

第4期群馬県医療費適正化計画 骨子案

第1節 総論

- 1 医療費等の現状と課題
 - (1) 医療費の動向 1 ページ
 - (2) 県民の受診の状況 7 ページ
 - (3) 平均在院日数の状況 9 ページ
- 2 第4期医療費適正化計画の基本理念 10 ページ

第2節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

- 1 健康寿命の延伸 11 ページ
- 2 メタボリックシンドローム対策の推進 13 ページ
- 3 たばこ対策の推進 15 ページ
- 4 歯科口腔保健の推進 16 ページ
- 5 がん対策の推進 18 ページ
- 6 生活習慣病の重症化予防の推進 20 ページ
- 7 感染症重症化予防のための予防接種の推進 22 ページ
- 8 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 23 ページ

第3節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

- 1 病床機能の分化・連携の推進 24 ページ
- 2 地域包括ケアシステムの推進等
 - (1) 地域包括ケアシステムの推進 26 ページ
 - (2) 在宅医療の推進 30 ページ
 - (3) 認知症施策の推進 31 ページ
 - (4) 入院中の精神障害者の地域移行の推進 33 ページ
- 3 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 35 ページ
- 4 医薬品の適正使用の推進 37 ページ
- 5 医療資源の効果的・効率的な活用 39 ページ
- 6 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進 41 ページ

1 医療費等の現状と課題

(1) 医療費の動向

ア 全国の医療費の動向

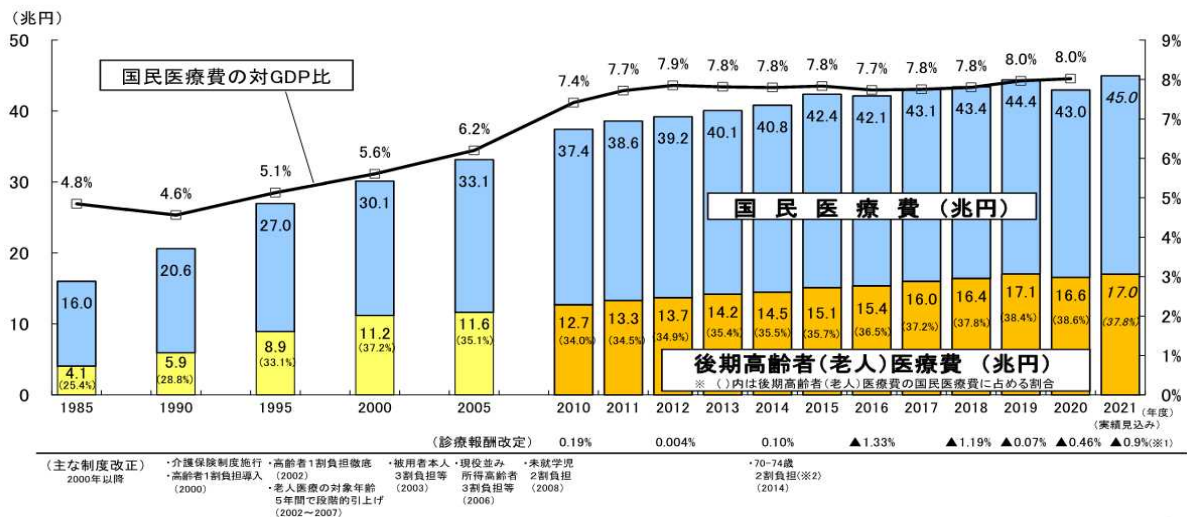
(ア) 国民医療費の状況

令和3年度の国民医療費*1は〇〇兆円（※約45兆円の見込み。9月に公表予定）で、前年度の42兆9,665億円に比べ、〇〇兆円、〇〇%の増加となっています。過去10年間（平成24年度から令和3年度まで）の国民医療費の推移をみると、概ね増加傾向にありますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えが影響していると考えられる令和2年度は大きく減少しています。

(イ) 後期高齢者医療費の状況

令和3年度の後期高齢者医療費*2は17兆0,763億円で、前年度の16兆5,681億円に比べ、5,082億円、3.1%増加しました。後期高齢者医療費の国民医療費に占める割合は〇〇%となっています。

図表：医療費の動向



〔資料〕厚生労働省資料

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

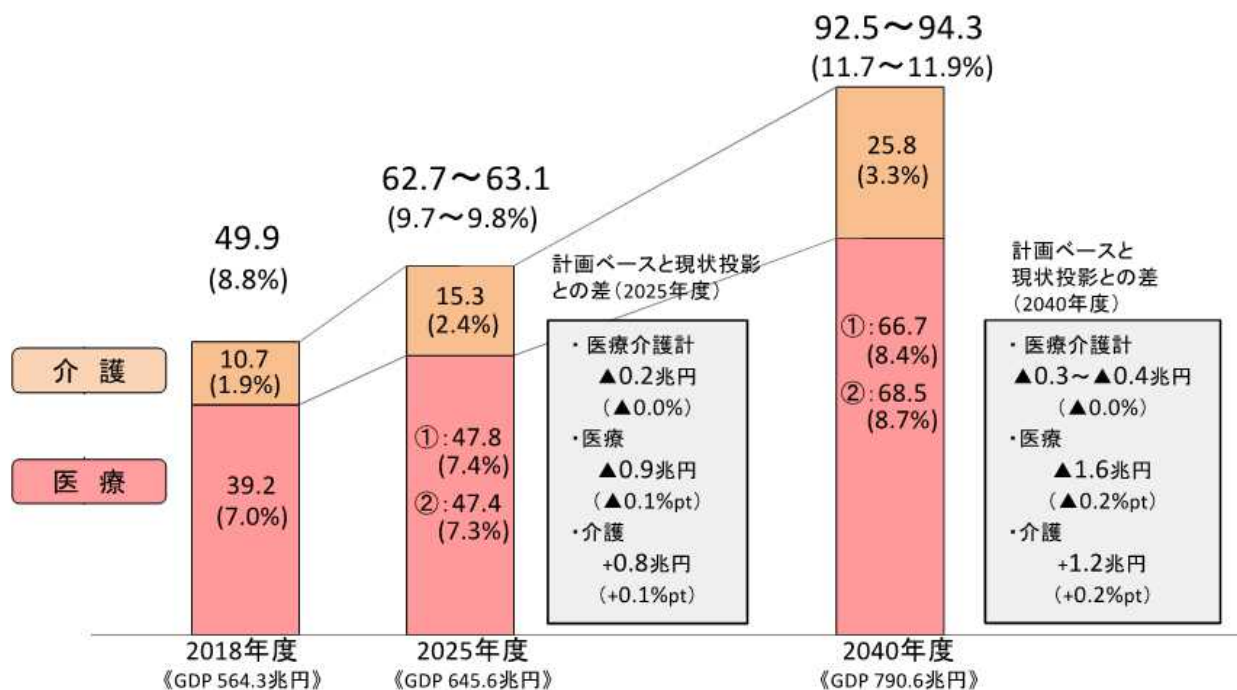
*2後期高齢者医療費：後期高齢者と定義される75歳以上にかかる医療費をいいます。後期高齢者医療制度は平成20年4月に創設されましたが、それ以前は、「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65歳～74歳の高齢者は、前期高齢者と定義されます。

(ウ) 今後の医療費の見込み

急速な高齢化の進展に伴って、今後も医療費が増加していくことが見込まれており、厚生労働省の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（平成30年5月21日）によると、令和22年度（2040年度）における医療費は、66.7兆円～68.5兆円に達すると推計されており、平成30年度（2018年度）と比較し、約1.70～1.75倍にあたります。

図表：医療費等の見通し（計画ベース）

（単位：兆円）



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。
 (注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床増設の分岐・連携の進展、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外資系医療の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以外の期間については、当該時点の年齢別総額の発生率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、初回は医療従事者から介護士養成等への転進分など、親指で見送ることが困難な要素があることに留意する必要がある。
 ※ 平成30年度等ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成20年推計)、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。
 なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。

〔資料〕厚生労働省資料

イ 本県の医療費の動向

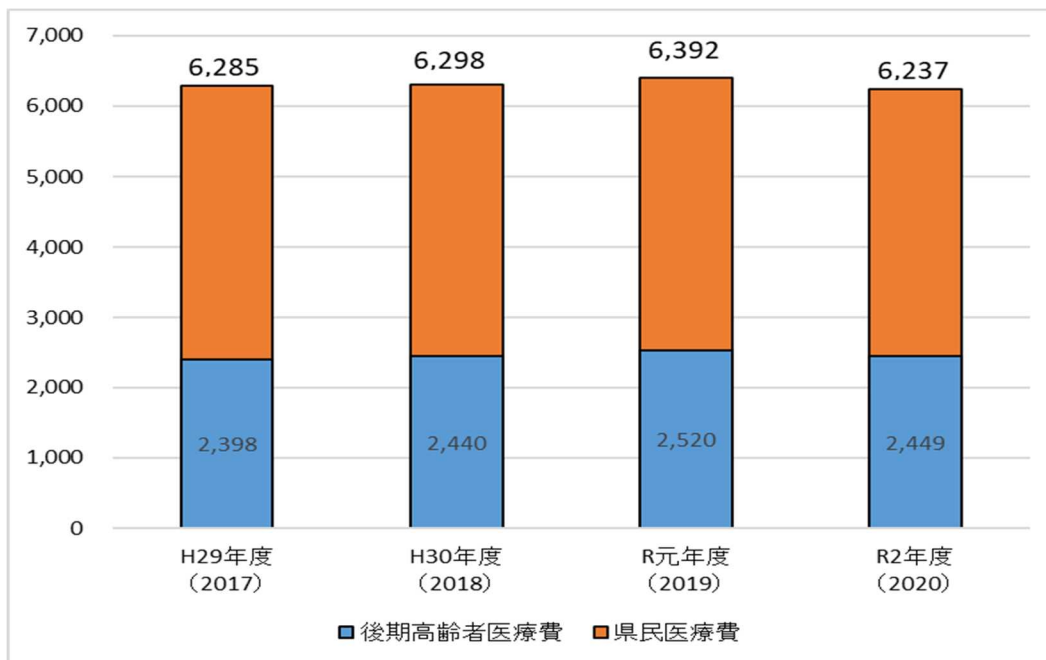
(ア) 本県の医療費の状況

令和3年度の国民医療費における本県の医療費は〇〇億円（※概算医療費では6,631億円）で、前年度の6,237億円に比べ、〇〇億円、〇〇%増加しています。また、平成29年度の6,285億円から比較すると、〇〇億円、〇〇%増加しています。

なお、本県の医療費のうち、後期高齢者医療費は2,537億円で、全体の〇〇%を占めています。

図表：本県の医療費の年次推移

(単位：億円)



〔資料〕厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業年報」

(イ) 1人当たり医療費の全国比較

令和3年度の県民1人当たり医療費は〇〇千円で、全国平均の〇〇千円を下回り、全国では〇〇位（少ない方から〇〇番目）となっています。

令和3年度の1人当たり医療費の診療種類別内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が〇〇千円で、全国平均の〇〇千円を下回っている一方、入院外は〇〇千円で、全国平均の〇〇千円を上回っています。

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

図表：1人当たり医療費の年次推移

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
県民1人当たり医療費 (千円)	320.6 (35位)	322.7 (36位)	329.1 (36位)	321.7 (35位)	※R5.9月に公表予定 (位)
全国平均 (千円)	339.9	343.2	351.8	340.6	

〔資料〕厚生労働省「国民医療費」

図表：1人当たり医療費の内訳（令和2年度） ※R3 数値公表後に更新予定

	本 県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
1人当たり医療費（合計）	321.7	35位 （少ない方から13番目）	340.6
医科診療医療費 （入院）	122.9	34位 （少ない方から14番目）	129.5
医科診療医療費 （入院外）	115.0	29位 （少ない方から19番目）	114.5
歯科診療医療費	20.9	39位 （少ない方から9番目）	23.8
薬局調剤医療費	52.1	44位 （少ない方から4番目）	60.6

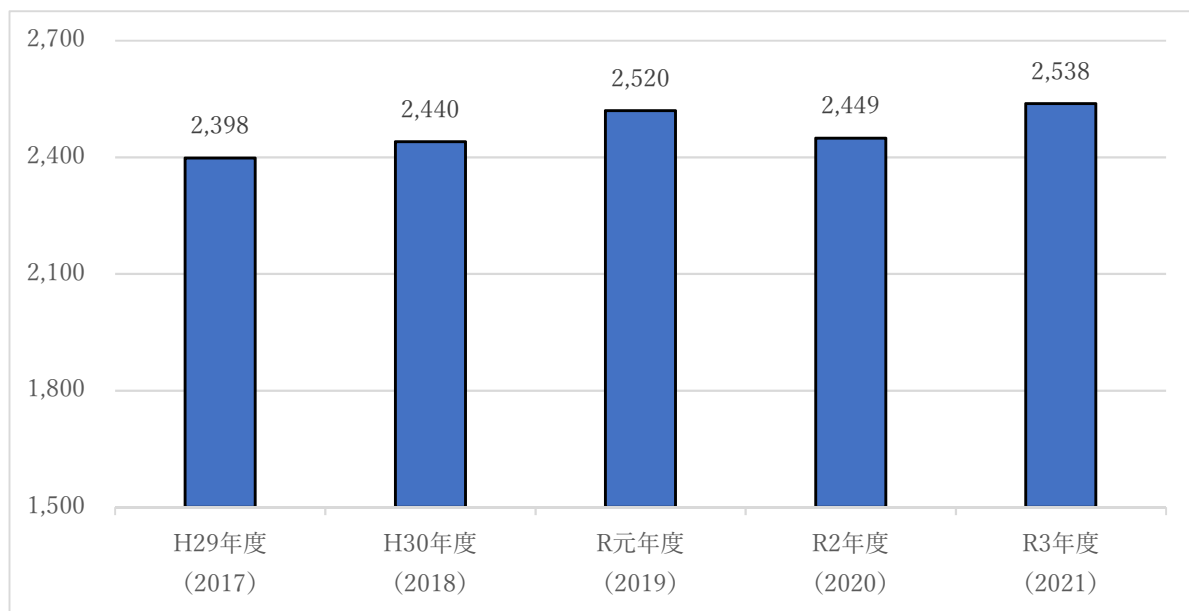
〔資料〕厚生労働省「国民医療費」（令和3年度）

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

（ウ）本県の後期高齢者医療費の状況

令和3年度の本県の後期高齢者医療費は2,538億円で、前年度の2,449億円に比べ、89億円、3.6%増加しています。

図表：本県の後期高齢者医療費の年次推移（単位：億円）



〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

(エ) 1人当たり後期高齢者医療費の全国比較

令和3年度における本県の1人当たり後期高齢者医療費は85万9千円で、全国平均の94万1千円を下回っており、全国では33位（少ない方から15番目）となっています。

令和3年度の加入者1人あたり医療費の内訳について、入院・入院外別の医科診療費をみると、本県は入院が41万5千円、入院外が26万1千円で、いずれも全国平均（入院44万5千円、入院外27万1千円）を下回っています。

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

図表：1人当たり後期高齢者医療費の推移

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
1人当たり 医療費（千円）	869.3 (31位)	862.7 (32位)	868.8 (32位)	836.3 (31位)	858.7 (33位)
全国平均（千円）	944.6	943.1	954.4	917.1	940.5

〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

図表：1人当たり後期高齢者医療費の内訳（令和3年度）

1人当たり 後期高齢者医療費	本 県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
合 計	858.7	33位 (少ない方から15番目)	940.5
医科診療医療費 (入院)	414.7	28位 (少ない方から20番目)	444.8
医科診療医療費 (入院外)	261.2	23位 (多い方から25番目)	270.6
歯科診療医療費	28.9	33位 (少ない方から15番目)	36.3
薬局調剤医療費	120.4	46位 (少ない方から2番目)	148.6

〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」（令和3年度）

その他の内訳として、訪問看護診療費、療養費等があります。

(オ) 医療費の疾病別状況

厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021年度診療分のNDBデータ）」によると、本県の医療費において、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全、その他の悪性新生物等の生活習慣病に係る疾病が上位を占めており、特に糖尿病及び腎不全は全国の一人当たり医療費と比べ、それぞれ837円、1,539円上回っています。また、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害は全国の一人当たり医療費と比べ、2,792円上回っています。

図表：群馬県の医療費上位 20 疾病別内訳（令和 3 年度）

疾病分類名	群馬県		全国		群馬と全国の差
	医療費 (百万円)	一人当たり 医療費 (円)	医療費 (百万円)	一人当たり 医療費 (円)	一人当たり 医療費 (円)
全疾病	606,780	315,154	40,450,569	324,845	-9,691
1 高血圧性疾患	41,636	21,625	2,729,990	21,924	-298
2 歯肉炎及び歯周疾患	27,725	14,400	2,315,509	18,595	-4,195
3 糖尿病	27,176	14,115	1,653,406	13,278	837
4 腎不全	25,822	13,412	1,478,385	11,872	1,539
5 その他の悪性新生物<腫瘍>	25,403	13,194	1,730,232	13,895	-701
6 その他の心疾患	23,736	12,328	1,573,141	12,633	-305
7 骨折	21,871	11,359	1,431,688	11,497	-138
8 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	18,482	9,599	847,639	6,807	2,792
9 その他の消化器系の疾患	16,688	8,668	1,139,520	9,151	-484
10 脳梗塞	16,550	8,596	1,080,370	8,676	-80
11 虚血性心疾患	12,077	6,273	719,046	5,774	498
12 分類できない疾病	11,094	5,762	685,541	5,505	257
13 その他の神経系の疾患	10,608	5,510	842,504	6,766	-1,256
14 脊椎障害（脊椎症を含む）	9,971	5,179	673,667	5,410	-231
15 その他の損傷及びその他の外因の影響	9,919	5,152	613,105	4,924	228
16 脂質異常症	9,439	4,903	724,829	5,821	-918
17 関節症	9,354	4,859	682,235	5,479	-620
18 その他の呼吸器系の疾患	9,160	4,757	607,901	4,882	-124
19 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	8,880	4,612	663,859	5,331	-719
20 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	8,177	4,247	639,682	5,137	-890

〔資料〕厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021 年度診療分の NDB データ）」をもとに群馬県作成

訪問看護医療費、療養費等は含んでいないため、国民医療費の数値と異なります。

(2) 県民の受診の状況

ア 県民の受診状況

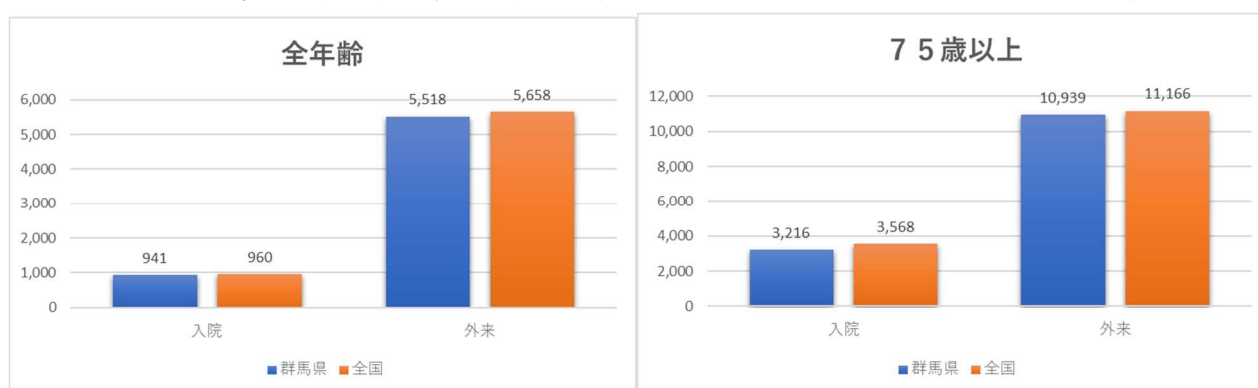
(ア) 入院・外来の受診状況

令和2年における県民の医療機関への受診状況について、人口10万人当たりの受療率^{*3}をみると、入院については、本県は941人で、全国平均の960人よりも低くなっており、外来についても、本県は5,518人で、全国平均の5,658人よりも低くなっています。

また、75歳以上の人口10万人あたりの受療率をみると、入院については、本県は3,216人で、全国平均の3,568人よりも低くなっており、外来についても、本県は10,939人で、全国平均の11,166人よりも低くなっています。

図表：受療率の状況（全年齢、75歳以上）

（単位：人）



〔資料〕厚生労働省「患者調査」（令和2年）

(イ) 疾病別の受療率

傷病分類ごとの受診状況をみると、入院の受療率については、概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害等については、全国平均よりも高くなっています。

また、外来の受療率についても概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、虚血性心疾患、気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患、喘息等が、全国平均よりも高くなっています。

*3受療率：厚生労働省が毎年度公表している「患者調査」により、ある特定の日に疾病治療のために、医療機関に入院または通院、往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」として定義しています。

図表：疾病分類ごとの対10万人あたりの受療率（本県・全国平均）（単位：人）

	入院		外来	
	全国	群馬県	全国	群馬県
総数	960	941	5,658	5,518
1 感染症及び寄生虫症	13	12	103	68
2 新生物<腫瘍>	100	82	196	165
(悪性新生物<腫瘍>)	89	72	144	128
結腸及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	14	12	21	23
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	13	11	15	15
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	5	14	12
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	24	26	343	363
甲状腺障害	1	1	26	26
糖尿病	12	12	170	184
5 精神及び行動の障害	188	208	211	229
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	113	143	40	61
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	22	18	72	74
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	3	50	53
6 神経系の疾患	100	77	131	136
7 眼及び付属器の疾患	8	7	237	168
白内障	5	5	51	43
8 耳及び乳様突起の疾患	2	2	76	51
9 循環器系の疾患	157	147	652	854
高血圧性疾患	4	5	471	618
(心疾患（高血圧性のものを除く）)	46	52	103	161
虚血性心疾患	9	11	42	79
脳血管疾患	98	80	59	55
10 呼吸器系の疾患	59	62	371	422
急性上気道感染症	1	0	128	133
肺炎	19	20	3	2
急性気管支炎及び急性細気管支炎	1	0	37	42
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	5	3	14	21
喘息	1	1	71	125
11 消化器系の疾患	48	51	1,007	948
う蝕	0	0	231	202
歯肉炎及び歯周疾患	0	-	401	370
12 皮膚及び皮下組織の疾患	9	9	247	161
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	59	59	718	537
炎症性多発性関節障害	3	3	42	35
関節症	14	17	155	103
脊柱障害	19	16	345	212
骨の密度及び構造の障害	1	1	51	60
14 腎尿路生殖器系の疾患	41	40	241	197
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全	27	26	106	105
乳房及び女性生殖器の疾患	2	2	70	50
15 妊娠、分娩及び産じょく	11	10	10	13
16 周産期に発生した病態	5	6	3	1
17 先天奇形、変形及び染色体異常	4	8	11	7
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	10	12	59	59
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	107	111	229	230
骨折	77	86	77	75

〔資料〕厚生労働省「患者調査」（令和2年）

※対10万人あたりの受療率が10人を超えており、かつ、全国平均よりも10%以上である疾病に着色しています。

(3) 平均在院日数*4の状況

令和3年の本県における全病床（介護療養病床を除く）の平均在院日数は27.7日で、前年に比べ、0.6日の短縮となりました。

全国平均(27.3日)と比較すると0.4日長く、都道府県別にみると長い方から24番目となっています。

病床別にみると、療養病床については111.3日で全国平均（131.1日）よりも短い一方、一般病床については16.6日で全国平均(16.1日)と比べ0.5日、また、精神病床については295.3日で全国平均（275.1日）と比べ20.2日長くなっています。

図表：平均在院日数の年次推移

(単位：日)

		H29	H30	R1	R2	R3
一般病床	本県	16.3	16.3	16.5	17.0	16.6
	全国平均	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1
精神病床	本県	310.3	311.8	303.1	307.1	295.3
	全国平均	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1
結核病床	本県	76.2	76.1	71.9	79.8	72.2
	全国平均	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3
療養病床	本県	109.8	107.2	105.8	110.6	111.3
	全国平均	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1
介護療養病床を除く総数	本県	26.9	26.7	27.0	28.3	27.7
	全国平均	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3

[資料] 厚生労働省「病院報告」

*4平均在院日数：病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

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

2 第4期医療費適正化計画の基本理念

(1) 基本理念

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

- 1 今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。
- 2 医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高め、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものとします。

(2) 施策の2つの柱

ア 県民の健康の保持の推進

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

また、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と市町村による、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。

イ 医療の効率的な提供の推進

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

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

さらに、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進、医薬品の適正使用の推進並びに医療資源の効果的かつ効率的な活用の推進を図り、過度に医療費が増大しないよう取り組みます。

(3) 計画に掲げる目標、施策等

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

第2節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

1 健康寿命の延伸

現状と課題

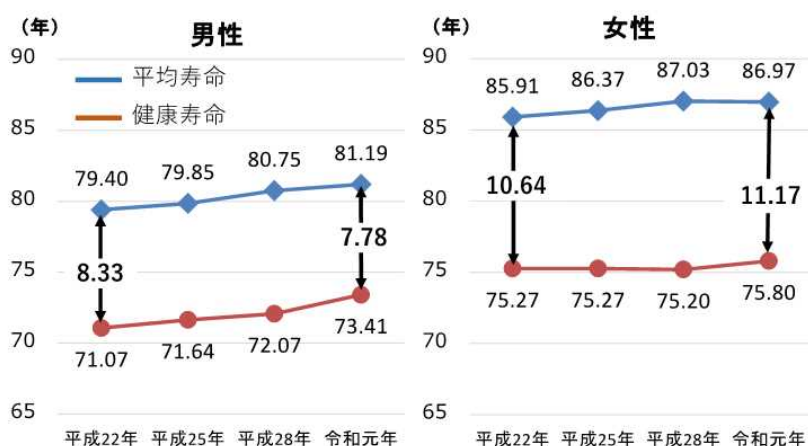
(1) 健康寿命とは

ア 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されています。

イ 高齢化が進む中、健康寿命の延伸、すなわち、平均寿命と健康寿命の差を縮めることは、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、社会保障制度を持続可能なものとするためにも重要です。このため、第3次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま21（第3次）」では、健康寿命の延伸を全体目標の一つとしています。

ウ 本県における健康寿命の延伸の状況は、男性は改善傾向にありますますが、女性は悪化傾向にあります。

図表：本県の平均寿命と健康寿命の推移



出典：平均寿命：平成22年都道府県別生命表（厚生労働省）

平成25年・28年・令和元年県簡易生命表（群馬県）

健康寿命：日常生活に制限のない期間（平均）（厚生労働省）

(2) 健康寿命の延伸に向けた取組

第3次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま21（第3次）」【策定中】に合わせて検討

目標

第3次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま21（第3次）」【策定中】に合わせて検討

○ 指標と目標値

単位：年

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の延伸)	男性 73.41 女性 75.80	R元	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	※検討中

取り組むべき施策

第3次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま21（第3次）」【策定中】に合わせて検討

2 メタボリックシンドローム*1対策の推進

現状と課題

ア 厚生労働省「国民健康・栄養調査（平成28年）」、県「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県のメタボリックシンドロームの該当者は男女ともに全国の割合を下回っていますが、予備群の割合は男女ともに全国を上回っています。

項目	群馬県		全国	
	予備群	該当者	予備群	該当者
男性	28.9%	19.4%	24.1%	27.0%
女性	11.4%	8.9%	8.2%	10.0%

予備群：メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者

該当者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者

〔資料〕厚生労働省「国民健康・栄養調査（H28年）」、県「県民健康・栄養調査（H28年度）」

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

ウ 特定保健指導は、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して行う保健指導であり、特定健康診査の結果に応じて、動機付け支援と積極的支援が行われます。特定健康診査と同様、平成20年度から開始されています。

エ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和3）年）」によると、本県の特定健康診査の受診率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

目標

ア 県民一人一人が日々の健康管理を適切に行うことにより、特定健康診査における保健指導対象者を平成20年度に比べて25%以上減少させます。

イ 本県全体で、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することにより、生活習慣病の早期発見を推進します。

ウ 本県全体で、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることにより、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進します。

*1メタボリックシンドローム：内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患をまねきやすい病態をいいます。

○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定保健指導対象者の減少 (平成 20 年度と比較)	7.98%	R3	25%減少	R11
2	特定健康診査受診率	55.9%	R3	70%以上	R11
3	特定保健指導実施率	19.7%	R3	45%以上	R11

取り組むべき施策

- ア 県民が自らの健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけ、必要に応じて生活習慣を改善できるような働きかけや普及啓発を行います。
- イ メタボリックシンドロームの危険因子を早期発見するため、保険者や事業所等と連携し、特定健康診査の実施を推進します。
- ウ メタボリックシンドロームの危険因子を有する者に対して特定保健指導を通じて生活習慣改善指導を行い適切な健康管理を支援するため、保険者や事業所等と連携し、特定保健指導の実施率向上に向けた取組を推進します。
また、必要に応じて医療機関への受診を促します。
- エ 保険者や関係機関・団体等と連携し、特定健康診査及び特定保健指導を行う従事者の人材育成に取り組めます。
- オ 特定健康診査のデータを中心とした分析を行い、県全体と市町村や職域別に健康課題の抽出と検討を進め、地域特性に基づいた効果的な対策の推進を図ります。

3 たばこ対策の推進

現状と課題

- ア 喫煙は、がん、慢性閉塞性肺疾患（COPD）をはじめとする呼吸器疾患、循環器疾患など、様々な生活習慣病の発症及び重症化に大きく影響していることから、喫煙率を低下させることは、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防における重要なポイントとなります。
- イ たばこによる健康被害は、喫煙者にとどまらず、その環境のもとに育つ子どもや周囲の人々にも、受動喫煙という形で悪影響を及ぼします。
- ウ 本県の喫煙者数は、県民健康・栄養調査（2021（令和3）年）によると、習慣的に喫煙している人は男性〇〇%、女性〇%です。人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）のあった人は男性〇%、女性〇%です。【作成中】

目標

第3次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま 21（第3次）」【策定中】に合わせて検討

○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	20歳以上の者の喫煙率			※策定中	

資料：県民健康・栄養調査

取り組むべき施策

- ア 新聞やラジオ等でのメディアでの啓発活動、県民公開講座等の開催により、喫煙及び受動喫煙に関する知識の普及啓発を図ります。
- イ 学校や市町村等関係機関と協力して、喫煙や受動喫煙が健康に与える悪影響についての普及啓発を引き続き実施します。
- ウ 地域、職域の禁煙指導者の人材育成・資質向上のための研修会を開催するとともに、群馬県受動喫煙防止対策推進会議を通じて、関係機関の連携体制の更なる充実を図り、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指します。

4 歯科口腔保健の推進

現状と課題

※第9次群馬県保健医療計画第7章第7節を参照

(1) 乳幼児期・学齢期

乳幼児期・学齢期のう蝕は、年々減少傾向にありますが、地域による格差や個人間での格差が生じています。また、口腔機能の発達支援や将来の歯周病対策を見据えた対応もまだ十分な状態ではありません。

(2) 成人期

乳幼児期や学童期と比べて、法に基づく歯科検診（健康診査や健康診断含む）の義務付けがされているものが少ないため、口腔衛生意識の向上が課題となっていました。県「成人歯科保健実態調査2022（令和4）年度」によると、歯石除去や歯面清掃を定期的に受ける者の割合がおよそ6割に増加していることなどから、ある一定の改善はされているところです。一方で、歯周疾患の罹患率は高い状態が続いており、さらなる対策が必要な状況です。

〔資料〕県健康長寿社会づくり推進課「成人歯科保健実態調査（2022年度）」

また、オーラルフレイル対策など、将来の口腔機能低下に対するアプローチもまだ十分ではありません。

(3) 高齢期

「80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合の増加」（県「成人歯科保健実態調査（2022（令和4）年度）」：65.8%）に代表されるように、高齢期の残存歯数は増加しています。また、オーラルフレイルと呼ばれる口腔機能の低下を示す状態に当てはまる者の割合は減少傾向にありますが、高齢者が抱える多岐にわたる健康上の問題は、口腔の状況や機能に相互に影響するため、歯科口腔疾患予防や高齢者個々に応じた機能改善、生活の質の向上を目的とした対策が必要です。

(4) 障害児（者）・要介護高齢者

定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健については、県「障害児（者）の歯科口腔保健に関する調査（2022（令和4）年度）」及び、県「要介護高齢者等の歯科口腔保健に関する調査（2022（令和4）年度）」によると、歯科医師等の訪問による歯科保健医療はどちらも比較的充実していました。（障害児・者：86%、要介護高齢者：78%）

一方、施設在りによる地域差が生じているほか、摂食嚥下機能に関する支援の充実も必要な状態です。

(5) 社会環境の整備

近年、歯科口腔保健と全身の健康との関連が明らかとなってきており、関係職種に対する歯科口腔保健に関する最新の情報提供を行うとともに、糖尿病等の生活習慣病や周術期（がん等の手術前後）の口腔機能管理において、多職種連携による歯科口腔疾患対策の充実強化が必要とされています。

(6) 県民のニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、歯科の保健医療についての要望としては、「医療保険の適用範囲をもっと広げてほしい」が59.0%と最も多く、次いで「夜間や休日でも、歯科の治療が受けられるようにしてほしい」が35.2%、「通院できない高齢者などに対する、歯

科医療体制を整備してほしい」が23.8%となっています。2016（平成28）年調査結果との比較では、傾向は変わりませんが、「夜間や休日でも、歯科の治療が受けられるようにしてほしい」がやや少なくなっています。

目標

第3次群馬県歯科口腔保健推進計画【策定中】に合わせて検討

取り組むべき施策

※第9次群馬県保健医療計画第7章第7節を参照

（1）歯・口腔に関する健康格差の縮小

社会における地域格差や経済格差による歯・口腔に関する健康格差の縮小を目指し、その状況の把握に努めるとともに、地域や集団の状況に応じた効果的な歯科口腔保健施策に取り組み、健康格差の縮小を目指します。

（2）歯科疾患の予防

う蝕、歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、広く県民に歯科疾患の成り立ち及び予防方法について普及啓発を行うとともに、歯・口腔の健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進します。

また、歯科疾患の発症・重症化リスクが高い集団に対する歯・口腔の健康に関連する生活習慣の改善や歯の喪失の防止等ができるようにする取組を組み合わせることにより、効果的な歯科疾患の予防・重症化予防を実現します。

（3）口腔機能の獲得・維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るには、各ライフステージにおいて適切な取組が重要です。特に、乳幼児期から青年期にかけては良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要があります。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要です。

（4）定期的に歯科健診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健

障害者・障害児、要介護高齢者等で、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。）又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、在宅で生活する者も含めて、その状況に応じて、歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上等による歯科口腔保健の推進を図っていく必要があります。

（5）歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進していくため、歯科口腔保健の推進に関わる人材として、歯科専門職を配置し、資質の向上を図ります。

また、歯科医療又は保健指導に係る業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施その他の支援を推進します。

5 がん対策の推進

現状と課題

- ア がんは、昭和 60 年から本県の死亡原因の第 1 位になっており、死因別死亡率は年々増加しています。がんによる死亡者の減少のためには、まず予防できるがんを防ぎ、罹患者を減らすことが重要です。さらに、がんにかかった場合でも、検診で早期に発見し、できるだけ早く適切な治療につなげることが大切です。
- イ 喫煙（受動喫煙を含む）、食生活や運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染はがんのリスク因子であり、日本人におけるがんの要因の第 1 位は、男性では喫煙、女性では感染となっています。
- ウ 厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和 4）年）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率（40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳）は、胃がん 42.6%（全国 41.9%）、子宮頸がん 42.5%（全国 43.6%）、肺がん 55.7%（全国 49.7%）、乳がん 47.9%（全国 47.4%）、大腸がん 46.3%（全国 45.9%）となっており、概ね改善傾向にありますが、「群馬県がん対策推進計画」の目標を 60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。
- エ がんを発見し、早期治療につなげるためには、精密検査が必要と判定された受診者が必ず精密検査を受診することが必要です。
- オ 厚生労働大臣が質の高い専門的ながん医療を提供する医療機関として指定する「がん診療連携拠点病院」が、10 ある二次保健医療圏のうち 8 つで設置されており、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法を単独又は効果的に組み合わせた集学的治療が実施されています。

目標

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

取り組むべき施策

- ※第 9 次群馬県保健医療計画第 4 章第 2 節「1 がんの医療連携体制構築の取組」「1 予防・早期発見（検診）」の具体的施策（1）～（5）及び「2 治療」の具体的施策（1）のうち 1 つ目のポツを参照

(参照内容)

- ア 引き続き、禁煙支援、20歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙対策を推進します。
- イ 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、食塩摂取量の減少、適切な体重の維持、野菜・果物の摂取量の増加、定期的な運動の継続など、生活習慣の改善に向けた知識等を普及啓発します。
- ウ 子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（HPV）、肝がんに関連する肝炎ウイルス及びATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）に関する正しい知識等を普及啓発します。また、HPVワクチンの接種について、適切な情報提供を実施します。
- エ 国の動向を注視します。
- オ 市町村と連携し、効果的な受診率向上のための施策を検討し、がん検診の受診率の向上に向けた取組を推進します。
- カ 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対するがん検診の普及啓発や職場におけるがん検診の受診環境整備に対する理解の促進を図ります。
- キ 県民に対し、かかりつけ医を持つことの重要性について、普及啓発します。
- ク 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会での協議結果を踏まえて市町村へ助言を行うなど、市町村が行うがん検診の精度管理を支援します。
- ケ 市町村と連携し、市町村がん検診精密検査未受診者に対する受診再勧奨の実施など、精密検査受診率の向上に向けた取組を推進します。
- コ 国が作成した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」について、地区地域・職域連携推進協議会等を通じてその周知を図ります。
- サ 標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供等の均てん化が必要な取組に関しては、引き続きがん診療連携拠点病院等を中心とした体制の維持推進に努めます。

6 生活習慣病の重症化予防の推進

現状と課題

- ア 生活習慣病の発症予防には、適切な食生活や適度な運動習慣、禁煙、節酒などの生活習慣の改善や定期的な健康診断等の日々の健康管理が大切です。
- イ また、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判断された場合には、速やかに受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。
- ウ 慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：CKD）は、腎臓の働きが健康な人の60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいますが、進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。
- エ 県「県民健康・栄養調査（2021（令和3）年）」によると、本県の「糖尿病が強く疑われる者」の人口割合（20歳以上）は男性が〇〇%、女性が〇〇%で、「糖尿病の可能性が否定できない者」の人口割合（20歳以上）は、男性が〇〇%、女性が〇〇%となっており、県民の約〇〇人に1人が糖尿病が強く疑われる者か、その可能性が否定できない者となっています。【策定中】
- オ 糖尿病については、糖尿病性腎症が重症化して人工透析が必要となった場合、患者本人の生活の質（QOL）が著しく低下することに加え、生涯の医療費が多額となることが指摘されています。
- カ 本県の慢性透析患者数は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年）」によると、人口10万人当たり330人（全国279人）と高い状況にあります。また、本県の新規透析導入患者数は、人口10万人当たり37.8人（全国30.2人）と高く、都道府県別の順位は41位となっています。中でも、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は人口10万人当たり16.8人（全国12.2人）と高い状況にあります。

目標

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

取り組むべき施策

- ア 県民公開講座等を開催し、県民に対して生活習慣病に対する知識の普及啓発を行います。
- イ 地域保健と職域保健が連携し、生涯を通じた健康管理を円滑に行えるよう支援します。
- ウ 治療中断者への働きかけや、治療中の方に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組を推進します。

エ 糖尿病の重症化予防を推進するため、平成 31 年 3 月に策定した「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づく市町村や保険者における取組を支援します。

7 感染症重症化予防のための予防接種の推進

現状と課題

- ア 厚生労働省「令和3年人口動態統計（確定数）参考表」によると、県民の死因の第5位が肺炎となっており、高齢者用肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの接種により、肺炎の発症や重症化を予防し、医療費の削減効果が期待できます。
- イ 一方、接種に伴う副反応も一定数報告され、中には重篤なケースもあることから、国への報告とともに、その動向に留意する必要があります。
- ウ ワクチンの製造に関係した一時的な流通不足の問題が起こることがあり、その状況把握と情報発信等の対応が求められます。
- エ 市町村が行う定期予防接種について、技術的支援が求められています。

目標

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

取り組むべき施策

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

8 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

現状と課題

- ア 人生 100 年時代を見据え、健康寿命の延伸を目的として、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施が求められています。
- イ 後期高齢者については、フレイル状態に陥るリスクを抱えていることから、運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチにより疾病予防とフレイル予防に取り組む必要性があります。

目標

- ア 広域連合と市町村における一体的な実施の取組が着実に進むよう、広域性を活かした支援を行います。

取り組むべき施策

- ア 広域連合と市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が着実に進むよう、関係部局が連携して実施状況等を把握するとともに、広域連合や市町村の要望を把握し、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進めていきます。
- イ 広域連合や国民健康保険団体連合会とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行い、広域での対応が望ましい課題等に対して、その調整や他の関係団体との連携体制の構築等の支援を行います。

第3節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

1 病床の機能分化・連携の推進

現状と課題

- ア 2016（平成28）年に策定した地域医療構想では、2025（令和7）年を見据え、将来における医療需要を推計しています。今後、高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、慢性的な疾患や複数の疾病を抱える患者が増加することが見込まれていることから、将来を見据え、高度急性期から慢性期まで、患者の状態にふさわしい医療を提供できるよう、病床の機能分化・連携について、より一層の推進を図ることが重要となります。
- イ 2021（令和3）年度における県内の病院、有床診療所からの病床機能報告^{*1}の集計結果と、地域医療構想において推計した2025（令和7）年における必要病床数（2025（令和7）年における医療機能ごとの病床数の必要量）を比較すると、回復期機能の病床数が不足する見込みであることから、今後、急性期の病床機能について回復期の病床機能へ転換していく必要があるものと考えられます。
- ウ また、高齢化の進捗状況や医療施設等の社会資源の状況は地域ごとに異なることから、2025（令和7）年に向け、医療機関同士の役割分担や介護サービス事業者等を含めた連携のほか、医療・介護サービスの充実等については、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

図表：各構想区域における2025（令和7）年の必要病床数の推計（単位：床）

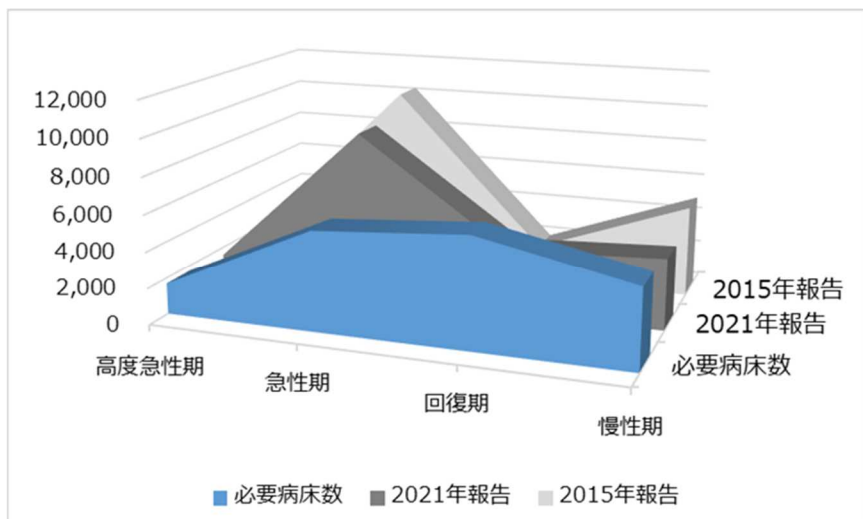
構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
前橋	529	1,429	1,149	459	3,566
渋川	128	256	287	256	927
伊勢崎	186	627	805	544	2,162
高崎・安中	283	975	1,314	1,127	3,699
藤岡	95	314	331	126	866
富岡	59	185	179	302	725
吾妻	18	103	284	167	572
沼田	69	313	251	228	861
桐生	102	413	528	463	1,506
太田・館林	231	857	939	667	2,694
計	1,700	5,472	6,067	4,339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

〔資料〕 県医務課「群馬県地域医療構想」

*1病床機能報告：一般病床・療養病床を持つ医療機関は毎年、現状及び2025年の病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期から1つ）を報告します。機能区分の定量的な基準はなく、医療機関が自主的に判断して選ぶもので、また、病棟単位で報告するため、複数の機能を担う病棟でも1機能だけを選択します。

図表：病床機能報告と必要病床数との比較

(単位：床)



〔資料〕 県医務課「群馬県地域医療構想」、「病床機能報告」

(単位：床)

年	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
2015	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	2015年報告
2021	1,556	9,263	3,516	3,902	18,237	2021年報告
2025	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※病床機能報告の集計については、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床並びに休棟等の病床は除いています。

目標

2025（令和7）年に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、病床機能の分化・連携の取組を推進します。

取り組むべき施策

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

2 地域包括ケアシステムの推進等

(1) 地域包括ケアシステムの推進

現状と課題

※第9次群馬県保健医療計画第4章第3節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」

「1 総論」を参照

(参照内容)

背景

本県の65歳以上の人口は、県「年齢別人口統計調査（2022（令和4年）」によると、58.1万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合）は31.0%となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計（2018（平成30）年）」によると、2025（令和7）年には59.3万人、高齢化率は31.8%になると推計され、2040（令和22）年には本県の高齢者人口が61.8万人に、高齢化率は37.7%になると推計されています。

また、団塊の世代全てが75歳以上となる2025（令和7）年には、75歳以上の人口が35.0万人に、2040（令和22）年には35.8万人になると推計されており、これに伴い、認知症の高齢者、ひとり暮らしの高齢世帯等が急増することから、医療・介護や生活支援の需要がさらに高まると見込まれています。

一方、県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件を整えば望む」と回答した人は、あわせて全体の6割を超えています。

地域包括ケアシステムの深化・推進

県では、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年を見据え、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、市町村をはじめ、医療・介護関係者、さまざまな担当者（障害政策、まちづくりや住宅政策等）と連携して、「地域包括ケアシステム」を推進してきました。

高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムの考え方や取組は、「地域共生社会」（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現に向けた中核的な社会基盤となり得るものです。

今後、団塊ジュニアの世代全てが 65 歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える 2040（令和 22）年を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図っていきます。

（１）認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれており、厚生労働科学研究推計結果を準用した県介護高齢課の推計では、本県では 2025（令和 7）年には 11 万人以上（高齢者の 5 人に 1 人）に、2040（令和 22）年には 13 万人以上になるとしています。

（２）認知症サポート医は 2022（令和 4）年度末現在 214 人養成されており、認知症を早期発見し、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成 30 年度までに、全市町村で設置されています。

（３）認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは 14 か所（中核型：1、地域拠点型：10、連携型：3）で、県内全域に設置されています。

目標

団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年（2025 年）を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の 5 つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進します。

また、団塊ジュニアの世代全てが 65 歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える令和 22 年（2040 年）を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図ります。

取り組むべき施策

※第 9 次群馬県保健医療計画第 4 章第 3 節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」
「1 総論」、「3 介護サービスの体制整備」を参照

（参照内容）

「1 総論」取組の方向性

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

(1) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムにおいて中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化のため、職員の資質向上や、多様な職種や機関との連携協働の場となる地域ケア会議等の充実に係る取組を推進します。

(2) 介護予防の推進

高齢者ができるだけ要介護状態等にならず、健康を維持していくこと、また、要介護状態等になった場合においても、その状態を悪化させないようにする介護予防、フレイル予防の取組の推進は、高齢者個人だけではなく社会全体にとっても重要です。

このため、多職種の協働による自立支援型のケアマネジメントの推進により高齢者の生活の質（QOL）の向上を目指すほか、リハビリテーション専門職等を生かした住民主体の通いの場の充実、高齢者の社会参加などを推進します。

(3) 認知症施策の推進

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

(4) 生活支援サービスの充実

今後、認知症高齢者やひとり暮らし高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援サービス（配食・見守り等）を充実させていく必要があります。

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

(5) 医療と介護の連携

疾病を抱えていても、自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療や在宅介護の提供を行うことが必要です。

このため、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員（ケアマネジャー）等の介護関係職種の間での多職種連携を推進します。

「3 介護サービスの体制整備」

高齢化が一層進展する中で、重度の要介護状態や認知症になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、居宅サービスや地域密着型サービスの提供体制整備を推進します。

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

(2) 在宅医療の推進

現状と課題

(1) 在宅医療・介護の連携の推進

- ア 県「保健医療に関する意識調査（令和4年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」及び「条件が整えば望む」という人が6割を超えている一方で、自宅で療養が可能とした人は2割を下回っています。
- イ 慢性疾患や認知症等、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受け、高齢者本人が自宅で最後を迎えられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面において、各々の専門性を生かした連携体制を構築することが必要となっています。

(2) 在宅医療の基盤整備の推進

- ア 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることができるよう、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制が必要となりますが、山間部などでは、診療所や訪問看護事業所がない、夜間に対応する介護サービスが不足するなど、医療資源が不足・偏在している地域があります。
- イ このため、訪問診療・往診の提供体制の充実を図るとともに、24時間対応の訪問看護ステーションの増加に向けた取組を推進するなど、看取りに対応できる医療機関の充実を含め、在宅医療の提供体制をより一層推進する必要があります。

目標

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

取り組むべき施策

- ア 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携をより一層推進するため、両者の連携を推進するための研修等を開催・支援するとともに、病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。
- イ 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、在宅医療の基盤整備を進めます。
- ウ 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携を推進し、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受け入れ体制の構築に取り組みます。
- エ 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制を構築します。
- オ 人生の最終段階における本人の意思を尊重した医療のあり方について、医療・介護従事者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

(3) 認知症施策の推進

現状と課題

※第9次群馬県保健医療計画第4章第3節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」
「4 総合的な認知症対策」を参照

(参照内容)

現状

- (1) 認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれており、厚生労働科学研究推計結果を準用した県介護高齢課の推計では、本県では2025（令和7）年には11万人以上（高齢者の5人に1人）に、2040（令和22）年には13万人以上になるとしています。
- (2) 認知症サポート医は2022（令和4）年度末現在214人養成されており、認知症を早期発見し、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成30年度までに、全市町村で設置されています。
- (3) 認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは14か所（中核型：1、地域拠点型：10、連携型：3）で、県内全域に設置されています。

課題

- (1) 認知症になっても尊厳をもって生活できるようにするためには、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症は身近な病気であることを理解することが必要です。
- (2) 増加する認知症高齢者に対応するため、かかりつけ医と専門医療機関が連携し、認知症疾患の早期診断・早期対応につなげるシステムの構築が必要です。
- (3) 認知症の人が安心して生活を送ることができるようにするためには、認知症の容態の変化に応じ、適時・適切に切れ目ない医療・介護の提供と家族へのサポートが重要です。
- (4) 現役世代が発症する若年性認知症は、病気に対する周囲の認識不足などで診断前に症状が進行し社会生活が困難となり、就労の継続等の経済的な問題にも直面するなど、世代に応じた支援が必要です。

目標

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

取り組むべき施策

※第9次群馬県保健医療計画第4章第3節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」
「4 総合的な認知症対策」を参照

(参照内容)

施策の方向

- (1) 認知症に対する理解の促進を図るとともに、認知症の人の発信機会を増やし、認知症の人やその家族の意見も踏まえた施策の推進を目指します。
- (2) 適切な医療の提供と相談体制の充実のため、認知症疾患医療センター運営、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医及び医療従事者認知症対応力向上研修を行います。
- (3) 地域における支援体制の構築のため、各市町村の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームと、認知症疾患医療センター等の連携を深め、認知症の人と家族を地域全体で支援する体制の構築に努めます。
- (4) 若年性認知症に対する理解を促進するとともに、状態に応じた適切な支援が受けられるよう、若年性認知症支援コーディネーターの配置による相談体制の充実、支援ネットワークづくり、普及啓発を図ります。

(4) 入院中の精神障害者の地域移行の推進

現状と課題

ア 厚生労働省「精神保健福祉資料（令和4年度）」によると、本県における精神科病院の入院患者数 4,486 人のうち在院期間が1年以上の長期入院患者は 2,993 人と、全体の 66.7% となっています。

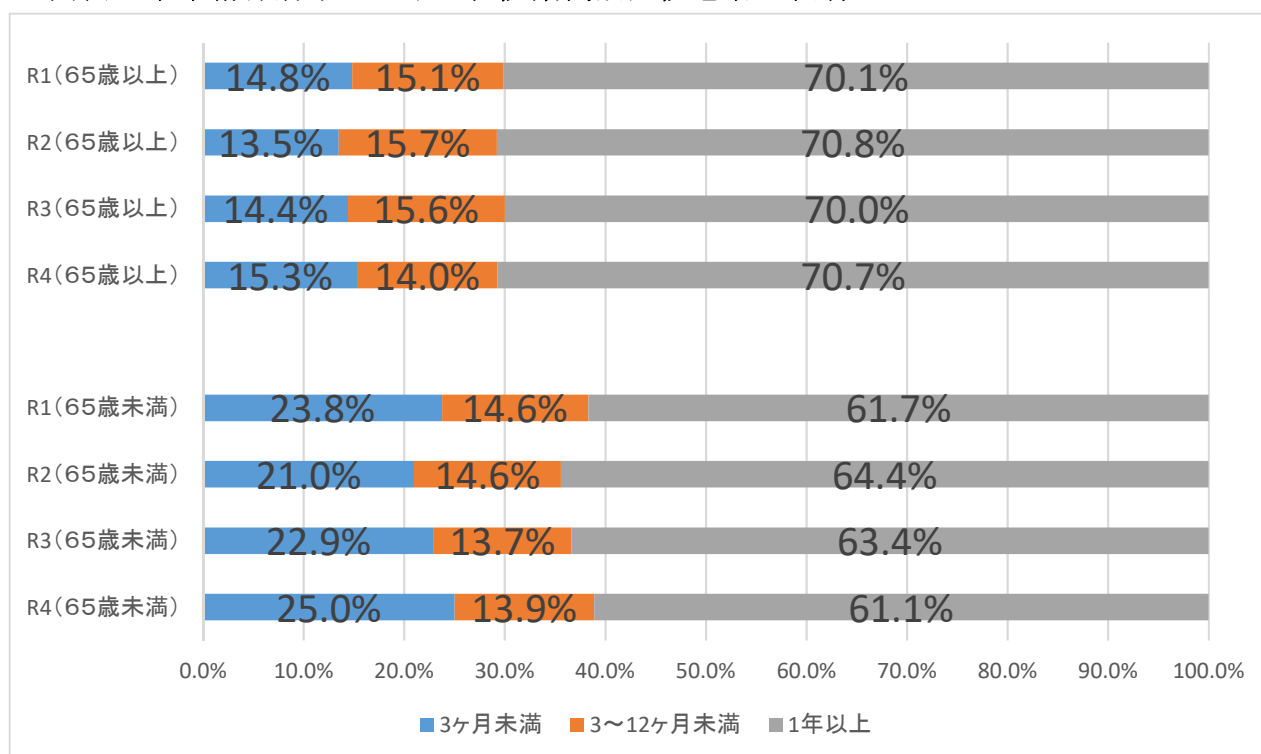
また、厚生労働省「病院報告」によると、精神病床における令和3年の平均在院日数は 295.3 日と、全国平均に比べて 20.2 日長くなっていることから、早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。

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

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

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

図表：本県精神病床における在院期間別入院患者の割合



〔資料〕厚生労働省「精神保健福祉資料」

目標

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

取り組むべき施策

- ア 地域における精神障害についての理解を深めるため、こころの県民講座を開催するなど、理解の促進を図ります。
- イ 各地域において保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を促進し、関係者間の連携を強化するとともに、相談支援を担当する保健福祉事務所、市町村及び相談支援事業所等の相談機能の充実を図ります。
- ウ 長期入院患者の早期退院に向けた支援を推進するため、ピアサポート活用事業^{*1}等地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用促進を図ります。また、退院後生活環境相談員の設置や退院支援委員会の開催など、精神科病院における退院促進の取組を充実させます。
- エ 訪問看護等の提供体制の充実を図るほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制の整備等、地域生活を支える精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。
- オ グループホームの整備や就労支援等、障害福祉サービスの充実を図ります。
- カ 精神障害者や家族が地域で安心して生活できるよう、精神保健ボランティアの養成や家族会支援、各種研修の実施等、地域における支援体制の構築を図ります。

^{*1}ピアサポート活用事業：地域で暮らす精神障害のある人が「ピアサポーター」として精神科病院を訪問し相談や助言を行うことにより、入院中の精神障害者の地域移行に対する不安感の解消や退院意欲の喚起を図る事業です。

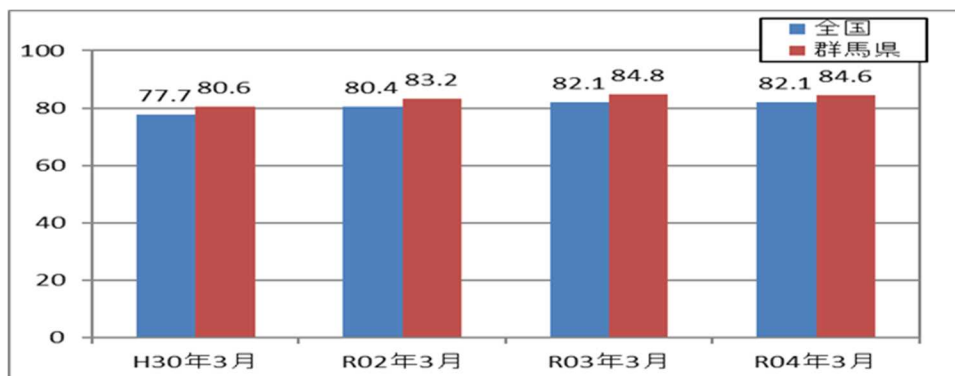
3 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

現状と課題

- ア 後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなります。
- イ 我が国における「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量割合は、令和4年3月末現在82.1%で、近年、急速に普及してきています。
- ウ 本県では、平成21年度に医療関係者、学識経験者、医薬品業界関係者及び保険者代表で構成する「群馬県後発医薬品適正使用協議会」を発足し、後発医薬品の普及啓発等に取り組んできたことから、令和4年3月末の本県における後発医薬品の数量割合は72.2%に達し、全国平均を上回り、全国9位となっています。
- エ 後発医薬品に対する品質確保や安定供給に対する不安感の払拭を図る必要があります。

図表：後発医薬品使用割合の推移

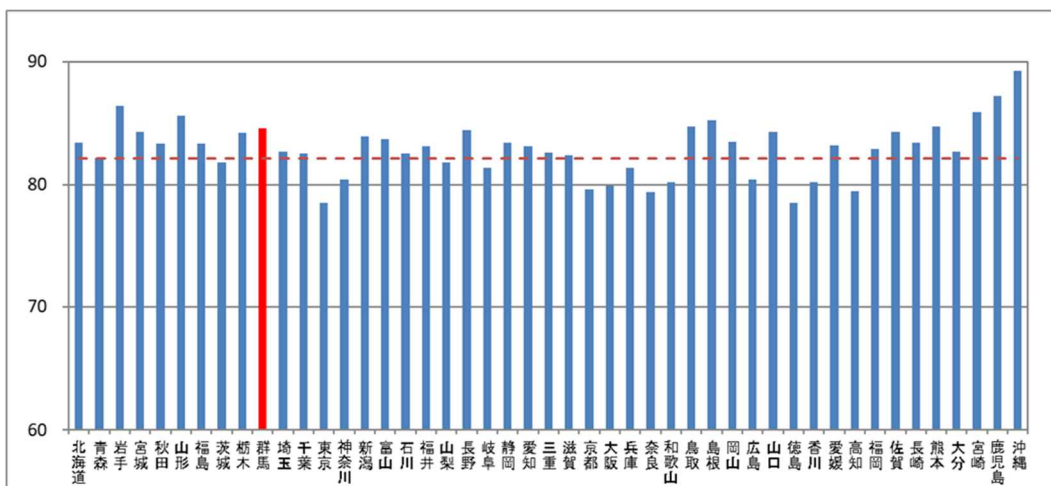
(単位：%)



[資料] 厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

図表：後発医薬品使用割合の全国比較

(単位：%)



[資料] 厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

目標

本県の後発医薬品について、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である80%に達している一方で、供給不安が続いているといった課題があります。こうした中で、国は、今後骨太方針2021の「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までにすべての都道府県で80%以上にする」という政府目標を、金額ベース等の観点で踏まえて見直すこととしており、本県においても本計画における後発医薬品の使用促進に関する数値目標を、新たな政府目標を踏まえ、令和6年度に設定します。

また、バイオ後続品については、令和11年度に、バイオ後続品に数量ベースで80%以上置き換わった成分数が60%以上に達しているとする目標を設定します。

取り組むべき施策

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

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

ウ 医療費適正化の観点から、今後、地域フォーミュラリーに関する医療関係者への周知等の多面的な必要な取組を行います。

エ 後発医薬品の安定供給、メーカーにおける製造管理の徹底を図るなど、後発医薬品の信頼回復に向け、必要な施策を推進します。

オ 後発医薬品の使用促進に関する関係者の役割分担

主体	具体的役割
群馬県後発医薬品適正使用協議会	○ 医療機関等を対象とした後発医薬品の使用に関するアンケート調査 ○ 普及啓発用リーフレット等広報資材の作成・配布 ○ 広報資料、電子広告等を活用した県民への普及啓発 ○ 地域の医療機関における後発医薬品の取扱品目リスト及び採用基準の公表
保険者	○ 後発医薬品へ切り替えた場合の「軽減差額通知」の送付 ○ 「後発医薬品希望」意思表示のための資材配布

4 医薬品の適正使用の推進

現状と課題

(1) 医薬品の重複投与・多剤投与の状況及び影響

- ア 医薬品の重複投与・多剤投与の多くは、患者が複数の医療機関を受診すること及び加齢による様々な疾患への対応により発生しています。
- イ また、複数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いが、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているとの指摘もあるほか、医療費の増大にも繋がっています。
- ウ 特に医薬品の多剤投与については、患者の年齢が高くなるほど多くなる傾向があります。

(2) 関係機関との連携

- ア 複数医療機関の受診や多剤投与については、患者の病状等により事情が異なり、一律に扱うことはできないため、医療機関と薬局等が情報共有することが重要となります。
- イ 医薬品の適正使用を確保するため、厚生労働省では「患者のための薬局ビジョン^{*1}」を平成27年10月に策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するほか、医療関係多職種との連携を推進しています。
- ウ かかりつけ薬剤師・薬局の普及により、医薬品服薬情報の一元管理等が可能となるため、医療機関との連携を進めることが重要です。

*1患者のための薬局ビジョン：平成27年10月に厚生労働省が作成。患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる平成37年（2025年）、更に10年後の平成47年（2035年）に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するもので、患者が医薬分業のメリットを実感できる患者本位の薬局となることを中長期的な視点に立って推進していくものです。

○ 目指すべき内容

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

○ かかりつけ薬剤師・薬局の持つべき機能

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

目標

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

取り組むべき施策

- ア 重複投与や多剤投与への対応のためにも、「かかりつけ薬剤師・薬局」推進の一環である健康サポート薬局及び認定薬局制度の整備を更に進めます。
- イ 医療機関と薬局の連携を強化し、訪問指導の実施、重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋のメリットの周知等による導入や飲み残し等による残薬の解消に取り組めます。
- ウ 保険者と連携を図ることで、重複投与や多剤投与に係る医療費の実態分析を行い、患者に対して医療費に関するお知らせを行うなどの指導に取り組めます。
- オ 患者向けの医薬品適正使用の理解促進のための広告資料や電子広告等を作成し、広く県民に普及啓発を行います。
- カ 医療機関、保険者、薬局、行政が連携し、医薬品の使用状況について、情報共有を進め、必要な対策を検討するための環境整備を図ります。

5 医療資源の効果的・効率的な活用

現状と課題

- ア 少子高齢化に伴い県民の疾病構造は従来から大きく変化しています。また、切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を構築するためには、急性期から回復期、慢性期において、患者の状態にふさわしい医療を的確に提供することが求められています。さらに、医療資源の状況は地域によって異なることから、その偏在解消が必要です。
- イ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療について、例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用では、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」に基づく取組等によって使用量が減少してきており、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」に基づき更なる取組が進められています。
- ウ 白内障手術及び化学療法の外来での実施状況については、医療資源の投入量に地域差があることが指摘されています。白内障の手術は、「OECD Health at a Glance 2021」によると、OECD加盟国の半数以上の国において外来での実施率が90%以上である一方で、厚生労働省「NDB オープンデータ（2021年度）」によると、我が国の外来での実施率は64.8%であり、本県は76.5%となっています。また、がんの化学療法についても、本県では全ての二次保健医療圏で外来薬物療法が提供されており、外来で治療を行うケースが増えています。入院で化学療法を実施するケースも一定数存在しています。
- エ 令和4年度の診療報酬改定においてリフィル処方箋の制度が創設され、取組を進める必要があります。

目標

- ア 病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図ります。また、不足している診療科の医師確保を図るとともに、地域で不足する外来医療機能の充実と医療機器の効率的な活用を促進します。
- イ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組を検討し、実施します。
- ウ リフィル処方箋について、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら、関係者が行う必要な取組を検討し実施します。

取り組むべき施策

- ア 地域の実情や将来の医療需要等を踏まえ、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用できるよう、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画に基づく取組を推進します。

※具体的な取組については、第5章「地域医療構想」、第6章「外来医療計画」、第8章「医師確保計画」を参照

イ 抗菌薬の適正使用について、厚生労働省が提供するデータ（抗微生物薬適正使用の手引き 第二版）等を用いて現状・動向の把握を行い、県民や医療関係者に対して普及啓発を行います。

ウ がんの化学療法を外来で受療する患者の増加に伴い、化学療法に関する説明などの負担が増大しており、引き続き人材の適正配置等、体制の維持・強化に努めます。

エ リフィル処方箋の制度について、県民に対する周知・啓発を行います。

6 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

現状と課題

- ア 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすい傾向にあります。
- イ このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- ウ 全ての市町村では、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築していくため、介護保険法に基づき、在宅医療・介護連携推進事業を実施していますが、本事業が円滑に実施できるよう、医師会等の関係機関と連携して、市町村の取組をきめ細かく支援していく必要があります。
- エ また、がん、認知症、大腿骨骨折等についても、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備することが重要です。

目標

- ア 市町村が取り組む在宅医療・介護連携推進事業について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりを支援します。
- イ 患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるよう取り組みます。

取り組むべき施策

- ア 在宅医療・介護連携事業の円滑な実施のため、特に単独の市町村での実施に課題がある「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」及び「在宅医療・介護連携に関する相談支援」について、関係団体と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。
- イ 地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。