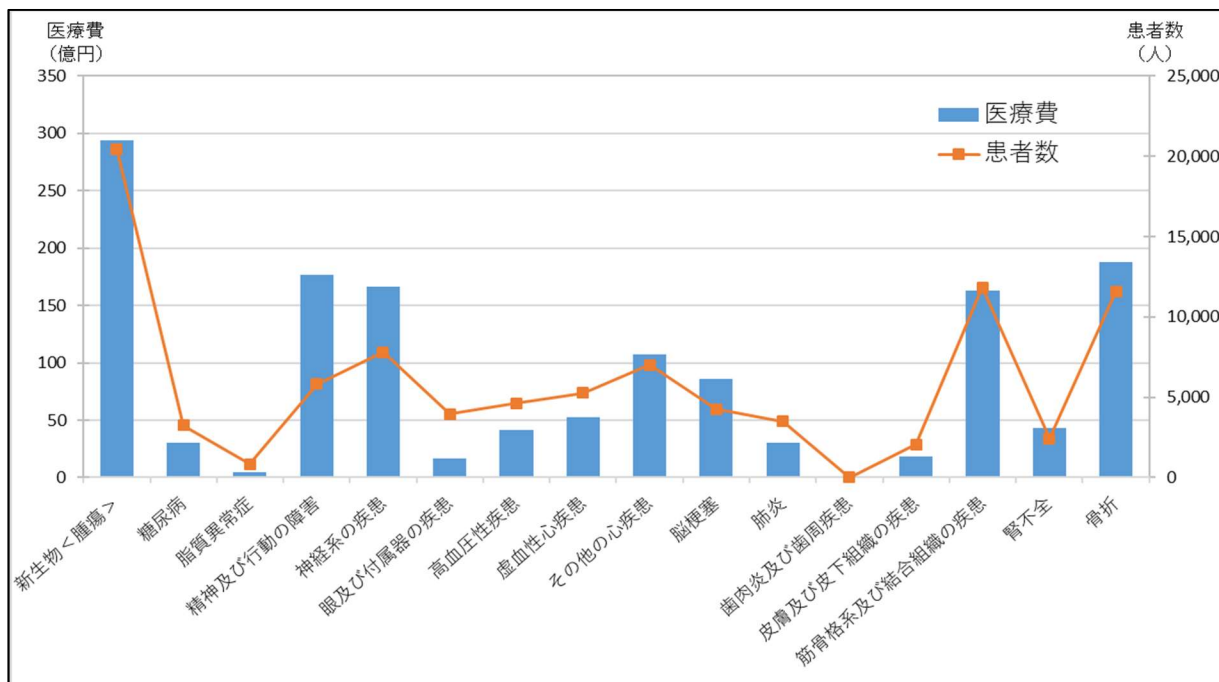
<傷病分類別外来受療率（人口10万人対）>



(出典：令和2年患者調査 厚生労働省調べ)

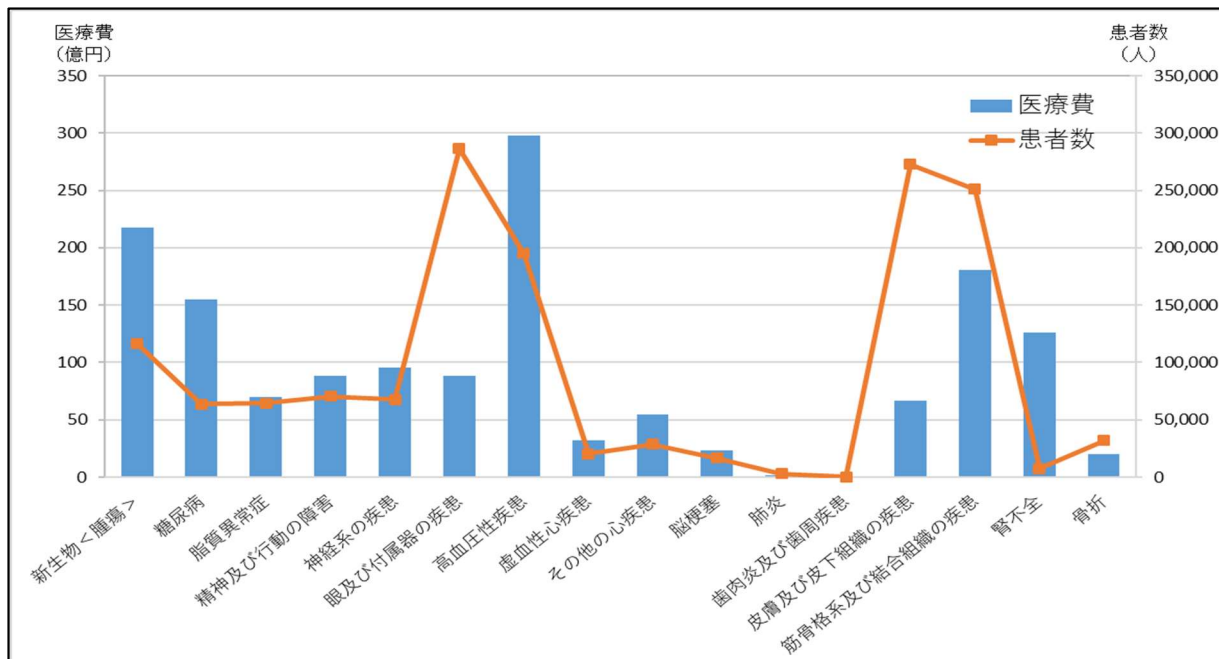
次に、主な疾患別医療費をみると、入院では新生物（腫瘍）、骨折、精神及び行動の障害の順に多く、外来では高血圧性疾患、新生物（腫瘍）、筋骨格系及び結合組織の疾患の順に多くなっています。

＜主な疾患別入院医療費＞



(出典：令和3年NDBデータ)

＜主な疾患別外来医療費＞



(出典：令和3年NDBデータ)

(7) 調剤医療費等の状況

調剤医療費の状況をみると、平成27年度から令和3年度にかけて19億円伸びていますが、県民医療費全体に係る割合は16.6%前後で推移しています。

<調剤医療費>

区 分	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	比較
	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	R3-H27
県民医療費	4,641	4,556	4,641	4,662	4,751	4,655	4,801	160
うち調剤医療費	778	766	778	754	785	774	797	19
(割合)	16.8%	16.8%	16.8%	16.2%	16.5%	16.6%	16.6%	-

単位：億円

(出典：厚生労働省 国民医療費)

後発医薬品の数量ベースの使用割合は、令和4年度末時点で84.4%と全国平均を上回り、年々増加しています。

<後発医薬品の使用割合（数量ベース）>

区 分	平成29年度末	平成30年度末	令和元年度末	令和2年度末	令和3年度末	令和4年度末
大 分 県	73.6%	78.1%	80.9%	82.9%	82.9%	84.4%
全 国	73.0%	77.7%	80.4%	82.1%	82.1%	83.7%
全国順位	30位	32位	30位	28位	21位	27位

(出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向)

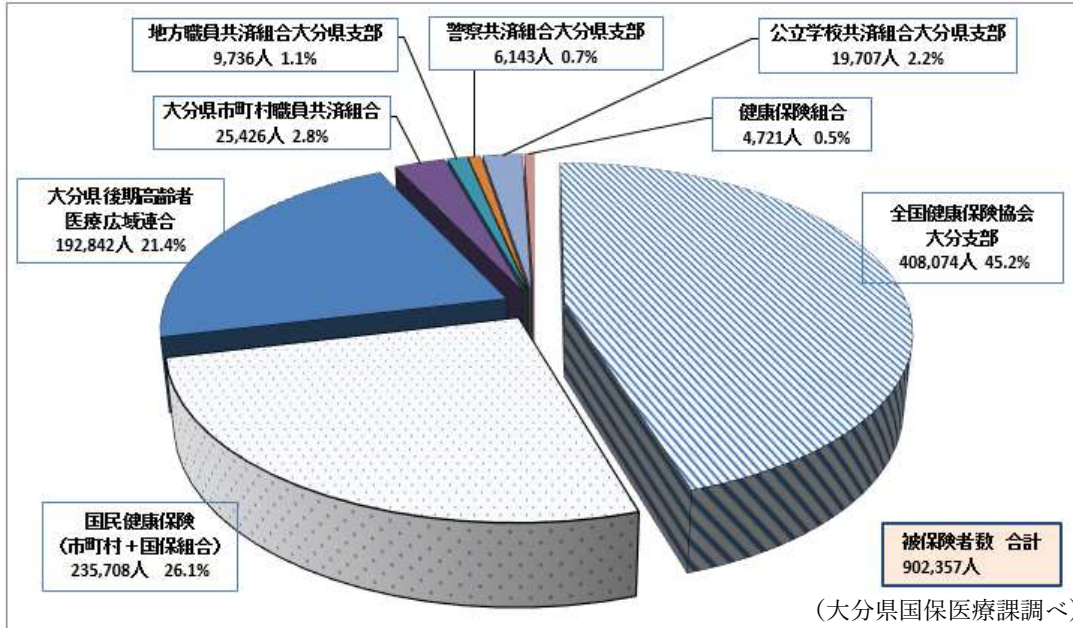
(8) 県内に本部・支部を置く保険者別被保険者数及び医療費の状況

県内の被保険者数を保険者別にみると、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40万8千人

（45.2％）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23万6千人（26.1％）、75歳以上の方が全て加入する後期高齢者医療が19万3千人（21.4％）となっています。

＜県内の被保険者数（令和3年度）＞

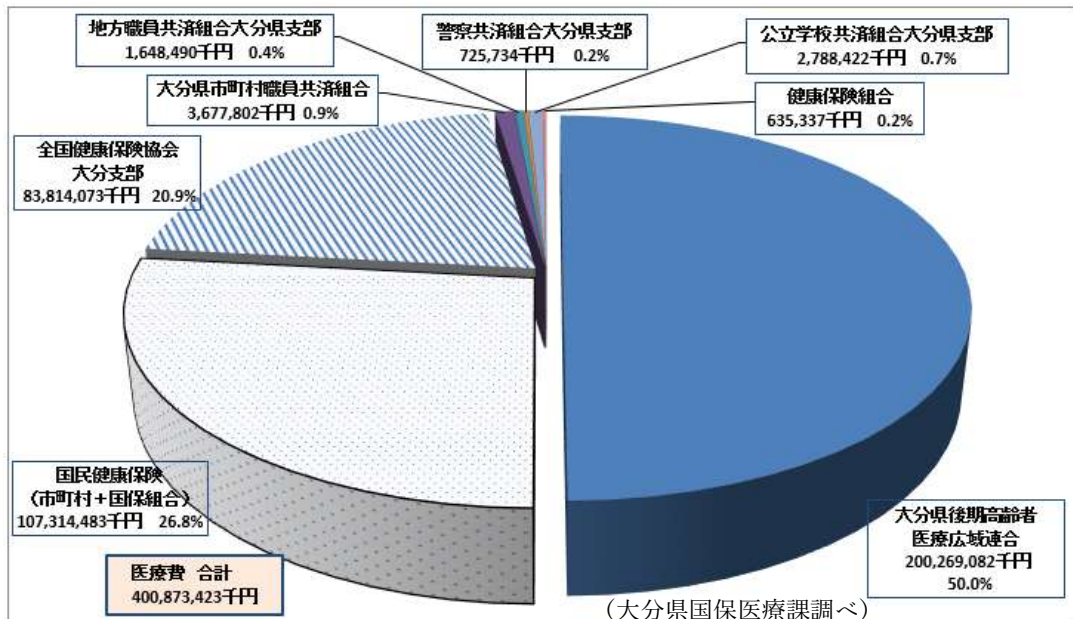
※大分県内に本部や支部を置く保険者の被保険者等の数（県人口の約80％）



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2,003億円（50.0％）、次に、国民健康保険が1,073億円（26.8％）、全国健康保険協会（協会けんぽ）大分支部が838億円（20.9％）となっています。

＜県内の医療費（令和3年度）＞

※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（県民医療費の約86％）



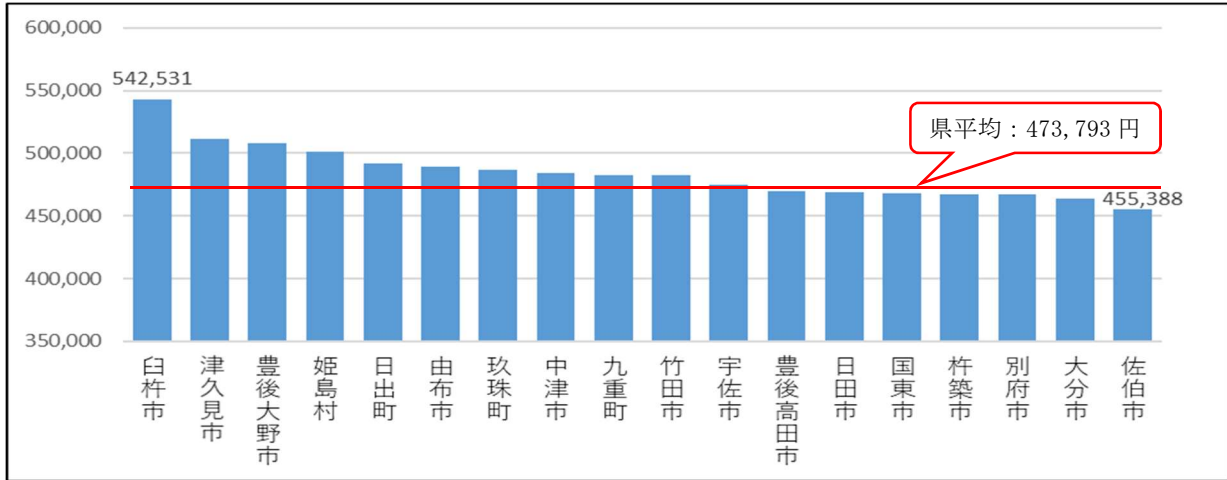
(9) 市町村別一人当たり医療費の状況

<市町村国民健康保険（令和3年度）>

令和3年度の市町村別（市町村国民健康保険）の一人当たり医療費は、臼杵市、津久見市、豊後大野市の順に高く、佐伯市、大分市、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、1.19倍となっています。

市町村別（市町村国民健康保険）一人当たり医療費（令和3年度）

単位：円



単位：円

区分	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度	
	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位
大分市	419,913	8	430,499	11	438,493	10	449,034	14	442,967	15	463,813	17
別府市	395,779	17	410,639	16	412,116	18	429,468	18	423,650	18	466,943	16
中津市	416,087	11	425,930	12	433,659	14	452,489	13	447,263	14	484,122	8
日田市	399,647	16	421,296	13	428,590	15	442,002	16	456,602	10	468,865	13
佐伯市	410,292	13	416,740	14	435,999	12	438,519	17	431,655	17	455,388	18
臼杵市	462,367	2	478,801	2	494,525	1	509,464	2	501,705	3	542,531	1
津久見市	460,862	3	477,733	3	480,895	3	490,051	3	487,114	4	511,615	2
竹田市	427,520	6	456,045	5	449,006	8	448,110	15	452,244	12	482,513	10
豊後高田市	405,293	14	413,068	15	416,977	17	470,415	8	432,912	16	469,535	12
杵築市	444,689	4	447,926	8	451,068	6	475,835	6	453,505	11	467,387	15
宇佐市	429,906	5	446,228	9	434,104	13	456,428	12	460,356	9	475,121	11
姫島村	385,950	18	409,023	17	454,105	5	529,468	1	506,747	2	501,486	4
日出町	411,848	12	451,895	7	438,014	11	460,253	10	462,944	8	491,765	5
九重町	404,849	15	396,682	18	424,324	16	457,018	11	451,290	13	482,876	9
玖珠町	420,684	7	467,757	4	449,793	7	482,687	5	521,426	1	486,449	7
豊後大野市	466,286	1	483,012	1	482,456	2	488,823	4	484,438	5	507,611	3
由布市	419,226	9	437,335	10	454,347	4	465,166	9	476,312	6	488,901	6
国東市	418,988	10	453,917	6	448,702	9	473,112	7	471,508	7	467,855	14
県平均	419,376	-	433,784	-	439,418	-	454,003	-	450,397	-	473,793	-
最大÷最小	1.21	-	1.22	-	1.20	-	1.23	-	1.23	-	1.19	-

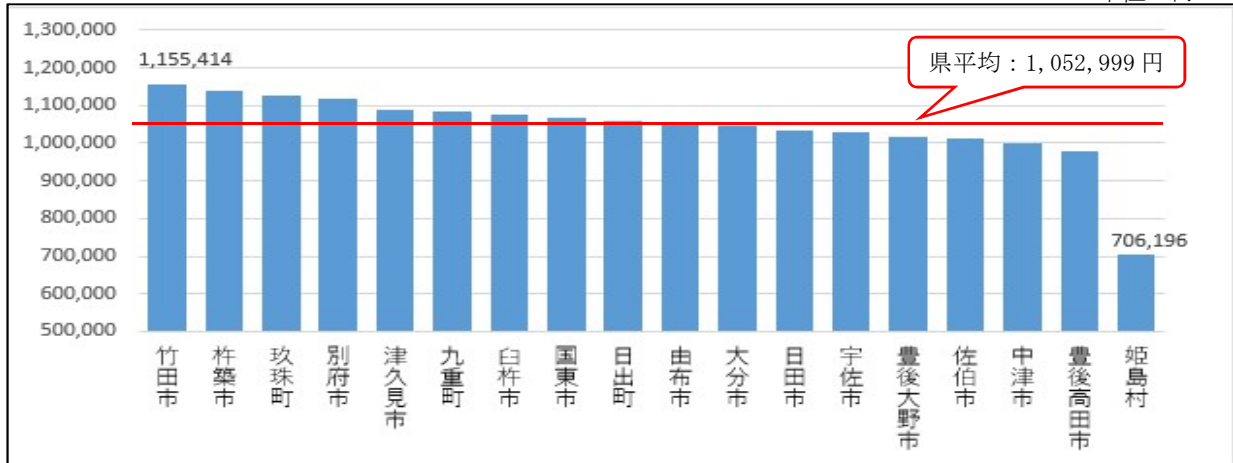
(大分県国保医療課調べ)

<後期高齢者医療（令和3年度）>

令和3年度の市町村別（後期高齢者医療）の一人当たり医療費は、竹田市、杵築市、国東市の順に高く、玖珠町、豊後高田市、中津市の順に低くなっています。最高と最低の市町村差は、1.64倍となっています。

市町村別（後期高齢者医療）一人当たり医療費（令和3年度）

単位：円



単位：円

区分	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度	
	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位
大分市	1,047,004	4	1,069,253	4	1,071,498	4	1,072,767	7	1,027,709	9	1,044,836	11
別府市	1,103,094	2	1,119,244	2	1,119,245	2	1,120,356	2	1,079,165	4	1,118,815	4
中津市	954,544	17	974,941	17	974,199	17	999,736	17	977,728	17	998,317	16
日田市	998,163	13	1,029,639	8	1,045,509	8	1,064,739	9	1,020,736	11	1,033,140	12
佐伯市	977,624	15	992,672	14	1,013,072	15	1,029,487	14	1,013,489	12	1,013,743	15
臼杵市	998,900	11	1,059,151	5	1,066,859	5	1,091,788	5	1,079,388	3	1,077,258	7
津久見市	1,030,707	5	1,021,553	11	1,050,548	7	1,062,801	10	1,012,724	13	1,087,729	5
竹田市	1,120,386	1	1,138,444	1	1,168,345	1	1,166,029	1	1,157,843	1	1,155,414	1
豊後高田市	998,737	12	1,024,549	9	1,033,463	9	1,015,435	15	985,055	16	976,720	17
杵築市	1,086,996	3	1,079,197	3	1,077,155	3	1,097,333	4	1,076,047	6	1,138,484	2
宇佐市	1,013,452	9	1,024,351	10	1,025,921	12	1,044,316	13	1,001,385	14	1,027,798	13
豊後大野市	978,854	14	985,885	15	994,881	16	1,012,617	16	989,167	15	1,014,835	14
由布市	1,029,495	6	1,037,010	6	1,018,416	14	1,055,602	11	1,030,819	8	1,052,230	10
国東市	1,010,071	10	1,032,298	7	1,054,417	6	1,053,481	12	1,038,961	7	1,068,252	8
姫島村	730,266	18	725,811	18	668,094	18	680,937	18	684,618	18	706,196	18
日出町	1,014,296	8	1,015,904	13	1,025,649	13	1,072,344	8	1,022,461	10	1,057,312	9
九重町	1,027,508	7	983,380	16	1,027,052	10	1,101,854	3	1,077,925	5	1,086,035	6
玖珠町	961,642	16	1,020,826	12	1,025,996	11	1,088,808	6	1,103,634	2	1,124,544	3
県平均	1,027,286	-	1,046,449	-	1,053,443	-	1,065,750	-	1,032,528	-	1,052,999	-
最大÷最小	1.53	-	1.57	-	1.75	-	1.71	-	1.69	-	1.64	-

(大分県国保医療課調べ)

<全国健康保険協会+国民健康保険+後期高齢者医療（令和2年度）>

令和2年度の市町村別（全国健康保険協会+国民健康保険+後期高齢者医療）の一人当たり医療費は、竹田市、津久見市、国東市の順に高く、大分市、日出町、日田市の順に低くなっています。

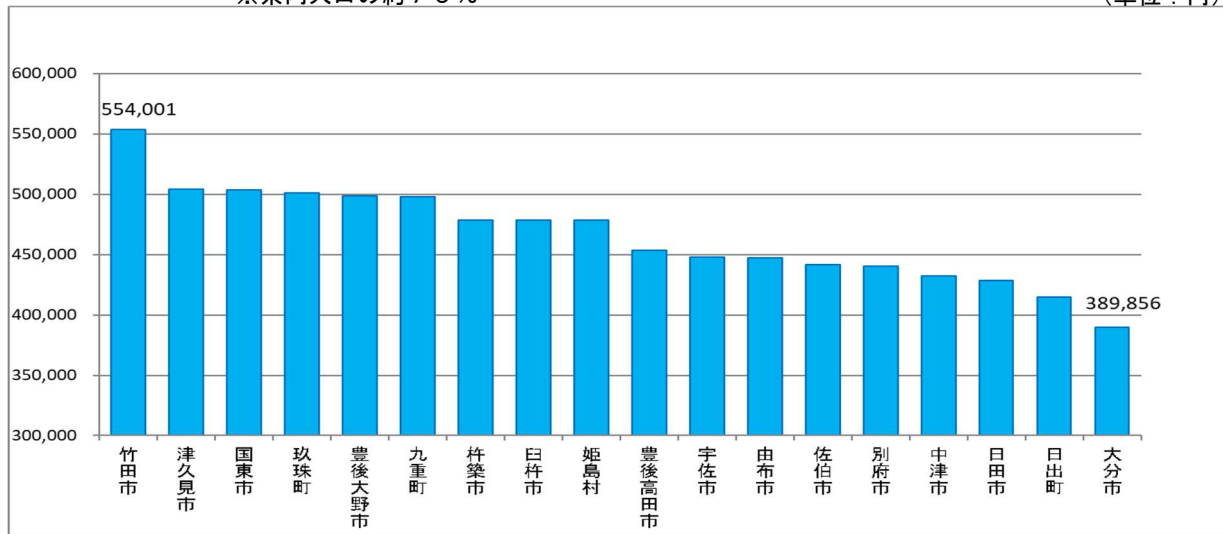
最高と最低の市町村差は、1.42倍となっており、高齢化等が影響していると考えられます。

※国民健康保険＝市町村国保＋国保組合

市町村別（協会けんぽ・国保・後期高齢）一人当たり医療費（令和2年度）

※県内人口の約75%

（単位：円）



（単位：円）

区分	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位
大分市	372,505	18	381,657	18	386,951	18	398,599	18	389,856	18
別府市	416,671	12	430,816	12	435,602	11	448,500	12	440,679	14
中津市	407,249	14	415,891	15	410,775	16	436,700	15	432,008	15
日田市	401,885	15	417,192	14	422,036	15	436,509	16	428,255	16
佐伯市	412,646	13	423,221	13	434,679	12	444,946	14	441,743	13
臼杵市	441,016	7	458,623	6	463,977	7	485,551	8	478,606	8
津久見市	472,356	4	478,497	4	491,499	4	505,294	4	504,535	2
竹田市	518,722	1	543,939	1	543,123	1	554,197	1	554,001	1
豊後高田市	436,745	8	448,423	9	463,039	8	474,752	10	453,449	10
杵築市	455,940	5	457,810	7	465,832	6	493,668	6	478,710	7
宇佐市	433,241	9	443,448	10	439,844	10	461,074	11	448,146	11
豊後大野市	480,536	2	492,631	2	499,174	2	505,747	3	498,804	5
由布市	429,283	10	436,587	11	429,254	14	447,032	13	447,559	12
国東市	472,975	3	487,959	3	497,192	3	514,235	2	503,870	3
姫島村	400,888	16	399,341	16	431,998	13	484,988	9	478,566	9
日出町	381,816	17	393,680	17	393,695	17	426,838	17	414,982	17
九重町	446,393	6	456,341	8	475,843	5	499,697	5	498,257	6
玖珠町	428,150	11	460,270	5	455,120	9	488,287	7	501,387	4
最大÷最小	1.39	—	1.43	—	1.40	—	1.39	—	1.42	—

大分県保険者協議会調べ

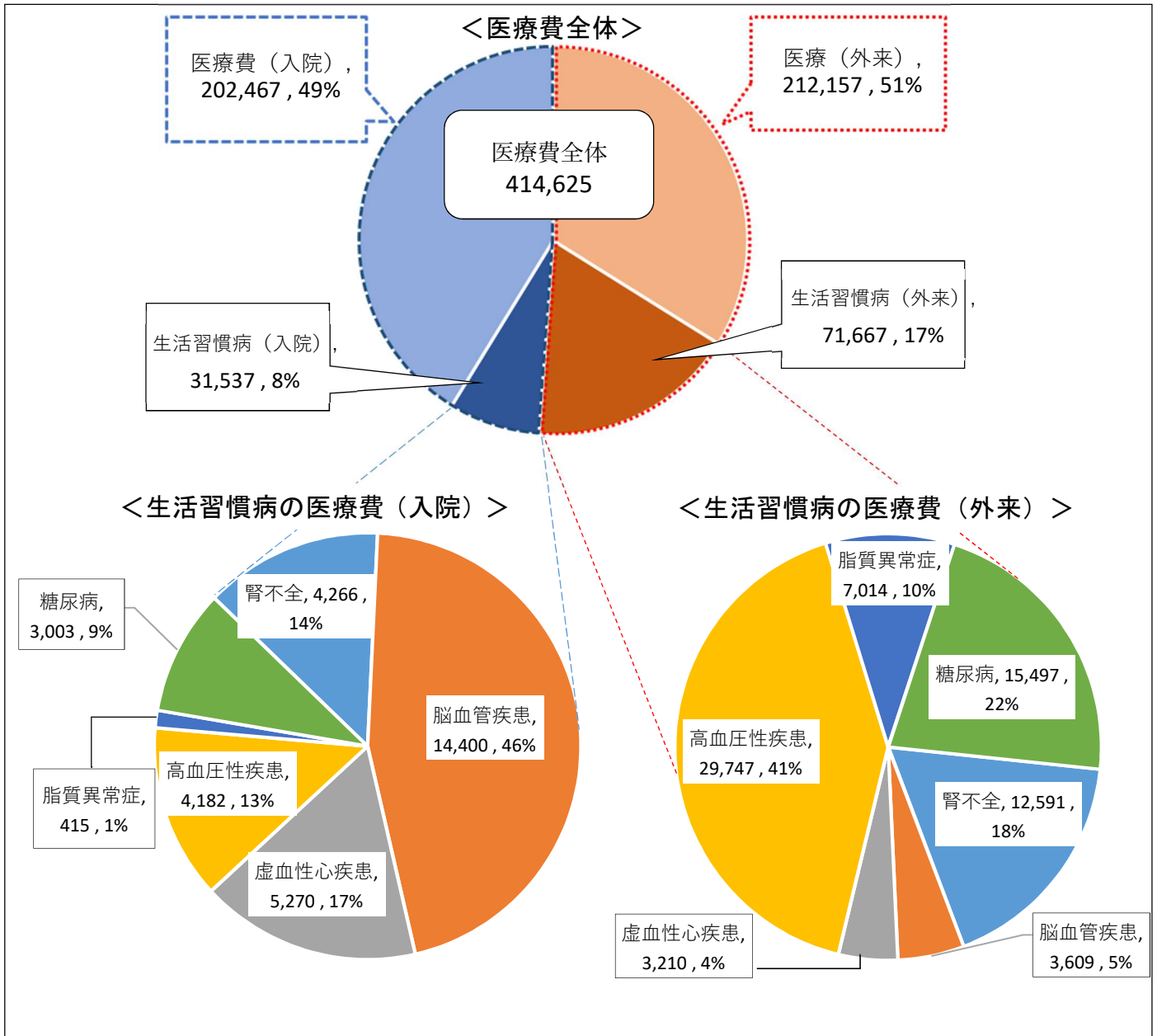
2 生活習慣病等の状況

(1) 生活習慣病の医療費の状況

生活習慣病の令和3年度の医療費は、医療費全体の約25%を占め、入院では脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の順に多く、外来では高血圧性疾患、糖尿病、腎不全の順に多くなっています。

＜生活習慣病の医療費（入院・外来）（令和3年度）＞

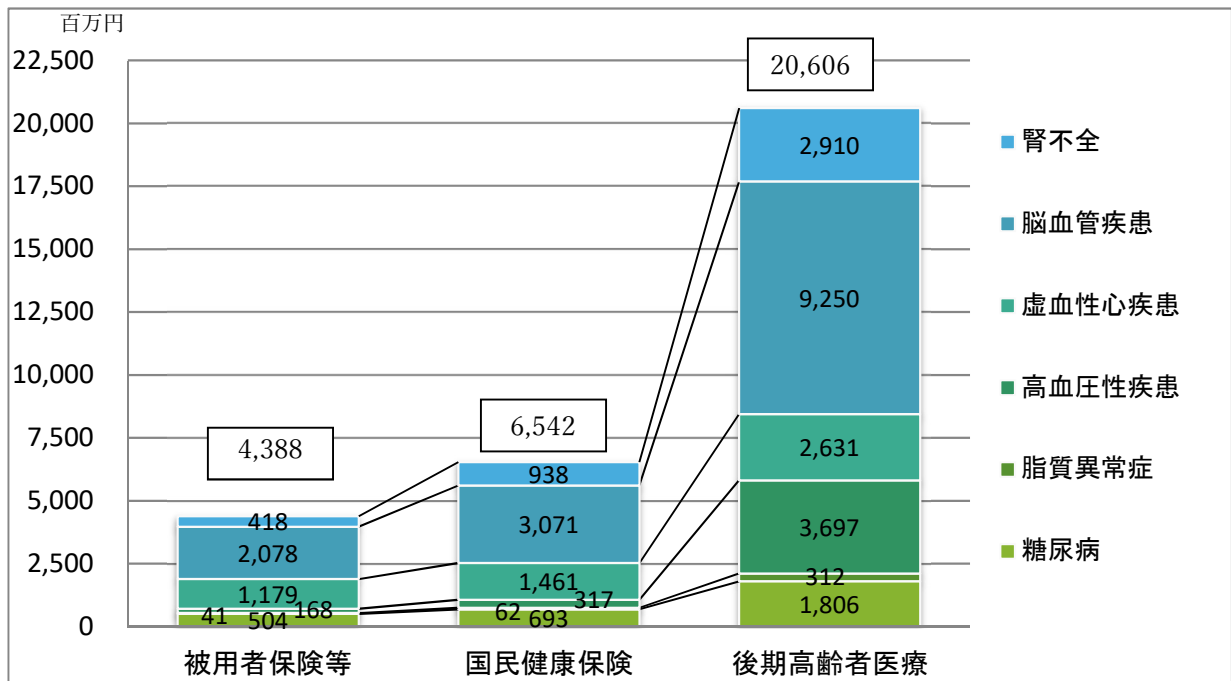
(単位：百万円)



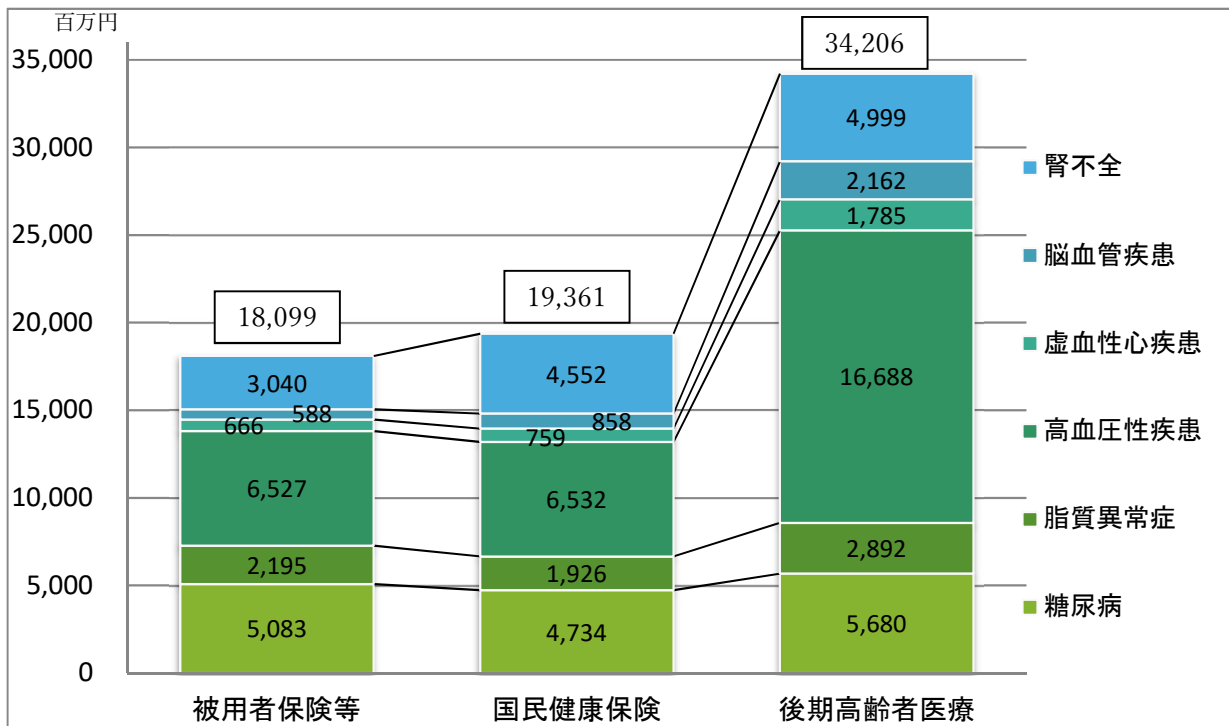
(出典：NDBデータ)

また、生活習慣病の医療費を保険者別にみると、入院、外来とも後期高齢者医療、国民健康保険、全国健康保険協会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、入院や通院につながっていくものと考えられます。

＜保険者別生活習慣病の医療費（入院）（令和3年度）＞



＜保険者別生活習慣病の医療費（外来）（令和3年度）＞

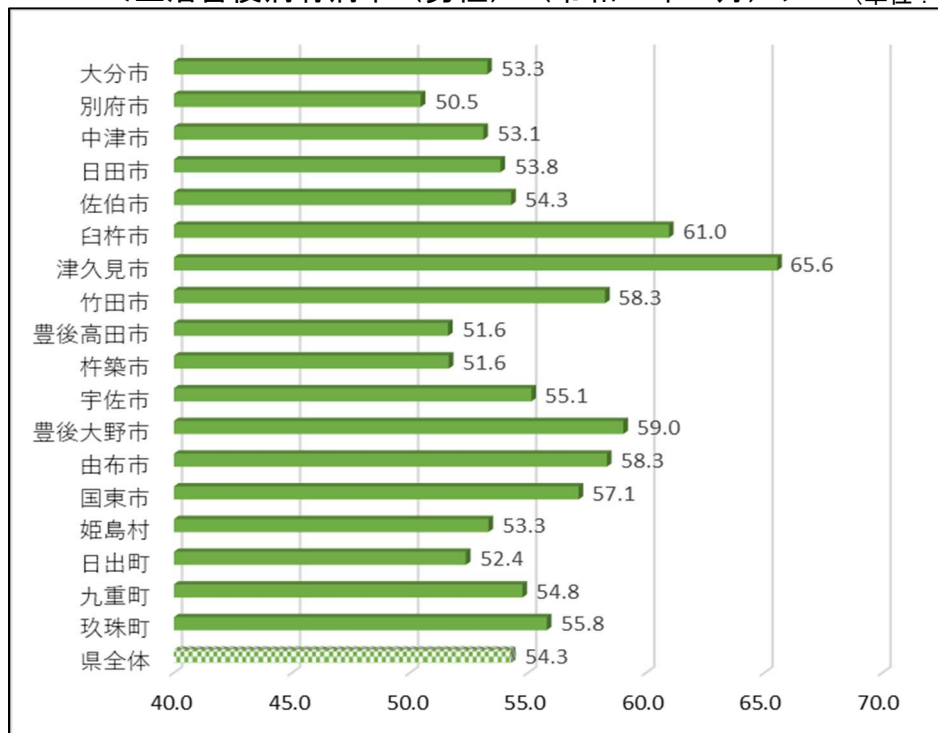


(出典：NDBデータ)

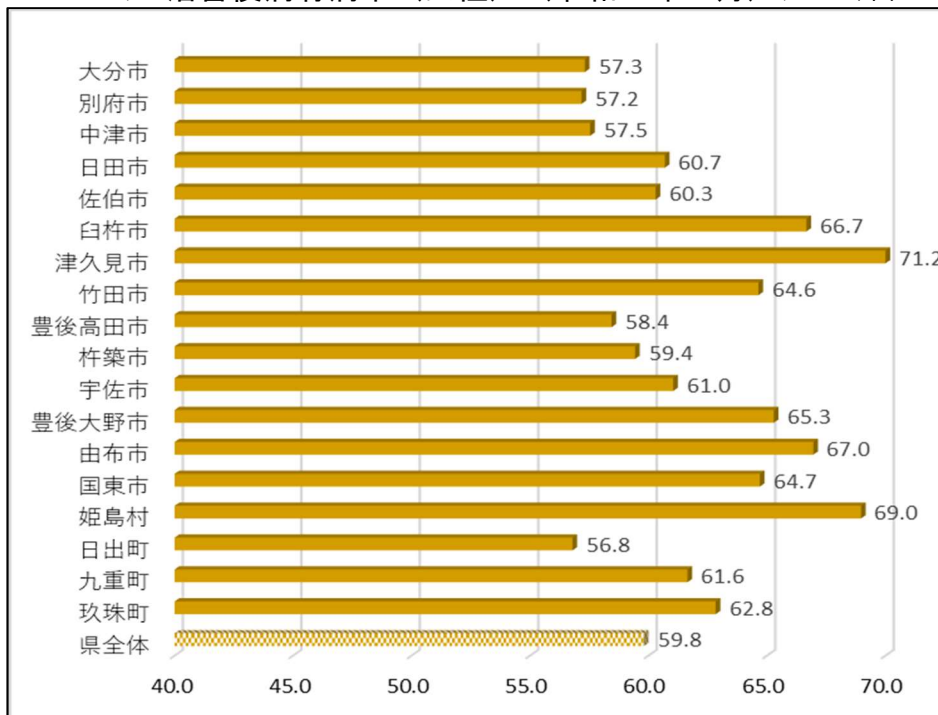
(2) 生活習慣病有病率の状況

市町村国保と後期高齢者医療を合わせた生活習慣病有病率の状況は、男性 54.3%、女性 59.8%であり、男性では、津久見市、臼杵市、豊後大野市の順に高く、女性では、津久見市、姫島村、由布市の順に高くなっています。

＜生活習慣病有病率（男性）（令和3年5月）＞ （単位：％）



＜生活習慣病有病率（女性）（令和3年5月）＞ （単位：％）

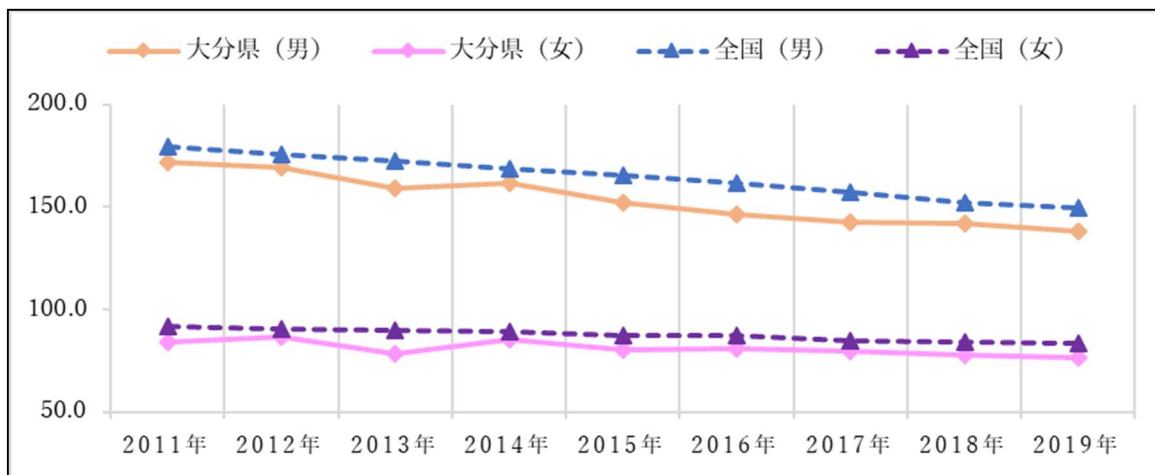


国保医療課調べ

(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下回っています。令和元年のがんの主な部位別死亡割合をみると、肺（20.1%）、大腸（11.0%）、すい臓（10.3%）、胃（9.8%）、肝臓（7.2%）の順となっており、この5部位でがんによる死亡の58.4%を占めています。

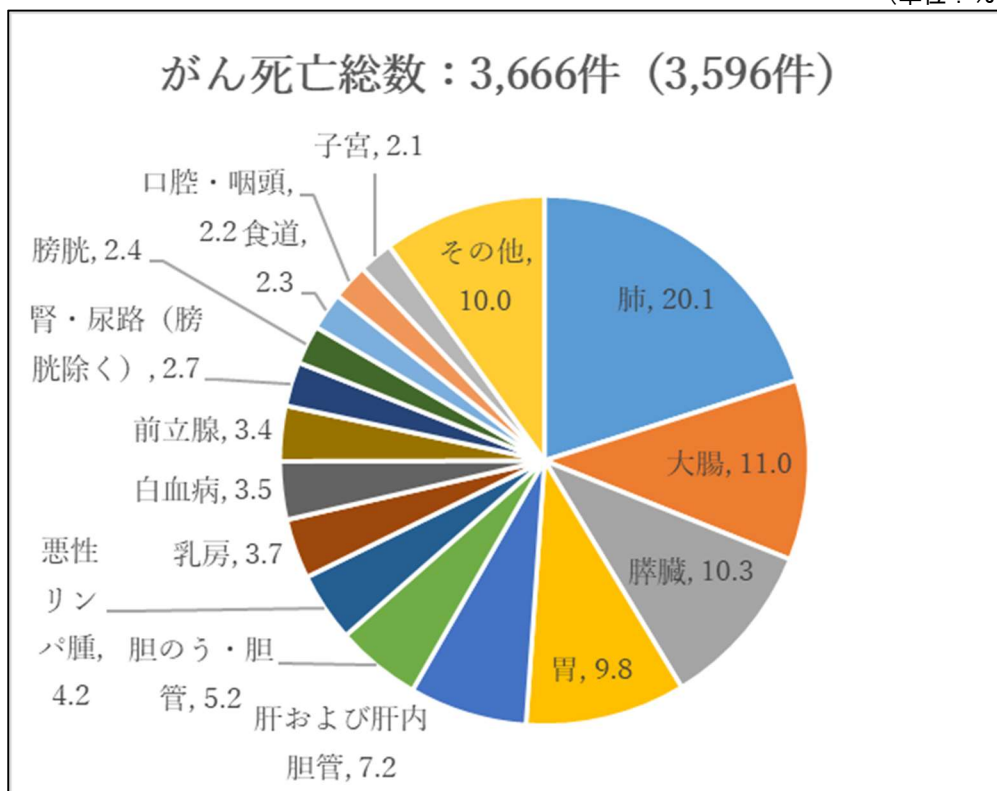
＜がん(全部位) 年齢調整死亡率の推移＞



出典：大分県がん登録報告書（罹患年 2019 年）

＜がん部位別死亡者数＞

(単位：%)



出典：大分県がん登録報告書（罹患年 2019 年）

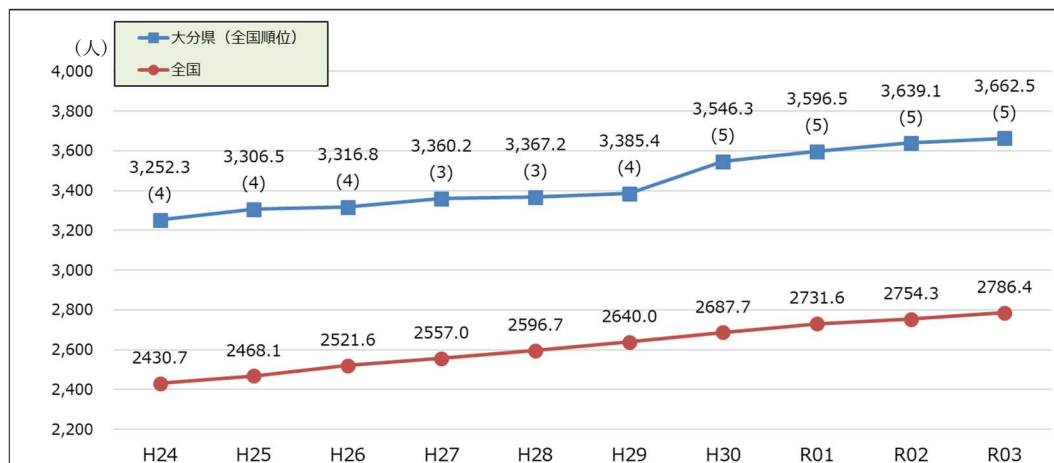
(4) 人工透析患者の状況

本県の令和3年の人工透析の状況をみると、透析患者数（人口100万人当たり）は3,662.5人で全国で5番目に高くなっています。

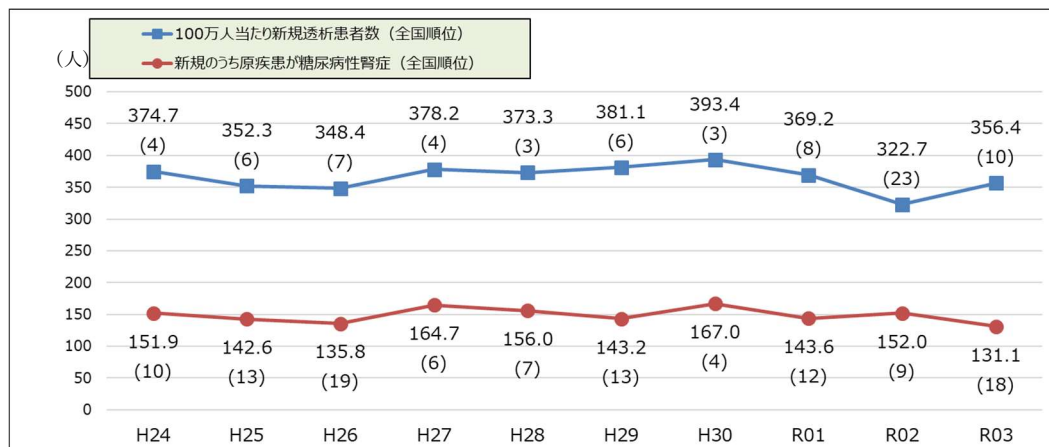
また、新規透析導入患者数（人口100万人当たり）は356.4人で全国10番目の高さとなっており、新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症を原疾患とする者は131.1人で約4割を占めているため、糖尿病の重症化による糖尿病性腎症の予防が重要になります。

<人工透析患者の状況>

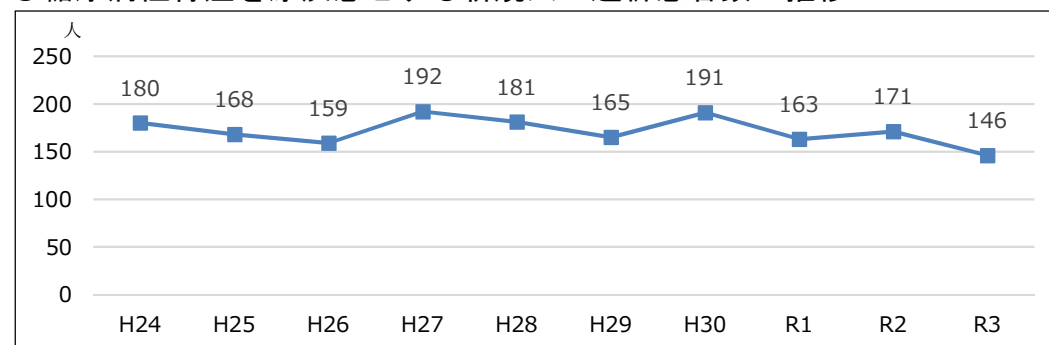
○透析患者数（人口100万人当たり）の推移 ※（ ）内の数字は全国順位



○新規透析導入患者数（人口100万人当たり）の推移 ※（ ）内の数字は全国順位



○糖尿病性腎症を原疾患とする新規人工透析患者数の推移



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

(5) 精神疾患患者の状況

大分県の精神疾患患者（令和4年6月30日時点）は、入院患者数が4,469人、通院患者数が33,918人となっています。令和4年度の通院患者数は、平成20年度に比べ、1.3倍に増加しており、令和4年度入院患者数は平成20年度に比べ10%減少しています。

精神科病床における年齢別階級割合は、65歳以上の割合（令和4年度）が71.8%となっています。令和4年度の65歳以上の割合は、平成20年度に比べ20%も増加しており、その割合は年々増加しています。

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、令和3年の時点で全国平均より144.4日長い419.5日となっています。

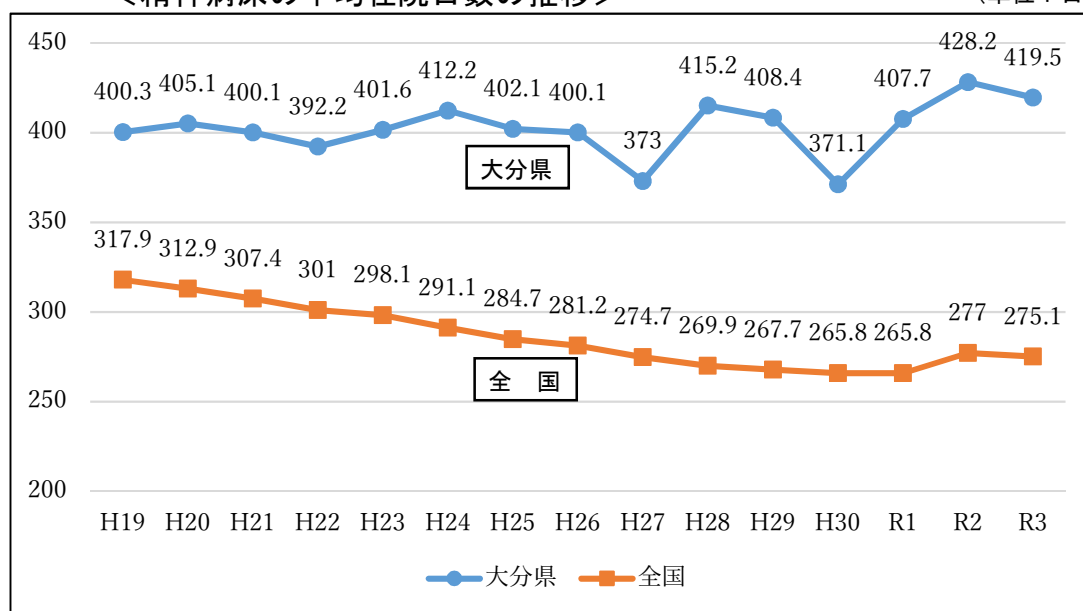
入院患者に占める高齢者の割合の増加、退院後の受け皿の不足等が、こうした傾向に影響していると考えられます。

＜精神疾患患者の入院及び通院の状況＞ (単位：人)

	入院者	通院者	合計
平成20年度	4,962	26,057	31,019
平成21年度	4,928	27,686	32,614
平成28年度	4,679	31,834	36,513
平成29年度	4,646	32,119	36,765
平成30年度	4,596	32,556	37,152
令和元年度	4,496	32,899	37,395
令和2年度	4,684	33,593	38,277
令和3年度	4,493	33,876	38,369
令和4年度	4,469	33,918	38,387

各年6月末時点(630調査)

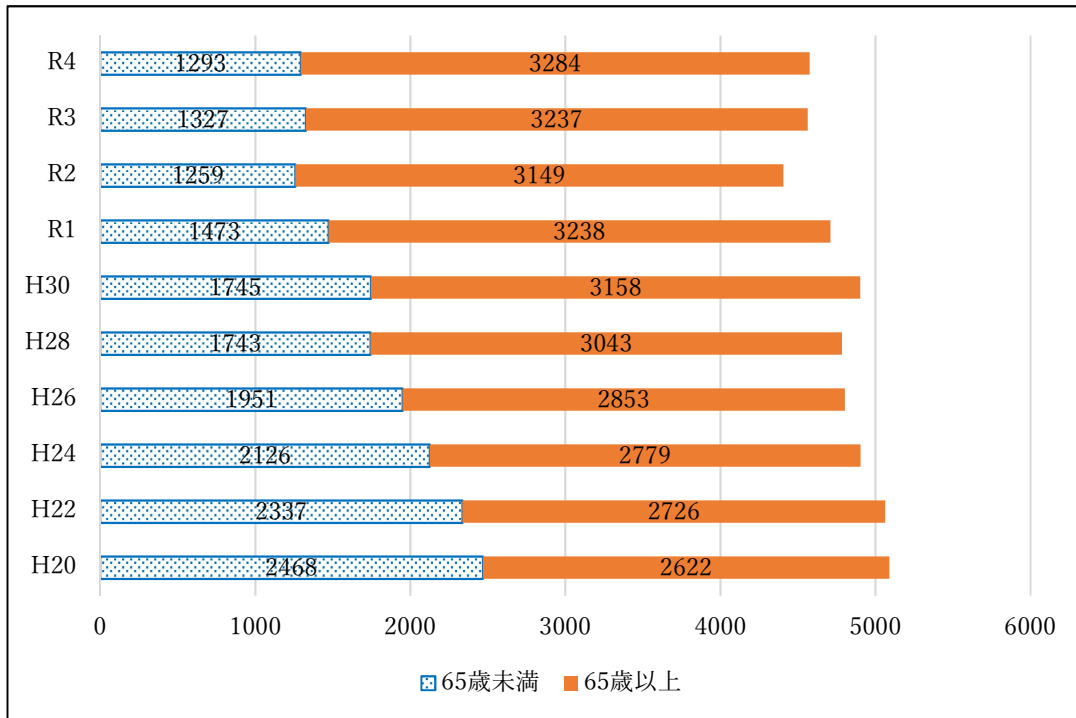
＜精神病床の平均在院日数の推移＞ (単位：日)



(出典：「病院報告（厚生労働省）」)

＜精神科病院の在院患者数の推移＞

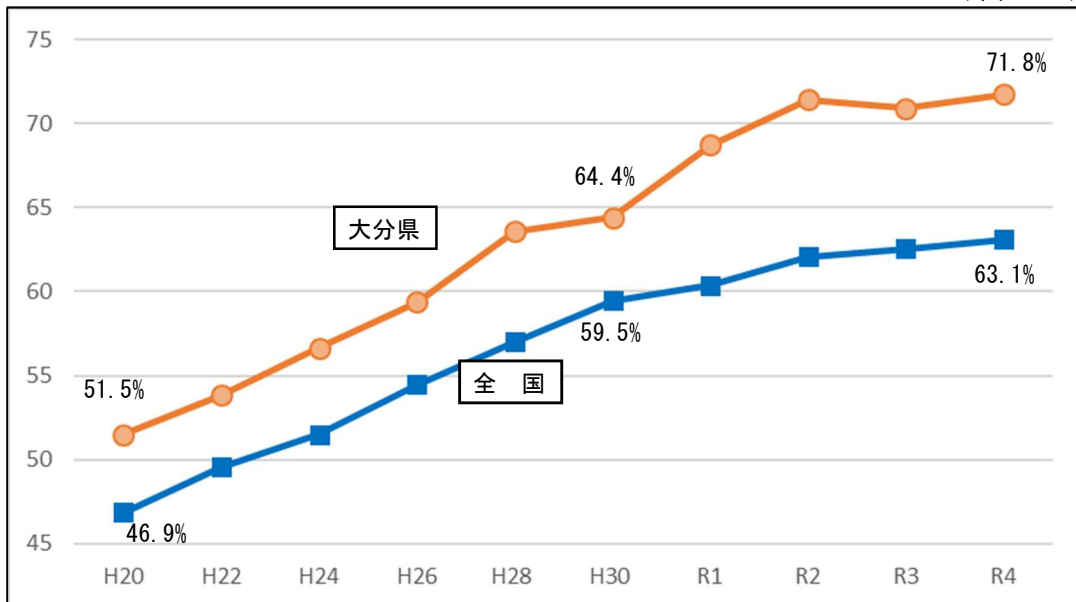
(単位：人)



(630調査)

＜精神科病院在院患者に占める65歳以上の割合＞

(単位：%)



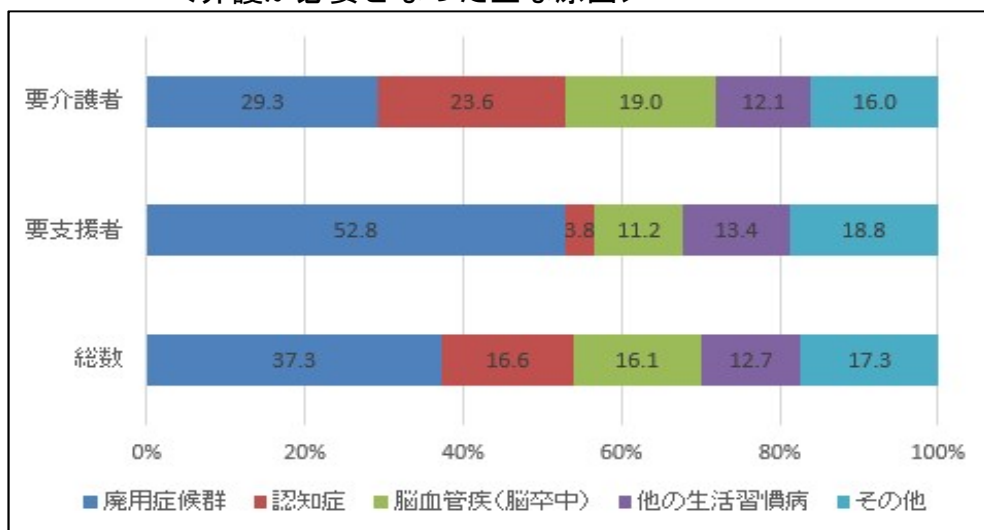
(630調査)

(6) 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。

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、認知症が1/4を占めています。

＜介護が必要となった主な原因＞



* 廃用症候群：関節疾患、骨折・転倒、高齢による朱雀の合計
 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
 （出典：厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」）

＜フレイルの概要＞

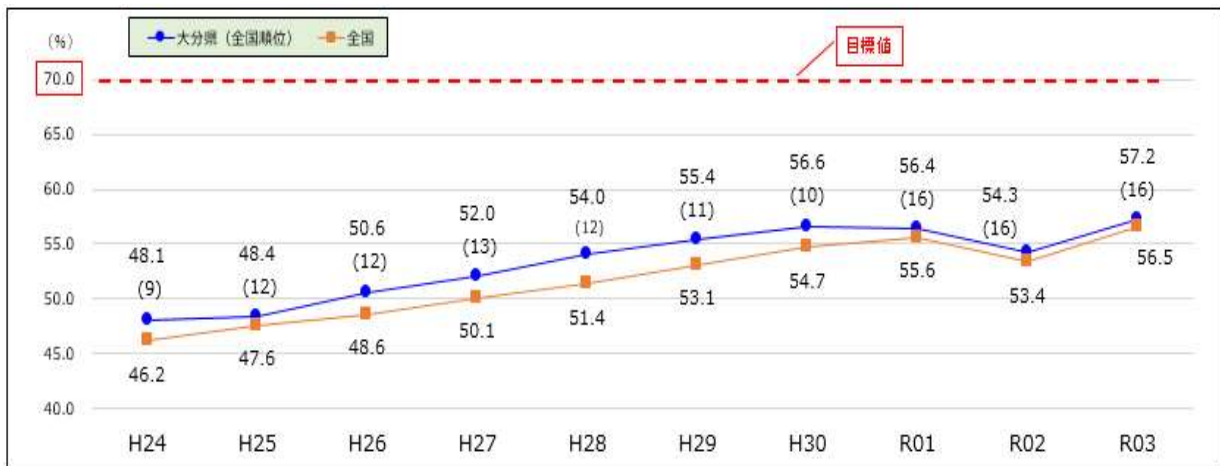


3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況

(1) 特定健康診査の実施状況

県内の特定健康診査の実施率は、平成20年度の開始当初から年々上昇し、新型コロナウイルス感染症の影響により落ち込みはあったものの、令和3年度には57.2%（全国16位）と回復し、全国平均を上回る実施率で推移しています。

<県内の特定健診実施率の推移>

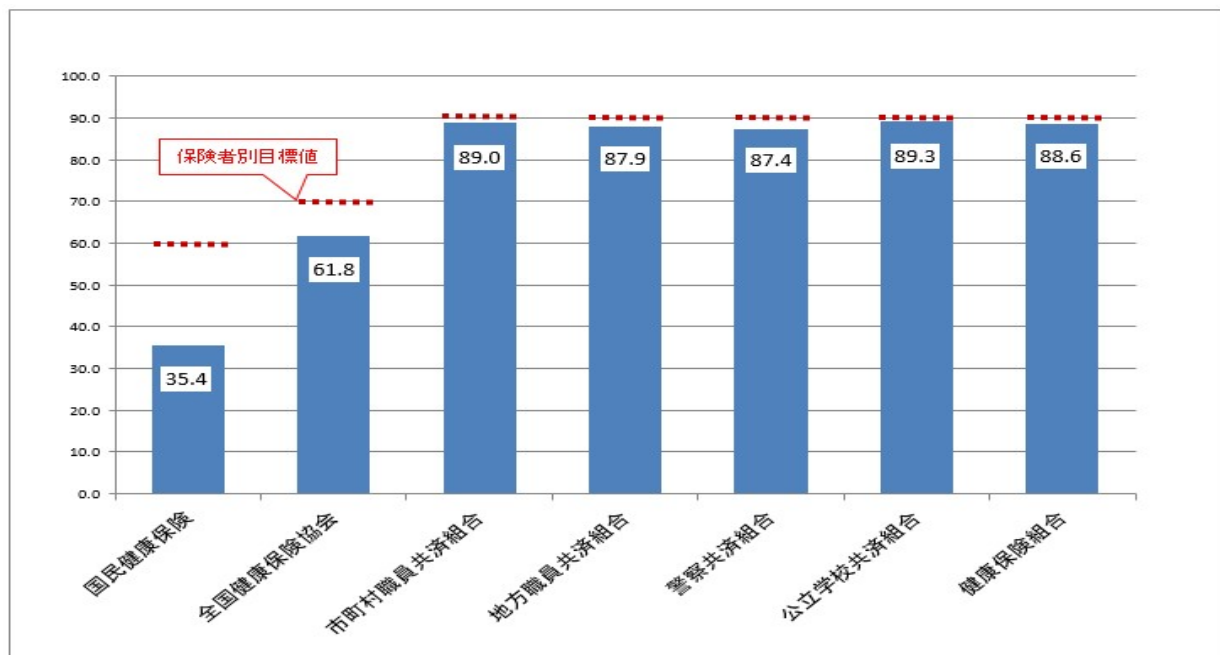


出典：レセプト情報・特定健診等情報データ（厚生労働省）

県内の特定健康診査の実施率を保険者ごとにみると、特定健康診査等基本指針により定められた保険者ごとの目標値を全ての保険者において達成していません。

<県内の保険者別特定健診実施率（令和2年度）>

（単位：％）

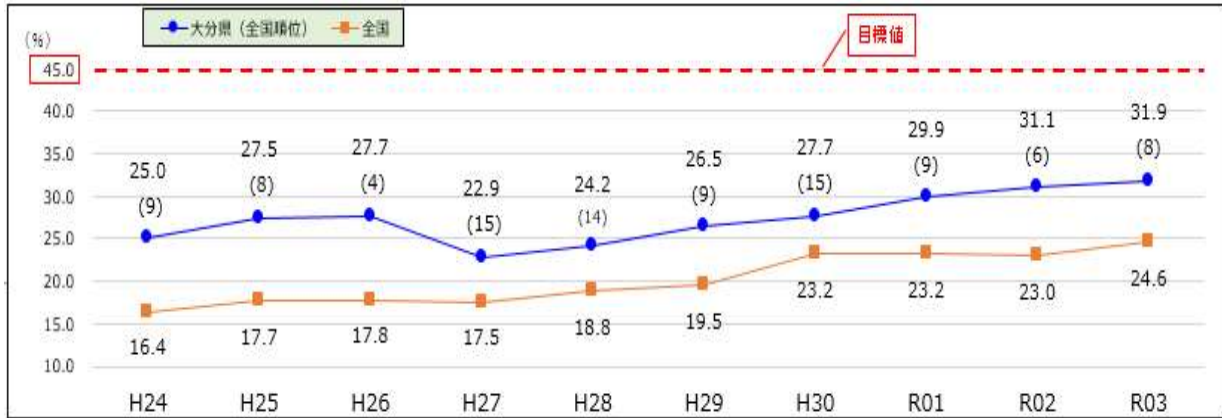


大分県保険者協議会調べ

(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は、新型コロナウイルスの影響を受けつつも、近年上昇が続いており、令和3年度は31.9%（全国8位）と全国平均を上回る実施率で推移しています。

＜県内の特定保健指導実施率の推移＞

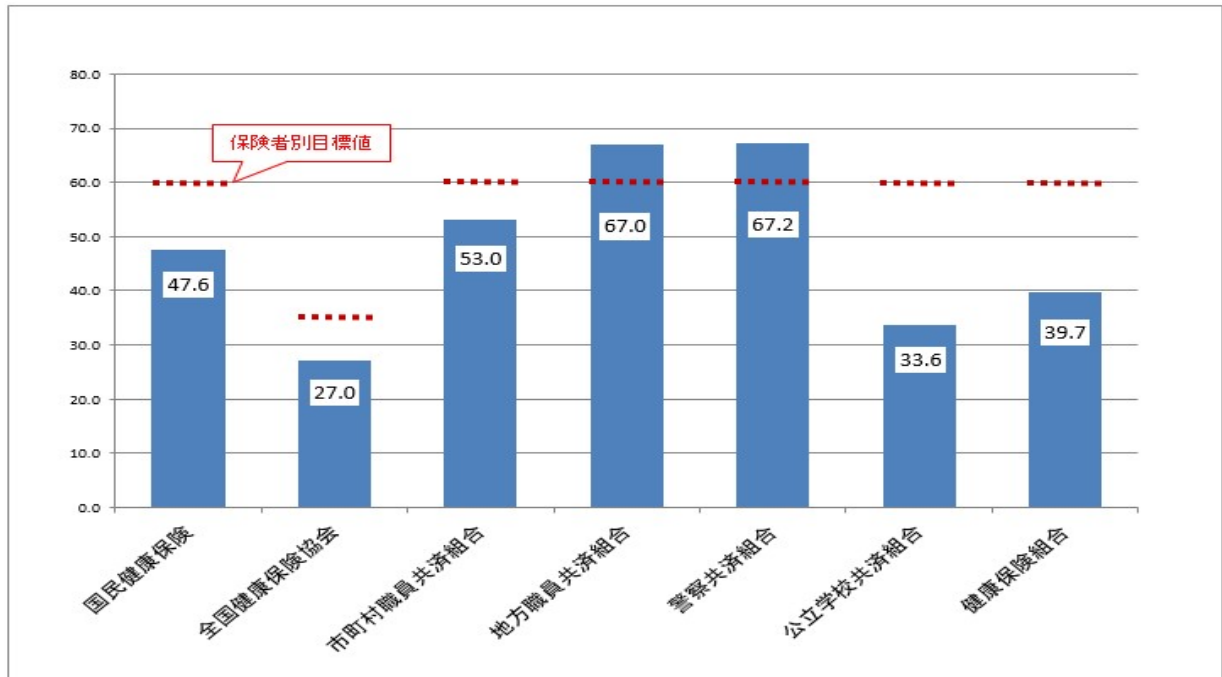


出典：レセプト情報・特定健診等情報データ（厚生労働省）

県内の特定保健指導の実施率を保険者ごとにみると、特定健康診査等基本指針により定められた保険者ごとの目標値を達成している保険者は地方職員共済組合と警察共済組合のみとなっています。

＜県内の保険者別特定保健指導実施率（令和2年度）＞

（単位：％）

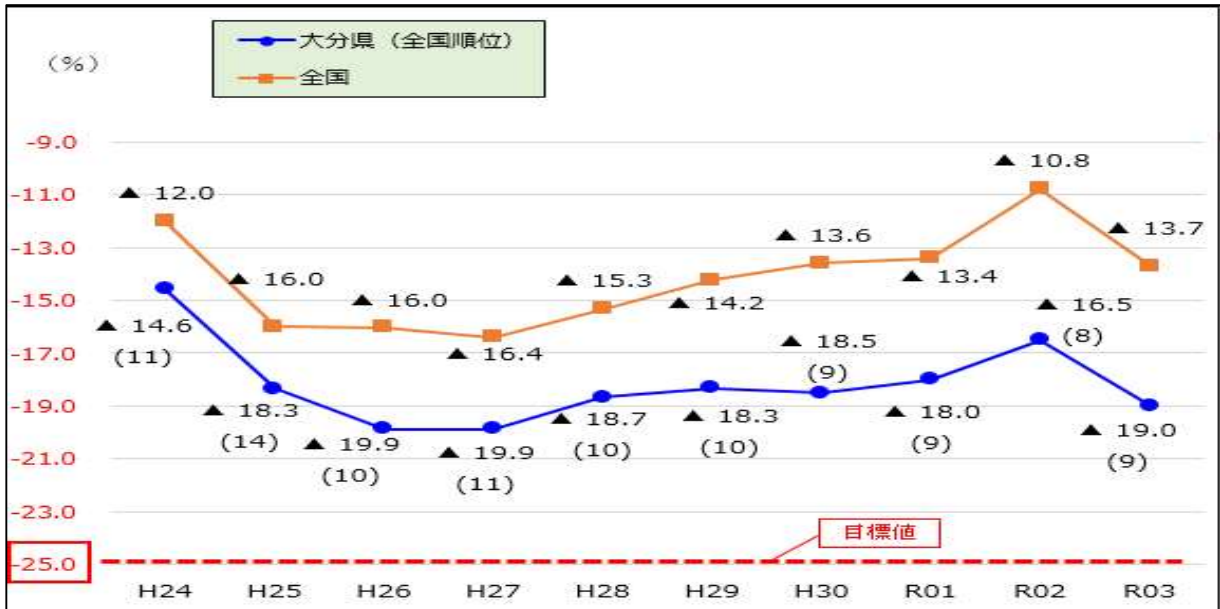


大分県保険者協議会調べ

(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減少率は、平成27年度以降低下傾向にあり、令和3年度の減少率は19.0%で全国平均を上回る減少率で推移しています。

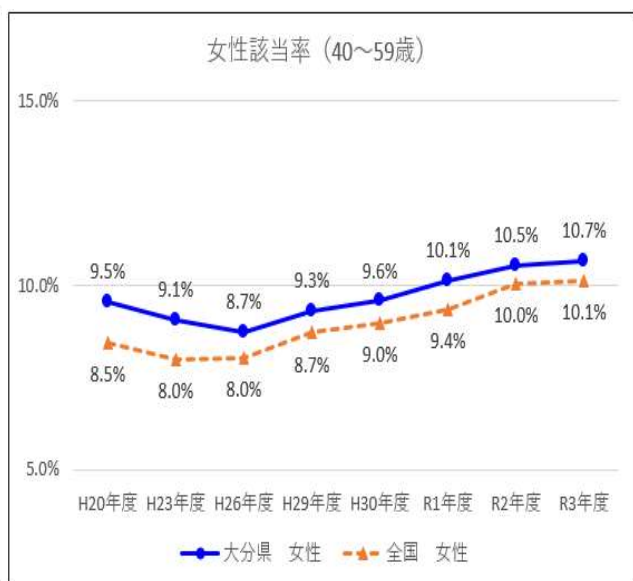
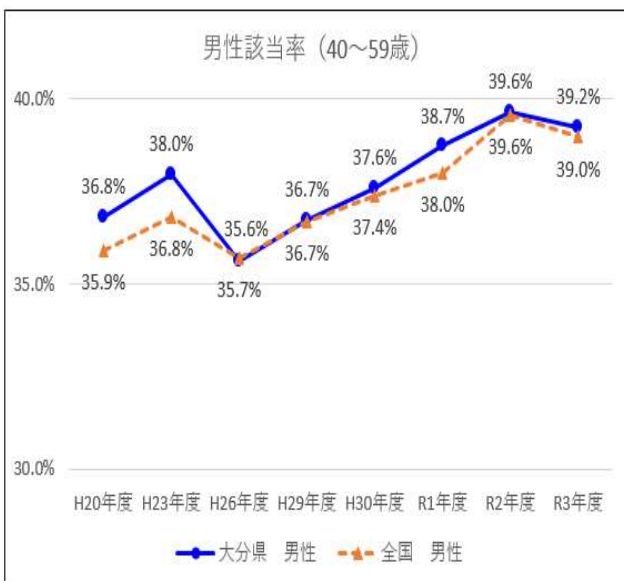
＜県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群減少率＞
(平成20年度比)



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ（厚生労働省）

県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当率は、男性が39.2%、女性が10.7%となっており、男女とも増加傾向です。

＜県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当率＞

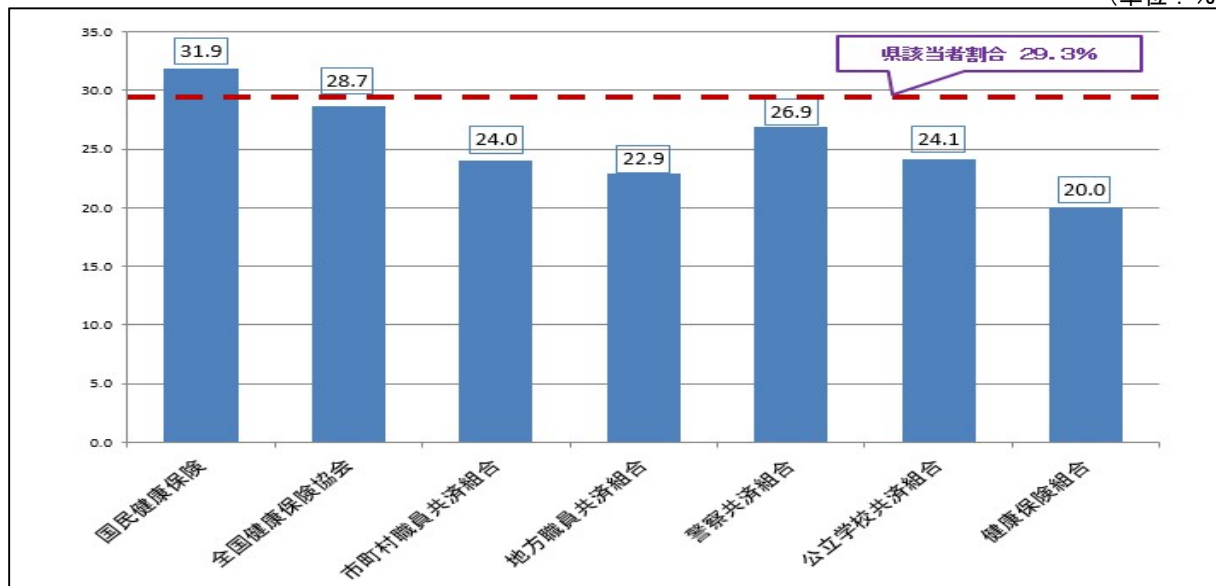


出典：特定健診・特定保健指導に関するデータ

県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当率を保険者ごとに見ると、国民健康保険（31.9%）のみ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該当者及び予備群該当率（令和2年度）＞

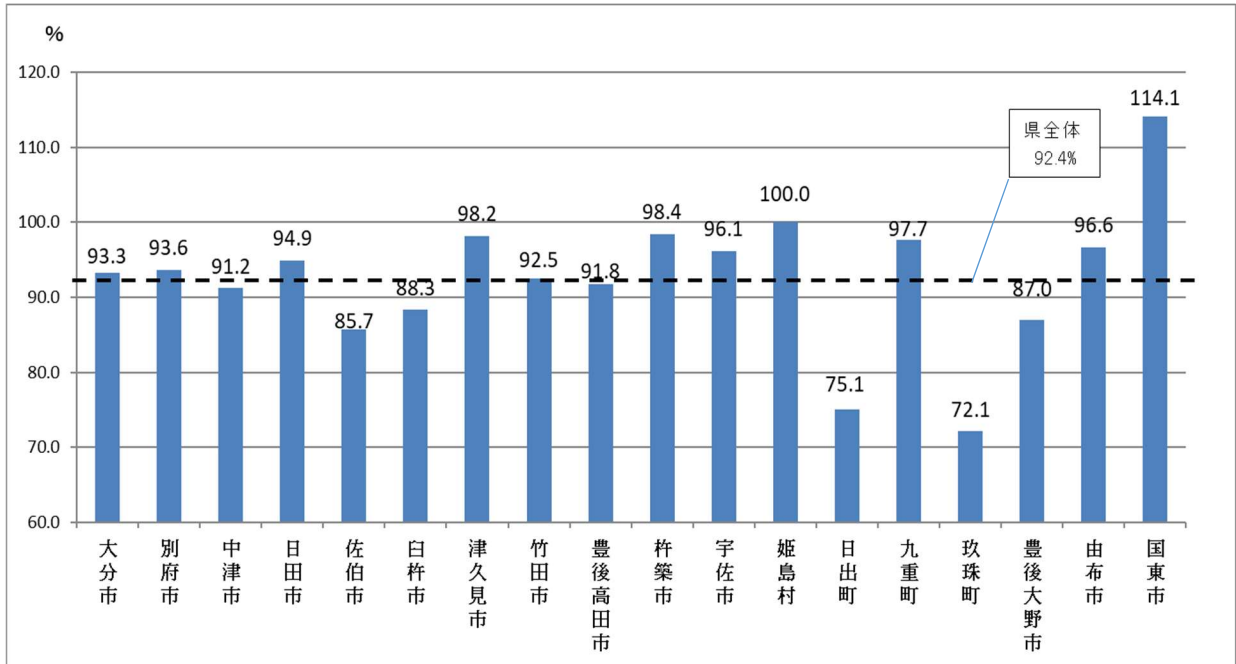
（単位：％）



(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、国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、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響もあり、県全体で、第1期では92.4%、第2期では91.4%となっており、目標を下回っています。

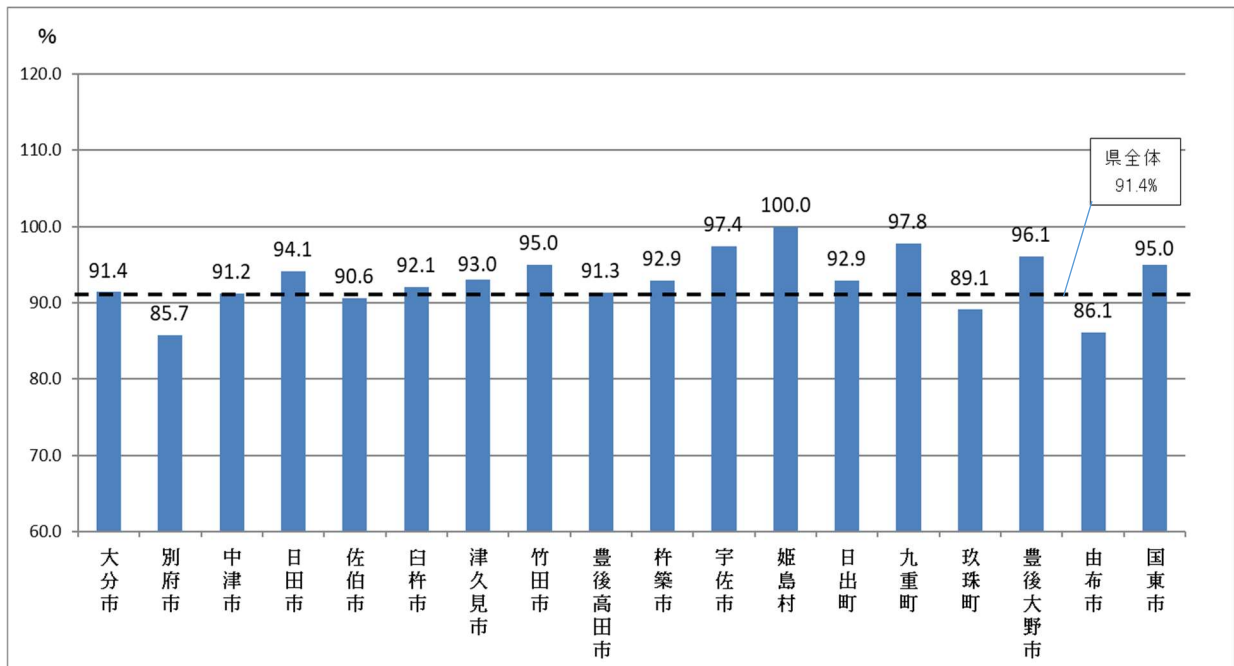
<MRワクチン(麻しん、風しん)接種率[第1期](令和4年度)>



対象者：令和4年10月1日現在の1歳児

出典：厚生労働省調べ

<MRワクチン(麻しん、風しん)接種率[第2期](令和4年度)>



対象者：令和4年度中に6歳となった者

出典：厚生労働省調べ

(5) がん検診の受診状況

令和3年度の各種がん検診受診率は、胃がん、大腸がんを除き全国平均を上回っています。

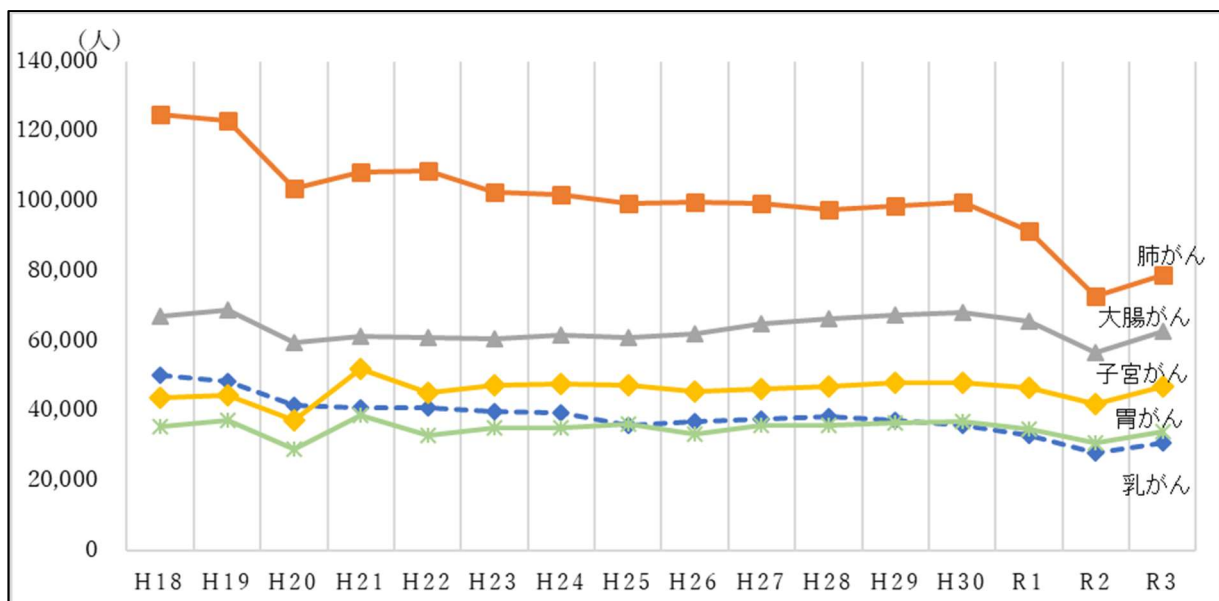
受診者数の推移をみると、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度は全てのがん検診で受診者数が減少していますが、令和3年度は回復傾向にあります。

<市町村別がん検診受診率（令和3年度）>

	胃がん (%)	肺がん (%)	大腸がん (%)	乳がん (%)	子宮頸がん (%)
全 国	6.5	6.0	7.0	15.4	15.4
大分県	6.3	7.7	6.8	16.7	16.4
大分市	3.8	5.7	5.0	15.1	13.9
別府市	3.8	5.6	4.8	18.5	19.0
中津市	6.3	7.3	6.3	14.8	17.1
日田市	10.4	8.4	8.7	10.4	12.7
佐伯市	6.2	7.6	9.0	22.7	24.3
臼杵市	8.2	11.2	9.4	15.9	22.4
津久見市	5	6.7	5.9	11.9	10.7
竹田市	10.6	13.6	12.9	16.9	17.3
豊後高田市	9.2	12.3	8.9	22.6	22.4
杵築市	17.2	13.9	12.4	17.1	23.2
宇佐市	6.9	7.8	7.4	20.8	14.8
豊後大野市	9.7	9.9	9.1	25.5	25.6
由布市	2.2	11.2	4.8	12.2	8.8
国東市	13.3	17.5	13.2	20.3	19.8
姫島村	30.4	35.2	34.4	29.1	26.3
日出町	11.8	9.2	8.7	13.9	11.0
九重町	16.4	17.7	15.8	30.4	26.3
玖珠町	15.2	12.2	12.0	19.7	16.4

(令和3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>



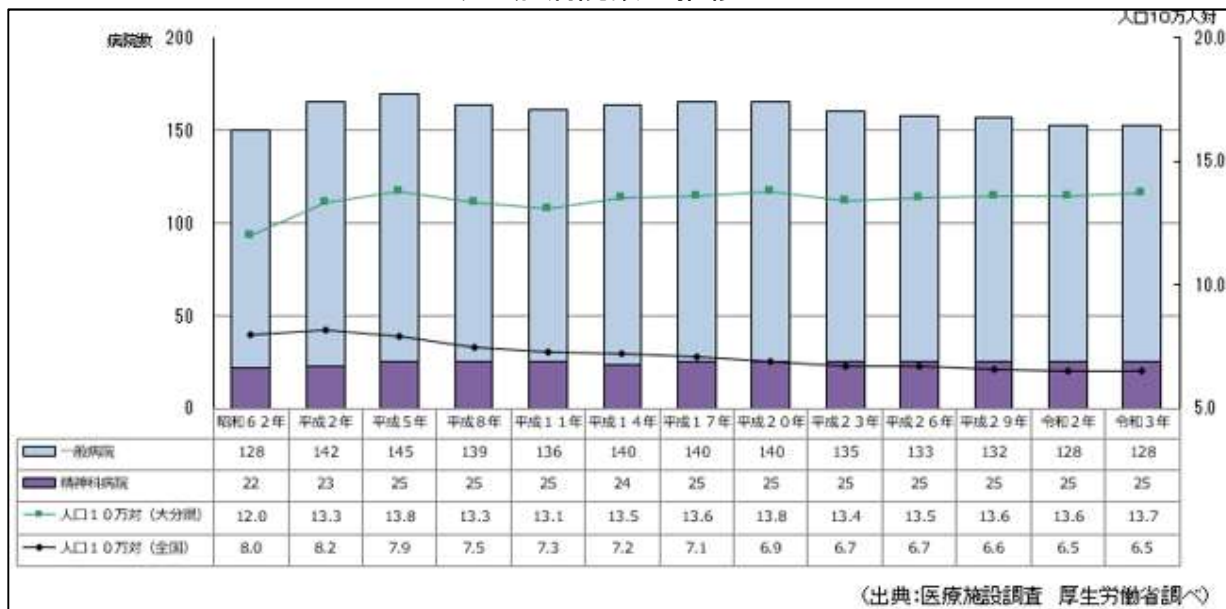
出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

4 医療施設等の状況

(1) 医療施設数の推移

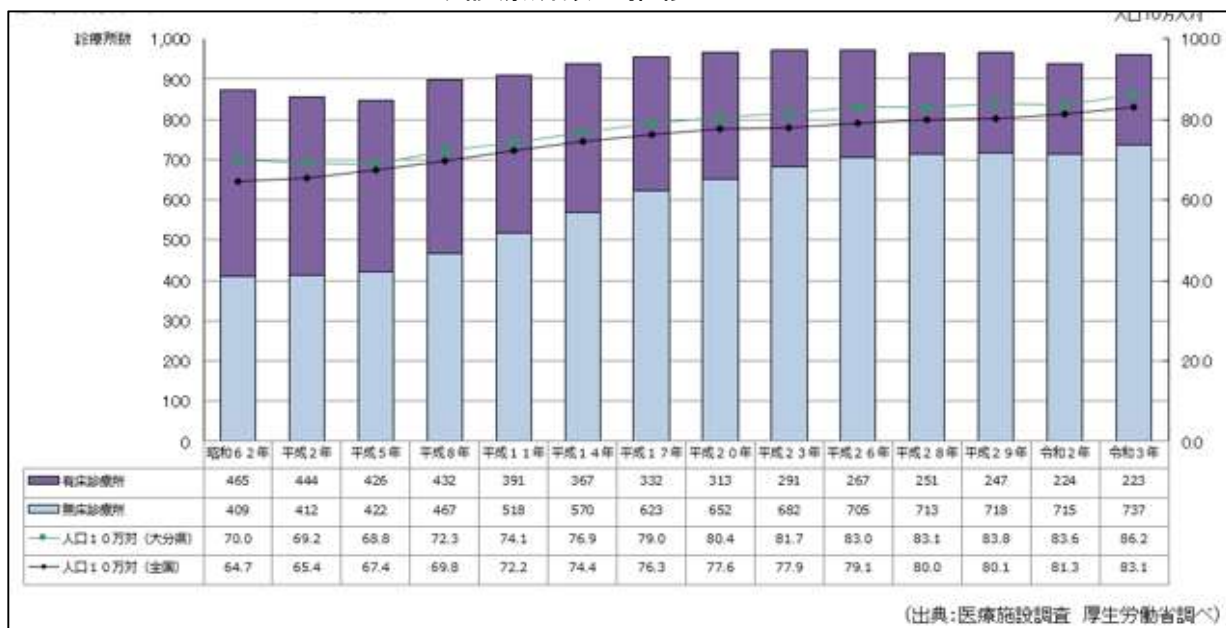
大分県の令和3年の病院数は、153施設、うち一般病院は128施設です。人口10万人当たりの病院数は、13.7で全国平均（6.5）を大きく上回り、全国4位となっています。

＜人口10万人当たり一般病院数の推移＞



また、令和3年の一般診療所数は、960施設、うち有床診療所数は、223施設です。人口10万人当たりの診療所数は86.2で全国平均（83.1）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＞

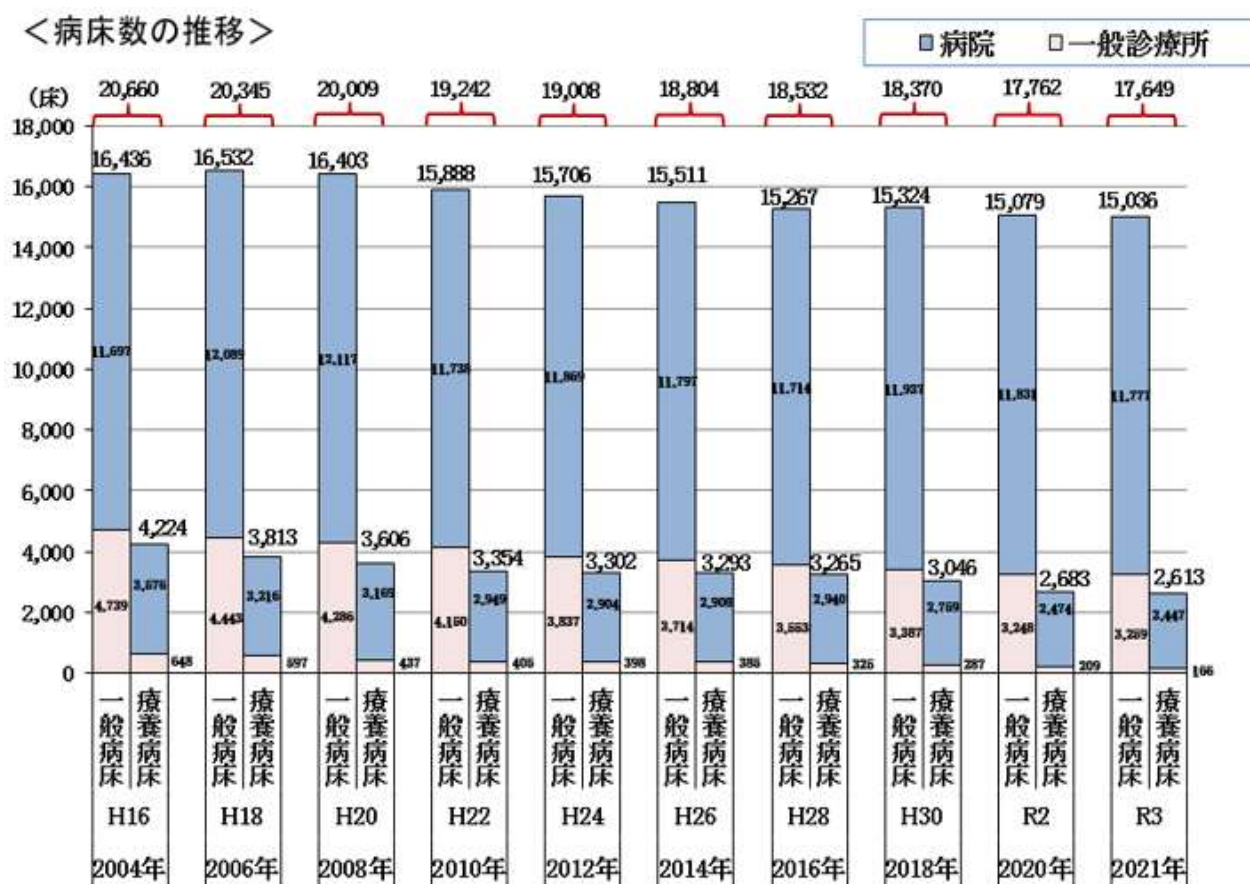


(2) 病床数の推移

大分県の令和3年の一般病床数の許可病床数は15,036床で、平成28年と比較し1.5%減少しています。

また、療養病床は2,613床で平成28年と比較し20.0%減少しています。

一般病床と療養病床を合わせた合計で見ると、平成28年と比較し、病院で2.9%減少、一般診療所で11.7%減少、全体で4.8%減少しています。



(出典:医療施設調査 厚生労働省調べ)

(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。

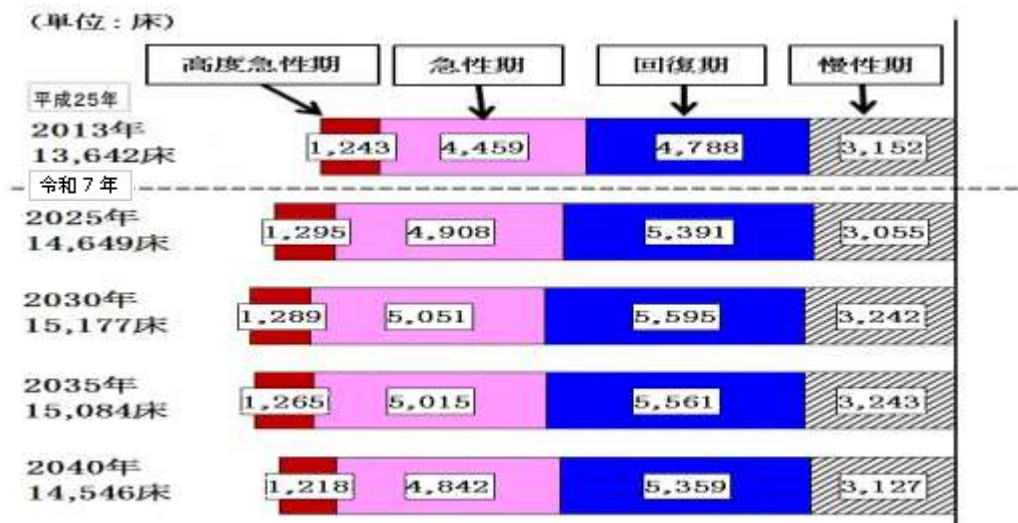
医療需要について、入院医療と在宅医療等を合わせてみると、平成25年から令和7(2025)年にかけて、1日当たり約4,700人(約17%)の需要増となっています。

<医療需要の推移>



また、大分県の令和7(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>



～地域医療を支える医療資源の確保～

県内の病院数は、令和3年10月1日現在、153施設で大分市（54施設）、別府市（25施設）に全体の半数が集中しています。診療所においても960施設のうち大分市（387施設）、別府市（118施設）となっており同様の状態となっています。

県内の医師数は、令和2年12月末現在で、3,227人と増加傾向にあり、人口10万人当たりで見ても287.1人と全国平均の256.6人を上回っています。

しかし、市町村ごとにみると大分市、別府市、由布市以外の市町村では全国平均を下回っており、医師の地域的な偏在が生じています。

特に、へき地医療拠点病院をはじめ地域医療を支える病院の医師不足が深刻化しているほか、地域における開業医の高齢化に伴い、後継者不足による診療所の減少が懸念されています。

このため、様々な施策により、将来の地域医療を担う医師を養成するほか、地域医療を担う医師のキャリア形成支援や医師及び医学生への情報発信・相談支援を行い、医師の育成・県内定着を進めることが求められています。

また、歯科医師、薬剤師をはじめ看護職員や栄養士、理学療法士など地域医療を支える人材の確保と資質の向上により、県民が、いつでも、どこに住んでも適切な医療サービスを受けられる体制づくりも求められています。

第3章 令和11(2029)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）をみると、入院は75歳頃から急激に、外来は65歳頃から上昇しています。また、生活習慣に関連する医療費（18頁参照）は、医療費全体の25%を占めています。

今後、75歳以上の人口が増加していく見込みであることから、生活習慣病の発症を予防することができれば、通院患者が減少し、さらには重症化、合併症の発症及び入院患者が減り、結果として医療費の急増を抑えていくことにつながります。このため、若い頃からの生活習慣病予防対策と併せて、健診等で生活習慣病が疑われる者については、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、心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護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

①特定健康診査の推進 【特定健康診査の実施率 70%】

令和11(2029)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。

＜令和3年度実施率＞57.2%、全国順位16位(全国実施率：56.5%)

②特定保健指導の推進 【特定保健指導の実施率 45%】

令和11(2029)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。

＜令和3年度実施率＞31.9%、全国順位8位(全国実施率：24.6%)

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%】

令和11(2029)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。

＜令和3年度減少率＞19.0%、全国順位9位(全国減少率：13.8%)

④たばこ対策の推進

【喫煙率 10.4%】

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、20歳未満の喫煙防止を図るとともに、令和17(2035)年度において、20歳以上の喫煙率を10.4%に低下させることを目標とします。

<令和4年度喫煙率> 16.5%

【たばこで不快な思いをする者の割合 30%以下】

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。望まない受動喫煙による健康被害の防止を図るため、令和17(2035)年度において、たばこで不快な思いをする者の割合を30%以下に低下させることを目標とします。

<令和4年度 たばこの煙で不快な思いをする者の割合> 54.3%

⑤歯と口の健康づくりの推進

「歯科口腔保健の推進に関する法律」及び平成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、歯・口腔の正しい知識の普及を図るとともに、ライフステージごとの特性を踏まえた歯科口腔保健対策を推進します。

⑥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、運動習慣を含めたより良い生活習慣や食習慣を形成することは、成人期・高齢期等の生涯を通じた心身の健康を確立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、教科等の時間はもとより学校教育全体を通じた健康教育を推進します。

⑦生活習慣病の重症化予防の推進

【糖尿病性腎症による新規透析導入患者の数 148人以下】

生活習慣病は、発症予防として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることに併せ、健診等で生活習慣病が疑われる者に対して速やかに医療機関の受診を勧奨するなど、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。

特に生活習慣病が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、医療機関等と保険者等との連携による糖尿病性腎症をはじめとした慢性腎臓病の重症化予防などの取組を推進することで、令和11(2029)年度における糖尿病性腎症による新規透析導入患者の数を148人以下とすることを目標とします。

<令和3年度糖尿病性腎症による新規透析患者数> 146人

⑧高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

高齢期には生活習慣病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・口腔指導など高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を推進します。

⑨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}を受けることができるよう、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めます。

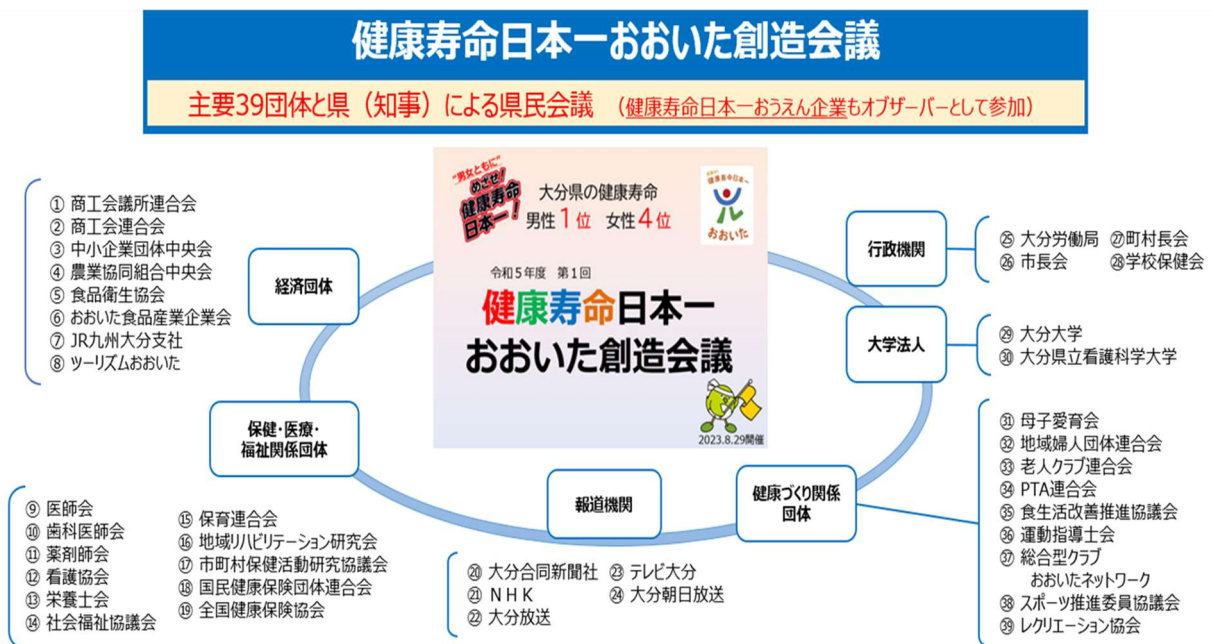
⑩がん検診の受診促進

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めます。



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。

まずは、後発医薬品やバイオ後続品の使用促進や在宅患者の残薬の解消、電子処方箋の普及促進や重複投薬等の是正など医薬品の適正使用を推進します。

また、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。

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

後発医薬品については、県民や医療関係者から、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などといった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た取組を引き続き進め、80%以上の数量シェアを維持するとともに、今後、国における金額ベース等の観点を踏まえた政府目標の見直しを踏まえ、新たな数値目標の設定を今後検討します。

＜令和5年3月＞ 84.4%、全国順位 27位（全国：83.7%）

バイオ後続品については、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性、安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、数量ベースで80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上に到達していることを目標とします。

(2) 医薬品の適正使用の推進

複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高く、副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているとの指摘があります。

そのため、適切な投薬に関する普及啓発や医療機関・薬局と連携した服薬状況の確認など、複数種類の医薬品の投与の適正化を推進します。

また、県民に対して医薬品の適正使用やお薬手帳の普及啓発、電子処方箋のメリットの周知に努めます。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用

効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても、効率的に活用できるよう対応を行う必要があります。

また、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、

医療資源の投入量に地域差がある医療について、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、必要な取組の検討を行います。

さらに、リフィル処方箋については、症状が安定している患者に対し長期間診察なしに薬を処方することが可能となるため、医療機関の受診回数が減り、患者及び医師の負担軽減に繋がることから、医療関係者への普及啓発を推進します。

(4) 病床機能の分化・連携の推進

団塊の世代がすべて75歳以上となる令和7(2025)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ました。

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、33頁から35頁に掲載しています。

なお、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れた新たな地域医療構想を令和7年度に策定する予定です。

(5) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

医療機関、在宅医療・介護及び障がい福祉の関係者並びに都市医師会等の関係団体は、関係機関との情報共有や連携に努めることが求められています。

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所のうち、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を中心として、自ら24時間対応の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障がい福祉の現場での多職種連携の支援を行うなど、24時間体制で訪問診療や往診、訪問看護などを行う体制整備を図ります。

高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が想定される中、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療・介護従事者等の関係者の協働・連携を推進します。

(6) 地域包括ケアシステムの推進

団塊の世代が全て75歳以上(後期高齢者)となる令和7(2025)年を迎え、さらに、85歳以上人口がピークを迎える令和22(2040)年を見通した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”を深化・推進します。

また、高齢者が健康で自立した日常生活を営むためには、要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、要介護状態になってもその悪化を防止し、改善されるよう努めます。

(7) 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。

また、地域医療構想における医療需要の推計によると、高齢化の進展や病床機能の分化・連携により、在宅医療の需要は今後も増加することが見込まれています。

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。

このため、在宅医療・介護サービスの提供にあたっては、退院・退所から在宅療養に移行する際の支援、日常の療養支援、病状急変時の対応、看取りのそれぞれの病期において、入院医療機関と在宅医療機関、介護関係機関との多職種による連携により、在宅患者のニーズに応じた、切れ目のない継続的な医療・介護が提供できる体制の構築に努めます。

(8) 精神障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進

精神疾患は症状が多様であるとともに、自覚しにくい場合があり、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要な状態や状況になって初めて精神科医療機関を受診するという場合があります。

また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要になってしまう場合があります。発症後できるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。

このため、精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障がいの有無やその程度にかかわらず、地域社会の一員として、安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。

3 令和11(2029)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

令和元年度を基準年度として自然増を加味した医療費見込みから、下記取組による適正化効果額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
- ・ 後発医薬品による効果
- ・ 生活習慣病重症化予防や医療品の適正使用の取組による効果
- ・ 医療資源の効果的・効率的な活用の推進による効果

②入院医療費

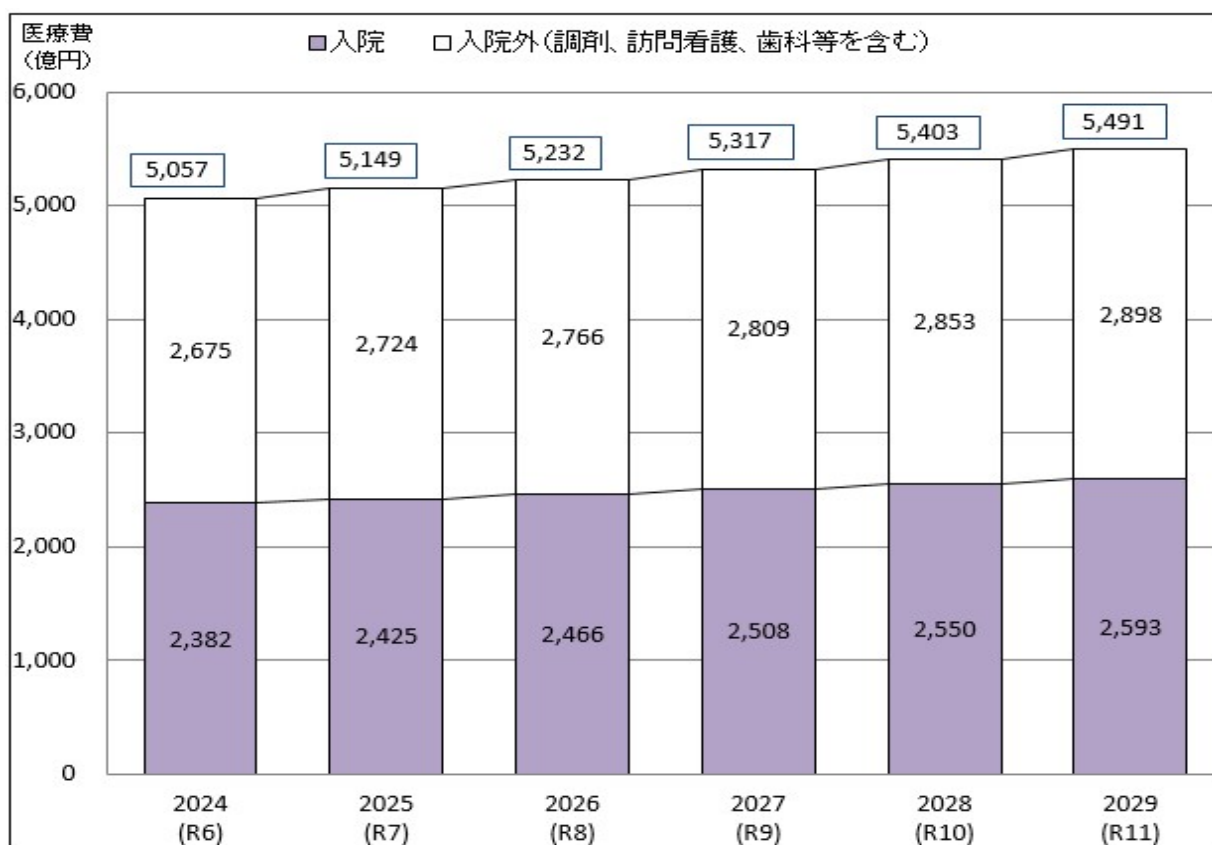
令和元年度を基準年度として自然増を加味した医療費見込み。

(2) 令和11(2029)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令和11(2029)年度には5,491億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2.8億円(自然増を加味した医療費見込み

(5,519億円)との差)で医療費の伸び率は、一定の水準で推移すると見込まれます。

<医療費見込みの推移> ※適正化の目標が100%達成されたと仮定した場合の見込み



区分	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
県民医療費	5,057	5,149	5,232	5,317	5,403	5,491
(医療費適正化前)	(5,083)	(5,175)	(5,259)	(5,344)	(5,431)	(5,519)
効果額	▲ 26	▲ 26	▲ 27	▲ 27	▲ 28	▲ 28
入院	2,382	2,425	2,466	2,508	2,550	2,593
入院外(調剤、訪問看護、歯科等を含む)	2,675	2,724	2,766	2,809	2,853	2,898
伸び率(対前年)	-	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02
保険制度別(市町村国民健康保険)	1,057	1,043	1,029	1,015	1,002	988
保険制度別(後期高齢者医療)	2,451	2,544	2,635	2,725	2,810	2,894
保険制度別(被用者保険等)	1,549	1,562	1,568	1,577	1,591	1,609

注 国の医療費推計ツールに基づく推計(入院医療費は独自推計)

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請求明細書等（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、PDCAサイクル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

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 市町村国保データヘルス計画に基づく取組の推進

関係者が健康課題や取組の方向性について共通の認識を持ち、効果的かつ効率的な保健事業を推進するため、データヘルス計画の標準化に取り組みます。具体的には、共通の評価指標を設定し、PDCAサイクルに基づく保健事業を推進するとともに、共通の計画様式等を活用し、効果的かつ標準的な実施方策等を共有し、保健事業の質の向上や効率的な実施を支援します。

ウ 特定健康診査の実施率の向上

対象者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やWEB予約の導入など受診者の利便性の向上を図ります。

また、データ分析による未受診者の行動特性等に応じた効果的な勧奨による実施率の向上を図ります。

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ICTの活用等による効果的な指導方法、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）大支部など、県内の医療保険者等で構成する大分県保険者協議会と連携し、特定保健指導従事者の技術向上研

修会の開催や、健康イベントの実施など加入者に対する健康意識の向上について啓発を行います。

併せて、各医療保険者間における特定健康診査及び健診後の要治療者等に対する受診勧奨や受診時のサービス等に関する情報共有など、県全体に係る医療費分析や共通する健康課題の検討等を行います。

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、保険者等と連携して、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。

飲食店において、改正健康増進法を遵守した受動喫煙対策が行われるように指導、助言を行います。

③歯と口の健康づくりの推進

妊産婦期においては、妊婦自身と生まれてくる子どもの歯・口腔の健康づくりを推進するため、妊産婦に対する歯科口腔保健指導の充実を図り、乳児の口腔管理に関する指導に取り組みます。

乳幼児期及び学齢期においては、健全な歯・口腔の育成を図るため、フッ化物洗口等科学的根拠に基づくむし歯予防対策を推進します。

成人期及び高齢期においては、健全な歯・口腔の維持および歯の喪失防止を図るため、定期的な歯科検診や歯科口腔保健指導、歯石除去や歯面清掃を受けること等の普及と充実、歯周病と全身との関係に関する知識の普及啓発に取り組みます。

要介護者や障がい者（児）等、特に配慮が必要な人に対しては、口腔清掃等、誤嚥性肺炎の予防に関する知識の普及啓発や関係機関との連携の強化を図り、かかりつけ歯科医の育成に取り組みます。

④子どもの頃からの健康づくりの推進

本県では、ほぼ全ての学齢期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、健康について、児童生徒が自ら食習慣、生活習慣、運動習慣を関連づけて考え、正しい知識や実践力を身に付ける必要があります。そのため、養護教諭や栄養教諭を活用し、教科等の時間はもとより、学校教育全体を通じて健康教育及び食育の推進を図ります。

また、子どものむし歯本数については、減少傾向にあるものの、依然として全国平均と大きな開きがあるため、市町村と連携し、むし歯予防の3本柱「歯みがき指導」「食に関する指導」「フッ化物の活用」の取組を推進します。

⑤糖尿病性腎症等の生活習慣病重症化予防等の推進

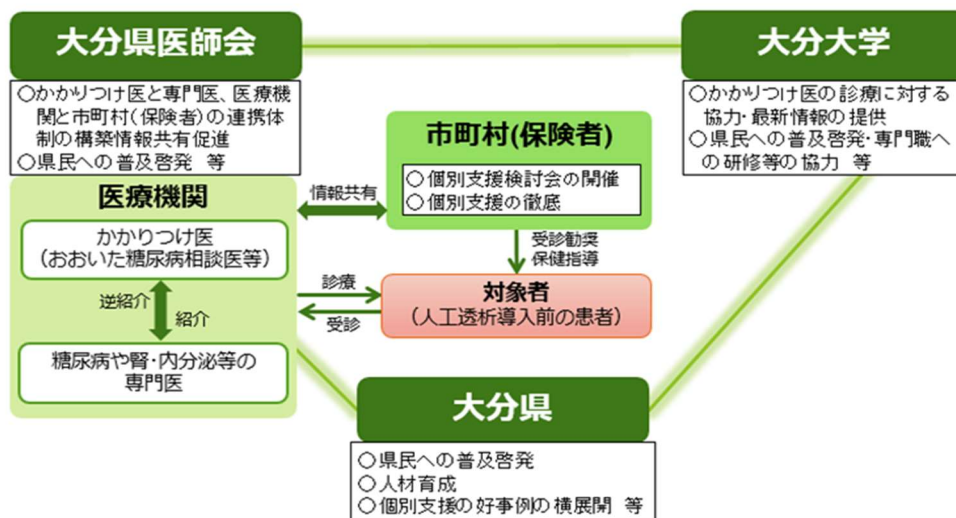
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病を日頃から診療するかかりつけ医が、より早い段階から適切な医療及び生活指導を提供し、糖尿病性腎症重症化予防専門外来や糖尿病や腎臓専門医と適宜連携を行えるよう、地域の糖尿病診療の窓口となる「おおいた糖尿病相談医」の養成や、支援ガイドの作成・周知、かかりつけ医向け研修会の開催、地域におけるかかりつけ医・専門医・保険者の連携による個別支援の体制整備に取り組みます。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業の円滑な実施に向けて、大分県糖尿病対策推進会議、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等と連携し、指導プログラムの評価・改善やかかりつけ医・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。

併せて、慢性腎臓病（CKD）については、原因疾患を問わず健診による早期発見が重要であること、生活習慣の改善や早期の適切な治療により重症化予防が可能であることなどの腎臓に関する知識について、医療関係者と連携した普及啓発等に取り組みます。

大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定
(令和元年12月25日締結)

- ◆ 個別支援の強化に向けて、かかりつけ医と専門医、医療と市町村（保険者）の連携を促進
- ◆ 糖尿病性腎症重症化推進に係る効果検討会議を設置、取組方策等を検討（令和2年度～）



⑥高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、優良事例の横展開等を通じて、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のさらなる推進に向けて支援します。

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）を始めとした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、市町村、検診機関、職域などと協働し、検診を受けやすい環境づくりや効果的な受診勧奨、広報活動に取り組み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、がん検診の精度管理^{※1}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

①県民運動の展開

全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よう、健康寿命日本一おおいたを創造するため、保健医療関係団体、経済団体、学識経験者等で組織する「健康寿命日本一おおいた創造会議」を設置し、各構成団体の取組の情報共有、相互連携を図ります。さらに、この創造会議の下部組織として「健康寿命延伸アクション部会」を設置し、より身近な市町村における健康づくり対策の検討や健康づくり運動の機運醸成を図ります。

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。加えて、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。

高血圧の予防、さらには循環器疾患の予防につながるために、おいしく減塩食を普及する「うま塩プロジェクト」を推進します。

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、「まず野菜、もっと野菜プロジェクト」を推進します。

また、歩数の増加は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策であることから、健康アプリ「おおいた歩得（あるとつく）」の普及促進を図るとともに、目標歩数の認知度を高める取組を強化します。

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、現役世代からの肥満対策に重点をおいた生活習慣病対策に併せ、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。

更にリハビリテーション専門職等との連携により、運動、栄養、口の健康、認

知機能低下の予防などの効果的なプログラムの実施を推進します。

②誰もが自然に健康になるための社会環境整備

健康無関心層を含む県民誰もが自然に健康になるために、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フォン用の健康アプリ「おおいた歩得(あるとっく)」を運用し、働く世代の健康への関心を高めるとともに、事業所における健康経営を推進し、ヘルスサービスへアクセスしやすい基盤の整備を行います。



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、多様主体と連携しながら、県民総参加の健康づくり運動を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) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

大分県後発医薬品安心使用促進協議会において、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。

更に、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。

バイオ後続品の使用促進については、国の令和5年度「バイオ後続品の普及啓発に係る調査等事業」における実態調査の結果を踏まえた取組を検討します。

(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・薬局が果たす役割及び電子処方箋の活用について、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、健康サポート薬局及び地域連携薬局が実施するお薬手帳や残薬バッグの活用、在宅訪問指導や大分県医師会及び処方医と連携した多剤併用・重複投薬の是正、適正な薬物治療の実施に向けた取組を支援します。

また、保険者や医療機関・薬局と連携した服薬状況の確認や、勧奨通知及び訪問指導の実施などの適正使用に向けた取組及び医薬品の適正使用の効果が期待されるフォーミュラリの運用について医療関係者への周知を行います。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用

医療機器の効率的な活用のために、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、新規購入希望者に対してこれらの情報を提供しつつ、地域医療構想調整会議の場を活用し、医療機器の共同利用について協議をすることとします。

また、急性気道感染症（いわゆる「かぜ」）等に対する抗菌薬処方について県民への正しい知識の啓発や、患者及び医師の負担軽減に繋がるリフィル処方箋について医療関係者等への周知を行います。

(4) 病床機能の分化・連携の推進

県は、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。

(5) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

市町村がP D C Aサイクルを意識した在宅医療・介護連携推進事業を効果的に推進することが出来るよう、医療・介護レセプトデータの取得・分析や、地域包括ケア「見える化」システムの周知を通じ、在宅医療・介護連携に関する実態把握・課題分析を行うとともに、研修会の開催等を通じ、県として市町村のデータ活用・分析支援を行います。

併せて、各市町村の取組について進捗状況等を把握するとともに、有るべき姿の設定や現状把握、評価指標の設定等を支援します。

また、在宅医療・介護の関係者からなる会議の開催を通じ、関係団体間の連携促進を図るとともに、県内外の優良な取組の情報発信・横展開を行うことで、市町村が関係団体と連携体制を構築出来るよう支援します。

(6) 地域包括ケアシステムの推進

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。加えて、地域の高齢者が、体操教室などの介護予防活動に主体的に運営・参加できるよう、職能団体等と連携して、介護予防に取り組む活動組織の育成・支援を行うほか、リハビリテーション専門職等を活かした、運動機能向上や栄養改善、口腔機能向上等の高齢者の介護予防に資する取組を積極的に推進します。

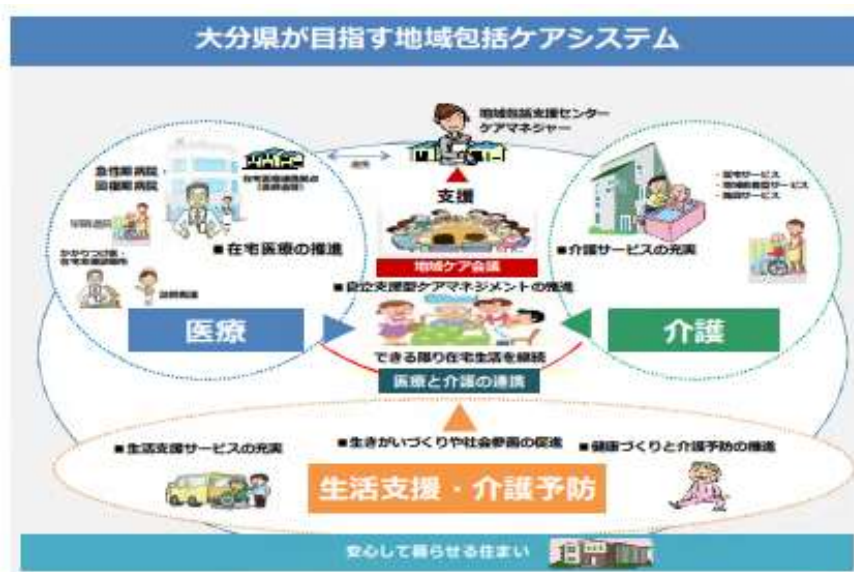
また、地域ケア会議の充実と事業所や県民の理解促進などによる自立支援型ケアマネジメントを推進するため、地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、学生達に対する職場体験や就職説明会の開催など、大分大学等関係機関と連携した介護人材の確保・育成のほか、介護福祉機器、介護ロボット等のICTを活用した業務の効率化などによる介護職の負担軽減や雇用環境の改善を図ります。外国人介護人材の受け入れについては、県内の介護保険施設等における受入環境整備等への支援を行うとともに、日本語研修や介護福祉士資格取

得に向けた支援などにより職場定着の促進を図ります。加えて、高齢者自身が、要介護者が必要とする生活支援の担い手となるなど、社会参加を促進することにより、介護予防につなげていくための取組を進めます。

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けるよう、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>



(7) 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、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、また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、更には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医療圏とします。

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。

併せて、市町村の在宅医療・介護連携等の相談窓口設置に係る取組を支援します。

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。

また、かかりつけ医機能(身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療を行う機能)を十分に理解した上で、自らが適切に医療機関を選択できるよう、県民・患者への情報提供の充実・強化を図ります。

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るとともに、ターミナルケア等の24時間対応、重症小児の在宅ケアにも対応できる機能強化型訪問看護ステーションの拡充を推進し、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、地域での理解も重要です。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、セミナー開催等により普及啓発に努めます。

人生会議の普及啓発については、市町村と連携して、リーフレットの配布や、各地域でのセミナー開催等の取組を行います。また、人生会議に関する普及啓発を担う人材を養成するため、関係機関と連携し医療・ケア従事者の育成研修等を実施します。

⑥「入退院時情報共有ルール」の策定

入退院時において医療機関の退院支援担当者とケアマネジャー間で情報を共有し、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）で策定しましたが、策定から一定の期間が経過していることから、その普及状況やルール運用上の課題を把握し、必要に応じ市町村と連携して地域の医療介護関係者と協働でルールの見直しや改善を図ります。

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、かかりつけ医が助言等を行う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行います。

⑧訪問看護体制の強化

訪問看護推進協議会と連携して、訪問看護の実態等に関する調査に基づき訪問看護体制整備に向けた方策を検討し、訪問看護師の養成・資質向上研修等の訪問看護人材の確保対策や、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、訪問看護体制の充実・強化を図ります。併せて、特定行為等を行える専門性の高い看護師の養成を推進します。

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）や潜在看護師等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「かかりつけ薬剤師・薬局」の育成

在宅医療を推進し、訪問薬剤指導を行うなど患者等に信頼される「かかりつけ薬剤師・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、大分県薬剤師会と協力して、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

大分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、在宅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、各圏域の実態や課題をさまざまな場面を通じて把握します。

また、多職種連携を促進するため、管内の関係機関を対象に、市町村と連携し、連絡会や研修等を開催します。

(8) 精神障がい者が安心して暮らせる地域生活の推進

入院中からの地域生活への移行に向けた支援及び地域生活が定着するための支援の充実に努め、入院後1年時点の退院率を上げ、早期の退院を図ります。

また、地域の相談支援専門員を対象とした研修等を通じ、専門的な指導や助言ができる地域のリーダーを育成するほか、精神科医療機関、市町村、相談支援事業所等の支援者に対し、地域移行・地域定着を深める研修を実施し、支援者の質の向上とさらなる地域移行・地域定着を推進します。

さらに、県内6保健所ごとにある地域移行支援協議会等を活用し、県、市町村、精神科医療機関、相談支援事業所等の関係機関が連携して、必要な支援につながる体制整備を図り、退院後の地域生活日数の延伸に努めます。

3 その他の取組

(1) 県民への意識啓発

適切な医療のかかり方に関する県民の意識向上を図るため、医療費の実態やその動向分析結果等について県民へ周知するとともに、休日や夜間の緊急性のない軽症者の受診等（いわゆる「コンビニ受診」）、外来医療のかかり方に関する県民の理解促進に努めます。

(2) 保険者による医療費適正化の取組支援

①医療費通知の実施

医療費負担のしくみや健康に関する認識を深めるため、医療機関等を受診した際の医療費の総額や自己負担額等を県民にお知らせする「医療費通知」について、医療保険者に対する助言等を行います。

②重複・頻回受診者や重複・多剤服用者等に対する指導等の推進

一つの症状で複数の医療機関や頻回に受診している方、複数の医療機関から同じ薬効の薬が処方されて服用している方等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。

③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。

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、大分県国民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、診療報酬請求の適正化に取り組みます。

(3) 保険医療機関及び保険医に対する指導、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改定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

健康保持の推進に関する目標の達成のためには保険者等及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のためには医療機関及び介護サービス事業者等と情報交換を行う必要があります。医療費適正化推進協議会や保険者協議会等を活用し、相互に連携・協力が行えるよう体制を構築します。

特に、医療費適正化計画の策定又は変更に当たっては、保険者協議会の意見を聴くとともに、保険者協議会を通じて保険者等が行う保健事業の実施状況の把握や分析・情報共有、加入者のニーズ等を聴取するなど、県民の健康づくりや医療費適正化の取組、特定健診等実施計画やデータヘルス計画への反映について保険者等との連携を図ります。

また、医療費適正化計画の施策の実施に関して、保険者や医療機関等の関係者に対して必要な協力を求める場合には、保険者協議会等を活用した協力要請を行うとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会とも連携した取組を行います。

更に、「働く人の健康増進を会社の成長につなげようとする考え方（健康経営）」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（協会けんぽ）大分支部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。

（２）医療の担い手等との連携

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の場や様々な機会を活用して情報交換ができるよう相互に連携・協力が行える体制を構築し、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、市町村が行う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ほか、医療費適正化計画を策定又は変更する際には市町村に協議すること等により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

計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、年度（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く。）ごとに進捗状況を県のホームページ等で公表するとともに、目標の達成が困難と見込まれる場合又は医療費が医療費の見込みを著しく上回ると見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、当該要因を解消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うえで、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令和11（2029）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で公表します。

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、次期計画の作成に活用することとします。

（3）実績評価

計画の最終年度の翌年度である令和12（2030）年度に、保険者協議会の意見を聴いたうえで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で公表します。

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むことが重要です。

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、保険者及び医療の担い手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、国には、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、医療提供体制の確保や市町村国民健康保険の財政運営を担う役割を有することから、計画の目標達成に向けて、保険者や医療関係者その他関係者の協力を得つつ、中心的な役割を担います。

このため、保険者協議会等を通じて、保険者や医療関係者その他の関係者と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、計画の目標達成に向けて必要な取組の検討や協力を求めます。

(3) 保険者の取組

市町村などの保険者は、加入者の資格管理や保険料・保険税の徴収等、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など、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、特定健康診査等について、令和6年度から始まる第4期特定健康診査等実施計画の計画期間から、特定保健指導にアウトカム評価を導入することや、ICTの活用等により実施率の向上を図ることとされることを踏まえ、効果的かつ効率的な実施を図るほか、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、データヘルス計画に基づく事業を実施する。

さらにその中で、日本健康会議の取組とも連動しつつ、医療関係者と連携した重症化予防に係る取組や加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組のほか、後発医薬品の使用促進のための自己負担の差額通知や重複投薬の是正に向けた取組など、各保険者の実情に応じて効果的に行うことが期待されます。

加えて、保険者協議会において、県や医療関係者等と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、本計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて、本計画の作成等を行う際に加入者の立場から意見を出すことも期待されます。

(4) 医療の担い手の取組

医療の担い手は、国、県及び保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する役割があります。

保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するに当たって、保険者等と連携した取組や病床機能の分化及び連携を進めるために、保険者協議会等の協議の場において議論を深めるとともに、そこで示されたデータを踏まえて、自らが所属する医療機関の位置づけを確認しつつ、医療機関相互の協議により、地域

における病床機能の分化及び連携に応じた自主的な取組を進めていくことが期待されます。

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師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が期待されます。

(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とともに、OTC 医薬品の適切な使用など、症状や状況に応じた適切な行動をとることが必要です。

このため、特定健康診査や各種がん検診等を受診するとともに、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により健康情報の把握に努め、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が期待されます。また、健診の結果、精密検査や治療が必要と判定された場合の速やかな医療機関の受診や、かかりつけ医など医療機関の機能に応じ医療を適切に受けるよう努めることが期待されます。

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。