

# 第2編

## 長野県の現状



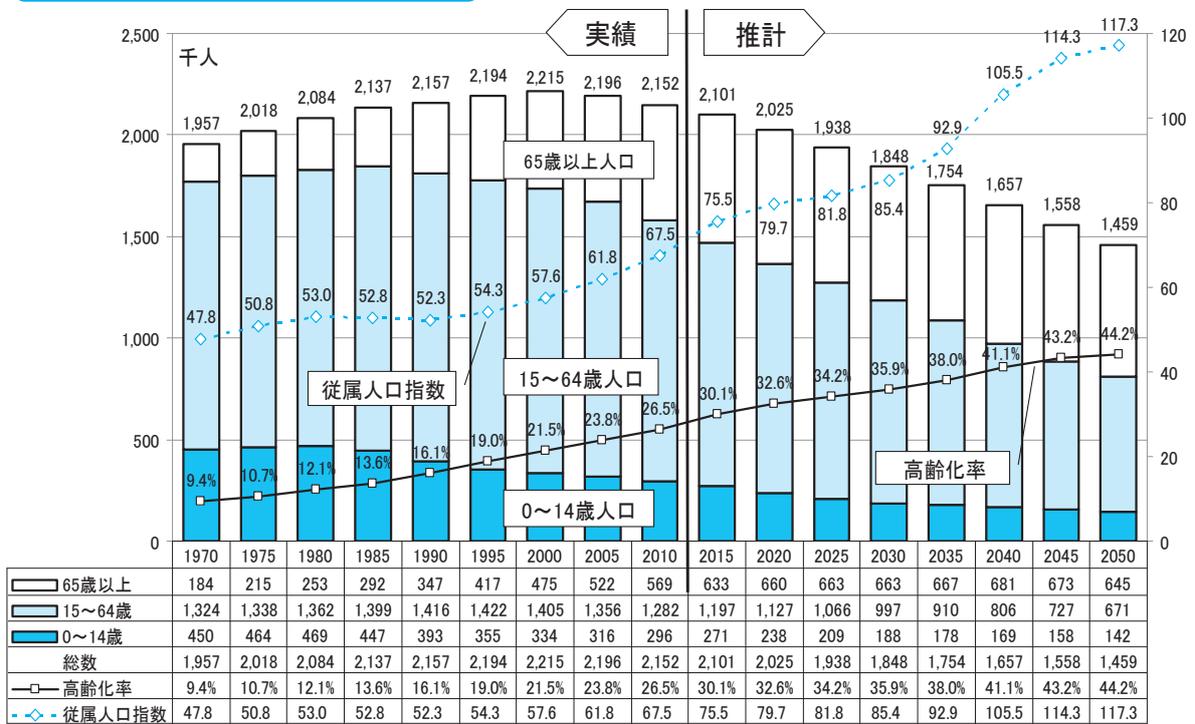
# 第1章 県民の状況

# 第1節 人口構造

## (1) 長野県の人口

長野県の総人口は、平成13年（2001年）の約222万人をピークに減少に転じ、平成22年（2010年）には約215万人、65歳以上の割合は26.5%となっており、人口減少と高齢化は今後も進行すると見込まれています。

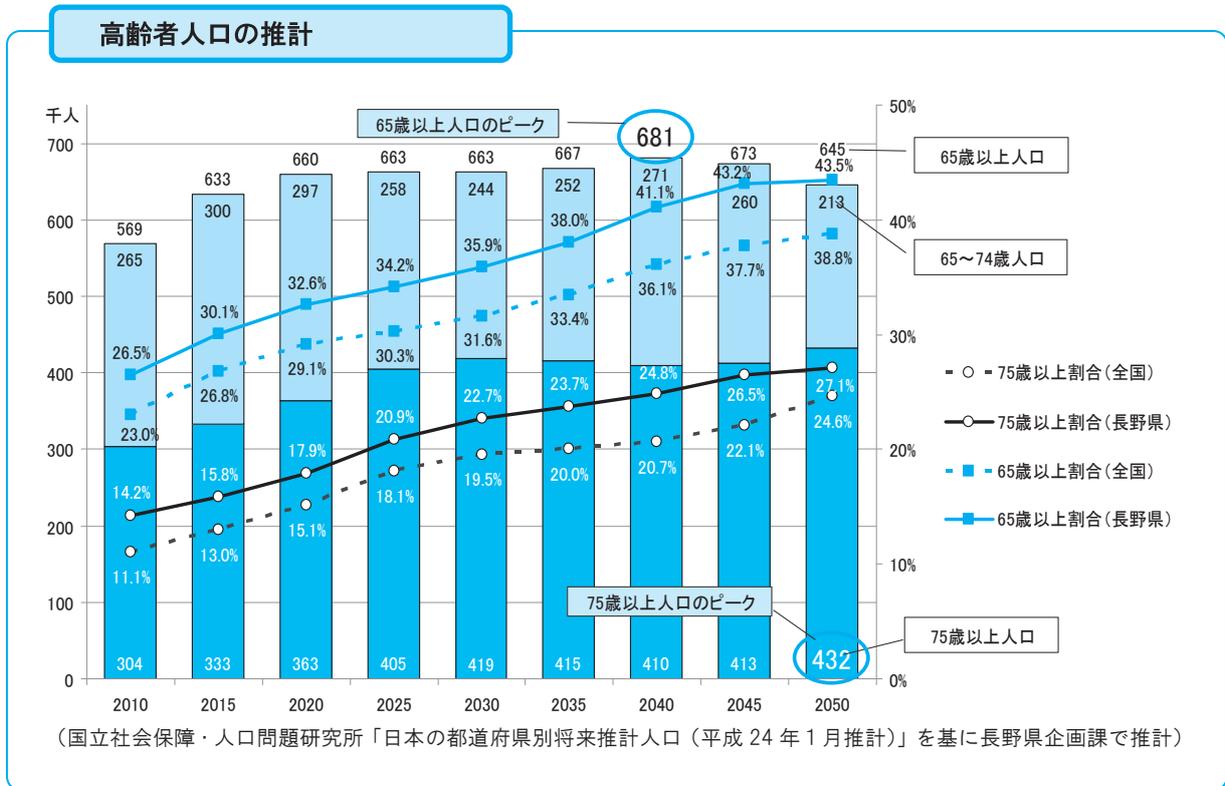
長野県の総人口と高齢化率



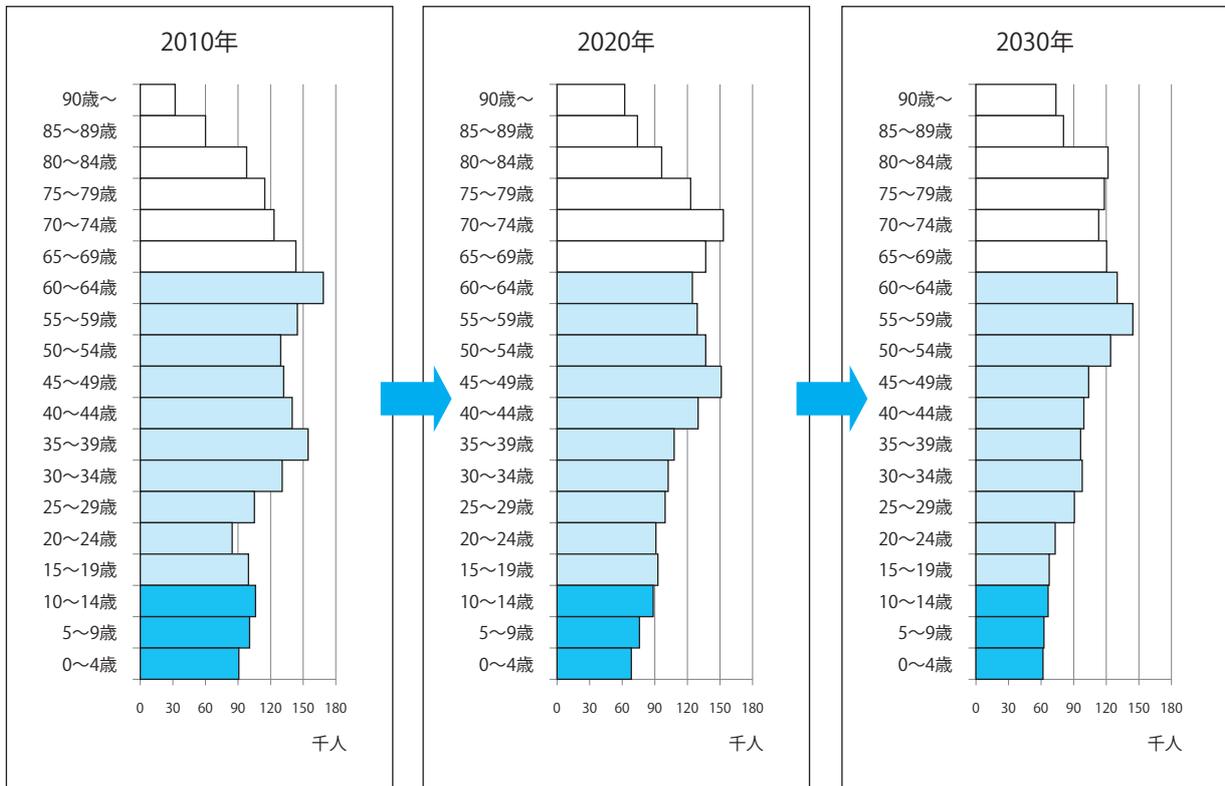
(注) 従属人口指数 = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口)  
 推計値は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」を基に、長野県企画課で推計

## (2) 高齢者人口

推計によると、平成 52 年（2040 年）に 65 歳以上の人口がピークとなり、後期高齢者人口（75 歳以上人口）は平成 62 年（2050 年）まで増加が続きます。



## (3) 人口ピラミッドの推移



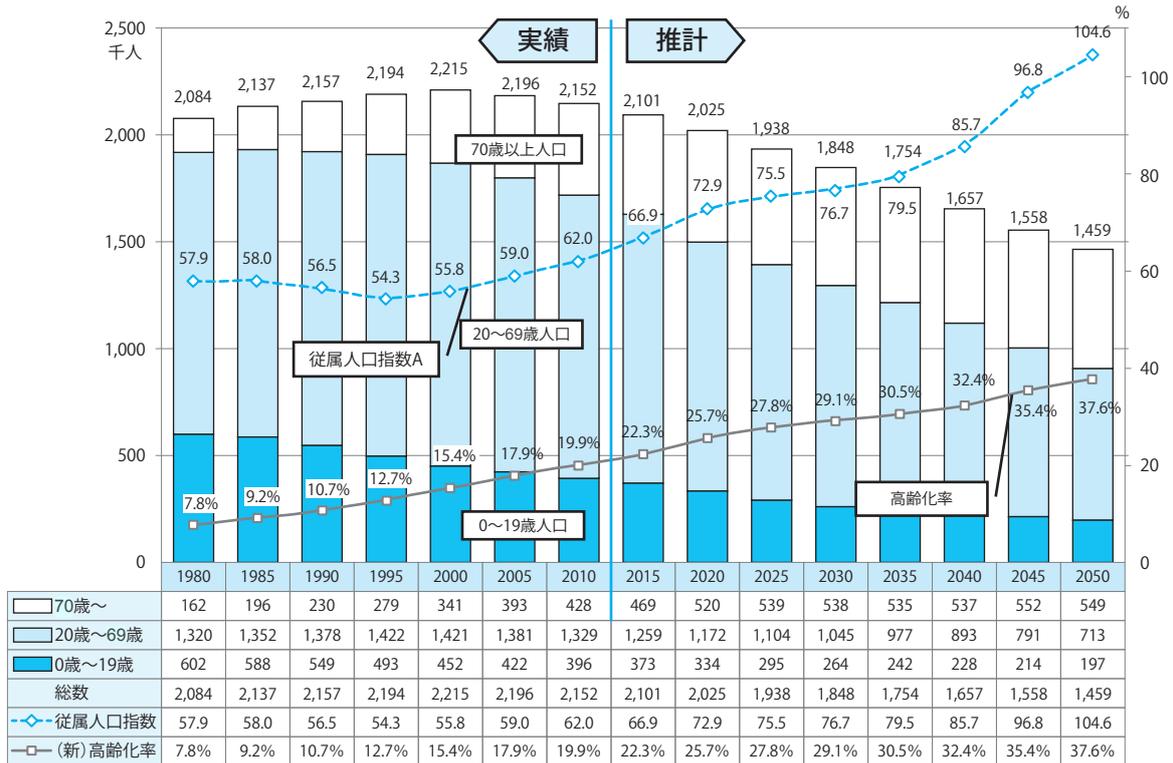
## 人口構造の考え方（20～69歳を生産年齢人口とした場合の人口推計）

現在使用している人口年齢区分は、15～64歳を生産年齢人口としてとらえていますが、高度経済成長期を経て成熟社会に入っていることを考慮して新たな視点で人口構造をとらえる考え方もあります。

例えば高学歴化によって若者が社会へ旅立つ年齢が遅れていることや、平均寿命の延伸によって、健康で元気に暮らしている高齢者は多いことなどを考慮して、15～19歳を支えられる側に、65～69歳を支える側に分類して推計してみると、元気な高齢者が就労やボランティアなどで活躍するという前提により生産年齢人口が増加することになるため、平成62年（2050年）に至るまで従属人口指数が100を超えず、「支える側の人口」が「支えられる側の人口」より多い状態を維持できることとなります。（図1）

今後は、人口減少社会の中で社会保障の柱である保健医療サービスを持続可能にしていくためには、こうした視点で人口構造をとらえていくことも必要かもしれません。

【図1】



（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」を基に、長野県企画課で推計したものを、長野県健康福祉政策課が年齢区分を変更して表示）

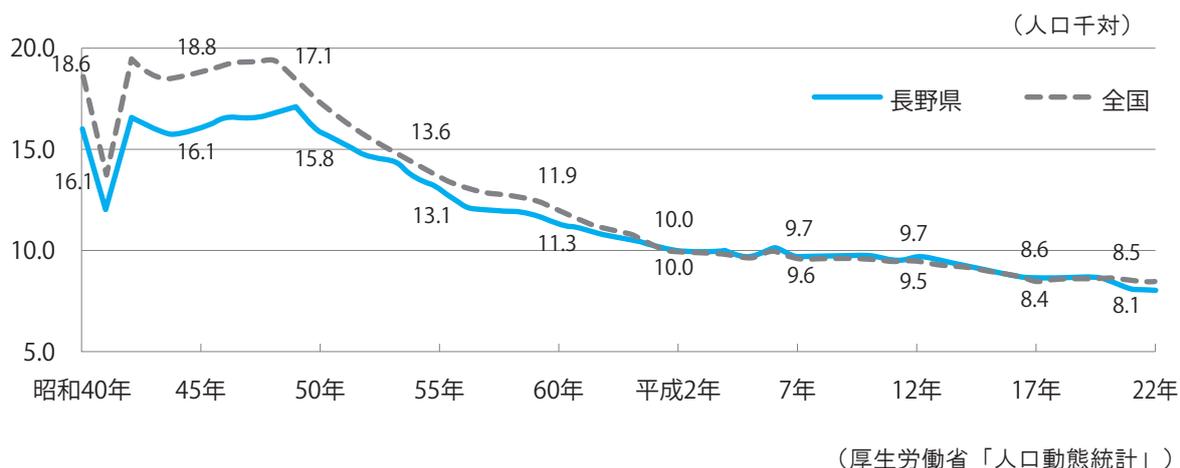
## 第2節 人口動態と平均寿命

### (1) 出生

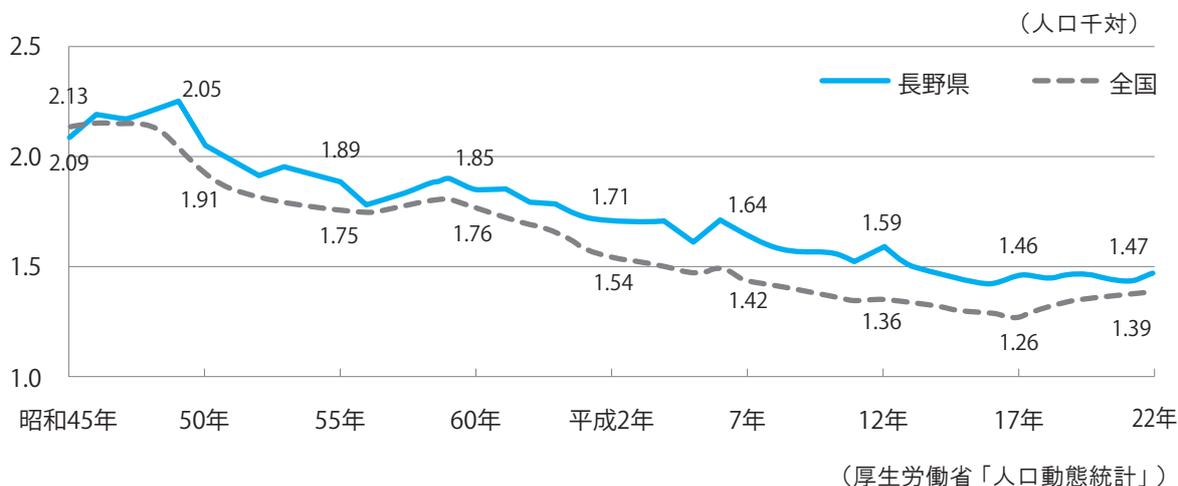
平成22年（2010年）の出生者数は17,233人、出生率（人口千対）は8.1で全国の8.5を下回っています。出生率は、昭和50年（1975年）以降漸減傾向を示しており、平成元年（1989年）には全国平均に並び、以後同水準で推移してきましたが、平成20年（2008年）以降は全国平均を下回る状況にあります。

また、合計特殊出生率（1人の女性が一生の間に生むであろう子どもの数に相当）は、昭和46年（1971年）以降全国平均を上回っているものの、漸減傾向を示してきましたが、平成22年（2010年）には1.47（全国：1.39）となり、平成21年（2009年）の1.43（全国：1.37）を上回りました。

#### 出生率



#### 合計特殊出生率



## (2) 死亡

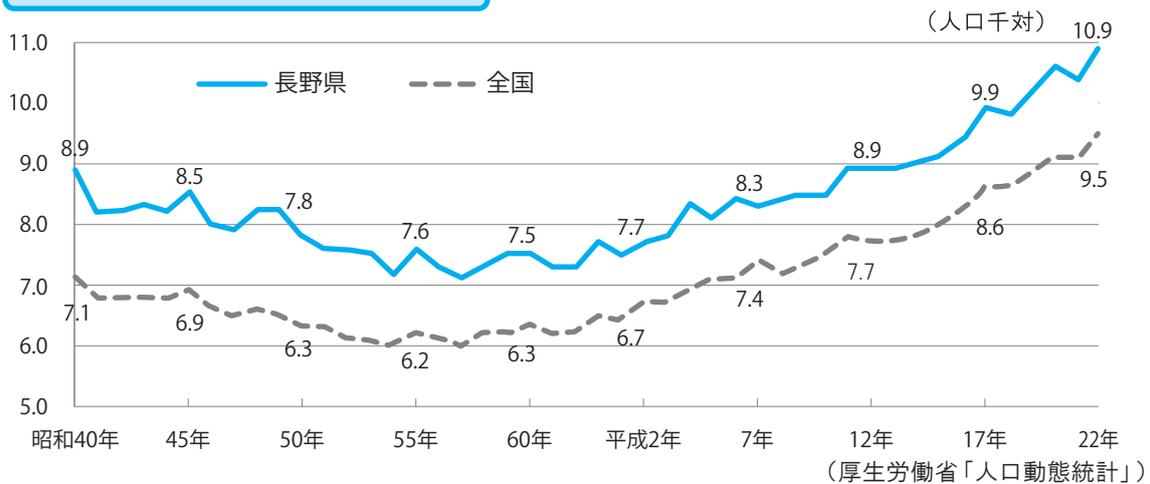
平成22年（2010年）の死亡者数は23,133人、死亡率（人口千対）は10.9となっており、全国平均の9.5を上回っています。死亡率は、医学や医療技術の進歩、公衆衛生の向上等により、昭和50年代後半まで低下傾向で推移しましたが、その後は上昇傾向に転じて、平成16年（2004年）以降は出生率を上回っています。

なお、平成22年（2010年）の年齢調整死亡率（人口10万対）で見ると、本県の男性の死亡率は477.3（全国：544.3）、女性の死亡率は248.8（全国：274.9）であり、男性、女性ともに低順位で全国1位となっています。

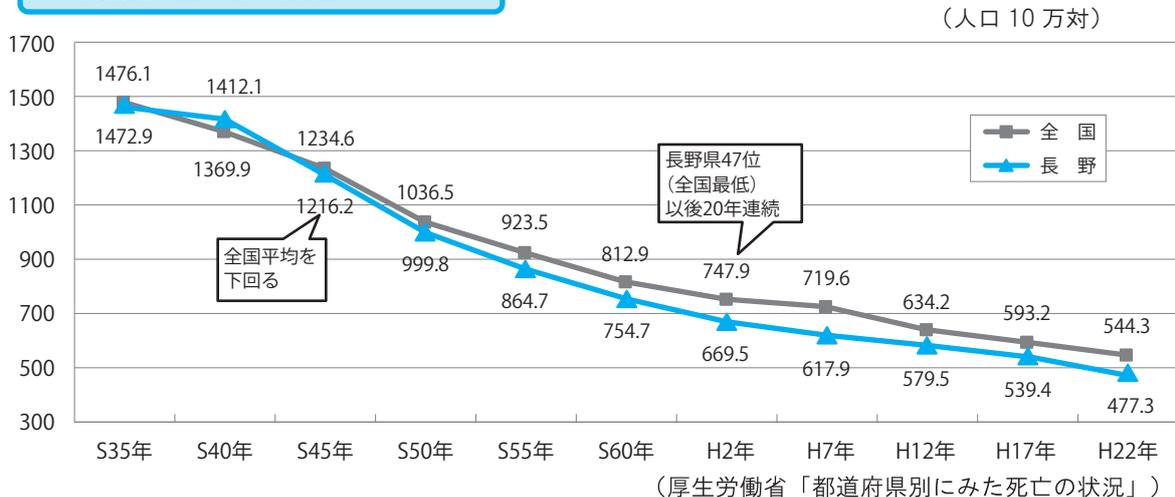
### 年齢調整死亡率とは？

- 死亡数を人口で除した死亡率については、各地域の年齢構成に差があるため、高齢者の多い地域で高くなり、若年者の多い地域で低くなる傾向にあります。このため、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように基準人口（昭和60年モデル人口）で補正した死亡率です。
- 全国順位（低順位）が男女とも1位の長野県は、他県と比較して年齢調整死亡率が最も少ないと言えるため、長寿を裏付ける結果となっています。

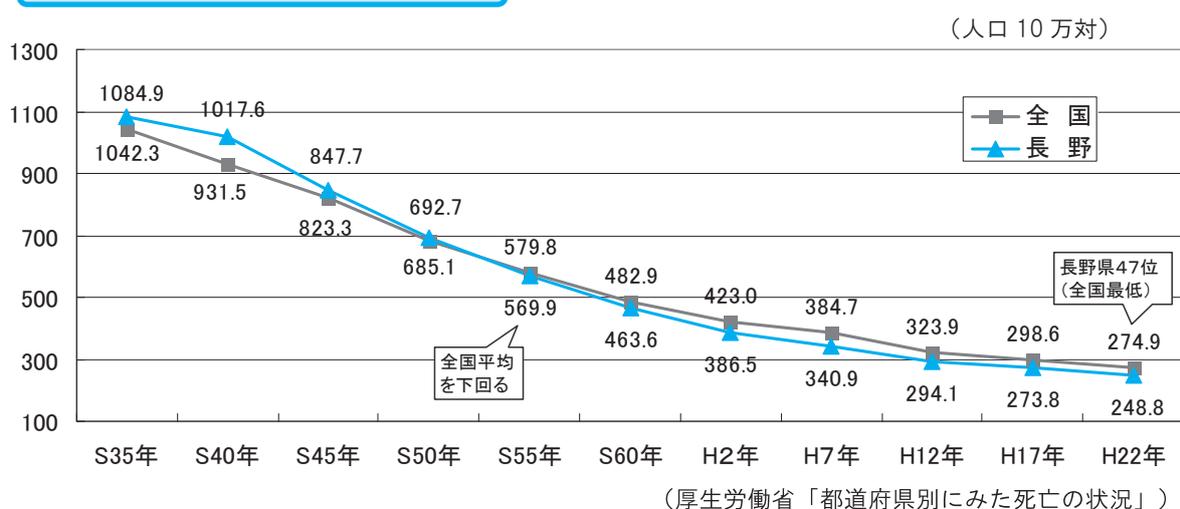
### 死亡率



### 年齢調整死亡率 男性



## 年齢調整死亡率 女性

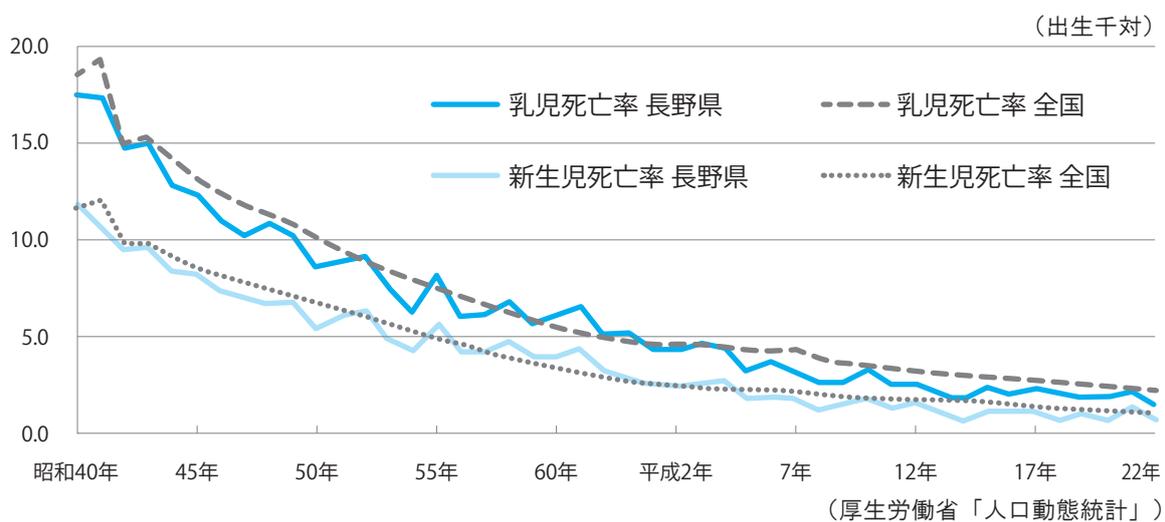


## (3) 乳児死亡率及び新生児死亡率

平成22年(2010年)の乳児死亡(生後1年未満の死亡)数は25人、乳児死亡率(出生千対)は1.5となっており、全国平均の2.3を下回っています。乳児死亡率は、戦後の母子保健の普及改善等により、昭和20年(1945年)以降昭和30年代にかけ急激に低下し、昭和50年(1975年)には8.5となって2桁台を割り、平成5年(1993年)以降は全国平均を下回って推移しています。

また、平成22年(2010年)の新生児死亡(生後4週未満の死亡)数は14人、新生児死亡率(出生千対)は0.8となっており、全国平均の1.1を下回っています。

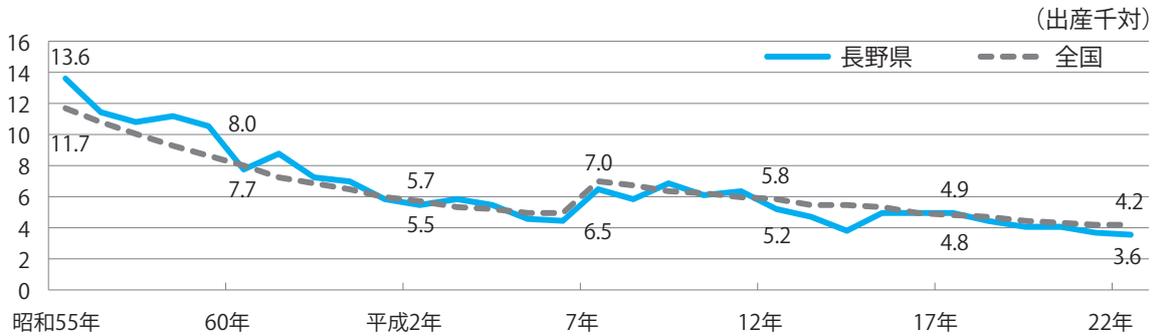
## 乳児死亡率及び新生児死亡率



#### (4) 周産期死亡率

平成22年（2010年）の周産期死亡（生後1週未満の死亡及び妊娠満22週以後の死産）数は62人、周産期死亡率は（出産千対）は3.6となっており、全国平均の4.2を下回っています。周産期死亡率は、母子保健の普及改善等により低下傾向にあります。

##### 周産期死亡率



(注) 平成6年までは妊娠後期（妊娠満28週以降）の死産及び新生児早期（生後1週未満）の死亡。  
平成7年からは妊娠後期（妊娠満22週以降）の死産及び新生児早期（生後1週未満）の死亡。  
(厚生労働省「人口動態統計」)

#### (5) 死亡原因

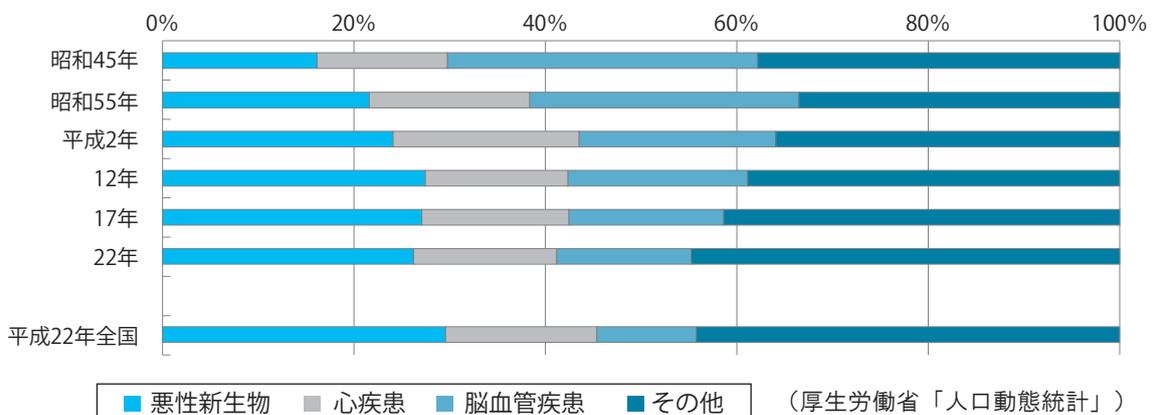
昭和22年（1947年）の死因順位は、脳血管疾患、肺炎及び気管支炎、結核でしたが、昭和26年（1951年）以降は、感染症や呼吸系疾患に代わって脳血管疾患、悪性新生物、心疾患が上位を占めています。

死亡順位を時系列で見ると、昭和26年（1951年）以降、脳血管疾患、悪性新生物、心疾患の順で推移してきましたが、昭和59年（1984年）に悪性新生物が脳血管疾患を抜いて1位となり、平成22年（2010年）では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順となっています。

また、平成23年（2011年）では、全国は悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順ですが、長野県は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎の順になっています。

なお、平成22年（2010年）の全死因に占める3大死因の割合は55.1%であり、全国（55.6%）とほぼ同水準となっています。

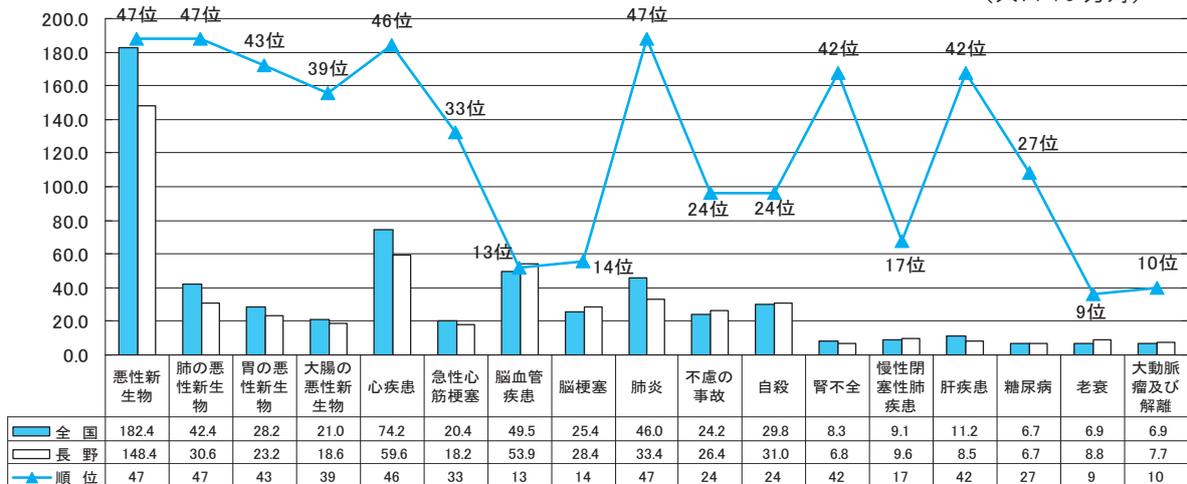
##### 本県の全死亡に占める3大死因の割合



(厚生労働省「人口動態統計」)

### 死因別年齢調整死亡率 男性

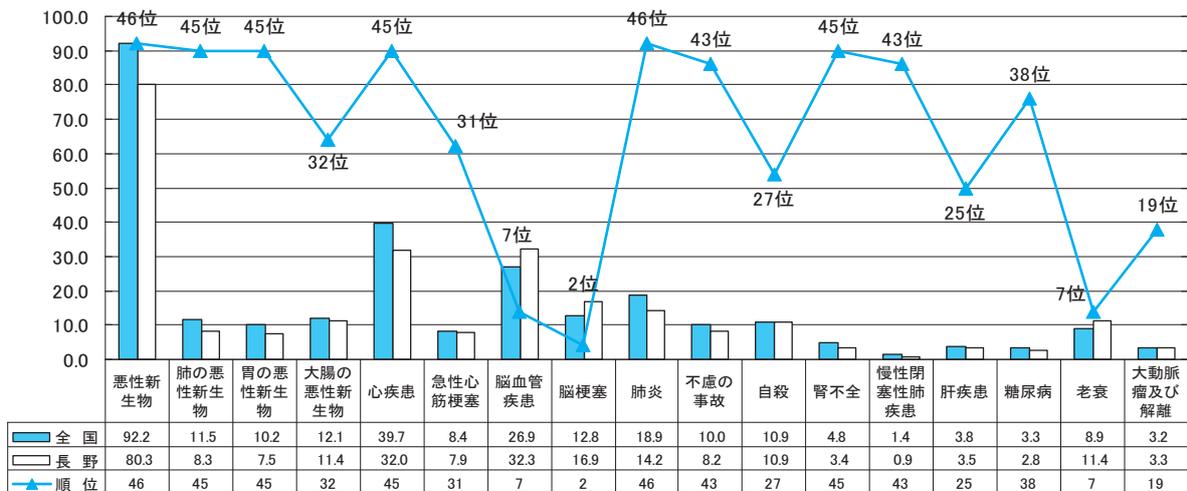
(人口10万対)



(厚生労働省「都道府県別にみた死亡の状況」)

### 死因別年齢調整死亡率 女性

(人口10万対)

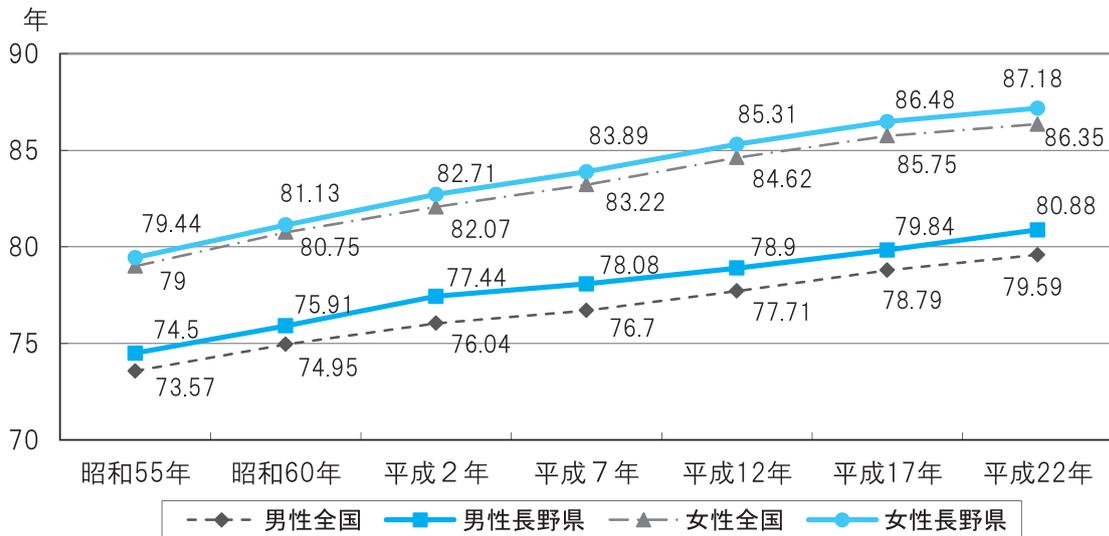


(厚生労働省「都道府県別にみた死亡の状況」)

## (6) 平均寿命の推移

平成22年（2010年）の都道府県別生命表によると、本県の平均寿命は、男性が80.88年（全国：79.59年）、女性が87.18年（全国：86.35年）となっています。男性は平成7年から全国一位を保ち続けており、女性も平成22年に初めて一位となるなど、本県の長寿を裏付けています。

平均寿命の推移



(厚生労働省「都道府県別生命表」)

## 第3節 傷病の動向

### (1) 患者数及び受療率

厚生労働省「患者調査」(平成20年(2008年))によると、調査日(病院は平成20年(2008年)10月21日から23日までのうちで指定された1日、診療所は同年10月21日、22日、24日のうちで指定された1日)に県民のうち医療施設を受療した推計患者数(推計入院患者数と推計外来患者数の合計)は133,200人で、県民の16.2人に1人が受療したことになります。

施設の種別では、病院が52,700人(患者総数の39.6%)、一般診療所が58,900人(同44.2%)、歯科診療所が21,600人(同16.2%)となっています。また、入院・外来別では、入院が21,000人(同15.8%)、外来が112,200人(同84.2%)、性別患者数では、男性が58,400人(同43.8%)、女性が74,800人(同56.2%)となっています。

受療率\*(人口10万対)は、入院が969、外来が5,168で、いずれも全国を下回っており、平成14年(2002年)及び平成17年(2005年)と同様の傾向が続いています。

#### 推計患者数及び受療率(人口10万対)(平成20年)

区分	患者数(人)				受療率(人口10万対)	
	総数	病院	一般診療所	歯科診療所	長野県	全国
入院	21,000	20,400	600	—	969	1,090
外来	112,200	32,300	58,300	21,600	5,168	5,376
男性	58,400	24,300	25,000	9,100	5,539	5,716
女性	74,800	28,400	34,000	12,400	6,708	7,181
計	133,200	52,700	58,900	21,600	6,137	6,466

(注) 計については、入院及び外来の患者数及び受療率を単純合計したものの。(厚生労働省「患者調査」)

#### 推計患者数及び受療率(人口10万対)の推移

年	患者数(人)			受療率(人口10万対)					
				長野県			全国		
	入院	外来	計	入院	外来	計	入院	外来	計
平成14年	21,400	101,300	122,700	966	4,570	5,536	1,139	5,083	6,222
平成17年	20,800	111,500	132,300	946	5,078	6,024	1,145	5,551	6,696
平成20年	21,000	112,200	133,200	969	5,168	6,137	1,090	5,376	6,466

(注) 計については、入院及び外来の患者数及び受療率を単純合計したものの。(厚生労働省「患者調査」)

\* 受療率：ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた人口10万人当たりの患者数。厚生労働省が行う「患者調査」により全国推計患者数を把握し算出。

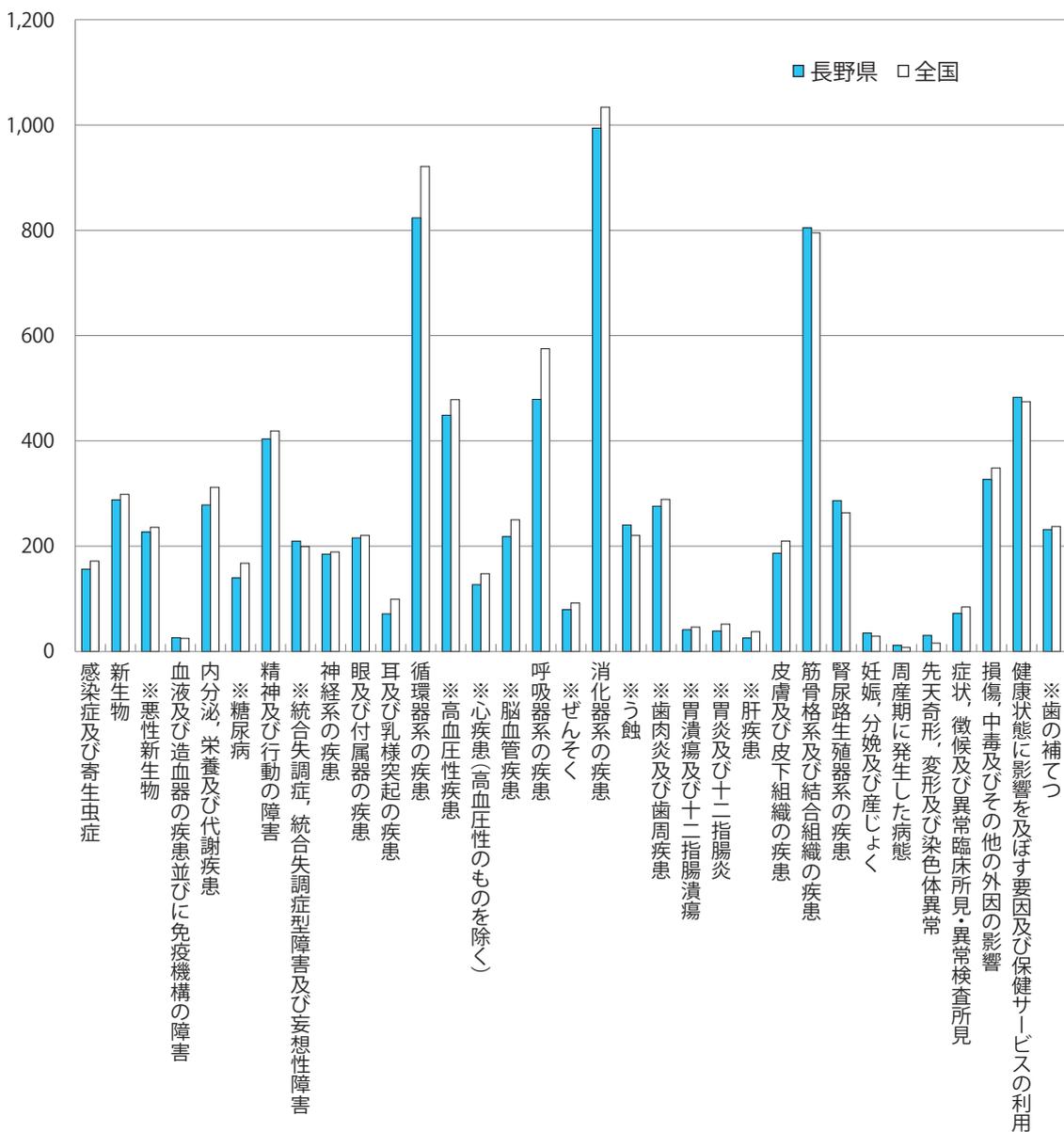
## (2) 傷病別患者数・受療率

厚生労働省「患者調査」（平成20年（2008年））によると、傷病（大分類）別推計患者数は、「消化器系の疾患」が21,500人（患者総数の16.1%）と最も多く、次いで「循環器系の疾患」17,800人（同13.4%）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」17,400人（同13.1%）の順となっています。

また、全国の傷病（大分類）別受療率と比較すると、「消化器系の疾患」や「筋骨格系及び結合組織の疾患」は、ほぼ全国と同じ受療率であるのに対し、「循環器系の疾患」や「呼吸器系の疾患」は全国平均を大きく下回っています。

傷病別受療率（平成20年）

（人口10万対）



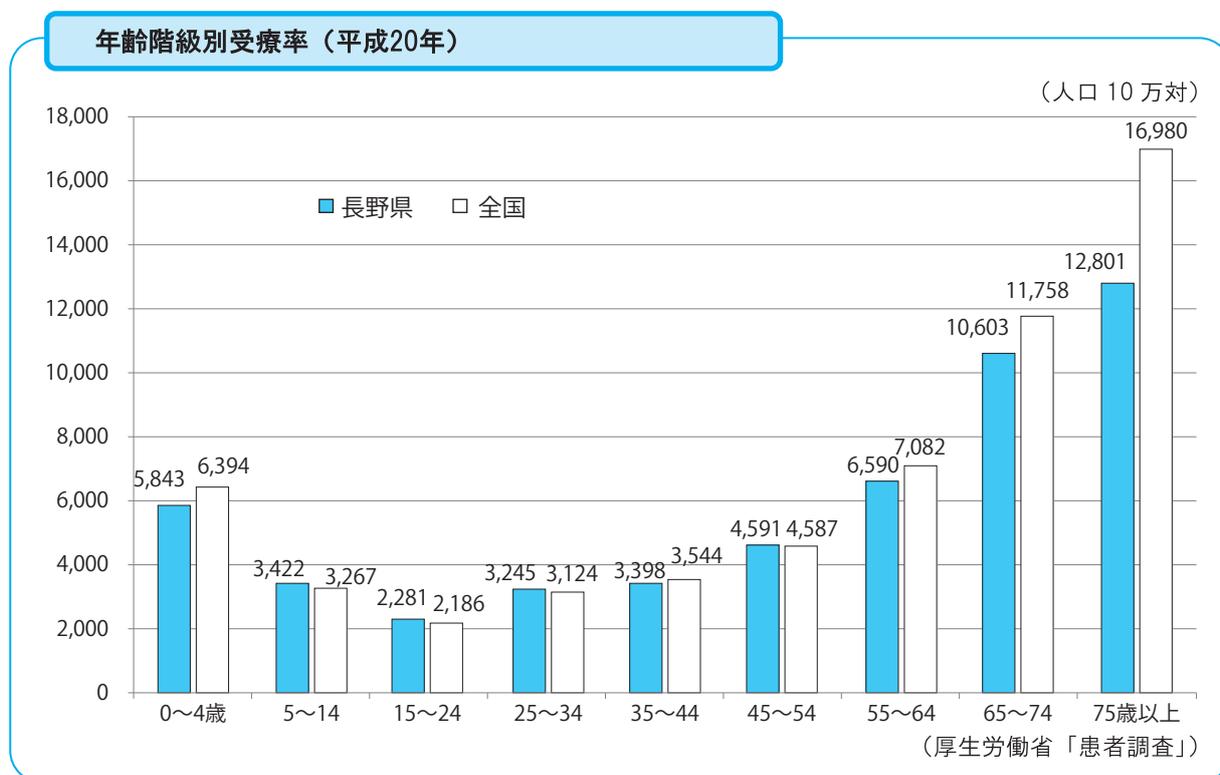
（注）※は、再掲を示す。

（厚生労働省「患者調査」）

### (3) 年齢階級別受療率

年齢階級別受療率（人口10万対）をみると、15～24歳の2,281を最低に、最高は75歳以上の12,801となっています。

全国平均と比較すると、75歳以上での受療率の低さが際立っているほかは、ほぼ全国と同じか下回る水準となっています。



### (4) 医療技術の高度化

例えば、がん治療の分野では、「手術療法」、「化学療法」、「放射線療法」といった標準の治療法のほか、近年では、粒子線（重粒子線・陽子線）治療といった先進医療が行われており、また脳卒中ではrt-PA、急性心筋梗塞（こうそく）ではドラッグエルディングステント（薬剤溶出性ステント）など、医療技術の高度化が進んでいます。

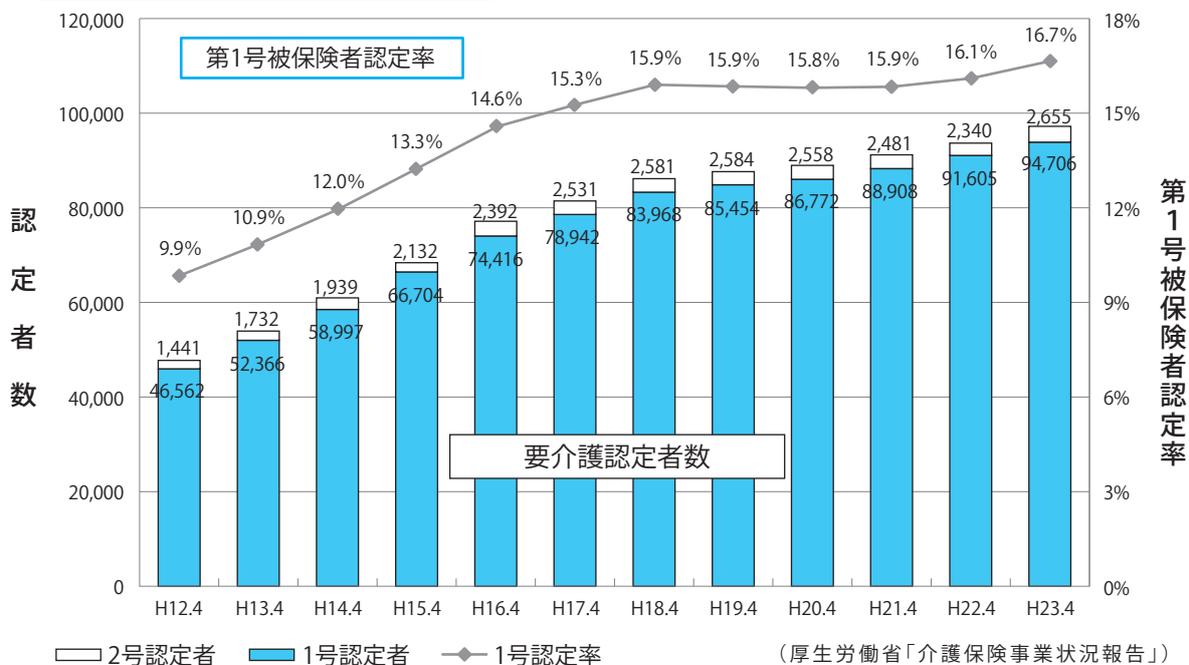
このように医療技術の高度化が進む中においても、標準的な医療を県民に等しく提供する体制を確保するため、医療機関の適切な機能分担と連携を進め、地域全体で医療を支える体制を構築することが重要です。

## 第4節 要介護・要支援認定者の状況

### (1) 要介護・要支援認定者の状況

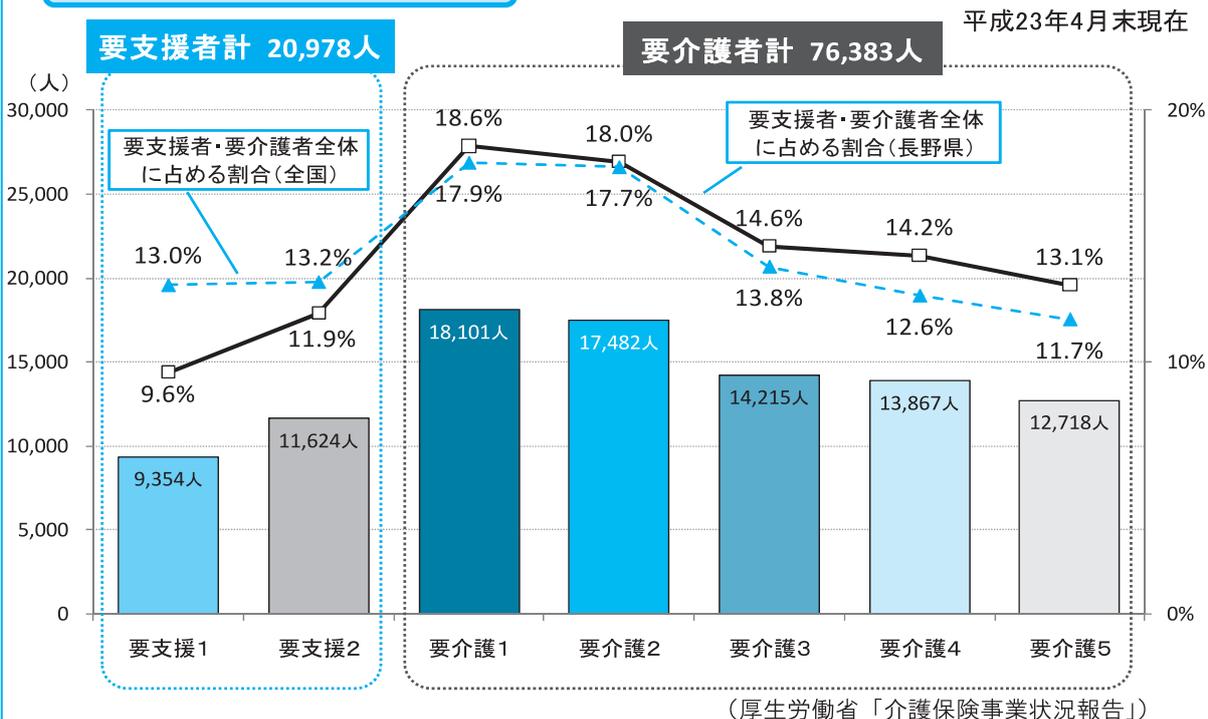
長野県の要介護・要支援の認定者数、認定率ともに増加傾向にあります。

要介護・要支援認定者の推移



長野県では全国と比べ、要支援者の割合が低く、要介護者の割合が高くなっています。

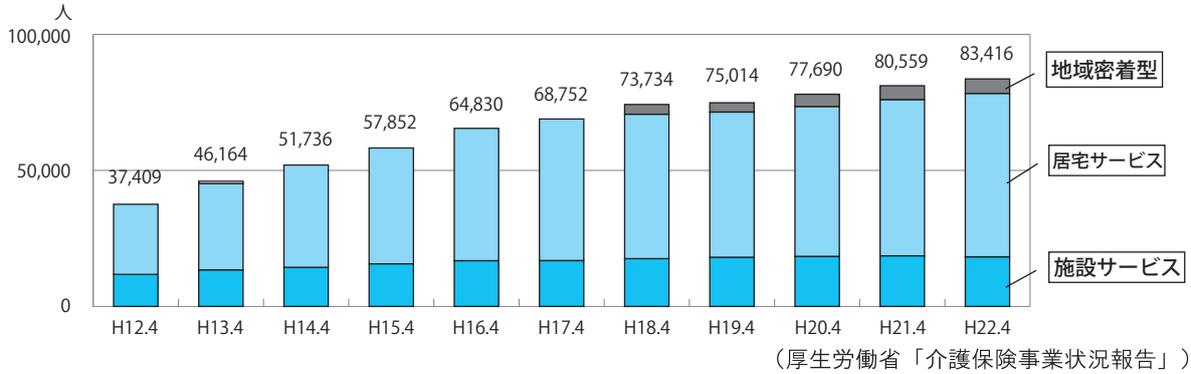
要介護・要支援認定者の状況



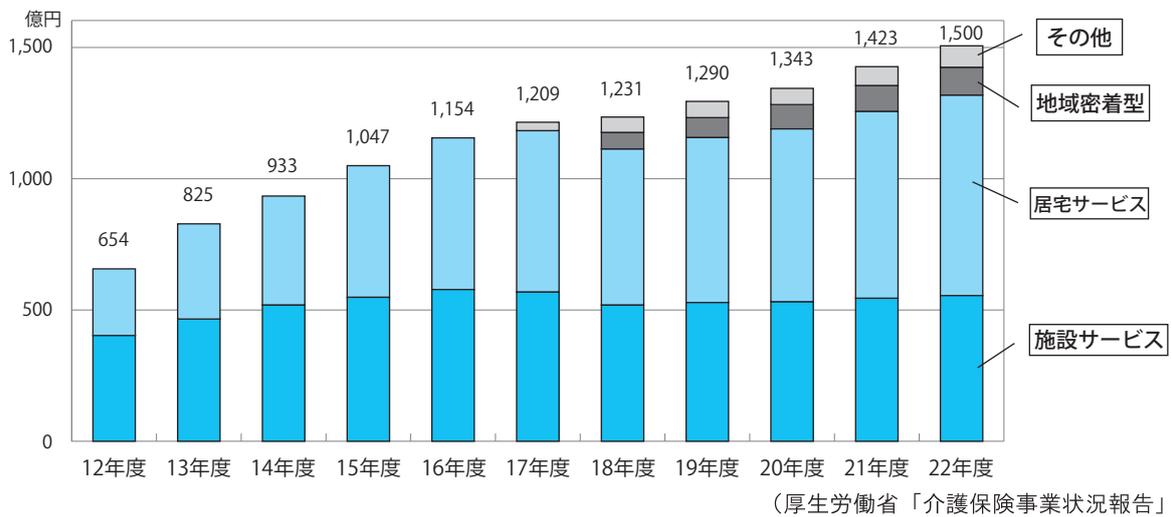
## (2) 長野県の介護サービス利用者数と介護給付費

要介護認定者数の増加に伴い、長野県内のサービス利用者数、介護給付費、介護保険料ともに増加しています。

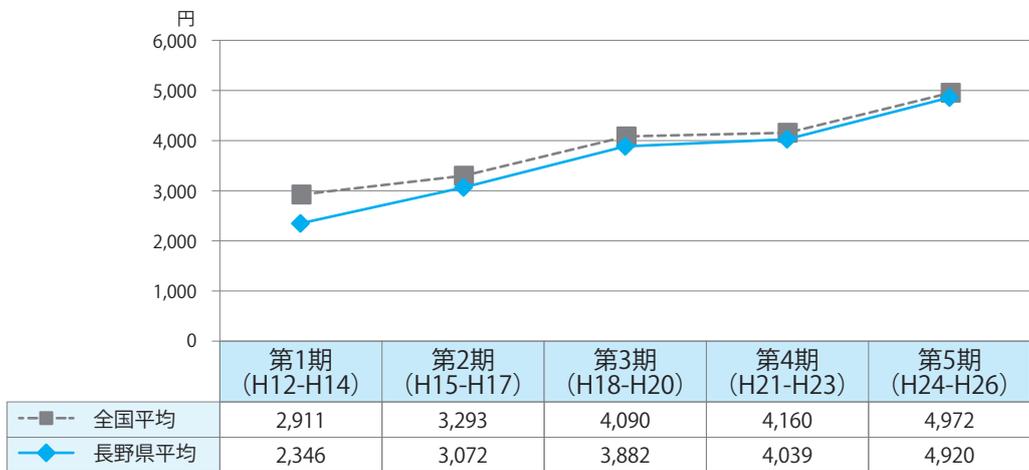
サービス利用者数の推移



介護給付費の推移



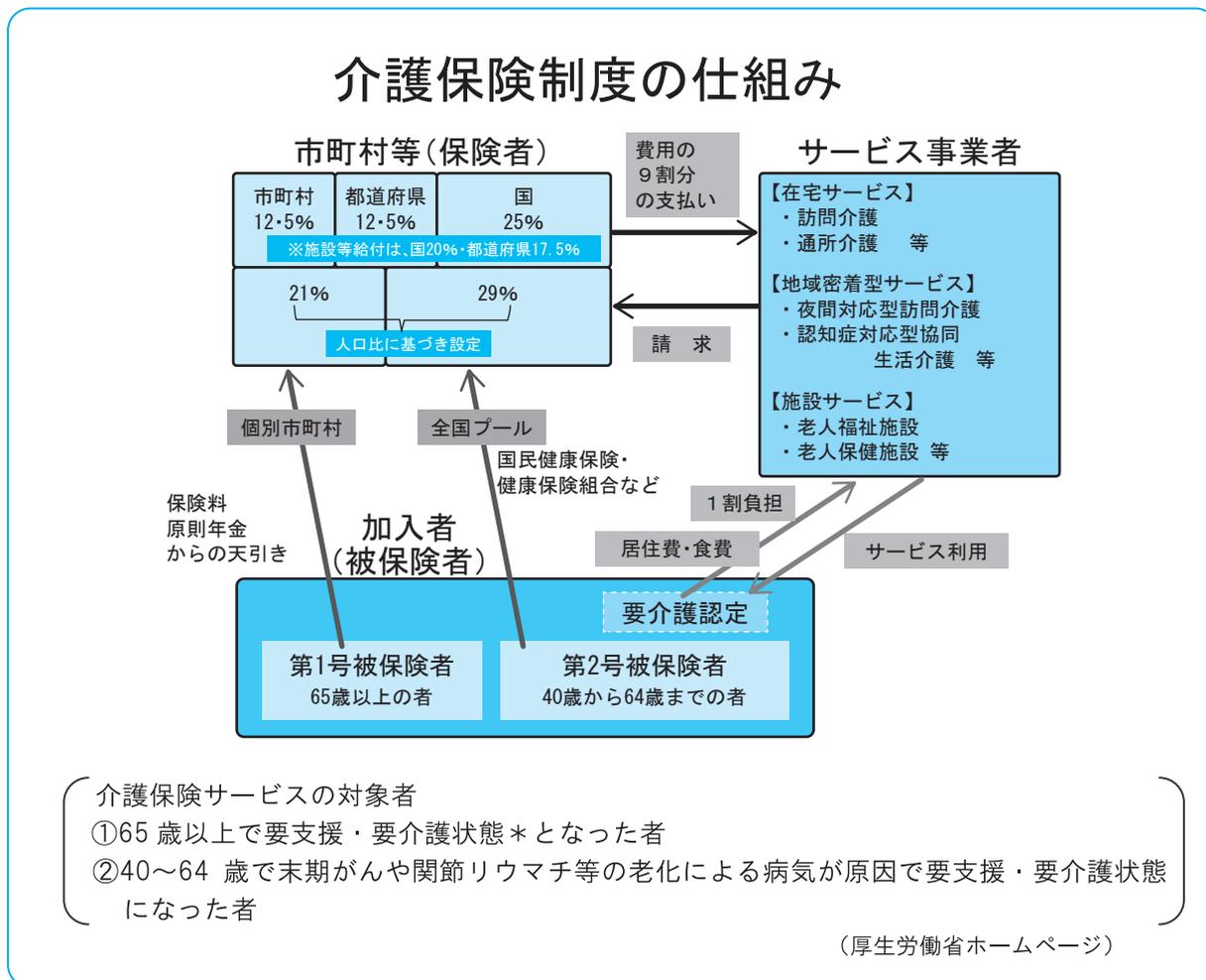
介護保険料の推移



(介護支援室調べ)

### (3) 介護保険制度

単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするにとどまらず、高齢者の自立を支援することを理念とし、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉医療サービスを総合的に受けられる制度として平成12年(2000年)4月に介護保険法が施行され、創設されました。この制度は、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用しています。



- 介護保険サービスの対象者
- ①65歳以上で要支援・要介護状態\*となった者
  - ②40～64歳で末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった者

(厚生労働省ホームページ)

#### \* 要支援・要介護状態とは

入浴、排せつ、食事等、日常生活での基本的な動作について、常時の介護や支援が必要であると見込まれる状態をいいます。

介護の必要な程度に応じて区分され(要支援状態区分1～2、要介護状態区分1～5)、その区分に応じた予防給付・介護給付を受けることができます。

## 第2章 医療の現状

## 第1節 医療に対する県民の意識

- 本県では、平成24年（2012年）2月に、県民の保健医療に対する意識を把握し、本計画の策定を含め、安全で安心できる医療体制や質の高い医療提供体制の構築を図るための基礎資料とするため、「県民医療意識調査」を実施しました。
- 調査の概要及び主な調査結果は、以下のとおりです。

### （1）調査の概要

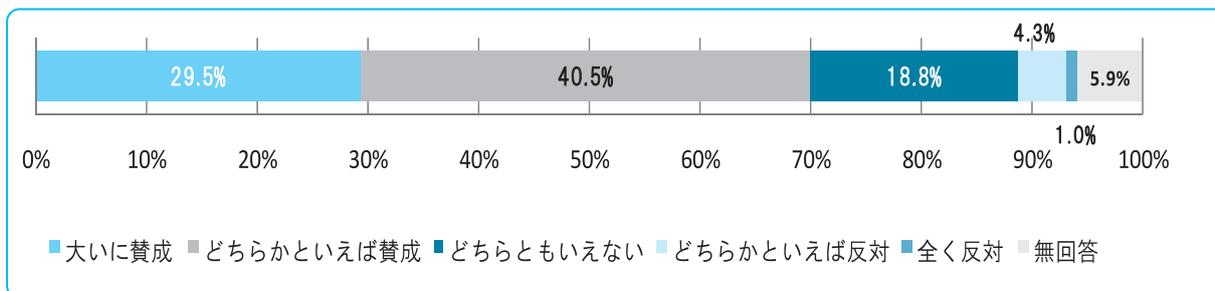
- ① 調査対象：20歳以上の県民 3,000人（住民基本台帳から層化2段無作為抽出）
- ② 調査期日：平成24年（2012年）2月
- ③ 調査方法：調査票送付によるアンケート回答方式

### （2）主な調査結果

#### ① 医療機関の役割分担について

「『比較的軽い病気やけがは、患者の近くの診療所・医院が治療を受け持ち、比較的大きな病院は、病状が進んだ患者の治療や難しい病気の治療に専念すべきである』という考えについて、どう思われますか。」という質問に対し、「大いに賛成」、「どちらかといえば賛成」が約70%を占め、「全く反対」、「どちらかといえば反対」の約5%を大きく上回りました。

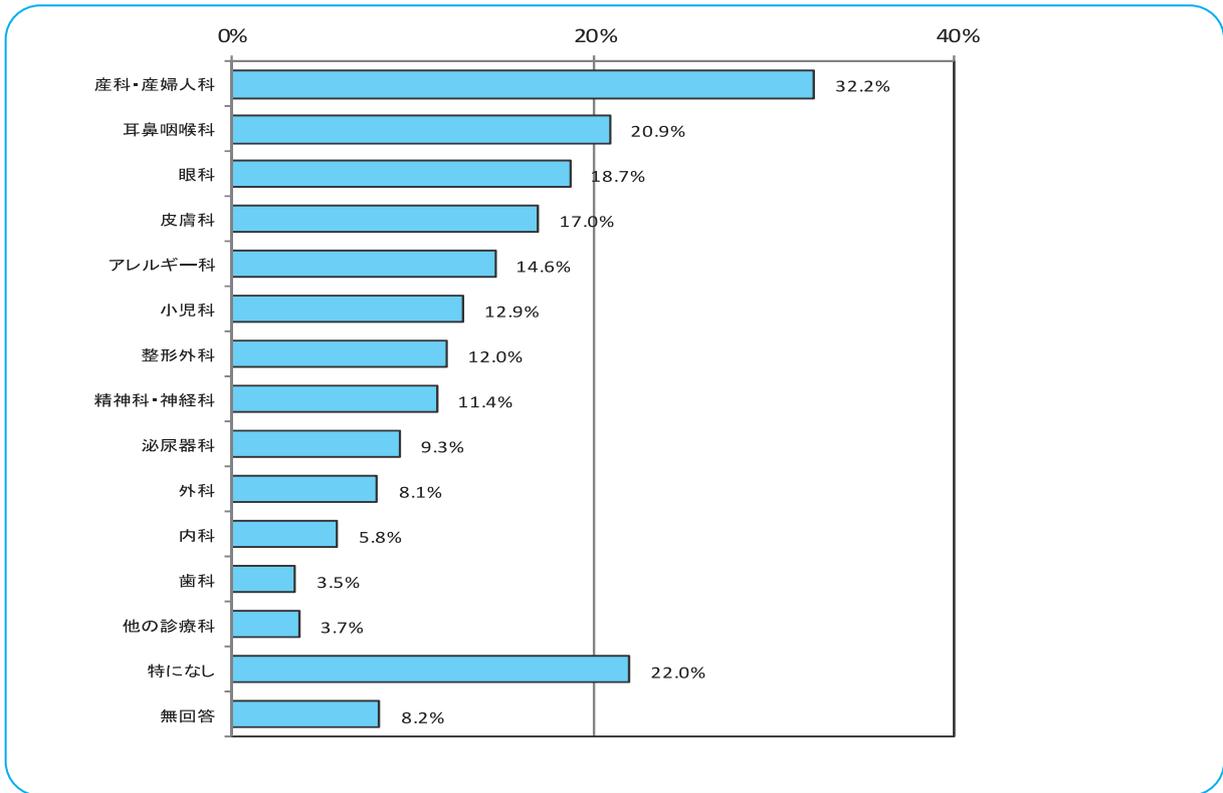
【図1】医療機関の役割分担について



#### ② 地域に不足している診療科について

- 「あなたのお住まいの地域で、受診する医療機関が無い、あるいは不足していると感じている診療科を、3つまでお選びください」という質問に対し、不足している診療科として、産科・産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科の順に不足しているという回答がありました。

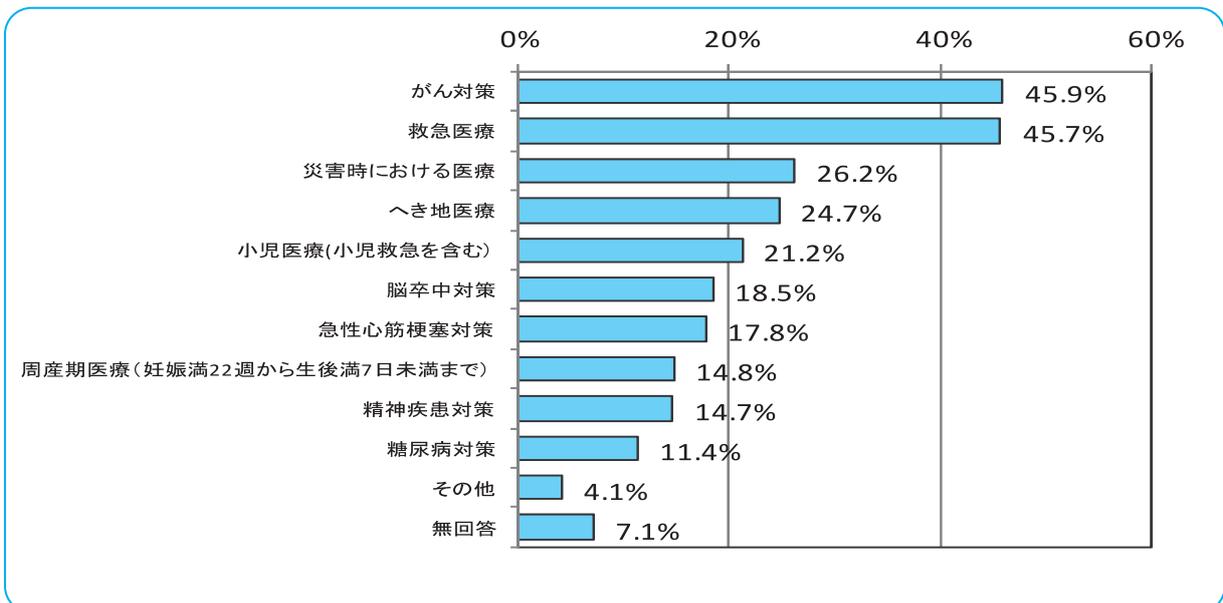
【図2】地域に不足していると感じる診療科について（3つまで）



### ③ 医療行政について

- 「今後、医療行政はどの分野について重点を置く必要があると感じていますか」という質問に対し、「がん対策」が「救急医療」と並んで最も多く、次いで「災害時における医療」、「へき地医療」となっています。

【図3】今後、重点をおく必要があると感じる分野について（複数回答）



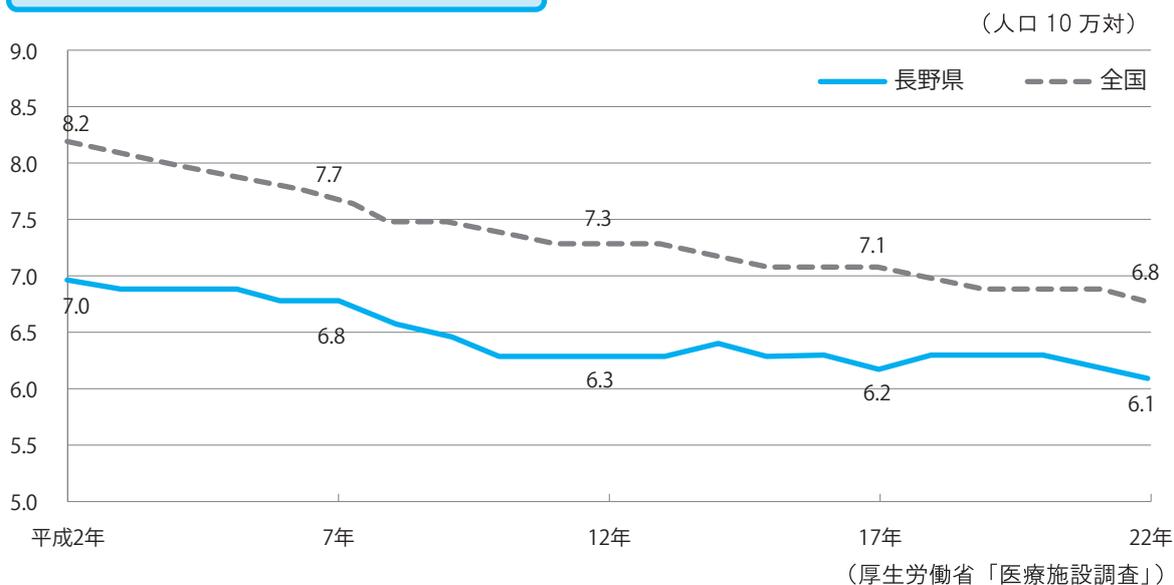
## 第2節 保健医療施設の状況

### (1) 病院・診療所・歯科診療所・薬局

#### ① 病院

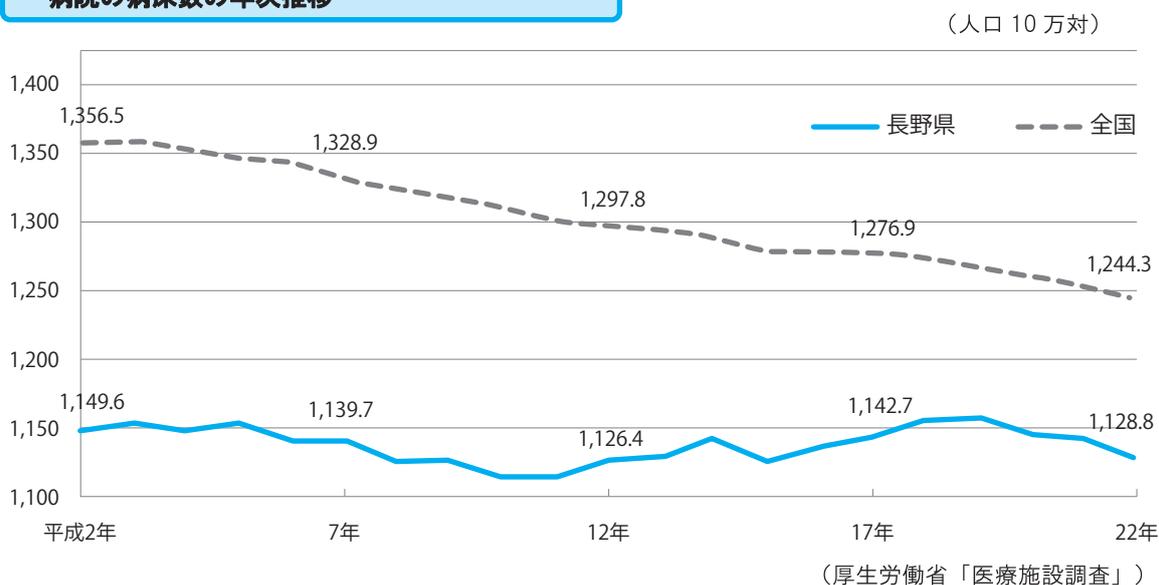
病院数（人口10万対）は、全国平均を下回って推移しています。また、施設数は減少傾向にありましたが、平成10年（1998年）以降はほぼ横ばいです。

病院数の年次推移



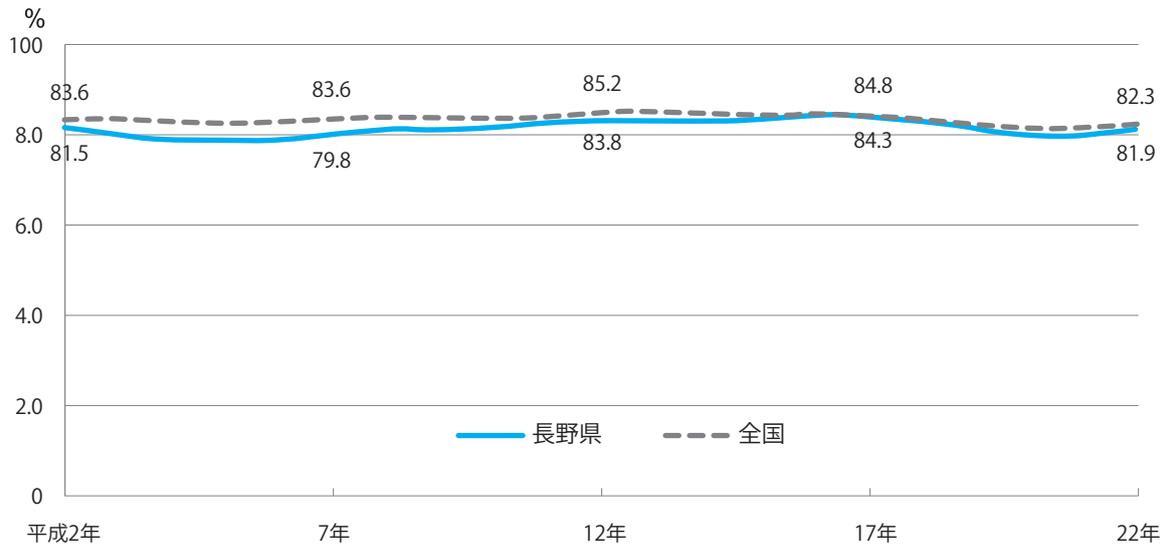
病院の病床数（人口10万対）は、全国平均を下回って推移していますが、全国平均が平成3年（1991年）以降減少傾向なのに対し、本県の病床数は平成15年（2003年）から平成19年（2007年）まで増加した後、平成20年（2008年）以降は減少傾向となっています。

病院の病床数の年次推移



病院の病床利用率は全国平均をやや下回って推移しています。

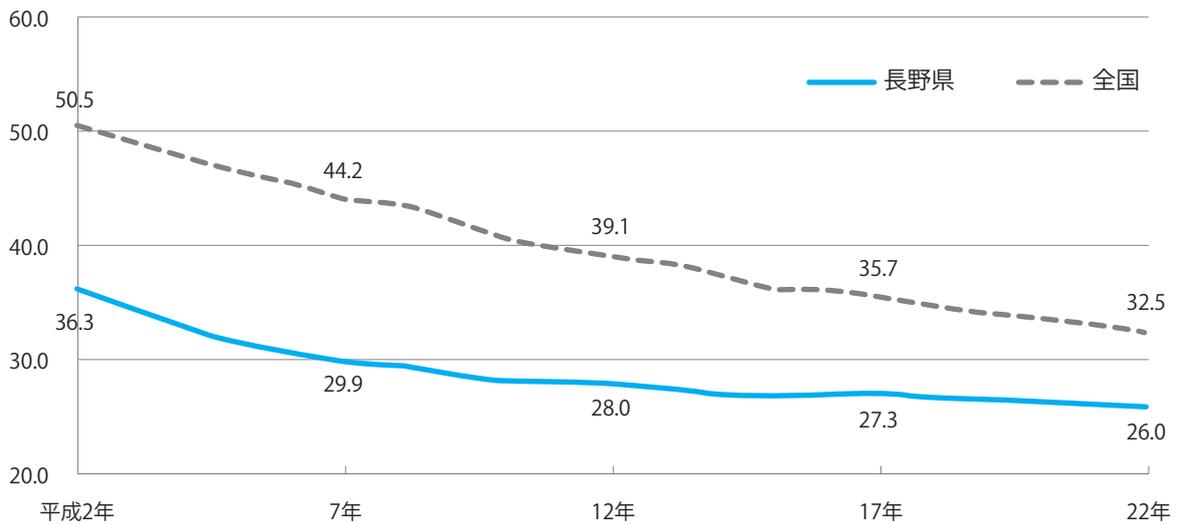
### 病床利用率の年次推移



(厚生労働省「病院報告」)

病院の平均在院日数は、全国平均を大きく下回って推移しており、平成18年（2006年）までは全国最低でしたが、平成19年（2007年）からは、東京都、神奈川県に次いで全国で3番目に低い状況となっています。

### 平均在院日数の年次推移

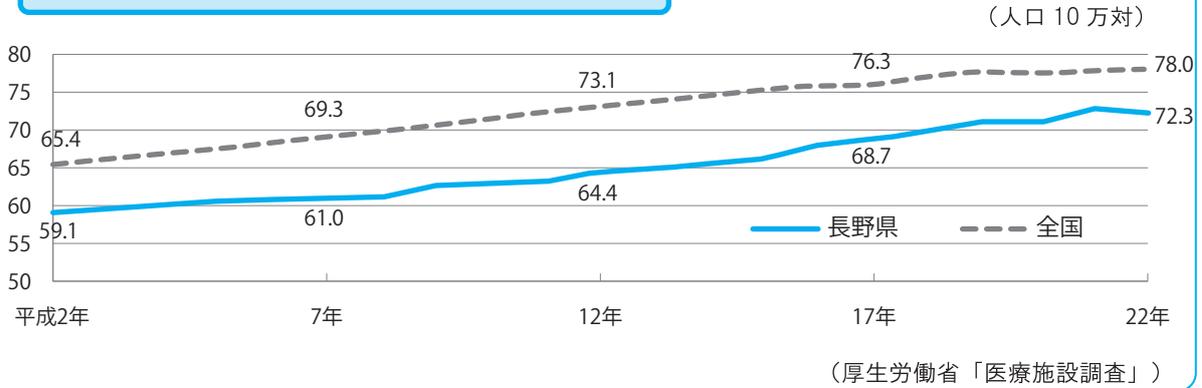


(厚生労働省「病院報告」)

## ② 一般診療所

一般診療所数（人口10万対）は全国平均を下回っており、増加傾向で推移してきましたが、平成22年（2010年）（概数）は72.3となり、平成21年（2009年）の72.8を下回りました。

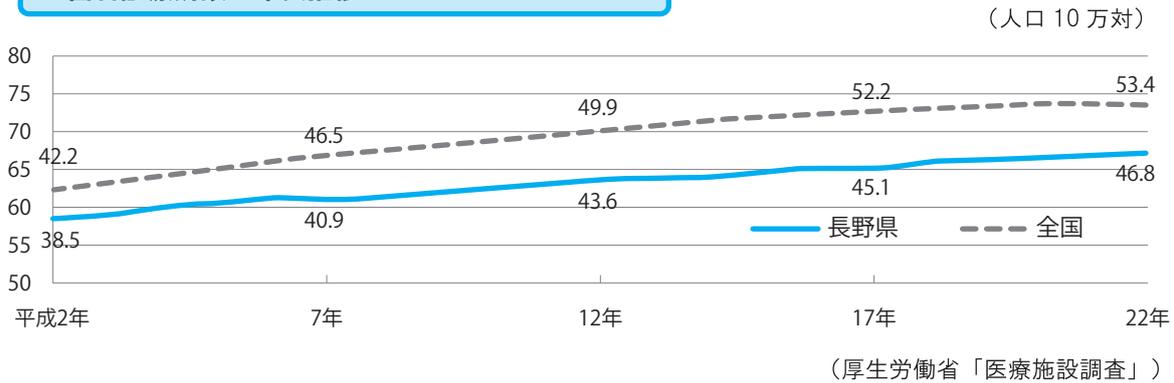
### 一般診療所数の年次推移



## ③ 歯科診療所

歯科診療所数（人口10万対）は全国平均を下回っており、増加傾向にあるものの、伸びは鈍化しています。

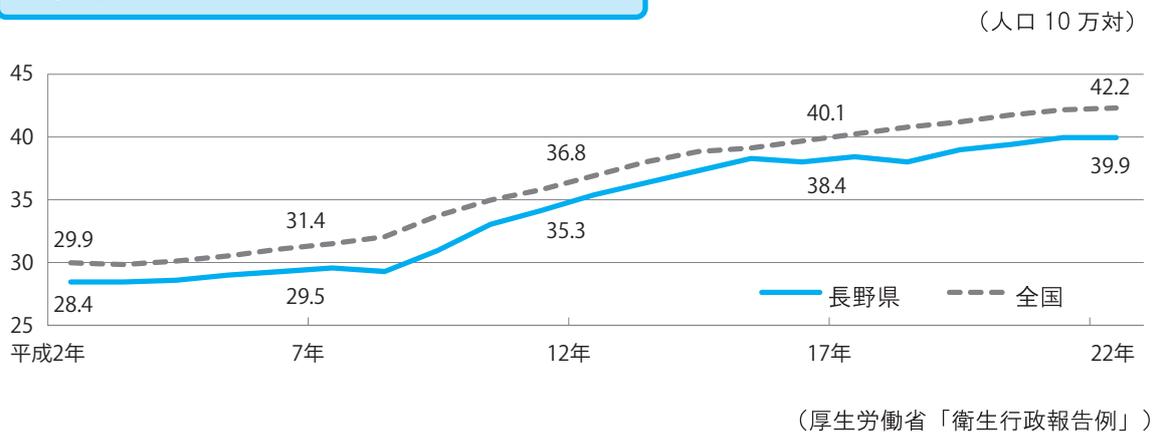
### 歯科診療所数の年次推移



## ④ 薬局

薬局数は全国平均を下回っており、増加傾向にあるものの、伸びは鈍化しています。

### 薬局数の年次推移



## (2) 医療圏別医療施設の状況

医療圏別医療施設の状況は、次のとおりであり、全国における医療施設数（人口10万対）と比較して、いずれも下回っています。

また、長野医療圏における医療施設数（人口10万対）がいずれも県平均を上回る一方、上伊那医療圏と木曽医療圏における医療施設数（人口10万対）が、いずれも県平均を下回るなど、地域偏在がみられます。

### 医療施設の状況

医療圏	区 分	病 院	一般診療所	歯科診療所	薬 局
佐 久	実 数	14	133	103	86
	人口10万対	6.5	62.2	48.2	40.2
上 小	実 数	16	125	91	95
	人口10万対	7.9	62.0	45.1	47.1
諏 訪	実 数	13	150	95	79
	人口10万対	6.3	73.2	46.4	38.6
上伊那	実 数	11	126	84	62
	人口10万対	5.8	66.2	44.1	32.6
飯 伊	実 数	10	130	79	59
	人口10万対	5.9	76.7	46.6	34.8
木 曽	実 数	1	19	13	12
	人口10万対	3.2	61.2	41.9	38.7
松 本	実 数	27	368	220	168
	人口10万対	6.3	85.5	51.1	39.0
大 北	実 数	2	51	24	27
	人口10万対	3.2	81.4	38.3	43.1
長 野	実 数	35	403	265	230
	人口10万対	6.3	72.7	47.8	41.5
北 信	実 数	3	52	34	40
	人口10万対	3.2	55.4	36.2	42.6
県 計	実 数	132	1,557	1,008	858
	人口10万対	6.1	72.3	46.8	39.9
全 国	実 数	8,670	99,824	68,384	53,001
	人口10万対	6.8	78.0	53.4	42.2
時 点		平成22年10月1日現在			平成22年度末

（病院、一般診療所、歯科診療所：厚生労働省「医療施設調査」（平成22年）、薬局：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成22年））

### (3) 保健福祉事務所等

#### ① 保健福祉事務所

- 県では、地域における公衆衛生の向上と健康増進を推進する広域的・専門的・技術的拠点として、二次医療圏ごとに、10の保健福祉事務所を設置しています。また、平成11年（1999年）4月から、長野市が中核市に移行したことに伴い、長野市保健所が設置されています。
- 人口の急激な高齢化と出生率の低下、医師不足などによる病院の診療科の休廃止、慢性疾患の増加、食品や水などの生活環境に対する県民の意識の高まりなど、地域医療、地域保健を取り巻く環境は大きく変化しています。
- このような変化に対応し、健康づくりの推進、母子保健、精神保健、生活衛生、災害時の応急活動、健康危機管理等の分野で、より高度で専門的なサービスを提供できるよう保健福祉事務所の機能を引き続き強化していく必要があります。

#### ② 環境保全研究所

- 環境保全研究所は、環境の保全及び保健衛生の向上に寄与することを目的に、環境及び保健衛生に関する試験検査、調査研究、情報の収集及び提供並びに普及啓発を行うところとして、平成16年（2004年）4月1日に旧衛生公害研究所（昭和45年（1970年）11月1日設置）と旧自然保護研究所（平成8年（1996年）4月1日設置）が統合して生まれました。
- 研究所では、感染症部、食品・生活衛生部において、感染症に関する専門的な調査研究や医薬品等の検査を行っています。

#### ③ 精神保健福祉センター

- 精神保健福祉センターは、県における精神保健・福祉に関する総合技術センターとして、精神障害に関する知識の普及、技術指導、調査研究、相談指導のうち、複雑又は困難なものを行っています。
- 社会環境の複雑化に伴い、精神疾患など心の問題が多様化しており、精神疾患による自殺者の問題など、これらに対応した技術指導・援助、予防対策、教育研修の要請が一段と高まっています。

#### ④ 市町村保健センター

- 市町村保健センターは、地域保健法で、市町村が設置する「健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関して必要な事業を行う施設」と位置づけられ、地域における母子保健・老人保健の拠点としての機能を担っています。
- 地域における保健・医療・福祉にかかわる様々な施設が効果的に機能できるよう、各施設との連携の拠点としての機能が求められています。

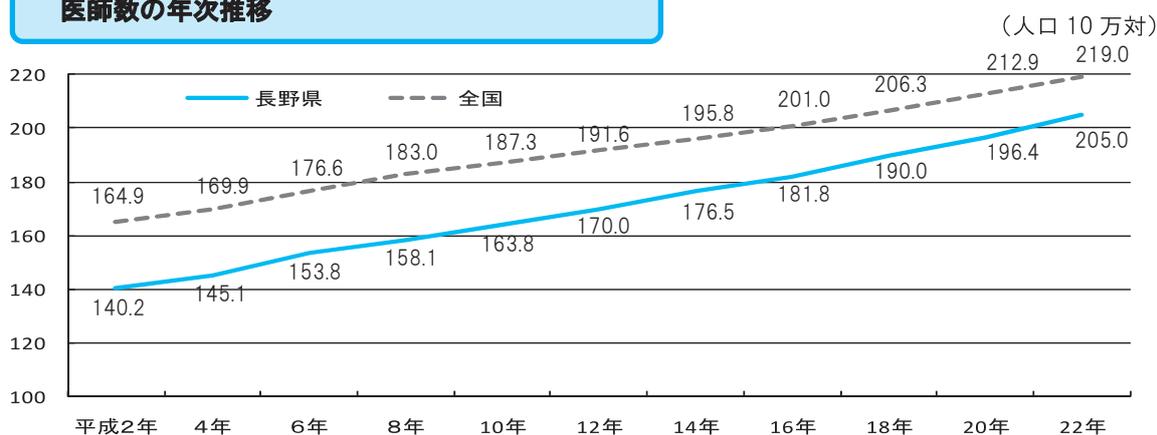
## 第3節 保健医療従事者の状況

### (1) 保健医療従事者数の推移

#### ① 医師

医療施設従事医師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成22年（2010年）12月31日現在の医師数（人口10万対）は205.0（全国33位）と全国平均（219.0）を下回っています。

医師数の年次推移

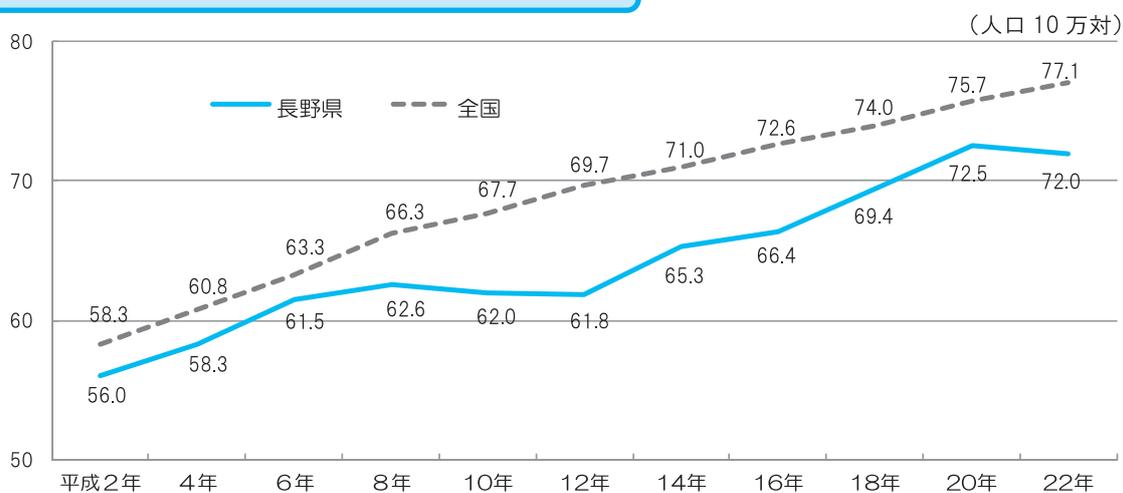


（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

#### ② 歯科医師

医療施設従事歯科医師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成22年（2010年）12月31日現在の歯科医師数（人口10万対）は72.0（全国15位）ですが、全国平均（77.1）を下回っています。

歯科医師数の年次推移



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

### ③ 薬剤師

薬局・医療施設従事薬剤師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成22年（2010年）12月31日現在の薬剤師数（人口10万対）は149.3（全国16位）ですが、全国平均（154.3）を下回っています。

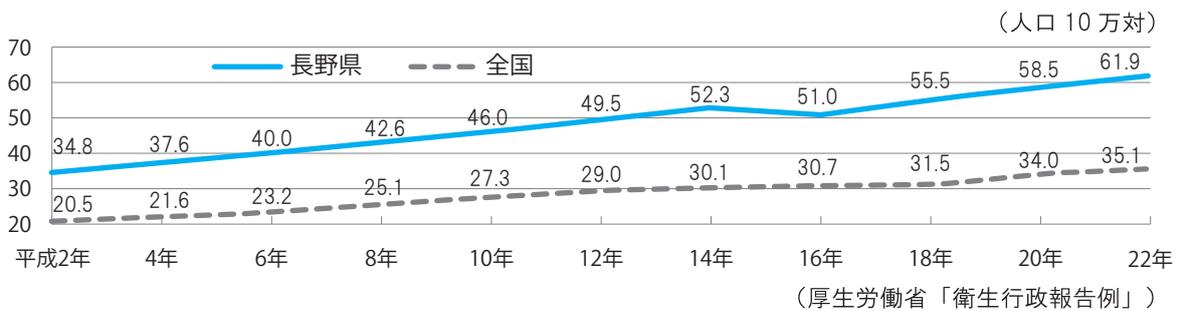
#### 薬剤師数の年次推移



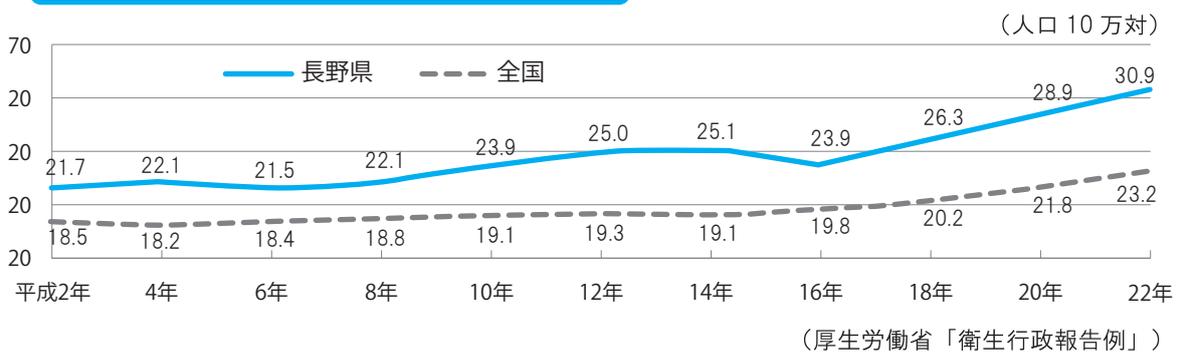
### ④ 保健師、助産師、看護師、准看護師

人口10万対の保健師、助産師、看護師、准看護師数の年次推移は次のとおりで、平成22年（2010年）12月31日現在の人口10万対では、保健師、助産師、看護師では全国平均より高く、准看護師で下回っています。なお、保健師は全国平均の約1.8倍で全国2位となっています。

#### 保健師数の年次推移



#### 助産師数の年次推移

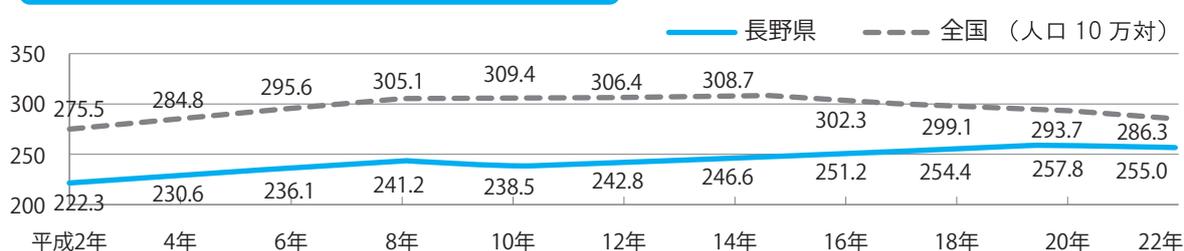


## 看護師数の年次推移



(厚生労働省「衛生行政報告例」)

## 准看護師数の年次推移



(厚生労働省「衛生行政報告例」)

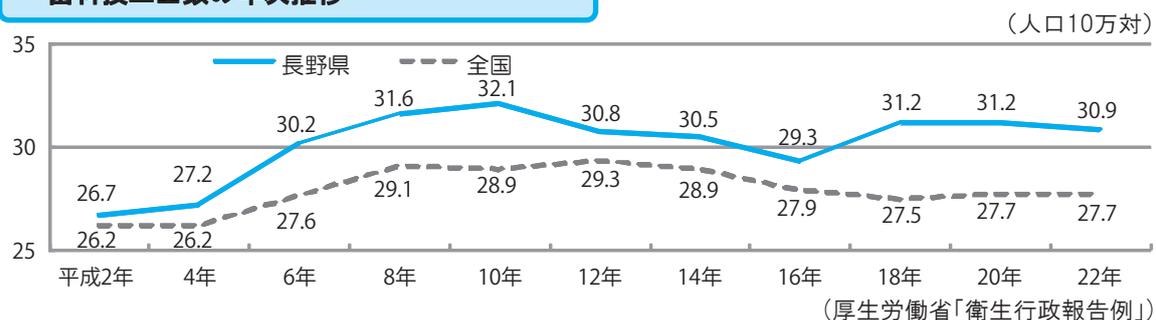
## ⑤ 歯科衛生士、歯科技工士

人口10万対の歯科衛生士、歯科技工士の年次推移は次のとおりで、全国平均を上回っています。

## 歯科衛生士数の年次推移



## 歯科技工士数の年次推移



(厚生労働省「衛生行政報告例」)

## (2) 医療圏別の保健医療従事者の状況

医療圏別の主な保健医療従事者の状況は、次のとおりです。

人口10万人当たりの保健従事者数は、医師・歯科医師・薬剤師については、松本医療圏が他の地区に比べて多く、地域偏在がみられます。

### 主な保健医療従事者の状況 (単位：人)

医療圏	区分	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
佐久	人数	449	137	307	151	72	2,105	454
	人口10万対	210.1	64.1	143.6	70.6	33.7	984.7	212.4
上小	人数	292	133	360	107	35	1,493	781
	人口10万対	144.8	65.9	178.5	53.0	17.4	740.2	387.2
諏訪	人数	412	129	306	119	70	1,774	546
	人口10万対	201.1	63.0	149.4	58.1	34.2	865.6	266.4
上伊那	人数	251	110	217	139	55	1,338	477
	人口10万対	131.8	57.8	114.0	73.0	28.9	702.6	250.5
飯伊	人数	294	91	220	110	44	1,291	561
	人口10万対	173.4	53.7	129.8	64.9	26.0	761.5	330.9
木曾	人数	34	14	32	41	11	214	54
	人口10万対	109.5	45.1	103.1	132.0	35.4	689.2	173.9
松本	人数	1,382	496	724	246	192	4,073	971
	人口10万対	321.1	115.2	168.2	57.2	44.6	946.3	225.6
大北	人数	104	34	89	54	14	553	135
	人口10万対	166.0	54.3	142.1	86.2	22.3	882.5	215.4
長野	人数	1,049	355	829	292	134	4,449	1,304
	人口10万対	189.3	64.0	149.6	52.7	24.2	802.6	235.2
北信	人数	145	50	140	74	39	770	206
	人口10万対	154.5	53.3	149.1	78.8	41.5	820.2	219.4
県計	人数	4,412	1,549	3,224	1,333	666	18,060	5,489
	人口10万対	205.0	72.0	149.8	61.9	30.9	838.9	255
全国	人数	280,431	98,723	197,616	45,003	29,670	953,521	366,593
	人口10万対	219.0	77.1	154.3	35.1	23.2	744.6	286.3
時点		平成22年12月31日現在						

(注1) 医師、歯科医師については医療施設従事者数、薬剤師については薬局・医療施設従事者数、保健師、助産師、看護師、准看護師については従事者数

(注2) 保健師、助産師、看護師、准看護師の人口10万対は概数値(総務省「平成22年国勢調査(人口等基本集計結果)」に基づき計算)

〔 医師、歯科医師、薬剤師：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」  
保健師、助産師、看護師、准看護師：厚生労働省「衛生行政報告例」 〕

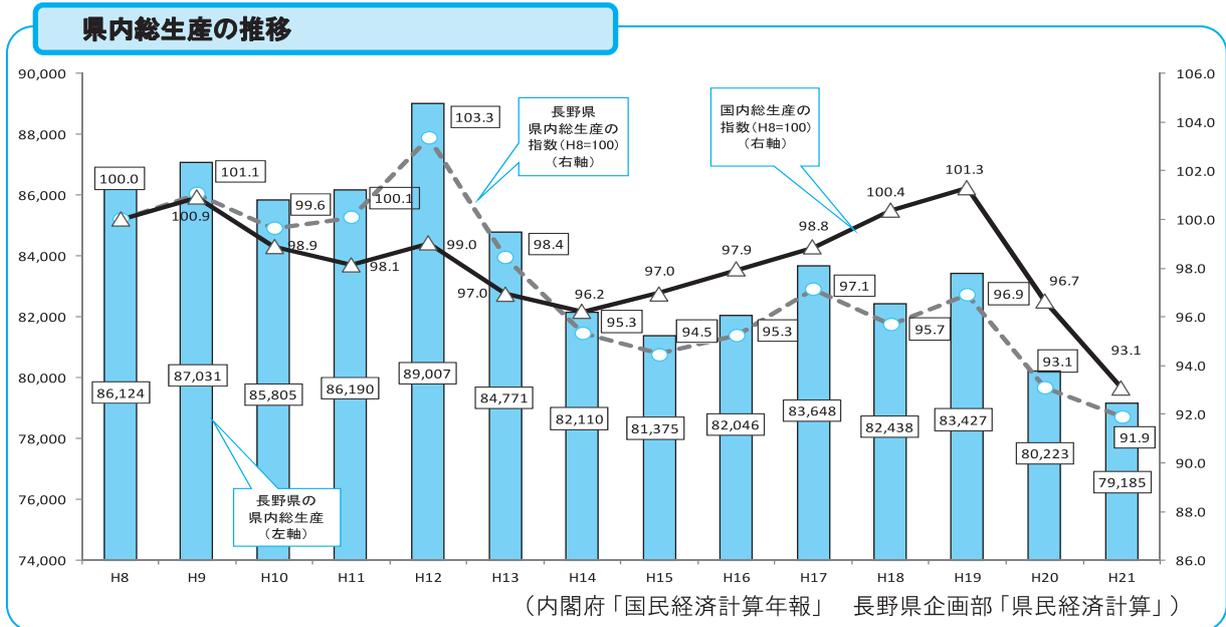
## 第3章 医療費等の現状

# 第1節 経済状況・社会保障

## (1) 経済・財政状況

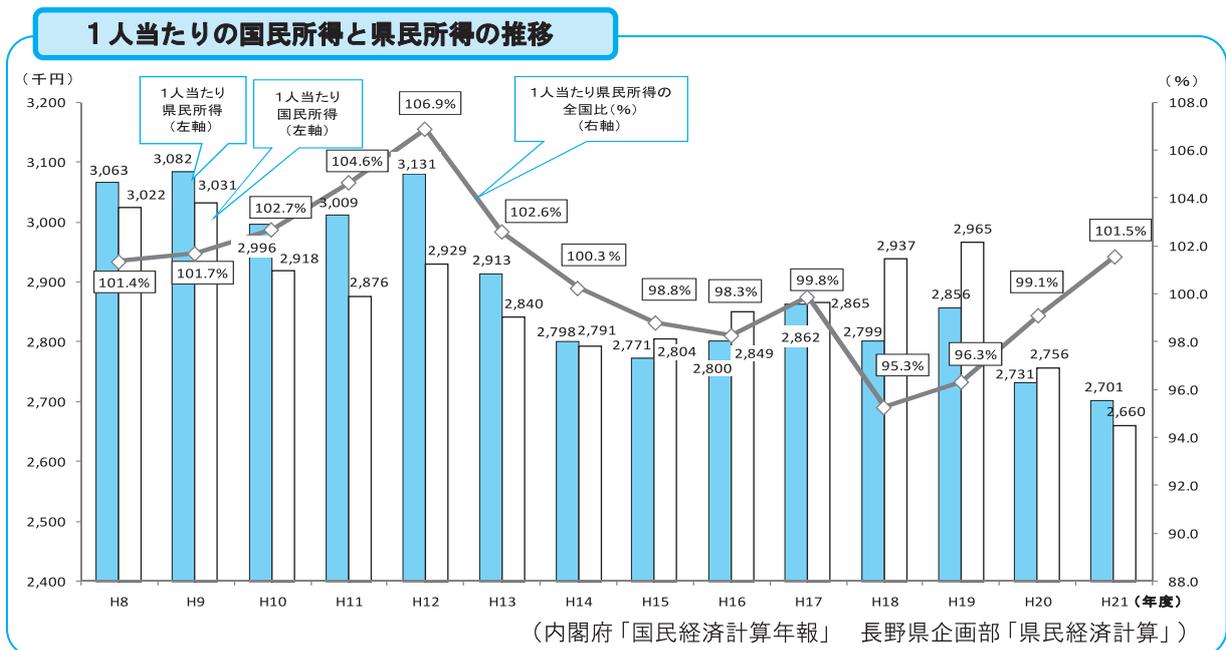
### ①長野県の県内総生産（名目）

長野県の県内総生産は平成12年度(2000年度)に約8兆9千億円に達した後、最近では8兆円台前半で推移していましたが、平成21年度(2009年度)は8兆円を割り込みました。



### ②1人当たりの国民所得と県民所得

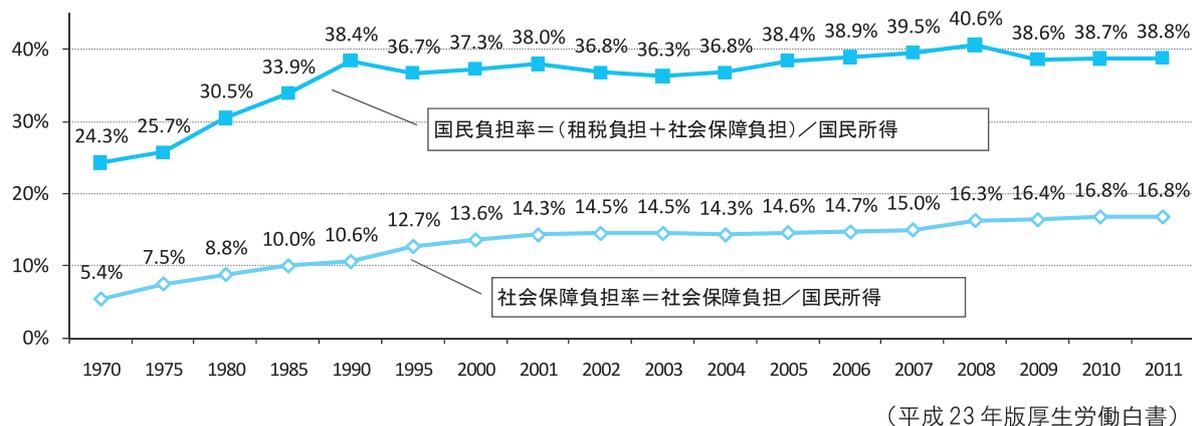
長野県の1人当たり県民所得は平成15年度(2003年度)から平成20年度(2008年度)までは国民所得を下回りましたが、平成21年度(2009年度)は国民所得を上回りました。しかし、平成20年度(2008年度)以降、1人当たりの県民所得も国民所得も減少しています。



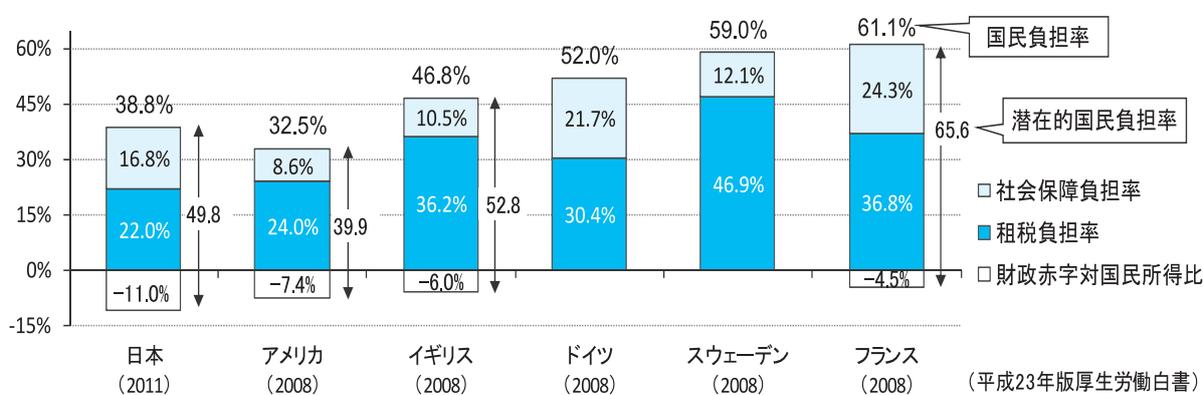
### ③国民負担率・社会保障負担率

国民負担率は平成2年(1990年)以降 38%前後で推移し、社会保障負担率は増加傾向にあります。海外の状況を見ると、日本よりも高い負担率となっている国もあります。

国民負担率と社会保障負担率の推移



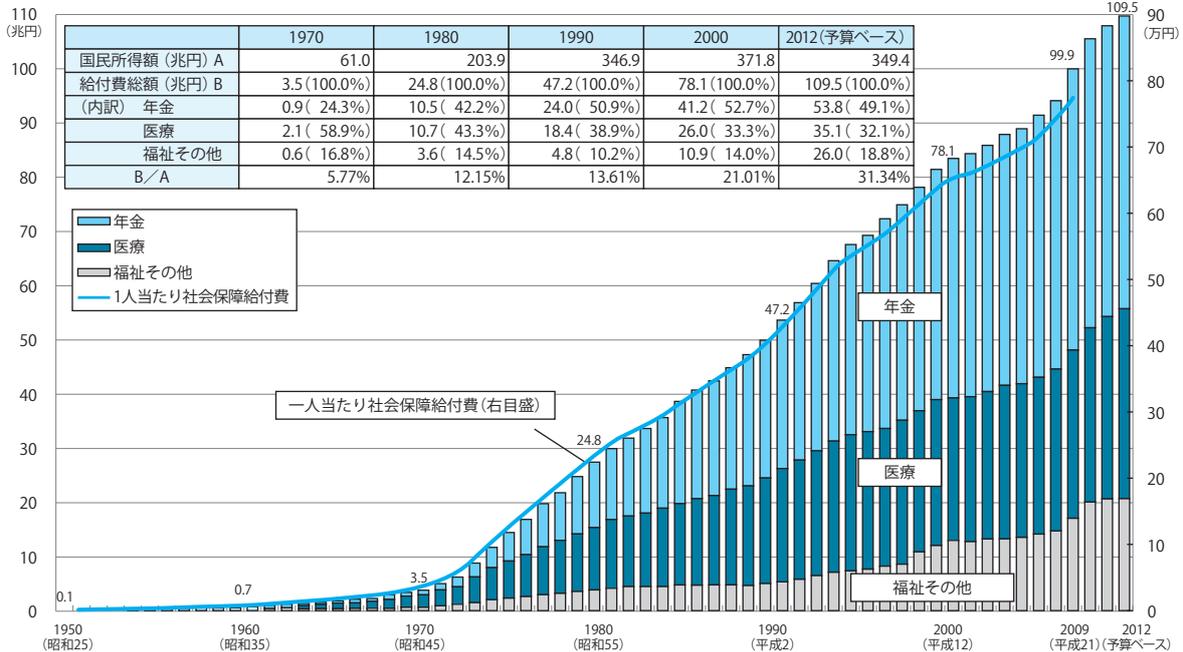
国民負担率の国際比較



#### ④ 社会保障給付費の全国推移

社会保障給付費は、全体で約 109 兆円となっており、年金が約5割、医療が約3割を占めています。

##### 社会保障給付費の全国推移



(国立社会保障・人口問題研究所「平成22年度社会保障費用統計」)

(注1) 2010年度～2012年度(予算ベース)は厚生労働省推計

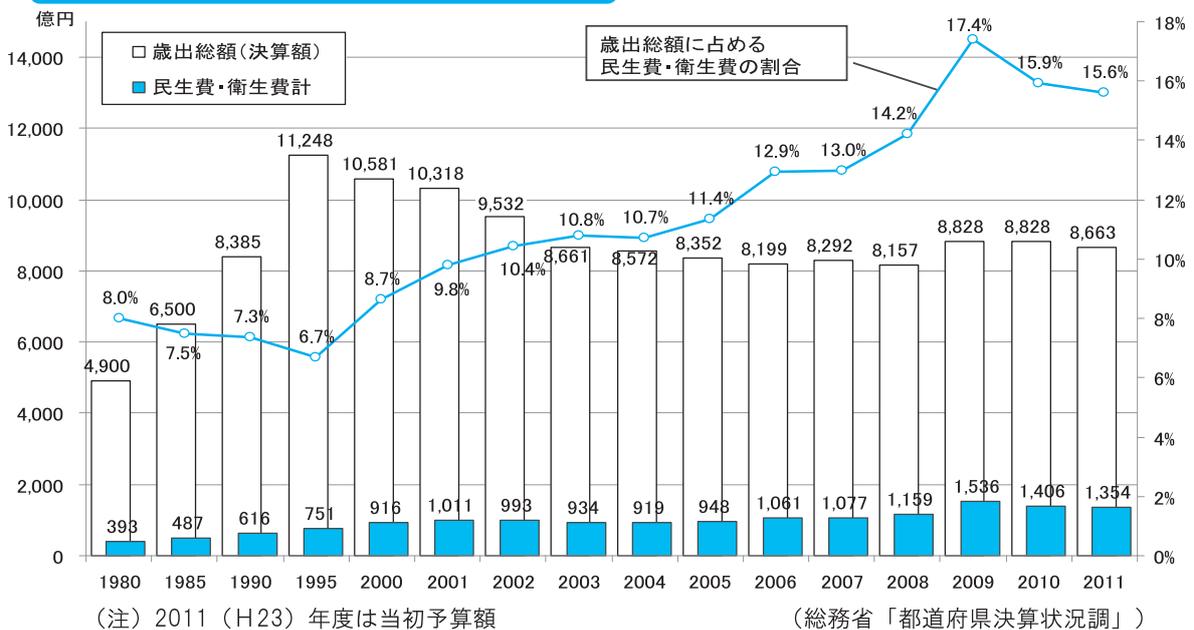
(注2) 2012年度の国民所得額は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成24年1月24日閣議決定)」

(注3) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2009並びに2012年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

#### ⑤ 長野県の歳出総額と民生費・衛生費(決算ベース)

長野県の普通会計歳出総額(決算額)は1995年(平成7年)ころをピークに減少傾向にある一方、民生費・衛生費の歳出総額に占める割合は概ね増加傾向にあります。

##### 長野県の歳出総額と民生費・衛生費の推移

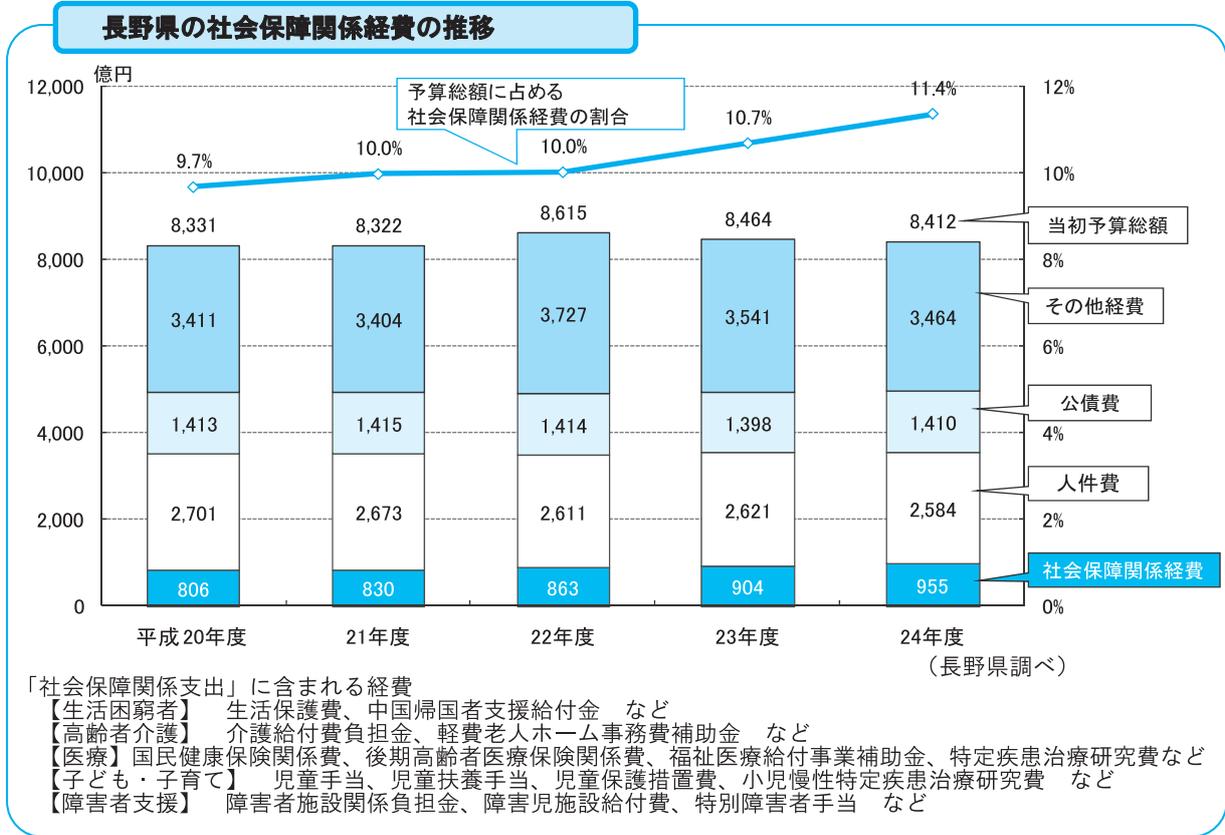


(注) 2011(H23)年度は当初予算額

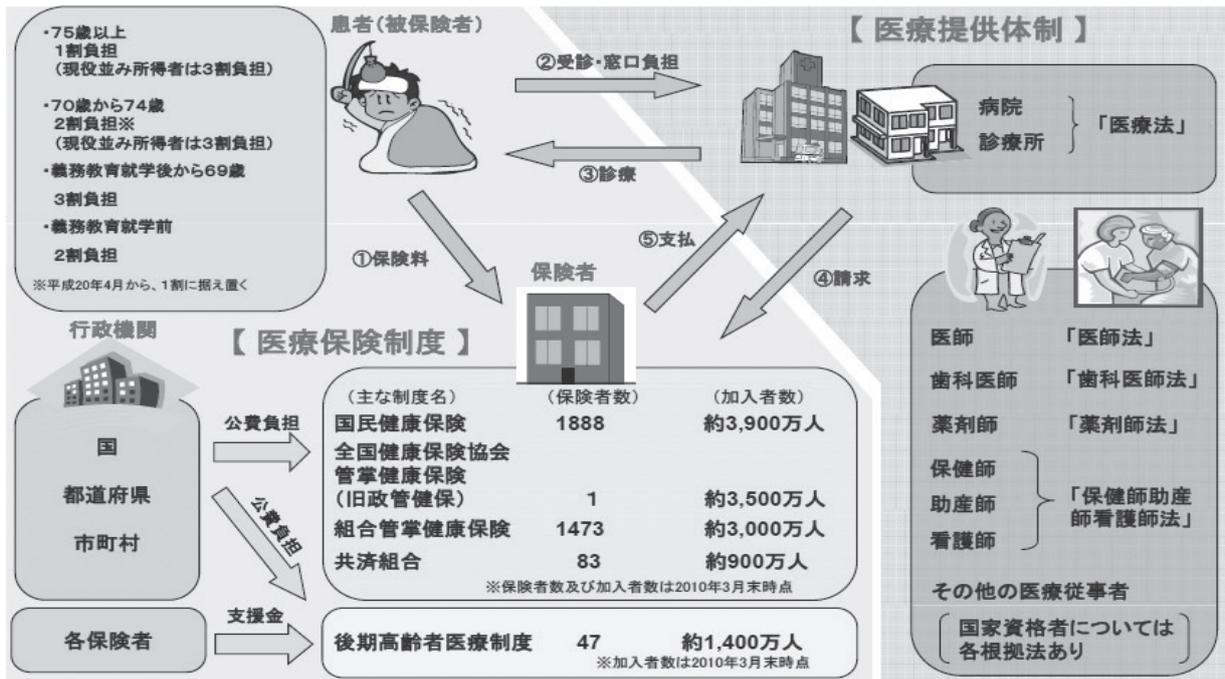
(総務省「都道府県決算状況調」)

### ⑥長野県の社会保障関係経費

長野県の社会保障関係経費は一般会計予算総額の約1割を占め、増加が続いています。平成24年度(2012年度)には予算総額が約50億円減少する一方で、社会保障関係経費は約50億円増加する見込みとなっています。



### 【参考】日本の医療制度の概要



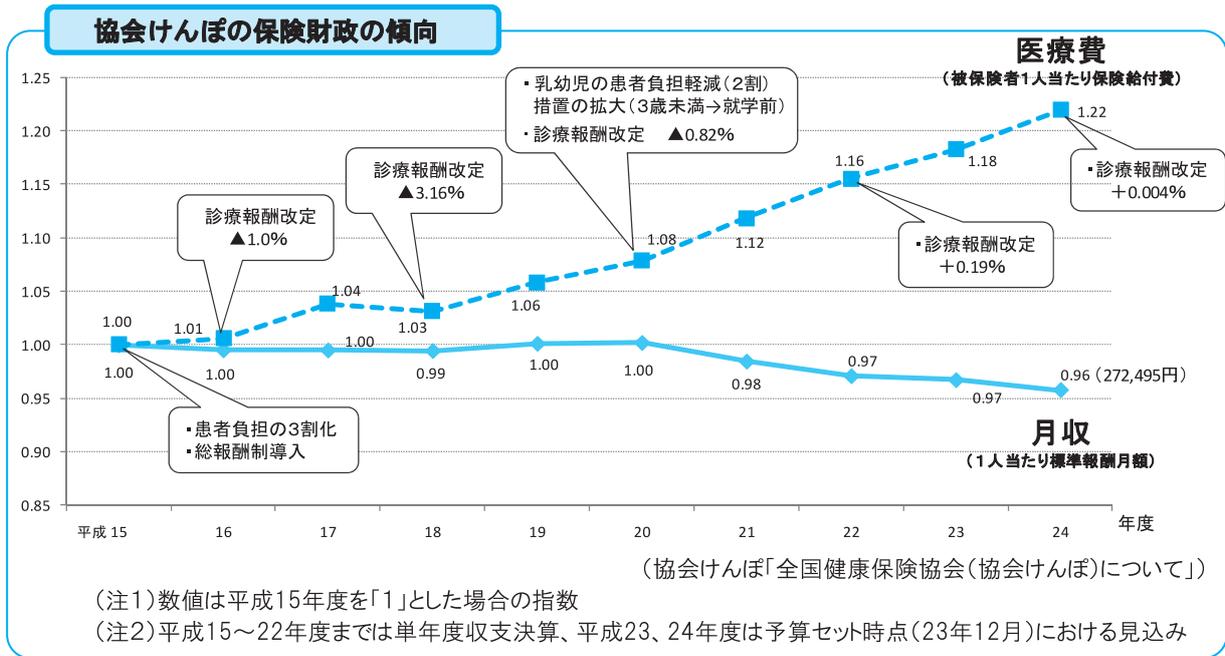
(厚生労働省「我が国の医療保険について」)

## (2) 医療保険財政の状況

厳しい経済状況を反映して被保険者の収入が減少する中、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより医療費は増加を続けており、医療保険財政は非常に厳しい状況にあります。

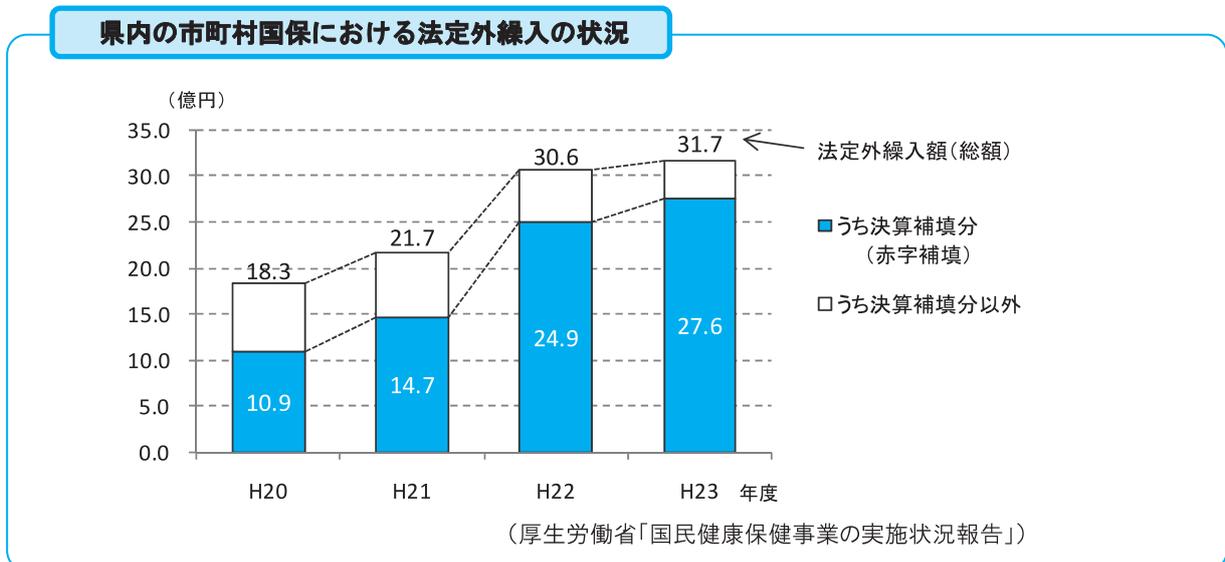
### ①標準報酬月額と保険給付費の動向

医療費支出（1人当たり保険給付費）の伸びが、保険料収入（1人当たり標準報酬月額）の伸びを上回っており、ここ数年では特にその傾向が顕著になっています。



### ②市町村国保の状況

市町村国保は、失業者や低所得者、高齢者が多く加入するといった構造的な問題を抱え、市町村の一般会計からの多額の法定外繰入れを要するなど、保険財政は恒常的に厳しい状況にあります。



## 第2節 県民医療費の動向

### (1) 県民医療費の推移

平成20年度(2008年度)の県民医療費は5,567億円で、前回公表時(平成17年度(2005年度))の5,297億円に比べ、270億円(5.1%)増加しています。

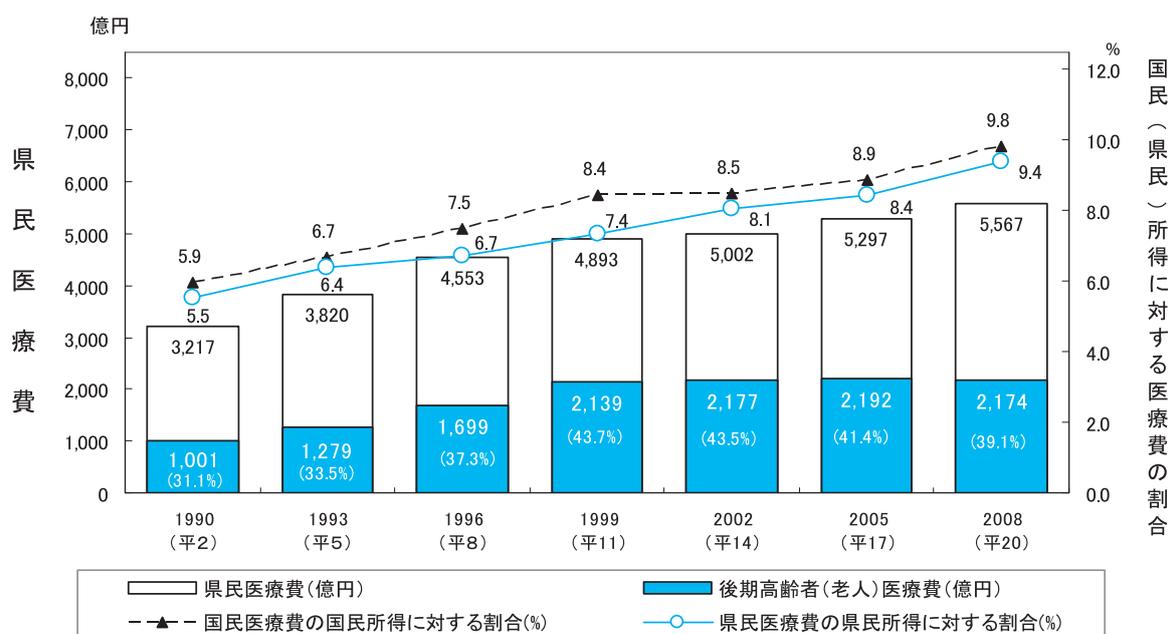
平成20年度(2008年度)の後期高齢者(老人)医療費は2,174億円で、県民医療費の39.1%を占めています。

全国では、国民医療費の32.8%を後期高齢者(老人)医療費が占めていますが、高齢化の影響等により長野県は全国より6.3ポイント上回っています。

今後、75歳以上人口の増加に伴い、県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は一層増加するものと予想され、県民医療費も増加が見込まれます。

また、所得に対する医療費の割合も年々増加しています。

#### 県民医療費の推移



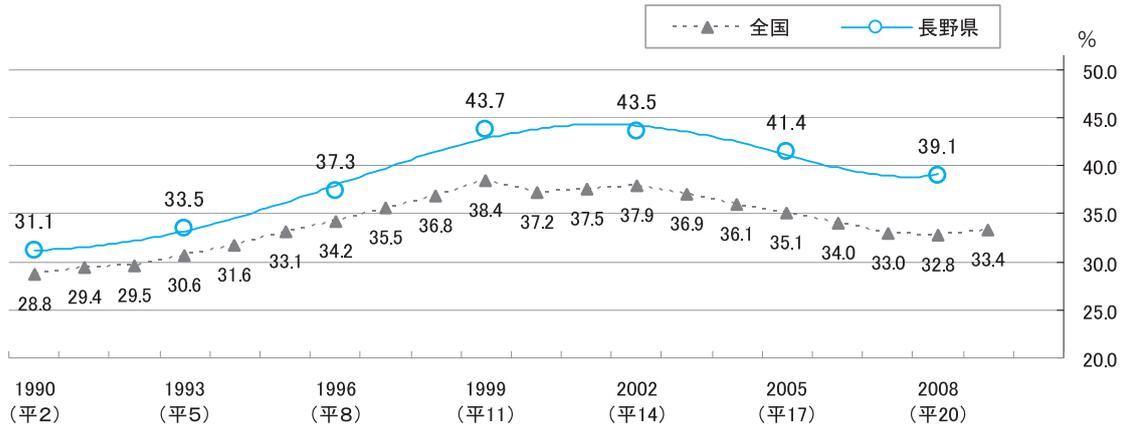
※平成14年10月～19年9月、老人医療対象年齢の引き上げ(70歳以上→75歳以上)が段階的に行われた。

(厚生労働省「国民医療費」、「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」)

※ 県民医療費の県民所得に占める割合の算出に用いた県民所得は、平成7年度以前は長野県企画局「平成15年度(2003年度)長野県の県民経済計算」、平成8年度以降は長野県企画部「平成21年度(2009年)長野県の県民経済計算」による。

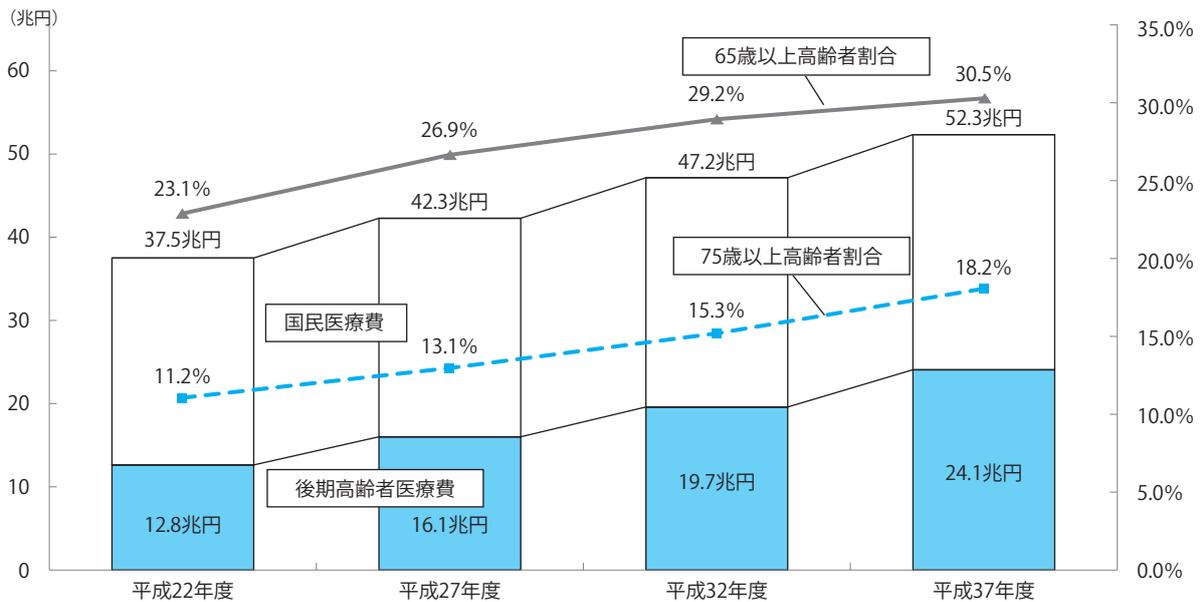
※ 国民医療費の国民所得に占める割合は、厚生労働省「平成22年度後期高齢者医療事業年報」による。

国民（県民）医療費に占める後期高齢者（老人）医療費の割合



(厚生労働省「平成22年度後期高齢者医療事業年報」)  
 ※本県の状況は、厚生労働省「国民医療費」、「老人医療事業年報」及び「後期高齢者医療事業年報」により算出

国民医療費、後期高齢者医療費及び高齢者割合の見通し（全国）

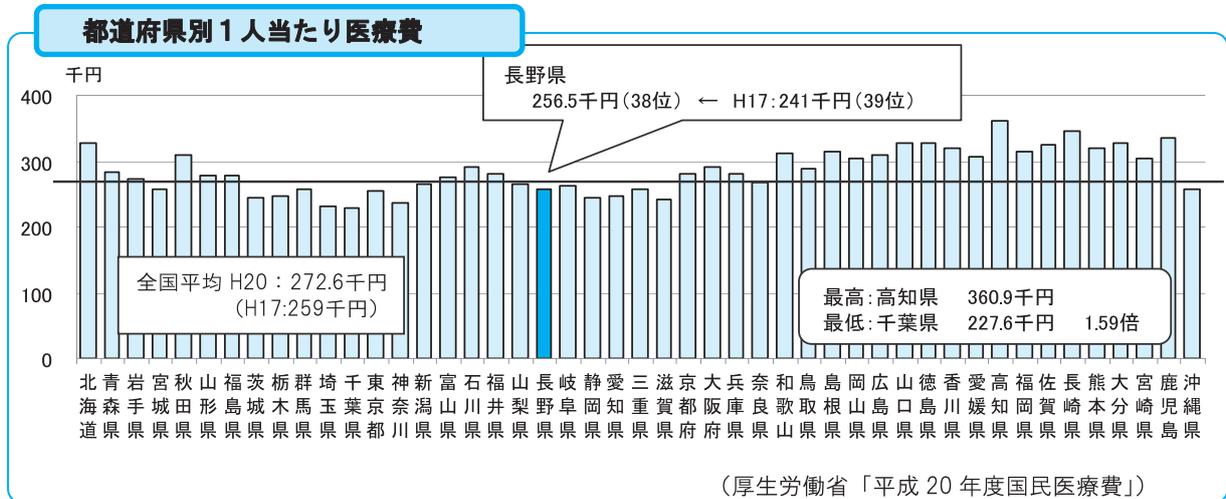


(厚生労働省ホームページ「我が国の医療保険について」)

注1)国民医療費及び後期高齢者医療費は、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表して試算(診療報酬改定が無い場合)。なお、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。  
 注2)65歳以上及び75歳以上の高齢者割合(対総人口)は「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(国立社会保障人口問題研究所)の出生中位・死亡中位の推計による。

## (2) 1人当たり県民医療費の状況

平成20年度(2008年度)の1人当たり県民医療費は256.5千円で、全国平均の272.6千円に比べ16.1千円低く、全国第38位(低い方から10番目)となっています。

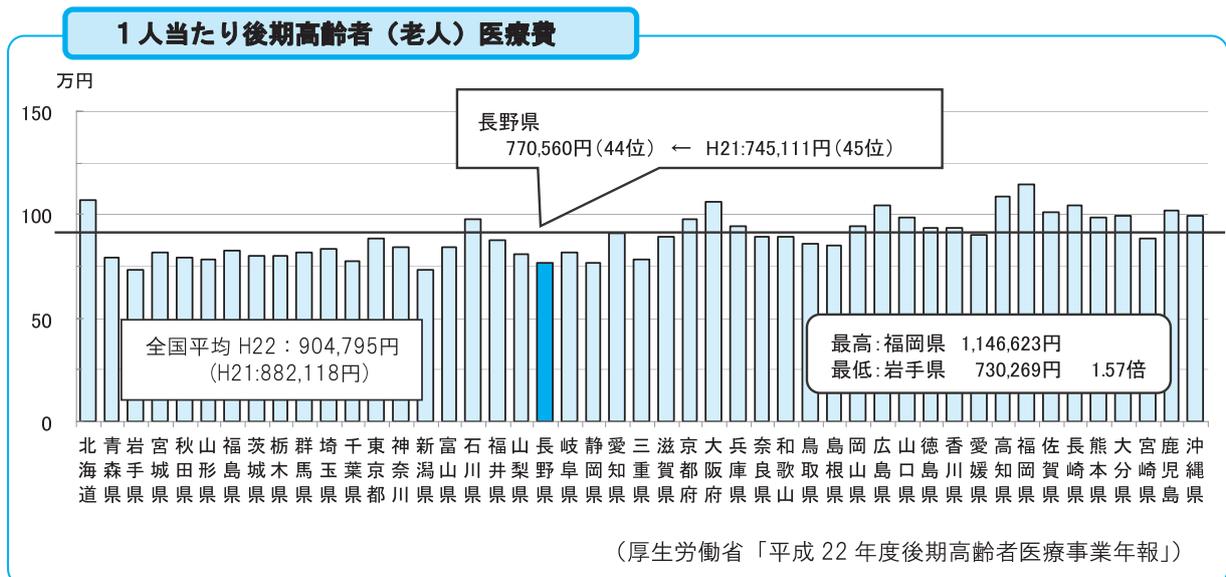


## (3) 1人当たり後期高齢者(老人)医療費の状況

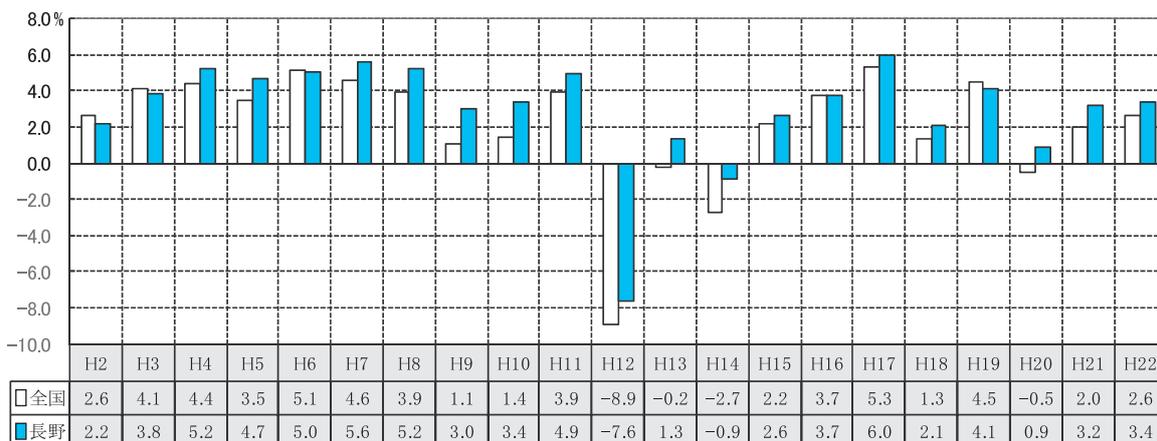
長野県の平成22年度(2010年度)の1人当たり後期高齢者(老人)医療費は770,560円で、全国平均の904,795円に比べて134,235円低く、全国第44位(低い方から4番目)となっています。

金額では全国平均より低くなっていますが、対前年度比は3.4%増で、伸び率では全国第5位です。

診療種別で見ると、いずれも全国平均より低い額となっていますが、入院医療費が大きく伸びており(対前年度比6.7%増)、伸び率では全国第3位となっています。

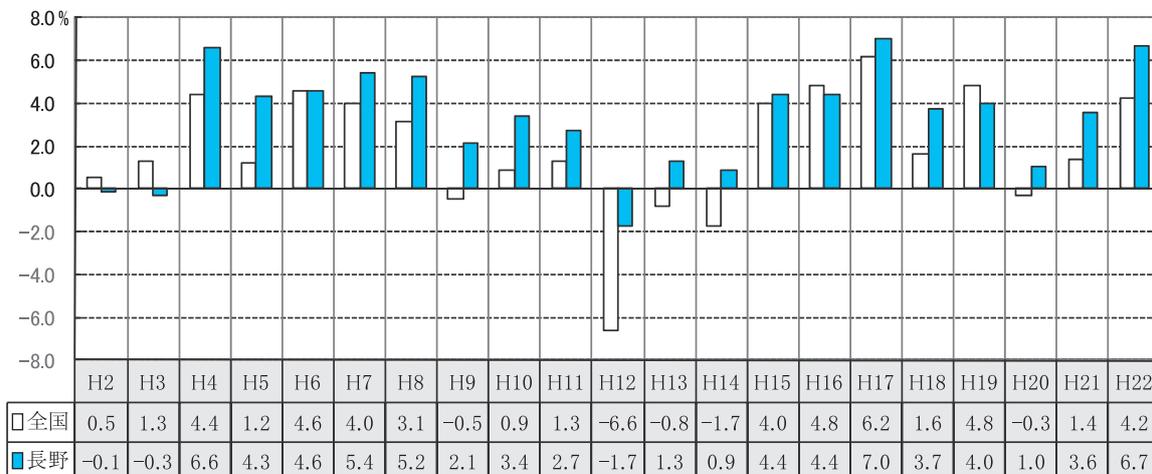


1人当たり後期高齢者（老人）医療費の対前年度比の推移



(厚生労働省「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」)

後期高齢者（老人）医療費に係る1人当たり入院医療費の対前年度比の推移



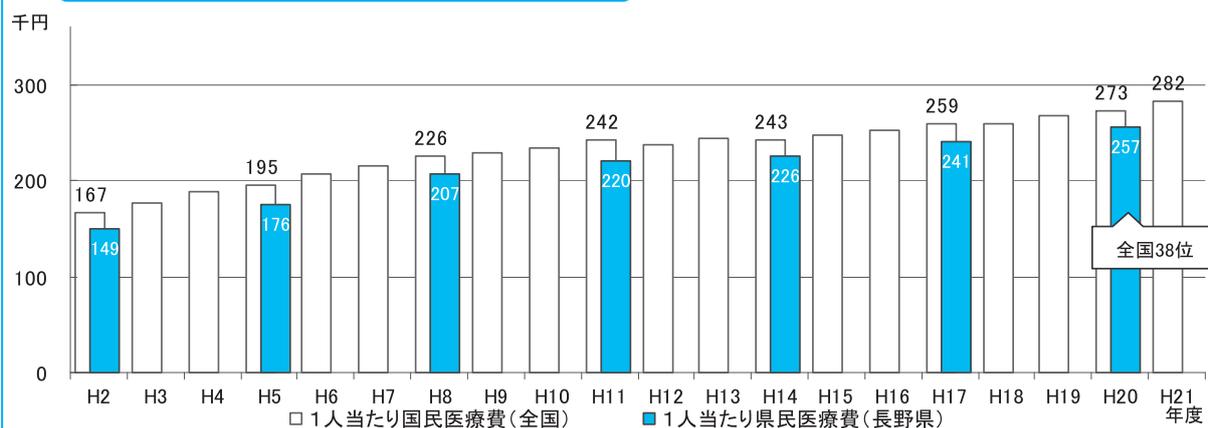
(厚生労働省「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」)

#### (4) 1人当たり医療費の推移

長野県の1人当たり県民医療費は、全国平均よりも低く推移してきましたが、長野県も全国も増加傾向にあります。

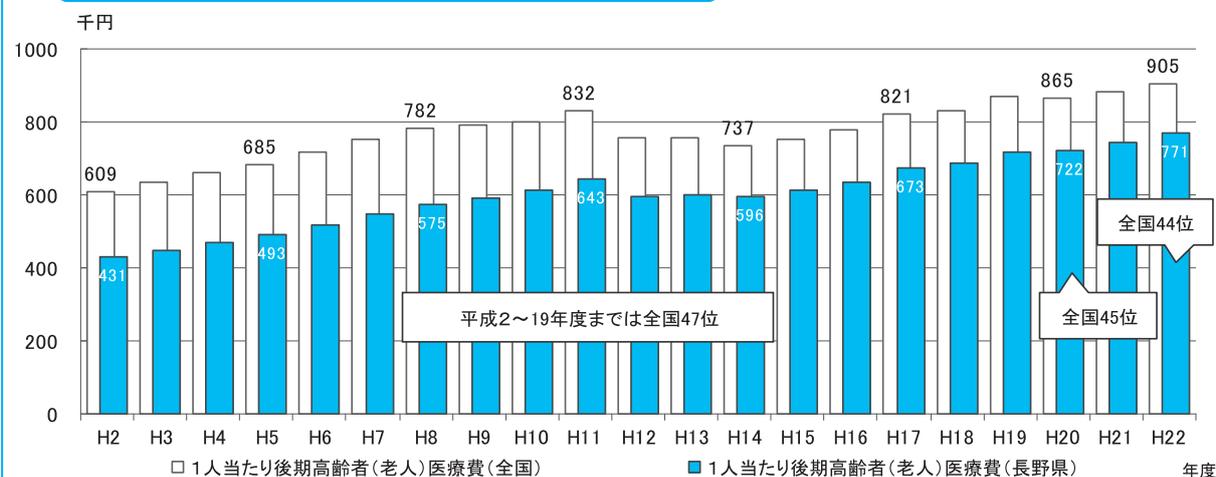
また、後期高齢者(老人)医療費も、1人当たり医療費が年々増加しており、平成2年度(1990年度)から平成19年度(2007年度)までは全国最低額でしたが、平成20年度(2008年度)には45位、平成22年度(2010年度)には44位となり、全国平均との差も小さくなっています。

##### 1人当たり国民(県民)医療費の推移



(厚生労働省「国民医療費」)

##### 1人当たり後期高齢者(老人)医療費の推移



(厚生労働省「老人医療事業年報」「後期高齢者医療事業年報」)

## (5) 年齢階級別 1 人当たり医療費の状況

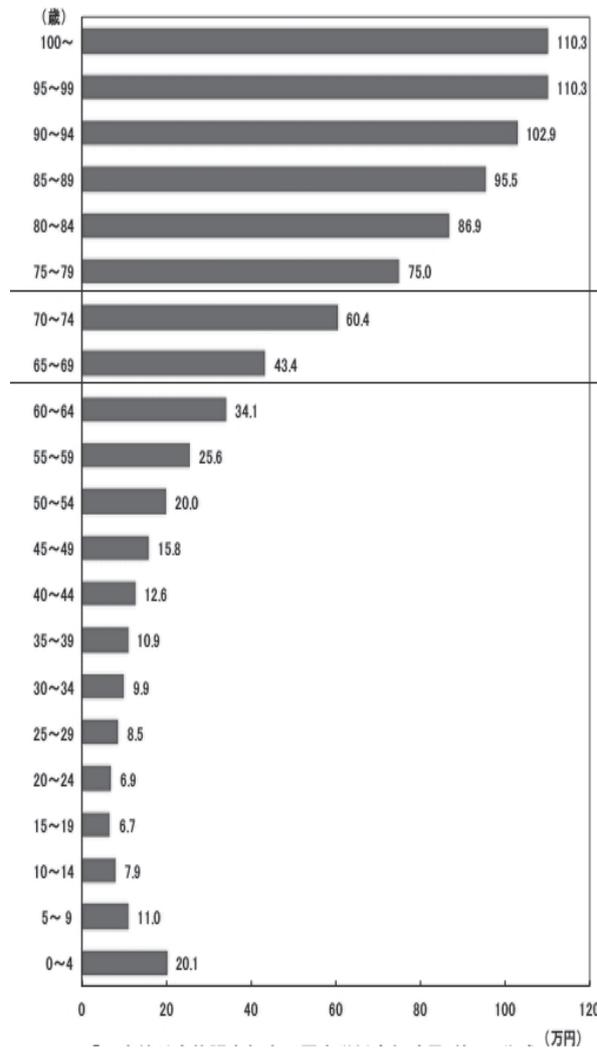
### ① 全国の状況

平成 21 年度（2009 年度）の 1 人当たり医療費を年齢階級別にみると、15～19 歳まで年齢とともに徐々に下がり、その後は年齢が上がるとともに高くなっています。

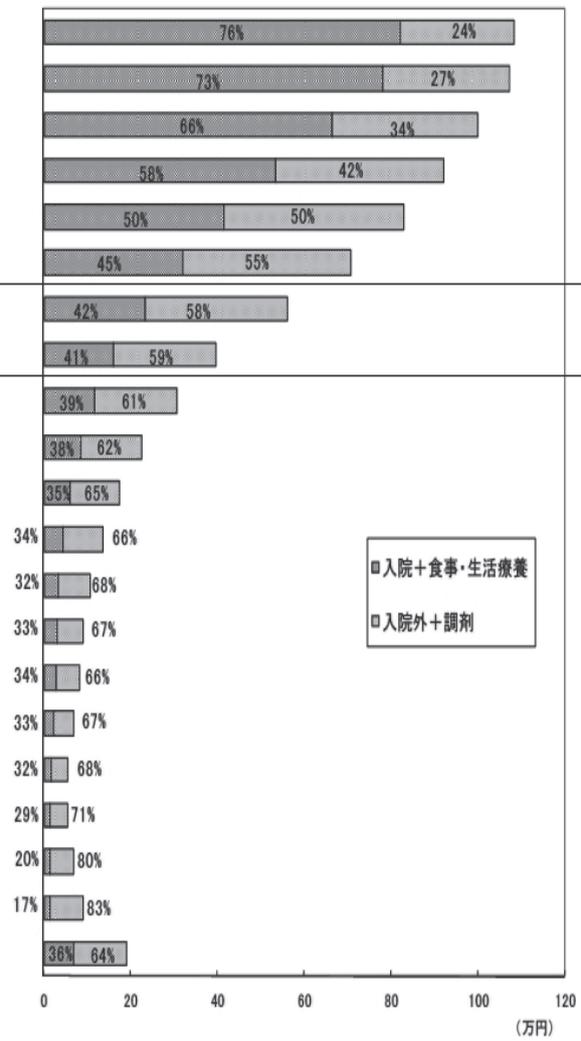
70 歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高く、80 歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなっています。

年齢階級別 1 人当たり医療費の状況（全国）

(医療費計)



(医科診療費)



(厚生労働省「年齢階級別 1 人当たり医療費（平成 21 年度）」)

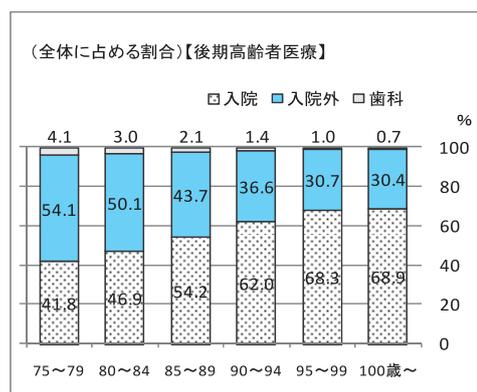
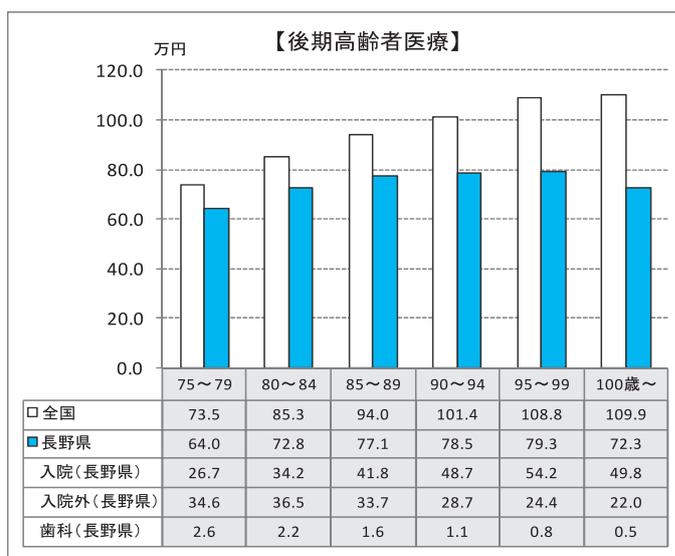
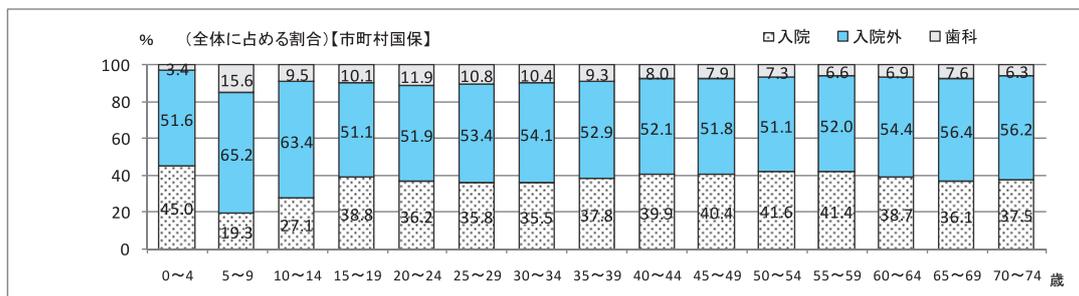
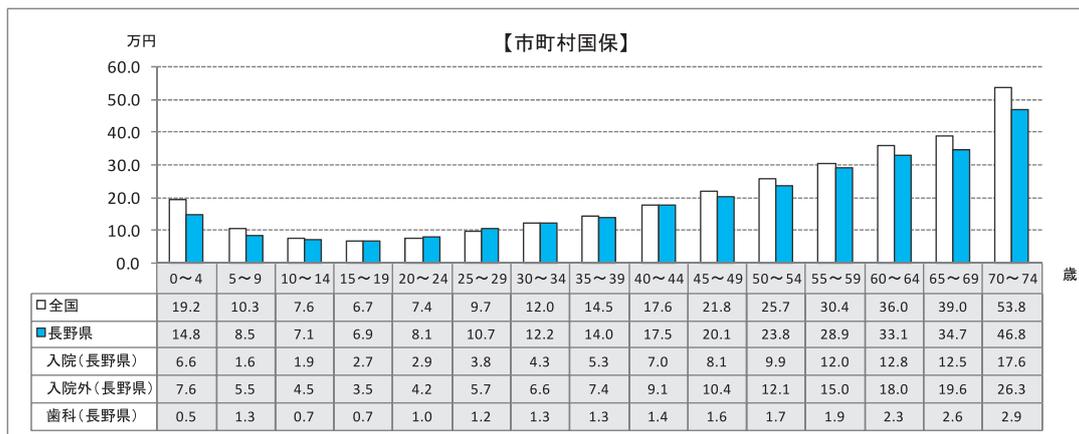
※厚生労働省において「医療給付実態調査報告」等より作成

## ②長野県の状況

長野県の年齢階級別1人当たり医療費は、全国と同様に、15～19歳までは年齢とともに徐々に下がり、その後は年齢とともに高くなっています。今後も、高齢化の進展に伴い、医療費の増加が見込まれます。

1人当たり医療費に占める割合を診療種別でみると、80歳代前半までは入院外（入院外＋調剤）の割合が高く、80歳代後半になると入院（入院＋食事療養）の割合が高くなっています。

## 年齢階級別1人当たり医療費の状況（長野県）



※65～74歳の障害認定を受けた者を除く

（厚生労働省「平成21年度医療費の地域差分析」）

（注1）療養費等を含まないため、1人当たり県民医療費や各種事業年報とは数値が異なります。

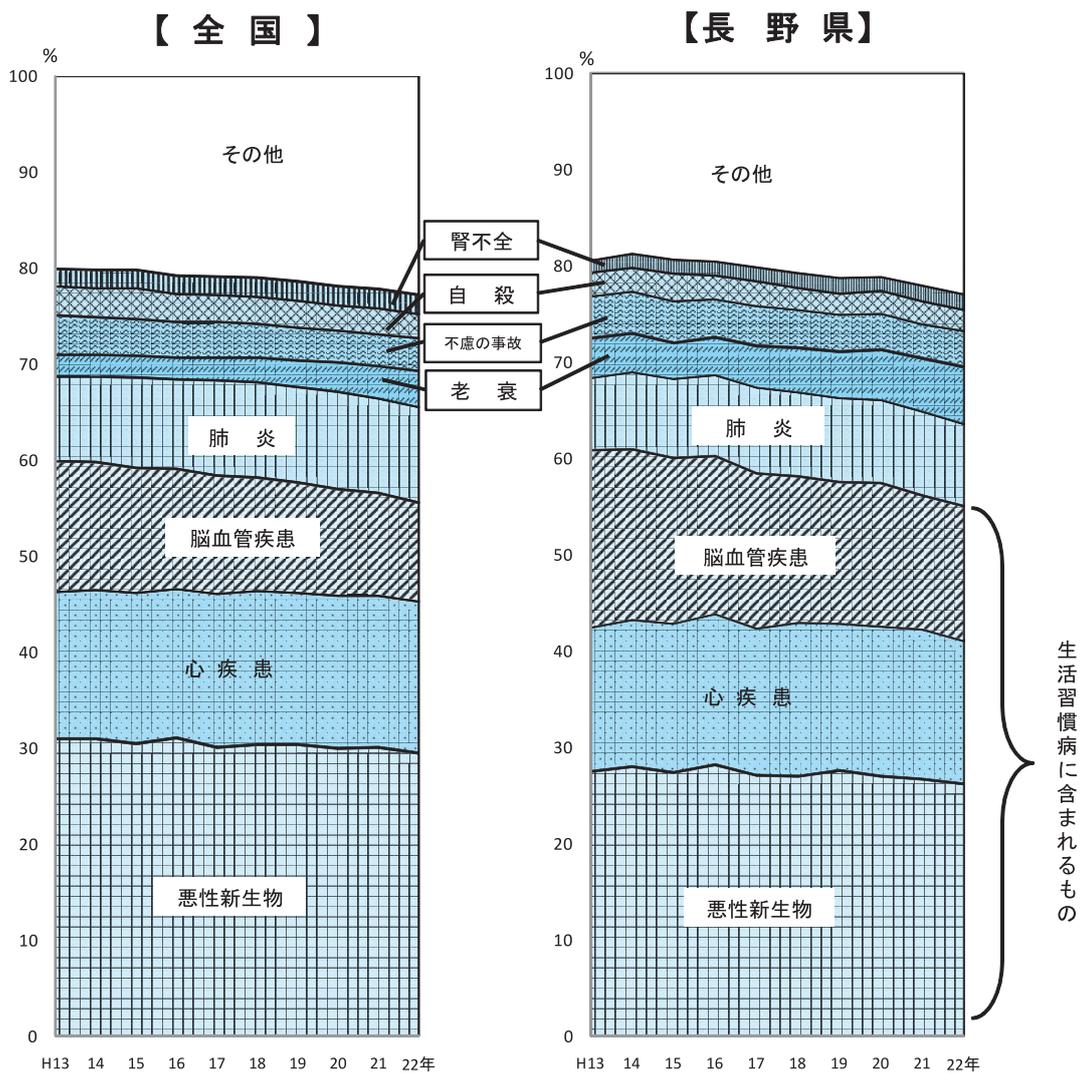
（注2）入院医療費には入院時食事・生活療養費を含み、入院外医療費には調剤医療費を含んでいます。

## 第3節 疾病別医療費の状況

### (1) 死因別死亡割合の推移

死亡原因の推移をみると、生活習慣との関連が深いと考えられる「悪性新生物」、「心疾患」、「脳血管疾患」による死亡の割合は減少傾向にあるものの、依然として5割を超えており、全国も長野県もその傾向は同じです。

死因別死亡割合の推移



(厚生労働省「人口動態調査」)

## (2) 疾病分類別医療費の状況

平成23年(2011年)5月診療分の診療費を疾病大分類(19分類)別にみると、国民健康保険、後期高齢者医療とも「循環器系の疾患」が最も多く、全体の約25%を占めています。次いで、国民健康保険では「消化器系の疾患」、「新生物」の順に多く、後期高齢者医療では「新生物」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に多くなっています。特に後期高齢者医療では、全体の約3割を「循環器系の疾患」が占めています。

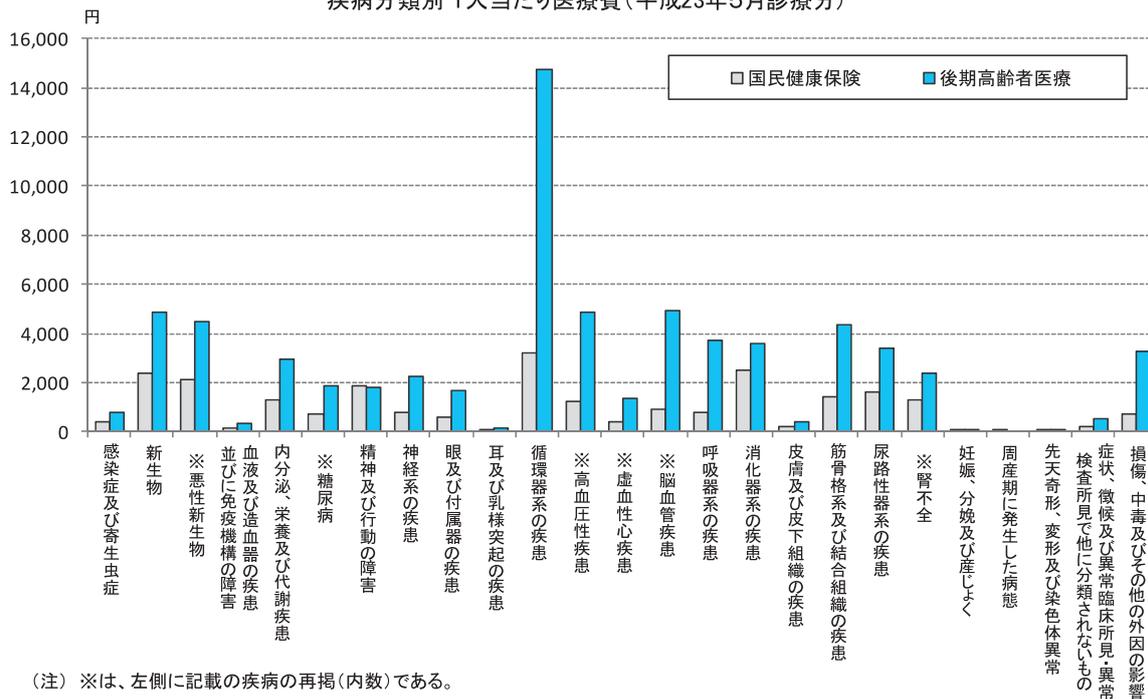
また、疾病中分類(119分類)別に診療費をみると、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の約4割を占めています。

### 疾病分類別医療費の状況(長野県)

疾病分類別医療費の上位3疾病(平成23年5月診療分)

	国民健康保険		後期高齢者医療			
	診療費	割合	診療費	割合		
1位	循環器系の疾患	1,862百万円	17.4%	循環器系の疾患	4,644百万円	30.2%
2位	消化器系の疾患	1,452百万円	13.6%	新生物	1,529百万円	9.9%
3位	新生物	1,378百万円	12.9%	筋骨格系及び結合組織の疾患	1,373百万円	8.9%

疾病分類別1人当たり医療費(平成23年5月診療分)



(注) ※は、左側に記載の疾病の再掲(内数)である。

(国民健康保険中央会「疾病分類統計」(平成23年5月診療分(6月審査分)))

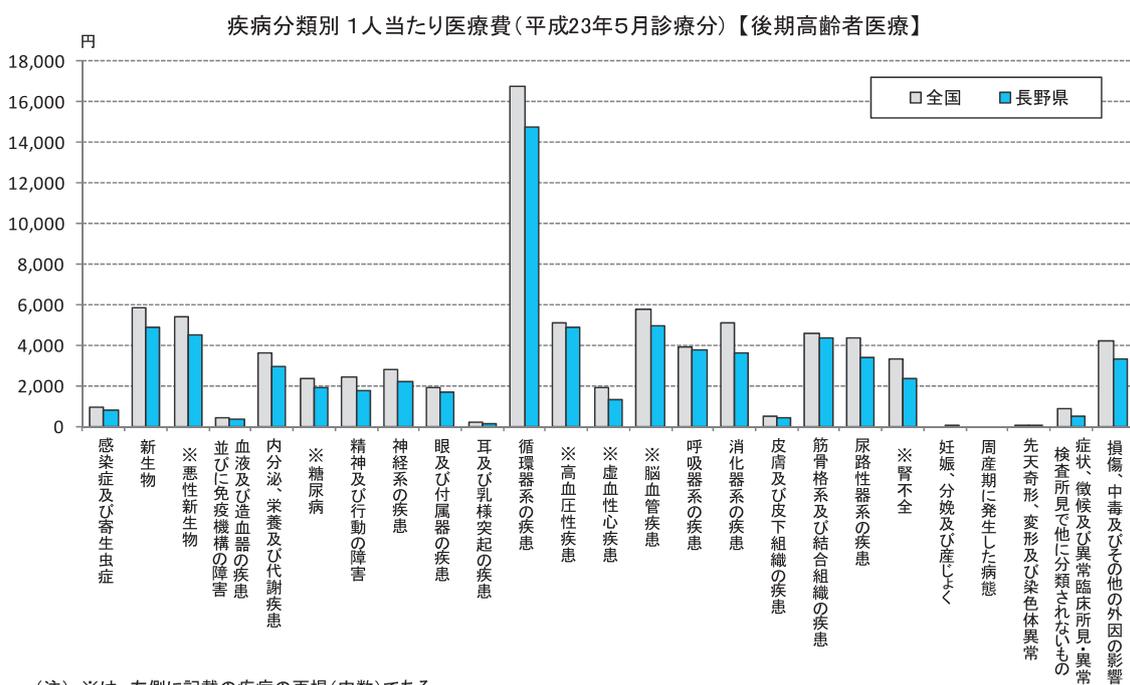
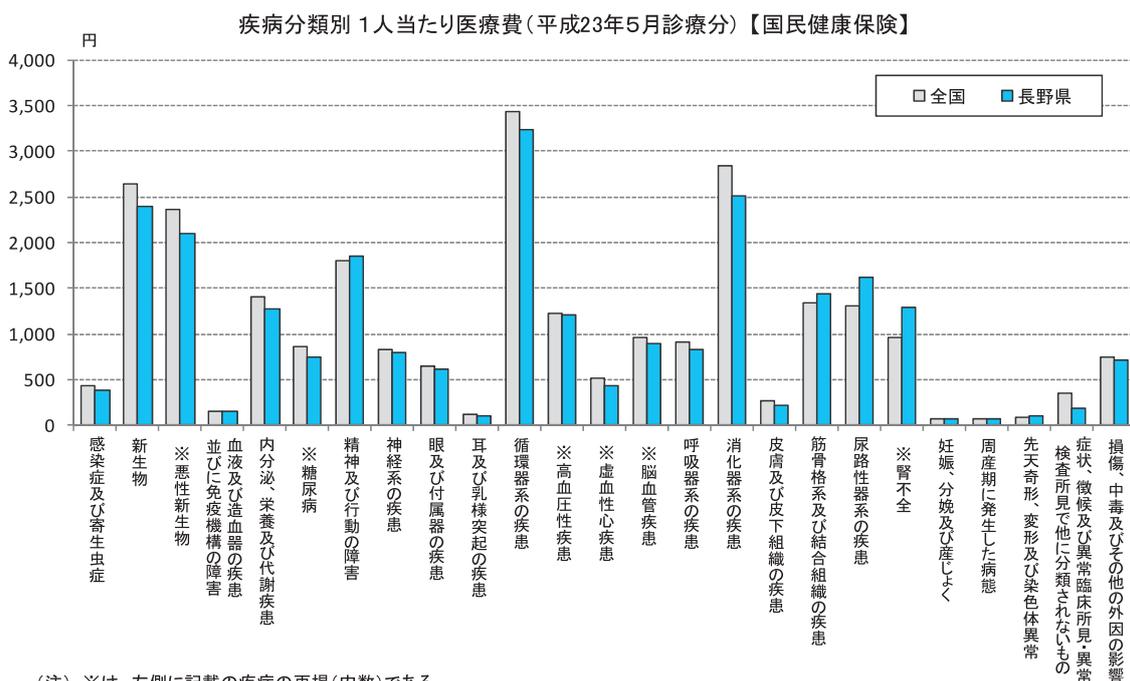
※集計対象は、医科及び歯科診療費のみ。傷病情報が不詳のデータは集計されていません。

(注1) 疾病大分類は、社会保険表章用疾病分類表(19分類)に基づく分類

(注2) 疾病中分類は、社会保険表章用疾病分類表(119分類)に基づく分類

(注3) 疾病分類に計上されている疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されません。そのため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病については低い集計値となる可能性があります。

## 疾病分類別医療費の状況（全国との比較）



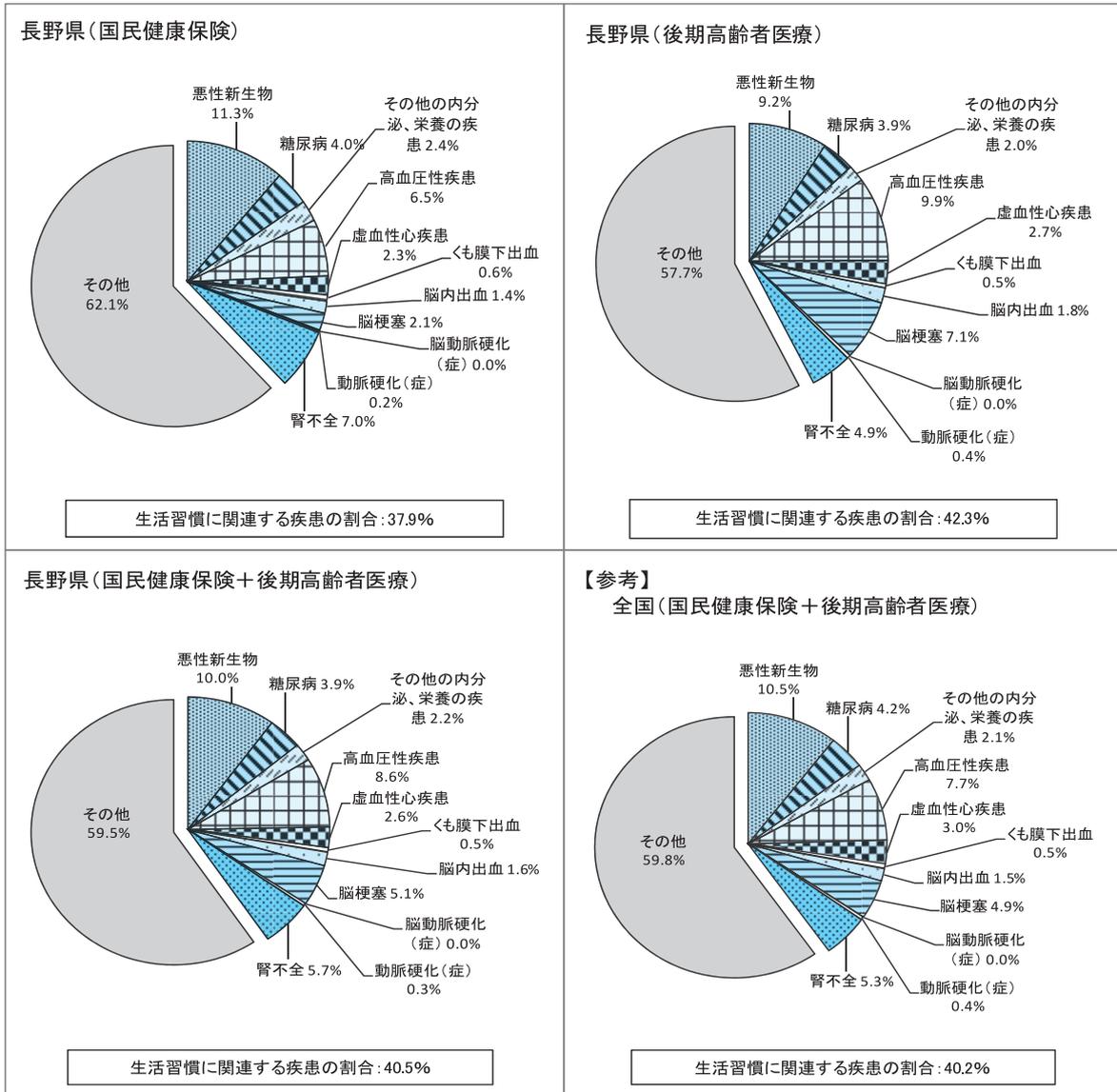
(国民健康保険中央会「疾病分類統計」(平成23年5月診療分(6月審査分)))

※集計対象は、医科及び歯科診療費のみ。傷病情報が不詳のデータは集計されていません。

(注1) 社会保険表章用疾病分類表(19分類)に基づく分類

(注2) 疾病分類に計上されている疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されません。そのため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病については低い集計値となる可能性があります。

## 生活習慣に関連の深い疾病の割合（平成23年5月診療分）



(国民健康保険中央会「疾病分類統計」(平成23年5月診療分(6月審査分)))

※集計対象は、医科及び歯科診療費のみ。傷病情報が不詳のデータは集計されていません。

※ここでは、生活習慣に関連が深い疾病として、次の11疾病を抽出しています。これらの中には生活習慣が原因でない場合も含まれますが、区分ができないため、一括して計上しています。

- ・悪性新生物
- ・糖尿病
- ・その他の内分泌、栄養の疾患
- ・高血圧性疾患
- ・虚血性心疾患
- ・くも膜下出血
- ・脳内出血
- ・脳梗塞
- ・脳動脈硬化(症)
- ・動脈硬化(症)
- ・腎不全

(注1) 社会保険表章用疾病分類表(119分類)に基づく分類

(注2) 疾病分類に計上されている疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されません。そのため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病については低い集計値となる可能性があります。

