

# 群馬県医療費適正化計画 (第3期)

平成30年3月  
群 馬 県



ごあいさつ



我が国は、誰もが安心して必要な医療を受けることのできる国民皆保険制度の下、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現してまいりました。

しかしながら、急速な少子高齢化の進展、経済の低成長、医療の高度化など、医療を取り巻く環境は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・向上を確保しつつ、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構築が必要です。

県では、平成20年度から、第1期及び第2期の「群馬県医療費適正化計画」を策定し、生活習慣病の予防対策や平均在院日数の短縮など様々な取組を進めてまいりましたが、この度、第2期計画が終期を迎えることから、第3期計画を策定いたしました。

第3期計画では、「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」を施策の2つの柱として、健康寿命の延伸、生活習慣病対策の推進、病床の機能分化・連携の推進、地域包括ケアシステムの推進、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用などを進めてまいります。

また、平成30年度からは、市町村とともに県が国民健康保険制度の運営に加わり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保などに中心的な役割を担うほか、第8次の「群馬県保健医療計画」なども始まります。

今後も、市町村、保険者、関係団体等と連携しながら、県民の健康づくりを推進し、安全で質の高い医療を効率的に提供できるよう努めてまいりますので、皆様の御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定に当たり、熱心に御議論いただきました「群馬県医療費適正化計画に係る懇談会」の委員の皆様、並びに貴重な御意見をお寄せいただきました多くの皆様に対し、心より感謝申し上げます。

平成30年3月

群馬県知事 **大澤正明**



# 目 次

第1章 計画の基本的な考え方	1
第2章 医療費を取り巻く現状	
第1節 超高齢社会の進展と医療費への影響	3
第2節 医療費の動向	5
第3節 県民の受診の状況	11
第4節 生活習慣病の状況	13
第5節 平均在院日数の状況	16
第6節 国民健康保険制度の改革	18
第3章 計画の基本理念	20
第4章 分野別の目標と施策	
第1節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策	
第1項 健康寿命の延伸	21
第2項 生活習慣病等の対策	
(1) 特定健康診査の推進	26
(2) 特定保健指導の推進	29
(3) メタボリックシンドローム対策の推進	31
(4) たばこ対策の推進	34
(5) 歯科口腔保健の推進	36
(6) がん対策の推進	38
(7) 生活習慣病の重症化予防の推進	41
(8) 感染症重症化予防のための予防接種の推進	43
第2節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策	
第1項 病床の機能分化・連携の推進	44
第2項 地域包括ケアシステムの推進等	
(1) 地域包括ケアシステムの推進	46
(2) 在宅医療の推進	48
(3) 認知症施策の推進	50
(4) 入院中の精神障害者の地域移行の推進	52
第3項 後発医薬品の使用促進	54
第4項 医薬品の適正使用の推進	56
第5章 計画期間における医療費の見込み	59
第6章 計画の推進及び評価	62
資料編	64

# 第1章 計画の基本的な考え方

## 1 計画の趣旨

我が国は、国民皆保険<sup>\*1</sup>のもと、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及び向上を確保しつつ、今後の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、国は、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。）に関する制度を創設しました。

これを受けて、本県では、平成20年度から5か年を計画期間とした「群馬県医療費適正化計画（第1期）」、平成25年度から5か年を計画期間とした「群馬県医療費適正化計画（第2期）」を策定し、医療費の適正化に取り組んでまいりましたが、平成29年度末で計画期間が終了することから、「群馬県医療費適正化計画（第3期）」（以下「この計画」という。）を策定し、さらなる医療費適正化の取組を推進するものです。

## 2 計画の位置づけ

この計画は、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「高齢者医療確保法」という。）第9条第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める「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。）に即して、県が策定する計画です。

また、第15次群馬県総合計画「はばたけ群馬プランⅡ」の医療分野及び健康分野における個別基本計画に位置づけられます。

## 3 計画の期間

平成30年度から平成35年度（2023年度）までの6年間とします。

## 4 計画に掲げる項目

この計画は、高齢者医療確保法第9条第2項及び第3項の規定に基づき、次に掲げる事項を定めています。

<sup>\*1</sup>国民皆保険：全ての国民が何らかの公的な医療保険制度に加入している状態をいい、昭和36年に確立しました。0歳から74歳までの人は、自営業の人などが加入する「国民健康保険（国保）」又は、企業などに勤める人が加入する「健康保険組合」「協会けんぽ」「共済組合」などに加入し、75歳になると全ての人が「後期高齢者医療制度」に加入します。

- ア 県民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標に関する事項
- イ 医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標に関する事項
- ウ ア及びイに掲げる目標を達成するために取り組むべき施策に関する事項
- エ 目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- オ 医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- カ 計画期間における医療費に関する費用の見込みに関する事項
- キ 計画の達成状況の評価に関する事項

## 5 計画等の策定のための体制

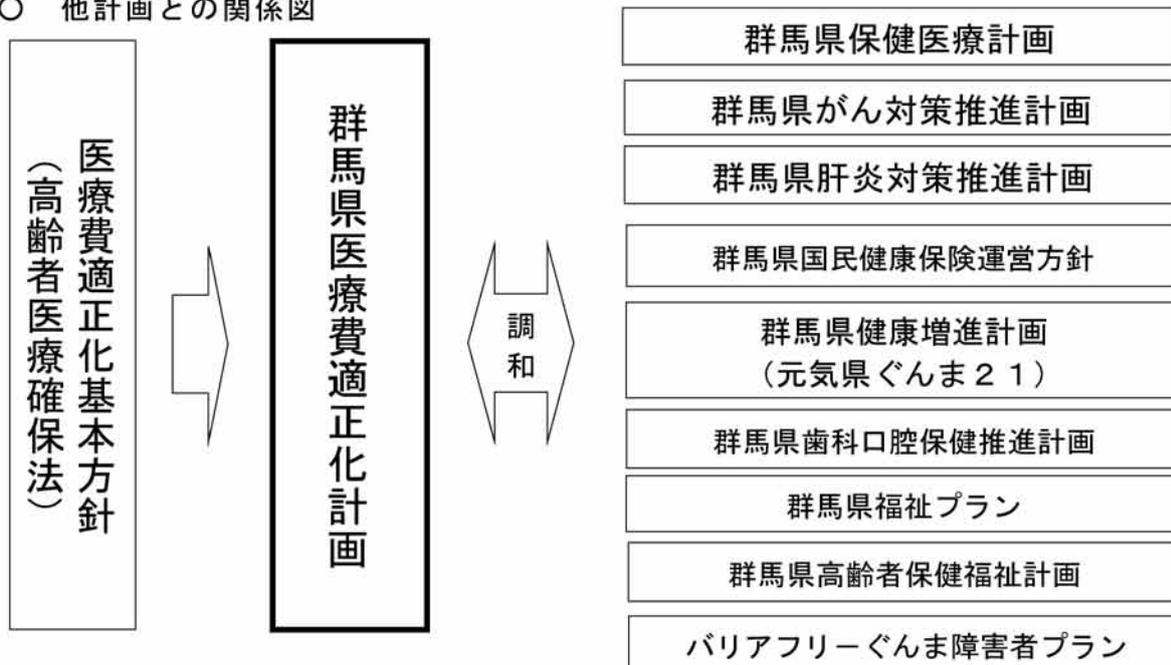
この計画の策定に当たっては、学識経験者、保健医療関係者、保険者及び被保険者の代表等で構成される「群馬県医療費適正化に係る懇談会」を開催し、幅広い関係者の意見を反映させています。

また、高齢者医療確保法により、医療費適正化計画を作成又は変更する過程においては、市町村及び保険者協議会<sup>\*2</sup>からも意見を聴く機会を設け、両者との連携を図るとともに、県民意見提出制度（パブリック・コメント）により、広く県民の方々から意見を募集し、反映させています。

## 6 他の計画との関係

この計画の策定及び推進に当たっては、保健・医療・福祉など関連施策に関する各種計画との調和を図ります。

### ○ 他計画との関係図



\*2保険者協議会：県内の医療保険者が連携・協力して、地域・職域を超えた保健事業等の円滑かつ効率的な実施等により、被保険者等の健康保持・増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的に設置されています。

## 第2章 医療費を取り巻く現状

### 第1節 超高齢社会の進展と医療費への影響

#### 1 人口及び高齢者数の将来見通し

我が国の総人口は、平成20年の1億2,808万人をピークに、その後は減少局面に入っており、平成28年10月1日現在、1億2,693万人となっています。そのうち65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,459万人に上り、総人口に占める割合（高齢化率）は27.3%となっています。

今後も、高齢化は急速に進み、団塊の世代全てが75歳以上となる平成37年（2025年）には、65歳以上人口が3,677万人、高齢化率は30.1%になり、特に、医療・介護の需要が高まる75歳以上人口は2,180万人、総人口に占める割合（後期高齢化率）は、17.8%になると推計されています。

一方、本県の総人口は、平成16年の203.5万人をピークに減少し、平成28年10月1日現在、196.7万人となっており、そのうち65歳以上人口は55.2万人、高齢化率は28.1%となっています。

本県にあっても、今後も高齢化が進み、平成37年（2025年）には、65歳以上の人口は58.2万人、高齢化率31.3%、75歳以上の人口は34.4万人、後期高齢化率は18.5%になると推計されています。

図表2-1-1：人口構造の変化

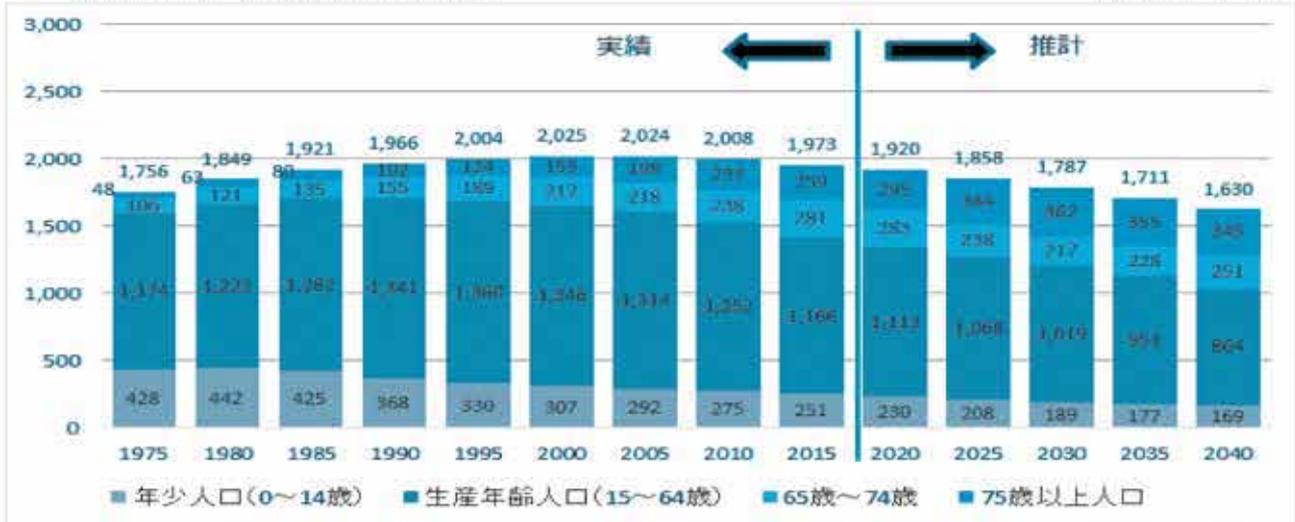
区 分	全 国		本 県	
	平成28年 (2016)	平成37年 (2025)	平成28年 (2016)	平成37年 (2025)
総人口 (a)	126,933千人	122,544千人	1,967千人	1,858千人
生産年齢人口 (b)	76,562千人	71,701千人	1,152千人	1,068千人
65歳以上人口 (c)	34,591千人	36,771千人	552千人	582千人
75歳以上人口 (d)	16,908千人	21,800千人	267千人	344千人
高齢化率 (c/a)	27.3%	30.1%	28.1%	31.3%
後期高齢化率 (d/a)	13.3%	17.8%	13.7%	18.5%
高齢者(65歳以上) 1人 を支える現役世代の人数 (b/c)	2.3人	2.0人	2.1人	1.9人

〔資料〕総務省「人口推計」（平成28年）及び群馬県統計課「群馬県年齢別人口統計調査」、

平成37年（2025年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）及び「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）

図表2-1-2：本県の人口の推移

(単位：千人)

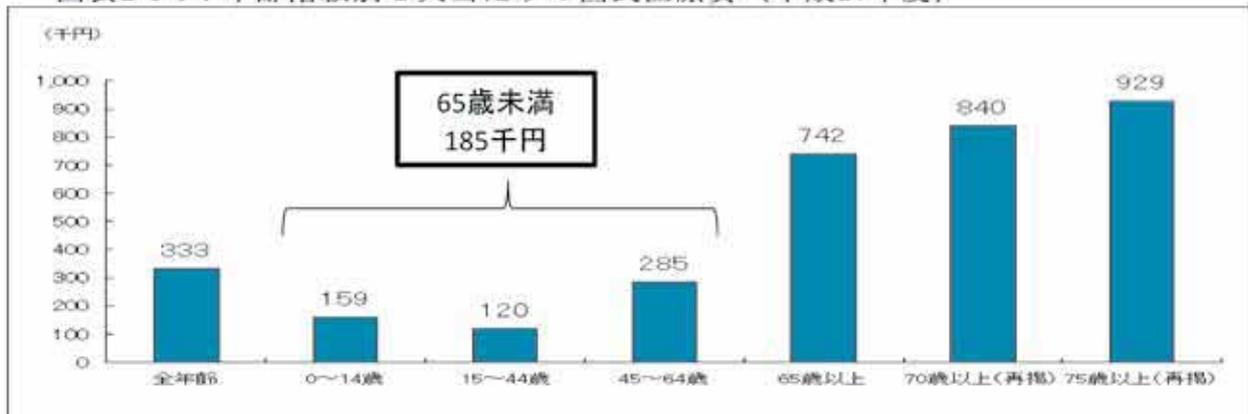


[資料] 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」  
 ※「本県人口の推移(推計を含む)」については、国立社会保障・人口問題研究所における推計を用いたものであり、県が策定した「はばたけ群馬プランII」における目標数値等とは異なっています。

## 2 医療費への影響

年齢階級別の国民1人当たり医療費をみると、年齢が高くなるにつれて飛躍的に増加しています。平成27年度の国民医療費<sup>3</sup>では、65歳未満の18万5千円に対し、65歳以上は74万2千円、75歳以上は92万9千円となっており、大きな開きがあります。

図表2-1-3：年齢階級別1人当たりの国民医療費(平成27年度)



[資料] 厚生労働省「国民医療費」(平成27年度)

<sup>3</sup>国民医療費：当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療に係る診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれます。なお、保険診療の対象とならない評価療養(先進医療(高度医療を含む)等)、選定療養(入院時室料差額分、歯科差額分等)及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含みません。また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

## 第2節 医療費の動向

### 1 全国の医療費の動向

#### (1) 国民医療費の状況

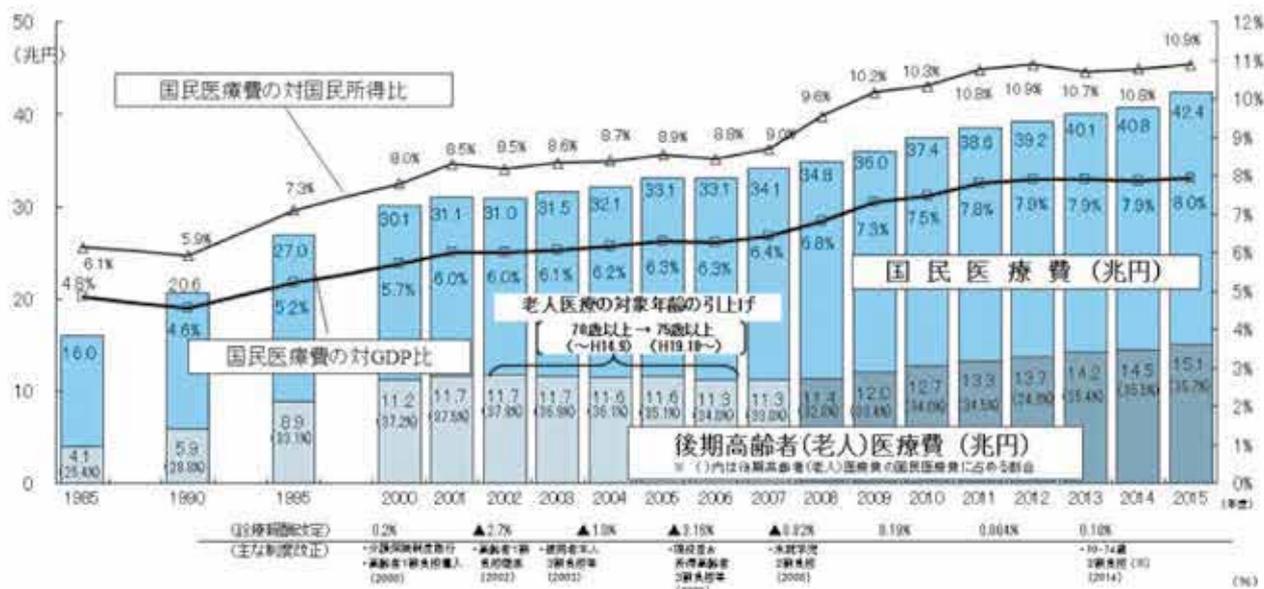
平成27年度の国民医療費は42兆3,644億円で、前年度の40兆8,071億円に比べ、1兆5,573億円、3.8%の増加となっています。

過去10年間（平成18年度から27年度まで）の国民医療費の推移をみると、患者の一部負担金の増額や診療報酬のマイナス改定が行われない年においては、毎年、概ね1兆円ずつ増加していますが、平成27年度は最も大きく伸びています。

#### (2) 後期高齢者医療費の状況

平成27年度の後期高齢者医療費<sup>\*4</sup>は15兆1,323億円で、前年度の14兆4,927億円に比べ、6,396億円、4.4%増加しました。後期高齢者医療費の国民医療費に占める割合は35.7%となっています。

図表2-2-1：医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。  
 ※70-74歳の者の一部負担金割合の予算案は掲載解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に引き置く。

〔資料〕厚生労働省資料

<sup>\*4</sup>後期高齢者医療費：後期高齢者と定義される75歳以上にかかる医療費をいいます。後期高齢者医療制度は平成20年4月に創設されましたが、それ以前は、「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65歳～74歳の高齢者は、前期高齢者と定義されます。

図表2-2-2：医療費等の伸びの状況

(単位：%)

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲ 1.8	3.2	▲ 0.5	1.9	1.8	3.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲ 5.1	4.1	0.6	▲ 0.7	▲ 0.7	0.6
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲ 3.0	▲ 0.4	1.4	1.3	1.2
国内総生産(GDP)	7.2	8.6	2.9	1.3	▲ 1.8	▲ 0.8	0.7	0.5	0.9

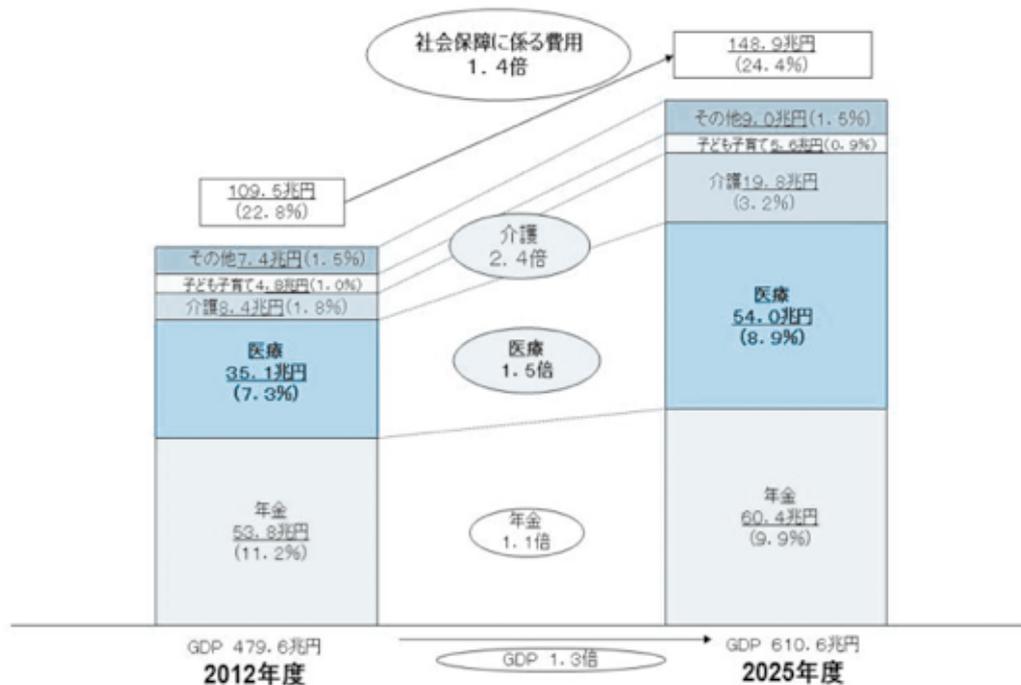
2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)
▲ 0.0	3	2	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8
▲ 3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3	3.6	2.1	4.4
1.3	▲ 0.0	▲ 7.2	▲ 2.9	2.4	▲ 1.0	0.4	3.9	1.2	2.7
0.7	0.3	▲ 4.1	▲ 3.4	1.4	▲ 1.1	0.2	2.6	2.1	2.8

〔資料〕厚生労働省資料

(3) 今後の医療費の見込み

急速な高齢化の進展に伴って、今後も医療費が増加していくことが見込まれており、厚生労働省の「社会保障に係る費用の推計(平成24年)」によると、平成37年度(2025年度)における医療費は、平成24年度と比較し、約1.5倍にあたる54.0兆円に達すると推計されています。

図表2-2-3：社会保障費の見通し



(出典)「社会保障に係る費用の将来推計の設定について(平成24年3月)」(厚生労働省政策統括官(社会保障担当)作成)を基に作成。  
 (注1)医療介護の改革のうち保険者機能の強化や年金制度改革の効果は反映していない。  
 (注2)( )内の%表示は対GDP比。

〔資料〕厚生労働省資料

## 2 本県の医療費の動向

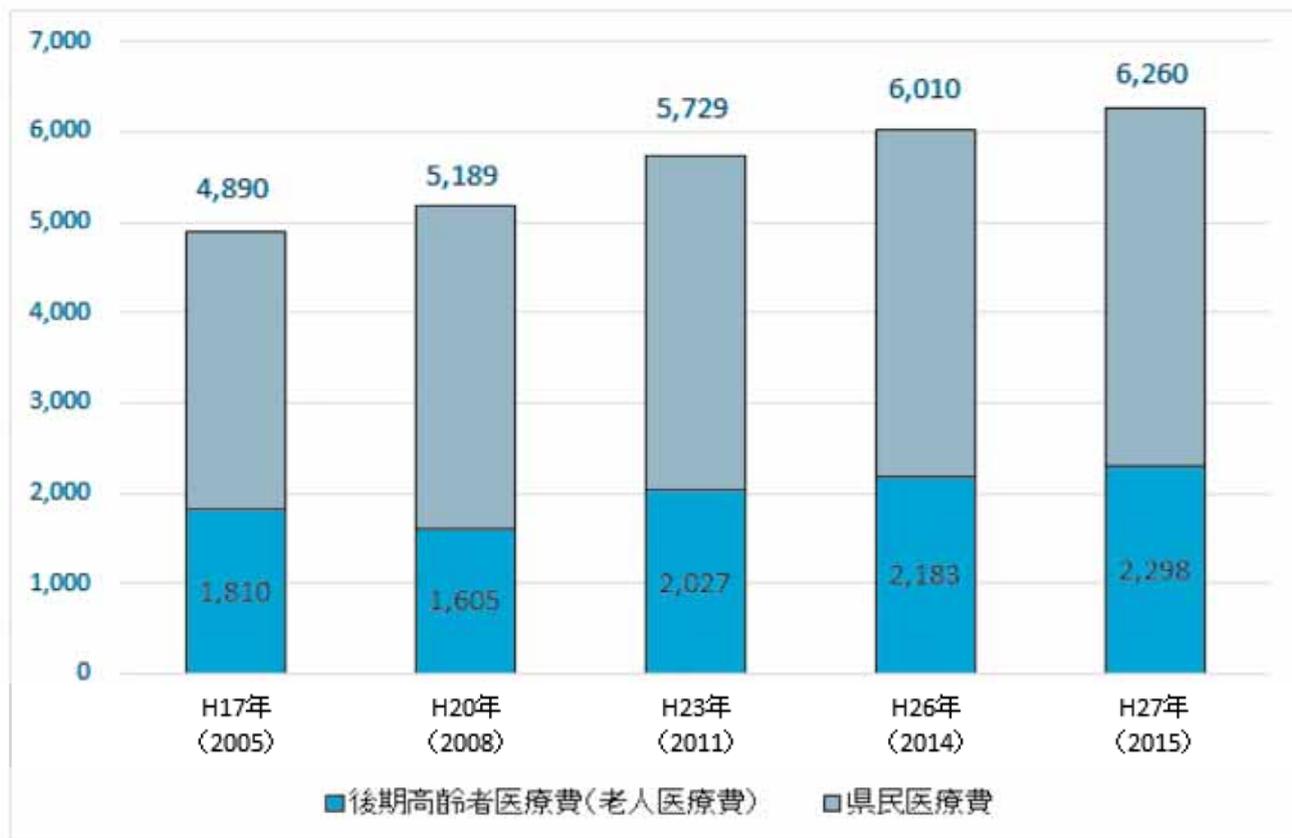
### (1) 本県の医療費の状況

平成27年度の国民医療費における本県の医療費は6,260億円で、前年度の6,010億円に比べ、250億円、4.2%増加しています。また、平成17年度の4,890億円から比較すると、1,370億円、28.0%増加しています。

なお、本県の医療費のうち、後期高齢者医療費は2,298億円で、全体の36.7%を占めています。

図表2-2-4：本県の医療費の年次推移

(単位：億円)



[資料] 厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業状況報告」

※ 都道府県別の国民医療費は、平成26年度までは3年ごとに公表されていましたが、平成27年度から毎年度公表に変更されました。

### (2) 1人当たり医療費の全国比較

平成27年度の県民1人当たり医療費は31万7千円で、全国平均の33万3千円を下回り、全国では35位(少ない方から13番目)となっています。

平成27年度の1人当たり医療費の診療種類別内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が11万7千円で、全国平均の12万3千円を下回っている一方、入院外は11万7千円で、全国平均の11万4千円を上回っています。

また、1人当たりの歯科診療医療費、薬剤調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

図表2-2-5：1人当たり医療費の年次推移

	H17年度	H20年度	H23年度	H26年度	H27年度
県民1人当たり医療費(千円)	242 (36位)	258 (35位)	286 (36位)	304 (36位)	317 (35位)
全国平均(千円)	259	273	302	321	333

〔資料〕厚生労働省「国民医療費」

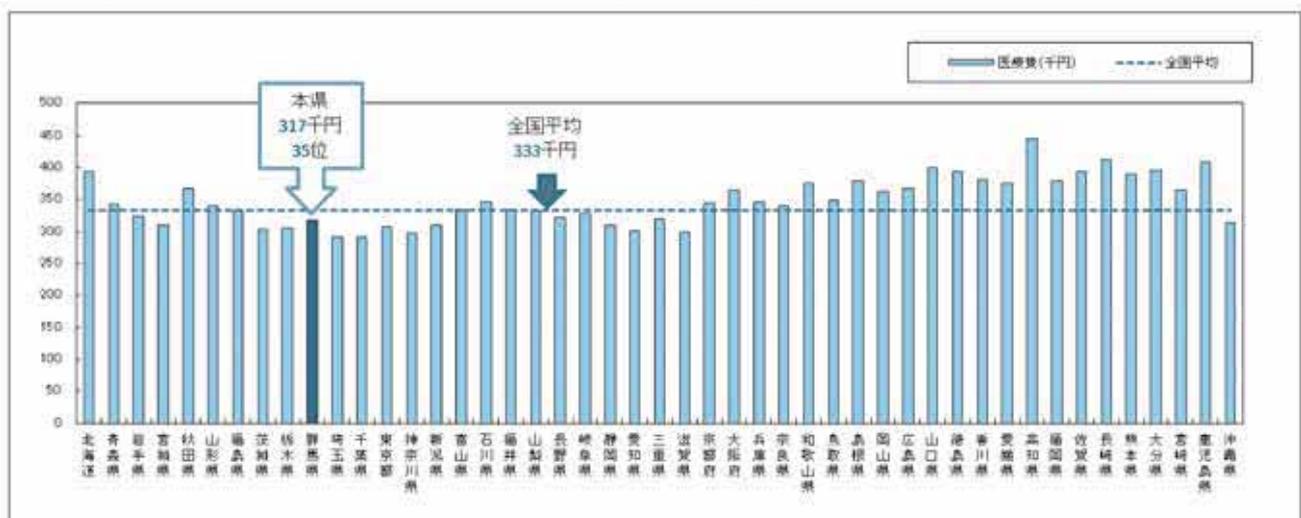
図表2-2-6：1人当たり医療費の内訳（平成27年度）

	本 県		全国平均
	金額(千円)	全国順位	金額(千円)
1人当たり医療費(合計)	317	35位 (少ない方から13番目)	333
内科診療医療費(入院)	117	33位 (少ない方から15番目)	123
内科診療医療費(入院外)	117	25位 (少ない方から23番目)	114
歯科診療医療費	20	35位 (少ない方から13番目)	22
薬局調剤医療費	54	43位 (少ない方から5番目)	63

〔資料〕厚生労働省「国民医療費」(平成27年度)

その他の内訳として、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等があります。

図表2-2-7：1人当たり医療費の全国比較（平成27年度）

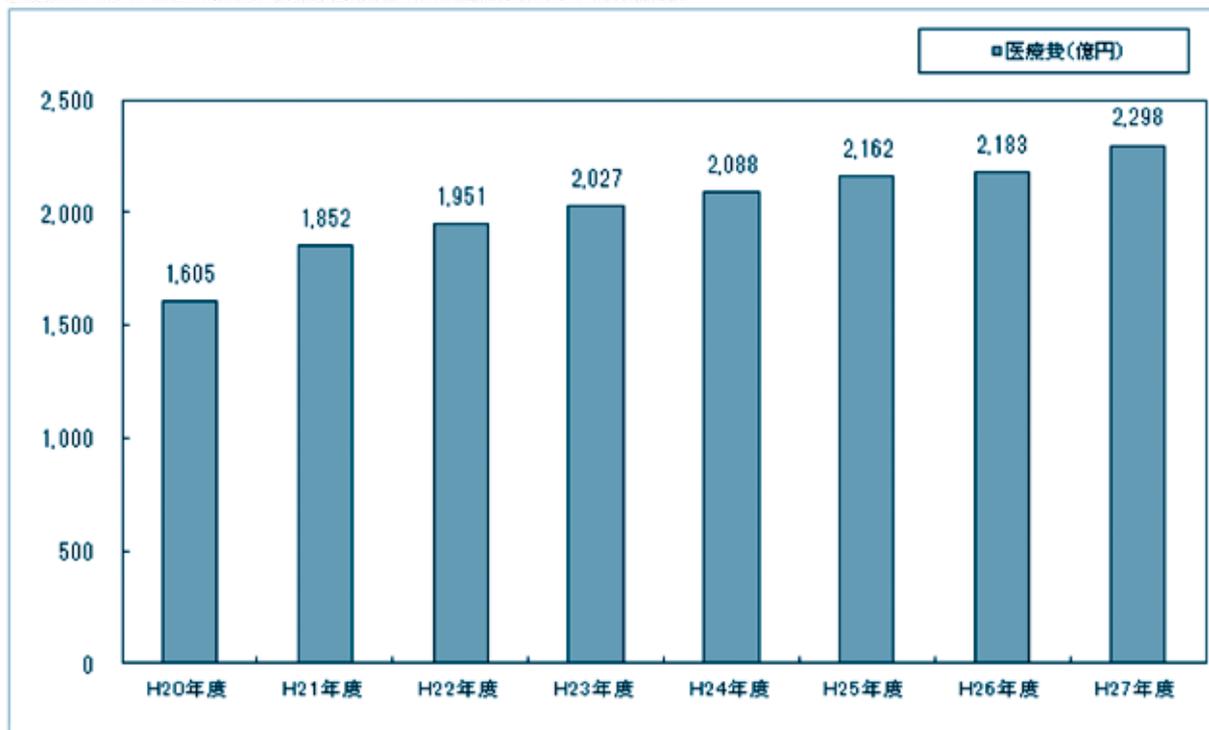


〔資料〕厚生労働省「国民医療費」(平成27年度)

### (3) 本県の後期高齢者医療費の状況

平成27年度の本県の後期高齢者医療費は2,298億円で、前年度の2,183億円に比べ、115億円、5.3%増加しています。

図表2-2-8：本県の後期高齢者医療費の年次推移



〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」

※平成20年度の後期高齢者医療費の金額は、平成20年4月から21年2月までの11ヶ月分の金額となっています。

### (4) 1人あたり後期高齢者医療費の全国比較

平成27年度における本県の加入者1人あたり後期高齢者医療費は87万9千円で、全国平均の94万9千円を下回っており、全国では30位（少ない方から18番目）となっています。

平成27年度の加入者1人あたり医療費の内訳について、入院・入院外別の医科診療費をみると、本県は入院が41万4千円、入院外が27万3千円で、いずれも全国平均（入院43万4千円、入院外27万4千円）を下回っています。

また、加入者1人あたりの歯科診療医療費、薬剤調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

図表2-2-9：1人あたり後期高齢者医療費の年次推移

	H20年度	H22年度	H24年度	H26年度	H27年度
1人あたり医療費(千円)	709 (35位)	821 (33位)	842 (32位)	855 (31位)	879 (30位)
全国平均(千円)	786	905	919	932	949

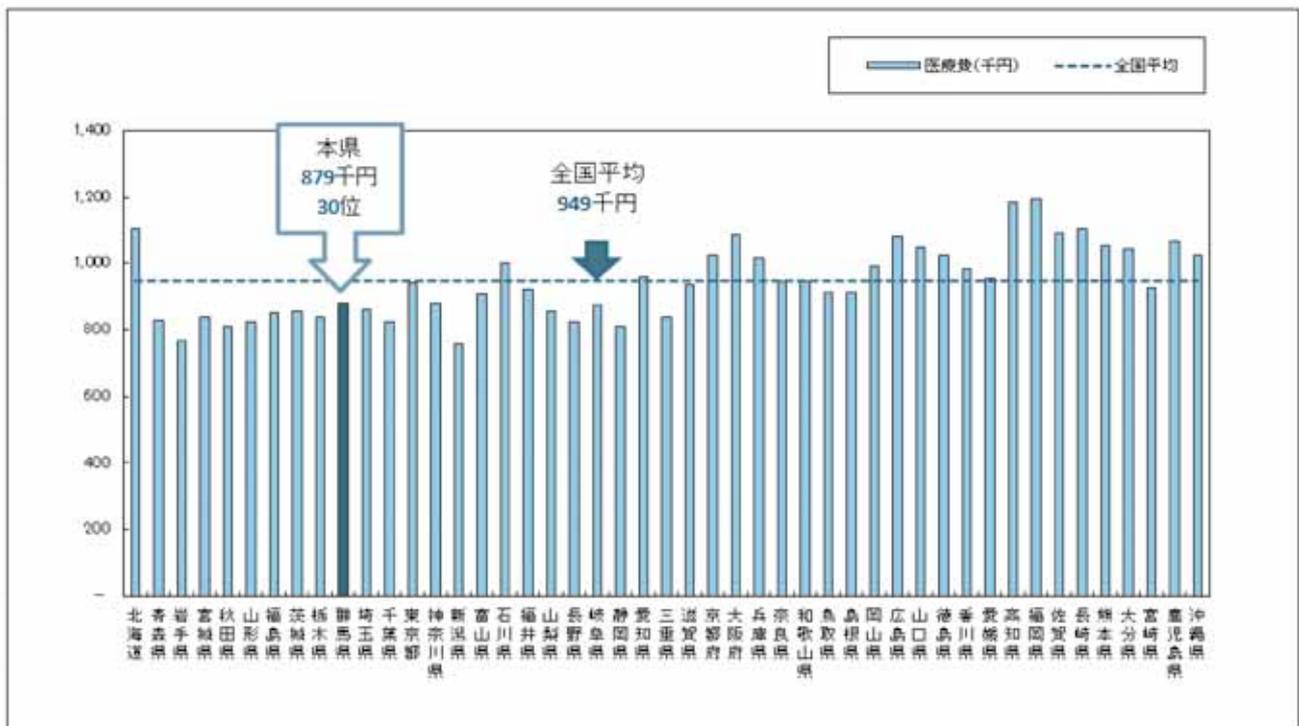
〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」

図表2-2-10：1人当たり後期高齢者医療費の内訳（平成27年度）

1人当たり 後期高齢者医療費	本 県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
合 計	879	30位 (少ない方から18番目)	949
医科診療医療費 (入院)	414	28位 (少ない方から20番目)	434
医科診療医療費 (入院外)	273	18位 (多い方から18番目)	274
歯科診療医療費	26	31位 (少ない方から17番目)	33
薬局調剤医療費	131	46位 (少ない方から2番目)	167

〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成27年度）  
 その他の内訳として、訪問看護医療費、療養費等があります。

図表2-2-11：1人当たり後期高齢者医療費の全国比較（平成27年度）



〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成27年度）

### 第3節 県民の受診の状況

#### 1 県民の受診状況

##### (1) 入院・外来の受診状況

平成26年における県民の医療機関への受診状況について、人口10万人当たりの受療率<sup>\*5</sup>をみると、入院については、本県は980人で、全国平均の1,038人よりも低くなっており、外来についても、本県は5,404人で、全国平均の5,696人よりも低くなっています。

また、75歳以上の人口10万人あたりの受療率をみると、入院については、本県は3,677人で、全国平均の4,205人よりも低くなっており、外来についても、本県は10,106人で、全国平均の11,906人よりも低くなっています。

図表2-3-1：受療率の状況（全年齢・75歳以上）

（単位：人）



〔資料〕厚生労働省「患者調査」（平成26年）

##### (2) 疾病別の受療率

平成26年における傷病分類ごとの受診状況をみると、入院の受療率については、概ね全国平均よりも低くなっていますが、基本分類別では、感染症及び寄生虫症、血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害、精神及び行動の障害、先天奇形・変形及び染色体異常については、全国平均よりも高くなっています。

また、外来の受療率については、血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害、神経系の疾患、循環器系の疾患、消化器系の疾患、損傷・中毒及びその他の外因の影響が、全国平均よりも高くなっています。

\*5受療率：厚生労働省が毎年度公表している「患者調査」により、ある特定の日に疾病治療のために、医療機関に入院または通院、往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」として定義しています。

図表2-3-2：疾病分類ごとの対10万人あたりの受療率（本県・全国平均）

（単位：人）

	入院		外来	
	全国	群馬県	全国	群馬県
総 数	1,038	980	5,696	5,404
1 感染症及び寄生虫症	16	21	136	118
2 新生物	114	105	182	158
悪性新生物	102	96	135	117
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	7	17	21
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	26	18	344	353
甲状腺障害	1	0	31	30
糖尿病	16	10	175	191
5 精神及び行動の障害	209	223	203	176
6 神経系の疾患	96	84	136	146
7 眼及び付属器の疾患	9	6	266	179
8 耳及び乳様突起の疾患	2	1	79	61
9 循環器系の疾患	189	171	734	774
高血圧性疾患	5	4	528	541
心疾患（高血圧性のものを除く）	47	50	105	91
虚血性心疾患	12	13	47	43
脳血管疾患	125	106	74	123
10 呼吸器系の疾患	71	73	526	457
急性上気道感染症	1	1	195	190
肺炎	27	34	6	5
急性気管支炎及び急性細気管支炎	2	2	80	90
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	7	5	25	13
喘息	3	3	100	85
11 消化器系の疾患	52	45	1,031	1,087
う蝕	0	0	223	322
歯肉炎及び歯周疾患	0	0	350	310
12 皮膚及び皮下組織の疾患	9	8	226	219
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	55	43	691	554
炎症性多発性関節障害	4	3	39	34
関節症	12	9	153	101
脊柱障害	21	15	358	263
骨の密度及び構造の障害	2	1	44	68
14 腎尿路生殖器系の疾患	37	37	223	169
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全	26	28	93	53
乳房及び女性生殖器の疾患	2	1	63	74
15 妊娠、分娩及び産じょく	15	9	11	12
16 周産期に発生した病態	5	4	2	2
17 先天奇形、変形及び染色体異常	5	8	11	8
18 他に分類されないもの	13	12	61	59
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	103	103	241	303
骨折	72	72	72	57
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	8	3	576	549

〔資料〕厚生労働省「患者調査」（平成26年）

※全国平均よりも10%以上、または、対10万人当たりの受療率あたり100人を超えている疾病については全国平均よりも5%以上の疾病に網掛けを付しています。

## 第4節 生活習慣病の状況

### (1) 生活習慣病とは

生活習慣病とは、「食習慣・運動習慣・休養・喫煙・飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義され、糖尿病・心筋梗塞・脳血管疾患・悪性新生物等の疾病を含みます。

その予防を図るためには、県民一人一人の健康に関する意識の向上や生活習慣の改善に向けた行動の変容が不可欠です。

また、医療費適正化に向けた取組においては、生活習慣病の発症予防及び重症化予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持を図ることが重要となります。

### (2) 医療費の状況

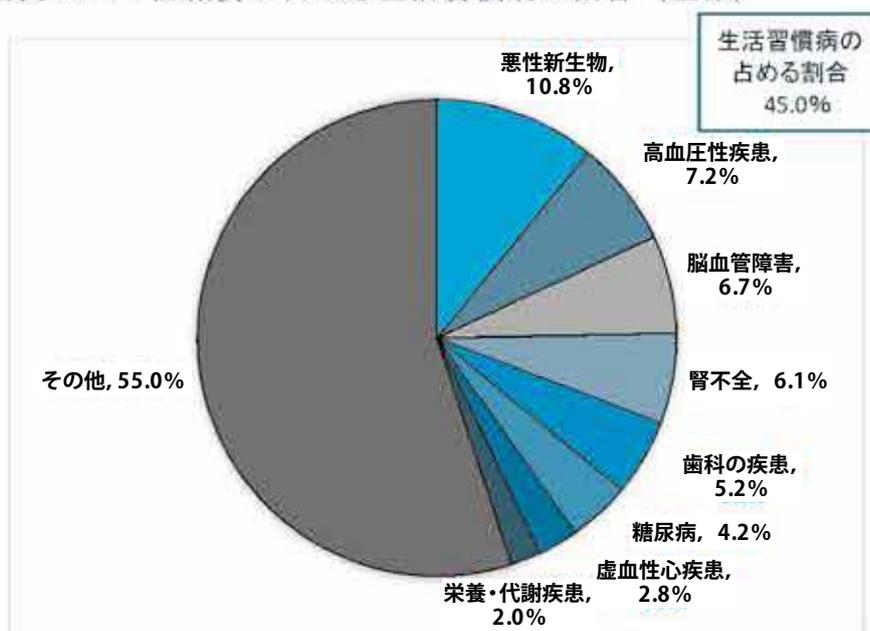
平成29年5月における本県の医療費（国民健康保険・後期高齢者医療）を疾病別にみると、生活習慣病の占める割合は、全体の45.0%で、悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管障害、腎不全、歯科の疾患の順になっています。

これを、入院・入院外（外来）別にみると、入院では、医療費に占める生活習慣病の割合は34.7%で、悪性新生物、脳血管障害、虚血性心疾患の順になっています。一方、入院外（外来）では、生活習慣病は56.4%で半数を超えており、高血圧性疾患、歯科の疾患、腎不全の順となっています。

また、総医療費と生活習慣病に関連する医療費は、年々増加傾向にありますが、一方、総医療費に占める生活習慣病に関連する医療費の割合は減少傾向にありましたが、ここ数年は横ばい状態となっています。

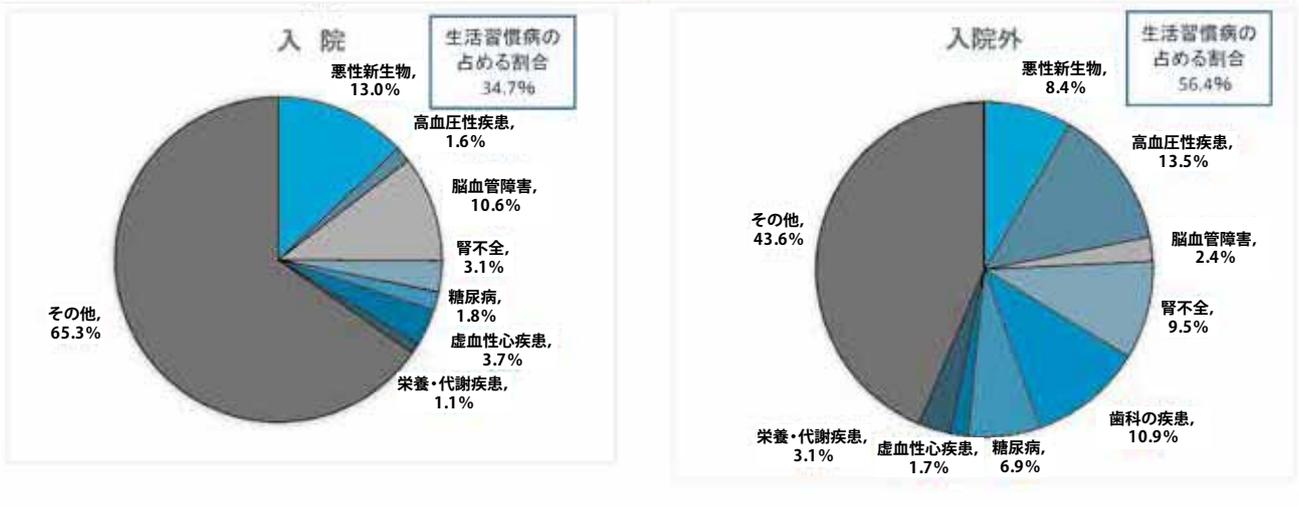
さらに、年齢階級別に総医療費における生活習慣病の割合をみると、75歳以上においては、43.3%となっており、40歳～74歳の医療費の半数は、生活習慣病に関連する疾病により占められています。

図表2-4-1：医療費に占める生活習慣病の割合（全体）



〔資料〕群馬県国民健康保険団体連合会「群馬県国民健康保険疾病分類統計表」（平成29年5月診療分）

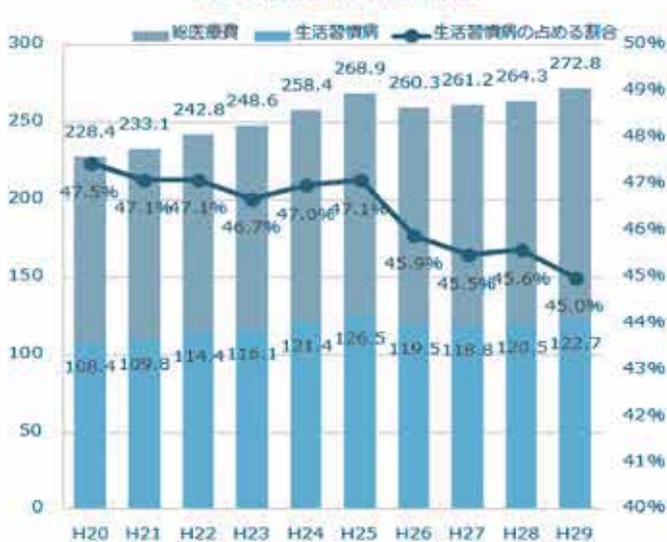
図表2-4-2：医療費に占める生活習慣病の割合（入院・入院外別）



〔資料〕群馬県国民健康保険団体連合会「群馬県国民健康保険疾病分類統計表」（平成29年5月診療分）

図表2-4-3：

市町村国民健康保険と後期高齢医療制度総医療費に占める生活習慣病医療費の推移



〔資料〕平成29年度版グラフで見る群馬の国保現況

図表2-4-4：

平成29年度5月診療分における年齢階級別生活習慣病医療費の割合

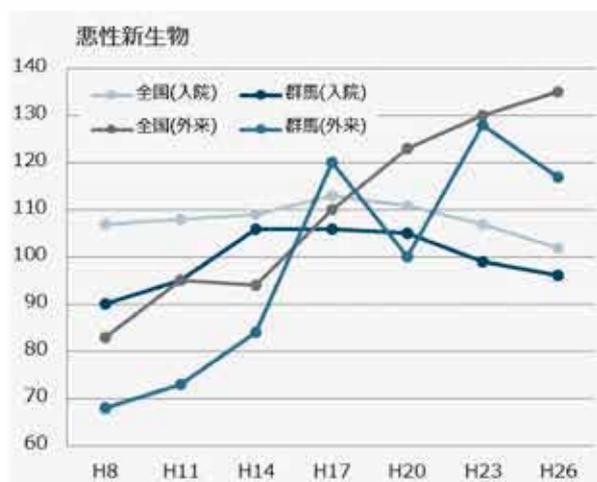
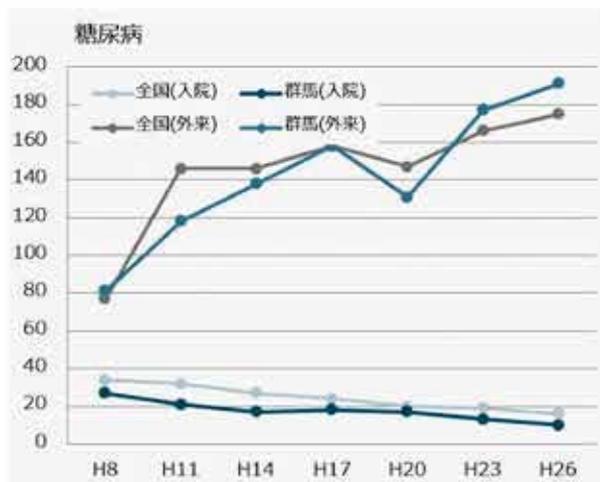


### (3) 受療の状況

生活習慣病の人口10万人当たり受療率をみると、平成26年度では糖尿病（外来）、脳血管疾患（外来）、虚血性心疾患（入院）は、全国と比較して高い状況にある一方、糖尿病（入院）、虚血心疾患（外来）、脳血管疾患（入院）、悪性新生物（入院・外来）は、全国と比較して低い状況にあります。

また、糖尿病（外来）、悪性新生物（外来）は、受療率が上昇傾向にあります。

図表2-4-5：受療率の推移



〔資料〕厚生労働省「患者調査」

## 第5節 平均在院日数<sup>\*6</sup>の状況

### (1) 平均在院日数の状況

平成28年の本県における全病床（介護療養病床を除く）の平均在院日数は27.2日で、前年に比べ、0.3日の短縮となりました。第2期計画において設定した目標値である28.7日以下（平成29年時点）を下回っています。

また、本県は、全国平均(27.5日)よりも0.3日短く、都道府県別にみると短い方から17番目となっています。

病床別にみると、療養病床については116.0日で全国平均（152.2日）よりも短い一方、一般病床については16.4日で全国平均(16.2日)と比べ0.2日、また、精神病床については322.5日で全国平均（269.9日）と比べ、52.6日長くなっています。

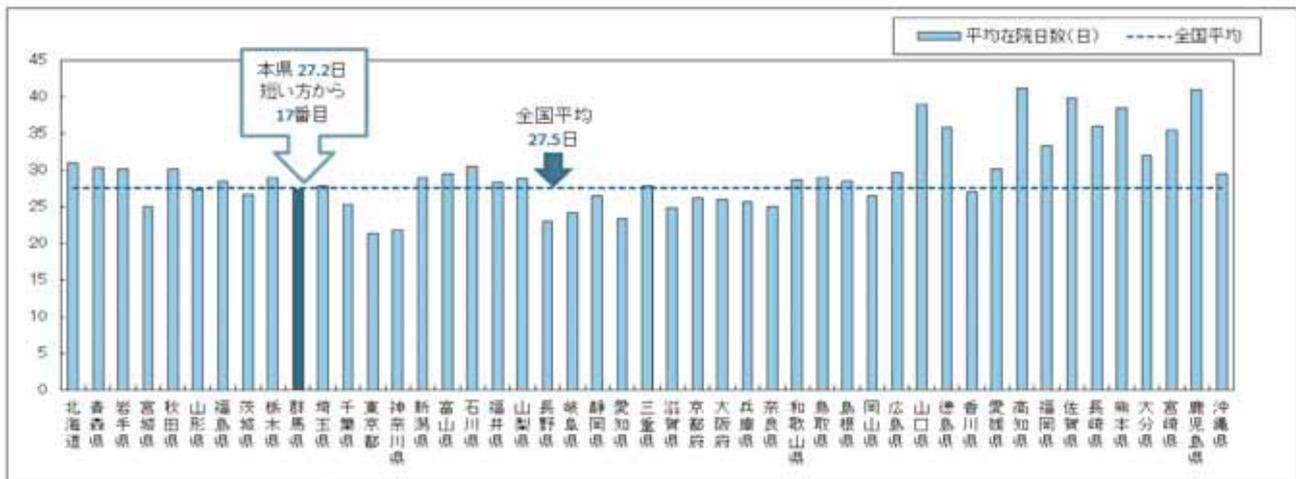
図表2-5-1：平均在院日数の年次推移

(単位：日)

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
一般病床	本県	17.1	16.9	16.6	16.5	16.4
	全国平均	17.5	17.2	16.8	16.5	16.2
療養病床	本県	129.7	123.1	121.4	120.7	116.0
	全国平均	171.8	168.3	164.6	158.2	152.2
精神病床	本県	359.4	367.8	361.8	346.3	322.5
	全国平均	291.9	284.7	281.2	274.7	269.9
結核病床	本県	87.8	74.7	75.5	76.6	73.8
	全国平均	70.7	68.8	66.7	67.3	66.3
介護療養病床を除く全病床	本県	28.5	28.1	27.8	27.5	27.2
	全国平均	29.7	29.2	28.6	27.9	27.5

〔資料〕厚生労働省「病院報告」

図表2-5-2：平均在院日数の全国比較（平成28年）



〔資料〕厚生労働省「病院報告」（平成28年）

\*6平均在院日数：病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

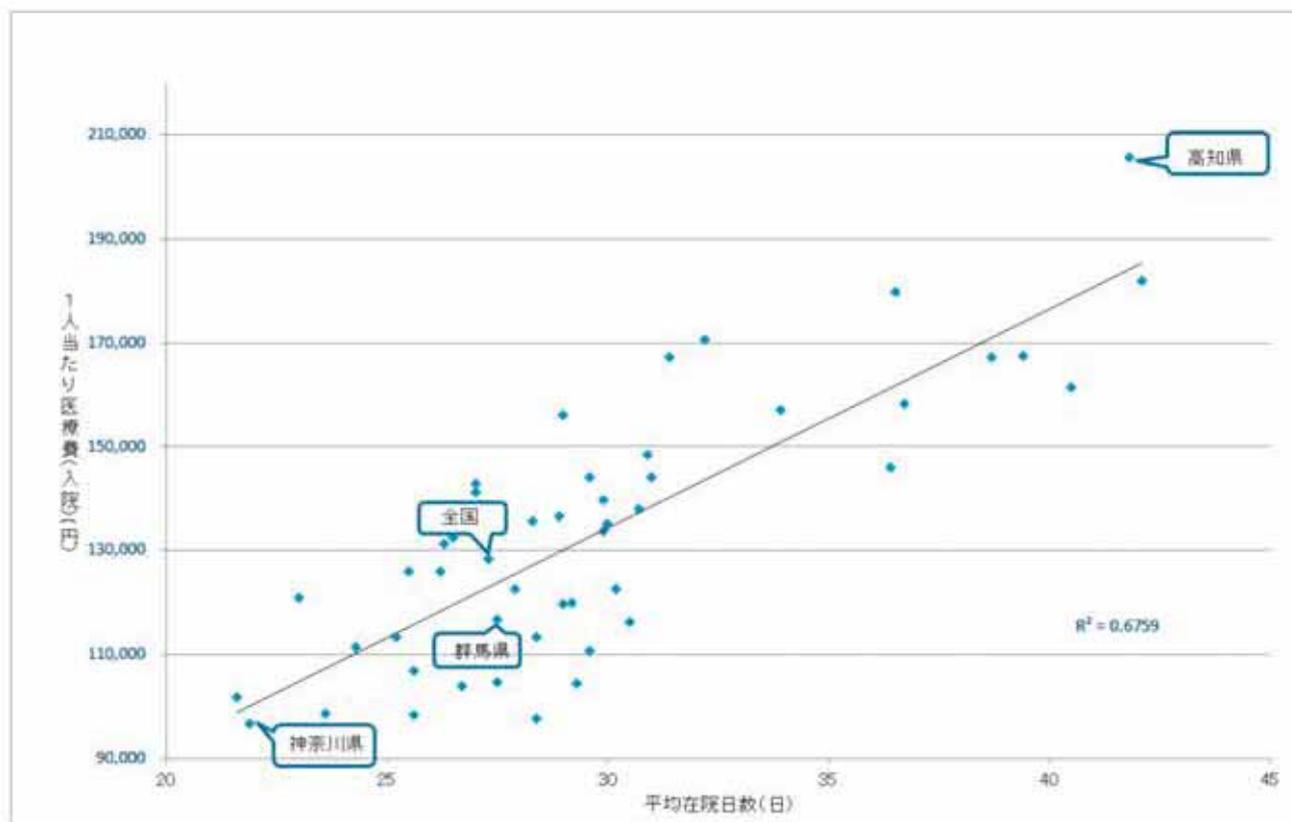
$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{（調査期間中に在院した患者の延べ数）}}{\text{（調査期間中の新入院患者数＋退院患者数）} \div 2}$$

(2) 平均在院日数と1人あたりの医療費(入院)の関係

平成27年度における都道府県ごとの平均在院日数と、1人あたりの医療費(入院)をみると、相関関係が認められます。

病床の機能分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実、医療と介護の連携体制の構築など、より実効性の高い地域包括ケアシステムの構築により、入院期間の短縮が期待されます。

図表2-5-3：平均在院日数と1人当たり医療費(入院)の相関



[資料] 厚生労働省「病院報告」(平成27年)、「国民医療費」(平成27年度)

## 第6節 国民健康保険制度の改革

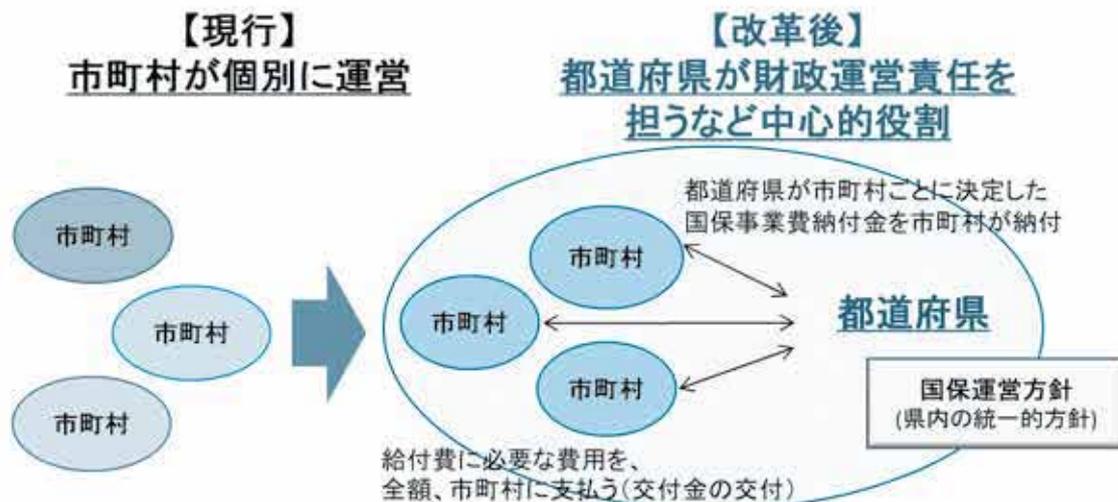
### (1) 制度見直しの概要

国民健康保険制度は、国民皆保険の基盤として重要な役割を果たしていますが、加入者の高年齢層の割合が高く医療費水準が高いことに加え、加入者の所得水準が低く、所得に占める保険料負担が重いという構造的な課題を抱えています。

このため、国民健康保険制度の運営を安定化し、将来にわたり国民皆保険を堅持していくことができるよう、平成27年5月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が公布され、平成30年4月から県が市町村とともに保険者となり国民健康保険を運営することとなりました。

新しい制度では、県は財政運営など国民健康保険運営の中心的な役割を担い、市町村は地域におけるきめ細かい事業を引き続き行います。

図表2-6-1：運営のあり方の見直し



〔資料〕厚生労働省資料（一部修正）

図表2-6-2：都道府県と市町村の役割分担

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
財政運営	財政運営の責任主体	国民健康保険事業費納付金を都道府県に納付
資格管理	国民健康保険運営方針に基づき、事務の標準化、効率化等を推進	資格を管理(被保険者証等の発行)
保険料	市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	標準保険料率等を参考に保険料率を決定、保険料の賦課・徴収
保険給付	国民健康保険保険給付費等交付金の市町村への支払い	保険給付の決定、支給
保健事業	市町村に対する助言・支援	被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施

(2) 制度見直しによる効果

国民健康保険の財政運営が市町村単位から都道府県単位に拡大されることにより、高額な医療費の発生など様々なリスクが都道府県全体で分散され、急激な保険料の上昇が起きにくい仕組みとなります。

また、都道府県が統一的な運営方針として国民健康保険運営方針を定めることにより、市町村が担う事務の標準化、効率化が促進されます。

(3) 健康づくりや医療費適正化に向けた取組

急速な高齢化の進展等により今後大幅な医療費の増加が見込まれる中、国民健康保険の安定的な財政運営を確保するためには、加入者の健康づくりや医療費適正化に向けた取組がますます重要となります。

このため、制度の見直しに併せ、健康づくりや医療費適正化に向けた保険者の取組を促進するため、「保険者努力支援制度」が創設されました。

「保険者努力支援制度」は、特定健康診査や特定保健指導の実施率、糖尿病等の重症化予防の取組及び後発医薬品の使用促進に関する取組などの評価指標が設定され、保険者の取組に応じて交付金が交付されます。

新たな制度への移行後は、都道府県も保険者となることから、こうした制度も活用しながら、市町村の保健事業を積極的に支援するとともに、これまで以上に健康づくりや医療費適正化に向けた取組を推進する必要があります。

図表2-6-3：平成30年度保険者努力支援制度の主な評価指標

市 町 村 分	①特定健康診査及び特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率
	②がん検診受診率及び歯周疾患（病）検診の実施状況
	③糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
	④個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの提供の実施
	⑤重複服薬者に対する取組
	⑥後発医薬品の使用促進の取組及び使用割合
	⑦地域包括ケア推進の取組
都 道 府 県 分	①主な市町村指標（特定健康診査及び特定保健指導の実施率、糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況、後発医薬品の使用割合など）の都道府県単位による評価
	②都道府県の医療費水準に関する評価
	③医療費適正化などの都道府県の取組状況

## 第3章 計画の基本理念

### 1 基本理念

急速な高齢化の進展に伴い、医療費の多くを占める高齢者医療費の増大が見込まれることを踏まえ、高齢期に至る前の早い段階から、健康の保持に関する予防的な取組や医療の効率的な提供に向けた取組を行っていくことにより、結果として、将来的な高齢者医療費の伸びの抑制が図られることを目指すこととし、この計画では、次のとおり、基本理念を定めます。

- 1 今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県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とします。
- 2 超高齢社会の進展を前提に、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期的に徐々に低下させるものとします。

### 2 施策の2つの柱

#### (1) 県民の健康の保持の推進

県民一人一人が、生涯を通じて、心身ともに健康で質の高い生活を送ることができるよう、健康寿命の延伸に向けた取組を推進するほか、各医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導の推進、喫煙による健康被害を回避する取組などを通じて、生活習慣病の発症予防、早期発見及び重症化予防を推進します。

#### (2) 医療の効率的な提供の推進

県民一人一人が良質かつ適切な医療を効率的に受けることができるように、医療機関の役割分担・連携により、地域において必要な医療を適切な場所で切れ目なく提供される体制の確立を図ります。

また、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで暮らし続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の5つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進していきます。

さらに、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用の推進を図り、過度に医療費が増大しないよう取り組みます。

### 3 計画に掲げる目標・施策

この計画では、2に掲げた2つの施策の柱に基づき、それぞれの分野ごとに、「現状と課題」を踏まえ、目標を設定するとともに、目標を実現するための施策を「取り組むべき施策」として定め、医療費適正化に向けた取組を推進していくこととします。

## 第4章 分野別の目標と施策

### 第1節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

#### 第1項 健康寿命の延伸

##### 1 現状と課題

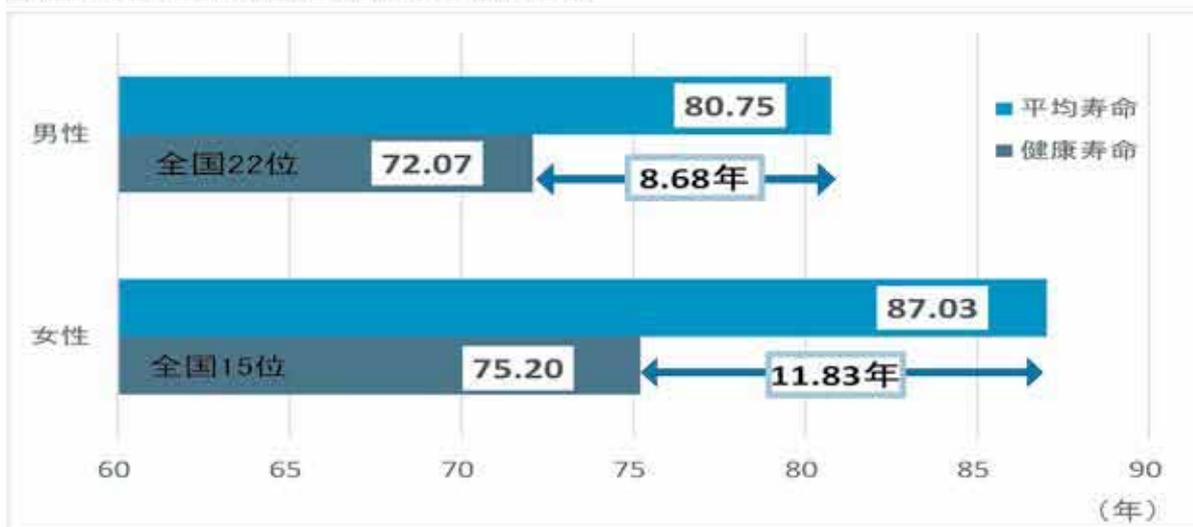
###### (1) 健康寿命とは

ア 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義され、平均寿命<sup>\*7</sup>と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「健康ではない期間」を意味することから、この差を縮めることが重要となります。

イ 第15次群馬県総合計画「はばたけ群馬プランⅡ」では、県民が生涯にわたり健康な生活を実現するために、健康寿命の延伸を重要課題としています。

ウ 高齢化が進展し社会保障費の増加が見込まれているなか、健康寿命延伸対策は医療費の上昇の抑制や介護費の削減にも寄与することから、持続可能な社会保障制度の確立に資する重要な課題となっています。

図表4-1-1-1：本県の平均寿命と健康寿命



出典：厚生労働省「都道府県別健康寿命」、簡易生命表（平成28年度）

###### (2) 健康寿命の延伸に向けた取組

ア 平成25年3月に群馬県健康増進計画「元気県ぐんま21（第2次）」を策定し、県民の健康寿命の延伸を目標として、10か年計画で推進しているところであり、今後、さらなる推進に向けて健康寿命延伸対策の強化が必要となっています。

イ 健康寿命には、生活習慣病の発症及び重症化が関与しており、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進することが重要です。

ウ 健康寿命延伸に向けて、平成28年9月、県民が「自らの健康は自らがつくる」と

\*7平均寿命：厚生労働省が公表する生命表の0歳の平均余命

いう機運を高め、全ての県民が実践すべき5つの事項を「ぐんま元気（GENKI）の5か条」として制定し、県民自らが健康づくりに取り組む機運の醸成を図っています。

## ○ ぐんま元気（GENKI）の5か条

- 第1条 G げんき（元気）に動いて ぐっすり睡眠 （運動・休養）  
 第2条 E えんぶん（塩分）ひかえて 食事はバランスよく （食生活）  
 第3条 N なかま（仲間）をつくって 健康づくり （社会参加・健（検）診）  
 第4条 K きんえん（禁煙）めざして お酒は適度に （喫煙・飲酒）  
 第5条 I いいは（歯）を保って いつも笑顔 （歯と口・こころの健康）

### （3）科学的根拠に基づく対策の実施

- ア 生活習慣病の発症予防及び重症化予防につながる効果的な対策を行うためには、地域の健康課題とその背景にある生活習慣等との関連を総合的に分析し、科学的根拠に基づく具体的な検討が必要です。
- イ 平成28年度からKDBシステム（国民健康保険の保健医療データ）を活用し、本県の健康課題の一つである糖尿病に関するデータ分析を行い、健康課題の「見える化」に取り組んでいます。
- ウ 市町村等の医療保険者においては、健康・医療情報（レセプト・健（検）診データ）を活用した被保険者の健康課題の分析により、効果的・効率的に保健事業を行うための実施計画（データヘルス計画）を策定するとともに、当該計画に基づき、PDCAサイクルに沿った保健事業を実施することが求められています。

### （4）生涯を通じた健康づくりに関する取組

- ア 県民が健康的な日常生活を行うためには、県民一人一人が、健康について関心を持ち、生涯を通じて健康づくりを実践していくことが重要です。
- イ 子どもの頃からよりよい生活習慣を形成することで、生涯を通じた健康づくりの定着が期待されることから、子どもの頃から、よりよい生活習慣について、知識の普及を図っていくことが重要になります。
- ウ 高齢者の健康づくりには、生活習慣病の重症化予防のほか、高齢による虚弱（フレイル）<sup>\*8</sup>、運動器症候群（ロコモティブシンドローム）<sup>\*9</sup>、低栄養の予防が重要であることから、高齢期の特性に応じて、効果的な介護予防や栄養・口腔保健指導の

\*8高齢による虚弱（フレイル）：加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態をいいます。

\*9運動器症候群（ロコモティブシンドローム）：運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態のことを表し、2007年に日本整形外科学会によって提唱された概念です。

取組を推進していく必要があります。

(5) 健康づくりに関する社会環境の整備

ア 身体活動や運動習慣は、個人の意識だけでなく、生活環境や社会環境が関係することから、個人に対する啓発に加えて、自治体や職域における住環境・就労環境の改善等が重要です。

イ 地域における健康課題の解決に向けた対策を検討するためには、地域の健康づくりに関わっている様々な関係機関・団体・企業等と情報を共有し、連携・協力体制を構築する必要があります。

2 目標

県民一人一人が、健康寿命延伸に向けて、生活習慣の改善や生活習慣病の発症予防及び重症化予防に取り組むとともに、その取組を支援することができる社会環境を整備します。

○ 指標と目標値

単位：年

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	健康寿命	男性 72.07	H28	男性 72.30	H31
		女性 75.20		女性 76.20	

3 取り組むべき施策

(1) 「健康寿命の延伸」県民運動の推進

県民自らが積極的に健康づくりに取り組む機運を醸成するため、「健康寿命の延伸」県民運動の普及啓発に取り組みます。

(2) 科学的根拠に基づく対策の強化「健康課題の見える化」

ア 糖尿病に関するデータ分析による、健康課題の「見える化」の取組を発展させ、糖尿病以外の疾病についても分析の幅を広げることにより、健康寿命の延伸に向けた取組につなげていきます。

イ 全ての市町村で、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するよう支援します。

(3) 生涯を通じた健康づくりの推進

ア 市町村や関係団体と連携し、健康づくりに関する取組を引き続き推進します。

イ 子どもの頃から食生活、運動、休養等の生活習慣に関する意識の向上を図るため、小中高等学校等において生活習慣に関する知識の普及啓発を行います。

ウ 高齢者の筋力低下等による心身機能の低下や低栄養に起因した疾病を予防するため、市町村や関係団体と連携し、介護予防事業や栄養・口腔保健指導の取組を推進

します。

エ 保健事業の企画・立案、実施及び評価ができるよう、保健医療従事者の人材育成を支援します。

#### (4) 健康づくりに関する社会環境の整備

ア 県民が日常生活の中で、健康づくりのために、身体活動を高め、適度な運動習慣を定着させることができる環境整備を推進します。

イ 働き盛りの世代が、定期的な健康診断や必要に応じて医療機関を受診する等により適切な健康管理ができるよう、ワーク・ライフ・バランスの推進など、健康づくりを実践しやすい環境づくりを支援します。

ウ 地域の健康づくりに関わっている様々な関係機関・団体・企業等と情報を共有し、連携・協力体制を推進するため、保健福祉事務所単位で設置している「地区地域・職域連携推進協議会」で、それぞれの役割の充実強化を図ります。

#### (5) 健康づくりに関する関係者の役割分担

主体	具体的役割
県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合調整</li> <li>○ 生活習慣病等に関する情報の収集・関係者への提供</li> <li>○ 生活習慣病に関する実態等を把握するための調査の実施</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導、がん検診等の実施に係る人材や健診機関の指導・育成</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導、がん検診等に係る精度管理の推進</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導、がん検診等の受診に関する県民への普及啓発</li> <li>○ 健康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業等に対する支援</li> <li>○ 関係者の連携・協力体制構築の推進</li> <li>○ 地域や職域における健康づくり推進のための人材育成・支援</li> <li>○ 健康づくりのための環境整備</li> </ul>
市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ データヘルス計画の策定、計画に基づく取組の実施・評価</li> <li>○ 健康増進法に基づく健康増進事業の実施</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導、がん検診等の受診に関する住民への普及啓発</li> <li>○ 地域における健康課題等の実態把握、分析</li> <li>○ 地域に根ざした生活習慣病予防のための啓発・情報提供</li> <li>○ 地域住民の健康づくり活動の支援</li> </ul>
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ データヘルス計画の策定、計画に基づく取組の実施・評価</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導の実施</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導の受診に関する被保険者・被扶養者への普及啓発</li> <li>○ 県や市町村に対する特定健康診査・特定保健指導に関するデータの提供</li> <li>○ 県や市町村に対する医療機関受療動向に関するデータの提供</li> </ul>

主体	具体的役割
事業主	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所における保健事業の実施</li> <li>○ 医療保険者と連携した特定健康診査・特定保健指導の受診に関する従業員への普及啓発</li> <li>○ 従業員が定期的な健康診断や必要に応じて医療機関を受診する等の適切な健康管理を実践しやすい環境づくり</li> </ul>
保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険者間における意見調整</li> <li>○ 被保険者に対する教育や普及啓発等をはじめとする保健事業や保健事業の実施者の育成・研修等の共同実施</li> <li>○ 各保険者の独自の保健事業や運営等についての情報交換</li> <li>○ 特定健康診査・特定保健指導等の実施体制の確保・集合契約等に関する各種調整、情報共有等</li> <li>○ その他、特定健康診査・特定保健指導を円滑に実施するために必要な事業、調査等の実施</li> </ul>
地域・職域連携推進協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 群馬県健康増進計画をはじめとする、保健医療に関する計画に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議</li> <li>○ 県、地域における健康課題の明確化</li> <li>○ 各関係者（医療保険者・市町村、事業者、関係団体等）の実施している保健事業等の情報交換、分析及び第三者評価</li> <li>○ 各関係者が行う各種事業の連携促進の協議及び共同実施</li> <li>○ 事業者等の協力のもと、特定健康診査・特定保健指導、がん検診の総合的推進方策の検討</li> <li>○ 協議会の取組の広報、啓発</li> </ul>

## 第2項 生活習慣病等の対策

### (1) 特定健康診査の推進

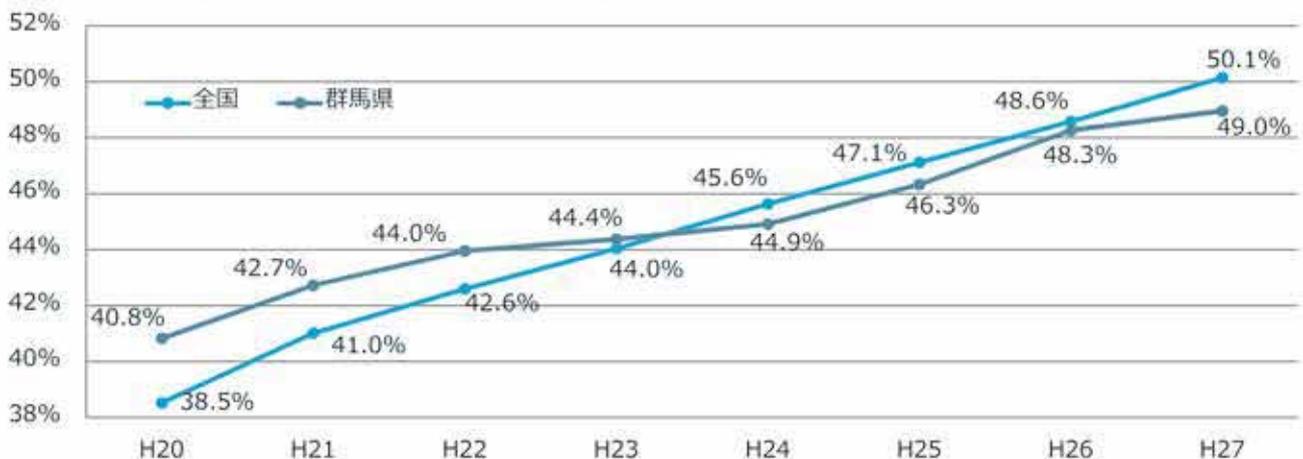
#### 1 現状と課題

ア 特定健康診査とは、平成20年度から医療保険者に実施が義務づけられたものであり、40歳以上75歳未満を対象としたメタボリックシンドローム<sup>\*10</sup>に着目した健康診査です。

イ 本県における平成27年度特定健康診査の受診率は49.0%(全国21位)であり、平成20年度から増加傾向にありますが、平成24年度からは全国と比べて低い状況にあります。

ウ 保険者別の特定健康診査の受診率は、市町村が運営する国民健康保険（以下、「市町村国保」といいます。）及びそれ以外の保険者ともに増加傾向にありますが、市町村国保は、それ以外の保険者と比べて低い状況です。

図表4-1-2-1：特定健康診査受診率の年次推移



〔資料〕厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

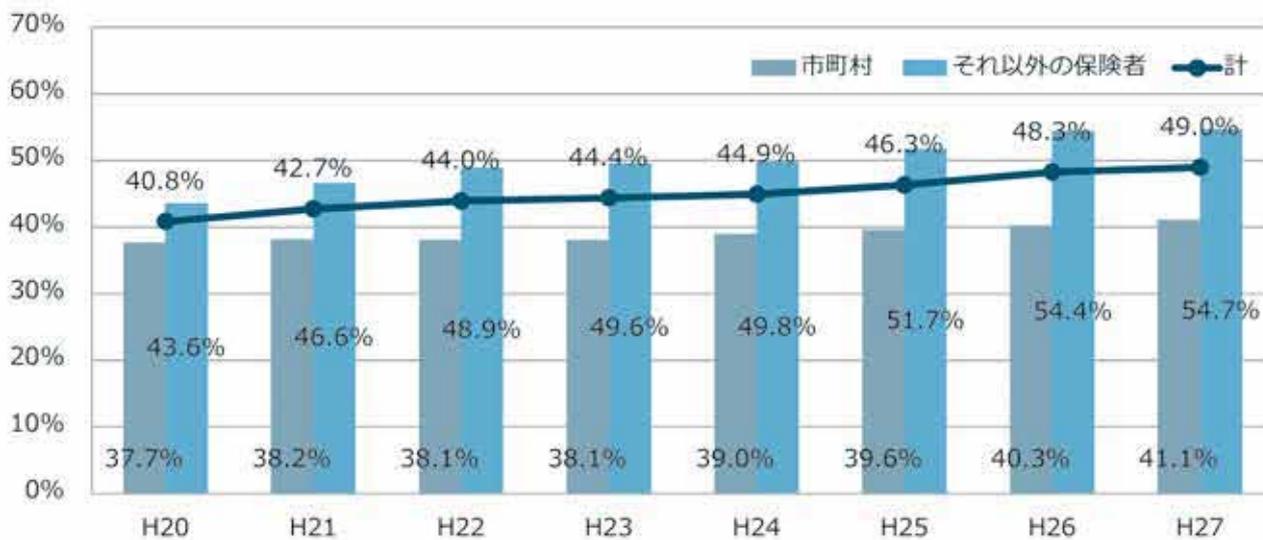
\*10メタボリックシンドローム：内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患をまねきやすい病態をいいます。

図表4-1-2-2：特定健康診査受診率の全国比較（平成27年度）



〔資料〕厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

図表4-1-2-3：保険者別特定健康診査の受診率の年次推移



〔資料〕厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

## 2 目標

本県全体で、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により、生活習慣病の早期発見を推進します。

### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定健康診査受診率	49.0%	H27	70%以上	H35

### 3 取り組むべき施策

- ア 特定健康診査の受診率向上を図るため、県民に対して特定健康診査の必要性や制度について普及啓発を実施します。
- イ 医療保険者や関係機関・団体等と連携し、特定健康診査の受診率向上や円滑な実施に向け、特定健康診査従事者の人材育成のための研修会等の開催を通じて支援します。
- ウ 市町村国保における特定健康診査の受診率の向上を図るため、市町村に対する研修会の開催により、効果的な実施体制や実施方法、先進事例等について情報提供を行うとともに、市町村間の情報交換を進めます。
- エ 未受診者に対する受診勧奨の徹底、かかりつけ医と連携した受診勧奨システムの構築など、特定健康診査の受診率向上に向けた市町村の取組を支援します。
- オ 保険者間の異動があった場合においても、切れ目のない支援ができるよう、保険者協議会と連携し、特定健康診査のデータの引継ぎのための環境整備に努めます。
- カ 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対する特定健康診査の普及啓発や、職場において従業員が定期的に特定健康診査を受診する必要性について理解の促進を図ります。



図表4-1-2-6：保険者別特定保健指導の実施率の年次推移



## 2 目標

本県全体で、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により、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進します。

### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定保健指導実施率	13.6%	H27	45%以上	H35

## 3 取り組むべき施策

- ア 特定保健指導の実施率向上に向け、県民に対して特定保健指導の必要性や効果に対する普及啓発を行います。
- イ 医療保険者や関係機関・団体等と連携し、特定保健指導の実施率向上に向けた支援を行います。
- ウ 市町村国保における特定保健指導の実施率の向上のため、市町村に対する研修会の開催により、効果的な実施体制や実施方法、先進事例等について情報提供を行うとともに、市町村間の情報交換を進めます。
- エ 健診結果に基づく保健指導等のフォローアップの徹底、特定保健指導の未受診者に対する受診勧奨、かかりつけ医と連携した受診勧奨システムの構築など、特定保健指導の実施率向上に向けた市町村の取組を支援します。
- オ 保険者間の異動があった場合においても、切れ目のない支援ができるよう、保険者協議会と連携し、特定保健指導のデータの引継ぎのための環境整備に努めます。
- カ 特定保健指導をより効果的に行うため、特定保健指導従事者向けにスキルアップのための研修会を実施します。
- キ 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対する特定保健指導の普及啓発や、職場において従業員が特定保健指導を受診する必要性について理解の促進を図ります。

### (3) メタボリックシンドローム対策の推進

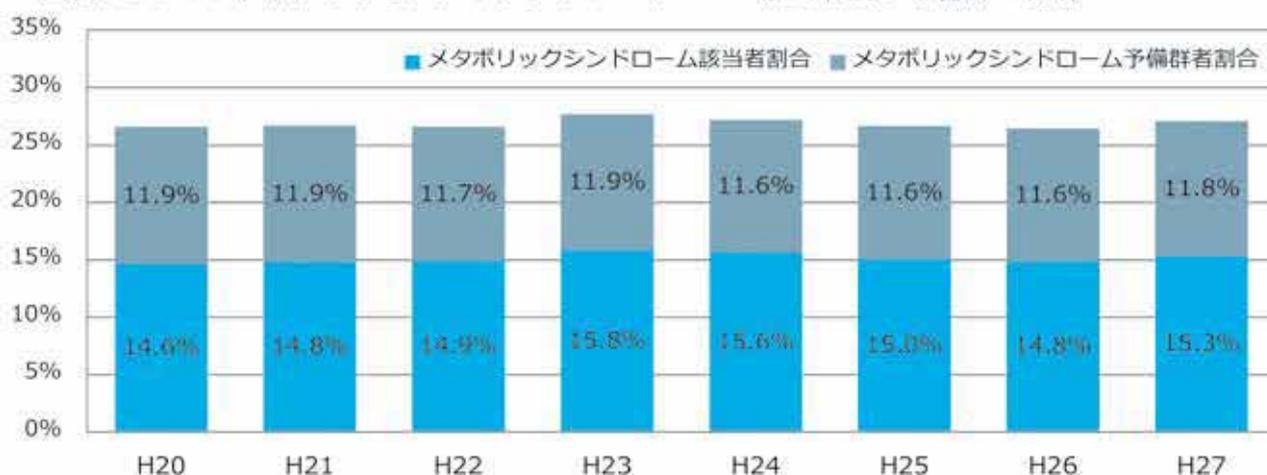
#### 1 現状と課題

ア 本県における平成27年度のメタボリックシンドローム該当者<sup>11)</sup>の割合(15.3%、全国14.4%)及び予備群の割合(11.8%、全国11.7%)は、全国平均と比べて高い状況です。

イ 本県における男性のメタボリックシンドローム該当者の割合(22.1%)は、全国平均(21.3%)と比べて高く、予備群の割合(17.3%)は、全国(17.3%)と同程度です。一方、本県における女性のメタボリックシンドローム該当者の割合(7.2%、全国6.2%)及び予備群の割合(5.4%、全国5.1%)は全国と比べて高い状況です。

ウ メタボリックシンドローム該当者の割合を性・市町村別で比べると地域差が認められます。

図表4-1-2-7：本県におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

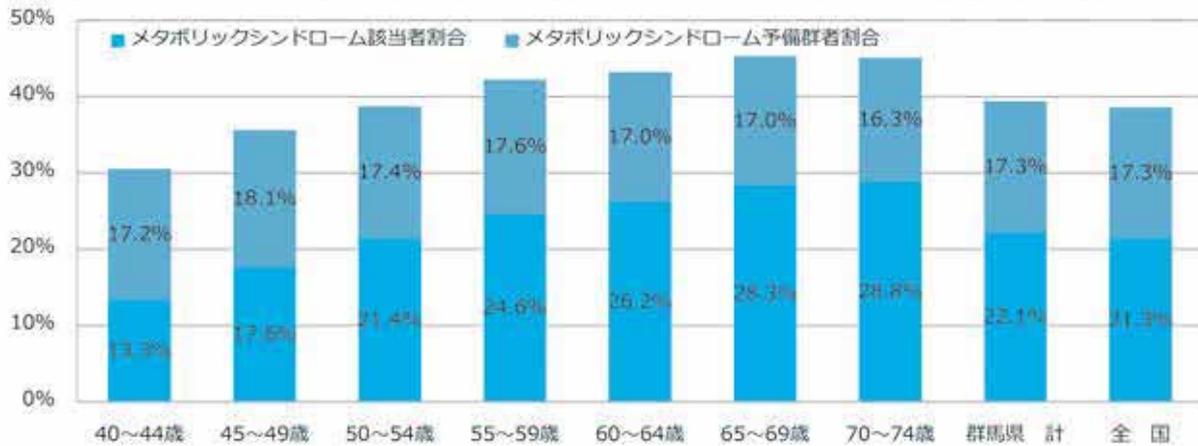
図表4-1-2-8：全国におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

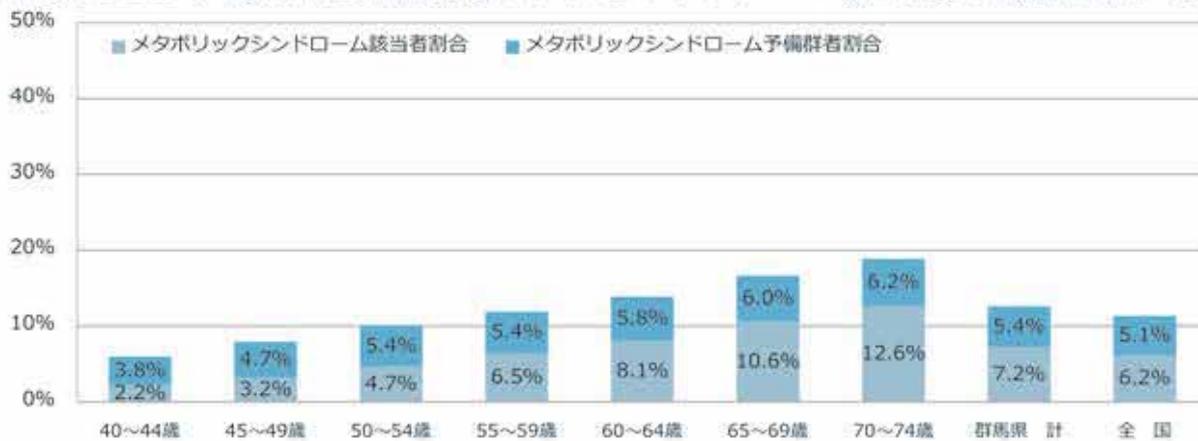
<sup>11)</sup>メタボリックシンドローム該当者・予備群：メタボリックシンドローム該当者とは、腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上かつ、高血糖・高血圧・脂質代謝異常という危険因子を2つ以上に該当する者で、1つ該当する者は予備群といいます。

図表4-1-2-9：平成27年度年齢階級別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（男性）



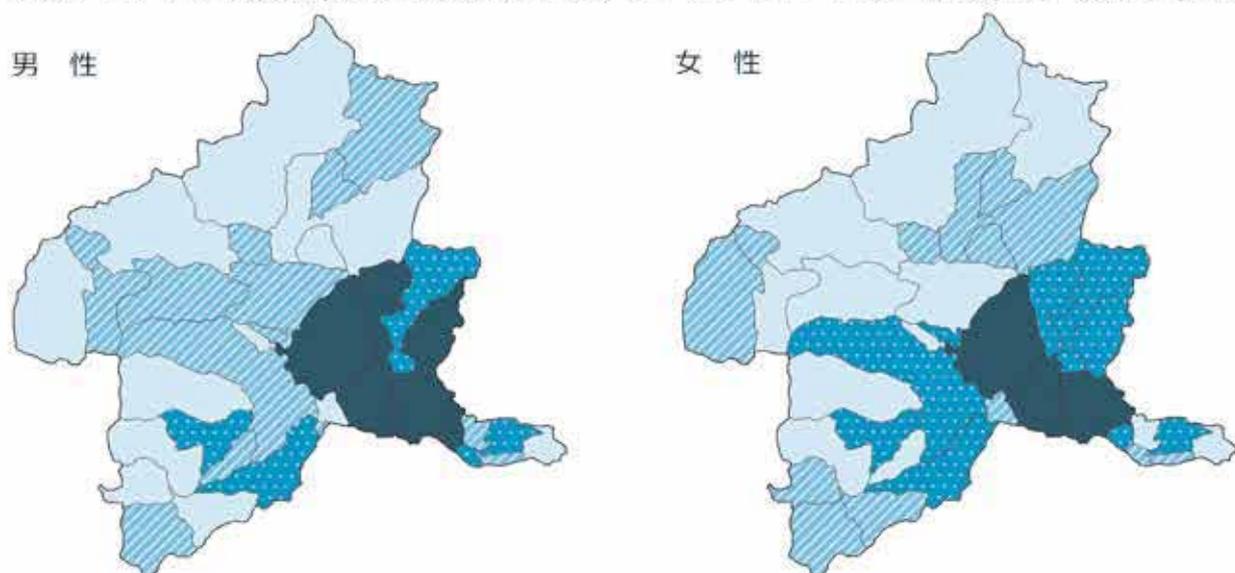
〔資料〕厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

図表4-1-2-10：平成27年度年齢階級別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（女性）



〔資料〕厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」

図表4-1-2-11：平成26年度市町村別メタボリックシンドローム該当者の割合（男性・女性）



全県に比べて有意に多い  
 有意ではないが、全県に比べて多い  
 有意ではないが、全県に比べて少ない  
 全県に比べて有意に少ない

〔資料〕糖尿病予防対策 推進事業報告書（市町村国保のみ）（平成26年度）

## 2 目標

- ア 県民一人一人が日々の健康管理を適切に行うことにより、特定健康診査における保健指導対象者を平成20年度に比べて25%以上減少させます。
- イ 地域特性を考慮した健康課題を抽出し、より効果的な健康支援の取組を推進します。

### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定保健指導対象者の減少率 (対平成20年度比)	H20年度に比べて 13.1%減少	H27	H20年度に比べて 25%以上減少	H35

## 3 取り組むべき施策

- ア 県民が自らの健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけ、必要に応じて生活習慣を改善できるような働きかけや普及啓発を行います。
- イ 特定健康診査を中心としたデータ分析を行い、県全体と地域別の健康課題の抽出と検討を進め、地域特性に基づいた、効果的なメタボリックシンドローム対策の推進を図ります。

## (4) たばこ対策の推進

### 1 現状と課題

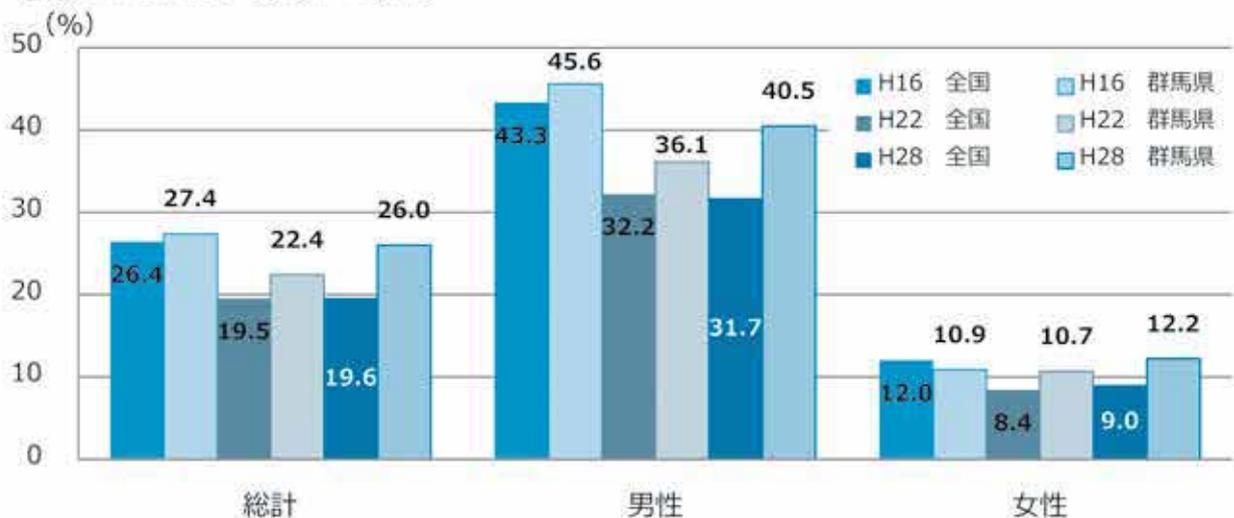
ア 喫煙は、がん、慢性閉塞性肺疾患（COPD）をはじめとする呼吸器疾患、循環器疾患など、様々な生活習慣病の発症及び重症化に大きく影響していることから、喫煙率を低下させることは、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防における重要なポイントとなります。

イ たばこによる健康被害は、喫煙者にとどまらず、その環境のもとに育つ子どもや周囲の人々にも、受動喫煙という形で悪影響を及ぼします。

ウ 厚生労働省「国民健康・栄養調査」及び県保健予防課「県民健康・栄養調査」によると、本県における平成28年度の喫煙率は、26.0%（男性40.5%、女性12.2%）であり、全国平均（19.6%、男性31.7%、女性9.0%）と比べて高い状況です。

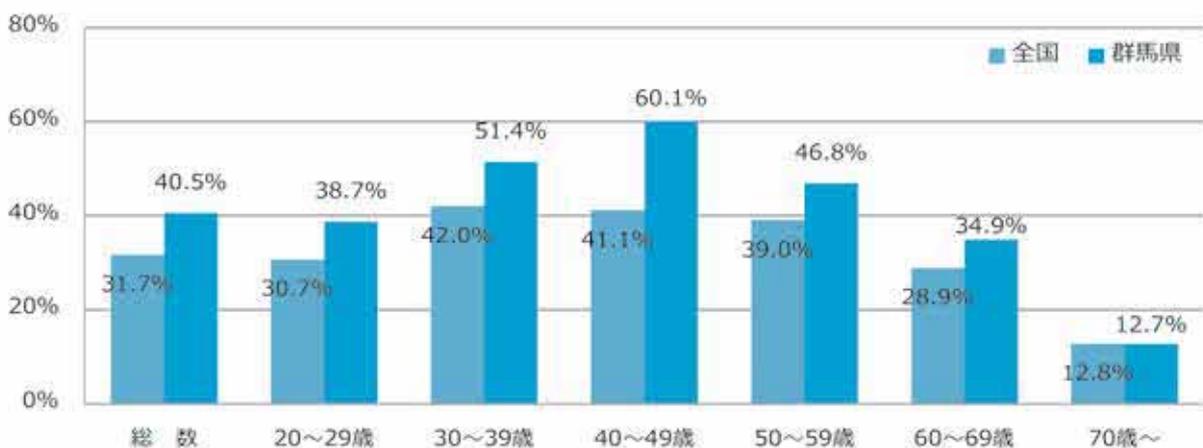
エ 年齢階級別にみると、男性・女性ともに40代の喫煙率が高い状況にあります。

図表4-1-2-12：喫煙率の推移



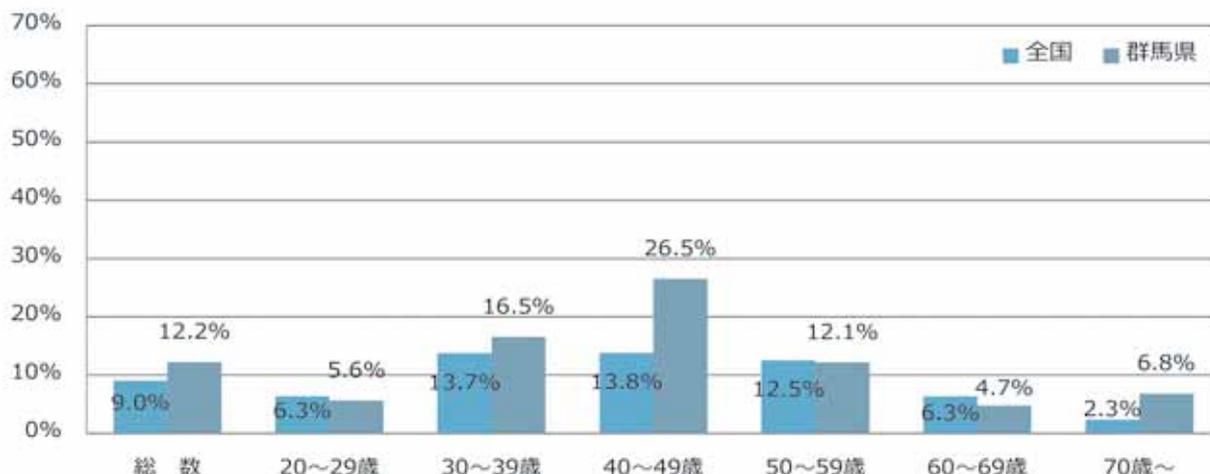
〔資料〕国民健康・栄養調査（全国値）、県民健康・栄養調査（群馬県値）

図表4-1-2-13：平成28年度年齢階級別喫煙率（男性）



〔資料〕国民健康・栄養調査（平成28年度）（全国値）、県民健康・栄養調査（平成28年度）（群馬県値）

図表4-1-2-14：平成28年度年齢階級別喫煙率（女性）



〔資料〕国民健康・栄養調査（平成28年度）（全国値）、県民健康・栄養調査（平成28年度）（群馬県値）

## 2 目標

成人の喫煙率を12.0%以下に低下させることにより、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防を図ります。

### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	成人の喫煙率	26.0% (男性:40.5%、女性:12.2%)	H28	12.0%以下	H34

資料：県民健康・栄養調査

## 3 取り組むべき施策

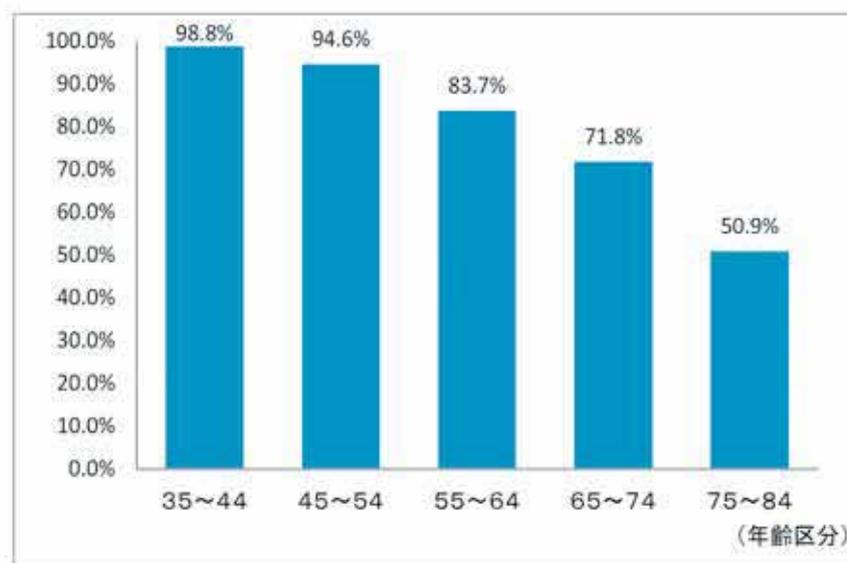
- ア 企業・団体等と連携した普及啓発、地域や職域の禁煙指導者を対象とした禁煙支援講習会を実施するとともに、関係団体との協力により、県民公開講座等を開催するなど、禁煙支援・喫煙防止対策に取り組みます。
- イ 県民自らが自治会など様々な団体・組織・職域において仲間と協力して禁煙対策及び受動喫煙対策に取り組む機運の醸成を図ります。
- ウ 未成年者が喫煙しない環境づくりを推進するため、未成年者の身体発育の妨げや、将来のがん発生リスクを高める要因になる喫煙についての知識を普及啓発します。
- エ 学校等関係機関と協力して、未成年者の喫煙防止に関する健康教育を積極的に行い、親子で喫煙について考える機会を増やすよう努めます。
- オ 国における方向性を踏まえ、本県における受動喫煙防止対策の徹底を図るための取組を推進します。

## (5) 歯科口腔保健の推進

### 1 現状と課題

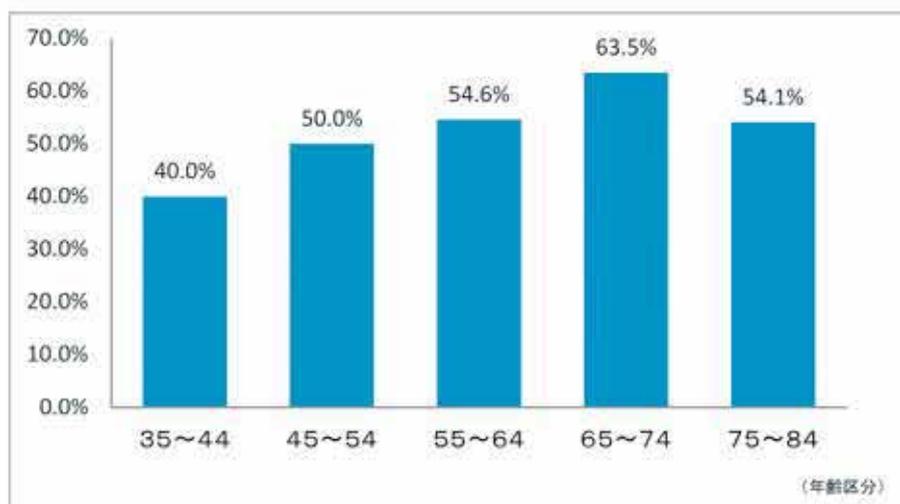
- ア 歯と口の健康を保つことは、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも重要な役割を果たし、その結果として医療費の削減に繋がることが様々な疫学研究により明らかになってきています。
- イ 歯と口の機能の低下は、虚弱高齢者や要介護高齢者では低栄養を招くリスク要因の一つとなり、健康寿命にも大きな影響を与えます。生涯を通じて質の高い生活を営む上で、咀嚼機能や摂食嚥下機能といった口腔機能は大きな役割を果たすため、高齢になっても機能を維持することが重要です。
- ウ 歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であり、近年、歯周病と糖尿病などの全身疾患との関連性が強く示唆されています。また、歯の喪失と寿命の間の関連性についても指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の重要な健康課題の一つです。

図表4-1-2-15：20歯以上自分の歯を有する者の割合



[資料] 「成人歯科保健実態調査」(平成23年)

図表4-1-2-16：歯周炎有病者（4mm以上の歯周ポケットを有する者）の割合



〔資料〕「成人歯科保健実態調査」（平成23年）

## 2 目標

- ア 生涯を通じて歯と口腔の健康を保持できるよう、歯と口の機能の虚弱（オーラルフレイル）予防を自ら実践する県民の増加を図ります。
- イ 歯周病の予防のため、かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯石除去や歯面清掃を受ける県民の増加を図ります。

## 3 取り組むべき施策

- ア 歯科口腔保健の重要性を普及啓発するとともに、正しい知識について、県民への情報提供に努めます。
- イ 80歳になっても自分の歯を20歯以上保つことを目標とした「8020運動」を引き続き推進します。
- ウ 加齢等に起因した口腔内の変化を踏まえ、オーラルフレイルの概念とその予防法等についての普及に努めます。
- エ 歯周病予防のため、県民に正しい知識の普及啓発に努めるとともに、歯科検診の機会の確保とその推進に努めます。

## (6) がん対策の推進

### 1 現状と課題

- ア がんは、昭和60年から本県の死亡原因の第1位になっており、死因別死亡率は年々増加しています。がんによる死亡者の減少のためには、まず予防できるがんを防ぎ、罹患者を減らすことが重要です。さらに、がんになった場合でも、検診で早期に発見し、できるだけ早く適切な治療につなげることが大切です。
- イ 喫煙（受動喫煙を含む）、食生活や運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染はがんのリスク因子であり、日本人におけるがんの要因の第1位は、男性では喫煙、女性では感染となっています。
- ウ 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」によると、本県におけるがん検診の受診率は、概ね改善傾向にありますが、肺がん検診を除き、第2期群馬県がん対策推進計画の目標である50%以上は達成されていないため、引き続き、受診率向上の取組を進める必要があります。
- エ がんを発見し、早期治療につなげるためには、精密検査が必要と判定された受診者が精密検査を受診することが重要です。
- オ 厚生労働大臣が質の高い専門的ながん医療を提供する医療機関として指定する「がん診療連携拠点病院」が、平成29年度末現在10ある二次保健医療圏のうち9つで設置されており、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法を単独又は効果的に組み合わせた集学的治療が実施されています。

図表4-1-2-17：日本人におけるがんの要因



※棒グラフ中の項目「全体」は、他の項目の合計の数値ではなく、2つ以上の生活習慣が複合して原因となる「がんの罹患」も含めた数値です。

（国立がん研究センターがん情報サービス「科学的根拠に基づくがん予防」）

（Inoue, M. et al.: Ann Oncol, 2012; 23(5): 1362-9を基に国立がん研究センターがん情報サービスが作成）

〔資料〕国立がん研究センター資料

図表4-1-2-18：がん検診の受診率の推移（40歳～69歳。子宮頸がんは、20歳～69歳）



※子宮頸がん、乳がんは、2年に1回の受診を推奨しているため、過去2年間の受診率

〔資料〕厚生労働省「国民生活基礎調査」(H28年)

## 2 目標

- ア 科学的根拠に基づくがん予防及びがん検診の普及啓発を図り、がん予防及びがん検診を充実させることにより、がんの年齢調整罹患率（人口10万当たり）の減少及びがんの早期発見率（がん登録に占める限局の割合）の増加を目指します。
- イ がん診療連携拠点病院等を中心として、質の高い専門的ながん医療が提供される体制を維持・強化します。

## 3 取り組むべき施策

- ア 喫煙によるがんの罹患を減少させるため、第4章第1節第2項（4）に記載するたばこ対策を進めます。
- イ 節度ある飲酒、食塩摂取量の減少、適切な体重の維持、野菜・果物摂取量の増加、定期的な運動の継続など、生活習慣の改善に向けた知識等の普及啓発に引き続き取り組みます。
- ウ 子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（HPV）について、ワクチン接種のあり方に関する国の動向を注視するとともに、肝がんに関連する肝炎ウイルスやATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）等への対策を引き続き行います。

- エ 肝炎ウイルス検査や肝炎ウイルスに関する相談事業を推進するため、保健福祉事務所（保健所）及び中核市保健所において引き続き無料の肝炎ウイルス検査を実施します。また、地域や職域での肝炎ウイルス検査の普及啓発を推進します。
- オ 市町村と連携し、効果的な受診率向上のための施策を検討し、引き続き、がん検診の受診率向上に向けた取組を推進します。
- カ 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対するがん検診の普及啓発や職場におけるがん検診の受診環境整備に対する理解の促進を図ります。
- キ 市町村と連携し、自治会単位でがん検診に関心を持ち、住民同士で受診勧奨を行うなどの地域社会としての取組を促進します。
- ク 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会での協議結果を踏まえ、引き続き市町村が行うがん検診の精度管理を支援します。
- ケ 本県における標準的ながん医療の均てん化<sup>\*12</sup>を維持・強化するため、群馬県がん診療連携協議会及びがん診療連携拠点病院等と連携し、医療機関が相互に診療体制を評価できる仕組みの整備に努めます。

---

\*12標準的ながん医療の均てん化：県内どの地域に住んでいても、がんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術などの格差の是正を図ることをいいます。

## (7) 生活習慣病の重症化予防の推進

### 1 現状と課題

- ア 平成27年における本県の死因を見ると、生活習慣病に関連するものでは、第1位は悪性新生物(27.5%)、第2位は心疾患(15.9%)、第3位は脳血管疾患(9.4%)であり、全死亡者数のうち生活習慣が関連する疾患が5割以上(54.3%)を占めています。
- イ 生活習慣病の発症予防には、適切な食生活や適度な運動習慣、禁煙、節酒などの生活習慣の改善や定期的な健康診断の受診等の日々の健康管理が大切です。
- ウ また、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判断された場合には、速やかに受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。
- エ 県保健予防課「県民健康・栄養調査(平成28年度)」によると、本県の「糖尿病が強く疑われる者」(糖尿病有病者)及び「糖尿病の可能性が否定できない者」(糖尿病予備群)の割合(20歳以上)は、男性が19.5%、女性が17.2%であり、県民の約5人に1人が糖尿病有病者か、その予備群となっています。
- オ 糖尿病については、糖尿病性腎症が重症化して人工透析が必要となった場合、患者本人の生活の質(QOL)が著しく低下することに加え、生涯の医療費が多額となることが指摘されています。
- カ 本県における慢性透析患者は増加傾向にあり、全国と比べても多くなっています。また、新規透析導入患者数に占める糖尿病性腎症の割合は全国平均より多い状況です。

図表4-1-2-19：群馬県における死因別死亡率(人口10万対)の推移

死因	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
悪性新生物	274.4	280.0	287.5	292.4	289.5	304.2	301.1	305.5
	28.6%	28.4%	27.8%	27.5%	26.8%	27.4%	27.3%	27.5%
心疾患 (高血圧性除く)	152.7	159.5	156.6	164.5	165.9	171.2	179.4	176.4
	15.9%	16.2%	15.2%	15.5%	15.3%	15.4%	16.2%	15.9%
脳血管疾患	113.8	109.3	114.4	112.6	111.3	110.1	101.4	104.1
	11.9%	11.1%	11.1%	10.6%	10.3%	9.9%	9.2%	9.4%
糖尿病	12.4	12.9	12.8	14.9	16.0	11.0	11.6	13.0
	1.3%	1.3%	1.2%	1.4%	1.5%	1.0%	1.1%	1.2%
高血圧性疾患	7.6	7.8	8.9	9.9	8.3	7.5	8.0	4.8
	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%	0.4%
<b>小計</b>	<b>560.9</b>	<b>569.5</b>	<b>580.2</b>	<b>594.3</b>	<b>591.0</b>	<b>604.0</b>	<b>601.5</b>	<b>603.8</b>
<b>生活習慣病</b>	<b>58.5%</b>	<b>57.8%</b>	<b>56.1%</b>	<b>55.8%</b>	<b>54.7%</b>	<b>54.4%</b>	<b>54.5%</b>	<b>54.3%</b>
その他	397.8	416.3	453.4	470.3	489.6	506.8	503.1	507.8
	41.5%	42.2%	43.9%	44.2%	45.3%	45.6%	45.5%	45.7%
全死亡者	958.7	985.8	1033.6	1064.6	1080.6	1110.8	1104.6	1111.6
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

[資料] 人口動態調査

図表 4-1-2-20：慢性透析患者数(人口10万対)の推移



[資料] 日本透析医学界「我が国の透析医療の現況」

図表 4-1-2-21：新規透析導入患者数に占める糖尿病性腎症の割合の推移



## 2 目標

- ア 県民一人一人が、生活習慣病を予防し、良好な健康状態を保つことができるよう、生活習慣病に対する知識や関心の向上を図ります。
- イ 健康管理を担う関係機関・団体が連携しながら、糖尿病をはじめとした、生活習慣病の重症化予防の取組を推進します。

## 3 取り組むべき施策

- ア 県民公開講座等を開催し、県民に対して生活習慣病に対する知識の普及啓発を行います。
- イ 地域保健と職域保健が連携し、生涯を通じた健康管理を円滑に行えるよう支援します。
- ウ 治療中断者への働きかけや、治療中の方に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等、市町村や保険者が実施する取組を支援します。
- エ 糖尿病の重症化予防を推進するため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、市町村や保険者における取組を支援します。

## (8) 感染症重症化予防のための予防接種の推進

### 1 現状と課題

- ア 厚生労働省「人口動態統計（平成27年）」によると、県民の死因の第3位が肺炎（116.0（人口10万対））となっており、高齢者用肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの接種により、肺炎の発症や重症化を予防し、医療費の削減効果が期待できます。
- イ 一方、接種に伴う副反応も一定数報告され、中には重篤なケースもあることから、国への報告とともに、その動向に留意する必要があります。
- ウ ワクチンの製造に関係した一時的な流通不足の問題が起こることがあり、その状況把握と情報発信等の対応が求められます。
- エ 市町村が行う定期予防接種について、技術的支援が求められています。

### 2 目標

- ア 感染症の罹患や重症化を防ぎ、長期間にわたり健康を保持するために必要な予防接種を受けることができる環境を整えます。
- イ 感染症のまん延防止のために、社会全体で一定の予防接種率を確保します。

### 3 取り組むべき施策

- ア 一定の予防接種率を確保するため、市町村・関係機関等と協力し、県民への情報提供と啓発を充実させます。
- イ 予防接種に伴う副反応について、定期予防接種の実施主体である市町村と連携して対応します。また、県民への情報提供に努めます。
- ウ ワクチン不足問題が発生した際には、情報収集を行い、医師会や医薬品卸組合等と連携し、必要な対応を行います。

## 第2節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

## 第1項 病床の機能分化・連携の推進

## 1 現状と課題

- ア 平成28年に策定した地域医療構想では、平成37年（2025年）を見据え、将来における医療需要を推計しています。今後、高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、慢性的な疾患や複数の疾病を抱える患者が増加することが見込まれていることから、将来を見据え、高度急性期から慢性期まで、患者の状態にふさわしい医療を提供できるよう、病床の機能分化・連携について、より一層の推進を図ることが重要となります。
- イ 平成28年度における県内の病院、有床診療所からの病床機能報告<sup>\*13</sup>の集計結果と、地域医療構想において推計した平成37年（2025年）における必要病床数（平成37年（2025年）における医療機能ごとの病床数の必要量）を比較すると、回復期機能の病床数が不足する見込みであることから、今後、急性期や慢性期の病床機能について回復期の病床機能へ転換していく必要があると考えられます。
- ウ また、高齢化の進捗状況や医療施設等の社会資源の状況は地域ごとに異なることから、平成37年（2025年）に向け、医療機関同士の役割分担や介護サービス事業者等を含めた連携のほか、医療・介護サービスの充実等については、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

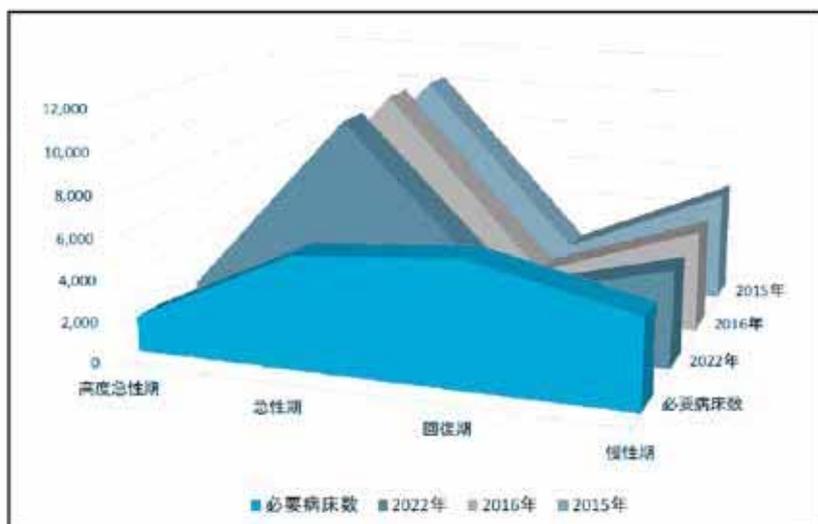
図表4-2-1-1：各構想区域における平成37年（2025年）の必要病床数の推計（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
前橋	529	1,429	1,149	459	3,566
渋川	128	256	287	256	927
伊勢崎	186	627	805	544	2,162
高崎・安中	283	975	1,314	1,127	3,699
藤岡	95	314	331	126	866
富岡	59	185	179	302	725
吾妻	18	103	284	167	572
沼田	69	313	251	228	861
桐生	102	413	528	463	1,506
太田・館林	231	857	939	667	2,694
計	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578

〔資料〕 県医務課「群馬県地域医療構想」

\*13病床機能報告：一般病床・療養病床を持つ医療機関は毎年、現状及び6年後の病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期から1つ）を報告します。機能区分の定量的な基準はなく、医療機関が自主的に判断して選ぶもので、また、病棟単位で報告するため、複数の機能を担う病棟でも1機能だけを選択します。

図表4-2-1-2：病床機能報告と必要病床数との比較 (単位：床)



〔資料〕

県医務課「群馬県地域医療構想」  
「病床機能報告」

(単位：床)

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
H27 (2015)	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	H27報告
H28 (2016)	1,690	10,662	2,255	5,014	19,621	H28報告
H34 (2022)	1,716	10,488	2,727	4,725	19,656	同上(6年後)
H37 (2025)	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※病床機能報告の集計については、ハンセン病療養所の病床（411床・慢性期）及び休棟等の病床は除いています。

## 2 目標

平成37年（2025年）に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、病床機能の分化・連携の取組を推進します。

## 3 取り組むべき施策

- ア 患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足が見込まれる回復期病床への転換を促進し、それぞれの地域でバランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 各構想区域における医療機関の役割の明確化、連携体制の強化による効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めます。
- ウ 慢性期については、回復期等への病床転換と、介護老人保健施設や介護医療院への転換も含めた在宅医療・介護サービスの充実を一体的に推進します。
- エ 限られた医療資源を効率的・効果的に活用するため、これらの取組を地域の実情に応じて進める必要があることから、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議（学識経験者、医療関係者、及び市町村等を構成員として設ける協議の場）で協議を行うとともに、医療機関等の自主的な取組について地域医療介護総合確保基金を活用し、支援を行います。

## 第2項 地域包括ケアシステムの推進等

### (1) 地域包括ケアシステムの推進

#### 1 現状と課題

- ア 我が国は、これまでに経験したことがない超高齢社会を迎えており、団塊の世代全てが75歳以上となる平成37年（2025年）以降は、県民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。
- イ 疾病を抱えていても、自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療や在宅介護の提供を行うことが必要です。
- ウ 高齢者ができる限り要介護状態にならず、健康を維持しながら自立した生活を送るため、また、要介護状態等になった場合であっても、その状態を悪化させないようにするための介護予防の取組は、高齢者個人の生活の質（QOL）を高めるだけでなく、社会全体にとっても重要な課題です。
- エ 高齢化に伴い、認知症高齢者が増加しており、厚生労働科学研究の速報値から推計すると、本県の認知症高齢者は、平成37年（2025年）には11万人以上になると予想されています。
- オ 今後、認知症高齢者や一人暮らし高齢者世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援サービス（配食・見守り等）を充実させていく必要があります。

#### 2 目標

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の5つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進します。

図4-2-2-1：「地域包括ケアシステム」が目指す姿



〔資料〕 県広報紙「ぐんま広報」平成27年9月号抜粋

### 3 取り組むべき施策

地域包括ケアシステムの構築に向けた市町村の取組が円滑に進むよう支援を行うとともに、県・市町村・関係団体との連携を強化しながら、地域の実情に応じた取組を推進します。

#### (1) 医療と介護の連携

高齢者が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受け、高齢者本人の希望に応じ、自宅等で最期を迎えられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面において、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員（ケアマネジャー）等の介護関係職種との多職種連携を推進します。

#### (2) 介護予防の推進

市町村が行う地域ケア個別会議において、多職種の協働による自立支援型のケアマネジメントを支援することにより、高齢者の生活の質（QOL）の向上を図ります。

また、保健・医療・福祉・介護等の関係機関をつなぎ、適切な支援が切れ目なく提供される、地域リハビリテーションの推進体制を構築するとともに、リハビリテーション専門職等を生かした住民主体の通いの場の充実を図り、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できるよう、高齢者の社会参加を推進します。

#### (3) 認知症施策の推進

認知症の早期診断・早期対応を行うとともに、認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ちながら安心して暮らし続けることができるよう、正しい知識の普及や相談体制の充実、適切な医療の提供、本人や家族への支援等、総合的な認知症施策を推進します。

#### (4) 生活支援サービスの充実

市町村における、行政、地縁組織、ボランティア、NPO法人、民間企業、社会福祉法人等の多様な主体による重層的な生活支援サービス体制整備の取組を支援します。

#### (5) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムにおいて中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化のため、職員の資質向上や地域ケア会議等の充実に係る取組を推進します。

#### (6) 介護サービスの体制整備

高齢化が一層進展する中で、重度の要介護状態や一人暮らし高齢者世帯、あるいは認知症等の状態になっても、住み慣れた地域で継続して日常生活を営むことができるよう、居宅サービスや地域密着型サービスの提供体制を推進します。

また、在宅での生活が困難な緊急性の高い要介護高齢者等に対する介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の整備など、多様な福祉・介護サービス基盤の整備を計画的に推進します。

## (2) 在宅医療の推進

### 1 現状と課題

#### (1) 在宅医療・介護の連携の推進

ア 県「保健医療に関する意識調査（平成28年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」及び「条件を整えば望む」という人が6割を超えている一方で、自宅で療養が可能とした人は2割を下回っています。

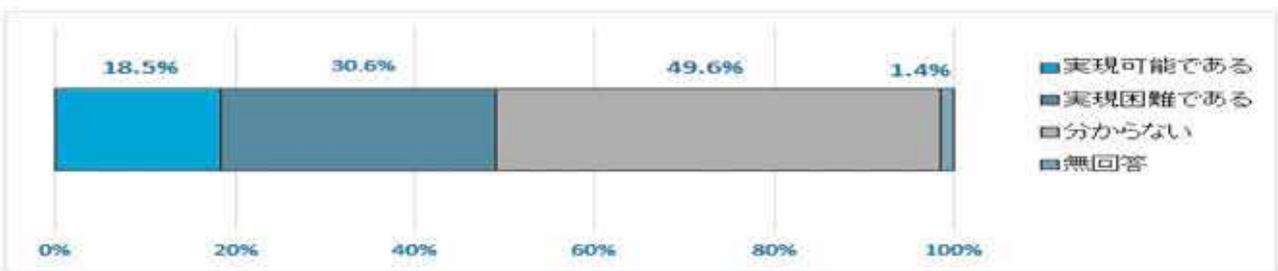
イ 慢性疾患や認知症等、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスを安心して受け、高齢者本人が自宅で最期を迎えられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面において、各々の専門性を生かした連携体制を構築することが必要となっています。

ウ 全ての市町村では、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築していくため、介護保険法に基づき、在宅医療・介護連携推進事業<sup>\*14</sup>を実施していますが、本事業が円滑に実施できるよう、医師会等の関係機関と連携して、市町村の取組をきめ細かく支援していく必要があります。

図4-2-2-2：自宅療養を希望する者の割合



図4-2-2-3：自宅療養の実現可能性



〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」

\*14在宅医療・介護連携推進事業：平成26年の介護保険法の改正により、全ての市町村は、地域包括ケアシステム構築のため、次の（ア）から（ク）の取組を実施しています。

- （ア）地域の医療・介護資源の把握、（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、（カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

## (2) 在宅医療の基盤整備の推進

ア 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることができるよう、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制が必要となりますが、山間部などでは、診療所や訪問看護事業所がない、夜間に対応する介護サービスが不足するなど、医療資源が不足・偏在している地域があります。

イ このため、訪問診療・往診の提供体制の充実を図るとともに、24時間対応の訪問看護ステーションの増加に向けた取組を推進するなど、看取りに対応できる医療機関の充実を含め、在宅医療の提供体制をより一層推進する必要があります。

## 2 目標

在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送れるよう、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、多職種協働により、在宅医療と介護の円滑な連携体制を構築します。

## 3 取り組むべき施策

ア 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携をより一層推進するため、両者の連携を推進するための研修会等を開催・支援するとともに、病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

イ 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、訪問診療の実施体制の充実や訪問看護ステーションの機能強化など、在宅医療の基盤整備を進めます。

ウ 地域における在宅医療・介護に係るネットワーク形成や地域連携クリティカルパス<sup>\*15</sup>等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。

エ 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携による24時間対応が可能な体制を推進します。

オ 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制を構築します。

カ 人生の最終段階における本人の意思を尊重した医療・ケアのあり方について、医療・介護従事者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

\*15地域連携クリティカルパス：急性期から回復期、維持期まで、切れ目のない治療を受けるための診療計画表をいい、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です。

### (3) 認知症施策の推進

#### 1 現状と課題

- ア 認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれ、厚生労働科学研究推計結果を準用し県介護高齢課で推計した結果、本県では平成37年(2025年)には11万人以上(高齢者の5人に1人)になる見込みです。
- イ 認知症サポート医は、平成28年度末現在90人養成されており、認知症を早期発見し適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成30年度までに、全市町村で設置しています。
- ウ 認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは平成29年度末現在13か所(中核型:1、地域拠点型:11、連携型:1)で、県内全域に設置されています。
- エ 高齢者の総合相談を担う地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医、サポート医、専門医療機関等との連携体制の構築が課題となっています。

図表4-2-2-4：本県の認知症高齢者の推計値

[認知症高齢者数の推計]

(単位：万人)

区 分	全 国				群 馬 県			
	H27年 (2015)	H32年 (2020)	H37年 (2025)	H42年 (2030)	H27年 (2015)	H32年 (2020)	H37年 (2025)	H42年 (2030)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の推計人数/(率)	517 (15.7%)	602 (17.2%)	675 (19.0%)	744 (20.8%)	8.5 (15.7%)	9.9 (17.2%)	11.1 (19.0%)	12.1 (20.8%)
各年齢の認知症有病率が糖尿病有病率の上昇に伴い上昇する場合の推計人数/(率)	525 (16.0%)	631 (18.0%)	730 (20.6%)	830 (23.2%)	8.7 (16.0%)	10.4 (18.0%)	12.0 (20.6%)	13.5 (23.2%)

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授)による速報値(平成27年1月公表)

注：・群馬県の数値は、全国の出現率を準用

- ・65歳以上人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)及び「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)による
- ・カッコ内は65歳以上人口に対する率
- ・各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計人数は、平成24年以降も糖尿病有病率の増加により認知症有病率が上昇すると仮定した場合のもの

#### 2 目標

- ア 認知症の発症予防から早期診断・早期対応につながる医療体制の整備や相談支援体制の充実を図るとともに、関係機関の連携体制を整備します。
- イ 誰もが認知症について正しい知識を持つとともに、地域での見守り体制を構築するなど、地域全体で認知症高齢者を支えていくための環境整備を推進します。

### 3 取り組むべき施策

- ア 早期発見・早期対応を軸とした医療・介護等の有機的連携による「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会」を目指した施策に取り組みます。
- イ 認知症に対する理解の促進と家族に対する支援として、市町村による認知症サポーター養成支援や本人と家族の会への支援を行います。
- ウ 適切な医療の提供と相談体制の充実のため、認知症疾患医療センター運営、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医及び医療従事者認知症対応力向上研修を行います。
- エ 若年性認知症に対する理解の促進と一人一人が、その状態に応じた適切な支援が受けられるよう若年性認知症支援コーディネーターを配置し、相談体制の充実や就労等を含めた支援体制の整備を進めます。
- オ 地域における支援体制の構築のため、各市町村の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームと、認知症疾患医療センター等の連携を深め、認知症の人と家族を地域全体で支援する体制の構築に努めます。

## (4) 入院中の精神障害者の地域移行の推進

### 1 現状と課題

ア 厚生労働省「精神保健福祉資料（平成26年度）」によると、本県における精神科病院の入院患者数4,577人のうち在院期間が1年以上の長期入院患者は3,194人と、全体の69.8%となっています。

また、精神病床における平成28年の平均在院日数は322.5日と、全国平均に比べて52.6日長くなっていることから、早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。

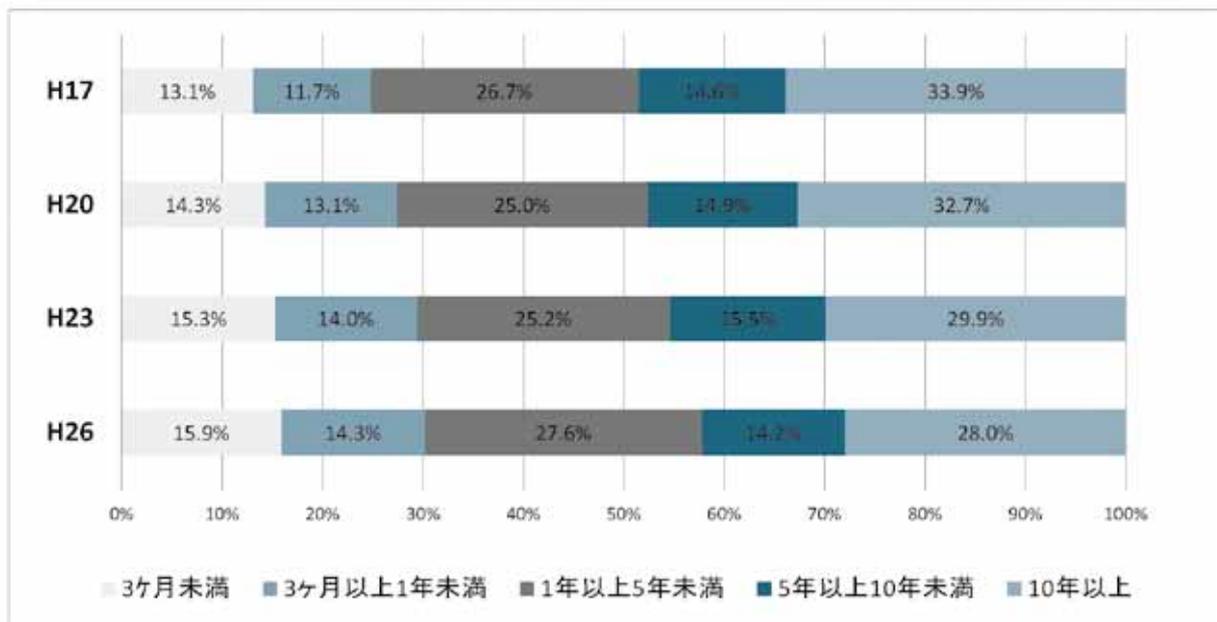
イ 精神科医療には地域的な偏在があることから、入院治療も含めた医療提供体制の充実や、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携体制の強化が不可欠です。

ウ 厚生労働省「精神保健福祉資料（平成26年度）」によると、本県の精神科のデイケア利用者数（実人員）は1,158人で、人口10万人当たり58.6人（全国平均63.0人）、また、訪問看護利用者数（実人員）は701人で、人口10万人当たり35.5人（全国平均41.0人）となっており、ともに全国平均をやや下回っています。

患者の地域生活を支える訪問診療や訪問看護等の多職種チームによる支援や、症状悪化時等の緊急時に対応できる体制整備を推進する必要があります。

エ 精神疾患の人とその家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

図表4-2-2-5：本県精神病床における在院期間別入院患者の割合



[資料] 厚生労働省「精神保健福祉資料」

## 2 目標

- ア 精神障害者の地域生活への移行を進めるため、退院に対する意欲を高めるとともに、居住の場の確保や日中活動を推進します。
- イ 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしく暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指します。
- ウ 緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に取り組みます。

## 3 取り組むべき施策

- ア 地域における精神障害についての理解を深めるため、心の健康づくり講演会を開催するなど、理解の促進を図ります。
- イ 各地域において保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を促進し、関係者間の連携を強化するとともに、相談支援を担当する保健福祉事務所、市町村及び相談支援事業所等の相談機能の充実を図ります。
- ウ 長期入院患者の早期退院に向けた支援を推進するため、ピアサポート活用事業<sup>\*16</sup>等地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用促進を図ります。また、退院後生活環境相談員の設置や退院支援委員会の開催など、精神科病院における退院促進の取組を充実させます。
- エ 精神科デイケア及び訪問看護等の提供体制の充実を図るほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制の整備等、地域生活を支える精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。
- オ グループホームの整備や就労支援等、障害福祉サービスの充実を図ります。
- カ 精神障害者や家族が地域で安心して生活できるよう、精神保健ボランティアの養成や家族会支援、各種研修の実施等、地域における支援体制の構築を図ります。

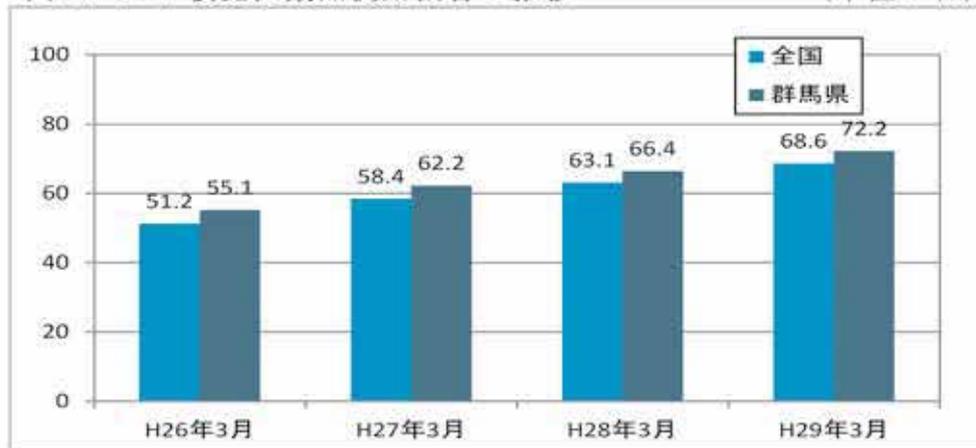
<sup>\*16</sup>ピアサポート活用事業：地域で暮らす精神障害のある人が「ピアサポーター」として精神科病院を訪問し相談や助言を行うことにより、入院中の精神障害者の地域移行に対する不安感の解消や退院意欲の喚起を図る事業です。

## 第3項 後発医薬品の使用促進

## 1 現状と課題

- ア 後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなります。
- イ 我が国における「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量割合は、平成29年3月末現在で68.6%で、近年、急速に普及してきています。
- ウ 本県では、平成21年度に医療関係者、学識経験者、医薬品業界関係者及び保険者代表で構成する「群馬県後発医薬品適正使用協議会」を発足し、後発医薬品の普及啓発等に取り組んできたことから、平成29年3月末の本県における後発医薬品の数量割合は72.2%に達し、全国平均を上回り、全国10位となっています。

図4-2-3-1：後発医薬品使用割合の推移 (単位：%)



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

図4-2-3-2：後発医薬品使用割合の全国比較 (単位：%)



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

## 2 目標

医療関係者の後発医薬品の品質等に対する信頼を高めるとともに、県民に後発医薬品に関する正確な情報や後発医薬品への切替えによる利点を発信することにより、後発医薬品使用割合（数量ベース）を80%以上にします。

### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	後発医薬品使用割合（数量ベース）	72.2%	H28	80%以上	H32

※ 現状値：平成29年3月

※ 目標については、「経済財政運営と改革の基本方針2017」に基づき、平成32年（2020年）9月までのなるべく早い時期に80%とすることとし、目標年次（H35）に向けて、使用割合の更なる向上を目指して取り組みます。

## 3 取り組むべき施策

ア 群馬県後発医薬品適正使用協議会及び関係機関と連携し、本県における後発医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析し、これに基づいた使用促進のための施策の検討や普及啓発を行います。

イ 国と連携し、後発医薬品の試験検査により品質を確認し、結果を公表するとともに、後発医薬品製造業者等に対して立入検査を実施し、製造管理及び品質管理を徹底します。

ウ 後発医薬品の使用促進に関する関係者の役割分担

主体	具体的役割
群馬県後発医薬品適正使用協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関等を対象とした後発医薬品の使用に関するアンケート調査</li> <li>○ 普及啓発用リーフレット等広報資材の作成・配布</li> <li>○ 広報資料、電子広告等を活用した県民への普及啓発</li> <li>○ 地域の医療機関における後発医薬品の取扱品目リスト及び採用基準の公表</li> </ul>
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 後発医薬品へ切り替えた場合の「軽減差額通知」の送付</li> <li>○ 「後発医薬品希望」意思表示のための資材配布</li> </ul>

## 第4項 医薬品の適正使用の推進

### 1 現状と課題

#### (1) 医薬品の重複投与・多剤投与の状況及び影響

- ア 医薬品の重複投与・多剤投与の多くは、患者が複数の医療機関を受診すること及び加齢による様々な疾患への対応により発生しています。
- イ 医薬品の重複投与・多剤投与は、医薬品の治療効果に影響を与え、思わぬ副作用等の発現も危惧されているほか、医療費の増大にも繋がっています。
- ウ 厚生労働省が重複投与の目安としている、3医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている患者は、全患者のうち0.11%を占め、当該患者の薬剤料は全薬剤料の0.03%を占めています。(平成25年10月レセプトデータ)
- エ 厚生労働省が多剤投与の目安としている1か月間に15剤以上投与を受けている患者は、全患者のうち2.15%を占め、当該患者の薬剤料は全薬剤料の8.29%を占めています。(平成25年10月レセプトデータ)
- オ 特に医薬品の多剤投与については、患者の年齢が高くなるほど多くなる傾向があります。

図表4-2-4-1：重複投与（複数医療機関受診）・多剤投与の状況（平成25年10月）

#### ○重複投与（複数医療機関受診）の状況

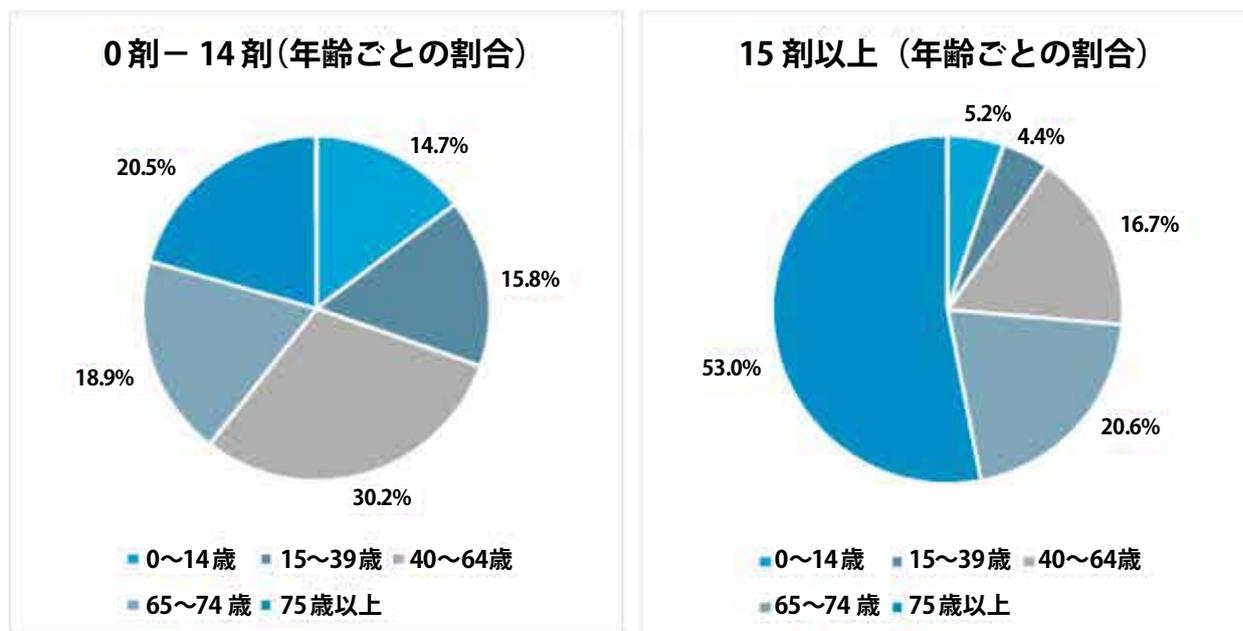
	患者総数(人)	複数医療機関受診総数(人)	2医療機関受診者数(人)	3医療機関受診者数(人)	4医療機関受診者数(人)	5医療機関受診者数(人)	6医療機関以上受診者数(人)
全 国	50,743,808	52,851	1,423,027	48,447	3,579	990	1,636
全患者数に占める割合(%)		0.10		0.09	0.01	0.00	0.00
群 馬 県	831,311	882	22,748	777	68	12	27
全患者数に占める割合(%)		0.11		0.09	0.01	0.00	0.00
	総患者数の薬剤料(千円)	複数医療機関受診者の薬剤料(千円)	2医療機関受診者の薬剤料(千円)	3医療機関受診者の薬剤料(千円)	4医療機関受診者の薬剤料(千円)	5医療機関受診者の薬剤料(千円)	6医療機関以上受診者の薬剤料(千円)
全 国	544,254,205	179,366	3,540,077	122,019	17,717	7,795	31,824
全患者数に占める薬剤料の割合(%)		0.03		0.02	0.00	0.00	0.01
群 馬 県	8,235,880	2,589	50,877	1,883	375	49	502
全患者数に占める薬剤料の割合(%)		0.03		0.02	0.00	0.00	0.01

#### ○多剤投与の状況

	患者総数(人)	多剤投与患者総数(人)	1剤～6剤投与患者数(人)	7剤～9剤投与患者数(人)	10剤～14剤投与患者数(人)	15剤～19剤投与患者数(人)	20剤～24剤投与患者数(人)	25剤以上投与患者数(人)
全 国	50,743,808	1,275,958	9,214,208	7,658,239	4,802,657	1,021,576	201,610	52,772
全患者数に占める割合(%)		2.51				2.01	0.40	0.10
群 馬 県	831,232	17,888	154,185	136,593	72,795	14,508	2,730	650
全患者数に占める割合(%)		2.15				1.75	0.33	0.08
	患者総数の薬剤料(千円)	多剤投与患者数の薬剤料(千円)	1剤～6剤投与患者数の薬剤料(千円)	7剤～9剤投与患者数の薬剤料(千円)	10剤～14剤投与患者数の薬剤料(千円)	15剤～19剤投与患者数の薬剤料(千円)	20剤～24剤投与患者数の薬剤料(千円)	25剤以上投与患者数の薬剤料(千円)
全 国	544,254,205	51,282,058	99,164,970	126,099,977	117,082,338	39,238,280	9,778,894	3,248,882
全患者数に占める薬剤料の割合(%)		9.42				7.03	1.80	0.80
群 馬 県	8,235,287	882,425	1,548,091	1,958,249	1,733,283	514,688	127,468	40,273
全患者数に占める薬剤料の割合(%)		8.29				6.25	1.55	0.49

[資料]：厚生労働省資料（平成25年10月レセプトデータ）

図表4-2-4-2：薬剤投与の状況（年齢階級別比較：本県）



〔資料〕：厚生労働省資料

## （2）関係機関との連携

ア 複数医療機関の受診や多剤投与については、患者の病状等により事情が異なり、一律に扱うことはできないため、医療機関と薬局等が情報共有することが重要です。

イ 医薬品の適正使用を確保するため、厚生労働省では「患者のための薬局ビジョン<sup>17)</sup>」を平成27年10月に策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するほか、医療関係多職種との連携を推進しています。

ウ かかりつけ薬剤師・薬局の普及により、医薬品服薬情報の一元管理等が可能となることから、薬剤の適正使用を推進するためには、医療機関と薬局等がより一層連携を図ることが重要となります。

\*17患者のための薬局ビジョン：平成27年10月に厚生労働省が作成。患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる平成37年（2025年）、更に10年後の平成47年（2035年）に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するもので、患者が医薬分業のメリットを実感できる患者本位の薬局となることを中長期的な視点に立って推進していくものです。

### ○ 目指すべき内容

- ・ 2025年までに、全ての薬局を「かかりつけ薬局」へ
- ・ 健康サポート薬局を日常生活圏域ごとに必要数確保
- ・ 2035年までに、立地を含めて、門前から地域への薬局再編

### ○ かかりつけ薬剤師・薬局の持つべき機能

- ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化

## 2 目標

- ア 県民に対して、医薬品に関する適正使用について普及啓発を図るとともに、薬局、医療機関、保険者の三者による連携により、重複投与や多剤投与の是正を推進します。
- イ 医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析・共有するための体制を構築します。

## 3 取り組むべき施策

- ア かかりつけ薬剤師・薬局の普及を推進し、医薬品の重複投与や多剤投与の状況を把握し、医薬品の適正使用を図ります。
- イ 医療機関と薬局の連携を強化し、お薬手帳<sup>18)</sup>の活用による医薬品服薬情報の一元化や飲み残し等による残薬の解消に取り組みます。
- ウ 医薬品の適正使用について、県民が理解を深めることができるよう、日常生活圏内に1箇所以上の健康サポート薬局<sup>19)</sup>を設置し、健康相談が可能となる体制の充実に図ります。
- エ 保険者と連携を図ることで、重複投与や多剤投与に係る医療費の実態分析を行い、患者に対して医療費に関するお知らせを行うなどの指導に取り組みます。
- オ 患者向けの医薬品適正使用の理解促進のための広告資料や電子広告等を作成し、広く県民に普及啓発を行います。
- カ 医療機関、保険者、薬局、行政が連携し、医薬品の使用状況について、情報共有を進め、必要な対策を検討するための環境整備を図ります。

\*18お薬手帳：病院や薬局などで医療用の薬をもらった時に、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のことです。医療機関に受診する際に、医師・薬剤師がお薬手帳の記録を確認し、副作用や飲み合わせ、薬の量が適切かどうかなどをチェックします。

\*19健康サポート薬局：かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有するとともに、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を合わせ持った薬局をいいます。地域住民の健康をサポートする機能として、地域における医療関係多職種との連携、健康相談の受付や受診勧奨・関係機関の紹介、医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言等が期待されます。

## 第5章 計画期間における医療費の見込み

### 1 医療費の見込みの推計方法

この計画に求められる平成35年度(2023年度)の医療費の見込みについては、厚生労働省から提供された「都道府県医療費の将来推計ツール」を用いて、次のとおり算出します。

#### (1) 入院外医療費等

平成26年度を基準年度として自然増を加味した医療費の見込みから、下記の取組による適正化の効果額を差し引いた額とします。

ア 特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成(70%・45%)による効果

※ 特定保健指導による効果については、「特定健診・保健指導の医療費適正化等の検証のためのワーキンググループ」による調査結果報告に基づき、一人当たり6,000円として計算します。

イ 後発医薬品の普及(使用割合80%)による効果

ウ 糖尿病性腎症重症化予防等の取組による地域差縮減に向けた取組による効果

※ 病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

#### ア 特定健診及び特定健康指導の実施率の向上による効果算定

平成25年度の各都道府県における40歳から74歳までの特定健康診査の対象者について、特定健康診査の実施率が70%であり、かつ、そのうち特定健康指導の対象者が17%と仮定して、特定保健指導の実施率が45%という目標を達成した場合の該当者数から、平成25年度の特定保健指導の実施者数を差し引いて、特定保健指導による効果額を用いて、以下の式により算定します。

$$\{(\text{平成25年度における特定健康診査等の目標を達成した場合の特定健康指導の該当者数} - \text{平成25年度の特定健康指導の実施者数}) \times \text{特定保健指導による効果額}(6,000\text{円})\} \div \text{平成25年度の入院外医療費} \times \text{平成35年度}(2023\text{年度})\text{の入院外医療費の推計値}$$

#### イ 後発医薬品の使用促進による効果算定

平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額及び平成25年10月の数量シェアを用いて、以下の式により算定します。

$$\{\text{高齢者医療確保法第16条に基づき収集するデータを用いて算出した平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額} \div (1 - \text{平成25年10月の数量シェア}) \times (0.8 - 0.7)\} \times 12 \div \text{平成25年度の入院外医療費} \times \text{平成35年度}(2023\text{年度})\text{の入院外医療費の推計値}$$

#### ウ 地域差縮減に向けた取組による効果算定

地域差縮減に向けた取組としては、糖尿病の重症化予防の取組の推進、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮、病院と診療所の連携の推進による効果を、次の式により算定します。

## ① 糖尿病に関する取組の推進

{(平成25年度の都道府県における40歳以上の糖尿病の一人当たり医療費－平成25年度の全国平均の一人当たり医療費)÷2×平成25年度の40歳以上の人口}÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度(2023年度)の入院外医療費の推計値

## ② 重複投薬(3医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている場合)の適正化

(平成25年10月時点で3医療機関以上からの重複投薬に係る調剤費等のうち、2医療機関を超える調剤費等の一人当たり調剤費等×平成25年10月時点で3医療機関以上から重複投薬を受けている患者数÷2)×12÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度(2023年度)の入院外医療費の推計値

## ③ 多剤投薬(15種類以上の医薬品の投与を受けている場合)の適正化

{(平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等－平成25年10月時点で14種類の投薬を受ける65歳以上の高齢者の一人当たりの調剤費等)×平成25年10月時点で15種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者数÷2}×12÷平成25年度の入院外医療費×平成35年度(2023年度)の入院外医療費の推計値

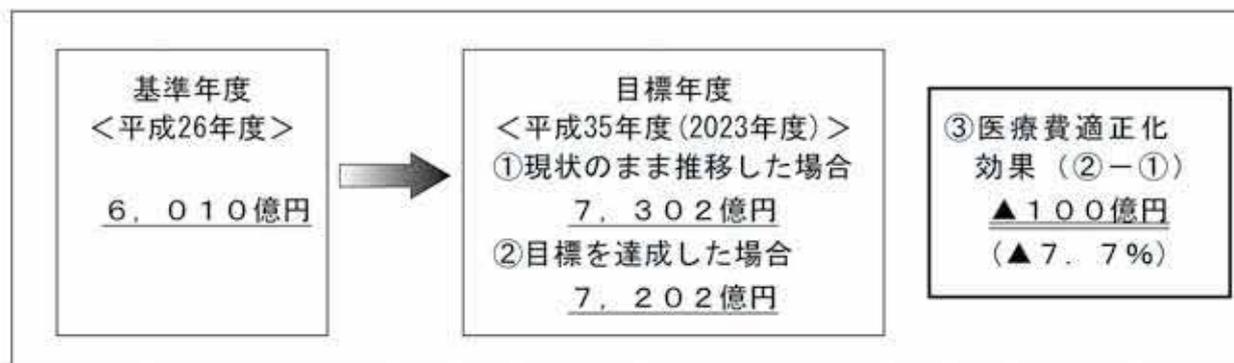
## (2) 入院医療費

地域医療構想で推計した平成37年度(2025年度)の医療需要を基にして平成35年度(2023年度)の医療需要の見込みを設定し、各患者一人当たり推計額を乗じた額に、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を足した額とします。

## 2 県民医療費の推計

本県の一人当たり医療費は、全国平均を下回っているものの、高齢化の進展や医療の高度化に伴い、本県の県民医療費は年々増加し、計画の最終年度となる平成35年度(2023年度)には7,302億円となると推計されます。

一方、この計画に掲げる医療費適正化の取組を行い、その目標を達成した場合の平成35年度(2023年度)の本県の医療費は、7,202億円になると推計され、医療費適正化効果は、100億円(増加分の7.7%)と見込まれます。



※ 医療費適正化基本方針に基づき、平成26年度を基準年度としています。

図表5-1：医療費の見込み



[資料] 厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」により推計

※ 病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

## 第6章 計画の推進及び評価

### 1 計画の推進

医療費適正化に向けた取組を円滑に進めていくためには、県、医療保険者、医療機関等がそれぞれの役割のもと、相互に連携しながら推進していくことが重要となります。

#### (1) 県の役割

県は、この計画の策定主体として、第4章に定めた目標の達成に向けて、市町村や医療関係団体、保険者協議会等と連携し、必要な施策を推進するほか、平成30年度からは国保の財政運営の責任の主体として、保険者機能を発揮する役割を担うこととなります。

#### (2) 医療保険者の役割

医療保険者は、医療保険を運営する主体としての役割とともに、保健事業を通じて、加入者の健康管理や医療提供体制側への働きかけを行うことが重要です。

特に、保健事業の実施主体として、特定健康診査等の実施など、健康の保持増進のために必要な事業を推進するほか、データヘルス計画に基づき、生活習慣病の発症予防・重症化予防などに向けた取組を実施します。

また、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用の推進に向けた取組を行います。

#### (3) 医療提供者の役割

医療機関は、特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く、効率的な医療を提供する役割を担います。

医療保険者が、円滑に重症化予防等の保健事業を実施できるよう、医療保険者と連携して取り組むとともに、医療機関の相互の協議により、病床の機能分化及び連携を進めていく必要があります。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするように努めるとともに、医療機関とかかりつけ薬剤師・薬局等とが連携し、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬の是正等の取組を行います。

#### (4) 県民の役割

県民は、特定健康診査の結果等の自らの健康情報の把握に努めるとともに、医療保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うよう努めます。

また、医療機関等の機能に応じて、医療を適切に受けるよう努めます。

### 2 計画の進捗管理と評価

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）及び見直し・改善（Action）の一連の循環（PDCAサイクル）により進行管理を行います。

### (1) 進捗状況の公表

医療費適正化計画の実効性を高めるために、一連のP D C Aのサイクルの中で進行管理を図っていきます。

また、医療費適正化計画に係る懇談会において、年度ごと（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く）に計画の進捗状況を報告するとともに県のホームページ等で公表します。

その際に、計画に掲げた目標の達成が著しく困難と見込まれる場合など、その要因を分析・検討し、必要に応じて施策等の内容の見直しを図ります。

### (2) 次期計画への反映

計画期間の最終年度である平成35年度(2023年度)に、計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を県のホームページ等で公表するとともに、併せてその分析結果に基づいて、次期計画に反映させることとします。

### (3) 計画の実績評価

計画終了の翌年度である平成36年度(2024年度)に、目標の達成状況及び施策の実施状況の実績評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表します。

資 料 編

## ○計画策定の経過

日付	内容
平成29年 6月22日	第1回 医療費適正化計画に係る庁内連絡会議 開催
平成29年 8月 7日	第1回 群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会 開催
平成29年 9月14日	第2回 医療費適正化計画に係る庁内連絡会議 開催
平成29年11月24日	第2回 群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会 開催
平成30年 1月17日 ～平成30年 2月13日	パブリックコメントの実施、 市町村及び群馬県保険者協議会との協議
平成30年 3月 9日	第3回 群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会 開催（書面）

## 群馬県医療費適正化計画に係る懇談会設置要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、群馬県医療費適正化計画に係る懇談会（以下「懇談会」という。）の設置及び運営について必要な事項を定めるものとする。

### (設置)

第2条 群馬県は、群馬県医療費適正化計画の策定及び進捗管理等にあたり、学識経験者及び関係者等から幅広い意見を徴するため懇談会を設置する。

### (構成)

第3条 懇談会は、別表に掲げる所属等の者をもって構成する。

### (委員の任期)

第4条 委員の任期は、3年以内とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員の再任は妨げないものとする。

### (所管事務)

第5条 懇談会は、高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づいて群馬県が策定する群馬県医療費適正化計画について、次の事項を協議する。

- (1) 群馬県医療費適正化計画の策定に関すること。
- (2) 群馬県医療費適正化計画の進捗管理に関すること。
- (3) その他医療費適正化の推進に関すること。

### (運営)

第6条 懇談会に会長及び副会長を置き、委員の互選によって定める。

- 2 会長は、懇談会を代表し、会務を総理する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

### (会議)

第7条 懇談会の会議は、会長が招集する。

- 2 会長が必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を要請し、その意見を聴くことができる。

### (幹事)

第8条 懇談会に幹事若干名を置き、関係職員の中から知事が任命する。

- 2 幹事は、委員を補佐する。

### (庶務)

第9条 懇談会の庶務は、群馬県健康福祉部地域包括ケア推進室において処理する。

### (その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、懇談会の運営に必要な事項は会長が懇談会に諮って定める。

### 附 則

この要綱は、平成29年5月17日から施行する。

## 群馬県医療費適正化計画策定に係る懇談会 委員

(平成30年3月現在)

分野	氏名	所属・役職等	備考
学識経験者	片野 清明	社会福祉法人群馬県社会福祉協議会会長	会長
	小山 洋	国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科教授	
保健医療 関係者	須藤 英仁	社団法人群馬県医師会会長	副会長
	村山 利之	社団法人群馬県歯科医師会会長	
	原 文子	一般社団法人群馬県薬剤師会常務理事	
	小川 恵子	公益社団法人群馬県看護協会会長	
	西松 輝高	群馬県病院協会会長	
保険者	小野里 秀雄	健康保険組合連合会群馬連合会常任理事（事務局長）	
	藤井 稔	全国健康保険協会群馬支部 支部長	
	遠山 莊一	群馬県国民健康保険団体連合会常務理事	
被保険者	高草木 悟	日本労働組合総連合会群馬県連合会事務局長	
市町村代表	奥川 靖	太田市国民健康保険課長	
	松本 芳男	嬭恋村住民福祉課長	

(敬称略)

**群馬県医療費適正化計画（第3期）**

群馬県健康福祉部地域包括ケア推進室  
〒371-8570 群馬県前橋市大手町1-1-1  
電話番号 027-226-2616（ダイヤルイン）

