

新潟県後期高齢者医療広域連合における
医療費の現状分析から見る健康課題と対策

平成 31 年 3 月

新潟県後期高齢者医療広域連合

目次

第1章 医療費の現状分析の着眼点	1
1. 現状分析の目的	2
2. 現状分析の背景	3
第2章 新潟県後期高齢者医療広域連合の特性	11
1. 新潟県広域連合の被保険者数	13
2. 新潟県広域連合の医療費の概況	15
3. 新潟県広域連合の疾病状況	21
4. 要介護認定者の状況	30
5. 健康寿命	36
6. 人口及び医療費の将来予測	37
第3章 新潟県広域連合と全国の広域連合の比較	41
1. 都道府県別の後期高齢者1人当たり医療費の比較	43
2. 都道府県別の後期高齢者1人当たり医療費の地域差要因	52
3. 都道府県別の健康寿命	77
第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴	87
1. 市町村別の後期高齢者1人当たり医療費の比較	89
2. 市町村別の保健事業に関連する分析項目	96
3. 学識経験者等による医療費分析	114
第5章 現状分析のまとめ	117
1. 現状分析結果のまとめ	118
2. 現状分析からみえた健康課題	122
第6章 健康寿命延伸に向けて実施すべき保健事業	125
1. 各課題に対する保健事業	126
(1) 生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)	126
(2) 多病・多剤対策	127
(3) フレイル対策	128
(4) 前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)	129

第1章 医療費の現状分析の着眼点

【要点】

新潟県後期高齢者の1人当たり医療費が低いという現状に照らし、以下の点に着目して現状分析を行う。

- ①都道府県別の1人当たり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。
- ②新潟県後期高齢者は「健康」か。
- ③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するか。
- ④被保険者の更なる健康保持・増進を目指すため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適切か。

これらの分析により、新潟県における後期高齢者医療制度の安定的な運営と、高齢者が健やかに安心して暮らすことのできる保健・医療の提供につなげる。

1. 現状分析の目的

本分析は、全国と比較して、新潟県後期高齢者の1人当たり医療費が低い要因を考察するとともに、保険者として実施すべき保健事業を検討することで、新潟県における後期高齢者医療制度の安定的な運営と、高齢者が健やかに安心して暮らすことのできる保健・医療の提供につなげることを目的とする。

2. 現状分析の背景

(1) 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は、平成 18 年に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)」に基づき平成 20 年 4 月から発足した。保険者は、都道府県ごとに全市町村で構成される後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)である。

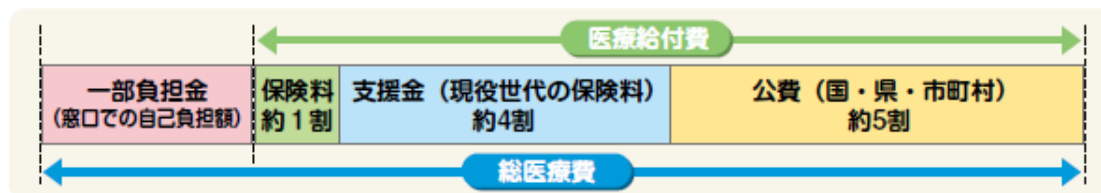
制度の目的は、次の 2 点である。

後期高齢者医療制度の目的

- ・急速な少子高齢化に伴い、増大する高齢者の医療費を社会全体で支えるため、現役世代と高齢世代の負担を明確化し、公平でわかりやすい制度とする。
- ・制度の運営を都道府県単位で行うことにより、財政の安定化を図る。

後期高齢者医療制度は、75 歳以上の全ての後期高齢者と 65 歳から 74 歳までの一定の障がいがある方が被保険者となる。財源は、後期高齢者が医療機関等の窓口で支払う自己負担分(かかった費用の 1 割、ただし、現役並み所得者は 3 割)のほかに、被保険者の保険料約 1 割、現役世代の保険料からの支援金約 4 割、公費約 5 割で賄われている。

1 割負担被保険者の負担のしくみ



出典:平成 30 年度版後期高齢者医療制度ガイドブック(新潟県後期高齢者医療広域連合)

(2) 後期高齢者の特性と医療需要

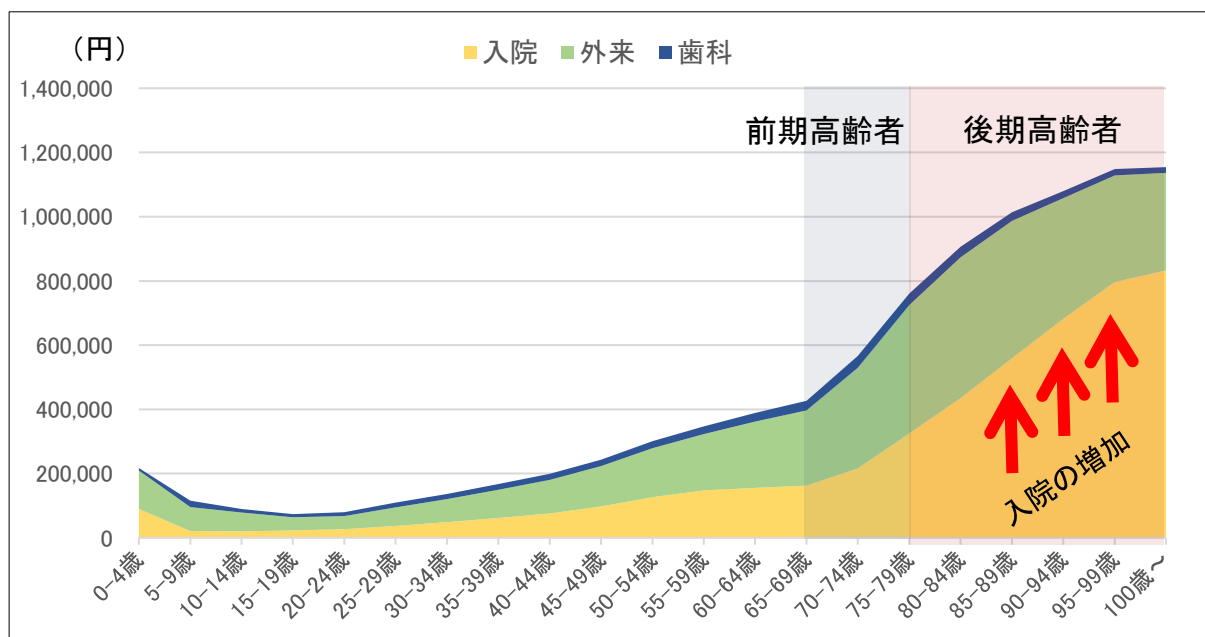
後期高齢者の特性は以下のとおりである。

- ① 後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。
- ② 複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。
- ③ 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。
- ⑤ 後期高齢者は98.8%が医療機関を受診しており、要介護認定割合が80歳以上から約3割に急上昇するなど、医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加する。

出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(厚生労働省保健局高齢者医療課)

これらの特性を有することから、他の年齢階層と比較して、1人当たり医療費は高い。市町村国民健康保険(以下「市町村国保」という。)と後期高齢者を合わせ、年齢階層ごとの1人当たり医療費(全国値)をみると、前期高齢者の年齢である65歳を超えてから、医療費が急速に増加している。この増加部分を診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)の種別ごとにみると、入院医療費の占める割合の増加が1人当たり医療費を押し上げていることがわかった。

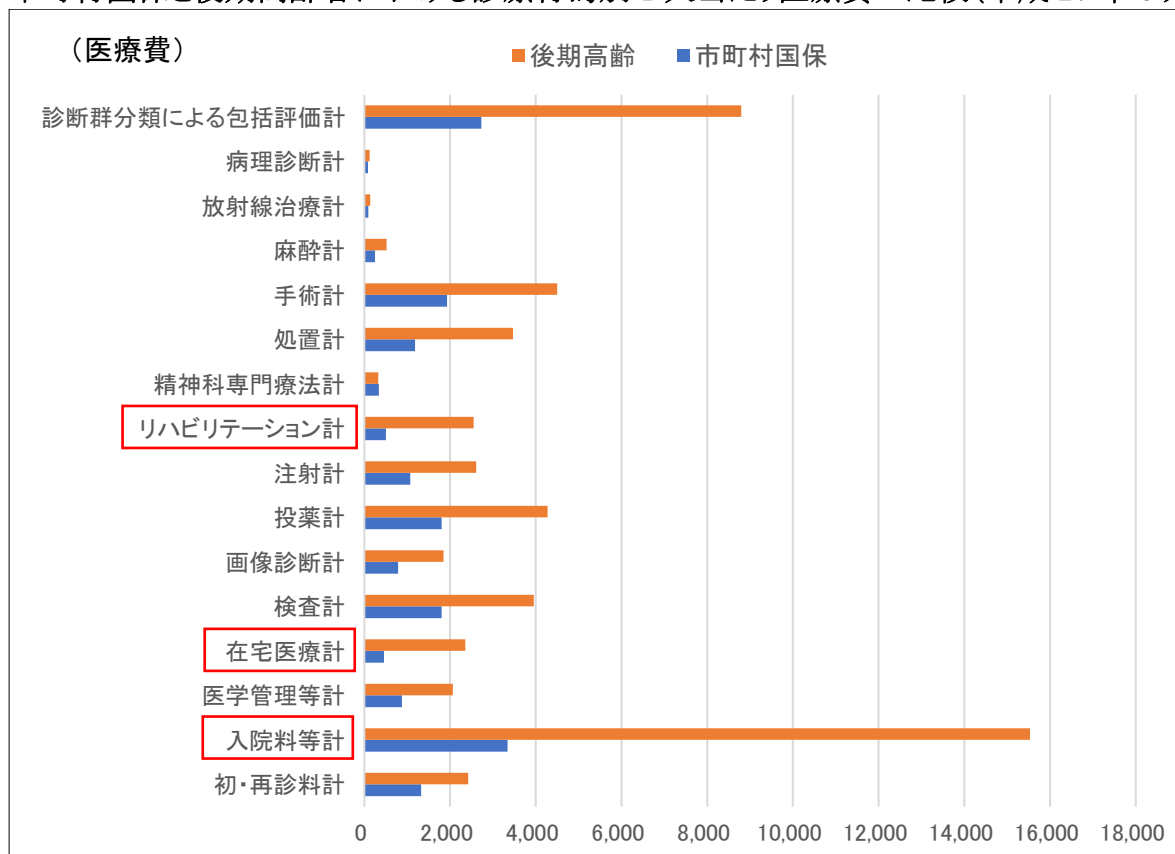
年齢階層別1人当たり医療費(平成26年度)



出典：平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省) (0-74歳は市町村国保、75歳以上は後期高齢者)

市町村国保と後期高齢者の診療行為別に、1人当たり医療費を比較すると、市町村国保の1人当たり医療費に比べて、後期高齢者の1人当たり医療費が全ての診療行為において増加していた。特に、入院料・在宅医療・リハビリテーションで、市町村国保よりも後期高齢者の医療費が3倍以上高くなっていた。

市町村国保と後期高齢者における診療行為別1人当たり医療費の比較(平成27年6月)



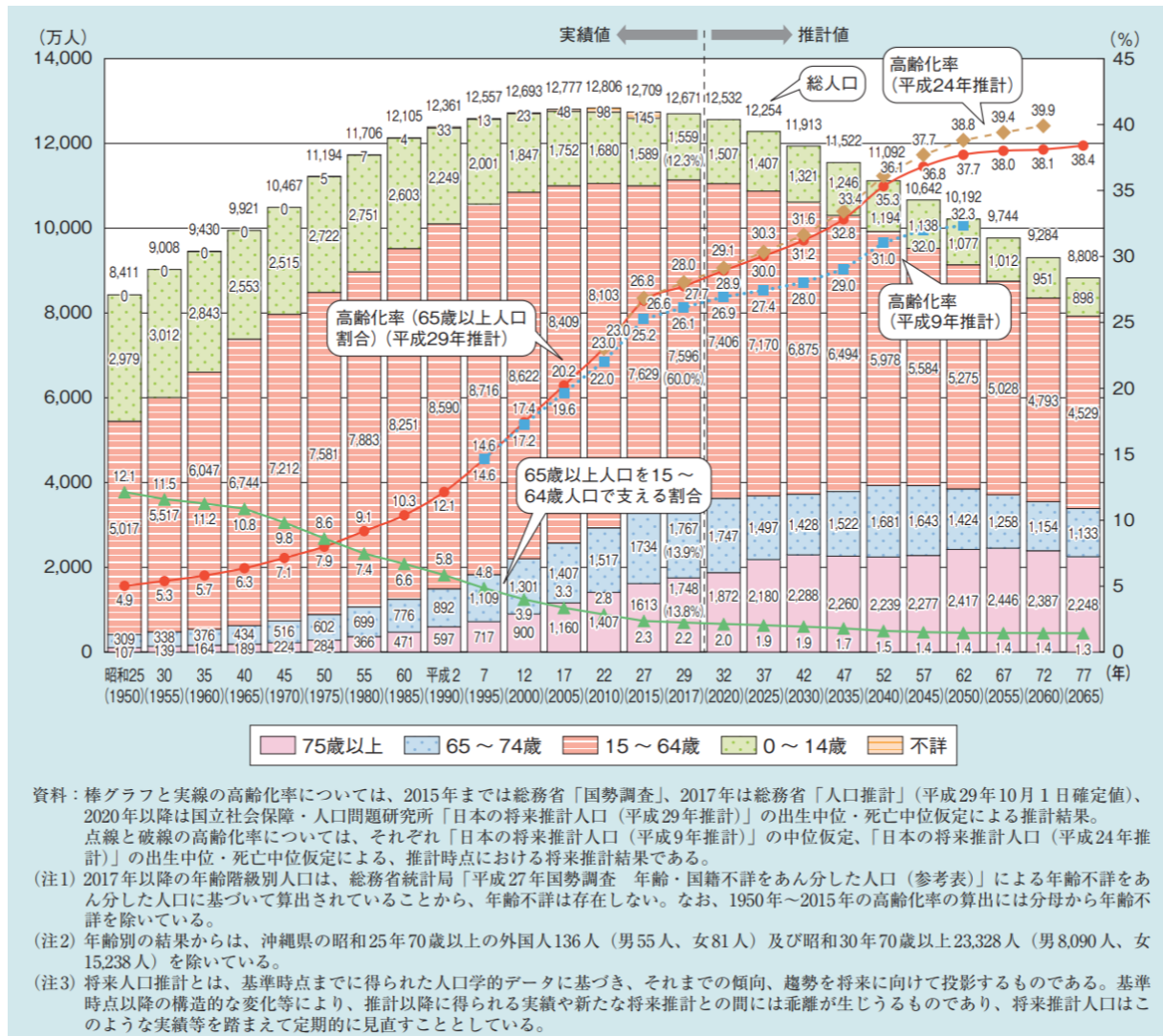
出典:平成27年 社会医療診療行為別統計 平成27年6月審査分(厚生労働省)を改変

後期高齢者は、前述した特性から、他の年齢階層よりも医療に対する需要、とりわけ入院に関する需要が高くなっている。

(3) 後期高齢者の将来推計

現在、日本では急激な高齢化が進んでおり、特に後期高齢者の増加は顕著である。将来推計によると、団塊の世代がすべて後期高齢者に移行する2025年には、高齢化率は30%となり、全高齢者数に占める後期高齢者の割合はおよそ6割となる。その後も、75歳以上人口は2055年まで増加傾向が続くものと見込まれている。

図 1-1-2 の「高齢化の推移と将来推計」



出典：平成30年版高齢社会白書

(4) 国の動き

平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」では、保険者の果たすべき機能として、次の6点をあげている。

保険者の果たすべき機能

※平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」による。

- ①被保険者の適用(資格管理)
 - ・適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと。
- ②保険料の設定・徴収
 - ・加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと。
- ③保険給付(付加給付も含む)
 - ・必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと。
- ④審査・支払
 - ・レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと。
- ⑤保健事業等を通じた加入者の健康管理
 - ・レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること。
 - ・加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと。
 - ・医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること。
- ⑥医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ
 - ・医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと。
 - ・レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること。

2

出典:厚生労働省資料

これを受けて、国では、平成25年6月に「日本再興戦略」を閣議決定し、その中で「全ての健康保険組合に対して、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画(仮称)』の作成・公表・事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と定めた。また、後期高齢者医療の保険者に対しても「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、同趣旨の取組を求めた。

(5) 新潟県後期高齢者医療広域連合の取組

「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」を受けて、新潟県広域連合では、被保険者の健康状態や疾病傾向などを健康診査の結果やレセプト等を用いて分析し、効果的・効率的な保健事業を確実に実施するための「保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成27年8月に策定した。

平成30年3月には、第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定し、健康寿命の延伸と高齢者の特性に応じた各種サービスの提供を目標に、重症化する前にできる予防措置や日常生活の改善の提案など、一般的な啓発事業から重症化予防事業まで、幅広い保健事業を展開している。

加入している医療保険の別にかかわらず、連続性があり、個人の状況にあった保健事業を受けることが健康保持・増進により効果的かつ効率的である。また、後期高齢者医療制度の被保険者は、市町村で行う介護保険サービス、介護予防事業を受けていることが多い。このことを踏まえて、第2期保健事業実施計画では、関係者との連携を重要と考え、市町村やその他関係機関との連携による取組を一層推進するため、医療や介護、健康診査などにかかる継続したデータ分析を行い、市町村ごとの分析結果や健康課題等の情報提供を行うこととした。



3. 現状分析の着眼点

新潟県後期高齢者医療制度における最大の特徴は、その1人当たり医療費が低いことといえる。新潟県後期高齢者の1人当たり医療費は、広域連合が発足した平成18年から平成28年まで、平成22年を除き、全国最低となっている。平成26年度に、全国で最も1人当たり医療費が高い福岡県との差は42万7千円となり、約1.58倍という地域差が生じている。

では、この都道府県別の1人当たり医療費の地域差は、どのような要因から生じるのだろうか。

もし「健康でない」とすれば、医療需要が高まり、1人当たり医療費も高くなると考えられるが、現状、新潟県後期高齢者の1人当たり医療費は低く保たれている。医療費が低く、「健康」であれば最良だが、新潟県の後期高齢者は「健康」なのか。新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するのか。

新潟県広域連合のデータヘルス計画に掲げるように、来る超高齢社会では、健康寿命を延伸し、QOLの維持・向上を図ることが重要となる。適正な医療費で被保険者の更なる健康保持・増進を促すため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適当なのか。

また、これらの方法は、新潟県全体として、単一で示されるものではない。新潟県広域連合は、県内30市町村から構成されており、各市町村によって、社会的な生活環境やその背景、医療・福祉・公的扶助サービスの利用状況に加え、これまで市町村国保等で実施されてきた保健事業も異なる。そのため、30市町村ごとに被保険者の特徴を理解し、健康寿命の延伸に向けた必要な対策を検討していく必要がある。

本書では、上記のような点に着目して分析を行い、その結果から保険者として実施すべき保健事業を検討することとする。

第2章 新潟県後期高齢者医療広域連合の特性

【要点】

平成24年度から平成28年度における医療費等を分析した結果、新潟県後期高齢者の現状と特性は次のとおりだった。

- ・新潟県後期高齢者医療制度の被保険者数は増加している。特に85-89歳において増加幅が大きい。
- ・総医療費は増加。レセプト種別では外来医療費が入院医療費よりも高い。歯科医療費は入院・外来と比べると低いが、伸び率が高く、需要が高まっている。
- ・1人当たり医療費はおおむね横ばい。85-89歳を境に、1人当たり入院医療費が1人当たり外来医療費よりも高くなる。
- ・疾病分類別医療費の割合からは、生活習慣病の重症化や加齢に伴う疾病が入院・外来医療費ともに大きな影響を及ぼしている。
- ・医療施設数は全国より低い。医師数・薬剤師数は全国と比較して少なく、歯科医師数は多い。
- ・要介護度2以上の認定率は、要介護度2未満の認定率よりも高い。
- ・新潟県は、全国と比較して日常生活に制限のある期間は短い。

第1章では、新潟県後期高齢者の1人当たり医療費が低いという現状に照らして、以下の点について分析することを示した。

①都道府県別の1人当たり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。
②新潟県後期高齢者は「健康」か。
③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するか。
④被保険者の更なる健康保持・増進を図るため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適当か。

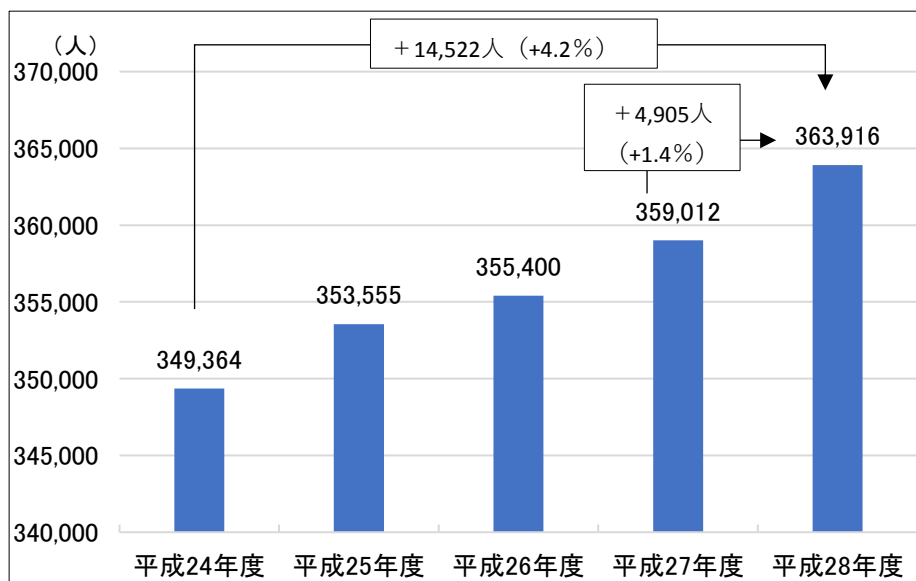
第2章では、これらの分析を進めるにあたり、新潟県後期高齢者の現状と特性を示す。

1. 新潟県広域連合の被保険者数

後期高齢者医療制度は、75歳以上の全ての後期高齢者と65歳から74歳までの一定の障がいがある方が被保険者となる。

新潟県広域連合の被保険者数は、平成24年度には349,364人であったが、平成28年度には363,916人と5年間で14,552人(4.2%)の増加を示した。被保険者数は年々増加しており、直近の平成27年度から平成28年度では4,905人(1.4%)の増加となった。

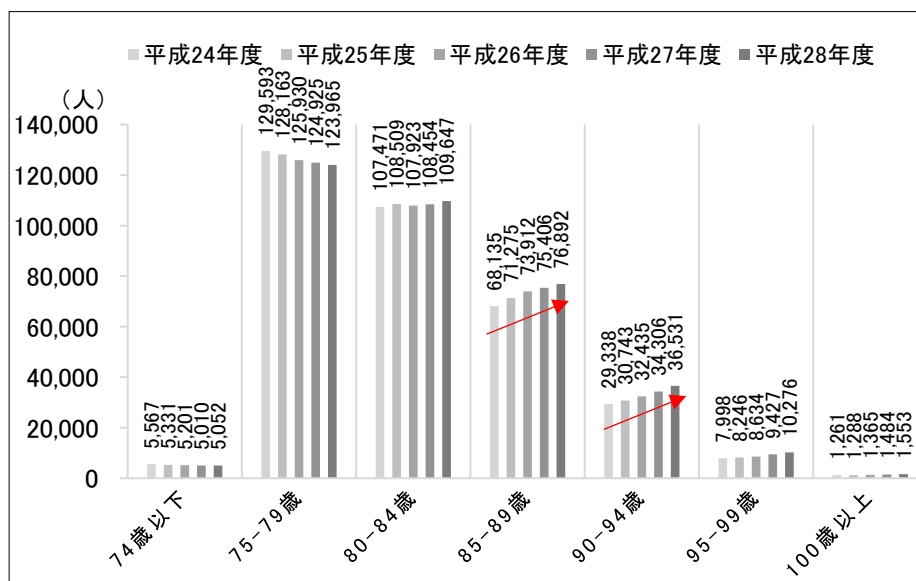
被保険者数の推移



出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)
各年度の年央(9月末日もしくは10月1日現在)

年齢階層別の被保険者数では、85歳以上の被保険者数が年々増加している。特に85-89歳において増加幅が大きく、本書の分析においても注目する年代とする。

年齢階層別の被保険者数の推移

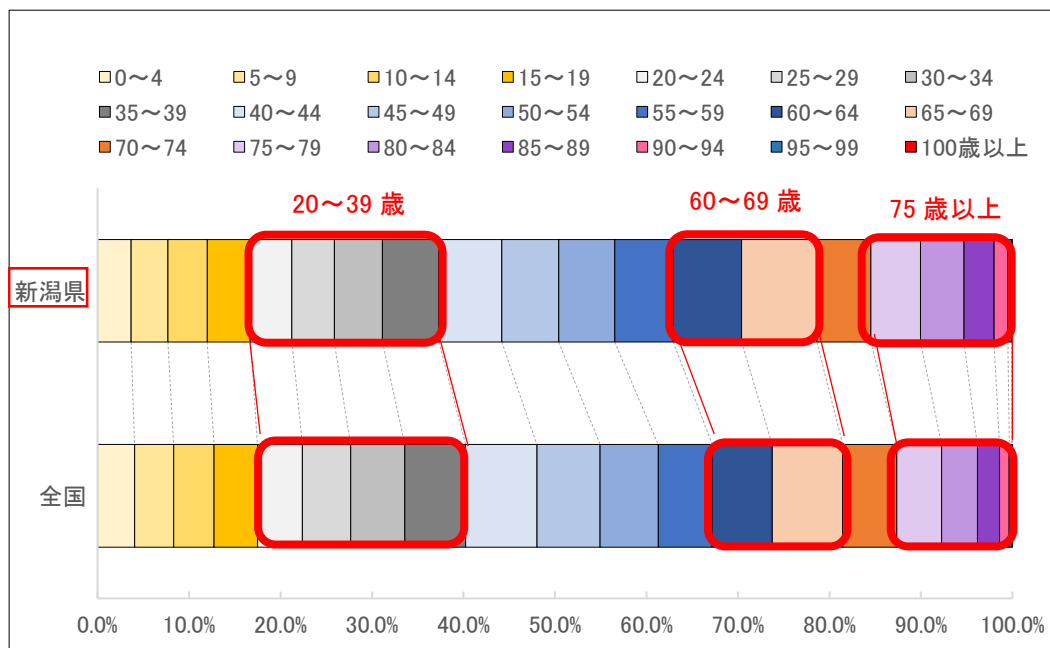


出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)
各年度の年央(9月末日もしくは10月1日現在)

新潟県の人口構成の特徴を全国と比較した。

新潟県は、20歳から39歳の人口の割合が少なく、60歳から69歳、75歳以上の人口割合が多くなっている。65歳以上の人口割合（高齢化率）は、全国が26.2%であるのに対して、新潟県は29.5%と3.2ポイント高くなっており、新潟県における高齢化のスピードは全国と比較するととりわけ早いことがわかる。

新潟県と全国の年齢階層別の人口構成比



出典:平成28年1月1日時点 住民基本台帳に基づく人口(総務省)

年齢階層	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34
新潟県	3.7%	4.0%	4.3%	4.8%	4.5%	4.6%	5.3%
全国	4.0%	4.3%	4.4%	4.7%	4.9%	5.3%	5.9%

年齢階層	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69
新潟県	6.2%	6.9%	6.2%	6.1%	6.4%	7.5%	8.2%
全国	6.7%	7.8%	6.9%	6.3%	5.9%	6.6%	7.7%

年齢階層	70~74	75~79	80~84	85~89	90~94	95~99	100歳以上
新潟県	5.9%	5.4%	4.7%	3.3%	1.5%	0.4%	0.1%
全国	5.9%	4.9%	3.9%	2.4%	1.1%	0.3%	0.0%

構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

65歳以上の割合
新潟県 29.5%
全国 26.2%

2. 新潟県広域連合の医療費の概況

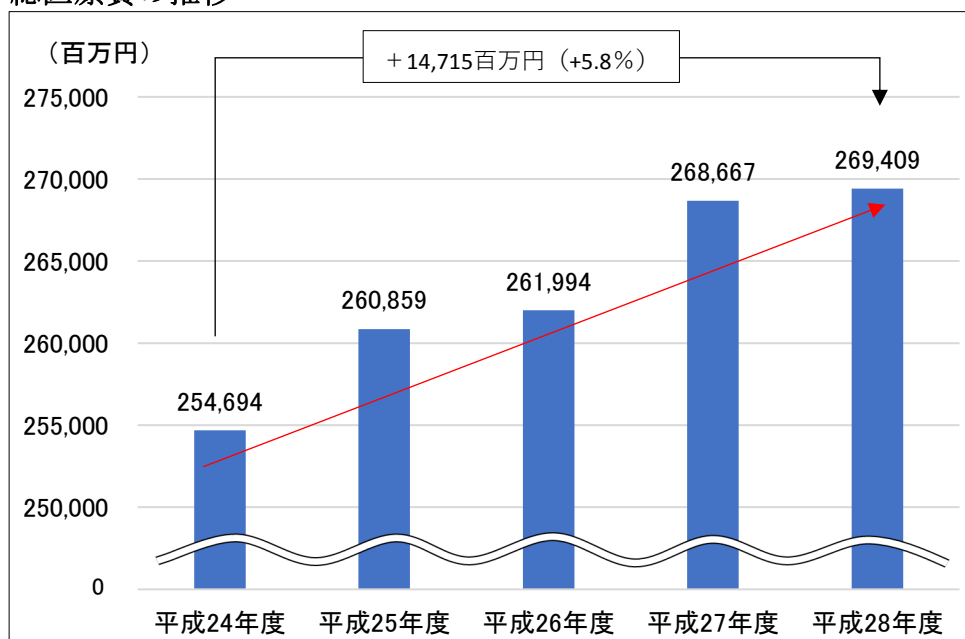
(1) 総医療費の推移

診療報酬は、医療機関が提供した医療の対価である。この診療報酬は、医療の進歩や経済状況とかけ離れないよう、通常2年に一度改定(見直し)される。平成24年度、平成26年度、平成28年度の診療報酬改定では、薬価(薬の価格)の引き下げや、安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分が設定された。

被保険者の増加や診療報酬改定等の影響を受けて、新潟県後期高齢者の総医療費は、診療報酬改定が行われた平成26年度では前年度比1,135百万円(0.4%)、平成28年度では前年度比742百万円(0.2%)の増加となり、平成25年度では前年度比6,165百万円(2.4%)、平成27年度では6,673百万円(2.5%)の増加となった。診療報酬改定の翌年度は、薬価の引き下げや配分変更の影響で、総医療費の伸び率が低くなっている。

平成24年度から平成28年度までの4年間では、14,715百万円(5.8%)の増加を示した。

総医療費の推移



出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
総医療費 (単位:百万円)	254,694	260,859	261,994	268,667	269,409
前年度比伸び率	0.8%	2.4%	0.4%	2.5%	0.2%

↑
診療報酬改定あり

↑
診療報酬改定あり

↑
診療報酬改定あり

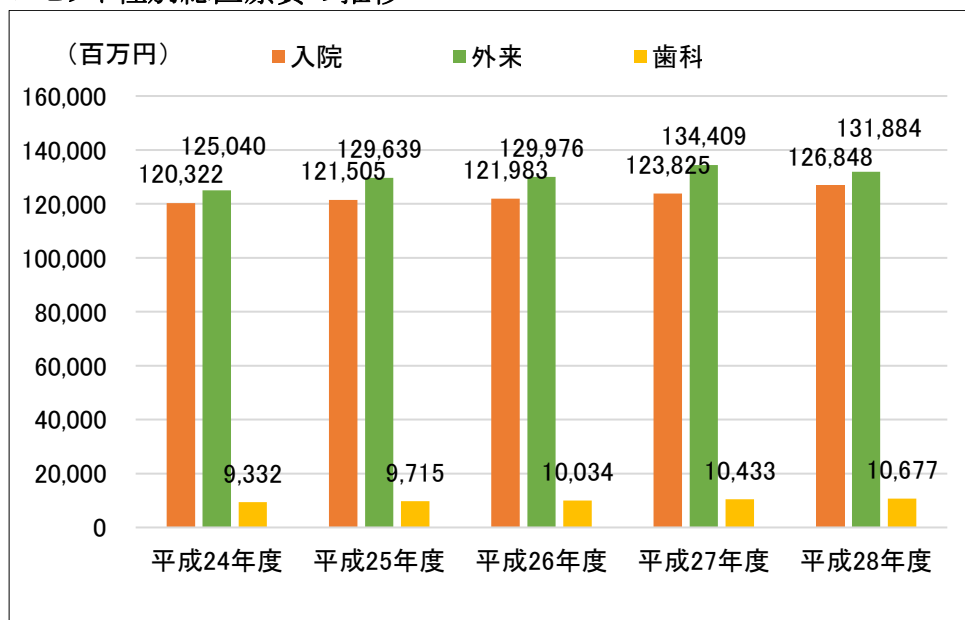
新潟県広域連合の総医療費をレセプト種別にみると、外来医療費が高くなっていった。

外来医療費は平成24年度に125,040百万円であったが、平成28年度には131,884百万円と5年間で6,844百万円(5.5%)の増加を示している。直近の平成27年度と平成28年度では2,525百万円の減少となっており、診療報酬改定の影響が伺える。一方、入院医療費は平成24年度の120,322百万円から平成28年度の126,848百万円と年々増加している。

先に示した総医療費は、外来医療費が減少したにもかかわらず増加している。これは入院医療費の増加によるものである。

歯科医療費は、入院医療費と外来医療費に比べると低くなっているが、平成24年度の9,332百万円から平成28年度に10,677百万円と4年間で1,345百万円(14.4%)の増加を示した。歯科医療費の伸び率は、入院医療費や外来医療費よりも高くなっており、需要が高まっていることがわかる。

レセプト種別総医療費の推移



出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

(2) 年齢階層別の1人当たり医療費

新潟県広域連合の医療費を年齢階層別に1人当たり医療費でみる。

74歳以下の被保険者では、1人当たり医療費が他の年齢階層に比べて高くなっている。後期高齢者医療制度は原則として75歳以上の人が入る医療保険であるが、65歳以上74歳以下の人で一定の障がいがある場合には、本人の申請において後期高齢者医療制度に入ることができる。

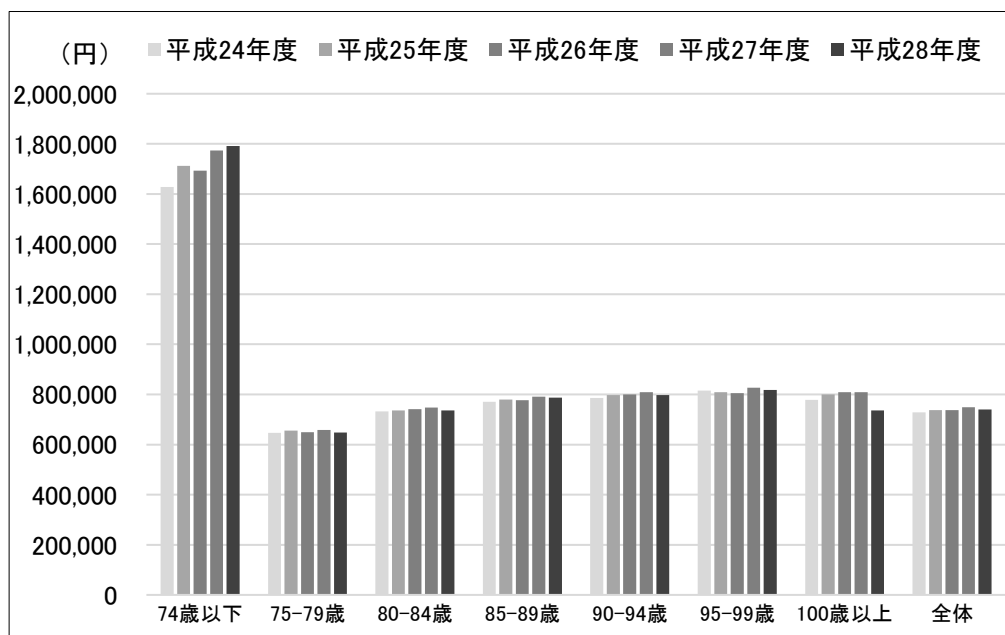
一定の障がいとは、次に該当する状態のことをいう。

- ・身体障害者手帳1～3級
- ・身体障害者手帳4級のうち、音声機能または言語機能障害、下肢障害の1・3・4号
- ・療育手帳「A」
- ・精神障害者保健福祉手帳1・2級
- ・国民年金法による障害基礎年金、障害年金受給者など

後期高齢者医療制度では、現役並み所得者を除いて、医療費の自己負担割合はかかった費用の1割である。一定の障がいがある人は、その障がいにより医療費が多くかかっているため、その他の年齢階層よりも1人当たり医療費が高くなっていると考えられる。

その他の年齢階層では、横ばい若しくは微増、平成28年度は微減となっている。

年齢階層別 1人当たり医療費



単位(円)

	74歳以下	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上	全体
平成24年度	1,627,392	646,490	732,581	771,311	786,070	815,906	778,204	729,022
平成25年度	1,712,142	655,854	735,846	780,176	797,619	808,809	800,698	737,816
平成26年度	1,692,707	648,963	741,798	776,605	800,046	805,569	808,857	737,180
平成27年度	1,773,523	658,545	747,977	790,921	808,939	827,416	808,725	748,351
平成28年度	1,790,818	648,572	736,335	787,576	797,127	817,834	735,660	740,306

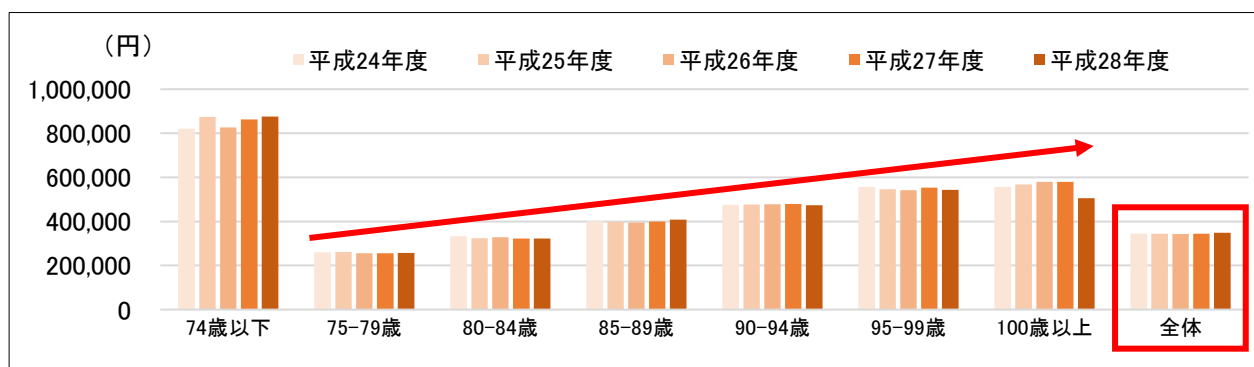
出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

レセプト種別に1人当たり医療費をみる。入院医療費、外来医療費ともに74歳以下の1人当たり医療費は、他の年齢階層と比べて高くなっている。

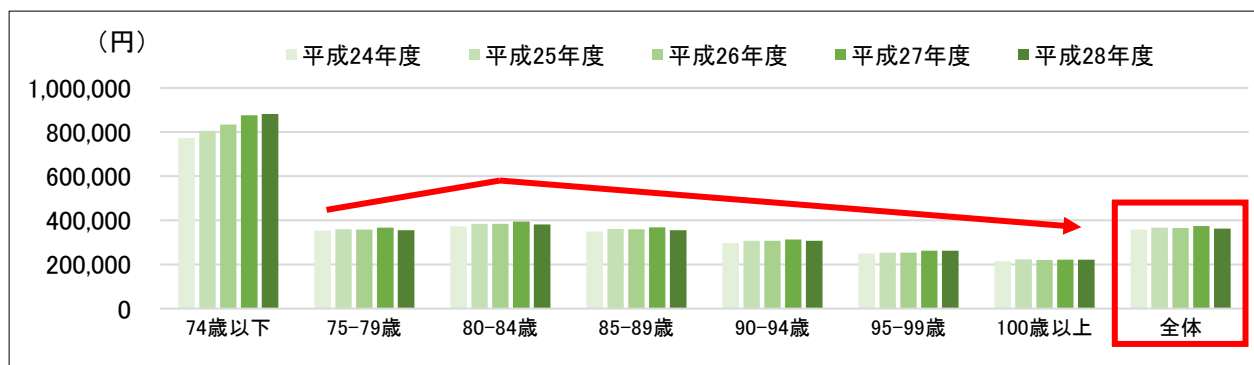
75歳以上の1人当たりの入院医療費は、年齢とともに増加し、一方、1人当たりの外来医療費は、80-84歳をピークに年齢とともに減少している。1人当たりの歯科医療費は、入院医療費や外来医療費に比べると低くなっており、75-79歳をピークに年齢とともに減少している。

1人当たり医療費の全体に着目し、その推移をみると、入院医療費、外来医療費の伸び率と比較して、1人当たり歯科医療費の伸び率は顕著に高くなっている。

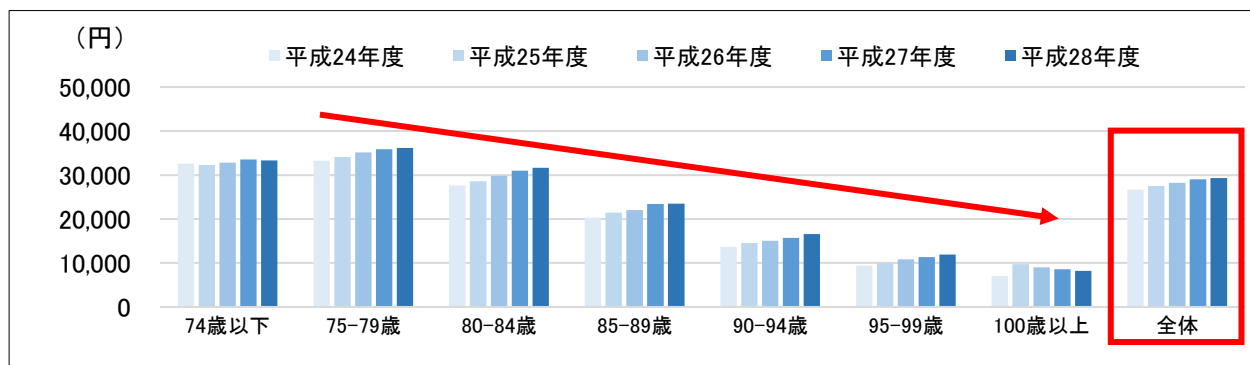
年齢階層別 1人当たり入院医療費



年齢階層別 1人当たり外来医療費



年齢階層別 1人当たり歯科医療費



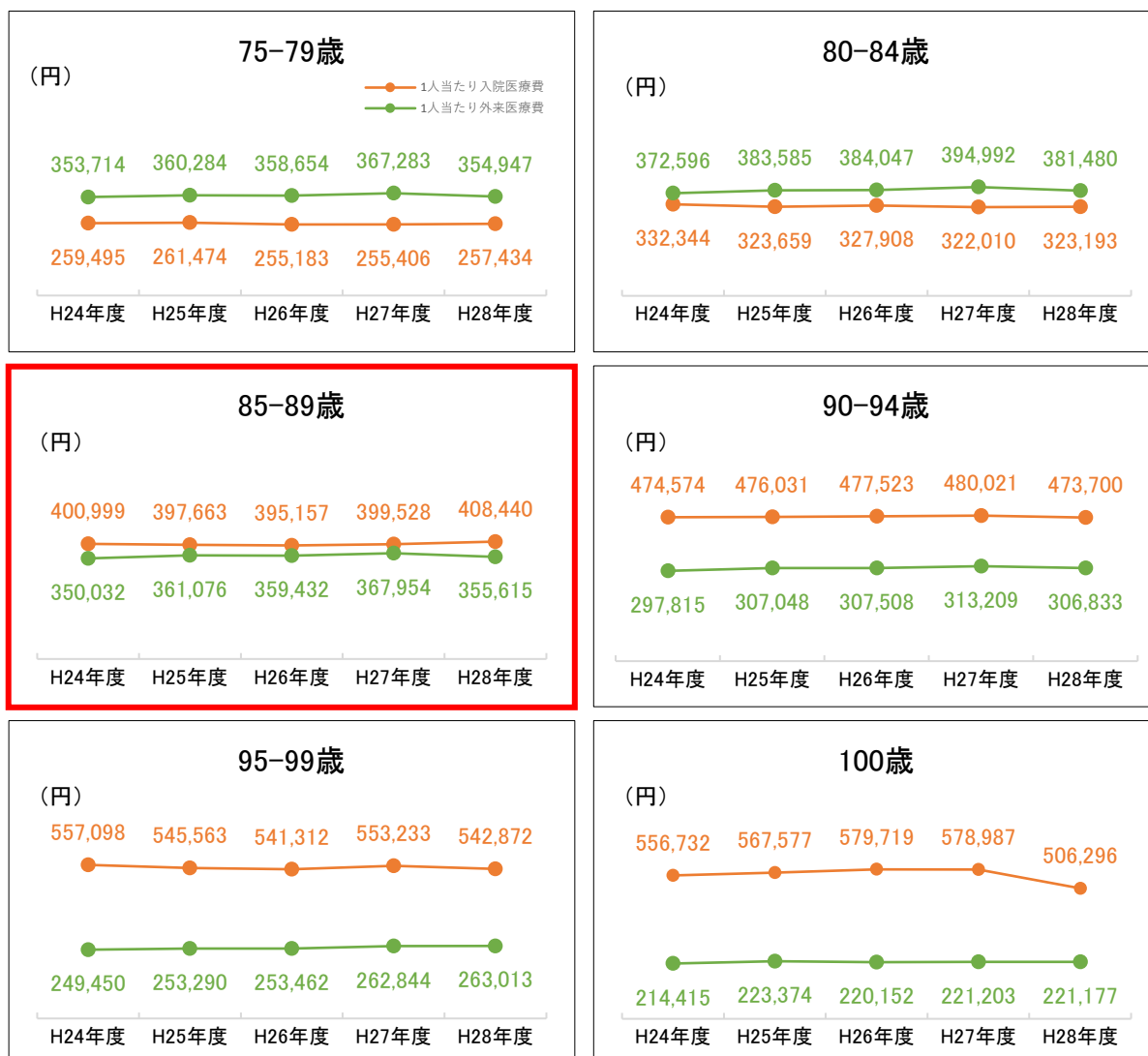
単位 (円)	年度	74歳以下	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上	全体	伸び率
1人当たり入院医療費	平成24年度	821,377	259,495	332,344	400,999	474,574	557,098	556,732	344,403	—
	平成25年度	875,298	261,474	323,659	397,663	476,031	545,563	567,577	343,667	-0.2%
	平成26年度	826,626	255,183	327,908	395,157	477,523	541,312	579,719	343,229	-0.1%
	平成27年度	863,538	255,406	322,010	399,528	480,021	553,233	578,987	344,905	0.5%
	平成28年度	875,405	257,434	323,193	408,440	473,700	542,872	506,296	348,564	1.1%
1人当たり外来医療費	平成24年度	773,441	353,714	372,596	350,032	297,815	249,450	214,415	357,908	—
	平成25年度	804,567	360,284	383,585	361,076	307,048	253,290	223,374	366,671	2.4%
	平成26年度	833,297	358,654	384,047	359,432	307,508	253,462	220,152	365,717	-0.3%
	平成27年度	876,459	367,283	394,992	367,954	313,209	262,844	221,203	374,387	2.4%
	平成28年度	882,092	354,947	381,480	355,615	306,833	263,013	221,177	362,404	-3.2%
1人当たり歯科医療費	平成24年度	32,574	33,281	27,641	20,281	13,680	9,358	7,057	26,711	—
	平成25年度	32,277	34,096	28,601	21,438	14,540	9,956	9,747	27,478	2.9%
	平成26年度	32,783	35,126	29,843	22,016	15,016	10,795	8,986	28,234	2.8%
	平成27年度	33,526	35,856	30,976	23,439	15,709	11,339	8,535	29,059	2.9%
	平成28年度	33,321	36,191	31,662	23,522	16,594	11,949	8,187	29,339	1.0%

出典：平成24年度～平成28年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

先に示した年齢階層別の1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費の推移を年齢階層ごとに分け、その医療費を比較した。75-84歳までは1人当たり外来医療費が1人当たり入院医療費よりも高くなっているが、85-89歳を境に、1人当たり入院医療費が1人当たり外来医療費よりも高くなり、90-94歳以降においては入院医療費と外来医療費の差が広がっていくことが確認できた。

第1章では、後期高齢者は、その特性から、他の年齢階層よりも医療に対する需要、とりわけ入院に関する需要が高くなっていると記載したが、後期高齢者の中でも年齢階層によって医療に対する需要傾向が変わることがわかった。

年齢階層別の1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費



出典:平成24年度～平成28年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

85-89歳を境に、1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費が入れ替わることについて、今まで通院出来ていた人が通院出来なくなったために入院医療費が増加する可能性が考えられる。また、85-89歳は平均寿命にも該当する年齢階層であることから、終末期の医療費も影響している可能性が示唆される。

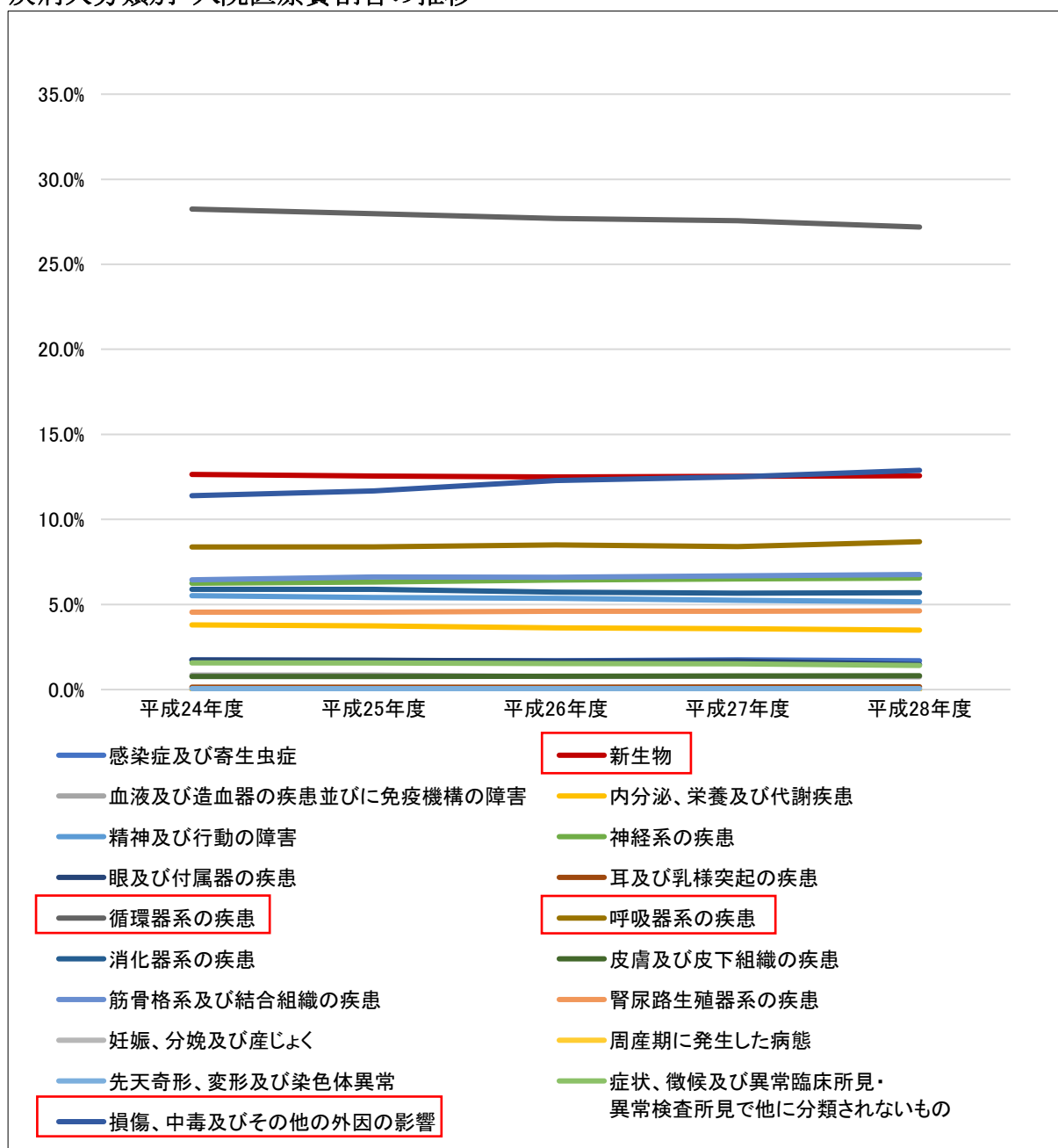
新潟県では、85-89歳において被保険者の増加幅が大きいため、入院に関する需要がさらに高まることが考えられる。

3. 新潟県広域連合の疾病状況

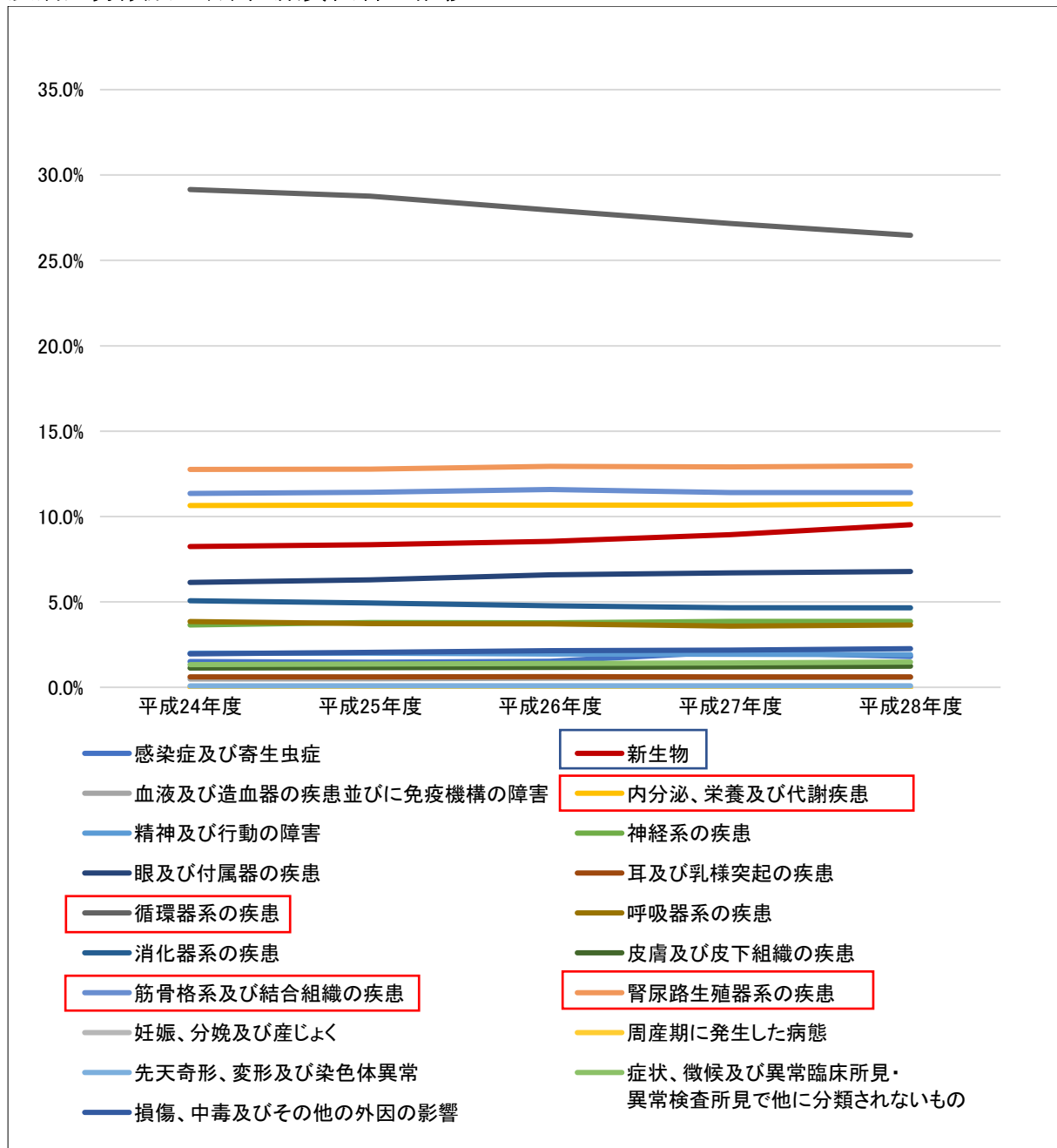
(1) 入院・外来別の疾病大分類別医療費の割合

新潟県広域連合の疾病大分類別の入院医療費の割合では、循環器系の疾患、新生物、損傷、中毒及びその他の外因の影響、呼吸器系の疾患の順に多くなっていた。外来医療費では、循環器系の疾患、腎尿路生殖器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患の順に多くなっていた。疾病大分類別の医療費割合の推移は入院、外来ともに平成24年度から平成28年度で同様の傾向であるが、循環器系の疾患が年々減少している。外来医療費の割合では新生物が微増している。

疾病大分類別 入院医療費割合の推移



疾病大分類別 外来医療費割合の推移



出典:平成24年度～平成28年度医療給付実態調査(厚生労働省)

(2) 年齢階層別の疾病大分類別医療費の割合

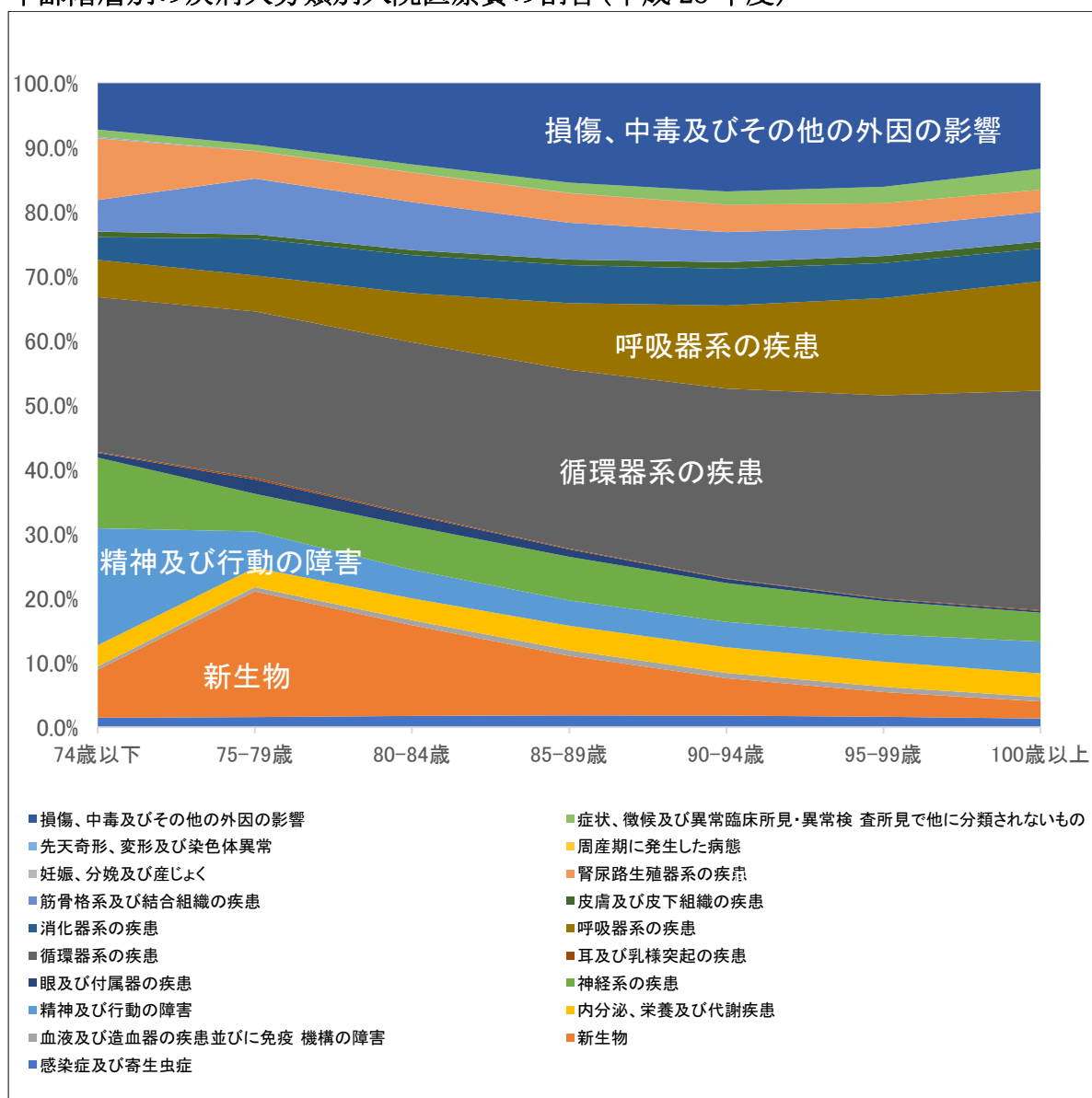
先の疾病大分類別医療費の割合に続き、直近の平成28年度の年齢階層別の疾病別医療費割合を示す。

疾病別入院医療費の割合は、年齢とともに循環器系の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響、呼吸器系の疾患の割合が高くなっているのに対し、新生物の割合は低くなっている。74歳以下では精神及び行動の障害が高い割合を示している。

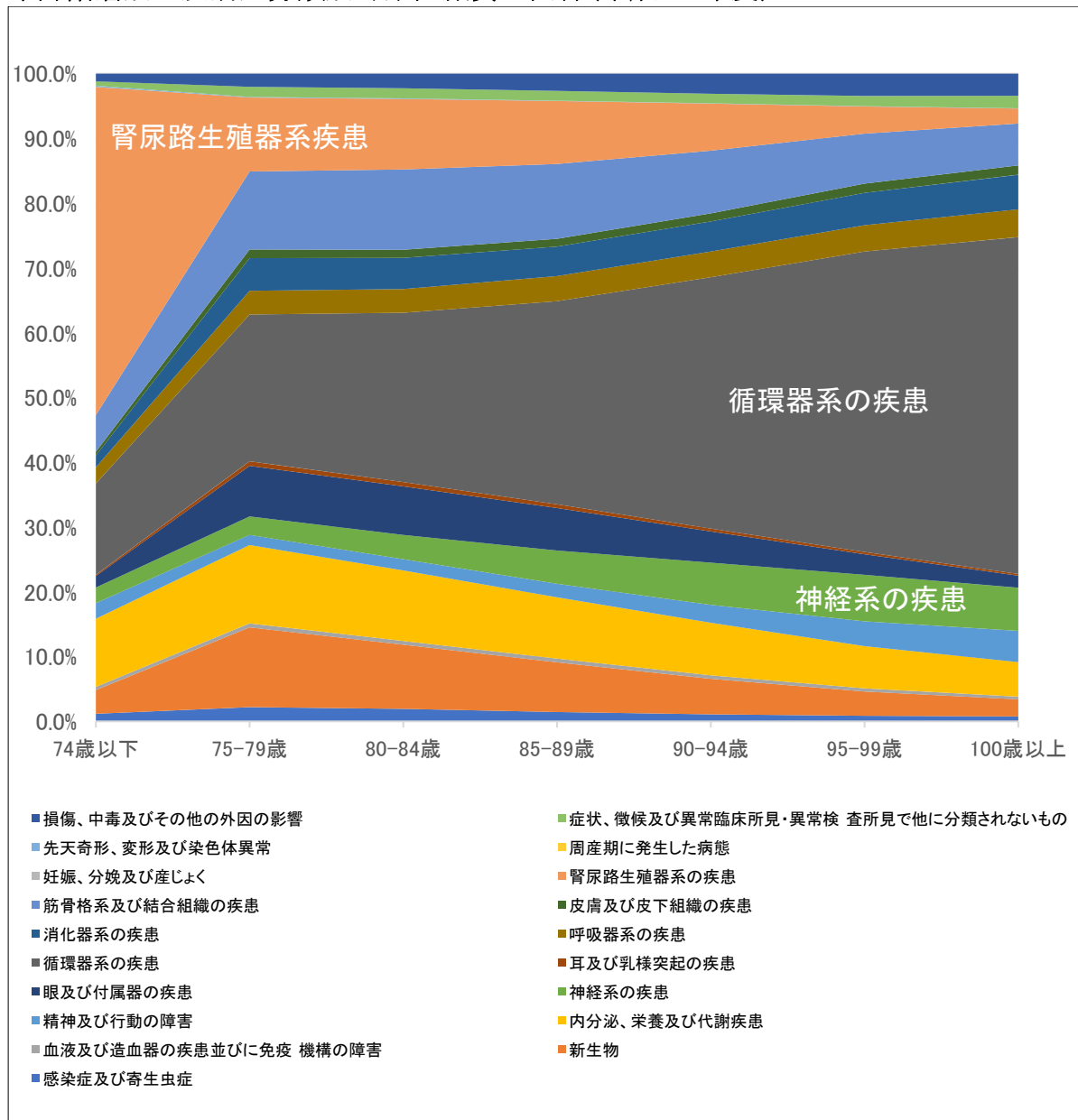
疾病別外来医療費の割合は、循環器系の疾患、神経系の疾患の割合が高くなっている。74歳以下では腎尿路生殖器系疾患の割合が高く、人工透析の影響が強く推測される。

17頁では、74歳以下の被保険者が、他の年齢階層に比べて1人当たり医療費が高くなっていた。疾病別入院医療費で高い割合となっている精神及び行動の障害からは、療育手帳や精神障害者保健福祉手帳等の所持が推察され、疾病別外来医療費で高い割合となっている腎尿路生殖器系疾患では、身体障害者手帳の所持が推察される。

年齢階層別の疾病大分類別入院医療費の割合(平成28年度)



年齢階層別の疾病大分類別外来医療費の割合(平成28年度)



出典:平成28年度医療給付実態調査(厚生労働省)

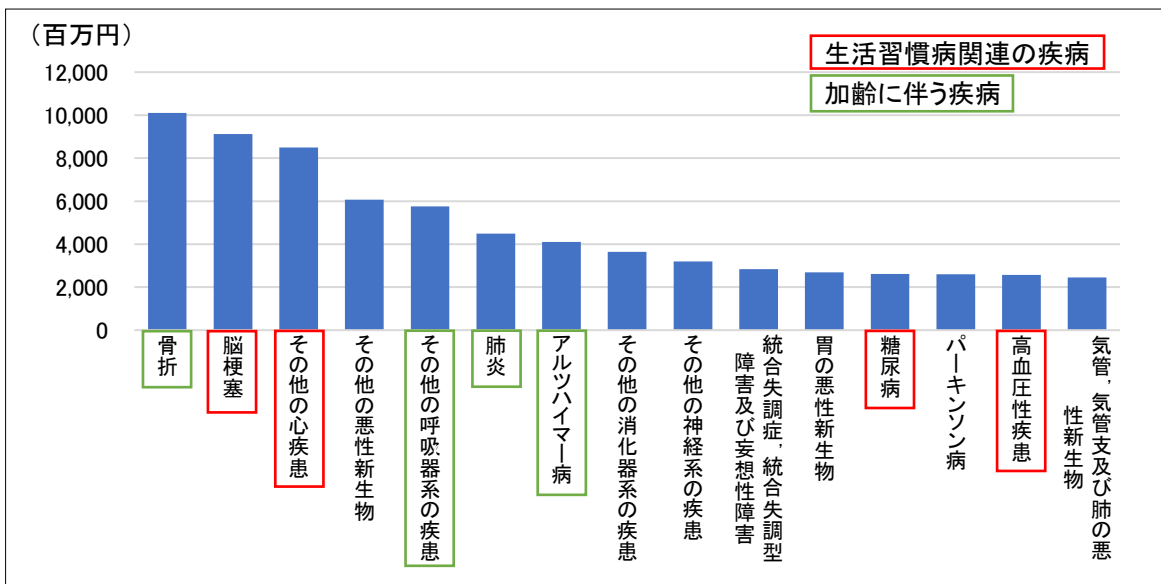
(3) 入院・外来別の疾病中分類別医療費(平成28年度)

新潟県広域連合で、毎年度作成している「新潟県後期高齢者医療疾病分類統計表」により、入院・外来別に疾病中分類別の上位費用額を示す。

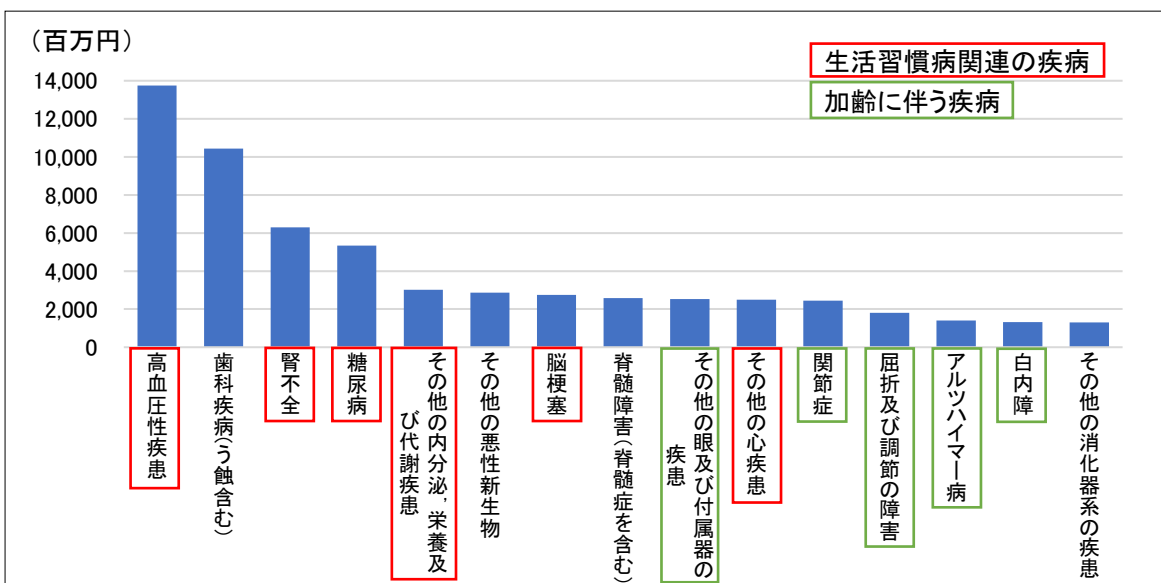
循環器系の疾患では、脳梗塞、その他の心疾患、高血圧性疾患が入院医療費・外来医療費ともに高くなっている。また、糖尿病は入院医療費・外来医療費ともに高く、腎不全、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患は外来で上位になっており、生活習慣病の重症化が医療費に大きな影響を与えていることがわかる。

また、加齢に伴う疾病としては、入院医療費では、骨折やその他呼吸器系の疾患、肺炎、アルツハイマー病が上位となり、外来医療費では、そのほかに関節症やその他の眼及び付属器の疾患、屈折及び調節の障害、白内障が上位となっている。

入院の疾病中分類別医療費(平成28年度)



外来の疾病中分類別医療費(平成28年度)



出典:新潟県後期高齢者医療疾病分類統計表(平成28年度)(新潟県後期高齢者医療広域連合)

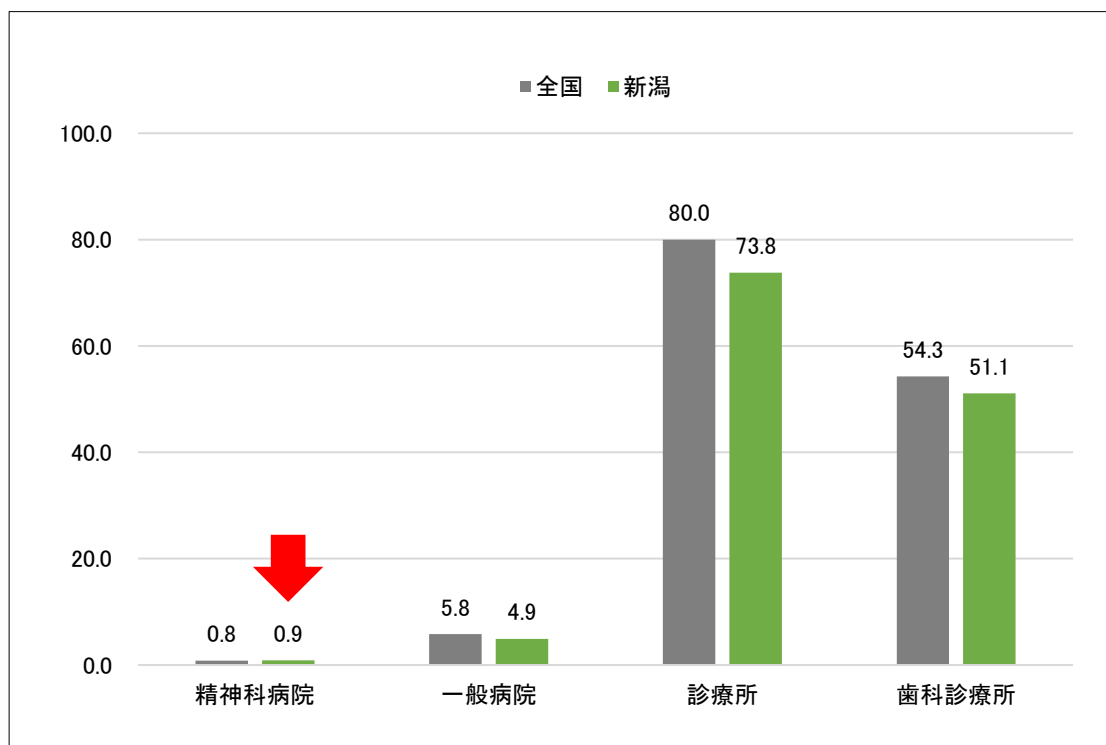
(4) 新潟県の医療施設数と病床数

医療費や疾病との関連が深い医療施設数や病床数について新潟県と全国を比較した。ここでの医療施設は、次のとおりの定義となる。

- ・精神科病院: 医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有し、さらに精神病床のみを有するもの
- ・一般病院: 医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有し、精神科病院以外の病院
- ・一般診療所: 医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所(歯科医業のみは除く)であって、患者の入院施設を有しないもの又は19人以下の入院施設を有するもの
- ・歯科診療所: 歯科医師が歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は19人以下の入院施設を有するもの

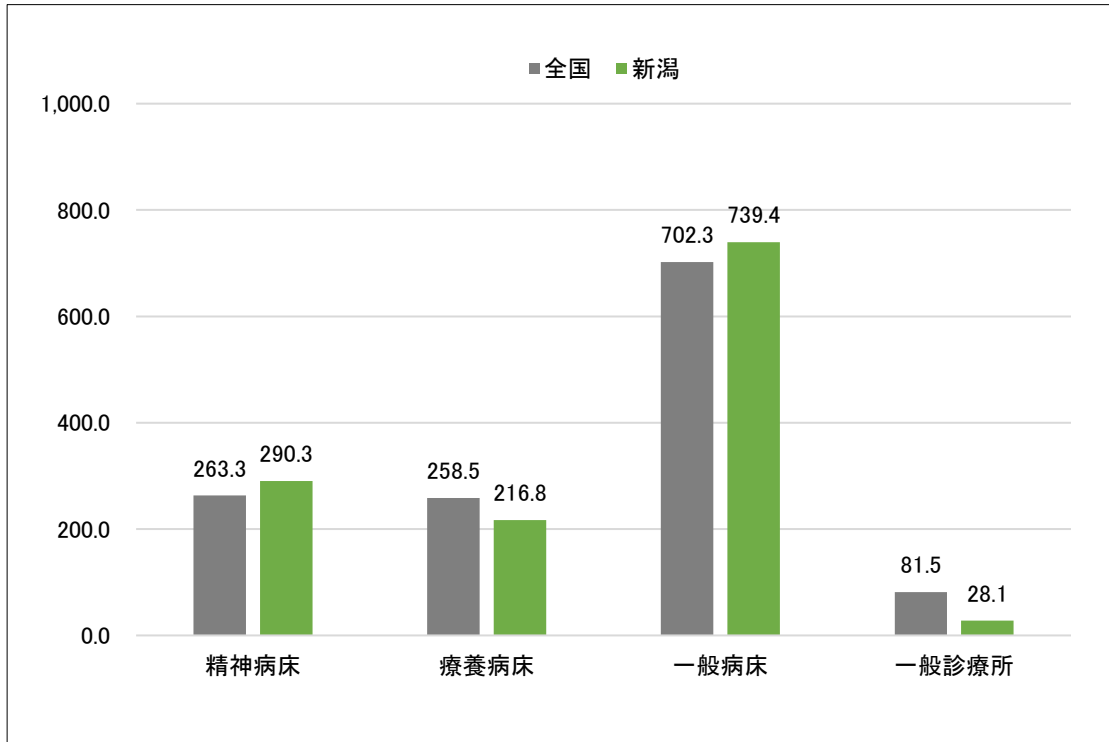
新潟県の医療施設数は、一般病院と一般診療所、歯科診療所ともに全国よりも少ない傾向である。精神科病院については、10万対の医療施設数は少ないものの、全国に比べて新潟県の方が多くなっていることは特徴的である。

人口10万対医療施設数(平成28年度)



病床数では、精神病床と一般病床が全国よりも多くなっている。療養病床については、全国よりも少なく、新潟県後期高齢者の医療費が、レセプト種別にみると、外来医療費が高い理由の1つにもなると考えられる。また、診療所の病床は非常に少ない傾向にある。

人口10万対病床数(平成28年度)

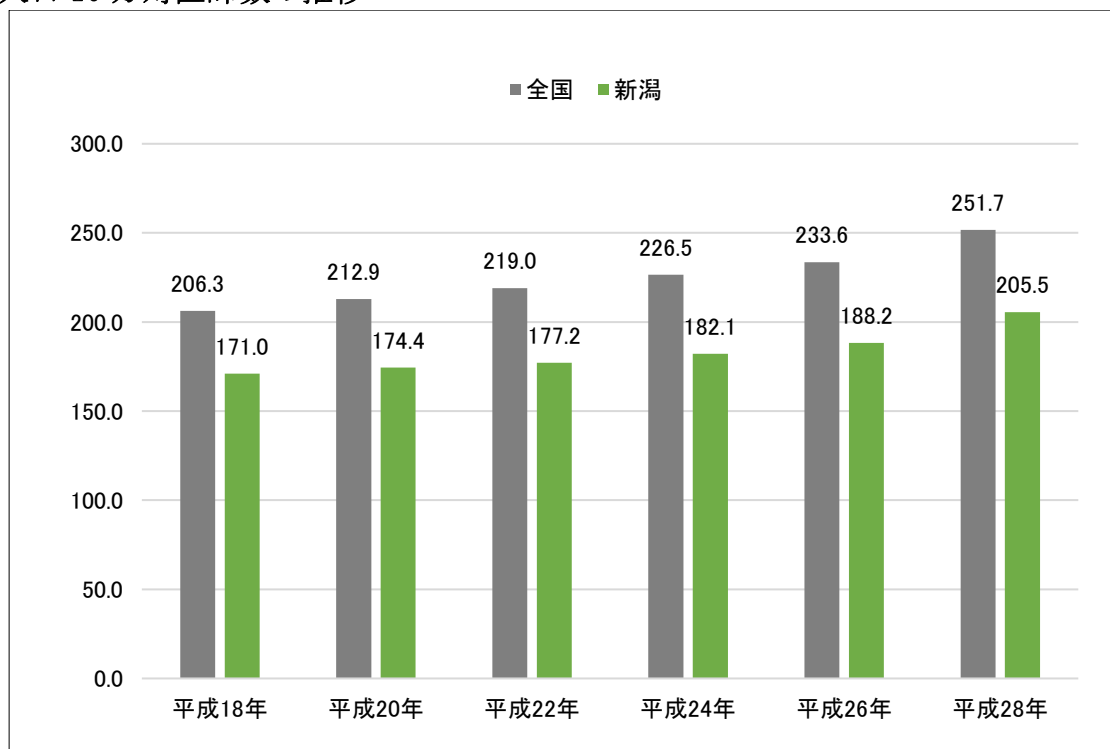


出典:平成28年度医療施設調査(厚生労働省)

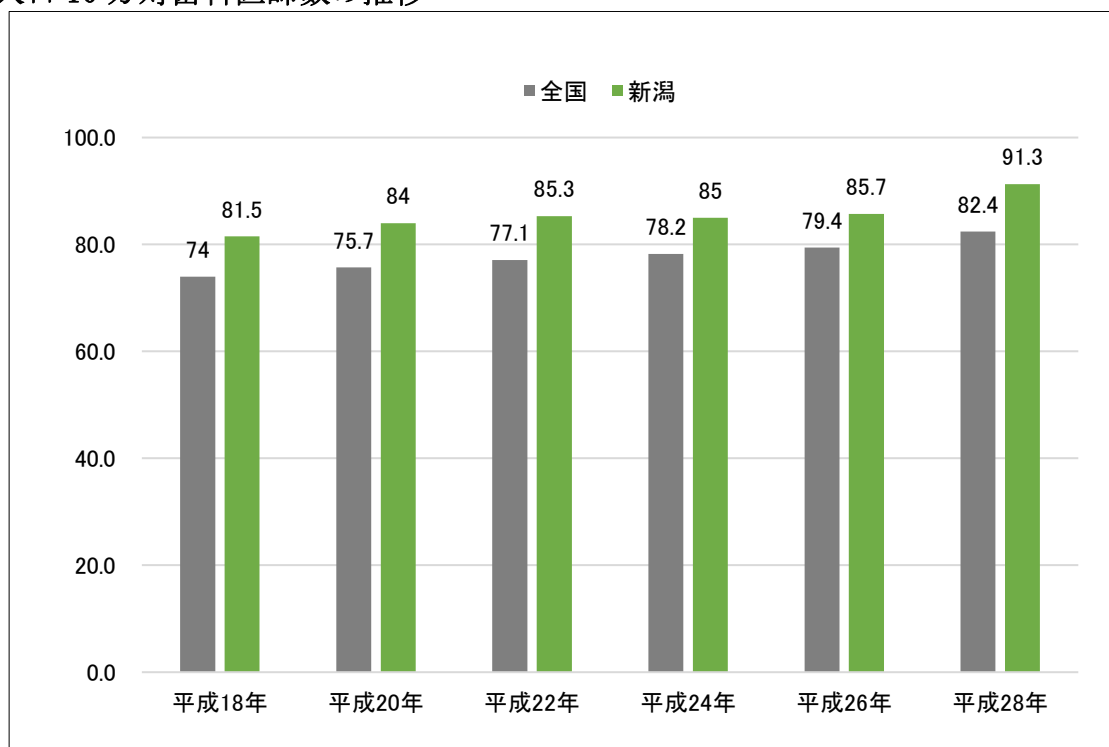
(5) 医師数・歯科医師数・薬剤師数

医療施設数や病床数と同様に、医療費や疾病との関連が深い医師数と薬剤師数について新潟県と全国を比較した。人口10万対医師数、薬剤師数は、医療施設数と同じく全国に比べて少ない傾向にある。一方、歯科医師数については全国に比べて多くなっている。

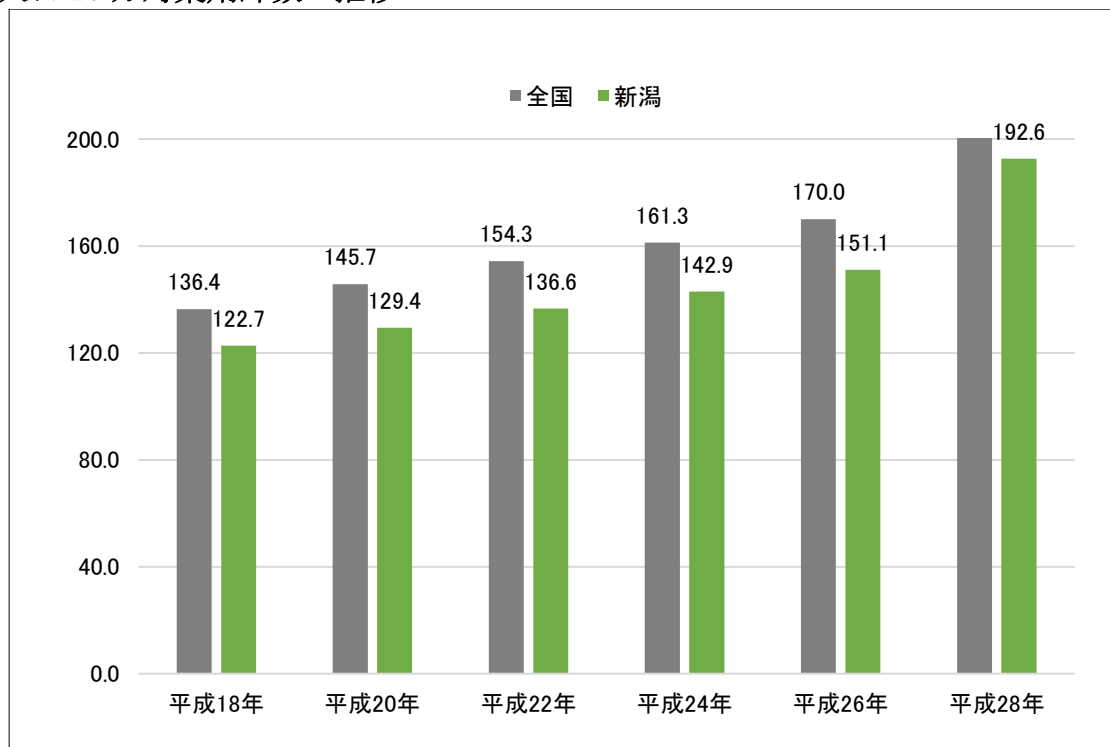
人口10万対医師数の推移



人口10万対歯科医師数の推移



人口10万対薬剤師数の推移



出典:平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査の概況(厚生労働省)

4. 要介護認定者の状況

(1) 要介護認定者

第1章で記載したが、後期高齢者は98.8%が医療機関を受診しており、要介護認定割合が80歳以上から約3割に急上昇するなど、医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加する特性がある。そこで、新潟県の要介護認定者の状況を示すこととする。

介護保険制度は、40歳以上の人の介護保険料を基に、介護を必要とする人に介護サービスを提供することを目的とする。介護保険制度の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険に加入している第2号被保険者の2つに分かれる。

寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)になった場合などに、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができるが、要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護(要支援)認定で、要介護認定は、「心身の状態」や「能力」ではなく、5分野(直接生活介助、間接生活介助、BPSD関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為)に要する1日当たりの「介護に要する時間」をものさしとした評価指標となっている。

要介護状態区分等と要介護認定等基準時間との関係によると、要支援2と要介護1は同時間により区別する。また、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)による健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班の「健康寿命の算定方法の指針」では、「介護保険の要介護度の要介護2～5を不健康(要介護)な状態とし、それ以外を健康(自立)な状態」としていることから、ここでは要介護2以上の認定率に着目する。

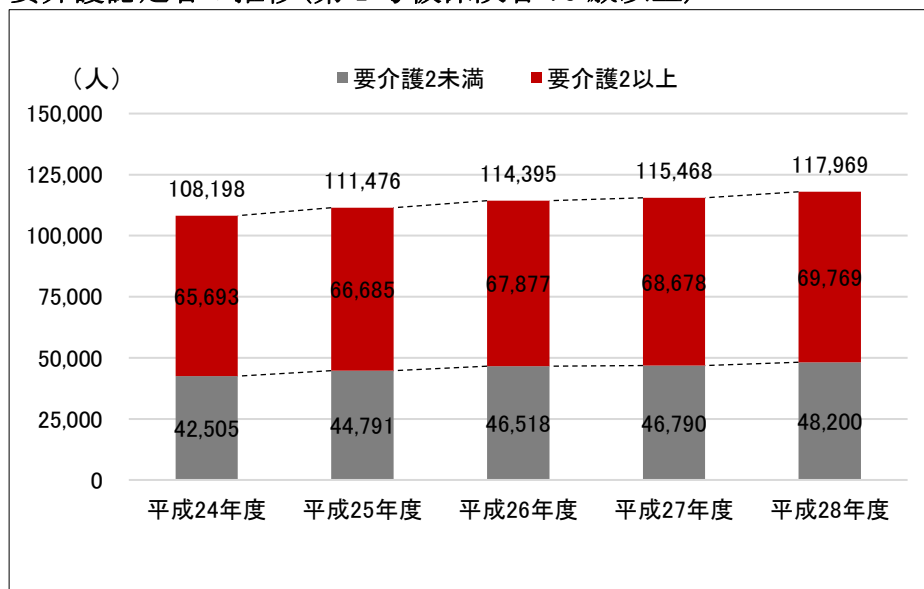
要介護状態区分等と要介護認定等基準時間との関係

区分	要介護認定等基準時間
非該当	25分未満
要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満又はこれに相当すると認められる状態
要支援2・要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上又はこれに相当すると認められる状態

出典：厚生労働省ホームページ掲載内容を改変

新潟県の介護保険の第1号被保険者(65歳以上)で75歳以上の介護認定者は、平成24年度には108,198人であったが、平成28年度には117,969人と5年間で9,771人(9.0%)の増加を示した。

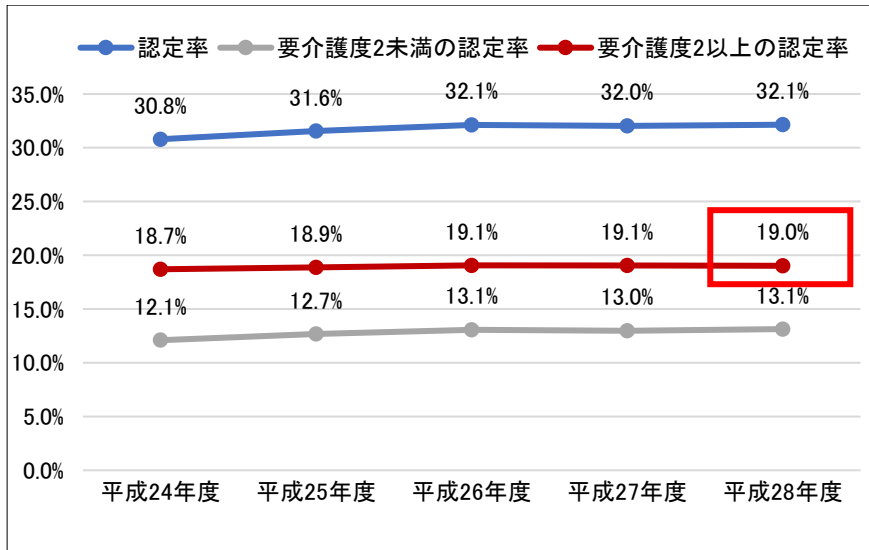
要介護認定者の推移(第1号被保険者 75歳以上)



出典：平成24年度～平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)

また、新潟県 後期高齢者の要介護2以上の認定率は、要介護2未満の認定率よりも高く、平成28年度で19.0%となっており、要介護認定者のうち、約5人に1人が要介護2以上の認定を受けている。

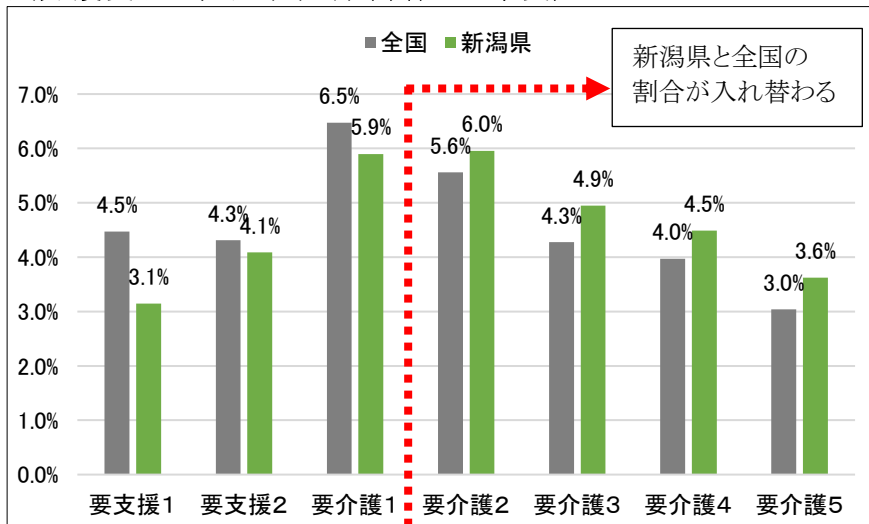
要介護認定率の推移(第1号被保険者75歳以上)



出典:平成24年度～平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)

直近の平成28年度の要介護度別の認定者割合を全国と比較した。要支援1から要介護1までの認定者割合は、全国よりも新潟県の方が低くなっているのに対し、要介護2以上(要介護2～要介護5)になると、全国よりも新潟県の方が高くなっている。これは、新潟県では、1日当たりの介護に要する時間が50分に満たない場合には要介護認定を受けず、介護に要する時間が50分以上かかる比較的重度の状態になってから要介護認定を受ける場合が多いことを示唆している。逆に全国では要支援1～要介護1の認定者割合が高いことから、1日当たりの介護に要する時間が50分に満たない場合であっても、要介護認定を受けていることがわかる。

要介護度別の認定者割合(平成28年度)



出典:平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)
介護度別の認定率は第1号被保険者(75歳以上)に占める各介護認定者(75歳以上)の割合

(2) 介護サービス費の状況

新潟県後期高齢者の要介護2以上の割合が全国に比べて高いことから、介護サービス費にも影響があると考えられる。新潟県介護保険の第1号被保険者で、要支援・要介護認定者が利用している介護サービスを示す。介護サービス費には65-75歳未満も含まれているため、すべてが後期高齢者医療制度の被保険者ではないことに留意したい。

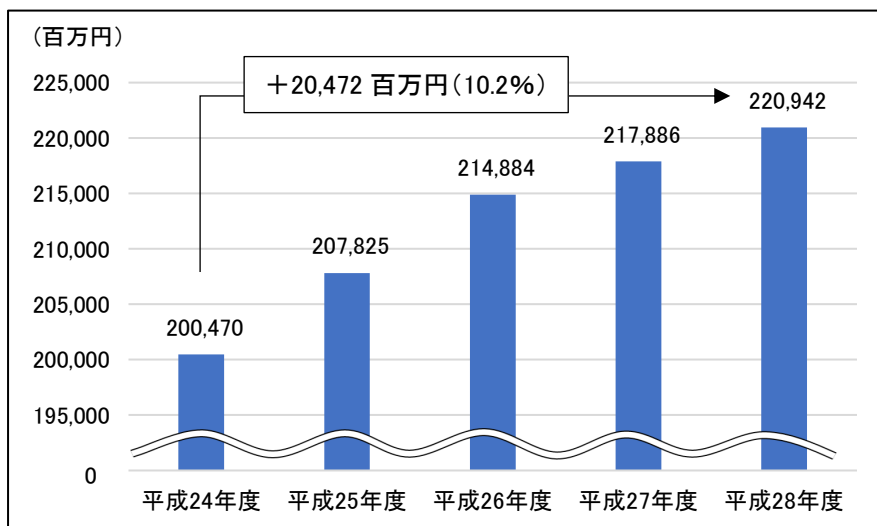
新潟県介護保険の第1号被保険者の介護サービス費は、平成24年度には200,470百万円であったが、平成28年度には220,942百万円と5年間で20,472百万円(10.2%)の増加を示している。

介護サービス費の推移を介護サービス種別で見ると、居宅介護サービス費が高くなっており、続いて施設介護サービス費、地域密着型介護サービス費となっている。平成24年度から平成28年度まで、施設介護サービス費及び地域密着型介護サービス費は増加し続けているのに対し、居宅介護サービス費は平成28年度に減少に転じている。

これは、地域包括ケアシステムの構築が重要視される中で、新しい介護予防事業である介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)が開始されたことによる。総合事業は、予防給付のうち訪問介護・通所介護について、平成29年度末までに市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業に移行するもので、国は市町村に対し、早期移行を促していた。

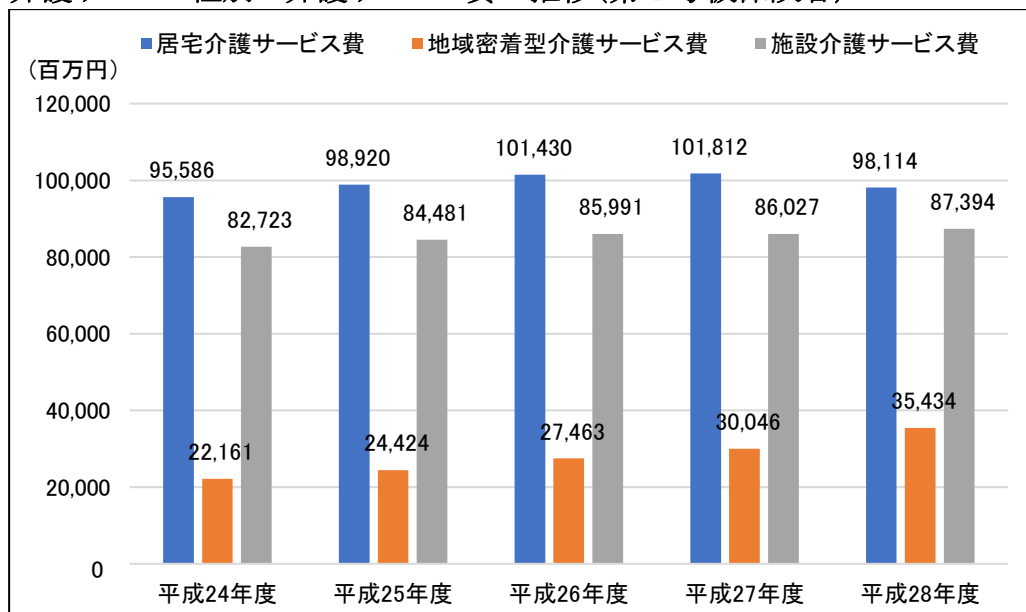
新潟県では、平成28年度から総合事業へ移行する市町村が増え始めたことから、平成27年度までは居宅介護サービス費で算定された予防給付の訪問介護、通所介護の一部が平成28年度には総合事業となり、居宅介護サービス費としては減少に転じることとなった。

介護サービス費の推移(第1号被保険者)



出典:平成24年度～平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)

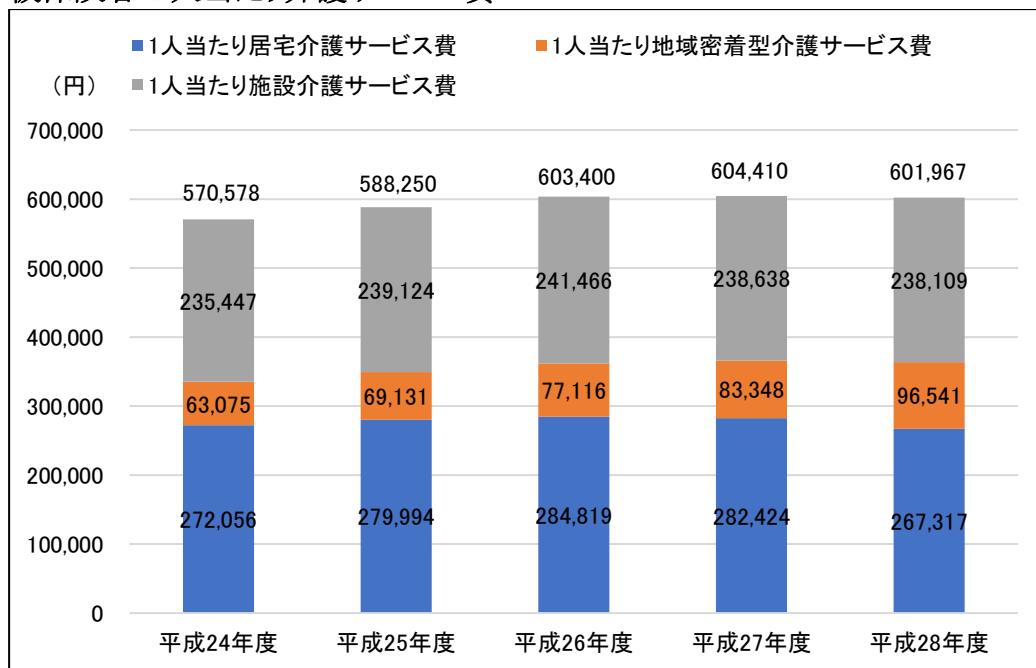
介護サービス種別の介護サービス費の推移(第1号被保険者)



出典:平成24年度～平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)

被保険者1人当たり介護サービス費は平成24年度で57万円となっており、平成28年度には約60万円となっている。1人当たり居宅介護サービス費が26～28万円となっており、1人当たり施設介護サービス費よりも3～5万円高くなっている。

被保険者1人当たり介護サービス費



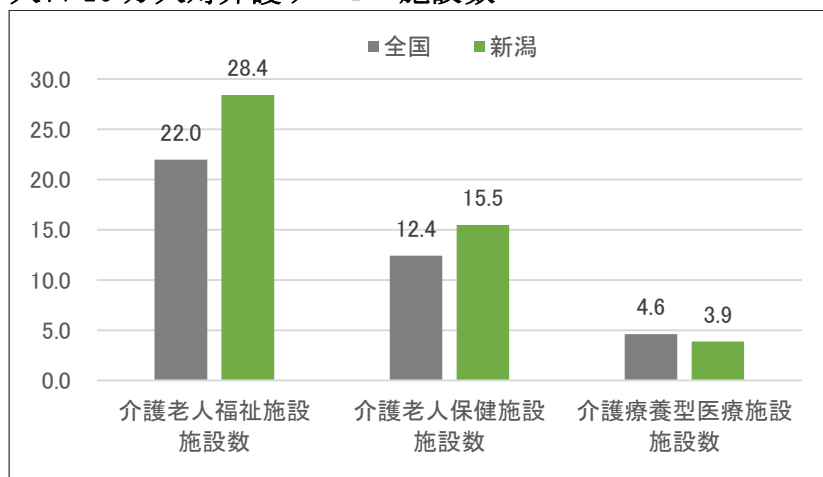
出典:平成24年度～平成28年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)
1人当たり介護サービスの被保険者数は75歳以上、介護サービス費は第1号被保険者(65-75歳未満も含む)

(3) 介護保険施設数と定員数

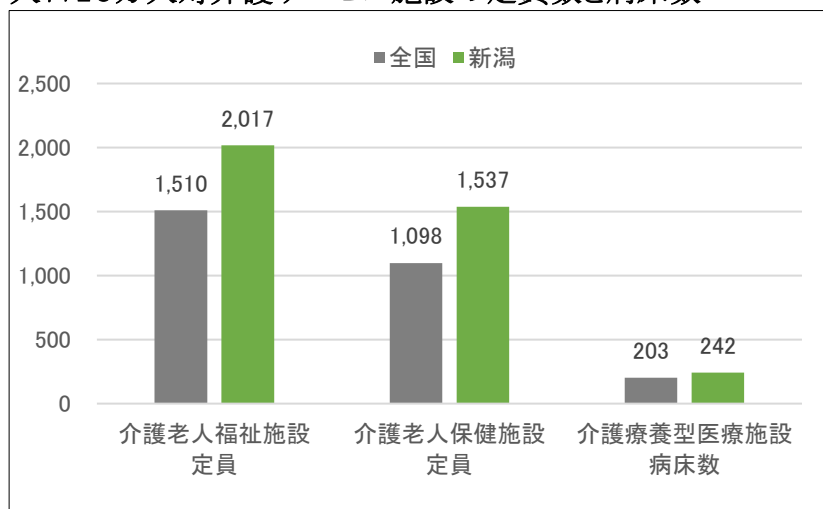
介護サービスの利用と関連が深い介護保険施設数や定員数、病床数について、新潟県と全国を比較した。新潟県の介護老人福祉施設数と介護老人保健施設数は、全国よりも新潟県で多いことがわかる。介護保険施設の定員数についても同様である。介護療養型医療施設数は全国に比べて少なくなっているが、病床数としては全国よりも多く、比較的規模の大きな施設があることが想像される。介護療養型医療施設では重度の要介護者に対して医療措置とリハビリを提供することから、介護サービスが医療を補っている可能性が少なからずあると推察される。また、居宅介護サービス費が高い背景として、介護老人保健施設数が多く、リハビリ等の提供により在宅復帰を目指す支援が機能していることが考えられる。

介護老人福祉施設は原則として要介護3～5の人が居住する施設になるため、要介護2以上の認定者が多い新潟県では必然的に施設数も多くなっていると考えられる。また、新潟県における高齢化のスピードが全国と比較してとりわけ早いことも、新潟県が全国と比較して介護保険施設数が多くなっている理由の1つと考えられる。すなわち、需要に対応した供給体制ということである。

人口10万人対介護サービス施設数



人口10万人対介護サービス施設の定員数と病床数



出典：平成26年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）
人口10万対は平成26年総務省統計局人口推計から算出

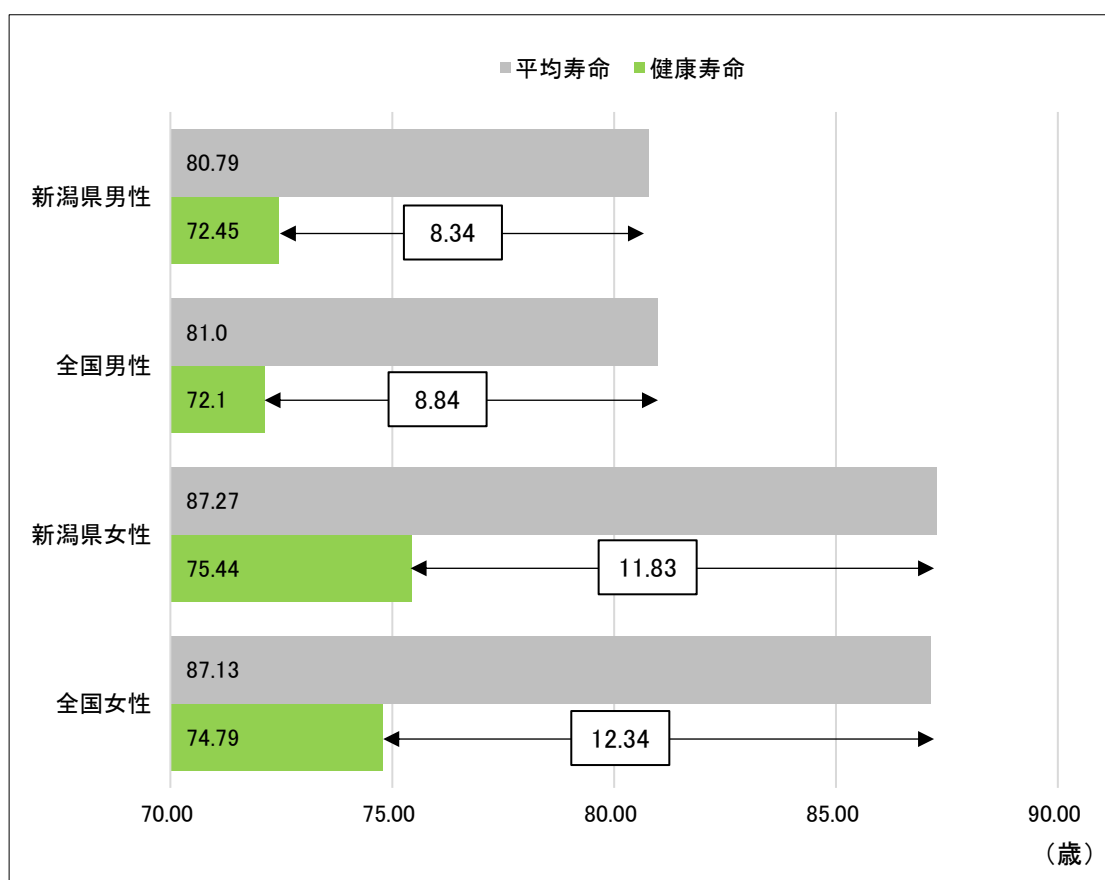
5. 健康寿命

後期高齢者にとって、他の年齢層よりもとりわけ医療や介護と関連が深い健康寿命について、新潟県と全国を比較した。

ここでは、「日常生活に制限のない期間の平均」を健康寿命とし、この健康寿命に「日常生活に制限のある期間」を加えることで、平均寿命とした。

新潟県は、男女ともに全国に比べて健康寿命が長い。また男性の平均寿命は、ほぼ全国と同じで、女性においては新潟県の方が長くなっている。平均寿命と健康寿命の差である日常生活に制限のある期間は不健康な期間と言い換えることができる。新潟県は全国に比べると、この不健康な期間が若干短くなっている。

健康寿命と平均寿命の差(平成28年度)



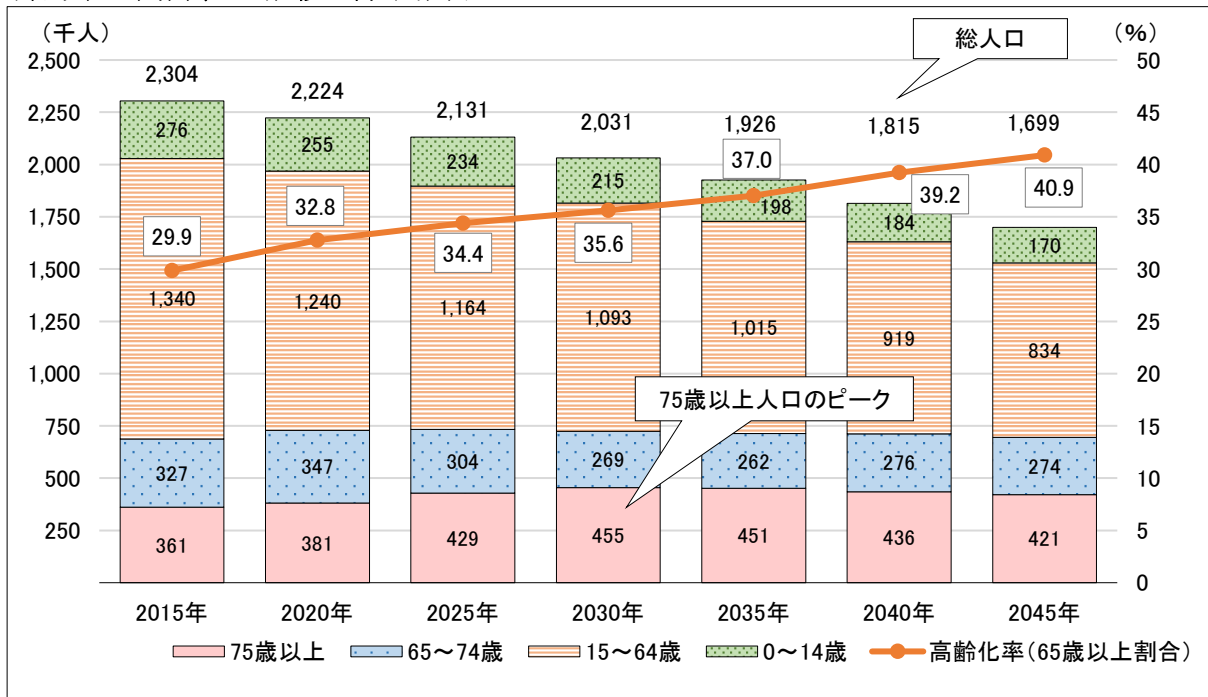
出典: 健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究
都道府県別健康寿命(厚生労働科学研究)

6. 人口及び医療費の将来予測

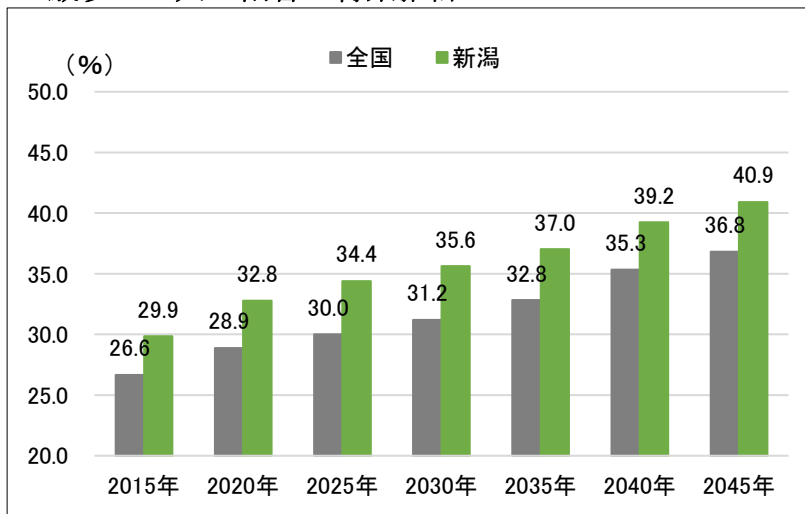
(1) 人口の将来予測

今後、新潟県後期高齢者の医療費や介護費がどのように変化していくかを予測するために、まずは人口の将来予測を示した。近々に新潟県後期高齢者医療制度に加入する高齢者人口(65歳以上の高齢化率)の将来推計では、2045年には40.9%と全国に比べて4.1ポイント高い予測となっている。一方、後期高齢者医療制度を「保険料からの支援金」という形で支える現役世代である15-64歳と、若年層の0-14歳の人口割合の将来推計は年々低下する。全国に比べてさらに低い割合であるため、新潟県においては、より一層の超少子高齢化問題が深刻な状況となる。

新潟県の高齢化の推移と将来推計

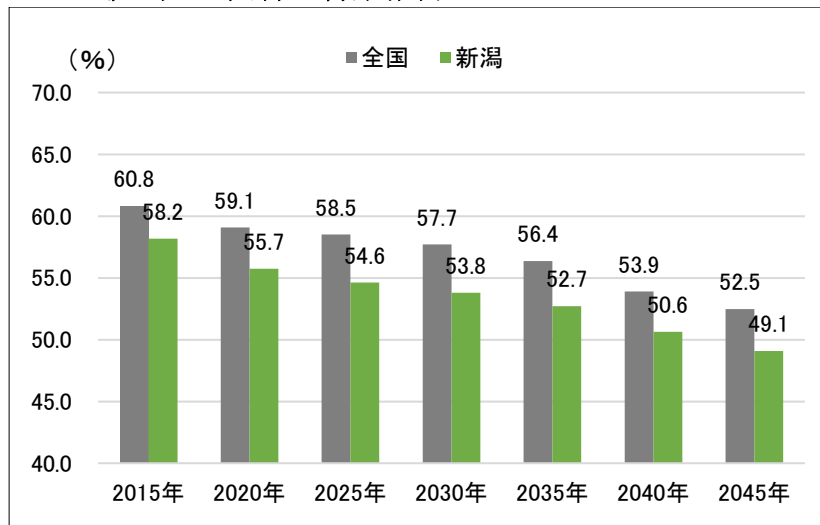


65歳以上の人口割合の将来推計

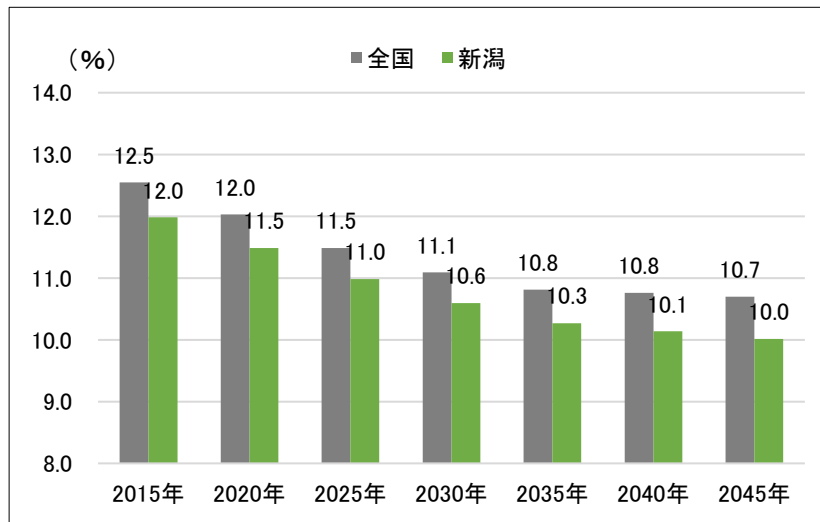


出典: 社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)

15-64歳の人口割合の将来推計



0-14歳の人口割合の将来推計



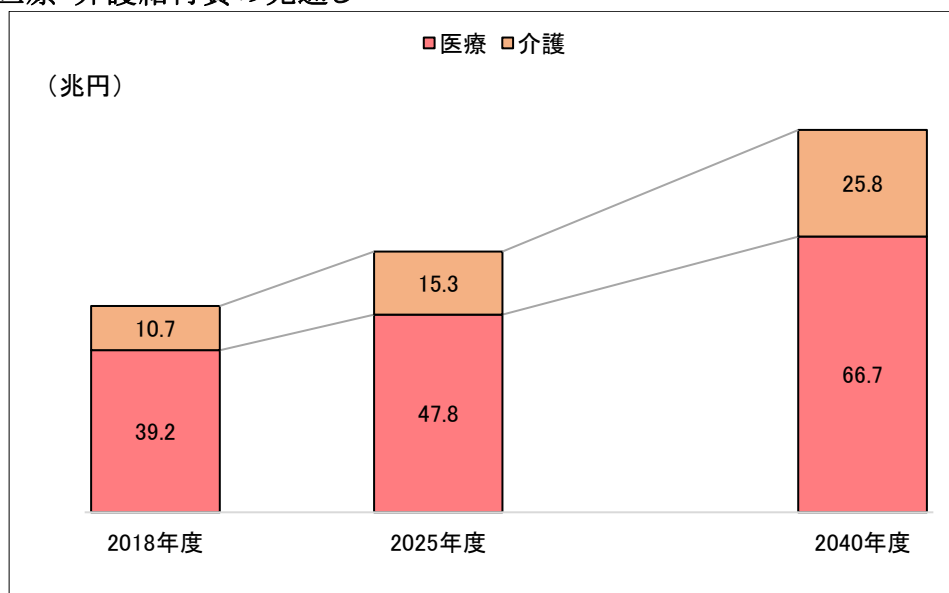
出典: 社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)

(2) 医療費の将来予測

新潟県後期高齢者の医療費の将来予測をしたものはないが、国が出している社会保障の将来見通しでは、2040年度には医療費が66.7兆円、介護が25.8兆円で合わせて92.5兆円の社会保障費の見通しとなっている。2018年度に比べて2040年度では全体が約1.5倍となっている。医療費と介護費の伸びでは医療費が約1.4倍、介護費は約1.7倍となっており、介護費については医療費の伸びを超えて膨らんでいくことが予測されている。

6頁の後期高齢者の将来推計では、日本の75歳上人口は2054年まで増加傾向であると示したが、新潟県後期高齢者においては、2035年にピークを迎え、以降は減少傾向となっている。国の高齢者の将来推計よりも新潟県の方が早く高齢化が進んでおり、国の医療・介護給付費の見通しよりは早い段階から医療費や介護費の伸びが懸念される。そのため、新潟県後期高齢者では、医療費の維持、抑制できるように保健事業を充実させ、健康寿命の延伸を図ることが必須の課題となる。

医療・介護給付費の見通し



出典:「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」平成30年5月21日資料
(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省)

第3章 新潟県広域連合と全国の広域連合の比較

【要点】

第3章では、次の3点について分析を行い、結果を得た。

①都道府県別の1人当たり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。

- ・1人当たり医療費と相関が強いのは入院受療率、入院・外来日数。
- ・入院受療率、入院・外来日数は、後期高齢者になる以前から地域差が生じる。
- ・入院受療率は、医療施設数や病床数、10万対医師数との相関がみられた。
- ・介護保険が医療保険を代替している可能性があり、1人当たり医療費に影響しているものと考えられる。

②新潟県後期高齢者は「健康」か。

- ・健康寿命では、新潟県は全国平均と同等もしくは長いという結果がでている。
- ・特定健診受診率が高く、市町村の特定健診受診率向上の取組が功を奏しており、その結果、健康への意識の高い人が多くなっていることも考えられる。

③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するのか。

- ・新潟県は、入院よりも外来医療費が比較的高い傾向があり、入院受療率が低く、入院・外来日数が少ない。
- ・背景として、医療機関数と病床数の少なさ、医師数の少なさ、介護保険の医療保険の代替が考えられる。
- ・市町村での後期高齢者になる以前からの取組から、健康への意識が高い人が多いことも要因の1つといえる。

第2章では、分析を進めるにあたって、新潟県広域連合の現状と特性を示した。第3章では、第2章で示した新潟県広域連合の特性を切り口に、全国の広域連合と比較することで、4つの分析着眼点のうち、3つを考察することとする。

①都道府県別の1人当たり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。
②新潟県後期高齢者は「健康」か。
③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するか。
④被保険者の更なる健康保持・増進を図るため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適当か。

なお、本分析は平成28年度から行ってきたことから、当時の直近だった平成26年度の数値を主として使用する。第2章とは、出典が同じ場合でも年度が異なるため、数値が異なることに留意されたい。

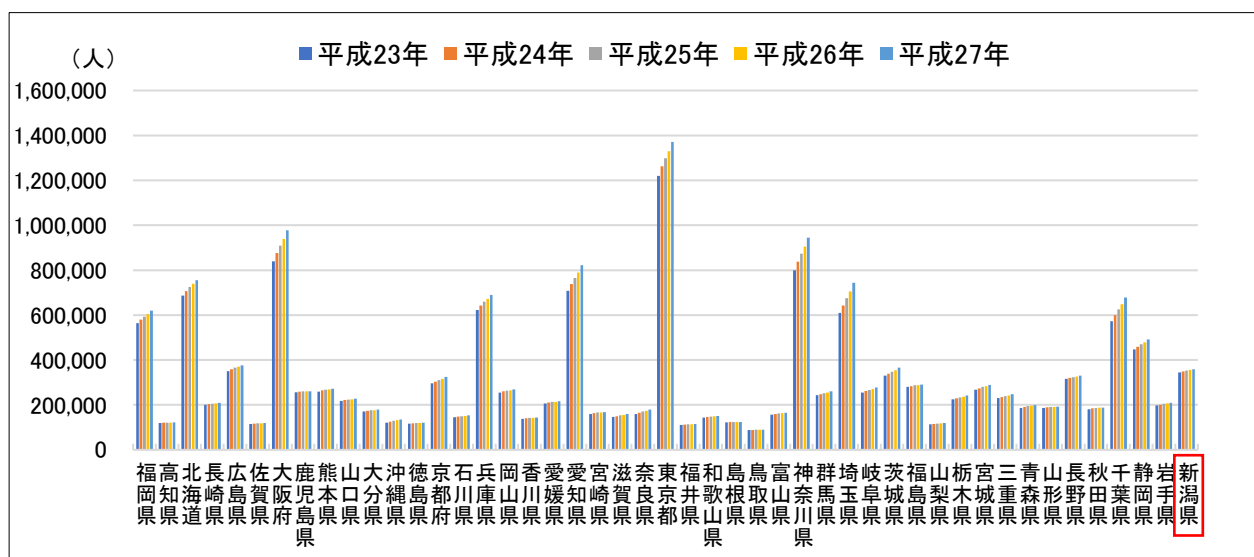
1. 都道府県別の後期高齢者1人当たり医療費の比較

(1) 都道府県別の被保険者数と85歳以上の割合

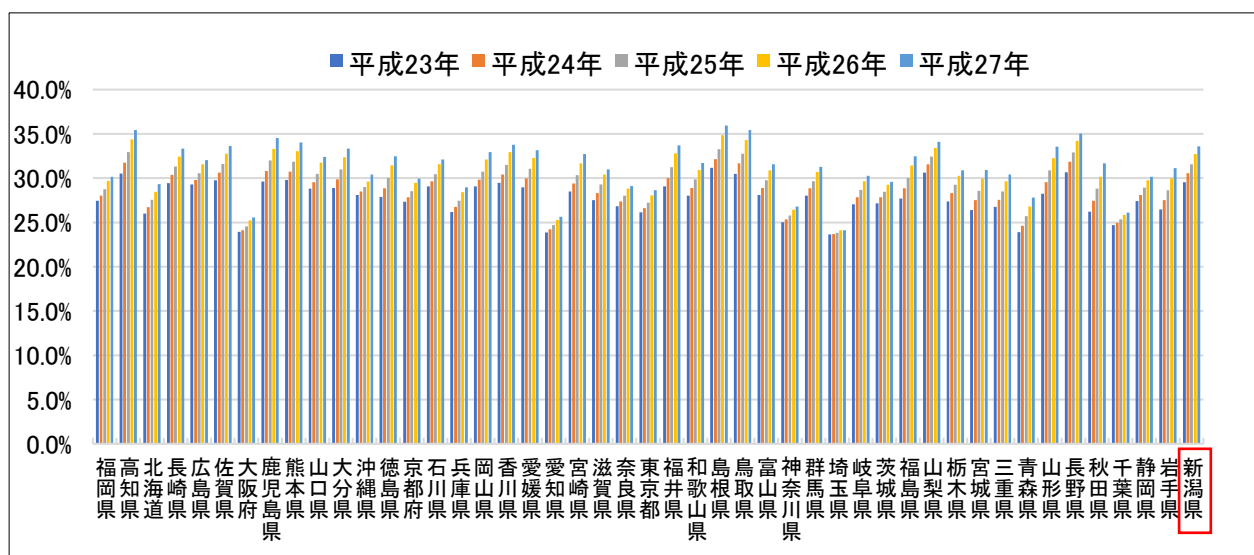
都道府県別の後期高齢者被保険者数を示す。なお、本グラフは平成26年度の1人当たり医療費順に並べている。

島根県や鳥取県等の一部を除き、全国的に右肩上がりの傾向を示している。増加率が高い地域は大都市圏に多い。また85歳以上の割合は大都市圏で低く、新潟県は平成27年度で11番目に高いものの、85歳以上の被保険者数の増加率は他県に比べて38番目と低い。

都道府県別の後期高齢者被保険者数



都道府県別の後期高齢者85歳以上の割合



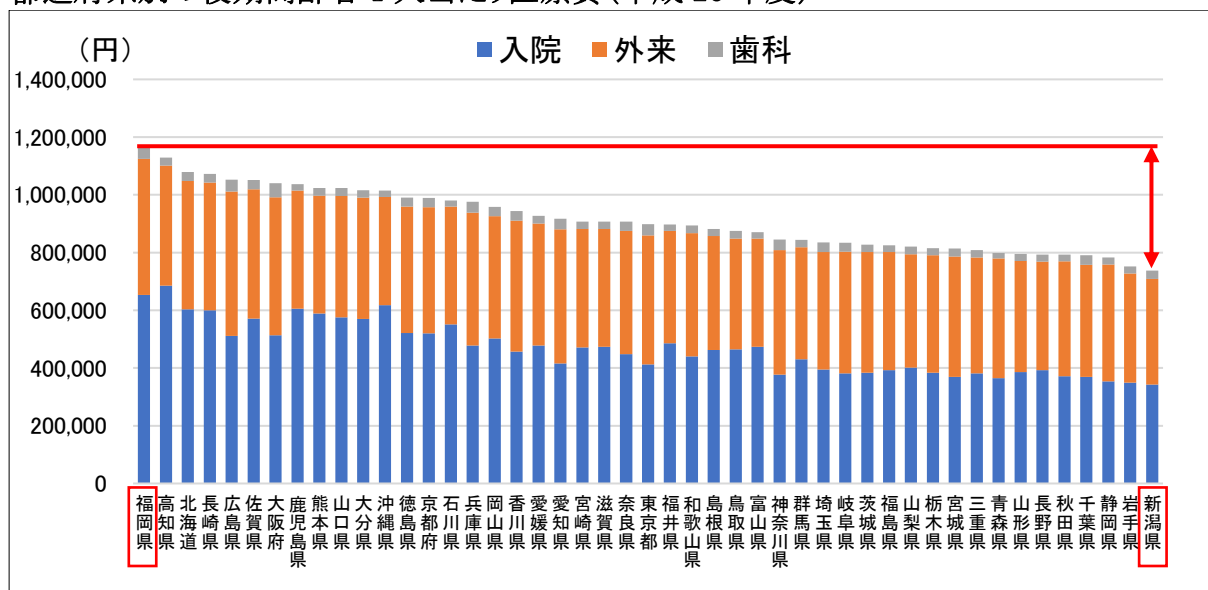
出典：平成24年度～28年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

(2) 都道府県別の1人当たり医療費

新潟県後期高齢者の平成26年度の1人当たり医療費は737,180円で、47都道府県の中で最も低くなっている。47都道府県で最も1人当たり医療費が高い福岡県は1,164,259円であり、新潟県との差は427,079円となっている。

1人当たり医療費の都道府県順位は、平成24年度から平成28年度までの5年間で大きな変動はない。

都道府県別の後期高齢者1人当たり医療費(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

1人当たり医療費ランキング(上位)

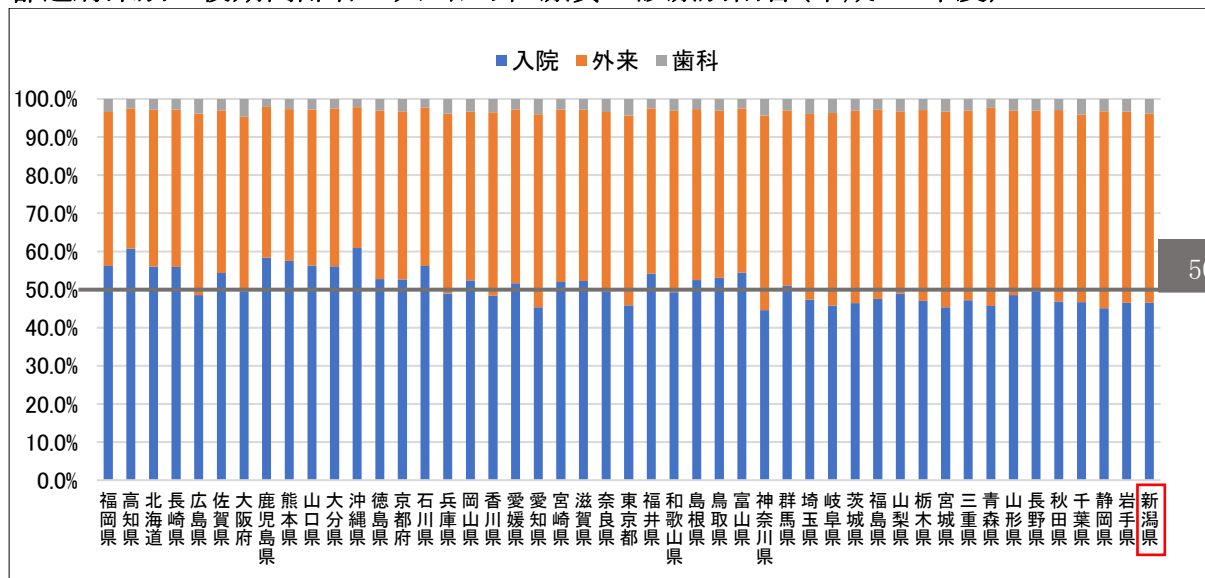
都道府県名	H23	H24	H25	H26	H27
福岡県	1	1	1	1	1
高知県	2	2	2	2	2
北海道	3	3	3	3	3
長崎県	4	4	4	4	4
広島県	5	5	5	5	6
佐賀県	7	6	6	6	5
大阪府	6	7	7	7	8
鹿児島県	8	8	8	8	7
熊本県	12	11	11	9	9
山口県	10	10	9	10	10

1人当たり医療費ランキング(下位)

都道府県名	H23	H24	H25	H26	H27
宮城県	36	34	35	38	37
三重県	40	40	39	39	38
青森県	38	39	40	40	40
山形県	42	42	42	41	41
長野県	44	43	43	42	42
秋田県	41	41	41	43	44
千葉県	43	44	44	44	43
静岡県	45	45	45	45	45
岩手県	47	46	46	46	46
新潟県	46	47	47	47	47

後期高齢者 1 人当たり医療費を診療別の割合で見ると、後期高齢者 1 人当たり医療費の高い都道府県では、入院医療費の割合が 50%を超えており、1 人当たり医療費の低い都道府県では、外来医療費が比較的高い傾向がみえる。

都道府県別の後期高齢者 1 人当たり医療費の診療別割合(平成 26 年度)



出典:平成 26 年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

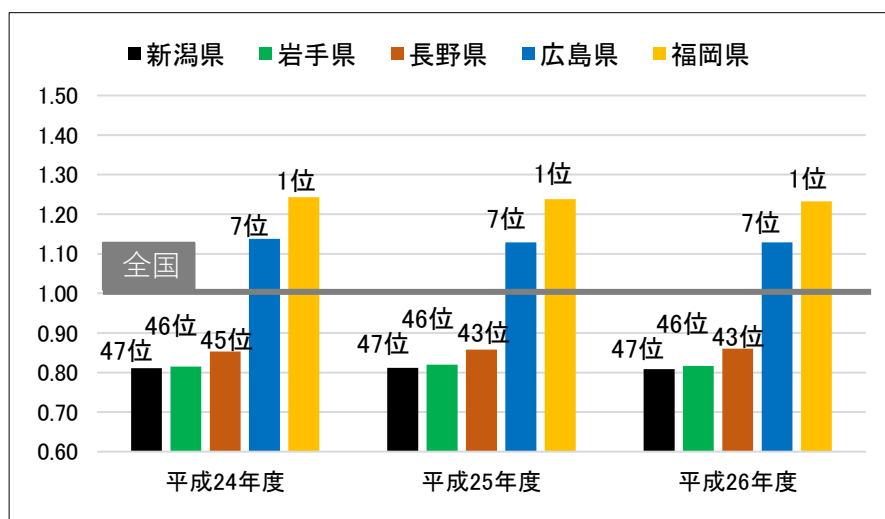
(3) 後期高齢者1人当たり医療費の対全国比

47都道府県の比較では、各広域連合の特徴が見えづらいため、新潟県と比較する都道府県を岩手県(1人当たり医療費が新潟県に次いで低い県)・長野県(健康寿命長寿県)・広島県(データ分析による国保保健事業実施先進県)・福岡県(1人当たり医療費が最も高い県)の4県と全国と定めた。

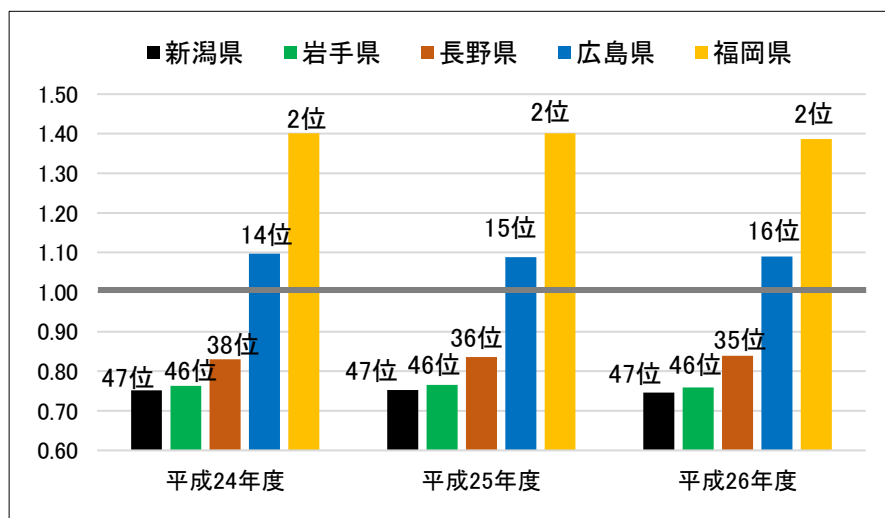
全国平均を1とした時の各県の指数では、新潟県も比較県も同じ水準(順位)を維持している。

平成24年度、25年度、26年度ともに、新潟県と46位の岩手県とは、1人当たり医療費、入院医療費及び外来医療費も差はみられない。38位の長野県と比較すると、入院医療費は低くなっているが、外来医療費について差は見られない。歯科については岩手県・長野県よりもやや高くなっている。

後期高齢者1人当たり医療費 対全国比

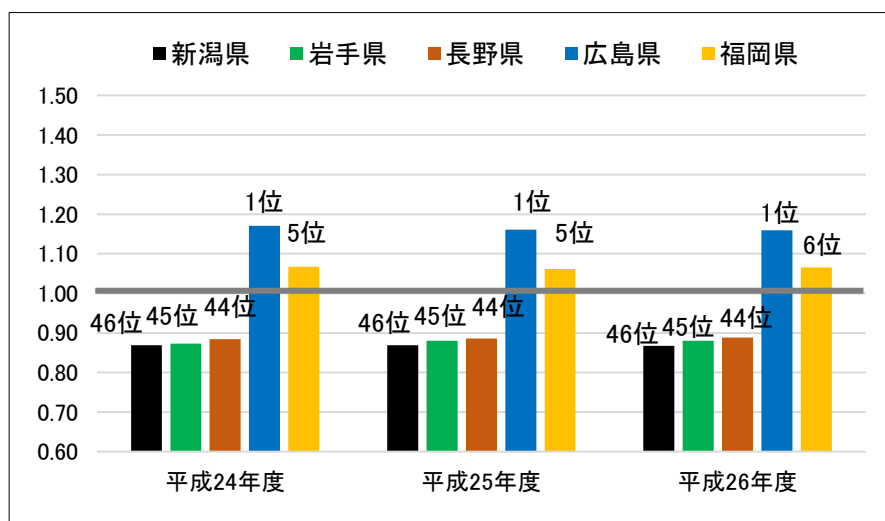


後期高齢者1人当たり入院医療費 対全国比

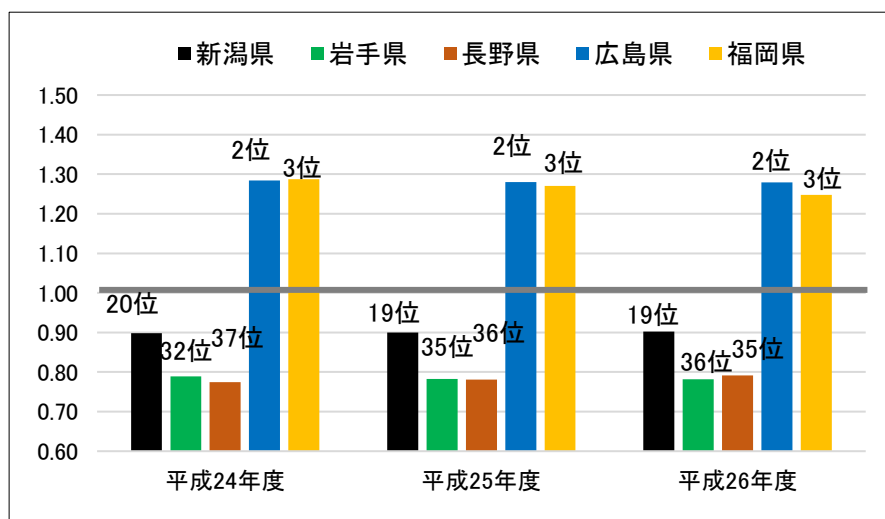


出典:平成24年度～平成26年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

後期高齢者 1人当たり外来医療費 対全国比



後期高齢者 1人当たり歯科医療費 対全国比



全国=1	計		入院		外来		歯科	
	指数	順位	指数	順位	指数	順位	指数	順位
新潟県	0.81	47	0.75	47	0.87	46	0.90	19
岩手県	0.82	46	0.76	46	0.88	45	0.78	36
長野県	0.86	43	0.84	35	0.89	44	0.79	35
広島県	1.13	7	1.09	16	1.16	1	1.28	2
福岡県	1.23	1	1.39	2	1.07	6	1.25	3

出典:平成24年度～平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

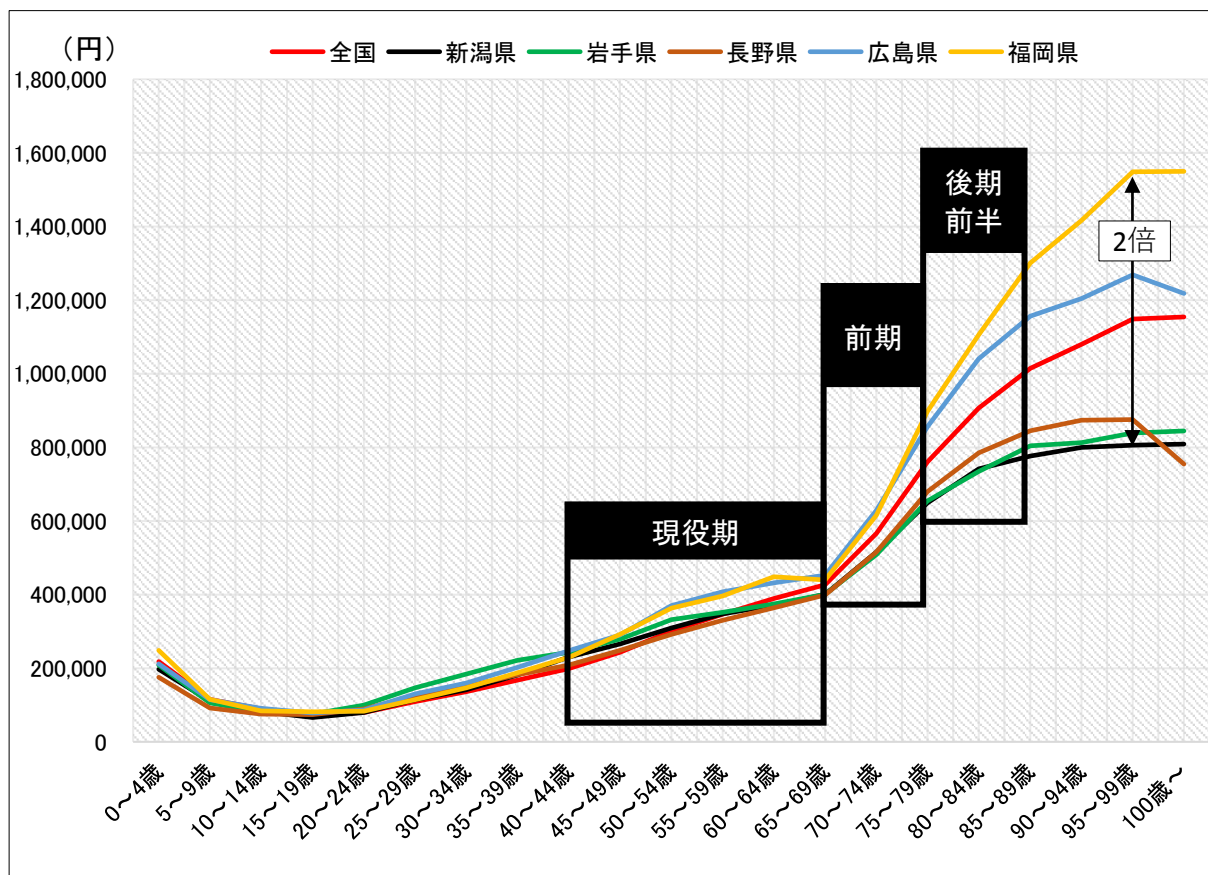
(4) 年齢階層別1人当たり医療費の比較

1人当たり医療費を年齢階層別にみると、95歳では地域差が2倍にも広がっている。

地域差の広がりは、前期高齢者の年齢である65歳から傾向が見られ、その広がり傾向が続くことで大きな差になっている。前期高齢者となる前の40～64歳（現役期）にも、広島県や福岡県は他の県よりも高い傾向を既に見せている。

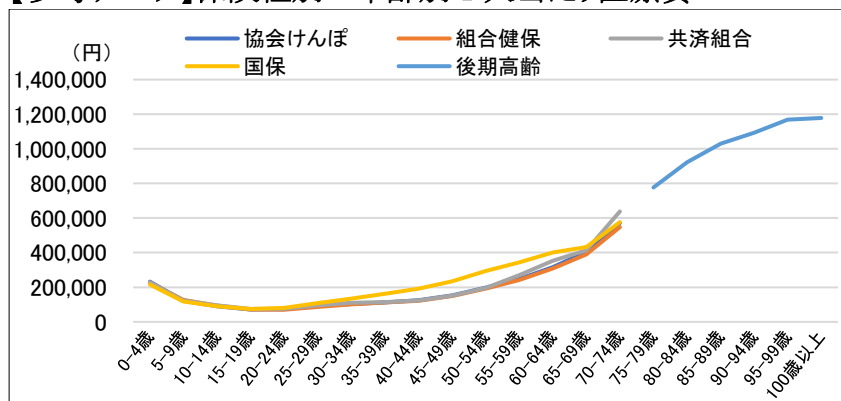
この傾向を考えると、後期高齢のみならず前期高齢及び現役期からの一貫した取組が必要になると考える。0～74歳は市町村国保データであるが、他の健康保険と比較して30～69歳はやや高めになっていることに留意する必要がある。

年齢階層別1人当たり医療費（平成26年度）



出典：平成26年度医療費の地域差分析基礎データ（厚生労働省）

【参考データ】保険種別の年齢別1人当たり医療費



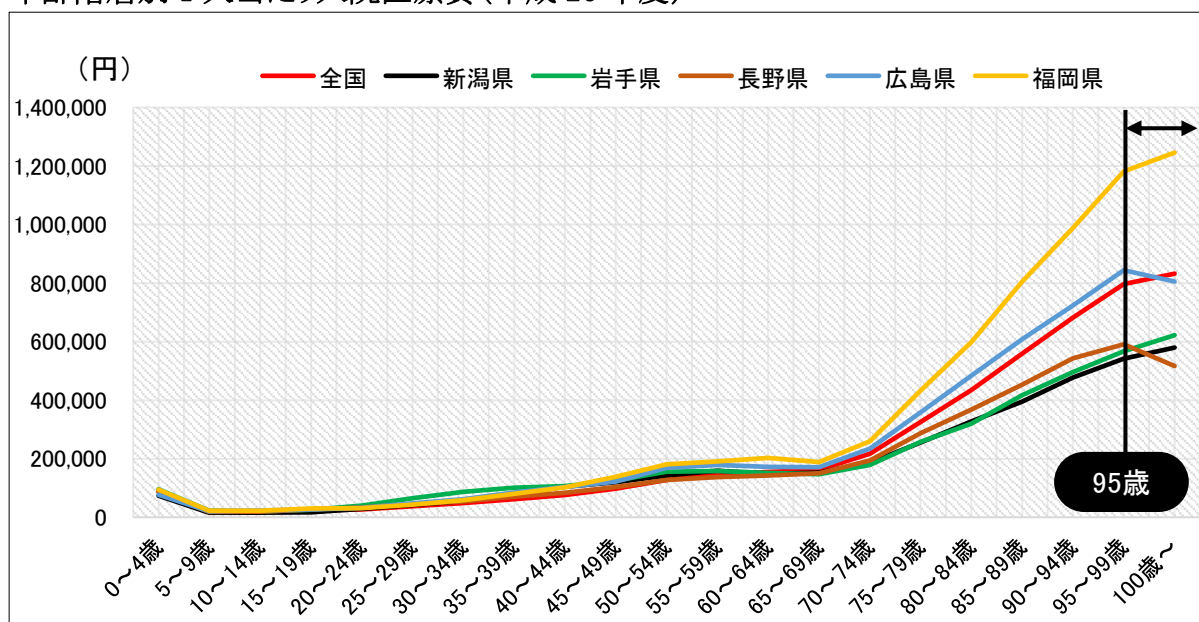
出典：平成26年度医療保険に関する基礎資料（厚生労働省）

(5) 年齢階層別 1人当たり医療費のレセプト種別ごとの傾向

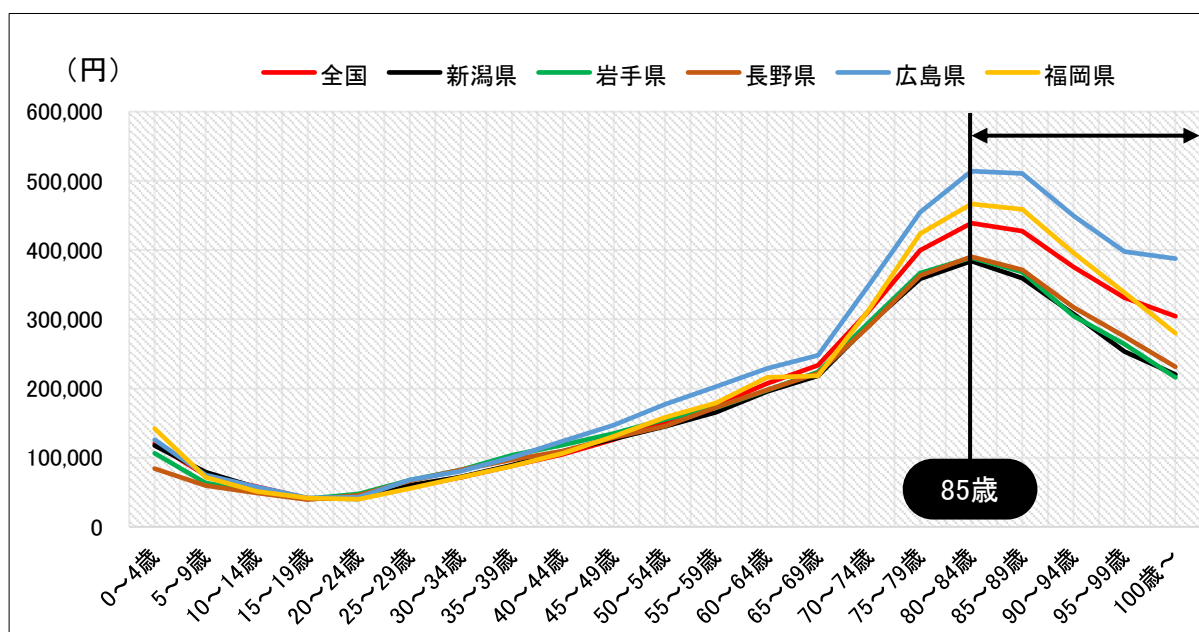
1人当たり医療費を入院、外来、歯科のレセプト種別ごとにみると、それぞれある年齢層からは下降傾向に転じていることがわかる。

入院医療費は95歳辺りまで上昇し、福岡県、岩手県、新潟県では、その後も緩やかに増加するものの、長野県、広島県では下降している。外来医療費は85歳からは低下傾向であり、歯科医療費においては75歳からその傾向がみられる。これらの傾向は5県に共通してみられることから、受診行動あるいは医療需要に対する後期高齢者の特性といえるかもしれない。

年齢階層別 1人当たり入院医療費(平成26年度)

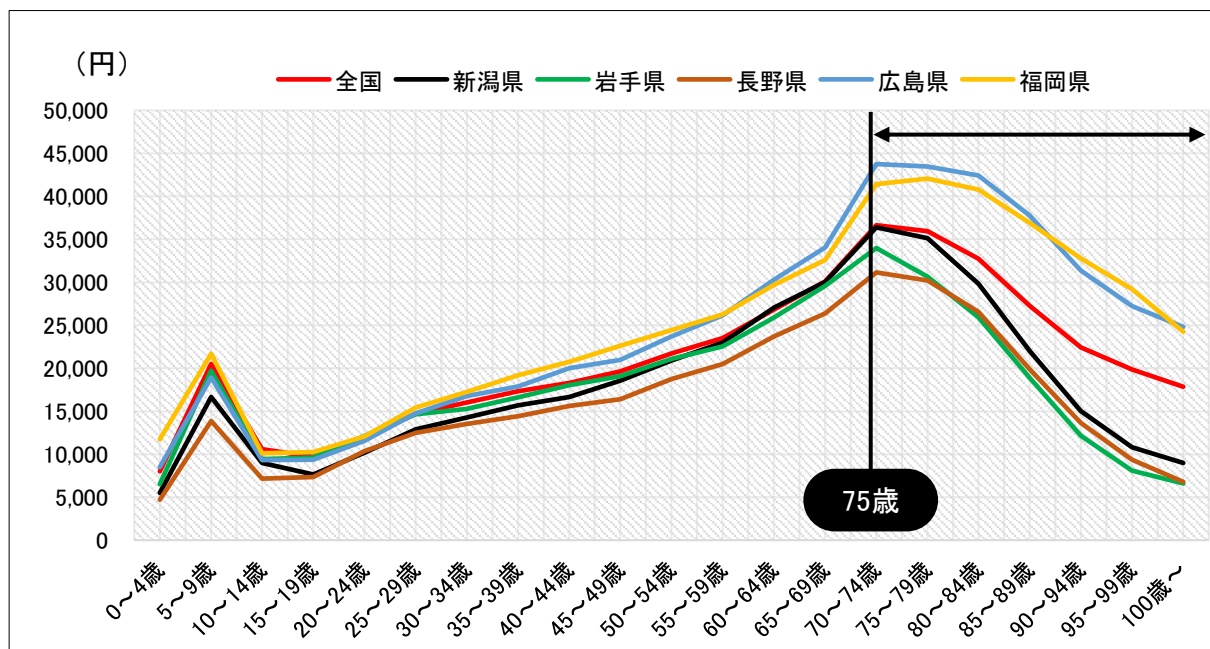


年齢階層別 1人当たり外来医療費(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

年齢階層別 1 人当たり歯科医療費 (平成 26 年度)



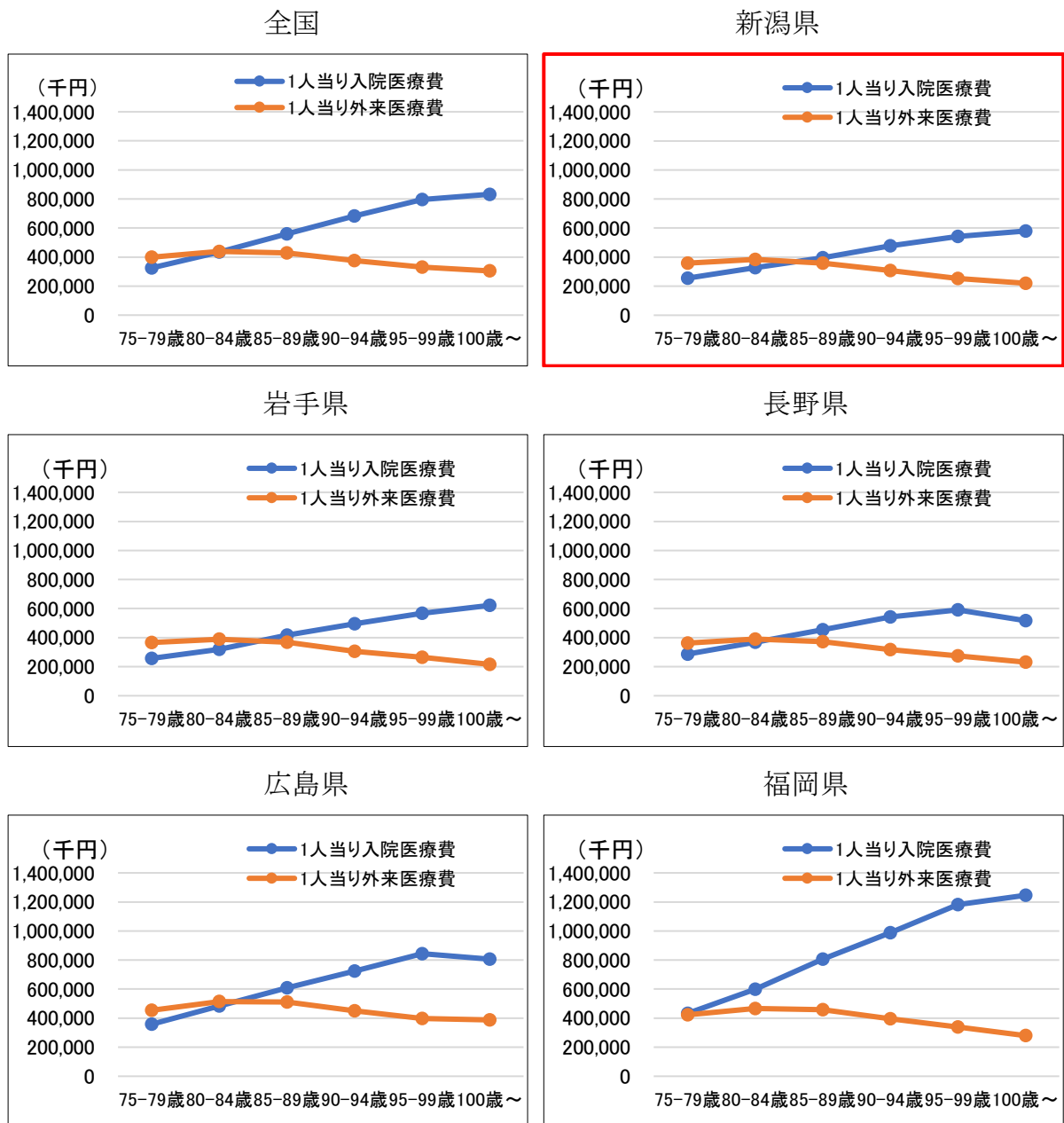
出典:平成 26 年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

次頁では、18 頁で示した年齢別の 1 人当たり入院医療費と 1 人当たり外来医療費が 85-89 歳を境に入れ替わることについて、全国および各都道府県で比較した。1 人当たり医療費の順位が近い岩手県は、新潟県と同じ様に 85-89 歳で 1 人当たり入院医療費と 1 人当たり外来医療費が入れ替わる。全国、長野県、広島県も入れ替わりを確認できるが、その年齢は 80-84 歳と新潟県や岩手県に比べて早くなっている。福岡県では、75-79 歳から 1 人当たり入院医療費が 1 人当たり外来医療費よりも高く、入れ替わることはない。

これらのことから、1 人当たり入院医療費が年齢とともにあがり続けること、1 人当たり外来医療費のピークは 80-84 歳であることは全国共通として確認できた。またその中でも 1 人当たり入院医療費と 1 人当たり外来医療費が入れ替わる年代に違いがあることから、入院・外来医療費の高低傾向は各都道府県によって異なるといえる。

新潟県後期高齢者の 1 人当たり医療費の低さは、1 人当たり入院医療費と 1 人当たり外来医療費の入れ替わる年代が 1 人当たり医療費の高い都道府県に比べて遅くなっており、入院よりも外来診療が多く行われていることが要因の 1 つと考えられる。

年齢階層別の1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費の比較(平成26年度)



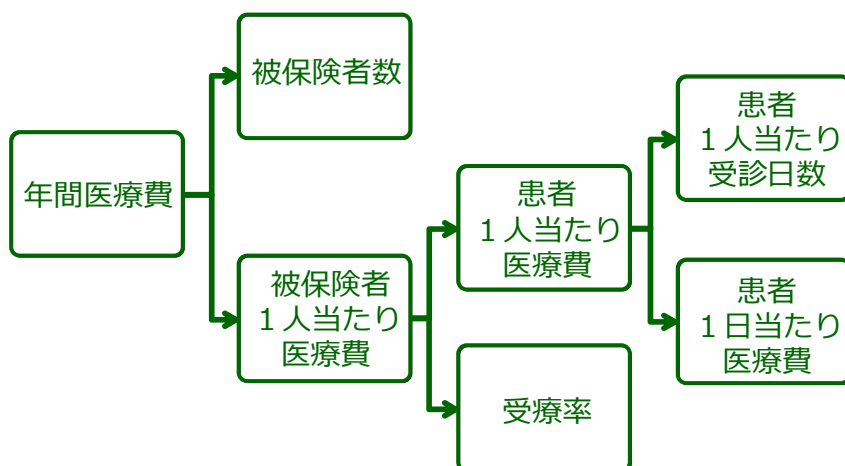
出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

2. 都道府県別の後期高齢者1人当たり医療費の地域差要因

(1) 1人当たり医療費と医療費構成要素の相関関係

1人当たり医療費の地域差を生み出す要因を探るため、医療費をその構成要素に分解し地域差の比較を行うことで、医療費の差に影響を及ぼしている因子を絞り込む。医療費の構成要素は以下に示す通りとなっている。

医療費を構成する要素と各項目が表す意味



- 年間医療費とは、医療費の年間合計
- 被保険者数とは、後期高齢者医療制度に加入している人数
- 被保険者1人当たり医療費とは、年間医療費を被保険者数で除したもの
- 患者1人当たり医療費とは、年間医療費を実患者数で除したもの
- 受療率とは、実患者数を被保険者数で除したもの
(何人(何割)の人が医療機関を受診しているか)
- 患者1人当たり受診日数とは、受診日数(外来日数と入院日数の合計)を実患者数で除したもの(その患者は何日(頻度)受診しているか)
※ここでは、患者1人当たり受診日数がデータで取れないため、レセプト1件当たり受診日数を用いることとした。
- 患者1日当たり医療費とは、患者1人当たり医療費を患者1人当たり受診日数で除したもの(患者の1日の医療費はいくらか)

これらの医療費の構成要素(受療率、1件当たり診療日数、1日当たり医療費)と1人当たり医療費の相関関係を全国の広域連合で示した。その結果、入院受療率との相関関係が強いことがわかった(相関係数が1に近いほど関係が強い)。

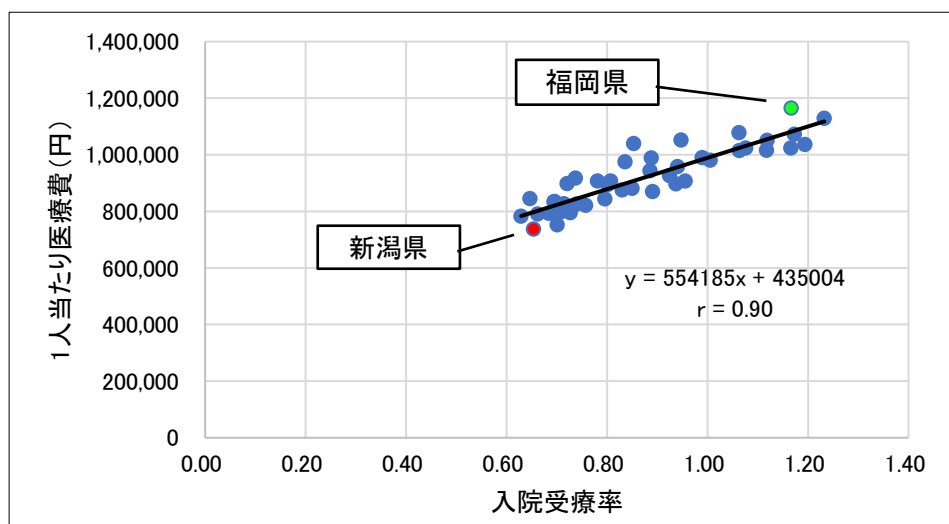
相関関係の強い1人当たり医療費と入院受療率をグラフで示した。入院受療率が高くなると1人当たり医療費が高くなることがわかる。1人当たり医療費が最も高い福岡県と1人当たり医療費が最も低い新潟県の位置はグラフで示される通りで、1人当たり医療費の高低差がきれいに反映されていることがわかる。

次に相関関係の強い1件当たり入院日数と、1件当たり外来日数についてもグラフで示した。入院受療率までの強い関係ではないが、入院日数や外来日数が増えると、1人当たり医療費が高くなることがわかる。

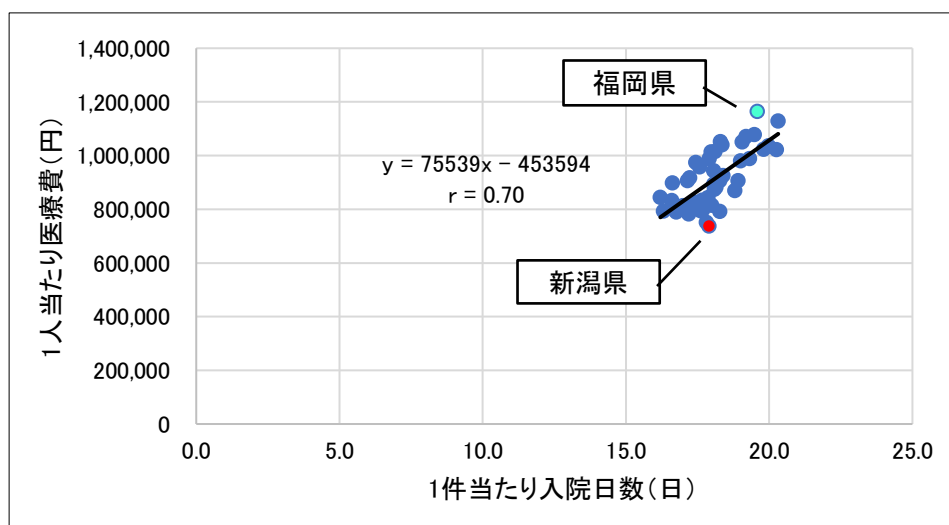
1人当たり医療費と各比較項目との相関係数(平成26年度)

医療費構成要素	比較項目	相関係数	関係の強さ
受療率	入院受療率	0.90	**
	外来受療率	0.37	
1件当たり診療日数	1件当たり入院日数	0.70	**
	1件当たり外来日数	0.69	**
1日当たり医療費	1日当たり入院医療費	-0.40	*
	1日当たり外来医療費	-0.46	*

1人当たり医療費と入院受療率(平成26年度)

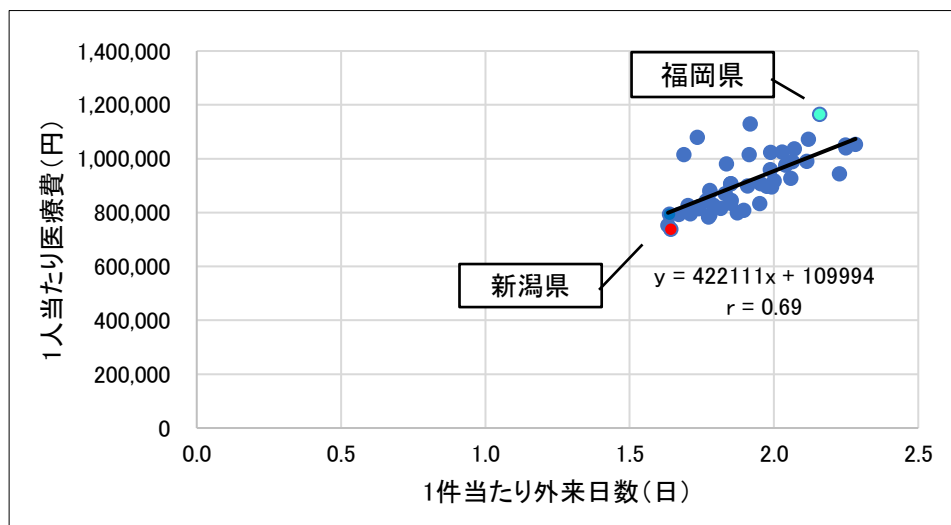


1人当たり医療費と1件当たり入院日数(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

1人当たり医療費と1件当たり外来日数(平成26年度)



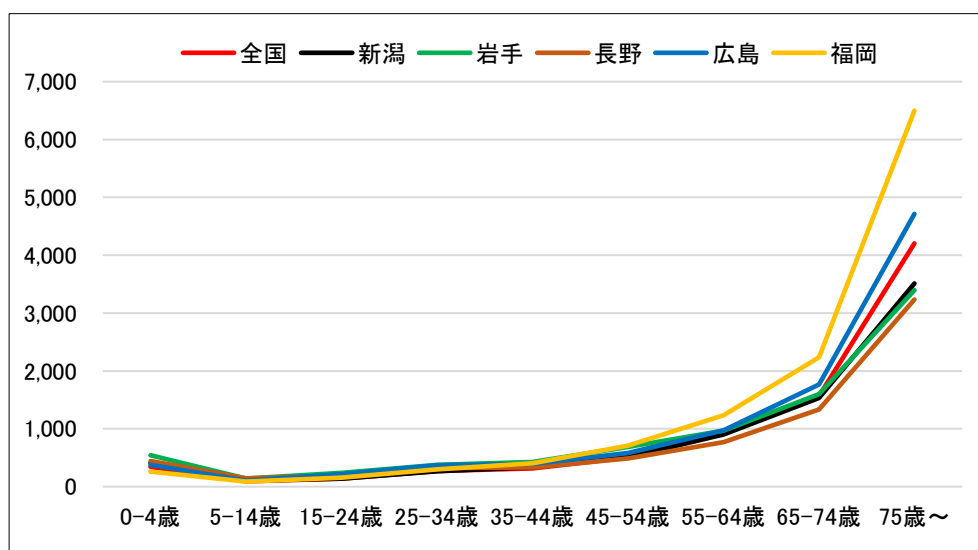
出典:平成26年度医療費の地域差分分析基礎データ(厚生労働省)

(2) 年齢階層別の入院・外来の受療率

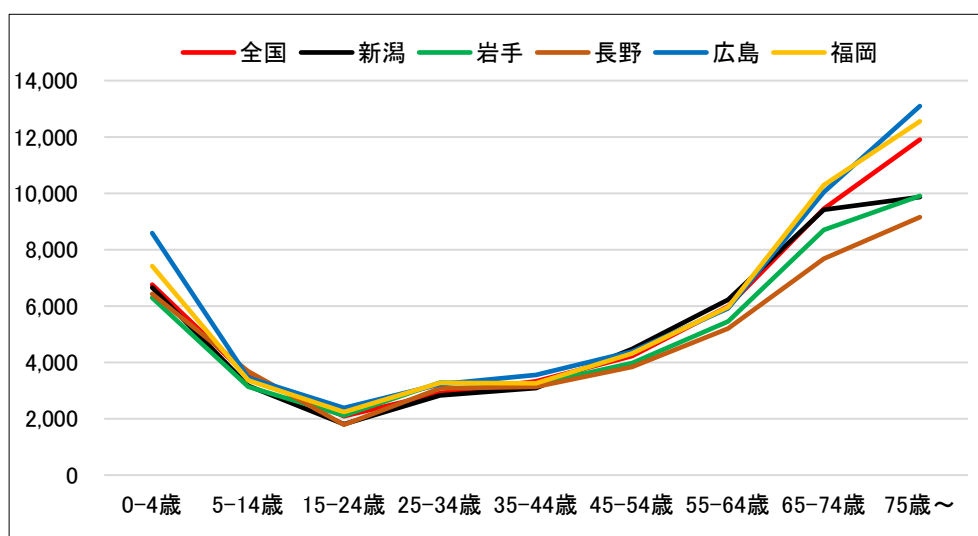
1人当たり医療費と入院受療率に強い相関関係があるとわかったので、後期高齢者1人当たり医療費の上位(福岡県・広島県)と下位(新潟県・岩手県・長野県)の5県について、受療率の地域差が生じる年齢階層を示す。

4頁の後期高齢者の特性にあるように後期高齢者の98.8%が医療機関を受診していると言われているが、以下に示す人口10万対入院受療率と外来受療率をみると、後期高齢者になる以前から1人当たり医療費と同じように地域差が生じており、高齢になるとその差が大きくなる傾向を示している。入院の受療率の地域差は45-54歳で差が開き始め、65歳から急上昇してその差が拡大していく。一方、外来の場合は35歳くらいから年齢とともに徐々に増加し、55-64歳で差が開き始めている。

年齢階層別の人口10万対入院受療率(平成26年度)



年齢階層別の人口10万対外来受療率(平成26年度)



出典:平成26年患者調査(厚生労働省)

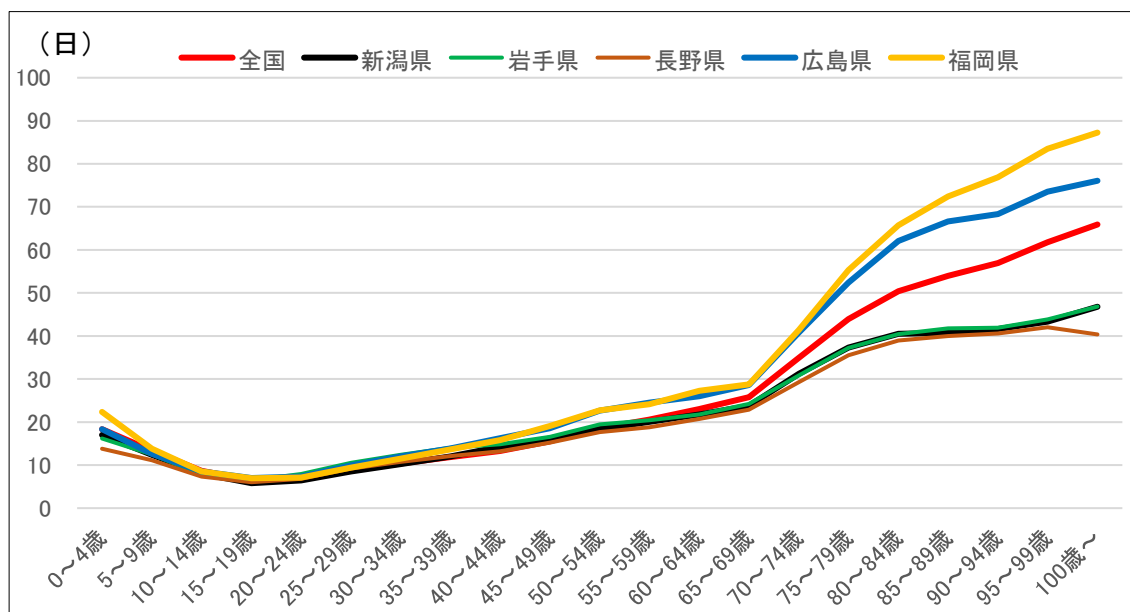
受療率:1日の推計患者数を人口で除して人口10万対であらわした数

推計患者数:調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

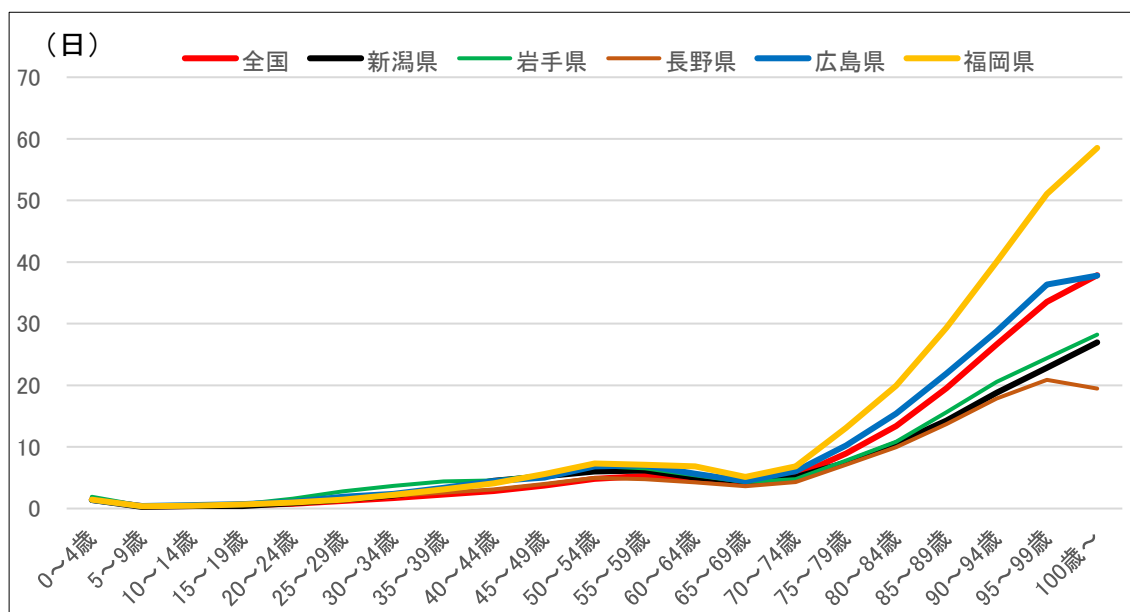
(3) 年齢階層別 1人当たり診療日数

1人当たり医療費と、1件当たり入院日数及び1件当たり外来日数は入院受療率に次いで相関が強かった。ここでは、「日数」に着目して、年齢階層別の1人当たり診療日数について後期高齢者1人当たり医療費の上位(福岡県・広島県)と下位(新潟県・岩手県・長野県)の5県にて比較する。年齢階層別1人当たり日数を合計・入院・外来・歯科で見ると、先に示した1人当たり医療費と類似した線形になっていた。このことから、1人当たり医療費が「日数」と密接に関係していることがわかる。

年齢階層別 1人当たり日数(合計)

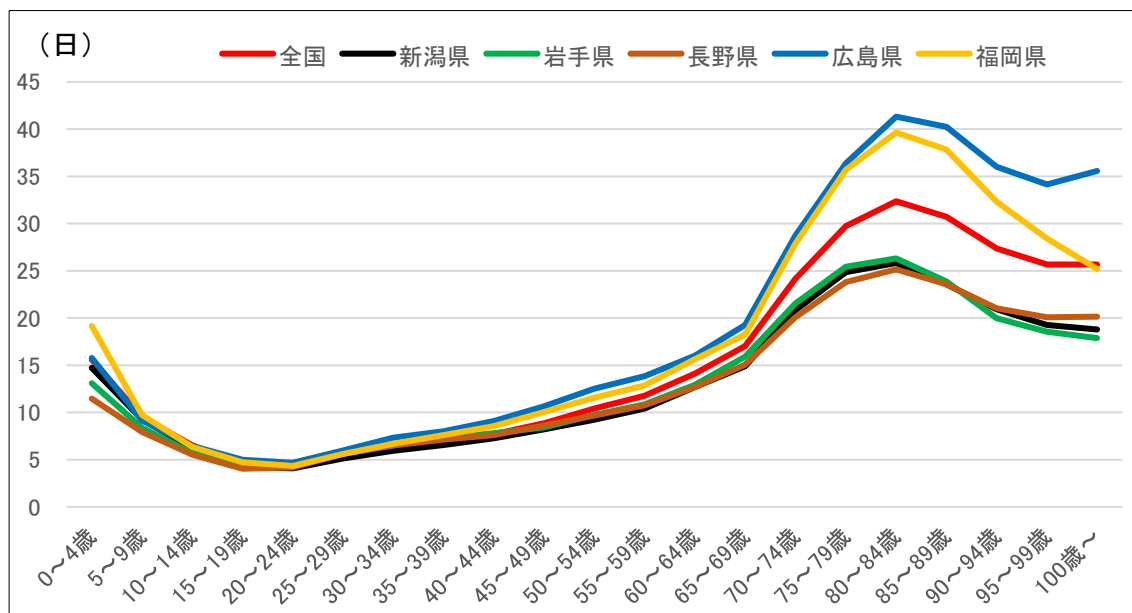


年齢階層別 1人当たり日数(入院)

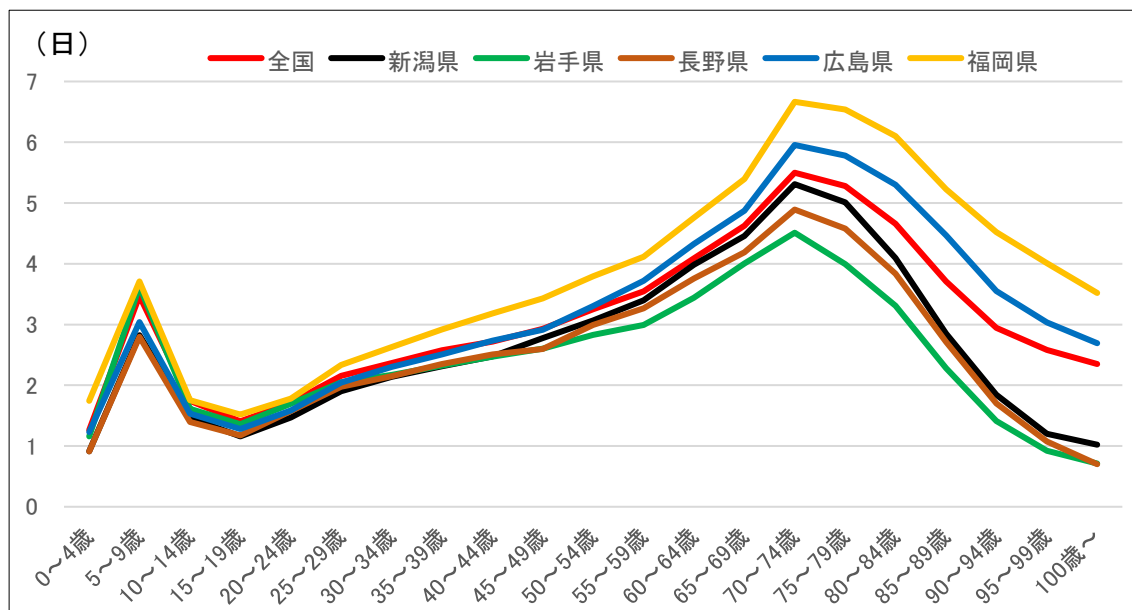


出典:平成 26 年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)
0-74 歳:国保データ、75 歳以上:後期高齢者データ

年齢階層別1人当たり日数(外来)



年齢階層別1人当たり日数(歯科)



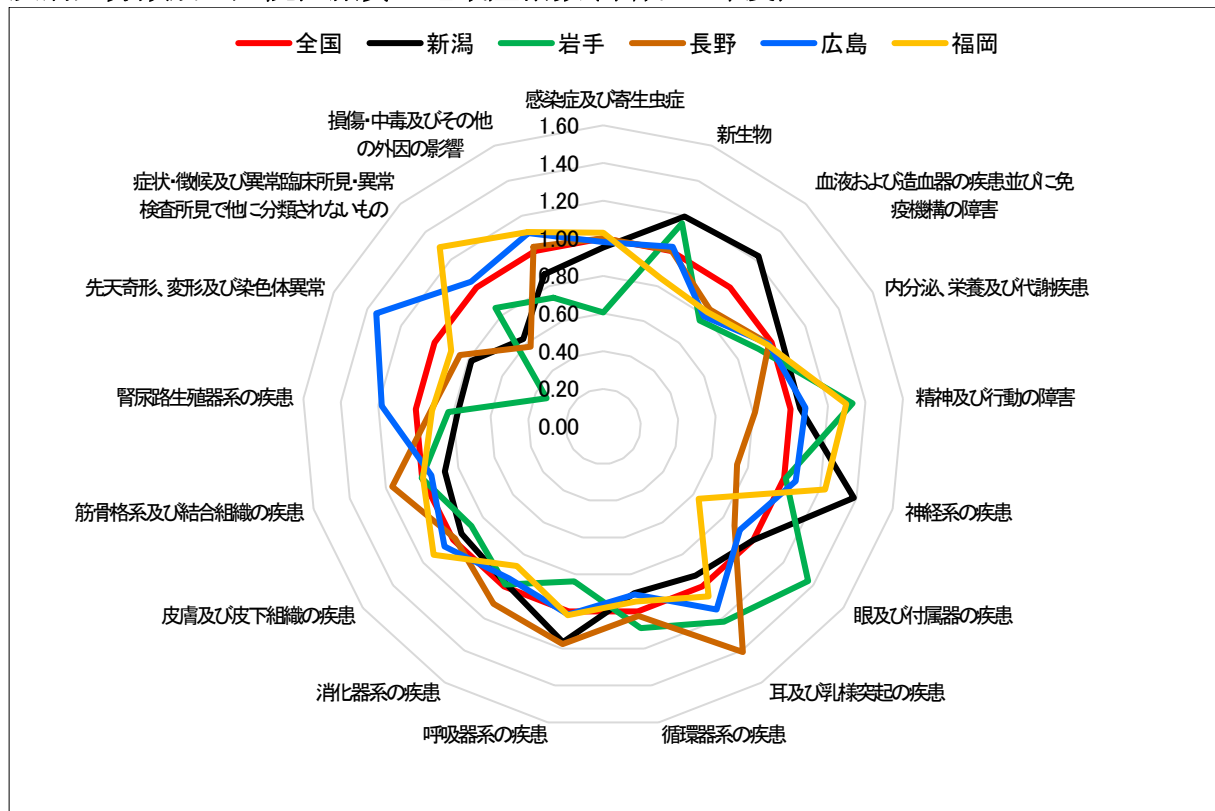
出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)
0-74歳:国保データ、75歳以上:後期高齢者データ

(4) 後期高齢者における疾病分類別の入院・外来医療費の地域差指数

1人当たり医療費と相関関係の強い入院受療率に地域差を生じさせるのは疾病なのか、それぞれに影響する因子やその背景を探るために、疾病分類別の医療費を入院・外来別で示す。

全国平均を1とした時の各県の指数をそれぞれの疾病分類でみると、新潟県の入院医療費は新生物、血液および造血器の疾患、神経系の疾患、呼吸器系の疾患で高くなっている。しかし、14頁の疾病大分類別入院医療費で高い割合を示した循環器系の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響は、全国と比較して低くなっている。

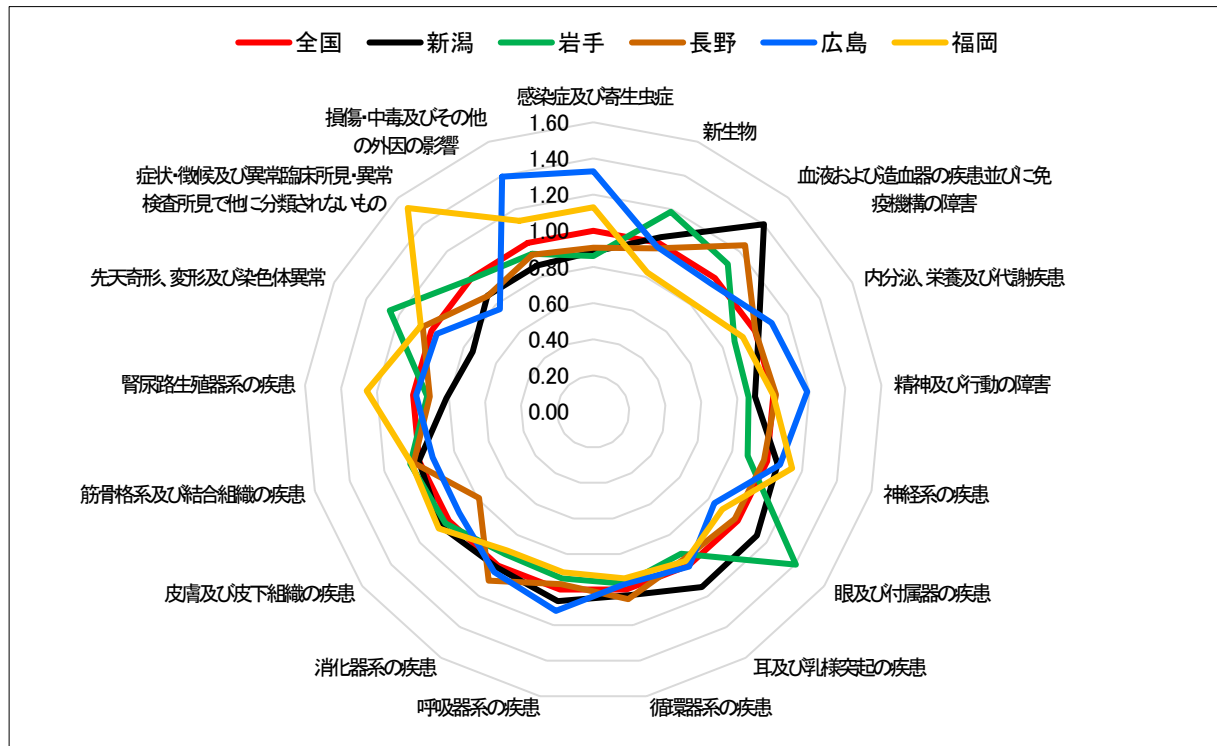
疾病大分類別の入院医療費の地域差指数(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

外来医療費では血液及び造血器の疾患、眼や耳の疾患が高く、15頁の疾病大分類別外来医療費で高い割合を示した腎尿路生殖器系の疾患は全国と比較して低くなっている。

疾病大分類別の外来医療費の地域差指数(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

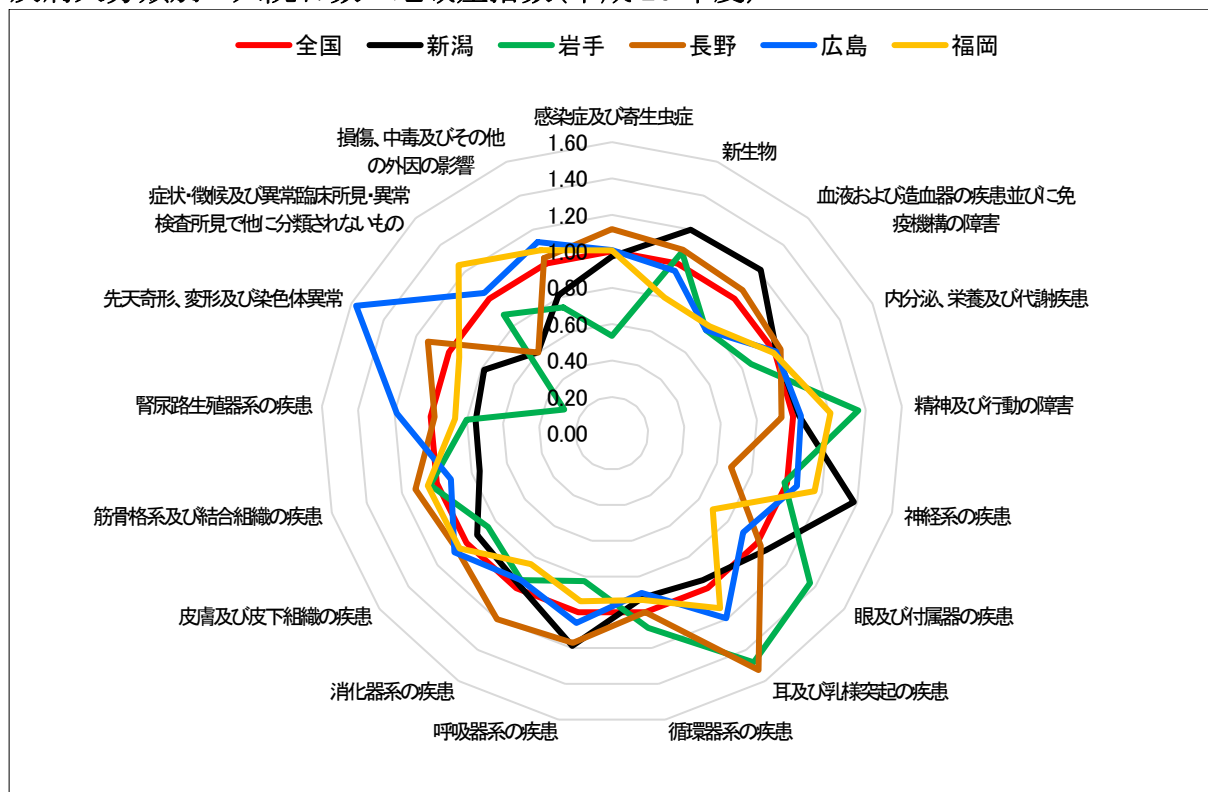
疾病大分類別の入院医療費、外来医療費については、疾病の傾向を示すレーダーチャートの形が5県でそれぞれ違っており、この疾病の傾向だけで1人当たり医療費の地域差を説明することは難しい。

(5) 疾病分類別の入院・外来日数の地域差指数

1人当たり医療費と相関関係の強い入院日数や外来日数に地域差を生じさせる疾病なのか、それぞれに影響する因子やその背景を探るために、疾病分類別の診療日数を入院・外来別で示す。

全国平均を1としたときの各県の指数をそれぞれの疾病分類でみると、新潟県の入院日数は先に示した入院医療費と同様に新生物、血液および造血器の疾患、神経系の疾患、呼吸器系の疾患で高くなっている。

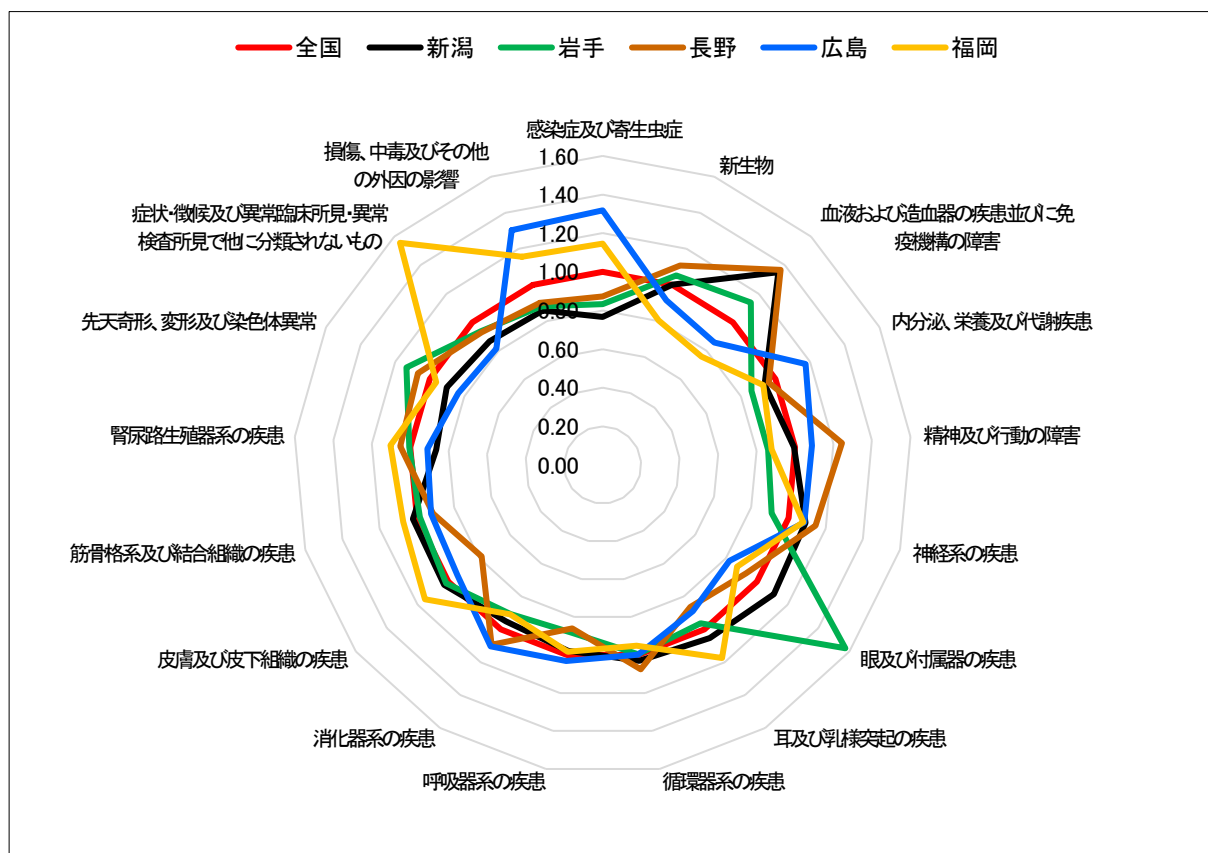
疾病大分類別の入院日数の地域差指数(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

外来日数では、外来医療費と同様に血液及び造血器の疾患、眼及び付属器の疾患が高いが、全国と比較して突出して低い疾患はない。

疾病大分類別の外来日数の地域差指数(平成26年度)



出典:平成26年度医療費の地域差分析基礎データ(厚生労働省)

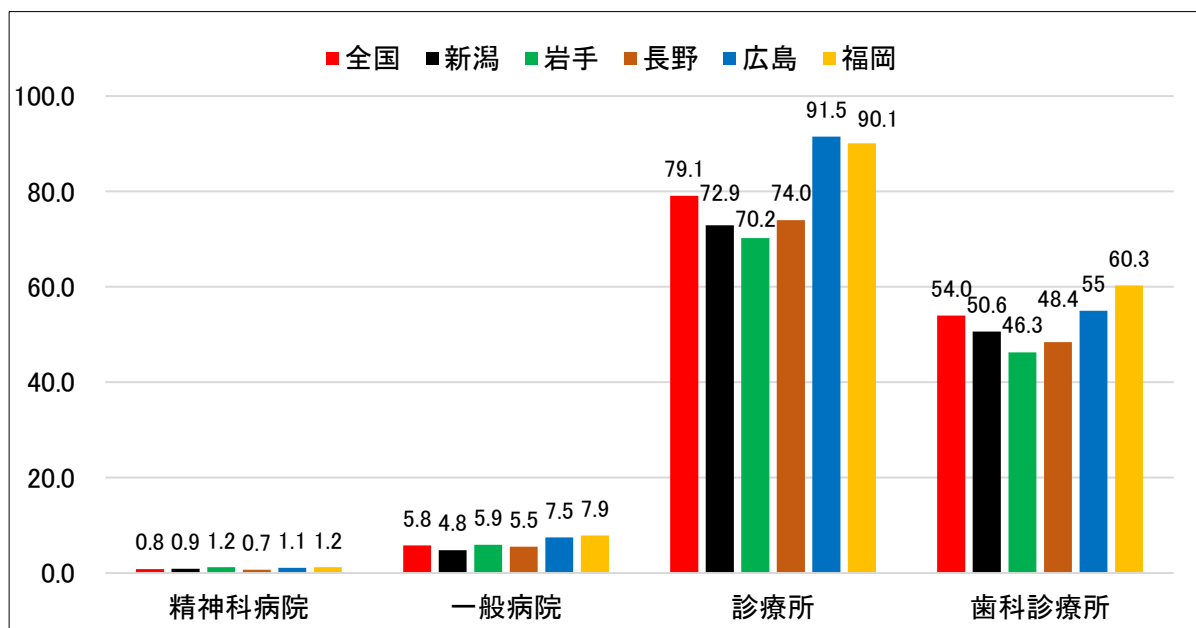
疾病大分類別の入院日数、外来日数については、疾病の傾向を示すレーダーチャートの形が5県でそれぞれ違っており、この疾病の傾向だけで1人当たり医療費の地域差を説明することは難しい。

(6) 医療施設数と病床数

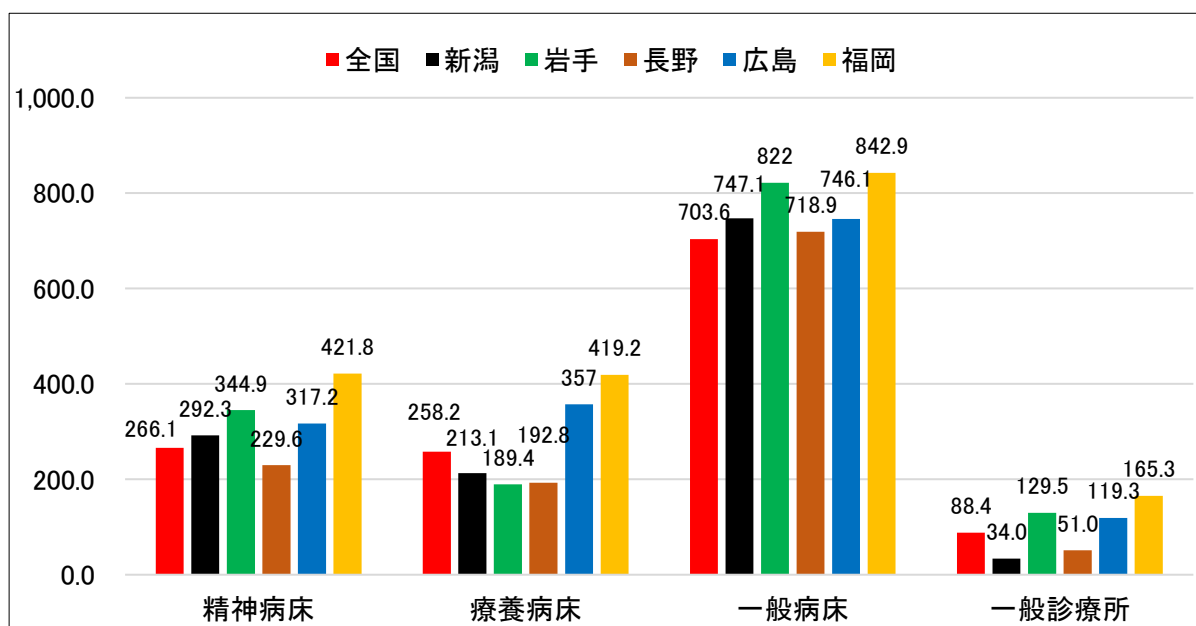
医療費を構成する受療率や診療日数、背景となる疾病と関係が深い医療施設数、病床数について各県の状況を示す。新潟県の医療施設数は、病院と診療所ともに少ない傾向である。特に病院が少ないことは特徴的である。

一方で、一般病床と精神病床は、全国平均よりも多く、一般診療所の病床は非常に少ない傾向にある。後期高齢者の1人当たり医療費が最も高い福岡県では、医療施設数、病床数ともに新潟県や全国平均を大きく上回っていることがわかる。

人口10万対医療施設数



人口10万対病床数



出典：平成26年度医療施設調査（厚生労働省）

(7) 医療施設数・病床数と入院受療率の相関関係

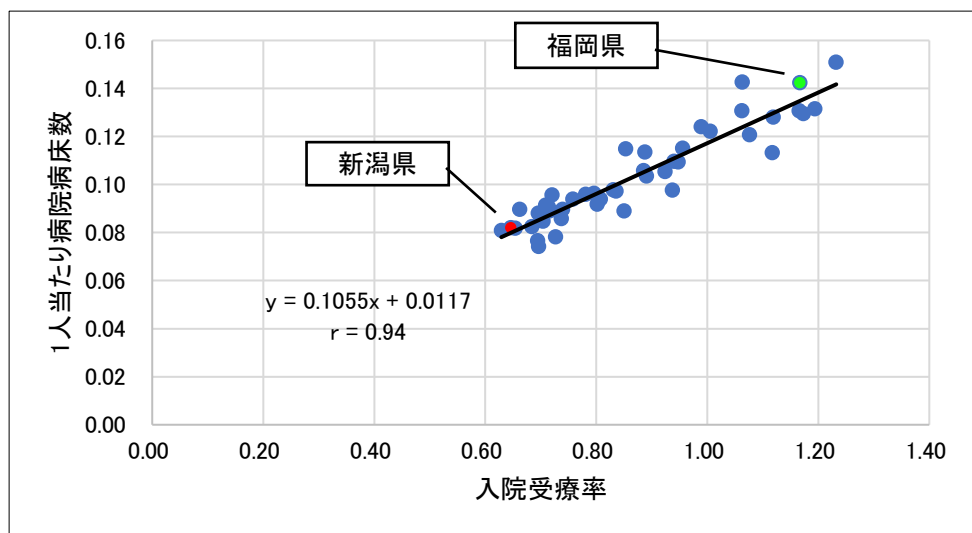
53頁で示した1人当たり医療費と強い相関関係であった入院受療率について、医療環境（医療施設数・病床数）との関係をみた。被保険者1人当たり病院病床数と入院受療率の相関関係が強く、1人当たり病院病床数が増えると入院受療率は高くなることがわかる。また病床の内訳と入院受療率では、相関係数に違いはあるが、1人当たり精神病床数、1人当たり療養病床数、1人当たり一般病床数、1人当たり一般診療所数のそれぞれと相関関係があることがわかる。したがって、1人当たり病床数が増えると1人当たり医療費も増えるといえる。

ただし、病院経営的な立場から考えると、なるべく空いているベッドをなくし、効率的な治療を行うことが優先される傾向ではあるものの、実際には、ベッドの利用度を100%にできていないわけではない。また入院日数にも影響を受けることがあるため、1人当たり病床数だけで1人当たり医療費の地域差を説明できるものではないことに留意する必要がある。

各比較項目と入院受療率との相関係数

比較項目	相関係数	関係の強さ
被保険者1人当たり病院病床数	0.94	**
(再掲)被保険者1人当たり精神病床数	0.82	**
(再掲)被保険者1人当たり療養病床数	0.83	**
(再掲)被保険者1人当たり一般病床数	0.63	**
(再掲)被保険者1人当たり一般診療所数	0.74	**

被保険者1人当たり病院病床数と入院受療率の関係



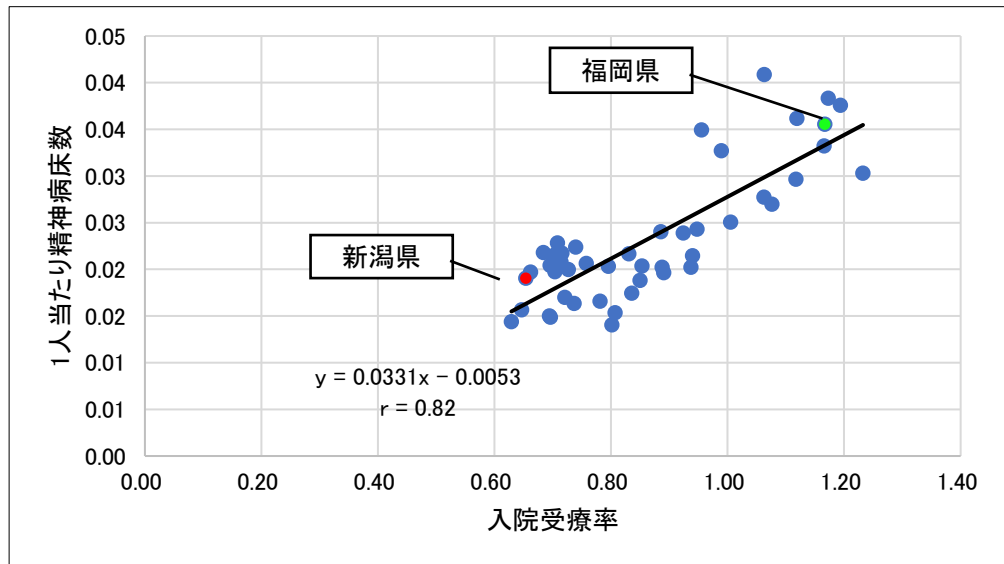
出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)

※1人当たり病院病床数=病院病床数÷被保険者数

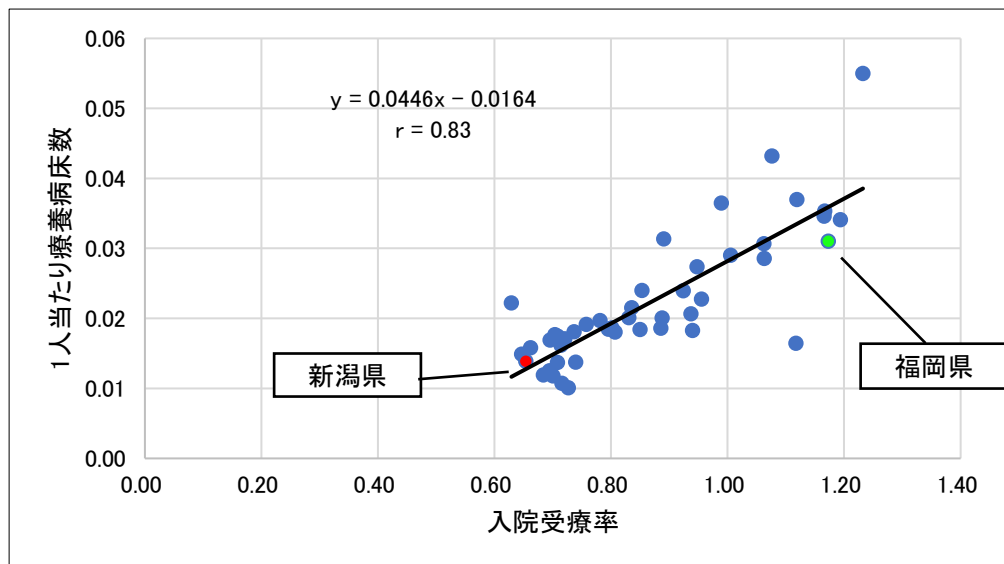
※入院率:平成26年度医療費の地域差分析基礎データより

病院病床数の内訳として精神病床数、療養病床数、一般病床数、一般診療所病床数の各病床数当たり被保険者数と入院受療率の関係をみると、精神病床数や療養病床数と相関関係が強いことがわかる。精神病床数や療養病床数については、先に示した疾病大分類が地域の特性を反映していることが考えられるため、次に医師数や診療科別医師数との関連を示す。

被保険者1人当たり精神病床数と入院受療率の関係

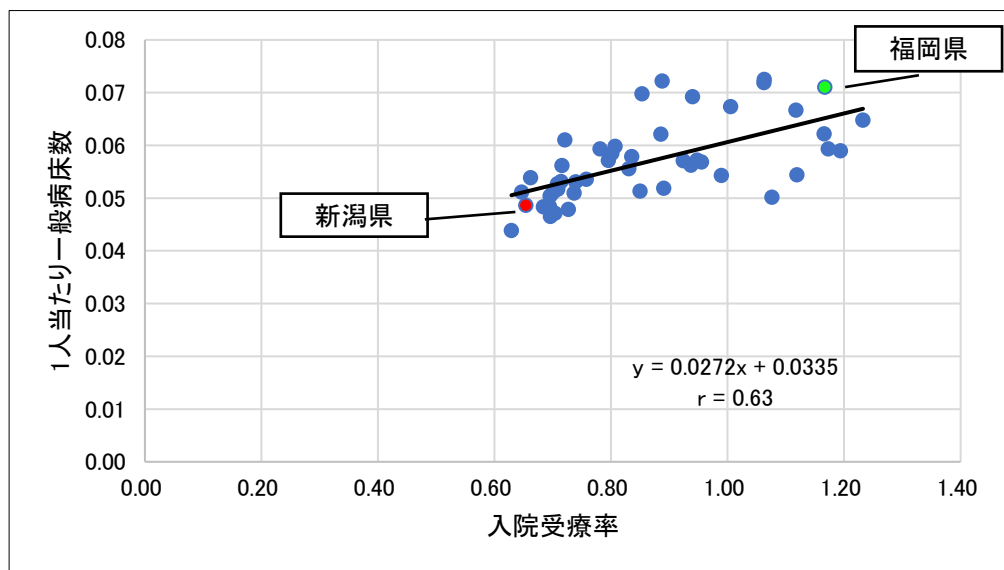


被保険者1人当たり療養病床数と入院受療率の関係

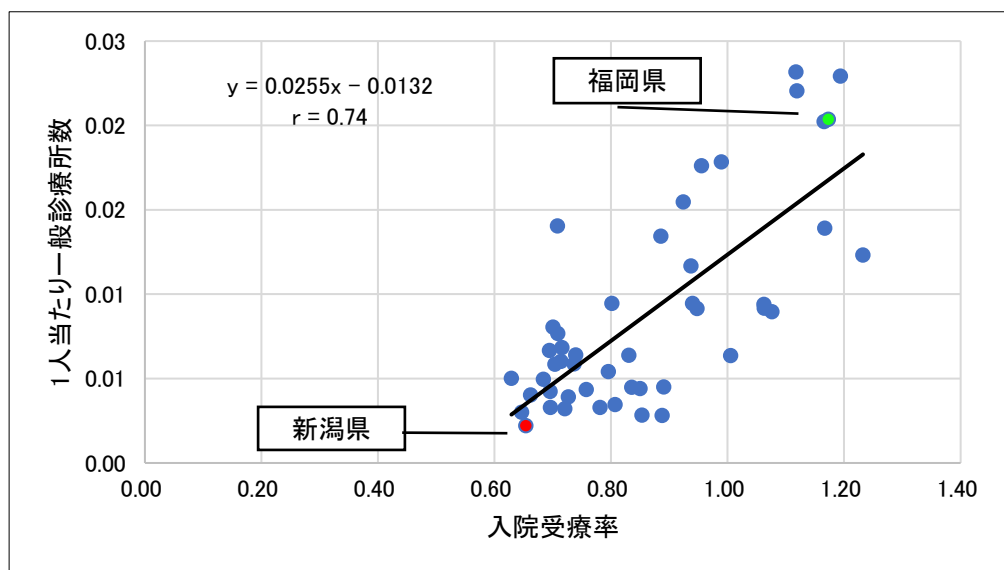


出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)

被保険者1人当たり一般病床数と入院受療率の関係



被保険者1人当たり一般診療所病床数と入院受療率の関係



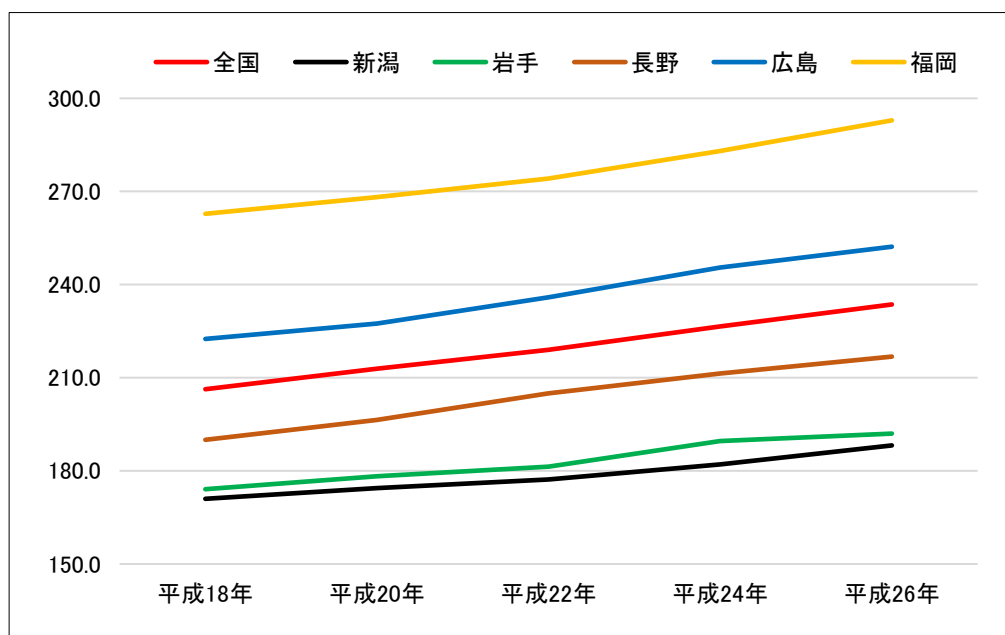
出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)

(8) 医師数・歯科医師数・薬剤師数

人口10万対医師数や歯科医師数、薬剤師数について、平成18年から平成26年の各県の推移を示す。医師数については、1人当たり医療費の順位と同様の傾向を示している。

新潟県の医師数と薬剤師数は、医療施設数と同じく少ない傾向であるものの、歯科医師数については、福岡県の次に多く、全国平均を上回っていることがわかる。

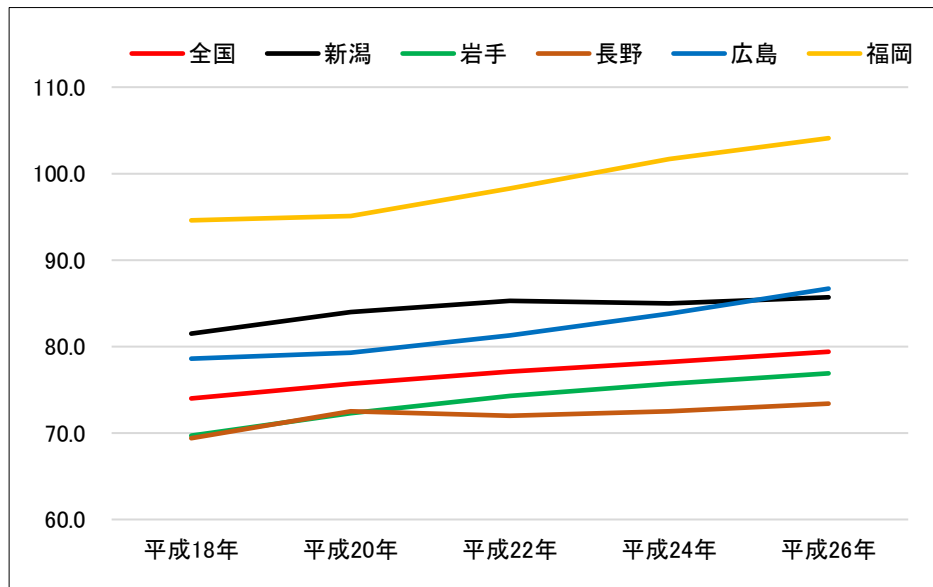
人口10万対医師数の推移



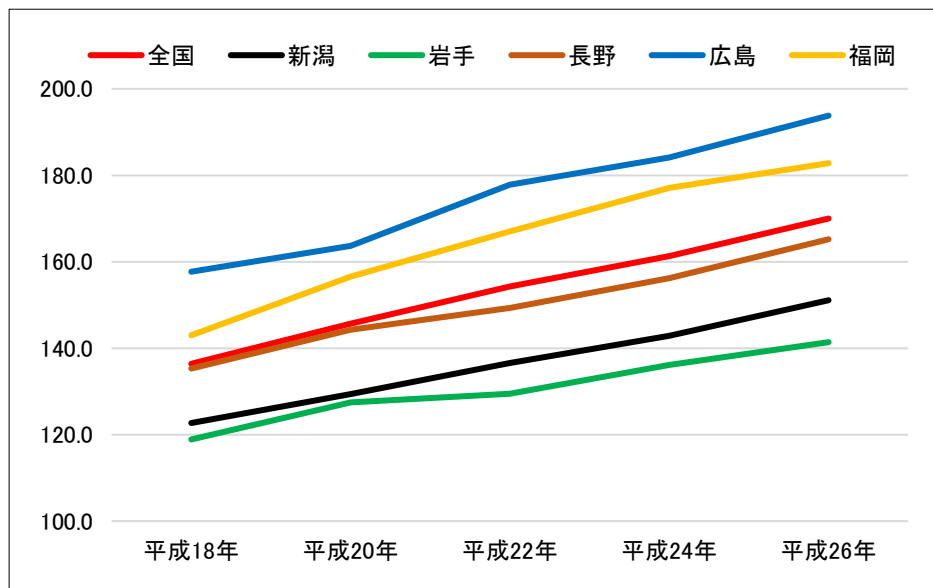
	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
全国	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6
新潟県	171.0	174.4	177.2	182.1	188.2
岩手県	174.1	178.3	181.4	189.6	192.0
長野県	190.0	196.4	205.0	211.4	216.8
広島県	222.5	227.4	235.9	245.5	252.2
福岡県	262.8	268.2	274.2	283.0	292.9

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

人口10万対歯科医師数の推移



人口10万対薬剤師数の推移



出典:平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

(9) 診療科別医師数と入院受療率の相関関係

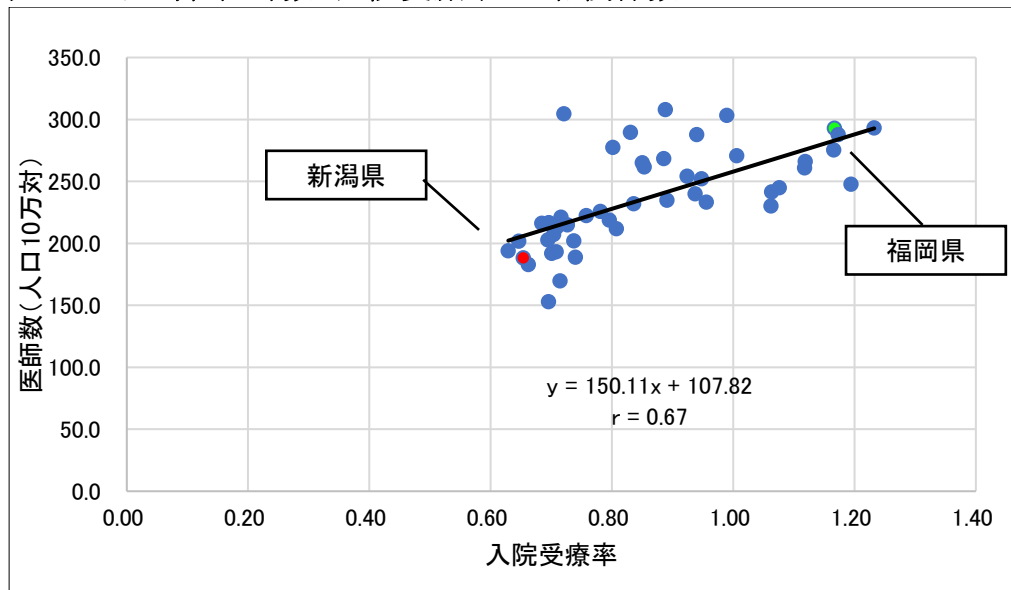
53頁では1人当たり医療費と入院受療率に強い相関関係があり、地域差があることを示した。前頁では、人口10万対医師数が1人当たり医療費と同じ様に地域差があることを確認した。この医師数が診療科別に特徴があるのか入院受療率との相関関係をみると、総医師数、内科、消化器内科、精神科、外科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科の10万対医師数と相関関係が強いことがわかった。その中でも総医師数、精神科、整形外科については相関係数が高く、入院する背景の疾患と関連があることを示唆するものとなっている。

各人口 10 万対診療科別医師数と入院受療率との相関係数

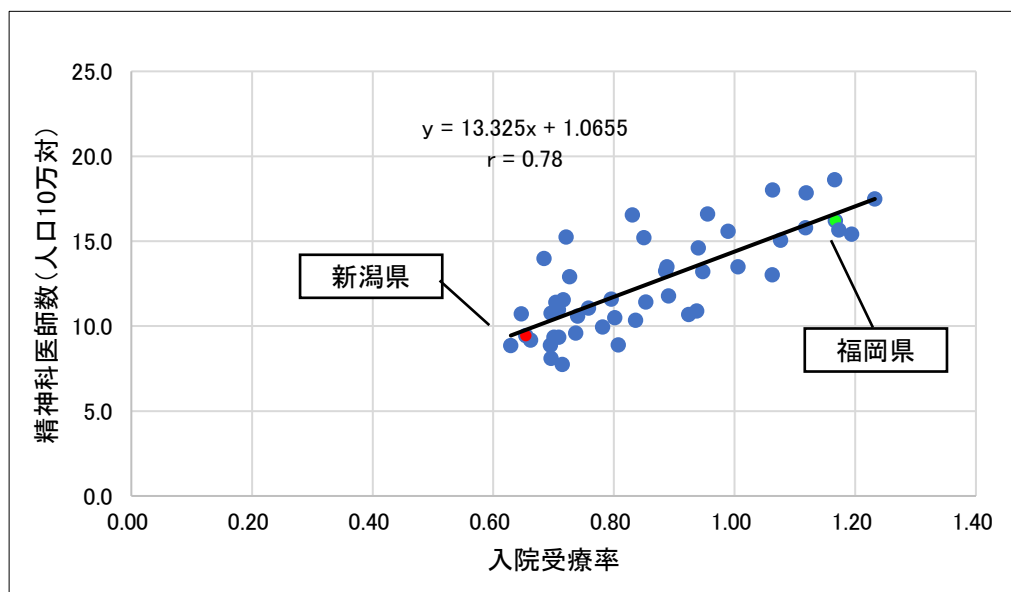
診療科	相関係数	関係の強さ	診療科	相関係数	関係の強さ
総医師数	0.67	**	気管食道外科	-0.23	
内科	0.57	**	消化器外科(胃腸外科)	0.21	
呼吸器内科	0.41		泌尿器科	0.50	**
循環器内科	0.64	**	肛門外科	0.28	
消化器内科(胃腸内科)	0.49	**	脳神経外科	0.57	**
腎臓内科	0.25		整形外科	0.68	**
神経内科	0.11		形成外科	0.32	
糖尿病内科(代謝内科)	0.27		美容外科	0.02	
血液内科	0.35		眼科	0.28	
皮膚科	0.40		耳鼻咽喉科	0.28	
アレルギー科	-0.21		小児外科	0.08	
リウマチ科	0.30		産婦人科	0.24	
感染症内科	0.12		産科	0.07	
小児科	0.32		婦人科	-0.06	
精神科	0.78	**	リハビリテーション科	0.29	
心療内科	0.41		放射線科	0.65	**
外科	0.65	**	麻酔科	0.65	**
呼吸器外科	0.18		病理診断科	0.01	
心臓血管外科	0.42		臨床検査科	-0.01	
乳腺外科	0.21		救急科	0.25	

出典:平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)
 ※人口:人口推計平成 26 年 10 月 1 日現在人口より
 ※入院率:平成 26 年度医療費の地域差分析基礎データより

人口10万対総医師数と入院受療率との相関係数

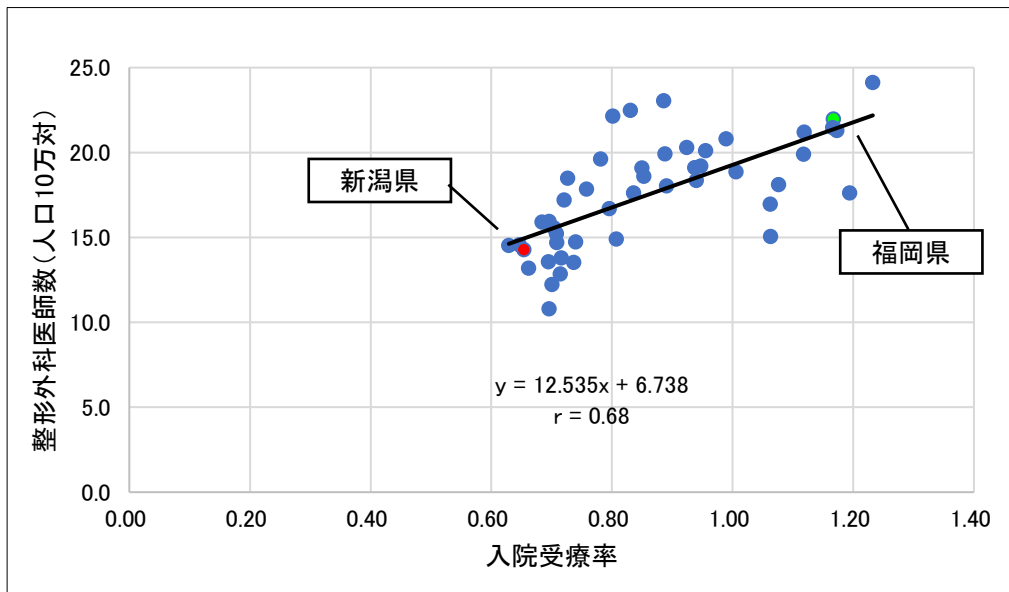


人口10万対精神科医師数と入院受療率との相関係数



出典:平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)
 ※人口:人口推計平成26年10月1日現在人口より
 ※入院率:平成26年度医療費の地域差分析基礎データより

人口10万対整形外科医師数と入院受療率との相関係数



出典:平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)
※人口:人口推計平成26年10月1日現在人口より
※入院率:平成26年度医療費の地域差分析基礎データより

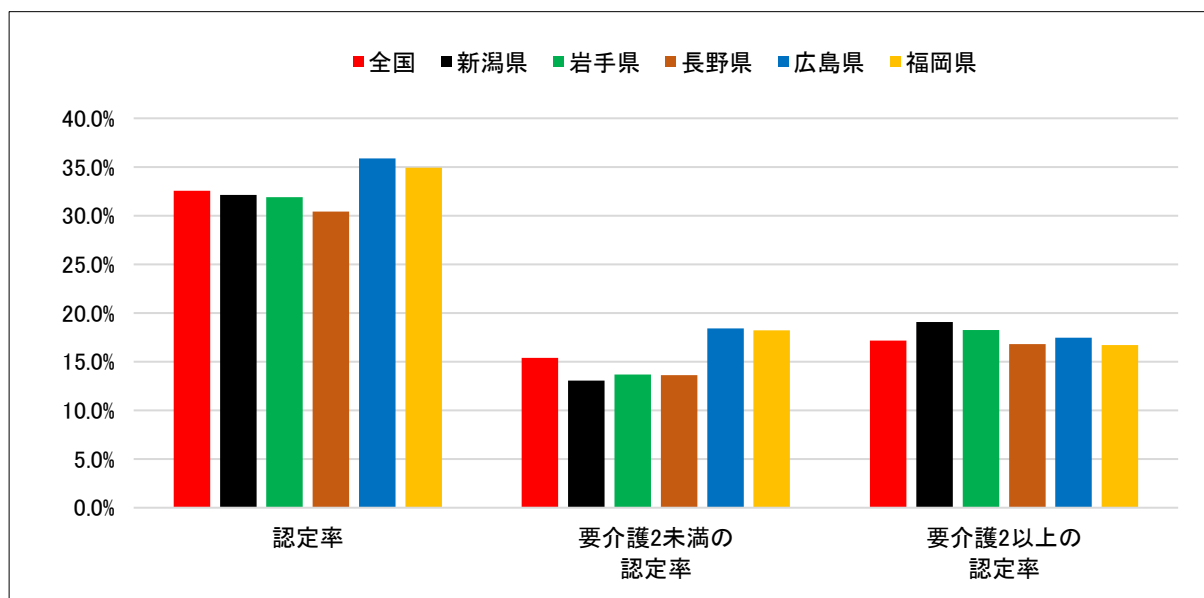
(10) 都道府県別の要介護認定率

次に医療と関連の深い介護についても医療費同様に各県と比較を行う。

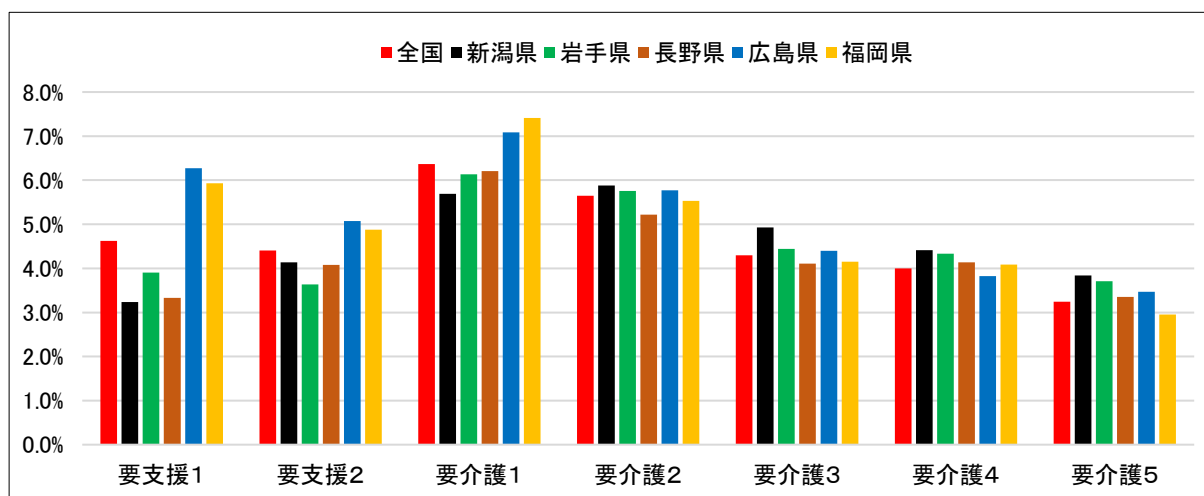
平成26年度の介護認定率は全国平均を下回っており、要介護2未満(要支援1～要介護1)の認定率が低いことが影響していると考えられる。一方で要介護2以上(要介護2～要介護5)の認定率は全国平均を超えており、さらに1人当たり医療費の高い福岡県や広島県よりも高いことがわかる。

介護度別の認定率を各県で比較すると、要支援1から要介護1までは全国平均以下となっているのに対し、要介護2から要介護5までの認定率は全国平均を上回るものとなっている。この背景には、第2章でも示した通り、介護認定を受けるときにはすでに重症化した状態となっている可能性が高いことを示唆している。

介護認定率の比較(平成26年度)



介護度別認定率の比較(平成26年度)

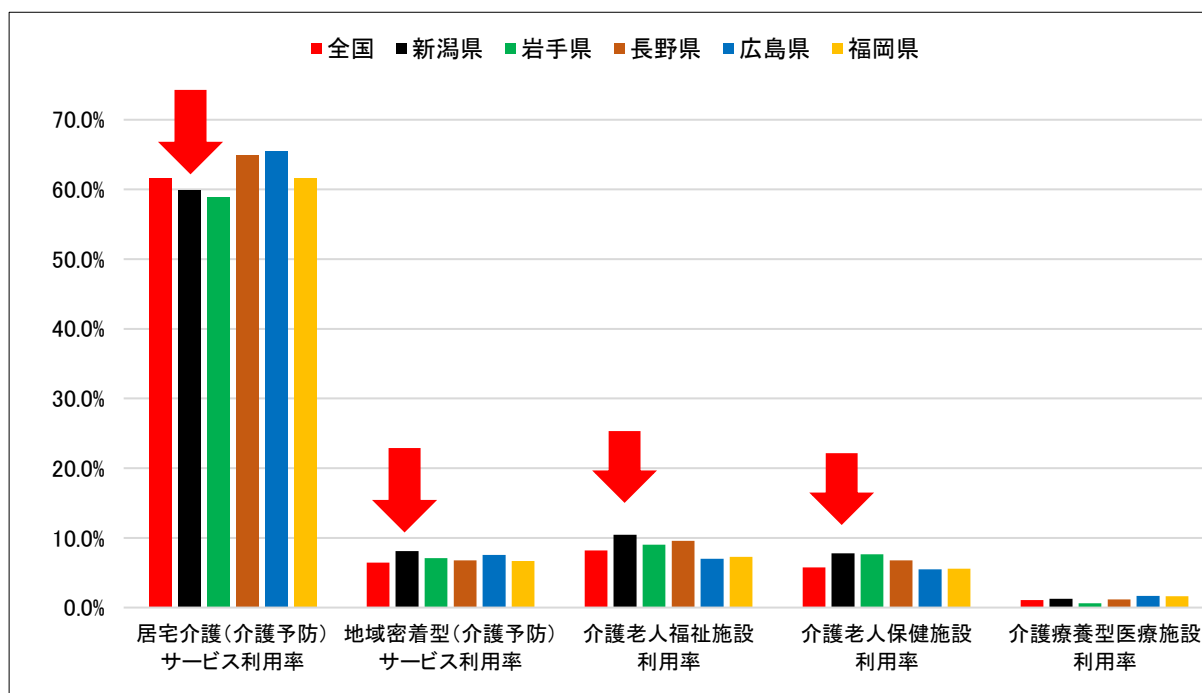


出典:平成26年度介護保険事業状況報告
第1号被保険者75歳以上にて算出

(11) 都道府県別の介護サービス利用率

都道府県別に介護サービス毎の利用率を示す。新潟県の居宅介護サービス利用率は60%となっており、全国平均に比べると低くなっている。地域密着型サービス利用率は利用率自体低いものではあるが、新潟県は各県よりも高くなっている。介護老人福祉施設利用率、介護老人保健施設利用率も地域密着型サービス利用率と同様に各県よりも高くなっており、前述した1人当たり施設介護サービス費が高くなる理由として、施設の利用率が高いことが影響していると示唆された。

介護サービス利用率(平成26年度)



都道府県	居宅介護(介護予防)サービス利用率	地域密着型(介護予防)サービス利用率	介護老人福祉施設利用率	介護老人保健施設利用率	介護療養型医療施設利用率
全国	61.6%	6.4%	8.2%	5.8%	1.1%
新潟県	59.9%	8.1%	10.4%	7.8%	1.3%
岩手県	58.9%	7.1%	9.0%	7.7%	0.6%
長野県	64.9%	6.8%	9.6%	6.8%	1.2%
広島県	65.5%	7.5%	7.0%	5.5%	1.7%
福岡県	61.7%	6.7%	7.3%	5.6%	1.6%

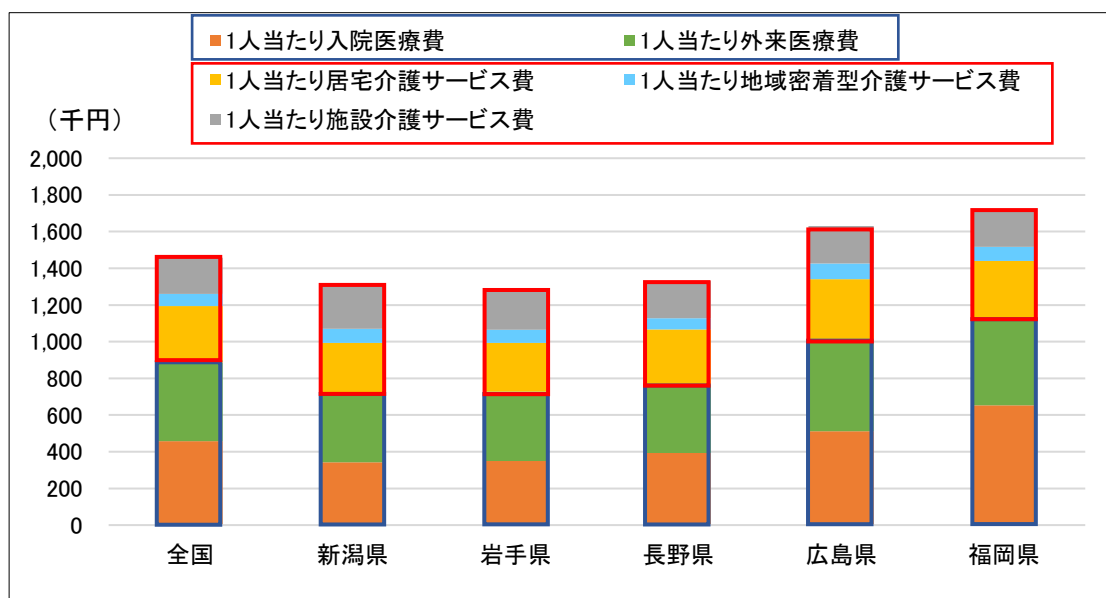
出典:平成26年度介護保険事業状況報告

(12)都道府県別の1人当たり介護サービス費

都道府県別に介護サービスごとの1人当たり介護サービス費と合わせて1人当たり医療費(入院・外来)を示す。介護保険制度と医療保険制度では、経済的な負担も異なることや、そもそもの制度上の違いがあり両者を合わせて比較することは難しいものではあるが、一部では介護保険が医療保険を代替している可能性もあり、少なからず一人当たり医療費に影響しているものと考えられる。

新潟県の1人当たり介護サービス費は最も高い広島県の次に高く、全国平均よりも高いことがわかる。介護サービス費の中でも1人当たり施設介護サービス費は各県よりも高くなっている。新潟県広域連合は、1人当たり入院医療費が低く、外来の診療が多く行われていることから、他の都道府県では入院で対応する状態の被保険者に対し、施設介護サービスで対応している可能性がある。

1人当たり医療費と1人当たり介護サービス費(平成26年度)



	1人当たり介護費(円)				1人当たり医療費(円)	
	1人当たり介護サービス費	1人当たり居宅介護サービス費	1人当たり地域密着型介護サービス費	1人当たり施設介護サービス費	1人当たり入院医療費	1人当たり外来医療費
全国	571,723	308,847	65,991	196,885	457,639	427,566
新潟県	603,400	284,819	77,116	241,466	343,229	365,717
岩手県	552,616	266,203	71,127	215,286	349,933	377,358
長野県	561,512	298,092	61,268	202,153	392,292	376,374
広島県	619,215	329,137	85,531	204,546	511,204	500,721
福岡県	598,431	316,035	76,319	206,077	653,803	470,438

出典:介護サービス費 平成26年度介護保険事業状況報告
医療費 平成26年度医療費の地域差分基礎データ(厚生労働省)

1人当たり介護費:介護サービス費は第1号被保険者より、被保険者数は第1号被保険者のうち75歳以上で算出

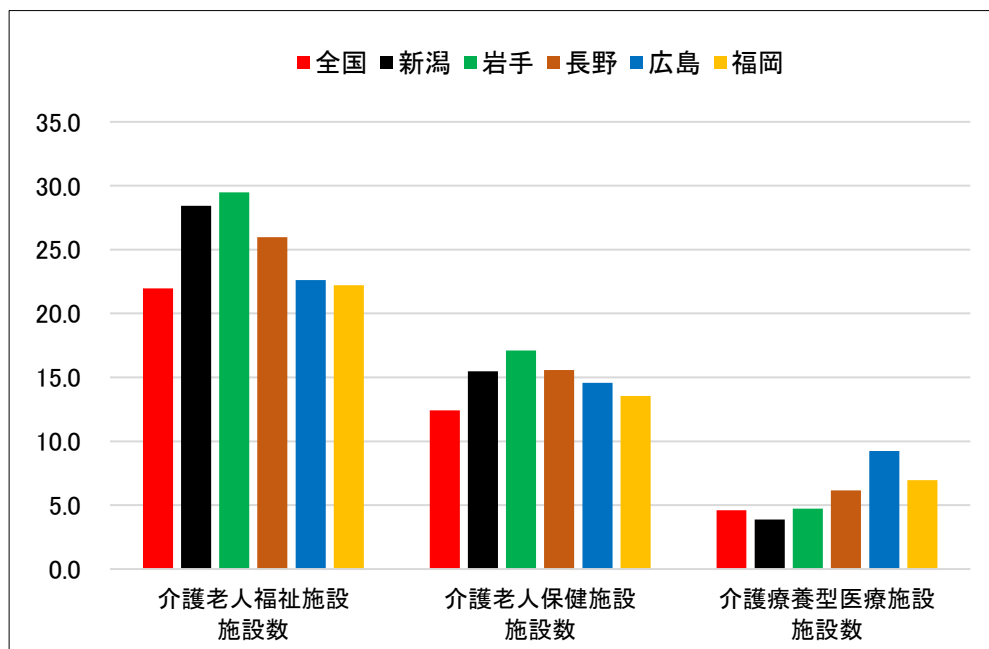
(13) 介護施設数と定員数と病床数

新潟県の施設利用率が高い背景を10万対の施設数と定員数から示す。

新潟県の介護老人福祉施設数と介護老人保健施設数は岩手県の次に多くなっており、全国平均に比べても多いことがわかる。さらに介護サービス施設の定員数を見ると介護老人福祉施設では定員数が各県に比べて突出していることがわかる。介護老人福祉施設は原則として要介護3～5の人が居住する施設になるため、要介護2以上の認定者が多い新潟県では必然的に施設数も多くなっていると考えられる。このような環境が施設利用率を上げ、1人当たり介護サービス費が高くなる要因と考えられる。

新潟県の1人当たり医療費は都道府県の中で最も低くなっているが、1人当たり介護サービス費は逆に都道府県の中でも17番目と高い方に位置している。このことから、介護保険が医療保険を代替している可能性が示唆されている。

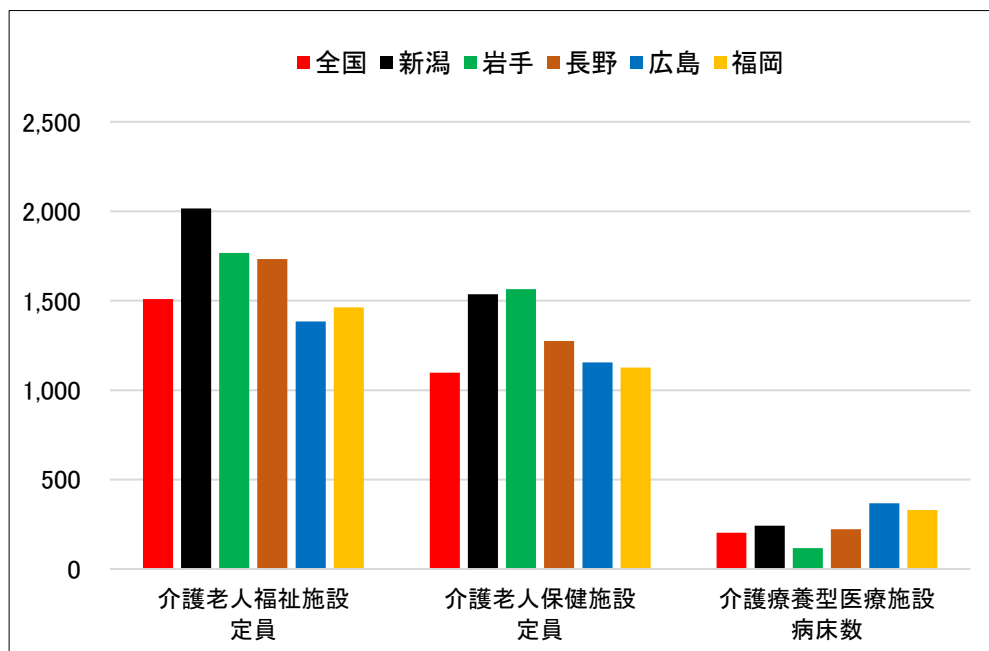
介護サービス施設数(人口10万対)



施設数	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
全国	22.0	12.4	4.6
新潟県	28.4	15.5	3.9
岩手県	29.5	17.1	4.7
長野県	26.0	15.6	6.2
広島県	22.6	14.6	9.2
福岡県	22.2	13.5	7.0

出典：平成26年介護サービス施設・事業所調査

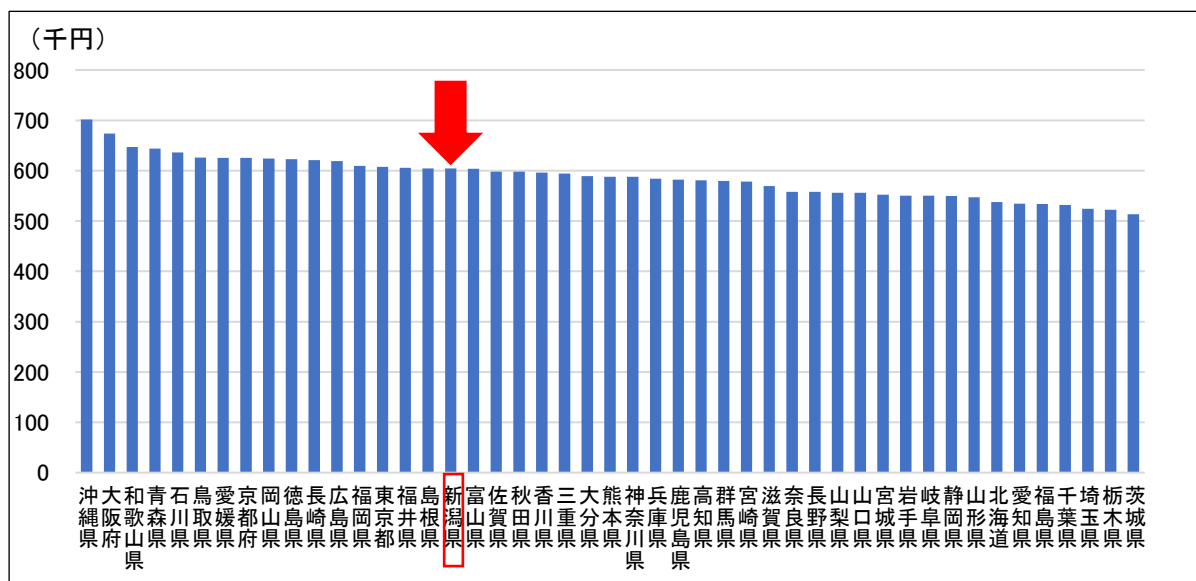
介護サービス施設の定員数と病床数(人口10万対)



	介護老人福祉施設定員	介護老人保健施設定員	介護療養型医療施設床数
全国	1,510	1,098	203
新潟県	2,017	1,537	242
岩手県	1,766	1,566	117
長野県	1,734	1,275	222
広島県	1,385	1,155	368
福岡県	1,463	1,126	329

出典:平成26年介護サービス施設・事業所調査

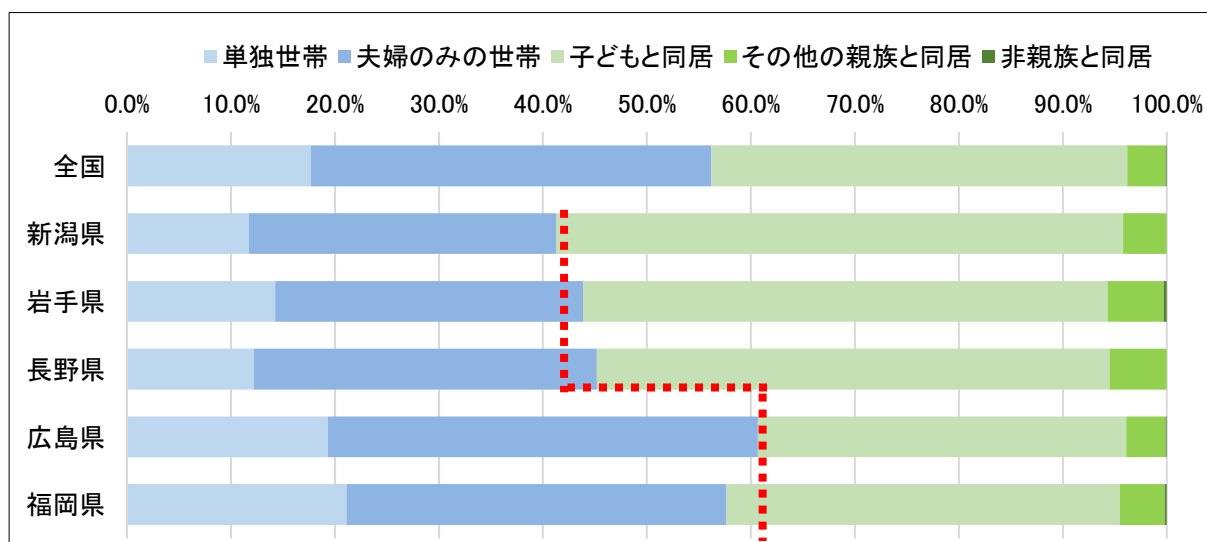
都道府県別の1人当たり介護サービス費(平成26年度)



(14) 高齢者の家族形態の比較

新潟県の要介護2未満の認定率が低く、要介護2以上の認定率が高い背景を考察するため、65歳以上の高齢者の家族形態別割合を各県と比較した。新潟県、岩手県、長野県の3県は、福岡県、広島県よりも単独世帯と夫婦のみの世帯の割合が低く、子供と同居またはその他の親族と同居している割合が高くなっている。要介護2未満の認定率が低い要因として、比較的軽い状態であれば同居しているこどもや親族が近くで見ているから介護認定を受けていない(受けるのが遅い)可能性がある。単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が高い福岡県や広島県では、要介護2未満の認定率が高く、比較的早い段階から介護認定を受けていると考えられる。要介護2以上の認定率が高く、1人当たり施設介護サービス費が高くなっている背景としては、要介護度が重度化すると、同居しているこどもや親族がいても、対応が困難となり、その結果として、施設介護サービスの利用となることが考えられる。

65歳以上の高齢者の家族形態別割合(平成25年)



	総数	単独世帯	夫婦のみの世帯	子どもと同居	その他の親族と同居	非親族と同居
全国	100%	17.7%	38.5%	40.0%	3.7%	0.1%
新潟県	100%	11.7%	29.5%	54.3%	4.2%	0.0%
岩手県	100%	14.3%	29.7%	50.6%	5.4%	0.3%
長野県	100%	12.2%	33.0%	49.3%	5.5%	0.0%
広島県	100%	19.3%	41.3%	35.4%	3.8%	0.1%
福岡県	100%	21.1%	36.5%	37.8%	4.3%	0.2%

出典:平成25年都道府県、高齢者(65歳以上)の家族形態別割合(社会保障・人口問題研究所)

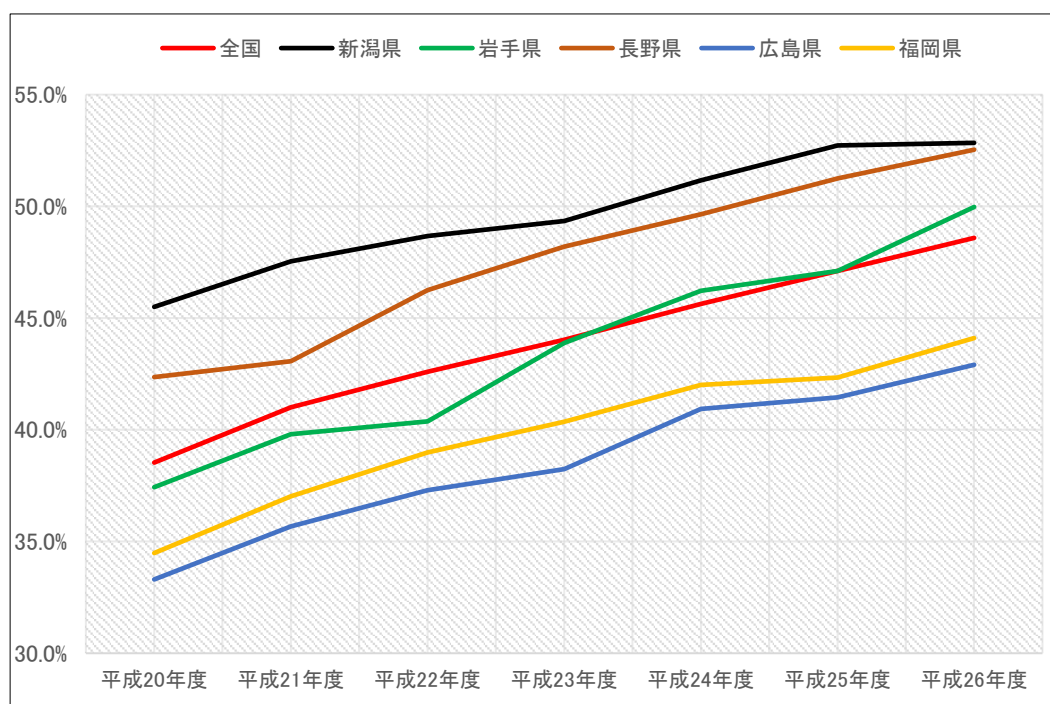
3. 都道府県別の健康寿命

(1) 特定健診受診率とメタボリックシンドローム該当者割合の推移

新潟県後期高齢者での1人当たり医療費が都道府県の中で最も低い理由として、健康だから医療費がかかっていないのか、健康状態が反映される指標にて示す。

48頁では、40-64歳(現役期)から徐々に1人当たり医療費の差が拡がり始めていた。40歳から74歳に義務化されている特定健診の受診状況をみると、全国及び各県よりも健診受診率が高いことがわかる。健診は健康に対する意識や関心が高くなければ受診につながらないことが多いため、新潟県では健康への意識や関心が高いことが伺える。

特定健診の受診率推移(40-74歳)



	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
全国	38.5%	41.0%	42.6%	44.0%	45.6%	47.1%	48.6%
新潟県	45.5%	47.5%	48.7%	49.3%	51.2%	52.7%	52.8%
岩手県	37.4%	39.8%	40.4%	43.9%	46.2%	47.1%	50.0%
長野県	42.4%	43.1%	46.3%	48.2%	49.6%	51.3%	52.5%
広島県	33.3%	35.7%	37.3%	38.2%	40.9%	41.4%	42.9%
福岡県	34.5%	37.0%	39.0%	40.4%	42.0%	42.3%	44.1%

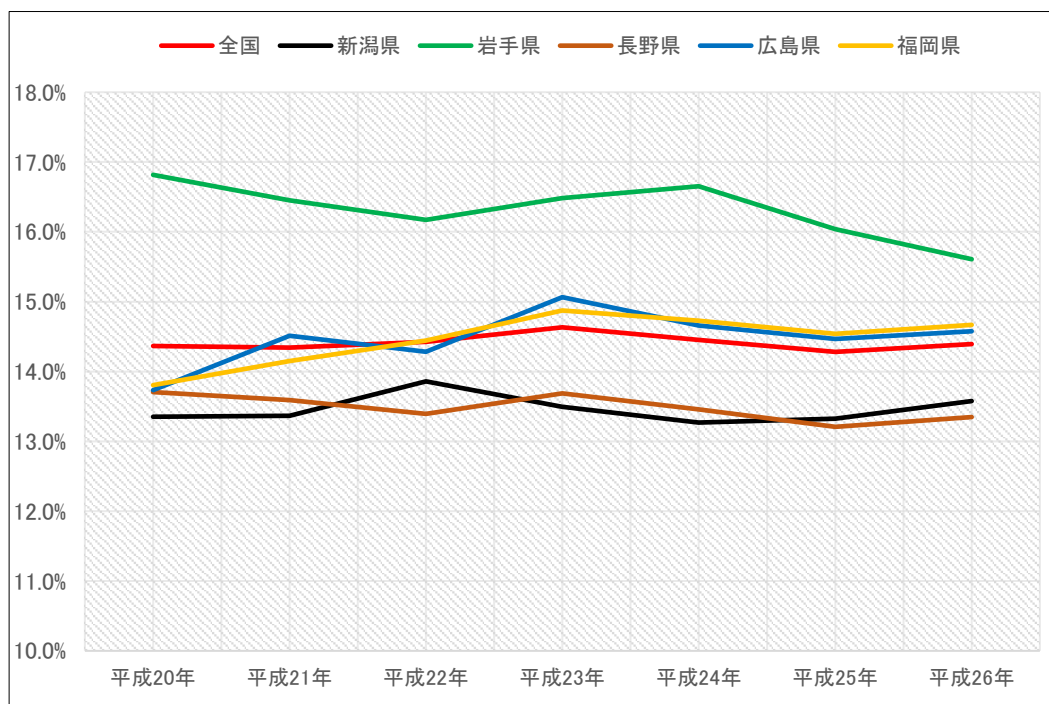
出典:平成26年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

特定健診の結果から得られるメタボリックシンドロームの判定を見ると、新潟県では、該当者の割合は低く、健康長寿の長野県と競り合うような推移を辿っていることがわかる。

新潟県は、健診受診率が高い。これは、市町村の特定健診受診率向上の取組が功を奏していると想定され、その結果、意識が高い人が多くなっていると考えられる。また、日常的に医療機関に通院している人は特定健診を受けないこともあるため、結果としてメタボリックシンドローム該当者や肥満を伴うリスク者が少なくなっている可能性もある。

いずれにしても国保世代からこのような状況であることは後期高齢者に影響を及ぼしているといえる。

特定健診メタボリックシンドローム該当者の割合(40-74歳)



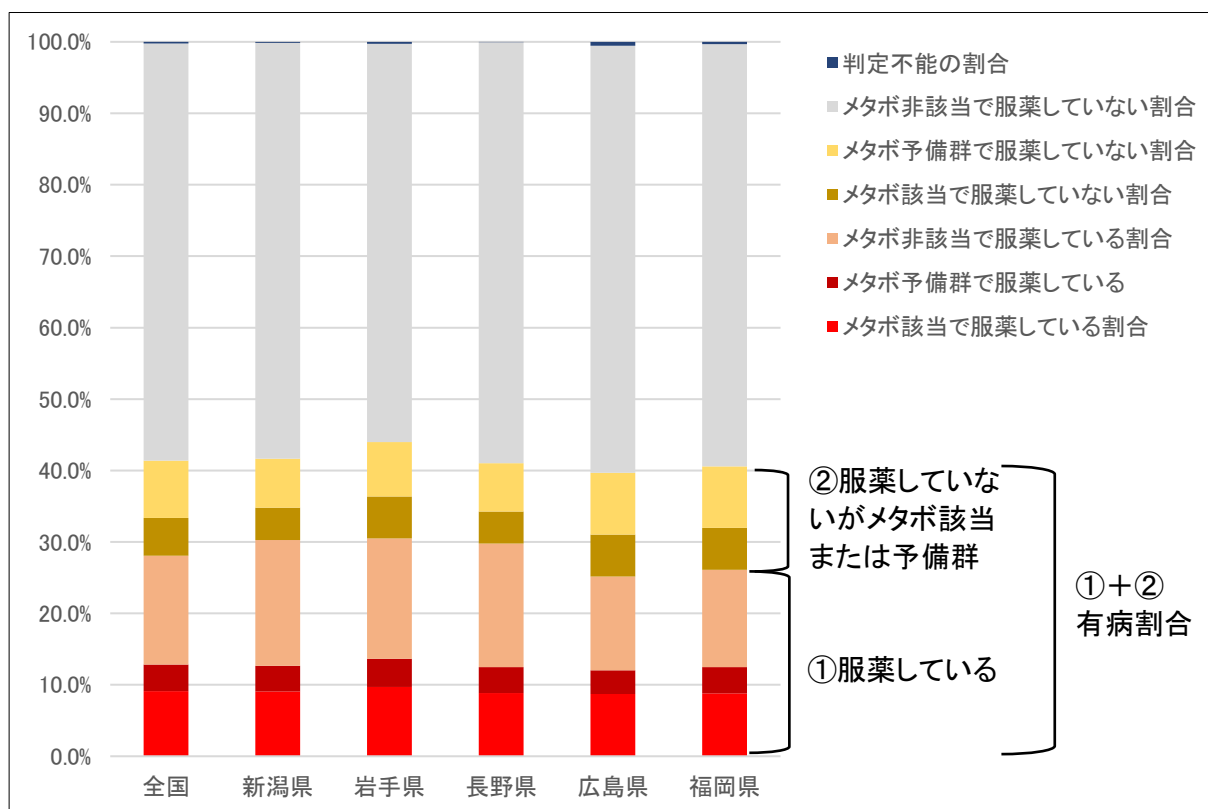
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
全国	14.4%	14.3%	14.4%	14.6%	14.5%	14.3%	14.4%
新潟県	13.4%	13.4%	13.9%	13.5%	13.3%	13.3%	13.6%
岩手県	16.8%	16.5%	16.2%	16.5%	16.7%	16.0%	15.6%
長野県	13.7%	13.6%	13.4%	13.7%	13.5%	13.2%	13.3%
広島県	13.7%	14.5%	14.3%	15.1%	14.7%	14.5%	14.6%
福岡県	13.8%	14.1%	14.4%	14.9%	14.7%	14.5%	14.7%

出典:平成26年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(2) メタボリックシンドローム該当・非該当別の服薬と非服薬の割合

平成26年度の特定健診のデータから服薬者と非服薬者をそれぞれメタボリックシンドローム該当(メタボ該当)・メタボリックシンドローム予備群(メタボ予備群)・メタボリックシンドローム非該当(メタボ非該当)別に集計し、生活習慣病リスク度を6階層に分けた。新潟県の40-74歳(男女)の服薬割合は全国平均及び広島県・福岡県よりも高く、この傾向は岩手県と長野県と同じである。またメタボ該当の割合は低いものの、メタボ非該当で服薬している割合が多くなっている。そのため有病割合は、全国や各県よりも高くなっている。

メタボ該当・非該当別の服薬と非服薬の割合(平成26年度 特定健診 40-74歳)



	全国	新潟県	岩手県	長野県	広島県	福岡県
メタボ該当で服薬している割合	9.1%	9.1%	9.7%	8.9%	8.7%	8.8%
メタボ予備群で服薬している	3.7%	3.6%	4.0%	3.6%	3.3%	3.7%
メタボ非該当で服薬している割合	15.2%	17.6%	16.8%	17.3%	13.1%	13.6%
メタボ該当で服薬していない割合	5.3%	4.5%	5.9%	4.5%	5.9%	5.9%
メタボ予備群で服薬していない割合	8.0%	6.9%	7.6%	6.8%	8.6%	8.6%
メタボ非該当で服薬していない割合	58.4%	58.2%	55.8%	58.9%	59.8%	59.1%
判定不能の割合	0.2%	0.1%	0.3%	0.0%	0.5%	0.3%

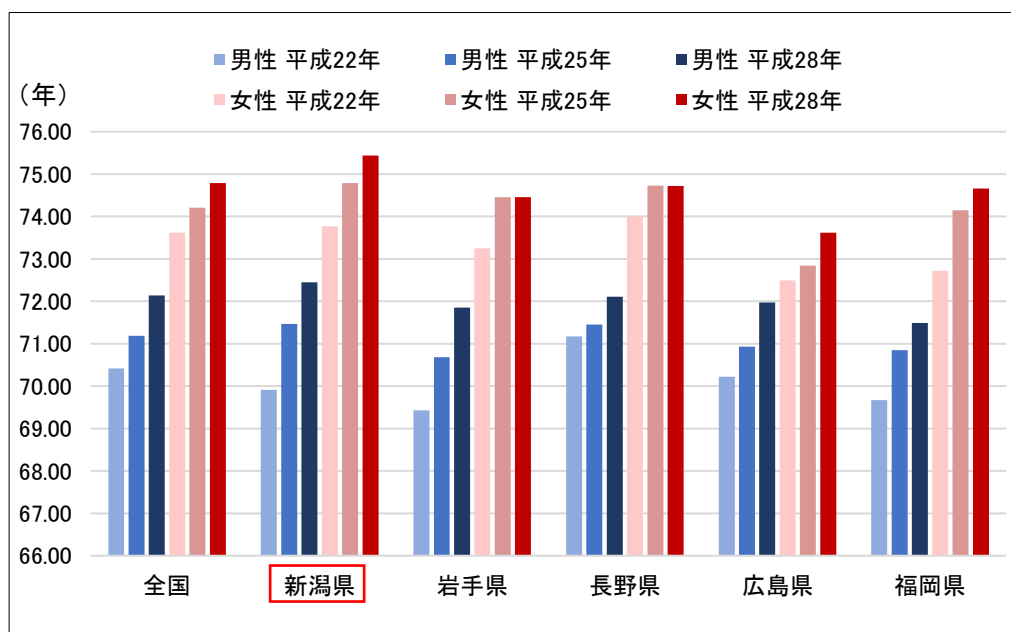
出典:平成26年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
 ※服薬は糖尿病・高血圧症・脂質異常症の各治療薬のいずれかに服薬がある場合を服薬者とする

(3) 健康寿命に関する調査(日常生活の制限)

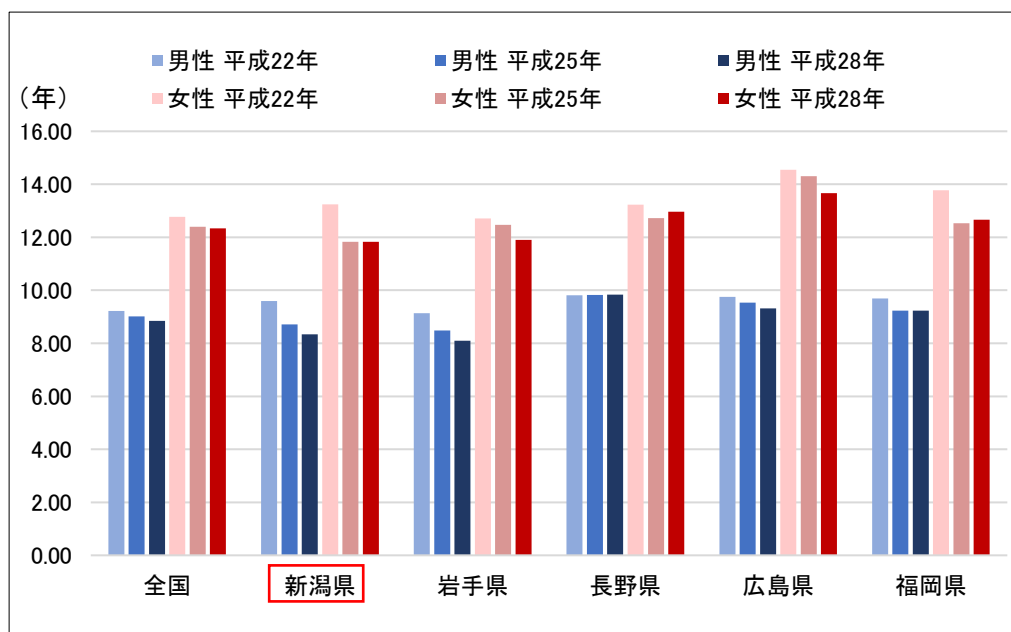
健康寿命の指標には3つあり、その1つである「日常生活に制限のない期間の平均」は、国民生活基礎調査における質問の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階層別の日常生活に制限のない者の割合を得ることで算出される。

平成28年では、新潟県の健康寿命(日常生活に制限のない期間)が男女とも共に各県や全国平均よりも長くなっていることがわかる。一方で日常生活に制限のある期間の平均は、男女ともに短くなっている。

日常生活に制限のない期間の平均



日常生活に制限のある期間の平均



出典:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究
都道府県別健康寿命(厚生労働科学研究)

	日常生活に制限のない期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	70.42	71.19	72.14	73.62	74.21	74.79
新潟県	69.91	71.47	72.45	73.77	74.79	75.44
岩手県	69.43	70.68	71.85	73.25	74.46	74.46
長野県	71.17	71.45	72.11	74.00	74.73	74.72
広島県	70.22	70.93	71.97	72.49	72.84	73.62
福岡県	69.67	70.85	71.49	72.72	74.15	74.66

	日常生活に制限のある期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	9.22	9.01	8.84	12.77	12.40	12.34
新潟県	9.59	8.71	8.34	13.24	11.83	11.83
岩手県	9.14	8.48	8.10	12.71	12.47	11.90
長野県	9.81	9.82	9.84	13.23	12.72	12.97
広島県	9.75	9.53	9.32	14.55	14.30	13.67
福岡県	9.69	9.23	9.23	13.77	12.53	12.66

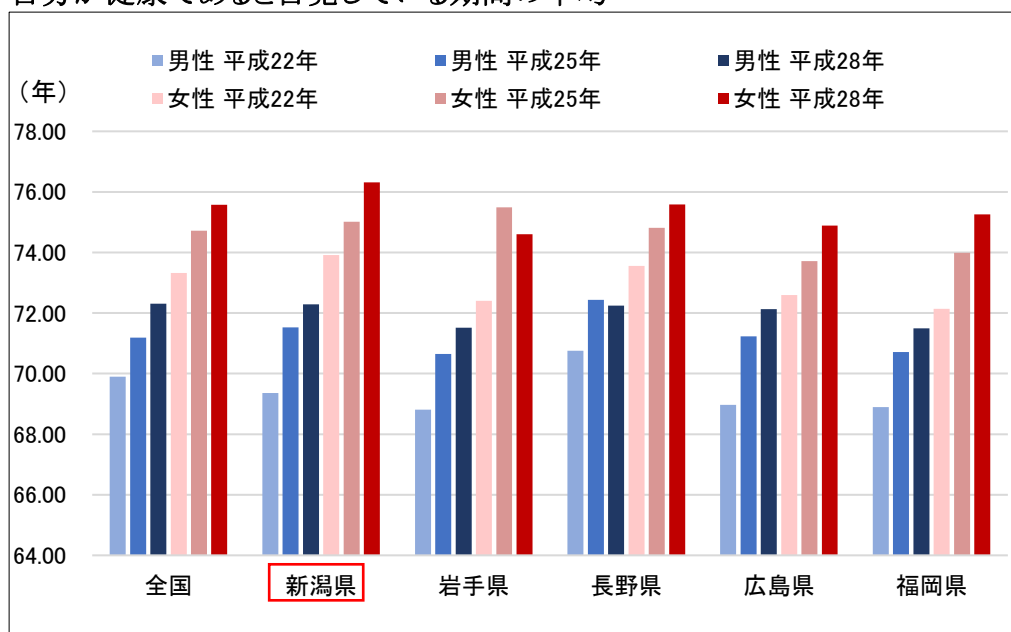
出典:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(厚生労働科学研究)

(4) 健康寿命に関する調査(自分が健康であると自覚)

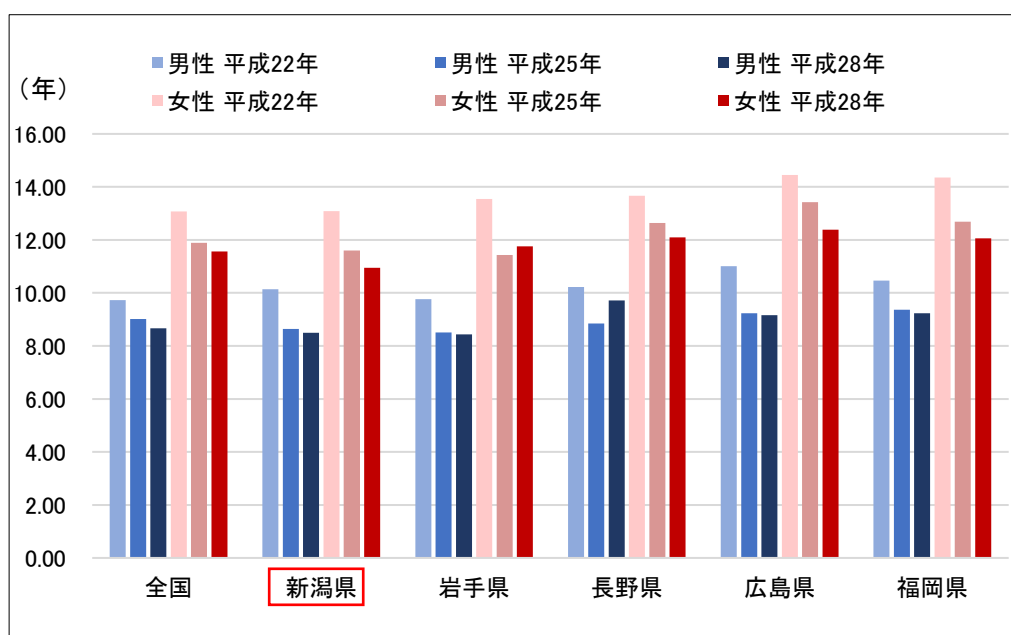
2つ目の健康寿命の指標である「自分が健康であると自覚している期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、国民生活基礎調査における質問の「あなたの現在の健康状態はいかがですか」に対する「よい」、「まあよい」または「ふつう」の回答を自分で健康であると自覚していると定める。その割合を用いて、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様の方法で「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得る。

先に示した「日常生活に制限のない期間の平均」と同様に、平成28年の健康寿命(自分が健康であると自覚している期間の平均)は、男女ともに各県よりも長くなっている。男性において全国よりわずかに短いですが女性では群を抜いて長くなっている。

自分が健康であると自覚している期間の平均



自分が健康であると自覚していない期間の平均



出典: 健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(厚生労働科学研究)

	自分が健康であると自覚している期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	69.90	71.19	72.31	73.32	74.72	75.58
新潟県	69.36	71.53	72.29	73.92	75.01	76.32
岩手県	68.81	70.65	71.52	72.40	75.49	74.60
長野県	70.76	72.44	72.25	73.56	74.81	75.59
広島県	68.97	71.23	72.13	72.59	73.71	74.89
福岡県	68.89	70.71	71.49	72.14	73.99	75.26

	自分が健康であると自覚していない期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	9.73	9.02	8.66	13.07	11.89	11.56
新潟県	10.14	8.64	8.50	13.08	11.6	10.95
岩手県	9.76	8.51	8.44	13.55	11.43	11.76
長野県	10.22	8.84	9.71	13.67	12.64	12.10
広島県	11.01	9.23	9.16	14.45	13.42	12.39
福岡県	10.47	9.37	9.23	14.35	12.69	12.06

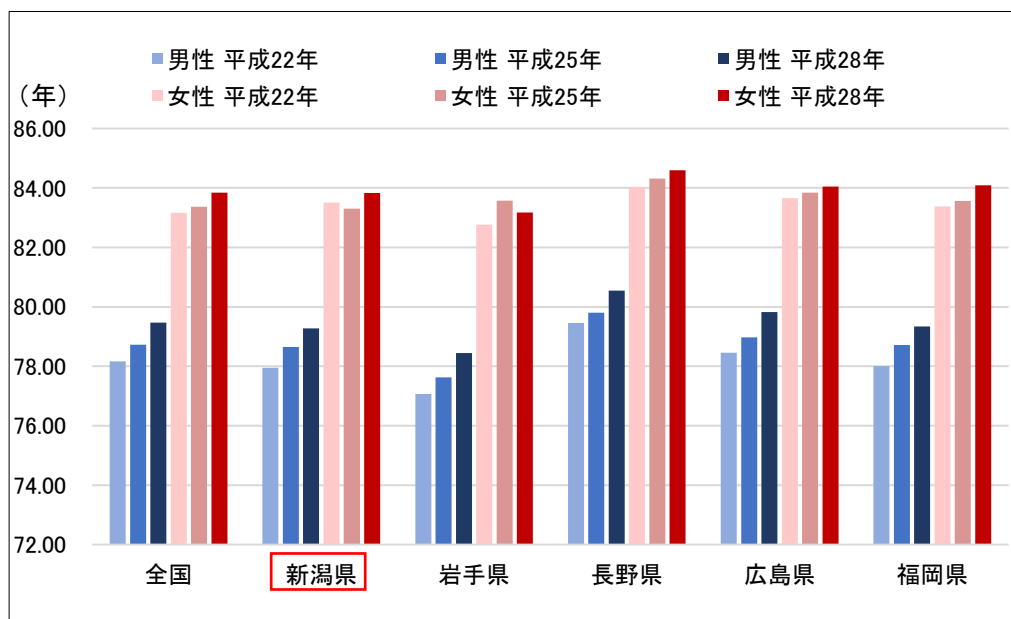
出典:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(厚生労働科学研究)

(5) 健康寿命に関する調査(日常生活動作の自立)

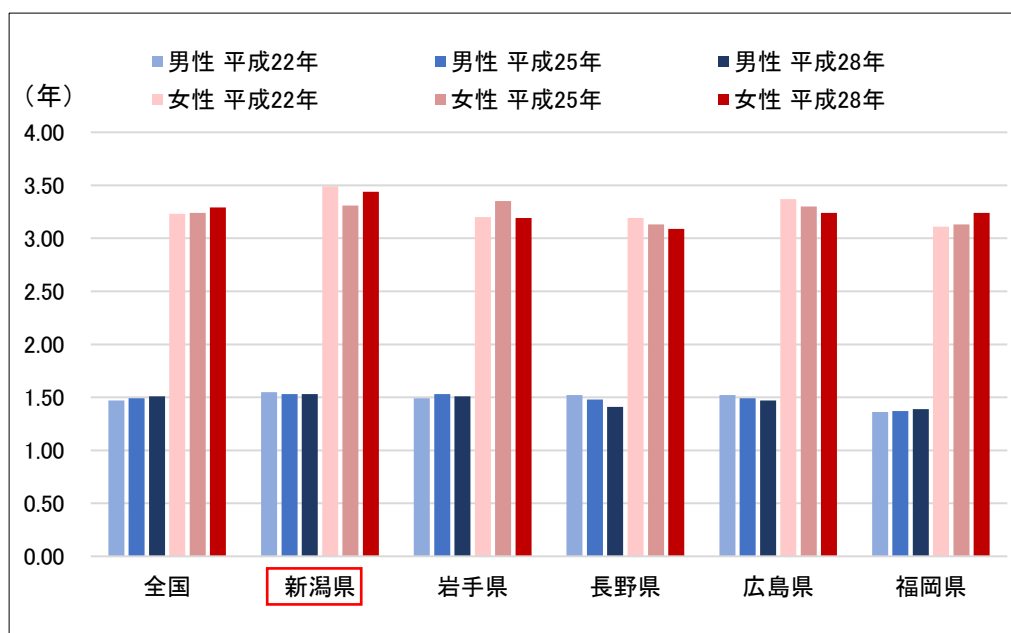
3つ目の健康寿命の指標として、介護保険の介護情報を基に、健康な状態を、「日常生活動作が自立していること」と規定している。介護保険の要介護度の要介護2～5を不健康(要介護)な状態とし、それ以外の要支援1・2、要介護1を健康(自立)な状態として表す。

平成28年度では、新潟県の健康寿命(日常生活動作が自立している期間の平均)は、男女ともに岩手県よりも長いが、その他の県や全国平均を下回っている。先に示した2つの健康寿命から日常生活に制限のない期間、自分が健康であると自覚している期間には、介護状態になるまでの健康な期間を表しているのではなく一部介護が必要な期間も含まれている。

日常生活動作が自立している期間の平均(年)



日常生活動作が自立していない期間の平均(年)



出典: 健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(厚生労働科学研究)

	日常生活動作が自立している期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	78.17	78.72	79.47	83.16	83.37	83.84
新潟県	77.95	78.65	79.27	83.51	83.30	83.83
岩手県	77.07	77.63	78.44	82.76	83.57	83.17
長野県	79.46	79.80	80.55	84.04	84.32	84.60
広島県	78.46	78.97	79.82	83.66	83.84	84.05
福岡県	78.00	78.71	79.34	83.38	83.56	84.09

	日常生活動作が自立していない期間の平均(年)					
	男性			女性		
	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年
全国	1.47	1.49	1.51	3.23	3.24	3.29
新潟県	1.55	1.53	1.53	3.49	3.31	3.44
岩手県	1.49	1.53	1.51	3.20	3.35	3.19
長野県	1.52	1.48	1.41	3.19	3.13	3.09
広島県	1.52	1.49	1.47	3.37	3.30	3.24
福岡県	1.36	1.37	1.39	3.11	3.13	3.24

出典:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(厚生労働科学研究)

4. まとめ

4つの分析着眼点のうち、第3章で分析した3つについてまとめる。

①都道府県別の1人当たり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。

53頁で、医療費の構成要素(受療率、1件当たり診療日数、1日当たり医療費)と1人当たり医療費との相関関係を全国の都道府県広域連合でみたところ、入院受療率との相関関係が強いことがわかった。次いで、1件当たり入院日数と、1件当たり外来日数についても強い相関関係がみられた。また、55-57頁では、入院受療率、入院・外来日数は、いずれも後期高齢者になる以前から地域差が生じていることがわかった。

1人当たり医療費と1番相関関係の強かった入院受療率は、病床稼働率や入院日数の影響を鑑みる必要はあるが、医療施設数と病床数に相関関係がみられた。また、10万対医師数(特に総医師数、精神科、整形外科)との相関関係もみられた。

介護との関係では、制度上の違いがあるので一概にいうことは難しいが、一部では介護保険が医療保険を代替している可能性があり、少なからず1人当たり医療費に影響しているものと考えられる。

②新潟県後期高齢者は「健康」か。

特定健診の受診状況をみると、新潟県は全国及び各県よりも健診受診率が高い。これは、市町村の特定健診受診率向上の取組が功を奏しており、その結果、健康への意識が高い人が多くなっていると考えられる。

健康寿命では、国民生活基礎調査等をもとにした「日常生活の制限のない期間」「自分が健康であると自覚している期間」について、新潟県は全国平均と同等もしくは長い結果が出ている。一方、要介護度を指標とする「日常生活動作が自立している期間」は、他県や全国平均を下回っている。自身の健康状態を把握し、適切な保健・医療の提供を受けることで疾病の重症化や心身機能の低下を防ぐことができることから、広域連合として、健康寿命の延伸の取組を進めることは今後も必要である。

③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するのか。

新潟県では、入院よりも外来診療が多く行われている傾向がある。そのため入院受療率が低く、その背景には、医療機関数と病床数の少なさ、医師数の少なさ、介護保険の医療保険の代替が考えられる。加えて、これらの背景により、入院・外来日数も少なくなっているため、1人当たり医療費が低くなっている。

また、市町村での後期高齢者になる以前からの取組が功を奏し、健康への意識が高い人が多いことも要因の1つと考えられる。

第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴

【要点】

第4章では、被保険者のさらなる健康保持・増進を図るため、保険者としてどのようなサービス提供を目指すことが適当か、という観点で県内市町村の地域差分析を行った。

分析結果から、新潟県後期高齢者医療広域連合が実施すべき保健事業は以下の4点である。

- ・生活習慣病対策重症化対策(新規合併症対策)
- ・多病・多剤対策
- ・介護予防・フレイル対策
- ・前期高齢者からの対策

第4章では、4つの分析着眼点のうち、4つ目を考察することとする。

①都道府県別の1人当たり医療費の地域間格差はどのような要因から生じるか。
②新潟県後期高齢者は「健康」か。
③新潟県後期高齢者1人当たり医療費の低さは何に起因するか。
④被保険者の更なる健康保持・増進を図るため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適切か。

なお、本章では、新潟県後期高齢者医療広域連合の以下のデータを使って分析を行っている。

- ・平成24年4月～平成30年3月診療分 医科・調剤の電子レセプト
- ・平成24年4月～平成30年3月受診分 健康診査データ
- ・平成25年6月～平成30年5月作成分 国保データベースシステム出力データ

また、被保険者数は、当年度中に1回加入していた人は被保険者数として取り扱っている。

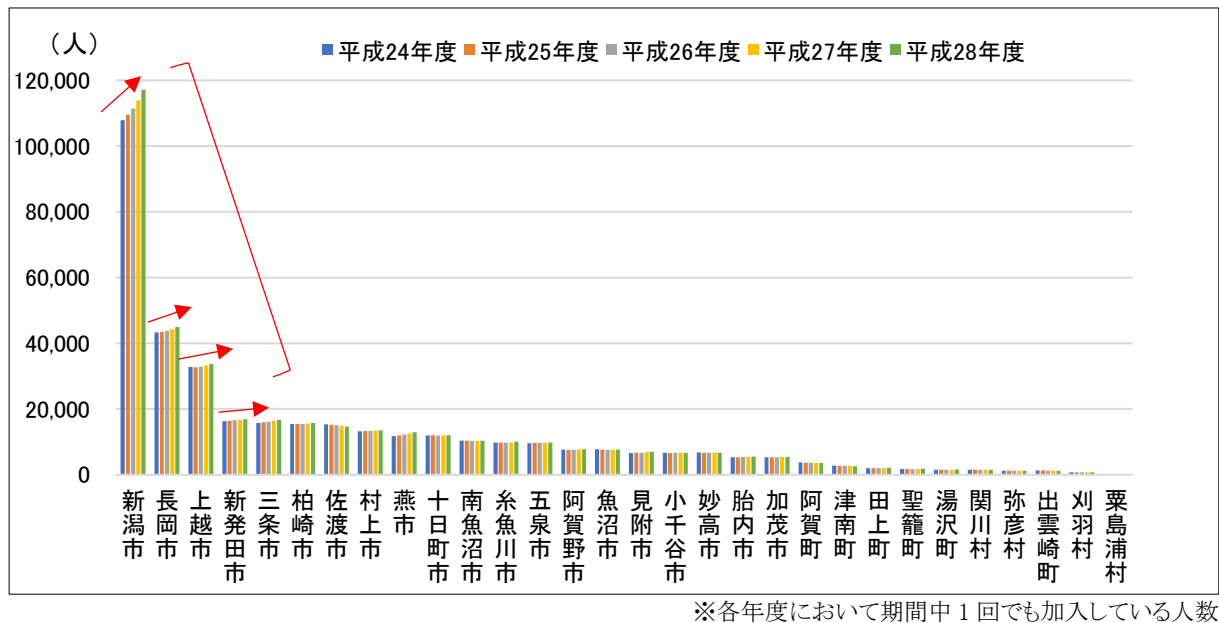
そのため、第2・3章とは数値のとり方が異なることに留意されたい。

1. 市町村別の後期高齢者1人当たり医療費の比較

(1) 30市町村別の被保険者数と85歳以上の割合

新潟県内の市町村を後期高齢者被保険者数の多い順に並べた。新潟市の被保険者数の増加が顕著で、長岡市、上越市、新発田市、三条市など人口の多い都市でのゆるやかな増加がみられる。

市町村別の後期高齢者被保険者数の状況

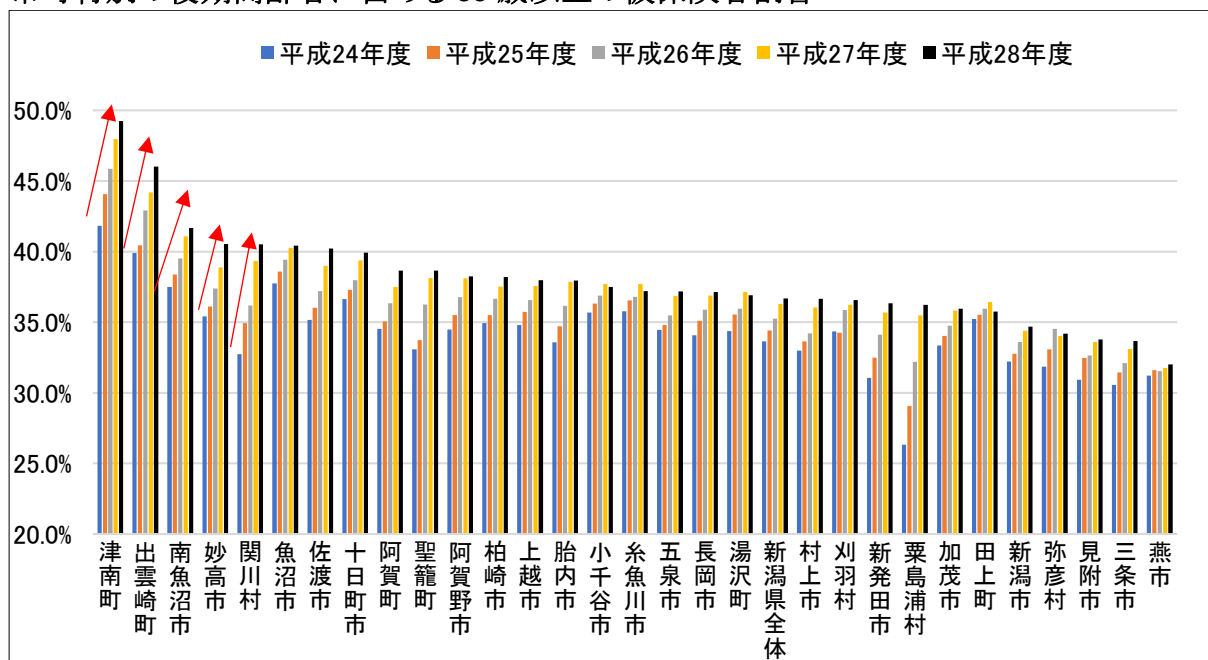


第2章では、年齢階層別の1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費において、75-84歳までは1人当たり外来医療費が1人当たり入院医療費よりも高くなっていたが、85-89歳を境に、1人当たり入院医療費が1人当たり外来医療費よりも高くなることがわかった。

1人当たり外来医療費と1人当たり入院医療費の入れ替わりが起こる、すなわち入院医療の需要が高くなる年代の85歳以上の被保険者数の割合を市町村ごとに示す。

85歳以上被保険者数の後期高齢者に占める割合が高いのは、津南町と出雲崎町で45%を超えている。南魚沼市、妙高市、関川村がそれに続く。

市町村別の後期高齢者に占める85歳以上の被保険者割合



※各年度において期間中1回でも加入している人数

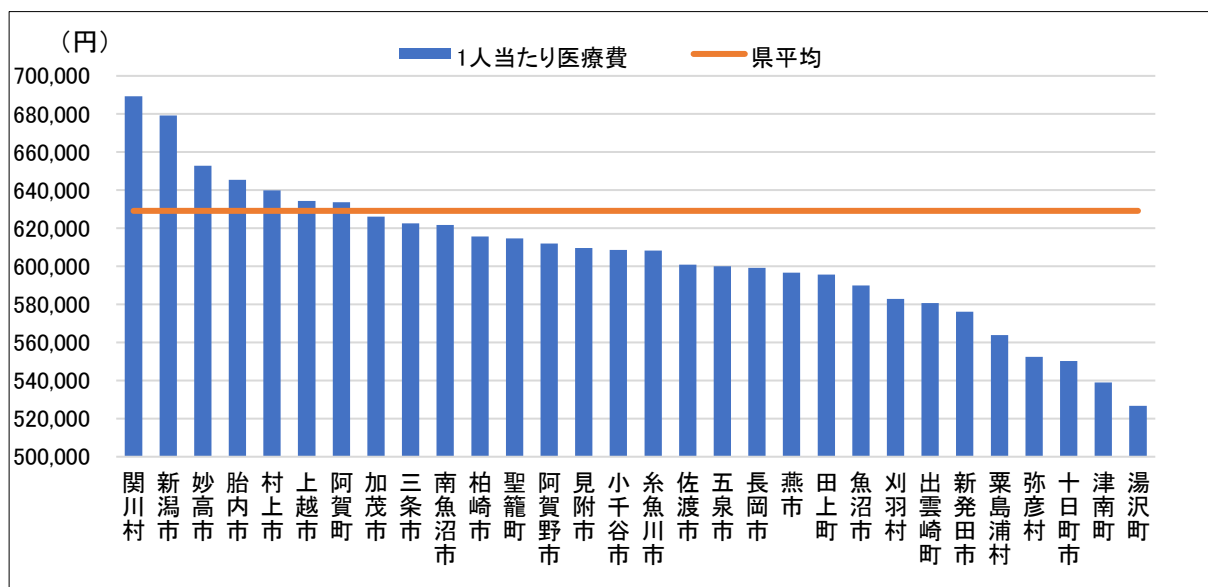
(2) 市町村別1人当たり医療費の地域差

市町村別の1人当たり医療費を平成24年～平成28年度の5年平均を算出し比較した。医療費はインフルエンザの流行や新薬の活用等、その年の社会状況に左右される。単年に生じた影響を取り除く方法として、5年間の平均値を使用することとした。

1人当たり医療費が最も高いのは関川村の68.9万円で、最も低いのは湯沢町の52.7万円となっており、最大で約16万円の地域差があることがわかった。

新潟県の1人当たり医療費の平均は62.9万円となっている。

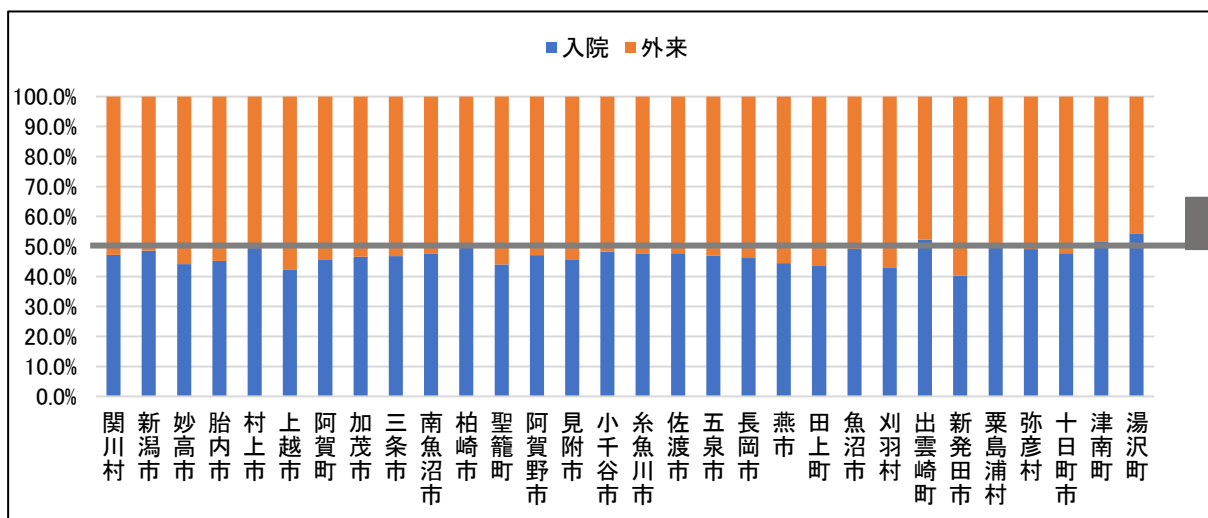
新潟県内30市町村別1人当たり医療費(5年平均:平成24～28年度)



※歯科医療費は含まない

市町村別に1人当たり医療費を入院医療費と外来医療費に分けて、割合を示した。新潟県では外来診療が多く行われている傾向があり、1人当たり入院医療費よりも1人当たり外来医療費において地域差が生じていた。

30市町村別1人当たり医療費の入院・外来医療費の割合(5年平均:平成24～28年度)



※歯科医療費は含まない

1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費を高い～低い順に新潟県内の30市町村を振り分けた。1人当たり医療費が新潟県の平均を下回る市町村が多く、1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費のどちらも高い若しくはやや高いに該当する市町村は関川村と新潟市の2市町村となっている。1人当たり入院医療費がやや高い市町村は、1人当たり外来医療費がやや低い若しくは低いに位置し、逆に1人当たり外来医療費が高い若しくはやや高い市町村は、1人当たり入院医療費が平均かやや低いという関係になっていることがわかる。

	高い	やや高い	平均	やや低い	低い
1人当たり入院医療費	新潟市 330,116	村上市 316,603	南魚沼市 295,299	佐渡市 286,721	上越市 267,430
	関川村 325,759	柏崎市 305,254	小千谷市 293,756	湯沢町 286,339	燕市 264,893
		出雲崎町 303,497	加茂市 291,851	五泉市 281,141	十日町市 262,696
			胎内市 291,592	見附市 278,873	田上町 259,178
			三条市 291,006	津南町 278,440	刈羽村 249,564
			魚沼市 290,721	長岡市 276,396	新発田市 231,805
			阿賀町 289,896	弥彦村 271,661	
			糸魚川市 288,967	聖籠町 270,576	
			阿賀野市 288,559		
			妙高市 288,178		
		粟島浦村 287,909			
1人当たり外来医療費	上越市 366,948	胎内市 353,828	田上町 336,525	阿賀野市 323,334	十日町市 287,634
	妙高市 364,624	新潟市 349,143	加茂市 334,274	村上市 323,188	弥彦村 280,871
	関川村 363,611	新発田市 344,266	刈羽村 333,388	長岡市 322,731	出雲崎町 277,203
		聖籠町 344,072	燕市 331,767	糸魚川市 319,241	粟島浦村 275,906
		阿賀町 343,736	三条市 331,583	五泉市 318,803	津南町 260,601
			見附市 330,673	小千谷市 314,899	湯沢町 240,373
			南魚沼市 326,471	佐渡市 314,118	
				柏崎市 310,327	
				魚沼市 299,159	

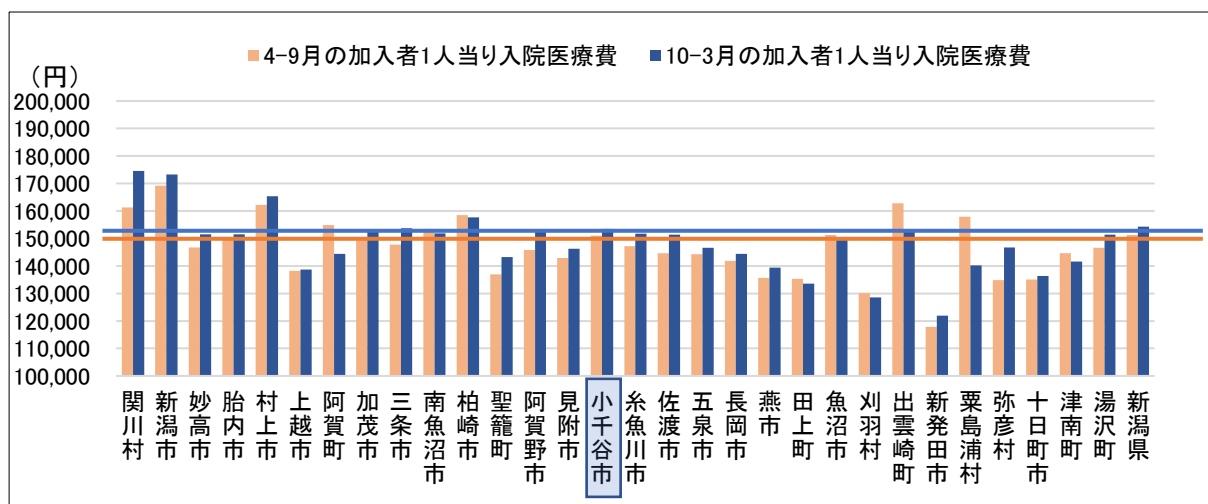
※歯科医療費は含まない

(3) 医療費の地域差と季節性の影響(春夏と秋冬)

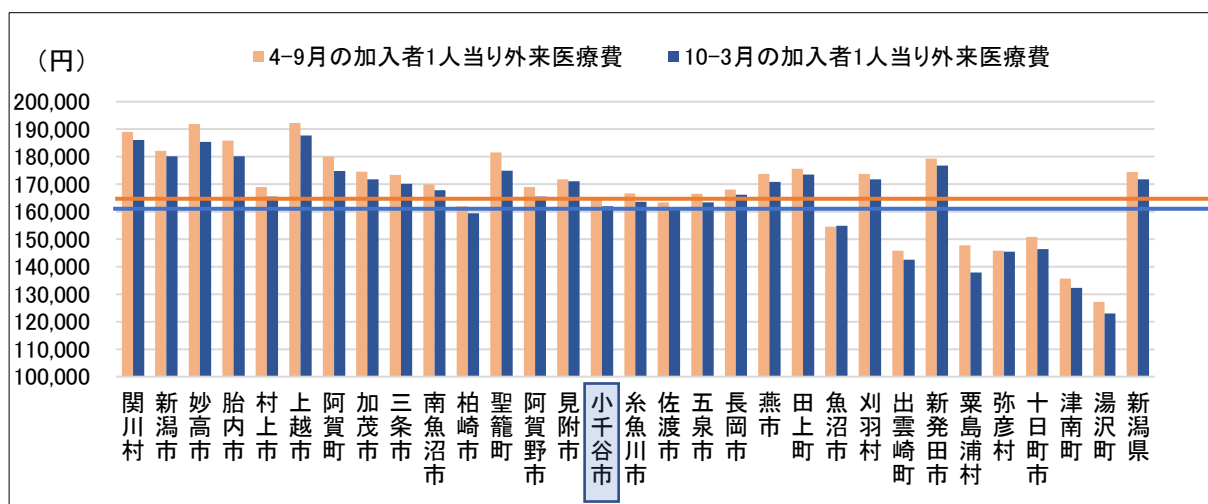
外来と入院別の1人当たり医療費を左から1人当たり医療費の高い市町村順に並べた。中央値都市として小千谷市にマークしている。1人当たり医療費の季節性(積雪・交通手段の影響)による地域差は、特に確認できない。

外来は、春夏期よりも秋冬期のほうがやや下がるが、すべての市町村で共通している。逆に入院は、春夏期よりも秋冬期に高くなる傾向にある。一部の市町村(田上町、刈羽村、出雲崎町、粟島浦村、津南町)での逆転現象は、高額入院の出現等が影響している可能性がある。

1人当たり入院医療費(5年平均 平成24~28年度)



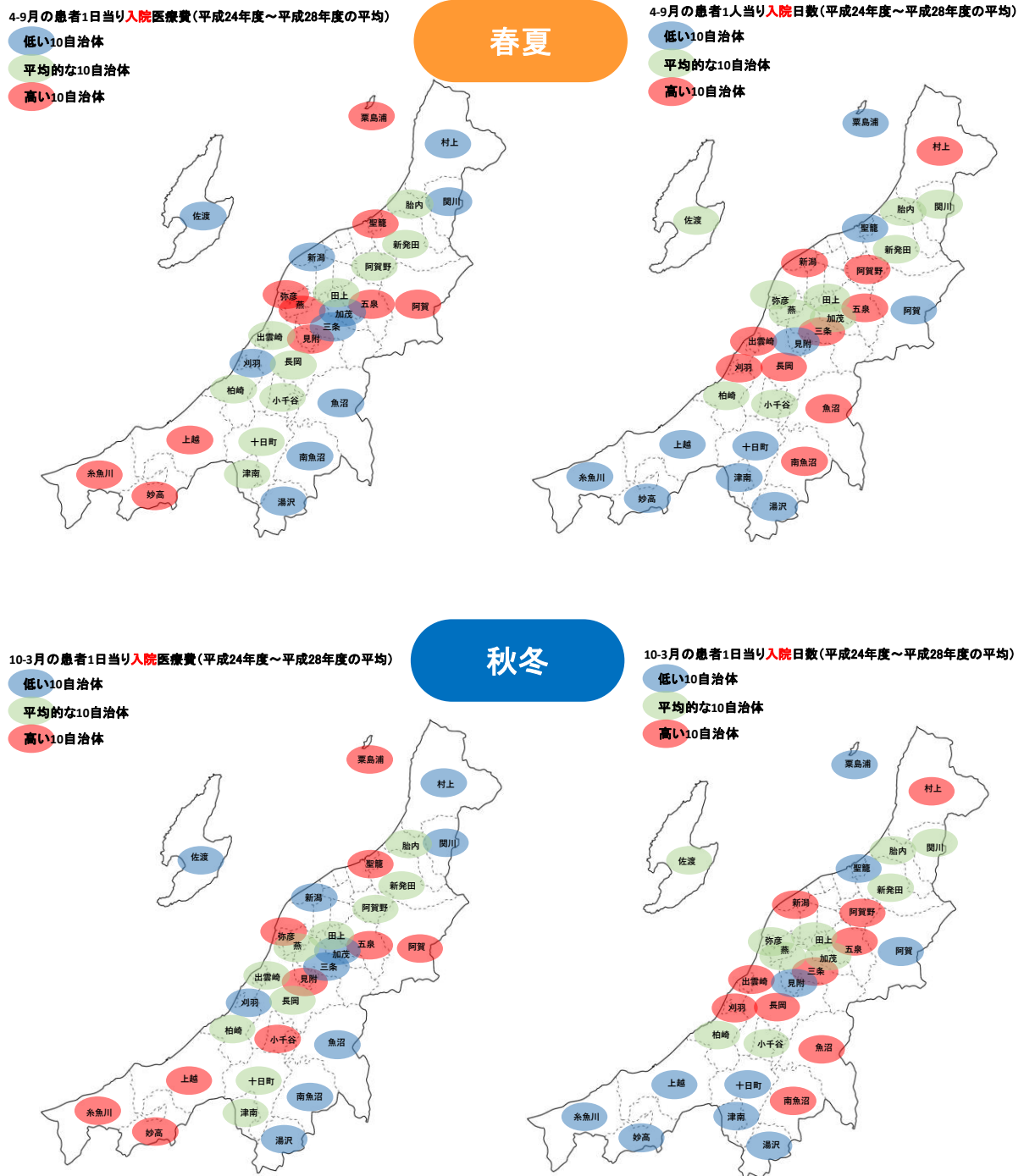
1人当たり外来医療費(5年平均 平成24~28年度)



※歯科医療費は含まない

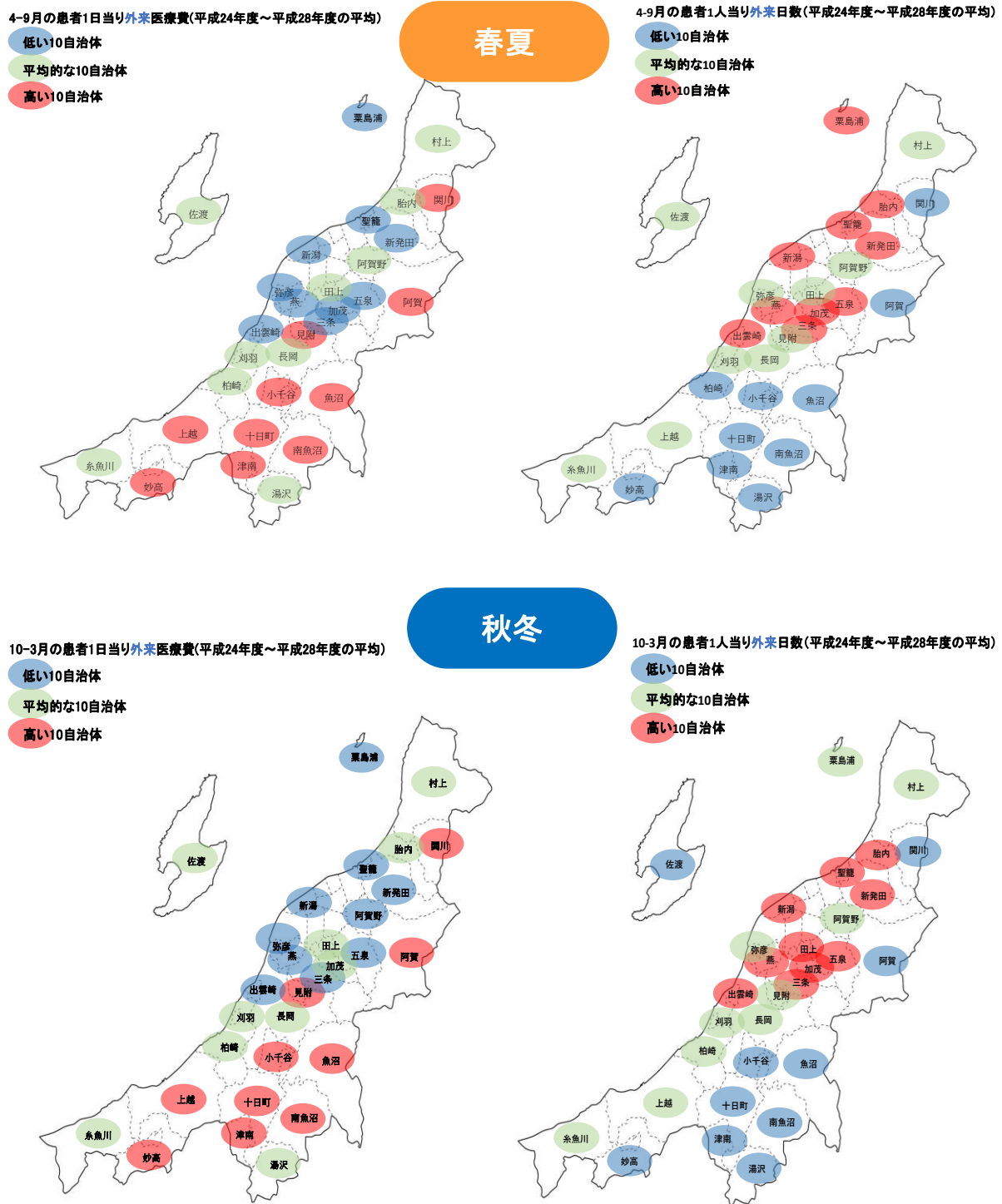
当初、季節による地域差があるのではないかという仮説をもったが、分析の結果、秋冬と春夏の地域差は少ないことがわかった。患者1日当たり入院医療費と患者1人当たり入院日数においても季節による違いはなく、季節に関わらず地域差があることが確認できる。

患者1日当たり入院医療費と患者1人当たり入院日数の関係(春夏と秋冬)



新たな仮説として、秋冬の外来受診パターン(頻度と1日単価の関係)が春夏にも継続しているのではないかと考えられる。

患者1日当たり外来医療費と患者1人当たり外来日数の関係(春夏と秋冬)



※歯科医療費は含まない

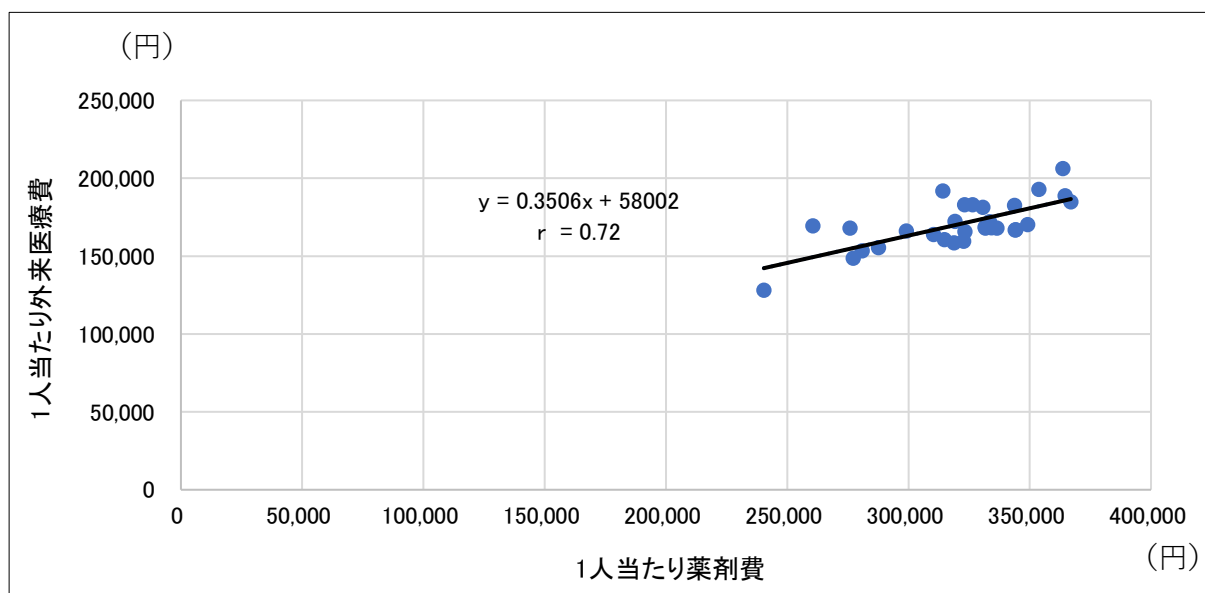
2. 市町村別の保健事業に関連する分析項目

新潟県では外来診療が多く行われている傾向があり、1人当たり入院医療費よりも1人当たり外来医療費において地域差が生じていた。このことから、1人当たり外来医療費の地域差に着目し、新潟県内30市町村における保健事業に関連する分析を行っていく。

(1) 1人当たり薬剤費および主要な薬剤の1回あたり処方日数

外来医療費には、調剤医療費が含まれている。そこで、1人当たり外来医療費と1人当たり薬剤費(薬代のみ)の相関関係をみたところ、相関関係が強いことがわかった。

1人当たり外来医療費と1人当たり薬剤費(平成24～平成28年度の平均)



1人当たり薬剤費が高い順に市町村を並べ、定期的に通院や処方が必要となる慢性疾患の生活習慣病系の薬剤と、頻回受診になりがちな整形外科系の薬剤、重複受診や重複投薬としての代表的な向精神薬の1回当たり処方日数を示した。

1回当たり処方日数では生活習慣病系の薬剤が平均で30日を超えているが、1人当たり外来医療費の低い地域では処方日数が多くなっていた。処方日数が多くなると1日の単価は高くなるものの、年間の受診日数としては少なくなる傾向があり、外来医療費としては押し下げる要因となる。

1人当たり薬剤費と1人当たり外来医療費

	1人当たり薬剤費(5年平均)総計	1回当たり処方日数(5年平均)					
		糖尿病用薬	レニンアンジオテンシン系作用薬	カルシウム拮抗薬	脂質調節・動脈硬化用剤	非ステロイド性抗炎症剤・抗リウマチ薬	催眠・鎮静薬
県平均	171,090	31.8	34.8	34.4	35.1	18.0	24.8
上越市	184,821	28.4	30.7	30.6	31.3	18.6	23.1
妙高市	188,817	31.0	35.1	34.6	34.8	20.2	22.0
関川村	206,318	28.3	29.4	28.4	32.3	18.0	23.8
胎内市	192,994	28.9	30.7	31.0	31.3	17.3	21.3
新潟市	170,233	30.6	33.2	32.7	33.2	15.0	23.0
新発田市	166,992	28.5	31.4	31.7	31.1	17.2	24.6
聖籠町	166,707	28.3	32.3	32.6	31.8	16.1	24.4
阿賀町	182,656	33.1	35.9	35.2	37.4	21.6	26.2
田上町	168,126	31.6	31.9	31.8	32.0	16.3	25.4
加茂市	168,173	30.2	32.4	32.9	33.2	15.3	24.3
刈羽村	172,193	29.8	32.8	32.5	32.4	18.5	27.0
燕市	167,950	31.6	32.2	32.1	33.4	15.3	23.8
三条市	168,706	32.2	33.3	33.7	33.8	13.3	24.4
見附市	181,360	29.2	30.1	28.4	30.3	15.7	23.2
南魚沼市	183,087	33.3	37.3	38.5	38.5	21.0	25.7
阿賀野市	165,724	29.6	32.4	32.1	34.4	17.8	23.3
村上市	183,070	34.1	37.7	36.7	39.4	14.8	25.1
長岡市	159,536	31.3	33.0	33.1	33.2	15.4	23.8
糸魚川市	172,302	31.3	32.0	30.9	32.3	17.5	21.1
五泉市	158,471	29.0	30.4	29.9	30.5	16.8	21.6
小千谷市	160,612	32.9	36.7	35.8	37.6	15.9	25.2
佐渡市	191,923	34.6	38.9	38.3	39.0	21.3	27.9
柏崎市	163,956	32.2	35.1	35.0	35.1	18.8	25.7
魚沼市	166,074	33.2	36.6	35.6	37.5	23.1	26.3
十日町市	155,568	32.8	35.4	36.2	36.2	22.2	26.8
弥彦村	153,358	33.7	35.5	33.6	34.1	14.9	27.0
出雲崎町	148,747	30.4	32.0	31.9	32.0	15.9	23.2
粟島浦村	167,998	36.5	44.7	44.7	40.5	23.6	25.0
津南町	169,509	43.3	54.0	49.7	49.9	23.2	35.7
湯沢町	128,210	32.9	42.1	42.1	45.2	19.6	23.6

※1人当たり外来医療費順、県平均を超えるものに網掛け

(2) 罹患率

上から1人当たり医療費の高い市町村順に並べ、主要な疾患である生活習慣病系、がんについての罹患率をまとめた。罹患率とは、前年の平成27年度には該当の疾病で受診が認められないが、当年度の平成28年度に初めて受診があった新規患者の受診率を指す。

新規患者の割合が高いと1人当たり医療費は高くなることが推測されるが、生活習慣病系、がんについては、各市町村で様々であり、特定の疾患が1人当たり医療費に影響を及ぼしているわけではないと考えられる。

市町村別の生活習慣病及び主たる新生物の罹患率(平成28年度)

疾患ごとに赤色は割合が高いもの、青色は割合が低いもの

	生活習慣病系					主たる新生物(がん)			
	骨折	脳血管疾患	心疾患	高血圧性疾患	糖尿病	大腸がん	胃がん	肺がん	前立腺がん
関川村	4.1%	5.8%	1.8%	3.3%	3.6%	0.9%	1.0%	0.6%	0.1%
新潟市	5.9%	4.0%	1.7%	3.1%	2.9%	0.7%	0.8%	0.5%	0.3%
阿賀町	6.6%	3.8%	2.3%	2.4%	3.9%	0.8%	0.6%	0.6%	0.1%
村上市	4.5%	3.9%	1.7%	2.5%	2.6%	0.6%	0.8%	0.4%	0.2%
胎内市	5.0%	4.5%	2.2%	3.2%	3.0%	0.5%	0.9%	0.4%	0.3%
三条市	5.6%	4.4%	1.6%	3.2%	3.4%	0.6%	0.9%	0.5%	0.3%
妙高市	5.6%	3.3%	2.7%	2.7%	2.0%	0.7%	0.6%	0.5%	0.2%
小千谷市	5.0%	4.7%	1.5%	2.9%	3.7%	0.5%	0.8%	0.4%	0.3%
粟島浦村	1.9%	2.8%	1.9%	0.9%	6.5%	2.8%	4.6%	0.0%	0.0%
燕市	5.8%	4.1%	1.9%	3.2%	4.3%	0.9%	0.9%	0.5%	0.5%
糸魚川市	6.2%	4.2%	2.3%	3.2%	1.9%	0.6%	0.7%	0.3%	0.3%
柏崎市	5.8%	4.1%	2.3%	2.7%	3.6%	0.6%	0.7%	0.5%	0.5%
上越市	5.2%	4.3%	2.4%	2.9%	2.9%	0.6%	0.8%	0.4%	0.2%
加茂市	5.7%	5.0%	2.2%	2.8%	2.5%	0.8%	0.7%	0.4%	0.2%
聖籠町	6.5%	5.9%	1.6%	2.5%	2.9%	0.3%	1.3%	0.4%	0.3%
見附市	5.6%	4.3%	2.4%	3.1%	5.7%	0.7%	0.8%	0.3%	0.3%
阿賀野市	5.5%	3.7%	2.2%	3.2%	2.7%	0.8%	0.7%	0.5%	0.1%
田上町	5.8%	4.1%	1.4%	2.5%	1.9%	0.5%	0.8%	0.3%	0.3%
刈羽村	4.9%	4.9%	0.9%	1.9%	4.3%	0.4%	0.4%	0.6%	0.3%
長岡市	5.8%	3.6%	2.0%	2.8%	3.3%	0.7%	0.8%	0.5%	0.3%
五泉市	4.9%	2.9%	1.1%	2.9%	2.3%	0.8%	0.7%	0.4%	0.2%
南魚沼市	5.3%	4.5%	2.0%	3.1%	3.3%	0.6%	0.6%	0.5%	0.3%
佐渡市	5.0%	3.0%	1.8%	2.8%	2.4%	1.1%	0.8%	0.3%	0.2%
新発田市	5.9%	4.8%	2.2%	2.9%	3.6%	1.2%	0.9%	0.6%	0.5%
魚沼市	4.9%	4.1%	1.4%	3.7%	3.5%	0.4%	0.5%	0.3%	0.2%
出雲崎町	5.3%	3.6%	1.9%	3.2%	2.7%	0.4%	0.6%	0.6%	0.2%
十日町市	6.1%	3.9%	1.5%	2.7%	5.2%	0.5%	0.5%	0.4%	0.3%
湯沢町	4.5%	3.8%	1.3%	2.9%	2.0%	1.1%	0.6%	0.5%	0.1%
弥彦村	6.7%	4.7%	2.6%	3.8%	3.0%	1.1%	0.6%	0.7%	0.1%
津南町	6.4%	4.0%	2.2%	1.8%	3.2%	0.6%	0.6%	0.4%	0.1%
新潟県	5.6%	4.0%	1.9%	3.0%	3.1%	0.7%	0.8%	0.5%	0.3%

新規受診(新患)の定義:平成27年度には受診が認められないが、平成28年度に受診があった人(母集団は平成27年度～平成28年度に継続加入している人)

前頁と同様に上から1人当たり医療費の高い市町村順に並べ、主要な疾患である呼吸器系疾患、運動器障害、認知症についての罹患率をまとめた。前述したように、呼吸器系疾患、運動器障害、認知症についても、各市町村で様々であり、特定の疾患が1人当たり医療費に影響を及ぼしているわけではないと考えられる。

市町村別の呼吸器系疾患、運動器障害、認知症の罹患率(平成28年度)

疾患ごとに赤色は割合が高いもの、青色は割合が低いもの

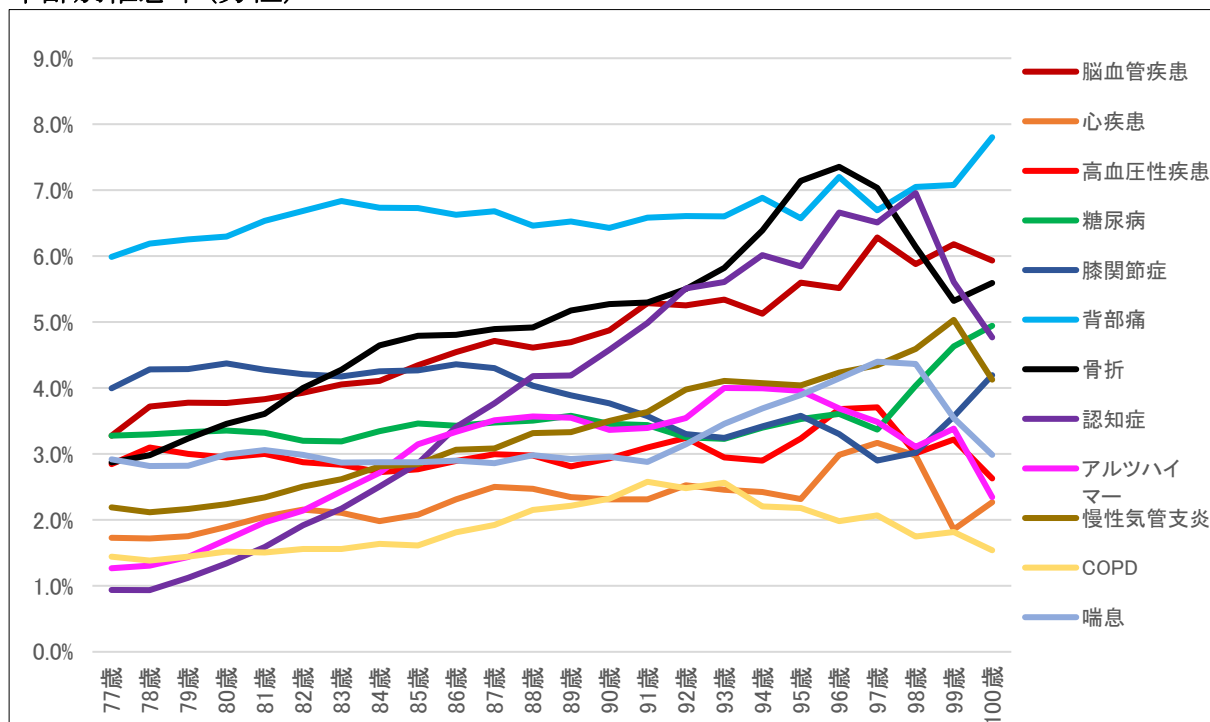
	呼吸器系疾患			運動器障害			認知症	
	慢性気管支炎	COPD	喘息	膝関節症	股関節症	背部痛	認知症	アルツハイマー
関川村	3.8%	0.7%	6.9%	6.6%	0.8%	7.3%	2.1%	3.0%
新潟市	2.0%	0.7%	2.6%	4.9%	0.5%	6.2%	2.9%	2.4%
阿賀町	2.3%	0.8%	3.4%	6.4%	0.8%	6.0%	3.7%	2.7%
村上市	2.5%	0.9%	3.7%	4.9%	0.3%	6.4%	2.4%	2.2%
胎内市	2.3%	0.9%	3.8%	4.8%	0.4%	9.1%	2.1%	3.3%
三条市	2.2%	0.7%	2.4%	4.3%	0.3%	6.7%	2.5%	2.7%
妙高市	2.6%	1.2%	4.1%	4.9%	0.4%	5.4%	2.7%	2.5%
小千谷市	1.9%	0.8%	2.4%	4.5%	0.6%	5.9%	2.1%	3.1%
粟島浦村	0.9%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	6.5%	1.9%	2.8%
燕市	2.4%	0.8%	2.3%	4.6%	0.3%	6.3%	2.1%	2.9%
糸魚川市	2.0%	0.8%	3.0%	5.0%	1.0%	5.5%	2.4%	2.7%
柏崎市	2.5%	0.6%	3.4%	4.6%	0.3%	5.7%	2.7%	2.6%
上越市	2.2%	0.9%	2.9%	4.6%	0.4%	5.7%	2.2%	2.8%
加茂市	1.9%	0.5%	2.3%	4.6%	0.6%	6.3%	3.2%	2.9%
聖籠町	2.1%	1.0%	4.7%	6.8%	0.4%	5.2%	3.3%	2.7%
見附市	2.0%	1.2%	2.9%	4.9%	0.8%	6.2%	1.7%	2.7%
阿賀野市	2.8%	0.8%	2.4%	5.1%	0.4%	8.4%	2.6%	2.8%
田上町	1.2%	0.6%	1.9%	4.2%	0.4%	6.6%	2.5%	2.1%
刈羽村	2.5%	0.9%	1.9%	4.9%	0.6%	7.0%	2.4%	3.0%
長岡市	2.1%	0.8%	2.7%	4.2%	0.6%	5.9%	2.5%	2.7%
五泉市	2.0%	0.7%	2.5%	5.9%	1.4%	6.2%	2.5%	2.4%
南魚沼市	2.0%	1.2%	2.7%	4.6%	0.4%	6.4%	3.0%	2.3%
佐渡市	2.0%	0.5%	2.6%	3.4%	0.3%	7.2%	2.3%	3.5%
新発田市	2.3%	0.9%	3.6%	5.8%	0.4%	6.7%	2.5%	2.7%
魚沼市	2.2%	1.1%	2.9%	5.4%	0.5%	7.5%	2.4%	2.8%
出雲崎町	2.2%	0.5%	4.3%	3.8%	0.3%	5.1%	2.0%	3.5%
十日町市	1.8%	1.0%	2.9%	4.9%	0.4%	6.2%	2.5%	2.6%
湯沢町	1.2%	0.8%	0.9%	4.2%	0.5%	6.7%	1.7%	1.8%
弥彦村	1.2%	0.6%	2.2%	3.9%	0.1%	5.1%	1.7%	2.1%
津南町	1.6%	1.0%	2.3%	5.6%	0.3%	6.0%	2.4%	2.7%
新潟県	2.1%	0.8%	2.8%	4.8%	0.5%	6.3%	2.6%	2.6%

新規受診(新患)の定義:平成27年度には受診が認められないが、平成28年度に受診があった人(母集団は平成27年度～平成28年度に継続加入している人)

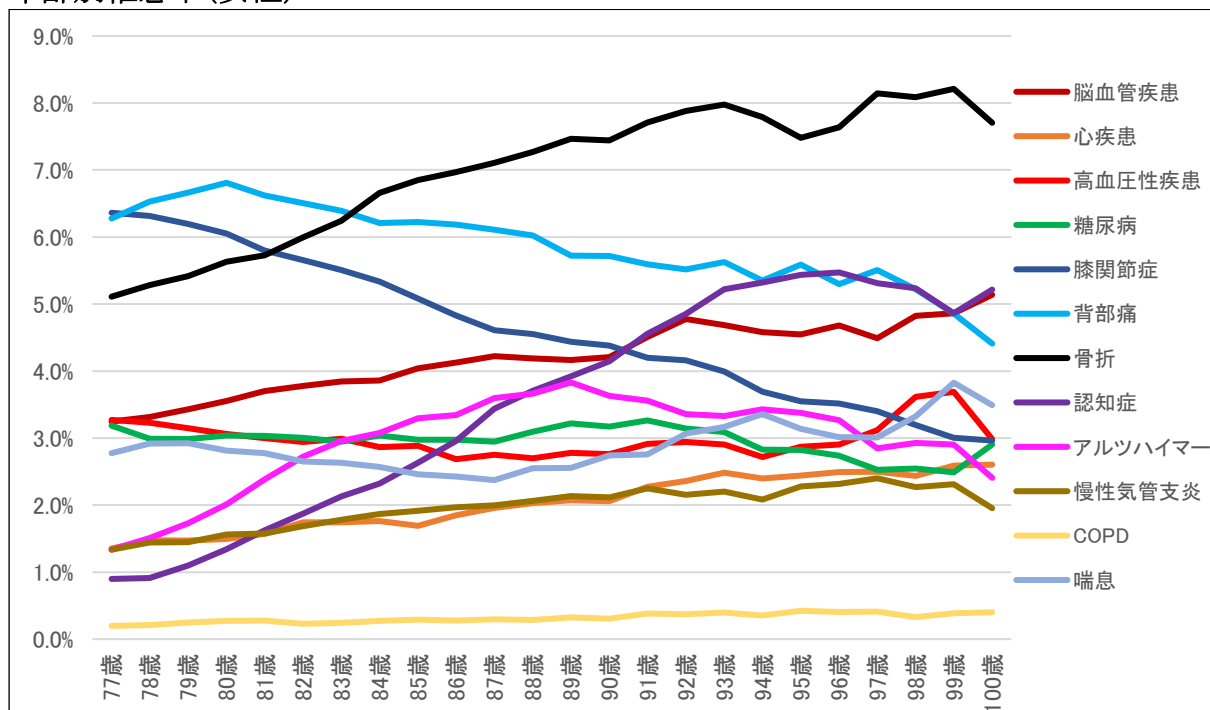
罹患率を性別、年齢別にみると、年齢とともに罹患率が上昇する疾病は、男性において背部痛、骨折、認知症、脳血管疾患、慢性気管支炎で、女性では、骨折、認知症、脳血管疾患となっている。

後期高齢者の中でも早期もしくは前期高齢者からの事業として連携する必要があると思われるものとして、背部痛、膝関節症、骨折などの運動器系と、脳血管疾患、高血圧性疾患、糖尿病などの生活習慣系が考えられる。また、後期高齢者の早期からスクリーニング等の早期発見策が必要と思われる疾患として、認知症、アルツハイマー等、脳血管疾患がある。

年齢別罹患率(男性)



年齢別罹患率(女性)



(3) 多病

4頁の後期高齢者の特性にあるように、自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

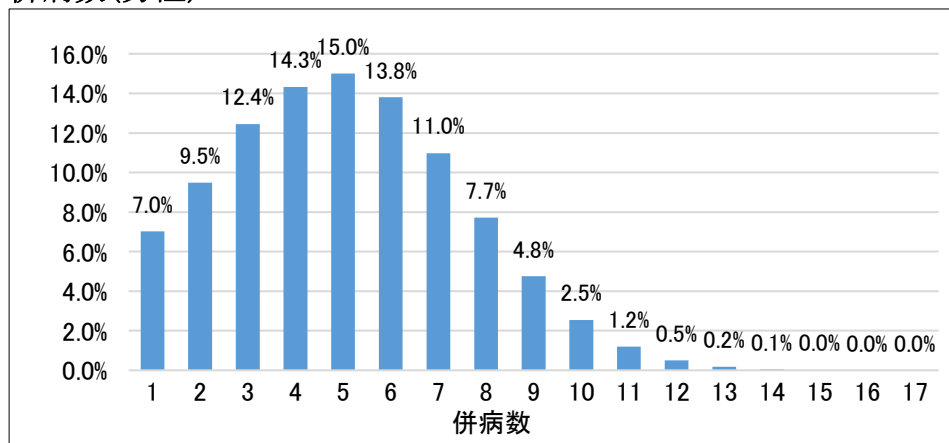
ここでは、複数の疾病を持ち合わせた状態である「多病」について、75歳以上の外来患者において直近5年度(平成24年度～平成28年度)の有病率に基づき分析を行なった。

本分析では、以下の区分に基づき、診療月単位で併病数を集計した。複数の医療機関を受診した場合でも、同月内の外来のレセプト上に複数の疾患が記載されている場合を「多病」と定義した。

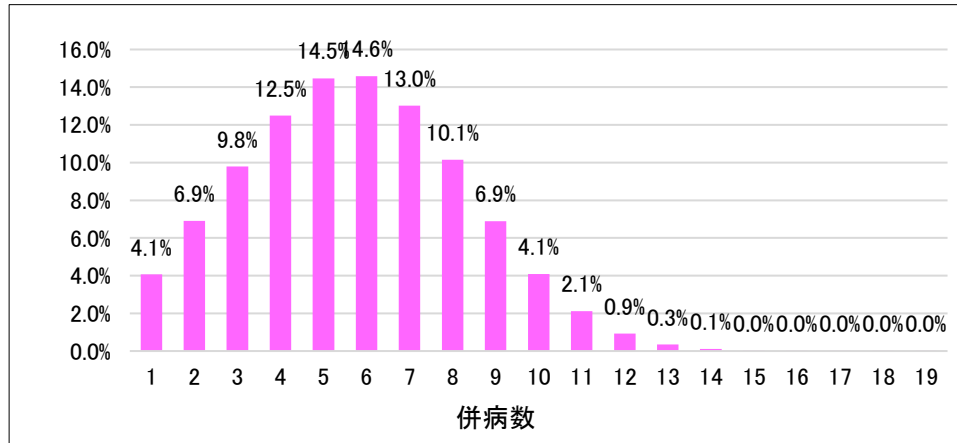
No	疾患名	No	疾患名
①	高血圧症	⑫	アルツハイマー病など
②	代謝障害	⑬	消化器の悪性新生物
③	脳血管疾患	⑭	老人性白内障など
④	糖尿病	⑮	緑内障
⑤	食道、胃及び十二指腸の疾患	⑯	腎不全
⑥	心筋症、心不全など	⑰	認知症など
⑦	脊椎障害	⑱	パーキンソン病など
⑧	関節症	⑲	インフルエンザ及び肺炎
⑨	虚血性心疾患	⑳	気分障害・神経性障害など
⑩	骨粗しょう症など	㉑	骨折など
⑪	慢性下気道疾患	㉒	その他

その結果、外来患者における併病数の状況は、5年度平均で男性は5つが最大で、女性は6つが最大となっていることがわかった。また、男性は最大17個、女性は最大19個の疾患が併存していた。

併病数(男性)

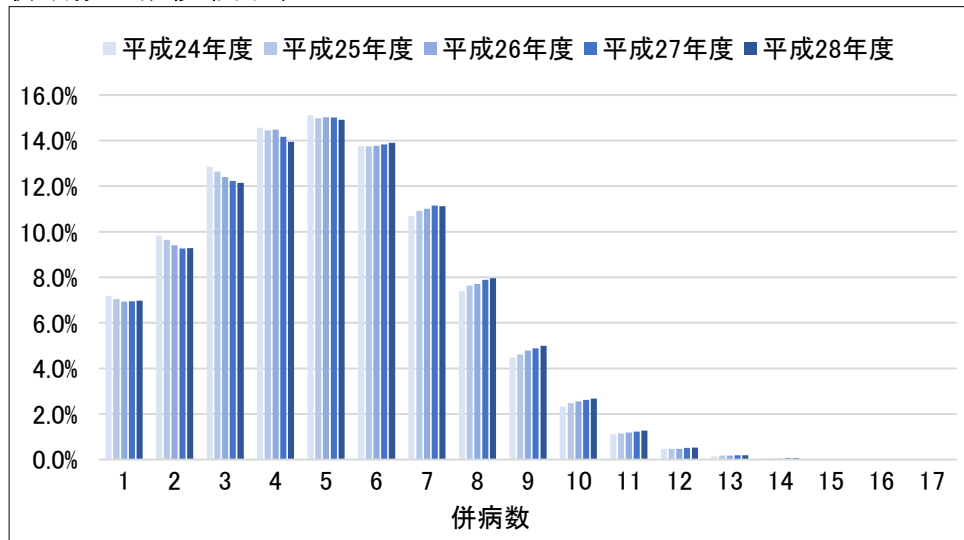


併病数(女性)

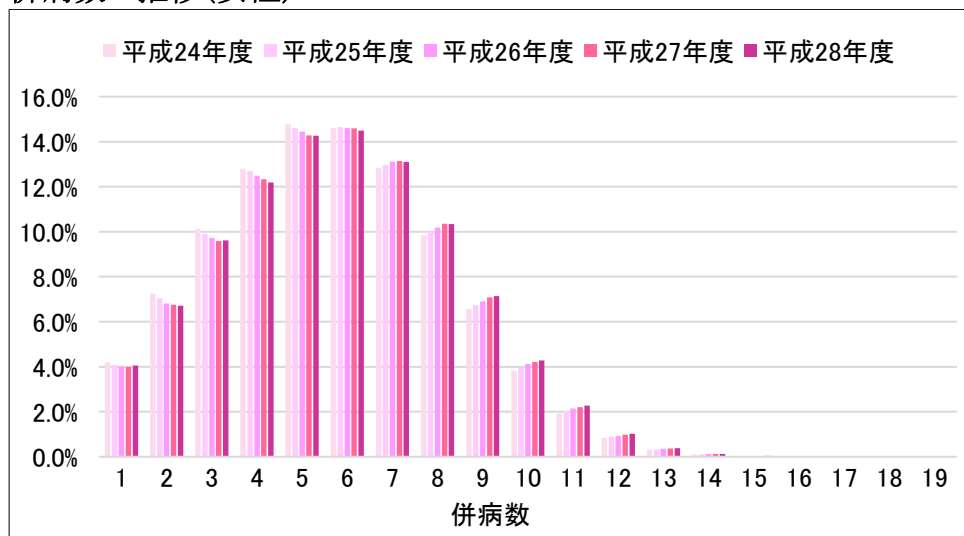


経年でみると、併病数が多い患者の割合が増大してきている。

併病数の推移(男性)



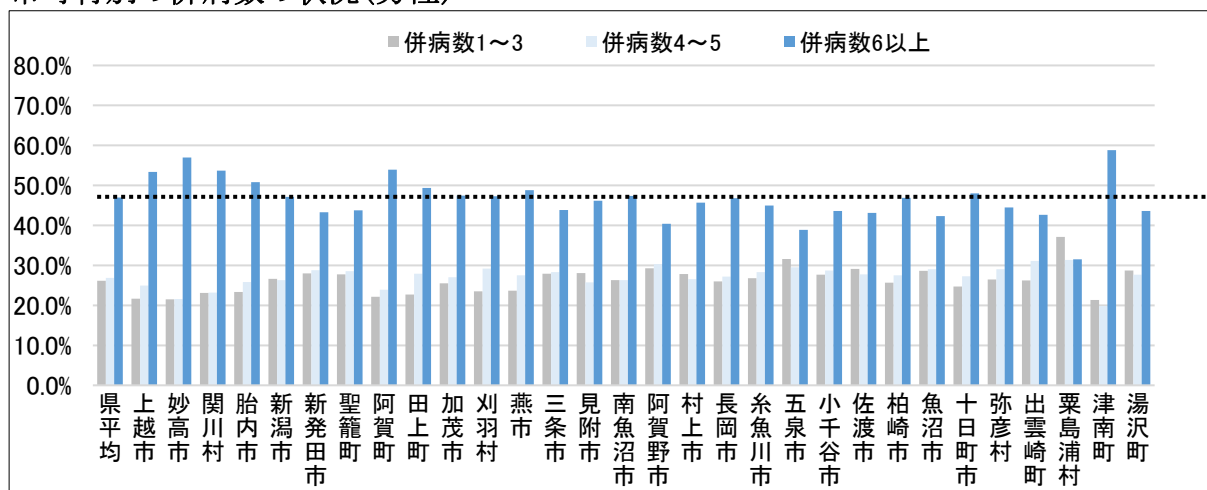
併病数の推移(女性)



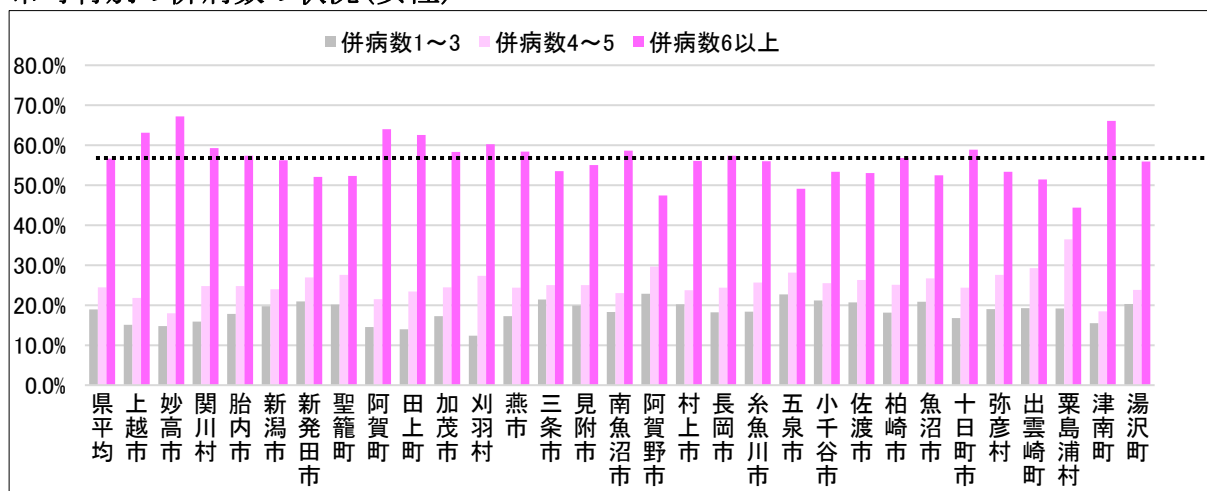
1人当たり外来医療費の高い市町村順に並べ、101頁の疾患の占有率を市町村別に示す。

男性では、粟島浦村を除き、全ての市町村において併病数6以上の割合が高く、女性では全ての市町村が併病数6以上の割合が高くなっている。

市町村別の併病数の状況(男性)



市町村別の併病数の状況(女性)



1～3の併病数ごとに疾患の組合せ状況(5年度平均)を以下に示した(ただし、定義した「その他」との組み合わせは除く)。

男性の場合、併病数2以上では「高血圧症」との併病がほとんどである。

女性の場合、男性と同様に併病数2以上では「高血圧症」との併病がほとんどである。男性と比べて「脊椎障害」「関節症」「骨粗しょう症など」との併病が上位に現れている。

併病している疾患の組合せ(男性)

順位	併病数=1	占有率	順位	併病数=2	占有率	順位	併病数=3	占有率
1	高血圧症	11.0%	1	高血圧症 代謝障害	3.4%	1	高血圧症 糖尿病 代謝障害	1.6%
2	脊椎障害	3.4%	2	高血圧症 糖尿病	2.5%	2	高血圧症 代謝障害	0.7%
3	関節症	2.5%	3	高血圧症 心筋症、心不全など	1.5%	3	高血圧症 代謝障害	0.6%
4	食道、胃及び十二指腸の疾患	1.5%	4	高血圧症 食道、胃及び十二指腸の疾患	1.4%	4	高血圧症 代謝障害	0.5%
5	アルツハイマー病など	1.2%	5	脊椎障害 関節症	1.4%	5	高血圧症 糖尿病	0.4%
6	糖尿病	1.2%	6	高血圧症 脳血管疾患	1.2%	6	高血圧症 糖尿病	0.4%
7	慢性下気道疾患	1.1%	7	食道、胃及び十二指腸の疾患 脊椎障害	0.9%	7	食道、胃及び十二指腸の疾患 関節症	0.4%
8	代謝障害	0.9%	8	高血圧症 脊椎障害	0.9%	8	高血圧症 心筋症、心不全など 食道、胃及び十二指腸の疾患	0.4%
9	脳血管疾患	0.9%	9	高血圧症 慢性下気道疾患	0.6%	9	高血圧症 脳血管疾患	0.3%
10	心筋症、心不全など	0.7%	10	食道、胃及び十二指腸の疾患 関節症	0.6%	10	高血圧症 代謝障害	0.3%

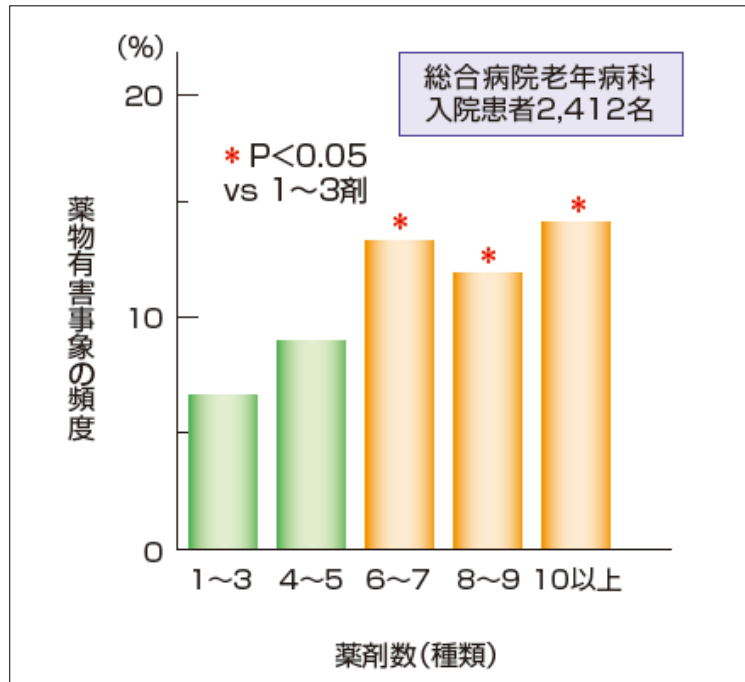
併病している疾患の組合せ(女性)

順位	併病数=1	占有率	順位	併病数=2	占有率	順位	併病数=3	占有率
1	高血圧症	10.0%	1	高血圧症 代謝障害	4.8%	1	高血圧症 代謝障害	1.5%
2	関節症	4.4%	2	脊椎障害 骨粗しょう症など	2.1%	2	脊椎障害 関節症	1.3%
3	アルツハイマー病など	2.7%	3	脊椎障害 関節症	1.5%	3	高血圧症 代謝障害	0.7%
4	脊椎障害	2.5%	4	高血圧症 食道、胃及び十二指腸の疾患	1.2%	4	高血圧症 代謝障害	0.6%
5	代謝障害	2.3%	5	高血圧症 糖尿病	1.1%	5	高血圧症 代謝障害	0.5%
6	骨折など	1.5%	6	高血圧症 心筋症、心不全など	1.0%	6	食道、胃及び十二指腸の疾患 骨粗しょう症など 脊椎障害	0.5%
7	食道、胃及び十二指腸の疾患	1.5%	7	骨粗しょう症など 骨折など	1.0%	7	高血圧症 代謝障害	0.5%
8	骨粗しょう症など	1.2%	8	高血圧症 脊椎障害	0.9%	8	脊椎障害 骨粗しょう症など	0.4%
9	脳血管疾患	1.1%	9	高血圧症 アルツハイマー病など	0.8%	9	食道、胃及び十二指腸の疾患 関節症 脊椎障害	0.4%
10	気分障害・神経性障害など	0.7%	10	食道、胃及び十二指腸の疾患 関節症	0.8%	10	高血圧症 アルツハイマー病など 代謝障害	0.4%

※「占有率」は各併病数内での占有率を表す。

併病数が増えると多剤処方になりやすい。いくつ以上の薬剤処方から多剤処方とするかについて厳密な定義はないが、高齢入院患者の薬剤数と薬害事象との関係を調査した報告によると、6種類以上で薬物有害事象の頻度は特に増加していたという結果がある。

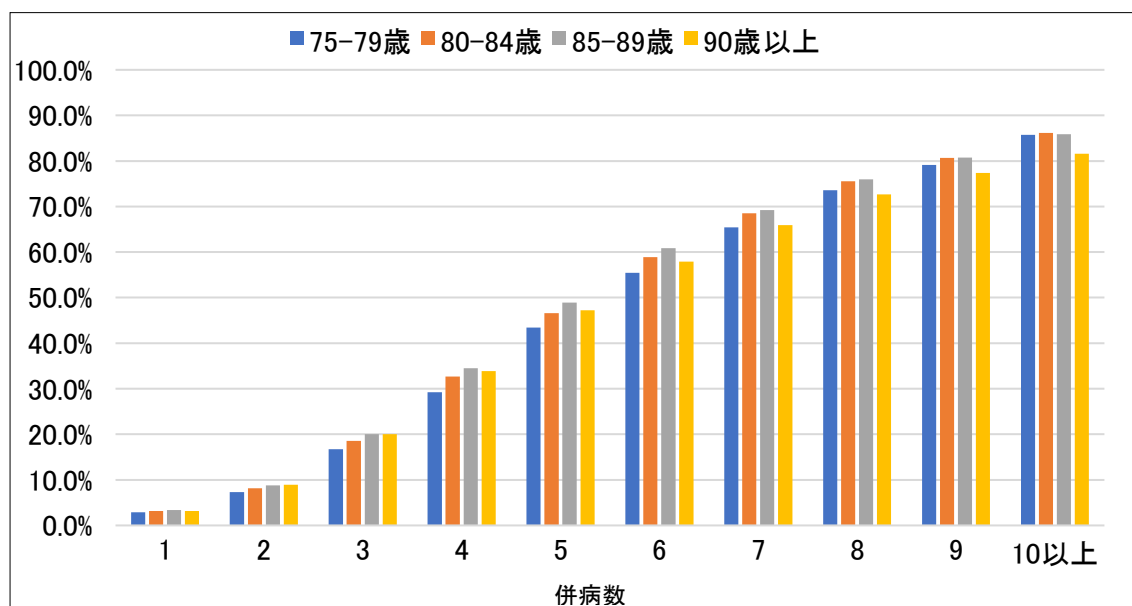
服用薬剤数と薬物有害事象の頻度



出典：高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)(厚生労働省)

そこで、ここでは薬物有害事象が増加するとされる処方数(種類)6剤以上の割合と年齢階層別の併病数の関係を示す。併病数間で水準の違いはあるが、85-89歳まで処方数6剤以上の割合が上昇し、90歳以上では減少する、という傾向は同一だった。

処方数6個以上の患者の割合(併病数別、年齢階層別)

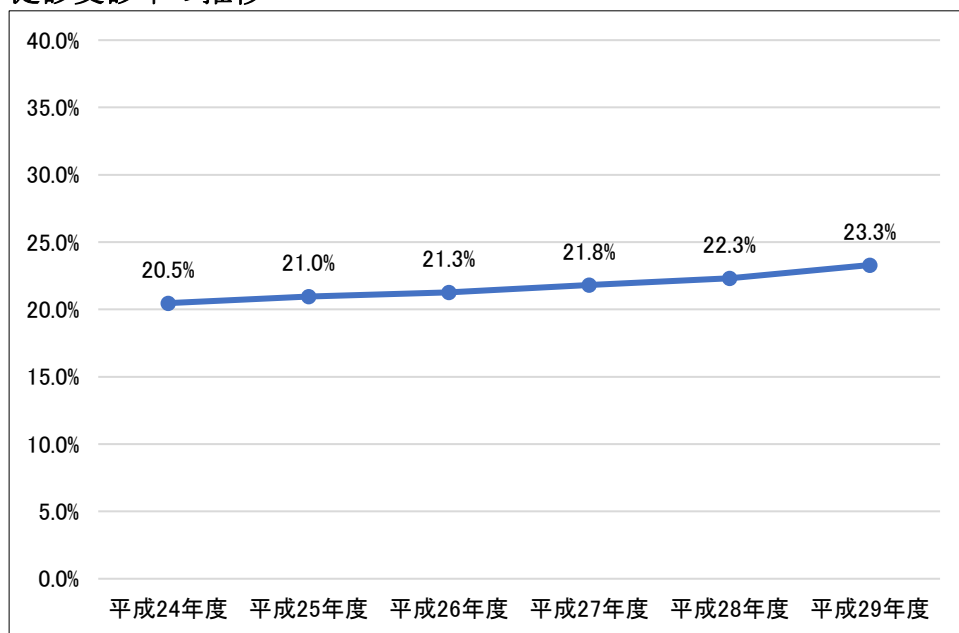


(4) 健診受診率

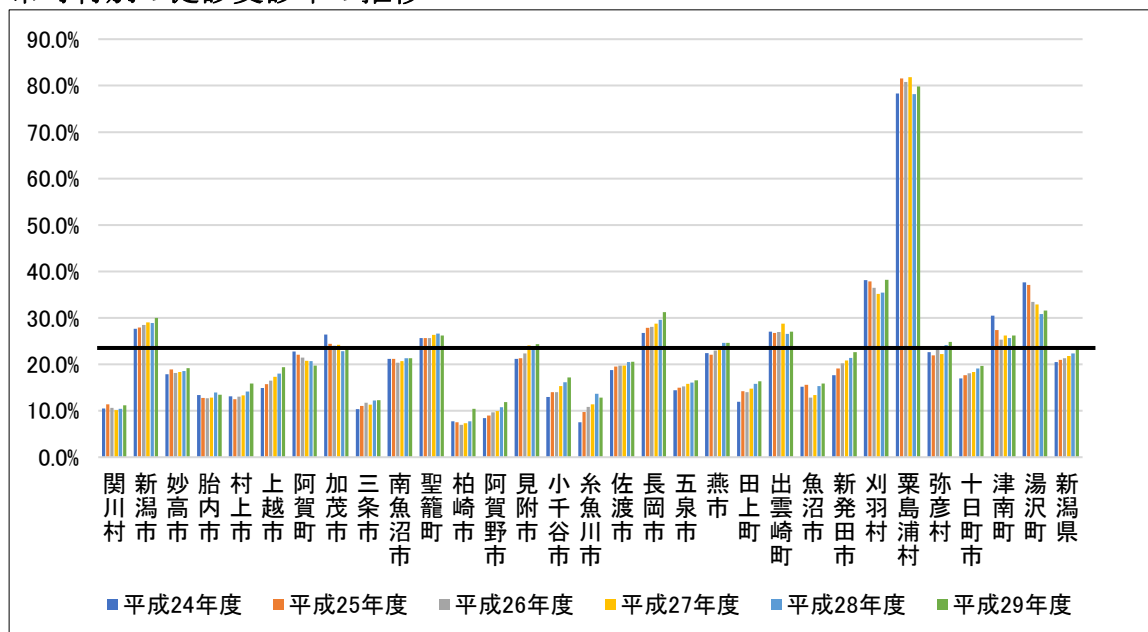
健診受診率を示す。ここでの健診受診率は、長期入院者や施設入所者等、除外者を除いていないことと、本章の冒頭で記載したとおり、被保険者数のとり方が異なるため、公表数値とは異なることに留意されたい。

健診受診率は平成24年度には20.5%であったが、平成29年度には23.3%へと年々増加している。

健診受診率の推移



市町村別の健診受診率の推移

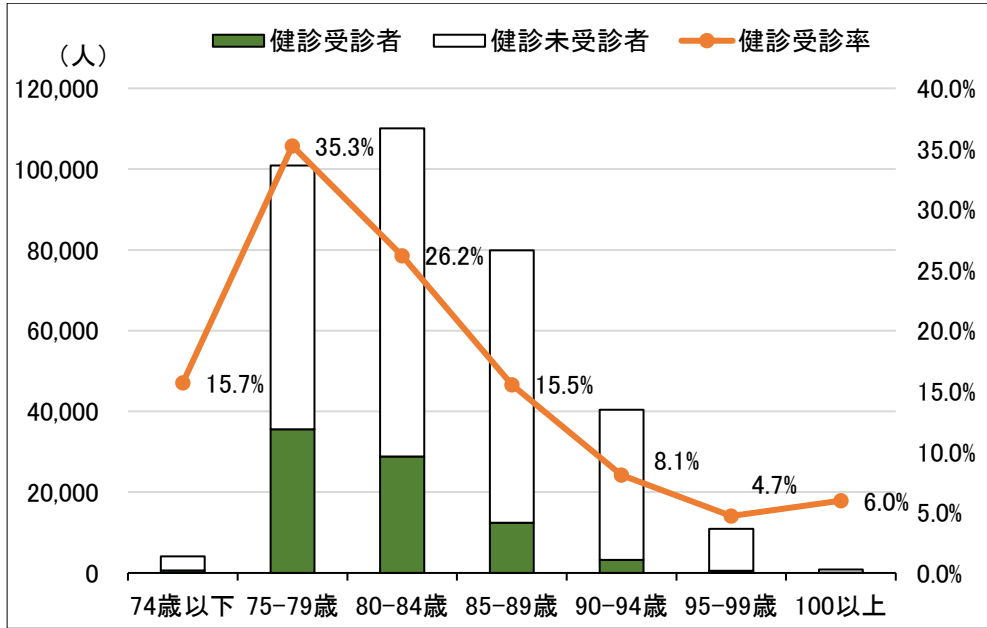


※健診対象者及び健診受診者 65歳以上の各年度の継続加入者

平成29年度の健診受診状況を年齢階層別に見ると75-79歳で35.3%、80-84歳で26.2%となっている。

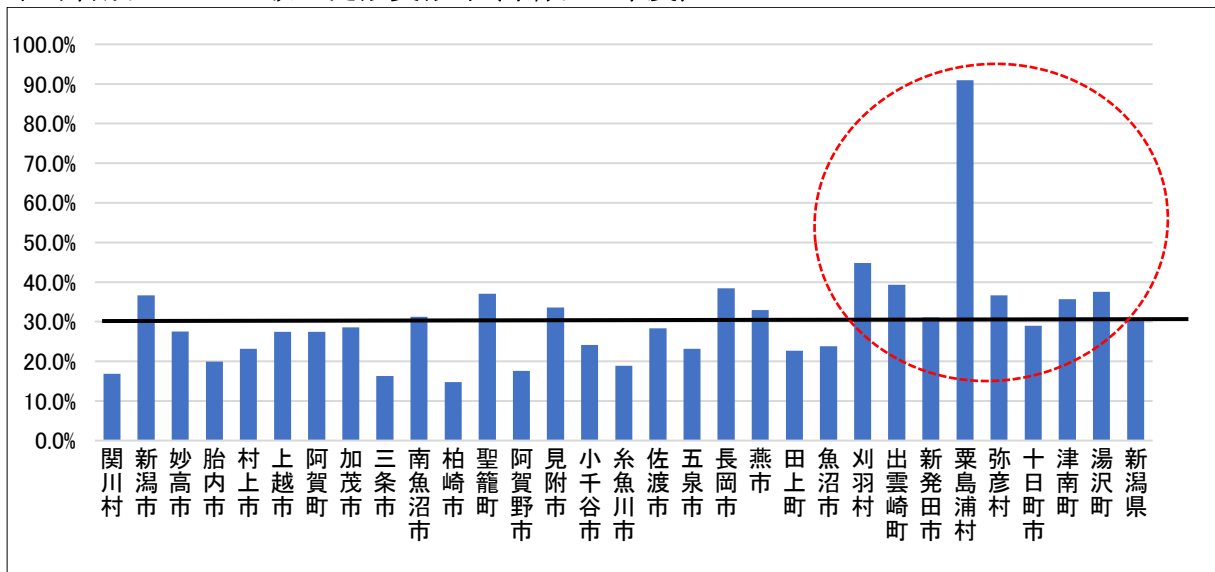
市町村別に健診受診率をみると40%を超える市町村もあれば、その半分の20%に満たない市町村も存在する。1人当たり医療費の高い順に健診状況を見ると、1人当たり医療費の低い市町村の方が健診受診状況が良い傾向がある。

健診受診状況(平成29年度)



出典:平成29年度健診データ及び被保険者データ(新潟県後期高齢者医療広域連合)
※健診対象者及び健診受診者65歳以上の各年度の継続加入者

市町村別の75-84歳の健診受診率(平成29年度)



出典:平成29年度健診データ及び被保険者データ(新潟県後期高齢者医療広域連合)
※健診対象者及び健診受診者75-84歳の継続加入者

(5) 健康度リスク分布(健診とレセプトの突合)

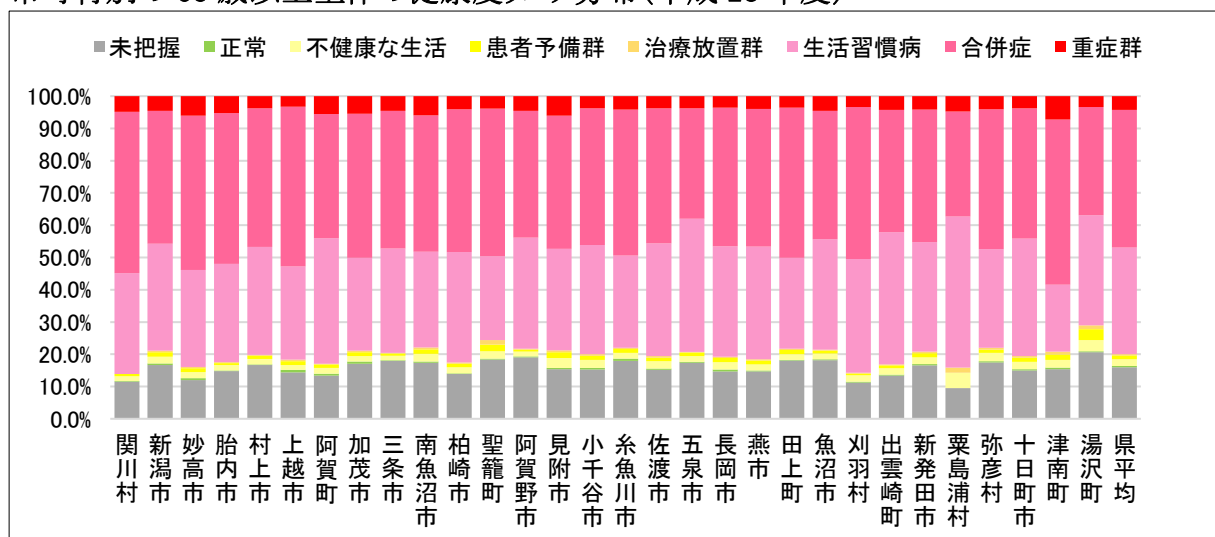
平成28年度の生活習慣病に関する医療レセプトの有無と健診受診の有無の関係性から、健康度リスク分布を見える化した。健診と生活習慣病のレセプトがない人は健康状態が未把握となる。生活習慣病のレセプトがない場合でも健診結果があれば、生活習慣病では未通院の状態として健診値(血糖・血圧・脂質)で階層分けを行い、正常から治療放置までのいずれかに振り分けられる。生活習慣病のレセプトがあれば、通院歴ありとして、病気の状態によって階層分けを行い、生活習慣病から重症群のいずれかに振り分けられる。新潟県後期高齢者の被保険者であれば、この8つの階層のどこかに該当することになる。

健康度リスク分布の考え方



市町村別の被保険者数を100%とした時に、上記の8つの階層毎にその割合を示した。生活習慣病のレセプトのある人が70~80%を占めており、次に健診と生活習慣病のレセプトのない未把握の人が10~20%となっている。

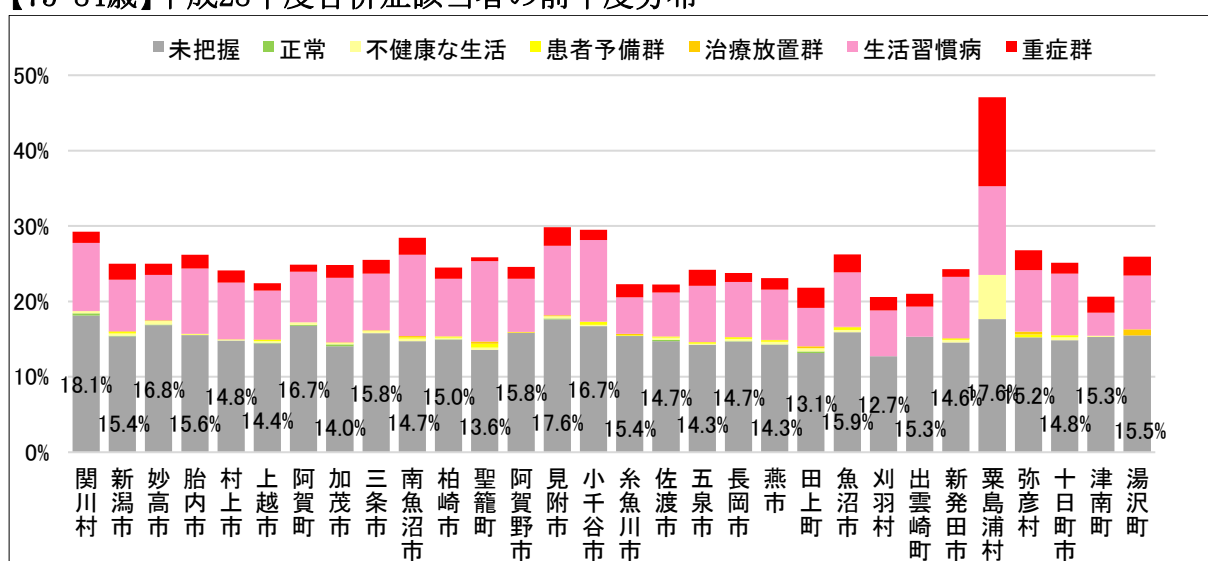
市町村別の65歳以上全体の健康度リスク分布(平成28年度)



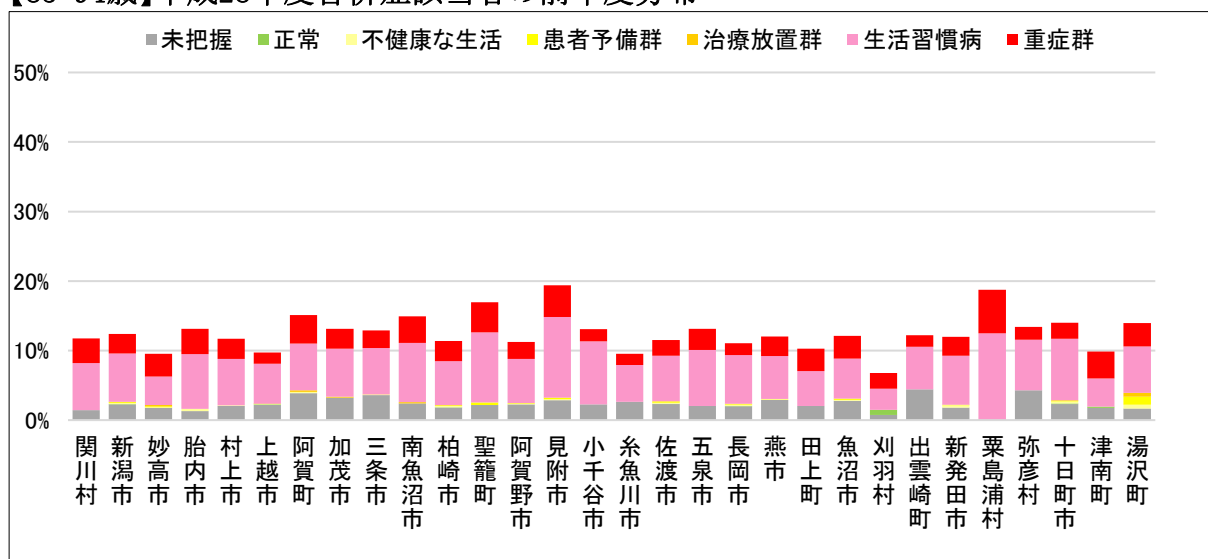
次に平成27年度から平成28年度に継続加入されている人を対象に、平成28年度に合併症に該当した人が、前年度どこの階層に分布しているのかを年齢階層別に示した。75-84歳では、前年度未把握の人が約15%程度存在する(=新規患者)。重症化を予防する上で新規患者になる割合が高い75-84歳の未把握層に、生活習慣病への対策を講じる必要性がある。85-94歳の階層では、前年度合併症以外に分布した人が約15%となっており、残りの約85%は前年度も合併症に該当していることになる。前年度に生活習慣病に分布した人が合併症へ移行する割合が10%程度存在する。

健康状態が未把握の場合には、健診受診者を増やす取組や、すでに生活習慣病で受診している人には、医療機関の継続受診を行い、病気治療に対する患者の十分な理解・納得を保つことができるような取組を行う必要がある。

【75-84歳】平成28年度合併症該当者の前年度分布



【85-94歳】平成28年度合併症該当者の前年度分布

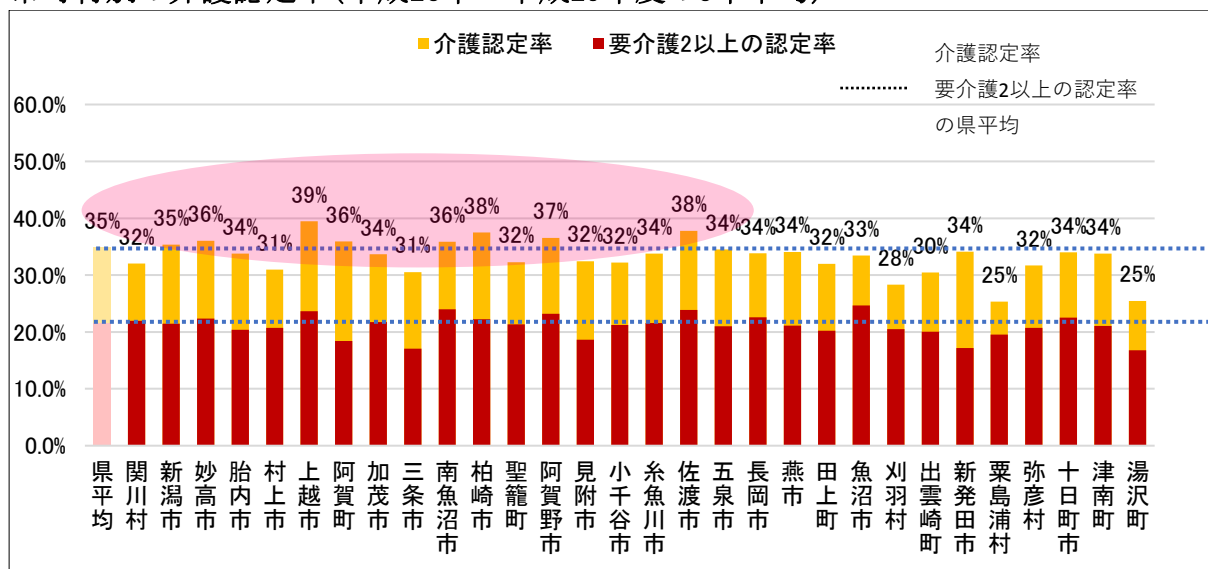


出典:平成29年度医療費データ及び健診データ、被保険者データ(新潟県後期高齢者医療広域連合)

(6) 市町村別の介護の状況

介護認定率を1人当たり医療費の高い市町村順に左から並べて比較した。1人当たり医療費の高い市町村において県平均を上回る市町村が多い傾向にある。医療費構成要素である1人当たり外来医療費と介護認定率の相関関係が強いことがわかった。

市町村別の介護認定率(平成25年～平成29年度の5年平均)

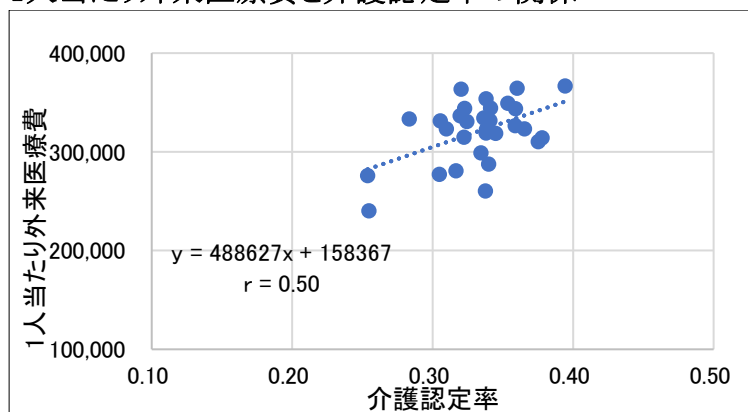


出典:平成25年～平成29年度 KDB 要介護(支援)者突合状況、被保険者データ(新潟県後期高齢者医療広域連合)

医療費構成要素と介護認定率の相関係数

医療費構成要素	比較項目	相関係数	関係の強さ
1人当たり医療費(外来)	介護認定率	0.50	**
	要介護度2以上	0.18	
1人当たり医療費(入院)	介護認定率	0.04	
	要介護度2以上	0.20	
入院率	介護認定率	-0.05	
	要介護度2以上	0.11	

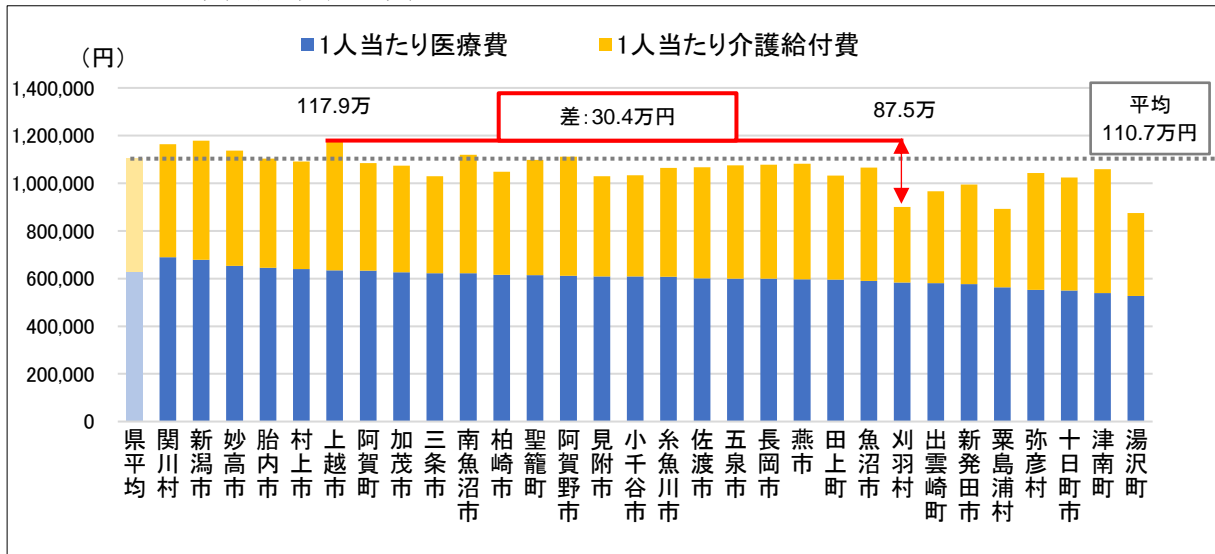
1人当たり外来医療費と介護認定率の関係



介護保険と医療保険では制度上の違いがあるため、一律に比較することは難しいが、1人当たり介護費と、1人当たり医療費を合わせて、1人当たり医療費の高い市町村順に並べると、医療費との差を埋めてはならず、地域差は拡大する。

医療費では関川村が県内で最も高かったが、介護費を合わせると最大値が上越市117.9万円、最小値が刈羽村87.5万円となっている。

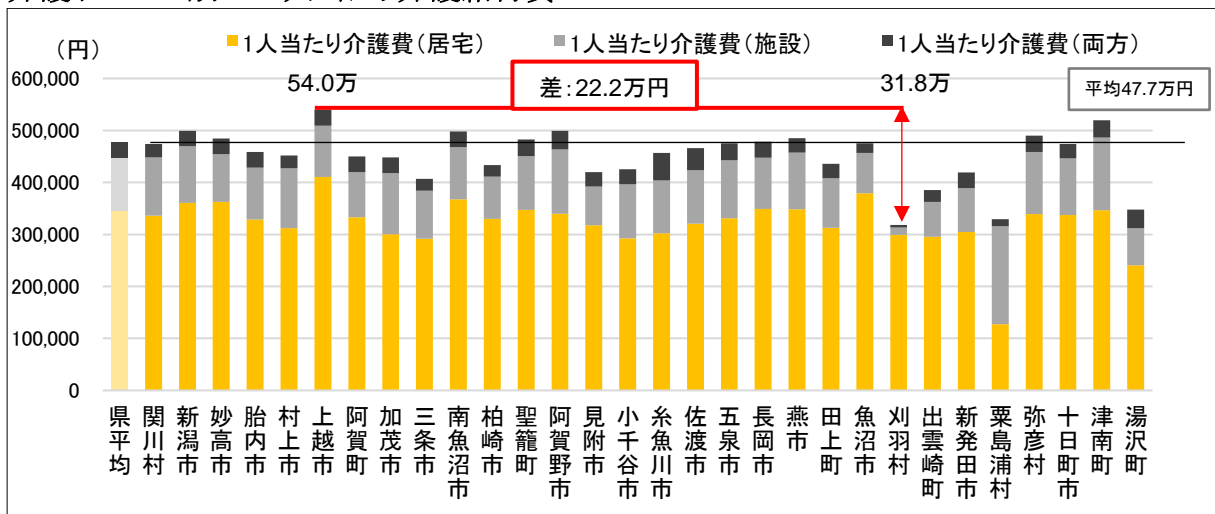
1人当たり医療費と介護給付費



※医療費、介護給付費は5年平均

1人当たり介護給付費を居宅・施設に分けると、粟島浦村を除く29市町村で居宅サービスの割合が高い。湯沢町を除く魚沼医療圏(南魚沼市、魚沼市、十日町市、津南町)では介護給付費の割合が県平均もしくは上回る傾向にある。前述した1人当たり介護給付費が高い上越市では、居宅での1人当たり介護給付費が高いことがわかった。

介護サービス別の1人当たり介護給付費



※介護給付費は5年平均

(7) 高齢者版 健康課題マップ

高齢者版 健康課題マップは、被保険者データと介護認定度データを用いて4つの階層「生活層」「要介護層」「寝たきり層」「脱退又は死亡等」に振り分けを行い、どの階層にどの位の人数がいるのかを可視化するものである。当年度と翌年度の2年度分のデータをみることで遷移状況がわかり、階層ごとに必要な対策を検討するために活用できると考えている。階層の定義は以下に示す通りである。

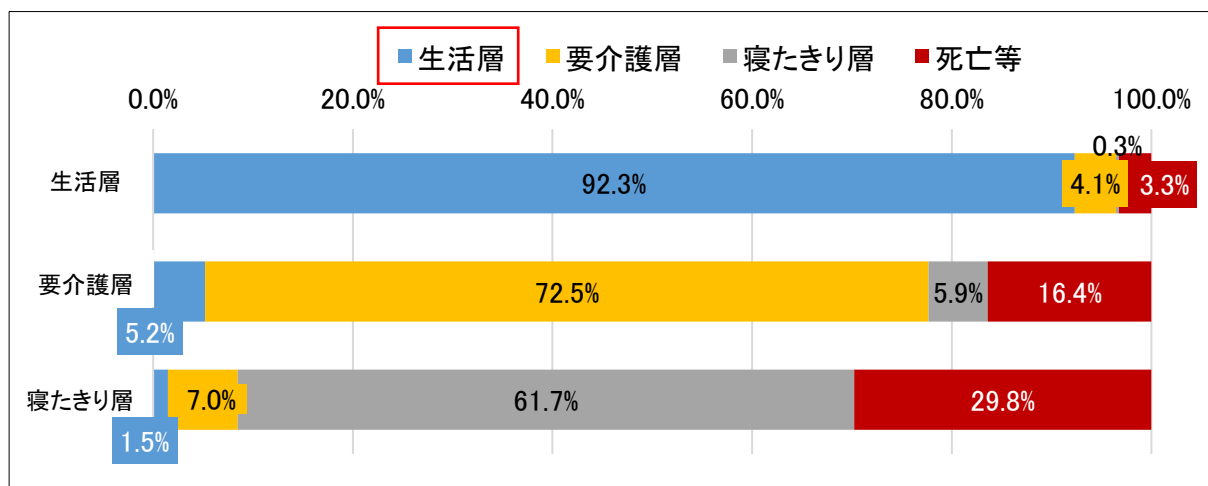
高齢者版 健康課題マップ

生活層	要介護層	寝たきり層	脱退又は死亡等
介護認定無～要介護1	要介護2～要介護4	要介護5	脱退(ほぼ死亡)

平成28年度の階層「生活層」「要介護層」「寝たきり層」が翌年(平成29年度)にどこの階層へ遷移しているのかをみると、寝たきり層から脱退又は死亡等への遷移が29.8%と高い。要介護層から寝たきり層への遷移は5.9%で、生活層から要介護層への遷移は4.1%となっている。翌年に介護層や寝たきり層に遷移する人も一定数いることから、健康寿命を延伸させるためにも広域連合として医療と保健事業を通じて、介護につながる病気を予防することが必要である。

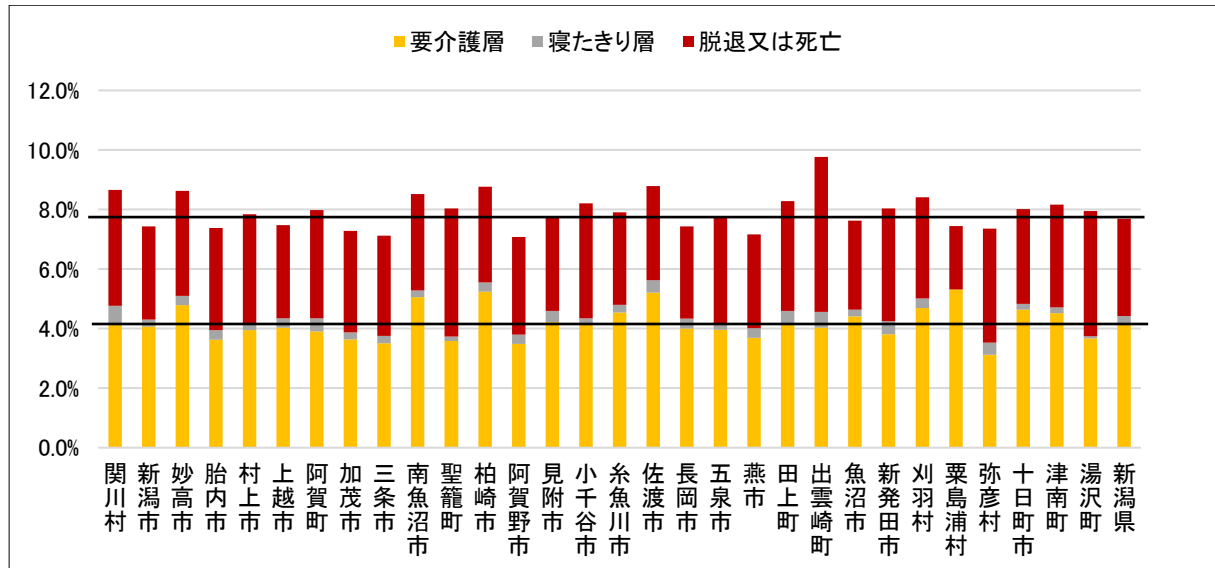
平成28年度から平成29年度への遷移状況

		平成29年度			
		生活層	要介護層	寝たきり層	脱退又は死亡等
平成28年度	生活層	92.3%	4.1%	0.3%	3.3%
	要介護層	5.2%	72.5%	5.9%	16.4%
	寝たきり層	1.5%	7.0%	61.7%	29.8%



市町村別に平成28年度に「生活層」であった人が翌年(平成29年度)に「要介護層」「寝たきり層」「脱退又は死亡等」への遷移状況を示した。要介護層や脱退又は死亡等への遷移については、その背景を十分に確認する必要があるが、県平均を上回る割合で遷移している市町村に対しては、広域連合として医療と保健事業を通じて、介護につながる病気を予防する取組が早急に必要である。

市町村別の平成28年度から平成29年度への遷移状況



3. 学識経験者等による医療費分析

ここで、新潟県内30市町村の特徴について学識経験者等の研究から主だった内容を引用し紹介する。市町村ごとの特徴を把握する。

研究テーマ	学識経験者等	得られた結果
医療費高低の地域性とその要因についての分析	新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際保健学分野 菖蒲川由郷 著	男女とも医療費高額者の集積域は新潟市に集中していた。医療アクセスがよい地域に医療費高額者が集中していることがわかった。 医療レセプトにおいて病名がついた疾患は県内の様々な地域で集積性を認めた。それぞれ、疾患の発生そのものに地域的な偏りがある可能性と、発生だけでなく、診断と加療を受ける機会の違いが反映している可能性もある。
新潟県における疾患別の医療費分析 肺炎、認知症、脳卒中の3疾患を対象に、現状把握に加えて将来予測を行い、地域差の原因となっている要因を把握して、今後の対応策を明らかにする。	新潟市保健衛生部 田代敦志 著	肺炎医療費、認知症医療費、脳卒中医療費は、新潟市を除いて2040年までにピークに達する。 新潟市において現状50%に満たない肺炎球菌ワクチンの接種率を向上させ、5年で10%の割合で患者数を減らした場合の医療費の推移(対策後)を見ると、この仮定の下では2030年をピークに男女共に医療費は減少に転じる。
新潟県後期高齢者における糖尿病患者の実態と医療費の地域差	京都大学大学院医学研究科健康情報学 中奥由里子、高橋由光、富成伸次郎、中山健夫 著	75歳以上の糖尿病患者は、平成24年度は97,461人、平成28年度は111,052人であった。血糖降下薬が処方されていない患者が全体の約60%を占め、経口血糖降下薬のみで治療されている患者が約35%、インスリン使用患者は約7%であった。 →高齢者であるため、糖尿病の診断基準は満たすが、血糖コントロール目標を緩和しているのではないかと考えられる。 認知症をアウトカムとした、回帰分析にて、女性、脳血管疾患、透析がリスク因子である可能性が示唆された。処方薬では、抗うつ薬、抗精神病薬がリスク因子である可能性が示唆されたが、これらの薬剤の処方が認知症を惹起しているか、これらの薬剤の処方が必要な背景疾患と認知症が関連しているか、両者の可能性が考えられるため、結果の解釈には慎重を要する。

研究テーマ	学識経験者等	得られた結果
新潟県後期高齢者における向精神薬使用の地域差および有害事象との関連	京都大学大学院医学研究科健康情報学 富成伸次郎、高橋由光、中山健夫 著	<p>新潟県後期高齢者広域連合被保険者における認知症患者の割合は、30-40%と推察された。</p> <p>認知症患者のおよそ7割がアルツハイマー型認知症、2割が詳細不明の認知症、5%程度が血管性認知症と診断されていた。</p> <p>認知症患者のおよそ半数に、転倒・骨折・肺炎・死亡等が増加するとして各種ガイドラインで注意が喚起されている向精神薬が処方されていた。認知症患者における向精神薬処方、認知症患者以外の被保険者に比べて多い傾向にあった。</p> <p>認知症患者のおよそ4分の1が骨折(大腿骨近位部骨折・脊椎圧迫骨折・上腕骨近位部骨折・橈骨遠位端骨折)、約4割が肺炎を発症していた。認知症患者におけるこれらの発症は、認知症患者以外の被保険者に比べて多い傾向にあった。</p> <p>抗精神病薬の処方が大腿骨近位部骨折・肺炎による入院と関連があることが示された。県全体でも、市町村毎の抗精神病薬処方と大腿骨近位部骨折・肺炎に正の関係がみられた。抗精神病薬の処方が、大腿骨近位部骨折・肺炎による入院といった、ADLの低下・医療費の増加につながる疾患の発症に寄与していることが示唆された。</p>
多疾患罹患の地域差に関する研究	京都大学大学院医学研究科健康情報学 高橋由光、富成伸次郎、中山健夫 著	<p>41疾患を検討したところ、平均疾患数は6.1(標準偏差3.0)であった。</p> <p>疾患数の増加とともに、年間医療費も増加していた。市区町村別の検討では、疾患数が多いほど、年間医療費の市区町村格差が生じていた。</p>

4. まとめ

4つの分析着眼点のうち、第4章で分析したものについてまとめる。

④被保険者の更なる健康保持・増進を目指すため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適当か。

分析の結果、次のことがわかった。

- ・加齢とともに罹患率(新規に疾患として発生する率)が高いのは、男性では背部痛、骨折、認知症、脳血管疾患、慢性気管支炎、女性では骨折、認知症、脳血管疾患だった。
- ・ほぼすべての市町村において、男女ともに併病数6以上の割合が高い。
- ・併病数が増えると多剤処方になりやすいが、薬物有害事象が増える処方数(種類)6剤以上の患者の割合をみたところ、85-89歳まで処方数6剤以上の割合が増加し、90歳以上では減少していた。
- ・75-84歳の健診受診率の高い市町村は1人当たり医療費が低い傾向があり、同年代で新たに合併症となった者の約15%は、前年度は健康状態未把握(生活習慣病のレセプトがなく、健診未受診)層だった。
- ・1人当たり外来医療費と介護認定率の相関関係は強かった。生活層(介護認定無～要介護1)から翌年に要介護層(要介護2～要介護4)、寝たきり層(要介護5)、脱退又は死亡等に遷移する割合は7.7%だった。

以上から、保険者として提供すべきサービスは以下のとおりである。

- ・生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)
- ・多病・多剤対策
- ・フレイル対策
- ・前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)

第5章 現状分析のまとめ

【要点】

第2章から第4章までの現状分析の結果をまとめ、現状分析からみえた健康課題は以下のとおりだった。

○生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)

- ・生活習慣病の重症化、新たに合併症になることを防ぐため、必要な人に必要な医療を受けてもらうことが重要
- ・継続した医療を受けてもらうために、かかりつけ医と連携した保健指導が必要
- ・健診受診率を高め、健康状態を把握し、必要なサービス(医療・介護等)につなげる取組が必要

○多病・多剤対策

- ・被保険者に対し、お薬手帳の活用を促し、かかりつけ医やかかりつけ薬局をもつよう啓発する取組が必要
- ・医師会・薬剤師会等と連携し、被保険者の現状を周知することが重要

○フレイル対策

- ・健康寿命の延伸のため、「社会的」、「身体的」、「精神的」という各領域への適切な介入・支援が必要

○前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)

- ・地域差の拡がりや前期高齢者から傾向がみられ、それが続くことで大きな差となっていくため、前期高齢者からの対策が不可欠である。より効果的かつ効率的な取組のために、加入している医療保険の別にかかわらない連続性のある保健事業が重要
- ・市町村に対して、後期高齢者の健康・医療の状態をわかりやすく伝えることが必要

1. 現状分析結果のまとめ

	第3章 新潟県後期高齢者と全国の広域連合の比較より	第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴より
医療費	<p>(45 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療種別に後期高齢者の1人当たり医療費をみると、入院医療費の割合が50%を超えており、1人当たり医療費が低い都道府県では、比較的外来医療費が高い傾向がみえる。 <p>(48 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費の地域差は前期高齢者からその傾向が見られ、さらに前期高齢前の40-64歳にも1人当たり医療費の高い福岡県や広島県では他県に比べて高い傾向がある。 <p>(51 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり入院医療費は年齢とともに上がり続け、1人当たり外来医療費は80-84歳がピークであることは、全国共通だが、1人当たり入院医療費と1人当たり外来医療費が入れ替わる年代には地域差がある。 <p>(53-55 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費と入院受療率には強い正の相関関係があり、年齢階級別受療率をみると、高齢になるにつれて格差が広がる傾向にある。 <p>(53.56-57 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費と1件当たり入院日数および外来日数について正の相関関係があり、年齢階層別1人当たり診療日数も高齢になるにつれて格差が広がる傾向にある。 	<p>(91 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院・外来別に後期高齢者の1人当たり医療費をみると、30自治体の地域差には外来医療費が関係している。 <p>(92 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり入院医療費と外来医療費どちらも高い若しくはやや高いに該当する自治体は関川村と新潟市。その他は、1人当たり入院医療費がやや高い市町村は、1人当たり外来医療費がやや低い若しくは低い位置に位置する。逆に1人当たり外来医療費が高い若しくはやや高い市町村は、1人当たり入院医療費が平均かやや低いという関係になっている。 <p>(93-95 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費の季節性(積雪・交通手段の影響)による地域差はない。 <p>(96 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり薬剤費(薬代のみ)は1人当たり外来医療費と相関関係がある。 <p>(97 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり外来医療費の低い地域では処方日数が多くなっており、1日の単価は高くなるものの、年間にすると外来医療費としては押し下げる要因となる。

		第3章 新潟県後期高齢者と全国の広域連合の比較より	第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴より
医療環境	疾病	<p>(58頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 新潟県の入院医療費の地域差指数では新生物、血液および造血器の疾患、神経系の疾患、呼吸器系の疾患が高く、循環器系の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響では、全国と比較して低くなっている。 <p>(59頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来医療費では血液および造血器の疾患、眼及び付属器の疾患・耳及び乳様突起の疾患が高いが、全国と比較して、突出して低い疾患はない。 <p>(60.61頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病分類別の入院・外来日数の地域差指数も同様である。 	<p>(98.99頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定の疾患が1人当たり医療費に影響を及ぼしているわけではない。 <p>(103頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 多病患者の占有率を自治体別にみると、ほぼ全ての市町村で併病数6以上の割合が高くなっている。 <p>(105頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併病数が増えると多剤処方になりやすい。処方数(種類)6剤以上の割合と年齢階層別の併病数の関係を見ると、85-89歳まで処方数6個以上の割合が上昇し、90歳以上では減少するという傾向があった。
	医療施設	<p>(63-65頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療施設と入院受療率をみると、病院病床数当たり被保険者数に強い正の相関関係がある。 <p>(63-65頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病床の内訳と入院受療率をみると、精神病床数当たり被保険者数、療養病床数当たり被保険者数と正の相関関係がある。 <p>*ただし、病床稼働率や入院日数の影響を鑑みる必要がある。</p>	
	医師数	<p>(66-70頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療科別医師数と入院受療率についての相関関係をみると、特に総医師数、精神科、整形外科は正の相関関係がある。 	

		第3章 新潟県後期高齢者と全国の広域連合の比較より	第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴より
介護	認定率	<p>(71頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費の高い福岡県・広島県では全国よりも介護認定率が高く、1人当たり医療費の低い新潟県では介護認定率が低い。 <p>(71頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護度別認定率では、新潟県は要介護2以上(要介護2～5)の認定率が全国平均や、1人当たり医療費の高い福岡県よりも高い。 <p>(71頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 福岡県では要介護2未満(要支援1～要介護1)の認定率が高い。 	<p>(110頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費の高い自治体において介護認定率が県平均を上回る自治体が多い傾向にある。 <p>(110頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり外来医療費と介護認定率は正の相関関係がある。
	介護費	<p>(73頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 新潟県の1人当たり介護サービス費は全国平均よりも高く、特に施設介護サービス費は他県よりも高い。このことから入院の代わりに施設介護サービスを受けていることも考えられる。 	<p>(111頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険と医療保険では制度上の違いがあるため、比べる事は難しいが1人当たり介護費と1人当たり医療費を合わせると、地域差は拡大している。
介護	介護施設	<p>(74.75頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護2以上の割合が高い新潟県では、介護サービス施設の定員数において、介護老人福祉施設(原則、要介護3以上の人が居住する施設)の定員数が各県に比べて突出している。 	
	家族形態	<p>(76頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費の低い新潟県、岩手県、長野県の3県は、子供と同居またはその他の親族と同居している割合が高くなっており、一方福岡県や広島県では単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が高い。 <p>(76頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> 単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が高い福岡県や広島県では、要介護2未満の認定率が高く、比較的早い段階から介護認定を受けていると考えられる。 	

		第3章 新潟県後期高齢者と全国の広域連合の比較より	第4章 新潟県内30市町村の地域差及び特徴より
健診・健康状態	健診	<p>(77 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費の低い新潟県では全国及び各県よりも健診受診率が高く、健康への意識や関心が高いと考えられる。 <p>(78 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新潟県はメタボリックシンドローム該当者の割合が低い。 <p>(79 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム非該当で服薬している割合は他県よりも高いという特徴があることから、健診受診後に医療機関へ適正なタイミングで通っている可能性が考えられる。 	<p>(106 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村別健診受診率は40%以上の自治体や、20%以下の自治体などばらつきがある。 <p>(106.107 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費の高い順に健診状況を見ると、1人当たり医療費の低い市町村の方が健診受診状況が良い傾向がある。
	健康寿命	<p>(80-83 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「日常生活の制限のない期間」「自分が健康であると自覚している期間」について、新潟県は全国平均と同等もしくは長い結果がでている。 <p>(84.85 頁)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「日常生活動作が自立している期間」については他県や全国平均を下回ることから、健康寿命の延伸の取組を進める必要がある。 	

2. 現状分析からみえた健康課題

(1)生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)

- ・加齢とともに罹患率(新規に疾患として発生する率)が高い疾患に、男女ともに脳血管疾患があった。
- ・生活習慣病の重症化や、新たに合併症になることを防ぐため、必要な人に必要な医療を継続的に受けてもらうことが重要である。そのためには、かかりつけ医と連携した保健指導が必要である。
- ・75-84歳の健診受診率の高い市町村は1人当たり医療費が低い傾向があった。
- ・同年代で新たに合併症となった者の約15%は、前年度は健康状態未把握(生活習慣病のレセプトがなく、健診未受診)層だった。
- ・健診受診率を高め、健康状態を把握し、必要なサービス(医療・介護等)につなげる取組が必要となる。

(2)多病・多剤対策

- ・併病数が増えると多剤処方になりやすいが、薬物有害事象が増える処方数(種類)6剤以上の患者の割合をみたところ、85-89歳まで処方数6剤以上の割合が増加し、90歳以上では減少していた。
- ・いくつ以上の薬剤処方から多剤処方とするかについて厳密な定義はなく、被保険者の健康状態・疾病状況によっても適切な医薬品数や処方内容も異なる。被保険者に対しては、おくすり手帳の活用を促し、かかりつけ医やかかりつけ薬局をもつよう啓発する取組が必要である。
- ・保険者として、医師会・薬剤師会等と連携し、新潟県広域連合の被保険者の現状を周知する取組が必要である。

(3)フレイル対策

- ・新潟県後期高齢者の介護認定率は平成29年度で35.2%となっており、約3人に1人が介護認定を受けている。さらに要介護2以上の認定率は平成29年度で21.7%となっており、約5人に1人が要介護2以上の認定を受けている。
- ・加齢とともに罹患率(新規に疾患として発生する率)が高いのは、男性では背部痛、骨折、認知症で、女性では骨折、認知症とあった。
- ・加齢に伴い心身機能が低下し、虚弱な状態のことをフレイルという。フレイルは健康な状態と要介護状態の間にあり、「社会的」、「身体的」、「精神的」と多次元の領域があるとされており、各領域への適切な介入・支援により、生活機能の維持・向上が可能である。被保険者の健康寿命の延伸のため、介護予防・フレイル対策を進めることが重要である。

(4) 前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)

・年齢別1人当たり医療費を比較すると、地域差の拡がりは前期高齢者から傾向がみられ、それが続くことで大きな差となっていた。

・新潟県は市町村での後期高齢者になる以前からの取組から、健康への意識が高い人が多く、結果として、後期高齢者の1人当たり医療費が低く維持され、国民生活基礎調査等をもとにした「日常生活の制限のない期間」「自分が健康であると自覚している期間」について、全国平均と同等もしくは長いという結果になっている。一方、要介護度を指標とする「日常生活動作が自立している期間」は、他県や全国平均を下回っている。自身の健康状態を把握し、適切な保健・医療の提供を受けることで疾病の重症化や心身機能の低下を防ぐことができることから、広域連合として、健康寿命の延伸の取組を進めることが重要である。

・平成28年の「日常生活に制限のない期間」の平均は、男性で72.45、女性は75.44であった。健康寿命の延伸と後期高齢者のQOLの維持・向上のためには、前期高齢者からの対策が不可欠であり、より効果的かつ効率的な取組のため、加入している医療保険の別にかかわらず連続性のある保健事業が重要となる。

・市町村ごとに地域差があるため、市町村に対して、後期高齢者の健康・医療の状態を分かりやすく伝え、10年後・20年後を意識した前期高齢者からの対策を実施してもらえよう働きかけていくことが必要である。

第6章 健康寿命延伸に向けて実施すべき保健事業

【要点】

健康課題ごとに、有効と思われる保健事業は以下のとおりである。

- 生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)
 - ①健康状態未把握者に対する健康診査受診勧奨
 - ②未治療者に対する医療機関受診勧奨
 - ③糖尿病重症化予防
 - ④継続治療勧奨
- 多剤・多病対策
 - ①多剤通知
 - ②適正受診勧奨
 - ③関係機関との連携
 - ④地域包括ケアの推進
 - ⑤通いの場の推奨
- フレイル対策
 - ①運動機能維持向上
 - ②認知症予防
 - ③介護に関する情報提供
 - ④フレイルチェック
 - ⑤フレイル対策事業の拡大
- 前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)
 - ①市町村国保との連携
 - ②国保との健診データ継続把握
 - ③地域包括ケアの推進
 - ④後期高齢者の健康課題の情報提供

1. 各課題に対する保健事業

(1) 生活習慣病重症化対策(新規合併症対策)

<課題>	<対策>	<内容>
<ul style="list-style-type: none"> ・加齢とともに罹患率(新規に疾患として発生する率)が高い疾患に、男女ともに脳血管疾患があった。 ・生活習慣病の重症化、新たに合併症になることを防ぐため、必要な人に必要な医療を継続的に受けてもらうことが重要である。そのためには、かかりつけ医と連携した保健指導が必要である。 ・75-84歳の健診受診率の高い市町村は1人当たり医療費が低い傾向があった。 ・同年代で新たに合併症となった者の約15%は、前年度は健康状態未把握(生活習慣病のレセプトがなく、健診未受診)層だった。 ・健診受診率を高め、健康状態を把握し、必要なサービス(医療・介護等)につなげる取組が必要となる。 	<p>①健康状態未把握者に対する健康診査受診勧奨</p> <p>健康状態が未把握の方に健診を受けてもらう。</p>	<p>年齢が75-84歳で健診受診率が低い地域に対して健診勧奨を行う。</p> <p>勧奨通知(紙媒体)での案内は文字の大きさやデザインを考慮したものとする。</p> <p>市町村で特定健診での受診勧奨と同様の時期・内容で案内をした方がいいことから、市町村の実施状況等を把握する。</p>
	<p>②未治療者に対する医療機関受診勧奨</p> <p>健診は受けているが治療放置されている方には医療受診をしてもらう。</p>	<p>基準値を高齢者に設定し、医療機関未受診者に対する受診勧奨を行う。</p> <p>健診結果を医療機関で説明を受ける際に、受診につながるように関係機関への働きかけを行う。</p>
	<p>③糖尿病重症化予防</p> <p>e-GFRと尿蛋白の結果から対象者を抽出し、より重症な人に対して保健指導を行う。</p>	<p>腎機能と尿蛋白にて慢性腎臓病の状況を把握する。医療機関受診者については、かかりつけ医と連携し、服薬状況や受診状況についての保健指導とする。</p>
	<p>④継続治療勧奨</p> <p>かかりつけ医やかかりつけ薬局を持つ事を推奨する。</p>	<p>通院はしていたが治療を中断してしまった(または通院しているがコントロール不良)対象者をレセプトから抽出し個別にアプローチを行う。</p>

(2) 多病・多剤対策

<課題>	<対策>	<内容>
<p>・併病数が増えると多剤処方になりやすいが、薬物有害事象が増える処方数(種類)6剤以上の患者の割合をみたところ、85-89歳まで処方数6剤以上の割合が増加し、90歳以上では減少していた。</p> <p>・いくつ以上の薬剤処方から多剤処方とするかについて厳密な定義はなく、被保険者の健康状態・疾病状況によっても適切な医薬品数や処方内容も異なる。被保険者に対しては、おくすり手帳の活用を促し、かかりつけ医やかかりつけ薬局をもつよう啓発する取組が必要である。</p> <p>・保険者として、医師会・薬剤師会等と連携し、新潟県広域連合の被保険者の現状を周知する取組が必要である。</p>	<p>①多剤通知</p> <p>本人に対しては手紙(紙媒体)または訪問指導を行う。</p>	<p>薬が増えると相互作用や飲み忘れ、飲み間違いの発生確率が増加するため、多剤投与者へ安全面に配慮した内容を本人へ伝える。</p>
	<p>②適正受診勧奨</p> <p>本人へかかりつけ医や、かかりつけ薬局を持つ事を推奨し、お薬手帳の活用を促す。</p>	<p>かかりつけ医や、かかりつけ薬局でコントロールをしてもらう。</p>
	<p>③関係機関との連携</p> <p>医療機関・調剤薬局と連携する。</p>	<p>後期高齢者の現状分析の結果を県・市の医師会、薬剤師会等へ情報を提供する。</p>
	<p>④地域包括ケアの推進</p> <p>地域で共同し、医療・健診情報等の一元管理を支援する。</p>	<p>医療情報や服薬情報を各機関が連携できるような体制の構築や実施を、情報提供等により支援する。</p>
	<p>⑤通いの場の推奨</p> <p>医療機関以外で集える場所、医療ではないケアができる場所を提供する。</p>	<p>コミュニティを活用した場所、施設の利用を推奨する。</p>

(3) フレイル対策

<課題>	<対策>	<内容>
<p>・新潟県後期高齢者の介護認定率は平成29年度で35.2%となっており、約3人に1人が介護認定を受けている。さらに要介護2以上の認定率は平成29年度で21.7%となっており、約5人に1人が要介護2以上の認定を受けている。</p> <p>・加齢とともに罹患率(新規に疾患として発生する率)が高いのは、男性では背部痛、骨折、認知症で、女性では骨折、認知症であった。</p> <p>・加齢に伴い心身機能が低下し、虚弱な状態のことをフレイルという。フレイルは健康な状態と要介護状態の間にあり、「社会的」、「身体的」、「精神的」と多次元の領域があるといわれており、各領域への適切な介入・支援により、生活機能の維持・向上が可能である。被保険者の健康寿命の延伸のため、介護予防・フレイル対策を進めることが重要である。</p>	<p>①運動機能維持向上</p> <p>運動機能向上に向けた運動教室(腰痛・膝痛・転倒による骨折の予防)やラジオ体操の参加案内を行う。</p>	<p>市町村ですでに実施されているものを取りまとめる。対象の方が通い易い場所を案内できるように工夫する。</p>
	<p>②認知症予防</p> <p>市町村で実施されている認知機能を維持するような教室への参加案内を行う。</p>	<p>運動教室で一緒に実施するケースが多いため、各市町村での運動教室の内容を確認する。前期高齢者段階から継続的な習慣形成を図る。</p>
	<p>③介護に関する情報提供</p> <p>介護や介助が必要な時に、どのように行動すれば良いのかを同居する家族に向けて情報発信を行う。</p>	<p>家族の介護が必要になった場合の対応方法について専門職からの情報提供を行う。</p>
	<p>④フレイルチェック</p> <p>介護が必要な方へ早い段階からアプローチできるような取組を行う。</p>	<p>集団健診や人が集う機会を活用し、簡易的な介護度やフレイルのチェックを行い、早期発見と共に、進行を遅らせるような介護予防事業への参加を促す。</p>
	<p>⑤フレイル対策事業の拡大</p> <p>広域連合で実施しているフレイル対策(栄養・訪問歯科・服薬相談)の対象地域拡大を図る。</p>	<p>市町村とコミュニケーションを図り、現場視察や事業担当者へのヒアリングにより、地域に応じた事業実施につなげる。</p>

(4) 前期高齢者からの対策(高齢者の保健事業・介護予防との一体的取組)

＜課題＞	＜対策＞	＜内容＞
<p>・年齢別1人当たり医療費を比較すると、地域差の広がりや前期高齢者から傾向がみられ、それが続くことで大きな差となっていた。</p> <p>・新潟県は市町村での後期高齢者になる以前からの取組から、健康への意識が高い人が多く、結果として、後期高齢者の1人当たり医療費が低く維持され、国民生活基礎調査等をもとにした「日常生活の制限のない期間」「自分が健康であると自覚している期間」について、全国平均と同等もしくは長いという結果になっている。一方、要介護度を指標とする「日常生活動作が自立している期間」は、他県や全国平均を下回っている。自身の健康状態を把握し、適切な保健・医療の提供を受けることで疾病の重症化や心身機能の低下を防ぐことができることから、広域連合として、健康寿命の延伸の取組を進めることが重要である。</p> <p>・平成28年の「日常生活に制限のない期間」の平均は、男性で72.45、女性は75.44であった。健康寿命の延伸と後期高齢者のQOLの維持・向上のためには、前期高齢者からの対策が不可欠であり、より効果的かつ効率的な取組のため、加入している医療保険の別にかかわらない連続性のある保健事業が重要となる。</p> <p>・市町村ごとに地域差があるため、市町村に対して、後期高齢者の健康・医療の状態を分かりやすく伝え、10年後・20年後を意識した前期高齢者からの対策を実施してもらえよう働きかけていくことが必要である。</p>	<p>①市町村国保との連携</p> <p>前期高齢者からの生活習慣や行動を後期高齢でも継続できるように市町村国保との連携を行う。</p>	<p>市町村における後期高齢者の健康状態がどのようになっているのか現状を共有する機会を設ける。</p>
	<p>②国保との健診データ継続把握</p> <p>国保から後期高齢者へ保険者が変わっても健診を継続的に受診できるようにする。</p>	<p>後期高齢者の若い年代である75-79歳の健診受診率は高い。データの連続性は受診の動機付けになるため、国保時代からの健診データを後期高齢者の方へ連携する事で継続した受診を促す。</p>
	<p>③地域包括ケアの推進</p> <p>かかりつけ医・かかりつけ薬局を活用する。</p>	<p>保険者は変わっても、かかりつけ医・かかりつけ薬局は変わらないと考えられる。かかりつけ医・かかりつけ薬局を増やし、場を活用することで、医療・保健・予防等、地域包括ケア的な健康支援体制の構築を目指す。</p>
	<p>④後期高齢者の健康課題の情報提供</p> <p>各市町村に対して後期高齢者の健康・医療の状態をわかりやすく伝える。</p>	<p>市町村ごとの後期高齢者の健康課題等を分析した結果を情報提供し、定期的な意見交換会を開催する。</p>

新潟県後期高齢者医療広域連合
〒950-0965
新潟市中央区新光町4番地1 新潟県自治会館本館内
電話 025-285-3221

本書は、「平成30年度新潟県後期高齢者医療制度における医療費適正化に向けた現状分析業務」
として業務委託された株式会社JMDCにより作成されたものです。

【第1.1版】