



北海道

その先の、道へ。北海道  
Hokkaido. Expanding Horizons.



# 北海道医療費適正化計画 [第三期]

平成30年3月  
北海道



## はじめに

私たちは、国民皆保険の下で安心して医療を受けることができますが、少子高齢化の進行や医療の高度化といった大きな変化に直面しており、こうした環境変化に対応しながら、将来にわたり住民の健康を守っていかねばなりません。

本道には、医師不足や医療従事者の地域偏在など医療提供体制の確保について様々な課題があります。また、広域分散型の地域特性や積雪・寒冷といった自然的要因、高齢者のみの世帯割合が高いといった社会的要因があるほか、いわゆる団塊世代が75歳以上となる平成37年には、65歳以上の高齢者が人口の約35%を占め、医療費が大きく膨らむことが予測されています。

道では、平成20年度から、それぞれ計画期間を5年間とする第一期及び第二期の「北海道医療費適正化計画」を策定し、生活の質の維持・向上を確保しながら、生活習慣病の予防対策や平均在院日数の短縮など、医療費の適正化に取り組んでまいりました。

今回、本道の現状や地域の実情を踏まえ、平成30年度から35年度までの6年間の計画期間とする、新たな計画を策定しました。この第三期計画では、糖尿病などの生活習慣病の重症化を予防することや、後発医薬品の使用を進めるなどの新たな目標を設定するとともに、これらの実現に向けた施策を盛り込んでいます。

平成30年度からは、市町村とともに道も保険者として国民健康保険制度の運営に加わり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保などに中心的な役割を担うほか、新たな「北海道医療計画」なども始まります。道民の皆様の医療に対する安心や信頼を確保するとともに、良質で適切な医療が持続的に提供されることを目指し、この「北海道医療費適正化計画」では、特定健康診査や特定保健指導の実施率の向上をはじめ、生活習慣病予防のさらなる対策、高齢者の健康づくりや介護予防の充実などの各般の施策を展開することとしています。保険者や医療関係者、道民の皆様と連携・協力して、医療費適正化の取組を推進してまいりますので、一層のご理解とご協力をお願いいたします。

結びに、この計画の策定に当たり、専門的な立場から将来を見据えて御議論された北海道医療費適正化計画検討協議会委員の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提言をいただいた関係団体や道民の皆様に、心から感謝を申し上げます。

平成30年3月

北海道知事 高橋 はるみ

# 目 次

第1章 総論	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	2
第3節 計画の期間	2
第4節 計画に掲げる事項	3
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	4
第1節 医療費の動向	4
1 全国の医療費	
2 全国の高齢者の医療費	
3 北海道の医療費	
4 北海道の高齢者の医療費	
第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況	10
1 全国及び北海道の状況	
(1) 特定健康診査の実施状況	
(2) 特定保健指導の実施状況	
(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況	
2 受療動向	
3 死亡率	
第3節 病床数の状況	19
第4節 平均在院日数の状況	23
第3章 基本理念と目標	26
第1節 基本理念	26
1 生活の質の維持及び向上	
2 超高齢社会への対応	
3 目標及び施策の達成状況等の評価	
第2節 医療費適正化に向けた目標	27
1 健康の保持の推進に関する達成目標	
(1) 特定健康診査の実施率	
(2) 特定保健指導対象者の減少率	
(3) 特定保健指導の実施率	
(4) たばこ対策	
(5) 予防接種の推進	
(6) 生活習慣病の重症化予防の推進	
2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	
(1) 入院と在宅等の調和	
(2) 後発医薬品の使用促進	
(3) 医薬品の適正使用の推進	
第3節 計画期間における医療費の見通し	32

第4章	目標を達成するために道が取り組むべき施策	-----	33
第1節	健康の保持の推進に関する施策	-----	33
1	保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進		
2	保険者と市町村、事業所等との連携		
3	生活習慣病等の対策		
(1)	食生活や運動による健康づくり		
(2)	糖尿病等の生活習慣病の重症化予防		
(3)	がん対策		
(4)	たばこ対策		
(5)	歯と口腔の健康づくり		
4	その他の取組		
(1)	インフルエンザ予防の充実		
(2)	高齢者の健康づくりや介護予防の充実		
(3)	高齢者の積極的な社会参加		
第2節	医療の効率的な提供の推進に関する施策	-----	44
1	医療機関の機能分担・連携		
2	地域包括ケアシステムの推進		
3	後発医薬品の使用促進		
4	重複受診や頻回受診等の適正化		
5	重複投薬等の適正化		
6	診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実		
7	ICT化の促進		
8	国保データベース（KDB）の活用		
第5章	計画推進に向けた体制整備と関係者の役割	-----	53
第1節	体制整備と関係者の連携及び協力	-----	53
1	道の保険者協議会への参画		
2	保険者等関係者の連携及び協力		
第2節	道や関係者の役割	-----	54
1	道の役割		
2	保険者等の役割		
3	医療の担い手等の役割		
4	道民の役割		
第6章	計画の推進	-----	55
第1節	P D C Aサイクルに基づく計画の推進	-----	55
第2節	計画の達成状況の評価	-----	55
1	進捗状況の公表		
2	進捗状況に関する調査及び分析		
3	実績の評価		
4	評価結果の活用		
第3節	計画の周知	-----	55

# 第1章 総論

## 第1節 計画策定の趣旨

本道においては、医師など医療従事者の都市部偏在による町村部での深刻な不足状況や不採算医療等を担う自治体病院の厳しい経営状況など、医療提供体制の確保に係る様々な課題があります。また、広大な面積の中で人口が分散している地域特性や、積雪・寒冷といった自然的要因のほか、少ない一世帯当たり人員や高齢者のみ世帯割合の高さ、在宅での死亡率の低さなどからは、家庭での介護力・支援力に欠けることが推測される状況にもあります。これらのことがあいまって、全国に比べて病床数が多くて、入院期間も長くなっており、一人当たり医療費が高い状況が続いています。

北海道と全国の自然的要因と社会的要因

区分	北海道		全国平均	区分	北海道		全国平均
		( )				( )	
面積割合	22.07%	(1)	—	一世帯当たり世帯人員	2.13人	(46)	2.33人
可住地面積の割合	26.82%	(34)	32.44%	高齢単身世帯割合	13.10%	(9)	11.11%
人口密度	240.5人/km <sup>2</sup>	(47)	1,036.4人/km <sup>2</sup>	高齢夫婦世帯割合	13.43%	(9)	11.40%
年平均気温	10.0℃	(47)	—	持ち家比率	57.7%	(43)	61.7%
雪日数	108日	(1)	—	在宅等死亡率(※1)	14.3%	(47)	22.2%

※数値は平成27年（持ち家比率は平成25年、在宅等死亡率は平成28年）、北海道の( )は全国順位

「平成27年社会生活統計指標」（総務省）、「平成28年人口動態調査」（厚生労働省）

国においては、現行の国民皆保険制度（※2）を堅持し、我が国の医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくため、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」及び「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」の3つの基本的な考え方に基づき、平成18年に「医療制度改革関連法（※3）」を制定し、国と都道府県の協力の下、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度を創設しました。

また、平成27年には、保険者及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）や国、都道府県がそれぞれの立場から医療費適正化の取組を進める体制を強化するため、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第31号）が制定され、医療費適正化計画に関する見直しが行われました。

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

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

※3 医療制度改革関連法：平成18年6月21日に公布された「健康保険法等の一部を改正する法律」（法律第83号）及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（法律第84号）をいいます。

さらに、平成30年度からは道が国民健康保険（以下「国保」という。）（※4）の運営に参加し、安定的な財政運営の中心的な役割を果たすこととなります。

道においては、これまで第一期（平成20年度から24年度まで）と第二期（平成25年度から29年度まで）の「北海道医療費適正化計画（以下「計画」という。）」を策定し、生活の質の維持・向上を確保しながら、生活習慣病の予防対策や平均在院日数の短縮などに取り組むことにより、医療費適正化を推進してきたところです。とりわけ、生活習慣病（※5）の発症や重症化を予防し、健康を保持していくためには、特定健康診査・特定保健指導（※6）の実施や歯と口腔の健康づくりのほか、健康に有益な生活習慣として、適切な食事や適度な運動、禁煙が重要です。

道としては、こうした道民の健康の保持に向けた生活習慣病の予防対策の取組の継続はもとより、後発医薬品の使用や適正受診・適正投薬をはじめとした医療の効率的な提供などについて、本道の現状や地域の実情を踏まえつつ、道民や市町村のほか、医療機関や保険者など幅広い関係者の意見を聞きながら、第三期計画を策定することで、本道における医療費適正化の総合的な推進を目指すものです。

## 第2節 計画の位置づけ

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）第9条に基づくものであり、密接な関係を有する「北海道医療計画」や「北海道健康増進計画」、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」、さらには平成29年度に新たに策定した「北海道国民健康保険運営方針」と一体的・総合的に推進していきます。

なお、この計画は、「北海道総合計画」が示す政策の基本的な方向に沿って、策定・推進する特定分野別計画であり、また、平成27年に国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で掲げられた「持続可能な開発目標（SDGs）（※7）」の「ゴール3：あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の達成に資するものです。

## 第3節 計画の期間

第三期計画は6年を一期として策定することとなっており、計画の期間は、平成30年度から35年度までの6年間とします。

---

※4 国民健康保険：国民健康保険の保険者は、市町村と国民健康保険組合のほか、道内では複数の市町村が広域連合により運営しています。市町村が運営する国保は市町村の区域内に住所を有する人は、すべて被保険者となりますが、職場の健康保険や共済組合などの加入者やその世帯員、後期高齢者医療制度の加入者、生活保護の受給世帯に属する人などは対象になりません。

※5 生活習慣病：疾病の発症には、様々な要因が関係しています。特に生活習慣は、悪性新生物や脳血管疾患、心疾患（世界保健機関が作成した「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」準拠の疾病分類表より）などの疾病に深く関わっていることが明らかになってきており、代表例としては、喫煙による肺がん、食事の偏りによる脳卒中や高血圧、運動不足などによる糖尿病が挙げられます。このように、生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患群を生活習慣病と呼んでいます。

※6 特定健康診査、特定保健指導：平成20年4月から保険者に義務づけられた生活習慣病に着目した健康診査（40歳から74歳）や、その診査の結果により、健康の保持に努める必要がある人に対する保健指導を行います。

※7 持続可能な開発目標（SDGs）：SDGs（Sustainable Development Goals）は、2015年9月に国連で採択された、先進国を含む国際社会全体の2030年までの開発目標で、17のゴール（目標）とその下位目標である169のターゲット（測定可能な行動目標）から構成されています。

#### 第4節 計画に掲げる事項

計画においては、次に掲げる事項を定めます。

- ① 道民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標
- ② 医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標
- ③ ①及び②に掲げる目標を達成するために道が取り組むべき施策
- ④ ①及び②に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力
- ⑤ 道における医療費の調査及び分析
- ⑥ 計画期間における医療費の見通し
- ⑦ 計画の達成状況の評価
- ⑧ 医療費適正化の推進に必要なその他の事項

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 第1節 医療費の動向

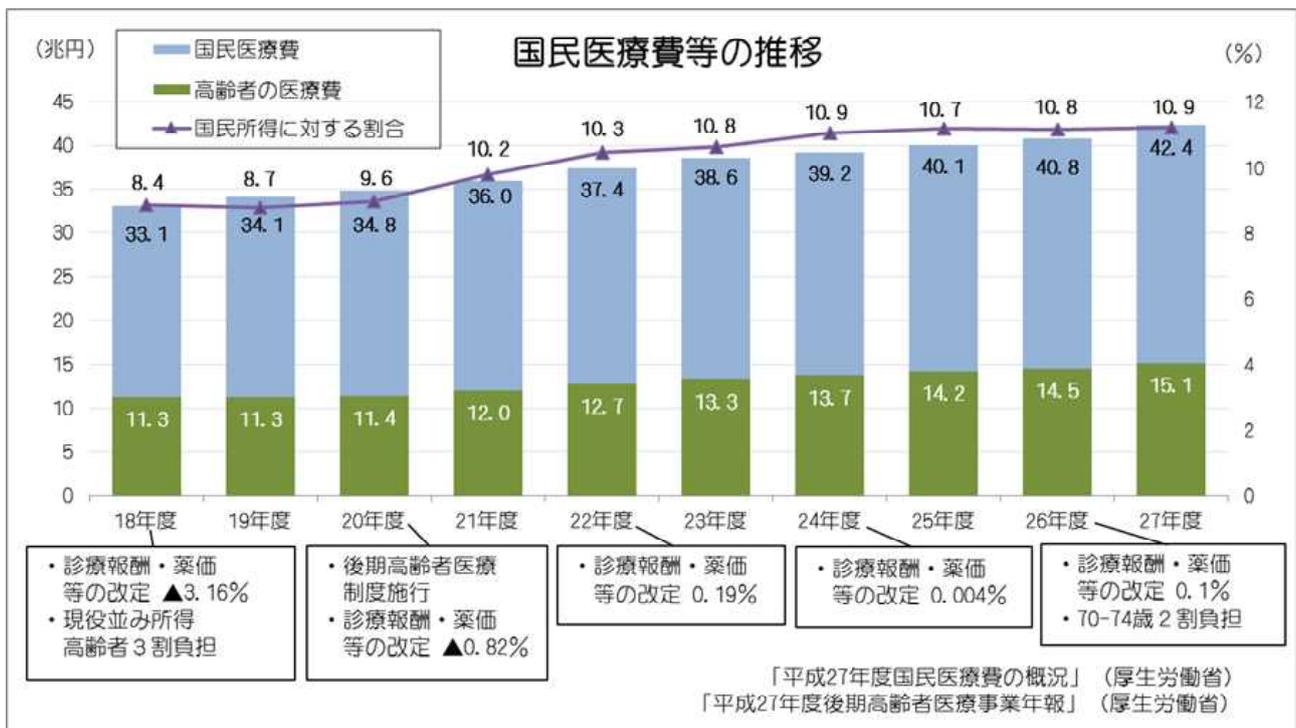
#### 1 全国の医療費

全国で医療に要した額を示す国民医療費（※8）は、平成27年度で42兆3,644億円となっており、前年度の40兆8,071億円に比べて1兆5,573億円、3.8%の増加となっています。

過去10年間（平成18年度から27年度まで）の国民医療費の推移をみますと、診療報酬と薬価のマイナス改定が行われた18年度は伸び率が0%、20年度は2.0%となっており、プラス改定の年度では22年度は伸び率が3.9%と高くなっているものの、24年度は1.6%、26年度は1.9%と低くなっています。また、その費用は、24年度以降は1兆円に届かない伸びに収まっていましたが、27年度は1兆5,573億円と、23年度から数年ぶりに1兆円を超える伸びとなり、過去10年で2番目に大きく伸びています。

#### 2 全国の高齢者の医療費

医療費のうち、後期高齢者医療費（※9）の動向をみますと、平成27年度では15兆1,323億円と、国民医療費の35.7%を占めています。



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

※9 後期高齢者医療費：後期高齢者と定義される75歳以上の高齢者（65～74歳で一定の障がいのある人を含む）にかかる医療費のことをいいます。「後期高齢者医療制度」創設以前は、70歳以上を対象として「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65歳～74歳の高齢者は前期高齢者と定義されます。

国民医療費等の対前年度伸び率

(単位：%)

	平成 18年度	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度
国民医療費	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8
高齢者の医療費	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4
国民所得	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	3.9	1.2	2.7

〔国民医療費の概況〕〔後期高齢者医療事業年報〕（厚生労働省）

また、平成27年度の一人当たり医療費（※10）は、75歳以上の年間92万9千円に対し、75歳未満では年間24万6千円と、約4倍の開きがあります。

全国では、平成28年現在、約1千700万人と推計される75歳以上の人口が、37年には約2千200万人に近づくと推計されており、加齢により一人当たりの医療費が高くなるため、厚生労働省の予想によると、現在、全国で国民医療費の約3分の1を占める後期高齢者医療費が、37年には国民医療費の半分弱を占めるまでになるものと予想されています。

### 3 北海道の医療費

本道の平成27年度の医療費は約2兆1,184億円と全国5位であり、一人当たり医療費は約39万4千円で、全国6位と高額になっています。

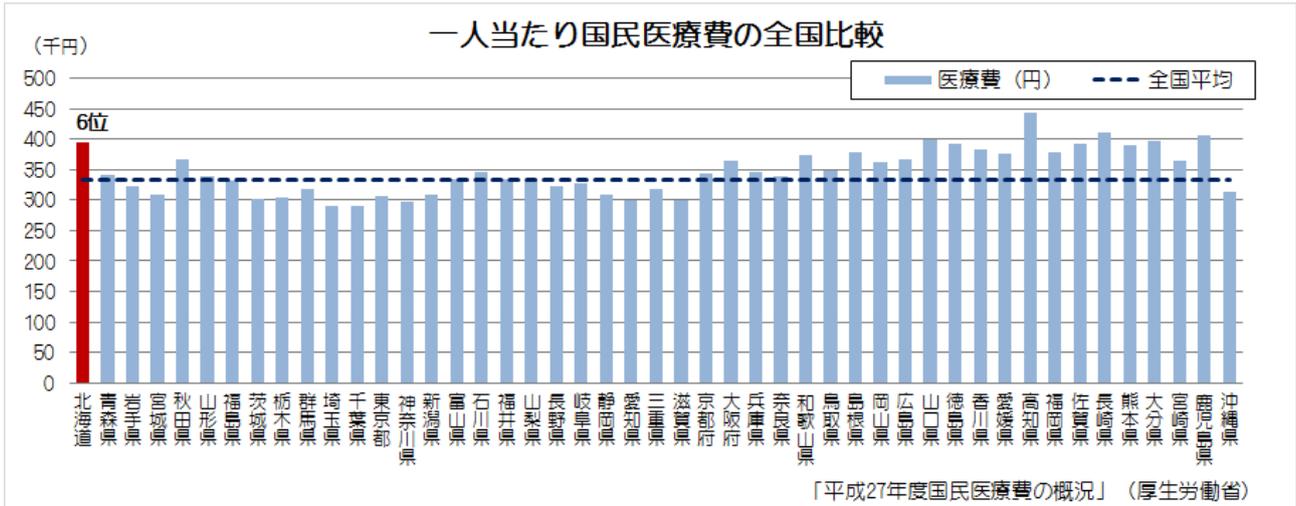
※10 一人当たり医療費：「一日当たりの医療費」と「一件当たりの日数」、「受診率」の3つの積で算出され、これらを「医療費の3要素」といいます。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{一日当たりの医療費} \times \text{一件当たりの日数} \times \text{受診率}$$

- 一日当たりの医療費：一定期間の医療費÷一定期間の診療実日数で算出します。入院外では一日の通院費用の平均額、入院では一日の入院費用の平均額を表しています。
  - 一件当たりの日数：一定期間の診療実日数÷一定期間のレセプト件数(枚数)で算出します。一つの疾病の治療のために医療機関に通った日数（または入院した日数）を表しています。
  - 受診率：一定期間のレセプト件数(注)÷被保険者数×100で算出します。一定期間内に医療機関にかかった者の割合を表したもので、被保険者100人当たりのレセプト件数となります。  
保険医療機関は、同一被保険者の1ヶ月分の診療内容を1枚のレセプトにまとめて請求するので、レセプト1枚が1件となります。
- (注)レセプト(診療報酬明細書)：医療機関が診療費などを保険者等に請求するための書類で、医療費の明細として、病名のほか、施された処置名、投薬された調剤名、行われた検査名、それらの各点数のほか、使用された回数や数量等が記載されています。

なお、「一人当たり医療費」は次の算式でも算出できます。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{一定期間の医療費} \div \text{被保険者数}$$



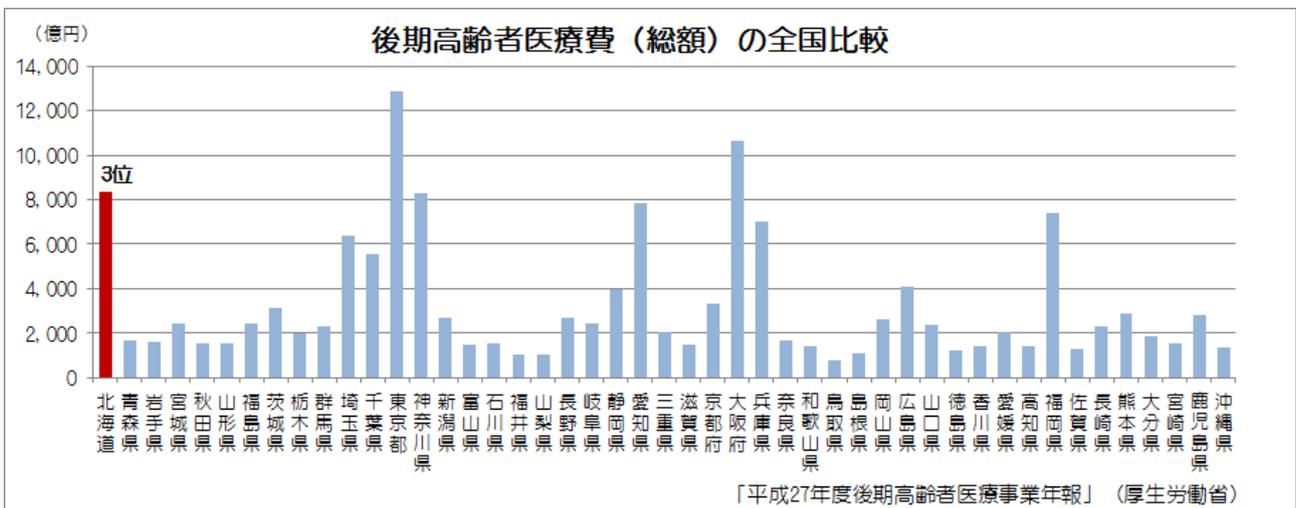
また、地域別の医療費を一ヶ月分（平成27年5月）の市町村国保でみると、全疾病の一人当たり医療費が約2万3千円で、振興局別では後志が約2万6千円、空知と留萌が約2万5千円と高く、根室が約1万7千円と低くなっています。

主な生活習慣病別では、がん（悪性新生物）の一人当たり医療費は後志と渡島が高く、根室と十勝、上川、留萌が低くなっており、後志は根室の約1.7倍となっています。糖尿病は、空知と胆振、オホーツクが高く、根室と上川、日高が低くなっており、空知は根室の約1.8倍となっています。高血圧性疾患は檜山が最も高く、続いて留萌、オホーツクが高くなっており、根室と釧路が低く、檜山は根室の約2.2倍となっています。虚血性心疾患は、留萌が全道平均の約2.4倍と群を抜いて高く、胆振と釧路が低くなっており、留萌は胆振の約9.3倍となっています。脳血管疾患は宗谷と留萌、続いて石狩が高く、十勝と胆振、オホーツクで低くなっており、宗谷は十勝の約1.7倍となっています（資料編19頁参照）。

▶ 「平成27年5月レセプトデータ」  
（北海道国民健康保険団体連合会（以下「北海道国保連合会」という。）提供）

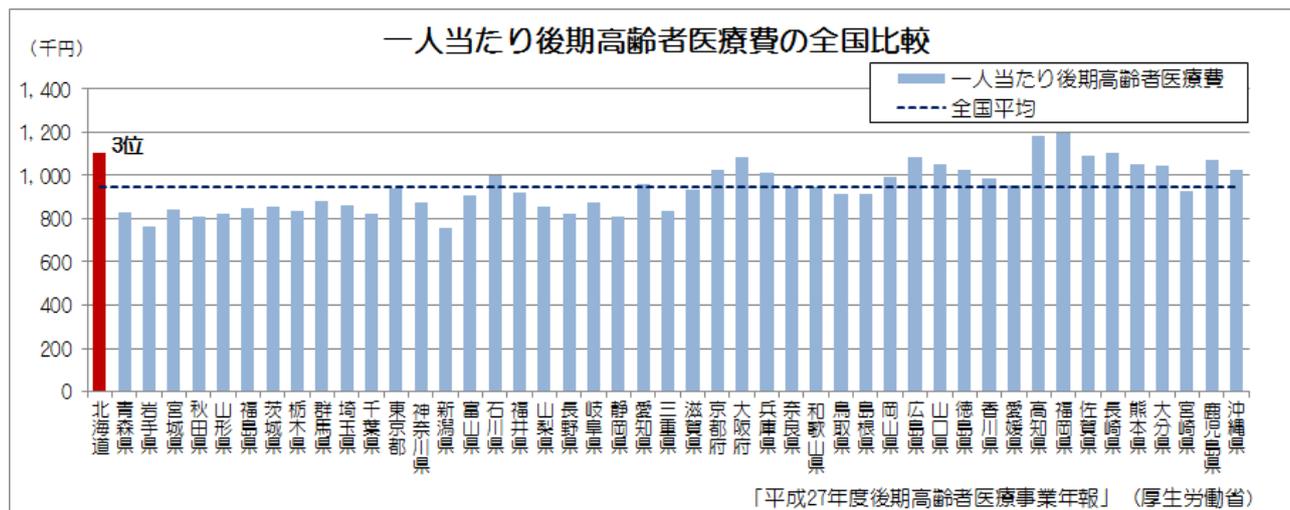
#### 4 北海道の高齢者の医療費

平成27年国勢調査（総務省統計局）によると、本道の高齢者の人口は、65歳以上が約156万人、75歳以上が約77万人に達しています。また、本道の27年度の後期高齢者医療費は約8,331億円で、全国3位と高額になっており、本道の医療費の約39.3%を占め、全国平均である35.7%を上回っています。

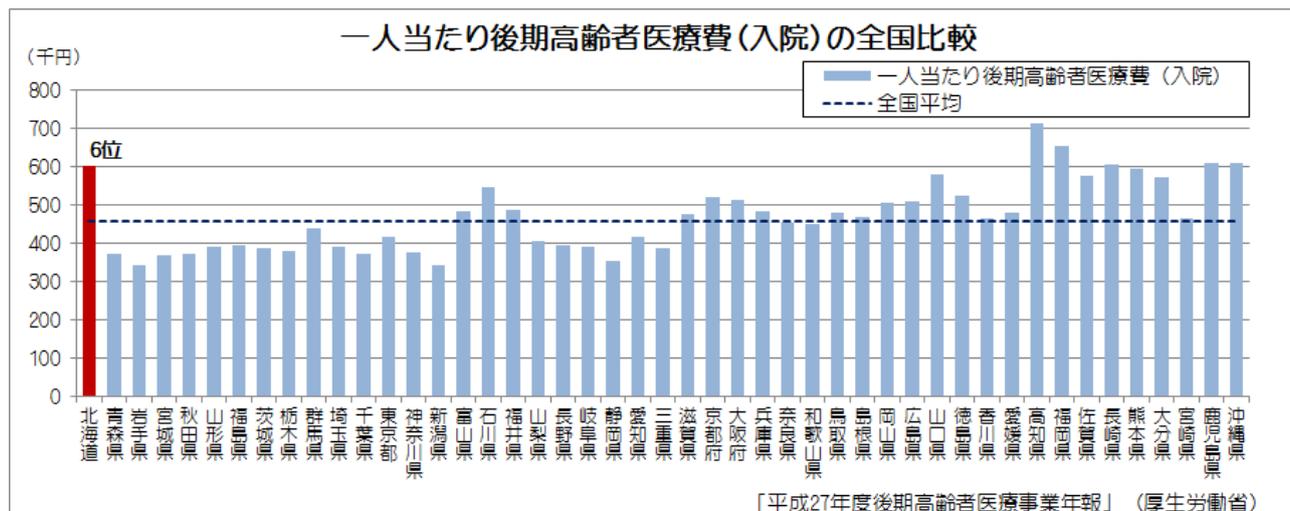


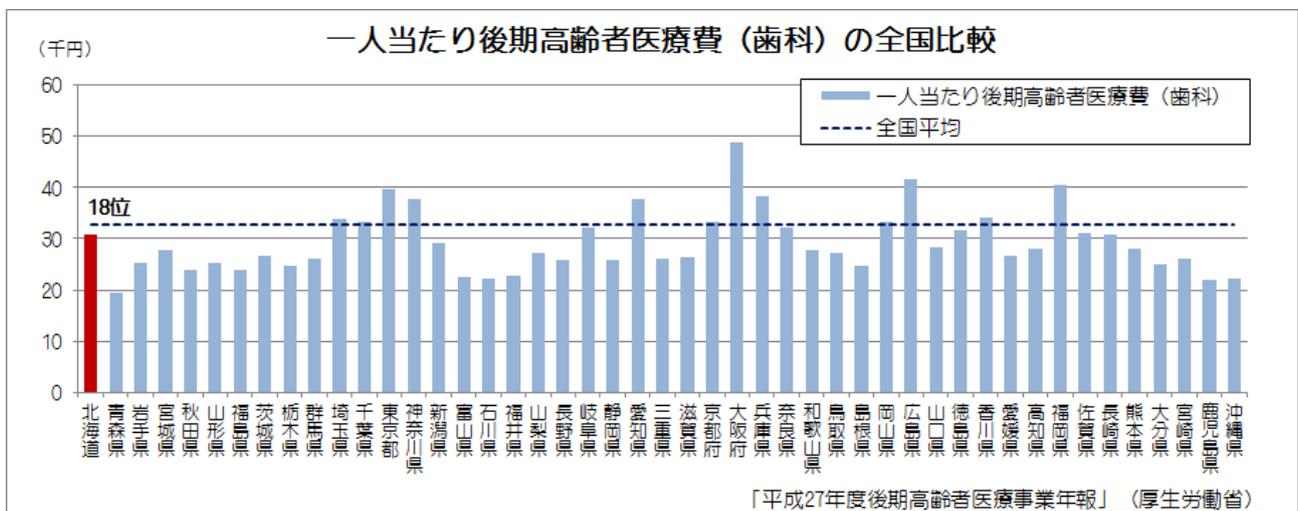
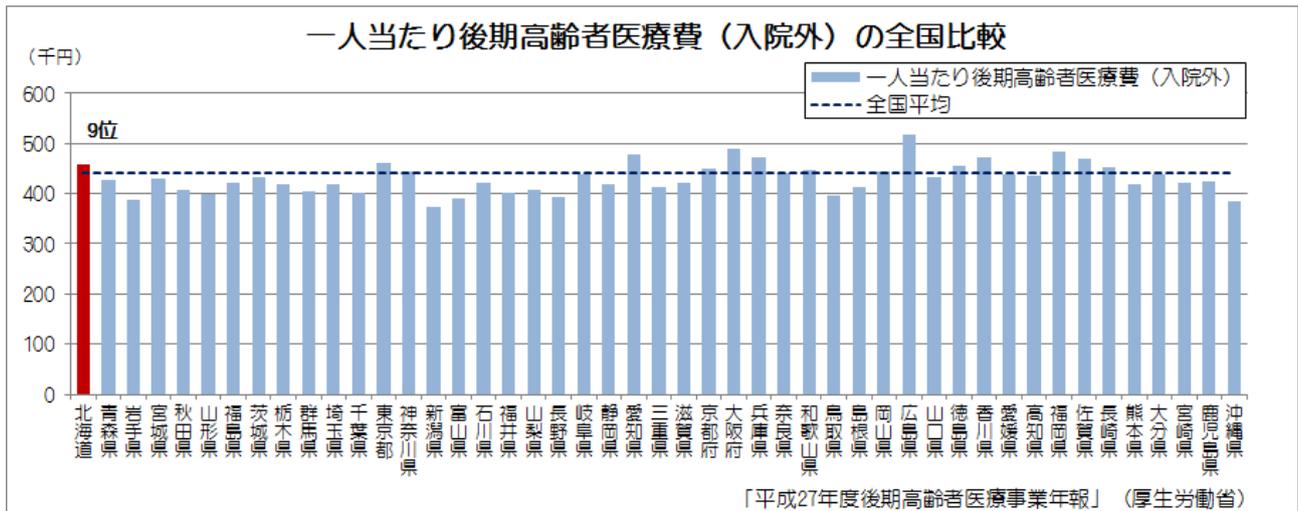
また、平成27年度の後期高齢者医療費のうち、診療費は約6,541億円で、医療費総額と同様に全国3位と高額になっており、入院診療費も全国3位、入院外診療費は全国6位、歯科診療費は全国8位と、いずれも高くなっています。

平成27年度の一人当たり後期高齢者医療費は、新潟県が年額約76万円で全国で一番低く、全国で一番高い福岡県の年額約120万円と比較して、およそ1.6倍の差があり、本道も約110万円と全国で3番目に高額な医療費となっており、全国平均である約95万円を約15万円上回っています。なお、本道の一人当たり後期高齢者医療費は、ここ数年は微増・微減で推移しています。



診療種類別にみますと、一人当たり入院医療費（食事療養費を含む）は全国6位、入院外医療費（調剤費を含む）は全国9位と全国平均を上回っていますが、歯科医療費は全国18位と若干全国平均を下回っており、本道の一人当たり後期高齢者医療費が高い要因は、入院医療費の高さの影響が大きいものと考えられます。





なお、本道の高齢化の推計をみますと、平成27年においては高齢者（65歳以上）が約157万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は約29.4%であり（6頁の国勢調査の数値とは異なります）、生産年齢人口（15～64歳）（※11）2.0人で1人の高齢者を支えていることとなります。

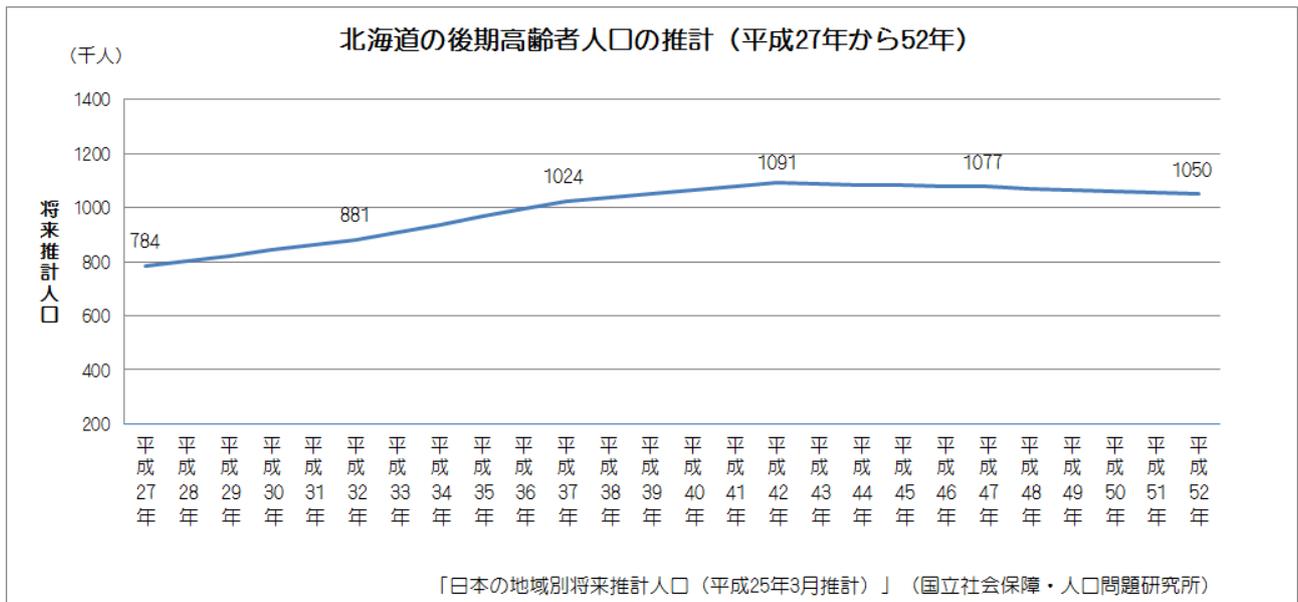
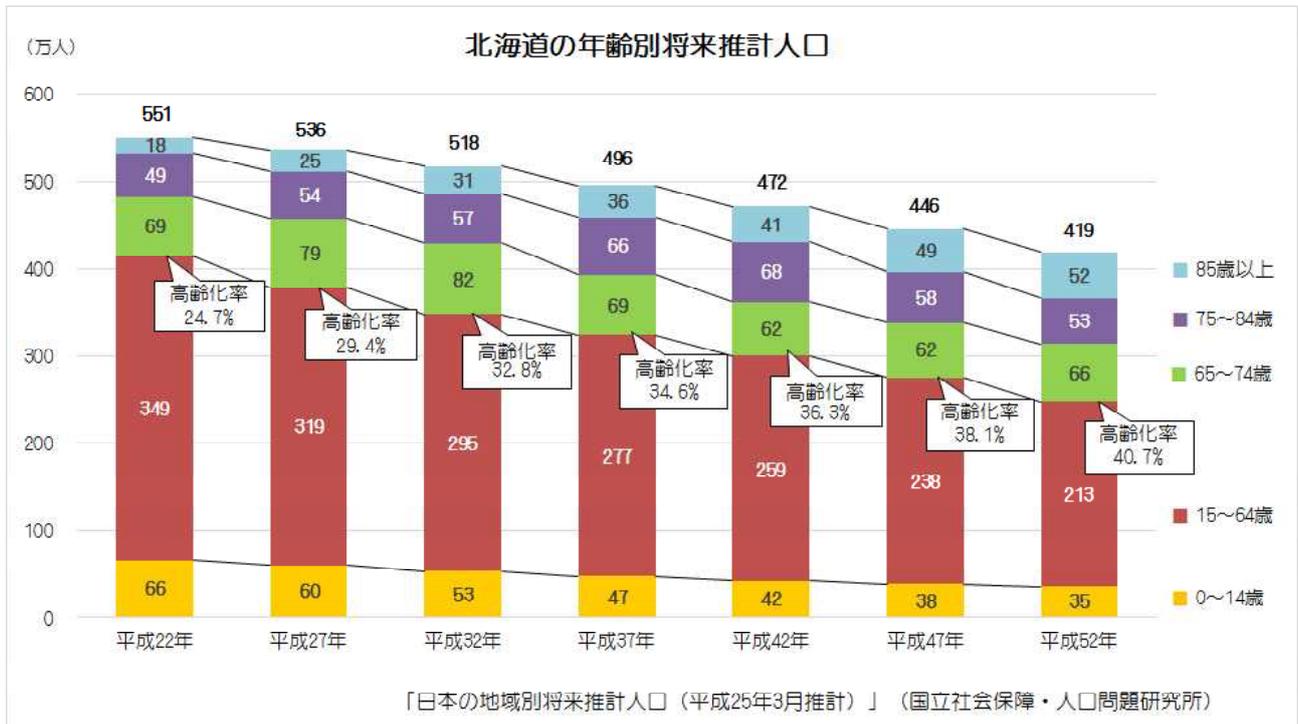
特に、本道の人口が今後減少傾向となる中で、75歳以上の後期高齢者は、平成27年度から42年度の16年間に約78万人から約109万人と、約1.4倍になることが見込まれます。

高齢化率の推移でみますと、平成32年が約32.8%、42年が約36.3%、52年が約40.7%と、急激に高齢化が進行して、47年には、生産年齢人口1.4人で1人の高齢者を支えることとなります。

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

▶ 「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）

※11 生産年齢人口：国勢調査では、人口を年齢で3区分して統計データを表しており、生産年齢人口とは、15歳から64歳までの人口と定義されています。国勢調査における年齢3区分は、年少人口（15歳未満人口）、生産年齢人口（15歳～64歳人口）、老年人口（65歳以上人口）です。



## 第2節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況

### 1 全国及び北海道の状況

全国では、高齢化の急速な進行に伴い、生活習慣病が増加しており、がん（悪性新生物）と糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の主な生活習慣病5疾患が疾病全体に占める割合が、死亡原因で約43.8%、医療費で約30.7%となっています。

▶ 「平成28年人口動態調査」（厚生労働省）、「平成27年度国民医療費の概況」（厚生労働省）

また、本道においても、上記の5疾患が死亡原因で約44.9%、医療費で33.5%を占めており、全国と同様の傾向を示しています。

▶ 「平成28年人口動態調査」（厚生労働省）、「平成28年5月国保データ」（北海道国保連合会提供）

生活習慣病の中でも、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の有病者が特に増加しており、それらは虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症の重要な危険因子でもあります。また、生活習慣病発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）（※12）の該当者とその予備群を合わせた割合は、厚生労働省が行った調査で20歳以上の対象者のうち、男女とも40歳以上で全国的に高く、男性では約2人に1人、女性では約5人に1人の割合に達すると推定されます。

特に糖尿病については、継続的に治療を受けている患者が全国で約317万人おり、また、新規の人工透析導入患者は約3万7千人で、このうち原疾患が糖尿病性腎症である人が43.7%と最も多くなっています。なお、慢性透析患者数は約32万5千人となっています。

医療費をみると、医科診療医療費約30兆円のうち、糖尿病による医療費は約1.2兆円を占めており、人工透析にかかる医療費も大きな額となっています。

- ▶ 「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」（厚生労働省「重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ」）、「平成26年患者調査」（厚生労働省）、「平成27年度国民医療費の概況」（厚生労働省）
- ▶ 人工透析新規導入患者数、原疾患割合、慢性透析患者数：「図説 わが国の慢性透析療法の現況(2015年末）」（一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会）

本道における40～74歳のメタボリックシンドロームの該当者は、特定健康診査の受診結果から推計すると、約39万人（男性約29万人、女性約9万人）、その予備群は約29万人（男性約22万人、女性約7万人）で、合わせて約68万人となり、男性では2.5人に1人、女性では9人に1人の割合に達すると推計されます。

医療費適正化に向けた取組においては、こうした糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質を維持していくことが重要です。

また、生活習慣病の中でがんも大きなウエイトを占めています。道は、平成24年3月に制定した「北海道がん対策推進条例」の基本理念に沿いながら、「北海道がん対策推進計画」に基づき、がん対策を総合的に進めています。

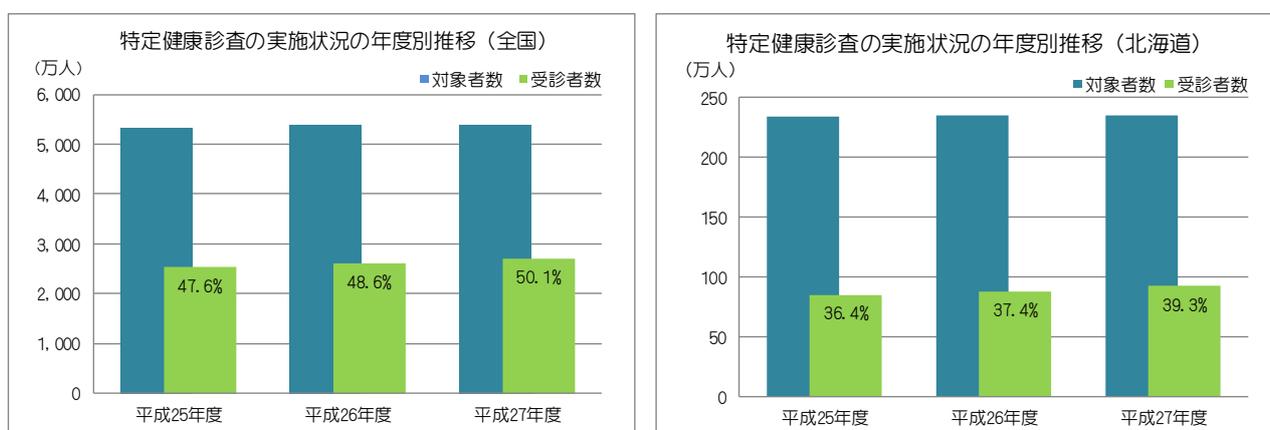
---

※12 メタボリックシンドローム：内臓脂肪症候群ともいいます。該当者は、内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、リスクがあるとされる血中脂質や血圧、血糖の基準のうち2つ以上に該当する人、予備群は、内臓脂肪の蓄積に加え、血中脂質や血圧、血糖の基準のうち1つに該当する人をいいます。

(1) 特定健康診査の実施状況

特定健康診査の実施率は、実施初年度である平成20年度以降、着実に伸びてきており、27年度の全国における実施率は、50.1%となっており、保険者別にみますと、市町村国保が36.3%、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）が40.0%、これら以外（健康保険組合や共済組合など）の保険者が82.1%となっており、会社員や公務員等が加入し、事業主健診が義務づけられている被用者保険で実施率が高い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では39.3%と全国で最も低い実施率となっており、その要因としては、特定健康診査に対する道民の理解不足、制度の周知や未受診者への受診勧奨の取組が十分でなかった点などが考えられます。また、保険者別では、全国と同様、市町村国保が27.1%で最も低い実施率となっています。

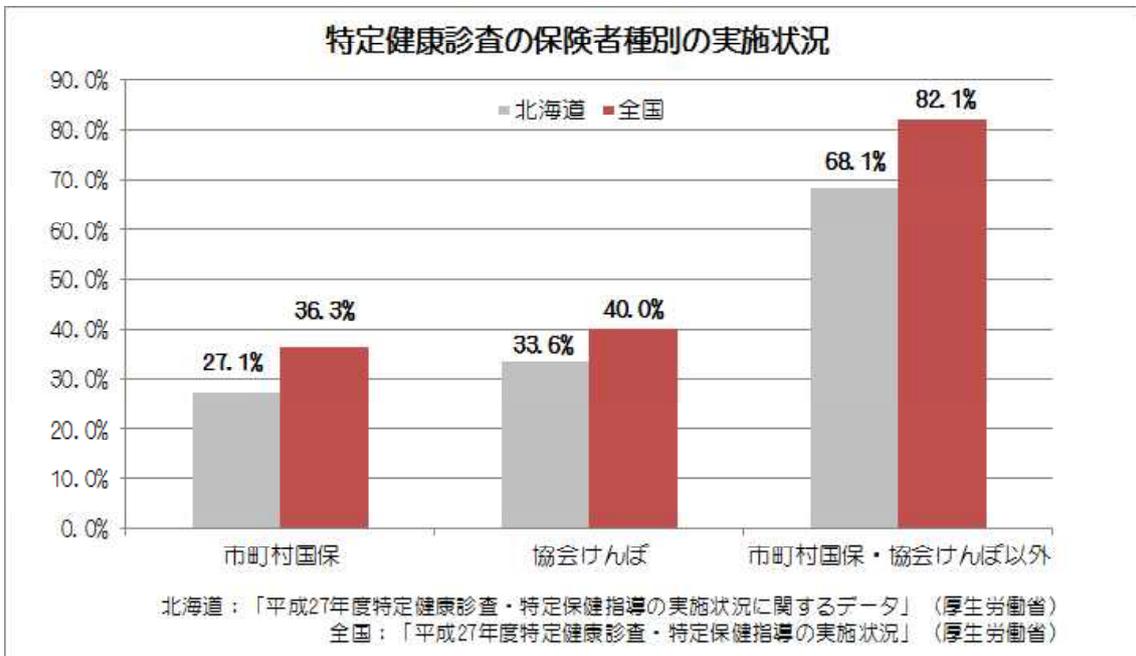
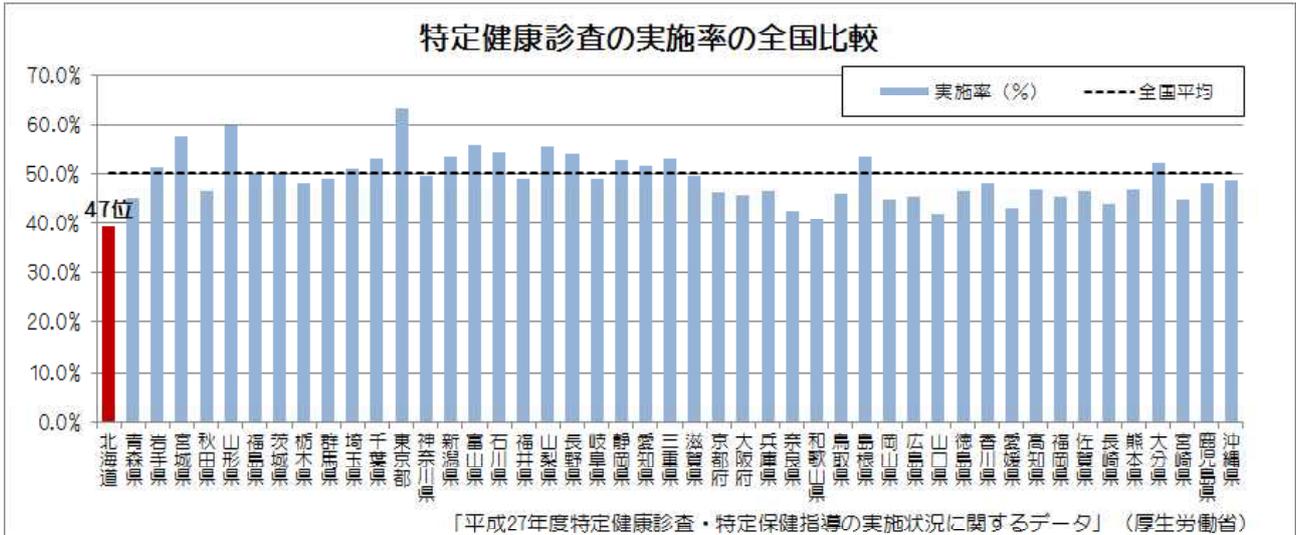


北海道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）  
 全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

特定健康診査の実施状況

区分	特定健康診査 対象者数(推計値)	特定健康診査 受診者数	実施率 (推計値)
北海道	2,350,032人	922,700人	39.3%
全国	53,960,721人	27,058,105人	50.1%

北海道：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）  
 全国：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）



道内の市町村国保の特定健康診査について、実施率を地域別にみると、平成27年度では、上位9位までが60%を超えており、上川や空知、十勝管内の町村部など、主に農業を中心とした地域の実施率が高い一方、都市部における実施率が低くなっており、地域において実施率に差があります。

また、平成25年度と27年度を比較すると、9町村で実施率が10ポイント以上伸びており、そのうち2町村（島牧村、増毛町）では20ポイント近く伸びています。

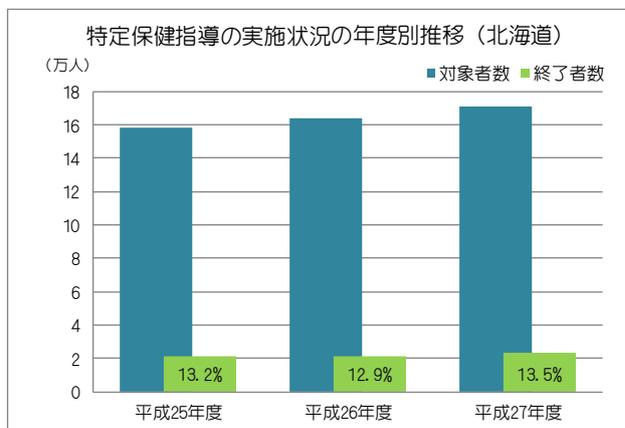
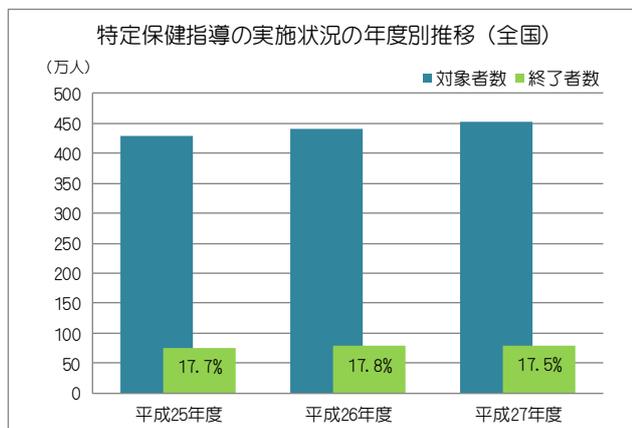
- ▶ 「平成27年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書」  
 (公益社団法人国民健康保険中央会)

## (2) 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の実施率は、特定健康診査と同様に、平成20年度以降着実に伸びてきており、27年度の全国における実施率は17.5%となっており、保険者別にみますと、市町村国保が23.6%で最も高く、協会けんぽの12.6%、これら以外の保険者で17.9%など被用者保険で低い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では13.5%と全国で3番目に低くなっており、特定健康診査と同様に、道民の特定保健指導に対する理解不足、制度の周知や未利用者への勧奨の取組が十分でなかった点などが要因と考えられます。

また、保険者別では、市町村国保が22.1%で最も高く、協会けんぽの4.8%など、全国と同様に被用者保険で低い傾向となっています。

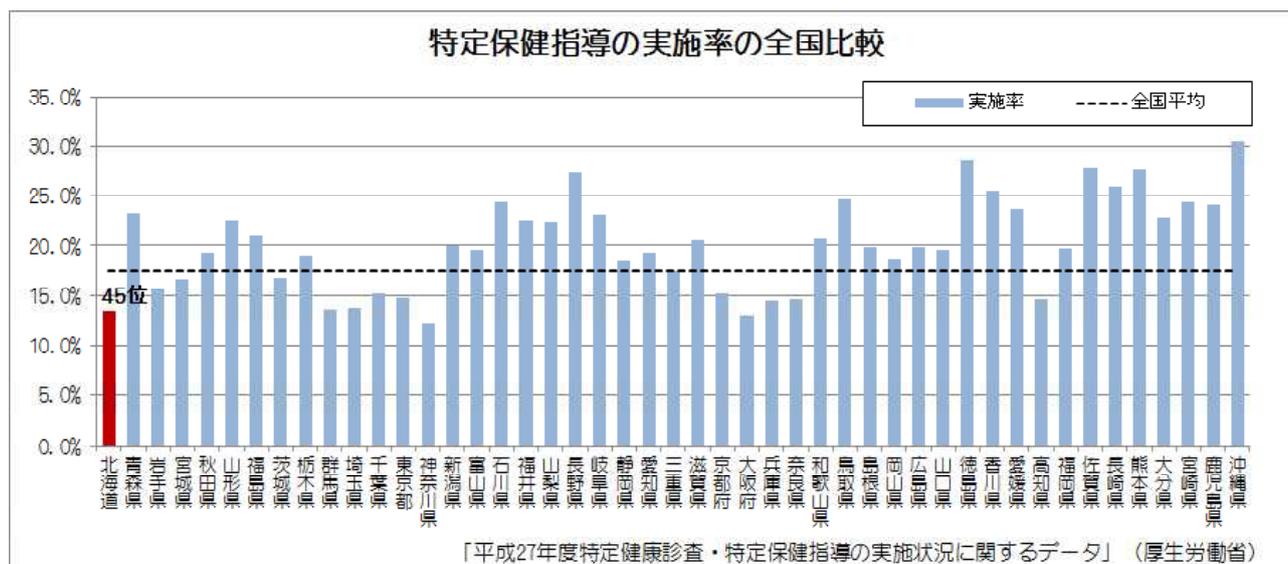


北海道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）  
 全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

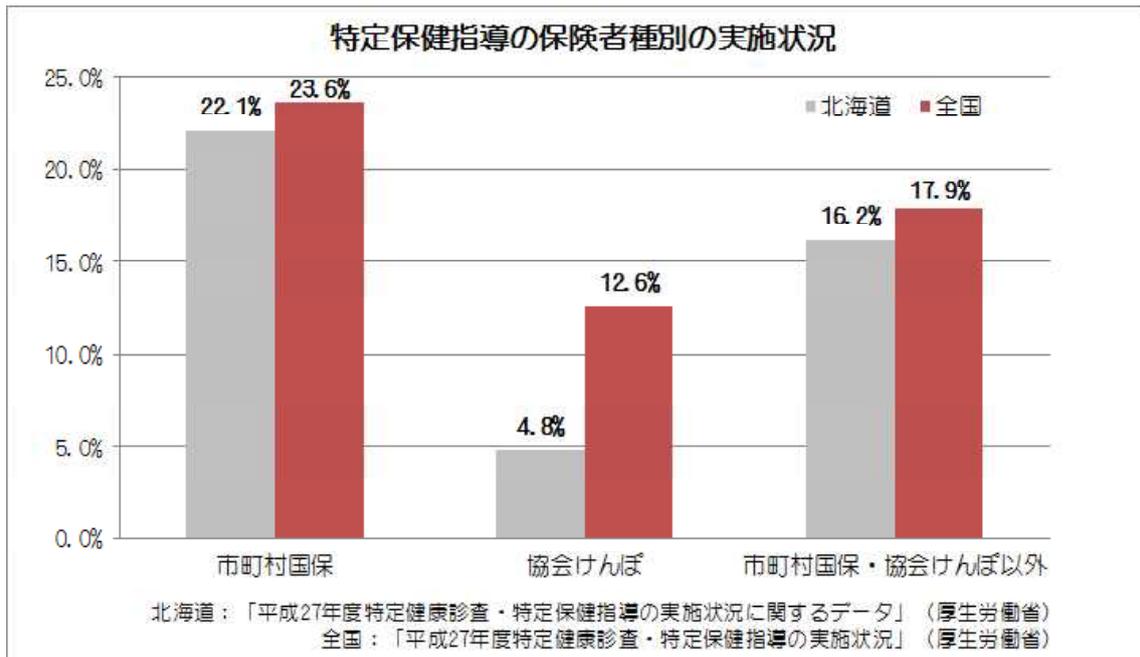
### 特定保健指導の実施状況

区分	特定保健指導対象者数	特定保健指導受診者数	実施率
北海道	171,323人	23,046人	13.5%
全国	4,530,158人	792,655人	17.5%

北海道：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）  
 全国：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）



「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）



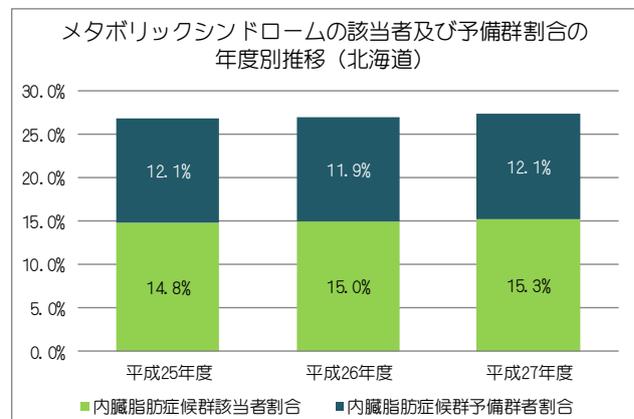
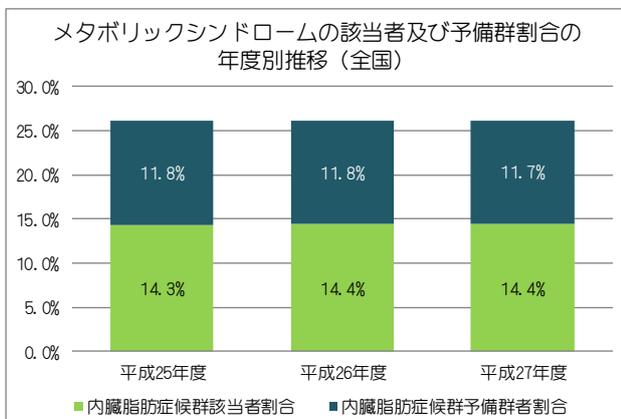
道内の市町村国保の特定保健指導について、実施率を地域別にみると、平成27年度では、3町村（遠軽町、積丹町、占冠村）で90%を超えて高くなっており、そのあとに上川管内などの市町村が80%台で続いている一方で、都市部における実施率が低くなっており、地域によって0%から90%台まで実施率に非常に大きな差があります。

- ▶ 「平成27年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書」（公益社団法人国民健康保険中央会）

### (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

平成27年度の全国における特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）は約708万人で、受診者の26.2%を占めており、また、本道では、約25万2千人で受診者の27.4%となっています。

なお、平成27年度における20年度対比でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、全国で16.4%、本道で14.0%となっており、本道では、保健指導などの取組を一層推進する必要があると考えられます。



北海道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）  
全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

区分	特定健康診査受診者数	メタボリックシンドロームの該当者	該当者割合	メタボリックシンドロームの予備群	予備群割合	メタボリックシンドロームの該当者と予備群の計	該当者と予備群の計の割合
北海道	922,700人	141,152人	15.3%	111,232人	12.1%	252,384人	27.4%
全国	27,058,105人	3,905,977人	14.4%	3,172,653人	11.7%	7,078,630人	26.2%

北海道：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

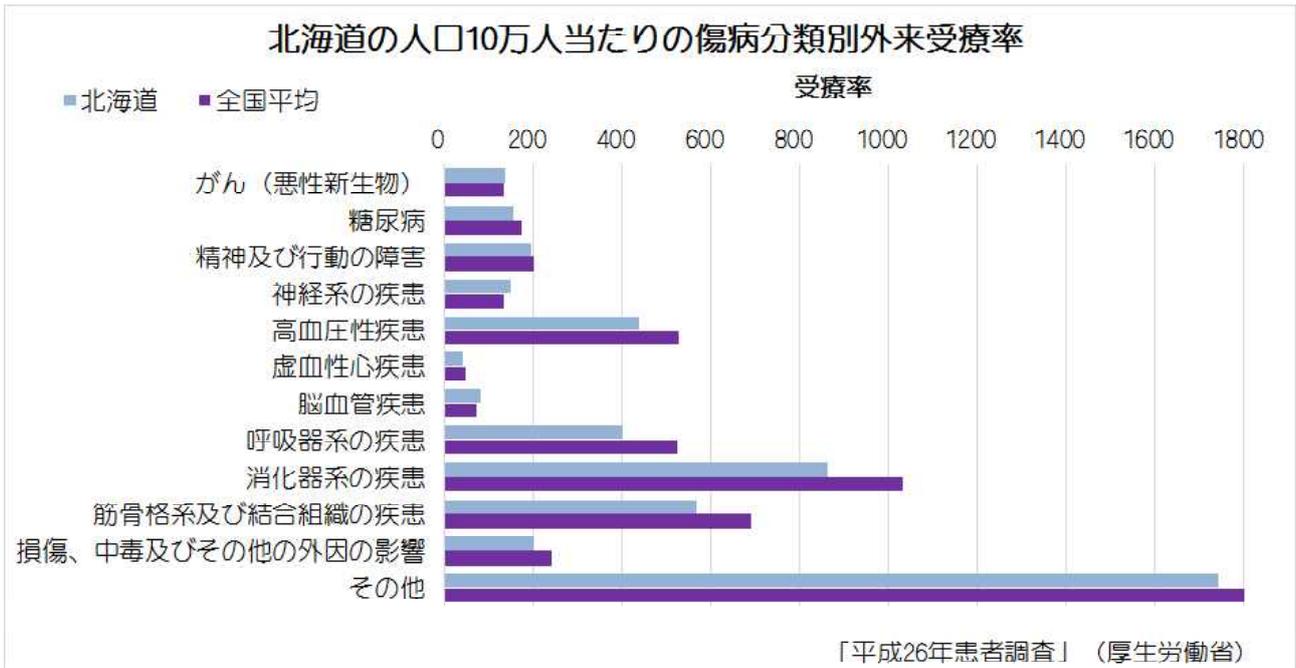
全国：「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

2 受療動向

生活習慣病に分類される主な疾病ごとの本道の10万人当たり受療率（※13）をみますと、外来受療率は、がん（悪性新生物）は全国135人に対して本道は137人、脳血管疾患は全国74人に対して本道は81人と全国を上回っているものの、糖尿病と高血圧性疾患、虚血性心疾患は全国を下回っています。一方、入院受療率は、がんが全国102人に対して本道は155人、糖尿病が全国16人に対して本道は24人、高血圧性疾患が全国5人に対して本道は13人、虚血性心疾患が全国12人に対して本道は16人、脳血管疾患が全国125人に対して本道は209人と、いずれも全国の受療率を上回り、がんは全国1位、脳血管疾患は4位など、全国で上位に位置しています。

※13 受療率：厚生労働省が毎年公表している「患者調査」で、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、または往診を受けた患者数を推計し、人口10万人との比率を「受療率」と定義しています。

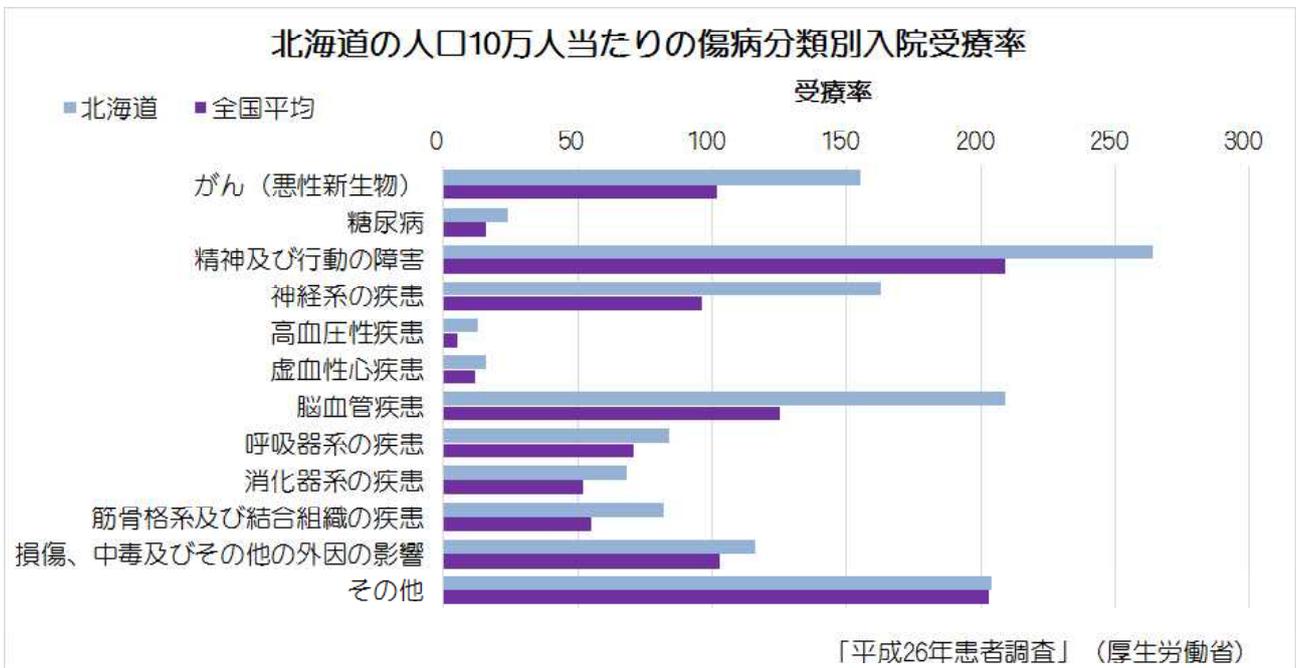
$$\text{受療率} = \frac{\text{1日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口} \times 100,000}$$



生活習慣病の外来受療率 (人口10万対) (単位: 人)

区分	全体	がん	糖尿病	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
北海道	5,028	137	156	439	41	81
全国順位	(41)	(28)	(39)	(41)	(33)	(18)
全国	5,696	135	175	528	47	74

「平成26年患者調査」 (厚生労働省)



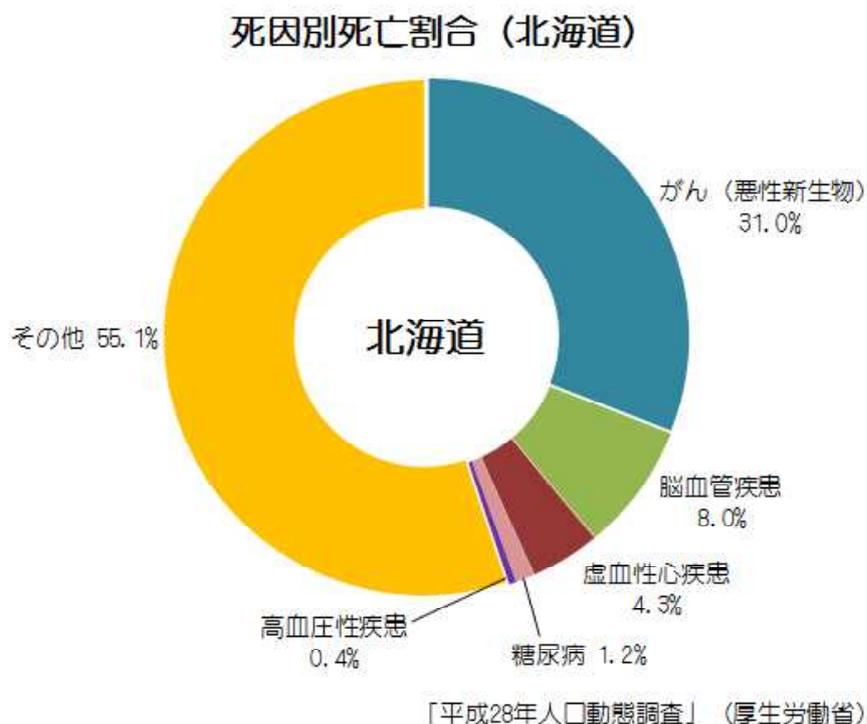
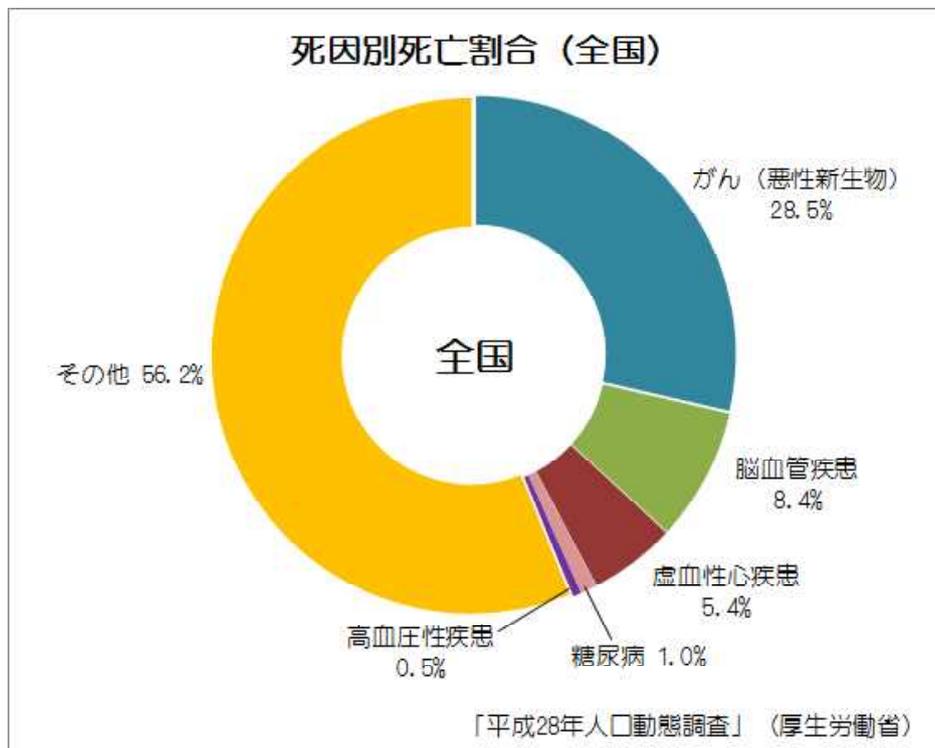
生活習慣病の入院受療率 (人口10万対) (単位: 人)

区分	全体	がん	糖尿病	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
北海道	1,448	155	24	13	16	209
全国順位	(11)	(1)	(12)	(7)	(7)	(4)
全国	1,038	102	16	5	12	125

「平成26年患者調査」 (厚生労働省)

### 3 死亡率

全国の死因別死亡割合のうち、主な生活習慣病では、1位ががん（悪性新生物）（28.5％）、2位が脳血管疾患（8.4％）、3位が虚血性心疾患（5.4％）となっており、本道でも、1位ががん（31.0％）、2位が脳血管疾患（8.0％）、3位が虚血性心疾患（4.3％）と、同様の傾向を示しています。



生活習慣病について、「本道の主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口10万対）」（※14）をみると、がんと糖尿病は男女ともに全国を上回っており、虚血性心疾患と高血圧性疾患は男女ともに全国を下回り、脳血管疾患は男性が全国を下回り、女性は全国平均と同じとなっています。

生活習慣病の主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口10万対）

区分	全体		がん		糖尿病		高血圧性疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	505.4	265.5	184.6	99.5	5.8	3.2	1.3	1.0	25.2	9.5	34.7	21.0
全国順位	(13)	(8)	(4)	(2)	(22)	(4)	(29)	(17)	(32)	(27)	(35)	(23)
全国	486.0	255.0	165.3	87.7	5.5	2.5	1.7	1.1	31.3	11.8	37.8	21.0

「平成27年人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

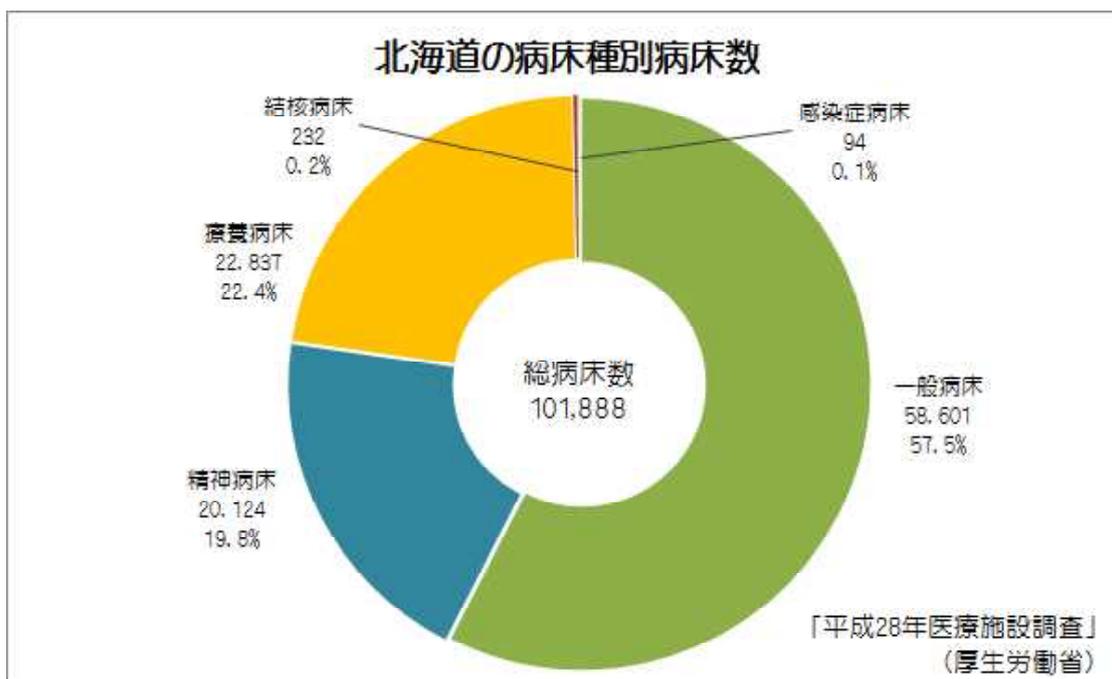
※14 年齢調整死亡率：死亡率は高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡の状況の比較ができるように、年齢構成を調整したものを年齢調整死亡率といいます。

### 第3節 病床数の状況

本道における総病床数は約10万2千床となっており、これを病床種類別にみますと、一般病床（※15）が5万9千床、精神病床が2万床、療養病床（※15）が2万3千床などとなっています。

また、療養病床については、医療療養病床が19,498床、介護療養病床が3,656床となっています（異なる調査のため、グラフの数値とは合いません）。

▶ 「病床数等調査（平成28年10月）」（道保健福祉部）



人口千人当たりの病床数を第二次医療圏（※16）別にみますと、一般病床数は、最も少ない根室と北空知が6.1床で、最も多い北渡島檜山の16.3床とは、約3倍の差があります。また、療養病床では、同じく根室が最も少なく1.8床、北空知が最も多く12.4床と約7倍の差があります。

▶ 「平成28年医療施設調査」（厚生労働省）、「住民基本台帳」（道総合政策部）

※15 一般病床、療養病床：一般病床は、療養病床と精神病床、結核病床、感染症病床を除く病床のことをいいます。療養病床は、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のことをいいます。なお、精神病床も実態として長期の入院が多くなっていますが、定義としては精神疾患を有する者を入院させるための病床のことをいい、療養病床には含まれません。

※16 第二次医療圏：医療圏とは、地域の医療需要に対応して、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的な単位のことです。「北海道医療計画」で定められています。第一次医療圏は各市町村単位の179圏域、第二次医療圏は21圏域、第三次医療圏は6圏域となっています。なお、第三次医療圏が都道府県内に複数あるのは本道だけとなっています。

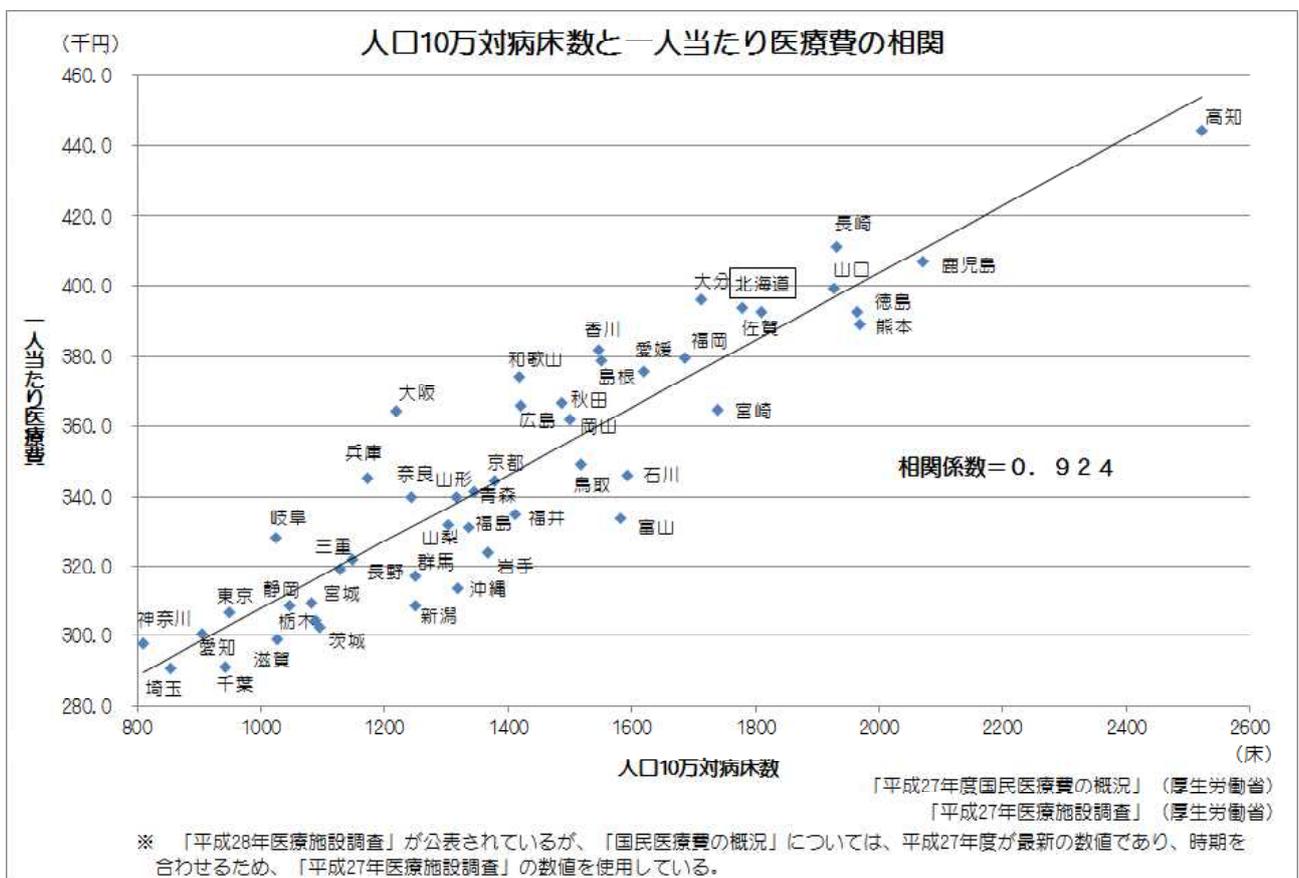
また、本道の人口10万人当たり（10万対）病床数（病院）の推移をみますと、療養病床の再編により療養病床数が減少していることに伴い、総病床数も減少傾向にあります。

北海道における人口10万対病床数（病院）の推移

年次	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
全病床	1,816	1,801	1,796	1,787	1,792	1,788	1,779	1,782
一般病床	978	975	976	977	985	984	981	985
精神病床	385	384	382	380	381	379	377	376
療養病床	442	434	430	422	420	419	416	415

「医療施設調査」（厚生労働省）

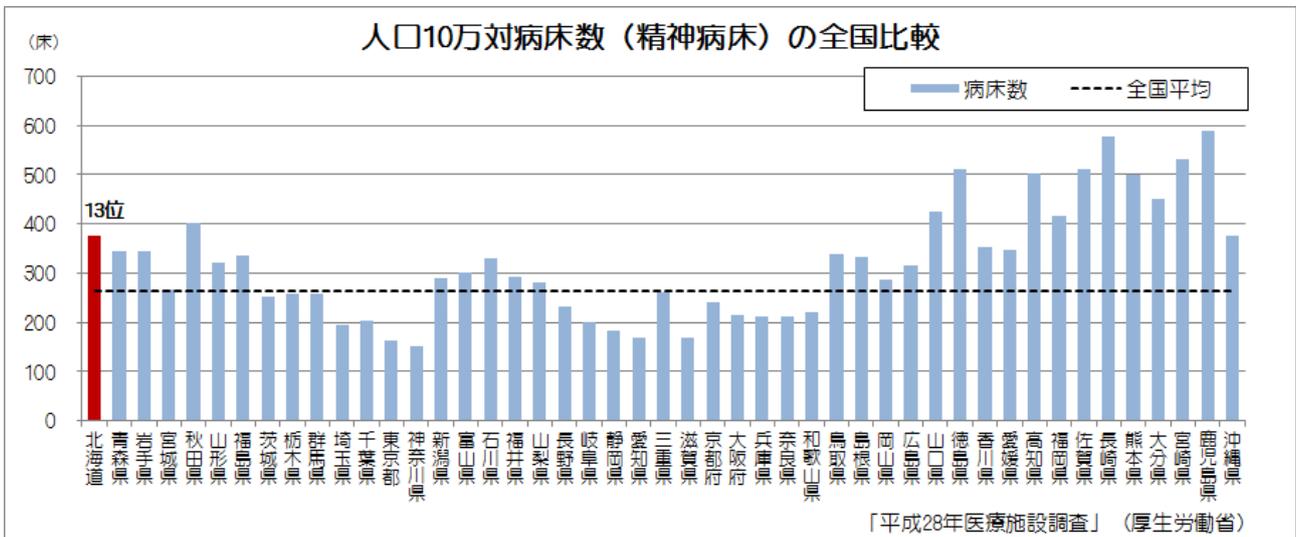
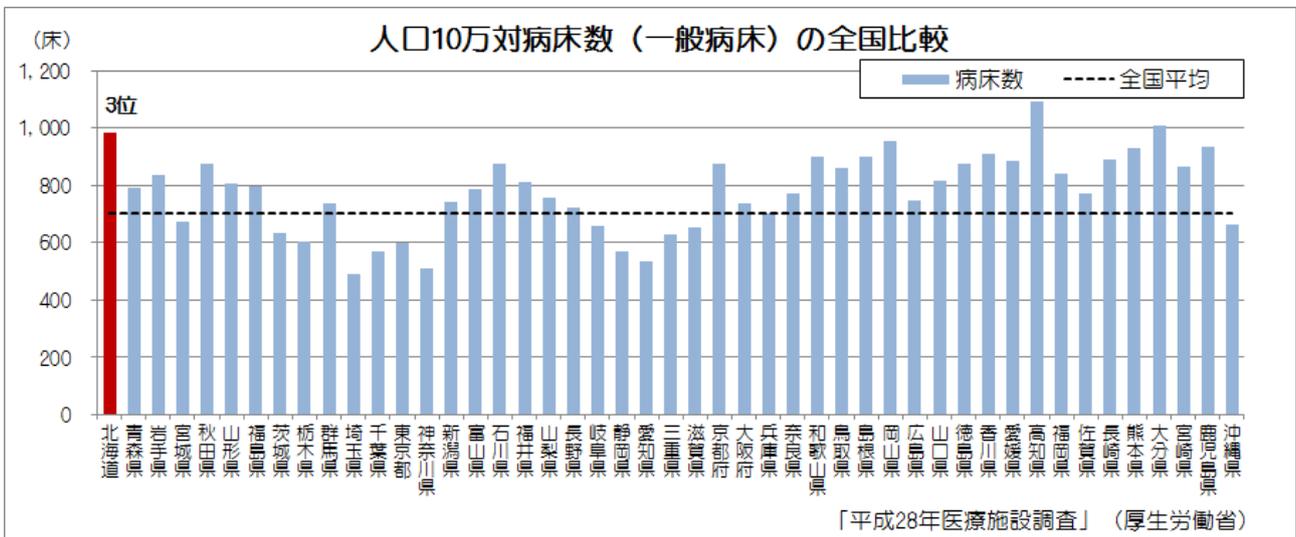
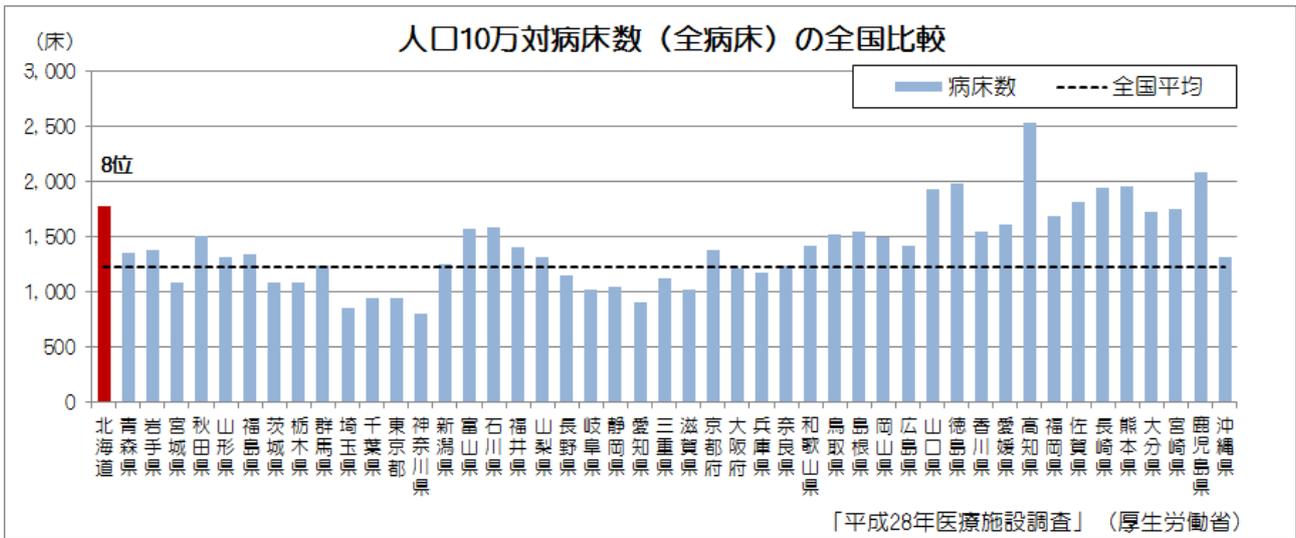
一人当たり医療費と人口10万人当たり病床数の関係をみますと、正の相関関係があり、病床数が多いほど一人当たりの医療費も高くなる傾向がみられます。

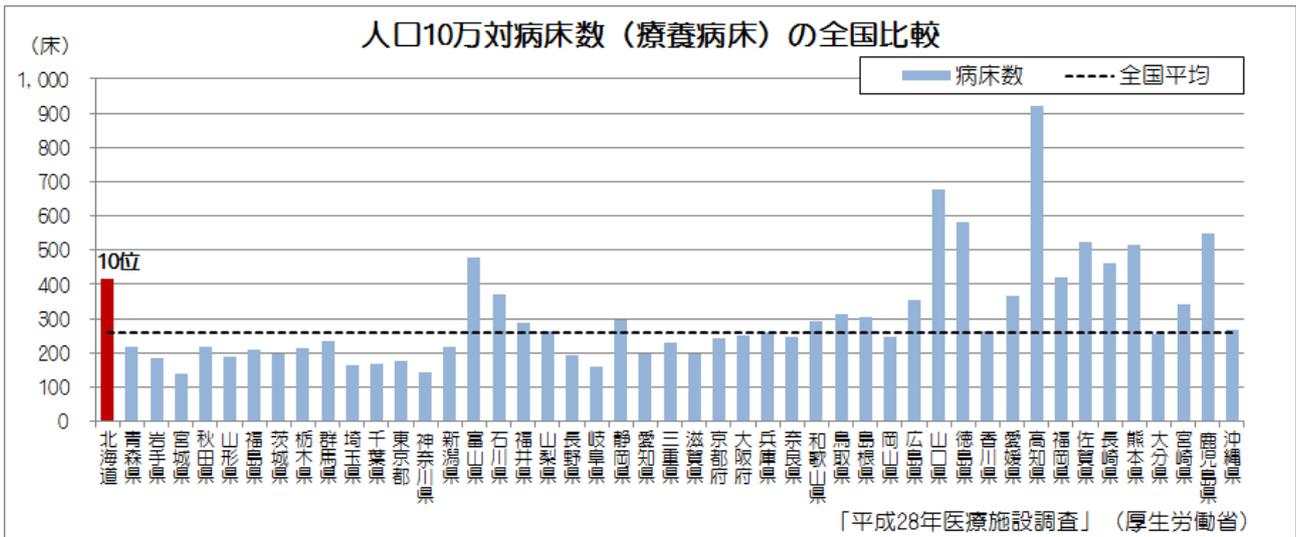


平成28年における人口10万人当たり病床数をみますと、本道は、全病床数で全国8位、一般病床数で3位、療養病床数で10位と、全国平均よりも多くなっています。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第3節 病床数の状況





第4節 平均在院日数（※17）の状況

平均在院日数の状況をみますと、平成28年の全国では全病床で28.5日（介護療養病床を除くと27.5日）なのに対し、本道では32.1日（介護療養病床を除くと30.9日）と全国で12番目、最も短い東京都と神奈川県との22.3日と比べて9.8日長くなっています。病床の種類ごとでは、精神病床は、全国で269.9日、本道では261.0日、療養病床は、全国で152.2日、本道では215.6日、一般病床は、全国で16.2日、本道では17.5日などとなっています。

全国では、介護療養病床を除いて、平均在院日数は短縮傾向になり、本道でも、全国と同様の傾向にあります。全国と比較すると、特に、療養病床と介護療養病床で平均在院日数が長くなっています。

平均在院日数と病床数には正の相関関係があり、人口10万人当たりの病床数が多いと平均在院日数が長くなり、また、平均在院日数と一人当たり後期高齢者医療費（入院）には、少し弱い正の相関関係があり、平均在院日数が長いと一人当たり後期高齢者医療費（入院）が高くなる傾向がみられます。

なお、高齢化のますますの進行に伴い、これからは医療費の観点からだけでなく、患者の健康増進や疾病対策、在宅医療の取組など、医療と介護の両面から適正な在院日数を考えていく必要があります。

平均在院日数の状況

（単位：日）

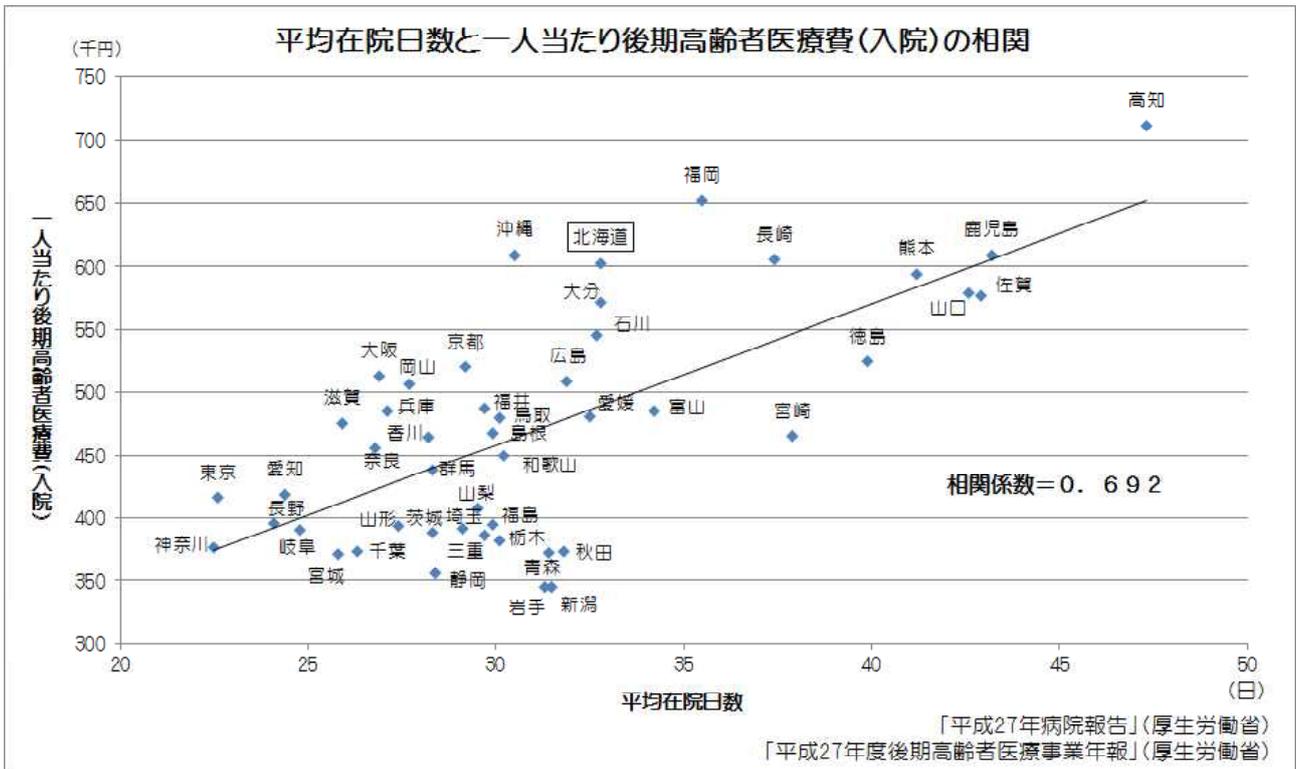
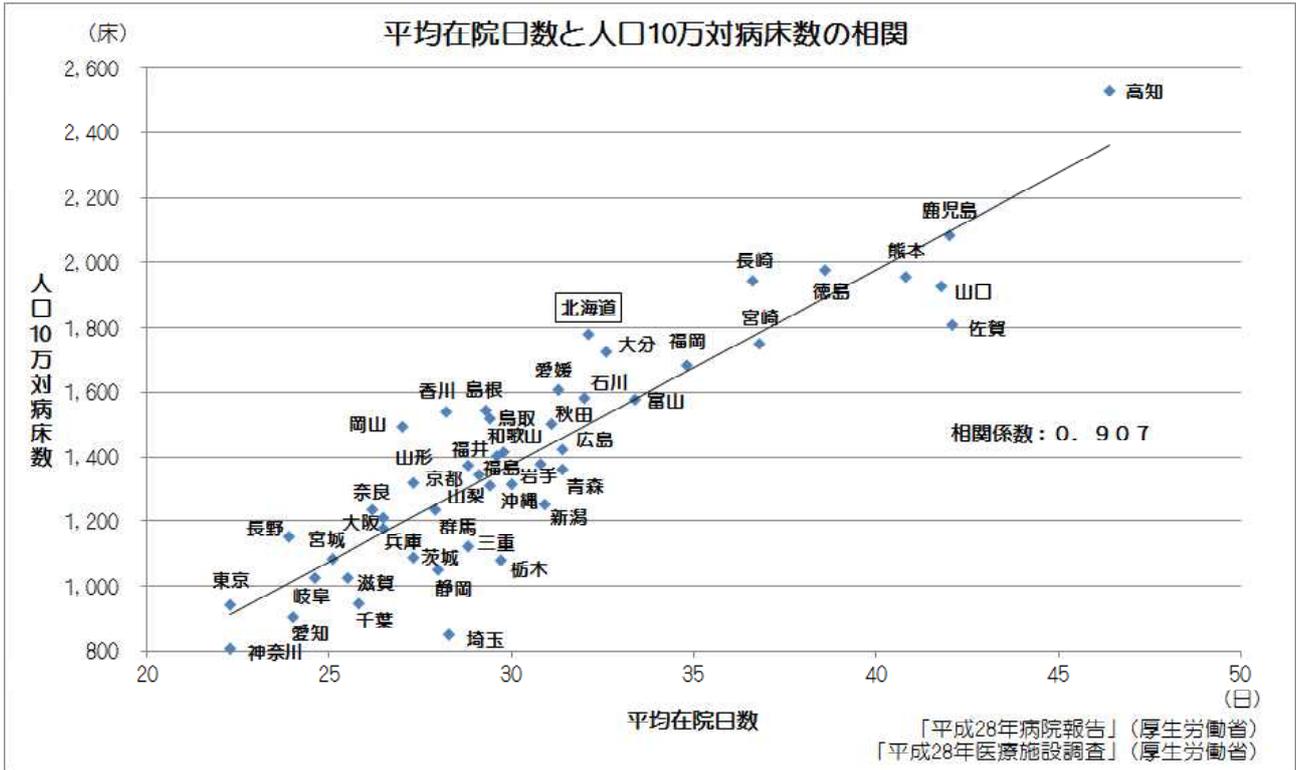
年次		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
全病床	道	39.8	39.4	38.4	37.6	36.9	35.9	35.2	34.1	32.8	32.1
		(36.5)	(36.6)	(35.9)	(35.3)	(34.7)	(33.8)	(33.3)	(32.5)	(31.4)	(30.9)
	全国	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0	31.2	30.6	29.9	29.1	28.5
		(31.7)	(31.6)	(31.3)	(30.7)	(30.4)	(29.7)	(29.2)	(28.6)	(27.9)	(27.5)
精神病床	道	303.0	305.3	304.9	301.9	288.8	279.2	271.2	266.9	261.3	261.0
	全国	317.9	312.9	307.4	301.0	298.1	291.9	284.7	281.2	274.7	269.9
感染症 病床	道	16.6	11.3	2.9	18.0	6.2	2.3	3.0	10.0	5.0	3.0
	全国	9.3	10.2	6.8	10.1	10.0	8.5	9.6	8.9	8.2	7.8
結核病床	道	63.4	67.6	63.2	63.6	67.4	69.0	67.7	67.8	61.8	56.3
	全国	70.0	74.2	72.5	71.5	71.0	70.7	68.8	66.7	67.3	66.3
療養病床	道	238.9	231.0	240.7	234.7	237.5	239.1	237.7	233.3	223.3	215.6
	全国	177.1	176.6	179.5	176.4	175.1	171.8	168.3	164.6	158.2	152.2
一般病床	道	20.8	20.7	20.2	20.0	19.7	19.2	19.0	18.4	17.8	17.5
	全国	19.0	18.8	18.5	18.2	17.9	17.5	17.2	16.8	16.5	16.2
介護療養 病床	道	408.7	398.8	419.2	385.3	424.1	418.5	450.6	455.2	425.8	380.0
	全国	284.2	292.3	298.8	300.2	311.2	307.0	308.6	315.5	315.8	314.9

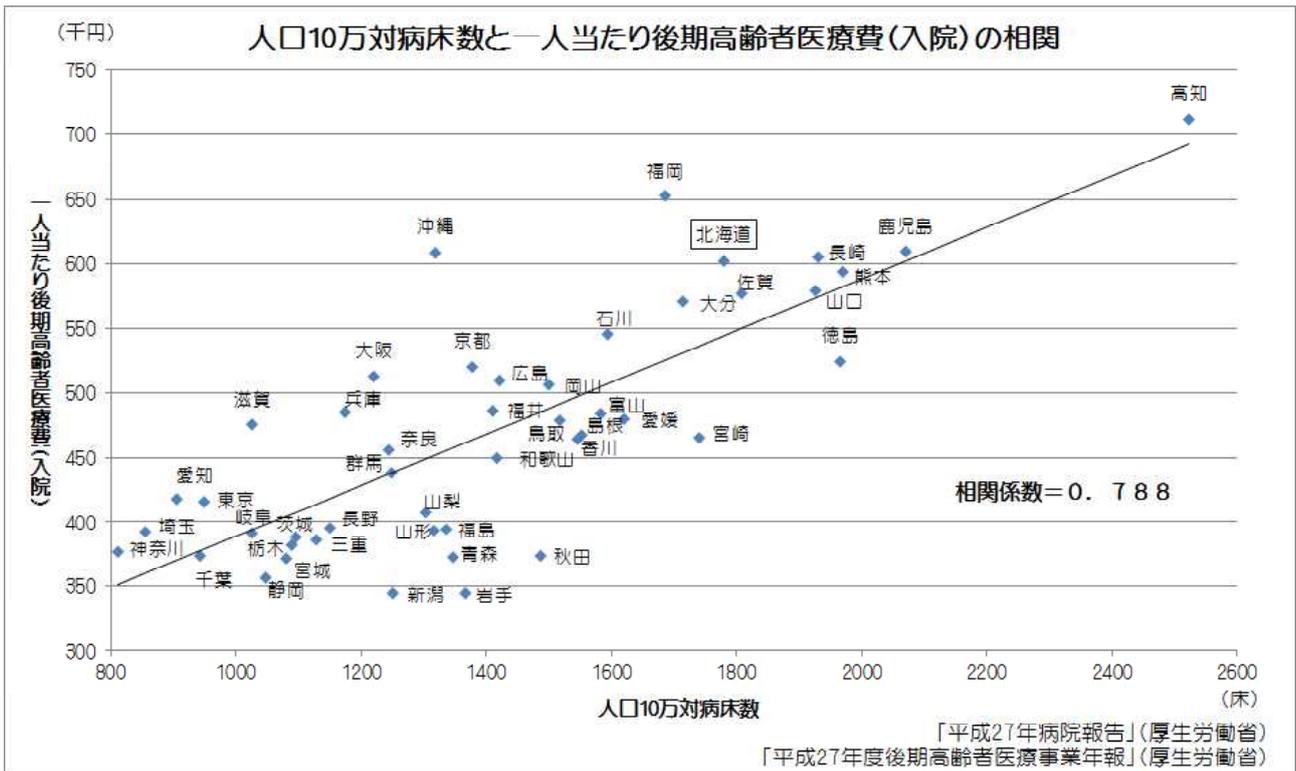
※ 全病床中の（ ）内は、介護療養病床を除いたもの。

「病院報告」（厚生労働省）

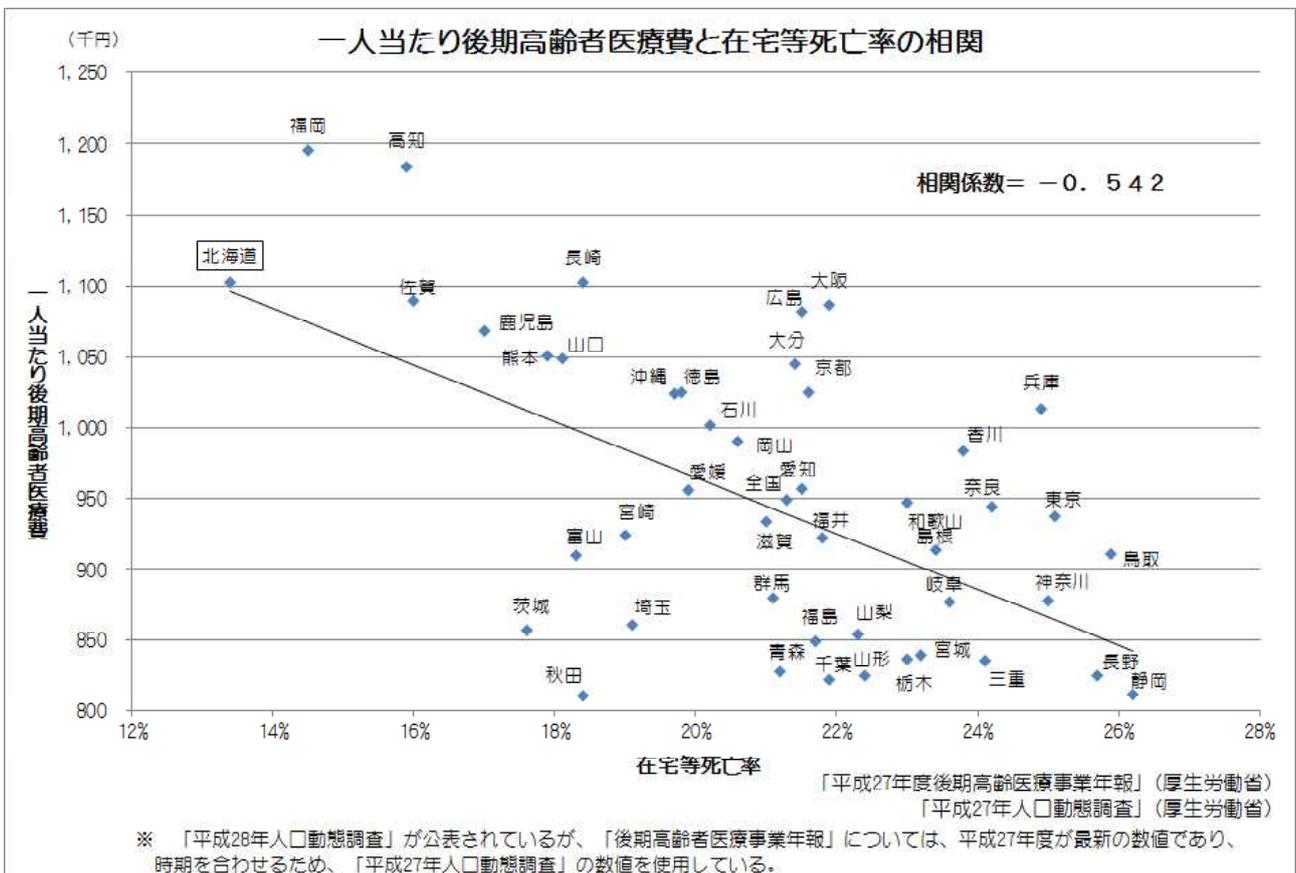
※17 平均在院日数：平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

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





また、一人当たり後期高齢者医療費と在宅等死亡率の関係をみますと、在宅等死亡率の高い都道府県では、高齢者の医療費が低くなる傾向があります。本道においては、平成27年の在宅等死亡率が13.4%、28年が14.3%でいずれも全国47位と最下位となっており、こうしたことも本道の高齢者の医療費が高い要因の一つと考えられます。



## 第3章 基本理念と目標

### 第1節 基本理念

我が国は、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保持しています。今後もこの制度を堅持するとともに、急速な少子高齢化や産業構造の転換など、医療を取り巻く様々な環境変化に対応しながら、道民生活に直結する医療制度や提供体制を確保していくため、この計画を通じて、医療費適正化を推進することとし、次のとおり基本理念を定めます。

#### 1 生活の質の維持及び向上

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

また、病気に対する考え方や死生観を含む価値観が多様化している中で、患者が望む医療は、患者のライフステージや家庭環境などによって異なると考えられます。医師から適切な情報提供と説明が行われた上で、患者や家族が医療従事者と十分話し合い、最先端の治療を選択するのか、生活の質（QOL：Quality of Life）を保ちながら暮らしていくことを選択するのかなど、病気と上手につき合うことを基本に、患者本人の意志を尊重した医療の提供が行われることが重要です。

なお、国においては、人生の最終段階における医療のあり方について、国民的な合意を形成していくための検討を進めています。

#### 2 超高齢社会への対応

第2章第1節で述べたように、本道では、平成27年は高齢者（65歳以上）が約156万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は約29.1%であり、生産年齢人口（15～64歳）2.0人で1人の高齢者を支えていることとなります。

将来推計では、今後、急激に高齢化が進行して、平成47年には、生産年齢人口1.4人で1人の高齢者を支えることとなります。特に、75歳以上の後期高齢者は、27年度から42年度の16年間に約78万人から約109万人と、約1.4倍になることが見込まれます。

本道は高齢化率が全国の26.6%に対して29.1%と高く（全国20位）、後期高齢者の一人当たり医療費も全国の約95万円に対して約110万円と高い（全国3位）という特徴があり、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でなければなりません。

- ▶ 「平成27年国勢調査」（総務省統計局）、  
「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）、  
「平成27年度後期高齢者医療事業年報」（厚生労働省）

#### 3 目標及び施策の達成状況等の評価

目標及び施策の達成状況等については、計画の3年度目から5年度目まで進捗状況を公表するとともに、計画の最終年度には、進捗状況の調査及び分析の結果を公表し、必要に応じて対策を講ずるよう努めます。また、計画の最終年度の翌年度には実績に対する評価を行います。

第2節 医療費適正化に向けた目標

本道の医療費は、生活習慣病の外来医療費の割合が年齢を重ねるとともに徐々に増加し、65歳頃を境にして、生活習慣病を中心とした入院医療費の割合が上昇しています。

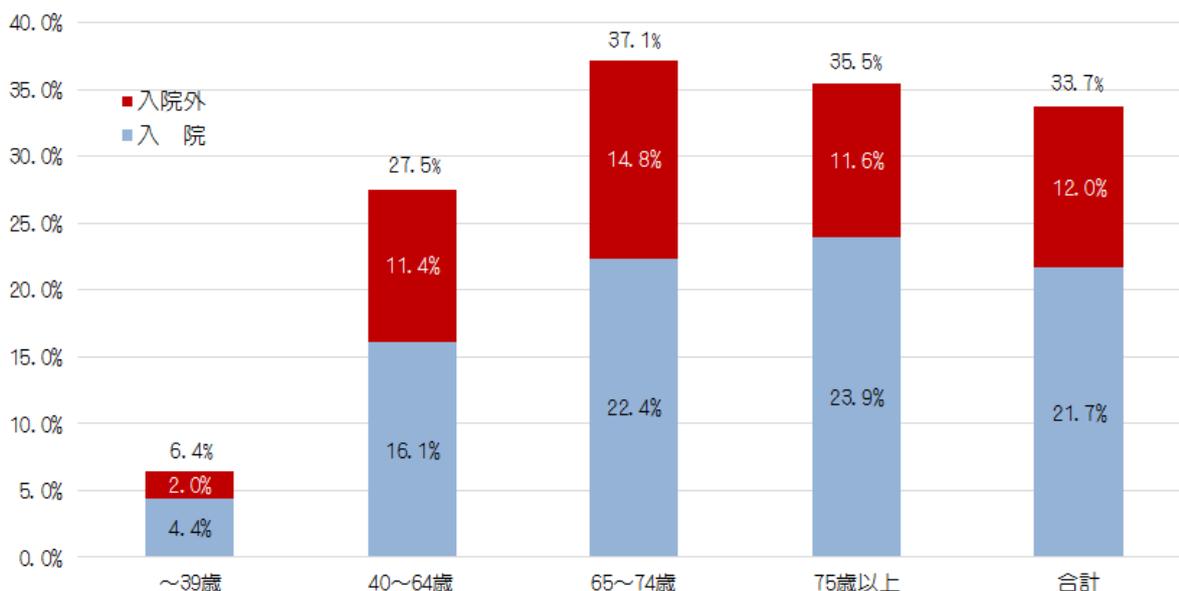
生活習慣病の発症には複数の要因が関与していますが、生活習慣の面からみると、不適切な食生活や運動不足などが、やがて糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の発症を招いて通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないまま疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等を発症し入院するという経過をたどると考えられます。

入院しない場合でも、例えば糖尿病では、重症化して人工透析に移行すると、個人の生活の質が著しく低下するとともに、医療費も高額になります。

また、第2章第1節で述べたように、平成27年度の一人当たり後期高齢者医療費をみますと、本道は約110万円と全国で3番目に高額な医療費となっており、それには高い入院医療費が大きく影響しています。

こうしたことから、医療費の増加を抑えていくため、若い時から生活習慣病の発症予防として個人の生活の改善を促す取組や、生活習慣病を発症したときには速やかに医療機関を受診し重症化を予防する取組を進めることにより、入院患者を減らすことが重要と考えられます。

総医療費に占める生活習慣病の医療費の割合（年齢階層別）



※生活習慣病として、がん(悪性新生物)、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の5疾患を対象とした。

「平成27年5月診療分国保データ」(北海道国保連合会提供)

次に、入院医療費については、療養病床数を機械的に削減するのではなく、慢性期（※18）段階の入院に着目した療養病床の再編成を進め、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化などにより、医療機関における在院日数を適正化していくことが可能になると考えられます。

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

- 
- ※18 慢性期：病床機能の一つで、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期という4種類があります。
- 高度急性期：急性期に比べ、より多くの医療資源を投入して医療を提供する機能。
  - 急性期：発症から間もない時期で症状が安定せず重点的な医療処置が必要な患者に対し、状態の早期安定に向けて、医療を提供する機能。
  - 回復期：急性期を経過した患者に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、日常の生活動作（ADL：Activities of Daily Living）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。
  - 慢性期：長期にわたり療養が必要な患者や重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、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。

1 健康の保持の推進に関する達成目標

道においては、生活習慣病の予防対策として、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施並びにメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の減少等について、次のとおり数値目標あるいは施策に関する目標を掲げることとします。

(1) 特定健康診査の実施率

国において示された保険者全体での目標値を踏まえ、本道では平成35年度において、40歳から74歳までの対象者の70%が特定健康診査を受診することを目標とします。

保険者種別ごとの特定健康診査の実施率目標

全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」  
(厚生労働省)

(2) 特定保健指導対象者の減少率

平成35年度における特定保健指導対象者について、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に準じて、20年度と比べ25%の減少を目標とします。

(3) 特定保健指導の実施率

国において示された保険者全体での目標値を踏まえ、本道では平成35年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%が特定保健指導を受けることを目標とします。

保険者種別ごとの特定保健指導の実施率目標

全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
45%	60%	30%	35%	55%	30%	45%

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」  
(厚生労働省)

(4) たばこ対策

たばこ対策については、喫煙に関する指標と平成34年度の目標値を「北海道健康増進計画」（25年度から34年度）で定めており、受動喫煙（※19）も含めたこれらの目標値を35年度も維持・向上することをこの計画の数値目標とします。

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

たばこ対策の数値目標  
（「北海道健康増進計画」の平成34年度の目標）

指標	目標値
成人の喫煙率	12.0%以下
喫煙経験のある未成年者（過去1ヶ月）	0%
妊婦の喫煙率	0%
産婦の喫煙率	0%
日常生活で受動喫煙の機会を有する者の割合	行政機関 0% 医療機関 0% 受動喫煙のない職場の実現（平成32年度） 家庭 3.0%以下 飲食店 15.0%以下

(5) 予防接種の推進

インフルエンザをはじめとする予防接種の重要性やワクチンに関する正しい知識を普及啓発し、適切な予防接種の推進に努めることを目標とします。

(6) 生活習慣病の重症化予防の推進

生活習慣病の重症化を予防する中で、特に糖尿病について、一般社団法人北海道医師会と北海道糖尿病対策推進会議（※20）、北海道の三者で策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、医療関係者や保険者等と連携しながら、糖尿病の重症化予防の取組を推進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達成目標

(1) 入院と在宅等の調和

病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実、介護サービスとの連携強化等により、医療提供体制の整備や地域包括ケアシステム（※21）の構築に取り組むとともに、患者の健康増進や医療機関における疾病対策、在宅医療の体制の充実などを通じて、入院と在宅等の調和を図ることを目標とします。その際、本道特有の自然的・社会的要因のほか、医療従事者の地域偏在などの地域の特性や医療水準の状況などに十分に配慮することとします。

※20 北海道糖尿病対策推進会議：糖尿病の啓発、発症予防、合併症予防などの糖尿病対策をより一層推進することを目的とした会議で、北海道医師会、日本糖尿病学会北海道支部、北海道糖尿病協会、北海道歯科医師会、北海道薬剤師会、北海道看護協会、北海道栄養士会、北海道健康づくり財団、北海道で構成されています。

※21 地域包括ケアシステム：高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、個々人の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。

(2) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）（※22）の使用割合（入院外）については、国は、平成29年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017について」（以下「骨太方針2017」という。）において、平成32年9月までに80%以上とする目標を設定しています。これを踏まえて、道においても、32年9月までに80%以上とした上で、計画期間の最終年度の35年度まで維持することを目標とします。

また、使用割合80%から推計される後発医薬品（入院外）使用の効果額として、平成26年度と比べて194億円の減少を35年度の目標とします。

(3) 医薬品の適正使用の推進

「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割やその重要性などについて、関係団体等と連携して道民への普及啓発に努めるとともに、道民が身近な「かかりつけ薬剤師・薬局」を適切に選択できるよう、道内の薬局の情報を道のホームページを通じて公表します。

また、重複投薬を是正するとともに、複数にわたる種類の医薬品の投与を受けている患者について、副作用などのリスクを防止するため、関係団体と協力して、道民に対する「お薬手帳（※23）」の普及啓発の取組を拡大することを目標とします。

---

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

※23 お薬手帳：病院や薬局などで医療用の薬をもらったときや、市販の薬を購入したときに、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のことです。医療機関を受診したり、薬局を利用する際に、医師や薬剤師がお薬手帳の記録をチェックし、薬の飲み合わせや重複などによる副作用を防いだり、新しく処方された薬の情報等を記入します。

第3節 計画期間における医療費の見通し

本道の医療費は、厚生労働省提供の「医療費適正化計画推計ツール」を使って算定すると、計画に基づく取組により目標を達成した場合、取組を実施しなかった場合より、平成35年度で299億円程度の医療費が抑えられると見込まれます。

計画期間の医療費と取組効果額の推計 (単位：億円)

区分	平成30年度 A	平成35年度 B	増加額 (B - A)	効果額 (② - ①)
取組をしなかった場合	22,136	24,815	2,679 ①	▲299
取組により目標を達成した場合		24,516	2,380 ②	

「医療費適正化計画推計ツール」(厚生労働省提供)

本道の人口は減少傾向にある一方、75歳以上の高齢者は増え続け、平成35年度には約97万人になると予測されます。また、年齢区分で見ると、年齢が高くなるほど一人当たり医療費は増加し、75～79歳で約78万円、80～84歳で約93万円と大きく増加します。

▶ 「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)、「厚生労働省提供データ」

そのため、一人当たり医療費は、平成26年度の約37万9千円から、35年度には、何も取組をしなかった場合は約49万2千円、計画に基づく取組により目標を達成した場合は約48万6千円と、いずれにおいても10万円以上増加します。

医療費の負担を少しでも軽減するためには、若い世代から健康に留意し、特定健康診査等をきちんと受診することなどで、疾病の予防や重症化を防止し、健康寿命を延ばすことが大変重要です。

北海道の人口 (単位：人)

区分	0～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	計
平成26年度	2,003,100	1,855,394	769,962	761,864	5,390,321
平成30年度	1,833,666	1,769,895	805,349	842,440	5,251,350
平成35年度	1,658,530	1,680,350	741,478	966,853	5,047,212

「国勢調査」(総務省統計局)、「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)

年齢階級別一人当たり国民医療費(年齢区分抜粋) (単位：円)

20～24歳	30～34歳	40～44歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
78,400	120,000	150,500	481,200	635,900	783,100	925,200	1,047,200

(厚生労働省提供データ 平成25年度)

## 第4章 目標を達成するために道が取り組むべき施策

第3章で掲げた目標を達成するために道が取り組むべき施策は専門的なものや広範に展開していく必要があるものなど多岐にわたるため、道だけではなく、様々な関係機関と連携・協力しながら推進していくこととします。

### 第1節 健康の保持の推進に関する施策

施策の推進にあたり、集団全体への働きかけ（ポピュレーションアプローチ）として、食生活や運動など生活習慣の改善とその継続の大切さを広く道民に普及していくことが重要であり、働きかけの主体となる市町村等は、年齢階層や性差、社会経済的状況等の違いに基づき、それぞれの特性や健康課題に応じた取組を促していくことが効果的です。

また、働きかけは、住民だけでなく健康づくりに関わる多くの関係者を対象とし、継続的に健康指標の調査や分析を行い、その結果を住民や関係者に周知することにより、地域全体の健康づくりの意識の向上や自主的な取組につながることを期待されます。

#### 1 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

##### ア 現状と課題

第2章第2節1で述べたように、本道では、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率ともに伸びてはいるものの、全国と比較すると依然として低く、道民の制度に対する理解不足や、制度の周知、特定健康診査の未受診者や特定保健指導の未利用者への勧奨が十分でなかったことなどが考えられます。なお、特定保健指導対象者は、平成20年度と27年度を比較すると、全国と本道ともに増加しています。

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

例えば協会けんぽ北海道支部では、被保険者に特定健康診査に加えてがん検診も同時実施しているほか、集団特定健康診査の実施、健診機関への受診勧奨の委託、新規健診機関の確保等を行っています。被保険者の家族である被扶養者に対しては、特定健康診査受診券の自宅への送付、市町村と連携した集団特定健康診査・がん検診の実施、協会けんぽ独自の集団特定健康診査の実施、金融機関等との連携協定による事業者へのインセンティブ付与など、様々な工夫により特定健康診査実施率の向上に取り組んでいます。

##### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 保険者による特定健康診査等実施計画に基づく着実な保健事業の推進のため、各保険者における保健事業の企画立案や実施、評価を担う人材の確保・育成など実施体制の充実に支援します。

特に、保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対して、実践的な特定保健指導プログラムを習得できるよう、関係団体と連携して研修を実施します。

- ・ 実施率を高めるためには、被保険者やその被扶養者が、自宅や職場に近い場所で受診できる体制を整備することも効果的であるため、保険者で構成する北海道保険者協議会を通じて、複数の保険者と複数の健診・保健指導機関との間で集合的な契約を締結しており、引き続き調整などの支援を行います。
- ・ がん検診との同時実施の取組や受診者に配慮した時期・時間帯の設定、継続受診の促進に関する取組などの事例や、特定保健指導によるメタボリックシンドロームの改善率の高い保険者の取組事例などを収集し、情報提供を行います。
- ・ 市町村国保における特定健康診査等に要する費用に対して助成するほか、平成30年度からは、特定健康診査等の実施率が以前から高い市町村や向上した市町村に対して交付金を手厚く助成するなど、引き続き実施率向上の取組に対する支援を行うとともに、実施率が低い市町村に対しては、技術的助言を重点的に実施します。
- ・ 市町村が地域住民を対象に実施する健康診断やがん検診、健康づくりに関する事業への参加状況に応じてポイントシールを発行し、ポイントが貯まると協賛企業から特典がもらえる「北海道健康マイレージ事業」を平成28年度から展開しており、地域の取組として市町村に広がるよう支援していきます。
- ・ 特定健康診査や特定保健指導の重要性等について、道の広報媒体を活用した普及啓発や、北海道保険者協議会や北海道国保連合会等と連携して広報活動を推進します。

## 2 保険者と市町村、事業所等との連携

### ア 現状と課題

保険者による特定健康診査・特定保健指導の取組は、市町村を中心とした地域住民向けの健康増進対策と併せて実施することにより、効果的な生活習慣病の予防対策とすることができると考えられます。

保険者による健康増進に関する普及啓発や、特定保健指導の終了者に対して改善した生活習慣の継続を支援する取組、被用者保険の被保険者の家族である被扶養者の受診率の向上のため、市町村が行うがん検診等との同時実施などの取組も引き続き重要です。

また、従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践する「健康経営」の取組が広がってきています。企業が経営理念に基づき、従業員の健康保持・増進に取り組むことは、従業員の活力や生産性の向上など組織の活性化をもたらす、結果的に業績や組織としての価値向上へつながることが期待されるほか、長期的な医療費の抑制や適正化にも寄与すると考えられます。

▶ 「健康経営」は「特定非営利活動法人健康経営研究会」の登録商標

さらに、健康保険組合連合会北海道連合会等では、道が行っている「北海道健康づくり協働宣言」の実施団体に登録しており、道内の健康保険組合の被保険者に対する健康づくりを推進しています。企業全体で健康づくりに取り組む宣言を「健康企業宣言」といい、従業員の健康意識の改革、生産性の向上、企業のイメージアップにもつながることが期待されます。

#### イ 施策の方向と主な施策

- 健康増進対策が効果的に実施されるよう、北海道保険者協議会や保険者、市町村、事業所及び健診・保健指導事業者等で構成する地域・職域連携推進協議会などを活用して、特定健康診査の未受診者に対する受診勧奨の手法や効果的な広報等、実施率向上に有効な取組について、情報交換を行うとともに、連携して保健事業を実施します。
- 労働安全衛生法に基づく事業主健診や、生活習慣病等の治療中の検査結果等については、特定健康診査項目の要件を満たすことにより特定健康診査の実施とみなすことができることから、事業者や医療機関と保険者との間のデータ受領等の連携を支援します。  
なお、厚生労働省が設置する「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が平成29年1月に取りまとめた「第3期特定健康診査等実施計画期間（30年度から35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直しについて（議論のまとめ）」では、「かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用できるよう、一定のルールを整備する」とされています。
- 「健康経営」に関して、本道においては、道と協会けんぽ北海道支部が連携して「健康事業所宣言」の認定を行っており、従業員の健康を重要な経営資源と捉え、健康増進に取り組む事業所が「健康事業所宣言」を行った場合、協会けんぽから宣言書を交付しています（平成29年10月現在、道内434社）。今後も協会けんぽ北海道支部と協力して、「健康事業所宣言」を行う道内の事業所が増えるよう、普及啓発に取り組みます。

### 3 生活習慣病等の対策

#### (1) 食生活や運動による健康づくり

##### ア 現状と課題

肥満は、がん（悪性新生物）や循環器疾患、糖尿病等の多くの生活習慣病と関連があることから、食生活や身体活動における生活習慣の改善により、適正体重を維持し、健康を増進することが重要です。

そのため、適切な量と質を確保した食生活の実践等による適正体重の維持に向けた、より一層の普及啓発や、民間企業や飲食店、特定給食施設など食事に関する環境の整備に加え、日常生活における運動量の確保や運動習慣の定着のため、運動の必要性や効果、具体的な運動方法などについて、情報提供を積極的に行うなどの取組が必要です。

また、子どもにとって、朝食を欠かさず食べるといった食習慣や日頃から運動に親しむ運動習慣を持つことは、健康の保持増進や学習意欲の向上などにも関係します。

国が策定している「健康日本21（第二次：計画期間は平成25年度から34年度）」では、個人の健康は、家庭や学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であるとされています。

### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 肥満を減らすなど、適正体重の維持に向け、「どさんこ食事バランスガイド（※24）」によるバランスの取れた食事の普及啓発を行うとともに、ヘルシーレストラン（栄養成分表示の店）推進事業に取り組み、健康情報の提供など、食生活改善を支援する環境の整備を推進します。
- ・ 運動の必要性のほか冬期でも気軽にできるノルディックウォーキング（※25）などの運動を市町村等と連携し普及啓発するとともに、年間を通じて道民が身近なところで楽しくウォーキングできる遊歩道を認定する「すこやかロード」等を通じた環境整備やその活用を促進します。
- ・ 北海道国保連合会が行う、健康づくりに対する住民の意識を高め、主体的な取組を促すことを目的に道内各地域で実施する講演会・健康度測定や、保健推進員など健康づくりリーダーを対象として効果的な保健活動の推進を目的に開催する研修会などに対し、引き続き助成します。

## (2) 糖尿病等の生活習慣病の重症化予防

### ア 現状と課題

本道の生活習慣病については、第2章第2節2で述べたように、外来受療率は、脳血管疾患で全国を上回っているものの、糖尿病と高血圧性疾患、虚血性心疾患では全国を下回っている一方で、入院受療率は、いずれの疾患も全国を上回り、全国でも上位に位置するものが多くなっていることから、生活習慣病の患者が重症化してから医療機関を受診している懸念があります。

生活習慣病対策としては、特定健康診査等により疾病を早期発見・早期治療する二次予防、疾病の発症後に必要な治療を受け、心身の機能の維持及び回復を図る三次予防はもちろんのこと、生活習慣を改善して健康を増進し、疾病の発症を予防する一次予防も重要です。そのため、青年期・壮年期世代において、健康に配慮した食事、適度な運動、禁煙などによる生活習慣の改善や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、がん検診や特定健康診査・特定保健指導の実施を促進することが必要です。

また、歯周病は糖尿病の合併症の一つであり、糖尿病患者は歯周病に罹患しやすく重症化しやすいとされており、歯周病の罹患は、血糖コントロールと糖尿病合併症の発症に悪影響を与えます。こうしたことから、歯周病治療により血糖値が改善する可能性があるため、糖尿病対策には専門的口腔ケアも重要です。

### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 道では、保険者である市町村をはじめとした関係団体と連携し、生活習慣の改善の重要性や生活習慣病に関する正しい知識について普及啓発を行うほか、特定健康診査や特定保健指導による早期発見、早期治療を進めます。

※24 どさんこ食事バランスガイド：道が提唱している「すこやかほっかいどう10ヶ条」の1つとして、「スタートは朝食、楽しい1日！」を掲げており、北海道の食材を使って栄養バランスのとれた食事をさちちんと食べてもらうために作成した冊子のことです。

※25 ノルディックウォーキング：フィンランドが発祥の地で、2本のポールを持って歩行する身体全体を使うスポーツです。クロスカントリースキー選手が夏のトレーニングとして活用したり、北欧では、通勤や通学など日常生活の一部として利用されています。

- 生活習慣病のうち、糖尿病に関しては、重症化により人工透析に移行する可能性があることから、重症化を予防することは、患者本人だけでなく、家族などにとっても重要であるといえます。

このため、道では、平成29年度に北海道医師会、北海道糖尿病対策推進会議とともに策定した「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、市町村や保険者における取組を支援していきます。

- 保険者においては、特定健康診査の結果、医療機関の受診が必要な被保険者に対して、受診勧奨や保健指導を行うことが重要であることから、こうした取組の促進を支援し、糖尿病の重症化予防を推進します。

### (3) がん対策

#### ア 現状と課題

平成28年のがん（悪性新生物）の75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）は、男女ともに全国を上回っており、男性は全国で4番目、女性は全国で2番目に高く、特に肺がんは男性が2番目、女性が1番目に高くなっています。

がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）

区分	全体		肺				大腸	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
北海道	108.5 (4)	66.4 (2)	26.1 (2)	9.0 (1)	15.7 (4)	8.8 (4)		
全国	95.8	58.0	21.7	6.5	13.3	7.6		

※北海道の（ ）は全国順位 「国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』」

また、本道の人口10万人当たりのがんの外来受療率は、全国とほぼ同じになっており、入院受療率は、全国と比べて高くなっています。

がんの外来・入院受療率（人口10万対）

区分	全体		がん	
	外来	入院	外来	入院
北海道	5,028	1,448	137	155
全国	5,696	1,038	135	102

「平成26年患者調査」（厚生労働省）

がんの要因には、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などがあり、我が国では男性の約5割、女性の約3割はこれらが原因でがんになると考えられています。リスク要因の第1位は、男性では喫煙、女性では感染症となっています。

▶ 「がんを知る301－科学的根拠に基づくがん予防」（国立がん研究センターがん情報サービス）

本道では、がんによる死亡者が年間1万9千人を超えており、死亡者数を減少させるためには、がん検診による早期発見と早期治療を行うことが重要です。

▶ 「平成28年人口動態調査」（厚生労働省）

市町村では、胃がんや大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんを対象にがん検診が行われており、国では、子宮頸がんと乳がんについて、がん検診推進事業（無料クーポン券の送付）を行っていますが、受診率は全体的に低い状況にあります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 道は、市町村や関係団体等と連携し、「野菜・果物摂取量の増加」や「食塩摂取量の減少」、「定期的な運動の継続」、「飲酒量の低減」、「適切な体重の維持」等、日本人に推奨できる予防法について、効果的な普及啓発に取り組みます。
- ・ 道や北海道医師会など関係団体等は、発がん要因であるヒトパピローマウイルス（HPVウイルス）や肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）などの感染予防に向けた道民への正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- ・ 道は、市町村をはじめ、関係団体や企業、マスメディア等と連携し、がん検診の受診促進に向けて一層の普及啓発に取り組むとともに、特定健康診査との一体的な実施など受診手続の簡素化や効果的な受診勧奨の方法、被用者保険のがん検診との連携など、道民が受診しやすい環境の整備に取り組みます。

(4) たばこ対策

ア 現状と課題

喫煙は「病気の原因の中で予防できる最大かつ単一のもの（WHO：世界保健機構）」とされているように、肺がんをはじめとする多くのがん（悪性新生物）や虚血性心疾患、脳卒中などの循環器疾患、さらには、COPD（慢性閉塞性肺疾患）など数多くの疾患と死亡のリスクを高める危険因子となっています。

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

▶ 「平成28年5月分レセプトデータ」（北海道国保連合会）

また、たばこによる健康被害は、喫煙者ばかりでなく、その環境下で育つ子どもたちや非喫煙者にも受動喫煙という形で及ぶことから、分煙に対する取組も重要です。

平成28年の全道における成人喫煙率は男女とも全国平均を上回っているほか、1%以下ではあるものの未成年者で喫煙経験（過去一ヶ月）のある者がおり、さらに妊婦の喫煙率が6.3%、産婦の喫煙率が8.4%となっています。

また、受動喫煙の機会を有する者の割合が、職場では25.2%、家庭では18.4%と公共施設に比べて高く、特に飲食店では41.7%と非常に高くなっています。

▶ 「平成28年度健康づくり道民調査」（道保健福祉部）、  
「平成29年度北海道母子保健報告システム事業（道立保健所管内：平成28年度実績）」  
（道保健福祉部）

区分	全体	
	男性	女性
北海道	34.6%	16.1%
全国	31.1%	9.5%

「平成28年国民生活基礎調査」（厚生労働省）

区分	中学1年生		高校3年生	
	男子	女子	男子	女子
北海道	0.5%	0.2%	0.8%	0.5%
全国	1.0%	0.3%	4.6%	1.5%

「平成29年度健康に関するアンケート」（道保健福祉部）  
「平成26年厚生労働科学研究費補助金研究班調査」

公共施設 （行政機関・医療機関）	職場	家庭	飲食店
8.9%	25.2%	18.4%	41.7%

「平成28年度健康づくり道民調査」（道保健福祉部）

道においては、これまで公共施設や医療機関を中心に受動喫煙の防止について取組を進めてきており、市町村が管理する庁舎や公民館、医療機関では90%以上が受動喫煙防止対策を行っています。それ以外の施設については、全体では61.5%が受動喫煙防止対策を実施しているものの、飲食店では38.8%と対応に遅れが見られます。

受動喫煙防止対策の取組状況

市町村 管理施設	医療機関 (病院・診療所)	それ以外の施設（抜粋）						
		全体	歯科 診療所	薬局・ 施術所等	公衆浴場 等	老人 ホーム等	飲食店	宿泊施設
94.2%	99.3%	61.5%	100.0%	93.5%	45.8%	94.8%	38.8%	66.5%

「平成28年度受動喫煙防止対策に関する施設調査」（道保健福祉部）

今後は、これまでの取組に加え、職場や家庭、飲食店などにおいても、禁煙や分煙を進め受動喫煙の機会を低下させるなど、対策の強化が必要です。

### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 「世界禁煙デー」にあわせた「禁煙週間」中のイベントや道のホームページなどにより、喫煙が及ぼす健康への影響についての普及啓発を推進します。
- ・ 保健所の相談窓口で、禁煙に関する相談や、禁煙外来等の実施機関の情報提供など、たばこをやめたい人に対するサポート体制の充実に努めます。
- ・ 心身ともに発達途上にある子どもの喫煙は、成人の喫煙以上に健康への影響が大きいことから、学校等が行う未成年者の喫煙防止の取組（喫煙防止教育など）を支援します。
- ・ 次の世代を担う健康な子どもを生ま育てるため、妊娠中の喫煙や受動喫煙による母胎や胎児をはじめ、乳幼児への悪影響について、女性に対して適切に情報提供等を行い、妊産婦の喫煙防止と女性の喫煙率低下に取り組めます。
- ・ 官公庁や多くの人々が利用する施設での受動喫煙防止対策の取組がさらに促進されるよう、施設管理者に働きかけるほか、飲食店等に対し、禁煙・完全分煙・エリア分煙・喫煙可など受動喫煙防止対策ステッカーの表示を促進します。

## (5) 歯と口腔の健康づくり

### ア 現状と課題

生涯を通じて健康で質の高い生活を営む上で、食事や会話をつかさどる歯と口腔の健康が重要な役割を果たしており、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上保つことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されています。

むし歯や歯周病などの予防・治療を適切に行い、歯の喪失を防ぐことで健康を維持し、結果として医科診療費を節減できる可能性があると言われてしています。

平成28年における12歳児（中学1年生）の永久歯一人平均むし歯数は本道では1.1本と全国平均の0.84本より多く、また、8020運動の目標である80歳で自分の歯を20本以上保持している割合も本道では34.2%と全国平均の51.2%を大きく下回っているなど、すべての年齢階層で改善を要する状況にあります。

- ▶ 「平成28年度学校保健統計調査」（文部科学省）、  
 「平成28年歯科疾患実態調査」（厚生労働省）、  
 「平成28年度道民歯科保健実態調査」（道保健福祉部）

また、外科的手術の周術期（術前・術中・術後）に、きちんと口の中をきれいにしておかないと術後の治りが悪くなることがあります。例えば、術後に抗がん剤の使用に伴い、口の中や喉の粘膜がただれて口内炎などができて食事が摂れなくなると、患者は弱ってしまうのに対し、術前から口腔ケアをしておく、薬による副作用によってできる粘膜炎などを抑えることができます。外科手術の前に、口の中をきれいにすることは非常に大事だということを知っておくことが必要です。

さらに、本道の死亡原因の第3位である肺炎の中には、高齢者の誤嚥性肺炎ごえんせいも含まれています。口腔ケアによる肺炎予防の実績も報告されており、今後、医科歯科連携が、一層加速していくことが期待されます。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」に基づき策定した「北海道歯科保健医療推進計画」により、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進します。
- ・ 保育所・学校等において永久歯のむし歯予防に効果的なフッ化物洗口（※26）を推進するため、市町村・市町村教育委員会等へ働きかけを行います。
- ・ 歯周病等の予防に向け、成人が歯科健診・保健指導を利用できる機会を確保するため、保健指導に重点を置いた歯科健診のモデル実施や取組事例及び具体的な導入方法等について、地域や職域の保健関係者に対して普及啓発を行います。
- ・ 高齢者の低栄養と誤嚥性肺炎の予防につながるよう、意思疎通が難しく口腔ケアに抵抗を示すことが多い認知症の高齢者等に対する口腔ケアの提供体制を整備します。また、在宅歯科医療を推進するため、要介護高齢者等の介護者（家族、介護事業所職員等）からの相談窓口となる在宅歯科医療連携室（※27）の運営を充実させるとともに、医師や看護師、介護職等の多職種との連携の促進に努めます。
- ・ 障がいのある人への歯科保健医療サービスの充実のため、障がい者歯科医療協力医（※28）と連携し、歯科健診や保健指導等を実施するとともに、かかりつけ歯科医の確保に努めます。

## 4 その他の取組

### (1) インフルエンザ予防の充実

#### ア 現状と課題

インフルエンザは感染力が強く、子どもの場合には、まれに急性脳症を併発したりするほか、抵抗力の弱い高齢者や慢性疾患で免疫力が低下している場合などには、肺炎などの合併症併発により、重篤化したり死亡することがあります。

---

※26 フッ化物洗口：フッ化ナトリウムの水溶液でブクブクうがいをし、むし歯を予防する方法です。家庭で個人的に実施する方法と保育所・学校等で集団的に実施する方法があります。

※27 在宅歯科医療連携室：通院が困難で適切な歯科医療を受けられない高齢者やその家族のために、歯科治療や口腔ケアなどの相談窓口として、三次医療圏ごとに設置しています。

※28 障がい者歯科医療協力医：北海道では障がいのある人がより身近な地域で歯科治療が受けられるよう、歯科医師に専門的な研修等を実施し、それらの修了者を北海道知事及び北海道歯科医師会長が「障がい者歯科医療協力医」として指定しています。

肺炎は、本道において死因の第3位であり、インフルエンザは、肺炎球菌などと同様に肺炎の原因菌の一つとなっています。このため、ワクチンの接種による感染予防や重篤化予防はもとより、介護保険施設等における発生防止が重要です。

▶ 「平成28年人口動態調査」（厚生労働省）

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 各種広報媒体を活用して、ワクチン接種の重要性に関する普及啓発や介護保険施設等に対する周知を行うほか、インフルエンザ発生動向に関する情報の収集・提供に努め、予防接種率向上等への支援を行います。
- ・ インフルエンザワクチンについては、その年により流行の規模が異なることなどにより、ワクチンの不足が生じる場合があるため、医療機関や医薬品卸売業者等の協力を得て、ワクチンの安定供給に努めます。

### (2) 高齢者の健康づくりや介護予防の充実

#### ア 現状と課題

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

特に高齢者の咀嚼機能そしゃくの良否は、食生活への影響だけでなく、健康感や運動機能との関連性を有すると言われており、口腔機能の低下を防ぐことが大切です。口腔機能の虚弱（オーラルフレイル（※29））は、高齢者の虚弱（フレイル（※30））の一つの状態であり、早期の対応により健康な状態に近づくことができることから、高齢者が適切な歯科治療や定期的な歯科健診を受けたり、介護予防の取組に参加するように普及啓発が必要です。

また、骨や関節などの病気や加齢により運動器の機能が低下し、歩行や日常生活が困難になって介護が必要になるリスクが高い状態の運動器症候群（ロコモティブシンドローム（※31））や、老化に伴い筋肉量が減少していく筋肉減少症（サルコペニア（※32））なども、予防や進行の程度を抑えることが重要です。

---

※29 オーラルフレイル：歯や口腔の健康への関心度が低下し、歯周病やむし歯を放置したり、滑舌の衰え、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品の増加など、ささいな「口の衰え」による食欲低下や食事バランス等の悪化がみられる状態をいいます。

※30 フレイル：加齢とともに心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態のことをいい、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能です。

※31 運動器症候群：運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のことをいいます。

※32 筋肉減少症：老化に伴い筋肉量が減少していく現象で、特に腹筋など重力に対抗して身体を支え姿勢を保つ抗重力筋に多く見られるため、立ち上がることや歩行がだんだんと億劫となり、歩行困難になってしまうこともあることから、活動能力の低下の大きな原因となっています。ただし、トレーニングによって進行の程度を抑えることが可能です。

介護予防の取組には、要介護状態等になる前の段階の高齢者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業（※33）」、要支援者を対象とした予防給付のほか、地域住民等の自主的な活動などがあり、これらのサービスが、地域包括支援センター（※34）を中心とした関係機関の連携の下、利用者の状態や意向に応じて提供されており、介護予防ケアマネジメントの充実や「介護予防・日常生活支援総合事業」に従事する職員の資質向上などが必要です。なお、地域によっては、専門職の確保が難しい現状もあることから、地域の実情に応じた支援が必要です。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 市町村に対し、振興局に設置している市町村支援チームを派遣し、技術的な助言や事業の支援を行うとともに、先進的な活動事例等を紹介します。
- ・ 北海道介護予防・地域包括ケア市町村支援委員会において、市町村における「介護予防・日常生活支援総合事業」の適切な実施に関して調査、検討するなど、市町村を支援します。
- ・ 北海道後期高齢者医療広域連合と市町村は、被保険者の健康診査や歯科健康診査、フレイル対策となる低栄養防止・重症化予防などの事業に取り組んでおり、道は助言や関係機関との調整の支援などに努めます。

### (3) 高齢者の積極的な社会参加

#### ア 現状と課題

平成27年度で、後期高齢者の一人当たり医療費が全国で2番目に低い岩手県は、70歳以上就業率が16.7%と全国で6番目、一人当たり医療費が全国で6番目に低い長野県は、就業率が20.9%と全国で最も高くなっている一方で、一人当たり医療費が最も高い福岡県では、70歳以上就業率が12.3%と全国で4番目に低く、一人当たり医療費が全国で3番目に高い本道も70歳以上就業率が11.5%と全国で2番目に低くなっており、70歳以上就業率が高い都道府県では、一人当たり後期高齢者医療費が低いという相関関係が一定程度あると考えられます。

活気に満ちた高齢社会を構築するためには、高齢者が自主的で活発な地域貢献活動や様々な社会活動を通じて、地域社会の中で自らの経験や知識、技術等を生かして、積極的に役割を果たしながら、地域住民全体が共に支え合う地域社会づくりを行うことが重要です。

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

※33 介護予防・日常生活支援総合事業：市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す事業です。

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



## 第2節 医療の効率的な提供の推進に関する施策

### 1 医療機関の機能分担・連携

#### ア 現状と課題

「北海道医療計画」においては、がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患の5疾病、救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療の5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下で医療機関が機能を分担・連携することにより、医療連携体制を構築することとしています。

また、「北海道地域医療構想」においては、地域の医療ニーズに対応した過不足のない医療提供体制としていくため、医療機関相互の役割分担（病床機能の分化）と連携の促進等により、不足する回復期病床の確保などを進めていくこととしています。

こうした取組によって、急性期から在宅療養までの切れ目のない医療サービスが効率的かつ継続的に提供され、患者の生活の質（QOL）を高めることや医療の効率的な提供の推進につながります。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 地域ごとに医療資源や人口構造が変化する度合いが大きく異なるため、病床機能の分化・連携の課題も地域ごとに異なります。特に広域な第二次医療圏で医療機関数が限られている場合、高度急性期、急性期など様々な病期の患者が入院する病棟が担う機能を一つに集約していくことは困難であり、地域の医療機関で様々な機能を担わざるを得ないことに留意しながら、医療機関の自主的な取組に加え、地域医療構想調整会議等における継続した協議を行い、役割分担・機能分化を進めていきます。
- ・ 今後、特に急性期病床へのニーズが全道的に減少することに加えて、医療従事者の人的資源に制約がある中で医療の質を担保していくため、機能の分担・集約が一層必要となる傾向があることに十分留意し、データを活用しつつ関係者で問題意識を共有し、地域医療の確保に向け、連携・広域化について地域での具体的な取組を進めていきます。
- ・ 広域分散型の本道の特性を踏まえ、地域の中核的医療機関である地方・地域センター病院が地域の医療を支える役割を適切に果たせるよう、引き続き支援していきます。また、近隣の中核医療機関への患者アクセスの支援や健康診断受診率の向上、健診データを活用した健康づくりなど、予防も含めた総合的な対応を検討していきます。
- ・ 患者が状態に応じた病床等に円滑に移行できるよう、医療機関内及び医療機関間の連携強化のため、ICTを活用した診療情報の共有や医師・看護師・薬剤師などの多職種連携の取組を支援します。

### 2 地域包括ケアシステムの推進

#### ア 現状と課題

介護保険制度は、その創設から17年が経ち、道内におけるサービス利用者が約27万3千人（平成29年4月現在）に達し、要介護認定者32万人の8割を超えているほか、介護サービスの提供事業所数も着実に増加するなど、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着・発展してきています。

また、高齢化が今後さらに進行する中、高齢者人口は、都市部では急速に増加していくものの、地方では減少に転じることが見込まれるなど、各地域の状況は異なってきます。

医療を必要とする要介護者が増加する中で、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、入院や退院、在宅生活を通じて、継続的・一体的に医療・介護サービスを受けられるように、在宅医療を充実するとともに、介護との連携を強化する必要があります。

このため、平成29年度には、地域包括ケアシステム強化のため介護保険法等の一部を改正する法律が公布され、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止や、医療・介護連携の推進など、介護保険制度の見直しが行われることとなりました。

本道においては、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを各地域の実情に応じて、推進していくことが重要になります。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 病床機能の分化及び連携の促進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、関係者による協議の場を設け、「北海道医療計画」や「介護保険事業（支援）計画」等の整合性の確保に向け、より緊密に連携していきます。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築においては、在宅医療の確保が重要であり、高齢者が住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられる体制を整備することが必要であることから、人材の確保・養成を推進します。あわせて今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患や認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、退院支援、日常の療養支援、看取り等の様々な場面において、在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者、その他の関係者の連携（在宅医療・介護連携）を推進する体制を整備します。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療を担う医師や看護師等の医療職、介護支援専門員等介護職などの介護人材のほか、生活支援サービスの担い手または生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等の多様な人材を確保することが必要です。そのため、介護人材の資質向上に資するよう、介護分野で生涯働き続けることができるようなキャリアパスの支援や事業主によるキャリアアップへの支援等の方策を定めるとともに、関係団体等と連携しながら、適切な研修を実施していきます。さらに、訪問看護事業所の看護師が専門性を高めるための研修等についても適切な実施に努めます。

### 3 後発医薬品の使用促進

#### ア 現状と課題

後発医薬品について、厚生労働省では平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、診療報酬上の評価や患者への情報提供、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進の取組を進めてきました。

国の「骨太方針2017」においては、平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上とし、かつそれをできる限り早期に達成できるよう、さらなる使用促進策を検討するとしています。

平成28年3月時点で、全国における調剤の数量に占める後発医薬品の割合は63.1%で、その普及はまだ不十分といえます。なお、本道は64.5%と全国を若干上回っています。

▶ 「平成27年度版調剤医療費の動向」（厚生労働省）

後発医薬品の普及が進まない要因として、医師や薬剤師など医療関係者に、後発医薬品に関する品質や安定供給、情報提供体制等について、十分な信頼を得られていないことが考えられます。

なお、本道において、薬剤費が高額である脂質異常症とアルツハイマー病、高血圧性疾患、食道・胃・十二指腸疾患の一ヶ月分の薬剤を後発医薬品に置き換えた場合の最大効果額（薬剤費の減少額）は、いずれの疾患でも薬剤費の3割を超えるものと推計されます。

北海道の疾病別の薬剤費（一ヶ月分）と後発医薬品に置き換えた場合の効果額

（単位：万円）

区分	脂質異常症	アルツハイマー病	高血圧性疾患	食道・胃・ 十二指腸疾患
薬剤費(A)	34,625	24,284	51,633	45,662
置き換えた場合の 最大効果額(B)	12,599	7,285	17,533	16,796
(B)/(A)	36.4%	30.0%	34.0%	36.8%

〔平成25年10月分レセプトデータ〕（厚生労働省）

なお、協会けんぽ北海道支部では、一般社団法人北海道薬剤師会と連名で、保険薬局に対する後発医薬品推奨ステッカーの掲出依頼、お薬手帳等に貼付する後発医薬品希望シールの被保険者への送付（保険証交付時に同封）、医療機関や保険薬局に対する後発医薬品関連資料の送付・説明など、様々な取組を行っています。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 後発医薬品に切り替えることにより自己負担額が一定額以上安くなる被保険者に対し、保険者が送付する後発医薬品の自己負担差額通知について、市町村国保では平成28年度で24市町村が未実施であり、道は北海道国保連合会と連携して後発医薬品の数量シェアを把握し、市町村に対し定期的な情報提供を行うほか、未実施の市町村に対して必要な助言を行います。
- ・ 道は、差額通知に対する国や道の財政支援や、保険者努力支援制度（※36）における後発医薬品の使用促進や使用割合の評価等に関する情報提供に努めます。
- ・ 平成23年度に設置した北海道後発医薬品安心使用協議会では、安心使用のための推進方策等について協議するほか、「北海道後発医薬品採用ガイドブック」の後発医薬品採用リストの更新を継続していきます。
- ・ 後発医薬品の使用促進のためには、医療従事者から患者に対する適切な情報提供が重要であるため、関係団体と緊密に連携し、医療関係者等から理解を得られるよう啓発資料の配布等に取り組んでいきます。

※36 保険者努力支援制度：保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、後発医薬品使用割合や収納率等の客観的な指標に基づき、厚生労働省が交付金を交付する制度のことをいいます。

#### 4 重複受診<sup>ひんかい</sup>や頻回受診等の適正化

##### ア 現状と課題

保険者である市町村においては、適正な医療の確保や患者の健康保持の観点から、同一疾病で複数の医療機関を受診する重複受診者や、同一診療科目を頻繁に受診する頻回受診者について指導が必要な場合は、保健師等が受診内容を分析し、主治医と連携しながら、訪問指導等を行う取組を進めています。今後も引き続き、こうした取組により重複受診等の抑制に努めるとともに、適正な受診に向けた意識啓発を進める必要があります。

なお、国保については、北海道国保連合会から各保険者に対し、重複・頻回受診者リストが提供されています。

また、疾病の重症化を予防するため、適切な受診が必要であることはもちろんであるものの、緊急性のない軽症患者が外来診療を行っていない休日や夜間に安易に医療機関の救急外来を自己都合で受診するいわゆる「コンビ二受診」や安易な救急車の利用が社会問題化しています。

こうした受診が増加すると、地域の救急医療体制が維持できなくなり、本当に緊急性の高い患者が必要な治療を受けられなくなるおそれがあることから、こうした事態を防止することが必要です。

##### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 市町村国保における重複受診者等への訪問指導に取り組む保健師等を対象とした研修会の開催や、訪問指導等のための保健師の配置など、重複受診者等への訪問指導等の充実に向けた取組を促進します。
- ・ 被保険者に対し様々な機会を活用して、重複受診や頻回受診、「コンビ二受診」などの現状や影響を説明し、症状の程度や緊急性等に応じた適正な受診の重要性について理解を促すよう取り組みます。なお、その際には、被保険者にとって受診抑制とにならないように留意します。

#### 5 重複投薬等の適正化

##### ア 現状と課題

同じ月に同一薬剤や同様の効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方される重複投薬や、複数の薬剤を併用する多剤投与（ポリファーマシー）について、被保険者に対する保健指導等により適正投薬を推進する必要があります。なお、服用する医薬品の組合せによって、重篤な副作用を生じる場合も想定されます。

特に高齢者は、併用薬剤の種類が増大する傾向にあり、多剤服用の患者には複数医療機関の受診傾向があります。通常成人の用法用量であっても高齢者では注意が必要となる副作用が存在すること、また、高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態（体内に取り込まれた薬の吸収・分布・代謝・排泄<sup>はいせつ</sup>の過程）により、増強される作用・副作用があることなどに注意が必要です。なお、複数種類の医薬品の投与については、一概には判断できないため、一律に一定種類以上の医薬品の投与を是正することを目的とするものではないことに留意することが必要です。

なお、本道の重複投薬の状況では、医療機関を3か所受診する場合の国保被保険者の薬剤費（一ヶ月分）は被用者保険の約2倍と見込まれます。

- ▶ 「平成25年10月分レセプトデータ」（厚生労働省）

また、厚生労働省が多剤投与の目安としている1回の処方により15剤以上投与した場合の薬剤費（一ヶ月分）は、被用者保険で約5億1,813万円なのに対し、国保では約32億2,043万円と、約6倍となっており、保険種別で大きな差が見られます（なお、患者の状態が不明なため、投与された種類数の適否を一概に判断することはできません）。

▶ 「平成25年10月分レセプトデータ」（厚生労働省）

北海道の重複投薬（一ヶ月分）

（単位：人、円）

区分		被用者保険	国保
3 医療機関 受診	人数	1,026	878
	薬剤費	1,925,378	3,744,755
	一人当たり薬剤費	1,877	4,265
4 医療機関 以上受診	人数	113	136
	薬剤費	1,050,802	1,227,644
	一人当たり薬剤費	9,299	9,027

※ これらのデータは、処方日数は考慮していないため、例えば1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から投与されている場合、また、夜間に救急で診療を受けて薬をもらい、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬をもらう場合なども含まれる。

「平成25年10月分レセプトデータ」（厚生労働省）

お薬手帳については、電子版の利用が始まっており、スマートフォンなどに薬の情報保管して薬の管理や情報閲覧などの操作が簡単にできます。情報をクラウド（データを自分のパソコンや携帯端末ではなく、インターネット上に保存する使い方）に保管し、万一の災害などのときもインターネットで確認できるなど、様々な場面での利用が期待されています。

また、薬局では患者等からの相談も受け付けており、道と北海道薬剤師会が認定する「健康づくり支援薬局」、国への届出制になっている「健康サポート薬局」は、ともに、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた健康情報拠点ともいえる薬局で、幅広い相談に対応できるように研修を受けた薬剤師が対応します。

**イ 施策の方向と主な施策**

- 被保険者がお薬手帳を所持し、受診する医療機関や保険薬局において提示することが、服用する医薬品の組合せによる重篤な副作用の防止や適切な投薬につながることから、道では関係団体の協力を得ながら被保険者に対するお薬手帳の普及啓発に取り組みます。
- 高齢者に注意が必要な副作用や、高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態により、増強される作用・副作用があることなどに注意して、医師や薬剤師、特定保健指導の実施者等が連携して行う、わかりやすい説明や啓発の取組について支援します。

## 6 診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実

### ア 現状と課題

レセプトや療養費の支給に係る点検については、健康保険法等に基づく保険者の責務であり、保険者は被保険者の受診内容のほか、保険医療機関や保険薬局等からの診療報酬や調剤報酬等の請求が適切であることを点検し、適切な支払いを確保しなければなりません。被用者保険の保険者は社会保険診療報酬支払基金に、国保の保険者は国民健康保険団体連合会に一次審査を委託しているほか、保険者自らもレセプト点検員の配置や業務委託などにより、点検業務（再点検または二次点検）を行っています。

道では、診療報酬明細書点検調査事務取扱要領を作成し、市町村に対してレセプトの二次点検の充実を促しています。市町村国保の状況をみると、市町村国保の全国平均の一人当たり点検効果額は1,866円、点検効果率は0.67%、北海道における点検効果額は1,946円、点検効果率は0.65%であり、点検効果額では全国平均を上回っているものの、点検効果率では全国平均を若干下回っています。また、国民健康保険中央会等で目標としている1%には届いていないことから、さらにレセプト点検等を強化していく必要があります。

▶ 「平成27年度国民健康保険事業実施状況報告」（厚生労働省）

レセプト点検効果額（市町村国保による二次点検）

区分	保険者 負担総額 百万円	過誤調整			返納金等調定		点検効果額		点検 効果率 %
		総額 百万円	一人当たり 効果額 円	うち 内容点検 円	総額 百万円	一人当たり 効果額 円	総額 百万円	一人当たり 効果額 円	
北海道	405,145	2,122	1,570	382	508	376	2,630	1,946	0.65
全国	9,120,667	49,797	1,524	448	11,166	342	60,964	1,866	0.67

「平成27年度国民健康保険点検実施状況」（厚生労働省）、「同調査報告」（道保健福祉部）

また、被保険者が第三者の不法行為（交通事故等）によって負傷または死亡した場合に、保険者は、第三者に対し損害賠償請求する「第三者行為求償事務」を行うことで、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権と保険給付とを調整しています。

この事務は、交通事故に関する判例等の専門的な知識を要する事務であり、保険者である一部の市町村では求償事務専門員を配置して直営で国保に係る事務を行っているものの、多くの市町村は北海道国保連合会に求償事務を委託しています。なお、北海道国保連合会は、市町村職員向けの講習会の開催や第三者行為によることが疑われる事案に関する情報提供なども行っています。

また、平成28年3月、一般社団法人日本損害保険協会と道内全市町村との間で覚書が締結され、交通事故の加害者等が任意保険に加入している事案については、損害保険会社が被害者に求められる提出書類の作成支援を行うこととなり、書類の早期提出など市町村の事務負担の軽減がなされています。

なお、市町村においては、厚生労働省の通知「第三者行為による被害に係る求償事務の取組強化について」（平成27年12月）により、数値目標を定めた計画的な求償事務の取組が求められているものの、求償実績がない市町村などでは、数値目標の設定が進んでいない状況にあります。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ レセプト点検等の適正化対策については、国保医療費の1%以上削減という財政効果を目標に、保険者である市町村に対して引き続き診療報酬請求事務等に係る必要な支援を行います。
- ・ すべての市町村が同じ基準により二次点検を行うことができるよう、点検の要点をまとめた点検項目一覧等の作成や北海道国保連合会において開催している市町村のレセプト点検員対象の研修会などの各種取組を支援します。
- ・ 点検水準の向上のため、引き続き、市町村職員を対象として道の医療給付専門指導員による現地助言や電話やメールによる相談への対応を行います。
- ・ 道への日常的な疑義照会への対応結果や、北海道国保連合会による審査結果の内容などを、市町村に対して随時情報提供します。
- ・ 第三者行為に関するレセプトの抽出及び被保険者への確認が市町村で確実に行われるとともに、数値目標の設定が困難な市町村において、早期に数値目標を定め、計画的に求償事務に取り組むことができるよう、北海道国保連合会や国が委嘱している第三者行為求償事務アドバイザーと連携し、助言等の支援を行います。

また、各市町村の取組状況を把握しながら、日本損害保険協会との一層の連携強化など必要な対応を行います。

### 7 ICT化の促進

#### ア 現状と課題

情報通信技術（ICT）は急速に進歩を遂げており、地域医療連携や保健事業等の推進、医療安全対策や業務の効率化など医療分野でもICTを課題解決の手段として活用する取組が進められており、国においても医療の情報化を重要な政策課題として取り組んでいます。また、保険者においては、健診情報やレセプトデータを活用した効果的な保健指導が、医療機関内においては、カルテ保存や運搬等の効率化や情報伝達の円滑化・迅速化、誤記・誤読防止等による医療安全の推進や情報の統計的活用がなされ、医療機関の間においては、診断画像や検査情報等を含む患者情報の安全・円滑な情報交換を行うネットワーク化により、専門医への紹介や遠隔医療の普及、病病連携（病院と病院の連携）や病診連携（病院と診療所の連携）などが進んでいます。

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

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

平成28年度の診療報酬改定では、ICTを活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進として、診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件が明記されました。

#### イ 施策の方向と主な施策

- ・ 医療の効率化や安全の確保、質の向上の観点から、個人情報の保護に十分配慮しつつ、医療におけるICT化が促進されるよう、医療機関間または医療機関と介護保険事業所間で患者情報を共有するためのネットワークの構築や導入に対し支援します。
- ・ ICTを活用した診療報酬の加算や評価料、その算定要件等について、全道各地で開催する診療報酬説明会において、全ての保険医療機関や保険薬局を対象に周知を行います。

### 8 国保データベース（KDB）の活用

#### ア 現状と課題

「骨太方針2017」において、医療費適正化のため、診療行為の地域差を含めたデータの「見える化」を行うこととされています。

KDBシステムは、北海道国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から統計情報を作成するとともに、保険者からの委託を受けて、「個人の健康に関するデータ」を作成し提供するものです。これらのデータは画面表示または帳票で出力することが可能であり、健診・医療・介護関連情報の「見える化」を推進し、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステムの構築にも活用できます。

地域の現状や健康課題を把握するためのデータ作成は、保健師等が手作業で行うことが多く、非効率であり、またデータが膨大なため分析にも時間を要し、地域全体の現状や健康課題を十分に把握することが困難でした。しかし、KDBシステムを活用することにより、これらの作業の多くを自動的に行うことができるようになり、より効率的で効果的な保健事業を実施することが可能になります。

また、保健事業はPDCAサイクル（※37）を意識して展開していく必要があり、KDBシステムから提供されるデータを分析することにより、地域住民の健康課題を明確化し、事業計画を策定した上で、それに沿った効率的・効果的な保健事業を実施するとともに、その評価を行い、次の課題解決に向けた計画の見直しが可能となります。

なお、第二期の保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）について、厚生労働省において策定に関する検討会を設置し、情報提供等を行っています。

データヘルス計画は、レセプトや健診情報等のデータの分析に基づき、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための計画であり、その策定にあたっては、北海道国保連合会が事務局となっている支援・評価委員会からの支援や国保ヘルスアップ事業による助成、保険者努力支援制度の前倒しなど、様々な支援がなされており、本道では111市町村（平成29年3月1日現在）が既に策定しています。

---

※37 PDCAサイクル：Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画（Plan）－実行（Do）－評価・検証（Check）－改善（Action）の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいいます。

#### イ 施策の方向と主な施策

- 保険者である市町村において、K D Bの活用が進んでいるところと、十分な活用に至っていないところがあるため、K D Bシステムによる健診・医療情報を活用し、市町村における保健事業がより効率的・効果的に行われるよう、北海道国保連合会とともにK D Bの積極的な活用についての市町村への周知などを行います。
- 市町村がK D Bシステムを活用して、地域の状況把握（現状分析）や重点課題の抽出（健康課題の明確化）、重点課題への対策（事業の実施）、効果の確認（事業の評価）といったP D C Aサイクルにより保健事業を展開するにあたっては、データベースから得られる数値データと地域の保健師等が把握する住民の質的情報とを組み合わせ、どのような生活習慣や社会環境がその地域の医療や介護の数値に結果として表れるのかを洞察していくことが重要であることから、北海道国保連合会と連携して、市町村に対しノウハウ等の助言を行うとともに、保健師等の人材育成に努めます。
- 平成29年度までを計画期間の基本として策定された第一期のデータヘルス計画に続き、厚生労働省は30年度からのデータヘルス計画（第二期）をすべての保険者が策定することを求めており、道は30年度からの市町村国保の都道府県単位化も踏まえ、データヘルス計画（第二期）の実施や評価などについて、各市町村と連携に努めるとともに、積極的な支援や協力を行います。

## 第5章 計画推進に向けた体制整備と関係者の役割

### 第1節 体制整備と関係者の連携及び協力

#### 1 道の保険者協議会への参画

平成30年度から道も国保の保険者として保険者協議会に参画することになります。

道は、この計画の作成主体として、保険者や医療従事者等の関係者と連携して、道民の健康増進や医療費適正化の取組を効果的に進めるよう努めます。

なお、「骨太方針2017」においては、医療費適正化のため、都道府県が中心となり市町村や保険者等、医療関係者などが参加する協議体を構築することが示されており、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会では、保険者協議会について、「全国一律ではないが、都道府県の実情に応じて機能が発揮できるよう、都道府県が保険者協議会の事務局を担う、または国保連合会と共同で事務局を担うことにより、都道府県が中核的な役割を發揮し、住民の健康増進と医療費適正化を推進していくことが考えられる」としており、厚生労働省の動向などを踏まえ、今後、保険者協議会の体制について北海道国保連合会と協議していきます。

#### 2 保険者等関係者の連携及び協力

第4章に掲げた取組を円滑に進めていくために、道は、道民の健康の保持の推進に関しては保険者等及び健診・保健指導機関等と、また、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と情報交換を行い、相互に連携・協力できるような体制づくりに努める必要があります。

情報交換の場としては、保険者協議会や地域保健と職域保健の連携のために道が設置する地域・職域連携推進協議会等を活用するほか、様々な機会を利用して積極的に連携・協力していくことが重要です。

特に、道においては、保険者等による医療費適正化の取組と連携を深めることが必要であり、保険者協議会等を活用して、保険者等が行う保健事業の実施状況や被保険者のニーズを把握するなど、保険者等と連携していきます。

## 第2節 道や関係者の役割

医療費適正化の取組については、道や関係者がそれぞれの役割を担い、推進していく必要があります。

### 1 道の役割

道は、計画の推進に関し、目標達成に向けて主体的な取組を行うほか、平成30年度からは国保の財政運営の責任主体として、保険者機能を発揮する役割も担うこととなります。

また、道は、市町村事務の広域的かつ効率的な実施の確保や、健全な運営の中心的な役割を担うことから、医療をはじめ、保健福祉全般に配慮した施策を推進するほか、道内及び他都府県における保健サービスと福祉サービスとの連携に関する好事例の紹介や、市町村と関係団体が連携する上で必要な支援を行います。

なお、道が国から受ける保険者努力支援制度による交付金は、道が行う医療費適正化の取組のほか、市町村が行う特定健康診査・特定保健指導や、糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の普及促進等の取組により算定評価されます。このため、道が国から受けた交付金は、市町村が行う特定健康診査などの取組の促進を支援するため、市町村にも再配分します。

### 2 保険者等の役割

保険者等は、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業を通じた被保険者の健康管理や医療提供体制側への働きかけ等、保険者機能を強化することが重要です。

具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査等の実施など被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、データヘルス計画に基づく事業や医療関係者と連携した生活習慣病等の重症化予防などを各保険者等の実情に応じて推進していくことが期待されています。

また、後発医薬品の使用促進のため、自己負担差額通知等の取組を推進することや、医療機関と連携した訪問指導の実施などのほか、重複投薬の是正に向けた取組を行うことなども期待されています。

### 3 医療の担い手等の役割

医師や歯科医師、薬剤師、看護師など医療の担い手のほか、医療提供施設の開設者や管理者は、特定健康診査等の実施や質が高く効率的な医療を提供する役割を担います。

保険者等が重症化予防などの保健事業を実施する際に連携して取り組むほか、病床機能の分化及び連携を進めるために、医療機関相互の協議により、地域の状況に応じた自主的な取組を進めていくことが期待されています。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための体制整備に努めることや、医薬品処方医とかかりつけ薬剤師等とが連携し、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬の是正等の取組を行うことも期待されています。

### 4 道民の役割

道民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚するとともに、病気との上手なつきあい方を意識して、体調の保持に努めることが必要です。

このため、特定健康診査の結果など自らの健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されています。

また、医療機関等の機能に応じた医療を適切に受けるよう努めることも重要です。

## 第6章 計画の推進

### 第1節 PDCAサイクルに基づく計画の推進

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

### 第2節 計画の達成状況の評価

#### 1 進捗状況の公表

道は、計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、統計数値の確定などに合わせて、本計画の進捗状況を公表します。

#### 2 進捗状況に関する調査及び分析

道は、第四期医療費適正化計画の作成に資するため、本計画期間の最終年度である平成35年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表します。

#### 3 実績の評価

道は、計画期間終了の翌年度である平成36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。

#### 4 評価結果の活用

計画の進捗状況を踏まえ、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、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、必要な対策を講じます。

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及び分析の際に、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講ずるとともに、第四期医療費適正化計画の作成に活用します。

計画の進捗状況・達成状況の評価等（予定）

区 分	第三期計画				—
	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度
計画進捗状況の公表	○	○	○		
計画進捗状況の調査・分析の公表				○	
目標達成状況の実績評価の公表					○

※ 統計の数値は、概ね2年後に確定するため、平成32年度から公表予定。

### 第3節 計画の周知

計画は、市町村、保険者、医療関係団体などに配付したり、北海道のホームページに掲載するほか、計画の内容が道民にとって身近なものとなるような工夫をして広く周知します。