

第3章 政策目標及び施策の推進

第1節 政策目標に関する基本的考え方

1 政策目標に関する基本的考え方

- ① 県民の生活の質の確保・向上を図りつつ、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指す政策とします。
- ② 中長期の視点に立ち、医療費の伸びの根本要因に対応した政策とします。

2 柱となる2つの政策

(1) 県民の健康の保持の推進

若い時からの生活習慣病の予防対策により、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を減らすことができ、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らすことができます。

そこで、各医療保険者が実施するメタボリックシンドロームに着目した「特定健康診査」及び「特定保健指導」の取組を推進するとともに、喫煙による健康被害を回避する取組を推進します。

(2) 医療の効率的な提供の推進

医療機関の機能分化・強化を進めるとともに、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みます。こうした取組を通じて在宅医療の推進・医療と介護の連携の強化を図り、医療機関における入院期間の短縮を目指します。

また、後発医薬品を積極的に安心して使用することができる環境を整備します。

3 計画に掲げる目標項目

以上の点から、2つの政策目標についてそれぞれ目標を設定し、目標達成に向けた取組を行います。

(1) 県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

※ 県民の健康の保持には、ここに掲げた目標以外にも社会環境の整備や地域における健康づくりの推進等が極めて重要です。そこで、群馬県健康増進計画で定める県民の健康増進、生活習慣病の予防、健康づくり支援のための施策等を通じて県民の健康を高めていきます。

(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

第2節 計画における政策目標及び施策の実施

第1項 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

I 特定健康診査の実施率の目標

1 特定健康診査とは

生活習慣の変化や高齢化の急速な進展などにより、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病など生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でもそれらで全体の約6割を占めるなど、医療費に占める生活習慣病の割合は非常に高い状況となっております。

生活習慣病は生活習慣を改善することで予防や重症化を防ぐことができる病気ですが、初期段階においては自覚症状がないままに病気が進行します。このため、症状が出る前に気付くことが大切であり、日頃から自分の健康状態を把握し、できるだけ早くその兆候に気づき、早期に食生活や運動などの生活習慣を改善していくことが重要です。定期的に健診を受診することが県民一人ひとりの健康の保持、増進にとって大切なことです。

若い時からの適切な生活習慣により生活習慣病を予防する、あるいは、生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らし、重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることができます。これは結果として、中長期的にみると医療費の増加を抑えることにも繋がります。

特定健康診査は、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療及び重症化防止を目的に、平成20年度から各医療保険者において、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドロームに着目した健康診査として被扶養者も含めた40歳から74歳の者を対象に行われているものです。

2 特定健康診査の概要

| | |
|-----|---|
| 実施者 | 医療保険者（市町村・健康保険協会・健康保険組合・共済組合等） |
| 対象者 | 40～74歳の被保険者・被扶養者 |
| 内容 | 《必須項目》 ○質問票（服薬歴・喫煙歴 等） ○身体計測（身長・体重・BMI・腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定 ○血液検査 ・脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c） （注1）空腹時血糖が正確に得られない場合に、HbA1cを用います ・肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ○検尿（尿糖・尿蛋白） 《一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施》 ○心電図検査 ○眼底検査 ○貧血検査（赤血球・血色素数・ヘマトクリット値） |

3 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して、40歳から74歳までの県民の70%以上が受診することを目標とします。

なお、現状に鑑み当面の目標については60%以上とします。

4 目標値の設定の考え方

特定健康診査の実施率は、全国目標と同一の70%以上としますが、直近3年間の本県における実施率等に鑑み、当面の目標値を60%以上とします。

なお、この計画における特定健康診査の目標値については、本県の実績に即した目標設定としたことから、全国における目標とは一部異なる設定となりますが、今後第1期計画の実績評価及び第2期計画の中間評価に基づき、各保険者の実施率及び課題等を再検証した上で必要に応じ目標値の見直しを行うこととします。

参 考

現状値（平成22年度）44.0%

（資料：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」）

Ⅱ 特定保健指導の実施率の目標

1 特定保健指導とは

健康の保持及び増進のためには、定期的に健康診査を受診することと併せてその健診結果から自らの体の変化に気付き、生活習慣を振り返り、それぞれの健康状況に応じた生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

特定保健指導は、特定健康診査受診者に対して生活習慣の改善をアドバイスし、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図ることを目的として、平成 20 年度から各医療保険者により生活習慣病リスクの重複状況に応じて、動機付け支援と積極的支援に区分して実施されています。

動機付け支援とは、保健指導の最初に面接等を実施し、生活習慣の改善の動機付けを行い、6ヶ月後に改善状況の評価を行う保健指導です。また、積極的支援とは、より生活習慣を改善する必要性が高い対象者に、初回面接後も3ヶ月以上継続的に行動変容を促す保健指導です。

| 腹囲 | 追加リスク | 該当数 | 喫煙歴 | 対象 | |
|--|--|-----|-----|------------|--------|
| | | | | 40～64歳 | 65～74歳 |
| 男性85cm以上、女性90cm以上 (高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療に係る薬剤服用者を除く) | <ul style="list-style-type: none"> 空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上 中性脂肪が150mg/dl以上またはHDLコレステロールが40mg/dl未満 収縮期血圧が130mmHg以上または拡張期血圧が85mmHg以上 | 2以上 | — | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | | 1 | あり | | |
| | | | | なし | |
| | | なし | — | 非該当 (情報提供) | |
| 男性85cm未満、女性90cm未満でBMIが25以上 (高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療に係る薬剤服用者を除く) | 同上 | 3 | — | 積極的支援 | 動機付け支援 |
| | | 2 | あり | | |
| | | | | なし | |
| | | 1 | — | | |
| | | なし | — | 非該当 (情報提供) | |
| 上記以外の者 | — | — | — | 非該当 (情報提供) | |

2 特定保健指導の概要

| | | |
|-----|----------------------------------|--|
| 実施者 | 医療保険者（市町村・全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合等） | |
| 内 容 | ①情報提供 | |
| | 対象者 | 健診受診者全員 |
| | 内 容 | ・健診結果や質問票から対象者個人に合わせた情報の提供 ・特に問題がない者には健診結果の見方や健康増進に役立つ情報を提供 |
| | 実施方法 | 情報提供用紙の送付やメール、ネット等により実施 |
| | 実施時期・回数 | 健診結果の通知と同時（年1回） |
| | ②動機付け支援 | |
| | 対象者 | 健診の結果や質問票から生活習慣の改善が必要であり、生活習慣を変えるための意思決定の支援が必要な者 |
| | 内 容 | 生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気付き、自らの目標を設定し行動に移すことができる内容 |
| | 実施方法 | 面接による支援：1人20分以上の個別支援、または1グループ80分以上のグループ支援 6ヶ月後の評価：通信（メール）等を利用 |
| | 実施時期・回数 | 原則1回（6ヶ月後に評価を実施） |
| | ③積極的支援 | |
| | 対象者 | 健診の結果や質問票から生活習慣の改善が必要であり、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者 |
| | 内 容 | 初回時の面接による支援：「動機付け支援」と同様の支援 ・3ヶ月以上の継続的な支援：ポイント制を導入 |
| | 実施方法 | 面接（個別・グループ支援）・電話・メールを組み合わせ、合計180ポイント以上を実施 |
| | 実施時期・回数 | 3ヶ月以上継続的に実施（6ヶ月後に評価を実施） |

3 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して、各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35%以上が特定保健指導を受けることを目標とします。

4 目標値の設定の考え方

特定保健指導の実施率は、直近3年間の本県における実施率に鑑み35%以上とします。

なお、この計画における特定保健指導の目標値については、本県の実績に即した目標設定としたことから、全国における目標とは異なる設定となりますが、今後第1期計画の実績評価及び第2期計画の中間評価に基づき、各保険者の実施率及び課題等を再検証した上で必要に応じ目標値の見直しを行うこととします。

参 考

現状値（平成22年度）10.9%

（資料：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」）

Ⅲ 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の目標

1 メタボリックシンドロームのリスク

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上から高くなる傾向にあり、平成22年県民健康・栄養調査の結果によると、男性では2人に1人、女性では5人に1人となっています。生涯にわたって生活の質を維持・向上するためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組が重要であり、喫緊の課題です。

また、医療費の実態を見ても、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、心臓病や脳卒中等を発症するということとなります。

こうしたことから、生活習慣病の発症や重症化を予防する上での目安としてメタボリックシンドロームの概念は有用であり、これの県民への定着・活用を図り、県民が主体的に自らの健康管理を行えるような環境を整備していくことが重要です。

2 メタボリックシンドロームの診断基準

日本肥満学会など関係8学会によるメタボリックシンドロームの診断基準は下表のとおりです。

「必須項目」である内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積に加え、「選択項目」の2つ以上の項目に該当する者をメタボリックシンドローム該当者、1つの項目に該当する者を同予備群とします。

「項目に該当する」とは、下記の「基準」を満たしている場合、または「服薬」がある場合です。

◎必須項目

| 項 目 | 基 準 |
|---------------|---|
| 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積 | ウエスト周囲径（腹囲）男性 85cm以上 女性 90cm以上 (内臓脂肪面積100cm ² 以上に相当(男女とも)) |

○選択項目

| 項目 | 基準 | 服薬 |
|---------------------|---|--|
| 血中脂質 | <ul style="list-style-type: none"> ・中性脂肪(TG)値150mg/dl以上(高トリグリセライド血症) ・HDLコレステロール値40mg/dl未満(低HDLコレステロール血症) | <ul style="list-style-type: none"> ・高トリグリセライド血症薬物治療 ・低HDLコレステロール血症薬物治療 |
| 血圧 | <ul style="list-style-type: none"> ・最高(収縮期)血圧値 130mmHg以上 ・最低(拡張期)血圧値 85mmHg以上 | <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧薬物治療 |
| 血糖(注 ¹) | <ul style="list-style-type: none"> ・空腹時血糖値 110mg/dl以上 ・またはHbA1c(NGSP値) 6.0%以上 | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病薬物治療 |

(注¹) 上記「メタボリックシンドロームの診断基準」の血糖値と「特定保健指導対象者の階層化判定基準」の血糖値(P19)は異なります。特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病になる前(予備群)の方も含めて実施することから、メタボリックシンドロームの診断基準より広く設定されています。

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

平成29年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群と判定された者が平成20年度と比べて**25%以上減少**することを目標とします。

4 目標値の設定の考え方

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、平成18年の医療制度改革において、平成27年度までに平成20年度比で25%減少することが国の方針として掲げられ、健康日本21(第2次)においても、目標項目として設定されています。また、基本方針においても、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設定すると示されたことから、この計画においても上記方針を踏まえ設定するものです。

なお、平成29年度時点における40～74歳の人口によって変わってきますが、この目標を達成するためには、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数を概ね17万人以下にする必要があります。

参 考

| 平成20年度推計 | | | |
|----------------------|-------|--|-------|
| メタボリックシンドローム該当者数・割合 | 約12万人 | | 14.6% |
| メタボリックシンドローム予備群者数・割合 | 約10万人 | | 11.9% |
| | 約22万人 | | 26.5% |

(資料：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」)

IV 県民の健康の保持の推進に関する施策

～メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少、特定健康診査及び特定保健指導に関する施策～

1 特定健康診査・特定保健指導の着実な実施

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群に対し、早期に介入し、生活習慣の改善を促進することを目的した特定健康診査及び特定保健指導の着実な実施を推進することにより、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化防止を図ります。

県内の医療保険者が特定健康診査を円滑かつ着実に実施するためには、健診に従事する人材の育成や健診機関の確保など、関係者間の連携協力や支援のための仕組みが不可欠です。

また、対象年齢全ての県民が、毎年1回、特定健康診査を受診することが、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療、重症化防止に繋がることから、健診の仕組みや受診の方法、健診結果の活用方法など特定健康診査について、わかりやすく周知することが大切です。

特定保健指導についても、特定健康診査同様、その円滑かつ着実な実施のための人材の育成や、効果的な保健指導の実施者（実施機関）の確保など、関係者間の連携協力や支援のための仕組みが不可欠です。

さらに、特定保健指導の対象となった県民が指導を受けやすいような社会環境の整備を図ることも重要です。

2 目標達成に向けた取組

(1) 保険者による特定健康診査・特定保健指導推進のための支援

①特定健康診査及び特定保健指導実施率向上のための支援

健診の仕組みや目的、健診結果の活用方法など、県民一人ひとりが健康の保持を推進するため、医療保険者や関係機関・団体と協力して普及啓発を行います。

また、未受診者対策など先進的な取組や効果的な取組事例等について情報を把握し、保険者協議会や研修を通して情報提供していきます。

被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率の向上に向けて、市町村が健康増進事業として実施するがん検診、骨粗鬆症検診、歯周疾患検診、肝炎ウイルス検診等各種検診の情報と特定健康診査等の情報の共有化による同時実施等に関する支援を行います。

②特定健康診査・特定保健指導の実施にかかる人材の育成及び質の向上への取組

特定健康診査・特定保健指導に携わる医師・保健師・管理栄養士等に対し知識・技術向上のための研修を実施し、人材の育成を図るとともに、特定保健指導の委託先となる事業者の健全な育成に努めます。

③地域・職域連携推進協議会の開催

市町村や保険者、労働や医療などの関係団体で構成される「地域・職域連携推進協議会」を活用し、生活習慣病にかかる保健事業情報の共有や、地域の健康問題の明確化、特定健康診査・特定保健指導や各種検診等の保健事業が円滑に実施できるような総合調整を行います。

また、地域の疾病状況等の情報を活用した効果的な取組を行うことができるよう、保健福祉事務所からの積極的な情報提供を行います。

(2) 保険者協議会の活動への支援

保険者間の調整業務等の活動への支援や、保険者における保健事業の効率化等に資する活動に対する支援や助言を行います。

(3) 医療保険者としての市町村支援

市町村が国民健康保険の保険者として実施する特定健康診査・特定保健指導について、実施率の向上に効果的な実施体制や実施方法、市町村の実情に即した財政支援のあり方などについて、検討を進めるとともに、先進的な取組などに関する情報提供を行います。

また、各市町村ごとの実施状況や課題の把握に努め、具体的な対策が進められるよう、技術的助言を行うとともに、国民健康保険調整交付金などにより効果的な財政支援を行います。

3 関係者間の役割と連携・協力

(1) 関係者の役割分担

生活習慣病予防対策に係る、関係者の役割分担は次のとおりです。

| 主体 | 具体的役割 |
|-------|--|
| 県 | <ul style="list-style-type: none">○総合調整○生活習慣病等に関する情報の収集・関係者への提供○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○特定健康診査・特定保健指導の実施に係る人材や健診機関の指導・育成○特定健康診査・特定保健指導に係る精度管理の推進○特定健康診査・特定保健指導受診に関する県民への普及啓発○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○関係者の連携・協力体制構築の推進○地域や職域における健康づくり推進のためのキーパーソンの育成・支援○健康づくりのための環境整備 |
| 市町村 | <ul style="list-style-type: none">○がん検診など健康増進法に基づく健康増進事業の実施○特定健康診査・特定保健指導受診に関する住民への普及啓発○地域における健康課題等の実態把握、分析○地域に根ざした生活習慣病予防のための啓発・情報提供○地域住民の健康づくり活動の支援 |
| 医療保険者 | <ul style="list-style-type: none">○特定健康診査・特定保健指導の実施○特定健康診査・特定保健指導受診に関する被保険者・被扶養者への普及啓発○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○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 |
| 事業主 | <ul style="list-style-type: none">○事業所における保健事業の実施○医療保険者と連携した特定健康診査・特定保健指導受診に関する従業員への普及啓発 |

| 主体 | 具体的役割 |
|--|--|
| 保険者協議会 | <ul style="list-style-type: none"> ○保険者間における意見調整 ○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 ○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 ○物的・人的資源のデータベース化及び共同活用 ○特定健康診査・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 ○特定健康診査・特定保健指導等のアウトソーシング先の民間事業者の評価 ○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 |
| 地域・職域連携推進協議会 | <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県健康増進計画や特定健康診査等実施計画等に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議 ○県における健康課題の明確化 ○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 ○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 <ul style="list-style-type: none"> ・ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携方策 ・生活習慣病予防対策と介護予防施策、メンタルヘルス、自殺予防、性差に着目した対策等、他の施策との連携方策 ・科学的根拠に基づく健康情報の発信に関する連携方策 ・研修会の共同実施、各種施設等の共同利用 ○事業者等の協力のもと、特定健康診査・特定保健指導の総合的推進方策の検討 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査・特定保健指導等の従事者などの育成方策 ・特定健康診査・特定保健指導等のアウトソーシング先となる事業者等の育成方策 ・被扶養者に対する施策に関する情報交換、推進方策 ○協議会の取組の広報、啓発 |
| <p>※ 保険者協議会 県内医療保険の各保険者が連携・協力し、効果的な保健事業等を実施することにより、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として、健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険、共済組合の保険者等により組織されています。</p> <p>※ 地域・職域連携推進協議会 地域保健と職域保健の連携を図り、地域の実情に応じた協力体制による生涯を通じた継続的な保健サービスの提供・健康管理体制を整備・構築することを目的として、国の関係機関、県、市町村、事業者、医療保険者及び関係団体等により組織されています。</p> | |

(2) 関係者間の連携・協力

生活習慣病予防対策の実効性の向上を図るためには、各関係者が密接な情報交換を通じて共通認識を形成しつつ、それぞれの保健事業や普及啓発等を有機的に連携させながら実施していく必要があります。

V たばこ対策

1 喫煙（及び受動喫煙）の健康影響

喫煙は、がん、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、重症化に大きく影響していることから、喫煙率を減少させることは、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防において極めて重要です。

また、喫煙は、喫煙者本人だけでなく周囲の人に対しても受動喫煙による健康被害をもたらします。国の推計によると、受動喫煙による超過死亡数は肺がんと虚血性心疾患に限っても年間6,800人にのぼるともいわれており、乳幼児期の喘息、乳幼児突然死症候群などの原因にもなります。こうしたことから受動喫煙防止対策の一層の推進が県民の健康増進にとって極めて大切です。

群馬県健康増進計画においても、成人の喫煙率の減少、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙を有する割合の減少を個別目標として掲げてたばこ対策を推進していることから、この計画においても、同様にたばこ対策について目標項目を掲げ推進するものです。

2 たばこ対策に関する目標

- ・「平成34年度までに、成人の喫煙率を12%とすること」を見据えた喫煙率の減少を目指します。
- ・未成年者の喫煙をなくします。
- ・妊娠中の喫煙をなくします。
- ・「平成34年度までに、全ての行政機関・医療機関において受動喫煙防止対策を講じること及び受動喫煙の機会を有する者の割合を家庭3%、飲食店15%とすること」及び「平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現すること」を見据えた受動喫煙の機会を有する者の割合の減少を目指します。

3 目標設定の考え方

(1) 成人の喫煙率の減少

群馬県健康増進計画において、健康日本21（第2次）に準じて、平成34年度までに成人の喫煙率を12%とすることを目標としていることから、この計画においても当該目標を長期目標として見据えながら成人の喫煙率の減少を目指すものです。

(2) 未成年者の喫煙をなくす

未成年期の喫煙が健康に及ぼす影響は成人以上に甚大であるため、我が国では「未成年者喫煙禁止法」により20歳未満の者の喫煙が禁止されています。

また、未成年期からの喫煙が成人期以降の継続喫煙に繋がりがやすいため、成人の喫煙防止対策という観点からも、「未成年者の喫煙をなくす」ことを目標として掲げるものです。

(3) 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群などのリスクがあるため、「妊娠中の喫煙をなくす」ことを目標として掲げるものです。

(4) 受動喫煙(行政機関、医療機関、職場、家庭、飲食店)の機会を有する者の割合の減少

行政機関及び医療機関については、平成 22 年の厚生労働省健康局長通知において、「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされています。また、群馬県健康増進計画においても、住民の健康を守るための公的責任を果たす要請が特に強いことを勘案し、平成 34 年度までに全ての行政機関及び医療施設において受動喫煙防止対策が実施されることを目標としていることから、この計画においても目標として掲げるものです。

職場については、労働安全衛生法に基づき、快適な職場環境を形成することが事業主の努力規定として盛り込まれていることや、群馬県健康増進計画において従来から喫煙対策未実施の企業の割合を 0% とすることを目標として掲げていること、さらに、健康日本 21 (第 2 次) においても、平成 32 年までに「受動喫煙の無い職場の実現」を目標としていることから、同様にこの計画においても目標として掲げるものです。

家庭及び飲食店における受動喫煙について、健康日本 21 (第 2 次) においては、プライベートな空間である家庭において完全な受動喫煙防止を求めることは、現時点では困難であるという点と、飲食店においても顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業主に求めることは困難であるという点から、家庭における受動喫煙の機会を有する者の割合を 3%、飲食店における受動喫煙の機会を有する者の割合を 15% とすることを目標値として設定しています。本県においても同様に、群馬県健康増進計画において平成 34 年度までに家庭または飲食店における受動喫煙の機会を有する者の割合について、それぞれ 3%、15% とすることを目標としています。この計画においても、上記の計画の趣旨を鑑み、家庭または飲食店における受動喫煙の機会を有する者の割合を減少させることを目標として掲げるものです。

4 目標達成に向けた取組

(1) たばこ対策の推進・取組強化

たばこが及ぼす健康影響については、今日、様々な研究から明らかにされており、県においても、たばこの健康影響に関する知識の普及啓発、未成年者喫煙防止対策、受動喫煙防止対策、禁煙支援対策等、様々なたばこ対策を実施しています。

しかしながら、成人の喫煙率の全国状況が 19.5% (平成 22 年) であるのに対して、本県においては 22.4% と全国平均より高い状況にあることから、今後より一層のたばこ対策強化が求められています。

(2) 目標達成に向けた具体的な取組

①成人の喫煙率の減少

- ・たばこの健康影響についての普及啓発
- ・禁煙支援マニュアルの活用促進
- ・禁煙指導の充実
- ・世界禁煙デー及び禁煙週間の普及・啓発

②未成年者の喫煙をなくす

- ・たばこの健康影響についての教育、講習
- ・未成年者禁煙治療・禁煙支援の充実

③妊娠中の喫煙をなくす

- ・妊娠中の喫煙が及ぼす健康被害に関する知識の普及啓発

④受動喫煙（行政機関、医療機関、職場、家庭、飲食店）の機会を有する者の割合の減少

- ・受動喫煙防止対策の普及啓発
- ・群馬県禁煙施設認定制度^{*4}の普及啓発

参 考

現状値

成人の喫煙率（平成 22 年度） 男性 36.1%、女性 10.7% 総数 22.4%

（資料：群馬県「群馬県民健康・栄養調査」）

未成年者の喫煙（平成 22 年）

12～19 歳 男子：1.4%、女子：1.4%

（資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」）

妊娠中の喫煙（平成 22 年度） 1.3%

（資料：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」）

受動喫煙防止対策未実施の施設の割合

行政機関（平成 24 年度） 10.0%

（資料：群馬県「公共施設（県・市町村）における受動喫煙防止対策実施状況調査」）

医療機関（平成 23 年） 5.9%

（資料：厚生労働省「医療施設静態調査」）

受動喫煙の機会を有する者の割合

職 場（平成 22 年度） 53.1%

家 庭（平成 22 年度） 15.2%

飲 食 店（平成 22 年度） 52.3%

（資料：群馬県「群馬県民健康・栄養調査」）

*4 群馬県禁煙施設認定制度

官公庁、医療施設、学校その他多数の方が利用する施設において禁煙に取り組む施設を「禁煙認定施設」として認定する制度。平成 24 年 6 月末時点における認定数は 1,346 施設

VI 県民の健康の保持の推進に関するその他の取組

1 県民の健康の保持の推進に関するその他の取組

生活の質を維持・向上し、健康的な日常生活を営むためには、何よりもまず、県民一人ひとりの健康についての関心の高まりが重要です。

そこで、県民の健康の保持の推進に関するその他の取組として、以下のとおり推進します。

(1) 健康を支え、守るための社会環境の整備

県民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援するほか、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、社会全体が相互に支え合いながら、県民の健康を守る環境を整備します。

(2) 幼少期からの健康に関する意識の向上

幼少期からの運動、食生活、休養等生活習慣に関する意識の向上が、成人してからの生活習慣病の予防等に極めて重要であることから、小中高等学校等における、生活習慣に関する知識の一層の普及啓発に努めます。

(3) 市町村における健康づくりの推進・支援

平成6年の地域保健法施行以後、地域住民に身近で頻度の高い保健事業は、市町村が中心的な役割を担うこととなりましたが、市町村が取り組むべき地域の健康課題は複雑化、多様化し、業務量も増大しています。さらに高齢化の進展とともに、医療費や介護給付費が増大する中、効果的、効率的に介護予防事業や生活習慣病予防対策を推進することが急務となっています。

また、平成20年度から、特定健康診査・特定保健指導が医療保険者に義務付けられたことに伴い、市町村では、健康づくりを効果的に推進するために、医療保険者である国保部門と地域住民の健康問題を担当する保健衛生部門の協働した活動が強く求められています。

①連携体制の構築

市町村が地域の特性を活かしつつ、行政サービスの充実だけでなく、学校、企業等の地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりが円滑にできるように、県では、広域的な観点から、関係機関との連携体制の構築に向けた調整を行います。

また、特定健康診査・特定保健指導については、各市町村の取組状況を把握するとともに、国保部門と保健衛生部門の職員の情報交換や、近隣市町村との情報交換の場を設け、連携に向けた支援を行います。

②人材育成

健康づくりなどの主体となる市町村の保健師等による保健活動が円滑に進むよう、保健事業の企画・立案、実施及び評価ができる人材の育成を支援します。

また、階層別や事業別の研修を行い、保健活動の技術向上を図ります。

③情報の収集及び提供

地域における健康の増進に関する情報や健康指標の情報について収集及び分析を行うなど、地域特性を捉えた各種保健事業の企画や市町村健康増進計画の策定を支援します。

第2項 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

I 平均在院日数の目標

1 平均在院日数の短縮

平均在院日数は、医療機関に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものです。この計画では、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数について、数値目標を定め、短縮対策に取り組みます。

2 数値目標

平成29年時点における、群馬県の平均在院日数を $\boxed{28.7日}$ とします。

3 目標値の設定の考え方

「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」における病床利用率、平均在院日数等を基に、本県の病床数（一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床）の見込みを考慮して、平均在院日数の目標値を設定します。

参 考

現状値（平成23年） 29.3日

（資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」）

Ⅱ 医療の効率的な提供の推進に関する施策

1 医療機関の機能分化・連携

(1) 機能分化・連携の必要性

医療の高度化・専門化が進む中では、ひとつの医療機関がすべての医療を行うのではなく、それぞれの専門に係る医療の機能を担うことが必要になります。その上で、専門性を有する医療機関や治療段階に応じた機能を担う医療機関が連携し、持続的に医療を行うことが求められます。現在施行されている第6次群馬県保健医療計画（以下、「医療計画」という。）でも、5疾病及び5事業について、①疾病または事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに、③医療連携体制を構築することを目指しています。

このように各医療機関の機能分化や連携を推進し、質の高い医療を持続的に提供する体制を構築することは、結果として、平均在院日数が短くなることが企図されています。これを実現するためには、それぞれの医療機関の機能を明確にするとともに、地域連携クリティカルパス^{*5}の導入等を通じて、医療機関の連携をスムーズに行い、地域において切れ目のない医療を提供することが重要です。

(2) 目標達成に向けた取組

①医療連携体制構築のサポート

医療機関の機能分化・連携を進めていくためには、その主体である医療機関及び県民・患者がその内容や目指すところを十分に理解し、一体となって取り組んでいくことが重要です。

こうしたことから、医療計画において、医療機関の機能分化・連携の姿を分かりやすく示し、それぞれの理解を得つつ、体制づくりを進めていくことが、県の重要な役割となります。

②具体的なツールの導入に向けたサポート

医療計画において示された医療連携体制を具現化するために、標準的な医療連携クリティカルパスの形を示すなど、地域連携クリティカルパス導入のための医療機関の取組を支援します。

(3) 関係者間の協力

医療計画に基づき、医療機関の機能分化・連携を進めるためには、各保険者や医師会、病院協会等の医療関係者、そして、実際に医療に携わる医療機関の積極的な取組が求められます。

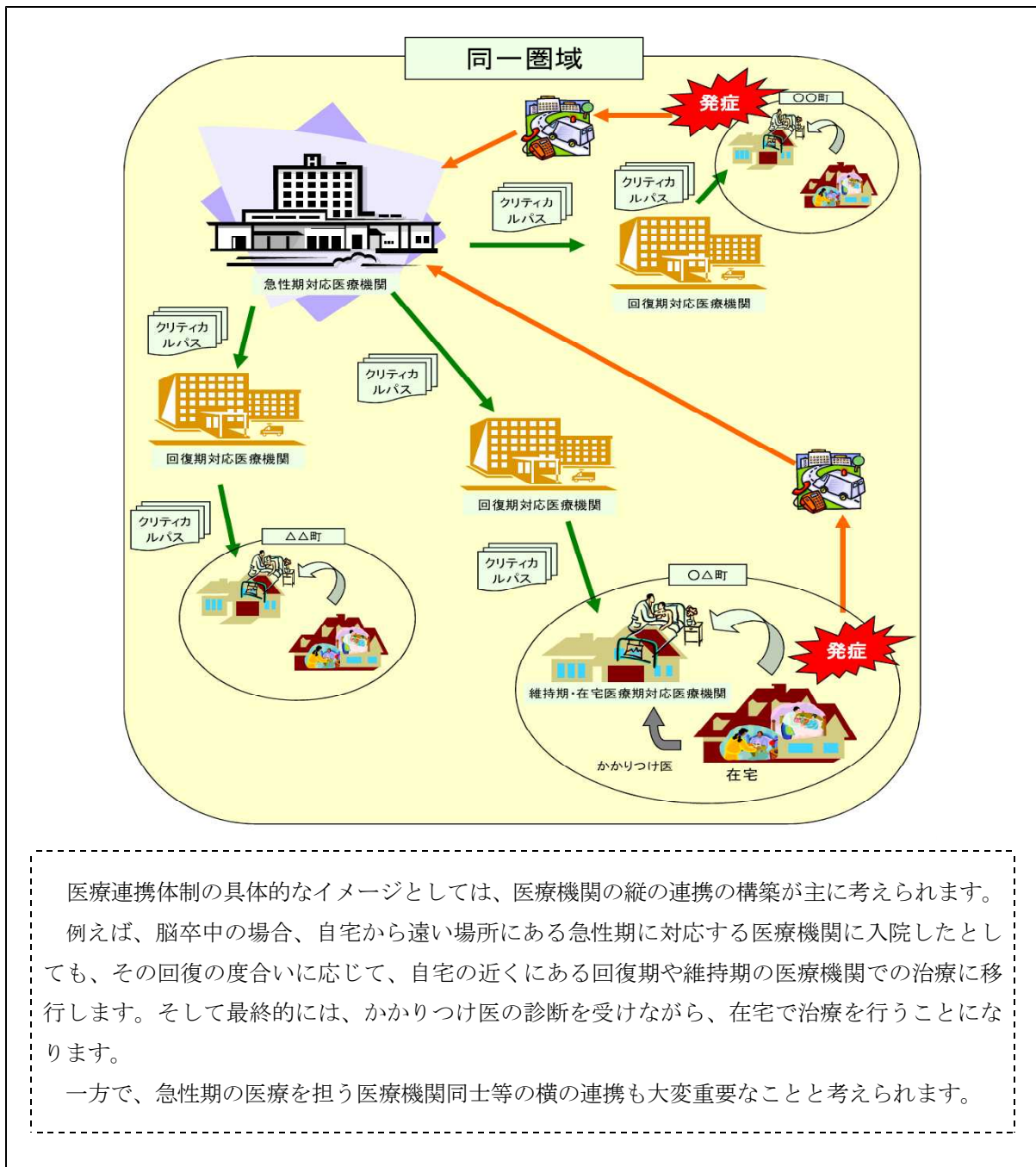
具体的には、地域連携クリティカルパスの導入等の取組を通じて医療機関相互が新たな連携を模索し、強化することが求められます。

なお、医療連携体制の構築のためには、医療機関を利用する患者、県民の理解と協力が不可欠となります。

*5 地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画のことです。急性期に対応する医療機関から回復期や維持期の医療機関を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。

図表 3-1 地域連携クリティカルパスを利用した医療連携体制の一例



2 在宅医療の推進

(1) 在宅医療の必要性

高齢者や患者にとって、本人が望む場合に、住み慣れた自宅や地域で療養を行い、自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制の構築が求められています。

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

(2) 目標達成に向けた取組

① 医療従事者への在宅医療の情報提供

多くの医療機関が積極的に在宅医療を実施できるよう、効果的な実施方法等について情報提供を行います。その上で、在宅医療のよりよい取組を把握できるよう先進事例を紹介します。

② 必要な在宅医療提供体制の整備

医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の職種ごとに、在宅医療に係る研修等による人材育成を行い、在宅医療に携わる医療従事者を確保し、在宅医療を安全に推進する体制の整備を図ります。また、地域医療連携クリティカルパスを在宅医療まで広げ、在宅医療においても計画に則った医療を行えるようにします。

③ 望ましい医療提供体制の県民への啓発

医療機関が在宅医療を視野に入れた治療計画を立て、患者及びその家族に対し周知、指導を行うことが必要です。一方で、県民一人ひとりが普段から在宅医療についての正しい知識を持てるよう、講演会等を実施します。また、日常の治療や体調の変化に対応できるかかりつけ医等の普及推進を図ります。

④ 福祉分野との連携の強化

在宅医療を受ける患者の多くが高齢者や身体障害者であり、介護を受けながら在宅医療を受けるケースが多くなっていることから医療と福祉の連携を強化し、それぞれの特性を活かしながら患者に対応を行うことが重要となります。

そこで、介護支援専門員（ケアマネージャー）に対する在宅医療に係る研修の実施を行うとともに、医療と福祉が連携した患者や家族への相談対応等、在宅医療への支援を進めます。

⑤ 在宅医療の実施における情報通信機器の活用

在宅医療の時間的な負担を軽減する策として、情報通信機器を活用した遠隔医療が注目されています。そこで、情報通信機器の活用に係る医療機関の実態や意向等を把握するとともに、医療機関における情報通信機器の活用に係る先進事例を紹介します。

3 地域包括ケアシステムの構築

(1) 地域包括ケアシステムとは

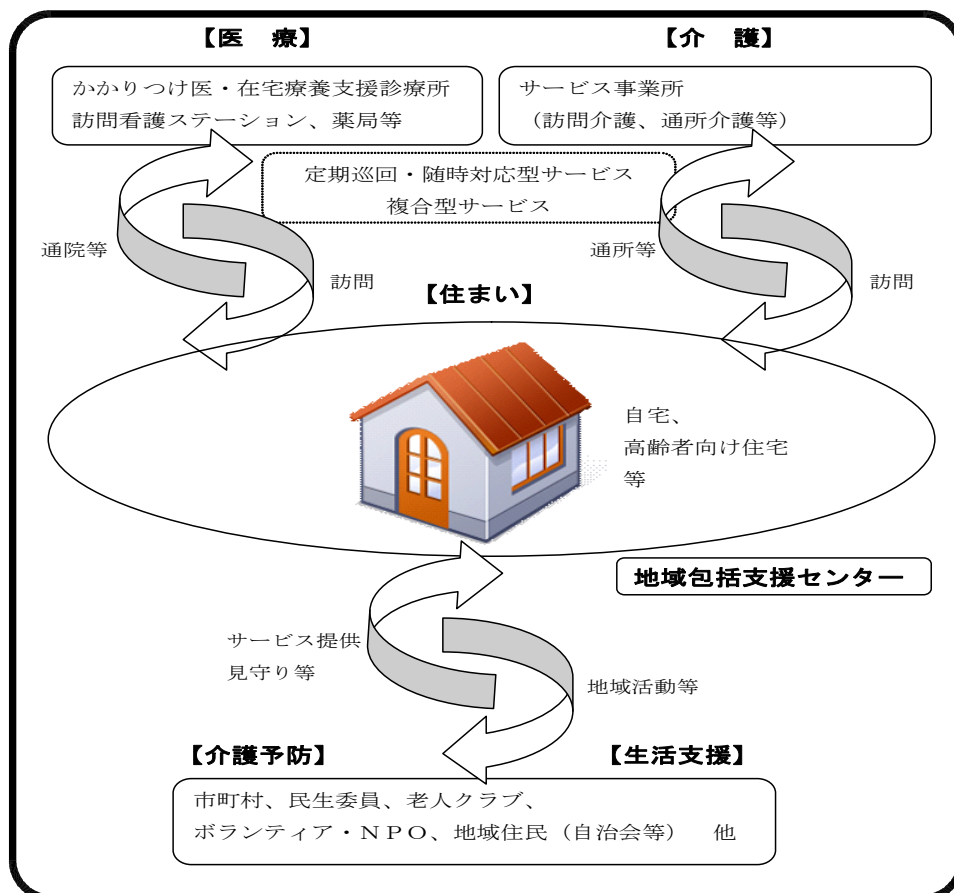
地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）に適切に提供できる地域での体制」と定義されています。

高齢化の進展に伴い、介護を必要とする高齢者も増え続けており、在宅介護が困難な高齢者は施設での介護が必要となるものの、高齢者の多くは、何らかの介護を必要とする状態となった後でも、可能な限り住み慣れた地域で住み続けたいと考えています。

そのような暮らしを実現するために、団塊の世代が 75 歳以上となり高齢化がピークとなる 2025 年には、医療や介護を通じた個々人の心身状況にふさわしいサービスが切れ目なく提供できるようなサービス提供体制の改革が実現し、「地域包括ケアシステム」が構築されていることが必要となります。

このため、地域において、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的充実を図るとともに、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみ世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の双方を要する者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスシステムの機能強化が不可欠となります。

図表 3-2 【在宅での生活を支える体制（イメージ）】



(2) 地域包括ケアの5つの視点による取組

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組が包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須となります。

①医療と介護の連携強化

医療サービスを提供する事業者（医療機関、訪問看護ステーション等）、介護サービス（訪問介護等）を提供する事業者等の連携を強化する必要があります。

急性期を過ぎても引き続き医療ニーズの高い高齢者等が入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービスを受けられるよう、関係機関・事業者や従業者（医師、看護師、介護支援専門員、ホームヘルパー等）、地域包括ケアシステムの中核となる地域包括支援センターの間で必要な情報の共有が図られるよう支援を行います。

また、在宅や高齢者施設においてたんの吸引や経管栄養等のニーズが高まっていることから、これらの医療的ケアを必要とする高齢者等が適切なサービスを受けられるよう、その提供体制づくりを推進します。

②介護サービスの充実強化

地域包括ケアシステムを実現するためには、介護を必要とする高齢者等が在宅において十分な介護サービスが受けられるようなサービス提供体制が不可欠となります。

平成24年度に創設された「24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス」や「複合型サービス」の普及を促進するとともに、既存の居宅サービスや地域密着型サービスの充実を図ります。

また、地域包括ケアシステムを構築し、機能させるため、地域包括支援センターにおける地域のネットワークの構築や医療・介護等の多職種連携の役割を担う職員の資質の向上に向けた取組を推進し、地域包括支援センターの機能の充実を図ります。

③介護予防の推進

健康上の問題で日常生活に影響のある高齢者は、高齢者全体の2割程度で、高齢者の8割は元気な高齢者であると考えられます。

高齢者が、要介護・要支援状態になることを予防するとともに、要介護状態になっても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう、市町村・関係団体等の取組を支援していきます。

④生活支援サービスの確保や権利擁護の促進

高齢者の在宅での生活を支える見守り、配食、買い物支援などの生活支援サービスを推進するため、市町村の取組を支援するとともに、NPOやボランティア、自治会、住民組織等による、高齢者の在宅での生活を支援していくサービス（インフォーマルサービス）の供給体制づくりを市町村と連携して促進します。

また、高齢者虐待への対応や認知症高齢者の財産管理等を行う市民後見人の養成など市町村における権利擁護の取組を支援し、高齢者を地域で見守り、支え合う体制の整備を推進します。

⑤高齢者の住まいの整備

在宅での介護が困難な高齢者の増加に対応した介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の計画的な整備を行うとともに、グループホームなど地域密着型サービスの拠点整備を推進します。

また、サービス付き高齢者向け住宅は、一人暮らし高齢者や独立して生活することに不安のある高齢者世帯が安心して住むことができるよう安否確認サービスや生活相談サービスが提供され、バリアフリー構造を備えた住宅ですが、関係市町村と連携しながら、良質なサービス付き高齢者向け住宅の供給促進など、多様な福祉・介護サービス基盤の整備を推進します。

（３）地域包括支援センターの機能強化と市町村の役割

地域包括ケアシステムを効果的に機能させるためには、介護保険内外の公的サービスや地域住民等によるインフォーマルな活動等を有機的に連携・連結させ、包括的・継続的なサービス提供を支える地域包括支援センターのコーディネート機能を強化していく必要があります。

また、様々な専門職やインフォーマルサービスの担い手等多職種により構成される地域ケア会議の充実強化を通じた地域課題の把握や地域包括支援ネットワークの構築が必要になります。

地域包括ケアシステムの構築には、地域住民に最も身近な自治体である市町村の役割が特に重要です。地域包括支援センターの地域課題を把握し必要なサービスの導入に結びつける調整能力を高めるため、市町村はその運営に積極的に関与することが不可欠といえます。

4 ターミナルケアの推進

（１）自宅及び介護保険施設等におけるターミナルケアの必要性

終末期においても可能なかぎり自宅での療養を望んでいる方が多い一方で、近年では約８割の方が病院、診療所で亡くなっています。

こうした中、患者や家族のＱＯＬの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。

また、高齢化の進展に伴い、介護保険施設等で最期を迎える方が増えていることから、施設において看取りが行える体制の確保が求められています。

（２）目標達成に向けた取組

①在宅での看取りの推進

住み慣れた自宅でターミナルケアを提供する体制の確保を図るとともに、医療機関や患者、家族に対して適切な情報提供を行います。

②介護保険施設等での看取りの推進

介護保険施設等は入居者の生活の場でもあることから、希望する場合には、本人が入居する施設内で最期を迎えられるよう、介護職員等に対する研修等を通じ、施設内でのターミナルケアが行われるための環境整備を推進します。

5 認知症対策の推進

(1) 認知症高齢者の推移

群馬県の認知症高齢者（自立度Ⅱ以上）は、平成 22 年は約 4 万 5 千人と推計され、平成 27 年には約 5 万 5 千人になると予想されており、様々な分野での的確な対応が求められています。

(2) 適切な医療の提供と相談体制の充実

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、適切な医療の提供と家族へのサポートが重要です。

そこで、早期診断・早期治療をはじめとした医療体制の整備や相談支援体制の充実を支援します。また、専門医療機関の確保やかかりつけ医、認知症サポート医の養成及びそれぞれの医療機関との連携体制の促進等を積極的に推進します。

さらに、医療と介護の連携が不可欠であり、両者一体となって認知症高齢者を支えるための体制の構築を図ります。

(3) 目標達成に向けた取組

①高齢者が日頃から受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）を養成するための研修会を開催します。また、認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医へ助言等の支援を行う認知症サポート医の養成を促進するとともに、スキルアップを図るための研修会を開催します。

②高齢者の多くが日頃から受診するかかりつけ医と認知症治療を行う医療機関や介護施設間の橋渡し役となる退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を促進し、関係機関等の連携体制の構築を図ります。

③認知症疾患に関する鑑別診断、BPSD（行動・心理症状）や身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を行う認知症疾患医療センターの充実を図るとともに、関係機関との連携の推進を図ります。

④若年性認知症の特性に応じた、若年性認知症ケア・モデル事業等を推進し、若年性認知症の特性に合った就労型プログラムの普及を図ります。

⑤認知症に対する正しい理解の促進と、認知症患者やその家族を支援する認知症サポーターを養成するための支援を行います。

6 入院中の精神障害者の地域移行の推進

(1) 地域移行の必要性

本県では、図表 2-13 のとおり、精神病床における平均在院日数が全国平均に比べて 59.8 日上回っています（平成 23 年）。

また、障害のある人が、可能な限り地域で安心して暮らせる社会の実現が求められています。

そこで、精神科病院に入院している患者のうち、居住先や地域の支援が整えば退院可能な精神障害者について、地域での支援体制を充実した上で、本人の意向を尊重し、地域移行でできるよう支援していく必要があります。

バリアフリーぐんま障害者プラン5（群馬県障害者計画・第3期群馬県障害福祉計画）では、目標値を掲げて、障害者を地域で支える障害福祉サービスの整備を進めるとともに精神障害者の地域移行支援を進めることを目指しています。

また、医療計画においても、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える医療機能・医療連携体制の構築を目指しています。

(2) 目標達成に向けた取組

①グループホーム・ケアホーム等退院後の支援体制整備

障害のある人が、共同生活を行い、家事等の日常生活上の支援（グループホーム）や、食事や入浴等の介護（ケアホーム）を受けながら、地域において自立した生活を送る場の整備を促進します。

②精神障害者地域移行支援事業の推進

精神科病院に入院している精神障害者のうち、病状が安定しており、居住先や地域での支援が整えば退院が可能である人について、本人の意向を尊重した上で、地域移行の推進を図ります。

③精神障害のある人への理解促進

精神障害者の理解を深める各種講演会やバザー展を積極的に開催し、精神障害のある人への理解を深めます。

④地域の精神保健体制の整備

精神障害のある人が、地域の中で安心して生活することができるよう、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るため、相談支援従事者研修を実施するほか、各地域の自立支援協議会等を通して、医療と連携した相談支援体制を整備します。

Ⅲ 後発医薬品の使用促進

1 後発医薬品の使用促進

県では、平成 21 年度から医療関係者、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中心に後発医薬品の普及啓発等に取り組んできましたが、引き続き協議会による後発医薬品普及に向けた検討を行い、県民が安心して後発医薬品を使用することができる環境整備に努めます。

2 数値目標

平成29年度時点における後発医薬品割合を $\boxed{38\%}$ とすることを目標とします。
(県内の薬局で調剤される医薬品のうち、後発医薬品割合(数量ベース))

3 目標値の設定の考え方

後発医薬品の使用推進は、医療費に占める患者負担の在り方や診療報酬の改定など社会情勢の影響を強く受けるため、現状で設定した目標値を適宜補正していく必要があると推測されます。

そこでこの計画では、直近3年間の本県における後発医薬品使用割合の平均進捗率(年平均2.3%増)を基に、平成 29 年度まで同様の進捗状況を維持した場合の使用割合の数値を目標値として設定します。

なお、計画策定後においても、本県における後発医薬品使用の進捗状況や、国から示される指針等を踏まえ、必要に応じて目標値の見直しを行うものとします。

4 目標達成に向けた取組

本県の実情にあった使用促進施策の策定や効果的な普及啓発を行うことを目的とし、医療関係者、学識経験者、保険者等が参加した後発医薬品適正使用協議会が平成 21 年度に発足しました。今後も、協議会及び関係機関と連携して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。

(1) 協議会による取組

- ・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
- ・県民を対象とした後発医薬品に関する意識調査
- ・普及啓発用リーフレット・ポスター等広報資材の作成・配布
- ・電子掲示板等を活用した県民への普及啓発
- ・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

(2) 保険者による取組

- ・後発医薬品へ切り替えた場合の「軽減差額通知」の実施
- ・「後発医薬品希望カード」の配布

(3) 行政部門による取組

- ・後発医薬品の試験検査による品質の確認、結果の公表
- ・後発医薬品製造業者に対する立入検査によるGMPバリデーション^{*6}等の指導

5 関係者間の連携・協力

この計画に基づき、実際に後発医薬品の使用促進を推進するためには、医師会、病院協会及び薬剤師会等の医療関係者による積極的な取組が必要です。

具体的には、病院、診療所では自ら積極的に後発医薬品を使用するとともに、処方せんの発行の際も原則として後発医薬品への切り替えを制限しないことが求められます。

一方、処方せんを受ける薬局側では、患者に対して十分な説明をした上で後発医薬品への切り替えを積極的に勧めることが求められます。

また、医療機関を利用する患者やその家族も後発医薬品に対する正しい知識を理解した上で、積極的に後発医薬品の使用に協力することも不可欠となります。

6 使用促進を推進する上での留意点

後発医薬品の使用促進にあたっては、患者（県民）と医療関係者との信頼関係が重要となります。安易な後発医薬品の切り替えにより患者やその家族らが新しく処方された薬に疑問を持ったままであると、自ら服薬を中止してしまうなど、コンプライアンス（服薬遵守）の低下などにより治療効果を損なうこともあるため、医師や薬剤師などの医療関係者は、患者の理解度や疾病の特性などを考慮して慎重に対応することが求められます。

参 考

現状値（平成23年度）24.6%

（資料：厚生労働省「最近の調剤医療費〔電算処理分〕の動向」）

*6 GMPバリデーション

目的とする品質に適合する医薬品を恒常的に製造するために、使用する構造設備や製造方法の手順・工程が適切な条件であることを科学的に保障すること。

第3項 医療費適正化に向けたその他の取組

1 がん対策の推進

がんは、本県において昭和 60 年から死亡原因の第 1 位であり、現在では年間 5,000 人以上が、がんで亡くなっています。平成 23 年のがんによる死亡者数は 5,748 人で、全死亡者数の 27.5%を占めています。

そこで、平成 22 年に制定された「群馬県がん対策推進条例」及びがん対策基本法に基づく「群馬県がん対策推進計画」に基づき、医療機関、医療関係団体、民間企業、がん患者団体及び市町村等と協力しながら、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図ります。

医療費適正化に向けたがん対策に関する主な取組は以下のとおりです。

(1) がん検診の受診率向上

県民のがんによる死亡者数の減少には、がん検診の受診率の向上が不可欠です。近年、治療法の改善などにより治癒するがんが多くなっていますが、本県のがん検診の受診率は、全国平均を上回っているものの 20～30%台と低迷しています。

そこで、がん検診の受診率向上のため、市町村と協力して有効な対策の提案や医療関係団体や民間企業等と協力して普及啓発活動等に取り組みます。

●がん検診受診率向上のための主な取組

- ・がん検診受診率向上市町村モデル事業において実施した事業の効果を検証及び有効な対策の他の市町村への普及
- ・市町村、医療関係団体、民間企業等との協働によるがん検診の普及啓発活動
- ・子宮頸がんの罹患率が高い若年女性に対する子宮頸がん検診の普及啓発

(2) 在宅医療の充実

がん患者が本人や家族意向により、住み慣れた家庭などでの療養生活を選択することができるよう、また、医療機関からスムーズに在宅療養へ移行することができるよう、在宅医療の提供体制や医療機関等の連携体制の構築を進めていくことが必要です。

そこで、医療機関や医療関係団体等と協力し、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の実態把握や情報提供体制の整備を進めます。

●在宅医療推進のための主な取組

- ・在宅医療や看護を支える在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局等の実態把握及び情報提供

(3) がん医療の充実

県民が質の高いがん医療を受けられるよう、がん診療連携拠点病院や県がん診療連携推進病院、その他の医療機関の連携を強化するとともに、がん医療に携わる専門的な医療従事者

の育成を図ります。

また、群馬大学と共同して、がん治療の最先端技術である重粒子線治療施設を設置し、平成 22 年から稼働しています。群馬大学の施設は、国内唯一の総合病院併設の治療施設で、本県のがん対策の推進に寄与することが期待されます。

●がん医療充実のための主な取組

- ・がん診療連携拠点病院等における放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ・がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ・地域連携クリティカルパスの普及及び利用の促進

2 かかりつけ薬局の推進

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が施行され、地域における医療提供体制の中で調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての薬局の役割が期待されています。

「かかりつけ薬局」もその役割の一つです。自分に合ったかかりつけ薬局をもつことにより次のような利点があるとともに、医療費の適正化にも資すると考えられています。

- ・処方せんに基づく正確な調剤と状況に応じた服薬管理により、薬物治療の効果の向上が期待されます。
- ・薬局での薬歴管理や「おくすり手帳」の活用により、医薬品の重複投与、アレルギー履歴のチェック、相互作用による副作用など医薬品による危害を防ぐことができます。
- ・薬の専門家である薬剤師に気軽に相談できることで、日頃の健康管理のために必要な自分の既往歴や体質に合った情報提供や助言を受けることができます。
- ・在宅医療となった際にも、地域の薬剤師の巡回訪問により、飲み残した薬の管理・再利用、剤型変更や一包化など服用し易い調剤の実施、さらには多剤服用などによる副作用発現の確認など様々な薬学的管理指導を受けられます。
- ・軽い疾病やけがについては、一般市販薬等を活用したセルフメディケーションの指導が受けられるとともに、重篤な症状に対しては的確な受診科目などのアドバイスを受けられます。