

北海道医療費適正化計画 [第2期]

平成25年3月
北海道

はじめに



我が国では、国民皆保険制度の下、誰もが安心して医療を受けることができる、世界でも有数の医療制度を実現してまいりました。

一方で、国民皆保険達成から半世紀を超え、少子高齢化の進行、非正規雇用の増加などによる雇用基盤の変化、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きております。

本道においては、全国を上回る速さで人口減少、高齢化が進み、10年後には道民の3人に1人が65歳以上の高齢者という超高齢社会の到来が見込まれていますが、医師不足や地域偏在、在宅医療の充実など医療提供体制の確保に係る様々な課題がある中、面積が広大で、積雪、寒冷といった自然的要因や、高齢者の単身又は夫婦のみの世帯の割合も高いことなどの社会的要因により、全国に比べて病床数が多く、また入院期間も長い傾向にあり医療費が著しく高い状況となっております。

こうしたことから、道では、平成20年3月に「北海道医療費適正化計画」を策定し、超高齢社会の到来に対応するため、道民の生活の質の維持や向上を図りながら、生活習慣病の予防対策や平均在院日数の短縮などに取り組むことにより、医療費の適正化を推進してきたところであります。

今回、現計画が平成25年3月で終了することから、本道の現状や地域の実情を踏まえながら、今後も必要な医療を確保しつつ、引き続き医療費適正化の総合的な推進を図るため、道民の健康増進に向けた生活習慣病の予防対策や、在宅医療や地域ケアの推進による平均在院日数の短縮などを内容とする第2期計画を策定いたしました。

本計画は、「北海道医療計画」をはじめとする関連計画との調和を保ちながら、一体的・総合的に推進することにより、道民の方々の医療に対する安心、信頼を確保し、良質かつ適切な医療が提供されることを目指すものでありますので、道民の皆様の一層のご理解とご協力をお願いいたします。

本計画の策定に当たりまして、熱心にご議論をいただきました北海道医療費適正化計画検討協議会委員の皆様をはじめ、貴重なご意見をいただきました関係団体や道民の皆様から心から感謝申し上げます。

平成25年3月

北海道知事 高橋 はるみ

目 次

第1章 総論	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	2
第3節 計画の期間	2
第4節 計画に掲げる事項	2
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	3
第1節 医療費の動向	3
1 全国の医療費	3
2 全国の高齢者の医療費	3
3 北海道の医療費	4
4 北海道の高齢者の医療費	4
第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況	8
1 全国及び北海道の状況	8
(1) 特定健康診査の実施状況	8
(2) 特定保健指導の実施状況	10
(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況	12
2 受療動向	13
3 死亡率	14
第3節 病床数の状況	15
第4節 平均在院日数の状況	18
第3章 目標と取組み	21
第1節 基本理念	21
1 道民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	21
2 超高齢社会の到来に対応するものであること	21
第2節 医療費適正化に向けた目標	22
1 道民の健康の保持の推進に関する達成目標	23
(1) 特定健康診査の実施率	23
(2) 特定保健指導の実施率	23
(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	23
2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	24
平均在院日数	24
3 計画期間における医療に要する費用の見通し	24
第3節 目標を達成するため道が取り組むべき施策	25
1 道民の健康の保持の推進に関する施策	25
(1) 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進	25
ア 保健事業の人材育成	25
イ 集合的な契約の支援	25
ウ 先進的な事例の収集及び情報提供	25
エ 道による市町村への支援	25
(2) 医療保険者と市町村等との連携	26

2	医療の効率的な提供の推進に関する施策	26
(1)	医療機関の機能分担・連携	26
(2)	在宅医療・地域ケアの推進	27
3	その他医療費適正化の推進のための取組み	28
(1)	食生活や運動による健康づくり	28
(2)	たばこ対策	28
(3)	歯と口腔の健康づくり	29
(4)	重複受診者等への訪問指導等の充実	30
(5)	後発医薬品の使用促進	30
(6)	診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実	31
(7)	IT化の促進	31
(8)	インフルエンザ予防の充実	32
(9)	介護予防の充実	33
(10)	高齢者の積極的な社会参加	33
第4章	計画の推進	35
第1節	P D C A サイクルに基づく計画の推進	35
第2節	計画の達成状況の評価	35
1	進捗状況評価	35
2	実績評価	35
第3節	計画の周知	35

第1章 総論

第1節 計画策定の趣旨

本道においては、医師が都市部に集中し地域偏在が著しいなどの医師の確保問題や、自治体病院における経営状況の悪化など、医療提供体制の確保に係る様々な課題がある中で、面積が広大で、積雪、寒冷といった自然的要因や、全国と比較して、1世帯当たりの人員が少なく、高齢者の単身又は夫婦のみの世帯の割合も高く、家庭での介護力に欠けることが推測されるなどの社会的要因により、全国に比べて病床数が多く、入院期間も長いことから、医療費が著しく高い状況となっています。

区 分	北海道	全国平均	区 分	北海道	全国平均
面積割合	22.08% (1)	—	1世帯当世帯人員	2.21人 (46)	2.42人
可住地面積の割合	18.18% (1)	—	高齢単身世帯割合	10.82% (10)	9.24%
人口密度	248.0人/km ² (47)	1,048.4人/km ²	高齢夫婦世帯割合	12.11% (8)	10.13%
年平均気温	9.8℃ (47)	—	持ち家比率	57.2% (42)	61.1%
雪日数	129日 (1)	—	在宅等死亡率	11.0% (47)	17.4%

※ 数値はH22（持ち家比率のみH20）、（ ）は全国順位

※ 「平成22年社会生活統計指標」（総務省）

国においては、現行の国民皆保険制度（※1）を堅持し、我が国の医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくため、平成17年に医療制度改革大綱を策定し、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」の3つの基本的な考え方の下、平成18年に「医療制度改革関連法」（※2）を制定し、国と都道府県との協力の下、医療費の適正化を推進するための制度が創設されたところです。

道においては、平成20年3月に平成20年度から平成24年度までを計画期間とする「北海道医療費適正化計画（以下「計画」という。）」を策定し、生活の質の維持や向上を確保しながら、生活習慣病（※3）の予防対策や平均在院日数の短縮などに取り組むことにより、医療費の適正化を図っているところですが、とりわけ、生活習慣病の発病を予防し、健康増進を図るためには、特定健康診査・特定保健指導の実施促進をはじめ、適切な食事、適度な運動、禁煙や歯と口腔の健康づくりなど、健康に有益な生活習慣に改善していくことが必要です。

道といたしましては、本道の現状や地域の実情を踏まえつつ、道民の方々や市町村、医療機関や保険者などの関係者の皆様のご意見も幅広く伺いながら、引き続き、こうした道民の健康増進に向けた生活習慣病の予防対策や、医療機能の強化や連携等を通じた平均在院日数の短縮などを内容とする第2期計画を策定し、本道における医療費適正化の総合的な推進を目指すものです。

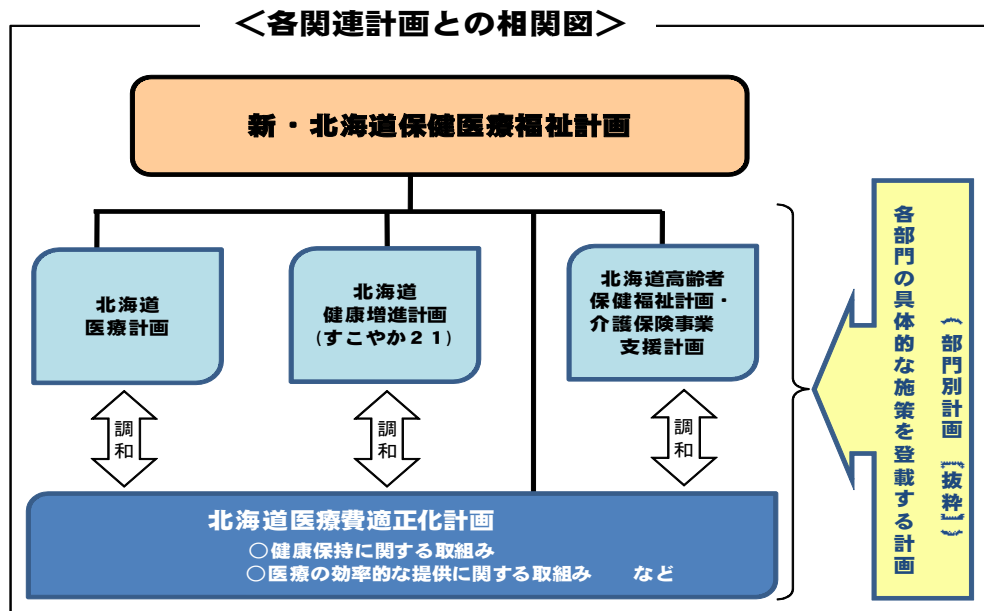
※1 国民皆保険制度：全ての国民が何らかの公的な医療保険制度に加入している状態をいいます。国民は健康保険（協会管掌・組合管掌等）・各種共済組合・船員保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度のいずれかに加入することとなっています。昭和36年4月に実現されました。

※2 医療制度改革関連法：平成18年6月21日に公布された「健康保険法等の一部を改正する法律」（法律第83号）及び「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」（法律第84号）をいいます。

※3 生活習慣病：疾病の発症には、様々な要因が関係していますが、そのうち、生活習慣は、「悪性新生物」、「脳血管疾患」、「心疾患」などの発症に深くかかわっていることが明らかになってきています。例えば、生活習慣の与える影響が大きい疾病には、喫煙による「肺がん」、食事の偏りによる「脳卒中」や「高血圧」、運動不足などによる「糖尿病」などがあります。このような生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患群を生活習慣病と呼んでいます。

第2節 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）第9条に基づく法定計画であるとともに、本道における保健医療福祉行政の基本的な指針である「新・北海道保健医療福祉計画」の部門別計画として、本計画と密接な関係をもつ「北海道医療計画」、「北海道健康増進計画」、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」と一体的・総合的に推進していきます。



第3節 計画の期間

計画は5年を一期として策定することとしており、第2期計画の期間は、平成25年度から29年度までの5年間とします。

第4節 計画に掲げる事項

計画においては、次に掲げる事項を定めます。

- (1) 道民の健康の保持の推進に関し、道が達成すべき目標に関する事項
- (2) 医療の効率的な提供の推進に関し、道が達成すべき目標に関する事項
- (3) (1)及び(2)に掲げる目標を達成するために道が取り組むべき施策に関する事項
- (4) (1)及び(2)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
- (5) 道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
- (6) 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- (7) 計画の達成状況の評価に関する事項
- (8) その他医療費適正化の推進のために必要な事項

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 医療費の動向

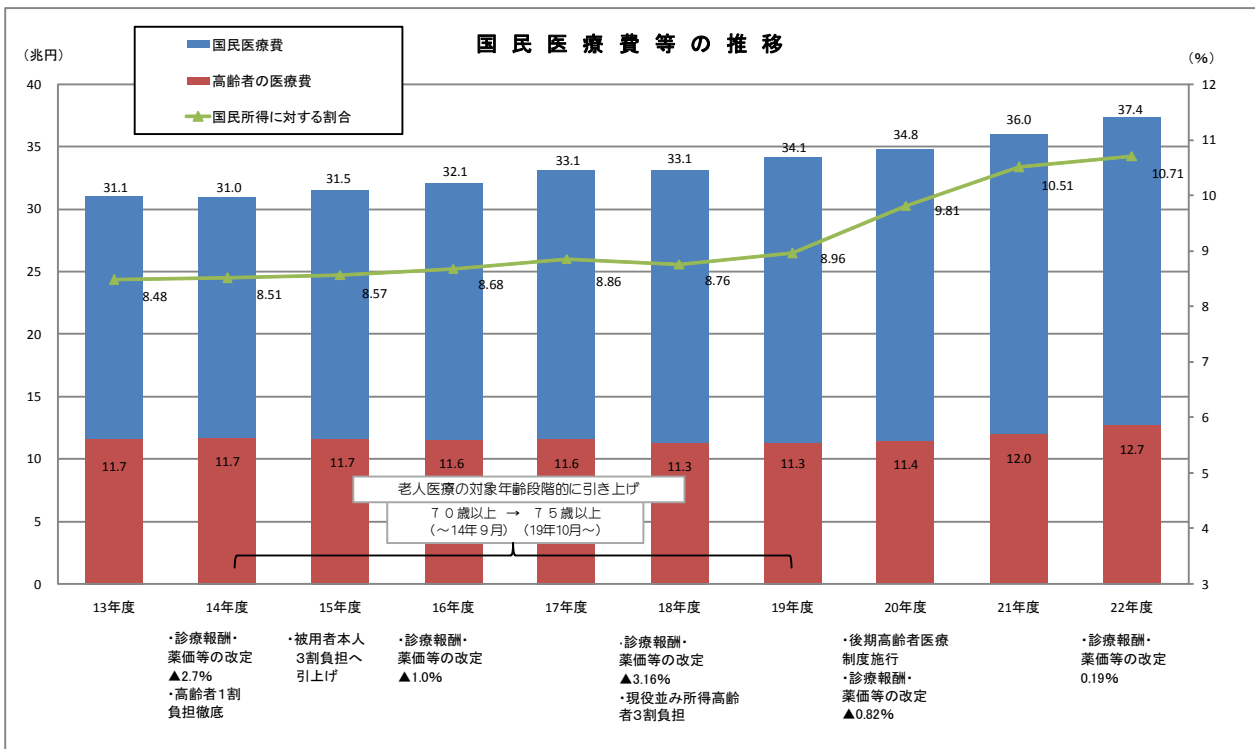
1 全国の医療費

全国の医療に要した額を示す国民医療費(※4)は、平成22年度で37兆4,202億円となっており、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。

過去10年間の国民医療費の推移をみますと、診療報酬・薬価のマイナス改定が行われた平成14年度、16年度及び18年度は、伸び率がマイナスあるいは低くなっているものの、20年度以降は、医療の高度化などの要因により、それぞれ2.0%、3.4%、3.9%と伸び率も大きくなっており、国民医療費は、概ね毎年1兆円程度(年率約3~4%)ずつ伸びる傾向を示しています。

2 全国の高齢者の医療費

医療費のうち、後期高齢者医療費(※5)の動向をみますと、平成22年度で12兆7,213億円であり、国民医療費の34.0%を占めています。



「平成22年度国民医療費の概況」(厚生労働省)
 「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
国民医療費	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9
高齢者の医療費	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9
国民所得	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0

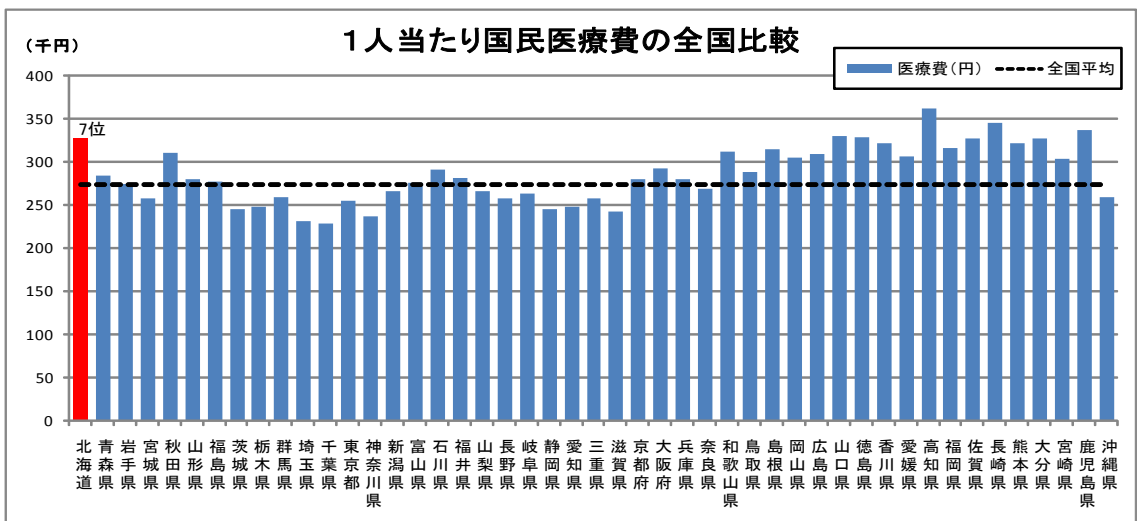
※4 国民医療費：当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほか、健康保険等で支給されます移送費等が含まれています。傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠や分娩等に要する費用(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は計上されていません。また、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は計上されていません。

また、平成22年度の1人当たり医療費(※6)をみますと、75歳以上は年間87万9千円であるのに対し、75歳未満では年間21万9千円と約4倍の開きがあります。人口の高齢化の進行に伴い、今後も後期高齢者医療費が国民医療費に占める割合は増加し、国の推計によると、平成37年度には半分程度を占めるようになると予想されています。

3 北海道の医療費

本道の平成20年度の医療費は約1兆8,057億円で、全国5位であり、1人当たり医療費は約32万6千円で、全国7位と高額になっています。また、平成11年度からの年平均伸び率の推移をみますと、全国と同様の傾向を示しています。

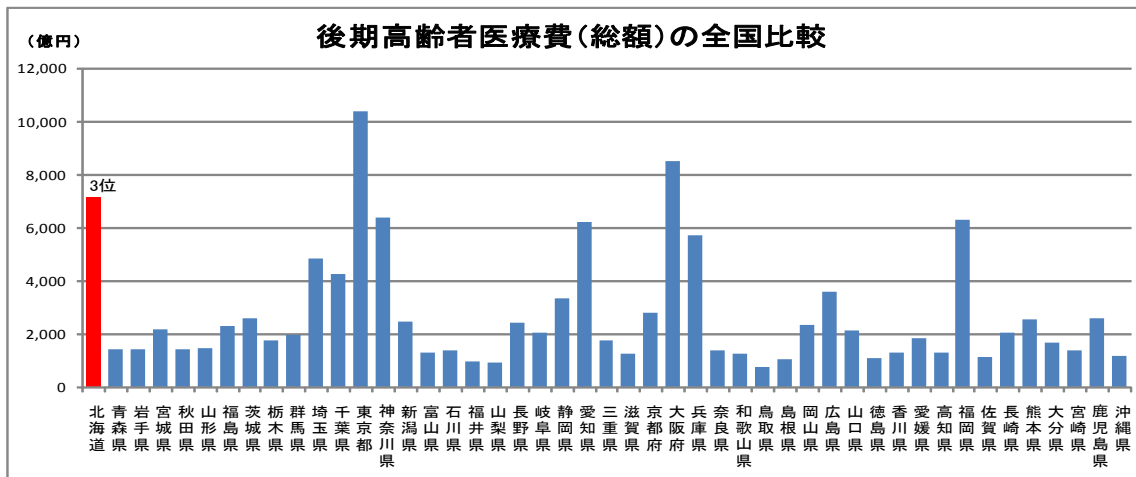
なお、平成23年度の概算医療費では約1兆9,661億円となっています。



「平成20年度国民医療費の概況」(厚生労働省)

4 北海道の高齢者の医療費

本道の平成20年度の後期高齢者医療費は約6,460億円で、全国3位と高額になっており、本道の医療費の約35.8%を占め、全国平均を上回っています。また、平成22年度では約7,143億円で、全国3位となっています。

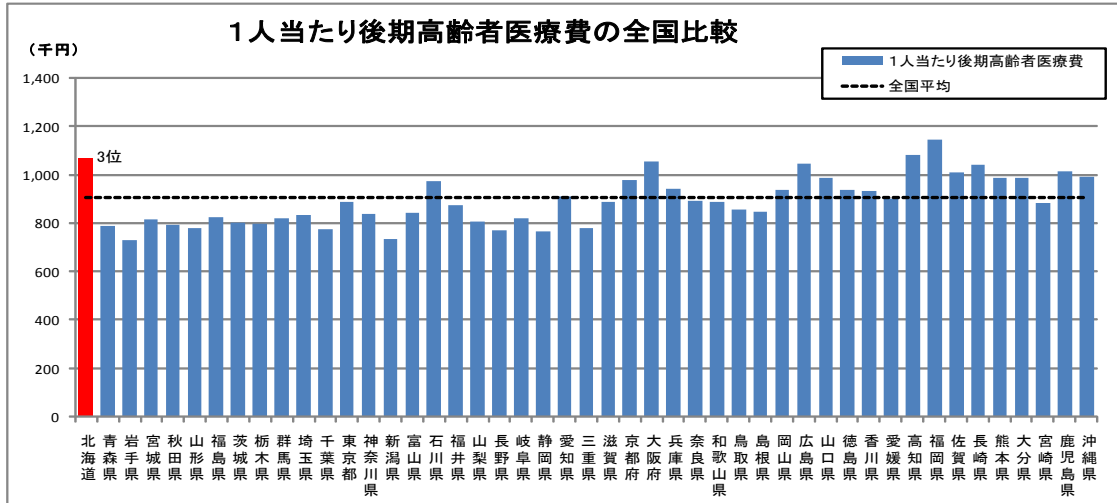


「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

※5 後期高齢者医療費：65歳～74歳の高齢者は前期高齢者、75歳以上の高齢者は後期高齢者と定義され、後期高齢者にかかる医療費のことをいいます。後期高齢者医療制度創設以前は、70歳以上を対象として「老人医療費」と呼ばれていましたが、平成14年10月から対象年齢が段階的に毎年1歳ずつ引き上げられ、平成19年10月から原則75歳以上を対象とした医療費のことをいいます。

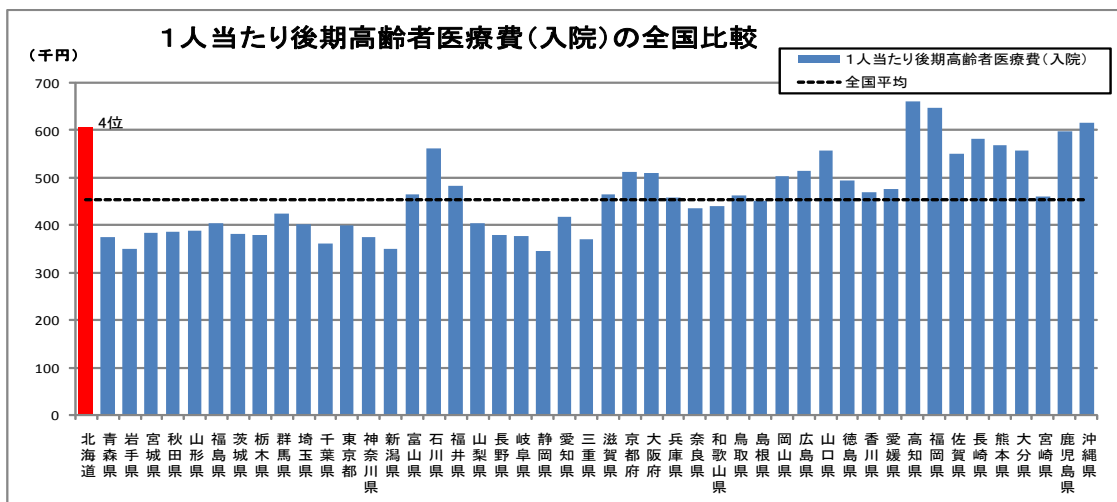
また、平成22年度の後期高齢者医療費のうち、診療費は約5,713億円で、総額同様に全国3位と高額になっており、入院診療費も全国3位、入院外診療費は全国6位、歯科診療費は全国7位と、いずれも高くなっています。

1人当たり後期高齢者医療費を他都府県と比較しますと、本道は約107万円で福岡県、高知県に次いで全国3位、全国平均約90万円を17万円上回っており、年々増加する傾向にあります。

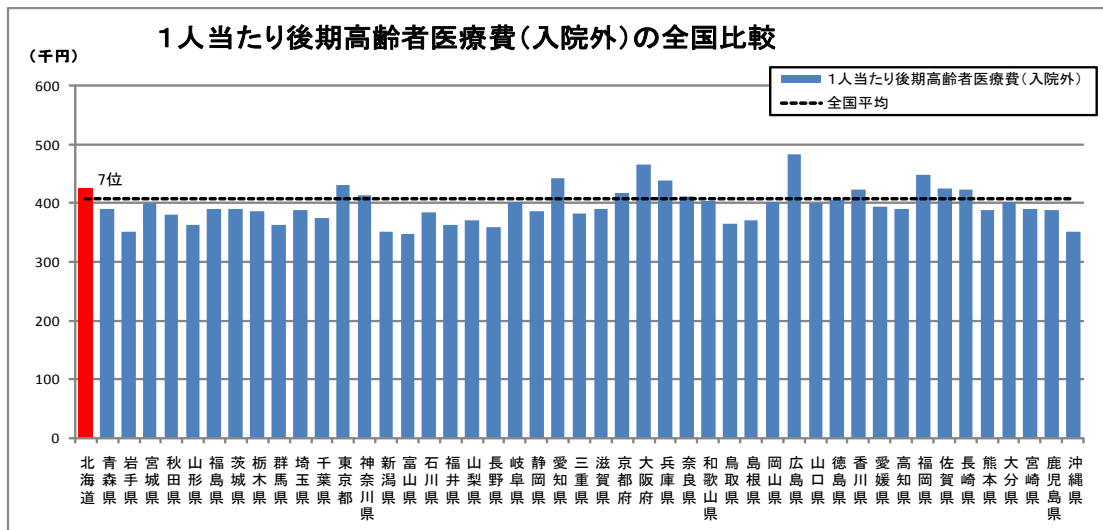


「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

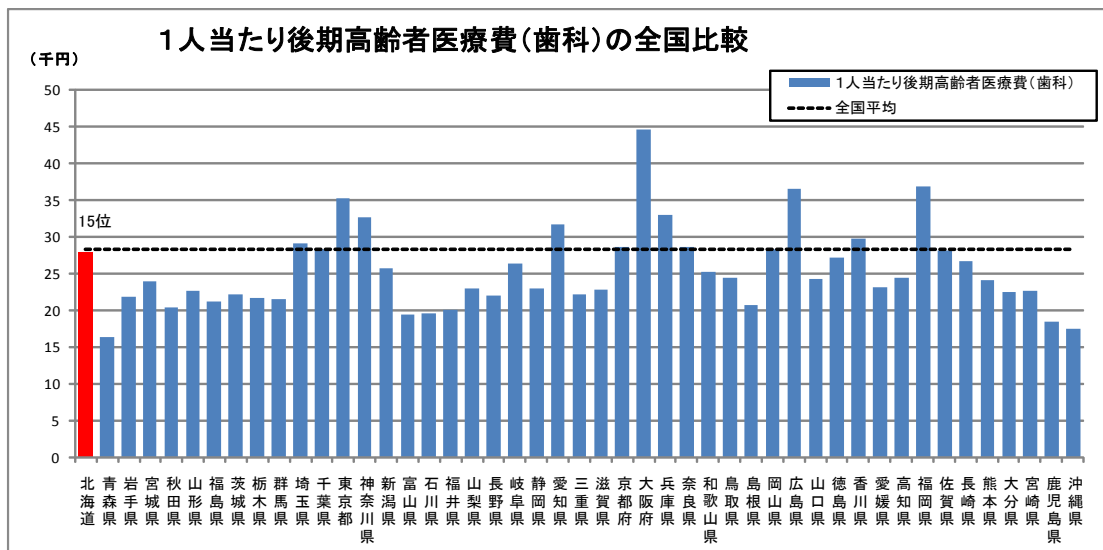
診療種類別にみますと、入院医療費(食事療養費を含む)は全国4位、入院外医療費(調剤費を含む)は全国7位と全国平均を上回っていますが、歯科医療費は全国15位と若干全国平均を下回っており、本道の1人当たり後期高齢者医療費が高い要因は、入院医療費の高さの影響が大きいものと考えられます。



「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)



「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)



「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

※6 1人当たり医療費：1人当たりの医療費は、「1日当たりの医療費」、「1件当たりの日数」、「受診率」の三つの要素の積で算出され、これを「医療費の3要素」といいます。「1人当たり医療費」＝「1日当たりの医療費」×「1件当たりの日数」×「受診率」

- 1日当たりの医療費：＝一定期間の医療費÷一定期間の診療実日数で算出します。
入院外では、1日の通院費用の平均額、入院では、1日の入院費用の平均額を表しています。
- 1件当たりの日数：＝一定期間の診療実日数÷一定期間のレセプト件数(枚数)で算出します。
一つの疾病の治療のために医療機関に通った日数(又は入院した日数)を表しています。
- 受診率：＝一定期間のレセプト件数^(注)÷被保険者数×100で算出します。
一定期間内に医療機関にかかった者の割合を表したもので、被保険者100人当たりのレセプト件数となります。
保険医療機関は、同一被保険者の1ヶ月分の診療内容を1枚のレセプトにまとめて請求するので、レセプト1枚が1件となります。この計画では、100人当たりの件数を百分率で表しています。
受診率が全国平均よりも高いことは、医療機関にかかる方の割合が高いことを意味します。

※ 「1人当たり医療費」は次の算式でも算出できます。「1人当たり医療費＝一定期間の医療費÷被保険者数」

(注) レセプト(診療報酬明細書)：医療機関が診療費などを保険者に請求するための書類で、医療費の明細が記載されているものです。また、レセプトには病名、施された処置名・投薬された薬剤名・行われた検査名、各単価、使用された回数や数量等が記載されています。

なお、本道の高齢化の状況をみますと、平成22年においては高齢者（65歳以上）が約135万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は約24.6%であり、生産年齢人口（15～64歳）2.6人（※7）で1人の高齢者を支えていることとなります。

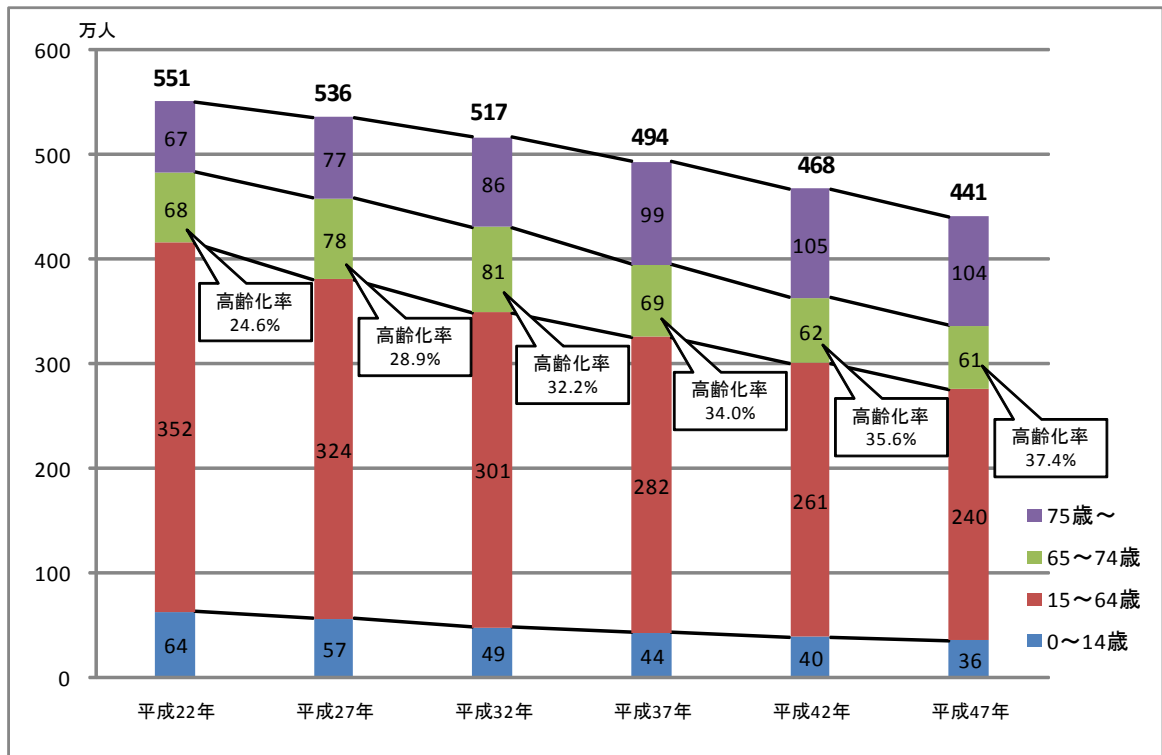
本道の人口が、今後減少傾向となる中で、特に75歳以上の後期高齢者は、今後25年間に約67万人から約104万人と、約1.5倍になることが見込まれます。

高齢化率の推移でみますと、平成27年が約28.9%、平成37年が約34.0%、平成47年が約37.4%と、今後、急激に高齢化が進行して、平成47年には、生産年齢人口1.5人で1人の高齢者を支えることとなります。

こうした高齢化の進行により、高齢者の医療費は、今後高い伸びを示すことが予想されます。

北海道の年齢別将来推計人口

国立社会保障・人口問題研究所(平成19年5月推計)



※7 生産年齢人口：国勢調査では、人口を年齢で3区分して統計データを表すことがあり、生産年齢人口とは、15歳から64歳までの人口（実際の稼働の有無は問われません）と定義されています。

国勢調査における年齢3区分は次のとおりです。 ①年少人口(15歳未満人口) ②生産年齢人口(15歳～64歳人口) ③老年人口(65歳以上人口)

第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況

1 全国及び北海道の状況

全国においては、高齢化の急速な進行に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占める、がん(悪性新生物)、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因で生活習慣病が約6割(平成23年人口動態調査)を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も約3割(平成22年度国民医療費)となっています。

また、本道においても、死亡原因で生活習慣病が約6割を占め(平成23年人口動態調査)、医療費に占める生活習慣病の割合も31.5%(平成23年5月国保データ)となっており同様の傾向を示しています。

生活習慣病の中でも、特に虚血性心疾患、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の該当者とその予備群を合わせた割合は、全国で男女とも40歳以上で高く、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達すると推定されます。

本道における40～74歳のメタボリックシンドロームの該当者は、特定健康診査の受診結果から推計すると、約37万人(うち男性約28万人、女性約9万人)、その予備群は約29万人(うち男性約22万人、女性約7万人)で、全体で約66万人と推定されます。

医療費適正化に向けた取組みにおいては、こうした糖尿病、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き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが重要とされています。

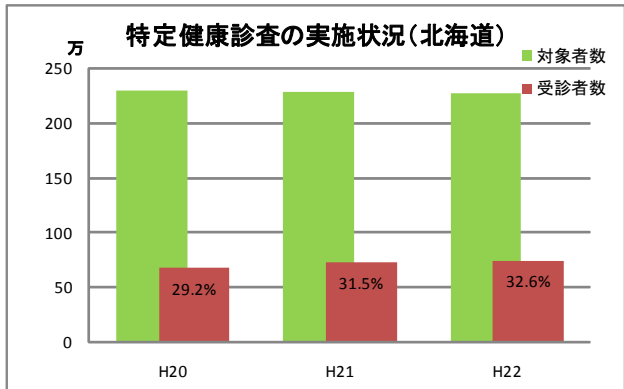
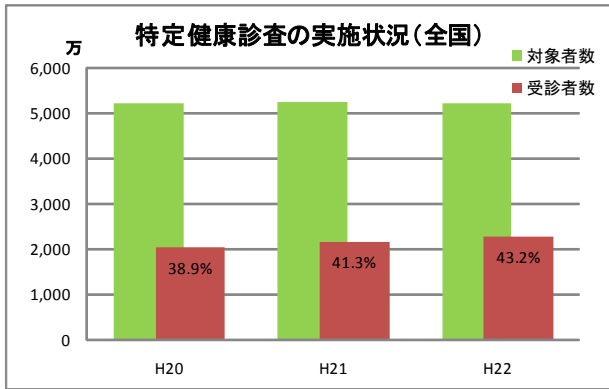
また、生活習慣病としてがん(悪性新生物)も大きなウエイトを占めていますが、道としては、平成24年3月に制定した「北海道がん対策推進条例」の基本理念に沿いながら、「北海道がん対策推進計画」に基づき、がん対策を総合的に進めることとしています。

(1) 特定健康診査(※8)の実施状況

特定健康診査の実施率は、実施初年度である平成20年度以降、着実に伸びてきており、平成22年度の全国における実施率は、全体では43.2%となっており、保険者別にみますと、市町村国保と協会けんぽ以外の保険者が全体で65.3%、協会けんぽが34.5%、市町村国保が32.0%と、事業主健診が義務づけられている被用者保険で受診率が高い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では32.6%と全国で最も低い実施率となっており、その要因としては、道民の特定健診制度に対する理解不足、制度の周知や未受診者への受診勧奨の取組みなどが十分でなかった点などが考えられます。また、保険者別では、市町村国保が22.6%で最も低い受診率となっており、全国と同様の傾向にあります。

※8 特定健康診査、特定保健指導：平成20年4月から、医療保険者に義務づけられた、40歳から74歳までの加入者に対する糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査や、その診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導をいいます。



北海道「特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」(厚生労働省提供)

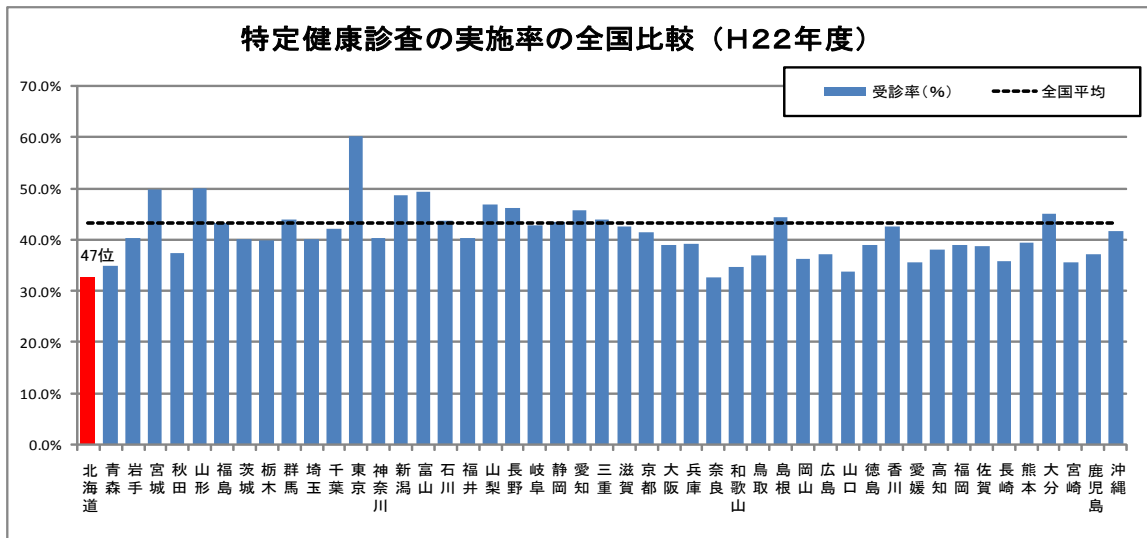
全国「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」(厚生労働省)

特定健康診査の実施状況 (平成22年度)

	特定健康診査 対象者数(推計値)	特定健康診査 受診者数	実施率
北海道	2,265,090人	738,435人	32.6%
全国	52,192,070人	22,546,778人	43.2%

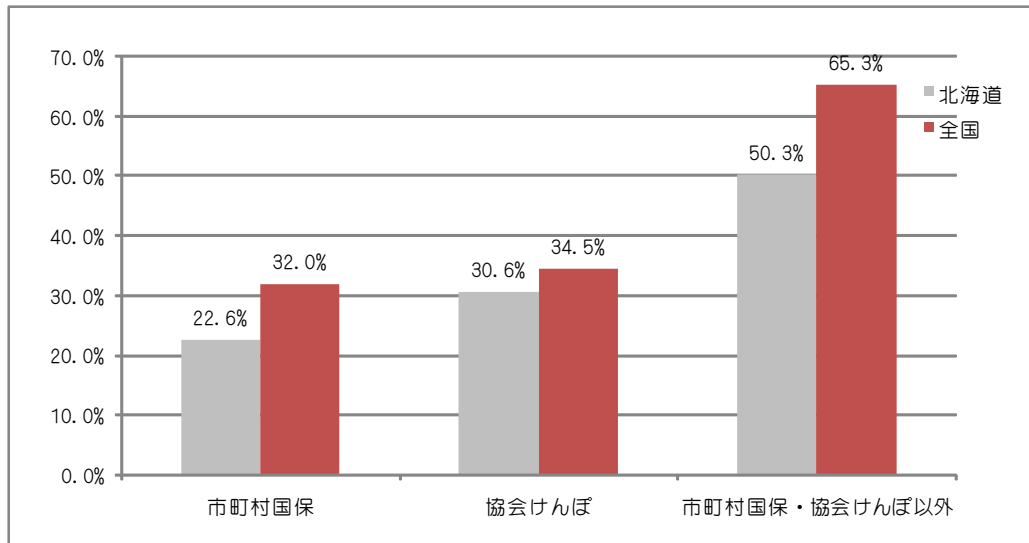
北海道「平成22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」(厚生労働省提供)

全国「平成22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22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」(厚生労働省提供)

特定健康診査の保険者種別の実施状況（平成22年度）



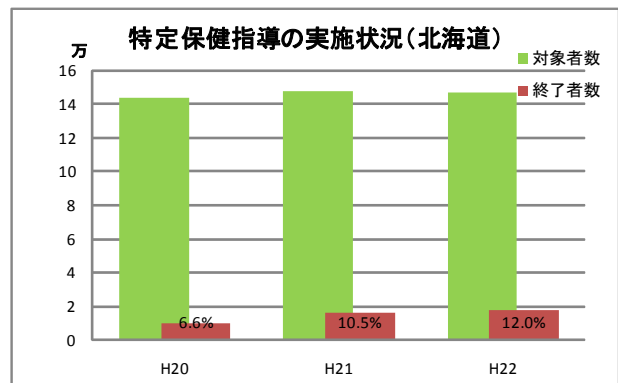
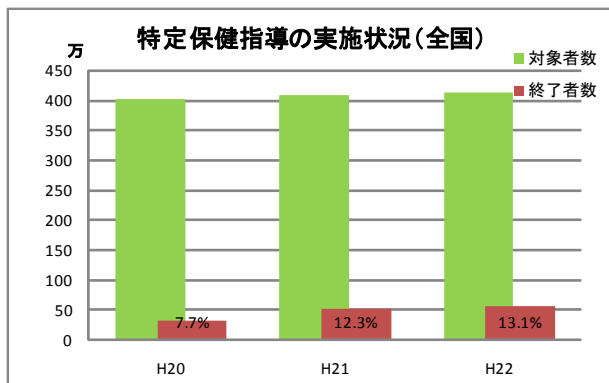
北海道「平成22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）

全国「平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

(2) 特定保健指導(※8)の実施状況

特定保健指導の実施率は、特定健康診査の実施率と同様に、平成20年度以降着実に伸びてきており、平成22年度の全国における実施率は、全体では13.1%となっており、保険者別にみますと、市町村国保が19.3%で最も高く、協会けんぽの7.4%、これら以外の保険者全体で12.6%など被用者保険で低い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では12.0%と全国で10番目に低い実施率となっており、特定健康診査と同様に、道民の特定保健指導に対する理解不足、制度の周知や未利用者への勧奨の取組みなどが十分でなかった点などが考えられます。また、保険者別では、市町村国保が21.4%で最も高く、協会けんぽの5.0%など、全国同様に被用者保険で低い傾向となっています。



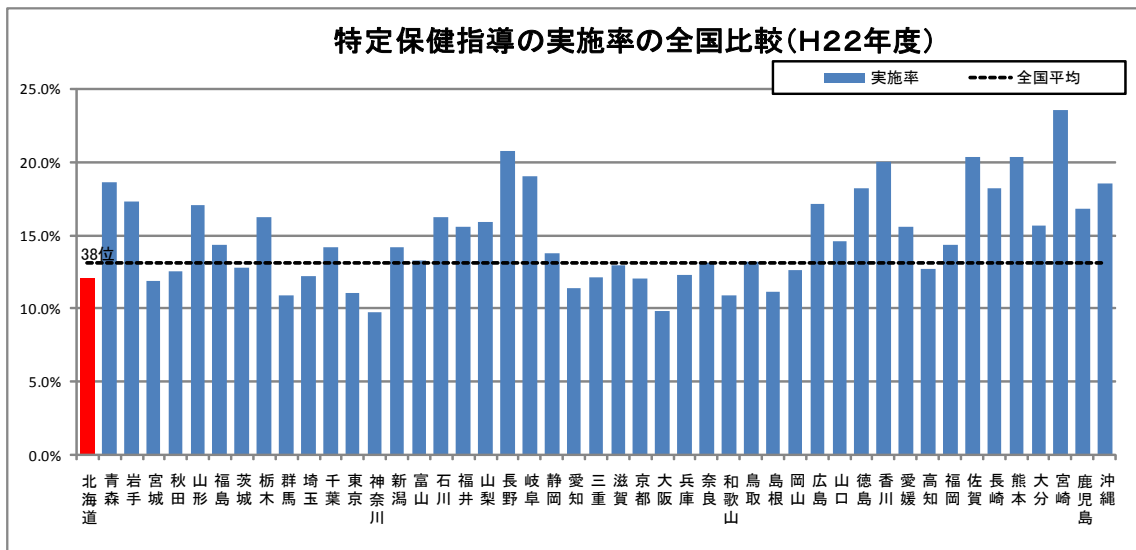
北海道「特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）

全国「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

特定保健指導の実施状況（平成22年度）

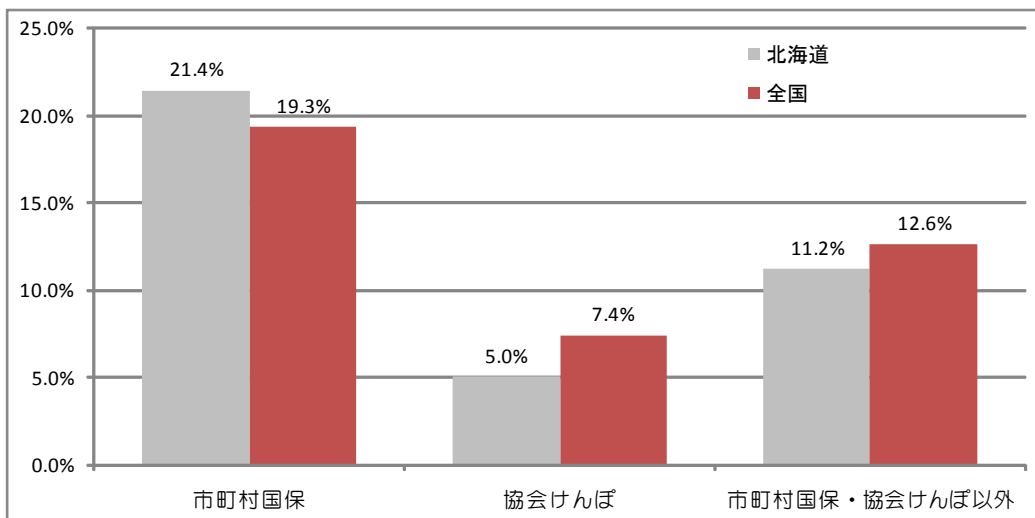
	特定保健指導 対象者数	特定保健指導 終了者数	実施率
北海道	146,373人	17,605人	12.0%
全国	4,125,690人	540,942人	13.1%

北海道「平成22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）
 全国「平成22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22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）

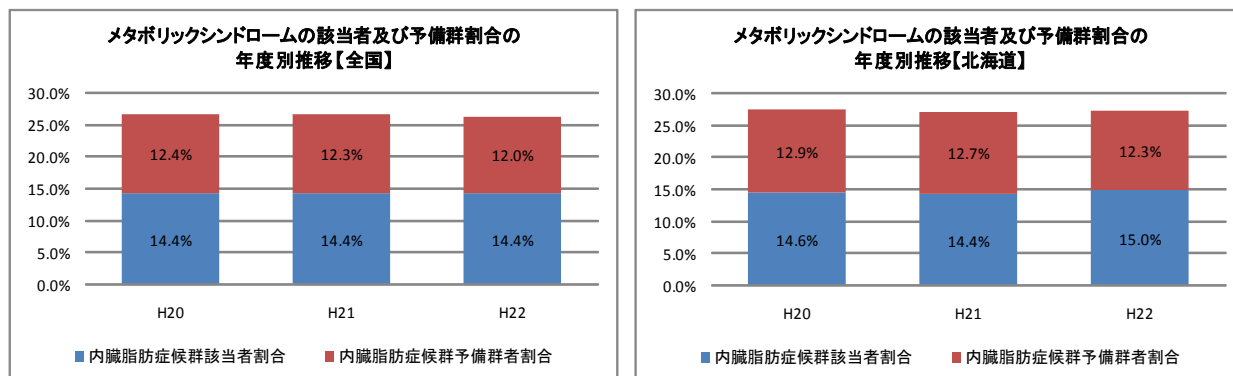
特定保健指導の保険者種別の実施状況（平成22年度）



北海道「平成22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）
 全国「平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

平成22年度の全国における特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群の状況は、合わせて596万人で受診者の26.4%、また、本道では、20万2千人で受診者の27.3%となっています。



北海道「特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）
 全国「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況（平成22年度）

	特定健康診査 受診者数	メタボリックシンドローム の該当者	該当者 割合	メタボリックシンドローム の予備群	予備群 割合
北海道	738,435人	110,685人	15.0%	90,930人	12.3%
全国	22,546,778人	3,252,070人	14.4%	2,707,653人	12.0%

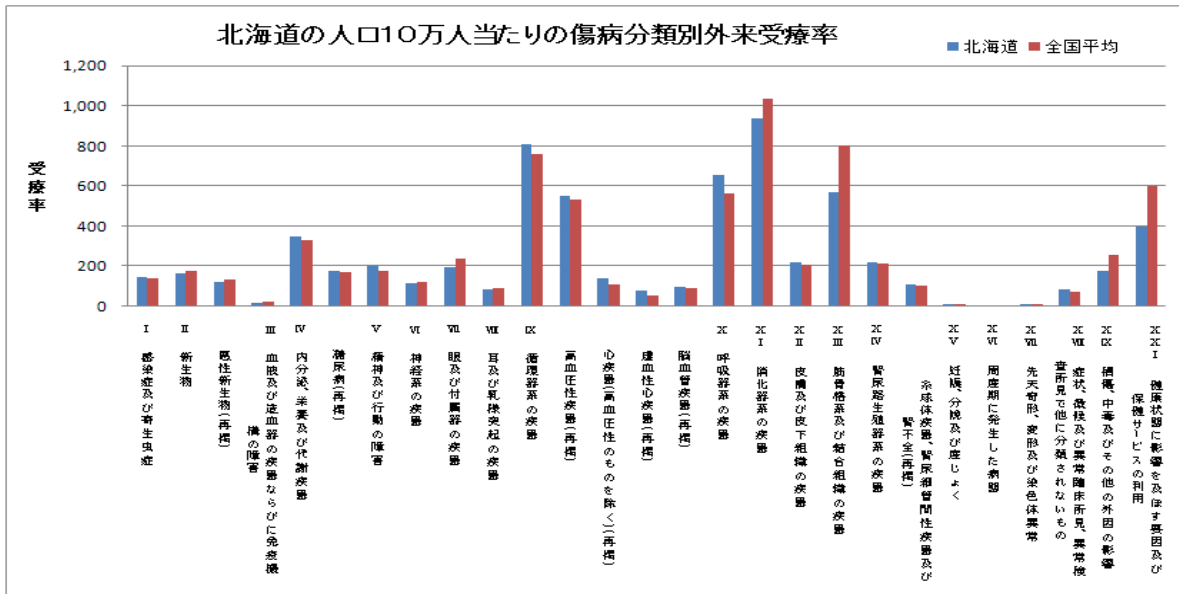
北海道「平成22年度特定健康診査・特定保健指導実績報告データ」（厚生労働省提供）
 全国「平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

なお、平成22年度における平成20年度対比でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率は、全国と本道で、ともに7.9%となっており、保健指導などの取組みの一層の推進が重要であると考えられます。

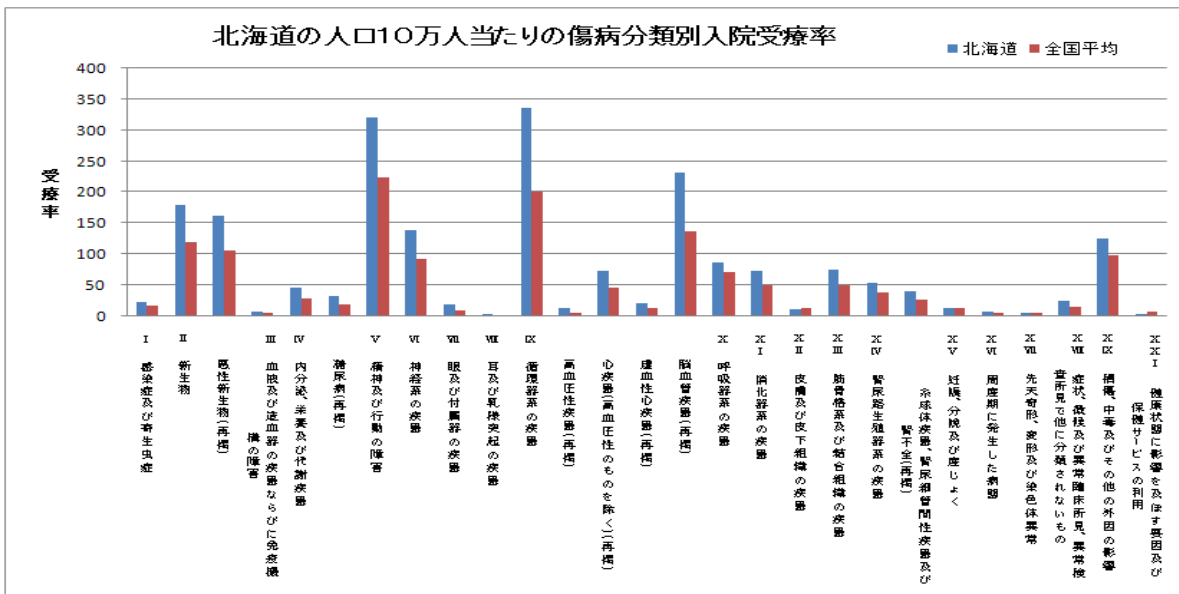
2 受療動向

生活習慣病に分類される主な疾病ごとの本道の「10万人当たり受療率(平成23年患者調査)」(※9)をみますと、外来では、高血圧性疾患が全国529人に対して本道は547人、糖尿病が全国166人に対して本道は171人と、いずれも全国平均を上回っています。

また、入院では、脳血管疾患が全国137人に対して本道は232人、がん(悪性新生物)が全国107人に対して本道は162人と、全国平均を上回っており、このうち、がん(悪性新生物)の入院受療率は全国2位、脳血管疾患は5位と高くなっています。



「平成23年患者調査」(厚生労働省)



「平成23年患者調査」(厚生労働省)

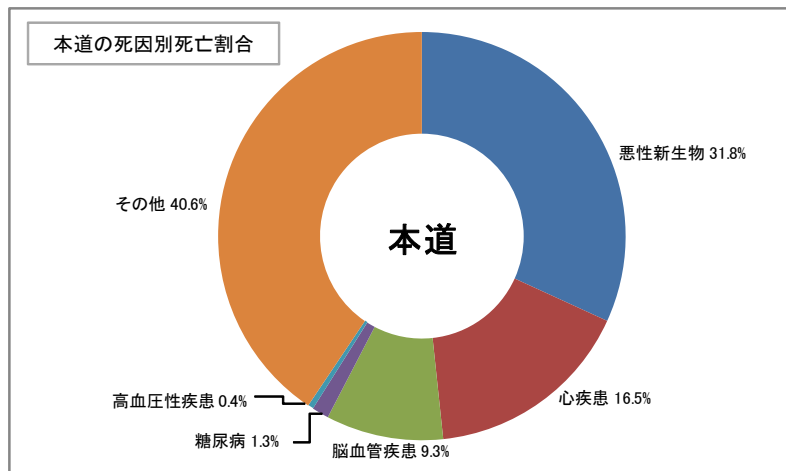
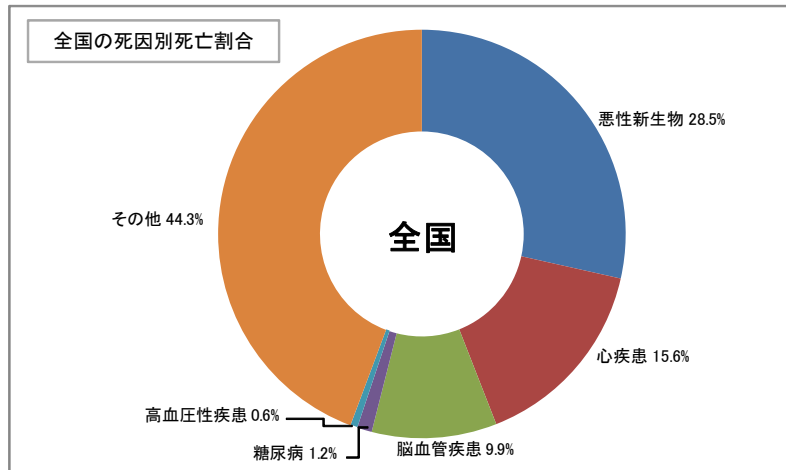
※9 受療率：厚生労働省が毎年公表している「患者調査」では、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」と定義されています。「患者調査」では、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出しています。

○ 受療率 = $\frac{1 \text{ 日の全国推計患者数}}{10 \text{ 月1日現在総人口} \times 100,000}$

3 死亡率

全国の死因別死亡率(平成23年人口動態調査)では、1位ががん(悪性新生物)(28.5%)、2位が心疾患(15.6%)、3位が脳血管疾患(9.9%)となっており、また、本道でも、1位ががん(悪性新生物)(31.8%)、2位が心疾患(16.5%)、3位が脳血管疾患(9.3%)となっており、同様の傾向を示しています。

平成23年度死因別死亡割合

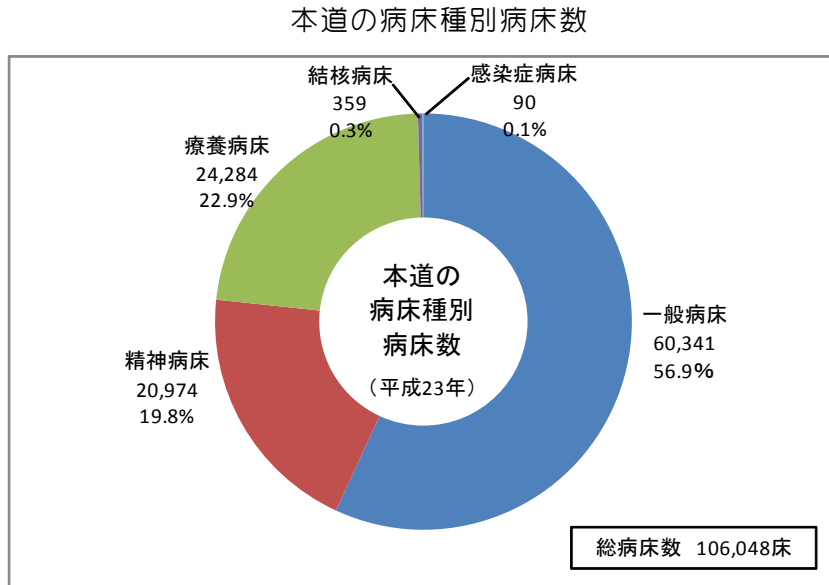


〔平成23年人口動態調査〕(厚生労働省)

第3節 病床数の状況

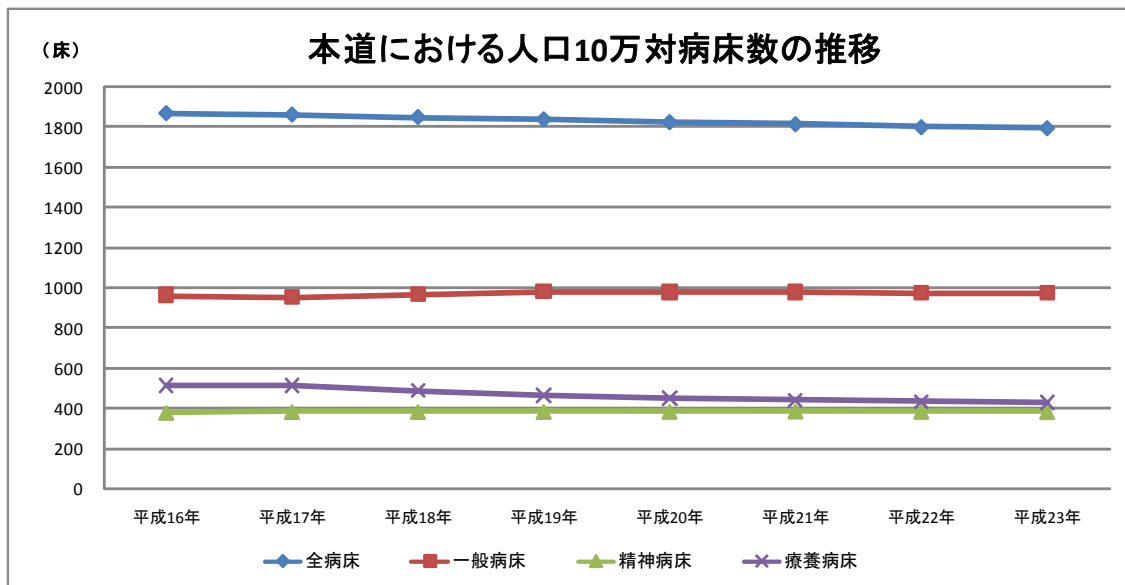
平成23年10月現在の本道における総病床数は10万6千床となっており、これを病床種類別にみますと、一般病床6万床、精神病床2万1千床、療養病床2万4千床などとなっております。

療養病床(※10)については、平成24年7月現在では、医療療養病床18,463床、介護療養病床5,446床となっております。



「平成23年医療施設調査」(厚生労働省)

また、本道の人口10万対病床数の推移をみますと、療養病床の再編により療養病床数が減少していることに伴い、総病床数も減少してきています。

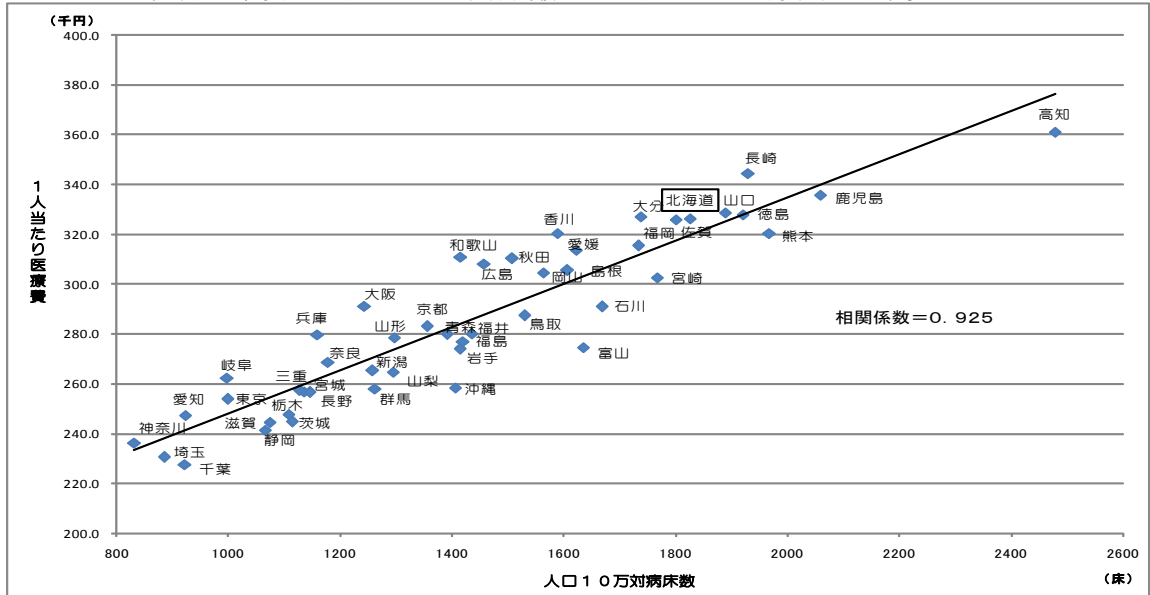


「医療施設調査」(厚生労働省)

※10 療養病床：「病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床及び結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるため」の病床と定義されています。

また、1人当たり医療費と人口10万対病床数の関係を見ますと、正の相関関係があり、病床数が多いほど、1人当たりの医療費も高くなる傾向がみられます。

平成20年度 人口10万対病床数と1人当たり医療費の相関

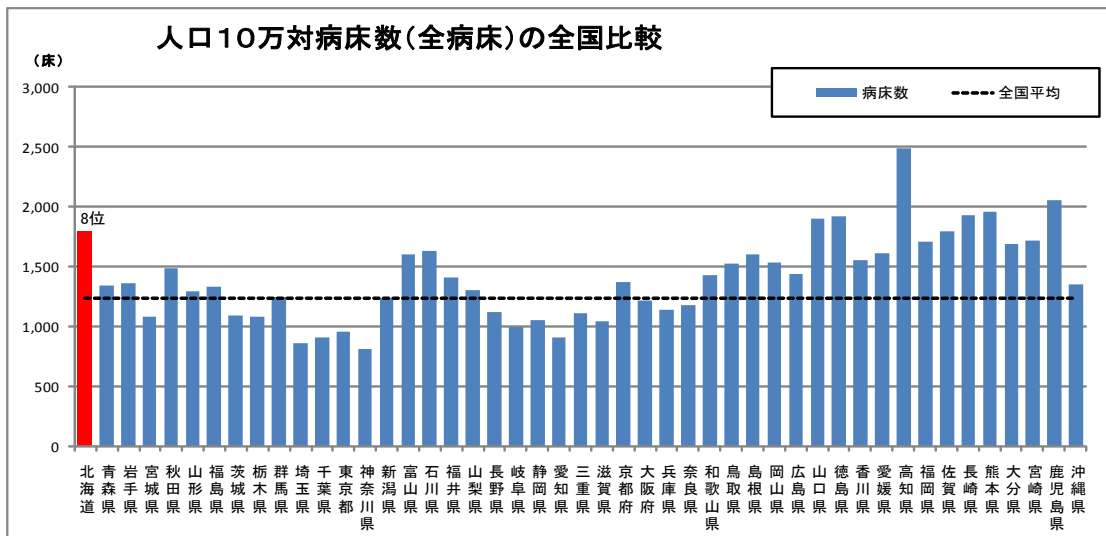


「平成20年度国民医療費の概況」(厚生労働省)

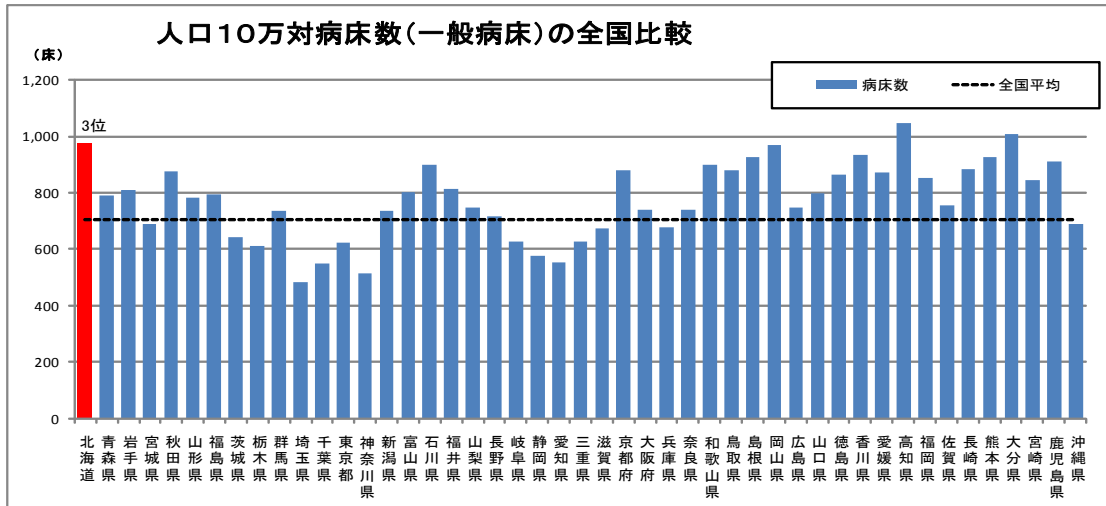
「平成20年医療施設調査」(厚生労働省)

平成23年における人口10万対病床数をみますと、本道は、全病床数で全国8位、一般病床で3位、精神病床で13位、療養病床で9位と、全国的にみると、それぞれの病床種別で平均よりも多い状況となっています。

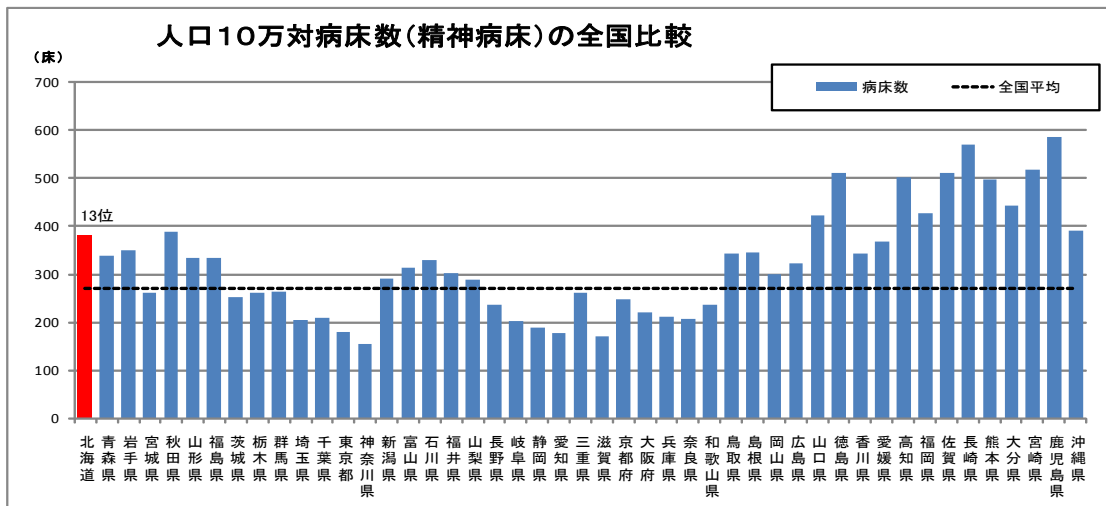
人口10万対病床数(全病床)の全国比較



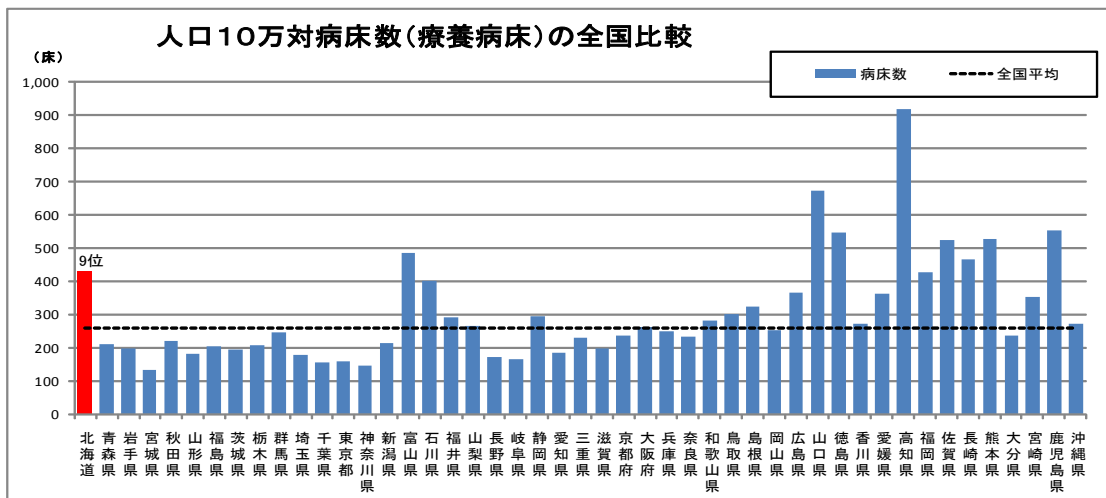
「平成23年医療施設調査」(厚生労働省)



〔平成23年医療施設調査〕(厚生労働省)



〔平成23年医療施設調査〕(厚生労働省)



〔平成23年医療施設調査〕(厚生労働省)

第4節 平均在院日数の状況

平均在院日数（入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数）（※11）の全国の状況をみますと、平成23年は全病床で32.0日（介護療養病床を除くと30.4日）となっており、病床の種別ごとでは、精神病床で298.1日、療養病床で175.1日、一般病床で17.9日などとなっています。

これに対して、本道における全病床の平均在院日数は36.9日（介護療養病床を除くと34.7日）で全国で11番目、最も短い東京都の24.7日と比べて12.2日長くなっており、病床の種別ごとでは、精神病床で288.8日、療養病床で237.5日、一般病床で19.7日などとなっています。

平均在院日数の長い主な要因としては、平均在院日数と病床数には、正の相関関係があり、人口10万人当たりの病床数が、一般病床で975.9床（全国3位）、療養病床で429.5床（全国9位）と多くなっていることが考えられます。

また、全国の平均在院日数と1人当たり後期高齢者医療費（入院）にも、正の相関関係があり、平均在院日数の長さ に 比例して、1人当たり後期高齢者医療費（入院）が高くなる傾向がみられます。

平均在院日数の状況

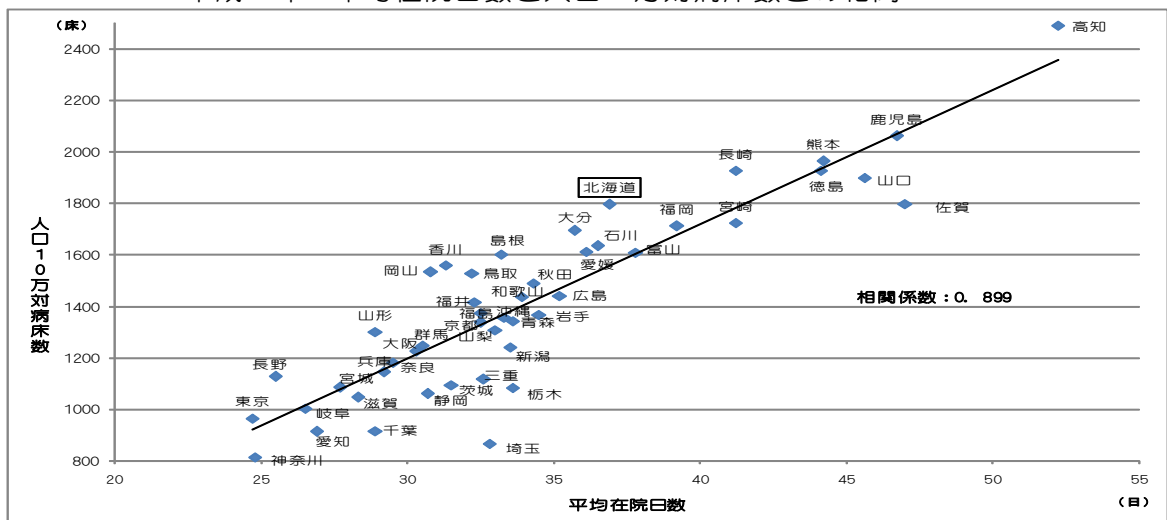
（単位：日）

年次	全病床		精神病床		感染症病床		結核病床		療養病床		一般病床		介護療養病床	
	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道
平成14年	37.5	42.7	363.7	328.0	8.7	9.3	88.0	85.2	179.1	235.4	22.2	23.7	—	—
平成15年	36.4	41.6	348.7	326.5	8.7	—	82.2	72.7	172.3	220.8	20.7	21.8	—	—
平成16年	36.3	41.9	338.0	313.6	10.5	7.5	78.1	68.1	172.6	216.0	20.2	21.3	—	—
平成17年	35.7	41.8	327.2	314.1	9.8	5.2	71.9	60.3	172.8	218.3	19.8	21.2	—	—
平成18年	34.7	40.7	320.3	304.0	9.2	6.7	70.5	61.8	171.4	223.1	19.2	20.8	268.6	373.8
平成19年	34.1 (31.7)	39.8 (36.5)	317.9	303.0	9.3	16.6	70.0	63.4	177.1	238.9	19.0	20.8	284.2	408.7
平成20年	33.8 (31.6)	39.4 (36.6)	312.9	305.3	10.2	11.3	74.2	67.6	176.6	231.0	18.8	20.7	292.3	398.8
平成21年	33.2 (31.3)	38.4 (35.9)	307.4	304.9	6.8	2.9	72.5	63.2	179.5	240.7	18.5	20.2	298.8	419.2
平成22年	32.5 (30.7)	37.6 (35.3)	301.0	301.9	10.1	18.0	71.5	63.6	176.4	234.7	18.2	20.0	300.2	385.3
平成23年	32.0 (30.4)	36.9 (34.7)	298.1	288.8	10.0	6.2	71.0	67.4	175.1	237.5	17.9	19.7	300.2	385.3

※ 全病床中の（ ）内は、介護療養病床を除く全病床。

「病院報告」（厚生労働省）

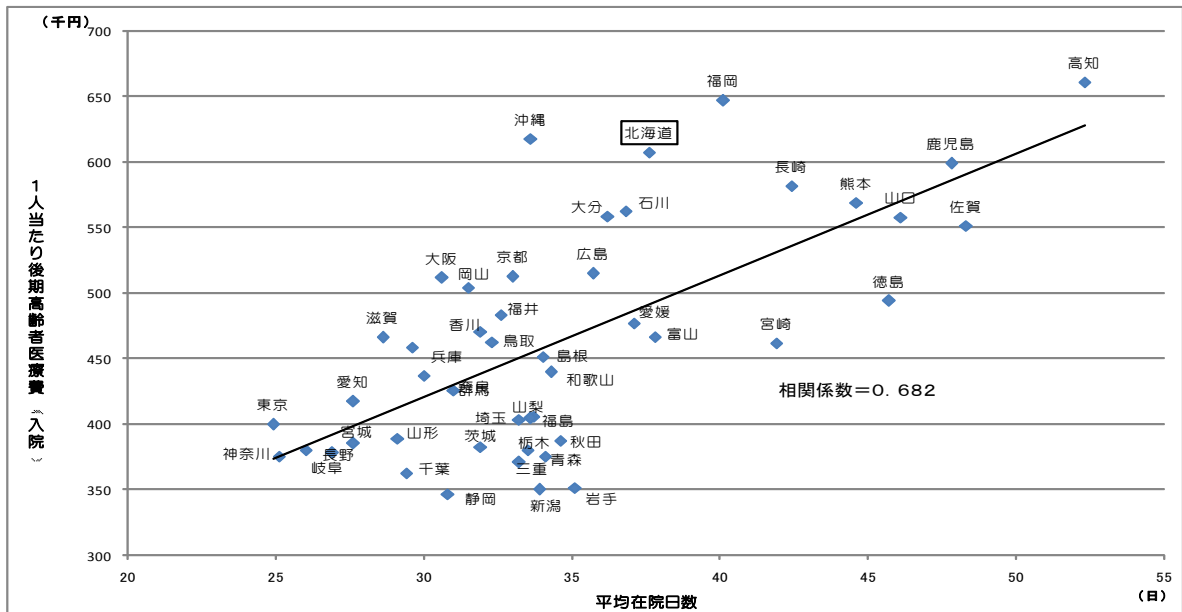
平成23年 平均在院日数と人口10万対病床数との相関



「平成23年病院報告」（厚生労働省）

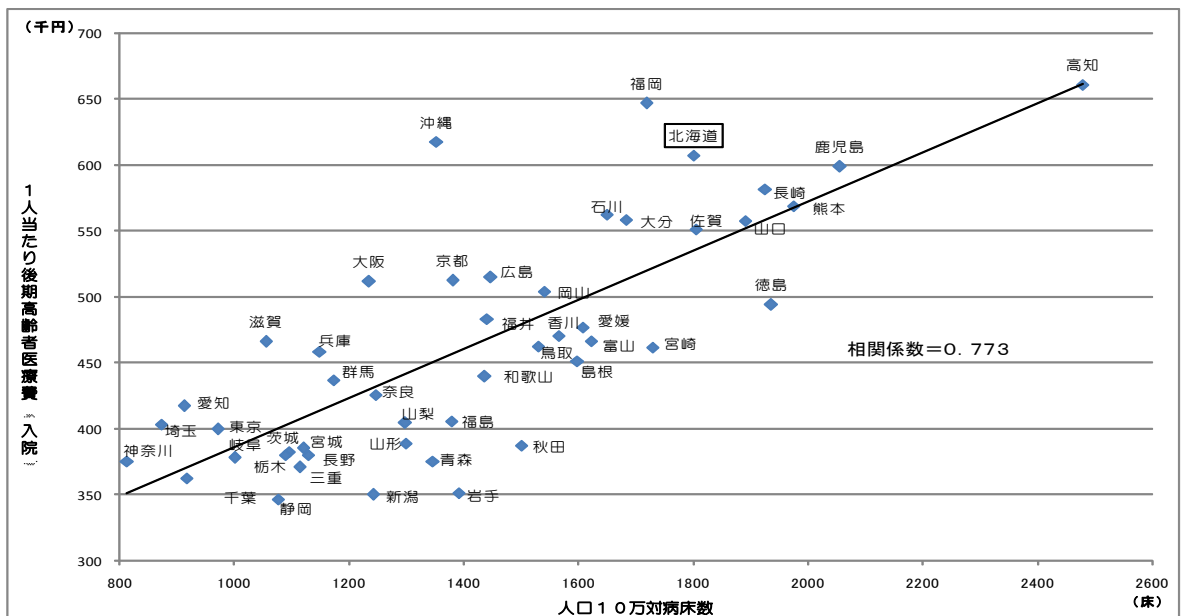
「平成23年医療施設調査」（厚生労働省）

平成22年度 平均在院日数と1人当たり後期高齢者医療費（入院）の相関



「平成22年病院報告」(厚生労働省)
 「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

平成22年度 人口10万対病床数と1人当たり後期高齢者医療費（入院）の相関



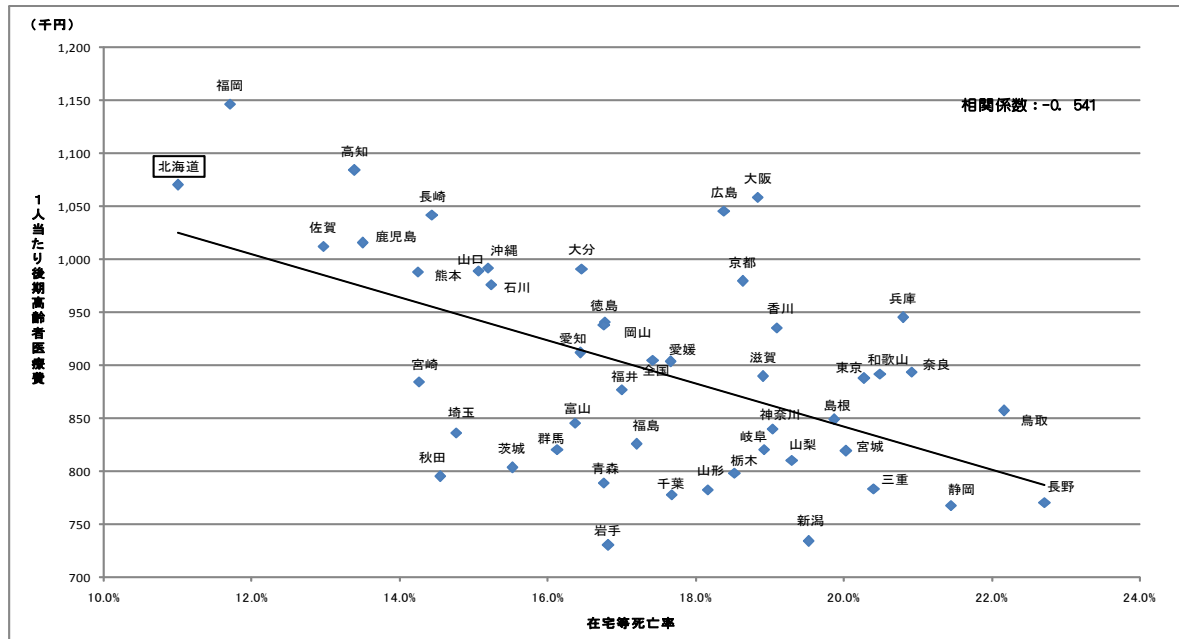
「平成22年医療施設調査」(厚生労働省)
 「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)

※11 平均在院日数：平均在院日数とは、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、病院報告(厚生労働省大臣官房統計情報部)においては、次の算式により算出することとされています。

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

なお、1人当たり後期高齢者医療費と在宅等死亡率(※12)の関係をみますと、在宅等死亡率の高い都道府県では、高齢者の医療費が低くなる傾向があり、本道においては、平成22年度で在宅等死亡率が11.0%と全国一低い状況となっており、こうしたことも本道の高齢者の医療費が高い要因の一つであると考えられます。

平成22年度 1人当たり後期高齢者医療費と在宅等死亡率の相関



「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)
 「平成22年人口動態調査」(厚生労働省)

※12 在宅等死亡率：全死亡に対する自宅、老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム)、介護老人保健施設における死亡の割合のことをいいます。

第3章 目標と取組み

第1節 基本理念

1 道民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

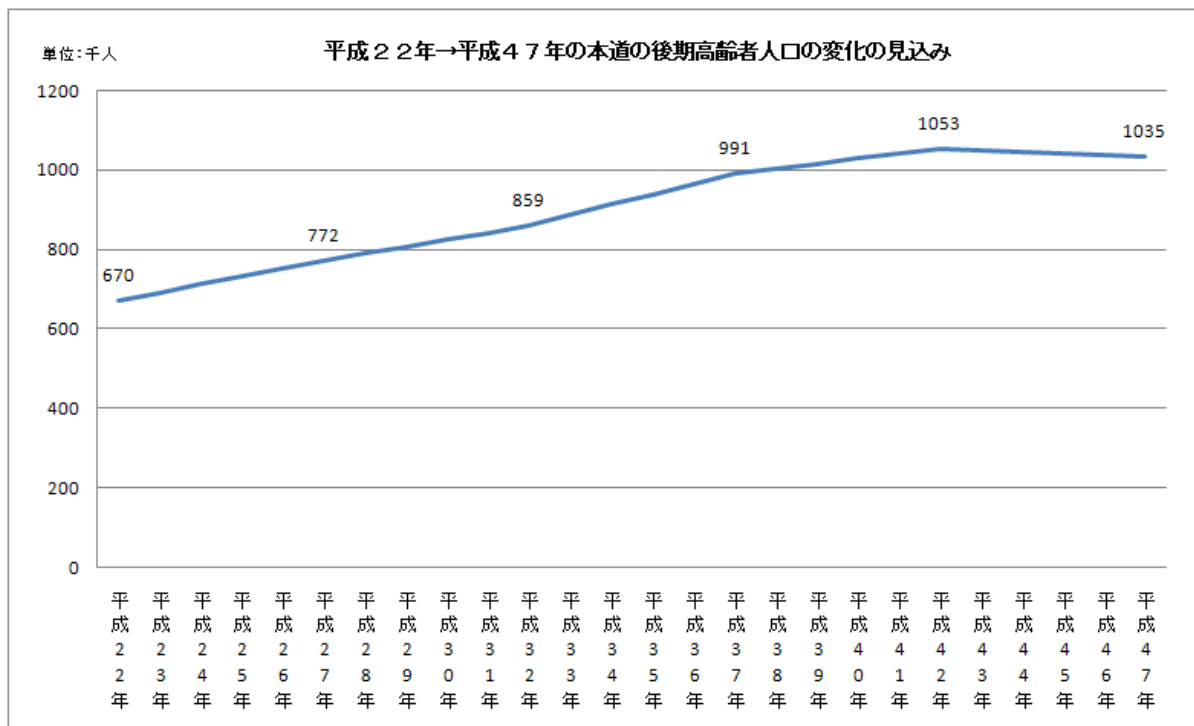
医療費適正化のための具体的な取組みは、今後の道民の健康と医療のあり方を展望し、道民の生活の質を維持・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものでなければなりません。

2 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成23年現在約69万人に達する本道の75歳以上の人口は、平成42年（2030年）には、ピークを迎え約105万3千人になると推計されており、これに伴って医療費の約3分の1を占める高齢者の医療費が医療費の半分弱を占めるまでになるものと予想されます。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組みは、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期的にわたって徐々に下げていくものでなければなりません。

「都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

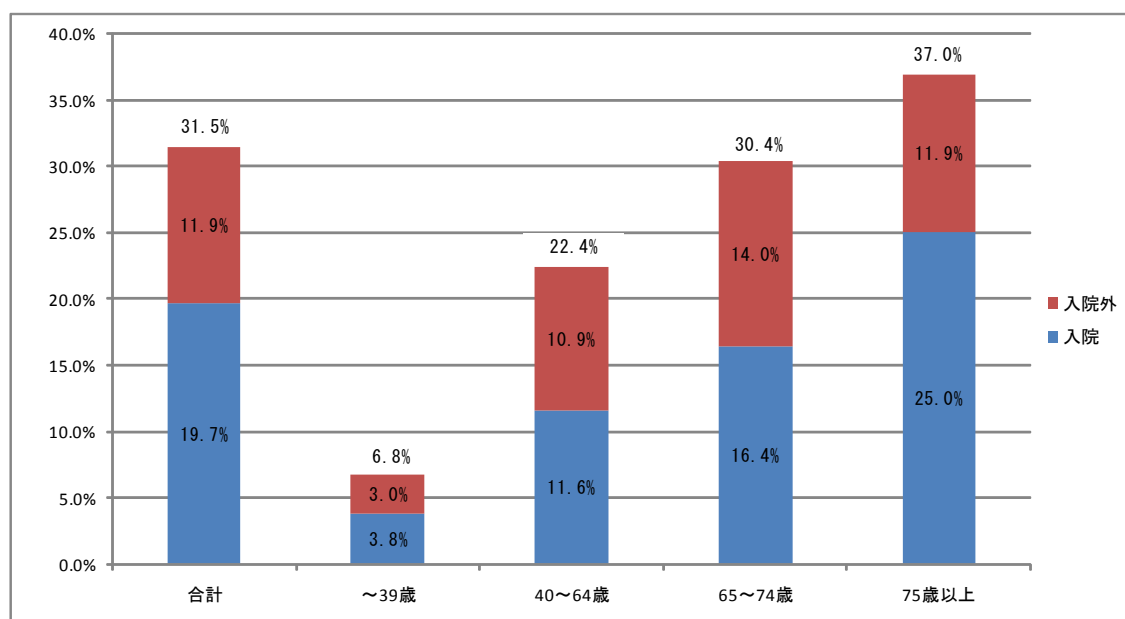


第2節 医療費適正化に向けた目標

本道の医療費の状況は、高齢期に向けて生活習慣病の外来医療費の割合が徐々に増加し、75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院医療費の割合が上昇しています。これは、不適切な食生活や運動不足などの生活習慣が、やがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症を招き、通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないまま疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどるとされています。

総医療費に占める生活習慣病の医療費の割合(年齢階層別)

(平成23年5月診療分国保データ)



※生活習慣病は、高血圧性疾患、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、他の脳血管疾患、虚血性心疾患、他の心疾患、糖尿病、腎不全、他の内分泌・栄養及び代謝疾患、他の肝疾患の11疾患を対象

また、1人当たり後期高齢者医療費をみますと、平成22年度は、岩手県が年額約73万円で全国で一番低くなっており、一方、全国で一番高い福岡県は年額約115万円と、岩手県と比較しておよそ1.6倍の差があり、北海道も約107万円と全国3位の高額な医療費となっています。その主な要因は、入院医療費の影響が大きく、入院医療費は平均在院日数や病床数と高い相関関係を示しています。

こうしたことから、医療費の増加を抑えていくためには、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要であり、このことにより、重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことが可能になるとされています。

次に、入院期間の短縮対策については、慢性期段階の入院に着目した療養病床の再編成によって療養病床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などにより、医療機関における平均在院日数の短縮を図ることとしています。

こうした考え方に立つとともに、第1節の基本理念を踏まえ、医療費適正化のため、道が達成すべき目標を次のとおり設定します。

1 道民の健康の保持の推進に関する達成目標

道においては、生活習慣病予防対策として、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実施並びにメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の減少について、次のとおり数値目標を掲げて取り組むこととします。

(1) 特定健康診査の実施率

国において示された保険者種別ごとの目標値を踏まえ、本道全体で平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の69%が特定健康診査を受診することを目標とします。

《参考》特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（抜粋）

保険者種別	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診の 実施率	60%	70%	65%	90%	85%	90%

(2) 特定保健指導の実施率

国において示された保険者種別ごとの目標値を踏まえ、本道全体で平成29年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%が特定保健指導を受けることを目標とします。

《参考》特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（抜粋）

保険者種別	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
特定保健指導の 実施率	60%	30%	30%	60%	30%	40%

(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

平成29年度におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数について、平成20年度と比べ25%の減少を目標とします。

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

平均在院日数

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ります。

こうした取組み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、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の短縮が見込まれるところです。

こうしたことから、道においては、本道特有の医療従事者の地域偏在など地域の特性も考慮しつつ医療水準の確保を前提としたうえで、平均在院日数の短縮について数値目標を掲げて取り組むこととします。

目標の設定にあたっては、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の要素を反映した厚生労働省作成の目標設定ツールの推計値を参考とし、本道における平成29年度の平均在院日数の目標を33.0日（介護療養病床を除く全病床）とします。

3 計画期間における医療に要する費用の見通し

本道の医療費は、厚生労働省作成の「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール」を使って算定しますと、本計画に基づく取組みをしなかった場合、平成25年度の2兆845億円程度に対して、平成29年度には2兆3,402億円程度と、2,557億円の増加となるものと推計されます。

また、本計画に基づく取組みを実施し、特定健康診査・特定保健指導の実施による生活習慣病対策や平均在院日数の短縮に係る本計画の目標を達成した場合には、2兆2,755億円程度と推計され、1,910億円の増加となり、医療費適正化の取組みを行わなかった場合と比較して、平成29年度で647億円程度、医療費の伸びの適正化が図られると見込まれます。

第3節 目標を達成するため道が取り組むべき施策

1 道民の健康の保持の推進に関する施策

(1) 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施に当たっては、道民の健康意識を高めるための普及啓発や未受診者に対する受診勧奨などの取組みが大変重要ですが、このほか、特定健康診査及び特定保健指導の取組みが、効率的かつ効果的に実施されるよう、次のような支援を行います。

ア 保健事業の人材育成

医療保険者による特定健康診査等実施計画に基づく着実な保健事業の推進のため、各医療保険者における保健事業の企画立案、実施、評価を行う人材の育成を支援します。

特に、保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等の確保が重要であり、こうした保健指導実施者に対して、実践的な特定保健指導のプログラムの習得のため、関係団体と連携して研修を実施します。

イ 集合的な契約の支援

生活習慣病の予防対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及びその被扶養者が特定健康診査及び特定保健指導を受けられるようにすることが必要であり、自宅や職場に近い場所で受診できる体制を効率的に整備するため、医療保険者で構成する「保険者協議会」を活用して、複数の医療保険者と複数の健診・保健指導機関との間の調整を行い集合的な契約を締結しており、引き続き契約に関する調整などの支援を行います。

ウ 先進的な事例の収集及び情報提供

市町村におけるがん検診等との同時実施の取組や健診対象者に配慮した健診の時期・時間帯の設定、継続受診の促進に関する取組みなど、特定健康診査及び特定保健指導の実施率を高めるための取組事例や、特定保健指導により改善率の高い医療保険者の取組事例、医療保険者又はその委託を受けた健診、保健指導機関における先進的な事例を収集し、情報提供を行います。

エ 道による市町村への支援

市町村国保における特定健康診査等に要する費用に対して助成するほか、特定健康診査等の実施率の低い市町村国保に対しては、道による技術的助言を重点的に実施するなど支援を強化します。

(2) 医療保険者と市町村等との連携

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組みは、市町村を中心とした地域住民向けの健康増進対策（ポピュレーションアプローチ）と併せて実施することにより、効果的な生活習慣病の予防対策とすることができます。

また、市町村による健康増進に関する普及啓発や、特定保健指導を終了した住民に対して、改善した生活習慣の継続を支援する取組みや、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との同時実施などの取組みも引き続き重要になると考えられます。

道としては、医療保険者と市町村が連携し、健康増進対策が効果的に実施されるよう「保険者協議会」や、医療保険者、市町村、事業所及び健診・保健指導事業者等で構成する「地域・職域連携推進協議会」等を活用して、総合調整に努めるほか、これらの場を通じ未受診者に対する受診勧奨の手法や効果的でわかりやすい広報等、受診率の向上に有効な取組みについて検討、助言を行うなど医療保険者等の取組みを支援します。

また、労働安全衛生法に基づく事業主健診や、生活習慣病等の治療中の者に係る検査結果等については、健診項目等の要件を満たすことにより特定健康診査の実施とみなすことができますが、この場合における事業者及び医療機関と保険者との間のデータ受領等に係る連携等について、関係機関の協力を得ながら、必要に応じ調整に努めるなど、その取組みを支援します。

2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

(1) 医療機関の機能分担・連携

平成25年度からの見直し後の道の北海道医療計画〔改訂版〕においては、がん、脳卒中、精神疾患等の5疾病、救急医療、周産期医療等の5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、地域連携クリティカルパス（※13）を活用した医療連携体制など、切れ目なく医療を提供する体制を構築することとしています。

こうした取組みによって、急性期から在宅療養までの切れ目のない医療サービスを効率的かつ継続的に提供されることにより、早期に居宅での生活に戻ることとなれば、患者のQOL（生活の質）を高めつつ、入院期間の短縮にもつながり、医療の効率的な提供の推進に資することになります。

このため、医療連携体制の構築に当たっては、各疾病や事業ごとに設定する圏域の中で、地域の限りある医療資源を有効活用し、医療機関の連携により適切な医療サービスが提供されるよう目標を設定して、本医療計画の期間を通じた取組みを進めます。

また、こうした医療連携体制について、わかりやすく公表し、住民や患者が地域の医療機能を理解し、疾病や病状に適応した医療機関を選択できるよう支援します。

なお、療養病床の再編に伴う療養病床から介護保険施設への転換については、平成29年度末まで転換期限が延長されたところですが、引き続き、療養病床に関わる各種相談について、道庁及び道内各総合振興局（振興局）に設置している相談窓口において対応していきます。

※13 地域連携クリティカルパス：地域において切れ目のない質の高い医療を提供するため、複数の医療機関等で共有する診療情報や診療計画のことをいいます。

(2) 在宅医療・地域ケアの推進

高齢化の急速な進行等により、長期にわたる療養や介護を必要とする患者の増加が見込まれ、医療機関や介護保険施設等の受け入れにも限界が生じることが予測される中、在宅医療は、患者の生活の質の向上を図るため、慢性期及び回復期患者の受け皿として、また看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待が高まっています。

このことから、見直し後の道の医療計画においては、在宅医療を求める患者や家族のニーズに対応するため、在宅医療の中心となる機能強化型の在宅療養支援診療所(※14)・病院、訪問看護ステーション等の整備を促進するほか、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャー、市町村職員などを対象に、多職種協働による在宅チーム医療についての研修等による在宅医療を担う人材の育成や、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、多職種による連携体制づくりのコーディネート役として保健所を位置づけ、在宅医療を希望する患者や家族が安心して暮らすことができる体制の整備を図ります。

また、本道の地域特性を考慮することや、高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らすことができ、地域から孤立することがないように、高齢者向けの住まいの確保や、介護保険による施設サービス・在宅サービスのほか、家族介護者への支援、買い物支援、生きがいづくり支援といった地域で高齢者を支える取組みを支援します。

併せて、地域包括支援センター(※15)が中心となり、保健、医療、福祉サービス関係者はもとより、民生委員、町内会、老人クラブ(※16)などの住民の方々やNPO、電気・ガス・商店等の事業者が参画した住民参加型の地域づくりを推進し、多様な主体によって重層的に提供される声かけ、緊急時の対応、安否確認、配食サービスなどの多様な見守りサービス、在宅生活等を支える医療の提供体制の確保、さらには地域における民間団体のボランティア活動等といった様々なサービスにより、医療、介護、予防、住まい、生活支援が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築を目指します。

※14 在宅療養支援診療所：24時間体制で往診や訪問看護を実施する診療所のことです。平成18年4月に診療報酬上の制度として設けられたものです。自宅でのターミナルケア（終末期ケア）や慢性疾患の療養等への対応が期待されています。

※15 地域包括支援センター：平成18年4月の介護保険法の改正により創設された、市町村等が設置する機関のことです。①介護予防マネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護事業、④包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援する中核機関をいいます。

※16 老人クラブ：高齢者の社会参加・生きがい対策の推進組織のことをいいます。

3 その他医療費適正化の推進のための取組み

(1) 食生活や運動による健康づくり

ア 現状と課題

肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の多くの生活習慣病と関連があり、食生活や身体活動の生活習慣の改善により適正体重を維持し、健康増進を図ることが重要です。

そのためには、適切な量と質を確保した食生活の実践等による適正体重の維持に向け、より一層の普及啓発を図るとともに、民間企業や飲食店、特定給食施設などにおける食環境の整備や、日常生活における年間を通じた運動量の確保や運動習慣の定着のための対策のほか、運動の必要性や効果、具体的な運動方法などについて、情報提供を積極的に行うなどの取組みが必要です。

イ 施策の方向と主な施策

肥満等を減らすなど、適正体重の維持に向け、「北海道版食事バランスガイド」によるバランスの取れた食事の普及啓発を図るとともに、ヘルシーレストラン（栄養成分表示の店）推進事業に取り組み、健康情報の提供や栄養バランスのとれた食事提供に向け、個人の食生活改善を支援する食環境の整備を推進します。

また、運動の必要性や冬期でも気軽にできるノルディックウォーキングなどの運動を市町村等と連携し普及啓発するとともに、年間を通じて道民が身近なところで運動できるウォーキングロード等の環境整備とその活用を促進します。

(2) たばこ対策

ア 現状と課題

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す。特に肺がんについては、がんの中でも医療費の占める割合が最も高くなっています。

また、たばこによる健康被害は、喫煙者ばかりでなく、その環境下で育つ子どもたちや非喫煙者にも受動喫煙という形で健康に悪影響を及ぼすことから、分煙に対する取組みも重要です。

平成22年の全国における成人喫煙率は21.2%（男性33.1%、女性10.4%）となっており、本道では24.8%（男性35.0%、女性16.2%）と全国平均を上回っています。また、本道における禁煙・分煙対策を行っている公共施設（市町村管理施設で病院を除く）の割合は、平成22年では90.7%となっています。

イ 施策の方向と主な施策

- ・喫煙が及ぼす健康への影響についての普及啓発の推進

「世界禁煙デー」にあわせた「禁煙週間」によるパネル展などの取組みや、ホームページなどにより、喫煙が及ぼす健康への影響についての普及啓発を推進します。

- ・たばこをやめたい人に対する禁煙支援体制の充実

保健所における相談窓口での禁煙に関する相談や、禁煙外来等の支援実施機関の情報提供など、禁煙を希望する方がいつでも支援を受けられるよう禁煙支援体制の充実に努めます。

- ・未成年者の喫煙防止

心身ともに発達途上にある子どもの喫煙は、成人を過ぎてからの喫煙以上に健康へ

の影響が大きいことから、未成年者に対する喫煙防止教育の促進を図ります。

- ・妊産婦の喫煙防止と女性の喫煙率低下

次の世代を担う健康な子どもを生み育てるため、妊娠中の能動・受動喫煙による母胎や胎児・乳幼児への影響について、女性に対して適切に情報提供等を行います。

- ・行政機関や職場等のほか家庭での受動喫煙(※17)防止

受動喫煙防止対策に取り組んでいる施設等についての登録制度を推進するなど、公共施設や職場などにおける禁煙及び適切な分煙を推進するほか、市町村、町内会、教育機関など幅広く連携、協力を求めるなどし、家庭での受動喫煙防止の促進を図ります。

(3) 歯と口腔の健康づくり

ア 現状と課題

生涯を通じて質の高い生活を営む上で、食事、会話に影響する歯・口腔の健康は重要な役割を果たしていることから、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上保つことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されています。

北海道国民健康保険団体連合会が実施した平成19年5月診療分レセプトデータを利用した断面調査では、「70～74歳」、「75～79歳」、「80歳以上」の各年齢階層において、現在歯数が4本以下の者は、20本以上の者と比較して、1件あたりの平均医科診療費が40～60%高かったという結果が示されており、むし歯や歯周病などの予防・治療・管理を行い、歯の喪失を防ぐことが健康を増進し、その結果として医科診療費を節減できる可能性があると言えます。

道民の歯・口腔の健康については、平成23年における12歳児（中学1年生）の永久歯1人平均むし歯数が1.8本と全国平均の1.2本より多く、成人の歯周病についても50歳前後（45～54歳）でみると約30%の人に重度の所見があり、8020運動の目標である80歳で20本以上の自分の歯を保持している割合も27.3%と全国平均の38.3%を大きく下回っているなど、すべてのライフステージで改善を要する状況にあります。

イ 施策の方向と主な施策

「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」の理念に基づく「北海道歯科保健医療推進計画」により、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進します。

- ・むし歯予防

保育所・学校等において永久歯のむし歯予防効果の高いフッ化物洗口を推進するため、市町村・市町村教育委員会等へ働きかけなどを行います。

- ・歯周病予防

歯周病予防に向け、成人が歯科健診・保健指導を利用できる機会を確保するため、職域における歯科健診・保健指導への取組事例や具体的な実践について情報提供するなど、産業保健関係者に対し、歯科健診・保健指導の普及啓発に努めます。

- ・高齢者の低栄養と誤嚥性肺炎の予防

高齢者の低栄養と誤嚥性肺炎の予防につながるよう、認知症高齢者等に対する口腔ケア提供体制の整備を図るとともに在宅歯科医療の取組みを促進します。

※17 受動喫煙：室内や室内に準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいいます。

(4) 重複受診者等への訪問指導等の充実

ア 現状と課題

各市町村においては、適正な医療の確保や患者の健康保持の観点から、一つの傷病について同一月内に、複数の医療機関に受診するなどの重複受診者や、同一診療科目を頻繁に受診するなどの頻回受診者について、指導が必要な方に対しては、保健師等が受診内容を分析し、主治医と連携を図りながら、訪問指導等の取組みを進めていますが、今後も引き続き、こうした取組みにより重複受診等の抑制に努めるとともに、適正な受診に向けた意識啓発を図る必要があります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・訪問指導等に取り組む市町村保健師等に対する支援

市町村国保における重複受診者等への訪問指導に係る研修会の開催や、訪問指導等のための保健師の配置など、重複受診者等への訪問指導等の充実に向けた取組みの促進を図ります。

(5) 後発医薬品の使用促進

ア 現状と課題

後発医薬品（ジェネリック医薬品）については、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品であり、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっています。

国においては、平成19年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づき、安定供給、品質確保、情報提供体制等の課題について、国や後発医薬品メーカー等が行うべき取組みを明らかにし、平成24年度までに数量シェアを30%以上という目標を設定して各課題への対策を強化するなど、患者さんや医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、全国における平成23年9月現在の数量シェアは22.8%となっており、後発医薬品の普及はまだ不十分です。

要因の一つとして、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ています。

イ 施策の方向と主な施策

国においては、今後、後発医薬品推進のためのロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図ることとしています。

道としても、患者負担の軽減に資する自己負担差額通知といった取組みを行う医療保険者に対する支援など、後発医薬品の使用促進を図るとともに、平成23年度に設置した「北海道後発医薬品安心使用協議会」において、安心使用のための推進方策について協議するなどにより、後発医薬品の普及について、医療関係者等から理解を得られるよう取り組んでいきます。

(6) 診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実

ア 現状と課題

レセプトや療養費の支給に係る点検については、国民健康保険法等に基づく医療保険者の責務として、診療報酬等の適切な支払いを確保するとともに、被保険者の受診内容を的確に把握し、適切な処遇を行うために必要不可欠なものであり、市町村国保においてはレセプト点検員の配置や業務委託などにより、点検業務を行っています。

道においては、保険者の協力を得ながら、北海道厚生局と共同で、新たに保険医療機関の指定を受けた医療機関又は新たに受領委任の契約を締結した施術所等を対象とする集団指導を実施するなど、診療報酬請求事務及び療養費請求事務等保険診療に関する全般についての指導を行っています。

北海道における市町村負担総額に占める点検効果率は0.70%と、国保中央会等で目標としている1%には満たず、かつ、全国平均の0.85%を下回っている状況にあり、レセプト点検等の強化を図る必要があります。

【平成22年度レセプト点検効果額】

	保険者 負担総額 百万円	過 誤 調 整			返 納 金 等 調 定		点 検 効 果 額		点 検 効果率 %
		総 額 百万円	1 人 当 たり 効果額		総 額 百万円	1人あたり 効果額 円	総 額 百万円	1人あたり 効果額 円	
			円	円					
北海道	378,875	2,136	1,418	545	533	354	2,669	1,772	0.70
全 国	8,119,625	53,437	1,491	519	15,677	437	69,114	1,928	0.85

〔平成22年度国民健康保険レセプト点検実施状況〕（厚生労働省）

イ 施策の方向と主な施策

レセプト点検等の適正化対策については、国保医療費の1%以上削減という財政効果を目指し市町村に対して必要な支援を行うとともに、引き続き診療報酬請求事務等に係る適切な指導を行います。

・レセプト等の点検体制の整備などへの支援

市町村におけるレセプト等の点検体制の整備に係る各種取組みの促進を図ります。

・現地助言の充実

複数体制での助言や実施頻度の見直しなど、点検技術向上等を目的とした現地助言の充実に努めます。

・情報提供に係る支援

道への日常的な疑義照会への対応結果や、道国保連合会による審査結果の内容などを、市町村に対して、随時情報提供します。

・診療報酬請求事務等の指導

診療報酬請求事務等については、過誤請求のほか、疑義のある請求に対しても、引き続き北海道厚生局と連携しながら適切な指導を行います。

(7) IT化の促進

ア 現状と課題

情報通信技術（IT）は急速に進歩を遂げており、医療分野でも地域医療連携や保健事業等の推進、医療安全対策や業務の効率化など、ITを課題解決の手段として活

用する取組みが進められており、国においても医療の情報化を重要な政策課題として取り組んでいます。

特に医療機関の内部や異なる医療機関の間において、医療情報を電子的に活用するような取組みを進めるにあたっては、必要な情報がいつでも利用可能となるよう、医療情報システムを標準的なメッセージや標準とされるコードを用いて設計するなど、情報連携のための安全基盤の構築などの必要があります。

イ 施策の方向と主な施策

IT化の推進により、医療保険者においては、健診情報やレセプトデータを活用した効果的な保健指導が、医療機関内においては、カルテ保存や運搬等の効率化や、情報伝達の円滑化・迅速化、さらには誤記・誤読防止等による医療安全の推進や情報の統計的活用などが図られ、また、医療機関の間においては、ネットワーク化により、診断画像や検査情報等の安全・円滑な情報交換を行うことによる専門医への紹介や遠隔医療の普及などが図られます。

これらの情報のほか、診療報酬上、保険医療機関等において作成、交付、保存することとされている文書についても、医療情報システムを用いて電子的に作成等することが一般的となってきており、医療情報の活用を促進するためには、これらの標準化や相互運用性を確保することが不可欠であり、国においては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」において医療機関等に求められている標準化、相互運用性確保について示すとともに、「保健医療情報標準化会議」からの提言を踏まえ、厚生労働省における保健医療情報分野の標準規格を順次定め、その普及啓発を図っています。

道としても、医療の効率化や安全の確保、質の向上などを図る観点から、個人情報保護に十分配慮しつつ、国と連携しながら、医療におけるIT化の促進を図られるよう取り組んでいきます。

(8) インフルエンザ予防の充実

ア 現状と課題

インフルエンザは、感染力が強く子どもではまれに急性脳症を併発したり、抵抗力の弱い高齢者や慢性疾患を有するなど免疫力の低下している方などの場合には肺炎などの合併症を併発するなど、重篤化や死亡することがあります。

肺炎は、本道において死因の第4位であり、インフルエンザは、肺炎球菌などと同様に肺炎の原因菌の一つとなっています。このため、ワクチンの接種による感染予防や重篤化予防はもとより、介護保険施設等における発生防止が重要です。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 予防接種率向上等への支援

道においては、各種広報媒体を活用したワクチン接種の重要性に関して広報するほか、介護保険施設等に対する周知や、インフルエンザ発生動向に関する情報の収集・提供に努めます。

- ・ ワクチン安定供給に関する支援

ワクチン安定供給のため、関係団体や医療機関への要請、調整に努めます。

(9) 介護予防の充実

ア 現状と課題

高齢者が健康でいきいきした生活を送ることができるよう、介護予防の取組みを一層推進することが必要です。

介護予防の取組みには、要介護状態等になる前の段階の高齢者を対象とした介護予防事業、要支援者を対象とした予防給付のほか、地域住民等の自主的な活動などがあり、これらのサービスが、地域包括支援センターを中心とした関係機関が連携し、利用者の状態像や意向に応じて提供されることが必要です。

そのためには、介護予防ケアマネジメントの充実や介護予防事業に従事する職員の資質向上などが必要であるとともに、地域においては、専門職の確保が難しい現状があることから、地域の実情に応じた支援が必要です。

イ 施策の方向と主な施策

高齢者が生きがいに満ちた生活を送ることができるよう、市町村の取組みを支援し介護予防の充実を図ります。

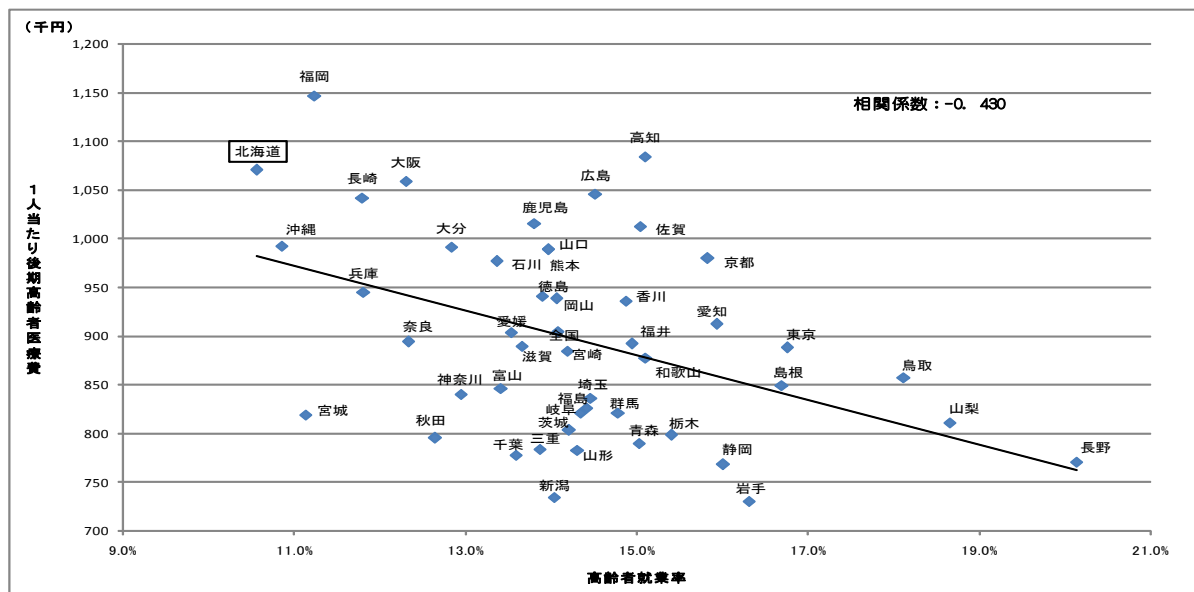
- ・市町村が実施する介護予防事業等に対し、振興局に設置している「市町村支援チーム」により、技術的な助言や保健師等の専門職を派遣するなど、効果的な介護予防事業が推進されるよう支援します。
- ・「北海道介護予防・地域包括ケア市町村支援委員会」において、介護予防事業の課題等、効果的な支援方法等について検討を行うなど、市町村の介護予防事業を支援します。

(10) 高齢者の積極的な社会参加

ア 現状と課題

高齢者の医療費が最も低い岩手県は、平成22年度で70歳以上就業率が16.3%と全国で6番目の高さとなっている一方で、高齢者の医療費が最も高い福岡県では、70歳以上就業率が11.2%と全国で4番目に低く、高齢者の医療費が高い本道も10.6%と全国で最も低くなっており、70歳以上就業率が高い都道府県では、1人当たり後期高齢者医療費が低いという一定程度の相関関係があると言われています。

1人当たり後期高齢者医療費と70歳以上高齢者就業率の相関関係



「平成22年度後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省)
「平成22年国勢調査」(総務省)

明るく活力に満ちた高齢化社会を確立するためには、高齢者の自主的で活発な地域貢献活動や様々な社会活動を通じて、地域社会の中で自らの経験や知識、技術等を生かして、積極的に役割を果たしながら、共に支え合う地域社会づくりが重要です。

また、高齢者が生きがいをもって暮らし、活躍できるよう、高齢者の就業機会の確保や生涯学習、文化・スポーツ活動等の様々な社会参加の取組みに対し、高齢者の多様性と自主性を十分に尊重しながら、必要な支援を行っていくことが求められています。

イ 施策の方向と主な施策

・就業機会の確保

シルバー人材センター(※18)や高齢者事業団の活動を促進するなど就業機会の確保に向けた支援に努めます。

・生涯学習の充実

道民の専門的・多様化する学習ニーズに対応するため、様々な学習機会を体系的に提供します。

・文化・スポーツ活動の促進

高齢者の生きがい・健康づくりを促進するため、多様なニーズに対応した文化・スポーツ活動への取組みを支援します。

・社会活動等の促進

高齢者が地域社会で、より積極的に役割を果たしながら活躍するために、社会活動の振興のための取組みや、社会奉仕活動等を行う老人クラブなどの活動を支援します。

※18 シルバー人材センター：定年退職者等の能力を活用した臨時的かつ短期的な仕事を提供する業務を行う高齢者の自主的な団体(公益法人)をいいます。会員は、原則として60歳以上の健康な高齢者です。

第4章 計画の推進

第1節 PDCAサイクル(※19)に基づく計画の推進

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

第2節 計画の達成状況の評価

1 進捗状況評価

計画の中間年である平成27年度に、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

評価の結果は、必要に応じ、目標値の見直しなど計画全体の見直しに活用するほか、平成30年度を初年度とする次期計画の策定に活かすこととします。

2 実績評価

計画が終了する翌年度の平成30年度に、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、計画の実績に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

第3節 計画の周知

本計画は、市町村、医療保険者、保健医療機関などの関係者に配付するほか、北海道のホームページに掲載し、道民に対し広く周知します。

※19 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）－評価・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のことをいいます。