

第二期福島県医療費適正化計画

新生ふくしま健康医療プラン



平成 25 年 3 月
福島県保健福祉部

目 次

第1章 はじめに

1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画期間	3

第2章 基本理念

1 基本理念	3
2 計画策定の視点	3

第3章 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費を取り巻く現状	
(1) 東日本大震災、原子力災害による被災状況	3
(2) 高齢化の状況	4
(3) 生活習慣病に関する現状	6
(4) 平均在院日数に関する現状	23
(5) 後期高齢者医療費の状況	26
(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況	28
2 医療費を取り巻く課題（本県の特徴）	
(1) 東日本大震災、原子力災害による影響	29
(2) 将来の人口構造	30
(3) 生活習慣病対策	30
(4) 平均在院日数	31
(5) 後期高齢者医療費	31
(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況	31

第4章 達成すべき政策目標と施策及び医療費に及ぼす影響の見通し

1 平成29年度末までに達成すべき目標と施策及び医療費に及ぼす影響の見通し	
(1) 県民の健康の保持の推進に関する数値目標及び施策	32
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標及び施策	43
2 計画期間における医療に要する費用の見通し	51
3 施策を推進するための関係者の役割と連携	52

第5章 計画の推進

1 PDCAサイクルに基づく計画の推進	
(1) 毎年度の進行管理	54
(2) 進捗状況評価（中間評価）	55
(3) 実績評価（達成状況評価）	55
2 計画の推進体制	55

参考資料

福島県医療費適正化計画「新生ふくしま健康医療プラン」策定経過	57
福島県医療費適正化計画検討会設置要綱	58

第1章 はじめに

1 計画策定の背景と趣旨

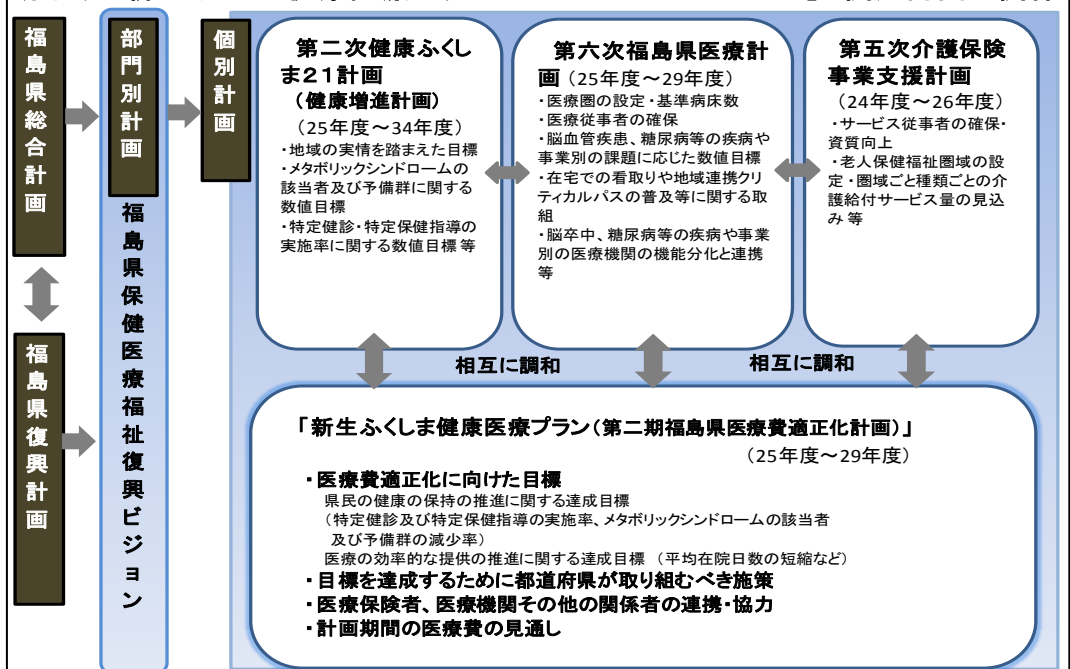
- 我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。
- しかし、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくことが課題となっております。
- このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において「医療費適正化計画」に関する制度が創設され、本県においても平成20年度を初年度とする5か年計画である『福島県医療費適正化計画「うつくしまいきいき健康医療プラン」』を策定し、平成24年度末で5年が経過します。
- この間、高齢化の進展や医療技術の進歩もありましたが、平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う大津波による災害（以下、「東日本大震災」という。）、東京電力福島第一原子力発電所事故による災害（以下、「原子力災害」という。）は、本県に大きな被害をもたらしました。特に、原子力災害の影響は甚大で、保健医療福祉提供体制の大幅な見直しが必要となっております。
- 高齢者の医療の確保に関する法律においては、5年ごとの計画の見直しを求めています。東日本大震災からの復興を果たすとともに、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する達成目標及びその目標を達成するための具体的方策を示すため、本計画を策定することとします。

2 計画の位置づけ

- 「福島県総合計画」のもとに策定される部門別計画として、「福島県保健医療福祉復興ビジョン（仮称）」があり、本計画は、「福島県保健医療福祉復興ビジョン（仮称）」のもとに策定される個別計画で、本県の医療費適正化の基本指針となるものです。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療費適正化計画です。

- 「福島県復興計画」及び保健、医療、介護等に関して県が策定する以下の各種計画と相互に調和を図ることとします。
 - 『第二次健康ふくしま21計画（福島県健康増進計画）』との調和
『第二次健康ふくしま21計画』における生活習慣病対策に係る取組内容が、本計画における県民の健康の保持の推進に関する取組内容と整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにします。
 - 『第六次福島県医療計画』との調和
『第六次福島県医療計画』における地域医療の機能分化と連携における施策の方向に係る取組内容と本計画における医療の効率的な提供の推進に関する取組内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に提供する体制が実現されるようにします。
 - 『第五次福島県介護保険事業支援計画』との調和
『第五次福島県介護保険事業支援計画』における介護給付等対象サービス量の見込み及び介護保険施設等の整備等に関する取組内容と、本計画における医療と介護の連携等に関する取組の内容とが整合し、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が図られるようにします。

(図1) 「新生ふくしま健康医療プラン(第二期福島県医療費適正化計画)」と関連計画の関係



3 計画期間

本計画は、平成25年度から平成29年度までの5年間を計画期間とします。

第2章 基本理念

1 基本理念

すこやかで ともにいきいき “新生ふくしま”

復興を進め、県民誰もが生涯にわたり健康で幸せに暮らせる新しいふくしまを目指し、次の視点に立って計画を策定し推進していきます。

2 計画策定の視点

- 東日本大震災と原子力災害からの復興
東日本大震災や原子力災害を克服し、全国に誇れる水準の保健・医療・福祉により、本県社会が支えられていくこと。
- 県民生活の質の確保・向上
予防を重視した健康づくりの取組をさらに推進するとともに、良質かつ適切な医療の効率的な提供による県民生活の質の確保・向上を目指すこと。
- 全県民の参加・連携
県民を中心として、保健医療福祉関係当事者すべてがそれぞれの役割を認識し、相互に連携・協力することで計画の実効性を高めること。

第3章 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費を取り巻く現状

(1) 東日本大震災、原子力災害による被災状況

- 平成23年3月11日に発生した東日本大震災は、1,915人の死者、65人の行方不明者、81,216棟の家屋の全・半壊（平成23年12月27日現在、福島県東日本大震災復旧・復興本部）や産業・交通・生活基盤の壊滅的被害など、浜通りを中心に県内全域に甚大な被害をもたらしました。
- 本県をさらに困難な状況に追い込んだのは、その後発生した原子力災害であり、自主的に避難している方も含めて15万人を超える県民が県内外に避難し、そのうち福島県外に避難している方は5万9,031人となっております（平成24年10月4日現在）。震災前202万4千人だった本

県人口は、昭和 53 年以来 33 年ぶりに 200 万人を割り込み、196 万 2 千人（福島県現住人口調査（平成 24 年 10 月 1 日 現在）による）にまで減少しております。

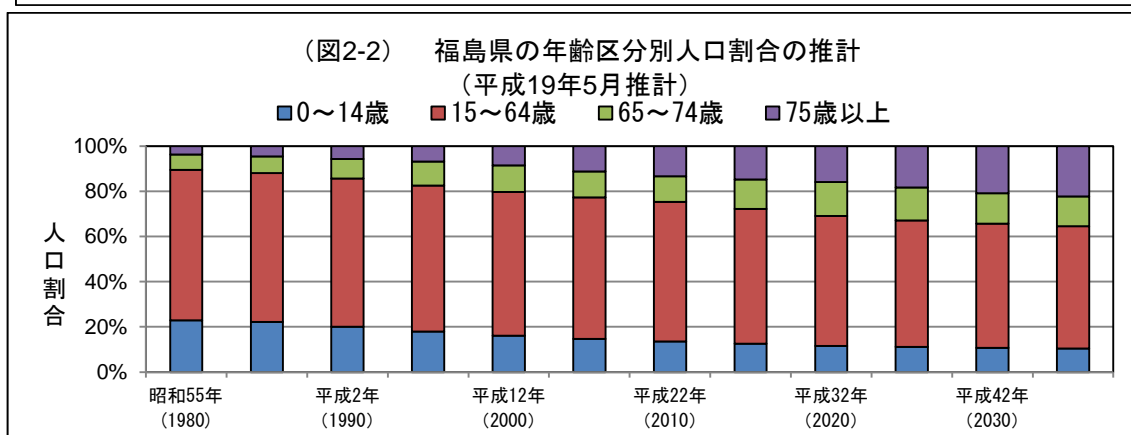
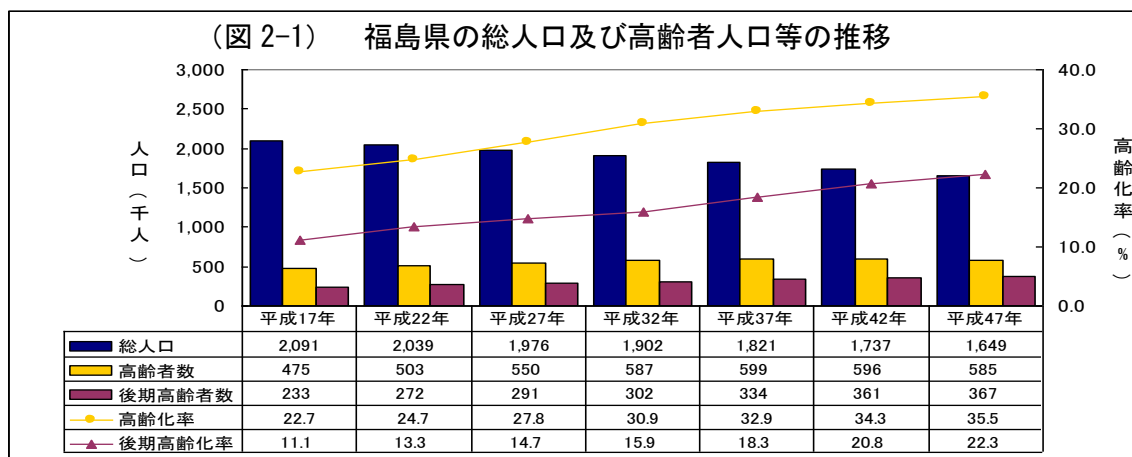
- また、本県は他県に比べ、震災関連死^{※1}の死者数が 761 人と多く、その内訳は、「避難所等への移動中の肉体・精神的疲労」が 380 人と、岩手県、宮城県に比べ多く、原子力発電所事故に伴う避難による影響が大きいと考えられております。（平成 24 年 3 月 31 日現在、復興庁調査）
- 医療や福祉の提供体制については、主に、以下の 3 点において、深刻な影響をもたらしました。
 - ① 医師や看護師等の医療従事者や、介護職員等の流出を招き、さらに、医師の招聘や看護師等の医療従事者の確保にも大きな影響を与えていること。
 - ② 東京電力福島第一原子力発電所を中心に設定された警戒区域により、相双医療圏が南北に分断され、これまでの医療や福祉の連携体制が組めなくなってしまったこと。
 - ③ 警戒区域の設定に伴い、多くの医療機関、高齢者等の入所施設、介護事業所等が休止を余儀なくされていること。
- 一方で、特に相双医療圏の県民を中心に、避難生活が長期化し、生活環境や生活習慣の変化による健康状態の悪化も認められています。また、多くの県民が、放射線の健康への影響に対する不安とストレスを抱えております。さらに、高齢者においては、東日本大震災の発生以降、相双圏域を始めとして、要支援・要介護認定者が急増しております。

(2) 高齢化の状況

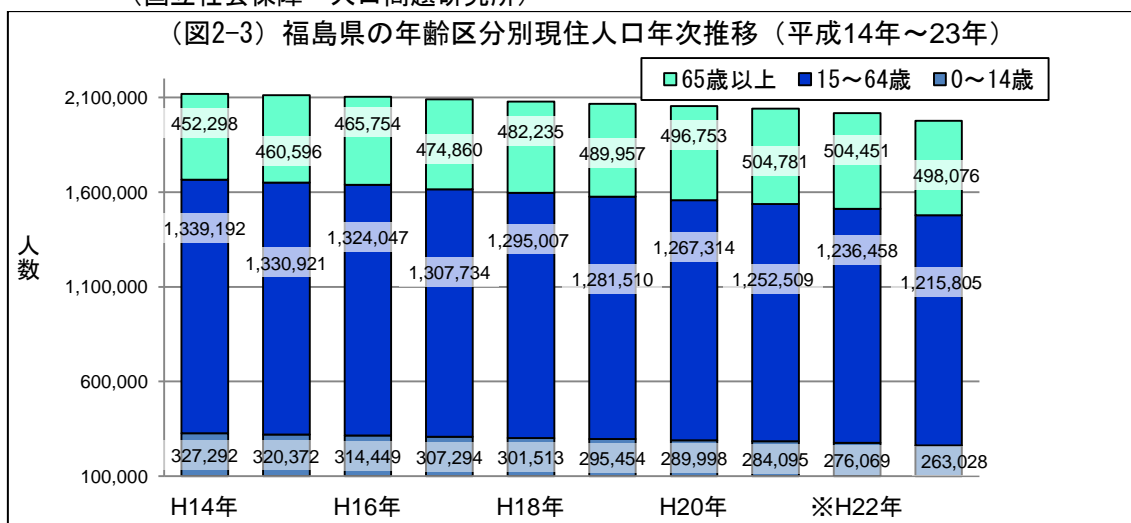
- 平成 19 年 5 月に公表された「日本の都道府県別将来推計人口」によると本県の総人口は 30 年後（平成 47 年）に 2 割減少すると推計されております。
- 一方、老年人口割合は増加の一途をたどると予測されており、特に 75 歳以上の後期高齢者人口割合は、平成 17 年から平成 47 年までの 30 年間で 2 倍になると推計されております。（図 2-1、2-2）

※1 震災関連死：地震等による災害が発生した際、建物の倒壊・火災・津波など震災の直接的な被害ではなく、避難生活の疲労や環境の悪化などによって、病気にかかったり、持病が悪化するなどの原因による死亡。

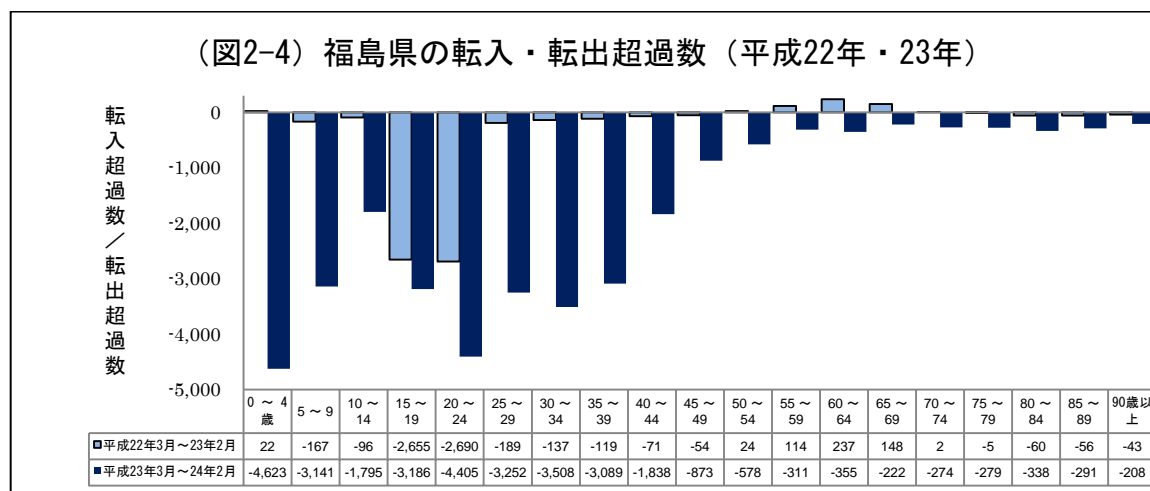
- また、東日本大震災・原子力災害の発生後、若い世代を中心に県外への人口流出が続くとともに、県内でも人口の流動が大きくなっており、そのため、本県では、我が国全体の傾向より、人口減少・高齢化の進行の度合いは深刻であると考えられます。(図2-3、2-4)



資料：(図2-1、2-2) 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)
(国立社会保障・人口問題研究所)



資料：*は国勢調査(総務省)、その他は福島県の推計人口(福島県)



資料：住民基本台帳人口移動報告 東日本大震災の人口移動への影響（総務省統計局）

(3) 生活習慣病に関する現状

- 生活習慣病の中でも、高血圧症、糖尿病等は、特に急性心筋梗塞や脳梗塞、人工透析を必要とする腎不全の発症の危険因子ともなっており、その背景には、内臓脂肪の蓄積による影響が大きいと考えられています。
- 本計画では、内臓脂肪症候群（以後、メタボリックシンドローム^{※2}という）が関連すると言われている疾患及び生活習慣病の予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙について現状分析をしていきます。

ア 死亡の状況

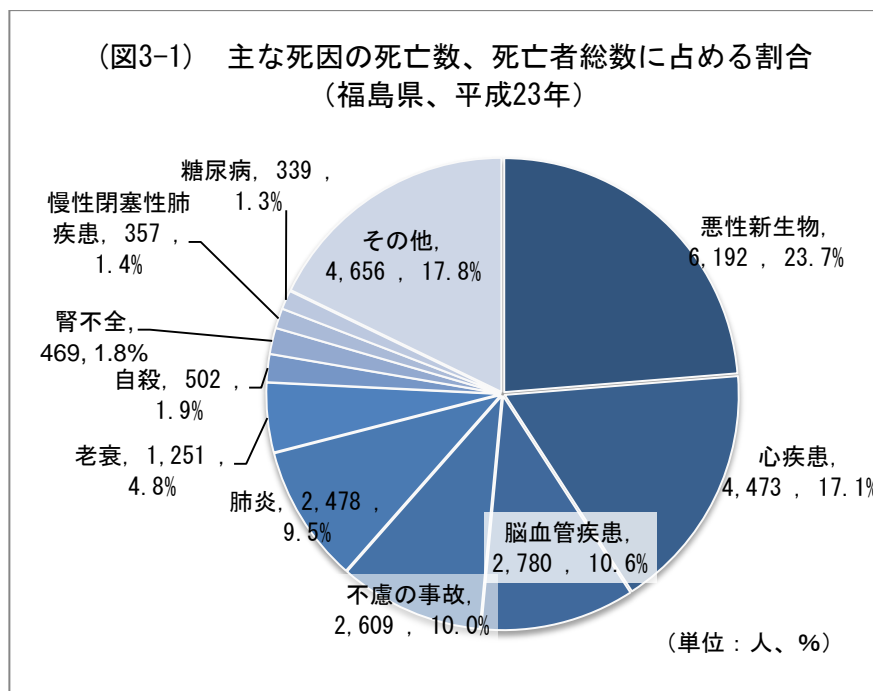
- 平成23年の主な死因の死亡数及び死亡者総数に占める割合をみると、生活習慣病による死亡が半数以上を占め、なかでも悪性新生物（がん）が最も多く、メタボリックシンドロームに関連すると言われている疾患（心疾患、脳血管疾患、糖尿病、腎不全）が続いております。
また、東日本大震災により、不慮の事故による死亡者数が例年の約4倍と多くなっております。（図3-1）
- メタボリックシンドロームが関連すると言われている生活習慣病における、平成22年の年齢調整死亡率^{※3}を見ると、急性心筋梗塞は男女とも全国第1位、脳梗塞は男性第5位、女性第1位、糖尿病は男性第14位、女性第12位と高い状況です。（図3-2、3-3、3-4）

※2 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧症、脂質異常症^{※14}等の生活習慣病になる危険因子を複数併せ持っている状態のこと。

- 年次推移を見ても、急性心筋梗塞は男性において、近年増加傾向にあ

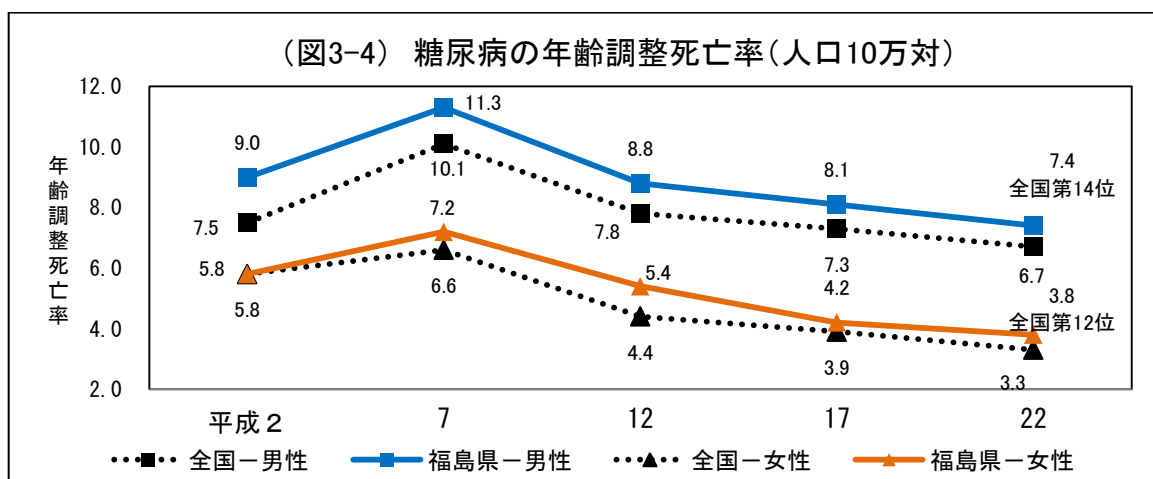
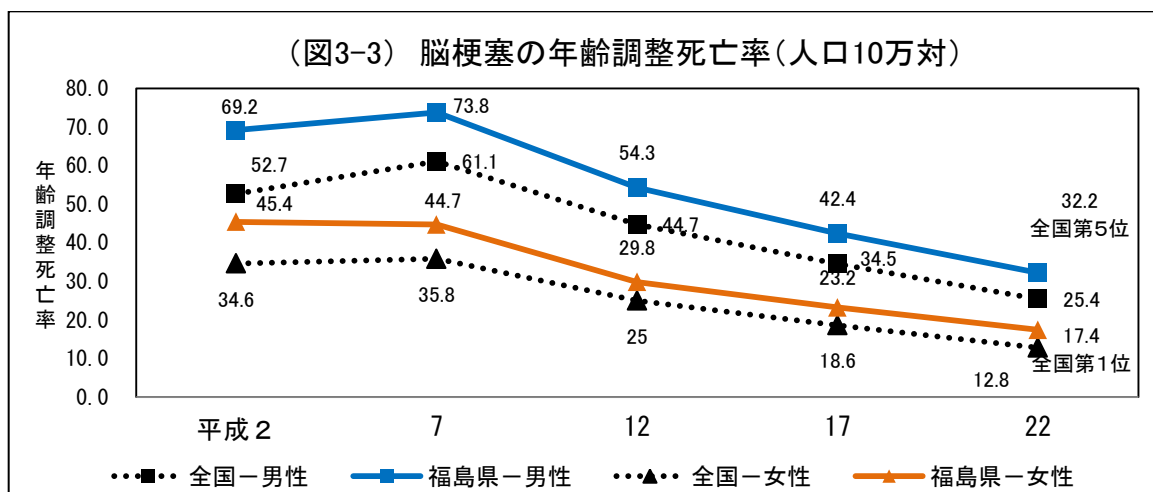
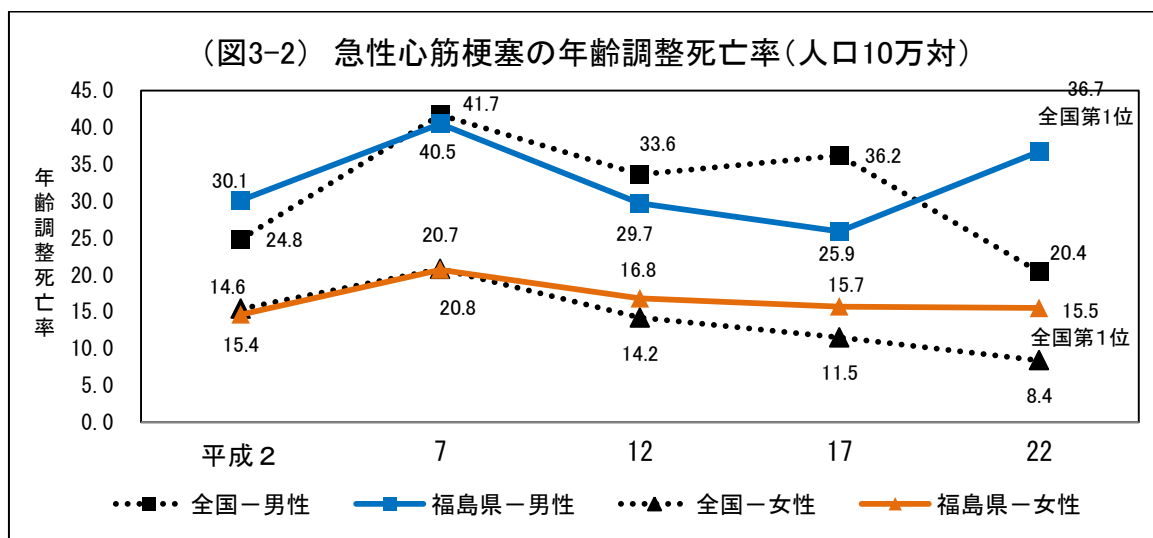
り、脳梗塞及び糖尿病は減少傾向にあるものの、全国平均より高い状況となっております。(図 3-2、3-3、3-4)

- がんの年齢調整死亡率の年次推移を見ると全国と同様の推移で減少しておりますが、男性では肺がんが横ばい、女性では子宮がんで増加傾向を示しております。(図 3-5、3-6)

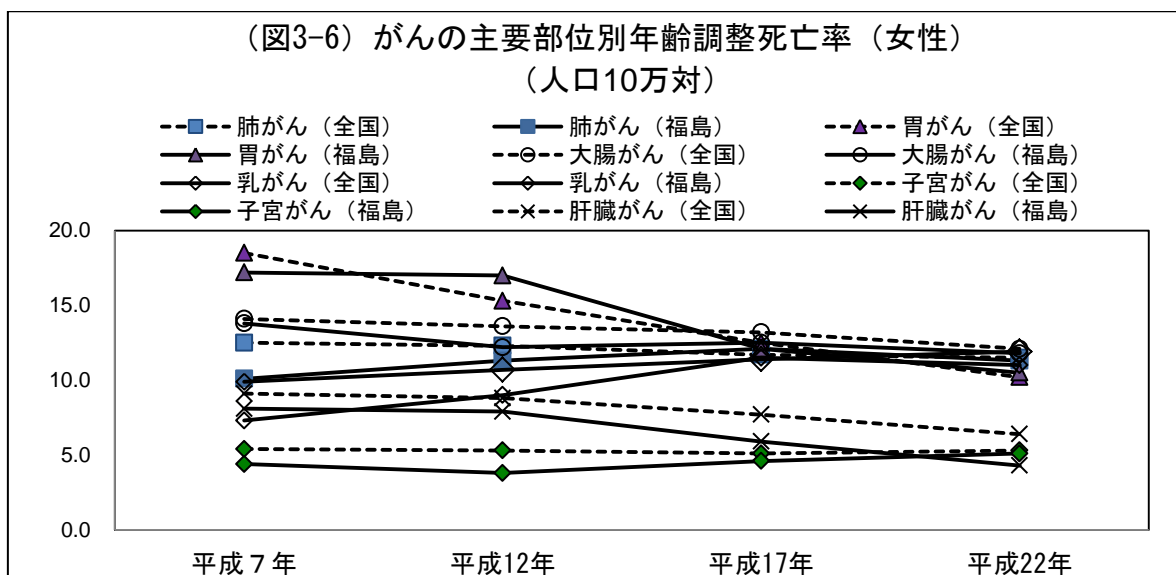
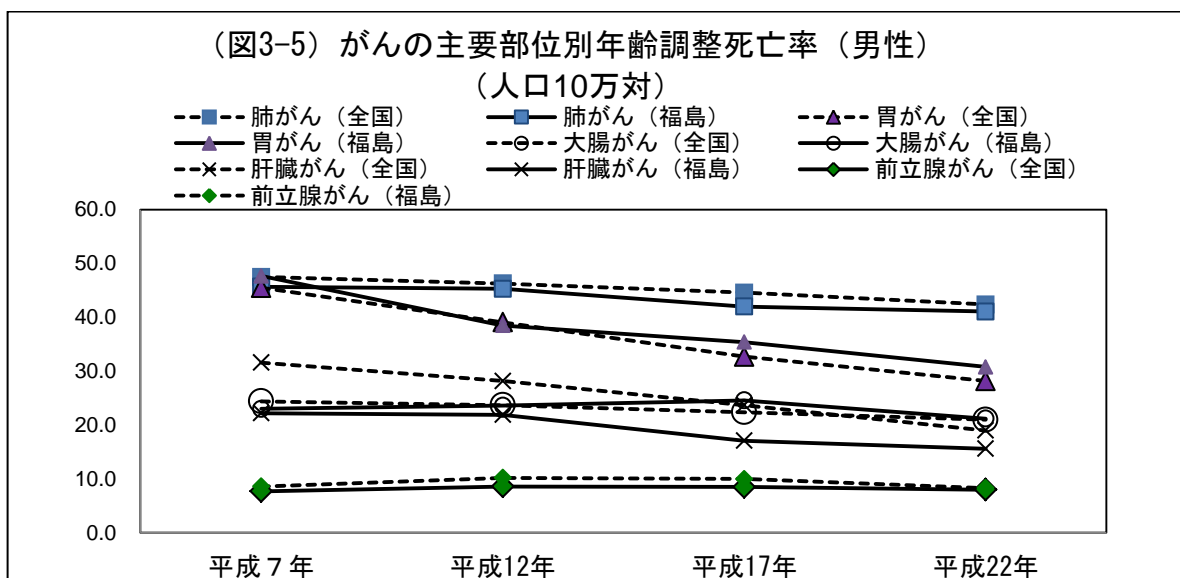


資料：人口動態統計（厚生労働省）

※3 年齢調整死亡率：死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、高齢者の多い地域では高くなり、若年者の多い地域では低くなる傾向がある。このような年齢構成の異なる地域間で、死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率を年齢調整死亡率といい、この死亡率を用いることで、年齢構成の異なる集団について、より正確な地域間比較や年次比較が可能になる。



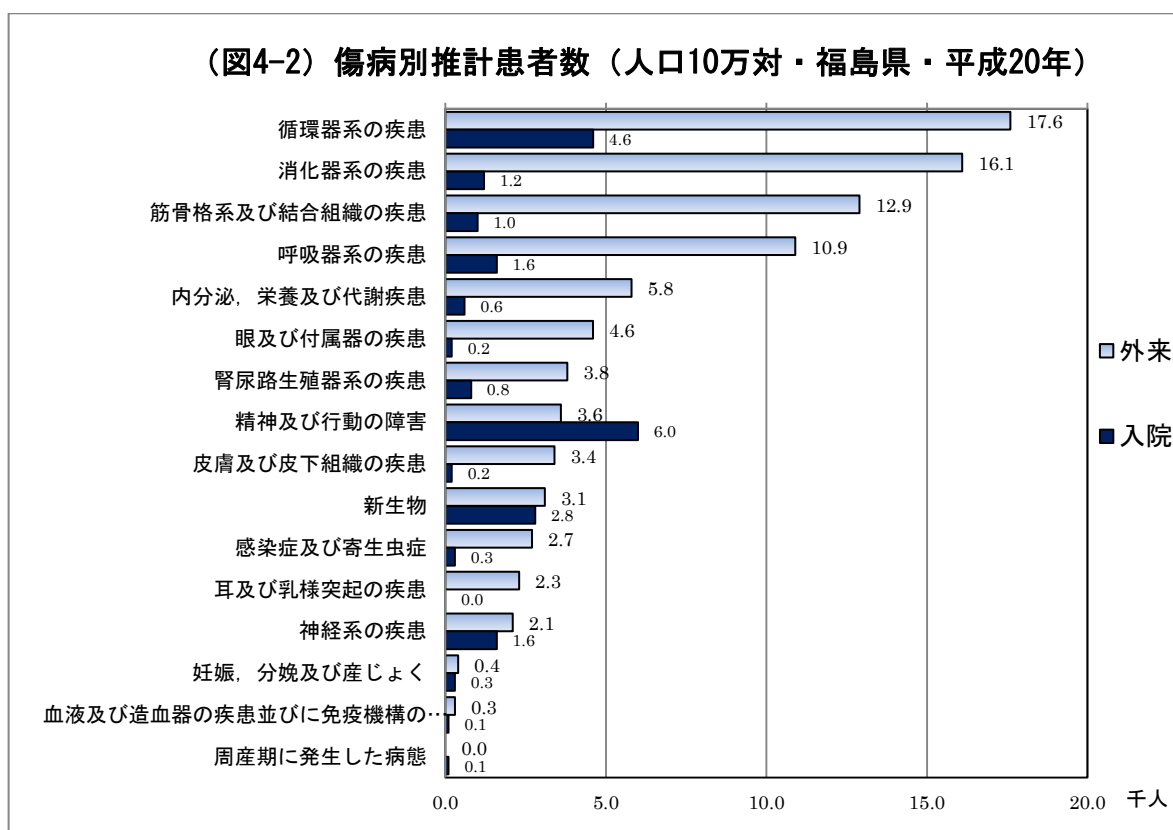
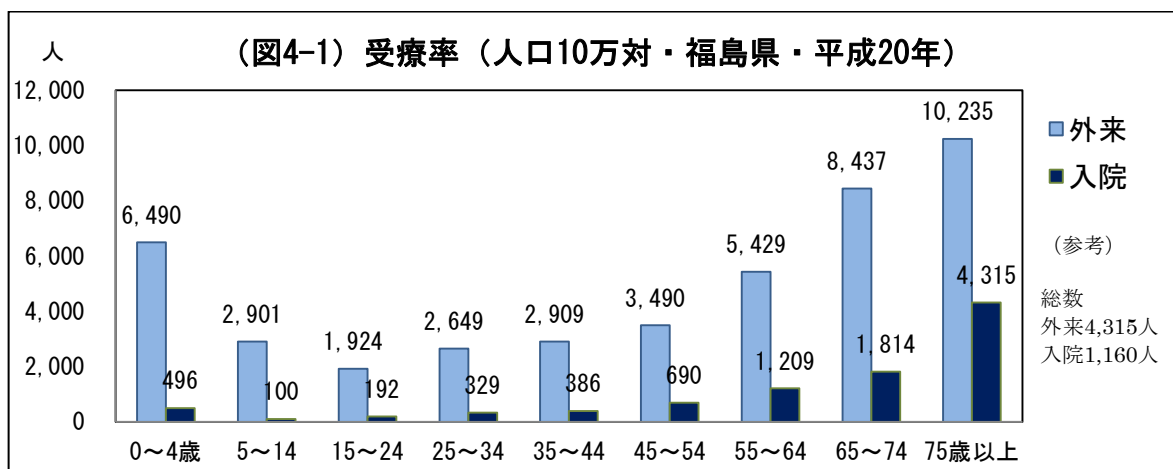
資料：図 3-2, 3-3、3-4 都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）



資料：(図3-5、3-6) 都道府県別年齢調整死亡率（厚生労働省）

イ 受療の状況

- 本県の受療率^{※4}（人口10万対、以下同じ。）は、外来が4,315人、入院が1,160人となっており、外来・入院とも75歳以上が最も高くなっております。（図4-1）
- 傷病別の患者数をみると、外来では、「循環器系の疾患」が最も多く、次いで、「消化器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」となっております。一方、入院では、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで、「循環器系の疾患」、「新生物」となっております。（図4-2）



資料：(図 4-1、4-2) 患者調査（厚生労働省）

ウ 医療費の状況

- 人口1人当たりの県民医療費^{※5}は年々上昇しており、本県は276千円で、全国平均よりも若干高く、第27位（平成20年度）となっております。（図5-1、5-2）

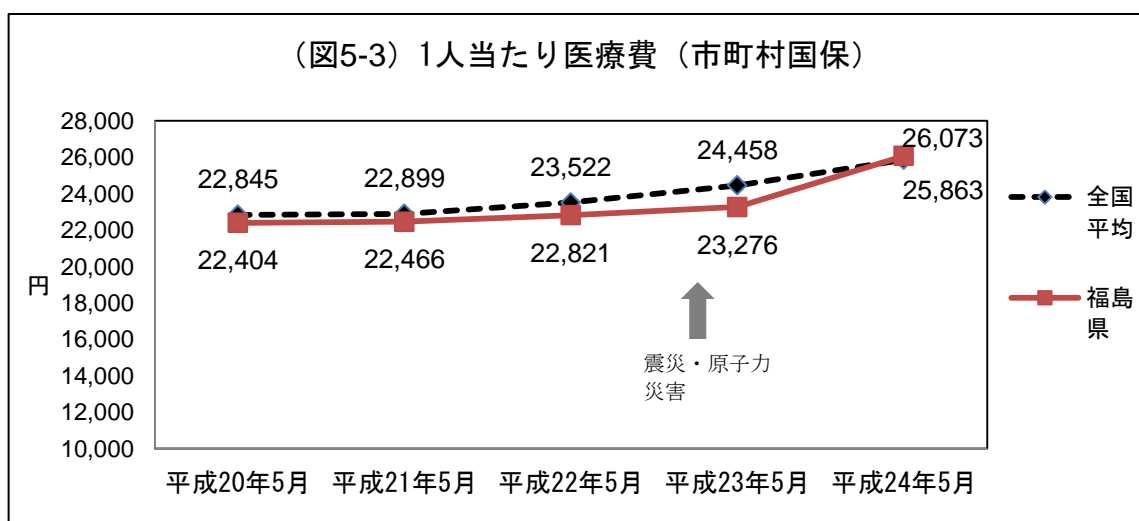
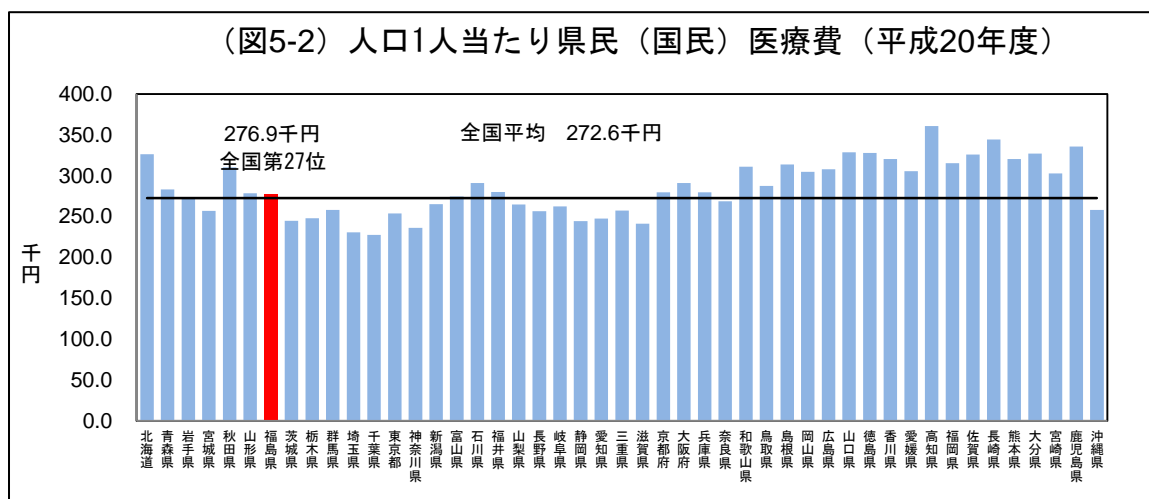
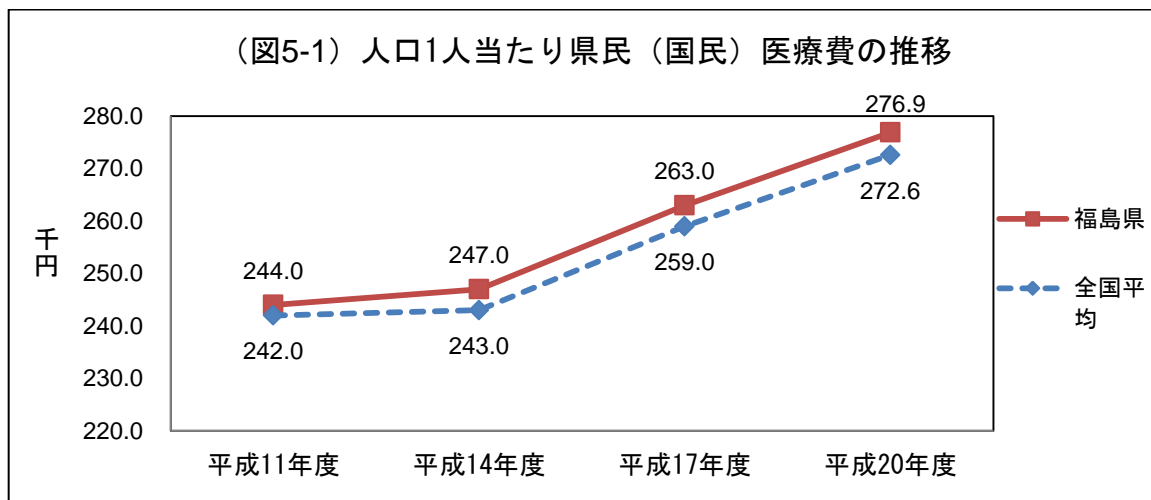
※4 受療率：一定の期間に医療機関において対象疾病の治療を受けた患者数の人口に占める割合

- 東日本大震災及び原子力災害後の1人当たりの医療費の推移を市町村国保でみると、平成23年5月診療分^{※6}よりも平成24年5月診療分は前年同月と比べて12.2%増加し、全国平均伸び率の5.7%を大幅に上回り、宮城県に次いで全国で2番目の伸び率となっております。(図5-3、表1)
- 一方、後期高齢者の医療費^{※7}は全国平均より低く、平成24年5月診療分は前年同月と比べて2.4%の伸び率となっており、全国平均伸び率の3.1%よりも低くなっております。(図5-4、表1)
- 市町村国保の1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正した地域差指数による都道府県別比較では、本県は他県よりも低くなっておりますが、市町村別に比較すると、入院の医療費が全国平均より高い市町村が半数以上あり、市町村によって差があります。(図5-5、5-6)
- 東日本大震災で住宅の全半壊など大きな被害を被った方や原子力災害で避難を余儀なくされた方々に対して、医療や介護にかかった自己負担の全額を免除する国の特例措置が震災発生直後から行われており、警戒区域等については平成25年2月末まで、それ以外の被災地域については平成24年9月末まで続けられ、後者については、10月以降も県内の16市町村の国民健康保険においては独自に延長しております。(平成24年11月現在)
- また、本県では子どもの健康を守り県内で安心して子どもを産み、育てやすい環境づくりを進めるため、平成24年10月1日より18歳以下の医療費を無料化しております。

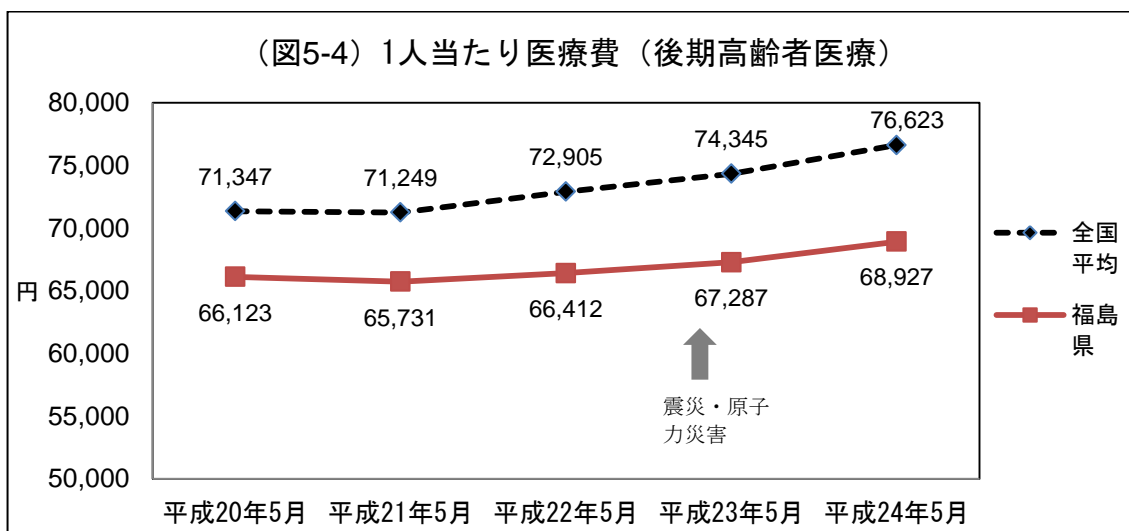
※5 県民（国民）医療費：年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもので、公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの公費負担医療費、窓口の自己負担を足したもの。健康診断、正常な出産の費用、市販薬の購入などは含まない。(都道府県別集計は3年毎に実施)

※6 市町村国保における1人当たり医療費：1人ひとりにかかった医療費を月又は年単位で表したもので、以下の算式を用いています。
入院・入院外・歯科に分けて算定します。「1人当たり医療費＝医療費総額/市町村国保被保険者数」通常、国保医療費を月単位で見るときは、毎年変動が少ない5月診療分の医療費データを使用します。

※7 後期高齢者医療費：75歳以上（後期高齢者医療制度（平成20年4月創設）の被保険者）の医療費



資料：(図5-1、5-2、5-3) 地域保健医療基礎統計（厚生労働省）



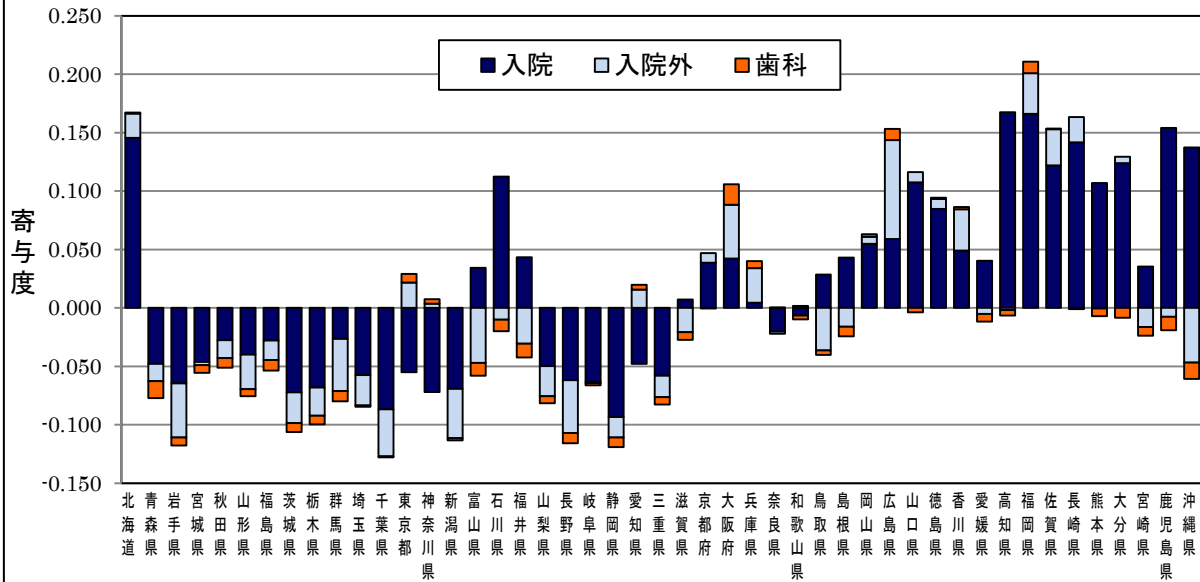
(表1) 都道府県別 医療費（被保険者1人当たり）（市町村国保・後期高齢者）

(単位：円)

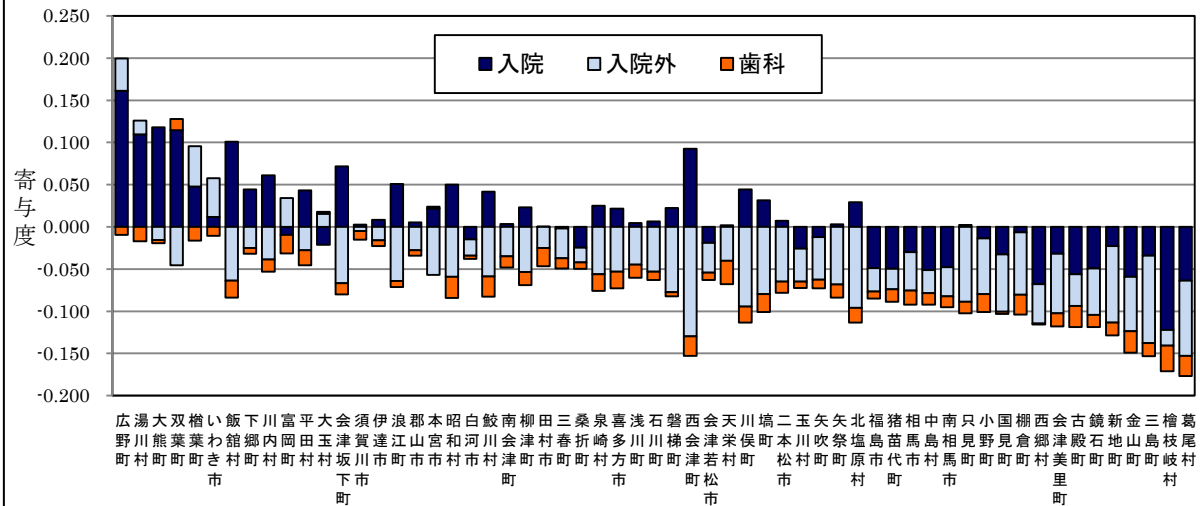
年月	全国・関係県	市町村国保	対前年 同月比(%)	後期高齢者	対前年 同月比(%)
平成21年5月	全国平均	22,899	0.2	71,249	▲ 0.2
	岩手県	22,578	▲ 0.6	59,043	▲ 0.4
	宮城県	22,229	0.8	64,352	▲ 1.7
	福島県	22,466	0.0	65,731	▲ 0.6
平成22年5月	全国平均	23,522	2.7	72,905	2.3
	岩手県	23,030	2.0	58,547	▲ 0.8
	宮城県	22,710	2.2	66,125	2.8
	福島県	22,821	1.6	66,412	1.0
平成23年5月	全国平均	24,458	4.0	74,345	2.0
	岩手県	23,946	4.0	59,642	1.9
	宮城県	22,780	0.3	64,770	▲ 2.1
	福島県	23,276	2.0	67,287	1.3
平成24年5月	全国平均	25,863	5.7	76,623	3.1
	岩手県	26,182	9.3	61,633	3.3
	宮城県	27,321	20.0	69,663	7.6
	福島県	26,073	12.2	68,927	2.4

資料：医療費速報（国民健康保険中央会）

(図5-5) 都道府県別、地域差指数の診療種別寄与度^{※8}
(市町村国保+後期高齢者医療制度) (平成22年度)



(図5-6) 市町村別地域差指数の診療種別寄与度
(市町村国保+後期高齢者医療制度) (平成22年度)



資料：図 5-5、5-6 医療費の地域差分析 (厚生労働省)

※8 地域差指数の診療種別寄与度：医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1とした地域差指数からの乖離（地域差指数-1）を診療種別に内訳を示したもの。

エ 国保医療費における疾病の状況

- 都道府県別に地域差指数の疾病分類別寄与度を見ると「精神及び行動の障害」及び「呼吸器系の疾患」が全国平均より高くなっており、
(図 6-1、6-2)
- 疾病分類別の保険点数^{※9}の年次推移をみると、入院は「新生物」、「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」が上位 3 位を占めて推移し、入院外は「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」が高く推移しております。(図 6-3、6-4)
- 1人当たりの医療費^{※10}についても同様の傾向となっておりますが、受診率^{※11}については新生物(2.2%)と精神及び行動の障害(3.7%)は低くなっております。(図 6-5)
- メタボリックシンドロームが関連すると言われていた主な生活習慣病の保険点数について年齢区別にみると、40歳代から徐々に増加していき傾向にあります。(図 6-6)
- 糖尿病は他の疾患と比べて50歳代と若い段階から急増し、60～64歳で最も高い割合を示し、65～69歳以降は激減します。(図 6-6)
- 一方、腎不全は55～59歳の年代以降急激に増加し60歳代以降では最も高くなっております。腎不全により透析を始める原因の第1位(全体の43.2%) (平成20年)が糖尿病性腎症^{※12}であることから、60歳代後半頃から糖尿病から腎不全への治療に移行する方が多いと推察されます。(図 6-6)
- 高血圧性疾患や虚血性心疾患は60歳代から徐々に増加し70歳以上で急激に増加しておりますが、脳梗塞は60～64歳と比較的若い年代では最も高くなっております。(図 6-6)

※9 保険点数：「保険点数」とは「診療報酬点数」のことで、診療報酬点数表によって全国一律に決まっている。1点につき10円で計算されている。

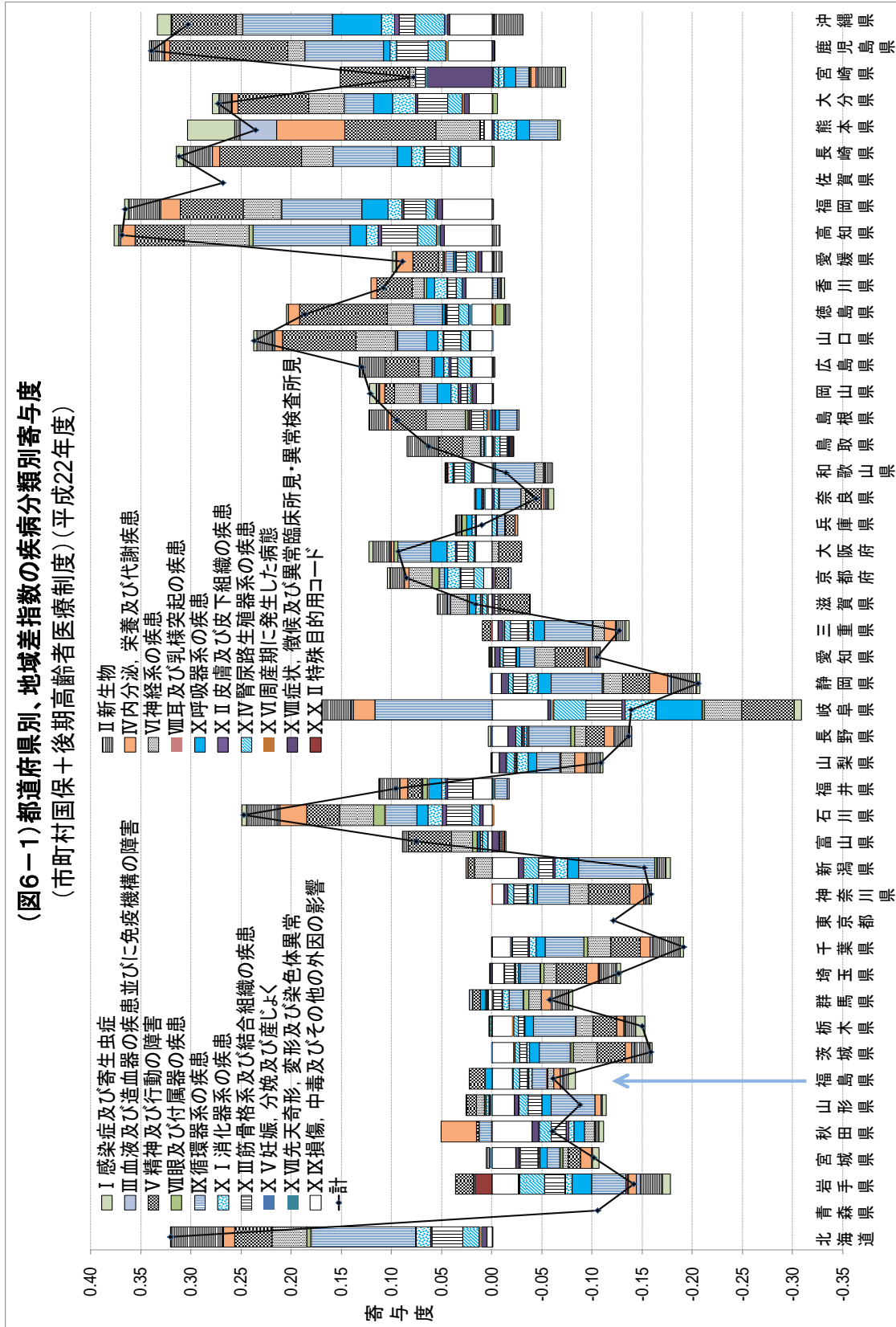
※10 国保における1人当たりの医療費：1人ひとりにかかった医療費を月又は年単位で表したものの。「1人当たり医療費＝医療費総額/国保被保険者数」

※11 国保受診率：一定期間に医療機関を受診した人の割合で、一月に100人当たり疾病ごとに何回受診したかを表すもの。受診率が高ければ、医療機関にかかる者の割合が高いことを示す。

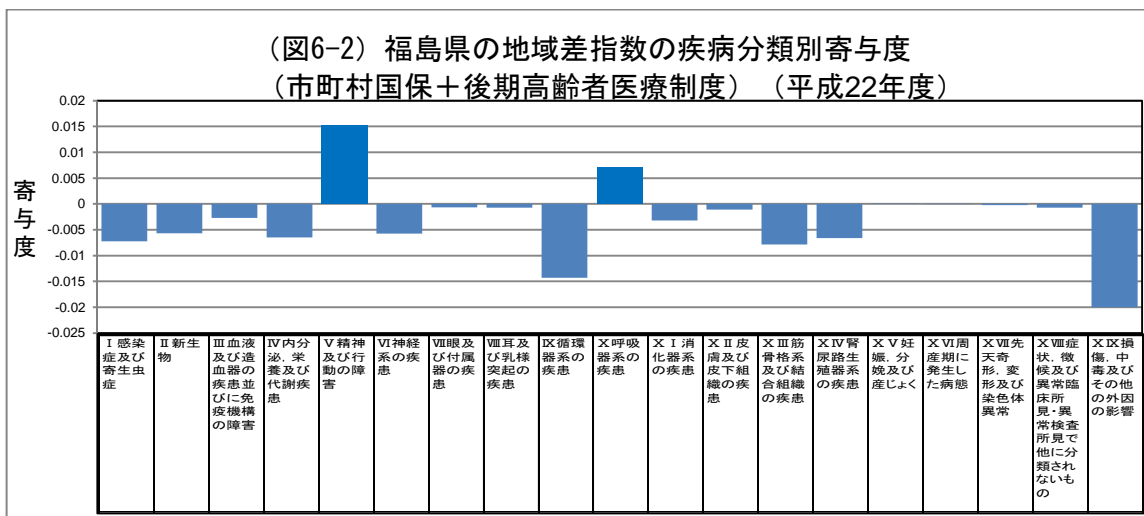
受診率＝月のレセプト件数/月の被保険者数×100

※12 糖尿病性腎症：糖尿病が進行して腎臓にも影響が及び、タンパク尿を伴う腎障害が起こる状態をいう。

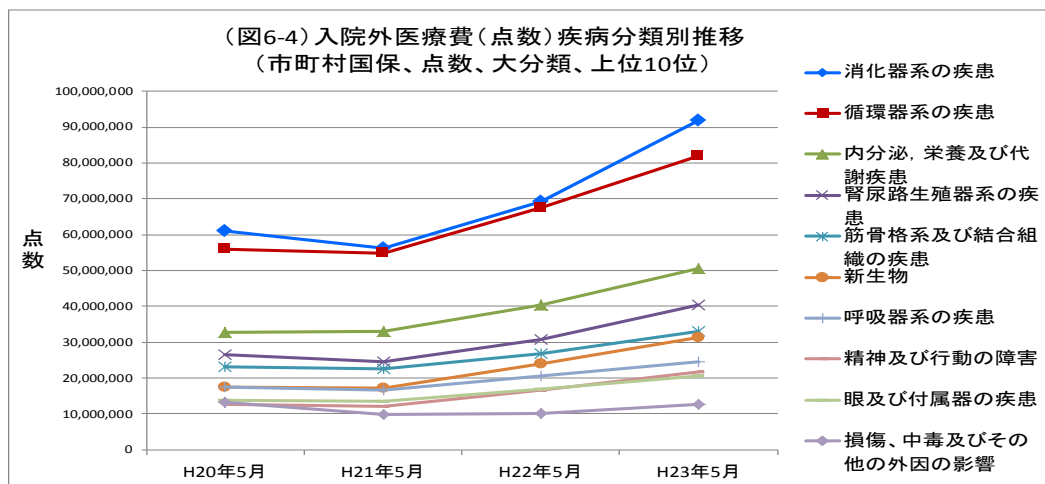
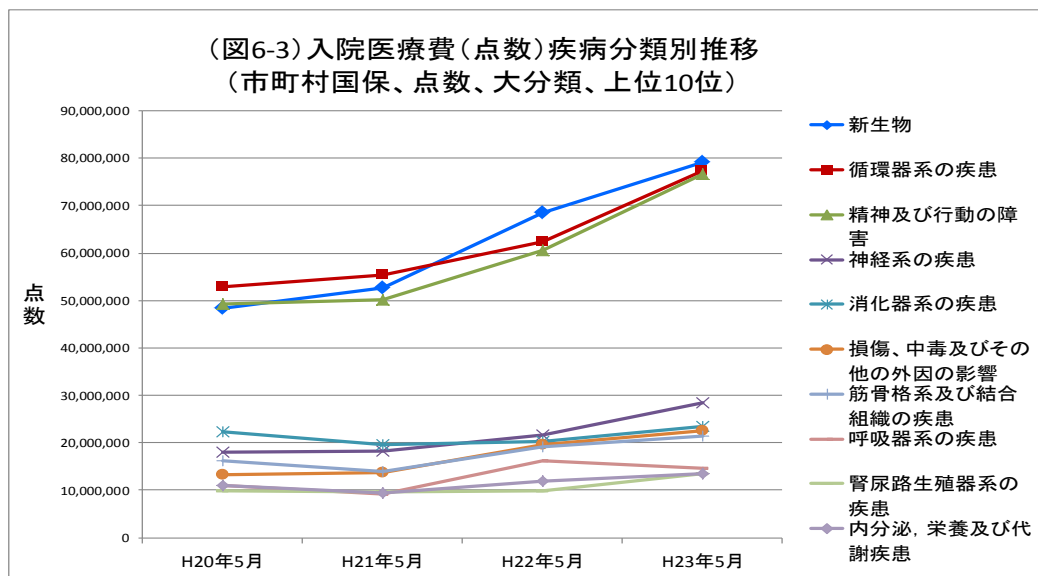
(図6-1) 都道府県別、地域差指数の疾病分類別寄与度
(市町村国保十後期高齢者医療制度)(平成22年度)

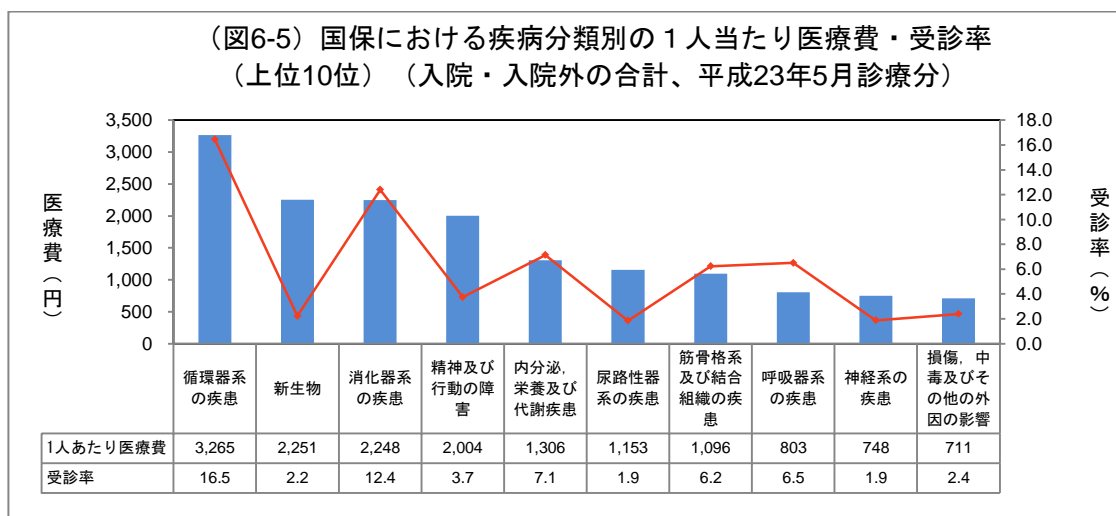


資料：医療費の地域差分析（厚生労働省）

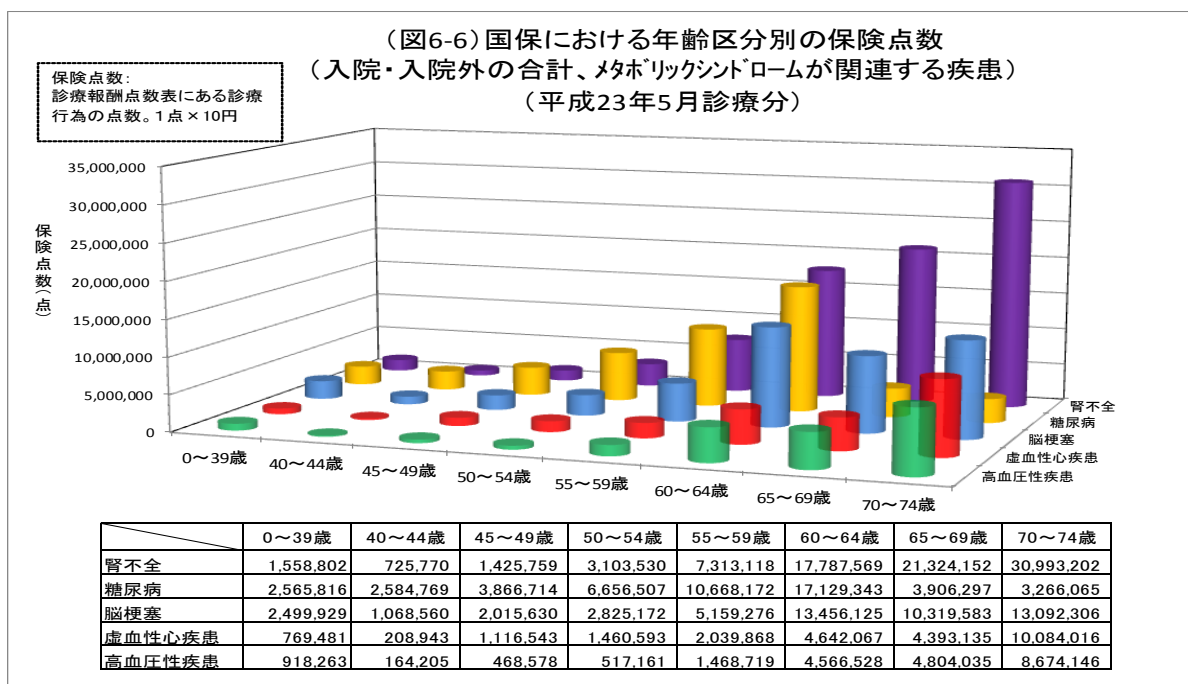


資料：医療費の地域差分析（厚生労働省）





資料：図 6-3, 6-4, 6-5 福島県国民健康保険疾病分類統計表 (福島県国民健康保険連合会)

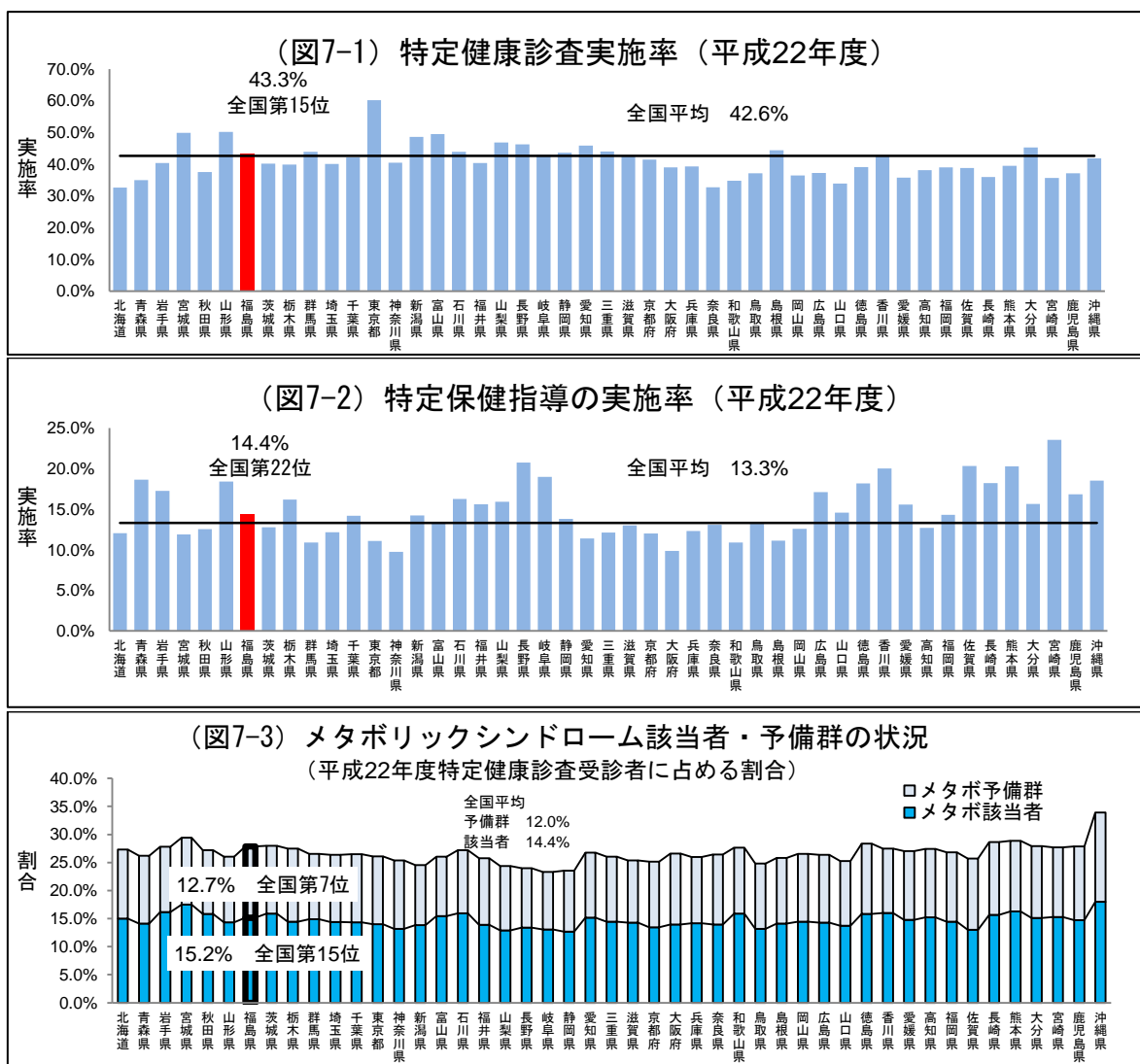


資料：平成 23 年度福島県国民健康保険疾病分類統計表 (福島県国民健康保険連合会)

オ 特定健康診査・特定保健指導等の状況

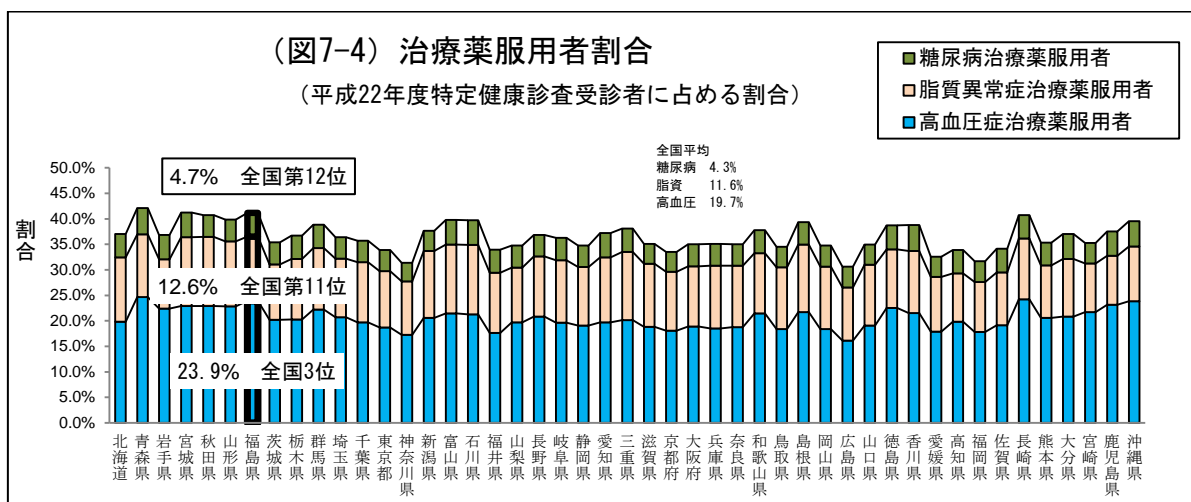
- 本県の特定健康診査^{※13}の実施率は43.3%で、特定保健指導^{※13}が必要とされた方への特定保健指導の実施率は14.4%となっており、いずれも全国平均より若干上回っております。(図 7-1、7-2)
- 特定健康診査の受診者のうち、メタボリックシンドロームに該当する方が15.2%、メタボリックシンドロームの予備群に該当する方が12.7%となっており、いずれも全国平均を上回っております。(図 7-3)

- また、受診者のうち高血圧症や糖尿病、脂質異常症^{※14}の治療薬を服用されている方は半数以上を占め、特に高血圧治療薬を服用されている方は23.9%と、全国第3位の高さとなっております。(図7-4)
- 高血圧の要因とされる20歳以上の塩分摂取量が男性は、13.0gで全国第3位、女性が11.0gで全国第2位となっております。(図7-5)

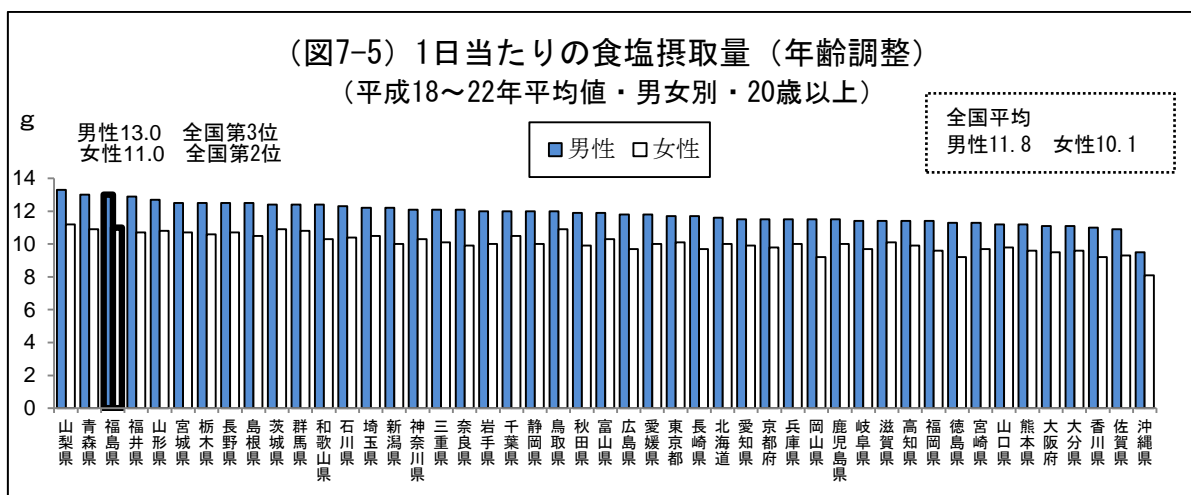


資料：図7-1, 7-2, 7-3 レセプト情報・特定健康診査等データベース (厚生労働省保険局)

- ※13 特定健康診査・特定保健指導:「特定健康診査・特定保健指導」では、ウェスト周囲径などを測定してメタボリックシンドロームのリスクを洗い出し、リスクの多い人たちに積極的な保健指導を行う。これは、メタボリックシンドロームの人に生活改善を促し、生活習慣病を予防しようという考えから行われるもの。
- ※14 脂質異常症: 中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態をいう。動脈硬化の主要な危険因子であり、放置すれば脳梗塞や心筋梗塞などの動脈硬化性疾患をまねく原因となる。



資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省保険局）



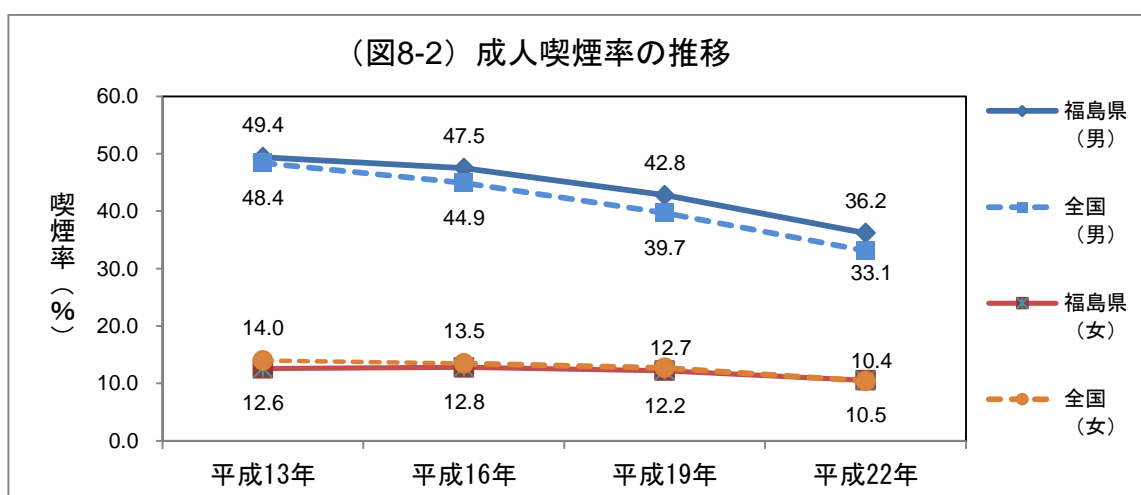
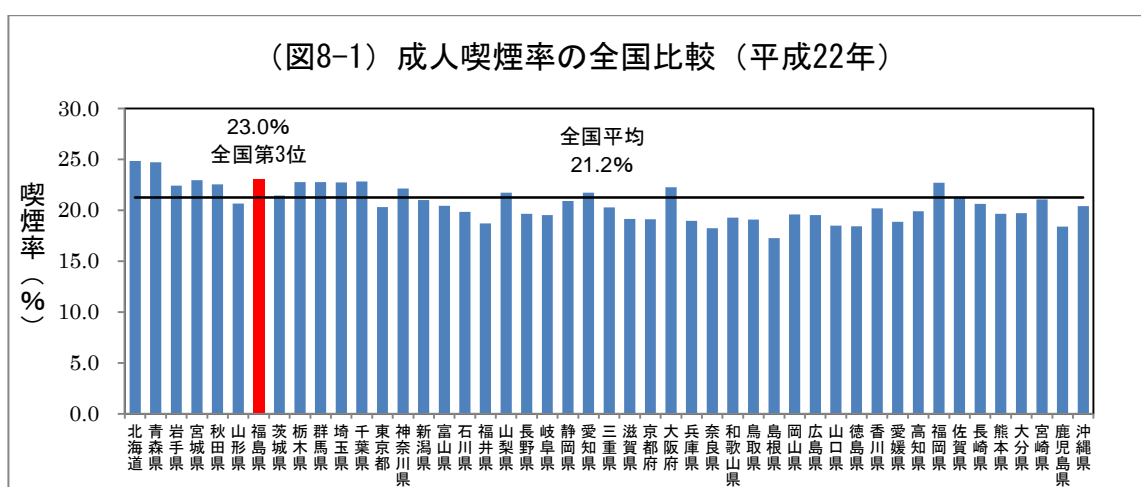
資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

カ 喫煙に関する現状

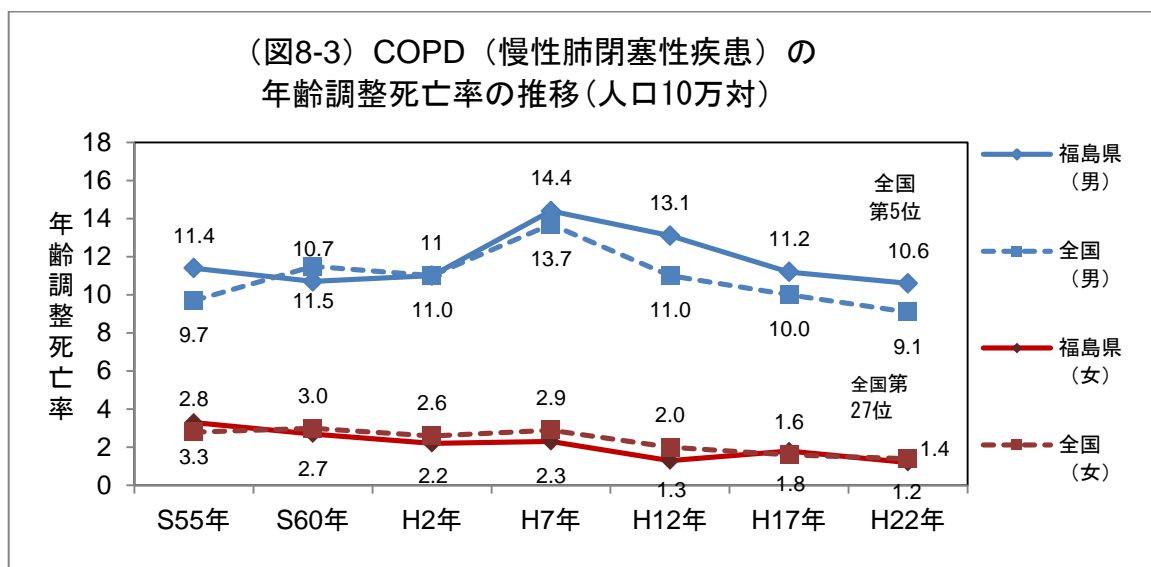
- 喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、肺がんをはじめとするがんや呼吸器系疾患（COPD（慢性閉塞性肺疾患）※15）、糖尿病、周産期の異常等の原因となっております。また、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息などの原因となっております。禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下するとされております。

※15 COPD（慢性閉塞性肺疾患）：主にたばこの煙の吸入による進行性の疾患であり、運動時の呼吸困難や慢性的咳・痰などの症状がある。

- 本県の喫煙率は男女計 23.0%（平成 22 年度）であり、国の 21.2%と比較しても高い状況にあり、全国第 3 位となっております。（図 8-1）また、男性の喫煙率 36.2%は年々減少傾向にあります。女性の喫煙率 10.5%は男性に比較して低い水準であるものの、ほぼ横ばいで推移しております。（図 8-2）
- 長期の喫煙が最大の原因となる COPD（慢性閉塞性肺疾患）の年齢調整死亡率の推移をみると、減少傾向にあります。平成 22 年の年齢調整死亡率では、男性が全国第 5 位、女性が全国第 27 位となっております。（図 8-3）



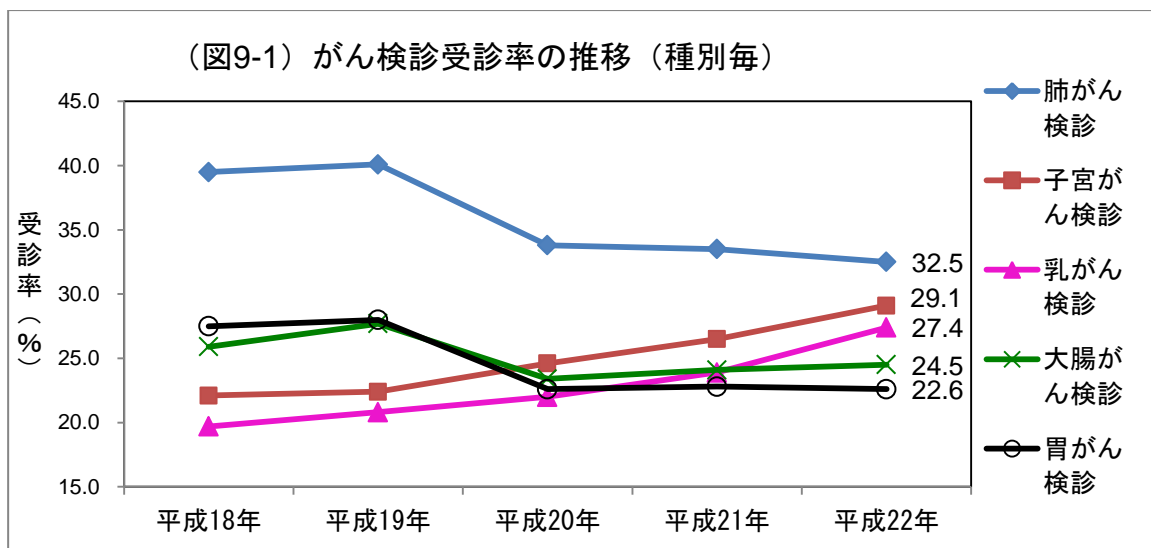
資料：図 8-1、8-2 国立がん研究センターがん対策情報センター
（厚生労働省 国民生活基礎調査）



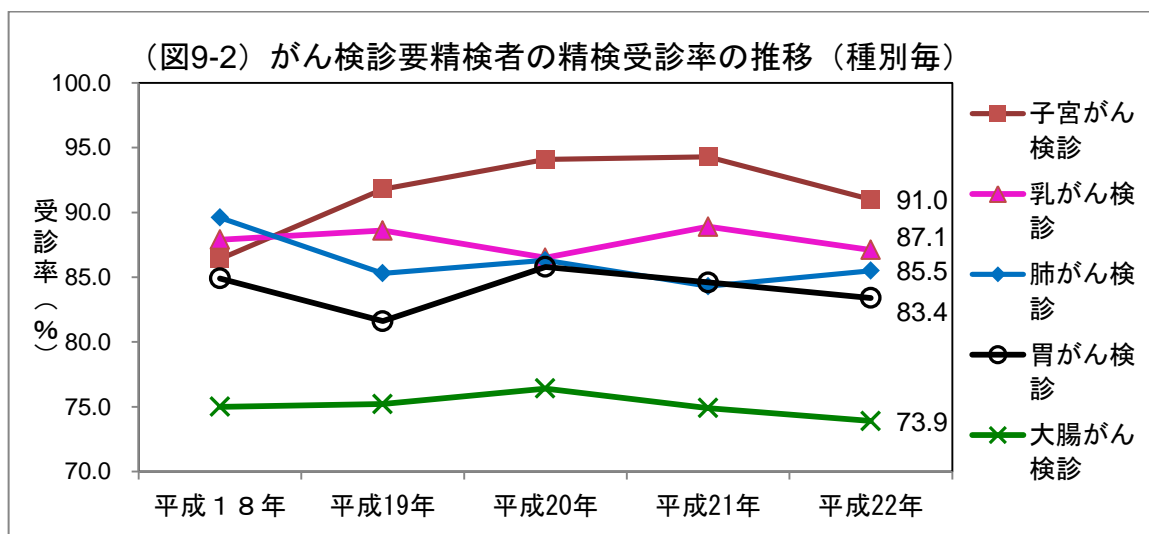
資料：人口動態統計（厚生労働省）

キ がん検診に関する現状

- がん検診の受診率をみると、子宮がん及び乳がん検診は上昇しておりますが、その他は平成20年度に低下し、その後横ばいとなっております。また、検診の結果、要精密検査となった方の精密検査受診率は、横ばいで、大腸がんが最も低くなっております。（図9-1、9-2）



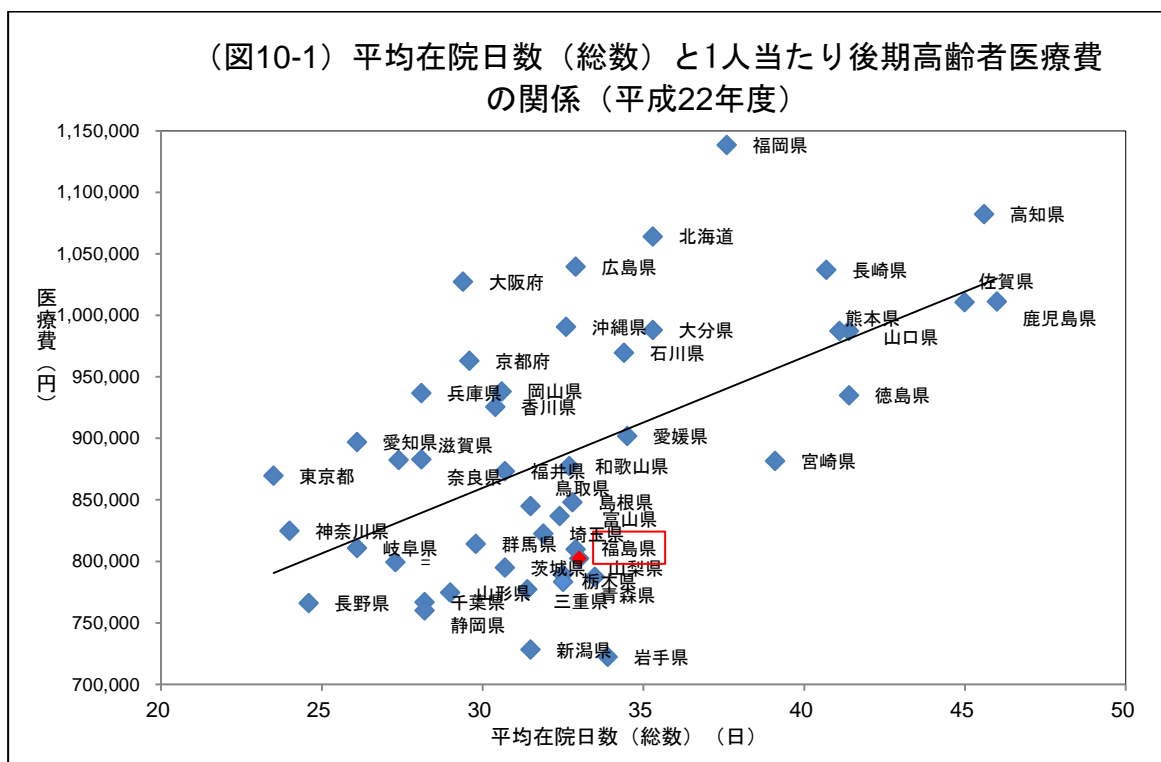
資料：平成23年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料



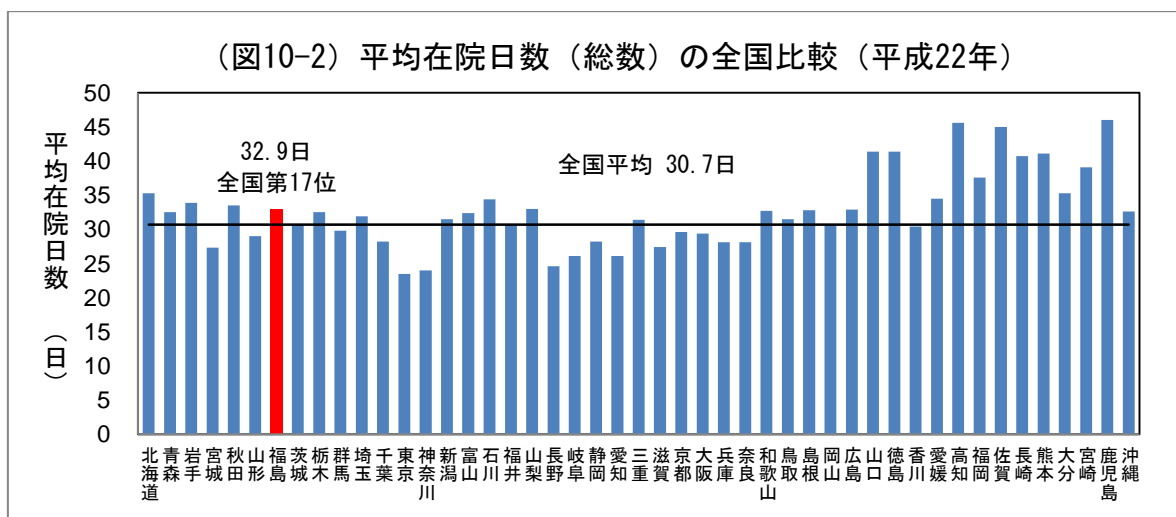
資料：平成23年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

(4) 平均在院日数に関する現状

- 各都道府県の平均在院日数^{※16}と後期高齢者医療費の関係を見ると、平均在院日数が長くなると、1人当たり後期高齢者医療費が高くなる傾向があります。(図10-1)
- 本県の平均在院日数(総数)を見ると、平成22年は32.9日で平成23年は31.8日(東日本大震災及び原子力災害の影響により、相双圏域の医療機関は、報告のあった患者数のみ集計されている)となっており、全国平均より若干長くなっております。(図10-2、10-3)
- 平成22年度の病床種別に平均在院日数をみると、精神病床は徐々に短縮の傾向にあるものの、335.3日と最も長くなっており、圏域別にみると、相双、県南でそれぞれ600日以上と全国平均の約2倍となっております。(図10-4、10-5、10-6)
- また相双圏域の精神病床を有する医療機関に入院していた方々は、原子力災害により警戒区域に指定されたことに伴い、県内外の医療機関への転院等を余儀なくされ、未だに600床近くの精神病床が休止となっているため、避難先で入院治療を継続されている方々もいます。



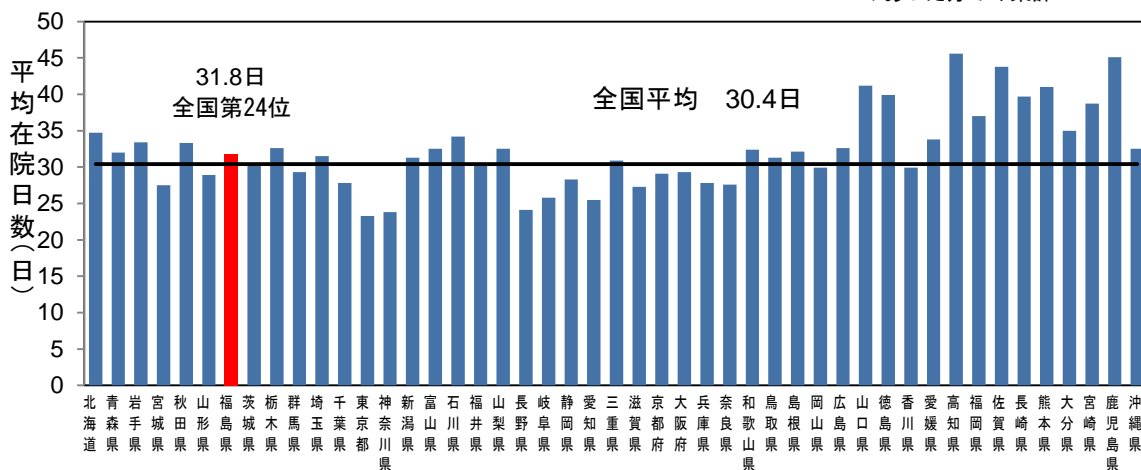
資料：病院報告（平成22年）厚生労働省
国保・後期高齢者医療 医療費速報（平成22年度年間分）



資料：病院報告（平成22年）（厚生労働省）

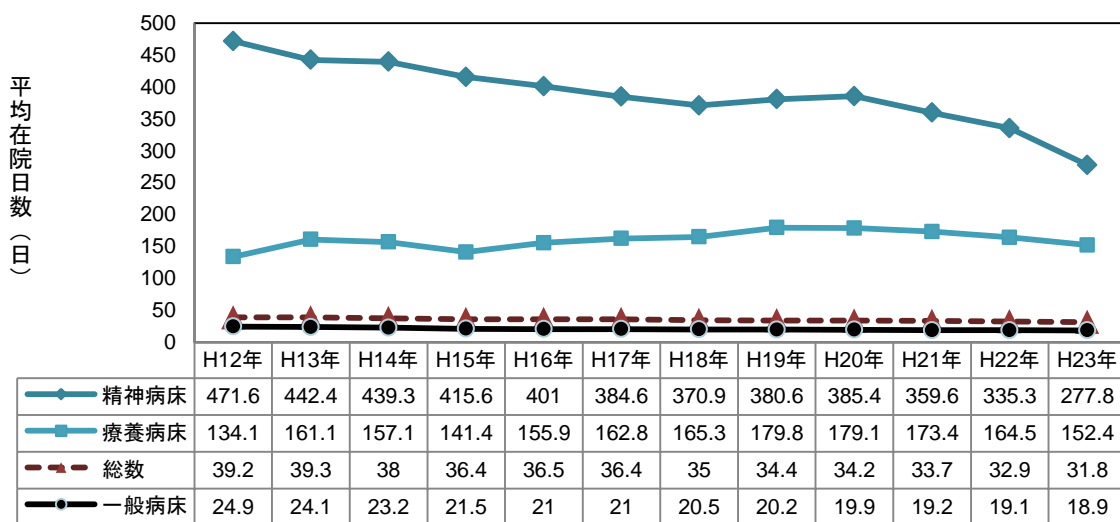
(図10-3) 平均在院日数(総数)の全国比較
(平成23年) ※

※震災の影響により岩手、宮城、福島のホテル11施設は報告のあったのみ集計



資料：病院報告(平成23年)(厚生労働省)

(図10-4) 病院種類別平均在院日数の年次推移(福島県)



資料：病院報告(厚生労働省)

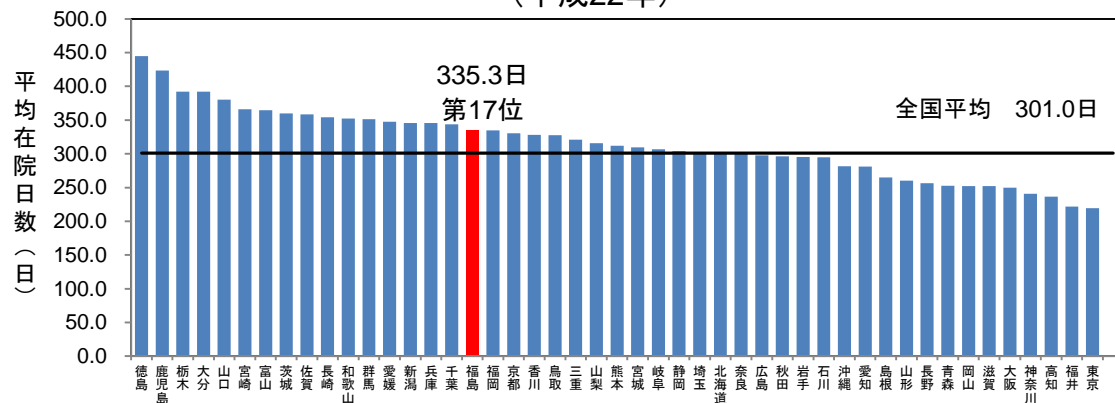
※16 平均在院日数：病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を表します。ここでは、病院報告における算定式を用いています。

平均在院日数 = 調査期間中に在院した患者の延べ数 / (調査期間中の新入院患者 + 退院患者) ÷ 2

$$1\text{件当たり日数} = \frac{\text{推計平均在院日数} \times \text{月の日数}}{\text{月の日数} - 1 + \text{推計平均在院日数}}$$

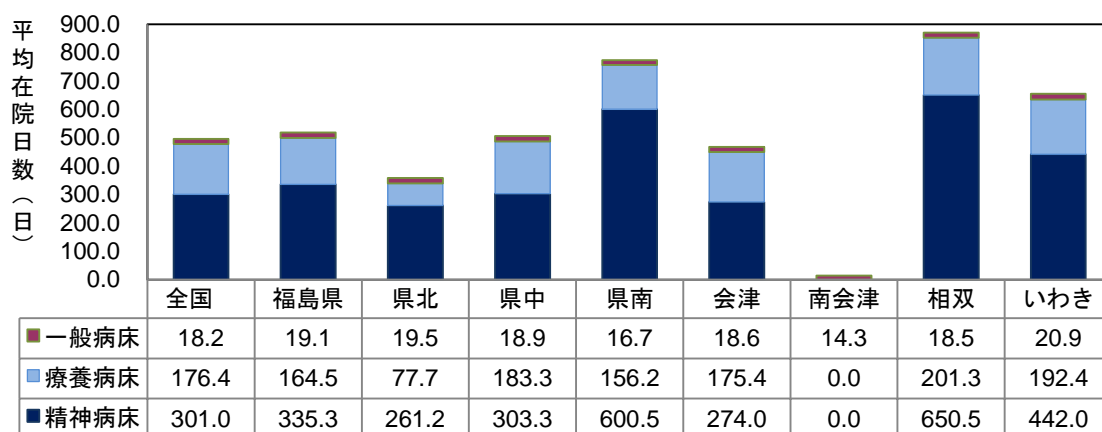
$$\text{推計平均在院日数} = 1\text{件当たり日数} \times \frac{\text{月の日数} - 1}{\text{月の日数} - 1\text{件当たり日数}}$$

(図10-5) 精神病床における平均在院日数の全国比較
(平成22年)



資料：病院報告（平成22年）（厚生労働省）

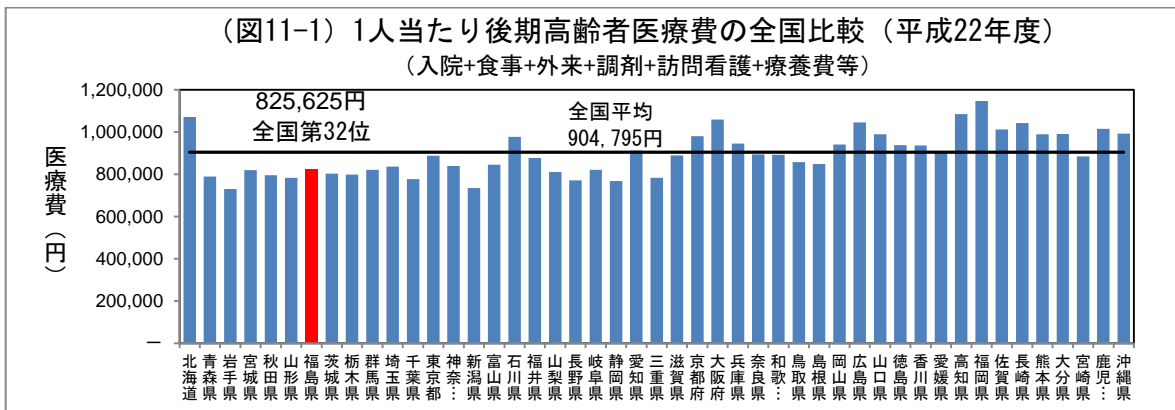
(図10-6) 圏域別の病床種類別平均在院日数（平成22年）



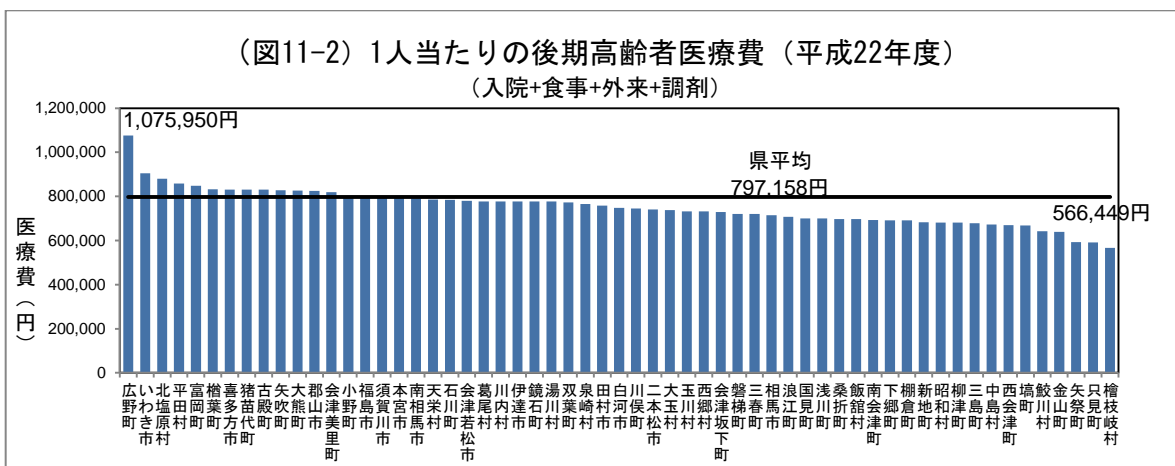
資料：病院報告（平成22年） 厚生労働省

(5) 後期高齢者医療費の状況

- 本県の平成22年度の1人当たり後期高齢者医療費は、82万5,625円で全国平均より低く、第32位となっております。（図11-1）
- 市町村比較では、広野町、いわき市、北塩原村が上位3市町村となっており、最も高い広野町107万5,950円は、最も低い檜枝岐村56万6,449円の約1.9倍となっております。（図11-2）
- 入院、入院外別に1人当たり医療費で見ると、入院医療費が最も高いのは広野町で入院外医療費が最も高いのはいわき市となっております。（図11-3）

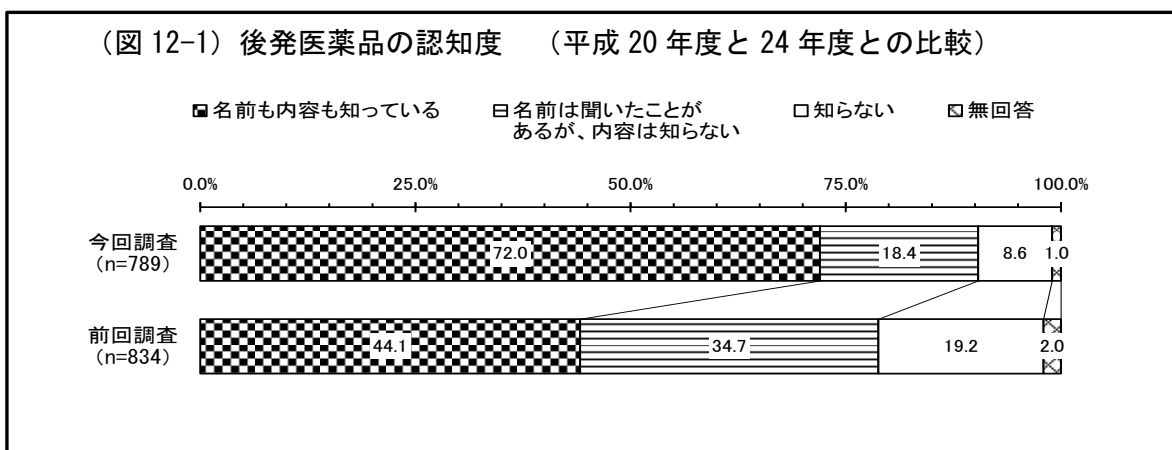


資料：後期高齢者医療事業年報（平成22年度）厚生労働省

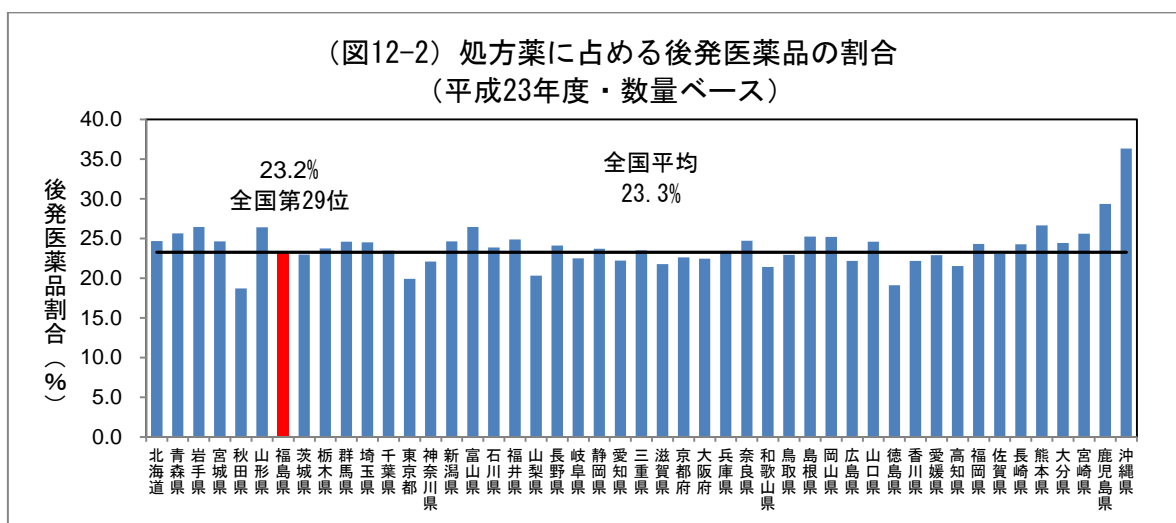


(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

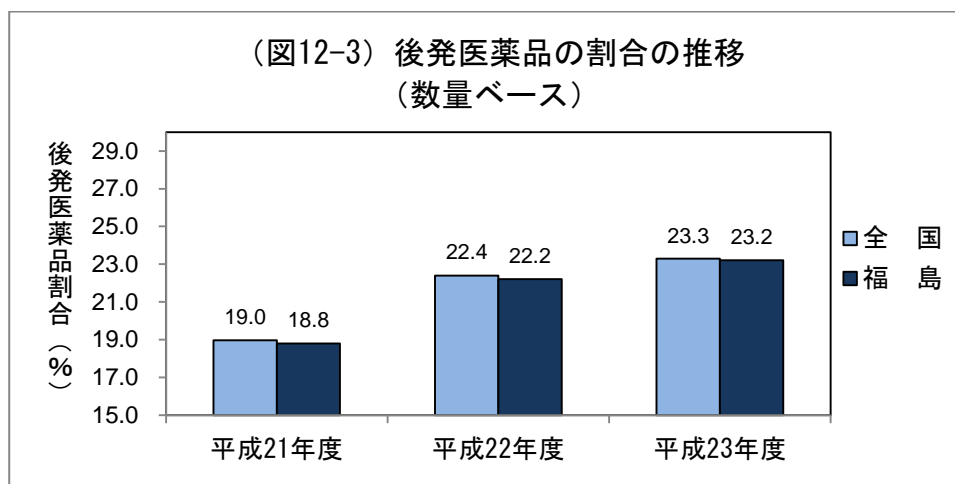
- 後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に、開発費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっております。
- 県政世論調査では、「後発医薬品の名前も内容も知っている」と回答した割合は、平成20年度の44.1%から平成24年度の72.0%へ増加しております(図12-1)が、県民や医療関係者の間で、後発医薬品に対して不安を持っている方々もいます。
- 本県の平成23年度における処方薬に占める後発医薬品の割合は、数量ベースで23.2%と全国平均より若干低く、全国第29位となっております。(図12-2、12-3)



資料：県政世論調査 福島県



資料：調剤医療費の動向調査 (厚生労働省)



資料：調剤医療費の動向調査 厚生労働省保険局

2 医療費を取り巻く課題（本県の特徴）

(1) 東日本大震災、原子力災害による影響

県内の市町村国保の震災後の医療費の伸び率は全国平均を上回っており、以下の課題があります。

- 本県では原子力災害の影響により、多くの県民が県内外へ避難し特に若い世代を中心に県外への避難が続いていることから、我が国全体の傾向より人口減少・高齢化の進行の度合いは深刻であると言えます。このことから、若い世代が安心して暮らせるための取組とともに、後期高齢者医療費の伸びに対応できるよう方策を検討する必要があります。
- また、医師や看護師等の医療従事者、介護職員等の流出や、警戒区域等の多くの医療機関、高齢者等の入所施設、介護事業所等が休止を余儀なくされ、さらに相双医療圏が南北に分断され、これまでの医療や福祉の連携体制が組めなくなってしまったことなどにより、人材確保をはじめとする医療福祉提供体制の再構築について、引き続き強力に進めていく必要があります。
- また、相双医療圏の県民を中心に避難生活が長期化し、生活環境や生活習慣の変化による健康状態の悪化も認められているため、特にきめ細やかな見守りや健康支援など、疾病や介護の予防と早期対応に引き続き取り組む必要があります。
- さらに、多くの県民が放射線の健康への影響に対する不安とストレスを抱えているため、情報や知識を十分に得られるよう取り組むとともに、長期にわたる県民の健康を見守る取組について、適切に進めていく必要があります。

(2) 将来の人口構造

平成19年5月に公表された「日本の都道府県別将来推計人口」によると本県の総人口は30年後（平成47年）に2割減少する一方、75歳以上の後期高齢者人口割合は2倍になると推計されていますが、原子力災害の影響により、さらに人口減少・高齢化の進行度合いが深刻であるため、老年人口の増加による後期高齢者医療費の伸びに対する方策を検討する必要があります。

(3) 生活習慣病対策

- 医療費の視点から国保診療分を参考に本県の疾患の状況を見ると、入院及び入院外の合計では、「循環器系の疾患」の医療費が最も高く、次いでがんを含む「新生物」となっており、生活習慣病対策が重要となっております。
- メタボリックシンドロームが関連する主な生活習慣病の医療費の状況をみると、糖尿病や高血圧症は40～50歳頃から増加しはじめ、60歳代以降は腎不全や急性心筋梗塞、脳梗塞が高い割合を示し、さらに急性心筋梗塞や脳梗塞で死亡する割合が本県は男女ともに全国で第1位（男性脳梗塞は第5位）となっていることから、若い年代からの生活習慣病の予防と発症後の早期治療と治療中断防止等により、重症化や合併症の発症を抑える取組を引き続き強力に進めていく必要があります。
- 特定健康診査、特定保健指導の状況をみると、本県は全国平均よりも若干高い実施率となっておりますが、受診者のうちメタボリックシンドロームの予備群や該当者は約3割を占め、特に予備群の割合は全国で第7位となっております。こうした方々の生活習慣病発症予防の取組が重要となっております。
- また、特定健康診査受診者のうち、高血圧症治療薬服用者の割合は、全国第3位と高く、食塩摂取の状況も男女ともに全国と比して高い状況にあり、食事についての正しい知識が得られる機会や情報提供する場の確保が必要となっております。
- 喫煙率は全国平均より高く、全国第3位となっております。また、男性の喫煙率は年々減少傾向にあります。女性の喫煙率は男性に比較して低い水準であるものの、ほぼ横ばいで推移していることから、引き続き喫煙率低下につながる、特に女性に視点をのこした取組を強化していく必要があります。

- また、長期の喫煙が最大の原因となるCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の平成22年の年齢調整死亡率では、男性が全国第5位となっており、重症化を防ぐためにも一次予防（発症予防）と二次予防（早期発見・早期治療）の徹底をする必要があります。
- がん検診の受診率をみると、22.6%（胃がん）～32.5%（肺がん）と低く、精検受診率についても、73.9%（大腸がん）～91.0%（子宮がん）となっており、がんの早期発見、早期治療のために、検診及び精検受診率向上の取組が重要となっております。

(4) 平均在院日数

- 本県の平均在院日数は全国平均よりも長くなっており、平均在院日数が長くなると1人当たり後期高齢者医療費が高くなる傾向にあることから、病院機能の分化・連携や在宅医療の推進、医療と介護の連携をこれまで以上に強化し、病状が安定した方々が安心して退院でき、ひいては医療機関における入院期間の短縮につながる取組が必要となっております。
- 特に精神病床での在院日数が長く、県内では相双、県南圏域で全国平均の約2倍となっており、相双圏域については、原子力災害の影響で600床近くの精神病床を有する医療機関が休止となっており、入院していた方々は県内外の医療機関へ転院等を余儀なくされております。このことから、復興に向けた取組を進めながら、精神障がい者が地域で生活するために必要な環境を整え、長期に入院している方々の退院を促進する必要があります。

(5) 後期高齢者の医療費

本県の1人当たり後期高齢者医療費をみると、平成22年度は全国第32位で全国平均より低くなっていますが、震災後の医療費の伸び率は全国平均を大幅に上回っており、さらに市町村比較で、最も高い市町村と低い市町村とでは約1.9倍の差があるため、今後も市町村とともに個別の分析を進め、医療費における構造上の課題を明らかにした上で、具体的方策を検討していく必要があります。

(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

平成23年度の本県の処方薬に占める後発医薬品の割合は全国平均より若干低く、全国第29位となっております。また、制度別にみると公費負担医療費と後期高齢者医療費における後発医薬品割合が全国平均より低い状況にあるため、医療の効率的な提供の推進のためには、これらの保険制度を重点に、これまで以上に使用促進に向けた取組が望まれます。

第4章 達成すべき政策目標と施策及び医療費に及ぼす影響の見通し

1 平成29年度末までに達成すべき目標及び施策

(1) 県民の健康の保持の推進に関する数値目標及び施策

本県の医療費の伸びを抑えていくための重要な施策の一つは、「生活習慣病の予防」であると言えます。

まずは、メタボリックシンドロームの予備群にならないようにする健康づくりを進め、次にメタボリックシンドロームの該当者及び予備群に対しては、生活習慣の改善などにより、生活習慣病の発症を防ぐこと、さらに発症した方については、生活習慣の改善に加えて早期治療と適正な治療の継続により重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすという考え方を踏まえ、次の目標を設定します。

ア【数値目標】生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標

項目	現況値	目標値 (平成29年度)
特定健康診査の実施率	43.3% (平成22年度)	70%以上
特定保健指導の実施率	14.4% (平成22年度)	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	28.8% (平成20年度)	平成20年度と比べて 25%以上減少 (メタボ該当者・予備群の割合 21%以下)
喫煙率	23.2% 〔内訳 男性 35.3% 女性 10.0%〕 (平成21年度)	17%以下 〔内訳 男性 27%以下 女性 7%以下〕

・出典：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省保険局）
喫煙率は県民健康調査（福島県健康増進課）

【数値目標設定の基本的な考え方】

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(平成24年9月28日厚生労働省告示)を参考とし、以下の算出方法により目標値を設定。(厚生労働省作成推計ツール活用)
また、第二次健康ふくしま21計画(福島県健康増進計画)における目標値と整合を図る。

◆ 特定健康診査の実施率

【基本的な考え方】

特定健診対象者の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別分布に対し、それぞれの実施率の目標値(または目安)を乗じ、これらを足しあげることにより推計

【推計方法】

- (1) 特定健診対象者の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別分布の推計(2010年度(平成22年度))
- (2) 特定健診実施率の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別目標の推計(2017年度(平成29年度))
- (3) 特定健診実施率(計)の目標の推計(2017年度(平成29年度))

《参考》特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(抜粋)

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

◆ 特定保健指導の実施率

【基本的な考え方】

特定保健指導対象者の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別分布に対し、それぞれの実施率の目標値(または目安)を乗じ、これらを足しあげることにより推計

【推計方法】

- (1) 特定保健指導対象者の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別分布の推計(2010年度(平成22年度))
- (2) 特定保健指導実施率の保険者(市町村国保、全国健康保険協会、その他)別目標の推計(2017年度(平成29年度))
- (3) 特定保健指導実施率(計)の目標の推計(2017年度(平成29年度))

◆ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

特定健康診査実施率を70%以上、特定保健指導の実施率を45%以上とした場合、厚労省の以下の試算によりメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は25%程度と推計されるため。

<平成24年6月18日第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料(厚生労働省)>

平成20・21年度の特定健康診査結果、20年度に特定保健指導を受けた方(23万人程度)のデータから20年度にメタボ該当者で21年度にメタボ該当者から脱した方の割合を推計すると、0.320となるため改善率を32%程度として計算。各年度において試算される保健指導終了者の32%がメタボ該当者から外れ、その減少数は以降、累積していくと仮定。

特定健康診査・保健指導実施率は、23~24年度は、20~22年度の平均伸び。25年度以降、その2倍程度として計算すると、29年度は特定健康診査実施率70%程度、保健指導実施率45%程度でメタボ減少率は25%程度となる。

◆ 喫煙率

本県の現在の成人の喫煙率から平成34年度までに禁煙希望者が禁煙した場合の割合(37.6%)を減じ平成29年度時点の目標値を算出すると男性22.0%(37.6%減)、女性6.2%(37.6%減)となるが、本県はより積極的な姿勢で取り組む必要があるため、国の目標値のとおり設定する。

(本計画の図8-1、8-2は、全国との比較をするため、国民生活基礎調査結果を用いているが、数値目標は、第二次健康ふくしま21計画(福島県健康増進計画)における目標値と整合を図り、県民健康調査結果を典としている。)

イ 目標を達成するために県が取り組む施策

東日本大震災・原子力災害の影響に配慮した健康づくり

東日本大震災及び原子力災害の影響により、浜通り地方をはじめとする多くの県民の生活基盤が大きく変化した状況を踏まえ、県民の生活の場へ出向いた支援や、県部局横断的な取組、市町村・地域の方々・民間団体等関係機関との連携を図り、効果的な施策の展開に留意します。

○ 被災者の健康支援

- (a) 関係機関や団体と課題や情報を共有するとともに、被災市町村における健康支援活動（生活習慣病予防や介護予防、適正医療等）に対する支援に努めます。
また、健康支援活動を実施するための住民の健康状態を十分に把握できていない地域もあることから、被災市町村や関係機関とともに情報収集に努めます。
- (b) 放射線の健康への影響について県民が抱く不安やストレスの軽減を図るため、医療機関における放射線に関する相談外来設置への支援や、住民参加型のワークショップの開催等により、県民が放射線に関する情報や知識を十分に得られるよう、リスクコミュニケーション^{※17}を強化していきます。
- (c) 仮設住宅や借上げ住宅入居者等を中心として、様々な悩みを抱える被災者に対して、ふくしま心のケアセンター等関係団体と連携し、心のケアに中・長期的に取り組めます。

○ 県民健康管理調査による取組

県では、東日本大震災やその後の東京電力福島第一原子力発電所事故により、多くの県民が健康に不安を抱え、避難生活を余儀なくされた状況を踏まえ、長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなぐことを目的とした「県民健康管理調査」を、福島県立医科大学と連携して実施しております。

「県民健康管理調査」では、全県民を対象とした基本調査（外部被ばく線量の推計）、震災当時概ね18歳以下の県民を対象とした甲状腺検査、既存制度の健診を活用した健康診査、こころの健康度・生活習慣に関する調査、妊産婦に関する調査に取り組み、疾病の早期発見・早期治療を図るなど、長期にわたり県民一人一人の調査結果等のデータを管理し、県民の健康を見守っていきます。

(a) **基本調査**

東京電力福島第一原子力発電所の事故後、空間線量が最も高かった時期における放射線による外部被ばく線量の推計等を行うため、全県民を対象に実施しております。

(b) **甲状腺検査**

チェルノブイリ原発事故後に明らかになった健康被害として、放射性ヨウ素の内部被ばくによる小児の甲状腺がんがあります。子どもたちの健康を長期に見守るため、平成23年3月11日時点で、0歳から18歳までの県民を対象に甲状腺（超音波）検査を実施しております。

(c) **健康診査**

がん検診の受診勧奨を行うとともに、避難区域等^{※18}の住民及び基本調査の結果必要と認められた方については、市町村や関係団体の協力を得て、血算等の項目を追加した健康診査を行っております。
また、避難区域等以外の住民については、既存健診の受診勧奨を行うとともに、既存健診の受診機会が無い19～39歳の方に受診機会を提供し、全ての県民が健診を受ける機会を得られる環境を整備します。

(d) **こころの健康度・生活習慣に関する調査**

避難区域等の住民及び基本調査の結果必要と認められた方を対象に、こころや、からだの健康度（問題）を正しく把握し、保健・医療・福祉に係る適切なケアを提供するため、調査を実施しております。
回答内容により、こころの健康上、相談・支援の必要があると判断された方には、福島県立医科大学の「こころの健康支援チーム」が電話をかけて相談支援等を行っております。

(e) **妊産婦に関する調査**

平成22年8月1日以降に、県内各市町村において母子健康手帳を交付された方、平成23年3月11日以降に県内で妊婦健診を受けたり、分娩した方（いわゆる里帰りをした方）を対象に、こころやからだの健康度等に関する調査を実施しております。
回答内容により支援が必要と判断された方には、福島県立医科大学の助産師・看護師から電話をかけて相談支援等を行っております。

※17 リスクコミュニケーション：リスクに関する情報を共有し、意見交換等を通じて意思疎通と相互理解を図ること。

※18 避難区域等：南相馬市、田村市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯舘村、伊達市の一部（特定避難勧奨地点関係地区）

生活習慣病の発症と重症化予防の徹底

国保診療分を参考に本県の疾患の状況を見ると、入院及び入院外の合計では、「循環器系の疾患」の医療費が最も高く、次いでがんを含む「新生物」となっており、一次予防（発症予防）と二次予防（早期発見・早期治療）の徹底をする必要があります。

○ 一次予防の推進（発症予防）

本県は、特に若年期からの高血圧性疾患及び糖尿病対策を充実させる必要があることから、この二つの疾患の発症に大きく関わる「喫煙」、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」対策に「次世代の健康」、「休養・こころの健康」、「飲酒」、「歯・口腔の健康」、対策を加えて、市町村等の取組に対する助言・支援を行うとともに、自らも取組を推進していきます。

また、循環器疾患を引き起こす生活習慣の改善等の適切な情報提供や健康教育の担当者等に対する情報提供や研修会等を行うなど、健康教育担当者のさらなる資質向上を図る取組を進めます。

さらに、働き盛りの若年層に働きかけるためには、地域保健と職域保健が連携して保健事業を実施することが必要なことから、保健福祉事務所が中心となり、市町村、職域保健との具体的な連携方策を検討していきます。

なお、普及啓発に当たっては、できる限り県、圏域、市町村における死亡や受診等のデータを視覚的に表現する等、県民が理解しやすい形で情報提供し、健康づくりを推進する当事者としての県民と課題が共有できるように努めます。

各分野の対策は以下の方向性により取り組んでいきます。

(a) 喫煙

喫煙対策は、疾病と死亡の原因として、最大かつ回避可能な原因であることから、重点的に対策に取り組む必要があります。

・喫煙の害に関する情報提供・普及啓発の実施

市町村や関係団体等と連携しながら、喫煙の害に関する情報提供・普及啓発を積極的に行うなど、成人の喫煙率の低下に資する取組を実施します。また、女性の喫煙率は、男性に比較して低い水準であるものの、ほぼ横ばいで推移していることから、女性へ視点を置いた対策に取り組めます。

・受動喫煙防止対策・禁煙の推進

市町村、関係機関、職域等と連携しながら、公共施設や職場等における禁煙を推進するとともに、受動喫煙の機会を減らすための取組を実施します。

・ **未成年及び妊産婦の喫煙防止**

未成年者及び妊産婦の喫煙をなくすため、学校や市町村等における喫煙防止教育を実施します。さらに、妊娠期や授乳期の喫煙に関する影響について適切な情報提供を行うとともに、健康教育の実施について推進します。

(b) **栄養・食生活**

健康で望ましい食生活の実現のためには、社会環境の変化やそれに伴う食行動・志向の変化を踏まえ、個人の自発的な参加を推進できるような“楽しい食環境づくり”等、生活の質の向上とともに社会環境の質の向上など総合的な取組を実施する必要があります。

・ **乳幼児期からライフステージに応じた望ましい食生活形成のための食育の推進**

家庭、学校、地域、行政等が連携して、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた望ましい食生活の実現に向けて、積極的に食育を推進します。また、第二次福島県食育推進計画に基づき、市町村の食育推進計画策定や食育推進事業の充実強化に向けた指導助言等の支援を行います。

・ **望ましい食生活の実現のための情報提供及び個人の健康づくりの支援**

適正体重を維持している者の増加及び適切な量と質の食事をとる者の増加に資する取組を実施するとともに、安全・安心な食品の選択にもつながるような食生活に関する適切な情報提供を図ります。

また、望ましい食生活を実現するため、地域で健康に関する学習や活動を実践する「食生活改善推進員」の育成及び増員に努めるとともに、その活動を支援します。

・ **生活習慣病の発症予防と重症化予防の推進**

生活習慣病の予防には、適正体重の維持とともに減塩や脂肪等の摂りすぎに注意するなど健康に配慮した食生活の習慣化が重要であるため、食事についての正しい知識を習得する機会や情報提供する場の確保に努めます。

また、栄養士会栄養ケア・ステーション^{※19}との連携を図りながら、診療所等に管理栄養士を継続的に派遣する仕組みづくりを検討するなど、地域の栄養指導体制の確立に努め、栄養指導や在宅訪問栄養指導等を充実させることにより、糖尿病等の重症化予防や合併症の発症予防に努めます。

※19 栄養ケア・ステーション：地域住民のための食生活支援活動の拠点で、都道府県栄養士会が運営し、管理栄養士、栄養士が、特定保健指導、医療機関での栄養食事指導、食育・健康関連セミナー等、地域の特性に応じた事業を展開している。

・ **食環境の整備**

健康に配慮した食事を提供する飲食店等（うつくしま健康応援店^{※20}）の増加や福島県の食育活動に協力してくれる団体や企業（福島県食育応援団）の数の増加を図るなど、食環境整備を推進します。また、職場の給食施設における健康に配慮した食事を提供する施設の割合の増加等、職域保健との連携による健康づくりを推進します。さらに、消費者が健康の保持増進のため食品の栄養表示を活用できるよう普及啓発に努めるとともに、事業者に対しては栄養表示基準制度の徹底を図ります。

(c) **身体活動・運動**

身体活動や運動は、肥満、生活習慣病や高齢者の介護予防のほか、メンタルヘルスや生活の質の改善にも効果が期待されており、身体活動・運動の定着化を図る取組を実施する必要があります。

・ **運動習慣の普及啓発**

県、市町村、関係機関等が連携しながら、運動習慣の定着に資する取組を実施するとともに、県民健康の日（10月10日）等に合わせ、運動・身体活動の普及啓発に積極的に取り組みます。

また、生活習慣の改善に重要である身体活動・運動に関し、適切な情報提供を図ります。

・ **運動しやすい環境づくりの推進**

県、市町村、関係機関等が連携し、運動しやすい環境づくりを推進し、県民が日々の生活の中で、継続的に身体を動かす取組ができるよう努めます。

(d) **次世代の健康**

健やかな生活習慣を幼少時代から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるような取組を実施する必要があります。

・ **子どもの健康的な生活習慣の形成に資する取組の推進**

健康な生活習慣（食生活、運動等）を有する子どもの割合を増加させるため、県、市町村、関係機関等が連携しながら適切な情報提供を図ります。また、低出生体重児の割合の減少や肥満傾向にある子どもの割合の減少に資する事業の実施に努めます。

※20 うつくしま健康応援店：県民の外出機会の増大に伴い、安心して外食を楽しみながら健康な食生活を育むことのできる環境をつくるため、本県では、メニューの栄養成分表示やヘルシーメニューの提供、喫煙対策等に取り組む飲食店等を「うつくしま健康応援店」として登録している。

・ **次世代の健康に取り組む体制の整備**

子どもの健やかな発育のため、行政、学校、家庭、地域、企業、民間団体等と連携し、社会全体で次世代の健康に取り組む体制を整備します。

(e) **休養・こころの健康**

こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な要素であり、こころの健康を保つため、心身の疲労回復と充実した人生を目指すための休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立する必要があります。

このため、各ライフステージに応じた、家庭、学校、職場、地域社会等の様々な場での、こころの健康づくりへの取組が必要となっております。

・ **休養・こころの健康に関する正しい情報発信と普及啓発**

県、市町村、関係機関等が連携しながら、休養やこころの健康に関し、適切な情報提供を図ります。

・ **自殺者の減少に資する取組の実施**

第二次福島県自殺対策行動計画に基づき、自殺者の減少に資する取組を実施します。

・ **こころの健康に関し社会全体で相互に支え合う環境の整備**

休養やこころの健康に関する課題を把握するとともに、県、市町村、関係機関等が連携しながら、個別訪問や相談体制を強化するなど、社会全体で相互に支え合う環境の整備に努めます。

また、十分な睡眠時間や余暇活動時間の確保が重要であることから、県民一人ひとりが積極的に休養することの大切さを認識できるよう、その意識の醸成に努めるとともに、働く場での休暇を取りやすい環境の整備を進めます。

(f) **飲酒**

過度の飲酒習慣は健康に悪影響を及ぼし、肝機能障害や糖尿病、心臓病などの身体的健康問題のほか、脳神経系に作用して、様々な精神症状を引き起こしたり、障害をきたしたり、事故や犯罪、自殺につながるなど、家庭や職場に対しても大きな影響を及ぼします。

このため、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を下げるなどの施策に取り組む必要があります。

・ **過度な飲酒の防止対策の普及**

過度の飲酒による健康への影響等の予防対策として、県、市町村、関係機関等が連携しながら、アルコールに関する正しい知識の普及啓発及び健康

教育を推進します。

また、多量飲酒者の減少に資する取組の実施に努めます。

・ **未成年者及び妊産婦の飲酒防止**

未成年者の飲酒は、身体に悪影響を及ぼし健全な発達を妨げることから、学校教育における飲酒禁止教育を実施するなど、未成年者の飲酒防止に資する事業に取り組みます。

また、妊娠期や授乳期の飲酒は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけではなく、胎児や乳児にも悪影響があることから、妊産婦の飲酒に関する影響等について、適切な情報提供を図ります。

・ **飲酒関連問題の防止の推進**

飲酒に起因する問題行動を防ぐため、県、市町村、関係機関等が連携しながら、社会全体で相互に支え合う環境の整備に努めます。

(g) **歯・口腔の健康**

歯・口腔の健康は、食べる喜び、話す楽しみなどを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく関係しております。

本格的な人生80年時代を迎えた中、全ての県民が生涯にわたり歯の健康を保ち、自分の歯で食べる楽しみを持ち、健康で質の高い生活を送ることができるよう、各ライフステージに応じた、う蝕予防及び歯周疾患予防とともに、口腔機能の維持向上などが重要となります。

これらの歯・口腔の健康の実現を図るためには、個人への働きかけだけでなく、良好な口腔保健の保持及び適切な生活習慣を習得するための社会環境を整えることが必要となっております。

・ **口腔機能の維持向上に資する取組の実施**

福島県歯科保健基本計画に基づき、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた口腔機能保持向上に資する取組を実施します。

・ **歯・口腔の健康に関する情報提供**

う蝕、歯周病及び口腔がんと生活習慣病との関わりなど、歯・口腔の健康に関し、適切な情報提供を図ります。

・ **8020運動の更なる推進**

高齢期における歯の喪失予防対策として、8020運動を推進します。

○ **二次予防（早期発見・早期治療）の推進**

本県の医療費等の現状分析から、特定健康診査・保健指導の推進支援とともに、がんやCOPD（慢性肺閉塞性疾患）の早期発見・早期治療の推進が必要となります。

(a) **医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進支援**

特定健康診査により生活習慣の改善の必要が高い者としてメタボリックシンドロームの該当者・予備群を効率的かつ確実に抽出するとともに、きめ細やかな保健指導によって、確実に行動変容が図れるよう以下の取組を強化していきます。

・ **県民に対する普及啓発**

県内市町村の特定健康診査等の情報を県ホームページに掲載するとともに、特定健康診査・がん検診等について県広報誌・広報番組等による広報を行います。

・ **特定健康診査・特定保健指導に携わる人材の確保及び質の向上**

人材育成や研修会の開催、各保健福祉事務所における技術的助言等の実施により、市町村等を支援します。

・ **保険者協議会の活動支援**

協議会に参加し、県全体の情報提供や各部会の活動に協力していきます。

・ **医療保険者における健診結果データ等の活用推進支援**

医療保険者には、特定健康診査・特定保健指導関連データとレセプトを突合したデータを活用して、取組の効果を評価し、必要に応じて見直すことにより、質の高いサービスを提供することが求められます。

県においても、医療保険者における健診等データの有効活用や、それを用いた効果的な保健指導の実施について助言や支援を行うよう努めるとともに、自らも都道府県単位の健診データや資料提出の協力要請により保険者から取得したデータ等の分析を行い、本計画の評価・見直しに活用します。

(b) **がんの早期発見・早期治療の推進**

がん対策においては、発症と重症化を防ぐためにも一次予防（発症予防）とともに、二次予防（早期発見・早期治療）の徹底をする必要があります。

- ・ 県、市町村、関係機関等が連携しながら、がん検診の実施に関する情報交換を行うとともに、多様な広報媒体や機会を活用してがん検診の重要性を周知することや受診勧奨の充実を図ります。

特に、初回受診者や長期未受診者に対する積極的な周知・啓発に努めます。

- ・ がんを早期発見するため、市町村や関係機関等と連携し、がん検診受診率向上及び精検受診率100%に向けた取組を実施します。

- ・ 県は、県民が、がん検診を受診しやすいよう関係機関の協力を得て、県内全域のどの医療機関でもがん検診が受診できる体制整備の検討を行います。
- (c) COPD（慢性肺閉塞性疾患）の早期発見・早期治療の推進
- ・ 特定健康診査や肺がん検診の機会等を活用した、肺年齢の検査など、COPDの早期発見・早期治療に資する取組の推進に努めます。
 - ・ COPDの疑いのある者の早期発見を促進するため、健診等に従事する保健医療専門職のCOPD理解促進のための取組の実施に努めます。

市町村国保における医療費適正化施策に対する支援、後期高齢者医療費の適正化への支援

○ 市町村国保における医療費適正化施策に対する支援

(a) 医療費の実態把握に対する支援

超高齢社会を迎え医療費が増加している中、市町村国保が医療費適正化に向けた保健事業等の施策を効果的に進めるには、レセプトデータ等を活用した地域の健康課題や、実際、医療費に影響を与えている生活習慣等の要因の把握が必要であることから、市町村における医療費の分析や分析結果の評価の手法について助言します。

(b) 市町村における医療費適正化施策に対する支援

市町村では、レセプト点検等の医療給付費の適正化対策や重複・頻回受診傾向の患者（住民）に対する保健指導を通じた適切な受診意識のかん養など、医療費適正化に資する各種施策に対して技術的助言を行います。また、他の市町村の先駆的事例の紹介などに努め、市町村における医療費適正化事業の推進を図ります。

(c) 高医療費市町村に対する支援

市町村国保において、年齢構成や地域の特殊事情を補正してもなお、全国の標準的水準より医療費が高い高医療費市町村については、「福島県市町村国民健康保険広域化等支援方針」に定める医療費適正化対策の実施等について助言します。

○ 後期高齢者医療費の適正化に関すること

後期高齢者医療制度に関し、後期高齢者医療費の適正化に資するため、個別的な保健指導の実施など広域連合が取り組むべき施策について技術的助言を実施します。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する数値目標及び施策

本県の平均在院日数は全国平均よりも長くなっており、平均在院日数が長くなると1人当たり後期高齢者医療費が高くなる傾向にあることから、病院機能の分化・連携や在宅医療の推進、医療と介護の連携をこれまで以上に強化し、病状が安定した方々が安心して退院でき、ひいては医療機関における入院期間の短縮につながる取組が必要となっています。

現時点での本県の処方薬に占める後発医薬品の割合は、全国平均より若干低い状況にあります。

これを制度別に見ると、公費負担医療費と後期高齢者医療費における後発医薬品割合が全国平均より低い状況にあるため、これらの保険制度を重点に、使用促進に向けた取組を進めます。

以上のような考えを踏まえ、本県における医療の効率的な提供の推進に関する数値目標を次のように設定します。

ア【数値目標】医療の効率的な提供の推進に関する数値目標

項目	基準値	目標値
平均在院日数	31.8日 (平成23年)	30.4日以下 (平成29年)
後発医薬品の数量シェア	23.2% (平成23年度)	30%以上 (平成29年度)

・出典 平均在院日数：病院報告（特別集計）（厚生労働省）
後発医薬品の数量シェア：調剤医療費の動向調査

※数値目標設定の基本的な考え方

◆平均在院日数

- ・平成23年度の平均在院日数は、31.8日となっており、前年度32.9日より減少しているが、平成23年度は、東日本大震災・原子力災害の影響により、相双圏域を中心とした医療機関の休止等や報告があった医療機関からの患者数に基づく集計となっている、（平成23年度病院報告）
- ・本県の平成23年度の平均在院日数を算定基礎として、平成29年の平均在院日数を推計すると31.8日で、震災前の本県の平成20～22年度実績の平均を算定基礎として推計すると31.9日となり、いずれの場合も在院日数は基準値以上となる見込みである。（厚生労働省作成推計ツール活用）
 - ・第一期計画では、全国一律に平成27年度までに各都道府県の平均在院日数と最も短い都道府県との差を半分にすることが求められ、平成24年度末までに31.7日とする目標を掲げていたが、第二期計画においては、都道府県の判断で設定できることとなった。
 - ・本県は、東日本大震災・原子力災害を踏まえ医療福祉提供体制の再構築を最優先として取り組むため、まずは、平成23年度の全国平均30.4日を平成29年度末までに達成することを目標として設定する。

◆後発医薬品の数量シェア

- ・本県における後発医薬品の使用割合は、23.2%（平成23年度）となっており、国で定めた目標「平成24年度までに30%以上」を達成していないことから、平成29年度目標を「30%以上」として設定する。

イ 目標を達成するために県が取り組む施策

県民が、疾患の状態や時期に応じた切れ目のない適切な医療・介護を受けることができるよう、「病院機能の分化・連携」、「在宅医療の推進」、「医療と介護の連携」をこれまで以上に強化し、さらに長期に入院している精神障がい者のうち、地域での生活が可能な方の退院を促進するよう「精神障がい者の地域生活移行」に関する取組を進めます。

東日本大震災・原子力災害への対応

医師や看護師等の医療従事者、介護職員等の流出や、警戒区域等の多くの医療機関、高齢者等の入所施設、介護事業所等が休止を余儀なくされていることから、人材確保をはじめとする医療福祉提供体制の再構築について、引き続き強力に進めていく必要があります。

○ 医療提供体制

- (a) 地域医療提供体制の再構築を図るため、地域医療再生計画（三次医療圏）に基づき、救急医療や小児・周産期医療の強化、医師・看護師等の医療人材の確保を始めとした医療提供体制の復旧等に努めるとともに、浜通り地方医療復興計画に基づく医療機関の役割に応じた機能強化や情報連携の基盤整備などの取組を進めます。
- (b) 災害時における救急医療を確保するため、関係機関との連携強化を図るとともに、災害派遣医療チーム（DMAT）^{※21}の隊員養成研修の支援等を実施し、災害時医療体制の整備を図ります。
- (c) 放射線による健康への影響に対する早期診断・最先端治療拠点「ふくしま国際医療科学センター」を福島県立医科大学に整備します。また、独立行政法人放射線医学総合研究所による放射性物質の生態系における環境動態調査及び福島県立医科大学による低線量域における被ばくモニター開発等により、将来にわたる県民の健康維持・増進を支援します。

※21 災害派遣医療チーム（DMAT）：災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チームのことで、災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team の頭文字をとって略してDMATと呼ばれている。医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チーム。

○ 福祉サービス提供体制

- (a) 被災高齢者等の生活支援を行うために、高齢者等サポート拠点においてデイサービス、訪問介護・看護、配食サービス、生活相談等のサービスを提供し、また、被災市町村を支援するため、仮設住宅等に介護支援専門員等の専門職種を派遣するほか、要援護者の支え合い体制づくりを支援します。
- (b) 被災地及び避難者を受入れている地域において、見守り体制の構築、被災者等のニーズ把握、孤立防止のための支援など、地域コミュニティの復興の取組を支援します。
- (c) 福祉・介護事業所の深刻な人材不足の解消を図るため、事業者による自主的な人材確保や育成活動、特に浜通りにおいて中核となる介護職員の確保を支援するなど、福祉・介護人材の確保・定着に向けた対策を総合的に展開します。
- (d) 障がい者の総合相談窓口を設置し、地域生活移行や就労支援などの自立支援を進めるとともに、障がい福祉サービス復興支援拠点にコーディネーターを配置し、事業所等への支援を行うなど、障がい児・者に対する福祉サービスの提供体制を整備します。

医療機能の分化・連携

近年の医療の高度化や専門化、疾病構造の変化を伴う生活習慣病患者の増加、さらに医師を始めとする医療従事者の不足等により、急性期から回復期を経て慢性期（維持期）に至るまでの全ての治療を、単独の医療機関で実施することは難しくなっています。

限られた医療資源を有効に活用しながら、安全で質の高い医療を提供するためには、地域の医療機関の機能分化と連携を進め、これまでの「医療機関完結型の医療」から「地域完結型の医療」への転換を図る必要があります。

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局制度の普及定着化
プライマリ・ケア^{※22}を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着に向け、県民への普及啓発を推進します。
また、かかりつけ薬局の定着に向けて普及啓発を行い、お薬手帳等を活用し、薬歴管理、服薬指導の徹底により医薬品の重複投与を防止します。
- 地域医療支援病院^{※23}の普及
地域医療支援病院の承認をとおり、地域の医療機関相互の一層の連携強化と地域医療の水準の向上を図ります。

※22 プライマリ・ケア：病気の初期診療・第一次医療のこと。

- 地域連携クリティカルパス^{※24}導入に向けた環境整備
関係機関や関係団体等と連携して、疾病ごとに疾病の発症から診断、治療、リハビリといった一連の診療計画を複数の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスの導入を進めます。
- 公立病院等の再編・ネットワーク化
福島県医療計画及び「福島県公立病院再編・ネットワーク化計画」に基づき、各地域に求められる医療機能及び病院開設者の意向等を踏まえつつ、公立病院等の再編・ネットワーク化を進めます。

在宅医療の推進

超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される中で、在宅医療は回復期及び慢性期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の1つとして期待されています。

- 訪問看護に係る認定看護師の養成を支援するとともに、関係機関と連携し、在宅医療に携わる各医療従事者の研修機会の確保に努めます。
- 自宅での看取りを含む在宅医療の推進には、在宅医療の提供体制と、患者及び家族のニーズが必要です。
住み慣れた場所での療養と最期を望む患者及び家族に、必要な在宅医療が提供されるよう、在宅医療に関する情報の発信に努めるとともに、在宅医療のメリットについて県民の理解を促すための周知啓発に努めます。
- 多職種によるサービス調整の場を構築する等、多職種連携のための環境整備を進めるとともに、関係団体と連携して、介護サービス施設等と看取りを実施する医療機関の連携を促進し、介護サービス施設等において看取りができる環境の整備を進めます。
- 高齢期になっても在宅生活ができる住まいの整備
(a) サービス付き高齢者向け住宅登録制度の普及
高齢者が安心して生活できる住まいづくりを推進するため、サービス付き高齢者向け住宅登録制度の普及促進に努め、家賃やサービスなど住宅に関する情報が開示されることにより、高齢者自らのニーズにあった住まいの選択を行える環境の構築に努めます。

※23 地域医療支援病院：地域における第一線の医療機関であるかかりつけ医・かかりつけ歯科医師への支援などをおし、地域医療の充実を図る病院で、県知事の承認を受けた病院をいう。

(b) 良質なサービス付き高齢者向け住宅の供給促進

登録を受けようとするサービス付き高齢者向け住宅が安心して生活できる住宅であるか、適正に審査を行うとともに、登録後においても適正な契約に基づく賃貸借とサービスの提供ができていないかを、福祉・住宅部門の担当者が連携して事業所を訪問し、助言等を行うこととしています。

(c) 公営住宅のユニバーサルデザイン化の促進

高齢化が進行する中、公営住宅のユニバーサルデザイン化を図るため、原則として3階建て以上の公営住宅を建設する場合にエレベーターを設置します。

医療と介護の連携

在宅医療は、多職種連携によって提供されるものであり、その推進には、医療と介護の連携が欠かせません。

特に高齢化が進んでいる地域においては、高齢者単身世帯や高齢者の夫婦のみの世帯が増加していることから、自宅での生活が困難なことも多く、医療と介護の連携が重要になっています。

○ 多職種連携の推進

多職種連携を推進するため、関係団体等と連携して、多職種連携の窓口となる在宅療養支援診療所の増加を図ります。

また、県では、平成22年度から社団法人福島県歯科医師会に委託して「福島県在宅歯科医療連携室^{※25}」を設置しており、今後も、患者の退院前から、退院する医療機関、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、地域包括支援センター^{※26}、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局等の多職種によるサービス調整の場を構築する等、多職種連携のための環境整備を進めます。

○ 医療と介護等関係機関のネットワークづくり

地域包括支援センターが担うべき機能が十分発揮できるよう、職員に対する専門的な研修の実施や適切な助言を行い、地域における包括的・継続的マネジメントの支援、総合相談・支援、介護予防マネジメント機能の強化を図ります。

※24 地域連携クリティカルパス：急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

※25 福島県在宅歯科医療連携室：寝たきりなどにより通院が困難な方、病気やけがの治療・リハビリなどにより入院されている方、介護施設に入所されている方の治療を希望される場合に、訪問歯科診療を行う歯科医院を紹介している。

- 地域リハビリテーションの推進
医療機関のネットワーク化の促進とともに、介護保険施設等との連携を図り、高齢者や障がいのある方が、地域での自立した生活を実現するための活動を支援するとともに、県地域リハビリテーション支援センター^{※27}等と連携して、地域リハビリテーション支援体制の充実を図るよう努めます。
- 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの適切な提供
重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス^{※28}」が適切に提供されるよう、市町村での適切な整備について技術的な助言を行います。
- 複合型サービスの整備
利用者のニーズ（医療ニーズ含む）に応じて柔軟に小規模多機能型サービスなどの提供を受けやすくなる小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型事業所^{※29}の市町村での適切な整備に資するよう、要介護高齢者数や、その地域の医療・介護等社会資源の状況等を広域的な視点で分析し、情報提供する等、技術的な助言を行います。
- 福祉・介護人材育成の推進
介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、介護職員初任者研修修了者等、介護保険施設・事業所及びサービス付き高齢者向け住宅のサービス提供者として、福祉・介護人材の育成を推進し、医療職種とも連携しながら高齢者が安心してサービスを受けることができるよう努めます。

※26 地域包括支援センター：介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。各市町村に設置される。

※27 県地域リハビリテーション支援センター：県が県内に1カ所指定するリハビリテーションの中核機関で、地域リハビリテーション広域支援センターに対する支援、リハビリテーション資源の調査・研究、関係団体・医療機関との連絡・調整を行う。

※28 定期巡回・随時対応サービス：「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のことで、次の2つの類型がある。

- ① 一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する介護・看護一体型
- ② 訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する介護・看護連携型（看護サービスのうち、居宅での療養上の世話・診療の補助は連携先が提供）

※29 複合型事業所：要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる小規模多機能型居宅介護事業所のことで、ケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。

- たんの吸引等が実施可能な介護職員の養成等
在宅や、特別養護老人ホーム、障害者（児）施設等において医療的なケアに対するニーズが高まっている状況に対応するため、介護福祉士や介護職員等がたんの吸引等を実施する条件となっている研修を開催し、たんの吸引等が実施可能な介護職員等を養成するほか、事業者登録を行うなど、体制整備を推進します。

精神障がい者の地域生活移行

長期に入院している精神障がい者のうち、受入れ条件が整えば、地域での生活が可能である方の退院を促進するため、地域全体の体制を協議する場の設置や一般市民への普及啓発、生活の場や就労支援などサービス提供体制の充実を図るとともに、身近なところで適切な相談を受けることができる相談支援体制の整備を支援する必要があります。

- 地域生活移行に関する協議
県自立支援協議会に地域生活支援部会を設置し、障がい者の地域生活移行及び定着に関する協議を行うとともに、各保健福祉事務所の地域生活移行圏域連絡会や市町村等の各地域自立支援協議会において、関係機関の連携のもと地域生活の移行及び定着を図ります。
- 精神障がい者に対する正しい理解の促進
地域生活移行を促進するためには、精神障がいに対する正しい知識や理解を深めることが不可欠であることから、広く啓発活動を行います。
- 生活の場の確保
地域における生活の場の充実を図るため、グループホームやケアホーム等の整備とサービスの向上に対する支援を行います。
- 就労支援等の日中活動の場の充実
地域生活を送る上で必要な、就労支援や自立訓練等の日中活動系サービスの提供体制の充実を図ります。
- 相談支援体制の整備
地域で生活する精神障がい者が身近なところで適切な相談を受けることができるよう相談支援体制の整備を支援します。

- 地域生活における安全・安心の確保
地域において安心して生活できるようにするため、権利擁護事業や成年後見人制度等の普及啓発やその活用の促進に努めます。

後発医薬品の使用促進

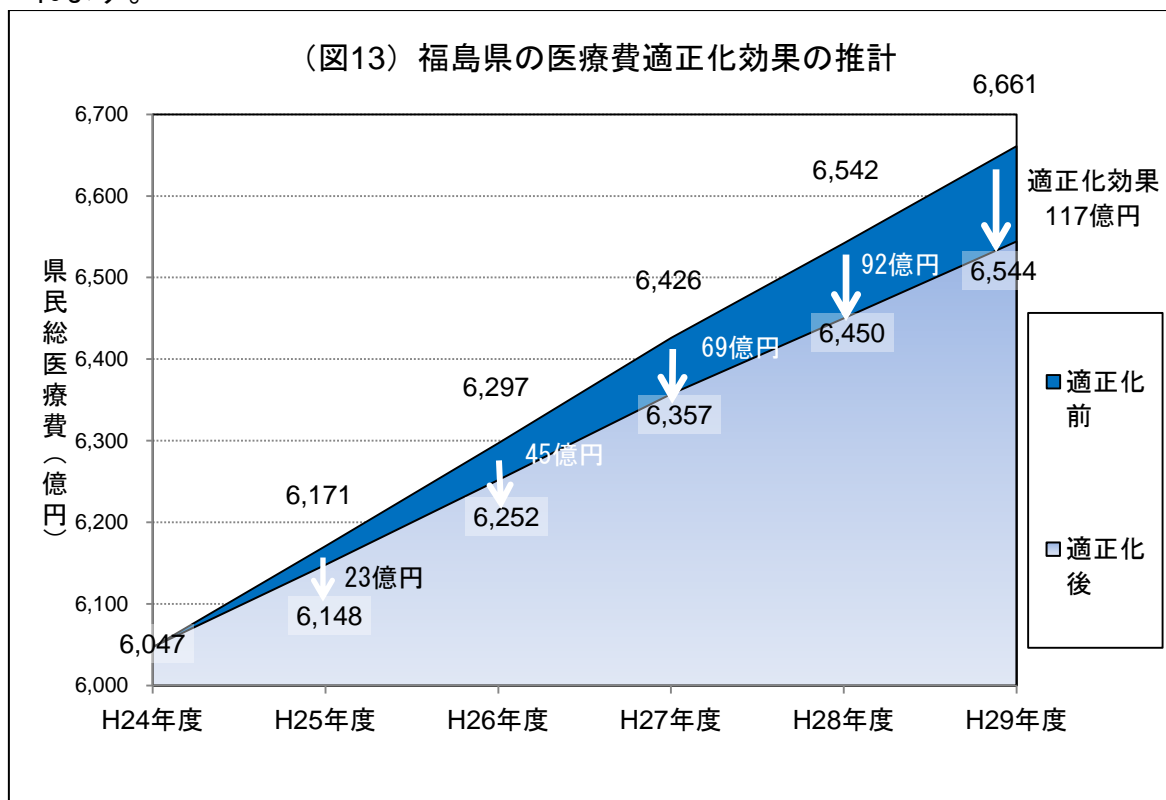
後発医薬品を安心して使用できる環境を整えるための施策に取り組めます。

- 福島県後発医薬品使用推進協議会における協議
医師、薬剤師等の医療関係者、医療保険者、メーカー、卸業者及び県担当者等による協議会を設置し、後発医薬品の安心使用に関する現状、課題、方策を協議します。
- 後発医薬品の使用状況に関する調査
後発医薬品の使用促進に支障となる問題点を抽出するために、医療機関、薬局等において使用状況に関する意識調査等を行い公表します。
- 後発医薬品使用促進の啓発
県民に対して後発医薬品について講習会等を実施し、使用促進の啓発を行います。
- 県内の医療機関における後発医薬品の採用品目リスト等の作成
医療機関・薬局が後発医薬品を採用する際の参考となるように、県内の中核病院等の後発医薬品採用リスト及び後発医薬品の選定基準を県のホームページに掲載します。
- 使用促進に関する取組事例の紹介
各医療保険者が実施している後発医薬品に切り替えた場合の「軽減額通知」や「ジェネリック医薬品希望カード」の送付などの取組について、福島県保険者協議会とともに、機会を捉え県民や関係団体に紹介していきます。

2 計画期間における医療に要する費用の見通し

「生活習慣病対策」及び「平均在院日数短縮」の効果に関する数値目標が達成されることによる、平成29年度時点における本県の医療費適正化効果を推計すると約117億円となります。

また、平成25年度から平成29年度までの累積効果は約346億円と推計されます。



データ：都道府県医療費の将来推計ツール Ver. 2（厚生労働省）活用

【医療費の将来見通しの推計における基本的考え方】

- (1) 推計期間
第二期医療費適正化計画の計画期間の最終年度である平成29年度までとする。
- (2) 推計の対象となる医療費
住民住所地別都道府県医療費
- (3) 推計方法
医療費の将来見通しの推計に当たっては、各都道府県の推計方法が整合的であることが望ましいので、厚生労働省が作成した推計ツールを用いる。

【適正化前の推計】

都道府県医療費の実績の伸び率を用いて、機械的に伸ばした1人当たり医療費に人口を乗じて得たものとする。

【適正化後の推計】

第二期では「生活習慣病対策」及び「平均在院日数短縮」効果を見込むこととする。

3 施策を推進するための関係者の役割と連携

「第4章」で掲げた目標を達成するためには、県の取組だけではなく、県民、医療保険者、市町村、医療機関等関係当事者すべてがその役割を認識し、互いに連携しながら取り組んでいかなければ実効性のあるものにはなりません。

そのために、医療審議会や地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等を活用し、情報交換や相互に連携、協力できる体制づくりを進めることが求められます。

○ 県民に期待される役割

- (a) 県民一人ひとりが若い時から健康に留意することにより、生活習慣病を引き起こす要因を防ぎ、そのことが結果として医療費の伸びの抑制につながっていくと考えられます。自分の健康は自分で守ると同時に、みんなの健康も守っていくという認識の下、禁煙、食事、運動等に留意した日常生活を送ることが求められます。
- (b) 特定健康診査・保健指導やがん検診等を含めた定期的な健康診査を積極的に受診し、必要時生活習慣を見直すとともに、疾病の早期発見、早期治療に努めることが求められます。
- (c) 運動や食習慣を改善していくための自主活動、サークル活動などに積極的に参加することが求められます。
- (d) 地域の医療体制について、自ら積極的に情報収集し、症状に応じた適切な医療を受けるように努めることが求められます。

○ 医療保険者に期待される役割

- (a) 特定健康診査・保健指導の実施（ハイリスクアプローチ）が各保険者に義務づけられ、保険者は、特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査・保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に関する数値目標を掲げることとなっています。
その達成状況によって、後期高齢者支援金が加算・減算されることから、数値目標を確実に達成していくことが求められます。
- (b) 特定健康診査・保健指導の実施に当たっては、保険者間はもちろん事業者が行う健康診断との連携を図り、円滑に実施することが求められます。

○ 市町村に期待される役割

- (a) 地域住民の健康増進に関する責任を担っており、健康教育、健康相談等を通じて効果的にメタボリックシンドロームの概念等の生活習慣病に関する啓発活動（ポピュレーションアプローチ）を積極的に推進することが求めら

れます。

- (b) 住民のライフステージに応じた、切れ目のない、包括的な健康づくりを推進するため、市町村は職域保健と連携し、健康情報のみでなく、健康づくりのための保健事業を共有していくことが求められます。
- (c) 健康づくりには様々な活動があることから、住民が参加しやすい運動や食生活の習慣を改善していくための自主活動、サークルの育成、支援を行うことが求められます。
- (d) 従来から実施してきた、がん検診等保健事業についても健康増進法に基づいて着実に実施し、早期発見、早期治療に結びつけることが求められます。
- (e) 県が策定する介護保険事業支援計画と連携し、介護保険事業計画を策定することにより、介護サービスの需要に適切に対応することが求められます。

○ 医療機関・医療関係者に期待される役割

- (a) 医療提供体制においては、患者の状態に応じた医療資源を適切に提供することが求められています。そのため、地域において、他の医療機関との役割分担と連携を意識した医療の提供を図るとともに、保健や福祉との連携が求められております。
- (b) 県民は安全・安心な医療が提供されることを期待しています。そのため医療従事者は、患者・家族との信頼関係の構築に努め、県民の視点に立った医療を提供することが求められます。

○ 事業者・企業に期待される役割

- (a) 労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施に当たっては、保険者が実施する特定健康診査・保健指導と十分に連携し、効果的、効率的に実施することが求められます。
- (b) 労働者のライフステージに応じた切れ目のない、包括的な健康づくりを推進するため職域保健は市町村等地域保健と連携し、健康情報のみでなく、健康づくりのための保健事業を共有していくことが求められます。

○ マスメディア(報道機関)に期待される役割

マスメディアは不特定多数の人々を対象に、大量の情報を迅速に送ることができるという特徴を活かし、科学的根拠に基づいた正しい情報を広く県民に伝達することで、施策の推進を支援することが求められます。

○ 県の役割

- (a) 保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等あらゆる機会を通じて保険者、健診・保健指導機関、医療機関、介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制作りに努めます。
- (b) また、『県民の健康の保持の推進に関する施策』として、「東日本大震災の影響・原子力災害に配慮した健康づくり」、「生活習慣病の発症と重症化予防の徹底」、「市町村国保における医療費適正化施策に対する支援」、「後期高齢者医療費の適正化への支援」に取り組むとともに、『医療の効率的な提供の推進に関する施策』として、「東日本大震災・原子力災害への対応」、「医療機能の分化・連携」、「在宅医療の推進」、「医療と介護の連携」、「精神障がい者の地域生活移行」、「後発医薬品の使用促進」に取り組めます。

第5章 計画の推進

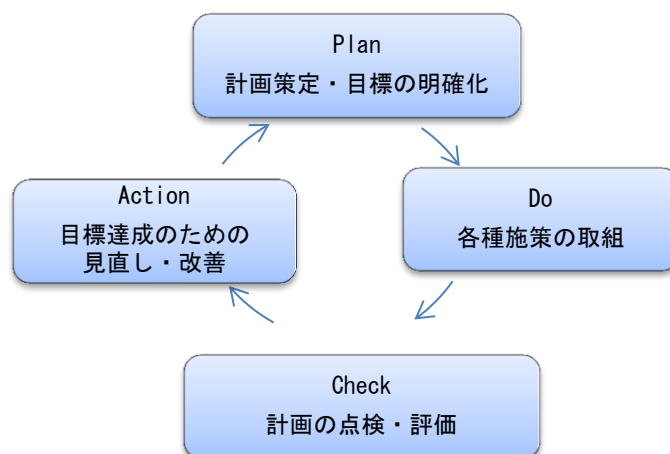
1 PDCAサイクルに基づく計画の推進

計画を着実に推進し、実効性を高めるために、計画策定、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環（PDCAサイクル）により計画の進行管理及び評価を実施します。（図14）

(1) 毎年度の進行管理

本計画に定めた数値目標について、毎年度実績を把握し、福島県医療費適正化計画検討会議において評価するとともに、福島県医療審議会、健康ふくしま21推進協議会（福島県地域・職域連携推進協議会）等で報告します。

(図 14) PDCA サイクル



(2) 進捗状況評価（中間評価）

本計画期間の中間評価として、計画策定から3年後の平成27年度において、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、結果を公表します。

評価は、計画に定めた施策の取組状況及び目標として設定した数値の進展状況を確認するとともに、その関連についての分析を行います。

さらに、中間評価を踏まえ、必要に応じて、達成すべき数値目標の設定、目標達成のために取り組むべき施策等の内容について見直しを行い、計画の変更を行います。

(3) 実績評価（達成状況評価）

計画期間が終了した翌年度の平成30年度に、計画に掲げる数値目標の達成状況を中心とした実績評価を行うとともに、結果を公表します。

さらに、施策の取組状況と数値目標の達成状況との因果関係を分析し、その結果をその後の取組に活かしていきます。

なお、厚生労働大臣は、実績評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、県の区域内における診療報酬について地域の実情を踏まえながら、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て、合理的であると認められる範囲内において他の都道府県と異なる診療報酬の定めを行うことができるとされています。

この定めをするに当たってあらかじめ行われる国との協議に際して、県は自らが行った実績評価の結果を適宜活用して対応します。

2 計画の推進体制

(1) 福島県医療費適正化計画検討会の設置

本県における医療費適正化の総合的な取組を円滑に推進するため、「福島県医療費適正化計画検討会議」（議長：保健福祉部政策監）において、計画の進捗状況や実績に関する評価を行います。

評価に当たっては、目標の達成状況、取組の実施状況の把握及び分析等による計画の進行管理を行います。

(2) 関係者の意見を計画の推進に反映させるための体制整備

本計画を実効性のあるものにするため、当事者やその関係者、外部の専門家の意見を計画に反映させていくことが求められます。

そのため、福島県医療審議会や健康ふくしま21推進協議会（福島県地域・職域連携推進協議会）等の場において、意見を聴取していきます。

(3) 県民への周知

県民一人ひとりが、自分の健康は自分で守ると同時に、みんなの健康も守るという意識を持つことができるよう、県は、県民に対して本計画に関する

情報提供を実施します。

(4) 市町村との連携

市町村は、介護サービスの基盤を担うとともに健康増進事業を実施する立場であることから、県は計画を推進するに当たっては、関係市町村と協議し、連携を図ります。

第二期福島県医療費適正化計画策定経過

月	日	内 容		
平成 24年 9月	上旬			
	中旬	基本構成案検討	県関係課室における検討	
	下旬	28日	医療費適正化基本方針告示 ↓	
10月	上旬	4日	基本構成検討 医療費適正化計画検討会	
	中旬	19日	健康ふくしま21推進協議会①	
	下旬			
11月	上旬	1日	基本構成決定 医療審議会保健医療計画調査部会①	
	中旬		素案(一次)検討 県関係課室における検討	
	下旬		↓	
12月	上旬			
	中旬		素案(一次)取りまとめ ↓	
	下旬		素案(二次)検討 ・健康ふくしま21推進協議会・医療審議会・地域保健医療福祉協議会委員への意見照会 ・市町村への意見照会	
平成 25年 1月	上旬		パブリックコメント(1月7日～2月6日)	
	中旬		県関係課室における検討	
	下旬		↓	
2月	上旬	8日	素案(二次)取りまとめ 医療審議会保健医療計画調査部会②	
			最終案検討 健康ふくしま21推進協議会・医療審議会委員への意見照会	
	中旬			
	下旬		県関係課室における検討	
3月	上旬		↓	
	中旬			
	下旬	25日		健康ふくしま21推進協議会②
		26日	最終案取りまとめ	医療審議会
		(日)	第二期計画決定	

福島県医療費適正化計画検討会設置要綱

(設置)

第1条 福島県医療費適正化計画の策定及び総合的かつ円滑な推進を図るため、福島県医療費適正化計画検討会（以下「検討会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 検討会は、次に掲げる事項を協議する。

- (1) 医療費適正化計画の策定、進行管理及び評価に関すること。
- (2) その他、会長が必要と認める事項。

(構成)

第3条 検討会は、保健福祉部政策監及び別表1に掲げる職にある者をもって構成する。

- 2 検討会の会長は、保健福祉部政策監の職にある者をもって充てる。

(会議)

第4条 検討会の会議は、必要に応じて会長が招集する。

- 2 会長は、必要に応じて、専門知識を有する者その他関係者に対し、検討会への出席及び意見の陳述又は資料の提供を求めることができる。

(ワーキンググループ)

第5条 検討会に、医療費適正化計画ワーキンググループ（以下「ワーキンググループ」という。）を置くことができる。

- 2 ワーキンググループの構成員は保健福祉部企画主幹及び別表2構成員の欄に掲げる課長の長がそれぞれ指名する者とする。
- 3 ワーキンググループに座長を置く。
- 4 ワーキンググループの座長は保健福祉部企画主幹をもって充てる。
- 5 座長は、必要に応じてワーキンググループを招集し、会議を主宰する。
- 6 ワーキンググループは別表2調査検討内容の欄に掲げる事項について調査検討を行う。
- 7 ワーキンググループの座長は、必要に応じて、専門知識を有する者その他関係者に対し、ワーキンググループへの出席及び意見の陳述又は資料の提供を求めることができる。

(庶務)

第6条 検討会及びワーキンググループの庶務は保健福祉総務課において処理する。

(補則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営その他必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年9月13日から施行する。
- 2 福島県医療制度対策推進会議設置要綱（平成18年9月14日）は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成25年1月7日から施行する。

別表1（第3条関係）

保健福祉総務課長 国民健康保険課長 高齢福祉課長 介護保険室長 児童家庭課長 障がい福祉課長 健康増進課長 地域医療課長 薬務課長

別表2（第5条関係）

構成員	調査検討内容
国民健康保険課 高齢福祉課 介護保険室 児童家庭課 障がい福祉課 健康増進課 地域医療課 薬務課	<ol style="list-style-type: none"> 1 医療費適正化計画の策定に関すること。 （データ収集、分析、指標設定、方策の検討等） 2 医療費適正化計画の進行管理、評価に関すること。 （数値目標の達成状況評価、施策の取組み状況と数値目標の達成状況との因果関係の分析、施策の見直し等） 3 関連計画との調整に関すること。 4 その他、医療費適正化計画の策定、進行管理及び評価に必要な事項に関すること。