

第2次福井県医療費適正化計画

平成25年3月

福 井 県

< 目 次 >

第 1 章 計画策定の趣旨 1

- 1 計画策定の背景 1
- 2 計画の位置づけ 1

第 2 章 医療費を取り巻く現状と課題 4

第 3 章 医療費適正化の目標と医療費の見通し 9

I 基本理念 9

II 基本目標 9

- 1 県民の健康の保持の推進に関するもの 9
- 2 医療の効率的な提供の推進に関するもの 10

III 目標達成により見込まれる医療費の見通し 11

医療費適正化計画 目標実現のための施策体系図 12

第 4 章 目標実現のための施策の実施 14

- 1 県民の健康の保持の推進 14
- 2 医療の効率的な提供の推進 20

第 5 章 計画の推進体制と評価 31

I 計画の推進体制 31

- 1 市町との連携協力 31
- 2 医療保険者との連携協力 31
- 3 医療機関との連携協力 31
- 4 県民との連携協力 32

II	計画の進行管理と評価	32
1	計画の進行管理	32
2	計画の評価	32

資料編

I	高齢者に関する状況等	1
II	本県の医療費の動向	6
III	本県の後期高齢者医療費の動向	8
IV	国民健康保険と後期高齢者医療のレセプトデータにみる 本県医療費の状況	18
V	生活習慣病の状況	36
VI	県民の生活習慣の状況	47
VII	健診の状況	51
VIII	平均在院日数の状況	52
	計画策定の経過、計画策定懇話会委員名簿	56

第1章 計画策定の趣旨

1 計画策定の背景

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。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持および向上を確保しつつ、今後医療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必要があります。

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ました。医療費適正化計画は、国民の健康の保持推進および医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、これらの目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものです。

本県においても、平成20年度から平成24年度までの5年間を計画期間とする「福井県医療費適正化計画」を策定し、県民生活の質の向上を確保しつつ、医療費の適正化を図る施策を計画的に推進してきました。

今般、第1次計画の計画期間（平成20年度～平成24年度）が経過しましたが、この間、医療の効率的な提供の推進に関する目標のひとつであった療養病床の病床数については、療養病床の機械的削減は行わないこととされ、介護療養病床については転換期限が平成23年度末から平成29年度末まで猶予されました。

このような点を踏まえながら、引き続き医療費の適正化を図る施策を計画的に実施するため、「第2次福井県医療費適正化計画」を策定することとなりました。

この計画を策定するにあたり本県では学識経験者、保険者、被保険者、地域医療関係者、介護事業者で構成する懇話会を開催し、各分野からの専門的な意見をお聴きするとともに、さらに県内の医師会、歯科医師会等の関係機関、一般県民からの意見を反映し策定しています。

2 計画の位置づけ

(1) 計画の根拠

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第9条に基づき策定

(2) 計画の基本的事項

① 計画期間

平成25年度から29年度までの5年間

② 計画の記載事項

医療費適正化計画においては、次に掲げる事項について記載することとなっています。（「高齢者の医療の確保に関する法律」第9条第2項、第3項）

1 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

- 住民の健康の保持の推進に関する目標
- 特定健診の実施率
 - 特定保健指導の実施率
 - メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者および予備群の減少率
 - たばこ対策

2 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

- 医療の効率的な提供の推進に関する目標
- 平均在院日数

3 前2号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

4 第1号および第2号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力に関する事項

5 当該都道府県における医療に要する費用の調査および分析に関する事項

6 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

7 計画の達成状況の評価に関する事項

（3）他計画との関係

次の各計画に基づく取組みにより医療費の適正化を図ります。

（「高齢者の医療の確保に関する法律」第9条第4項）

① 「元気な福井の健康づくり応援計画」（健康増進計画）との関係

生活習慣病予防や特定健診・特定保健指導に関する取組みは、元気な福井の健康づくり応援計画により推進します。

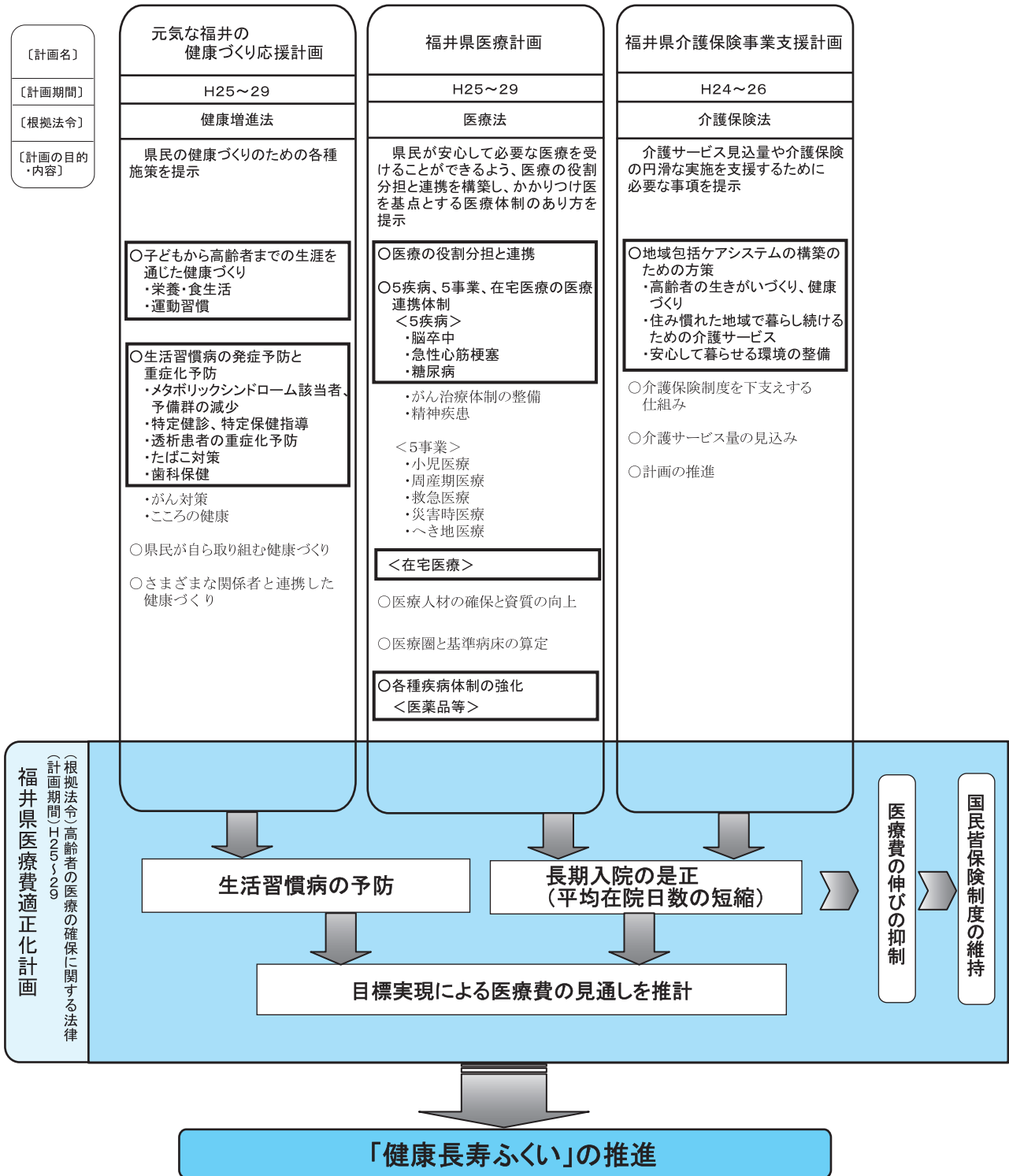
② 「福井県医療計画」との関係

医療の役割分担と連携、在宅医療の充実、適正な受診の促進および後発医薬品の普及に関する取組みは、福井県医療計画により推進します。

③ 「福井県介護保険事業支援計画」との関係

地域包括ケアシステムの構築に関する取組みは、福井県介護保険事業支援計画により推進します。

医療費適正化計画と他の計画との関係



※ 「元気な福井の健康づくり応援計画」、「福井県医療計画」、「福井県介護保険事業支援計画」の枠内は、医療費適正化計画に関連した施策

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

本県の医療費等の状況を整理すると、その特徴と課題として、以下の点が挙げられます。

次章以降においては、このような特徴や課題を踏まえ、医療費の適正化に向けた本県の目標と目標実現のための施策を示します。

後期高齢者の現状

〔資料編 P 1～5, 12〕

高齢化が進んでいる

- ・ 本県の高齢化率は、平成22年で25.2%（全国21位）と全国平均23.0%より2.2ポイント高く、全国平均より3年程度先行しています。後期高齢者の人口に占める割合も13.5%（全国19位）と全国平均11.1%より2.4ポイント高くなっています。

元気な高齢者が多い

- ・ 後期高齢者で就業している者の割合が平成22年で10.4%（全国17位）と全国平均9.8%より0.6ポイント高くなっているほか、65歳以上の高齢者で就業している者の割合も21.9%（全国10位）と全国平均20.4%より高いなど、いつまでも現役で働いている元気な高齢者が多いと言えます。

一人暮らし後期高齢者が少ない

- ・ 一人暮らし後期高齢者の割合が高いと後期高齢者医療費が高くなる傾向がみられますが、本県は、三世帯世帯割合が平成22年で17.5%（全国2位）と高く、一人暮らし後期高齢者の割合が11.5%（全国45位）と低くなっています。

医療費の状況

〔資料編 P 6～7〕

1人当たり医療費は全国平均より高い

- ・ 本県の総医療費は、平成22年度2,458億円（推計値）、前年比4.4%の伸びで、毎年増加傾向にあり、平成23年度の概算医療費で全国と比べると1人当たり医療費は302千円（全国25位）と全国平均の296千円を上回っています。

総医療費に占める後期高齢者医療費の割合が高い

- ・ 本県の平成 2 2 年度の後期高齢者医療費は 9 5 5 億円で、総医療費の 3 8 . 9 % を占めています。全国の割合 3 4 . 0 % と比較すると、後期高齢者医療費の割合が高くなっています。

増加傾向にある後期高齢者医療費

- ・ 本県の 1 人当たり後期高齢者医療費は、平成 1 5 年度から平成 2 2 年度まで平成 2 0 年度を除き増加傾向を示しています。

1 人当たり後期高齢者医療費は全国平均以下

- ・ 高齢化が進んでいるにもかかわらず、平成 2 2 年度の 1 人当たり後期高齢者医療費（8 7 7 千円）が全国 2 6 位と全国平均（9 0 5 千円）よりやや低いのは、元気な高齢者が多いことや家族構成の特徴が要因と考えられます。

後期高齢者医療費のうち入院医療費が高い

- ・ 平成 2 2 年度の 1 人当たり後期高齢者医療費（入院外）（3 6 4 千円）は全国平均（4 0 7 千円）を下回り、全国 4 1 位と下位ですが、入院医療費（4 8 4 千円）は 1 7 位と全国平均（4 5 5 千円）を上回っています。
- ・ これは、入院医療費の受診率が全国平均を上回っていることが原因と考えられます。

福井・坂井医療圏で高い後期高齢者医療費

- ・ 二次医療圏別でみると、入院にかかる 1 人当たり後期高齢者医療費は福井・坂井医療圏で高く、嶺南医療圏で低くなっています。
- ・ 入院外では、福井・坂井医療圏が高く、丹南医療圏が低くなっています。

〔 課 題 〕

- ・ 本県の後期高齢者は、就業率の高さから元気な高齢者が多いと言えますが、一方で、高齢化率や後期高齢者の人口に占める割合が全国より高く、今後も全国を上回る割合で推移していくことが予想されます。
- ・ このため、後期高齢者医療費も含めた本県の医療費は、今後ますます増加し、それに伴い県民の負担増も懸念されることから、県民に必要なサービスの確保を図りながら、医療費の伸びを抑制していくことが必要です。

《年齢階層別》

中高年齢層に多い生活習慣病、悪性新生物

- ・ 本県の国民健康保険と後期高齢者医療のレセプトデータ（平成23年5月）による医療費について年齢階層別に疾病（中分類）の特徴をみると、40～64歳の階層では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が1位と高く、続いて「腎不全」や「糖尿病」、「高血圧性疾患」などの生活習慣病が上位を占め、さらに「その他の悪性新生物」も上位に入ってきます。
- ・ 65～74歳の階層では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」は後退し、「高血圧性疾患」が1位と生活習慣病だけで約35%を占めるほか、「その他の悪性新生物」の占める割合も増加しています。

後期高齢者層に多い生活習慣病、骨折

- ・ 75歳以上の階層でも、「高血圧性疾患」、「脳梗塞」などの生活習慣病が約37%と高い割合を示しています。また、高齢化に伴い転倒などによる骨折が3位となっています。

《生活習慣病》

医療費の3分の1が生活習慣病

- ・ 本県の国民健康保険と後期高齢者医療のレセプトデータ（平成23年5月）による医療費を疾病別（中分類）にみると、「高血圧性疾患」、「糖尿病」、「脳梗塞」が生活習慣病の上位3疾病であり、これらの疾病をはじめとする生活習慣病は、全医療費の約3分の1を占めています。
- ・ 生活習慣病の中では、「高血圧性疾患」が最も多く、生活習慣病の約4分の1を占め、「糖尿病」、「脳梗塞」を合わせた上位3疾病では、生活習慣病の2分の1以上を占めています。

加齢により増加する生活習慣病

- ・ 医療費に占める生活習慣病の割合を年齢別にみると、39歳以下で6.3%だったものが、40～64歳になると30.9%でそれまでの割合の約5倍に増加し、以後加齢により増加しています。
- ・ 一方、生活習慣病の1人当たり医療費を年齢別にみても、39歳以下の500円/月に対し、40～64歳ではその約1.5倍、65～74歳では約2.8倍、75歳以上になると約4.4倍と著しく増加しています。

- ・ さらに、75歳以上の1人当たり医療費を入院・入院外別で見ると、入院では、県平均5,884円の約2倍、入院外では県平均7,211円の1.5倍となっています。加齢による生活習慣病の重症化や合併症併発などにより通院から入院へ移行するようになるためと考えられます。

糖尿病、脳血管疾患等の受療率が高い

- ・ 本県の疾病ごとの受療率をみると、平成23年の入院では糖尿病が人口10万人当たり20人（全国21位）、脳血管疾患が139人（全国22位）、入院外では糖尿病が179人（全国18位）、脳血管疾患が112人（全国14位）と入院、入院外とも全国平均より高くなっています。

死因の3割が生活習慣病

- ・ 死亡率で見ると、全国と同様、生活習慣病による死亡割合が約3割を占め、そのうち、心疾患、脳血管疾患の割合が高くなっています。

中高年齢層に多いメタボリックシンドローム

- ・ メタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者は、40～74歳では男性の約2人に1人、女性の約6人に1人を占めており、これがやがて生活習慣病の発症を招き、高齢化とともに重症化することが危惧されます。

〔 課 題 〕

- ・ 生活習慣病は、患者の生活の質を著しく低下させるのみでなく、医療費の約3分の1を占めるなど、社会的にも大きな負担となっています。
- ・ このため、生活習慣病やメタボリックシンドローム発症前の若い時期からの予防に重点を置いた取組みが必要です。

平均在院日数に関する特徴

〔 資料編 P52～55 〕

全国中位の平均在院日数

- ・ 本県の平均在院日数は平成23年で32.3日（全国29位）となっており、全国平均と比べ0.3日、最短の東京都と比べ7.6日長くなっています。

- ・ 病床別にみると、一般病床19.3日（全国22位）は全国平均17.9日より長く、療養病床136.8日（全国36位）および精神病床220.2日（全国46位）は全国平均よりも短くなっています。
- ・ 二次医療圏別に全病床でみると丹南医療圏で最も長く、病床別でみると、療養病床では奥越医療圏、一般病床では嶺南医療圏が最も長くなっています。

〔 課 題 〕

- ・ 患者の病態にふさわしい入院医療の確保と在宅医療や介護サービスとの連携強化により、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られるよう、病院・病床機能の役割分担と連携、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築などの取組みを推進し、これにより平均在院日数の短縮を図っていくことが必要です。

第3章 医療費適正化の目標と医療費の見通し

I 基本理念

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よる、将来にわたり
安心で信頼できる医療保険制度の持続的な確保



II 基本目標

1 県民の健康の保持の推進に関するもの

国の基本方針における特定健診実施率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率およびたばこ対策に関する目標を踏まえ、以下のとおり本県の目標を設定します。

また、前計画に引き続き、本県独自の目標として後期高齢者健診の実施率を設定します。

項 目	平成29年度目標値
健診の実施率	
特定健診の実施率（40～74歳）	70%以上
後期高齢者健診の実施率（75歳～）※	70%以上
特定保健指導の実施率（40～74歳）	45%以上
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	平成20年度比 25%以上
成人喫煙率	12% (平成34年度まで)

※ 被保険者数から生活習慣病により治療中の者等を除いた健診受診対象者における実施率

【目標設定に当たっての考え方】

- ・ 国民の受療実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。
- ・ これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足、喫煙といった不健康な生活習慣が、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症を招き、通院、投薬が始まりやその後重症化し、心筋梗塞や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになります。

- ・ 本県は、糖尿病と脳血管疾患の受療率が入院・入院外ともに全国平均より高く、医療費を見ても、これらの生活習慣病が60～70歳代から急増するなど加齢により著しく増加しています。
- ・ こうした加齢による生活習慣病の進行を抑えるため、不適切な食生活や運動不足、喫煙といった不健康な生活習慣の改善や各医療保険者が実施する特定健診やこの健診により必要と判定された人に対する特定保健指導をはじめとする予防対策を、若い時期から実施することが重要です。

2 医療の効率的な提供の推進に関するもの

基本方針に基づき、都道府県が定める医療計画における基準病床数等を踏まえ、以下のとおり本県の目標を設定します。

項 目	平成29年度目標値	(参考)平成23年度
平均在院日数 (介護療養病床 を除く全病床)	28.1日	30.5日

【目標設定に当たっての考え方】

- ・ 平均在院日数の短縮については、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備およびできる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組む必要があります。
- ・ こうした取組みにより、患者の病態にふさわしい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携が強化されることにより、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られます。
- ・ これらを通じて、平均在院日数の短縮の実現を目指します。

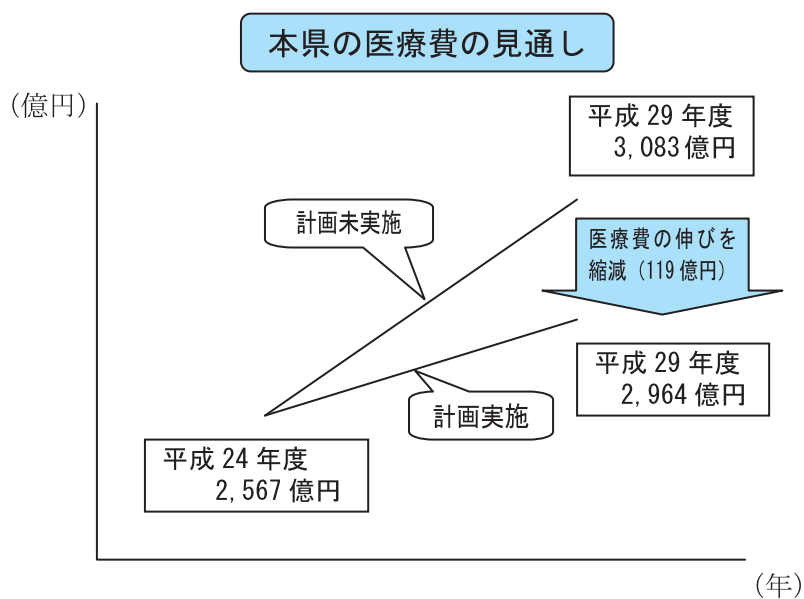
Ⅲ 目標達成により見込まれる医療費の見通し

本県の医療費は、全国と同様、高齢化や後期高齢者の増加に伴い、今後も後期高齢者医療費を含めた医療費の増加が予想されます。

国の示した推計方法により、平成29年度の本県の医療費を推計すると、本計画を実施しない場合の医療費は3,083億円ですが、本計画に基づき、生活習慣病対策や医療の効率的な提供に係る施策を推進し、目標を達成した場合の医療費は2,964億円となり、119億円（県民1人当たり15,267円）の医療費縮減効果が見込まれます。

平成24年度推計		2,567 億円
平成29年度の見通し	計画未実施 ①	3,083 億円
	計画実施 ②	2,964 億円
縮減効果	①－②	119 億円

※厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール（Ver.2）」により推計



医療費適正化計画 目標

実現のための施策体系図

〔基本理念〕

〔基本目標〕

〔目標実現のための施策〕

将来にわたり安心して信頼できる医療保険制度の持続的な確保
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よる、

県民の健康の保持の推進

子どもから高齢者までの生涯を通じた健康づくり

適切な食生活の実践支援

適度な運動習慣の定着化支援

たばこ対策の充実

特定健診・特定保健指導等の実施率の向上

生活習慣病の重症化予防の徹底

糖尿病・慢性腎臓病など生活習慣病対策の充実

歯科保健対策の充実

医療の役割分担と連携

医療情報の提供と医療機関の連携体制づくり

地域連携パス（治療計画）の拡充

在宅医療の充実

在宅医療環境の整備

医療と介護の連携による在宅ケアの推進

医療の効率的な提供の推進

地域包括ケアシステムの構築

認知症支援策の充実

高齢者にふさわしい住まいの整備

地域での支え合い

適正な受診の促進

かかりつけ医等の推進、薬局機能の強化

後発医薬品の普及

後発医薬品の普及・啓発

- ・ 「ふくい健幸美食」を毎日食べる家庭料理や社員食堂に拡大
- ・ スーパー等における「ふくい健幸美食」惣菜版の推進
- ・ 民間企業や市町と連携し「みんなで歩こう project」の拡大
- ・ ラジオ体操を通じた体力づくり
- ・ 冬場にできる運動の推進
- ・ 特定健診における禁煙指導の強化
- ・ 受動喫煙防止の取組みの推進
- ・ 特定健診等の未受診者、新規国保加入者、被扶養者等に対する受診勧奨の強化
- ・ がん検診予約システムを活用した特定健診実施医療機関に関する情報提供
- ・ 特定健診の結果受け取り時における特定保健指導の実施や訪問による特定保健指導の推進
- ・ 慢性腎臓病の病診連携の構築
- ・ 腎臓病登録の開始
- ・ 「わがまち健康づくり推進プロジェクト」による市町の特徴に応じた施策の実施
- ・ 定期的な歯科健診の推進
- ・ 特定健診とあわせた歯科健診の実施
- ・ 対応できる疾患など各医療機関の情報の周知
- ・ 疾病・事業ごとに医療提供体制を充実・強化し、連携体制づくりを推進
- ・ 地域連携パスの拡充（急性以外の心筋梗塞パス作成）
- ・ 地域連携パスに加えて、糖尿病連携手帳の活用
- ・ 在宅主治医のバックアップ体制の充実
- ・ 訪問看護ステーションの連携による体制強化
- ・ 地域連携パスを活用した在宅緩和ケアの推進
- ・ 在宅医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職など人材の育成
- ・ 医療系介護サービスの充実および医療と介護の連携
- ・ 医療ニーズをカバーする在宅介護サービスの充実
- ・ 地域包括支援センターと地区医師会が連携し多職種連携のネットワークを強化
- ・ ケアマネジャーのコーディネート機能の強化
- ・ 認知症対応型介護サービス・専門医療体制の充実
- ・ 地域のかかりつけ医に対する認知症対応力向上研修の実施
- ・ 認知症の一層の理解普及、地域での見守り体制の充実
- ・ 自宅のバリアフリー化の支援
- ・ サービス付き高齢者向け住宅の整備促進
- ・ 地域包括支援センターを中心とした生活支援体制の充実
- ・ 配食・外出支援など生活支援サービスの充実
- ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の定着を図るための啓発
- ・ 「お薬手帳」の普及促進
- ・ 医薬品の保有状況の医師や薬剤師への相談の普及
- ・ 福井県後発医薬品安心使用促進協議会による安心使用に向けた普及啓発
- ・ 後発医薬品差額通知や希望カードの配布による広報活動

第4章 目標実現のための施策の実施

1 県民の健康の保持の推進

県民の健康の保持については、「元気な福井の健康づくり応援計画」において推進することとし、生活習慣病を予防するためにできるだけ早い時期から健康な生活習慣づくりを進め、また、子どもから高齢者まで、各世代に応じた心身機能の維持および向上を目指し、食生活や運動習慣の改善、たばこ対策を中心とした健康づくりを推進します。

また、高血圧や糖尿病などの生活習慣病の重症化を予防するため、特定健診・特定保健指導の実施率の向上、歯科口腔保健などに取り組むとともに、糖尿病や慢性腎臓病の重症化による透析患者の発生の予防を推進します

(1) 子どもから高齢者までの生涯を通じた健康づくり

ア 適切な食生活の実践支援

施策の方向性

メタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病などの生活習慣病を予防するため、低塩分で野菜たっぷりのヘルシーメニューを普及させるための食環境を整備します。

また、自分自身の健康管理ができる能力を身につけるために、子どもの頃から正しい食生活に関する知識を普及します。

さらに、高齢になっても自立した生活を送ることができるよう、高齢者の低栄養の予防について普及啓発します。

具体的施策

- ◆飲食店、社員食堂、学生食堂において、福井県のヘルシーなメニューである「ふくい健幸美食」の提供を推進（県、市町、関係団体、食品事業者）
- ◆ヘルシーメニューの提供や栄養成分表示など継続的な健康づくり支援を行う「健康づくり応援の店」の普及を推進（県、市町、関係団体、食品事業者）
- ◆スーパー等における「ふくい健幸美食」惣菜版の推進（県、市町、関係団体、食品事業者）
- ◆家庭における食生活の改善を図るため、「ふくい健幸美食」家庭版メニューを普及（県、市町、関係団体）
- ◆保育所や学校等における適切な栄養管理と食育の推進（県、市町、関係団体）
- ◆高齢期の低栄養を予防するため、福井県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションや地域の食生活改善ボランティアなどと連携し、地域の交流サロン等の場を活用し、適切な食生活を推進（県、市町、関係団体）

イ 適度な運動習慣の定着化支援

施策の方向性

県民一人ひとりが若いうちから適切な運動習慣を身につけ、高齢世代になっても身体機能を維持できるよう支援することで、生活習慣病の発症予防と要介護期間の減少につなげます。

運動の中でも特に、生活習慣病や高齢者の認知症予防に効果があり、身体機能の維持にもつながるウォーキングと、いつでも、どこでも、だれでもできるラジオ体操を中心に、世代ごとの特徴に応じた施策を実施します。

降雪等により冬場は運動する機会が減少するため、ラジオ体操の実施や日常生活の中での活動を分かりやすく説明するなど、冬場の運動の実践を支援します。

具体的施策

- ◆生活習慣病有病者等へのかかりつけ医からの「みんなで歩こう project」への参加勧奨（県、市町、関係機関）
- ◆市町や関係団体と連携した「みんなで歩こう project」への参加者の拡大（県、市町、関係団体）
- ◆「みんラジ（みんなでラジオ体操）」推進隊への登録促進のため、ラジオ体操未実施事業所へのインストラクター派遣を通じた勧誘や、老人クラブ、社会福祉施設など高齢者関係団体への登録の呼びかけの実施（県）
- ◆「みんなで歩こう project」参加者や老人クラブ等の関係団体を通じた、冬場にできる運動としてのラジオ体操の推進（県、関係団体）
- ◆国の「健康づくりのための運動指針2006」を活用し、家の中で手軽にできる日常生活での活動（「屋内での掃除20分」、「子どもと遊ぶ15分」、「雪かき10分」など）の普及による冬場の健康づくりの支援（県）

ウ たばこ対策の充実

施策の方向性

喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策をより一層充実させる必要があります。

このため、特に喫煙率の高い働く世代を中心に禁煙指導を強化するとともに、公的施設だけでなく、飲食店や職場など多数の関係者の理解を得ながら受動喫煙防止対策を推進します。

また、近年喫煙が増加している若い女性や胎児・新生児に影響を与える妊産婦へのたばこの害の啓発を強化します。

具体的施策

- ◆特定健診時に、喫煙者に対する禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙外来や地域・職域における禁煙指導への参加を促進（市町、関係団体）
- ◆教育・職域団体と連携し、大学入学や入社の際にたばこの害に関する研修等を実施し、新規喫煙者の増加を防止（県、関係団体）
- ◆母子健康手帳交付時や妊婦健診時に、妊産婦へのたばこの害に関する啓発を強化（県、市町）
- ◆すべての官公庁での施設内禁煙の実施（県、市町、関係機関）
- ◆職場の受動喫煙防止対策の推進のため、職場管理者に対する具体的な対策例を基にしたたばこ対策への理解の促進（県）
- ◆飲食店において、禁煙・分煙の取組みを分かりやすく表示することで、受動喫煙防止対策を強化（県、関係機関）

(2) 生活習慣病の重症化予防の徹底

ア 特定健診・特定保健指導等の実施率の向上

施策の方向性

生活習慣病の該当者および予備群を減少するために、生活習慣病の発症リスクを早期に発見し改善につなげる特定健診・特定保健指導の実施率を向上する必要があります。

このため、市町や医療保険者が実施率向上のための取組みを実施するよう、関係機関と連携した支援を行います。

具体的施策

- ◆特定健診等の未受診者や新規国保加入者、被扶養者に対する、電話や保健推進員等による受診勧奨の強化（市町、保険者）
- ◆主治医から患者に対する特定健診受診の必要性の啓発・周知の実施（県、市町、関係機関）
- ◆市町国民健康保険が実施する健診の総合健診化の推進のため、特定健診とがん検診の受診券の統一化を支援（県、市町）
- ◆「がん検診予約システム」を活用した特定健診実施医療機関に関する情報の提供（県、市町）
- ◆特定健診結果受け取り時の特定保健指導の初回面接や、訪問による特定保健指導の実施の推進（市町）
- ◆市町の特定保健指導の人材や業務を支援するため、福井県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの活用を推進（県、市町、関係機関）
- ◆後期高齢者健診を実施する福井県後期高齢者医療広域連合に対する支援（県）

イ 糖尿病・慢性腎臓病など生活習慣病対策の充実

施策の方向性

メタボリックシンドローム該当者や高血圧の人の割合は市町により異なることから、「わがまち健康づくり推進プロジェクト」により、市町が地域の健康課題を分析し、市町の特徴に応じた施策を実施できるよう支援します。

糖尿病や腎臓病の重症化を防ぎ新たな透析を予防するため、市町の特定健診のデータを活用し、医療機関へ受診勧奨するシステムを構築します。

具体的施策

- ◆市町の特定健診データからHbA1c値※などを活用し、医療機関に受診すべき対象者への受診勧奨の実施（県、市町）

〔※HbA1c値は、過去1～2か月の平均血糖値を反映し、血糖の状態が把握できる検査項目である。〕

- ◆生活習慣病の重症化予防のため、地域連携クリティカルパスの活用等による医療連携体制の強化により、病状に応じた適切な医療の提供体制の推進（県、関係機関）
- ◆慢性腎臓病（CKD）の地域連携クリティカルパスの活用を含めた医療連携体制の整備による新たな透析患者の発生の防止（県）
- ◆新たな透析患者の発生状況を把握するため、県独自の腎臓病登録を実施し、市町の健康づくり施策を支援（県、市町、関係機関）
- ◆医療機関での適切な栄養管理指導を推進するため、福井県栄養士会と連携し、医療機関への管理栄養士の配置の支援や資質の向上を推進（県、関係機関）
- ◆福井県たばこ対策協議会の協力を得て、県民への慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防を啓発（県、関係団体）
- ◆「わがまち健康づくり推進プロジェクト」（地域健康度診断システム）による市町の特徴に応じた施策の実施（県、市町）

ウ 歯科保健対策の充実

施策の方向性

すべての世代が健康な口腔を保持し、質の高い生活の実現を支援するため、「歯科口腔保健の推進に関する法律」の理念に基づき歯科口腔保健に関する対策を進めていきます。

高齢社会において、健康的に自分の歯で食事を継続できるようにするためには、日頃からの口腔ケアが重要であり、1歳6か月児健診に始まるステージに応じた歯科健診をすべての県民が年に1回は受診できる体制を推進します。

また、歯周疾患は、歯の喪失だけでなく、他のさまざまな疾患の原因となるため、体全体の疾患の予防として重要であることを啓発します。

具体的施策

- ◆妊娠時や乳幼児健診時等に、保護者や子どもに対するむし歯予防のための生活習慣や歯磨きに関する指導の強化（県、市町、関係機関）
- ◆すべての県民が継続して年に1回は歯科健診を受診することができる体制を推進（県、関係機関）
- ◆特定健診と同時に歯科健診を受診できる体制を推進し、歯周疾患の予防の重要性を啓発（県、市町、関係機関）
- ◆要介護者や障害者に対する訪問による歯科保健指導、口腔ケアの実施（県、関係機関）
- ◆就学前の保育園児、幼稚園児を対象としたフッ化物洗口の実施およびフッ化物洗口に関する正しい知識の啓発（県、関係団体）
- ◆むし歯、歯肉炎の予防のため、学校での適切な生活習慣や歯磨き指導等、学校歯科保健対策の推進（県、関係団体）

2 医療の効率的な提供の推進

医療の効率的な提供については、医療の役割分担と連携、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築、後発医薬品の普及を、「福井県医療計画」、「福井県介護保険事業支援計画」において推進します。

(1) 医療の役割分担と連携

ア 医療情報の提供と医療機関の連携体制づくり

施策の方向性

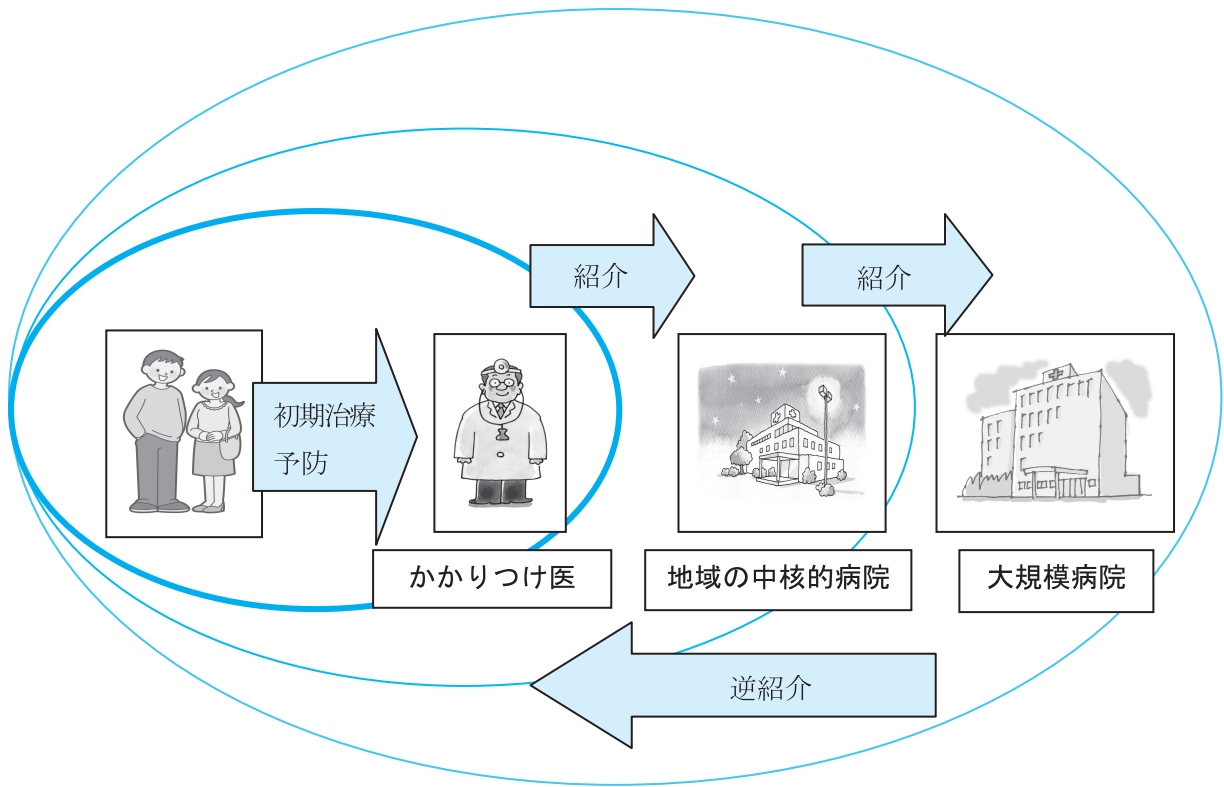
本県の受療動向を見ると、自分の症状について、軽症かどうか判断しにくい場合には初診から高度・専門的な病院を受診する傾向にあります。このことは、病院が本来担うべき、重症患者に対する高度医療の提供に支障をきたす結果にもつながります。

このため、県民が「まずは『かかりつけ医』『かかりつけ歯科医』を受診する」ように、診療所を病院がバックアップしている姿を明示するとともに、医療機関がそれぞれの役割を分担し、適切かつ効果的に対応できる連携体制づくりを推進します。

具体的施策

- ◆急性期や回復期等の治療に求められる機能を有する医療機関名の提供（県）
- ◆各医療機関が対応できる疾患や、医師や看護師など医療従事者の配置状況などを住民・患者に対して提供する「医療情報ネットふくい」の周知（県）
- ◆疾病・事業ごとに、資格の取得促進による医療従事者の専門性の強化など医療提供体制を充実・強化し、連携体制づくりを推進（県、医療機関）

医療の役割分担と連携



イ 地域連携クリティカルパス（治療計画）の拡充

施策の方向性

地域連携クリティカルパスとは、患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で情報を共有するものです。

在院日数の短縮をはじめ、患者満足度の向上（患者の医療への参加意欲の向上、医療への信頼増）、コストの削減、ケアプロセスの明示などが効果として挙げられます。

また、連携ツールの活用により、急性期から回復期、さらには慢性期、在宅医療までの連携を進め、病気になった方を切れ目なく支える医療体制を提供します。

具体的施策

- ◆県統一の地域連携クリティカルパスの普及・啓発（県、医療機関）
- ◆地域連携クリティカルパスのがん緩和ケアや急性以外の心筋梗塞への対象範囲の拡充（県、医療機関）
- ◆糖尿病連携手帳など地域連携クリティカルパス以外の連携ツールの活用促進（県、医療機関）
- ◆地域連携クリティカルパスによる医療が円滑に進むために、医療機関同士がお互いに必要とする医療機能情報の共有化を促進（県）
- ◆地域連携クリティカルパスによる治療結果を検証し、治療の効率化を推進（医療機関）

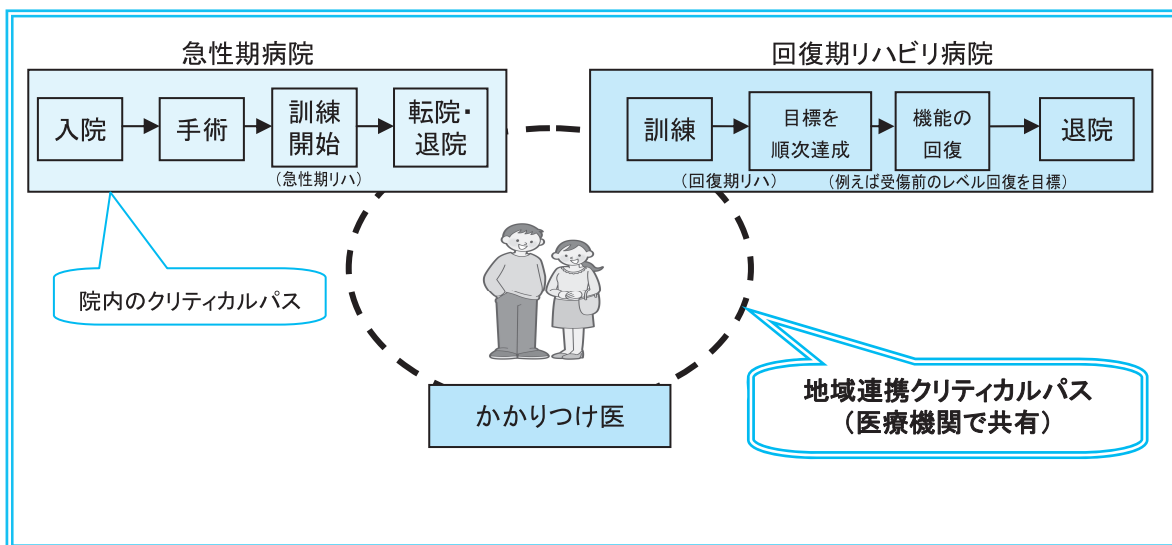
地域連携クリティカルパス

《クリティカルパスとは》

- 良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された治療計画表

《地域連携クリティカルパスとは》

- 患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で情報を共有するもの
- 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの
- 内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を治療計画として明示
- 回復期病院等では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすむなど、転院早々から効果的なリハビリを開始可能



(2) 在宅医療の充実

ア 在宅医療環境の整備

施策の方向性

地域の医療機関同士の連携による緊急時・主治医不在時の適切な対応や病状急変時の速やかな入院が可能となる体制の確保など、地区医師会等を中心とした医療機関相互の連携体制づくりを推進します。

在宅医療に携わる訪問看護事業所相互の連携により、休日・夜間等を含め、いつでも必要なサービスが提供できる体制の整備を強化します。

がん患者の在宅緩和ケアについては、患者が住み慣れた地域で適切ながん治療が受けられるよう、地域連携クリティカルパスを活用した在宅緩和ケアを推進します。

また、医師や歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職など各職種の実情に応じ、教育研修プログラムの実施を支援し、多様化する在宅医療ニーズに対応できる人材育成を推進します。

具体的施策

- ◆在宅主治医のバックアップ体制の充実（県、市町等、医師会等関係機関）
- ◆訪問看護ステーションの連携による体制強化（県、看護協会等関係機関）
- ◆地域連携クリティカルパスを活用した在宅緩和ケアの推進（県、がん診療連携拠点病院、医師会等関係機関）
- ◆医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職など在宅医療に携わる人材の育成（県、市町等、医師会等関係機関、大学）

イ 医療と介護の連携による在宅ケアの推進

施策の方向性

医療や介護が必要になっても、できる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるため、在宅での生活を支援する体制を整備します。

中でも、在宅医療と介護の連携による在宅ケア体制の充実は不可欠であり、医療ニーズのある高齢者の在宅生活を支えるため、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職などを含めた、在宅ケアに携わるスタッフ間の情報共有体制や多職種連携のネットワークを強化します。

また、中重度の要介護高齢者であっても在宅で安心して暮らし続けるため、医療系の在宅介護サービスの充実に加え、医療と介護の橋渡し役であるケアマネジャーのコーディネート機能の強化を推進します。

具体的施策

- ◆医療系介護サービスの充実および医療と介護の連携（県、市町等、事業者、医師会等関係機関）
- ◆医療ニーズをカバーする在宅介護サービスの充実（県、市町、事業者）
- ◆地域包括支援センターと地区医師会が連携し、医療・介護の多職種連携のネットワークを強化（県、市町等、事業者、医師会等関係機関）
- ◆ケアマネジャーの医療的アセスメント能力の向上によるコーディネート機能の強化（県、事業者）

(3) 地域包括ケアシステムの構築

ア 認知症支援策の充実

施策の方向性

認知症に対する理解不足や誤解・偏見などが原因で、認知症の早期発見や適切な治療が遅れ、重症化することがあります。そのため、対象年齢を問わず認知症に対する一層の理解普及を進め、地域における見守り体制の充実を図ります。

また、認知症の早期診断と適切な治療を行うためのかかりつけ医と専門医療機関の連携による医療体制の確立と認知症介護サービスの充実による認知症ケア体制の構築を推進します。

具体的施策

- ◆認知症高齢者グループホーム、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護等の認知症対応型介護サービスの充実（市町等、事業者）
- ◆地域のかかりつけ医に対する認知症対応力向上のための研修の実施（県）
- ◆地域のかかりつけ医と県立すこやかシルバー病院や認知症疾患医療センター等の専門医療機関との連携強化（県、医療機関）
- ◆認知症サポーター養成講座の実施等による認知症の理解普及の促進、地域での見守り体制の充実（県、市町等）

イ 高齢者にふさわしい住まいの整備

施策の方向性

高齢者の一人暮らしや夫婦のみ世帯の増加などを受け、持ち家率が高いという本県の現状を踏まえ、高齢者の状態に応じた住まいの整備を推進します。

自宅での介護を可能とするためのバリアフリー化改修の支援やサービス付き高齢者向け住宅の普及などにより、高齢者に優しい良質な住宅の普及を進めます。

サービス付き高齢者向け住宅については、中重度の要介護高齢者にも対応できるよう、小規模多機能型居宅介護事業所などの併設を推進し、県内全域への普及を図っていきます。

具体的施策

- ◆車いす対応のバリアフリー化改修等、要介護高齢者が自宅で安心して暮らし続けるための住宅改修の支援（県、市町）
- ◆バリアフリー構造などを有し、24時間対応の介護サービスを併設したサービス付き高齢者向け住宅の整備促進（県）

ウ 地域での支え合い

施策の方向性

各市町の地域包括支援センターが高齢者の生活全般を支える拠点としてワンストップサービスを提供できるよう、体制の強化を支援します。

また、地域の元気な高齢者による一人暮らしの要介護高齢者などに対する見守り活動などのサポート体制を確立し、地域全体の力で高齢者を支援する仕組みづくりを進めていきます。

具体的施策

- ◆地域包括支援センターの総合相談・コーディネーター機能など、高齢者の生活全般を支えるワンストップサービスの強化（県、市町等）
- ◆地域包括支援センターを中心にケアマネジャーや市町社会福祉協議会、民生委員など地域の関係者による地域での支え合いの仕組みづくりの推進（県、市町等、関係機関）
- ◆配食・外出支援など、介護保険制度以外の生活支援サービスの充実（県、市町等、関係機関）

(4) 適正な受診の促進

かかりつけ医等の推進、薬局機能の強化

施策の方向性

医療を受診するに当たり、医療機関や機能などの十分な情報を得た上で、治療、薬の処方を受けることが必要です。県民が安心して満足度の高い医療を受けるためにも、医療連携の必要性を理解し、自らが自覚して受診する必要があります。

県民が「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を受診するとともに、「かかりつけ薬局」について理解が得られるよう県民に対する普及啓発に努めます。

また、医薬品の重複投薬や家庭に使用されずに貯蔵されている医薬品などの課題がある中で、医薬品の適正使用についても理解と協力が得られるよう県民に対して普及啓発に努めます。

具体的施策

- ◆かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の定着を図るための啓発（県）
- ◆医薬品の適正使用を確実に実施するため、医療機関や薬局を利用する際に薬歴を管理する「お薬手帳」の普及促進（県、薬剤師会）
- ◆医薬品の保有状況について、医師や薬剤師に相談するよう県民に働きかけるとともに薬局と医療機関の情報共有を促進（県、薬剤師会）

(5) 後発医薬品の普及

後発医薬品の普及・啓発

施策の方向性

後発医薬品は、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られるものとして厚生労働大臣から承認されたものですが、医療関係者や県民の後発医薬品への信頼は未だ十分に高いとはいえない状況にあることから、安心して後発医薬品を使用できる環境整備が必要です。

このため、後発医薬品の品質や安全性を担保するための監視指導を実施します。

また、福井県後発医薬品安心使用促進協議会の活動を通じ、医療関係者や県民に対して後発医薬品の安心使用に向けた普及啓発に努めます。

その他、後発医薬品に関する広報活動を推進します。

具体的施策

- ◆後発医薬品の製造販売業者等に対する監視指導（県）
- ◆福井県後発医薬品安心使用促進協議会によるアンケート調査、研修会等を通じた医療関係者や県民に対する安心使用に向けた普及啓発（県）
- ◆被保険者に対する後発医薬品を利用した場合の医療費の差額通知の送付、後発医薬品希望カードやリーフレット等の配布（保険者）

第5章 計画の推進体制と評価

I 計画の推進体制

目標実現のための施策を円滑に推進するため、県は、県民の健康の保持の推進および医療の効率的な提供の推進に関して、市町、保険者、医療機関等と相互に連携・協力を行える体制づくりに努めます。

1 市町との連携協力

市町は、国民健康保険の保険者として、特定健診・特定保健指導を実施するだけでなく、住民に対する食生活・運動等に関する情報提供や普及啓発をはじめとする総合的な健康増進対策を行うなど、住民の健康の維持の推進に大きな役割を担うこととなります。

また、介護保険の保険者として、療養病床から転換する介護保険施設、その他の介護サービスの基盤整備を担っています。

県では、市町が実施する保健事業等の円滑な実施を支援し、県民の健康づくりを推進するため、市町への積極的な情報提供を行うとともに、質の高い介護サービス体制の整備を推進するなど、施策の実施に当たり、相互に連携・協力を行います。

2 医療保険者との連携協力

医療保険者は、特定健診・特定保健指導の実施主体として、5年ごとに特定健診等の実施計画を策定し、市町等の健康増進対策と連携して、計画に沿った積極的な生活習慣病対策に取り組むこととなります。

県では、積極的な生活習慣病予防対策等を推進するとともに、保険者協議会等と連携し、医師・保健師・管理栄養士等に対する研修の開催や情報交換などにより、各医療保険者が実施する特定健診・特定保健指導等の円滑な実施を促進します。

3 医療機関との連携協力

医療機関は、各医療機関が担う役割の明確化や在宅医療の推進など、医療連携体制の強化により、医療の効率的な提供の推進を積極的に図っていきます。

県では、医師会、歯科医師会、看護協会等の関係団体と協力し、かかりつけ医、かかりつけ歯科医への受診に関する県民啓発等に取り組むなど、医療の役割分担と連携を促進します。

4 県民との連携協力

県民一人ひとりが、生活習慣病の予防を自らの問題として自覚し、自らの健康は自ら守るとの意識のもと、若い時期から適切な食生活、運動習慣、禁煙などの生活習慣の定着を図ることが大切であり、そのためにも、定期的に健診を受診することが必要です。

県では、健診受診率の向上や適度な運動習慣の定着、喫煙率の低下と受動喫煙の防止など、県民の健康づくりを支援していくとともに、かかりつけ医への受診の啓発や地域での分かりやすい医療機関の情報提供・情報ツールの周知などに努めていきます。

また、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域での見守り体制の整備など、高齢者を地域で支える仕組みづくりを促進します。

II 計画の進行管理と評価

1 計画の進行管理

医療費適正化計画における目標の達成状況については、「医療費適正化推進会議」において関係各課との連携を密にし、関係計画と整合を図りながら進行管理します。

なお、関係計画における進行管理は次のとおりです。

(1) 県民の健康の保持の推進に関すること

特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、成人喫煙率、生活習慣病の予防等に関する取組みなど「元気な福井の健康づくり応援計画」に関することは、福井県健康づくり推進協議会で進行管理します。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関すること

医療の役割分担と連携、在宅医療に関する取組みなど「福井県医療計画」に関することは、福井県医療審議会で進行管理します。

地域包括ケアシステムの構築に関する取組みなど「福井県介護保険事業支援計画」に関することは、福井県社会福祉審議会老人福祉専門分科会で進行管理します。

2 計画の評価

定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施するPDCAサイクル(Plan、Do、Check、Action)に基づく管理を行います。

(1) 中間年度の進捗状況の評価

計画の作成年度の翌々年度である平成27年度に中間評価として計画の推進に関する評価を行い、その結果を公表します。

(2) 実績の評価

計画期間終了の翌年度である平成30年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表します。

(3) 評価結果の活用

ア 計画期間中の見直し

中間評価を踏まえ、必要に応じ、達成すべき目標値の設定、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、計画の変更を行います。

イ 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成29年度）は、第3次医療費適正化計画の策定作業を行うことから、当該評価結果を反映していきます。