

# 大分県医療費適正化計画（第三期）

（素 案）

（平成 2 9 年 3 月 2 8 日）

大 分 県

# 目 次

## 第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨	1
2 計画の期間	1
3 計画の基本理念	1
4 他計画等との関係	2

## 第2章 医療を取り巻く現状と課題

1 県民医療費の動向	3
(1) 大分県の人口・高齢化等の現状	3
<人口及び高齢化率等の推移>	
<高齢者のいる世帯の状況>	
<平均寿命と健康寿命の状況>	
(2) 県民医療費の状況	5
<県民医療費等の推移と将来推計>	
<一人当たり医療費の状況>	
(3) 県民の受診状況	10
<入院及び外来受療率>	
<傷病分類別入院及び外来受療率>	
<傷病分類別、年齢階級別入院及び外来受療率>	
(4) 県内市町村別医療費の現状	
<市町村国保の状況>	
<後期高齢者医療の状況>	
(5) 全国比較レーダーチャート	
2 生活習慣病等の状況	
(1) 生活習慣病外来医療費の状況	
(2) 市町村国保における生活習慣病の状況	
(3) 後期高齢者医療における生活習慣病の状況	
(4) 生活習慣病による死亡の状況	
(5) 要介護度別の介護が必要になった主な原因	
(6) 県内市町村の生活習慣の実態	
3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況	
(1) 特定健康診査の実施状況	
(2) 特定保健指導の実施状況	
(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況	
(4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	
(5) 予防接種の状況	
(6) がん検診の受診状況	
4 後発医薬品の使用状況等	
(1) 調剤医療費の状況	
(2) 後発医薬品の使用状況	
5 医療施設等の状況	
(1) 医療施設数の状況	
(2) 病床数の状況	
(3) 将来における必要病床数の状況	
(4) 在宅医療提供体制等の状況	

### 第3章 平成35年度末までに達成すべき目標と医療費の見込み

<b>1 県民の健康保持の推進に関する目標</b> . . . . .	12
(1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	
○内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）対策	
①特定健康診査の推進	
②特定保健指導の推進	
③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	
○その他生活習慣病対策	
④たばこ対策の推進	
⑤子どもの頃からの健康づくりの推進	
⑥生活習慣病重症化予防の推進	
⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進	
⑧予防接種の促進	
⑨がん検診の受診促進	
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	
<b>2 医療の効率的な提供の推進に関する目標</b> . . . . .	15
(1) 後発医薬品の使用促進	
(2) 医薬品の適正使用の推進	
<b>3 平成35年度の医療費見込み</b> . . . . .	16
(1) 医療費の見込みの推計式	
(2) 平成35年度の医療費見込み	

### 第4章 目標達成に向けた施策

<b>1 県民の健康の保持の推進</b> . . . . .	17
(1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進	
①保険者による健診等データを活用した保健事業（データヘルス）の推進 ＜データヘルス計画に基づく効果的・効率的な市町村国保保健事業の推進＞ ＜保険者協議会との連携＞	
②たばこ対策の推進	
③歯と口の健康づくりの推進	
④子どもの頃からの健康づくりの推進	
⑤糖尿病性腎症重症化予防の推進	
⑥高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進	
⑦予防接種の促進	
⑧がん検診の受診促進	
(2) 健康寿命日本一おおいた県民運動の推進	
①県民運動の展開	
②無関心層を惹きつけるインセンティブの創出	
<b>2 医療の効率的な提供の推進</b> . . . . .	20
(1) 後発医薬品の使用促進	
(2) 医薬品の適正使用の推進	
(3) 病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築の推進	
<b>3 その他の取組み</b> . . . . .	21
(1) 広報活動の充実	
(2) 保険者による医療費適正化の取組促進	
(3) 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の充実強化	

<b>4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等の連携及び協力</b>	21
（1）保険者等（保険者協議会）との連携	
（2）医療機関等との連携	
（3）市町村との連携	

## **第5章 計画の進行管理等**

<b>1 進行管理</b>	23
（1）毎年度の進捗状況の公表	
（2）暫定評価及び次期計画への反映	
（3）実績評価	
<b>2 計画の周知</b>	23
<b>3 計画の推進体制</b>	23
（1）国の取組	
（2）県の取組	
（3）保険者等の取組	
（4）医療の担い手等の取組	
（5）県民の取組	

《関連資料》 . . . . .

## 1 計画策定の趣旨

我が国は国民皆保険の下、誰もが安心して医療が受けることができる医療制度を実現してきましたが、現在、他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、平成37年には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えます。

こうした中、国民皆保険を堅持するためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用（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。

本計画は、そのための仕組みづくりとして、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第9条の規定に基づき、厚生労働大臣が定めた基本方針（医療費適正化基本指針）に即して、本県における医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、県が定めるものです。

## 2 計画の期間

平成29年度から35年度までの7年間とし、期間最終年度である平成35年度に見直しを行うこととしています。

## 3 計画の基本理念

本計画の基本理念は以下の3つとします。

### (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は、第一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。

### (2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

今後、人口減少が見込まれる中、平成28年現在、約18万6千人と推計される県における75歳以上の人口は、平成37年には約22万2千人に近づくと推計されています。これに伴い、後期高齢者医療費は県民医療費の約40%を超えることが見込まれています。

このことを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、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下げていくことにつながるものとします。

### (3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

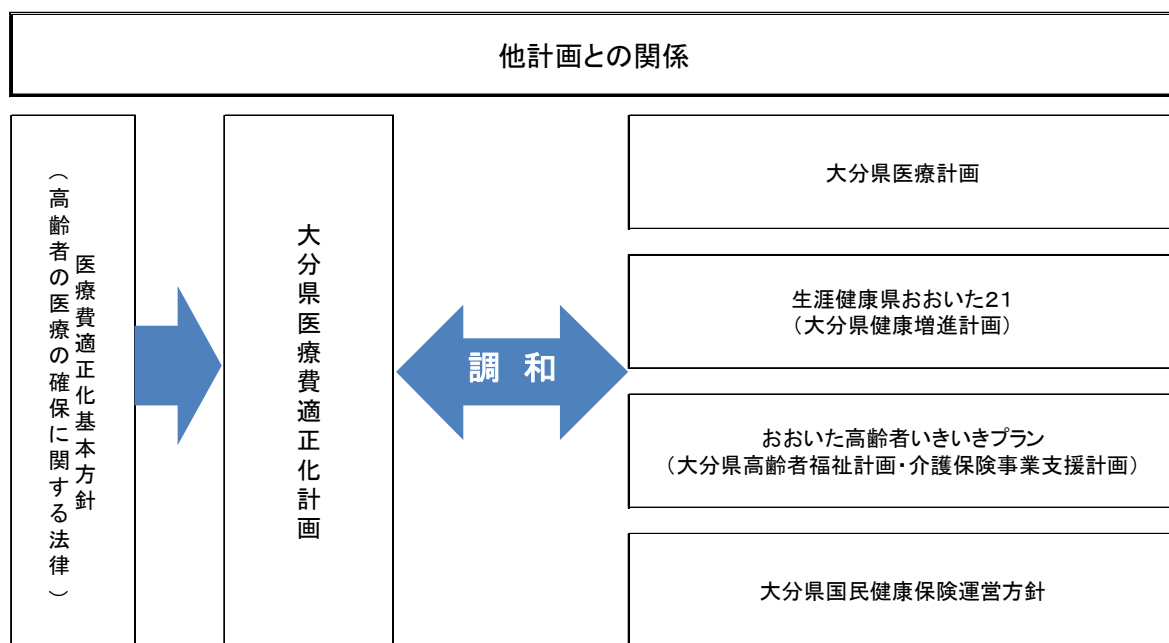
目標及び施策の達成状況等について、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表することとします。計画の最終年度には、進捗状況の分析結果を公表するとともに、次期計画に反映させることとします。

また、計画の最終年度の翌年度に実績評価を行うなど、目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、計画の見直し等に反映させることとします。

#### 4 他計画等との関係

本計画は、質の高い効率的な医療提供体制を整備するための「大分県医療計画」やすべての県民が生涯を通じて健康で活力あふれる人生を送ることができる生涯健康県おおいたを実現するための「生涯健康県おおいた21（大分県健康増進計画）」、高齢者が生きがいを持って、健康で安心して暮らせる地域づくりを推進するための「おおいた高齢者いきいきプラン(大分県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画)」との調和を図っています。

また、市町村国民健康保険の安定的な財政運営及び国保事業の広域化や効率化を推進する「大分県国民健康保険運営方針」とも調和が保たれたものとしします。



## 第2章 医療を取り巻く現状と課題

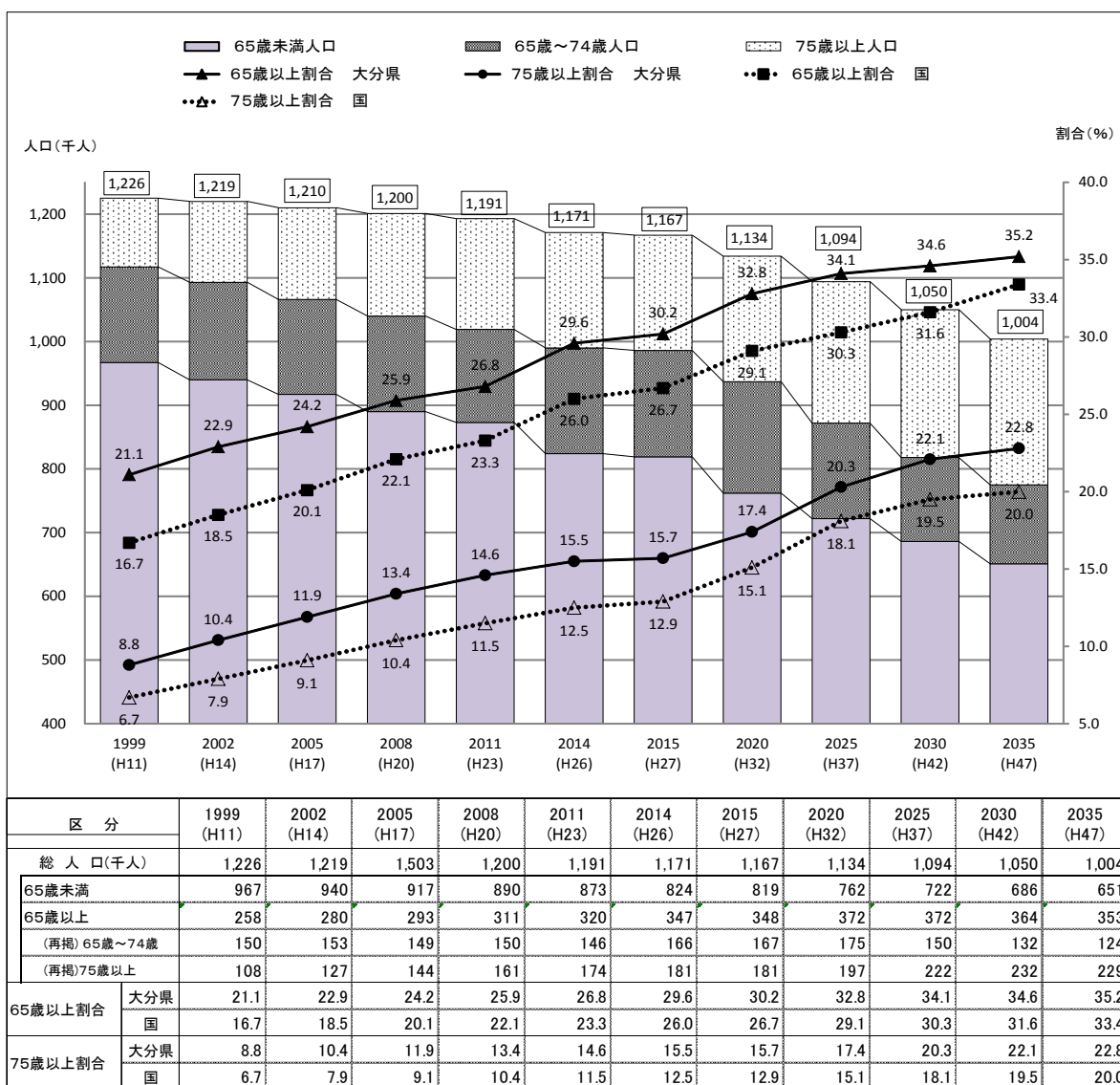
### 1 県民医療費の動向

#### (1) 大分県の人口・高齢化等の現状

＜人口及び高齢化率等の推移＞

本県の総人口は、平成27年10月現在、約116万7千人となっており、減少傾向が続いています。そのうち、65歳以上の高齢者人口は、34.8万人、30%と総人口の3割を超えており、全国と比較していち早く高齢化が進んでいます。高齢化率は今後も上昇を続け、平成37年には34.1%と、3人に1人が高齢者となる見込みです。

75歳以上人口については、18.1万人と総人口の15.7%を占めており、平成37年には20%を超える見込みとなっています。



注 1.平成27年までは実績 国:総務省「人口推計」、大分県:県統計調査課「流動人口」

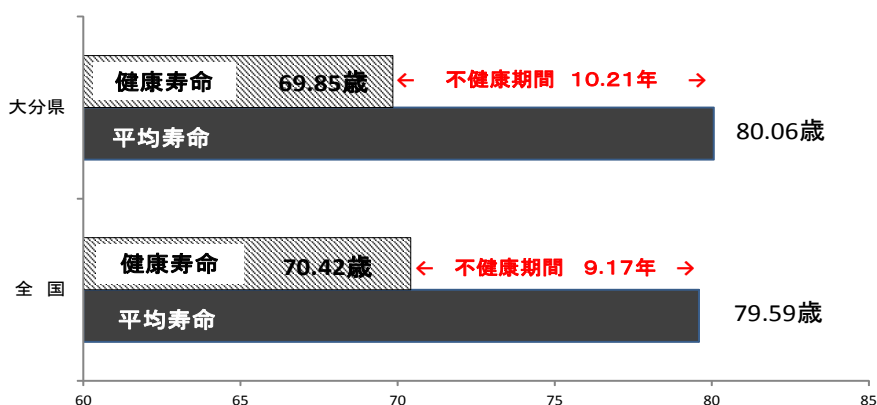
2.平成32年以降は推計 「日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所H25.3)」

＜平均寿命と健康寿命の状況＞

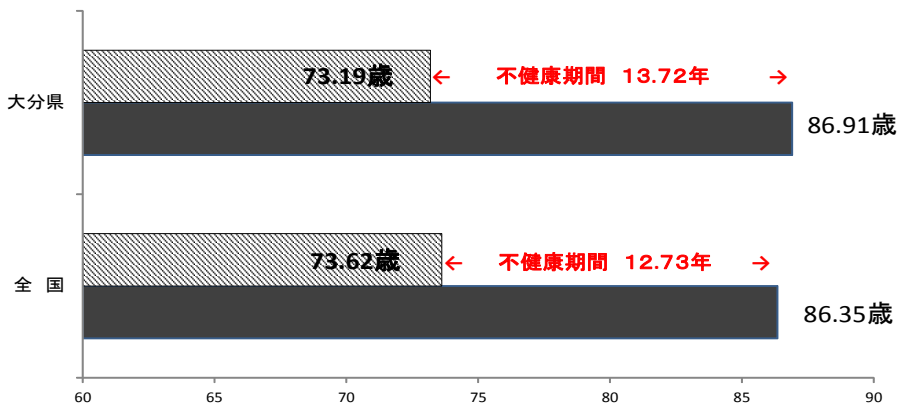
本県の平均寿命<sup>\*1</sup>は、平成22年において、男性80.06歳・全国8位、女性86.91歳・全国9位と全国トップクラスとなっており、今後も延伸する見込みです。

一方、健康寿命<sup>\*2</sup>は、男性69.85歳、女性70.42歳となっており、平均寿命との差である不健康期間は、男性10.21年・全国1位、女性13.72年・全国4位と長くなっており、健康寿命を平均寿命の延び以上に延伸することが重要な課題となっています。

H22 健康寿命と平均寿命(男性)



H22 健康寿命と平均寿命(女性)



区分	H22平均寿命(A)				H22健康寿命(B)				H22不健康期間(A)-(B)				(参考)H25健康寿命			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	(歳)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位	(年)	順位	(年)	順位	(歳)	順位	(歳)	順位
全国	79.59	—	86.35	—	70.42	—	73.62	—	9.17	—	12.73	—	71.19	—	74.21	—
大分県	80.06	8	86.91	9	69.85	39	73.19	34	10.21	1	13.72	4	71.56	16	75.01	10

\*1 平均寿命～厚生労働省が公表する生命表の0歳の平均余命（都道府県別生命表は5年ごとに公表）

\*2 健康寿命～3年ごとに実施される国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という設問に対して「ない」と回答した人を「健康」として算出。

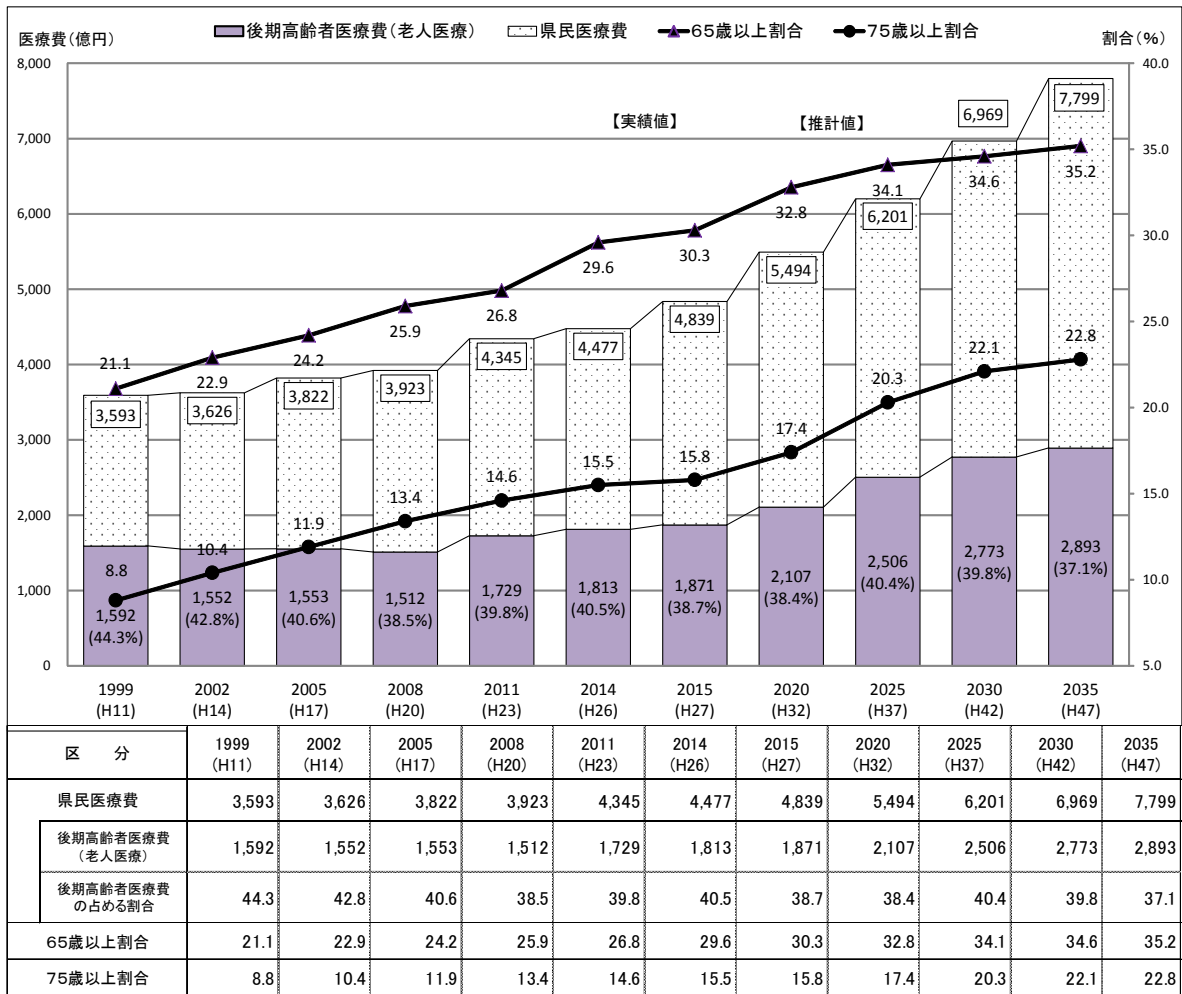


## (2) 県民医療費の状況

＜県民医療費等の推移と将来推計＞

平成26年度の県民医療費<sup>\*1</sup>は4,477億円であり、高齢化の進展や医療の高度化等に伴い、年々増加しています。

後期高齢者医療費についても、平成26年度は1,813億円と、前年度より84億円(+4.9%)増加しており、今後も増加していく見込みです。



(注) 1. 県民医療費 平成11～26年度については国民医療費、H27年度以降は県中長期シミュレーション  
 2. 後期高齢(老人) 平成11～26年度については老人医療・後期高齢者医療事業状況報告(年報)、平成27年度については大分県後期高齢者医療広域連合速報値、H32以降は、国保医療室推計(ただし、平成20年度のみ、平成20年度後期高齢年報(4月～2月分:1,381億円)と平成20年3月老人医療(131億=概算医療費データベースからの合算)

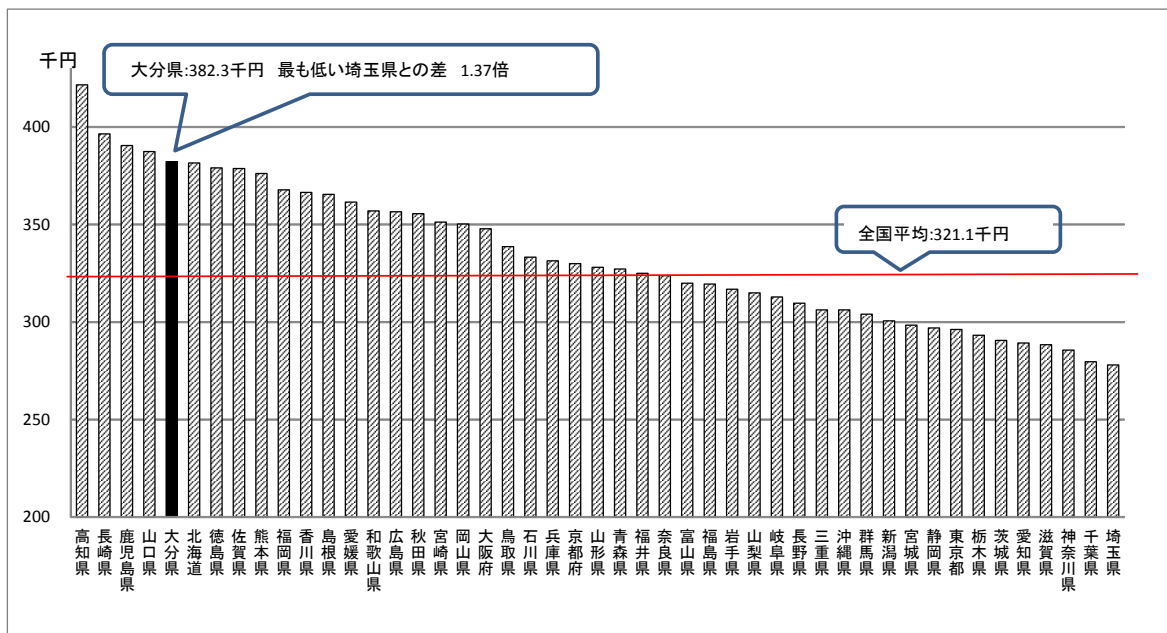
\*1 県民医療費～当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれます。なお、保険診療の対象とならない評価療養(先進医療(高度医療を含む)等)、選定療養(入院時室料差額分、歯科差額分等)及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含みません。また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

<都道府県別一人当たり医療費の状況>

①県民医療費（平成26年度）

本県の平成26年度の県民医療費の一人当たり医療費は、382.3千円と全国で5番目に高くなっており、最も低い埼玉県との差は、1.37倍です。

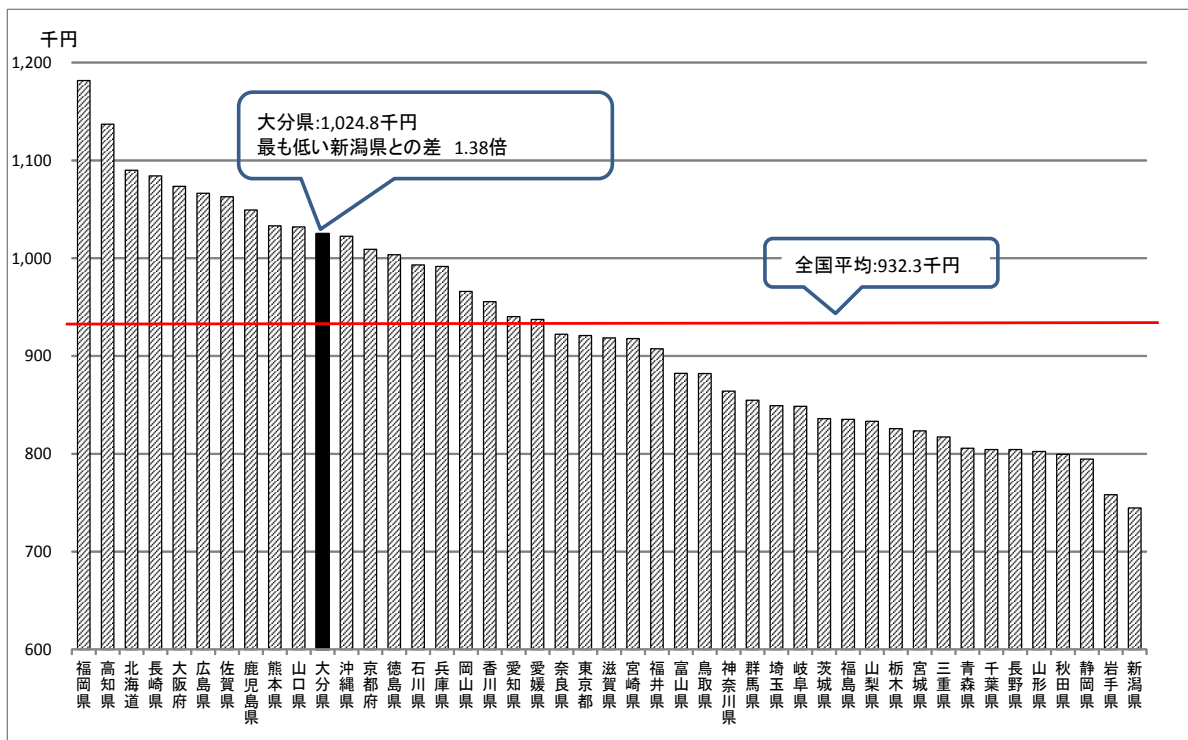
このことは、医科診療医療費の入院医療費が、167.9千円と全国で4番目に高くなっていることが影響していると考えられます。



都道府県	一人当たり医療費						都道府県	一人当たり医療費					
	国民医療費		医科診療医療費(再掲)					国民医療費		医科診療医療費(再掲)			
			入院		入院外					入院		入院外	
	順位	順位	順位	順位	順位		順位	順位	順位	順位	順位		
全 国	321.1		120.1	110.1									
北 海 道	381.7	6	164.9	111.9	26	滋 賀 県	288.4	44	111.8	35	96.3	46	
青 森 県	327.3	25	118.9	109.5	31	京 都 府	330.0	23	129.5	24	116.2	17	
岩 手 県	316.9	30	116.4	102.9	39	大 阪 府	347.9	19	128.1	25	121.7	9	
宮 城 県	298.5	38	104.6	102.8	40	兵 庫 県	331.5	22	122.4	27	115.0	19	
秋 田 県	355.6	16	135.8	106.7	35	奈 良 県	323.9	27	120.9	28	122.6	7	
山 形 県	328.2	24	124.2	111.3	27	和 歌 山 県	357.1	14	133.2	21	138.9	1	
福 島 県	319.6	29	117.8	107.5	33	鳥 取 県	338.8	20	142.2	14	107.7	32	
茨 城 県	290.6	42	102.6	101.6	41	島 根 県	365.6	12	152.9	11	115.9	18	
栃 木 県	293.3	41	102.9	112.4	25	岡 山 県	350.3	18	139.1	17	126.1	5	
群 馬 県	304.1	36	114.1	112.4	24	広 島 県	356.6	15	132.5	22	123.6	6	
埼 玉 県	278.1	47	95.1	98.7	45	山 口 県	387.5	4	165.0	5	118.3	12	
千 葉 県	279.7	46	95.6	98.8	44	徳 島 県	379.1	7	155.0	9	132.6	3	
東 京 都	296.3	40	100.3	103.0	38	香 川 県	366.6	11	139.9	16	127.7	4	
神 奈 川 県	285.7	45	94.4	99.2	43	愛 媛 県	361.6	13	145.2	12	133.0	2	
新 潟 県	300.7	37	109.0	99.8	42	高 知 県	421.7	1	196.5	1	120.5	10	
富 山 県	320.0	28	131.3	110.0	30	福 岡 県	367.9	10	154.9	10	114.3	22	
石 川 県	333.4	21	142.0	107.2	34	佐 賀 県	378.8	8	160.6	8	114.7	21	
福 井 県	325.1	26	134.7	116.6	16	長 崎 県	396.6	2	175.3	3	117.0	14	
山 梨 県	315.0	31	115.8	106.2	36	熊 本 県	376.3	9	163.5	7	121.7	8	
長 野 県	309.7	33	119.0	104.2	37	<b>大 分 県</b>	<b>382.3</b>	<b>5</b>	<b>167.9</b>	<b>4</b>	<b>117.8</b>	<b>13</b>	
岐 阜 県	312.9	32	107.3	116.9	15	宮 崎 県	351.3	17	143.6	13	113.5	23	
静 岡 県	297.0	39	101.6	110.3	29	鹿 児 島 県	390.6	3	177.2	2	118.7	11	
愛 知 県	289.3	43	96.4	111.2	28	沖 縄 県	306.3	34	138.0	18	93.0	47	
三 重 県	306.3	34	110.0	114.8	20								

②後期高齢者医療制度（平成26年度）

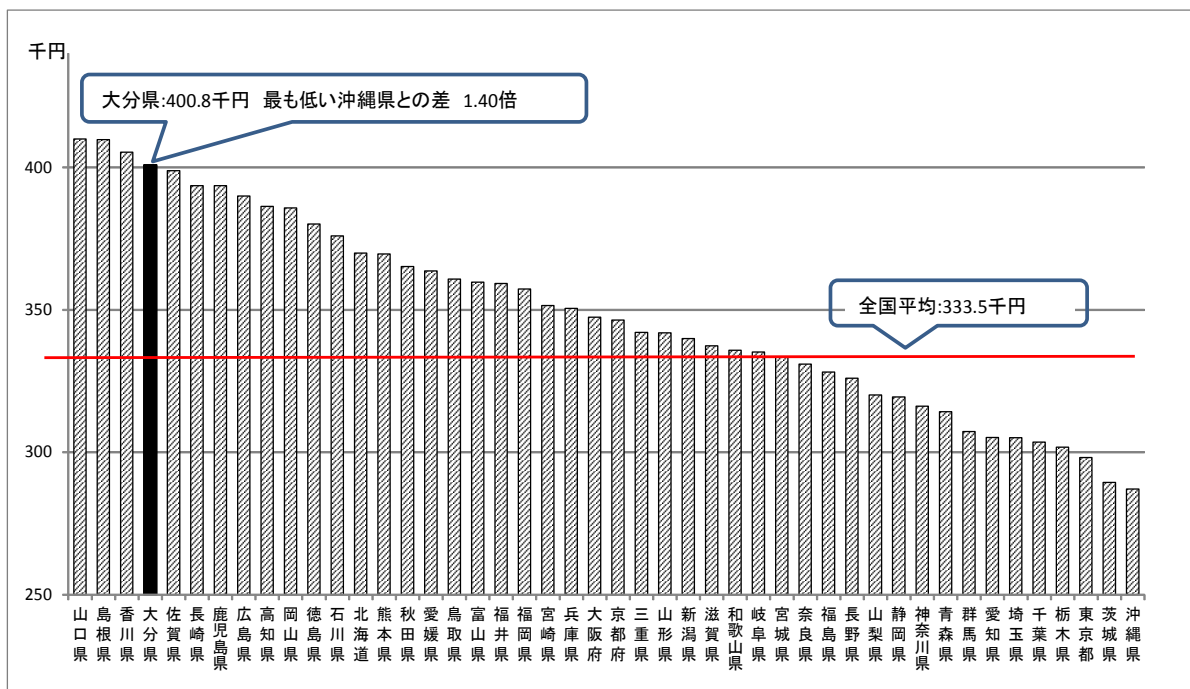
75歳以上の方が全員加入する後期高齢者医療制度について、本県の平成26年度の一人当たり医療費は、1,024.8千円と全国で11番目に高くなっており、最も低い新潟県との差は、1.38倍となっています。



都道府県	一人当たり医療費						都道府県	一人当たり医療費					
	後期高齢者医療費		医科診療医療費(再掲)					後期高齢者医療費		医科診療医療費(再掲)			
			入院	入院外	入院	入院外				入院	入院外		
全 国	932.3	順位	431.8	順位	270.0	順位							
北 海 道	1,090.0	3	567.7	4	263.5	22	滋 賀 県	918.7	23	447.5	20	251.3	33
青 森 県	805.9	40	343.5	44	239.9	39	京 都 府	1,009.3	13	492.4	12	297.2	9
岩 手 県	758.3	46	328.5	46	212.7	45	大 阪 府	1,073.5	5	485.8	14	322.8	2
宮 城 県	823.6	38	349.9	43	245.4	35	兵 庫 県	991.7	16	452.5	18	295.5	10
秋 田 県	799.7	44	350.7	42	206.3	47	奈 良 県	922.4	21	424.7	26	298.1	8
山 形 県	802.6	43	363.7	36	238.0	40	和 歌 山 県	915.8	25	415.4	27	311.6	5
福 島 県	835.5	35	370.6	34	242.2	36	鳥 取 県	882.2	29	439.0	23	240.0	38
茨 城 県	836.1	34	364.2	35	255.1	29	島 根 県	888.2	27	434.9	24	242.0	37
栃 木 県	825.9	37	362.5	37	271.5	15	岡 山 県	966.3	17	472.9	16	288.3	12
群 馬 県	854.9	31	405.8	28	267.3	21	広 島 県	1,066.5	6	480.1	15	324.5	1
埼 玉 県	849.4	32	374.8	32	250.8	34	山 口 県	1,032.1	10	537.1	8	255.8	26
千 葉 県	804.5	41	350.8	41	236.8	41	徳 島 県	1,003.7	14	487.5	13	312.4	4
東 京 都	921.2	22	392.4	30	269.0	19	香 川 県	955.7	18	429.5	25	291.2	11
神 奈 川 県	864.3	30	359.9	40	255.3	28	愛 媛 県	937.6	20	448.9	19	299.5	7
新 潟 県	744.9	47	323.6	47	212.6	46	高 知 県	1,137.1	2	638.9	1	253.0	31
富 山 県	882.5	28	445.4	21	251.5	32	福 岡 県	1,181.9	1	611.5	2	305.5	6
石 川 県	993.2	15	517.8	11	255.8	25	佐 賀 県	1,062.9	7	532.9	10	269.1	18
福 井 県	907.5	26	456.4	17	275.6	13	長 崎 県	1,084.2	4	560.2	6	267.4	20
山 梨 県	833.4	36	378.2	31	227.6	44	熊 本 県	1,033.1	9	546.5	7	270.5	17
長 野 県	804.4	42	373.0	33	230.2	43	<b>大 分 県</b>	<b>1,024.8</b>	<b>11</b>	<b>534.5</b>	<b>9</b>	<b>260.1</b>	<b>24</b>
岐 阜 県	848.7	33	362.0	38	274.0	14	宮 崎 県	917.9	24	439.1	22	255.4	27
静 岡 県	794.7	45	334.8	45	254.3	30	鹿 児 島 県	1,049.4	8	560.6	5	261.2	23
愛 知 県	940.4	19	394.8	29	319.5	3	沖 縄 県	1,022.6	12	582.1	3	236.8	42
三 重 県	817.5	39	360.4	39	270.8	16							

③市町村国保（平成26年度）

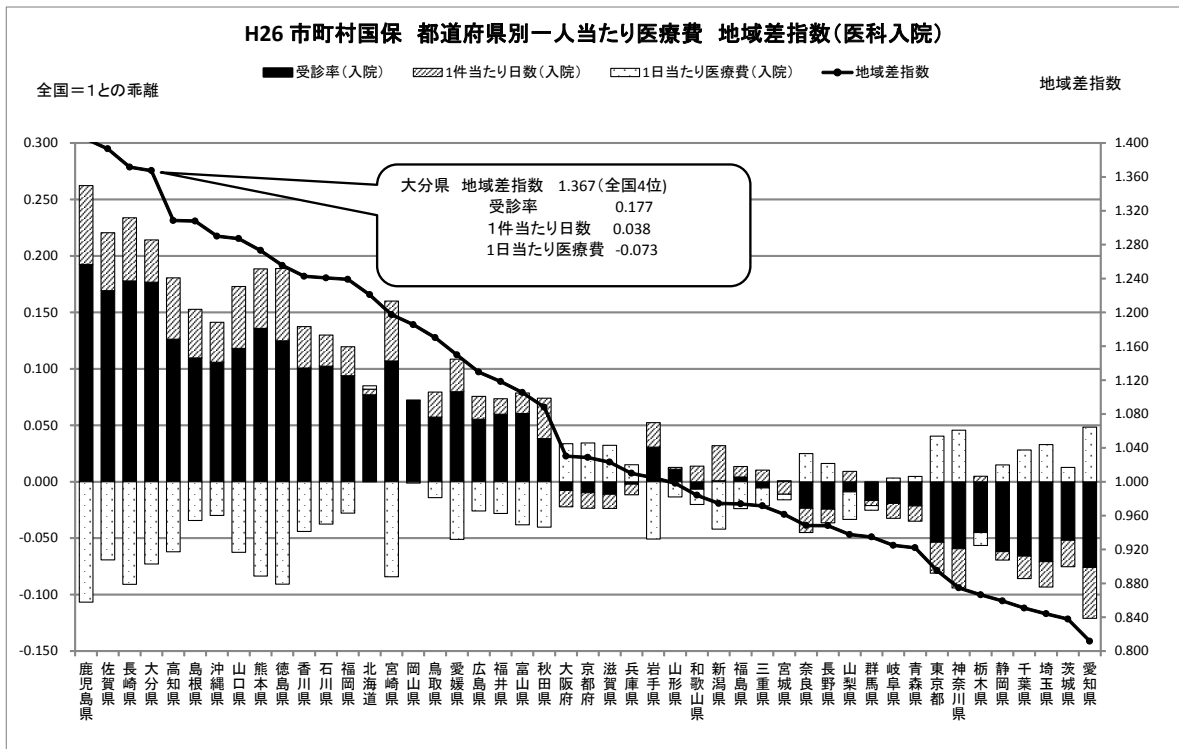
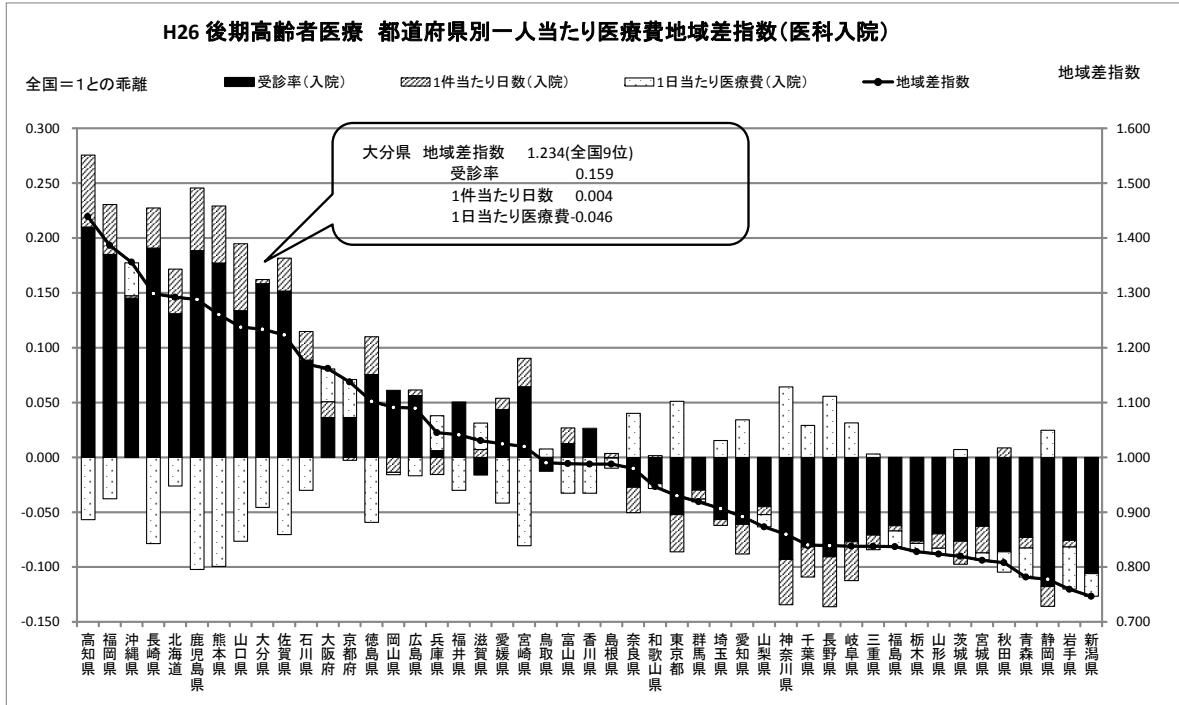
医療費が高くなる65歳から74歳の加入率が約8割となっている市町村国保について、本県の平成26年度の一人当たり医療費は、400.8千円と全国で4番目に高くなっており、最も低い沖縄県との差は1.40倍となっています。



都道府県	一人当たり医療費					都道府県	一人当たり医療費						
	市町村国保	医科診療医療費(再掲)					市町村国保	医科診療医療費(再掲)					
		順位	入院	入院外	順位			入院	入院外	順位			
全 国	333.5	順位	119.7	順位	117.2	順位							
北 海 道	369.9	13	150.4	11	113.1	36	滋 賀 県	337.3	29	126.0	22	114.6	32
青 森 県	314.2	39	111.5	37	106.7	44	京 都 府	346.4	24	125.3	24	127.4	15
岩 手 県	342.4	25	124.6	25	112.7	37	大 阪 府	347.4	23	119.9	30	125.6	18
宮 城 県	333.6	32	115.4	35	116.7	29	兵 庫 県	350.5	22	123.7	26	123.9	20
秋 田 県	365.2	15	139.2	21	110.6	41	奈 良 県	330.9	33	117.2	34	129.9	10
山 形 県	342.0	27	125.4	23	117.6	26	和 歌 山 県	335.8	30	118.3	32	134.7	5
福 島 県	328.1	34	118.4	31	111.1	39	鳥 取 県	360.8	17	146.8	14	116.9	28
茨 城 県	289.4	46	98.2	45	103.2	46	島 根 県	409.8	2	168.9	2	131.5	8
栃 木 県	301.8	44	102.4	43	117.5	27	岡 山 県	385.8	10	148.8	13	144.1	1
群 馬 県	307.3	40	111.1	38	115.3	31	広 島 県	390.0	8	140.8	19	137.2	3
埼 玉 県	305.1	42	101.2	44	110.3	42	山 口 県	410.0	1	164.6	6	131.9	7
千 葉 県	303.6	43	102.5	42	109.0	43	徳 島 県	380.1	11	153.3	10	130.9	9
東 京 都	298.2	45	96.7	47	105.1	45	香 川 県	405.4	3	155.2	9	141.8	2
神 奈 川 県	316.2	38	104.4	41	110.7	40	愛 媛 県	363.6	16	142.2	16	136.6	4
新 潟 県	339.9	28	123.3	27	114.4	33	高 知 県	386.3	9	161.6	7	121.8	23
富 山 県	359.7	18	141.2	18	125.7	17	福 岡 県	357.3	20	143.5	15	113.2	35
石 川 県	376.0	12	155.3	8	122.5	21	佐 賀 県	398.8	5	165.5	4	124.3	19
福 井 県	359.3	19	140.7	20	132.7	6	長 崎 県	393.6	6	164.7	5	121.3	24
山 梨 県	320.1	36	111.1	39	111.4	38	熊 本 県	369.6	14	149.7	12	128.1	14
大 分 県	400.8	4	169.5	1	128.7	12	宮 崎 県	351.5	21	141.7	17	115.9	30
長 野 県	326.0	35	117.7	33	114.2	34	鹿 児 島 県	393.6	7	168.5	3	128.7	13
岐 阜 県	335.2	31	113.0	36	126.5	16	沖 縄 県	287.1	47	123.1	28	92.5	47
静 岡 県	319.4	37	106.5	40	122.4	22							
愛 知 県	305.2	41	97.3	46	118.4	25							
三 重 県	342.1	26	121.4	29	129.6	11							

※一人当たり医療費（医科・入院）の地域差指数\*1（年齢補正後）

上記②③における本県の入院医療費の地域差を3要素でみると、いずれも受診率（医療機関にかかる者の割合）が大きく影響していることがわかります。



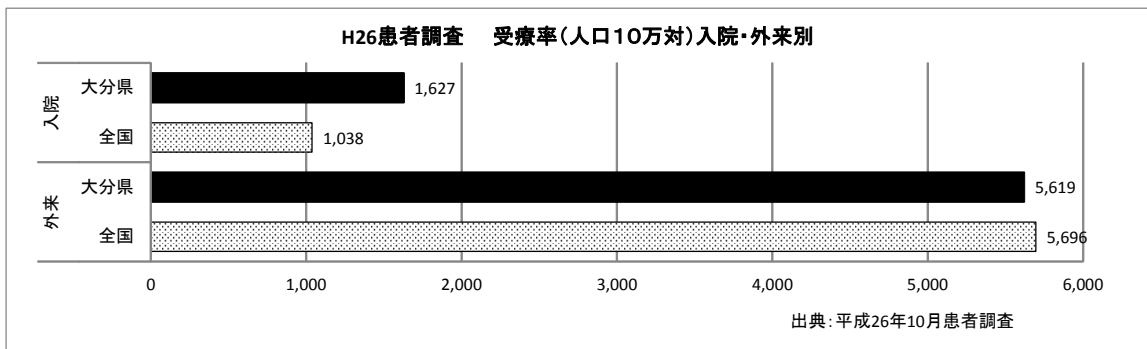
\*1 地域差指数～地域の一人当たり医療費について、人口の年齢構成による相違分を補正し、指数化（全国平均＝1）したもの。

### (3) 県民の受診状況

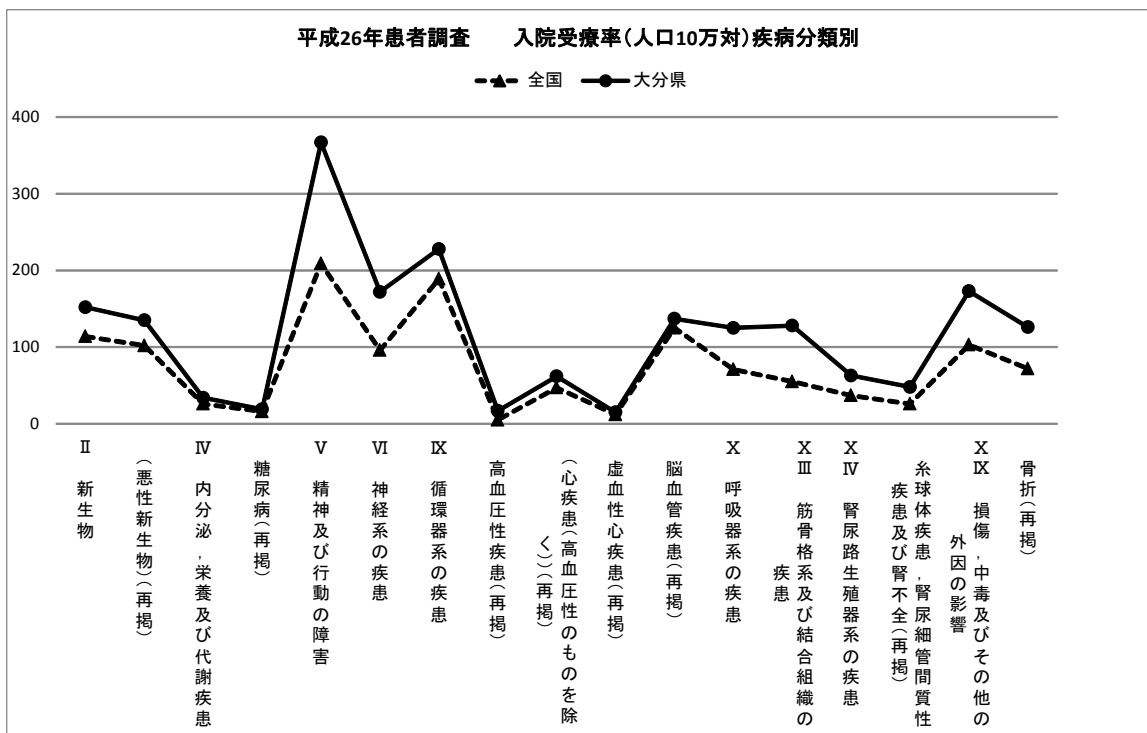
県民の医療機関の受診状況をみると、外来については、全国平均より低いものの、入院については、全国より高い状況となっています。

入院の受診状況について傷病分類別にみると、全国と比較し、精神及び行動の障害、・神経系の疾患、脳血管疾患・心疾患等循環器系疾患、呼吸器系疾患、筋骨格系や骨折の受療率が高くなっています。

#### ○入院・外来別受療率\*1



#### ○傷病分類別入院受療率



\*1 受療率～1日に受療する者の割合(患者調査の日1日に受療した者の総数を推計し、これを推計患者数と呼ぶ。推計患者数を人口で割ったものが受療率)

※以下挿入予定

- ・年齢階級別傷病分類別受療率
- (4) 県内市町村別医療費の現状
  - ・市町村国保の状況
  - ・後期高齢者医療の状況

## **2 生活習慣病等の状況**

- (1) 生活習慣病外来医療費の状況
- (2) 市町村国保における生活習慣病の状況
- (3) 後期高齢者医療における生活習慣病の状況
- (4) 生活習慣病による死亡の状況
- (5) 要介護度別の介護が必要になった主な原因
- (6) 県内市町村の生活習慣の実態

## **3 特定健康診査及び特定保健指導等の状況**

- (1) 特定健康診査の実施状況
- (2) 特定保健指導の実施状況
- (3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況
- (4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- (5) 予防接種の状況
- (6) がん検診の受診状況

## **4 後発医薬品の使用状況等**

- (1) 調剤医療費の状況
- (2) 後発医薬品の使用状況

## **5 医療施設等の状況**

- (1) 医療施設数の状況
- (2) 病床数の状況
- (3) 将来における必要病床数の状況
- (4) 在宅医療提供体制等の状況

## 第3章 平成35年度末までに達成すべき目標と医療費の見込み

### 1 県民の健康の保持の推進に関する目標

県民医療費の状況をみると、若い頃からの不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続が、やがて高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の発症を招き、通院及び服薬が始まっています。これらは発症当初、自覚症状がほとんどないことから本人が気づかないうちに症状が進行し、生活習慣の改善がなされないまま、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどっています。

このため、若い頃からの生活習慣病予防対策と併せて、生活習慣病罹患後については、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

また、高齢期には生活習慣病の予防対策と併せて、心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性も指摘されています。

これらを踏まえ、生活習慣病等の発症予防及び重症化予防対策の実施にあたり、次のとおり目標を設定したうえで、取組を進めていくこととします。

#### (1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進

##### ○内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）<sup>\*1</sup>対策

##### ①特定健康診査<sup>\*2</sup>の推進 【特定健康診査の実施率 70%】

平成35年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することを目標とします。

<平成26年度実施率>50.6%、全国順位 12位（全国実施率:48.6%）

##### ②特定保健指導<sup>\*3</sup>の推進 【特定保健指導の実施率 45%】

平成35年度において、当該年度に特定保健指導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を目標とします。

<平成26年度実施率>27.7%、全国順位 5位（全国実施率:17.8%）

##### ③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 【減少率 10%】

平成35年度において、平成20年度と比較した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を10%以上とすることを目標とします。

<平成26年度減少率> 7.34%、全国順位 5位（全国減少率:3.18%）

\*1 内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）～内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に起因した血圧、糖代謝、脂質代謝の異常により、全身の動脈硬化が進行しやすくなっている状態をいいます。生活習慣の改善により発症や重症化を予防することができます。

\*2 特定健康診査～医療保険者が、40～74歳の加入者を対象として行う内臓脂肪型肥満に着目した健診です。

\*3 特定保健指導～特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が大きく期待できる者に対して、生活習慣を見直すサポートを行います。リスクの程度に応じた保健指導（動機付け支援と積極的支援）を実施することをいいます。



## ○その他生活習慣病等予防対策

### ④たばこ対策の推進

【喫煙率 9.5%】

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防には、予防可能な危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要です。このため、未成年者の喫煙防止を図るとともに、平成35年度において、成人の喫煙率を9.5%に低下させることを目標とします。

<平成28年度喫煙率> 19.2%

【受動喫煙<sup>\*1</sup>の機会を有する者の割合の低下 ( )】

喫煙は、喫煙する本人だけでなく、周囲のたばこを吸わない人にも健康被害を引き起こします。受動喫煙による健康被害の防止を図るため、平成35年度において、受動喫煙の機会を有する者の割合を〇〇%に低下させることを目標とします。

<平成28年度受動喫煙の機会を有する者の割合> 57.8%

### ⑤子どもの頃からの健康づくりの推進

子どもの健やかな発達を促し、より良い生活習慣を形成することは、成人期・高齢期等の生涯を通じた健康な生活習慣を継続するための基礎となります。生活習慣病を予防、又は発症を遅らせることができるよう、子どもの頃からの健康な生活習慣づくりを推進します。

### ⑥生活習慣病重症化予防の推進

生活習慣病は、発症予防としての個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることに併せ、罹患後には、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

特に糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合、個人の生活の質（QOL）が著しく低下することに加え、多額の医療費が必要になります。

このため、医療機関等と連携した保健指導による糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病重症化予防を推進します。

### ⑦高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進

高齢期には生活習慣病等の重症化予防に併せて、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下に起因した疾病予防の重要性も指摘されており、こうした高齢期の特性に応じた栄養・口腔指導などの取組を推進します。

---

\*1 受動喫煙～たばこを吸う本人以外がたばこの煙にさらされることを「受動喫煙」と呼びます。喫煙による煙に含まれるさまざまな有害物質は、喫煙者が肺に直接吸い込む主流煙よりも、吸っていないときに立ち昇る副流煙により多く含まれ、副流煙と喫煙者の呼出煙を喫煙者の周りにいる人が吸い込むことにより受動喫煙が起こります。

## ⑧予防接種の促進

伝染のおそれがある疾病の発生、まん延の予防という公衆衛生及び健康保持の観点から、定期予防接種の適正な実施が重要です。対象者が適切に定期接種<sup>\*1</sup>を受けることが出来るよう、国、市町村及び県医師会等と連携した普及啓発等に取り組みます。

## ⑨がん検診の受診促進

生活習慣病の一つであるがん（悪性新生物）は、本県の死亡原因の第一位であり、年々死亡数が増え続けています。がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の受診率の向上を図ります。

## （２）健康寿命日本一おおいた県民運動の推進

健康的な生活習慣の実践は、個人の努力だけではなく、健康づくりに取り組みやすい社会環境の整備が大切です。このため、県内の経済団体や保健医療福祉関係団体等多くの関係者と一体となった「健康寿命日本一おおいた創造会議」を中心とした県民総ぐるみの健康づくりを推進します。

また、併せて健康無関心層の健康づくりに向けた意識の喚起にも取り組みます。

(イメージ図挿入)

---

\*1 定期接種～予防接種法第五条一項に定められた予防接種であり、実施主体は市町村、費用は市町村負担。（経済的理由がある場合を除き、実費徴収が可能。）

A類疾病:主に集団予防、重篤な疾患の予防に重点。本人に努力義務及び接種勧奨有り。

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん（はしか）、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）、水痘、B型肝炎

B類疾病:主に個人予防に重点。本人に努力義務及び接種勧奨無し。

インフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症

## 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

今後とも少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立ち、県内のどの地域においても、その状態像に即した適切な医療を受けることができるようにすることが必要です。

一方、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要です。

このため、医療機関の病床機能の分化及び連携を推進するとともに、患者を地域全体で治し、支えるため、医療・介護・住まい・予防・生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を推進します。

また、限られた医療財源の有効活用や効率化を図る観点から、後発医薬品<sup>\*1</sup>の使用促進や在宅患者の残薬の解消、重複投薬等の是正など医薬品の適正使用を推進するため、次のとおり目標を設定したうえで、取組を進めていくこととします。

### (1) 後発医薬品の使用促進

【後発医薬品の使用割合（数量ベース）<sup>\*2</sup>: 80%】

後発医薬品については、県民や医療関係者において、その有効性や安全性、安定した供給体制について不安があることから、その使用促進について様々な意見があるのが実情です。

そのため、後発医薬品を安心して使用できるよう、県民や医療関係者の理解促進に向けての取組を進め、平成35年度末までに数量シェアを80%以上にすることを目標とします。

<平成27年度>62.2%、全国順位 33位（全国:63.1%）

### (2) 医薬品の適正使用の推進

在宅患者の医薬品の使用については、処方された薬を大量に飲み残す残薬や自己判断による服薬中止、多種類の薬を処方される多剤併用、同じ効用の薬を重複して処方される重複投薬などの問題が指摘されています。

そのため、県民に対する医薬品に関する適正使用についての普及啓発や重複投薬等の是正などを推進します。

---

\*1 後発医薬品～先発医薬品（これまで使われてきた新薬）の特許が切れた後に医薬品メーカーが製造・販売する薬で、「ジェネリック医薬品」とも呼ばれています。先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、先発医薬品と同等の効き目があると認められた医薬品です。先発医薬品に比べて薬の値段が4割～5割程度安くなるため、普及によって、一人ひとりの自己負担の軽減や医療費の抑制につながります。

\*2 使用割合（数量ベース）～後発医薬品/後発医薬品のある先発医薬品+後発医薬品

### 3 平成35年度の医療費見込み

#### (1) 医療費の見込みの推計式

##### ①入院外・歯科医療費等

平成26年度を基準年度として自然増を加味した医療費見込みから、下記取組による適正化効果額を差し引いた額とします。

- ・特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成（70%・45%）による効果  
※特定保健指導による効果 一人当たり6,000円
- ・後発医薬品の普及（使用割合80%）による効果
- ・糖尿病性腎症重症化予防等の取組による効果

なお、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含まれていません。

##### ②入院医療費

地域医療構想において設定した、平成35年度の2次医療圏単位の病床機能区分別患者数の見込みに、各一人当たり推計額を乗じた推計額とします。

#### (2) 平成35年度の医療費見込み

※平成35年度の見込み額については、今後推計のうえ、提示する予定です。

## 第4章 目標達成に向けた施策

### 1 県民の健康の保持の推進

#### (1) 生活習慣病等の発症・重症化予防の推進

##### ①保険者による健診等データを活用した保健事業（データヘルス）の推進

市町村等の医療保険者において、特定健康診査の結果や診療報酬明細書等（以下「レセプト」という。）電子化された健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析を行い、P D C Aサイクル<sup>\*1</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業（データヘルス）を実施することが求められています。

このため、県では、市町村等のデータヘルス計画（保健事業実施計画）に基づく特定健康診査及び特定保健指導をはじめとする保健事業の円滑な実施を支援します。

#### 【データヘルス計画に基づく効果的・効率的な市町村国保保健事業の推進】

##### ア 特定健康診査・レセプト等データを活用した医療費分析・地域の健康課題の分析

平成30年度から県も市町村とともに保険者となることから、得られる特定健康診査・レセプト等データを活用し、県全体及び市町村別の医療費及び健康課題の分析を行い、県民や市町村、医療保険関係者等に情報提供します。

##### イ 市町村データヘルス計画の策定・評価支援

市町村が行うデータヘルス計画の策定及び評価に関する研修会を開催するとともに、策定・評価過程へ参画し、技術的助言を行います。

##### ウ 特定健康診査の実施率の向上

県民の方々が、県内のどこでも特定健康診査を受診できるよう、受診可能圏域の拡大や受診可能医療機関の拡充を図るとともに、がん検診等各種検診との同時実施など受診者の利便性の向上を図ります。

##### エ 特定保健指導の実施率の向上

特定保健指導の受診のきっかけとなるような健診結果の分かりやすい情報提供方法や効果的な指導方法、好事例の情報提供などを行います。

#### 【保険者協議会との連携】

市町村や全国健康保険協会大分支部（協会けんぽ）など県内の主な医療保険者で構成する大分県保険者協議会等と連携し、特定保健指導従事者の技術向上研修会を開催するとともに、県民に対する広報・啓発を行います。

<sup>\*1</sup> P D C Aサイクル～Planは計画、Doは実行、Check は評価、Actionは改善をさし、常に問題点を改善しながら、事業活動を推進していくこと。

併せて、各医療保険者の特定健康診査等に関する情報共有や実施の調整、県全体に係る医療費分析や共通する健康課題の分析等を行います。

## ②たばこ対策の推進

世界禁煙デー（5／31）及び禁煙週間（5／31～6／6）を中心に、禁煙や受動喫煙防止の普及啓発を図るとともに、学校等と連携し、未成年者への喫煙防止教育の充実を図ります。

また、医療関係者、行政機関、保険者等を連携して、医師や薬剤師等の医療従事者や養護教諭、市町村や企業の保健師等禁煙支援従事者を養成するとともに、店内を完全分煙や禁煙にする健康応援団<sup>\*1</sup>（たばこ分野）を通じた受動喫煙防止対策を推進します。

## ③歯と口の健康づくりの推進

歯と口の健康は、一生涯自分の歯で食事を楽しむことを可能にするだけでなく、全身の健康を保持するための重要な要素です。

このため、糖尿病等全身疾患に大きく関係する歯周病予防に向けて、歯科健診・保健指導の普及啓発に取り組みます。

## ④子どもの頃からの健康づくりの推進

本県では、学齢期全ての年代で肥満傾向児出現率が全国平均を上回っていることから、食習慣、生活習慣の改善と運動習慣の定着による肥満予防対策を推進します。

また、子どものむし歯の本数については、減少傾向にあるものの、全国平均と大きな開きがあるとともに、市町村間においても大きな差が生じています。

そのため、幼児期及び学童期において、歯みがきや糖分摂取についての指導に加え、永久歯のむし歯予防効果の高いフッ化物洗口の導入を市町村等と連携して推進します。

## ⑤糖尿病性腎症重症化予防の推進

糖尿病及びその予備群を日頃から診療するかかりつけ医が、より早い段階から適切な医療及び生活指導を提供し、糖尿病専門医と適宜連携を行えるよう、地域の糖尿病診療の窓口となる「おおいた糖尿病相談医」を養成します。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業<sup>\*2</sup>の円滑な実施に向けて、大分県糖尿病対策推進委員会<sup>\*3</sup>等と連携し、指導プログラムの策定やおおいた糖尿病相談医・糖尿病専門医等との連携体制の構築、保健指導の技術的支援などに取り組みます。

---

\*1 健康応援団～県民の生活に関連の深い店舗や事業所等の各種関係団体等と「生涯健康県おおいた21」の趣旨を共有し、賛同して健康づくりに取り組む団体等として県が認定した「生涯健康県おおいた21推進協力事業所(店所(店))」。

\*2 糖尿病性腎症重症化予防事業～糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対する適切な受診勧奨・保健指導や糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対する保健指導により、腎不全や人工透析への移行防止、遅延を図る事業。

\*3 大分県糖尿病対策推進委員会～糖尿病対策を総合的に推進するため、各都道府県医師会内に設置された組織。

⑥高齢者の特性に応じた疾病予防・重症化予防の推進

高齢者の特性に応じた栄養・口腔指導や転倒予防などを推進するため、後期高齢者が加入する大分県後期高齢者医療広域連合と介護予防等を所管する市町村が一体となった取組を行うよう両者の連携促進を図ります。

⑦定期予防接種の促進

定期予防接種の円滑な実施に向けて、県医師会等関係団体との連絡調整や県内市町村間の相互乗り入れなど広域的連携を支援するとともに、子ども予防接種週間（3／1～3／7）を中心に県民に対する普及啓発や予防接種の有効性の評価に資する感染症発生動向調査の実施への協力等を行います。

⑧がん検診の受診促進

がん登録データ等に基づき、検診未受診者を検診の対象や年齢、地域で絞ったうえでの受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）を行うなど、がん検診の受診率向上に取り組めます。

**（2）健康寿命日本一おおいた県民運動の推進**

①県民運動の展開

健康に対する県民意識の醸成を図るため、「健康寿命日本一おおいた創造会議」を開催し、各構成団体の取組の情報共有、相互連携を図ります。

また、10月を「みんなで延ばそう健康寿命推進月間」とし、県民大会や健康イベントの開催などを通じて、県民総参加の健康づくりを推進します。

さらに、こうした取組に賛同し、応援してくれる「おうえん企業」等多様な主体と連携して県民誰もが自然と健康的な生活習慣を実践できる環境を整備します。

②無関心層を惹きつけるインセンティブの創出

働き盛り世代の健康への関心を高めるため、健康づくり活動に対してポイントが付与されるスマホ用のアプリを開発するとともに、参加者が無理なく自然に継続したくなる仕組みを構築します。

## 2 医療の効率的な提供の推進

### (1) 後発医薬品の使用促進

大分県後発医薬品安心使用促進協議会<sup>\*1</sup>において、後発医薬品に関する情報収集・共有を図り、医師等医療従事者の後発医薬品に対する理解を促進するとともに、県民が安心して使用することができるよう、後発医薬品に関する正しい知識やメリットについて普及啓発を行います。

また、医療保険者における、加入者に対して後発医薬品に切り替えることによりどれくらい窓口負担が軽減されるのかをお知らせする「後発医薬品差額通知」や後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするための「後発医薬品希望シール」の配布等の促進を図ります。

### (2) 医薬品の適正使用の推進

医薬品の適正使用の重要性やかかりつけ薬局・薬剤師が果たす役割について、県民に対する普及啓発を行います。

大分県薬剤師会と協力し、かかりつけ薬局・薬剤師、健康サポート薬局<sup>\*2</sup>が実施するお薬手帳や残薬バックの活用、在宅訪問指導等多剤併用・重複投薬の是正、服薬の適正化に向けた取組を支援します。

また、薬局のない地域においては、高齢者サロン等で薬に関する相談会を実施するなど医薬品の適正使用を推進します。

### (3) 病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築の推進

団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年（平成37年）には、医療・介護ニーズがますます増加すると見込まれることから、将来の医療提供体制の目指すべき方向性を示す指針として、平成28年6月に地域医療構想を策定したところです。

この地域医療構想では、高度急性期から在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、病床機能の分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者等の確保・養成、地域包括ケアシステムの構築などに取り組むこととしています。

本計画においては、「大分県地域医療構想」の中で上記に関連する箇所の概要をP〇からP〇に再掲しています。

※再掲

---

\*1 大分県後発医薬品安心使用促進協議会～後発医薬品の使用促進に向けて、各都道府県に設置されたを医師や薬剤師等医療従事者の医療関係者や受療者代表で構成する祖式。

\*2 健康サポート薬局～地域包括ケアシステムの中で、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援していく薬局。



### 3 その他の取組

#### (1) 広報活動の充実

医療費に対する意識を高めることにより、医療費の伸びの適正化を推進するため、医療費の実態やその動向分析結果等について県民への周知を図ります。

#### (2) 保険者による医療費適正化の取組支援

##### ① 広報活動

市町村や後期高齢者医療広域連合に対し、広報に係る助言等を行います。

##### ② 医療費通知の実施による意識啓発等の充実

医療機関等に受診した際の医療費の総額や自己負担額等を通知することは、県民の医療費に対する意識を高めるとともに、診療報酬等の適正化、医療保険制度の健全な運営につながります。

そのため、適切な通知の実施について医療保険者に対し助言等を行います。

##### ③ 重複・頻回受診者に対する訪問指導等の推進

一つの症状で複数の医療機関や頻回に受診している方に対する効果的な訪問指導等について、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し助言等を行います。

##### ④ レセプト点検の充実強化

レセプト点検員等による効率的・効果的な点検及び重点的点検調査が実施できるよう、市町村や後期高齢者医療広域連合に対し、研修や助言等を行い、保険者機能の充実強化を図ります。

#### (3) 保険医療機関等及び保険医等に対する指導、監査の実施

保険医療機関等及び保険医等に対し、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底することにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ります。

### 4 保険者等（保険者協議会）・医療機関等との連携協力

#### (1) 保険者等（保険者協議会）との連携

健康の保持の推進に関する目標達成に向けた施策を円滑に進めていくためには、保険者等の行う医療費適正化の取組との連携を図ることが重要です。

そのため、医療費適正化計画の策定に当たって、保険者等に策定過程への参画や意見を求めるとともに、保険者協議会を通じて、施策の推進に対する協力を求めるなど、保険者等との連携を図ります。

また、「従業員の健康支援が、経営面においても大きな成果が期待できる」という方針を掲げ、事業所ぐるみの健康づくりを実践する健康経営事業所の登録、認定について、全国健康保険協会大分支部（協会けんぽ）と連携して取り組むことにより、働く世代の健康づくりの充実強化を図ります。

さらに、保険者協議会に県も参画し、特定健康診査等保健事業の情報共有や医療費分析、共通の健康課題の分析、データヘルスの推進等県民の健康づくりに向けた支援などに取り組みます。

## **(2) 医療機関等との連携**

医療の効率的な提供の推進に関する目標達成に向けた施策の推進については、医療機関及び介護サービス事業者等との連携・協力が重要です。

そのため、大分県医療費適正化推進協議会等の会議の場や様々な機会を活用して情報交換を行い、医療機関や介護サービス事業者、各種団体等の要望や意見を踏まえた施策の推進に努めます。

## **(3) 市町村との連携**

市町村は、国民健康保険の保険者として、特定健康診査や特定保健指導を実施するだけでなく、住民に直接保健サービスを提供し、住民の健康づくりを推進する役割を担うとともに、介護保険の保険者として、介護サービスの基盤の充実等の役割を担っています。

県では、市町村の実施する保健事業の円滑な実施を支援し、健康づくりの推進のために積極的な情報提供を行うとともに、介護サービスの受け皿づくりをともに推進するなど、市町村との連携を図りながら各種施策を推進していきます。

## 第5章 計画の進行管理等

### 1 進行管理

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）及び見直し・改善（Action）の一連の循環により進行管理を行っていきます。

#### （1）毎年度の進捗状況の公表

計画の初年度と最終年度を除く毎年度、計画の進捗状況について、県のホームページ等にて公表するとともに、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めます。

#### （2）暫定評価及び次期計画への反映

計画期間の最終年度である平成35年度に、計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を県のホームページ等にて公表します。

併せて、分析結果に基づいて、必要な対策を講ずるよう努めるとともに、次期計画に反映させることとします。

#### （3）実績評価

計画の最終年度の翌年度である平成36年度に、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等にて公表します。

### 2 計画の周知

計画の推進には、県民一人ひとりが計画の内容を理解し、医療費適正化に向けて取り組んでいただくことが重要です。そのため、医療費適正化計画を策定後、県のホームページ等で公表するとともに、市町村、関係団体等を通じて広く周知を図ります。

### 3 計画の推進体制

本計画に掲げる医療費適正化の取組については、国や県、保険者等がそれぞれの役割の下、互いに連携しながら推進していくことが重要です。

#### （1）国の取組

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

## (2) 県の取組

※第4章 目標達成に向けた施策を再掲します。

## (3) 保険者等の取組

市町村などの保険者等は、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しての役割に加え、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う等、保険者機能の強化を図ることが重要です。

## (4) 医療の担い手等の取組

医療の担い手等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）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する役割があります。

## (5) 県民の取組

県民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要です。

そのため、特定健康診査の結果等の健康情報の把握に努めるとともに、保険者等の支援も受けながら積極的に健康づくりに取り組むことや医療機関等の機能に応じて、医療を適切に受けるよう努めるものとします。