

岐阜県医療費適正化計画

平成20年度～平成24年度

平成20年3月

岐阜県

目次

岐阜県医療費適正化計画について p 3

第1章	計画の概要	p 4
1-1.	計画の位置づけ	
1-2.	計画の構成	
1-3.	計画の期間及び評価	
1-4.	他の計画との関係	
第2章	課題と対策	p 6
2-1.	計画の背景（人口構造・医療提供体制・医療費の動向）	
2-2.	今後の対策と5年後の目標	
第3章	老人医療費の動向を中心とした岐阜県の特徴	P 1 1
3-1.	全国平均を下回る入院医療費と全国平均並みの入院外医療費	
3-2.	老人医療費等に見る疾病予防対策上の重要課題	
3-3.	市町村別対策の必要性	
第4章	県民の健康の保持の推進に関する目標	p 1 7
4-1.	メタボリックシンドローム対策の必要性	
4-2.	健康増進対策の基本としての健診の受診の徹底	
4-3.	県民の健康の保持の推進に向けた目標の考え方	
4-4.	その他の指標（ヘルスプランぎふ2 1と連動して推進する目標）	
第5章	医療の効率的な提供の推進に関する目標	p 2 2
5-1.	多様な医療・療養・介護の場の必要性	
5-2.	療養病床再編計画の考え方	
5-3.	医療の効率的な提供と平均在院日数の短縮	
第6章	岐阜県の医療費の将来見通しと対策の効果	p 2 9
第7章	目標実現に向けた取り組み	p 3 0
7-1.	目標実現に向けた取り組み主体と役割	
7-2.	目標実現に向けて県が取り組む施策	
第8章	計画の推進体制と評価	p 3 4
8-1.	計画の推進体制	
8-2.	計画の評価	
8-3.	計画の公表・啓発等	
巻末	地域ケア体制整備編（療養病床再編計画）	
1	岐阜県医療費適正化計画「地域ケア体制整備編」について	p 2
2	地域ケア体制の整備に向けた取り組み	p 5
3	療養病床再編計画	p 1 7
参考	療養病床再編に関する相談窓口・問い合わせ先	p 2 0

岐阜県医療費適正化計画について

背景

本県の高齢者人口は、2010年代当初に50万人を超え、2020年代に60万人に近づいた後は概ね横ばいで推移していくと推計されています。

時期を同じくして、長年にわたる少子化傾向が社会や経済の担い手の減少へと推移し、今後数十年間にわたり県民生活のあらゆる分野に深刻な影響を及ぼすと予測されます。これは、子どもの数が少なく今後高齢者となる年代層が多いという人口構成の延長において、もはや避けることのできない将来の地域の姿です。

地域医療の確保対策としての医療費適正化計画

本県の医療は、全国的に見ても比較的低い水準にある医師数や病床数によって支えられています。

一方、今後の高齢者人口の増加により、通院から入院、療養から看取りに至るまで、医療に対する需要も着実に増加していくと予測されます。

これに加えて、医療従事者を確保することの難しさ、高齢者を中心とした医療費の増加、県経済の低成長といった最近の傾向がこのまま継続していくと、医療を必要とする高齢者が増加する一方で、地域の医療体制は量的にも経済的にもそれを受け止められないという状況に陥ることも予測されます。

これから高齢者となっていく年代層を含めた計画的な健康づくり対策は、医療提供体制の破綻を回避する方策の一つです。また、医療機関の連携の強化や役割の見直しなど、県下の医療提供体制の効果・効率を高めていくための対策についても、全年齢に占める高齢者の割合が最も高くなる時点に間に合うように計画的に取り組んでいく必要があります。

これまでの保健医療対策の再構築としての医療費適正化計画

健康づくりへの体系的な取り組みとして、全国では健康日本21、本県ではヘルスプランぎふ21において数値目標等を掲げ、対策を講じてきました。しかし、取り組みの開始から5年以上が経過した現在、それらが十分な成果をあげているのか、将来に向けた対策として引き続き有効であるのかについて検証する必要があります。

一人ひとりの身体の状況や生活環境は様々です。従って、県民全体を対象とした啓発や健康法の普及に加え、健診の徹底によって一人ひとりの健康状態を正しく把握し、適切な保健指導を行い、生活習慣の改善等に向けて動機づけていくという一貫した対策が重要になります。こうした取り組みは、その他の保健衛生施策から医療提供体制の整備まで、あらゆる対策の出発点になると考えられます。

県民の生活の質の向上と医療費適正化計画

以上の対策は、患者数の減少や一人ひとりの身体・健康状態に応じた効果的・効率的な医療の提供により、医療機関や医療従事者の数が増加する場合と同じ効果をもたらすだけでなく、できるだけ住み慣れた家庭や地域で健康な生涯をおくるといふ、生活の質の向上へとつながるものです。

岐阜県医療費適正化計画では、こうした県民の健康の増進や医療の効率的な提供の推進に向けて、5年後の目標と対策を定めます。

第1章

計画の概要

根拠：高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項

内容：「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に向けた目標と対策

期間：平成20年度～平成24年度（5カ年）

関連計画：岐阜県保健医療計画

ヘルスプランぎふ21（岐阜県健康増進計画）

岐阜県高齢者安心計画（岐阜県老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画）

1-1. 計画の位置づけ

岐阜県医療費適正化計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項に基づき、同法第8条による医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を踏まえ、県民の健康の増進及び医療の効率的な提供を実現するための目標と対策を定めるものです。

1-2. 計画の構成

全国共通の目標である生活習慣病の予防を通じた県民の健康の保持の推進、効率的な医療提供体制の構築と平均在院日数の短縮を中心に、本県の地域特性や課題に合わせて、県として取り組むべき目標と達成方策を定めます。

また、地域ケア体制整備編として、高齢者の生活を支える医療・介護・住まい等に関する中長期的な需要の動向について分析し、各地域における計画的な療養病床の再編と医療・介護サービスの確保方策等について定めます。

岐阜県医療費適正化計画において定める内容

- 1．県民の健康の保持の推進に関し、県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、県が達成すべき目標に関する事項
- 3．上記1及び2の目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項
- 4．上記1及び2の目標を達成するための医療保険者、医療機関その他関係者の連携及び協力に関する事項
- 5．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
- 6．計画の達成状況の評価に関する事項
- 7．その他医療費適正化の推進のために必要な事項

1-3. 計画の期間及び評価

この計画の期間は、平成20年度から平成24年度までの5カ年とします。

なお、生活習慣病の予防対策として新たに制度化された特定健康診査及び特定保健指導の実施状況や、その他医療・健康を取り巻く環境の変化に応じて内容を見直していくほか、平成22年度に中間評価、計画終了後の平成25年度に実績評価を行います。

1-4. 他の計画との関係

本県の保健医療のあり方全般に関する計画である岐阜県保健医療計画及び県民の健康づくりに関する計画であるヘルスプランぎふ21（岐阜県健康増進計画）では、この計画に掲げる目的や目標を踏まえながら、各計画の主旨に沿って具体的な達成方策等を定めます。

また、平成20年度に改定する岐阜県高齢者安心計画（岐阜県老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画）では、この計画において定める地域ケア体制の整備に関する事項を反映しながら、高齢者の介護という観点からその詳細について定めます。

関連計画	医療費適正化計画と連動する記載事項
岐阜県保健医療計画	<ul style="list-style-type: none"> ・各医療圏の基準病床数 ・医療提供体制の整備、医療従事者の確保方策、発症から退院に至るまでの地域の医療連携体制 ・在宅医療の在り方 等
ヘルスプランぎふ21（岐阜県健康増進計画）	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防対策 ・その他生活習慣病の予防対策、生涯にわたる健康づくり 等
岐阜県高齢者安心計画（岐阜県老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画） 平成20年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスに対する需要の将来予測 ・施設・居住系サービスの確保 ・その他高齢者福祉に関する施策 等

資料1 医療費適正化計画の計画期間等



第2章 課題と対策

現状と課題

- ・ 県経済のマイナス成長と医療に対する負担の増加
- ・ 増加しつづける高齢者人口、高齢者人口が頂点に達した後も続く社会・経済の担い手の減少、医療提供体制の（相対的な）縮小傾向

高齢者の人口と全年齢に占める割合が頂点に差し掛かる2020年代以降を見据えた対策

- ・ 生活習慣病有病者の減少による医療需要の増加の抑制
- ・ 医療機関の役割の見直し等を通じた効果的・効率的な医療提供体制の構築（岐阜県保健医療計画における医療連携体制の構築及び医療従事者の量的確保方策との連動）

2-1. 計画の背景（人口構造・医療提供体制・医療費の動向）

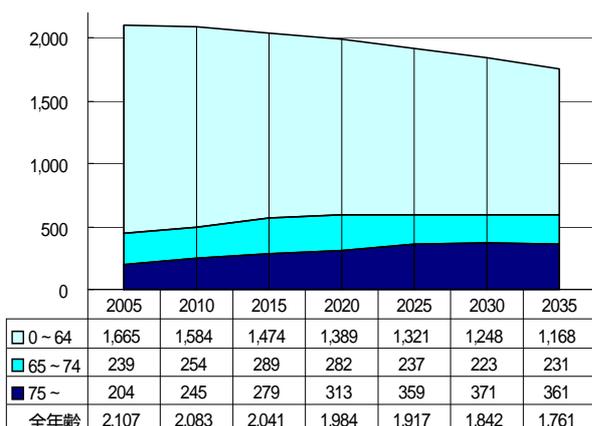
高齢者人口が頂点に達した後も続く若年人口の減少

県内の高齢者人口は2010年代当初に50万人を超え、2020年代に60万人に近づいた後は概ね横ばいで推移していくと推計されています。しかし、社会・経済を支える現役世代の減少が重なり、全年齢中に占める割合は一層大きくなっていくと推計されています。

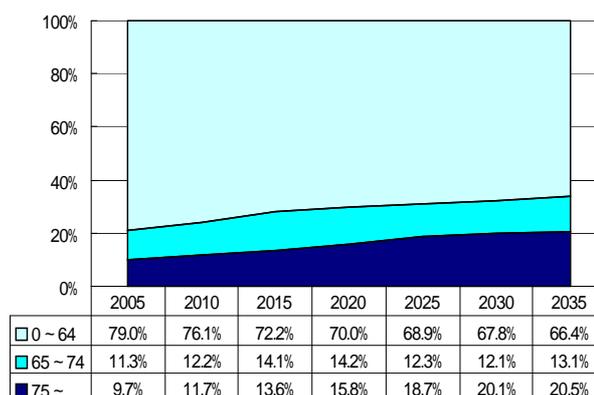
こうした人口構成の変化から、高齢者人口の増加に加え、若年層の減少も今後の地域社会・経済に深刻な影響を及ぼすと予測されます。今後、近年の少子化傾向が改善されたとしても、新たな世代が社会・経済の担い手の中心を占めるには長い期間を要し、少なくとも高齢者の人口や割合が頂点を形成する時点には間に合いません。

資料2 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来人口推計(H19.5推計)」

岐阜県の将来人口推計(単位:千人)



岐阜県の将来人口推計(構成比)

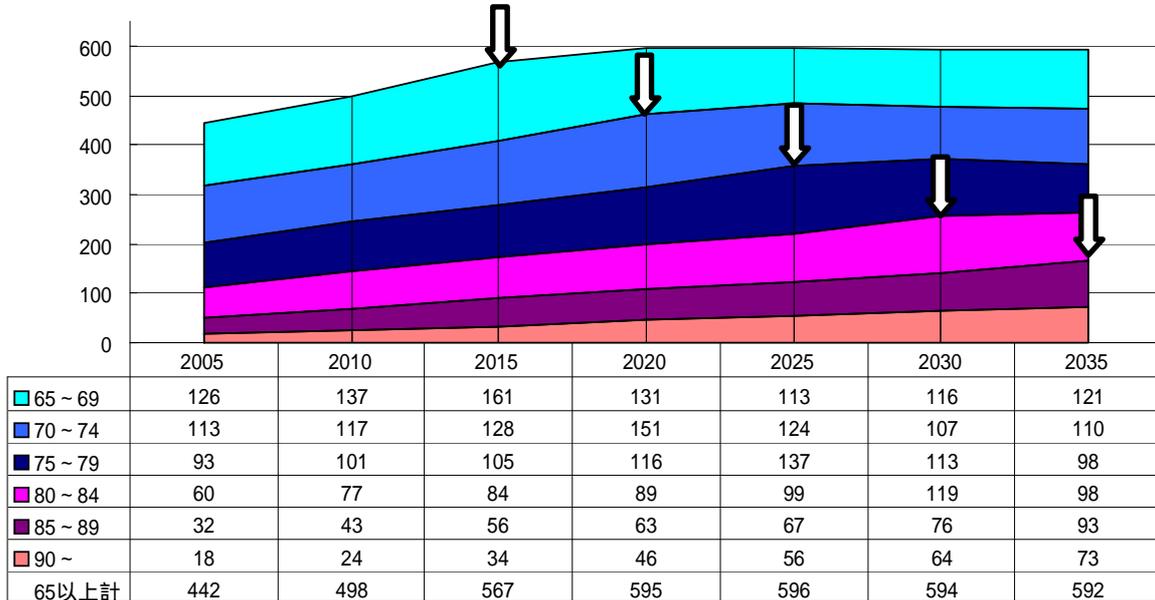


また、高齢者人口の構成（資料3）に着目すると、後期高齢者（75歳以上）の中でも80歳以上の年齢層の人口及び構成比が現在よりも大幅に増加すると予測されます。例えば、後述する療養病床の入院患者の6割強が80歳以上の方々であり、今後の医療・介護サービスのあり方や確保方策を考えるに当たっては、こうした傾向についても考慮していくことが不可欠となります。

年齢階層別に高齢者人口の構成比を見ると、今後10年間に新たに高齢者となる層が大きなグループを構成し、次第にその数を減少させながら75歳以上の後期高齢者層の頂点、平均寿命である80歳前後の年齢層の頂点を形づくると予測されます。従って、高齢者の健康や医療を確保するための対策についても、こうした構成比の変化に沿って重点を移していく必要があります。

資料3 将来人口推計における高齢者層の年齢構成の推移（資料2より再編集）

年齢階層別高齢者人口推計(単位:千人)



(1)当面の優先課題としての健康づくり

平成24年度（2012年度）までの対策について定める今回（第一期）の計画では、県人口の高齢化が頂点に達する時点において当該年代層を形成する世代を中心とした健康づくり対策に取り組むことが必要です。

(2)今後の高齢化の進展を見据えたその他の対策

高齢者層の中での年齢構成の変化に沿って、一般的な健康づくりから寝たきり予防など、高齢者の健康や身体機能の維持に向けた予防対策へと重心を移していく必要があります。

また、高齢者の特性に応じた医療の確保、高齢者の住まいや介護の場の整備等、それぞれの時点に合わせて重点を移し、又はその時点に間に合わせるための対策を計画的に講じていく必要があります。従って、この計画の期間中において、県人口の高齢化が頂点に達する時期に向けた効果的・効率的な医療提供体制の構築に着手しなければならないと考えられます。

横ばい（相対的縮小傾向）にある医療提供体制

(1)基準病床数（一般病床及び療養病床）による全国比較

地域（二次医療圏）ごとに必要な病床の数を定める基準病床数による比較では、全国365の二次医療圏のうち、その6割において基準を上回る数の病床が整備されており、そうした過剰病床数は基準病床数の1割超に達しています。

これに対して、本県では全ての二次医療圏において、既存の病床数が基準病床数の範囲内となっています。

(2)高齢化の進展及び医療従事者の動向との比較

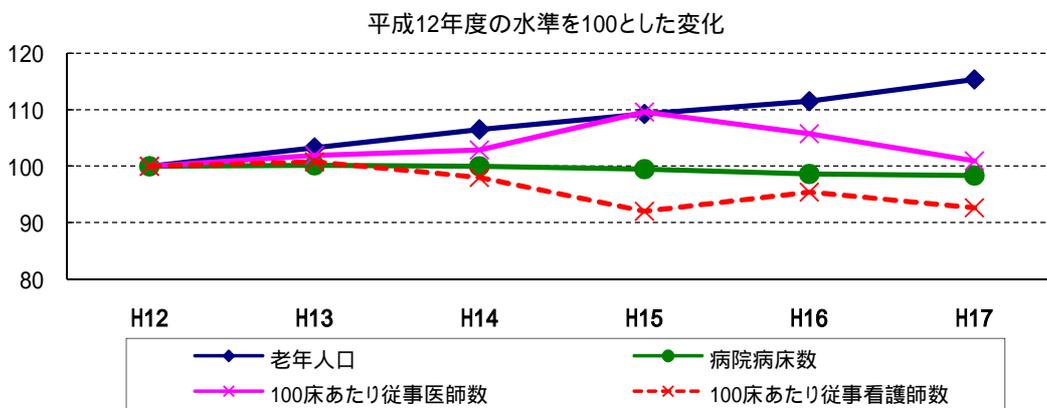
病院の病床数及びそこに従事する医師・看護師の数（ ）について、平成12年度を100としてその後5年間の推移を見ると、いずれも高齢化の進展とは逆に、±10%の範囲内でほぼ横ばい傾向で推移し、次第にその乖離が大きくなりつつあります。

現在の傾向がそのまま継続していった場合、近い将来において、医療や介護を必要とする高齢者が増加する一方で、医療・介護サービスの提供体制は、量的にこれを受け止められなくなるという状況に陥ることが予測されます。

資料4 病床数その他の医療資源の状況（県医療整備課データ、厚生労働省病院報告等を基に編集）

都道府県医療計画における医療圏及び基準病床数 H18.3.31 現在

二次医療圏(岐阜県)	5	基準病床数(一般・療養)	18,101
		既存病床数	16,712
病床過剰医療圏	0	過剰病床数	0
病床非過剰医療圏	5	非過剰病床数	1,389
二次医療圏(全国計)	365	基準病床数(一般・療養)	1,177,118
		既存病床数	1,283,434
病床過剰医療圏	225	過剰病床数	120,833
病床非過剰医療圏	140	非過剰病床数	14,517

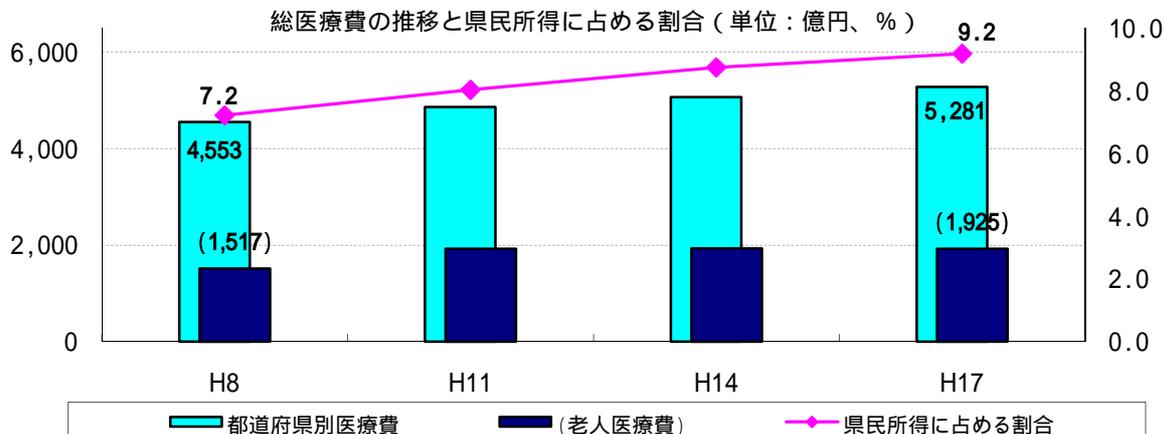


なお、100床あたり医師数・看護師数は、従事者数の増減のほか、分母である病床の数や種類（それぞれに人員配置基準や提供する医療の内容が異なる）の変化にも影響される。県下の医療機関の従事医師数そのものは、H12：3,346 H16：3,482と微増している。

県経済に占める医療費負担の増加、高齢者医療費の比率の上昇

本県医療費の全体的な規模は、平成8年度に4千億円台半ばであった水準が平成10年代に入り5千億円を超えています。こうした推移を基に将来を予測すると、平成20年代の半ばには6千億円を超えると推計されます（第6章を参照）。

資料5 医療費の規模と県内経済に占める割合（都道府県別医療費、老人医療事業年報等を基に編集）

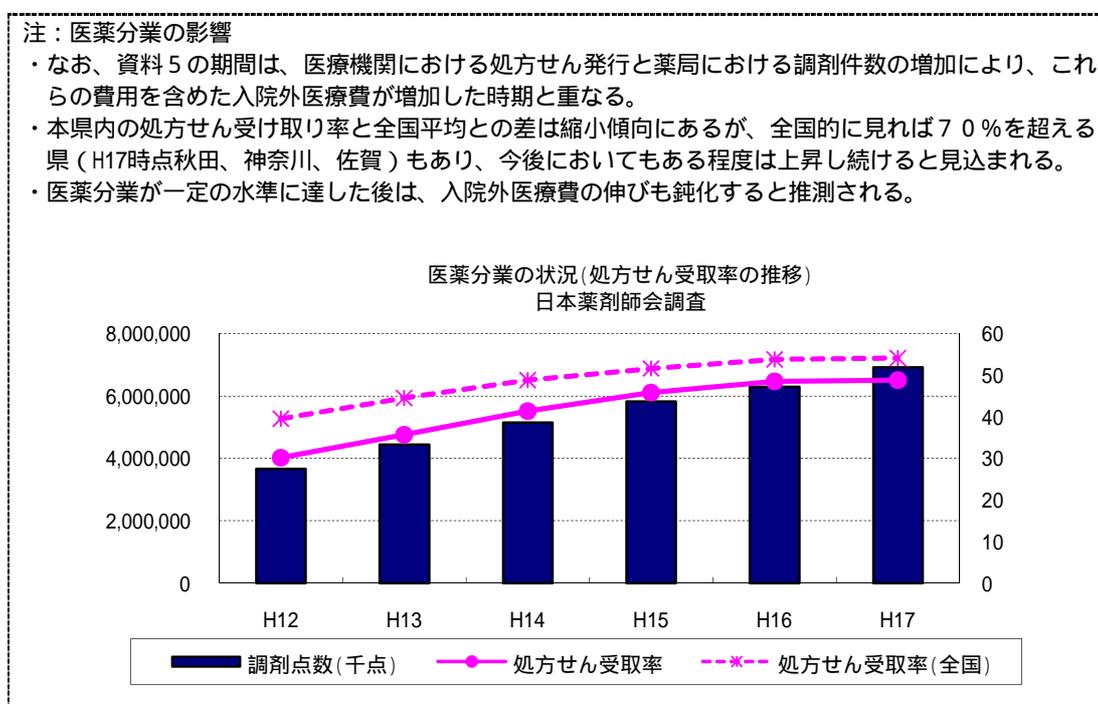


一方で、近年の県民所得は減少から横ばい傾向で推移しており、県民所得と対比した都道府県別医療費の比率は7.2%から9.2%に増加しています。県経済が引き続き低成長のまま推移すれば、経済・財政・家計に占める医療費負担の割合は一層重くなっていきます。

従って、県人口の高齢化が頂点に達する時期を見据えながら、その時点で高齢者層を構成する世代に着目し、生活習慣病の予防や効果的・効率的な医療提供体制の構築等に計画的に取り組んでいく必要があります。

医療費に関する統計は国民健康保険、社会保険及び老人医療費といった制度別に集計されており、また、社会保険分は請求医療機関の所在地別に集計されている。

そのため、資料5では3年ごとに国より公表される都道府県別医療費の数値を県下全体の医療費として掲載するとともに、参考として老人医療費の実績を()内に併記した。



2-2. 今後の対策と5年後の目標

対策の考え方

以上の現状と課題をふまえて、岐阜県保健医療計画では地域において必要な医療機能の確保、医療従事者の育成と県内への定着化等に向けた対策を講じていくこととしています。

しかし、医療提供体制の充実を目指す対策には、人員体制や経済的・財政的負担など一定の制約があることも事実です。従って、生活習慣の改善による疾病の発症や重症化の予防、医療機関の役割の見直しを通じた急性期医療や在宅医療の担い手の確保対策等を並行して進めていくことが必要になります。

将来に向けた患者数の増加の抑制や、一人ひとりの身体・健康状態に相応しい医療サービス・介護サービスを提供できる体制の構築は、医療機関や医療従事者の数を増やす場合と同様の効果をもたらすと期待されます。また、できるだけ住み慣れた家庭や地域で健康な生涯をおくることは、個人の生活の質や、地域の将来像にとっても望ましいと考えられます。

県民の健康の保持の推進に関する目標（高齢者医療確保法第9条第2項第1号）

県人口の高齢化の頂点を形成する2020年代～30年代において高齢者層を構成することとなる世代を中心に、計画的な生活習慣病対策に着手します。特に、内臓脂肪の蓄積により生活習慣病となる危険性が高い状態であるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査等の徹底により、その予備群及び該当者を減少させ、将来における生活習慣病の有病者の減少につなげます。

項目	H20年度（初年度）	H24年度目標
特定健康診査の実施率	計画開始後に把握	対象者の70%
特定保健指導の実施率	計画開始後に把握	特定保健指導が必要と判定された対象者の45%
上記を通じたメタボリックシンドローム予備群及び該当者（特定保健指導の対象者）の減少	計画開始後に把握	平成20年度と比べて10%の減少

目標の考え方は第4章を参照

医療の効率的な提供の推進に関する目標（高齢者医療確保法第9条第2項第2号）

急性期の処置等を担う医療機関と慢性期の療養を担う医療機関及びこれらが有する病床数の構成比を見直し、後者（療養病床）の再編を中心に、介護療養病床以外の施設・居住系サービス（以下、「介護施設」という。）における医療提供体制の充実や在宅における療養への支援を含め、効果的・効率的な医療提供体制の実現を目指します。

再編前（H19年度）	再編後（H24年度末）		
3,735 床 医療療養病床 2,545 床 介護療養病床 1,190 床	全国基準による H24 年度末療養病床数	1,910 床	将来の医療需要に備えた病床の確保 2,703 床
	一般病床等との間で今後の医療需要に対応（H19年4月以降の増加246床を含む）	793 床	
	うち一般病床への転換意向表明済み	14 床	
	回復期リハビリテーション病棟への転換		396 床
	介護施設への転換 （病床の廃止予定）		675 床 (207 床)

なお、回復期リハビリテーション病棟である療養病床については、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針において、再編の対象外とされている。

そのため、上記表中の再編前の療養病床数は回復期リハビリテーション病棟である療養病床の病床数を除いた数を計上している。また、通常の療養病床が回復期リハビリテーション病棟としての届出を行う場合は、介護施設等への転換と同様に再編後の療養病床数の外数として位置づけている。

また、療養病床再編を含めた医療の効率的な提供の推進について、県下全体の平均在院日数の推移から、その進捗状況や効果等を分析・評価していきます。

H18年度	H24年度目標
27.5日	26.6日

目標の考え方は第5章を参照

第3章

老人医療費の動向を中心とした岐阜県の特徴

老人医療費の動向

- ・病床数の少なさと平均在院日数の短さを反映した低い入院医療費
- ・全国平均並みの水準にある入院外医療費

今後の取り組みに向けた留意点

- ・循環器系疾患（特に脳卒中）、骨折、認知症等への予防対策が今後の医療費及び医療提供体制のあり方に大きく影響
- ・各市町村が主体となり、その特性や実情（これまでの健康づくり対策・保健事業等の実績、医療機関の受診動向、今後蓄積される健診データの分析）を踏まえながら住民への保健指導等に取り組むことが不可欠

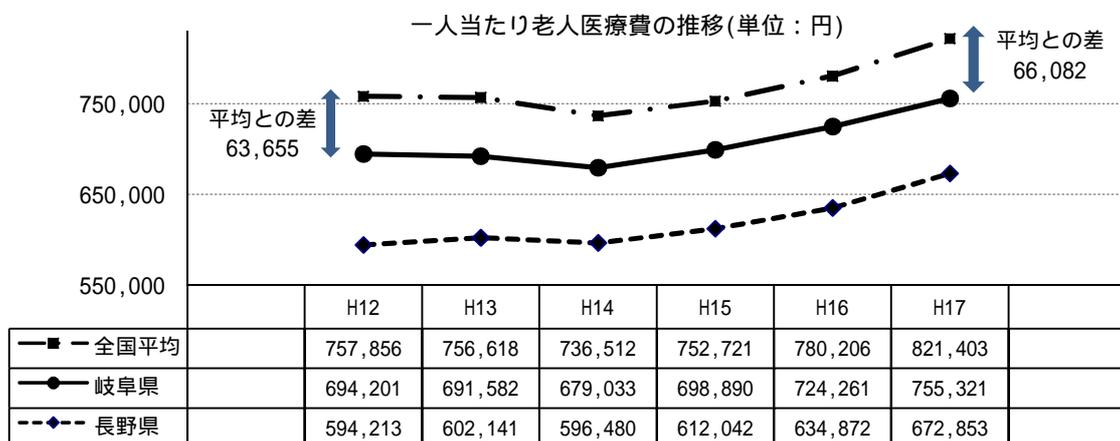
3-1. 全国平均を下回る入院医療費と全国平均並みの入院外医療費

全国の動向と同様の変化を描く一人当たり老人医療費

一人当たり老人医療費の推移について、全国平均及び全国で最も低い水準を維持し続けている長野県と比較すると、本県の医療費の伸びはその間にあって、全国平均の変動幅とほぼ同じ線を描いて増減してきました。

本県においても、これまでに様々な健康づくり対策を進めてきましたが、少なくとも、一人当たり医療費の増減という観点で見ると、むしろ全国共通の要素（高齢化の進展、生活習慣の変化、国による制度改正等）の影響を大きく受けながら推移してきていると考えられます。

資料6 一人当たり老人医療費の動向（平成17年度老人医療事業年報等より編集）

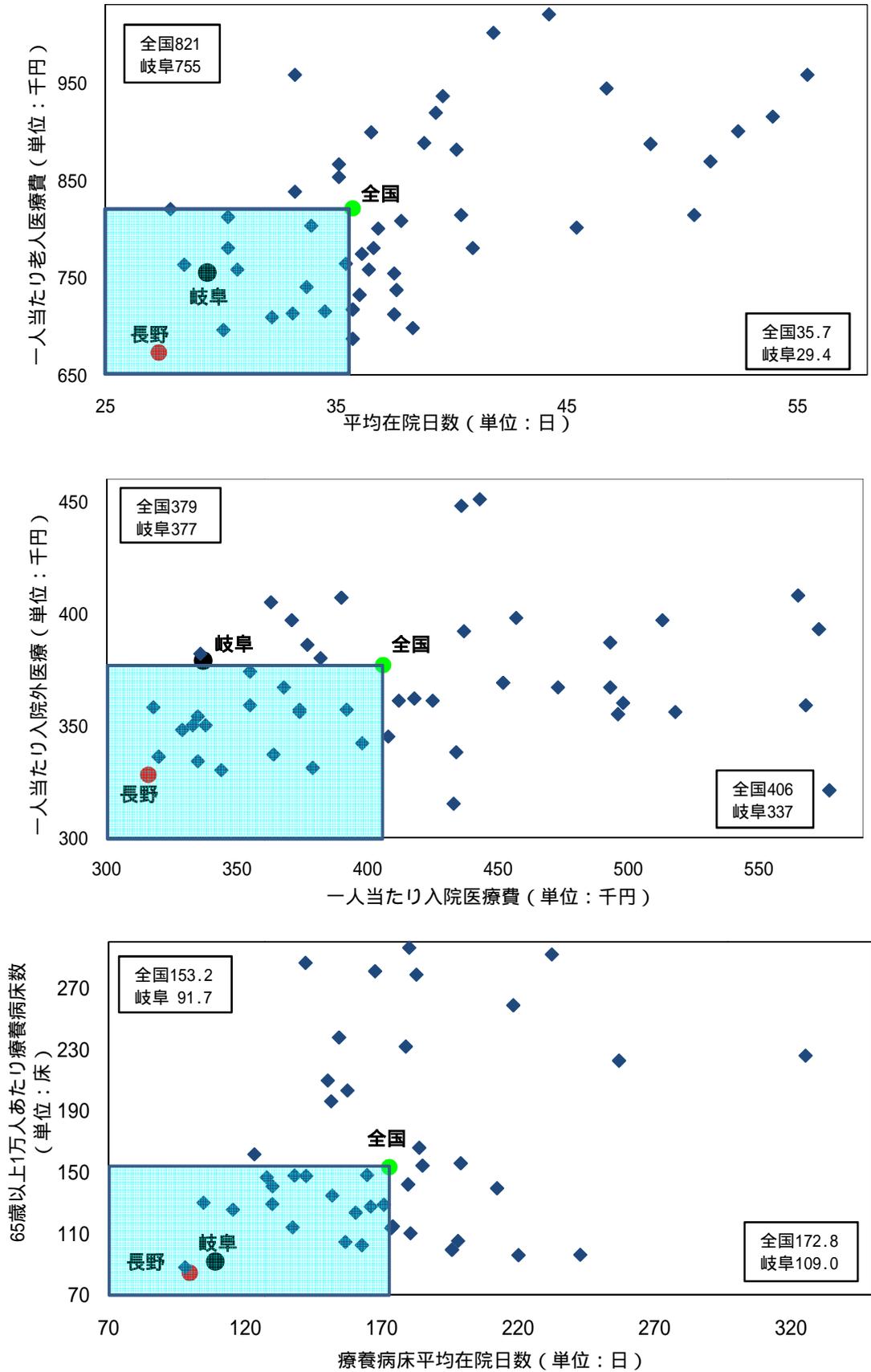


少ない病床数と短い平均在院日数

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針では、「一人当たり老人医療費を見ると、一番低い県と一番高い県では約1.5倍の差があり、その原因は入院医療費の差が大きな割合を占める」、そして、「老人の入院医療費は平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している」とされています。

老人医療費を入院・入院外に分けて見てみると、本県の入院医療費は全国平均を大きく下回る一方、入院外医療費は比較的全国平均に近い位置にあります。

資料7 医療費・平均在院日数・病床数の比較（平成17年度老人医療事業年報その他統計より編集）



これを平均在院日数に関連するデータ等と比較すると、現状において既に「人口当たりの病床数が全国平均よりも大幅に少ない」、「平均在院日数が全国最短の長野県に近い」、そのため、先に述べたとおり「入院外医療費は全国平均並みであるが、入院医療費が少ないため合計としての一人当たり老人医療費が全国平均よりも低くなっている」というのが、本県の特性です。

従って、将来に向けた医療提供体制の効率化や医療費負担の増加の抑制についても、こうした本県の特性をふまえ、地域において必要な医療水準を確保したうえで目標を設定するとともに、もう一つの目標である生活習慣病の予防対策との優先関係を考える必要があります。

3-2. 老人医療費等に見る疾病予防対策上の重要課題

疾病予防対策上の重要課題

老人医療費を疾病分類別に見た受診率と医療費（資料8）及び療養病床への入院患者に対する調査結果（資料9）から、循環器系の疾患（特に、脳梗塞及び脳出血）の予防対策は、今後の健康づくりの推進にあたっての重要課題であるほか、そうした対策の効果が、今後の医療サービスの確保や医療費負担の軽減化に大きく影響することになると考えられます。また、療養病床の再編に大きく影響することはいうまでもありません。

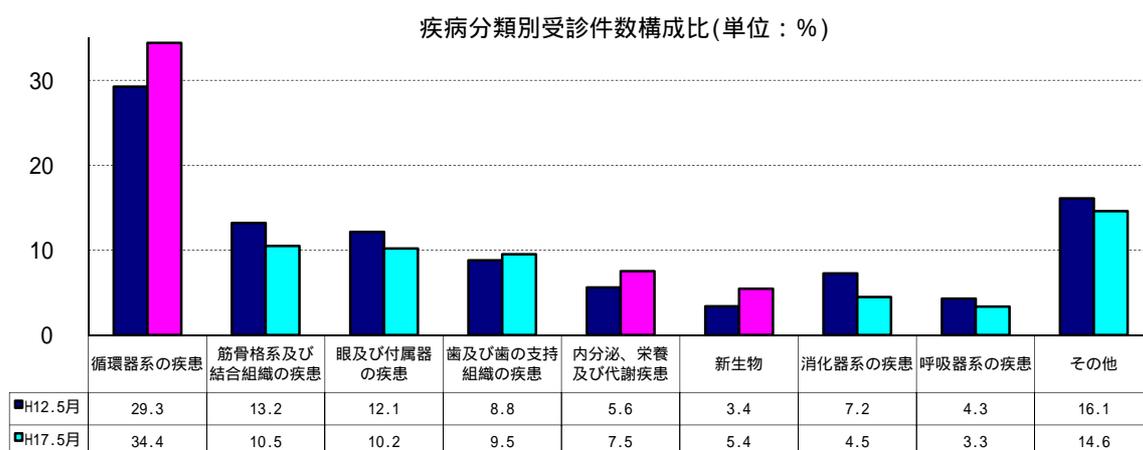
その他、骨折や認知症等についても予防に向けた対策を講じていく必要があります。

疾病分類別統計における循環器系疾患に要する医療費の状況

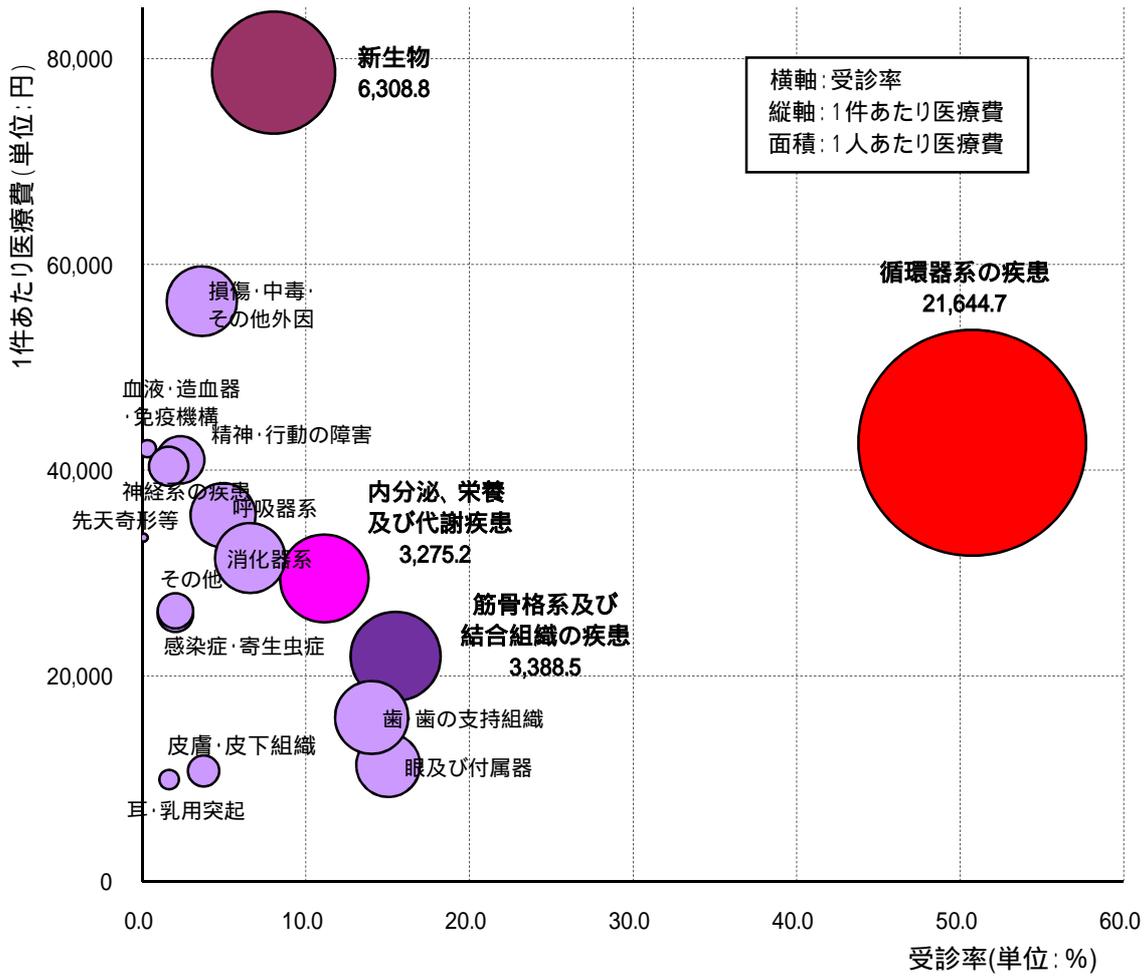
受診件数全体に占める割合を平成12年度と比較すると、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」及び「新生物」において、大きな伸びが見られます。

また、これら疾病別の一人当たり医療費の状況は、高い順から「循環器系の疾患」、「新生物」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の順と続きます。特に、循環器系の疾患は、受診率が著しく高く、一件あたり医療費も比較的高くなっています。

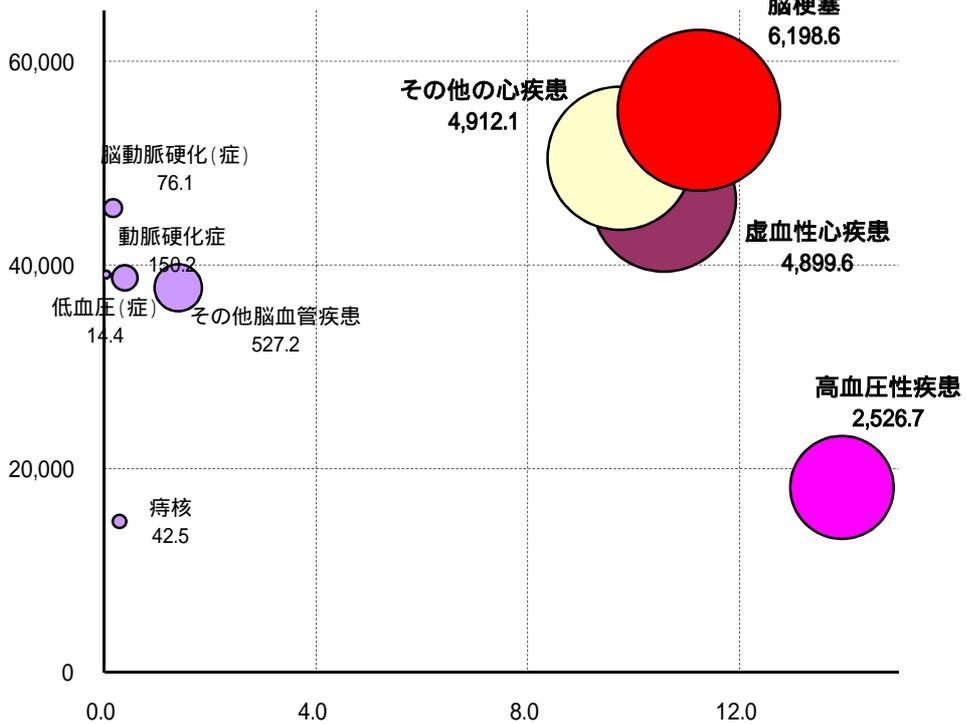
資料8 老人医療費（H17.5月分）における疾病分類別受診件数・受診率・医療費の状況



疾病分類別 受診率・1件あたり医療費・1人あたり医療費の比較



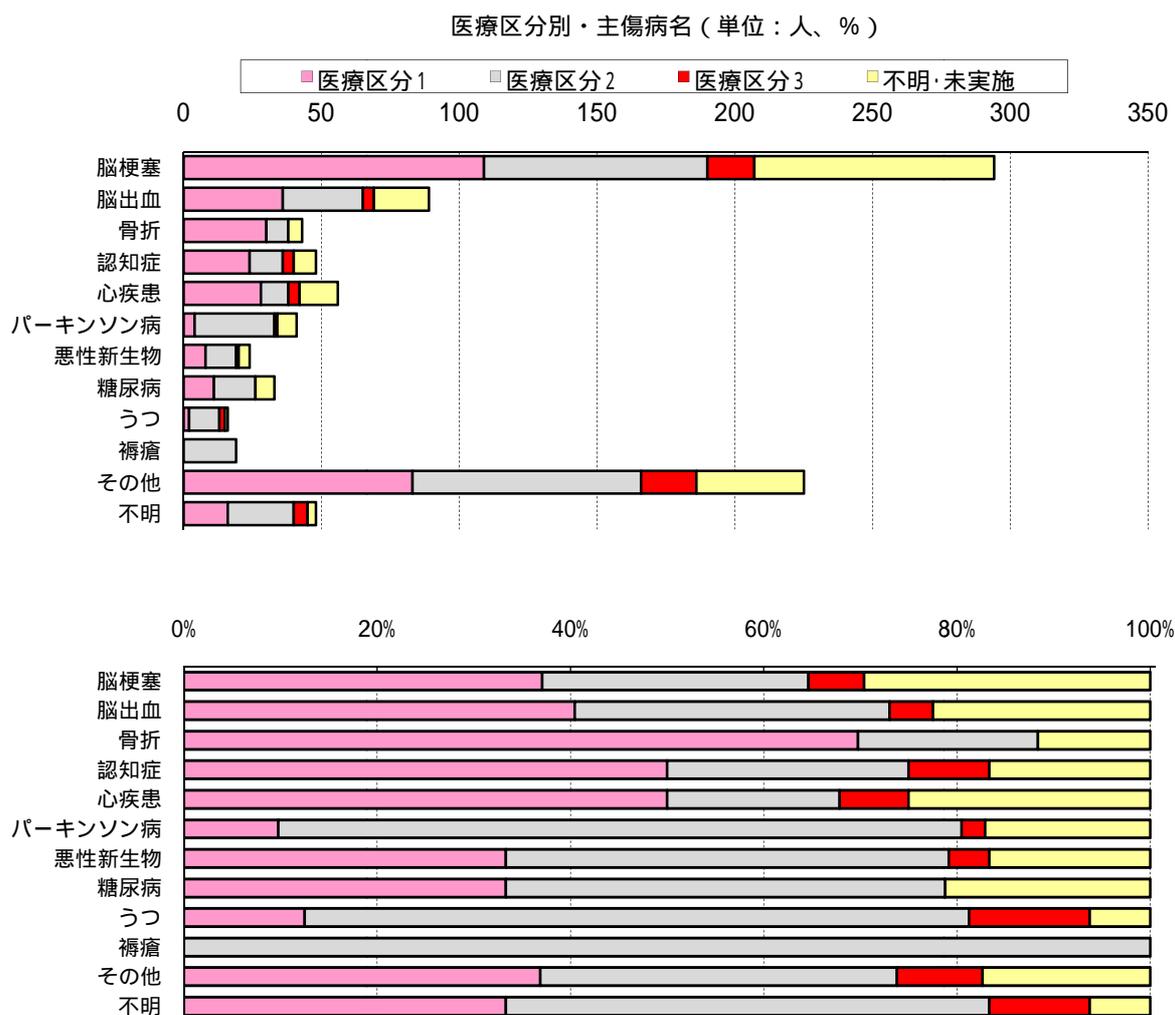
循環器系疾患の内訳



療養病床への入院患者の主傷病名と循環器系疾患・骨折・認知症の割合

平成18年10月に実施した調査結果に基づき、療養病床に入院している患者の医療区分と主傷病名を分析すると、「脳梗塞」及び「脳出血」が特に大きな割合を占めています。また、医療区分別の比較では、これらとともに「骨折」、「認知症」、「心疾患」において、医療の必要度が比較的低いとされる医療区分1の割合が高くなっています。

資料9 療養病床アンケート調査（H18.10.1）患者票に基づく主傷病名の分類



3-3. 市町村別対策の必要性

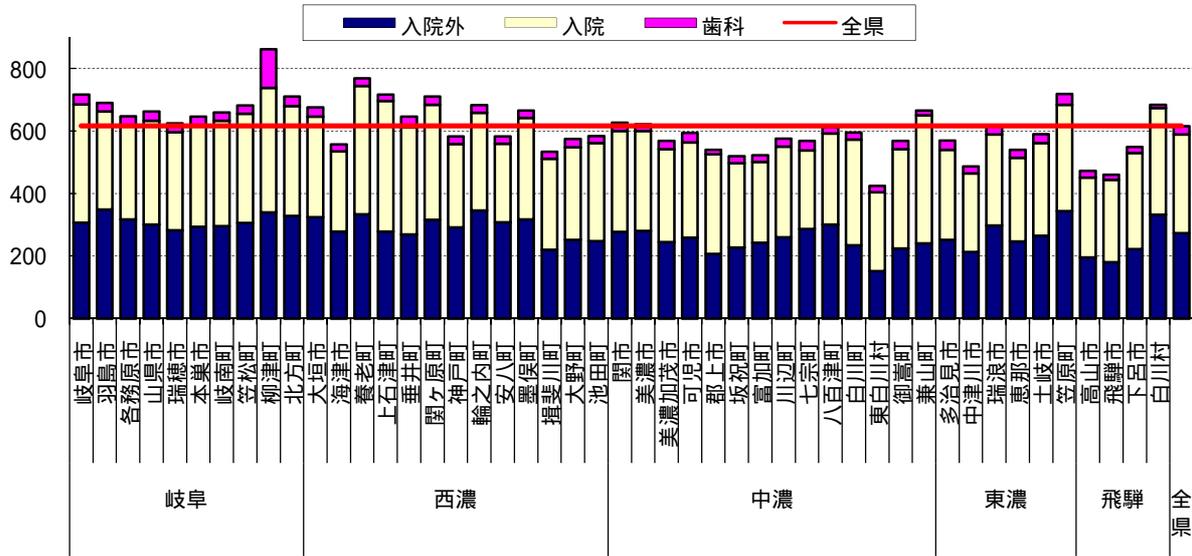
県内の二次医療圏間、市町村間の比較では、ごく大まかな傾向として岐阜及び西濃医療圏において一人あたり老人医療費が高く、中濃、東濃及び飛騨では低いという状況になっています。ただし、気候・衛生・栄養といった条件に差がないと考えられる同一医療圏の間においても、市町村ごとの医療費の水準や構成は様々です。

各市町村では、こうした違いが過去からの保健事業や健康づくり対策の成果の蓄積によってもたらされたのか、医療機関の数・病床数及び利用状況等から生じた差であるのか、様々な条件を考慮してもなお疾病の発症率が高いのか、各種統計や特定健康診査の実施結果等を参考に要因を分析する必要があります。その上で、現在の水準の妥当性を評価し、住民全体への啓発や個別の保健指導等、分析結果に基づく対策を講じていくことが求められます。

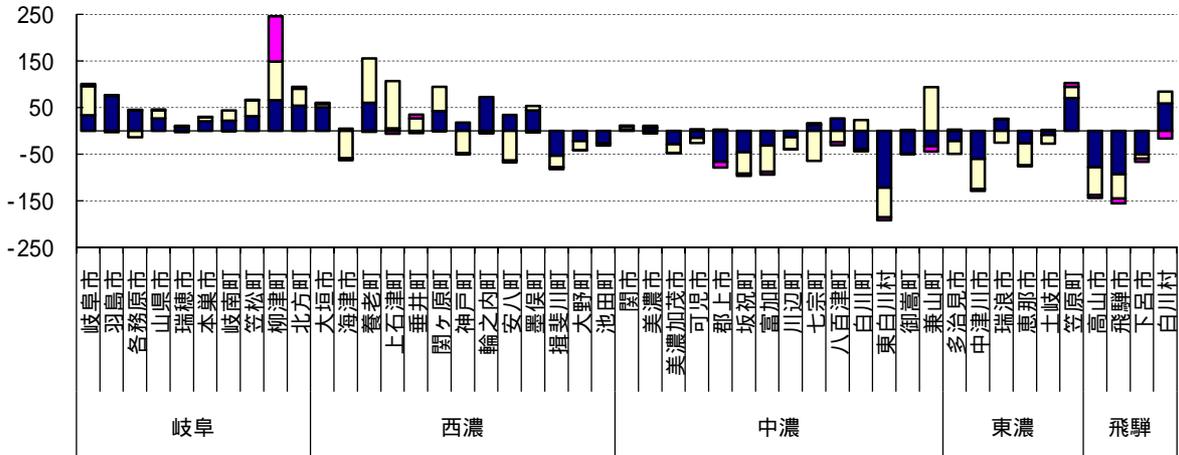
資料10

一人当たり老人医療費の医療圏別・市町村別の比較

H17老人医療費一人当たり診療費(単位：千円)



H17老人医療費・一人当たり診療費：県平均との差(単位：千円)



第4章

県民の健康の保持の推進に関する目標

【高齢者医療確保法第9条第2項第1号に関する目標】

項目	H20年度(初年度)	H24年度目標
特定健康診査の実施率	計画開始後に把握	対象者の70%
特定保健指導の実施率	計画開始後に把握	特定保健指導が必要と判定された対象者の45%
上記を通じたメタボリックシンドローム予備群及び該当者(特定保健指導の対象者)の減少	計画開始後に把握	平成20年度と比べて10%の減少

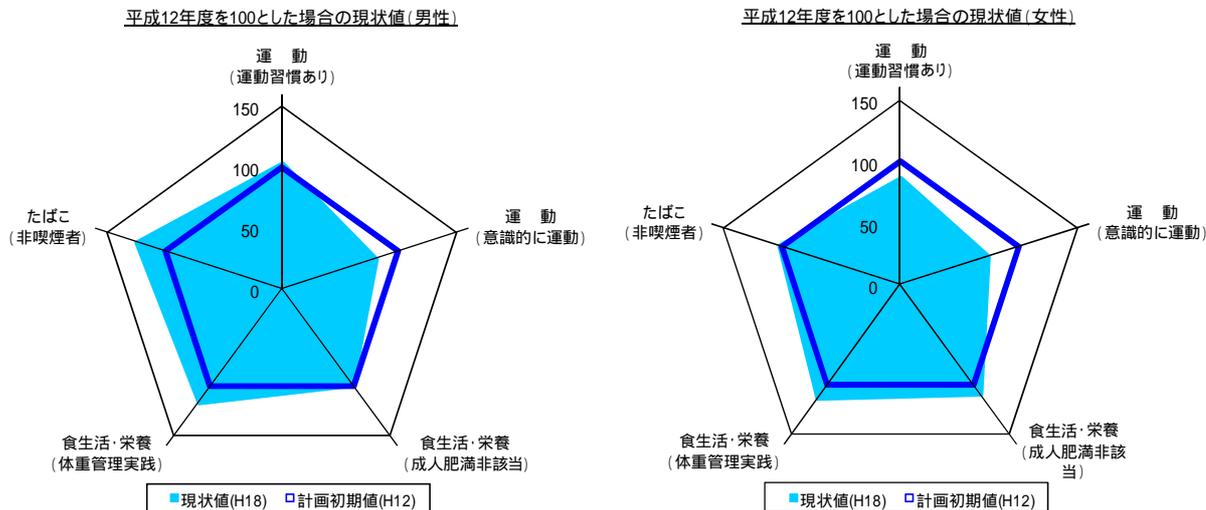
4-1. メタボリックシンドローム対策の必要性

大幅な改善が見られない県民の生活習慣

平成18年度及び平成19年度の健康増進普及月間では「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」という標語が統一スローガンとして掲げられ、健康づくりに関する啓発活動等が全国的に展開されました。

こうした視点を参考に、本県における健康づくりの指針として平成13年度に策定したヘルスプランぎふ21のスタート時点と現在とを比較すると、食生活と喫煙に関する指標が改善傾向にあるのに対し、運動に関する指標は計画策定時点よりも後退しています。

資料11 運動・食事・禁煙に関する目標及び達成状況(ヘルスプランぎふ21中間評価より)



ヘルスプランぎふ21関係指標(%)	男性			女性		
	H12	H18	目標(H22)	H12	H18	目標(H22)
運動(運動習慣あり)	29.9	31.0	40.0	26.7	23.2	37.0
運動(意識的に運動)	62.0	49.8	65.0	57.0	42.5	65.0
食生活・栄養(成人肥満非該当)	73.0	71.0	85.0	73.3	80.8	80.0
食生活・栄養(体重管理実践)	45.2	52.1	80.0	56.5	64.6	80.0
たばこ(非喫煙者)	55.2	69.0	-	89.6	92.5	-

成人男性の3割を占めるメタボリックシンドロームの予備群及び該当者

今後、対策を講じていくメタボリックシンドロームの予備群及び該当者（下記参照）については、男性の3割が該当し、特に複数のリスクを有する者（該当者）の比率が高くなっています。

この比率は全国と比較して比較的低い（ ）と推測されるものの、今後の本県の健康・医療の動向に大きな影響を及ぼすだけの割合であることは否定できません。

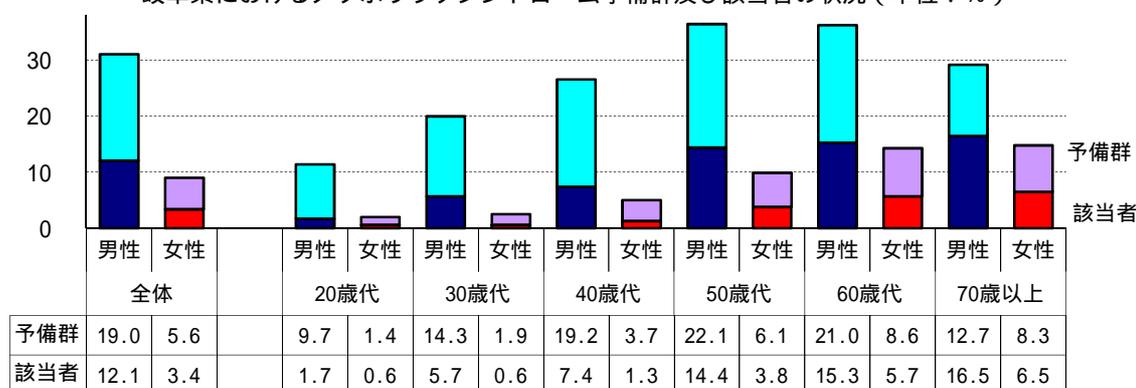
また、ヘルスプランぎふ21の進捗や、以下に取り上げる健診の受診者・未受診者の意識等から見て、本県においても、特定健康診査等を通じたメタボリックシンドローム対策は、県民の健康を増進していくうえでの重要施策であるといえます。

全国統計では50歳以上男性で2人に1人、女性で5人に1人とされている（ただし、全国のデータと本県のデータとは集計方法が異なる）

その他本県のメタボリックシンドローム予備群及び該当者の詳細等についてはヘルスプランぎふ21を参照。

資料12 男女別・年齢別メタボリックシンドローム予備群及び該当者の状況（H18市町村基本健康診査）

岐阜県におけるメタボリックシンドローム予備群及び該当者の状況（単位：％）



【参考：特定保健指導の対象者】

・特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上である男性若しくは90cm以上である女性又は腹囲が85cm未満である男性若しくは90cm未満である女性であってBMIが25以上の者は、次のリスク項目への該当状況に応じて特定保健指導の対象となる。

- 1 空腹時血糖値が100mg/dl以上又はヘモグロビンA1cが5.2%以上
 - 2 中性脂肪 150mg/dl以上 又は HDLコレステロール 40mg/dl未満
 - 3 血圧 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が85以上mmHg以上
 - 4 喫煙習慣あり
- 血圧降下剤等を服用中の者は対象外

4-2. 健康増進対策の基本としての健診の受診の徹底

全国平均並みにある各種健診の受診状況

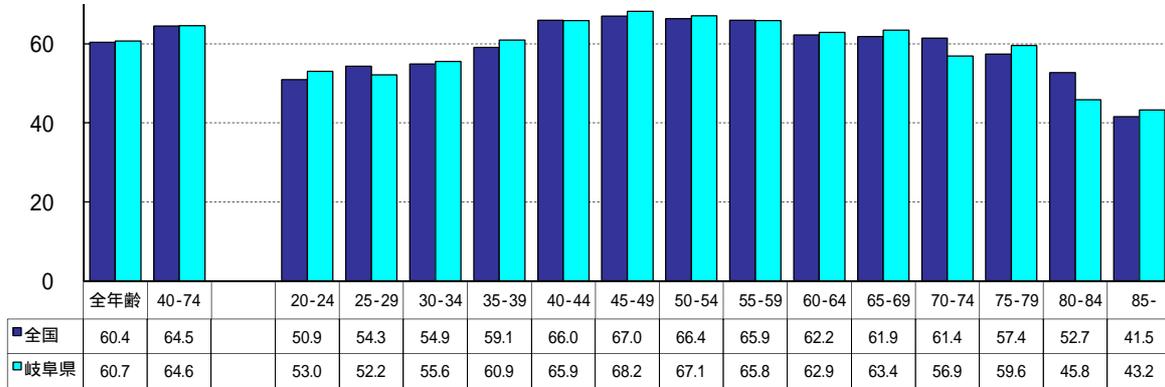
平成16年度国民生活基礎調査によれば、市町村や職場において何らかの健診を受けた者の割合は、20歳以上で60.7%、特定健康診査の対象である40歳～74歳では64.6%と、ほぼ全国と同水準になっています。また、各年齢階層別に見た受診率も、全国とほぼ同水準となっています。

国民生活基礎調査による健診の受診率は、特定健康診査の実施率にかかる全国目標を設定する際の参考とされている。具体的には、当該調査における実施率(全年齢)60.4%を参考に、平成27年度の実施率を80%、第一期医療費適正化計画の最終年度である平成24年度を70%と設定している。(厚生労働省 特定健康診査等基本指針(案)について)

H16国民生活基礎調査に基づく数値は、全国約10万人、岐阜県約1,600人の調査結果。

資料13 年齢階層別各種健診の受診状況 (H16 国民生活基礎調査)

過去1年間に何らかの健診を受けた者の割合(単位:%)

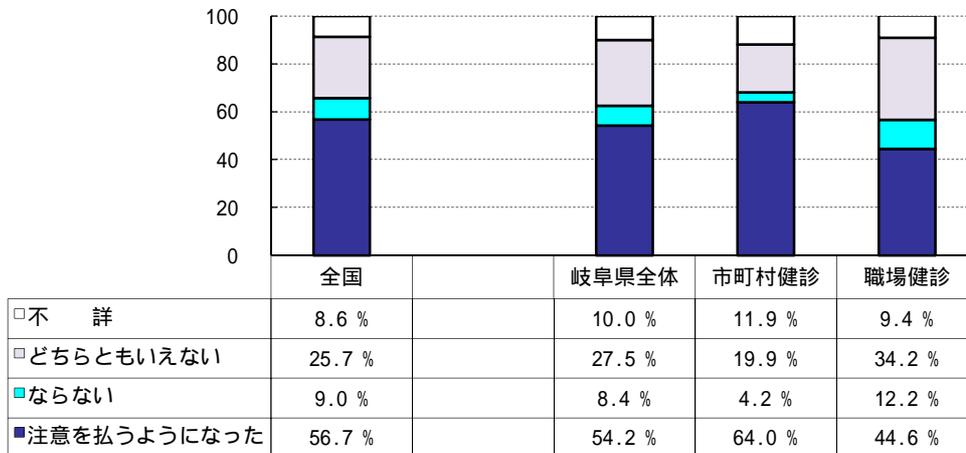


健康と医療に対する意識改革・生活習慣の改善の機会としての健診の受診

健診を受けた後の自己の健康管理への状況をみると、市町村における健診、職場における健診を通じ、県全体として全国と同じく半数以上が「健康に注意を払うようになった」と回答しています。

資料14 健診受診後の意識の変化 (H16 国民生活基礎調査)

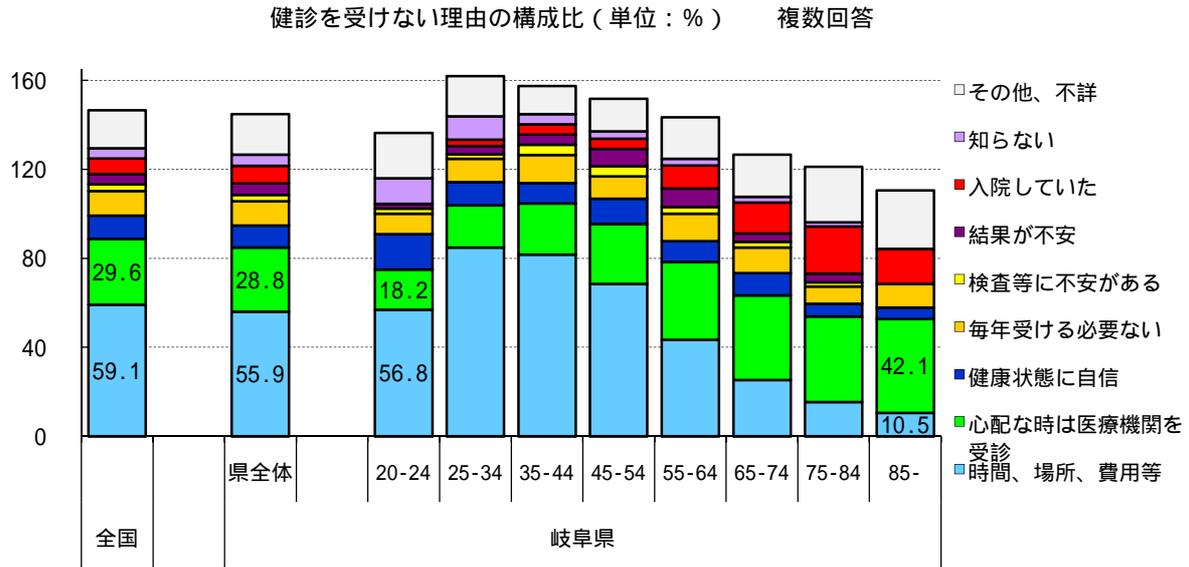
健診受診後の自己の健康管理への状況(単位:%)



一方、健診を受けない理由は「心配な時は医療機関を受診すればよい」という回答が全体の3割近くを占めており、こちらもほぼ全国と同水準となっています。年齢階層別では、若年層では時間や費用を理由とする割合が高く、年齢階層が上がるにつれて心配になってから医療機関を受診すればよいとする割合が高くなっています。

従って、まずは健診の受診を徹底し、その上で一人ひとりの状態に合った健康の維持・増進につなげていくことが重要です。具体的には、県民の生活習慣に関する各種指標の現状を踏まえたうえで、特定健康診査の受診の徹底を中心とした新たな施策体系の下に、関連する事業の内容や進め方を見直していく必要があります。

資料15 年齢階層別健診を受けない理由（H16 国民生活基礎調査）



4-3. 県民の健康の保持の推進に向けた目標の考え方

ヘルスプランぎふ21に掲げられた指標の現状、健康づくり対策の基本としての健診の重要性、将来目標の参考となる数値が全国とほぼ同水準であることを踏まえれば、本県における特定健康診査等の実施率についても、全国目標と同程度の水準を目指していく必要があります。

一方で、メタボリックシンドロームの減少率において全国水準を下回ることがないように努力しつつ、並行して、その他の健康対策（がん検診をはじめとする、特定健康診査以外の健診・検査等の実施率向上。メタボリックシンドロームに着目した特定保健指導において対象外となった者の健康づくり）についても着実に取り組んでいく必要があります。

以上から、平成24年度における特定健康診査の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%、これらを通じたメタボリックシンドロームの予備群及び該当者の減少率を10%と設定します。

[参考：保険者種別ごとの全国基準と全県目標との関係]

- ・医療保険者ごとの特定健康診査の実施率については、国において、全体の目標を70%としたうえで、保険者種別ごとの基準が定められている。
- ・最終的な県全体の実施率は、保険者ごとの加入者数(及び県下の40歳～74歳人口に占める割合)と健診の実施状況の影響を受けるが、本計画においては、各保険者が国基準どおりの水準を達成出来るよう支援していくという趣旨から70%という目標を掲げる。

区分	健康保険組合	各種共済	政管健保	国保組合	市町村国保
全国基準	80% (単一) 70% (総合)	80%	70%	70%	65%

4-4. その他の指標（ヘルスプランぎふ21と連動して推進する目標）

高齢者医療確保法第9条第2項第1号に関する目標のほか、メタボリックシンドローム対策を中心とした生活習慣病予防に関連する指標として次の項目及び目標値を定め、今後の取り組みの効果を評価していきます（各目標値に関する現況、目標水準の考え方その他詳細はヘルスプランぎふ21の関連項目を参照）。

指 標	現 状 値 ()	目 標 値	
肥満者割合（成人）	男性20-69歳	29.0%	15%以下
	女性40-69歳	19.2%	17%以下
メタボリックシンドローム予備群の推定数	40-74歳	男性 90,836人 女性 32,965人	10%減少
糖尿病予備群の推定数	40-74歳	男性 70,130人 女性 85,477人	10%減少
高血圧症予備群の推定数	40-74歳	男性 93,417人 女性 94,780人	10%減少
メタボリックシンドローム該当者の推定数	40-74歳	男性 61,557人 女性 19,392人	10%減少
糖尿病有病者の推定数	40-74歳	男性 37,416人 女性 23,765人	10%減少
高血圧症有病者の推定数	40-74歳	男性180,949人 女性143,592人	10%減少
脂質異常症有病者の推定数	40-74歳	男性 70,069人 女性 35,136人	10%減少

現状値は、H18年度時点の調査等に基づきH18.10.1現在岐阜県人口を用いて推計

第5章

医療の効率的な提供の推進に関する目標

【高齢者医療確保法第9条第2項第2号に関する目標】

(1) 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）の再編

基本方針：2020年代において必要な一般病床・療養病床の総数を確保することを目標に、その範囲内において多様な医療需要に対応していくための再編を推進。

再編前(H19年度)	再編後(H24年度末)		
3,735 床 医療療養病床 2,545 床 介護療養病床 1,190 床	全国基準による H24 年度末療養病床数	1,910 床	将来の医療需要に 備えた病床の確保 2,703 床
	一般病床等との間で今後の医療需要に対応 (H19年4月以降の増加246床を含む)	793 床	
	うち一般病床への転換意向表明済み	14 床	
	回復期リハビリテーション病棟への転換		396 床
	介護施設への転換		675 床
	(病床の廃止予定)		(207 床)

(2) 平均在院日数の短縮

基準(H18年度)	目標(H24年度)
27.5日	26.6日

5-1. 多様な医療・療養・介護の場の必要性

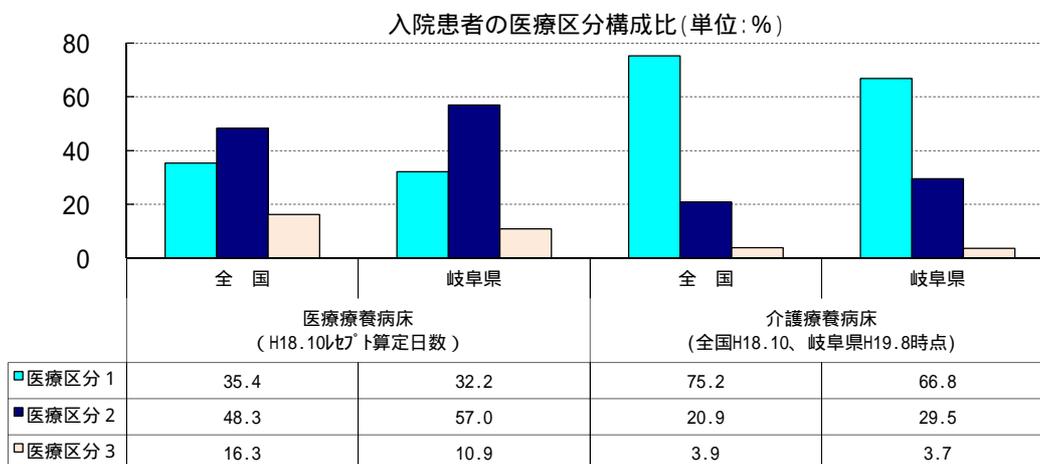
療養病床への入院患者の医療区分

療養病床（ ）への入院患者の状況をみると、介護施設や在宅での療養が可能とされる医療区分1の比率が、医療療養病床で32.2%（全国35.4%）、介護療養病床で66.8%（全国75.2%）とわずかながら全国平均より低く、逆に、医療区分2と医療区分3を合わせた比率がやや高くなっています（一方、本県の高齢者人口当たり療養病床数が全国水準よりも大幅に少ないことを考慮すれば、必ずしも、少ない病床に医療の必要度の高い患者が集中的に入院する状況にはなっていないという見方も可能である）。

療養病床：

- ・医療機関にあって、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。医学的管理やリハビリの密度により、医療保険の対象となる「医療療養病床」と介護保険の対象となる「介護療養病床」とに分かれる（なお、介護療養病床は平成23年度末に制度廃止となる）。

資料16 療養病床への入院患者の状況（医療療養病床：レプト算定日数、介護療養病床：アンケート調査）

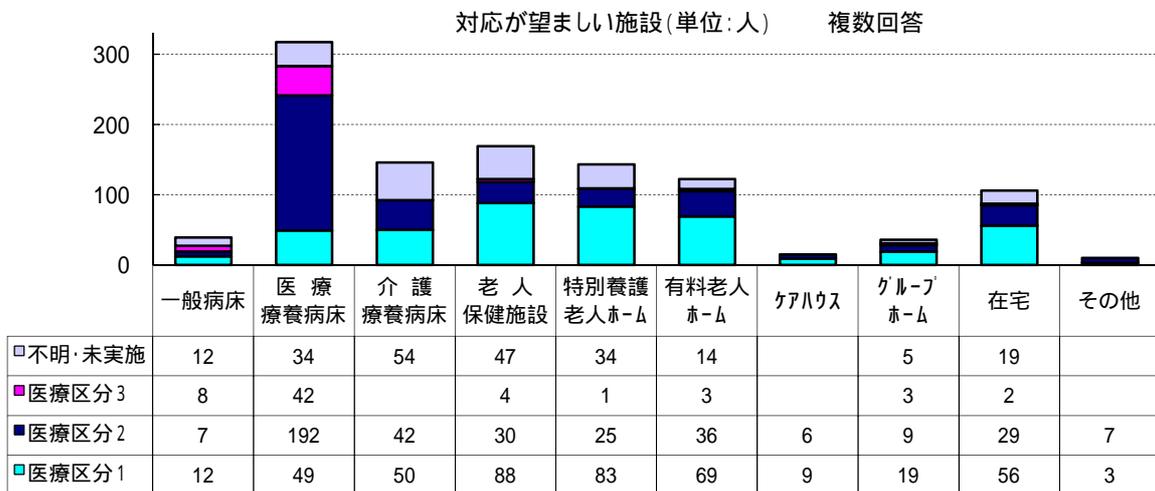


療養病床への入院患者の状態からみた医療需要と介護需要

療養病床への入院患者について、「本来どの施設で対応することが望ましいか」を調査した結果では、医療の必要度が高いとされる医療区分3では医療療養病床の回答数が最も多くなっています。一方、医療区分1については療養病床（医療療養病床と介護療養病床の合計）、老人保健施設、特別養護老人ホームがほぼ同数となっています。なお、これらの回答の中には、医療機関と介護施設の双方を選択している例も22件含まれています。

全体として、医療区分3においても在宅が望ましいという回答や、医療区分1においても一般病床での対応が必要とする回答もあり、療養病床を有する医療機関がこうした需要全体を受け止めているという結果となっています。従って、老人保健施設における医療・看護の体制整備や在宅における医療の充実など、個人の健康や身体の状態に応じたサービスが提供される体制を構築していく必要があります。

資料17 入院患者の状況からみた本来対応が望ましい施設（H18.10 アンケート調査）



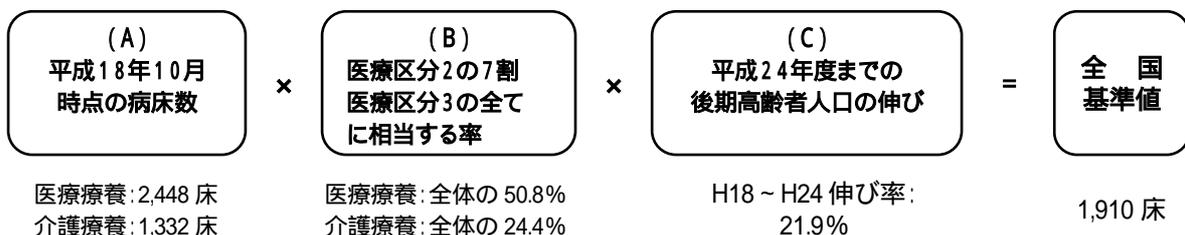
5-2. 療養病床再編計画の考え方

全国基準による平成24年度末の療養病床の病床数

平成24年度末の療養病床の病床数については、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針において、平成18年10月時点の医療療養病床と介護療養病床の病床数に、入院患者に占める医療区分2の7割及び医療区分3の全てに相当する率を乗じ、さらに、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率を加味して算出するという基準が提示されています（資料18）。

本県の場合、入院患者に占める医療区分2及び3の構成比は資料16のとおりとなっており、これを踏まえた全国基準による平成24年度末の療養病床数は1,910床となります。

資料18 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針に基づく療養病床の病床数



(1) 県下の療養病床への入院患者の状況（資料17）との比較

一方、資料18の計算式のうち（B）医療の必要度について、資料17のアンケートでは、国の基準よりも多くの方が医療機関への入院を必要としているという結果となっています（複数回答を集約すると、医療機関での対応が望ましい患者は医療療養病床で57.4%、介護療養病床で46.7%）。

(2) 中長期的な後期高齢者人口の伸び（資料2及び3）との比較

また、（C）後期高齢者人口の伸びについて、全国基準では平成24年度末（2012年度末）までの後期高齢者人口の伸びを考慮するのに対し、全年齢に占める高齢者の人数及び割合が頂点を形成するのは、第2章においてみたとおり2020年代から30年代と予測されています（20万人台前半から30万人台後半へと1.5倍以上の増加）。

(3) 将来に向けて維持すべき病床数の試算

こうした本県の現状について、(1)及び(2)の数値を資料18の計算式における医療の必要度(B)や後期高齢者人口の伸び(C)に置き換えた場合、将来に向けて2,400床から3,000床近い水準の病床を維持していく必要があるという試算になります。

地域において必要な医療機能の確保

岐阜県保健医療計画では、疾病の発症から在宅への復帰に至るまで、切れ目の無い治療やケア等を受けることができるよう、疾病ごと、地域ごとに医療機関や介護施設等が担う役割を明らかにし、関係機関の連携を推進していくよう定めています。

例えば脳卒中の場合、急性期における治療から急性期・回復期のリハビリテーションを経て、介護施設等への入所を含めた在宅での療養という流れが想定されています。

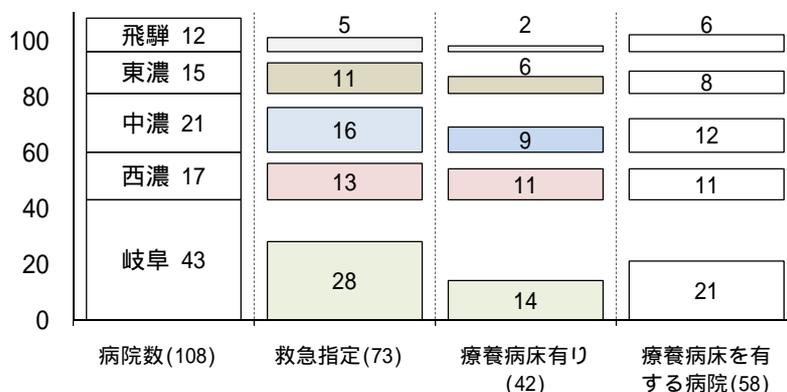
注：地域において必要な医療機能の詳細

・脳卒中をはじめとする疾病について、急性期、回復期、在宅等の各ステージにおいて必要な医療機能及びそれらの基準・考え方については、岐阜県保健医療計画を参照。

(1) 救急医療体制

全国平均及び基準病床数との比較において病床数が少ない本県では、療養病床を有する医療機関の多くが地域医療の中核としての役割を果たしています。救急医療の場合、73の救急指定病院中の42病院が療養病床を開設しており（療養病床を有する病院全体の7割）特に西濃、中濃及び東濃医療圏ではその傾向が強くなっています。

資料19 療養病床を有する医療機関における救急指定の状況（H18.10現在）

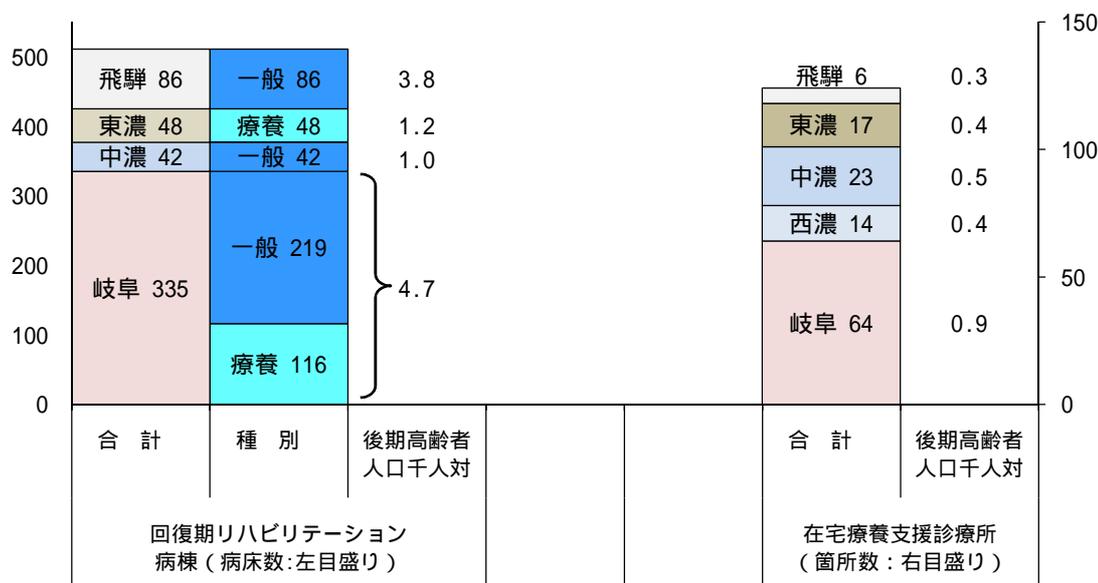


従って、療養病床の再編（及び各医療機関における今後の施設形態の選択）にあたっては、救急医療やへき地医療など、各医療機関が地域において果たしている役割を十分に検討する必要があります。

(2)回復期におけるリハビリテーション、在宅における療養への支援

次に、救急医療・急性期の治療やリハビリテーション機能の次の段階として、回復期のリハビリテーションや、在宅における療養の支援機能が必要となります。しかし、こうした医療の流れを二次医療圏ごとに当てはめた場合、地域間の整備状況に差が生じているほか、現状において必要な医療提供体制が十分に確保されていない地域もあります。

資料20 参考.脳卒中にかかる医療連携体制を構成する医療機関の状況 (H18.12現在)

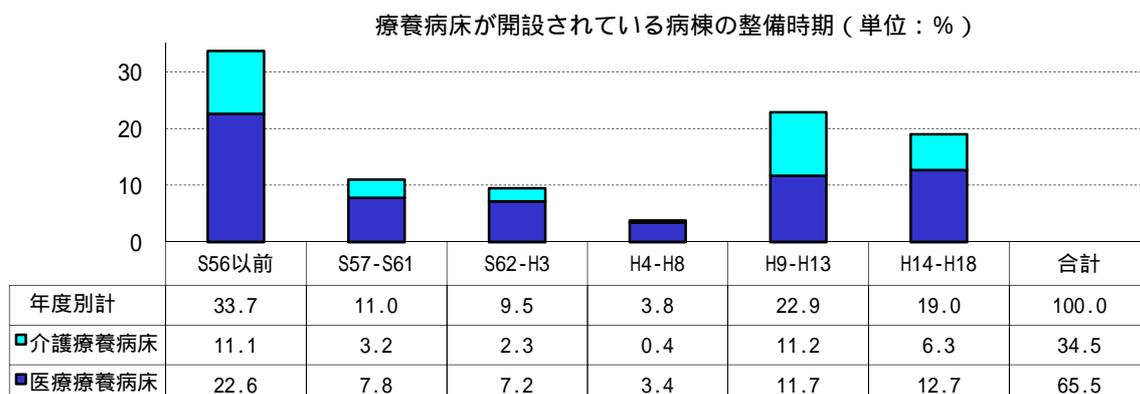


平成24年度以降における高齢者人口の増加への対応

上記で見たとおり、将来の医療需要の増加に対応できるだけの病棟・病床・人員体制等をいかに確保していくかという観点も見据えながら、5年後における病床数や病棟の活用方策を検討する必要があります。

特に、療養病床を有する病棟のうち整備後10年未満の施設が4割程度を占めており、これらの施設は20年後においても相当数が利用に耐えると想定されます。従って、各医療機関が有する施設・病床・人員体制について、これらをどう活用していくことが最も効果的・効率的であるかを考慮する必要があります。

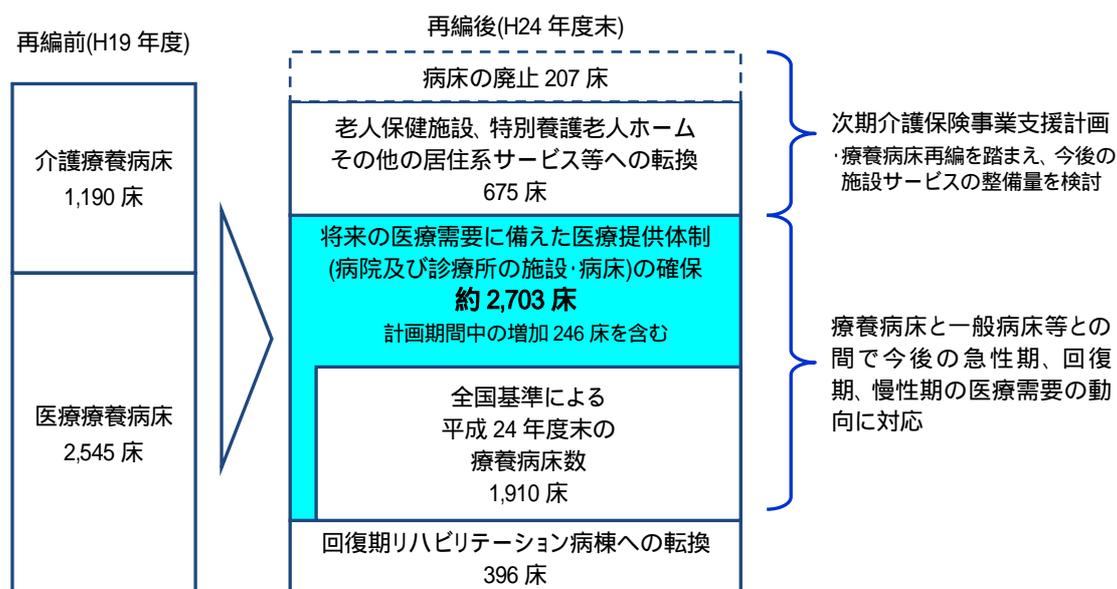
資料21 中長期的な医療需要の変化への対応と病棟施設の耐用年数 (H18.10アンケート調査)



療養病床の再編目標及び再編計画の考え方

上記 ～ を踏まえ、全国基準に基づく平成24年度末の病床数(1,910床)を含め、各地域において必要な医療機能を充足し、また、今後の高齢化に伴う医療需要の変化に対応していくための病床数を確保しながら、療養病床の再編を進めます。

資料22 療養病床再編計画の構成



そのため、岐阜県保健医療計画に基づき、関係医療機関の役割分担と連携の強化を通じて、医療から介護サービスまで切れ目無く提供される体制を構築していきます。また、地域の医療提供体制を確保するために不可欠な条件として、医師・看護師その他の人材の確保対策を進めます。

併せて、入院患者の状態や地域の医療需要・介護需要を踏まえ、医療機関において老人保健施設(介護療養型老人保健施設)その他の介護施設等への転換を希望する場合は、引き続き高齢者の療養・生活の場としての役割が果たされるよう、これを支援します。

年度別・地域別・転換施設の種類の再編計画の詳細は地域ケア体制整備編(後掲)を参照。

注：介護療養型老人保健施設について

療養病床から転換した老人保健施設の名称であり、夜間の看護体制を整備したうえで以下の基準を満たす場合に、これに応じた介護報酬上の評価がなされる。ただし、法律制度上の位置づけはあくまでも老人保健施設である。

- ・平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に病床の転換を行って開設
- ・医療機関からの入所者の割合と家庭から入所した者の割合の差が35%以上を標準
- ・経管栄養若しくは喀痰吸引を実施している者の割合が15%以上、又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準におけるランクM該当者が20%以上

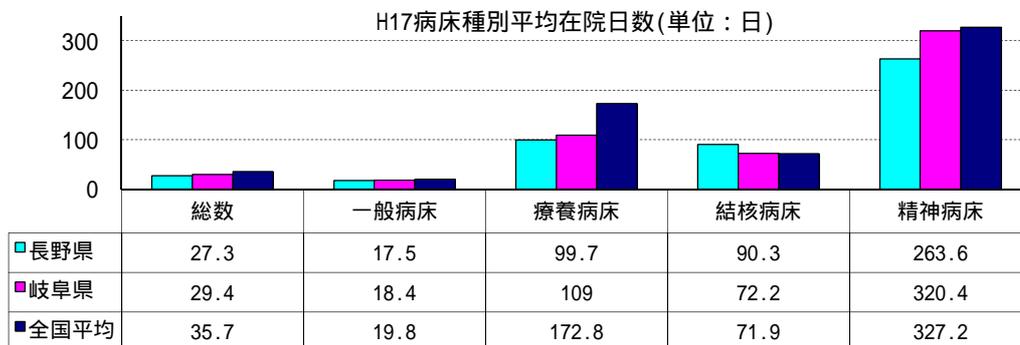
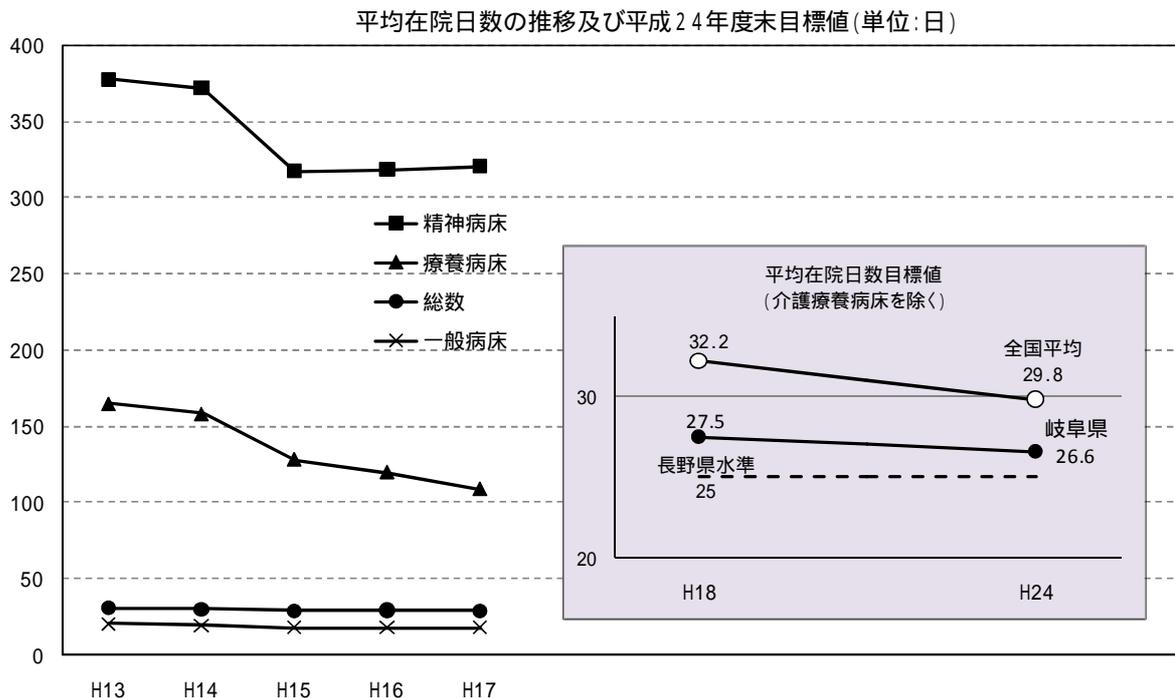
5-3. 医療の効率的な提供と平均在院日数の短縮

平均在院日数の短縮目標の考え方

(1) 過去5年間の平均在院日数の推移

本県の平均在院日数は、過去5年間で一般病床は20.7日から18.4日へと減少、療養病床と精神病床は大幅な減少傾向が続き、全体として31.3日から29.4日へと2日程度短くなっています。この数値を全国の状況と比較すると、平均在院日数が全国最短である長野県に極めて近い水準にあります（第3章資料7も参照）。

資料23 平均在院日数の推移（病院報告を基に編集） 平成17年度までの数値は介護療養病床を含む



(2) 平均在院日数の短縮に関する目標

平均在院日数の短縮については、全国基準として「平成27年度末までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数（介護療養病床を除く病床の平均在院日数）について、最も短い県との差を半分にする」ことを前提に、この計画の期間中において「最短の都道府県との平均在院日数との差の3/9()

の日数を減じ」という方針が示されています。

上記の全国目標に沿って計算すると、本県の平成18年度平均在院日数27.5日に対する目標値は26.6日（長野県の25.0日との差2.5日に3/9を乗じた0.9日を短縮。なお、小数点第2位以下は切り上げ。）となります。

$$1/2(\text{H18} \sim \text{H27} \text{ の } 9 \text{ 年間}) \times 6/9(\text{9 年中の } 6 \text{ 年}(\text{H28} \sim \text{H24}))$$

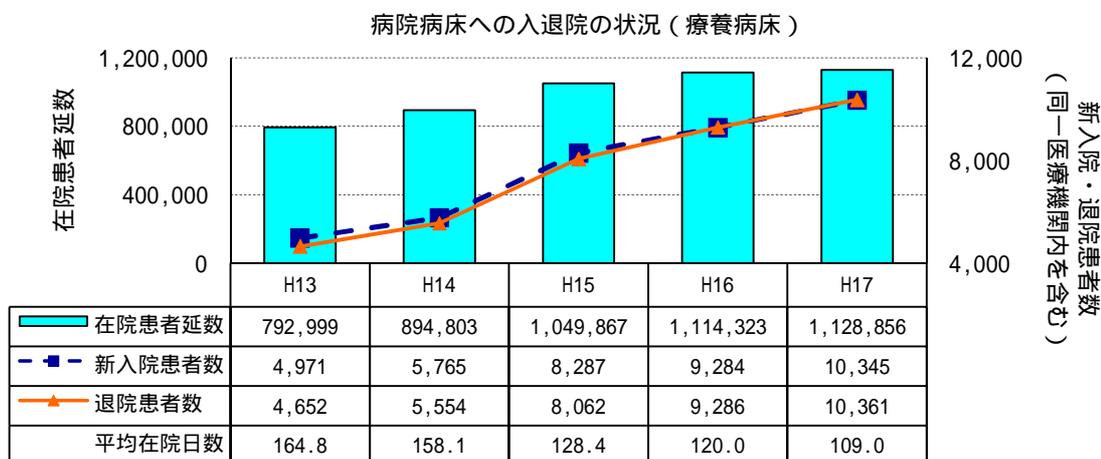
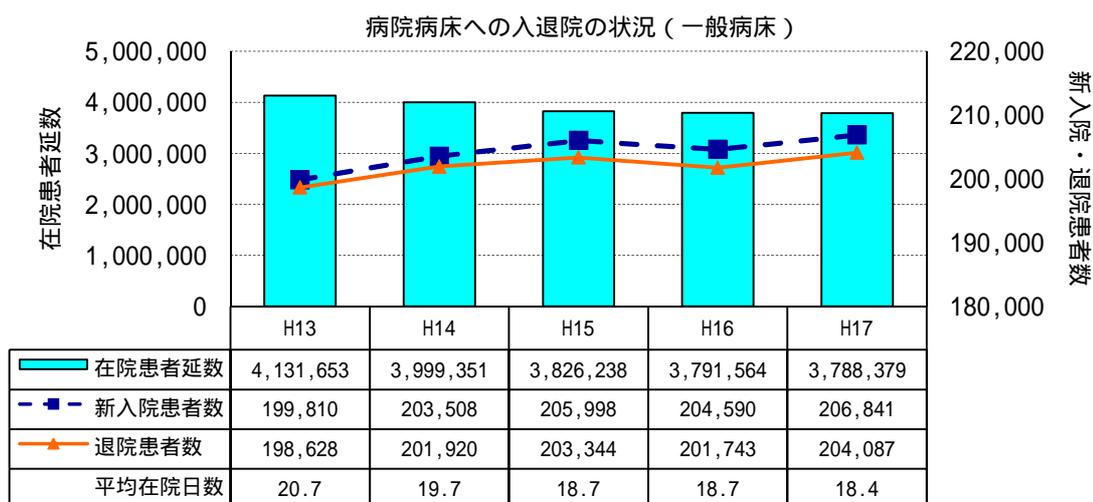
平均在院日数の推移を踏まえた関連施策の推進

平均在院日数は、年間を通じて療養病床や一般病床等に在院した患者の延べ数と、入退院の状況とを基に算出されます。

そのため、入院の原因となる傷病の動向、各医療圏における一般病床と療養病床を中心とした病床数と構成比（ ）、療養病床から介護施設等への転換状況、医療機関の連携体制の構築その他救急医療の充実や在宅医療の推進等の状況を分析し、今後の平均在院日数の推移と対比しながら、効率的な医療提供体制の構築や傷病の予防対策に反映させていきます。

全体の平均在院日数には結核・感染症・精神の各病床の数値も含まれるが、入退院患者全体に占める比率や、医療提供体制の効率化に向けた対策（医療連携体制の構築、療養病床の再編）を踏まえ、この計画では、特に一般病床と療養病床に重点を置く。

資料24 病院病床（一般病床・療養病床）への入退院の状況（病院報告を基に編集）



第6章 岐阜県の医療費の将来見通しと対策の効果

本県の総医療費

- ・平成24年度までに6千億円を超える水準に達し、70歳以上の医療費が占める割合は43%から49%へと増加する（なお、平成24年度の平均在院日数を第5章に掲げる目標値に置き換えた場合には、医療費の伸びは51億円程度抑制される）と推計される。

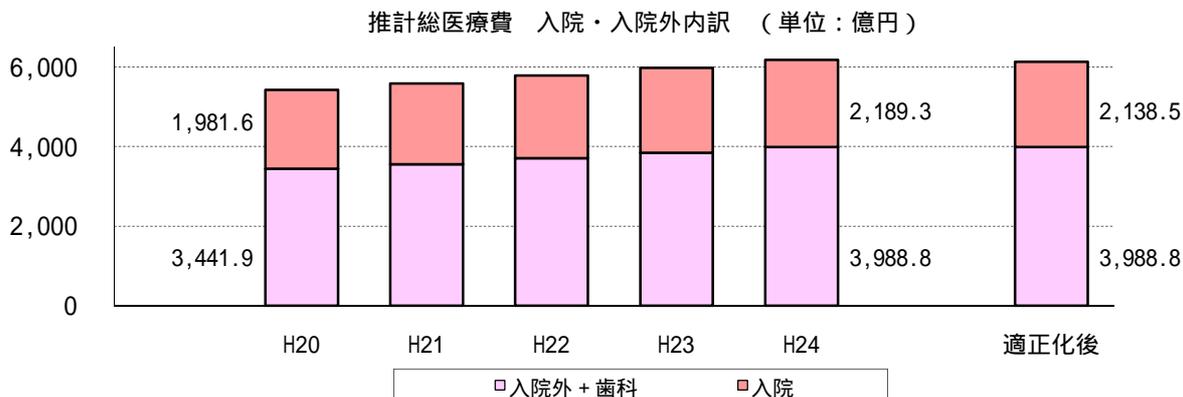
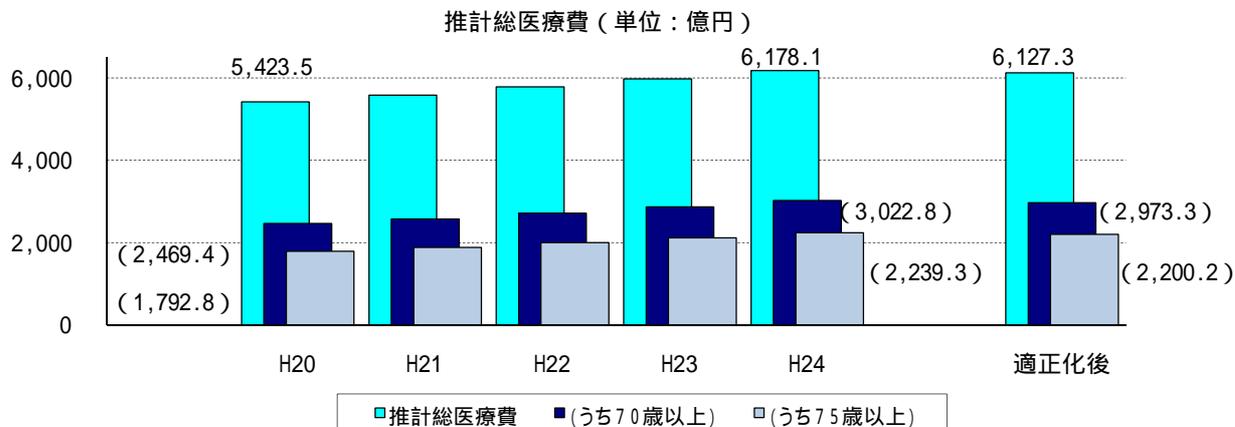
本県の総医療費は、今回（第一期）の計画の最終年度である平成24年度までに6千億円を超える水準に達すると推計されます。そのうち、70歳以上の医療費が占める割合は、44%から49%へと増加します。

これに対し、平成24年度の平均在院日数を第5章に定める目標値（平成18年度27.5日を26.6日に短縮）に置き換えた場合、医療費適正化の効果として、医療費の伸びは約51億円程度抑制されると推計されます。

医療費の伸びの抑制効果は、今回の対策が療養病床再編を中心とした平均在院日数の短縮であることから、主として高齢者を中心とした入院医療費に現れると考えられる。メタボリックシンドロームの該当者の減少等を中心とした生活習慣病の予防効果については、予備群及び該当者の減少が生活習慣病の発症率の減少を経て実際の患者（医療費）の減少につながるまでに時間を要するため、その効果の発生は平成25年度以降になるとして扱っている。

注：厚生労働省の提示による全国共通の推計方式により試算（70歳以上及び75歳以上の医療費は公費負担医療の医療費を含まず）

資料25 岐阜県における平成24年度までの医療費の伸び・適正化対策の効果の推計



第7章 目標実現に向けた取り組み

取り組み主体

- ・ 県の施策のほか、県民一人ひとりの健康づくりの実践、保健・医療関係者、医療保険者がそれぞれの役割を果たすことが必要
- ・ 連携・協力の場として保険者協議会、地域・職域連携推進協議会等を活用

岐阜県としての取り組みの考え方（施策体系）

- ・ 関連の事務事業を一連の体系として総合的に推進し、日々の健康づくり、在宅での療養や日常生活に対する支援、介護施設への入所や医療機関への入院など、県民一人ひとりの状態に応じたサービスが総合的・効果的・効率的に提供される体制の実現を目指す

7-1. 目標実現に向けた取り組み主体と役割

取り組み主体

県民の健康の増進及び医療の効率的な提供に関する目標の達成は、7 - 2.に掲げる県の施策だけでなく、県民一人ひとりが主体的に自らの健康の維持・増進に取り組むと同時に、保健・医療関係者、医療保険者がそれぞれの役割を果たしていくことではじめて実現するものです。

取り組み主体	期待される役割等
県民・家庭	・ 自らの健康状態のチェック、適切な食生活や運動をはじめとする生活習慣の改善、特定健康診査その他の健診（がん検診等）の受診
地域 各種団体	・ 身近な方々への健康情報の提供、健診受診の呼びかけ、各地域における健康づくり活動の実践
職場・事業者	・ 医療保険者と連携した被用者の健康対策、職場環境の整備等
市町村	・ 国民健康保険の保険者として実施する特定健康診査等と連動した、地域全体を対象とする健康づくり施策の推進（メタボリックシンドローム以外の健康課題への対応を含む） ・ 保健・医療、福祉・介護の各種サービス及び関係者の連携の推進
医療保険者	・ 特定健康診査等の実施及び実施率の向上、その他独自の保健事業の推進
医療関係者 ・ 病院、診療所 ・ 歯科診療所 ・ 薬局	・ 特定健康診査等の実施に当たっての医療保険者との連携、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局としての健康指導等（生活習慣病関係） ・ 各医療機関が地域において果たすべき役割の再確認、他の医療機関との役割分担や連携の推進（療養病床再編・平均在院日数短縮関係）
県	（ 7 - 2.を参照 ）

連携の場

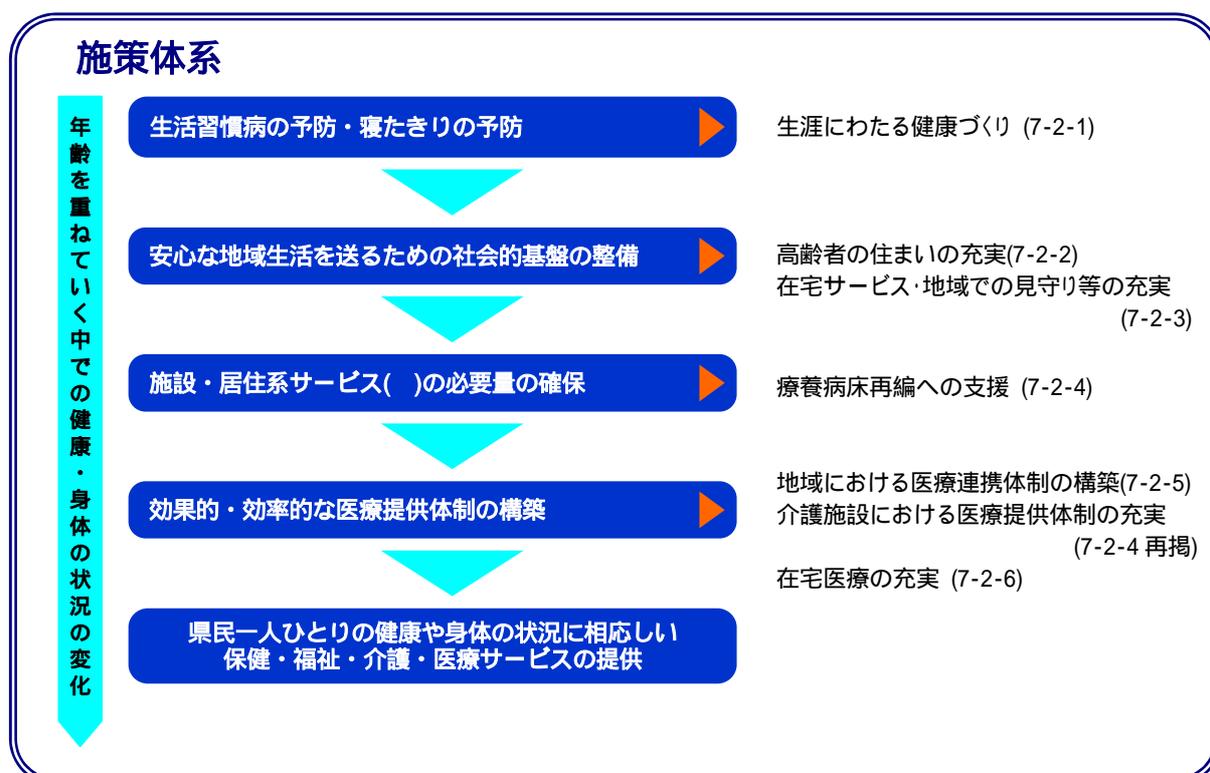
また、こうした取り組み主体が相互に連携・協力するための場として、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場が設置されており、引き続きこうした場が活用されていくことが必要です。

連携の場	設置主体又は主な構成員	目的・機能
保険者協議会	県下の医療保険者（市町村国保・国保組合、各種共済組合、政管健保、健保組合）等	・ 各医療保険者の取り組みに関する情報交換、共通課題に対する協議・連携・共同処理 ・ 特定健康診査等の実施に向けた支援
地域・職域連携推進協議会	地域保健・職域保健（事業所等）関係者その他地域において健康づくりに携わる者	・ 共同による保健事業の実施 ・ 特定健康診査以外の生活習慣病対策を含めた健康づくり

7-2. 目標実現に向けて県が取り組む施策

「病床数が少なく平均在院日数が短い」、「入院医療費は比較的少ないが入院外医療費は全国平均に近い」というのが本県の特徴です。その上で、県民の一層の健康の増進や医療費負担の軽減化を図るには、全国共通の対策であ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徹底や、療養病床の再編を通じた平均在院日数の短縮だけでなく、保健・福祉・介護・医療の各分野における取り組み全体をより効果の高いものとしていくことが必要です。

そのため、以下の体系に沿って関連する施策の目的や対象を明確にするとともに、これらを総合的に推進し、日々の健康づくり、在宅での療養や日常生活に対する支援、介護施設への入所や医療機関への入院など、県民一人ひとりの保健・福祉・介護・医療の必要度に応じたサービスが総合的・効果的・効率的に提供される体制の実現を目指します。



岐阜県高齢者安心計画では、「施設・居住系サービス」として特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養病床、特定施設（ケアハウス・有料老人ホーム等）及びグループホームを掲げているが、本計画では制度廃止となる介護療養病床を除いた施設等を示す。

具体的な取り組み

生活習慣病の予防・寝たきりの予防

7-2-1.生涯にわたる健康づくり

将来の高齢者層への対策

- ・特定健康診査・特定保健指導の着実な実施及びこれらと連動した生活習慣病の予防の推進

現在の高齢者への対策

- ・現在の高齢者層を対象とした（特に、予防効果が高い前期高齢者に重点を置いた）骨折その他の怪我による寝たきりの予防、認知症予防及びこれらの重症化防止についての啓発・学習等の推進

市町村国保その他の医療保険者、市町村保健衛生部門における取り組みの支援等

- ・メタボリックシンドロームその他生活習慣病の予防、県民の健康づくり全般について、市町村や事業所における取り組みを支援していくほか、食育・禁煙・運動習慣等といった個別のテーマ別の啓発活動等を展開
- ・こうした取り組みを担う保健師・管理栄養士の育成、医療機関や民間ヘルス事業者等による健診・保健指導の質の評価等を、市町村・医療保険者等と連携して推進

安心な地域生活を送るための社会的基盤の整備

7-2-2.高齢者の住まいの充実

高齢者の住まいの整備に関する施策の充実

- ・バリアフリーの普及や住宅改修等の従来からの観点に加え、高齢者の見守りなどを重視した施策を展開

岐阜県住生活基本計画が掲げる施策との一体的推進

- ・平成19年3月に策定された岐阜県住生活基本計画を踏まえ、福祉施策と住宅施策の連携により高齢者の住まいを確保

7-2-3.在宅サービス・地域での見守り等の充実

介護保険による居宅介護サービスの必要量の確保

- ・次期介護保険事業（支援）計画への反映

支え合いの地域力を高める環境づくり

- ・地域の福祉課題を的確に踏まえた市町村地域福祉計画の策定・実践支援
- ・地域における見守りネットワークの構築を基にした住民主体の地域福祉活動（福祉ボランティア）への支援、民生委員活動の推進
- ・住民活動支援に関するノウハウ・情報の蓄積、コーディネート力の強化など社会福祉協議会の機能強化

地域福祉を担う人づくり

- ・支え合う福祉の「心」を醸成していくための普及啓発・教育等の推進
- ・地域での福祉ボランティアを担い・支える人材の育成支援

施設・居住系サービスの必要量の確保

7-2-4.療養病床再編への支援

介護療養病床の制度廃止に伴う、施設・居住系サービスの必要量の確保

病床転換に関する情報提供、相談窓口の設置

医療療養病床の転換に対する支援措置

- ・ 病床転換助成事業その他の支援

介護療養病床の転換（市町村交付金を活用した病床転換）を円滑に進めるための調整等

介護施設における医療提供体制の充実

- ・ 入院患者や地域の医療需要・介護需要に適切に対応するための老人保健施設（介護療養型老人保健施設）への転換の支援
- ・ 「診療所＋居住施設」など医療・介護サービスの提供形態の多様化
- ・ 療養病床再編計画に基づく計画的な転換

転換先となる介護施設・サービスに係る基準の見直し等に関する国への働きかけ

その他地域において必要な介護施設の計画的な整備、介護サービスの提供体制を支える人材の確保

効果的・効率的な医療提供体制の構築

7-2-5. 地域における医療連携体制の構築等

各地域における医療機関の役割分担や連携について岐阜県保健医療計画に明示し、関係者の参画と協力を促進

- ・ 地域連携パスの導入に向けた支援
- ・ 地域において充実・強化が必要な医療機能の確保（療養病床からの転換を含む）

医療機関の存続及び医療機能の充実のために必要な医療従事者の確保（医師、看護師等の養成と県内定着化）

本県の実情に即した医療連携体制の構築に向けた、各種基準の見直し等に関する国への提案・要望

再掲. 介護施設における医療・看護体制の整備（7-2-4を参照）

7-2-6. 在宅医療の充実

在宅医療の在り方・期待される役割等の明確化

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割や病院・介護施設等との連携について岐阜県保健医療計画に明示し、関係者の参画と協力を促進

在宅医療サービスの量的確保に向けた支援

- ・ 国における対策が必要な診療報酬その他制度上の課題等について、関係者の声を集約しながら提案・要望

その他の対策

市町村・医療保険者における取り組みの支援

- ・ 健診結果やレセプトデータ管理の電子化に伴うデータの分析と有効活用、重複・頻回受診者の把握と指導、その他保健・医療に関する啓発・相談・指導等について、市町村その他の医療保険者の取り組みを支援

第 8 章 計画の推進体制と評価

関係計画と連動した推進体制と進行管理

- ・岐阜県保健医療推進協議会、ヘルスプランぎふ 2 1 推進会議

計画の評価

- ・中間評価（平成 2 2 年度）、実績評価（平成 2 5 年度）

8-1. 計画の推進体制

関係計画と連動した進行管理

この計画は、岐阜県保健医療計画及びヘルスプランぎふ 2 1 と連動しながら、岐阜県保健医療推進協議会及びヘルスプランぎふ 2 1 推進会議の場において、これらの計画と合わせて進行管理します。

県以外の取り組み主体との連携による計画の推進

なお、平成 2 4 年度までの取り組み結果や成果については、これに基づいて後期高齢者医療制度に対する医療保険者の負担金の加算減算や、都道府県ごとの診療報酬の特例が検討されることとなり、むしろ、県以外の主体に大きな影響が及びます。

そのため、県全体及び全国の進捗状況等に関する情報の共有など、各主体の責任において、将来の影響を見据えながら計画期間中の対策等を進めるよう、引き続き医療保険者や医療機関等と連携していきます。特に、特定健康診査等の実施状況については保険者協議会の場において市町村や事業所の実施状況を共有し、相互に評価し、それぞれの取り組みに反映させます。

8-2. 計画の評価

計画期間中の中間評価・見直し等

平成 2 2 年度に中間評価を行うほか、医療保険者におけるメタボリックシンドロームの予備群及び該当者、健診結果やレセプトデータの電子化と蓄積など、計画の開始年度以降に利用可能になるデータを参照しながら、随時、進捗状況や効果を評価していきます。

その上で、必要に応じて計画の修正（改定）や関係事業の見直し等を行うほか、平成 2 5 年度からの第二期計画にも反映させていきます。

計画期間終了後の実績評価

計画期間終了後の平成 2 5 年度に実績評価を行います。また、評価の結果、必要がある場合には、実績評価に先行することとなる第二期計画（平成 2 5 年 4 月～）を見直します。

8-3. 計画の公表・啓発等

この計画に掲げる目標・課題・取り組み方策等を幅広く共有し、多様な主体の積極的な参画を得て、着実に成果を上げていくため、県民の健康の増進に関する事項はヘルスプランぎふ 2 1 と、医療の効果的・効率的提供に関する事項は岐阜県保健医療計画とともに、それぞれ一体的に普及・啓発を進めます。