

第三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

素案



平成30年 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	2
3 計画期間	3
第2章 基本理念	
1 基本理念	4
2 計画策定の視点	4
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、原子力災害からの復興状況	5
(2) 人口・人口動態	7
(3) 医療費の状況	11
(4) 県民の健康の保持の推進に関する状況	17
(5) 医療の効率的な提供の推進に関する状況	24
2 医療費を取り巻く課題	
(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	29
(3) 医療費	29
(4) 県民の健康の保持の推進に関する課題	30
(5) 医療の効率的な提供の推進に関する課題	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35年度末までに達成すべき目標と施策	
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策	32
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策	45
2 計画期間における医療に要する費用の見通し	54
3 施策を推進するための関係者の役割と連携	55
第5章 計画の推進	
1 PDCAサイクルに基づく計画の推進	
(1) 進捗状況評価	59
(2) 進捗状況に関する調査及び分析(暫定評価)	59
(3) 実績評価(達成状況)	59
2 計画の推進体制	60
参考資料	
「新生ふくしま健康医療プラン(第三期福島県医療費適正化計画)」策定経過	61
福島県医療費適正化計画検討会設置要綱	62

1 第1章 はじめに

1 計画策定の背景と趣旨

本県では、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・福祉により支えられる社会を実現することを目指し、福島県保健医療福祉復興ビジョンに基づき、人と地域のつながりに支えられ、子どもたちが健やかに育ち、高齢者、障がい者をはじめ、すべての人が、健康で生きがいと幸せを実感でき、安心して暮らせる新しいふくしまを創りあげていけるよう、施策を推進しています。

このような中、これまで「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）」（計画期間：平成25年度から平成29年度）を策定し、県民の生活の質の維持及び向上の推進と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きました。

しかし、震災以降、少子高齢化は予想以上に急速に進行し、医療・福祉を支える専門職の人材不足も思うように回復しないなど、医療を取り巻く状況は依然として厳しい状態が続いています。

また、県民の生活習慣病のリスクが高まっているほか、要介護認定率が全国平均を上回り推移している状況にあるなど、健康に関する指標の悪化が懸念されております。

このため、医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、誰もが自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を通じ、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される社会づくりを目指します。

また、避難区域等の住民の帰還に欠かせない医療・福祉を確保するため、専門職の人材確保を含めたサービス提供体制の再構築や心のケア等被災者支援にも引き続き取り組みます。

さらに、健康寿命の延伸に資する多様な施策を展開するとともに、県民全体の健康に関する意識づけを強化することにより、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努め、ライフステージをとおして健康になれる「全国に誇れる健康長寿の県づくり」を目指します。

本計画は、こうした施策を展開していくに当たって、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する目標及び目標を達成するための具体的な方策を示すことによって、施策の実効性を高め、震災から立ち上がろうとする県民一人ひとりが、元気で健康であり幸せを実感できるふくしまを創生できるよう策定することとします。

そして、計画の実行を通じて、県民生活の質の維持・向上と合わせて、今後の医療費の過度の増大を抑え、持続可能な医療提供体制を確保していきます。

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」があり、本計画は「福島県保健医療福祉復興ビジョン」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等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

生活習慣病対策に係る目標及び取組の内容が、本計画における県民の健康の保持の推進に関する取組の内容と整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにします。

「第七次福島県医療計画」との調和

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及び取組の内容が、本計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容とが整合し、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。

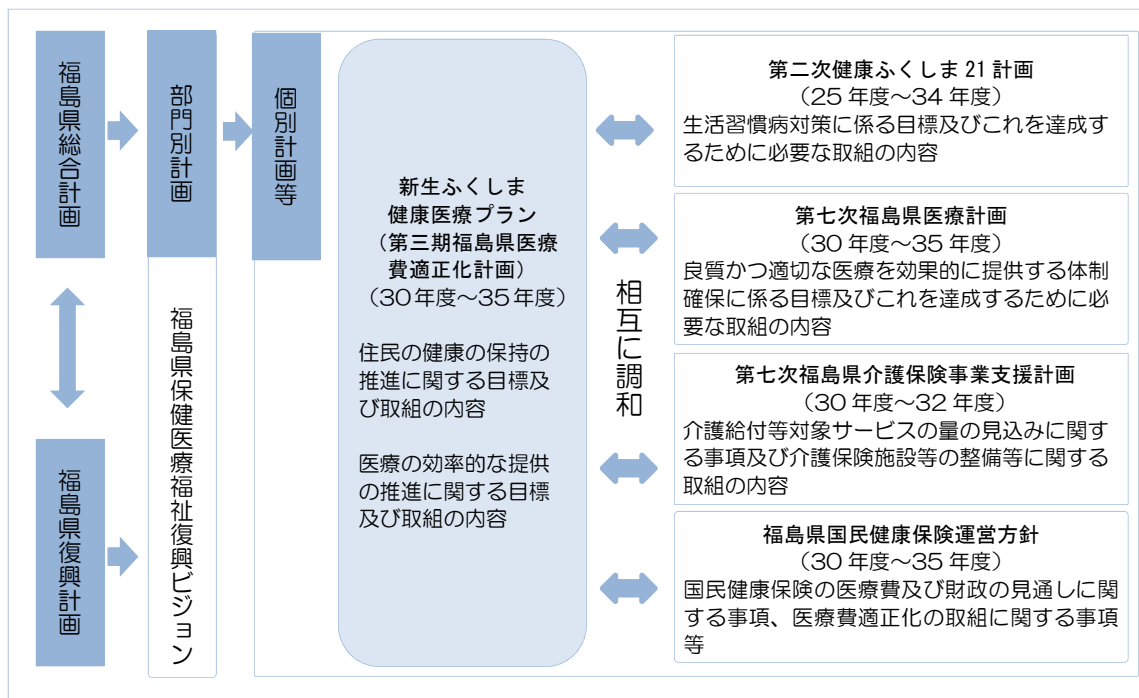
「第七次福島県介護保険事業支援計画」との調和

介護給付等対象サービスの量の見込み及び介護保険施設等の整備に関する取組の内容と、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、医療の効率的な提供の実現に資する医療と介護の連携が図られるようにします。

「福島県国民健康保険運営方針」との調和

国民健康保険の医療費及び財政の見通しに関する事項、医療費適正化に関する事項の内容と、本計画における住民の健康の保持の推進並びに医療の効率的な推進に関する目標及び取組の内容とが整合し、高い予防効果と医療費の適正化が図られるようにします。

1 図1 「新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）」との関連計画等と
2 の関係



3
4
5
6
7
8

3 計画期間

本計画は、平成30年度から平成35年度までの6年間を計画期間とします。

1 第2章 基本理念

2 1 基本理念

すこやかで とともにいきいき “新生ふくしま”

3

4 復興をさらに進め、魅力あるふくしまを創っていく上で、県民誰もが元気に
5 なることが大前提となります。そして、元気であることの一番の本質は、
6 「すこやか」、健康であることです。

7 こうした考えから、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
8 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。

9

10 2 計画策定の視点

11

12 ○ 東日本大震災と原子力災害からの復興

13 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
14 により、本県社会が支えられていくこと。

15

16 ○ 県民生活の質の確保・向上

17 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
18 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。

19

20 ○ 健康寿命^{※1}の延伸

21 健康長寿の実現に不可欠な3本柱（食、運動、社会参加）を基本とした、県
22 民総ぐるみの施策・事業を推進し、健康づくりに根差した地域づくりを目指
23 すこと。

24

25 ○ 全県民の参加・連携

26 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
27 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。

28

29

30

31

32

33

34

35 ※1 健康寿命：日常生活に制限のない期間。

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

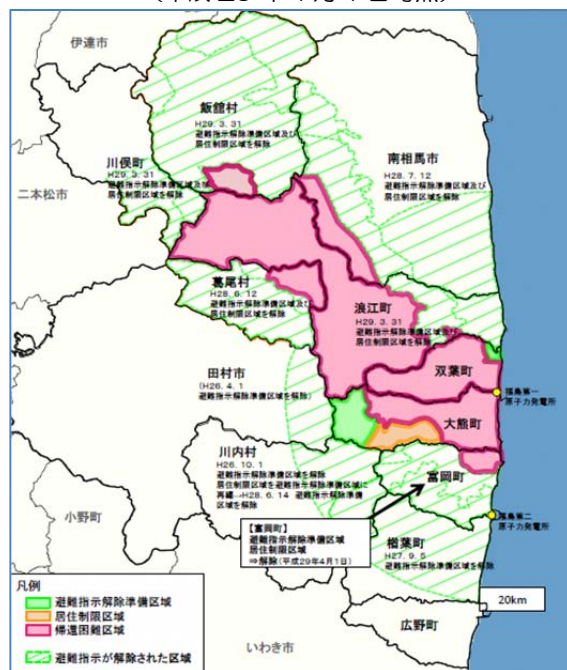
(1) 東日本大震災、原子力災害からの復興状況

○ 平成26年4月から「居住制限区域※2」「避難指示解除準備区域※3」における避難指示が段階的に解除され、帰還に向けた動きが進んでいます。

○ 原子力災害による避難者数は、平成24年5月の16.5万人（自主避難も含む）をピークに減少を続け、約5.5万人の方々が避難しています（平成29年8月時点）。

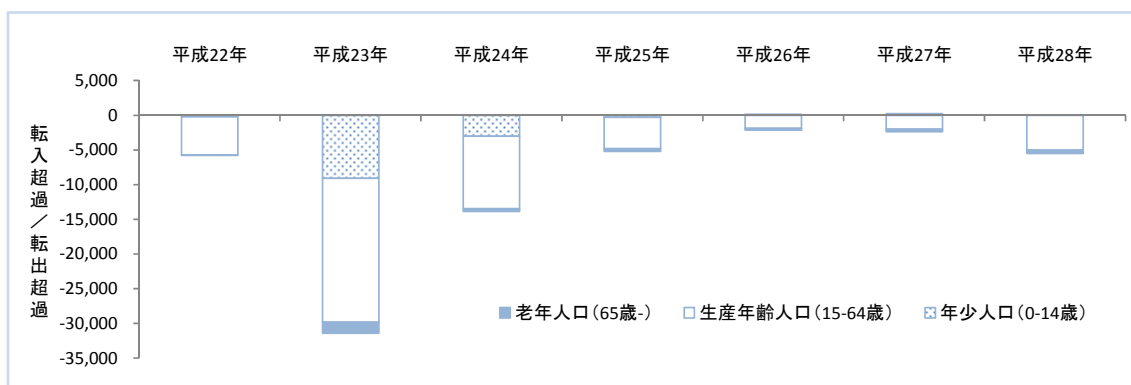
○ 東日本大震災・原子力災害の発生後、若い世代を中心に県外へ人口が流出し、県内でも人口の流動が大きくなりました。震災後6年が経過し、社会動態※4は平成25年に震災前の水準に戻ったものの、人口減少は続いており、本県では、国の傾向より、人口減少・高齢化の進行の度合いは深刻であると考えられます。

図2 避難指示区域の概念図
(平成29年4月1日時点)



資料：ふくしま復興ステーション

図3 福島県の転入・転出超過数の推移



資料：住民基本台帳人口移動報告（総務省統計局）

※2 居住制限区域：将来的に住民が帰還し、コミュニティを再建することを目指して、除染を計画的に実施するとともに、早期の復旧が不可欠な基盤施設の復旧を目指す区域。

※3 避難指示解除準備区域：復旧・復興のための支援策を迅速に実施し、住民の方が帰還できるための環境整備を目指す区域。

※4 社会動態：都道府県別人口においては、「都道府県間転入者数－都道府県間転出者数」。

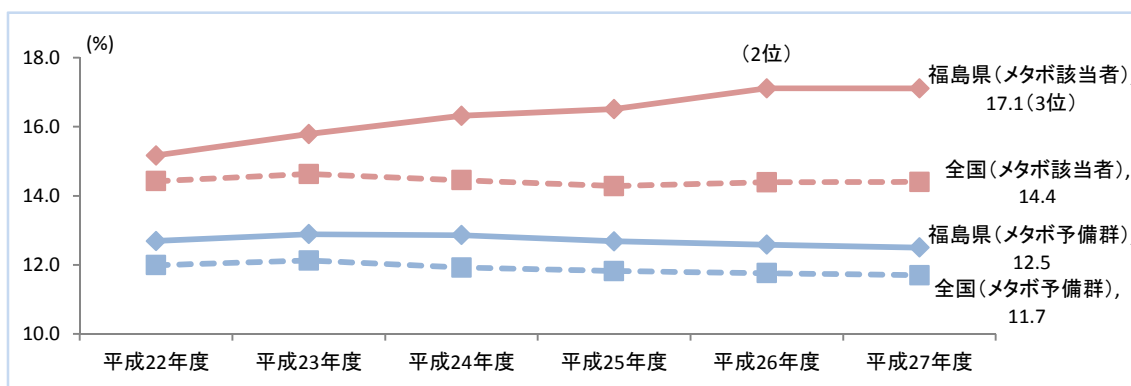
- 医療や福祉の提供体制については、避難指示区域等の設定に伴い、今もなお多くの医療機関、高齢者等の入所施設、介護事業所等が休止を余儀なくされています。

医療機関について、双葉地域では、帰還困難区域を除く町村全てに診療所が再開したほか、平成30年4月に予定される二次救急医療機関「ふたば医療センター（仮称）」の開院により、帰還に向けた医療環境の先行整備に一定の目途が立ちますが、引き続き帰還及び復興の推進に応じた医療ニーズへの対応が必要です。

また、避難指示区域等が解除され、施設が再開されても医療・介護を担う人材不足が深刻なほか、採算を確保することが困難な状況です。

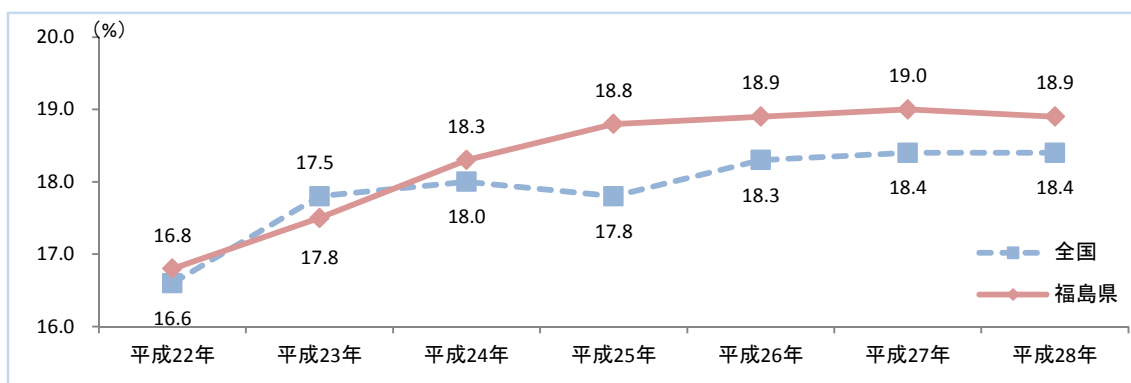
- さらに、東日本大震災の発生以降、要介護（要支援）認定者や内臓脂肪症候群（以下、「メタボリックシンドローム^{※5}」という。）該当者が急増するなど、県民の健康状態の悪化も認められています。

図4 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の年次推移



資料：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

図5 要介護（要支援）認定者の割合の年次推移



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）（厚生労働省）

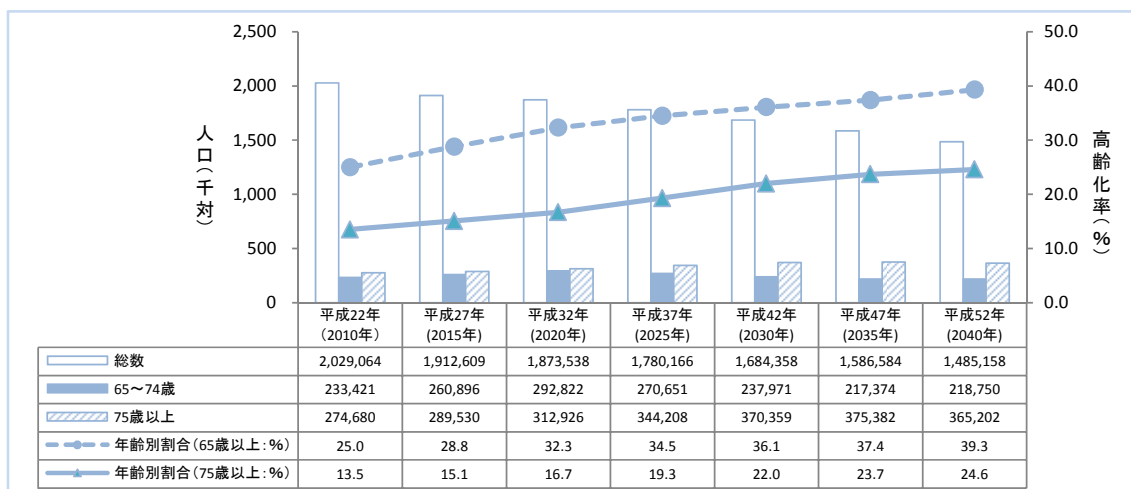
※5 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病になる危険因子を複数併せ持っている状態のこと。

1 (2) 人口・人口動態

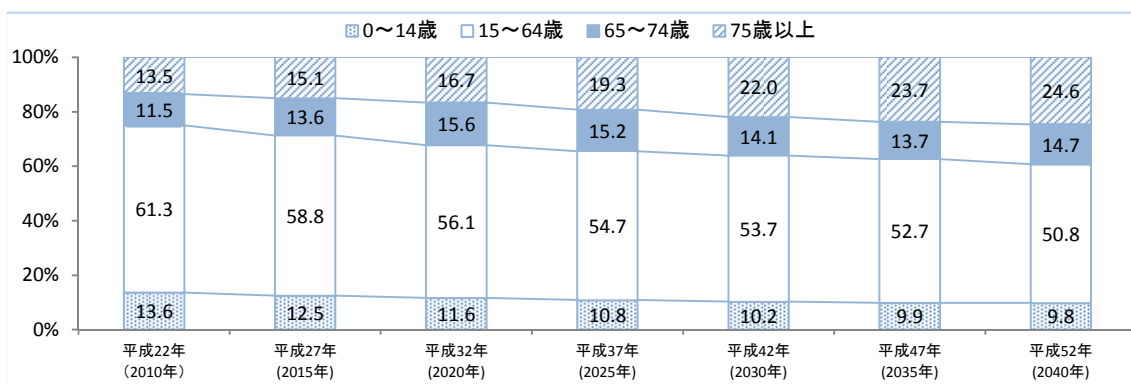
3 ア 人口

5 本県の総人口は平成22年から平成37年までの15年間で約1割減少、平成
6 52年までの30年間で約3割減少すると推計されています。特に75歳以
7 上の後期高齢者人口割合は、平成22年から平成37年までの15年間で1.4
8 倍に、平成52年までの30年間で1.8倍になると推計されています。

10 図6-1 福島県の総人口及び高齢者人口等の推計



11 図6-2 福島県の年齢区分別人口割合の推計

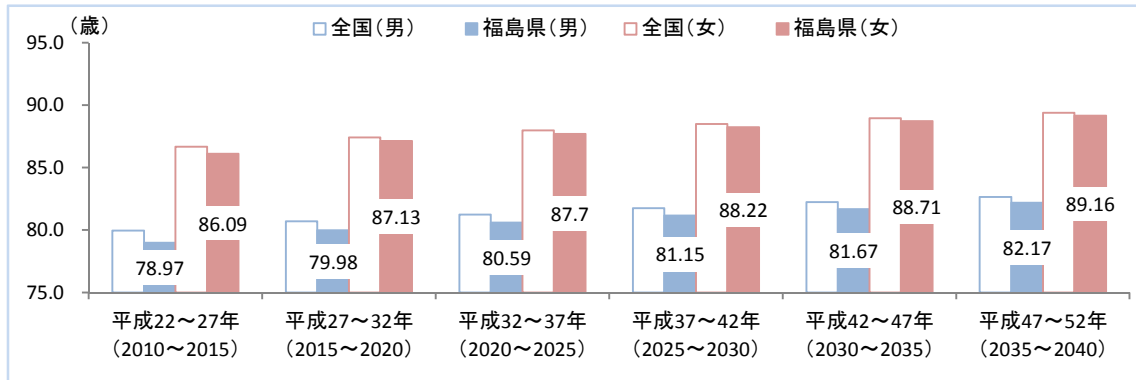


13 資料：日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013）3月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

1 平均寿命は年々伸び、高齢者の人口割合は増加の一途をたどると予測されて
2 います。

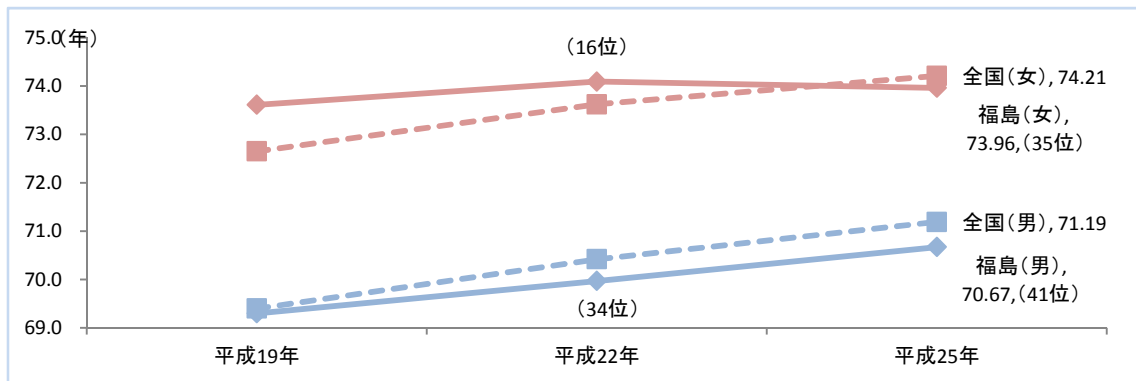
3 また、平成25年の平均健康寿命は、男性70.67歳、女性73.96歳であり、
4 全国順位は震災前と比べ男女ともに低下（男性34位から41位、女性16位
5 から35位）しました。

7 図7 福島県の将来の平均寿命の推計



8 資料：日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013）3月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

9 図8 福島県の健康寿命の推移



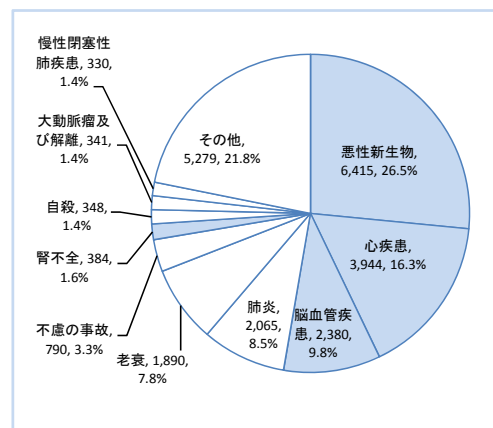
10 資料：厚生労働科学研究 健康長寿のページ

11 イ 死因別死亡率の分析

12 平成28年は、生活習慣病^{*6}による死亡数が半数以上を占めます。

13 悪性新生物（がん）が最も多く、メタボリ
14 ックシンドロームに関連する疾患（心疾患、
15 脳血管疾患、腎不全）が続きます。

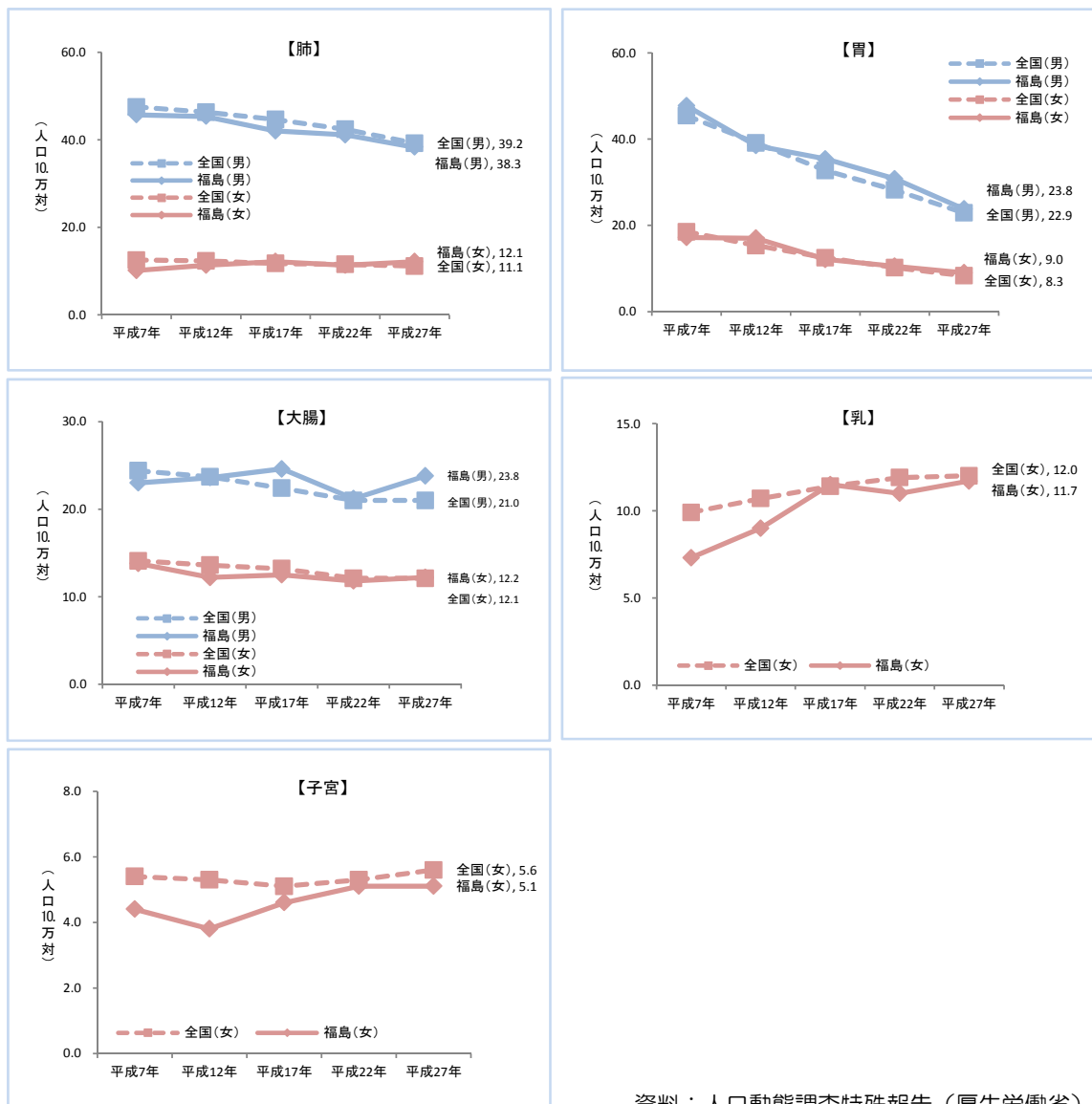
16 図9 主な死因別死亡数の割合



17 資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

1 がんの主要部位別年齢調整死亡率^{※7}（人口10万対）の推移では、肺がんは、
 2 男性では減少傾向、女性では横ばいの推移となっています。胃がんは、男女と
 3 ともに減少傾向であるものの、全国平均より高い状況です。大腸がんは、横ばい
 4 傾向。乳、子宮がんは増加傾向です。

図10-1 がんの主要部位別年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



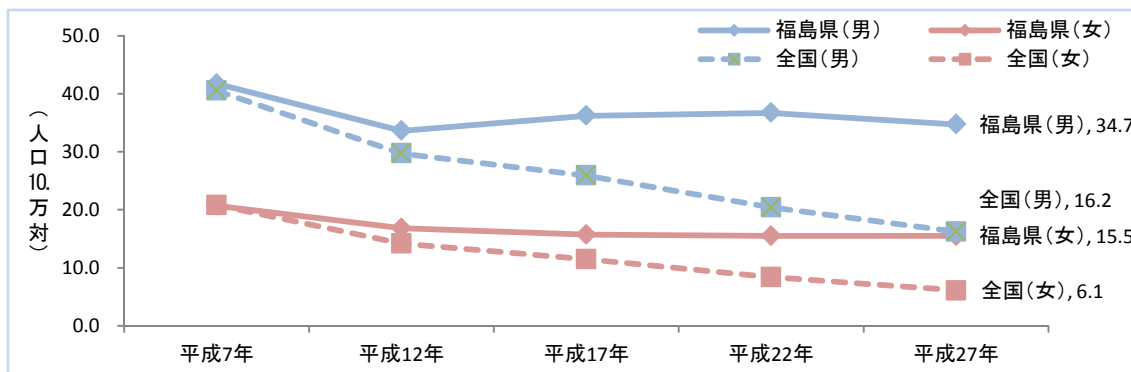
資料：人口動態調査特殊報告（厚生労働省）

16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26

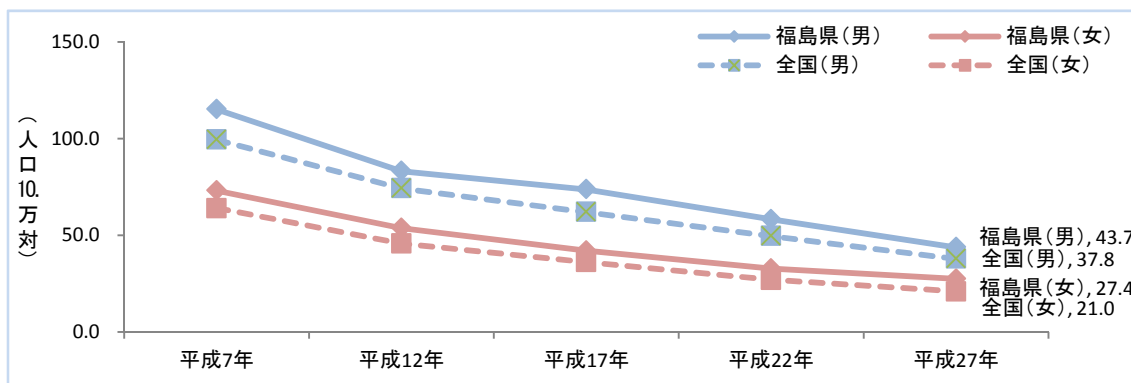
※6 生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患。例えば、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等。
 ※7 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で、死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率をいう。年齢構成の異なる集団について、より正確な地域間比較や年次比較が可能になる。

1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）は、全国では減少傾向にあり
 2 ますが、本県では横ばいの推移となっており、全国との差が拡大しています。
 3 脳血管疾患及び糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は、全国平均と同
 4 様減少傾向にあるものの、全国平均より高い状況です。

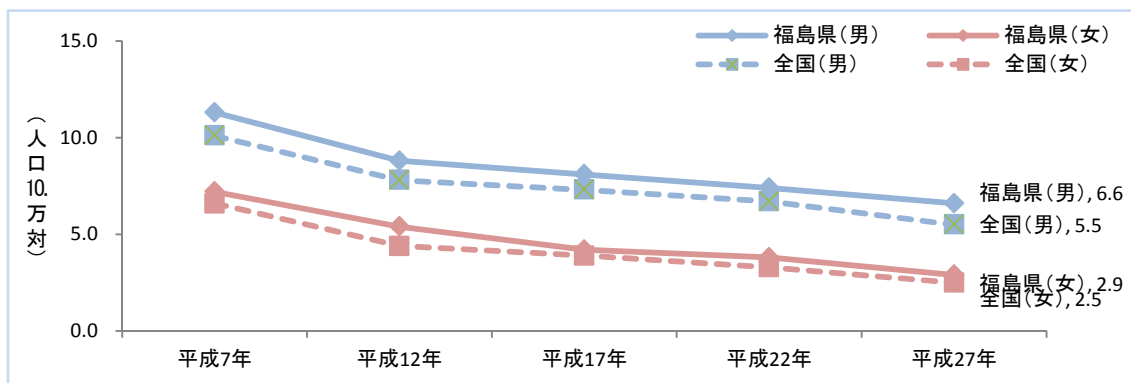
6 図10-2 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



8 図10-3 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



10 図10-4 糖尿病の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料：人口動態調査特殊報告（厚生労働省）

(3) 医療費の状況

ア 県民医療費^{※8}

県民医療費は年々増加しており、特に入院医療費が増加しています。人口1人当たりの県民医療費^{※9}は、全国平均とほぼ同様の推移で増加していますが、平成23年度から全国平均を若干下回っています。平成27年度は、331.0千円で全国平均を下回り、全国で18番目に低い医療費となっています。

図11-1 県民医療費の推移

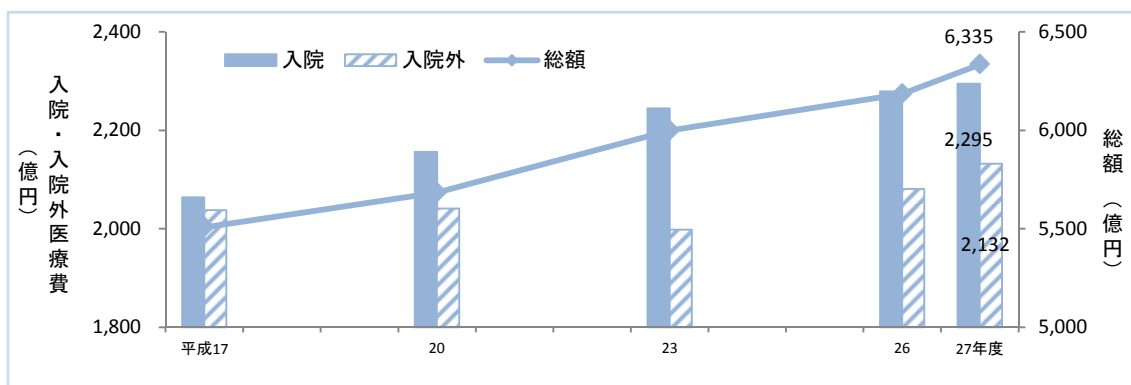


図11-2 人口1人当たり県民(国民)医療費の推移

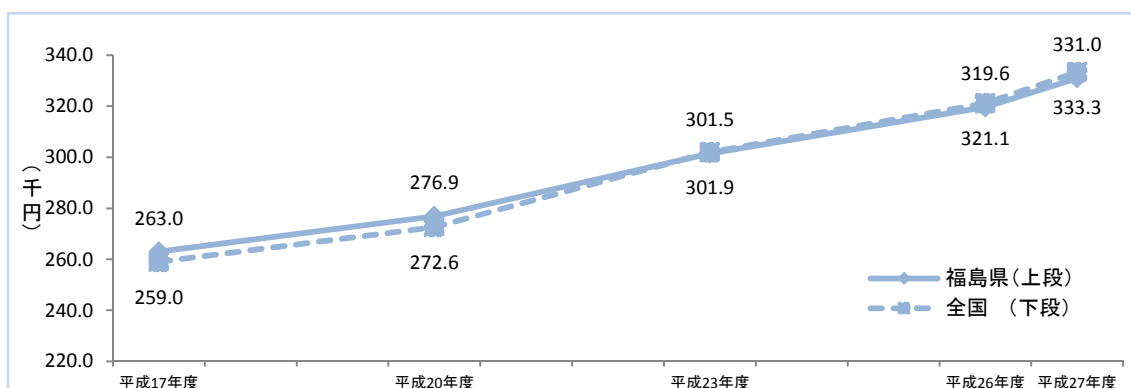
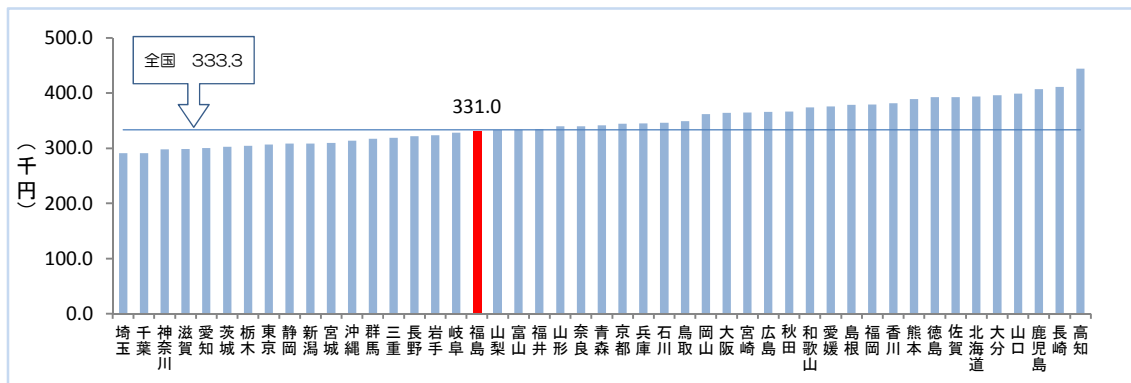


図11-3 人口1人当たり県民(国民)医療費(平成27年度)



資料：国民医療費（厚生労働省）

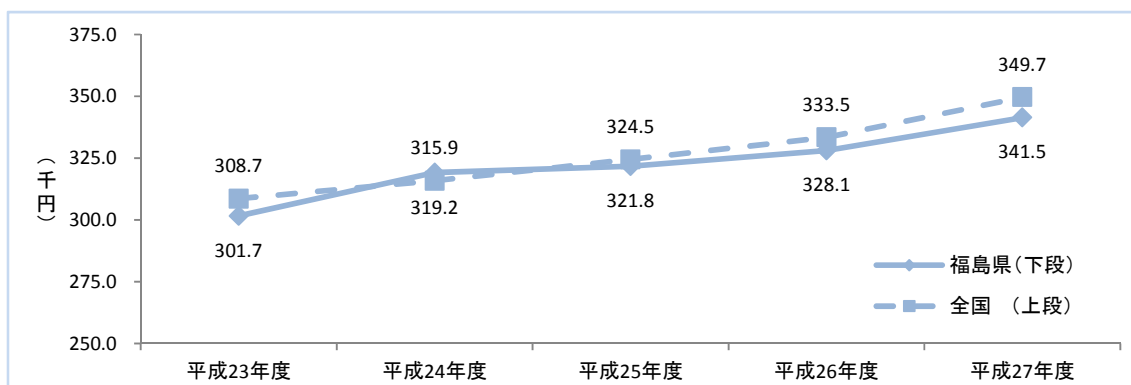
※上記図については公表データを使っており、年齢構成の相違分は補正されていません。

1 イ 市町村国保

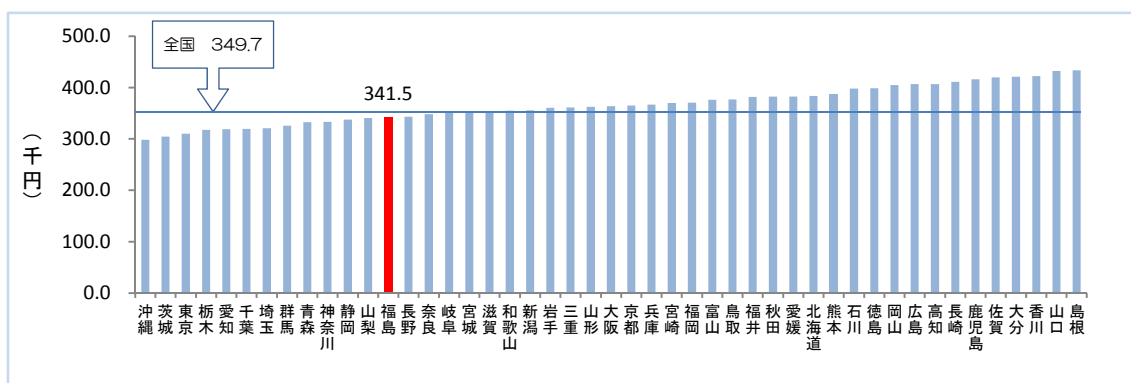
2
3 本県の平成27年度の市町村国保の1人当たり医療費^{※10}は、34万1,459
4 円で全国平均より低く、全国で13番目に低い医療費となっています。診療費
5 も入院、入院外、歯科ともに全国平均より低くなっています。

6 平成27年度の市町村国保の1人当たり医療費の市町村別では、最大と最小
7 では1.9倍の差があります。

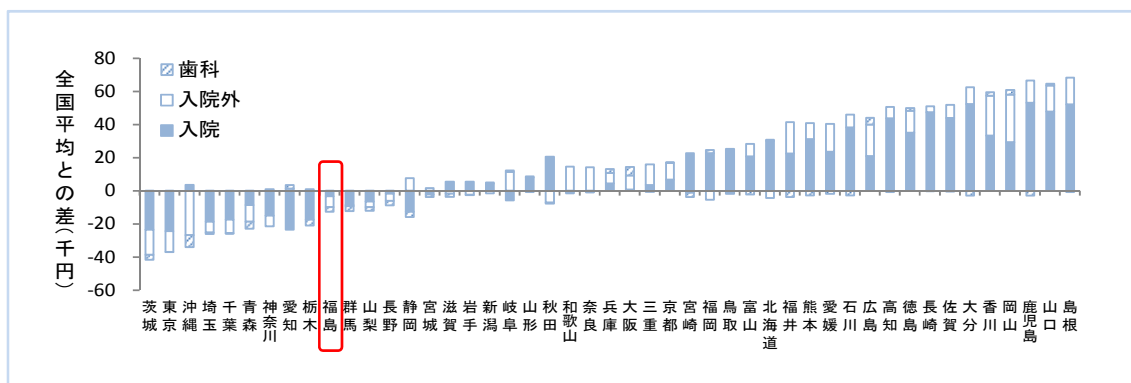
8
9 図1 2-1 市町村国保の1人当たり医療費の推移



10
11 図1 2-2 市町村国保の1人当たり医療費(平成27年度)

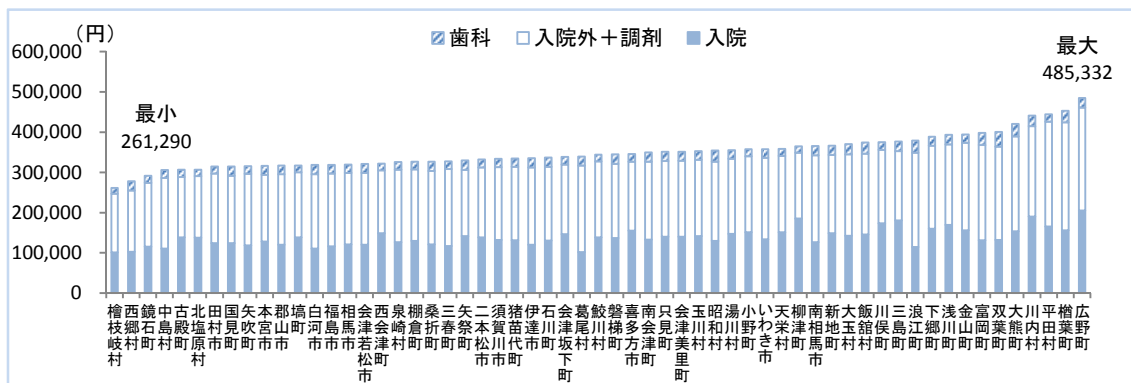


12
13 図1 2-3 市町村国保の1人当たり医療費の診療種別内訳(全国平均との差)
14 (平成27年度)



15
16 資料：国民健康保険事業状況報告(年報)(厚生労働省)

1 図12-4 市町村国保の1人当たり医療費（市町村別）（平成27年度）



資料：医療費の地域差分析（厚生労働省）

※上記図については公表データを使っており、年齢構成の相違分は補正されていません。

28 ※ 8 県民（国民）医療費：年度内の医療機関等における保険診療対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計するもので、公費を含んだ保険給付費、生活保護など公費負担医療費、窓口自己負担を足したもの。健康診断、正常な出産の費用、市販薬購入などは含まない（都道府県別集計は3年毎に実施）。

29

30

31

32 ※ 9 1人当たりの県民医療費：「医療費/総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の人口」

33 ※10 市町村国保の1人当たり医療費：「医療費/市町村国保被保険者数」

ウ 後期高齢者医療^{※11}

本県の平成27年度の後期高齢者医療の1人当たり医療費は、84万9,091円で全国平均を大きく下回って推移しており、全国で12番目に低い医療費となっています。診療費も入院、入院外、歯科ともに全国平均より低くなっています。

図13-1 後期高齢者医療の1人当たり医療費の推移

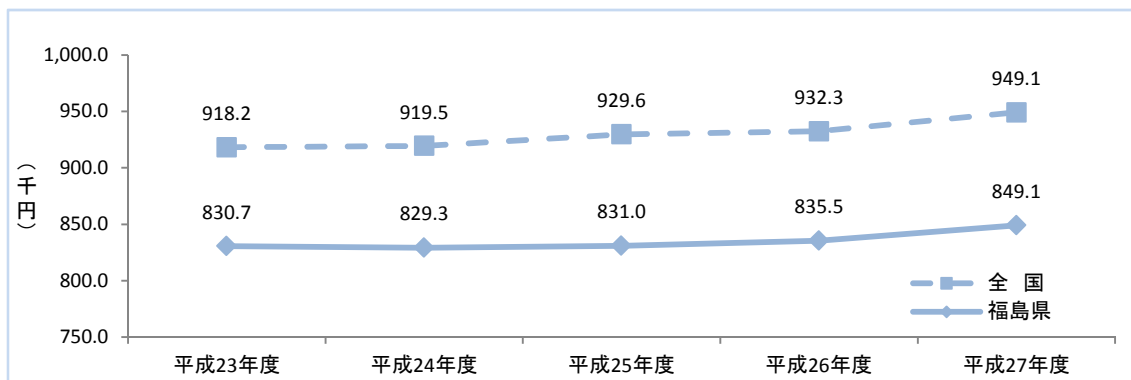


図13-2 後期高齢者医療の1人当たり医療費（平成27年度）

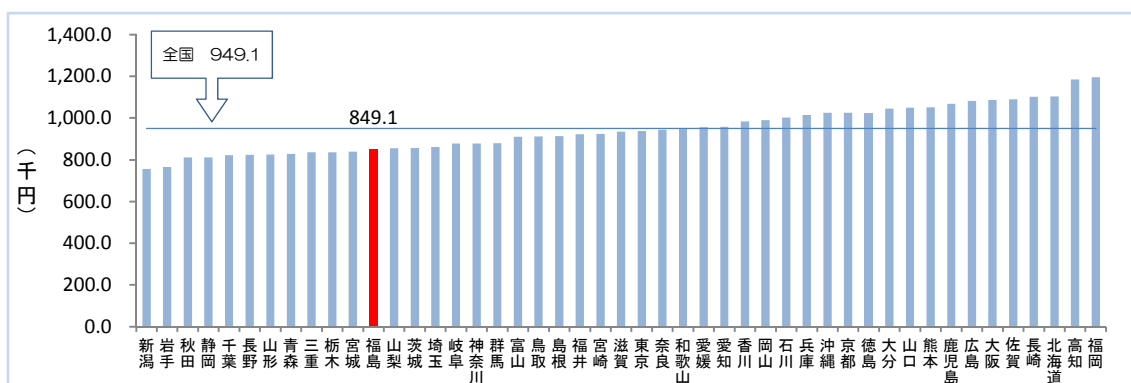
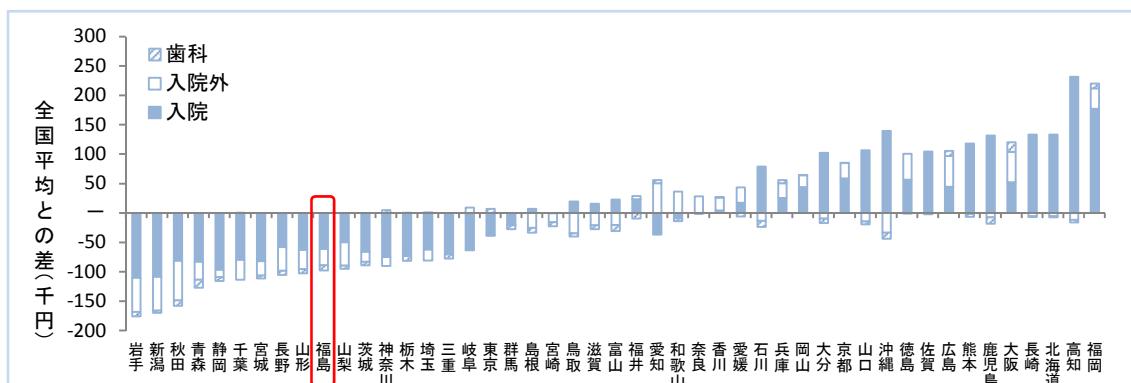


図13-3 後期高齢者医療の1人当たり診療費（平成27年度）



資料：後期高齢者医療事業状況報告（年報）（厚生労働省）

※上記図については公表データを使っており、年齢構成の相違分は補正されていません。

※11 後期高齢者医療：75歳以上が被保険者（平成20年4月創設）。

エ 市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度

人口の年齢構成相違分を補正した地域差指数による1人当たり医療費について、都道府県別比較では、本県は他県よりも低くなっていますが、市町村別に比較すると、避難区域等9町村では入院外+調剤の医療費が高い状況です。

図14-1 平成27年度都道府県別地域差指数の診療種別寄与度^{※12}
(市町村国民健康保険+後期高齢者医療制度)

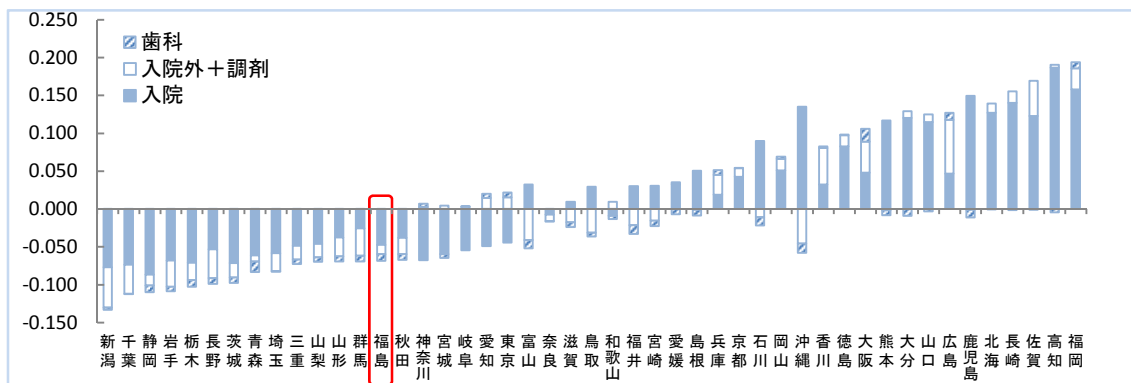
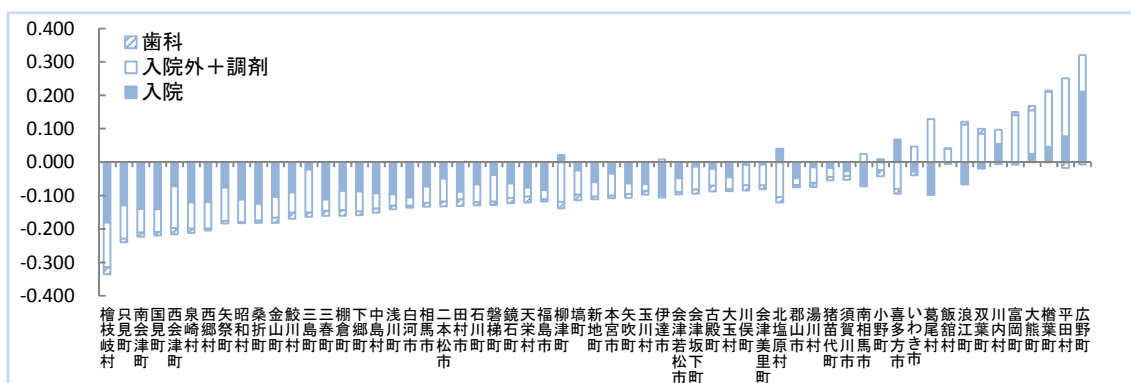


図14-2 平成27年度市町村別地域差指数の診療種別寄与度
(市町村国民健康保険+後期高齢者医療制度)



資料：医療費の地域差分析（厚生労働省）

※12 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、一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乖離（地域差指数-1）を診療種別に内訳を示したものの。

オ 受療率^{※13}

本県の受療率（人口10万対）は、入院・外来ともに75歳以上が最も多くなっています。加齢とともに入院では「脳血管疾患」、外来では「高血圧性疾患」が増加しています。

図15-1 受療率（人口10万対）（入院）

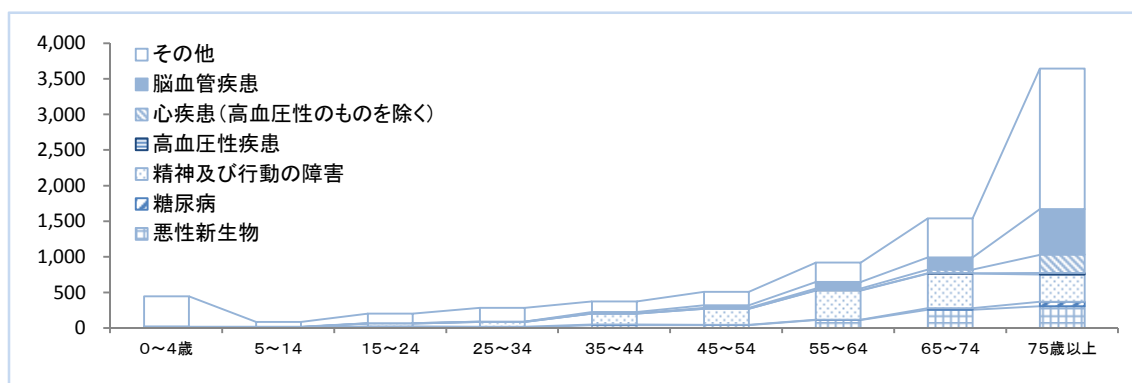
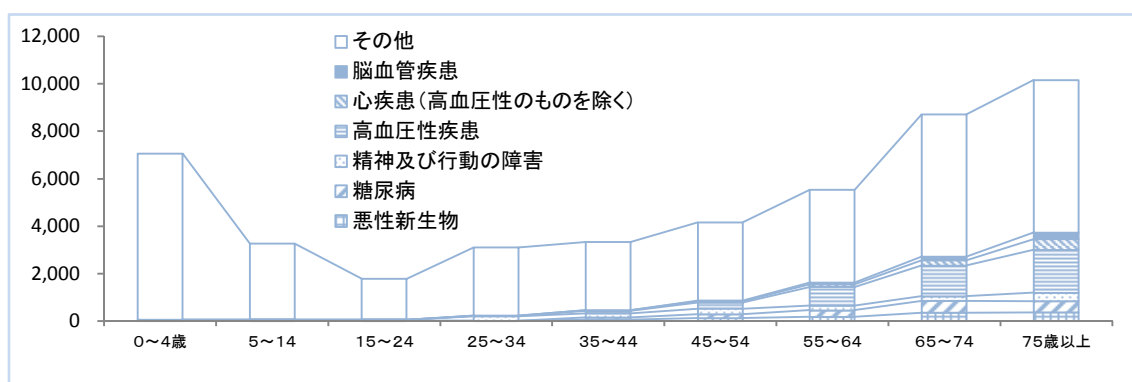


図15-2 受療率（人口10万対）（外来）



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

カ その他

本県では、子どもの健康を守り県内で安心して子どもを生み、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います。

また、原子力災害に伴う避難指示区域等の被災者（対象要件あり）の医療費の窓口負担について、一部負担金が免除されています。

※13 受療率：一定期間に医療機関において、対象疾病に治療を受けた患者の人口に占める割合。

(4) 県民の健康の保持の推進に関する状況

ア 特定健康診査・特定保健指導等

本県の特定健康診査の実施率は 49.8%で全国平均並み、特定保健指導実施率は 21.0%で全国平均を上回っています。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該当者が 17.1%、予備群該当者が 12.5%で、いずれも全国平均を上回り、メタボリックシンドローム該当者と予備群を合わせると沖縄県に次いで全国で 2 番目に多い状況になっています。

図16-1 特定健康診査実施率

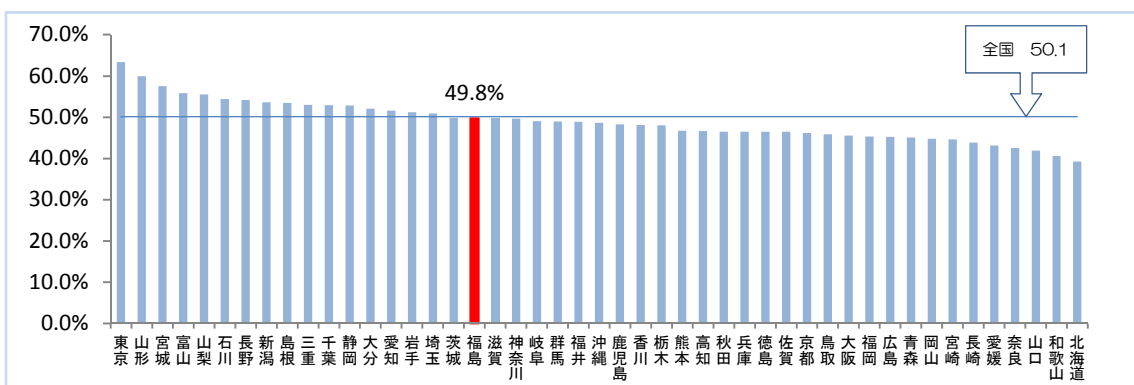


図16-2 特定健康保健指導実施率

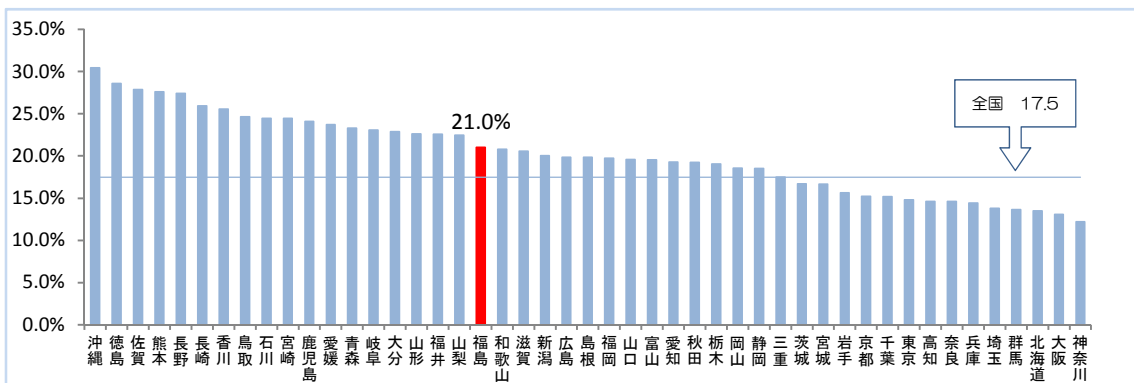
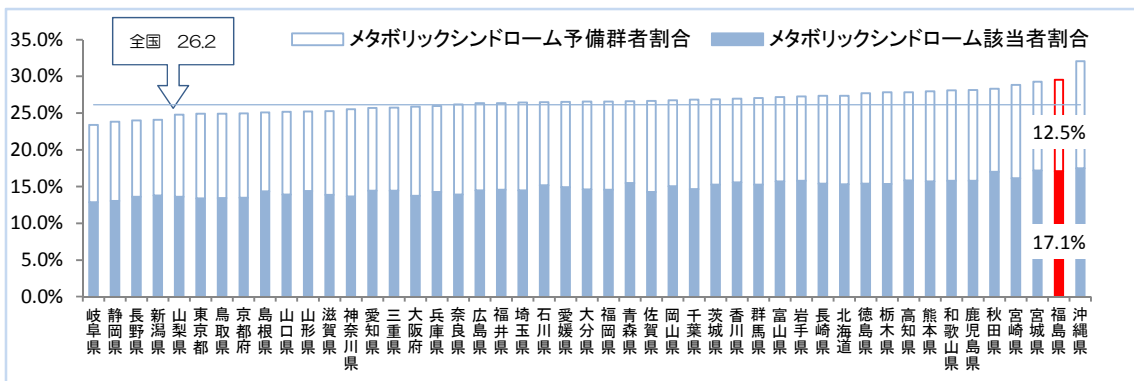


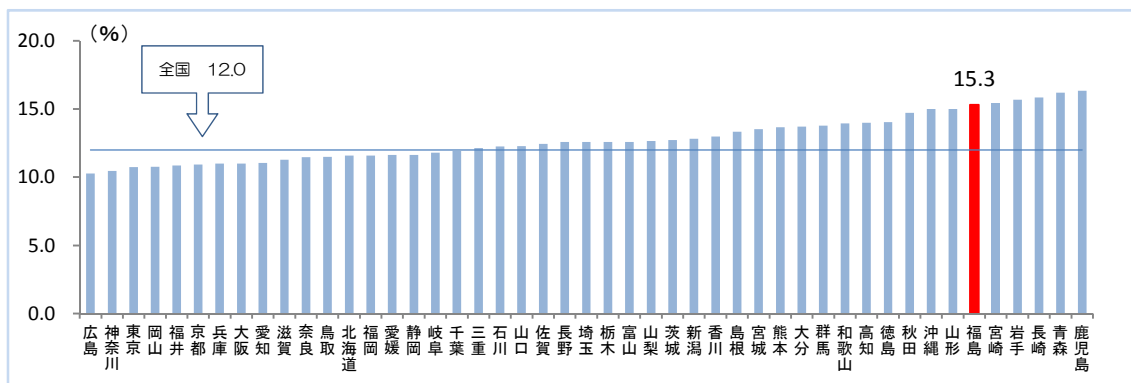
図16-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



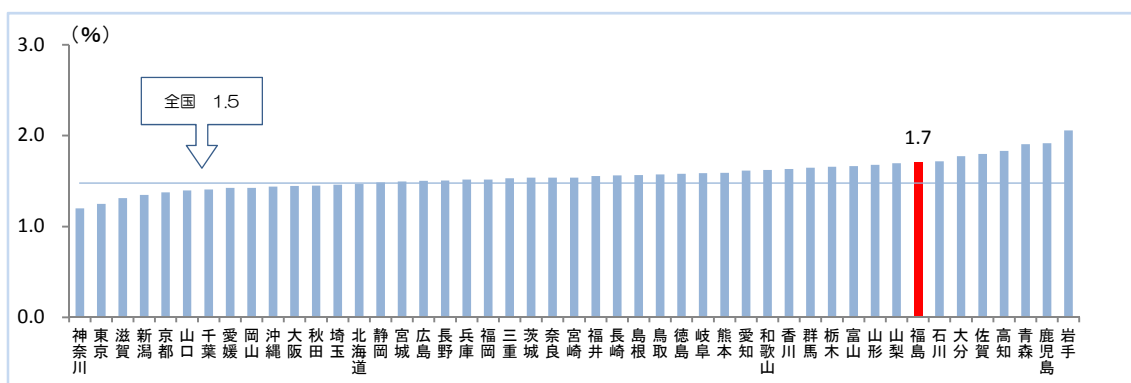
資料：平成27年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

1 また、受診者のうち高血圧症の治療薬を内服されている方は 15.3%と、全国
 2 で 6 番目に多い状況、糖尿病の治療薬を内服されている方は 1.7%と、全国で
 3 8番目に多い状況となっています。

4 図16-4 高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合



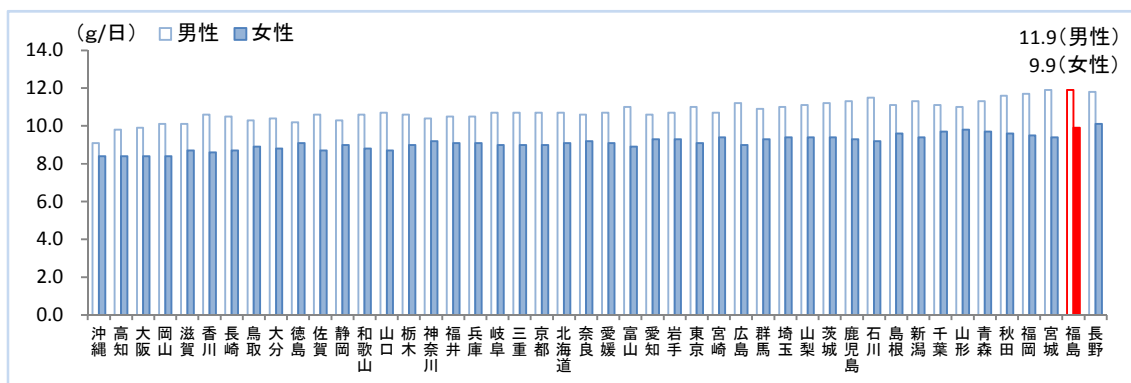
6 図16-5 糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合



7 資料：平成27年度特定健診・保健指導実施状況分布（都道府県別及び全国）（厚生労働省）

8 高血圧の要因とされる 20 歳以上の食塩摂取量が男性は、男性 11.9g、女性
 9 9.9g で、男女ともに全国で 2 番目に食塩摂取量が多い状況となっています。

10 図17 食塩摂取量の平均値（20歳以上、性・都道府県別、年齢調整）



11 注：熊本県は調査を実施していない。

12 資料：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

イ 喫煙に関する状況

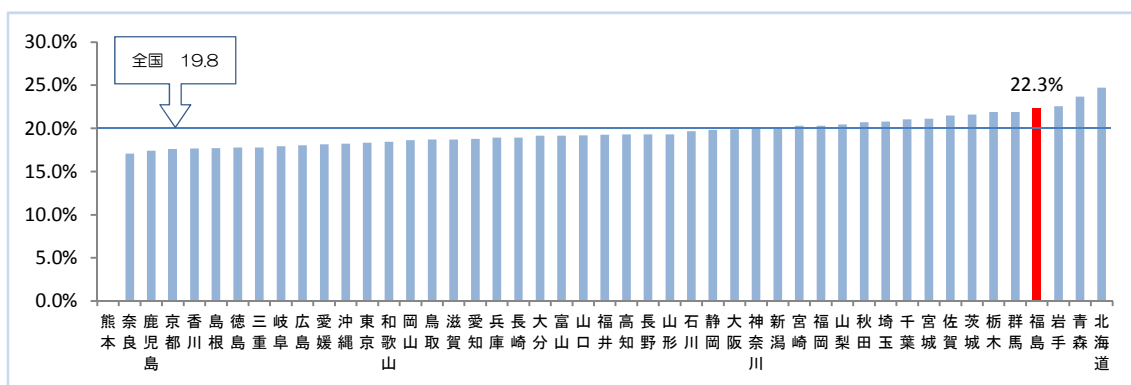
喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、肺がんをはじめとするがんや呼吸器系疾患、糖尿病、周産期の異常等の原因となっています。

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されています。

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います。

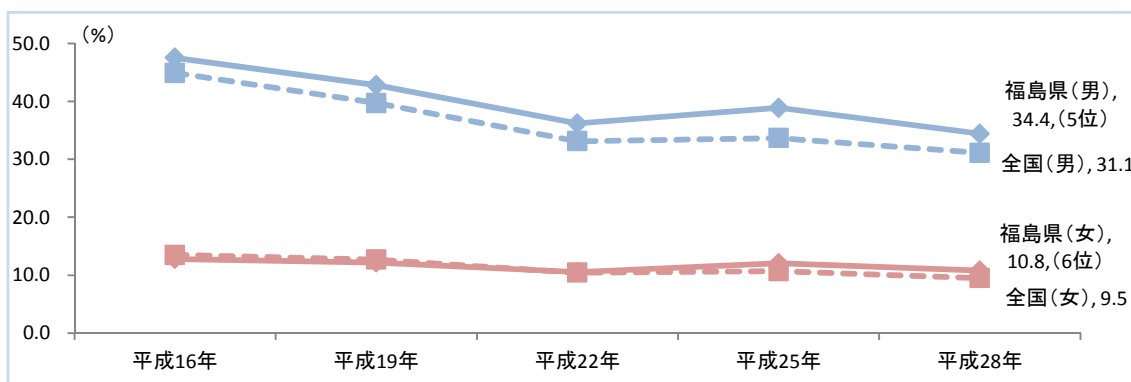
本県の喫煙率は男女計 22.3%で、全国平均 19.8%より高く、全国で4番目に高い状況となっています。男性の喫煙率は 34.4%、女性の喫煙率は 10.8%で、男性に比較して低い水準であるものの、全国的には減少傾向にある中、ほぼ横ばいで推移しています。

図18-1 成人喫煙率の全国比較（平成28年）



注：熊本県は調査を実施していない。

図18-2 成人喫煙率の推移



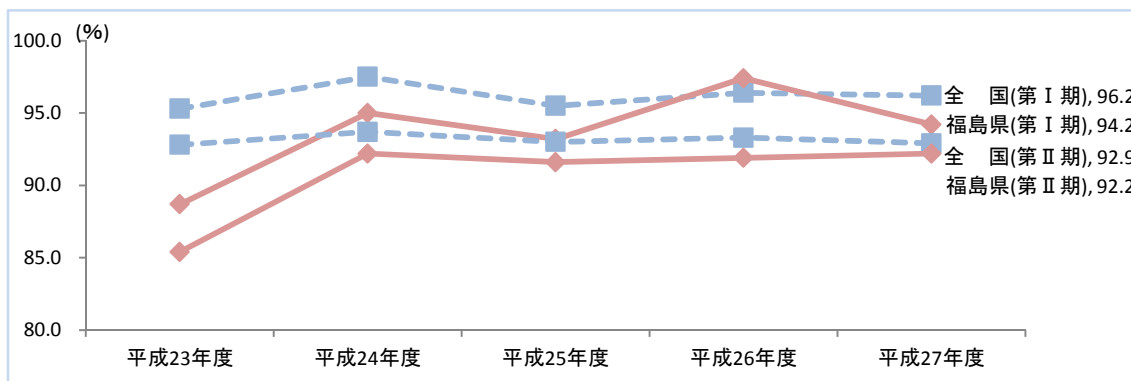
資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

1 ウ 予防接種の状況

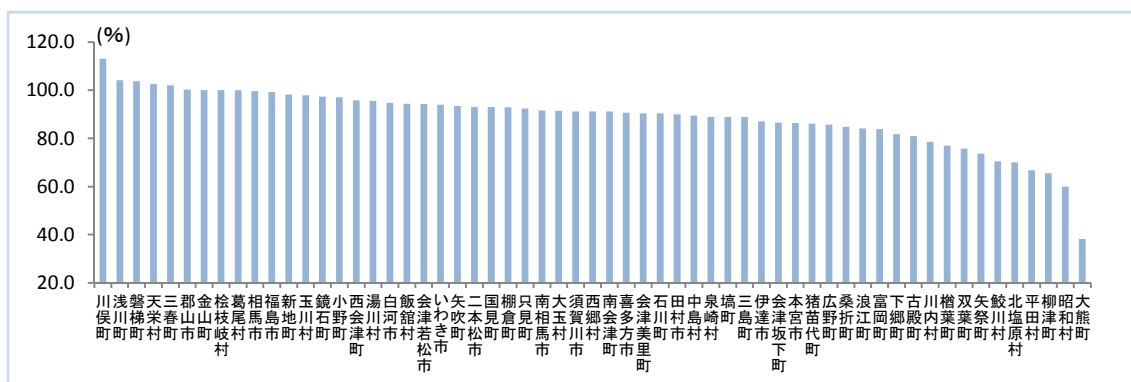
2
3 麻しんワクチン接種率^{※14}は、第Ⅰ期 94.2%、第Ⅱ期 92.2%ともに全国を
4 下回っています。

5 市町村別では、接種率 95%以上の市町村は、第Ⅰ期 17 町村、第Ⅱ期 23 市
6 町村となっています。また、接種率に市町村間で差がみられます。

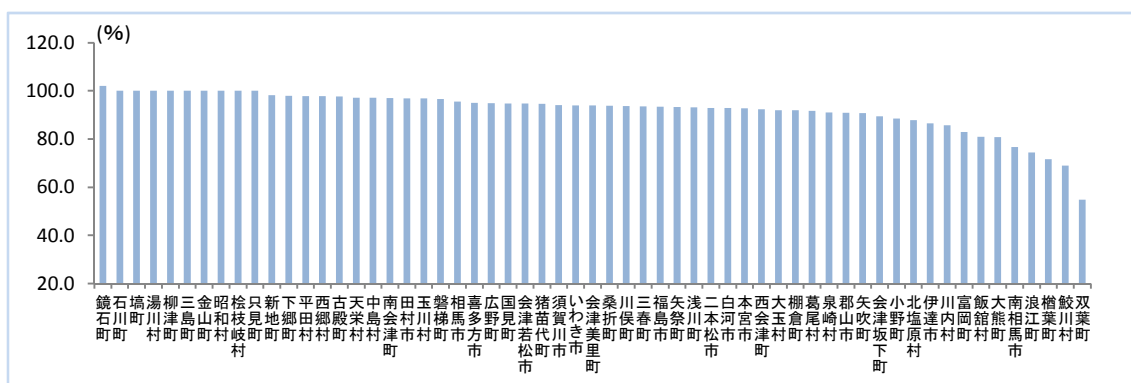
7
8 図19-1 第Ⅰ期・第Ⅱ期麻しんワクチン接種率の推移



9
10 図19-2 第Ⅰ期麻しんワクチン接種率（平成27年度）



11
12 図19-3 第Ⅱ期麻しんワクチン接種率（平成27年度）



13
14 資料：麻しん風しん予防接種の実施状況 最終評価（厚生労働省）

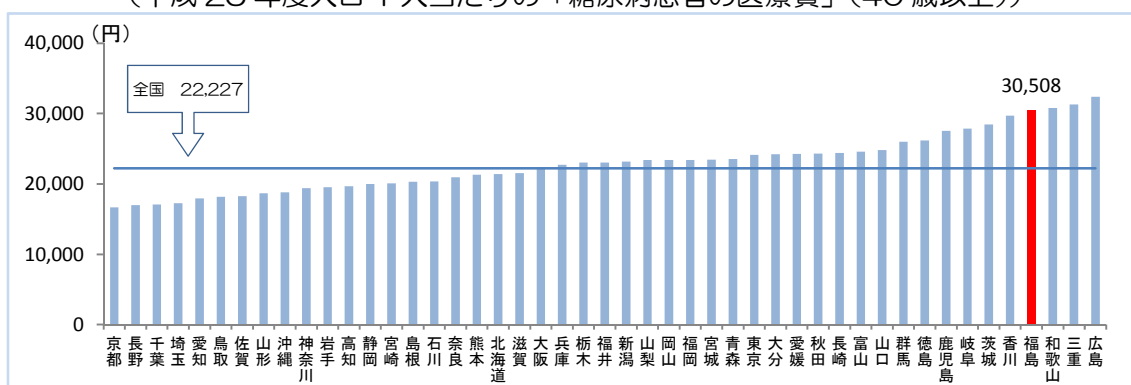
15 ※14 麻しんワクチン接種率：「MRワクチン接種者数+麻しん単抗原ワクチン接種者/各年10月1日現在の
16 対象者数×100」 接種率100%を超えるのは、対象者把握時点以降の転入による接種者が含
17 まれるため。

エ 生活習慣病の重症化に関する状況

全国的に高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっています。本県の糖尿病の1人当たり入院外医療費は、30,508円とワースト4位、全国で11番目に高い受療率となっています。

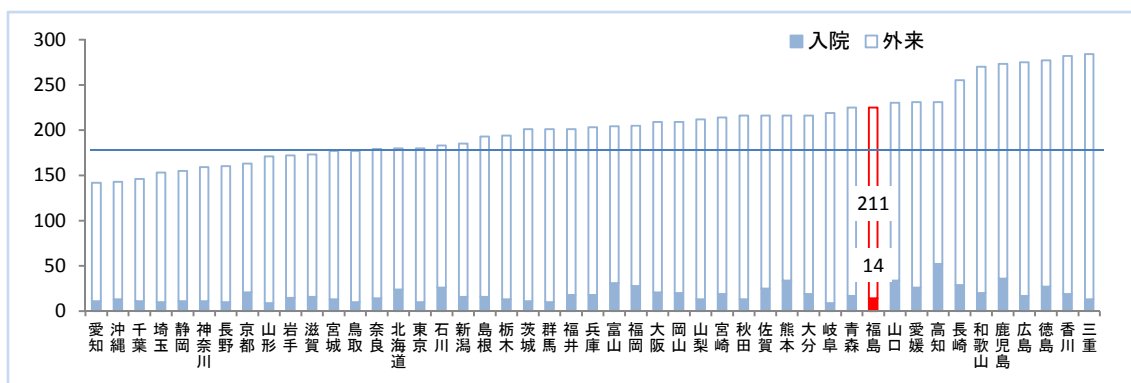
新規透析患者数に占める糖尿病性腎症が原因である者の割合は、全体の約半数を占め、全国値より高い割合で推移し、かつ増加傾向です。

図20-1 1人当たり糖尿病入院外医療費の都道府県別状況
(平成25年度人口1人当たりの「糖尿病患者の医療費」(40歳以上))



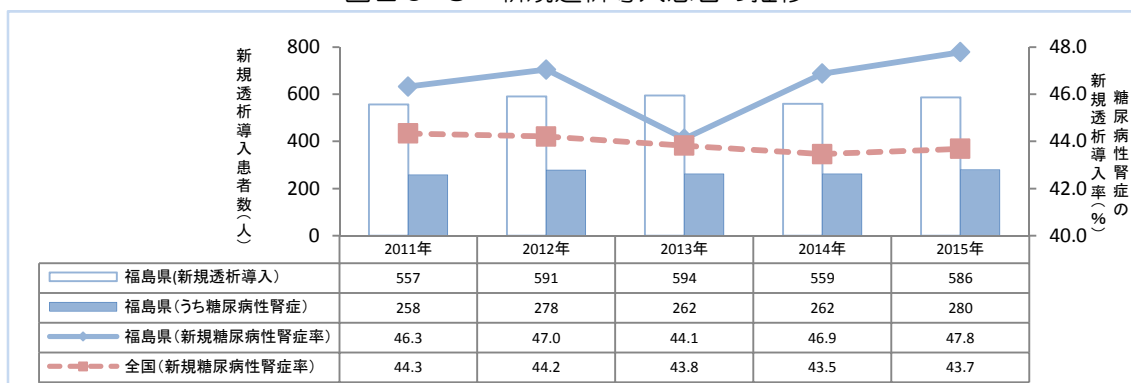
資料：医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について（厚生労働省）

図20-2 糖尿病受療率（人口10万対）



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

図20-3 新規透析導入患者の推移



資料：日本透析医学学会「新規透析入院患者と糖尿病性腎症について」

注：統計調査結果は日本透析医学学会により提供されたものであるが、結果の利用、解析、結果および解釈は県が独自に行っているものであり、日本透析医学学会の考えを反映するものではない。

オ その他の予防・健康づくりの推進に関する状況

＜がん検診＞

対策型がん検診※15 受診率（種別毎）の推移は、大腸がんは増加傾向ですが、それ以外は横ばいとなっています。

また、検診の結果、要精密検査者の対策型精密検査受診率は、肺がん、子宮がんで平成25年度以降減少傾向となっており、大腸がんは種別の中で最も低い70%台で推移しています。

図21-1 対策型がん検診受診率の推移（種別毎）

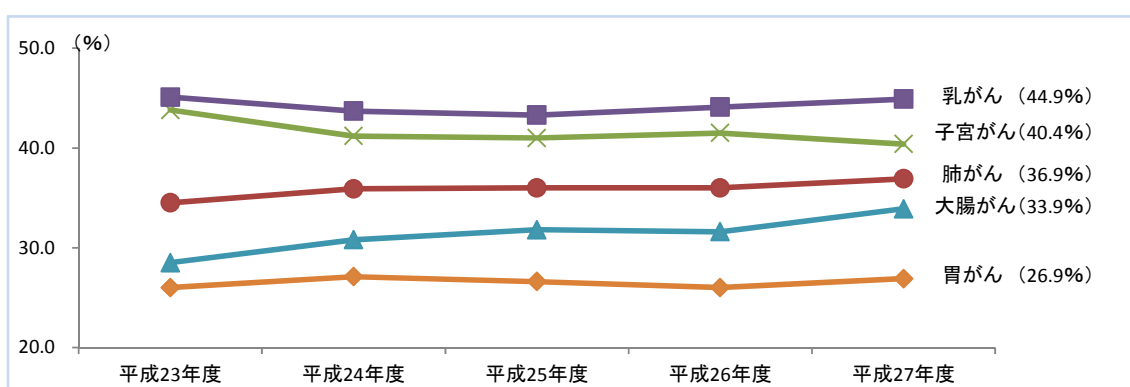
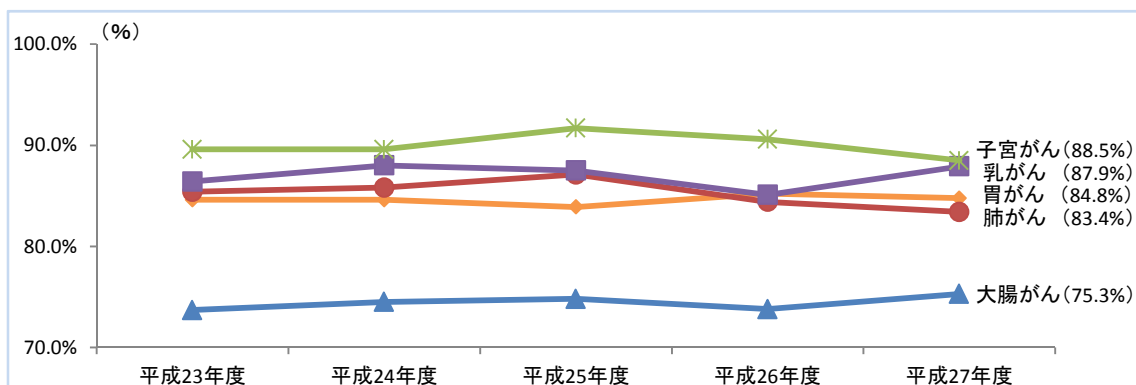


図21-2 対策型がん検診要精密検査者の精密検査受診率の推移（種別毎）



資料：福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

※15 対策型がん検診：健康増進法に基づく市町村事業のがん検診です。この他、職域におけるがん検診として、保険者や事業主による任意型がん検診が行われています。

1 < 歯科 >

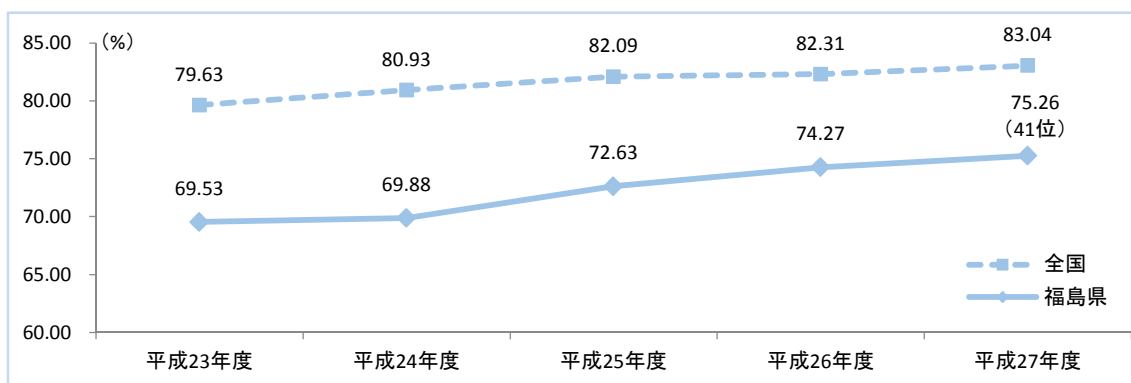
2 3歳児のう蝕のない者の割合は、75.26%と改善傾向にあるものの、全国41

3 位となっています。

4 60歳で自分の歯を24歯以上有する者の割合は、平成26年度には減少しま

5 したが、平成27年度には71.1%と回復しています。

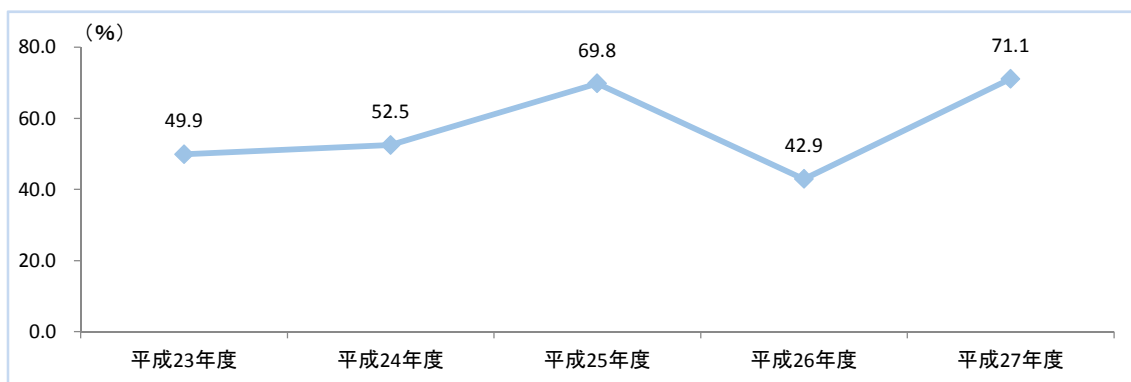
7 図22-1 3歳児のう蝕のない者の割合の推移



8 資料：平成25年度まで母子保健事業実績、

9 平成26年度から地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

10 図22-2 60歳で自分の歯を24歯以上有する者の割合の推移



12 資料：福島県歯科保健情報システム

13

14

(5) 医療の効率的な提供の推進に関する状況

ア 後発医薬品（ジェネリック医薬品）※16の使用状況

本県の平成28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67.9%と全国平均より若干低く、全国で13番目に低い使用状況となっており、協会一般、後期高齢者、公費は全国平均を下回っています。

特に、後期高齢者における使用割合が低く、65%を下回っています。

図23-1 処方薬に占める後発医薬品の割合

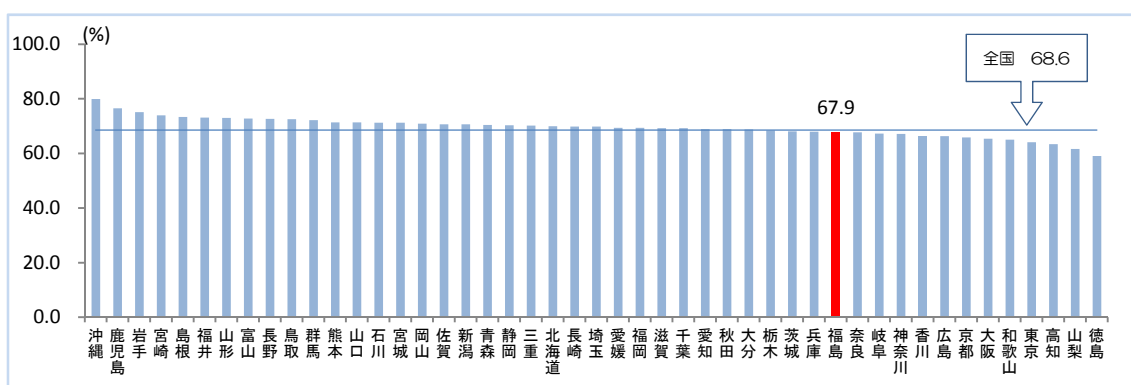
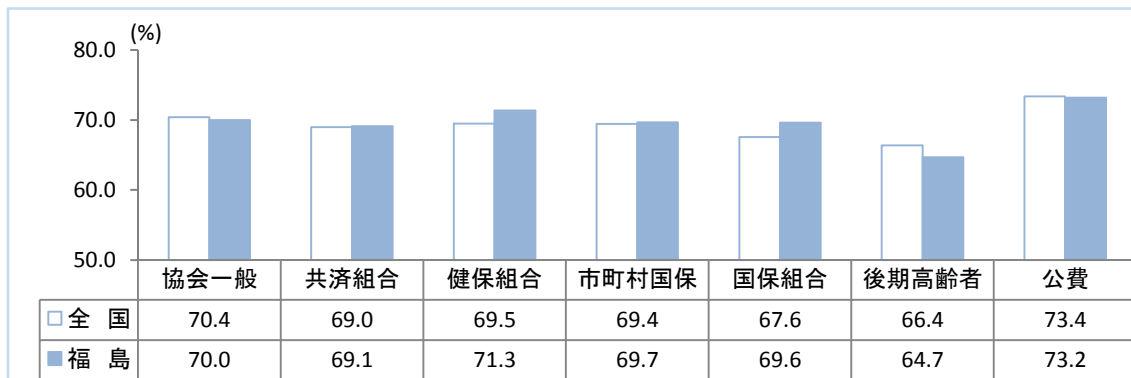


図23-2 処方薬に占める後発医薬品の割合（制度別）



資料：平成28年度調剤医療費の動向（厚生労働省）

※16 後発医薬品：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た医薬品。一般的に研究開発に要する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安くなっている。

イ 重複投与^{※17}等の状況

重複投与の割合は、全国平均より若干低くなっています。制度別では、協会、組合、共済で高い割合となっています。

図24-1 重複投与の割合（薬剤費ベース）

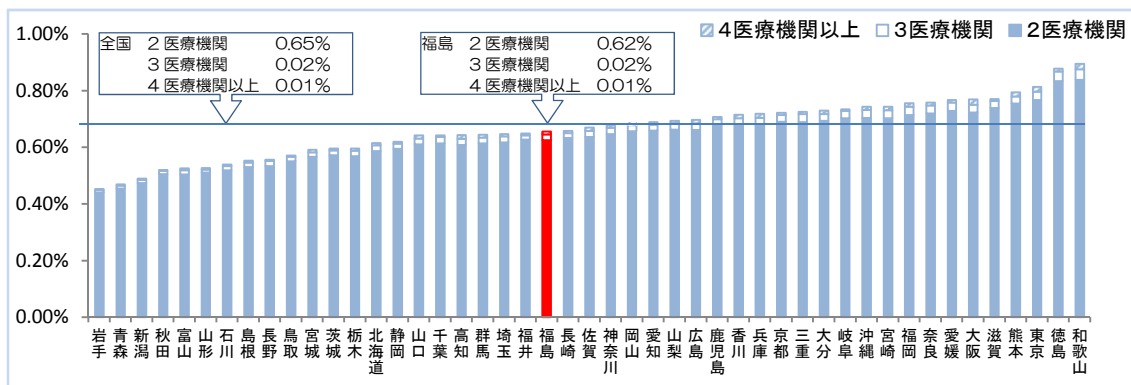
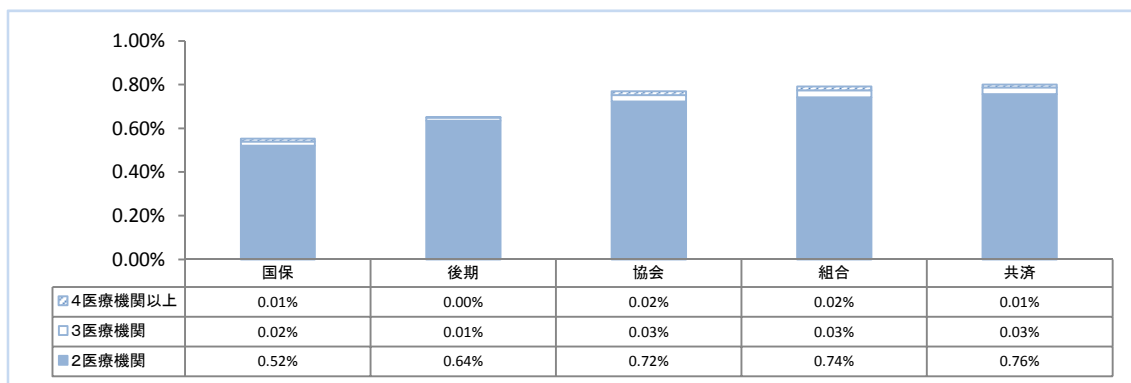


図24-2 重複投与の割合（保険者別,薬剤費ベース）



- ・国保：国民健康保険団体連合会で審査支払がされるレセプトの集計（市町村国保、国保組合）
- ・後期：国民健康保険団体連合会で審査支払がされるレセプトの集計（後期高齢者医療）
- ・協会：社会保険診療報酬支払基金で審査支払がされるレセプトの集計（協会けんぽ、船員、日雇）
- ・組合：社会保険診療報酬支払基金で審査支払がされるレセプトの集計（健保組合）
- ・共済：社会保険診療報酬支払基金で審査支払がされるレセプトの集計（共済組合、自衛官）

資料：医療費適正化計画：都道府県提供データ

※17 重複投与：複数の医療機関から、同じ薬効の薬を重複して投与を受けること。

ウ その他の医療の効率的な提供の推進に関する状況

＜病床機能の分化・連携について＞

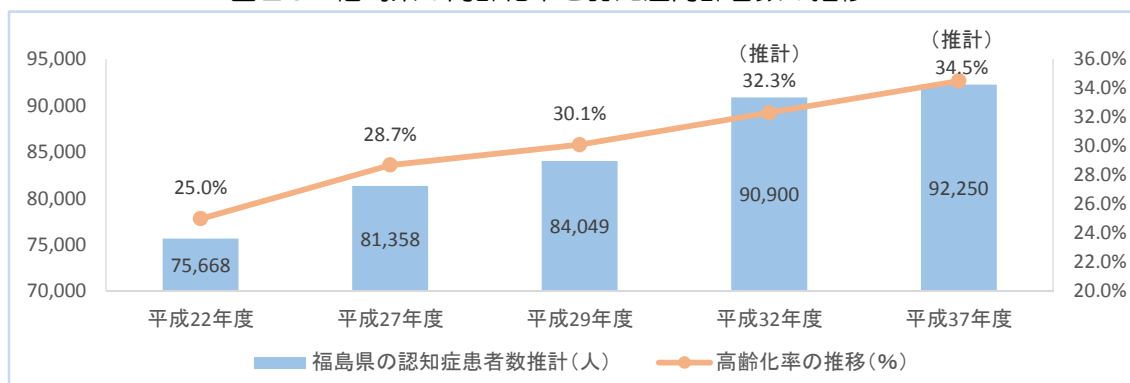
「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となり、医療・介護の需要が増大すると予想されている2025年（平成37年）を見据え、それぞれの地域における医療・介護の現状や課題が異なることを踏まえて、それぞれの地域が目指すべき医療の姿を示し、医療を提供する側と医療を受ける側が一体となってその実現へ向けての取組みを推進するため、平成28年12月、医療法第30条の4第2項の規定に基づき、福島県地域医療構想を策定しました。

今後は、地域医療構想調整会議を活用し、病床機能の分化・連携など将来必要となる医療提供体制について協議していきます。

＜高齢に伴う疾患の状況＞

県内には、平成29年8月現在、高齢者人口の約15%にあたる約84,000人の認知症高齢者がいると推計され、高齢化の進展に伴い、今後もその数は増加していくと予測されています。

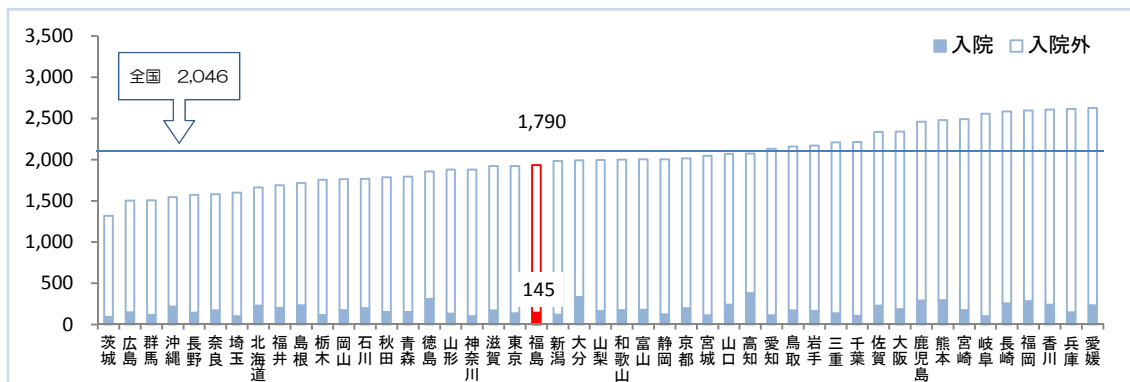
図26 福島県の高齢化率と認知症高齢者数の推移



※ 認知症高齢者数は平成25年度社会保障審議会で示された認知症有病率推定値15%により推計。
 ※ 高齢化率及び認知症高齢者数算出のための高齢者人口は、福島県ホームページ「福島県の現状」による。

高齢化に伴い増加する疾患（フレイル^{※18}、ロコモティブシンドローム^{※19}）に
 関係する、筋骨格系及び結合組織の疾患^{※20}では、全国平均を下回っています。

図27 筋骨格系及び結合組織の疾患受療率（60歳以上）（人口10万対）



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

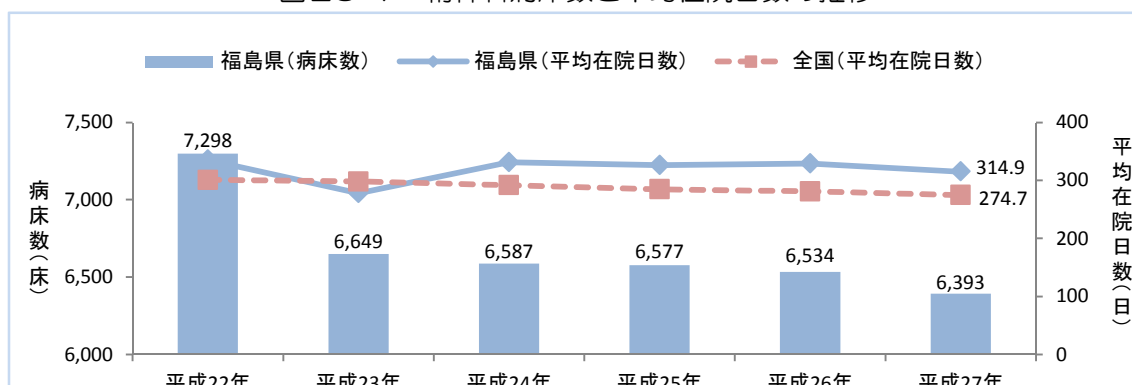
＜入院中の精神障がい者の地域生活への移行の状況＞

精神科病院の病床数は、平成27年度に6,393床に減少し、平均在院日数も314.9日と減少しているものの、全国平均274.7日を上回り推移しています。

また、在院患者数も平成27年度に5,018人と年々減少しています。

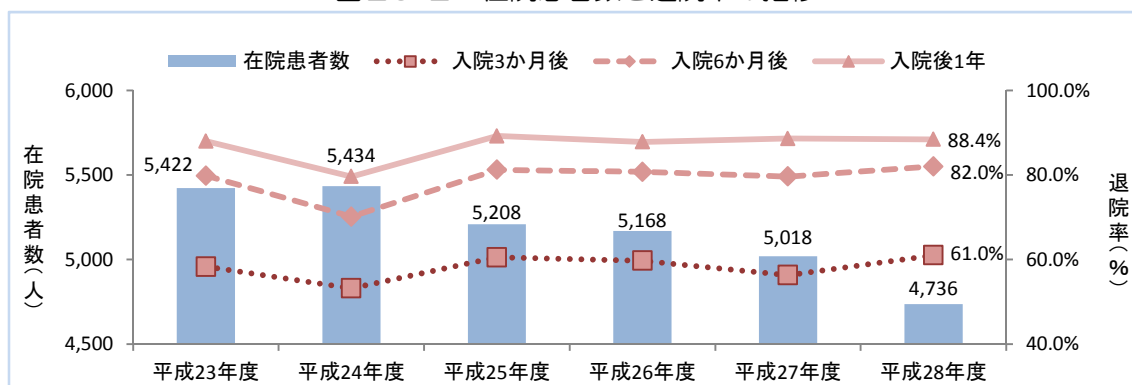
退院率は、平成25年度に増加し、それ以降は横ばい傾向です。平成28年度には、入院3か月後の退院率が61.0%と短期間での退院率が増加しています。精神医療は入院から通院に移行しつつあります。

図28-1 精神科病床数と平均在院日数の推移



資料：平均在院日数は、病院報告（厚生労働省）
病床数は、医療施設調査（厚生労働省）

図28-2 在院患者数と退院率の推移



資料：県障がい福祉課調べ

※18 フレイル：加齢により「運動機能」「認知機能」等が低下、心身の虚弱性が出現し、生活機能が障害され「要介護」リスクの高い状態になること。一方、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態。

※19 ロコモティブシンドローム：「運動機能の障害」により「要介護」リスクの高い状態になること。

※20 筋骨格系及び結合組織の疾患：膝関節、股関節等の関節障害、痛風、リウマチや骨・軟骨障害など。

2 医療費を取り巻く課題

(1) 東日本大震災、原子力災害による影響

医療福祉提供体制については、避難指示が解除された地域を中心に、医療・介護を担う人材不足が続いています。

医療・介護従事者の確保をはじめ、医療福祉提供体制の再構築について、引き続き施策を進めていく必要があります。

また、メタボリックシンドローム該当者の割合が全国では横ばい傾向にある中で、本県では震災以降年々増加しており、食生活や運動習慣などの変化が影響していると考えられます。

要介護（要支援）認定者の割合も増加しており、県民の健康状態の悪化を食い止めるため、健康づくりや介護予防の取組を引き続き進めていく必要があります。

さらに、放射線の健康影響に対する不安について、長期にわたる県民の健康を守る取組を引き続き進めていく必要があります。

(2) 将来の人口構造

平成 25 年 3 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 52 年）に約 3 割減少する一方、75 歳以上の後期高齢者割合は 1.8 倍になると推計されています。

震災後 6 年が経過し、県外への転出は減少しましたが、全国的な傾向より人口減少・高齢化の進行が深刻であり、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) 医療費

1 人当たり県民医療費では、平成 23 年度以降は全国平均を下回り推移していますが、市町村国民健康保険における比較では、最大と最小で 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、医療費の構造上の課題を明らかにした上で、具体的な方策を検討していく必要があります。

受療率は、入院・外来ともに 75 歳以上が最も多く、入院で「脳血管疾患」、外来では「高血圧性疾患」が高くなっており、若い年代からの生活習慣病対策が重要となっています。

1 (4) 県民の健康の保持の推進に関する課題

3 ア 特定健康診査、特定保健指導等

4 特定健康診査の実施率は全国平均並み、特定保健指導実施率は全国平均を上回っていますが、「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）」における目標値を大きく下回っています。生活習慣病の早期発見、早期治療のために、受診率向上の取組が重要となっています。

9
10 メタボリックシンドローム該当者及び予備群が震災後増加しており、全国で2番目に多い状況です。

11
12 メタボリックシンドロームの増加は、長期的な心血管疾患の発症リスクを高めて、急性心筋梗塞の発症リスクをますます高める恐れがあります。もともと急性心筋梗塞の死亡率が高かった本県にとって、メタボリックシンドローム該当者の増加は大きな懸念材料です。

16
17 また、高血圧や循環器疾患のリスク軽減のため、減塩と野菜摂取を促すことも必要です。

21 イ たばこ対策

22 喫煙率は男女ともに全国平均を上回っています。女性の喫煙率は男性より低い水準であるものの、平成22年から全国的に減少傾向にある中、ほぼ横ばいで推移しています。

24
25 喫煙は疾病等の原因でありながら、回避することが可能であることから、その対策に重点的に取り組む必要があります。

29 ウ 予防接種

30 麻しんのワクチン接種率は、全国平均を下回り十分といえない状況です。感染予防及びまん延防止のため、接種率の向上に取り組む必要があります。

35 エ 生活習慣病の重症化予防

36 生活習慣病の中でも、特に糖尿病性腎症は、透析が必要となった場合、生活の質が著しく低下するだけでなく、医療費にも大きな影響を及ぼすため、全国的な取組として重症化予防を推進することになっています。本県の糖尿病患者の1人当たり入院外医療費は、年間3万円超で全国で4番目に高い医療費となっており、人工透析への移行抑制等の重症化予防への取組が必要です。

オ その他の予防・健康づくりの推進

がん検診受診率の年次推移は、大腸がん以外は横ばいとなっています。肺がん、子宮がんの精密検査受診率は、減少傾向で推移していることから、二次予防（早期発見・早期治療）徹底のため、受診率向上の取組が重要となっています。

3歳児のう蝕のない者の割合は、改善傾向にあるものの全国ワーストレベルとなっていることから、幼児期におけるむし歯に対するフォローアップを強化する必要があります。

生涯にわたり歯・口腔の健康を保つためにも、各ライフステージに応じたう蝕予防及び歯周病予防の取組は必要です。

(5) 医療の効率的な提供の推進に関する課題

ア 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用割合は全国平均を下回っています。制度別では、協会一般、後期高齢者、公費が全国平均より若干低い状況であり、特に後期高齢者の使用割合が低い状況であることから、医療の効率的な提供の推進のためには、これまで以上に使用促進に向けた取組が必要です。

イ 医薬品の適正使用促進

制度別の重複投与割合は、共済、組合、協会に多く、複数種類医薬品の投与割合では、後期、国保に多い状況で保険者毎に状況が異なります。重複投与の是正や医薬品併用時の適切な投薬管理などの医薬品の適正使用促進のため、保険者や医療関係者等の連携による取組が必要です。

ウ その他の医療の効率的な提供の推進

病床機能の分化・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る環境をつくるための取組や認知症施策を推進していくことが必要です。

介護が必要となる危険性が高い状態であるフレイルやロコモティブシンドロームの認知度を向上し、高齢者の自立度の低下を予防するための介護予防の取組が必要です。

また、精神障がい者の長期入院が課題となっていることから、新規入院患者の入院期間を短縮するなど、入院の長期化を避けるための取組が必要です。

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35年度末までに達成すべき目標と施策

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

県民誰もが生涯にわたりいきいきと幸せに暮らしていくためには、健康であることが前提になります。

本県においては、メタボリックシンドローム該当者が17.1%と全国平均を大きく上回り、高血圧症や糖尿病の治療薬を内服されている方も、全国比で高くなっているなど、県民の健康保持のため、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要となります。

まずは、生活習慣病の発症予防として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることと併せ、生活習慣病に罹患した後は、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、重症化を予防するための取組を進めることが重要であることを踏まえ、次の目標を設定します。

【目標】

項目	現況値	目標値(平成35年度)
特定健康診査の実施率	49.8% (平成27年度)	70%以上
特定保健指導の実施率	21.0% (平成27年度)	45%以上
特定保健指導対象者の割合の減少率(平成20年度比)	15.45% (平成27年度)	25%以上
たばこ対策(成人喫煙率)	22.3% 〔内訳 男性34.4%以下 女性10.8%以下 (平成28年度)〕	12%以下 〔内訳 男性19.0%以下 女性5.4%以下 (平成34年度)〕
予防接種(麻しん予防接種率)	第Ⅰ期 94.2% 第Ⅱ期 92.2% (平成27年度)	98%以上 (平成32年度)
生活習慣病等の重症化予防の推進(糖尿病性腎症による年間新規透析導入者の数)	280人 (平成27年度)	243人以下 (平成34年度)
その他の予防・健康づくりの推進(がん検診受診率)	胃がん 26.9% 肺がん 36.9% 大腸がん 33.9% 乳がん 44.9% 子宮頸がん 40.4% (平成27年度)	胃がん 50%以上 肺がん 50%以上 大腸がん 50%以上 乳がん 60%以上 子宮頸がん 60%以上

【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28年11月4日厚生労働省告示）を参考とし、第二次健康ふくしま21計画（福島県健康増進計画）との整合を図る。

ただし、特定保健指導対象者の割合の減少率については、国の目標に準ずる。

◆ 特定健康診査・特定保健指導の実施率

【推計方法】

- ① 全国目標の実施率を保険者全体で達成するため、保険者ごとに実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準に設定して計算した。
基準値＝実施率（平成26年度）×保険者全体で等しく引き上げる割合（特定健康診査では1.44倍、特定保健指導では2.53倍）
- ② 保険者全体の目標に達していない目標値は引き上げる一方、保険者全体の目標を超えている目標値は維持または引下げ、第2期目標値との増減を5%以内で設定した。

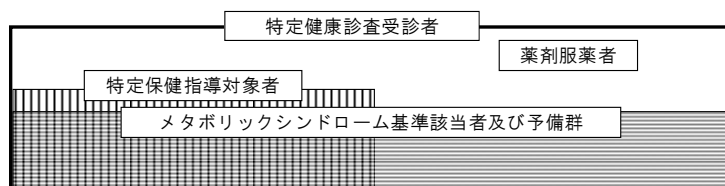
【参考】特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正について

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（船保）	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合（私学共済は除く）
特定健診の実施率	70%以上	60%以上	70%以上	65%以上（65%以上）	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上	30%	35%以上（30%以上）	55%以上	30%	45%以上

◆ 特定保健指導対象者の割合の減少率

メタボリックシンドロームの該当者と予備群（以下、メタボ該当者等）の減少率については、第二期は平成20年度比で減少率25%以上の目標を設定している。

第二期以降の分析の結果、メタボ該当者等には約50%の服薬者が含まれており、非服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボ該当者等の減少率で測ることは十分とはいえないと考えられたため、特定健診・保健指導の成果に関する目標は、第一期と同様に、特定保健指導対象者数の減少を目標とする。



*メタボリックシンドロームには、薬剤服薬者が含まれるほか、血糖値の基準が若干異なる。

◆ 成人喫煙率

「第二次健康ふくしま21計画（福島県健康増進計画）」に掲げている平成34年度までに喫煙率を12%以下とするという目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準にあるため、引き続き目標として掲げる。

◆ 麻しん予防接種率

国の「麻しんに関する特定感染症予防指針（平成28年2月改定）」との整合を図り、福島県感染症動向調査企画委員会麻しん風しん対策検討部会にて設定した目標値とする。

◆ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入者の減少

「第二次健康ふくしま21計画（福島県健康増進計画）」に掲げている平成34年度までに糖尿病性腎症による年間新規透析導入者243人以下とするという目標からすると、依然として高い水準にあるため目標として掲げる。

◆ がん検診受診率

国の目標値を踏まえ、福島県がん対策推進協議会にて設定した目標値とする。

1 【施策】

2 東日本大震災・原子力災害の影響に配慮した健康づくり

3 東日本大震災及び原子力災害の影響により、いまだ多くの県民が長期に渡り
4 避難生活の継続を余儀なくされている一方で、生活再建に向け帰還、復興公営
5 住宅への入居が進むなど、避難している県民の生活態様が多様化していること
6 を踏まえ、県部局の横断的な取組、市町村・地域の方々・民間団体等の関係団
7 体との連携を図り、効果的かつ効率的な施策を展開します。

8
9 ○ 被災者の健康支援

- 10 ・ 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
11 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
12 す。
13 ・ 放射線による健康影響への不安に対し、正しい知識や最新の情報提供に努め、
14 リスクコミュニケーション^{※21}を強化していきます。
15 ・ 避難生活の長期化や復興公営住宅への転居、避難指示解除区域への帰還など、
16 被災者それぞれの状況に応じた心のケアについて、ふくしま心のケアセンタ
17 ー等関係団体と連携し、中・長期的に取り組めます。

18 ○ 県民健康調査による取組

19 原子力災害を踏まえ、県民の被ばく線量の評価を行うとともに、県民の健康
20 状態を把握し、将来にわたる県民の健康の維持・増進を図ることを目的とし、
21 福島県立医科大学と連携して「県民健康調査」を実施しています。

22 県民健康調査では、外部被ばく線量を把握する「基本調査」、健康状態を把
23 握する「詳細調査（甲状腺検査、健康診査、こころの健康度・生活習慣に関
24 する調査、妊産婦に関する調査）」に取り組み、疾病の予防、早期発見、早
25 期治療につなげ、県民の健康を見守っていきます。

26 また、県民一人一人の調査結果等のデータは、県民の長期にわたる健康管理
27 に活用し、得られた知見を次世代に活用していきます。

38 ※21 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
39 解を図ること。

生活習慣病の発症予防の徹底

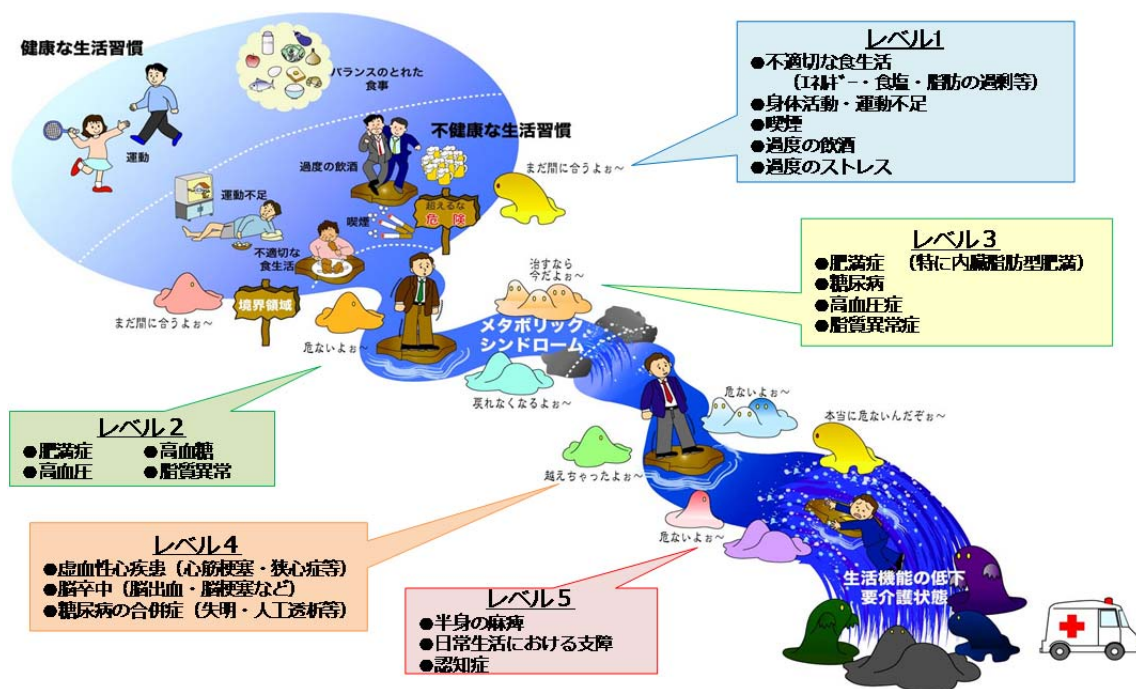
健康長寿の実現に向け生活習慣病の予防対策を重点的に取り組む必要があることから、「食」、「運動」、「社会参加」の3本柱を基本に取り組みます。

特に、日常生活上の身体活動量を増やすことは、健康寿命の延伸、肥満のリスク低下、認知機能の低下予防等、幅広く良い影響を及ぼすことが様々な研究から明らかにされており、県民の健康の保持のための土台となる取組であるため、より多くの県民が実践するよう機運の醸成と環境づくりを積極的に進めます。

また、健康な生活習慣を推進するため、「休養・こころの健康」、「飲酒」、「歯・口腔の健康」、「次世代の健康」について取り組むとともに、メタボリックシンドロームを未然に防ぐために、働き盛りの若年層にも働きかけるなど、各保険者等と連携し取組を推進していきます。

さらには生活習慣病に関連する各種データの分析や評価結果を活用し、市町村が行う健康づくりのより効果的な実施に向けて支援していきます。

なお、普及啓発に当たっては、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。



19
20
21



食

3

4 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
5 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
6 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
7 組を実施する必要があります。

8

9 ○ 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
10 推進

11 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
12 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。
13 また、第三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
14 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。

15 ○ 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

16 ・ 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
17 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
18 うな食生活に関する適切な情報提供を図ります。

19 ・ 生活習慣病の予防には、適正体重の維持とともに減塩や野菜を摂取するなど
20 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
21 識を習得する機会や情報提供する場の確保に努めます。

22 ・ 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
23 「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
24 ます。

25 ○ 栄養指導體制の充実

26 県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーション^{※22}との連携を図りながら、診
27 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
28 の栄養指導體制の確立に努め、栄養指導や在宅訪問栄養指導等を充実させる
29 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。

30 ○ 食環境の整備

31 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^{※23}）の増
32 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
33 数の増加を図るなど、食環境整備を推進します。

34 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
35 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
36 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
37 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。



1 **運動**

2
3 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、
4 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
5 の定着化を図る取組を実施する必要があります。

6
7 ○ **運動習慣の普及啓発**

8 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
9 するとともに、運動・身体活動の普及啓発に積極的に取り組みます。

10 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
11 を図ります。

12 ○ **運動しやすい環境づくりの推進**

13 県民の健康意識の改革を図るため、健康づくりに取り組む県民にインセンテ
14 イブを付与する取組を実施するとともに、県民が日々の生活の中で、継続的
15 に身体を動かすことができるよう、県、市町村、関係機関、企業等が連携し、
16 運動しやすい環境づくりの推進に努めます。

17 ○ **介護予防の推進**

18 ・ 高齢者が要介護状態になることを予防し、また要介護状態になってもその状
19 態が悪化しないようにするため、健康寿命の延伸を目指した、生活習慣の改
20 善や介護予防の取組の推進に努めます。

21 ・ 地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域づく
22 りに向けて、65歳以上人口の10%の参加を目標に、介護予防に効果があ
23 るとされている「体操を週1回以上実施する通いの場」の増加に向けた、県
24 民に対する普及啓発を実施します。

25 ・ 自立支援に向けた関係者間での意識の共有と多職種との連携、介護予防ケア
26 マネジメント及びサービスの質の向上に向けて、市町村が実施する自立支援
27 に資する「地域ケア会議」^{※24}の立ち上げを支援します。

32
33 ※22 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、
34 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、地
35 域の特性に応じた事業を展開している。

36 ※23 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
37 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
38 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。

39 ※24 地域ケア会議：多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資す
40 るケアマネジメントを実施し、高齢者の課題解決や自立支援の促進、ひいては生活の質の向上を目
41 指すもの。

1 社会参加

県、市町村、関係機関等が連携しながら、社会参加（健康イベント、ボランティア活動など）の機会を設けるとともに、社会参加の重要性の普及啓発に努めます。

○ 生涯にわたる社会参加

- ・ 就労、ボランティア活動をはじめ、近隣・友人との助け合い、県民自らが行う地域ぐるみの取組など、社会参加に資する取組への支援の充実に努めます。
- ・ 子どもから高齢者まで幅広い世代の交流を促し、魅力ある地域づくりに取組みます。

○ 高齢者の社会参加・生きがい対策の推進

- ・ 高齢者の社会参加・生きがい対策を推進するため、高齢者の就業機会やスポーツ、学習機会等の確保を図るとともに、老人クラブ活動の支援に努めます。
- ・ 健康で活動意欲を持つ高齢者を対象にスポーツ・文化の総合祭典である「うつくしま、ふくしま。健康福祉祭」を開催し、健康・生きがいづくり、社会参加の促進を図ります。

○ 障がい者の社会参加の促進

- ・ 障がい者の文化芸術活動の振興を図るとともに、障がい者が気軽に楽しめるレクリエーション活動の普及に努めます。
- ・ 県障がい者社会参加推進センター等と連携しながら、地域における自立生活と社会参加を推進するための情報提供の充実に努めます。

2 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です。

○ 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

第三次福島県自殺対策推進行動計画に基づき、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

1 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
2 に支え合う環境の整備に努めます。

3 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
4 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
5 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。

6 7 飲酒

8
9 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
10 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
11 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
12 しても大きな影響を及ぼします。

13 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
14 などの施策に取り組む必要があります。

15 16 ○ 過度な飲酒による健康への影響等予防対策

17 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
18 普及啓発及び健康教育を推進します。

19 また、多量飲酒者の減少に資する取組の実施に努めます。

20 ○ 未成年者及び妊産婦の飲酒防止

21 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
22 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
23 事業に取り組みます。

24 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リスクを高める
25 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
26 る影響等について、適切な情報提供を図ります。

27 ○ 飲酒関連問題の防止推進

28 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
29 ら、社会全体で相互に支え合う環境の整備に努めます。

30 31 歯・口腔の健康

32
33 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
34 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います。

35 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
36 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
37 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
38 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。

乳幼児から学齢期については、規則正しい生活習慣の普及を推進するとともに、フッ化物応用その他科学的根拠に基づいたう蝕予防対策を推進します。

○ 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

歯の喪失が少なく、よく噛めている高齢者は生活の質及び活動能力が高いことなどが明らかにされており、健康寿命延伸のためにも、生涯にわたる歯の喪失予防対策として8020運動を推進します。

18 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。

○ 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。

喫煙による健康被害の回避

喫煙は、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、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る対策に重点的に取り組みます。

○ 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も取り組みます。

○ 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。

○ 禁煙支援

市町村や薬剤師会等関係団体と連携し、医療や健診等での禁煙アドバイスや、禁煙希望者へ禁煙外来等の情報を提供し、禁煙を支援します。

予防接種の普及啓発

疾病予防及び感染予防・まん延防止の観点から、予防接種の適正な実施が重要です。

○ 定期予防接種の有効性や必要性に関する情報を提供するとともに、居住市町村以外でも予防接種が受けられるよう、県内における広域契約による体制整備を行うなど、市町村を支援します。

○ 麻しんワクチンについては、麻しん排除の効果的な環境を維持するため、市町村におけるきめ細やかな接種環境を強化するなど、接種率の向上を推進します。

生活習慣病の早期発見・早期治療

1
2 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
3 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
4 な保健指導によって、一人一人の状態に合わせ、食事や運動などの生活習慣を
5 確実に改善できるよう取組を強化していきます。

特定健康診査・特定保健指導の推進

○ 県民に対する普及啓発

10 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、
11 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
12 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

14 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
15 より、市町村等を支援します。

○ 保険者協議会の活動支援

17 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

19 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
20 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
21 り、質の高いサービスを提供することが求められます。

22 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
23 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、
24 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
25 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。

がんの早期発見・早期治療の推進

29 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
30 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。

31 市町村、関係機関等と連携しつつ、効果的な受診率向上のための取組を推進
32 します。

34 ・ 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
35 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
36 することや受診勧奨の充実を図ります。

37 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。

38 ・ がんを早期発見するため、市町村や関係機関等と連携し、がん検診受診率及
39 び精密検査受診率の向上に向けた取組を実施します。

- 1 ・ 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
2 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。
- 3 ・ 県、市町村、関係機関等と連携しながら、がん検診の精度の維持向上のため、
4 実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を実施します。

7 糖尿病性腎症の重症化予防の取組の推進

8 生活習慣病の中でも、糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合
9 併症を引き起こし、QOLを著しく低下させ、医療費の面でも大きな負担を社
10 会に強いることとなるため、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む必要があり
11 ます。

12 関係団体、市町村、各保険者等と連携しながら、糖尿病性腎症の重症化予防
13 に向けた取組を推進します。

- 15 ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の着実な実施により、糖尿病の早期
16 発見・早期介入を推進し、糖尿病合併症の発症進展の抑制に努めます。
- 17 ・ 県は、県医師会、県糖尿病対策推進会議等関係団体と協力し平成29年度に
18 策定した重症化予防プログラムにおいて保健指導を行うべき重症化予防対
19 象者の基準などを明確化するとともに、当該プログラムに基づき、地域の医
20 師会等の関係団体と問題意識を共有し有効な重症化予防の取組ができるよ
21 う市町村を支援します。
22 また、市町村の重症化予防の取組をより一層推進するためインセンティブの
23 強化を図ります。
- 24 ・ 市町村は、通院中の者であっても糖尿病の重症化リスクが高い対象者に対し
25 ては、医療関係者と連携した保健指導を行うよう努めます。

26

保険者の医療費適正化施策に対する支援

市町村国保における医療費適正化施策に対する支援

市町村国保の医療費の適正化に資するため、市町村のデータヘルス計画の策定及び実施、特定健康診査及び特定保健指導を始めとする保健事業などの円滑な実施に向けて支援します。

○ データヘルスの推進

全ての市町村が計画を策定することを目指し、国保連合会や保健事業支援・評価委員会との連携を図りながら、円滑な計画の策定及び推進ができるよう支援します。

また、レセプト、健診情報を活用したPDCAサイクルにより、医療費の適正化、発症予防、さらには、重症化予防を意識したデータ分析や事業の取組を支援します。

○ 特定健康診査、特定保健指導の実施率向上

特定健康診査及び特定保健指導は、データヘルスの推進、重症化予防、生活習慣病予備群の早期発見など医療費適正化を進めるための基本となる取組であることから、実施率の高い地域等について要因分析を行い、市町村に対して受診勧奨等の効果的な取組例等の情報提供を通じた横展開を図ります。

○ 市町村における医療費適正化事業に対する支援

市町村の実施するレセプト点検、第三者行為求償事務等の保険給付の適正化への取組や後発医薬品の使用促進、糖尿病性腎症重症化予防、重複受診・重複投薬等の対象者への指導など医療費適正化に資する各種施策について助言を行います。

後期高齢者医療における医療費適正化施策に対する支援

後期高齢者の医療費の適正化に資するため、レセプト点検や重複・頻回受診者に対する指導、重症化予防等の保健事業の実施など取り組むべき施策について、福島県後期高齢者医療広域連合に対し、技術的助言を行います。

職域保険との連携

企業の経営効率を確保するための1つの要素として従業員の健康保持に配慮する「健康経営」を官民一体で普及するため、健保組合や協会けんぽ、さらには商工団体や健康関連団体等と連携し、健康経営に関する情報交換や普及啓発に取り組みます。

1 (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

2
3 医療費の伸び率の要因は、高齢化の影響、人口の増減の影響、診療報酬改
4 定の影響、医療の高度化などがあります。近年、特に高額薬剤が医療費全体
5 の動向を左右する状況が続いていますが、県として取組が可能な「後発医薬
6 品の使用割合」と「医薬品の適正使用の推進（重複投与の是正等）」を、本県
7 における医療の効率的な提供の推進に関する目標として設定します。

8 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
9 あり、国で定める目標よりも低くなっていることから、引き続き使用促進に
10 向けた取組を進めます。

11 また、重複投与の是正等、医薬品の適正使用の推進は、患者にとって安全
12 かつ効果的な服薬につながるため、保険者や医療関係者等の連携により取組
13 を進めます。

14 【目標】

項目	現況値	目標値(平成35年度)
後発医薬品の使用割合	67.9% (平成28年度)	80%以上 (平成32年9月まで、その後も維持)
医薬品の適正使用の推進 (重複投与の是正等)	—	お薬手帳の普及拡大の ための取組を促進する

16 【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28年11月4日厚生労働省告示）を参考とし、第七次福島県医療計画との整合を図る。

◆ 後発医薬品の使用割合

本県における後発医薬品の使用割合は、67.9%（平成28年度）となっており、国で定めた目標「平成32年9月までに80%以上」を達成していないことから、平成32年9月までに「80%以上」として設定する。

◆ 医薬品の適正使用に推進に関する目標

医薬品の適正使用に関する適切な指標がないことから、数値目標の設定は困難なため、お薬手帳の普及が進めば服用薬の一元管理ができるといった考えのもと、定性的な目標を設定する。

1 【施策】

2 東日本大震災・原子力災害からの復興（医療・福祉提供体制の再構築）

3 避難指示が解除された地域を中心に、帰還環境を早急に整備するためには、
4 医療機関・介護施設の再開支援及び医療・介護を担う人材確保をはじめとする
5 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。
6

7
8 医療提供体制

- 9
- 10 ・ 東日本大震災・原子力災害からの復興を図るため、「避難地域等医療復興計
11 画」に基づき、「避難地域の医療提供体制の再構築」、「避難地域の医療を支
12 える近隣地域の医療提供体制の充実」、「原子力災害により不足した医療人材
13 の確保」に取り組みます。
 - 14 ・ 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
15 もに、災害派遣医療チーム（DMAT）^{※25}及び災害派遣精神医療チーム（D
16 PAT）^{※26}の隊員養成研修の支援等を実施し、災害時における医療提供体
17 制の整備を図ります。
 - 18 ・ 放射線による健康への影響に対する早期診断・最先端治療拠点として福島県
19 立医科大学に整備した「ふくしま国際医療科学センター」において、
20 PET/MRI等の最先端医療機器による画像診断や、先端医療技術・機器を活
21 用した早期診断及び早期治療等を行います。
- 22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

32

33 ※25 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
34 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
35 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
36 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
37 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。

38 ※26 災害派遣精神医療チーム（DPAT）：災害派遣精神医療チーム Disaster Psychiatric Assistance
39 Team のことで、自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害発生後に、被災地域で、被
40 災者及び支援者に対し、精神医療及び精神保健活動の支援を行う専門的な精神医療チーム。精神科
41 医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職又は事務職員）で構成され、専門的な研修・
42 訓練を受け、被災地で自立的に活動できる機動性を持つ精神医療チーム。

1 福祉サービス提供体制

- 2
- 3 • 避難指示解除地域において帰還した高齢者に対して、生活相談や地域交流の
4 場の提供、見守り安否確認、健康づくり教室などを行う高齢者等サポート拠
5 点を設置運営する町村に対する支援を行います。
- 6 • 東日本大震災により被害を受けた施設及び原発事故により避難している施
7 設の復旧に関しては、事業再開のための既存の建物の利用や仮設施設の建設
8 等を促進します。
- 9 また、避難指示の解除に伴い、避難した施設が元の場所で円滑に事業再開で
10 きるよう、必要な支援について継続的に取り組んでいきます。
- 11 さらに、被災町村の地域包括ケアシステム構築に向けた体制整備に対する支
12 援に努めます。
- 13 • 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
14 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
15 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
16 す。
- 17 • 県復興支援拠点に配置したコーディネーターが、圏域支援拠点に配置したア
18 ドバイザーを、被災した障害福祉サービス事業所等に派遣し、または協働で
19 課題解決等の支援にあたるほか、避難している障がい者（児）の帰還に向け
20 た課題等に対する支援を行います。
- 21 • 災害時において要配慮者を支援するため、関係機関との連携強化を図ると
22 もに、災害派遣福祉チーム^{※27}の隊員養成研修の支援等を実施し、災害時福
23 祉体制の整備を図ります。
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35

36

37 ※27 災害派遣福祉チーム：大規模災害発生時に災害関連死につながる二次被害を防止するため、避難所
38 などで要配慮者に福祉・介護などのニーズ把握や応急的な支援等を行う福祉チーム。社会福祉士、
39 介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士等の福祉・介護等の専門職員で構成され、
40 災害派遣福祉チーム員養成研修を受講した者をチーム員として登録している。

41

病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進

医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、限られた医療資源を有効に活用しながら、安全で質が高く効率的な医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築が必要です。

このため、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」への転換を図るとともに、多職種連携による医療と介護の連携を推進します。

医療機能の分化及び連携

○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局制度の普及定着化

プライマリ・ケア^{※28}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、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する、かかりつけ薬剤師・薬局をもつことのメリットについて広くPRを行います。

さらにスマートフォンを利用した電子版お薬手帳の普及啓発を図ります。

○ 地域連携クリティカルパス^{※29}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。

○ 地域医療構想の実現

地域医療構想に基づき、各構想区域において不足する病床機能など将来必要となる医療提供体制の整備に向けて、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議を進めていきます。

※28 プライマリ・ケア：病気の初期診療・第一次医療のこと。

※29 地域連携クリティカルパス：地域において、患者が受ける診療段階に応じて診療を受ける医療機関の流れを示した、診療するすべての医療機関等が共有する疾患ごと患者ごとの治療計画。

1 在宅医療の推進

- 医療機関が訪問診療を行うために必要な医療機器や訪問診療車の整備を推進するとともに、在宅医療従事者の連携・資質向上に資する研修会等の開催を支援し、在宅医療提供体制の強化を図ります。
- 訪問看護に係る認定看護師の養成や看護師の特定行為研修の受講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。
- 高齢者が安心して暮らせる環境の整備
 - ・ 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、介護保険の認定を受けた要介護者に対する住宅改修費の支給やサービス付き高齢者向け住宅登録制度の普及促進を図り、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。
 - ・ 全ての人に配慮したまちづくりを総合的に進めるため、「人にやさしいまちづくり条例」に基づき、建築物等のユニバーサルデザイン化を推進しています。

27 認知症施策の推進

- ・ 県民一人ひとりが認知症の発症予防に関心をもち、生活習慣の改善や社会参加が図られるよう、認知症の正しい知識の普及・啓発を進めるとともに、体操教室や介護サロン、趣味活動など住民主体の運営による取組を推進します。
- ・ 認知症は早期に発見し治療を開始すれば、症状の進行を遅らせることができます。
早期発見のためには、日常的に通院しているかかりつけ医・かかりつけ歯科医など医療従事者の「気づき」が重要です。
そのため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医に対して認知症に関する研修を実施するとともに、専門医によるかかりつけ医をサポートする体制の整備や薬剤師、看護師などの医療従事者への研修を実施し、認知症対応力の向上を図ります。
- ・ 平成30年4月より、全ての市町村に認知症初期集中支援チーム^{※30}（以下、

1 「支援チーム」の設置と認知症地域支援推進員^{※31}（以下、「推進員」）の配
2 置がなされます。

3 市町村が、支援チームの体制強化や推進員の複数配置などができるよう、研
4 修受講の支援を行うとともに、県外を含めた他市町村の取組報告や情報交換
5 を行う研修会の開催を通じて、市町村の活動を支援します。

- 6 ・ 医療・介護などの連携強化のため、関係者が一堂に集まる機会を定期的に設
7 け、有識者や関係機関の意見を伺いながら、県の認知症施策に反映させると
8 ともに、各分野の連携強化を図ります。

9 これらの活動が、多職種と連携しながら円滑に機能するよう、研修会の開催
10 や認知症ケアパス・退院調整ルールを活用支援などを実施していきます。

11 医療と介護の連携

12 ○ 多職種の連携の推進

13 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等の在
14 宅医療推進の拠点を整備し、多職種連携を推進します。

15 また、県では、平成22年度から県歯科医師会に委託して「福島県在宅歯科
16 医療連携室^{※32}」を設置しており、今後も、患者の退院前から、退院する医
17 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
18 ター^{※33}、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
19 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
20 す。

21 ○ 在宅医療・介護連携の推進

- 22 ・ 在宅医療・介護連携の推進に関しては、地域医師会等の関係機関との連携
23 が重要となるため、県は関係機関との調整を行いながら、市町村及び地域
24 包括支援センターが在宅医療・介護連携を推進できるよう支援します。
- 25 ・ 市町村及び医師会等の関係機関等の事業の推進役を対象とした研修会を開
26 催して、市町村の取組を支援します。
- 27 ・ 入院医療から退院後の在宅復帰が円滑にできるよう、全圏域において策定・
28 運用している退院調整ルールの評価・見直しを毎年度実施し、医療機関と
29 居宅サービス事業所等が連携し、情報共有できる体制整備を推進します。
- 30 ・ 市町村や地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」では、多職種
31 が協働して個別ケースの支援内容の検討を行っています。県では、「地域ケ
32 ア会議」におけるネットワーク構築機能を強化するため、研修会の開催や
33 専門職派遣事業を実施し、「地域ケア会議」の充実を図ります。

34 ○ 地域リハビリテーションの推進

35 誰もがその人なりの自立した生活に向けた支援を効果的かつ円滑に受けら
36 れるよう、県地域リハビリテーション支援センター^{※34}等と連携して、多職
37 種による地域リハビリテーション提供体制の整備を図ります。

38 また、地域住民が主体となり、その人なりの自立した生活に向けて自ら努力

1 できるよう、広く地域住民に対し、自立支援を働きかけます。

2 ○ 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス^{※35}の適切な提供

3 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
4 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、
5 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」が適切に
6 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。

7 ○ 複合型サービスの整備

8 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
9 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
10 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
11 所^{※36}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
12 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、
13 技術的な助言を行います。

14 ○ 福祉・介護人材育成の推進

15 介護保険施設・事業所等のサービス提供者として、介護福祉士、社会福祉士、
16 介護支援専門員、介護職員初任者研修修了者等の福祉・介護人材の育成を推
17 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
18 できるよう努めます。

26 ※30 認知症初期集中支援チーム：医師を含む複数の専門職が認知症の人やその家族に初期の段階から関
27 わり、集中的な支援を実施します。

28 ※31 認知症地域支援推進員：推進員は、医療・介護等の連携を図るための支援や認知症の人やその家族
29 を支援する相談業務などを行います。

30 ※32 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
31 どもにより入院されている方、介護施設に入所されている方が治療を希望される場合に、訪問歯科診
32 療を行う歯科医院を紹介している。

33 ※33 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、
34 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。

35 ※34 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
36 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・
37 研究、関係団体・医療機関との連絡・調整を行う。

38 ※35 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
39 ある。

40 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

41 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
42 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）

43 ※36 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
44 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、
45 ケアマネー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
46 が可能。

後発医薬品の使用促進

患者及び医療関係者が後発医薬品を安心して使用できるよう、使用促進の施策や普及啓発に取り組みます。

○ 福島県後発医薬品安心使用促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関する講習会を実施するなど、あらゆる機会と方法を活用し、使用促進の啓発を行います。

○ 後発医薬品研修会の開催

医療従事者等を対象に研修会を実施し、使用促進に向けて理解を深めていきます。

○ 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。

医薬品の適正使用の推進

安全かつ効果的な服用のため、重複投与の是正や医薬品併用時の適切な投薬管理などに関する普及啓発等について、関係機関と連携し取り組みます。

○ かかりつけ薬局の普及

かかりつけ薬局の普及を進めるとともに、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことによる利点について普及啓発を図ります。

○ お薬手帳の普及拡大

服用薬を一元管理するための方法であるお薬手帳の普及拡大を図ります。特にスマートフォンを利用した電子版お薬手帳の普及啓発を図ります。

○ 重複投与等への訪問指導

県は、レセプト情報による対象者の抽出や訪問活動のあり方などについて、県薬剤師会等と連携し取り組むとともに、市町村の取組に対してインセンティブの推進も検討していきます。

精神障がい者の地域移行

精神障がい者が早期退院できる環境を整えるためにも、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があります。

○ 地域移行に関する協議

福島県自立支援協議会の地域生活支援部会に、精神障がい者の地域移行及び地域包括ケアシステム等に関する協議を行うワーキンググループを設置し、各保健福祉事務所の圏域連絡会や市町村等の各地域（自立支援）協議会とも連携しながら、精神障がい者が安心して自分らしく生活できる地域づくりを推進します。

○ 精神障がい者に対する正しい理解の促進

地域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。

○ 早期退院支援のための取組

精神障がい者の早期退院や地域移行を促進するため、退院後生活環境相談員、相談支援専門員及びピアサポーター^{※37}等による入院早期からの支援を行うとともに、服薬等の治療に加え、本人が疾患の理解を深めることが出来るよう、適切な患者教育を行います。

また、官民協働かつ多職種連携で地域移行を促進するための研修会を行うことにより、人材育成や圏域単位での地域移行を推進するためのネットワークを強化します。

○ 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、居住の確保に努めるとともに、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。

○ 地域生活を支援するサービスの充実

精神障がい者の地域生活を医療の面から支援するため、精神科訪問看護の充実を図ります。

○ 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。

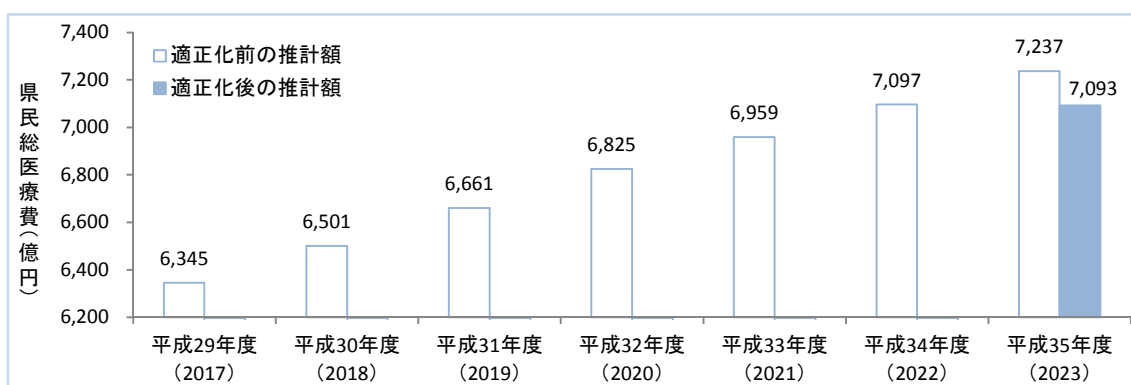
※37 ピアサポーター：「ピア」とは「仲間」という意味で、自らの精神疾患や精神障がいの経験を活かし、ピア（仲間）として支え合う活動をする方々のことをいう。

2 計画期間における医療に要する費用の見通し

厚生労働省が作成した「医療費適正化効果推計ツール Ver.3.02」を用いて推計すると、医療費の適正化を実施しない場合の本県の県民医療費は、平成35年度には約7,237億円になると推計されます。

「生活習慣病対策」及び「後発医薬品の使用促進」に加え、生活習慣病（糖尿病）の重症化予防や医薬品の適正使用等の「地域差縮減に向けた取組」の効果に関する数値目標が達成されることによる平成35年度の本県の医療費は、約7,093億円となり、適正化効果は約144億円と推計されます。

図29 福島県の医療費適正化効果の推計



データ：医療費適正化効果推計ツール Ver.3.02（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

新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）の計画期間の最終年度である平成35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

医療費の将来の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、機械的に伸ばした一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】

第三期では、入院外は「特定健診実施率70%・特定保健指導実施率45%の目標達成」「後発医薬品の普及」及び「入院外医療費の一人当たり医療費の地域差縮減に向けた取組」効果を見込む。入院は、「病床機能の分化及び連携の推進」効果を見込むこととする。ただし、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の医療費の増加分については、現時点では移行する患者の状態等が明らかでないため、見込まない。

3 施策を推進するための関係者の役割と連携

介護保険制度において予防給付が市町村事業に移行するなど、制度変更に伴い地方自治体の役割と責任が大きくなってきています。裏を返せば全国一律ではなく地域ごとに差が生じる分野が広がるということでもあり、県民の健康の保持と医療の効率的な提供のために県や市町村はもちろんのこと、県民自身をはじめ、関係する各主体がそれぞれ努力していくことの重要性が増しています。

こうした背景もあり、本計画に定める目標の達成に向けて、県の取組だけでなく、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。

さらに、医療審議会や保険者協議会と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

- 県民一人ひとりが自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要です。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（特に減塩と野菜摂取の増加）、運動等に留意した日常生活を送ることが求められます。
- 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、保険者等が健康の保持増進のために実施する特定保健指導等の支援を受けながら、積極的に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。
- 運動や食習慣を改善していくための自主活動、サークル活動への参加や、社会参加としてボランティアや県民自らが行う地域ぐるみの取組などに積極的に参加することが求められます。
- 地域の医療を守るため、自身の生活圏における医療の状況に関心を持つとともに、医療機関の適正受診等、医療サービスの適正な利用に努めるなど、医療サービスの適正な利用に努めることが求められます。
- 後発医薬品の使用は、自らの経済的負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであることを理解し、積極的に使用するよう心掛けるとともに、医薬品の適正使用の観点からお薬手帳を有効に活用することが求められます。

医療保険者に期待される役割

- 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、特定保健指導対象者の割合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。
- 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。
- 平成27年度からはデータヘルス計画に基づき事業が行われ、加入者の健康課題も踏まえ、より効果的かつ効率的に保健事業を実施することが求められます。
- 重症化予防に係る取組や、加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組など、推進していくことが求められます。
- 後発医薬品の使用促進のため、自己負担の差額通知等の取組を推進することや、重複投与是正に向けた取組を推進していくことが求められます。

市町村に期待される役割

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

- 特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質の高い効率的な医療を提供する役割があります。
- 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。
- 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。
- 患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応、調剤に必要な体制の整備に努めること、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投与等の是正等の取組が求められます。

事業者・企業に期待される役割

- 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。
- 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。
- 従業員の健康の保持・増進は、仕事の効率を維持・向上させる上で重要な要素であるとの認識のもと、従業員の健康管理や健康づくりに対してより一層積極的に取り組むなど、健康経営を実践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

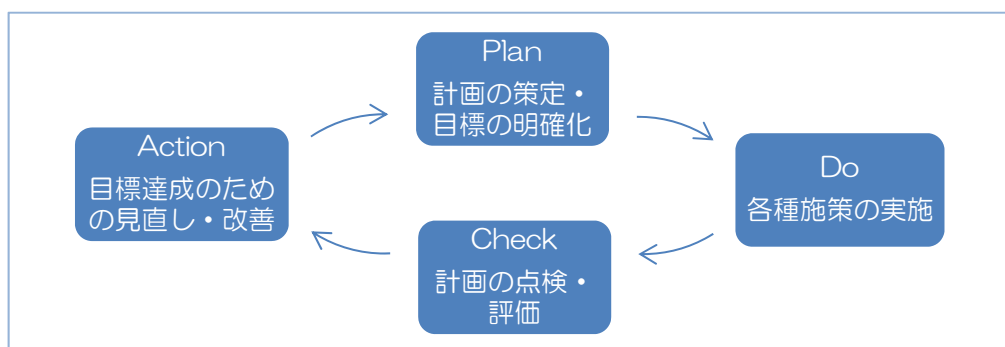
- 1
- 2 ○ 保険者協議会のほか、医療審議会等あらゆる機会を通じて保険者、健診・保
- 3 健指導機関、介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連
- 4 携及び協力を行えるような体制づくりに努めます。
- 5
- 6 ○ また、『県民の健康保持推進に関する施策』として、「東日本大震災・原子力
- 7 災害の影響に配慮した健康づくり」、「生活習慣病の発症予防の徹底」、「喫煙
- 8 による健康被害の回避」、「予防接種の普及啓発」、「生活習慣病の早期発見・
- 9 早期治療」、「糖尿病性腎症の重症化予防の取組の推進」、「保険者の医療費適
- 10 正化施策に対する支援」に取り組むとともに、『医療の効率的な提供の推進
- 11 に関する施策』として、「東日本大震災・原子力災害からの復興」、「病床機
- 12 能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進」、「後発
- 13 医薬品の使用促進」、「医薬品の適正使用の推進」、「精神障がい者の地域生活
- 14 移行」に取り組めます。
- 15
- 16 ○ 平成 30 年度からは国民健康保険の財政運営の責任主体として保険者機能
- 17 の発揮という役割を担います。

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29 PDCAサイクル



(1) 進捗状況評価

本計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、年度毎に進捗状況を把握し、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、結果を公表し、医療審議会、保険者協議会等及び厚生労働大臣に報告いたします。

また、進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めます。

(2) 進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）

第四期福島県医療費適正化計画の作成に資するため、計画期間の最終年度である平成35年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行います。

(3) 実績評価（達成状況）

計画期間が終了した翌年度の平成36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、結果公表及び厚生労働大臣に報告いたします。

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と認めるときは、県

1 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つつ、適切な医療を
2 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
3 れる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定め
4 をすることができるかとされています。

5 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
6 自ら行った実績評価の結果を適宜活用して対応します。

7 8 2 計画の推進体制

9 10 (1) 福島県医療費適正化計画検討会の設置

11 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
12 県医療費適正化計画検討会」（議長：保健福祉部政策監）において、計画の
13 進捗状況や実績に関する評価を行います。

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

16 17 (2) 関係者の意見を計画推進に反映させるための体制整備

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

20 そのため、福島県医療審議会や保険者協議会等の場において、意見を聴取
21 していきます。

22 23 (3) 県民への周知

24 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
25 るという意識を持つことができよう、県は県民に対して本計画に関する情報
26 提供を実施します。

27 28 (4) 市町村との連携

29 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
30 であることから、県は計画を推進するに当たっては、市町村と協議し、連携
31 を図ります。

32 33 (5) 保険者等との連携

34 保険者は、保健事業の実施主体であることから、県は計画を推進するに当
35 たっては、保険者協議会を通じて、より一層保険者等との連携を図ります。

36

1 「新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）」策定経過
2

29年度	内容	
4月	現状分析・基本構成検討	24日 福島県医療費適正化計画検討会①
5月		
6月		6日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会① 26日 福島県保険者協議会①
7月		
8月		7日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会② 9日 福島県医療費適正化計画検討会ワーキング① 23日 福島県保険者協議会医療費適正化・医療計画ワーキング① (計画策定の説明：福島県高齢福祉施策推進会議)
基本構成取りまとめ		
9月	素案検討	13日 福島県医療費適正化計画検討会ワーキング② 27日 福島県保険者協議会医療費適正化・医療計画ワーキング② (計画策定の説明：福島県国民健康保険運営協議会、 福島県健康ふくしま21協議会)
10月		13日 福島県医療費適正化計画検討会② 26日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会③
11月		13日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会④
素案取りまとめ		
12月	意見照会等・修正	12/●～●/●パブリックコメント 12/●～●/●市町村へ意見照会 12/●～●/●委員への意見照会（福島県健康ふくしま21協議会・福島県地域保健医療福祉協議会）
1月		●日 福島県医療費適正化計画検討会③ ●日 福島県保険者協議会医療費適正化・医療計画ワーキング③
2月	最終案検討	●日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会⑤ ●日 福島県保険者協議会②
3月		●日 福島県医療審議会①
「新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）」決定		

3

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室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。

- 1
2 附 則
3 1 この要綱は、平成24年9月13日から施行する。
4 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
5 する。

6
7 附 則
8 この要綱は、平成25年1月7日から施行する。

9
10 附 則
11 この要綱は、平成27年11月12日から施行する。

12
13
14 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
医療人材対策室長
薬務課長

15
16 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 医療人材対策室 薬務課	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。

17