

第 4 期富山県医療費適正化計画 (中間報告案)

- ・第 3 期計画から変更した主な記載箇所について、本文に下線を引いて示しています。
- ・素案に対していただいたご意見を踏まえ変更した記載箇所について、本文に網掛けをして示しています。

富 山 県

目 次

第1章 計画の趣旨

1 計画の策定にあたって	1
2 計画の概要	1
(1) 計画の期間	1
(2) 計画に掲げる事項	2
(3) 他の計画等との関係	2

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状	3
(1) 医療費の動向	3
ア 全国の医療費	3
イ 本県の医療費	4
(2) 平均在院日数の状況	8
(3) 療養病床の状況	11
(4) 在宅医療の状況	14
ア 在宅療養支援病院・診療所及び訪問看護ステーションの状況	14
イ 往診・訪問診療の実施状況	15
ウ 認知症疾患医療センターの状況	15
エ 在宅等における死亡状況	16
(5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	18
ア 死亡率	18
イ 生活習慣病の受療及び医療費の状況	22
ウ 特定健康診査の実施状況	28
エ 特定保健指導の実施状況	30
オ メタボリックシンドロームの状況	34
(6) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況	42
(7) 医薬品の適正使用状況	44
(8) たばこに関する状況	45
(9) 外来化学療法の実施の状況	47
(10) 白内障手術（水晶体再建術）の外来実施の状況	48
(11) 抗菌薬使用の状況	48

2	課題	49
(1)	医療提供体制の課題	49
ア	病床の機能分化・連携の推進	49
イ	在宅医療等の充実	49
ウ	医療従事者等の確保・養成	50
(2)	生活習慣病対策	50

第3章 目標と取組み

1	基本理念	53
(1)	県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	53
(2)	今後の人口構成の変化に対応するものであること	53
2	医療費適正化に向けた目標	53
(1)	県民の健康の保持の推進に関する目標	53
ア	特定健康診査の実施率	53
イ	特定保健指導の実施率	54
ウ	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	54
エ	たばこ対策	54
オ	生活習慣病等の重症化予防	55
カ	その他予防・健康づくりの推進	55
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	56
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合	56
(3)	計画期間における医療に要する費用の見通し	57
3	県が取り組む施策	60
(1)	県民の健康の保持の推進に関する施策	60
ア	健康寿命の延伸に向けた県民運動	60
イ	医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進	60
ウ	たばこ対策	62
エ	生活習慣病の重症化予防	63
オ	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	64
カ	その他予防・健康づくりの推進	65
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する施策	66
ア	病床の機能分化・連携の促進	66
イ	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	68
ウ	医療従事者及び介護人材の確保・養成	70

エ	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	72
オ	医薬品の適正使用の推進	73
カ	医療資源の効果的・効率的な活用及び医療DXに関する施策	74

第4章 計画の推進

1	計画の進行管理	75
(1)	進捗状況の評価	75
(2)	実績評価	75
2	計画の推進における役割分担	75
(1)	県民に期待される役割	75
(2)	行政機関の役割	76
(3)	医療保険者の役割	77
(4)	保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割	78
(5)	職場・企業の役割	79

第1章 計画の趣旨

1 計画の策定にあたって

- 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、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、また今後、一層の高齢化の進展が見込まれることから、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ながら、医療に要する費用（以下「医療費」という。）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必要があります。

このための仕組みとして、平成18年度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（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設されました。

各都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第9条第1項に基づき、医療費適正化計画を定めることとされ、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関する目標を定めることとされました。

県ではこの法に基づき、第1期医療費適正化計画（平成20年度から24年度まで）、第2期医療費適正化計画（平成25年度から29年度まで）及び第3期医療費適正化計画（平成30年度から令和5年度まで）を一期として策定しており、引き続き、第4期計画では6年を一期とし策定し、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を定めることとします。

2 計画の概要

（1）計画の期間

- 第4期医療費適正化計画の期間は、令和6年度から11年度までの6年間とします。

(2) 計画に掲げる事項

○ 次に掲げる事項（法第9条第2項）

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、県において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、県において達成すべき目標に関する事項
- 三 富山県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に県が取り組む施策により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえ、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

○ おおむね次に掲げる事項（法第9条第3項）

- 一 前項第一号及び第二号の目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項
- 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 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

(3) 他の計画等との関係

- 医療費適正化計画は、県医療計画、県介護保険事業支援計画、県健康増進計画及び県国民健康保険運営方針と調和が保たれたものとしします。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状

(1) 医療費の動向

ア 全国の医療費

- 全国の国民医療費（※1）は、令和3年度で45兆359億円であり、平成29年度の43兆710億円に比べ、1兆9,649億円（4.6%）増加しています。なお、令和2年度は新型コロナウイルスによる受診控えの影響で、42兆9,665億円と前年度と比較して減少しています。
- 令和3年度の国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は8.18%と微増しています。

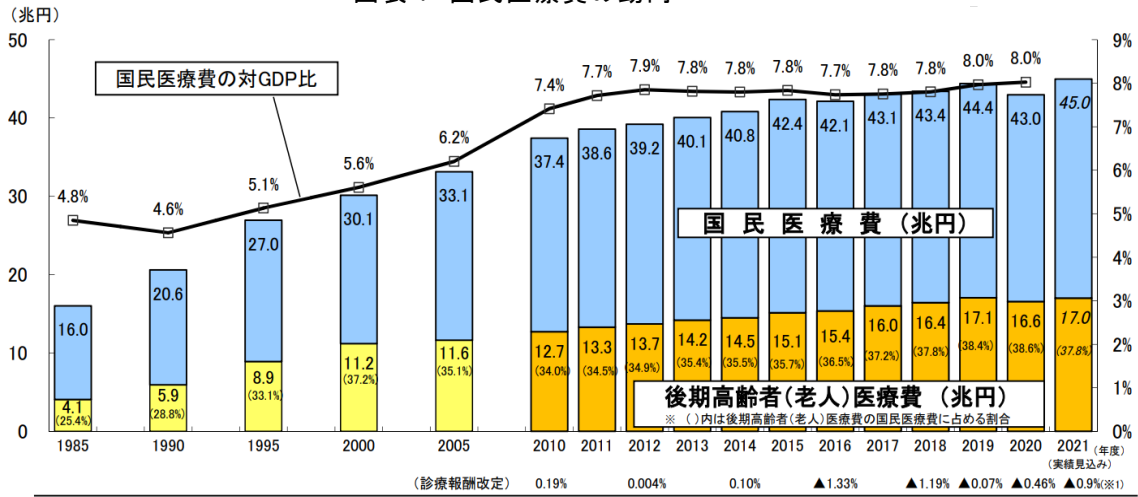
（※1） 国民医療費とは、医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局薬剤医療費、入院時食事、訪問看護医療費等が含まれ、毎年公表されます。

- 全国の後期高齢者（老人）医療費は、平成12年度の介護保険制度の導入や平成14年10月以降の老人医療の受給対象者年齢の引き上げの影響（※2）から、平成20年度頃までは、ほぼ横ばいとなっていました。後期高齢者医療制度が始まった平成20年度から年々増加に転じ、令和3年度で約17兆763億円であり、平成29年度の16兆229億円に比べ1兆534億円（6.6%）増加しています。（図表1）

（※2） 平成12年度の介護保険制度導入に伴って老人医療費の一部が対象範囲から除外されました。また、平成14年10月の老人保健法改正に伴い、老人医療費の対象が平成17年度から20年度にかけて段階的に引き上げられました。

平成20年度からは、後期高齢者医療制度が始まり、対象年齢は原則75歳以上となっています。

図表 1 国民医療費の動向



(診察報酬改定) 0.19% 0.004% 0.10% ▲1.33% ▲1.19% ▲0.07% ▲0.46% ▲0.9% (※1)

(主な制度改正) 2000年以降: 介護保険制度施行、高齢者1割負担導入(2000)、高齢者1割負担徹底(2002)、老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ(2002~2007)、被用者本人・現役並み3割負担等(2003)、未就学児・所得高齢者2割負担3割負担等(2008)、70~74歳2割負担(※2)(2014)

<対前年度伸び率> (%)

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	(S60)	(H2)	(H7)	(H10)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.6
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	2.7
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.1	0.2	▲3.9	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
 注2 後期高齢者(老人)医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。
 注3 2021年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2021年度分は、2020年度の国民医療費に2021年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。
 (※1) 2021年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。
 (※2) 70~74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

出典:厚生労働省「医療費の動向(国民医療費、後期高齢者(老人)医療費の動向)」

イ 本県の医療費

- 本県の医療費については、全国と同様に概ね増加傾向にあり、令和3年度で3,738億円と平成29年度の3,591億円に比べ4.1%増加しています。また、国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は、令和3年度で45.1%と全国の37.9%と比較して高くなっています。(図表 2-1)

図表 2-1 国民医療費の推移

(単位:億円)

	H23	H26	H29	R2	R3	H29→R3	
						伸び率	順位
全国計	385,850 (34.5)	408,071 (35.5)	430,710 (37.2)	429,665 (38.6)	450,359 (37.9)	4.6%	-
富山県	3,296 (40.9)	3,424 (42.1)	3,591 (44.1)	3,573 (45.9)	3,738 (45.1)	4.1%	16

※()は国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合(単位:%)

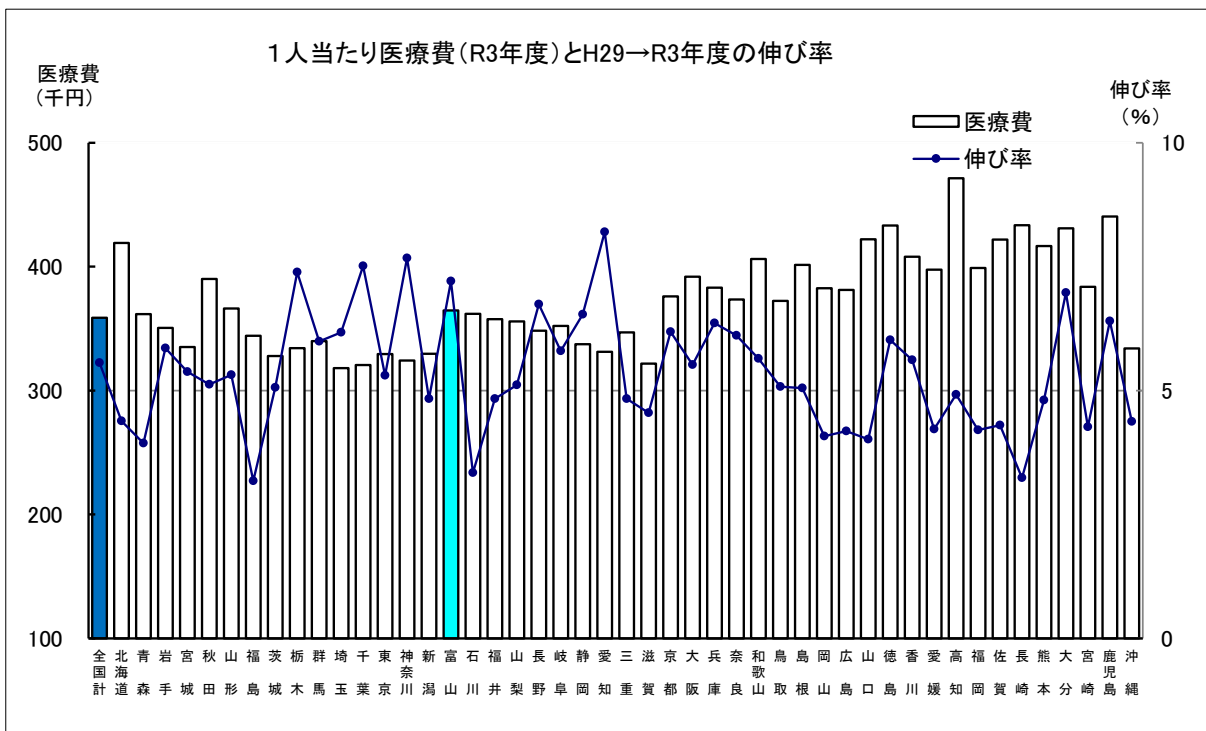
出典:厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

- 本県の1人当たり医療費を全国と比較すると、令和3年度において365千円（全国25位）と、全国359千円を上回っています。また、平成29年度から令和3年度の1人当たり医療費の伸び率は6.3%（5位）で、全国5.9%を上回っています。（図表2-2）

図表2-2 1人当たり医療費の推移

（単位：千円）

	H23	H26	H29	R2	R3	H29→R3		
						順位	伸び率	順位
全国計	302	321	340	341	359	-	5.9%	-
富山県	303	320	340	345	365	25	6.3%	5



出典：厚生労働省「国民医療費」をもとに作成

- 本県の後期高齢者医療費については、全国と同様に増加傾向にあり、令和3年度で1,687億円と平成29年度の1,583億円に比べ6.6%増加しています。（図表3-1）

図表3-1 後期高齢者医療費の推移

（単位：億円）

	H23	H26	H29	R2	R3	H29→R3	
						伸び率	順位
全国計	132,991	144,927	160,229	165,681	170,763	6.6%	-
富山県	1,348	1,440	1,583	1,639	1,687	6.6%	12

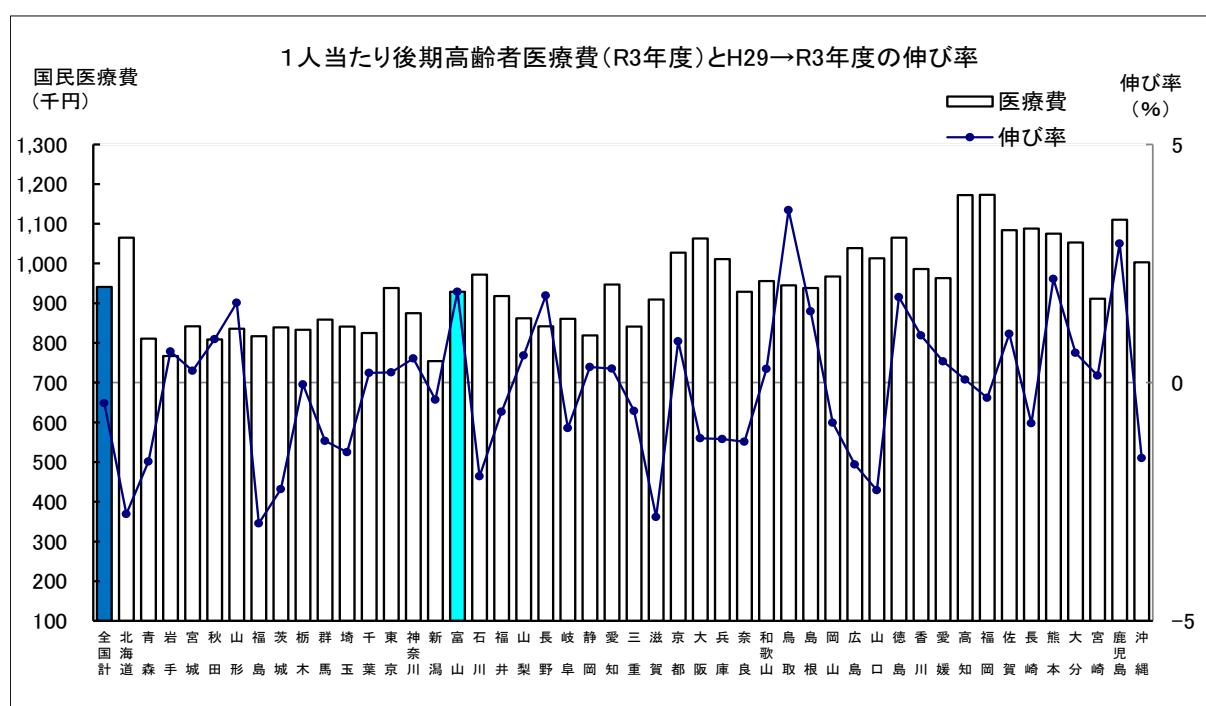
出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

- 本県の令和3年度の1人当たり後期高齢者医療費は929千円と、全国(941千円)を下回っています。また、平成29年度から令和3年度の伸び率は1.9%で、全国(-0.4%)と比較して高くなっています。(図表3-2)

図表3-2 1人当たり後期高齢者医療費の推移

(単位:千円)

	H23	H26	H29	R2	R3	H29→R3	
						順位	伸び率
全国計	918	932	945	917	941	-	-0.4%
富山県	858	882	912	903	929	25	1.9%



出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

☆将来人口・高齢化率

○ 平成 30 年 3 月に公表された都道府県別の将来人口推計によると、本県の総人口は、令和 2 年の 1,034 千人から令和 22 年には 863 千人となり、171 千人の減少が予想されています。

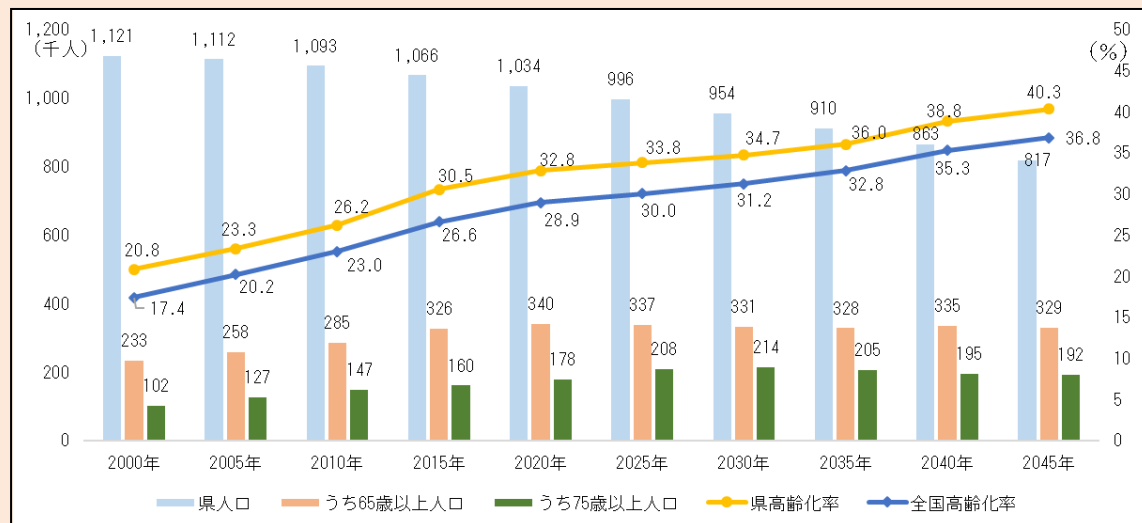
その一方で、県内の高齢者人口は令和 7 年までは増加傾向となっており、65 歳以上人口については、全人口に占める割合が、令和 2 年の 32.8%から令和 27 年には 40.3%になると予想されています。

○ 75 歳以上人口については、令和 2 年の 178 千人からピークを迎えるとされる令和 12 年には 214 千人になると予想されています。(図表 4)

○ 本県は、医療費全体に占める後期高齢者医療費の割合が高いことから、後期高齢者医療費の伸びが県全体の医療費の増加に大きく影響しています。

今後、高齢化の更なる進展に伴って、県の医療費や後期高齢者医療費は高い伸びを示すものと予想されます。

図表 4 富山県の将来人口推計・高齢化率の全国比



出典：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」(2018(平成 30)年推計)より作成

(2) 平均在院日数の状況

○ 本県の病床種類別平均在院日数（※3）は、令和4年「病院報告」によると、一般病床 15.4 日（全国 16.2 日）、療養病床（※4）197.2 日（同 126.5 日）、精神病床 360.2 日（同 276.7 日）、結核病床 24.1 日（同 44.5 日）、感染症病床 8.4 日（同 10.5 日）となっています。

なかでも、療養病床の平均在院日数は全国 1 位と高い状況になっています。（図表 5-1、5-2）

（※3） 平均在院日数とは、病院に入院した患者の入院日数の平均値を示すものであり、その算定にはいくつかの考えがありますが、病院報告においては次の算式により算出することとされています。

【算式】

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

ただし、療養病床については、次式による。

$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times \left(\begin{array}{c} \text{年間新入院患者数} \\ \left[\begin{array}{l} \text{同一医療機関内の他の病床} \\ \text{から移された患者数含む} \end{array} \right] \end{array} + \begin{array}{c} \text{年間退院患者数} \\ \left[\begin{array}{l} \text{同一医療機関内の他の病床} \\ \text{へ移された患者数含む} \end{array} \right] \end{array} \right)}$$

（※4） 療養病床の数値は、介護療養病床の数値を含んでいます。

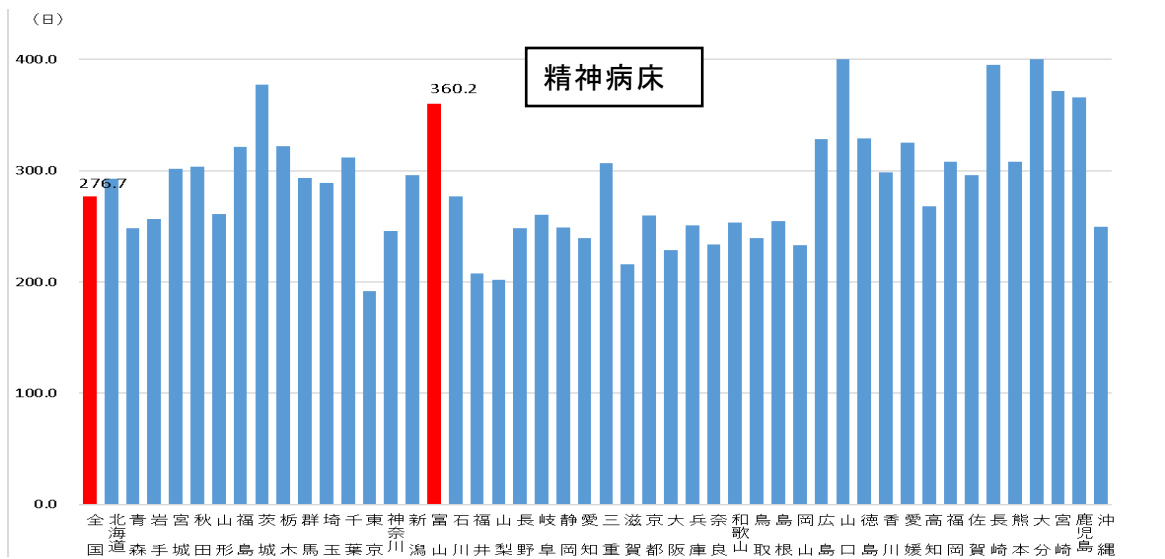
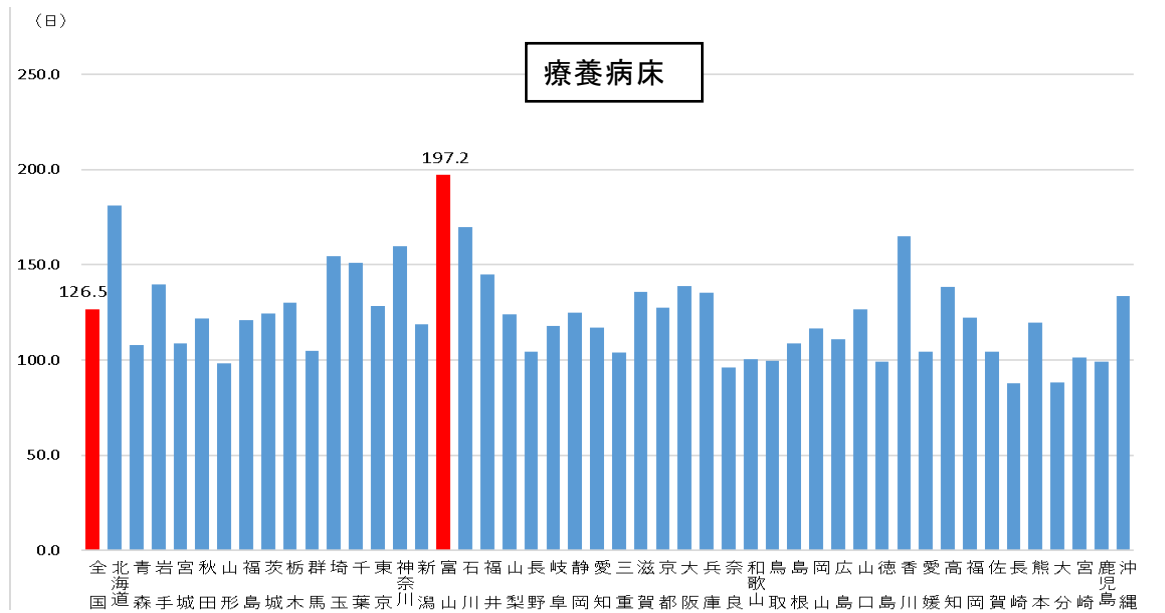
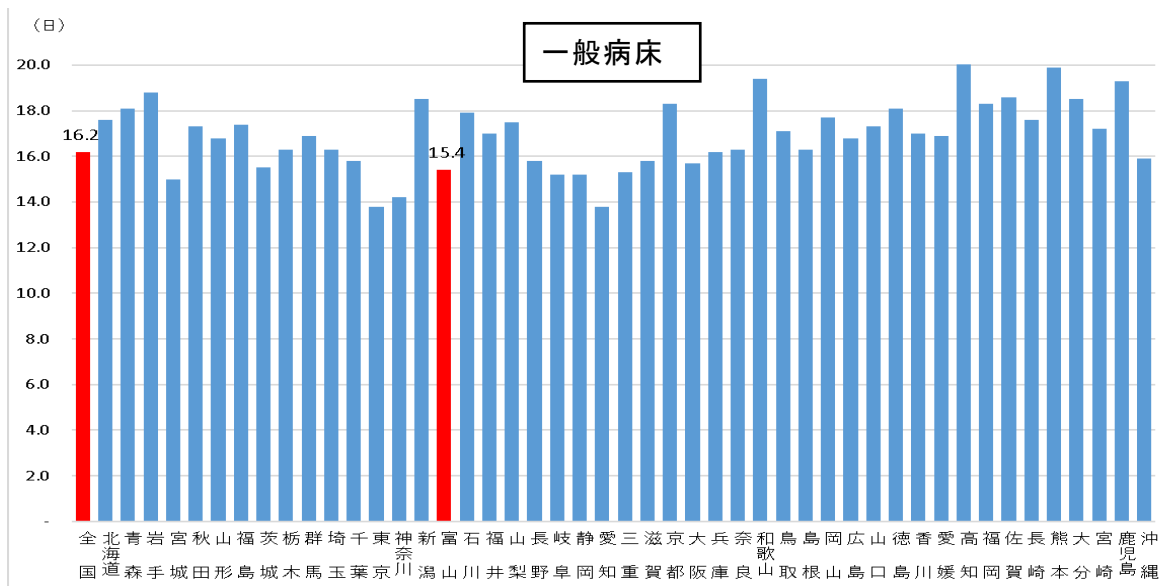
図表 5-1 病床種類別平均在院日数(令和4年)

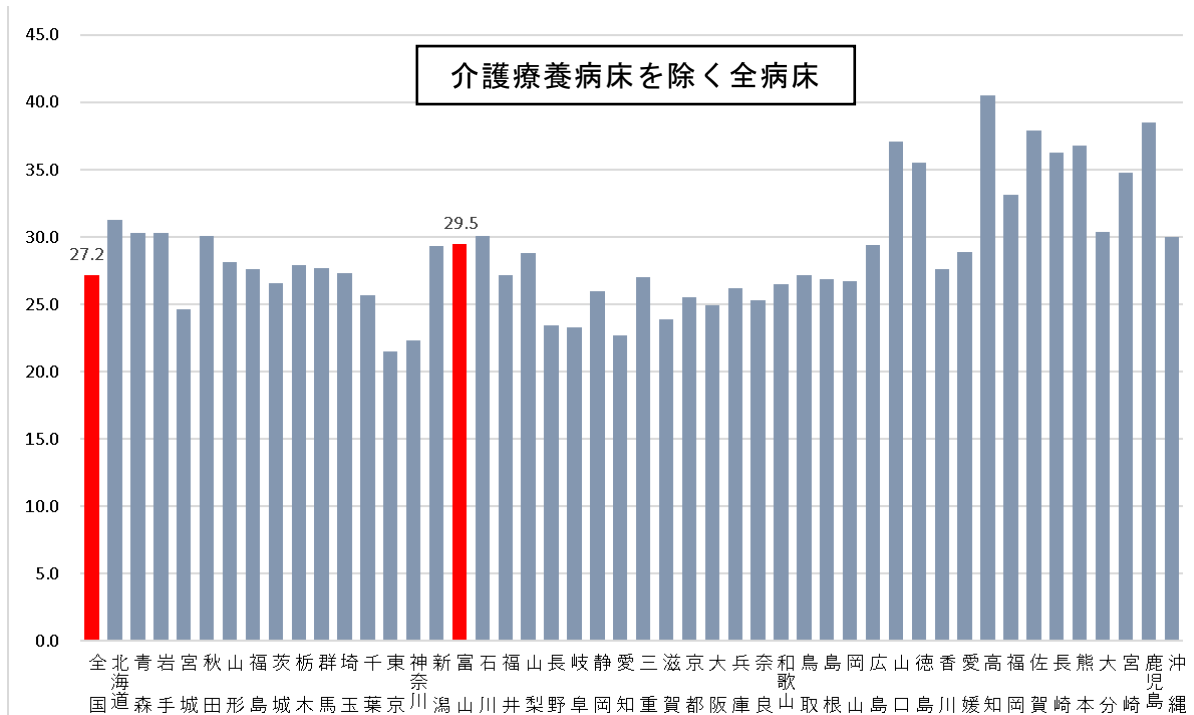
(単位：日)

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	介護療養病床を除く全病床
全国計	16.2	126.5	276.7	44.5	10.5	27.2
富山県	15.4	197.2	360.2	24.1	8.4	29.5

出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)をもとに作成

図表 5-2 都道府県別平均在院日数(病床種類別)

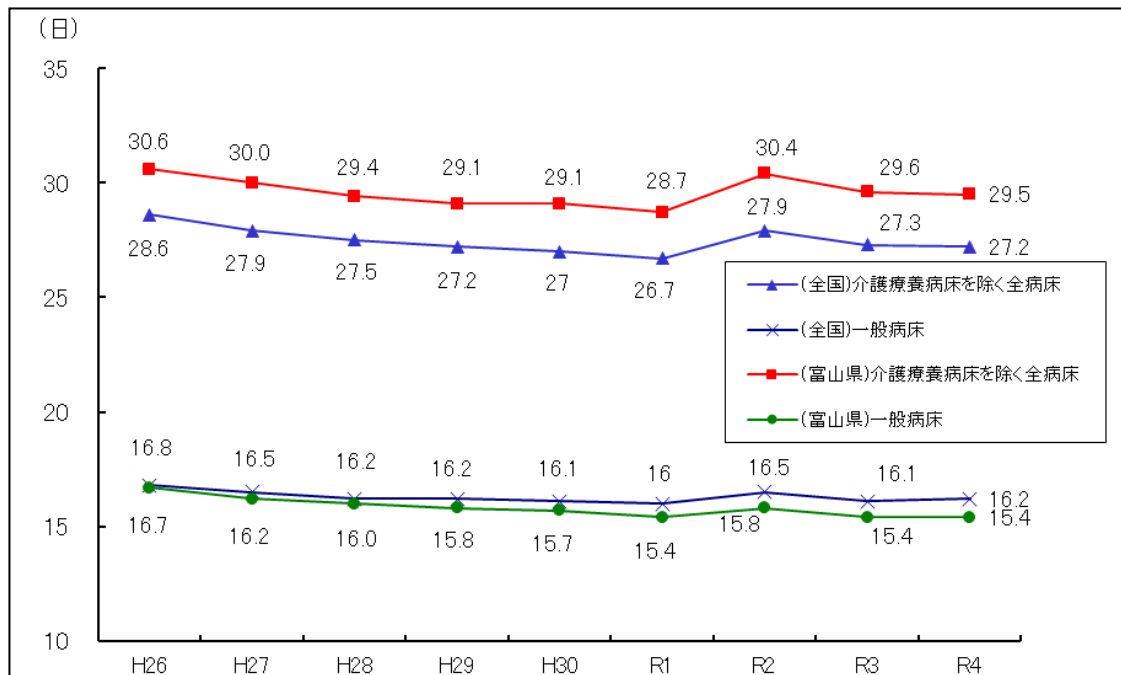




出典:厚生労働省「病院報告」(令和4年)をもとに作成

- 平均在院日数の推移をみると、令和元年までは全国的に減少傾向にありましたが、令和2年は増加し、令和3年には減少しています。本県の介護療養病床を除く全病床では、平成30年から令和4年の5年間で0.4日の増加(一般病床は0.3日の減少)となっています。(図表6-1)

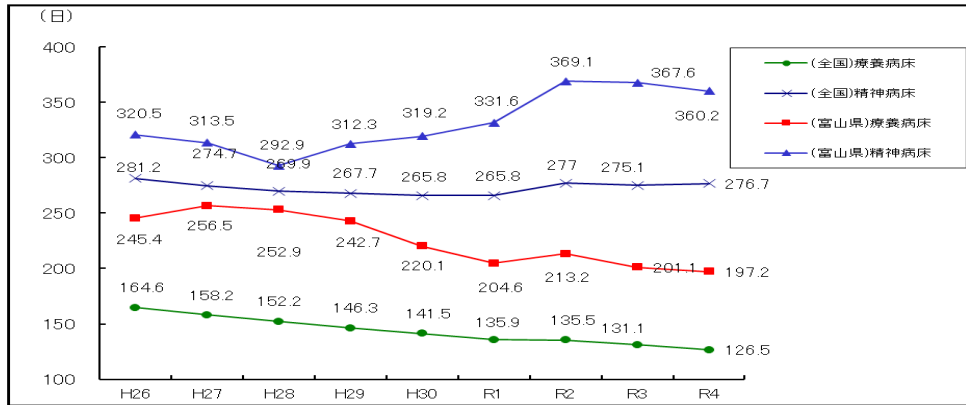
図表 6-1 介護療養病床を除く全病床・一般病床の平均在院日数の推移



出典:厚生労働省「病院報告」をもとに作成

- 精神病床の平均在院日数は、全国では横ばいの状態が続いていますが、本県は増加傾向にあります。療養病床の平均在院日数は、全国では減少傾向にあり、本県では令和元年から令和2年に増加しましたが、令和3年には減少しています。(図表 6-2)

図表 6-2 精神病床と療養病床の平均在院日数の推移



出典:厚生労働省「病院報告」をもとに作成

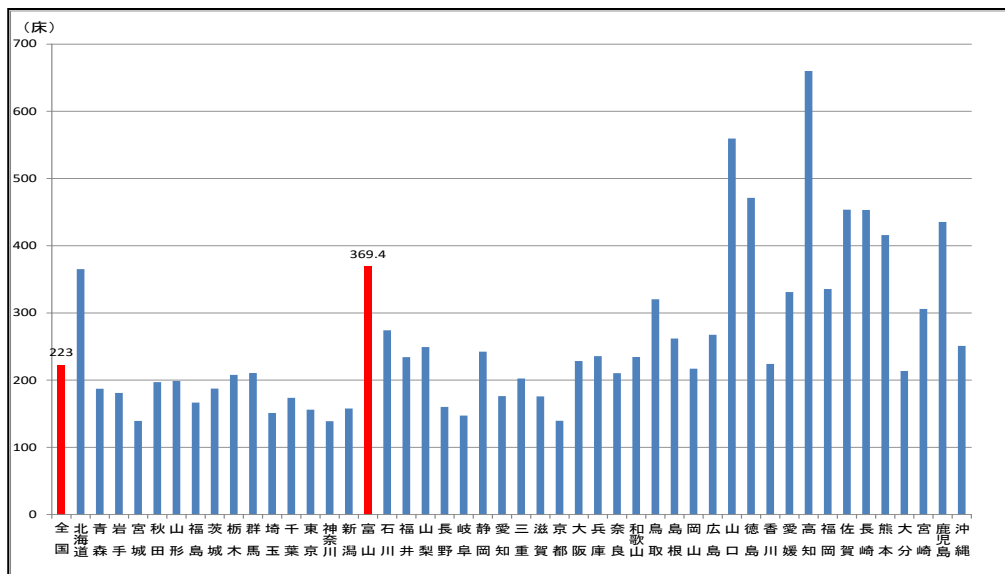
(3) 療養病床の状況

- 本県の療養病床数は、令和4年10月1日時点で3,757床あり、人口10万人当たりの病床数でみると、本県は369.4床(全国8位)であり、全国223床よりも高い水準にあります。(図表 7-1)

図表 7-1 療養病床数(令和4年10月1日現在)

(単位:床)

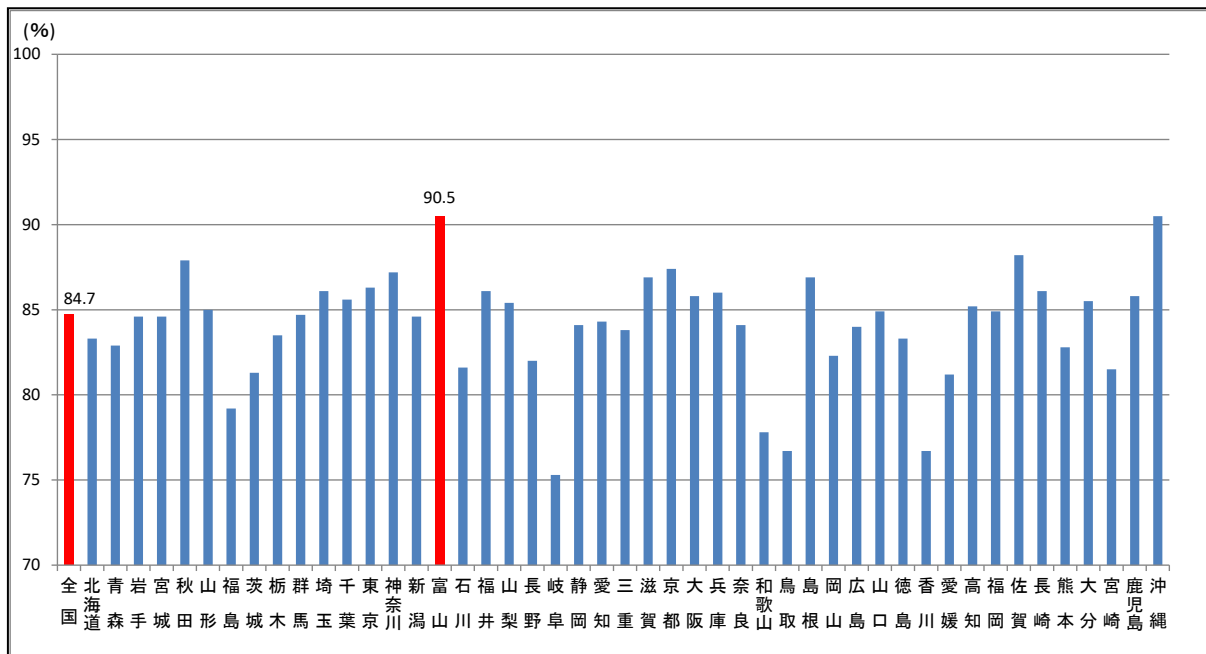
	病床数	10万人当たり病床数
全国計	278,694	223
富山県	3,757	369.4



出典:厚生労働省「医療施設調査」(令和4年)をもとに作成

- また、療養病床の病床利用率は90.5%と全国の84.7%を上回り、全国1位となっています。(図表7-2)

図表 7-2 療養病床の病床利用率



出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)をもとに作成

☆「富山県地域医療構想」における必要病床数の推計

富山県地域医療構想による令和7年（2025年）の必要病床数は、高度急性期、急性期、慢性期機能が少なく、回復期機能が多くなっています。（図表8）

図表8 令和3年病床機能報告※と令和7年必要病床数の比較

病床機能区分	令和3年病床機能報告(A)	令和7年必要病床数(B)	(B-A)
高度急性期	1,765	930	△ 835
急性期	4,436	3,254	△ 1,182
回復期	1,826	2,725	+899
慢性期	4,033	2,648	△ 1,385
休棟等	204	—	△ 204
合計	12,264	9,557	△ 2,707

出典：「富山県地域医療構想」

※ 平成26年度から開始された「病床機能報告制度」は、一般病床及び療養病床を有する病院・診療所が、病棟単位で次の4つの医療機能から1つを選択し、毎年度都道府県に報告するものです。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(4) 在宅医療の状況

在宅医療は、治療や療養を必要とする患者が、居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるよう、診療所等の医師や看護師等が患者の居宅等を訪問し、医療サービスを提供するものです。

ア 在宅療養支援病院・診療所（※6）及び訪問看護ステーションの状況

- 令和3年1月現在、人口10万人当たりの在宅療養支援病院は1.5施設と、全国の1.3施設を上回っています。一方、人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は6.8施設と全国の11.9施設を下回っています。（図表9-1）

（※6） 在宅療養支援病院・診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問診療を実施できる体制を有する病院・診療所のことを言います。（また、在宅療養支援病院は、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院のことをいいます。）

図表9-1 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の施設数

（単位：施設）

区分	人口10万対施設数	
	富山県	全国
在宅療養支援病院	1.5	1.3
在宅療養支援診療所	6.8	11.9

・人口10万対施設数：（令和3年1月1日）

出典：厚生労働省提供「NDB データ（令和3年度版）」をもと作成

- 令和5年4月1日現在、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は9.4施設と、全国の12.6施設を下回っています。（図表9-2）

図表9-2 訪問看護ステーション数

区分	人口10万対稼働施設数	
	富山県	全国
訪問看護ステーション	9.4	12.6

出典：総務省統計局「人口推計」（人口及び高齢者人口：令和4年10月1日現在）
一般社団法人全国訪問看護事業協会調べ（訪問看護施設数：休止中を除く、令和5年4月1日現在）

イ 往診・訪問診療の実施状況

- 本県の往診・訪問診療について、令和2年10月の実施状況をみると、往診実施率は22.3%（本県診療所総数に占める往診実施診療所数の割合）で、訪問診療実施率は26.2%（本県診療所総数に占める訪問診療実施診療所数の割合）と、いずれも全国（往診18.6%、訪問診療19.7%）より高い状況となっています。（図表9-3）

図表9-3 往診・訪問診療を実施している診療所割合（令和2年10月の状況）

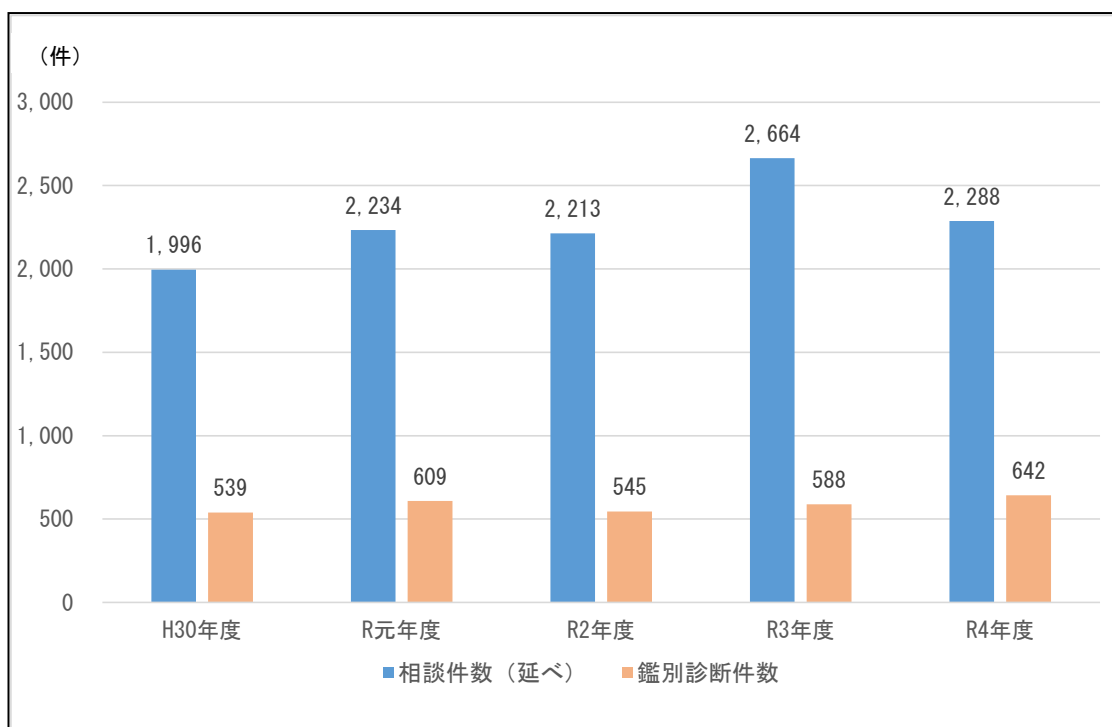
区分	富山県	全国
往診実施率	22.3%	18.6%
訪問診療実施率	26.2%	19.7%

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）をもとに作成

ウ 認知症疾患医療センターの状況

- 認知症疾患における専門医療相談や鑑別診断を行うため、県内4つの二次医療圏ごとに認知症疾患医療センターが設置されています。令和4年度は前年度と比較して、相談件数は減少していますが、鑑別診断件数は増加となっています。（図表10）

図表10 認知症疾患医療センター相談件数及び鑑別診断件数



出典：厚生労働省「認知症疾患医療センターの事業実施状況の報告」をもとに作成

エ 在宅等における死亡状況

- 令和3年の都道府県別の在宅等における死亡率（※7）をみると、本県は29.3%（全国30.7%）で全国27位となっています。（図表11）

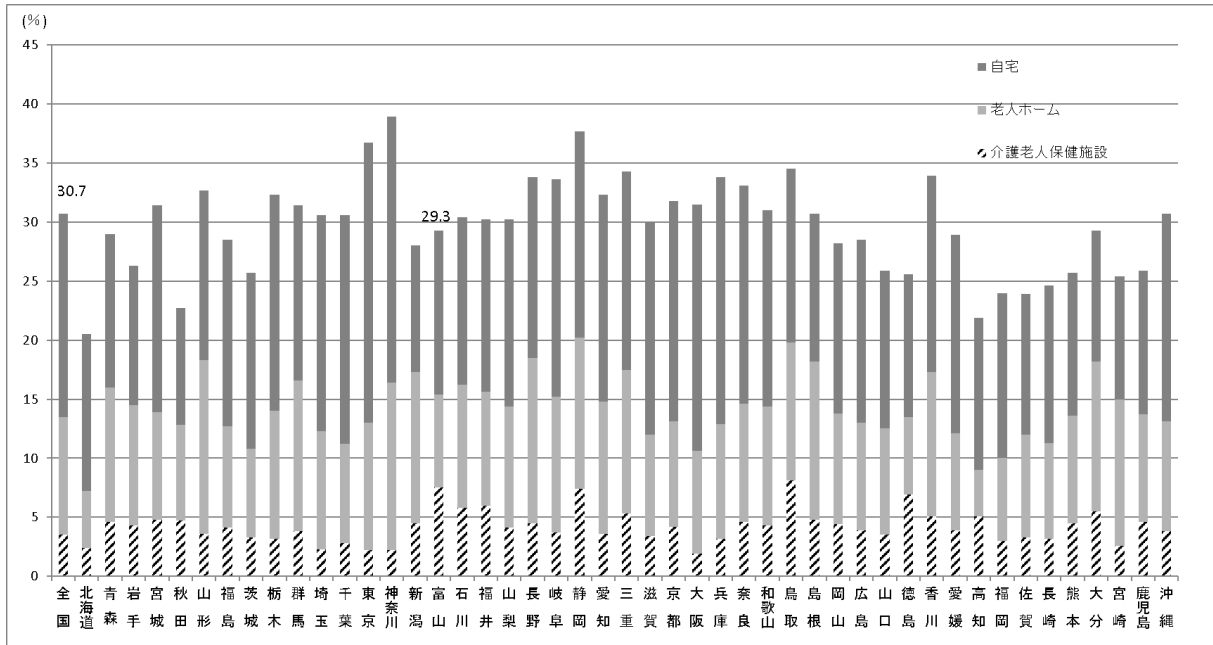
（※7） 全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設における死亡の割合。老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

- 内訳は、老人ホーム7.9%、介護老人保健施設7.5%となっており、合計すると全国（それぞれ10.0%、3.5%）よりも1.9ポイント高い数値を示していますが、自宅での死亡率は13.9%と全国の17.2%を3.3ポイント下回っています。（図表11）

図表11 都道府県別在宅等における死亡率

（単位：%）

	自宅	老人ホーム	介護老人保健施設	合計
全国計	17.2	10.0	3.5	30.7
富山県	13.9	7.9	7.5	29.3



出典：厚生労働省「人口動態統計（令和3年）をもとに作成

☆『富山県地域医療構想』の居宅等における医療の必要量の推計

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」を利用した推計によると、令和7年(2025年)における居宅等における医療の必要量(在宅医療等の医療需要)は、県全体で、15,713人/日と推計されており、県全体で約4,700人が追加的に在宅医療等に対応する必要があると推計されています。(図表12)

図表12 令和7年における居宅等における医療の必要量

(単位:人/日)

	平成25年医療需要(A)	令和7年医療需要(B)	(B-A)
在宅医療等	11,021	15,713	4,692
うち訪問診療分	4,429	5,541	1,112

出典:「富山県地域医療構想」

【参考】介護が必要となった場合に希望する生活について

令和3年度に実施した県政世論調査結果によると、自分に介護が必要になった場合でも、約7割の人が、自宅や住み慣れた地域で生活を続けたいと希望しています。

参考図表 令和3年度県政世論調査結果(富山県)(抜粋)

問:あなたは、介護が必要になった場合、どのような生活を望みますか。

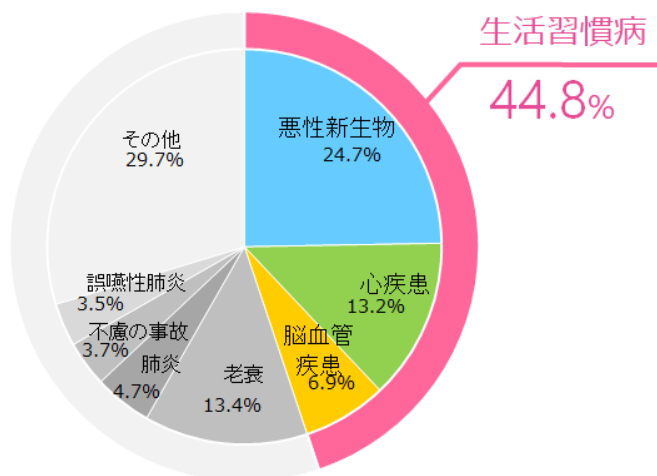
自宅で介護サービス等を活用して	30.2%	} 70.5%
自宅で家族の世話や介護サービス等を受けて	13.6%	
自宅で家族の世話を受けて	7.4%	
住み慣れた地域にあるグループホームなどに入居して	19.3%	
有料老人ホームなどに入居して	12.5%	
特別・養護老人ホームなどに入居して	10.7%	
子どもや親戚の家に移って介護サービス等を受けて	0.4%	

(5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

ア 死亡率

- 本県の死因別死亡割合(令和4年)をみると、1位が悪性新生物(24.7%)、2位が心疾患(13.2%)、4位が脳血管疾患(6.9%)となっており、生活習慣病が全体の約5割を占めています。(図表13)

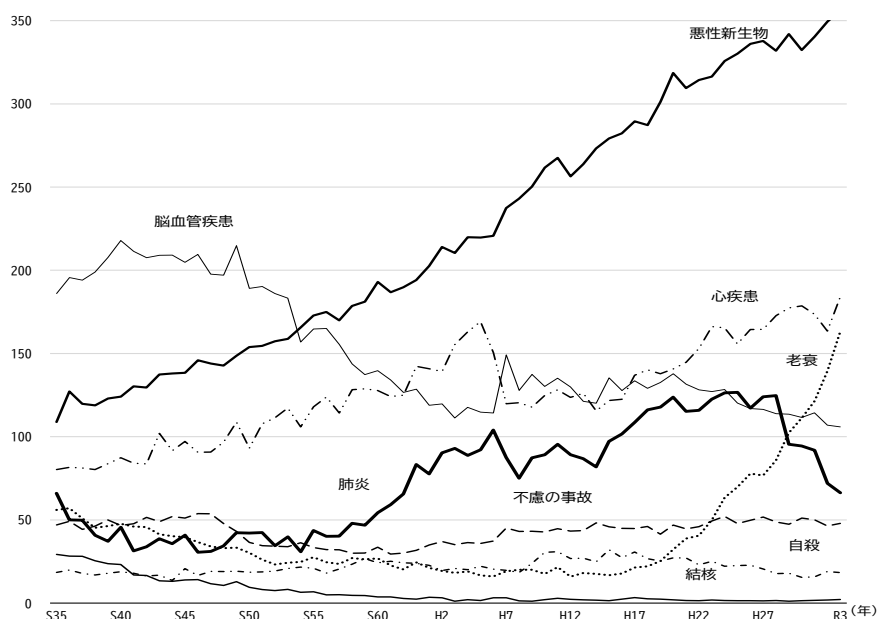
図表13 富山県の死因別死亡割合(令和4年)



出典:厚生労働省「人口動態統計」(令和4年)をもとに作成

- 本県の主要死因別死亡率は、悪性新生物が昭和54年(1979年)に死因の第1位となり、その後も顕著に増加しています。一方、脳血管疾患は緩やかに減少しており、平成17年(2005年)には心疾患が、脳血管疾患に代わって死因の第2位となっています。(図表14)

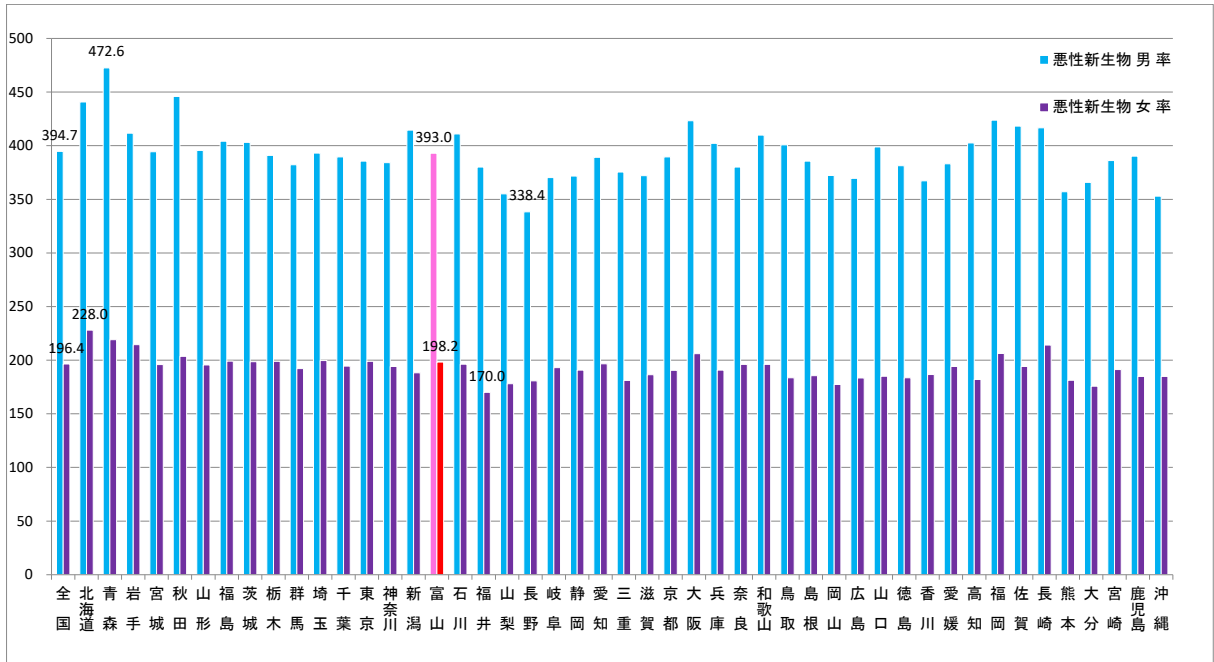
図表14 富山県の主要死因別粗死亡率の年次推移(人口10万対)



出典:富山県「保健統計年報」をもとに作成

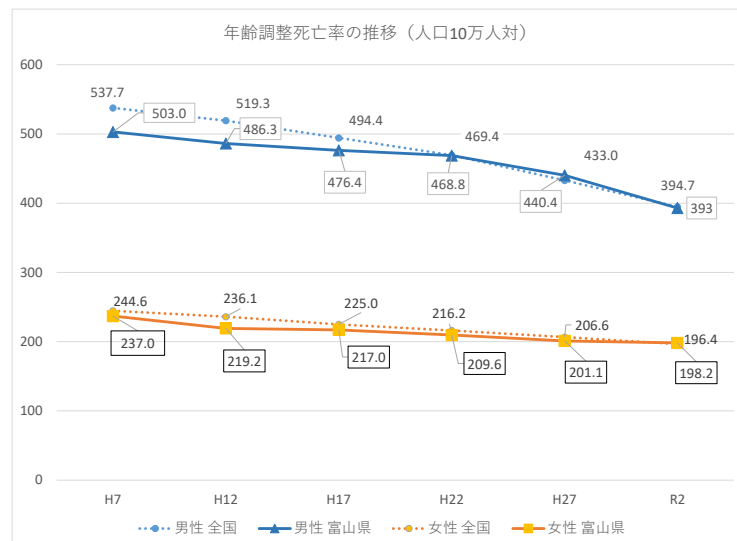
○ 年齢構成の影響を調整した悪性新生物の年齢調整死亡率（令和2年）（※8）の全国比較をみると、本県は、男性は全国394.7に対し393.0（全国21位）で全国を下回っており、女性は全国196.4に対し198.2（全国13位）で全国を上回っています。（図表15-1）

図表15-1 人口10万人当たりの悪性新生物の年齢調整死亡率（※8）（男女別）



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（令和2年）をもとに作成

図表15-2 人口10万人当たりの悪性新生物の年齢調整死亡率の推移

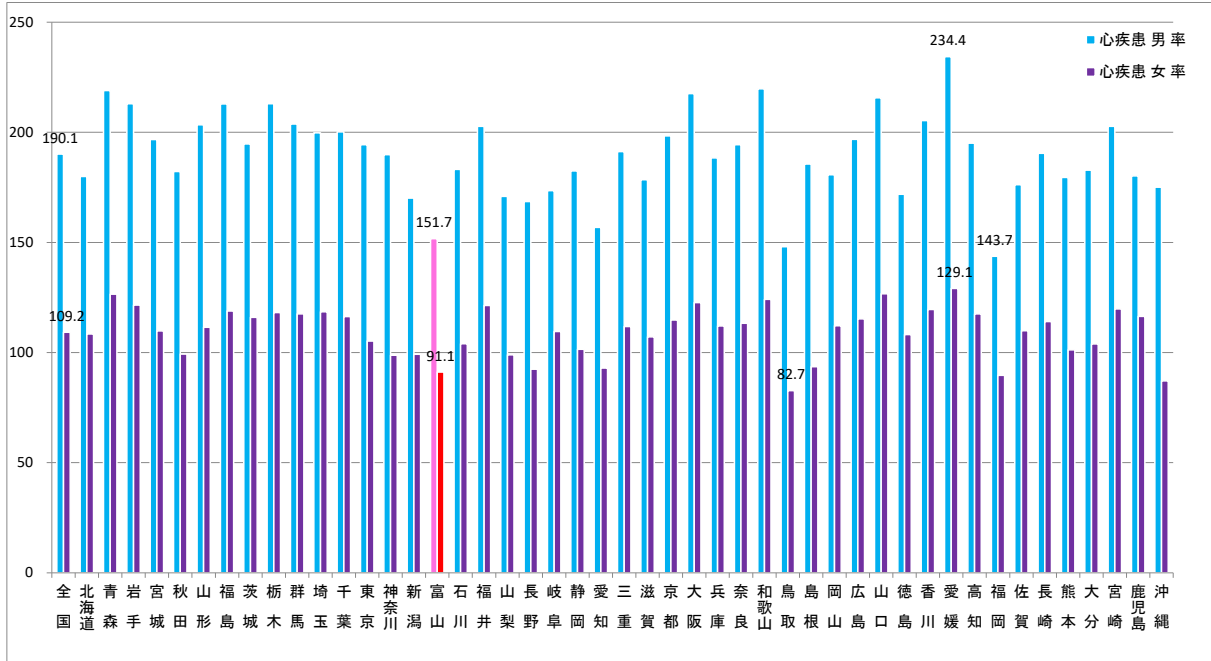


出典：厚生労働省 人口動態統計特殊報告「都道府県別年齢調整死亡率」をもとに作成

（※8） 人口の異なる集団を比較する場合、これらの集団における人口の年齢構成の差異を考慮し、ある人口（平成27年の全国性別人口）をもとに調整した死亡率（人口10万人あたりの死亡数）をいいます。

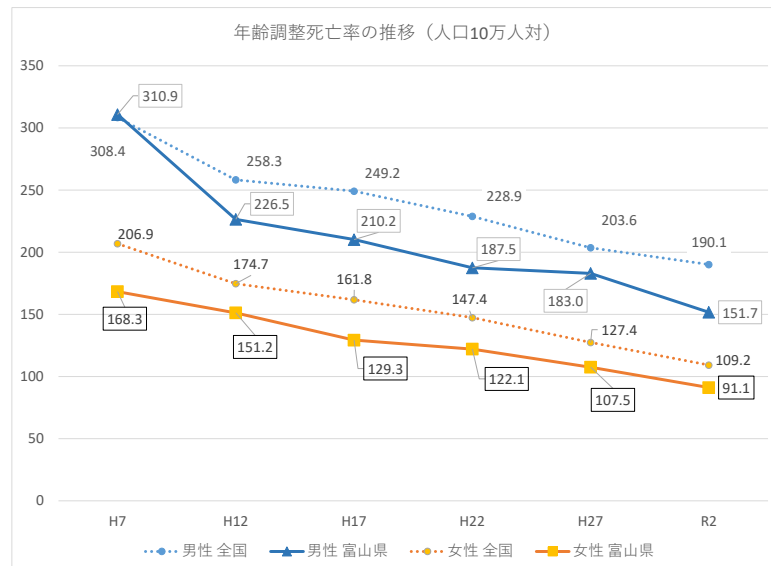
○ また、心疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国 190.1 に対し 151.7（全国 45 位）、女性は全国 109.2 に対し 91.1（全国 44 位）と、男女ともに全国を下回っています。（図表 16-1）

図表 16-1 人口 10 万人当たりの心疾患の年齢調整死亡率（男女別）



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（令和2年）をもとに作成

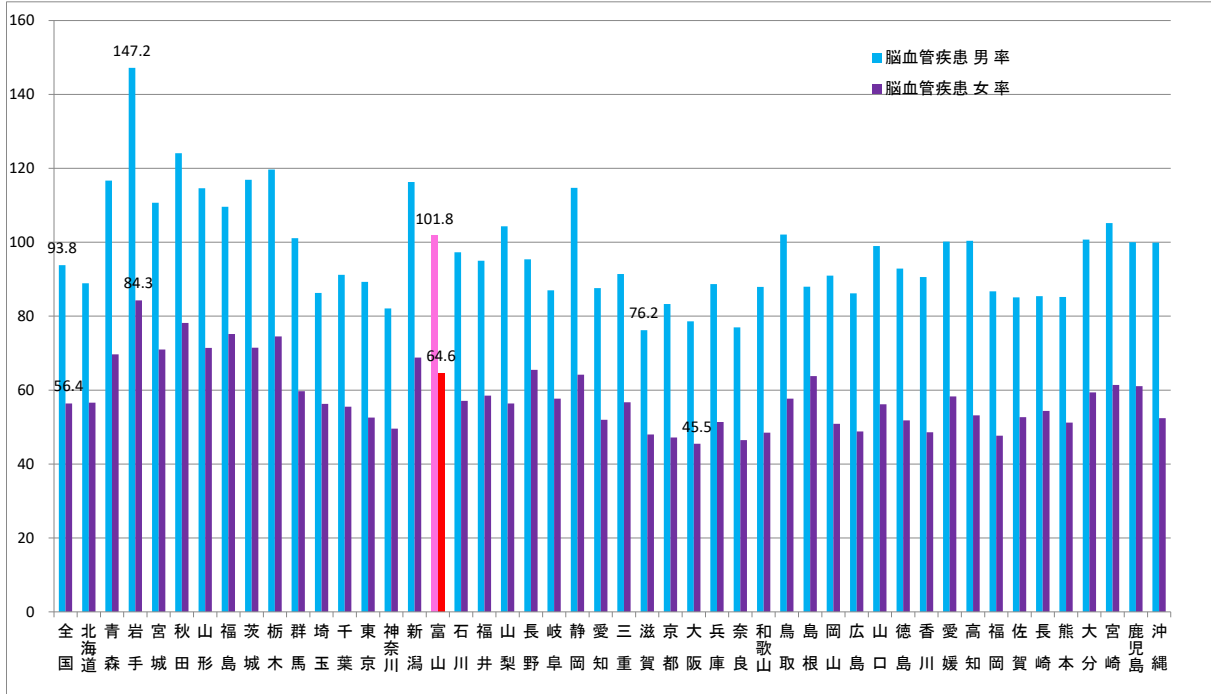
図表 16-2 人口 10 万人当たりの心疾患の年齢調整死亡率の推移



出典：厚生労働省 人口動態統計特殊報告「都道府県別年齢調整死亡率」をもとに作成

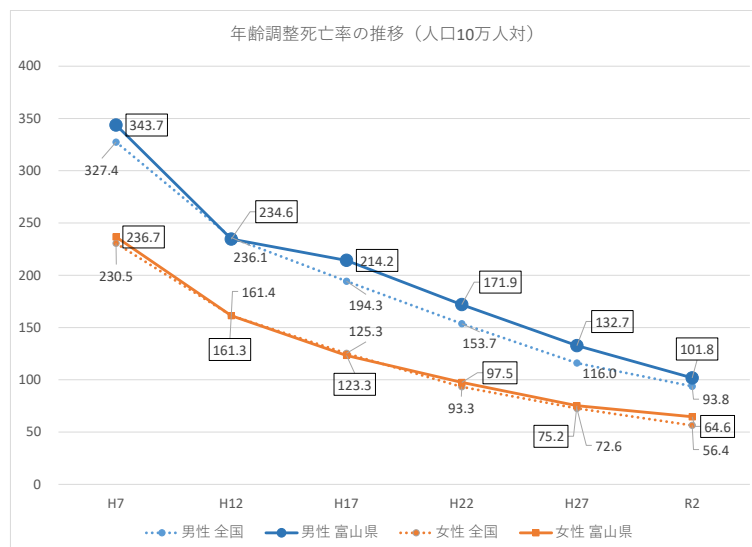
○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国 93.8 に対し 101.8（全国 14 位）、女性は全国 56.4 に対し 64.6（全国 11 位）と、男女ともに全国を上回っています。（図表 17-1）

図表 17-1 人口 10 万人当たりの脳血管疾患の年齢調整死亡率（男女別）



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（令和2年）をもとに作成

図表 17-2 人口 10 万人当たりの脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



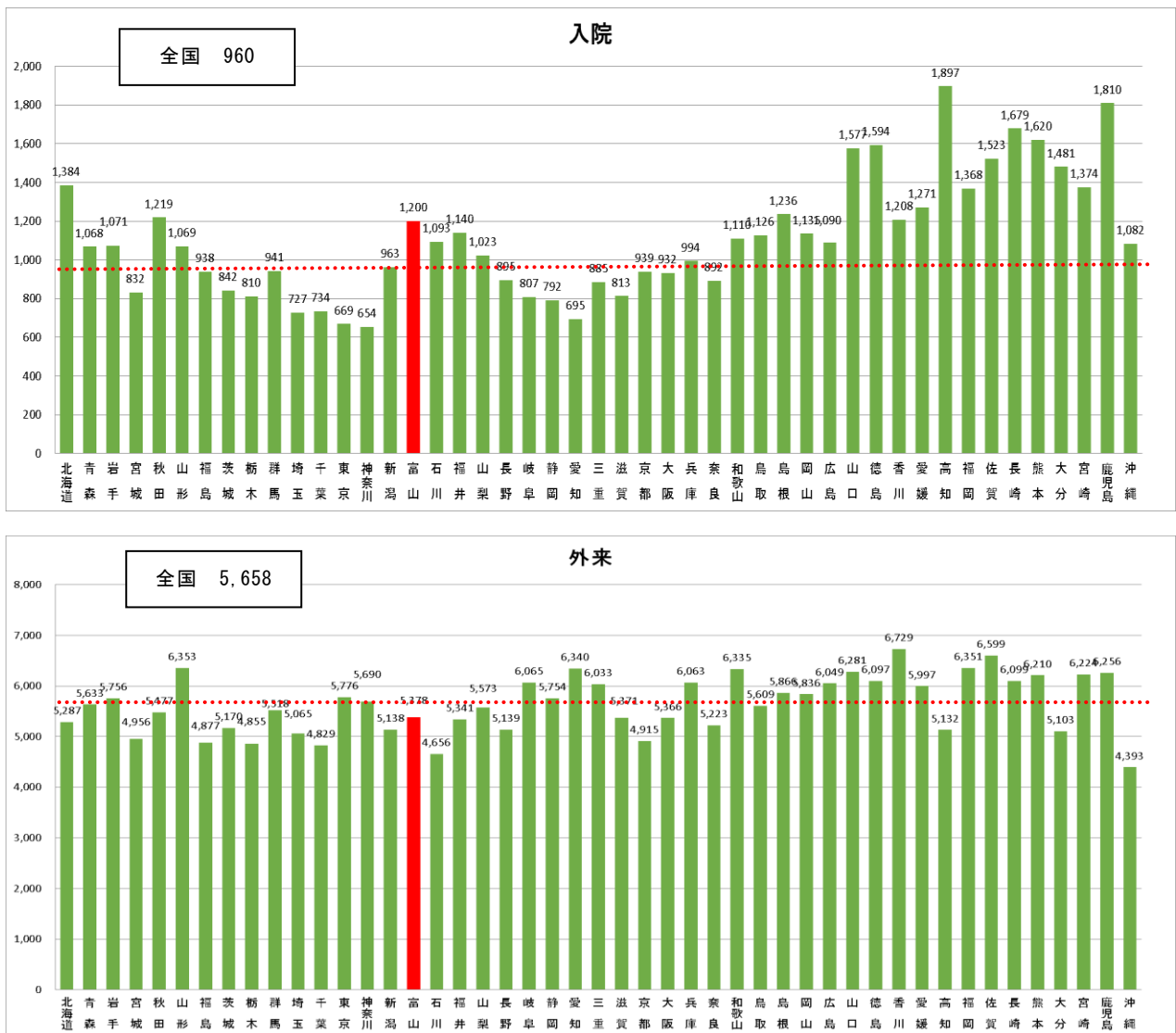
出典：厚生労働省 人口動態統計特殊報告「都道府県別年齢調整死亡率」をもとに作成

イ 生活習慣病の受療及び医療費の状況

○ 本県の令和2年の入院・外来別の受療率（※9）をみると、入院（人口10万対）は1,200で、全国の960より高くなっており（全国16位）、外来は5,378で、全国の5,658より低く（全国29位）なっています。（図表18-1）

（※9） 受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率のことです。患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出します。

図表 18-1 都道府県別にみた人口10万対受療率（令和2年）

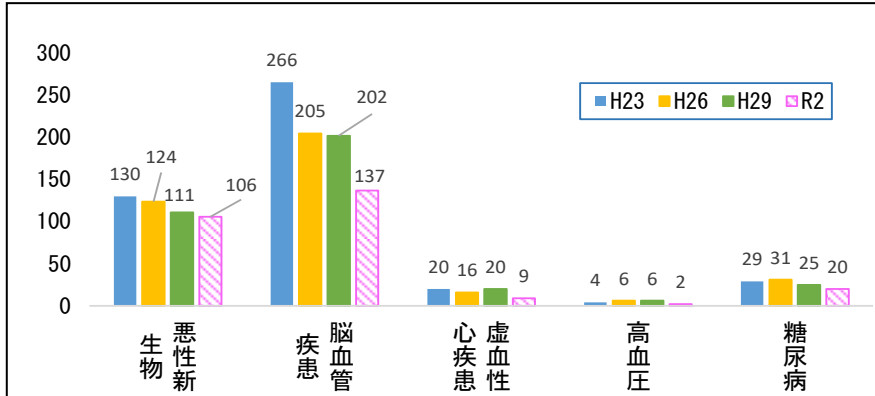


出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）をもとに作成

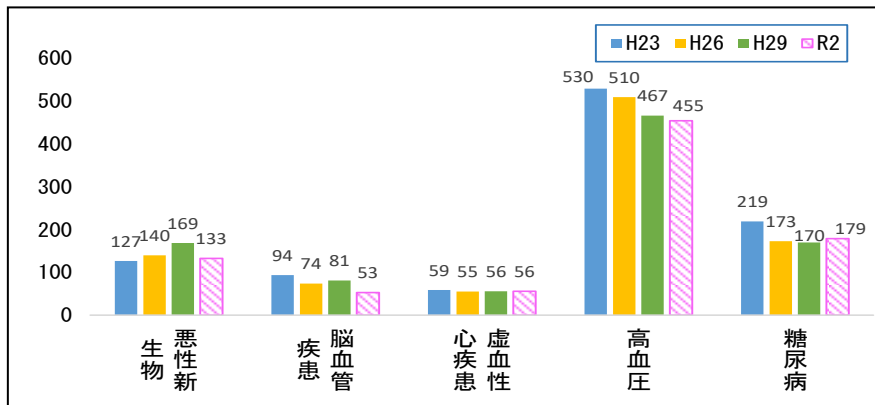
○ 令和2年度の本県入院受療率（人口10万対）は、生活習慣病関連では、脳血管疾患が137と最も多く、次いで悪性新生物106、糖尿病20となっており、概ね減少傾向となっています。（図表18-2）

○ 令和2年度の本県入院外受療率（人口10万対）は、生活習慣病関連では、高血圧が455と最も高く、次いで糖尿病179となっており、高血圧は減少傾向となっています。（図表18-3）

図表 18-2 富山県の入院受療率(人口10万対)の推移



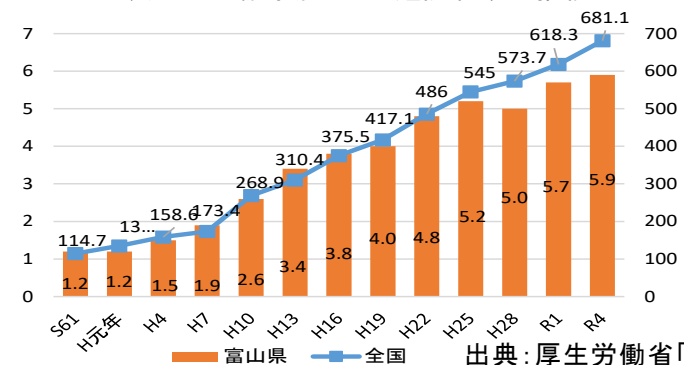
図表 18-3 富山県の入院外受療率(人口10万対)の推移



出典：厚生労働省「患者調査」をもとに作成

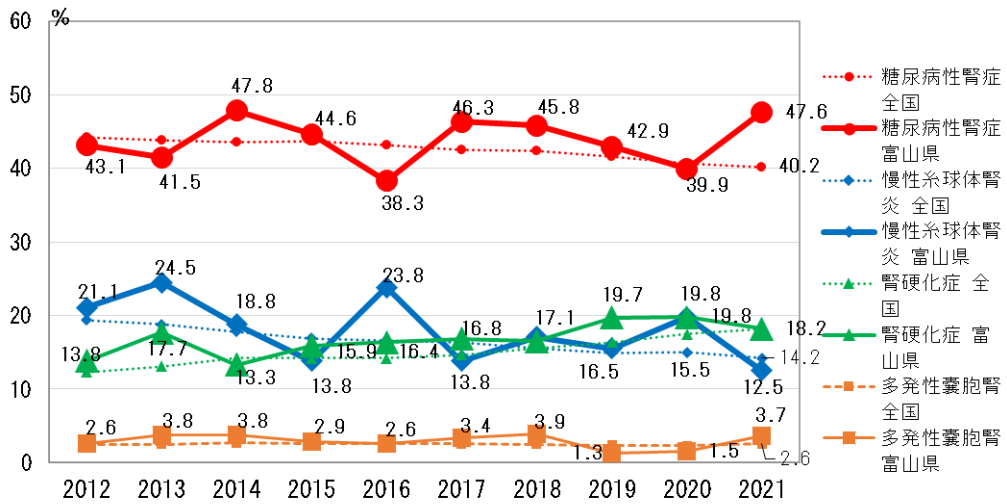
○ 糖尿病による通院者が増加傾向にある一方で、透析導入患者の原疾患としては、糖尿病性腎症が47.6%を占め、原因の第1位となっています。（図表19-1、19-2）

図表 19-1 糖尿病による通院者数の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図表 19-2 年別透析導入患者の主要原疾患率の推移

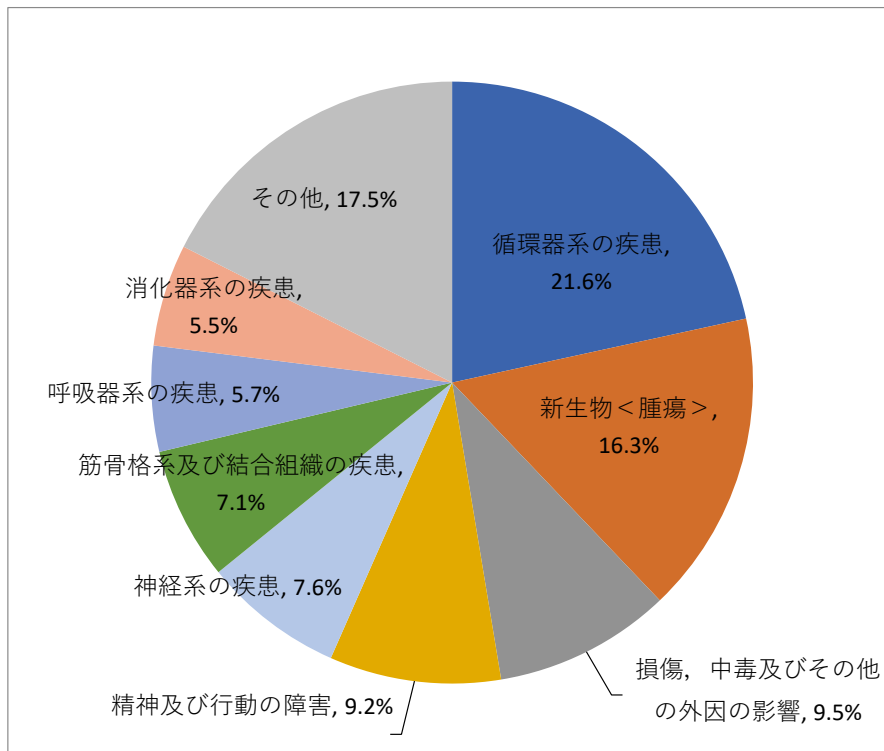


出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析医療の現況」をもとに作成

○ 令和3年度における本県の医療費に占める疾病別構成比をみると、入院において、循環器系の疾患 21.6%、新生物<腫瘍>16.3%、損傷、中毒及びその他の外因の影響 9.5%となっています。

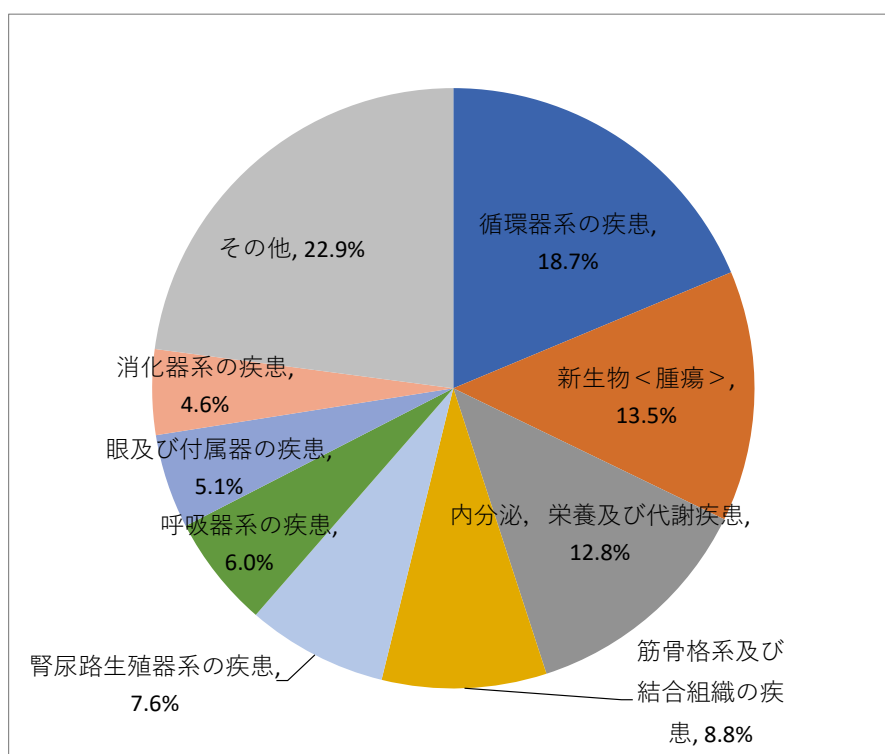
また、外来において、循環器系の疾患 18.7%、新生物<腫瘍>13.5%、内分泌、栄養及び代謝疾患 12.8%となっています。

図表 20-1 富山県における医療費の疾病別構成比(入院)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度)をもとに作成

図表 20-2 富山県における医療費の疾病別構成比(外来)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度)をもとに作成

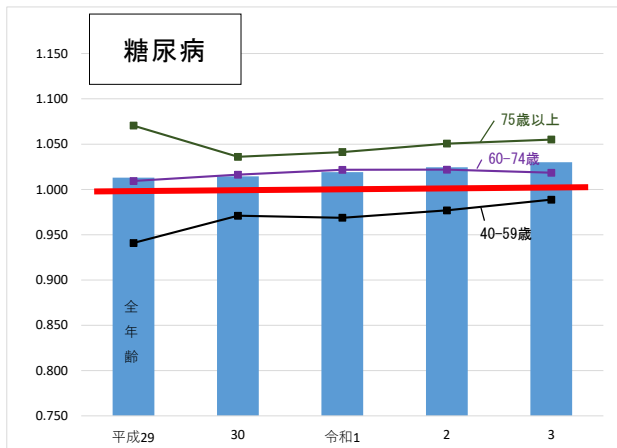
○ 生活習慣病（糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患、高血圧、脂質異常症）の受療率（患者数を被保険者数で除したもの）及び1人当たり年間医療費を算出し、年齢調整を行って全国平均と比較したところ、糖尿病と脳血管疾患において、受療率比及び1人当たり医療費比とも全国平均より高くなっています（令和3年度では、糖尿病の受療率比で+3.0%、医療費比で+3.7%、脳血管疾患の受療率比で+4.8%、医療費比で+1.5%）。特に75歳以上の層で全国平均より高くなっています（令和3年度では、糖尿病の受療率比で+5.5%、医療費比で+7.6%、脳血管疾患の受療率比で+6.4%、医療費比で+6.7%）。

また、高血圧と脂質異常症において、受療率比は全国平均並みですが1人当たり医療費比は全国平均より低くなっています。（令和3年度では、高血圧の医療費比で-11.4%、脂質異常症の医療費比で-8.1%）。特に75歳以上の層で全国平均より低くなっています（令和3年度では、高血圧の医療費比で-13.6%、脂質異常症の医療費比で-10.5%）。

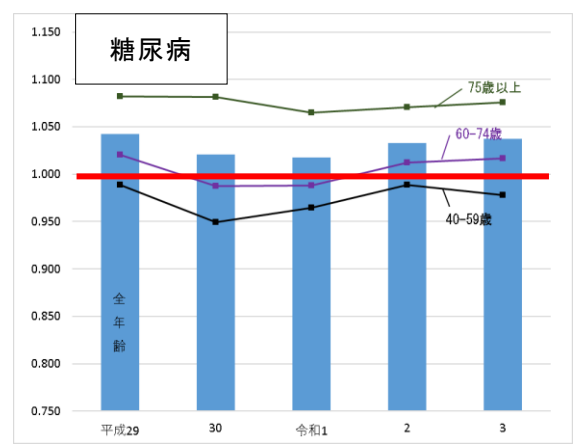
（図表 21-1、21-2、21-3、21-4、21-5）

図表 21-1 糖尿病の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

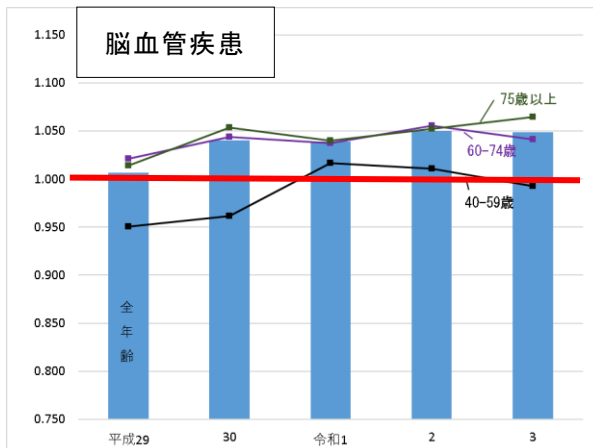


<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

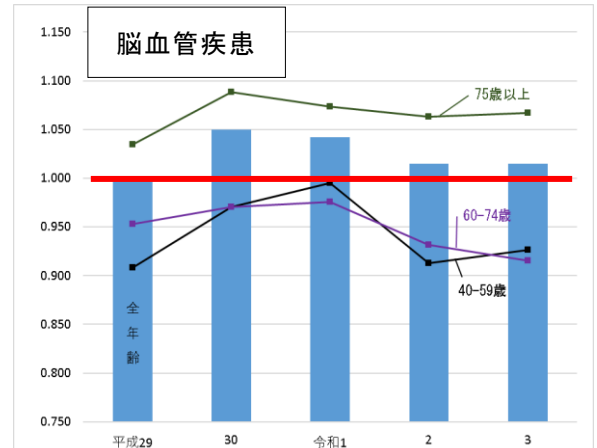


図表 21-2 脳血管疾患の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

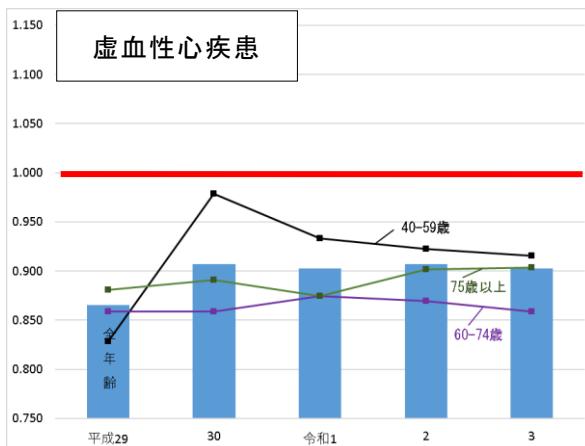


<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

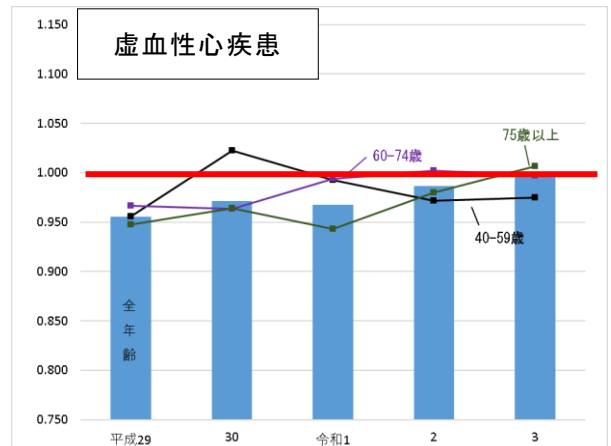


図表 21-3 虚血性心疾患の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

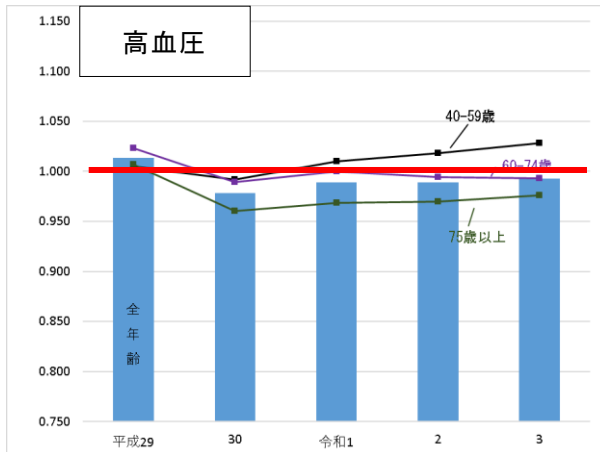


<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

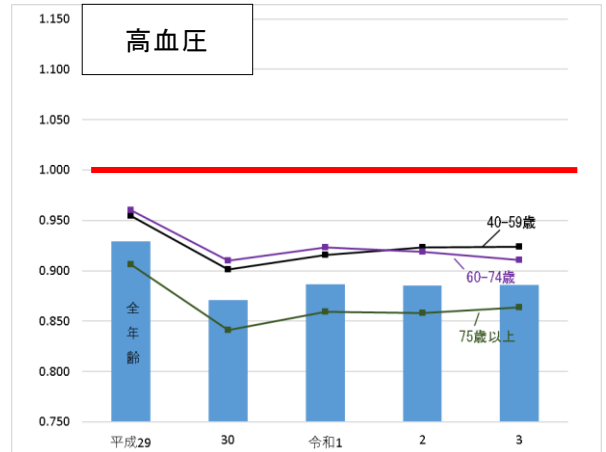


図表 21-4 高血圧の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

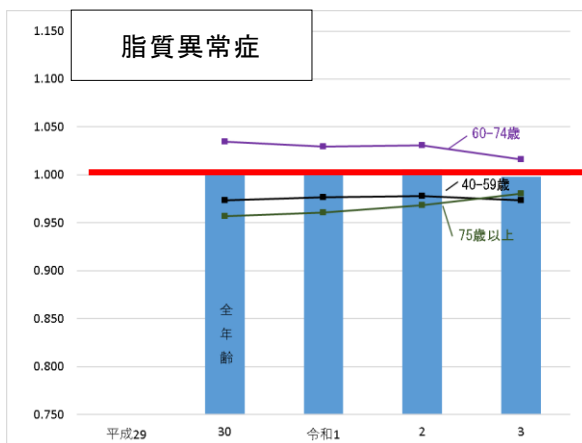


<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

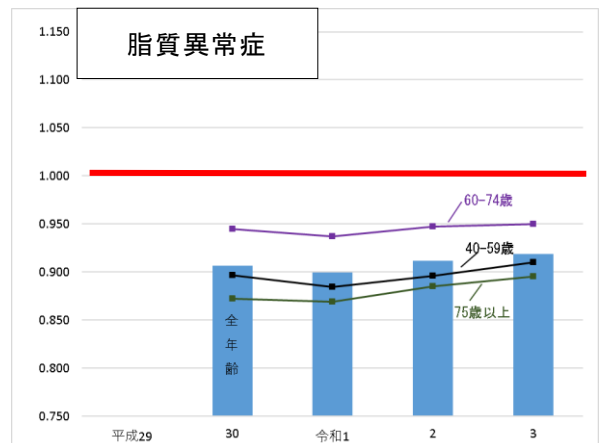


図表 21-5 脂質異常症の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>



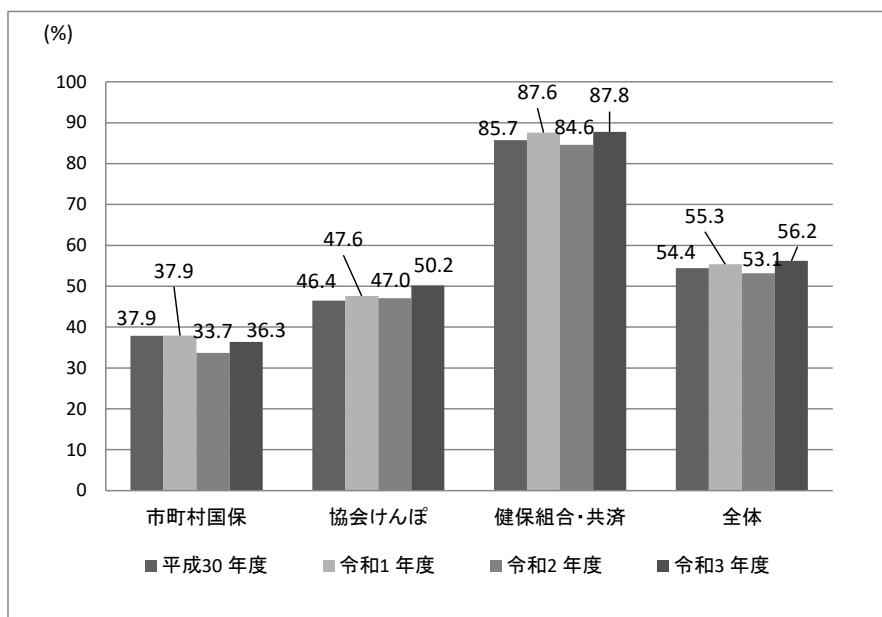
<標準化1人当たり医療費比 全国=1>



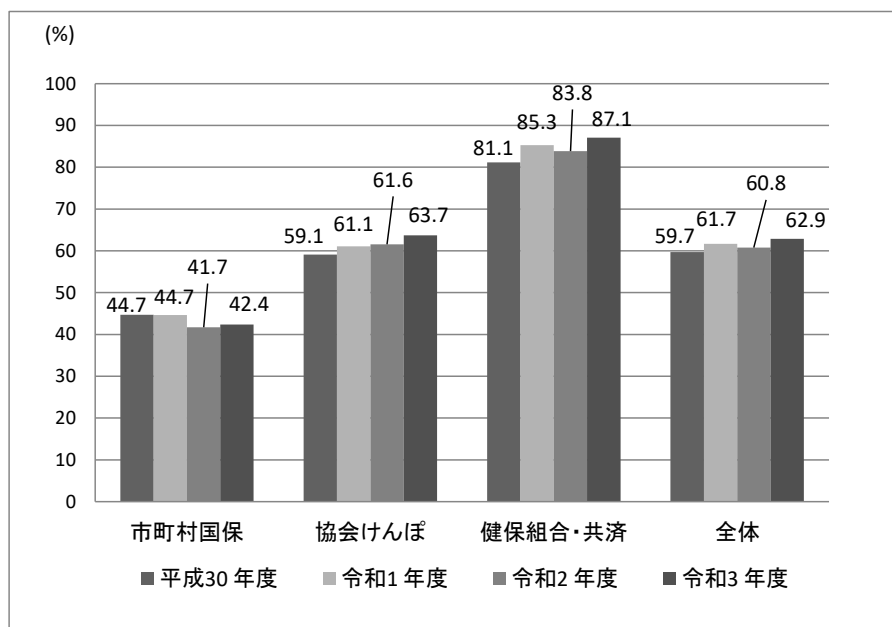
出典: 富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門富山大学学術研究部医学系疫学健康政策学講座「レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDBデータ)を活用した生活習慣病、医療費分析(令和元年度データ)」及び厚生労働省提供「NDB データセット(平成 29 年度～令和3年度)」をもとに作成

- 特定健康診査の実施率を医療保険者別にみると、本県では、健康保険組合・共済※（以下「健保組合」という。）がいずれの年度も実施率が高く、次いで、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）となっています。
- なお、市町村国保及び協会けんぽは、いずれの年度も全国を上回っており、経年では、協会けんぽ及び健保組合が上昇しています。（図表 23-1、23-2）

図表 23-1 医療保険者別特定健康診査実施状況(全国)



図表 23-2 医療保険者別特定健康診査実施状況(富山県)



※「健康保険組合・共済」には国保組合及び船員保険も含む（以下同じ）。

出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

*特定健康診査対象者数は厚生労働省 R5. 10. 6 付け事務連絡「第四期医療費適正化計画レポート等について」に基づく推計値

エ 特定保健指導の実施状況

特定保健指導は、内臓脂肪蓄積の程度のリスク要因の数に応じて、積極的支援（※10）と動機づけ支援（※11）が実施されます。

（※10） 積極的支援とは、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的に行動計画を策定し、専門職による3ヶ月以上の継続的な一連の支援をいいます。個別、グループ、電話等の支援についてポイント制をとっており、合計で180ポイント以上の支援が終了の条件となっています。

（※11） 動機づけ支援とは、生活習慣の改善のための自主的な取組みを積極的に行うことができるようになることを目的に行動計画を策定し、専門職による原則1回の支援をいいます。

※メタボリックシンドロームの判定基準と特定保健指導対象者の基準は異なっている。

【特定保健指導の基準】

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

* ①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、または HbA1c (NGSP 値) 5.6% 以上、やむを得ない場合は随時血糖 100mg/dl 以上
②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、③血圧：収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上

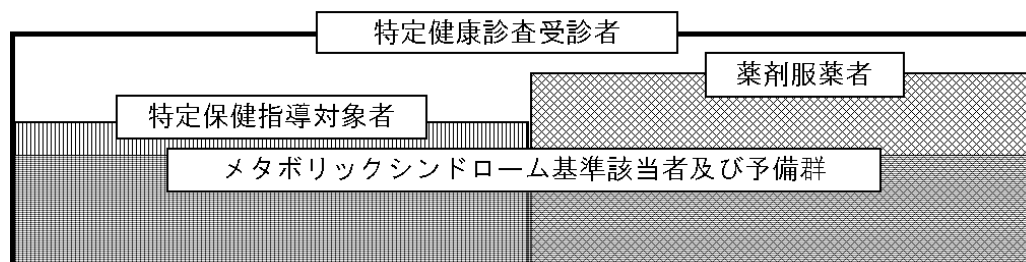
【メタボリックシンドロームの判定基準】

腹囲	追加リスク	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

* ①血糖：空腹時血糖 110mg/dl 以上、②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、③血圧：収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上

* 高 TG 血症、低 HDL-C 血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

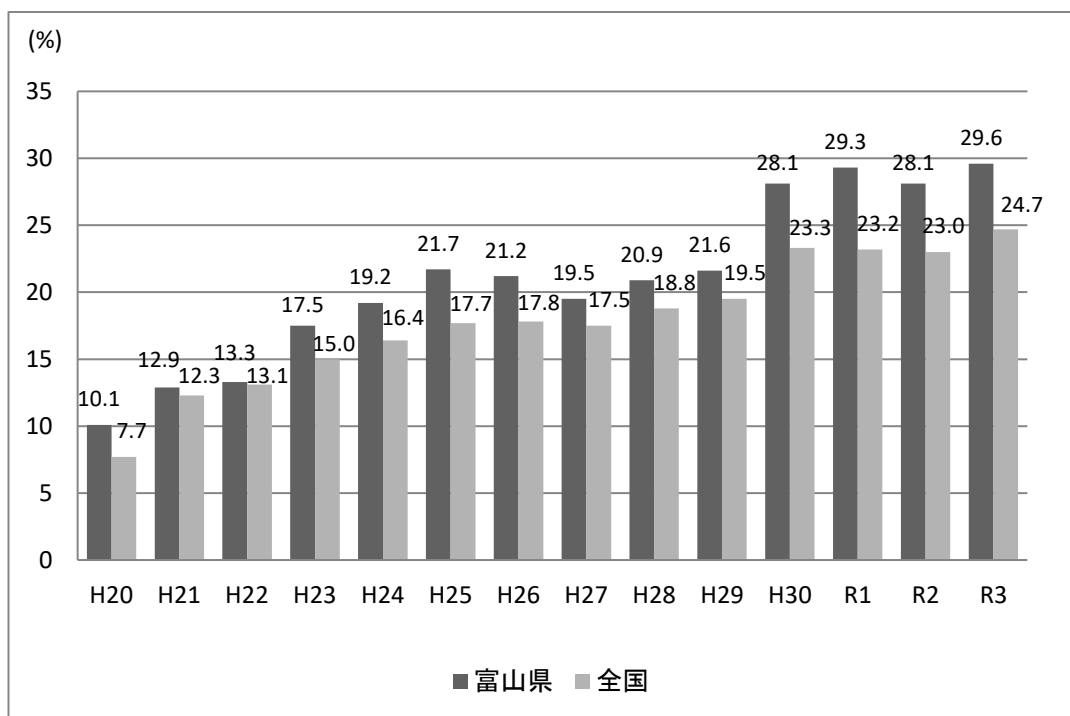
【メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係】



*メタボリックシンドロームには、薬剤服薬者が含まれるほか、血糖値の基準が若干異なる。

- 本県の特定保健指導の実施率は、全国と同様に年々概ね上昇しており令和2年度は28.1%（全国12位）、令和3年度は29.6%（全国12位）となっています。（図表24-1、24-2）

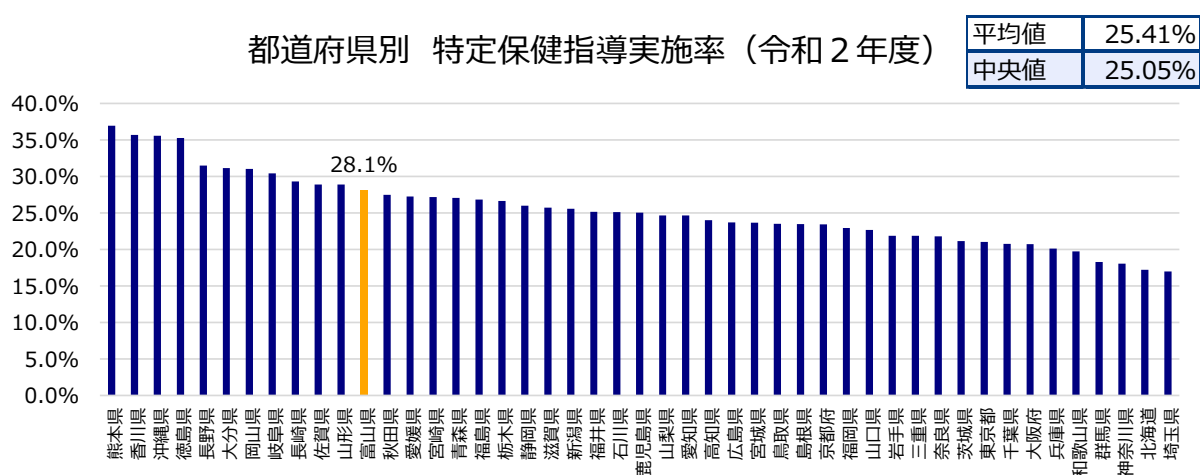
図表 24-1 特定保健指導実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」をもとに作成

※全国値は、「全国の特定保健指導の終了した者の総数／全国の特定保健指導対象者総数×100」で算定しています。

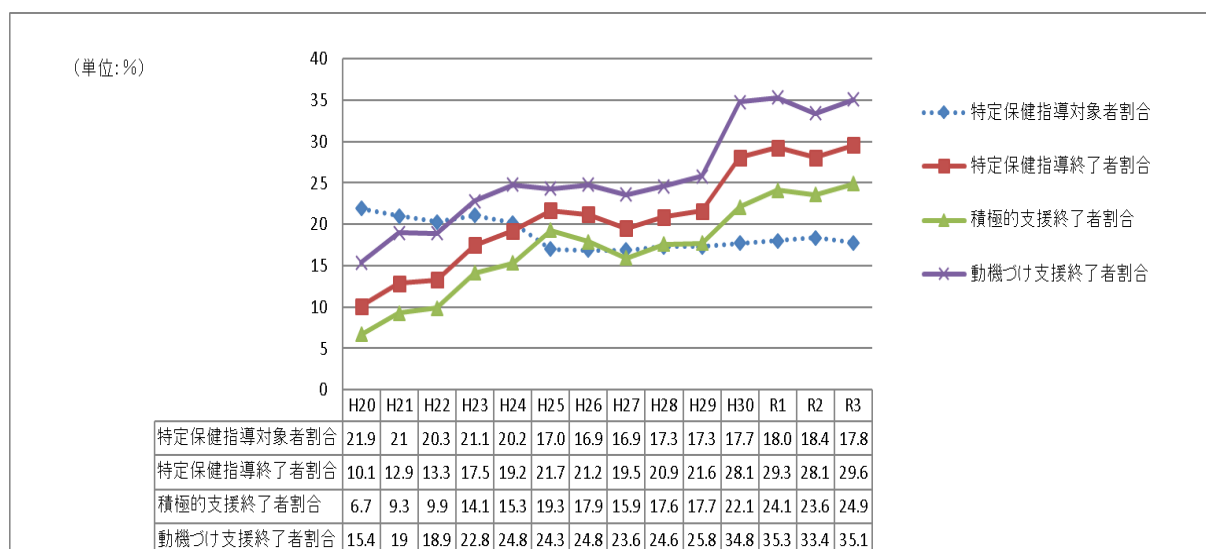
図表 24-2 都道府県別 特定保健指導実施率（令和2年度）



出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

- 本県における特定保健指導対象者の割合は概ね横ばい傾向にあります。また、動機づけ支援の終了者の割合が平成 29 年度の 25.8%から、令和 3 年度の 35.1%に、積極的支援の終了者の割合が平成 29 年度の 17.7%から令和 3 年度の 24.9%に増加しており、特定保健指導終了者の割合は上昇しています。
(図表 25)

図表 25 特定保健指導の状況(富山県)

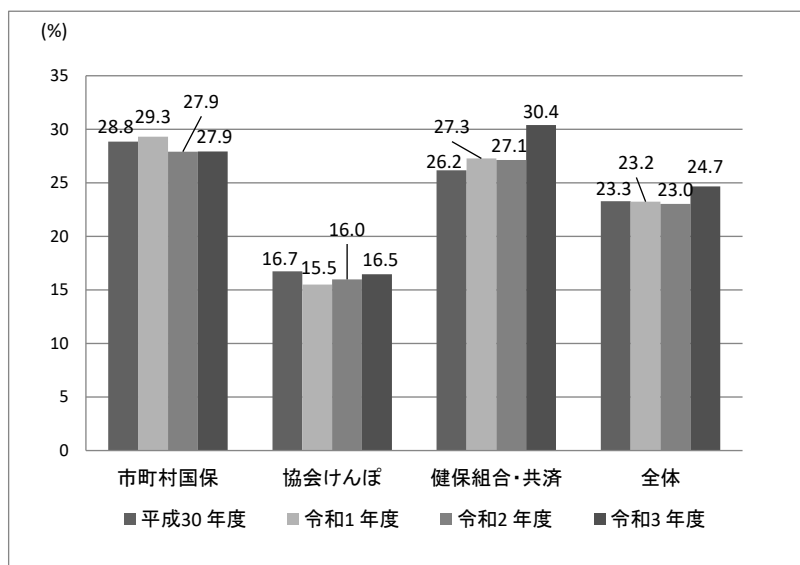


出典:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」をもとに作成

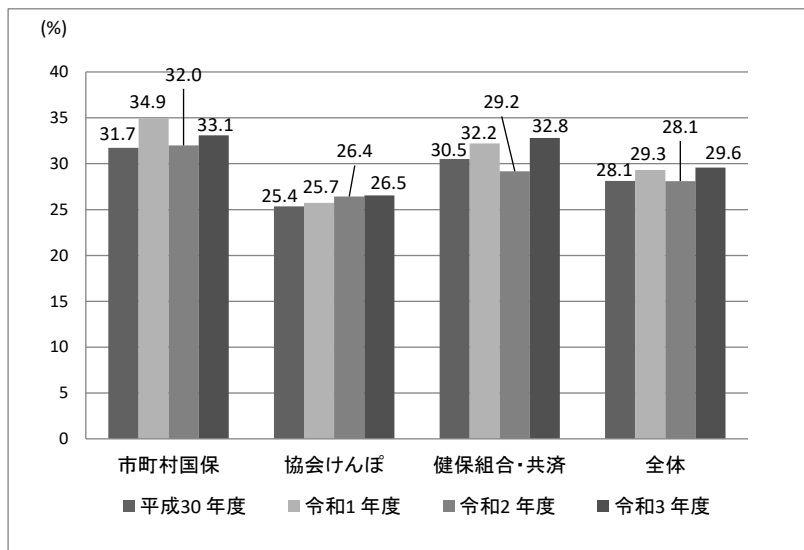
○ 特定保健指導の実施率を医療保険者別にみると、本県では、いずれの年度も市町村国保が高く、次いで、健保組合が高くなっています。

なお、全ての医療保険者において、いずれの年度も全国を上回っており、経年では、協会けんぽ及び健保組合が上昇しています。(図表 26-1、26-2)

図表 26-1 医療保険者別特定保健指導実施率(全国)



図表 26-2 医療保険者別特定保健指導実施率(富山県)

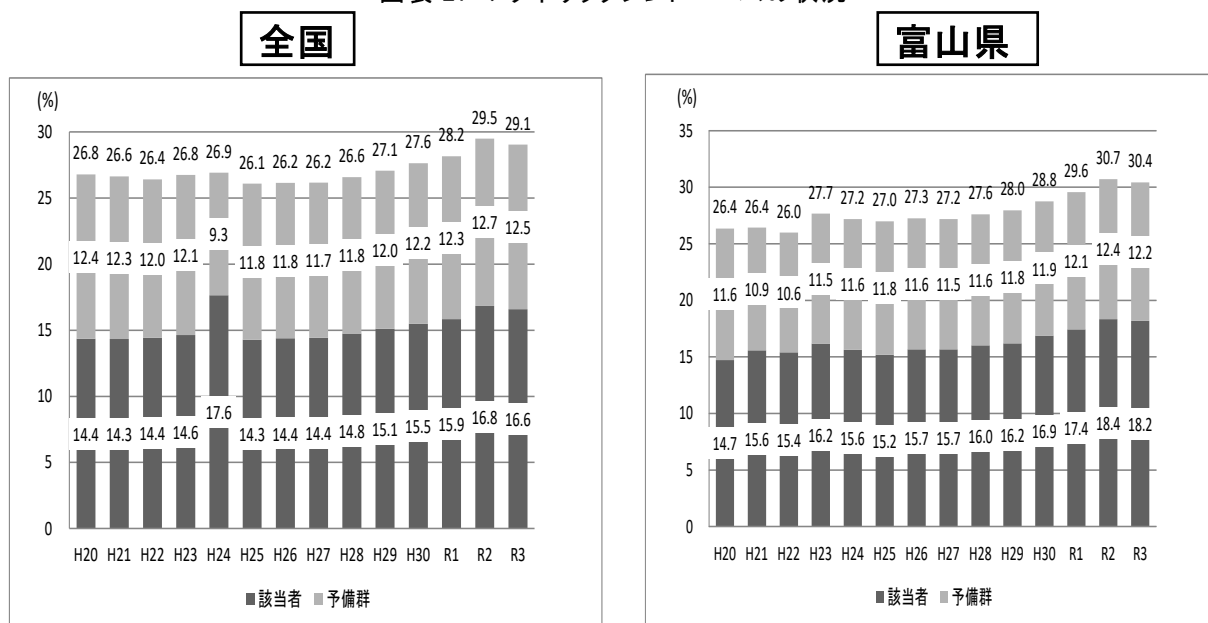


出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」もとに作成

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

- メタボリックシンドロームについて、該当者と予備群の割合を合わせると、平成 30 年度以降、全国と同様に本県も微増傾向にありましたが、令和 3 年度は微減し、30.4%（全国 15 位）となっています。（図表 27）

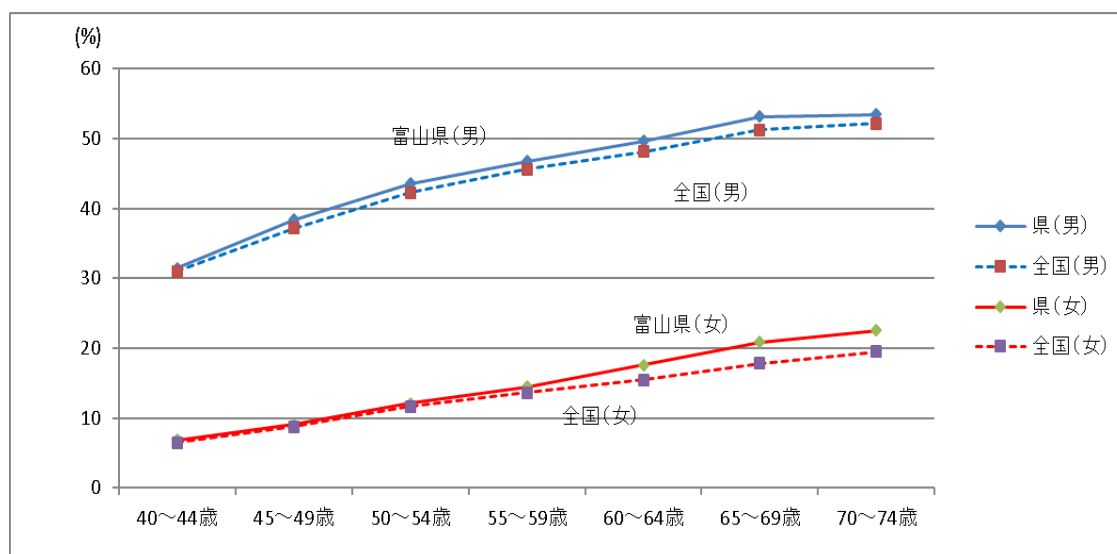
図表 27 メタボリックシンドロームの状況



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」をもとに作成

- 男女別・年代別の状況（令和 3 年度）をみると、本県は男女ともに全国よりも高い状況であり、特に男性では、全年代において該当者及び予備群の割合が高くなっています。（図表 28-1、図表 28-2）

図表 28-1 メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）の全国との比較（令和 3 年度）

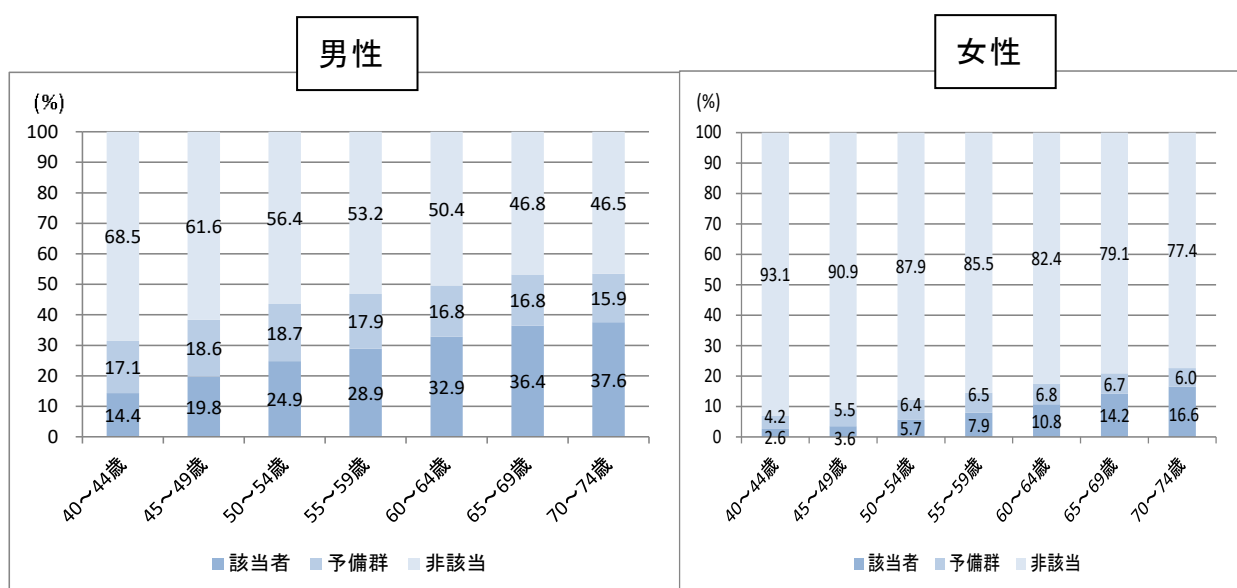


出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和 3 年度）をもとに作成

○ また、男性では、予備群は 50～54 歳の 18.7% をピークに年代が上がるにつれて概ね減少しているのに対し、該当者は年代が上がるにつれ多くなっています。

女性では、予備群は 60～64 歳の 6.8% をピークに年代が上がるにつれて減少しているのに対し、該当者は年代が上がるにつれ多くなっています。(図表 27-2)

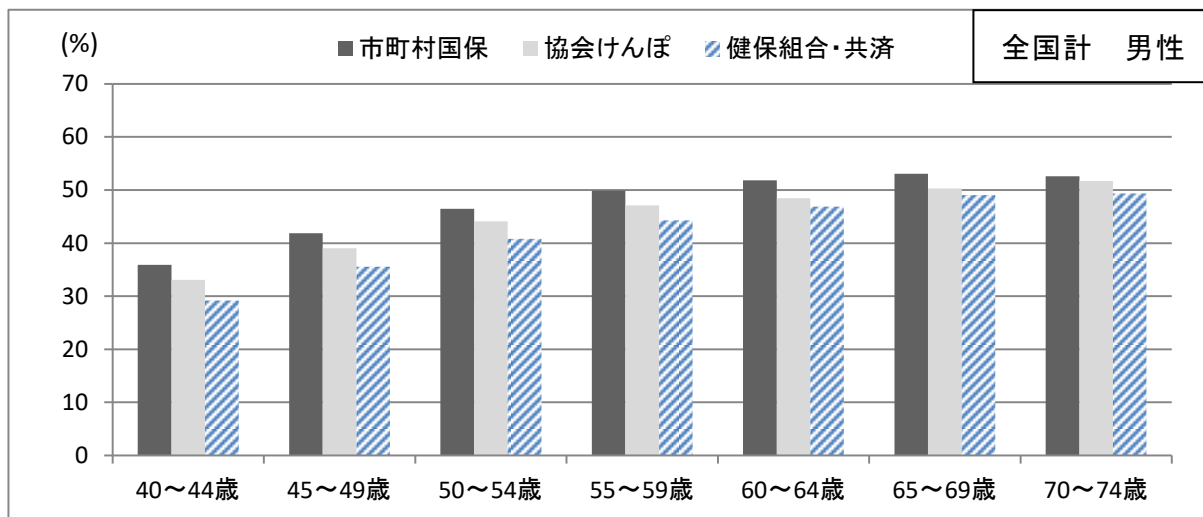
図表 28-2 富山県におけるメタボリックシンドローム(該当者及び予備群)の男女別・年齢別割合(令和3年度)



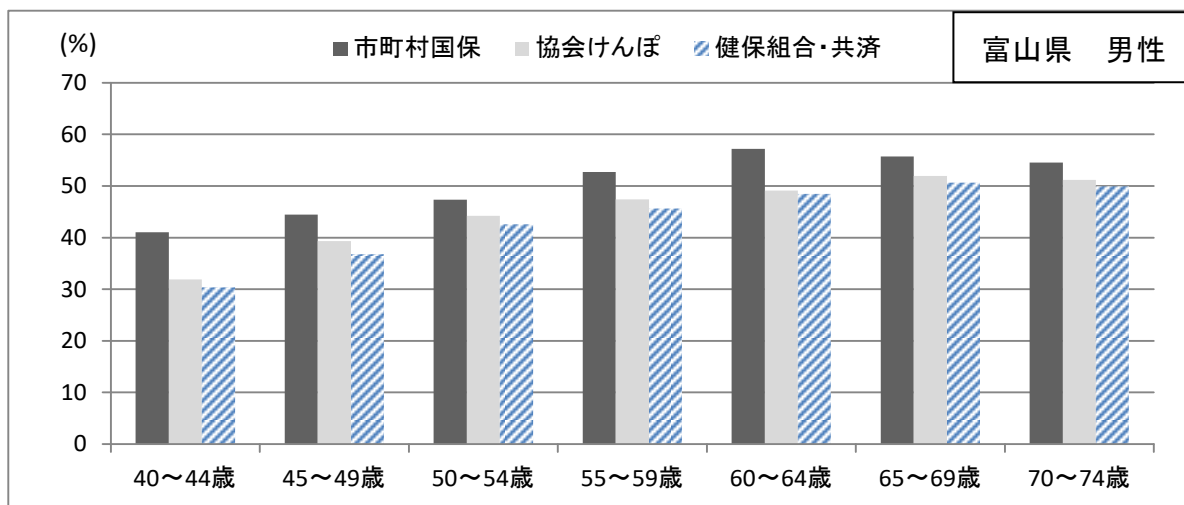
出典:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(令和3年度)をもとに作成

- 医療保険者別に比較（令和3年度）すると、本県の男性は、市町村国保では、60～64歳にピークがあり、協会けんぽ及び健保組合では、65～69歳がピークとなっています。（図表29-1、29-2）

図表 29-1 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 全国計男性）



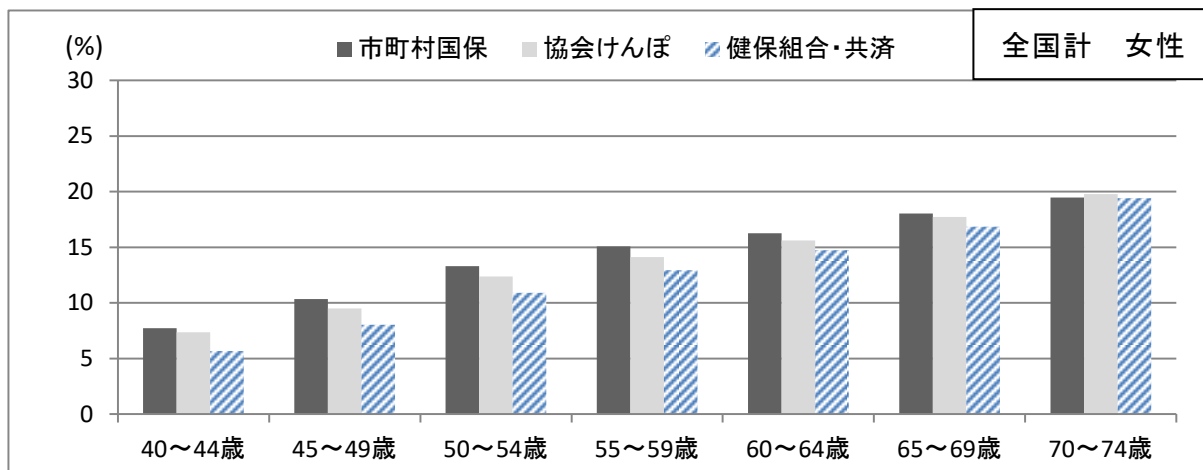
図表 29-2 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 富山県男性）



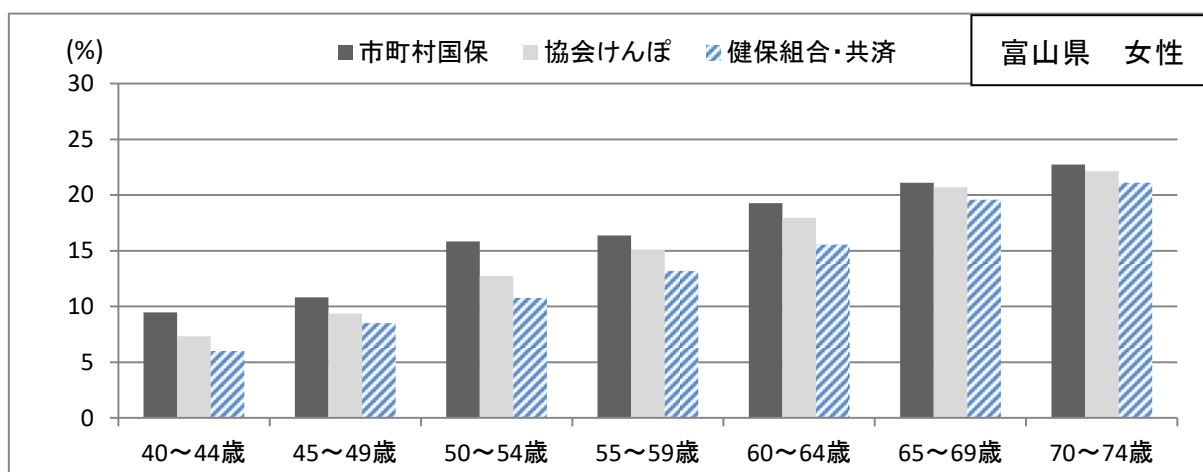
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和3年度）をもとに作成

○ また、本県の女性は、どの医療保険者も年代が上がるにつれ高くなっており、全国においても同様の傾向となっています。（図表 29-3、29-4）

図表 29-3 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 全国女性）



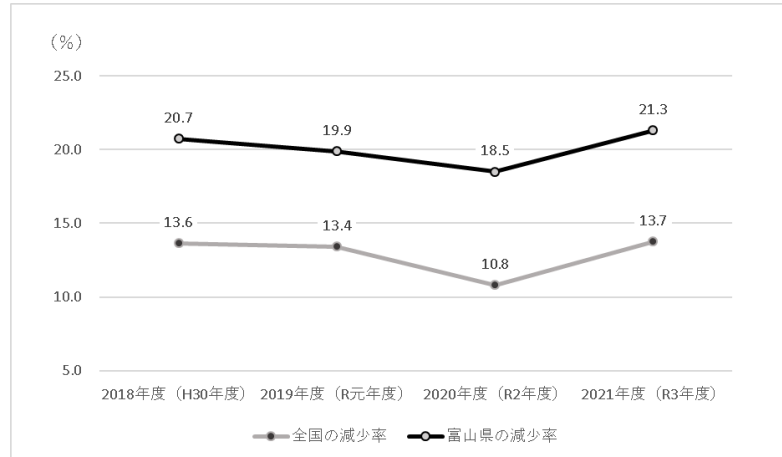
図表 29-4 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 富山県女性）



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和3年度）をもとに作成

- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率（※12））は、平成30年度以降、全国と同様、本県でもマイナスの傾向（対象者は増加傾向）にありましたが、令和2年度は18.5%（全国6位）、令和3年度は21.3%（全国6位）とプラスに転じました（対象者は減少）。（図表30-1、30-2）

図表 30-1 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（※10）



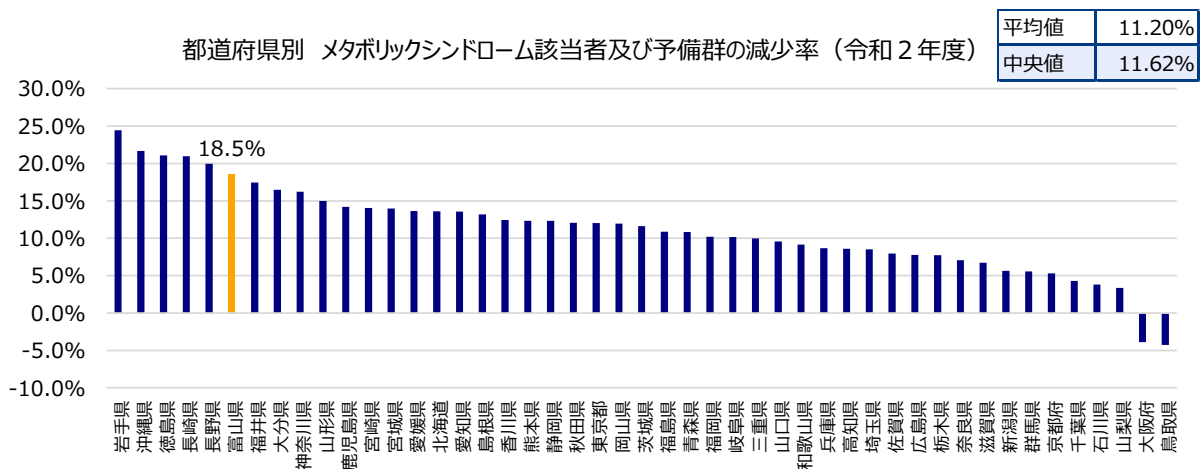
出典：厚生労働省提供「メタボリックシンドローム減少率推計シート」をもとに作成

- （※12） メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率とは、平成20年度と比較した特定保健指導対象者の推定数の減少割合をいいます。

$$\text{メタボリックシンドロームの減少率} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}$$

※ 特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別（5歳階級）に各年度の特定保健指導対象者の出現割合を算出し、平成20年3月31日現在での住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

図表 30-2 都道府県別 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（令和2年度）

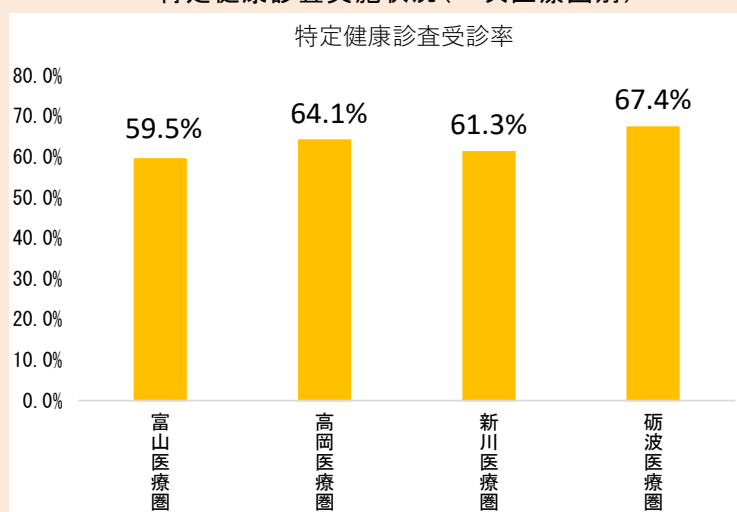


出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

☆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地域別実施状況について

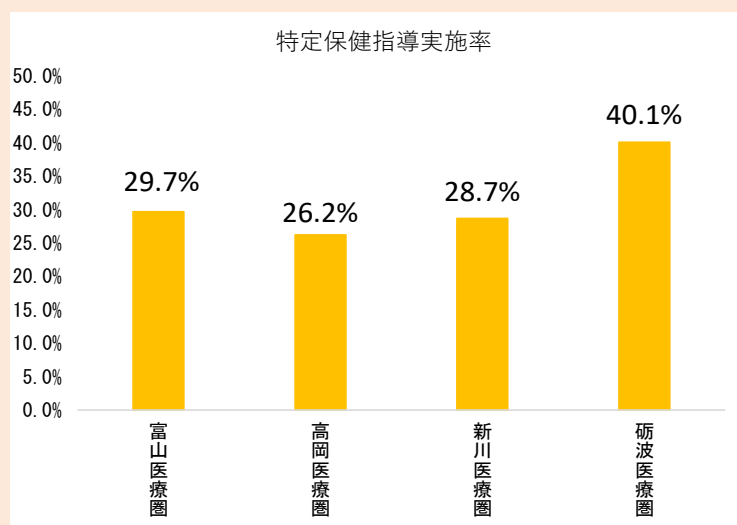
- 県内在住の協会けんぽ富山支部加入者（被保険者・被扶養者）及び県内市町村国保被保険者（県内の特定健康診査対象者の約7割）の特定健康診査の実施率について、県内4医療圏を比較すると、砺波医療圏が高く、次いで高岡医療圏が高くなっています。（図表 31-1）

図表 31-1 協会けんぽ富山支部加入者及び市町村国保被保険者の特定健康診査実施状況(二次医療圏別)



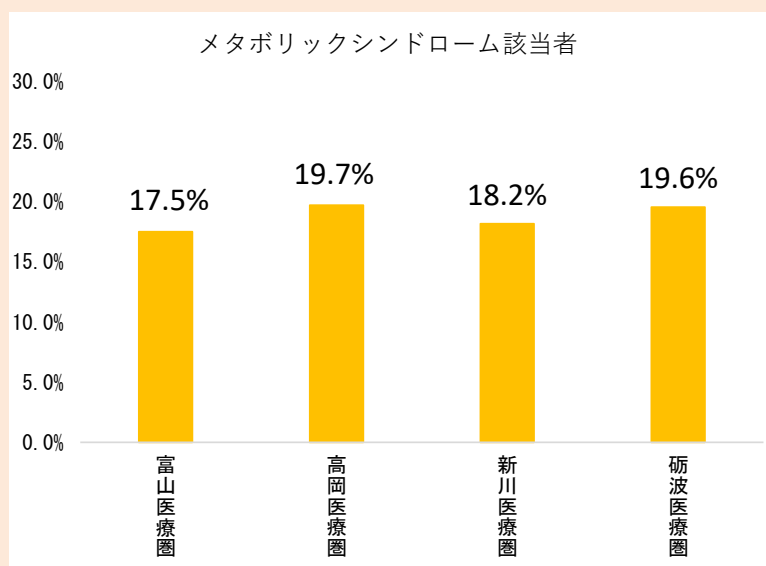
- 特定保健指導の実施率について、県内4医療圏を比較すると、砺波医療圏が高く、次いで富山医療圏が高くなっています。（図表 31-2）

図表 30-2 協会けんぽ富山支部加入者及び市町村国保被保険者の特定保健指導実施状況(二次医療圏別)



- また、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況について、県内4医療圏を比較すると、高岡医療圏が高く、次いで砺波医療圏が高くなっています。(図表 32)

図表 32 協会けんぽ富山支部加入者及び市町村国保被保険者のメタボリックシンドローム
該当者及び予備群の該当者の状況



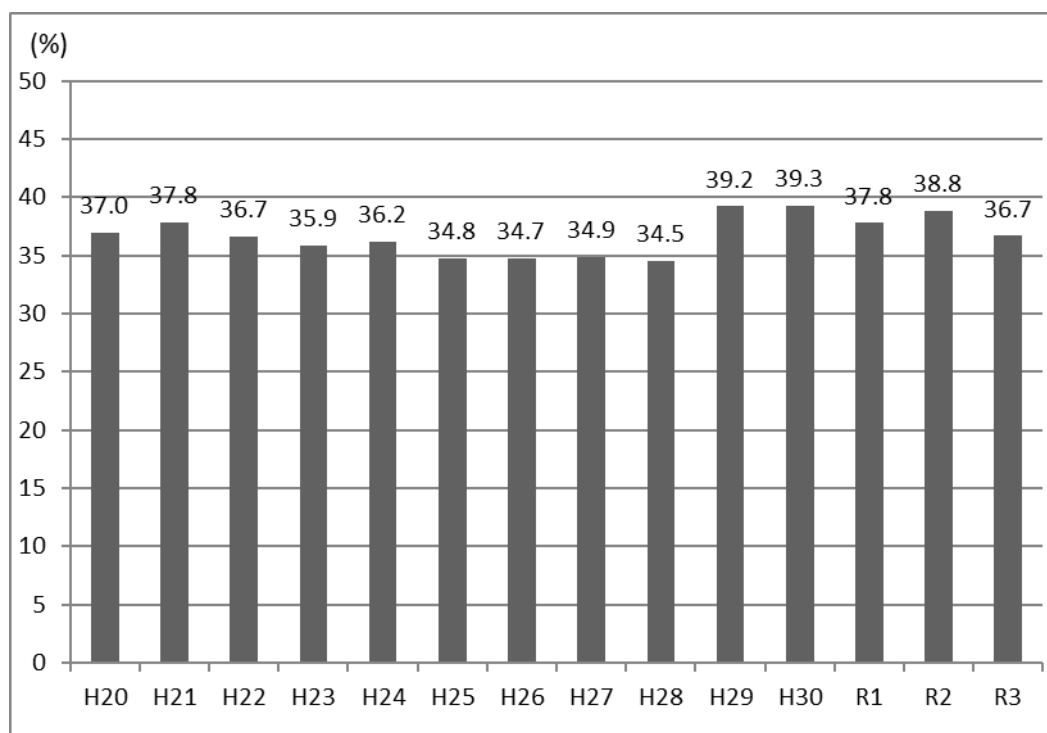
出典:「40 歳以上の協会けんぽ富山支部加入者(被保険者及び被扶養者)のうち、県内在住者※の令和3年度健診結果」及び「富山県国民健康保険団体連合会資料(令和4年11月時点速報値)」をもとに作成

※協会けんぽでは被扶養者の住所データを把握していないため、被保険者と同一住所として算出

《後期高齢者の健康診査の受診状況》

- 後期高齢者の健康診査は、高齢者の健康づくりや生活習慣病等の早期発見を目的に、平成20年度から富山県後期高齢者医療広域連合が実施しており、その受診率は、概ね横ばいとなっています。（図表33）

図表 33 後期高齢者の健康診査の受診率



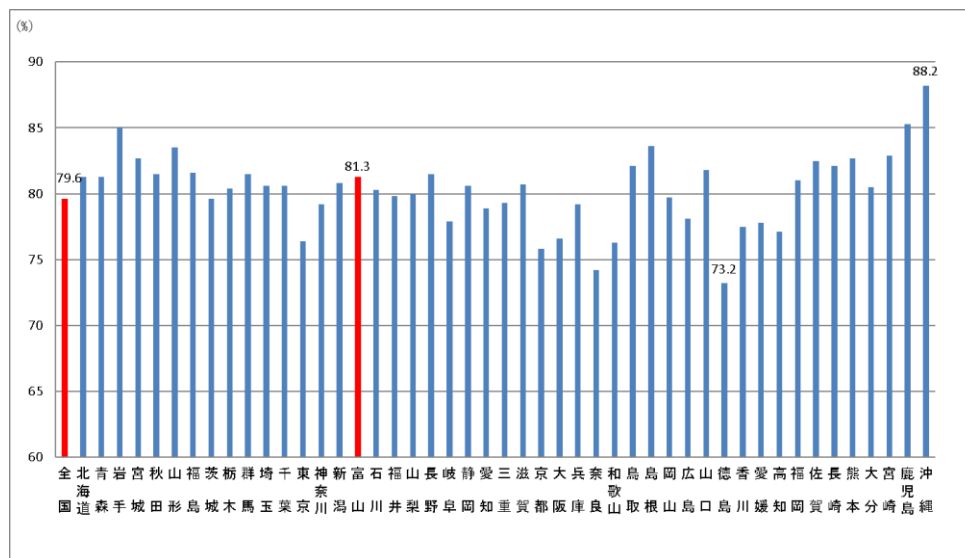
出典：富山県後期高齢者医療広域連合「富山県の後期高齢者医療」をもとに作成

- * 各年度健康診査受診率＝各年度健康診査受診者数/各年度健康診査対象者数
- * 平成26年度以降は、健康診査対象者から健診対象外者を除外。
- * 令和元年度までは、後期高齢者医療制度事業費補助金実績報告による。
- * 令和2年度から健康診査受診者に人間ドッグ受診者数を含む。

(6) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況

- 令和2年度末において、後発医薬品の使用割合を都道府県別にみると、本県は81.3%（全国79.6%）と全国17位であり、最も高い沖縄県（88.2%）と比較すると、6.9ポイントの差があります。（図表34-1）

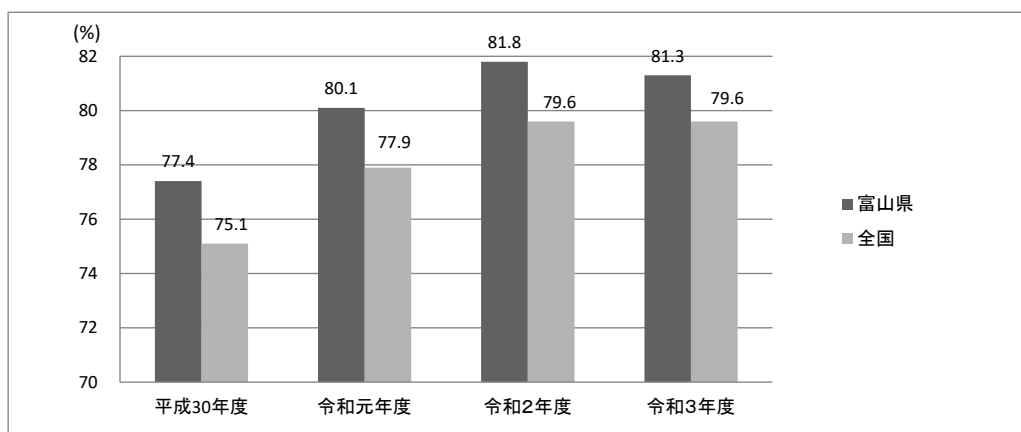
図表 34-1 後発医薬品使用割合(数量ベース・都道府県別)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度版)をもとに作成

- 平成30年度から令和3年度までの後発医薬品使用割合をみると、全国同様に本県の割合も概ね増加傾向にあり、平成30年度の77.4%から令和3年度の81.3%と3.9ポイント増加しています。（図表34-2）

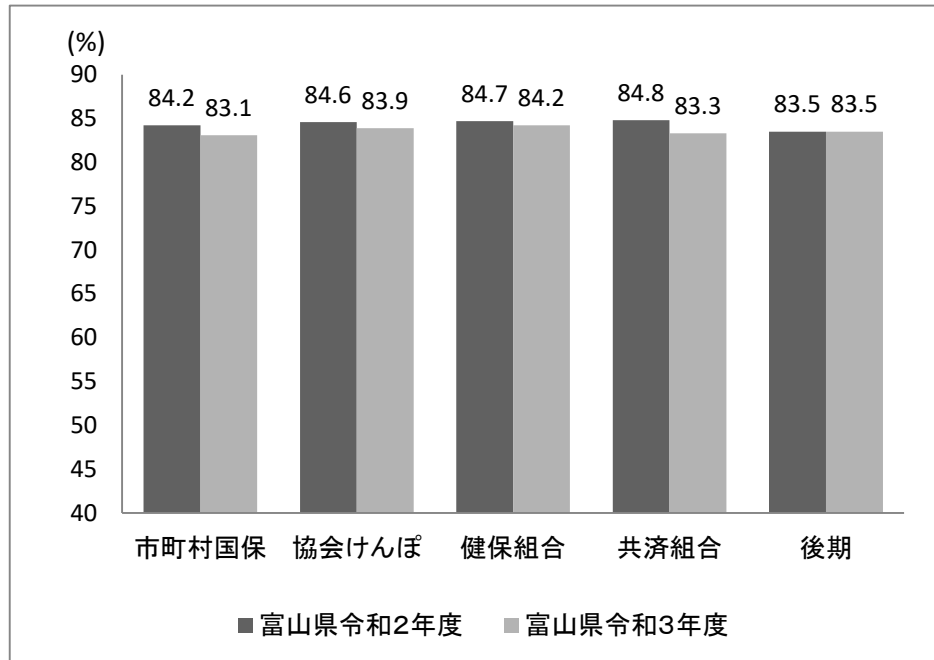
図表 34-2 後発医薬品使用割合(数量ベース)



出典：厚生労働省提供「都道府県別データブック」(平成30年度)「NDB データセット」(令和元年度～3年度)をもとに作成

- 医療保険者別に使用割合をみると、令和3年度では健保組合が最も高く、次いで協会けんぽが高くなっています。また、令和2年度と比べると、全ての医療保険者で概ね横ばいとなっています。（図表 34-3）

図表 34-3 医療保険者別後発医薬品使用割合（数量ベース）



出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」（令和2、3年度版）をもとに作成

- 本県におけるバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数をみると、令和3年度において、16成分数のうち4成分数で置き換わっています。（図表 35）

図表 35 富山県におけるバイオ後続品の置き換わり率（R3年度）

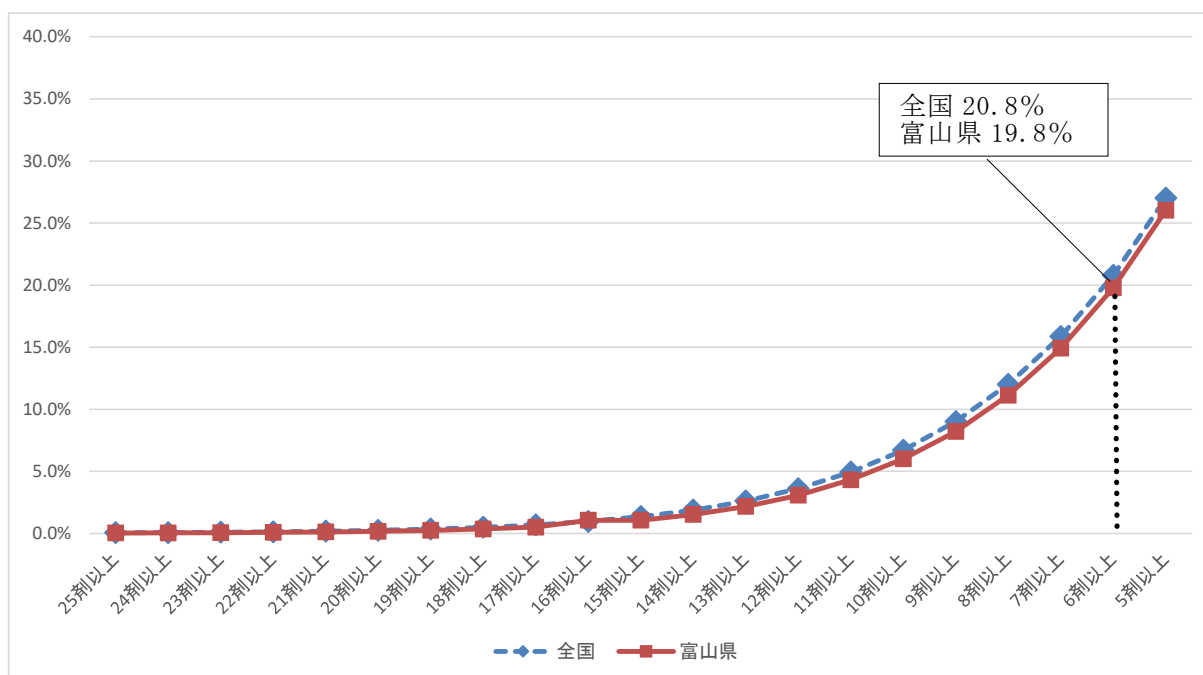
①ソマトロピン	②エポエチンアルファ	③フィルグラスチム	④インフリキシマブ	⑤インスリングラルギン	⑥リツキシマブ	⑦エタネルセプト	⑧トラスツズマブ
0.0%	95.7%	99.2%	19.1%	77.8%	86.9%	49.2%	56.3%
⑨アガルシダーゼベータ	⑩ペバシズマブ	⑪ダルベポエチンアルファ	⑫テリパラチド	⑬インスリンリスプロ	⑭アダリムマブ	⑮インスリンアスパルト	⑯ラニズマブ
0.0%	21.3%	84.8%	31.4%	22.2%	7.5%	0.9%	11.0%

出典：厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」をもとに作成

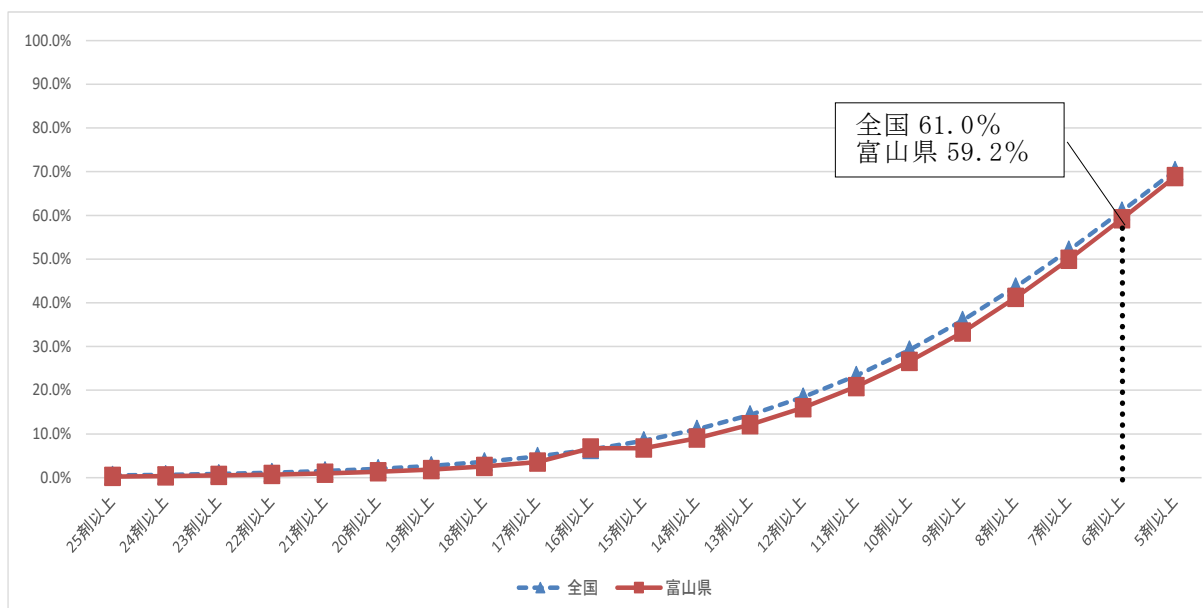
(7) 医薬品の適正使用状況

- 複数種類医薬品の使用状況を患者数割合における累積で見ると、6剤以上の割合が富山県で19.8%と全国の20.8%を下回っています。また、薬剤費割合における累積では、6剤以上の割合が富山県で59.2%と全国の61.0%を下回っています。(図表36-1、図表36-2)

図表 36-1 患者数割合における薬剤数累積割合(令和2年度末)



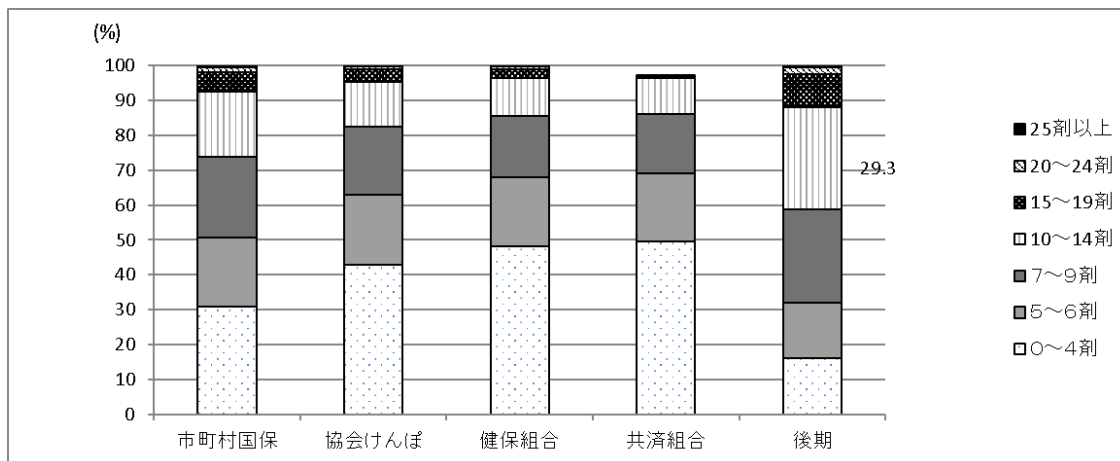
図表 36-2 薬剤費割合における薬剤数累積割合(令和2年度末)



出典:厚生労働省「NDB データ」(令和3年度)をもとに作成

- また、医療保険者別に複数種類医薬品の薬剤費割合をみると、5剤以上の割合が後期高齢者医療広域連合で最も高くなっており、そのなかでも、10～14剤の割合が29.3%と最も高くなっています。(図表37)

図表 37 医療保険者別複数種類医薬品の薬剤費割合(令和2年度末)

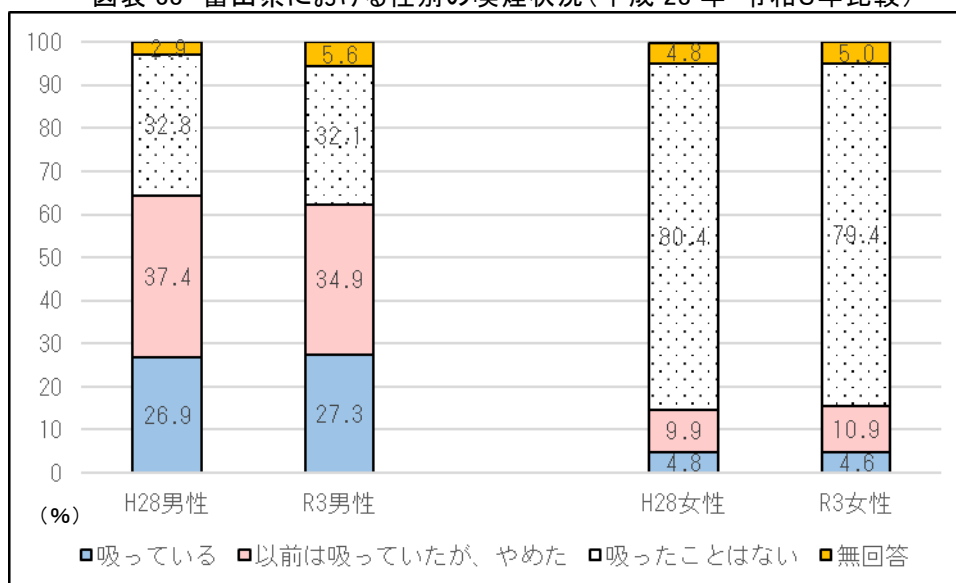


出典:厚生労働省「NDB データ」(令和3年度)をもとに作成

(8) たばこに関する状況

- 令和3年富山県健康づくり県民意識調査によると、たばこを吸っている人の割合は、前回調査(平成28年)と比較して、喫煙者の割合は、男性が前回26.9%から27.3%、女性は前回4.8%から4.6%とほぼ横ばいとなっています。(図表38)

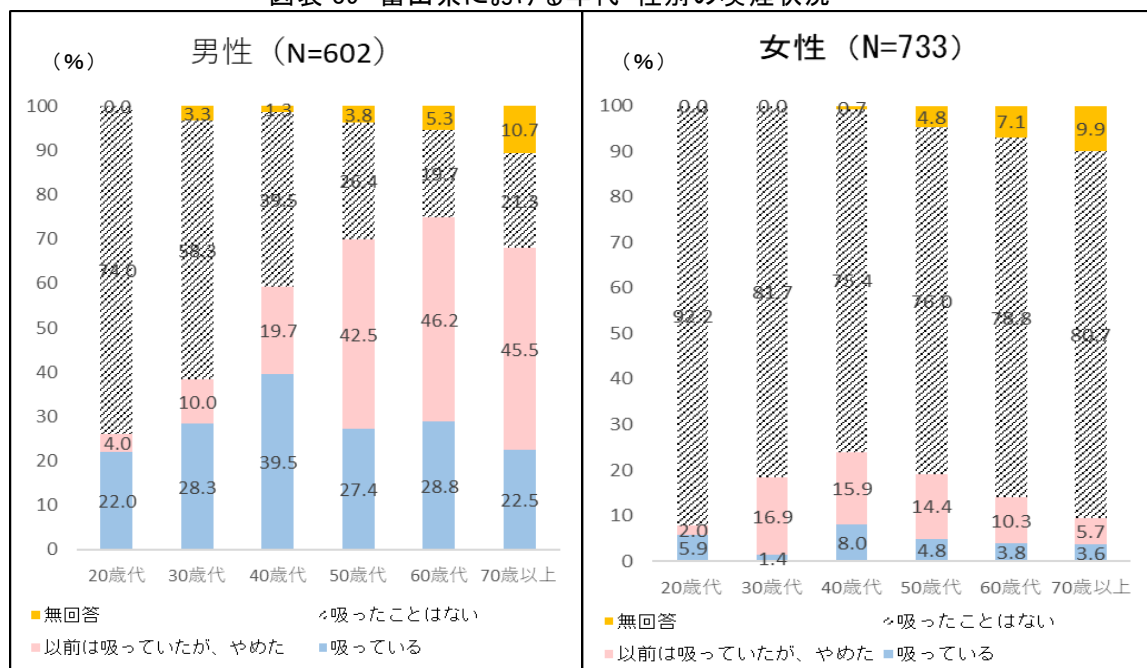
図表 38 富山県における性別の喫煙状況(平成28年・令和3年比較)



出典:「富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

- また、年代別でみると、男性では40歳代で39.5%、次いで60歳代で28.8%、女性では、40歳代で8.0%、次いで20歳代で5.9%の人が「吸っている」と答えています。（図表39）

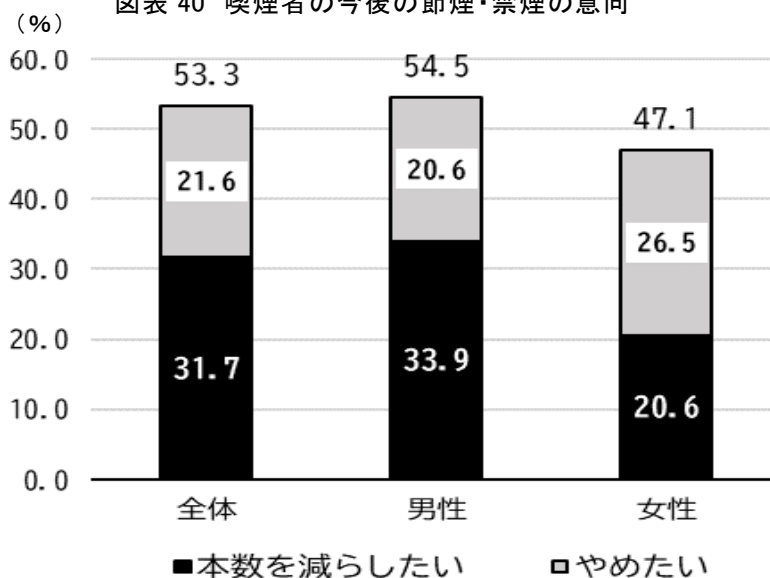
図表39 富山県における年代・性別の喫煙状況



出典:「令和3年富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

- 喫煙者の今後の節煙・禁煙の意向割合をみると、男性が女性より多く、男性では「本数を減らしたい」（33.9%）、女性では「やめたい」（26.5%）が高くなっています。（図表40）

図表40 喫煙者の今後の節煙・禁煙の意向



出典:「令和3年富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

(9) 外来化学療法の実施状況

- 外来化学療法の令和2年(2020年)9月中の人口10万対の実施件数をみると、診療所では全国6.6に対し、富山県は8.0、病院では全国240.2に対し、富山県は309.8となっています。(図表41)

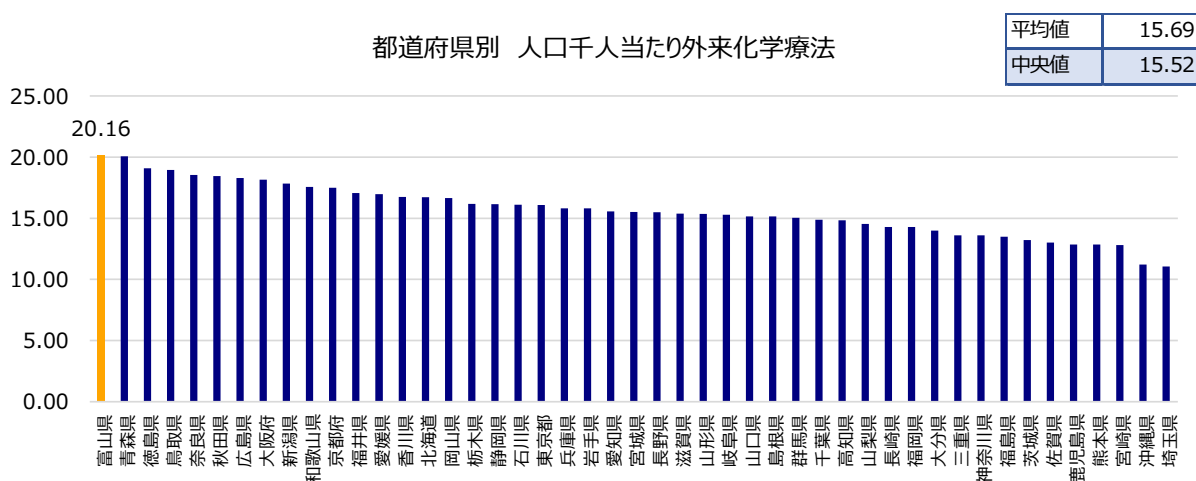
図表41 外来化学療法の実施件数(令和2年(2020年)9月)

		全国	富山県
外来化学療法の9月中の実施件数 (診療所)	総数	8,413	84
	人口10万対	6.6	8.0
外来化学療法室の9月中の取扱患者延数(病院)	総数	305,410	3,271
	人口10万対	240.2	309.8

出典:厚生労働省「医療施設調査」をもとに作成

- 令和元年度における人口千人当たり外来化学療法のレセプト件数を都道府県別にみると、本県は20.16件(全国1位)となっています。(図表42)

図表42 都道府県別人口千人当たり外来化学療法

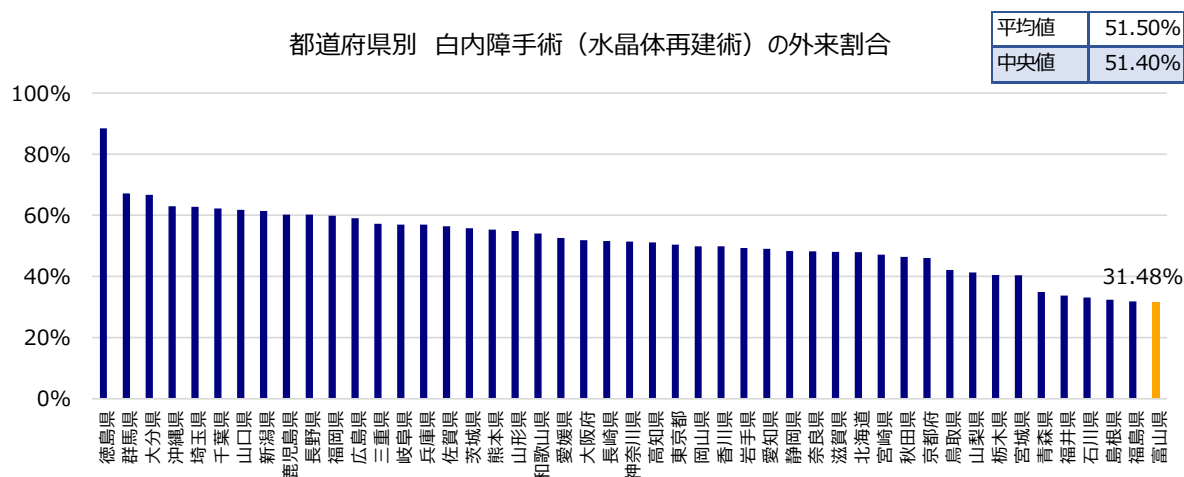


出典:厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

(10) 白内障手術（水晶体再建術）の外来実施の状況

- 令和元年度における白内障のレセプト件数に占める外来手術（水晶体再建術）の件数の割合を都道府県別にみると、本県は、31.48%（全国47位）となっています。（図表43）

図表43 都道府県別白内障手術（水晶体再建術）の外来割合

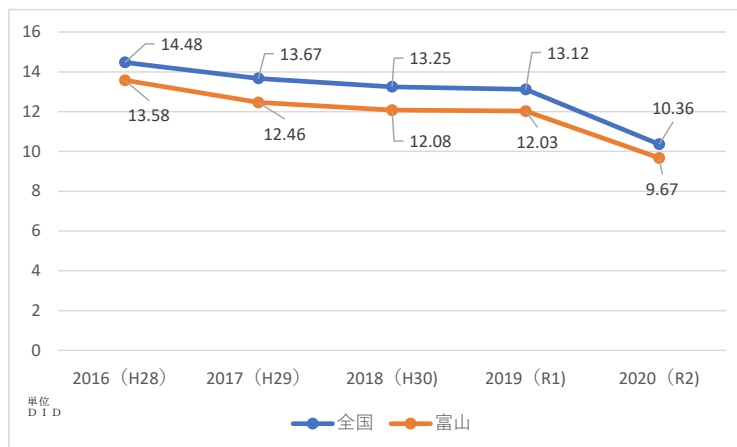


出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

(11) 抗菌薬使用の状況

- 抗菌薬の使用状況をみると、本県は全国を下回っています（令和2年度（2020年度）において全国10.36に対し本県9.67）。（図表44）

図表44 令和2年度の抗菌薬使用量（DID（※12）・抗菌薬別）



出典：薬剤耐性(AMR)ワンヘルスプラットフォーム

(※12) DIDは地域における抗菌薬使用の指標で、使用された量（力価）であるDDD（WHOが定義している測定単位。臨床現場での推奨投与量ではなく、医薬品の主な適応症に対する成人の1日仮想平均維持量。）を用いて住民1,000人、1日あたりの使用状況を表します。

一定期間の使用量 ÷ DDD（DDD s） ÷ 住民数（1,000人） ÷ 365（日）

2 課題

今後、本県において高齢化の更なる進展が予想されるなか、このまま医療費が増加していくと、国民皆保険制度を維持していく上で社会的負担の増加が懸念されます。本県の医療計画や健康増進計画、介護保険事業支援計画など、医療、福祉、保健との調和を図りつつ、住民の生活の質の維持・向上を確保しながらも、本県における医療費を適正化（医療費の伸びを抑制）していくうえでの主な課題として、次の事項が挙げられます。

(1) 医療提供体制の課題

ア 病床の機能分化・連携の推進

- 高度急性期から急性期、回復期、慢性期まで、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を構築することが必要です。

- 今後見込まれる人口構造（高齢者人口が増加し、その割合が高まる）においては、「治す治療」だけではなく、「治し、支える治療」への転換を促進することが必要です。

- 高齢化の進展に伴い、医療を必要とする重度の要介護者や認知症の患者が今後ますます増加していくことから、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないか、さらに在宅等から慢性期機能の医療機関への入院が必要かどうかを検討していく必要があります。

- 急速な高齢化や医療の高度化によって医療費が増大しているなか、利用者に過剰な負担をかけることなく、症状に応じた転院など、医療機関間の連携（病・病連携、病・診連携）や在宅医療、介護・障害福祉サービスとの連携を推進し、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく必要があります。

イ 在宅医療等の充実

- 今後、在宅医療等を受ける対象となり得る高齢者が大きく増加することから、在宅医療提供体制の整備・充実を図る必要があります。

- 医療と介護が必要な状態になっても、患者と家族が住み慣れた地域で安心して療養生活を続けられるよう、医療、介護、介護予防に加え、安心して生活できる住まい、及び自立した日常生活の支援を包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を市町村と協力して構築していく必要があります。

- 入院医療と在宅医療等にかかる機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保することが必要です。
- 住み慣れた地域で在宅療養を支える体制を整備するため、訪問診療、訪問看護等の在宅医療に取り組む医療機関や訪問看護ステーション等の機能強化を図っていく必要があります。

ウ 医療従事者等の確保・養成

- 将来にわたり、持続可能な効率的で質の高い医療サービスを受けられる体制を構築するため、医療従事者の確保・養成が必要です。
- 在宅療養者が安心して療養生活を送ることができるよう、医療の提供だけでなく、服薬管理、口腔ケア、緩和ケア、看取りなど、在宅療養に関わるニーズに対応するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、栄養士、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー等の医療従事者等を確保・養成していく必要があります。
- 医療・介護に携わる人材が、生涯を通じてやりがいをもって働き続けることができるよう、労務面での勤務改善や、安心してキャリア形成しながら、地域医療・介護に従事できる環境を整備する必要があります。

(2) 生活習慣病対策

- 死因の約5割は生活習慣病が占めており、医療経済的にも社会全体として大きな負担になることから、運動・栄養・休養などの生活習慣を改善し、生活習慣病を予防することが必要です。
- 生活習慣病は、不健康な生活習慣が発症の要因にもなっていることから、特定健康診査・特定保健指導により、発症していない段階で生活改善を促し、予防する必要があります。特に、メタボリックシンドロームが増加し始める40～50代の実施率の向上に向けた取組みや長期未受診者への受診勧奨などが必要です。
- 特定保健指導の実施率を向上させるため、今後さらに特定保健指導の効果が高まるよう、保健指導の質の向上を図ることが必要です。

- 効果的な保健対策を進めるため、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせるなど、医療保険者ごとに実情に合った取組みが必要です。
- 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象外となっているものの検査データが基準値を外れている者においても、その緊急性やリスクを考慮した優先度の高いものについては、適切な受診勧奨や生活改善を目的とした保健指導を実施するなど、徹底した重症化予防をしていくことが必要です。
- 生活習慣病対策の推進を通じて、その重症化を予防するとともに、合併症などの発症予防に積極的に取り組む必要があります。特に、糖尿病や脳血管疾患の受療率・1人当たり医療費が全国平均より高いことや、糖尿病性腎症による新規透析患者割合が4割を超えていることから、糖尿病の重症化予防の取組みを広めていくことが必要です。また、脳卒中等の危険因子となる高血圧や脂質異常等を適切に管理する必要があります。
- 特定健康診査の検査データが基準内にある者についても、健康診査結果の見方など適切な情報提供を行うことにより、各自が健康に対する主体的な取組みができるよう支援することが必要です。
- がんは、本県の死因別死亡割合の第1位であり、疾病別医療費に占める割合も高いことから、がんにかからないための生活習慣の実践に努め、がんを予防するとともに、早期発見・早期治療につながるよう、がん検診の受診率向上等が必要です。
- 成人の喫煙率はこれまで減少傾向でしたが、近年男性が微増していることから、喫煙が健康に及ぼす影響や正しい知識を普及啓発し、成人喫煙者の減少を目指すとともに、20歳未満の者や妊娠中の喫煙（受動喫煙を含む）をなくすことが必要です。
- 望ましい生活習慣の確立のためには、正しい健康情報の普及啓発や健康づくりに役立つウォーキングコース等の整備や地域資源情報の提供など健康づくりを推進する環境の整備を行うことが必要です。
- 高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、良好な栄養、身体活動・体力の維持・向上など健康づくりに取り組むとともに、サルコペ

ニア（加齢に伴う筋肉量の減少）、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（加齢に伴う虚弱）の予防、口腔機能の維持・向上など介護予防の取組みを推進していく必要があります。

第3章 目標と取組み

1 基本理念

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

- 医療費適正化のための具体的な取組みにあたっては、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、生活習慣病の有病者や予備群を減らすとともに、医師・看護職員などの貴重な医療人材の確保と切れ目のない医療提供体制の構築等により、安全・安心で質の高い医療を確保し、県民の生活の質の維持・向上を図るものとします。

(2) 今後の人口構成の変化に対応するものであること

- 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(2017(平成29)年4月推計)によると、75歳以上の人口は、令和12年には2,300万人に近づくと推計されており、これに伴って、国民医療費の約4割を占める後期高齢者医療費が、国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されます。
- 本県においても、県内総人口が今後減少を続ける一方で、令和2年に約178千人と推計された75歳以上の人口が、ピークを迎える令和12年には約214千人と、約1.2倍に増加し、県民総人口に占める割合も20%を超えることが予想されており、これに伴い、本県の後期高齢者医療費は高い伸びを示すことが予想されます。
- これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組みは、結果として高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に引き下げていくものとします。

2 医療費適正化に向けた目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

ア 特定健康診査の実施率

- 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(国の基本方針による)が特定健康診査を受診することとします。(図表45-1)

図表 45-1 保険者種別の特定健康診査の実施率目標

全体	市町村 国保	国民健康 保険組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保 組合	総合健保 組合(私学 共済含む)	共済組合
70%以上	60%以上	70%以上	65%以上 (65%以上)	90%以上	85%以上	90%以上

出典：厚生労働省「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」

イ 特定保健指導の実施率

- 令和 11 年度において、当該年度に特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）が必要と判定された対象者の 45%以上（国の基本方針による）が特定保健指導を受けることとします。（図表 45-2）

図表 45-2 保険者種別の特定保健指導の実施率目標

全体	市町村 国保	国民健康 保険組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保 組合	総合健保 組合(私学 共済含む)	共済組合
45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	55%以上	30%以上	45%以上

出典：厚生労働省「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」

ウ 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

- 平成 20 年度と比べた令和 11 年度でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率）を 25%以上（国の基本方針による）とすることとします。

エ たばこ対策

- 富山県健康増進計画（第 3 次）の「たばこ」に係る目標のうち、以下の目標を設定します。（図表 45-3）

図表 45-3 たばこ対策に関する目標

目標	指標	区分	現状値 (R3)	目標値 (R14)
成人の喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)	成人の喫煙率	男性	27.3%	21%
		女性	4.6%	2%
受動喫煙の機会を有する者の割合の低下	20歳以上で、直近1か月間の受動喫煙の頻度を調査したもの	職場	26.1%※	望まない受動喫煙のない社会の実現
		飲食店	19.6%※	
	20歳以上で家庭での受動喫煙が「ほぼ毎日」あったと回答した者の割合	家庭	7.8%※	

※現状値は、国のR3国民栄養調査が中止となり、県独自で実施した調査の結果を記載(参考値)

出典：富山県健康増進計画(第3次)

オ 生活習慣病等の重症化予防

○ 富山県健康増進計画（第3次）の「糖尿病」及び「循環器疾患（脳卒中・心疾患）」に係る目標のうち、以下の目標を設定します。（図表 45-4）

図表 45-4 生活習慣病等の重症化予防に関する目標

目標	指標	区分	現状値 (R3)	目標値 (R14)
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	HbA1cが8.0%以上の者の割合		1.5% (R2)	現状値以下
糖尿病合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		141人	減少傾向へ
高血圧(収縮期血圧140mmHg)の者の割合の減少(40～74歳)	高血圧(収縮期血圧140mmHg)の者の割合(40～74歳)		19.9% (R2)	14.2%
収縮期血圧値の平均値の低下(40～74歳)	収縮期血圧値の平均値(40～74歳)	男性	129.0mmHg (R2)	低下を目指す
		女性	123.7mmHg (R2)	
LDLコレステロール160mg/dl以上の割合(40～74歳)	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合(40～74歳)	男性	13.3% (R2)	8.6%
		女性	13.5% (R2)	9.6%

出典：富山県健康増進計画（第3次）

カ その他予防・健康づくりの推進

○ 富山県健康増進計画（第3次）の「基本目標」及び「がん」に係る目標のうち、以下の目標を設定します。（図表 45-5）

図表 45-5 その他予防・健康づくりの推進

目標	指標	区分	現状値	目標値 (R14)
健康寿命の延伸(平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加)	健康寿命	男性	72.71年 (R1)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
		女性	76.18年 (R1)	
がん検診の受診率の向上	市町村・職域を合わせたがん検診受診率	胃がん	47.6% (R4)	60%以上
		肺がん	58.1% (R4)	
		大腸がん	52.1% (R4)	
		子宮頸がん	47.7% (R4)	
		乳がん	52.5% (R4)	

出典：富山県健康増進計画（第3次）

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合

- 後発医薬品については、本県では令和元年度以降、数量ベースの使用割合が 80%に達しています。国では、後発医薬品の数量シェアを、令和 5 年度（2023 年度）末までに全ての都道府県で 80%以上とするという政府目標を、金額ベース等の観点を踏まえて令和 5 年度中に見直すこととしており、新たな政府目標を踏まえ、後発医薬品の使用促進に関する数値目標を令和 6 年度に設定（国の基本方針による）することとします。

- バイオ後続品については、令和 11 年度末までに数量ベースで 80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の 60%以上（国の基本方針による）にすることとします。

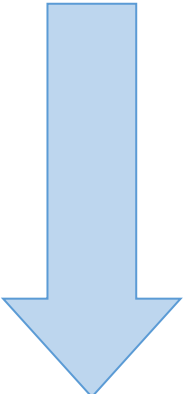
(3) 計画期間における医療に要する費用の見通し

厚生労働省が指定する「医療費適正化推計ツール」(令和元年度実績を基に推計)を用いて、医療費の見込みや、適正化効果額を推計し、医療費に要する費用の見通しを行うこととされています。(図表 46)

- 医療費適正化対策を講じなかった場合(自然体)の本県の総医療費は、令和11年度には国民医療費ベースで約3,839億円になるものと推計されます。
- 一方、医療費適正化に向けた目標を達成した場合の本県の総医療費は、令和11年度で約3,822億円(暫定値(※))と推計され、医療費適正化の対策を講じなかった場合(自然体)に比べ、約17億円削減(暫定値(※))される見込みとなっています。

◇令和11年度の医療費の見込み・・・・・・・・・・ 3,839.4億円

〔 <自然体の推計>
人口変動率、診療報酬改定、高齢化の影響等を加味して算定し、入院医療費は地域医療想(平成29年3月策定)の病床機能の分化・連携の成果を反映。 〕



◇医療費適正化の対策を実施(詳細は次ページ参照)

適正化効果額	後発医薬品の使用促進	△ 573,829,316
	特定健診等の実施率向上	△ 67,687,107
	糖尿病の重症化予防の取組	△ 81,739,167
	重複投薬の適正化効果	△ 3,483,145
	多剤投薬の適正化効果	△ 675,566,561
	抗菌薬の適正化効果	△ 141,711,260
	白内障の適正化効果	△ 120,324,611
	化学療法の適正化効果	△ 44,283,485
	適正化効果額計	△ 1,708,624,653

◇適正化後の医療費・・・・・・・・・・ 3,822.3億円(暫定値(※))

(※)後発医薬品使用促進に関する目標を令和6年度に設定することとなるため、全体の適正化効果額は令和6年度に算出。

1 後発医薬品の普及による効果**① 後発医薬品の普及による効果：-円**

令和6年度に設定する目標により効果額を推計

② バイオ後続品の普及による効果： $\Delta 573,829,316$ 円

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%を達成した
ものとして推計

2 特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成による効果： $\Delta 67,687,107$ 円

特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成したものと推計

3 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組みによる効果**① 糖尿病の重症化予防の取組みによる効果： $\Delta 81,739,167$ 円**

糖尿病に係る40歳以上の1人当たり入院外医療費が全国平均との差を半減し
たものとして推計

② 重複投薬の適正化効果： $\Delta 3,483,145$ 円

3医療機関以上から同一成分の薬剤を処方される患者の2医療機関を超える
調剤費等の1人当たり費用額が半減したものと推計

③ 多剤投薬の適正化効果： $\Delta 675,566,561$ 円

65歳以上の高齢者のうち9種類以上処方されている患者の薬剤数が1減っ
た場合の1人当たり費用額の差額が半減したものと推計

4 医療資源の効果的・効率的な活用の推進の適正化効果**① 急性気道感染症の抗菌薬の適正化効果： $\Delta 111,776,847$ 円**

急性気道感染症患者への抗菌薬の薬剤費を50%削減したものと推計

② 急性下痢症の抗菌薬の適正化効果： $\Delta 29,934,413$ 円

急性下痢症患者に対する抗菌薬の薬剤費を50%削減したものと推計

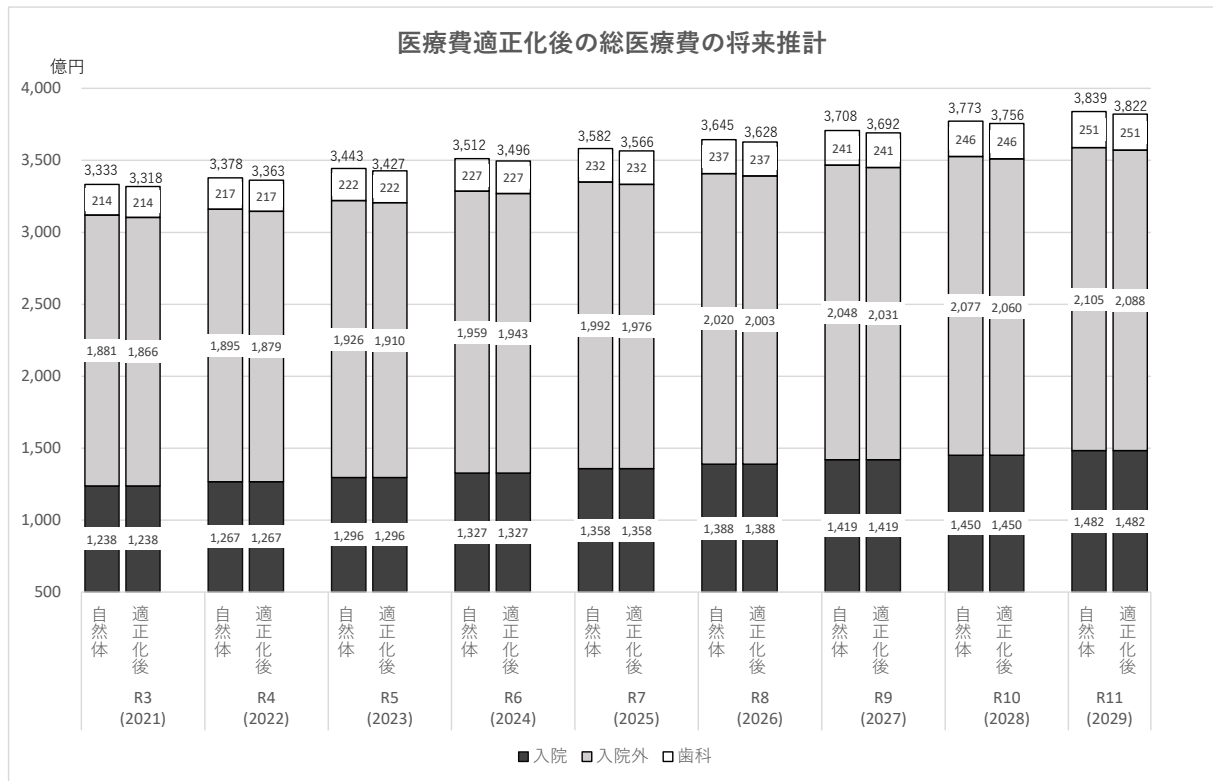
③ 白内障の適正化効果： $\Delta 120,324,611$ 円

白内障手術の入院実施件数の割合が全国平均との差を半減したものと推計

④ 化学療法の適正化効果： $\Delta 44,283,485$ 円

化学療法の外来実施件数の割合が全国平均との差を半減したものと推計

図表 45 医療費適正化後の総医療費の将来推計



出典：厚生労働省「医療費適正化計画：医療費適正化効果推計ツール」により作成

3 県が取り組む施策

県で策定する医療計画や健康増進計画、介護保険事業支援計画、国民健康保険運営方針など、医療、福祉、保健との調和を図るとともに、ライフステージに応じた教育・労働などの各種計画施策との連携を図りながら「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する施策を推進します。

県民の健康寿命の延伸を図り、県民の病気予防や健康づくりを進めることが肝要であり、県、市町村及び関係機関が連携して本施策の推進に取り組めます。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

ア 健康寿命の延伸に向けた県民運動

- 県では、医療・福祉・経済など各種団体を構成する「富山県健康づくり県民会議」の開催など、様々な主体が連携・協働し、社会全体で健康寿命の延伸に向けた取組みを推進するための機運醸成を図ります。
- 家庭における減塩や野菜摂取の促進のための普及啓発の推進など、県民一人ひとりの食生活の改善に向けた取組みを推進します。
- 富山県民歩こう運動推進大会の開催や、主に働き盛り世代の健康づくりを支援することを目的に、スマートフォン歩数計アプリを使用した健康ポイント事業の実施など、県民一人ひとりの運動習慣の定着に向けた取組みを推進します。

イ 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

- 県は特定健康診査・特定保健指導をはじめとする保健事業等について、医療保険者、市町村等における取組みやデータ等を把握し、円滑な実施を支援するとともに、運動（身体活動）、栄養（食生活）、休養（睡眠）などに関する望ましい生活習慣の確立の推進や、特定保健指導の理解の促進など県民への普及啓発を推進します。
- 特定健康診査や特定保健指導の未受診者対策や医療保険者に共通する課題等について、PFS（成果連動型民間委託契約方式）を活用した先進的な取組みの実施や好事例の横展開などを行います。また、健康診査データ等の分析に基づく地域差や特徴を可視化し、地域の実情に応じた効果的な保健事業の実施を支援します。

○ 国の定める「標準的な健診・保健指導プログラム」において、対象者の行動変容に繋がり成果が出たことを評価するアウトカム評価の導入やICT活用の推進等が盛り込まれたことを踏まえ、保険者協議会等と連携し、医療保険者及び特定保健指導実施者を対象に研修会を実施するなど、成果を重視した効果的な特定保健指導を企画・実施・評価できる人材の確保・育成を図ります。また、ICTを活用した遠隔面接等の推進やアプリケーションソフトウェアを活用した保健指導等の実施に向けた情報提供や好事例の横展開等を行います。

さらに、特定保健指導の担い手となり得る保健師・看護師を志す者の確保・増大を図るため、小中学生向けの出前講座や高校生の一日看護見学、看護学生へのPRを実施します。

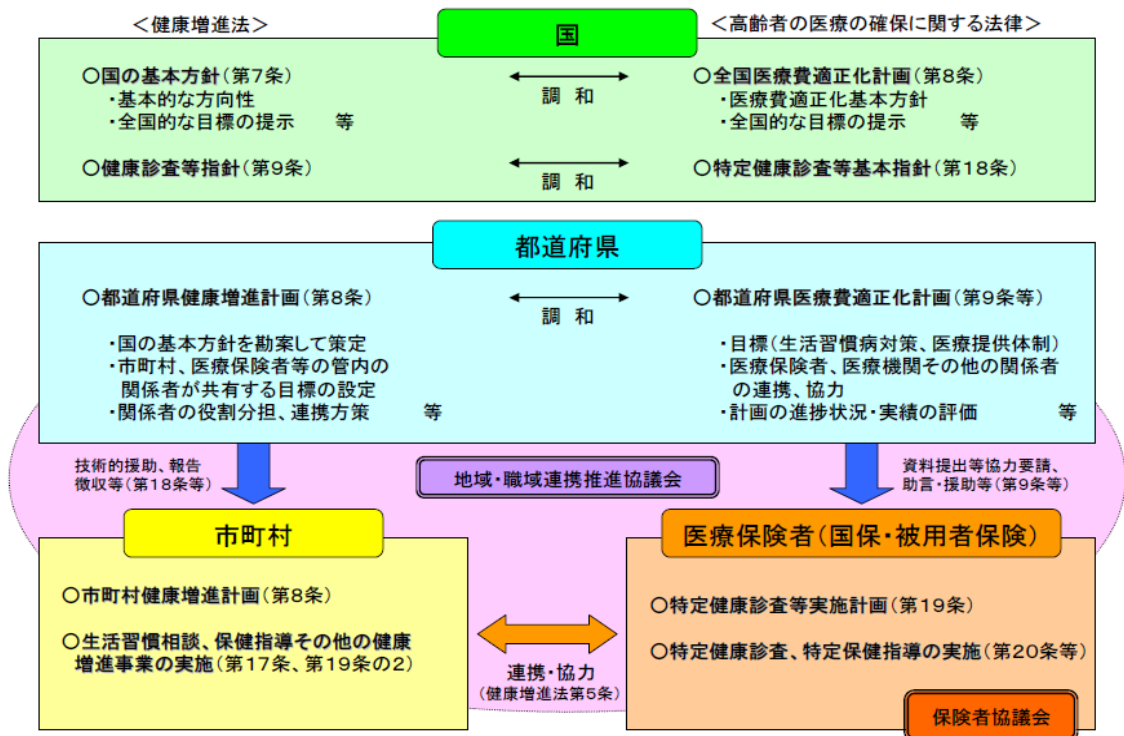
○ 医療保険者が取り組む特定健康診査とがん検診の同時実施や休日検診、生活習慣病等で治療中の方へのかかりつけ医からの受診勧奨など、特定健康診査の受診率向上に向けた取組みを支援します。

○ 医療保険者による保健事業の共同実施が円滑に行われるよう、保険者協議会と連携し、集合的な委託契約のための協議への参加・支援など、実施体制の整備に向けた支援を行います。

○ 医療保険者における特定健康診査等実施計画の策定やその見直し等に際し、必要な情報提供や助言などを行います。

○ 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の取組みは、市町村等における健康増進対策と連携することにより、より効果的な保健指導を実施することができることから、地域・職域連携推進協議会等を通じて、地域において効果的なハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせた保健事業の実施に向けた支援を行います。また、健康増進計画等に基づいて健康増進に関する普及啓発等を行います。(図表 47)

図表 47 各関係主体による生活習慣病対策の推進



出典:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

ウ たばこ対策

- 企業、団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。また、国の受動喫煙防止対策を踏まえ、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーや禁煙週間に併せたキャンペーン、マスメディアやホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 20歳未満の者の喫煙防止教育や妊産婦の喫煙をなくすための普及啓発を推進します。
- 家庭内(特に子ども)における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発を行います。
- 観光施設等を含む多数の者が利用する施設における禁煙、飲食店等の施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策を推進し、受動喫

煙のない環境づくりを進めます。

○ 行政機関、医療機関、福祉施設、教育機関、文化施設などにおける禁煙の推進、労働局が行う職場における取組みと連携し、事業所・飲食店などでの受動喫煙防止対策を推進します。

○ 職場における受動喫煙防止の取組みが促進されるよう、労働安全衛生法による対策の動向も踏まえながら、受動喫煙のない職場を目指して、中小企業等の事業主向けの普及啓発を強化します。

○ 禁煙希望者に対し、医療機関における禁煙外来や健診機関等による禁煙サポート教室、市町村における保健指導等において情報提供を行うなど、禁煙サポート体制の充実を図ります。

○ 歯周病と喫煙習慣に関連性があることから、県歯科医師会と連携し、歯科医療機関で治療中の喫煙者に対する禁煙支援を推進します。

エ 生活習慣病の重症化予防

○ 脳卒中、心疾患、糖尿病などの生活習慣病の発症予防のため、正しい知識や生活習慣づくりの普及啓発・健康教育を推進します。

○ 透析患者等発生予防推進事業連絡協議会や糖尿病対策推進会議等において、県医師会等の関係団体と糖尿病における課題や対策等について協議するとともに、医療圏ごとに郡市医師会等関係者と市町村の連携体制を強化するなど、糖尿病の重症化予防への取組みが円滑に実施できるよう支援します。

○ 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を推進し、市町村等医療保険者等の取組状況や課題を把握するとともに、課題解決に向けた支援や質の高い保健指導が実施できるよう、関係者向けの研修会等を開催します。

○ 脳卒中等の危険因子となる高血圧や脂質異常症等を適切に管理するため、健康診断結果のリスクが高い者に対し、専門職による保健指導や受診勧奨を実施するとともに、効果的な健康教育の普及への支援や生活習慣の改善を推進します。

○ 脳卒中の発症予防や再発予防のため、脳卒中情報システムの活用による地

域における脳卒中患者の発症状況の分析を行います。

- 脳梗塞や急性心筋梗塞が疑われ、症状が出現した場合の速やかな救急要請などに関する普及啓発を推進します。
- 脳卒中後遺症患者等が地域で適切なリハビリテーションが受けられるよう、リハビリテーション従事者の資質の向上等、地域リハビリテーションを推進します。
- 後期高齢者医療広域連合が市町村との連携のもとに、生活習慣病の重症化予防等の高齢者の特性に応じた保健事業に取り組めるよう、支援や助言を行います。

オ 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

- 若いときからの健康づくりとともに加齢による体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下を予防する取組みを関係機関等と連携して推進します。
- 具体的には、サルコペニア（加齢に伴う筋肉量の減少）、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（加齢に伴う虚弱）の予防に向けた啓発に努めるとともに、適度な筋力負荷を伴う運動（例えば、ウォーキング等）や、たんぱく質を含む十分な栄養摂取等による介護予防の取組みを支援します。
- 県民自らが歯と口腔の健康の保持及び増進に向けた取組みを行えるよう、オーラルフレイル・口腔機能低下症等の普及啓発を行います。
- 後期高齢者医療広域連合や市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が効果的かつ円滑に行われるよう、関係機関と連携して推進します。
- 前期高齢者が多く加入する市町村国保から後期高齢者医療制度への移行後も切れ目のない保健事業の実施が図られるよう、市町村の取組状況や課題の把握を行い、通いの場などにおいて、生活習慣病の重症化予防や低栄養防止など介護予防と連携した地域の課題に対応した取組みを支援します。

- また、地域の実態把握や保健事業対象者等データの分析・可視化等の仕組みづくりの支援、関係部局・関係団体と連携した連絡会議や研修会等の開催を通し、後期高齢者医療広域連合及び市町村における取組結果の共有・好事例の横展開の実施や、国保連合会と連携した効果的な取組みの分析・事業評価への支援を行います。

カ その他予防・健康づくりの推進

- 自身の健康づくりに対し関心が低いなど健康づくりの取組みを実施していない層（健康無関心層）へ、健康に対する問題意識を喚起し、行動変容に繋げるなど個人にインセンティブを提供する医療保険者の取組みに対し、助言を行います。
- 医療保険者が、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価に繋がられるよう、保険者協議会と連携した研修会等を開催します。また、加入者に対しても、特定健康診査結果等の健康・医療情報をわかりやすく提供し、加入者の健康の気づきを促す取組みを支援します。
- 胃がんや乳がんなどのがんの発症予防対策に努めるとともに、がんの早期発見のため、県民自らが自分の健康状態の把握の重要性について理解し、がん検診への受診行動につながるよう、あらゆる機会や場を通じて普及啓発に努めます。
- 市町村や学校、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体と連携し、子どもの頃からのがんに関する正しい知識の普及や望ましい生活習慣が確立できるよう支援します。特に、子どもの生活習慣は親の影響を大きく受けることから、市町村の妊産婦健診や乳幼児健診等を活用した普及啓発に努めます。
- 感染に起因するがんについて、肝炎ウイルス検査体制の充実や検査機会の提供・普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげ、肝がんの発症予防に努めます。また、ヒトT細胞白血病ウイルス（HTLV-1）にかかる普及啓発、相談支援体制の構築や、子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの接種の普及啓発等に取り組みます。

- 予防接種について、高齢者のインフルエンザや肺炎球菌のワクチンなどの接種率の向上のため、実施主体の市町村や、医療保険者等の普及啓発等への支援を行います。また、感染症の発生動向調査などの情報の公開を通じて、普及啓発や医療関係者との連携、市町村間の広域的な連携の支援等に取り組みます。
- 糖尿病、喫煙、早産、低体重児出産など全身と歯周病との関係の普及啓発や歯科保健関係者の資質向上を推進します。
- 睡眠や休養に関する情報や健康に及ぼす影響の知識の普及啓発、働き盛り世代の休養・睡眠の確保に向けたワークライフバランスの実現のための働き方改革の推進や、企業の「健康経営」の取組みを支援します。
- 飲酒が健康に及ぼす影響や、節度ある適度な量の飲酒など正しい知識の普及啓発に努めます。
- 後期高齢者医療広域連合が実施する、健康診査、歯科健康診査及びフレイル（加齢に伴う虚弱な状態）対策等の年齢特性に応じた取組みを支援します。
- 女性を対象とする骨粗鬆症検診など市町村が実施する各種検診等への支援を行います。

（２）医療の効率的な提供の推進に関する施策

ア 病床の機能分化・連携の促進

- がん・脳卒中等の５疾病及び救急医療・周産期医療等の６事業並びに在宅医療について、医療機能の分化・連携の促進、課題解決のための施策の推進に関する取組みを進めていきます。
- 不足する医療機能の充足については、医療機関における自主的な取組みを基本とし、地域医療構想調整会議において、地域の実情を踏まえ、関係者が十分に意見交換を行いながら、具体的な対応策を検討していきます。
- 回復期機能の病床を充足させるための病床転換の促進、そのための「地域医療介護総合確保基金」を活用した支援をします。
- 高度急性期や急性期機能から回復期や慢性期機能への転院、在宅医療等へ

の移行、在宅等から回復期や慢性期機能への入院、慢性期や回復期機能から急性期や高度急性期機能への転院等が円滑に進められるよう、医療機能の分化・連携を促進します。

- 医療機関間における「病・病連携」や「病・診連携」について協議、推進し、各医療機能を担う医療従事者が情報交換できる場を開催します。
- 患者の特性に応じた急性期の専門的治療を受療できる救急医療体制の充実を図ります。

○ 救急医療の適正受診、救急車の適正利用を促進するため、救急受診ハンドブック、ポスター、パンフレット等の配布など、普及啓発を行います。

○ 脳卒中や心血管疾患など救命救急処置が必要と疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう、また、疾患の重篤度や救急車要請の必要性に迷った場合、迅速かつ適切な医療機関（救急外来）受診の選択ができるよう、救急受診ハンドブックの活用などにより県民への普及啓発を実施します。



- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞等の発症初期における「待てない急性期」については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実を強化します。

また、救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、救急医療体制の仕組みやその適正な利用方法についての普及啓発に取り組みます。

- 高度急性期医療については、医療資源の集積を考慮し、高度な医療機器の共同利用や広域連携体制を推進し、高度急性期医療の補完機能の充実を図り

ます。

- 退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう、回復期機能を担う医療機関と在宅医療や介護を支える関係機関との切れ目のない医療連携を促進します。
- 慢性期機能病床や介護医療院の機能の確保については、在宅医療等の体制整備と一体的に検討し推進します。
- 患者や家族が安心して、慢性期機能病床から在宅医療等へ移行、また、在宅等から慢性期機能の医療機関へ入院できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の整備充実や円滑な退院調整、在宅医療・訪問看護による 24 時間 365 日対応可能な医療提供体制の整備を図ります。
- 医療機関における地域医療連携室の設置や、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携、地域連携クリティカルパスの活用、医療機器の共同利用を促進するとともに ICT を活用したネットワークシステムによる診療情報を共有化します。
- 入院早期から在宅医療、介護・障害福祉サービスと連携した退院支援の取組みを推進します。

イ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進 (在宅医療の充実)

- 医療機関間の相互連携に努め、24 時間 365 日対応可能な在宅医療提供体制の整備、充実を図ります。
- 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び訪問診療・看護を行う医療機関や、在宅療養患者の病状急変時の受入れや在宅への復帰支援等を行う地域包括ケア病棟の整備充実を図ります。
- 在宅医療・介護連携を促進するため、医療圏ごとの課題の把握、必要なデータの分析・活用支援・取組みの好事例の横展開、関係団体との調整などを進めます。
- 急性期から回復期、維持期・生活期に至るまで、患者の症状に応じたりハ

ビリテーションを行う体制の充実を図ります。

- 高齢者の入院治療（骨折含む）が必要になった際、入院時の情報提供や退院前カンファレンスの実施、入退院調整ルールの普及など、自宅や地域で必要な医療や介護を切れ目なく受けることができるよう、在宅医療を支える医療関係者と介護関係者の情報共有を推進します。
- 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅での看取りなど、在宅医療の取組みと併せ、自らが望む人生の最終段階が過ごせるよう関係機関などと連携して取り組むACP（アドバンス・ケア・プランニング）について、医師会や市町村等と連携して普及啓発を推進します。
- 心身の苦痛に適切に対応できるよう、質の高い在宅緩和ケアの充実を図るとともに、家族等の不安や負担に配慮した看取り体制を構築します。
- 在宅等で安心して療養を続けることができるよう、入院医療機関等による訪問看護の後方支援や参入を促進するとともに、症状の急変時などに速やかに対応できる体制整備を図ります。
- 在宅や地域等へ移行した後も患者の状態に応じた切れ目ないリハビリテーションの提供を支援します。
- 県在宅医療支援センターを設置し、在宅医療の普及啓発等に努めます。
- 訪問看護ステーションの規模拡大と機能強化を図るとともに、小規模な訪問看護ステーションの相互支援体制の構築などにより、安定した経営基盤確保への支援をします。
- 在宅医療等に対応可能な医療機関や訪問看護ステーション等に関する情報を住民へ提供します。
- 医療系ショートステイ（短期入所療養介護）の確保など、介護家族の支援体制を構築します。
- 日常的な診療、処方、服薬管理、健康管理等を行い、専門的な医療につながる役割を担う、かかりつけ医や、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持

つことの必要性について県民へ普及啓発します。

- 4 医療圏にある認知症疾患医療センターの運営を支援し、認知症の専門医療相談や速やかな鑑別診断を行うとともに、医療保健福祉関係機関との連携により、認知症の保健医療水準の向上を図ります。

(介護サービスの充実)

- 富山型デイサービスの普及や地域密着型サービスの整備を推進するとともに、在宅サービスの充実と質の向上、在宅医療との連携、家族介護者支援の充実を図ります。
- 認知症（若年性認知症含む）への理解を深めるための普及・啓発と、認知症の人の生きがいづくりや就労・社会参加を促進します。
- 認知症の早期発見・早期対応のための相談体制や、介護保険施設や認知症に対応した地域密着型サービス等の充実を図ります。
- 災害時における要援護者の支援体制や、高齢者の虐待防止の取組推進、成年後見制度の活用促進など市町村・地域包括支援センターの機能の充実・強化を推進し、高齢者の権利擁護体制を整備します。

ウ 医療従事者及び介護人材の確保・養成

- 地域の保健・医療・福祉サービスを担う人材の養成・確保や、その職場定着のための支援を充実するとともに、質の高いサービスを提供できるよう専任教員の資質向上など指導体制の充実や、多職種連携を目的とした研修の実施など、人材養成・確保対策を進めます。
- 修学資金制度の活用等により、特定診療科（小児科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療、脳神経外科、感染症内科）の医師の確保や養成、自治医科大学におけるへき地等に勤務する医師の養成や、「総合医」を育成するための研修に取り組む医療機関へ支援をします。
- 救急科専門医の確保・養成を進め、県全体の救急医療体制の充実強化を図ります。

- 県在宅医療支援センターを拠点に在宅医療に取り組む医師を確保・養成します。
- 看護師等養成所の設置・運営に対する支援を行うとともに、看護学生等に対して訪問看護の魅力を伝える臨地実習等の導入など、多様化するニーズに対応できる看護職員を確保・養成します。
- 在宅等で医療ニーズの高い要介護高齢者の方の容態に応じた的確に対応できるよう、専門知識・技術を持った認定看護師や特定行為を行う看護師を確保します。
- 県ナースセンターにおいて、離職した看護師の再就職支援や訪問看護師の資質向上のための研修等のさらなる充実を図ります。
- とやま介護テクノロジー普及・推進センターにおける介護ロボットやICT等の導入・活用による介護現場における生産性の向上に資する取組みを促進することで、介護職員の業務負担の軽減及び質の高い介護サービスの提供の促進を図ります。
- 訪問看護ステーションのICT化などにより勤務環境を改善し、テレワーク（情報通信手段を取り入れた就労形態）を導入、短時間勤務等により柔軟で多様な働き方を推進します。
- 医療・介護従事者のワークライフバランス等に配慮した勤務環境改善に取り組む医療機関や介護施設等を総合的に支援します。
- 女性の医師や看護師、介護職員等が出産や育児をしながら働けるよう、院内保育所を運営する病院の支援、県医師会や県看護協会等の関係機関と連携した相談・支援体制の充実及び、介護施設等における施設内保育施設の整備支援を行います。
- 在宅療養患者を支える医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護支援専門員等の地域の関係者による研修会を開催するなどして多職種間の連携強化を図ります。

- 認知症サポート医の養成や、かかりつけ医・歯科医・薬剤師、看護職員等に対する認知症対応力向上研修会を開催し、認知症の早期診断、早期対応と容態に応じた適切な医療が提供できる体制整備に取り組みます。
- 県や介護・福祉関係の事業者、職能団体、養成校、労働関係機関等による「福祉人材確保対策会議」やワーキンググループを活用することにより、引き続き効果的な人材の養成確保対策を講じます。
- 地域住民やボランティア団体などの多様な主体による生活支援・介護予防サービスの充実に向け、生活支援の担い手の養成・発掘などの地域資源の開発やネットワーク化などを行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を養成します。
- 介護・障害福祉サービスに従事する職員の資質向上とキャリアアップを支援するための研修の充実や受講機会の確保を図ります。
- 介護・福祉の仕事を志す者の確保・増大を図るため、中学生を対象とした出前講座や高校生に対する職場ガイダンスの実施、実習生の受入れ等の充実を図ります。
- 潜在的有資格者の就業支援のための情報提供や研修機会の確保とともに、団塊の世代や主婦等の多様な人材の就業の促進を図ります。

エ 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

- 医療関係者、医薬品卸売業者、医薬品メーカーのほか、高齢者や消費者の代表、医療保険者などで構成した「富山県ジェネリック医薬品使用促進協議会」を開催するとともに、医療関係者等に対するジェネリック医薬品メーカー視察研修を開催し、後発医薬品の品質などに関する正しい理解促進に努めます。
- 後発医薬品及びバイオ後続品に関する分かりやすいガイドブックの作成や、一般県民向けの出前講座等を実施するなど後発医薬品及びバイオ後続品の理解促進に努めます。

<一般向け>



<医療関係者用>



- 県内の医療機関または薬局において後発医薬品の選定の参考となるよう、県内公的病院の後発医薬品及びバイオ後続品の採用品目を調査し、リストの作成・公表に取り組みます。
- 医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針であるフォーミュラリについて、各医療関係者等に対し「フォーミュラリの運用について」(令和5年7月7日付け厚生労働省通知)の周知とともに、導入の効果を調査するなど、必要な取組みを検討します。

オ 医薬品の適正使用の推進

- 服用薬の一元的かつ継続的な把握ができるよう、保険者協議会を通じて医療保険者等による重複・多剤投薬の是正に向けた取組みを支援します。
- 医療機関等と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組みを推進するとともに、消費者教室等によりお薬手帳の使用の普及啓発等に取り組みます。
- 電子処方箋管理サービスの利用及びそれに関する国の導入支援について普及啓発に努めるとともに、電子処方箋を受け取る薬局の体制整備に向けた県薬剤師会の取組みを支援します。
- 複数種類の医薬品の投与を受けている患者に対して、その服薬状況の分析も踏まえ、保険者協議会を通じた医療保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止に係る取組みの促進や、一般県民を対象とした普及啓発や相談機会の創出など、医薬品の適正使用に係る施策を推進します。
- マイナンバーカードの保険証利用については、患者の方が同意された場合、

医師・薬剤師等が、過去の診療情報や薬剤情報を見られるようになり、より正確なデータに基づいた適切な医療を受けることができるようになるため、今後の国の動向も注視しつつ、保険者等と連携して、マイナンバーカードの保険証利用促進に向けた普及啓発に努めます。

カ 医療資源の効果的・効率的な活用及び医療DXの推進に関する施策

○ 医療資源の効果的・効率的な活用については、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などから、医療関係者と連携して取り組むことが重要です。

○ 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については、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方 of 適正化に向け、地域の現状や動向等に関し、国から提供される情報を、保険者協議会等の場を活用し共有することで、現状把握し、住民や医療関係者に対する普及啓発に努めます。

また、AMR臨床リファレンスセンターが提供する資料等を活用した住民に対する普及啓発や、医療機関に対する「抗微生物薬適正使用の手引き」の周知等を行います。

○ 医療資源の投入量に地域差のある医療については、外来での実施状況に地域差があることが指摘されている白内障手術の外来実施や外来化学療法の適正化に向け、地域の現状や動向等に関し国から提供される情報を、保険者協議会等の場を活用し共有することで、現状把握し、住民や医療関係者に対する普及啓発に努めます。

○ 患者の通院負担の軽減等の観点から、医療機関に対しリフィル処方箋の適正使用について周知に努めるとともに、処方箋を受け取る薬局薬剤師が処方医への情報提供や受診勧奨を適切に行うことができるよう県薬剤師会による資質向上等に向けた取組みを支援します。

○ マイナンバーカードによるオンライン資格確認の利用促進や電子処方箋管理サービスの導入を促進するとともに、国の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿ったオンライン診療の導入支援を行うなど、医療DXを推進します。

第4章 計画の推進

1 計画の進行管理

- 医療費適正化計画の推進にあたっては、県民、県、市町村等の行政機関、医療保険者、保健・医療・福祉（介護）の関係団体等の一体的な連携と協力により、取り組んでいくことが重要です。

また、計画の達成状況の評価のために、計画（plan）、実施（do）、評価（check）、改善（action）サイクルに基づく管理を行います。

（1）進捗状況の評価

- 計画の年度（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く。）ごとに計画の進捗状況を公表し、令和11年度には計画の進捗状況に関する調査及び分析結果を公表します。

- 評価の結果は、必要に応じ計画（達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策等）の内容の見直しに活用するほか、次期計画の策定に活かします。

（2）実績評価

- 計画期間の終了の日の属する年度の翌年度（第4期計画では、令和12年度）に、計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、保険者協議会の意見を聴いた上で、計画の実績に関する評価を行います。

- 評価の内容は、厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

2 計画の推進における役割分担

（1）県民に期待される役割

- 県民は日頃から、自ら健康の保持増進に努め、適度な運動、適切な食事、十分な休養などにより、健康的な生活習慣に努めます。
- 積極的に特定健康診査を受診し、自らの健康に対し主体的に取り組めます。
- 特定保健指導の対象となった場合には、積極的に保健指導を受け、自ら生活習慣の改善に取り組み、生活習慣病の予防に努めます。
- 必要な医療を受けて重症化を予防したり、介護予防のための講座や活動に

参加するなど健康づくりと生活機能の維持・向上に積極的に取り組みます。

(2) 行政機関の役割

- 県は広域的・専門的な見地から指導・助言を行い、医療関係者等の人材育成や養成に努めるとともに、市町村は県民に身近な機関として保健サービスの充実に努めます。
- 医療保険者等と連携して、広報媒体等を活用した医療に関する情報提供や、県民の健康づくり、疾病予防に努めるとともに、医療が必要な人に適切な医療を提供できるよう取り組みます。
- 健康無関心層・低関心層を含む県民の健康意識向上を図り、特定健康診査・特定保健指導の受診率向上や生活習慣病の発症予防・重症化予防に努めます。

《県の役割》

- 平成 30 年度からは国民健康保険の財政運営の責任の主体としての保険者機能の発揮という役割を担っており、引き続き、財政運営の安定化を図るとともに、医療費適正化や人生 100 年時代を見据えた予防・健康づくり事業を推進します。
- 医療保険者が実施する特定健康診査について、受診率の向上を目指した対策等への専門的・技術的支援を実施します。
- 特定健康診査の普及啓発を行うとともに、保険者協議会と連携して円滑な実施のための体制整備を行います。
- 特定健康診査、特定保健指導の実施者等に対し、技術的な研修を実施します。
- 医療保険者に対し、医療費適正化に関連する重症化予防対策について専門的・技術的支援を行います。
- 地域と職域の連携が進むよう連絡調整に努めます。
- 医療機関の機能分化・連携により、切れ目のない医療の提供ができるよう

医療連携体制の整備に努めます。

- 市町村と連携し、介護サービスの基盤整備を行い、在宅療養体制の整備に努めます。

○ 職場・企業における従業員の健康づくりを推進するため、企業や関係団体等と連携し、企業の「健康経営」の取組みを支援します。

《市町村の役割》

- 生活習慣病予防の普及啓発など一次予防に積極的に取り組みます。
- 生活習慣病の重症化予防を目的に、健康相談や健康教育などの保健対策を医療保険者との連携のもと実施します。
- 健康運動コースの整備や健康情報の提供等、住民が自ら健康増進できる環境の整備に努めます。
- 対象者が安心して在宅療養ができるよう、関係機関と連携して地域包括ケアシステムの充実に努めます。

(3) 医療保険者の役割

- 医療保険者等は、加入者の資格管理や保険料の徴収等、医療保険を運営する主体となります。
- 保健事業等を通じた加入者の健康管理や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を行い、保険者機能の強化を図ります。
- 加入者への適切な医療に関する情報提供に努めます。
- 第4期特定健康診査等実施計画を推進し、当該計画における令和11年度の目標値の達成に向け、積極的に取り組みます。
- 特定健康診査や特定保健指導の実施率の向上を目指して、普及啓発や未受診者対策を積極的に実施します。また、後発医薬品の使用促進のため、自己負担差額通知などの取組みを推進します。

- 特定健康診査や特定保健指導の実施にあたり保険者協議会と連携し、被保険者等が受診しやすいよう体制整備に努めます。
- 特定健康診査を受診した被保険者等が自らの健康状態を正しく把握し、必要な人が生活習慣を改善できるよう保健指導の充実に努めます。
- 特定健康診査の結果やレセプト情報を活用した医療費分析を行い、データヘルス計画に基づく事業や医療関係者と連携した重症化予防などを通じて医療費の適正化に努めます。

《保険者協議会》

- 医療保険者と連携し、特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施できるよう連絡調整を図ります。
- 医療保険者に共通する課題について協議するとともに、普及啓発等共同での実施が効果的なものについて、積極的に取り組みます。
- 医療関係者及び医療保険者と連携し、特に医療の効率的な提供の推進に向け、地域の実情を把握し、必要な取組みについて検討します。

(4) 保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割

- 医療の担い手等（法第6条に規定する医師、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1条の2第2項に規定する医療提供施設の開設者及び管理者をいう。）は、特定健康診査等の実施や質の高い効率的な医療を提供します。
- 特定健康診査の結果に基づき、必要な医療の提供により重症化を予防するとともに、生活習慣に関する保健指導を行います。
- 特定健康診査や特定保健指導や重症化予防等の保健事業に関して、医療保険者と連携し効果的に実施できるよう協力します。
- 関係機関と連携し、在宅医療・地域包括ケアを推進します。

《健診機関の役割》

- 医療保険者と連携し、特定健康診査等を円滑に実施します。

- 特定健康診査を受診した被保険者等に対し、質の高い特定保健指導を実施します。

《関係団体の役割》

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会や健康づくりボランティア団体等は、県民の健康づくりのほか、在宅医療や在宅療養の推進のために各々の専門性を活かし活動します。

《福祉（介護）サービス事業者の役割》

- 質の高い介護等の福祉サービスを提供します。
- 利用者のニーズに基づき、利用者主体の在宅サービスの提供に努めます。
- 利用者が安心して、在宅で療養ができるよう関係者との連携に努めます。
- 関係機関と連携し、在宅医療・地域包括ケアを推進します。

（５）職場・企業の役割

- 職場・企業における従業員の健康づくりを推進するため、受動喫煙防止や健康教育など必要な保健指導を実施するとともに、栄養面などの福利厚生を含む労働環境の整備に取り組み、企業の「健康経営」に努めます。
- 特定健康診査や特定保健指導について、対象者が受診しやすいよう協力し、従業員の健康管理に努めます。
- 特定健康診査等の結果の提供等について、医療保険者に協力します。