

# 第 4 期富山県医療費適正化計画

令和 6 年 3 月

(令和 7 年 3 月改定版)

富 山 県

# 目 次

## 第 1 章 計画の趣旨

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

## 第 2 章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状	3
(1) 医療費の動向	3
ア 全国の医療費	3
イ 本県の医療費	4
(2) 平均在院日数の状況	8
(3) 療養病床の状況	11
(4) 在宅医療の状況	14
ア 在宅療養支援病院・診療所及び訪問看護ステーションの状況	14
イ 往診・訪問診療の実施状況	15
ウ 認知症疾患医療センターの状況	15
エ 在宅等における死亡状況	16
(5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	18
ア 死亡率	18
イ 生活習慣病の受療及び医療費の状況	22
ウ 特定健康診査の実施状況	28
エ 特定保健指導の実施状況	30
オ メタボリックシンドロームの状況	34
(6) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況	42
(7) 医薬品の適正使用状況	45
(8) たばこに関する状況	46
(9) 外来化学療法の実施の状況	48
(10) 白内障手術（水晶体再建術）の外来実施の状況	49
(11) 抗菌薬使用の状況	49

2	課題	50
(1)	医療提供体制の課題	50
ア	病床の機能分化・連携の推進	50
イ	在宅医療等の充実	50
ウ	医療従事者等の確保・養成	51
(2)	生活習慣病対策	51
(3)	医療の効率的な提供に係る課題	53
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	53

### 第3章 目標と取組み

1	基本理念	54
(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	54
(2)	今後の人口構成の変化に対応するものであること	54
2	医療費適正化に向けた目標	54
(1)	県民の健康の保持の推進に関する目標	54
ア	特定健康診査の実施率	54
イ	特定保健指導の実施率	55
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	55
エ	たばこ対策	55
オ	生活習慣病等の重症化予防	56
カ	その他予防・健康づくりの推進	56
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	57
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合	57
(3)	計画期間における医療に要する費用の見通し	58
3	県が取り組む施策	61
(1)	県民の健康の保持の推進に関する施策	61
ア	健康寿命の延伸に向けた県民運動	61
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	61
ウ	たばこ対策	63
エ	生活習慣病の重症化予防	64
オ	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	65
カ	その他予防・健康づくりの推進	66

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策	67
ア 病床の機能分化・連携の推進	67
イ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	69
ウ 医療従事者及び介護人材の確保・養成	71
エ 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	74
オ 医薬品の適正使用の推進	75
カ 医療資源の効果的・効率的な活用及び医療DXに関する施策	76

#### 第4章 計画の推進

1 計画の進行管理	78
(1) 進捗状況の評価	78
(2) 実績評価	78
2 計画の推進における役割分担	78
(1) 県民に期待される役割	78
(2) 行政機関の役割	79
(3) 医療保険者の役割	80
(4) 保健・医療・福祉（介護）の関係団体の役割	81
(5) 職場・企業の役割	82

参考資料	83
------	----

## 第1章 計画の趣旨

### 1 計画の策定にあたって

- 我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、また今後、一層の高齢化の進展が見込まれることから、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながら、医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

このための仕組みとして、平成18年度の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設されました。

各都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第9条第1項に基づき、医療費適正化計画を定めるとされ、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとされました。

県ではこの法に基づき、第1期医療費適正化計画（平成20年度から24年度まで）、第2期医療費適正化計画（平成25年度から29年度まで）及び第3期医療費適正化計画（平成30年度から令和5年度まで）を一期として策定しており、引き続き、第4期計画では6年を一期とし策定し、県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定めることとします。

### 2 計画の概要

#### （1）計画の期間

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

## (2) 計画に掲げる事項

### ○ 次に掲げる事項（法第9条第2項）

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項
- 三 富山県医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項
- 四 前項に掲げる事項並びに第一号及び第二号の目標を達成するために県が取り組む施策により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえ、計画期間における医療に要する費用の見込みに関する事項

### ○ おおむね次に掲げる事項（法第9条第3項）

- 一 前項第一号及び第二号の目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項
- 二 前項第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 三 県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- 四 計画の達成状況の評価に関する事項

## (3) 他の計画等との関係

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

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 1 現状

#### (1) 医療費の動向

##### ア 全国の医療費

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

○ 令和3年度の国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は8.18%と微増しています。

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

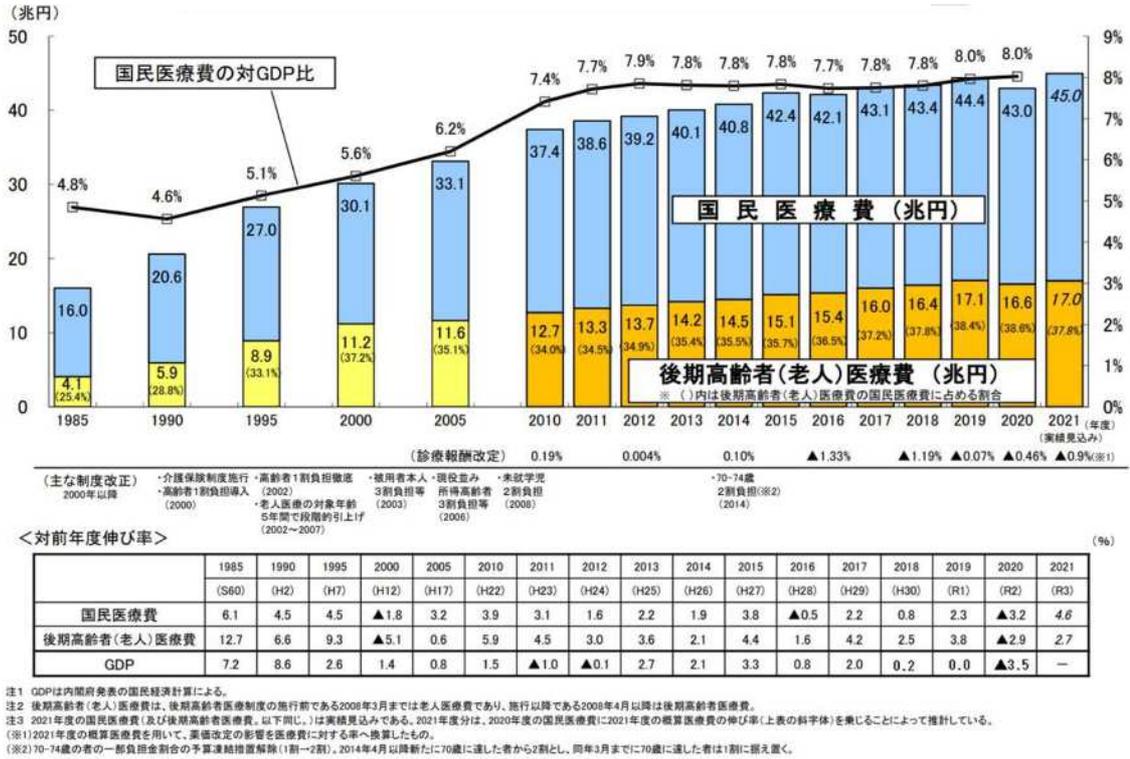
○ 全国の後期高齢者（老人）医療費は、平成12年度の介護保険制度の導入や平成14年10月以降の老人医療の受給対象者年齢の引き上げの影響（※2）から、平成20年度頃までは、ほぼ横ばいとなっていました。

後期高齢者医療制度が始まった平成20年度から年々増加に転じ、令和3年度で約17兆763億円であり、平成29年度の16兆229億円に比べ1兆534億円（6.6%）増加しています。（図表1）

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

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

図表 1 国民医療費の動向



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

## イ 本県の医療費

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

図表 2-1 国民医療費の推移

(単位:億円)

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

※( )は国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合(単位:%)

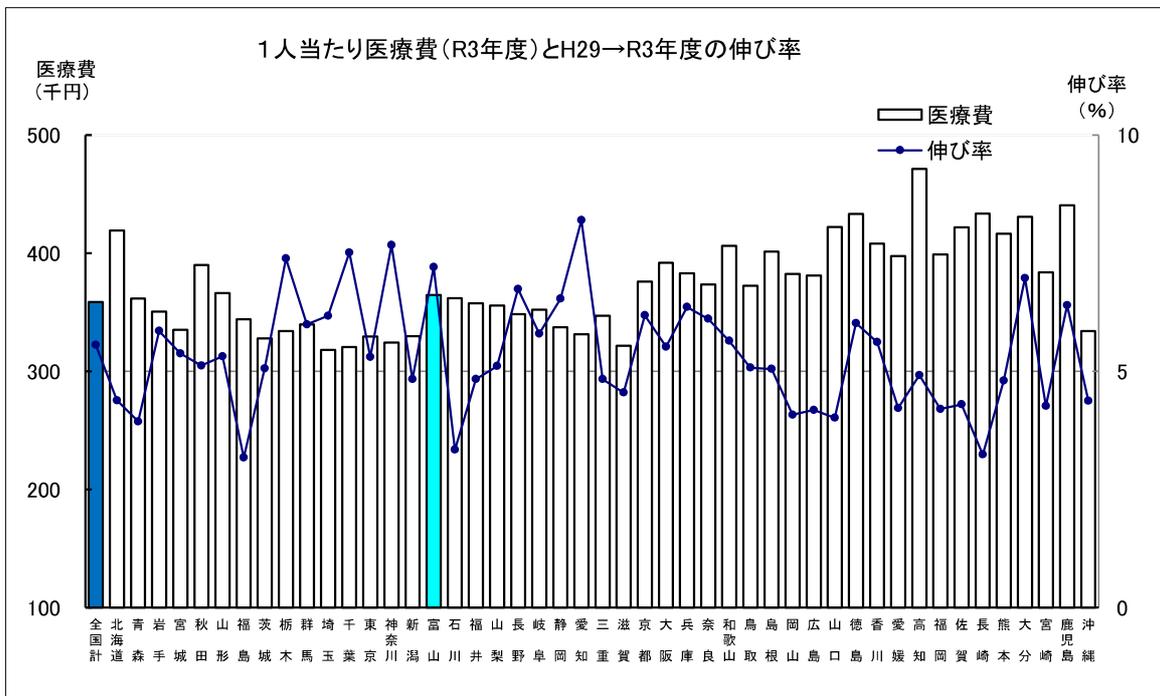
出典:厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

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

図表2-2 1人当たり医療費の推移

（単位：千円）

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



出典：厚生労働省「国民医療費」をもとに作成

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

図表3-1 後期高齢者医療費の推移

（単位：億円）

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

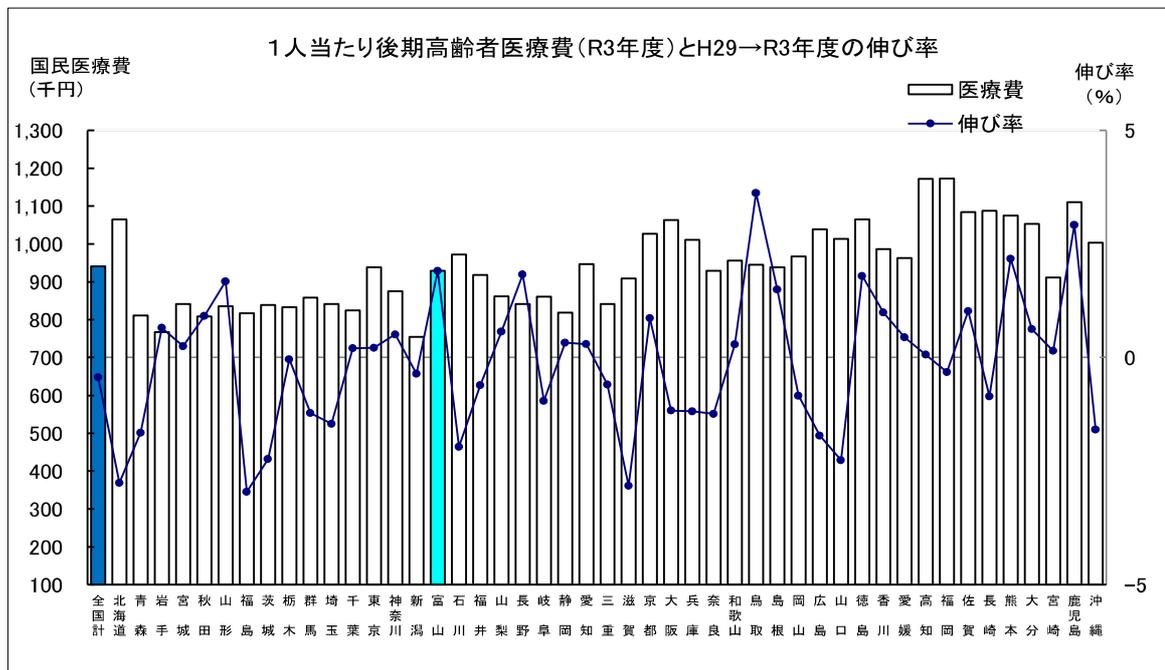
出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

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

図表3-2 1人当たり後期高齢者医療費の推移

(単位:千円)

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



出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」をもとに作成

## ☆将来人口・高齢化率

○ 令和5年12月に公表された都道府県別の将来人口推計によると、本県の総人口は、令和2年の1,035千人から令和22年には852千人となり、183千人の減少が予想されています。

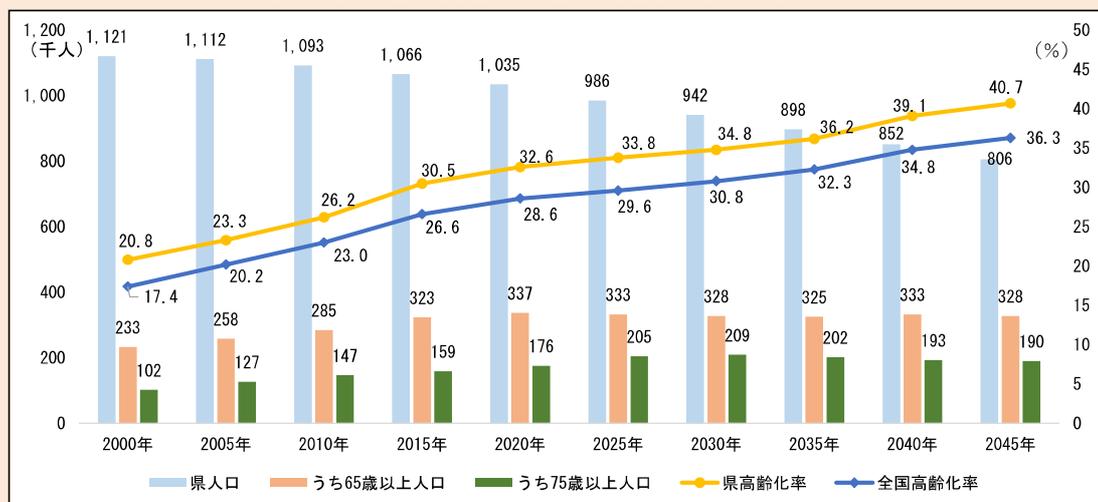
その一方で、県内の65歳以上人口については、全人口に占める割合が、令和2年の32.6%から令和27年には40.7%になると予想されています。

○ 75歳以上人口については、令和2年の176千人からピークを迎えるとされる令和12年には209千人になると予想されています。(図表4)

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

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

図表4 富山県の将来人口推計・高齢化率の全国比



出典：2020年以前の値は「国勢調査」より、2025年以降は「日本の地域別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)(2023(令和5)年推計)より(割合は総人口から年齢不詳を除いて算出)

## (2) 平均在院日数の状況

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

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

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

**【算式】**

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

ただし、療養病床については、次式による。

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

（※4） 療養病床の数値は、介護療養病床の数値を含んでいます。

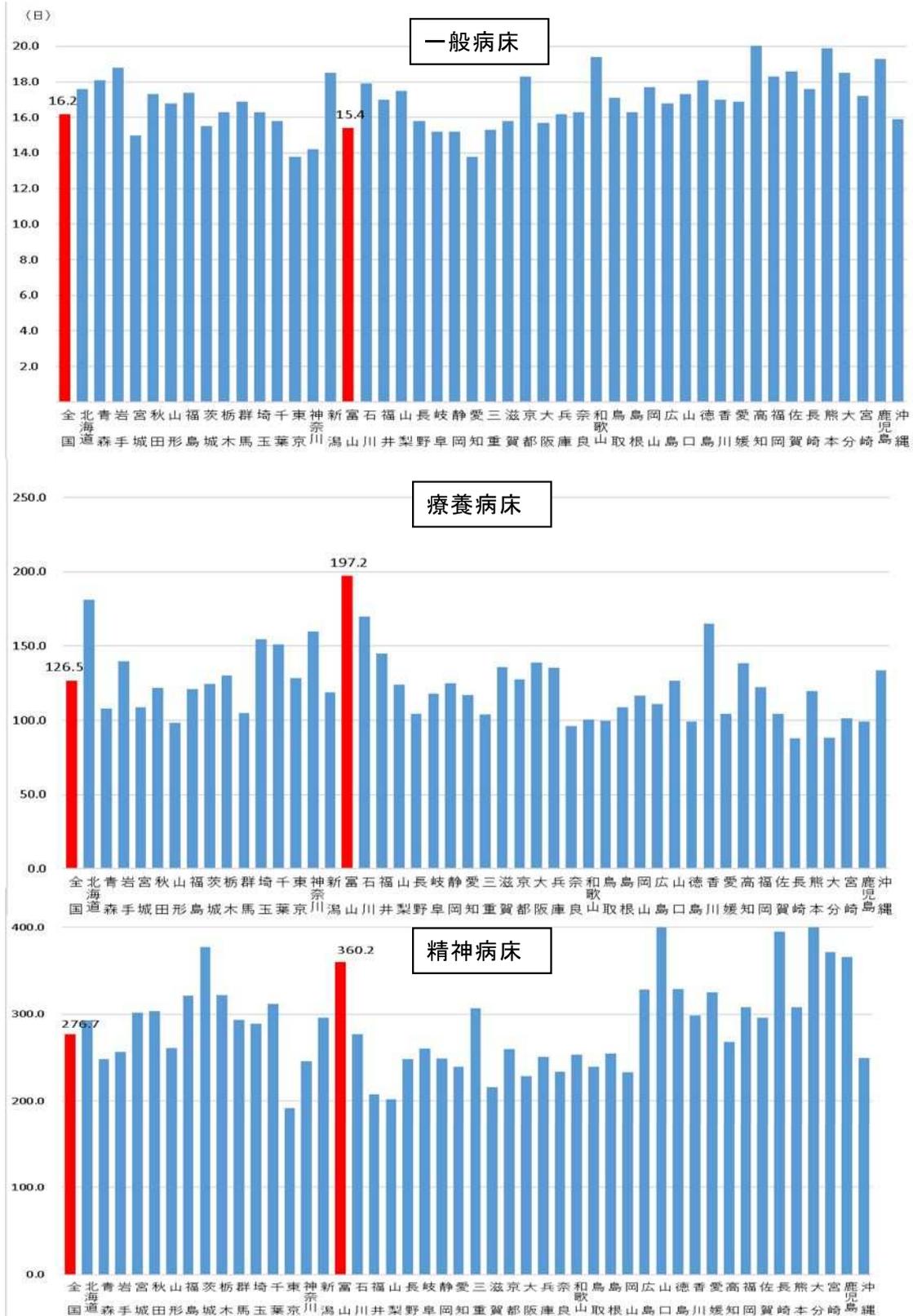
図表 5-1 病床種類別平均在院日数(令和4年)

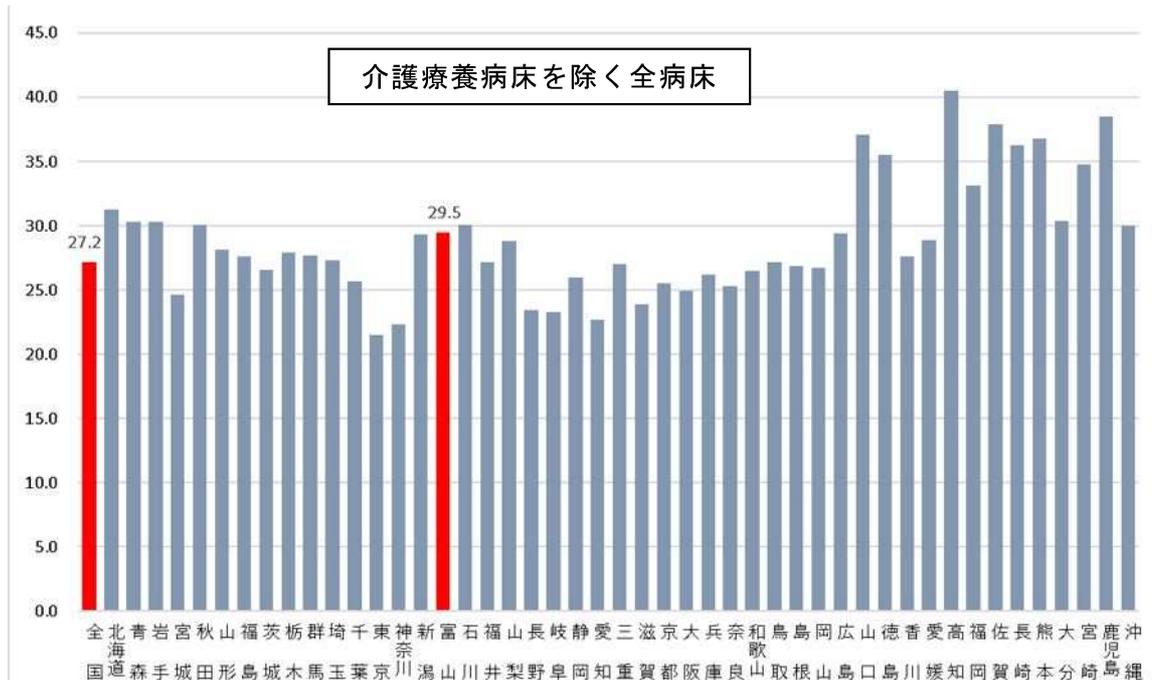
(単位：日)

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

出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)をもとに作成

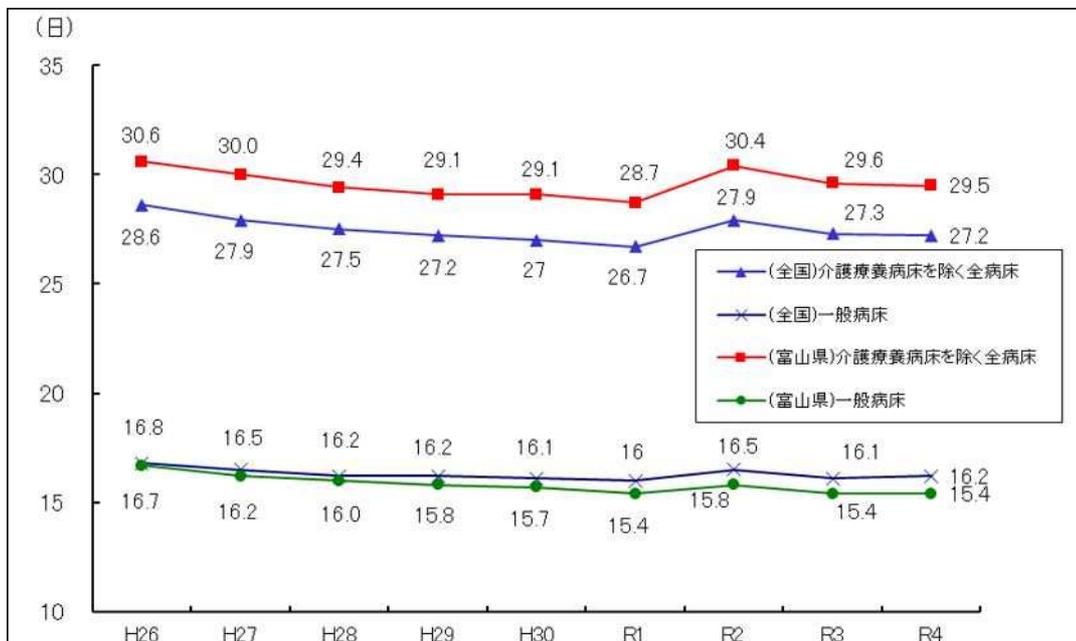
図表 5-2 都道府県別平均在院日数(病床種類別)





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

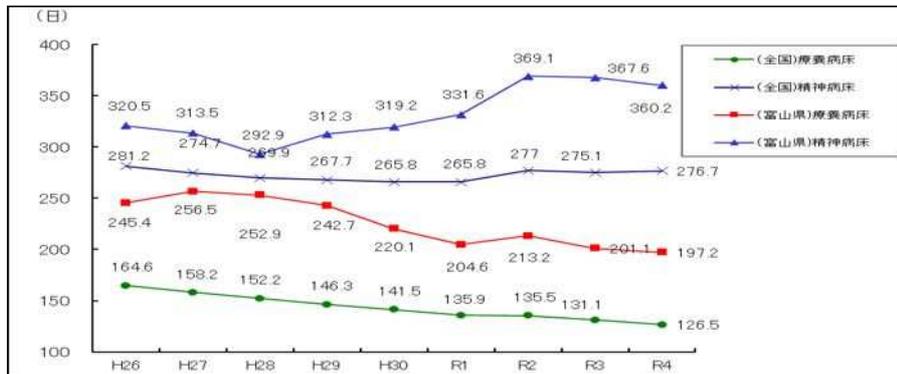
図表 6-1 介護療養病床を除く全病床・一般病床の平均在院日数の推移



出典：厚生労働省「病院報告」をもとに作成

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

図表 6-2 精神病床と療養病床の平均在院日数の推移



出典:厚生労働省「病院報告」をもとに作成

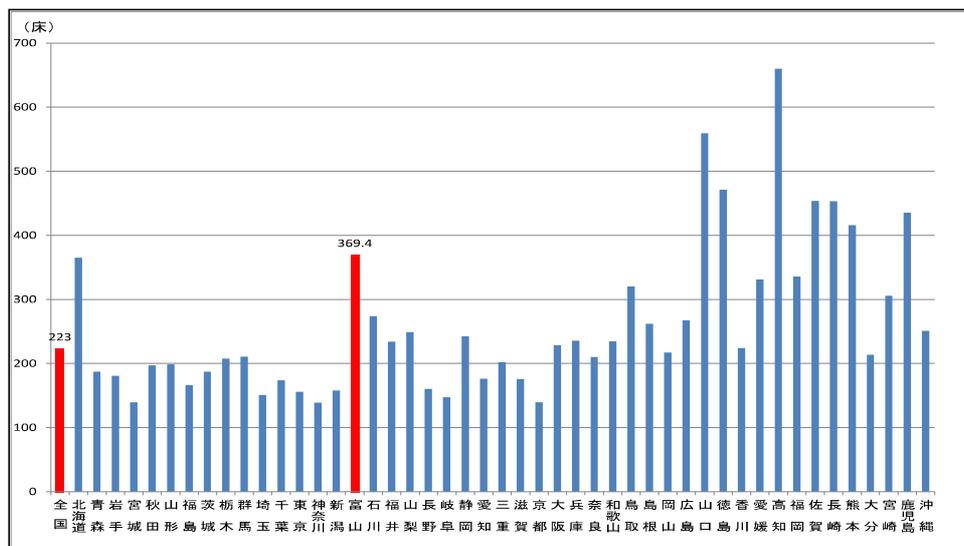
### (3) 療養病床の状況

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

図表 7-1 療養病床数(令和4年10月1日現在)

(単位:床)

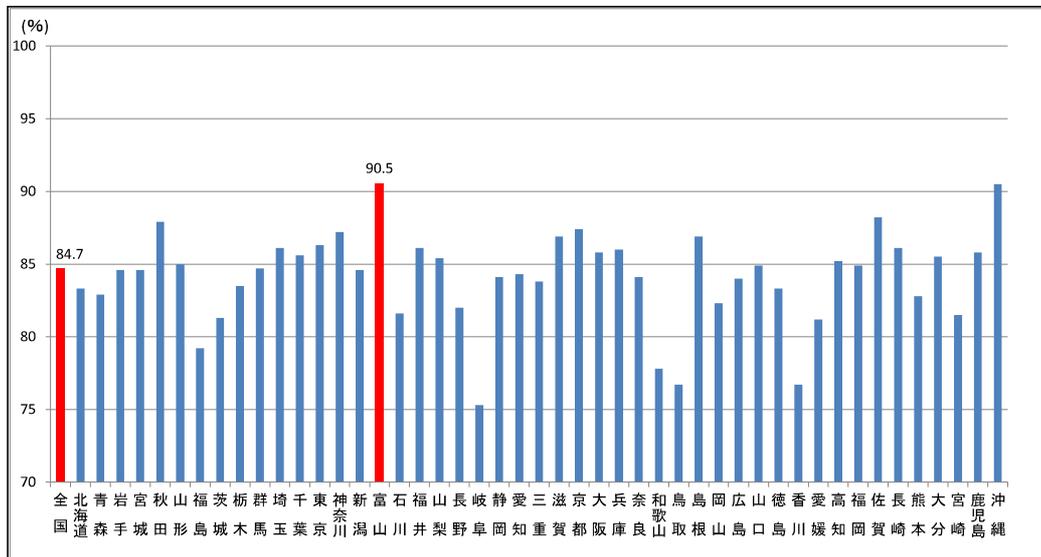
	病床数	10万人当たり病床数
全国計	278,694	223
富山県	3,757	369.4



出典:厚生労働省「医療施設調査」(令和4年)をもとに作成

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

図表7-2 療養病床の病床利用率



出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)をもとに作成

☆「富山県地域医療構想」における必要病床数の推計

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

図表8 令和3年病床機能報告※と令和7年必要病床数の比較

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

出典：「富山県地域医療構想」

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

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

#### (4) 在宅医療の状況

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

##### ア 在宅療養支援病院・診療所（※6）及び訪問看護ステーションの状況

- 令和4年4月現在、人口10万人当たりの在宅療養支援病院は1.6施設と、全国の1.3施設（令和3年3月末）を上回っています。一方、人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は6.9施設と全国の11.9施設（令和3年3月末）を下回っています。（図表9-1）

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

図表 9-1 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の施設数

（単位：施設）

区分	人口10万対施設数	
	富山県 （令和4年4月1日）	全国 （令和3年3月31日）
在宅療養支援病院	1.6	1.3
在宅療養支援診療所	6.9	11.9

出典：厚生労働省提供「NDB データ：診療報酬施設基準をもとに作成

- 令和4年4月1日現在、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は8.4施設と、全国の11.4施設を下回っています。（図表9-2）

図表 9-2 訪問看護ステーション数

区分	人口10万対稼働施設数	
	富山県	全国
訪問看護ステーション	8.4	11.4

出典：「一般社団法人全国訪問看護事業協会調べ（訪問看護施設数：3休止中を除く、令和4年4月1日現在）」をもとに作成

## イ 往診・訪問診療の実施状況

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

図表9-3 往診・訪問診療を実施している診療所割合（令和2年10月の状況）

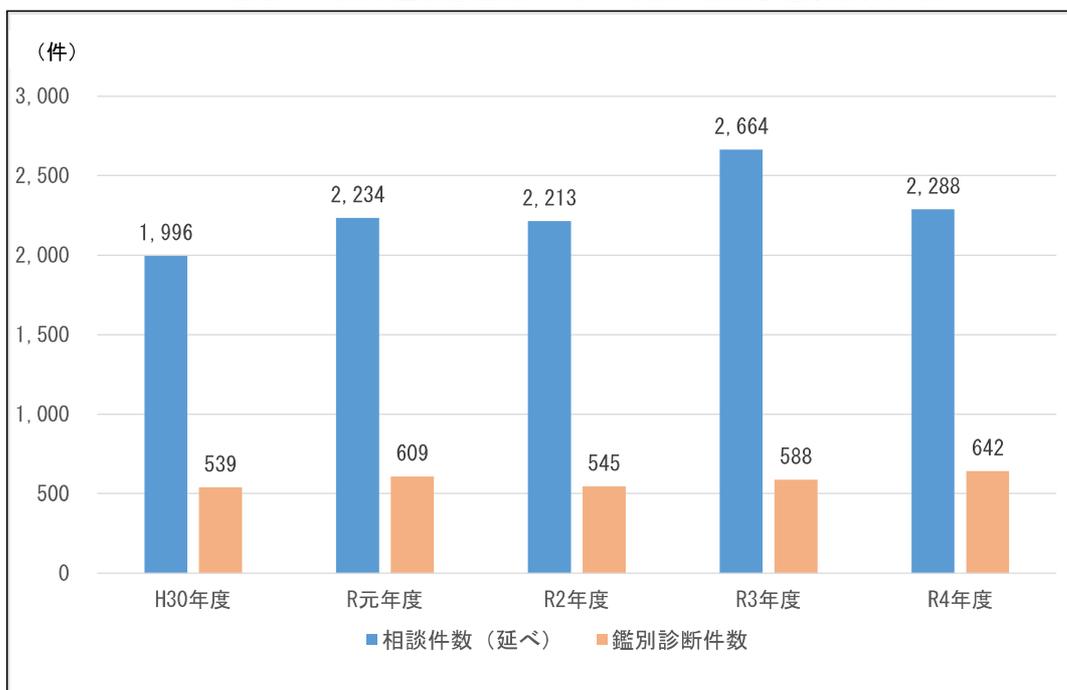
区分	富山県	全国
往診実施率	22.3%	18.6%
訪問診療実施率	26.2%	19.7%

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）をもとに作成

## ウ 認知症疾患医療センターの状況

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

図表10 認知症疾患医療センター相談件数及び鑑別診断件数



出典：厚生労働省「認知症疾患医療センターの事業実施状況の報告」をもとに作成

## エ 在宅等における死亡状況

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

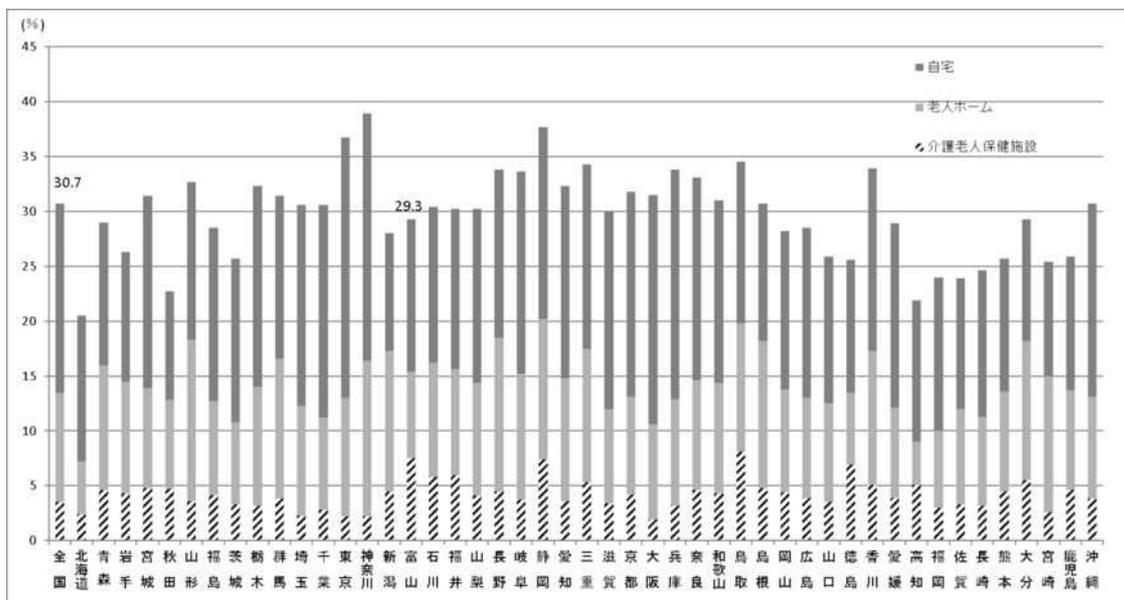
（※7） 全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設における死亡の割合。老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

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

図表11 都道府県別在宅等における死亡率

（単位：％）

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



出典：厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」をもとに作成

☆『富山県地域医療構想』の居宅等における医療の必要量の推計

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

図表12 令和7年における居宅等における医療の必要量

（単位：人／日）

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

出典：「富山県地域医療構想」

【参考】介護が必要となった場合に希望する生活について

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

参考図表 令和3年度県政世論調査結果(富山県)(抜粋)

問：あなたは、介護が必要になった場合、どのような生活を望みますか。

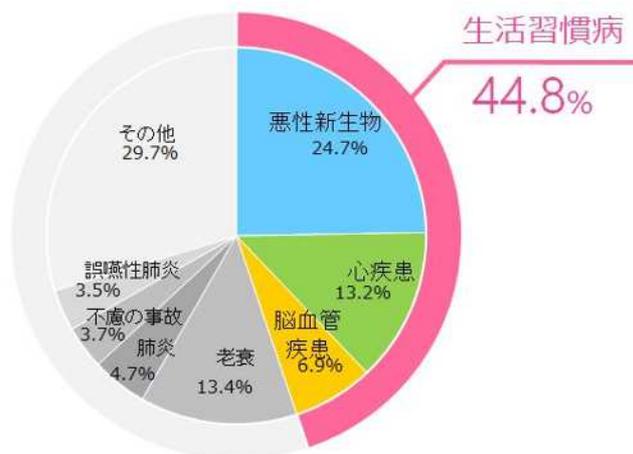
自宅で介護サービス等を活用して	30.2%	} 70.5%
自宅で家族の世話や介護サービス等を受けて	13.6%	
自宅で家族の世話を受けて	7.4%	
住み慣れた地域にあるグループホームなどに入居して	19.3%	
有料老人ホームなどに入居して	12.5%	
特別・養護老人ホームなどに入居して	10.7%	
子どもや親戚の家に移って介護サービス等を受けて	0.4%	

(5) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

ア 死亡率

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

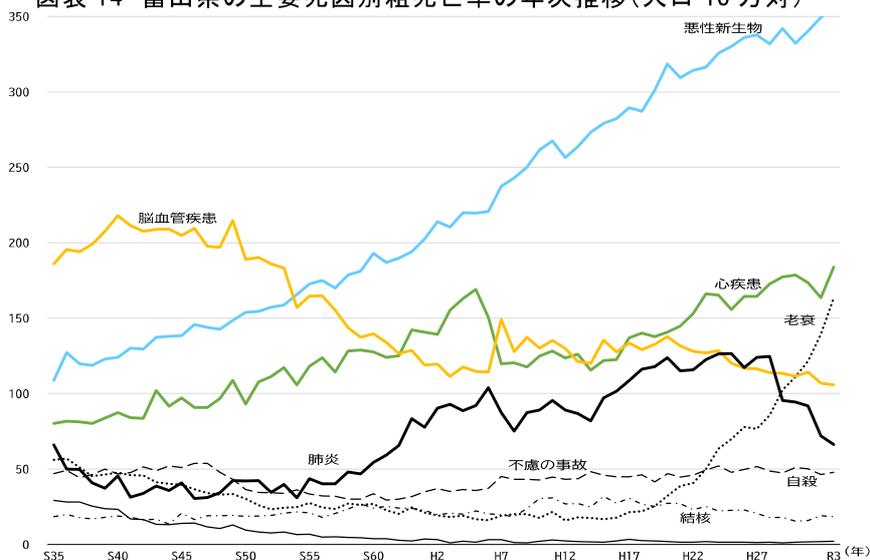
図表13 富山県の死因別死亡割合(令和4年)



出典:厚生労働省「人口動態統計」(令和4年)をもとに作成

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

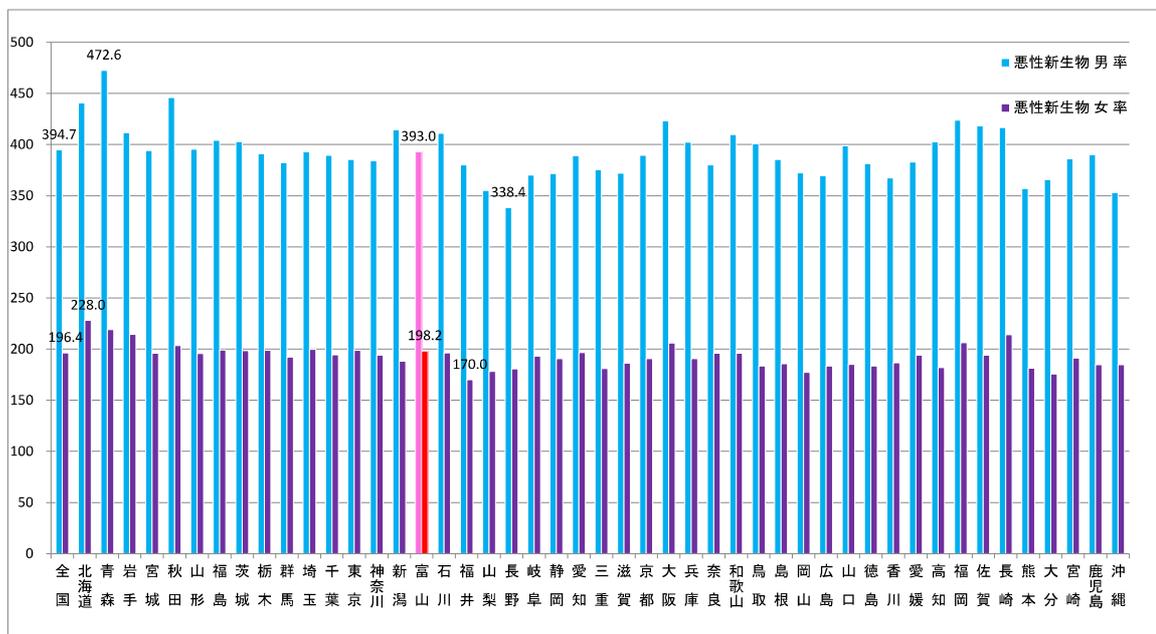
図表14 富山県の主要死因別粗死亡率の年次推移(人口10万対)



出典:富山県「保健統計年報」をもとに作成

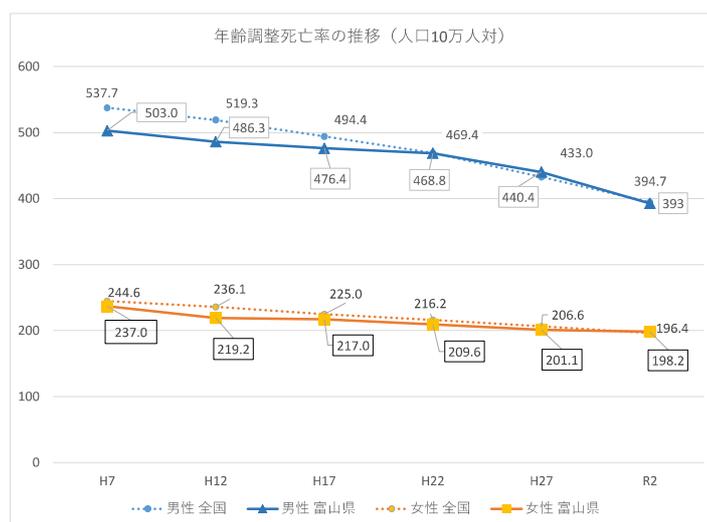
- 年齢構成の影響を調整した悪性新生物の年齢調整死亡率（令和2年）（※8）の全国比較をみると、本県は、男性は全国394.7に対し393.0（全国21位）で全国を下回っており、女性は全国196.4に対し198.2（全国13位）で全国を上回っています。（図表15-1）

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



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(令和2年)をもとに作成

図表 15-2 人口10万人当たりの悪性新生物の年齢調整死亡率の推移

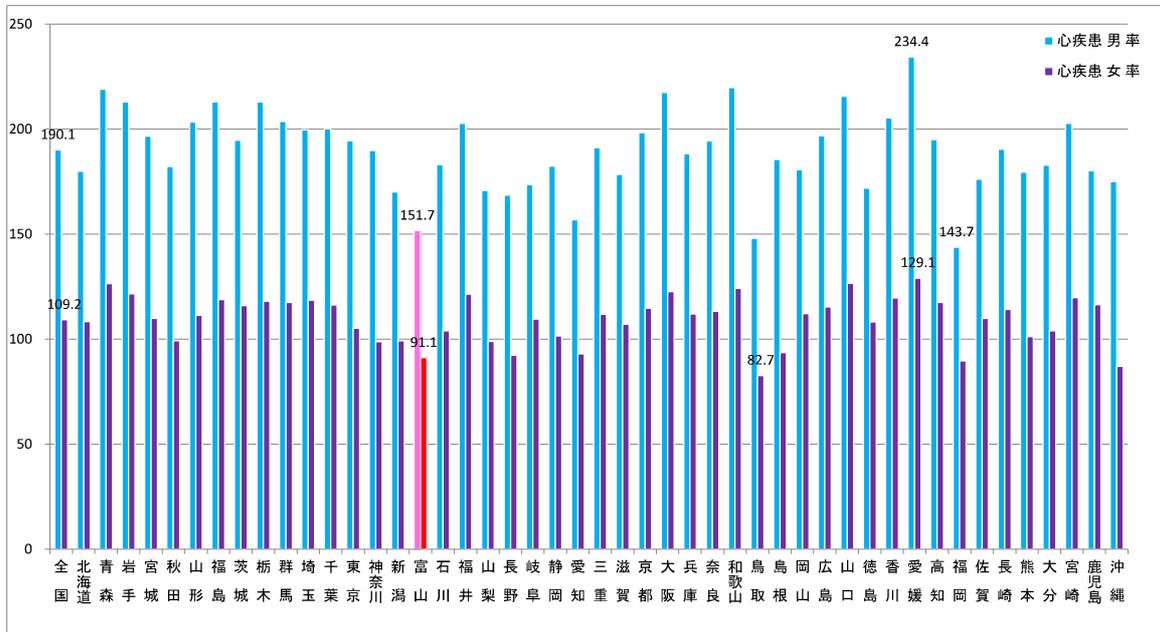


出典：厚生労働省 人口動態統計特殊報告「都道府県別年齢調整死亡率」をもとに作成

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

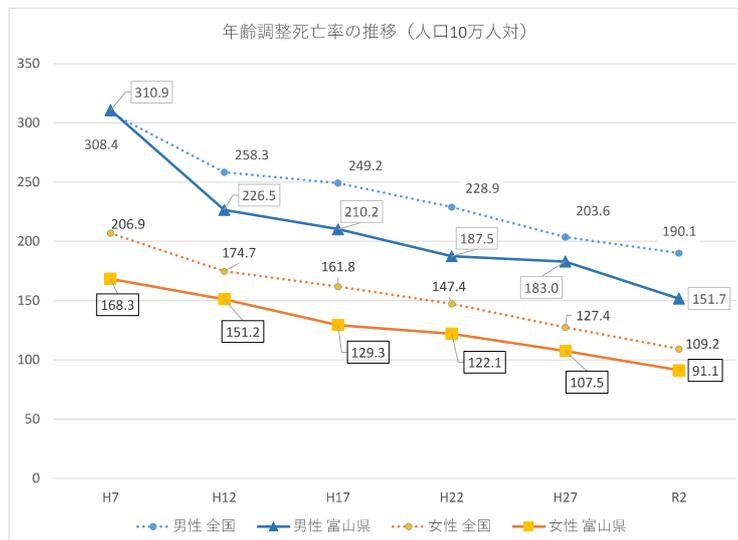
○ また、心疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国 190.1 に対し 151.7（全国 45 位）、女性は全国 109.2 に対し 91.1（全国 44 位）と、男女ともに全国を下回っています。（図表 16-1）

図表 16-1 人口 10 万人当たりの心疾患の年齢調整死亡率(男女別)



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（令和2年）をもとに作成

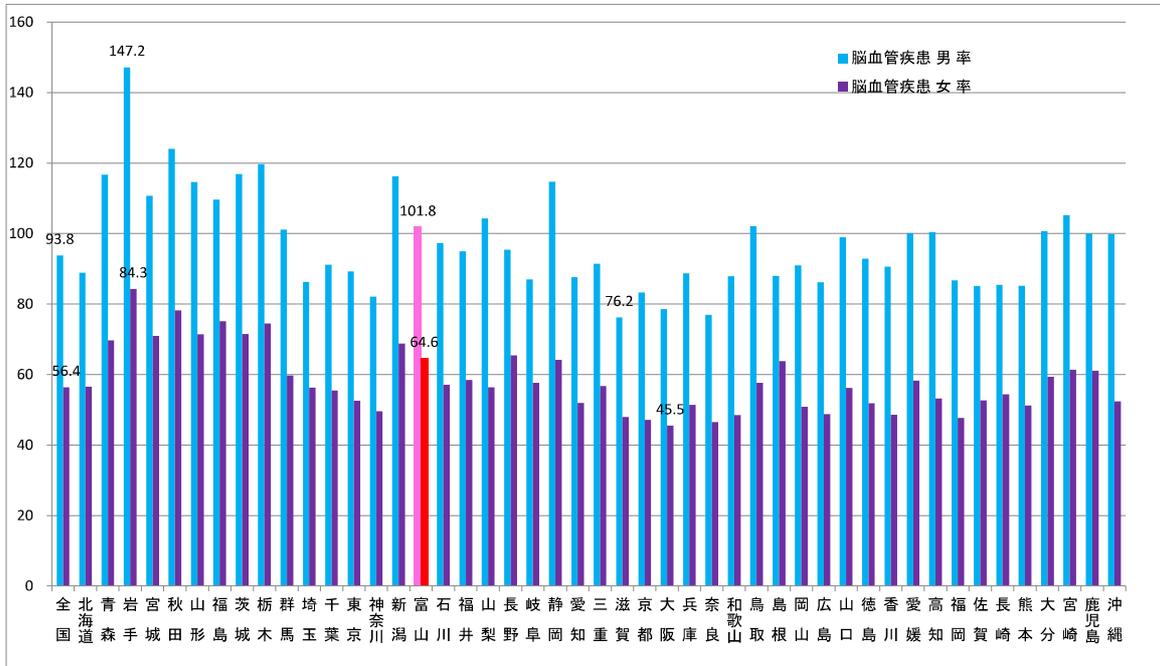
図表 16-2 人口 10 万人当たりの心疾患の年齢調整死亡率の推移



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

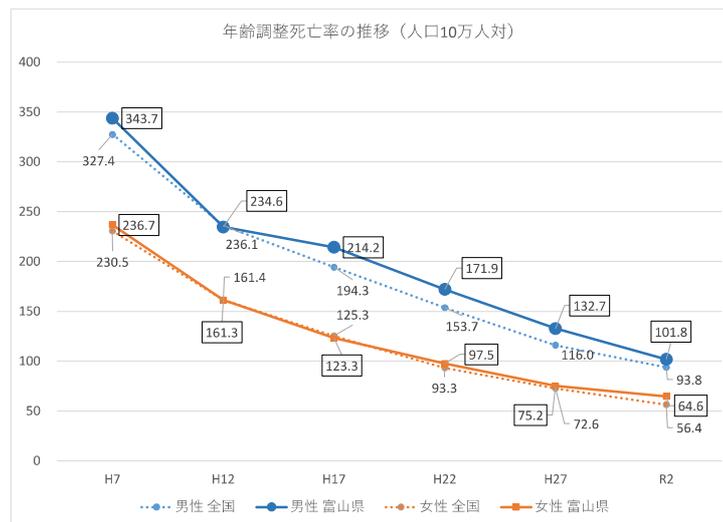
○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国 93.8 に対し 101.8（全国 14 位）、女性は全国 56.4 に対し 64.6（全国 11 位）と、男女ともに全国を上回っています。（図表 17-1）

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



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（令和2年）をもとに作成

図表 17-2 人口 10 万人当たりの脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



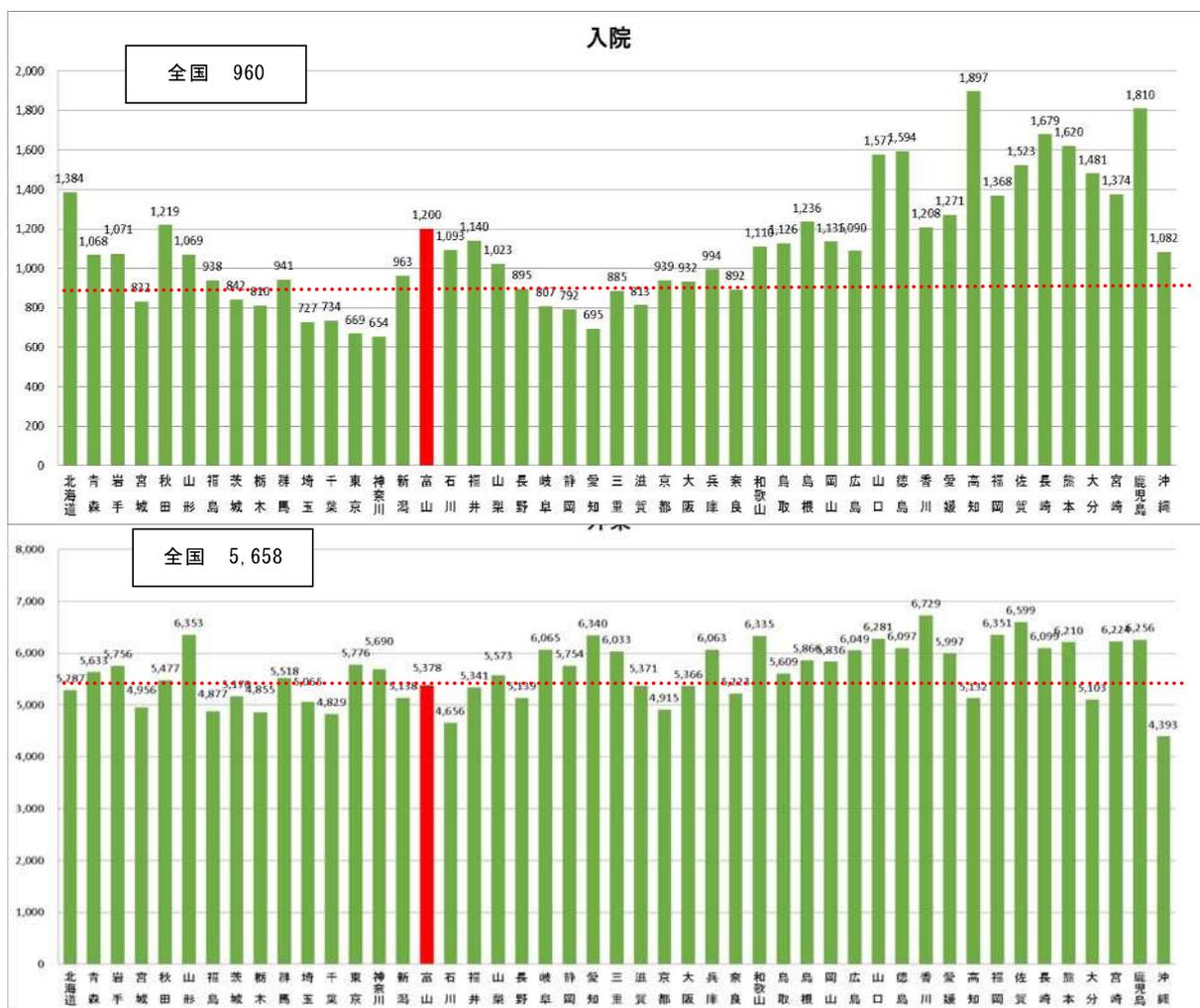
出典：厚生労働省 人口動態統計特殊報告「都道府県別年齢調整死亡率」をもとに作成

## イ 生活習慣病の受療及び医療費の状況

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

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

図表 18-1 都道府県別にみた人口10万対受療率(令和2年)

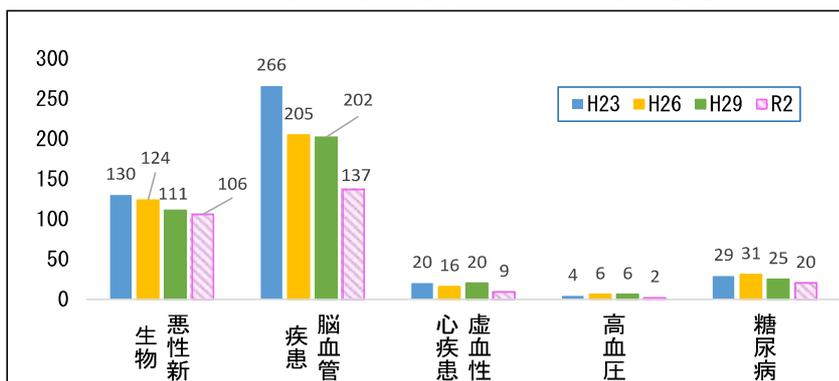


出典：厚生労働省「患者調査」(令和2年)をもとに作成

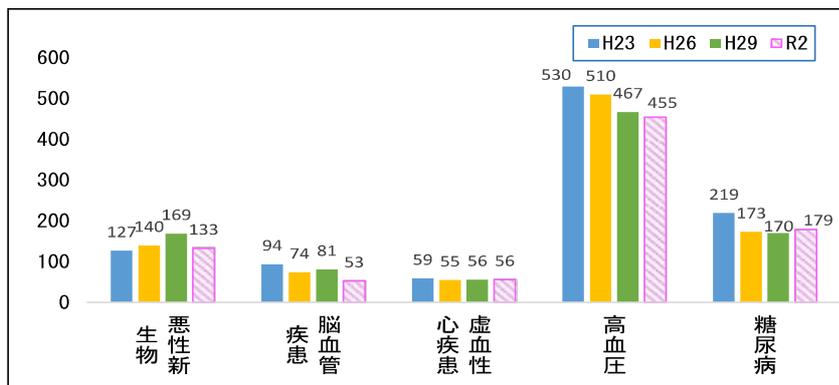
○ 令和2年度の本県入院受療率（人口10万対）は、生活習慣病関連では、脳血管疾患が137と最も多く、次いで悪性新生物106、糖尿病20となっており、概ね減少傾向となっています。（図表18-2）

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

図表 18-2 富山県の入院受療率(人口10万対)の推移



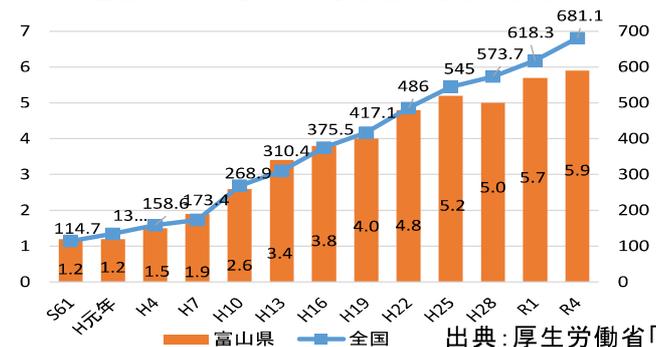
図表 18-3 富山県の入院外受療率(人口10万対)の推移



出典:厚生労働省「患者調査」をもとに作成

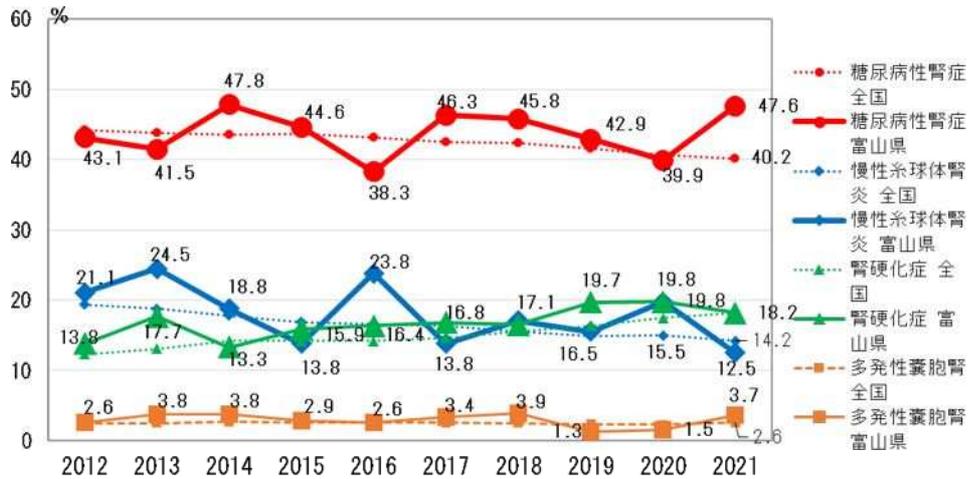
○ 糖尿病による通院者が増加傾向にある一方で、透析導入患者の原疾患としては、糖尿病性腎症が47.6%を占め、原因の第1位となっています。（図表19-1、19-2）

図表 19-1 糖尿病による通院者数の推移



出典:厚生労働省「国民生活基礎調査」

図表 19-2 年別透析導入患者の主要原疾患率の推移

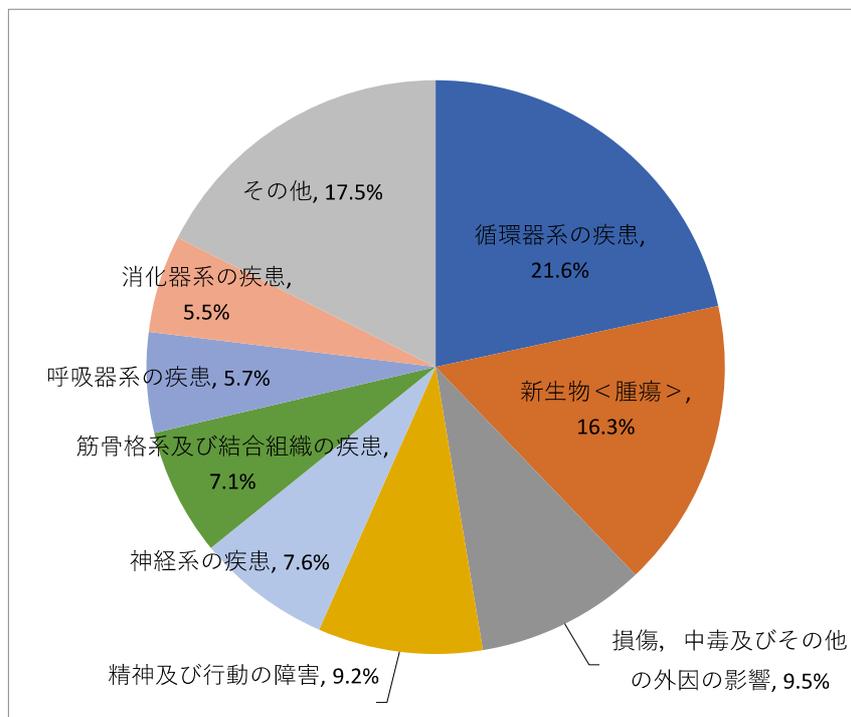


出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析医療の現況」をもとに作成

○ 令和3年度における本県の医療費に占める疾病別構成比をみると、入院において、循環器系の疾患 21.6%、新生物<腫瘍>16.3%、損傷、中毒及びその他の外因の影響 9.5%となっています。(図表 20-1)

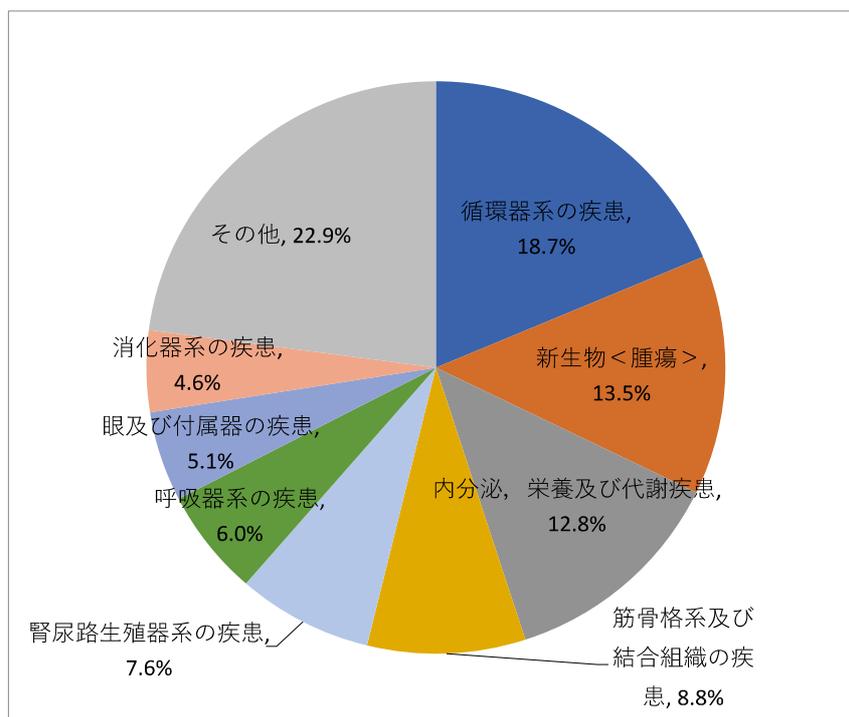
また、外来において、循環器系の疾患 18.7%、新生物<腫瘍>13.5%、内分泌、栄養及び代謝疾患 12.8%となっています。(図表 20-2)

図表 20-1 富山県における医療費の疾病別構成比(入院)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度)をもとに作成

図表 20-2 富山県における医療費の疾病別構成比(外来)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度)をもとに作成

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

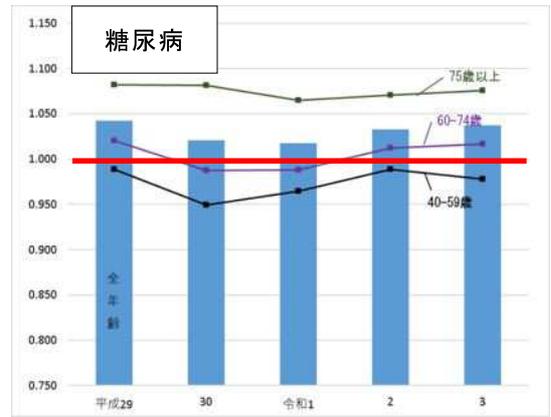
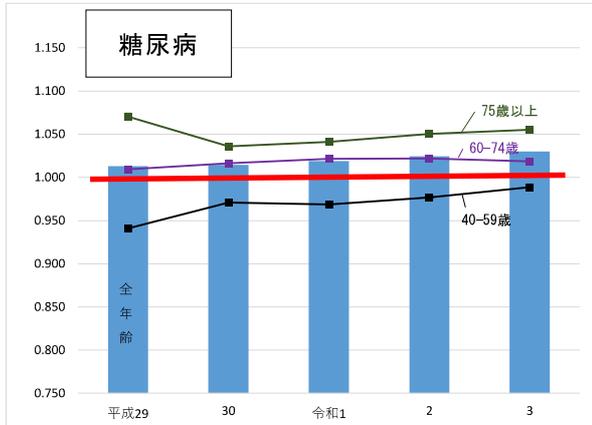
また、高血圧と脂質異常症において、受療率比は全国平均並みですが1人当たり医療費比は全国平均より低くなっています。（令和3年度では、高血圧の医療費比で-11.4%、脂質異常症の医療費比で-8.1%）。特に75歳以上の層で全国平均より低くなっています（令和3年度では、高血圧の医療費比で-13.6%、脂質異常症の医療費比で-10.5%）。

（図表 21-1、21-2、21-3、21-4、21-5）

図表 21-1 糖尿病の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

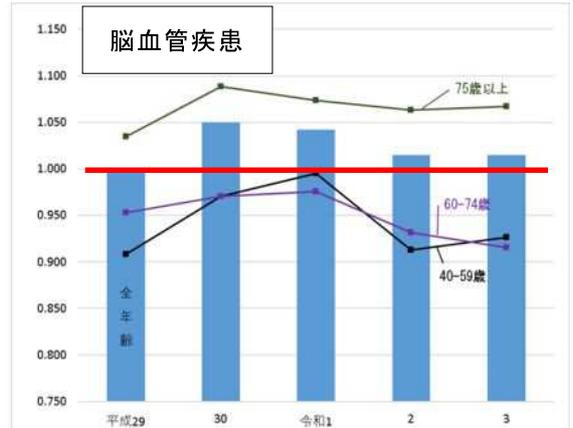
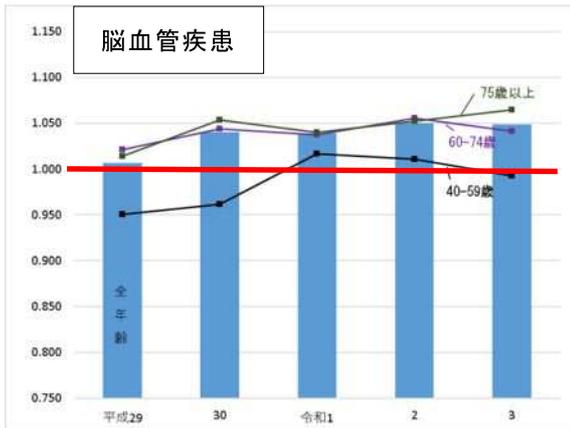
<標準化1人当たり医療費比 全国=1>



図表 21-2 脳血管疾患の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

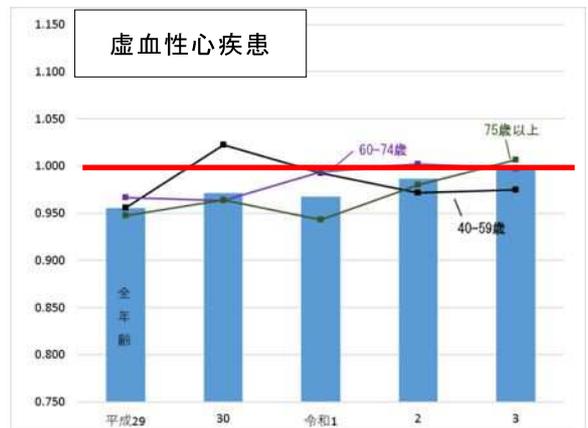
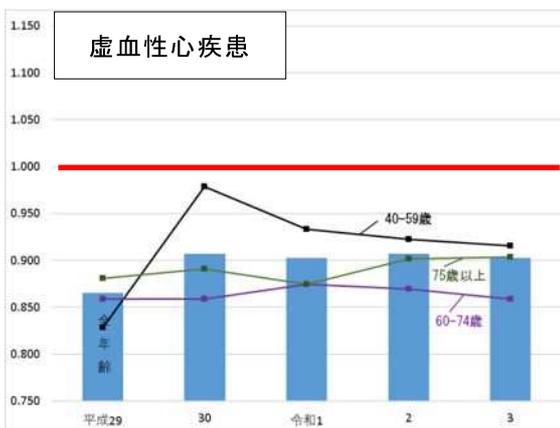
<標準化1人当たり医療費比 全国=1>



図表 21-3 虚血性心疾患の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

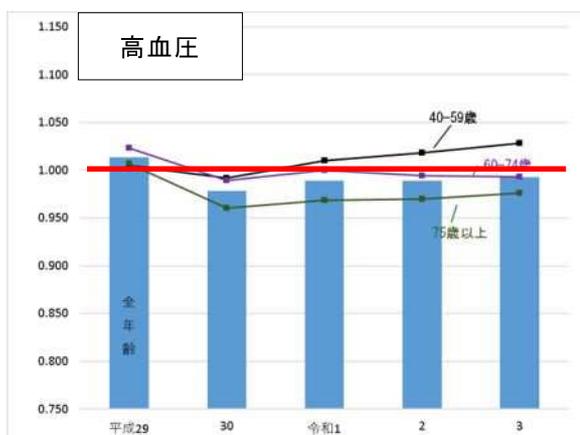
<標準化受療率比 全国=1>

<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

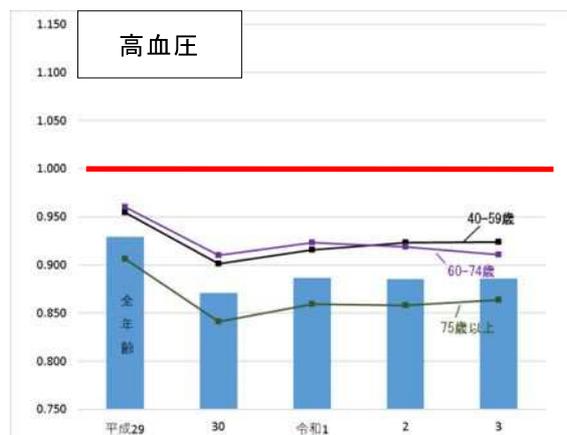


図表 21-4 高血圧の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>

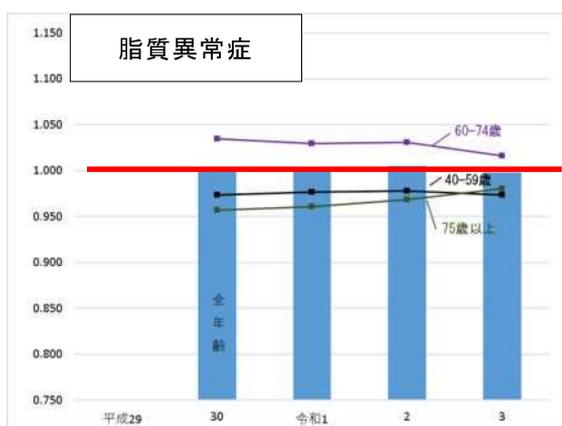


<標準化1人当たり医療費比 全国=1>

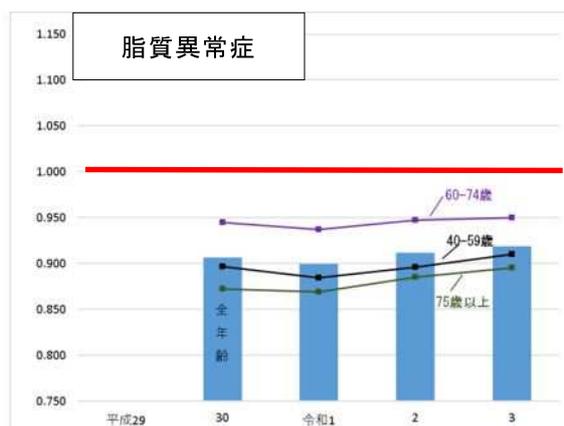


図表 21-5 脂質異常症の標準化受療率比・標準化1人当たり医療費比

<標準化受療率比 全国=1>



<標準化1人当たり医療費比 全国=1>



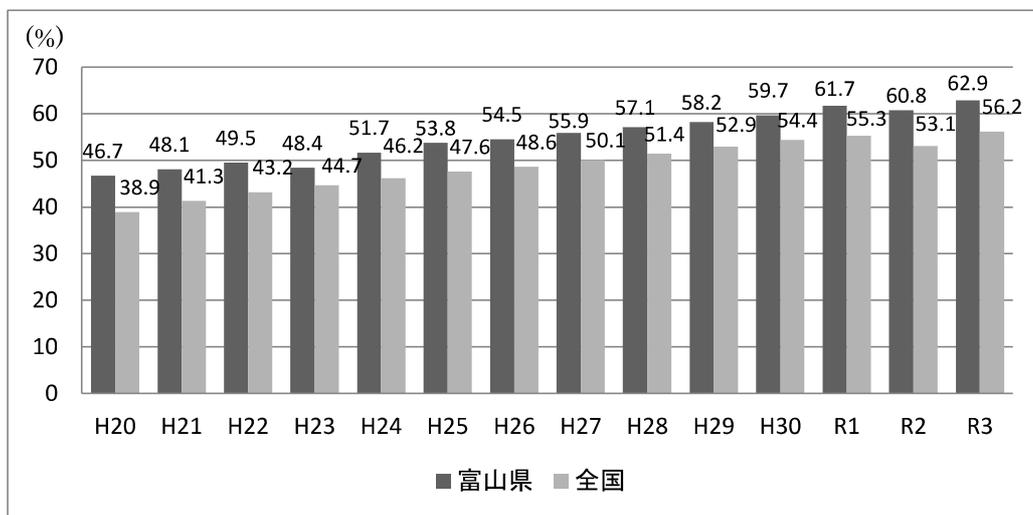
出典: 富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門・富山大学学術研究部医学系疫学健康政策学講座「レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDBデータ)を活用した生活習慣病、医療費分析(令和元年度データ)」及び厚生労働省提供「NDB データセット(平成29年度～令和3年度)」をもとに作成

## 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、全国と同様に年々概ね上昇しており、令和2年度は60.8%（全国3位）、令和3年度は62.9%（全国3位）です。（図表22-1、22-2）

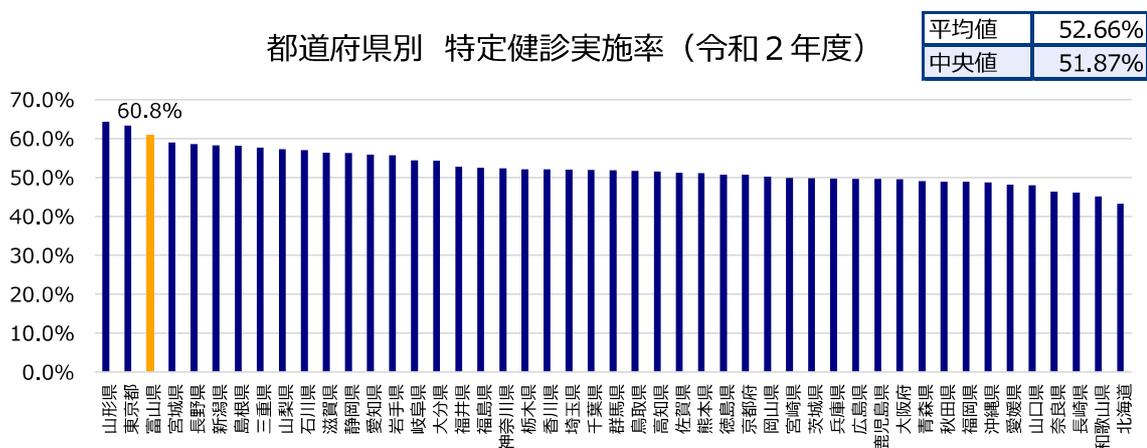
図表 22-1 特定健康診査実施率



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」をもとに作成

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

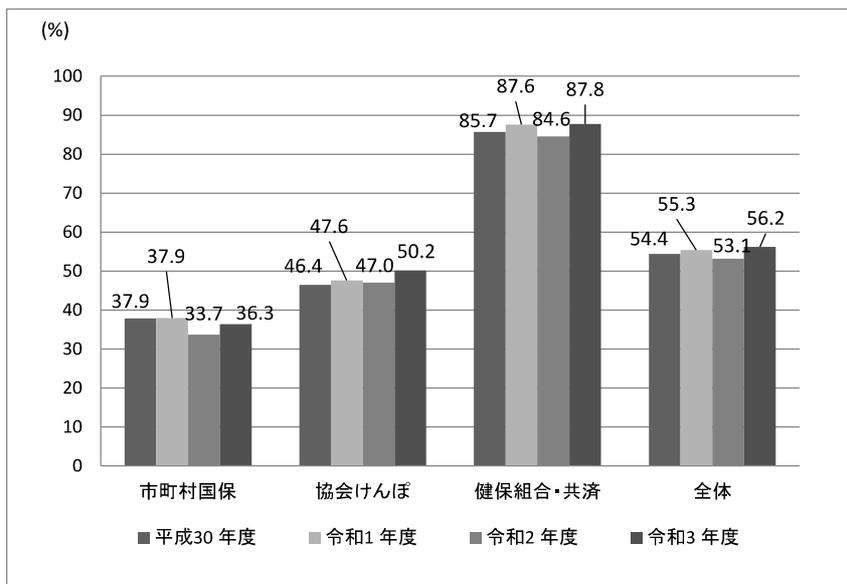
図表 22-2 都道府県別 特定健康診査実施率(令和2年度)



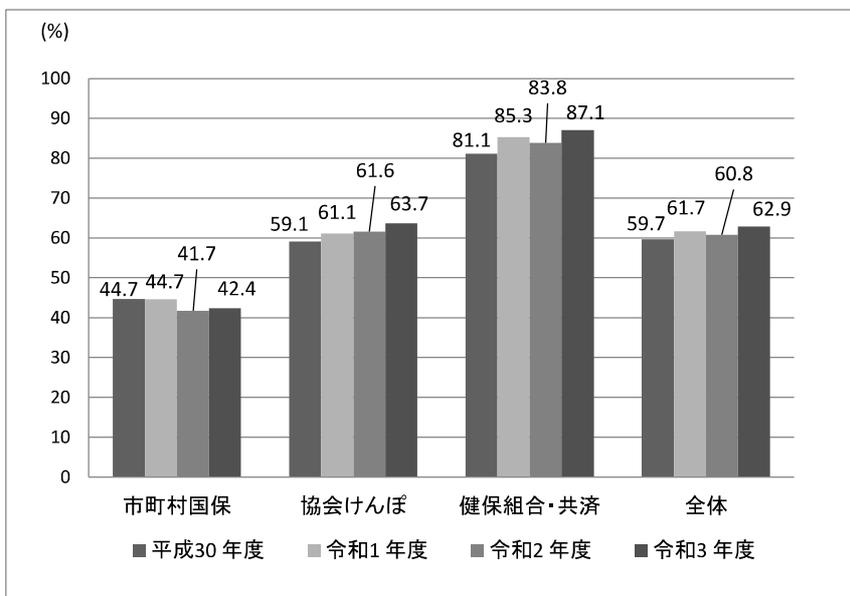
出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

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

図表 23-1 医療保険者別特定健康診査実施状況(全国)



図表 23-2 医療保険者別特定健康診査実施状況(富山県)



※「健康保険組合・共済」には国保組合及び船員保険も含む（以下同じ）。

出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

\*特定健康診査対象者数は厚生労働省 R5.10.6 付け事務連絡「第四期医療費適正化計画レポート等について」に基づく推計値

## エ 特定保健指導の実施状況

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

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

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

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

### 【特定保健指導の基準】

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

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

### 【メタボリックシンドロームの判定基準】

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

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

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

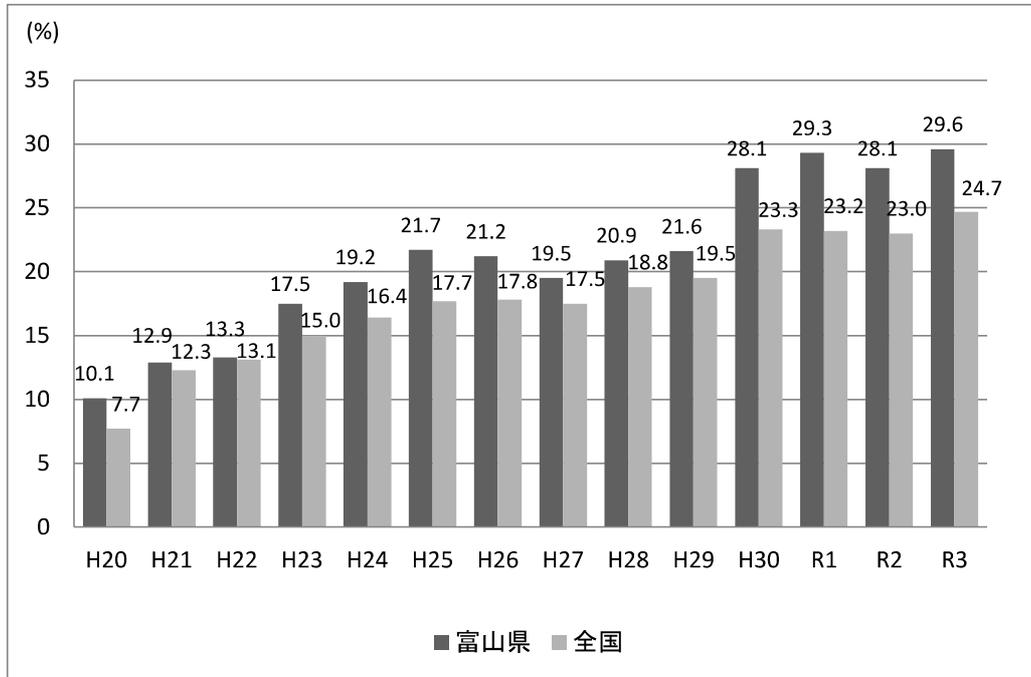
### 【メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係】



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

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

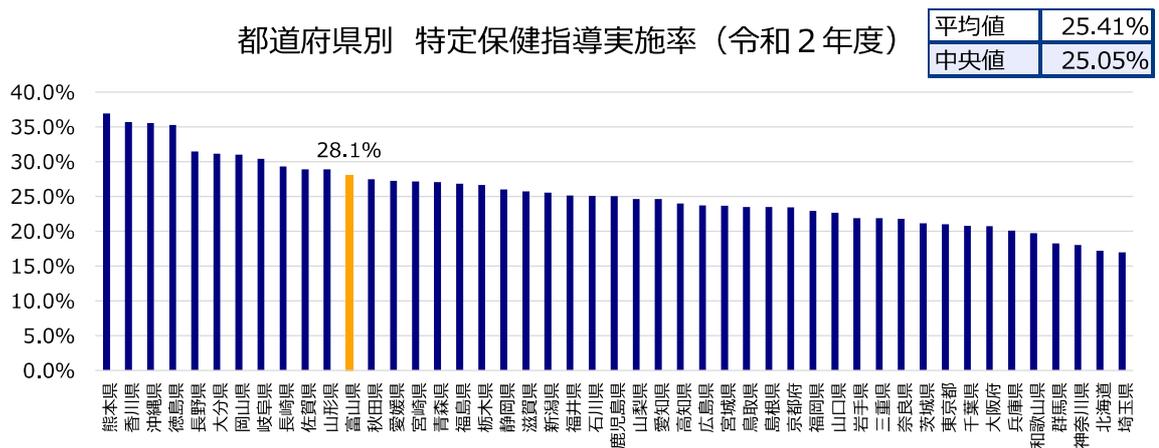
図表 24-1 特定保健指導実施率



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

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

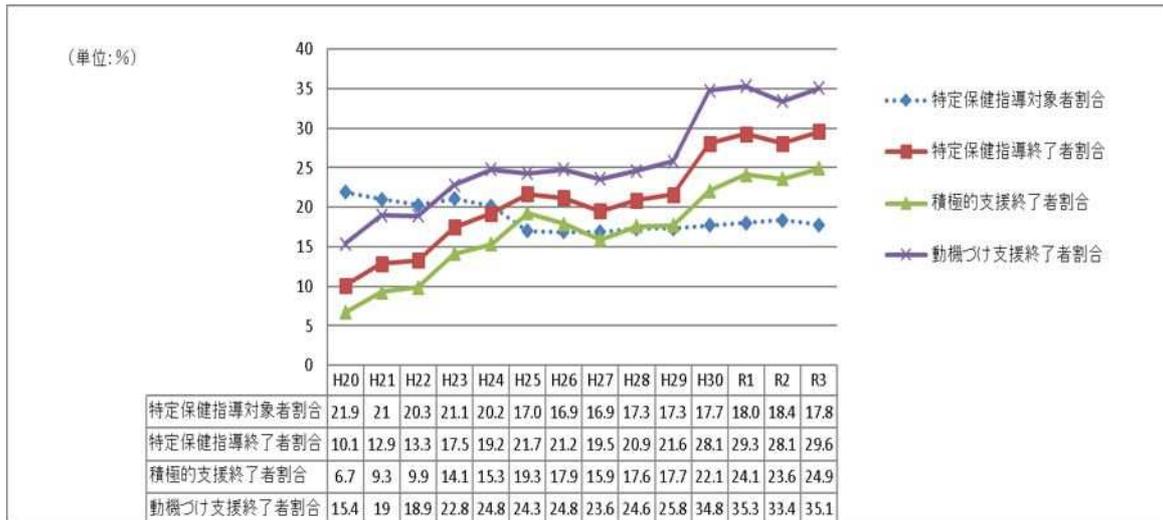
図表 24-2 都道府県別 特定保健指導実施率（令和2年度）



出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

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

図表 25 特定保健指導の状況(富山県)

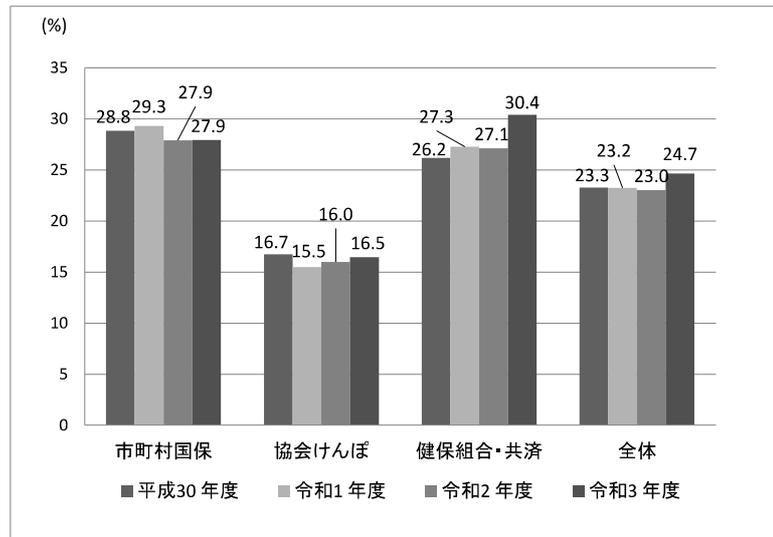


出典:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」をもとに作成

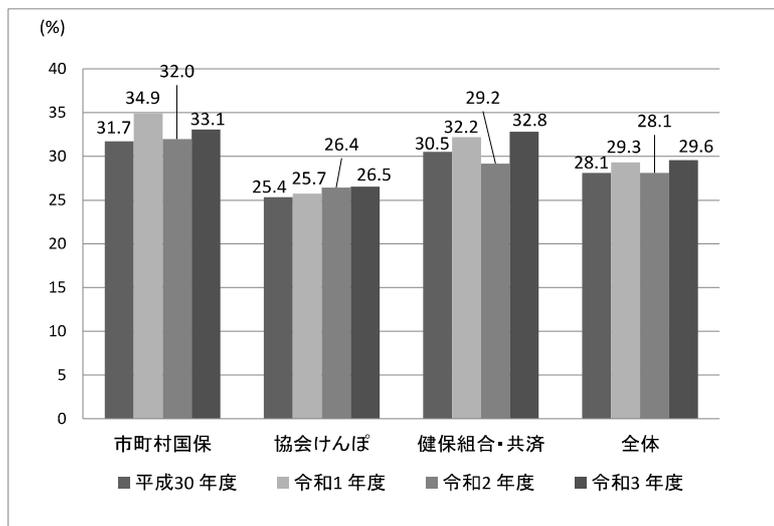
- 特定保健指導の実施率を医療保険者別にみると、本県では、いずれの年度も市町村国保が高く、次いで、健保組合が高くなっています。

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

図表 26-1 医療保険者別特定保健指導実施率(全国)



図表 26-2 医療保険者別特定保健指導実施率(富山県)

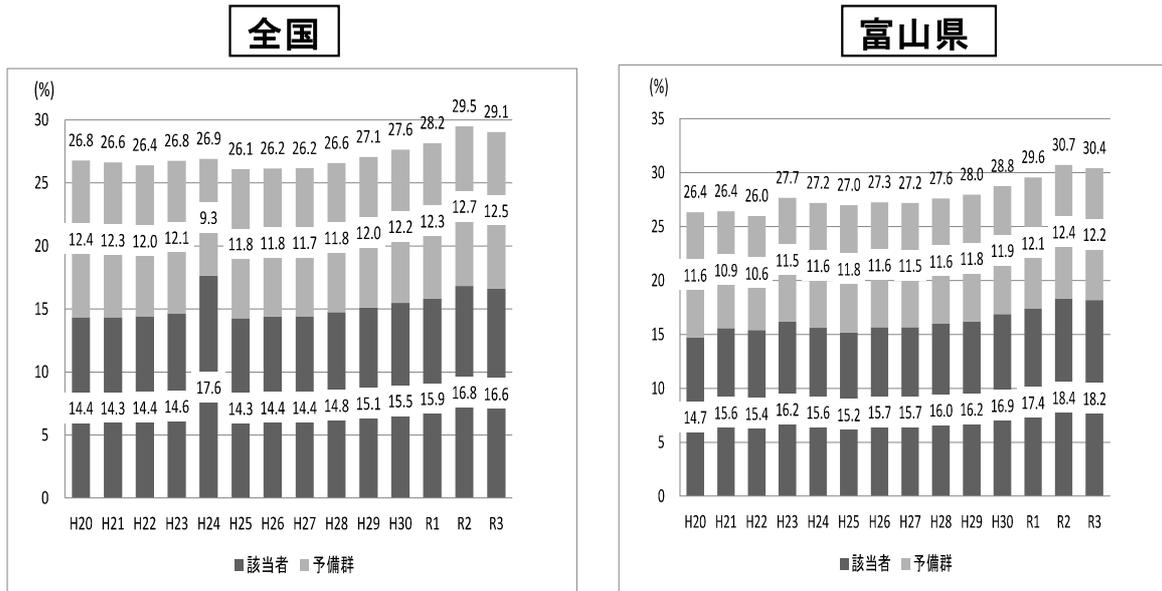


出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」もとに作成

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

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

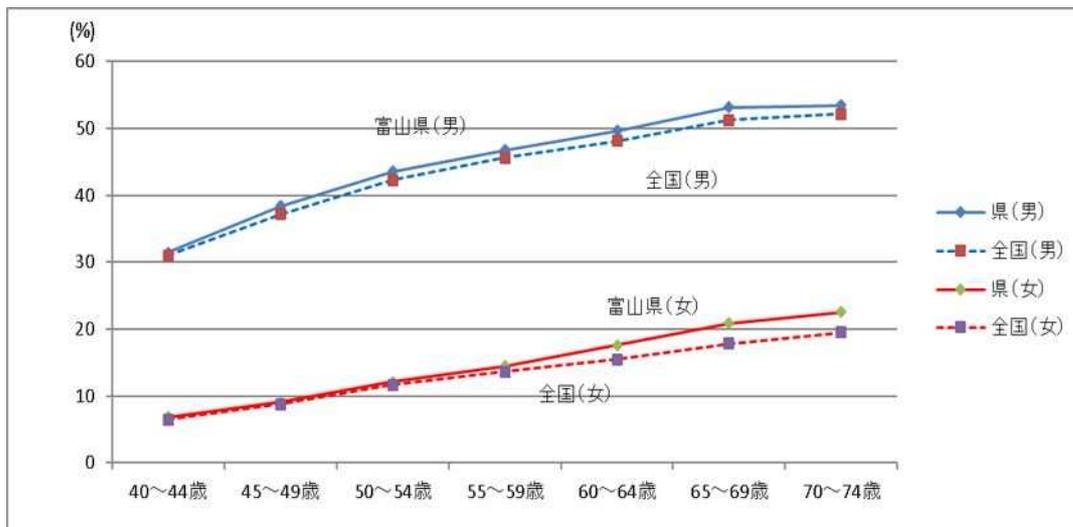
図表 27 メタボリックシンドロームの状況



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

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

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

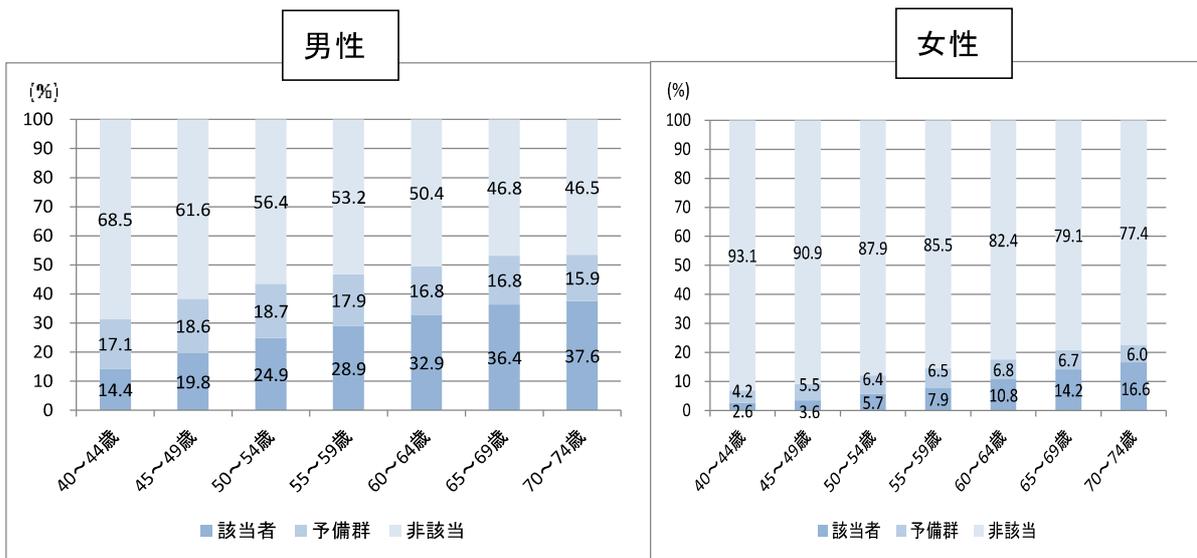


出典：厚生労働省提供「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和 3 年度）をもとに作成

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

女性では、予備群は60～64歳の6.8%をピークに年代が上がるにつれて減少しているのに対し、該当者は年代が上がるにつれ多くなっています。(図表 28-2)

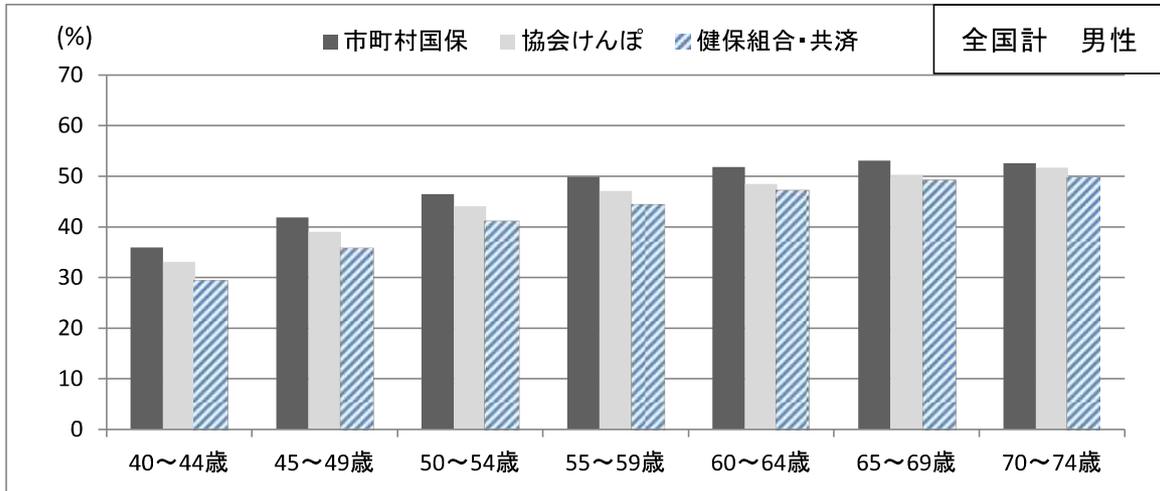
図表 28-2 富山県におけるメタボリックシンドローム(該当者及び予備群)の男女別・年齢別割合(令和3年度)



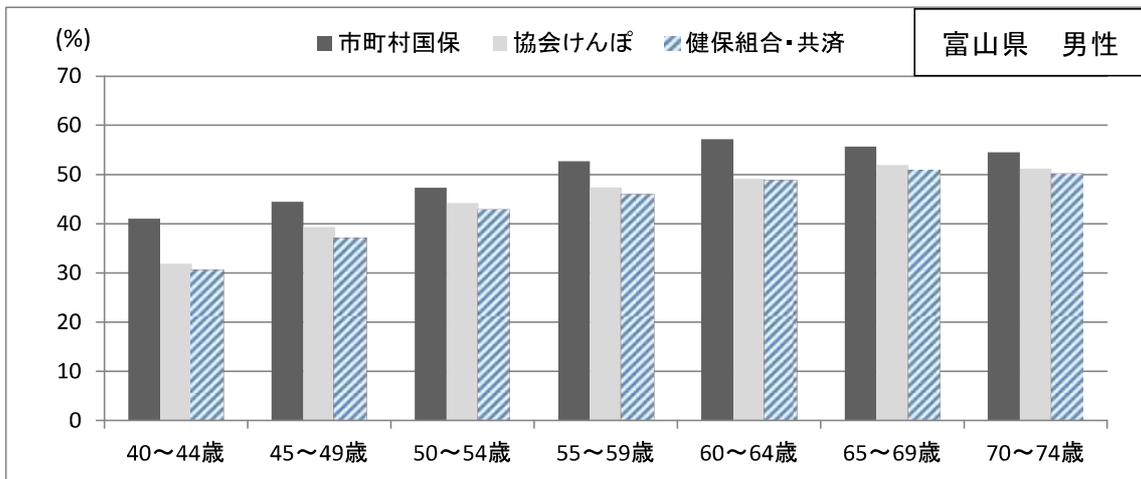
出典: 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(令和3年度)をもとに作成

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

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



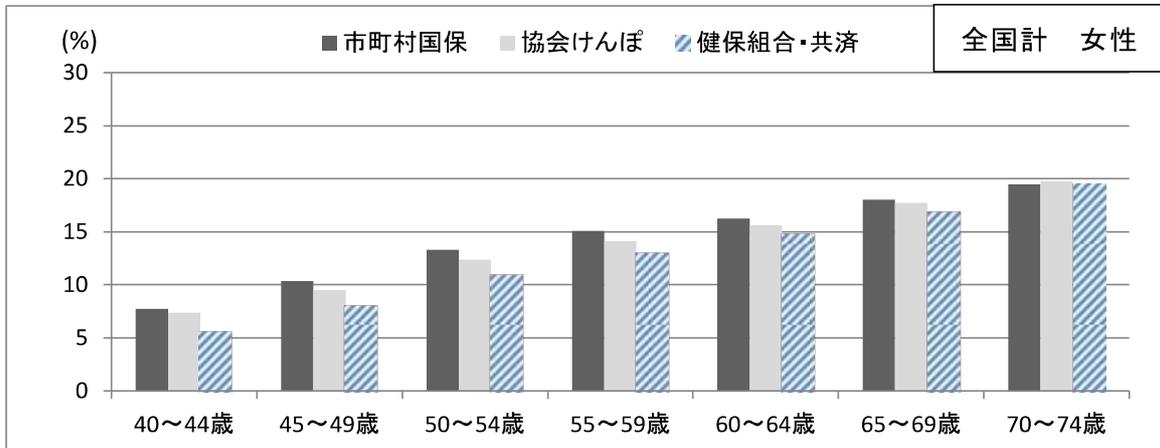
図表 29-2 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 富山県男性）



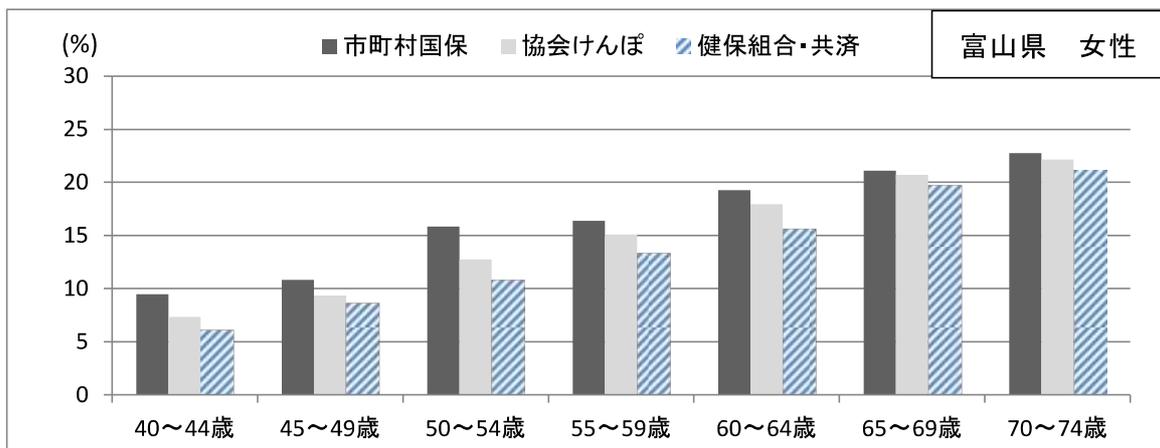
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和3年度）をもとに作成

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

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



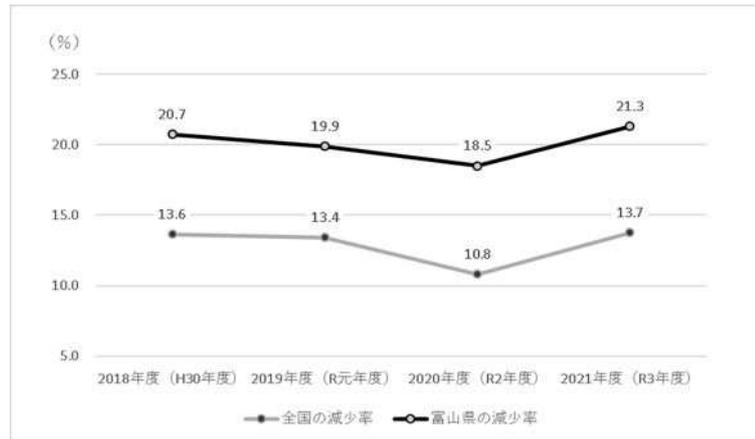
図表 29-4 医療保険者別メタボリックシンドロームの割合（令和3年度 富山県女性）



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

- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率（※12））は、平成 30 年度以降、全国と同様、本県でもマイナスの傾向（対象者は増加傾向）にありましたが、令和 2 年度は 18.5%（全国 6 位）、令和 3 年度は 21.3%（全国 7 位）とプラスに転じました（対象者は減少）。（図表 30-1、30-2）

図表 30-1 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(※10)



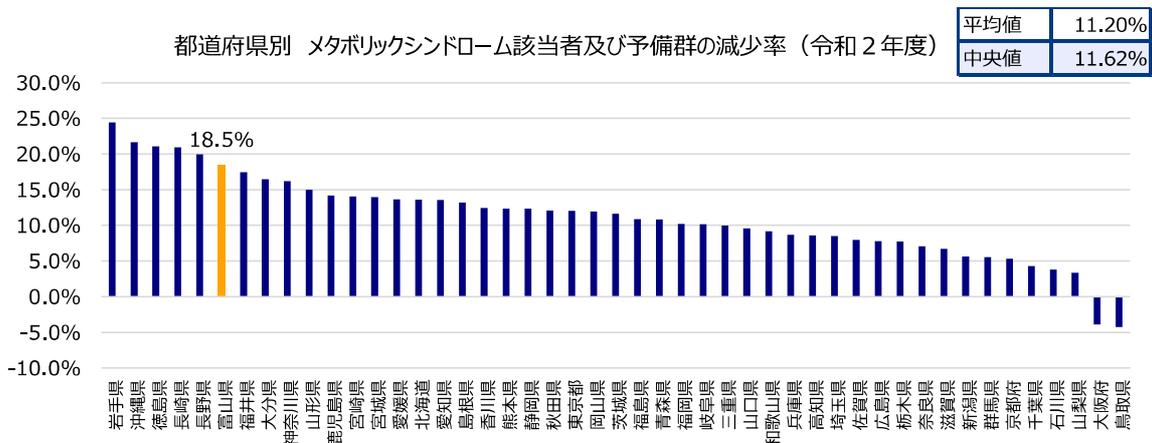
出典：厚生労働省提供「メタボリックシンドローム減少率推計シート」をもとに作成

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

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

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

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

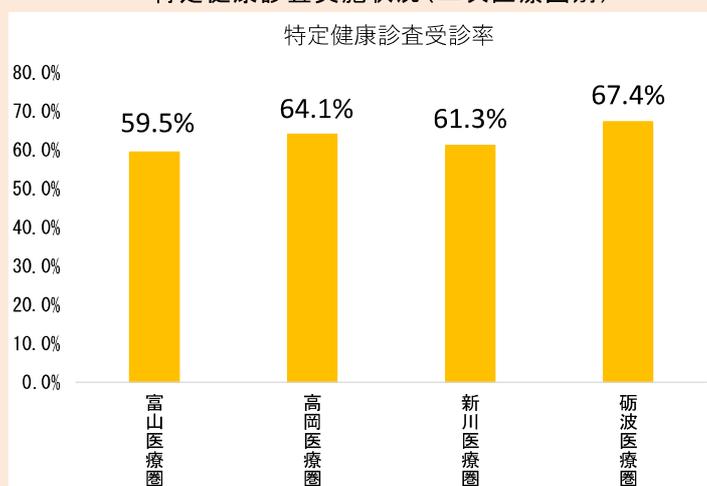


出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

☆特定健康診査・特定保健指導、メタボリックシンドロームの地域別実施状況について

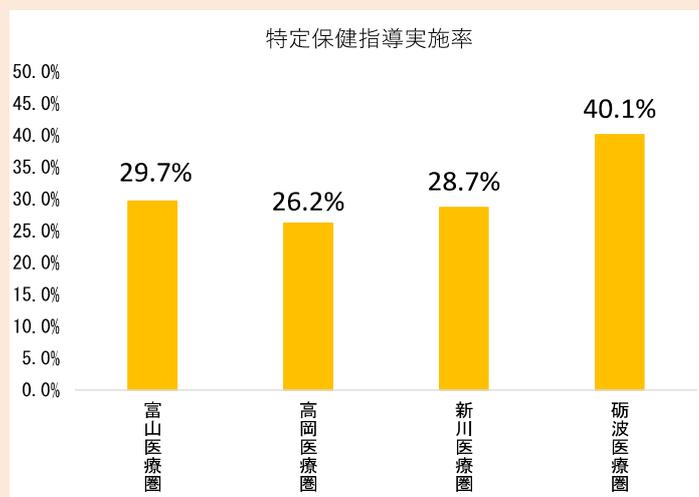
- 県内在住の協会けんぽ富山支部加入者（被保険者・被扶養者）及び県内市町村国保被保険者（県内の特定健康診査対象者の約7割）の特定健康診査の実施率について、県内4医療圏を比較すると、砺波医療圏が高く、次いで高岡医療圏が高くなっています。（図表 31-1）

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



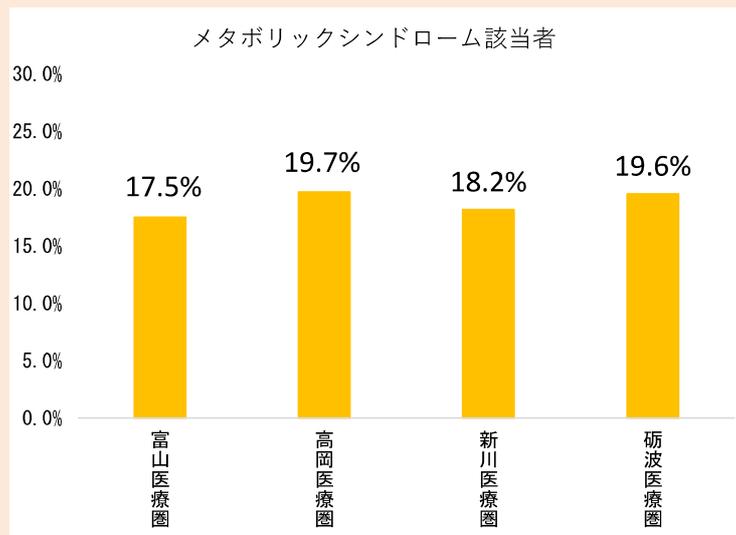
- 特定保健指導の実施率について、県内4医療圏を比較すると、砺波医療圏が高く、次いで富山医療圏が高くなっています。（図表 31-2）

図表 31-2 協会けんぽ富山支部加入者及び市町村国保被保険者の特定保健指導実施状況（二次医療圏別）



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

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



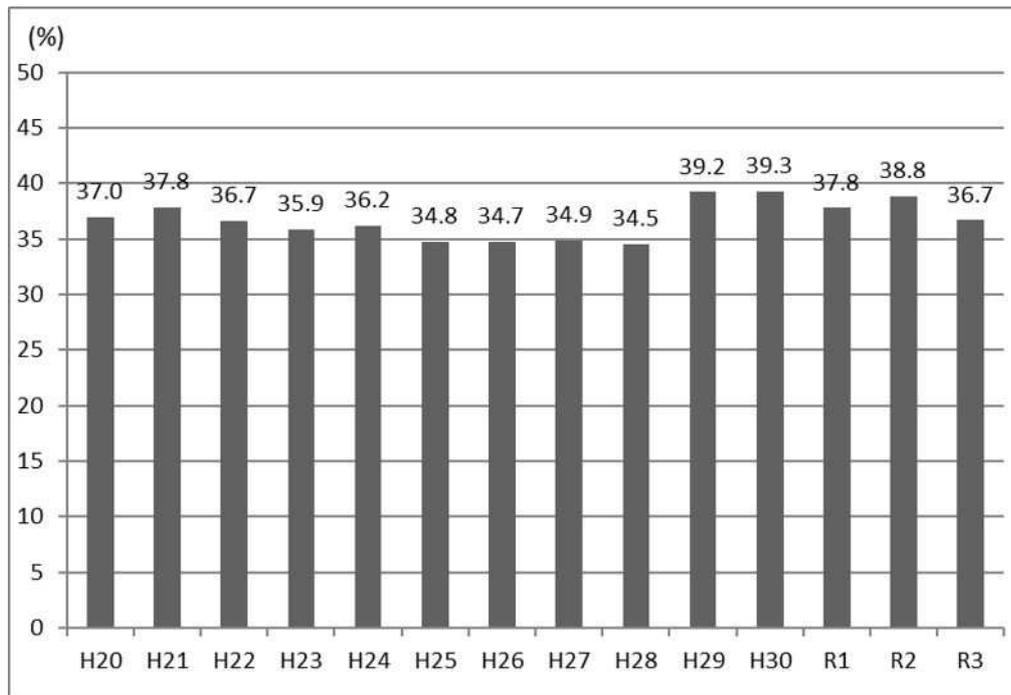
出典:「40歳以上の協会けんぽ富山支部加入者(被保険者及び被扶養者)のうち、県内在住者※の令和3年度健診結果」及び「富山県国民健康保険団体連合会資料(令和4年11月時点速報値)」をもとに作成

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

### 《後期高齢者の健康診査の受診状況》

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

図表33 後期高齢者の健康診査の受診率



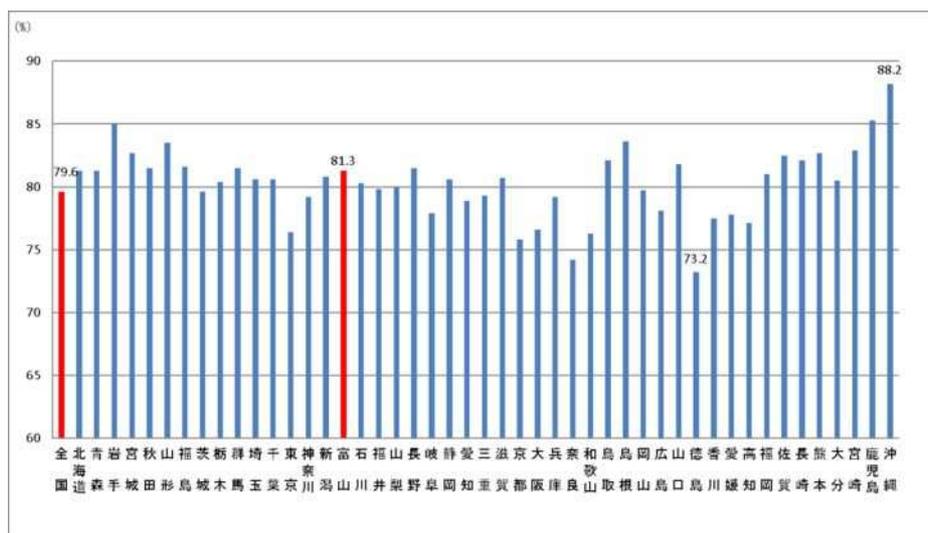
出典：富山県後期高齢者医療広域連合「富山県の後期高齢者医療」をもとに作成

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

(6) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況

- 令和4年3月時点において、後発医薬品の使用割合を都道府県別にみると、本県は81.3%（全国79.6%）と全国17位であり、最も高い沖縄県（88.2%）と比較すると、6.9ポイントの差があります。（図表34-1）

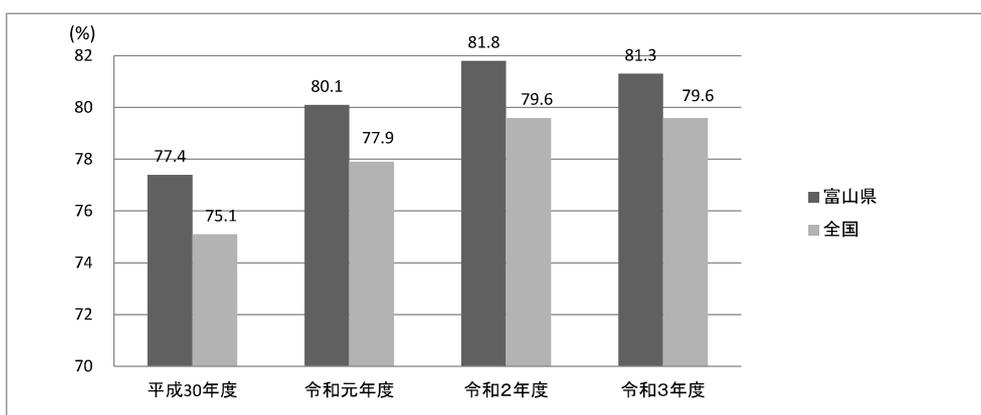
図表 34-1 後発医薬品使用割合(数量ベース・都道府県別)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和3年度版)をもとに作成

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

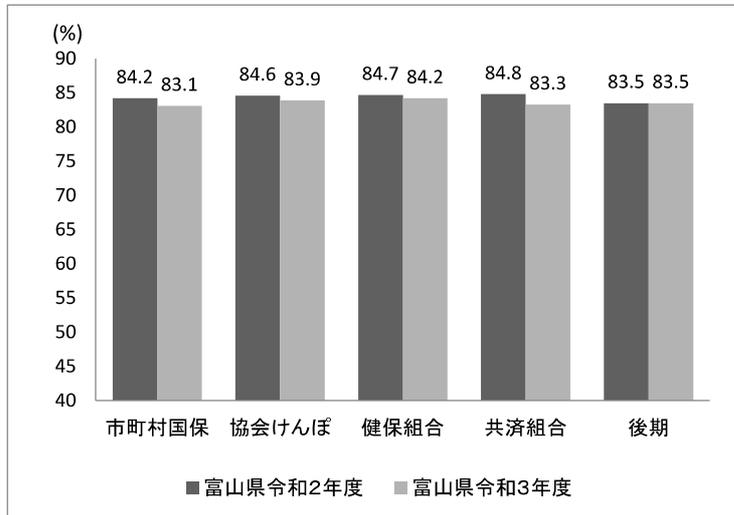
図表 34-2 後発医薬品使用割合(数量ベース)



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

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

図表 34-3 医療保険者別後発医薬品使用割合(数量ベース)

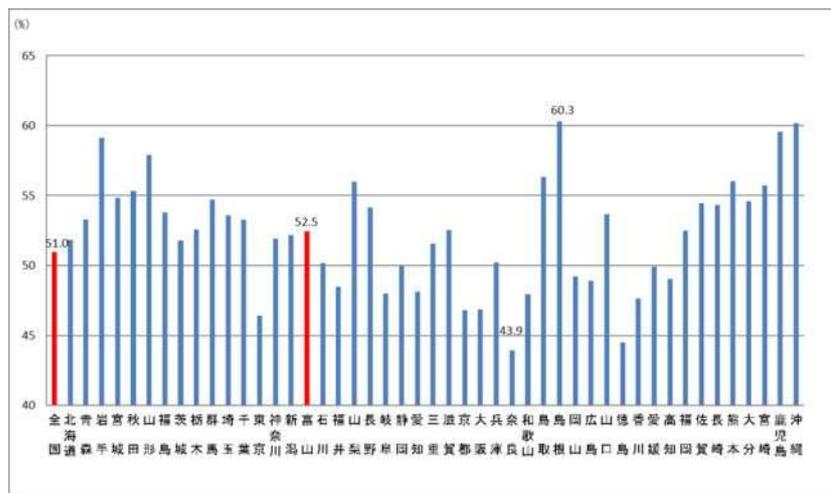


※各年度3月現在・薬局所在地ベース

出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」(令和2、3年度版)をもとに作成

- 令和4年度において、金額ベースの後発医薬品の使用割合を都道府県別にみると、本県は52.5%（全国51.0%）と全国25位であり、最も高い島根県（60.3%）と比較すると、7.8ポイントの差があります。（図表 34-4）

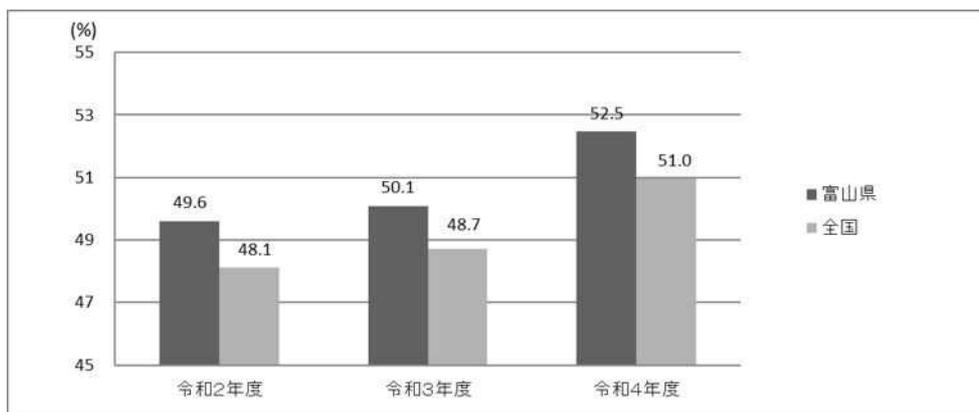
図表 34-4 後発医薬品使用割合(金額ベース・都道府県別)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和4年度版)をもとに作成

- 令和2年度から令和4年度までの金額ベースの後発医薬品使用割合をみると、全国同様に本県の割合も増加傾向にあり、令和2年度の49.6%から令和4年度の52.5%と2.9ポイント増加しています。（図表34-5）

図表 34-5 後発医薬品使用割合(金額ベース)



出典：厚生労働省提供「NDB データセット」(令和4年度版)をもとに作成

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

図表 35 富山県におけるバイオ後続品の置き換わり率(R3年度)

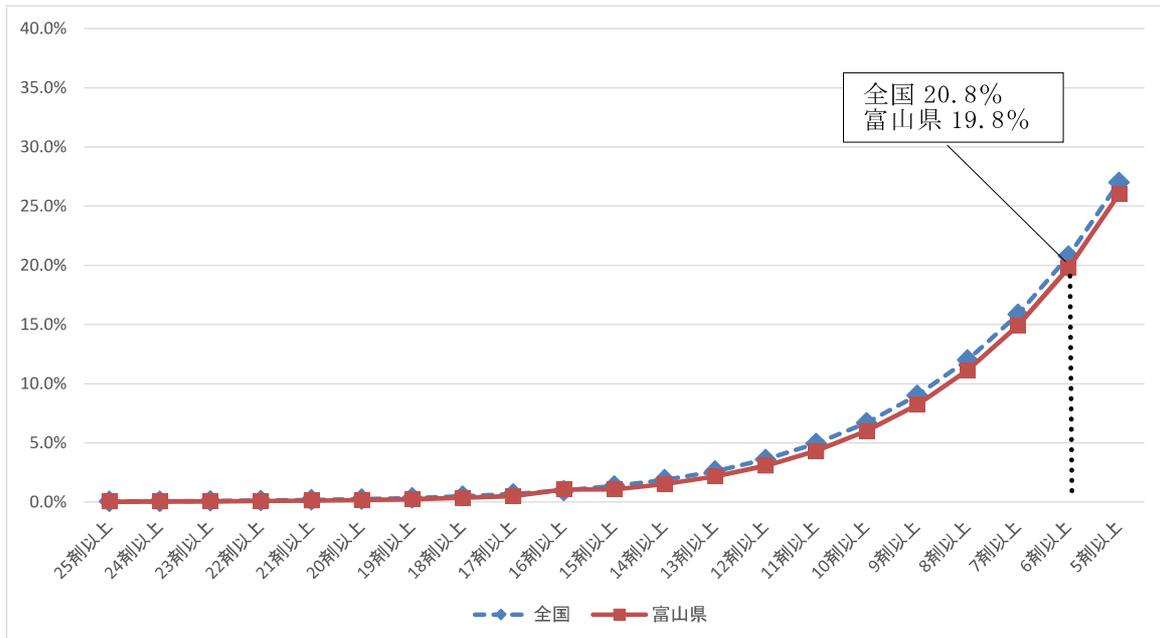
①ソマトロピン	②エポエチンアルファ	③フィルグラスチム	④インフリキシマブ	⑤インスリン グラルギン	⑥リツキシマブ	⑦エタネルセプト	⑧トラスツズマブ
0.0%	95.7%	99.2%	19.1%	77.8%	86.9%	49.2%	56.3%
⑨アガルシダーゼベータ	⑩ベバシズマブ	⑪ダルベポエチンアルファ	⑫テリパラチド	⑬インスリン リスプロ	⑭アダリムマブ	⑮インスリン アスパルト	⑯ラニズマブ
0.0%	21.3%	84.8%	31.4%	22.2%	7.5%	0.9%	11.0%

出典：厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」をもとに作成

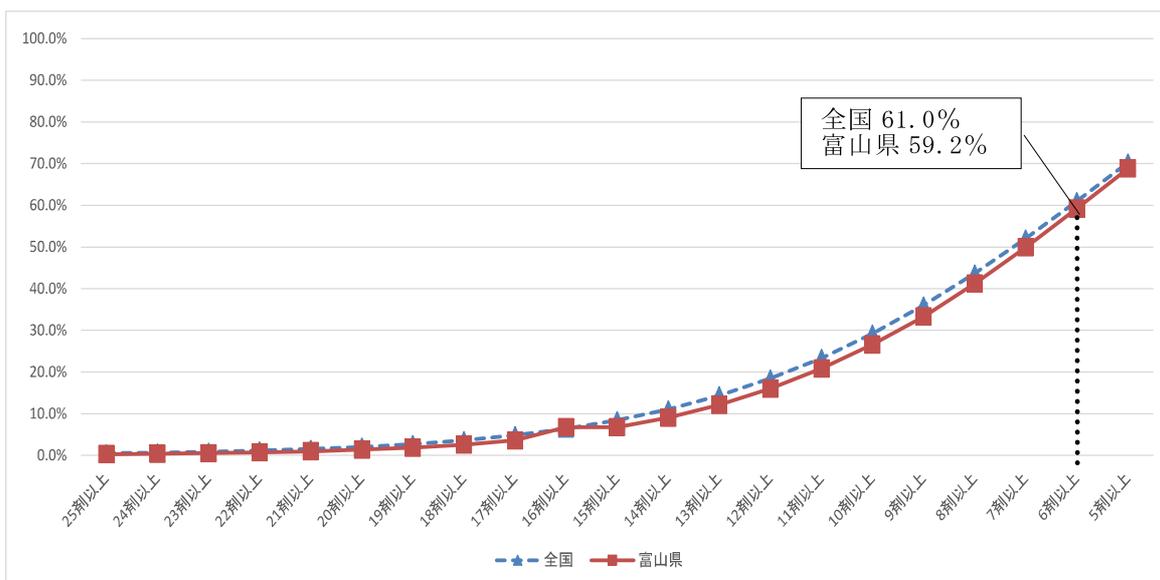
## (7) 医薬品の適正使用状況

- 複数種類医薬品の使用状況を薬剤費が発生した患者総数における累積で見ると、6剤以上の割合が富山県で19.8%と全国の20.8%を下回っています。また、薬剤費における累積では、6剤以上の割合が富山県で59.2%と全国の61.0%を下回っています。(図表36-1、図表36-2)

図表 36-1 患者総数における薬剤数累積割合(令和3年度)



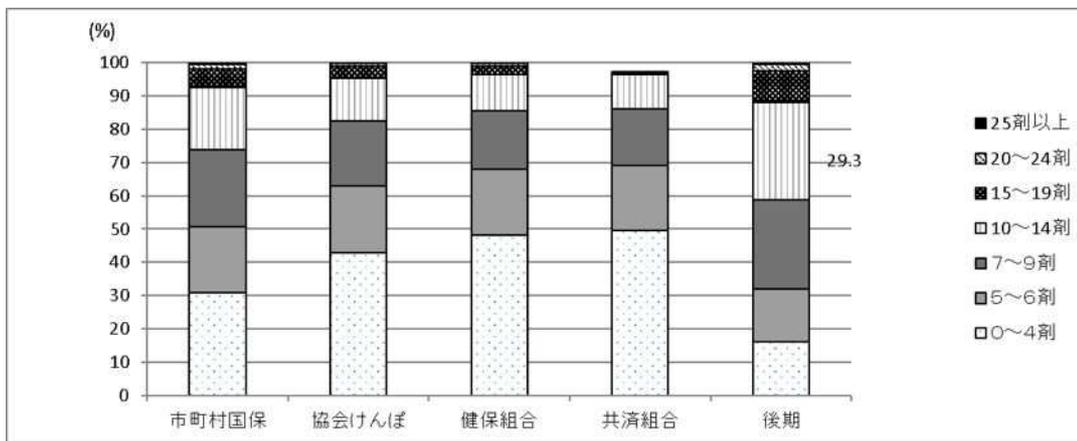
図表 36-2 薬剤費における薬剤数累積割合(令和3年度)



出典:厚生労働省「NDB データ」(令和3年度版)をもとに作成

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

図表37 医療保険者別複数種類医薬品の薬剤費割合(令和2年度末)

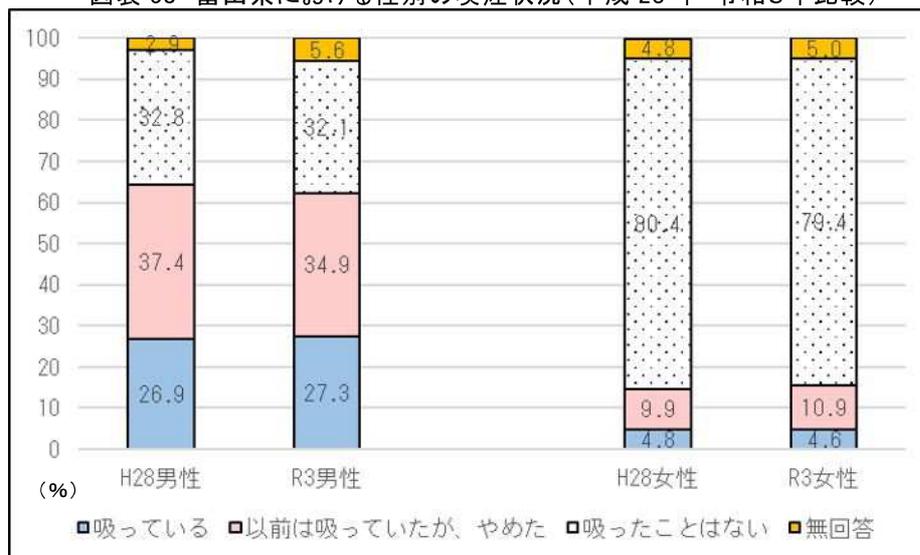


出典：厚生労働省「NDB データ」(令和3年度)をもとに作成

### (8) たばこに関する状況

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

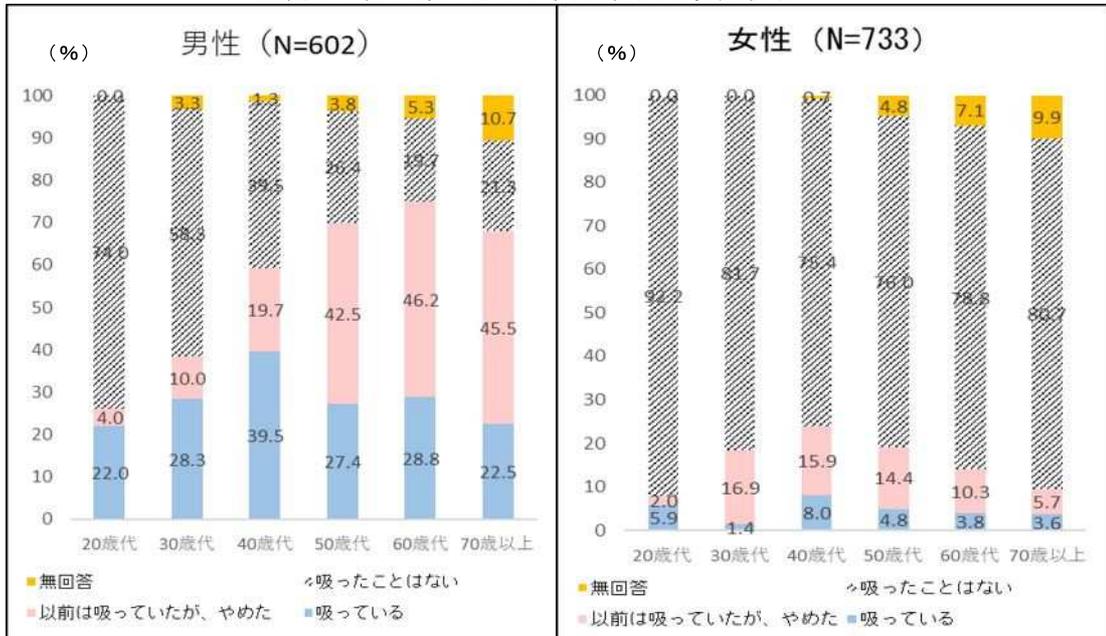
図表38 富山県における性別の喫煙状況(平成28年・令和3年比較)



出典：「富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

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

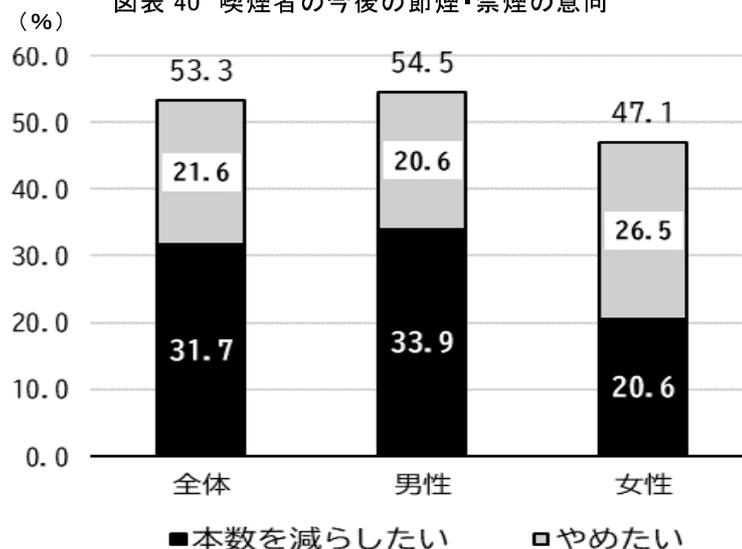
図表 39 富山県における年代・性別の喫煙状況



出典:「令和3年富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

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

図表 40 喫煙者の今後の節煙・禁煙の意向



出典:「令和3年富山県健康づくり県民意識調査」をもとに作成

(9) 外来化学療法の実施状況

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

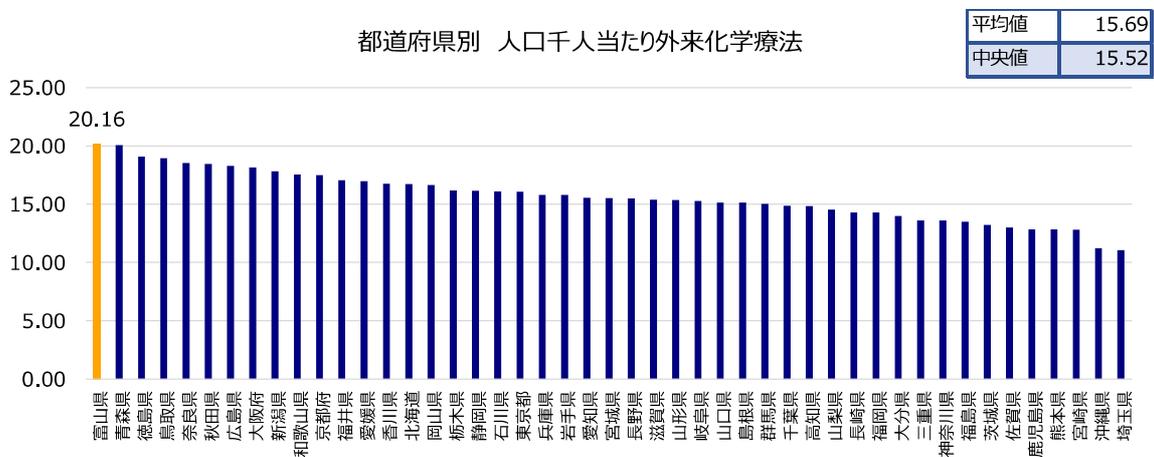
図表41 外来化学療法の実施件数(令和2年(2020年)9月)

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

出典:厚生労働省「医療施設調査」をもとに作成

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

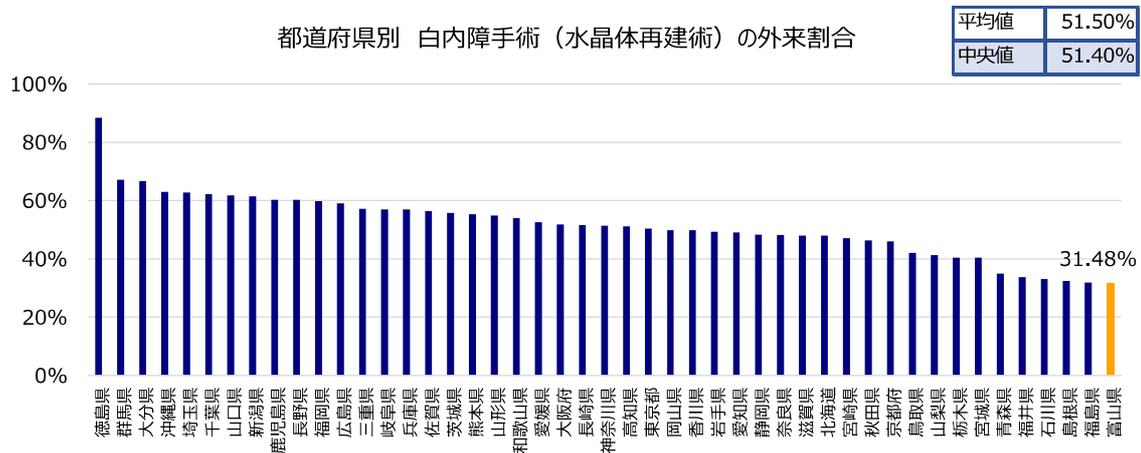
図表42 都道府県別人口千人当たり外来化学療法



(10) 白内障手術（水晶体再建術）の外来実施の状況

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

図表 43 都道府県別白内障手術（水晶体再建術）の外来割合

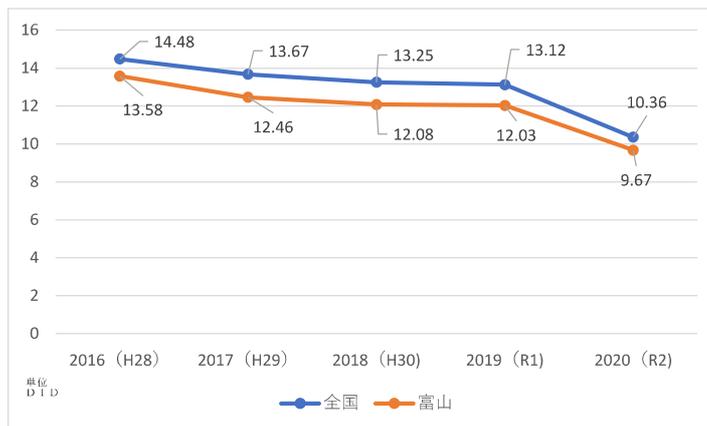


出典：厚生労働省提供「第4期医療費適正化計画レポート」

(11) 抗菌薬使用の状況

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

図表 44 令和2年度の抗菌薬使用量（DID（※12）・抗菌薬別）



出典：薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム

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

$$\text{一定期間の使用量} \div \text{DDD (DDD}s) \div \text{住民数 (1,000 人)} \div 365 \text{ (日)}$$

## 2 課題

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

### (1) 医療提供体制の課題

#### ア 病床の機能分化・連携の推進

- 高度急性期から急性期、回復期、慢性期まで、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を構築することが必要です。
- 今後見込まれる人口構造（高齢者人口が増加し、その割合が高まる）においては、「治す治療」だけではなく、「治し、支える治療」への転換を促進することが必要です。
- 高齢化の進展に伴い、医療を必要とする重度の要介護者や認知症の患者が今後ますます増加していくことから、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないか、さらに在宅等から慢性期機能の医療機関への入院が必要かどうかを検討していく必要があります。
- 急速な高齢化や医療の高度化によって医療費が増大しているなか、利用者に過剰な負担をかけることなく、症状に応じた転院など、医療機関間の連携（病・病連携、病・診連携）や在宅医療、介護・障害福祉サービスとの連携を推進し、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく必要があります。

#### イ 在宅医療等の充実

- 今後、在宅医療等を受ける対象となり得る高齢者が大きく増加することから、在宅医療提供体制の整備・充実を図る必要があります。
- 医療と介護が必要な状態になっても、患者と家族が住み慣れた地域で安心して療養生活を続けられるよう、医療、介護、介護予防に加え、安心して生活できる住まい、及び自立した日常生活の支援を包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を市町村と協力して構築していく必要があります。

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

#### ウ 医療従事者等の確保・養成

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

#### (2) 生活習慣病対策

- 死因の約5割は生活習慣病が占めており、医療経済的にも社会全体として大きな負担になることから、運動・栄養・休養などの生活習慣を改善し、生活習慣病を予防することが必要です。
- 生活習慣病は、不健康な生活習慣が発症の要因にもなっていることから、特定健康診査・特定保健指導により、発症していない段階で生活改善を促し、予防する必要があります。特に、メタボリックシンドロームが増加し始める40～50代の実施率の向上に向けた取組みや長期未受診者への受診勧奨などが必要です。
- 歯周病は糖尿病を悪化させる因子であることや、循環器疾患など全身の健康との関連性が明らかになってきていることから、歯科健診・歯科保健指導による早期受診の促進など歯周病重症化予防の取組みを推進する必要があります。

ります。

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

くりに役立つウォーキングコース等の整備や地域資源情報の提供など健康づくりを推進する環境の整備を行うことが必要です。

- 高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、良好な栄養、身体活動・体力の維持・向上など健康づくりに取り組むとともに、サルコペニア（加齢に伴う筋肉量の減少）、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（加齢に伴う虚弱）の予防、口腔機能の維持・向上など介護予防の取組みを推進していくことが必要です。

### （３）医療の効率的な提供に係る課題

#### ア 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

- 後発医薬品の普及による効果は、本県の医療費適正化効果額に占める割合も高く、また、国においては新たに後発医薬品の金額ベースの数値目標やバイオ後続品の数値目標が設定されたところです。

一方で、後発医薬品を中心とした医薬品全体の供給不安の状況が続いており、そのような状況を注視しつつ、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進による医療費の適正化を不断に進めていく必要があります。