

第 2 期宮城県医療費適正化計画  
( 素 案 )

平成 2 5 年 4 月

宮 城 県



## 目次

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 第1章 計画の策定                    | 1  |
| 第1節 計画策定の目的                  | 1  |
| 第2節 計画の位置付け                  | 2  |
| 第2章 医療費の動向を踏まえた医療等の現状と課題     | 5  |
| 第1節 医療費の動向                   | 5  |
| 第2節 生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況   | 11 |
| 第3節 病床の状況                    | 13 |
| 第4節 平均在院日数の状況                | 17 |
| 第5節 行政評価に見る地域医療              | 19 |
| 第6節 現状と課題の総括                 | 21 |
| 第3章 取組と目標                    | 23 |
| 第1節 基本理念                     | 23 |
| 第2節 目指すべき取組と目標               | 24 |
| 1 県民の健康の保持の推進                | 24 |
| (1) 一次予防の推進                  | 24 |
| ア 適正体重の維持とバランスの取れた食生活・食習慣の実現 | 24 |
| イ 身体活動・運動量の増加                | 29 |
| ウ 高齢者の生きがいがづくりと社会参加          | 31 |
| エ たばこ及びアルコール対策               | 33 |
| オ 歯と口腔の健康づくり                 | 38 |
| (2) 二次予防の推進                  | 40 |
| (3) 数値目標                     | 43 |
| 2 医療の効率的な提供の推進               | 44 |
| (1) 受診の適正化                   | 44 |
| (2) 平均在院日数の短縮                | 50 |
| ア 医療連携体制の構築と地域連携クリティカルパスの活用  | 50 |
| イ 施設・居住系サービスの充実              | 57 |
| (3) 在宅医療の推進                  | 60 |
| (4) 後発医薬品の使用促進               | 64 |
| (5) IT化の推進                   | 66 |
| (6) 数値目標                     | 68 |
| 第3節 計画期間における医療費の将来見通し        | 69 |
| 第4章 計画の評価                    | 71 |
| 第1節 計画の進行管理                  | 71 |
| 第2節 計画の評価                    | 72 |
| 1 進捗状況評価                     | 72 |
| 2 実績評価                       | 72 |
| 参考資料                         | 73 |



## 第1章 計画の策定

### 第1節 計画策定の目的

- 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大きく変化しており、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必要があります。
- このような背景を基に、平成18年に「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」や「医療費適正化の総合的な推進」などを基本とした医療制度改革関連法が成立し、その一環として医療費適正化計画（以下「計画」という。）に関する制度が創設されました。医療費適正化計画においては、「国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である」とされています。
- これらを踏まえ、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的として、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「基本方針」という。）が定められました。

基本方針では、①住民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すこと、②医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていく、③目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとする、旨の基本理念が掲げられています。
- 基本方針に基づき、本県においても平成20年4月に「宮城県医療費適正化計画」を策定したところであり、計画期間を5年と定めていることから、第2期計画として計画の見直しを行うものです。
- 医療費適正化を進めるに当たっては、「住民の生活や医療の質の維持と向上を図る」ことが前提であり、それを確保しながら医療費の伸びを適正にしていくためには、国が行う制度改革や診療報酬の見直しとともに、国・都道府県・市町村の連携の下に、地域の実情を十分考慮した総合的な取組を進めることが重要となります。
- 以上を踏まえ、国の基本方針に則しながらも、地域の実情に基づく本県独自の取組も盛り込む計画とします。

**第2節 計画の位置付け****1 計画の期間**

- 各都道府県知事が作成する計画については、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号。以下、「法」という。）の規定に基づき、計画期間を5年と定めていることから、本計画の計画期間を平成25年度（2013年度）から平成29年度（2017年度）の5年間とします。

**2 計画に記載する事項**

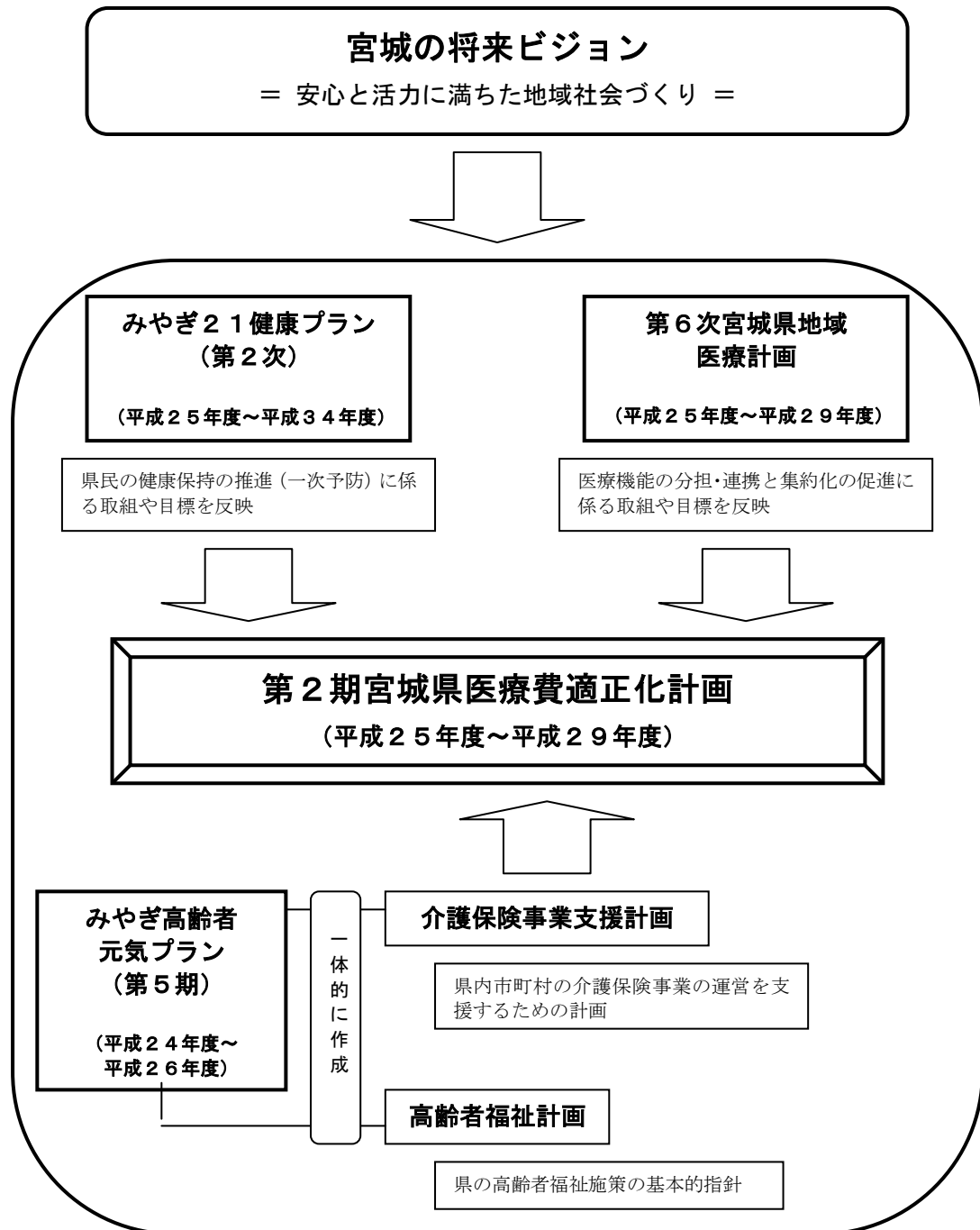
- 「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成23年法律第105号）により、平成23年8月30日から法第9条が改正され、従来、計画において記載すべきとされていた事項については、「計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」を除き、例示化されました。このため、本計画の策定に当たっては、平成24年9月28日に国の基本方針が改正され、都道府県の実情を踏まえ、各都道府県において医療費適正化を推進するために必要と考える事項を主体的に記載することとされています。
- また、目標については、「療養病床の数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等による入院期間の短縮、都道府県が積極的に、安心して後発医薬品を使用することができる環境の整備によって、医療費の適正化を目指すこと等が考えられる」こととされており、具体的には概ね以下の事項について目標を定めることとされています。

- 1 住民の健康の保持の推進に関する目標
  - (1) 特定健康診査の実施率
  - (2) 特定保健指導の実施率
  - (3) 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
  - (4) たばこ対策
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標
  - (1) 平均在院日数
  - (2) 後発医薬品の使用促進

3 他の計画との関係

- 本計画では、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、本県の保健・医療・福祉政策との一体的な取組が必要となります。従って、以下のとおり関連計画との整合性を図ることとします。

【宮城県医療費適正化計画と関連計画の関係】



#### 4 計画における東日本大震災の影響等

- 平成23年3月11日に発生した東日本大震災は、本県でも沿岸部を中心に未曾有の被害をもたらしました。県では平成23年10月に「宮城県震災復興計画」を策定し、震災前の状態へ回復させるという「復旧」だけにとどまらず、これからの県民生活のあり方を見据えて、県の農林水産業・商工業のあり方や、公共施設・防災施設の整備・配置などを抜本的に「再構築」することにより、県勢の発展を見据えた最適な基盤づくりを図っていくこととしております。
- 一方で、震災の影響によって医療を必要とする県民が多数存在していることなど、本計画の策定において、向こう5年間の医療費の見通しも含めた目標値の設定については、今後の動向がどのように推移していくか、予測が困難なところもあります。
- 平成24年9月28日の国の基本方針の改正では、「東日本大震災により被害を受けた地域においては、目標の設定や計画期間における医療に要する費用の見通しの算出等について、被災地の実態を踏まえた柔軟な対応を行うこととしても差し支えない」とされています。
- よって、本計画の策定に当たっては、計画期間内における進行管理において、目標値の再設定も含め、必要な対策を講じることで補完していくこととします。  
(計画の進行管理については、「第4章第1節」(71ページ)を参照願います)



## 第2章 医療費の動向を踏まえた医療等の現状と課題

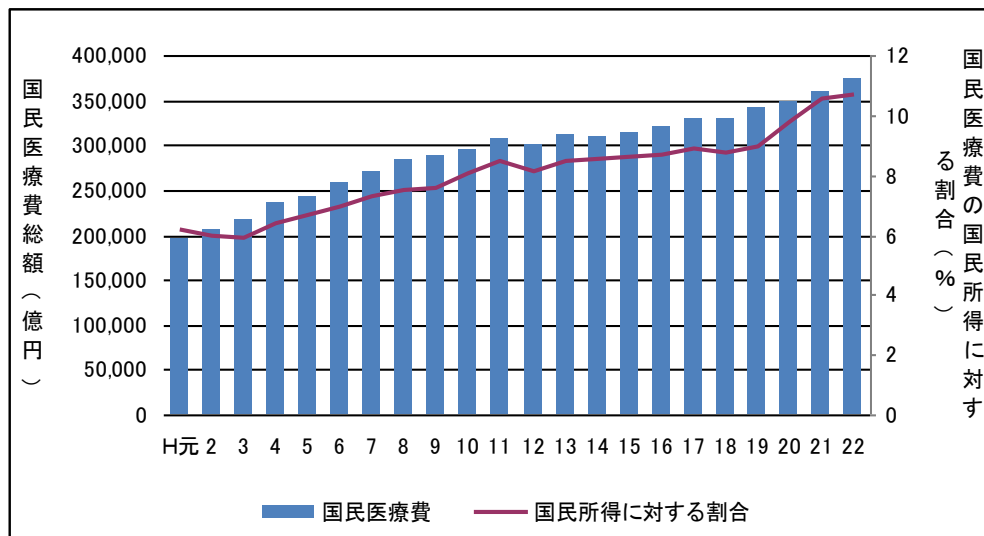
### 第1節 医療費の動向

#### 1 医療費の動向

##### (1) 全国の国民医療費の状況

- 国民医療費は年々増加しており、平成22年度の国民医療費は37兆4,202億円となっています。前年度の36兆67億円に比べ1兆4,135億円、3.9%の増加となっています。
- 人口一人当たりの国民医療費は29万2,200円であり、前年度の28万2,400円に比べ3.5%増加しています。
- 国民医療費の国民所得に対する比率も年々増加傾向にあり、平成22年度では10.7%となっています。
- 今後、急速な高齢化が予想されていることから、国民医療費の更なる増加が推測されます。

#### 【国民医療費と国民所得に対する国民医療費割合の推移】

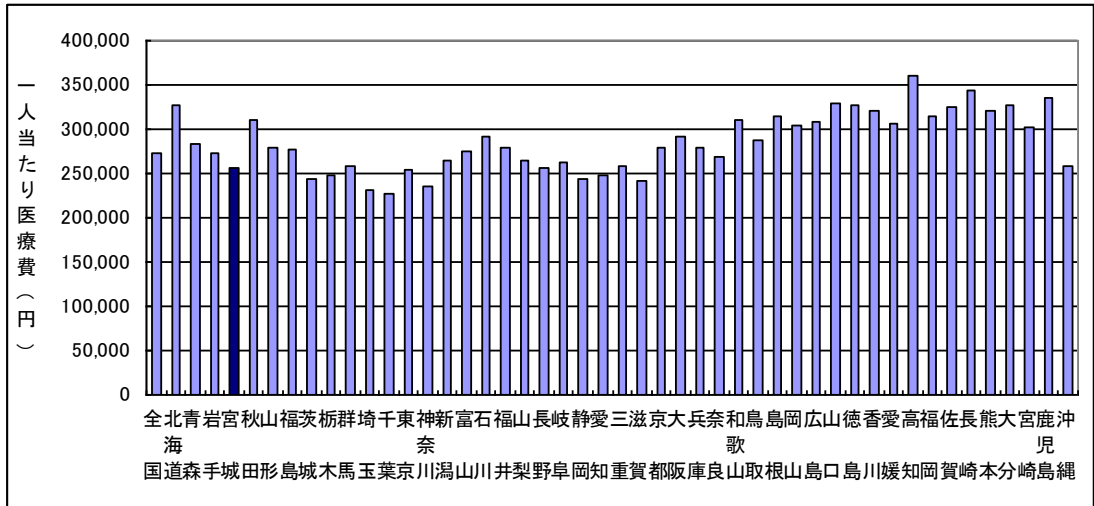


出典：平成22年度国民医療費の概況（厚生労働省）

(2) 本県の医療費の状況

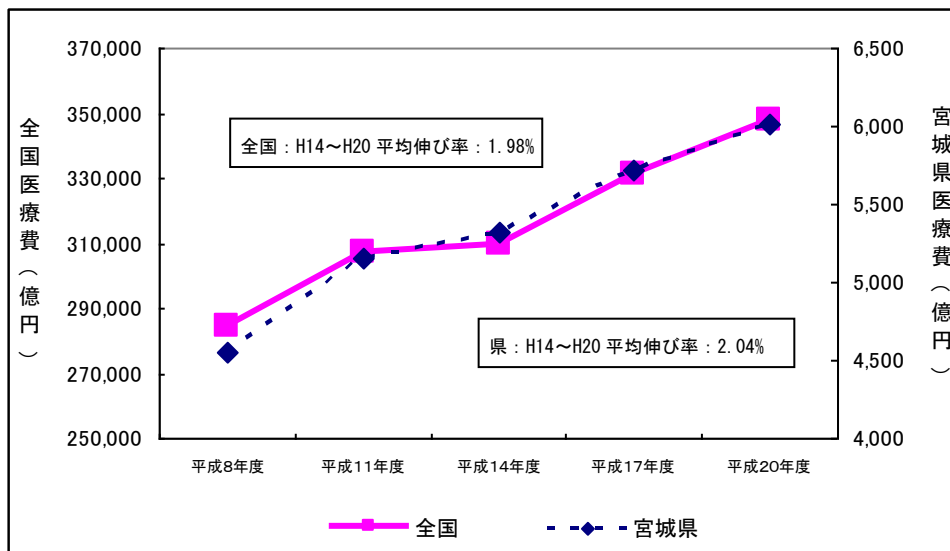
- 本県の医療費の状況は、平成20年度の1人当たり国民医療費は257,000円で、全国平均(273,000円)と比較し、低くなっています。しかしながら、近年の医療費の伸びを見ると、全国平均を上回るペースで増加しており、平成20年度では6,009億円となっています。

【都道府県別国民医療費】



出典：平成20年度都道府県別国民医療費（厚生労働省）

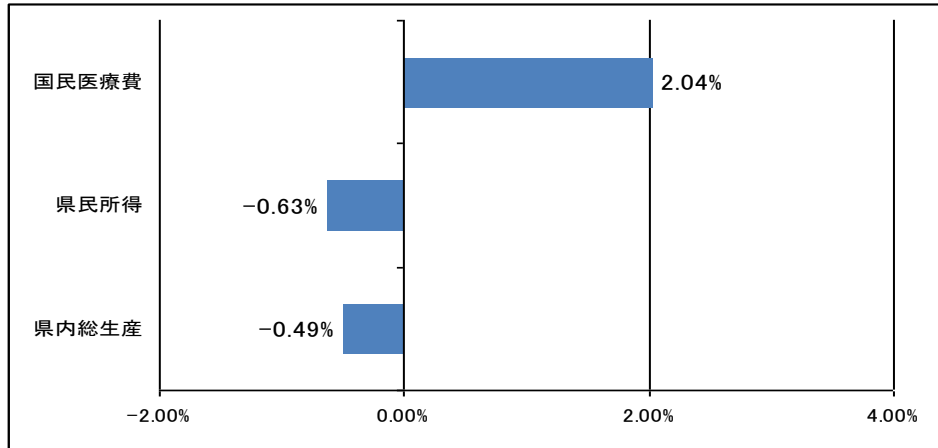
【国民医療費の推移】



出典：国民医療費の概況（平成8年度～平成20年度）（厚生労働省）

- 近年の本県の国民医療費の伸びは、県民所得や県内総生産などの経済指標の伸びと比較しても、それらを上回る伸びを示しており、県民の経済的な負担も増加していることが伺われます。

【本県の各項目の年平均伸び率】



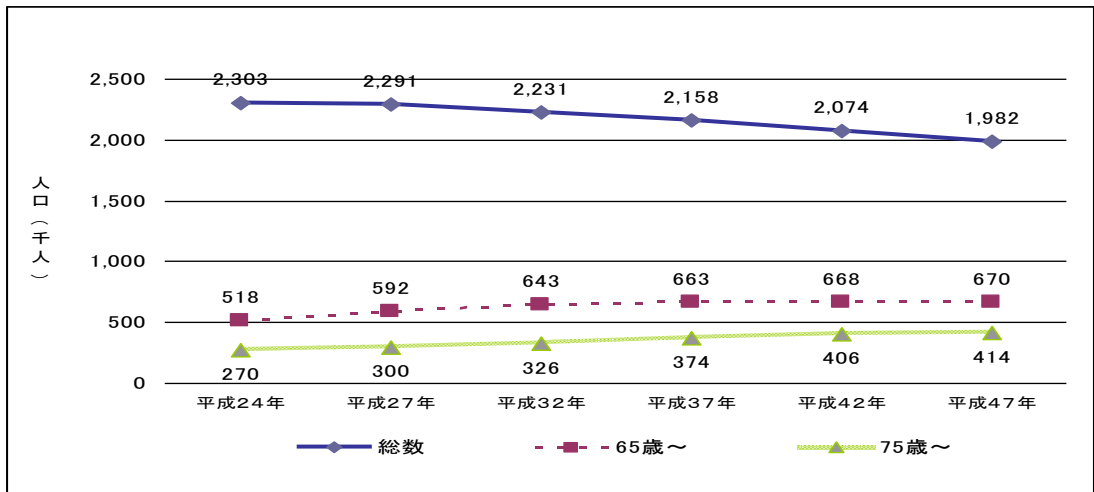
出典：国民医療費の概況（平成14・20年度）（厚生労働省）  
県民経済計算（平成14・20年度）（内閣府）

2 高齢者の医療費の動向

(1) 高齢者の現状

- 平成19年5月公表の「日本の都道府県別将来推計人口」によると、本県の人口は今後減少していくものと推測されています。

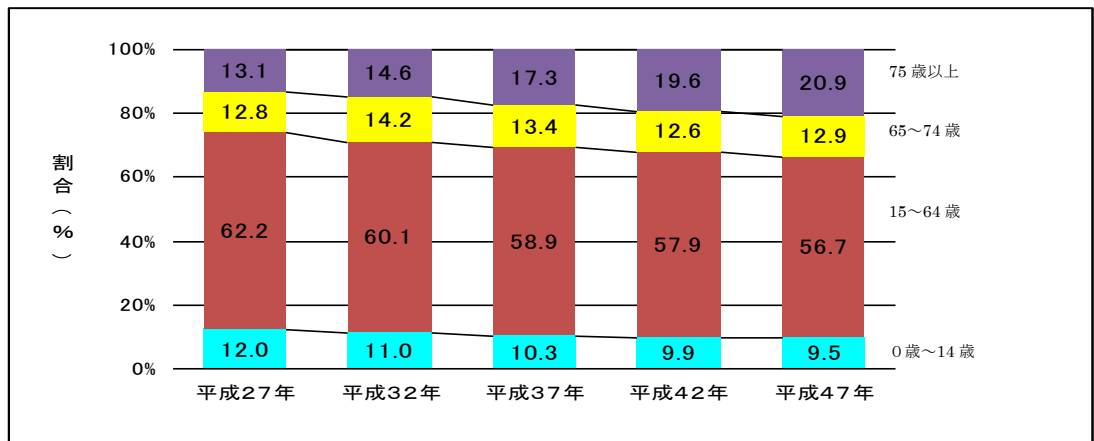
【宮城県の将来推計人口】



出典：宮城県高齢者人口調査（平成24年：平成24年3月末現在）（県保健福祉部）  
日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）（平成27～47年）  
（国立社会保障・人口問題研究所）

- 年齢区分別の割合では、年少人口（0～14歳）、生産年齢人口（15～64歳）は今後減少するのに対し、老年人口（65歳以上）は増加を続け、総人口に対する割合が平成47年には3割を超える見通しとなっています。また、老年人口のうち、前期高齢者（65～74歳）は平成32年をピークに横ばいとなりますが、後期高齢者（75歳以上）は平成47年には2割を超え、414千人になると推測されています。

【宮城県の年齢区分別割合】



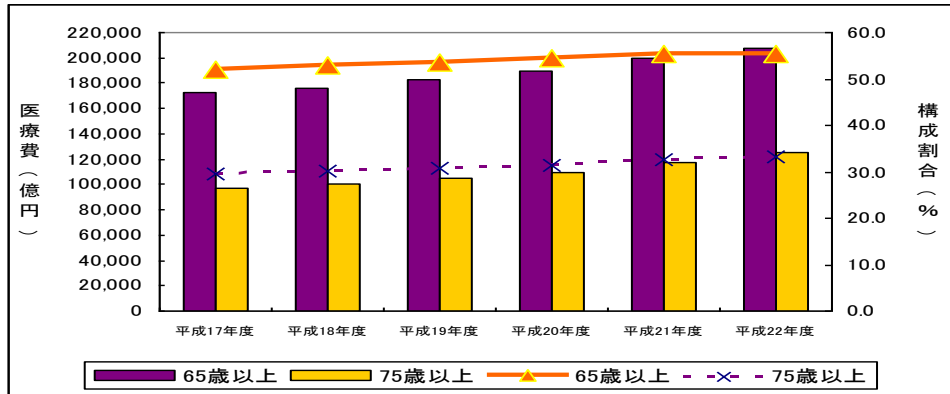
出典：日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）（平成27～47年）  
（国立社会保障・人口問題研究所）

(2) 高齢者の医療費の推移

- 平成22年度では、65歳以上の高齢者の医療費は、全国的には20兆7,176億円と、国民医療費全体の半分以上を占める状況となっています。

高齢者の医療費の推移をみると、介護保険制度導入などで国民医療費に比べて伸びは抑制されていますが、今後、老年人口が増加する見通しであることから、制度改正などの医療費の適正化対策がなされない場合には、高齢者の医療費は増加し続けることが推測されます。

【65歳以上高齢者の医療費の推移】

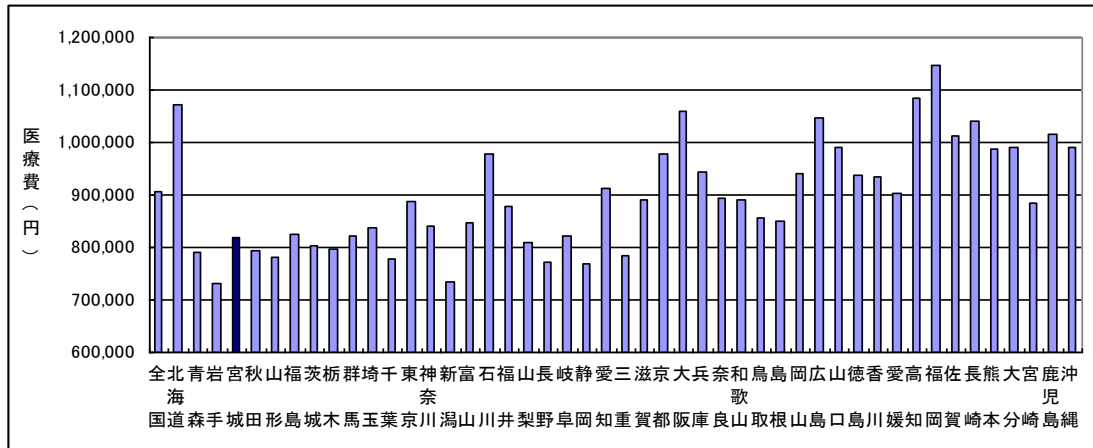


出典：国民医療費の概況（厚生労働省）

(3) 1人当たり高齢者の医療費の状況

- 1人当たりの後期高齢者の医療費について、平成22年度では本県は約82万円であり、国民医療費と同様、全国的に見ると減少しています。

【都道府県別1人当たり後期高齢者医療費】

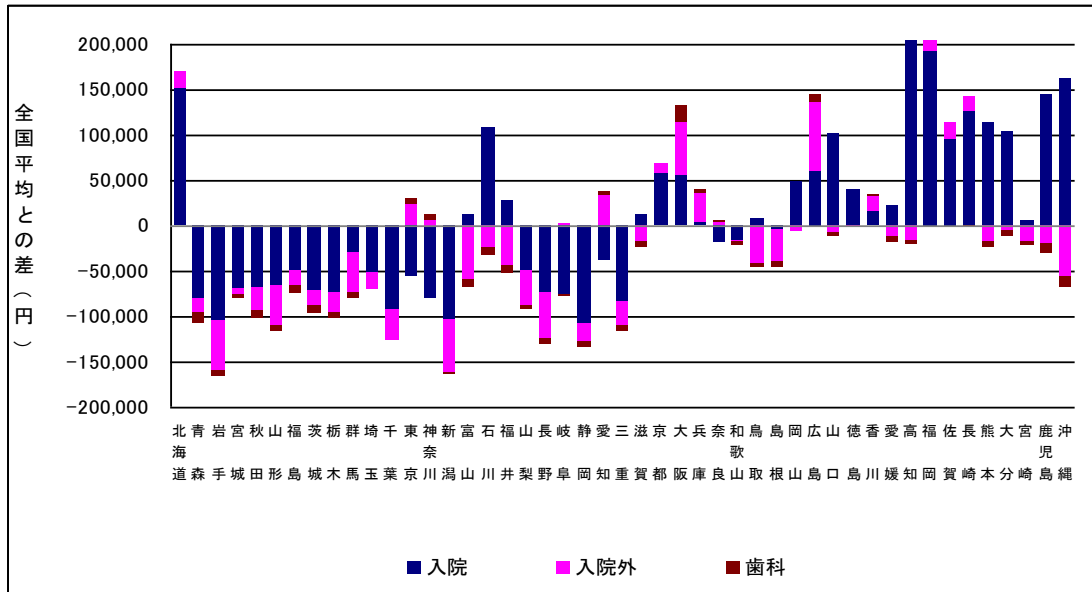


出典：後期高齢者医療事業年報（平成22年度）（厚生労働省）

## 第2章 医療費の動向を踏まえた医療等の現状と課題

- なお、後期高齢者医療費の構成（平成22年度）をみると、本県は入院医療費が全国と比べ少ない状況にあります。しかし、地域によっては全国平均を上回る急速な高齢化が推測されることから、今後、本県においても高齢者の医療費の増加が大きな課題となることが推測されます。

### 【1人当たり後期高齢者医療費の全国比較（全国平均との差）】



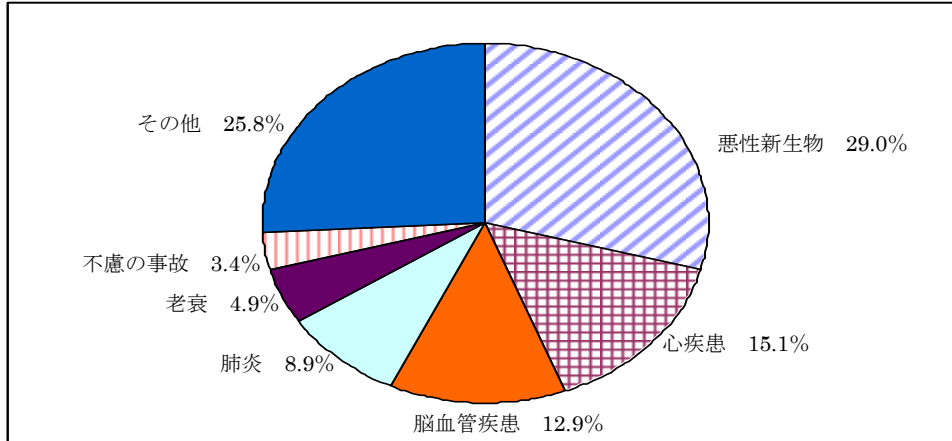
出典：後期高齢者医療事業年報（平成22年度）（厚生労働省）

**第2節 生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況**

1 生活習慣病の状況

- 本県の死因別の割合について、6割弱が生活習慣病によるものであり、生活習慣病対策は医療費においても、また、県民の健康に関しても喫緊の課題となっています。

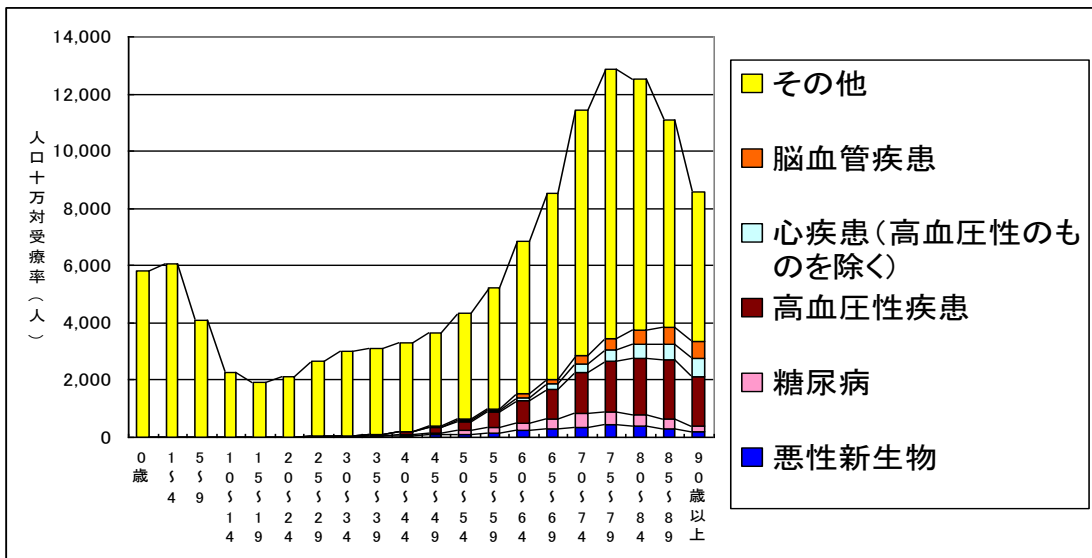
【宮城県の死因別割合（平成22年）】



出典：平成22年人口動態調査（厚生労働省）  
 ※平成23年においては東日本大震災の影響により、不慮の事故が全死因の3割を超える状況となっています。

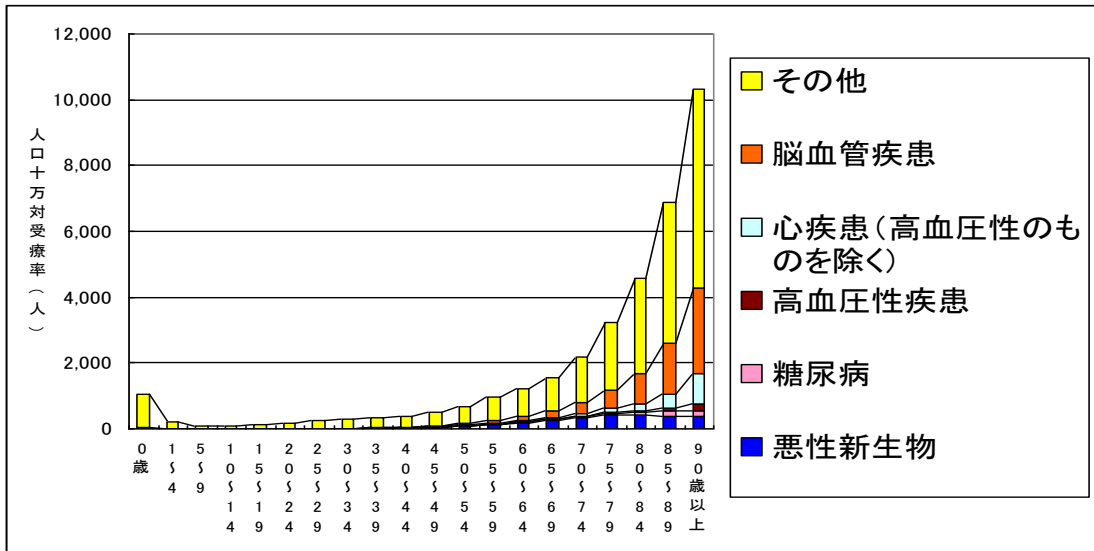
- 次に、本県の入院外・入院の受療の状況をみると、45歳を過ぎてから生活習慣病の入院外受療率が徐々に増加し、70歳頃から生活習慣病の入院受療率が上昇しています。このような状況からも、若年世代からの生活習慣病の予防対策が重要と考えられます。

【年齢階級別受療率（外来：平成20年）】



出典：平成20年患者調査（厚生労働省）

【年齢階級別受療率（入院：平成20年）】

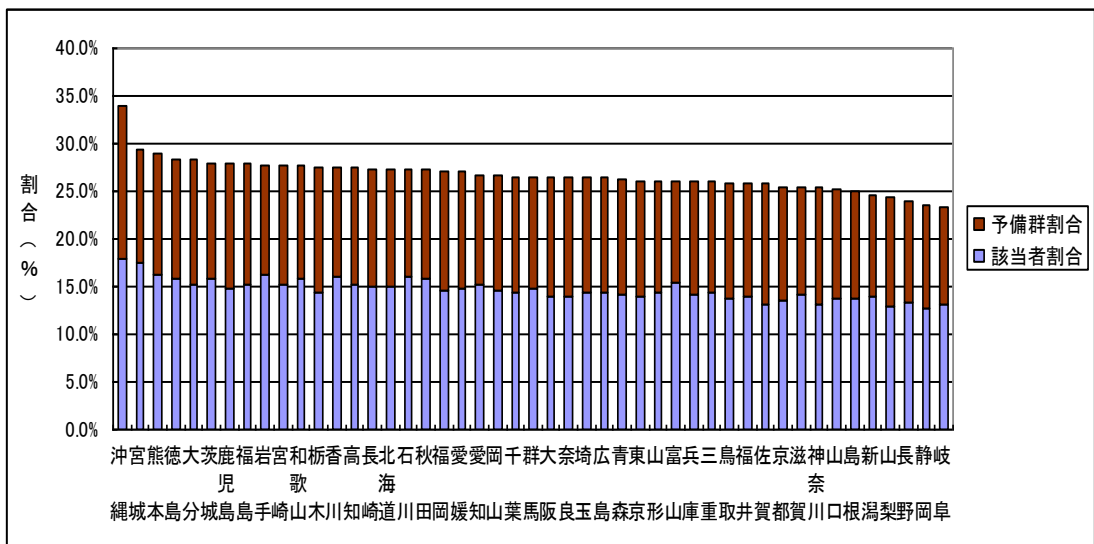


出典：平成20年患者調査（厚生労働省）

## 2 メタボリックシンドロームの状況

- 本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者は82,269人であり、割合は17.5%で全国2位、予備群の該当者は56,166人であり、割合は11.9%で全国26位となっています。両者を合わせた割合は29.4%で、沖縄県の33.9%に次いで全国2位となっています。

【都道府県別メタボリックシンドローム該当者・予備群割合】



出典：特定健診・保健指導の結果（平成22年）（厚生労働省）

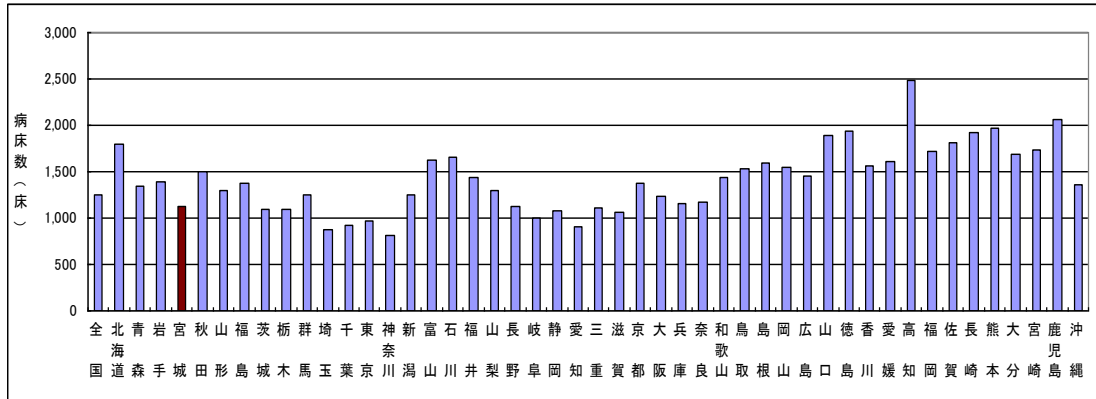


**第3節 病床の状況**

1 病床の状況

- 病院の人口10万対病床数の状況は、本県は1,120.6床で、全国平均の1,244.3床より100床以上少なくなっています。

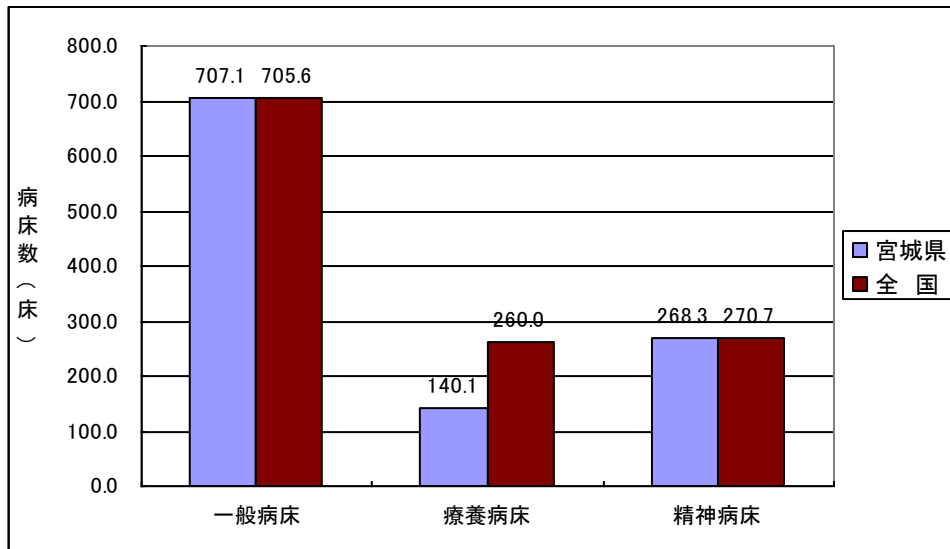
【人口10万対病床数】



出典：平成22年医療施設調査（厚生労働省）

- これを病床種別ごとに見ると、一般病床では全国平均を若干上回るものの、長期入院患者の多い療養病床及び精神病床は、全国平均を下回っています。

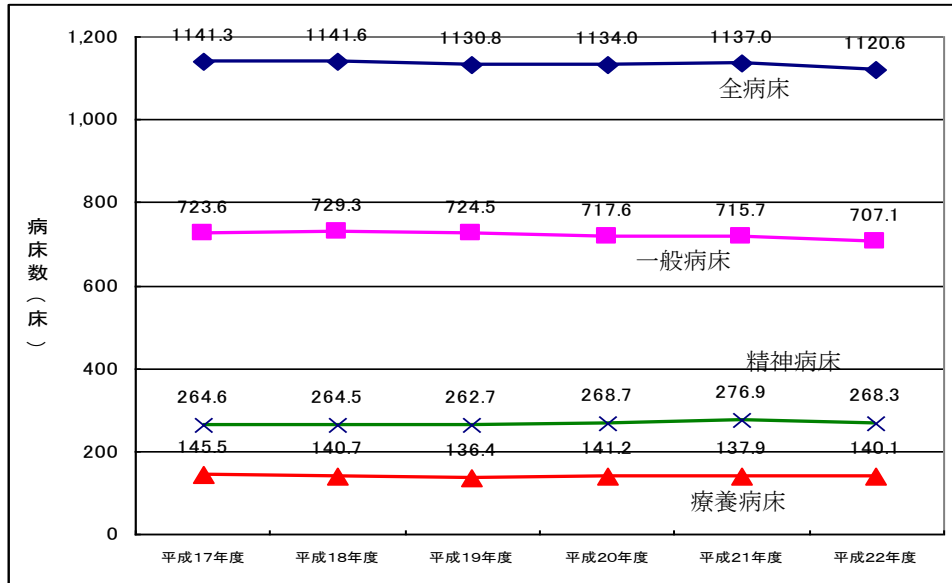
【病床種別毎の人口10万対病床数】



出典：平成22年医療施設調査（厚生労働省）

- 次に、本県の病床数の推移を見ると、精神病床、療養病床とも横ばいとなっています。

【宮城県の人口10万対病床数の推移】

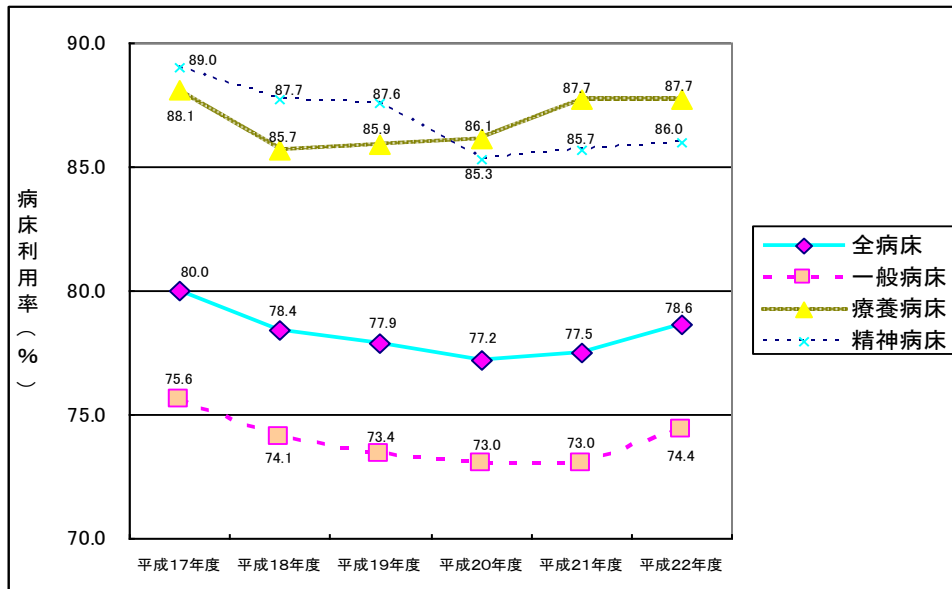


出典：医療施設調査（厚生労働省）

- 一方、病床利用率の推移を見ると、平成21年度では療養病床が、平成22年度では一般病床の利用率が増加しています。

なお、本県の病床利用率は、いずれの病床でも全国値を下回っています。

【宮城県の病床利用率の推移】



出典：病院報告（厚生労働省）

2 療養病床の転換意向等調査

- 第1期医療費適正化計画の計画期間においては、慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心として、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標としていました。
- 国において、医療機関における今後の転換意向等について、平成22年2月及び4月に「療養病床の転換意向調査」を実施しました。

**【療養病床の転換意向等調査】** 平成22年2月及び4月実施  
(診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後で2回実施)

→ 療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

- 調査対象：調査時点で療養病床を有する医療機関
- 内 容：これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

- 調査結果によると、医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多く、介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い結果となりました。

**【療養病床の転換意向等調査結果】**

1. これまでの転換状況

- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床（注）、廃止が約500床。

注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

2. 今後の転換意向

- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%。
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%。

出典：療養病床の転換意向等調査（厚生労働省）

- 以上の調査結果により、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいない実態を踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設については、本計画の計画期間最終年度である平成29年度末まで転換期限を猶予されることとなりました。
- このことを踏まえ、国の基本方針において、「療養病床の数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指すこととする」とされまし

た。

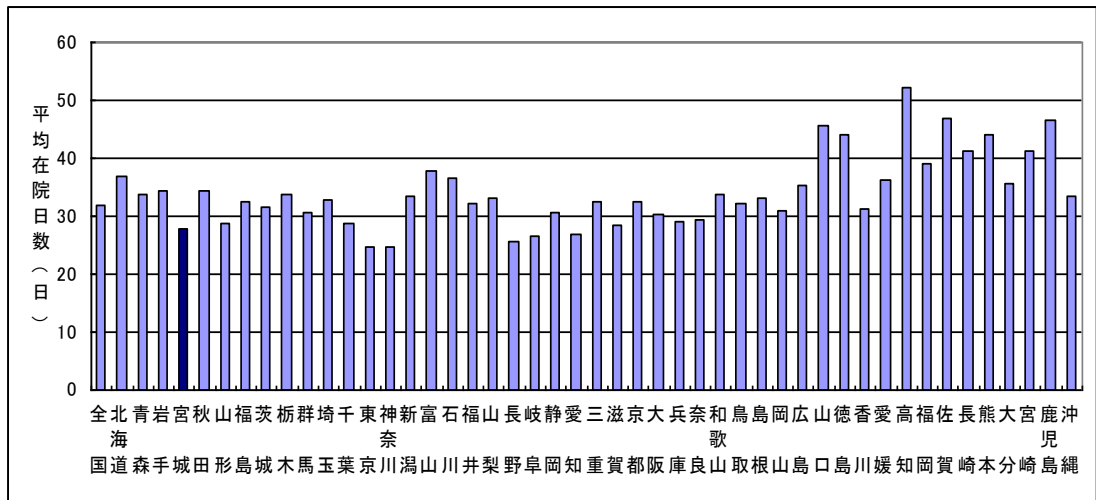
- 本県においても国の基本方針を踏まえ、関連計画である「第6次宮城県地域医療計画」との整合性も入れながら、医療提供体制の強化に向けた取り組みを進めていきます。

**第4節 平均在院日数の状況**

◎ 平均在院日数の状況

- 平均在院日数の状況は、本県は27.7日で、全国平均32.0日より4日程度短くなっています。

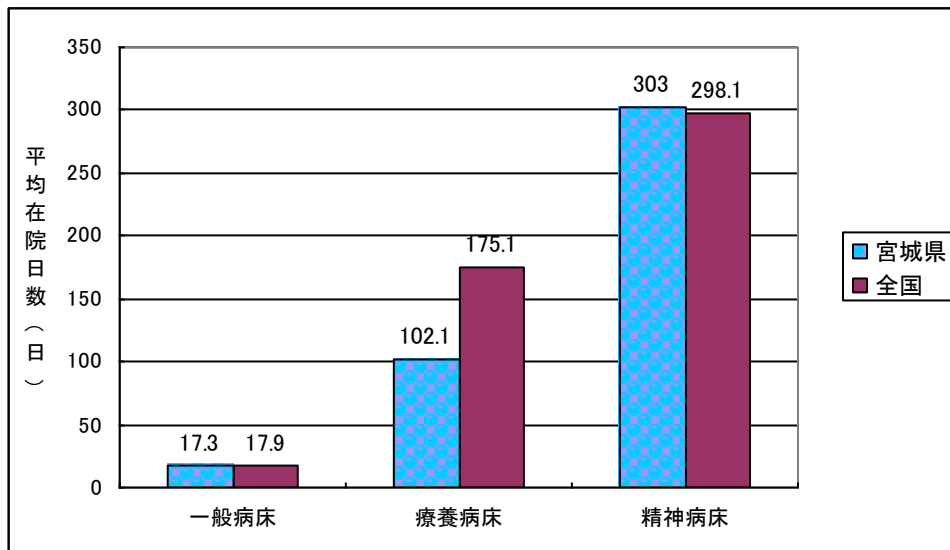
**【平均在院日数】**



出典：平成23年病院報告（厚生労働省）

- これを病床種別ごとにみると、一般病床は全国とほぼ同じですが、療養病床では全国平均よりも相当短くなっています。

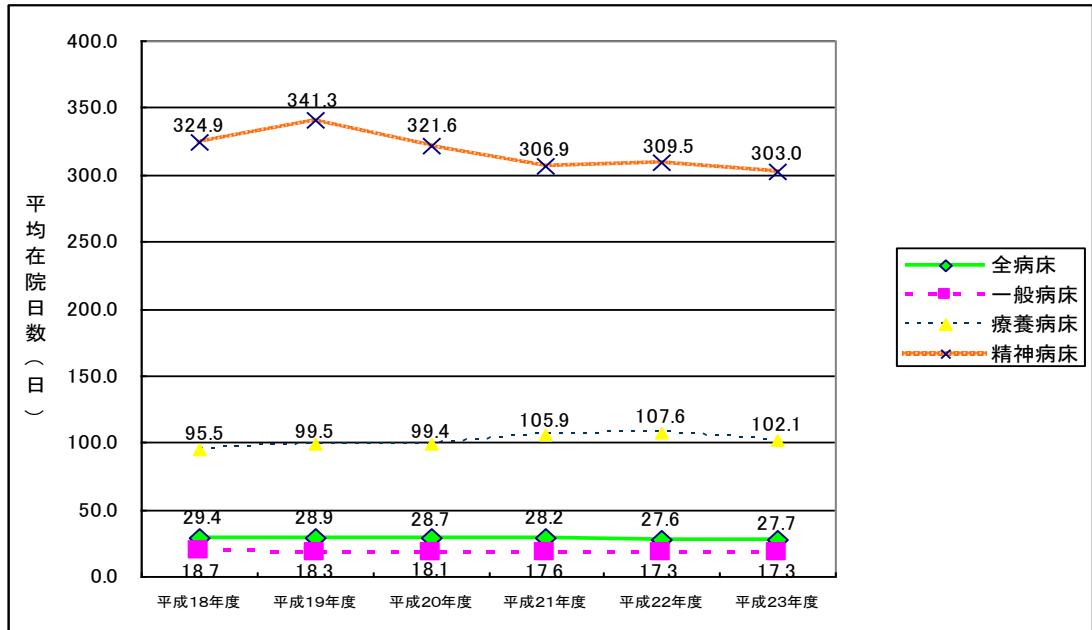
**【宮城県の病床種別毎の平均在院日数】**



出典：平成23年病院報告（厚生労働省）

○ 次に、本県の平均在院日数の推移を見ると、概ね緩やかに短くなっています。

【宮城县の平均在院日数の推移】



出典：病院報告（厚生労働省）

### 第5節 行政評価に見る地域医療

#### 1 県民意識調査にみる地域医療

- 医療費の適正化を進めるに当たっては、県民が安心できる良質な地域医療を確保することが重要です。
- 県が平成23年に実施した「県民意識調査」によると、県が行ってきた地域医療の充実に関する取組（注）に対する満足度は、「やや満足」を含めると『満足群』が4割弱の結果となり、特に栗原圏域では5割弱が『満足群』となっています。しかし、登米圏域では約3割となっているなど、各圏域の医療提供体制の状況によって満足度に差が生じている状況にあります。

#### （注）「安心できる地域医療の充実」に関する取組

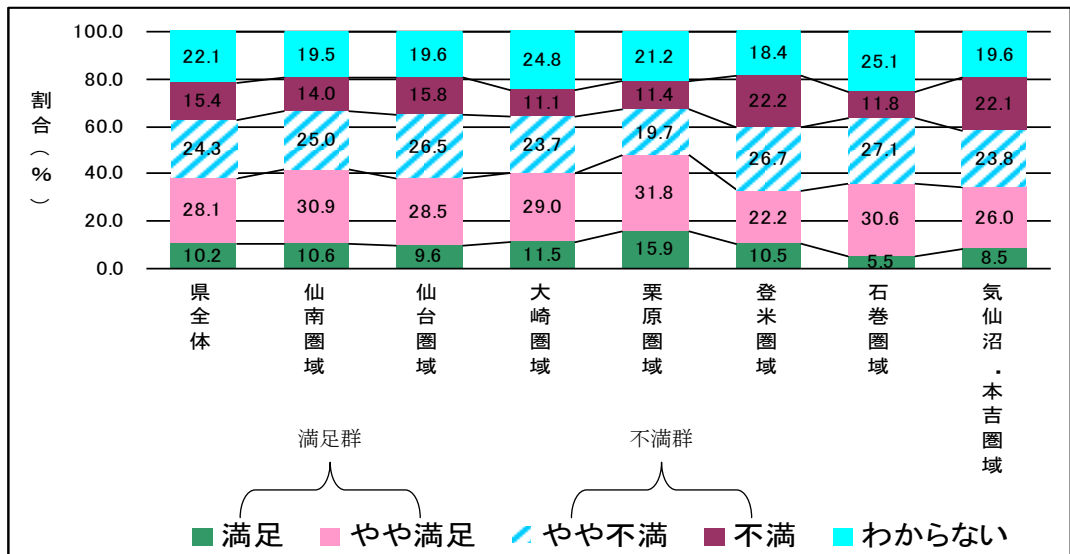
県民意識調査では、県が平成22年度に実施した以下の取組に対する満足度を伺っています。

- 自治体病院等の医師確保のため、全国から希望する医師を募集・採用し、医師不足の自治体病院等に派遣・配置しています。また、将来、地域医療へ従事する意志を持った大学生等を対象に修学資金を貸し付けています。（成果等：医師派遣人数11人）
- 救急医療体制の充実を図るため、重篤な救急患者に対応する救命救急センターの運営経費や救急医療に従事する医師に対する手当への補助のほか、研修、円滑な救急搬送のための基準づくりを行っています。
- 高度化、専門化する医療に対応した安全で質の高い看護を提供するため、認定看護師の養成に取り組んだほか、看護師確保に向けて離職防止や復職支援に取り組んでいます。
- リハビリテーション支援センターや保健福祉事務所が、高齢者及び障害者への個別支援、市町村の保健福祉事業への支援等を行っています。また、理学療法士等の専門職を確保するため、合同就職説明会を開催しています。（成果等：合同就職説明会開催回数 1回、参加数 367人、28施設）
- がん医療向上のため、がん診療連携拠点病院の機能強化を図るとともに、がん医療従事者の育成、がん患者・家族等への支援体制の充実及びがん登録（がんの実態把握・罹患・生存率の計測等）の従事者育成を実施しています。

#### ◎ 平成23年「県民意識調査」の概要

- 調査期間：平成23年1月14日から2月3日まで
- 調査対象：県内に居住する20歳以上の男女 4千人

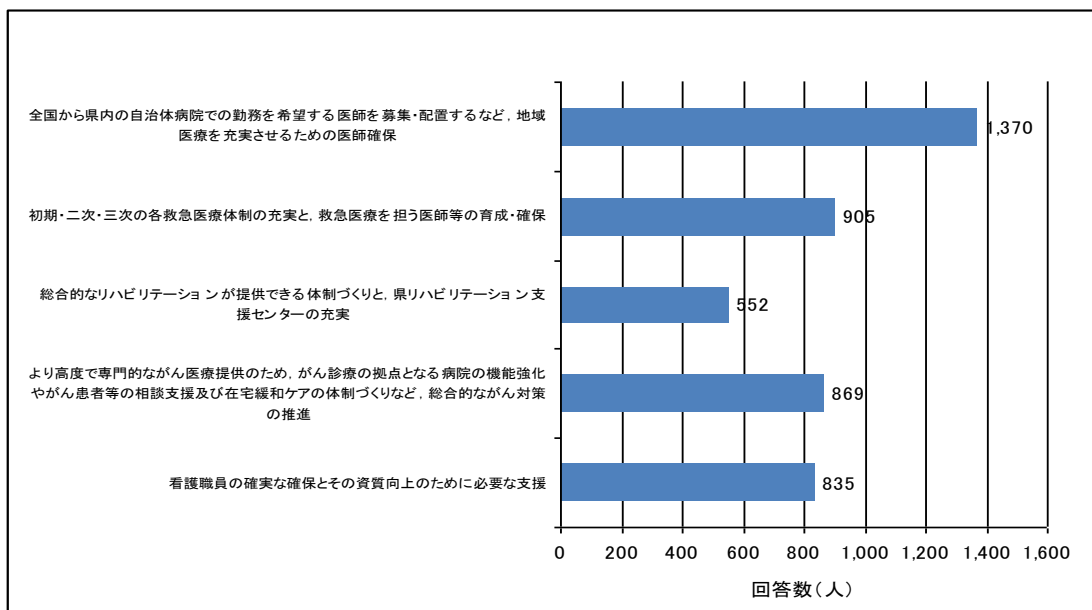
【「安心できる地域医療の充実」に関する県の取組に対する満足度】



出典：平成23年県民意識調査（県震災復興・企画部）

- また、目標とする本県の姿を目指して、今後特に優先すべきと思う項目について意見を伺ったところ、最も多かったのは、「地域医療を充実させるための医師確保」で、次いで「救急医療体制の充実と救急医療を担う医師等の育成・確保」となっており、喫緊の課題である医師確保対策や救急医療体制など、地域における医療提供体制に関する項目への要望が強く伺われます。

【特に優先すべきと思う項目】



出典：平成23年県民意識調査（県震災復興・企画部）



**第6節 現状と課題の総括**

1 現状と課題の総括

- これまで述べてきた現状と課題を整理すると、以下に総括することができます。

| 項目                    | 現 状  | 課 題  |
|-----------------------|--|--|
| 高齢化に伴う将来的な医療費の伸びの適正化  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全国における国民医療費は、国民所得を上回る伸びを示しており、平成22年度では約37.5兆円となっています。</li> <li>○ 本県では、1人当たりの医療費は全国平均より低いものの、伸び率は全国平均を上回っています。</li> <li>○ 本県の医療費の伸びは、県民所得などの伸びを上回り、県民の経済的負担が増加しています。</li> <li>○ 本県の人口に占める後期高齢者（75歳以上）の割合は、平成47年には2割を超えると推測されています。</li> </ul> | <p>急速な高齢化により、特に後期高齢者医療費も含めた本県の医療費は増加し、それに伴い県民の負担が増加することが懸念されるため、県民生活の質の向上や良質な医療の提供を確保しながら、医療費の伸びを抑制していく対策が不可欠です。</p> |
| 生活習慣病やメタボリックシンドロームの予防 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活習慣病は、本県における死因別割合では約6割を占める状況になっています。</li> <li>○ また、受療状況を見ると、45歳を過ぎてから生活習慣病の入院外受療率が徐々に増加し、70歳頃から生活習慣病の入院受療率が上昇しています。</li> <li>○ 生活習慣病発症前の段階であるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、沖縄県に次いでワースト2位となっています。</li> </ul>                                    | <p>これらの状況を勘案すると、若年世代からの生活習慣病やメタボリックシンドロームの予防対策が重要と考えられます。</p>  |

- このような医療費や地域医療を取り巻く現状・課題を認識しつつ、将来に向けた医療費の伸びを想定した場合、現在の保健・医療の提供体制を今後一層推進していく必要があります。特に質と量を勘案した医療サービスの提供を図ることが重要と考えます。
- 第3章（23ページ～）において、医療費の適正化に向けた今後の本県としての取組を進めていきます。

2 第1期医療費適正化計画における進捗状況

- 現時点における第1期計画の「達成目標の進捗状況」については、次ページ（22ページ）の表のとおりです。
- なお、実績評価については、計画期間終了後の翌年度（平成25年度）に評価を行うこととしており、計画に掲げた目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行います。

【第1期医療費適正化計画 達成目標の進捗状況】

| 種 別                          | 項 目                                     | 第1期計画時<br>直近値      | 現 況 値                  | 目 標 値      | 進 捗 率     |       |      |
|------------------------------|---|--------------------|------------------------|------------|-----------|-------|------|
| 国の基本指針に<br>基づく目標<br>(平成24年度) | 特定健康診査の実施率                              | —                  | 49.9%<br>(H22:推計値)     | 70%        | 71.3%     |       |      |
|                              | 特定保健指導の実施率                              | —                  | 11.9%<br>(H22:推計値)     | 45%        | 26.4%     |       |      |
|                              | メタボリックシンドロームの該当者及び<br>予備群(特定保健指導の実施対象者) | —                  | 29.4%<br>(H22)         | 10%削減      | —         |       |      |
|                              | 療養病床の病床数(回復期リハビリ<br>テーション病棟である療養病床を除く)  | 3,333床<br>(H18.10) | 2,487床<br>(H24.9)      | 2,074床     | 83.4%     |       |      |
|                              | 平均在院日数<br>(介護療養病床を除く全病床)                | 29.0日<br>(H18)     | 27.7日<br>(H23)         | 27.6日      | 99.6%     |       |      |
| 本県独自の目標<br>(平成24年度)          | 成人の食塩摂取量                                | 11.2g(H18)         | 11.1g(H22)             | 10g未満      | 8.3%      |       |      |
|                              | 脂肪エネルギー比率<br>(20代～40代)                  | —                  | 25.6%(H22)             | 25%以下      | 97.7%     |       |      |
|                              | 運動の習慣化<br>(運動習慣者の増加)                    | 男性                 | 30.2%(H18)             | 36.2%(H22) | 41%以上     | 88.3% |      |
|                              |   | 女性                 | 21.2%(H18)             | 26.6%(H22) | 49%以上     | 54.3% |      |
|                              | 禁煙希望者への<br>支援による非喫煙率                    | 男性                 | 50.0%(H18)             | 59.2%(H22) | 62%以上     | 76.7% |      |
|                              |   | 女性                 | 86.5%(H18)             | 87.9%(H22) | 92%以上     | 74.5% |      |
|                              | 公共施設における分煙対策の促進                         | 98.1%(H18)         | 100%(H23)              | 100%       | 100%      |       |      |
|                              | 糖尿病有病者の推定数の減少率<br>(40歳～74歳)             | —                  | ※                      | 10%        | —         |       |      |
|                              | 高血圧症有病者の推定数の減少率<br>(40歳～74歳)            | —                  |                        | 10%        | —         |       |      |
|                              | 脂質異常症(高脂血症)有病者の<br>推定数の減少率(40歳～74歳)     | —                  |                        | 10%        | —         |       |      |
|                              | 年齢調整死亡率(人口10万対)                         |                    |                        |            |           |       |      |
|                              | □                                       | がん(75歳未満)          | 89.5(H18)              | 81.7(H22)  | 78.8      | 72.9% |      |
|                              |   | 脳卒中                | 男性                     | 70.7(H18)  | 61.8(H22) | 63.6  | 100% |
|                              |   |                    | 女性                     | 42.5(H18)  | 33.9(H22) | 38.3  | 100% |
| 虚血性<br>心疾患                   |   | 男性                 | 38.6(H18)              | 30.0(H22)  | 34.7      | 100%  |      |
|                              |   | 女性                 | 17.4(H18)              | 12.7(H22)  | 15.7      | 100%  |      |
| 救急搬送時間(病院収容所要時間)             | 34.7分(H18)                              | 39.1分(H22)         | 全国平均と同水準<br>37.4分(H22) | 約2分弱の遅れ    |           |       |      |

※ 「糖尿病有病者の推定数の減少率」、「高血圧症有病者の推定数の減少率」、「脂質異常症有病者の推定数の減少率」については、いずれも特定健康診査・特定保健指導の結果を活用して評価することとしていましたが、特定健康診査が実施された平成20年度のみデータしかなく、評価対象から除外しています。  
(「みやぎ21健康プラン最終評価報告書」(平成24年7月)から抜粋)

## 第3章 取組と目標

### 第1節 基本理念

#### ◎ 基本理念

- 国の基本方針に基づき、基本理念は以下により構成することとします。

#### 1 県民生活の質の向上や良質な医療の提供を確保するものであること。

- 医療費適正化のための具体的な取組は、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民生活の質の向上や良質な医療を確保することで、医療そのものの効率化を目指すものでなければなりません。

#### 2 超高齢社会の到来に対応するものであること。

- 平成24年現在の75歳以上の人口は1,500万人となっていますが、平成37年には2,200万人に近づくと推測されています。
- ここ数年、国民医療費の伸び率は約3%台で推移しており、人口一人当たりの国民医療費も年々増加傾向にあります。
- 本県においても、75歳以上の人口は現在27万人となっていますが、平成47年には人口の2割を超え、41万人を超えると推測されています。また、本県の医療費の状況について、一人当たりの国民医療費は全国平均を下回っているものの、伸び率は全国平均を上回るペースで増加しており、今後も後期高齢者医療費は高い伸びが推測されます。
- これらを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、医療費の伸びを中長期にわたって適正にするものでなければなりません。

**第2節 目指すべき取組と目標**

1 県民の健康の保持の推進

- 23 ページに掲げた基本理念1の「県民生活の質の向上」を図った上で、医療費の適正化を図るために大切なことは、生活習慣の改善や健康づくりにより、病気になることを防ぐほか、病気の早期発見・早期治療により重症化を防ぎ、健康な体を維持し続けることです。

(1) 一次予防の推進

- 生活習慣病は普段の生活習慣が大きな要因となります。生活習慣病やメタボリックシンドロームを予防し、健康に生活するためには、日頃からバランスの取れた食生活や運動の習慣づくりはもとより、習慣的な喫煙と飲酒に対する対策など、一次予防に心掛けることが大切です。

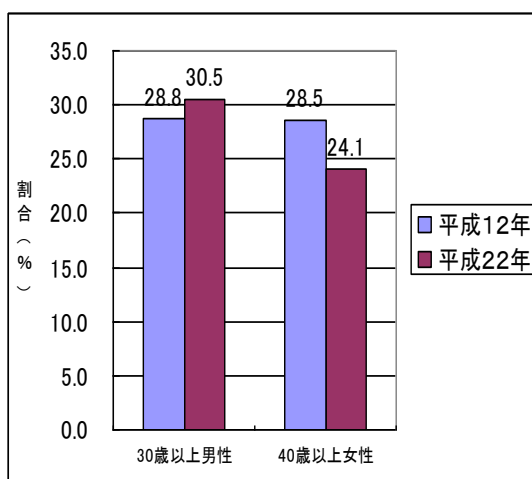
ア 適正体重の維持とバランスの取れた食生活・食習慣の実現

★ 現状と課題

- 平成22年における県の調査結果では、30歳以上男性の肥満者（BMI ≥ 25）の割合（注）は30.5%，40歳以上女性の肥満者の割合は24.1%となりました。

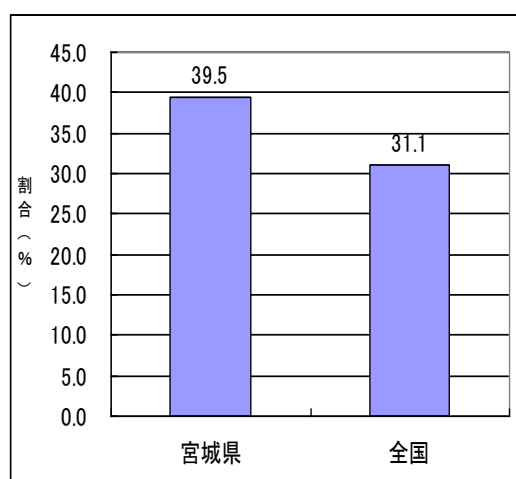
平成18年から平成22年までの国民健康・栄養調査結果を年齢調整した全国平均値と比較すると、本県の男性の肥満者（20歳～69歳）の割合が高く、都道府県別順位ではワースト6位となっています。

【肥満者の割合】



出典：平成12年県民健康栄養調査，  
平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）

【肥満者（20～69歳男性）の割合】



出典：国民健康・栄養調査（平成18年～22年）  
（厚生労働省）

注）肥満者の割合

BMI ≥ 25の方を肥満者としています。なお、BMI（Body Mass Index）とは体格指数のことで、体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）で算出される体格の指標です。

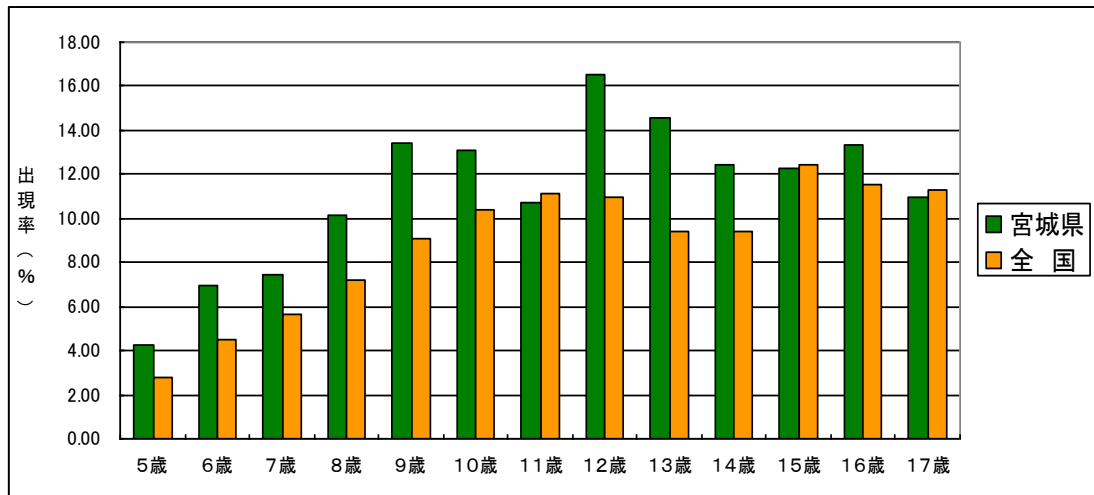
- また、児童・生徒の肥満の状況を肥満傾向児（注）の出現率で見ると、おおよそ14歳まで、男女とも全国より高くなっています。

注) 肥満傾向児

肥満傾向児とは、性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の児童をいいます。

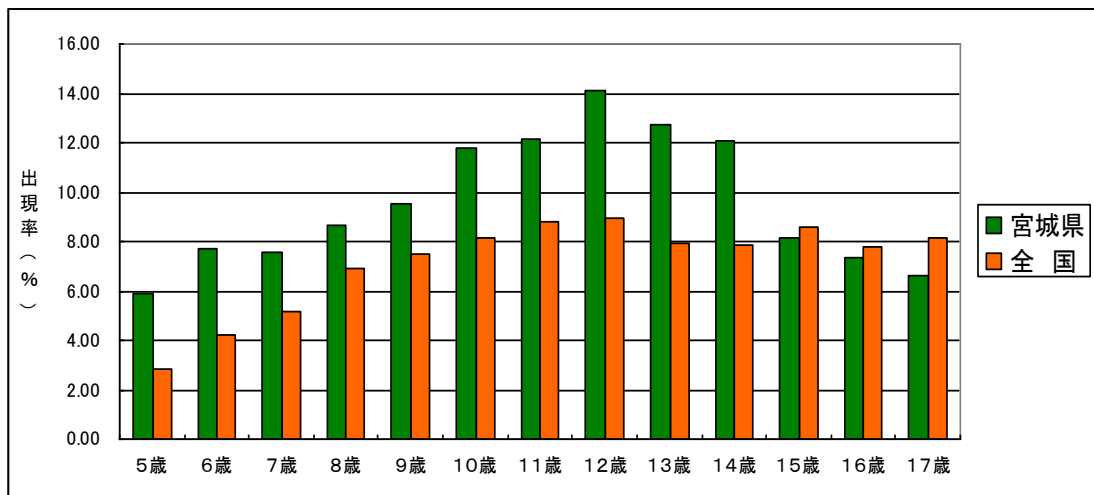
$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

【肥満傾向児の出現率（男子）】



出典：平成22年度学校保健統計調査（文部科学省）

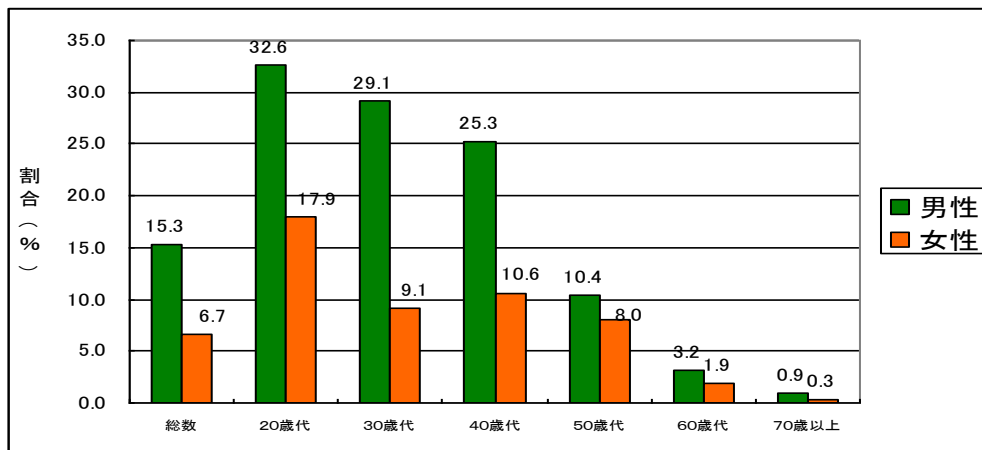
【肥満傾向児の出現率（女子）】



出典：平成22年度学校保健統計調査（文部科学省）

- 朝食欠食者の割合は、男性では20～30代が約3割となっています。女性でも20代の割合が高く、更には40代の割合も高い傾向にあります。

【朝食欠食者の割合】

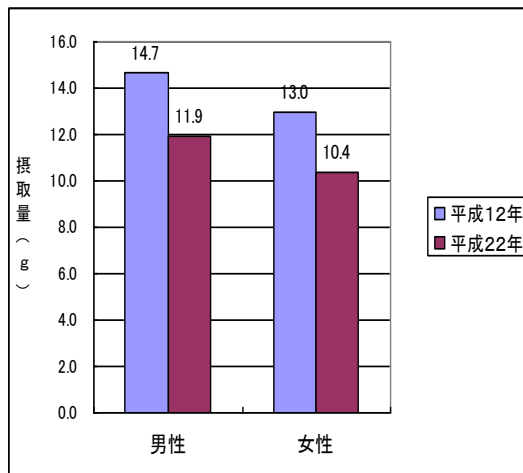


出典：平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）

- 次に栄養摂取の状況では、食塩の摂取量は平成22年の成人1日あたりで、成人男性11.9g、成人女性10.4gとなっています。年次別で見ると、食塩摂取量は男女ともに減少しています。

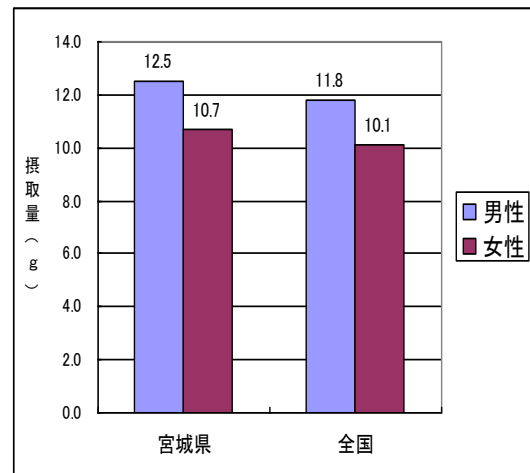
しかし、全国と比較すると食塩摂取量は多く、平成18年から平成22年までの国民健康・栄養調査結果を年齢調整した都道府県別順位では、男性はワースト7位、女性はワースト9位となっています。

【食塩摂取量】



出典：平成12年県民健康栄養調査、平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）

【食塩摂取量（全国との比較）】



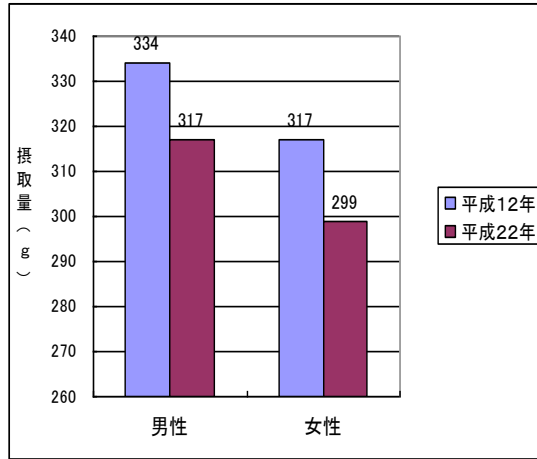
出典：国民健康・栄養調査（平成18年～22年）（厚生労働省）

- 野菜の摂取量は平成22年の成人1日あたりで、成人男性317g、成人女性299gとなっています。年次別で見ると、野菜摂取量は男女ともに減少しています。

全国と比較すると野菜摂取量が多い方であり、平成18年から平成22年までの国民健康・栄養調査結果を年齢調整した都道府県別順位では、男性は全国8位、女

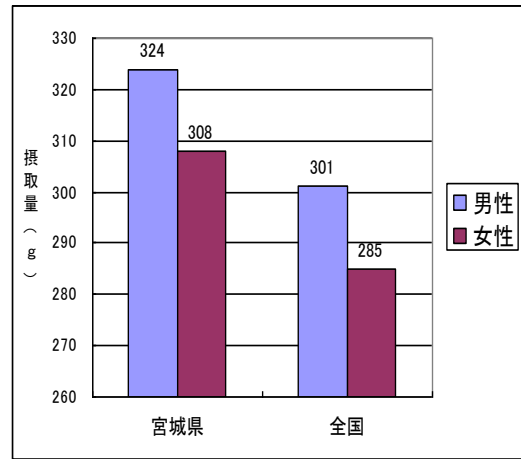
性は全国9位となっています。

【野菜摂取量】



出典：平成12年県民健康栄養調査，  
平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）

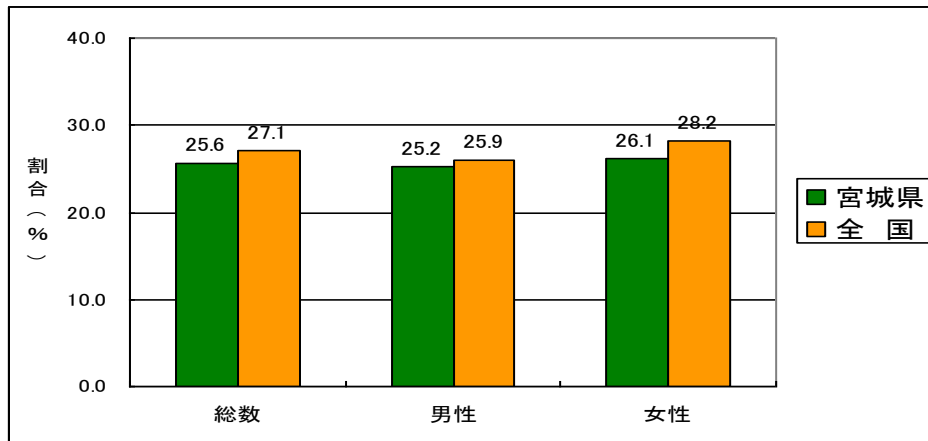
【野菜摂取量（全国との比較）】



出典：国民健康・栄養調査（平成18年～22年）  
（厚生労働省）

- 20歳代から40歳代までの脂肪エネルギー比率は、本県における前回調査（平成18年度）の結果である25.7%とほぼ同率でしたが、男女とも全国値よりも低い状況となっています。

【脂肪エネルギー比率の全国との比較（20～40歳代）】



出典：平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）  
平成21年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

★ 目指すべき取組の方向性

- 「第2次みやぎ21健康プラン」における「取組の方向性」により、以下の取組を行います。
  - ・ 肥満傾向児の割合が全国値より高い傾向にあることから、「宮城県食育推進プラン」や「宮城県スポーツ推進計画」において、乳幼児期からの基本的な生活習慣の確立や家庭教育支援体制の充実を図ります。
  - ・ 定期的な県民健康・栄養調査を実施するとともに、分析及び情報提供を行います。
  - ・ 全ての市町村に栄養士が配置されている本県の特徴を活かし、生活習慣病予防のための食生活の効果的な普及方法の検討や地域の特性に応じた食育活動の実施、また、管理栄養士やボランティア等の人材育成を推進します。
  - ・ インターネット、新聞、広報誌、マスメディア等による栄養・食生活や食品の適正表示等に関する正しい情報の提供を行います。



イ 身体活動・運動量の増加

★ 現状と課題

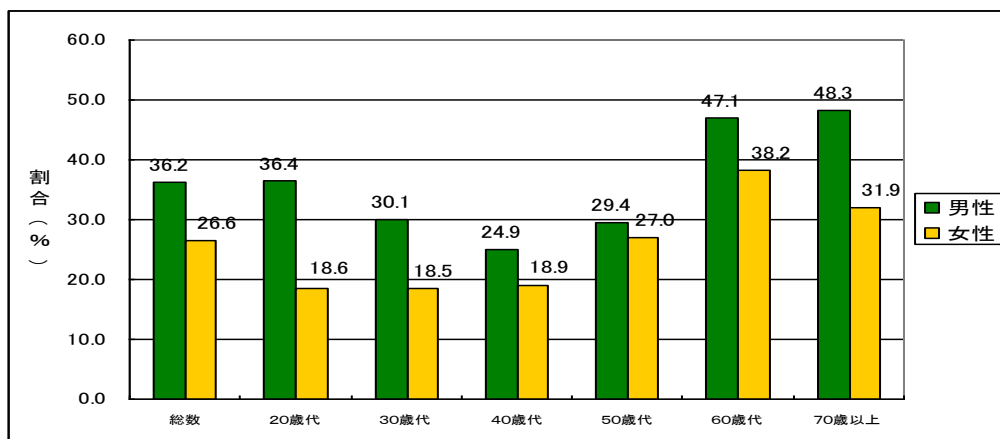
- 日常生活における身体活動や運動量の増加は、生活習慣病の発症を予防する効果があり、健康づくりの重要な要素の1つです。
- 家事や仕事の自動化、交通手段の発達により身体活動量が低下してきており、食生活の変化とともに、肥満や生活習慣病の増加が問題となっています。
- 身体活動や運動量が多い方は、不活発な方と比較して循環器病やがんなどのNCD（非感染性疾患）の発症リスクが低いこと、また、高齢者の認知機能や運動器機能の低下など、社会生活機能との関係も明らかになっています。
- 意識的に運動を心がけている方は増加していますが、1日の歩行数は男性が減少しています。また、平成12年時における調査との比較では、男女とも歩行数は減少しています。

| 項 目                  |    | 平成18年<br>(※は平成17年) | 平成22年  |
|----------------------|----|--------------------|--------|
| 意識的に運動を心がけている人の増加    | 男性 | 41.9% ※            | 53.3%  |
|                      | 女性 | 46.5% ※            | 50.7%  |
| 日常生活における歩数の増加(15歳以上) | 男性 | 7,109歩             | 6,718歩 |
|                      | 女性 | 5,990歩             | 6,125歩 |
| 運動の習慣化(運動習慣者の増加)     | 男性 | 30.2%              | 36.2%  |
|                      | 女性 | 21.2%              | 26.6%  |

出典：平成18・22年県民健康・栄養調査，  
平成17年県民健康調査(県保健福祉部)

- なお、平成22年度調査における運動習慣者の割合を性・年齢階級別にみると、男性では40代が、女性では30代が最も低くなっており、特に働き盛りの年代が低い状況になっています。

【運動習慣者の割合】



出典：平成22年県民健康・栄養調査(県保健福祉部)

※運動習慣者とは、1日30分以上の運動を週2回以上、1年以上継続している方としています。

★ 目指すべき取組の方向性

- 「第2次みやぎ21健康プラン」における「取組の方向性」により、以下の取組を行います。
  - ・ 家庭や職場など身近な場所でできる身体活動・運動量を増加させる方法等について、県ホームページや運動の体験、催し物等を通じ正しい情報を分かりやすく提供していきます。
  - ・ 働き盛り世代や子育て世代を対象にした運動教室やイベントを実施している市町村や、歩きやすい環境づくりに取り組んでいる市町村など、先進事例に関する情報提供を行います。
  - ・ メタボリックシンドロームや生活習慣病予防のための身体活動・運動に関する知識や実践の動機づけについて、特定保健指導等での取組を支援します。
- 「宮城県スポーツ推進計画」において推進する、「アクティブ通勤や丈夫な身体でエコ生活」等により日常生活における運動習慣の定着化を図ります。

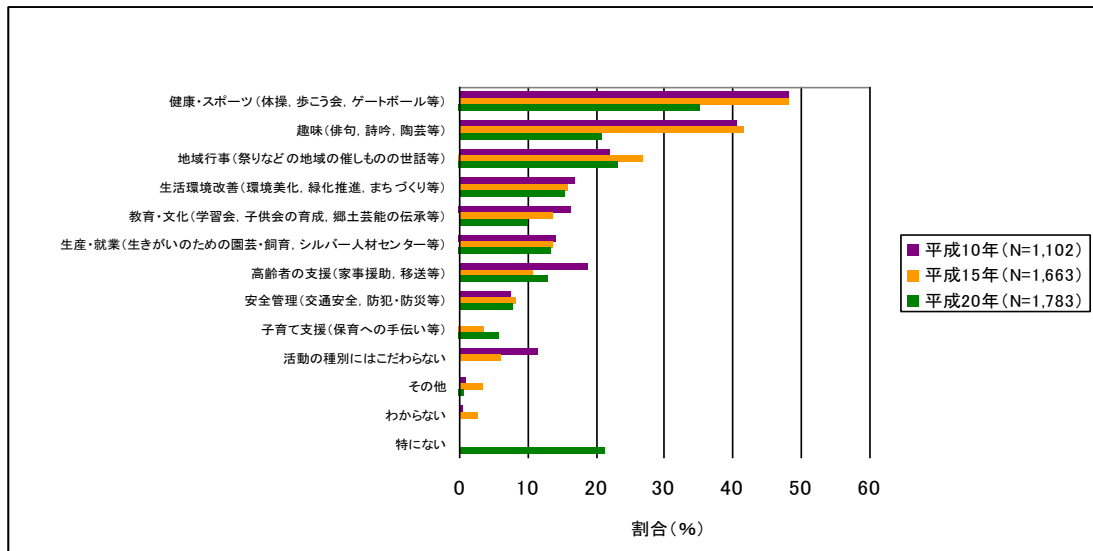
ウ 高齢者の生きがいづくりと社会参加

★ 現状と課題

- 近年は平均寿命が伸びており、高齢者が心身ともに健康で生きがいをもって過ごすことが重要となっています。
- 国が実施した調査によると、高齢者が今後参加したい活動として、「健康・スポーツ」、「趣味」、「地域行事」に希望が多い状況にあります。

【今後参加したい活動】

※ 複数回答



出典：高齢者の地域社会への参加に関する意識調査（内閣府）

- ※「高齢者の支援（家事援助，移送等）」は，平成10年までは「福祉・保健」とされています。
- ※「教育・文化」は，平成20年調査時では，「教育関連・文化啓発活動」と項目が変更しています。
- ※「子育て支援（保育への手伝い等）」は，平成10年調査時に，「活動の種別にはこだわらない」及び「わからない」は，平成20年調査時にそれぞれ選択肢がないなどで，データが存在していません。
- ※「特になし」は，平成20年調査時に初めて選択肢として設けられました。

- 一方，同調査において，今後参加したい活動として「生産・就業」も1割強の方が希望しています。

一定地域に居住する定年退職者等を対象に，希望に応じて，臨時的・短期的な就業機会を確保・提供する機関として「シルバー人材センター」が設置されており，高齢者が就業等を通じて活力ある地域社会づくりに寄与しています。

- また，平成24年10月13日から4日間，「第25回全国健康福祉祭 宮城・仙台大会」が県内13市町を会場に開催されました。60歳以上の方々を中心とし，スポーツや文化の各交流大会を通じて，あらゆる世代の方々が楽しみ，交流を深めることができました。

特に，全国の選手と県民との地域や世代を越えた交流の輪が生まれ，若い世代の方々にも「健康で生きがいを持って生活することの素晴らしさ」や「長寿を楽しむ社会づくりの大切さ」を実感してもらうことができました。

**【第25回全国健康福祉祭 宮城・仙台大会の概要】**

- 1 大会名称 「第25回全国健康福祉祭 宮城・仙台大会」  
(愛称:「ねんりんピック宮城・仙台2012」)
- 2 主催 厚生労働省・宮城県・仙台市・一般財団法人長寿社会開発センター
- 3 テーマ 「伊達の地に 実れ!ねんりん いきいきと」
- 4 会期 平成24年10月13日(土)～16日(火)
- 5 選手団 全国で約8千人が参加。宮城県選手団は367人,仙台市選手団は329人。
- 6 競技種目 18種目(スポーツ・ふれあいスポーツ・文化の各交流大会)
- 7 参加者数 延べ約51万人(平成24年11月5日集計時)

- 高齢者が心身ともに健康で充実した生活を送るためにも、高齢者の働く意欲や蓄積された経験・技能を活かすことのできる地域社会づくりが必要です。

**★ 目指すべき取組の方向性**

- 高齢者が自らの知識、能力、興味等に応じて活動し、地域の中で、生きがいをもって、いきいきと元気に暮らすことができる環境づくりを目指し、「元気シニアのいきいき生活応援メニュー(注)」を推進していきます。

注) 元気シニアのいきいき生活応援メニュー

元気シニアの方々が、いつまでも元気でいきいきと暮らすことができるため、県や関係団体で取り組んでいる高齢者の活動促進事業を集約・メニュー化し、県のホームページで公表するものです。

主なものとしては、ボランティア活動、技能習得、シルバー人材センター、県民大学、健康講座、美術展などを紹介しています。

- 高齢者が参加できる各種のスポーツ事業を提供及び支援し、豊かな県民生活のより一層の充実に努めていきます。
- 生涯学習に関する地域で活動している団体・グループの情報等を提供し、高齢者の生涯学習活動、地域参加活動を支援していきます。
- 高齢者の働く意欲と蓄積された経験・技能を活かして、活力ある地域社会づくりができるよう、シルバー人材センターの設置を促進していきます。

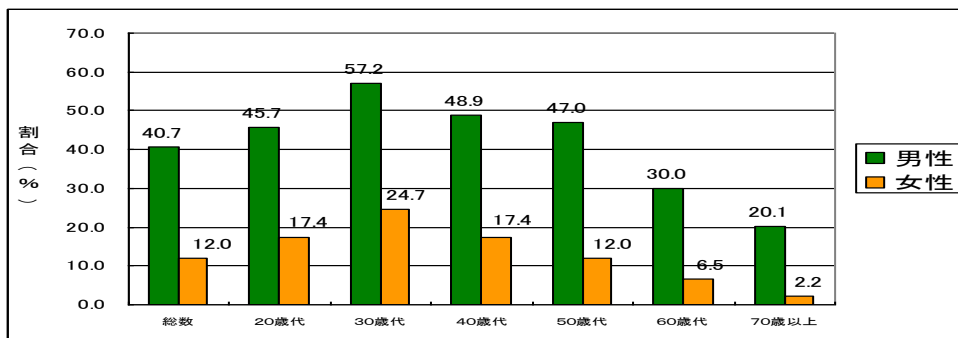
エ たばこ及びアルコール対策

①たばこ対策

★ 現状と課題

- 喫煙は、肺がんなどの多くのがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、呼吸器疾患（COPD（慢性閉塞性肺疾患））、糖尿病や周産期の異常（早産、低出生体重児等）など命に関わる病気の危険性が高くなることが明らかとなっています。また、喫煙者のたばこの煙による受動喫煙も、喫煙習慣を持たない方にとっては不快であるだけでなく、肺がんや虚血性心疾患、乳幼児の喘息やSIDS（乳幼児突然死症候群）などに係るリスクを増大させています。
- 習慣的に喫煙する方（たばこを「毎日吸う」、「時々吸っている」）の割合を見ると、男女とも30歳代が最も高く、男性は2人に1人、女性は4人に1人が習慣的に喫煙している状況となっています。

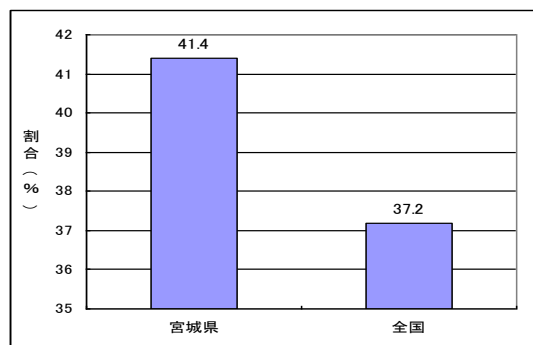
【習慣的に喫煙する方の割合】



出典：平成22年県民健康・栄養調査（県保健福祉部）

- また、習慣的に喫煙する方のうち、男性の割合が全国と比較して高く、平成18年から平成22年までの国民健康・栄養調査結果を年齢調整した都道府県別順位では、男性はワースト9位となっています。

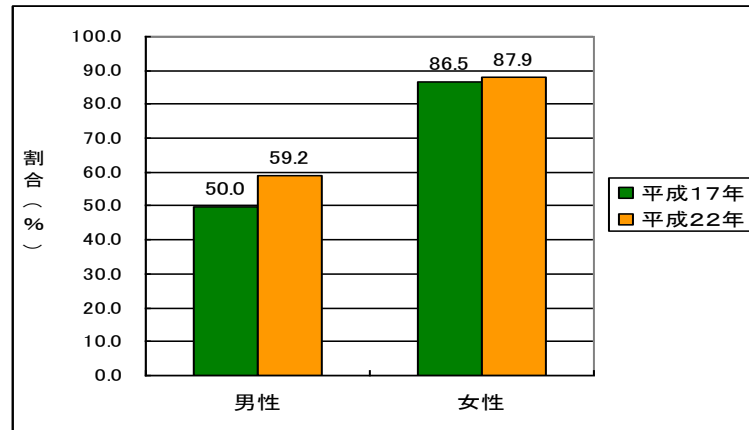
【習慣的に喫煙する方の割合（全国との比較：男性）】



出典：国民健康・栄養調査（平成18年～22年）  
（厚生労働省）

- 一方、非喫煙者の割合を見ると、男女とも割合が増加しており、男性は約6割、女性は9割弱となっています。

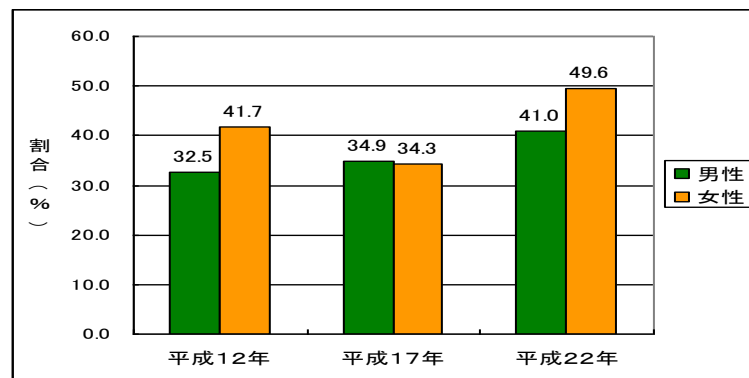
【非喫煙者の割合】



出典：平成17年県民健康調査，平成22年県民健康・栄養調査  
(県保健福祉部)

- また、喫煙者のうち、「たばこをやめたい」と思っている方の割合は増加してきており、男性では4割強、女性は約半数に上がっています。

【たばこをやめたいと思っっている方の割合】

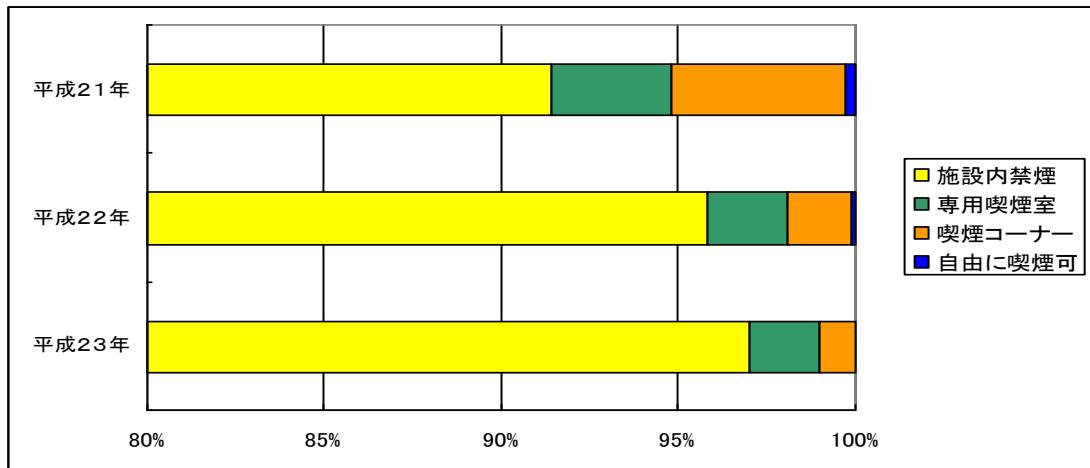


出典：平成12年・22年県民健康・栄養調査  
平成17年県民健康調査 (県保健福祉部)

- 公共施設における受動喫煙について、対策を講じている公共施設は2,420施設（平成23年度）で100%となりました。最も多い対策は「施設内禁煙」の2,347施設となりました。専用喫煙室の設置は前年度の61施設から48施設に減少し、このうち91.7%が換気扇を設置しています。

なお、喫煙コーナーの設置は、前年度の41施設から25施設に減少していますが、約7割は間仕切りなしの不完全な対策になっています。

【公共施設における受動喫煙対策の年次推移】



出典：受動喫煙対策調査結果（県保健福祉部）

★ 目指すべき取組の方向性

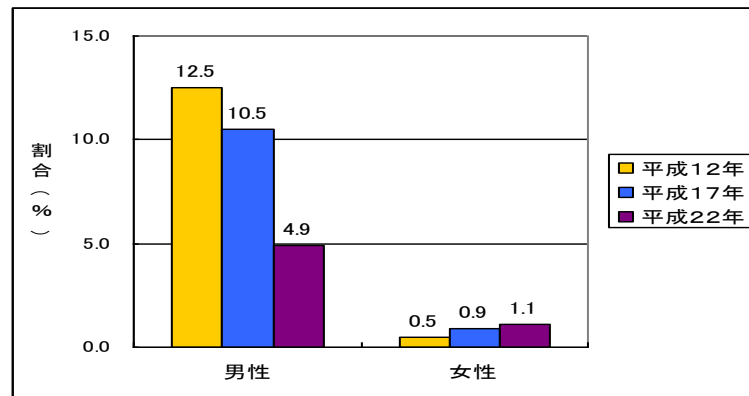
- 「第2次みやぎ21健康プラン」における「取組の方向性」により、以下の取組を行います。
  - ・ 世界禁煙デーや禁煙週間、イベントやセミナーの各種事業において、たばこの健康への悪影響について普及啓発を行っていきます。また、県のホームページ等を活用し、広報活動を充実していきます。
  - ・ たばこをやめたい方のうち、禁煙指導を受けたいと考えている方が、身近な場所で指導が受けられるよう禁煙外来のある医療機関や禁煙支援薬局、市町村、保健所等での禁煙支援の充実と情報提供を行っていきます。
  - ・ 小・中学校、高等学校、大学・専門学校への出前講座等を実施し、児童、生徒のリスクに関する教育や啓発を充実強化していきます。また、保護者に対して普及啓発を行い、未成年の喫煙問題についての意識を高めます。
  - ・ 公共施設、職場、飲食店、宿泊施設等に受動喫煙の健康被害や防止の必要性について、情報提供を行っていきます。また、受動喫煙の防止のための社会環境の整備に取り組む施設を増やし、ホームページ等で好事例に関する情報など、広報を行っていきます。
  - ・ 喫煙防止、禁煙支援や受動喫煙対策を推進するために、市町村や学校保健担当者、職場や飲食店等の関係者を対象とした研修会を行っていきます。
- 上記の取組の他、医療費の適正化を図るためには、医療関係者との協働による健康への悪影響の啓発も必要です。県医師会等、関係団体との連携・協力を得ながら、県民に対する啓発活動を行っていきます。

②アルコール対策

★ 現状と課題

- アルコールの長期にわたる多量飲酒は、アルコールへの依存を形成するほか、がんや肝疾患、脳卒中など多くの疾患とも関連するなど、健康にも大きな影響を与えます。
- 平成22年における多量飲酒者（週4日以上かつ1日3合以上：1日に純アルコール60g以上）の割合は、男性で4.9%、女性で1.1%となりましたが、女性の多量飲酒者が増加傾向にあります。

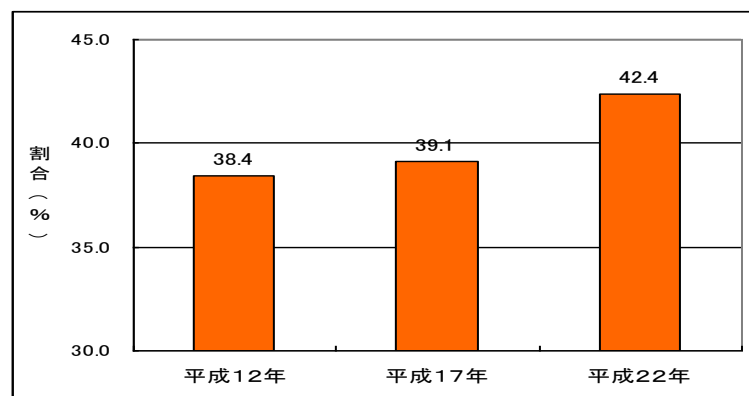
【多量飲酒者の割合】



出典：平成12年・22年県民健康・栄養調査、平成17年県民健康調査（県保健福祉部）

- また、節度ある飲酒量（1日1合程度：1日に純アルコール20g程度）を知っている方の割合は、有意に増加しています。

【節度ある飲酒量を知っている方の割合】



出典：平成12年・22年県民健康・栄養調査、平成17年県民健康調査（県保健福祉部）



★ 目指すべき取組の方向性

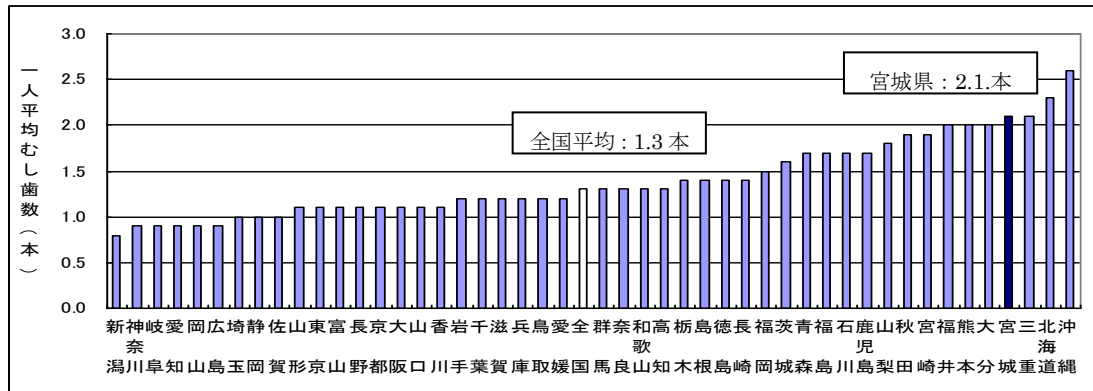
- 「第2次みやぎ21健康プラン」における「取組の方向性」により、以下の取組を行います。
  - ・ 働き盛り世代に対しては、多量飲酒の影響などについて健診実施後の情報提供及び保健指導の実施の他、職域保健と連携し、適正飲酒やアルコールと健康についての正しい知識の普及啓発を行っていきます。
  - ・ 未成年者の飲酒防止について、地域と学校が連携して未成年者及び保護者への健康教育の実施や普及啓発を行っていきます。

オ 歯と口腔の健康づくり

★ 現状と課題

- 歯と口腔の健康は、バランスの取れた食生活の維持という点できわめて重要であり、さらには、食事を味わう、会話を楽しむ、いきいきとした表情で人と交流するなど、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寄与しており、生活の質（QOL）の維持向上を図る上で欠かせない分野の一つです。
- 3歳児のむし歯のない児童の割合は、本県では平成22年度3歳児歯科健康診査結果(女川町・南三陸町を除く)では、70.2%と改善傾向にあるものの、全国平均(78.5%)と比較すると、依然少ない状況にあります。
- 12歳児の一人平均むし歯の本数は、平成22年学校保健統計調査(文部科学省)では、本県は2.1本と、全国平均(1.3本)と比較すると多い状況にあります。

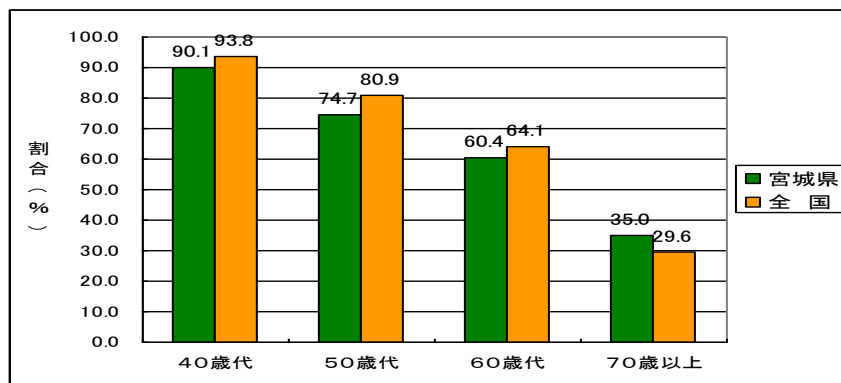
【12歳児一人当たり平均むし歯本数】



出典：平成22年度学校保健統計調査(文部科学省)

- 自分の歯を20本以上有する方の割合は、本県では特に働き盛りの世代で全国平均よりも少なくなっています。

【自分の歯を20本以上有する方の割合】



出典：平成22年県民健康・栄養調査(県保健福祉部)  
平成21年国民健康・栄養調査(厚生労働省)

- 80歳で20本以上の自分の歯を有する方の割合は、平成22年県民健康・栄養調査の結果では、31.8%となっており、平成21年国民健康・栄養調査による全国値と比較し、高くなっています。
- 過去1年間に歯科検診を受診した方の割合は、平成22年では39.7%となっており、全国値（平成21年国民健康・栄養調査）の34.1%と比較し、高くなっています。  
より多くの方が歯周疾患検診を含めた検診をすることにより、歯と口腔の健康状態を把握しておく必要があります。

**★ 目指すべき取組の方向性**

- 「宮城県歯と口腔の健康づくり基本計画」において、幼児期には、「乳児むし歯の予防・口腔清掃の習慣づけ」をテーマに、学童期には、「永久歯むし歯と歯肉炎の予防」をテーマに、青年期以降には、「歯周疾患対策と口腔機能の維持」をテーマに、以下の取組を行います。
  - ・ 歯周疾患検診の実施率や受診率を向上させるため、より一層の普及啓発を図ります。
  - ・ 妊産婦期から乳幼児期にわたる定期的な歯科健康診査・保健指導体制の推進とフッ化物応用等による効果的な歯科口腔保健対策の普及、学童期・思春期における歯科口腔保健教育、歯科口腔保健活動の推進を図ります。
  - ・ 生涯を通しての歯と口腔の健康づくりのため、地域ぐるみでの普及啓発等の対策を強化します。
  - ・ 各医療ステージにおける口腔ケアの実施について、関係機関間の調整を促進し、入院患者や在宅療養患者へのサービスの提供を促進します。

(2) 二次予防の推進

★ 現状と課題

- 早期に病気を発見し、治療に結びつける「二次予防」の状況を見てみます。
- 本計画策定の基礎となっている「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、平成20年度から「特定健康診査」(注)が実施されています。

注) 特定健康診査

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診のことで、以下の項目を実施します。

基本的な項目: 質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、血圧測定、理学的検査(身体診察)、検尿(尿糖、尿蛋白)、血液検査(脂質検査、血糖検査、肝機能検査)

詳細な健診の項目: 一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施するものです。  
(心電図、眼底検査、貧血検査)

- 特定健康診査の実施状況を全国値で見ると受診者数の増加により、実施率が上がってきていますが、第一期計画における全国目標値である70%には至っていません。

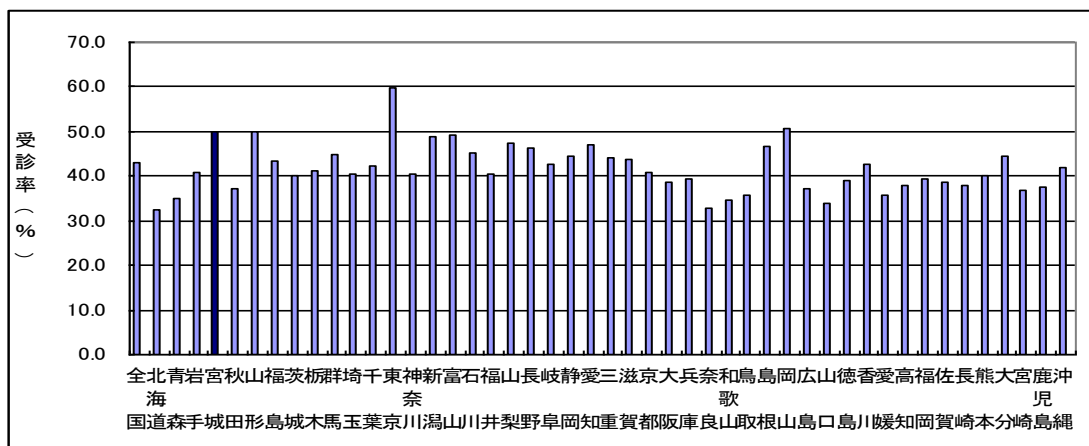
【特定健康診査の実施状況(全国)】

| 年 度    | 対象者数(人)    | 受診者数(人)    | 実 施 率 |
|--------|------------|------------|-------|
| 平成20年度 | 51,919,920 | 20,192,502 | 38.9% |
| 平成21年度 | 52,211,735 | 21,571,509 | 41.3% |
| 平成22年度 | 52,192,070 | 22,415,595 | 42.9% |

出典: 平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)  
※平成21・22年度は推計値(厚生労働省提供)

- 平成22年度における本県の特定健康診査の実施状況は470,355人(推計値)であり、実施率は49.9%と、全国平均よりも高く、東京都・岡山県・山形県に次いで全国4位となっています。

【都道府県別特定健康診査の実施状況(平成22年度)】



※推計値(厚生労働省提供)

- 特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対し、専門的知識・技術を持った医師・保健師・管理栄養士等による「特定保健指導」を実施しています。
- 特定保健指導を終了した方の割合（特定保健指導実施率）を全国値で見ると、実施率は上がってきていますが、第一期計画における全国目標値である45%には至っていません。

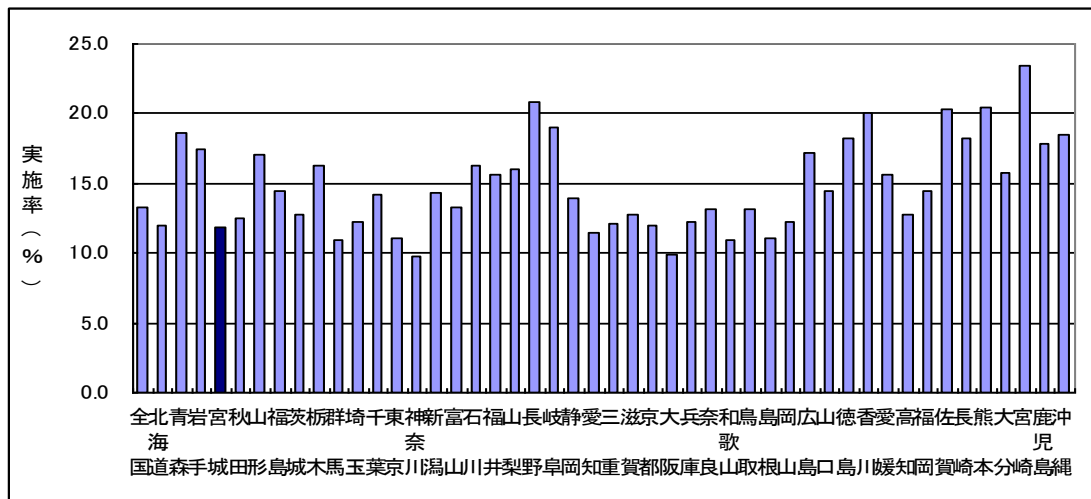
【特定保健指導の実施状況（全国）】

| 年 度    | 特定保健指導の対象者(人) | 特定保健指導終了者(人) | 特定保健指導実施率 |
|--------|---------------|--------------|-----------|
| 平成20年度 | 4,010,717     | 308,222      | 7.7%      |
| 平成21年度 | 4,071,837     | 507,225      | 12.5%     |
| 平成22年度 | 4,084,101     | 543,049      | 13.3%     |

出典：平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）  
 ※平成21・22年度は推計値（厚生労働省提供）

- 平成22年度の本県における特定保健指導については、対象者が90,832人、特定保健指導を終了した方が10,795人（いずれも推計値）であり、実施率は11.9%と、全国平均よりも低く、全国でも下位となっています。

【都道府県別特定保健指導の実施状況（平成22年度）】



※推計値（厚生労働省提供）

★ 目指すべき取組の方向性

- 医療費の適正化を図るためには、病気の早期発見・治療に結び付ける特定健康診査について、実施率の向上に向けた取組が必要です。  
 そのためには、メタボリックシンドロームや生活習慣病などの予防に関する正しい

知識の普及啓発はもとより、検診機関等における受診についての啓発や対象者への周知を行うことなど、受診機会の拡大に努める必要があります。

- 以上を踏まえ、保険者や市町村等における健診について、円滑な実施の支援や広報・普及啓発に関する以下の取組を行っていきます。
  - ・ 医療機関や関係団体とも連携し、保険者、職場、学校等における健診や健康教育等において、メタボリックシンドロームや生活習慣病などの予防についての正しい知識や生活習慣の改善方法などの普及啓発を行います。
  - ・ 保険者や市町村等が実施する特定健康診査や特定保健指導の効果的、効率的な実施に向け、マスメディアを活用した普及啓発を行います。また、実施率の向上を図るため、受診についての普及啓発を行うとともに、対象者への周知内容及び方法の工夫や受診機会の拡大等について支援していきます。

(3) 数値目標

- 前記(1)・(2)に掲げた「目指すべき取組の方向性」による施策を行い、数値目標を以下の表のとおり設定することとします。
- なお、目標値については、関連する計画との整合性を図りながら、評価及び進行管理を行っていきます。

【県民の健康の保持の推進についての数値目標】

| 項 目              |  | 第1期計画<br>策定時直近値 | 現 況 値                          | 目 標 値<br>(平成29年度)         | 備 考   |
|------------------|--|-----------------|--------------------------------|---------------------------|---|
| 国の基本方針<br>に基づく目標 | 特定健康診査の実施率                                     | —               | 49.9%<br>(H22)                 | 70%                       | 全国目標値と同様とする。  |
|                  | 特定保健指導の実施率                                     | —               | 11.9%<br>(H22)                 | 45%                       |   |
|                  | メタリックシンドロームの該当者<br>及び予備群(特定保健指導の実施<br>対象者)の減少率 | —               | (該当者・予備群の割合)<br>29.4%<br>(H22) | 減少率<br>25%                | 「第2次みやぎ21健康プラン」との<br>整合性を図った上で、目標値を設定<br>する。<br>□   |
|                  | 成人の喫煙率<br>(第二期計画において新たに追加)                     | —               | 男性40.7%<br>女性12.0%<br>(H22)    | 男性20%<br>女性6%             |   |
| 本県独自<br>の目標      | 成人の食塩摂取量                                       | 11.2g<br>(H18)  | 男性11.9g<br>女性10.4g<br>(H22)    | 男性9g<br>女性8g              | ただし、上記プランの目標年度を平<br>成34年度としていることその他、震災<br>からの復興状況を勘案し、健康調査<br>等を行い、中間評価を経て、平成29<br>年度に目標値の見直しを図ることとし<br>ていることから、本計画においても上<br>記プランの進捗状況を踏まえつつ、<br>平成27年度の中間評価の際に目標<br>値の見直しを行うことで補完する。 |
|                  | 脂肪エネルギー比率<br>(20代～40代)                         | —               | 25.6%<br>(H22)                 | 25%以下                     |   |
|                  | 運動の習慣化<br>(運動習慣者の増加)                           | 男性              | 30.2%<br>(H18)                 | 36.2%<br>(H22)            |   |
| 女性               |  | 21.2%<br>(H18)  | 26.6%<br>(H22)                 | 33%(20～64歳)<br>48%(65歳以上) |   |

注)「成人の喫煙率」については、第1期計画では本県の独自目標としていました。

2 医療の効率的な提供の推進

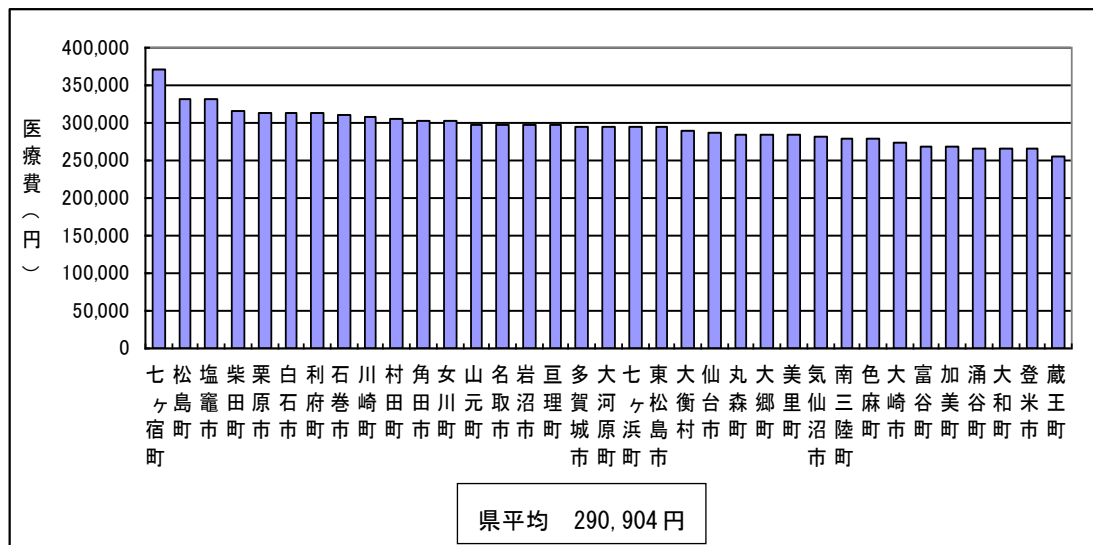
- 23 ページに掲げた基本理念2の「超高齢社会の到来に対応する」ためには、限られた医療資源を効率的に提供することが必要です。
- 国の基本方針に基づき、本県の医療費や死因順位で大きな位置を占めている生活習慣病に対する対策や、医療と介護の連携、在宅医療や居宅介護サービスの充実などによる退院患者の受入体制の整備など、良質な医療の提供と併せ、生活の質の維持・向上を確保することが重要と考えます。

(1) 受診の適正化

★ 現状と課題

- 平成22年度における県内市町村別の一人当たり医療費を国保医療費で見ると、七ヶ宿町、松島町、塩竈市、柴田町、栗原市の順となっており、最も高い七ヶ宿町と最も低い蔵王町とでは、約12万円（1ヶ月当たりで約1万円）の開きがあります。

【平成22年度県内市町村別一人当たり国保医療費】

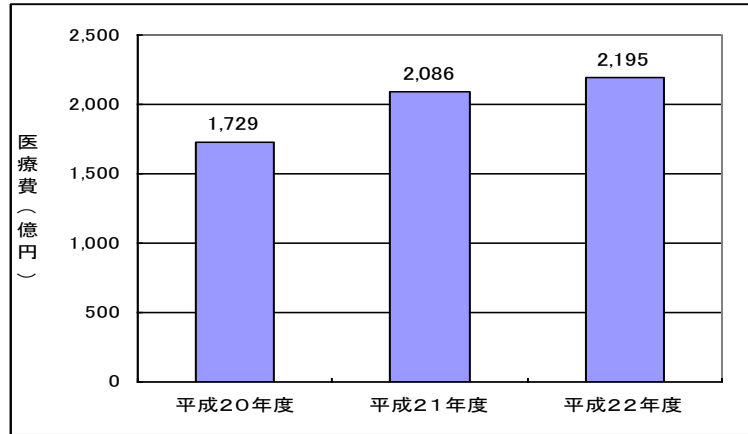


出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）



- 次に、本県における後期高齢者医療費の推移を見ると、平成22年度では約2,195億円であり、増加しています。

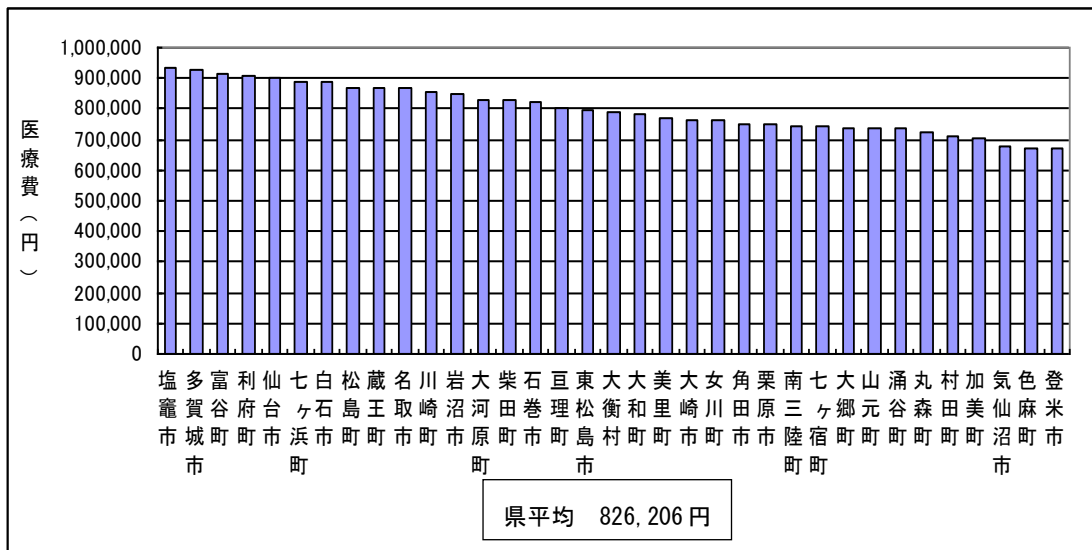
【宮城県の後期高齢者医療費の推移】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）  
 ※平成20年度は、後期高齢者医療が始まった4月診療から翌年2月診療までの11か月分となります。

- 平成22年度における県内市町村別の一人当たり後期高齢者医療費を見ると、塩竈市、多賀城市、富谷町、利府町、仙台市の順となっており、最も高い塩竈市と最も低い登米市とでは、約27万円（1ヶ月当たりで約2.2万円）の開きがあります。

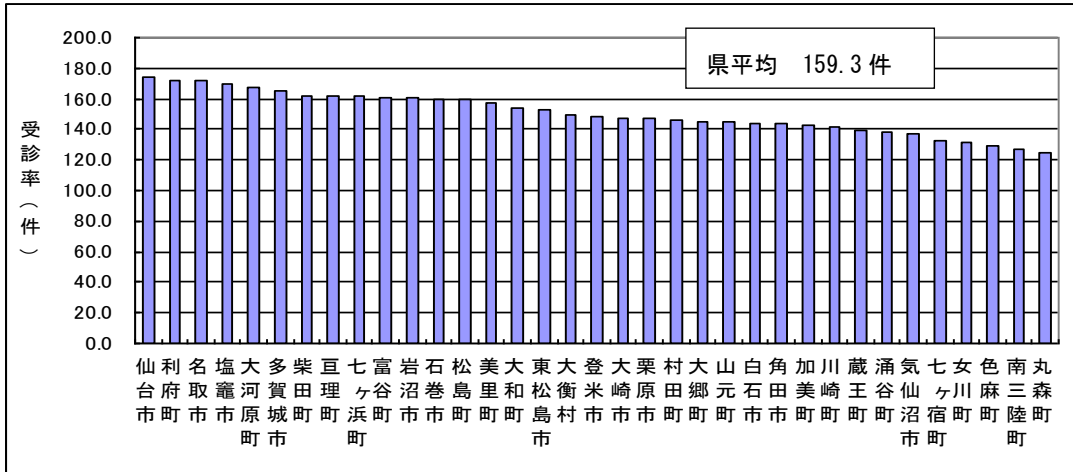
【平成22年度県内市町村別一人当たり後期高齢者医療費】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）

- 次に、後期高齢者医療費の3要素を見てみます。まず、年齢調整受診率では、仙台市、利府町、名取市、塩竈市、大河原町の順となっています。

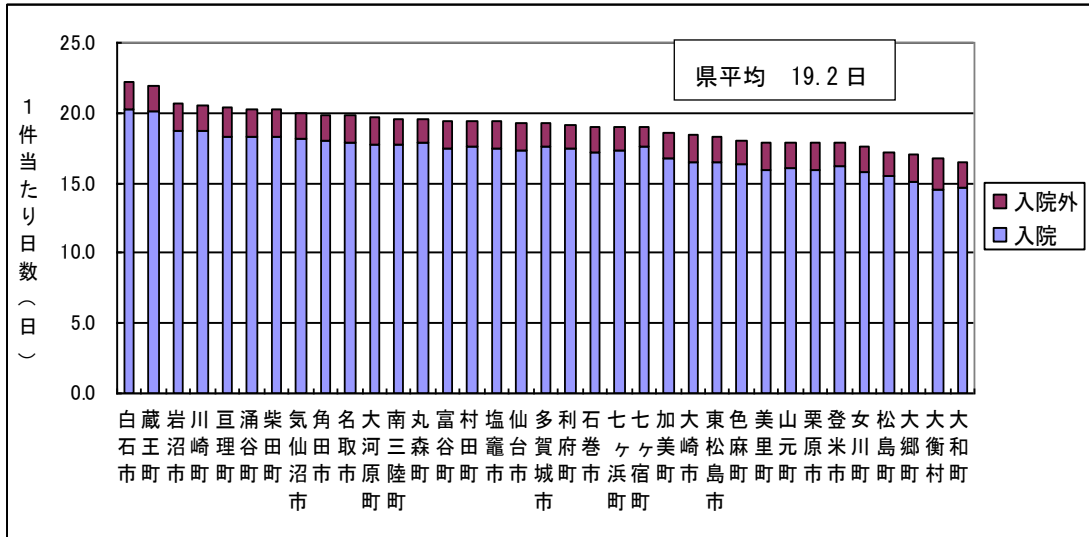
【平成22年度県内市町村別後期高齢者年齢調整受診率（100人当たり／月）】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）

- 1件当たりの日数では、白石市、蔵王町、岩沼市、川崎町、亶理町の順となっています。

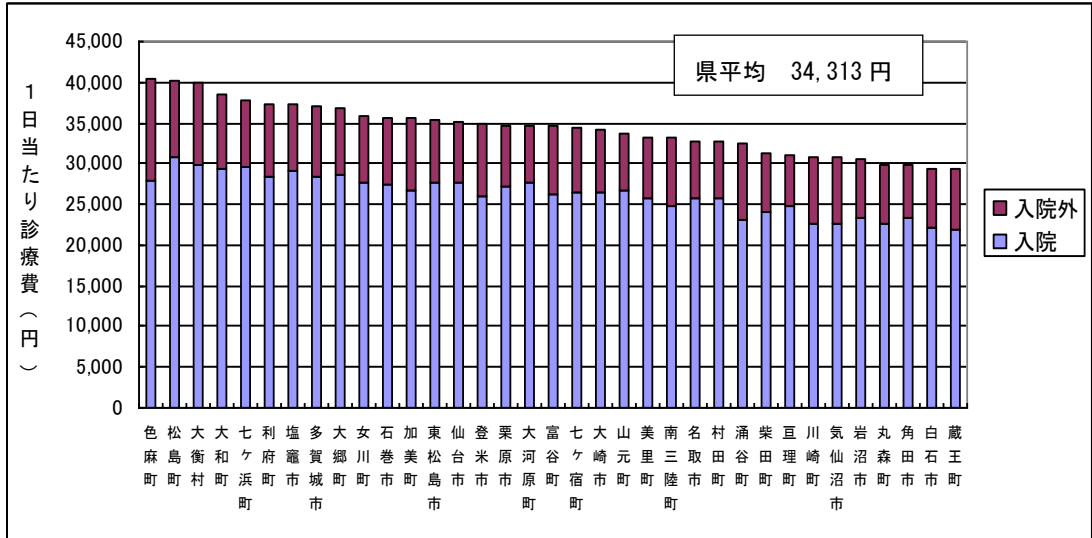
【平成22年度県内市町村別後期高齢者医療費1件当たり日数】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）

- 1日当たりの診療費では、色麻町、松島町、大衡村、大和町、七ヶ浜町の順となっています。

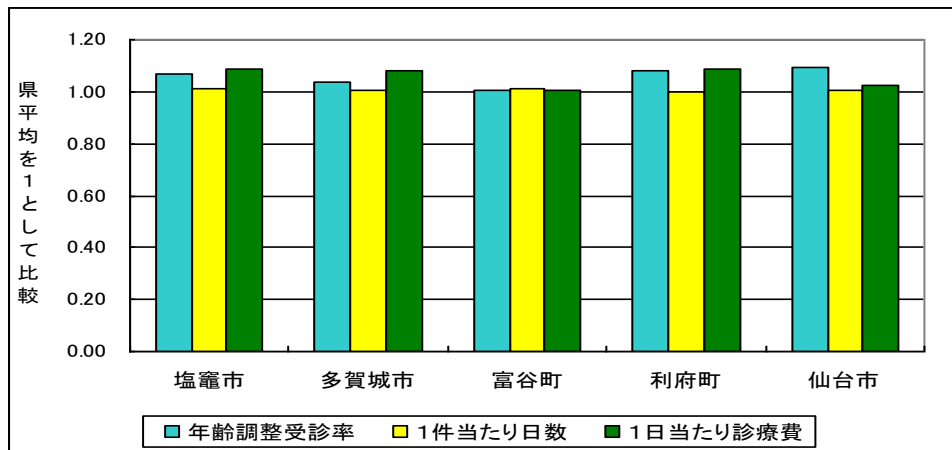
【平成22年度県内市町村別後期高齢者医療費1日当たり診療費】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）

- 一人当たり後期高齢者医療費の上位5市町における医療費の3要素の状況を見てみると、受診率及び1日当たり診療費の高さが要因となっています。

【一人当たり後期高齢者医療費が高い市町における医療費3要素の状況】



出典：平成22年度国民健康保険・後期高齢者医療の概要（県保健福祉部）

**★ 目指すべき取組の方向性**

- 県内市町村における1人当たり医療費や、医療費の3要素である受診率の状況などを見ると、市町村間格差の是正が課題となっています。
- また、後期高齢者医療費の3要素の状況では、特に受診率や1日当たり診療費の高さも大きな要因になっていることが伺われることから、重複受診の適正化は取り組むことができる有用な対策であると考えます。
- 受診の適正化の推進に向けた取組の方向性を以下に記載します。

**① 重複受診や重複処方等への対策**

- 医療費を押し上げる要因として、同じ疾病の重複受診、医薬品の重複処方などが上げられます。
- 市町村ではレセプトの縦覧点検の実施により、重複・頻回受診者等を的確に把握した上で、保健担当課と十分な連携を図りながら、訪問指導活動を充実・強化していくとともに、訪問指導後の効果の検証や医療費分析を行い、保健指導の充実など、医療費の適正化を図ることとします。また、レセプト点検は医療費適正化を図るための有効な手段であることから、実施指導及び研修会等を通して、各保険者のレセプト点検員の資質の向上など、点検体制の充実・強化を図ります。
- 電子カルテを複数の医療機関が連携して活用することも、効率的な医療連携の構築に加え、重複受診の是正に効果があるものと考えられることから、ICTを活用した医療福祉情報ネットワーク構築の推進を図ります。
- 薬局で配布している「お薬手帳」が、薬による治療の有効性・安全性の向上に大変有効であるという利点について、患者はもちろんのこと、医療関係者に対してもその趣旨を周知し、活用と普及に努めます。

**② 県民に対する意識啓発**

- 重複受診については、行政からの働き掛けのほか、県民自身も適正な受診に心掛けることが必要であると考えます。
- このため、重複受診等に伴い重複処方された薬の服薬等により副作用の発生リスクが増大することに加え、結果的に医療費を増加させることなど、県政だよりなどの広報を通じ、医療費適正化に向けた県民の意識を高めるための普及啓発に努めます。

**③ かかりつけ医の普及や、診療所と病院の機能分担・連携**

- 県民の重複受診・頻回受診を適正化し、かつ、県民の病状に応じた適切な医療を提供するためには、各診療所が日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といった、かかりつけ医機能の向上を図ることが重要です。また、大きな病院に患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかっている問題を解消するため、かかりつけ医も含

めた各医療機関が、地域の実情に応じて専門性や役割を明確化し、機能分担・連携を進めていくことが必要です。

このため、地域医療計画において、診療所と病院あるいは病院間の連携や、各医療機関の機能分担・連携のあり方について、県民にもわかりやすい形で明示していきます。

- 医療機関が持っている医療機能に関する情報を集約し、インターネット等を通じ県民に分かりやすい形で情報提供することで、県民の適切な医療機関の選択を支援します。

#### ④ セカンドオピニオン外来の充実

- セカンドオピニオン（主治医とは別の第三者的立場にある医師から意見を聴くこと）外来は、重複受診の適正化のみならず、患者自らの意思決定に基づいたより良い医療の実現の観点からも有効な手段です。
- このため、セカンドオピニオン外来の実施医療機関の充実はもとより、県民に対して、治療への不安を抱いた際のセカンドオピニオン外来の積極的な利用の啓発を行っていきます。
- なお、セカンドオピニオン外来に係る費用は、医療機関によって差があることから、利用促進のためにも、各医療機関では利用しやすい料金設定が望まれるところです。

#### ⑤ 一次予防の推進（再掲）

- このほか、受診の適正化を進める前に、まず医療機関にかからないことが必要であり、そのためには、日ごろから健康づくりに留意するなど、一次予防に心がけることが重要です。
- 前掲（24 ページ～）したように、バランスの取れた食生活や食習慣の実現、身体活動・運動量の増加あるいは禁煙などの一次予防の取組を進めていきます。

## (2) 平均在院日数の短縮

## ア 医療連携体制の構築と地域連携クリティカルパスの活用

## ① 医療連携体制の構築

## ★ 現状と課題

- 人口の減少や少子化及び高齢化の進展に加え、東日本大震災の影響により、生活環境が大きく変化している中、住み慣れた地域において良質かつ適切な医療を受けたいという県民からの要請は強まっています。
- 医療を提供する側では、東日本大震災の影響が医療機関の廃止、再編、医療従事者の流出という形で表れ、他方では医療の高度化や専門化が進み、特定の医療機関に医療機能が集約化される傾向にあります。
- このような状況の中、県民の要望に応えるためには、限られた医療資源を有効に活用することが重要であり、かつ、必ずしも十分とは言えない医療機能を補うことが必要です。
- そのため、医療機関にあっては、各医療圏において期待される役割を理解した上で、他医療機関との連携を図り、疾患又は診療科ごと、あるいは急性期、回復期又は維持期といった治療段階における機能を分担することが必要です。

## ★ 目指すべき取組の方向性

- 限りある医療資源を有効活用するためには、各診療分野で効率的な医療提供体制を構築することが重要です。このため、各診療分野での医療機関の機能分担・連携について、第6次宮城県地域医療計画を通じて明示するとともに、関係団体とも協力し、医療機関相互の調整を行っていきます。
- また、計画における5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）について、個々の疾病の状況に応じて医療はもとより保健及び介護サービスが連携して実施される体制を構築する必要があることから、5疾病の医療機能を明確にし、それらに基づいた医療提供体制を明示（52・53ページ参照）するとともに、医療機関相互の連携を図っていきます。
- これらの取組を通じて平均在院日数が短縮することにより、結果として必要となる病床数が減少しますが、一方、業務量の増加も見込まれることから、医療従事者の確保も重要な課題の一つです。また、退院する入院患者が安心して他の医療機関や介護保険施設、あるいは自宅へ円滑に移行できるように、入院患者の状態や家庭環境に配慮しながら、関係者が連携し切れ目のない医療や介護を提供することが必要です。
- 重症の救急患者に対する速やかな搬送は、患者の救命に加え、その後の後遺症の軽減にもつながります。平成22年における救急車による119番通報から医療機関等への救急搬送時間（病院収容所要時間）は39.1分であり、全国平均の37.4分と比べ、約2分弱の遅れとなっています。救急搬送に際して、脳卒中や急性心筋梗塞などを疑

うような症状が出現した場合，本人や家族等周囲にいる者が，速やかに救急隊を要請し，迅速に専門の医療施設を受診できるような行動を取るよう，医療機関の協力を得ながら，県民に対する啓発を行っていきます。併せて，初期救急体制や二次救急体制の充実など，適切な救急医療の提供体制の構築を図っていきます。

救急患者が発生した現場での適切な手当が救命率の向上に有効であることを県民に周知し，応急手当やAED（注）を含めた蘇生法等の普及を進めていきます。

- しかしながら，近年，症状が軽い場合でも，安易に救急車を利用したり，いつでも受診可能であるとして，時間外に救急医療機関を訪れる患者も増加している状況にもあることから，軽症患者は昼間に受診することや救命救急センターは重篤救急患者に対応するものであること等，救急医療機関の適切な利用について理解を求めていくこととします。

注) AED (Automated External Defibrillator)

医療機器の1つで、「自動体外式除細動器」を言います。心室細動の際に機器が自動的に解析を行い，必要に応じて電氣的なショック（除細動）を与え，心臓の働きを戻すことを試みる機器です。

## 【(参考) 5 疾病の医療提供体制の構築 (第6次宮城県地域医療計画)】

**1 がん****(1) 医療提供体制の整備**

ア 放射線療法, 化学療法, 手術療法の更なる充実及びチーム医療の推進

- ① 各種医療チームの設置などの体制整備
- ② 東北大学の「東北がんプロフェッショナル養成推進プラン」による専門医師等の人材養成

イ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- ① 基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築
- ② 緩和ケアに関する相談・支援を受けられる体制の整備
- ③ 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上
- ④ 急変患者や医療ニーズの高い要介護者の受入体制の整備

ウ 地域連携体制の推進

- ① 地域完結型のサービス提供体制の整備
- ② 医療圏を越えて, 切れ目のない良質な在宅医療・介護サービスを受けられる体制整備
- ③ 医科歯科連携による口腔ケアの推進, 化学療法に際しての病院薬剤師と地域の薬剤師との連携の推進

**(2) 情報提供と相談支援体制の充実**

- ① インフォームド・コンセント(注1)の体制整備
- ② セカンドオピニオン(注2)の普及啓発と体制整備

**(3) がん登録の更なる推進**

- がん登録の精度の向上(効率的予後調査体制の構築, 院内がん登録実施の医療機関増加)

**2 脳卒中****(1) 医療提供体制の整備**

- ① 救急搬送実施基準に基づく, 迅速に搬送先が決定するシステムの充実
- ② 24時間体制で診断, 急性期治療が実施できる体制整備
- ③ 維持期医療について, 介護との連携による体制整備
- ④ 医療情報ネットワークの整備

**(2) 関係機関との連携**

- 特に年齢調整死亡率の高い地域における関係者及び関係機関による対策の検討

**(3) 啓発活動**

- 脳卒中に関する県民に対する普及啓発

**3 急性心筋梗塞****(1) 発症後の速やかな救命処置の実施と搬送体制**

- ① 救急蘇生法等の適切な実施に係る啓発の推進
- ② 医療機関への迅速な搬送(県内のメディカルコントロール協議会の活動を通じた, 適切な観察・判断・救命措置, 経皮的冠動脈インターベンション(PCI)が可能な医療機関への直接搬送の推進, 県救急医療情報システムによる受入可能医療機関情報の提供)

**(2) 速やかな専門的診療と治療支援**

- ① 救命率の向上, 24時間体制による専門的治療の実施の推進
- ② 「12誘導心電図伝送システム」の導入による受入体制の整備

**(3) 医療機関の機能分担の促進と医療機関間の連携の推進**

- ① 急性期, 回復期, 再発予防まで継続して医療が提供できる体制整備
- ② 定期的専門的検査の実施の推進
- ③ 急性心筋梗塞治療の均てん化(注3)と回復期を視野に入れた急性期医療の推進
- ④ 急性期から回復期までの医療機関ネットワークの構築の促進

**(4) 合併症予防や在宅・社会復帰を目的とした心臓リハビリテーションの推進**

- 運動療法, 心臓リハビリテーション, 多要素リハビリテーションの実施と体制整備

**(5) 在宅療養の充実**

- ① 在宅医療を担う医療機関間, 介護サービス事業所等とのネットワーク形成・連携の推進
- ② 歯科と連携した口腔疾患予防・治療の推奨

**4 糖尿病****(1) 発症の予防**

- ① メタボリックシンドロームや糖尿病の予防及び合併症についての普及啓発
- ② 特定健診等による受診勧奨と保健指導従事者の人材育成支援



(2) 発症初期及び安定期における治療並びに合併症予防体制

- ① 地域連携クリティカルパス（注4）の活用の推進
- ② 確実な服薬の支援促進，口腔ケアの指導や歯周病治療による重症化予防の推進

(3) 専門治療・急性増悪時治療・慢性合併症治療

- 地域連携クリティカルパスやICTによる医療情報ネットワークの体制整備による医療機関相互の連携促進

5 精神疾患

(1) 精神保健・医療体制の整備と充実

ア 精神疾患の早期発見・早期治療に向けた相談・普及体制の充実・強化

- ① 相談体制の充実・強化，県民に対する相談機関・医療機関に関する情報提供
- ② 精神疾患に関する正しい知識の普及啓発
- ③ 県自殺対策計画及びアクションプランによる総合的な自殺対策の推進

イ 入院患者の退院促進

- ① 退院後の生活に係る相談・支援体制の整備，退院後の受け皿づくりの整備促進
- ② 精神科病院及び精神科診療所における往診や訪問看護，デイケア等の体制の推進

ウ 精神科救急医療体制の整備

- ① 宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制の整備
- ② 生活や医療に関する相談窓口の設置促進，マイクロ救急体制（注5）の推進

エ 身体合併症治療の推進

- ① 適切な医療が提供できる医療体制の整備と医療従事者による研修の推進
- ② 総合病院における精神科医療の提供の促進

オ 専門医療の確保

- ① アルコール，薬物依存症に対する相談体制と普及啓発の充実
- ② 社会的ひきこもりに対する相談支援の充実
- ③ 発達障害に対する各分野との協働による支援体制強化，一般医療機関と専門医療機関の連絡体制の整備の推進
- ④ 高次脳機能障害支援拠点機関を中心とした支援体制の充実と，診断可能な医療機関等の情報提供

カ 認知症の医療体制の整備

- ① かかりつけ医への認知症対応力向上研修の実施，認知症サポート医の養成
- ② 認知症疾患医療センターの指定
- ③ 認知症地域医療の連携体制の強化と地域ケア会議の開催による医療と介護の連携促進

(2) 東日本大震災に関するこころの健康への支援

- ① みやぎ心のケアセンターを中心とした，被災者等に対する支援体制の充実
- ② 子どものこころのケアチームによる医療ケアを含む相談や講話，研修等の実施
- ③ 在宅生活の継続を可能とする精神科病院等の専門職チームによる訪問支援
- ④ 市町村・関係団体等による被災者のこころのケア対策の推進

注1) インフォームド・コンセント

医療の提供に当たり，疾病の状況，治療目的，治療内容，処置に内在する危険性の治療法の可能性，経費などについて，医師等が，患者が理解できるよう十分な説明を行い，患者の同意の下に治療を行うこと。

注2) セカンドオピニオン

主治医とは別の第三者的立場にある医師から意見を聴くことをいいます。

注3) 均てん化

全国どこでも標準的な専門医療が受けられるよう，医療技術等の格差の是正を図ることをいいます。

注4) (地域連携) クリティカルパス

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診療計画表をいいます。「地域連携クリティカルパス」は，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，治療を受けるすべての医療機関で共有して用いられるものです（詳細は54ページに記載しています）。

注5) ミクロ救急体制

病院，診療所において，自院の患者やその関係者からの相談等に自発的に夜間・休日（時間外・予約外）に対応できる体制のことをいいます。

## ② 地域連携クリティカルパスの活用

## ★ 現状と課題

- 地域連携クリティカルパスは、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、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いられている「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機能の分担・連携を着実に推進するための有効なツールです。
- 地域連携クリティカルパスは、平成22年4月の診療報酬改定により、これまでの急性期と回復期の医療機関間の連携（病病連携）に加えて、維持期を担う一般診療所との連携（病診連携）、福祉関係機関との連携も評価されることになり、加算の対象が広がりました。
- 地域連携クリティカルパスを患者に提示・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ます。提示・説明に際しては、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含め、施設ごとに治療経過に沿って、診療ガイドラインに基づいた診療内容や達成目標等を診療計画として明示します。
- 導入効果としては、例えば回復期病院では、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、転院早々から効果的なリハビリが開始可能となり、早期の退院・社会復帰等が期待されます。また、患者自身が治療内容や今後の治療経過を理解し、目標達成に気持ちを向けることができます。さらには、重複した検査や投薬をせずに済むなど、多くの導入メリットがあります。
- 平成24年1月に実施した「平成23年度宮城県医療機能調査」では、導入数は病院で54機関、導入率38.3%となっており、複数の地域で関係団体によりそれぞれの取組が行われていますが、多くの導入メリットがあることから、導入拡大を図っていく必要があります。



★ 目指すべき取組の方向性

- 県においても、医療機関の連携を促進するため、地域連携クリティカルパスの導入拡大を推進していきます。  
具体的には、関係医療機関及び関係団体への働きかけを行うとともに、パス開発及び導入に向けた検討を行っていきます。
- また、医療機関間の連携の窓口となる「地域連携室」は、平成24年1月現在で62の病院に設置されています（平成23年度宮城県医療機能調査）。今後は、上記パスの普及と併せ、地域連携室の実態把握とその機能の充実を図っていきます。

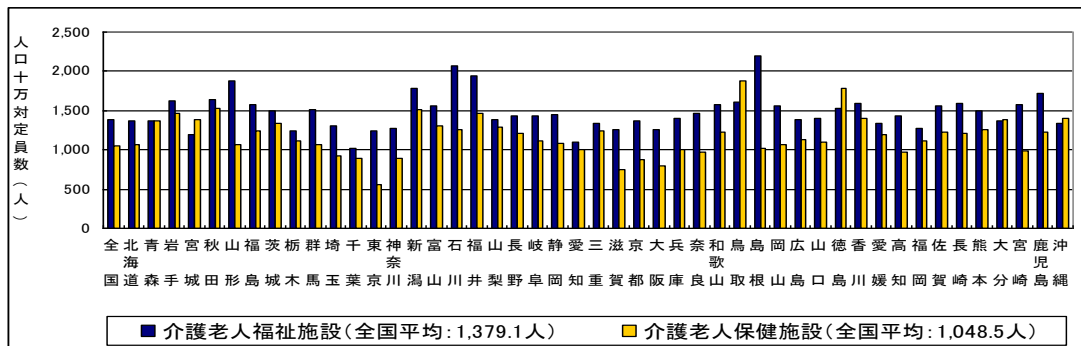
イ 施設・居住系サービスの充実

★ 現状と課題

- 医療の効率化を進めるに当たっては、居住系サービスの充実も重要です。
- 介護保険施設の65歳以上人口10万当たりの定員数を見ると、本県は介護老人保健施設では全国平均を上回る(1,383.8人)一方、老人福祉施設では全国平均を下回る(1,198.9人)状況にあります。

なお、老人福祉施設については、入所待機者が1万人を超える状況にあったことから、待機者解消を目指し施設整備に取り組んだ結果、第4期介護保険事業計画末(平成23年度末)では、全国平均を上回っています(注)。

【65歳以上人口10万対介護保険施設定員数(特養・老健)】

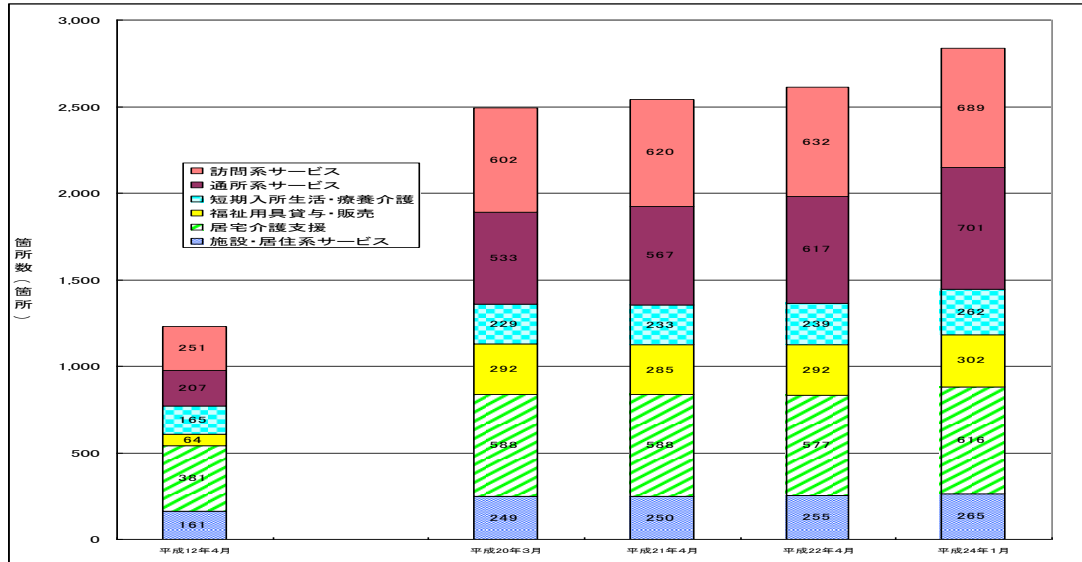


出典：平成22年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

注)「特別養護老人ホームの整備状況等」(県保健福祉部独自調査)  
 高齢者人口に対する整備率(平成23年度末)  
 宮城県：1.69% 全国平均：1.62%

- 次に、本県における介護サービス事業所・施設として指定を受けた事業所等の数の推移を見ると、介護保険制度開始から約11年でおおよそ2.3倍に増加しています。

【宮城県の介護サービス事業所・施設数の推移】



出典：第5期みやぎ高齢者元気プラン（県保健福祉部）  
 ※「介護予防サービス」、「地域密着型サービス」、「医療みなし」（注）を除きます。

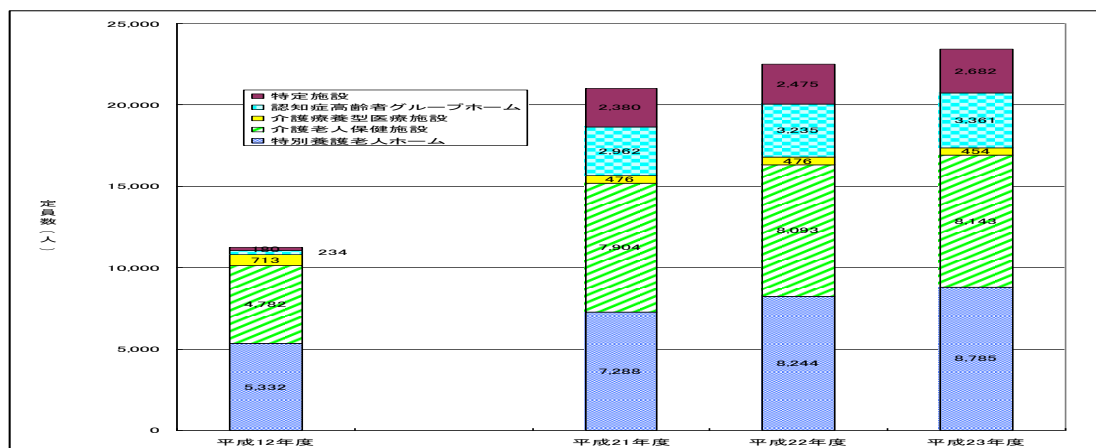
注)「介護予防サービス」…要支援者に対して提供される介護サービスで、要支援者の心身機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を目的としています。

「地域密着型サービス」…居宅の要介護者・要支援者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町村で提供される介護サービスであり、平成18年4月に創設されました。指定・指導監督の権限は、保険者である市町村が有します。

「医療みなし」…健康保険法に基づく保険医療機関及び保険薬局の指定があった場合に、介護保険法における訪問看護や訪問リハビリテーション等、一定の介護サービス事業所の指定があったものとみなされるものです。

- また、施設居住系サービスの利用定員数についても、この11年でおおよそ2倍となっています。

【宮城県の施設居住系サービスの利用定員数の推移】



出典：第5期みやぎ高齢者元気プラン（県保健福祉部）

- 以上の状況からも、今後の高齢化の進行に伴い、サービスの需要は増加し続けるものと推測されます。
- 高齢者の多くは住み慣れた自宅で生活を続けることを望んでいますが、介護を担う同居家族が少ないほど、施設入所を考える割合が高くなっています。一人暮らしであっても、介護保険サービスをはじめとする様々な福祉サービスや周囲の支えにより、住み慣れた地域での生活を続けることができる環境づくりが求められています。

**★ 目指すべき取組の方向性**

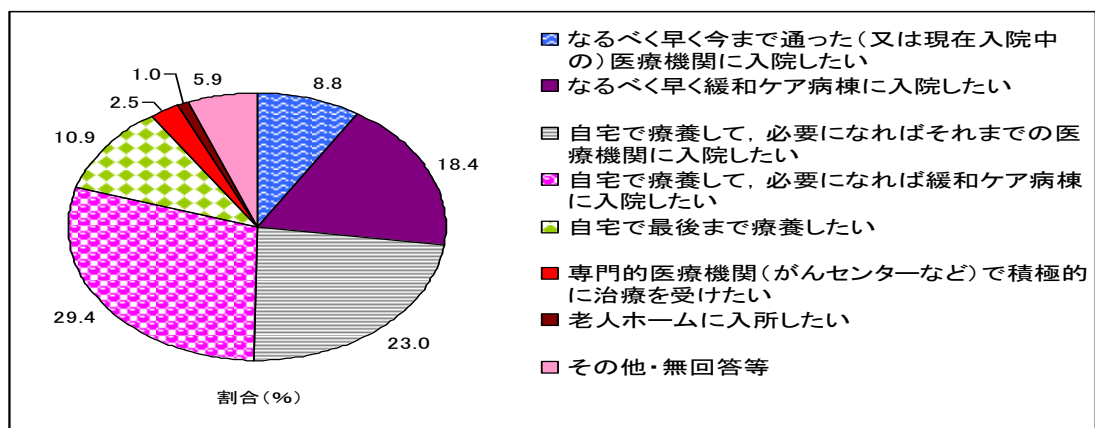
- 「第5期みやぎ高齢者プラン」における「施策展開の方向」により、サービス提供基盤の整備を図っていきます。
  - ・ 介護保険の居宅サービスについては、保険者である市町村と連携し、不足するサービスの有無など地域の実情を考慮しながら、サービス提供体制の充実を図ります。また、専門性の高い人材の育成などを通じてサービスの質の向上を図ります。
  - ・ 介護者の介護疲れによる共倒れを防ぎ、介護する側もされる側も充実した暮らしを継続できるよう、デイサービスやショートステイなどの各種サービスの利用の促進を図ります。
  - ・ また、「小規模多機能型居宅介護」や、平成24年4月から新たに創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス」などの住み慣れた地域で柔軟に対応できるサービスの整備を促進するとともに、サービスの内容について引き続き周知を図っていきます。

(3) 在宅医療の推進

★ 現状と課題

- 在宅医療は、今後推測される急速な高齢化に伴う高齢者医療の需要の増加、病院の在院日数の短縮などから、その需要は今後も増加するものと見込まれ、その充実が求められています。
- 国の調査では、自分が治る見込みのない末期状態の患者となった場合に希望する療養の場所について、「自宅で療養したい」（必要になれば医療機関に入院したいを含みます）と回答した方が、6割を超えています。

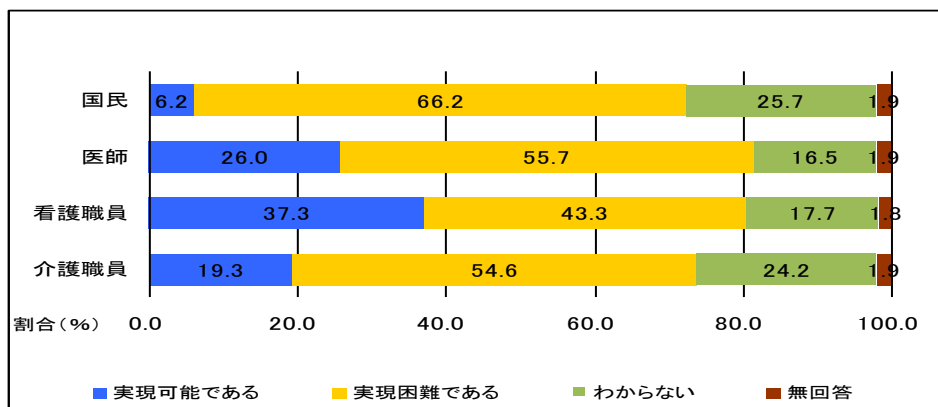
【治る見込みのない状態となった場合に希望する療養の場所】



出典：終末期医療に関する調査（平成20年3月）（厚生労働省）

- 一方、実際には自宅での療養は実現困難であると考えている方が6割を超えています。その理由として一番多いのが、「介護してくれる家族に負担がかかる」です。このことから、在宅を希望する方が住み慣れた自宅などで療養できるサービスの充実が求められています。

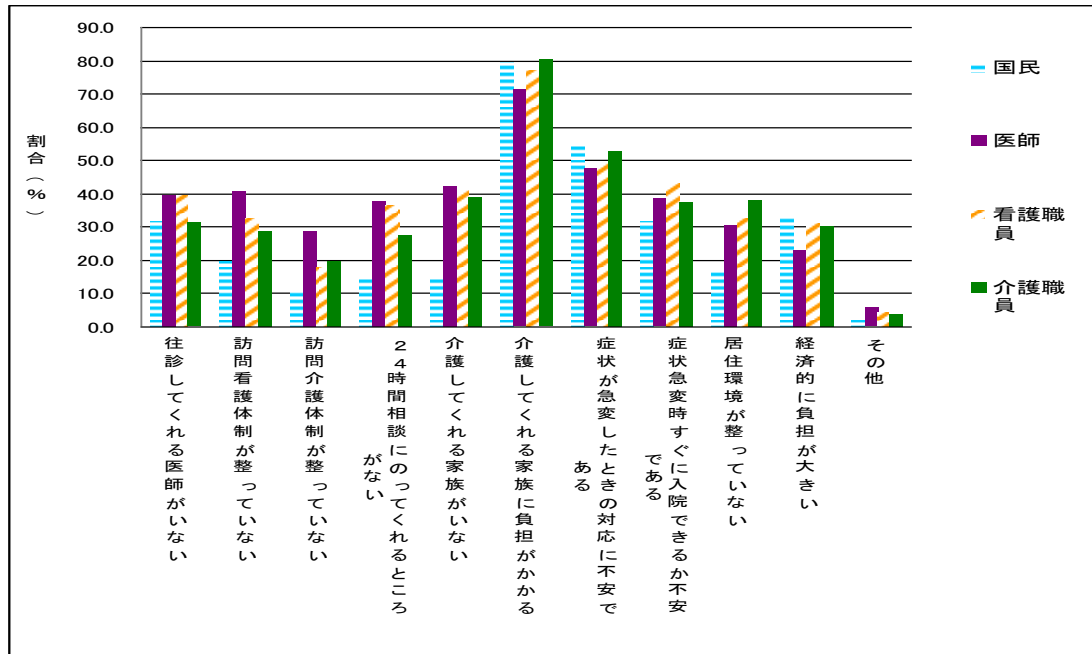
【自宅で最期まで療養できると考えているか】



出典：終末期医療に関する調査（平成20年3月）（厚生労働省）



【自宅で最期まで療養できないと考える理由】



出典：終末期医療に関する調査（平成20年3月）（厚生労働省）

- 前項の「施設・居住系サービスの充実」において、サービスの充実に係る施策の方向性を記載しましたが、居宅介護サービスとともに、24時間往診可能な体制を確保している在宅療養支援診療所をはじめとする在宅医療に取り組む医療機関の充実も重要です。
- 本県における在宅医療関係機関に係る現状は、以下のとおりです。
  - ・ 訪問診療を提供している医療機関は、全病院 141 箇所中 48 箇所（34%）、全診療所 1,435 箇所中 216 箇所（15%）となっています。そのうち、平成24年8月現在、在宅療養支援病院は6箇所、在宅療養支援診療所は116箇所の届出があり、年々増加していますが、全国平均では下回っており、各圏域によって地域差が見られます。
  - ・ 介護保険報酬請求事業所数で見ると、訪問看護ステーションは103箇所、訪問看護を実施している病院・診療所は48箇所となっています。全国平均では下回っており、また、人工呼吸器・がん緩和医療・胃瘻経管栄養・中心静脈栄養・在宅腹膜還流等、医療依存度の高い在宅療養者には訪問看護が欠かせない役割となっています。
  - ・ 訪問歯科診療を提供している歯科診療所は126箇所、在宅療養歯科支援診療所は58箇所となっています。在宅療養歯科支援診療所の歯科診療所に占める割合は5.4%と、全国平均を下回っています。口腔機能の低下、誤嚥性肺炎の予防のためには、在宅療養者の歯科受診率の向上も課題となっています。
  - ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は574箇所となっています。医療依存度の高い患者の増加とともに、医薬品、医療・衛生材料等の管理指導を実施する訪問薬剤師の役割は増加していることから、訪問薬剤師の確保対策が望まれます。

【宮城県における県内在宅医療関係機関数】

| 県域区分     | 病 院             |              |                       | 一 般 診 療 所              |               | 訪問看護<br>ステーション | 在宅療養支援<br>歯科診療所 | 在宅患者訪問<br>薬剤管理指導<br>料届出薬局 |
|----------|-----------------|--------------|-----------------------|------------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------------------|
|          | 訪問診療を<br>している病院 | 在宅療養<br>支援病院 | 訪問看護を<br>実施している<br>病院 | 訪問診療を<br>している<br>一般診療所 | 在宅療養<br>支援診療所 |                |                 |                           |
| 宮 城 県    | 48              | 6            | 22                    | 216                    | 116           | 103            | 58              | 574                       |
| 仙南圏域     | 7               | 1            | 2                     | 17                     | 7             | 6              | 6               | 40                        |
| 仙台圏域     | 22              | 4            | 9                     | 142                    | 79            | 71             | 39              | 391                       |
| 大崎圏域     | 8               | 0            | 5                     | 16                     | 7             | 8              | 3               | 39                        |
| 栗原圏域     | 3               | 1            | 2                     | 15                     | 8             | 3              | 2               | 26                        |
| 登米圏域     | 2               | 0            | 0                     | 7                      | 2             | 8              | 1               | 14                        |
| 石巻圏域     | 4               | 0            | 2                     | 14                     | 7             | 3              | 2               | 49                        |
| 気仙沼・本吉圏域 | 2               | 0            | 2                     | 5                      | 6             | 4              | 5               | 15                        |

出典：平成23年度宮城県医療機能調査（県保健福祉部）

- また、自宅での療養を望む患者のために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携して提供され、要介護者等への包括的な支援を関係者が協働して体系的に提供される仕組みとして、「地域包括ケア」があります。

特に、平成24年の介護保険法等の改正において、地域包括ケアシステムの推進のためのポイントとして、医療と介護の連携強化が上げられており、急変時の対応、看取りの対応、災害時の対応を含め、包括的・継続的な在宅医療・介護が提供できる体制を市町村、関係団体と協働して構築していくことが求められています。

平成18年に創設された「地域包括支援センター」は、市町村の責任の下、日常生活圏域で「地域包括ケア」を有効に機能させるため、地域のネットワークの構築の取り組みを柱としながら、相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、ワンストップサービス拠点としての機能も担っています。

県内では平成24年4月現在で124箇所（ランチ・サブセンターを含む）の地域包括支援センターが設置されており、患者が住み慣れた場所で安心して生活できる体制を引き続き整備していく必要があります。

★ 目指すべき取組の方向性

- 患者の要望に即した在宅医療が提供されるために、在宅療養支援診療所等の医療機関、歯科診療所及び薬局、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等との相互の連携を図ります。また、急変した患者を受け入れる病院の役割も重要であることから、在宅療養支援診療所等とこれを支援する病院との連携を図ります。

さらには、入院・通院療養から在宅療養への円滑な移行、急変時の対応、看取りの対応、災害時の対応について、24時間包括的、継続的な在宅医療・介護が提供できる体制を市町村や関係団体と協働して構築していきます。

- 在宅医療を推進するため、訪問看護師の研修会を実施し、資質向上を図っていきます。さらに病院の看護師等への研修会や、在宅医療の関係者で構成する協議会開催により、訪問看護ステーションと関係機関との連携を強化していきます。

また、介護支援専門員（ケアマネジャー）を含めた介護従事者への在宅医療に関する知識の提供、実践指導などの人材育成を図っていきます。

新たに実施が可能となった介護職員等によるたんの吸引等業務について、必要な医療的ケアを安全かつ適切に実施するための取り組みを進めます。

- 地域包括ケアセンターが主催する「地域ケア会議」に在宅医療連携拠点（注）の医師や医療関係者が構成員として参加するなど、「地域包括支援ネットワーク」構築の取組が県内各地域で推進されるよう、市町村や職能団体とも連携し、支援を行っていきます。
- 在宅による療養生活を希望する方々が、円滑に在宅医療を受けられるよう、インターネットなどを通じ、在宅医療に関する医療機関の情報提供を行います。
- 自宅での介護力が低下する中、住み慣れた地域に近いところで生活を継続できるよう、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活を支援することも重要です。

平成23年10月20日に「高齢者住まい法」の一部が改正され、従来の高齢者専用賃貸住宅や高齢者向け優良賃貸住宅が廃止され、単身高齢者や高齢者夫婦のみ世帯向けに、高齢者にふさわしいハードと安心できるサービスを備えた「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度が新たに創設されたことから、高齢者向けの住まいの一つとして、「サービス付き高齢者向け住宅」の供給促進に取り組めます。

注) 在宅医療連携拠点

国の平成24年度予算において、「在宅医療連携拠点事業」（モデル事業）が実施されています。これは、在宅医療を提供する機関（在宅療養支援診療病院・診療所、訪問看護ステーション等）を連携拠点として、多職種協働によって在宅療養中の患者に対して、地域での包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものであり、本県では4医療機関（1病院・3診療所）が拠点事業者として採択されています。

(4) 後発医薬品の使用促進

★ 現状と課題

- 国では、医療・介護に係る必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減するため、後発医薬品（注）の使用促進を掲げています。
- 平成19年10月には「後発医薬品の安心使用促進のためのアクションプログラム」が策定され、平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%（当時の現状から倍増）以上とする、後発医薬品の安定供給・品質の確保、メーカーによる情報提供、使用促進に係る環境整備等、政府における目標達成に向けた取組が掲げられています。

注) 後発医薬品

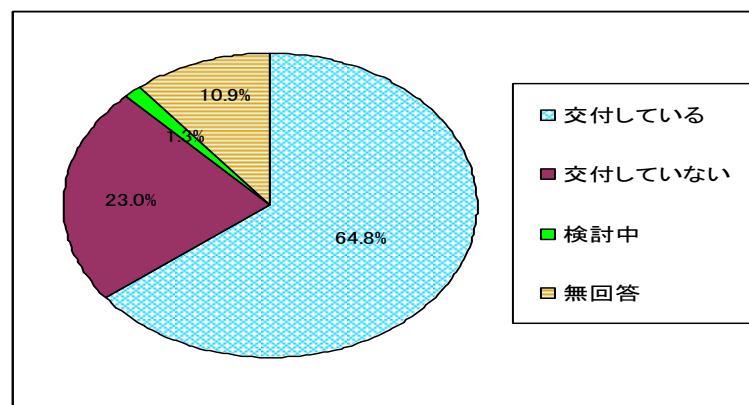
医療用医薬品のうち、新薬の特許期限が切れた後に製造販売される医薬品で、「ジェネリック医薬品」とも呼ばれています。後発医薬品は、新薬の特許が切れた後に特許公開された新薬の有効成分と同一成分を使用した医薬品であるため、安価に製造し販売することができます。

- 国内におけるすべての医療用医薬品の取引数量に占める後発医薬品の数量シェアは、平成24年7月では27.9%となっています。欧米では後発医薬品の定義が異なるため、日本との単純比較はできないものの、欧米主要国では50%以上の数量シェアとなっており、日本における後発医薬品の普及は十分とは言えない状況にあります。

また、上記、国の「アクションプログラム」について、平成25年度以降については未策定（平成24年12月13日現在）となっており、後発医薬品の数量シェアの促進策等、具体的な施策は不明の状況にあります。

- 本県における後発医薬品の数量シェアは29.0%（平成24年7月）で全国平均を上回っており、また、後発医薬品の院外処方箋の交付状況は6割を超えており、前回の平成18年度調査（51.9%）から見ると増加しています。

【宮城県内の医療機関における後発医薬品の院外処方箋交付状況】



出典：平成23年度宮城県医療機能調査（県保健福祉部）

- 平成20年4月の診療報酬改定では、後発医薬品の更なる使用促進のため、処方箋様式が変更となり、処方医が後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した

場合、その意思表示として、所定の「後発医薬品への変更不可」のチェック欄に署名又は記名・押印することとなりました。当該欄に処方医の署名等がない場合は、処方箋を受け付けた薬局において、患者の選択に基づき、後発医薬品への変更が可能となります。

- この処方箋様式の変更を受け、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方箋が、院外処方箋枚数全体に占める割合について、国が実施した平成20年度における「後発医薬品の安心使用にかかる意識調査」によると、病院・診療所ともに「10%未満」（病院34.0%，診療所42.2%）と「90%以上」（病院31.4%，診療所38.8%）とする回答が同じ割合の回答となっており、本県においても実際に後発医薬品に変更されたケースはそれほど多くはないものと推測されます。
- なお、平成24年4月の診療報酬改定では、個々の医薬品について変更の可否が明示することができるよう処方箋の様式が変更となりました。また、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、一般名による処方を推進することとし、一般名処方が行われた場合の処方箋料への加算が新設されました。  
これらの改定により、後発医薬品の使用の促進が期待されます。
- 後発医薬品の使用促進を妨げる理由として、医師や薬剤師など医療関係者の間で、後発医薬品に関する品質・安定供給・情報提供体制等について、十分な信頼が得られていないことが挙げられます。
- また、薬局における調剤用医薬品の備蓄については、医薬分業の定着とともに充実したものとなってきましたが、後発医薬品は銘柄数が多く、多品目の備蓄が必要となることから、薬局の負担増も懸念されるため、適切な対応を検討する必要があります。

#### ★ 目指すべき取組の方向性

- 後発医薬品の安定供給等を確保するため、宮城県医薬品卸組合、宮城県薬剤師会等の関係団体と協議の場を設けます。また、主に薬局勤務の薬剤師を対象とした研修会等を開催し、後発医薬品の取扱いを積極的に行っている薬局のノウハウを地域で共有することで、後発医薬品の使用促進を図っていきます。
- 後発医薬品に対する信頼性を確保し普及を図るため、先発医薬品との同等性など、品質に関する情報について、県のホームページを活用し、県民及び医療関係者に提供できるよう努めていきます。

(5) IT化の推進

★ 現状と課題

- 情報通信技術（ICT）の普及は、社会経済活動における高度化・効率化をもたらすのみではなく、在宅医療の推進、へき地医療活動の支援、地域包括ケア体制構築のための医療福祉の連携に不可欠なものです。

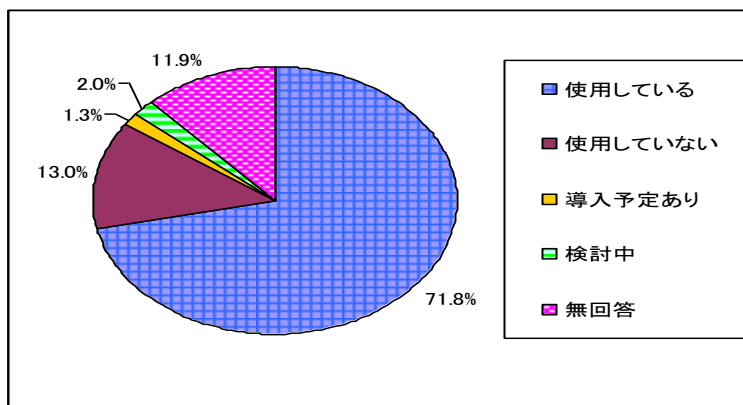
患者においては、問診等の一部省略による診療時間の短縮、かかりつけ医等での診療内容・服薬等処方情報を他の医療機関においても見ることが可能となることによって、県内どこでも適切な医療が受けられるというメリットがあります。

医療機関においては、遠隔カンファレンスシステム（注）を導入することにより、病院・診療所間の連携が図られることや、医師間による情報共有や診療支援が容易となり、更なる良質な医療の提供につながることも期待できます。

このような医療機関のネットワークはもとより、医療安全の確保などでも大きな効果があります。

- また、本県においては、東日本大震災によって県内の多くの医療機関が甚大な被害を受けましたが、特に沿岸部の医療機関では、津波で貴重な診療情報が流失したことにより、多くの入院・外来患者に対する早期かつ適切な医療の提供が困難な状況となったことから、ICTを活用したネットワークの構築の重要性が一層高まってきています。
- 国では、医療制度改革大綱に基づき、平成23年4月までにすべてのレセプトをオンライン化することとしています。県内の診療所の状況をみると、レセプト処理用コンピュータを導入していない診療所が13%となっているなど、診療所におけるIT化が進んでいない状況にあります。

【宮城県内の診療所におけるレセプト処理用コンピュータ導入状況】



出典：平成23年度宮城県医療機能調査（県保健福祉部）

注) 遠隔カンファレンスシステム

各医療機関や医師間による医療相談や支援等について、TV電話回線により共有し、適切な医療提供を図るシステムです。

- 本県においては、関係団体による複数の地域で地域連携クリティカルパスの導入など、ICTを活用した取り組みが行われてきましたが、東日本大震災を契機に、ICTを活用したネットワーク構築に向けた活動の機運が高まりました。平成23年11月に「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」が発足（平成24年6月に一般社団法人化）され、医療福祉情報の共有を図るための「医療福祉情報連携基盤システム」や、「遠隔カンファレンスシステム」の構築を進めています。

平成24年度では、甚大な被害を受けた沿岸部の石巻及び気仙沼医療圏の医療機関等を対象に、上記システムの構築並びに導入を進めてきており、将来的には全県的に導入していくこととしています。

- 県としても、ICTを活用した医療福祉情報のネットワークは適切な医療の提供はもとより、医療復興にも資することから、ネットワーク構築に向けた取り組みを進めていきます。

#### ★ 目指すべき取組の方向性

- 地域医療福祉環境の構築を図るため、一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会と連携し、「医療福祉情報連携基盤システム」及び「遠隔カンファレンスシステム」の構築に向けて支援するとともに、より多くの医療機関（病院・一般診療所・歯科診療所）、薬局・介護保険施設等への導入を促進していきます。
- 地元IT企業から大学院等への人材派遣などを通じて、医療等に関する専門的な知識、高度な技術等を持つIT技術者の育成についても支援していきます。

(6) 数値目標

- 前記(1)から(5)に掲げた「目指すべき取組の方向性」による施策を行い、数値目標を以下の表のとおり設定することとします。
- なお、目標値については、関連する計画との整合性を図りながら、評価及び進行管理を行っていきます。

【医療の効率的な提供の推進についての数値目標】

| 項 目              |                      | 第1期計画<br>策定時直近値 | 現 況 値            | 目 標 値<br>(平成29年度) | 備 考   |       |
|------------------|----------------------|-----------------|------------------|-------------------|---|-------|
| 国の基本方針<br>に基づく目標 | 平均在院日数               | 29.0日<br>(H18)  | 27.7日<br>(H23)   | 26.4日             | ※   |       |
|                  | 後発医薬品の数量シェア          | —               | 29.0%<br>(H24.7) | 全国平均値以上           | 平成24年7月の全国平均値は27.9%。現時点では国の平成25年度以降の「アクションプログラム」が未策定の状況にあるが、本県における数量シェアの目標値を「全国平均値以上」として設定する。 |       |
| 本県独自の<br>目標      | 年齢調整死亡率(人口10万対)      |                 |                  |                   | 「第6次地域医療計画」、「第2期がん対策推進計画」、「第2次みやぎ21健康プラン」による目標値を再掲する。   |       |
|                  | がん(75歳未満)            |                 | 89.5<br>(H18)    | 81.7<br>(H22)     |   | 71.8  |
|                  | 脳 卒 中                | 男性              | 70.7<br>(H18)    | 63.3<br>(H22)     |   | 57.0  |
|                  |                      | 女性              | 42.5<br>(H18)    | 37.5<br>(H22)     |   | 33.3  |
|                  | 虚血性心疾患               | 男性              | 38.6<br>(H18)    | 30.7<br>(H22)     |   | 27.6  |
|                  |                      | 女性              | 17.4<br>(H18)    | 13.8<br>(H22)     |   | 12.4  |
|                  | 救急搬送時間<br>(病院収容所要時間) |                 | 34.7分<br>(H18)   | 39.1分<br>(H22)    |   | 37.1分 |

※ 平均在院日数の目標設定の考え方(国の推計ツールから抜粋)

【基本的な考え方】

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計(以下「全国推計」という。)における、病床数や平均在院日数の関係等を、都道府県にて設定した充実や重点化・効率化を行った場合の病床数に当てはめることにより推計。  
(参照する「全国推計」は「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」とする。)  
具体的には、  
利用者数 = 新規入院発生数 × 平均在院日数  
というモデル式を用いて推計。

【推計方法の概要】

1. 病床数の設定 ※ 本県では、第6次地域医療計画における「平成25年4月病床数」として設定します。
2. 病床種別毎の病床利用率の仮定の設定
3. 病床種別毎の利用者数の推計
4. 病床種別毎の平均在院日数の仮定の設定
5. 病床種別毎の新規入院発生数の推計
6. 「3.」、「5.」より病床計の利用者数、新規発生件数を算定し、それにより病床計の平均在院日数の推計値を算定。

|                    | 病床数 A<br>(入力データ) | 病床利用率 B<br>(仮定) | 利用者数 C<br>(モデル式を用いて<br>算定) | 平均在院日数 D<br>(仮定)               | 新規入院発生数 E<br>(モデル式を用いて<br>算定) |
|--------------------|------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| □ 一般病床             | A1               | B1              | C1=A1×B1                   | D1                             | E1=C1/D1                      |
| 療養病床<br>(介護療養病床除く) | A2               | B2              | C2=A2×B2                   | D2                             | E2=C2/D2                      |
| 精神病床               | A3               | B3              | C3=A3×B3                   | D3                             | E3=C3/D3                      |
| 感染症病床              | A4               | B4              | C4=A4×B4                   | D4                             | E4=C4/D4                      |
| 結核病床               | A5               | B5              | C5=A5×B5                   | D5                             | E5=C5/D5                      |
| 病床計<br>(介護療養病床除く)  | —                | —               | X=C1+…+C5                  | 推計値<br>X/Y<br>(モデル式を用いて<br>算定) | Y=E1+…+E5                     |



**第3節 計画期間における医療費の将来見通し**

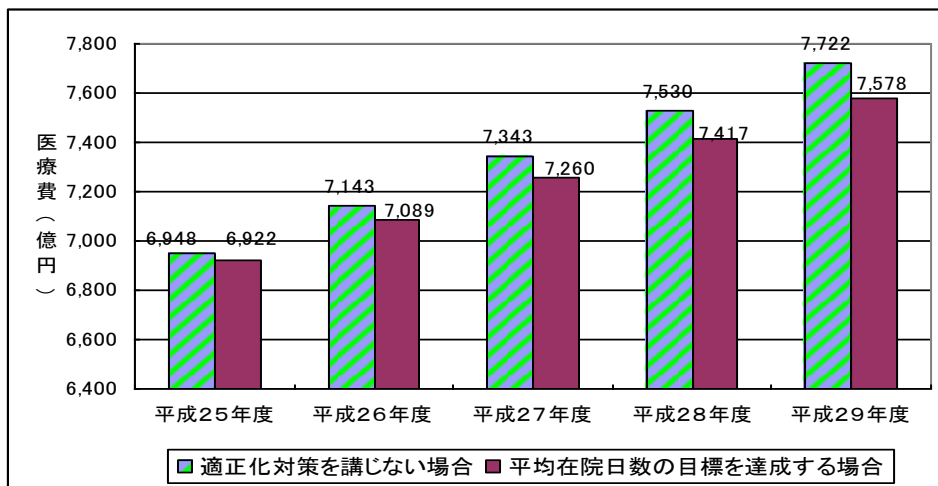
- 厚生労働省が作成した「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール(注)」を用いて、計画期間における本県の総医療費を推計すると、仮に医療費の適正化対策を講じない場合では、平成25年度に6,948億円となる総医療費が、平成29年度には7,722億円になるものと推測されています。

注) 都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール

各都道府県が個別に医療費を推計することは適切でないことから、各都道府県が整合的に医療費を推計できるよう、厚生労働省が標準的な医療費の推計方法を組み込んだツールとして各都道府県に配布されたものです。この計算ツールでは、70ページの図に示した流れにより、都道府県医療費を推計しています。

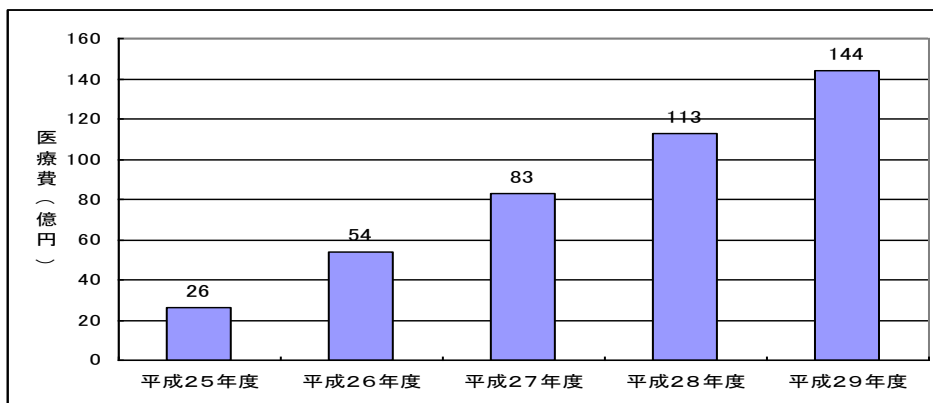
- 一方、仮に平均在院日数に係る目標を達成する場合の総医療費を推計すると、平成29年度では7,578億円となり、対策を講じない場合の推計額7,722億円に比べ、おおよそ144億円の効果があると推測されています。

**【宮城県の総医療費の将来推計】**



※都道府県別の医療費の将来推計の計算ツールより推計 (厚生労働省提供)

**【平均在院日数の目標達成による効果】**



※都道府県別の医療費の将来推計ツールにより推計 (厚生労働省提供)

【計算ツールによる医療費推計に係る留意点】

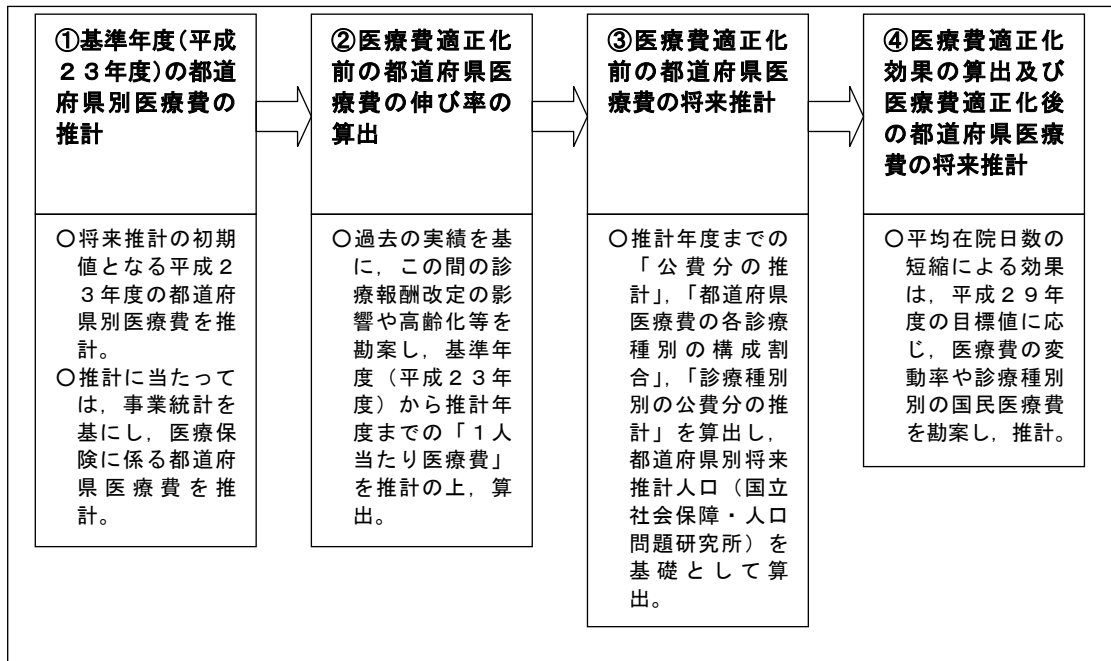
- 生活習慣病の予防対策は、生活習慣病の発生率を引き下げる効果があるものの、既に生活習慣病の患者となっている方が減少するものではなく、医療費の削減効果が現れるのは、一定の期間を要すること、東日本大震災の影響により、今後どのように推移するか見通しが困難なことも踏まえ、本県では、「生活習慣病対策」並びに「都道府県独自の施策」による効果は見込んでおりません。
- また、生活習慣病の予防対策に係る費用、在宅療養に係る介護保険給付費の増加など、医療費以外の増加要因についても反映しておりません。
- これらについては、71ページからの「第4章：計画の評価」において、中間年度等における進行管理において、当該時期における最新のデータを活用し、再度医療費の推計を行いながら評価し、その後の施策展開に活かしていくよう、努めていきます。

【計算ツールによる都道府県医療費の推計方法】

基本的事項

- 将来推計の初期値となる平成23年度の都道府県医療費については、確定値となる「国民医療費」は公表が遅れる（概ね2年後）ことから、「概算医療費の対前年同月比の平均」及び「医療保険に係る医療費の平成23年度実績見込み」を勘案し、平成23年度の都道府県別医療費を推計し、下表の「推計の流れ」により将来推計を算出しているもの。

推計の流れ



## 第4章 計画の評価

### 第1節 計画の進行管理

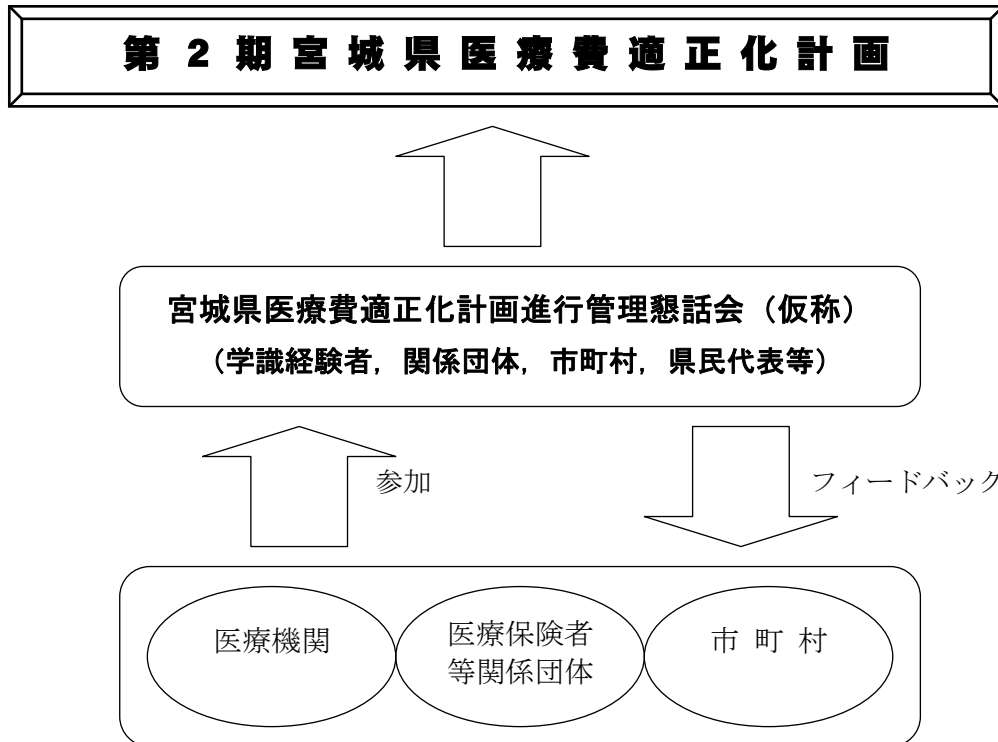
#### ◎ 計画の進行管理

- 本計画の効果的な実施を推進するためには、適切な計画の評価と進行管理が必要です。
- このため、学識経験者、医療機関や医療保険等の関係団体、市町村や県民代表等で構成する進行管理を行う組織を設置し、定期的に計画の達成状況の評価し、その結果に基づいて必要な対策を実施する「PDCAサイクル（注）」に基づく進行管理を行います。

注) PDCAサイクル

Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画(Plan)→実行(Do)→検証(Check)→改善(Action)の流れを次の計画に活かしていくプロセスをいいます。

#### 【第2期宮城県医療費適正化計画評価・進行管理体制】



**第2節 計画の評価**

## ◎ 計画の評価

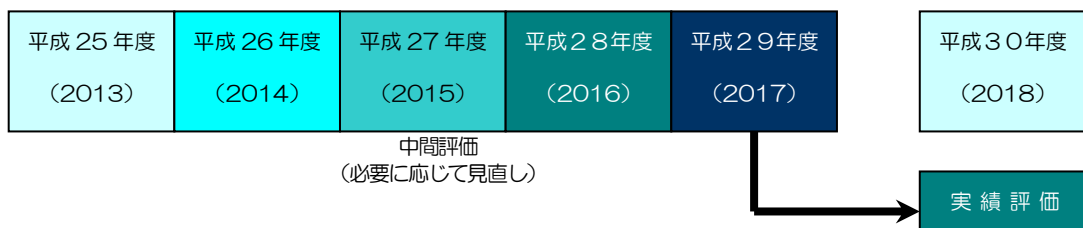
- 本計画の進捗状況や目標の達成状況あるいは計画に掲げた取組の効果を適正に把握するため、前述の進行管理体制により、以下の評価を行うこととします。

## 1 進捗状況評価

- 計画の中間年度（平成27年度）に、計画の進捗状況や目標の達成状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。
- 評価の結果は、必要に応じ計画の見直しに活用するほか、次期計画の策定に活かします。

## 2 実績評価

- 計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度（平成30年度）に、計画に掲げた目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行います。



## 参考資料

## 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）（抄）

## 第二章 医療費適正化の推進

## 第一節 医療費適正化計画等

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、五年ごとに、五年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項
- 二 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項
- 三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項
- 四 前三号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項

3 医療費適正化基本方針は、医療法第三十条の三第一項に規定する基本方針、介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第百十六条第一項に規定する基本指針及び健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項に規定する基本方針と調和が保たれたものでなければならない。

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二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及び協力に関する事項
- 五 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
- 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

5 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

6 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

7 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国医療費適正化計画に基づく施策の実

施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(都道府県医療費適正化計画)

第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、五年ごとに、五年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、医療費適正化を推進することによる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を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
  - 一 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
  - 二 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
  - 三 前二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
  - 四 第一号及び第二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及び協力に関する事項
  - 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
  - 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県医療費適正化計画は、医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画、介護保険法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
- 5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。
- 6 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。
- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(厚生労働大臣の助言)

第十条 厚生労働大臣は、都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法その他都道府県医療費適正化計画の作成上重要な技術的事項について必要な助言をすることができる。

(計画の進捗状況に関する評価)

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

- 2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の作成年度の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 2 都道府県は、前項の評価を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表するものとする。
- 3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。
- 4 厚生労働大臣は、前項の評価を行ったときは、これを公表するものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、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、一の都道府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つつ、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、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(資料提出の協力及び助言等)

第十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価に基づき、保険者又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

- 一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項
- 二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

(支払基金等への委託)

第十七条 厚生労働大臣は、前条第一項に規定する調査及び分析に係る事務の一部を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）その他厚生労働省令で定めるものに委託することができる。



## 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（抄）

（平成24年9月28日全部改正）

はじめに

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及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用（以下「医療費」という。）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る。

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、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設された。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。

また、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あることを踏まえ、厚生労働省及び各都道府県において、目標の達成状況を評価し、及び計画期間中の医療費の動向を把握することが必要である。

この方針は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第8条第1項の規定に基づき、都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

なお、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律（平成23年法律第105号）により、平成23年8月30日から法第9条が改正され、従来、都道府県医療費適正化計画（同条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。）において、記載すべきとされていた事項については、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を除き、例示化された。このため、第二期医療費適正化計画策定に当たっては、都道府県の実情を踏まえ、各都道府県において医療費適正化を推進するために必要と考える事項を主体的に記載することが求められる。

### 第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

#### 一 全般的な事項

##### 1 医療費適正化計画の基本理念

###### （1）住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものでなければならない。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成24年現在、約1500万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2200万人に近づくとも推計されており、これに伴って現在は国民医療費の約3分の1を占める後期高齢者医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期間にわたって徐々に下げていくものでなければならない。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

目標及び施策の達成状況等については、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に評価を行うこととされている。都道府県は、目標を設定した場合は、目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとする。また、国は全国での取組状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとする。

## 2 第二期医療費適正化計画における目標

国民の受療の実態を見ると、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る。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等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このことから、医療費の急増を抑えていくために重要な施策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない者が減少し、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減ることとなる。

次に、入院期間の短縮効果である。平成17年度の一人当たり老人医療費を見ると、一番低い長野県が年間約67万円、一番高い福岡県が約102万円で、1.5倍の差がある。入院医療費がその差の大きな原因であり、そして、老人の入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示している。

これに関しては、第一期医療費適正化計画の計画期間においては慢性期段階の入院に着目し、療養病床（医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第24項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標とした。しかしながら、実態調査を行った結果、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下「介護療養病床」という。）については、平成29年度末まで転換期限を猶予したところである。

これらを踏まえ、第二期医療費適正化計画の計画期間においては、療養病床の数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指すこととする。

さらに、都道府県独自の判断でその他医療費適正化に資する取組を行うことが有効である。例えば、後発医薬品の使用促進に関する取組等について、都道府県における目標を設定するなど、都道府県が積極的に、安心して後発医薬品を使用することができる環境を整備することによって、医療費の適正化を目指すこと等が考えられる。

こうした考え方に立ち、具体的にはおおむね以下の事項について目標を定めるものとする。

- (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標
    - ① 特定健康診査（法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）の実施率
    - ② 特定保健指導（法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施率
    - ③ 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
    - ④ たばこ対策
  - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標
    - ① 平均在院日数
    - ② 後発医薬品の使用促進
- 3 都道府県医療費適正化計画の作成のための体制の整備

(1) 関係者の意見を反映させる場の設置

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとして求められる。このため、外部の専門家及び関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者（法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）の代表者等）の意見を反映することが必要であり、そのための検討会や懇談会等を開催することが望ましい。なお、この場合においては、既存の審議会等を活用しても差し支えない。

(2) 市町村との連携

市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療と介護の連携の推進に関しては、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つである。地域主権の観点からも、市町村が医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことが期待される。このため、都道府県医療費適正化計画を作成又は変更する過程において、関係市町村に協議する（法第9条第5項）等、都道府県は市町村との間の連携を図ることが必要である。

4 他の計画との関係

都道府県医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる柱とすることから、前者は、都道府県健康増進計画（健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画をいう。以下「健康増進計画」という。）と、後者は、医療計画（医療法第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）及び都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業

支援計画をいう。以下「介護保険事業支援計画」という。)と密接に関連する。

このため、以下のとおり、これらの計画と調和が保たれたものとする必要がある。

#### (1) 健康増進計画との調和

健康増進計画における生活習慣病対策に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容が、第二期都道府県医療費適正化計画における住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する必要がある。

このため、健康増進計画の改定時期について、第二期都道府県医療費適正化計画の作成時期と同一にすることが望ましい。

#### (2) 医療計画との調和

医療計画における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これを達成するために必要な取組の内容と、第二期都道府県医療費適正化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する必要がある。特に、医療計画において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「5疾病・5事業」という。）及び在宅医療それぞれについて、医療計画を作成、評価する構成員として、医療関係団体等に加え医療保険者が新たに例示されていることから、これらの関係者において、医療計画における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保について、各種データの分析等を踏まえた協議等を行っていくことが期待されることである。こうした協議の内容・結果も踏まえて、医療費適正化の取組を進めていくことが望ましい。

このため、医療計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第二期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

#### (3) 介護保険事業支援計画との調和

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（介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）の量の見込みに関する事項及び介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第二期都道府県医療費適正化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（同法第115条の45に規定する地域支援事業という。）の実施が図られるようにする必要がある。このため、介護保険事業支援計画の内容を第二期都道府県医療費適正化計画に適切に反映させる必要がある。

### 5 東日本大震災の被災地への配慮

東日本大震災（平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震及びこれに伴う原子力発電所の事故による災害をいう。）により被害を受けた地域においては、目標の設定や計画期間における医療に要する費用の見通しの算出等について、被災地の実態を踏まえた柔軟な対応を行うこととしても差し支えない。

## 二 計画の内容に関する基本的事項

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

第二期都道府県医療費適正化計画における「住民の健康の保持の推進」に関する目標値としては、以下のものが考えられる。

これらの目標値については、平成27年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行う（第2の2の1参照）。

#### (1) 特定健康診査の実施率に関する数値目標

特定健康診査の実施率に関する全国目標は、平成29年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

各都道府県の目標値は、第一期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定健康診査の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定することが考えられる。

#### (2) 特定保健指導の実施率に関する数値目標

特定保健指導の実施率に関する全国目標は、平成29年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

各都道府県の目標値は、第一期都道府県医療費適正化計画の計画期間における各保険者の特定保健指導の実施率の実績を踏まえ、全国目標の実施率を保険者全体で達成するために、各制度ごとの保険者が実績に対して等しく実施率を引き上げた場合の各制度ごとの実施率を保険者種別ごとの目標とするという考え方にに基づき、これと各都道府県における保険者の構成割合を勘案して別紙一の推計方法により算出した数値を参考に、各都道府県において設定することが考えられる。

#### (3) 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に関する数値目標

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に関する各都道府県の目標値は、平成20年度と比べた平成29年度時点での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を、25%以上の減少とすることを目安に、各都道府県において設定することが考えられる。

減少率は、各都道府県における、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成20年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から平成29年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成29年度の年齢階層別（5歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。）

を減じた数を、平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出することが考えられる。

#### (4) たばこ対策に関する目標

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要である。また、受動喫煙は、様々な疾病の原因となっている。こうした喫煙による健康被害を予防するためには、国だけではなく、都道府県においても普及啓発等の取組を行うことが重要である。

このため、都道府県においては、例えば、禁煙の普及啓発施策に関する目標を設定することが考えられる。

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

第二期都道府県医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値としては、以下のものが考えられる。

この目標値については、平成27年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行う（第2の2の1参照）。

#### (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標

急性期をはじめとする医療機能の強化、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及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る。こうした取組が実施された場合には、患者の病態に相応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・家庭復帰が図られることが期待される。これらを通じて、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（以下「平均在院日数」という。）の短縮が見込まれるところである。以上に基づき、各都道府県の医療費適正化計画においては、都道府県が定める医療計画における基準病床等を踏まえ、平成29年度における平均在院日数の目標値を設定することが考えられる。なお、目標値を設定する際の参考資料については、別途、情報提供するものとする。

#### (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

国において作成する後発医薬品推進のためのロードマップにおいて、限られた医療費資源を有効に活用する観点から、国や関係者が取り組むべき施策等を定めることとしており、国としては、これを踏まえ、都道府県医療費適正化計画の作成の手法等に関する技術的事項の助言を行う予定である。都道府県においても、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発の取組を行うことが重要である。

このため、各都道府県においては、後発医薬品の使用促進に係る環境の整備を図る観点から、例えば、都道府県域内における後発医薬品の数量シェアや普及啓発等施策に関する目標を設定することが考えられる。

### 3 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

第二期都道府県医療費適正化計画において、1及び2で設定した目標値の達成のために、都道府県が講ずることが必要な施策としては、以下のものが考えられる。

#### (1) 住民の健康の保持の推進

各都道府県は、その都道府県域内で実施される特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）をはじめとする保健事業等について、保険者、市町村等における取組やデータ等を把握し、全体を俯瞰する立場から円滑な実施を支援するとともに、自らも広報・普及啓発など一般的な住民向けの健康増進対策を実施することが必要である。

その際、全体として医療費適正化が達成されるように、例えば、特定健康診査等の実施主体である保険者に対して保健所から提供された地域の疾病状況等の情報を提供するほか、特に、被用者保険の被扶養者の特定健康診査等の実施率の向上に向けて、市町村が行うがん検診等各種検診の情報と特定健康診査等の情報を共有し、同時実施等に関する効果的な周知について技術的助言を行うことが期待される。また、特定健康診査等に携わる人材育成のための研修の実施、被保険者の指導等の保健事業の共同実施等を行っている保険者協議会に対する助言や職員の派遣による支援、幼少期からの健康に関する意識の向上や市町村における先進的な取組事例等についての情報提供、都道府県自身によるデータの分析やマスメディア等を利用した健康増進に関する普及啓発等の取組を行うことが考えられる。

こうした取組を通じて、都道府県が特定健康診査等の実施率の向上並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に主体的な役割を果たすことが期待される。

併せて、住民の健康意識を高めることが医療費適正化にも資するとの観点から、予防接種の接種率の向上に向け、実施主体である市町村に加えて保険者が普及啓発等を行うことが期待される所であり、都道府県においてその支援を行うことが考えられる。

さらに、たばこ対策としては、保険者、医療機関、薬局等と連携した普及啓発の促進や、相談体制の整備等の取組を行うことが考えられる。

#### (2) 医療の効率的な提供の推進

##### ① 医療機関の機能分化・連携

平成25年度からの新たな医療計画においては、5疾病・5事業及び在宅医療ごとに、例えば、地域連携クリティカルパスの活用等により各医療機関が地域においてどのような役割を担うのかを明らかにしていくこととされている。

これらは医療の効率的な提供の推進に関連する事柄であり、第二期都道府県医療費適正化計画においても、医療機関の機能分化・連携を図るために都道府県が取り組むべき施策として考えられる。なお、都道府県医療費適正化計画の策定の際は、医療計画の関係する箇所における記述の要旨又は概要を再掲することや医療計画と一体的に作成することでも差し支えないこととする。

また、療養病床については、機械的な削減は行わないこととしているが、引き続き、転換に関する相談窓口の設置など具体的な支援措置について記載するものとする。

## ② 在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウスなど多様な住まい（以下「在宅」という。）における療養への円滑な移行のためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実を推進するほか、住宅施策との連携を含めた受け皿の整備が不可欠である。

第二期都道府県医療費適正化計画においては、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ことが重要であることから、在宅医療・地域ケアに係る体制の整備の推進に関する施策を記載することが考えられる。なお、都道府県医療費適正化計画の策定の際は、医療計画及び介護保険事業支援計画の関係する箇所における記述の要旨又は概要を再掲することや医療計画と一体的に作成することでも差し支えないこととする。

## ③ 後発医薬品の使用促進

第二期都道府県医療費適正化計画においては、都道府県域内における後発医薬品の使用促進策等について記載することが考えられる。こうした施策としては、例えば、後発医薬品を医療関係者や患者が安心して使用することができるよう、医療関係者、医療保険者や都道府県担当者等が参画する、後発医薬品の使用促進に関する協議会を活用して都道府県域内における普及啓発等に関する施策を策定・実施することが考えられる。また、後発医薬品の使用促進のため、自己負担の差額通知を含めた医療費の通知を行う保険者と地域の医療関係者との連携・協力に対し、都道府県が支援を行うこと等も考えられる。これらの施策を実施する際は、関係者等の意見の把握に努め、施策の課題を抽出し、その解決に向けた目標の設定及び施策の明示、進捗状況の評価等を実施し、必要があるときは、施策に反映していくことが有効である。特に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行うことが重要である。

## 4 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及び協力に関する事項

3に掲げた取組を円滑に進めていくために、都道府県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び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る必要がある。

こうした情報交換の場としては、3の（1）の保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要である。

特に、都道府県においては、保険者による医療費適正化の取組と連携を深めることが必要である。このため、都道府県医療費適正化計画の策定に当たっては、第1の一の3（1）の関係者の意見を反映させる場への参画を保険者に求めることに加えて、保険者協議会の構成員の一員として運営に参画するなど、連携を深めることが望ましい。また、保険者協議会その他の機会を活用して、必要に応じて、保険者が行う保健事業の実施状況等を把握したり、保険者が把



握している被保険者のニーズ等を聴取するなど、積極的に保険者と連携することが望ましい。

なお、保険者による医療費適正化の推進や加入者の健康づくりの推進、さらには医療提供体制に関する議論への参画等の保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、厚生労働省において、保険者機能に関するガイドラインを示すための検討を行う予定である。

#### 5 都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項

都道府県は、都道府県医療費適正化計画の内容に資するよう、医療費の伸びやその構造等の要因分析を行う必要がある。詳細は第3を参照のこと。

#### 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

都道府県は、各都道府県民の医療費の現状に基づき、5年後の医療費の見通しを算出する。

具体的な算出方法は、別紙二を参考にすることが望ましいが、どのような算出方法を採用した場合においてもこの見通しは第1の二の1及び2に示す目標値と相互に関連するものであり、全体としてこれらの目標値とこの見通しとの整合性の確保に留意する必要がある。

#### 7 計画の達成状況の評価に関する事項

都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価し、その結果をその後の取組に活かしていくため、都道府県は、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。詳細は第2を参照のこと。

#### 8 その他医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

第二期医療費適正化計画においては、都道府県独自の取組を主体的に計画に位置付けることが望まれる。その場合は、関連する事業内容等について、3に準じて定めること。

都道府県独自の取組を位置付けるに当たっては、都道府県が保有するデータ又は国から提供するデータを基に課題の分析を行い、取組に反映することが望まれる。こうした取組の例としては、例えば情報通信技術等を活用した保健師等の訪問指導による重複頻回受診の是正や診療報酬明細書の審査及び点検の充実、医療費通知の充実、意識啓発を通じた適正な受診の促進、地域連携クリティカルパスに関する協議会の設置、医療機関間の主要な診療情報の相互参照を可能とする地域医療情報連携システムの導入など情報通信技術を活用した医療機関間の連携等が考えられる。なお、これらの取組例のうち、市町村等都道府県以外が実施主体となる取組については、その積極的実施の支援又は促進が都道府県の施策となる。

### 三 その他

#### 1 計画の期間

法第9条第1項の規定により、都道府県医療費適正化計画は5年を一期とするものとされているため、第二期都道府県医療費適正化計画については、平成25年度から平成29年度までを計画期間として作成することとなる。

#### 2 計画の進行管理

都道府県医療費適正化計画は、計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環により進行管理をしていくこととしている。詳細は第2を参照のこと。

### 3 計画の公表

法第9条第6項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するほか、これを公表するよう努めることとする。

## 第2 都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

### 一 評価の種類

#### 1 進捗状況の評価

都道府県は、法第11条第1項の規定により、都道府県医療費適正化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進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進展状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

また、中間評価に限らず、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行うことが望ましい。

#### 2 実績の評価

都道府県は、法第12条の規定により、第一期都道府県医療費適正化計画期間終了の翌年度である平成25年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表することが必要である。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の達成状況及び施策の取組状況との因果関係について分析を行うことが望ましい。

### 二 評価結果の活用

#### 1 計画期間中の見直し

中間評価を踏まえ、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うことが望ましい。

#### 2 次期計画への反映

中間評価の翌々年度（平成29年度）は、第三期都道府県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとする。

#### 3 都道府県別の診療報酬の設定に係る協議への対応

法第14条第1項において、厚生労働大臣は、計画期間終了の翌年度に自らが行う実績評価の結果、全国及び各都道府県における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、一の都道府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つつ、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、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができることとされている。

この定めをするに当たってあらかじめ行われる関係都道府県知事との協議に際しては、都道府県は自らが行った実績評価を適宜活用して対応するものとする。

### 第3 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

#### 一 医療に要する費用の調査及び分析を行うに当たっての視点

都道府県は、医療費が伸びている要因の分析を行う必要があることから、医療費の多くを占める高齢者の医療費を中心に、全国の平均値及び他の都道府県の値等との比較を行い、全国的な位置付けを把握し、医療費又は医療費の伸びが低い都道府県や近隣の都道府県との違い、その原因等を分析する必要がある。

その際、都道府県別の医療費には、保険者の所在地ごとに集計された医療費、医療機関の所在地ごとに集計された医療費、住民ごとの医療費の三種類があり、それぞれの医療費について、その実績と動向に関し、分析を行う必要がある。

#### 二 医療に要する費用の調査及び分析に必要なデータの把握

都道府県は、地域内の医療に要する費用の実態を把握するため、国民健康保険事業年報等から、性別、年齢別及び疾患別の受診件数、受診日数及び医療に要する費用のデータを入手する必要がある。

また、地域内における医療機関の病床数の状況や、保険者が実施する特定健康診査等の実施状況についてのデータを把握していく必要がある。

さらに、国が提供する全国的な健康状況や医療費に関するデータ、特定健康診査・特定保健指導に関するデータについても把握し、分析する必要がある。

### 第4 この方針の見直し

この方針は、平成25年度からの第二期都道府県医療費適正化計画の作成に資するよう定めたものである。このため、この方針については、法の施行状況、医療費適正化に関する不断の取組の状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行うものとする。

## 宮城県医療費適正化計画策定懇話会開催要綱

### (目的)

第1 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定に基づく新たな医療費適正化計画の策定に向けて、当該計画案に対する学識経験者、医療関係者及び医療を受ける立場にある者等の意見の聴取を行うため、宮城県医療費適正化計画策定懇話会（以下「懇話会」という。）を開催する。

### (構成等)

第2 懇話会は、16人以内で知事が別に定める者（以下「構成員」という。）の出席をもって開催する。

- 2 懇話会に座長及び副座長を置き、それぞれ構成員の互選によりこれを選任する。
- 3 座長に事故あるとき、又は欠けたときは、副座長がその職務を代理する。

### (会議等)

第3 懇話会は、知事が招集する。

- 2 知事は、必要があると認めるときは、懇話会に構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

### (庶務)

第4 懇話会の庶務は、宮城県保健福祉部医療整備課において処理する。

### (委任)

第5 この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、知事が別に定める。

### 附 則

- 1 この要綱は、平成24年8月22日から施行する。
- 2 この要綱は、平成25年3月31日限りで、その効力を失う。

## ◎ (添付) 宮城県医療費適正化計画策定懇話会委員名簿