

みえ歯と口腔の健康づくり基本計画
(中間案)

三 重 県

目 次

第1章 基本方針

- 1 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 歯と口腔の健康づくりの目標

- 1 めざす姿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 2 めざす姿に向けた取組内容・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 3 評価指標と目標値・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第3章 歯と口腔の健康づくり対策の推進

- 1 各ライフステージにおける歯と口腔の健康づくり対策・・・・・・・・ 5
 - (1) 乳幼児期
 - (2) 学齢期
 - (3) 成人青年期・壮年期
 - (4) 高齢期
- 2 障がい児(者)の対策・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
- 3 医療連携による疾病対策・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
- 4 災害時歯科保健医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
- 5 中山間地域における歯科医療対策・・・・・・・・ 20

第4章 歯と口腔の健康づくりの推進体制

- 1 推進体制と進行管理・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 2 人材育成、資質の向上及び調査・研究等・・・・・・・・ 21

第1章 基本方針

1 計画策定の趣旨

平成23年8月に制定された「歯科口腔保健の推進に関する法律」において、地方公共団体は、歯科口腔保健の推進に関する施策の実施の責務が課されています。

また、県民の生涯にわたる健康増進に寄与することを目的に歯と口腔の健康づくりに関する基本理念などを定めた「みえ歯と口腔の健康づくり条例（以下「条例」という。）」が、平成24年3月に制定されました。この条例第12条において、知事は、歯と口腔の健康づくりに関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、基本的な計画を定めることとしています。

そのため本計画を策定し、歯科口腔保健の現状・課題や施策の方向性を示すことで、県民が歯と口腔の健康づくりについて関心と理解を深めるとともに、歯科口腔保健を推進するための社会環境の整備を推進するものです。

この計画に基づき、市町、関係機関や関係団体などと役割分担し、相互に連携しながら総合的、計画的に歯科口腔保健施策の取組を進めることにより、健康格差を縮小し健康寿命の延伸と生活の質の向上をめざして県民の健康づくりにつなげていきます。

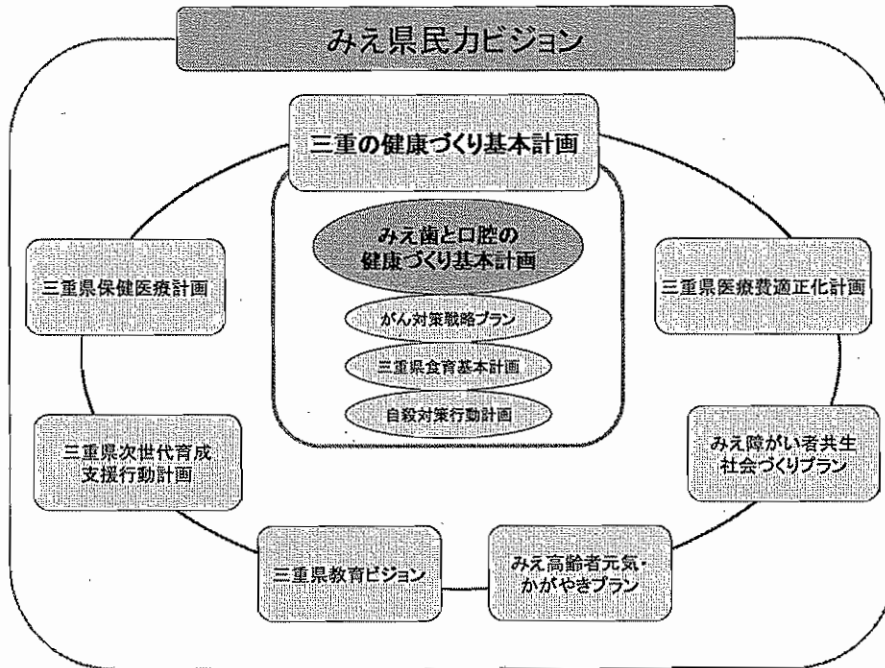
《 基本理念 》

条例第2条

- 1 県民一人一人が自ら歯と口腔の健康づくりに取り組むことを促進すること。
- 2 8020運動*の意義を踏まえて、適切かつ効果的な歯と口腔の疾病及び異常の有無に係る定期的な検診、保健指導並びに医療を受けることができる環境の整備を推進すること。
- 3 保健、医療、福祉、労働衛生、教育その他の関連施策との連携を図りつつ、総合的かつ計画的に歯と口腔の健康づくりを推進すること。

2 計画の位置づけ

この計画は、条例第 12 条 1 項に規定する、歯と口腔の健康づくりに関する基本的な計画であるとともに、三重の健康づくり基本計画*の歯科保健に係る個別計画と位置づけ、他の関係計画と整合を図りながら推進していきます。



この計画は県民一人ひとりが、歯と口腔の健康づくりに取り組むための指針となるものです。また、関係機関・団体、市町と連携して施策を推進するうえでの方向性を示す基本的な指針となるものです。

3 計画の期間

この計画の上位計画である三重の健康づくり基本計画は、平成 25 年 4 月からの 10 年計画となっており 5 年ごとに見直しを行うことから、その個別計画である本計画は、平成 25 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までの 5 年計画とします。

第2章 歯と口腔の健康づくりの目標

1 めざす姿

- 県民一人ひとりが、全身の健康につながる歯と口腔の健康づくりに取り組むことで、いつまでも自分の歯でおいしく食事ができ、生涯にわたり生活の質の向上が図られています。
- 歯と口腔の健康維持のため、必要に応じて歯科検診*や歯科保健指導、歯科医療などを受けることができる環境の整備が進んでいます。

2 めざす姿に向けた取組内容

- ・口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小
- ・歯科疾患の予防
- ・生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上
- ・定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健
- ・歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

3 評価指標と目標値

No.	数値目標	条件	現状値	目標値 (平成29年)	ライフステージ	調査資料
1	むし歯のない幼児の割合	3歳児	78.3%	84.0%	乳幼児期	母子保健報告(H23)
2	むし歯のない3歳児の割合が80%以上である市町数		6市町	12市町		
3	フッ化物塗布事業実施市町数		21市町	26市町		乳幼児期 学齢期
4	フッ化物洗口実施施設数		66施設	120施設		
5	むし歯のない生徒の割合	12歳児	45.1%	55.0%	学齢期	三重県健康状態調査(H23)
6	12歳児の一人平均むし歯数が1.0未満である市町数		5市町	10市町		
7	学齢期における歯肉に炎症所見を有する人の割合	小学生	2.7%	1.9%		
		中学生	5.2%	4.8%		
		高校生	4.9%	4.5%		
8	未処置歯を有する17歳の割合	17歳	35.4%	28.0%		学校歯科保健調査(H24)
9	昼食後の歯みがきに取り組んでいる学校の割合	小学校	65.6%	71.0%		
		中学校	15.1%	21.0%		
10	よく噛んで食べることを指導をしている小学校の割合	小学校	86.8%	92.0%		
11	学校歯科医からネグレクト等の可能性の指摘が通報や保護につながったケース	小学校	3例	増加	日本スポーツ振興センター報告(H23)	
12	学校で歯牙外傷を受けた子どもの数		256人	減少		

No.	数値目標	条件	現状値	目標値 (平成29年)	ライフステージ	調査資料
13	20歳代における歯肉に炎症所見を有する人の割合	20～24歳	49.0%	37.0%	成人青年期	県民健康意識調査(H23)
14	妊産婦歯科健康診査、歯科保健指導に取り組む市町数		15市町	20市町		健康づくり課調査(H24)
15	未処置歯を有する人の割合	40～44歳	42.3%	26.0%	成人壮年期	県民歯科疾患実態調査(H23)
		60～64歳	48.0%	29.0%		
16	進行した歯周炎を有する人の割合	40～44歳	33.3%	29.0%		
		60～64歳	56.0%	50.0%		
17	40歳代における喪失歯のない人の割合	40～44歳	69.4%	72.0%		
18	24歯以上自分の歯を有する人の割合	60～64歳	75.0%	80.0%		
19	60歳代における咀嚼良好者の割合	60～64歳	88.8%	90.0%		
20	口臭が気になる人の割合	40～44歳	47.0%	減少		
21	事業所における歯周疾患検診実施率		17.8%	23.0%	成人青・壮年期	事業所調査(H23)
22	歯周疾患検診に取り組む市町数		14市町	19市町	成人青・壮年期・高齢期	健康づくり課調査(H23)
23	禁煙教育を行っている市町数		3市町	8市町		
24	定期的に歯科検診を受ける成人の割合		35.6%	50.0%		
25	歯間部清掃用器具を使用する人の割合		39.0%	46.0%		
26	8020運動を知っている人の割合		51.3%	55.0%		
27	かかりつけの歯科医を持つ人の割合		77.7%	82.0%		
28	歯科医師、歯科衛生士から歯みがき指導を受けたことがある人の割合		68.0%	75.0%		
29	8020運動推進員登録者数		222人	400人	全体	健康づくり課調査(H23)
30	20歯以上自分の歯を有する人の割合	80～84歳	39.5%	45.0%	高齢期	県民歯科疾患実態調査(H23)
31	口腔の不衛生が肺炎などを引き起こしやすいことを知っている人の割合	65歳～	61.0%	70.0%		県民健康意識調査(H23)
32	口腔機能向上サービスを実施している居宅介護支援事業所の割合		19.8%	30.0%		長寿介護課調査(H24)
33	在宅療養支援歯科診療所数		76施設	125施設		東海北陸厚生局報告(H24年9月5日)
34	未処置歯を有する特別支援学校の生徒の割合	高等部	33.7%	30.0%	障がい者	健康状態調査(県教)(H23)
35	みえ歯一トネットに参加している歯科医療機関数		125施設	135施設		健康づくり課調査(H24)
36	がん等の手術前後の口腔機能管理を行う歯科医療機関数		9施設	60施設	医療連携	東海北陸厚生局報告(H24年6月末)
37	地区歯科医師会と災害協定を締結している市町数		1市町	6市町	災害対策	健康づくり課調査(H24)

第3章 歯と口腔の健康づくり対策の推進

1 各ライフステージにおける歯と口腔の健康づくり対策

本計画では、ライフステージを区分し、その年代の特徴に応じて、歯と口腔の健康づくりの対策を推進します。

乳幼児期	学齢期	成人青年期	成人壮年期	高齢期
概ね 6歳	概ね 18歳	概ね 40歳	概ね 65歳	

《 主な対策 》

乳歯むし歯の予防	永久歯むし歯の予防	歯周疾患の予防	歯周疾患対策	口腔機能の維持・回復
口腔清掃の習慣づけ	歯肉炎予防	口腔清掃の徹底	歯の喪失予防の推進	口腔衛生の維持
食育支援	食育支援	咀嚼支援	咀嚼支援	
児童虐待予防	児童虐待予防	たばこ対策	たばこ対策	

《 重点的に取り組む対象 》

障がい児（者）	乳幼児	妊産婦	要介護高齢者
---------	-----	-----	--------

(1) 乳幼児期

No.	数値目標	現状値	目標値
1	むし歯のない幼児の割合	3歳児 78.3%	84.0%
2	むし歯のない3歳児の割合が80%以上である市町数	6市町	12市町
3	フッ化物塗布事業実施市町数	21市町	26市町
4	フッ化物洗口実施施設数	66施設	120施設

《 歯科的特徴 》

(乳児)

- ・ 味覚が発達し、乳歯*が生え始めるとともに、歯ぐきの中では永久歯*の形成が始まります。
- ・ 長期間の授乳や哺乳びんによる甘味飲料の摂取などにより、早期から多くのむし歯が発生しやすい状態になります。
- ・ 生後6ヵ月頃から離乳食が始まり、嚙む機能を発達させる重要な時期です。

- ・ 生まれたばかりの乳児の口腔内にはむし菌はなく、歯が生えた後に母親などの保護者の口腔内から感染します。

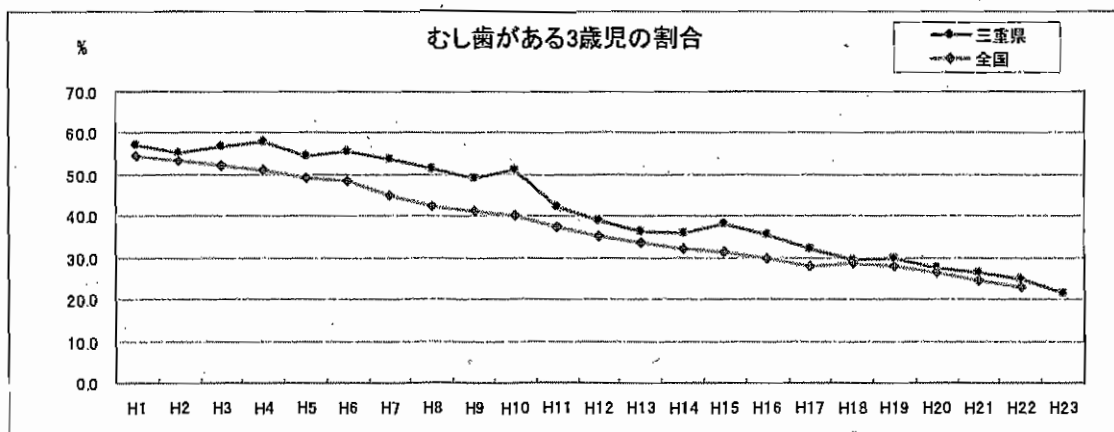
(幼児)

- ・ 2歳頃は乳臼歯*が生え始め、3歳頃になると乳歯が生えそろう、不適切な飲食物の摂取などによりむし菌が急増する時期でもあります。
- ・ 3歳頃になると、かみ合わせの異常が見られ始める時期であり、むし菌や指しゃぶり、口呼吸などの習癖が原因となることがあります。
- ・ かみ合わせはあごの骨の発達と密接な関係があり、あごの正常な発育を促すために、健全な歯列でバランスのとれた食事をよく噛んで食べることが大切です。
- ・ 児童虐待を受けている可能性のある子どもは、むし菌が多く、治療していない傾向があります。

《 現状と課題 》

- ・ むし菌のない1歳6ヶ月児は、97.2% (H19) から、98.6% (H23) に増加しており、10年以上全国平均より良好な状況が続いています。
- ・ むし菌のある3歳児は、30.0% (H19) から、21.7% (H23) に減少しています。
- ・ 乳幼児のむし菌は南勢志摩保健医療圏や東紀州保健医療圏に多く、地域間格差をなくすため、これらの地域において健康教育の中で歯と口腔の健康に関する教育を充実していく必要があります。
- ・ 乳幼児に対してフッ化物歯面塗布を実施している市町の数、14市町 (H19) から、21市町 (H23) と増加しています。
- ・ 保育所、幼稚園における、フッ化物洗口の実施状況は、37施設、1,461人 (H19) から、66施設、2,260人 (H23) と増加しています。

むし菌がある3歳児の割合の年次推移



(出展：厚生労働省 3歳児歯科健康診査結果)

フッ化物洗口実施施設数

	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年	H23年
施設数(施設)	2	7	11	26	37	44	48	54	66
実施人数(人)	55	135	229	913	1,461	1,568	1,727	1,906	2,260

(出展：健康づくり課調査)

《 施策の方向 》

- ・ むし歯予防や正常な口腔機能の発育のため、市町での乳幼児歯科健康診査や歯科保健指導等の歯科保健活動を支援します。
- ・ 市町での乳幼児の口腔衛生管理の充実のため、乳幼児歯科健康診査における要観察歯(CO) *の導入など歯科健康診査の精度管理について取り組みます。
- ・ 効果的なむし歯予防法として、フッ化物配合歯みがき剤の推奨やフッ化物歯面塗布、フッ化物洗口等のフッ化物の応用を普及します。
- ・ 口腔機能の健全な発育のために、市町や栄養関係者等と連携して年齢にあった哺乳や離乳食の与え方などを推奨し、乳幼児に対する食育支援を行います。
- ・ 歯科健康診査や治療時に気付くことができるネグレクトなどの児童虐待について、歯科医療関係者に啓発するとともに、歯科医療関係者と市町や学校、児童相談所などとの連携を促進し児童虐待の早期発見につなげます。

☆ 歯科の視点からの児童虐待防止と子育て支援 ☆

三重県では、平成17年度に被虐待児と歯科疾患や生活習慣との関連調査を行い、その結果をもとに、早期より歯科からの視点で児童虐待防止と子育て支援に取り組んでいます。歯科医療関係者はむし歯が多く、治療をしていない子どもに対して歯科疾患の改善について指導するだけでなく、親子の様子や子どもの生活背景なども考慮したうえで、市町の保健関係者や学校と連携して、地域で子どもの見守りをする一員となるよう啓発してきました。最近では、その連携が進んできており、歯科医師の指摘により通報や保護につながったケースがあります。

また、児童虐待の可能性のある子どもを見守ることを目的に、むし歯のデータと生活習慣質問票を組み合わせた要保護児童スクリーニング指数

(MIES: Maltreatment Index for Elementary Schoolchildren) を愛知学院大学及び三重県歯科医師会と協力開発しており学校歯科健康診断時での活用の具体化に向け検討しています。



(2) 学齢期

No.	評価指標	条件	現状値	目標値
5	むし菌のない生徒の割合	12歳児	45.1%	55.0%
6	12歳児の一人平均むし菌数が1.0歯未満である市町数		5市町	10市町
7	学齢期における歯肉に炎症所見を有する人の割合	小学生	2.7%	1.9%
		中学生	5.2%	4.8%
		高校生	4.9%	4.5%
8	未処置歯を有する17歳の割合	17歳	35.4%	28.0%
9	昼食後の歯みがきに取り組んでいる学校の割合	小学校	65.6%	71.0%
		中学校	15.1%	21.0%
10	よく噛んで食べることを指導をしている小学校の割合	小学校	86.8%	92.0%
11	学校歯科医からネグレクト等の可能性の指摘が通報や保護につながったケース	小学校	3例	増加
12	学校で歯牙外傷を受けた子どもの数		256人	減少

《 歯科的特徴 》

(小学生)

- ・ 乳歯と永久歯の交換期で、生え始めの永久歯がむし歯になりやすい時期です。特に、低学年の時期に生え始める第一大臼歯*は、一番奥に生えるのでみがきにくく、この時期にむし歯になりやすくなります。
- ・ 歯周疾患の初期症状である歯肉炎が発症し始める時期です。
- ・ 児童虐待を受けている可能性のある子どもは、むし歯が多く、治療していない傾向があります。

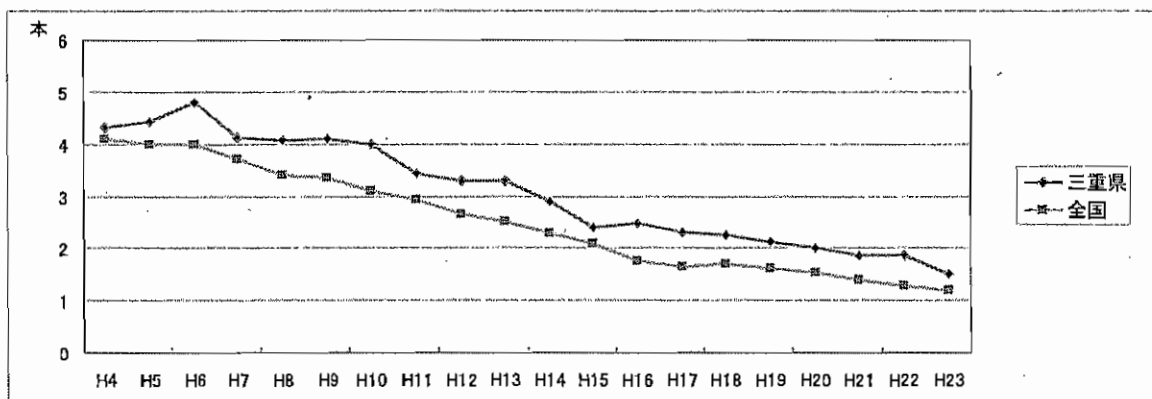
(中学生・高校生)

- ・ 永久歯列が完成する時期です。
- ・ 思春期であるため、生活習慣や栄養バランス・ホルモンバランスの乱れなどにより歯肉炎にかかる生徒が増える時期です。
- ・ 運動部活動等でのショ糖等を含むスポーツ飲料の不適切な摂取が原因でむし歯が多発することがあります。
- ・ 運動部活動等により、歯やあごの骨等に外傷を受けやすくなります。
- ・ 多感な時期であるため、口臭や審美的な問題で悩みを抱く生徒が見られます。

《 現状と課題 》

- ・ 12 歳児の一人平均むし歯数は 2.12 本 (H19) から、1.50 本 (H23) に減少していますが、全国平均の 1.2 本 (H23) と比較すると多い状況です。
- ・ 歯肉炎のある子どもの割合は、平成 23 年度において小学生 2.7%、中学生 5.2%、高校 4.9%となっており、小学校の中学年頃から増加してくる傾向があります。
- ・ 17 歳でむし歯を治療していない生徒の割合は、全国平均の 28.3% (H23) に対して、三重県は 35.4%で、全国に比較してむし歯を治療していない生徒が多いため、歯科受診につながる働きかけが必要です。
- ・ 昼食後の歯みがきに取り組んでいる学校は、小学校 65.6%、中学校 15.1% (H24) となっています。未実施の理由は、洗口をする場所や、時間がないことがあげられており、環境整備や歯みがき習慣の確立に向けた取組が必要です。
- ・ むし歯予防としては、食習慣の改善、正しい歯みがきの習慣、フッ化物に関する学習や応用が学校や地域の実情に応じ効果的に行うことが求められます。また、学校と学校歯科医が情報を共有し、連携して進めていくことが必要です。フッ化物洗口を実施する場合には、教職員や保護者等がその必要性や具体的な方法、効果、安全性を理解したうえで、同意のもと手順を踏んで実施する必要があります。
- ・ よく噛んで食べることを指導をしている小学校は 86.8% (H24) となっており、多くの学校で噛むことの重要性について啓発しています。
- ・ 体育や保健体育の授業や、部活動時等に歯牙外傷*を受けた子どもが 256 人 (H23) いることから、学校においては歯牙外傷に対する事故の予防や応急手当法を知っておく必要があります。
- ・ 小学校において学校歯科医からネグレクトなどの可能性の指摘が通報や保護につながったケースが 3 例 (H24) あります。学校歯科医などが学校と連携を密にして子どもを見守っていくことが必要です。
- ・ 学齢期のむし歯の状況は地域差が大きいことから、歯と口腔の健康に関する教育を充実するなど地域の実情に応じた取組が必要です。

12 歳児一人平均むし歯数の年次推移 (本)



(出展：三重県健康状態調査)

(3) 成人青年期・壮年期

No.	評価指標	条件	現状値	目標値
13	20歳代における歯肉に炎症所見を有する人の割合	20～24歳	49.0%	37.0%
14	妊産婦歯科健康診査、歯科保健指導に取り組む市町数		15市町	20市町
15	未処置歯を有する人の割合	40～44歳	42.3%	26.0%
		60～64歳	48.0%	29.0%
16	進行した歯周炎を有する人の割合	40～44歳	33.3%	29.0%
		60～64歳	56.0%	50.0%
17	40歳代における喪失歯のない人の割合	40～44歳	69.4%	72.0%
18	24歳以上自分の歯を有する人の割合	60～64歳	75.0%	80.0%
19	60歳代における咀嚼良好者の割合	60～64歳	88.8%	90.0%
20	口臭が気になる人の割合	40～44歳	47.0%	減少
21	事業所における歯周疾患検診実施率		17.8%	23.0%
22	歯周疾患検診に取り組む市町数		14市町	19市町
23	禁煙教育を行っている市町数		3市町	8市町
24	定期的に歯科検診を受ける成人の割合		35.6%	50.0%
25	歯間部清掃用器具を使用する人の割合		39.0%	46.0%
26	8020運動を知っている人の割合		51.3%	55.0%
27	かかりつけの歯科医を持つ人の割合		77.7%	82.0%
28	歯科医師、歯科衛生士から歯みがき指導を受けたことがある人の割合		68.0%	75.0%
29	8020運動推進員登録者数		222人	400人

《 歯科的特徴 》

(成人青年期)

- ・ 多くの人むし歯を有し、歯周疾患も急増します。
- ・ 歯周疾患のリスク因子である喫煙や歯間部清掃用器具の使用などの個人の口腔衛生管理の違いが、歯周疾患の発症や将来の歯の喪失に影響してきます。
- ・ 妊娠時には、つわりなどによる不十分な口腔ケア、間食回数の増加、生活習慣の変化によりむし歯や歯周疾患にかかりやすくなります。また、重度の歯周疾患が早産や低

出生体重児出産のリスクを高めます。

- ・ 妊娠 7～10 週頃から、胎児のあごの中に乳歯の形成が始まるため、胎児の健康な発育のためにバランスのとれた栄養摂取が必要です。

(成人壮年期)

- ・ 年齢とともに、歯の喪失が急速に増加する時期です。
- ・ 歯が喪失するのは単に加齢によるものではなく、むし歯や歯周疾患を放置したことのほか、成人青年期までの生活習慣が大きく影響しています。
- ・ 歯の喪失による咀嚼機能の低下によって、食生活に支障をきたすようになり、その結果として身体の機能低下を招きます。
- ・ 歯ぐきが退縮し、歯根部のむし歯が多く見られるようになります。
- ・ 歯周疾患が心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病発症のリスクを高めます。

《 現状と課題 》

- ・ 20 歳代において歯肉に炎症所見がある人は 49.0% (H23) となっており、全国平均の 31.7%より多くなっています。県民の約半数が歯肉に症状があることから、歯周疾患への重症化予防のために早い年代からの働きかけが必要です。
- ・ 喫煙が様々な健康被害を引き起こし歯周疾患の発症や重症化の原因にもなることから、たばこ対策が求められていますが、禁煙教育を実施している市町は 3 市町 (H23) にとどまっています。
- ・ 事業所における歯周疾患検診の実施率は 17.8% (H23) と少なく、歯周疾患の早期発見、重症化予防のため、事業所等における検診の実施が必要です。
- ・ 歯周疾患検診に取り組む市町は 9 市町 (H19) から 14 市町 (H23)、受診者は 1,526 人 (H19) から 4,075 人 (H23) と増加していますが、依然として受診率は低いため、受診率の向上に向けた取組が必要です。
- ・ 妊産婦歯科健康診査、歯科保健指導に取り組む市町は 15 市町 (H23) あります。母親の健康の保持増進と生まれてくる子どものむし歯予防などに対する健康教育の充実が必要です。
- ・ 治療していないむし歯がある 40 歳代は 42.3%、60 歳代は 48.0% (H23) で、全国の 40.3%、37.6%より多いのが現状です。むし歯を放置すると歯周疾患の重症化や歯の喪失につながるため、早期の治療を心がけるよう啓発が必要です。
- ・ 進行した歯周炎がある 40 歳代は 33.3%ですが、60 歳代は 56.0% (H23) まで増大しており、進行を防ぐために正しい口腔ケアと定期的な歯科受診の啓発が必要です。
- ・ 歯の喪失がない 40 歳代は、69.4% (H23) で、全国平均の 54.1%より良好な状況ですが 8020 の達成に向け早期から歯の喪失防止に取り組むことが重要です。
- ・ 24 歯以上自分の歯がある 60 歳代は 56.0% (H23) で、全国平均の 54.1%より良好な状況です。
- ・ 何でも噛んで食べることができる 60 歳代は、56.0% (H23) で、全国平均の 73.4%より少ない状況です。
- ・ 口臭が気になる 40 歳代は 47.0% (H23) で、約半数が自分の口臭を気にしています。

- ・ 定期的に歯科検診を受診する成人は 35.6% (H23) で、すべての県民が歯科検診を受診しやすい環境を整備することが必要です。
- ・ 歯みがきを1日2回以上する人は、63.3% (H16) から 70.8% (H23) と増加しており、口腔衛生習慣は定着してきています。
- ・ 歯間部清掃用器具を使用している人は 28.4% (H16) から 39.0% (H23) と増加していますが、使用率は低いことから、歯周疾患予防に効果的な歯間部清掃用器具使用の普及が必要です。
- ・ 8020運動を知っている人は 49.9% (H16) から 51.3% (H23) に増加しており、平成元年より普及を進めている8020運動は県民に浸透してきています。
- ・ かかりつけ歯科医を持つ人は 74.4% (H16) から 77.7% (H23) と増加傾向にあります。

市町における歯周疾患検診受診状況

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
受診者数	684	1,500	1,527	1,526	1,714	2,745	3,259
実施市町数	10	10	10	9	8	12	13

(出展：厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告)

《 施策の方向 》

- ・ 歯科健康診査・保健指導を実施する場や機会の確保に努め、市町や事業所などにおける歯と口腔の健康づくりの取組を支援します。
- ・ 歯間部清掃用具を用いた口腔ケアや、定期的な歯科検診などを受けるためのかかりつけ歯科医を持つことを推奨します。
- ・ 歯周疾患や他の疾患の予防に向けて、市町などと連携してたばこ対策を行います。
- ・ 生活習慣病の予防のために、栄養バランスのとれた食事をしっかり噛んで食べる食習慣の普及などの食支援について栄養関係団体などと連携して取り組みます。
- ・ 糖尿病と歯周疾患は相互に作用して症状を悪化させる危険性があるため、医科と歯科医療機関が連携を進め糖尿病対策に取り組みます。
- ・ 妊娠時に歯周疾患が重症化することにより、早産や低出生体重児出産のリスクが高まることから、歯科医療機関と産婦人科との連携による妊婦の口腔ケアや歯周疾患治療に取り組みます。

(4) 高齢期

No.	評価指標	条件	現状値	目標値
30	20歯以上自分の歯を有する人の割合	80～84歳	39.5%	45.0%
31	口腔の不衛生が肺炎などを引き起こしやすいことを知っている人の割合	65歳～	61.0%	70.0%
32	口腔機能向上サービスを実施している居宅介護支援事業所の割合		19.8%	30.0%
33	在宅療養支援歯科診療所数		76施設	125施設

《 歯科的特徴 》

- ・ 歯の喪失が進み、かみ合わせの不具合を招いて噛む機能も低下します。
- ・ 義歯を入れている人が多くなります。義歯などにより歯の喪失部を補い良好なかみ合わせを保つことで、転倒などの防止につながります。
- ・ 老化や薬の影響による唾液分泌量の減少や口腔乾燥症、摂食・嚥下機能*の低下により、口腔の自浄作用の低下や、飲食物の誤嚥*が起りやすくなります。
- ・ 介護予防のための取組として、要介護者に対し口腔ケアを行うことは、肺炎、低栄養、転倒、骨折予防及び閉じこもり防止などに有効です。

《 現状と課題 》

- ・ 20 歯以上自分の歯がある 80 歳代は 10.5% (H16) から 39.5% (H23) に増加しており、全国平均 25.0%と比較しても歯が多く残っている人が多い状況です。
- ・ 居宅介護支援事業所で口腔加算届を提出している事業所は、30.0% (H18) から、19.8% (H23) に減少しており、実施する人材の確保や効果的に口腔機能を向上させる手法について検討が必要です。
- ・ 在宅療養支援歯科診療所数は 76 施設 (H23) で、在宅歯科診療に携わる歯科医療機関は増加しています。
- ・ 県内介護老人福祉施設と介護老人保健施設で毎日口腔ケアをしている施設の割合は 91.1% (H23) で、ほとんどの施設において口腔ケアの実施が定着しています。しかし、口腔ケアにかかる時間や内容は十分とは言えず、効果的な口腔ケアについて、施設職員等に啓発していく必要があります。
- ・ 介護老人保健施設などにおける口腔ケアは、看護師や介護職員が主な実施者であり、歯科医師、歯科衛生士が関わっている施設は 26.7% (H23) です。
- ・ 国内の死因の第5位である不慮の事故について、その原因のトップが窒息であり、特に高齢者はそのリスクが高まることから、関係者への窒息事故防止の啓発が必要です。

《 施策の方向 》

- ・ 歯科診療所での受診が困難な高齢者などが、地域で安心して歯科医療を受けられるように、医療機関や介護老人保健施設関係者等と連携して訪問歯科診療体制の充実を図ります。
- ・ 高齢者などの摂食・嚥下機能などの口腔の機能向上への理解と高度な歯科治療、口腔ケアの技術を持つ歯科医師、歯科衛生士の育成に取り組みます。
- ・ 高齢者の介護予防への支援が行えるよう、地域包括支援センターを中心として看護、栄養、歯科医療関係者などが連携して取り組みます。
- ・ 介護予防事業における効果的な口腔機能向上サービスが提供できるよう高齢者への口腔ケアについて関係者への研修を実施します。
- ・ 介護老人保健施設入所者などに対して適切な口腔ケアが提供され、歯と口腔の健康管理が定着するように、施設等と歯科医療機関の連携を促進します。
- ・ 介護老人保健施設関係者等に対して、要介護高齢者の肺炎予防のための口腔ケアの重要性や、窒息事故防止のための知識の普及を行っていきます。

2 障がい児（者）の対策

No.	評価指標	条件	現状値	目標値
34	未処置歯を有する特別支援学校の生徒の割合	高等部	33.7%	30.0%
35	みえ歯ートネットに参加している歯科医療機関数		125施設	135施設

《 歯科的特徴 》

- ・ 障がいがある方は、障がいの状態によっては、歯みがきが困難なことや、口の自浄作用の働きが十分でないため、歯科口腔疾患が発症、重症化しやすい傾向があります。
- ・ 歯の数や形態異常、歯牙形成不全、歯並びの異常などが見られることがあります。
- ・ 服用している薬剤によっては、歯肉の肥大や唾液分泌の減少などが見られることがあります。
- ・ 障がいの状態によっては、摂食・嚥下の機能に支障があります。また、コミュニケーションがうまくいかず、適切な口腔清掃指導ができない場合があります。

☆ 障がい児(者)歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」☆

県内の障がい者歯科センターは、津市（三重県歯科医師会館内）と四日市市（四日市歯科医師会館内）の2ヶ所にあります。障がい児(者)の歯科に関する調査において、障がい児(者)の受け入れ可能な歯科診療所情報の不足、通院にかかる時間や距離などに関する困難性、発達障がい等の外から見えにくい障がい児(者)に対する歯科医療従事者の知識不足や受け入れ対応への不満等の課題が明らかとなりました。

そこで、平成22年4月から県、歯科医師会、障がい者支援団体が連携して、障がい児(者)歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」を設立し、障がい児(者)を受け入れることができる歯科医院の情報提供を行っています。ネットワークでは地域における歯科医療の充実を図るとともに、歯科医療関係者への研修を充実することにより、障がい児(者)に対する歯科医療の受け入れ対応への理解を深めています。また、障がい児(者)が、むし歯等になると治療が困難なため、歯科疾患予防のために、障がい者施設での研修、歯科健康診査、歯科保健指導を実施しています。

《 現状と課題 》

- ・ 未処置歯を有する特別支援学校高等部の生徒は 33.7% (H23) であり、生徒が社会に出た後にも、口腔機能の維持向上や自己管理できるための支援が必要です。
- ・ 障がい者の歯科診療は、一般の歯科医療機関では受け入れが困難な状況にあるため、津市と四日市市の障がい者歯科センターにおいて障がい者の歯科診療を行っています。
- ・ みえ歯一トネットに参加している歯科医療機関は 125 施設 (H23) で、地域で安心して歯科治療が受診できる体制整備を一層進めるため、今後、協力歯科医療機関の増加と歯科医療の質の向上が必要です。
- ・ みえ歯一トネット参加の歯科診療所情報を利用者に広く周知していく必要があります。
- ・ 発達障がいなど外から分かりにくい障がいに対して歯科医療関係者が理解を深め、受診時の受け入れ対応などを充実する必要があります。

《 施策の方向 》

- ・ 障がいのある方が、安心して治療を受けることができるよう三重県歯科医師会の協力を得ながら、障がい者歯科センターにおける障がい者（児）歯科診療を推進します。
- ・ 障がいの状態に応じた歯と口腔の健康づくりに対する必要な支援が地域ごとに行われるよう、歯科医師会や障がい者支援団体と連携して、障がい者歯科ネットワーク「みえ歯一トネット」を活用した障がい者歯科保健医療の体制整備に取り組みます。
- ・ 地域で障がい児（者）に対応できる歯科医療機関の把握を進めるとともに、その情報を広く提供していきます。
- ・ 歯科医療関係者に対して、障がい者歯科保健医療に関する研修を実施し、障がい者の歯科治療や口腔ケア技術などの習得を図ります。
- ・ 特別支援学級や特別支援学校、施設入所障がい児（者）などに対して、歯科検診や歯科保健指導の充実に取り組みます。

3 医療連携による疾病対策

No.	評価指標	現状値	目標値
36	がん等の手術前後の口腔機能管理を行う歯科医療機関数	9施設	60施設

《 現状と課題 》

- ・ 歯周病は糖尿病の合併症でもあり、糖尿病は歯周疾患の発症や悪化の要因の一つです。このため、糖尿病治療を実施する医療機関と糖尿病患者の歯周疾患予防及び治療を実施する歯科医療機関との連携が必要です。
- ・ がんや心臓疾患などの手術前後の口腔ケアや、各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の療養生活の質の向上をめざし、医科歯科連携による口腔ケアの推進や、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、多職種間での連携を推進することが必要です。
- ・ 脳卒中発症後の摂食・嚥下などの口腔機能を回復させ、口腔の細菌除去、誤嚥性肺炎を予防する口腔ケアに取り組むことが重要であることから、医療機関と老人保健施設などとの連携による歯科医療、口腔ケアの提供体制を整えることが必要です。
- ・ 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎などの術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症・再発のリスクを下げる観点から、急性期病院やかかりつけ医と連携し専門的口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

《 施策の方向 》

- ・ 歯周疾患と生活習慣病との関連性や喫煙による歯周疾患をはじめとした様々な疾患のリスクなどについて啓発します。
- ・ 歯周疾患と糖尿病との相互の関係から、かかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携を推奨します。
- ・ がん患者などの手術前後の口腔管理が充実するよう、病院、病院歯科、かかりつけ歯科医などが連携して取り組みます。
- ・ 疾病などにより介護が必要な方に対して医科、介護関係者との連携による在宅歯科医療の充実を図ります。

4 災害時歯科保健医療対策

No.	評価指標	現状値	目標値
37	地区歯科医師会と災害協定を締結している市町数	1市町	6市町

《 現状と課題 》

- ・ 東日本大震災においては、被災者の身元確認、応急歯科治療、避難所での口腔ケアなど様々な課題が改めて明らかとなりました。そのため、南海トラフ地震などの大規模災害に備えて関係機関との連携、情報共有など、災害時に機能する体制整備が求められています。
- ・ 大規模災害発生時には、災害協定を締結している三重県歯科医師会と連携して被災地域への支援を行うこととしており、市町において地区歯科医師会と災害協定を締結して対応することが望まれます。

《 施策の方向 》

- ・ 三重県歯科医師会とともに災害発生時の歯科保健医療対応マニュアルを作成し、初動対応や、関係機関・団体、医療機関の役割、対応を明らかにします。
- ・ 地域ごとに災害時歯科医療支援コーディネーターを配置して、災害発生における情報収集・共有や支援活動の調整などを行い迅速な対応に努めます。
- ・ 大規模災害に対応するため、地区歯科医師会と市町との災害協定締結を促進するとともに、関係機関・関係団体との情報共有及び連携強化に努めます。
- ・ 災害時にも対応できる携帯用歯科医療機器の整備を行い、歯科医師会等と協力して避難所などに歯科医師や歯科衛生士を派遣できる体制整備に取り組みます。
- ・ 平時から災害時の歯科保健医療の充実にに向けた研修を実施するなど、災害時に対応できる人材の育成に取り組みます。

5 中山間地域における歯科医療対策

《 現状と課題 》

- ・平成 22 年度末における本県の医療施設に従事する歯科医指数は 1,096 人、人口 10 万人あたり 59.1 人と全国平均の 77.1 人を下回っています。
- ・歯科医師がいない無歯科医地区*は 2 か所、無歯科医地区に準じる地区*は 8 か所あり、歯科医療機関への通院が困難な地域がありますが、近隣地域の歯科医療機関からの往診などにより歯科医療提供が行われています。

市町名	地区名	人口（人）
無歯科医地区		
熊野市（紀和町）	西山	282
	上川	204
計		486
無歯科医地区に準じる地区		
津市（美杉町）	多気	848
	八幡	693
鳥羽市	神島町	461
熊野市	飛鳥	1,440
	荒坂	574
	新鹿	1,598
	神川	384
	育生	258
計		6,259

（ 出展：厚生労働省 平成 21 年度無歯科医地区調査 ）

《 施策の方向 》

- ・中山間地域*での訪問歯科診療を充実するため、歯科医療関係者への研修及び在宅歯科診療を行うための機器の整備などを行います。
- ・無歯科医地区における歯科医療の確保に必要な体制整備について、関係機関・団体と検討を行います。
- ・歯科医療機関への通院が困難な地域の児童・生徒などに対する歯科保健指導等の充実を図ります。

第4章 歯と口腔の健康づくりの推進体制

1 推進体制と進行管理

- ・ 計画に基づく歯科保健施策を推進するため、県に口腔保健支援センター*を設置して、歯科口腔保健事業の企画、立案、実施、評価等を実施します。
- ・ 計画は、三重県公衆衛生審議会歯科保健推進部会の意見を聴きながら、毎年度、計画の進捗状況を点検し、実施すべき事業を検討する他、必要に応じて推進対策の見直しなどの進行管理をPDCAサイクル* (Plan、Do、Check、Action) により運用します。また、PDCAサイクル評価のための基礎資料とするため、毎年、県内の歯科保健状況、市町の取組状況を把握し、関係機関に情報提供するとともに、5年ごとに県民の歯科疾患の罹患状況等に関する実態調査を行います。
- ・ 市町が行う歯科保健事業の実施に向けた専門的アドバイス、技術的支援を行います。
- ・ 地域8020運動推進協議会等を通して、地域ごとの歯科保健課題に応じた取組やネットワークづくりに向けた支援を行います。

2 人材育成、資質の向上及び調査・研究等

- ・ 県や市町などの行政機関への歯科医師、歯科衛生士等の歯科技術職者は、県に2名、市町では29市町中8市町に10名(H24)が配置されています。今後、歯科保健の推進に関する企画、事業の実施、評価の取組を進めるための歯科保健の専門職の充実が望まれます。
- ・ 口腔ケアなどの正しい情報を伝えることができる人材を育成するため、公衆衛生学院において歯科衛生士を育成するとともに、離職している歯科衛生士の再就職への支援や、直接、県民に歯科保健の啓発を行う「みえ8020運動推進員*」を育成していきます。
- ・ 保健・医療・福祉・教育等の関係者に対して、歯と口腔の健康づくりに関する研修等を実施して関係者の資質向上を図ります。
- ・ 県において実施する調査や学校保健統計調査などの結果を基に、現状分析や施策推進の評価を行います。
- ・ 口腔の状態と全身の健康との関係、歯科疾患と生活習慣との関係等の情報収集を行い、関係機関や県民に提供します。
- ・ 歯と口の健康週間(6月4日~10日)、いい歯の日(11月8日)、11月の8020推進月間には、市町や関係機関・関係団体と連携して、歯や口腔の健康づくりの重要性を広く啓発します。

第二期三重県医療費適正化計画（素案）

三 重 県

目 次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の背景及び目的	1
2 計画の概要	1
(1) 計画期間	1
(2) 計画に掲げる事項	2
(3) 計画の策定の手続き及び公表	2
(4) 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力	2
(5) 計画の進捗状況に関する評価	3
(6) 計画の実績に関する評価	3
3 他の計画との関係	3
第2章 医療費の現状と課題	4
1 医療費の現状	4
(1) 国民医療費の動向	4
(2) 本県の医療費の動向	7
(3) 本県における後期高齢者医療費の動向	8
(4) 入院患者にかかる平均在院日数の状況	11
(5) 終末期医療	15
(6) 生活習慣病の状況	17
(7) 歯の健康	30
(8) たばこ対策	31
(9) 後発医薬品の使用状況	32
2 課題	33

第3章 計画の目標と取組 34

1 具体的な取組に向けた基本方針 34

(1) 県民の生活の質の確保及び向上をはかる取組とする 34

(2) 超高齢社会の到来に対応した取組とする 34

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行う取組とする 34

2 第二期医療費適正化計画における基本目標 34

(1) 生活習慣病の予防対策 34

(2) 医療機関の機能分化・連携及び在宅医療・地域ケアの推進 35

3 具体的な目標及び取組 35

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組 36

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組 36

第4章 計画期間における医療費の見通し

第5章 計画の達成状況の評価

1 進捗状況の評価

2 実績評価

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景及び目的

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健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な少子高齢化、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、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。

このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設され、本県においても、平成20年3月に、「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。）第9条に基づき、第一期三重県医療費適正化計画（計画期間：平成20年度から24年度まで）を策定しました。

同法では、5年ごとに医療費適正化計画を定めるものとされているため、このたび、平成25年度を計画の開始期間とする、第二期三重県医療費適正化計画を策定しました。

2 計画の概要

第二期三重県医療費適正化計画については、法第9条に基づき国が策定した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」に即して次のとおり策定しました。

(1) 計画期間

この計画の計画期間は、平成25年度から29年度までの5年間としていま

す。

(2) 計画に掲げる事項

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成23年法律第105号)により、法第9条が改正され、従来、都道府県医療費適正化計画(同条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。)において記載すべきとされていた事項については、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を除き、例示化されました。

このため、この計画では、必須的記載事項の他に本県の実情を踏まえ、医療費適正化を推進するために必要と考える事項を記載することとしました。

(必須的記載事項)

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

(医療費適正化を推進するために必要と考える事項)

- ① 県民の健康の保持の推進に関し、本県において達成すべき目標に関する事項
- ② 良質かつ適切な医療を確保しつつ、その効率的な提供の推進に関し、本県において達成すべき目標に関する事項
- ③ 上記目標を策定するために、本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
- ④ 上記目標を達成するために本県が取り組むべき施策に関する事項及び保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- ⑤ この計画の達成状況の評価に関する事項

(3) 計画の策定の手続き及び公表

この計画は、県内市町と協議して、定めたものです。今後、計画を変更するときは、あらかじめ、市町に協議します。

また、この計画は、厚生労働大臣に提出し、広く県民に公表します。

(4) 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力

この計画は、保険者、医療機関その他の関係者の意見を反映させて策定したものです。

この計画に基づく施策の実施に関して必要があるときは、保険者、医療機関、その他の関係者に対して必要な協力を求めることとします。

(5) 計画の進捗状況に関する評価

この計画の開始年度の翌々年度である平成27年度に、中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表します。

(6) 計画の実績に関する評価

計画期間終了の翌年度である平成30年度に、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、実績に関する評価を行います。

また、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

3 他の計画との関係

この計画に記載する、県民の健康の保持の推進に関する事項と、医療の効率的な提供の推進に関する事項については、「三重の健康づくり総合計画」、「三重県保健医療計画」及び「三重県介護保険事業支援計画」と密接に関連していることから、これらの計画と相互に調和を図り、総合的に取組を進めていくこととします。

〔「三重の健康づくり総合計画」との調和〕

「三重の健康づくり総合計画」における生活習慣病対策に係る目標及びこれらを達成するために必要な取組と、この計画における県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組の内容との調和を図ります。

〔「三重県保健医療計画」との調和〕

「三重県保健医療計画」における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、この計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容との調和を図ります。

〔「三重県介護保険事業支援計画」との調和〕

「三重県介護保険事業支援計画」における介護給付等対象サービス（介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）の量の見込みに関する事項及び介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、この計画における医療と介護の連携等に関する取組の内容との調和を図ります。

第2章 医療費の現状と課題

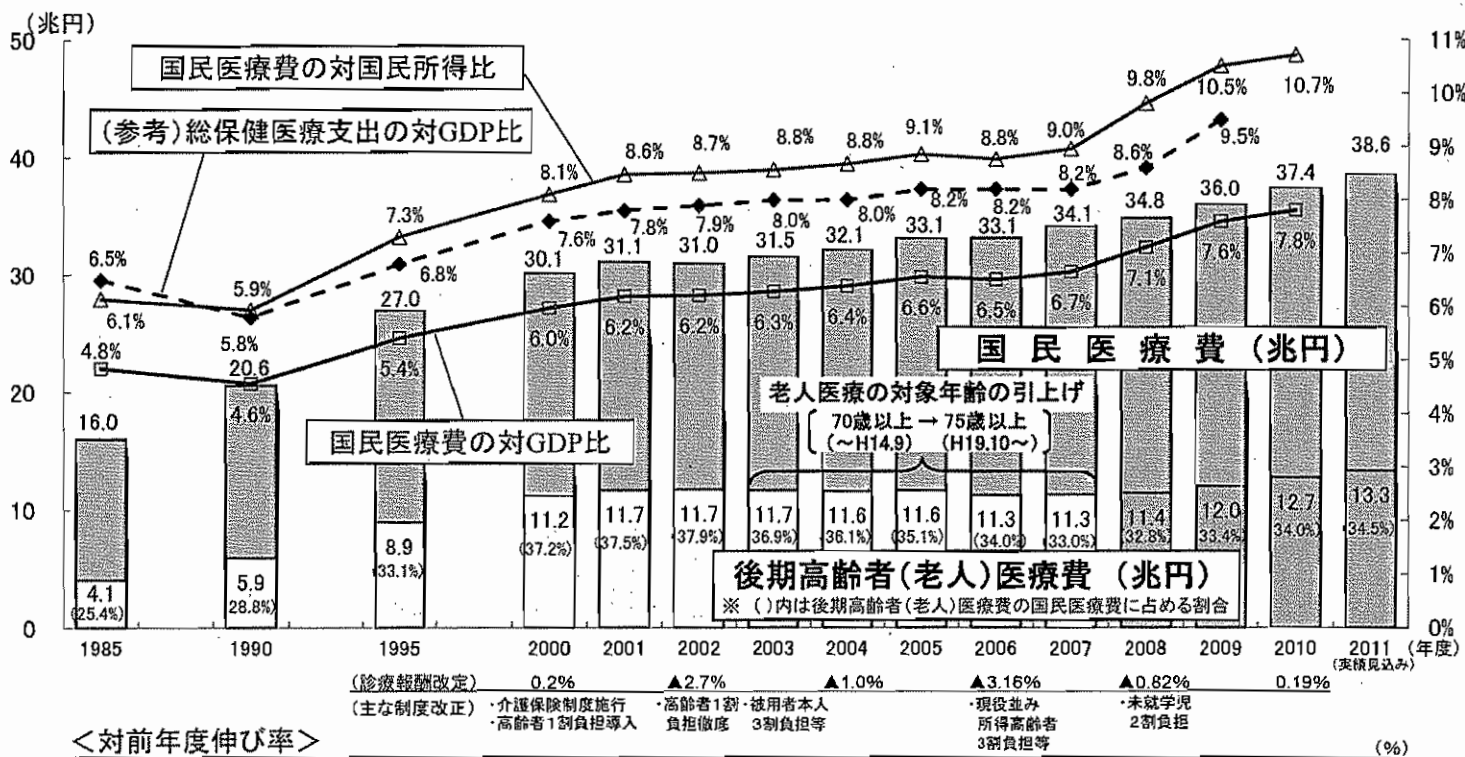
1 医療費の現状

(1) 国民医療費の動向

平成22年度(2010年度)の国民医療費(注1)は、37兆4,202億円で、平成12年度(2000年度)の30兆1,418億円に比べ24.1%増加し、対国民所得比では、平成12年度に8.1%であったものが、平成22年度には10.7%になっています。

また、平成22年度の後期高齢者医療費は、国民医療費の34.0%を占めており、12兆7,213億円となっています。(図2-1)

図2-1 国民医療費、後期高齢者(老人)医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%
注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

資料：厚生労働省「医療費の動向(国民医療費、老人医療費の動向)」(平成24年8月発表)

第2章 医療費の現状と課題

注1 国民医療費

当該年度内の医療関係等における疾病の治療に要する費用を推計したものです。この額には診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費等が含まれています。

近年の医療費の伸び率に関する厚生労働省の分析によれば、「高齢化」で1.5%前後、「医療の高度化」で1%台～2%前後の伸び率となっており、この2つの要因を合わせて3%前後の伸び率となっています。(図2-2)

図2-2 医療費の伸びの要因分析

○ 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後、「医療の高度化」で1%台～2%前後の伸び率となっており、この2つの要因を合わせて3%前後の伸び率となっている。

※ 「その他」の要因には医療の高度化の他、患者負担の見直し等の影響も含まれるが、患者負担の見直しのない年度については、医療の高度化が大部分を占めていると考えられている。

	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)
医療費の伸び率 ①	3.2%	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%	
人口増の影響 ③	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.3%
その他(①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.3%	0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%
制度改正		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学2割負 担			

注1: 医療費の伸び率は、平成22年度までは国民医療費の伸び率、平成23年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成23年度の高齢化の影響は、平成22年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

資料: 厚生労働省「医療費の動向(国民医療費、老人医療費の動向)」(平成24年8月発表)

第2章 医療費の現状と課題

また、今後高齢者人口の増加に伴い、高齢者に要する医療費が増大することが予測されます。

日本の将来推計人口(千人)

	平成22年	平成32年	平成42年	平成52年
総人口(千人)	128,057	124,100	116,618	107,276
老年人口割合(%) (注2)	23.0	29.1	31.6	36.1
後期老年人口割合(%) (注3)	11.1	15.1	19.5	20.7

資料：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)

注2 老年人口

65歳以上の人口を言います。

注3 後期老年人口

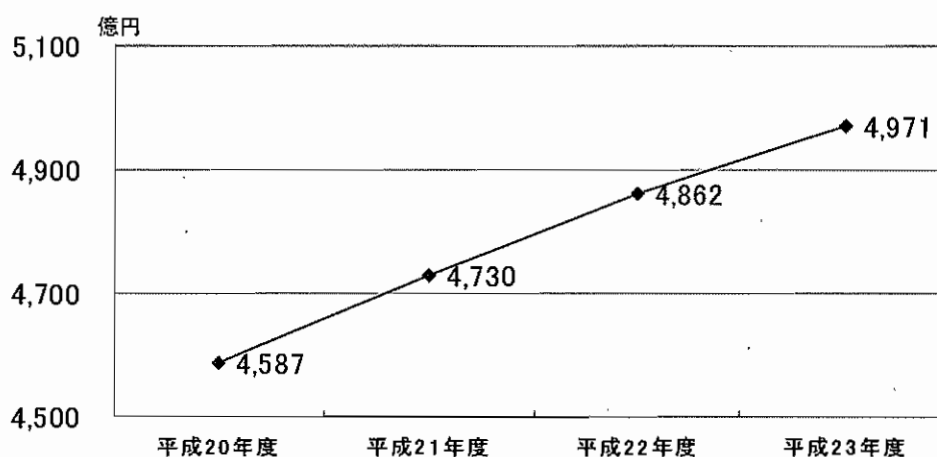
75歳以上の人口を言います。

(2) 本県の医療費の動向

〔本県の医療費の動向〕

本県の医療費（概算医療費 注1）は、平成20年度に4,587億円であったものが、平成23年度には4,971億円になり、384億円増加しています。これは率にすると8.4%の伸びとなります。（図2-3）

図2-3 本県の医療費の動向



資料：医療費の動向

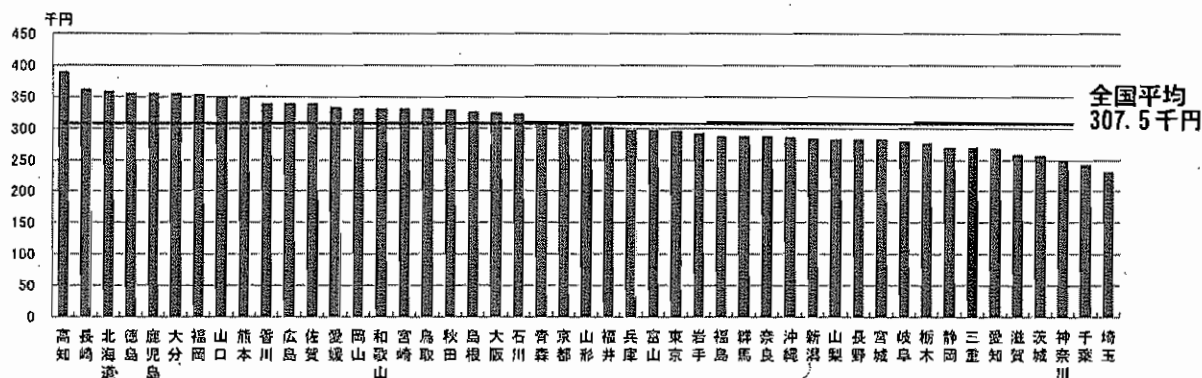
注1 概算医療費（出所「医療費の動向〈年度版〉」）
 審査・支払機関の算定ベースの医療費であり、労災、全額自費分等は含みません。

(参考) 国民医療費（出所「国民医療費」）
 全体像を示す確定値であるが、一部推計されている数値もあります。公表までに時間がかかります。

〔本県の一人あたり医療費の動向〕

平成23年度の県民一人あたり医療費(概算医療費)は269.1千円で、全国平均(307.5千円)を下回り全国41位となっています。(図2-4)

図2-4 都道府県別 一人あたり年間医療費(本県 269.1千円 全国41位)



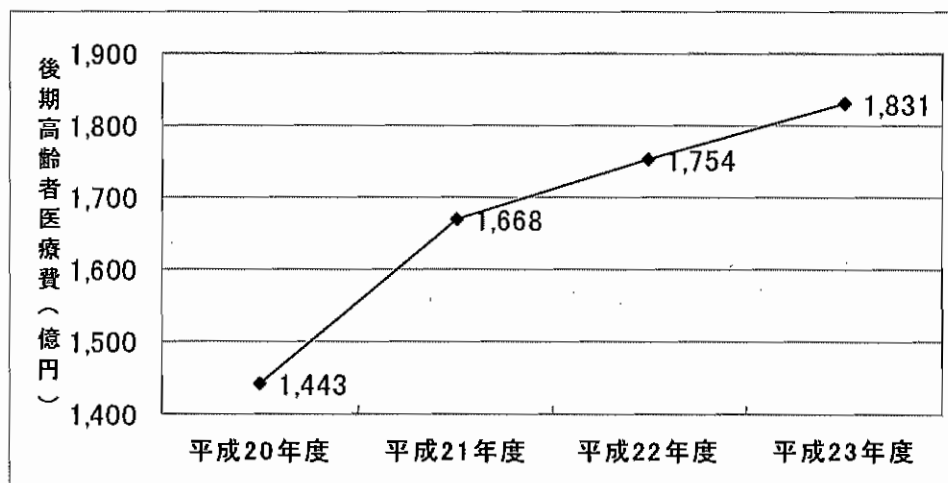
資料：医療費の動向(平成23年度)、人口推計(平成23年度)

(3) 本県における後期高齢者医療費の動向

〔本県における後期高齢者医療費の動向〕

本県における後期高齢者医療費は、平成20年度に1,443億円であったものが、平成23年度には1,831億円になり、388億円増加しています。これは率にすると26.9%の伸びとなります。(図2-5)

図2-5 後期高齢者医療費の推移



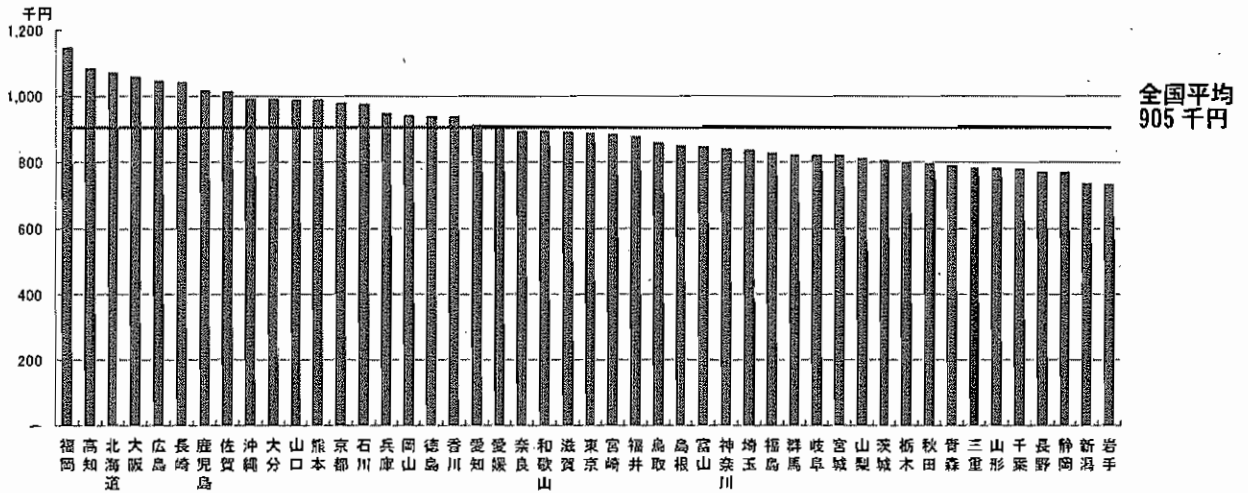
資料：後期高齢者医療事業状況報告(平成20年度、21年度、22年度)
(平成23年度は速報値)

〔一人あたり後期高齢者医療費の状況〕

平成22年度において、本県の後期高齢者一人あたり医療費は、783千円で全国平均（905千円）を下回り、全国で41位となっています。

（図2-6）

図2-6 後期高齢者一人あたり医療費（全国）（本県 783千円 全国 41位）



資料：後期高齢者医療事業状況報告（平成22年度）

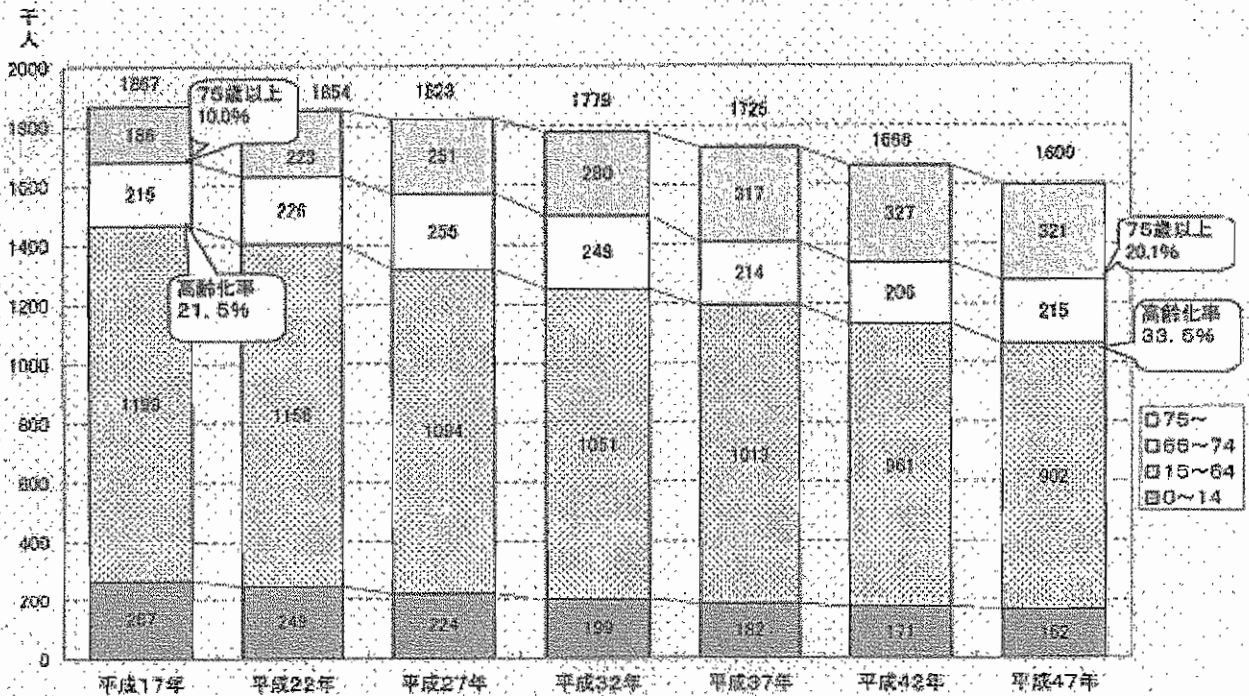
〔本県の今後の人口推計〕

今後、県内の人口減少が見込まれる中で、高齢者人口は急速に増加する見込みです。65歳以上人口でみると、平成17年の401千人から平成27年には506千人に、平成37年には531千人になり、人口の30%を超えると推計されています。

また75歳以上人口は、平成17年の186千人から平成37年には317千人、平成47年には321千人になり、人口の20.1%になると推計されています。

このため全国と同様に本県においても、今後、高齢者に要する医療費が増大することが見込まれます。(図2-7)

図2-7 本県 年齢別 将来推計人口



資料：国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」

(4) 入院患者にかかる平均在院日数の状況

〔平均在院日数の状況〕

平成 22 年の全国の平均在院日数（介護保険適用の療養病床を含む。）
 (注 1)をみると、32.5 日であり、本県は 33.2 日（全国 21 位）で全国平均の
 32.5 日を 0.7 日上回っています。（図 2-8）

平均在院日数を病床の種別でみると、一般病床では全国平均 18.2 日に対
 し本県は 17.9 日(13 位)、療養病床では全国平均 176.4 日に対し本県は 163.5
 日（21 位）、精神病床では全国平均 301.0 日に対し本県は 321.0 日（26 位）
 という状況にあります。（図 2-8、9、10、11）

注 1 平均在院日数

平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔(年間新入院患者数＋年間退院患者数) ÷2〕

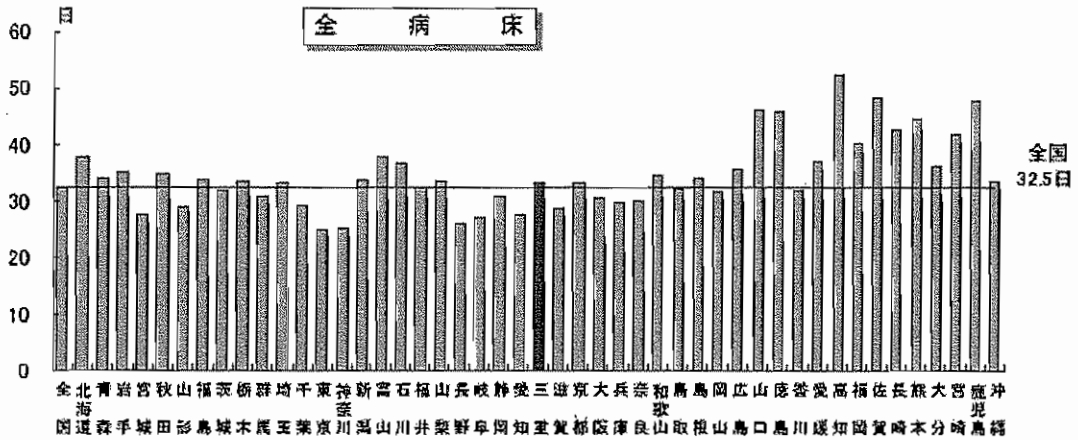
ただし、療養病床の平均在院日数は次のように計算しています。

療養病床の平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔(年間新入院患者数＋年間同一医療機
 関内の他の病床から移された患者数＋年間退院患者数＋年
 間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数) ÷2〕

※病床の種類

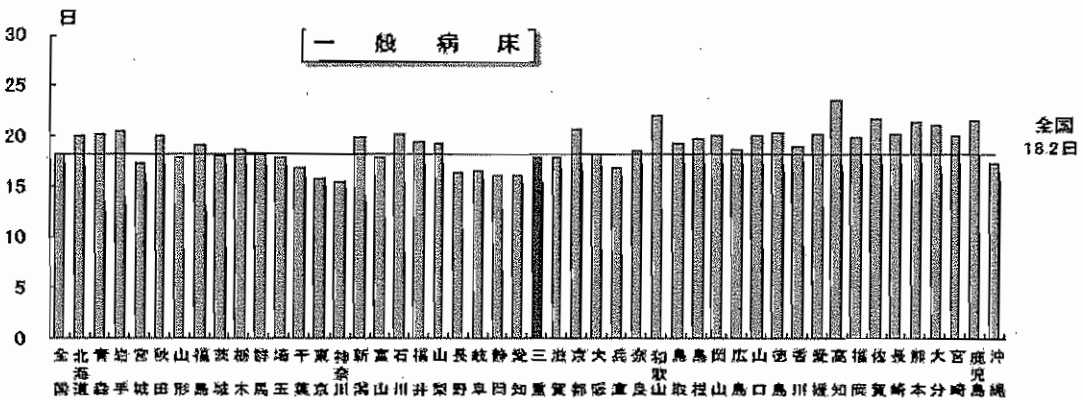
一般病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいう。
療養病床	病院の病床（精神病床、感染症病床、結核病床を除く。）又は一般診療所の病床のうち主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床をいう。
精神病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床をいう。
感染症病床	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(平成10年法律第114号)に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床をいう。
結核病床	結核の患者を入院させるための病床をいう。
介護療養病床	療養病床のうち、介護保険法に規定する都道府県知事の指定介護療養型医療施設としての指定に係る病床をいう。

図2-8 平均在院日数（総数）の全国比較（本県 33.2日）



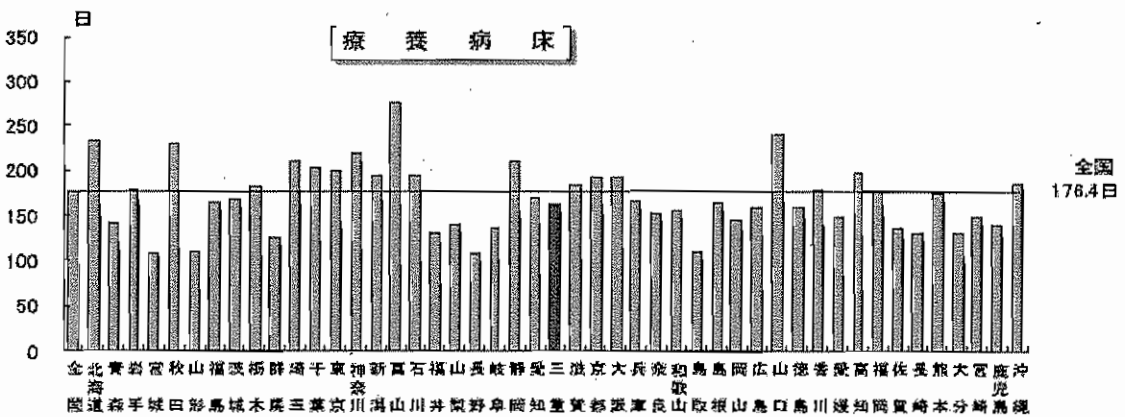
資料：病院報告（平成22年）

図2-9 平均在院日数（一般病床）の全国比較（本県 17.9日）



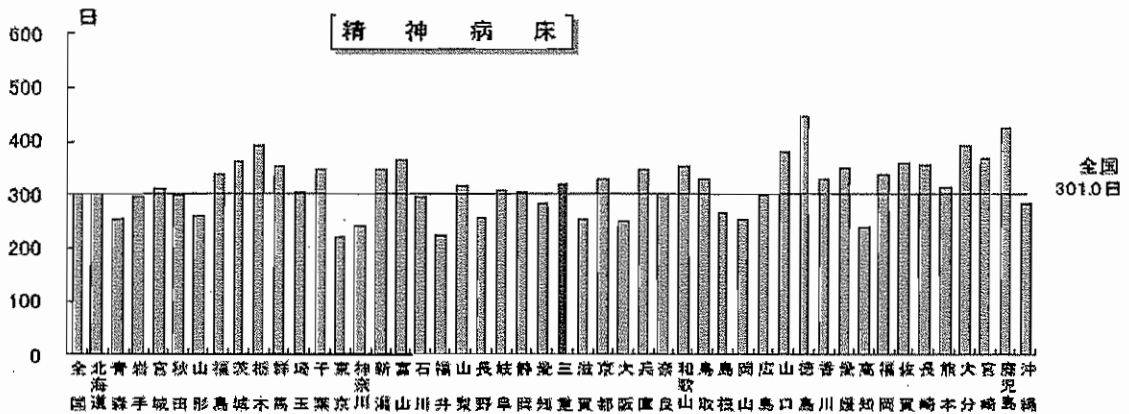
資料：病院報告（平成22年）

図2-10 平均在院日数（療養病床）の全国比較（本県 163.5日）



資料：病院報告（平成22年）

図2-11 平均在院日数（精神病床）の全国比較（本県 321.0日）



資料：病院報告（平成22年）

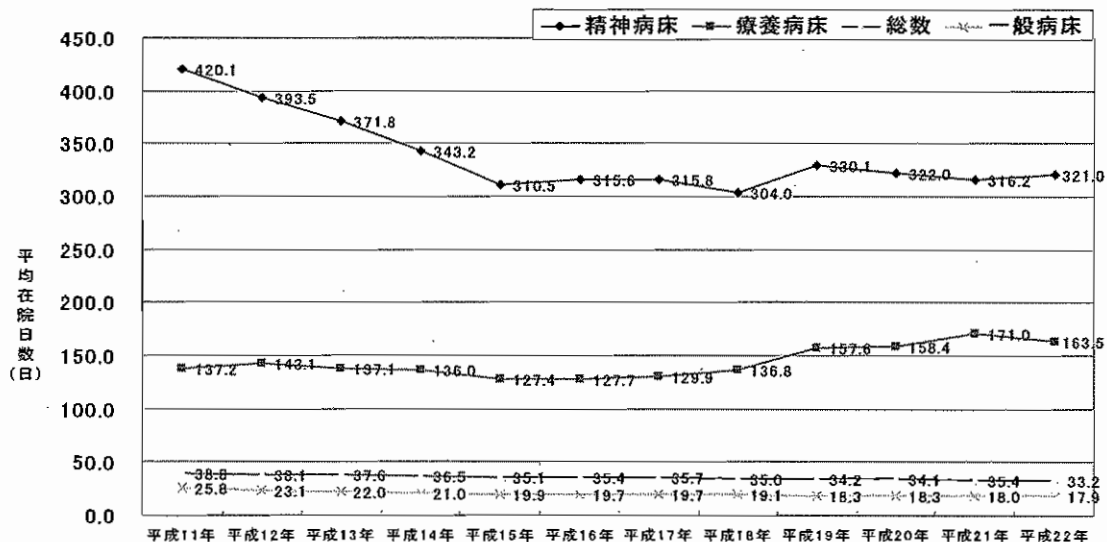
本県の平均在院日数（総数）について、平成11年（38.8日）と平成22年（33.2日）を比較すると、5.6日短縮されています。

病床種別でみると、一般病床の平均在院日数について、平成11年（25.8日）と平成22年（17.9日）を比較すると、7.9日短縮されています。

また、精神病床の平均在院日数について、平成11年（420.1日）と平成22年（321.0日）を比較すると、99.1日短縮されています。

しかし、療養病床の平均在院日数については、平成11年（137.2日）と平成22年（163.5日）を比較すると、26.3日増加しています。（図2-12）

図2-12 本県の平均在院日数の年度推移

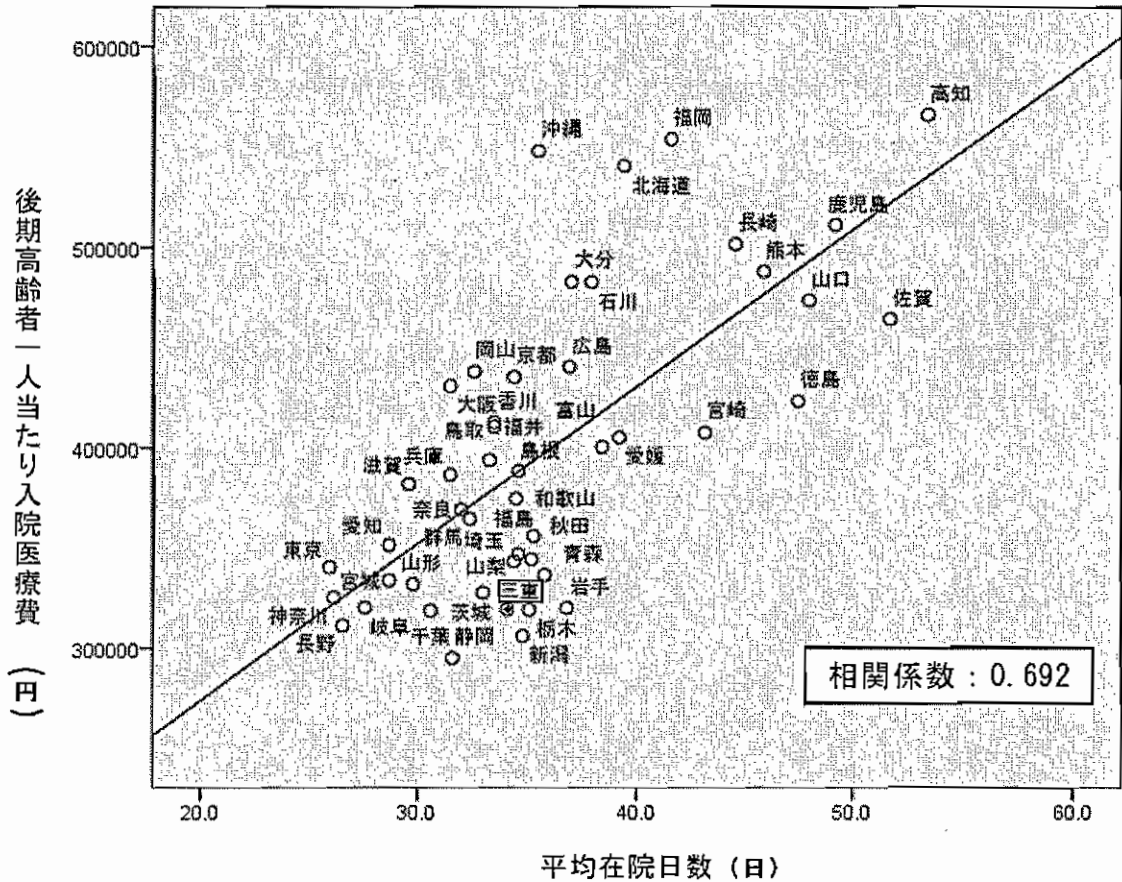


資料：病院報告（平成11年～22年）

〔平均在院日数と医療費との相関関係〕

後期高齢者において、平均在院日数は入院医療費に大きく関わっています。都道府県を比較すると、平均在院日数(総数)が長いほど一人あたり入院医療費が高くなるという相関関係が明らかになっています。(図2-13)

図2-13 平均在院日数と一人あたり後期高齢者医療費(入院)の相関(平成20年)



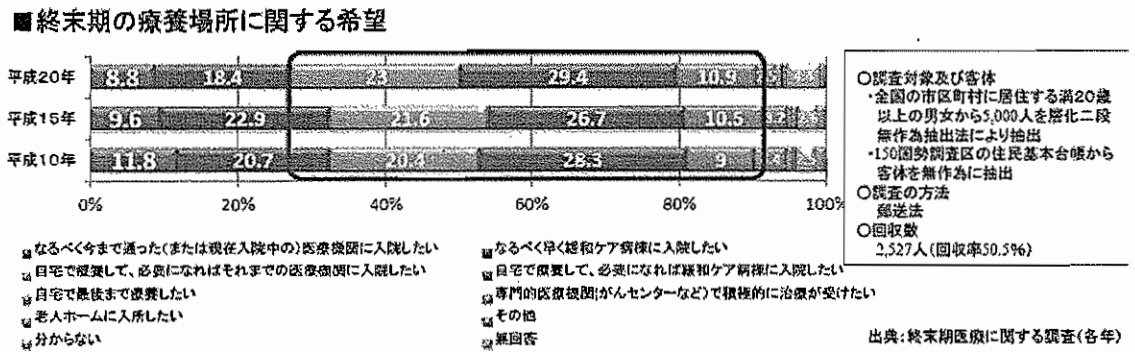
資料：厚生労働省 全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価(中間評価)
(平成23年3月発表)

	最大	最少	平均	本県
平均在院日数	53.4日 (高知)	26.0日 (東京)	33.8日	34.1日 (第28位)
一人あたり後期高齢者 医療費(入院)	566,037円 (高知)	295,068円 (静岡)	390,966円	319,397円 (第42位)

(5) 終末期医療

「終末期医療に関する調査」(厚生労働省)によると、60%以上(全国値)の方が、終末期を自宅で迎えたいと希望しています。(図2-14)

図2-14 終末期の療養場所に関する希望



医療計画の見直しに関する都道府県担当者向け研修会(平成24年3月 厚生労働省)にて配布された資料より抜粋

本県において、全死亡者のうち自宅もしくは老人ホームで亡くなった方の割合は、平成14年から23年の各年16~20%に過ぎず、77~80%の方が医療機関で亡くなっています。(図2-15)

これは、在宅での療養には、急変時の対応に関する不安や家族への負担への懸念など、様々な問題があることが原因であると推測されます。

第2章 医療費の現状と課題

図2-15 本県内における死亡場所別にみた死亡者数の割合の推移

	死亡者 総数 (a)	病院に おける 死亡者数	診療所に おける 死亡者数	計 (b)	全死亡者 のうち医 療機関に おける死 亡者の割 合 (b)/(a) (%)	自宅に おける 死亡者数 (c)	老人ホー ムにおけ る死亡者 数 (d)	全死亡者 のうち自宅 または老人 ホームにお ける死亡者 の割合 (c+d)/(a) (%)
平成14年	15,307	11,552	338	11,890	77.7	2,516	402	19.1
平成15年	15,872	12,034	334	12,368	77.9	2,486	423	18.3
平成16年	16,030	12,334	348	12,682	79.1	2,366	451	17.6
平成17年	17,154	13,351	349	13,700	79.9	2,379	478	16.7
平成18年	17,156	13,204	344	13,548	79.0	2,457	504	17.3
平成19年	17,141	13,272	328	13,600	79.3	2,287	578	16.7
平成20年	17,904	13,617	372	13,989	78.1	2,484	663	17.6
平成21年	17,590	13,313	363	13,676	77.7	2,366	671	17.3
平成22年	18,691	14,045	407	14,452	77.3	2,489	797	17.6
平成23年	19,271	14,295	317	14,612	75.8	2,628	890	18.3

平成14年～23年 人口動態調査より抜粋

〔終末期医療費〕

平成17年7月29日に厚生労働省において開催された「第17回社会保障審議会医療保険部会」における配布資料「中長期の医療費適正化効果をめざす方策について」では、「終末期医療費」を死亡前1ヶ月間にかかった医療費と定義し、死亡前1ヶ月の平均医療費を求めたうえで、以下のように、平成14年における終末期医療費の推計を行っています。

- 1年間の死亡者数（平成14年） 98万人
- うち、医療機関での死亡者数 80万人・・・(1)
- 死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円・・・(2)

○1年間にかかる終末期医療費(平成14年)

$$(1) \times (2) = \text{約} 9,000 \text{ 億円}$$

また、上記の約9,000億円について、在宅医療提供体制の充実や地域における高齢者の多様な居住の場の整備などを行うことにより、平成27年度には約2,000億円減、平成37年度には約5,000億円減を目指すとしています。

(6) 生活習慣病の状況

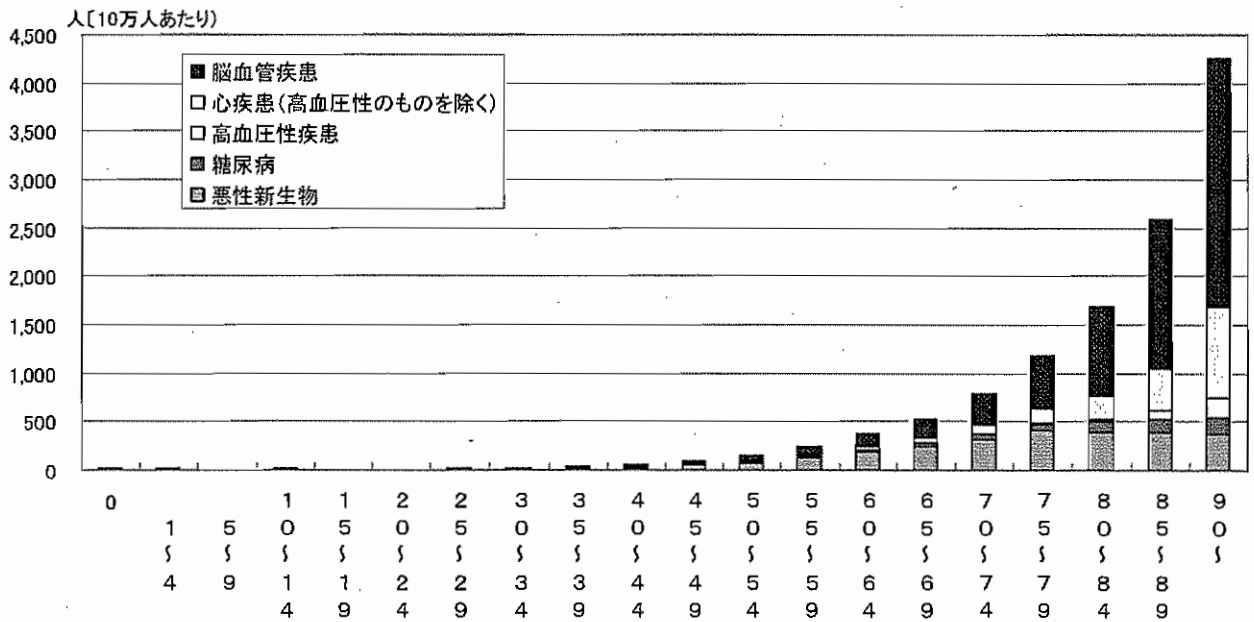
生活習慣病とは、食事や運動、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣が深く関与して発症する疾患の総称です。以前は「成人病」と呼ばれていましたが、成人であっても生活習慣の改善により予防できることから、平成8年に当時の厚生省が「生活習慣病」と改称することを提唱しました。

日本人の三大死因であるがん、脳血管疾患、心疾患、および脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などはいずれも生活習慣病です。

〔受療動向〕

主として生活習慣病に分類される疾患の年齢階級別受療率(注1)についてみると、入院受療率においては、45～49歳ぐらいから徐々に上昇し、年齢を重ねるにつれて上昇幅が大きくなっています。(図2-16)

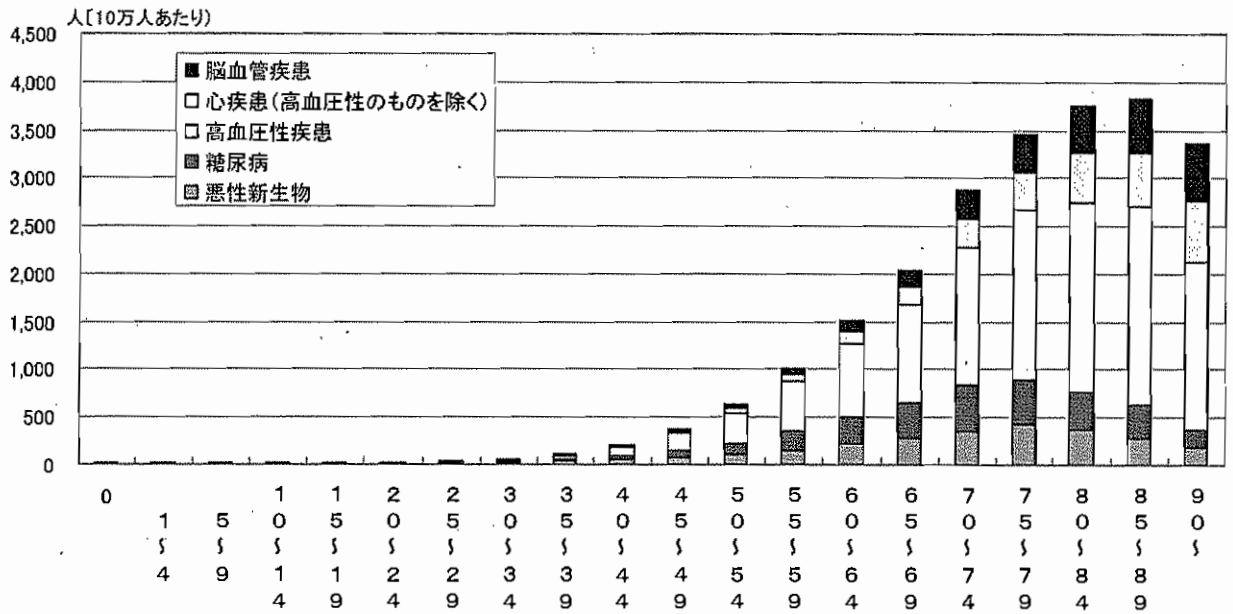
図2-16 年齢別受療率(入院)(全国)



資料：患者調査(平成20年)

外来受療率については、40～44歳から急激に上昇し、85～89歳をピークとして、以後下降に転じます。(図2-17)

図2-17 年齢別受療率(外来)(全国)



資料：患者調査（平成20年）

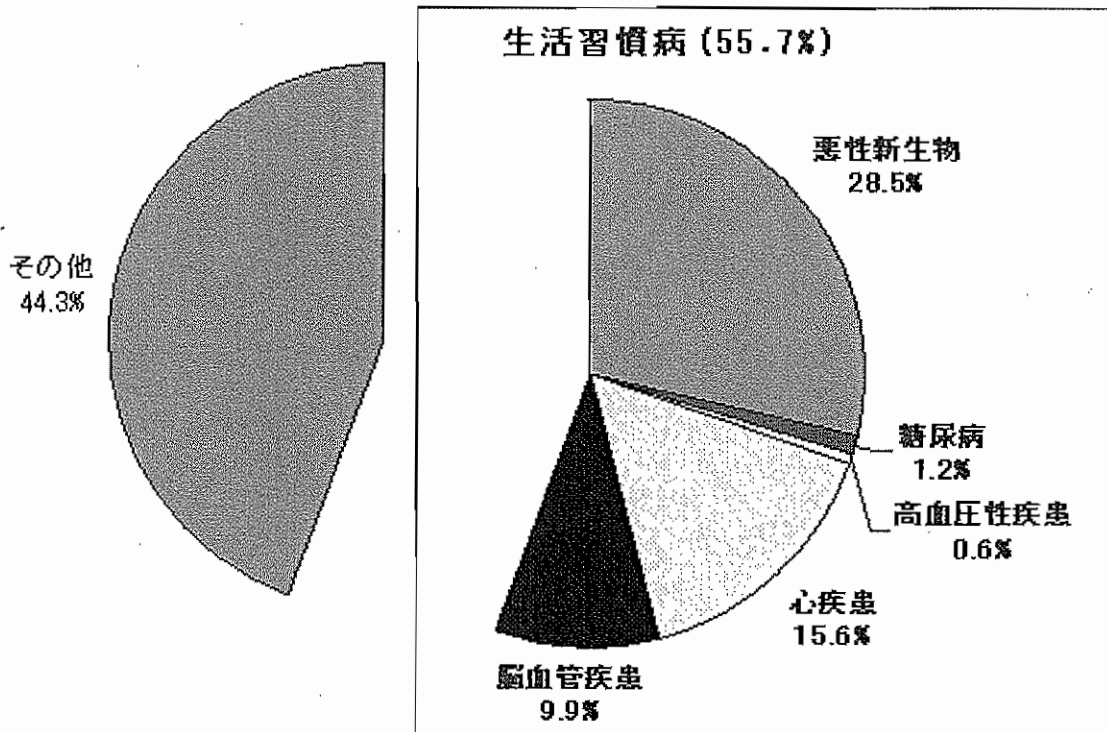
注1 受療率 推計患者数を人口10万あたりであらわした数。

$$\text{受療率（人口10万人あたり）} = \frac{\text{推計患者数}}{\text{国勢調査人口}} \times 100,000$$

〔死亡率〕

全国の平成23年の死因別の死亡割合を見ると、上位3位が、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患となっており、主として生活習慣病に分類される疾病による死亡割合は全体の約55.7%を占めています。（図2-18）

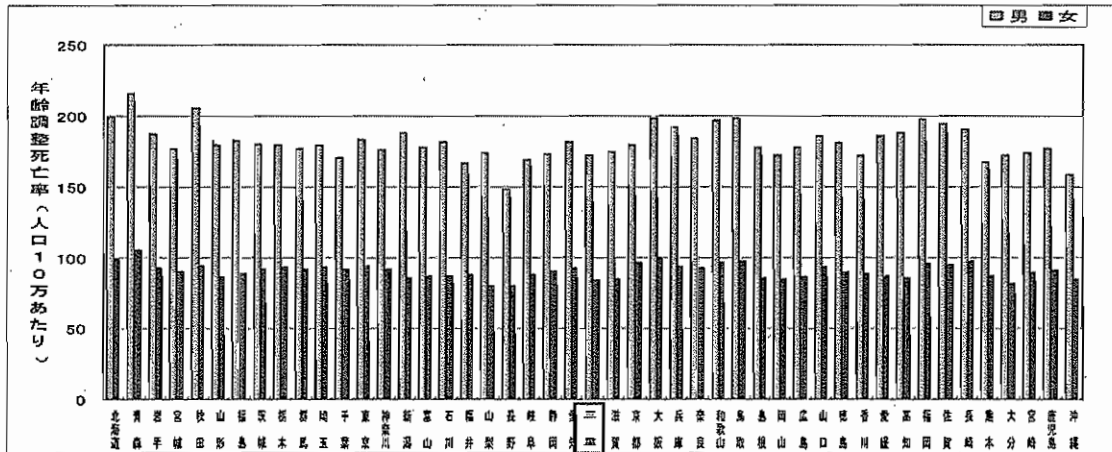
図2-18 死因別死亡割合(平成23年)(全国)



資料：人口動態調査（平成23年）

悪性新生物の年齢調整死亡率（注1）については、本県は男性が人口10万人あたり172.0人で全国平均（182.4人）より低く全国41位、女性も84.3人で全国平均（92.2人）より低く44位です。（図2-19）

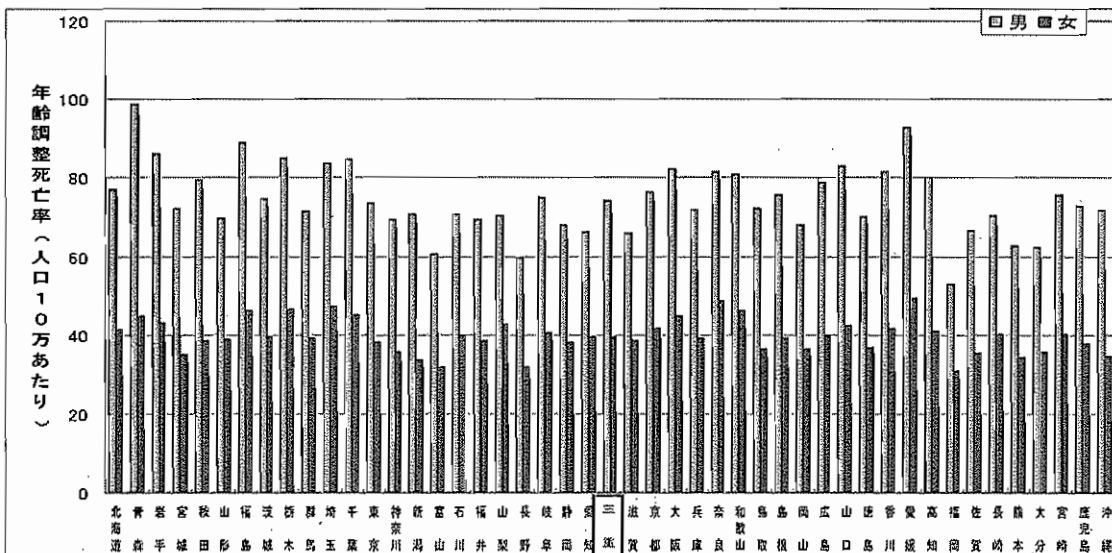
図2-19 悪性新生物 年齢調整死亡率（人口10万あたり）



資料：人口動態統計特殊報告（平成22年）

心疾患（高血圧性を除く）にかかる年齢調整死亡率については、本県は、男性、女性とも、ほぼ全国平均と同じで、男性74.0人（全国平均74.2人）、女性39.6人（全国平均39.7人）で、男女とも全国22位です。（図2-20）

図2-20 心疾患（高血圧性を除く） 年齢調整死亡率（人口10万あたり）

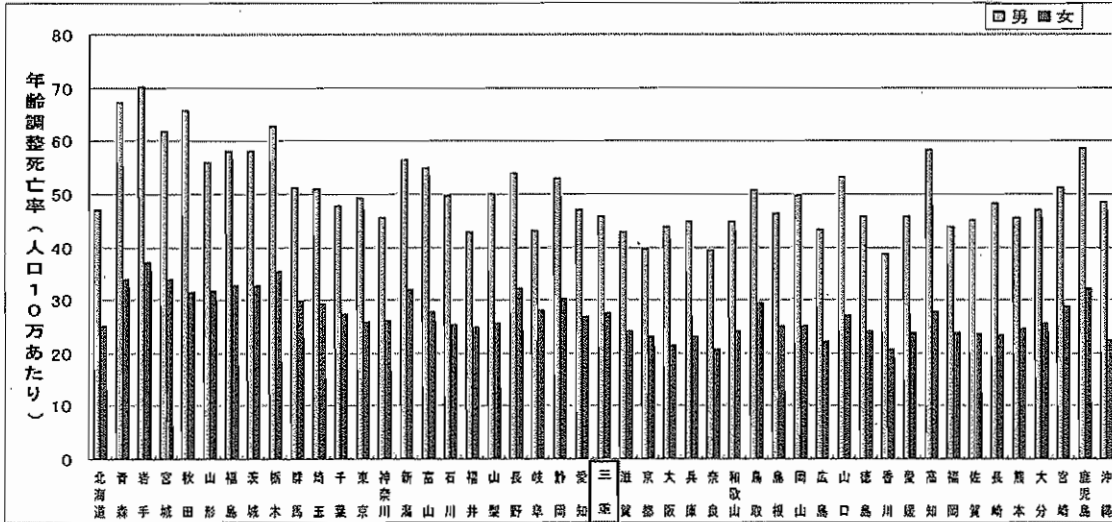


資料：人口動態統計特殊報告（平成22年）

脳血管疾患にかかる年齢調整死亡率については、本県は、男性 45.7 人（全国平均 49.5 人）で全国 32 位、女性 27.5 人（全国平均 26.9 人）で 20 位です。

(図 2-21)

図 2-21 脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口 10 万あたり）



資料：人口動態統計特殊報告（平成 22 年）

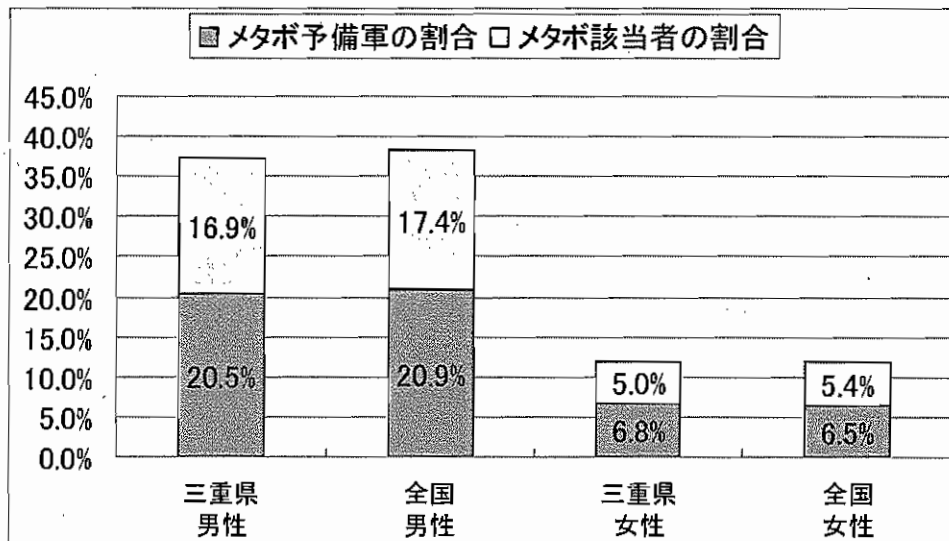
注 1 年齢調整死亡率 (Age-adjusted death rate)

都道府県別に死亡数を人口で除した通常の死亡率（「粗死亡率」という。）を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向が出ます。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように死亡率の計算において年齢構成を補正し、年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率です。

〔メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の状況〕

本県のメタボリックシンドローム該当者(注1)の割合は、40歳から74歳までの男性で16.9% (全国平均17.4%)、女性で5.0% (全国平均5.4%)であり、その予備群(注2)については、男性で20.5% (全国平均20.9%)、女性で6.8% (全国平均6.5%)であり、全国とほぼ同じような傾向を示しています。(図2-22)

図2-22 メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の状況 (40歳~74歳)
(平成22年度)



資料：厚生労働省

注1 メタボリックシンドローム該当者基準

腹囲男性 85cm 以上女性 90cm 以上かつ次の3項目のうち2つ以上該当するもの。

- ① HDL-コレステロール 40mg/dl 未満もしくはコレステロールを下げる薬服用
- ② 収縮期血圧 130mHg 以上かつ/または拡張期血圧 85mHg 以上、もしくは血圧を下げる薬服用
- ③ HbA1c5. 5%以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用

注2 メタボリックシンドローム予備群基準

腹囲男性 85cm 以上女性 90cm 以上かつ上記の3項目のうち1つ該当するもの。

第2章 医療費の現状と課題

平成20年度から平成22年度までの、メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率は、以下の等式により求められます。

$$\boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}} = \boxed{\text{平成22年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)}} \times \boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}}$$

※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。

$$\boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)}} = \boxed{\text{平成22年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)}} \times \boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}}$$

※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。

$$\boxed{\text{メタボリックシンドロームの減少率}} = \frac{\boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}} - \boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)}}}{\boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}}$$

この等式により得られた、本県における平成20年度から平成22年度までの、メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率は、0.8%でした。
(※ 次項の計算シート参照)

第2章 医療費の現状と課題

※ 平成20年度から平成22年度までの、メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率の計算

別添2

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

$$= \frac{(F)-(G)}{(F)}$$

0.9

96

	年齢	各都道府県 保険受診者数	各都道府県 メタボ該当者予備群者数	メタボ該当者予備群者割合 (性・年齢階級別)	H22人口※	メタボ該当者及び予備群者 の推定数(性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数	
		A	B	B/A(C)	D	C×D(E)	Eの合計(F)	
H20年度	男性	40～44	23820	8346	0.28	4,385,569	1272316.3	14416345.9
		45～49	27437	8977.5	0.33	3,974,095	1300340.3	
		50～54	26537	9798	0.37	3,835,608	1416184.5	
		55～59	28922	11314	0.39	4,408,697	1724683.6	
		60～64	18000.5	5082	0.41	4,786,340	1946256.0	
	女性	45～49	17187.5	7183	0.42	3,939,305	1651483.9	
		50～54	14909	6941	0.47	3,164,823	1473803.2	
		40～44	16943	782.5	0.05	4,242,801	185966.6	
		45～49	17183	1011	0.06	3,883,293	228343.3	
		50～54	17769	1481.5	0.08	3,890,374	316858.2	
女性	55～59	20078	2287.5	0.11	4,443,587	506260.8		
	60～64	19959	2907.5	0.15	4,937,396	719248.4		
	65～69	21924	4087	0.19	4,391,723	801913.1		
	70～75	19410	4547	0.23	3,680,253	862181.6		

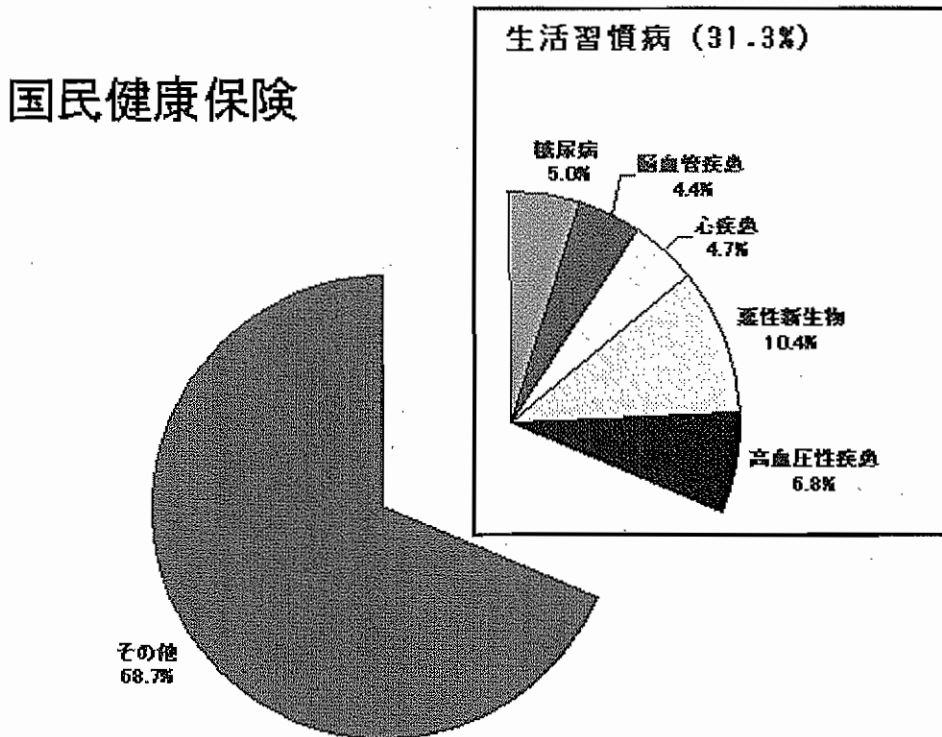
	年齢	各都道府県 保険受診者数	各都道府県 メタボ該当者予備群者数	メタボ該当者予備群者割合 (性・年齢階級別)	H22人口※	メタボ該当者及び予備群者 の推定数(性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数	
		A	B	B/A(C)	D	C×D(E)	Eの合計(G)	
H22年度	男性	40～44	33588.5	9540.5	0.28	4,385,569	1249636.5	14295201.5
		45～49	32051.5	10718	0.33	3,974,095	1328934.7	
		50～54	29544	11069	0.37	3,835,608	1436595.4	
		55～59	29277.5	11883	0.40	4,408,697	1774156.7	
		60～64	25546.5	10668.5	0.42	4,786,340	1988842.2	
	女性	45～49	18378	7763	0.42	3,939,305	1664172.0	
		50～54	16889	7817	0.46	3,164,823	1444538.4	
		40～44	20131.5	896.5	0.04	4,242,801	188730.6	
		45～49	20125.5	1159.5	0.06	3,883,293	223750.0	
		50～54	20135.5	1626	0.08	3,890,374	305891.2	
女性	55～59	21012	2290	0.11	4,443,587	475828.7		
	60～64	24444	3317	0.14	4,937,396	669994.4		
	65～69	22529	3880	0.17	4,391,723	740853.4		
	70～75	21760.5	4865	0.22	3,680,253	782352.4		

※ 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)
(取次先) http://www.coums.go.jp/menu_news/s-news/01gyosei02_01009001.html

〔県内の生活習慣病の医療費の状況〕

県内の国民健康保険における、平成24年5月診療分の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合は31.3%です。主な生活習慣病の医療費をみると、悪性新生物が最も多く、次いで、高血圧性疾患、糖尿病、心疾患の順となっています。(図2-23)

図2-23 県内の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合（国民健康保険）

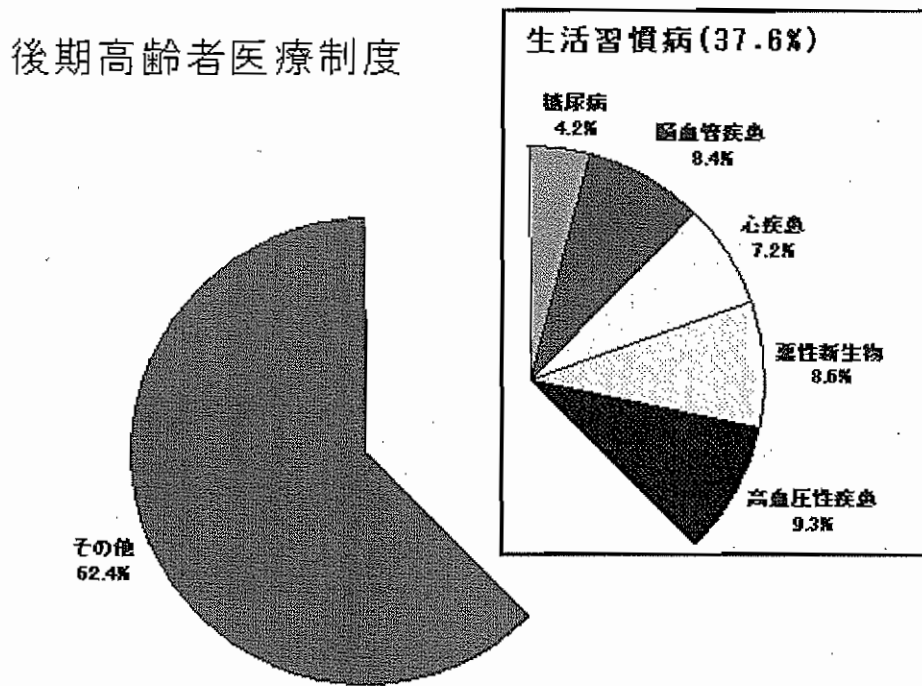


資料：国民健康保険 疾病分類別統計表（平成24年5月診療分）

	国民健康保険	
	割合	金額(円)
糖尿病	5.0%	557,971,930
脳血管疾患	4.4%	491,629,970
心疾患	4.7%	521,040,430
悪性新生物	10.4%	1,153,979,530
高血圧性疾患	6.8%	750,643,260
その他	68.7%	7,633,577,700
合計	100.0%	11,108,842,820

県内の後期高齢者医療制度における、平成24年5月診療分の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合は、37.6%です。主な生活習慣病の医療費をみると、高血圧性疾患が最も多く、次いで、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患の順となっています。(図2-24)

図2-24 県内の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合(後期高齢者医療制度)



資料：後期高齢者医療制度 疾病分類別統計表(平成24年5月診療分)

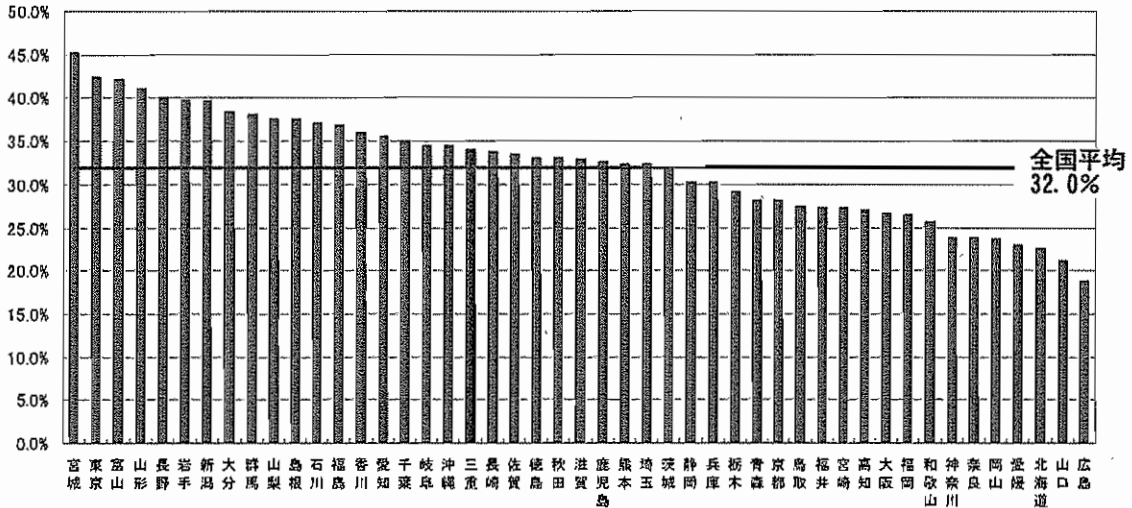
	後期高齢者医療制度	
	割合	金額(円)
糖尿病	4.2%	559,438,310
脳血管疾患	8.4%	1,125,189,710
心疾患	7.2%	962,703,160
悪性新生物	8.6%	1,150,093,700
高血圧性疾患	9.3%	1,250,970,240
その他	62.4%	8,377,533,810
	100.0%	13,425,928,930

〔特定健康診査・特定保健指導の実施状況〕

○ 特定健康診査の実施状況

本県の市町国民健康保険における、平成22年度の特定健康診査の実施率は34.0%で、全国平均(32.0%)より高く、19位となっています。(図2-25)

図2-25 都道府県別 特定健康診査実施率(平成22年度)(本県34.0% 全国19位)

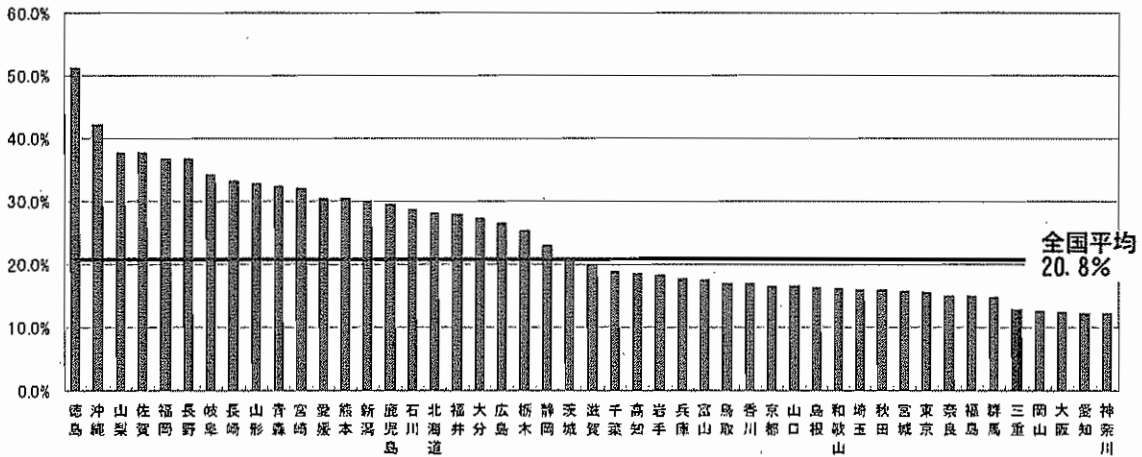


資料：平成22年度特定健康診査・特定保健指導実施状況概況(集計表)

○ 特定保健指導の実施状況

本県の市町国民健康保険における、平成22年度の特定保健指導の実施率は12.7%で、全国平均(20.8%)より低く、43位となっています。(図2-26)

図2-26 都道府県別 特定保健指導実施率(平成22年度)(本県12.7% 全国43位)



資料：平成22年度特定健康診査・特定保健指導実施状況概況(集計表)

第2章 医療費の現状と課題

● 本県における特定健康診査の保険者種類別の実診率

	全体	市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	共済組合
平成20年度	36.8%	31.2%	33.5%	36.3%	71.0%	63.9%
平成21年度	37.5%	32.8%	36.6%	39.5%	72.2%	48.4%
平成22年度	39.2%	34.0%	36.5%	41.6%	74.9%	50.7%
平成23年度	—	36.9%	39.1%	—	—	—

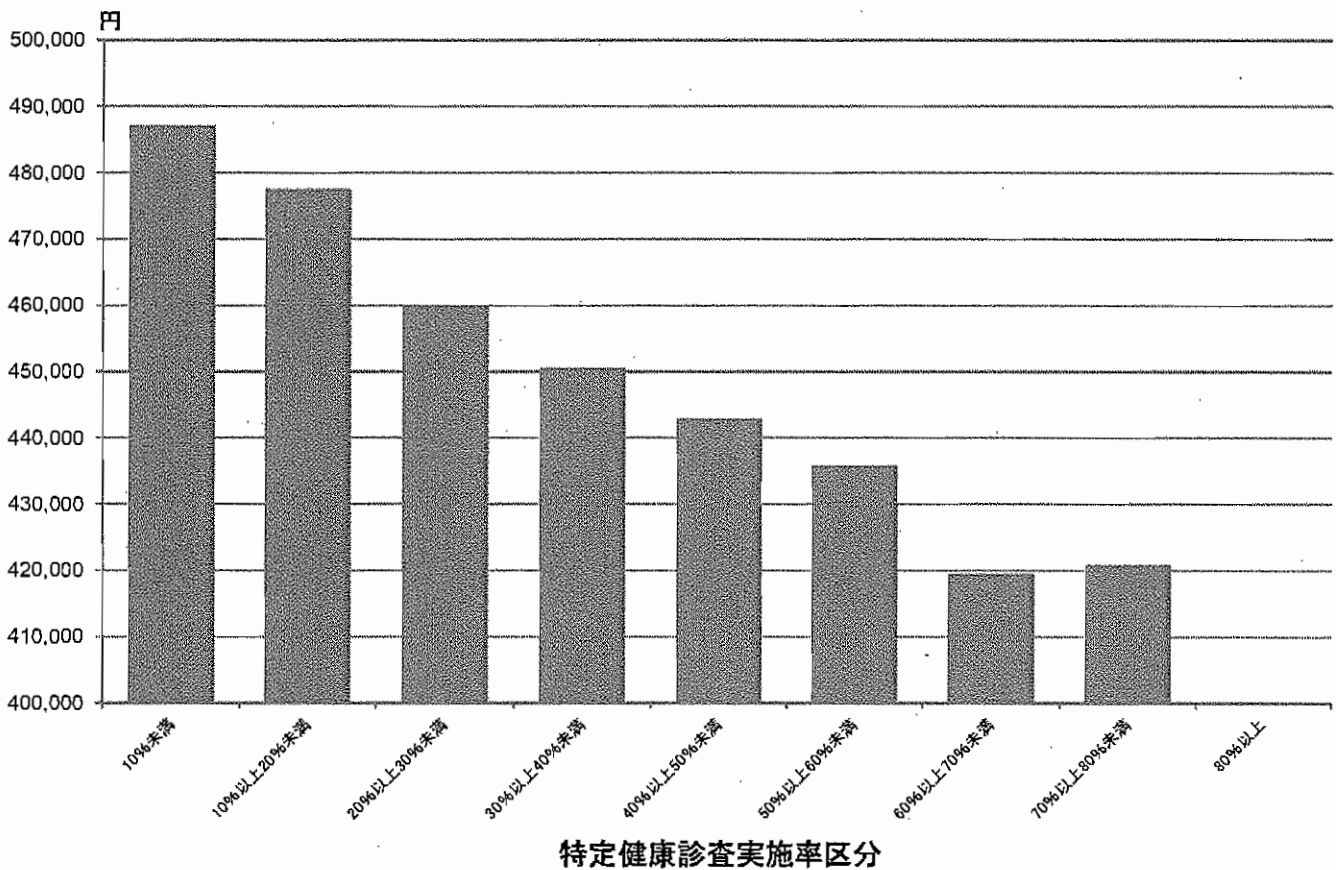
● 本県における特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全体	市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	共済組合
平成20年度	—	8.8%	1.7%	—	—	—
平成21年度	15.0%	14.9%	7.1%	13.3%	12.5%	29.4%
平成22年度	12.8%	12.7%	6.1%	11.5%	10.1%	28.3%
平成23年度	—	14.4%	4.2%	—	—	—

○ 特定健康診査の実施率と医療費との関係

厚生労働省の資料では、特定健康診査の実施率が高い市町村国保ほど、前期高齢者一人当たりの診療費が低くなる傾向となっています。

図 2-27 特定健康診査の受診率別の前期高齢者一人当たり診療費〔市町村国保〕

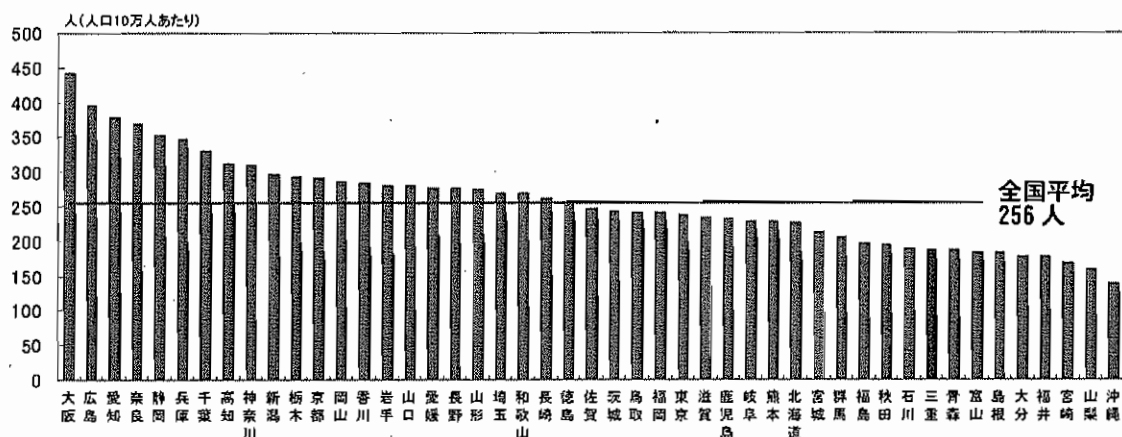


「第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」(平成24年6月 厚生労働省)
配布資料から抜粋

(7) 歯の健康

本県における歯肉炎及び歯周疾患の受療率（入院外来とも含めて算出）は、人口10万人あたり187人で、全国平均（256人）を下回り全国39位となっています。（図2-28）

図2-28 歯肉炎及び歯周疾患の受療率(外来+入院) (本県187人 全国39位)



資料：患者調査（平成20年）

歯周病は、むし歯と並ぶ歯科の2大疾患のひとつで、歯肉の炎症や、歯を支える骨（歯槽骨）の破壊が起こる疾患です。

近年、歯周病と糖尿病や誤嚥性肺炎（注1）、早産などとの関係が明らかになり、歯周病が単に口の中だけでなく、全身の健康を脅かす病気であることがわかってきています。

注1 誤嚥性肺炎

歯周病でさらに嚥下障害があると、誤嚥を引き起こした時に肺に歯周病菌が入り込み、それが原因となって肺炎を引き起こすと考えられています。これを誤嚥性肺炎と言います。

(8) たばこ対策

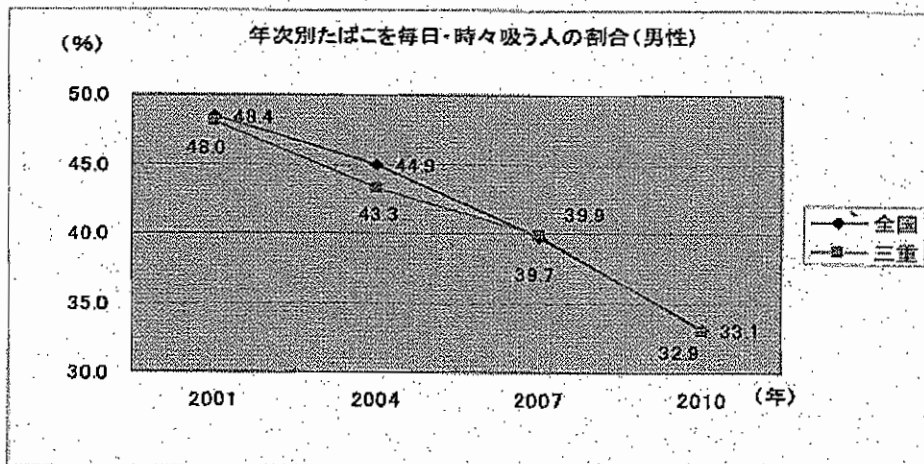
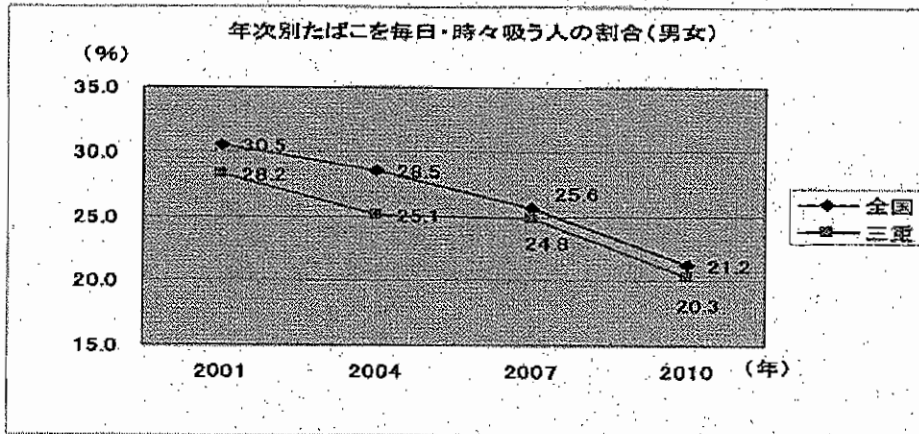
本県の平成22年(2010年)の喫煙率は20.3%であり、平成13年(2001年)の28.2%と比べ、7.9ポイント減少しています。また、全国においても、平成22年の喫煙率は21.2%であり、平成13年の30.5%と比べ、9.3ポイント減少しています。

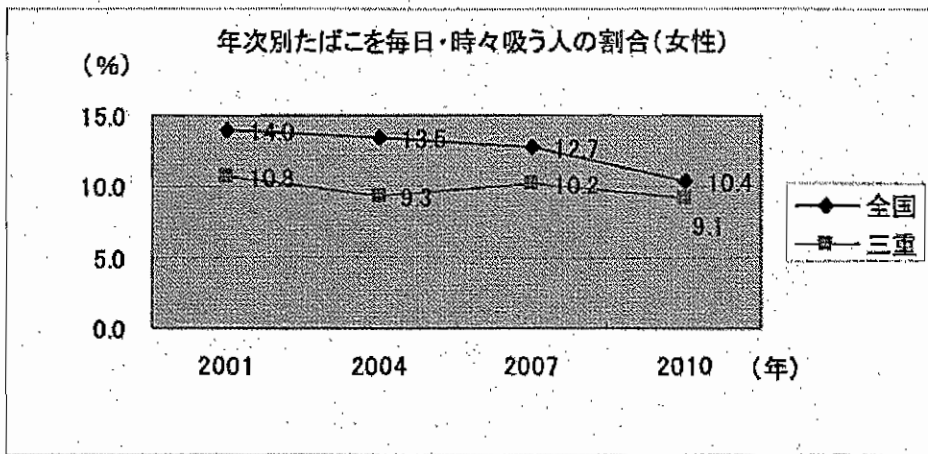
男女別に見ると、男性については、本県の平成22年の喫煙率は32.9%であり、平成13年の48.0%と比べ、15.1ポイント減少しています。また、全国においても、平成22年の喫煙率は33.1%であり、平成13年の48.4%と比べ、33.1ポイント減少しています。

女性については、本県の平成22年の喫煙率は9.1%であり、平成13年の10.8%と比べ、1.7ポイント減少しています。また、全国においても、平成22年の喫煙率は10.4%であり、平成13年の14.0%と比べ、3.6ポイント減少しています。(図2-29)

図2-29 喫煙率の推移

○年次別たばこを毎日・時々吸う人の割合(国立がん研究センター提供資料)





出典：国立がん研修センター提供資料から作成

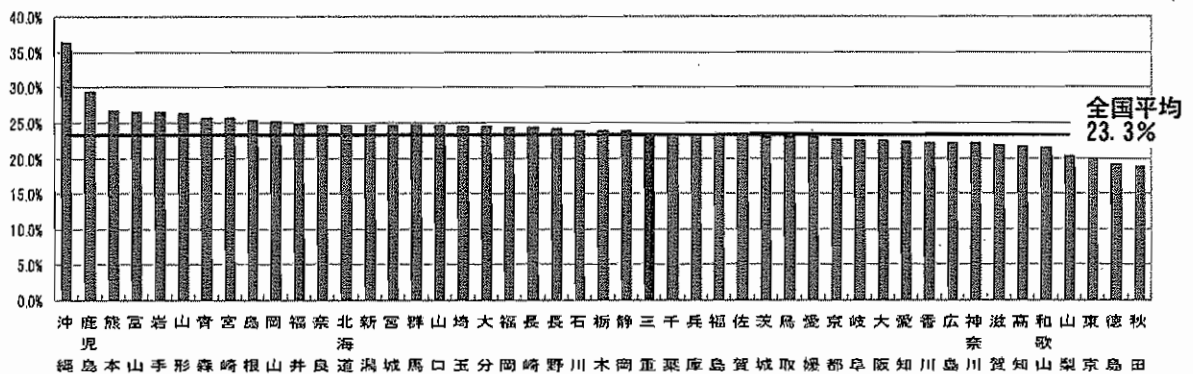
(9) 後発医薬品の使用状況

平成 19 年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」において、「平成 24 年度までに後発医薬品のシェア（数量ベース）を 30% 以上」という政府目標が示されました。

その達成に向け、同年、厚生労働省は、国及び関係者が実施すべき取組をとりまとめた「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定しました。

平成 23 年度に本県において使用された全医薬品の数量のうちで、後発医薬品の割合は 23.5% で、全国 26 位（全国平均 23.3%）であり、全国平均と同程度の水準です。（図 2-30）

図 2-30 都道府県別の後発医薬品の使用割合（数量比）（本県 23.5% 全国 26 位）



資料：調剤医療費の状況調査（平成 23 年度）

2 課題

〔生活習慣病の増加〕

- (1) 本県では、40歳から74歳までの男性の約37.4%、女性の約11.8%がメタボリックシンドロームの該当者又はその予備群です。

また、疾病分類別統計表（平成24年5月診療分）からみると、生活習慣病の医療費の全疾患に占める割合は、国民健康保険では約31.3%であり、後期高齢者医療制度では約37.6%です。

したがって、医療費の伸びを小さくしつつ、県民の生活の質を確保し向上させるためには、生活習慣病に対する予防と早期発見を行い、メタボリックシンドロームの該当者又はその予備群の減少を図ることが重要です。

〔高齢化の進展と医療費の増加〕

- (2) -1

今後県内人口の減少が見込まれる中で、高齢者人口は増加し、特に県内人口に対する75歳以上人口は、平成37年には18%、平成47年には20%を超えると予想されています。

このような急速な高齢化の進展により、高齢者の医療費の高い伸びが見込まれ、県民医療費も大きく増加するものと予想されます。

- (2) -2

そして、高齢者の入院医療費は平均在院日数と高い相関関係にあり、また平均在院日数は、療養病床での在院日数が大きく影響しています。

本県において、療養病床の平均在院日数が増加したのは、介護サービスが必要とする高齢者の受け皿としての能力が家庭や介護施設等に乏しいことなどにより、本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが背景にあると考えられます。そのため、良質で適切な医療を確保しつつ、医療機関の機能分化・連携を図ることや在宅医療・地域ケアを推進することが重要であると考えられます。

- (2) -3

また、高齢化にともない、本人の望む場所で最期を迎えられる体制の整備等、終末期医療のあり方が大きな課題となりつつあります。

第3章 計画の目標と取組

1 具体的な取組に向けた基本方針

(1) 県民の生活の質の確保及び向上を図る取組とする

医療費適正化のための具体的な取組は、今後の住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めざすものとします。

(2) 超高齢社会の到来に対応した取組とする

本県の75歳以上の人口は、平成47年には20%を超えると推計されることから、後期高齢者医療費は高齢化の進展とともに更に急速に増大していくと予想されています。

これをふまえ、医療費適正化のための具体的な取組みは、高齢者に良質かつ適切な医療を確保しつつ、後期高齢者医療費の伸び率を中長期にわたって適正化していくことをめざします。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行う取組とする

目標及び施策の達成状況等については、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に、目標の達成状況及び施策の進捗状況の評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとします。

2 第二期三重県医療費適正化計画における基本目標

(1) 生活習慣病の予防対策

全国における生活習慣病についての受療実態をみると、45歳以降は年齢を重ねるにつれて入院受療率が大きく増加し、また、外来受療率についても、40歳以降、80～84歳のピークに向けて急激に増加しています。

これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善のないままに、そ

の後こうした疾患が重症化し、心疾患や脳卒中等の発症、そして入院に至るという経過をたどることになると言えます。

医療費の伸びを適正化していくために重要な施策は、若い頃からの生活習慣病の予防対策です。生活習慣病について、発症前の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、さらには、重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができます。

(2) 医療機関の機能分化・連携及び在宅医療・地域ケアの推進

一人あたり後期高齢者医療費をみると、都道府県によって大きな格差があり、また、入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示しています。

第一期三重県医療費適正化計画の計画期間においては、慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することにより、医療機関における入院期間の短縮を図りました。

しかしながら、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、国の方針として、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設については、平成29年度末まで転換期限を猶予されたところです。

これらを踏まえ、第二期三重県医療費適正化計画の計画期間においては、療養病床の数を機械的に削減するのではなく、良質かつ適切な医療を確保しつつ、医療機関の機能分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮をめざすこととします。

死亡した県民に占める自宅または老人ホームで亡くなった方の割合は、平成14年度以降16～20%に過ぎないため、今後、本人が望む場所で看取りを行えるように、24時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が望まれます。

3 具体的な目標及び取組

上記2の第2期三重県医療費適正化計画における基本目標を達成するために、具体的な目標を設定します。

また、この他にも、たばこ対策、後発医薬品の普及促進等の医療費適正化に資する取組について、目標を設定します。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組

〔目標1〕

特定健康診査実施率の向上（平成29年度末の目標 70%）

〔目標2〕

特定保健指導実施率の向上（平成29年度末の目標 45%）

〔目標3〕

メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少
（平成29年度末の目標 平成20年度と比較し、25%の減少）

〔目標4〕

- ① 喫煙率の減少（平成29年度末目標 成人16.5%、未成年0%）
- ② 公共の場における分煙の実施
（平成29年度末目標 県及び市町施設において100%実施）
- ③ 「たばこの煙のないお店」登録数の増加
（参考：平成34年度末目標 742店舗）

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組

〔目標5〕

- ① 地域における医療機関の機能分化・連携
- ② 在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備
（終末期医療への取組を含む）
- ③ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続をめざす地域包括ケアシステムの構築

〔目標6〕

後発医薬品の普及促進