



福岡県医療費適正化計画（第4期）

～ 県民の健康の保持と医療の効率的な提供を目指して ～

令和6年3月

（令和7年2月一部改定）

2024 → 2029
令和6年度 令和11年度

はじめに

急速な少子高齢化の進行、医療技術の進歩などにより、国民医療費は国民所得の伸びを上回って増加する傾向が続いています。

本県における一人当たり医療費は全国的に見て高い水準で推移しており、特に後期高齢者の令和3年度の一人当たり医療費は全国で最も高額となっています。



今後、県の人口は減少に転じ、「団塊の世代」が75歳以上になるなど高齢化がさらに進み、医療費も増大していくことが見込まれます。こうした状況を踏まえ、医療保険制度の持続可能性を高めるためには、県民の生活の質を維持及び向上しつつ、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保していく必要があります。

このため、県では、福岡県健康増進計画などの関連計画との調和を図りながら、医療費の伸びの適正化を総合的に進める「福岡県医療費適正化計画（第4期）」を策定しました。第3期計画の取り組みの成果や新たな課題を踏まえ、県民一人一人の健康づくりや地域における医療提供体制の見直しを通じて、県民の健康の保持と医療の効率的な提供をさらに推進していきます。

誰もが住み慣れたところで長く元気に暮らす社会の実現に向けて、医療費の負担が過大なものとならず、安心して医療サービスが受けられるよう、全力を尽くしてまいります。医療関係者をはじめ、皆さまの一層のご理解とご協力をお願いいたします。

令和6年3月

福岡県知事 服部 誠太郎

目次

第1章 計画策定の趣旨	2
1.1 計画策定の背景.....	2
1.2 第4期計画の概要.....	3
1.2.1 計画の基本理念.....	3
1.2.2 計画の位置付け.....	3
1.2.3 計画期間.....	3
1.2.4 計画に定める事項.....	3
1.2.5 関連する計画等との調和.....	4
1.2.6 SDGs との関係.....	5
1.2.7 計画策定の経緯.....	5
1.3 福岡県医療費適正化計画（第4期）の構成.....	6
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	10
2.1 現状.....	10
2.1.1 人口の構造と高齢化率等.....	10
2.1.2 医療費の現状と要因分析.....	18
2.2 課題.....	60
2.2.1 本県の特徴.....	60
2.2.2 重点的に取り組む課題.....	61
第3章 達成すべき施策目標	64
3.1 県民の健康の保持の推進に関するもの.....	64
3.1.1 特定健康診査の実施率.....	65
3.1.2 特定保健指導の実施率.....	65
3.1.3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率.....	66
3.1.4 たばこ対策（20歳以上の者の喫煙率）.....	66
3.1.5 予防接種の促進.....	67
3.1.6 生活習慣病等の重症化予防の推進.....	67
3.1.7 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.....	67
3.1.8 がん検診の受診率.....	67
3.1.9 歯科健診（受診を含む）の受診率.....	67
3.2 医療の効率的な提供の推進に関するもの.....	68
3.2.1 後発医薬品及びバイオ後続品の普及率.....	68

3.2.2	医薬品の適正使用の推進	69
3.2.3	医療資源の効果的かつ効率的な活用の推進	69
3.2.4	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	70
3.2.5	精神障がいのある人の地域移行の推進	70

第4章 目標の達成に向けた施策と医療費の見込み 72

4.1	県民の健康の保持の推進	74
4.1.1	特定健康診査及び特定保健指導の推進	74
4.1.2	健康づくりによる生活習慣病予防と重症化予防等	75
4.1.3	高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進	77
4.1.4	がん予防の推進	78
4.1.5	歯科口腔保健の推進	79
4.2	医療の効率的な提供の推進	81
4.2.1	病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進	81
4.2.2	後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品の使用促進	84
4.2.3	医薬品の適正使用の推進	85
4.2.4	医療資源の効果的・効率的な活用の推進	86
4.2.5	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	87
4.3	その他の医療費の適正化の取組	88
4.4	医療費の見込み	90
4.4.1	医療費適正化の取組を行わなかった場合	90
4.4.2	医療費適正化の目標を達成した場合	90
4.4.3	制度区分別の医療費の見込み	91
4.4.4	機械的に試算した1人当たり保険料	92

第5章 計画の推進 94

5.1	関係者全員参加による医療費適正化の取組	94
5.2	国、県、市町村及び医療保険者等の役割	94
5.3	P D C Aサイクルに基づく計画の推進	96
5.4	計画の周知	97
5.5	計画の推進体制	97

第2章 医療費を取り巻く現状と課題 関連図表目次

- 図表 1 県内人口の将来推計
- 図表 2 高齢化率、後期高齢者率の推移
- 図表 3 人口ピラミッドの変化
- 図表 4 要支援・要介護認定者の将来推計
- 図表 5 認知症高齢者の将来推計
- 図表 6 後期高齢者の単身率の全国比較
- 図表 7 本県の後期高齢者単身世帯の見通し
- 図表 8 在宅での死亡率の全国比較
- 図表 9 全国及び本県の平均寿命の推移
- 図表 10 全国及び本県の健康寿命の推移
- 図表 11 死因別の割合
- 図表 12 死因別死亡率の推移（人口 10 万対）
- 図表 13 部位別のがん死亡率（人口 10 万対）
- 図表 14 生活習慣病の主な死因、性別年齢調整死亡率（人口 10 万対）
- 図表 15 本県の医療費（制度区分別）及び 1 人当たり医療費の推移
- 図表 16 1 人当たり医療費の全国比較
- 図表 17 1 人当たり入院医療費
- 図表 18 1 人当たり入院外医療費
- 図表 19 1 人当たり歯科医療費
- 図表 20 年齢階層別 1 人当たり医療費（全国平均）の状況
- 図表 21 1 人当たり後期高齢者医療費の全国比較
- 図表 22 1 人当たり後期高齢者医療費の全国比較の年次推移
- 図表 23 1 人当たり後期高齢者医療費の県内比較
- 図表 24 1 人当たり後期高齢者医療費の全国比較
- 図表 25 1 人当たり後期高齢者医療費の全国相対比較
- 図表 26 1 人当たり後期高齢者医療費（入院）の医療費 3 要素別寄与度
- 図表 27 後期高齢者医療費と単身率の相関関係
- 図表 28 後期高齢者医療費（入院）と在宅での死亡率の相関関係
- 図表 29 後期高齢者医療費の上位を占める疾病
- 図表 30 後期高齢者の疾病別医療費
- 図表 31 生活習慣病に分類される主な疾病の受療率
- 図表 32 退院患者の平均在院日数
- 図表 33 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合（入院＋入院外）
- 図表 34 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合（入院）
- 図表 35 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合（入院外）
- 図表 36 10 万人当たり一般病院数の全国比較
- 図表 37 10 万人当たり一般診療所数の全国比較
- 図表 38 10 万人当たり病床数（全病床）の全国比較
- 図表 39 10 万人当たり病床数（一般病床）の全国比較
- 図表 40 10 万人当たり病床数（療養病床）の全国比較
- 図表 41 10 万人当たり病床数（精神病床）の全国比較
- 図表 42 平均在院日数と後期高齢者医療費（入院）の相関関係
- 図表 43 平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）の全国比較
- 図表 44 平均在院日数の推移

- 図表 45 必要病床数と病床機能報告の比較
- 図表 46 特定健康診査実施率の全国比較
- 図表 47 保険者別特定健康診査実施率
- 図表 48 年齢別特定健康診査実施率
- 図表 49 特定健康診査各項目結果の全国比較
- 図表 50 特定健康診査未受診理由
- 図表 51 特定保健指導実施率の全国比較
- 図表 52 保険者別特定保健指導実施率
- 図表 53 年齢階層別特定保健指導実施率
- 図表 54 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移
- 図表 55 年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合
- 図表 56 喫煙率の全国比較
- 図表 57 年齢階層別の喫煙率
- 図表 58 HbA1c6.5 以上の割合
- 図表 59 人口 100 万人あたりの透析患者数の推移
- 図表 60 糖尿病性腎症を原疾患とする新規透析導入患者数の全国比較
- 図表 61 65 歳以上（性・年齢階級別・全国補正值）の低栄養傾向の者の割合
- 図表 62 がん検診受診率（胃がん）の全国比較
- 図表 63 がん検診受診率（肺がん）の全国比較
- 図表 64 がん検診受診率（大腸がん）の全国比較
- 図表 65 がん検診受診率（乳がん）の全国比較
- 図表 66 がん検診受診率（子宮頸がん）の全国比較
- 図表 67 麻しん風しん予防接種率
- 図表 68 80 歳で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合
- 図表 69 歯周疾患検診の要精検者の割合
- 図表 70 後発医薬品の普及率（入院外）の状況
- 図表 71 後発医薬品の普及率（入院、入院外、歯科）の推移
- 図表 72 成分別バイオ後続品の普及率
- 図表 73 同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合
- 図表 74 薬剤種類数別の 65 歳以上の患者数
- 図表 75 全抗菌剤の使用量の推移（DID）
- 図表 76 主な抗菌剤の使用量（DID）
- 図表 77 白内障手術の外来での実施割合全国比較
- 図表 78 がんの外来化学療法件数（人口千人当たり件数）の全国比較
- 図表 79 大腿骨骨折の入院受療率の推計
- 図表 80 骨粗鬆症検診受診率の全国比較
- 図表 81 平均在院日数の推移

第 1 章

計画策定の趣旨

1. 1 計画策定の背景

1. 2 第 4 期計画の概要

1. 3 福岡県医療費適正化計画（第 4 期）の構成

第1章 計画策定の趣旨

1.1 計画策定の背景

- 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実現し、世界トップクラスの平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。
- しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくことが求められています。
- このための仕組みとして、2006（平成18）年の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画（医療費適正化計画）に関する制度が創設されました。
- 本県においても、医療保険制度の持続可能性を高めるため、第1期（2008（平成20）年度～2012（平成24）年度）、第2期（2013（平成25）年度～2017（平成29）年度）及び第3期（2018（平成30）年度～2023（令和5）年度）の福岡県医療費適正化計画を策定し、県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に取り組んできたところです。
- 2023（令和5）年5月、国は医療費適正化計画の実効性の確保のために、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高齢者医療確保法」という。）において、県は住民の高齢期における医療費適正化を図るための取組において、保険者等及び後期高齢者医療広域連合、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととするとともに、保険者協議会を必置化し、保険者協議会が医療費適正化計画の作成に加えて実績評価にも関与する仕組みを導入するなどの改正がなされました。
- 本県では、こうした国の動きに合わせ、福岡県医療費適正化計画（第3期）（以下「第3期計画」という。）におけるこれまでの取組の成果や課題を踏まえ、引き続き、県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に取り組むことにより、医療費の伸びの適正化を図るため、福岡県医療費適正化計画（第4期）（以下「第4期計画」という。）を策定しました。

1.2 第4期計画の概要

1.2.1 計画の基本理念

- 今後の人口構成の変化に対応しつつ、県民の健康の保持の推進と生活の質を確保・向上する形で医療の効率的な提供の推進に取り組むことにより、県民の医療費の負担が過大なものとならず、誰もが安心して医療を受けられるよう、医療費の伸びの適正化を目指します。
- 計画に掲げた目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画や施策の見直しに反映させます。

1.2.2 計画の位置付け

- 高齢者医療確保法第9条第1項の規定に基づき、県が策定する法定計画です。
- 県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に向けて目標を設定し、関係計画等との調和を図りながら目標の実現に向け取り組むべき施策の方針を明らかにするものです。
- 本県では2022（令和4）年3月に、今後の県が目指すべき姿を明確にするとともに、県政の各分野における施策の方向を示し、県政推進の指針となる「福岡県総合計画」（計画期間：2022（令和4）年度～2026（令和8）年度）を策定しました。
- 第4期計画は、「福岡県総合計画」に掲げられた「基本方向」の「誰もが住み慣れたところで働き、長く元気に暮らし、子どもを安心して産み育てることができる」及び「世界を視野に、未来を見据えて成長し、発展する」及び「感染症や災害に負けないう強靱な社会をつくる」を推進するための個別計画としての性格を有しています。

1.2.3 計画期間

- 2024（令和6）年度を初年度とし、2029（令和11）年度を目標年度とする6か年計画とします。

1.2.4 計画に定める事項

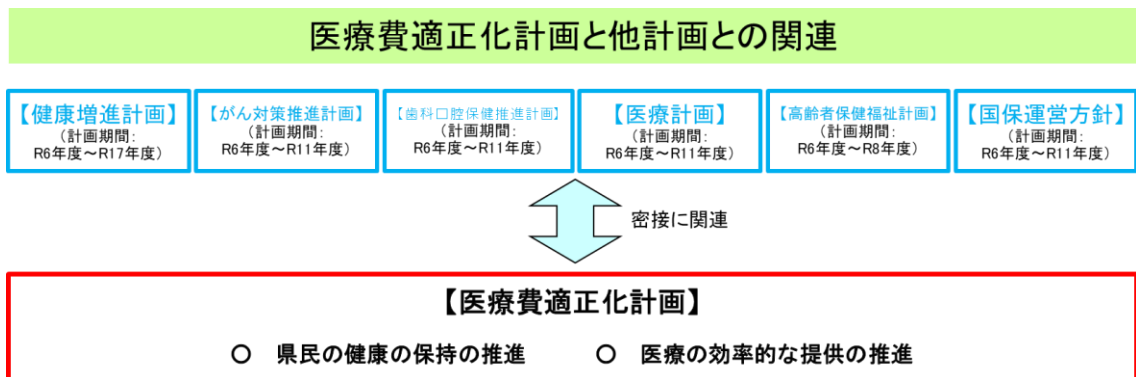
- 第4期計画には、高齢者医療確保法第9条第2項及び第3項の規定に基づき、次に掲げる事項を定めます。
 1. 県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標に関する事項
 2. 前号の目標を達成するために取り組むべき施策に関する事項
 3. 第1号の目標を達成するための保険者及び後期高齢者医療広域連合（以下「医療保

- 険者」という。)、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
4. 医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 5. 計画期間における医療に要する費用の見込みに関する事項
 6. 計画の達成状況の評価に関する事項
 7. 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要と認める事項

1.2.5 関連する計画等との調和

○ 第4期計画は、「福岡県健康増進計画（いきいき健康ふくおか21）」¹（以下「健康増進計画」という。）、「福岡県がん対策推進計画」²（以下「がん対策推進計画」という。）、「福岡県歯科口腔保健推進計画」³（以下「歯科口腔保健推進計画」という。）、「福岡県保健医療計画」⁴（以下「医療計画」という。）及び「福岡県高齢者保健福祉計画」⁵（以下「高齢者保健福祉計画」という。）と密接に関連しており、医療費適正化に関連する取組を総合的に進めていくため、これらの計画との調和が保たれたものとなっています。

また、県は国民健康保険の財政運営の責任主体であることから、その安定的な財政運営及び市町村の事業運営の広域化や効率化を推進する「福岡県国民健康保険運営方針（国保運営方針）」⁶とも調和が保たれたものとなっています。



¹ 健康増進計画：健康増進法第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画をいいます。

² がん対策推進計画：がん対策基本法第12条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画をいいます。

³ 歯科口腔保健推進計画：歯科口腔保健の推進に関する法律第13条第1項に規定する都道府県計画をいいます。

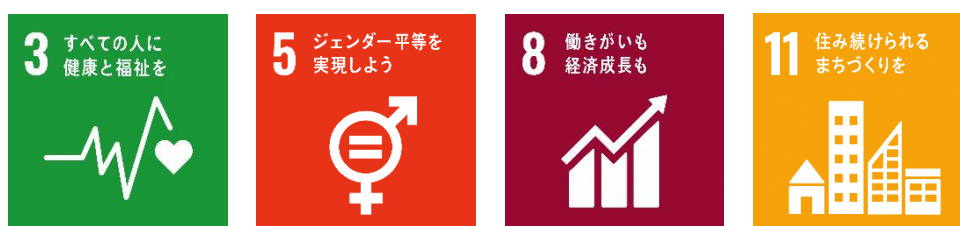
⁴ 医療計画：医療法第30条の4第1項に規定する医療計画をいいます。

⁵ 高齢者保健福祉計画：本県において、老人福祉法第20条の9第1項に規定する都道府県老人福祉計画と、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画を一体的に策定した計画をいいます。

⁶ 国保運営方針：改正後の国民健康保険法第82条の2に規定する都道府県国民健康保険運営方針をいいます。

1.2.6 SDGsとの関係

- SDGs（Sustainable Development Goals）とは、2015（平成27）年9月の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」に記載された、2030（令和12）年までの達成を目指す国際目標です。17のゴールと169のターゲットから構成され、「誰一人取り残さない」社会の実現を目指し、経済、社会、環境をめぐる広範な課題に統合的に取り組むこととしています。
- 第4期計画は、ゴール3「すべての人に健康と福祉を」をはじめ、ゴール5「ジェンダー平等を実現しよう」、ゴール8「働きがいも経済成長も」、ゴール11「住み続けられるまちづくりを」に関与しています。



1.2.7 計画策定の経緯

- 第4期計画の策定に当たっては、学識経験者、保健・医療・福祉関係、住民代表、保険者代表など20名の委員から構成される「福岡県医療費適正化計画推進委員会」において、幅広い意見を求め、計画に反映させています。
- また、2024（令和6）年1月に、福岡県ホームページにおいて計画案に対する県民の意見を広く募集（パブリックコメント）するとともに、県内市町村及び福岡県保険者協議会と協議し、参考としました。

1.3 福岡県医療費適正化計画(第4期)の構成

第1章

計画策定の趣旨

【基本理念】

県民の健康の保持の推進及び生活の質を確保・向上する形で医療の効率的な提供に取り組むことにより、県民の医療費の負担が過大なものとならず、誰もが安心して医療を受けられるよう、医療費の伸びの適正化を目指す。

【計画の位置づけ】

県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に向け、「目標」を設定、関係計画との調和を図りながら、目標を達成するために「取り組むべき施策の方針」を明らかにするもの。

第2章

医療費を取り巻く現状と課題

【現状(本県の特徴)】

- ・1人当たり後期高齢者医療費が高い(令和3年度は全国1位)
- ・特に入院医療費が高い
- ・生活習慣病で医療機関にかかる割合が高い
- ・医療機関へのアクセスが良好(環境的要因)
- ・後期高齢者の1人暮らしが多い(社会的要因)

【重点的に取り組む課題】

- (1) 県民の健康の保持の推進
- (2) 医療の効率的な提供の推進

本県の地域特性を踏まえ、生活習慣病の予防対策の働きかけや地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携並びに後発医薬品の使用促進などについて、県は総合的な調整機能を発揮する。

第3章

達成すべき施策目標

目標項目 及び 目標値

1. 県民の健康の保持の推進に関するもの

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)	25%以上
20歳以上の者の喫煙率	12%以下 ※2034(R16)年度
予防接種の推進【定性目標】	予防接種の対象者が適切に接種を受けることができるよう、国、市町村及び関係団体と連携して普及啓発等に取り組んでいくことを目標とします。
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	570人以下 ※2034(R16)年度
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【定性目標】	高齢者の疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に対応するため、関係団体との連携を図り、広域連合と市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を支援します。
がん検診の受診率	60%以上
歯科健診(受診を含む)の受診率	70%以上

2. 医療の効率的な提供の推進に関するもの

後発医薬品及びバイオ後続品の普及率	
【主目標】後発医薬品の普及率(数量ベース)	80%以上
【副次目標】バイオ後続品の普及率	数量ベースで80%以上置き換わった成分数が60%以上
【副次目標】後発医薬品の普及率(金額ベース)	65%以上
医薬品の適正使用の推進【定性目標】	市町村及び関係団体と連携し、重複投薬の是正や複数種類の医薬品の投与の適正化に取り組んでいきます。
医療資源の効果的・効率的な活用【定性目標】	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、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域の実情を把握し、必要な取組を進めていきます。
市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援等【定性目標】	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供について、県は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援、広域調整等に取り組みます。
高齢者の大腿骨骨折等の対策【定性目標】	高齢者の大腿骨骨折等の対策について、県は、市町村及び関係団体と連携し、骨粗鬆症の早期発見や二次性骨折の予防等に取り組みます。
精神障がいのある人の地域移行の推進(精神病床における入院後1年時点の退院率)	92%以上

ー 県民の健康の保持と医療の効率的な提供を目指して ー

【策定根拠・計画期間】

策定根拠：高齢者の医療の確保に関する法律第9条の規定に基づく法定計画
計画期間：2024(令和6)年度～2029(令和11)年度(6年間)

【関連する計画との調和】

「福岡県健康増進計画(いきいき健康ふくおか21)」、「福岡県保健医療計画」、「福岡県高齢者保健福祉計画(介護保険事業支援計画)」、「福岡県国民健康保険運営方針」、「福岡県がん対策推進計画」、「福岡県歯科口腔保健推進計画」との調和が保たれたものとする。

第4章

目標の達成 に向けた 施策と 医療費の 見込み

1. 県民の健康の保持の推進

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

・広く一般県民が集まる場での受診勧奨、中小事業所への健康づくりアドバイザー派遣 等

(2) 健康づくりによる生活習慣病予防と重症化予防等

・「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく市町村、医療保険者等の取組の支援 等

(3) 高齢者に対する健康づくり・疾病予防・介護予防の推進

・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に対する助言や関係機関との調整 等

(4) がん予防の推進

・受診率の低い若年女性など、対象者の視点に立った啓発や受診しやすい環境の整備 等

(5) 歯科口腔保健の推進

・市町村や事業所等における定期的な歯科健診及び歯科保健指導の実施の促進 等

2. 医療の効率的な提供の推進

(1) 病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進

・急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制の構築

・高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するための市町村と連携・協力した地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進

・精神障がいの有無や程度に関わらず、誰もが地域の一員として安心して暮らせるよう、市町村や障がい福祉サービス事業所等と連携した地域移行支援を実施 等

(2) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)及びバイオ後続品の使用促進

・薬局での服薬指導などの機会を捉えた、リーフレット等を活用した取組

・バイオ後続品の使用促進について、「福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会」において対応策の検討を行い、保険者協議会と共有 等

(3) 医薬品の適正使用の推進

・薬局での服薬指導などの機会を捉えた、リーフレット等による啓発 等

(4) 医療資源の効果的・効率的な活用

・県が開催する研修会における、「薬剤耐性(AMR)アクションプラン」及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に基づく取組を含む講演の実施

・地域の医療提供体制の実情を踏まえた、化学療法の外来での適正な実施に向けた働きかけ 等

(5) 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

・市町村が取り組む在宅医療・介護連携の推進の支援

・骨粗鬆症検診の普及啓発及び二次性骨折予防を含めた在宅生活の継続への支援 等

3. その他の医療費の適正化の取組

・保険者協議会等を通じた保健事業の実施状況等の把握、必要に応じた保険者への協力依頼 等

【医療費の見込み】

医療費適正化の取組に基づく適正化効果額 **189億円**

・適正化前：2024(R6)年度 2兆2,368億円 → 2029(R11)年度 2兆4,998億円

・適正化後：2024(R6)年度 2兆2,319億円 → 2029(R11)年度 2兆4,808億円

第5章

計画の推進

【関係者全員参加による医療費適正化の取組】

国、県、市町村、医療保険者、医療の担い手、事業者・企業、県民一人ひとりがその役割を認識し、医療費適正化の理念を共有することで、互いに連携・協力して取り組む。

【PDCAサイクルに基づく計画の推進】

Plan(計画)、Do(実施)、Check(検証)、Act(改善)を一連の流れとして、定期的に計画の達成状況を点検し、結果を次のPDCAサイクルにつなげ、継続的に計画の改善を図る。

第2章

医療費を取り巻く現状と課題

2. 1 現状

2. 2 課題

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

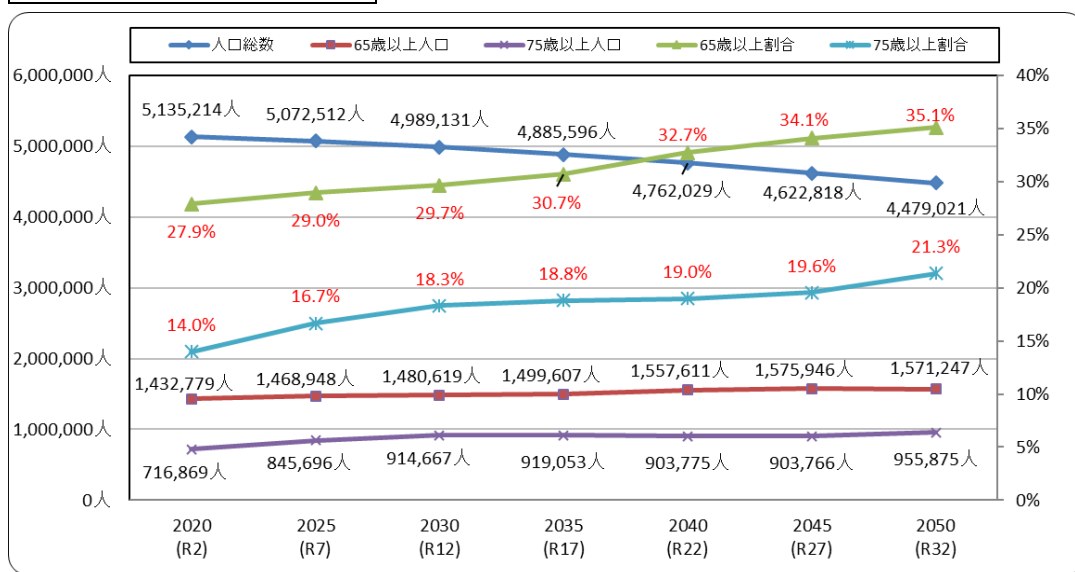
2.1 現状

2.1.1 人口の構造と高齢化率等

(1) 人口の推移と高齢化

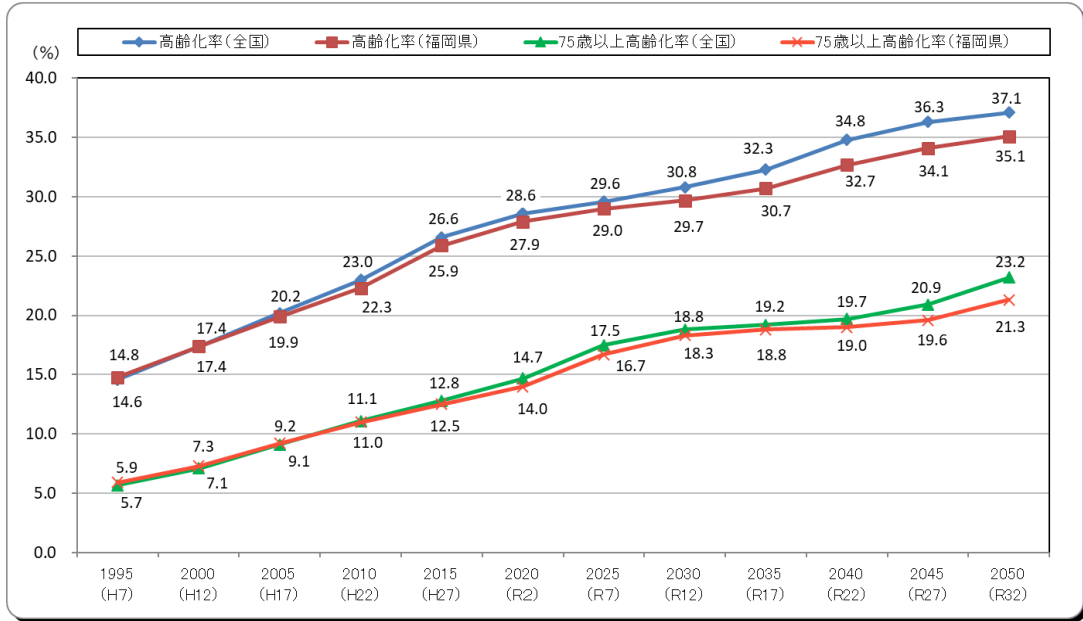
- 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和5年推計）によると、本県の総人口は、2020（令和2）年の約514万人から、2050（令和32）年には約448万人に減少すると予想されています。
- 一方、65歳以上の高齢者人口は増加し、総人口に占める割合も2020（令和2）年の27.9%（約143万人）が、2035（令和17）年には30.7%（約150万人）となり、2050（令和32）年には35.1%（約157万人）に増加すると予想されています。
- また、75歳以上人口も増加し、総人口に占める割合も2020（令和2）年の14.0%（約72万人）が、2035（令和17）年には18.8%（約92万人）となり、2050（令和32）年には21.3%（約96万人）に増加すると予想されています。（図表1）（図表2）（図表3）

図表1 県内人口の将来推計



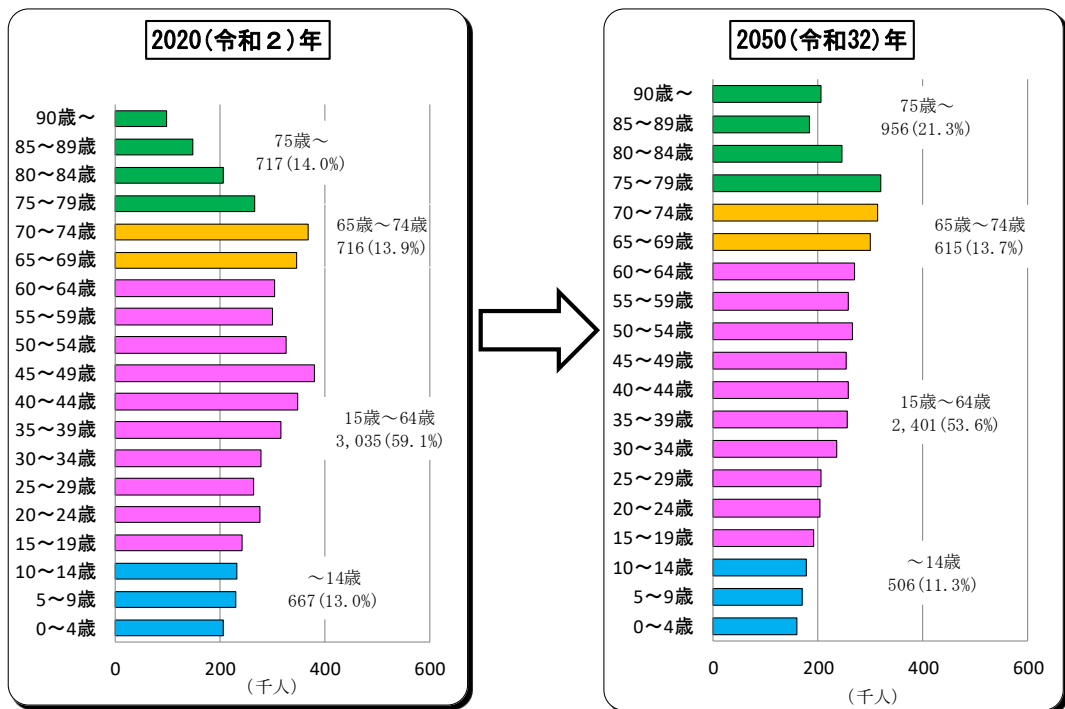
資料：「国勢調査」（総務省）（令和2年）、「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）（令和7年以降）

図表2 高齢化率、後期高齢者率の推移



資料：「国勢調査」（総務省）（令和2年以前）、「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）（令和7年以降）

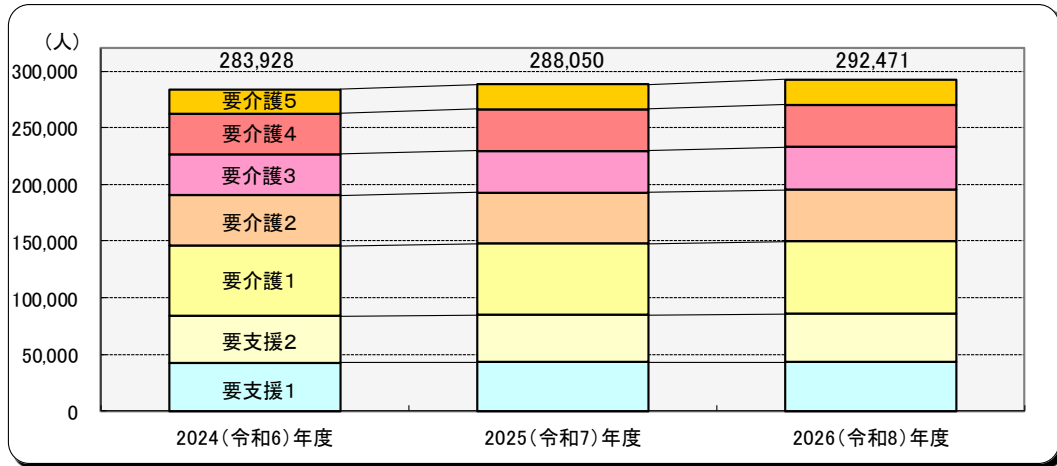
図表3 人口ピラミッドの変化



資料：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

- 本県における、要支援・要介護認定者数は、高齢化の進行に伴い、2024（令和6）年度の約28万4千人から、2026（令和8）年度には約29万2千人と約3%の増加が見込まれます。（図表4）

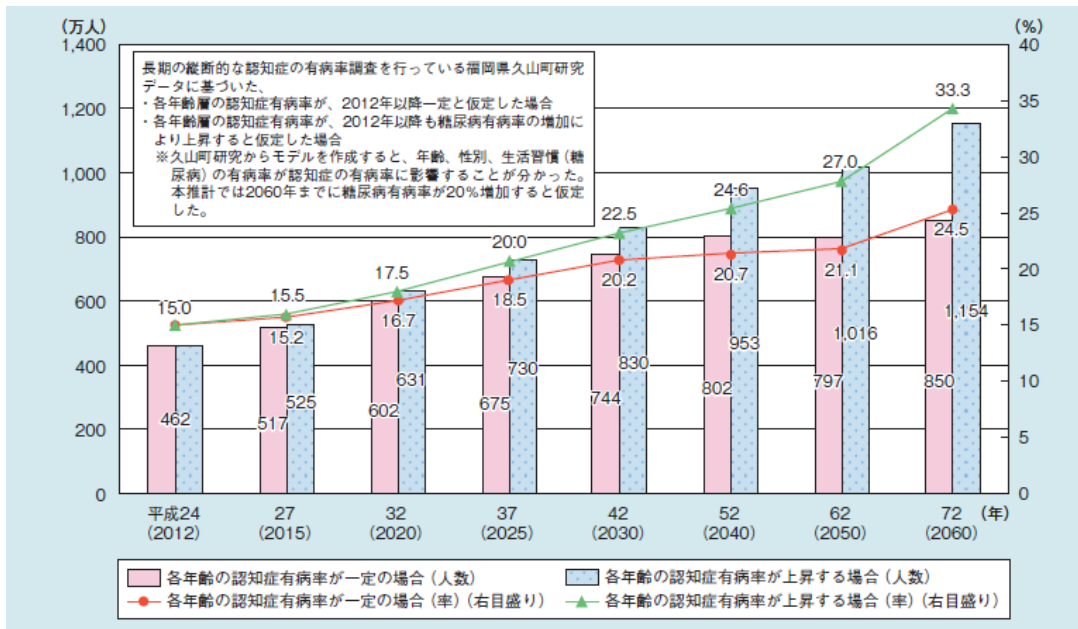
図表4 要支援・要介護認定者の将来推計



資料：「第10次福岡県高齢者保健福祉計画」（福岡県）

- また、認知症高齢者は今後、大幅に増加することが見込まれています。（図表5）

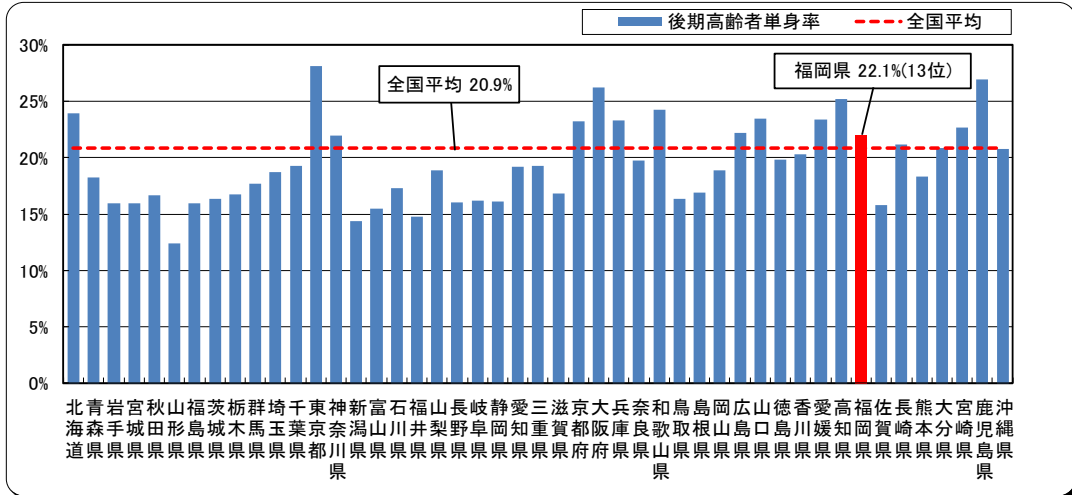
図表5 認知症高齢者の将来推計(厚生労働省による全国推計)



資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授より内閣府作成）

- 本県の2020（令和2）年の後期高齢者の単身率は22.1%で、全国平均20.9%を上回っており、全国第13位と高くなっています。（図表6）

図表6 後期高齢者の単身率の全国比較（令和2年）



資料：「国勢調査」（総務省）

- 後期高齢者の単身世帯は、今後ますます増加すると予想されています。（図表7）

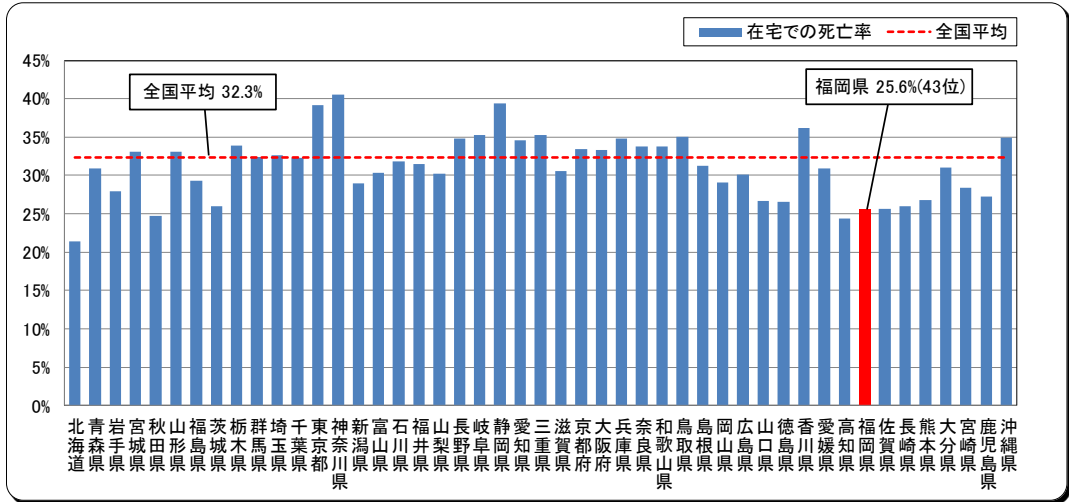
図表7 本県の後期高齢者単身世帯の見通し

	2020年 (R2年)	2025年 (R7年)	2030年 (R12年)	2035年 (R17年)	2040年 (R22年)
75歳以上人口 (単位:千人)	717	846	915	919	904
単身世帯数 (単位:千世帯)	166	200	221	224	223

資料：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）（平成31年4月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

- 本県の 2022（令和 4）年の全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設における死亡の割合（在宅での死亡率）は 25.6%で、全国平均 32.3%を大きく下回っており、全国第 43 位となっています。（図表 8）

図表 8 在宅での死亡率の全国比較（令和 4 年）

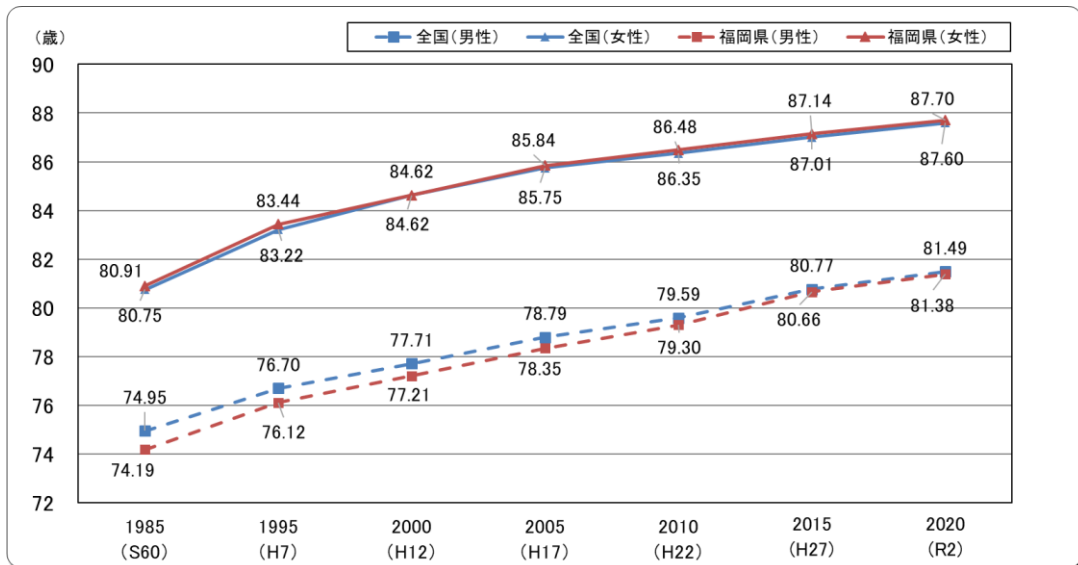


資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

(2) 平均寿命と健康寿命

- 本県の 2020（令和 2）年の平均寿命は男性 81.38 歳、女性 87.70 歳となっており、全国平均の男性 81.49 歳、女性 87.60 歳とほぼ同じとなっています。（図表 9）

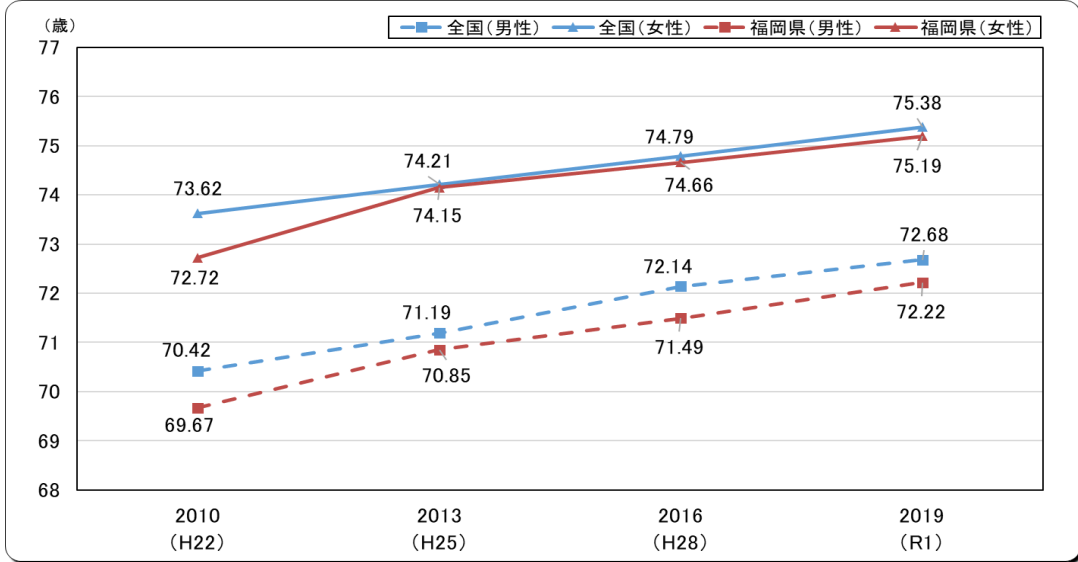
図表 9 全国及び本県の平均寿命の推移



資料：「都道府県別生命表」（厚生労働省）

- 本県の2019（令和元）年の健康寿命は男性72.22歳、女性75.19歳となっており、全国平均の男性72.68歳、女性75.38歳をいずれもやや下回っています。（図表10）

図表10 全国及び本県の健康寿命の推移

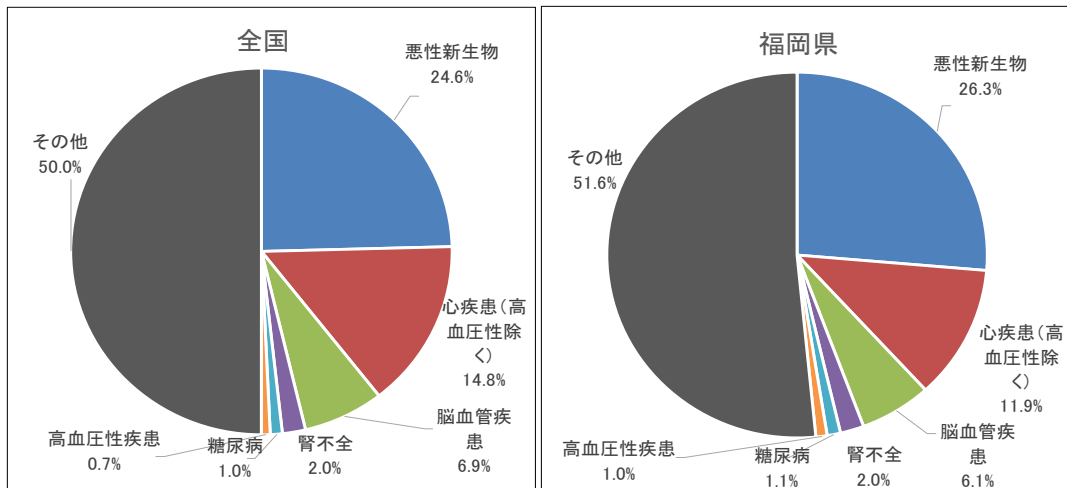


資料：健康日本21（第2次）等の健康寿命の指標化に関する検討

(3) 死因別の割合の状況

- 本県の2022（令和4）年の死因別の割合の状況をみると、悪性新生物(26.3%)、心疾患(11.9%)の順で高くなっており、脳血管疾患、腎不全、糖尿病、高血圧性疾患を含めると全体の約5割を占めています。（図表11）

図表11 死因別の割合（令和4年）



資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

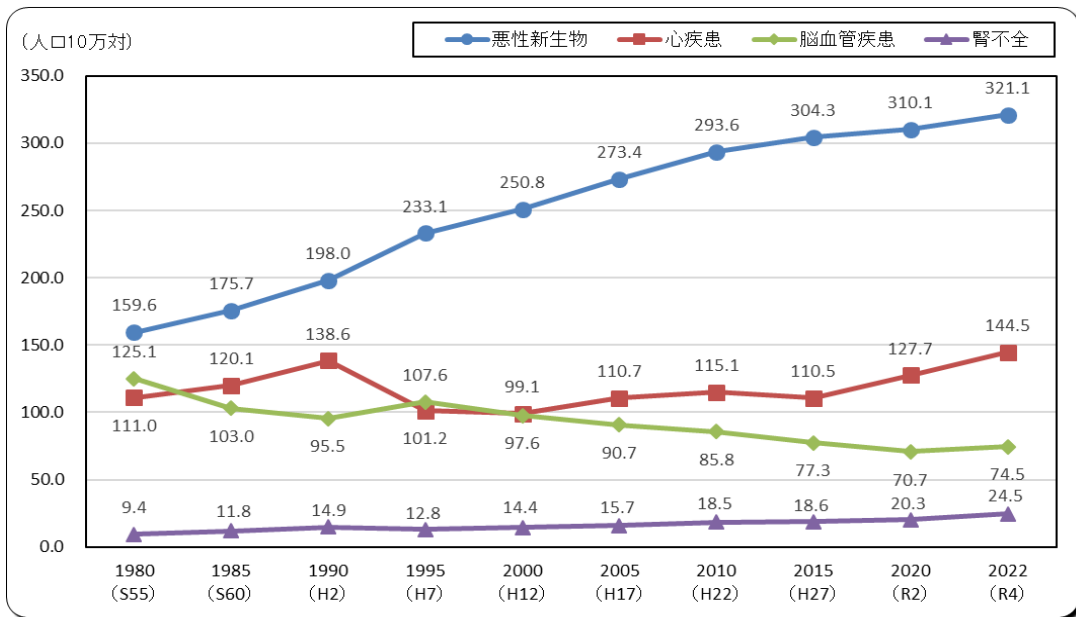
死因別の割合順位（令和4年）

	1位	2位	3位	4位	5位
福岡県	悪性新生物 26.3%	心疾患 11.9%	老衰 8.3%	その他の呼吸器系の疾患 6.8%	脳血管疾患 6.1%
全国	悪性新生物 24.6%	心疾患 14.8%	老衰 11.4%	脳血管疾患 6.9%	その他の呼吸器系の疾患 6.0%

資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

○ 本県の死亡率の年次推移をみると、悪性新生物の死亡率は年々高まっており、心疾患、脳血管疾患、腎不全の死亡率はほぼ横ばいとなっています。（図表12）

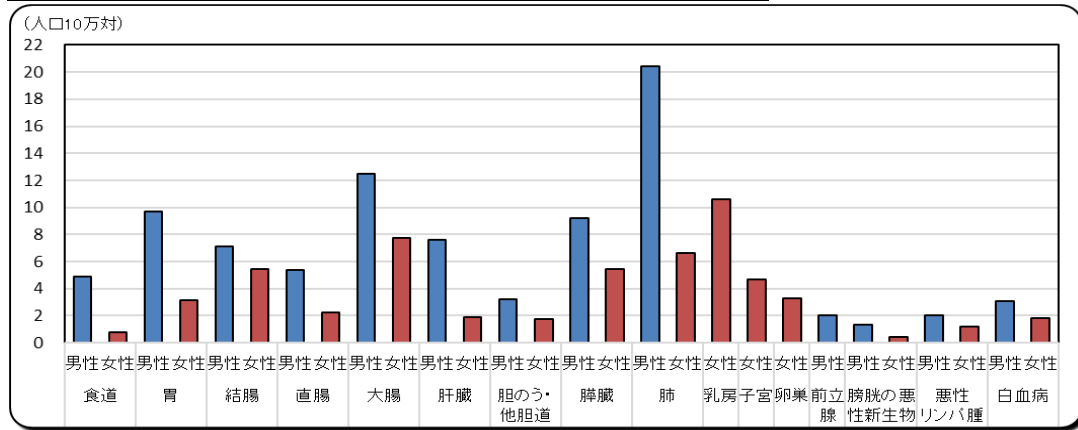
図表12 死因別死亡率の推移（人口10万対）



資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

- 本県の2022（令和4）年のがんの年齢調整死亡率⁷（75歳未満）は、男性では肺がんが最も高く、次いで大腸がん、胃がんの順に高くなっています。女性では乳がんが最も高く、次いで大腸がん、肺がんの順に高くなっています。（図表13）

図表13 部位別のがん死亡率（人口10万対）（令和4年）

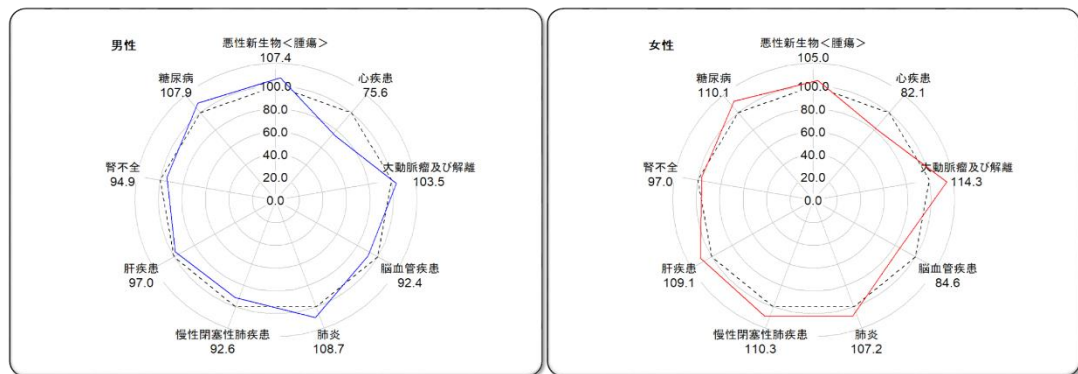


資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

- 本県の2020（令和2）年の生活習慣病⁸の疾病ごとの年齢調整死亡率は、全国を100としたときの指数で比較すると、男性では肺炎、糖尿病、悪性新生物（腫瘍）、大動脈瘤及び解離がそれぞれ、108.7、107.9、107.4、103.5と全国より高い状況です。一方女性では、大動脈瘤及び解離、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、肝疾患、肺炎、悪性新生物（腫瘍）がそれぞれ、114.3、110.3、110.1、109.1、107.2、105.0と全国より高い状況です。（図表14）

図表14 生活習慣病の主な死因、性別年齢調整死亡率（人口10万対）（令和2年）

（全国平均を100として比較）



資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

⁷ 年齢調整死亡率：単に死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、地域や年次で年齢構成に差があるため、高齢者が多いと死亡率は高くなり、若年者が多いと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や年次間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率です。

⁸ 生活習慣病：健康に害のある生活習慣を長年続けることで起こる病気のことです。「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義されます。

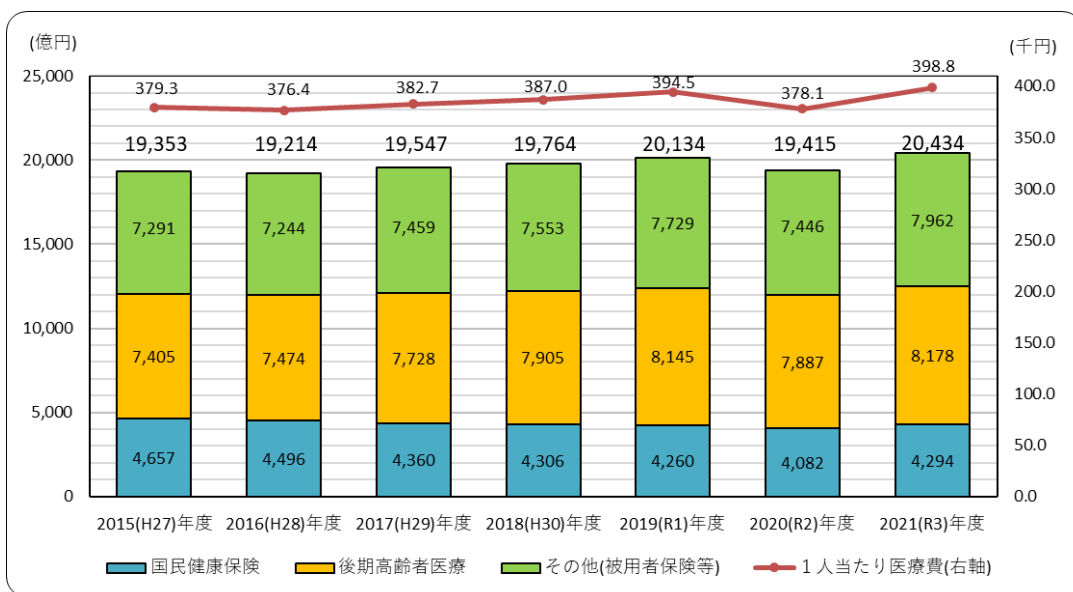
2.1.2 医療費の現状と要因分析

(1) 本県の医療費

○ 本県の2021（令和3）年度の県民医療費は2兆434億円（うち後期高齢者医療費8,178億円）となっており、2015（平成27）年度の1兆9,353億円から6年間で1,081億円増加し、5.6%の伸びとなっています。また、2021（令和3）年度の本県の後期高齢者医療費は、本県の医療費の40.0%を占めています。（図表15）

なお、本県の1人当たり医療費は、この6年間で5.1%伸びています。

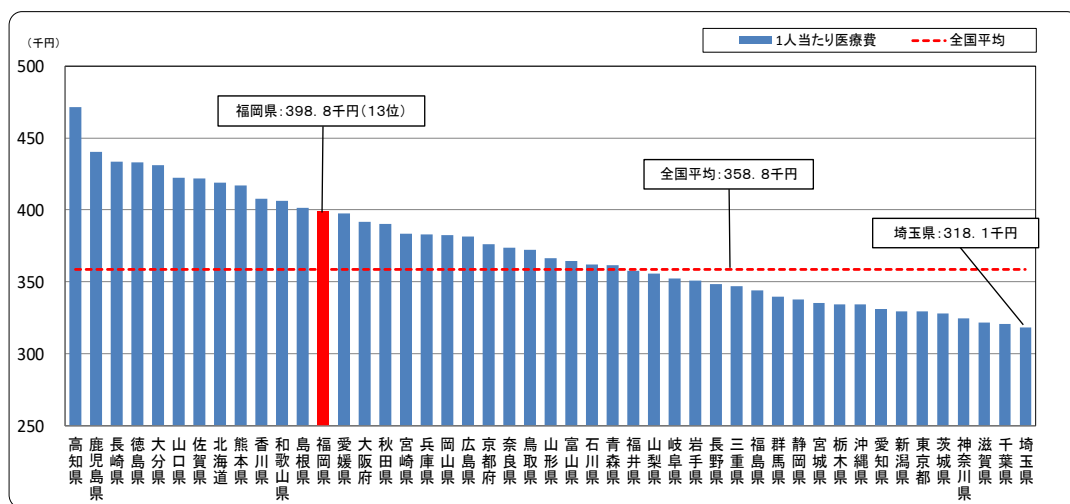
図表15 本県の医療費（制度区分別）及び1人当たり医療費の推移



資料：「国民医療費」、「国民健康保険事業年報」、「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

- 本県の2021（令和3）年度の1人当たり医療費は39万8,800円となっており、全国平均35万8,800円を上回り、全国で最も低い埼玉県の31万8,100円の約1.25倍で、高い方から全国第13位となっています。（図表16）

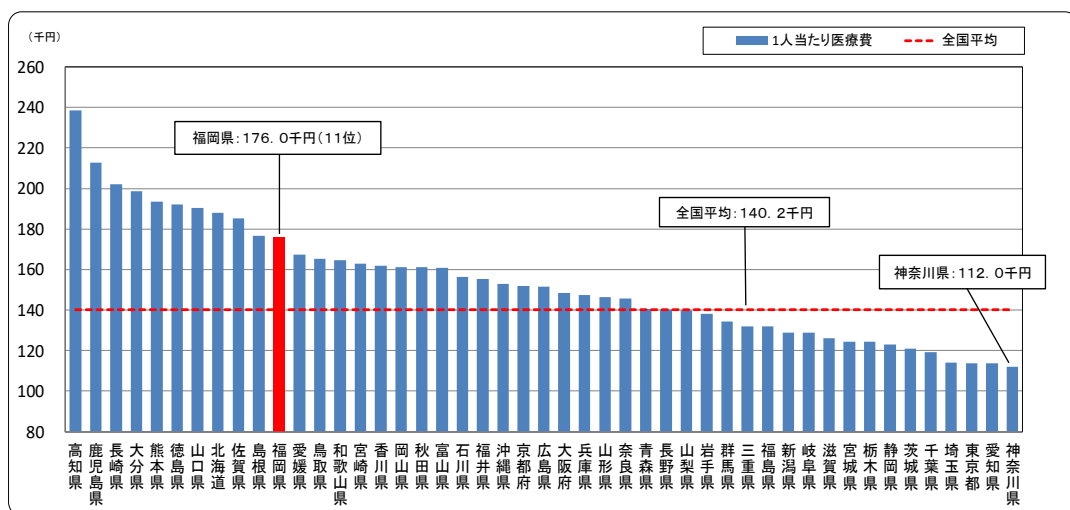
図表16 1人当たり医療費の全国比較（令和3年度）



資料：「国民医療費」（厚生労働省）

- 本県の2021（令和3）年度の1人当たり入院医療費（食事及び生活療養費を含む。）は17万6000円となっており、全国平均14万200円を上回り、高い方から全国第11位となっています。（図表17）

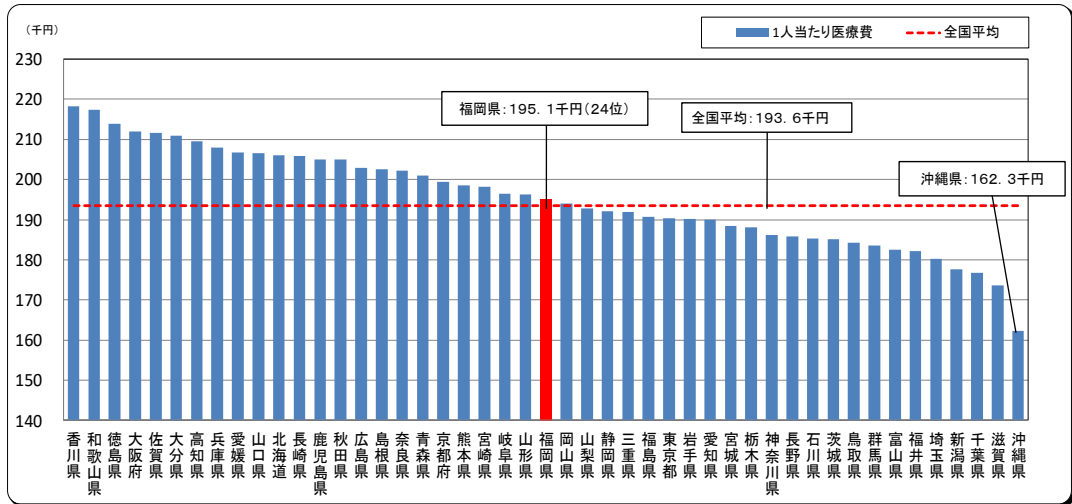
図表17 1人当たり入院医療費（令和3年度）



資料：「国民医療費」（厚生労働省）

- 本県の2021（令和3）年度の1人当たり県民入院外⁹医療費（調剤、訪問看護及び療養費を含む。）は19万5,100円となっており、全国平均19万3,600円とほぼ同水準となっています。（図表18）

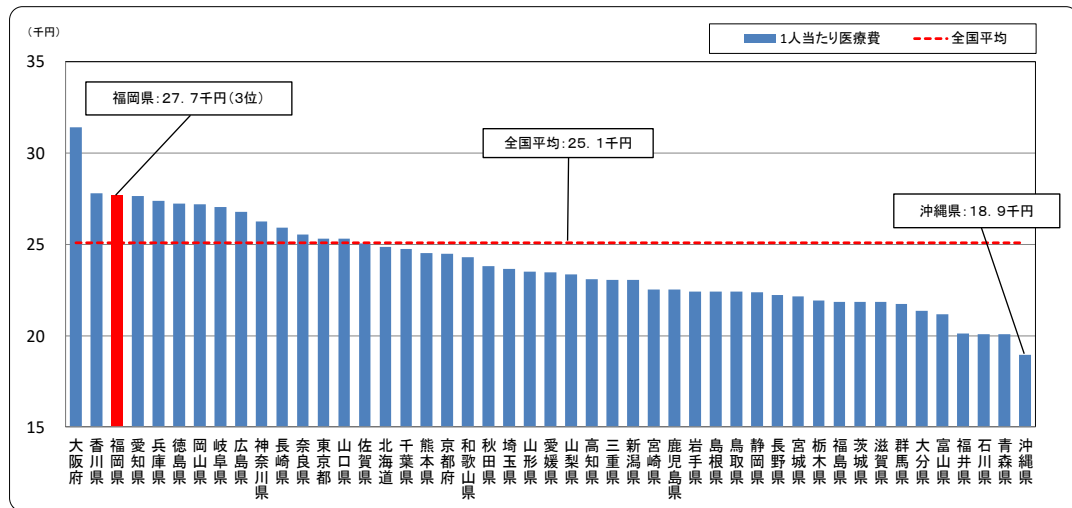
図表18 1人当たり入院外医療費（令和3年度）



資料：「国民医療費」（厚生労働省）

- 本県の2021（令和3）年度の1人当たり歯科医療費は2万7,700円となっており、全国平均2万5,100円を上回り、高い方から全国第3位となっています。（図表19）

図表19 1人当たり歯科医療費（令和3年度）

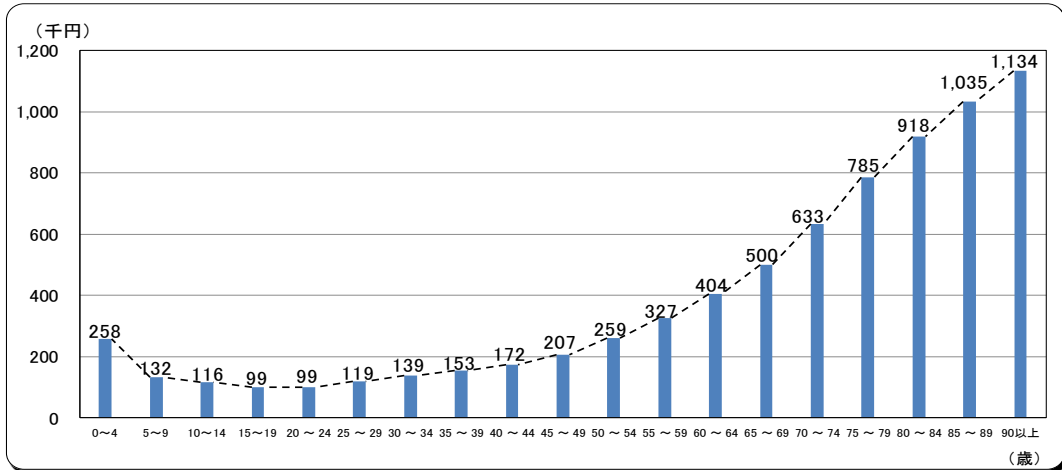


資料：「国民医療費」（厚生労働省）

⁹ 入院外：いわゆる外来診療のこと。

- 全国の 2021（令和 3）年度の年齢階層別の 1 人当たり医療費は、年齢が上がるにつれて増加することから、急速な高齢化に伴う高齢者人口の増加と相まって、後期高齢者医療費は今後高い伸びを示すと予想されます。（図表 2 0）

図表 2 0 年齢階層別 1 人当たり医療費（全国平均）の状況（令和 3 年度）



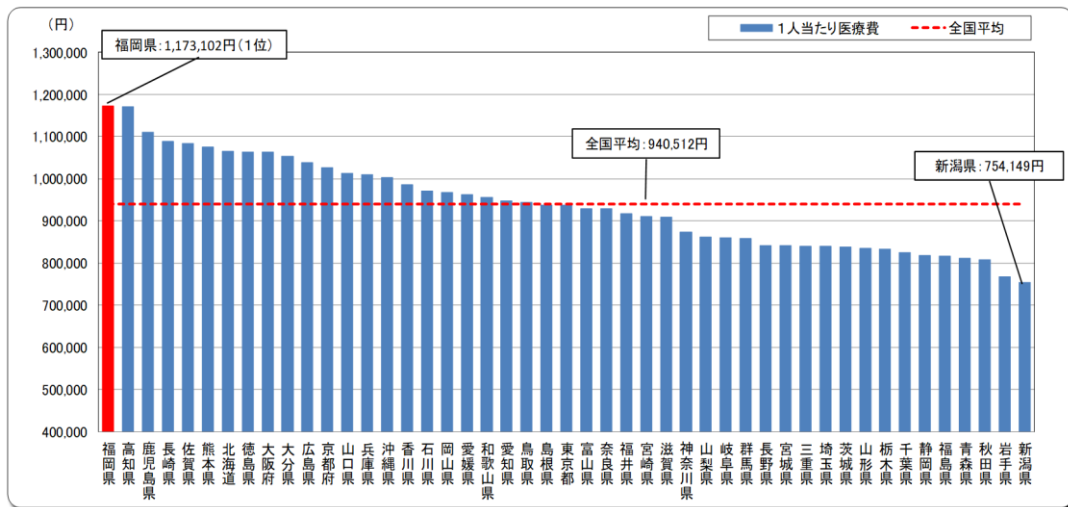
資料：「国民医療費」（厚生労働省）

(2) 後期高齢者医療費の状況

- 本県の 2021（令和 3）年度の 1 人当たり後期高齢者医療費は 117 万 3,102 円で、全国平均 94 万 512 円の約 1.25 倍、全国で最も低い新潟県の約 1.56 倍に及んでいます。（図表 2 1）

また、2002（平成 14）年度から 2019（令和元）年度までの 18 年間及び 2021（令和 3）年度は、本県の 1 人当たり後期高齢者医療費が、全国で最も高額となっています。（図表 2 2）

図表 2 1 1 人当たり後期高齢者医療費の全国比較（令和 3 年度）



資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

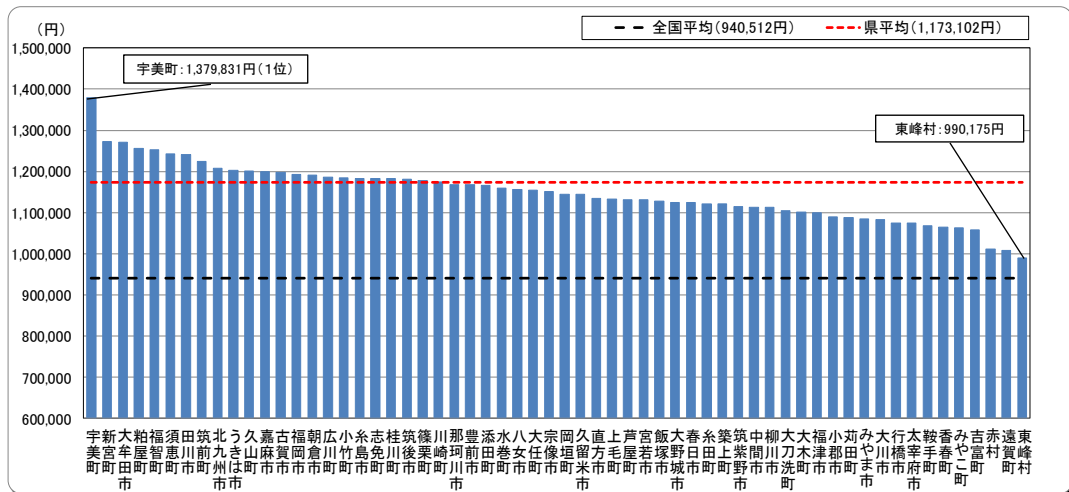
図表 2 2 1人当たり後期高齢者医療費の全国比較の年次推移

2017(平成29)年度			2018(平成30)年度			2019(令和元)年度			2020(令和2)年度			2021(令和3)年度		
順位	都道府県	医療費	順位	都道府県	医療費	順位	都道府県	医療費	順位	都道府県	医療費	順位	都道府県	医療費
1	福岡県	1,176,856	1	福岡県	1,178,616	1	福岡県	1,187,151	1	高知県	1,152,631	1	福岡県	1,173,102
2	高知県	1,171,339	2	高知県	1,178,054	2	高知県	1,183,694	2	福岡県	1,138,402	2	高知県	1,172,055
3	長崎県	1,097,576	3	長崎県	1,102,137	3	鹿児島県	1,118,216	3	鹿児島県	1,088,171	3	鹿児島県	1,110,475
4	北海道	1,095,259	4	鹿児島県	1,094,966	4	長崎県	1,109,121	4	長崎県	1,073,446	4	長崎県	1,088,251
5	鹿児島県	1,079,002	5	北海道	1,091,309	5	北海道	1,102,321	5	佐賀県	1,060,401	5	佐賀県	1,084,321
47	新潟県	756,874	47	新潟県	759,076	47	新潟県	767,524	47	新潟県	743,130	47	新潟県	754,149
	全国平均	944,561		全国平均	943,082		全国平均	954,369		全国平均	917,124		全国平均	940,512

資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

○ 2021（令和3）年度の県内市町村別1人当たり後期高齢者医療費は、最も高い宇美町が137万9,831円、最も低い東峰村が99万175円で約1.39倍の差が生じており、また、いずれの市町村も全国平均を上回っています。（図表23）

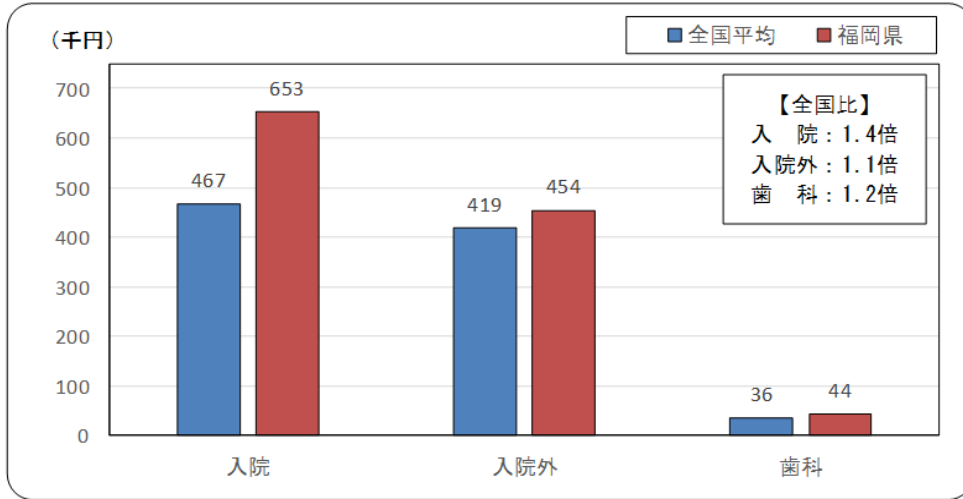
図表 2 3 1人当たり後期高齢者医療費の県内比較（令和3年度）



資料：「福岡県後期高齢者医療広域連合データ」

- 本県の 2021（令和 3）年度の 1 人当たり後期高齢者医療費の診療種別の内訳をみると、入院医療費（食事及び生活療養費を含む。）、入院外医療費（調剤、訪問看護及び療養費を含む。）、歯科医療費ともに全国平均を上回っています。（図表 2 4）

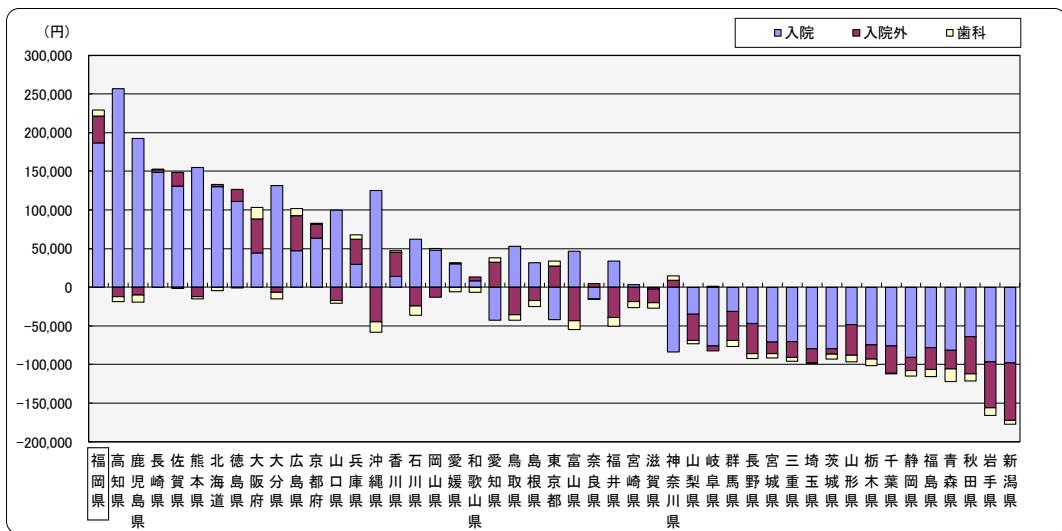
図表 2 4 1 人当たり後期高齢者医療費の全国比較（令和 3 年度）



資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

- 本県の 2021（令和 3）年度の入院医療費は全国平均を大幅に上回っており、入院医療費の高さが本県の後期高齢者医療費を押し上げている主たる要因であるといえます。（図表 2 5）

図表 2 5 1 人当たり後期高齢者医療費の全国相対比較（令和 3 年度）

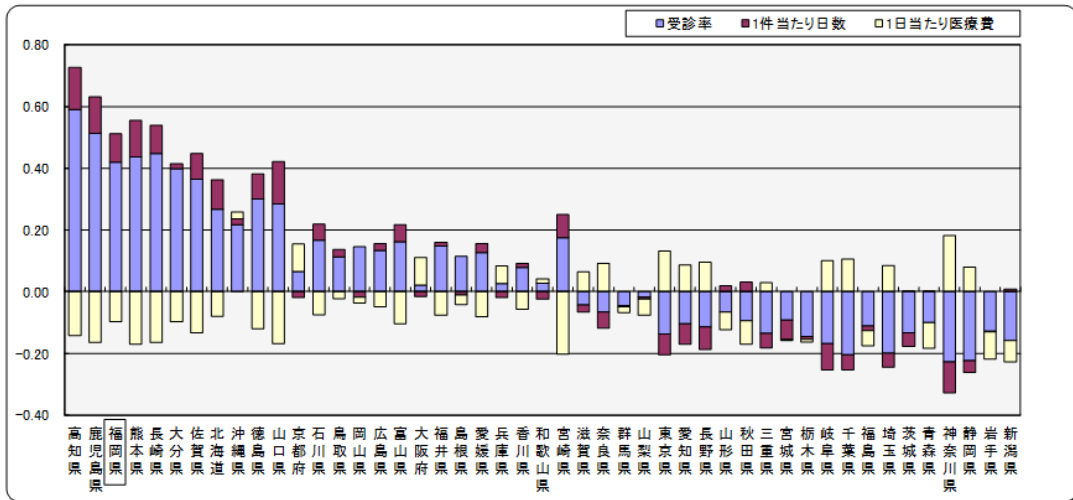


資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

○ 入院医療費を、受診率¹⁰、1件当たり日数¹¹、1日当たり医療費¹²の3要素でみると、全国的に受診率が大きく影響していることが分かります。

本県の2021(令和3)年度の1日当たり医療費は全国平均を下回っている一方で、受診率が全国平均を大きく上回り、また、1件当たり日数についても全国平均を上回っていることから、入院の頻度が高く、かつ一旦入院すると入院期間が長期化することが1人当たり医療費に大きく影響を与えていると考えられます。(図表26)

図表26 1人当たり後期高齢者医療費(入院)の医療費3要素別寄与度(令和3年度)



資料：「後期高齢者医療事業状況報告」(厚生労働省) ※全国平均を0とした場合の割合

10 受診率：100人当たりのレセプト件数で、受診の頻度を表します。

11 1件当たり日数：レセプトの総日数を件数で割ったもので、レセプト1件(1月)当たりの受診日数を表します。

12 1日当たり医療費：「レセプト」の総医療費を総日数で割ったもので、1日の診療に要した平均の医療費を表します。

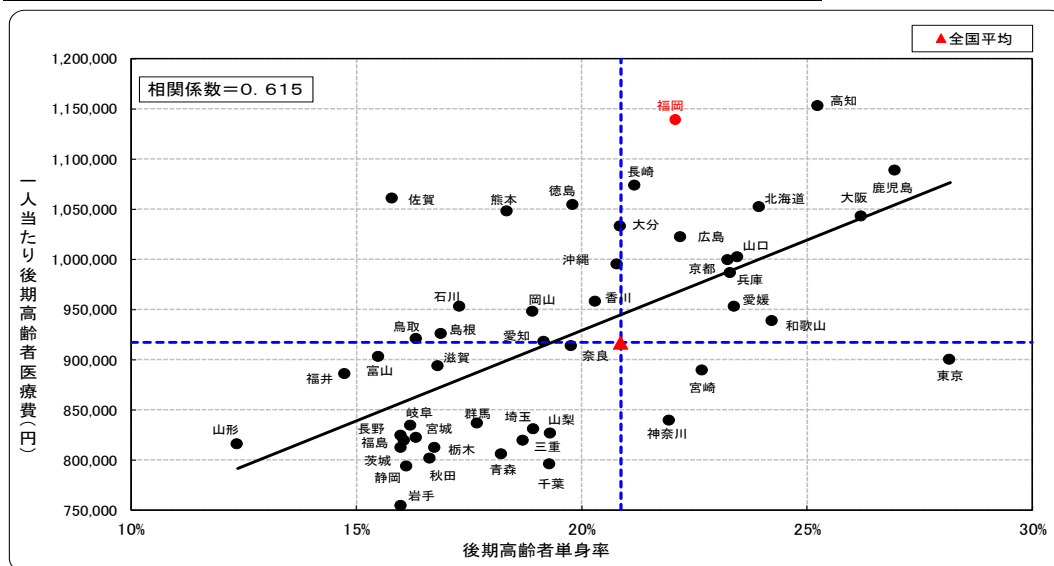
(参考)「レセプト」とは、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書のことをいい、患者に提供した医療内容又は処方内容が具体的に記載されています。

(参考) ※9～11(受診率は1人当たりに置き直します。)を掛け合わせると1人当たり医療費になります。

1人当たり医療費＝「1日当たり医療費」×「1人当たり件数(受診率)」×「1件当たり日数」

- 各都道府県の2020（令和2）年度の後期高齢者の単身率と1人当たり後期高齢者医療費の関係をみると、後期高齢者の単身率が高い都道府県では、1人当たり後期高齢者医療費が高くなる傾向にあります。（図表27）

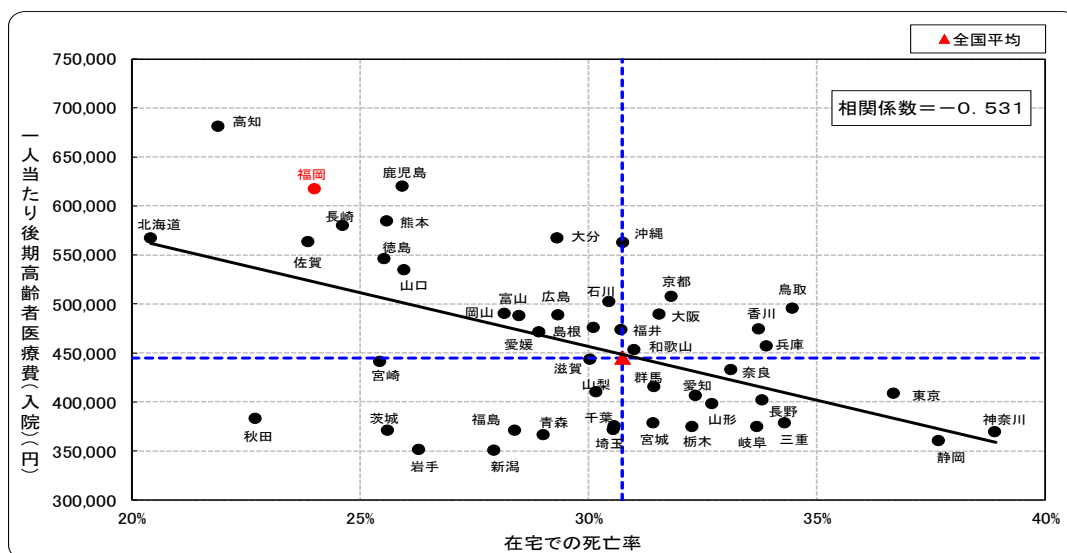
図表27 後期高齢者医療費と単身率の相関関係（令和2年度）



資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）「国勢調査」（総務省）

- 各都道府県の2021（令和3）年度の在宅での死亡率と1人当たり後期高齢者医療費（入院）の関係をみると、在宅での死亡率が高い都道府県では、1人当たり後期高齢者医療費（入院）が低くなる傾向にあります。（図表28）

図表28 後期高齢者医療費（入院）と在宅での死亡率の相関関係（令和3年度）



資料：「後期高齢者医療事業状況報告」「人口動態調査」（厚生労働省）

○ 本県の 2021（令和 3）年度の 1 人当たり後期高齢者医療費に占める割合が高い上位の疾病をみると、入院と入院外と歯科の合計では高血圧性疾患が最も高く、このほか第 10 位までに、生活習慣病に分類される腎不全、その他の心疾患、脳梗塞、糖尿病が含まれています。

○ 入院では骨折が、入院外では高血圧性疾患が最も高くなっています。（図表 2 9）

図表 2 9 後期高齢者医療費の上位を占める疾病（令和 3 年度）

（入院＋入院外＋歯科） （円）

疾病分類名	1 人当たり医療費	
	福岡県	全国
高血圧性疾患	91,101	82,242
骨折	83,720	56,946
腎不全	64,469	42,568
その他の心疾患	63,642	53,838
脳梗塞	51,643	42,521
糖尿病	44,458	37,472
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	41,642	39,311
アルツハイマー病	37,224	22,501
分類できない疾病	33,205	15,731
歯肉炎及び歯周疾患	29,729	25,437

（入院）

疾病分類名	1 人当たり医療費	
	福岡県	全国
骨折	77,454	51,369
その他の心疾患	47,233	37,584
脳梗塞	41,943	33,289
アルツハイマー病	26,602	13,860
その他の呼吸器系の疾患	25,651	18,756
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	23,850	19,808
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	17,927	10,404
その他の消化器系の疾患	17,183	14,732
分類できない疾病	17,030	6,088
腎不全	16,939	12,017

（入院外）

疾病分類名	1 人当たり医療費	
	福岡県	全国
高血圧性疾患	78,494	73,473
腎不全	47,530	30,550
糖尿病	32,936	29,762
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	17,432	19,207
その他の心疾患	16,404	16,249
分類できない疾病	15,859	9,396
脂質異常症	14,673	15,111
その他の眼及び付属器の疾患	13,017	10,509
脊椎障害（脊椎症を含む）	12,019	11,383
関節症	11,000	8,978

資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDB データ）」（厚生労働省）

○ 本県の後期高齢者の疾病別医療費の経年変化をみると、高血圧性疾患は 2018（平成 30）年度では 1 人当たり 9 万 4,292 円でしたが、2021（令和 3）年度では 9 万 1,101 円となっており、3,191 円減少しています。

新生物（全体）は、2018（平成 30）年度では 10 万 4,186 円でしたが、2021（令和 3）年度では 11 万 1,292 円となっており、7,106 円増加しています。また、骨折は、2018（平成 30）年度では 7 万 9,971 円でしたが、2021（令和 3）年度では 8 万 3,720 円となっており、3,749 円増加しています。（図表 3 0）

図表 3 0 後期高齢者の疾病別医療費（主な疾病）

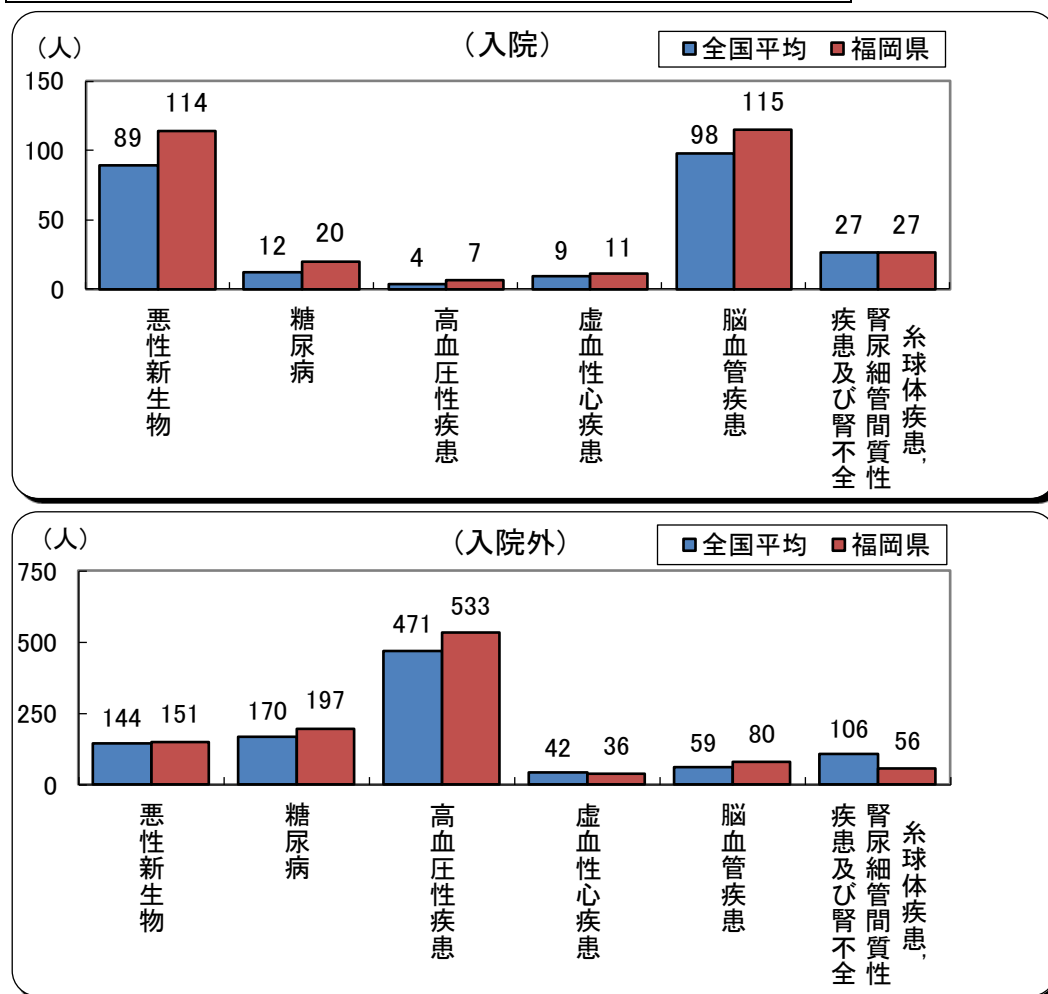
疾病分類名	2018 (H30) 年度 1 人 当たり医療費 (円)	2021 (R3) 年度 1 人 当たり医療費 (円)	2018 (H30) 年度と 2021 (R3) 年度の 比較 (円)	2018 (H30) 年度と 2021 (R3) 年度の 比較 (率)
循環器系の疾患	276,328	269,784	-6,544	-2.37%
高血圧性疾患	94,292	91,101	-3,191	-3.38%
その他の心疾患	57,468	63,642	6,173	10.74%
脳梗塞	54,841	51,643	-3,198	-5.83%
虚血性心疾患	25,782	21,608	-4,174	-16.19%
脳内出血	16,721	15,824	-897	-5.36%
その他の循環器系の疾患	10,606	10,282	-325	-3.06%
新生物	104,186	111,292	7,106	6.82%
その他の悪性新生物<腫瘍>	38,317	41,642	3,325	8.68%
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	14,561	16,573	2,012	13.82%
結腸の悪性新生物<腫瘍>	10,723	10,604	-119	-1.11%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	105,565	109,365	3,800	3.60%
骨折	79,971	83,720	3,749	4.69%
その他の損傷及びその他の外因の影響	17,335	17,011	-324	-1.87%
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	7,616	7,935	318	4.18%
筋骨格系及び結合組織の疾患	94,544	93,938	-606	-0.64%
脊椎障害（脊椎症を含む）	25,741	24,558	-1,183	-4.60%
関節症	25,299	24,363	-935	-3.70%
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	12,504	15,347	2,843	22.74%
炎症性多発性関節障害	11,102	11,025	-77	-0.69%
腎尿路生殖器系の疾患	85,226	87,754	2,528	2.97%
腎不全	63,590	64,469	879	1.38%
その他の腎尿路系の疾患	6,605	8,299	1,695	25.66%
前立腺肥大（症）	6,915	6,210	-706	-10.20%
消化器系の疾患	80,418	81,028	611	0.76%
歯肉炎及び歯周疾患	27,086	29,729	2,643	9.76%
その他の消化器系の疾患	23,875	23,724	-152	-0.64%
胆石症及び胆のう炎	7,524	7,801	277	3.68%
神経系の疾患	76,831	78,498	1,668	2.17%
アルツハイマー病	35,060	37,224	2,164	6.17%
その他の神経系の疾患	20,413	19,673	-740	-3.63%
パーキンソン病	15,213	15,566	353	2.32%
内分泌、栄養及び代謝疾患	68,637	71,435	2,798	4.08%
糖尿病	44,221	44,458	237	0.54%
脂質異常症	15,482	15,905	424	2.74%
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	6,377	8,530	2,153	33.76%
呼吸器系の疾患	68,759	57,942	-10,817	-15.73%
その他の呼吸器系の疾患	30,220	29,471	-749	-2.48%
肺炎	19,746	13,117	-6,630	-33.57%
慢性閉塞性肺疾患	7,873	7,017	-856	-10.87%
精神及び行動の障害	54,187	53,780	-406	-0.75%
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	19,166	19,359	194	1.01%
血管性及び詳細不明の認知症	15,248	14,389	-860	-5.64%
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	10,242	10,186	-56	-0.55%
眼及び付属器の疾患	29,626	27,907	-1,719	-5.80%
その他の眼及び付属器の疾患	14,086	15,189	1,104	7.83%
白内障	9,327	8,293	-1,034	-11.09%
屈折及び調節の障害	4,883	3,300	-1,583	-32.41%

資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDB データ）」（厚生労働省）

(3) 生活習慣病に要する医療費¹³等の状況

○ 2020（令和2）年の生活習慣病に分類される主な疾病ごとの本県の人口10万人当たり受療率¹⁴をみると、それぞれ悪性新生物（入院114人、入院外151人）、糖尿病（入院20人、入院外197人）、高血圧性疾患（入院7人、入院外533人）、脳血管疾患¹⁵（入院115人、入院外80人）となっており、その全てで全国平均を上回っています。（図表31）

図表31 生活習慣病に分類される主な疾病の受療率（令和2年）



資料：「患者調査」（厚生労働省）

¹³ 生活習慣病に要する医療費：地域における疾病ごとの医療費に関する分析を行うため、現時点でデータが整っている後期高齢者医療制度におけるレセプトを用いて分析を行っています。

今回の分析では、下記の疾病を生活習慣病として分析しています。

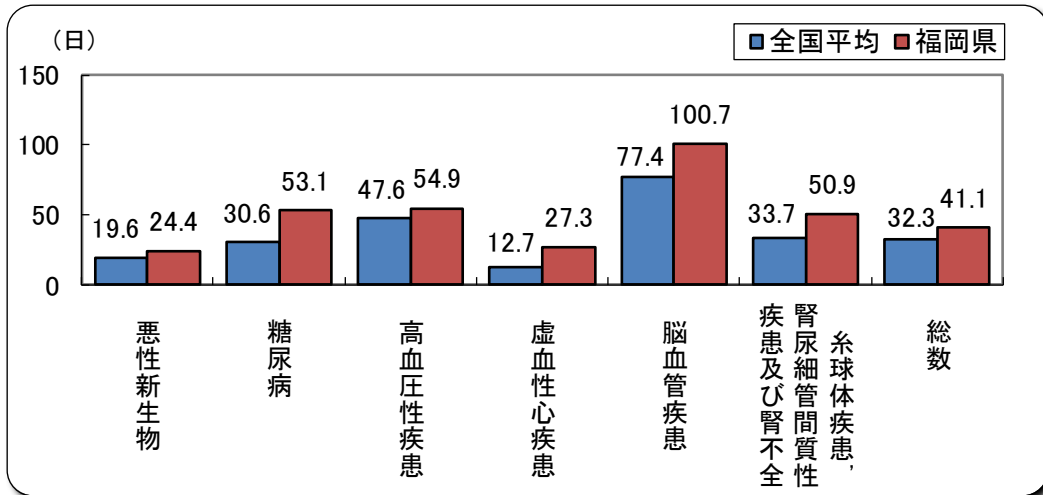
悪性新生物、糖尿病、その他の内分泌・栄養及び代謝疾患、高血圧性疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患、その他の循環器系の疾患、その他の肝疾患、腎不全

¹⁴ 受療率：調査日に医療施設で受療した推計患者数を人口で除して人口10万人当たりで表した数をいいます。

¹⁵ 脳血管疾患：くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患の計です。

- 2020（令和2）年の生活習慣病のうち、脳血管疾患、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全などは比較的入院期間が長くなる傾向にあり、特に、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞などの脳血管疾患では約101日に及んでおり、全国平均と比べて約23日長くなっています。（図表32）

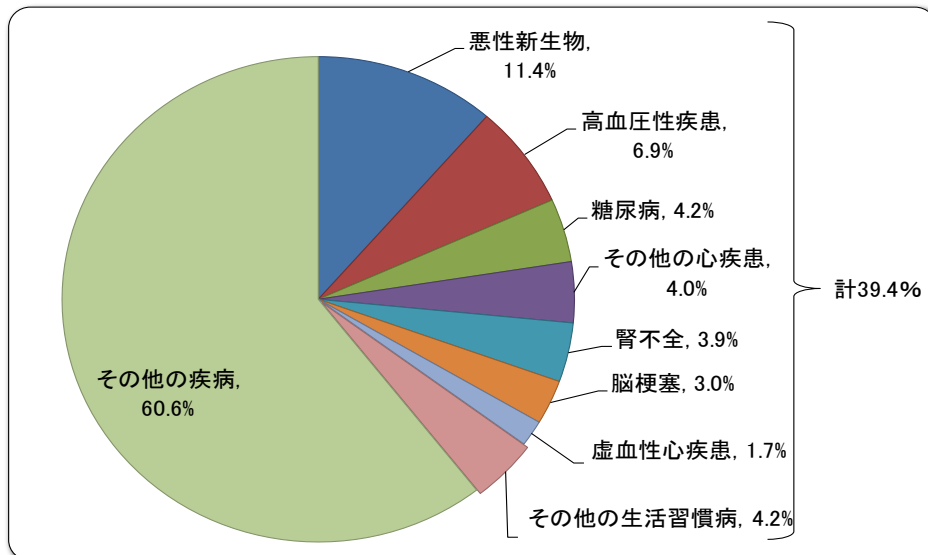
図表32 退院患者の平均在院日数（令和2年）



資料：「患者調査」（厚生労働省）

- 2021（令和3）年度の本県の医療費を疾病別に見ると、悪性新生物、高血圧性疾患、糖尿病等の生活習慣と関連の深い疾病で、全体の約4割を占めています。（図表33）（図表34）（図表35）

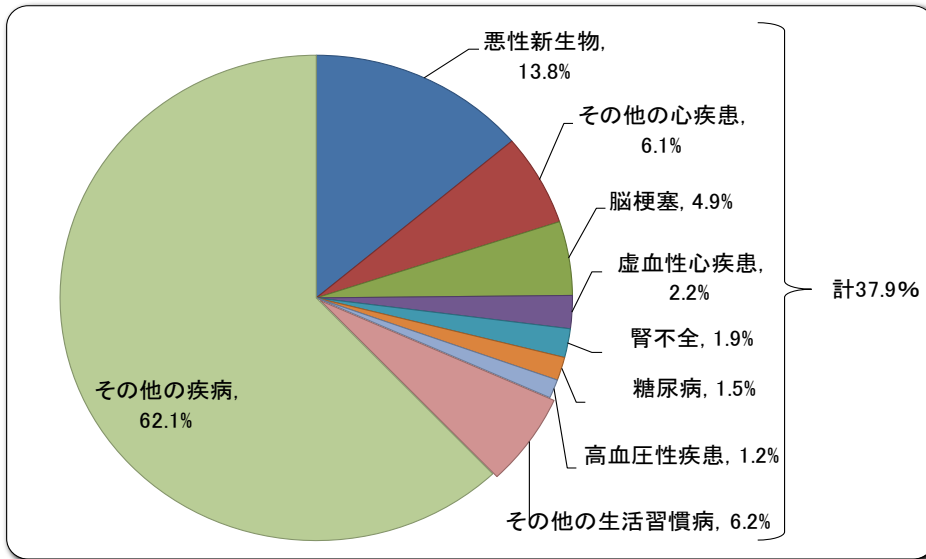
図表33 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合（入院＋入院外）（令和3年度）



資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDBデータ）」（厚生労働省）

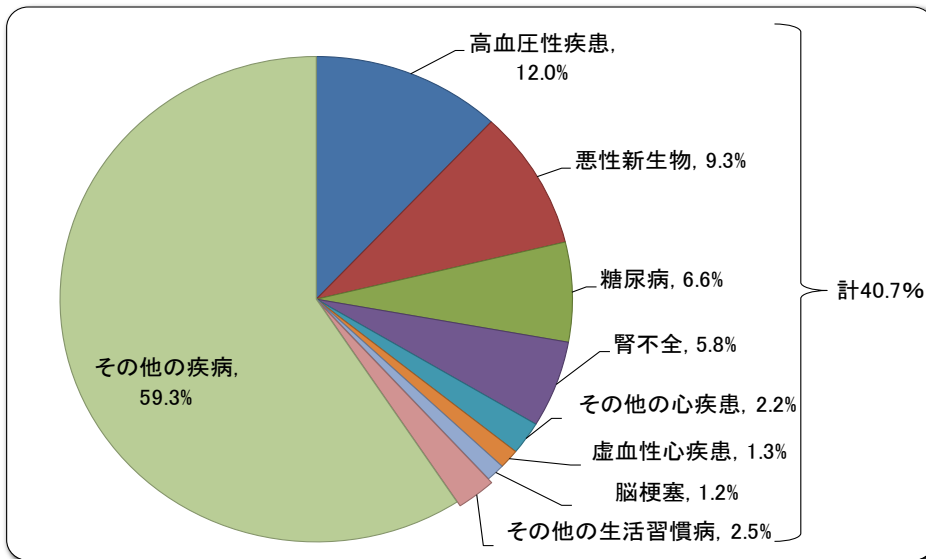
※グラフ構成比の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が100%にならない。（以下同じ）

図表 3 4 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合 (入院) (令和 3 年度)



資料 : 「医療費適正化計画関係データセット (NDB データ)」 (厚生労働省)

図表 3 5 医療費に占める生活習慣と関連の深い疾病の割合 (入院外) (令和 3 年度)



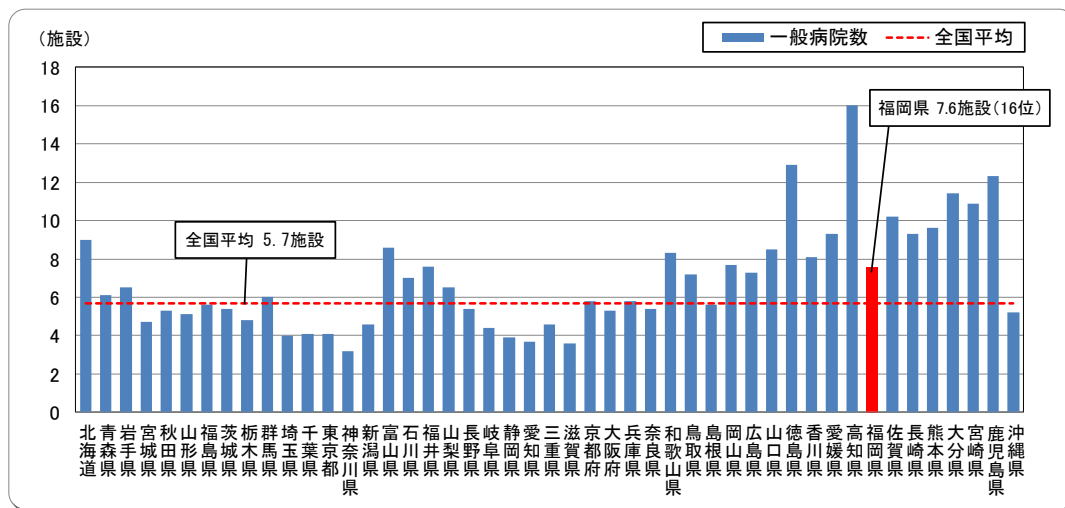
資料 : 「医療費適正化計画関係データセット (NDB データ)」 (厚生労働省)

(4) 医療提供体制等を巡る状況

ア 医療施設の状況

- 本県の2022（令和4）年の人口10万人当たり一般病院¹⁶数は、7.6施設であり、全国で16番目に多くなっています。（図表36）

図表36 10万人当たり一般病院数の全国比較（令和4年）

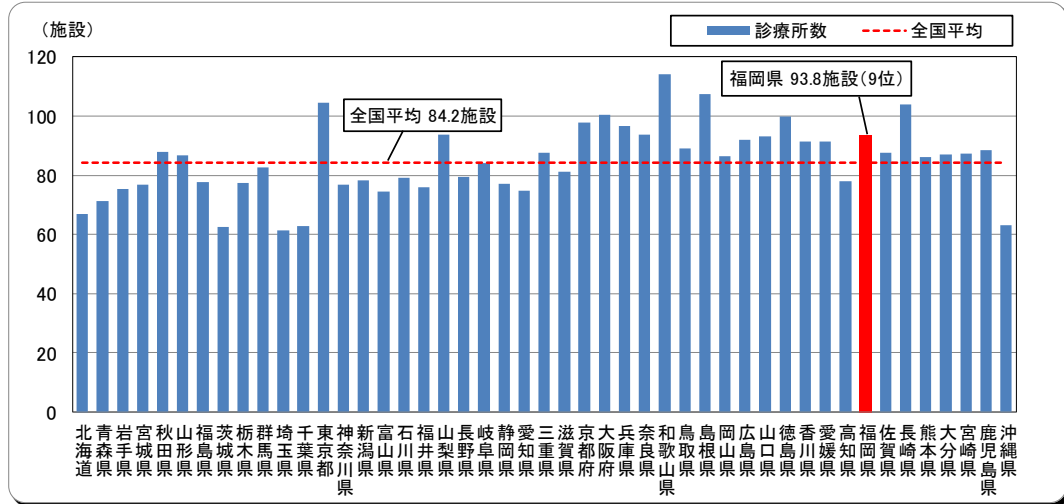


資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

¹⁶ 一般病院：医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。（精神病床のみを有する病院を除く）

- また、本県の2022（令和4）年の人口10万人当たり一般診療所¹⁷数は、93.8施設であり、全国で9番目に多くなっています。（図表37）

図表37 10万人当たり一般診療所数の全国比較（令和4年）

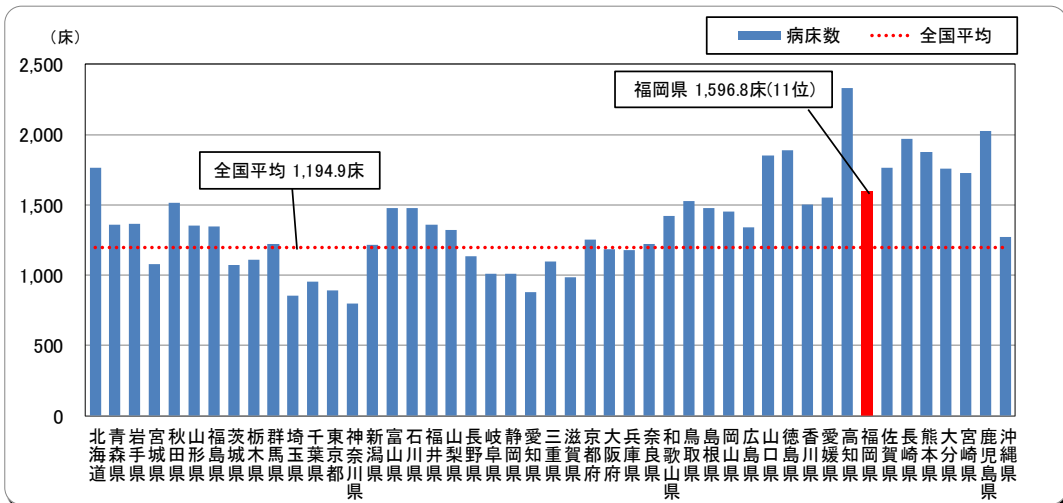


資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

イ 病床数（病院）の状況

- 本県の2022（令和4）年の人口10万人当たりの病院の病床数は1,596.8床であり、全国で11番目に多く、全国平均1,194.9床の約1.3倍となっています。（図表38）

図表38 10万人当たり病床数（全病床）の全国比較（令和4年）

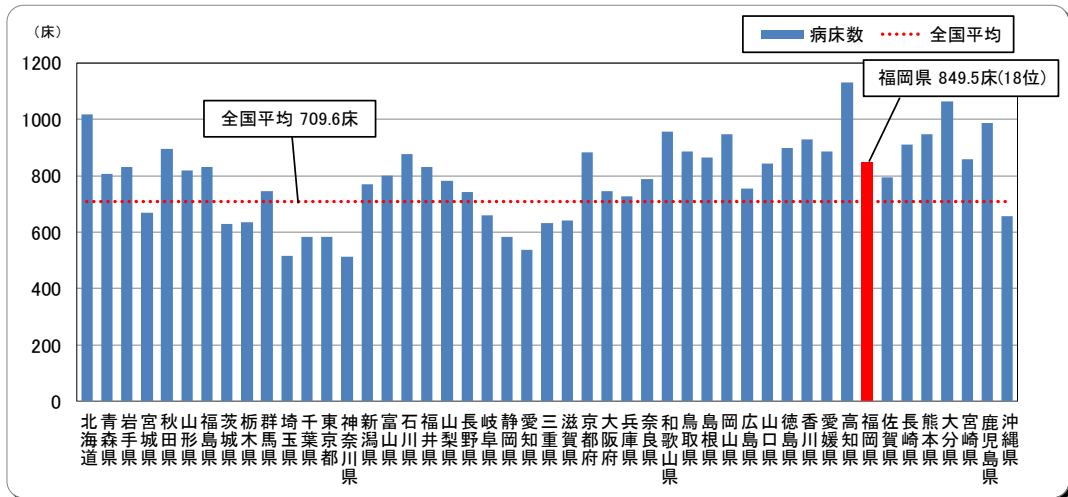


資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

¹⁷ 一般診療所：医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

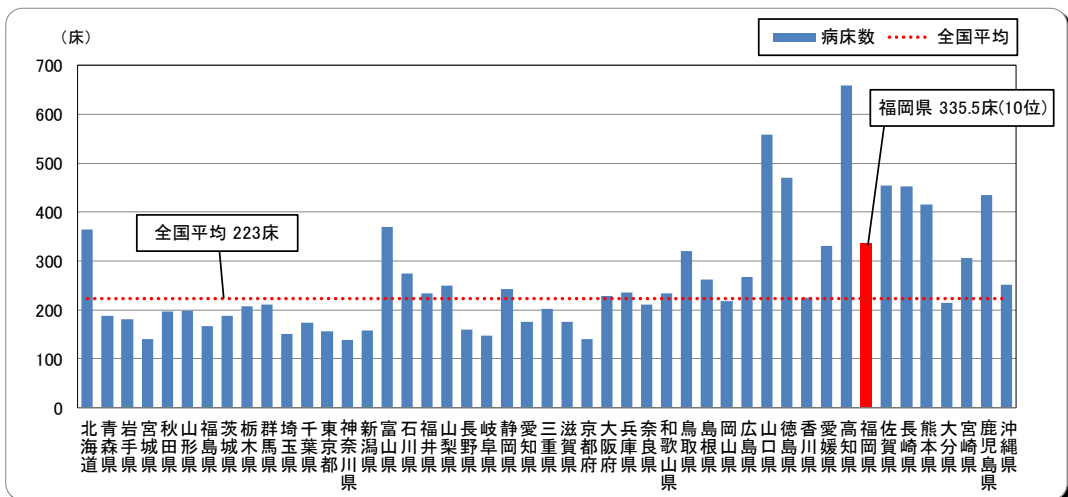
- 病床の種類別にみると、病院の一般病床¹⁸は 849.5 床であり、全国で 18 番目に多く、全国平均 709.6 床の約 1.2 倍となっています。(図表 3 9) 療養病床¹⁹は 335.5 床であり全国で 10 番目に多く、全国平均 223 床の約 1.5 倍となっています。(図表 4 0) 精神病床²⁰は 406.4 床であり、全国で 11 番目に多く、全国平均 257.6 床の約 1.6 倍となっています。(図表 4 1)

図表 3 9 10 万人当たり病床数（一般病床）の全国比較（令和 4 年）



資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

図表 4 0 10 万人当たり病床数（療養病床）の全国比較（令和 4 年）



資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

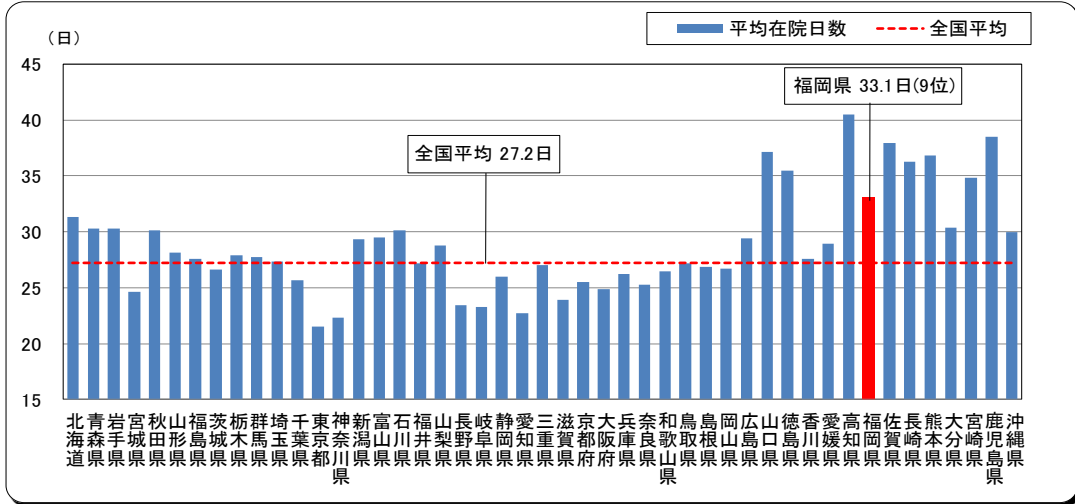
¹⁸ 一般病床：下記の療養病床、精神病床と感染症病床、結核病床以外の病床です。

¹⁹ 療養病床：主として長期にわたって療養を必要とする患者を入院させるための病床で、医療保険が適用される病床（以下「医療療養病床」という。）と介護保険が適用される病床（以下「介護療養病床」という。）に分かれています。

²⁰ 精神病床：精神疾患を有する患者を入院させるための病床です。

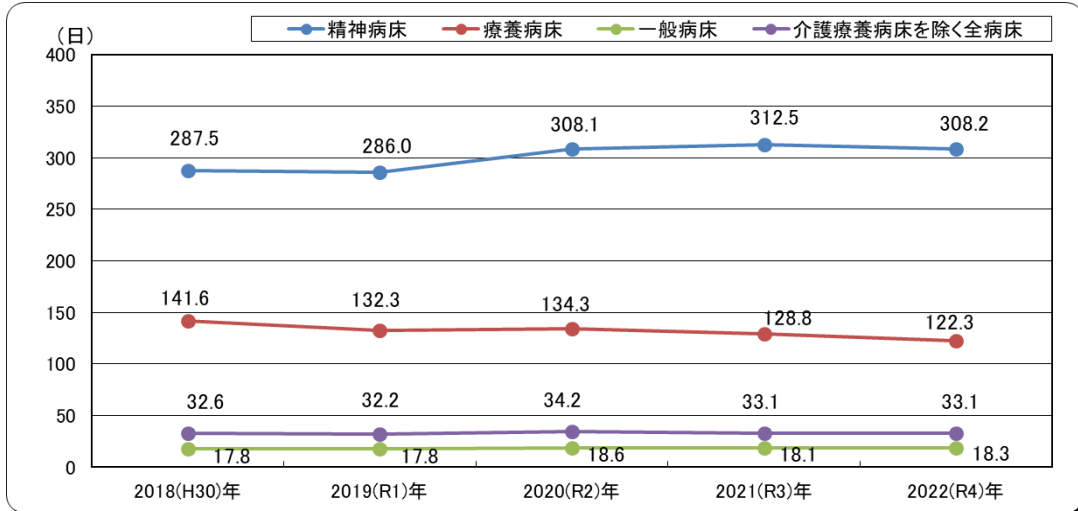
- 本県の2022（令和4）年の平均在院日数は33.1日であり、全国で9番目に長く、全国平均27.2日に比べると5.9日長くなっています。（図表4-3）（図表4-4）

図表4-3 平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）の全国比較（令和4年）



資料：「病院報告」（厚生労働省）

図表4-4 平均在院日数の推移



資料：「病院報告」（厚生労働省）

エ 現状の病床数と 2025（令和 7）年の必要病床数の比較

- 本県の地域医療構想²¹（以下「福岡県地域医療構想」という。）において推計が行われている 2025（令和 7）年の病床の必要量（必要病床数）は、6 万 5, 383 床となっています。
- 2022（令和 4）年の病床機能報告に基づき、病床の機能別に、現状の病床数と 2025（令和 7）年の必要病床数の推計値を比較すると、高度急性期病床数、急性期病床、慢性期病床では、現状の病床数が必要病床数を上回っている一方、回復期病床では現状の病床数が必要病床数を 8, 859 床下回っており全病床数でも 1, 227 床下回っています。（図表 4 5）

図表 4 5 必要病床数と病床機能報告の比較

（単位：床）

	2025（令和 7）年 必要病床数（A）	2022（令和 4）年 病床機能報告（B）	差引 B - A
高度急性期	7, 317	7, 628	+ 311
急性期	21, 314	25, 614	+4, 300
回復期	21, 123	12, 264	▲ 8, 859
慢性期	15, 629	18, 650	+ 3, 021
合 計	65, 383	64, 156	▲ 1, 227

資料：「福岡県地域医療構想」（福岡県）

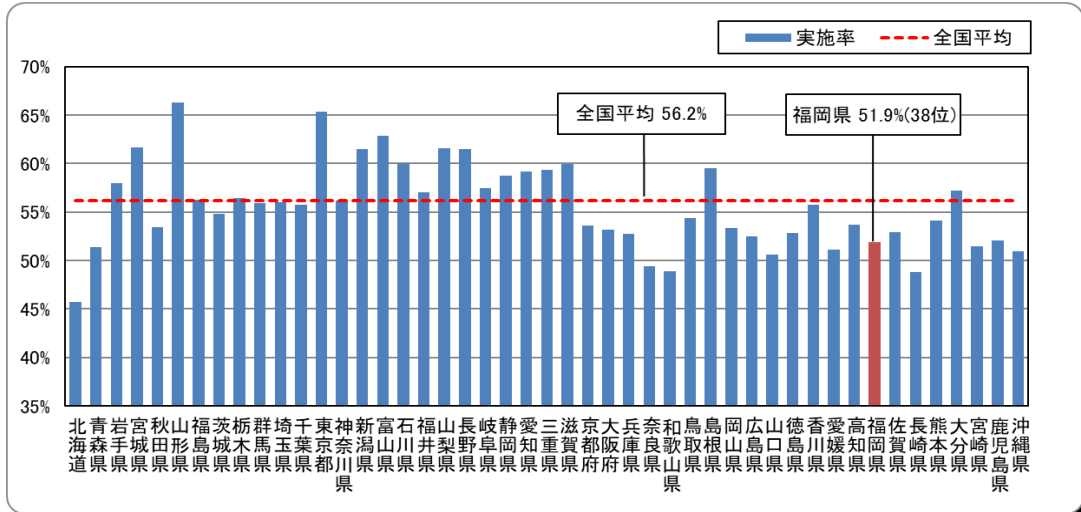
²¹ 地域医療構想：地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、医療需要を含む将来の医療提供体制に関する構想（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号）であり、医療法第 30 条の 4 に基づく医療計画の一部です。

(5) 県民の健康の保持を巡る状況

ア 特定健康診査²²・特定保健指導²³の実施状況

○ 本県の2021（令和3）年度の特定健康診査の実施率は51.9%となっており、全国平均56.2%を下回っています。本県では対象者213万3,132人（推計）のうち110万7,414人が受診しています。（図表46）

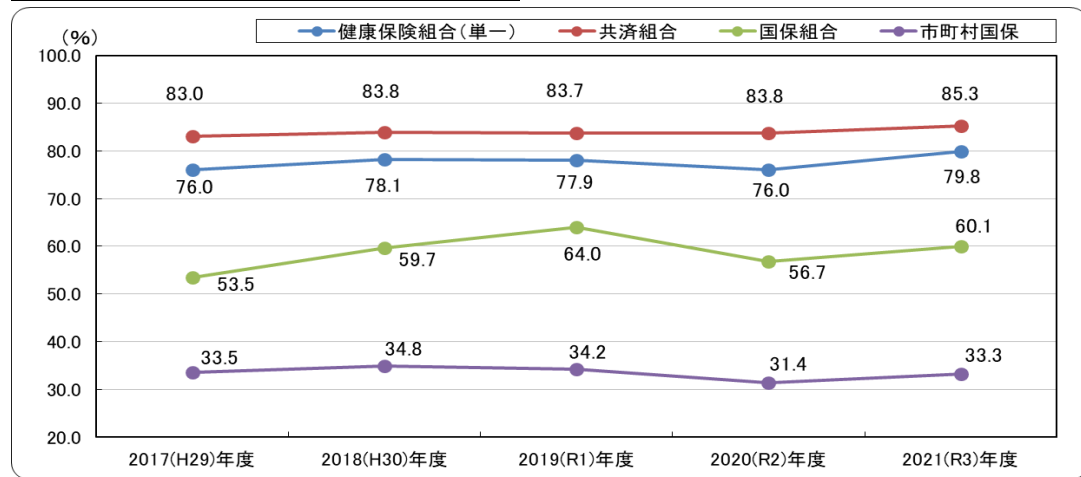
図表46 特定健康診査実施率の全国比較（令和3年度）



資料：「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）

○ 保険者別の特定健康診査実施率は、共済組合が最も高い実施率で推移しており、市町村国保が最も低い実施率で推移しています。（図表47）

図表47 保険者別特定健康診査実施率



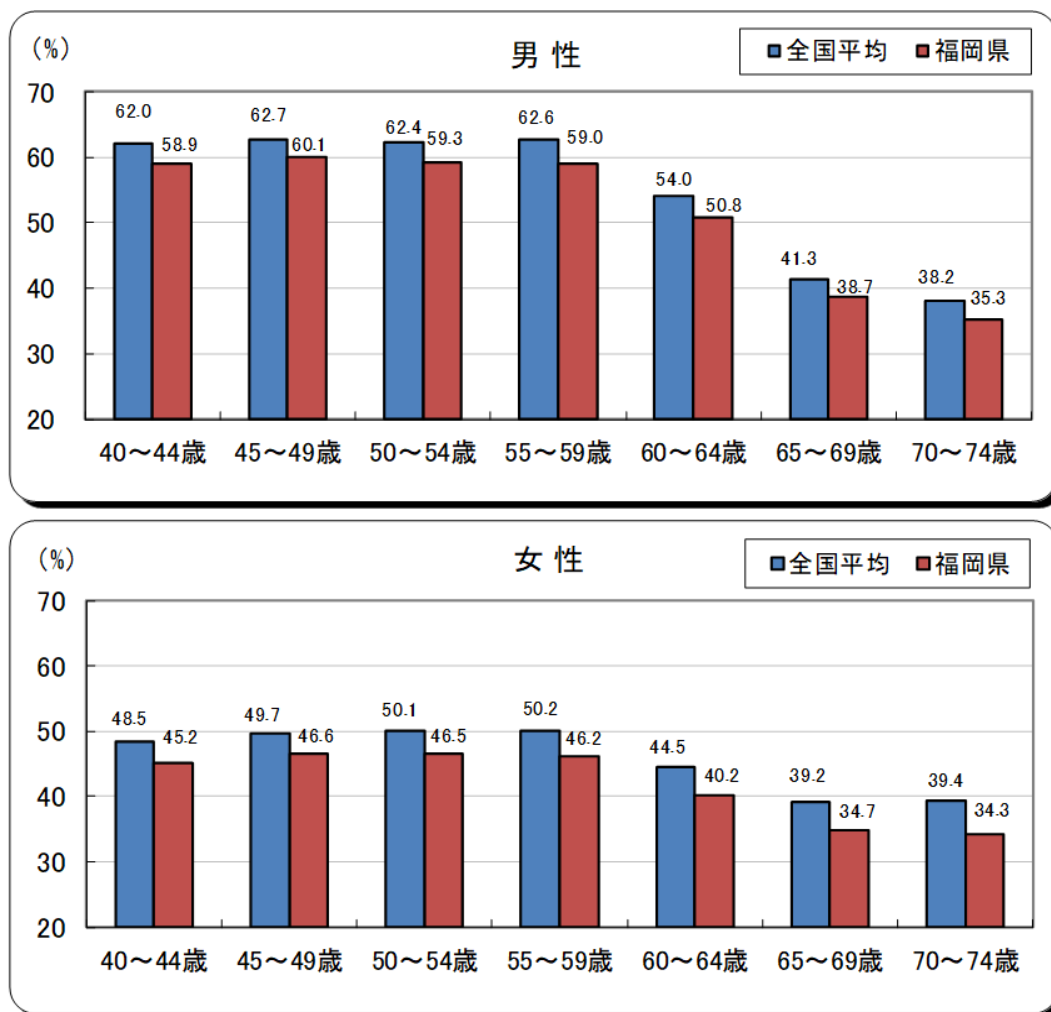
資料：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

²² 特定健康診査：高齢者医療確保法に定められた、40歳以上75歳未満を対象に医療保険者により実施されるメタボリックシンドロームに着目した健康診査をいいます。特定健診と略されることもあります。

²³ 特定保健指導：特定健康診査の結果により、階層化されて実施される保健指導をいいます。

- 本県の 2021（令和 3）年度の年齢別特定健康診査実施率は、男性よりも女性が低い傾向にあります。年齢別では 45 歳～49 歳が最も高く、男性が 60.1%、女性が 46.6% となっています。また、男性、女性ともに全ての年代で全国値より低い実施率となっています。（図表 4 8）

図表 4 8 年齢別特定健康診査実施率（令和 3 年度）

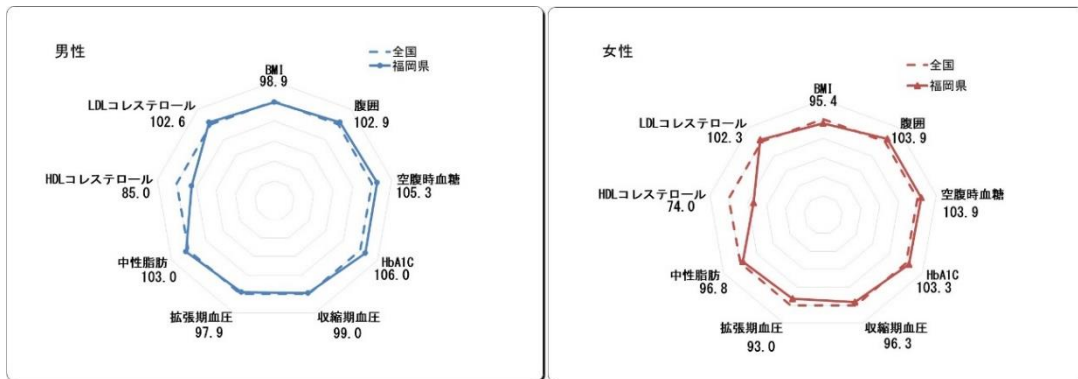


資料：「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」（厚生労働省）

- 本県の2020（令和2）年度の特定健康診査の各検査項目の有所見率（男女別）を、全国平均を100として比較すると、男女ともに腹囲、空腹時血糖、HbA1C²⁴、LDLコレステロールが全国平均を上回っています。また、男性は中性脂肪も全国平均を上回っています。（図表49）

図表49 特定健康診査各項目結果の全国比較(令和2年度)

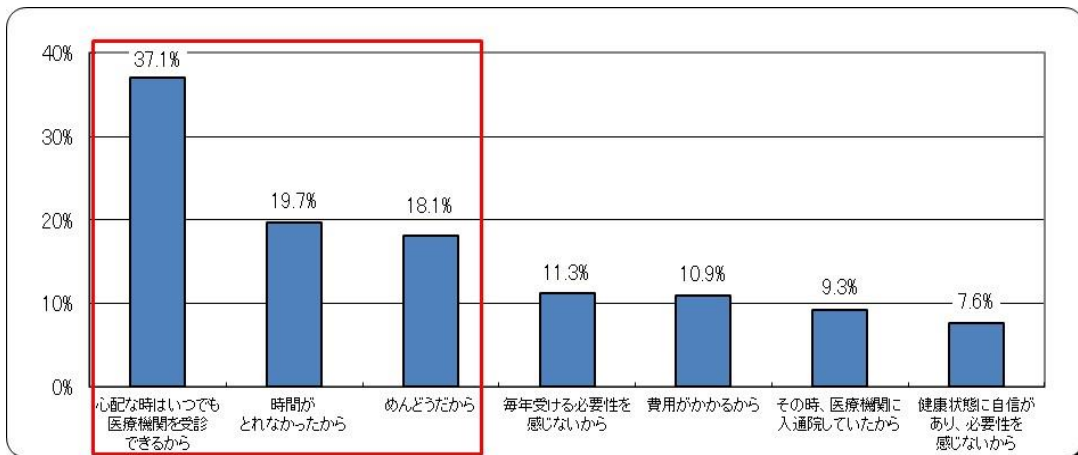
(全国平均を100として比較)



資料：「第8回 NDB オープンデータ都道府県別性年齢階級別分布」（厚生労働省）

- 本県の2022（令和4）年の特定健康診査未受診の理由は、「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」、「時間がとれなかったから」、「めんどうだから」の割合が高くなっています。（図表50）

図表50 特定健康診査未受診理由 (令和4年)

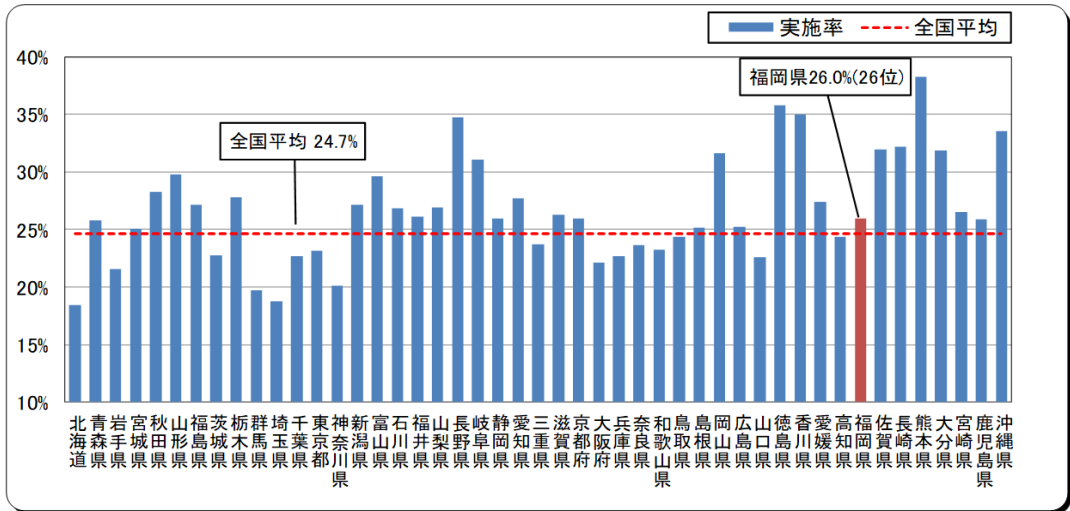


資料：「国民生活基礎調査」（厚生労働省）

²⁴ HbA1C：糖尿病のリスク（血糖コントロール状態）を判別するために重要な指標で、赤血球の中に含まれるヘモグロビンの中でブドウ糖と結合した割合（%）を表したものです。

- 本県の2021（令和3）年度の特定保健指導の実施率は26.0%となっており、全国平均24.7%を上回っています。本県では対象者19万7,113人のうち5万1,191人が受けています。（図表5 1）

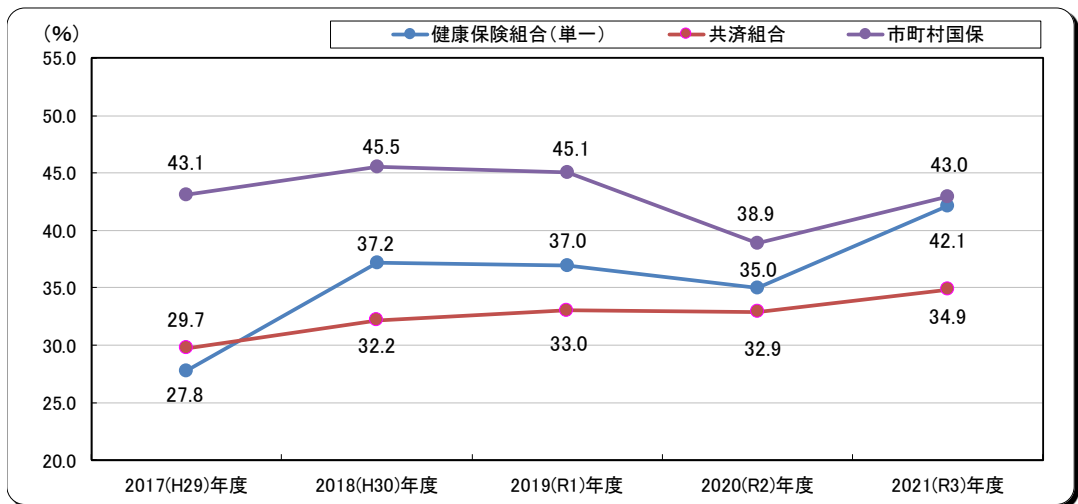
図表 5 1 特定保健指導実施率の全国比較（令和3年度）



資料：「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）

- また、本県の保険者別の特定保健指導の実施率は市町村国保が最も高い実施率で推移しています。（図表5 2）

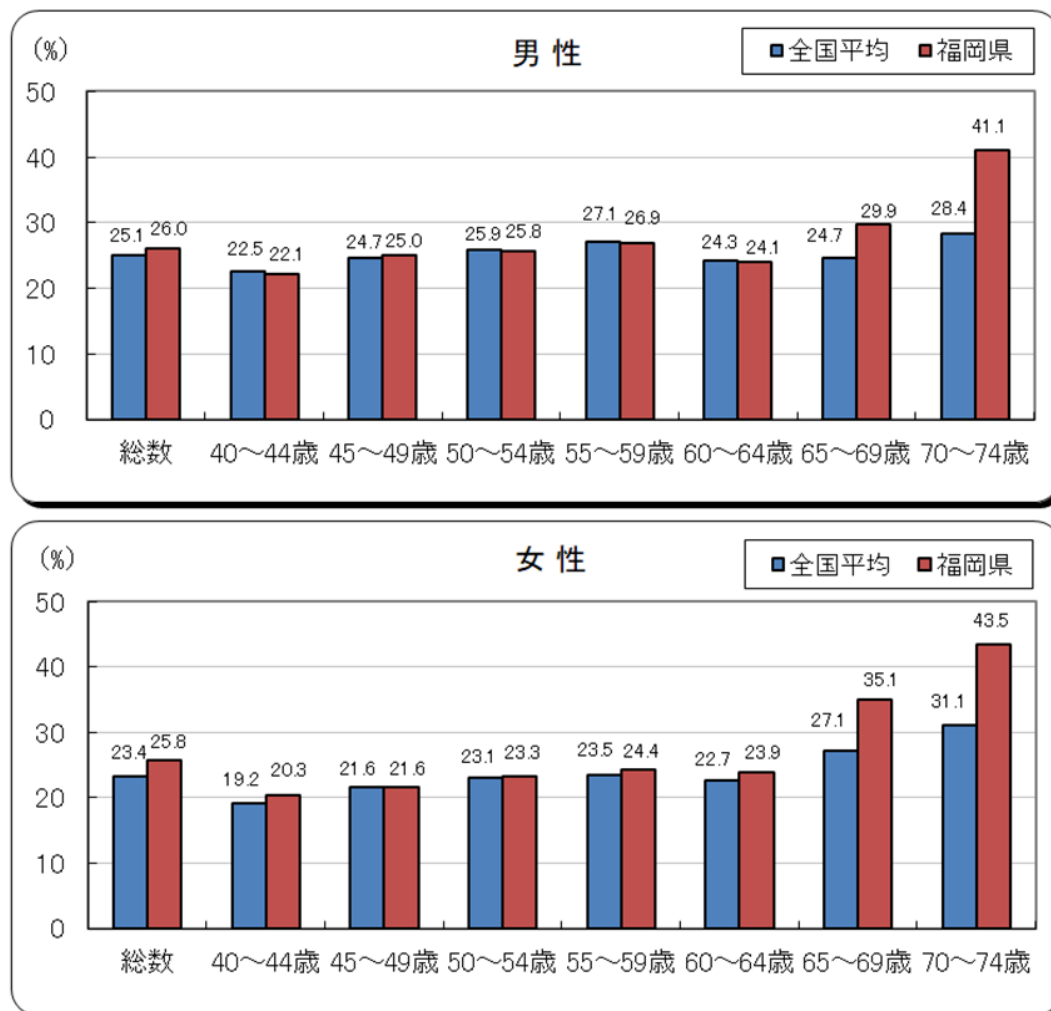
図表 5 2 保険者別特定保健指導実施率



資料：「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）

○ 本県の 2021（令和 3）年度の特定保健指導実施率を年齢階層別に見ると、男女とも 65 歳以上の実施率が高くなっています。（図表 5 3）

図表 5 3 年齢階層別特定保健指導実施率（令和 3 年度）

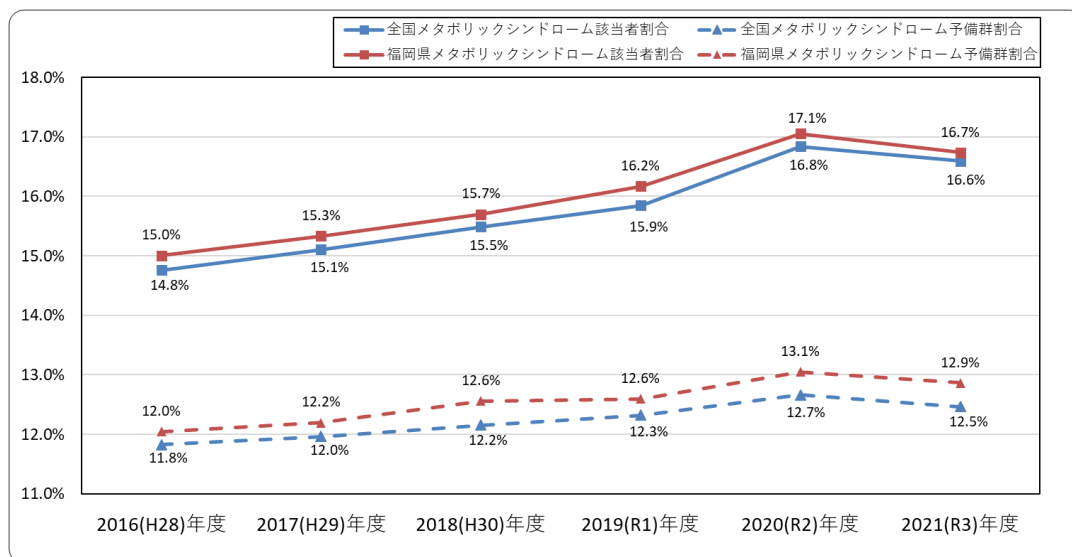


資料：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

イ メタボリックシンドローム²⁵の該当者²⁶及び予備群²⁷の状況

○ 本県の 2021（令和 3）年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、全国値より高い割合でほぼ横ばいに推移しています。（図表 5 4）

図表 5 4 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移



資料：「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」
（厚生労働省）

²⁵ メタボリックシンドローム：内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病による危険因子を複数併せ持っている状態のことです。内臓脂肪症候群ともいいます。これらの因子が重なることにより、心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大するとされています。

²⁶ メタボリックシンドローム該当者：腹囲が男性 85 cm、女性 90 cm 以上で、かつ以下の 3 つの項目のうち 2 項目以上に該当する者をいいます。

²⁷ メタボリックシンドローム予備群：腹囲が該当者と同様以上かつ以下の 3 つの項目のうち 1 項目に該当する者をいいます。

【3つの項目】

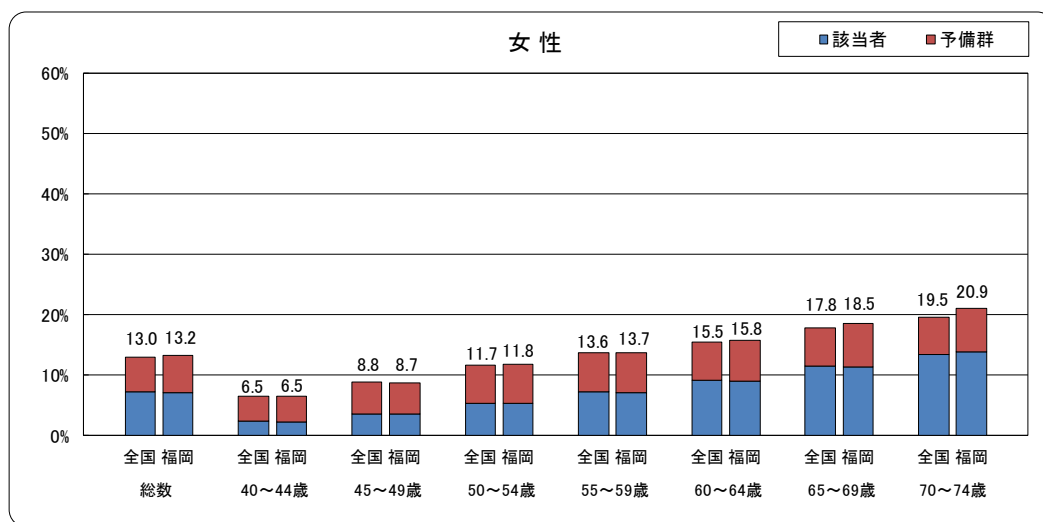
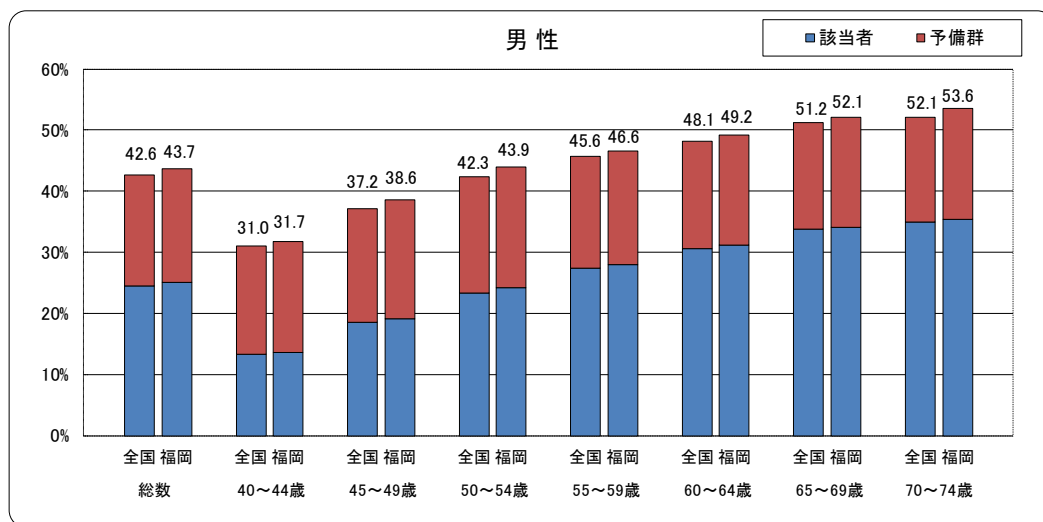
血糖：空腹時血糖 110 mg/dl 以上、またはインスリン注射もしくは血糖を下げる薬服用

血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、または血圧を下げる薬服用

血中脂質：中性脂肪 150 mg以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満、またはコレステロールを下げる薬服用

- 男性では、43.7%で、全国平均42.6%を1.1ポイント上回り、50歳からは約4割以上がメタボリックシンドローム該当者及び予備群となっています。また、女性では13.2%で、全国平均13.0%とほぼ同水準であり、年代が上がるにつれて割合が高くなっています。(図表55)

図表55 年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(令和3年度)

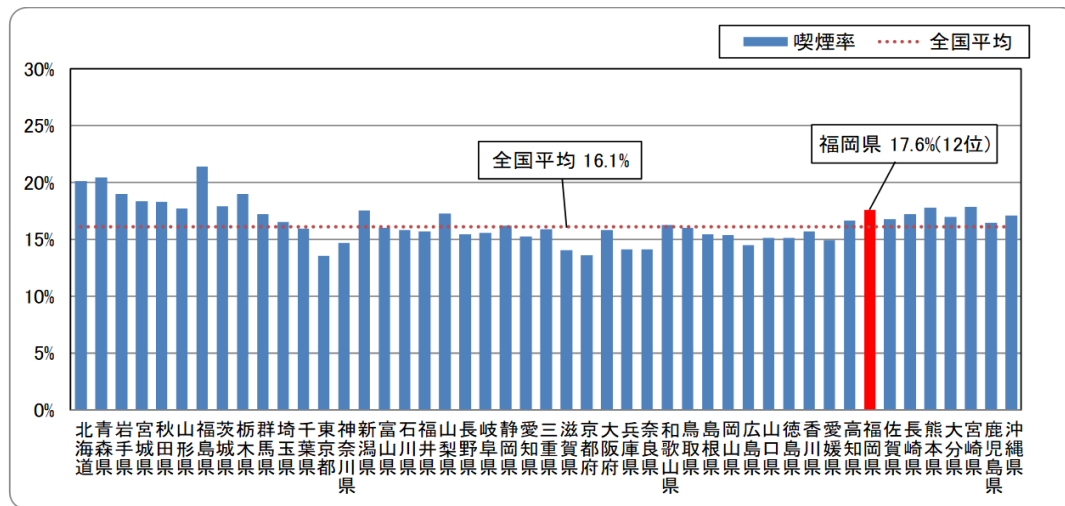


資料：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(厚生労働省)

ウ 喫煙の状況

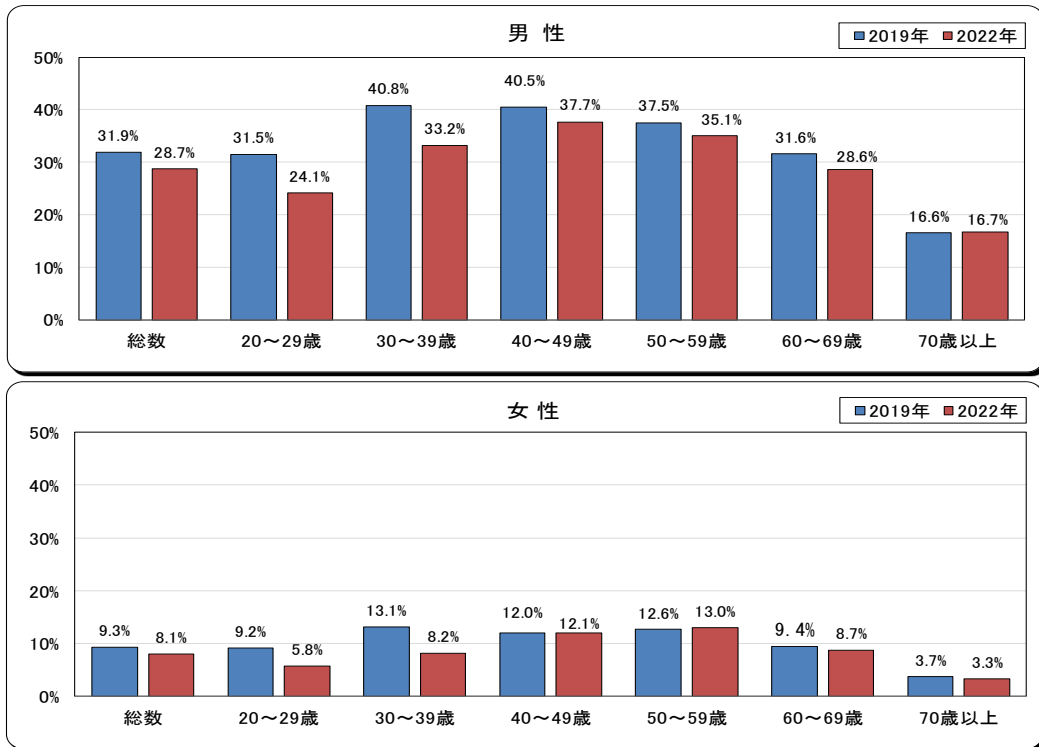
- 国民生活基礎調査によると2022（令和4）年の20歳以上の者の喫煙率は、本県が17.6%で、全国平均16.1%を上回っています。（図表5.6）
- 年齢階層別では、40歳代と50歳代の喫煙率が相対的に高くなっています。また、男女別では、男性は28.7%、女性は8.1%となっており、2019（令和元）年と比較すると男性が3.2ポイント、女性が1.2ポイント減少しています。（図表5.7）

図表5.6 喫煙率の全国比較（令和4年）



資料：「国民生活基礎調査」（厚生労働省）

図表 5 7 年齢階層別の喫煙率

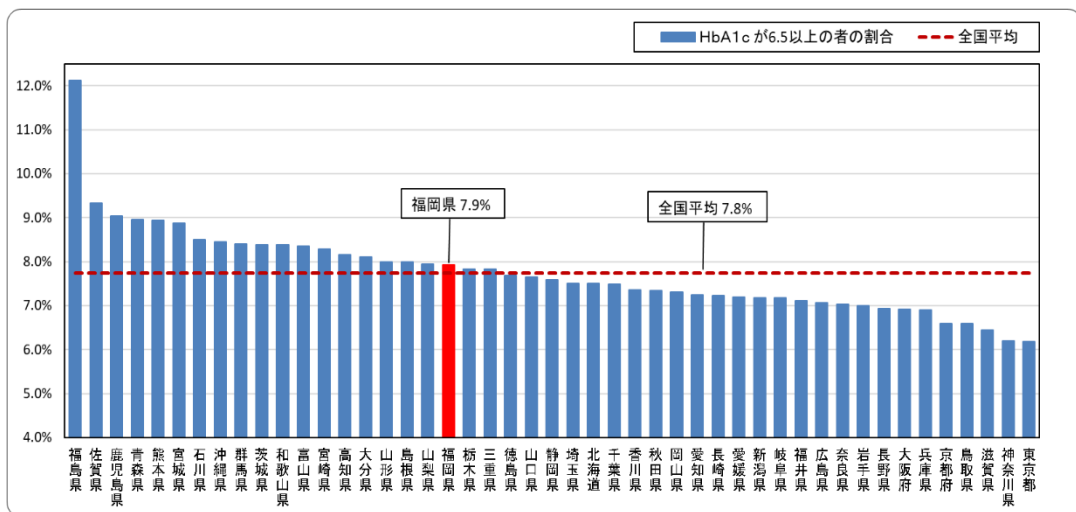


資料：「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

エ 糖尿病の状況

- 本県の 2020 (令和 2) 年特定健康診査受診者のうち、医療機関受診勧奨判定値となる HbA1c6.5 以上の者の割合は 7.9%で、全国平均の 7.8%とほぼ同水準となっています。(図表 5 8)

図表 5 8 HbA1c6.5 以上の割合 (令和 2 年度)

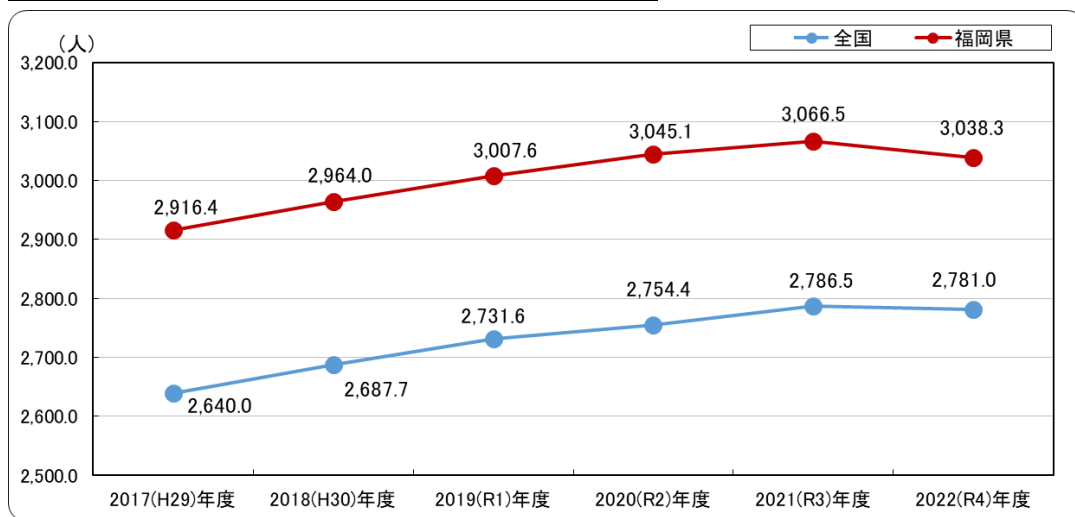


資料：「第 8 回 NDB オープンデータ都道府県別性年齢階級別分布」(厚生労働省)

- 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県の人口 100 万人あたりの透析患者数は増加傾向にあり、全国平均を上回り推移しています。

(図表 5 9)

図表 5 9 人口 100 万人あたりの透析患者数の推移



資料：「わが国の慢性透析療法の概況」（日本透析医学会）

- 本県の 2022（令和 4）年の糖尿病性腎症を原疾患とする新規透析導入患者数は、604 人となっています。（図表 6 0）

図表 6 0 糖尿病性腎症を原疾患とする新規透析導入患者数の全国比較

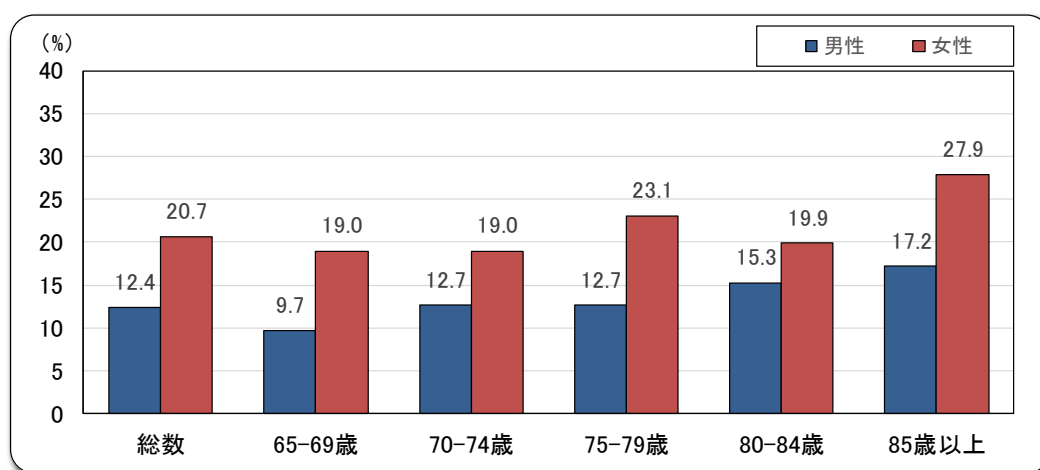
	2020(令和 2)年	2021(令和 3)年	2022(令和 4)年
福岡県	707 人	725 人	604 人
全国	15,690 人	15,271 人	14,330 人

資料：「わが国の慢性透析療法の現況」（日本透析医学会）

オ 高齢者の疾病予防・介護予防の現状

- 高齢になるにつれて、低栄養傾向の者（BMI²⁸ ≤ 20 kg/m²）の割合が増える傾向にあります。（図表 6 1）
- 今後、高齢化の進行に伴い、フレイル、ロコモティブシンドロームの増加が予測されています。また、これらが要因となって転倒に伴う大腿骨頸部骨折などを引き起こすことが想定されるとともに、口腔機能の低下等による誤嚥性肺炎の発症といった疾患の増加が予測されています。

図表 6 1 65 歳以上(性・年齢階級別・全国補正值)の低栄養傾向の者の割合(令和元年)



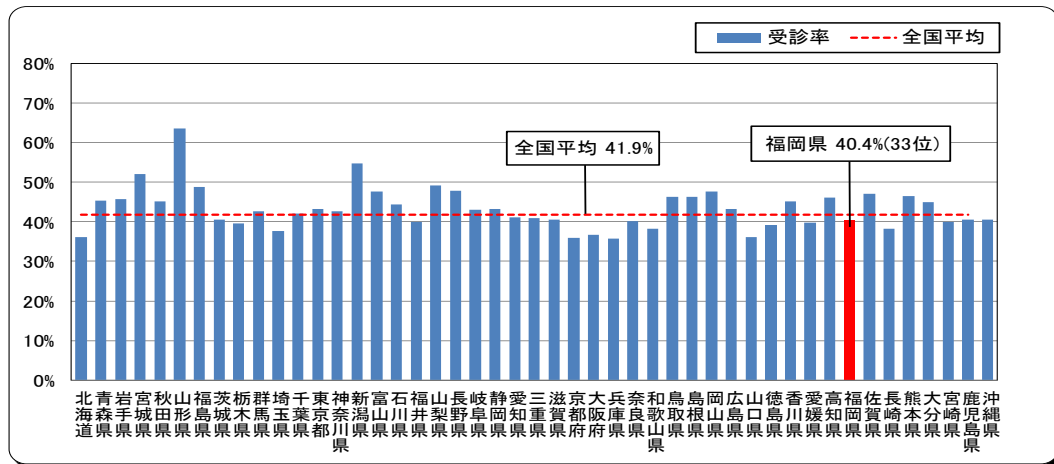
資料：「国民健康・栄養調査（結果概要）」（厚生労働省）

²⁸ BMI：肥満度を表す指標として国際的に用いられている体格指数で、[体重(kg)] ÷ [身長(m)の2乗]で求められます。

カ がん検診の状況

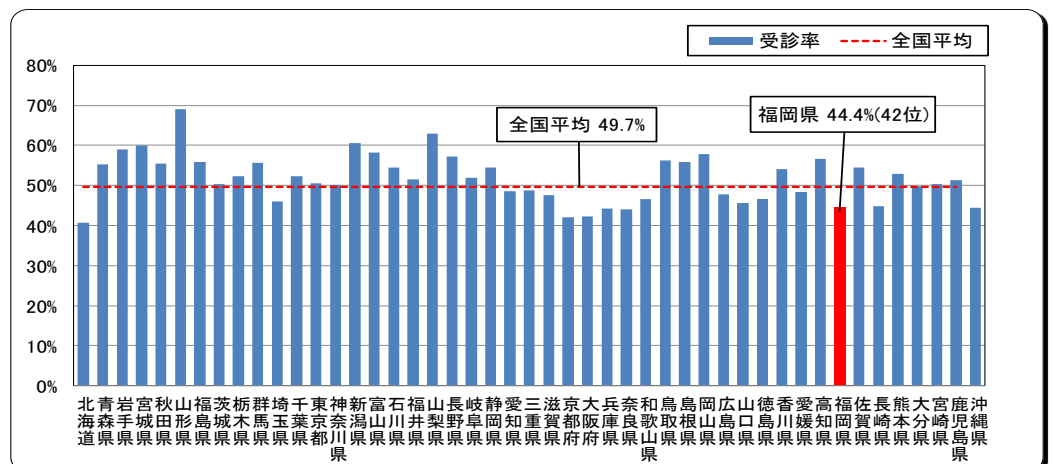
- 本県の2022(令和4)年のがん検診受診率は、胃がんの40.4%から乳がんの44.7%まで部位によって差があり、また、全国平均との比較では、いずれの部位も低い傾向にあります。(図表6 2)(図表6 3)(図表6 4)(図表6 5)(図表6 6)

図表6 2 がん検診受診率(胃がん)の全国比較(令和4年)



資料：「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

図表6 3 がん検診受診率(肺がん)の全国比較(令和4年)



資料：「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

キ 予防接種の状況

- 国の「麻しんに関する特定感染症予防指針」、「風しんに関する特定感染症予防指針」において、麻しん風しんの定期予防接種については、対象者の接種率を第1期²⁹・第2期³⁰それぞれで95%以上にすることが目標とされています。
- 直近の本県の接種率は、2019（令和元）年度及び2021（令和3）年度で、第1期・第2期ともに95%を下回っています。（図表67）

図表67 麻しん風しん予防接種率

	2019(R1)年度		2020(R2)年度		2021(R3)年度	
	第1期	第2期	第1期	第2期	第1期	第2期
福岡県	94.6%	94.9%	98.1%	95.1%	94.2%	94.6%
全 国	95.4%	94.1%	98.5%	94.7%	93.5%	93.8%

資料：「麻しん風しん予防接種の実施状況」（厚生労働省）

ク 歯科保健の状況

- 本県の2022（令和4）年の80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合^{*}は、45.5%となっており、全国平均51.6%を下回っています。（図表68）

図表68 80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合

	2022(R4)年度
福岡県	45.5%
全 国	51.6%

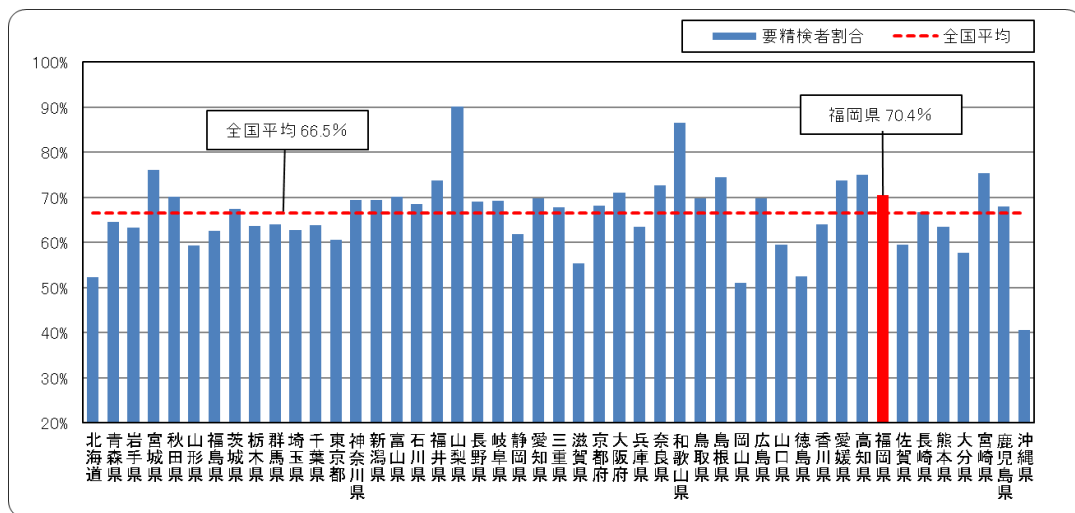
資料：「歯科疾患実態調査」（厚生労働省）※75歳以上85歳未満の数値から推計

²⁹ 第1期：生後12月から生後24月に至るまでの者を対象とした麻しん風しんの定期予防接種。

³⁰ 第2期：小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの5歳以上7歳未満の者を対象とした麻しん風しんの定期予防接種。

○ 本県の2021（令和3）年度の歯周疾患検診の要精検者の割合は70.4%となっており、全国平均66.5%を上回っています。（図表6-9）

図表6-9 歯周疾患検診の要精検者の割合



資料：「地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）

(6) 医療の効率的な提供を巡る状況

ア 後発医薬品の使用状況

- 国の「経済財政運営と改革の基本方針 2021（以下「骨太方針 2021」という。）」において、「後発医薬品の数量シェアを 2023（令和 5）年度末までに全ての都道府県で 80%以上とする」という目標が設定されています。
- 入院外（調剤含む。以下同じ。）における後発医薬品の普及率（数量ベース）は、本県が 2021（令和 3）年度に 77.6%となっており、全国平均の 76.0%を上回っています。（図表 7 0）

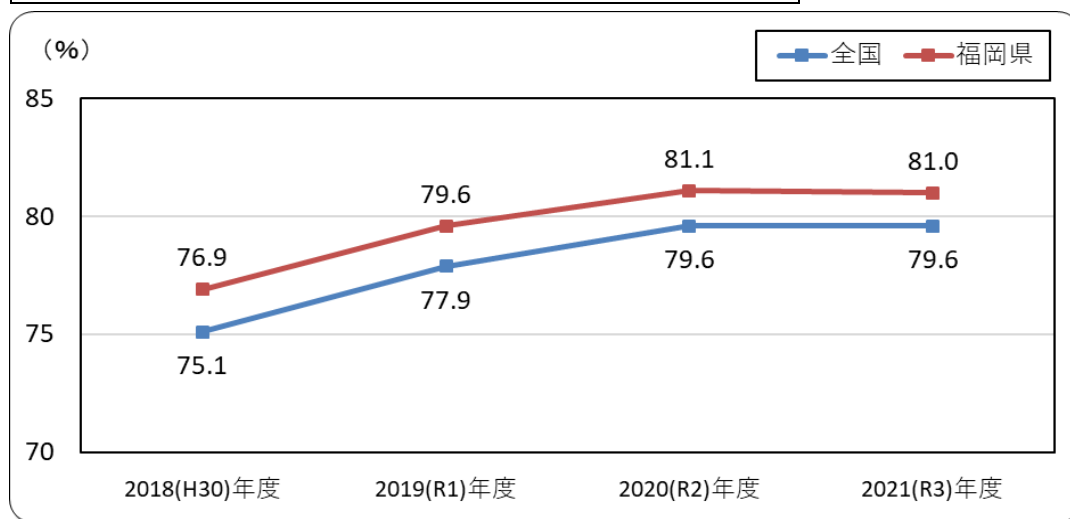
図表 7 0 後発医薬品の普及率（入院外）の状況

	2021 (R3) 年度
福岡県	77.6%
全 国	76.0%

資料：「医療費適正化計画推計ツール」（厚生労働省）

- 後発医薬品全体（入院、入院外、歯科）の普及率（数量ベース）では、本県が 2021（令和 3）年度に 81.0%となっており、2018（平成 30）年度の 76.9%から、4.1 ポイント上昇しています。（図表 7 1）

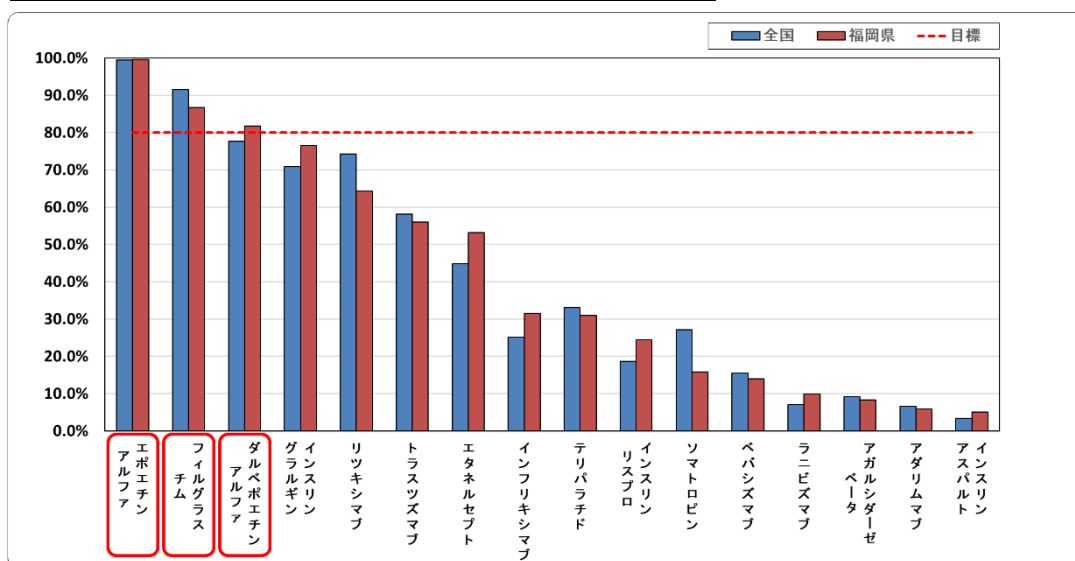
図表 7 1 後発医薬品の普及率（入院、入院外、歯科）の推移



資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDB データ）」（厚生労働省）

- バイオ後続品は、先発バイオ医薬品³¹とほぼ同じ有効性及び安全性を有し、安価であり、2021（令和3）年度時点で16成分が保険収載されています。国において、「2029（令和11）年度末までに、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上にする」という目標が設定されました。
- 本県の2021（令和3）年度のバイオ後続品（入院外）の状況は、80%以上の普及率を達成した成分数が16成分中3成分（全体の成分数の18.8%）となっています。（図表72）

図表72 成分別バイオ後続品の普及率（令和3年度）



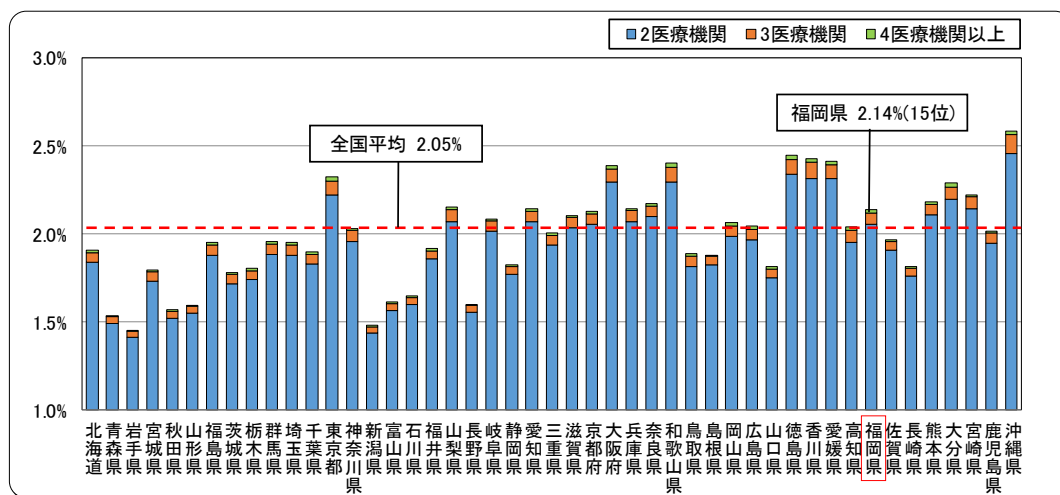
資料：「医療費適正化計画推計ツール」（厚生労働省）

³¹ バイオ医薬品：遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造される医薬品。

イ 医薬品の適正使用

- 本県で 2021（令和 3）年度に複数の医療機関から同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者数の割合は 2.14%となっており、全国平均 2.05%を上回っています。（図表 7 3）
- 医療機関数別に見ると、2 医療機関から投与された患者数の割合は 2.05%（4 万 5,677 人）、3 医療機関から投与された患者数の割合は 0.07%（1,474 人）、4 医療機関以上から投与された患者数の割合は 0.02%（391 人）となっています。

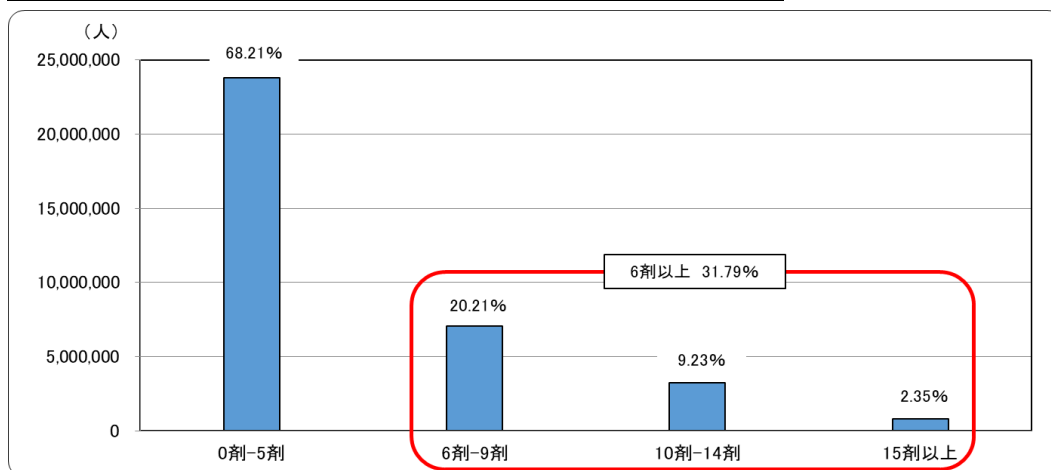
図表 7 3 同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合（令和 3 年度）



資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDB データ）」（厚生労働省）

- 国の「高齢者の医薬品適正使用の指針³²」において、薬物有害事象は、薬剤数にほぼ比例して増加し、6剤以上が特に薬物有害事象の発生増加に関連があるとされています。
- 本県で2021（令和3）年度に6剤以上の薬剤を投与された65歳以上の患者の割合は、延べ31.79%（1,108万9,432人）となっております。（図表74）

図表74 薬剤種類数別の65歳以上の患者数（令和3年度）



資料：「医療費適正化計画関係データセット（NDB データ）」（厚生労働省）

³² 高齢者の医薬品適正使用の指針：高齢者の薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンスとして、診療や処方の際の参考情報を提供することを意図し、国において作成された指針。

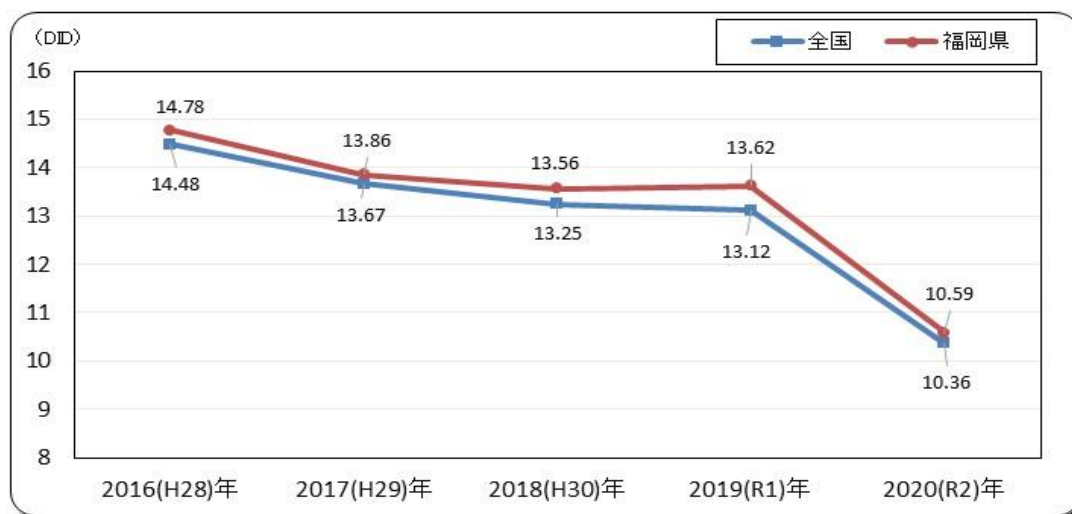
ウ 医療資源の効率・効果的な活用

- 本県の抗菌剤の DID³³は、2020（令和 2）年に 10.59 となっており、2016（平成 28）年度の 14.78 から減少しているものの、全国平均を上回って推移しています。

（図表 7 5）

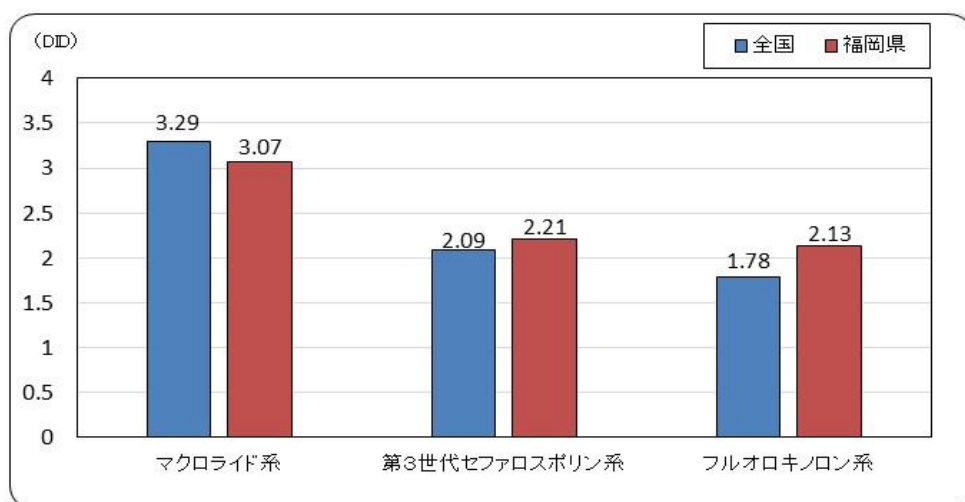
- また、2020（令和 2）年の主な抗菌剤の DID は、マクロライド系が 3.07 と全国値を下回っている一方、第 3 世代セファロスポリン系とフルオロキノロン系がそれぞれ 2.21、2.13 と全国平均を上回っています。（図表 7 6）

図表 7 5 全抗菌剤の使用量の推移 (DID)



資料：薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム

図表 7 6 主な抗菌剤の使用量 (DID) (令和 2 年)

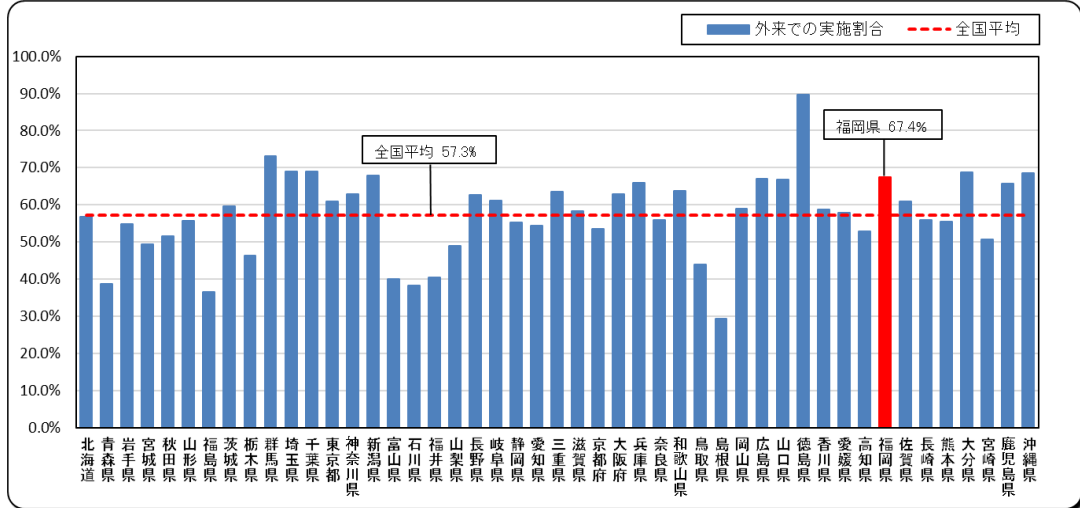


資料：薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム

³³ DID：人口 1,000 人当たりの 1 日使用量のことです。

- 本県の2021（令和3）年度の白内障手術の外来での実施割合は67.4%で、全国平均の57.3%を上回っています。（図表77）

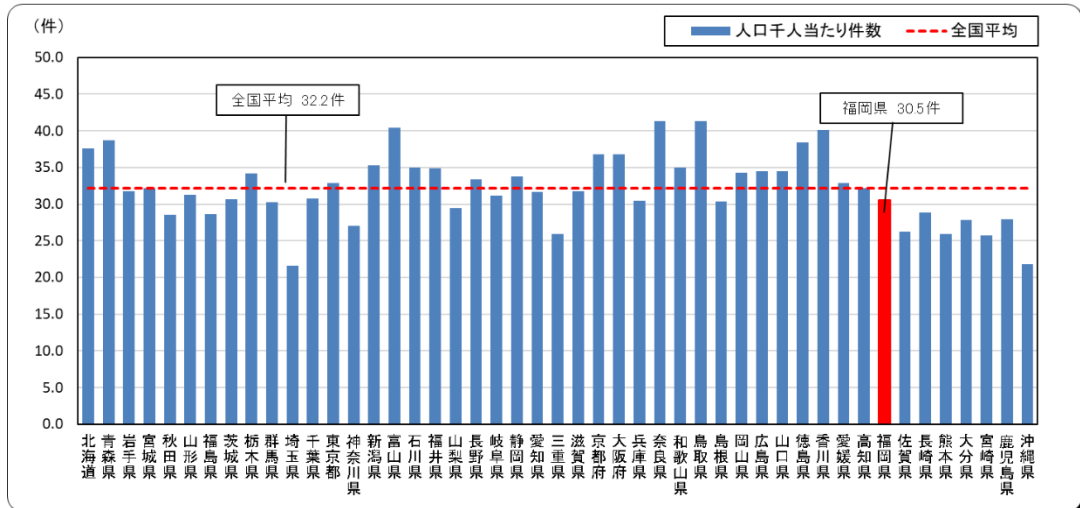
図表77 白内障手術の外来での実施割合全国比較（令和3年度）



資料：「第4期医療費適正化計画レポート」（厚生労働省）

- 本県の2021（令和3）年度のがんの外来化学療法の人千人口あたり件数は30.5件で、全国平均の32.2件を下回っています。（図表78）

図表78 がんの外来化学療法件数（人口千人あたり件数）の全国比較（令和3年度）

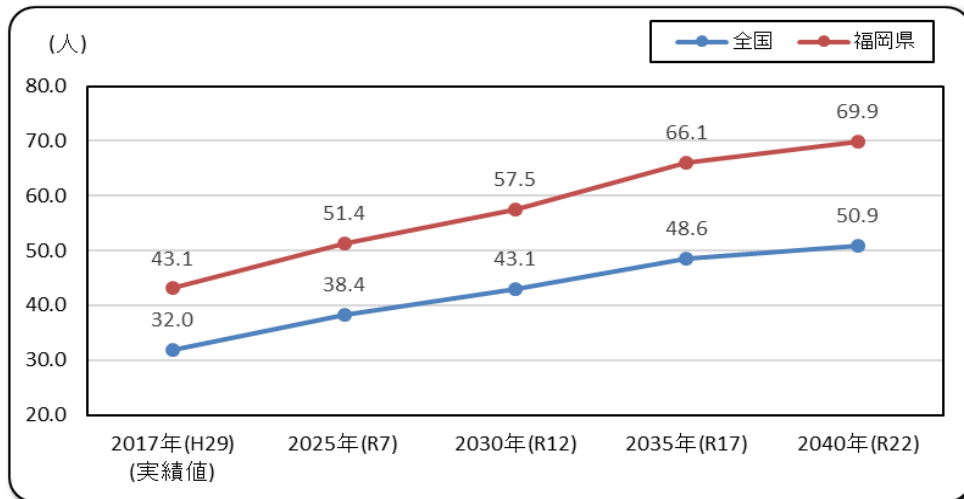


資料：「第4期医療費適正化計画レポート」（厚生労働省）

エ 医療・介護の連携によるサービス提供

- 本県の大腿骨骨折の入院受療率は、2017（平成 29）年に 43.1 人となっており、全国平均の 32.0 人を上回っています。
- また、2040（令和 22）年の推計では本県が 69.9 人となり、増加する見込みです。（図表 7 9）

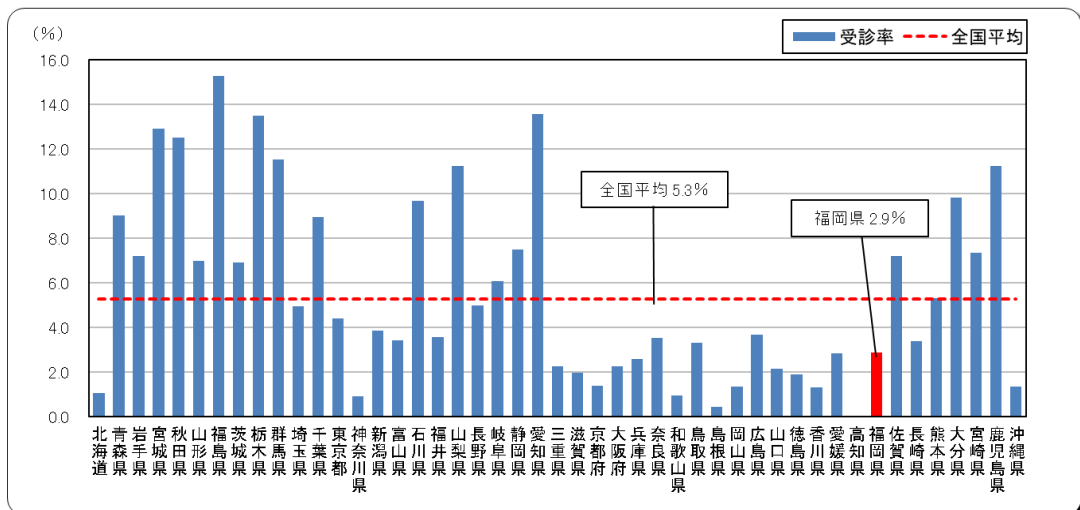
図表 7 9 大腿骨骨折の入院受療率の推計



資料：「患者調査」（厚生労働省）、「人口推計」（総務省）、「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）

- 本県の 2021（令和 3）年度の骨粗鬆症検診受診率は 2.9%で、全国平均の 5.3%を下回っています。（図表 8 0）

図表 8 0 骨粗鬆症検診受診率の全国比較（令和 3 年度）

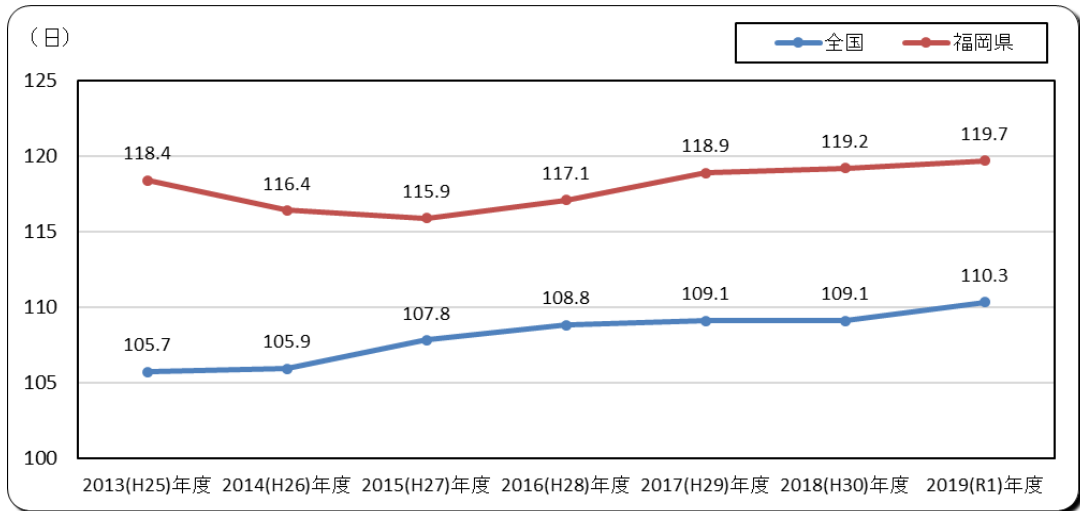


資料：「地域保健・健康増進事業報告（令和 3 年度）」（厚生労働省）、
「国勢調査（令和 2 年度）」（総務省）

オ 精神障がいのある人の状況

- 本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、2019（令和元）年度で119.7日となっており、全国平均110.3日よりも多くなっています。また、2013（平成25）年度の118.4日から、ほぼ横ばいで推移しています。（図表8-1）

図表8-1 平均在院日数の推移



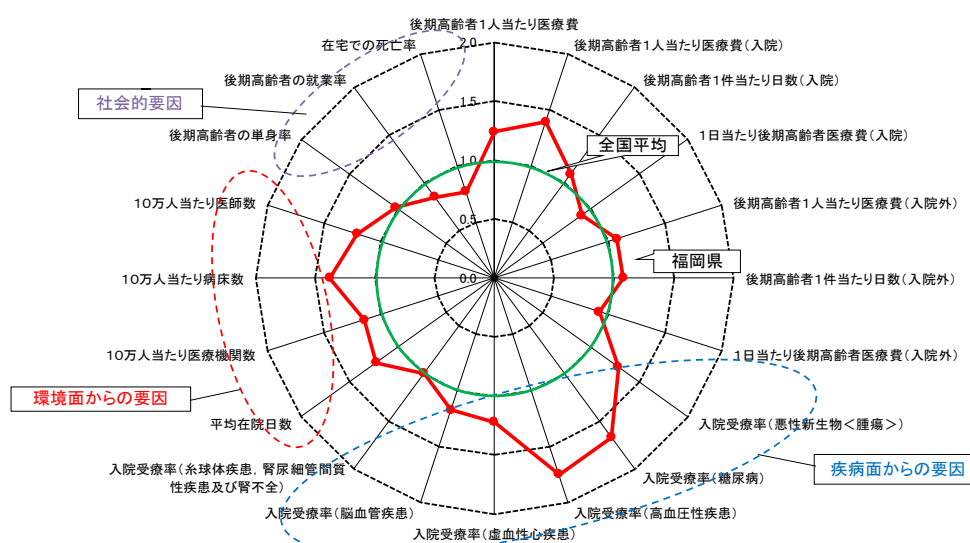
資料：「精神保健福祉資料」（厚生労働省）

2.2 課題

2.2.1 本県の特徴

- 本県は、県民1人当たりの医療費（2021（令和3）年度 39万8,800円、全国第13位）が高く、中でも1人当たり後期高齢者医療費（2021（令和3）年度 117万3,102円、全国第1位）は全国平均（94万512円）を大きく上回っています。
- 1人当たり後期高齢者医療費の診療種別の内訳をみると、入院医療費、入院外医療費、歯科医療費ともに全国平均を上回っており、特に入院医療費が大幅に上回っていることが本県の後期高齢者医療費を押し上げています。
- 後期高齢者の入院医療費と相関関係を示している人口あたり病床数や平均在院日数についても、全国平均と比較して高く、高血圧性疾患などの生活習慣病に分類される疾病の受療率も全国平均を上回っています。また、生活習慣病に分類される疾病が死因別の割合で上位を占めています。
- このように、本県の場合、循環器系の疾患など入院が長期化する傾向にある疾病で医療機関にかかる割合が高いなどの疾病面からの要因や医療機関数、病床数、医師数等の医療提供体制が他の都道府県と比較して充実しており、また、医療機関へのアクセスも良好なため、医療を受けやすいという環境面からの要因があることに加え、後期高齢者の一人暮らしが多く、就業率は低いなどの社会的要因などが複合的に結びついた結果として、1人当たり後期高齢者医療費が全国第1位になっていると考えられます。

福岡県の後期高齢者医療費の地域特性（全国平均（1.0）との比較）



資料：厚生労働省統計資料より作成

2.2.2 重点的に取り組む課題

- 医療費適正化計画に関する制度が創設された2006（平成18）年以降も、我が国は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025（令和7）年には、1947～49年生まれの団塊の世代が全て75歳以上となります。
- 高齢化の進行に対応するため、県民の生活の質を確保・向上させながら、医療費の伸び率を中長期的に抑制していく必要があります。本県の地域特性を踏まえ、生活習慣病の予防対策の働きかけなどの県民の健康の保持の推進や地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携並びに後発医薬品の使用促進などの医療の効率的な提供の推進などについて、県は総合的な調整機能を発揮していきます。

(1) 県民の健康の保持の推進

- 県民自ら意識して健康づくりを行うことが必要であるため、県、市町村、医療保険者等による特定健康診査の実施率の向上に取り組むとともに、県民に対する生活習慣病の予防のための働きかけについて、充実・強化を図ることが重要です。
- 糖尿病等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する 경우가多く、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。
- 糖尿病等の生活習慣病は、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及び予備群が、運動習慣やバランスのとれた食生活の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、発症や重症化のリスクの低減を図ることが可能であり、このことは、将来的な医療費の適正化につながることであります。
- 生活習慣病に罹患した後は、重症化や合併症の発症を抑えるため、県、市町村、医療保険者、医療関係者等が連携し、より効果的かつ効率的に取組を推進することが重要です。
- 疾病予防という公衆衛生の観点及び県民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要です。
- がん検診の有効性を理解してもらうための普及啓発や未受診者対策を一層推進し、がん予防に取り組んでいくことが必要です。
- 更に、がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要です。
- 日本はトップクラスの長寿国ですが、高齢者が心身ともに健康な状態で、地域でいきいきと活躍するには、高齢者の健康の維持・向上に取り組むことが必要です。
- 医療と介護の連携の推進や高齢者医療確保法第125条第3項の規定に基づく高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施など、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を組み合わせることも重要です。

- 歯科口腔保健の推進は、保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育など多方面の分野に関係することから、医療分野、保健分野、社会福祉分野等の関係者や団体と協力し、市町村、事業者及び医療保険者が効果的に歯科口腔保健に取り組めるよう支援することが必要です。

(2) 医療の効率的な提供の推進

- 今後、急速な少子高齢化の進行が見込まれる中であっては、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられるよう、2017（平成 29）年 3 月に策定した「福岡県地域医療構想」に基づき、それぞれの地域の実情に応じて病床機能の分化及び連携を推進し、効率的で質の高い医療提供体制を構築することが必要です。また、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援といったサービスを切れ目なく一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進に取り組んでいく必要があります。このような取組により、県民の生活の質を確保しながら、医療費の適正化を図ることが重要です。
- 後発医薬品は、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。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することになります。このため、後発医薬品の使用促進については、第 3 期計画における取組を踏まえ、充実・強化を図ることが重要です。
- また、バイオ後続品についても、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性、安全性を有しており、安価であるため、その普及を促進する必要があります。
- このほか、特に高齢者においては、多くの種類の薬を併用することで、様々な薬物有害事象のリスクが増加するとされることから、患者にとって安全かつ効率的な服用に資するため医薬品の適正使用を図る必要があります。

なお、複数種類の医薬品の投与についての適否については一概には判断できないことから、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した取組は適当ではないことに留意が必要です。
- 抗菌薬処方などの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白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの医療資源の投入量に地域差があることが指摘されている医療については、県や関係者が地域の実情を把握・検討し、適正化に向けた必要な取組を進めることが重要です。
- 今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折については、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要です。

第3章

達成すべき施策目標

3. 1 県民の健康の保持の推進に関するもの

3. 2 医療の効率的な提供の推進に関するもの

第3章 達成すべき施策目標

- 達成すべき施策目標は、県民の生活の質の維持・向上を図りつつ、県民医療費の伸びの適正化につながるものとし、第3期計画と同様、「県民の健康の保持の推進に関するもの」と「医療の効率的な提供の推進に関するもの」の二つの柱ごとに設定します。

3.1 県民の健康の保持の推進に関するもの

- 県民の健康の保持の推進のため、生活習慣病対策として医療保険者に義務付けられている、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施及びその結果としてのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に関する目標を定めます。
- がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要であるため、たばこ対策（20歳以上の者の喫煙率）に関する目標を定めるとともに、本県の死因の第1位であるがんを早期に発見するためのがん検診の受診率に関する目標も定めます。
- 生活習慣病等の症状の進展、合併症の発症等の重症化予防のためには、県、市町村、医療保険者及び医療関係者等が連携を図り、関係者が一体となって取組を行うことが重要です。特に、糖尿病は、心血管疾患のリスクを高め、重症化すると網膜症や腎症等の合併症を併発するなど生活の質の低下につながることから、重症化予防が重要であるため、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数に関する目標を定めます。
- 予防接種について、疾病予防という公衆衛生の観点及び県民の健康の保持の観点から、予防接種の対象者が適切に接種を受けることが重要であるため、その普及啓発等に取り組みます。
- 高齢者に対する疾病予防・介護予防については、低栄養を主因とした体重や筋肉量の減少や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルなどに着目して高齢者の保健事業と介護予防を実施することや、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することが重要です。このため、関係団体との連携を図り、後期高齢者医療広域連合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の推進に取り組みます。
- 歯科口腔保健について、歯科疾患の発症予防・重症化予防のために、健康診断、健

康相談、保健指導等を受けることが重要です。歯と口の健康づくりにより歯の喪失を予防し、健康寿命の延伸を図るため、歯科健診の受診率に関する目標を定めます。

- これらの目標は「健康増進計画」、「がん対策推進計画」及び「歯科口腔保健推進計画」と整合が図られたものとなっています。

3.1.1 特定健康診査の実施率

目 標	70%以上	2029（令和 11）年度において 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とする。
-----	-------	--

（特定健康診査の実施率の算定式）

$$\text{実施率} = \frac{\begin{array}{l} 2029（令和 11）年度中に実施した特定健康診査の受診者数 \\ \text{（他者が実施した健診等でそのデータを保管しているものも含む。）} \end{array}}{2029（令和 11）年度末における 40\sim 74 \text{ 歳の被保険者数及び被扶養者数}}$$

- 目標は、第四期特定健康診査等実施計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）における全国目標である、2029（令和 11）年度における実施率を 70%以上*とすることを踏まえて設定しています。

※国は全体の実施率の目標を 70%以上としたうえで、「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」（厚生労働省告示。以下「基本指針」という。）により、次のように定めています。

健康保険組合 90%以上（単一）・85%以上（総合）、共済組合 90%以上、全国健康保険協会 70%以上、国保組合 70%以上、市町村国保 60%以上

3.1.2 特定保健指導の実施率

目 標	45%以上	2029（令和 11）年度において当該年度における特定保健指導対象者の 45%以上が特定保健指導を受けることとする。
-----	-------	--

（特定保健指導の実施率の算定式）

$$\text{実施率} = \frac{\begin{array}{l} 2029（令和 11）年度の動機付け支援終了者数 \\ + 2029（令和 11）年度の積極的支援終了者数 \end{array}}{2029（令和 11）年度の特定健康診査受診者のうち、動機付け支援の対象とされた者の数 + 積極的支援の対象とされた者の数}}$$

- 目標は、特定健康診査等実施計画における全国目標である、2029（令和 11）年度

における実施率を 45%以上*とすることを踏まえて設定しています。

※国は全体の実施率の目標を 45%以上としたうえで、基本指針により、次のように定めています。

健康保険組合 60%以上（単一）・30%以上（総合）、共済組合 60%以上、全国健康保険協会 35%以上、国保組合 30%以上、市町村国保 60%以上

3.1.3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率)

目 標	25%以上	2008（平成 20）年度と比べた、2029（令和 11）年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう。）を 25%以上とする。
-----	-------	--

(メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の算定式)

2008（平成 20）年度の特定健康 2029（令和 11）年度の特定健康
診査データにおける特定保健指導 診査データにおける特定保健指導
対象者の推定数³⁴ 対象者の推定数³⁵

$$\text{減少率} = \frac{\text{2008（平成 20）年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数} - \text{2029（令和 11）年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数}}{\text{2008（平成 20）年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数}}$$

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の定義については、第 4 期計画においては、国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）」に基づき、特定保健指導対象者の減少率とします。

3.1.4 たばこ対策（20 歳以上の者の喫煙率）

目 標	12%以下	2034（令和 16）年度の 20 歳以上の者の喫煙率を 12%以下とする。
-----	-------	--

- 目標は、健康増進計画に定められた 20 歳以上の者の喫煙率（喫煙をやめたい人がやめたと想定して算出された喫煙率）の目標との整合性を考慮して設定しています。

³⁴ 2008（平成 20）年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数：2008（平成 20）年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、2008（平成 20）年 3 月 31 日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数。

³⁵ 令和 11（2029）年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数：令和 11（2029）年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、2008（平成 20）年 3 月 31 日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数。

3.1.5 予防接種の促進

- 予防接種について、県は、予防接種の対象者が適切に接種を受けることができるよう、国、市町村及び関係団体と連携して普及啓発等に取り組んでいきます。

3.1.6 生活習慣病等の重症化予防の推進

(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)

目 標	570 人以下	2034 (令和 16) 年の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を 570 人以下とする。
-----	---------	--

- 目標は、健康増進計画に定められた糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の目標との整合性を考慮して設定しています。

3.1.7 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

- 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防について、県は、関係団体との連携を図り、後期高齢者医療広域連合と市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を支援します。

3.1.8 がん検診の受診率

目 標	60%以上	2029 (令和 11) 年度のがん検診の受診率を 60% 以上とする。
-----	-------	--------------------------------------

- 目標は、がん対策推進計画に定められたがん（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）検診受診率の目標との整合性を考慮して設定しています。
- 健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、一定年齢以上の人を対象としていますが、受診率の算定に当たっては、がん対策推進計画との整合性を考慮し、40 歳から 69 歳まで（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳まで）を対象とします。

3.1.9 歯科健診（受診を含む）の受診率

目 標	70%以上	2029 (令和 11) 年度の過去 1 年間の歯科健診（受診を含む）の受診率を 70%以上とする。
-----	-------	--

- 目標は、歯科口腔保健推進計画に定められた過去 1 年間に歯科健診（受診を含む）を受診した者の割合の目標との整合性を考慮して設定しています。

3.2 医療の効率的な提供の推進に関するもの

- 効率的で質の高い医療提供体制を実現するため、「福岡県地域医療構想」に基づく病床機能の分化及び連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進を図ります。
- 患者負担の軽減や医療保険財政改善の観点から、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する目標を定めるとともに、医薬品の適正使用を推進します。
- 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、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けた取組を推進します。
- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者に対応するため、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に取り組みます。
- 今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折について、地域の実態等を確認した上で、骨折対策のための取組を推進します。
- 第3期計画に引き続き精神障がいのある人の地域移行の推進に関する目標を定めます。この目標は、「医療計画」、「福岡県障がい者福祉計画³⁶」（以下「障がい者福祉計画」という。）と整合が図られたものとなっています。

3.2.1 後発医薬品及びバイオ後続品の普及率

(1) 後発医薬品の普及率（数量ベース）

主目標	80%以上	後発医薬品が安定供給されていることを前提として、国の医療費適正化基本方針に即して、2029（令和11）年度の後発医薬品の数量ベースの普及率を80%以上とする。
-----	-------	---

（後発医薬品の数量ベース普及率の算定式）

$$\text{普及率} = \frac{\text{後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量} + \text{後発医薬品の数量}}$$

³⁶ 障がい者福祉計画：障害者基本法第11条第2項に規定する都道府県障害者計画をいいます。

(2) バイオ後続品の普及率

副次目標	60%以上	2029（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全体の成分数の60%以上とする。
------	-------	--

（バイオ後続品に置き換わった割合の算定式）

$$\text{バイオ後続品に置き換わった割合} = \frac{\text{数量ベースで80\%以上バイオ後続品に置き換わった成分数}}{\text{バイオ後続品の成分数}}$$

(3) 後発医薬品の普及率（金額ベース）

副次目標	65%以上	2029（令和11）年度の後発医薬品の金額ベースの普及率を65%以上とする。
------	-------	--

（後発医薬品の金額ベース普及率の算定式）

$$\text{普及率} = \frac{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品の金額（薬価ベース）} + \text{後発医薬品の金額（薬価ベース）}}$$

- 後発医薬品及びバイオ後続品の普及率についての目標は、国において、2029（令和11）年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で80%以上とする主目標並びにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とする副次目標及び後発医薬品の金額シェアを65%以上とする副次目標が設定されたことを踏まえ設定しています。

3.2.2 医薬品の適正使用の推進

- 医薬品の適正使用について、県は、市町村及び関係団体と連携し、重複投薬の是正や複数種類の医薬品の投与の適正化に取り組んでいきます。

3.2.3 医療資源の効果的かつ効率的な活用の推進

- 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、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域の実情を把握し、必要な取組を進めていきます。

3.2.4 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

- (1) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援等
- 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供について、県は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援、広域調整等に取り組みます。
- (2) 高齢者の大腿骨骨折等の対策
- 高齢者の大腿骨骨折等の対策について、県は、市町村及び関係団体と連携し、骨粗鬆症の早期発見や二次性骨折の予防等に取り組みます。

3.2.5 精神障がいのある人の地域移行の推進 (精神病床における入院後1年時点の退院率)

目 標	92%以上	2029（令和11）年度の精神病床における入院後1年時点の退院率を92%以上とする。
-----	-------	--

- 目標は、障がい者福祉計画に定められた精神病床における入院後1年時点の退院率の目標との整合性を考慮して設定しています。
なお、第6期障がい者福祉計画（2024（令和6）年度～2026（令和8）年度）の見直しとあわせて、必要があれば見直しを行うこととします。

第4章

目標の達成に向けた施策と 医療費の見込み

- 4. 1 県民の健康の保持の推進

- 4. 2 医療の効率的な提供の推進

- 4. 3 その他の医療費の適正化の取組

- 4. 4 医療費の見込み

第4章 目標の達成に向けた施策と医療費の見込み

- 第3章で掲げた県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標達成のために、県民の健康の保持の推進では、「特定健康診査及び特定保健指導の推進」、「健康づくりによる生活習慣病予防と重症化予防等」、「高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進」、「がん予防の推進」及び「歯科口腔保健の推進」を、医療の効率的な提供の推進では、「病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進」、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品の使用促進」、「医薬品の適正使用の推進」、「医療資源の効果的・効率的な活用」及び「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」を施策の柱として取り組みます。
- その他、保険者協議会における医療保険者間の協議・調整を行うとともに、データヘルス計画³⁷の推進など医療保険者の保険者機能発揮を支援します。
- 第4期計画においては、医療費の見込みの精緻化を図り、保険者等との連携を強化する観点から、医療費の見込みを制度区分別・年度別に算出し、それを基に、2029（令和11）年度の県における市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料を機械的に算出します。

³⁷ データヘルス計画：福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第4条に規定する保健事業の円滑な推進を図る計画をいいます。

医療費適正化施策体系



4.1 県民の健康の保持の推進

4.1.1 特定健康診査及び特定保健指導の推進

【現状と課題】

- 高齢者医療確保法に基づき、2008（平成20）年度から医療保険者に対し40歳から74歳の被保険者・被扶養者を対象とした特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられ、各医療保険者は実施率向上のための取組を推進しています。
- 県では、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上のために、被用者保険の被扶養者が居住地の市町村で特定健康診査とがん検診を同時に受診できる「総合健診」の推進に取り組むとともに、特定保健指導従事者を対象とした研修の実施、広く一般県民が集まる場での特定健康診査の受診勧奨等の取組、市町村国保に対する財政支援その他の支援を行っています。
- 実施率は、各医療保険者の未受診者対策等の取組により年々向上していますが、目標と大きな開きがあることから、実施率向上が重要な課題です。
- 保険者種別の特定健康診査実施率を見ると、市町村国保の実施率が低く、また、実施率が高い市町村と低い市町村の差が大きい状況です。
- 国の調査では、健診を受けられなかった理由として、「心配なときはいつでも医療機関を受診できる」、「時間がとれなかった」等の理由が挙げられています。

【施策】

- ① 特定健康診査・特定保健指導に関する情報提供、普及啓発（県、市町村、医療保険者、保険者協議会等）
 - 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向け、広く一般県民が集まる場での受診勧奨など、県民に対し健診の必要性や制度について更なる普及啓発に取り組みます。

その中でも、働く世代のうちから健康づくりに取り組むために、中小事業所への健康づくり実践アドバイザーの派遣などの実施率向上に係る普及啓発の取組を引き続き行い、特定健康診査受診の啓発や健康づくりのきっかけの提供を行います。
 - 県、市町村、関係団体等が収集・分析した特定健康診査・特定保健指導に関する各種情報については、保険者協議会等において共有し、効果的・効率的な特定健康診査・特定保健指導を推進します。
 - 県は、特定保健指導の質の向上を図るため、医療保険者や特定保健指導実施機関等の特定保健指導従事者を対象とした研修を、引き続き実施します。
- ② 医療保険者の実施率向上の取組への支援（県、市町村、医療保険者、医療機関等）
 - 県は、引き続き医療機関等と連携し、かかりつけ医から患者・家族への特定健康診査の受診の働きかけを行います。
 - 県は、実施率向上のため、市町村国保への財政支援を引き続き実施するとともに、好事例の横展開として実施率が高い市町村の効果的な取組を他の市町村に広げて

いきます。また、市町村国保は、特定保健指導を充実するため、本人の同意の下、医療機関の協力を得て、医療機関で治療中の対象者の検査データを収集する取組を引き続き行うとともに、県はこれを支援します。

- 被用者保険については、引き続き、被用者保険の被扶養者が、居住地の市町村で特定健康診査とがん検診を同時に受診できる「総合健診」の更なる推進に取り組むとともに、労働安全衛生法に基づく健康診断結果の全国健康保険協会への提供の呼びかけなどの働きかけを実施します。
- ③ 特定健康診査データ及びレセプトデータに基づく医療費分析の実施（県、市町村、医療保険者、保険者協議会）
 - 医療保険者は、データヘルス計画に基づく保健事業を実施し、特定健康診査データとレセプトデータに基づく医療費の動向、患者の増減などを把握するとともに、特定健康診査・特定保健指導の効果の評価に努め、施策へ反映させます。
 - 県は、保有する地域の疾病情報、レセプトデータ等の分析結果等を医療保険者へ提供するとともに、医療保険者と連携しながら特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上のため、保険者協議会において、県全体の目標の達成に向けた取組を検討します。

4.1.2 健康づくりによる生活習慣病予防と重症化予防等

【現状と課題】

- 健康づくりの推進については、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、いわゆる健康寿命を伸ばすことを目指し、若い時からの生活習慣病の予防対策、生活習慣病に罹患した後の対策、心身の機能の低下に起因した疾病の予防などの施策を引き続き行うことが必要です。
- 県は、健康増進計画に基づき、健康寿命の延伸のため、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の該当者数等を指標とする生活習慣病の発症予防と重症化予防、たばこ対策の強化などの取組を推進しており、今後も引き続き取り組んでいく必要があります。
- 県民各自が、高齢になっても心身ともに健康な状態で、地域でいきいきと活躍するため、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚し、常に健康の保持に努めるような意識づくりが必要です。このためには、県、市町村、医療関係者、医療保険者、企業等が連携するとともに、県民と一体となった意識づくりのための啓発活動が必要です。
- 予防接種は、感染予防、発症予防、重症化予防、感染症のまん延予防等を目的としており、実施主体である市町村や関係団体と連携し、対象者が適切に接種を受けることができるように取り組んでいく必要があります。

【施策】

- ① 健康増進計画の推進（県、市町村）

- 健康増進計画に基づき、生活習慣病予防の徹底について、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康や健診・保健指導の観点から、市町村や関係団体等と相互に連携を図り、県民が自主的に取り組む健康づくりを支援します。
- ② 県民の自主的な健康づくり、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（県、市町村、医療保険者、医療機関、関係団体）
 - 県民に対する生活習慣に関する正しい知識の普及啓発により、県民各自の健康づくり及び生活習慣病の発症予防の動機づけが行われ、自らの健康の保持に努める意識づくりにつながるように、市町村、医療保険者、関係団体と連携した啓発活動を推進します。
 - 糖尿病の発症・重症化予防に関しては、関係団体及び学識経験者による「福岡県糖尿病対策推進会議」において連携や取組の共有を行うとともに、「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく市町村、医療保険者、医療機関の取組を支援します。

県は、市町村国保が行う「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿った取組への財政支援を行うとともに、市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の効果が高い取組を支援します。
- ③ 地域・職域の連携（県、市町村、関係団体）
 - 医療関係者や医療保険者、学識経験者などで構成する「いきいき福岡健康づくり推進協議会（地域・職域連携推進協議会）」において、健康増進計画の取組の進捗状況や目標の達成状況について評価します。
 - 地域においては、各保健福祉（環境）事務所単位で「地域・職域連携会議」を開催し、地域保健と職域保健の連携と推進のための総合調整を行います。
- ④ たばこ対策の推進（県、関係団体）
 - 県民に対して、たばこが健康に及ぼす影響等について情報提供し、たばこに関する知識の普及啓発に努めます。特に、20歳未満の者に対しては、喫煙防止啓発リーフレットを作成し、学校等と連携して喫煙防止教育を実施するなど、生涯禁煙の動機付けを図ります。
 - 関係団体、学識者、事業所等で構成する「福岡県たばこ対策推進会議」において、20歳未満の者の喫煙防止、受動喫煙防止、禁煙支援に関する具体的な方法について協議の上、取組を行います。また、ふくおか健康づくり団体・事業所宣言（禁煙の促進、受動喫煙の防止分野）の登録を促進し、「望まない受動喫煙」の防止を図ります。
 - 卒煙サポート薬局における禁煙相談など、関係団体と連携して、地域において禁煙に関する相談が受けられる体制づくりを進め、禁煙を希望する人を支援します。
- ⑤ 予防接種の促進（県、市町村、関係団体）
 - 県のホームページ等において、予防接種制度に関する正しい知識や情報を分か

りやすく提供します。

- 心臓血管系疾患等の基礎疾患等を有するために慎重に予防接種を実施する必要のある小児等が安心して予防接種が受けられるように、県内6か所の予防接種センターにおいて、専門の医師による予防接種、医療相談等を行います。
- 公益社団法人福岡県医師会と連携し、予防接種に従事する医師等に対し、予防接種の手技、感染症の正確な知識等に関する研修会を実施します。

4.1.3 高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進

【現状と課題】

- 高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進に当たっては、高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要です。
- また、低栄養を主因とした体重・筋肉量の減少や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルなどに着目して高齢者の保健事業と介護予防を実施することや、疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することが重要です。
- 後期高齢者の健康診査受診率について、本県は全国と比較して低くなっており、市町村間の受診率の差が大きくなっています。また、歯科健診受診率についても低く推移しており、市町村間の受診率の差も大きい状況です。
- 2024（令和6）年度中に、県内全市町村が、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む予定となっています。
- 後期高齢者の1人当たり医療費の金額や伸び率は全国平均よりも高い状況です。

【施策】

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進（県、市町村、医療保険者）

- 後期高齢者医療広域連合は市町村と連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進していきます。
- 具体的には、被保険者の健康診査や歯科検診、訪問指導等を通じた低栄養の改善及び糖尿病性腎症等疾病の重症化予防、口腔保健や適正服薬の推進、健康状態不明者対策に取り組めます。
- また、通いの場等において、高齢者のフレイル状態の把握やフレイル予防等の健康教育・健康相談を実施し、高齢者の健康意識の向上を促すことにより、介護予防につなげていきます。
- 県は、市町村の取組に対する助言や関係機関との調整等を行うとともに、高齢者の健康の維持向上に取り組めます。
- 高齢者の健康づくり・介護予防を推進するため、口腔機能や心身の機能の維持、栄養・食生活、身体活動・運動や歯と口の健康等に関する生活習慣の改善を推進します。

- 具体的には、運動器の障がいのために自立度が低下し、介護が必要となる危険性が高い状態と定義されるロコモティブシンドローム（運動器症候群）を予防するため、ロコモティブシンドロームの言葉や概念の認知度を高めるとともに、ロコトレ（予防のための簡単な運動）の普及啓発を行っていきます。
- 健康寿命の延伸や生活の質（QOL）を向上させるために重要なオーラルフレイルを周知するとともに、口腔機能の予防に係る舌や顔面周囲の筋力の保持増進の啓発に取り組み、口腔機能低下を予防します。

4.1.4 がん予防の推進

【現状と課題】

- がんは、本県においても死因の第1位であり、2022（令和4）年では年間1万6,150人の県民ががんで亡くなっています。
- 2022（令和4）年のがんの年齢調整死亡率（75歳未満）は、男性では肺がんが最も高く、次いで大腸がん、胃がんが高くなっています。女性では乳がんが最も高く、次いで大腸がん、肺がんが高くなっています。
- 肝臓がんの年齢調整罹患率は減少傾向にあるものの、全国平均を上回っています。肝臓がんは肝炎ウイルスが原因の症例が多く、肝炎ウイルスを早期に発見し、治療することで肝臓がんを予防できます。
- がんによる死亡率を減少させるには、早期発見、早期治療が重要です。そのためには、がん検診の受診率向上とともに、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要です。
- 本県のがん検診受診率は、職域を含めた様々な受診率向上対策等により向上しているものの、依然として全国平均と比べ低い状況にあり、受診率向上のための一層の取組が必要です。

【施策】

- ① がん予防対策の推進（県、市町村、関係団体）
 - たばこ対策や食生活・運動などの生活習慣の改善を推進します。
 - B型及びC型肝炎ウイルス無料検査や初回精密検査、定期検査、肝炎医療費への助成等の肝炎対策に、引き続き取り組みます。
- ② がん検診受診率の向上（県、市町村、医療保険者、関係団体）
 - 引き続き、従業員やその家族へのがん検診受診を推進する事業所の拡大や、企業と連携した幅広い普及啓発の取組を行います。
 - 受診率の低い若年女性、社会保険（職域検診）から国民健康保険（市町村検診）の切り替えが必要な退職者など、対象者の視点に立った啓発や、受診しやすい環境の整備を実施し、がん検診受診に向け、行動変容を促す取組を関係者等と連携して推進します。
 - がん検診受診率向上効果を実証された受診勧奨策について、市町村に対して研

修会等を通じた実施計画策定支援を行い、受診率向上施策の実施を県全体へ普及します。

- 職域におけるがん検診について、法的な位置付け等、国の検討状況を注視しつつ、がん検診の重要性や正しいがんの知識等について、県内企業や事業所等への情報発信を進めます。
- ③ がん検診の質の向上（県、市町村、関係団体）
 - 引き続き、福岡県集団検診協議会等において、適切な精度管理について協議し、市町村に対しがん検診の担当者ヒアリングや研修会の実施等を通じて必要な指導・助言等を行うことで、精度管理の向上を図ります。また、検診機関における精度管理の状況の実態把握を行った上で、精度管理に関する研修会等の対象を、市町村のみならず検診機関に拡大していくことを検討し、検診機関の質の向上に努めます。
 - 職域のがん検診については、国の実態把握方法の検討状況を注視しつつ、適切な精度管理を図るための参考情報等について、県内企業や事業所等への情報発信に努めます。
 - 引き続き、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づく市町村の適切ながん検診の実施に向けた取組を進めます。

4.1.5 歯科口腔保健の推進

【現状と課題】

- 歯科口腔保健は、健康で質の高い生活を営む上で基盤となる役割を果たしており、歯と口腔の健康づくりの推進は、生涯にわたって「自分の歯でおいしく食べることができ、楽しく会話できる」健やかな生活の維持向上に寄与します。
- 2022（令和4）年度、過去1年間に歯科受診（検診を含む）した者の割合は、59.0%であり、2016（平成28）年度の57.8%より改善傾向にあります。引き続き定期検診を含めた歯科受診を積極的に促進する必要があります（県民健康づくり調査）。
- 歯を喪失する2大歯科疾患は、う蝕と歯周病であり、各ライフステージの特性を踏まえた取組を推進する必要があります。
- 2021（令和3）年度、本県の1歳6か月児及び3歳児のう蝕有病率は、それぞれ1.35%、11.24%であり、全国平均（1歳6か月児：0.81%、3歳児：10.20%）より多い状況です（地域保健・健康増進事業報告）。また、2022（令和4）年度の12歳児の1人平均う蝕等数は0.9本で、全国平均の0.56本より多くなっています（学校保健統計調査）。
- 歯周病については、本県の2021（令和3）年度の「歯周疾患検診の要精検者」の割合は70.4%であり、全国平均の66.5%より高い状況です（地域保健・健康増進事業報告）。
- 60歳以降は、歯の喪失が進むとともに、嚙む機能や滑舌の低下、食べこぼしやむ

せ等の口腔機能が低下した状態であるオーラルフレイルの症状がみられることがあります。さらに食べて飲み込む機能が低下することで、誤嚥性肺炎のリスクが増加します。

- 2022（令和4）年度における本県の65歳以上でかみにくいと自覚症状がある者の割合は5.0%で、2019（令和元）年度の5.3%と比べ改善しています（国民生活基礎調査）。
- 障がい者（児）や要介護者はセルフケアが困難な場合が多く、う蝕や歯周病のリスクが高い傾向にあるので、保護者や介護者による口腔ケアが大切になります。県内の障がい者（児）施設及び高齢者施設において、日常的に口腔ケアを実施している施設はそれぞれ94.0%、99.7%です（令和5年度歯科口腔保健医療に関する実態調査）。

【施策】

- ① 歯科健診（受診を含む）の受診率の向上（県、市町村、関係団体）
 - 市町村や事業所等における定期的な歯科健診及び歯科保健指導の実施を促進するとともに、「かかりつけ歯科医」を持つことの重要性について啓発します。
- ② 歯科疾患の予防（県、市町村、関係団体）
 - 児童生徒や保護者、学校関係者等に対して、フッ化物の効果や安全性への理解促進を図ることにより、フッ化物洗口の実施拡大に取り組みます。
 - 毎食後のフッ化物入り歯磨剤を用いた歯みがきや、補助的清掃用具（デンタルフロス、歯間ブラシ等）を併用した口腔清掃など、県民がセルフケアに関する知識と方法を習得できるよう啓発に努め、歯周病予防及びう蝕予防を図ります。
 - 歯周病は、糖尿病や心疾患等の生活習慣病に影響を与えることから、医科と歯科が連携した対策を推進するとともに、健康教育等の場において、歯周病と全身の健康との関連や歯周病の予防について理解を深めるための啓発を行います。
- ③ 口腔機能の獲得・維持・向上（県、市町村、関係団体）
 - 「噛む」、「味わう」、「飲みこむ」等の「食べ方」の機能発達を促す食育支援や、口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす指しゃぶりや口呼吸等の習癖の除去が、生涯を通じた口腔機能の維持につながることに、普及啓発を行います。
 - 健康寿命の延伸や生活の質（QOL）の向上に重要なオーラルフレイルについての知識を周知するとともに、口腔機能に関わる舌や顔面周囲の筋力の保持増進の啓発に取り組み、口腔機能低下を予防します。（再掲）
- ④ 定期的に歯科健診又は治療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健（県、市町村、関係団体）
 - 障がい者（児）や要介護者が利用する施設の関係者に対し、引き続き、口腔健康管理の重要性について啓発するとともに、その手法について指導します。

4.2 医療の効率的な提供の推進

4.2.1 病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進

【現状と課題】

- 2025（令和7）年には団塊の世代が全て75歳以上となり、医療や介護を必要とする人がますます増加すると見込まれているため、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することが求められています。
- 医療計画に基づき、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）、6事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地における医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））及び在宅医療に関する医療連携体制の構築に取り組んでいます。
- 医療や介護が必要な状態になっても、誰もが住み慣れた地域で安心して生活できるようにするためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援といったサービスを切れ目なく提供できる地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進が重要であり、その実施主体である市町村と連携・協力して取り組む必要があります。
- また、高齢化の進行に伴い、更に増加が見込まれる認知症の人に適切に対応するため、国の「認知症施策推進大綱」に沿って、認知症施策を推進するとともに、2023（令和5）年に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の規定により、国が今後策定する「認知症施策推進基本計画」の内容を踏まえた取組が必要となります。

【施策】

- ① 病床機能の分化及び連携の推進（県、医療機関等）
 - 「福岡県地域医療構想」に基づき、県内13の構想区域ごとに設置した「地域医療構想調整会議」において、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換や構想区域内での医療提供に関する役割分担、ICT（福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下「とびうめネット」という。））の活用等について協議を行い、病床機能の分化及び連携を推進します。
- ② 医療連携体制の構築＜がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患＞（県、市町村、医療機関等）

＜がん＞

- がん診療連携拠点病院等の充実強化を図るとともに、がん診療連携拠点病院、在宅療養支援機能を有する医療機関、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等と地域の医療機関の連携を進めます。

<脳卒中>

- 医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実や、急性期から在宅までの継続的支援のため地域連携クリティカルパス等を活用するなど急性期から在宅療養に関わる複数の機関における患者診療情報や治療計画の共有化を支援していきます。

<心筋梗塞等の心血管疾患>

- 医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実や、AEDの利用促進とともに、急性期から在宅までの継続的支援のため地域連携クリティカルパス等を活用するなど急性期から在宅療養に関わる複数の機関における患者診療情報や治療計画の共有化を支援していきます。

<糖尿病>

- 腎不全・人工透析への移行の防止のため、「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく、かかりつけ医と専門医療機関との連携や網膜症や腎症の検査治療等を行う医療機関との連携を促進します。

<精神疾患>

- 精神障がいの有無や程度に関わらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう地域移行支援を進めるにあたり、精神科病院や市町村、障がい福祉サービス事業者等の関係機関と十分に連携を図り、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進に取り組んでいきます。
- ③ 医療連携体制の構築<救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地における医療、周産期医療、小児医療>（県、市町村、医療機関等）

<救急医療>

- 患者の受療動向や各地域の実情を踏まえながら、初期、二次、三次救急それぞれの体制の確保を図っていきます。

<災害時における医療>

- 災害時に地域の医療の拠点となる災害拠点病院の指定を進めるとともに、業務継続計画の策定や施設・設備の整備など、災害拠点病院の充実強化に向けた支援に取り組みます。

<新興感染症発生・まん延時における医療>

- 医療機関、薬局及び訪問看護事業所と平時から協定を締結し、地域における役割分担を踏まえた新興感染症に対応する医療提供体制の確保を図っていきます。

<へき地における医療>

- へき地医療拠点病院の無医地区等への巡回診療やへき地診療所への代診医の派遣により、へき地における住民の医療の確保に取り組みます。

<周産期医療>

- 総合周産期母子医療センター等における周産期部門と救急部門等との連携や設備充実を促すなど、周産期救急体制の充実を図ります。

<小児医療>

- 地域の小児拠点病院と地元開業小児科医の連携の促進、地域の小児救急医療体制を支援する市町村等への支援など地域の実情に応じた小児初期救急医療体制の確保を図ります。

④ 在宅医療の推進（県、市町村、医療機関等）

- 県は、住み慣れた地域で安心して最期まで生活できるよう、市町村が取り組む在宅医療・介護連携の推進を支援するとともに、地域の郡市区医師会を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と位置づけ、退院時から看取りまでの包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスの提供等、在宅医療・介護連携推進事業との十分な連携を図っていきます。

- 県の保健福祉（環境）事務所に設置した「福岡県地域在宅医療支援センター」において、課題の検討、関係者等の情報共有・連携に努めるとともに、とびうめネット等を活用した多職種連携を支援します。

- 入院医療機関と在宅医療を担う医療機関が相互の役割を理解し、協議する機会を提供することにより、相互の連携・協力体制を構築し、切れ目のない在宅医療提供体制づくりを推進します。

- 在宅看取りに対応できる訪問看護ステーションの看護師が指導者となり、経験の少ない訪問看護師に同行する同行訪問研修の実施、訪問看護ステーション間の連携体制の構築、多職種連携等による在宅看取り体制を推進します。

⑤ 地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進（県、市町村、医療機関、介護事業者等）

- 医療や介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活できるようにするため、医療・介護・予防・住まい・生活支援といったサービスを切れ目なく一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進に向けて、市町村と連携・協力して取り組みます。

- 具体的には、地域包括支援センターの適切な運営の支援と地域ケア会議の推進、自立支援・介護予防と重度化防止の推進、在宅生活を支える医療・介護サービスの充実、状態に応じた必要なサービスが提供できる介護基盤の計画的な整備、生活支援サービスの充実など地域で支え合う体制づくりの促進、安心して生活できる住まいの確保に取り組みます。

- また、認知症に関する正しい知識の普及、認知症の人と家族への支援、認知症に関する医療・介護体制の充実、認知症ケアのための人材の養成に努めます。更に、多くが現役世代で発症する若年性認知症に関する施策の強化に取り組みます。

4.2.2 後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品の使用促進

【現状と課題】

- ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同じ有効成分・同じ効き目で承認された医薬品であり、先発医薬品と比べ開発費や開発期間を大幅に抑えることができるため、薬価が安く設定されています。このため、ジェネリック医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することになります。
- 第1期計画から第3期計画までを通じた取組の結果、ジェネリック医薬品の県全体での普及は進んでいます。
- 2020（令和2）年度末以降に発生したジェネリック医薬品メーカーによる医薬品医療機器等法違反事案を契機として、医療用医薬品の供給不足が生じており、安定的な供給の確保が必要です。
- ジェネリック医薬品には、高血圧、高脂血症、糖尿病等の生活習慣病の薬をはじめ、様々な病気の治療等に使用するものがありますが、薬効分類別に見ると使用量に差があることから、まだ使用が進んでいない分野や医療費適正化効果の高い分野について、重点的に取り組むことが重要です。
- バイオ後続品は、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性、安全性を有し、安価であり、ジェネリック医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要があります。
- なお、バイオ後続品は成分により普及割合が異なり、その要因は多様であるため、その普及促進にあたっては、医療関係者や医療保険者等と連携しながら取組を進める必要があります。

【施策】

- ① 県民、医療関係者等へのジェネリック医薬品の理解促進（県、市町村、関係団体等）
 - 学識経験者、医療関係者、業界関係者等からなる「福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会」において、ジェネリック医薬品を使用しやすい環境を整備するための対策について検討を進めます。
 - 県民への普及啓発のために、薬局での服薬指導などの機会を捉え、ポスター及びリーフレット等を活用した取組を行います。
- ② 医療機関等におけるジェネリック医薬品の使用に係る環境整備（県、関係団体等）
 - 福岡地区、北九州地区、田川地区において、地域関係者による地域協議会を開催し、ジェネリック医薬品の普及促進等に関する取組を行います。
 - また、医師、薬剤師のジェネリック医薬品の品質に対する不安へ対応するため、県内各地域のモデル病院が採用しているジェネリック医薬品リスト及び県内で使用されているジェネリック医薬品使用量上位品目リストの作成・配布を行います。
 - 医薬品製造所における医薬品医療機器等法違反事案等による業務停止などを契機とした医薬品の供給不足が発生しないよう、医薬品製造所に対する監視体制を

強化し、医薬品の適正な供給体制を確保します。また、医療機関や薬局等に対して、限られた医療資源を必要な患者に適切に供給できるよう、過剰な発注や当面の必要量以上の購入を控えてもらう等の協力依頼を行います。

- レセプトデータを用いて、薬剤別・市町村別等のジェネリック医薬品普及状況について分析を行い、関係機関へ情報提供するなど、新たな対応策の検討等を行います。
- ③ 医療保険者の取組によるジェネリック医薬品の普及促進の支援（県、市町村、医療保険者）
 - 被保険者の医療費負担軽減を図る観点から、医療保険者が行う被保険者への差額通知事業の支援を行うなど、より効果的な普及促進のための取組を進めます。
 - 県は、好事例を横展開させるため、市町村国保において、普及率が向上した市町村の取組を他の市町村に情報提供します。
- ④ バイオ後続品の使用促進の取組
 - バイオ後続品の認知度は低く、バイオ後続品が使用されやすい環境を整備するにあたり、県民への普及啓発のため、医療機関や薬局の受診等の機会を捉え、ポスター及びリーフレット等を活用した取組を行います。また、普及状況については成分ごとにばらつきがあり、全体ではジェネリック医薬品ほど使用が進んでいないため、引き続き「福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会」において対応策の検討等を行うとともに、保険者協議会と情報共有を図りながら取組を進めます。

4.2.3 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 患者の複数医療機関の受診による重複投薬の是正は、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、医薬品の適正使用につながります。服薬の一元的かつ継続的な把握を通じて、重複投薬の是正に取り組むことが必要です。また、電子処方箋の活用推進等により更なる取組の推進が必要です。
- 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く、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しにつながっている場合があるため、複数種類の医薬品の適正な投与に関する取組を行う必要があります。
- 多剤投与の是正について、複数種類の医薬品の投与は、疾病や薬の組合せ等ごとにリスク・ベネフィットが異なるため、その適否については一概に判断できない点に留意しつつ、「高齢者の医薬品適正使用の指針」（2018（平成30）年5月策定）等を踏まえ、更なる取組の推進を図ることが重要です。
- 医薬品の適正使用については、医師、歯科医師、薬剤師等の医療関係者が、重複投薬や複数医薬品の投与による多剤服用に対する共通認識を持って、医薬品の適正使用に関する取組を行う必要があります。

【施策】

- ① 県民、医療関係者への普及啓発（県、関係団体等）
 - 県民への医薬品の適正使用に関する理解促進を図るため、薬局での服薬指導などの機会を捉え、リーフレット等を活用した取組を行います。
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の機能を活用した医薬品の適正使用の促進（県、医療関係者）
 - 医薬品の適正使用の促進のためお薬手帳及び電子処方箋の活用を促すとともに、お薬手帳等の服薬情報や、患者、医療機関から提供される患者情報に基づく、かかりつけ薬剤師・薬局による質の高い疑義照会、服薬指導を行います。
- ③ 重複・多剤服用者に対する訪問指導（市町村、医療保険者）
 - 市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、重複・多剤服用者に対する健康管理や医療への知識を深めてもらうことを目的として訪問指導を実施します。
その際、被保険者のレセプトから受診状況や調剤の状況を把握し、その状況を改善するため、医療機関、薬局との連携について、検討を行います。

4.2.4 医療資源の効果的・効率的な活用の推進

【現状と課題】

- 急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方などの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は知見が集積されており、白内障手術及び化学療法の外来での実施状況などの医療資源の投入量については地域差があることが指摘されています。
- 医療資源の効果的かつ効率的な活用については、個別の診療行為として医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると診療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが重要です。

【施策】

- ① 抗菌薬の適正使用の推進（県）
 - 県が開催する医療安全対策・院内感染防止対策研修会において、抗菌薬の適正使用について、「薬剤耐性（AMR）アクションプラン³⁸」及び「抗微生物薬適正使用の手引き³⁹」に基づく取組を含む講演を行うなど、医療関係者に対する周知に取り組みます。
 - また、AMR 臨床リファレンスセンターが作成している AMR 対策に関する啓発資料

³⁸ 薬剤耐性（AMR）アクションプラン：AMR に起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、AMR の発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止するための対策を「国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議」において取りまとめたもの。

³⁹ 抗微生物薬適正使用の手引き：抗微生物薬の不適正使用を減少させることを目的に、主に外来診療を行う医療従事者（特に診察や処方、保健指導を行う医師）を対象として、国において作成されたもの。

を保険者協議会の場で情報提供するなど、保険者を通じた県民への周知に取り組みます。

② 医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化の取組（県）

- 地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、化学療法の外来での適正な実施に向けて働きかけを行います。

4.2.5 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】

- 要介護認定率が著しく上昇する85歳以上の人口は2025（令和7）年以降も引き続き増加し、医療と介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれています。
- また、高齢期には生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病に対する保健指導や栄養指導等を含めた予防の重要性も指摘されています。特に、発症後に介護ニーズが増大する可能性のある大腿骨骨折等の入院患者数・手術件数は、高齢者人口が減少する局面においても増加することが指摘されています。
- このため、医療費適正化のための取組は、医療と介護の両方に対するアプローチの重要性や、心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性を踏まえたものとする必要があります。

【施策】

① 在宅医療の推進（県、市町村、医療機関等）

- 県は、住み慣れた地域で安心して最期まで生活できるよう、市町村が取り組む在宅医療・介護連携の推進を支援するとともに、地域の郡市区医師会を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と位置づけ、退院時から看取りまでの包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスの提供等、在宅医療・介護連携推進事業との十分な連携を図っていきます。（再掲）
- 県の保健福祉（環境）事務所に設置した「福岡県地域在宅医療支援センター」において、課題の検討、関係者等の情報共有・連携に努めるとともに、とびうめネット等を活用した多職種連携を支援します。（再掲）

② 骨折対策の推進（県、市町村）

- 大腿骨骨折等の骨折対策については、早期に予防や治療を開始するため、骨粗鬆症検診の普及啓発を行います。
- 地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の参画を推進し、自立支援・介護予防の観点から、二次性骨折予防を含めた在宅生活の継続を支援します。
- 介護保険の住宅改修や福岡県高齢者等在宅生活支援事業を活用し、手すりの取り付けや段差の解消等の住宅改修を実施することにより在宅の要介護高齢者等が安心して自立した生活を送れるよう、県は、市町村（介護保険者）と連携し、要介護高齢者等を支援します。

4.3 その他の医療費の適正化の取組

【現状と課題】

- 医療費適正化計画の実効性の確保のため、改正後の高齢者医療確保法において、県は、住民の高齢期における医療費適正化を図るための取組において、保険者等及び後期高齢者医療広域連合、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすことが求められています。
- また、同法では、保険者協議会を必置化し、保険者協議会が県の医療費適正化計画の作成に加えて、実績評価に関与することを求めています。
- 医療保険者は、特定健康診査データ、レセプトデータを活用した効果的かつ効率的な保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施することとされています。
- 医療保険者は、医療費の適正化のため、重複・頻回受診者に対する指導、レセプト点検等により、保険者機能を発揮しており、県としても引き続きこれを支援していきます。

【施策】

- ① 保険者協議会における医療保険者間の協議・調整（県、市町村、医療保険者、保険者協議会）
 - 県は、保険者協議会等を通じて、保険者等、医療関係者その他の関係者と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、第4期計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて協力を求めています。
- ② データヘルス計画の推進（県、市町村、医療保険者）
 - 医療保険者は、引き続き、データヘルス計画に基づく、効果的かつ効率的な保健事業を行います。
 - 県は、福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）と連携し、新たに市町村国保のデータヘルス計画の標準化に取り組むとともに、引き続き、国保データベースシステム等の活用による医療費の適正化に関する施策の検討を行うなど、市町村国保への効果的・効率的な支援に取り組めます。
- ③ 重複・頻回受診者等に対する訪問指導（市町村、医療保険者）
 - 医療保険者は、引き続き、重複・頻回受診者に対する健康管理や医療への知識を深めてもらうことを目的として実施する訪問指導について、他の保健事業と連携しながら実施します。
 - 医療保険者は、レセプトから指導後の受診行動や医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導の方法について検討を行います。
- ④ 医療費に関する意識の啓発（県、市町村、医療保険者）
 - 健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために受診者に医療費の額などについて通知する医療費通知の効果的な実施に取り組めます。

- 医療保険や医療費・療養費（柔道整復、はり、きゅう、あんま・マッサージ等に要する費用）について、住民の理解を深めてもらうために、広報紙やパンフレットなどによる広報活動を充実します。
- ⑤ レセプト点検等の充実（県、市町村、医療保険者）
 - レセプト点検を効果的・効率的に実施するための点検体制の整備や点検方法の改善に取り組むとともに、交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、加害者等への求償事務を充実します。
 - 柔道整復、はり、きゅう、あんま・マッサージ等の施術に係る療養費の適正な支給を推進するため、必要に応じて施術状況の確認を行うなど、療養費の審査を充実します。その際、市町村国保においては、引き続き、国保連合会の共同事業による効率的な審査に取り組めます。

4.4 医療費の見込み

4.4.1 医療費適正化の取組を行わなかった場合

- 本県における県民医療費は、医療費適正化計画に基づく取組を実施しなかった場合、計画最終年度の2029（令和11）年度には2兆4,998億円に達すると見込まれます。

4.4.2 医療費適正化の目標を達成した場合

- 医療費適正化計画に基づく取組を実施し、目標を達成した場合、計画最終年度の2029（令和11）年度には2兆4,808億円と予想され、医療費適正化の取組を行わなかった場合と比較して189億円、医療費の伸びの適正化が図られる見込みです。

	2019年度 (実績)	2029年度		
		適正化前 A	適正化後 B	効果額 A-B
医療費	20,134	24,998	24,808	189
入院	9,028	11,916	11,916	-
入院外	9,746	11,438	11,249	189
歯科	1,360	1,643	1,643	-

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
適正化前 A	22,368	22,910	23,415	23,932	24,459	24,998
適正化後 B	22,319	22,842	23,325	23,810	24,304	24,808
効果額 A-B	49	68	90	122	155	189

※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）により作成。

医療費の伸びの適正化効果額は、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（70%、45%）による効果、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進（80%及び60%（数量ベース）、65%（金額ベース））による効果、1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組（糖尿病の重症化予防の推進、重複投薬の適正化、複数種類医薬品投与の適正化、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（急性気道感染症及び急性下痢症の治療における抗微生物薬処方）の適正化、医療資源の投入量に地域差がある医療（外来化学療法の実施）の適正化）による効果を「都道府県別医療費の将来推計ツール」を用いて推計しています。

※ 金額は、1億円未満で四捨五入しているため、内訳の合計が合わない箇所があります。

4.4.3 制度区分別の医療費の見込み

- 医療費適正化計画に基づく取組を実施しなかった場合、市町村国保（国保組合含む。）の医療費は、2024（令和6）年度が4,357億円、2029（令和11）年度が4,300億円と推計され、やや減少していくと見込まれます。また、後期高齢者医療費は、2024（令和6）年度が9,547億円、2029（令和11）年度が1兆1,608億円と推計され、増加していくと見込まれます。
- 医療費適正化計画に基づく取組を実施し、目標を達成した場合、計画最終年度の2029（令和11）年度には、市町村国保が33億円、後期高齢者医療が88億円、医療費の適正化が図られる見込みです。

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
適正化前 A	4,357	4,346	4,334	4,323	4,311	4,300
適正化後 B	4,348	4,333	4,318	4,301	4,284	4,267
効果額 A－B	9	13	17	22	27	33

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
適正化前 A	9,547	9,959	10,371	10,784	11,196	11,608
適正化後 B	9,526	9,930	10,331	10,728	11,125	11,520
効果額 A－B	21	30	40	55	71	88

※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）により作成。

※ 市町村国保には、国保組合を含んでいます。

※ 市町村国保と後期高齢者医療の医療費の見込みについては、計画期間中の各年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計値に、都道府県別将来推計人口等を用いて推計した制度区分別の加入者数を基に算出した制度区分別の医療費割合を乗じて算出しています。

※ 金額は、1億円未満で四捨五入しているため、内訳の合計が合わない箇所があります。

4.4.4 機械的に試算した1人当たり保険料

- 国の規定する標準的な推計方法により、2029（令和 11）年度の市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料を試算しました。

機械的に試算した1人当たり保険料		(円)
	市町村国保(月額) 2029年度	後期高齢者医療(月額) 2029年度
適正化前	7,470	9,221
適正化後	7,414	9,156

- ※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）により作成。
- ※ 各制度について、2023年度の1人当たり保険料に、計画期間中に見込まれる1人当たり保険料の伸び率の推計値を乗じた額に、制度改正による1人当たり保険料への影響額を加えて算出しています。
- ※ 市町村国保の1人当たり保険料は基礎分（医療分）、後期高齢者支援金分、介護納付金分により構成されますが、1人当たり保険料の機械的な試算を行う際には後期高齢者支援金分及び介護納付金分は含みません。
- ※ 実際の保険料は、医療費の動向や財政状況（保健事業・積立費など）などの要因に影響を受けますので御留意ください。

第5章

計画の推進

5. 1 関係者全員参加による医療費適正化の取組

5. 2 国、県、市町村及び医療保険者等の役割

5. 3 PDCA サイクルに基づく計画の推進

5. 4 計画の周知

5. 5 計画の推進体制

第5章 計画の推進

5.1 関係者全員参加による医療費適正化の取組

- 予防の重視と安心・信頼できる医療の提供などを実現し、将来にわたり持続可能な医療保険制度を構築するためには、国、県、市町村、医療保険者、医療の担い手（医療機関・医療関係者）、事業者・企業、更に県民一人一人がその役割を認識し、医療費適正化の理念を共有することで、互いに連携・協力して取り組む必要があります。
- とりわけ、目標の実現に向けた施策を推進していく県の役割は非常に大きく、様々な関係者との調整を総合的に行い、地域の実情を踏まえて実効的な取組を推進する必要があります。

5.2 国、県、市町村及び医療保険者等の役割

- 医療費適正化の取組については、国、県、市町村及び医療保険者等がそれぞれの役割の下、推進していく必要があります。

(1) 国の役割

- 医療費適正化の取組にあたっては、医療保険と介護保険の制度全般を所管する国がその役割と責任を果たすことが前提であり、国は、都道府県及び医療保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行うとともに、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進を図る施策を推進していく役割があります。

(2) 県の役割

- 県は、第4期計画の推進にあたっては、地域内の医療提供体制の確保や国民健康保険の財政運営を担う役割を有することに鑑み、県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の目標達成に向けて、医療の担い手、市町村、医療保険者等と連携しながら、主体的な取組を行います。

(3) 市町村及び医療保険者の役割

- 市町村及び医療保険者は、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業

等を通じた住民・加入者の健康管理、医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけなど、保険者機能の強化を図ることが重要です。

- 具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査等について、令和6年度から始まる特定健康診査等実施計画の計画期間から、特定保健指導にアウトカム評価を導入することや、ICTの活用等により実施率の向上を図ることとされることを踏まえ、効果的かつ効率的な実施を図ります。このほか、住民・加入者の健康の保持の推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を実施することが期待されています。
- また、医療の効率的な提供の取組として、後発医薬品の使用促進のため、使用促進の効果が確認されている自己負担の差額通知を行うことや、医薬品の適正使用のため、重複投薬の是正に向けた取組を行うことが期待されています。
- 市町村には、医療や介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進に主体的に取り組む役割があります。

(4) 医療の担い手の役割

- 医療の担い手は、医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する役割があります。
- 医療保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するにあたって、医療の担い手には、医療保険者等と連携した取組を進めることが期待されています。また、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、地域における病床機能の分化及び連携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。
- 患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めること及び医師とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携の下、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の医薬品の適正使用に関する取組を行うことが期待されています。

(5) 事業者・企業の役割

- 事業所・企業は、従業員及びその家族の健康が、保険料の事業主負担の増減など企業経営に影響を与えることを踏まえ、働く世代のうちからの健康づくりのため、医療保険者等と連携し、従業員及びその家族の健康の保持の推進に主体的に関与することが期待されています。

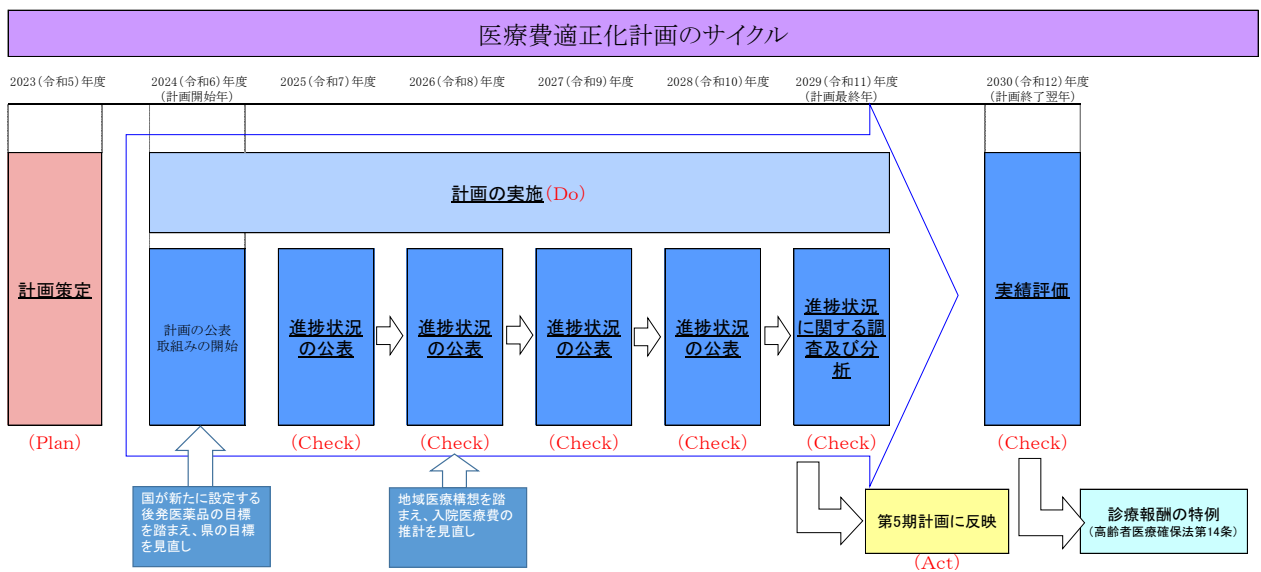
(6) 県民の役割

- 県民は、働く世代のうちから自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚し、自ら健康を意識し、健康づくりに努めていくことが重要です。
- このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧により健康情報の把握に努め、医療保険者等の支援を受けながら、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て、医療を適切に受けるよう努めることが期待されています。

5.3 PDCAサイクルに基づく計画の推進

- 計画の実効性を高めるため、Plan（計画）、Do（実施）、Check（検証）、Act（改善）の4つの段階を一連の流れとして、定期的に計画の達成状況を点検し、その結果を次のPDCAサイクルにつなげることにより、継続的に計画の改善を図り必要な対策を実施します。



(1) 進捗状況の公表

- 県は、第4期計画に掲げた目標及び施策の達成状況を把握するため、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、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

- 県は、福岡県医療費適正化計画（第5期）（以下「第5期計画」という。）の作成に資するため、第4期計画の最終年度である2029（令和11）年度に、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

- 県は、第4期計画の終了年度の翌年度である2030（令和12）年度に、保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表します。

- 評価に際しては、第4期計画に定めた施策の取組状況及び目標の進捗状況並びに2029（令和11）年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人あたり保険料の機械的な試算について分析を行います。

(4) 評価結果の活用

- 毎年度の進捗状況を踏まえ、第4期計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合又は医療費が医療費見込みを著しく上回ると見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、当該要因を解消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、必要な対策を講じるように努めます。
- 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5期計画の作成に活用します。

(5) 計画期間中の見直し

- 毎年の進捗状況、関連計画の見直し状況、国の医療費適正化基本方針の見直し等の状況を踏まえ、必要な場合は達成すべき目標の設定や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い、第4期計画の変更を行います。

5.4 計画の周知

- 第4期計画、進捗状況の公表、進捗状況に関する調査及び分析、実績の評価、評価結果の活用及び計画期間中の見直しの内容については、県のホームページへの掲載などにより、県民への周知を図ります。

5.5 計画の推進体制

- 第4期計画を円滑に推進するため、庁内関係各課で構成する「福岡県医療費適正化推進会議」において、施策の総合的な企画・調整を図ります。
- また、県民の理解、協力を得ながら、「福岡県医療費適正化計画推進委員会」や「福岡県保険者協議会」の場などを通じ、関係者と連携を密にし、計画の推進を図ります。

卷末資料

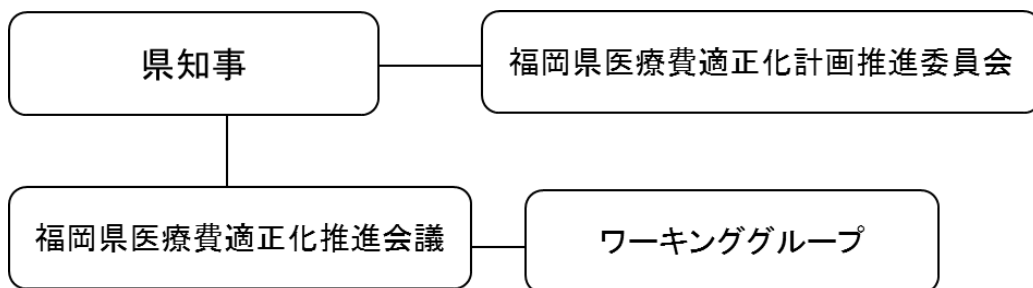
- 1 計画の策定・推進体制
- 2 福岡県医療費適正化計画推進委員会設置要綱
- 3 福岡県医療費適正化推進会議設置要綱
- 4 県民医療費の将来推計
- 5 福岡県医療費適正化計画（第3期）の進捗状況
- 6 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）
- 7 医療費を取り巻く現状データ集

1 計画の策定・推進体制

(1) 策定体制

医療費適正化計画（第4期）の策定に当たっては、学識経験者、保健・医療・福祉関係、住民代表、保険者代表など20名の委員から構成された「福岡県医療費適正化計画推進委員会」において意見を求めました。

また、庁内の関係各課からなる「福岡県医療費適正化推進会議」において、計画案の策定の検討を行いました。



(2) 推進体制

「福岡県医療費適正化計画推進委員会」において、医療費適正化計画の評価や次期計画の策定に関する意見を求めるとともに、構成団体内における計画の推進及び構成団体間の連携・協力関係の構築を図ります。

また、庁内の「福岡県医療費適正化推進会議」において、評価案及び次期計画案の策定を行うとともに、医療費適正化施策の総合的な企画・調整を行います。

2 福岡県医療費適正化計画推進委員会設置要綱

(設置)

第1条 福岡県医療費適正化計画（以下「適正化計画」という。）の策定及び評価を行うに当たり、学識経験者、関係者の立場から総合的な意見を聴き、参考とするとともに、構成団体内における計画の推進及び構成団体間の連携・協力関係の構築を図るため、福岡県医療費適正化計画推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次の事項について調査、検討を行い、意見を述べる。

- (1) 適正化計画の策定に関する事項
- (2) 適正化計画の評価に関する事項
- (3) 適正化計画に基づく具体的施策の推進に関する事項
- (4) その他医療費適正化に関し必要な事項

(組織)

第3条 委員会の委員は、学識経験者、保健・医療・福祉関係者、住民代表及び保険者代表者のうちから知事が委嘱する。

- 2 委員の数は、21名以内とする。
- 3 委員会に委員長及び副委員長を置く。
- 4 委員長及び副委員長は、委員の互選により選出する。

(委員長及び副委員長の職務)

第4条 委員長は、会務を総理し、会議の議長となる。

- 2 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会の会議は、必要に応じて委員長が招集する。

- 2 委員長は、所掌事務を遂行するために必要があるときは、委員会の会議に関係者の出席を求め意見を述べさせることができる。

(任期)

第6条 委員の任期は、3年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任されることができる。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、保健医療介護部保健医療介護総務課において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年5月2日から施行する。
- 2 福岡県老人医療費対策推進協議会設置要綱（平成17年6月3日制定）は、廃止する。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年4月21日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年10月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年5月1日から施行する。

福岡県医療費適正化計画推進委員会 委員名簿

(令和6年2月21日現在)

区分	所属団体、氏名	備考
学識経験者	九州大学大学院医学研究院 教授 馬場園 明 (ばばぞの あきら)	委員長
	九州栄養福祉大学小倉南区キャンパス 教授 橋元 隆 (はしもと たかし)	副委員長
保健・医療・福祉関係	福岡県医師会 常任理事 岩田 定幸 (いわた さだゆき)	
	福岡県歯科医師会 専務理事 川端 貴美子 (かわばた きみこ)	
	福岡県薬剤師会 専務理事 小田 真稔 (おだ まさとし)	
	福岡県病院協会 専務理事 平 祐二 (たいら ゆうじ)	
	福岡県私設病院協会 理事 陣内 重三 (じんのうち じゅうざぶ)	
	福岡県看護協会 専務理事 石橋 薫 (いしばし かおる)	
	福岡県介護老人保健施設協会 会長 三根 浩一郎 (みね こういちろう)	
	福岡県老人福祉施設協議会 会長 永原 澄弘 (ながはら すみひろ)	
受診関係	福岡県老人クラブ連合会 副会長 松栄 磐 (まつえ いわお)	
	福岡県地域婦人会連絡協議会 会長 木下 幸子 (きのした さちこ)	
	西日本新聞社社会部 報道センター社会部 部次長 下崎 千加 (しもさき ちか)	
保険者	全国健康保険協会福岡支部 支部長 片平 祐志 (かたひら ゆうじ)	
	福岡県市長会(筑後市長) 副会長 西田 正治 (にしだ せいじ)	
	福岡県町村会(筑前町長) 理事 田頭 喜久己 (たがしら きくみ)	
	福岡県後期高齢者医療広域連合 事務局長 米田 昭彦 (よねだ あきひこ)	
	健康保険組合連合会福岡連合会 専務理事 牛房 鉄也 (うしふさ てつや)	
機支審 関私査	福岡県国民健康保険団体連合会 診療報酬審査委員会会長 津田 泰夫 (つだ やすお)	
行政	福岡県 保健医療介護部 医監 佐野 正 (さの ただし)	

3 福岡県医療費適正化推進会議設置要綱

(設置)

第1条 福岡県医療費適正化計画（以下「適正化計画」という。）の案及び評価案の策定を行うとともに、施策の総合的な企画・調整を行うため、福岡県医療費適正化推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 推進会議の所掌事務は、以下のとおりとする。

- (1) 適正化計画案及び評価案の策定
- (2) 適正化計画に関する施策の総合的な企画・調整
- (3) 適正化計画の進捗管理
- (4) その他適正化計画の実施に関し必要な事項

(組織)

第3条 推進会議は、議長、副議長及び委員をもって構成し、別表1に掲げる者をもって充てる。

(会議)

第4条 推進会議は、議長が招集し、これを主宰する。

- 2 議長は必要があるときは、関係者の出席を求め意見を述べさせることができる。
- 3 議長に事故があるとき、又は欠けたときは、副議長がその職務を代理する。

(ワーキンググループ)

第5条 推進会議の円滑な運営に資するため、推進会議内にワーキンググループを設置する。

- 2 ワーキンググループは、別表2に掲げる課の職員をもって構成し、保健医療介護部保健医療介護総務課長がこれを主宰する。
- 3 ワーキンググループは、必要があるときは、関係者の出席を求め意見を求めることができる。

(庶務)

第6条 推進会議の庶務は、保健医療介護部保健医療介護総務課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関し必要な事項は、議長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年5月9日から施行する。
- 2 福岡県老人医療費対策推進会議設置要綱(平成17年5月13日制定)は、廃止する。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年4月21日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年4月24日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年5月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年4月20日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月26日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年3月26日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年8月25日から施行する。

(別表1)

区 分	所属及び役職名
議 長	保健医療介護部部長
副 議 長	〃 次長
〃	〃 医監
委 員	〃 保健医療介護総務課長
〃	〃 健康増進課長
〃	〃 こころの健康づくり推進室長
〃	〃 がん感染症疾病対策課長
〃	〃 生活衛生課長
〃	〃 医療指導課長
〃	〃 医師・看護職員確保対策室長
〃	〃 薬務課長
〃	〃 医療保険課長
〃	〃 高齢者地域包括ケア推進課長
〃	〃 介護人材確保対策室長
〃	〃 介護保険課長

(別表2)

所属
総務部財政課
保健医療介護部保健医療介護総務課
〃 健康増進課
〃 こころの健康づくり推進室
〃 がん感染症疾病対策課
〃 生活衛生課
〃 医療指導課
〃 医師・看護職員確保対策推進室
〃 薬務課
〃 医療保険課
〃 高齢者地域包括ケア推進課
〃 介護人材確保対策室
〃 介護保険課
福祉労働部保護・援護課

4 県民医療費の将来推計

< 県民医療費の推計方法 >

県民の医療に要する費用（以下「県民医療費」という。）の見込みは「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」において定められた標準的な都道府県医療費の推計方法に基づき、国から提供された医療費の見込みを推計するツールを用いて、以下のとおり算出しています。

- ① 各推計年度の自然体の入院外医療費等（入院外及び歯科の医療費）の医療費を推計
- ② 各推計年度の病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費を推計※
- ③ 医療費適正化の取組を行った場合の効果額の推計
- ④ 各推計年度の入院外医療費等（①）及び入院医療費（②）に医療費適正化の取組を行った場合の効果額（③）を織り込む

※②の「病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費」は、地域医療構想における 2025（令和 7）年時点の病床機能区分ごとの患者数をもとに都道府県別に算出した 2029（令和 11）年度に見込まれる区分ごとの患者数の見込みを用いて算出しますが、地域医療構想は 2025（令和 7）年に向けて策定されているため、同年以降の状況を踏まえて、算出方法の見直しを検討します。

< 医療費適正化の取組を行う前の県民医療費の将来推計 >

【入院外医療費、歯科医療費】

医療費適正化の取組を行う前の県民医療費（入院外、歯科）
＝基準年度（2019（令和元）年度）の 1 人当たり医療費
×基準年度（2019（令和元）年度）から推計年度（2029（令和11）年度）までの
1 人当たり医療費の伸び率
×推計年度（2029（令和11）年度）の将来推計人口

【入院医療費】

病床機能の区分及び在宅医療等に関する区分ごとに収集するデータを用いて算出した値に、都道府県別医療費の伸び率を乗じて、それを 1 人当たり医療費とします。これに、地域医療構想における 2025（令和 7）年時点の区分ごとの患者数をもとに都道府県別に算出した 2029（令和 11）年度に見込まれる区分ごとの患者数の見込みを乗じて、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えます。

病床機能の分化及び連携の推進の成果
＝病床機能の区分ごとの基準年度（2019（令和元）年度）の 1 人当たり医療費

- ×基準年度（2019（令和元）年度）から推計年度（2029（令和11）年度）までの
1人当たり医療費の伸び率
- ×推計年度（2029（令和11）年度）の病床機能の区分ごとの患者数の見込み
+精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費

< 医療費適正化の取組により見込まれる効果額の推計 >

計画では、医療費適正化前の県民医療費の将来推計から、以下に示す考え方によりこれらの入院外医療費の適正化効果額を算出し、医療費適正化後の県民医療費の将来推計を行います。

ア 特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上による効果額

特定健康診査受診者のうち特定保健指導対象者の割合が17%、特定保健指導による効果額を1人当たり単年度で6,000円と仮定し、特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計

イ 後発医薬品の使用促進による効果額

2021（令和3）年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額及び同年度の数量シェアを用いて、①の式により数量ベースでの効果額を算定するとともに、2021（令和3）年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額及び同年度の金額シェアを用いて、②の式により金額ベースでの効果額を算定した上で、いずれか大きい方の額を後発医薬品の使用促進による効果額とする。

- ① 2021（令和3）年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額÷（1－2021（令和3）年度の数量シェア）×（使用促進策の結果として2029（令和11）年度に見込まれる数量シェア－2021（令和3）年度の数量シェア）÷2021（令和3）年度の入院外医療費の推計値×2029（令和11）年度の入院外医療費の推計値
- ② 2021（令和3）年度の後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額÷（1－2021（令和3）年度のコストシェア）×（使用促進策の結果として2029（令和11）年度に見込まれるコストシェア－2021（令和3）年度のコストシェア）÷2021（令和3）年度の入院外医療費の推計値×2029（令和11）年度の入院外医療費の推計値

ウ バイオ後続品の使用促進による効果額

2021（令和3）年度のNDBデータを用いて、成分ごとに先発品が全てバイオ後続品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて、2029（令和11）年度にバイオ後

続品に 80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の 60%以上（数量シェア）を達成した場合の効果額を推計

エ 地域差縮減に向けた取組による効果額

(1) 糖尿病の重症化予防の推進

2019（令和元）年度の 40 歳以上の糖尿病の 1 人当たり医療費が全国平均を上回る額を半減した場合の効果額を推計

(2) 重複投薬の適正化効果

2019（令和元）年度に 3 医療機関以上から同一の成分の医薬品の投与を受けている患者の調剤費等のうち 2 医療機関を超える調剤費等が半減した場合の効果額を推計

(3) 複数種類医薬品の適正化効果

2019（令和元）年度に医薬品を 9 種類以上投与されている患者（65 歳以上）の薬剤数が 1 減った場合の 1 人当たり調剤費等を半減した場合の効果額を推計

オ 医療資源の効果的・効率的な活用の推進による効果額

(1) 急性気道感染症及び急性下痢症の抗菌薬の適正化

2019（令和元）年度の急性気道感染症・急性下痢症患者に係る抗菌薬の調剤費等を半減した場合の効果額を推計

(2) 化学療法の適正化

2019（令和元）年度の化学療法の入院での実施割合が全国平均を上回る割合を半減した場合の効果

	2019 年度 （実績）	2029 年度		
		適正化前 A	適正化後 B	効果額 A－B
医療費	20,134	24,998	24,808	189
入院	9,028	11,916	11,916	－
入院外	9,746	11,438	11,249	189
歯科	1,360	1,643	1,643	－

	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
適正化前 A	22,368	22,910	23,415	23,932	24,459	24,998
適正化後 B	22,319	22,842	23,325	23,810	24,304	24,808
効果額 A－B	49	68	90	122	155	189

医療費適正化の取組により見込まれる効果額の内訳		(億円)
項目	効果額	
特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上による効果	4.5	
後発医薬品の使用促進による効果 (数量ベースと金額ベースのいずれか大きい方の額)	71.3	
バイオ後続品の使用促進による効果	24.6	
地域差縮減に向けた取組による効果		
①糖尿病の重症化予防の推進	36.4	
②重複投薬の適正化	0.2	
③複数種類の医薬品の投与の適正化	35.8	
医療資源の効果的・効率的な活用の推進による効果		
①急性気道感染症の抗菌薬の適正化	11.6	
②急性下痢症の抗菌薬の適正化	2.9	
③化学療法の適正化	2.0	

※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」(厚生労働省提供)により作成。

医療費の伸びの適正化効果額は、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(70%、45%)による効果、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進(80%及び60%(数量ベース)、65%(金額ベース))による効果、1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組(糖尿病の重症化予防の推進、重複投薬の適正化、複数種類医薬品投与の適正化、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(急性気道感染症及び急性下痢症の治療における抗微生物薬処方)の適正化、医療資源の投入量に地域差がある医療(外来化学療法の実施)の適正化)による効果を「都道府県別医療費の将来推計ツール」を用いて推計しています。

※ 金額は、1億円未満で四捨五入しているため、内訳の合計が合わない箇所があります。

＜ 制度区分別医療費の推計 ＞

推計した県民医療費から、国の規定する標準的な推計方法により、市町村国保及び後期高齢者医療制度の医療費を算出します。制度区分別医療費は、以下の手順により推計を行っています。

- ①医療保険の制度区分（市町村国保・後期高齢者医療・被用者保険等）別の医療費は、各医療保険の事業年報等によって把握されているため、国民医療費を基に算出されている各年度の県民医療費の推計値を補正する。
- ②市町村国保の推計医療費は、①で補正した各推計年度の県民医療費に将来推計人口等を用いて推計した市町村国保被保険者数を基に算出した市町村国保医療費割合を乗じて算出する。
- ③②で算出した市町村国保の推計医療費を、②で推計した市町村国保被保険者数で除して、市町村国保1人当たり医療費を算出する。
- ④後期高齢者医療制度の推計医療費は、①で補正した各推計年度の県民医療費に将来推計人口等を用いて推計した後期高齢者医療制度被保険者数を基に算出した後期高齢者医療制度医療費割合を乗じて算出する。
- ⑤④で算出した後期高齢者医療制度の推計医療費を、④で推計した後期高齢者医療制度被保険者数で除して、後期高齢者医療制度1人当たり医療費を算出する。

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
適正化前 A	4,357	4,346	4,334	4,323	4,311	4,300
適正化後 B	4,348	4,333	4,318	4,301	4,284	4,267
効果額 A－B	9	13	17	22	27	33

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
適正化前 A	9,547	9,959	10,371	10,784	11,196	11,608
適正化後 B	9,526	9,930	10,331	10,728	11,125	11,520
効果額 A－B	21	30	40	55	71	88

※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）により作成。

※ 市町村国保には、国保組合を含んでいます。

※ 市町村国保と後期高齢者医療の医療費の見込みについては、計画期間中の各年度の医療保険に係る都道府県医療費の推計値に、都道府県別将来推計人口等を用いて推計した制度区分別の加入者数を基に算出した制度区分別の医療費割合を乗じて算出しています。

※ 金額は、1億円未満で四捨五入しているため、内訳の合計が合わない箇所があります。

＜ 機械的に試算した 1 人当たり保険料 ＞

国の規定する標準的な推計方法により、2029（令和 11）年度の市町村国保及び後期高齢者医療制度の 1 人当たり保険料を機械的に試算します。

- ①市町村国保の 1 人当たり保険料については、2023（令和 5）年度の保険料額（基礎分）に、計画期間中に見込まれる 1 人当たり保険料の伸び率の推計値に、制度改正による 1 人当たり保険料への影響額を加えて算出します。
- ②後期高齢者医療制度の 1 人当たり保険料については、2023（令和 5）年度の 1 人当たり平均保険料額に、計画期間中に見込まれる 1 人当たり保険料の伸び率の推計値に、制度改正による 1 人当たり保険料への影響額を加えて算出します。

機械的に試算した 1 人当たり保険料（再掲） （円）

	市町村国保(月額) 2029 年度	後期高齢者医療(月額) 2029 年度
適正化前	7,470	9,221
適正化後	7,414	9,156

- ※ 「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）により作成。
- ※ 市町村国保の 1 人当たり保険料は基礎分（医療分）、後期高齢者支援金分、介護納付金分により構成されますが、1 人当たり保険料の機械的な試算を行う際には後期高齢者支援金分及び介護納付金分は含みません。
- ※ 実際の保険料は、医療費の動向や財政状況（保健事業・積立費など）などの要因に影響を受けますので御留意ください。

5 福岡県医療費適正化計画（第3期）の進捗状況

		2017(平成29)年度	2018(平成30)年度	2019(令和元)年度	2020(令和2)年度	2021(令和3)年度	2022(令和4)年度	2023(令和5)年度 (目標値)
県民の健康の保持の推進								
特定健康診査の実施率		(全国52.9%) 49.0%	(全国54.4%) 50.5%	(全国55.3%) 50.3%	(全国53.1%) 48.9%	(全国56.2%) 51.9%	—	70%以上
特定保健指導の実施率		(全国19.5%) 20.8%	(全国23.3%) 25.4%	(全国23.2%) 26.1%	(全国23.0%) 22.9%	(全国24.7%) 26.0%	—	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(2008年度比)		(全国14.24%) 11.14%	(全国13.64%) 11.06%	(全国13.41%) 11.59%	(全国10.81%) 10.19%	(全国13.75%) 12.21%	—	25%以上
たばこ対策 (成人喫煙率)		(全国19.8%) 20.3% ※2016年度	—	(全国18.3%) 19.8%	—	—	(全国16.1%) 17.6%	13.0%以下
生活習慣病等の重症化予防の推進 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)		692人	727人	730人	707人	725人	604人	670人以下
がん検診の 受診率	胃がん	(全国40.9%) 38.2% ※2016年度	—	(全国42.4%) 40.5%	—	—	(全国41.9%) 40.4%	50%以上
	肺がん	(全国46.2%) 40.9% ※2016年度	—	(全国49.4%) 44.5%	—	—	(全国49.7%) 44.4%	
	大腸がん	(全国41.4%) 36.4% ※2016年度	—	(全国44.2%) 38.5%	—	—	(全国45.9%) 42.1%	
	乳がん	(全国44.9%) 40.9% ※2016年度	—	(全国47.4%) 44.3%	—	—	(全国47.4%) 44.7%	
	子宮頸がん	(全国42.3%) 37.9% ※2016年度	—	(全国43.7%) 40.0%	—	—	(全国43.6%) 42.6%	
医療の効率的な提供の推進								
後発医薬品の普及率(入院外)		(全国46.0%) 47.5% ※2013年度	—	—	—	(全国76.0%) 77.6%	—	80%以上
(参考)後発医薬品の普及率(入院、入院外、歯科)		(全国70.5%) 72.0%	(全国75.1%) 76.9%	(全国77.9%) 79.6%	(全国79.6%) 81.1%	(全国79.6%) 81.0%	—	—
精神障がいのある人の地域移行の推進(精神病床における入院後1年時点の退院率)		(全国88%) 86%	/	/	/	/	/	90%以上
医療に要する費用の見直し								
医療費	計画策定時の推計	—	(適正化前) 2兆702億円 (適正化後) 2兆532億円	(適正化前) 2兆1,273億円 (適正化後) 2兆1,098億円	(適正化前) 2兆1,859億円 (適正化後) 2兆1,679億円	(適正化前) 2兆2,426億円 (適正化後) 2兆2,242億円	(適正化前) 2兆3,008億円 (適正化後) 2兆2,820億円	(適正化前) 2兆3,604億円 (適正化後) 2兆3,412億円
	実績	1兆9,547億円	1兆9,764億円	2兆134億円	1兆9,415億円	2兆434億円	—	—

6 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

（基本的理念）

第二条 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする。

2 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、高齢期における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。

（国の責務）

第三条 国は、国民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組が円滑に実施され、高齢者医療制度（第三章に規定する前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整及び第四章に規定する後期高齢者医療制度をいう。以下同じ。）の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策を積極的に推進しなければならない。

（地方公共団体の責務）

第四条 地方公共団体は、この法律の趣旨を尊重し、住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組及び高齢者医療制度の運営が適切かつ円滑に行われるよう所要の施策を実施しなければならない。

2 前項に規定する住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組においては、都道府県は、当該都道府県における医療提供体制（医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第三十条の三第一項に規定する医療提供体制をいう。）の確保並びに当該都道府県及び当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）の国民健康保険事業の健全な運営を担う責務を有することに鑑み、保険者、第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合（第八条から第十六条まで及び第二十七条において「後期高齢者医療広域連合」という。）、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすものとする。

（保険者の責務）

第五条 保険者は、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業を積極的に推進するよう努めるとともに、高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に実施されるよう協力しなければならない。

（医療の担い手等の責務）

第六条 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手並びに医療法第一条の二第二項に規定する医療提供施設の開設者及び管理者は、前三条に規定する各般の措置、施策及び事業に協力しなければならない。

（定義）

第七条 この法律において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）
- 二 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）
- 三 国民健康保険法（昭和三十二年法律第九十二号）
- 四 国家公務員共済組合法（昭和三十二年法律第二百二十八号）
- 五 地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第二百五十二号）
- 六 私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）

2 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、都道府県及び市町村、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

3 この法律において「被用者保険等保険者」とは、保険者（健康保険法第二百二十三条第一項の規定による保険者としての全国健康保険協会、都道府県及び市町村並びに国民健康保険組合を除く。）又は健康保険法第三条第一項第八号の規定による承認を受けて同法の被保険者

とならない者を組合員とする国民健康保険組合であつて厚生労働大臣が定めるものをいう。

- 4 この法律において「加入者」とは、次に掲げる者をいう。
 - 一 健康保険法の規定による被保険者。ただし、同法第三条第二項の規定による日雇特例被保険者を除く。
 - 二 船員保険法の規定による被保険者
 - 三 国民健康保険法の規定による被保険者
 - 四 国家公務員共済組合法又は地方公務員等共済組合法に基づく共済組合の組合員
 - 五 私立学校教職員共済法の規定による私立学校教職員共済制度の加入者
 - 六 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法(他の法律において準用する場合を含む。)又は地方公務員等共済組合法の規定による被扶養者。ただし、健康保険法第三条第二項の規定による日雇特例被保険者の同法の規定による被扶養者を除く。
 - 七 健康保険法第二百二十六条の規定により日雇特例被保険者手帳の交付を受け、その手帳に健康保険印紙をはり付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者及び同法の規定によるその者の被扶養者。ただし、同法第三条第二項ただし書の規定による承認を受けて同項の規定による日雇特例被保険者とならない期間内にある者及び同法第二百二十六条第三項の規定により当該日雇特例被保険者手帳を返納した者並びに同法の規定によるその者の被扶養者を除く。

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

- 第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化(以下「医療費適正化」という。)を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(以下「医療費適正化基本方針」という。)を定めるとともに、六年ごとに、六年を一期として、医療費適正化を推進するための計画(以下「全国医療費適正化計画」という。)を定めるものとする。
- 2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たつて指針となるべき基本的な事項
 - 二 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項
 - 三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項
 - 四 前三号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項
- 3 医療費適正化基本方針は、医療法第三十条の三第一項に規定する基本方針、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十六条第一項に規定する基本指針及び健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)第七条第一項に規定する基本方針と調和が保たれたものでなければならない。
- 4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 国民の健康の保持の推進に関し、医療費適正化の推進のために国が達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、医療費適正化の推進のために国が達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号の目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項
 - 四 第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
 - 五 各都道府県の医療計画(医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下同じ。)に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能(同法第三十条の三第二項第六号に規定する病床の機能をいう。以下同じ。)の分化及び連携の推進の成果に関する事項
 - 六 前号に掲げる事項、第一号及び第二号の目標を達成するための国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果その他厚生労働省令で定める事項を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み(第十一条第七項において「国の医療に要する費用の目標」という。)に関する事項

七 計画の達成状況の評価に関する事項

八 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

- 5 厚生労働大臣は、前項第一号から第三号までに掲げる事項を定めるに当たっては、病床の機能の分化及び連携の推進並びに地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第二条第一項に規定する地域包括ケアシステム(次条第四項において「地域包括ケアシステム」という。)の構築に向けた取組並びに国民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。
- 6 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。
- 7 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。
- 8 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(都道府県医療費適正化計画)

第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画(以下「都道府県医療費適正化計画」という。)を定めるものとする。

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項
 - 三 当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項
 - 四 前号に掲げる事項並びに第一号及び第二号の目標を達成するための住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み(第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。)に関する事項
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
 - 一 前項第一号及び第二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - 二 前項第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
 - 三 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 - 四 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県は、第二項第一号及び第二号並びに前項第一号に掲げる事項を定めるに当たっては、地域における病床の機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築に向けた取組並びに住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。
- 5 都道府県は、第三項第三号に掲げる事項を定めるに当たっては、当該都道府県以外の都道府県における医療に要する費用その他厚生労働省令で定める事項を踏まえるものとする。
- 6 都道府県医療費適正化計画は、医療計画、介護保険法第百十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村及び第百五十七条の二第一項の保険者協議会(第十項及び第十二条第一項において「保険者協議会」という。)に協議しなければならない。
- 8 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関

その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

- 10 都道府県が、前項の規定により保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

(厚生労働大臣の助言)

第十条 厚生労働大臣は、都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法その他都道府県医療費適正化計画の作成上重要な技術的事項について必要な助言をすることができる。

(計画の進捗状況の公表等)

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、年度(毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。)(次項の規定による結果の公表及び次条第一項の評価を行った年度を除く。)ごとに、都道府県医療費適正化計画の進捗状況を公表するよう努めるものとする。

- 2 都道府県は、次期の都道府県医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間(以下この項及び第四項において「計画期間」という。)の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するよう努めるものとする。

- 3 都道府県は、医療費適正化基本方針の作成に資するため、前項の調査及び分析を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その結果を厚生労働大臣に報告するよう努めるものとする。

- 4 都道府県は、計画期間において、第九条第二項第一号及び第二号の目標を達成できないと認める場合又は当該都道府県における医療に要する費用が都道府県の医療に要する費用の目標を著しく上回ると認める場合には、その要因を分析するとともに、当該要因の解消に向けて、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講ずるよう努めるものとする。

- 5 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、年度(次項の規定による結果の公表及び次条第三項の評価を行った年度を除く。)ごとに、全国医療費適正化計画の進捗状況を公表するものとする。

- 6 厚生労働大臣は、次期の全国医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間(以下この項及び次項において「計画期間」という。)の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該全国医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するものとする。

- 7 厚生労働大臣は、計画期間において、第八条第四項第一号及び第二号の目標を達成できないと認める場合又は国における医療に要する費用が国の医療に要する費用の目標を著しく上回ると認める場合には、その要因を分析するとともに、当該要因の解消に向けて、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講ずるものとする。

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、保険者協議会の意見を聴いて、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 2 都道府県は、前項の評価を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その結果を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。

- 3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 4 厚生労働大臣は、前項の評価を行ったときは、その結果を公表するものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第二項第二号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第一項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第二項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(資料提出の協力及び助言等)

第十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第五項の進捗状況若しくは同条第二項若しくは第六項の結果を公表し、又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第五項の規定により公表した進捗状況、同条第二項若しくは第六項の結果又は第十二条第一項若しくは第三項の評価の結果を踏まえ、保険者、後期高齢者医療広域連合又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報(以下「医療保険等関連情報」という。)について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、医療保険等関連情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

3 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、都道府県、市町村その他厚生労働省令で定める者に対し、医療保険等関連情報を、厚生労働省令で定める方法により提供するよう求めることができる。

(略)

7 医療費を取り巻く現状データ集

福岡県ホームページにおいて、医療費を取り巻く現状データ集を掲載しています。

< 掲載データ一覧 >

都道府県別将来人口の見通し

都道府県別将来人口（75歳以上）の見通し

1人当たり後期高齢者医療費の年次推移（都道府県別）

1人当たり後期高齢者医療費の全国比較

1人当たり後期高齢者医療費(入院)の全国比較

1人当たり後期高齢者医療費(入院外)の全国比較

1人当たり後期高齢者医療費(歯科)の全国比較

1日当たり後期高齢者医療費(入院)の全国比較

1日当たり後期高齢者医療費(入院外)の全国比較

1日当たり後期高齢者医療費(歯科)の全国比較

後期高齢者医療の受診率(入院)の全国比較

後期高齢者医療の受診率(入院外)の全国比較

後期高齢者医療の受診率(歯科)の全国比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(入院)の全国比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(入院外)の全国比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(歯科)の全国比較

1人当たり後期高齢者医療費の全国相対比較

1日当たり後期高齢者医療費の全国相対比較

後期高齢者医療の受診率の全国相対比較

後期高齢者医療の1件当たり日数の全国相対比較

1人当たり後期高齢者医療費と1日当たり医療費の相関関係

1人当たり後期高齢者医療費と受診率の相関関係

1人当たり後期高齢者医療費と1件当たり日数の相関関係

1人当たり後期高齢者医療費の年次推移（県内市町村別）

1人当たり後期高齢者医療費の県内比較

1人当たり後期高齢者医療費(入院)の県内比較

1人当たり後期高齢者医療費(入院外)の県内比較

1人当たり後期高齢者医療費(歯科)の県内比較

1日当たり後期高齢者医療費(入院)の県内比較

1日当たり後期高齢者医療費(入院外)の県内比較

1日当たり後期高齢者医療費(歯科)の県内比較

後期高齢者医療の受療率(入院)の県内比較

後期高齢者医療の受療率(入院外)の県内比較

後期高齢者医療の受療率(歯科)の県内比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(入院)の県内比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(入院外)の県内比較

後期高齢者医療の1件当たり日数(歯科)の県内比較

1人当たり後期高齢者医療費の県内相対比較(全国平均との相対比較)

1日当たり後期高齢者医療費の県内相対比較(全国平均との相対比較)

後期高齢者医療の受療率の県内相対比較(全国平均との相対比較)

後期高齢者医療の1件当たり日数の県内相対比較(全国平均との相対比較)

1人当たり国保医療費の年次推移（県内市町村別）
年齢調整死亡率（悪性新生物）の全国比較
年齢調整死亡率（心疾患）の全国比較
年齢調整死亡率（脳血管疾患）の全国比較
10万人当たり医療施設数（病院＋一般診療所）の全国比較
10万人当たり医療施設数（一般病院）の全国比較
10万人当たり医療施設数（精神科病院）の全国比較
10万人当たり医療施設数（一般診療所）の全国比較
10万人当たり医療施設数（歯科診療所）の全国比較
10万人当たり病床数（全病床）の全国比較
10万人当たり病床数（一般病床）の全国比較
10万人当たり病床数（療養病床）の全国比較
10万人当たり病床数（精神病床）の全国比較
10万人当たり医師数（医科）の全国比較
10万人当たり歯科医師数の全国比較
平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）の全国比較
1人当たり後期高齢者医療費と10万人当たり病床数の相関関係
1人当たり後期高齢者医療費と平均在院日数の相関関係
高齢者単身率の全国比較
在宅での死亡率の全国比較
就業率（75歳以上）の全国比較
特定健康診査実施率の全国比較
特定保健指導実施率の全国比較
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の全国比較
喫煙率の全国比較
後発医薬品の普及率の全国比較
バイオシミラー品目一覧

福岡県医療費適正化計画（第4期） 掲載ホームページ

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/tekiseika4ki.html>





福岡県

福岡県医療費適正化計画（第4期）（令和7年2月一部改定）

保健医療介護部保健医療介護総務課

〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

電話 092-643-3238