

# 第3期富山県医療費適正化計画

平成30年3月

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	1
(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	9
(3) 療養病床の状況	12
(4) 在宅医療の状況	15
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	15
イ 往診・訪問診療の実施状況	16
ウ 認知症疾患医療センターの状況	16
エ 在宅等における死亡状況	18
(5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	19
ア 生活習慣病の受療の状況	19
イ 死亡率	24
ウ 特定健康診査の実施状況	26
エ 特定保健指導の実施状況	28
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	30
(6) 後発医薬品の使用状況	35
(7) 医薬品の適正使用状況	36
(8) たばこに関する状況	37
2 課題	40
(1) 医療提供体制の課題	40
ア 病床の機能分化・連携の推進	40
イ 在宅医療等の充実	40

ウ 医療従事者等の確保・養成	41
(2) 生活習慣病対策	41

### 第3章 目標と取組み

1 基本理念	43
(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	43
(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること	43
2 医療費適正化に向けた目標	43
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標	43
ア 特定健康診査の実施率	43
イ 特定保健指導の実施率	44
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	44
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	44
ア 後発医薬品の使用割合	44
(3) 計画期間における医療に要する費用の見通し	44
3 県が取り組む施策	47
(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策	47
ア 健康寿命の延伸に向けた県民運動	47
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	47
ウ たばこ対策	49
エ 生活習慣病の重症化予防	50
オ その他予防・健康づくりの推進	51
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策	52
ア 病床の機能分化・連携の促進	52
イ 在宅医療・介護サービスの充実	54
ウ 医療従事者及び介護人材の確保・養成	55
エ 後発医薬品の使用促進	57
オ 医薬品の適正使用の推進	58

### 第4章 計画の推進

1 計画の進行管理	59
(1) 進捗状況の評価	59
(2) 実績評価	59

2 計画の推進における役割分担	59
（1）県民に期待される役割	59
（2）行政機関の役割	60
（3）医療保険者の役割	61
（4）保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割	62
（5）職場・企業の役割	63
参考資料	64

## 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、今後医療に要する費用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）は5年を一期として策定しましたが、引き続き、第3期計画では6年を一期として策定し、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3期医療費適正化計画の期間は、平成30年度から35年度までの6年間とします。

#### （2）計画に掲げる事項

- 計画期間における医療に要する費用の見通し（法第9条第2項）
- おおむね次に掲げる事項（法第9条第3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 前二号に掲げる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                              |
| 四 第一号及び第二号に掲げる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 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                                     |
| 六 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てします。

## 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、平成27年度で42兆3,644億円であり、前年度の40兆8,071億円に比べ、1兆5,573億円（3.8%）増加しています。
- 平成26年度の国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は8.3%、国民所得(NI)に対する比率は11.2%と前年度と同水準で推移しています。

（※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、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれ、毎年公表されます。

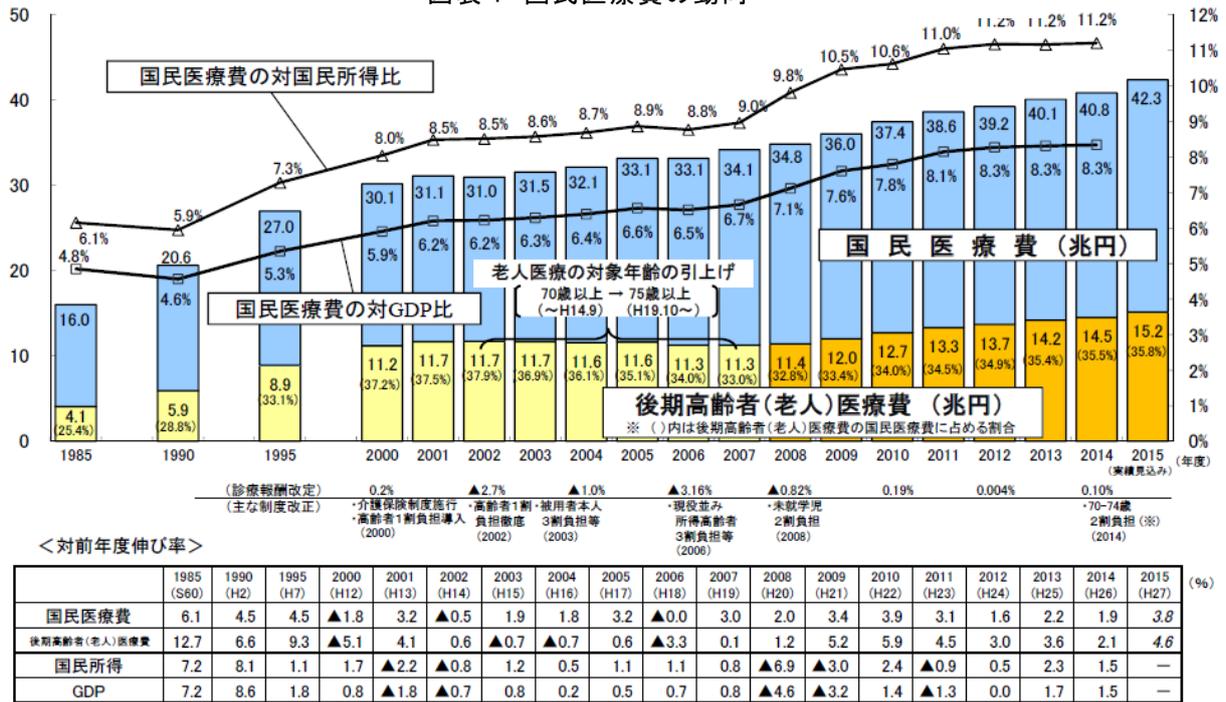
- 全国の後期高齢者（老人）医療費は、平成12年度の介護保険制度の導入や平成14年10月以降の老人医療の受給対象者年齢の引き上げの影響（※2）から、平成20年度頃までは、ほぼ横ばいとなっていました。  
後期高齢者医療制度が始まった平成20年度から年々増加に転じ、平成27年度で約15兆1,323億円であり、前年度の14兆4,927億円に比べ6,396億円（4.4%）増加しています。（図表1）

（※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月からは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。

(兆円)

図表 1 国民医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。  
 注2 2015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。2015年度分は、2014年度の国民医療費に2015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。  
 ※70-74歳の者の一部負担割合の予算減額措置解除(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、全国と同様に増加傾向にあり、平成 27 年度で 3,557 億円と平成 26 年度の 3,424 億円に比べ 3.9%増加しています。

(図表 2-1)

図表 2-1 国民医療費の推移

(単位:億円)

	H20	H23	H26	H27	H26→27	
					伸び率	順位
全国計	348,084	385,850	408,071	423,644	3.8%	—
富山県	3,024	3,296	3,424	3,557	3.9%	17

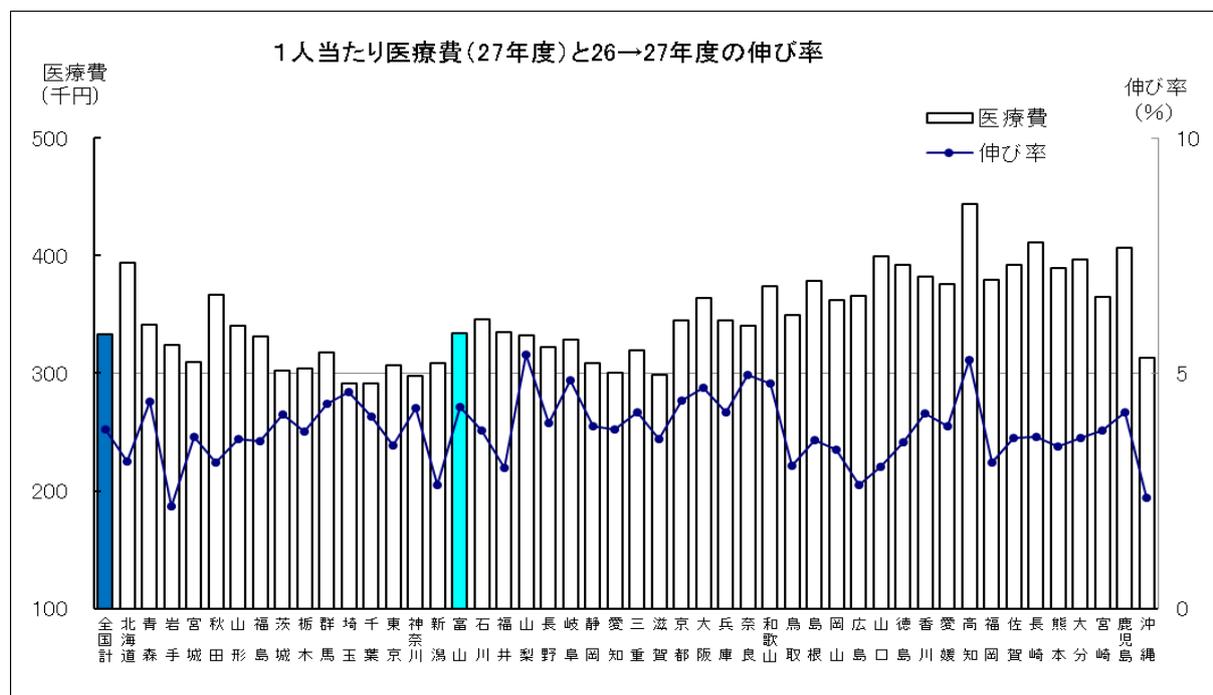
出典:厚生労働省「国民医療費」をもとに作成

- 本県の1人当たり医療費を全国と比較すると、平成27年度において334千円（全国28位）と、全国333千円をわずかに上回っています。
- 平成26年度から27年度の1人当たり医療費の伸び率は4.3%で、全国3.8%を上回り、全国11位となっています。（図表2-2）

図表2-2 1人当たり医療費の推移

（単位：千円）

	H20	H23	H26	H27	H26→27	
					順位	伸び率
全国計	273	302	321	333	-	3.8%
富山県	275	303	320	334	28	4.3%



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（老人）医療費については、全国と同様に増加傾向にあり、平成27年度で1,507億円と平成26年度の1,440億円に比べ4.7%増加しています。（図表3-1）

図表 3-1 後期高齢者（老人）医療費の推移

（単位：億円）

	H20	H23	H26	H27	H26→27	
					伸び率	順位
全国計	103,818	132,991	144,927	151,323	4.4%	-
富山県	1,077	1,348	1,440	1,507	4.7%	14

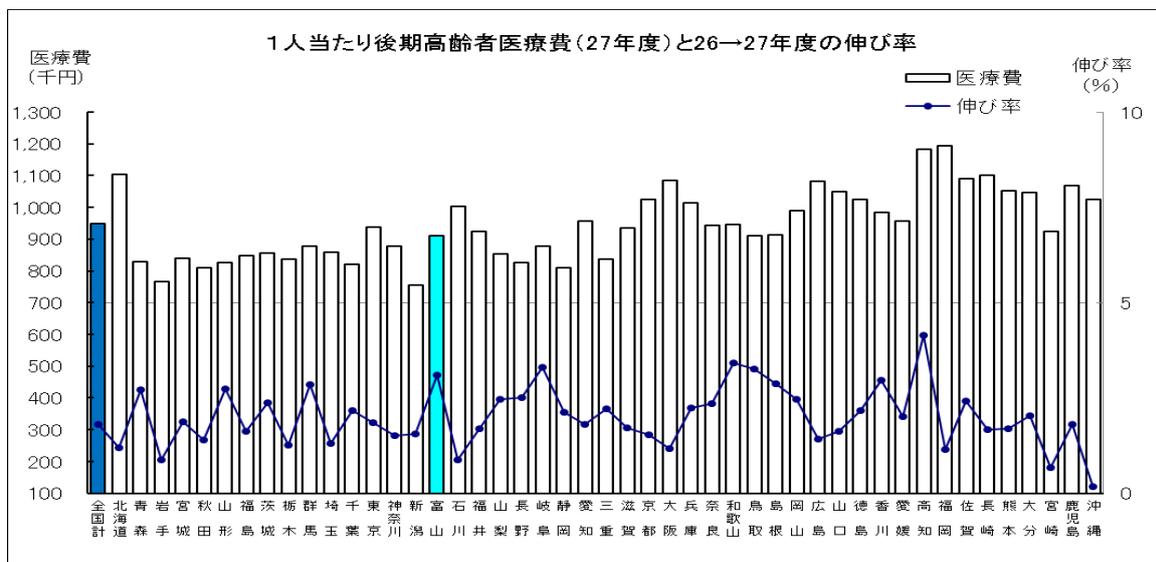
出典：厚生労働省「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

- 本県の平成27年度の1人当たり後期高齢者医療費は910千円と、全国（949千円）を下回っていますが、全国同様に増加傾向にあります。
- 平成26年度から27年度の伸び率については、3.2%増と全国1.8%増より高くなっています。（図表3-2）

図表 3-2 1人当たり後期高齢者（老人）医療費の推移

（単位：千円）

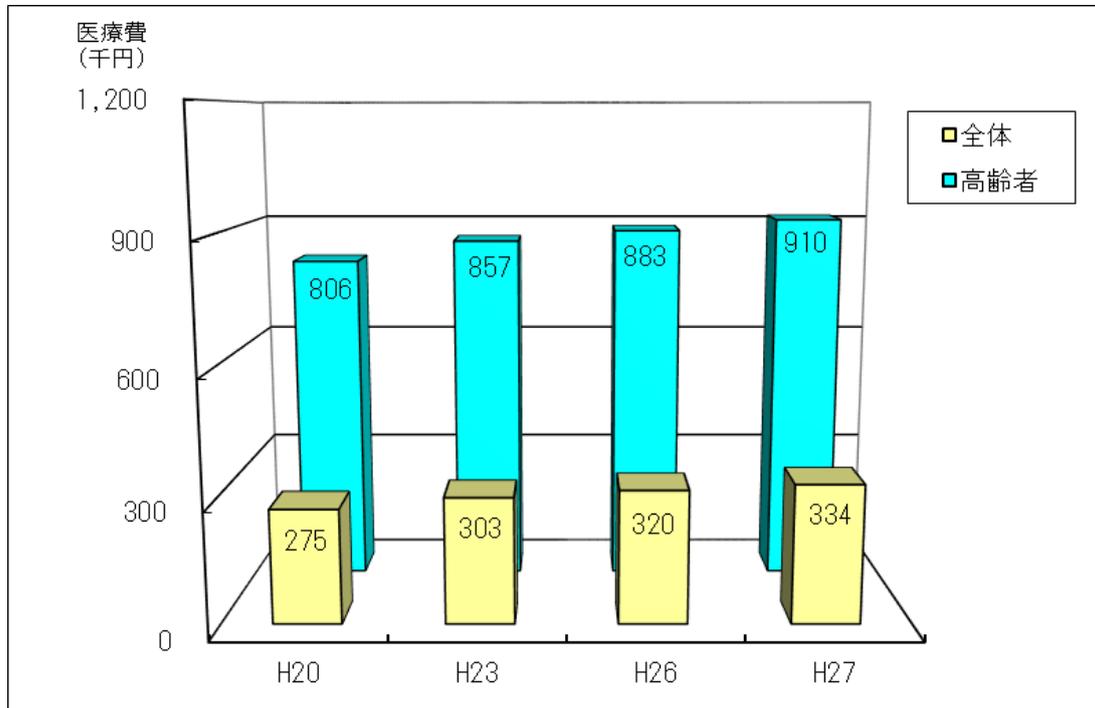
	H20	H23	H26	H27	順位	H26→27	
						伸び率	順位
全国計	786	918	932	949	-	1.8%	-
富山県	735	858	882	910	29	3.2%	5



出典：厚生労働省「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

○ 本県の平成 27 年度の 1 人当たり後期高齢者医療費（910 千円）は、全体の 1 人当たり医療費（334 千円）の 3 倍弱になっています。（図表 4）

図表 4 富山県の 1 人当たり医療費の推移



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

## ☆将来人口・高齢化率

○ 平成 25 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、今後、本県の総人口は、平成 27 年度の 1,064 千人から 47 年度には 892 千人へと 172 千人の減少が予想されています。

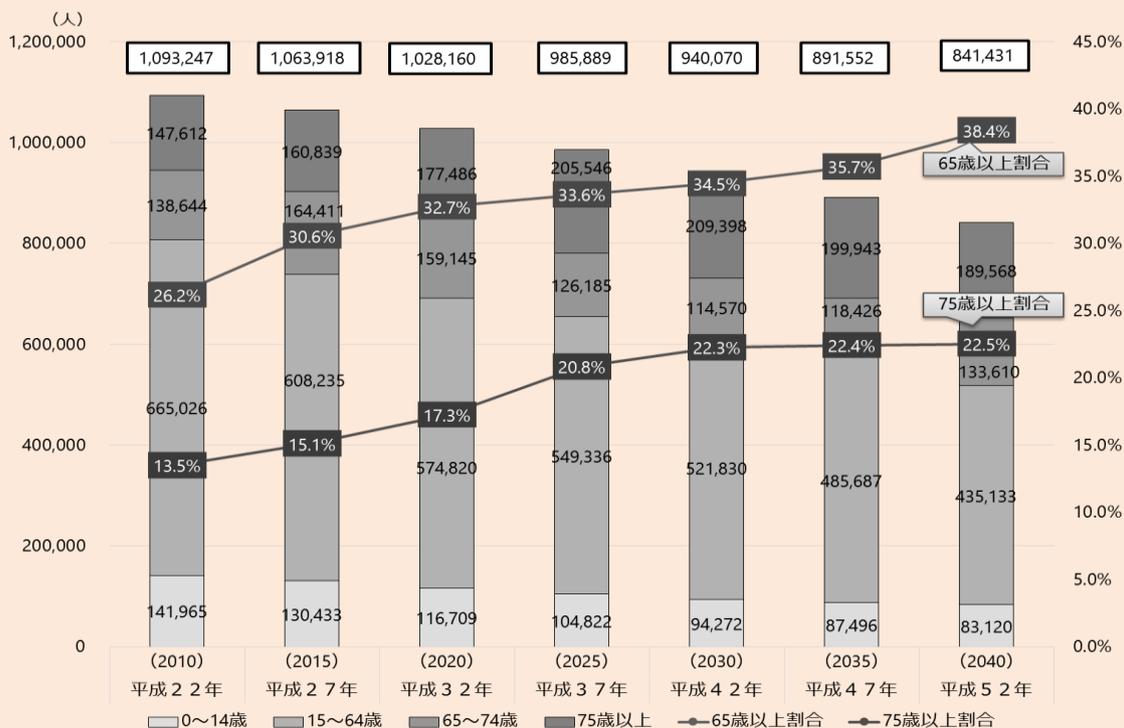
その一方で、県内の高齢者人口は 32 年度までは増加傾向となっており、65 歳以上人口では、全人口に占める割合が、平成 27 年の 30.6%から平成 52 年には 38.4%になると予想されています。

○ 75 歳以上人口では、平成 27 年の 161 千人から平成 52 年には 190 千人になると予想されています。(図表 5)

○ 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 5 富山県の将来人口推計・高齢化率



出典:「富山県地域医療構想」

## (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、平成28年「病院報告」によると、一般病床16.0日(全国16.2日)、療養病床(※4)252.9日(同152.2日)、精神病床292.9日(同269.9日)、結核病床51.5日(同66.3日)、感染症病床4.1日(同7.8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6-1、6-2)

(※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。

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

(※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。

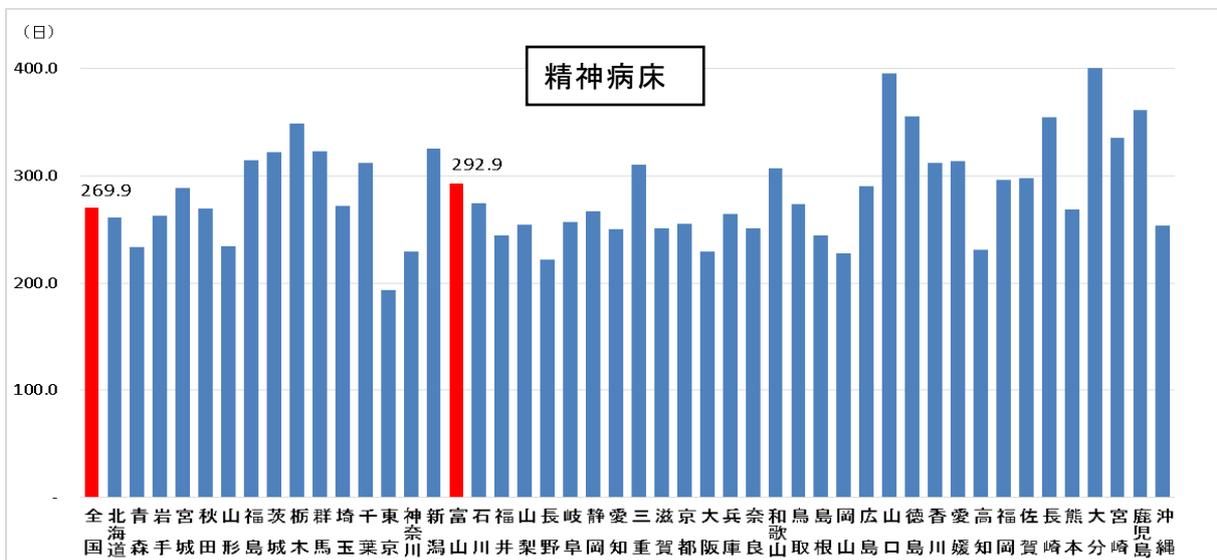
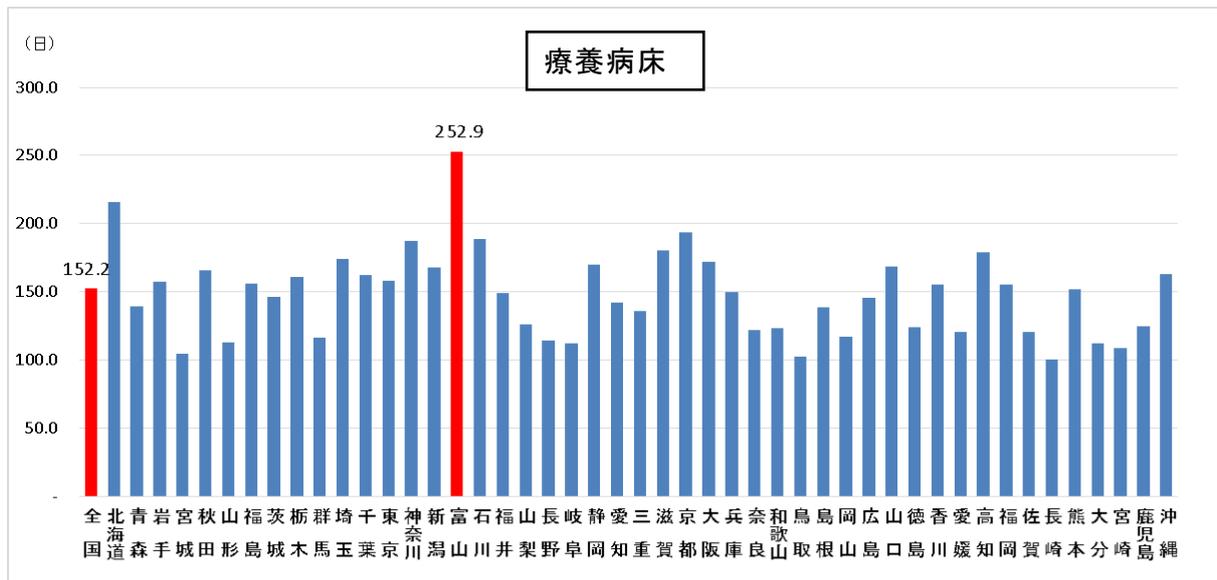
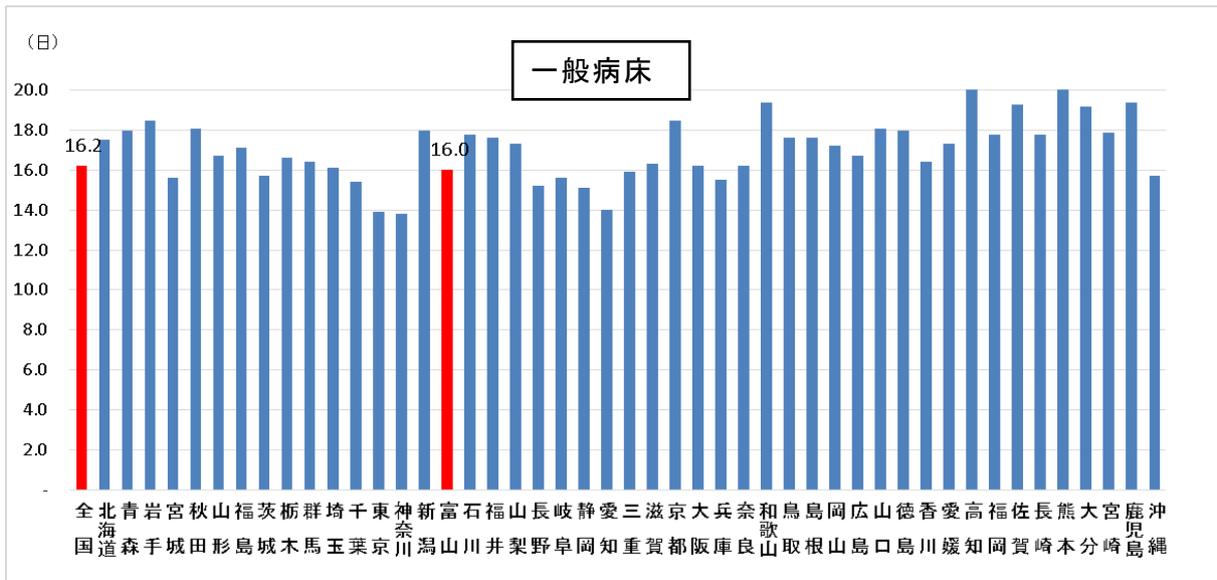
図表 6-1 病床種類別平均在院日数(平成28年)

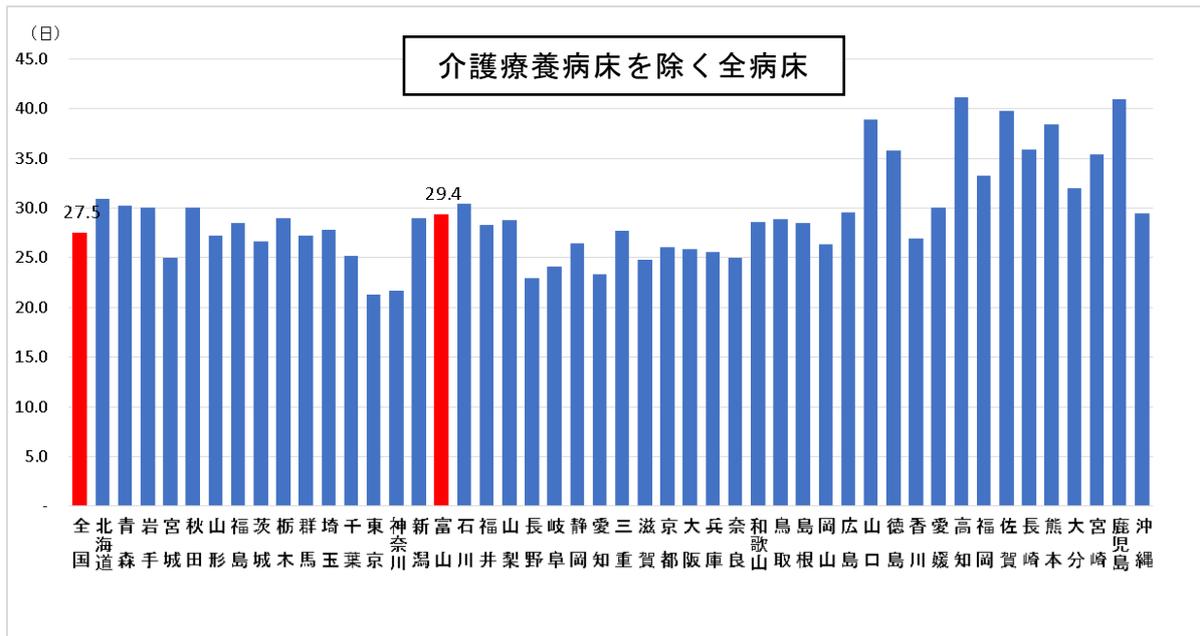
(単位:日)

	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	152.2	269.9	66.3	7.8	27.5
富山県	16.0	252.9	292.9	51.5	4.1	29.4

出典:厚生労働省「病院報告」(平成28年)

図表 6-2 都道府県別平均在院日数(病床種類別)

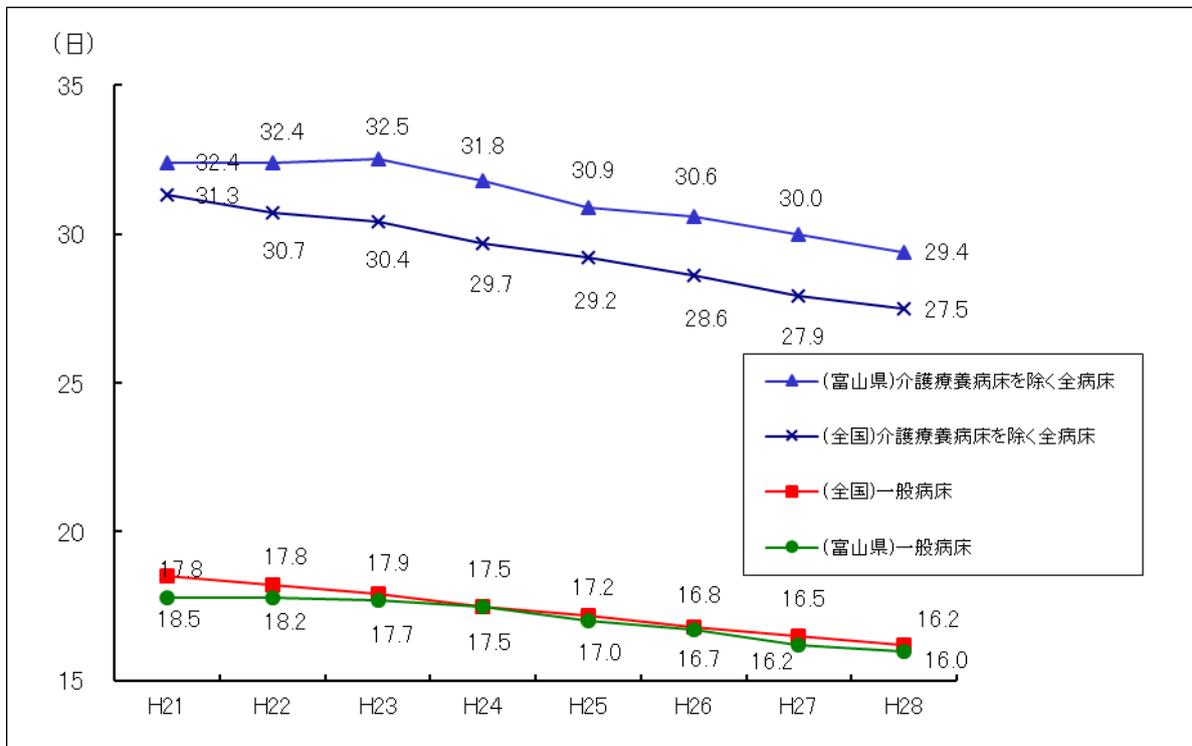




出典：厚生労働省「病院報告」(平成 28 年)をもとに作成

- 平均在院日数の推移をみると、全国的に減少傾向にあり、本県の介護療養病床を除く全病床では、平成 24 年から 28 年の 5 年間で 2.4 日（一般病床は 1.5 日）短くなっています。（図表 7-1）

図表 7-1 介護療養病床を除く全病床と一般病床の平均在院日数の推移

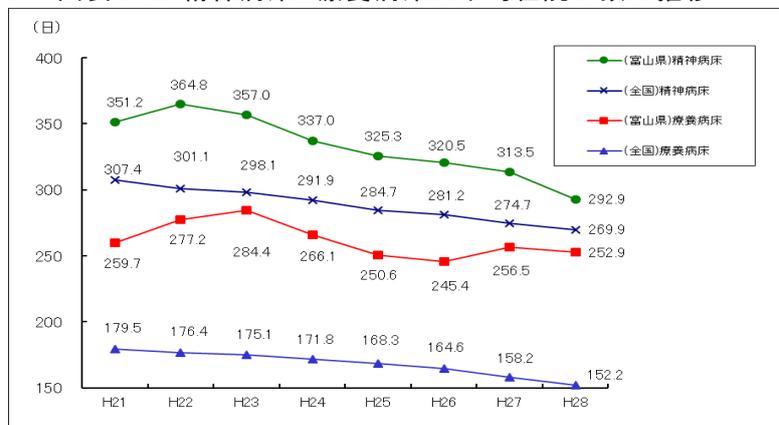


出典：厚生労働省「病院報告」(平成 21 年～平成 28 年)をもとに作成

- 精神病床の平均在院日数は、全国と同様、本県も減少傾向にありますが、療養病床の平均在院日数は、全国では減少傾向にあり、本県では平成 26 年から平成 27 年に増加しましたが、平成 28 年には減少しています。

(図表 7-2)

図表 7-2 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」(平成 21 年～平成 28 年)をもとに作成

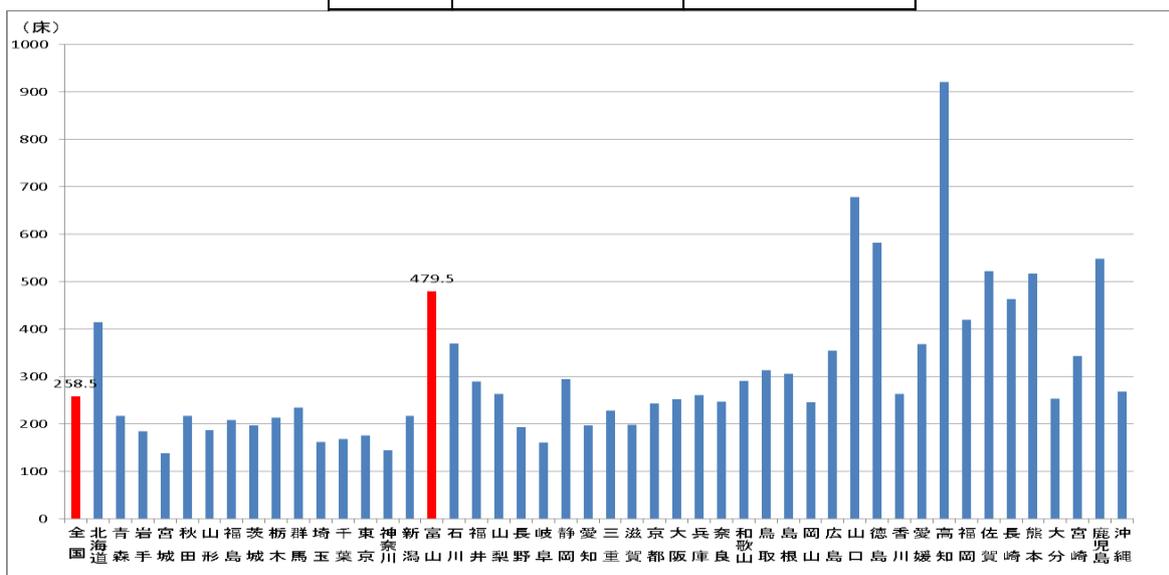
### (3) 療養病床の状況

- 本県の療養病床数は、平成 28 年 10 月 1 日時点で 5,087 床あり、人口 10 万人あたりの病床数でみると、本県は 479.5 床(全国 7 位)であり、全国 258.5 床よりも高い水準にあります。(図表 8-1)

図表 8-1 療養病床数(平成 28 年 10 月 1 日現在)

(単位:床)

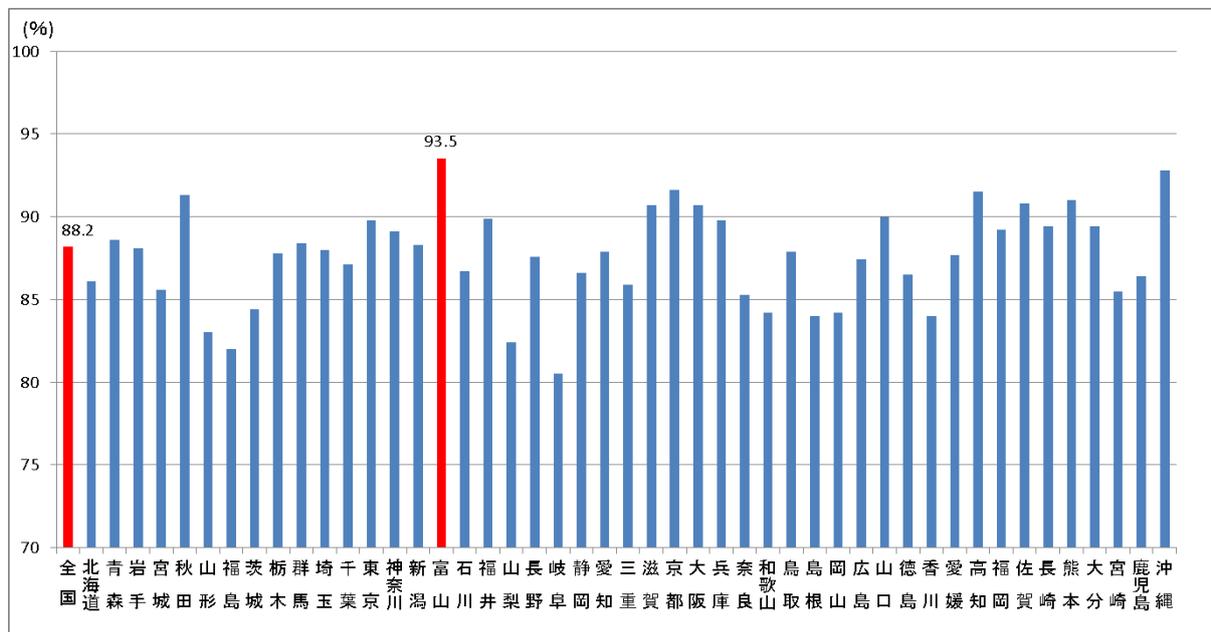
	病床数	10万人あたり病床数
全国計	328,161	258.5
富山県	5,087	479.5



出典:厚生労働省「病院報告」(平成 28 年)をもとに作成

- また、療養病床の病床利用率は 93.5%と全国の 88.2%を上回り、全国 1 位となっています。(図表 8-2)

図表 8-2 療養病床の病床利用率



出典：厚生労働省「病院報告」(平成 28 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平成 37 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 9)

図表 9 平成 26 年病床機能報告※と平成 37 年必要病床数の比較

(単位:床)

病床機能区分	平成26年病床機能報告(A)	平成37年必要病床数(B)	(B-A)
高度急性期	1,520	930	△590
急性期	6,121	3,254	△2,867
回復期	769	2,725	+1,956
慢性期	5,565	2,648	△2,917
無回答	280	-	-
合計	14,255	9,557	△4,698

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（※5）及び訪問看護ステーションの状況

- 平成28年6月現在、在宅療養支援病院数は11施設、在宅療養支援診療所数は61施設です。平成26年10月現在、人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数は5.2施設と全国の11.2施設を下回っています。（図表10-1）

（※5） 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介護を実施できる体制を有する病院・診療所です。（また、在宅療養支援病院とは、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です。）

図表10-1 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数

区分	届出施設数	人口10万対施設数	
		富山県	全国
在宅療養支援病院	11	-	-
在宅療養支援診療所	61	5.2	11.2

出典：「富山県地域医療構想」

・届出施設数：（平成28年6月1日）

・人口10万対施設数：（平成26年10月1日）

- 平成28年4月1日現在、訪問看護ステーション数は61施設で、人口10万人あたり5.7施設と、全国の7.1施設を下回っています。（図表10-2）

図表10-2 訪問看護ステーション数

区分	訪問看護ステーション（稼働数）				
	施設数	人口10万人あたり		高齢者人口10万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
全国	9,070	7.1	-	27.5	-
富山県	61	5.7	38	19.2	41

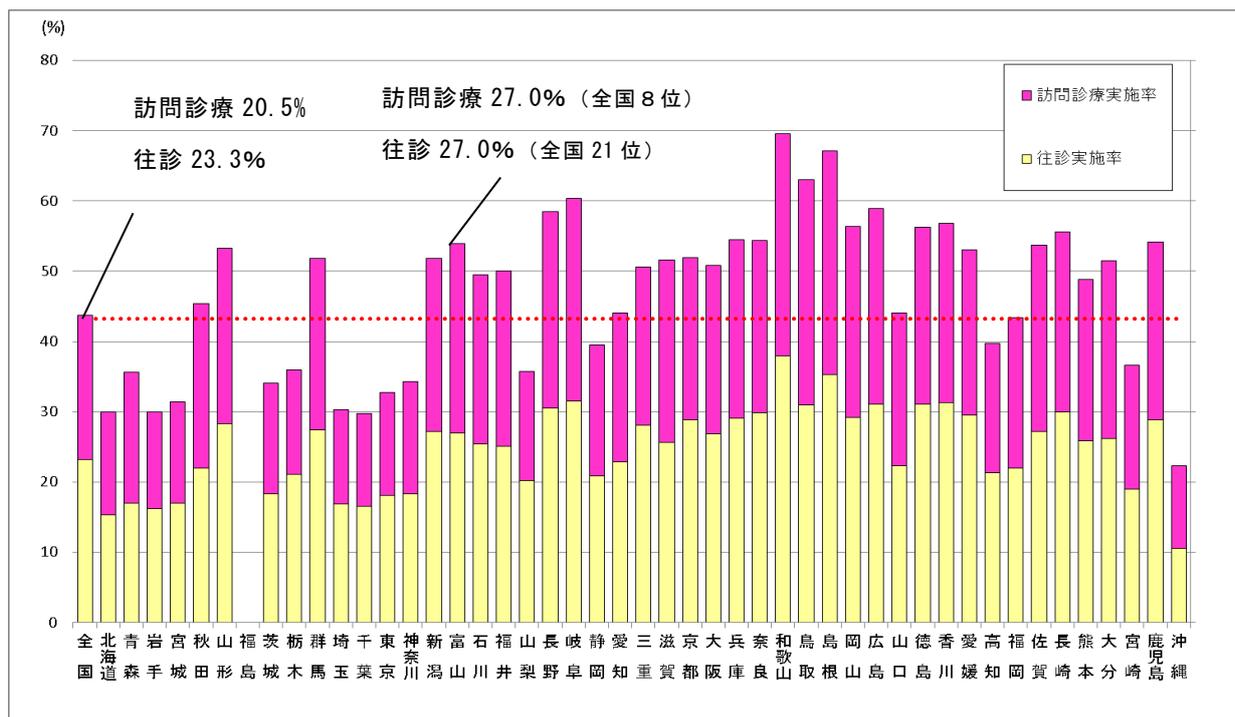
出典：「富山県地域医療構想」

（平成28年4月1日）

## イ 往診・訪問診療の実施状況

- 本県の一般診療所の往診・在宅患者訪問診療について、平成 26 年 9 月の実施状況をみると、往診の実施率（本県診療所総数に占める往診を実施した診療所数の割合）は 27.0%で、訪問診療の実施率（本県診療所総数に占める訪問診療を実施した診療所数の割合）は 27.0%と、いずれも全国（往診 23.3%、訪問診療 20.5%）より高い状況となっています。（図表 10-3）

図表 10-3 往診・訪問診療を実施している診療所割合（平成 26 年 9 月の状況）



※福島県及び宮城県の一部についてはデータなし

出典：厚生労働省「医療施設調査」(平成 26 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、平成 22 年に富山医療圏域、新川医療圏域に、平成 24 年には砺波医療圏域に、平成 29 年 10 月には高岡医療圏域に認知症疾患医療センターが設置されています。

### 『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、平成37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11）

図表11 平成37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)	平成37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

平成29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、7割弱の人が、自宅や住みなれた地域で生活を続けたいと希望しています。

参考図表 平成29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	27.7%	} 67.7%
自宅で家族の世話や介護サービス等を受けて	19.2%	
自宅で家族の世話を受けて	7.3%	
住み慣れた地域にあるグループホームなどに入居して	13.5%	
有料老人ホームなどに入居して	9.5%	
特別・養護老人ホームなどに入居して	13.0%	
子どもや親戚の家に移って介護サービス等を受けて	1.1%	

## エ 在宅等における死亡状況

○ 平成 28 年の都道府県別の在宅等における死亡率（※6）をみると、本県は 19.9%（全国 22.2%）で全国 36 位となっています。

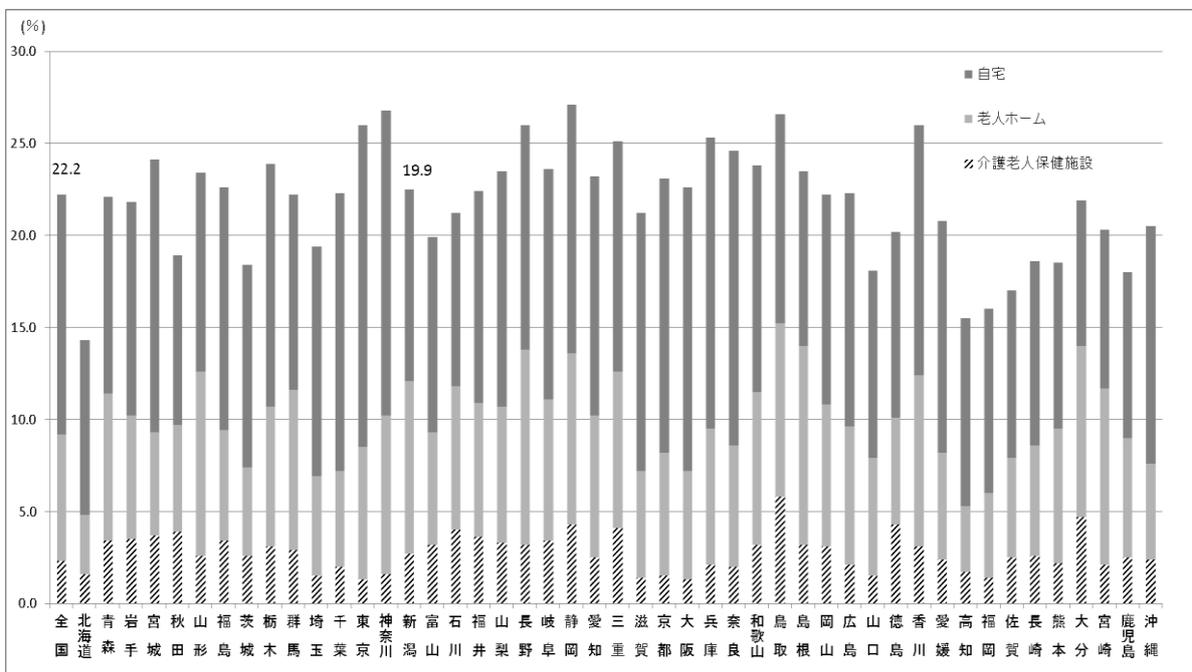
（※6） 全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設における死亡の割合。老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

○ 内訳は、老人ホーム 6.1%、介護老人保健施設 3.2%で、合わせると全国（それぞれ 6.9%、2.3%）並みの数値を示していますが、自宅での死亡率は 10.6%と全国の 13.0%を 2.4 ポイント下回っています。（図表 12）

図表 12 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	13.0	6.9	2.3	22.2
富山県	10.6	6.1	3.2	19.9



出典：厚生労働省「人口動態統計」（平成 28 年）をもとに作成

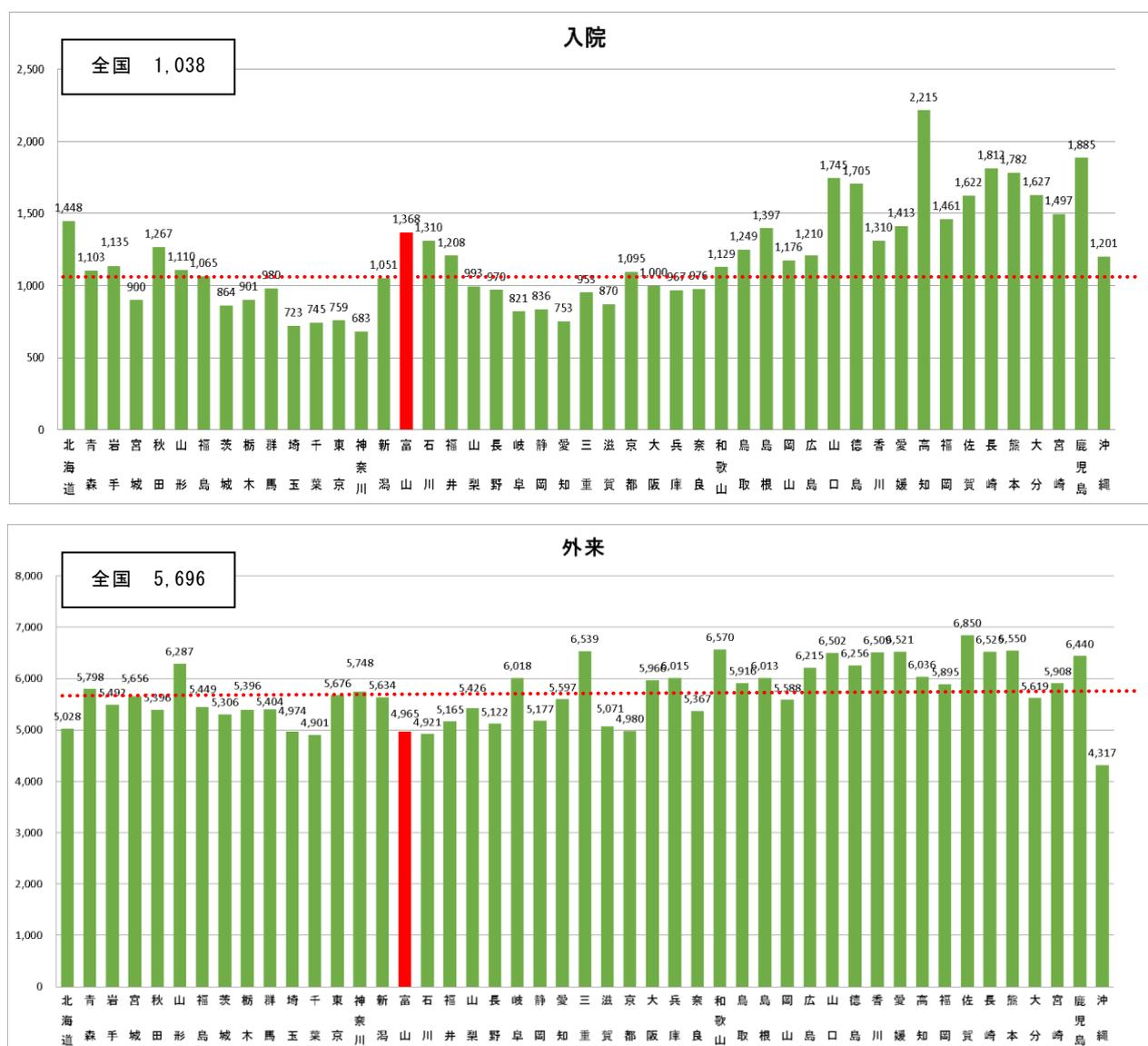
## (5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

### ア 生活習慣病の受療の状況

- 本県の平成26年の入院・外来別の受療率(※7)をみると、入院(人口10万対)は、1,368で、全国の1,038より高くなっており(全国14位)、外来は4,965で、全国の5,696より低く(全国44位)なっています。(図表13-1)

(※7) 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10万人との比率とのことです。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。

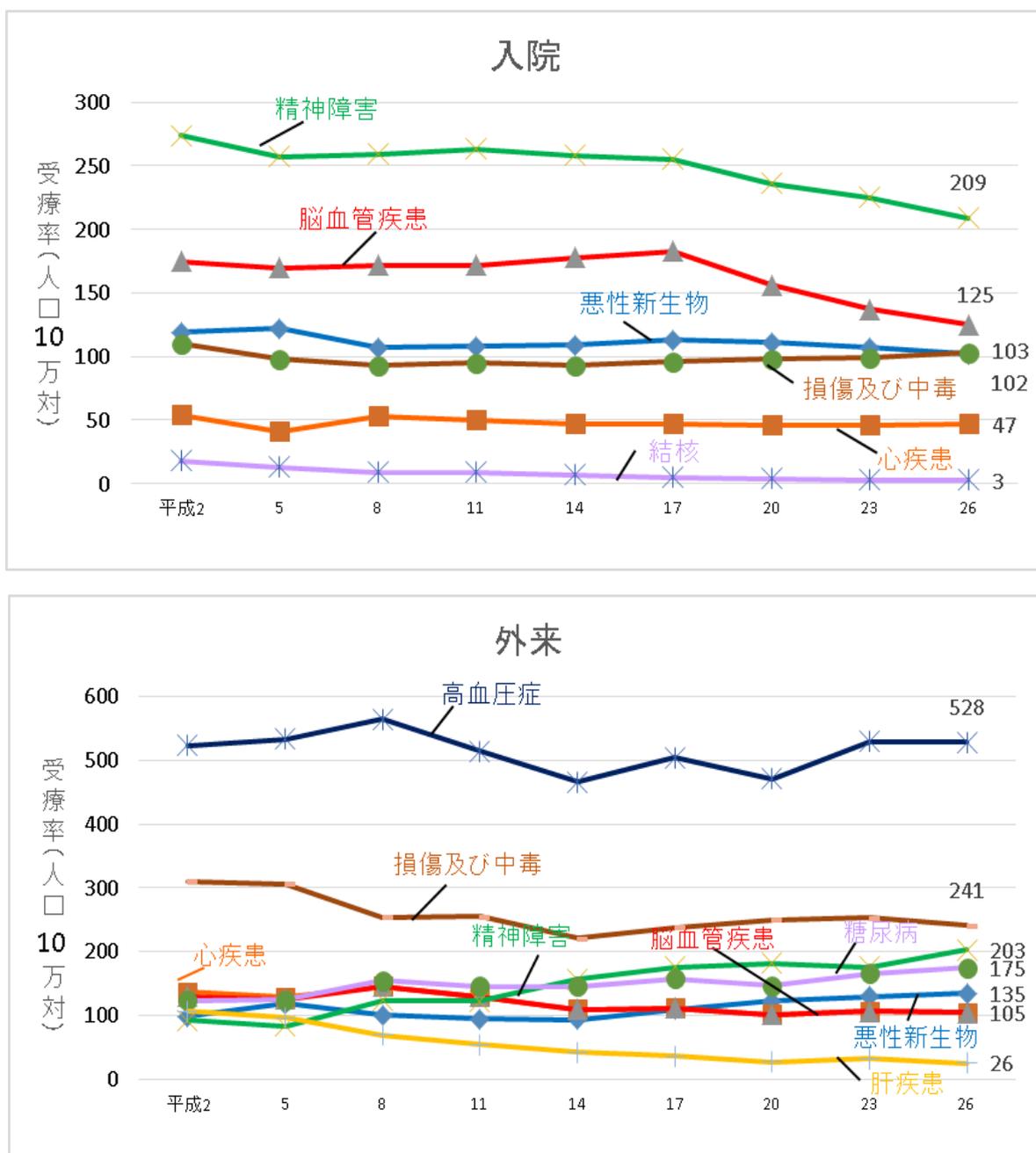
図表 13-1 都道府県別にみた人口10万対受療率(平成26年)



出典: 厚生労働省「患者調査」(平成26年)をもとに作成

- また、全国における主要傷病別の受療率（人口 10 万対）をみると、入院では脳血管疾患 125、悪性新生物 102、心疾患 47 が微減となっている一方、外来では高血圧症 528、糖尿病 175、悪性新生物 135、心疾患 105、脳血管疾患が 105 となっており、外来における生活習慣病の受療率が微増しています。（図表 13-2）

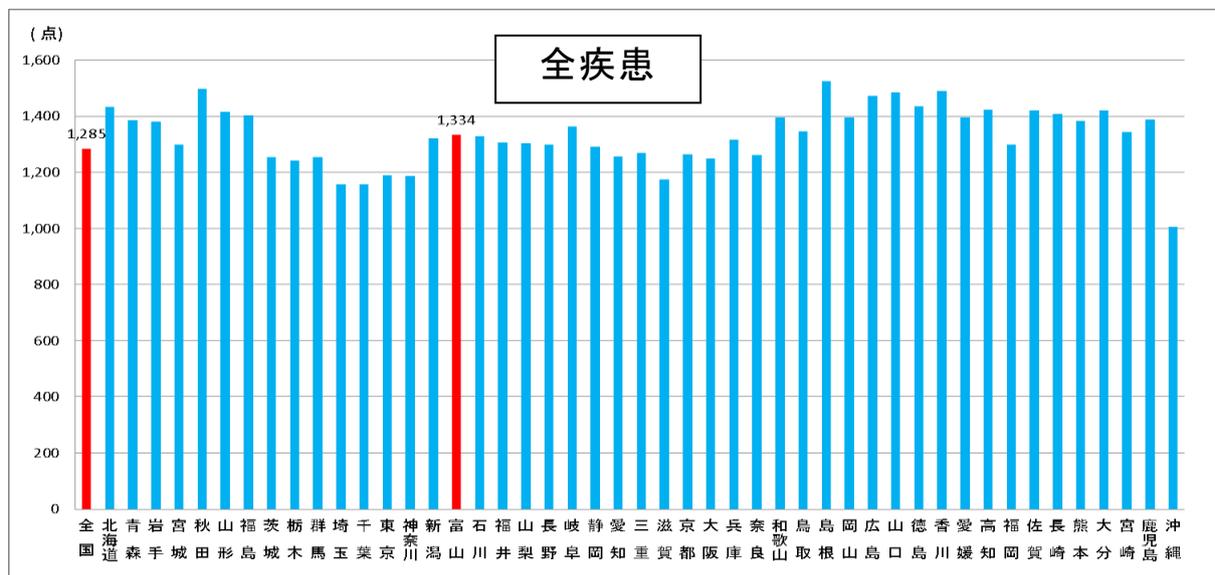
図表 13-2 全国における主要傷病別受療率(人口 10 万対)の推移



出典：厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)をもとに作成

- 外来における医療費のレセプト状況（平成 25 年 10 月分）は、全疾患の 1 人当たり医療費（レセプト点数）で、本県は全国 1,285 点を上回る 1,334 点となっています。（図表 14）

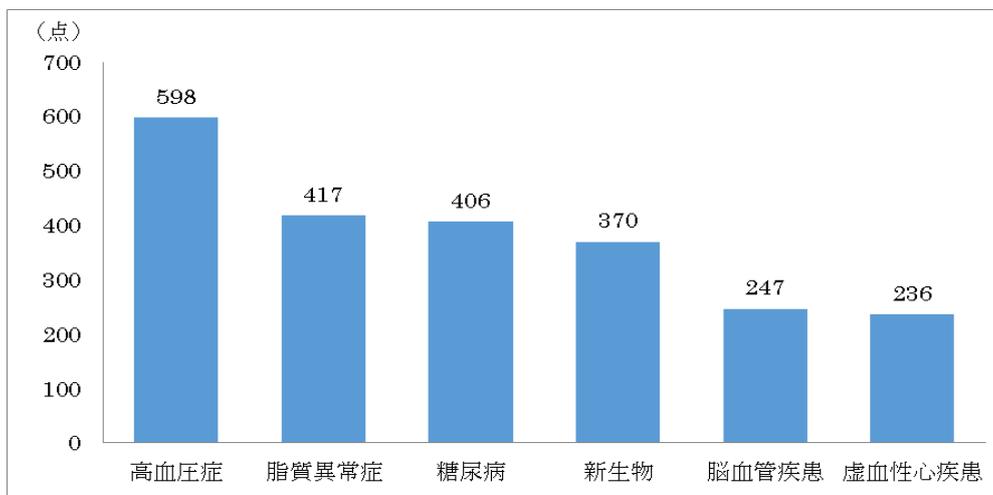
図表 14 1人当たり入院外医療費(全疾患)(平成 25 年 10 月分)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画：都道府県提供データ(第1版)」をもとに作成

- また、本県の外来における生活習慣病のレセプトの状況（平成 25 年 10 月分）をみると、高血圧症の 598 点に次いで、脂質異常症が 417 点、糖尿病が 406 点の順となっています。（図表 15-1）

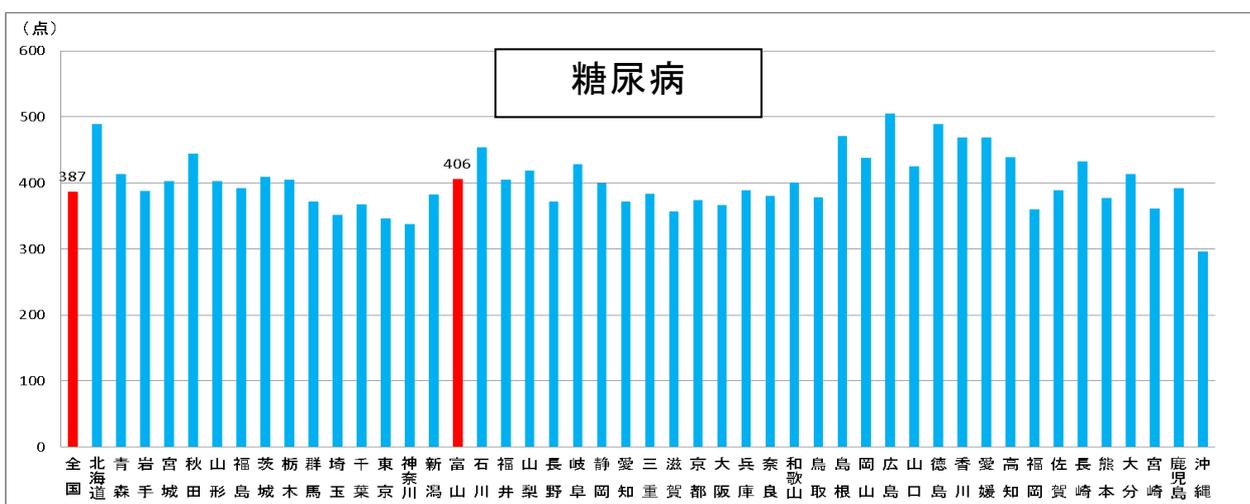
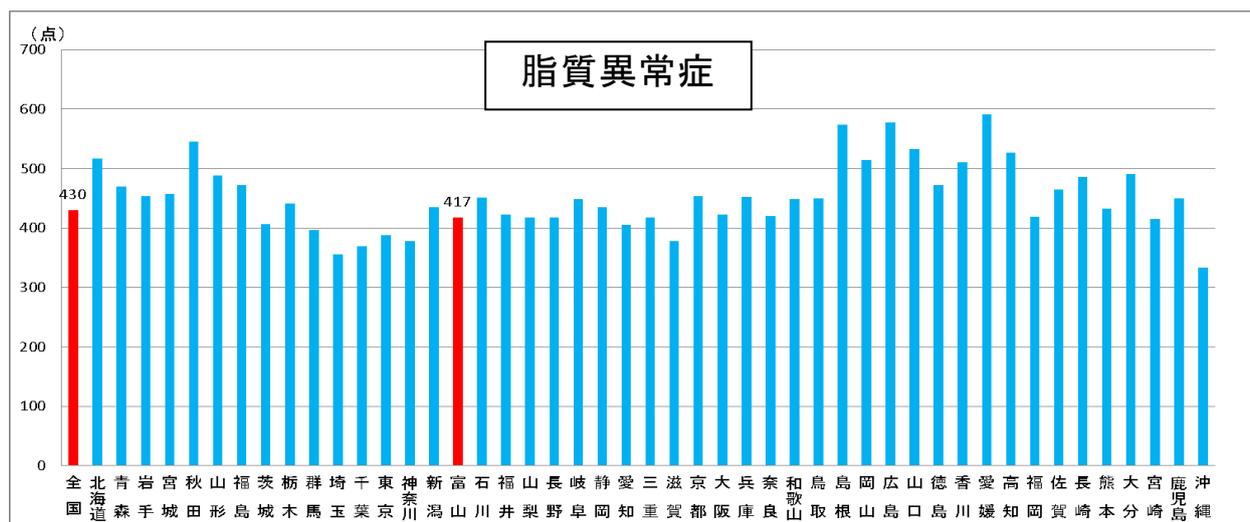
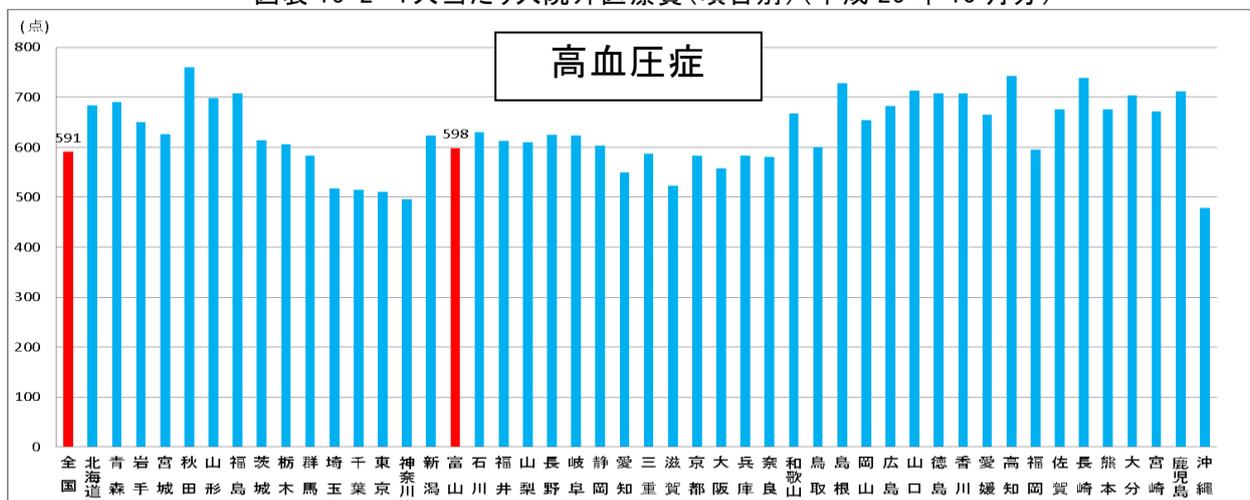
図表 15-1 1人当たり入院外医療費(平成 25 年 10 月分)



出典：厚生労働省「医療費適正化計画：都道府県提供データ(第1版)」をもとに作成

- 高血圧症では全国 591 点を上回る 598 点（全国 33 位）、脂質異常症では全国 430 点を下回る 417 点（全国 35 位）、糖尿病では全国 387 点を上回る 406 点（全国 18 位）となっています。（図表 15-2）

図表 15-2 1人当たり入院外医療費(項目別)(平成 25 年 10 月分)



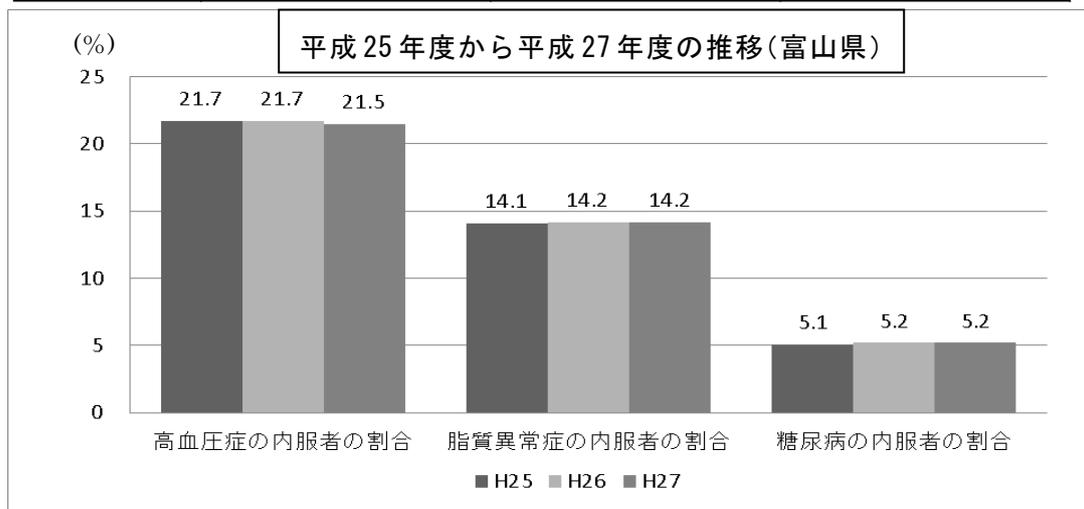
出典：厚生労働省「医療費適正化計画：都道府県提供データ(第1版)」をもとに作成

- 特定健康診査受診者における高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療薬の内服者の状況（平成 27 年度）では、高血圧症は 21.5%（全国 20.4%）、脂質異常症は 14.2%（全国 13.2%）、糖尿病は 5.2%（全国 5.0%）となっており、平成 25 年度から平成 27 年度の推移をみると、横ばいとなっています。（図表 16）

図表 16 特定健診受診者における治療薬の内服者の状況

（単位：％）

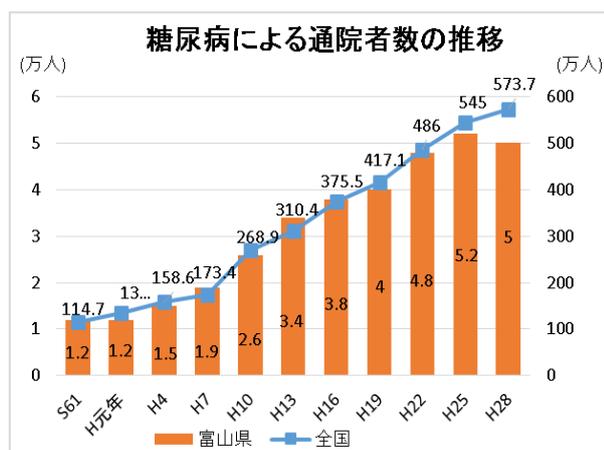
平成27年度	高血圧症	脂質異常症	糖尿病
全国計	20.4	13.2	5.0
富山県	21.5	14.2	5.2



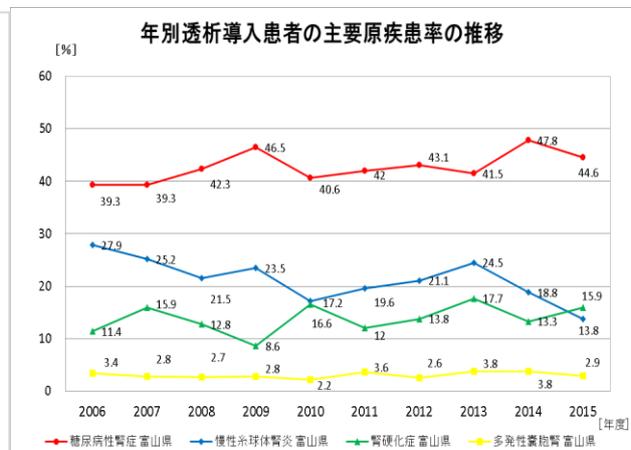
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成 25～27 年度）をもとに作成

- 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、糖尿病性腎症が平成 27 年度に 44.6%で、原因の第 1 位となっています。（図表 17-1、17-2）

図表 17-1



図表 17-2

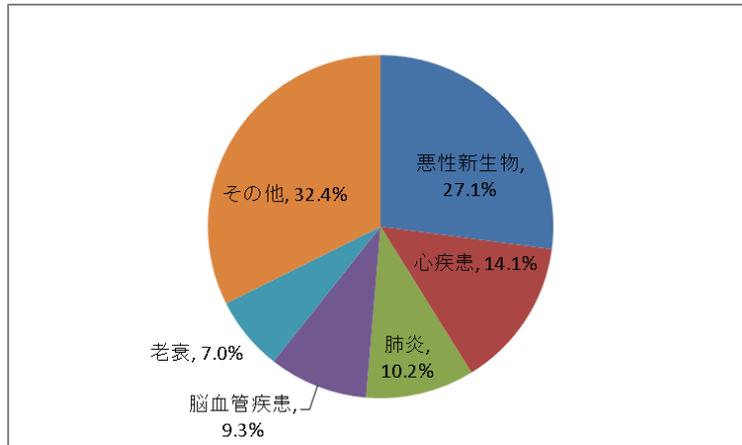


出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」 出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析医療の現況」

## イ 死亡率

- 本県の死因別死亡割合(平成 28 年)をみると、1 位が悪性新生物(27.1%)、2 位が心疾患(14.1%)、4 位が脳血管疾患(9.3%)となっており、生活習慣病が全体の 5 割以上を占めています。(図表 18)

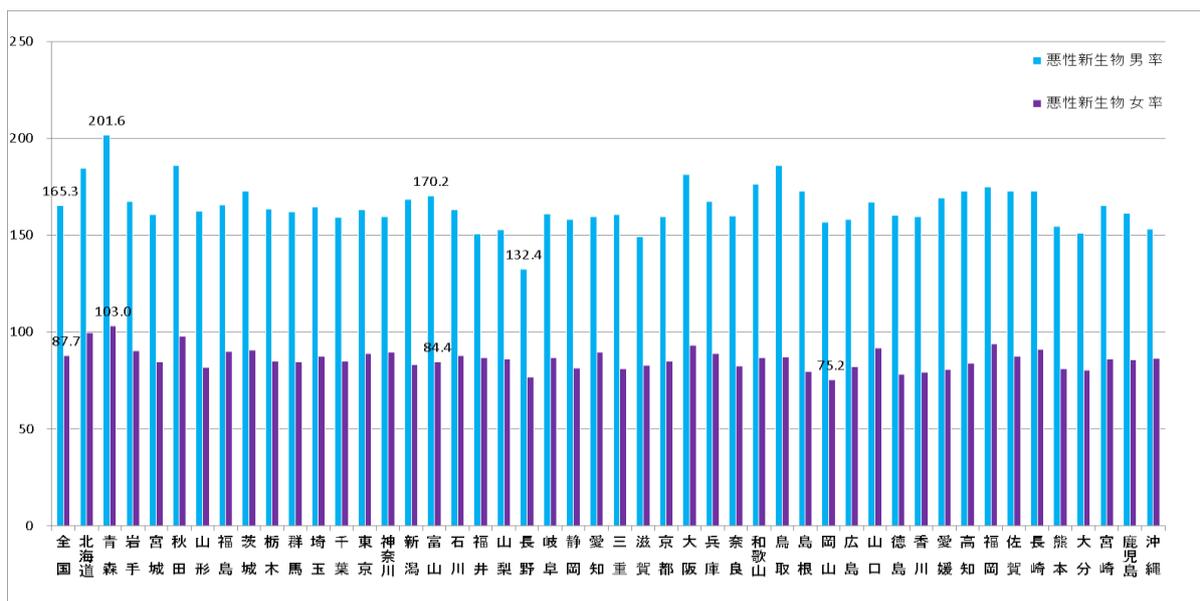
図表 18 富山県の死因別死亡割合



出典:厚生労働省「人口動態統計」(平成 28 年)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(平成 27 年)の全国比較をみると、本県は、男性は全国 165.3 に対し 170.2(全国 13 位)で全国を上回っており、女性は全国 87.7 に対し 84.4(全国 31 位)で全国を下回っています。(図表 19-1)

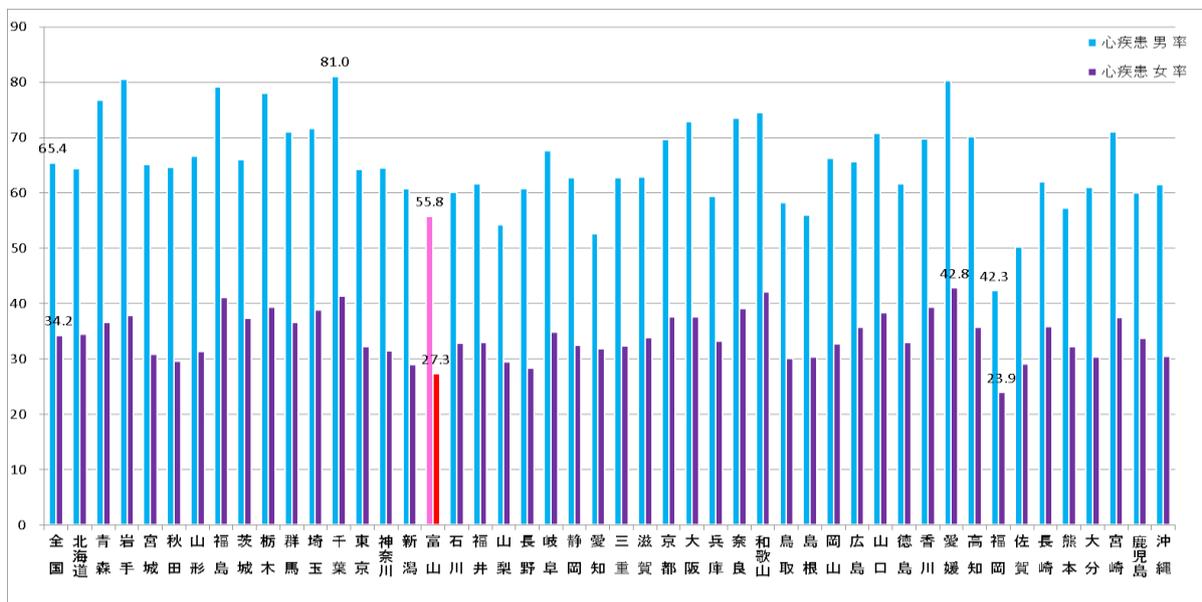
図表 19-1 人口 10 万人あたりの悪性新生物の年齢調整死亡率(男女別)



出典:厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(平成 27 年)をもとに作成

- また、心疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国 65.4 に対し 55.8（全国 43 位）、女性は全国 34.2 に対し 27.3（全国 46 位）と、男女ともに全国を下回っています。（図表 19-2）

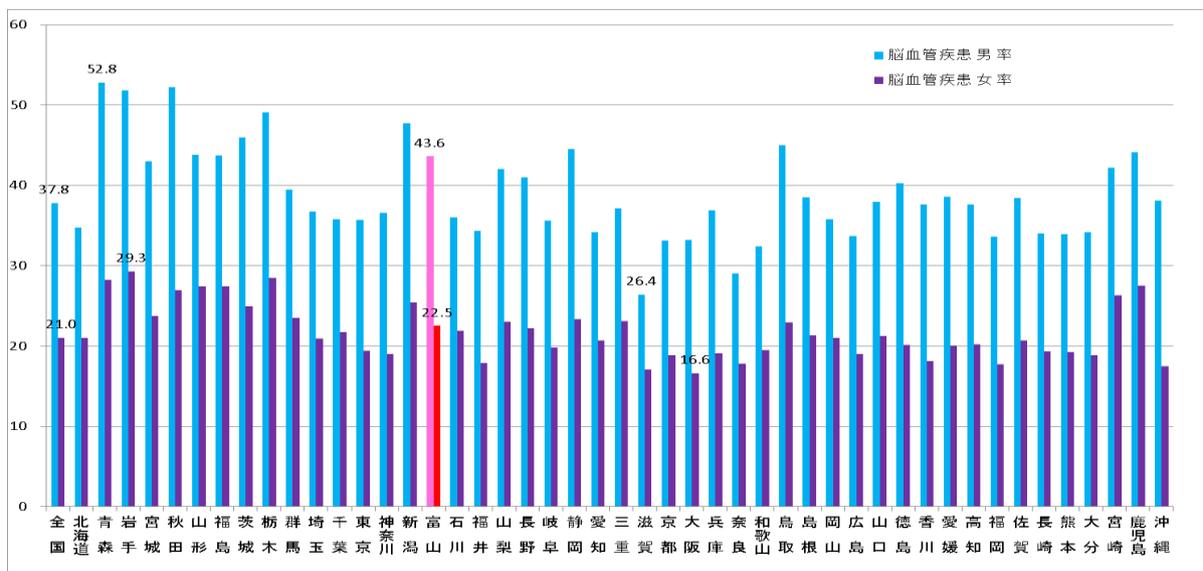
図表 19-2 人口 10 万人あたりの心疾患の年齢調整死亡率(男女別)



出典:厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(平成 27 年)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 37.8 に対し 43.6(全国 12 位)、女性は全国 21.0 に対し 22.5 (全国 17 位) と、男女ともに全国を上回っています。（図表 19-3）

図表 19-3 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整死亡率(男女別)



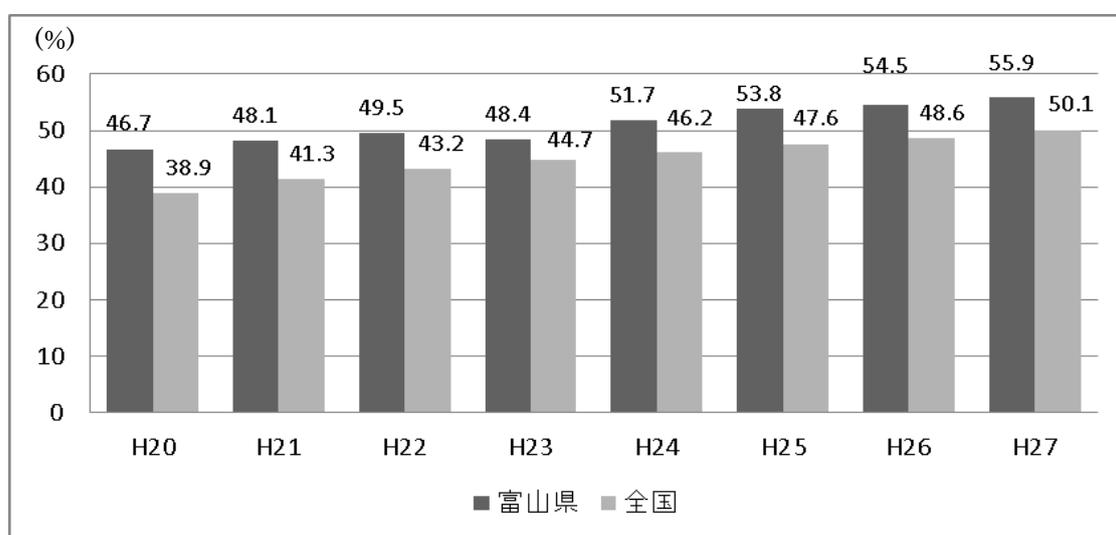
出典:厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(平成 27 年)をもとに作成

## ウ 特定健康診査の実施状況

特定健康診査・特定保健指導（対象者は、40歳から74歳）は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、その要因となっている生活習慣を改善し、糖尿病等の生活習慣病の有病者および予備群を減少させることを目的に、平成20年度から各医療保険者が実施しています。

- 本県の特定健康診査の実施率は、全国と同様に年々増加しており、平成27年度は55.9%（全国4位）です。（図表20）

図表20 特定健康診査実施率

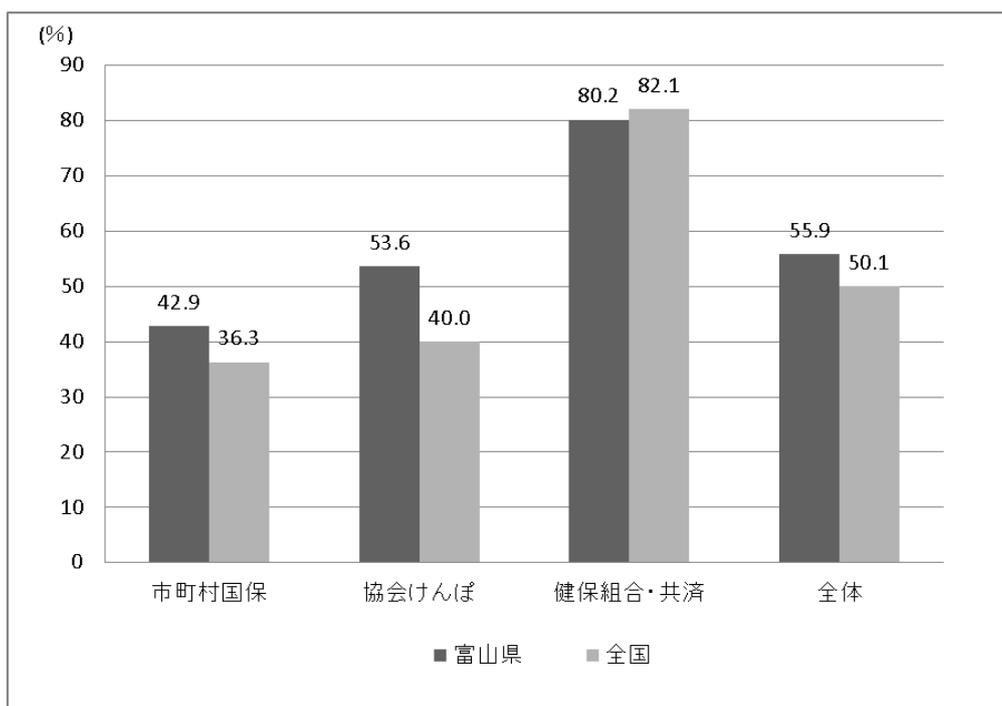


出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成20～27年度）をもとに作成

※全国値は、「全国特定健康診査受診者総数／全国特定健康診査対象者総数×100」で算定しています。

- 平成 27 年度の特定健康診査の実施率を医療保険者別にみると、本県では市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）42.9%（全国 36.3%）、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）53.6%（全国 40.0%）が全国を上回っており、健康保険組合（以下「健保組合」という。）・共済 80.2%（全国 82.1%）は全国を下回っています。（図表 21）

図表 21 医療保険者別特定健康診査実施率



※「健康保険組合・共済」には国保組合及び船員保険も含んでいます。

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」（平成 27 年度）  
 （特定健康診査対象者数は厚生労働省の通知（H29.9.25）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（※8）と動機づけ支援（※9）が実施されます。

（※8） 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う。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条件となっている。

（※9） 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回の支援をいう。

※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

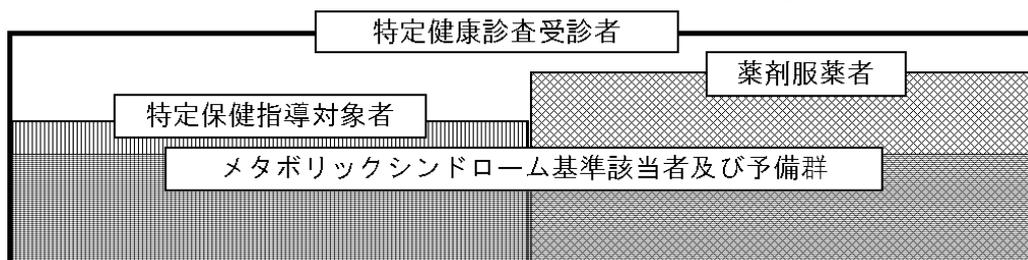
### 【メタボリックシンドロームの判定基準】

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。

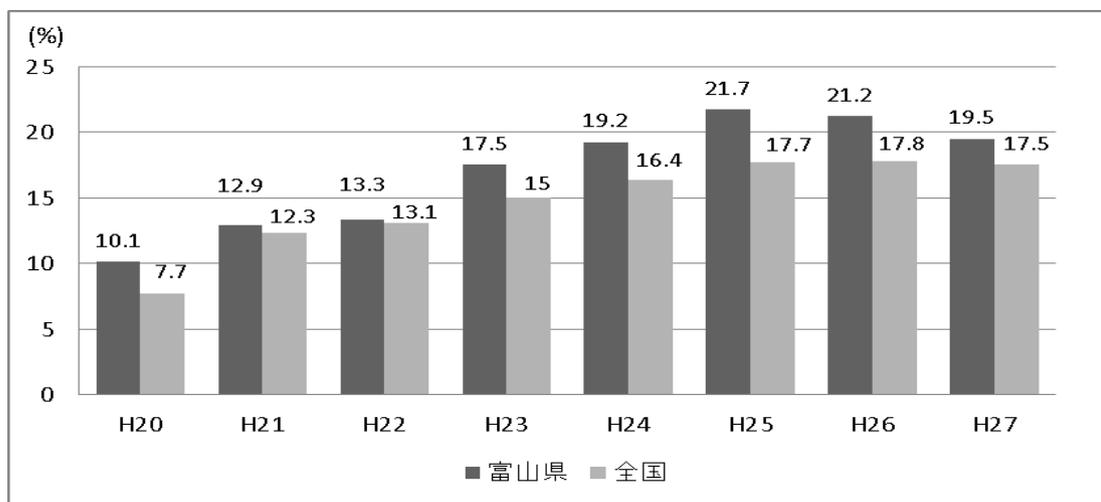
### 【メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係】



\* 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、平成 25 年度をピークに減少傾向にあり、平成 27 年度は 19.5%（全国 27 位）となっています。（図表 22）

図表 22 特定保健指導実施率

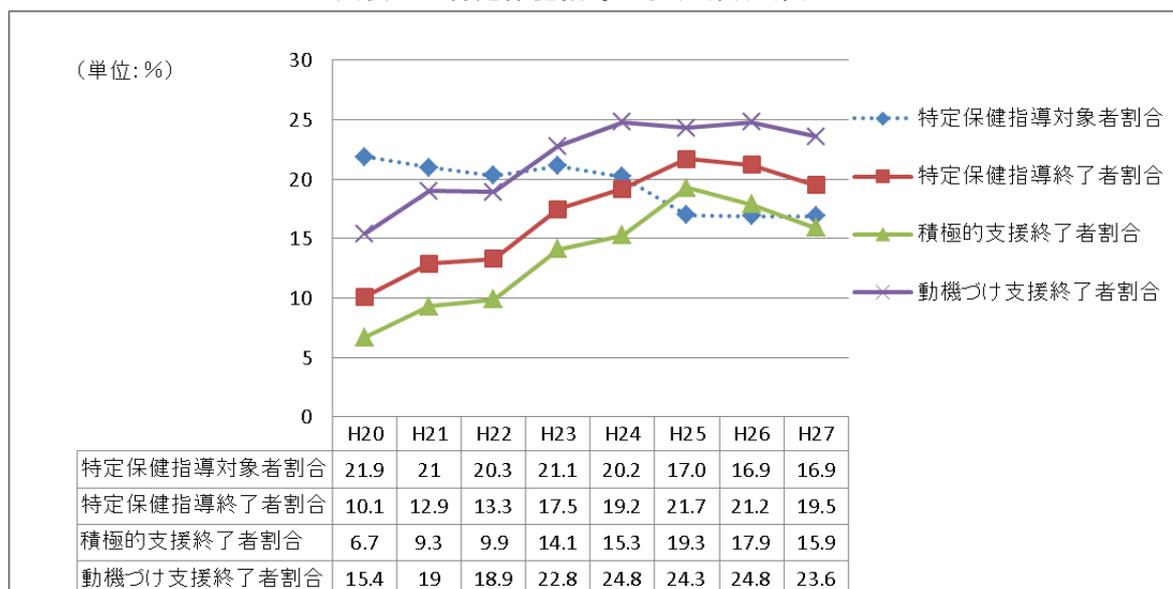


出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(平成 20～27 年度)をもとに作成

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

- 本県における特定保健指導対象者の割合は平成 24 年度以降減少傾向にあります。
- 動機づけ支援の終了者の割合が平成 25 年度の 24.3%から平成 27 年度の 23.6%に、積極的支援の終了者の割合が平成 25 年度の 19.3%から平成 27 年度の 15.9%に減少しており、特定保健指導終了者の割合は伸び悩んでいます。（図表 23）

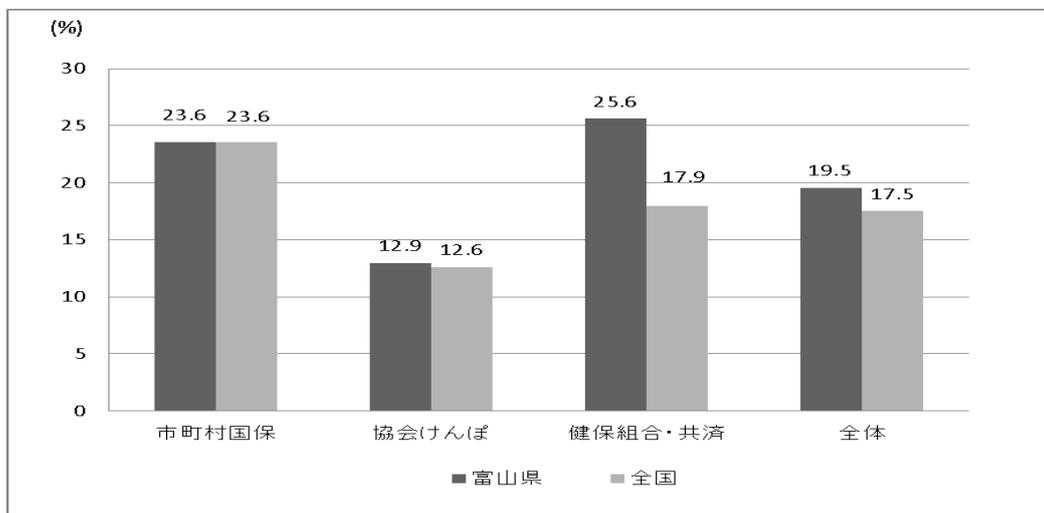
図表 23 特定保健指導の状況(富山県)



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」(平成 20～27 年度)をもとに作成

- 平成 27 年度の医療保険者別特定保健指導の実施率をみると、本県では、市町村国保は全国と同じ割合になっており、協会けんぽ及び健保組合・共済は全国よりも高くなっています。(図表 24)

図表 24 医療保険者別特定保健指導実施率

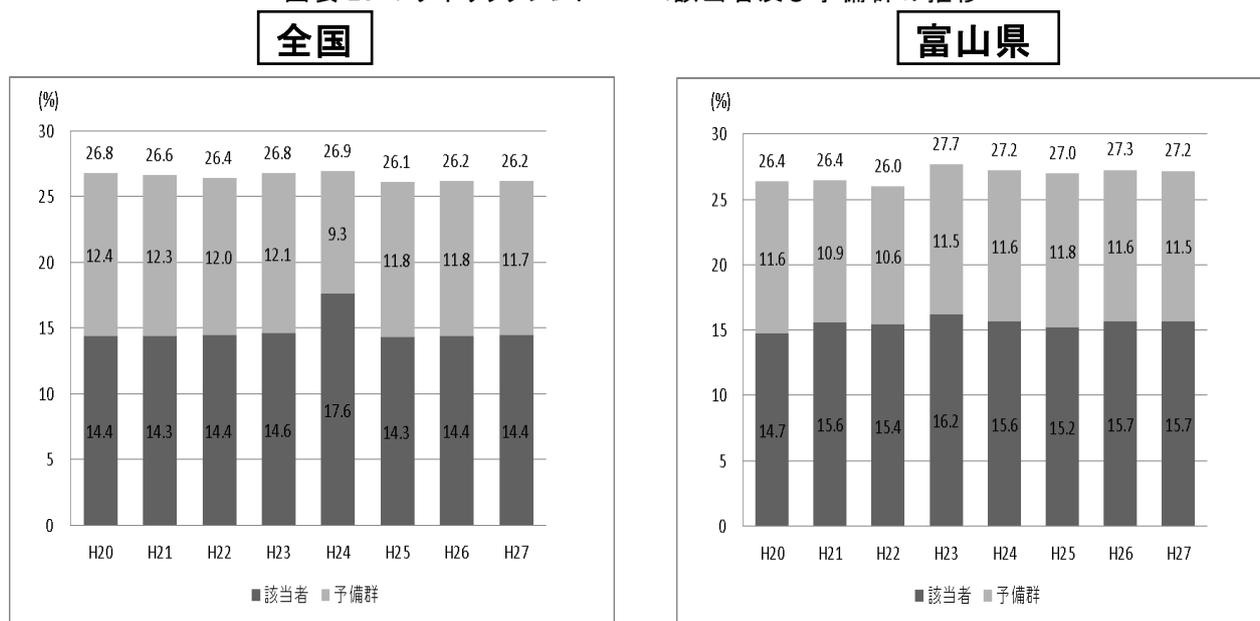


出典:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(平成 27 年度)をもとに作成

### 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の該当者及び予備群の状況をみると、全国では若干減少傾向にありますが、本県は微増となっており、平成 27 年度が 27.2% (全国 15 位) となっています。(図表 25)

図表 25 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移



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」(平成 20~27 年度)をもとに作成

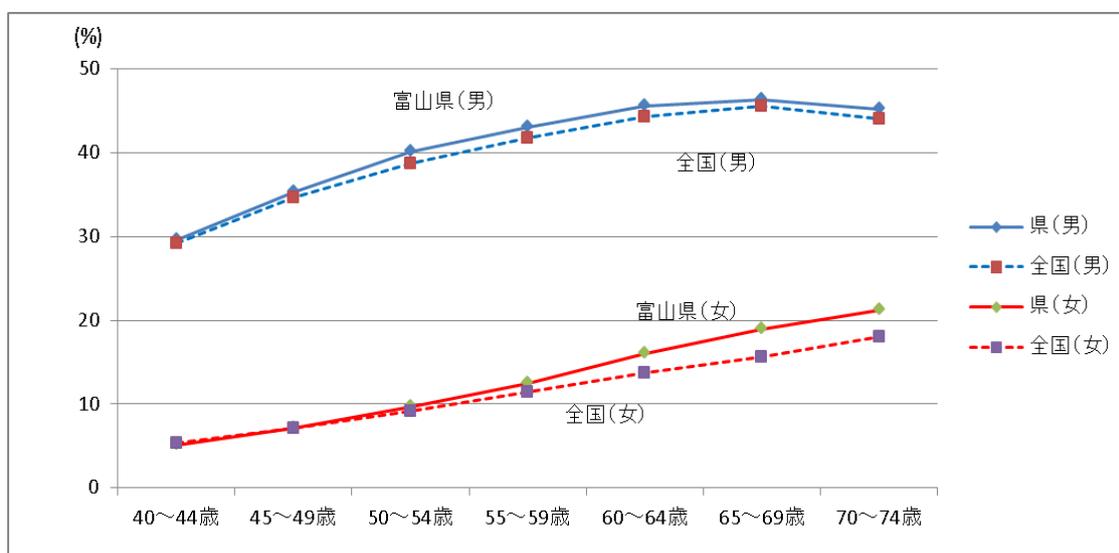
○ 男女別・年代別の状況（平成 27 年度）をみると、本県は男女ともに全国よりも高い状況ですが、特に女性は年代を経るごとに、全国との差が大きくなっています。（図表 26）

○ また、男性では、予備群は 50～54 歳の 18.0% 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高くなっています。

女性では、予備群は 60～64 歳の 6.4% 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高くなっています。

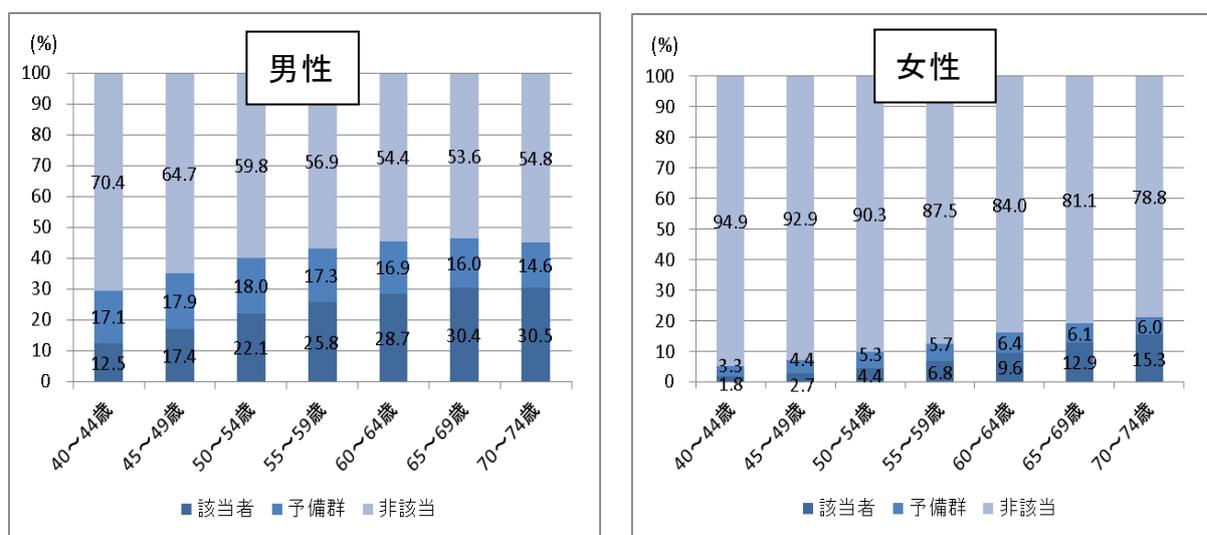
（図表 27）

図表 26 男女別・年代別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況(全国比較)



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」（平成 27 年度）をもとに作成

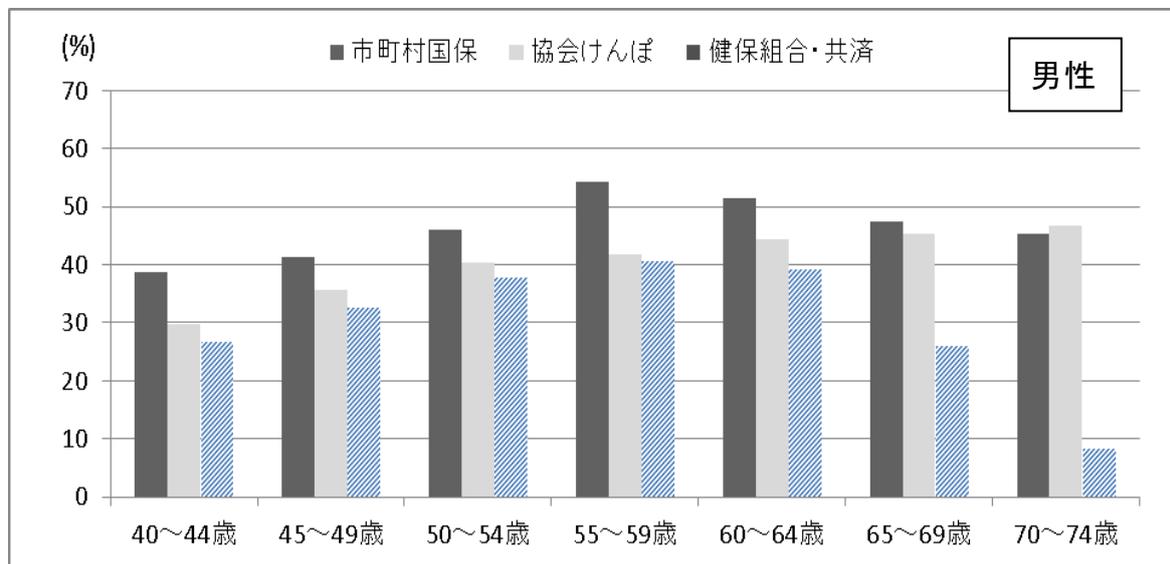
図表 27



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」（平成 27 年度）をもとに作成

- 医療保険者別に比較（平成 27 年度）すると、本県の男性は、市町村国保及び健保組合・共済の男性が 55～59 歳にピークがあり、協会けんぽは年代が上がるにつれ高くなる傾向となっています。（図表 28-1）

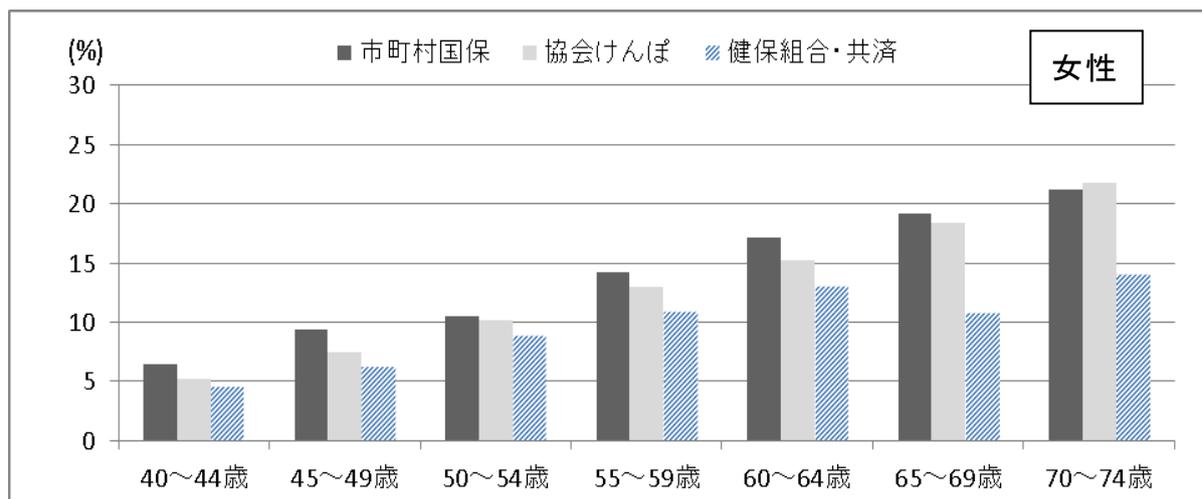
図表 28-1 医療保険者別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



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」（平成 27 年度）をもとに作成

- また、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いますが、特に協会けんぽが顕著な伸びとなっています。（図表 28-2）

図表 28-2 医療保険者別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



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」（平成 27 年度）をもとに作成

- 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（※10）は、平成27年度では、全国2.74%で、本県は△3.68%となっており、メタボリックシンドローム該当者及び予備群が全国では減少しているのに対し、本県では増加傾向にあります。（図表29）

図表29 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

（単位：％）

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
全国計	1.5	2.12	3.09	3.47	3.18	2.74
富山県	0.46	△ 5.11	△ 3.40	△ 2.88	△ 3.81	△ 3.68

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ついて」

- （※10） 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、特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を平成20年度と比較した増減を算出したものをいう。

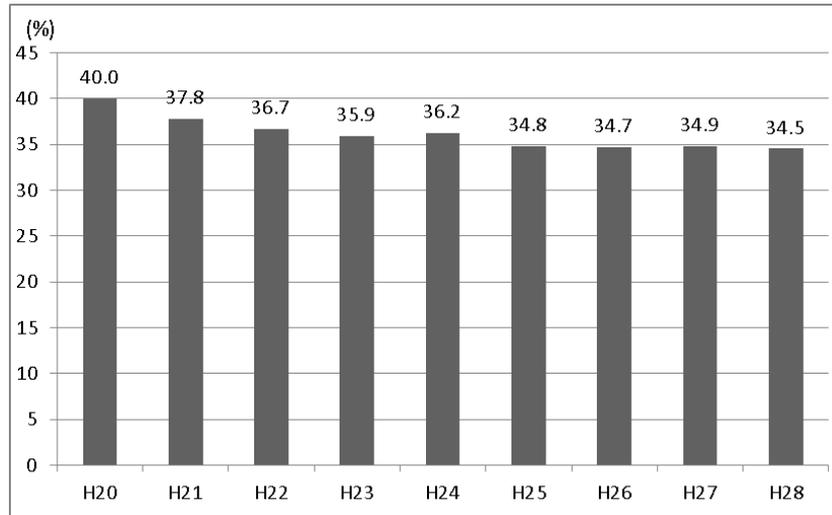
$$\text{減少率} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast}}$$

- ※ 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）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の出現割合を算出し、住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

## 《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、年々減少傾向にあります。（図表30-1）

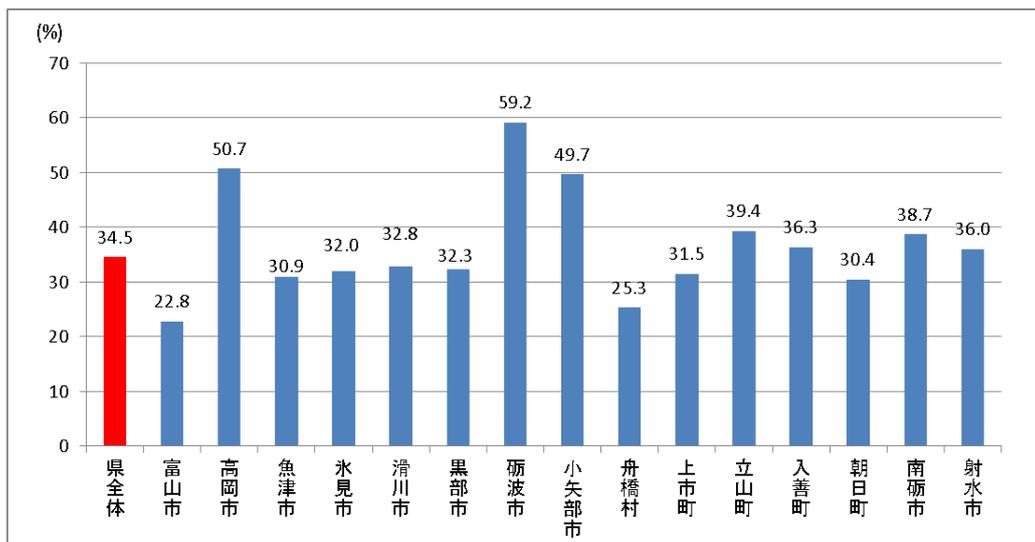
図表 30-1 後期高齢者の健康診査の受診率



出典：富山県後期高齢者医療広域連合「平成28年度 富山県の後期高齢者医療」

- 市町村別にみると、20%台～50%台とばらつきがあり、受診率が高い市町村（砺波市）と低い市町村（富山市）に36.4ポイントの差があります。（図表30-2）

図表 30-2 市町村別後期高齢者の健康診査の受診率（平成28年度）

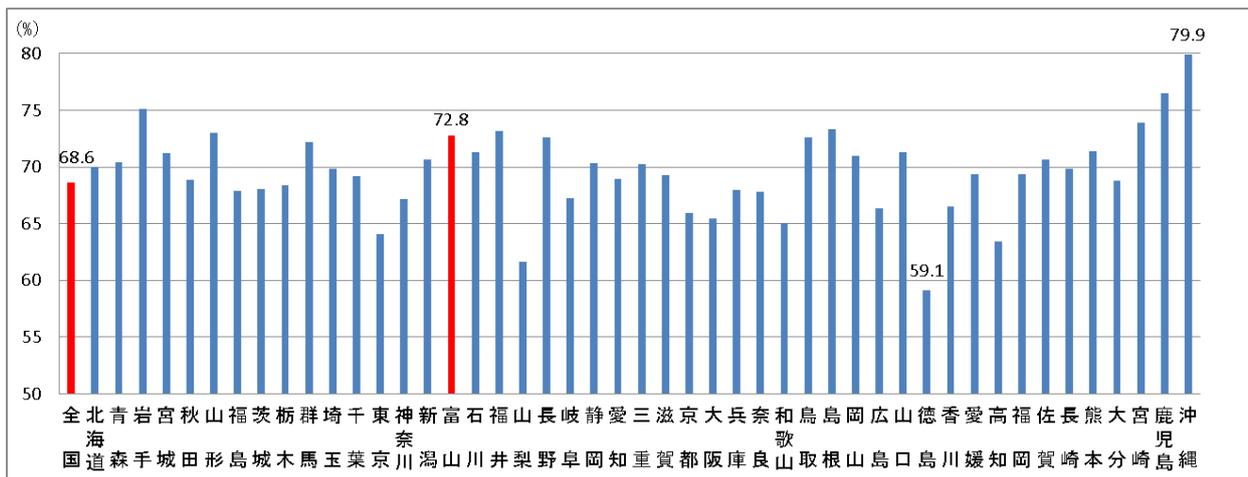


出典：「富山県後期高齢者健康診査費補助金参考資料」をもとに作成

## (6) 後発医薬品の使用状況

- 後発医薬品の使用割合を都道府県別にみると、本県は72.8%(全国68.6%)と全国8位であり、最も高い沖縄県(79.9%)と比較すると、7.1ポイントの差があります。(図表31)

図表 31 後発医薬品の使用割合(数量ベース・都道府県別)

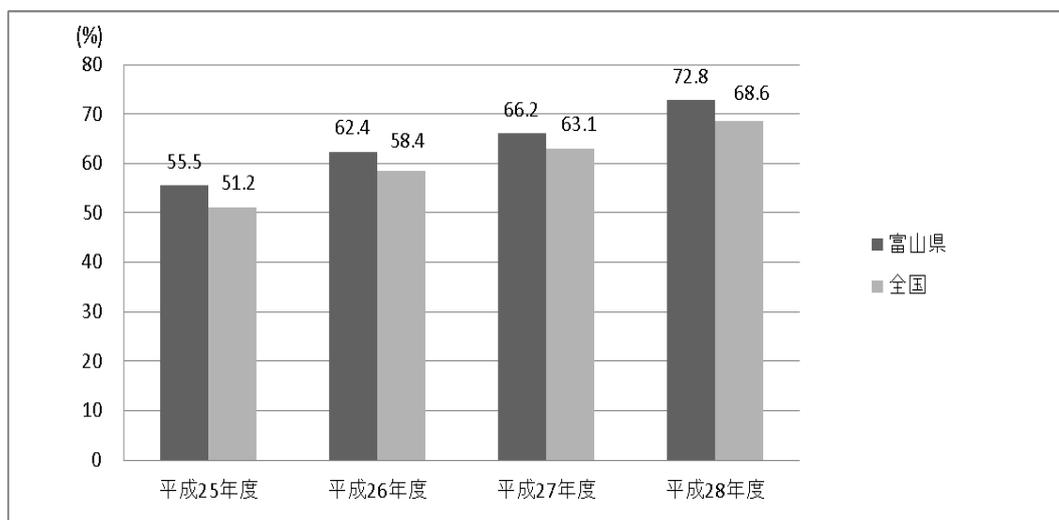


※平成29年3月現在・薬局所在地ベース

出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」(平成28年度版)をもとに作成

- 平成25年度から平成28年度までの後発医薬品の使用割合をみると、全国同様に本県の割合は年々増加しており、平成25年度の55.5%から平成28年度の72.8%と17.3ポイント増加しています。(図表32-1)

図表 32-1 後発医薬品の使用割合(数量ベース)

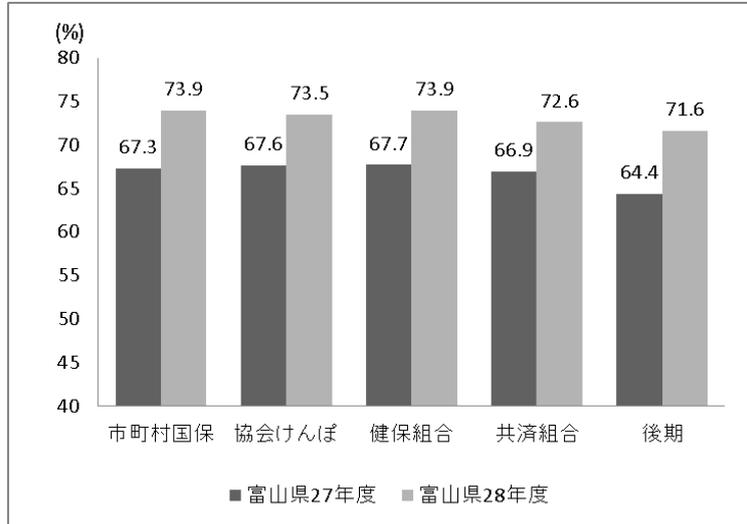


※各年度3月現在・薬局所在地ベース

出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」(平成25年度～28年度版)をもとに作成

- 医療保険者別に使用割合をみると、平成 28 年度は市町村国保及び健保組合が最も高く、後期高齢者医療広域連合が最も低い状況ですが、平成 27 年度と比べると、全ての医療保険者で増加しています。（図表 32-2）

図表 32-2 医療保険者別後発医薬品使用割合（数量ベース）



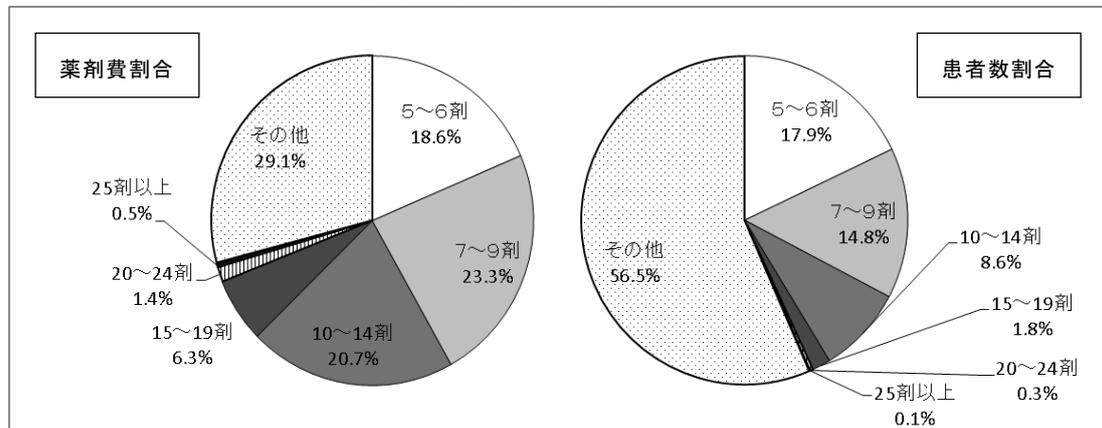
※平成 29 年 3 月現在・薬局所在地ベース

出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」（平成 27、28 年度版）をもとに作成

### （7）医薬品の適正使用状況

- 本県における複数種類医薬品の薬剤費割合（薬剤費全体に占める薬剤費が発生した患者の薬剤費の割合）をみると、5 剤以上の割合が全体の 70%以上を占めています。（図表 33-1）
- また、患者数割合（薬剤費が発生した患者数全体に占める患者数の割合）をみると、5 剤以上の割合が全体の 43.5%を占めています。

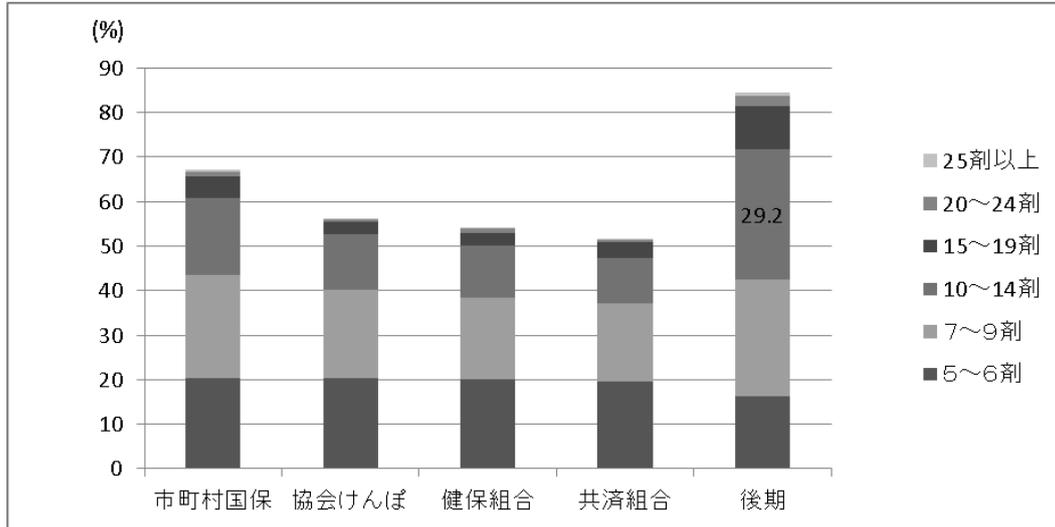
図表 33-1 複数種類医薬品の割合（平成 25 年 10 月分）



出典：厚生労働省「医療費適正化計画：都道府県提供データ（第3版）」より作成

- 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29.2%と最も高くなっています。(図表 33-2)

図表 33-2 医療保険者別複数種類医薬品の薬剤費割合(平成 25 年 10 月分)

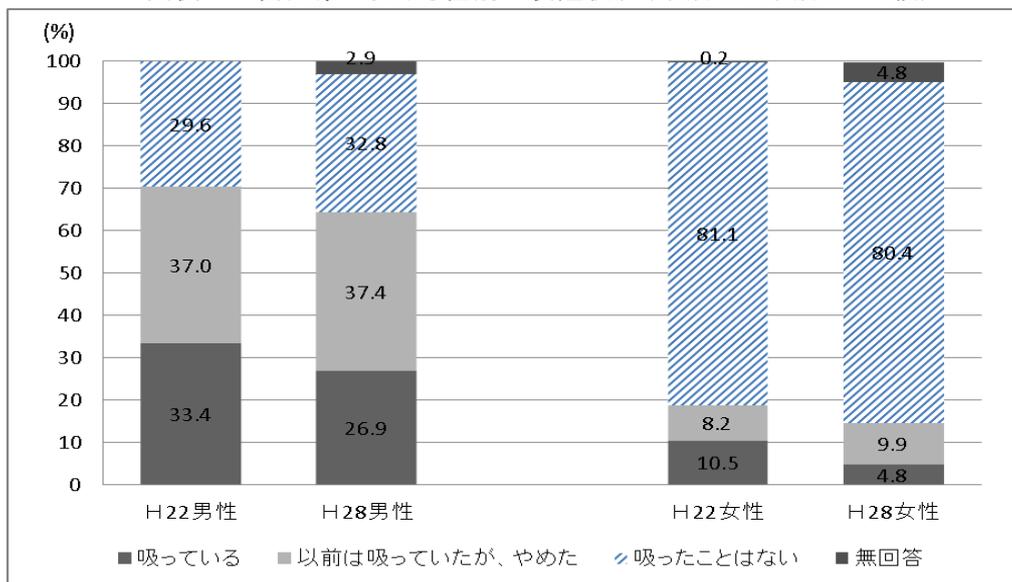


出典:厚生労働省「医療費適正化計画:都道府県提供データ(第3版)」より作成

### (8) たばこに関する状況

- 平成 28 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」と答えた人は、前回調査(平成 22 年)と比較すると、男性が前回 33.4%から 26.9%、女性は前回 10.5%から 4.8%と、男女ともに減少しています。(図表 34)

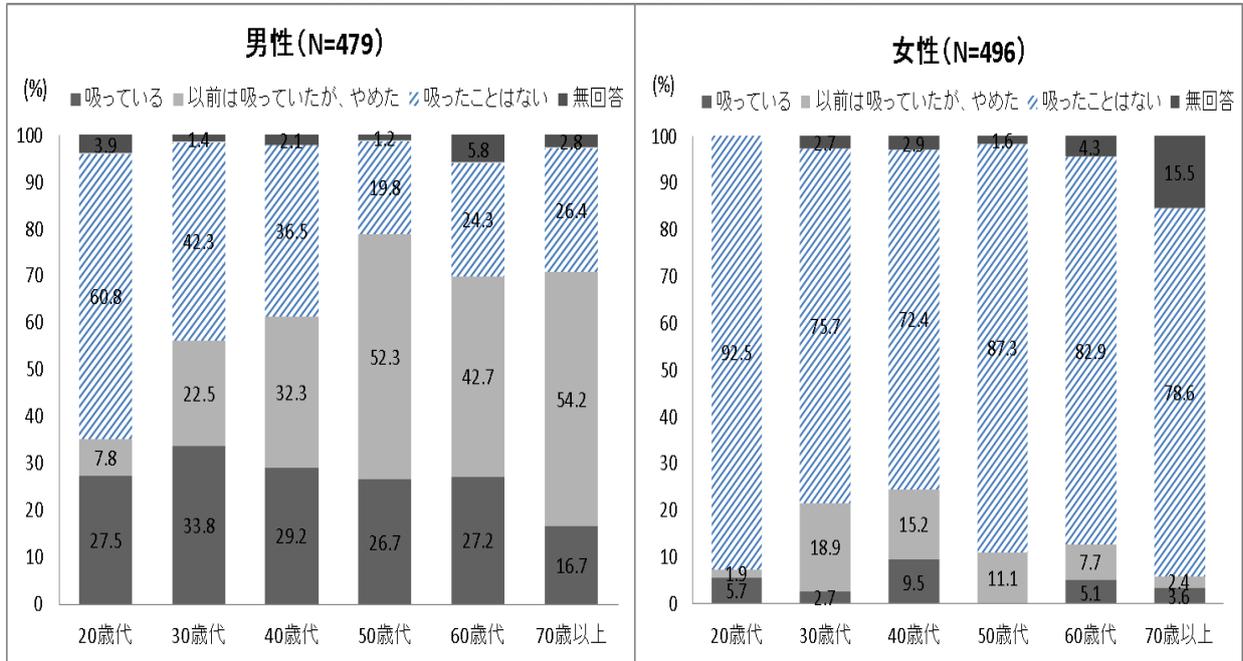
図表 34 富山県における性別の喫煙状況(平成 22・平成 28 比較)



出典:「平成 28 年富山県健康づくり県民意識調査」

- また、年代別でみると、男性では30歳代で33.8%、次いで40歳代で29.2%、女性では、40歳代で9.5%、次いで20歳代で5.7%の人が「吸っている」と答えています。（図表 35）

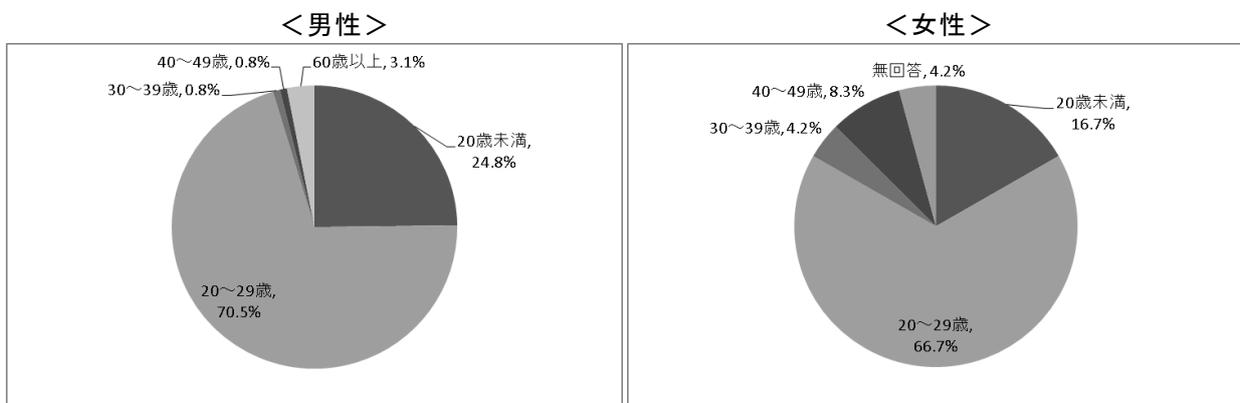
図表 35 富山県における年代・性別の喫煙状況



出典：「平成 28 年富山県健康づくり県民意識調査」

- 喫煙者の喫煙を始めた年齢は、男女ともに 20～29 歳が最も多く、次に 20 歳未満が多くなっています。（図表 36）

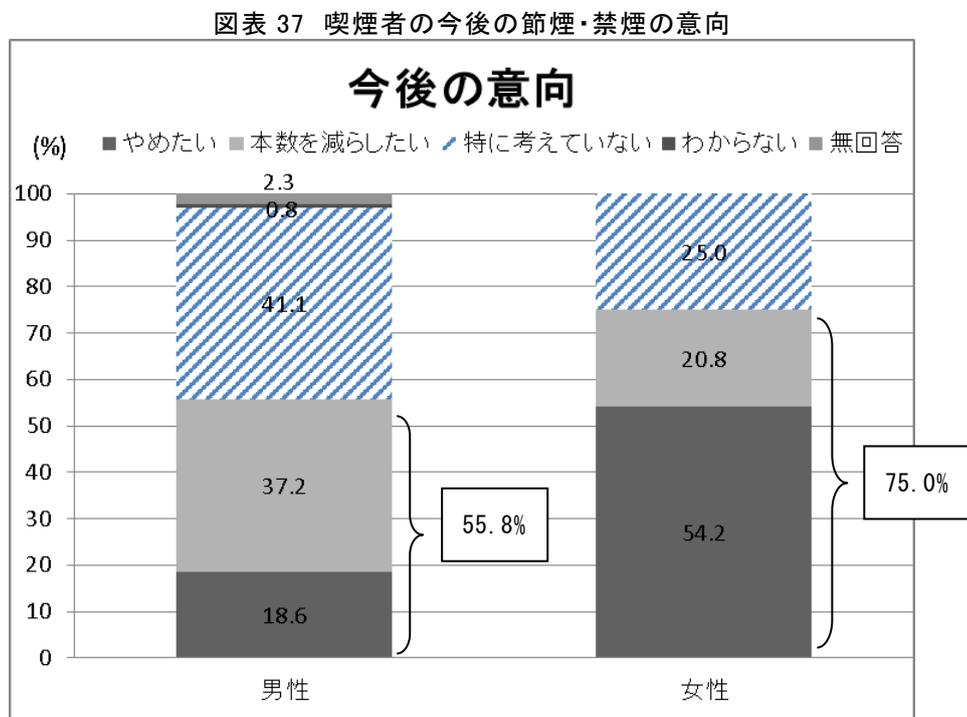
図表 36 喫煙者の喫煙を始めた年齢



出典：「平成 28 年富山県健康づくり県民意識調査」

○ 喫煙者のうち、今後「たばこをやめたい」、「本数を減らしたい」人の割合は男性で55.8%、女性で75.0%であり、特に女性に多くみられます。

(図表 37)



出典:「平成 28 年富山県健康づくり県民意識調査」

## 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、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と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り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。
- 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。
- 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、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）や加齢に伴う虚弱（フレイル）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ことが必要です。

## 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) 超高齢社会の到来に対応するものであること

- 平成28年現在、全国で約1,700万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には2,200万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3分の1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、平成27年現在約161千人と推計される75歳以上の人口が、平成52年には約190千人と、1.2倍近くに増加し、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

- 平成35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38-1）

図表 38-1 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

- 平成 35 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 38-2）

図表 38-2 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%	35%以上 (30%以上)	55%以上	30%	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 年度と比べた平成 35 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%以上減少（国の基本方針による）することとします。

## (2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

### ア 後発医薬品の使用割合

- 後発医薬品の使用割合を 2020 年（平成 32 年）9 月までに 80%以上（国の基本方針による）とすることとします。

## (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」（平成 25 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おります。（図表 39）

- 平成 27 年度の本県の総医療費は、国民医療費ベースで約 3,563 億円となっており、医療費適正化対策を講じなかった場合（自然体）は、平成 35 年度には約 3,931 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、平成 35 年度で約 3,884 億円と推計され、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 47 億円削減される見込みとなっています。

◇平成 35 年度の医療費の見込み・・・・・・・・・・ 3,931.4 億円

＜自然体の推計＞

人口変動率、診療報酬、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構想(平成 29 年 3 月策定)の病床の機能分化・連携の成果を反映。

医療費適正化効果額の算定

計 △4,741,188,783 円

＜入院外医療費＞

1 後発医薬品の普及（80％）による効果

後発医薬品のある先発品が、すべて後発医薬品となった場合の効果額を用いて、国の基本方針による使用割合 80％を達成した場合の効果額の割合を算出して推計

△3,268,948,289 円

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

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

△115,042,998 円

3 人口 1 人当たり入院外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

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推計

△951,274,842 円

② 医薬品の投与の適正化の取組みによる効果

ア 重複投薬への対応

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 人当たり費用額を半減したものと推計

△3,082,519 円

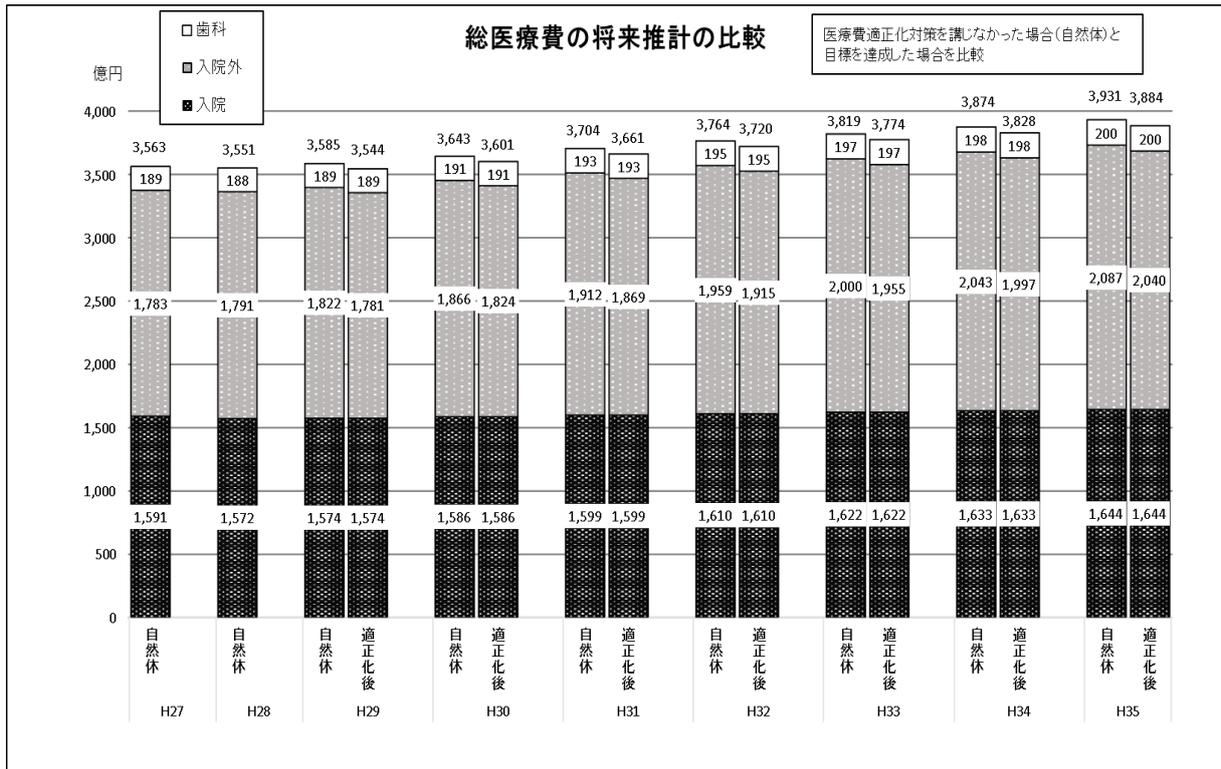
イ 多剤投与の適正化

65 歳以上の高齢者のうち 15 種類以上処方されている患者（薬剤が投与されている高齢者の 5％程度）の 15 剤以上に係る薬剤費を半減したものと推計

△402,840,135 円

◇適正化後の医療費・・・・・・・・・・ 3,884.0 億円

図表 39 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、経済団体をはじめ医療保険者、医療関係者、健康づくりの関係団体、大学、地域や学校の代表が参画する「富山県健康寿命日本一推進会議」を設置しており、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。
- 糖尿病予備群等が望ましい食生活や適度な運動の体験を通じて、正しい生活習慣を学ぶ「健康合宿」を支援するなど、県民一人ひとりの望ましい生活習慣の改善を推進します。
- 家庭における野菜摂取の促進のためのスーパーマーケットやコンビニエンスストア等と連携した普及啓発の展開や、飲食店と連携して外食時における減塩、野菜摂取等の推進など、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。

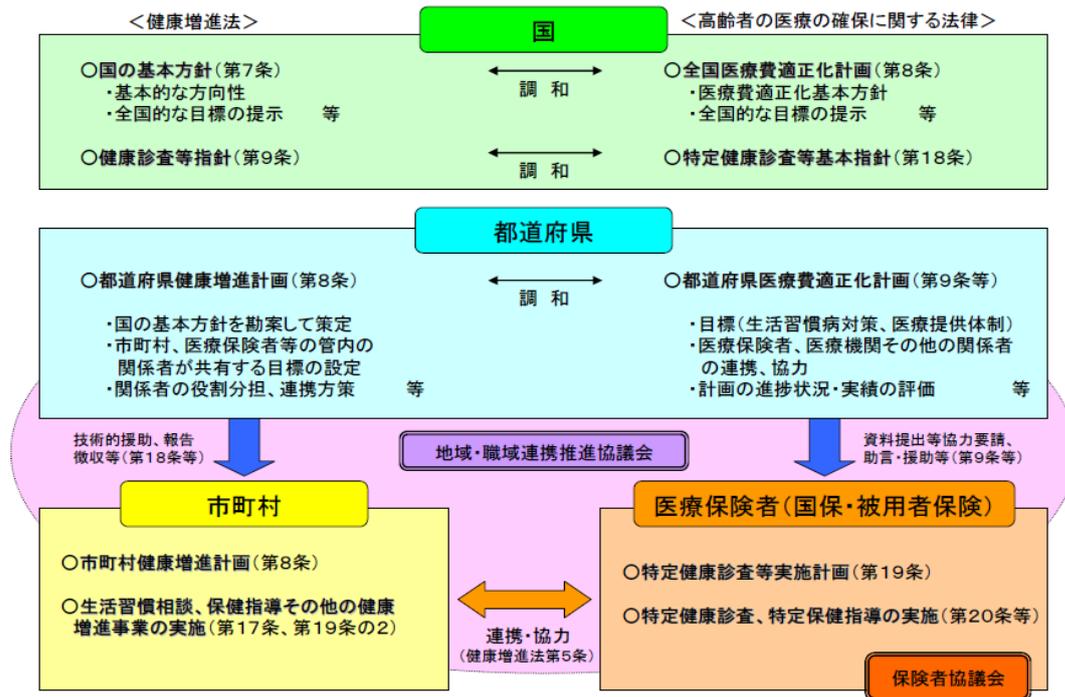
##### イ 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

- 県は特定健康診査・特定保健指導を始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。

- 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健診、かかりつけ医からの受診勧奨など特定健康診査の実施に向けた取組みに支援します。
- 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、委託先事業者等の情報の収集や提供、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。
- 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、先進的な取組み事例等の情報提供や助言などを行います。
- 国の定める「標準的な健診・保健指導プログラム」を踏まえて特定健康診査等を適切に企画・評価し、効果的な特定保健指導を実施できる人材の確保・育成を図るため、保険者協議会等と連携し、医療保険者及び保健指導実施者を対象に研修を実施するなど、そのスキルアップを図ります。  
また、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うこととします。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 40）

図表 40 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。
- 未成年者の喫煙防止及び生涯にわたって喫煙しないよう、小中学生から高校生や大学生、20歳前後の若者などに対しても働きかけを行うなど喫煙対策を図ります。
- 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や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発を推進します。
- 庁舎や保健施設、福祉施設や体育施設、文化施設などにおける施設内禁煙を推進します。

- 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。
- 禁煙等に取り組む飲食店等の増加を目指し、富山県オリジナルの禁煙マークの普及、富山県受動喫煙防止ステッカーの配布を行い、受動喫煙のない環境づくりを進めます。

<禁煙マーク>



<富山県受動喫煙防止ステッカー>



- 喫煙をやめたい人に対して、医療機関における禁煙外来や検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、禁煙サポート体制を充実します。
- 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。
- 糖尿病の重症化予防対策については、全国に先駆けて「糖尿病重症化予防対策マニュアル」等を策定するなど進めてきたところです。特に平成 29 年 3 月に糖尿病性腎症への対策に特化した「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、その普及啓発に努めるとともに、進捗管理や保健指導実施者の人材育成などを行います。

- 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における市町村等医療保険者等の取組みの実施状況を把握し、先進的な取組み事例の横展開を進めるための情報提供や助言を行います。
- 高血圧や脂質異常症等の適切な管理を図るための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 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。
- 医療保険者が加入者に対し、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、加入者の健康への気づきを促す取組みに対して支援します。
- 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）の正しい知識の普及、相談体制の構築等に取り組みます。
- 予防接種について、インフルエンザや肺炎球菌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。
- 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。

## （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5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。
- 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。
- 慢性期機能の病床については、既存施設を含めた「医療」、「介護」、「住まい」の機能を提供する新たな施設類型「介護医療院」等の移行に向けて国の検討が行われており、国の動向を注視するとともに、慢性期機能の入院医療については、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 I C T 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 在宅医療・介護サービスの充実

### (在宅医療の充実)

- 紹介、逆紹介を通じた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。
- 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。
- 医師会や市町村等との連携による在宅医療や在宅での看取り等に関する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。
- 在宅や地域等への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。
- 在宅医療に取り組む医師相互の連携を図り、グループ化等を支援します。
- 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るとともに、郡市医師会在宅医療支援センター（県内 10 カ所）等による在宅医療に

向けた取組みを支援します。

- 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ぐ役割を担う、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医療圏域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や地域密着型サービスの整備・普及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を充実します。
- 災害時における要援護者の支援体制や、高齢者の虐待防止対策の推進、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）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。
- ドクターヘリ導入を契機に、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。
- 県立大学に看護学部を設置し、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が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。
- 平成 27 年 10 月から看護職員の離職時の届出制度が開始されたことに伴い、県ナースセンターにおいて再就職の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。
- 訪問看護ステーションの I C T 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・福祉の仕事を目指す者の確保・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。

- 分かりやすい後発医薬品の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の理解促進に努めます。



- 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採用品目を調査し、リストの作成・公表に取り組みます。

#### 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、広報媒体を活用してお薬手帳の使用の普及啓発等に取り組みます。
- 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の取組みを促進するなど、医薬品の適正使用に係る施策を推進します。

## 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（平成 35 年度と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、平成 35 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3期計画では、平成 36 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、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めます。

## (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、健康寿命の延伸に向けた取り組みや、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。

### 《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います。
- 医療保険者が実施する特定健康診査、特定保健指導について、実施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。
- 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・障害福祉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。

### 《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3期特定健康診査等実施計画を推進し、当該計画における平成35年度の目標値の達成に向け、積極的に取り組めます。
- 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等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》**

- 医療保険者等と連携し、特定健康診査や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。

#### **(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医療の提供に際して、質が高く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、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・障害福祉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**

- 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。
- 従業員の健康の保持増進のために、受動喫煙防止や健康教育等必要な保健事業を実施します。

# 参 考 资 料



### 第3期富山県医療費適正化計画の策定スケジュール

年月日	内容
H29年8月18日	<b>第1回富山県医療費適正化計画検討委員会</b> ・第3期計画の考え方及び骨子について協議
H29年12月8日	<b>第2回富山県医療費適正化計画検討委員会</b> ・第3期計画（中間報告案）について協議
H30年1月12日 ～ H30年2月2日 H30年2月9日	<b>パブリックコメントの実施</b>  全市町村及び保険者協議会への法定協議 （高齢者の医療の確保に関する法律第9条第7項に基づく）
H30年3月19日 H30年3月30日	<b>第3回富山県医療費適正化計画検討委員会</b> ・第3期計画（最終報告案）について協議 <b>医療費適正化計画の策定</b>
H30年4月	<b>第3期富山県医療費適正化計画の公表</b> <b>厚生労働大臣へ提出</b>

## 富山県医療費適正化計画検討委員会設置要綱

### (目的)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年8月17日法律第80号)第9条に規定する医療費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。)の策定について、必要な事項を検討するため、富山県医療費適正化計画検討委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

### (所管事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について協議・検討を行う。

- (1) 医療費適正化計画の策定に関すること。
- (2) その他委員会の目的を達成するために必要な事項に関すること。

### (組織)

第3条 委員会は20名以内の委員をもって組織する。

- 2 委員は、学識経験者、医療関係者、保健・福祉関係者等の中から、知事が委嘱し、又は任命する。

### (任期)

第4条 委員(委員が欠けた場合の補充委員を含む。)の任期は、平成30年3月31日までとする。

### (委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は委員が互選し、副委員長は委員長が指名する。
- 3 委員長は、会務を総理する。
- 4 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、副委員長が、その職務を代理する。

### (会議)

第6条 会議は委員長が招集し、その議長となる。

- 2 会議は、委員の過半数が出席しなければ、開くことができない。
- 3 会議には、必要に応じ委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

### (事務局)

第7条 委員会の事務局は、富山県厚生部厚生企画課に置く。

### (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29年7月7日から施行する。
- 2 この要綱は、平成30年3月31日をもってその効力を失う。

## 富山県医療費適正化計画検討委員会委員名簿

(五十音順)

所 属 等	氏 名
富山県婦人会理事	あおやま よしえ 青山 芳枝
富山県慢性期医療協会会長	あきやま まこと 秋山 眞
富山県公的病院長協議会長	いしだ よういち 石田 陽一
富山県看護協会会長	おおい きよみ 大井 きよみ
富山県国民健康保険団体連合会常務理事	おおの ひでしげ 大野 英茂
富山県介護老人保健施設協議会長	かさしま まなぶ 笠島 學
富山県老人クラブ連合会副会長	かとう みちこ 加藤 美智子
富山県町村会長	かなもり かつお 金森 勝雄
富山大学地域連携推進機構 地域医療・保健支援部門長	せきね みちかず 関根 道和
富山県後期高齢者医療広域連合会長	たかはし まさき 高橋 正樹
富山県労働者福祉事業協会理事長	つじ まさみつ 辻 政光
◎ 富山大学経済学部長・教授（財政学・公共経済学）	なかむら かずゆき 中村 和之
富山県薬剤師会長	にしお きみひで 西尾 公秀
○ 富山県医師会長	ま せ だいすけ 馬瀬 大助
全国健康保険協会富山支部長	まつい たいじ 松井 泰治
富山県市長会長	もり まさし 森 雅志
富山県歯科医師会長	やまざき やすひと 山崎 安仁
健康保険組合連合会富山連合会長	よしだ あきら 吉田 明
全国保健師長会富山県支部長	よしだ ともこ 吉田 智子

※ ◎：委員長、○：副委員長

平成30年3月30日現在

第3期富山県医療費適正化計画

平成30年3月

富山県厚生部厚生企画課

〒930-8501 富山市新総曲輪1番7号

TEL 076-444-3215

FAX 076-444-4440