

「滋賀県医療費適正化計画(案)」に対する意見・情報の募集について

本県においては、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づき、平成20年度から5年間の滋賀県医療費適正化計画を策定し、県民の健康保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、医療費の適正化のための取組を進めてきたところです。

今回、現行計画の進捗状況や県の実情を踏まえ、平成25年度以降の目標や取組を推進するための施策として「滋賀県医療費適正化計画(案)」を作成しましたので、この案に対するご意見や情報を下記によりお寄せください。

なお、お寄せいただいたご意見・情報は、整理した上で公表することとしております。個々のご意見・情報には直接回答いたしませんので、あらかじめご了承ください。

1 公表する資料

「滋賀県医療費適正化計画(案)」

2 公表の方法

滋賀県ホームページに掲載のほか、医務薬務課、県民活動生活課県民情報室および各県税事務所行政情報コーナーに資料を備え付けます。

3 ご意見・情報の募集期間

平成24年12月27日(木)～平成25年1月28日(月)まで(必着)

4 ご意見・情報の提出方法および提出先

(1) 郵送 〒520-8577(住所の記載は不要) 滋賀県健康福祉部医務薬務課

(2) ファックス 077-528-4859

(3) 電子メール eh00@pref.shiga.lg.jp

5 お問い合わせ先

滋賀県健康福祉部医務薬務課 医療整備担当

電話 077-528-3632(直通)

6 その他

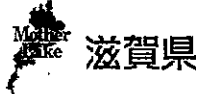
(1) ご意見・情報を提出いただく様式は特に定めていませんが、必ず住所、氏名、電話番号を明記してください。(ご意見・情報以外の内容は、公表しません。)

(2) ご意見・情報は、日本語で提出してください。

(3) 電話によるご意見・情報はお受けできませんので、ご了承ください。

滋賀県医療費適正化計画（案）の概要

[計画期間] 平成25年度～平成29年度(5年間)



計画の位置づけ

- 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、都道府県における医療費適正化を推進するために定める計画
- 「健康増進計画」、「医療計画」および「介護保険事業支援計画」との調和
- 国が定める「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」に沿って、都道府県の実情を踏まえ、必要事項を記載

1 計画策定の趣旨

高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づき、県の実情を踏まえた目標と取り組むべき施策を定め、医療費適正化計画の評価ならびに医療費の調査および分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化の総合的、計画的な推進を図る

2 計画の基本理念

- ① 住民の生活の質の維持および向上
- ② 超高齢社会の到来に対応
- ③ 目標および施策の達成状況等の適切な評価

3 他の計画との調和

「健康いきいき21ー健康しが推進プラン」や「滋賀県保健医療計画」、「レイカディア滋賀プラン」など、それぞれの計画が互いに密接に関連し調和を図ることで、県民が安全で安心できる医療提供体制の実現を目指すとともに、将来にわたる医療費の適正化に努める

◆◆◆ 計画の構成 ◆◆◆

第1章 医療費適正化に関する基本方針

1. 計画策定の趣旨
2. 医療費適正化計画の基本理念
 - (1) 住民の生活の質の維持および向上を図るものであること
 - (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - (3) 目標およ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
3. 他の計画との調和

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1. 医療費の動向
2. 病床数
3. 在宅医療
4. 平均在院日数
5. 生活習慣病に分類される疾患の状況
6. 特定健康診査およびメタボリックシンドロームの状況
7. たばこ
8. 後発医薬品
9. 人口推移等
10. 医療費の推移

第3章 目標と取り組むべき施策

1. 目標
 - (1) 健康の増進に関し達成すべき目標
 - (2) 生活習慣病発症予防、重症化予防に関し達成すべき目標
 - (3) 医療の効率的な提供の推進に関する目標
2. 取り組むべき施策
 - (1) 住民の健康の保持の推進
 - (2) 生活習慣病発症予防、重症化予防
 - (3) 医療の効率的な提供の推進
3. 保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力
4. 医療に要する費用の見通し(平成29年度)
5. 計画の進捗管理
 - (1) 計画の期間
 - (2) 計画の進捗管理
 - (3) 計画の公表

第4章 計画作成のための体制の整備および達成状況の評価

1. 計画作成のための体制の整備
2. 達成状況の評価

目標

1 健康の増進に関し達成すべき目標

- ① 肥満者の減少
- ② バランスのとれた食事に気をつける人の増加
- ③ 運動習慣のある人の増加(1回30分以上の運動を週2回以上1年以上継続)
- ④ 成人の喫煙率の減少(やめたい人がやめる)
- ⑤ 80歳以上で20本以上の自分の歯を有する者の増加

2 生活習慣病発症予防、重症化予防に関する目標

- ① メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率 25%以上(H29年度)
- ② 特定健康診査の実施率 70%以上(H29年度)
- ③ 特定保健指導の実施率 45%以上(H29年度)

3 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ① 平均在院日数の短縮 27.3日(H23年度) → 26.7日(H29年度)
- ② 後発医薬品の使用促進
患者の薬剤費の負担軽減、医療費の削減
後発医薬品使用割合 35%(H29年度)

取り組むべき施策

1 住民の健康の保持の推進

- ① 健康な暮らし
 - ア 子どもの食からの食育の推進
 - イ 肥満予防のための食生活・運動指導の推進
 - ウ 肥満予防のための食生活・運動指導の推進
 - エ なたばこ対策の推進
 - オ 状態を改善する健康づくりの推進
- ② 健康な暮らし
 - ア 健康を支える県民活動推進
 - イ 地域活動のネットワークに健康の視点を取り入れた支援
 - ウ 地域の健康推進員の活動支援
 - エ 健康を支える社会環境整備
 - オ 健康を支えるための社会環境整備への支援
 - カ 受動喫煙防止の店、飲食業業成分表示の店等の推進支援

2 生活習慣病発症予防、重症化予防

- ① 特定健康診査および特定保健指導の推進
 - ア 総合的な契約の活用
 - イ 県民に対する啓発の実施
 - ウ 市町等による健康づくり対策等との連携
 - エ 保健事業の人材の育成
 - オ 滋賀県保険者協議会の活動の推進など
- ② 医療費適正化に向けた保険者の取組み支援
 - ア 診療報酬明細書の診査・点検の充実
 - イ 医療費通知の充実
 - ウ 後発医薬品に関する情報共有の充実
 - エ 重複受診回診・長期療養者等に対する指導
 - オ 非対面による保健事業の充実など

3 医療の効率的な提供の推進

- ① 医療機関の機能分化
 - ア 限られた医療資源の効果的な活用
 - イ 病種連携・病診連携など
- ② 在宅医療の推進
 - ア 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
 - イ 在宅療養支援の医療資源の整備・充実
 - ウ 人材養成とスキルアップの仕組みの構築
 - エ 望む場所での療養・終末期ケアの体制整備
 - オ 在宅療養を支える拠点の整備など
- ③ 後発医薬品の使用促進
 - ア 県民への積極的な啓発
 - イ 後発医薬品採用リスト等の作成・公表
 - ウ 後発医薬品の安全性の確保など

医療に要する費用の見通し

県民医療費
3,384億円
(平成20年度)

4,710億円
(平成29年度)

県民医療費
3,384億円
(平成20年度)

(施策効果)

4,617億円
(平成29年度)

適正化の効果
93億円

滋賀県医療費適正化計画 (案)

平成25年(2013年)3月

滋 賀 県

目 次

第1章 医療費適正化に関する基本方針	1
1 計画策定の趣旨	1
2 医療費適正化計画の基本理念	1
3 他の計画との調和	1
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	2
1 医療費の動向	2
2 病床数	7
3 在宅医療	8
4 平均在院日数	9
5 生活習慣病に分類される疾患の状況	11
6 特定健康診査およびメタボリックシンドロームの状況	14
7 たばこ	16
8 後発医薬品	17
9 人口推移等	18
10 医療費の推移	19
第3章 目標と取り組むべき施策	20
1 目標	20
(1) 健康の増進に関し達成すべき目標	20
(2) 生活習慣病発症予防、重症化予防に関し達成すべき目標	21
(3) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	21
2 取り組むべき施策	22
(1) 住民の健康の保持の推進	22
(2) 生活習慣病発症予防、重症化予防	23
(3) 医療の効率的な提供の推進	25
3 保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力	26
4 医療に要する費用の見通し（平成29年度）	26
5 計画の進行管理	27
(1) 計画の期間	27
(2) 計画の進行管理	27
(3) 計画の公表	27
第4章 計画作成のための体制の整備および達成状況の評価	28
1 計画作成のための体制の整備	28
(1) 関係者の意見を反映させるための体制の整備	28
(2) 市町との連携	28
(3) 県民の責務	28
2 達成状況の評価	28
(1) 進捗状況の評価	28
(2) 評価の活用	28

第1章 医療費適正化に関する基本方針

1 計画策定の趣旨

わが国は、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および向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質で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、平成18年の医療制度改革において新たな制度が創設され、医療費の適正化を推進するための計画を策定し、国民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、目標達成のための取組を進めてきました。

今回の第二期医療費適正化計画においても、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づき、県の実情を踏まえた目標と取り組むべき施策を定めるとともに、医療費適正化計画の評価ならびに医療費の調査および分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化の総合的かつ計画的な推進を図ります。

2 医療費適正化計画の基本理念

(1) 住民の生活の質の維持およ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、まずもって今後の住民の健康と医療のあり方を展望し、住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します。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成24年現在、全国で約1,500万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占める後期高齢者医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されます。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくよう努めます。

(3) 目標およ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

目標および施策の達成状況等については、計画の中間年度および最終年度の翌年度に評価を行うこととされており、本県では、設定した目標の達成状況およ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ます。

3 他の計画との調和

医療費適正化計画は、基本理念として「住民の生活の質の維持および向上」と「超高齢社会の到来への対応」を主な柱とすることから、「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」や「滋賀県保健医療計画」、「レイカディア滋賀プラン」など他の計画との整合を図ります。

それぞれの計画が互いに密接に関連し調和を図ることで、安全で安心できる医療提供体制の実現を目指すとともに、将来にわたる医療費の適正化に努めます。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費の動向

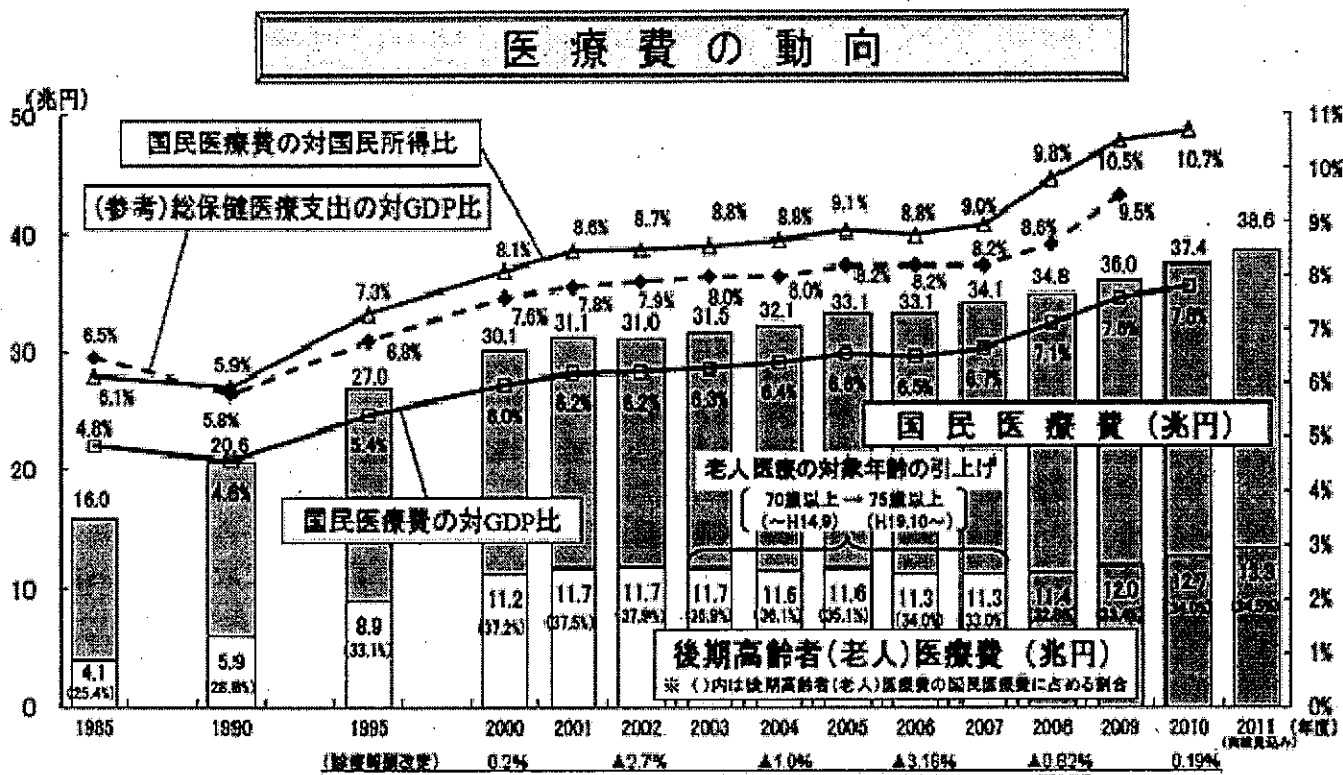
(1) 本県の医療費

全国での医療費を示す国民医療費は、平成22年度の数値で約37兆4千億円であり、前年度と比較して約1兆4千億円、3.9%の増加となっています。

過去5年間の国民医療費をみると、平均2.5%の伸びとなっています。

しかし、この5年間には2006年度や2008年度のように、診療報酬のマイナス改定や、患者の一部負担金割合の引上げがあった年度が含まれ、このような改正のなかった2007年、2009年、および診療報酬のプラス改定のあった2010年の平均伸び率はそれぞれ3%を超えており、国民医療費では毎年1兆円以上増加する傾向となっています。

表1



<対前年度伸び率>

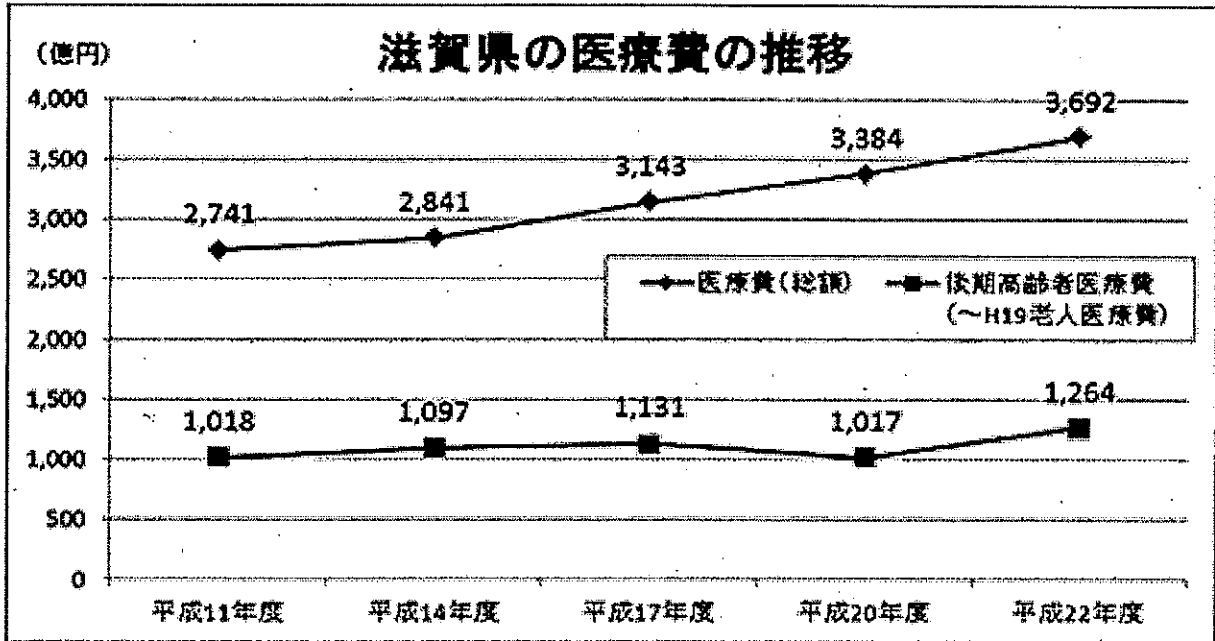
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.8	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2911.12)。国民医療費支出は、OECD加盟国の国民医療費と比較する際に変更される医療費で、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加盟国の国民医療費の対GDP比の平均は3.3%

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国民医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、算出している。また、数値は国民医療費の伸び率である。

本県の医療費総額は、平成22年度で約3,700億円となり、過去5年間で約549億円増加しています。その間の年平均伸び率は約3.5%で、全国平均を上回っています。

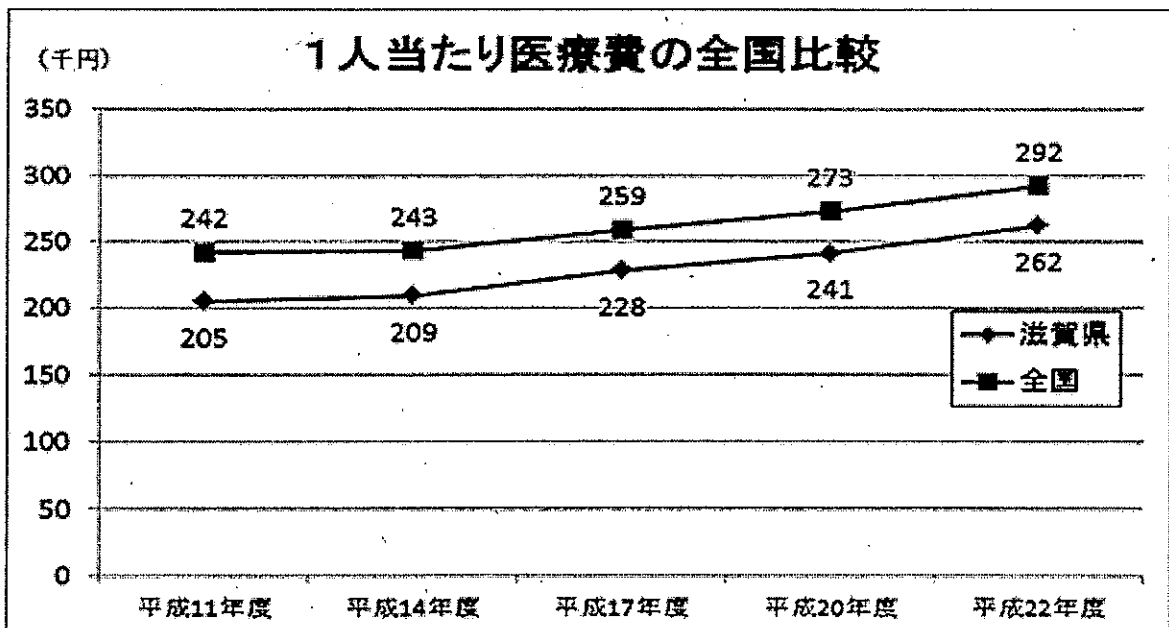
表 2



【国民医療費、老人医療事業年報および後期高齢者医療事業年報（厚生労働省）】
 ※平成22年度医療費(総額)については、医療費統計分析ツール(厚生労働省)の数値を基に算出

国民1人当たり医療費は、平成22年度で約29万2千円となっており、毎年増加傾向となっています。県民1人当たり医療費は、全国と同様に増加傾向ですが、平成22年度で約26万2千円と全国水準を下回っています。

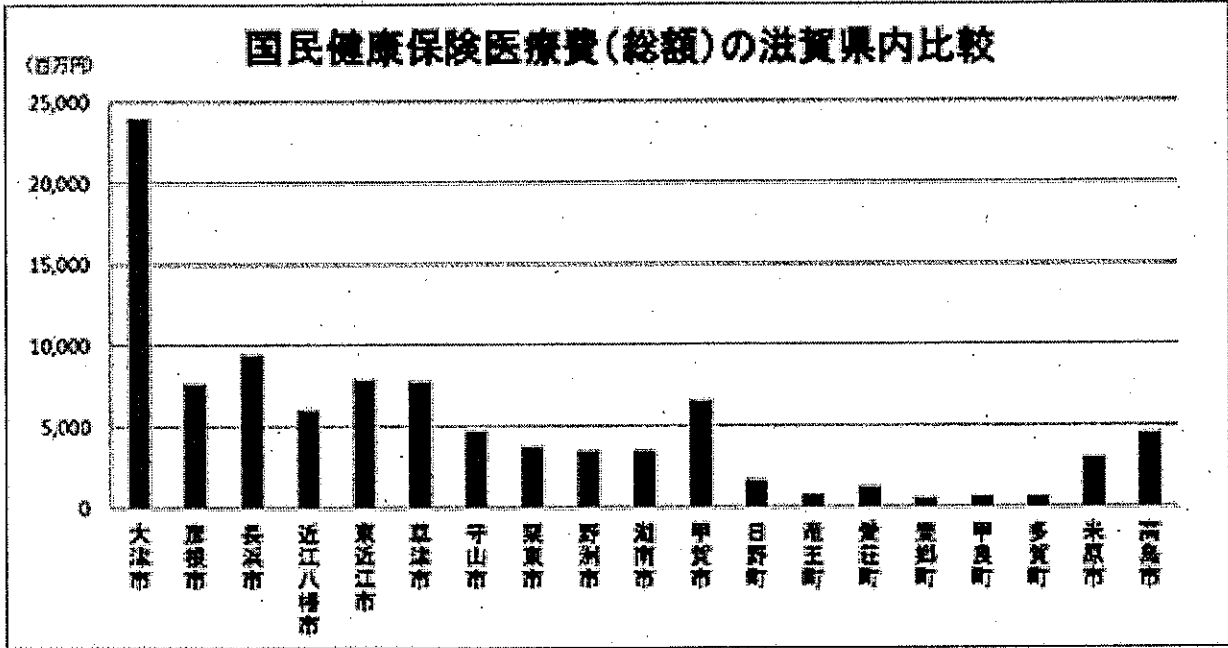
表 3



【国民医療費（厚生労働省）】

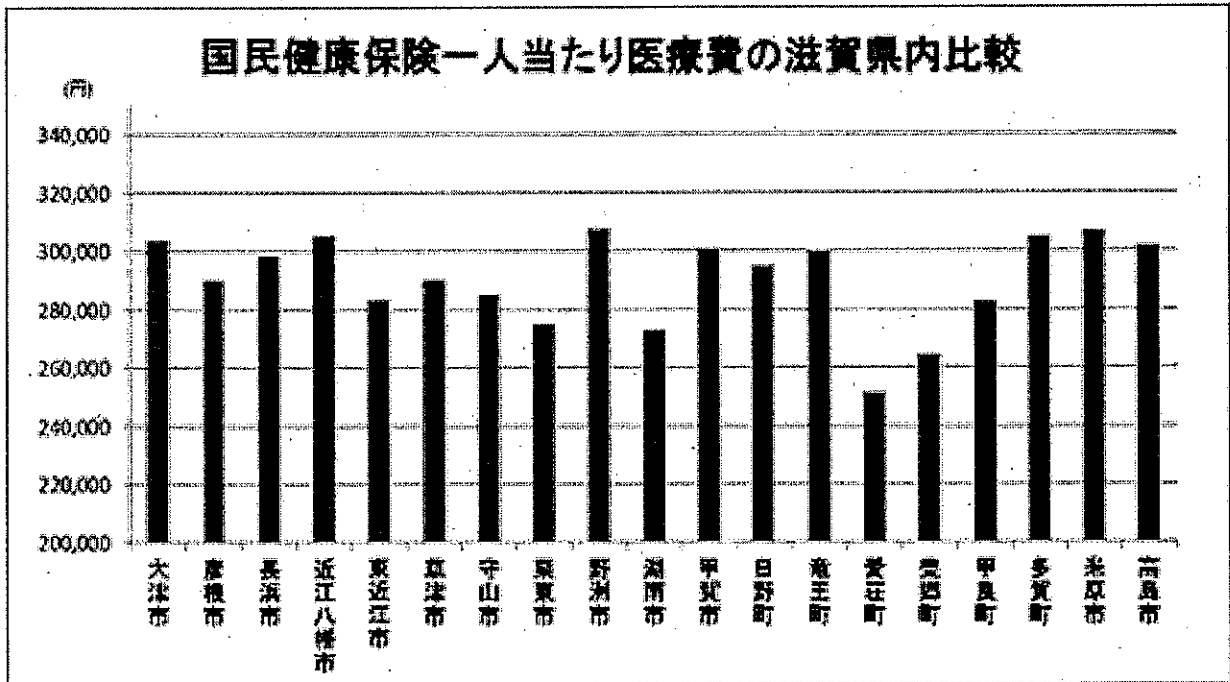
滋賀県内の国民健康保険における市町別医療費総額および被保険者一人当たり医療費については、それぞれ以下のとおりです。

表 4



【平成 22 年度国民健康保険事業年報】

表 5



【平成 22 年度国民健康保険事業年報】

(2) 後期高齢者医療費

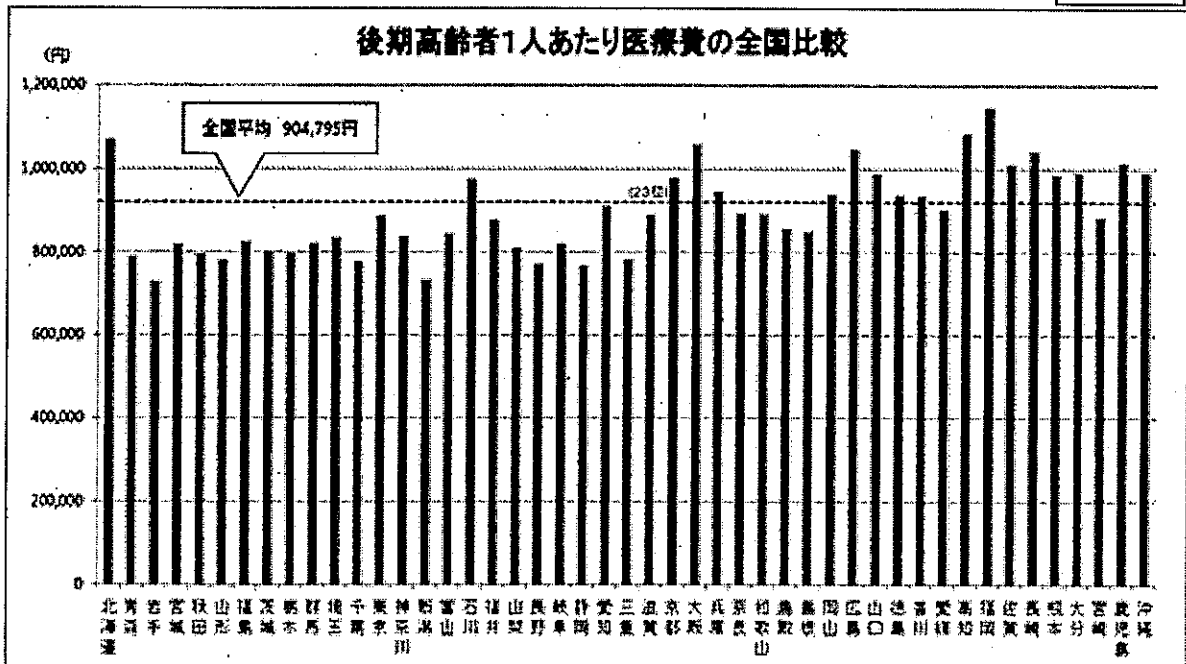
医療費のうち、後期高齢者医療費の動向をみると、平成22年度は約12兆7千億円となっています。国民医療費(約37兆4千億円)に対して、後期高齢者医療費は約34.0%を占めています。

一方、本県の平成22年度後期高齢者医療費は約1,264億円で、県民の医療費総額の約34.2%を占めており、全国とほぼ同水準となっています。

一人あたり後期高齢者医療費の全国比較では、全国平均は約90万円、最高は約115万円(福岡県)、最低は約73万円(岩手県)となっています。

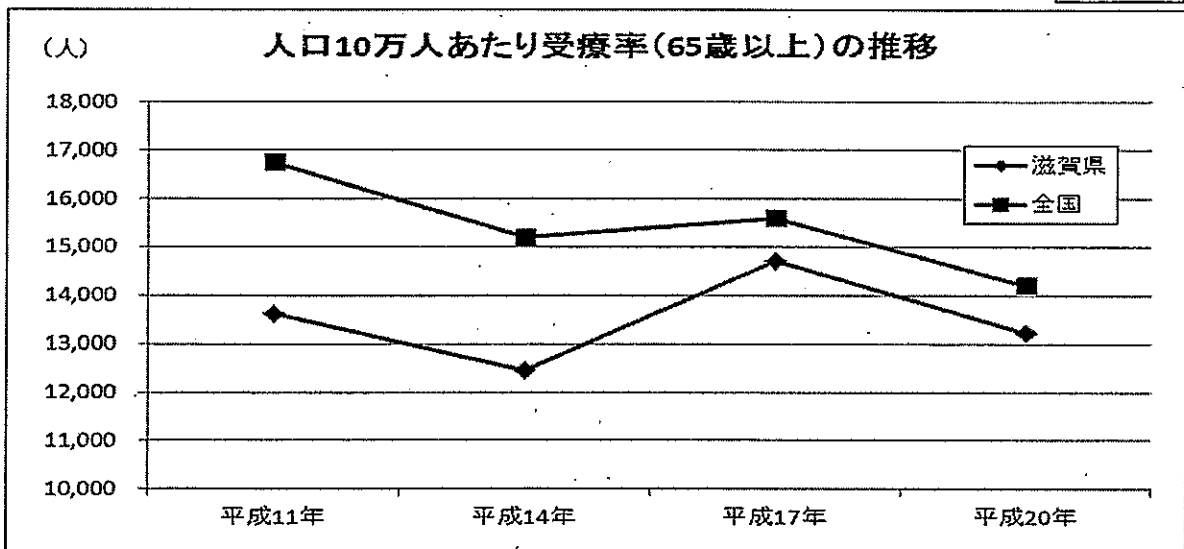
本県は、約89万円で全国順位では23位ですが、全国平均より下回っています。

表6



【後期高齢者医療事業年報】

表7

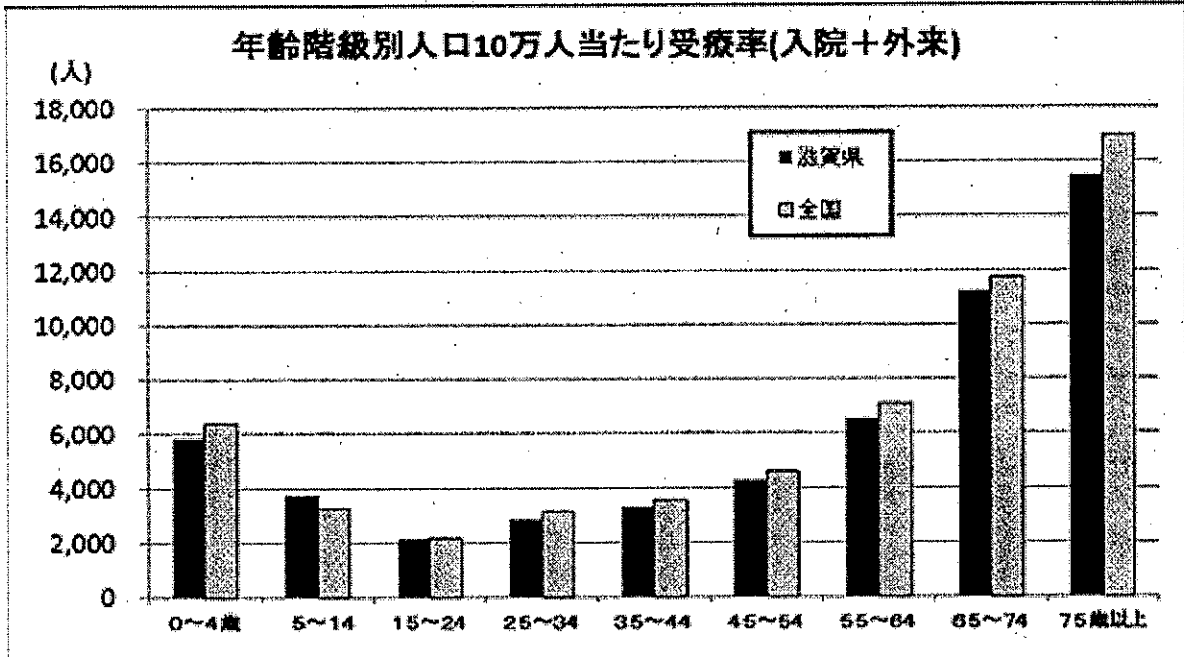


【平成11~20年度患者調査(厚生労働省)】

全国の人口10万人当たりの受療率(入院+外来)は、55～64歳から大きく増加し、75歳以上では、45～54歳の4倍近くとなっています。

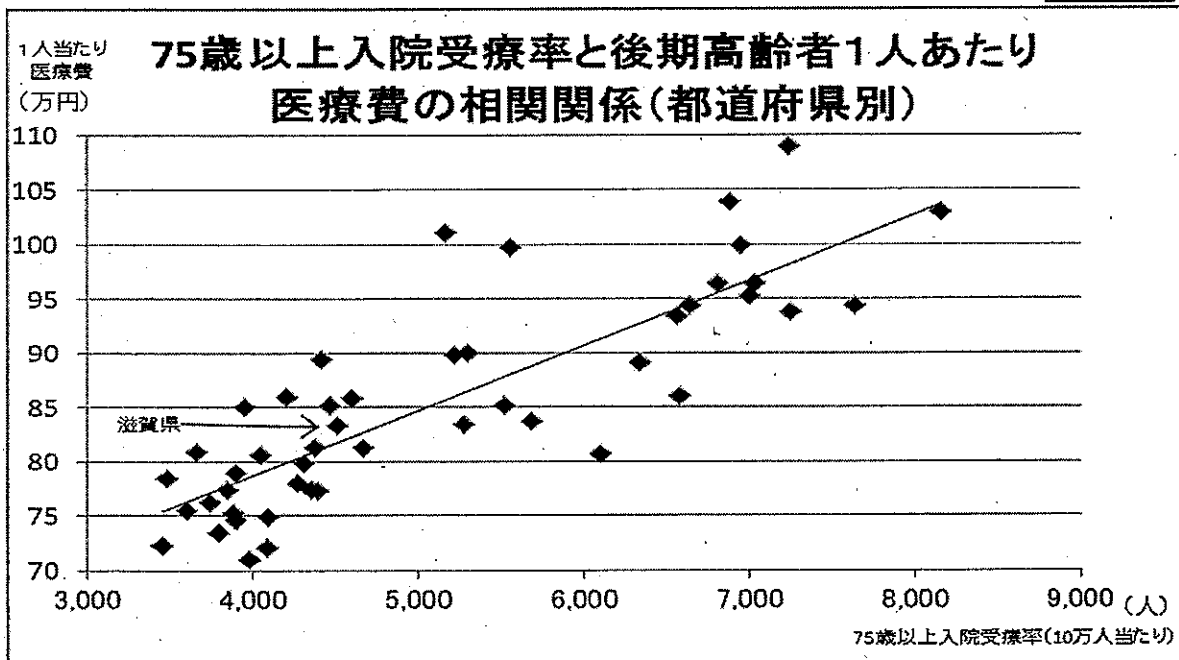
本県も全国と同様の傾向が見られますが、5～14歳を除く階級では、全国平均を下回っています。

表 8



【平成20年度患者調査(厚生労働省)】

表 9



【平成20年度患者調査および平成20年度後期高齢者医療事業年報(厚生労働省)】

2 病床数

本県における平成24年4月1日現在の病床数は下記のとおりです。

表10

保健医療圏別既存病床数

(平成24年4月1日現在)

区分	保健医療圏域名	開設許可病床数			既存病床数 (補正後)
		合計	一般	療養	
療養病床および一般病床	大津保健医療圏	3,275	2,602	673	3,110
	湖南保健医療圏	2,994	2,553	441	2,603
	甲賀保健医療圏	1,243	925	318	1,095
	東近江保健医療圏	2,333	1,456	877	2,281
	湖東保健医療圏	1,200	991	209	1,200
	湖北保健医療圏	1,242	1,081	161	1,207
	湖西保健医療圏	443	343	100	406
	合計	12,730	9,951	2,779	11,902

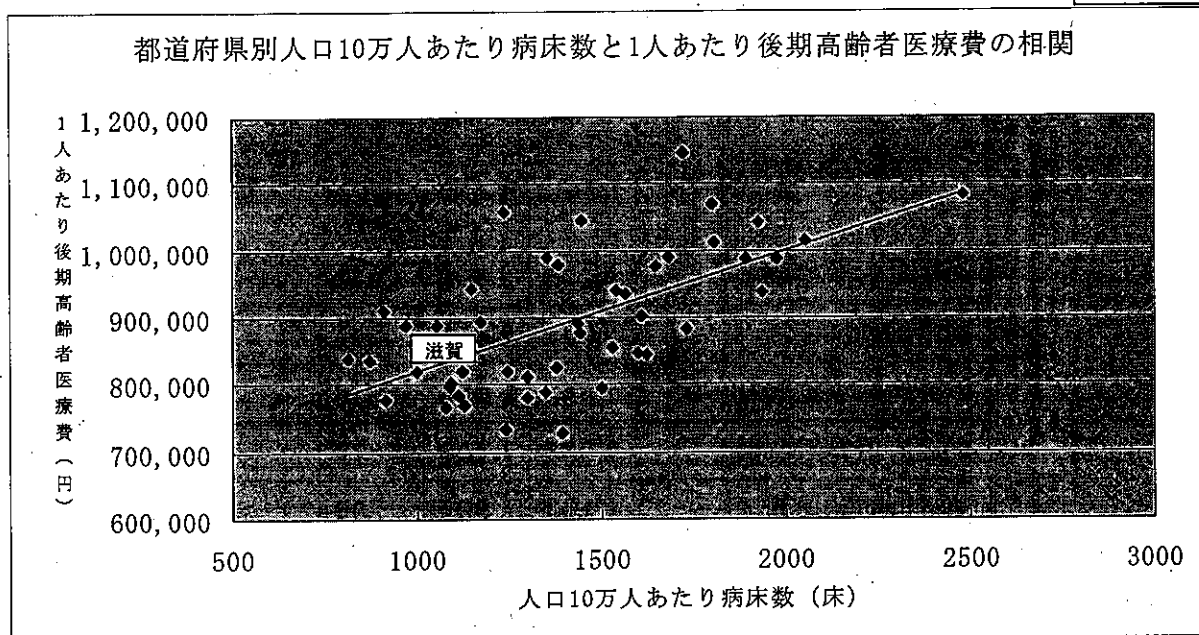
県全域	精神病床	2,373	2,373
	感染症病床	32	32
	結核病床	77	77

注) 開設許可病床数と既存病床数との差は、医療法の規定によるICU病床等の補正と特定病床(既存病床数に含まれない診療所の一般病床)が存在することによる。

- ※ 一般病床 : 病院または診療所の病床で、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床。
- 療養病床 : 病院または診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、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。医療保険適用のものと介護保険適用のものがある。
- 精神病床 : 病院の病床のうち精神疾患を有する者を入院させるための病床。
- 感染症病床 : 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律に規定される指定感染症の患者等を入院させるための病床。
- 結核病床 : 病院の病床のうち結核の患者を入院させるための病床。

また、人口10万人あたり病床数と1人あたり後期高齢者医療費の間には、相関関係があると考えられています。

表 1 1



【平成22年度後期高齢者医療事業状況報告、平成22年度医療施設(動態)調査(厚生労働省)】

3 在宅医療

平成23年の在宅等死亡率(自宅、老人ホーム、老人保健施設における死亡の割合)は、19.1%となっています。

平成24年度に実施した滋賀の医療福祉に関する県民意識調査の結果によると、人生の最期を迎えたい場所として全体の約半数の人が自宅を望んでいますが、一方で、家族への負担や症状が急変したときの対応への不安から、自宅で最期まで療養することは困難と考える人が半数以上となっています。

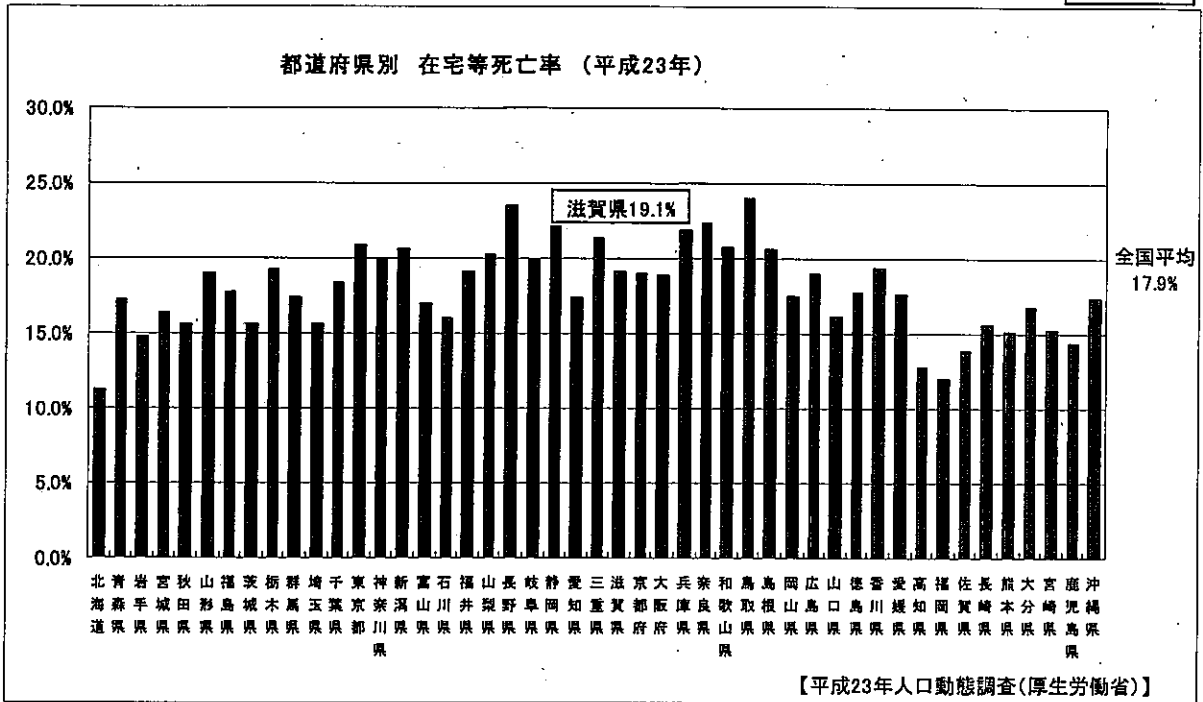
また、平成24年5月に実施した調査によると、県内59病院のうち57病院が退院調整部門を設置しており、地域連携クリティカルパスを活用している病院は脳卒中で34病院、がんで20病院などとなっています。

在宅医療を支援する在宅療養支援診療所は、県内には96か所、在宅療養支援病院は7か所あります。それ以外にも往診に応じている診療所や夕方遅くまで診療をしている診療所があります。

県内の訪問看護ステーションの数は72か所、訪問看護師の数は常勤換算で368人となっています。

今後、終末期まで対応できる在宅医療が広まると、高度な管理を必要とする人工呼吸器やIVH(中心静脈栄養法)、ストーマ(人工肛門、人工膀胱等)の管理ができる診療所等の需要が増えていきます。

表 1 2



【平成 23 年人口動態調査（厚生労働省）】

4 平均在院日数

平成 23 年における平均在院日数の全国平均は 30.4 日であり、本県の平均在院日数は 27.3 日となっています。

入院日数が長くなると後期高齢者医療費が増加し、平均在院日数は病床数に比例して長くなる傾向が見られます。

表 1 3

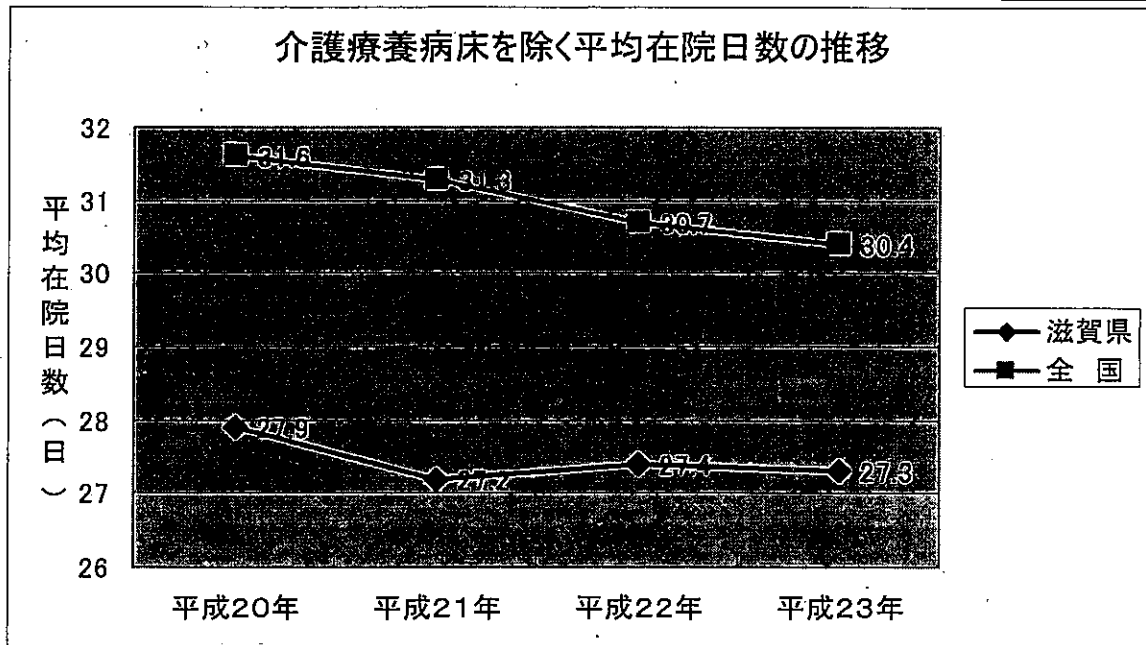
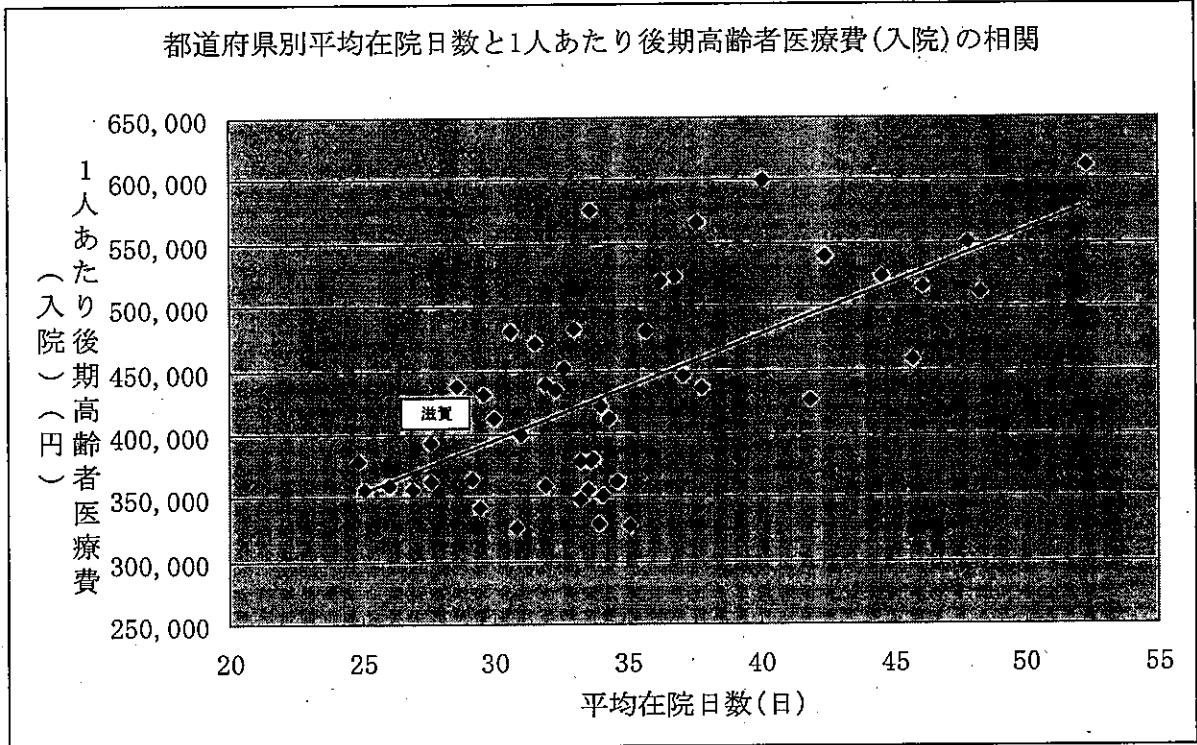
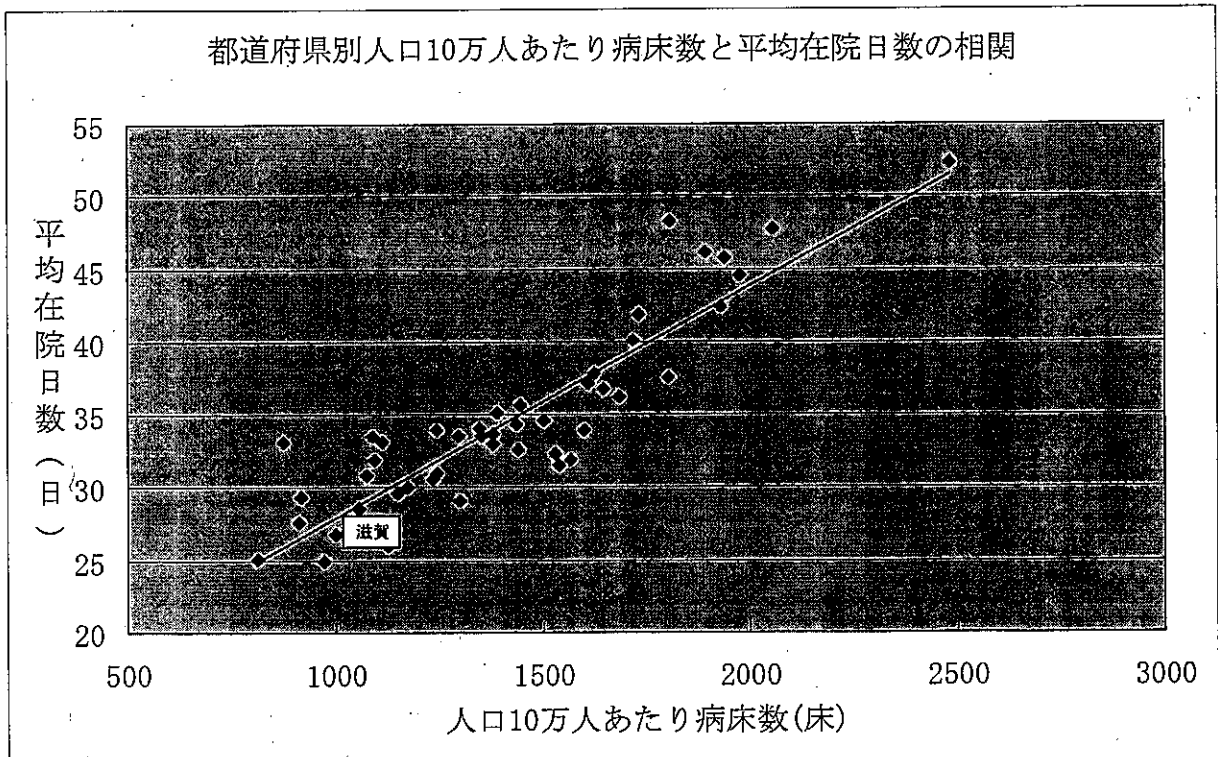


表 1 4



【平成 22 年度後期高齢者医療事業状況報告、平成 22 年度病院報告(厚生労働省)】

表 1 5



【平成 22 年度医療施設(動態)調査、平成 22 年度病院報告(厚生労働省)】

5 生活習慣病に分類される疾患の状況

(1) 受療動向

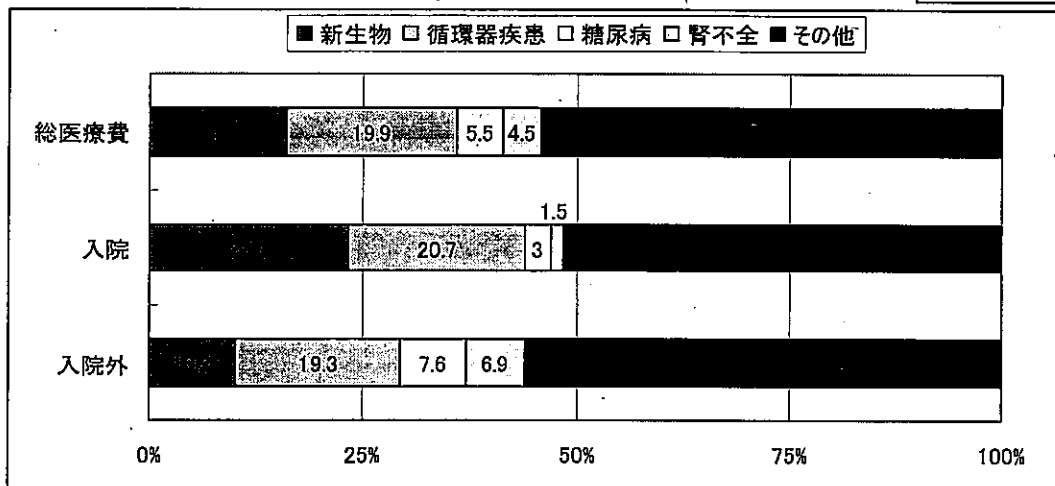
生活習慣病に分類される医療費割合をみると、総医療費の約45%を生活習慣病で占めており、その中でも循環器疾患が最も高く約2割を占めています。入院医療費では、新生物にかかる医療費の割合が高くなり、入院外では、糖尿病や腎不全にかかる医療費が占める割合も高くなっています。

また、主な傷病別受療率の推移をみると、入院では循環器疾患が最も高く、次いで精神および行動の障害、3番目に新生物が高くなっています。循環器疾患の中では、脳血管疾患が最も高く、心疾患は増加傾向にあります。外来では、消化器系、歯および歯の支持組織の疾患、筋骨格系および結合組織の疾患の受療率が高くなっています。循環器系の疾患の中では、高血圧性疾患の受療率が高くなっています。

主な生活習慣病の総患者数の推移をみると、高血圧性疾患の患者は平成20年では8万7千人と推計されています。また、糖尿病の患者数は平成8年から14年まで急増していますが、以後横ばいで平成20年では2万6千人、虚血性心疾患も平成14年以降増加傾向となり、平成20年では1万3千人となっています。

40歳～74歳における生活習慣病に分類される医療費の割合

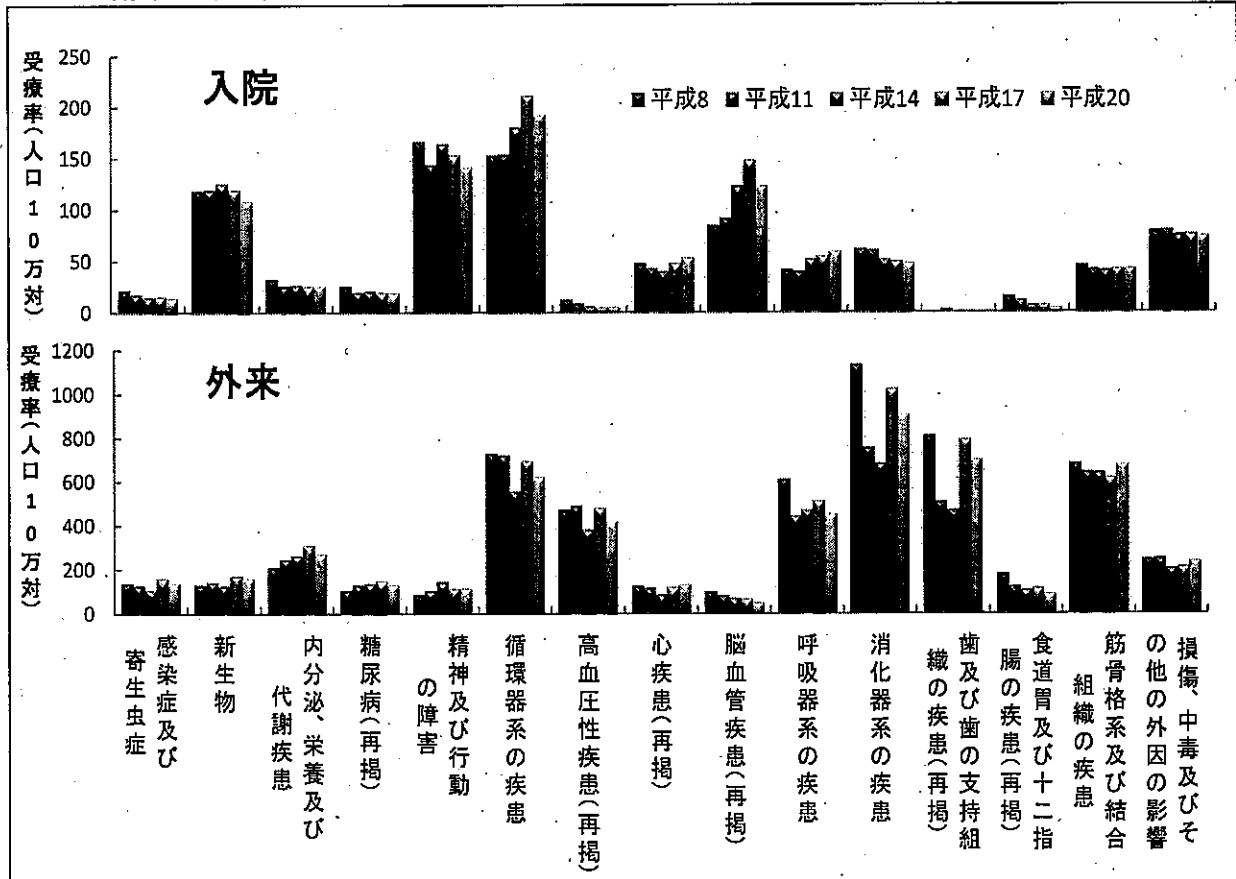
表16



【滋賀県国民健康保険団体連合会基礎資料集（平成23年5月診療分）】

主な傷病別受療率の推移

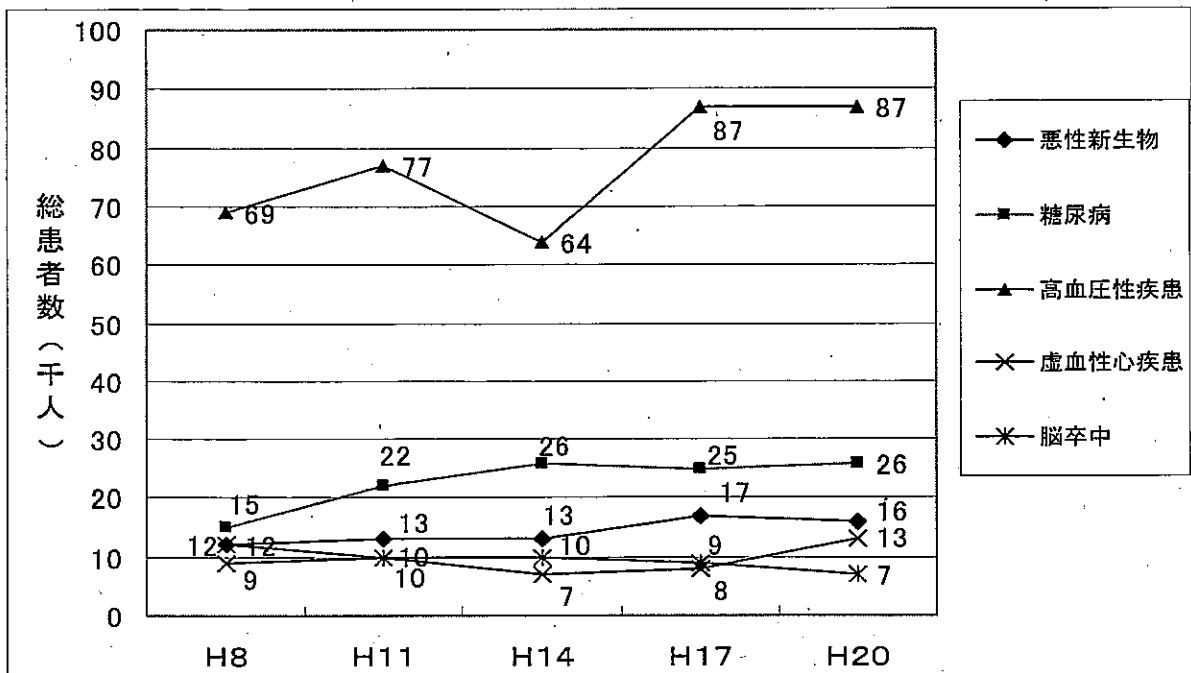
表 17



【患者調査 (厚生労働省)】

主な生活習慣病の総患者数 (傷病別推計)

表 18



【患者調査 (厚生労働省)】

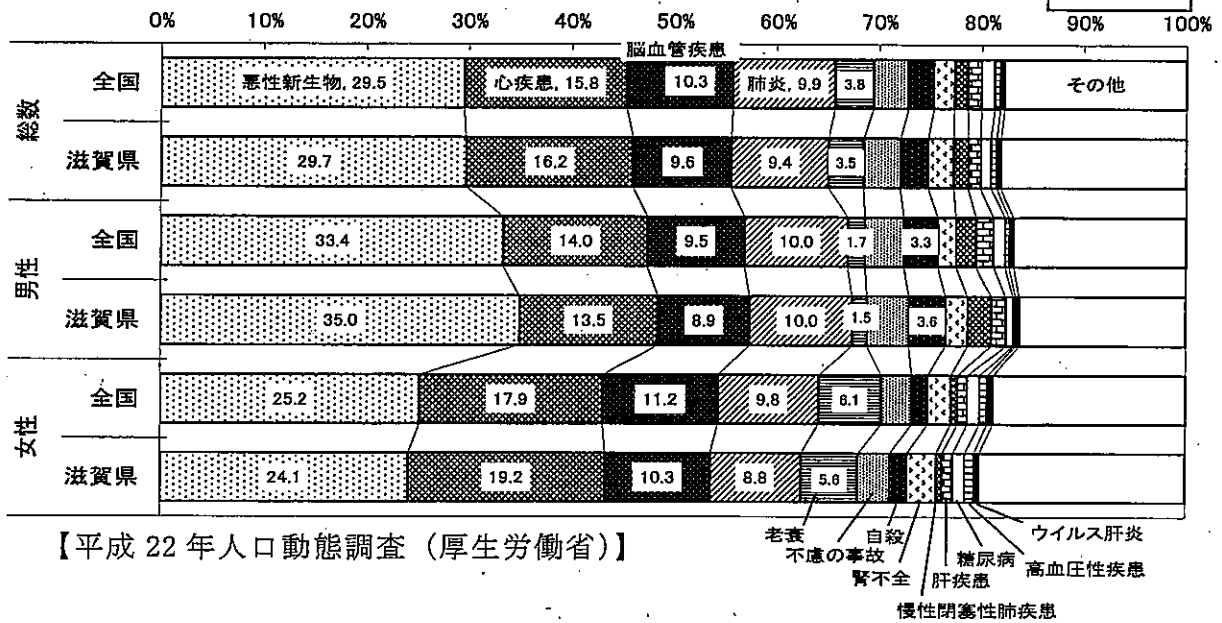
(2) 死亡の動向

死因別死亡割合をみると、本県の死亡の原因疾患の第1位は悪性新生物（がん）で全体の約3割を占めており、第2位が心疾患、第3位が脳血管疾患となっており、糖尿病、高血圧性疾患をあわせると、生活習慣病が約6割を占めています。

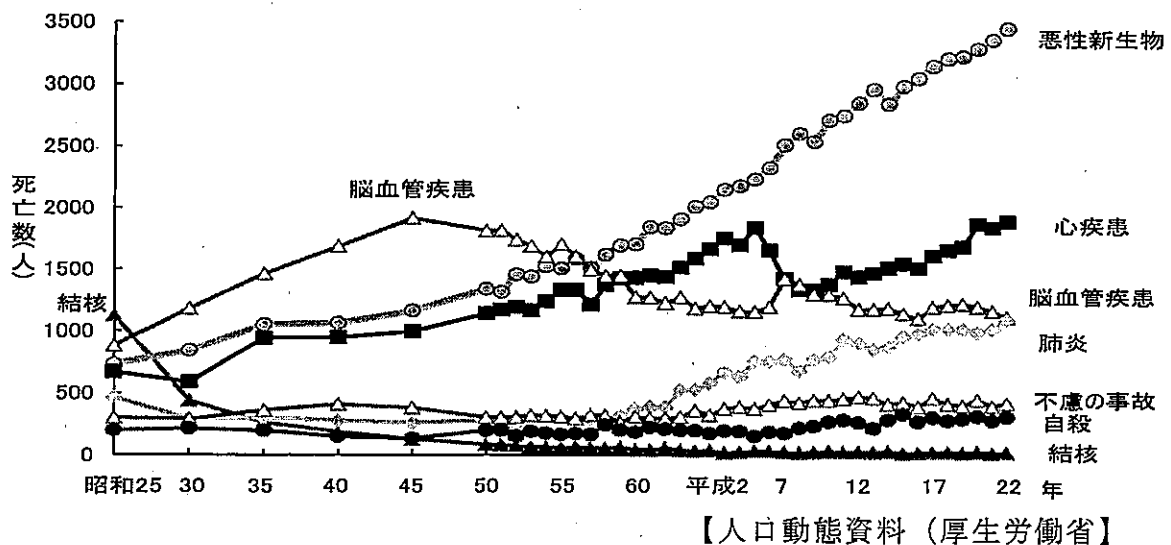
また、主な死因の死亡数の推移をみると、悪性新生物（がん）による死亡数は、昭和57年に死因順位第1位となり、現在も急激な増加を続けています。脳血管疾患による死亡数は、昭和26年に結核にかわって第1位となりましたが、昭和60年に心疾患を下回り、以後現在まで横ばい状態です。心疾患は近年増加傾向となっています。

標準化死亡比では、男性では「くも膜下出血」「交通事故」、女性では、「腎不全」「交通事故」が120を超えて高くなっています。女性の「胃がん」「高血圧性疾患」「心不全」も110を超えて高い状況です。

死因別死亡割合

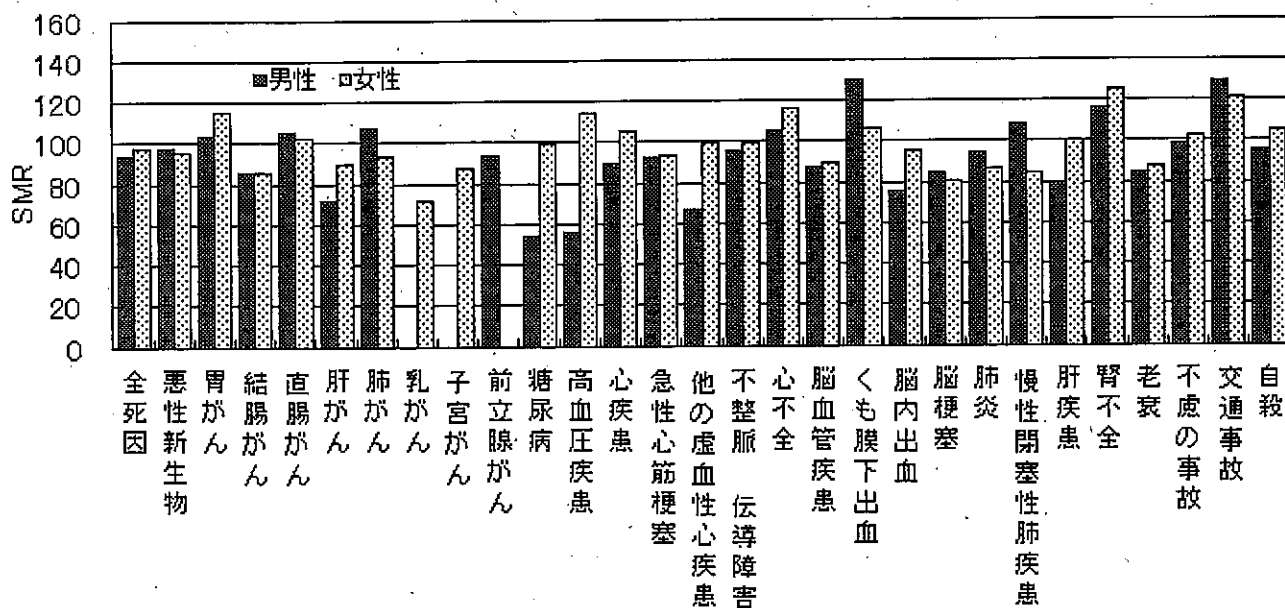


主な死因の死亡数の推移



平成 22 年 死因別標準化死亡比（全年齢）

表 2 1



【平成 22 年人口動態調査（厚生労働省）】

6 特定健康診査およびメタボリックシンドロームの状況

平成 20 年度から実施されている特定健康診査の受診率は年々上昇しており、平成 22 年度では、43.8%と全国平均を若干上回っています。また、早期の段階でメタボリックシンドロームに着目して実施する特定保健指導の実施率については、年々上昇していますが、平成 22 年度で全体の 12.8%に留まっており、全国平均を下回っています。

メタボリックシンドロームの該当者および予備群の者の割合は、全国的には少しずつ減少していますが、滋賀県では増加しています。

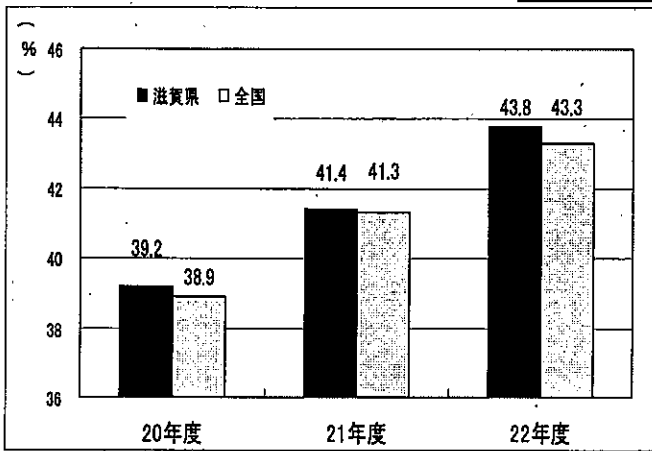
しかしながら、年齢構成が変わらないものと仮定して、メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率を推計（※）してみると、平成 22 年度では、平成 20 年度と比較して 2.3%減少しています。

メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合を性・年齢別に、平成 20 年度と平成 22 年度について比較してみると、男女とも年齢が上がるにつれて割合は増加しており、年齢別では男性の 45 歳以上でどの年代でも増加がみられました。

（※）国の示した推計ツールによる。

特定健康診査受診率

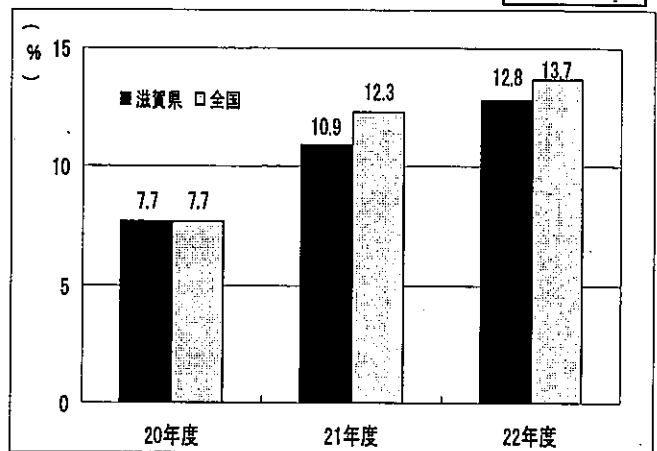
表 2 2



【特定健診等実施状況報告】

特定保健指導実施率

表 2 3



【特定健診等実施状況報告】

メタボリックシンドローム該当者および予備群の状況

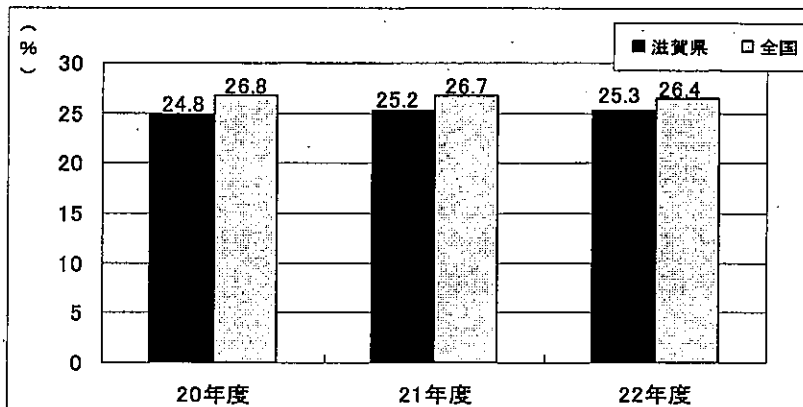
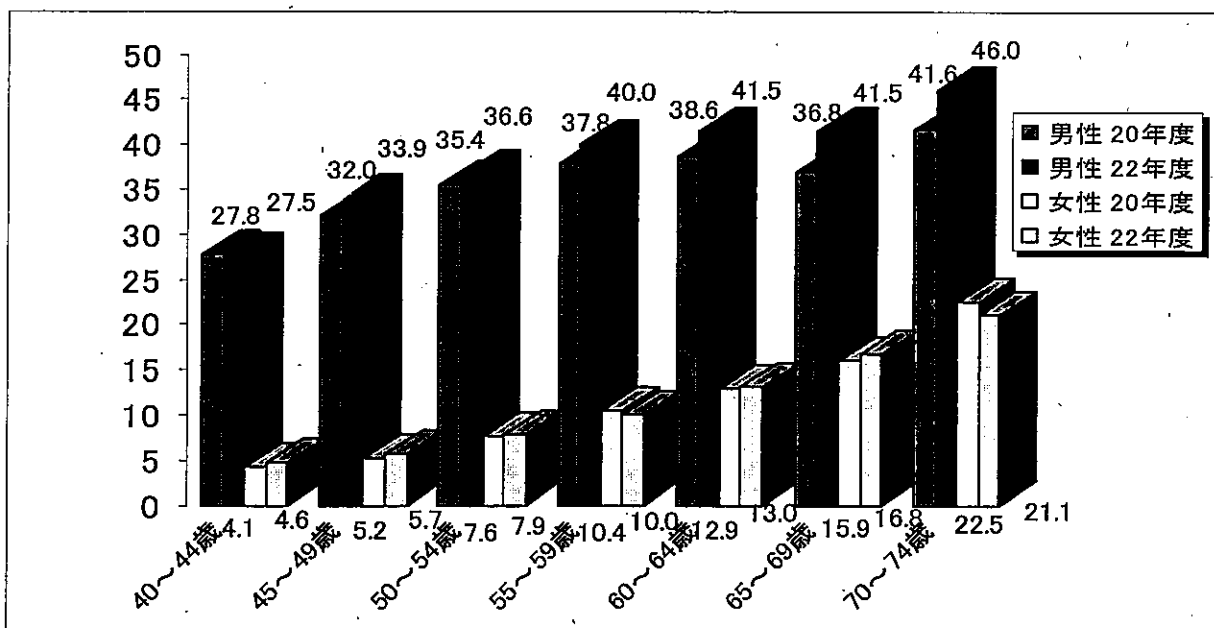


表 2 4

【特定健診等実施状況報告】

表 2 5

性・年齢別 メタボリックシンドロームの該当者および予備群割合の推移（滋賀県）

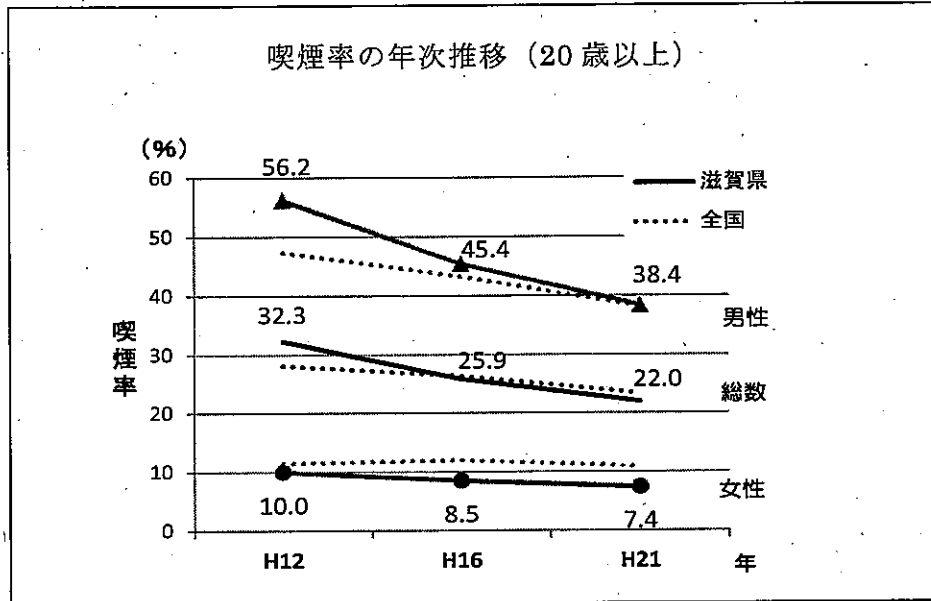


【特定健診等実施状況報告】

7 たばこ

20歳以上の成人の喫煙率は、総数で平成12年が32.3%、平成16年が25.9%、平成21年には22.0%と推移しており、年々減少する傾向にあります。減少幅が緩やかになってきています。

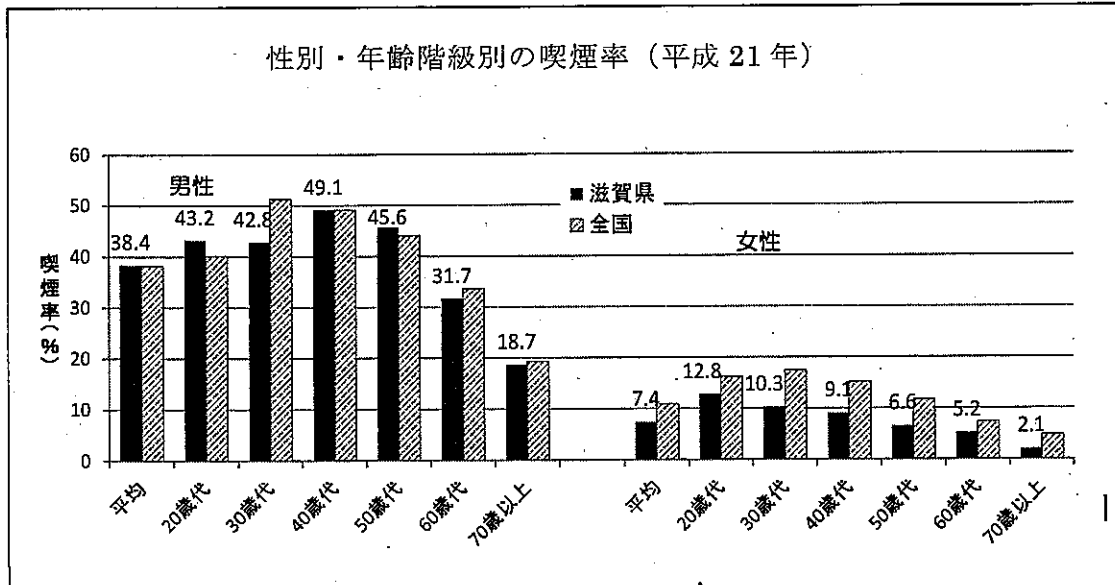
表 2 6



【滋賀県：滋賀健康・栄養マップ調査報告書】

【全 国：国民健康・栄養調査】

表 2 7



【滋賀県：滋賀健康・栄養マップ調査報告書】

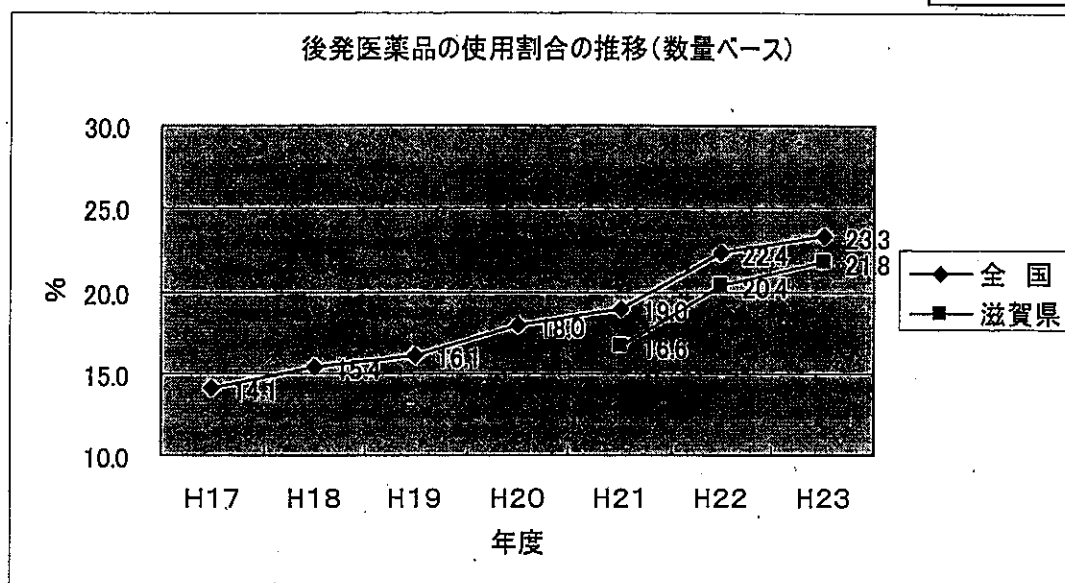
【全 国：国民健康・栄養調査】

8 後発医薬品

平成 23 年度の後発医薬品の使用割合は、全国平均は 23.3% であり、本県は 21.8% となっています。

なお、各都道府県のデータは平成 21 年度分から集計されています。

表 28



※後発医薬品の使用割合

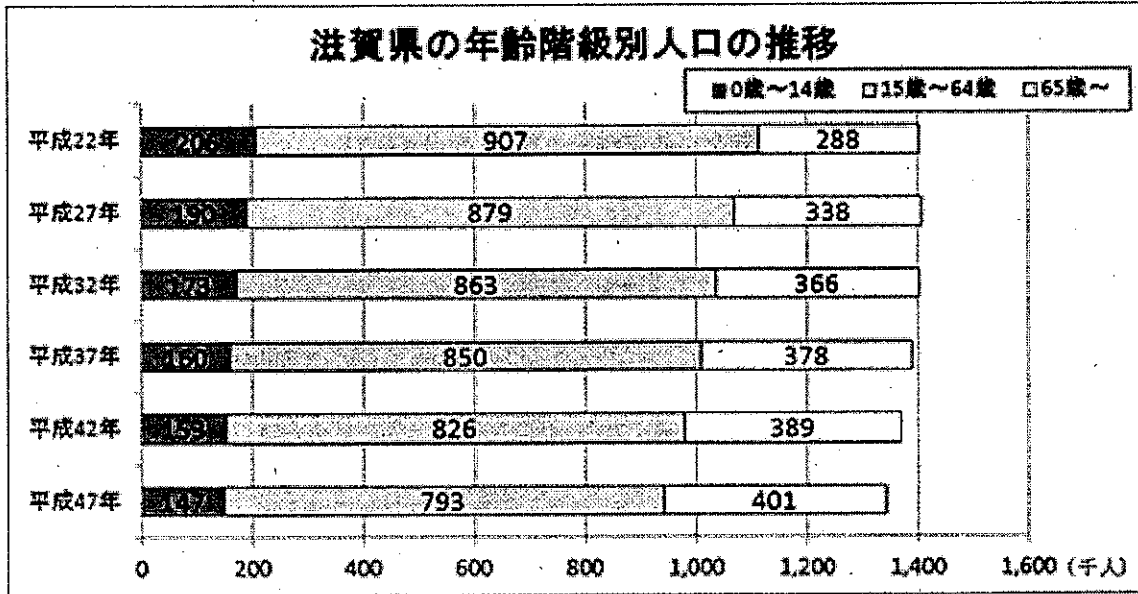
すべての医療用医薬品の取引数量に占める後発医薬品の数量

【最近の調剤医療費(電算処理分)の動向(厚生労働省)】

9 人口推移等

本県の人口は、少子高齢化の進行により、平成27年を境に減少に転じると予測されています。また、県内の65歳以上の人口は平成22年では約29万人ですが、25年後の平成47年には約40万人に上ると推測されます。

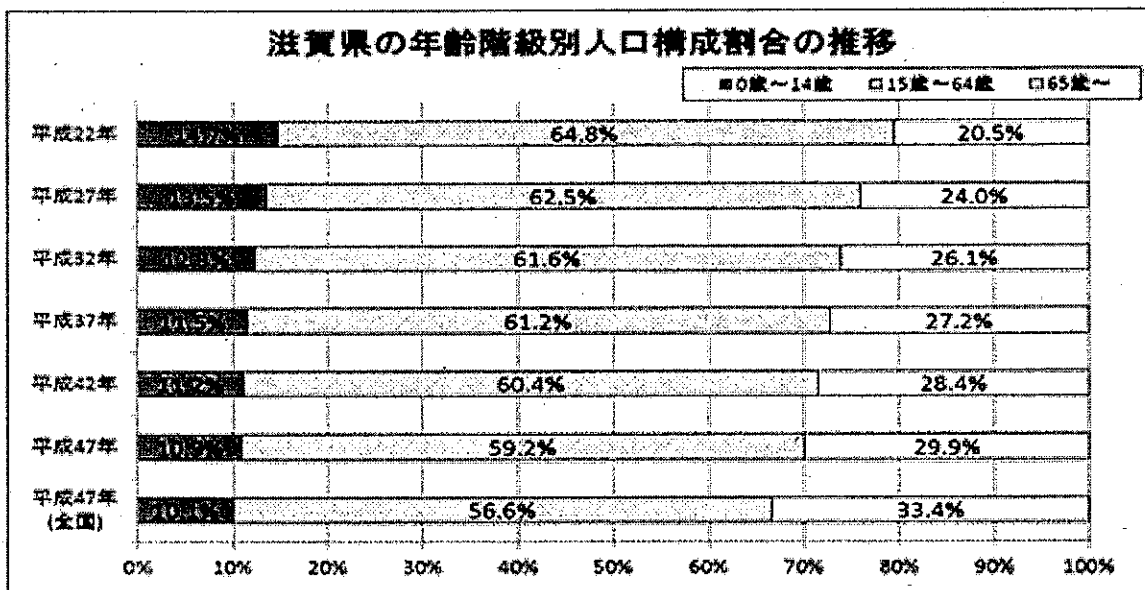
表 29



【日本の都道府県別将来推計人口：平成19年5月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

また、本県の人口構成割合をみると、少子高齢化により、高齢化率(全年齢人口に占める65歳以上の人口の割合)では、平成47年には約30%となり、全国と比較すると低いものの、およそ3人に1人が高齢者と推計されます。

表 30

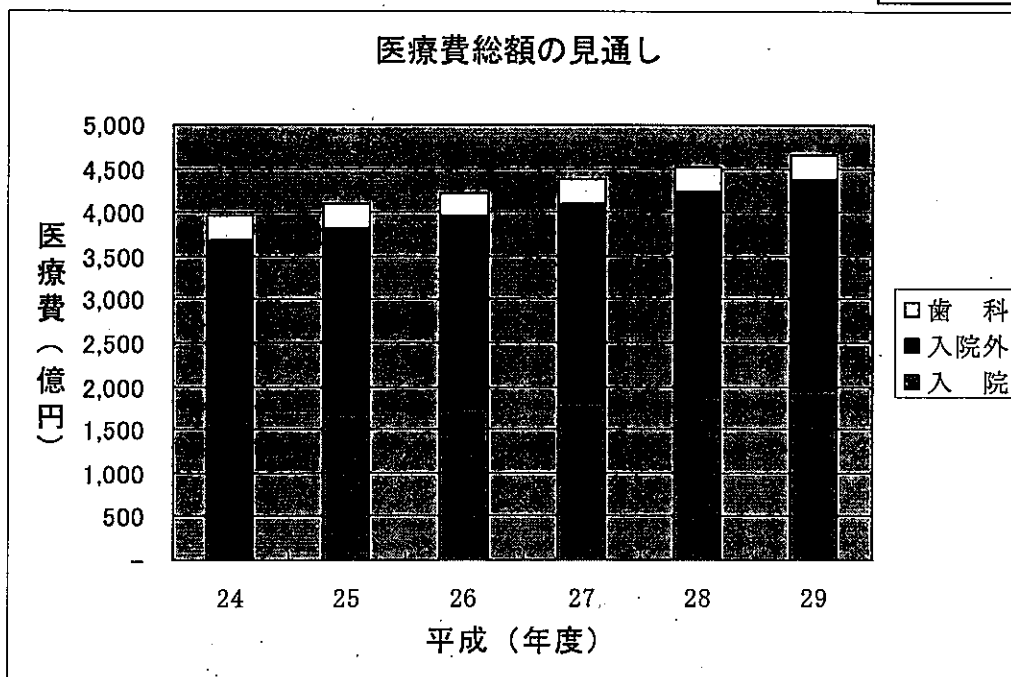


【日本の都道府県別将来推計人口：平成19年5月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

10 医療費の推移

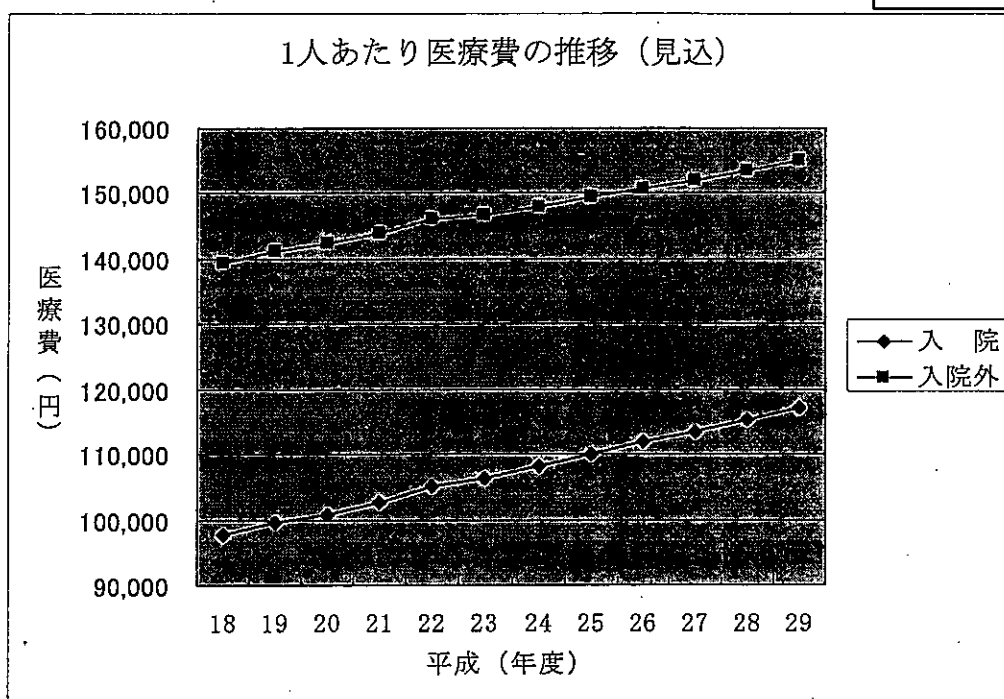
本県の医療費は、年々増加しており、平成29年度には、4,710億円になると推計されます。

表31



【厚生労働省の計算式より算出】

表32



【厚生労働省の計算式より算出】

第3章 目標と取り組むべき施策

1 目標

国民の受療の実態を見ると、一般的に高齢期に向けて外来受療率が徐々に増加し、75歳ころを境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。

このことから、医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要となります。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院が減少し、さらに重症化や合併症の発症を抑えることができれば、入院が減ることになります。

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ることから、仮に入院することになっても、その期間の短縮を図ることが重要です。

第二期医療費適正化計画では、平成29年度末まで介護療養病床の転換期限が猶予されたことから、療養病床数を機械的に削減するのではなく、病院・病床の機能分化や在宅医療の推進などに取り組むことで、医療機関における入院期間の短縮を図り、結果として医療費が適正化できるよう努めます。

さらに、後発医薬品の使用促進については、患者と医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができる環境を整備することで使用割合を高め、医療費の適正化を目指します。

(1) 健康の増進に関し達成すべき目標

健康を増進し、生活習慣病を予防するためには、バランスのとれた食生活、運動習慣を持つ等、適正な日常生活習慣を送ることが重要であるため次の5つを目標とします。

① 肥満者の減少

平成21年度に、20～60歳代の男性で25.1%、40～60歳代の女性で16.1%でしたが、平成34年度に男性22%、女性12%をめざします。

② バランスのとれた食事に気をつけている人の増加

平成21年度に、20歳代の男性19.5%、女性34.4%、40歳代男性32.2%、女性65.4%でしたが、平成34年度に20歳代男性30%、女性55%、40歳代男性45%、女性70%をめざします。

③ 運動習慣のある人の増加（運動習慣者とは1回30分以上の運動を週2回以上1年以上継続している人）

平成21年度に20歳～64歳の男性で16.0%、女性で14.2%でしたが、平成34年度に男性26%、女性25%をめざします。

④ 成人の喫煙率の減少（やめたい人がやめる）

平成21年度に男性38.4%、女性7.4%でしたが、平成34年度に男性27.2%、女性4.4%をめざします。

⑤ 80歳以上で20本以上の自分の歯を有する者の増加

平成21年度に15.5%でしたが平成34年度に50%をめざします。

（平成21年度現状値はいずれも「滋賀の健康・栄養マップ」調査結果による）

(2) 生活習慣病発症予防、重症化予防に関し達成すべき目標

① メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率

平成20年度と比べた平成22年度時点でのメタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率は2.3%でしたが、平成29年度に25%以上の減少とすることを目標とします。

② 特定健康診査の実施率

保険者による特定健康診査の実施率については、平成22年度では43.8%でしたが、平成29年度に対象者の70%以上が受診することを目標とします。

なお、保険者ごとの実施率について、国は下記のような目標を掲げています。

③ 特定保健指導の実施率

特定健康診査の結果、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の特定保健指導実施率は、平成22年度では12.8%でしたが、平成29年度に45%以上が特定保健指導を受けることを目標とします。

なお、保険者ごとの実施率について、国は下記のような目標を掲げています。

(参考)保険者種別毎の目標(全国)

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診 の実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指 導の実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

(3) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 平均在院日数の短縮

平均在院日数については、平成29年度末までに介護療養病床の転換を行うこととされているため、目標は介護療養病床を除いた日数で設定することとし、平成23年度に27.3日であった平均在院日数を、平成29年度末において26.7日に短縮します。

平均在院日数の短縮は、医療機関や病床機能の分化、在宅医療の推進および医療と介護との連携強化などにより推進します。

② 後発医薬品の使用促進

後発医薬品は、厚生労働省が承認した医薬品で、先発医薬品に比べて品質、安全性、有効性は変わりませんが、薬価が安いのが特徴です。

この後発医薬品の使用を促進することで、患者の薬剤費の自己負担が軽減でき、医療費の削減を図ることが可能となることから、平成23年度に21.8%であった後発医薬品の使用割合を、平成29年度において35%を目指します。

目標達成のために、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できる環境の整備を図るとともに普及啓発の取組を推進していきます。

2 取り組むべき施策

前記の目標を達成するために、「住民の健康の保持の推進」「生活習慣病発症予防、重症化予防」および「医療の効率的な提供の推進」の3つの大きな方針のもとに取り組んでいきます。

当計画に掲げる取り組むべき施策は、県民の健康推進に関する計画である「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」や活力ある長寿社会の実現に向けた取組を明らかにした「レイカディア滋賀プラン」、さらに「滋賀県保健医療計画」など関連する各種の計画と整合を図りつつ、基本的な取り組みを示したものです。

医療費の適正化を図るためには、県だけでなく、市町、関係団体、県民などが、それぞれの立場で一体的に取り組むことが重要です。

(1) 住民の健康の保持の推進

① 健康なひとづくり

ア 子どもの頃からの食育の推進

子どもの頃から、自らの食に関心をもち、食を選択する力を身につける等、食育を推進することが必要です。学校、保育所、地域において、生産者や食品関係事業者との連携による、体験を通じた食育を推進します。

イ 肥満予防、たばこ対策、休養・こころの健康づくりの推進

(ア) 肥満予防のための食生活、運動指導の推進

栄養・食生活、運動・身体活動は、生活習慣病予防、社会生活機能の維持向上および生活の質の向上の観点から重要です。このため、県民一人ひとりが、栄養バランスに優れた日本型食生活を実践し、健全な食生活を実践できるように取り組みを進めるとともに、食環境の整備を進めます。

また、働き盛り世代の運動習慣の定着が大切であることから企業や医療保険者等と連携し、健康づくりのための運動、生活習慣病を予防するため運動の必要性を啓発します。

(イ) たばこ対策の推進

平成14年12月に「健康しが たばこ対策指針」を策定し、たばこの健康への影響に関する普及啓発を進めるとともに、「未成年の喫煙防止対策」「受動喫煙を防止するための分煙対策」「喫煙習慣を改善するための禁煙サポート」を進めてきました。

今後も、たばこの健康影響について正しい知識の啓発と、たばこをやめたい人への禁煙サポート、さらに未成年の喫煙を防止し、未成年のうちから喫煙習慣を持つ人をなくす取組を進めます。

(ウ) 休養・こころの健康づくりの推進

こころの健康を保つには、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活を基礎とし、これに休養を加えた3要素が重要です。

睡眠不足は疲労感の蓄積やストレス増大の要因にもなり、不眠は心の病気の一症状として表れることが多いことも注意が必要です。

これらのことから、うつ病対策としての啓発や講演会、相談事業など、市町および関係機関との連携のもと取り組みを推進します。

② 健康なまちづくり

人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、地域のつながりを深め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守るための環境整備を推進します。

健康づくりは従来個人への取り組みが中心でしたが、今後は個人だけでは解決できない地域社会の健康づくりに取り組みます。

ア 健康を支援する県民活動推進

県民一人ひとりが主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深めながら健康づくりに取り組みます。

具体的には、生涯教育やスポーツ、福祉、防災等の様々な地域活動のネットワークに、健康の視点を取り入れていけるよう支援していきます。

また、健康づくりボランティアとして、地域で活動を展開している健康推進員等の活動を促進します。

イ 健康を支援する社会環境整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるため、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことができるよう支援します。

受動喫煙ゼロの店や外食栄養成分表示の店等の推進は、健康づくりに無関心な層や時間等の条件により行動を実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できるため、登録数を拡大します。

(2) 生活習慣病発症予防、重症化予防

① 特定健康診査および特定保健指導の推進

生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査、特定保健指導について、医療保険者が特定健康診査等実施計画に基づき確実に実施されるよう、以下の支援を行います。

ア 集合的な契約の活用の推進

特定健康診査・特定保健指導を多くの被保険者および被扶養者が受けられるようにするための体制を継続的かつ効率的に整備できるよう、複数の医療保険者と複数の健診・保健指導実施機関の間での集合的な契約の枠組みの活用を支援します。

イ 県民に対する啓発の実施

特定健康診査の受診率向上のため関係団体等とともに啓発を実施します。受診率向上のためには、健診の意義や必要性の理解が大切であり、下記のことについて、関係団体等とともに啓発します。

循環器疾患予防のために、確立した4つの危険因子（高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病）について、個々の生活習慣と危険因子の関連、危険因子と循環器疾患との関連等について啓発し、特に脳卒中の危険因子である高血圧については、血圧コントロールの重要性の理解を広め、医療機関における適切な治療が継続されるように啓発します。

ウ 市町等による一般的な健康づくり対策等との連携

医療保険者による特定健康診査および特定保健指導の取り組みは、県・市町を中心とした健康づくり対策と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものであることから、市町等が実施する基本健診やがん検診、健康教育等の情報を共有化し、同時実施等の効果的な実施や周知について支援します。

エ 保健事業の人材の育成

医療保険者が特定健康診査等実施計画に基づき実施する保健事業の着実な展開を支援するため、各医療保険者における保健事業の企画立案、実施および実施後の評価を行える人材の養成を支援します。

特に、保健指導従事者の質的な確保が重要であり、保健指導を実施する医師、保健師、管理栄養士等を対象に、実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修の実施を支援します。

また、糖尿病や慢性腎臓病等の重症化予防のための適切な保健指導を推進するための研修も実施していきます。

オ 生活習慣病の重症化予防の推進

特定健康診査の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよう、各医療保険者が特にリスクの高い人に受診の働きかけを行う体制づくりを支援します。

また、治療中の者の重症化予防として、特に糖尿病性腎症による人工透析の導入予防等のため、医療機関と連携した保健指導の実施に向けて体制づくりを支援します。

カ 保険者における健診結果等の活用の推進

健診データ等の分析や評価および有効な活用、それを用いた効果的な保健指導の推進について、保険者および後期高齢者医療広域連合に対し、支援します。

キ 滋賀県保険者協議会の活動の推進

県内の医療保険者が連携協力して被保険者の健康の保持増進を図り、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を支援するとともに、同協議会の事務局である滋賀県国民健康保険団体連合会の活動に対して支援します。

② 医療費適正化に向けた保険者の取組み支援

国民健康保険の保険者および後期高齢者医療広域連合に対して、国民健康保険団体連合会とも連携しながら以下の取組を支援します。

ア 診療報酬明細書（レセプト）の診査および点検の充実

イ 医療費通知の充実

ウ 後発医薬品に切り替えた場合の「差額通知」の充実

エ 重複・頻回受診および長期療養者等に対する被保険者指導の適正な実施

オ 平成23年度に作成した国民健康保険保健指導事業管理ガイドラインに基づく保健事業の充実

カ 効果を上げている保険者の取組み事例等を参考にした他の保険者での新たな取組みの推進

(3) 医療の効率的な提供の推進

① 医療機関の機能分化

限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、医療機関が担っている医療機能情報を把握、分析し、急性期から亜急性期、回復期、在宅に至るまで必要な医療機能がバランスよく提供される体制が構築されるよう努めるとともに、地域の医療機関が一体となって患者中心の医療を実現するため、病病連携、病診連携を進め、体制の強化を図ります。

また、医療機関の機能分化や連携強化にあたっては、県や市町、医療機関、医師会等が協議・調整を行い、関係者の協力を得ながら進めます。

② 在宅医療の推進

ア 入院から在宅療養への円滑な移行の促進（切れ目のない医療の提供）

病院における退院調整機能の充実や疾患に応じた地域連携クリティカルパスの活用を促進を図ります。

イ 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの促進

在宅療養を担う診療所、訪問看護ステーション、薬局等の増加や、医療職と介護職、医療関係機関と介護事業所とのネットワーク化を促進するとともに、住民に対しかかりつけ医をもつことの普及啓発を図ります。

ウ 在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みの構築

在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催や、訪問看護師養成プログラムの作成、多職種協働により在宅チーム医療を担う人材養成のための研修会の開催など、従事者の資質向上と人材確保に向けた取組などを促進します。

エ 本人が望む場所での療養・終末期ケア・看取りが可能な体制の整備

終末期に医療とどう関わるかについて県民が自らの意思を表明するエンディングノートの活用等についての意識啓発や、医療福祉関係者や住民を対象とした在宅終末期ケアに関する研修・啓発を行います。

オ 在宅療養の継続のため、緊急時に対応が可能な体制の整備

複数の医師、看護師や薬剤師などが連携して、24時間の対応を可能とする体制づくりを促進するとともに、在宅療養中の急変時や、家族のレスパイトのための後方支援病院や有床診療所等の確保に努めます。

カ 在宅療養を支援する拠点の整備

地域の在宅医療に関する課題共有と課題解決に向けた意見交換等が行える場の確保や、多職種・多機関の連携体制づくり、在宅療養に関する情報の一元管理など、在宅療養を支援する機能を有する拠点の整備を促進します。

キ 地域包括ケアシステムの推進

医療と介護の連携による在宅療養支援の充実・強化に向けた取組を促進するとともに、高齢者の個々の状況に応じて、見守り、配食、買い物等の生活支援サービスや権利擁護など、様々な支援が身近なところで提供できる体制づくりへの支援を行います。

③ 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進を図るため、以下の取組を行います。

ア 滋賀県後発医薬品安心使用促進協議会で作成した「滋賀県後発医薬品採用マニュアル」や広報資材を活用して、積極的に啓発に取り組みます。

イ 病院や薬局の後発医薬品採用リストおよび処方せんの汎用医薬品リストを作成・公表し、医師の処方や薬局の備蓄に活用して、使用促進を図ります。

ウ 先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の医療保険者による被保険者への「差額通知」の実施を推進することにより、後発医薬品の使用促進について理解と協力を得ます。

エ 県内の後発医薬品製造業者に対する定期的な査察および品質検査を実施し、一層の安全性、有効性の確保を図ります。

3 保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力

計画に掲げた取組を円滑に進めていくために、保険者、健診・保健指導機関、医療機関および教育機関や介護サービス事業者等と様々な機会を捉えて情報交換を行うなど連携・協力を図ります。

また、保険者協議会と連携することにより、保険者が行う保健事業の情報を共有するとともに、県内医療保険者が連携して実施する保健事業等を推進します。

4. 医療に要する費用の見通し

平成20年度における県民医療費は、3,384億円でしたが、平成29年度には、4,710億円になると見込まれます。

この計画に定める施策を実施した場合は、4,617億円となる見込みであり、適正化の効果は概ね93億円と見込まれます。

5 計画の進行管理

(1) 計画の期間

高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定により、医療費適正化計画は5年を1期として作成することとなっています。このため、この第二期計画については、平成25年度から29年度までの5年間を対象とします。

(2) 計画の進行管理

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価および見直し、改善の一連の循環により進行管理をしていきます。

(3) 計画の公表

高齢者の医療の確保に関する法律第9条第6項の規定により、医療費適正化計画を県ホームページに掲載するなど、適切な方法で公表します。また、平成27年度に行う中間評価と計画終期である平成29年度の翌年度の平成30年度に行う実績の評価についても、その結果を適切な方法により公表します。

第4章 計画作成のための体制の整備および達成状況の評価

1 計画作成のための体制の整備

(1) 関係者の意見を反映させるための体制の整備

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとするのが求められていることから、学識経験者、医療関係団体の代表者、医療を受ける立場にある者の代表者で構成される滋賀県医療審議会医療費適正化計画部会を開催し、計画に意見を反映させます。

(2) 市町との連携

市町では、住民の健康の保持の推進に関し、健康増進の啓発事業等を実施しているなど、医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことから、計画の作成、変更等において市町との連携を図ります。

(3) 県民の責務

急速な少子高齢化など医療を取り巻く環境が大きく変化している現在にあっては、県民の一人ひとりが、自らの責任において主体的、積極的に健康の保持・増進や生活習慣病予防への取り組みに関わる必要があります。

また、安全・安心な医療を受けるためには、限られた医療資源を有効に活用することが大切であり、身近なかかりつけ医を持ち、相談しながら症状に応じた医療機関を受診するなどの対応が求められます。

2 達成状況の評価

(1) 進捗状況の評価

高齢者の医療の確保に関する法律第11条第1項の規定により、当計画の作成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。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況および目標値の進展状況との因果関係などについて分析を行います。

また、中間評価に限らず、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行います。

(2) 評価の活用

① 計画期間中の見直し

中間評価を踏まえ、必要に応じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行います。

② 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成29年度）は、第三期医療費適正化計画の作成作業を行うことから、第三期計画の内容の検討に際しては、第二期計画の評価結果を適宜活用します。

【用語解説】

あ 行

医療制度改革

急速な少子高齢化が進む中で、後期高齢者医療制度の創設や療養病床の再編などの施策により、増え続ける医療費を抑えるための改革。

医療福祉

保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉。

エンディングノート

人生の終末期に自身に生じる万一のことに備えて、治療、介護、葬儀などについての希望や、家族への伝言、連絡すべき知人のリストなどを書き留めておくノート。遺言と異なり法的な拘束力はない。

か 行

後期高齢者医療費

高齢者の医療費を国民全体で公平に負担し合うという老人保健制度の趣旨を発展的に継承し、医療制度改革の施策として、75歳以上の高齢者である後期高齢者を対象として、平成20年度に創設された後期高齢者医療制度にかかる医療費。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）と同じ有効成分で効能・効果の等しい医療用の医薬品のこと。先発医薬品の特許が切れた後に、厚生労働大臣の承認のもとに新たに他社から製造販売されるため、後発医薬品と言われている。

国民医療費

全国で1年間に医療のために支出される費用の総額をいい、公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの公費負担医療費や窓口の自己負担を含んだ金額である。

国民皆保険

すべての国民がなんらかの公的な医療保険制度に加入している状態をいい、「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受けられる体制のこと。

さ 行

在宅医療

できる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、生活の場において必要な医療サービスが受けられる体制のこと。

在宅療養支援診療所（病院）

高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所（病院）。

滋賀県健康いきいき 2 1

平成 13 年（2001 年）3 月に、県民の健康づくりを支援する社会環境づくりを総合的に推進するため策定した本県の健康増進計画で、平成 20 年（2008 年）3 月に改定した。

予防により改善が期待できる「生活習慣病」とそれに関連する「生活習慣」を施策の対象としており、「栄養・食生活」、「身体活動」など、健康づくりに取り組むための具体的な目標を設定している。

滋賀県保健医療計画

医療圏、基準病床数等の医療提供体制の確保について定めた医療法第 30 条の 4 に基づく計画。平成 24 年（2012 年）3 月の改定では、従前の 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）に、精神疾患、在宅医療の推進が新たに必須記載事項となったことを踏まえた内容となる。

滋賀県保険者協議会

県内の医療保険者を構成委員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者の健康保持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を図ることを目的に設立された団体。事務局は滋賀県国民健康保健団体連合会に設けられている。

集合的な契約の枠組み

全国にちらばっている場合もある健康保険組合や共済の被保険者や被扶養者が、地元で特定健康診査・特定保健指導を受けることができるための仕組み。全国の医療保険者と健診・保健指導実施機関が都道府県単位等で代表者を決めて、互いに集団的に契約を結ぶ。

終末期ケア

終末期とは、治療で回復の見込みがなく、数週間ないし数カ月うちに死亡するだろうと予期される状態になった時期をいい、その時期に身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することによって、人生の質（QOL: Quality Of Life）を向上することを主とした医療的処置に加え、精神的側面を重視した総合的な措置がとることをいう。

受療率

患者調査は 3 年に 1 回実施され、抽出された医療施設における 10 月の 3 日間のうち指定された 1 日の入院・外来患者および 9 月 1 ヶ月の退院患者についての調査であり、その調査から得られるもので、推計患者数（調査日に受療した患者の推計数）を人口 10 万人当たり（10 万対）で表し、次の式で算出される。

$$\text{受療率} = \frac{\text{調査日（指定した日間）に医療施設で受療した推計患者数} \times 100,000}{\text{人 口}}$$

生活習慣病

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患のこと。

相関関係

二つのものが密接にかかわり合い、一方が変化すれば他方も変化するような関係。数学的には -1 から 1 の範囲をとる相関係数で示され、相関係数が -1 または 1 に近いほど相関関係が高い。

た 行

地域包括ケアシステム

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制。

地域連携クリティカルパス

病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から集中的なリハビリをする「回復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリをする「維持期病院・施設」まで、切れ目のない治療が提供でき、早期に自宅に帰れるよう地域全体の関係機関が協働で作成する診療計画表。

超高齢化社会

一般的には、高齢化率（65歳以上の人口が総人口に占める割合）が21%を超える社会をいう。ちなみに、高齢社会は高齢化率が14%～21%である社会を指し、日本は平成6年（1994年）に既に高齢化社会になっている。

特定健康診査

生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見し、生活習慣改善のための保健指導を行い減少させる、そのための健診であり、医療保険者（国保、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者および被扶養者）を対象として行う。

特定保健指導

メタボリックシンドロームに着目した個人の生活習慣の改善に重点を置き、行動目標を自ら設定し実行できるよう、個人の行動変容を目指すものであり、医療保険者が特定健康診査の結果により抽出された健康の保持に努める必要がある人に対して行う保健指導。

は 行

平均在院日数

医療機関において、患者が退院までに何日間入院しているかを示す指標のこと。

訪問看護ステーション

かかりつけの医師の指示にもとづいて看護師が訪問し、自宅で高齢者や障害のある人などに看護サービスを提供する事業所。

保健医療圏

住民が求める保健サービスや医療の水準ごとに、需要と供給のバランスを図り、適切かつ効率的な保健サービスや医療の提供を行うために設定する圏域のこと。

一次保健医療圏：身近で頻度の高い保健サービスや医療に対応するための圏域で、市町の行政区域

二次保健医療圏：入院治療が必要な一般的な医療需要に対応するための圏域で、保健所の管轄地域

三次保健医療圏：特殊な診断や治療が必要となる高度で専門的な保健サービスや医療の需要に対応するための圏域で、滋賀県全域

ま 行

メタボリックシンドローム

内臓脂肪肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を示す病態。それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患などの発症リスクが大きい。内臓脂肪を減少させることでそ

これらの発症リスクを低くできる。

ら 行

レイカディア滋賀プラン

平成 18 年（2006 年）3 月に、認知症高齢者の増加、また団塊の世代が高齢期に入るなどの新しい課題や、介護保険制度の見直しにも対応し、本県がめざす活力ある長寿社会の実現のために策定した計画で、平成 24 年（2012 年）3 月に改定した。

レスパイト

レスパイトとは、本来は「一時休止」「休息」という意味で、介護者が介護から離れられずにいる状態から、一時的に一定期間、介護から開放する事により、日頃の心身の疲れを回復させるようにする援助のこと。

レセプト

患者が受けた診療について、医療機関等が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のことであり、診療報酬明細書（医科・歯科の場合）または調剤報酬明細書（薬局における調剤の場合）とも呼ばれる。