

第1章 医療費適正化に関する基本方針

1 計画策定の趣旨

わが国は、国民皆保険*の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持および向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質で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、平成18年(2006年)の医療制度改革*において新たな制度が創設され、医療費の適正化を推進するための計画を策定し、国民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、目標達成のための取組を進めてきました。

今回の第三期医療費適正化計画においては、県民一人ひとりが、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、病床機能の分化・連携の推進を計画に盛り込むとともに、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定に基づき、県の実情を踏まえた目標と取り組むべき施策を定め、また計画の評価ならびに医療費の調査および分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化の総合的かつ計画的な推進を図ります。

2 医療費適正化計画の基本理念

県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現

～超高齢社会*の到来に対応した持続可能な医療の確保をめざして～

平成28年(2016年)現在、全国で約1,700万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年(2025年)には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在は国民医療費*の約3分の1を占める後期高齢者医療費*が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されます。

超高齢社会の到来を踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものとなるように努めるとともに、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、各取組が、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が効率的かつ持続的に提供されるものとなるように努めます。

目標および施策の達成状況等については、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表するとともに、計画の最終年度には、進捗状況の調査および分析の結果の公表を行い、必要に応じて対策を講じるよう努めます。また、計画の最終年度の翌年度には実績に関する評価を行い、必要に応じて計画の見直し等に反映させます。

3 他の計画等との関係

医療費適正化計画は、滋賀県基本構想を上位計画とするとともに、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主な柱とすることから、「健康いきいき21*ー健康しが推進プランー」や「滋賀県保健医療計画*」、「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン*」、「滋賀県国民健康保険運営方針」等、他の計画や方針との整合・調和を図り、安全で安心できる医療提供体制の実現を目指すとともに、将来にわたる医療費の適正化に努めます。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

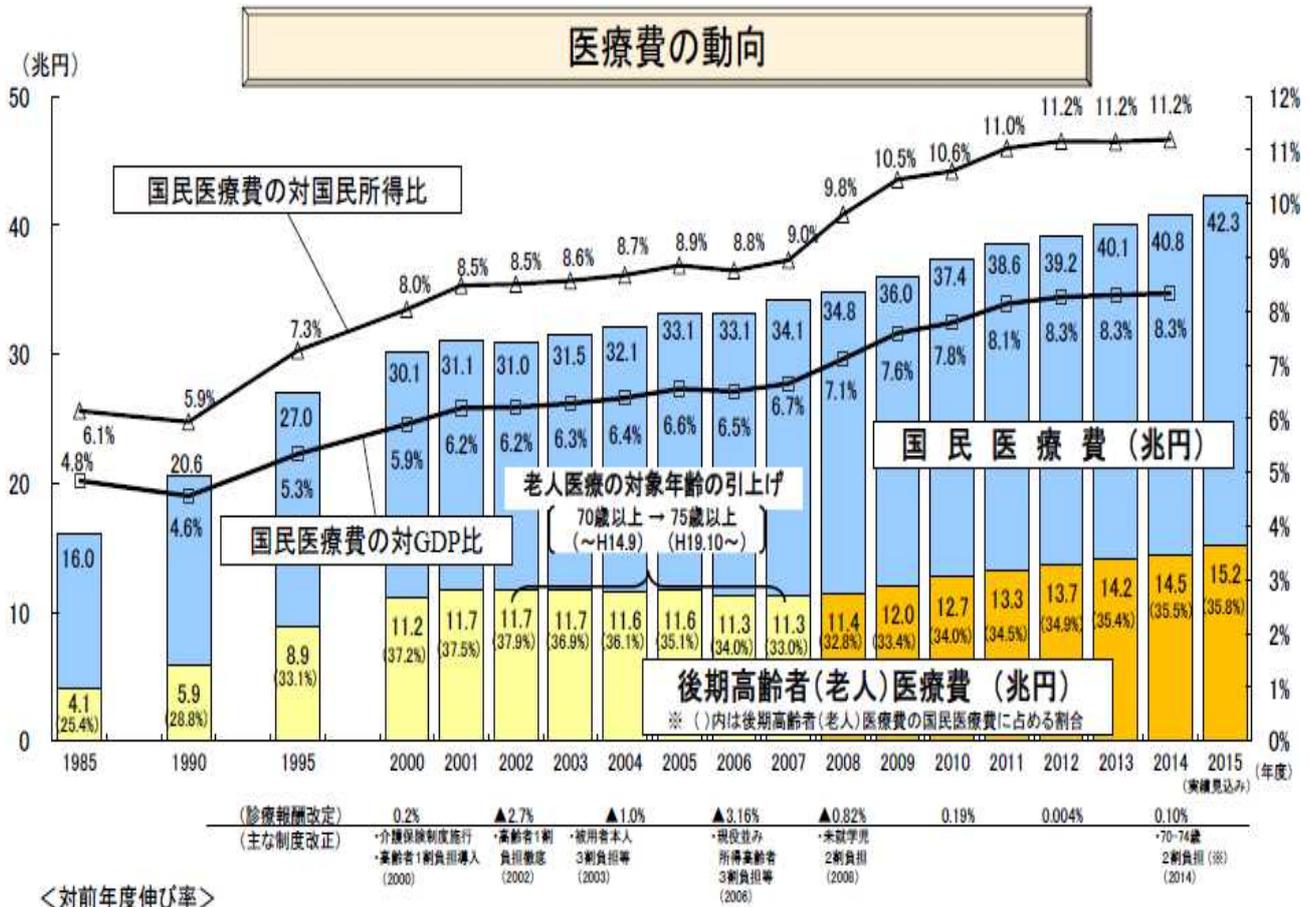
1 医療費の動向

(1) 本県の医療費

全国での医療費を示す国民医療費は、平成27年度(2015年度)の数値で約42兆3千億円であり、前年度と比較して約1兆5千億円、3.8%の増となっています。

一方、過去5年間の国民医療費をみると、平均2.4%の伸びとなっており、平均すると毎年約1兆円ずつ増加する傾向にあります。

表1



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	
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	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.6	
国民所得	7.2	8.1	1.1	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.5	2.3	1.5	—		
GDP	7.2	8.6	1.8	▲0.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.4	▲1.3	0.0	1.7	1.5	—		

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。

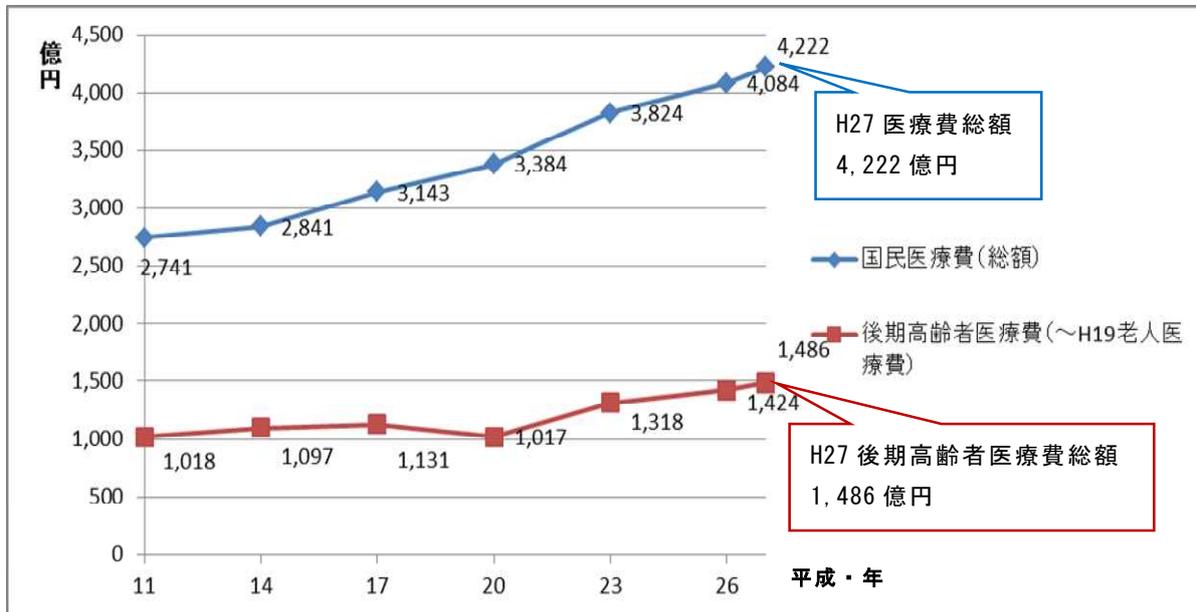
注2 2015年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費、以下同じ。)は実績見込みである。2015年度分は、2014年度の国民医療費に2015年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(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割に据え置く。

本県の医療費総額は、平成27年度(2015年度)で約4,222億円となり、過去5年間で約400億円増加しています。その間の年平均伸び率は約2.6%で、全国平均を上回っています。

表 2

滋賀県の医療費の推移

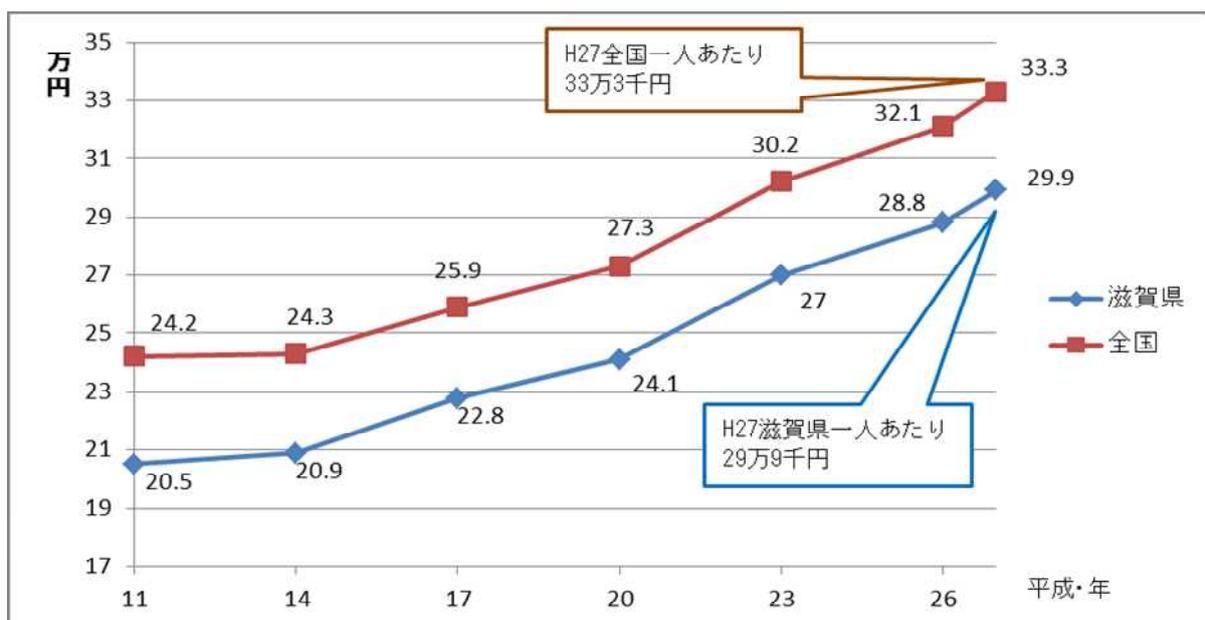


【国民医療費、老人医療事業年報および後期高齢者医療事業報告<年報>(厚生労働省)】

国民1人あたり医療費は、平成27年度(2015年度)で約33万3千円となっており、増加傾向となっています。県民1人あたり医療費は、全国と同様に増加傾向ですが、平成27年度(2015年度)で約29万9千円と全国水準を下回っています。

表 3

一人あたり医療費の全国比較

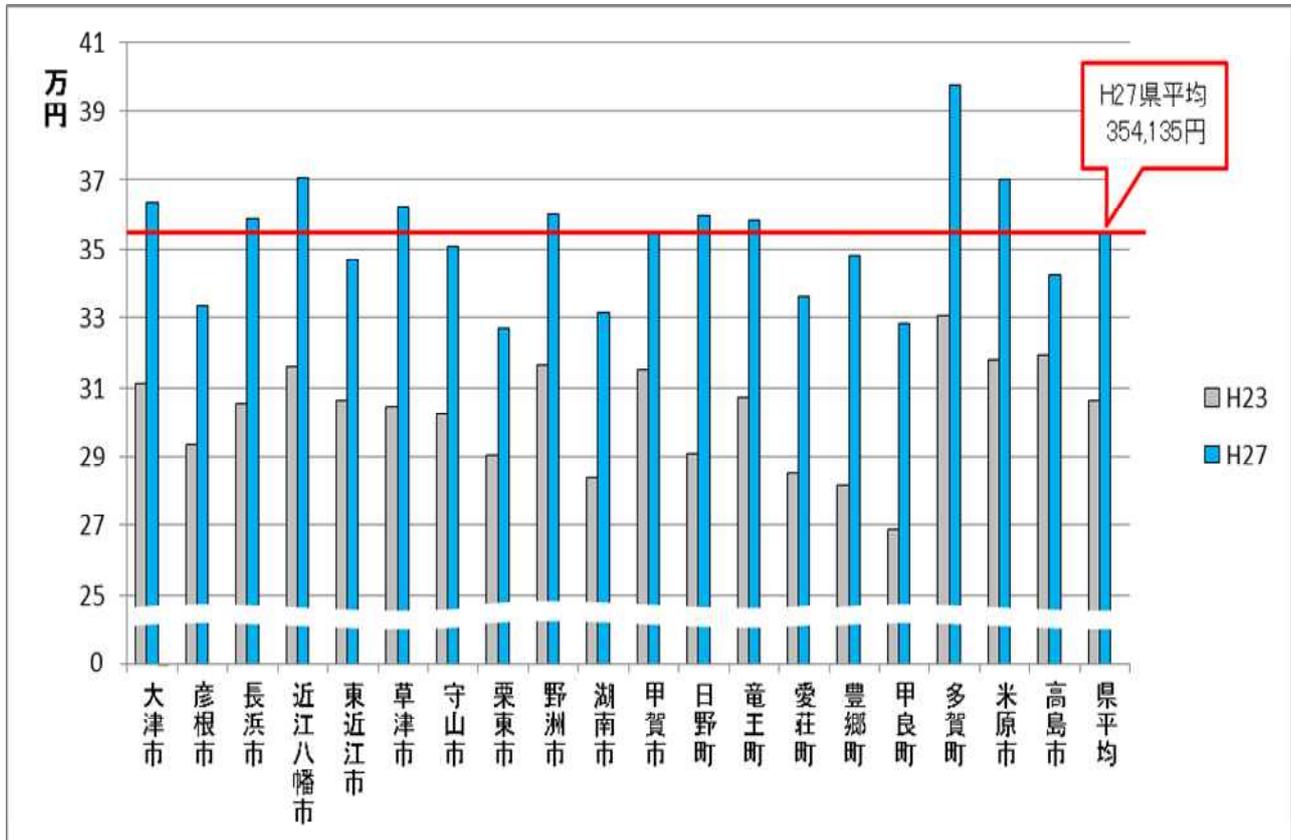


【国民医療費(厚生労働省)】

滋賀県内の市町別の医療費は、国民健康保険を例に見てみると以下のとおりです。

表 4

国民健康保険一人あたり医療費の滋賀県内比較



【国民健康保険事業年報】

(2) 後期高齢者医療費

医療費のうち、後期高齢者医療費の動向をみると、平成 27 年度(2015 年度)は約 15 兆 2 千億円となっています。国民医療費(約 42 兆 3 千億円)に対して、後期高齢者医療費は約 35.9%を占めています。

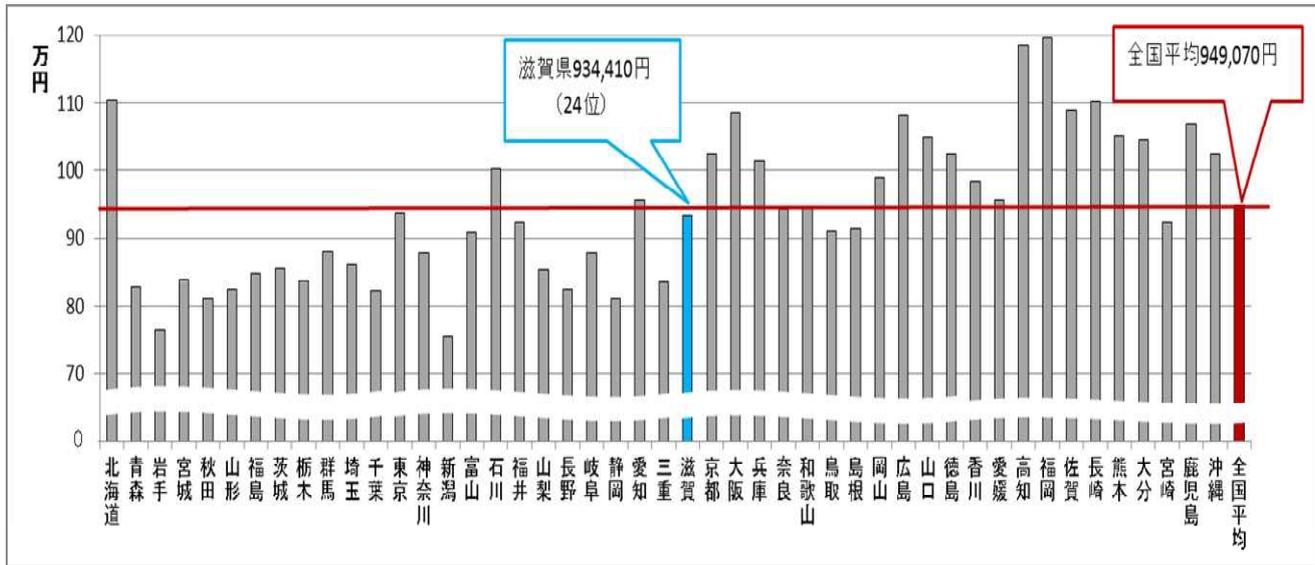
一方、本県の平成 27 年度(2015 年度)後期高齢者医療費は約 1,486 億円で、県民の医療費総額の約 35.2%を占めており、全国の水準とほぼ同じです。

一人あたり後期高齢者医療費の全国比較では、全国平均は約 95 万円、最高は約 120 万円(福岡県)、最低は約 76 万円(新潟県)となっています。

本県は、約 93 万円で全国順位では 24 位ですが、全国平均を下回っています。

後期高齢者一人あたり医療費の全国比較

表 5



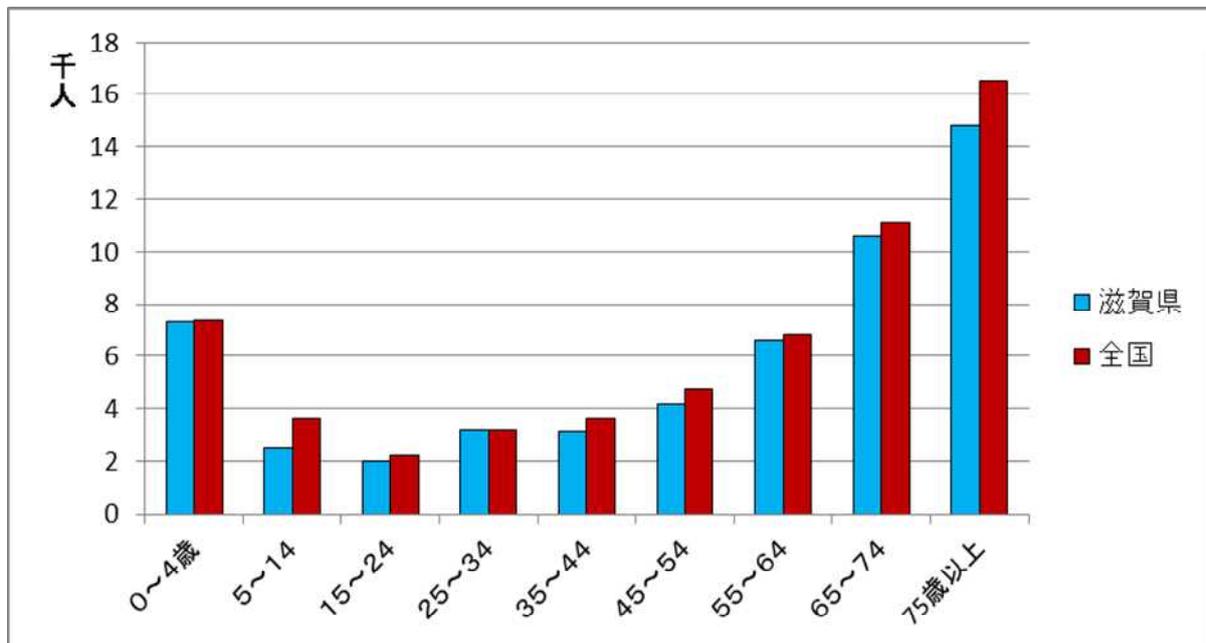
【平成 27 年度後期高齢者医療事業報告（年報）】

全国の人口 10 万人あたりの受療率（入院＋外来）は、55～64 歳から大きく増加し、75 歳以上では、45～54 歳の 4 倍近くとなっています。

本県も全国と同様の傾向が見られますが、各階級で全国平均を下回っています。

年齢階級別人口 10 万人あたり推計患者数（受療率*）＜入院＋外来＞

表 6



【平成 26 年度患者調査(厚生労働省)】

2 病床数

本県における平成29年(2017年)4月1日現在の開設許可病床数は表7のとおりです。

基準病床数とは、各保健医療圏ごとに病床数を定め、この数を超えない範囲で病床を整備することにより、地域偏在を是正し、病床の適正化を図ろうとするものです。

本県における平成29年(2017年)4月1日現在の開設許可病床数は表7のとおり基準病床数を超過し、原則として、新たな病床は整備できません。

表 7

保健医療圏別基準病床数および開設許可病床数

区 分	保健医療圏名*	基準病床数	開設許可病床数		
			合計	一般	療養
一般 病床 およ び 療 養 病 床	大津保健医療圏	3,041	3,211	2,538	673
	湖南保健医療圏	2,542	2,932	2,465	467
	甲賀保健医療圏	1,106	1,192	893	299
	東近江保健医療圏	1,723	2,296	1,428	868
	湖東保健医療圏	957	1,183	938	245
	湖北保健医療圏	1,001	1,217	1,056	161
	湖西保健医療圏	362	411	311	100
	合 計	10,732	12,442	9,629	2,813

県 全 域	精神病床	2,103	2,329
	感染症病床	34	34
	結核病床	36	63

(開設許可病床数平成29年4月1日現在)

※開設許可病床数には、医療法施行規則第1条の14第7項に該当する診療所(届出により一般病床の設置および増床ができる診療所)の一般病床を含む。

一般病床 : 病院または診療所の病床で、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床。

療養病床 : 病院または診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、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。医療保険適用のものと介護保険適用のものがある。

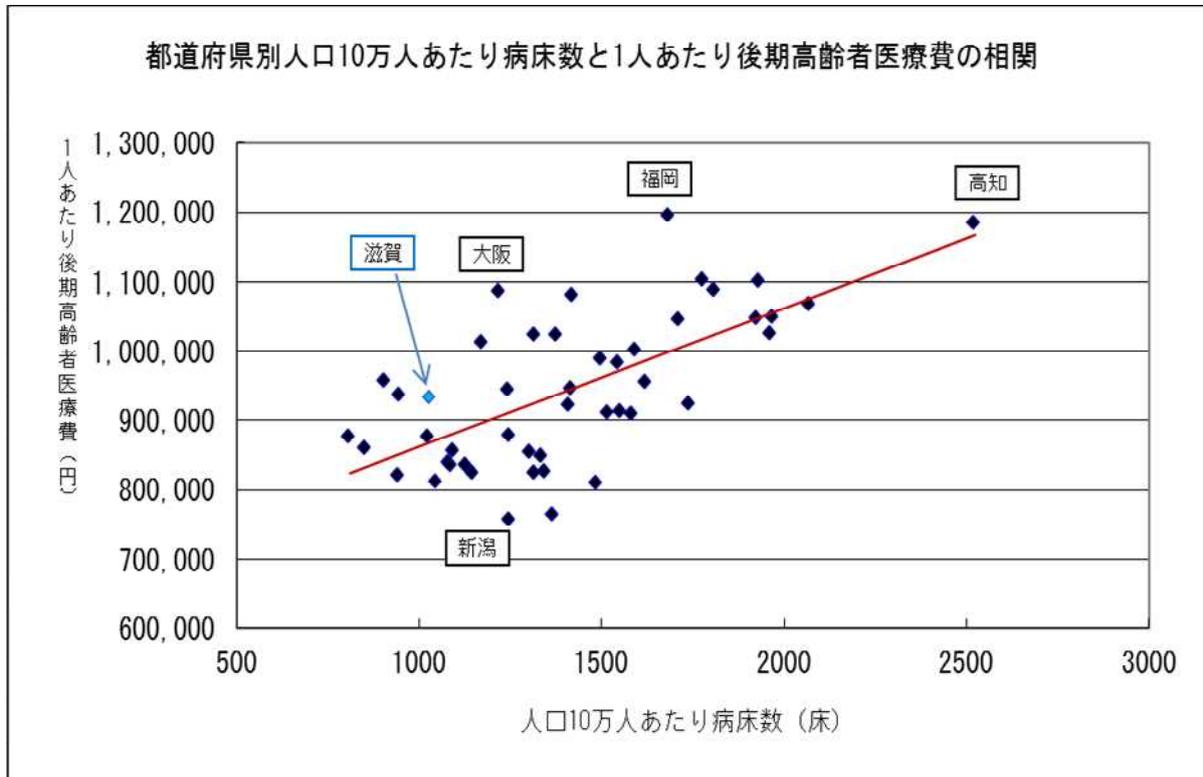
精神病床 : 病院の病床のうち精神疾患を有する者を入院させるための病床。

感染症病床 : 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律に規定される指定感染症の患者等を入院させるための病床。

結核病床 : 病院の病床のうち結核の患者を入院させるための病床。

また、人口10万人あたり病床数と1人あたり後期高齢者医療費の間には、相関*関係があります。

表 8



【平成27年度後期高齢者医療事業状況報告、平成27年度医療施設(動態)調査(厚生労働省)】

3 医療機能の現状

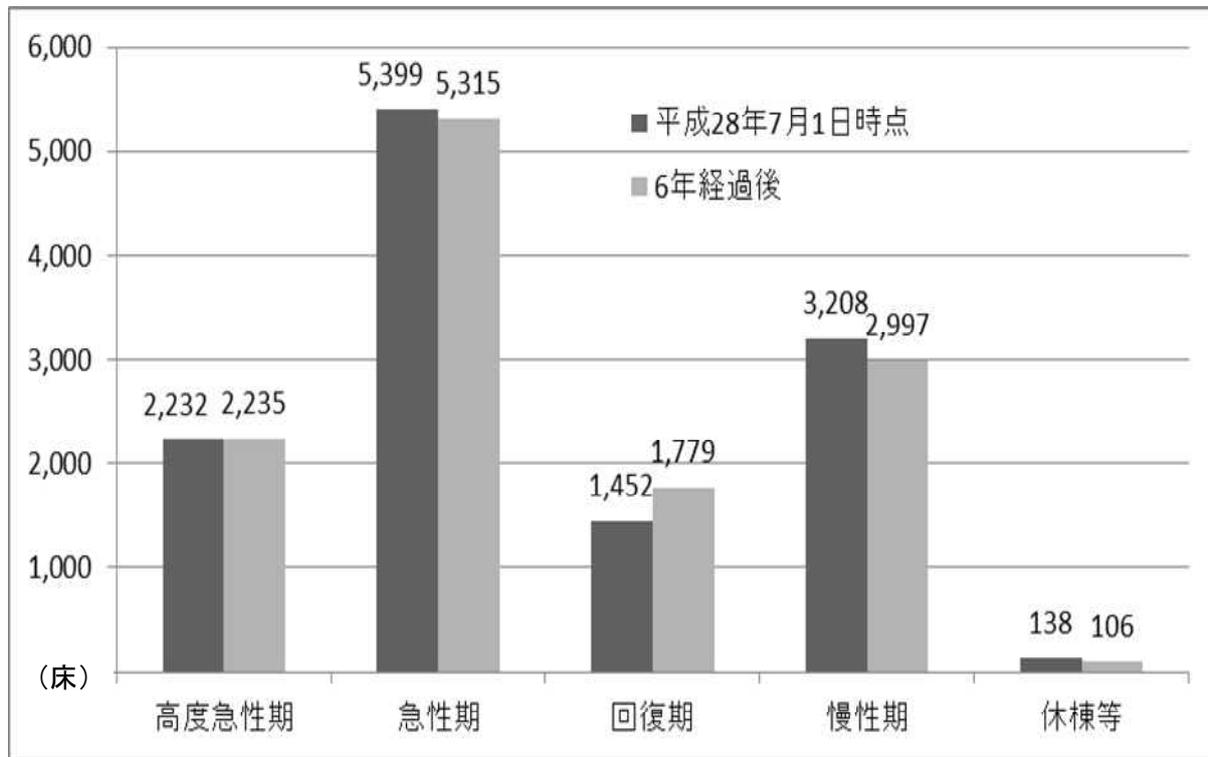
平成28年度(2016年度)の病床機能報告*では、平成28年(2016年)7月1日時点の医療機能の内訳、6年経過後(平成34年(2022年)7月1日)の医療機能の予定は下記のとおりとなっています。

一方、平成28年(2016年)3月に「滋賀県地域医療構想」を策定し、構想区域ごとの各医療機能別の需要を推計しました。平成37年(2025年)の1日あたりの医療需要は、高度急性期が997人、急性期が3,078人、回復期が3,281人、慢性期が2,478人(患者住所地ベース)となります。

高度急性期、急性期および慢性期は過剰であり、回復期は大幅に不足しています。患者の病状に適合した医療機能を利用することが医療費の適正化に繋がるため、限られた医療資源を有効に活用するためには、更なる病床機能の分化と連携が必要です。

表 9

医療機能別病床数（県全体）



【平成28年度病床機能報告】

医療機能 4 区分

機能区分	医療機能の内容
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能。

4 在宅医療*

平成27年度(2015年度)に策定された滋賀県地域医療構想では、平成25年(2013年)に9,278人/日であった在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース)が、平成37年(2025年)には13,995人/日と約1.5倍に増加すると推計されています。

平成28年(2016年)の在宅等死亡率(自宅、老人ホーム、老人保健施設における死亡の割合)は、21.2%となっています。

平成28年度(2016年度)に実施した滋賀の医療福祉*に関する県民意識調査の結果によると、人生の最期を迎えたい場所として41.9%の人が自宅を望んでいますが、一方で、家族への負担や症状が急変したときの対応への不安から、自宅まで最期まで療養することは困難と考える人は58.4%となっています。

平成29年(2017年)5月に実施した医療機関における地域医療連携に関する状況調査によると、県内57病院のうち55病院が退院調整部門を設置しており、地域連携クリティカルパス*を活用している病院は脳卒中で32病院、がんで21病院です。

県内の在宅医療を支援する医療機関の状況は、平成29年(2017年)10月現在で、在宅療養支援診療所*は137か所、在宅療養支援病院は9か所、在宅療養後方支援病院は5か所あります。平成29年(2017年)6月に実施した滋賀県医療機能調査の結果によると、往診を行っている病院は18か所、診療所は382か所、訪問診療を行っている病院は23か所、診療所は303か所となっています。

県内の訪問看護ステーション*の数は、平成29年(2017年)10月現在で102か所であり、訪問看護師の数は平成29年度(2017年度)調査によると、常勤換算で607.6人となっています。

高齢化の進展とともに単独世帯や高齢者夫婦世帯の増加に加え、人工呼吸器、経管栄養、人工肛門などの医療的管理を要する在宅療養者の増加が見込まれる中で、増大かつ多様化する在宅医療ニーズに対応し、安心して在宅療養ができる体制整備や医療福祉を担う人材のさらなるスキルアップが求められています。

5 生活習慣病*に分類される疾患の状況

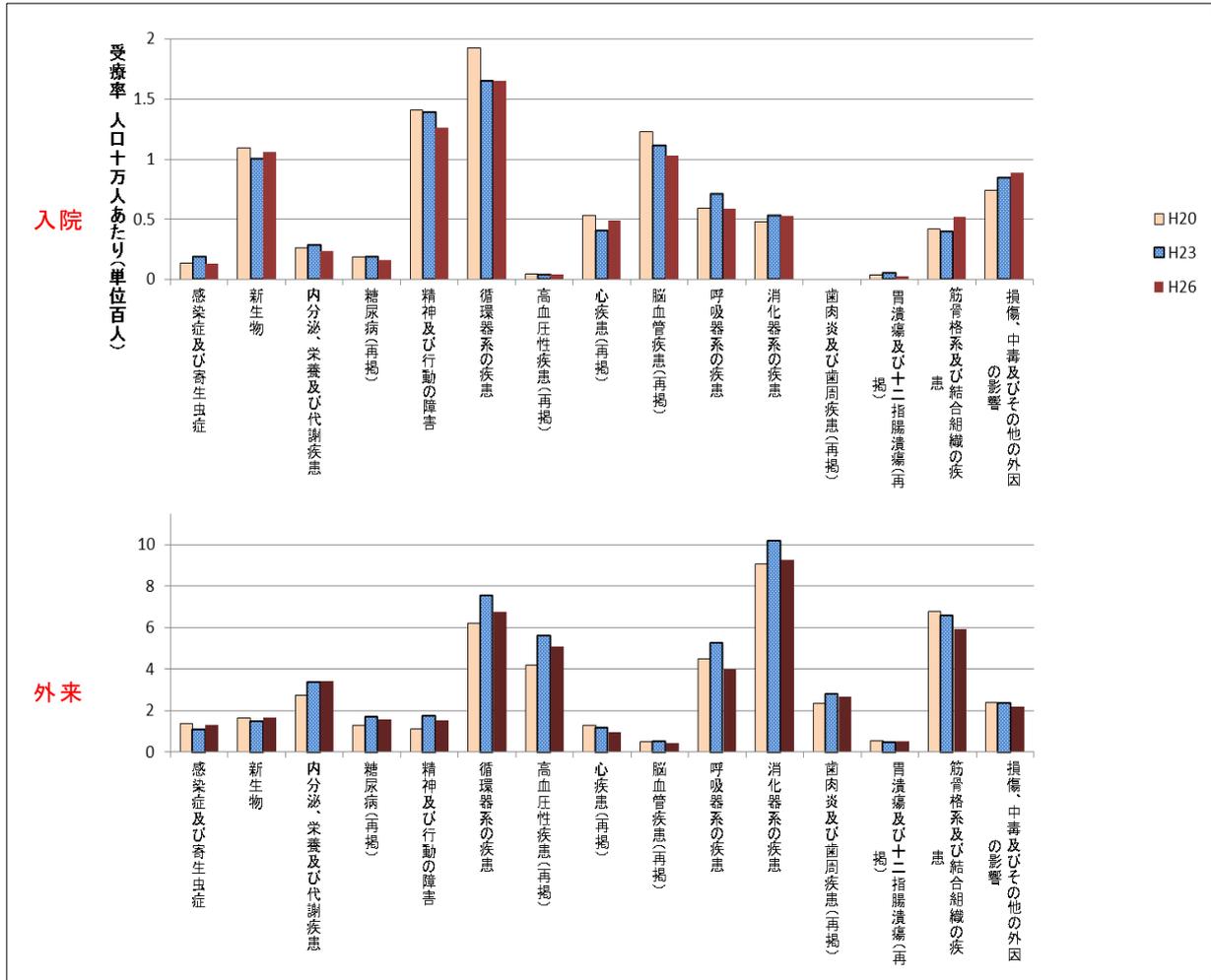
(1) 受療動向

主な傷病別受療率の推移をみると、入院では循環器疾患が最も高く、次いで精神および行動の障害、3番目に新生物が高くなっています。循環器疾患の中では、脳血管疾患が最も高いものの減少傾向にあります。外来では、消化器系の受療率が高くなっています。循環器系の疾患の中では、高血圧性疾患の受療率が高くなっています。

主な生活習慣病の総患者数の推移をみると、高血圧性疾患の患者は平成26年(2014年)では11万7千人と推計されています。また、糖尿病の患者数は平成8年(1996年)から平成14年(2002年)まで急増していますが、以後増加が緩やかになり平成26年(2014年)では3万2千人となっています。

表 10

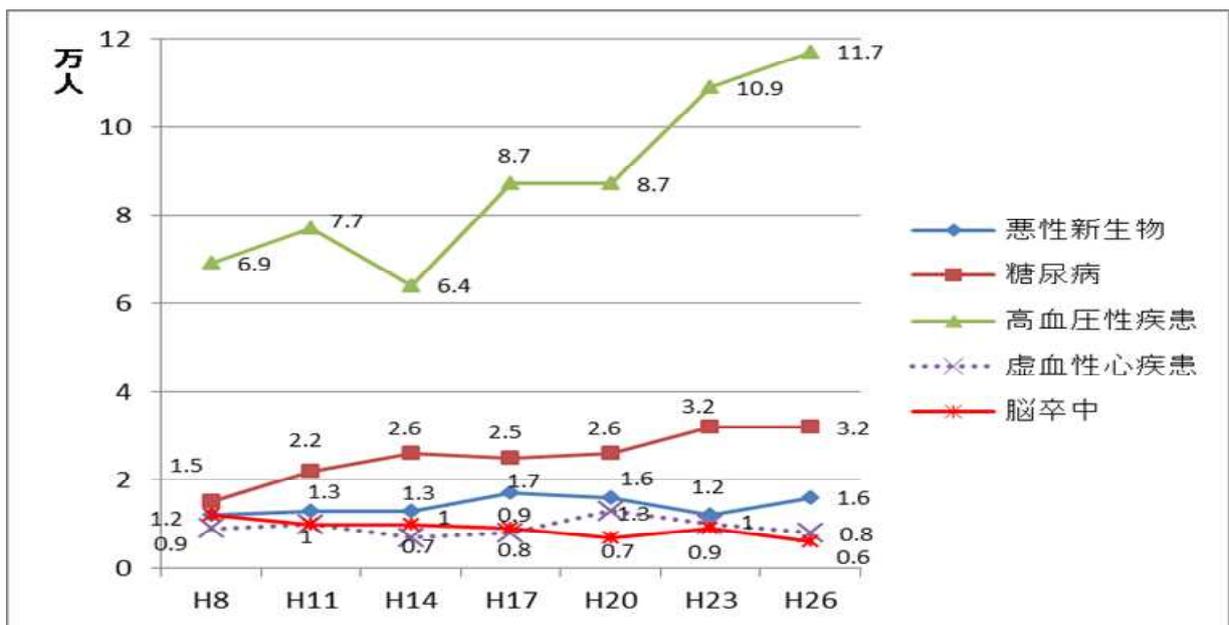
主な傷病別受療率の推移



【患者調査（厚生労働省）】

主な生活習慣病の総患者数（傷病別推計）＜入院＋外来＞

表 11



【患者調査（厚生労働省）】

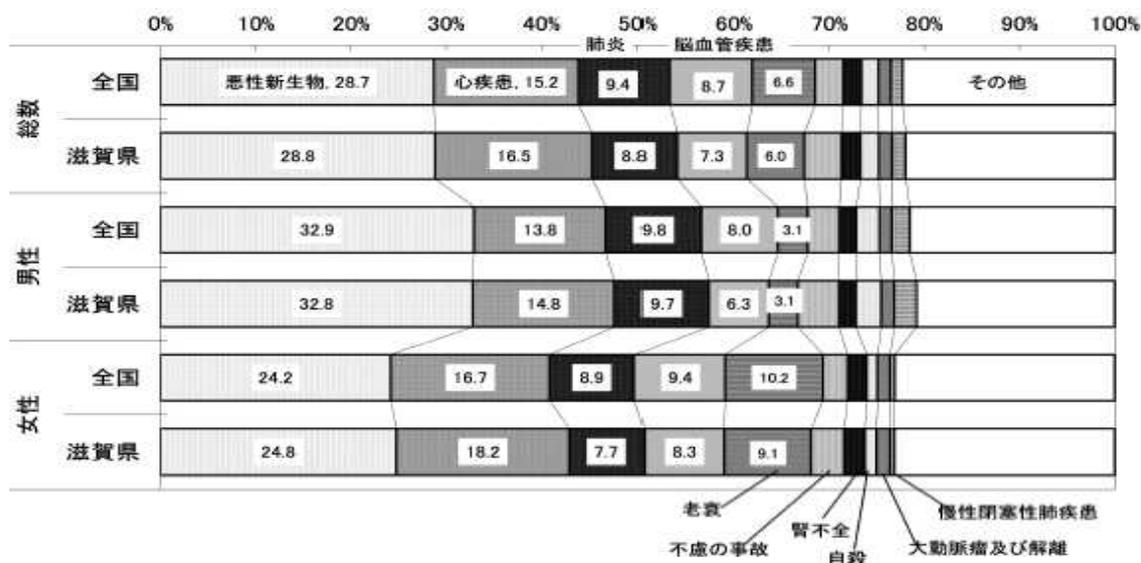
(2) 死亡の動向

死因別死亡割合をみると、本県の死亡の原因疾患の第1位は悪性新生物（がん）、第2位が心疾患、第4位が脳血管疾患であり、糖尿病、高血圧性疾患をあわせると、生活習慣病が約6割を占めています。

また、主な死因の死亡数の推移をみると、悪性新生物（がん）による死亡数は、昭和57年(1982年)に死因順位第1位となり、現在も急激な増加を続けています。脳血管疾患による死亡数は昭和60年(1985年)に心疾患を、平成23年(2011年)に肺炎を下回り、減少傾向です。

死因別死亡割合

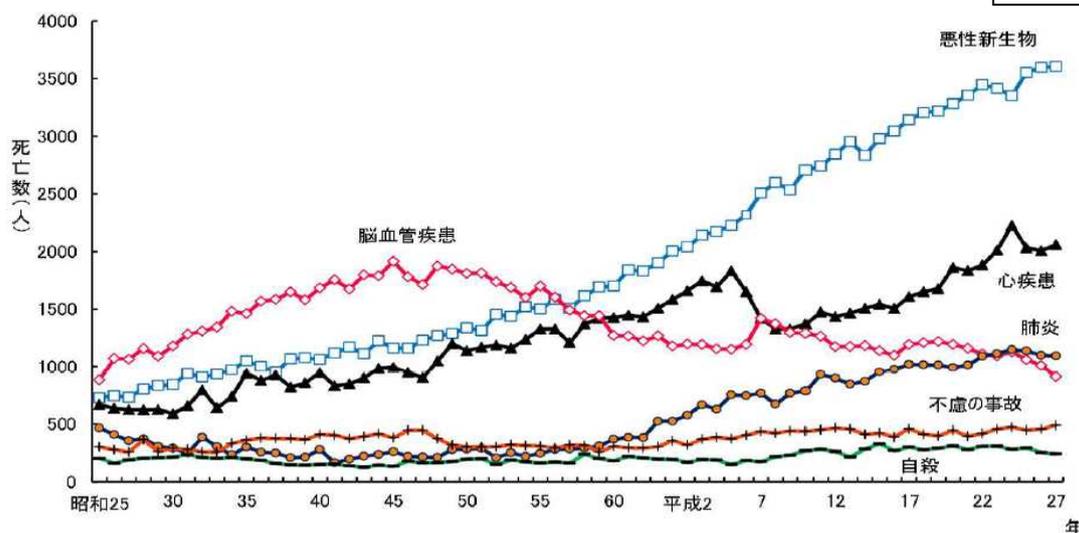
表 1 2



【平成 27 年度人口動態調査（厚生労働省）】

主な死因の死亡数の推移

表 1 3



【人口動態調査(厚生労働省)】

(3) 疾患別医療費の動向

国民健康保険(市町村)の一人あたり医療費を疾患別、年齢別に分析すると、高血圧症や脳梗塞については、全国平均と同じか、年齢によっては下回る傾向が見られました。

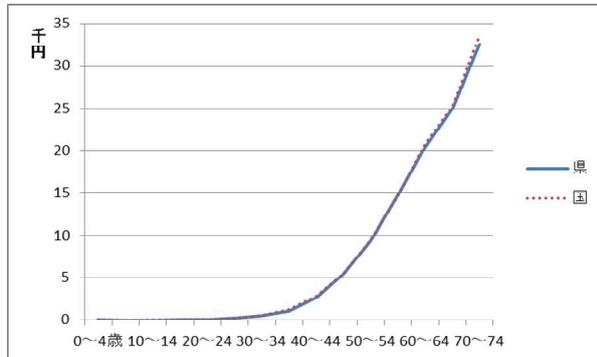
一方、がんはほぼ全年齢で、心筋梗塞は40代ごろから、それぞれ全国平均と比べやや高額となる傾向が見られました。

筋骨格系についても、全国平均を上回る年齢が多くなっています。こうした疾患の発症予防、重症化予防が重要です。

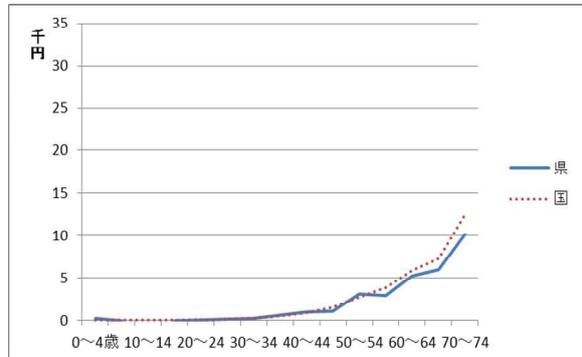
表 1 4

平成 27 年度（国保・市町村）生活習慣病疾患別被保険者 1 人あたり医療費（円）

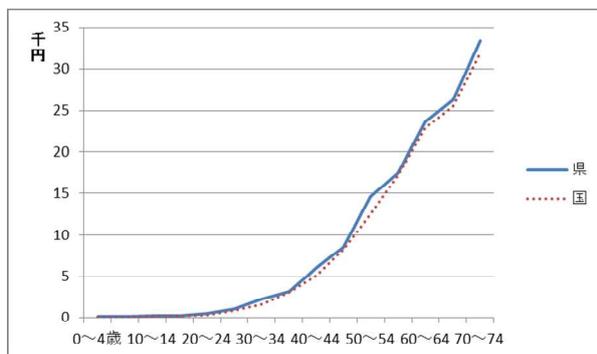
高血圧症



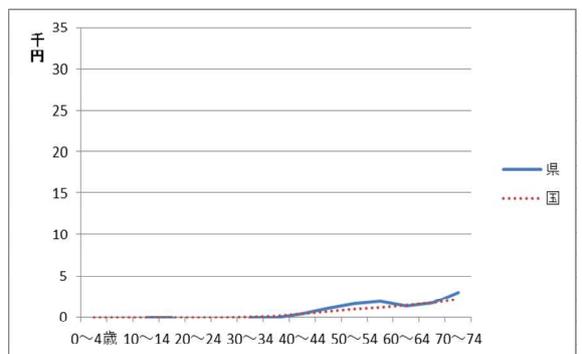
脳梗塞



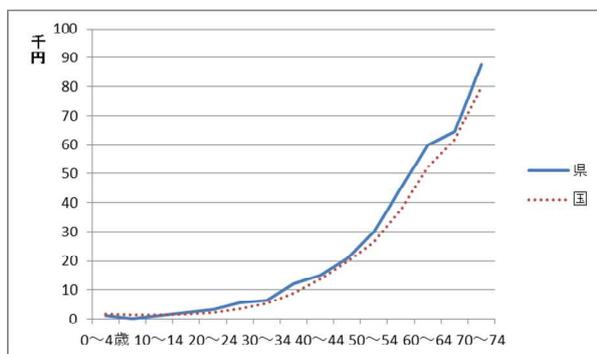
糖尿病



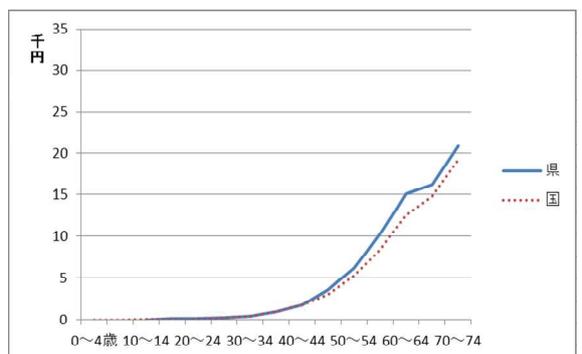
心筋梗塞



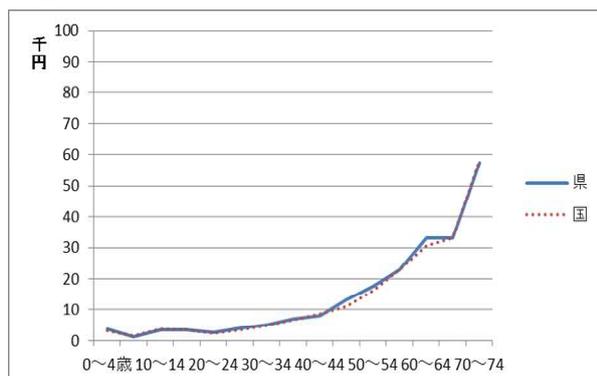
がん



脂質異常症



筋骨格系



【平成 28 年度滋賀県国民健康保険団体連合会基礎資料集】

6 特定健康診査*およびメタボリックシンドローム*の状況

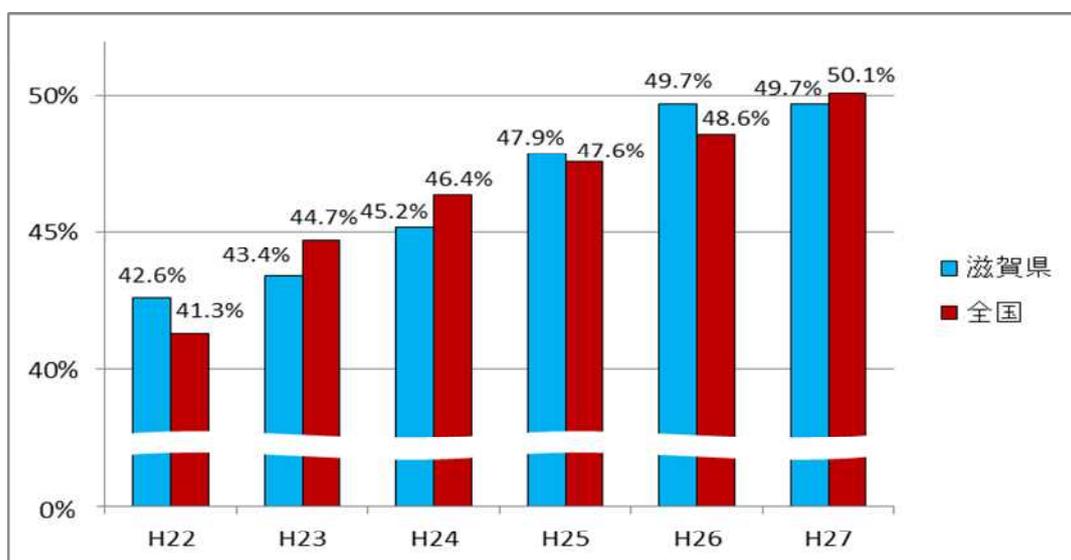
平成20年度(2008年度)から実施されている特定健康診査の受診率は年々上昇していますが、平成27年度(2015年度)では、49.7%と全国平均を下回っています。また、早期の段階でメタボリックシンドロームに着目して実施する特定保健指導*の実施率についても、年々上昇していますが、平成27年度(2015年度)で全体の20.5%にとどまっています。

メタボリックシンドロームの該当者および予備群の者の割合は、全国的には少しずつ減少しており、平成27年度(2015年度)は平成20年度(2008年度)比で2.7%の減少となっています。

本県における割合は、平成27年度(2015年度)では25.3%で、全国とほぼ同じ割合です。

特定健康診査受診率

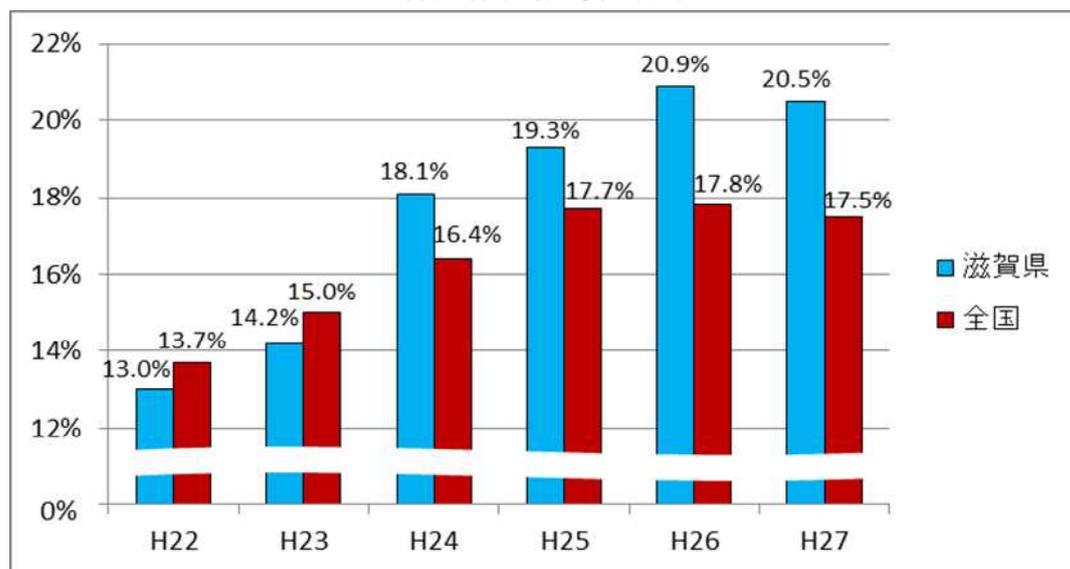
表 1 5



【特定健診・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)】

特定保健指導実施率

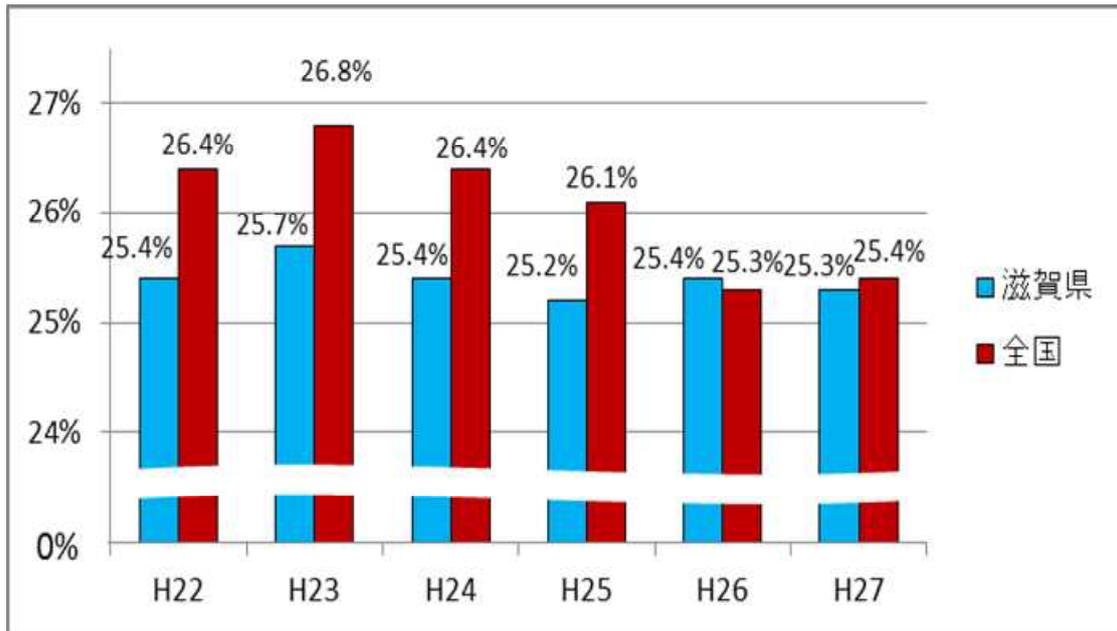
表 1 6



【特定健診・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該当者および予備群の状況

表 17

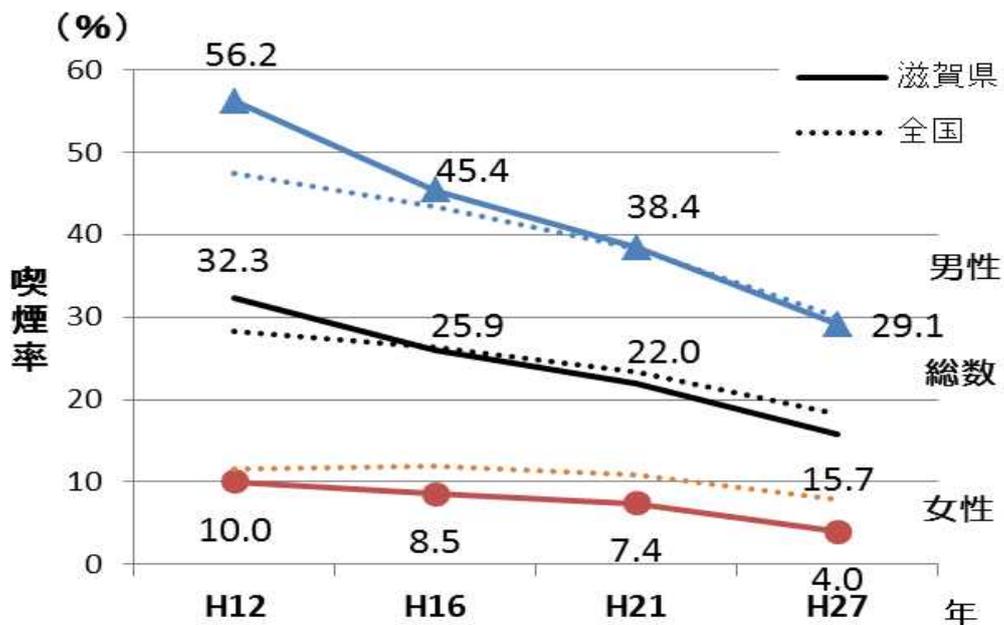


【特定健診・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）】

7 たばこ

20歳以上の成人の喫煙率は、平成12年(2000年)は、男性が56.2%、女性10.0%でしたが、平成27年(2015年)では、男性が29.1%、女性が4.0%になり、年々減少してきています。

表 18

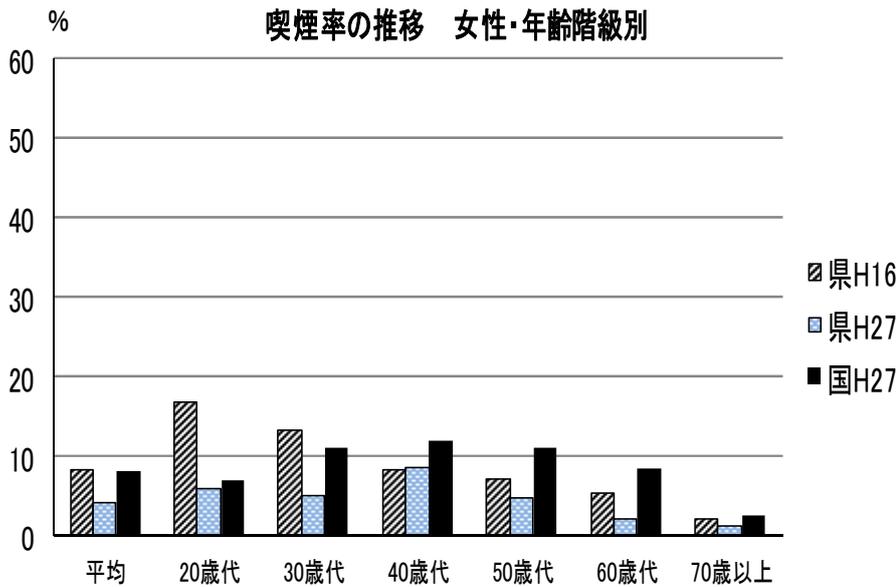
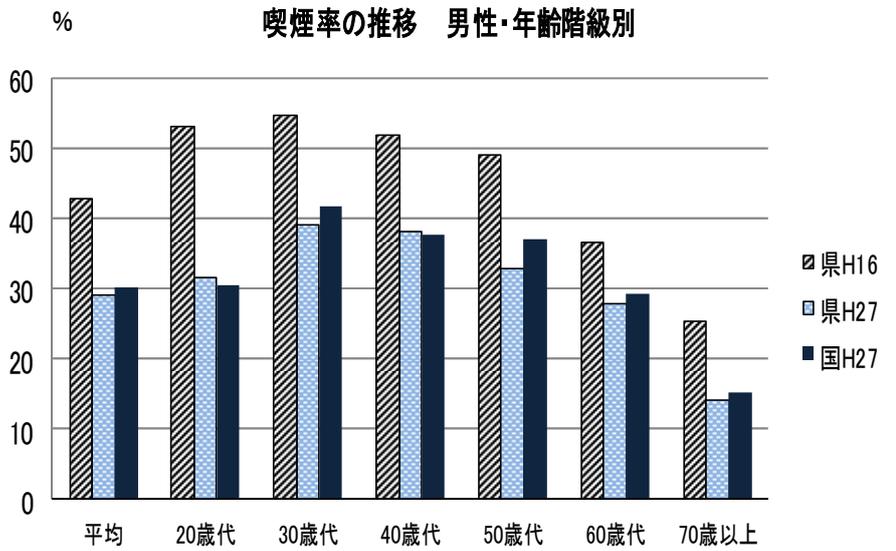


【滋賀県：滋賀健康・栄養マップ調査報告書】

【全 国：国民健康・栄養調査】

年代別の喫煙率は、平成 27 年度(2015 年度)では 30 歳代、40 歳代で高く、女性は 40 歳代で高くなっています。

表 19



【滋賀県：滋賀健康・栄養マップ調査報告書】
 【全 国：国民健康・栄養調査】

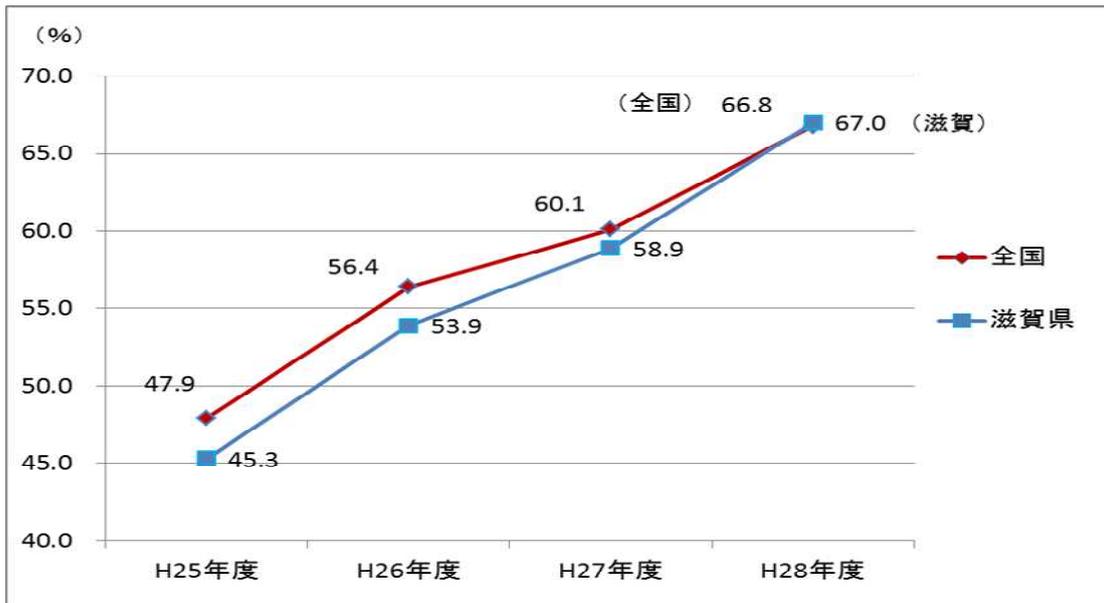
8 後発医薬品*

平成 28 年度(2016 年度)の後発医薬品の使用割合(数量ベース)は、全国平均が 66.8%、本県では 67.0%であり、いずれも年々増加傾向にあります。

なお、各都道府県のデータは平成 21 年度(2009 年度)分から集計されています。

表 2 0

後発医薬品の使用割合



※後発医薬品の使用割合

後発医薬品と先発医薬品（長期収載品）の取引数量に占める後発医薬品の数量
【最近の調剤医療費（電算処理分）の動向（厚生労働省）】

9 人口推移等

本県の人口は、少子高齢化の進行により、平成27年(2015年)を境に減少に転じており、県内の65歳以上の人口は平成27年(2015年)では約34万人ですが、25年後の平成52年(2040年)には約43万人に上ると推測されます。

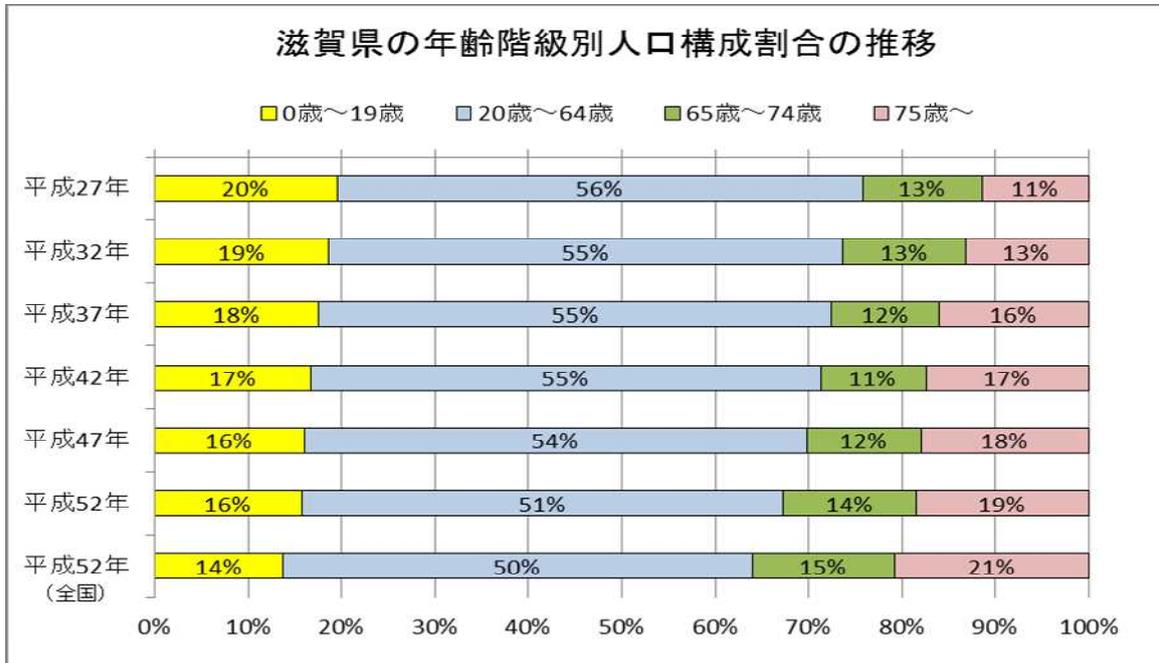
表 2 1



【日本の地域別将来推計人口：平成25年3月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

また、本県の人口構成割合をみると、少子高齢化により、高齢化率(全年齢人口に占める65歳以上の人口の割合)では、平成52年(2040年)には約33%となり、全国と比較すると低いものの、およそ3人に1人が高齢者と推計されます。

表 2 2

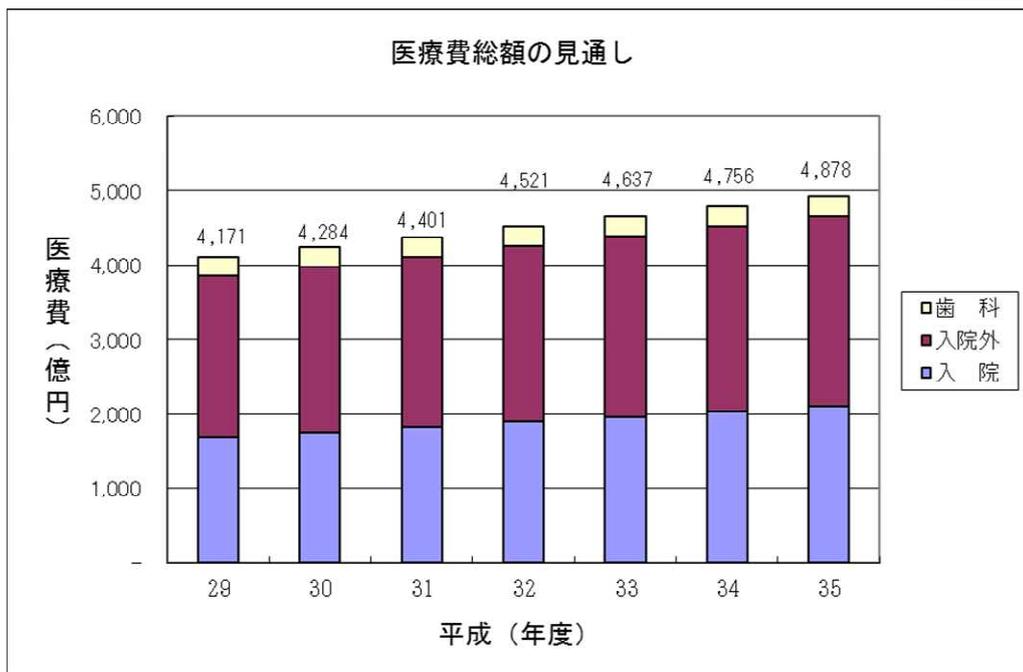


【日本の地域別将来推計人口：平成25年3月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

10 医療費の今後の見通し

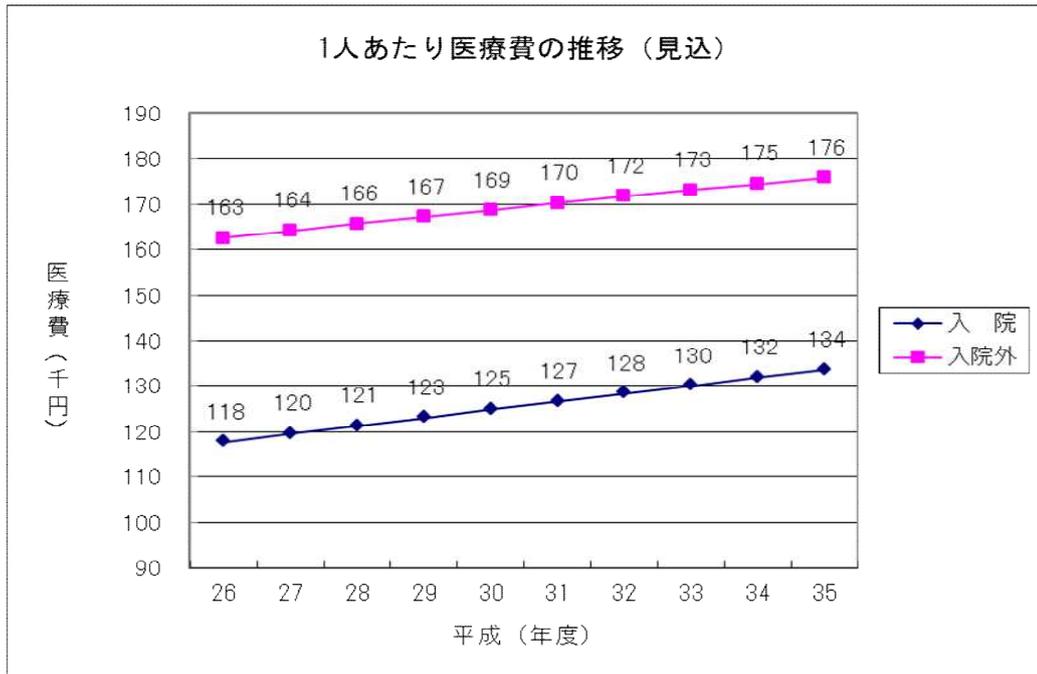
本県の医療費は、年々増加しており、平成35年度(2023年度)には、4,878億円になると推計されます。

表 2 3



【「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（厚生労働省告示）に定める推計方法により算出】

表 2 4



【「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（厚生労働省告示）に定める推計方法により算出】

第3章 目標と取り組むべき施策

1 目標

国民の受療の実態を見ると、一般的に高齢期に向けて外来受療率が徐々に増加し、75歳ころ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。

このことから、医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要です。生活習慣病の発症を予防することができれば通院が減少し、さらに重症化や合併症の発症を抑えることができれば入院が減ることになります。特に糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合には多額の医療費が必要になることが指摘されており、り患した後の対策も重要です。

第三期医療費適正化計画では、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要であることから、病床機能の分化および連携の推進ならびに地域包括ケアシステム*の構築の推進を目指します。

さらに、後発医薬品の使用促進については、数値目標を設定して環境の整備等の取組を進めるとともに、重複投薬の是正や医薬品の適正使用の推進等についても目標を設定し、医療費の適正化を目指します。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

① 健康の増進に関する目標

(ア) たばこ対策に関する目標

20歳以上の成人の喫煙率は平成27年度(2015年度)に男性29.1%、女性4.0%*でしたが、平成35年度(2023年度)に男性27.2%、女性3.0%を目指します。

また、県内各保険者*の特定健診等の結果(平成26年度(2014年度)、40歳以上。以下同じ)によると、喫煙率は男性30.6%、女性6.3%であり、各年度において前年を下回ることを毎年の評価指標とします。

(イ) 肥満者の減少に関する目標

平成27年度(2015年度)の肥満者は、20~60歳代の男性で25.8%、40~60歳代の女性で15.9%*でしたが、平成35年度(2023年度)に男性22.0%、女性12.0%を目指します。

また、特定健診等の結果によると、肥満者は男性46.5%、女性21.2%であり、各年度において前年を下回ることを毎年の評価指標とします。

(ウ) 食事バランスに関する目標

平成27年度(2015年度)におけるバランスのとれた食事に気をつけている人の割合は、20歳代の男性18.1%、女性33.3%、40歳代の男性28.8%、女性62.1%*でしたが、平成35年度(2023年度)に20歳代の男性30.0%、女性55.0%、40歳代の男性45.0%、女性70.0%を目指します。

また、特定健診等の結果によると、「朝食を抜くことが週3回以上ある者の割合」は男性15.5%、女性7.2%であり、各年度において前年度を下回ることを毎年の評価指標とします。

(エ) 運動習慣に関する目標

平成27年度(2015年度)における「健康づくり」のための運動を実施している人の割合は、20歳~64歳の男性で20.4%、女性で18.3%*でしたが、平成

35年度(2023年度)に男性26.0%、女性25.0%を目指します。

また、特定健診等の結果によると、「一日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している者の割合」は男性31.8%、女性28.6%であり、各年度において前年度を上回ることを毎年の評価指標とします。

(オ) 食事を噛んで食べる時の状態に関する目標

平成35年度(2023年度)における60歳代の「何でも噛んで食べることができる」人の割合80.0%を目指します。

また、特定健診等において「何でも噛んで食べることができる」と答えた人(40歳以上)が各年度において前年度を上回ることを毎年の評価指標とします。

(カ) 予防接種に関する目標

平成27年度(2015年度)のインフルエンザの接種率は52.0%、肺炎球菌感染症(高齢者)の接種率は44.0%であり、各年度とも現状維持を評価指標とします。

※平成27年度現状値((ア)~(オ))はいずれも平成27年度「滋賀の健康・栄養マップ調査」より

② 生活習慣病の発症予防、重症化予防に関する目標

(ア) 特定健康診査の受診率に関する目標

保険者による特定健康診査の受診率については、平成27年度(2015年度)では49.7%でしたが、平成35年度(2023年度)に70%以上を目標とします。

これは、各保険者全体の目標であり、各保険者の状況には差があります。

なお、保険者ごとの受診率について国は下記のような目標を掲げています。

(イ) 特定保健指導の実施率に関する目標

特定健康診査の結果、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の特定保健指導実施率は、平成27年度(2015年度)では20.5%でしたが、平成35年度(2023年度)に45%以上を目標とします。

これは、各保険者全体の目標であり、各保険者の状況には差があります。

なお、保険者ごとの実施率について、国は下記のような目標を掲げています。

(参考) 第3期計画期間における保険者の実施目標

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会(船保)	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合(私学共済除く)
特定健診の受診率	70%以上	60%以上	70%以上	65%以上 (65%以上)	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	55%以上	30%以上	45%以上

(ウ) 特定保健指導対象者の割合の減少率に関する目標

平成 20 年度(2008 年度)と比べた平成 26 年度(2014 年度)時点でのメタボリックシンドローム該当者および予備群は 0.28%減少しました。本指標に代わって第三期計画で国が目標設定する指標である「特定保健指導対象者の割合」は、平成 27 年度(2015 年度)では 11.3%の減少でしたが、平成 35 年度(2023 年度)に 25%以上の減少となることを目標とします。

(エ) 糖尿病の重症化予防に関する目標

糖尿病性腎症による新規透析導入者数は、平成 27 年(2015 年)は 181 人でした。各年度の新規透析導入者数が平成 27 年(2015 年)実績(181 人)以下となるように抑制することを目標とします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 後発医薬品の使用促進に関する目標

先発医薬品(新薬)には、医薬品メーカーによって独占的に製造・販売できる特許期間等があります。先発医薬品の特許等の期間満了後に販売される医薬品が後発医薬品(ジェネリック医薬品)です。

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、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安くなっています。

このため、後発医薬品の普及は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものと考えられることから、後発医薬品の使用割合(数量ベース)を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」(平成 27 年 6 月 24 日閣議決定)に掲げられた平成 32 年度(2020 年度)末までに 80%とし、以降、更なる使用促進に向けて、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できる環境の整備を図るとともに普及啓発の取組を推進していきます。

② 医薬品の適正使用の推進に関する目標

複数の疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高く、副作用の発生や飲み残しにつながるおそれがあります。

こうしたことを防ぐため、国民健康保険の被保険者について、3 医療機関以上からの同一成分を持つ薬剤の投与を受けている重複服薬者や、15 種類以上の薬剤の投与を受けている多剤投与の対象者への指導に 19 市町で取り組みます。

また、薬局においては医薬品の重複投与を未然に防ぐために、電子お薬手帳の推進に努め、普及率が県民の 20%となることを目標とします。

2 取り組むべき施策

前記の目標を達成するために、「住民の健康の保持の推進」「生活習慣病発症予防、重症化予防」および「医療の効率的な提供の推進」の3つの大きな方針のもとに取り組んでいきます。

当計画に掲げる取り組むべき施策は、県民の健康推進に関する計画である「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」や活力ある長寿社会の実現に向けた取組を明らかにした「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン」、さらに「滋賀県保健医療計画」「滋賀県国民健康保険運営方針」など関連する各種の計画等と整合を図りつつ、基本的な取り組みを示したものです。

医療費の適正化を図るためには、県だけでなく、市町、関係団体、県民などが、それぞれの立場で一体的に取り組むことが重要です。

(1) 住民の健康の保持の推進

① 健康なひとづくり

子どもから高齢者まで、よりよい生活習慣の定着をすすめることで、県民の健康を増進し、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図り、生活の質の向上を図ります。

(ア) 栄養・食生活

保育所、幼稚園、学校、地域で行う食育活動と連携し、望ましい食事についての啓発を行います。

肥満は、生活習慣病の発症リスクであることから、特に割合の高い、40歳代、50歳代の男性の肥満対策を関係団体や企業等と連携して進めます。

特に、循環器疾患の予防のために、食塩摂取量の減少と、野菜・果物摂取量の増加を目指した普及啓発を行います。

(イ) 運動・身体活動

子どもの頃からの運動習慣の定着化を図るため、保育所、幼稚園、学校および地域と連携した取組を推進します。

日常の身体活動量を10分増やすことを目的に、「運動プラス10」を市町や企業と連携して進めます。

女性の運動習慣が低い傾向にあるため、地域団体等との連携によりその改善に努めます。

高齢者の運動器の機能維持はきわめて重要であり、ロコモティブシンドローム対策の推進および認知度の向上を図ります。

(ウ) 休養・こころの健康

ストレスに対する知識の普及、健康的な生活による心身の健康維持、リラックス・気分転換の取組についての情報提供に努めます。

企業や関係団体と連携し、職場におけるメンタルヘルス対策の取組を推進します。

うつ・自殺対策、こころの健康問題の取組を推進します。

(エ) 喫煙

喫煙の健康影響についての正しい知識の普及に努めます。

妊婦の喫煙をなくすため、母子健康手帳交付時や、健診・相談の機会を通じて、喫煙が及ぼす健康影響についての情報提供を行います。また、市町、医療機関等と連携した取組を推進します。

医療機関、官公庁、職場、家庭、飲食店等での受動喫煙防止対策の取組を

進めます。

(オ) 飲酒

妊婦の飲酒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、胎児にも悪影響があるため、市町、医療機関等と連携し飲酒防止の取組を推進します。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少を目指し、健康影響に関する啓発や健診結果に基づく適切な保健指導の実施に取り組みます。

家庭や学校、職場、地域などあらゆる場面でのアルコール関連問題の早期発見と適切な対応ができるよう、県民や関係者に対する情報提供や研修を行います。

(カ) 歯・口腔の健康

歯および口腔の健康は、全身の健康とも関連があり、平均寿命や健康寿命の延伸にも寄与することから、「歯科疾患の予防の推進」、「乳幼児期から高齢期まで、それぞれの特性に応じた施策の推進」、「関連機関の連携による取組の推進」、および「個人の取組と社会全体の取組の推進」を基本方針とした取組を実施します。

(キ) 予防接種に関する施策の推進

高齢者は体力や抵抗力(免疫力)の低下が見られ、インフルエンザ等により患すると重症化することが考えられるため、感染予防、発病予防、重症化予防等を目的とした予防接種を市町、医療機関と連携し、高齢者に対して啓発します。

② 健康なまちづくり

県民への保健・医療・福祉等のサービスの改善と公平性の確保を図り、社会参加の機会を増加させるとともに、あらゆる分野の企業、民間団体等の参加協力を得て、健康づくりを支援する環境を整備することにより、社会環境の質の改善・向上をはかります。

(ア) 健康を支援する住民活動の推進

健康づくりのボランティアである健康推進員や食育推進ボランティアなど住民リーダーの活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動を促進します。

生涯スポーツ、福祉、防災等の様々な地域活動のネットワークに、子どもから高齢者まで参加できる健康づくりの視点を取り入れていけるよう取組を進めます。

(イ) 健康を支援する社会環境整備

運動しやすいまちづくりや就労環境について、行政、企業、大学、団体等の主体的な活動の推進と多機関の連携による取組を推進します。

企業における健康づくり対策を積極的に推進されるよう、企業、保険者、関係機関と連携した取組を進めます。

(2) 生活習慣病の発症予防、重症化予防

① 特定健康診査および特定保健指導等の推進

「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画」および「市町国民健康保険保健事業実施計画」（データヘルス計画）に基づき、データヘルスを着実に推進し、生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査、特定保健指導の受診率向上をはじめ、保健事業の充実・強化を図ります。

(ア) 集合的な契約の活用推進

特定健康診査・特定保健指導を多くの被保険者および被扶養者が受けられるようにするための体制を継続的かつ効率的に整備できるよう、複数の保険者と複数の健診・保健指導実施機関の間での集合的な契約の枠組み*の活用を支援します。

(イ) 県民に対する啓発の実施

特定健康診査の受診率向上のため関係団体等とともに啓発を実施します。健診の意義や必要性の理解を広げ、受診率の向上を図っていきます。

(ウ) 保険者と市町等による健康づくり対策等との連携

保険者による特定健康診査および特定保健指導の取り組みと、県・市町を中心とした健康づくり対策等との連携を図ります。市町等が実施する基本健診やがん検診、健康教育等の情報を共有化し、同時実施等の効果的な実施や周知について支援します。

(エ) 保健事業の人材の育成

特定健診受診率向上や保健指導の質の向上、データヘルスの推進等に係る研修会や情報・意見交換会等を開催し、保健事業担当者、保健指導従事者等の資質の向上や健康・医療・福祉の各分野との連携強化を図ります。

(オ) 生活習慣病の重症化予防の推進

特定健康診査の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよう、各保険者が特にリスクの高い人に受診の働きかけを行う体制づくりを支援します。

(カ) 保険者間連携の推進

生活習慣病の予防には若い時期からの予防の取組が重要であり、国民健康保険等と被用者保険との連携により現役世代からの取組を進めます。

県では全国健康保険協会滋賀支部（協会けんぽ）と「県民の健康づくりの推進に向けた連携に関する協定書」を締結しており、本協定を基にした、生活習慣病の予防、健康づくりに係る取組について、県および市町と協会けんぽとの連携強化を図ります。

また、滋賀県保険者協議会*において、特定健診やレセプトの分析、特定健診受診率向上や保険者の枠を超えた保健事業の実施に向け、保険者間連携の強化に取り組めます。

② 糖尿病の重症化予防

糖尿病は適切な血糖コントロールを継続されないと、慢性合併症を発症します。そのひとつである糖尿病性腎症は、慢性透析につながり、患者の生活の質（QOL）を低下させます。そこで、糖尿病の重症化を予防するために、滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム*を基に、保険者・医療機関・その他の関係機関の連携および協力体制を推進します。

(ア) 医療につなげる受診勧奨の推進

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者に対して、受診勧奨・保健指導を推進します。

(イ) かかりつけ医と連携した保健指導の推進

医療機関受診中の者について、各保険者や県・市町は糖尿病性腎症による慢性透析の導入を予防するために、かかりつけ医と連携した専門職種による保健指導の実施体制を整備します。

(ウ) 重症患者に対するかかりつけ医と専門医との連携した治療

かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うとともに、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者中心とした医療の提供を促進します。

(3) その他の医療費適正化に向けた保険者の取組支援

主に国民健康保険の保険者および後期高齢者医療広域連合に対して、国民健康保険団体連合会とも連携しながら以下の取組みを支援します。

- ① 診療報酬明細書（レセプト*）の審査および点検の充実
- ② 医療費通知の充実
- ③ 後発医薬品に切り替えた場合の「差額通知」の充実
- ④ 第三者求償や不正利得、不当利得回収の積極的推進
- ⑤ 効果を上げている保険者の取組み事例等を参考にした他の保険者での新たな取組みの推進

(4) 医療の効率的な提供の推進

① 病床機能分化と連携の推進

超高齢社会・人口減少社会を迎え、人口の急速な高齢化に伴い医療需要の増加が見込まれる中、限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、地域の医療機関の機能の分化と連携を進め、入院から在宅療養への円滑な移行の促進を図ることにより、急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまでの体制を構築します。

医療機関が担っている医療機能（急性期、回復期、慢性期など）の情報を把握、分析し、必要な医療機能がバランスよく提供される体制が構築されるよう努めます。

地域の医療機関が一体となって患者中心の医療を実現するため、入退院調整機能の充実や地域連携クリティカルパスの活用を進め、切れ目のない連携体制を構築し、県民の生活の継続性を維持できるよう努めます。

各保健医療圏域における医療機関の機能の分化と連携は、地域医療構想における将来推計を参考に、県や市町、医療機関、医師会等で構成される地域医療構想調整会議において協議・調整を行い、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、関係者の協力を得て進めます。

② 医療福祉・在宅看取りの推進

(ア) 入退院と在宅療養との切れ目ない円滑な連携の促進

病院と在宅療養とをつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用や地域連携クリティカルパスの活用を促進し、暮らしを分断しない外来・入院治療、退院支援、在宅療養を支援する医療介護連携体制の構築を図ります。

入院前から退院後の在宅療養を見据えた支援が行えるよう、病院の退院支援機能の強化に向け、病院看護師に対する研修の実施や訪問看護体験等の取組を支援します。

(イ) 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワーク活動の促進

在宅療養を担う診療所、訪問看護ステーション、薬局等の増加や、医療職と介護職、医療関係機関と介護事業所とのネットワーク化を促進するとともに、住民に対しかかりつけ医を持つことの普及啓発を行います。

在宅療養を支援する多職種が、支援目的を共有し、互いの機能を引き出し高め合えるよう、顔の見える関係づくりの支援や市町の地域リーダーの活動強化に向けた研修会や交流会の開催等により、ネットワーク活動の促進を図ります。

(ウ) 新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とスキルアップの仕組みの構築

在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催や医師が訪問診療に同行体験する機会の提供、訪問看護ステーションの開設支援や機能強化、訪問看護師の人材確保やキャリアアップに向けた取組等により、在宅医療に携わる人材の確保・育成を行います。

新たな在宅医療ニーズに対応できる人材を育成するため、介護支援専門員の医療的ケアの知識の向上や医療的ケアを実施できる介護職員の計画的な養成、介護施設で働く看護職員のスキルアップなどを行います。

(エ) 本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり

住み慣れた地域・在宅での療養・看取りを推進するため、二次保健医療圏域ごとに多職種で協議を行いながら、地域特性に応じた支援体制づくりを進めます。

増加する介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設等の介護職員を対象とした研修会やグループワークを開催するなどし、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。

(オ) 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実

市町単位での在宅医療・介護連携が円滑に進められるよう、多職種・多機関連携をコーディネートできる人材の育成や環境づくり、ICTを活用した情報連携の取組に対する支援などを行い、在宅療養を支援する拠点機能の充実を図ります。

市町が目指す姿を描きながら多職種・多機関の協働のもとで計画的に推進できるよう、市町に対するヒアリング等を通じた現状把握や各種データの情報提供、意見交換会や研修会の開催、健康福祉事務所を中心とした市町と関係機関・団体との関係づくりのサポート等により、市町の取組を支援します。

(カ) 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

限られた医療・介護資源を暮らしの中でどのように活用すれば、人生の最終段階を迎えるまで望む形で暮らし続けることができるか、どのように

すれば満足な死を迎えることができるかについて、自らが考えて行動できるよう、県民に対する情報発信やフォーラムの開催等により普及啓発を行います。

本人が望む形での在宅療養・看取りが実現できる地域を創造するため、医療福祉サービス関係者をはじめ県民や行政等が協議や必要な研修の開催等を行いながら、一体となって推進します。

③ 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進を図るため、以下の取組を行います。

- (ア) 滋賀県後発医薬品安心使用促進協議会を通じて関係機関等と連携し、後発医薬品の使用を促進するための情報共有等を図り、使用促進に努めます。
- (イ) 先発医薬品を後発医薬品に切り替えることによる差額を保険者が被保険者に通知することにより、後発医薬品の使用促進を図ります。
- (ウ) 県内の後発医薬品製造業者に対する定期的な査察および品質検査を実施し、一層の安全性、有効性の確保を図ります。

④ 医薬品の適正使用の推進

- (ア) 国民健康保険等において、重複・頻回受診者に対する指導とともに、重複服薬者等を対象とした訪問等による指導を行い、実施後は診療報酬明細書（レセプト）による効果測定（評価）を実施します。
- (イ) 「患者のための薬局ビジョン」（平成 27 年 10 月 23 日厚生労働省公表）を推進することにより薬剤師・薬局のかかりつけ機能を強化するとともに、電子お薬手帳の普及を促進し、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・指導が行われることにより、医薬品の適正使用の推進に努めます。

3 保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力

計画に掲げた取組を円滑に進めていくために、保険者、健診・保健指導機関、医療機関および教育機関や介護サービス事業者等と様々な機会を捉えて情報交換を行うなど連携・協力を図ります。

また、保険者協議会において、保険者が行う保健事業の情報を共有するとともに、県内保険者が連携して実施する保健事業等を推進します。

4 医療に要する費用の見通し

平成 27 年度(2015 年度)における県民医療費は、4,222 億円でしたが、平成 35 年度(2023 年度)には、4,878 億円になると見込まれます。

この計画に定める施策を実施した場合は、4,824 億円となる見込みであり、適正化の効果は概ね 54 億円と見込まれます。

《再掲》第三期医療費適正化計画における数値目標

目 標 項 目 (★は滋賀県の独自目標)			平成 27 年度 (2015 年度)実績	平成 35 年度 (2023 年度)目標	
住 民 の 健 康 の 増 進 に 関 す る 目 標	健 康 の 増 進 に 関 す る 目 標	たばこ対策に関する目標	成人（20歳以上）の喫煙率 男性 29.1% 女性 4.0%	男性 27.2%以下 女性 3.0%以下	
		肥満者の減少に関する目標（★）	肥満者の割合 男性（20～60歳代）25.8% 女性（40～60歳代）15.9%	男性（20～60歳代）22.0%以下 女性（40～60歳代）12.0%以下	
		食事バランスに関する目標（★）	バランスのとれた食事に気をつけている人の割合 (20歳代) 男性 18.1% 女性 33.3% (40歳代) 男性 28.8% 女性 62.1%	(20歳代) 男性 30.0%以上 女性 55.0%以上 (40歳代) 男性 45.0%以上 女性 70.0%以上	
		運動習慣に関する目標（★）	「健康づくり」のための運動を実施している人の割合(20～64歳) 男性 20.4% 女性 18.3%	男性 26.0%以上 女性 25.0%以上	
		食事を ^か 噛んで食べる時の状態に関する目標（★）	「何でも ^か 噛んで食べることができる」人の割合(60歳代) —	80.0%以上	
		予防接種に関する目標	インフルエンザ、肺炎球菌感染症（高齢者）の接種率 インフルエンザ 52.0% 肺炎球菌感染症（高齢者）44.0%	(各年度いずれも) インフルエンザ 52.0%以上 肺炎球菌感染症（高齢者）44.0%以上	
	に 関 す る 目 標	生 活 習 慣 病 の 発 症 予 防 、 重 症 化 予 防	特定健康診査の受診率に関する目標	保険者による特定健康診査受診率 49.7%	70.0%以上
			特定保健指導の実施率に関する目標	特定保健指導が必要と判断された対象者の特定保健指導実施率 20.5%	45.0%以上
			特定保健指導対象者の割合の減少率に関する目標	特定保健指導対象者の割合の減少率(平成20年度比) 11.3%	25.0%以上
			糖尿病の重症化予防に関する目標	糖尿病性腎症による新規透析導入者数 181人	各年度 181人以下
推 進 に 関 す る 目 標	医 療 の 効 率 的 な 提 供 の 目 標	後発医薬品の使用促進に関する目標	後発医薬品の使用割合(数量ベース) 67.0% (平成28年度実績)	80.0%以上	
		医薬品の適正使用の推進に関する目標	重複投薬・多剤投与の対象者への指導	(重複頻回受診者等訪問指導事業を平成29年度にモデル実施)	3医療機関以上から同一成分を持つ薬剤投与を受けている重複服薬者や15種類以上の薬剤投与を受けている多剤投与対象者に指導実施
			電子お薬手帳の普及率	県民の4.4% (平成28年度実績)	県民の20%以上

～ 第三期医療費適正化計画に定める施策を実施した場合の効果額（見込） 54億円 ～

第4章 計画作成のための体制の整備および達成状況の評価

1 計画作成のための体制の整備

(1) 関係者の意見を反映させるための体制の整備

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとするのが求められていることから、学識経験者、医療関係団体の代表者、医療を受ける立場にある者の代表者で構成される滋賀県医療審議会医療費適正化計画部会を開催し、計画に意見を反映させます。

(2) 市町との連携

市町では、住民の健康の保持の推進に関し、健康増進の啓発事業等を実施しているなど、医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことから、計画の作成、変更等において市町との連携を図ります。

(3) 保険者との連携

「高齢者の医療の確保に関する法律」の改正（平成27年(2015年)）により、第3期医療費適正化計画から、その策定にあたり都道府県は保険者協議会に事前に協議するとともに、計画策定後、計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなりました。

これを踏まえ、保険者協議会を通じ保険者の協力を得ながら本計画の推進を図るとともに、計画の作成や見直しにあたり協議を行うなど、保険者との連携を図ります。

(4) 医療の担い手等の取組

医師、歯科医師、薬剤師、看護師をはじめとする医療の担い手等は、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ことが必要です。

保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するにあたって、保険者等との協議において議論を深めるとともに、自らが所属する医療機関の位置づけを確認しつつ、医療機関相互の協議により、地域における病床機能の分化および連携に応じた自主的な取組を進めることが求められます。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めるとともに、医薬品の処方医とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携のもとで、一元的・薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組が求められます。

(5) 県民の取組

急速な少子高齢化など医療を取り巻く環境が大きく変化している現在にあつては、県民の一人ひとりが、医療保険制度を支える側でもあるという視点から、自らの責任において主体的、積極的に健康の保持・増進や生活習慣病予防への取り組みに関わることが必要です。

また、安全・安心な医療を受けるためには、限られた医療資源を有効に活用することが大切であり、身近なかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等を持ち、相談しながら症状に応じた医療機関を受診するなどの対応が

求められます。

2 達成状況の評価

高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定により、医療費適正化計画は6年を1期として作成することとなっています。このため、この第三期計画については、平成30年度(2018年度)から35年度(2023年度)までの6年間を対象とします。

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価および見直し、改善の一連の循環により進行管理をしていきます。

(1) 進捗状況の公表

年度(計画最終年度および実績評価を行った年度を除く)ごとに進捗状況を公表します。

また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および分析を行い、その結果を公表します。計画期間終了の翌年度である平成36年度(2024年度)に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その内容を公表します。

(2) 評価の活用

毎年度の進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を行います。

また、計画期間の最終年度における進捗状況に関する調査および分析の際に、目標の達成状況について経年的に要因分析を行い、その分析に基づいて必要な対策を行うとともに、第四期計画の作成に活用します。

【用語解説】

あ 行

医療制度改革

急速な少子高齢化が進む中で、利用者の視点に立った効率的で、安心かつ質の高い医療を提供し、後期高齢者医療制度の創設や療養病床の再編などの施策により、国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度を構築するための改革。

医療福祉

保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するというにとどまらず、地域での暮らしを支えるという統一的な考えの下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉。

か 行

後期高齢者医療費

高齢者の医療費を国民全体で公平に負担し合うという老人保健制度の趣旨を発展的に継承し、医療制度改革の施策として、75歳以上の高齢者である後期高齢者を対象として、平成20年度(2008年度)に創設された後期高齢者医療制度にかかる医療費。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）と同じ有効成分で効能・効果の等しい医療用の医薬品のこと。先発医薬品の特許が切れた後に、厚生労働大臣の承認のもとに新たに他社から製造販売されるため、後発医薬品と言われている。

国民医療費

全国で1年間に医療のために支出される費用の総額をいい、公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの公費負担医療費や窓口の自己負担を含んだ金額である。

国民皆保険

すべての国民がなんらかの公的な医療保険制度に加入している状態をいい、「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受けられる体制のこと。

さ 行

在宅医療

住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、生活の場において必要な医療サービスが受けられる体制のこと。

在宅療養支援診療所（病院）

高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所(病院)。

健康いきいき21

平成13年(2001年)3月に、県民の健康づくりを支援する社会環境づくりを総合的に推進するため策定した本県の健康増進計画で、平成30年(2018年)3月に改定。県民の豊かな生活と健康寿命の延伸を目指して、生活習慣病予防の推進と、健康を支える守るための社会環境の整備を進めている。

滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 30 年（2018 年）3 月に、人工透析の原因疾患で最も多い糖尿病に対して、重症化リスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を医療につなげるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して県内の保険者および市町が医療機関と連携して、腎不全、人工透析への移行防止および遅らせることを目的として策定したプログラム。取組の考え方や関係者の役割を示すもの。

滋賀県保健医療計画

医療圏、基準病床数等の医療提供体制の確保について定めた医療法第 30 条の 4 に基づく計画。平成 30 年（2018 年）3 月の改定では、『県民の健康的な生活を支える「医療福祉の推進」』を基本理念とし、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）も見据えた内容となる。

滋賀県保険者協議会

県内の医療保険者を構成委員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者の健康保持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を図ることを目的に設立された団体。

集合的な契約の枠組み

全国にちらばっている場合もある健康保険組合や共済の被保険者や被扶養者が、地元で特定健康診査・特定保健指導を受けることができるための仕組み。全国の医療保険者と健診・保健指導実施機関が都道府県単位等で代表者を決めて、互いに集団的に契約を結ぶ。

受療率

患者調査は 3 年に 1 回実施され、抽出された医療施設における 10 月の 3 日間のうち指定された 1 日の入院・外来患者および 9 月 1 ヶ月の退院患者についての調査であり、その調査から得られるもので、推計患者数（調査日に受療した患者の推計数）を人口 10 万人当たり（10 万対）で表し、次の式で算出される。

$$\text{受療率} = \frac{\text{調査日（指定した日間）に医療施設で受療した推計患者数} \times 100,000}{\text{人口}}$$

生活習慣病

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患のこと。

相関関係

二つのものが密接にかかわり合い、一方が変化すれば他方も変化するような関係。数学的には -1 から 1 の範囲をとる相関係数で示され、相関係数が -1 または 1 に近いほど相関関係が高い。

た 行

地域包括ケアシステム

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）で適切に提供できるような地域での体制。

地域連携クリティカルパス

病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から集中的なリハビリをする「回復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリをする「慢性期病院・施設」まで、切れ目のない治療が提供でき、早期に自宅に帰れるよう地域全体の関係機関が協働で作成する診療計画表。

超高齢社会

一般的には、高齢化率（65歳以上の人口が総人口に占める割合）が21%を超える社会をいう。ちなみに、高齢社会は高齢化率が14%～21%である社会を指し、日本は平成6年（1994年）に高齢社会に、平成19年（2007年）に超高齢社会になっている。

特定健康診査

生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見することを目的とした健診であり、医療保険者（国保、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者および被扶養者）を対象として行う。

特定保健指導

メタボリックシンドロームに着目した個人の生活習慣の改善に重点を置き、行動目標を自ら設定し実行できるよう、個人の行動変容を目指すものであり、医療保険者が特定健康診査の結果により抽出された健康の保持に努める必要がある人に対して行う保健指導。

は 行

病床機能報告

医療法の規定により、医療機関が有する病床（一般病床および療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向について、機能区分の定義に基づき病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度。

訪問看護ステーション

子どもや高齢者、障害のある人など医師が必要と認めた全ての方に、看護師等が居宅へ訪問し、看護サービスを提供する事業所。

保健医療圏

住民が求める保健サービスや医療の水準ごとに、需要と供給のバランスを図り、適切かつ効率的な保健サービスや医療の提供を行うために設定する圏域のこと。

一次保健医療圏：身近で頻度の高い保健サービスや医療に対応するための圏域で、市町の行政区域

二次保健医療圏：入院治療が必要な一般的な医療需要に対応するための圏域で、保健所の管轄地域

三次保健医療圏：特殊な診断や治療が必要となる高度で専門的な保健サービスや医療の需要に対応するための圏域で、滋賀県全域

保険者

保険事業の運営主体。本計画では、医療保険者等（国民健康保険の運営主体である市町および国保組合、健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合、後期高齢者医療広域連合等）を指す。

ま 行

メタボリックシンドローム

内臓脂肪肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を示す病態。それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患などの発症リスクが大きい。内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクを低くできる。

ら 行

レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン

老人福祉法に基づく「老人福祉計画」と介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」を一体化し、滋賀県の高齢者施策に関する総合的な計画として、医療と介護が一体となって県民の生活を支える「滋賀の医療福祉」の実現を目指して策定した計画。平成30年(2018年)3月に改定。

レセプト

患者が受けた診療について、医療機関等が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のことであり、診療報酬明細書（医科・歯科の場合）または調剤報酬明細書（薬局における調剤の場合）とも呼ばれる。