

# 第二期富山県医療費適正化計画

平成25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 国民医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
    - イ 老人医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
  - (2) 平均在院日数の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
  - (3) 療養病床の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
  - (4) 在宅医療の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
    - ア 在宅療養支援診療所及び訪問看護指定事業者の状況・・・・・・・・ 19
    - イ 往診・訪問診療の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
    - ウ 在宅等における死亡状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
  - (5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
    - ア 生活習慣病の受療の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
    - イ 死亡率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
    - ウ 特定健康診査の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
    - エ 特定保健指導の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
    - オ メタボリックシンドロームの状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
- 2 課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
  - (1) 平均在院日数の短縮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
  - (2) 生活習慣病対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

## 第3章 目標と取り組み

- 1 基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
  - (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・・・・・・・・ 40
  - (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること・・・・・・・・ 40

2	医療費適正化に向けた目標	40
(1)	県民の健康の保持の推進に関する目標	41
ア	特定健康診査の実施率	42
イ	特定保健指導の実施率	42
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	42
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	43
(3)	計画期間における医療に要する費用の見通し	44
ア	医療費適正化前の医療費	44
イ	医療費適正化後の医療費	44
3	県が取り組む施策	46
(1)	県民の健康の保持の推進に関する施策	46
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する施策	47
ア	医療機関の機能分化・連携	47
イ	在宅医療・地域包括ケアの推進	50
ウ	療養病床の転換	53
(3)	その他医療費適正化の推進のための施策	54
ア	生活習慣病重症化予防対策の充実・強化	54
イ	たばこ対策の充実・強化	54
ウ	ジェネリック医薬品の使用促進	55

#### 第4章 計画の推進

1	計画の推進体制	56
(1)	進捗状況の評価	56
(2)	実績評価	56
2	計画の推進体制	56
(1)	県民に期待される役割	56
(2)	行政機関の役割	57
(3)	医療保険者の役割	58
(4)	保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割	58
(5)	職場・企業の役割	59

参考資料	61
------	----

## 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（以下「医療費」といいます。）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（以下「医療費適正化」といいます。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」といいます。）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」といいます。）第9条第1項に基づき、5年を一期とした医療費適正化計画を定めることとされ、その計画においては、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。

平成19年度に第一期医療費適正化計画（平成20年度から24年度まで）を策定しましたが、引き続き、第二期計画を策定して、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

- 第二期医療費適正化計画の期間は、平成25年度から29年度までの5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、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

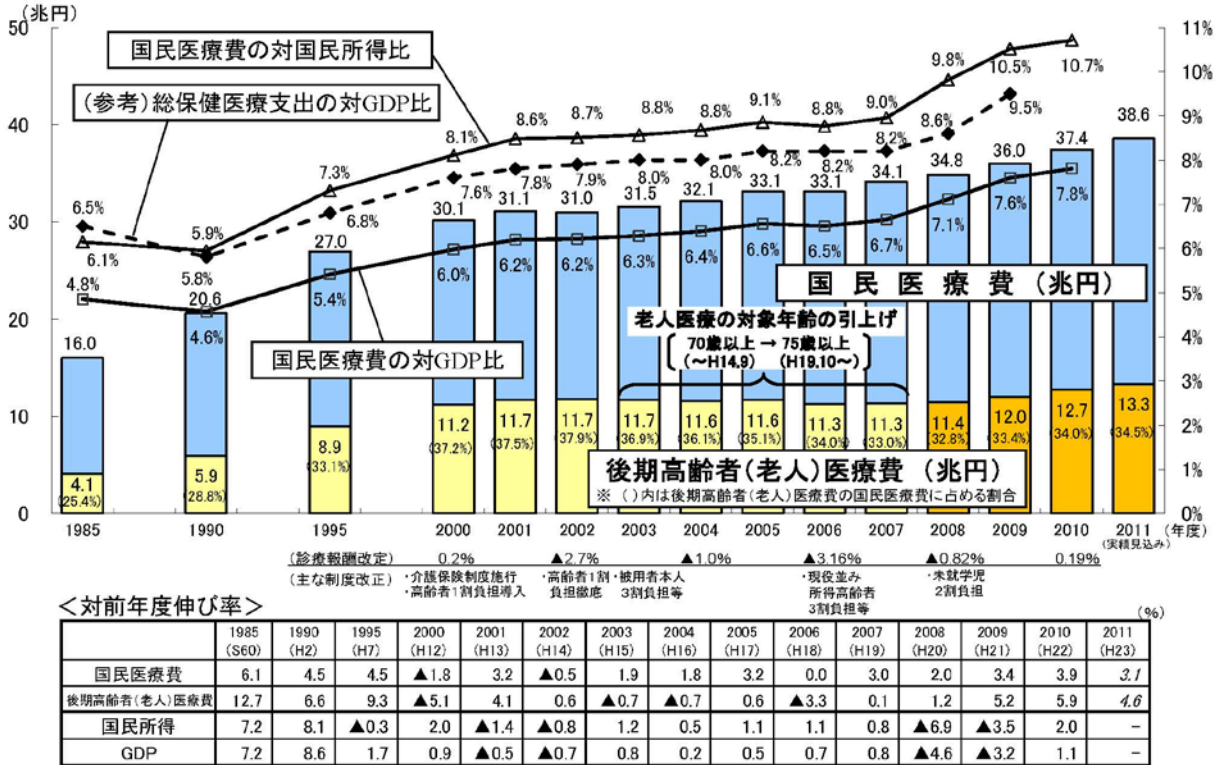
- 医療費適正化計画は、県医療計画、県介護保険事業支援計画及び県健康増進計画と調和が保たれたものとします。

## 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

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(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%  
注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

#### ア 国民医療費

- 全国での医療費を示す国民医療費は、平成22年度で37兆4,202億円であり、前年度の36兆67億円に比べ、1兆4,135億円(3.9%)増加しています。
- 平成7年度以降の推移を見ると、介護保険制度の導入や患者の一部負担増、診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い状況となった時期(H14、18)もありますが、こうした改正のなかった平成19年度以降はそれぞれ毎年3.0%、2.0%、3.4%、3.9%と伸びており、毎年約1兆円ずつ増加しています。
- また、国民医療費の伸び率は、介護保険制度の導入により医療費の対象範囲が小さくなった平成12年度や、老人保険制度での現役所得並みの人の一部負担金が引き上げられた平成18年度を除き、国民所得の伸び率を上回っています。

○ 平成 21 年度には、国民医療費の対国民所得比が初めて 10.0%を上回りました。(図表 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ます。

これ以下、「医療費」という場合は、この「国民医療費」のことをいいます。

### 【参考】OECD 加盟国との医療費比較について

OECD（経済協力開発機構）の調査※によると、我が国の GDP（国内総生産）に対する総保健医療関連費（以下、「総医療費」といいます。）の割合は平成 21 年で 8.5%であり、OECD 加盟 34 カ国との比較で見ると、第 24 位(加盟国平均 9.5%)となっています。

※ 資料：「OECD Health Data 2011」を用いた厚生労働省のデータによる。

OECD の総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護費用の一部（介護保険適用分）、民間の医療費からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれています。(図表 2)

図表 2 OECD 加盟国の医療費の状況（2009 年）

国名	総医療費の 対GDP比(%) 順位	一人当たり医療費 (ドル) 順位	備考	国名	総医療費の 対GDP比(%) 順位	一人当たり医療費 (ドル) 順位	備考
アメリカ合衆国	17.4	1		イタリア	9.5	17	
オランダ	12.0	2	*	スロベニア	9.3	20	
フランス	11.8	3		フィンランド	9.2	21	
ドイツ	11.6	4		スロバキア	9.1	22	
デンマーク	11.5	5		オーストラリア	8.7	23	※
カナダ	11.4	6		日本	8.5	24	※
スイス	11.4	6		チリ	8.4	25	
オーストリア	11.0	8		チェコ	8.2	26	
ベルギー	10.9	9		イスラエル	7.9	27	
ニュージーランド	10.3	10		ハンガリー	7.4	28	
ポルトガル	10.1	11	※	ポーランド	7.4	28	
スウェーデン	10.0	12		エストニア	7.0	30	
イギリス	9.8	13		韓国	6.9	31	
アイスランド	9.7	14		ルクセンブルク	6.8	32	※
ギリシャ	9.6	15	※	メキシコ	6.4	33	
ノルウェー	9.6	16	*	トルコ	6.1	34	※
アイルランド	9.5	17		OECD 平均	9.5		
スペイン	9.5	17					

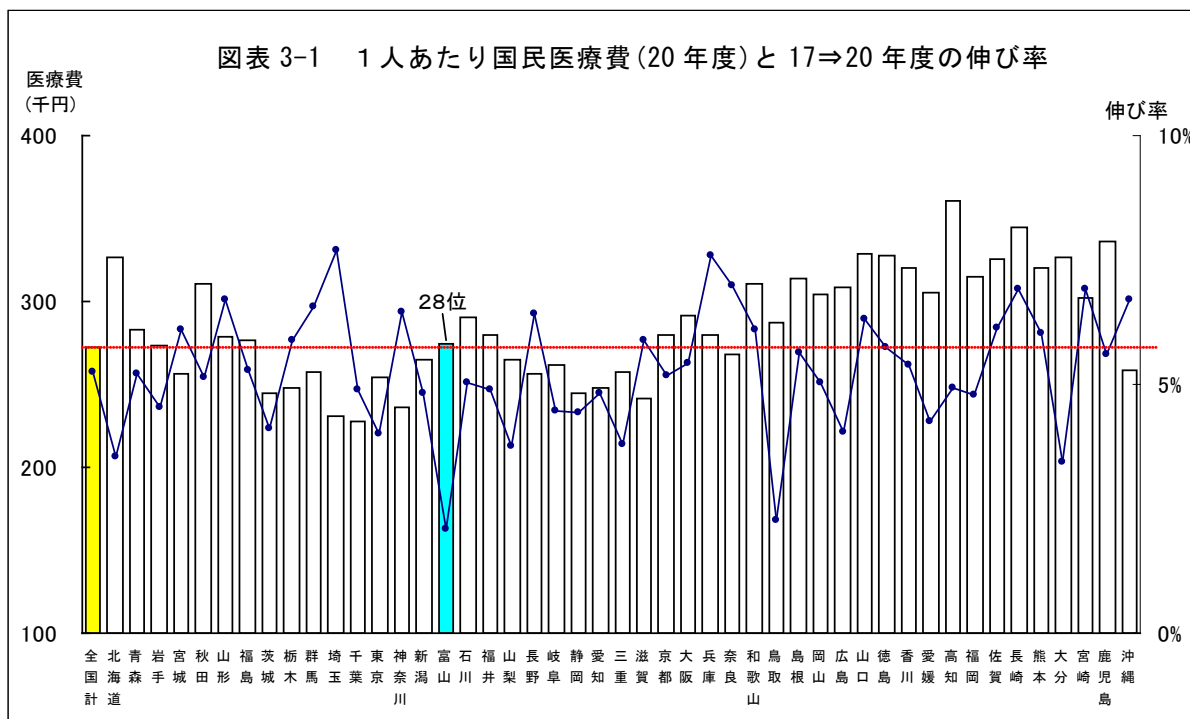
【出典】「OECD HEALTH DATA 2011」  
 (注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの  
 (注2) ※の数値は2008年のデータ(ただし、ギリシアは2007年のデータ)  
 (注3) \*の数値は予測値

出典：厚生労働省



## 《本県の医療費》

- 本県の医療費については、平成 20 年度で 3,024 億円と平成 17 年度の 2,988 億円に比べ 1.2%増加しています。(図表 3-2)
- 平成 11 年度以降の推移を見ると、平成 12 年度の介護保険制度の導入等により、横ばいに近い状況にありますが、基本的には全国と同様に増加傾向にあります。
- 本県の 1 人あたり医療費を全国と比較すると、平成 20 年度において 274,600 円（全国 28 位）と、全国平均 272,600 円をわずかに上回っています。(図表 3-1、3-3)
- 平成 17 年度⇒20 年度の 1 人あたり医療費の伸び率は 2.1%で、全国平均 5.3%を大きく下回り、伸び率では 47 位で全国最下位となっています。(図表 3-3)



※ 都道府県別国民医療費は、3年に1回推計される。最新データは、平成20年度。

図表 3-2 医療費の推移（全国平均との比較）

（単位：億円）

	H11	H14	H17	H20	H11→20		H17→20	
					伸び率	順位	伸び率	順位
全国計	307,019	309,507	331,289	348,084	13.4%		5.1%	
富山県	3,004	2,888	2,988	3,024	0.7%	47	1.2%	46

図表 3-3 1人あたり医療費の推移（全国平均との比較）

（単位：千円）

	H11	H14	H17	H20	順位	H11→20		H17→20	
						伸び率	順位	伸び率	順位
全国計	242	243	259	273		12.6%		5.3%	
富山	267	258	269	275	28	2.8%	47	2.1%	47

出典：厚生労働省 国民医療費

## イ 老人医療費

- 全国の老人医療費は、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※から、平成 20 年度ころまでは、ほぼ横ばいとなっていました。

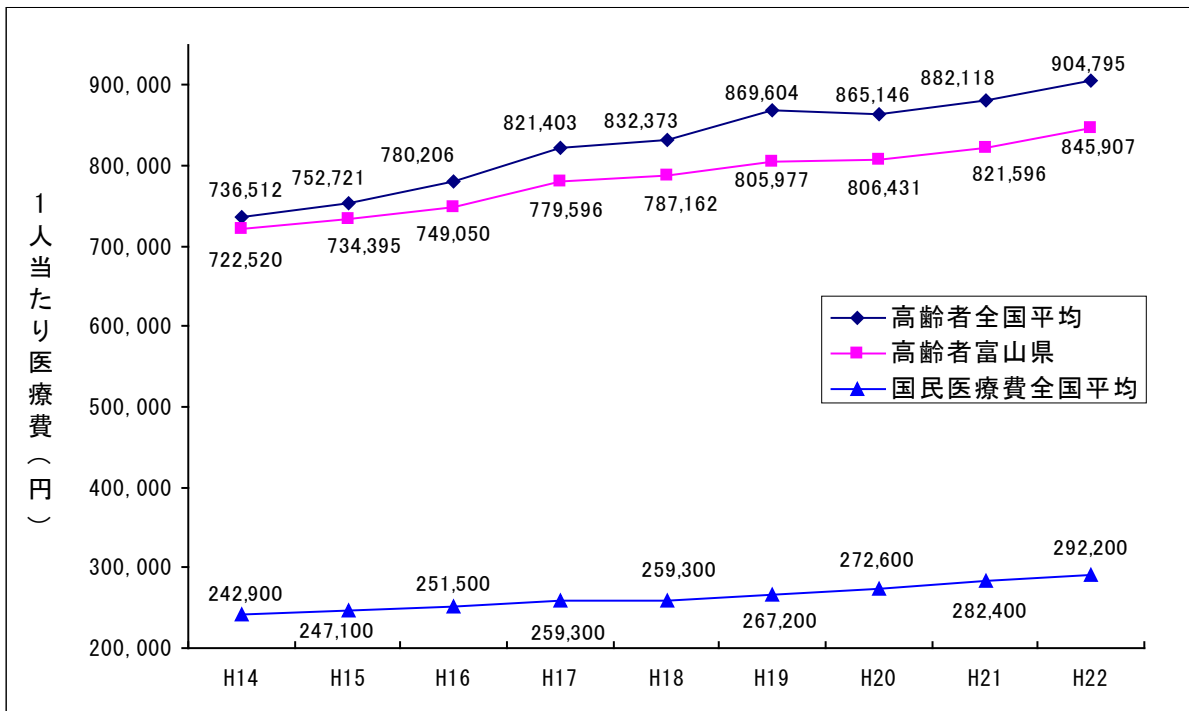
しかしながら、後期高齢者医療制度が始まった平成 20 年度から増加に転じており、21 年度で 6 千億円、22 年度には 7 千億円の対前年度増となっています。（金額にして平成 22 年度で約 12 兆 7,213 億円）。（図表 1）

- 全国の 1 人あたり老人医療費は近年増加傾向にあります。また、1 人あたり国民医療費と比較すると、平成 22 年度の 1 人あたり老人医療費（904,795 円）は、1 人あたり国民医療費（292,200 円）の 3 倍強になっています。（図表 4）

※ 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。

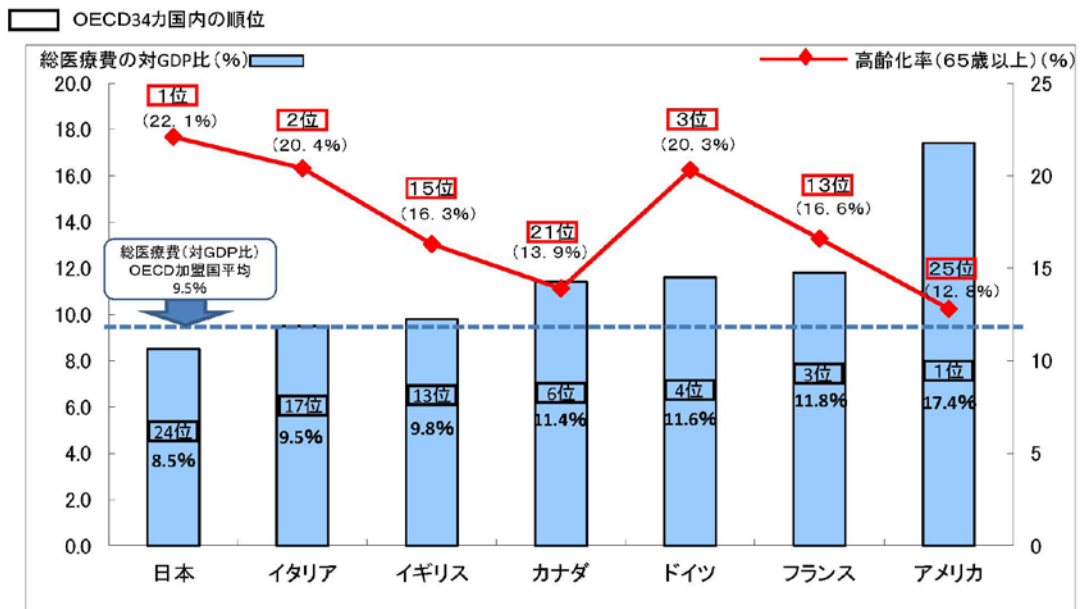
平成 20 年度からは、後期高齢者医療制度が始まり、対象年齢は原則 75 歳以上となっています。

図表4 高齢者医療費の全国平均及び本県、国民医療費全国平均 1人あたり医療費の推移



出典：厚生労働省 老人医療事業年報、国民医療費

図表5 G7諸国における総医療費（対GDP比）と高齢化率の状況（2009年）



- 出典：「OECD HEALTH DATA 2011」
- OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部（介護保険適用分）、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれていることに留意が必要。
- 日本の総医療費の対GDP比は2008年（平成20年）のデータ。

出典：厚生労働省

【参考】G7諸国における総医療費と高齢化率の状況について

OECD（経済協力開発機構）の調査によると、G7諸国の中で我が国の高齢化率はトップ（22.1%）ですが、GDP（国内総生産）に対する総保健医療関連費の割合は（8.5%）は、最低となっています。（図表5）

《本県の老人医療費》

- 本県の平成20年度の老人医療費は約1,200億円で、本県医療費の39.7%を占めており、全国と比べ高い割合を示しています。（図表6）  
（国民医療費の都道府県別データは、20年度が最新のため、20年度で比較しています。）
- 本県の平成22年度の1人あたり老人医療費は845,907円と、全国平均（904,795円）を下回っていますが、全国同様に増加傾向にあります。  
17年度⇒22年度の伸び率については、8.5%増と全国平均10.2%増より低くなっています。（図表4、図表7）
- 本県の平成20年度の1人あたり老人医療費（806,431円）は、1人あたり富山県の国民医療費（274,600円）の2.9倍と、全国同様に高い数値を示しています。（図表8）（国民医療費との比較のために、平成20年度の数値を使用しています。）

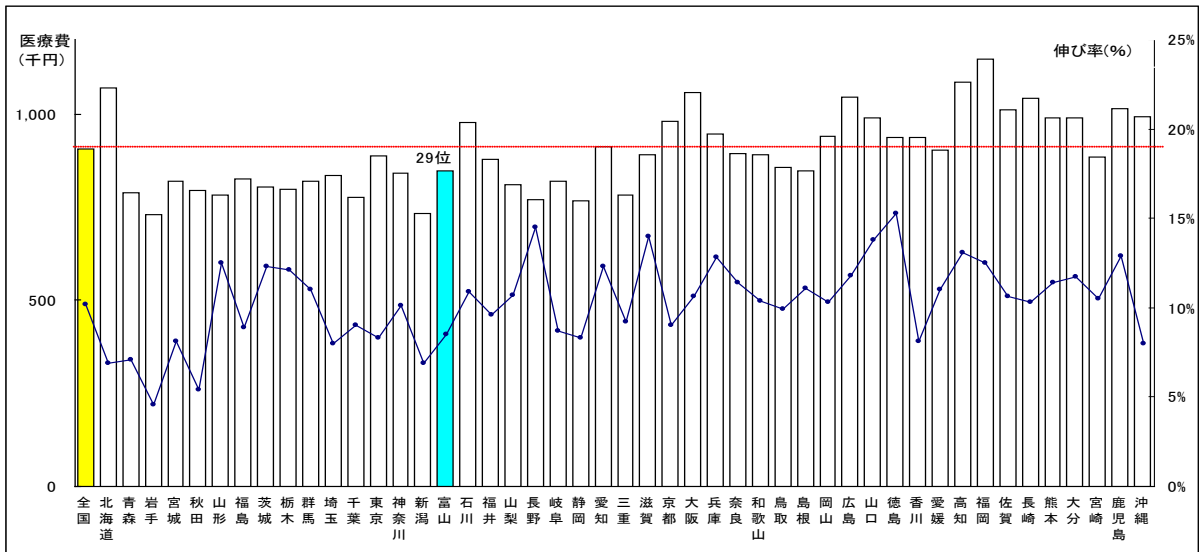
図表6 全国と富山県の医療費の比較

	平成14年度	平成17年度	平成20年度	（単位）
国民医療費(全国) (a)	309,507	331,289	348,084	（億円）
老人医療費 (b)	117,300	116,443	114,145	（億円）
1人あたり老人医療費	736512	821,403	865,146	（円）
老人医療費対象者数	15,926,449	14,176,160	13,193,766	（人）
老人医療費の占める率 b/a	37.9%	35.1%	32.8%	
富山県の国民医療費 (A)	2,888	2,988	3,024	（億円）
老人医療費 (B)	1,269	1,220	1,200	（億円）
1人あたり老人医療費	722,520	779,596	806,431	（円）
老人医療費対象者数	175,568	156,483	148,766	（人）
老人医療費の占める率 B/A	43.9%	40.8%	39.7%	

※ 老人医療費対象者は、制度の変遷により年度ごとに異なっている。

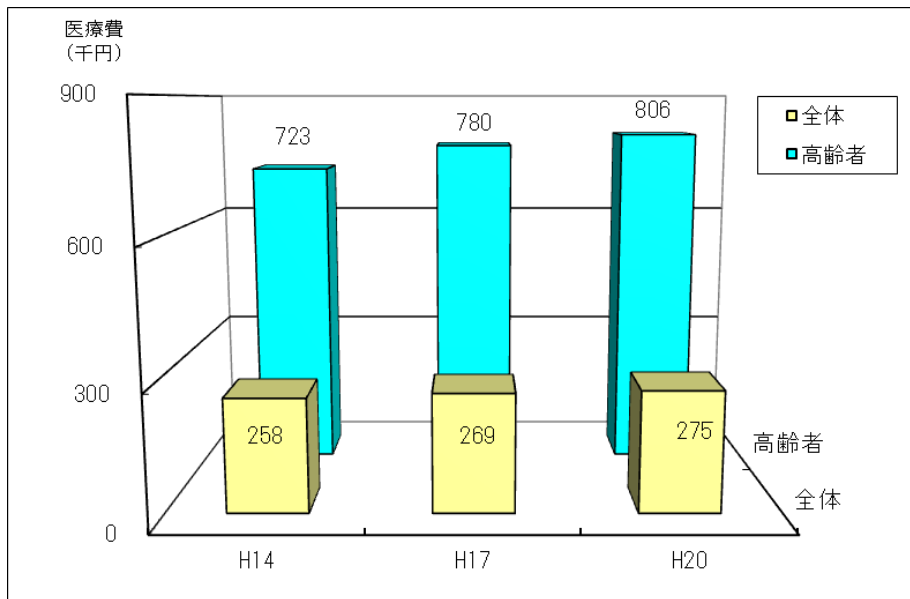
出典：厚生労働省 国民医療費、老人医療事業年報

図表 7 都道府県別 1人あたり老人医療費及び 17⇒22 年度の伸び率



出典：厚生労働省 老人医療事業年報

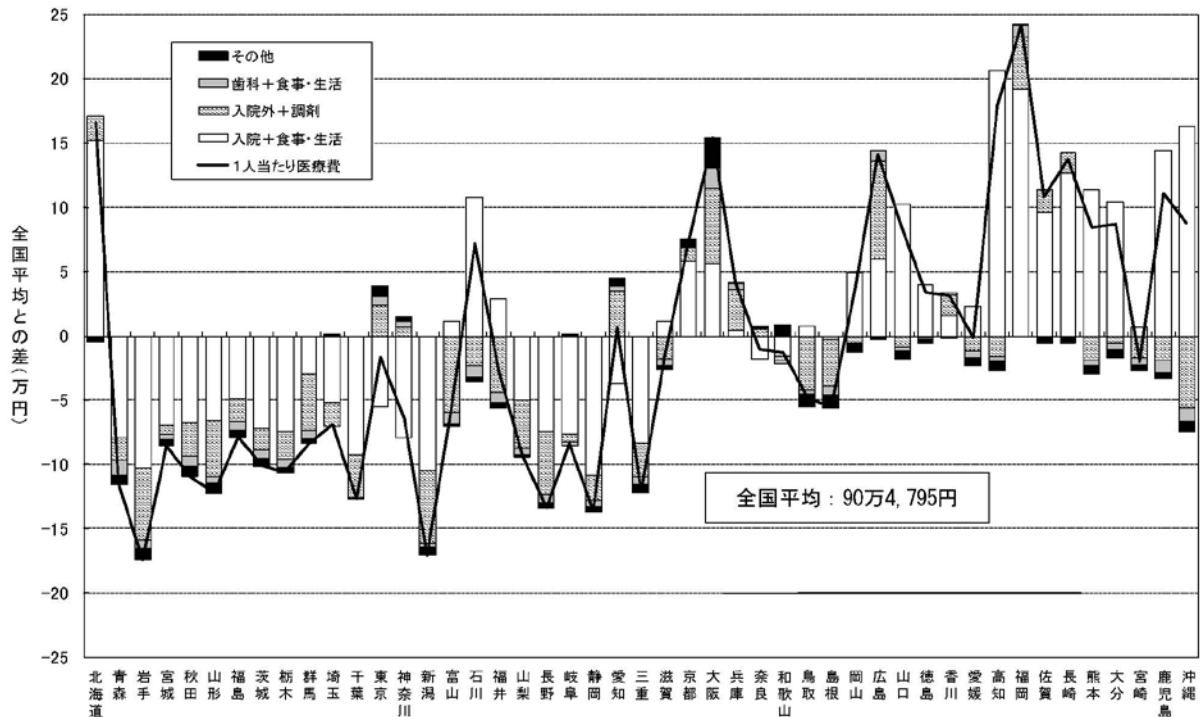
図表 8 富山県の 1人あたり医療費の推移



出典：厚生労働省 国民医療費、老人医療事業年報

- 本県の平成 22 年度の 1人あたり老人医療費を入院、入院外、歯科の区分ごとに見ると、入院外医療費は 347,687 円（全国 47 位）その内の調剤費は 97,569 円（45 位）、歯科診療費は 19,370 円（44 位）と、全国と比べ低い数値を示す一方、入院医療費は 466,740 円（20 位）と全国平均（455,232 円）を上回る数値となっています。（図表 9）

図表9 1人あたり医療費の診療種別内訳（全国平均との差）平成22年度



出典：厚生労働省 老人医療事業年報

### 《高齢化の進展》

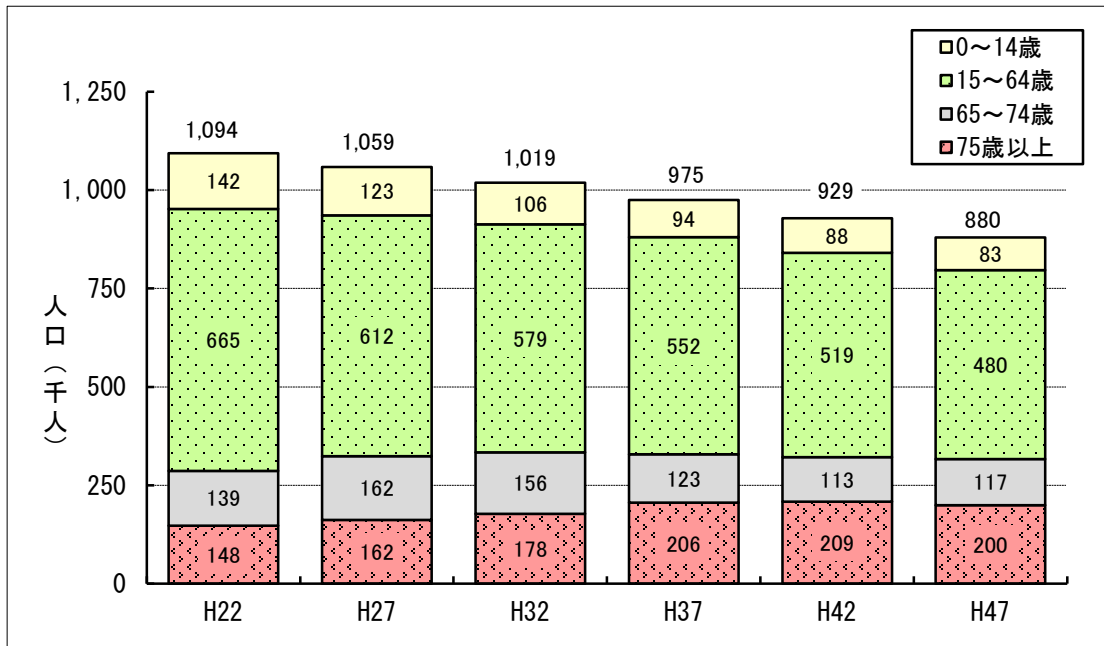
- 平成19年5月に公表された都道府県別の将来人口推計によると、今後、本県の総人口は、平成22年度の1,094千人から42年度には929千人へと165千人の減少が予想されています。(図表10-1)

その一方で、県内の高齢者人口は42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22年の26.2%から平成42年には34.7%になると予想されています。

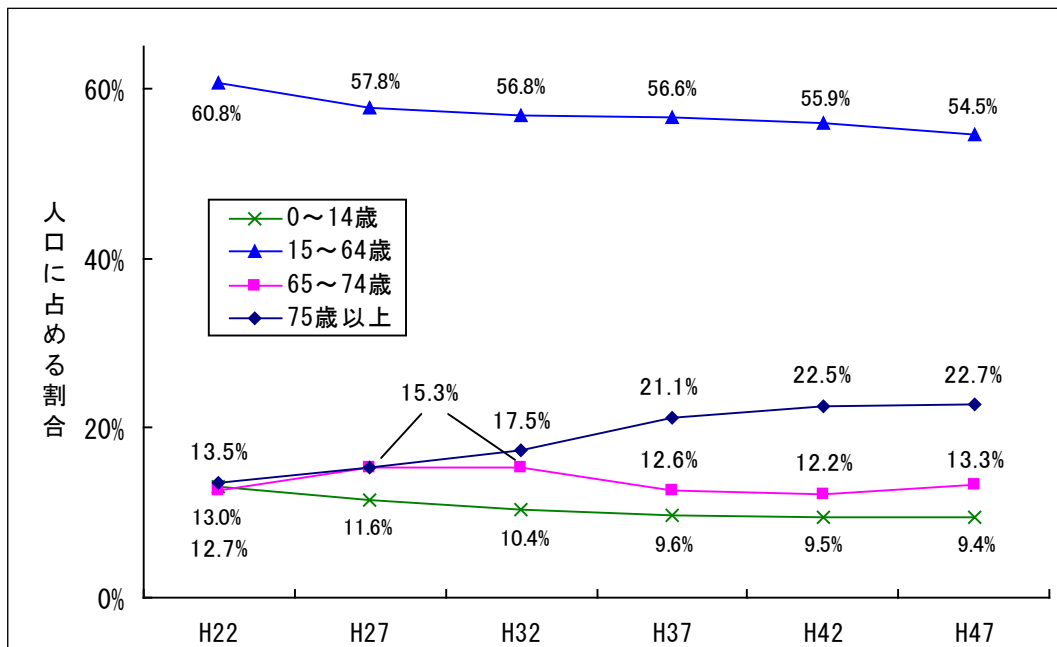
(図表10-2)

- 75歳以上人口では、平成22年の148千人から平成42年には209千人になると予想されています。(図表10-1)
- 本県は、医療費全体に占める老人医療費の割合が高いことから、老人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、県の医療費や老人医療費は高い伸びを示すものと予想されます。

図表 10-1 富山県の人口の将来推計 年齢別人口



図表 10-2 富山県の人口将来推計 年齢別割合

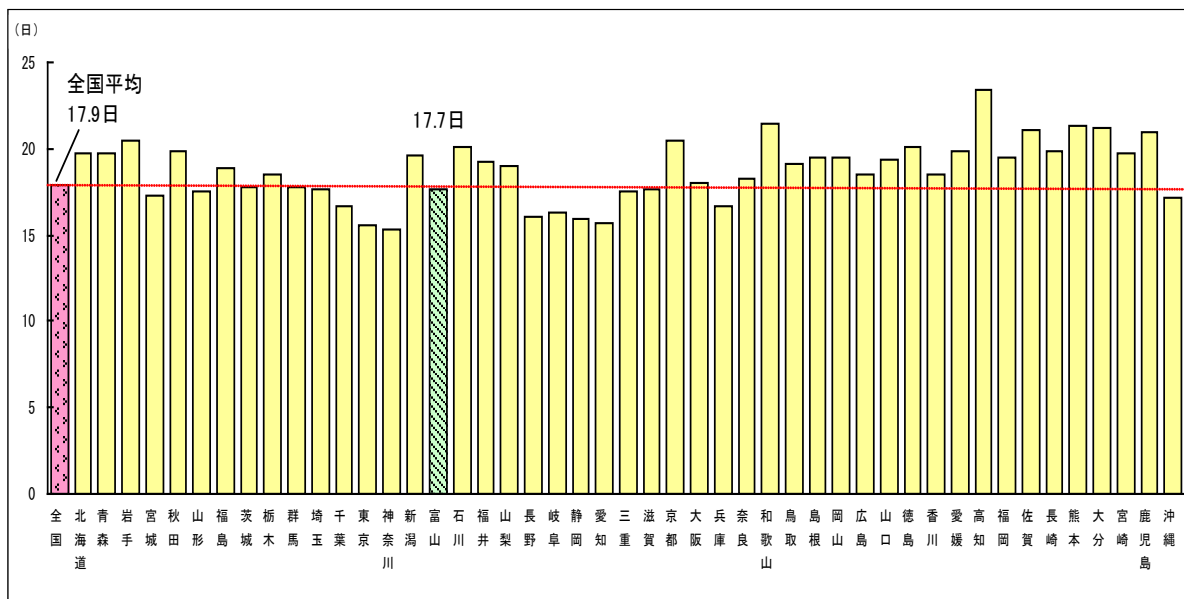


出典：日本の都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

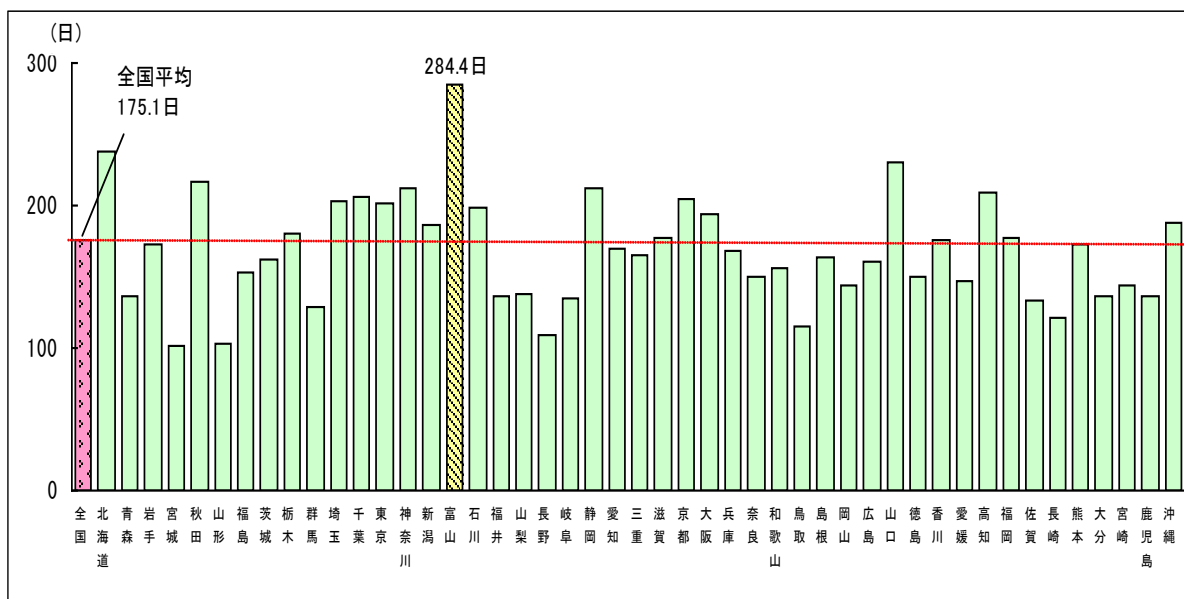
## (2) 平均在院日数の状況

- 本県の病床種類別平均在院日数は、平成23年「病院報告」によると、一般病床17.7日(全国17.9日)、療養病床284.4日(同175.1日)、精神病床357.0日(同298.1日)、結核病床115.8日(同71.0日)、感染症病床4.8日(同10.0日)となっています。(図表9-1から9-4)

図表9-1 都道府県別平均在院日数（一般病床）



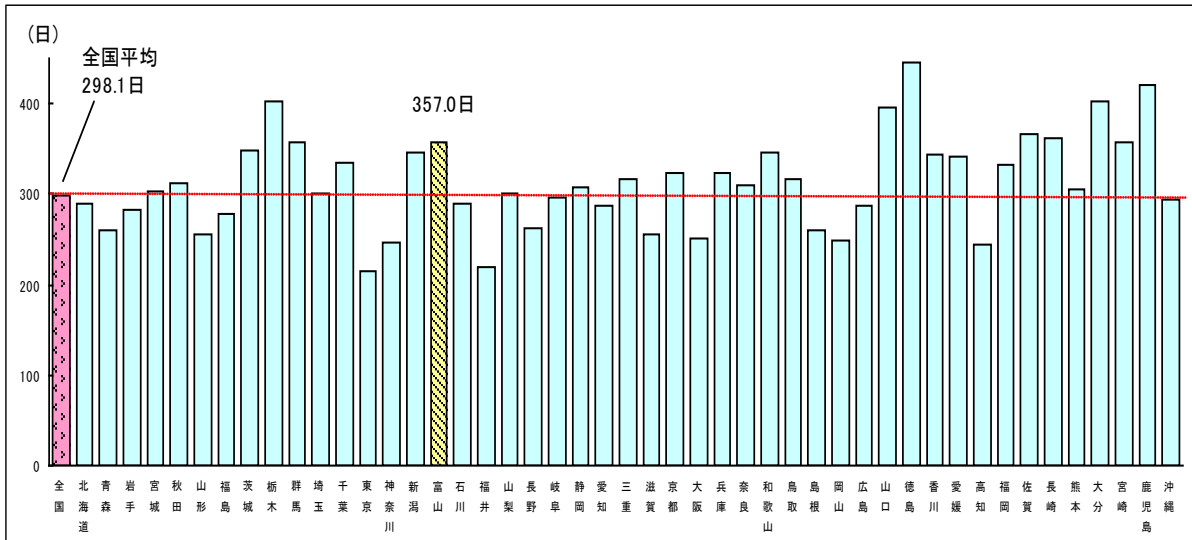
図表9-2 都道府県別平均在院日数（療養病床）



出典：厚生労働省 病院報告（平成23年度）



図表 9-3 都道府県別平均在院日数（精神病床）



図表 9-4 病床種類別平均在院日数（平成 23 年度）

（単位：日）

	一般病床等	療養病床等	精神病床	結核病床	感染症病床	介護療養を除く全病床
富山県	17.7	284.4	357.0	115.8	4.8	32.5
全国	17.9	175.1	298.1	71.0	10.0	30.4

出典：厚生労働省 病院報告（平成 23 年度）

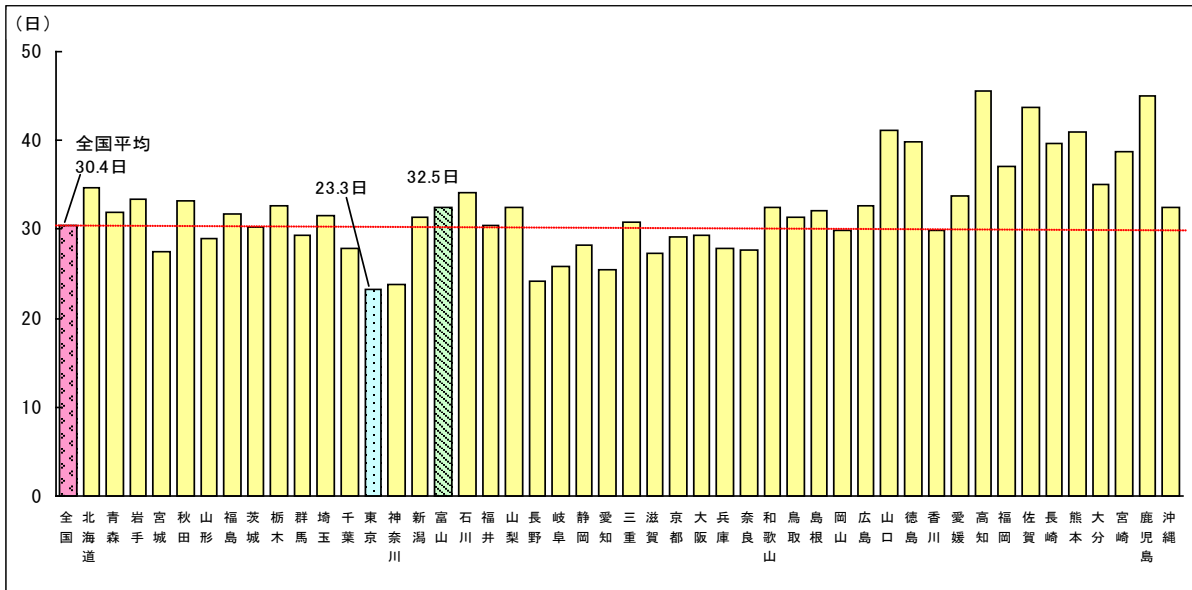
- 全国の介護療養病床※を除く全病床（一般病床、医療療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床）での平均在院日数は、30.4日となっています。

（図表 9-4）

※ 介護療養病床とは、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床で、介護保険適用の病床のことをいいます。（医療保険適用の病床は、医療療養病床といいます。なお、単に「療養病床」という場合は、介護療養病床及び医療療養病床両方を含みます。）

- 本県の平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）は 32.5 日（全国第 18 位）と、全国より 2.1 日長く、また、最短の東京都（23.3 日）と比べて 9.2 日長くなっています。（図表 9-1 から 9-5）

図表 9-5 都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）



出典：厚生労働省 病院報告（平成 23 年度）

※ 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】**

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

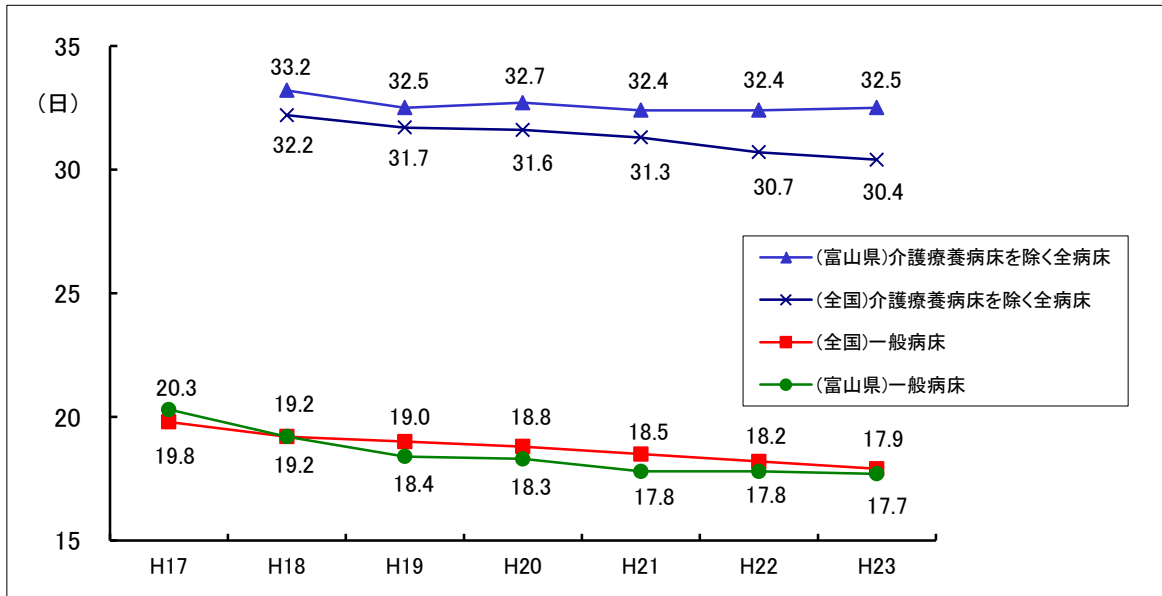
ただし、療養病床については、次式による。

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

〔 同一医療機関内の他の病床から移された患者数含む 〕
同一医療機関内の他の病床へ移された患者数含む

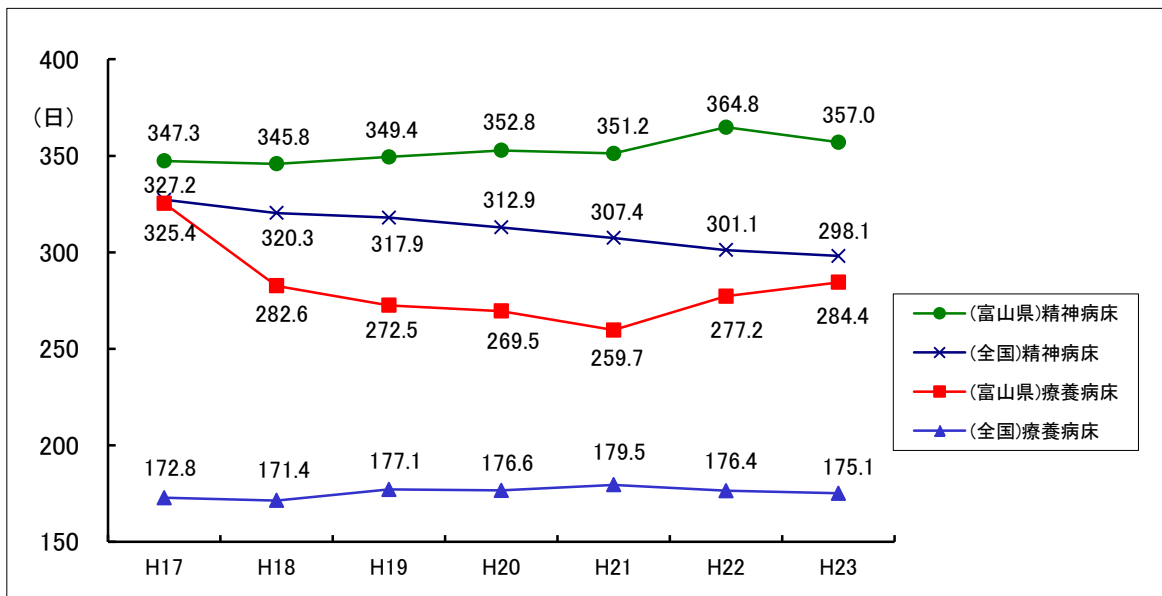
○ 平均在院日数の推移を見ると、全国的に減少傾向にありますが、本県の介護療養病床を除く全病床では、平成 20 年度から 23 年度の 4 年間で 0.2 日（一般病床は 0.6 日）短くなっているものの、療養病床は 14.9 日、精神病床は 4.2 日増加しています。（図表 10-1、10-2）

図表 10-1 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



※ 介護療養病床を除く全病床は、平成 17 年度以前は統計項目になかったため、空欄となっている。

図表 10-2 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

### (3) 療養病床の状況

- 本県の療養病床数は、平成 24 年 10 月 1 日時点で 5,318 床（医療療養病床 3,089 床（うち回復期リハビリテーション病棟※の療養病床 140 床）、介護療養病床 2,229 床）あります。

※ 回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 能力（日常生活動作）の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟をいいます。

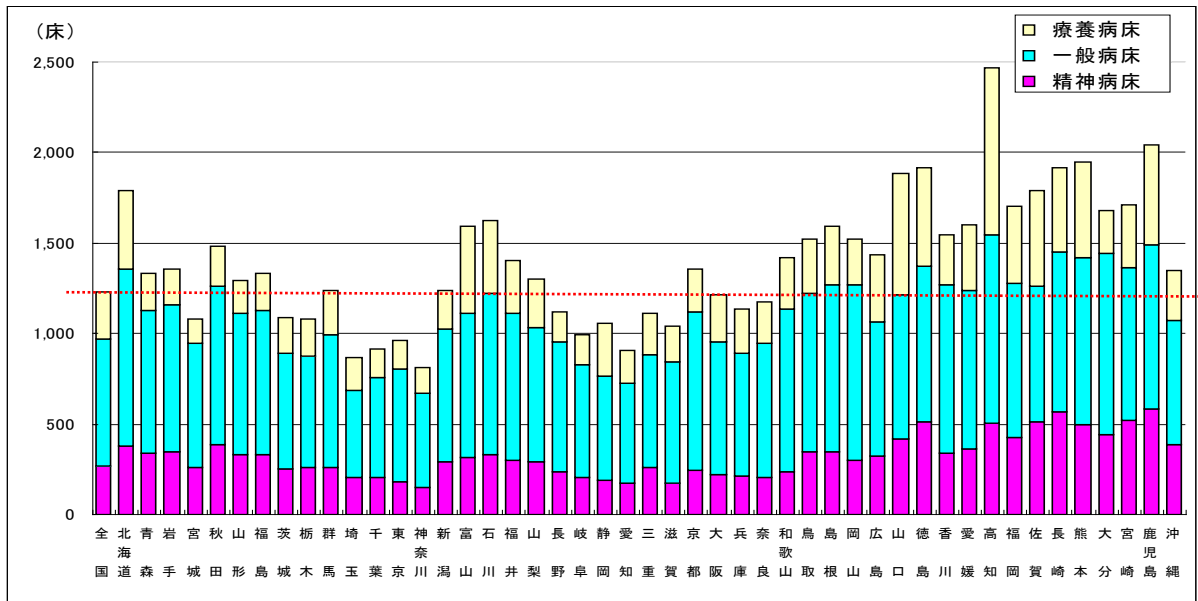
- 療養病床について人口 10 万人あたりの病床数で見ると、本県は 489.3 床（全国第 7 位）であり、全国平均 258.3 床よりも高い水準にあります。

（精神病床は 312.4 床《269.2 床》、一般病床は 799.9 床《703.7 床》となっており、いずれも全国平均を上回っています。※《 》内は全国平均。）

（図表 11）

- 介護療養病床については、当初、平成 23 年度末に廃止の予定でしたが、法律改正により 29 年度末までその転換期限が延長されました。
- これは実態調査の結果、療養病床から介護保健施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえて、療養病床の機械的削減は行わないこととする国の方針によるものです。（平成 24 年厚生労働省告示第 524 号、「医療費適正化計画に関する施策についての基本的な方針」第 1 の 2）

図表 11 人口 10 万人あたり病床数（平成 23.10.1 現在）



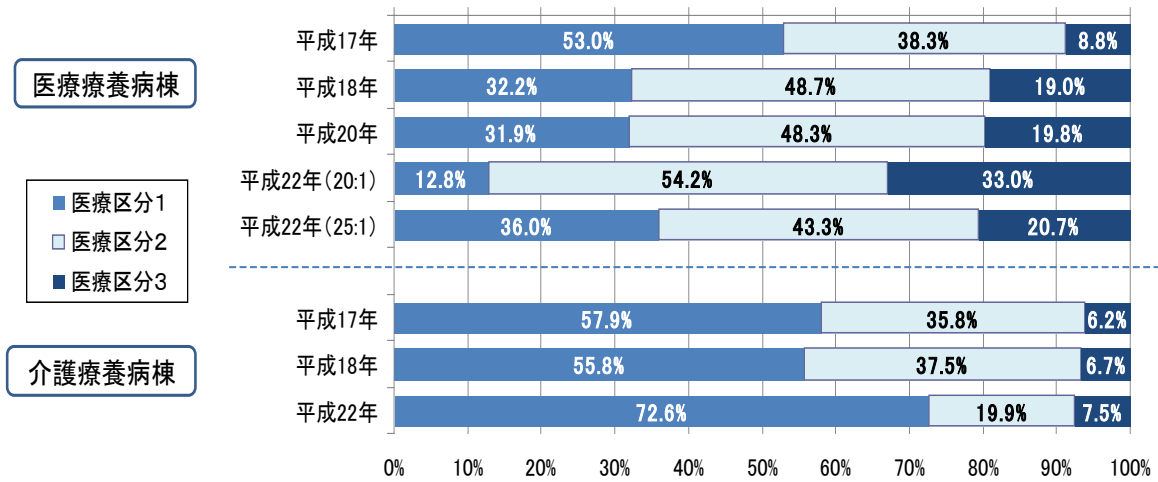
出典：厚生労働省 病院報告

○ 医療療養病床と介護療養病床の機能上の評価について、厚生労働省は平成 17 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査を行いました。その調査によると、医療療養病床と介護療養病床との間で入院患者の医療区分に大きな差が見られず、両者の役割分担が不明確であることから、患者の状態に即した機能分担を進める必要があるとしました。

○ 平成 22 年に実施した医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査では、医療療養病床の患者では介護療養病床の患者よりも医療区分<sup>(注)</sup> 1 の占める割合が低く、医療区分 2 及び医療区分 3 の割合が高くなっており、介護療養病床と医療療養病床の機能分担が進みつつあると評価しています。(図表 12)。

※ 医療療養病床、介護療養病床は、財源（医療保険、介護保険）や、診療（介護）報酬上の額、人員配置基準などが異なります。

図表12 医療区分の年次推移



出典：「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」

(注) 医療区分の定義

下記「医療処置」及び「疾患・状態」にはそれぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分2又は3に該当することになります。

医療区分3	<p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 など</li> </ul> <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> </ul>
医療区分2	<p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア など</li> </ul> <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・神経難病 ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 など</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

資料：厚生労働省

#### (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、診療所等の医師や訪問看護指定事業所等の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。

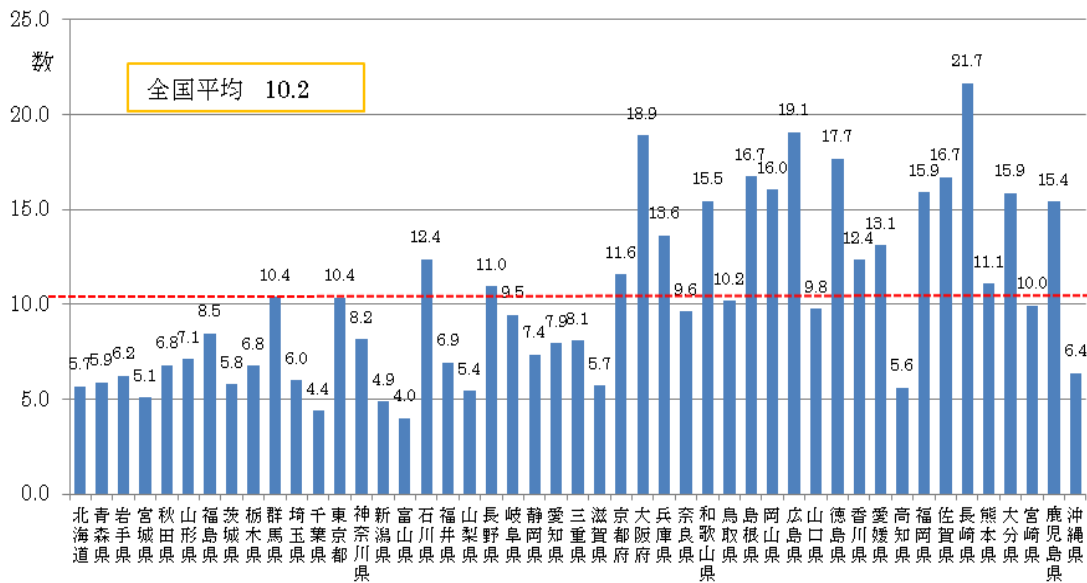
##### ア 在宅療養支援診療所及び訪問看護指定事業者の状況

- 人口 10 万人あたりの在宅療養支援診療所数を都道府県別に見ると、本県は 4.0 施設（全国平均 10.2 施設）であり、全国で最も少ない状況となっています（図表 13）。
- 人口 10 万人あたり訪問看護指定事業所数についても、4.5 事業所（全国平均 6.8 事業所）と全国平均を下回っています。（図表 14）

##### イ 往診・訪問診療の実施状況

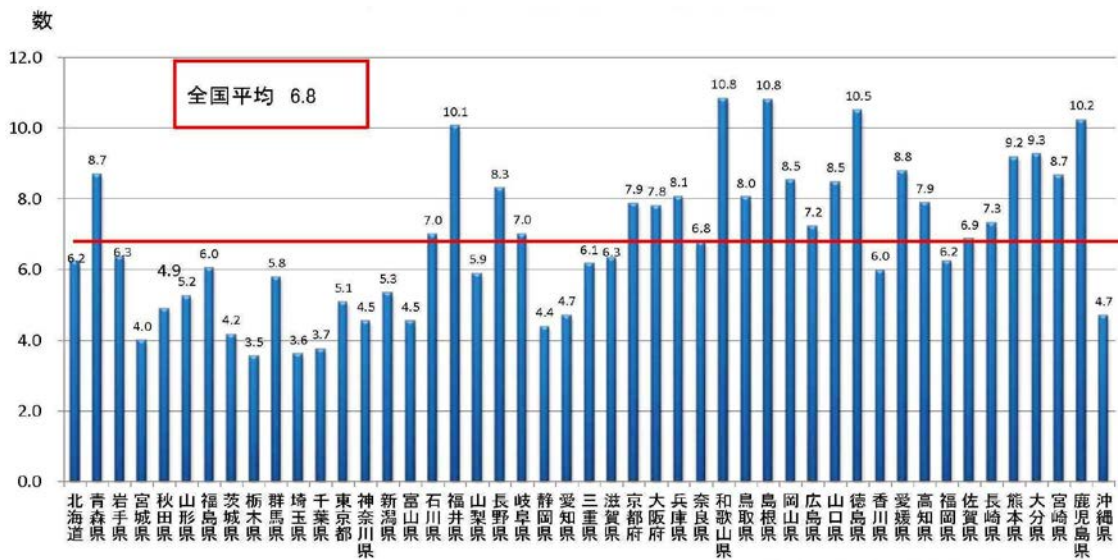
- 本県の往診・訪問診療について、平成 23 年 9 月中の実施状況を見ると、往診を実施している診療所は 235 施設（本県診療所総数の 30.4%）、訪問診療を実施している診療所は 212 施設（同 27.4%）と、いずれも全国平均（往診 24.1%、訪問診療 20.0%）より高い状況となっています。（図表 15）
- 本県では、在宅療養支援診療所の届出の有無にかかわらず、24 時間体制を踏まえた開業医のグループ化や医師会の支援などにより、在宅医療の取り組みが進められています。

図表 13 人口 10 万人あたりの在宅療養支援診療所数



出典：厚生労働省医政局指導課調べ（平成 24 年 1 月）

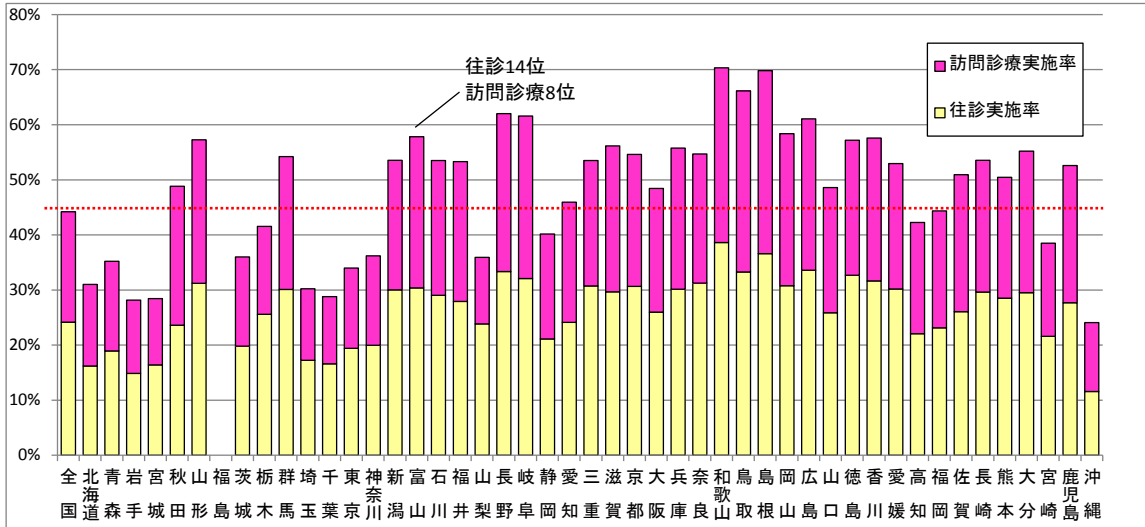
図表 14 人口 10 万人あたり訪問看護指定事業所数



出典：厚生労働省 介護給付費実態調査及び人口動態統計（平成 22 年度）



図表 15 往診・訪問診療を実施している診療所割合



※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 23 年度）

【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 23 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、6 割を超える人が、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 23 年度県政世論調査結果（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	26.3%	} 62.8%
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	11.5%	
住み慣れた地域にあるグループホームなどに入居して	11.4%	
有料老人ホームなどに入居して	15.8%	
特別養護老人ホームなどに入居して	12.3%	

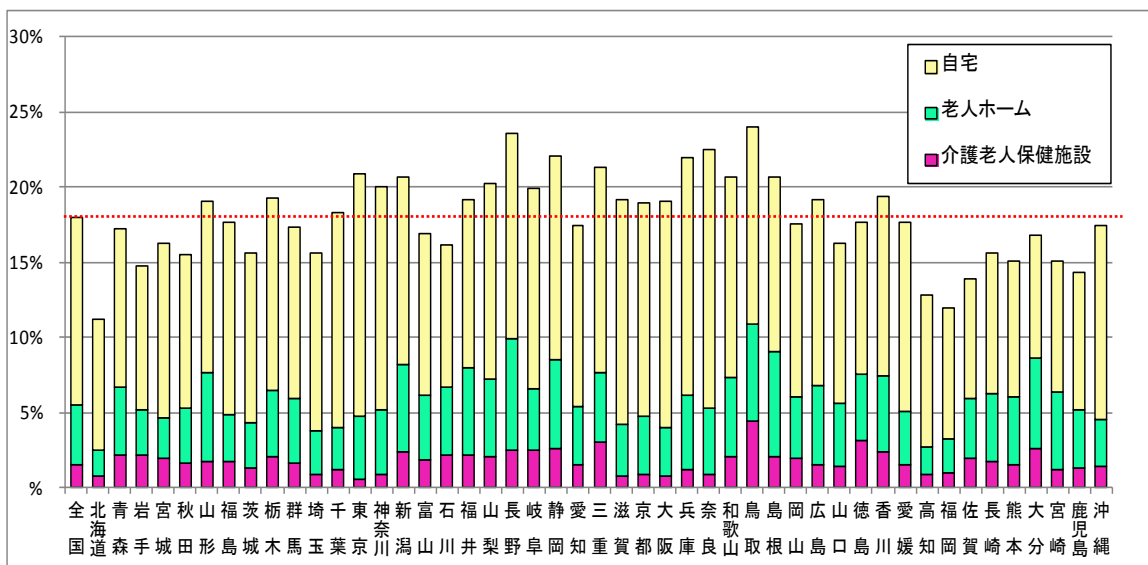
## ウ 在宅等における死亡状況

- 都道府県別に在宅等における死亡率※を見ると、本県は16.9%（全国平均18.0%）で全国33位となっており、最も高い鳥取県（24.0%）と比較すると、7.1ポイントの地域差があります。

※ 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4.3%、介護老人保健施設1.9%と、全国平均（それぞれ4.0、1.5%）並みの数値を示していますが、自宅での死亡率は10.7%と全国平均の12.5%を1.8ポイント下回っています。（図表16）

図表16 都道府県別在宅等死亡率



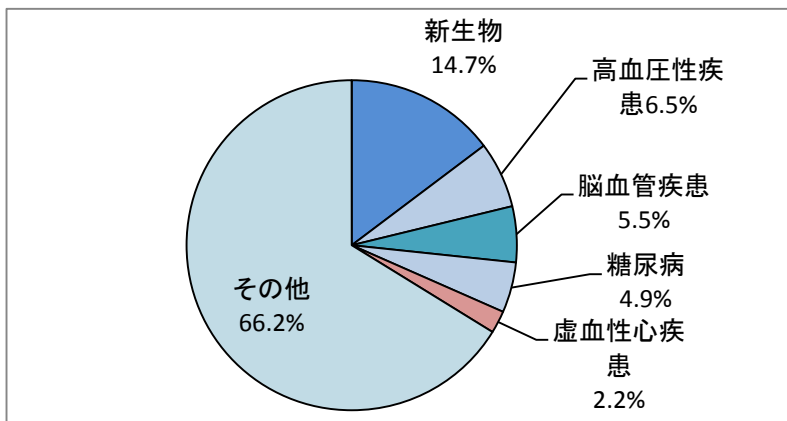
出典：厚生労働省 人口動態統計（平成23年）

(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

- 食生活や運動不足等に起因する、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患、がん等のいわゆる生活習慣病の本県の市町村国民健康保険（以下「国保」といいます。）医療費（入院と入院外）に占める割合は 33.8%となっています。これは金額にすると、5月の医療費の総額 58 億 5 千万円のうち 19 億 7 千万円を占めています。（図表 17）

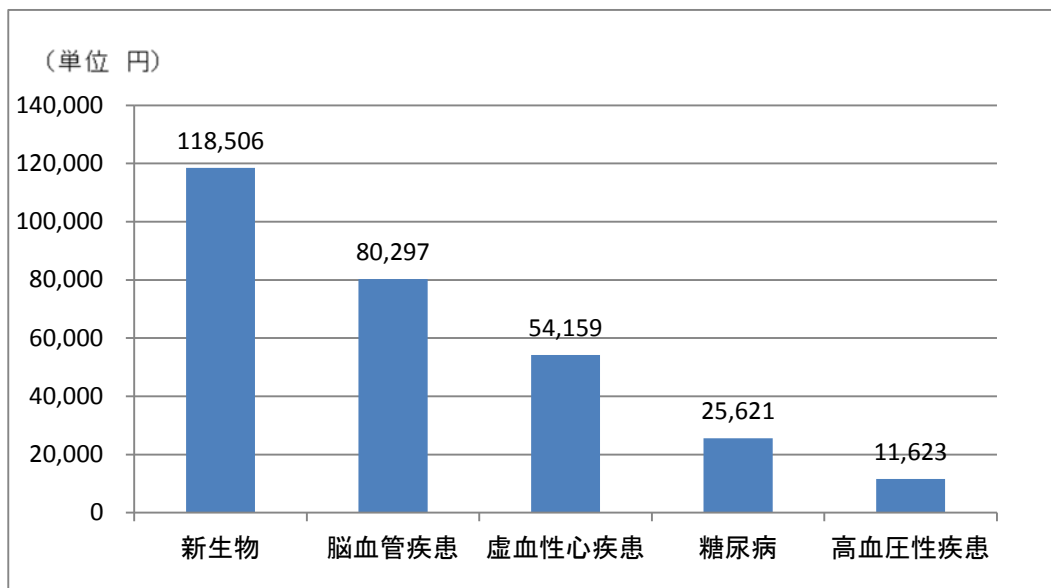
図表 17 富山県における医療費(国保)の状況(平成 23 年5月)



出典：平成 23 年度富山県国民健康保険団体連合会「とやまの国保」

- 1 件あたり費用額(入院と入院外の合算)は、新生物の 118,506 円に次いで、脳血管疾患が 80,297 円、虚血性心疾患が 54,159 円となっています。（図表 18）

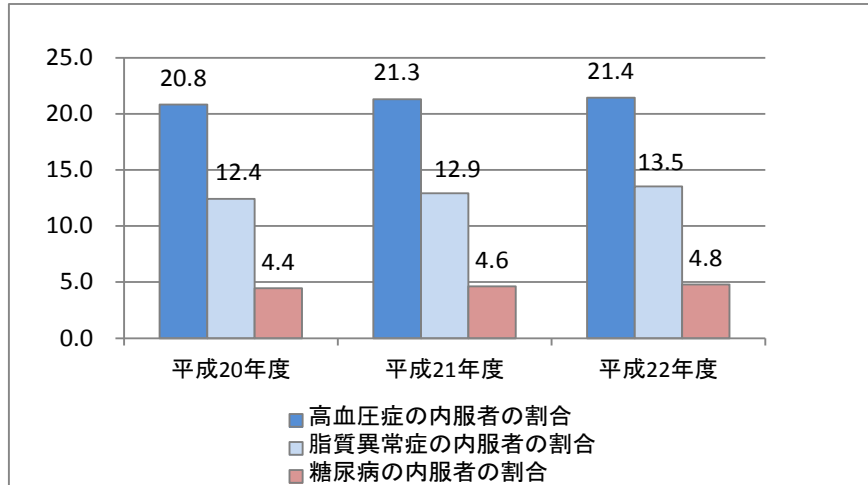
図表 18 1 件あたり費用額（国保 平成23年5月分）



出典：平成 23 年度富山県国民健康保険団体連合会「とやまの国保」

- 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割合をみると、本県は全国に比べて高い状況となっています。平成22年度では、高血圧の内服者は21.4%（全国15位）、脂質異常症の内服者は13.5%（全国3位）、糖尿病の内服者は4.8%（全国8位）となっており、どの疾患においても、年々微増しています。（図表19）

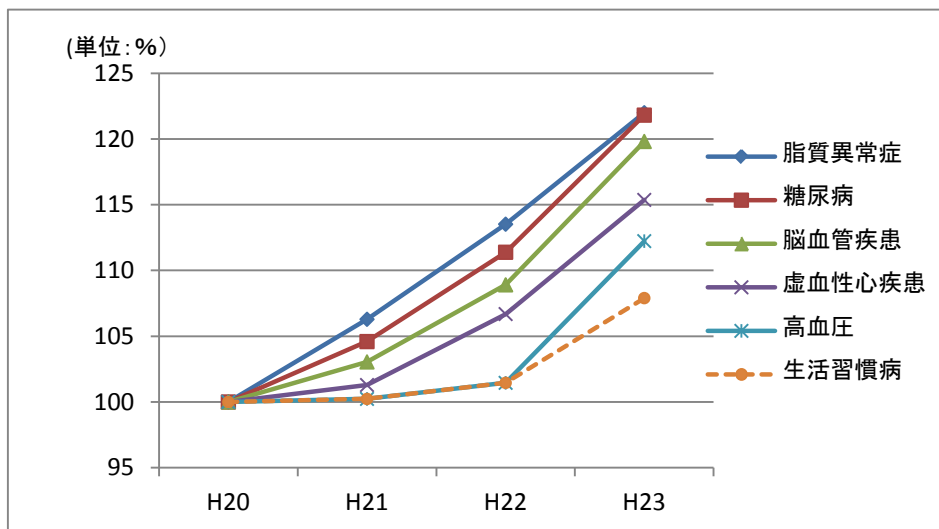
図表19 特定健診受診者における治療薬の内服者の状況(富山県)



出典：厚生労働省 平成20～22年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」

- 生活習慣病の受療の状況については、平成20年度を基準とすると年々増加しています。中でも、脂質異常症や糖尿病の受療が著しく増加している状況となっています。（図表20）

図表20 生活習慣病の受療の推移

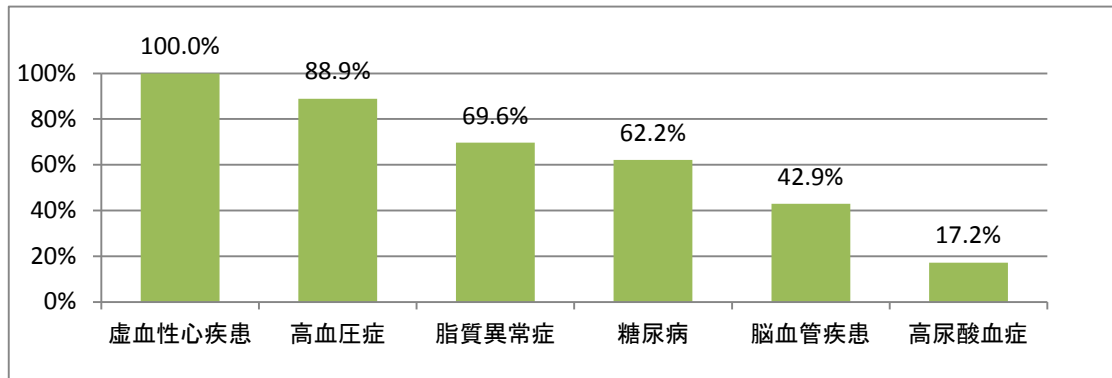


出典：富山県国民健康保険団体連合会保健事業「レセプト情報等を用いた分析事業」

（平成23年度5月診療分国保被保険者レセプトデータ分析結果より）

- 虚血性心疾患の受療者（入院と入院外）においては、高血圧症（88.9%）と脂質異常症（69.6%）糖尿病（62.2%）等の疾患をあわせ持つ者が多い状況です。（図表 21-1）

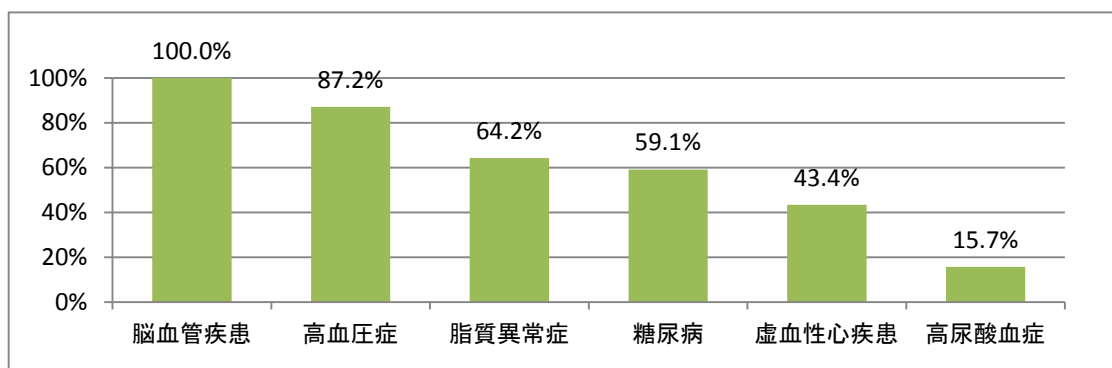
図表 21-1 虚血性心疾患受療者における併記疾患の受療状況



出典：富山県国民健康保険団体連合会保健事業「セプト情報等を用いた分析事業」  
（平成 23 年度 5 月診療分国保被保険者レセプトデータ分析事業より）

- 脳血管疾患の受療者（入院と入院外）においては、高血圧（87.2%）、脂質異常症（64.2%）、糖尿病（59.1%）等の疾患をあわせ持つ者が多い状況です。（図表 21-2）

図表 21-2 脳血管疾患受療者における併記疾患の受療状況

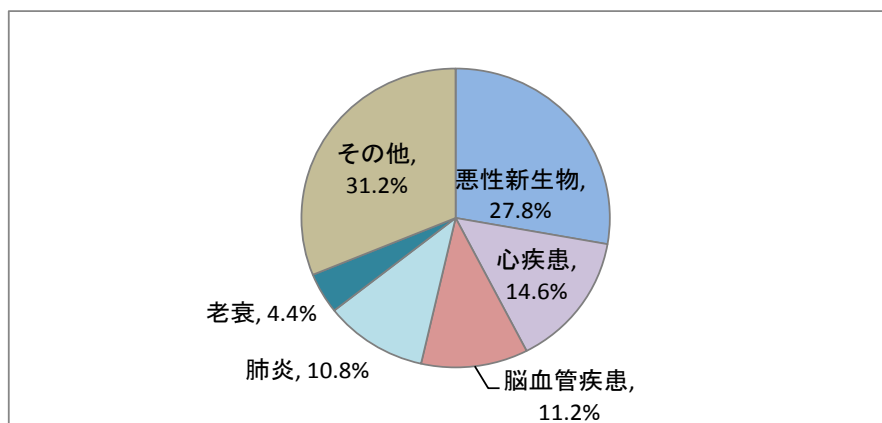


出典：富山県国民健康保険団体連合会保険事業「レセプト情報等を用いた分析事業」  
（平成 23 年度 5 月診療分国保被保険者レセプトデータ分析事業より）

## イ 死亡率

- 本県の死因別死亡率をみると、1位が悪性新生物（27.8%）、2位が心疾患（14.6%）、3位が脳血管疾患（11.2%）となっており、生活習慣病が全体の6割近くを占めています。（図表 22）

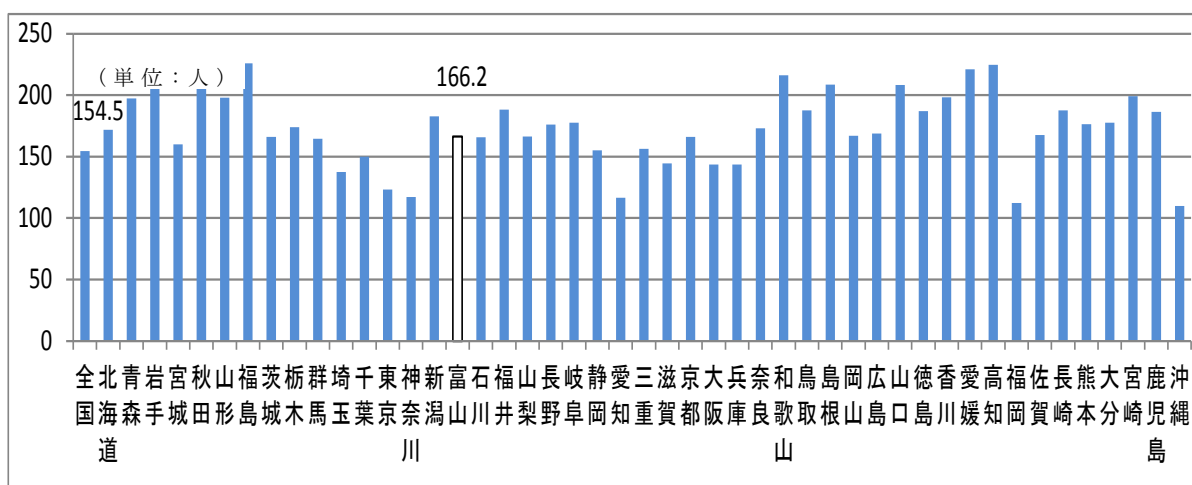
図表 22 富山県の死因別死亡割合（H23）



出典：平成 23 年人口動態統計

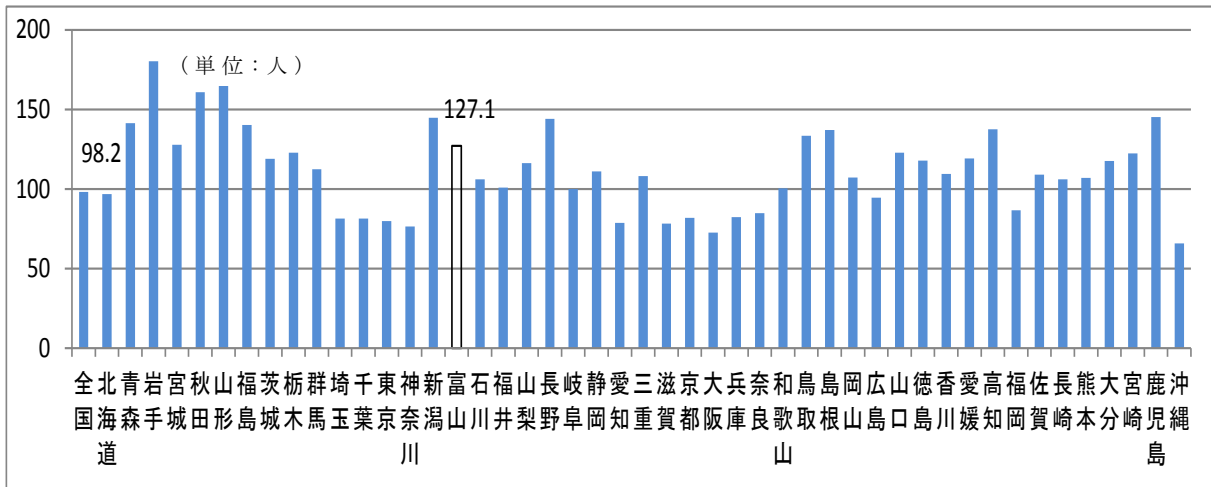
- このうち、心疾患及び脳血管疾患について、人口 10 万人あたり死亡率の全国比較をみると、本県の心疾患では 166.2 人と全国平均 154.5 人を上回っており、脳血管疾患については、127.1 人と全国平均 98.2 人を上回っています。（図表 23-1、23-2）

図表 23-1 人口 10 万人あたり心疾患での死亡率の全国比較（平成 23 年）



出典：平成 23 年人口動態統計

図表 23-2 人口10万人あたり脳血管疾患での死亡率の全国比較(平成 23 年)

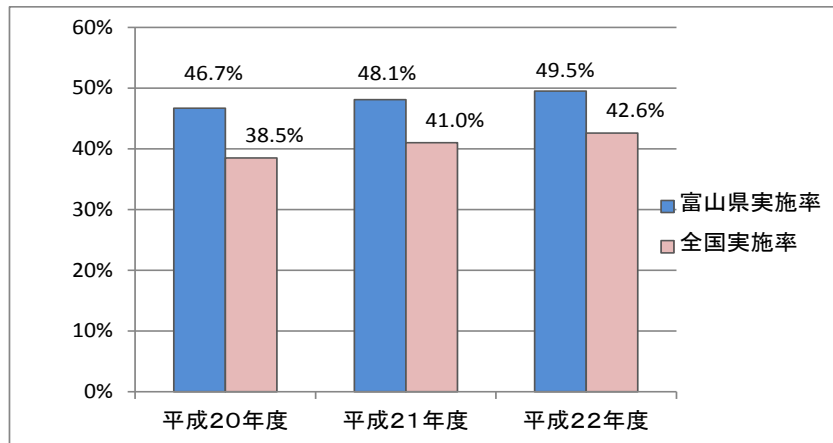


出典：平成 23 年人口動態統計

#### ウ 特定健康診査の実施状況

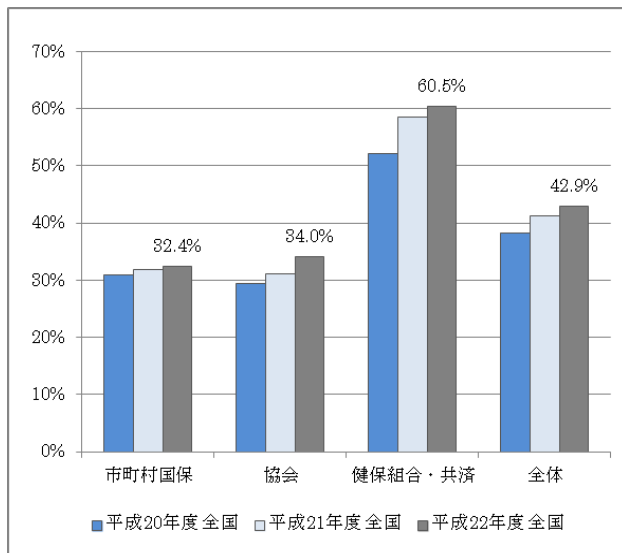
- 特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、その要因となっている生活習慣を改善し、糖尿病等の生活習慣病の有病者および予備群を減少させることを目的に、平成 20 年度から各医療保険者が実施しています。
- 本県の特定健康診査の実施率は平成 22 年度 49.5%（全国 4 位）で、年々増加しており、この傾向は全国においても同様です。（図表 24）
- 医療保険者種別にみると、本県では市町村国保（平成 22 年度、42.1%）と全国健康保険協会（平成 22 年度、44.1%）が全国よりも高い状況です。（図表 25-1、25-2）
- 性別にみると、女性（平成 23 年度、44.6%）は男性（平成 23 年度、33.1%）に比べて高い状況が続いています。（図表 26）
- また、性・年代別にみると、女性は年代が上がるに従って実施率も高くなっています。一方、男性では、40 代～50 代は 10% 台ですが、60 代以上では高くなっています。（図表 27）

図表 24 特定健康診査実施率

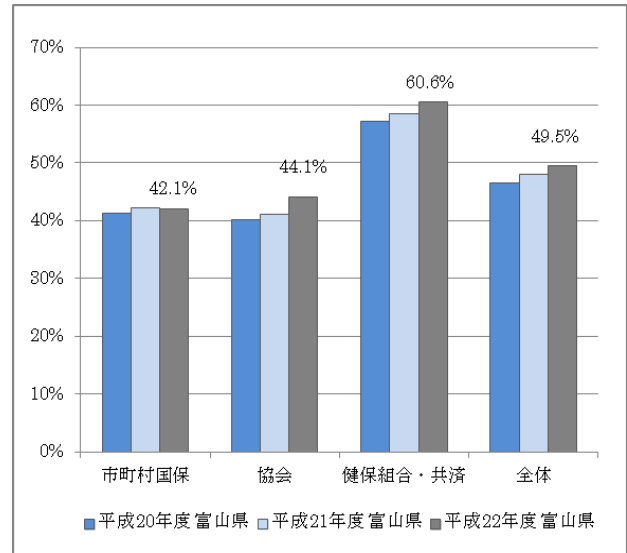


出典：厚生労働省 平成 20～22 年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

図表 25-1 保険者別実施状況（全国）

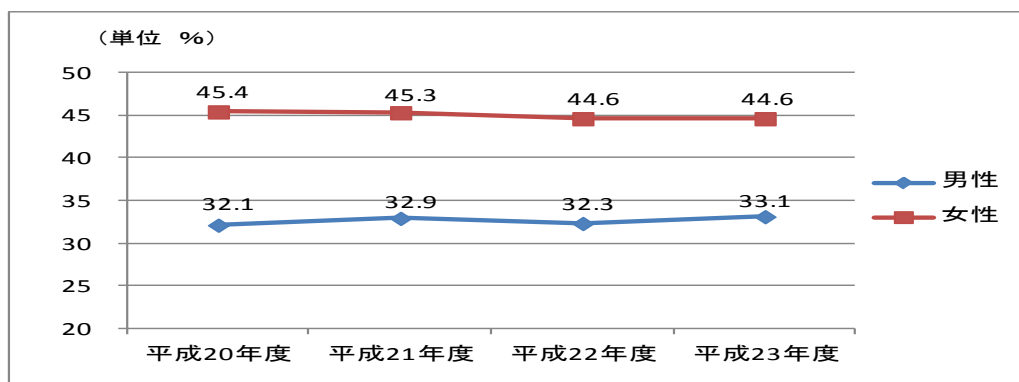


図表 25-2 保険者別実施状況（富山県）



出典：厚生労働省 平成 20～22 年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

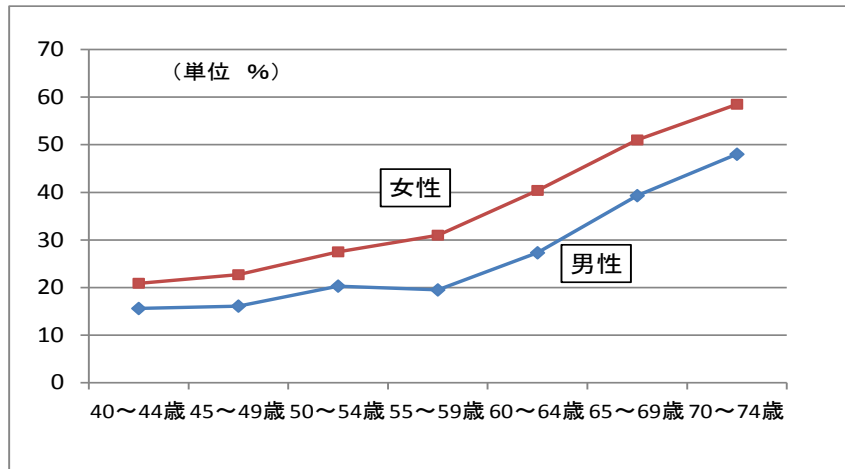
図表 26 性別実施率の状況（富山県）



出典：厚生労働省 特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」



図表 27 年代別実施率（平成 23 年度）



出典：厚生労働省 平成 23 年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

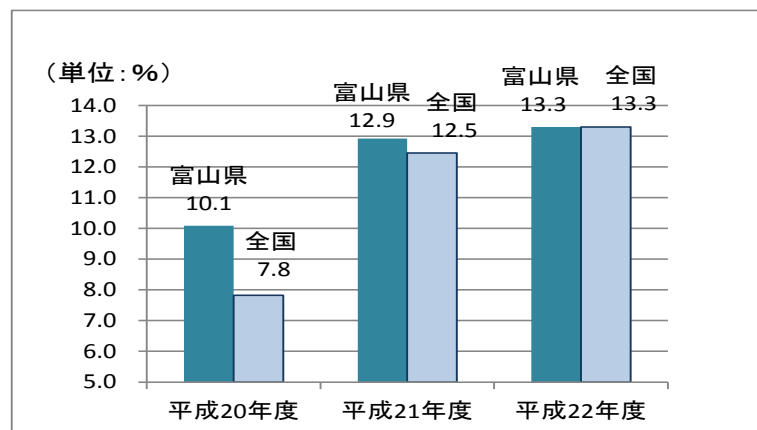
## エ 特定保健指導の実施状況

- 特定保健指導は、メタボリックシンドロームのリスクに応じて、積極的支援（※1）と動機づけ支援（※2）が実施されます。本県の特定保健指導の実施率は平成 22 度は 13.3% となっており、年々増加しています。この傾向は全国においても同様です。（図表 28）

（※1）積極的支援とは、メタボリックシンドローム該当者に対し、生活習慣の改善を目的に行う保健指導のことで、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。

（※2）動機づけ支援とは、メタボリックシンドローム予備群の者に対し、生活習慣の改善のための意思決定をすることを目的に行う保健指導のことで、専門職による 1 回の支援をいう。

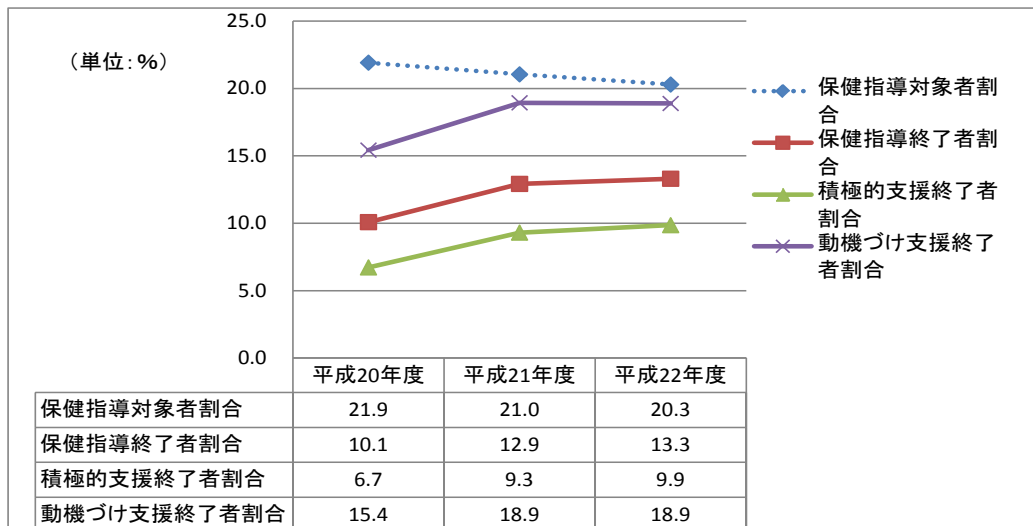
図表 28 特定保健指導実施率



出典：厚生労働省 平成 20～22 年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

- 本県における保健指導対象者の割合は年々わずかながら減少の傾向にあります。一方、積極的支援や動機づけ支援の終了者の割合が増加しています。（図表 29）

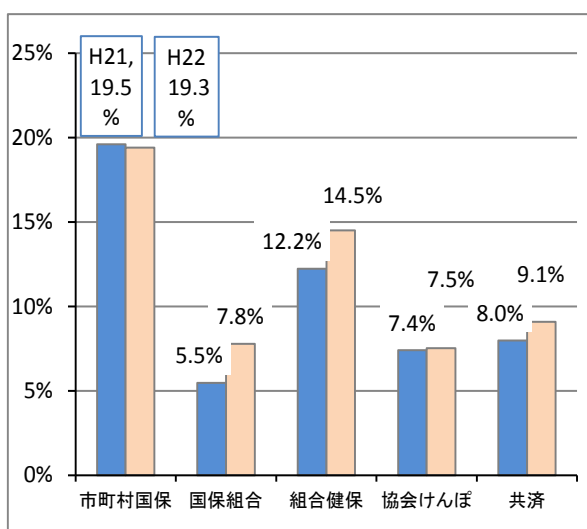
図表 29 特定保健指導の状況（富山県）



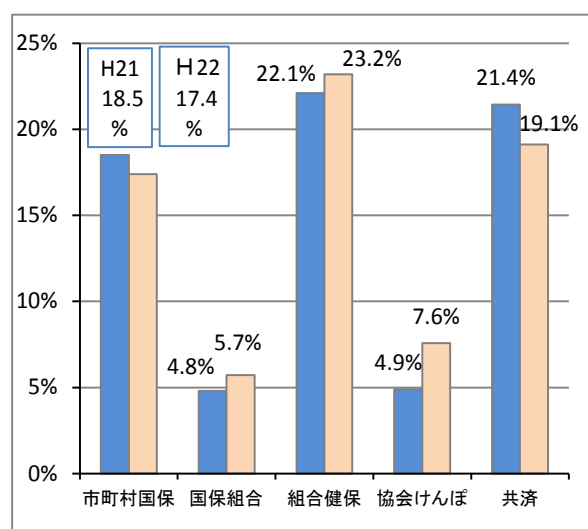
出典：厚生労働省 平成22年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

- 保険者種別ごとに特定保健指導の実施率をみると、本県では、組合健保と共済組合は全国よりも高く、市町村国保は全国よりも低い状況となっています。（図表 30-1、30-2）

図表 30-1 保険者別特定保健指導実施率（全国）



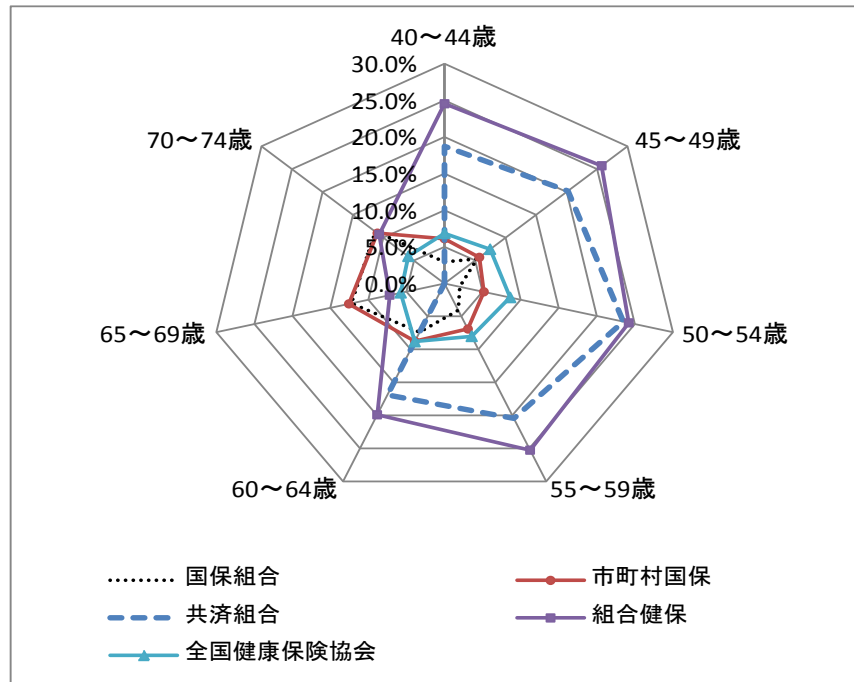
図表 30-2 保険者別特定保健指導実施率（富山県）



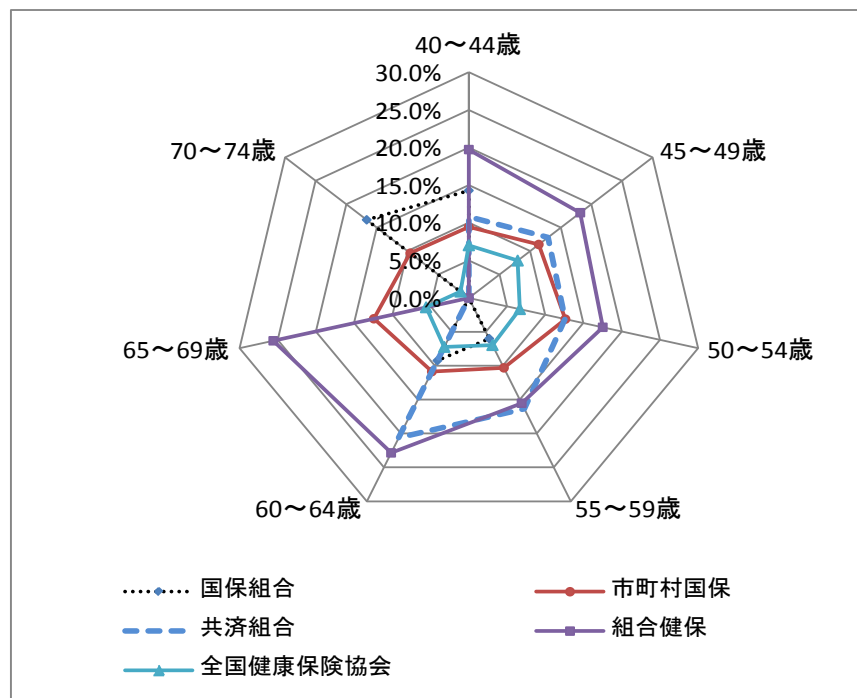
出典：厚生労働省 平成21～22年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

○保険者種別の特定保健指導の実施率は、市町村国保、全国健康保険協会では、男女ともにどの年代においても15%未満と低く、組合健保や共済組合では、40～64歳の男性では15～25%、女性では10～25%となっています。(図表31-1、31-2)

図表31-1 保険者別特定保健指導の実施状況(県男性平成22年度)



図表31-2 保険者別特定保健指導の実施状況(県女性平成22年度)



出典：厚生労働省 平成22年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

**オ メタボリックシンドロームの状況**

○ メタボリックシンドロームについて、予備群（※3）と該当者（※4）を合わせると本県（平成22年度、26.0%）は全国（平成22年度、26.4%）よりもやや低い状況です。（図表32-1、32-2）

○ 本県のメタボリックシンドロームの内訳をみると、メタボリックシンドロームの該当者（平成22年度、15.4%、全国11位）の割合が全国（平成22年度、14.4%）より高く、メタボリックシンドローム予備群者（平成22年度、10.6%、全国45位）の割合が全国（平成22年度、12.0%）より低い状況です。（図表33-1、33-2）

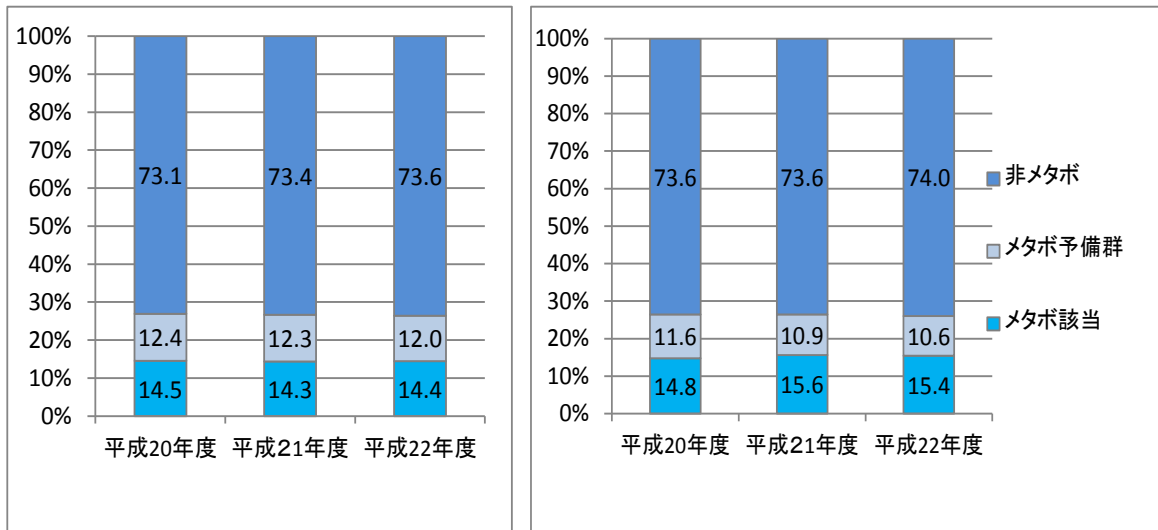
（※3）メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予備群とは、腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち以下の1つの項目に該当する者をいいます。

（※4）メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者とは、腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち以下の2つ以上の項目に該当する者をいいます。

【参考図表】 メタボリックシンドローム基準

必須	内臓脂肪蓄積		
	ウエスト周囲径	ウエスト周囲径 (へその高さ)	男性≥85cm 女性≥90cm
	上記に加え以下のうち2項目以上		
項目	血清脂質異常	血圧高値	高血糖
	トリグリセリド値 150mg/dl以上 かつ/または HDLコレステロール値40mg/dl未満	最高(収縮期)血圧130mmHg以上 かつ/または 最低(拡張期)血圧85mmHg以上	空腹時血糖値110mg/dl以上
	高トリグリライド血症、低HDLコレステロール血症、高血圧、糖尿病に関する薬物治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。		

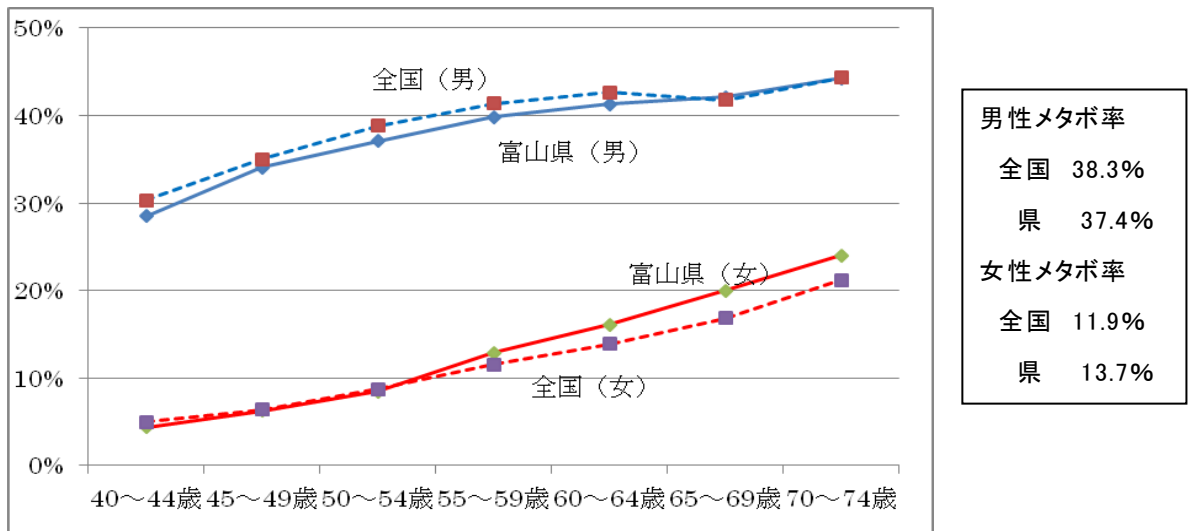
図表 32-1 メタボリックシンドローム推移(全国) 図表 32-2 メタボリックシンドローム推移(富山県)



出典：厚生労働省 平成22年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

- 性・年代別にみると、本県は全国とほぼ同じ傾向を示していますが、男性では40歳～65歳で全国よりも低く、女性では55歳～74歳で全国よりも高い状況です。(図表 33)

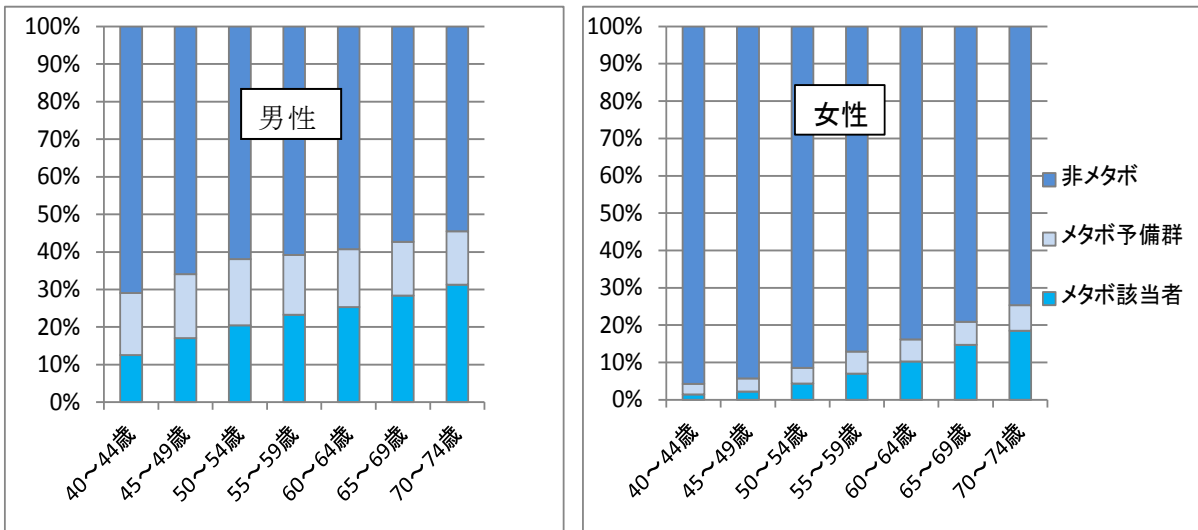
図表 33 年代別メタボリックシンドロームの状況(平成22年度)



出典：厚生労働省 平成22年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

- 男性では、予備群は年代を通じて15%前後で推移しているのに対し、該当者は年代が上がるにつれ高くなっています。また、女性では、予備群は5%前後で推移していますが、該当者は50代から年代が上がるにつれ、男性よりも急激に高くなっています。(図表 34-1、34-2)

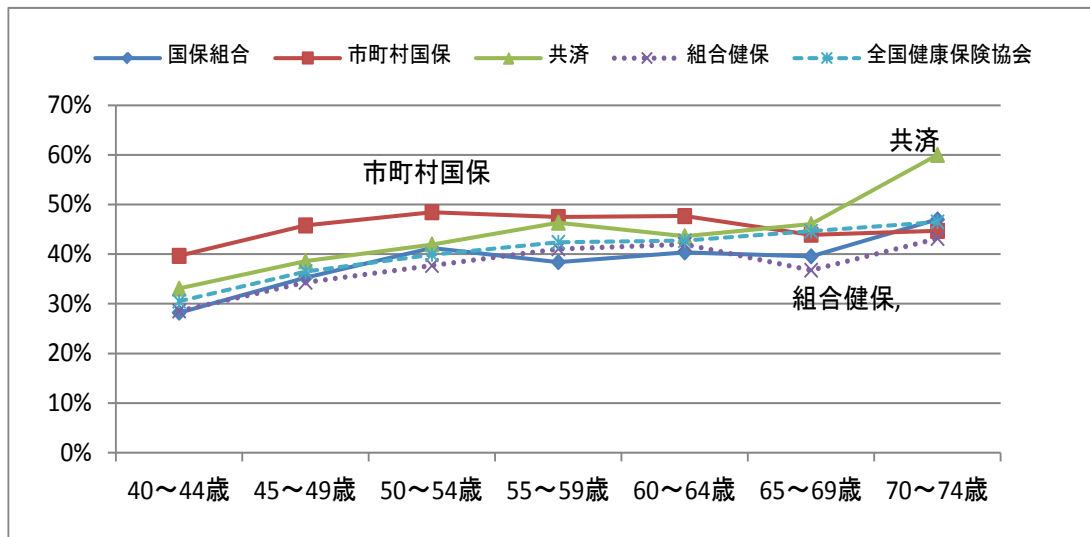
図表 34-1 年代別メタボの状況(富山県男性) 図表 34-2 年代別メタボの状況(富山県女性)



出典:厚生労働省 平成 22 年度特定健診・保健指導の実施状況に関する「全国データ」

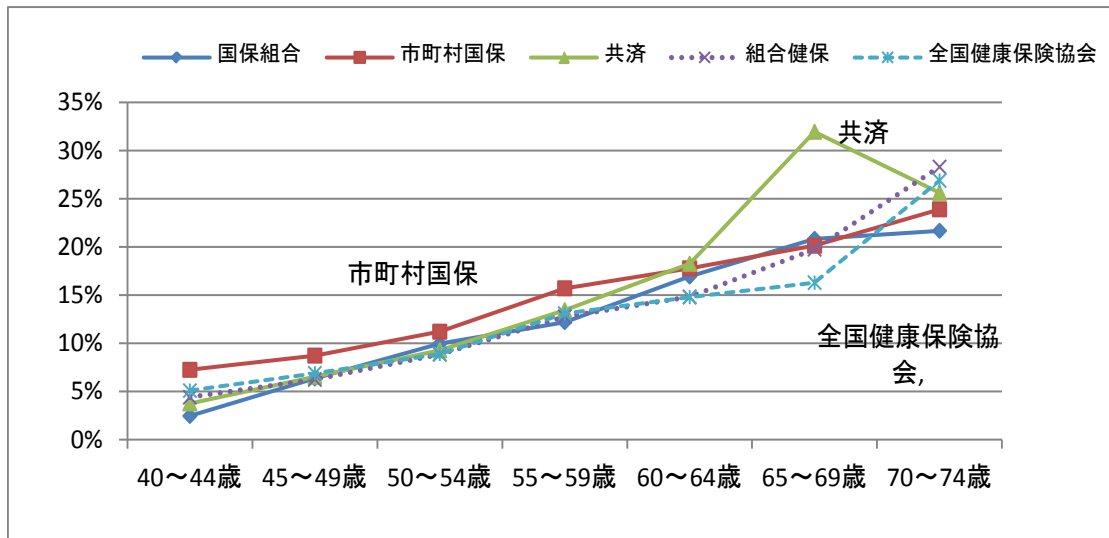
- 保険者種別ごとに比較すると、本県では、男女とも市町村国保が 40 代から 50 代の年代で高くなっています。また、どの医療保険者においても年代別の傾向は同じであり、男性では年代を通じてほぼ横ばい、女性では年代が上がるにつれ高くなっています。(図表 35-1、図表 35-2)

図表 35-1 保険者別メタボリックシンドロームの割合 (平成 22 年度、富山県男性)



出典:厚生労働省 平成 22 年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」

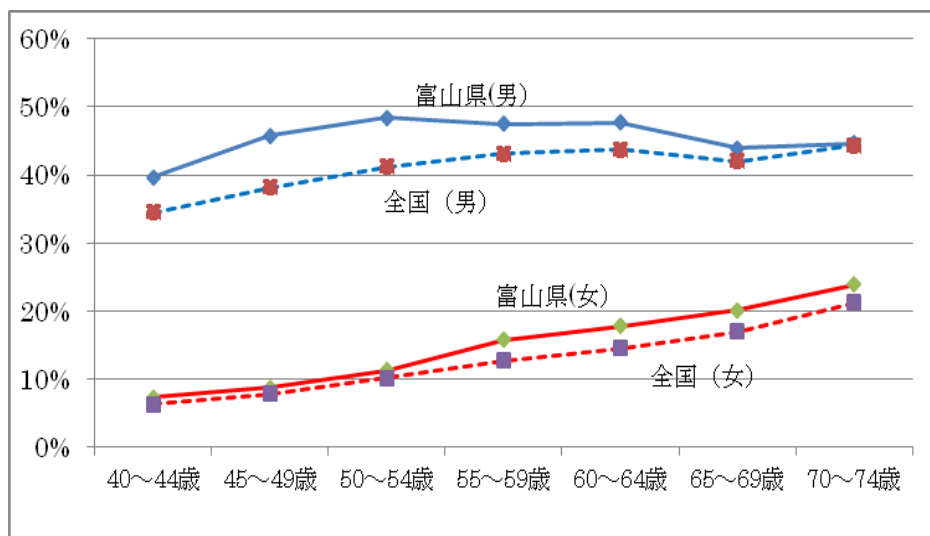
図表 35 - 2 保険者別メタボリックシンドロームの割合（平成 22 年度、富山県女性）



出典：厚生労働省 平成 22 年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」

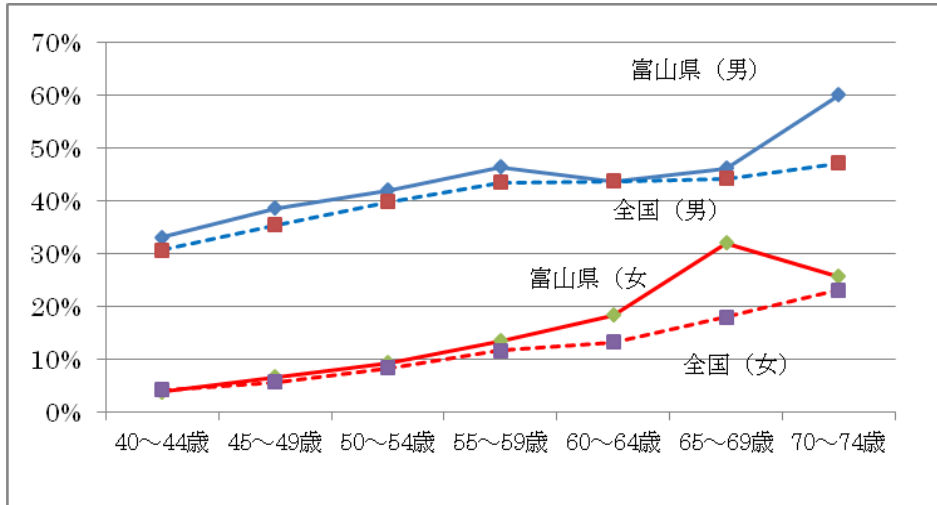
- 市町村国保では、本県は男女ともにどの年代においても全国より高い状況です。（図表 36-1）
- 共済組合では、本県は男女ともにどの年代においても全国より高く、特に 60 代の女性において、全国より高い状況です。（図表 36-2）
- 組合健保では、本県の男性は全国と同じ傾向ですが、女性において、年代が上がるに従って高くなっています。（図表 36-3）

図表 36-1 市町村国保におけるメタボリックシンドロームの割合（平成 22 年度）



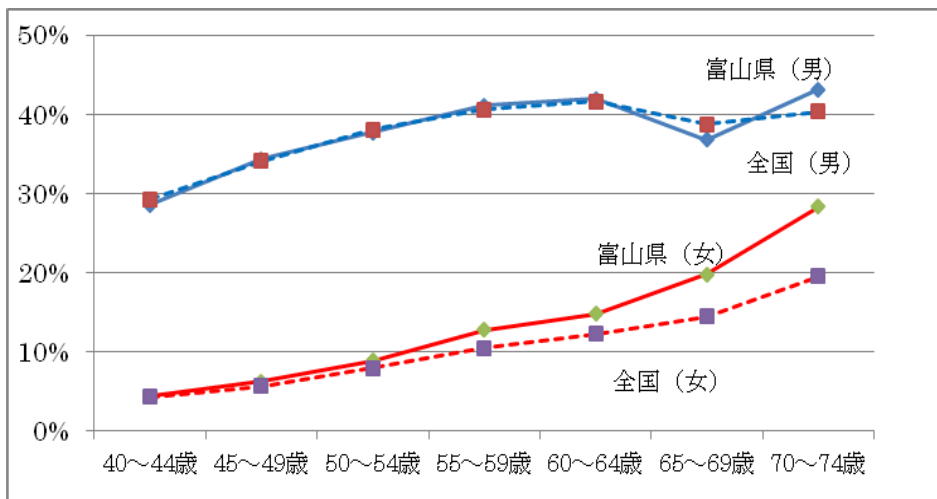
出典：厚生労働省 平成 22 年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」

図表 36 - 2 共済組合におけるメタボリックシンドロームの割合（平成 22 年度）



出典：厚生労働省 平成 22 年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」

図表 36 - 3 組合健保におけるメタボリックシンドロームの割合（平成 22 年度）



出典：厚生労働省 平成 22 年特定健診保健指導の実施状況に関する「全国データ」



## 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。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) 平均在院日数の短縮

- 国においては、良質かつ適切な医療の効率的な提供の推進のための必要な施策の1つとして、医療機能の強化・連携等を通じて、平均在院日数の短縮を目指すこととしています。
- このためには、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備や、住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築等に取り組む必要があります。
- こうした取り組みが実施された場合は、患者の病態に相応しい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携が強化されることにより、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られることが期待され、結果的に平均在院日数の短縮が見込まれます。

### (2) 生活習慣病対策

- 生活習慣病にかかる医療費は、医療費全体の34%を占めており、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、生活習慣病を予防することが大きな課題となっています。
- 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。そのためには、特定健診の受診率をあげることが必要です。特にメタボリックシンドロームが増加し始める40～50代の受診率をあげることや長期未受診者に受診を促すことなどが必要です。
- 本県のメタボリックシンドロームの該当者の割合は高く、特定保健指導の実施率をさらにもっとあげることが必要です。また、今後さらに特定保健指導の効果をあげるために、保健指導の質の向上を図る必要があります。

- 本県の保険者種別ごとのメタボの状況では、それぞれの特徴があることから、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、実情にあった効果的な保健対策をすすめる必要があります。
- 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。
- 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り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、正しい健康情報の啓発普及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必要があります。



## 第3章 目標と取り組み

### 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り組みにあたっては、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24年現在、全国で約1,500万人と推計される75歳以上の人口は、平成42年には2,200万人を突破すると推計されており、これに伴って、国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が、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24年現在約151千人と推計される75歳以上の人口が、平成42年には約209千人と、1.4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、本県の老人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り組みは、結果として老人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

- 国民の受療実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといふ経過をたどることになるとされています。
- 一方、一人あたり老人医療費（平成22年度）を見ると、一番低い新潟県

が年間約 74 万円、一番高い福岡県が約 115 万円（富山県は約 85 万円）で、1.5 倍以上の差があります。入院医療費がその差の大きな原因であり、その入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示しています。

- こうしたことから、医療費の増加を抑えていくための重要な政策は、一つには、生活習慣病の予防対策です。メタボリックシンドロームに対して早期に介入し生活習慣の改善を行うことで、糖尿病等の生活習慣病の重症化を予防し合併症の発症を抑えることで、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重大な生活習慣病の発症リスクを抑えることにより、入院患者を減らすことができます。
- もう一つは、入院期間の短縮対策です。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第一期の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床の入院患者のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標としてきました。
- しかしながら、国で実態調査を行った結果、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養病床については、平成 29 年度末まで転換期限が猶予されました。
- これらを踏まえて、第二期医療費適正化計画の計画期間においては、療養病床の数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指すこととします。

#### **(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標**

- 平成 27 年度においてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成 20 年度と比べて 25%減少させるという、第一期の目標の達成は厳しい状況です。しかし、今後も県民の健康寿命の延伸を目的に、重大な生活機能障害をもたらす虚血性心疾患や脳血管障害等を引き起こすメタボリックシンドロームを予防・改善していくことが重要であると考えられますので、国の政策目標を踏まえて、平成 29 年度において達成すべき本県の目標を次のとおり設定します。

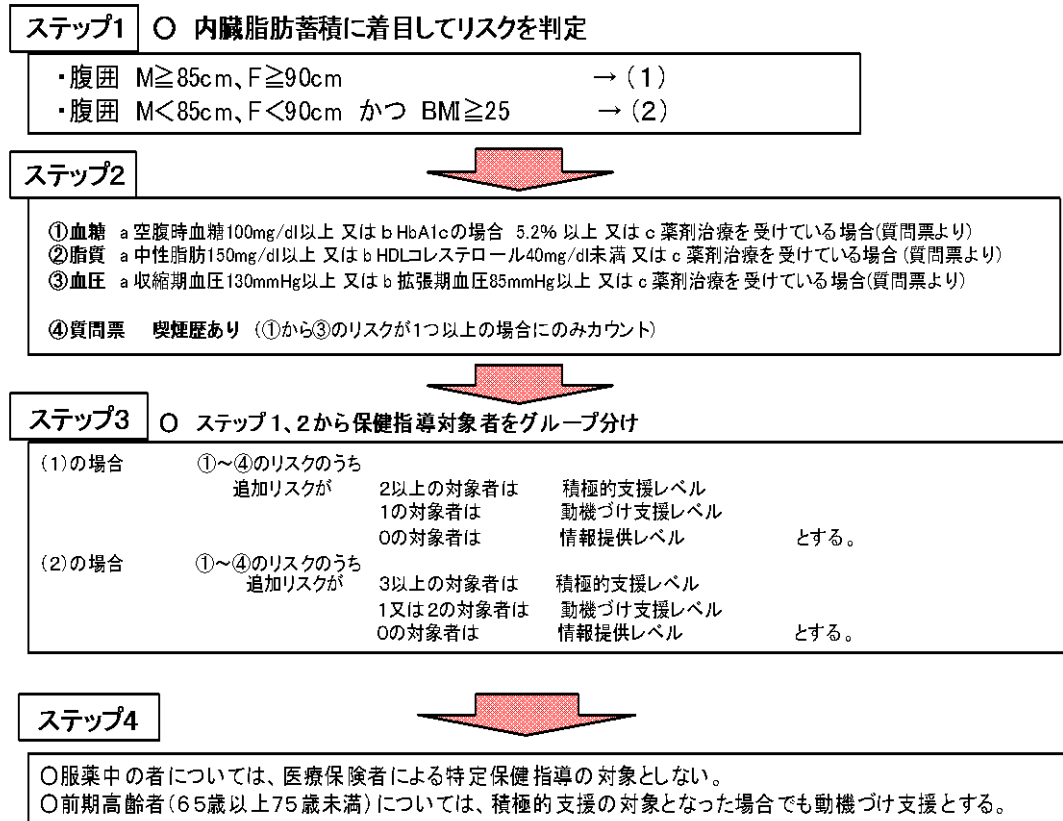
## ア 特定健康診査の実施率

- 平成 29 年度において、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査を受診することとします。

## イ 特定保健指導の実施率

- 平成 29 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%以上が特定保健指導を受けることとします。

### ※特定保健指導対象者の選定と階層化



資料：厚生労働省

## 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 29 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※を 25%以上減少することとします。
- 具体的には、平成 29 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が 19.8%以下を目指します。

※ 減少率は、各都道府県における、平成 20 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数（注 1）から平成 29 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数（注 2）を減じた数を、平成 20 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数で除して算出する。

（注 1）：平成 20 年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 29 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

（注 2）：平成 29 年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 29 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数とする。

## （２）医療の効率的な提供の推進に関する目標

### 《平均在院日数》（介護療養病床を除く全病床）

- 第一期計画策定時には、医療制度改革大綱（平成 17 年 12 月 政府・与党医療改革協議会）等において、平成 27 年度までに、全国平均の平均在院日数について、最も短い県との差を半分に短縮する長期目標が定められました。それにより、各都道府県の医療費適正化計画においては、平成 27 年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数について、最も短い都道府県との差を半分にすることとされました。

### 【算定方法】

平成 18 年度の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を平成 27 年度までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、（平成 18～24 年までの 6 年間）／（平成 18 年～27 年までの 9 年間）×1/2（差の半分）により 3/9 と設定。

- これを踏まえ、平成 24 年における本県の目標値は、平成 18 年病院報告における本県の平均在院日数と最短の都道府県の平均在院日数との差を 9 分の 3 短縮し、「30.4 日」としています。
- 本県の平成 23 年度の平均在院日数は 32.5 日となっており、24 年度の目標値には、さらに、2.1 日の短縮が必要です。（平成 23 年度の全国平均は、30.4 日となっています。）

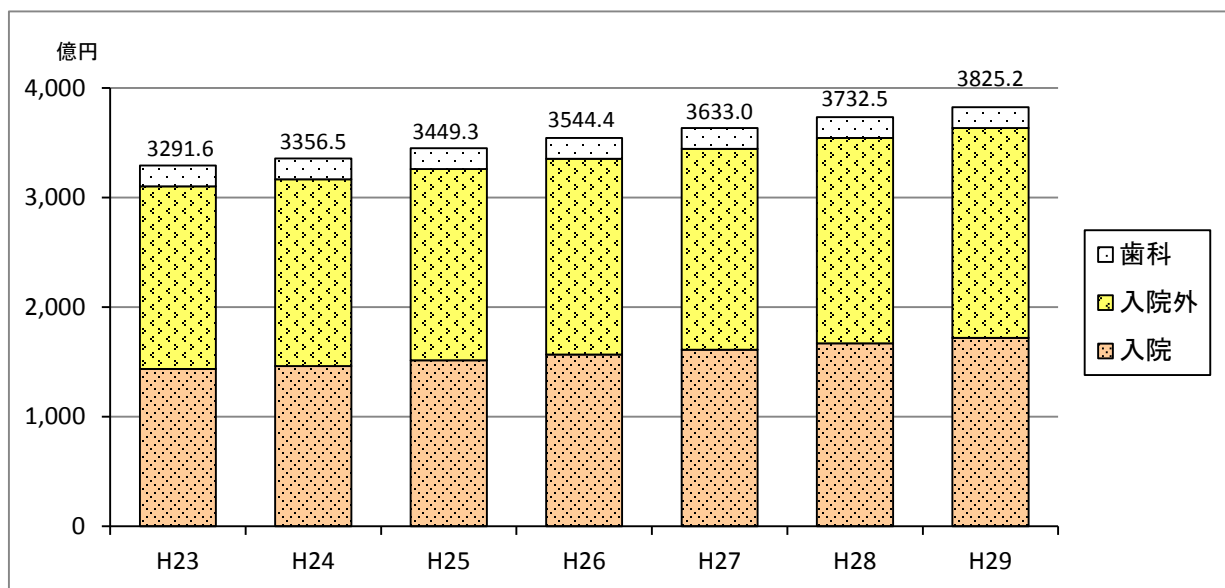
- 本県の平均在院日数は、まだ、全国平均よりも長いとため、第二期計画においても、前回（第一期計画）策定時の目標値であり、23年度の全国平均である「30.4日」を採用し、医療機関の機能分化・連携、在宅医療の充実及び地域包括ケアシステムの構築等により平均在院日数の短縮を目指すこととします。

### （3）計画期間における医療に要する費用の見通し

#### ア 医療費適正化前の医療費

- 厚生労働省のツールを用いて算出したところ、平成23年度の本県の医療費は、国民医療費ベースで3,291.6億円と推計されます。
- 医療費適正化の対策を講じなかった場合の本県の総医療費については、毎年2.7%程度の伸びで増加し、平成29年度には約3,825.4億円になるものと見込まれます。（図表36）

図表 37 本県の医療費適正化の対策を講じなかった場合の総医療費の将来推計



出典：厚生労働省 都道府県医療費の将来推計ツールによる推計

#### イ 医療費適正化後の医療費

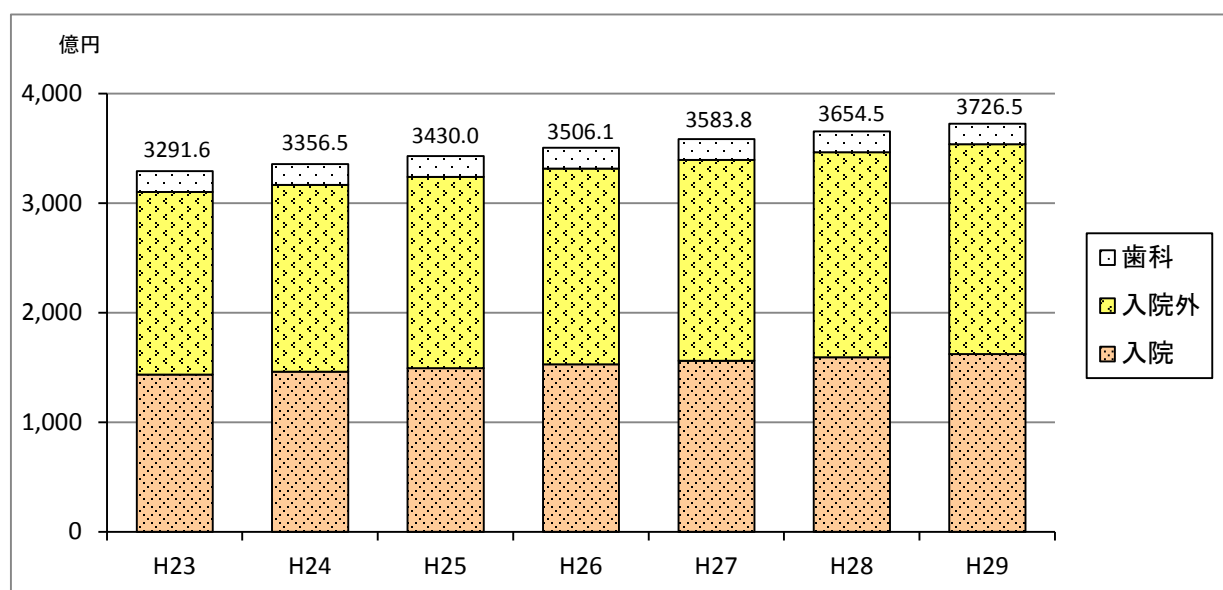
- 医療費適正化に向けた目標に到達した場合の本県の総医療費は、平成29年度で約3,726.5億円と、医療費適正化の対策を講じなかった場合に比べ、約98.9億円削減されるものと見込まれます※。（図表37）



※ 厚生労働省の「都道府県医療費の将来推計ツール」では、基準年度（平成 23 年度）から推計年度までの 1 人あたり医療費の伸び率を、過去の都道府県別の医療費を基礎として、総人口の変動、診療報酬改定、高齢化の影響を考慮して算出したものを用いています。

ツールには適正化効果として、「生活習慣病対策」と「平均在院日数の短縮」が考慮されており、それぞれの効果を入院、入院外（調剤、訪問看護、療養費を含む。）、歯科に分けて算出しています。

図表 38 本県の医療費適正化後の総医療費の将来推計



出典：厚生労働省 都道府県医療費の将来推計ツールによる推計

### 3 県が取り組む施策

#### (1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

- 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、保険者、市町村等における取り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、自らも広報・普及啓発など一般的な住民向けの健康増進対策を実施します。
- 特定健康診査等の実施率向上に向けて、市町村が実施するがん検診等の各種情報を把握し、特定健康診査問い合わせマニュアルに掲載するほか、同時実施等、受診しやすい体制の整備について助言を行います。
- 保健事業の共同実施が円滑に行われるよう、保険者協議会に対し、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など、各医療保険者に共通する課題について、先進的な取組事例等の情報提供や助言などを行います。
- 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て、医療保険者及び健診・保健指導実施担当者等を対象に研修を実施するとともに、人材の確保が困難な保険者には、特定保健指導の業務委託を推進します。  
また、特定保健指導の主要な担い手となる保健師を志す者の確保・増大を図るため、中高生向けの出前講座や看護学生への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（ポピュレーションアプローチ）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、各医療保険者と各市町村が連携できるよう、地域・職域連携推進協議会を通じて、地域において効果的な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。

## (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

### ア 医療機関の機能分化・連携

- 平成 25 年度からの新しい県医療計画においては、がん、脳卒中等の 5 疾病及び救急医療、周産期医療等 5 事業並びに在宅医療について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）を明示しています。

また、計画の実効性を高めるために、

- ① 数値指標をもとに現状を把握
- ② 現状から医療課題を抽出
- ③ 課題解決のための数値目標を設定
- ④ 目標達成のための施策を策定
- ⑤ 毎年度、施策の進捗状況等を評価

のプロセスを実行することとしています。（図表 38、39）

- 適正な治療の推進、医療連携体制の強化等の施策の実行により、入院から在宅までの切れ目のない医療が提供され、早期に自宅に帰ることができるようになれば、患者の Q O L（生活の質）を高めつつ、医師や看護職員等の貴重な医療人材が有効に活用されることに加え、結果としてトータルの入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することになります。

このため、県医療計画に基づき、医療機関の機能分化・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。

図表 39 5 疾病 5 事業ならびに在宅医療に係る医療機能及び医療連携体制の概要

<b>5 疾 病</b>		
◆主な「現状と課題」	◆主な「施策」	
<b>が ん</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■喫煙率が高い。がん検診受診率が低い。</li> <li>■富山型がん診療体制を充実する必要。</li> <li>■切れ目のない緩和ケアの実施や在宅がん療養支援の充実が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■たばこ対策の充実強化(家庭・職場における受動喫煙防止の促進)</li> <li>■がん検診受診率の向上</li> <li>■集学的治療(手術・放射線・化学療法の組合せ)の充実</li> <li>■多職種チーム医療の推進</li> <li>■相談支援体制の充実(統括相談支援センターの設置等)</li> <li>■認定看護師(がん分野)の教育課程の設置</li> <li>■在宅緩和ケアの推進(開業医グループ化)</li> </ul>
<b>脳 卒 中</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■高血圧等の要治療者が医療機関を受診していない。</li> <li>■血栓溶解療法が十分行われていない。</li> <li>■回復期リハビリテーション病床が不足。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■要治療者の治療受診率の向上</li> <li>■血栓溶解療法の実施促進</li> <li>■速やかな救急搬送要請の普及啓発</li> <li>■高齢者の急病時における緊急通報システムの活用促進</li> <li>■回復期リハビリテーション病床の増床整備</li> <li>■地域連携パスによる医療・介護・福祉の連携促進</li> </ul>
<b>急 性 心 筋 梗 塞</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■高血圧等の要治療者が医療機関を受診していない。</li> <li>■治療方法改善のための診療データ分析が必要。</li> <li>■心臓リハビリテーションの増加が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■要治療者の治療受診率の向上</li> <li>■速やかな救急搬送要請の普及啓発</li> <li>■高齢者の急病時における緊急通報システムの活用促進</li> <li>■診療データの収集・分析による治療・予後の改善</li> <li>■心臓リハビリテーションの実施促進</li> <li>■地域連携パスの普及改良</li> </ul>
<b>糖 尿 病</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■保健指導の実施率が低い。</li> <li>■合併症の専門治療体制の充実が必要。</li> <li>■重症化予防のため関係者の連携強化が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■糖尿病予備群に対する保健指導の強化</li> <li>■医療保険者や事業者等との協力による治療受診率の向上</li> <li>■働く世代の患者に対する教育入院等の体制整備の検討</li> <li>■糖尿病合併症等の専門治療体制の充実</li> <li>■かかりつけ医、専門医、保健担当者等の連携促進</li> </ul>
<b>新 精 神</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■一般医から精神科医への紹介体制が不十分。</li> <li>■長期入院患者の退院が進んでない。</li> <li>■うつ病・認知症への対策の強化が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■早期相談・早期受診・早期治療のため、一般医の診断技術の向上と精神科医との連携の推進</li> <li>■精神障害者の地域移行・定着の推進</li> <li>■認知症サポート医によるかかりつけ医への支援の充実</li> <li>■地域包括支援センターや認知症疾患医療センターによる早期相談・予防の促進</li> </ul>

図表 40 5 疾病 5 事業ならびに在宅医療に係る医療機能及び医療連携体制の概要

5 事業 + 在宅医療		
	◆主な「現状と課題」	◆主な「施策」
救急	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 県民による除細動の実施を促進することが必要。</li> <li>■ 軽症(入院不要)の救急搬送患者が多い。</li> <li>■ 第二・三次救急医療機関の負担軽減を図ることが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 救急蘇生法講習の受講促進</li> <li>■ 救急医療の適正受診についての普及啓発</li> <li>■ 休日夜間急患センターの整備促進</li> <li>■ 医師会の協力による初期救急医療体制の維持</li> </ul>
災害	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 災害拠点病院の総合的な機能強化が必要。</li> <li>■ 災害拠点病院以外の病院の災害対応の向上が必要。</li> <li>■ 災害医療関係者の連携強化が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 災害拠点病院の総合的な機能強化(耐震化・通信確保)</li> <li>■ 総合臨床教育センターにおける災害医療従事者の研修</li> <li>■ 災害拠点病院以外の病院の災害マニュアルの作成促進</li> <li>■ 広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の資機材整備</li> <li>■ 厚生センター・保健所単位での関係者連携会議の開催</li> </ul>
へき地	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ へき地診療の維持、へき地医療に従事する医師の確保が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ へき地医療拠点病院におけるいわゆる「総合医」の育成</li> <li>■ 自治医科大学卒業医師のへき地診療所等への派遣</li> <li>■ へき地医療拠点病院に対する運営支援</li> </ul>
周産期	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 妊婦健診と分娩の機能分担と連携の推進が必要。</li> <li>■ 適正な母体管理や搬送の迅速化の推進が必要。</li> <li>■ NICU退院児の療養環境の確保が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 妊婦健診と分娩に係る機能分担と連携の一層の推進</li> <li>■ 助産師外来や院内助産所の開設支援</li> <li>■ 産科・産婦人科医の確保</li> <li>■ 県立中央病院を核とした地域周産期医療連携の促進</li> <li>■ 重症心身障害児施設の病床の確保</li> </ul>
小児	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 小児救急医療機関の負担軽減のため、小児科医の確保などが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 小児科医の確保</li> <li>■ 女性医師の勤務環境の整備に対する支援</li> <li>■ 小児救急電話相談(#8000)の普及啓発</li> </ul>
新在宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師、歯科医師、看護職員、薬剤師など在宅医療や介護に関わる多職種の連携強化や開業医のグループ化への支援が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 多職種が顔の見える関係づくりの推進</li> <li>■ 24時間体制を担う開業医のグループ化等への支援</li> <li>■ 在宅医療支援センターへの支援</li> <li>■ 訪問看護ステーションの充実(看護師確保、運営支援)</li> <li>■ 訪問歯科診療や訪問薬剤指導の促進</li> </ul>

## イ 在宅医療・地域包括ケアの推進

- 今後、高齢化が一層進展（特に後期高齢者人口の増加）することが見込まれることから、介護や医療を必要とする状態になっても、高齢者が住みなれた自宅や地域で安心して暮らせるよう、県医療計画や県高齢者保健福祉計画に基づいて、医療・介護・生活支援・予防・住まいの面から、地域包括ケアシステムの構築を図っていくための取組みを進めていきます。

### (ア)在宅医療の推進

- 居宅での療養を円滑に選択できるよう、退院時カンファレンスの実施を促進するとともに、医療・介護に関わる多職種が顔の見える関係づくりを進めるための研修会の実施や病院の地域医療連携室と地域包括支援センター等との連携を促進します。
- 24 時間対応をはじめ患者のニーズに適切に対応するため、在宅主治医等の連携・グループ化の推進とともに、医師グループの活動を支える在宅医療支援センターの運営を支援します。また、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制の確保に努め、看取りまでを含めた継続的・持続的な医療を提供できる体制の整備を推進します。
- 訪問看護ステーションの利用拡大や機能強化を図るため、訪問看護の普及啓発や利用相談の充実等を推進するとともに、開設に必要な設備整備を支援します。また、安定した経営基盤の確保を支援する運営アドバイザーの派遣や訪問看護師や訪問看護ステーション管理者のための研修を実施します。
- 居宅等を含めた地域での生活機能の維持向上を図るため、地域リハビリテーション広域支援センターを中心として、医療機関、訪問看護ステーション等の連絡協力体制の整備に努めるとともに、介護家族等に対する訪問リハビリテーションの普及啓発を行います。
- 摂食、咀嚼、えん下など口腔機能の向上や誤嚥による肺炎の防止を図るため、訪問歯科診療や口腔ケアの重要性について家族介護者や関係者に対して普及啓発をするとともに、事例検討会等の開催などにより、歯科医師・歯科衛生士と在宅主治医、ケアマネジャーや訪問介護・看護職員等の連携を促進します。

- 在宅患者への服薬指導を推進するため、在宅主治医等と薬剤師との連携を強化するとともに、在宅薬剤管理、在宅麻薬管理のための医薬連携・薬局間連携の推進、在宅医療における薬剤師の役割についての県民への普及啓発を行います。
- 居宅での療養生活を継続するためには、訪問診療、訪問看護に加えて、訪問介護サービスが一体的に提供される必要があるため、24時間対応可能な訪問介護サービスの必要性について訪問介護事業者等の理解を求めるほか、新たに取り組みを検討する事業者等に対し、支援します。
- 在宅患者や家族介護者等の在宅医療についての理解を深めるため、県民フォーラム等を開催するとともに、家族介護者等のレスパイトや緊急時等の一時受入のため、在宅患者が一時入院（入所）できるレスパイト入院の継続や医療系ショートステイ病床の確保を行います。
- 医療と介護が連携したチームケアの推進やその人材育成のため、医療・介護に関わる多職種連携を進めるためのリーダー研修、ケアマネジャーや介護関係職員への在宅医療に関する研修などを実施します。
- 在宅患者の病状が急変した場合に、病院や有床診療所において、円滑な受入れができるよう、あらかじめ地域の医療関係者間で受入れ等のルールづくりの検討を行うことについて支援します。
- 居宅などの住み慣れた環境のもとで最期を迎えられる看取り体制の構築に向け、関係機関等の理解を深めるためのフォーラムの開催など普及啓発に努めるとともに、入所系介護施設において看取りを行う体制の整備を促進します。
- 患者のニーズに対応した医療・介護サービスを総合的に提供するため、地域包括支援センターにおける医療、介護を含めた地域ケアシステム構築のための連携づくりなどに対し、支援します。

## (イ)介護サービスの充実・地域包括ケアの推進

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らしが続けられるようにするため、要介護者になるおそれのある高齢者の早期把握やそのような高齢者を対象とする効果的な介護予防事業を実施します。また、元気な高齢者を対象とする介護予防の普及啓発や、地域における介護予防推進員や介護サポーター等を活用した自主的な介護予防活動への支援を行います。

さらに、疾病や障害による寝たきり等を防止し、心身機能を改善するため、身近な地域でのリハビリテーションを推進します。

- 高齢者が、介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするため、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。

また、施設サービスについては、小規模な特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス基盤の整備を推進するとともに、自宅や住み慣れた地域での生活への復帰に向けた支援などを進めます。

- 高齢者が認知症になっても、自らの尊厳を保ちながら穏やかに生活できる地域社会の実現のため、認知症の予防と早期発見の推進、医療・ケア体制の整備、地域支援体制の構築など総合的な支援体制の推進に取り組みます。

- 高齢者の一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯、介護する家族を支えるため、地域住民やボランティア団体等も含めた多様な主体による総合的な地域生活支援や、新たに設けられたサービス付き高齢者向け住宅など多様な住まいの提供等が連携して提供される地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、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高齢者の権利擁護体制を整備します。

さらに、これらの支援の中心的な役割を担うことが期待されている地域包括支援センターの機能の充実・強化を推進します。

## (ウ)介護を担う人材の育成確保

- 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。



- 介護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。

## ウ 療養病床の転換

### (ア) 相談窓口の設置

- 療養病床の円滑な転換や入院患者、地域住民等の不安の解消を図るため、医療機関をはじめ患者や家族等からの相談窓口を設置します。

### (イ) 転換支援

- 平成 22 年の国の実態調査において、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、療養病床の機械的な削減は行わないこととされました。これらのことから、療養病床から介護保険施設等への転換については、療養病床を有する医療機関や関係団体と意見交換等を行うとともに、市町村等とも調整を図りながら円滑な転換を支援することとしており、老人保健施設等への転換に係る国の支援策等の情報を提供し、財政支援（病床転換助成事業）を行います。

### 【国の主な転換支援措置】

- ① 療養病床に入院していた患者への適切な医療サービスの提供の確保
  - ・ 介護療養型老人保健施設の創設
    - 夜間や休日の医療体制の強化、看取り体制の整備 等
- ② 医療機関の選択肢の拡大
  - ・ 医療法人経営の選択肢の拡大
  - ・ 在宅医療と「住まい」を組み合わせたサービス提供体制構築の支援
  - ・ サテライト型小規模老人保健施設の設置の緩和（多様化）
- ③ 老人保健施設等への転換に係る支援（資金面）
  - ・ 転換に要する費用の助成（補助）の実施
    - 病床転換助成事業補助金（県）、地域介護・福祉空間整備等交付金（市町村交付金を活用）

- ・ 転換するための法人税特別償却制度の創設
- ・ 新たな借換融資制度の創設
- ・ 改修等に要する資金に係る福祉医療機構の融資条件の優遇措置
- ④ 施設基準の緩和
  - ・ 転換する介護老人保健施設等の施設基準の緩和
  - ・ 医療機関と併設施設の共用できる施設の範囲の拡大
- ⑤ 人員基準の緩和
  - ・ 小規模老人保健施設の人員基準の緩和
  - ・ 医師・看護職員等の配置基準が緩和された経過的類型の創設
- ⑥ 老人保健施設等への転換枠の確保
  - ・ 転換の意向を最大限考慮した第5期介護保険事業（支援）計画の策定 等

### （3）その他医療費適正化の推進のための施策

#### ア 生活習慣病重症化予防対策の充実・強化

- 「糖尿病重症化予防対策マニュアル」の普及による、かかりつけ医と専門医のほか、眼科医や歯科医等の関連する専門医との診療ネットワーク、さらには、保健と医療の連携体制の構築により重症化予防の推進を図ります。
  - 医療保険者が特定健康診査データから、特定保健指導対象者には該当しないが優先的に保健指導が行われるべき高血圧や糖尿病等の対象者を選定し、対象者にあわせた保健事業が実施できるよう助言や支援を行います。
  - 特定健康診査・特定保健指導に関するデータについて、医療保険者が被保険者の健康状態を読み取る有効な資料として活用し、その健康課題を明らかにし、効果的な保健対策を推進できるよう助言や支援を行います。
  - 市町村等の国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合が実施する重複受診・頻回受診の対象者に対する訪問指導や、後期高齢者に対する健康診査などの保健事業に対し、必要な助言等を行います。
- #### イ たばこ対策の充実・強化
- 喫煙が健康に及ぼす影響等の知識や受動喫煙防止について、普及啓発を行います。

- 多くの人々が利用する公共性の高い施設において、施設内禁煙を推進します。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携し喫煙防止教育を充実します。
- 家庭内（居室や自家用車の車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止を促す取り組みを推進します。
- 職場における受動喫煙防止の取り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、「健康づくり協力店」の登録の推進や、富山県オリジナルの禁煙マークの普及を図ります。
- 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市町村等における禁煙サポート教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

#### **ウ ジェネリック医薬品の使用促進**

- 安価で良質なジェネリック医薬品の使用を促進することにより、患者の経済的負担の軽減や、医療保険財政の改善が図られることなどの観点から、国においては、ジェネリック医薬品の安定供給、品質確保、ジェネリック医薬品メーカーによる情報提供、使用促進に係る環境整備等の推進に取り組んできており、本県においては、これまでも他県に先駆けて、積極的な使用促進策を講じています。
- 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、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」を開催します。
- ジェネリック医薬品に関する情報を広く医療関係者や県民に対して提供することなどにより、ジェネリック医薬品に対する理解を深め、安心して使用できるよう、普及啓発を図ります。

## 第4章 計画の推進

### 1 計画の推進体制

- 医療費適正化計画を推進にあたっては、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

- 計画の中間年（作成年度の翌々年度：第二期計画では平成27年度）に、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。
- 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（第二期計画では、平成30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、健康的な生活習慣のもと自ら健康の保持増進につとめ、過剰なエネルギー摂取をさけ、適度な運動により、適正な体重を維持するよう努めます。
- 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

### 《県の役割》

- 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て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。

### 《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

- 第二期特定健康診査実施計画を推進し、当該計画における平成 29 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。
- 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とレセプト情報を突合するなど、医療費分析を行い、効果的な生活習慣病予防対策を通じて医療費の適正化に努めます。

### (4) 保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割

#### 《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。

#### 《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。

#### 《医療機関の役割》

- 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。

#### 《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

- 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



## 第二期 富山県医療費適正化計画の策定スケジュール

24年8月	厚生労働省説明会(6日)
9月	医療費適正化基本方針の告示(28日)
10月	第1回医療費適正化計画検討委員会の開催(16日):国の基本方針の説明 第1回市町村連絡会議の開催(25日):国の基本方針の説明
11月	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div>           関係機関、団体等との調整            計画素案の作成         </div> </div>
12月	
25年1月	
2月	第2回医療費適正化計画検討委員会 (12日):計画素案の説明 第2回市町村連絡会議の開催(13日):計画素案の説明 パブリックコメントの実施 (2月20日～3月12日)
3月	第3回医療費適正化計画検討委員会 (26日):計画案の説明、了承 市町村への法定協議 (28日) 計画の策定 (29日)
25年4月	第二期富山県医療費適正化計画の公表、国への報告

## 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25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

この要綱は、平成24年7月13日から施行する。

この要綱は、平成25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
富山県慢性期医療協会長	あきやま まこと 秋山 眞
富山県町村会長（上市町長）	いとう ひさし 伊東 尚志
富山県医師会長	いわき かつひで 岩城 勝英
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	かすえ きょうこ 加須栄 教子
全国健康保険協会富山支部長	くろだ こういち 黒田 幸一
富山県婦人会副会長	しょうじ みつこ 小路 みつ子
富山県後期高齢者医療広域連合長（高岡市長）	たかはし まさき 高橋 正樹
健康保険組合連合会富山連合会 不二越健康保険組合常務理事	とよた みきお 豊田 幹雄
富山大学附属病院教授（医療情報学）	なかがわ はじめ 中川 肇
全国保健師長会富山県支部長	なかしま ひさえ 中嶋 寿絵
◎ 富山大学経済学部教授（公共経済学）	ふるた としよし 古田 俊吉
富山県薬剤師会長	まつい たけし 松井 竹史
○ 富山県看護協会長	みたに じゅんこ 三谷 順子
富山県市長会長（富山市長）	もり まさし 森 雅志
富山県労働者福祉事業協会理事長	もりもと としお 森本 富志雄
富山県歯科医師会長	よしだ すえひこ 吉田 季彦

※ ◎：委員長、○：副委員長

平成25年3月29日現在