栃木県医療費適正化計画（2期計画）実績評価報告書
〔追記版〕

平成３０(2018)年１２月
（令和２(2020)年８月追記）

栃木県

目　　次

Ⅰ　達成状況に関する評価の位置付け
　１　計画策定の趣旨…… 1
　２　実績評価の位置付け…… 1
Ⅱ　医療費の動向
　１　全国の医療費の状況…… 2
　２　本県の医療費の状況…… 3
　３　本県の後期高齢者医療費の状況…… 4
Ⅲ　目標の達成状況と分析
　１　県民の健康の保持増進に関する目標の達成状況…… 5
　　(1) 特定健康診査実施率
　　(2) 特定保健指導実施率
　　(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率
　　(4) 喫煙対策
　２　医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況……12
　　(1) 平均在院日数の短縮
　　(2) 後発医薬品の安心使用の促進
　３　その他、県民の健康や受療の状況……16
　　(1) 糖尿病に関する状況
　　(2) 高齢者を取り巻く状況
　　(3) 医薬品の適正使用の状況
Ⅳ　医療費推計と実績比較
　１　医療費推計と実績値……19
　２　医療費適正化に係る取組の効果……19
　　(1) 平均在院日数の短縮による効果
　　(2) 生活習慣病対策等の効果
　３　医療費に係る高齢化等の効果……20
Ⅴ　主な施策の具体的な実施状況
　１　生活習慣病の予防に向けた取組……22
　　(1) 保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進のための支援
　　(2) 保険者協議会の活動を活用した効果的な保健事業等の推進
　　(3) 保険者による健康増進対策
　　(4) 県による健康づくりの推進
　　(5) 市町による健康増進事業の推進
　２　平均在院日数の短縮に向けた取組……24
　　(1) 医療機関の機能分化・連携
　　(2) 在宅医療・地域包括ケアの推進
　　(3) 療養病床の転換支援
　３　その他、医療費適正化のための取組……26
　　(1) 適切な受療行動の促進
　　(2) 後発医薬品の安心使用の促進
　４　計画の推進……26
　　(1) 計画の策定と進行管理
　　(2) 医療費適正化に向けた取組状況調査の実施
Ⅵ　今後の課題・取組方針
　１　県民の健康の保持増進に関する取組……27
　２　医療の効率的な提供に関する取組……27

Ⅰ　達成状況に関する評価の位置付け

１　計画の趣旨

世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を支えてきた国民皆保険制度を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築していくためには、県民・患者の視点に立って、県民の健康の保持・増進や良質かつ適正な医療を効率的に提供する体制の確立に努め、その結果による医療に要する費用の適正化（医療費適正化）を実現していく必要がある。

本県では、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、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「高確法」という）に基づき、平成 25(2013)年 3 月に平成25(2013)年度から平成29(2017)年度までの5カ年計画である栃木県医療費適正化計画（２期計画）（以下「２期計画」という。）を策定したところである。

２　実績評価の位置付け

２期計画では、目標年度である平成 29(2017)年度までに達成すべき施策目標を以下のとおり設定し、その実現を図るため、ＰＤＣＡサイクルにより目標管理を行うこととしている。

また、高確法第 12 条第 1 項の規定により、計画期間の最終年度の翌年度に、目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価（以下「実績評価」という。）を行うものとされていることから、今回２期計画の実績評価を行ったところである。

平成 29(2017)年度までに達成すべき施策目標

◎　県民の健康の保持増進に関する目標

(1) 特定健康診査の実施率を 70%以上とする。
(2) 特定保健指導の実施率を 45%以上とする。
(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率を 25%以上とする。
(4) 喫煙率や受動喫煙の機会を減少させるよう様々な喫煙対策に取り組む。

◎　医療の効率的な提供の推進に関する目標

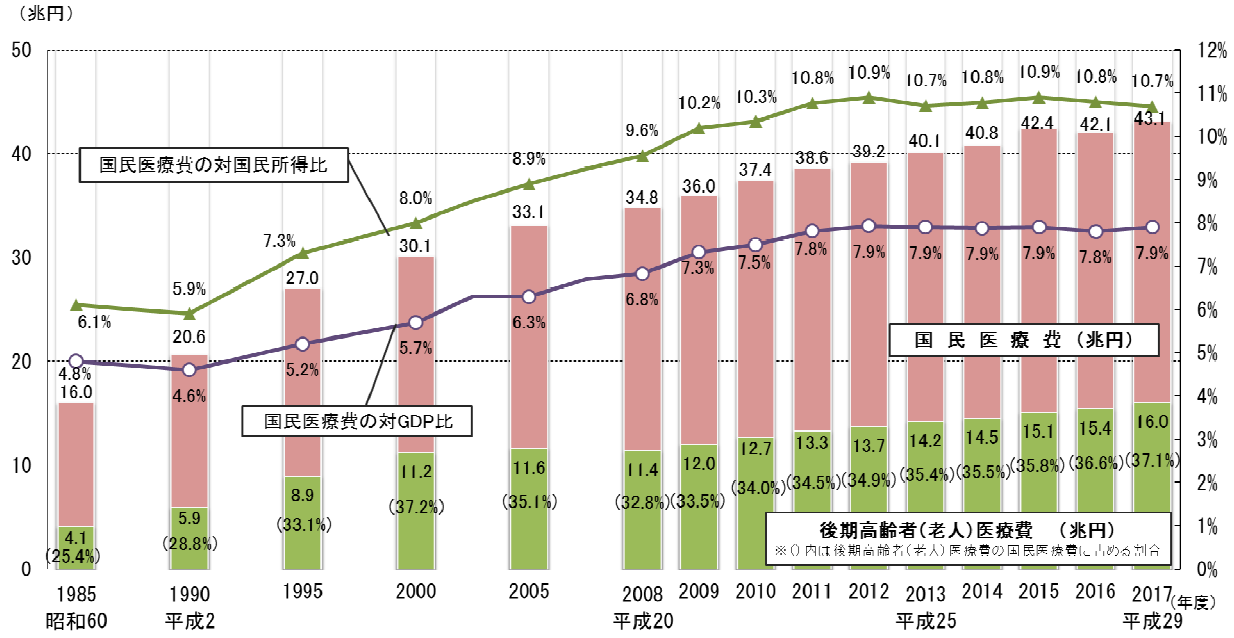
(1) 平均在院日数を 29.2 日（3.4 日減）とする。
(2) 安心して後発医薬品を選択できる環境整備に取り組む。

Ⅱ　医療費の動向

1　全国の医療費の状況

国民医療費は平成 28(2016)年度で若干減少したものの、年々増加傾向にあり、平成 20（2008）年度から平成 29（2017）年度までの 9 年間で 34.8 兆円から 43.1 兆円と 23.9%増加している。その間、後期高齢者医療費は、11.4 兆円から 16.0 兆円と 40.4%増加し、同時期の国民医療費の伸び率を大きく上回っている。

図 1　医療費の動向



資料：厚生労働省「国民医療費」及び「後期高齢者医療事業年報」

表 1　国民医療費等の対前年伸び率

（%）

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2005 (H17)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2
後期高齢者医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	1.2	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	0.9	▲4.1	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0

資料：厚生労働省「国民医療費」及び「後期高齢者医療事業年報」

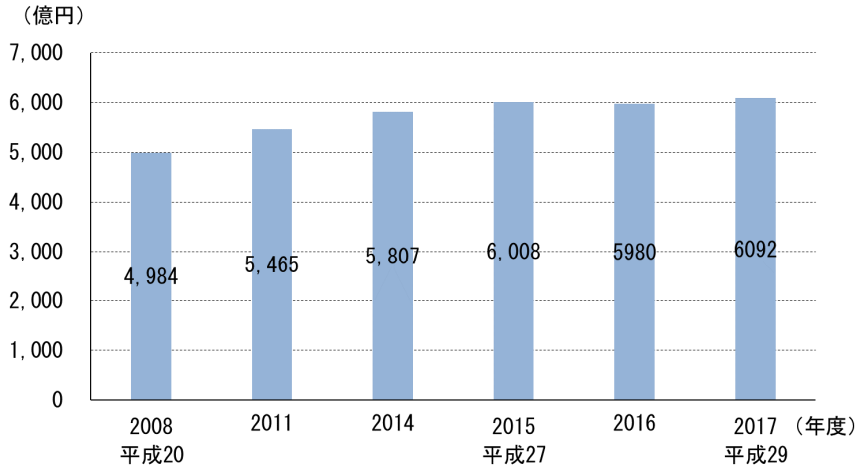
２　本県の医療費の状況

本県の医療費は、平成20（2008）年度には4,984億円であったが、平成29（2017）年度には6,092億円となり、9 年間で1,108億円、22.2％増加している。この伸び率は、同年度間の国民医療費全体の伸び率23.9％と比較して低くなっている。

本県の一人当たり医療費は311千円で､全国平均より少なくなっている｡診療種別に見ると、本県は、医科入院、歯科、調剤は全国値より少ないものの、医科入院外は全国値より多くなっている。

都道府県の年齢構成の差異を反映した地域差指数は 0.897 で、全国平均と比較して低位になっている。

図 2　本県の医療費の年次推移



資料：厚生労働省「国民医療費」

表 2　本県の一人当たり年間医療費（入院、入院外、歯科及び調剤別）

	本　県		全　国
	実績医療費	地域差指数（※）	
一人当たり年間医療費	311 千円（42 位）	0.897（44 位）	340 千円
うち医科入院	110 千円（42 位）	0.842（44 位）	128 千円
うち医科入院外	117 千円（25 位）	0.956（35 位）	115 千円
うち歯科	20 千円（37 位）	0.821（39 位）	23 千円
うち調剤	54 千円（41 位）	―	62 千円

（注）　（　）内は全国における順位

（※）　市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度の地域差指数

資料：厚生労働省「平成 29 年度国民医療費」「平成 29 年度医療費の地域差分析」

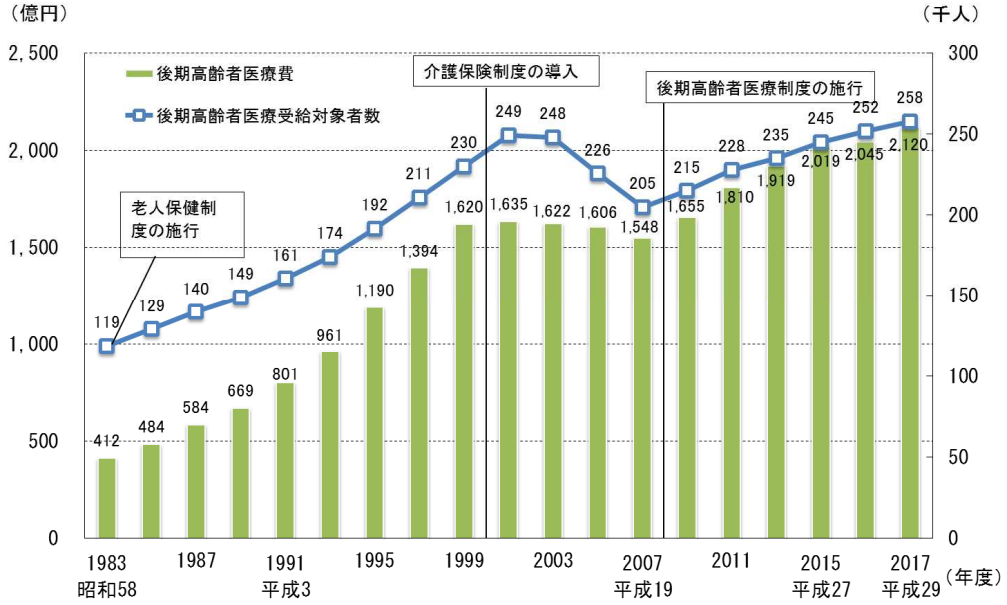
3　本県の後期高齢者医療費の状況

本県の後期高齢者医療費は、平成12（2000）年度の介護保険制度の導入や平成14（2002）年度から対象年齢が70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引上げられた後、一時的に減少したが、平成19（2007）年度以降、後期高齢者※ の増加に伴い、後期高齢者医療費も増加している。

平成29（2017）年度の状況を昭和58（1983）年度の老人保健制度の施行時と比較すると、対象年齢の引上げにもかかわらず、後期高齢者は約2倍、後期高齢者医療費は約5倍となっている。

平成29（2017）年度の本県の一人当たり後期高齢者医療費は834千円で、全国平均より少ない状況であり、入院、入院外及び歯科別とも、本県はいずれも全国値を下回っている。特に、入院に係る医療費は、全国と比べて79千円少ない状況である。

図３　本県の後期高齢者医療受給対象者数と後期高齢者医療費の推移



資料：厚生労働省「老人医療事業年報及び後期高齢者医療事業年報」

表３　本県の一人当たり年間後期高齢者医療費（入院、入院外、歯科及び調剤別）

	本　県	全　国
一人当たり年間後期高齢者医療費	834 千円（39 位）	945 千円
うち入院医療費	387 千円（39 位）	466 千円
うち入院外医療費	410 千円（29 位）	429 千円
うち歯科医療費	26 千円（36 位）	34 千円

（注 1）入院医療費には医科の入院時食事療養・生活療養費を、入院外医療費には調剤費を、歯科医療費には歯科の入院時食事療養・生活療養費を含む。

（注 2）（ ）内は全国における順位

資料：厚生労働省「平成 29 年度後期高齢者医療事業年報」

※本計画で「後期高齢者」と記載した場合、平成 20 年 3 月以前は、老人保健法による老人医療受給対象者を指すものとする。

Ⅲ　目標の達成状況と分析

1　県民の健康の保持増進に関する目標の達成状況

(1) 特定健康診査実施率

目　　標　平成29(2017)年度　70%以上

達成状況　平成29(2017)年度　51.4%

実績評価　２期計画期間において改善傾向にあるものの、目標値を大きく下回っており、取組を強化する必要がある。

＜概況＞

本県の特定健康診査実施率は、２期計画期間において毎年度上昇しているものの、平成29(2017)年度実績で51.4%であり、目標値を大きく下回っている。

表４　特定健康診査実施率

		対象者数(A) (※1)　(人)	受診者数(B) (※2)　(人)	実施率(B)/(A) (%)
平成24(2012)年度	栃木県	852,663	362,408	42.5
	全　国	52,806,123	24,396,035	46.2
平成25(2013)年度	栃木県	848,885	379,293	44.7
	全　国	53,267,875	25,374,874	47.6
平成26(2014)年度	栃木県	858,328	398,704	46.5
	全　国	53,847,427	26,163,456	48.6
平成27(2015)年度	栃木県	861,134	413,788	48.1
	全　国	53,960,721	27,058,105	50.1
平成28(2016)年度	栃木県	855,306	424,164	49.6
	全　国	53,597,034	27,559,428	51.4
平成29(2017)年度	栃木県	859,588	442,071	51.4
	全　国	53,876,463	28,587,618	53.1

※１　対象者数：当該年度の４月１日における加入者であって、当該年度において40歳以上74歳以下に達する者のうち、年度途中における異動者（加入、脱退）及び平成20年度厚生労働省告示第３号に規定する各項のいずれかに該当する者（妊産婦等）と保険者が確認できた者を除いた者の数

※２　受診者数：特定健康診査における基本的な健診項目を全て実施した者の数

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

＜保険者種別等の特徴＞

保険者の種類別では、保険者から被保険者への働きかけがしやすい健保組合と共済組合等が相対的に高く、市町村国保及び協会けんぽが低いという二極構造となっている。また、いずれの保険者種別についても、平成 24(2012)年度よりも実施率が上昇している。

表 5　本県の特定健康診査の実施状況（保険者種別）　（単位：%）

	市町村国保	協会けんぽ	健保組合・共済等
平成 24(2012)年度	30.7	37.7	61.3
平成 25(2013)年度	31.5	36.0	72.5
平成 26(2014)年度	32.8	39.8	72.6
平成 27(2015)年度	33.8	43.7	72.7
平成 28(2016)年度	34.5	45.5	74.7
平成 29(2017)年度	35.4	47.9	76.0

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

全国値で見ると、全体では、男女とも 50～54 歳が最も高く、年齢が高くなるにつれて、低下する傾向にある。

また、市町村国保の 40～64 歳の実施率は、男女とも被用者保険の実施率を大きく下回っている。

表 6　平成 29 年度特定健康診査の実施状況（性・年齢階級・保険者種別）（全国）

（単位：%）

	40～74 歳総計	性別	40～74 歳小計	5 歳階級別（歳）						
				40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体※	53.1	全体	53.1	58.1	58.3	58.8	57.7	50.2	44.0	43.9
		男性	58.1	65.3	65.4	65.7	64.6	55.1	44.2	43.0
		女性	48.1	50.3	50.7	51.6	50.7	45.4	43.7	44.8
市町村国保	37.2	男性	33.4	17.9	18.7	21.2	24.3	30.5	39.2	43.2
		女性	40.5	22.7	23.4	27.2	32.6	39.9	45.5	47.3
協会けんぽ	49.3	男性	55.8	59.4	59.1	58.1	58.4	54.9	46.3	35.7
		女性	42.7	43.7	44.2	46.0	46.1	42.4	35.0	27.6
健保組合	77.3	男性	88.7	91.0	91.5	91.5	90.8	86.0	70.7	57.4
		女性	64.8	66.0	66.7	67.5	66.6	61.8	50.6	40.2
共済組合	77.9	男性	89.3	90.8	91.9	91.6	91.4	80.8	61.2	47.2
		女性	66.0	65.4	67.2	67.6	70.1	62.6	45.1	41.4

※「全体」の集計には上記保険者の他に国保組合及び船員保険を含む。

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

(2) 特定保健指導実施率

目　　標　平成29(2017)年度　45%以上

達成状況　平成29(2017)年度　22.5%

実績評価　２期計画期間においては横ばい傾向で、目標値を大きく下回っており、取組を強化する必要がある。

＜概況＞

本県の特定保健指導実施率は、２期計画期間において微増減を繰り返し、平成 29(2017)年度実績で 22.5%となっている。全国の平均実施率を上回っているものの、目標を大きく下回っている。

表 7　特定保健指導実施率

		保健指導対象者数 (A)　(人)	終了者数(B) (人)	実施率(B)/(A) (%)
平成 24(2012)年度	栃木県	64,244	13,634	21.2
	全　国	4,317,834	707,558	16.4
平成 25(2013)年度	栃木県	65,959	12,595	19.1
	全　国	4,295,816	759,982	17.7
平成 26(2014)年度	栃木県	69,226	13,272	19.2
	全　国	4,403,850	783,118	17.8
平成 27(2015)年度	栃木県	69,834	13,284	19.0
	全　国	4,530,158	792,655	17.5
平成 28(2016)年度	栃木県	72,596	15,905	21.9
	全　国	4,690,793	881,183	18.8
平成 29(2017)年度	栃木県	76,409	17,158	22.5
	全　国	4,918,135	959,129	19.5

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

＜保険者種別等の特徴＞

保険者の種類別では、市町国保が相対的に高くなっている。

表 8　本県の特定保健指導の実施状況（保険者種別）　（単位：%）

	市町村国保	協会けんぽ	健保組合・共済等
平成 24(2012)年度	29.0	21.7	17.8
平成 25(2013)年度	28.5	15.0	17.1
平成 26(2014)年度	26.1	19.3	16.3
平成 27(2015)年度	28.8	12.2	18.9
平成 28(2016)年度	29.0	18.8	21.1
平成 29(2017)年度	32.2	15.4	23.5

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

なお、年齢階級別で見ると、全体では、40～44 歳で 17.8%と最も低く、65 歳以上で相対的に高くなっている。

性別・年齢階級別・保険者種別の実施率は、市町国保では男性の実施率が女性と比較して低い。一方で、協会けんぽでは女性の実施率が男性と比較して低く、健康保険組合、共済組合等では、40～50 歳代の女性の実施率が男性と比較して特に低いなど、保険者種別間で違いが見られる。

表9　本県の平成29年度特定保健指導の実施状況（性・年齢階級・保険者種別）

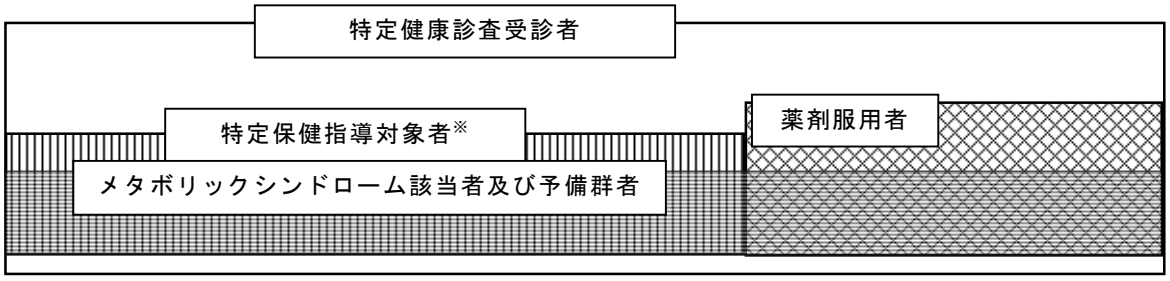
（単位：%）

	40～74 歳総計	性別	40～74 歳小計	5 歳階級別（歳）						
				40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体※	22.5	全体	22.5	17.8	21.4	22.3	22.3	21.1	30.3	34.0
		男性	22.8	18.9	22.3	23.5	23.2	20.6	28.6	33.2
		女性	21.3	13.5	17.8	18.3	19.3	22.4	34.3	35.9
市町国保	32.2	男性	30.3	20.3	23.2	24.3	22.8	26.7	33.6	36.6
		女性	36.2	18.3	31.7	27.7	28.4	32.7	41.1	40.9
協会けんぽ	15.4	男性	16.0	13.1	16.6	16.8	17.1	16.0	20.9	21.9
		女性	13.2	11.5	11.4	14.1	15.2	14.9	14.5	8.3
健保組合・共済等	23.5	男性	24.8	22.7	25.8	27.0	26.4	21.2	19.1	12.6
		女性	18.5	14.2	20.1	19.7	19.7	18.1	22.2	15.1

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

【参考】

図 4 メタボリックシンドローム該当者と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



※　特定保健指導対象者には、高血圧症、糖尿病及び脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は含まれない。

(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率

目　　標　平成29(2017)年度（平成20年度比）　25%以上

達成状況　平成29(2017)年度　▲2.3%

実績評価　２期計画期間において目標値及び全国値を下回っており、一層の取組を検討する必要がある。

＜概況＞

本県の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は、平成 29(2017)年度実績で、平成 20(2008)年度と比較して▲2.3%となっており、目標を大きく下回っている。

表 10　メタボリックシンドローム該当者及び予備群者数及び減少率（単位：人、%）

	メタボリックシンドローム該当者及び予備群者数〔40 歳～74 歳〕	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（対平成２０年度比）	
	本県	本県	全国
平成 25(2013)年度	104,357	2.8	3.5
平成 26(2014)年度	110,264	2.6	3.2
平成 27(2015)年度	115,186	1.4	2.7
平成 28(2016)年度	120,095	▲0.2	1.1
平成 29(2017)年度	127,312	▲2.3	▲0.9

資料：レセプト情報・特定健診等情報データ

【参考】

○メタボリックシンドローム該当者及び予備群者数の減少率の推計方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数※} - \text{平成29年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数※}}{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

※　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、性別・年齢階層別（５歳階級）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の出現割合を算出し、平成 30 年 1 月 1 日現在での住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

(4) 喫煙対策

目　　標　喫煙率や受動喫煙の機会を減少させるよう様々な喫煙対策に取り組む。

達成状況　市町や関係団体、職域保健等との連携により、各種喫煙対策に取り組んだ。平成28(2016)年度の喫煙率や受動喫煙の機会については、平成21(2009)年度から改善した。

実績評価　総じて改善傾向にある。引き続き、取組を推進していく必要がある。

＜概況＞

禁煙及び受動喫煙防止については、市町や関係団体、職域保健等と連携しながら、妊婦や若者、職域への教育・啓発、学校等への健康づくり専門家派遣、とちぎ禁煙・分煙推進店の普及、禁煙外来など喫煙に関する情報の発信等に取り組んだ。

本県の平成 28(2016)年度における喫煙に関する目標項目の実績値（とちぎ健康 21 プラン(２期計画)）は下記のとおりであり、ベースライン値の設定がない妊娠中の喫煙率及びベースライン値設定以降のデータがない職場における受動喫煙機会以外の項目は、いずれもベースライン値より減少している。

表 11　「とちぎ健康 21 プラン(２期計画)」における喫煙の目標項目(指標)の達成状況

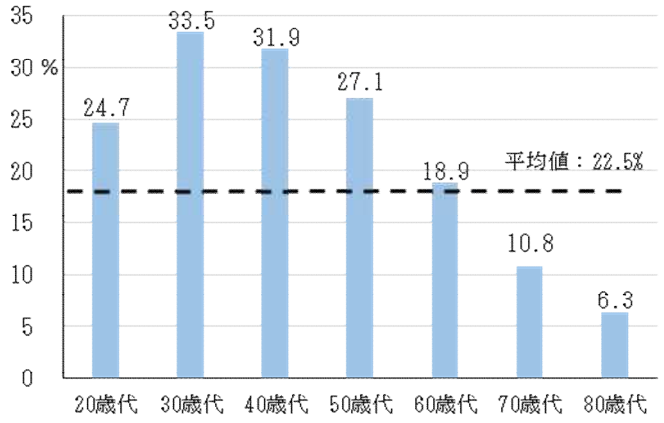
項　目		ベースライン (平成21(2009)年度)	本県の施策目標	実績値 (平成28(2016)年度)
成人の喫煙率		25.7%	18%（平成29(2017)年度） 12%（平成34(2022)年度）	22.5%
未成年者の喫煙率（高校２年生）		男子4.1% 女子2.3%	0%（平成34(2022)年度）	男子0.7% 女子0.3%
妊娠中の喫煙率		－	0%（平成34(2022)年度）	3.0%
受動喫煙の機会を有する者の割合	行政機関	19.8%	0%（平成34(2022)年度）	6.0%
	医療機関	10.9%	0%（平成34(2022)年度）	5.1%
	職場	60.9%	受動喫煙のない職場の実現 (平成32(2020)年度)	－
	家庭	15.8%	5.6%（平成29(2017)年度） 3.9%（平成34(2022)年度）	9.1%
	飲食店	61.0%	21%（平成29(2017)年度） 15%（平成34(2022)年度）	35.3%

＜年齢別等の特徴＞

年齢別では、30 歳代、次いで 40 歳代の喫煙率が高く、職場や地域を通じた働く世代への効果的なアプローチが必要である。

受動喫煙の機会を有する者の割合は、いずれの場所でも低下しており改善傾向にあるが、家庭、飲食店では、中間目標を達成しておらず、特に、家庭については、全国値（7.7%）を上回っている。

図 5　本県の成人の喫煙率（年代別）



資料：栃木県「平成 28 年度県民健康・栄養調査」

2　医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

(1) 平均在院日数の短縮

目　　標　平成29(2017)年度　29.2日

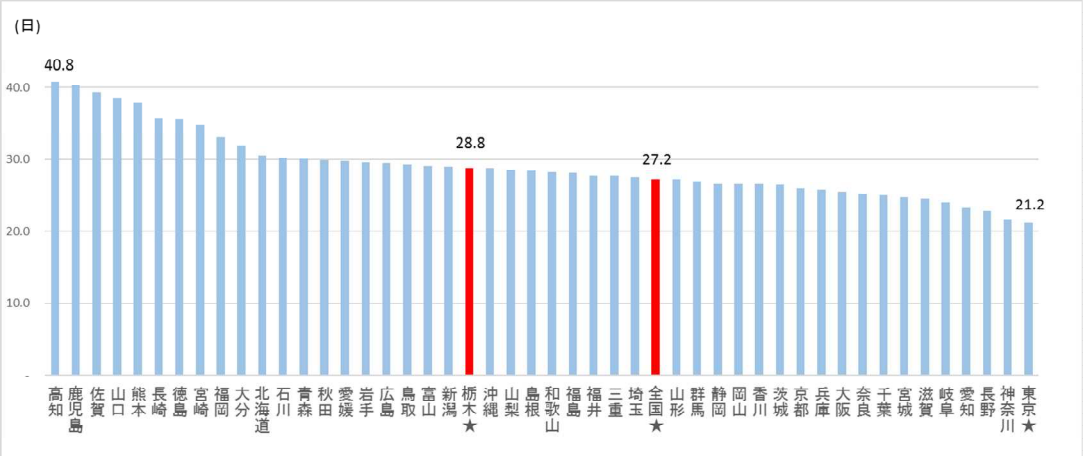
達成状況　平成29(2017)年度　28.8日

実績評価　目標を達成している。引き続き、医療の効率的な提供の推進に向け取組を推進する必要がある。

＜概況＞

本県の平均在院日数は、平成 29(2017)年実績で 28.8 日であり、計画の目標を上回った。これは、全国平均の 27.2 日より 1.6 日長く、最短の東京都（21.2 日）とは 7.6 日の差がある。

図 6　都道府県別平均在院日数（介護療養病床を除く。）



資料：厚生労働省「平成 29 年(2017)病院報告」

＜病床別等の特徴＞

病床別の内訳でみると、１日平均在院患者数の構成割合の高い精神病床及び療養病床において、それぞれ、平成 23(2011)年から 57.2 日、25.8 日短縮されており、これらが寄与していることがうかがえる。

表 12　平均在院日数の状況　（単位：日）

		栃木県			全　国		
		平成23 (2011)年	平成29 (2017)年	増　減	平成23 (2011)年	平成29 (2017)年	増　減
全病床		33.6	29.5	△4.1	32.0	28.2	△3.8
	精神病床	402.9	345.7	△57.2	298.1	267.7	△30.4
	感染症病床	62.0	5.0	△57.0	10.0	8.0	△2.0
	結核病床	98.7	91.4	△7.3	71.0	66.5	△4.5
	療養病床	180.7	154.9	△25.8	175.1	146.3	△28.8
	一般病床	18.5	16.5	△2.0	17.9	16.2	△1.7
	介護療養病床	499.9	338.6	△161.3	311.2	308.9	△2.3
介護療養病床を除く病床		32.6	28.8	△3.8	30.4	27.2	△3.2

資料：厚生労働省「平成 23 年(2011)・29 年(2017)病院報告」

表 13　病床別の１日平均在院患者数の構成割合　（単位：%）

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床（再掲）
栃木県	100	25.4	0.0	0.2	21.4	53.1	2.5
全　国	100	22.9	0.0	0.1	23.0	54.0	3.6

資料：厚生労働省「平成 29 年(2017)病院報告」

二次保健医療圏別にみると、最も短かったのは県南保健医療圏で 20.7 日、最も長かったのは県西保健医療圏で 38.1 日となっており、その差は 17.4 日であった。一般病床の平均在院日数については、県東保健医療圏が最も短く 14.9 日、県西保健医療圏が最も長く 18.8 日となっており、その差は 3.9 日となっている。

表 14　二次保健医療圏別の平均在院日数の状況　（単位：日）

二次保健医療圏		県　北	県　西	宇都宮	県　東	県　南	両　毛	全　県
全病床		33.6	38.1	36.8	29.5	20.7	29.7	29.5
	療養病床（再掲）	158.4	154.3	196.8	281.7	111.2	125.6	154.9
	一般病床（再掲）	17.3	18.8	17.5	14.9	15.2	16.7	16.5

資料：厚生労働省「平成 29(2017)年病院報告」

(2) 後発医薬品の安心使用の促進

目　　標　患者（県民）や医療関係者が安心して後発医薬品（ジェネリック医薬品）を選択できるよう、さらなる環境整備に取り組む。

達成状況　後発医薬品安心使用促進協議会の運営等を通じて、県民への普及啓発を行った。平成30(2018)年3月の後発医薬品の使用割合は73.9%。

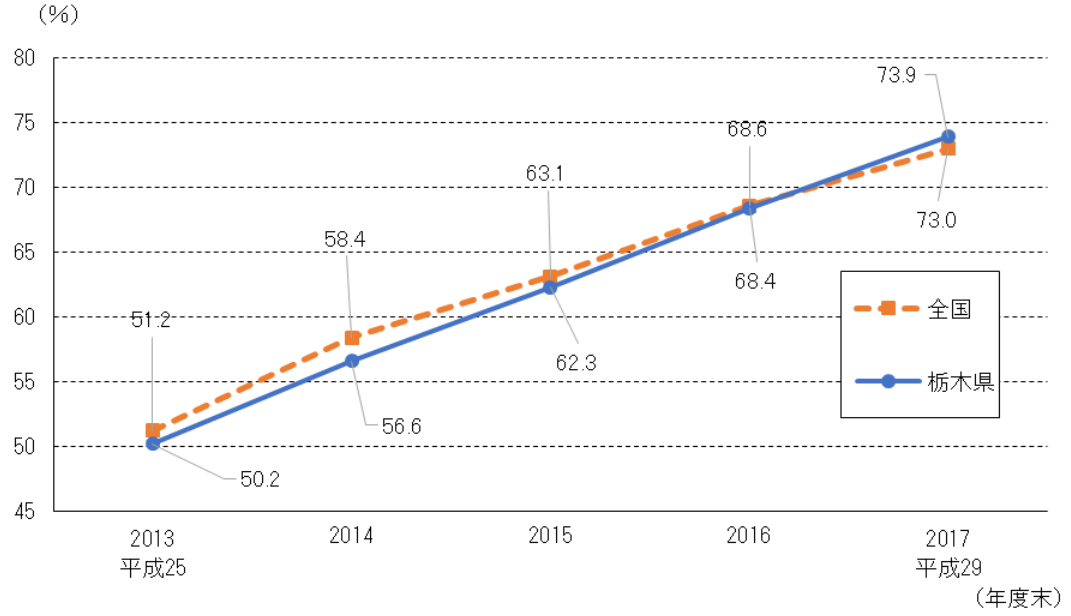
実績評価　後発医薬品の使用割合は上昇しており、環境整備は進んだものと評価できる。厚生労働省が策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に掲げた目標（※）達成に向け、引き続き、取組を推進する必要がある。

※令和２（2020）年９月末までに後発医薬品の数量シェアを 80%以上

＜概況＞

調剤医療費の動向によると、本県の後発医薬品の使用割合は、２期計画期間において毎年度上昇し、平成 30(2018)年３月の実績は 73.9%となり、全国平均値（73.0%）を上回った。

図７　後発医薬品の使用割合(数量ベース)

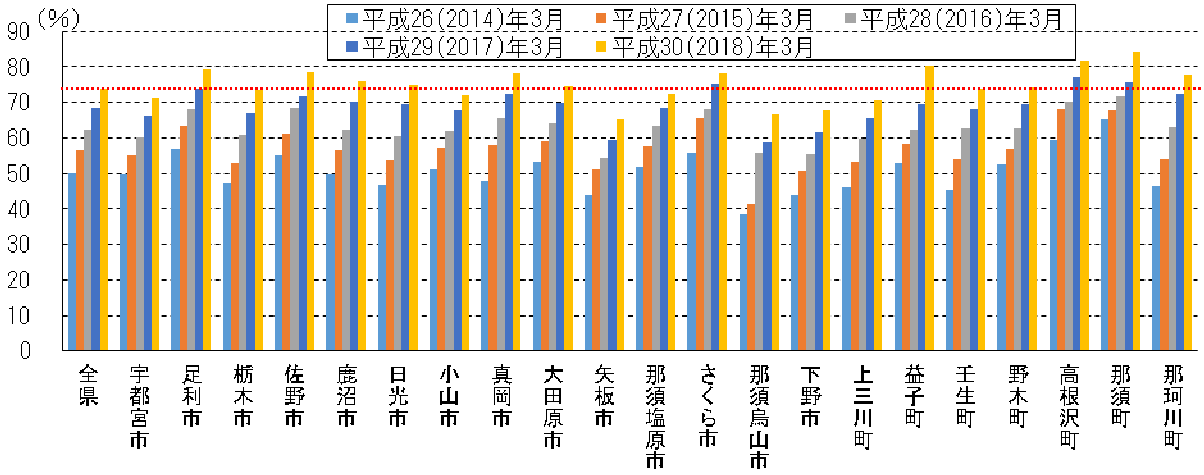


資料：厚生労働省「調剤医療費の動向」

＜市町別の特徴＞

県内の市町別後発医薬品の使用割合は、すべての市町で年々増加しているが、市町によって差がある。

図８　市町別後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移



＊保険請求のあった薬局が３軒以下の市町(茂木町、市貝町、芳賀町、塩谷町)は集計されていない。

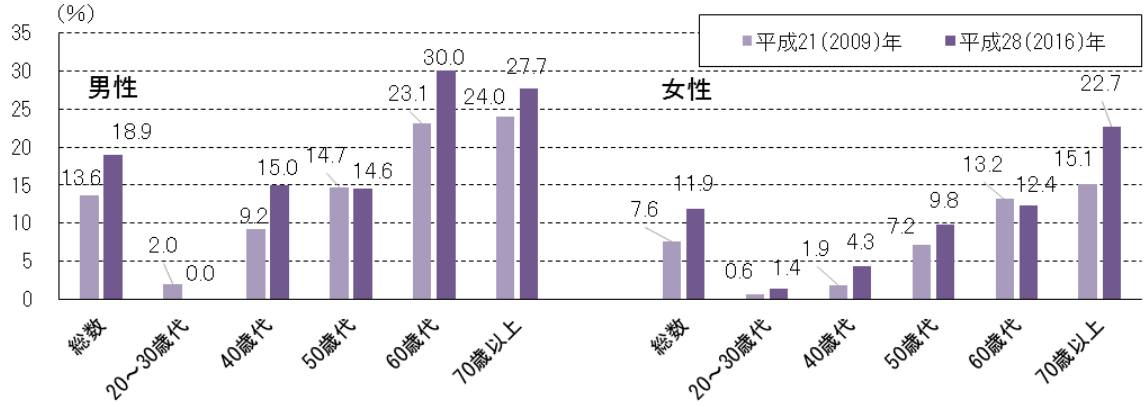
資料：厚生労働省「調剤医療費の動向」

3　その他、県民の健康や受療の状況

(1) 糖尿病に関する状況

糖尿病については、近年、患者数の増加が課題となっている。人工透析導入患者の４割を超える方の原疾患が糖尿病腎症であり、糖尿病を未治療で放置すると、糖尿病腎症など慢性合併症が生じやすくなっている。そのような中、県内の保険者が医療機関と連携して、糖尿病の重症度や医療機関の受診状況等に応じて、適切な情報提供、受診勧奨や保健指導を行うことにより、生活習慣の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を防止する取組が広がっている。

図 9　本県の医師から糖尿病と言われたことがある人の割合（20 歳以上）



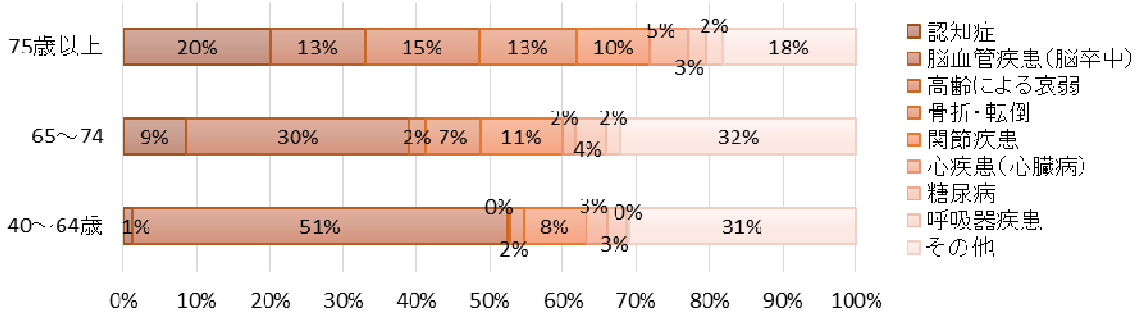
資料：栃木県「県民健康・栄養調査」

(2) 高齢者を取り巻く状況

加齢に伴い、身体機能の低下や基礎疾患の悪化が起こりやすくなり、転倒・骨折、呼吸器疾患や生活習慣病の重症化などが、要介護状態を招く原因となっている。

そこで、運動器症候群（ロコモティブシンドローム）の予防や高齢者の歯と口腔機能の維持向上（オーラルフレイル予防）等、高齢者自身が自らの予防に留意するとともに、市町等において予防（介護予防）の取組を推進することが必要である。

図 10　年齢層別、疾病別の介護が必要となった原因（全国）



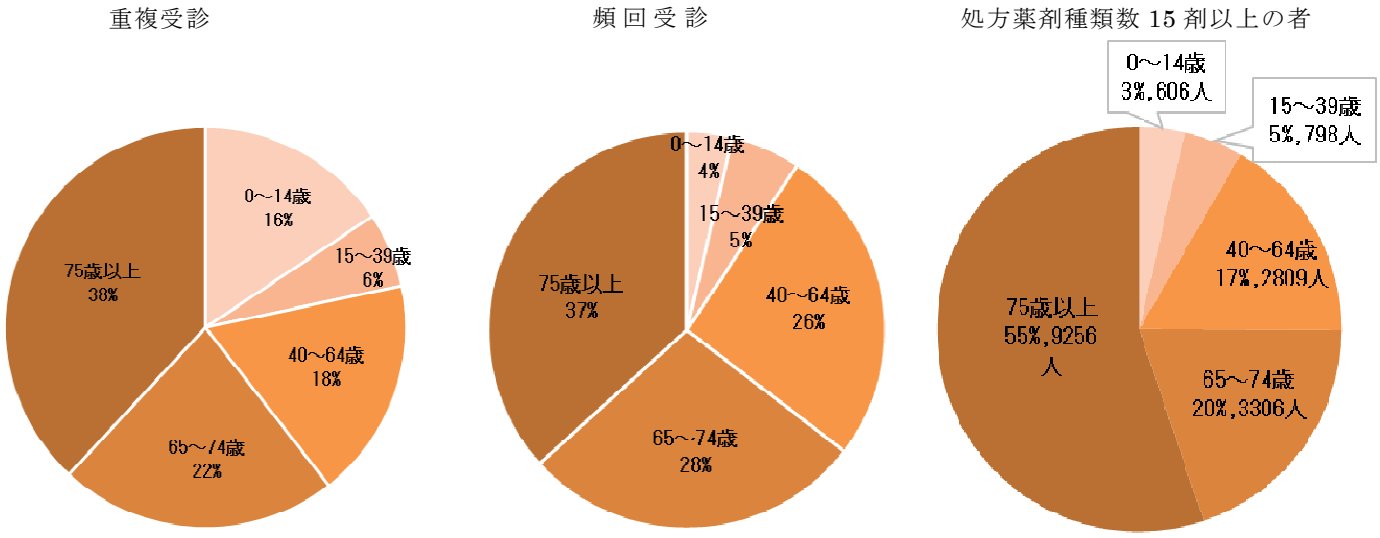
資料：厚生労働省「平成 28 年度国民生活基礎調査（介護票）」

(3) 医薬品の適正使用の状況

高齢者では、治療の長期化や複数疾病の罹患といった特性により、複数の医療機関への受診や頻回受診の傾向がみられ、重複・多剤服薬者の割合も高齢者で高くなっている。

重複服薬や服用薬剤の種類が多くなることにより、特に生理的状態が低下した高齢者は、薬による健康被害が発生する頻度が高くなる恐れがあるとともに、残薬の発生が指摘されており、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するよう、処方医と連携した、かかりつけ薬剤師、薬局等による医薬品の適正使用の取組を推進していく必要がある。

図 11　本県の重複・頻回受診者及び処方薬剤種類数 15 剤以上の者の年齢層別内訳



資料：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」により栃木県作成(平成 30(2018)年)

表15

目 標 の 達 成 状 況

栃木県

	平成22年度（2010）	平成23年度（2011）	平成24年度（2012）	平成25年度（2013）	平成26年度（2014）	平成27年度（2015）	平成28年度（2016）	平成29年度（2017）	平成29(2017)年度（目標）	備考
				2期						
県民の健康の保持・増進										
特定健康診査の実施率（%）※注1	38.9%	40.3%	42.7%	44.7%	46.5%	48.1%	49.6%	51.4%	70%	53.1%（平成29(2017)年度全国値）
特定保健指導の実施率（%）※注1	16.3%	19.1%	22.1%	19.1%	19.2%	19.0%	21.9%	22.5%	45%	19.5%（平成29(2017)年度全国値）
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年度比）（%）※注2	2.2%	1.3%	1.4%	2.8%	2.6%	1.4%	▲0.2%	▲2.3%	25%	▲0.9%（平成29(2017)年度全国値）
医療の効率的な提供の推進										
医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮（日）※注3	32.5日	32.6日	31.4日	31.1日	30.3日	29.3日	29.0日	28.8日	29.2日	27.2日（平成29(2017)年全国値）
後発医薬品の使用促進（使用割合：数量ベース）※注4	〔23.1%〕	〔23.9%〕	〔28.8%〕	50.2%〔32.6%〕	56.6%〔37.2%〕	62.3%〔42.1%〕	68.4%〔45.5%〕	73.9%〔51.4%〕	患者（県民）や医療関係者が安心して後発医薬品を選択できるよう、さらなる環境整備に取り組む	73.0%（平成29(2017)年度全国値）
医療に要する費用の見通し										
医療費（億円）※注5	—	5,465億円	5,578億円	5,685億円	5,807億円	6,008億円	5,980億円	6,092億円	7,093億円（適正化前）、6,740億円（適正化後）	43兆710億円（平成29(2017)年度国民医療費）

注1）平成22(2010)年度から平成24(2012)年度の特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率は、レセプト情報・特定健診等情報データの公表値ではなく、厚生労働省保険局から提供された参考値である。
注2）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は、厚生労働省保険局から提供された推計ツールにより算出した推計値である。
注3）平均在院日数の出典は病院報告であるが、年度単位ではなく年単位の統計のため、表中「平成〇年度」を「平成〇年」と読み替える。
注4）厚生労働省が平成25(2013)年4月に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のための新たなロードマップ」に基づく目標値は、平成29(2017)年度末までに60%。
国の「経済財政運営と改革の基本方針」等に基づく目標値は、平成29(2017)年央に70%（令和2(2020)年9月までに80%）。
各年度の〔 〕内は旧指標値：平成24(2012)年度末目標値30%
旧指標値の定義は、「後発医薬品」/「全医薬品」 。なお、新指標値の定義は、「後発医薬品」/「後発医薬品あり先発医薬品」＋「後発医薬品」
なお、平成22(2010)年度から平成29(2017)年度の使用割合は「調剤医療費の動向」による各年度末の数値である。
注5）平成23(2011)年度及び平成26(2014)年度から平成29(2017)年度の医療費は都道府県別国民医療費。平成24(2012)年度及び平成25(2013)年度の医療費は、厚生労働省保険局による推計値。

Ⅳ　医療費推計と実績比較

1　医療費推計と実績値

２期計画では、医療費適正化に係る取組を行わない場合、平成 24(2012)年度の推計医療費 5,769 億円(①)から、平成 29(2017)年度に 7,093 億円(③)まで医療費が増加するものと推計し（適正化前)、医療費適正化に係る取組を行うことで、平成 29(2017)年度の医療費は 6,740 億円(④)となるものと推計していた（適正化後)。

平成 29(2017)年度の医療費は 6,092 億円(⑤)であり、２期計画の推計値よりも 648 億円(⑤－④)減少した。

表 16　医療費推計と実績の差異　（単位：億円）

平成 24(2012)年度の医療費			
	推計（２期計画策定時の推計値)	①	5,769
	実績（平成 23 年度実績等をもとに国で算出した推計値)	②	5,578
平成 29(2017)年度の医療費			
	推計：適正化前（２期計画策定時の推計)	③	7,093
	：適正化後（　　〃　　)	④	6,740
	：適正化後の補正値（※)　　④×（②÷①)	④｀	6,517
	実績:平成 29(2017)年度実績	⑤	6,092
平成 29(2017)年度の推計と実績の差異			
	推計（補正前）と実績の差異	⑤－④	▲648
	推計（補正後）と実績の差異	⑤－④｀	▲425

※　平成 24(2012)年度の医療費（足下値）について推計と実績とで差異が生じたことを踏まえ、平成 24(2012)年度の実績をベースとして平成 29(2017)年度の適正化後の推計値を補正したもの。

2　医療費適正化に係る取組の効果

(1) 平均在院日数の短縮による効果

２期計画では、平均在院日数を 29.2 日に短縮する目標を達成することによって、医療費の伸びは 285.2 億円抑制されると推計していた。

平均在院日数については、平成 29(2017)年実績で 28.8 日と目標を達成しており、この平均在院日数と２期計画策定時の推計ツールを用いて算出すると、医療費の伸びは 318.7 億円抑制されたものと推計される。

表 17　平均在院日数の短縮による医療費適正化効果

短縮後の平均在院日数	平成 29(2017)年度の効果額の推計
目標値：29.2 日（平成 29(2017)年)	285.2 億円
実績値：28.8 日（平成 29(2017)年)	318.7 億円

※２期計画策定時に厚生労働省保険局から提供された推計ツールにより算出した推計値

(2) 生活習慣病対策等の効果

生活習慣病の予防（重症化予防）に効果的である特定保健指導の実施について、厚生労働省の特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループとりまとめ（平成 28(2016)年３月）においては、積極的支援参加者と不参加者を経年分析して比較した結果、１人当たり入院外医療費について、積極的支援参加者は、不参加者よりも約 6,000 円の少ない結果となっている。

これを本県に当てはめると、平成 24（2012）年度から平成 29(2017)年度の間に、5.2 億円の医療費適正化効果があるものと推計される。

○特定保健指導の実施による医療費適正化効果

H24～H29 の特定保健指導終了者数 85,848 人×6,000 円＝5.2 億円

3　医療費に係る高齢化等の影響

近年の医療費の伸びを要因分解すると、「人口」や「診療報酬改定」が医療費の減少要因となっている一方、「高齢化」や「その他（医療の高度化・患者負担の見直し等）」が医療費の増加要因となっている。

具体的に平成 24(2012)年度から平成 29(2017)年度までの伸びを要因分解すると、人口で▲1.8%の伸び率となっている一方、「高齢化」は 5.9%、「その他（医療の高度化・患者負担の見直し等）」は 6.2%の伸び率となっている。

また、２期計画期間中において、平成 26(2014)年度と平成 28(2016)年度に診療報酬改定が行われ、平成 26(2014)年度は＋0.10%、平成 28(2016)年度は▲1.33%、合計▲1.23%となっている。

一方、２期計画策定時においては、平成 24(2012)年度から平成 29(2017)年度までの範囲で見ると、「人口」「高齢化」「その他（医療の高度化・患者負担の見直し等）」の医療費の伸びに対する影響はそれぞれ、▲1.7%、6.4%、11.8%としていた。

そのため、計画策定時と実績を比較すると人口の影響について 2 億円、高齢化の影響について▲36 億円、その他の影響について▲319 億円の差異が生じている。（表 18）

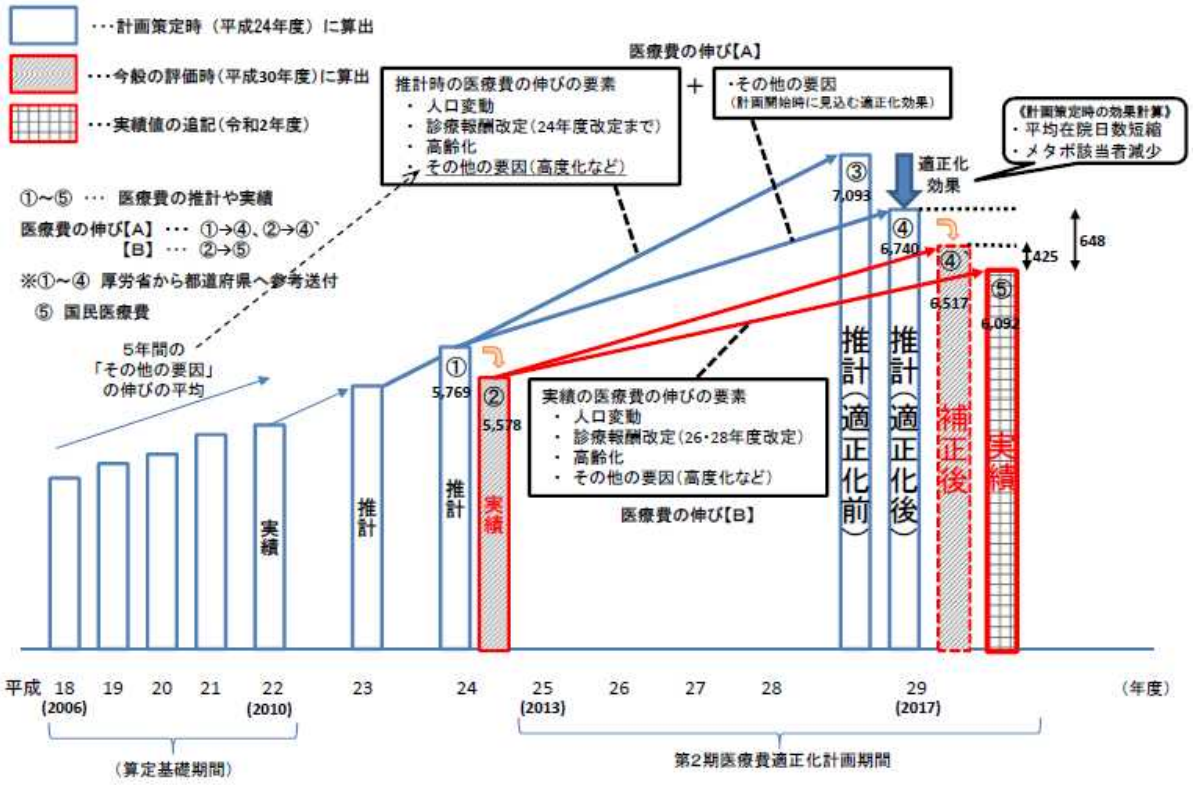
表 18　医療費の伸びに係る推計と実績の差異状況

項目		要因	伸び率	影響額（億円）
計画策定時（A）	表 16 の①→④②→④	合計	16.8%	939
		人口	▲1.7%	▲106
		高齢化	6.4%	373
		診療報酬改定	—	0
		その他	11.8%	673
実績値（B）	表 16 の②→⑤	合計	9.2%	514
		人口	▲1.8%	▲103
		高齢化	5.9%	336
		診療報酬改定	▲1.2%	▲72
		その他	6.2%	353
ＡとＢの差異		合計	▲7.6ﾎﾟｲﾝﾄ	▲425
		人口	▲0.0ﾎﾟｲﾝﾄ	2
		高齢化	▲0.4ﾎﾟｲﾝﾄ	▲36
		診療報酬改定	▲1.2ﾎﾟｲﾝﾄ	▲72
		その他	▲5.5ﾎﾟｲﾝﾄ	▲319

※端数処理の関係で合計等が合わないことがある。

【参考】

図 12　第 2 期医療費適正化計画の医療費推計の結果分析（イメージ図）



Ⅴ　主な施策の具体的な実施状況

１　生活習慣病の予防に向けた取組

(1) 保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進のための支援

ア 支援・助言

○各種研修を実施した。

・特定健診・特定保健指導実践者育成研修：１回（３日間）/年

・特定健診・特定保健指導実践編研修：１回（１日間）/年

・保健指導評価研修会：１回（１日間）/年

○「栃木県特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書」に各市町の取組を記載し、情報提供した。

○国保連が開催する保健事業支援・評価委員会に委員として出席し、助言を行った。

イ 助成

○市町国保向けの県調整交付金について、特定健康診査等の実施率を評価して交付した。

ウ 普及啓発

○特定健康診査実施率向上の普及啓発を行った。

・スポットＣＭ：H25 20 日間、H26 12 日間、H27～H29 14 日間

・県政広報番組：１回/年

(2) 保険者協議会の活動を活用した効果的な保健事業等の推進

ア 支援・助言

○県保険者協議会の構成員として運営に参画し、生活習慣病予防の普及啓発、共同事業の実施、保健事業の調査分析等、活動促進に向けて、適宜、助言・支援した。

○県医師会、県保険者協議会と連携協定を締結し、保険者が行う保健指導及び医療機関への受診勧奨等の具体的な取組例を示す「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」を策定し、保険者の取組を支援した。

・情報提供　30 保険者、受診勧奨　32 保険者、保健指導　26 保険者
（全 42 保険者）【H29 年度実績調査】

イ 情報提供

○県保険者協議会と連携して、特定健康診査等の促進に向けて、各保険者における特定健康診査等の実施状況、受診率向上のための取組状況等について調査集計し、情報提供した。（１回/年）

(3) 保険者による健康増進対策

ア 取組

○健康診査等がより効果的に実施できるよう、生活習慣病検診等管理指導協議会において、市町等が実施する特定健康診査等やがん検診の実施状況を把握、評価するとともに、健診の実施方法、精度管理の在り方等について協議し、その結果を情報提供した。

・栃木県特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書の作成：１回/年

・栃木県がん検診実施状況報告書の作成：１回/年

(4) 県による健康づくりの推進

ア 取組

○「健康長寿とちぎづくり推進条例」に基づき、県民運動を推進するために、各種取組を行った。

・健康長寿とちぎづくり推進県民会議：１回/年

・とちぎ健康フェスタの開催：１回/年

・身体を動かそうプロジェクト参加団体（H28：217 団体→H29：227 団体）

・栃木県脳卒中啓発プロジェクト参加団体（H28：137 団体→H29：138 団体）

○健康・栄養面に配慮した料理を提供する飲食店等を登録・表示する「とちぎのヘルシーグルメ推進店」及び受動喫煙防止に取り組む店舗等を登録・表示する「とちぎ禁煙・分煙推進店」等の登録拡大を図るとともに、県内各地にウォーキングコースを「とちぎ健康づくりロード」として追加設定し、健康づくりの専用サイト「健康長寿とちぎＷＥＢ」で公表した。

・とちぎのヘルシーグルメ推進店（H28 年度末：25 店→H29 年度末：71 店）

・とちぎ禁煙･分煙推進店（H28 年度末：225 店→H29 年度末：266 店）

・とちぎ健康づくりロード（H28 年度末：153 コース→H29 年度末：160 コース）

○禁煙及び受動喫煙防止について、市町や関係団体、職域保健等と連携しながら妊婦や若者、職域への教育・啓発、学校等への健康づくり専門家派遣、禁煙外来など喫煙に関する情報発信などに取り組んだ。

・学校等への健康づくり専門家派遣（H29：18 校）

イ 情報提供

○「健康長寿とちぎＷＥＢ」などにより、県民に向けて健康情報を発信した。

(5) 市町による健康増進事業の推進

ア 支援・助言

○平成 28(2016)年度に生活習慣アンケート調査結果や健康に関する各種データをまとめた「健康度『見える化』事業報告書」を作成し、各市町の健康課題や特長を明らかにし、平成 29(2017)年度に、それらのデータ活用に関する研修会を２回開催し、市町の健康づくりの取組を支援した。

○市町が実施するがん検診や特定健診の受診率の向上を図るため、各市町の健診情報を県ホームページに掲載するとともに、受診率向上のためのリーフレットの配布、各種イベント等での啓発活動、健康づくり関係者の資質向上を図るための研修等に取り組んだ。

イ 助成

○健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づき市町が行う健康増進事業に対し、助成した。

２　平均在院日数の短縮に向けた取組

(1) 医療機関の機能分化・連携

ア　取組

○栃木県保健医療計画（6 期計画）に基づき、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の 5 疾病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療の 5 事業及び在宅医療について、医療サービスが適切に切れ目なく提供される医療連携体制の構築に向けて、各種の施策・事業を実施した。

・救急医療の適正利用に係る啓発リーフレットの作成･配布
・メディカルコントロール体制強化事業の開始
・とちぎ救急医療電話相談事業の実施

○急性期から在宅での療養に至るまでの切れ目のない医療を提供するため、疾病ごとに県内統一パスを作成して参加医療機関の拡大等を図り、医療・保健・福祉・介護等の効率的な連携を促進することを目的として､平成23(2011)年度から平成26(2014)年度まで｢統一モデルパス普及推進事業」を実施し、栃木県医師会に、統一パスの作成・試行・運用等を委託した。

・統一パスの適用件数：がん52、脳卒中2,365、急性心筋梗塞327、糖尿病283
（平成27(2015)年３月までに適用）

イ　情報提供

○県民や患者が病状・病期に適した医療を受けられるよう、必要な医療機能を明らかにするとともに、それぞれの医療機能を担う医療機関名をホームページ等で公表した。

○医療機関の機能分化と連携強化を図り、限られた医療資源の中、地域を越えた保健・医療・介護等の連携を図るため、ＩＣＴを活用した地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」や医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」の運用を開始し、利用促進を図った。

・平成 29(2017)年度末現在「とちまるネット」参加施設数 330
患者同意書取得数延べ 18,706 件
・「どこでも連絡帳」登録者数 971 人

(2) 在宅医療・地域包括ケアの推進

ア　取組

○平成 25(2013)年 4 月に各広域健康福祉センターに設置した｢在宅医療推進支援センター」において、入院医療から自宅などの住まいにおける療養へ円滑に移行できるよう、在宅療養を支える人材のネットワーク構築等を目的に、在宅医療に係る医療関係者、介護関係者等の連絡会議や研修会等を開催した。

○栃木県在宅医療推進協議会を 12 回開催し、在宅医療に係る関係機関相互の連携体制の構築や、在宅医療提供体制の充実を図るための施策の検討を行った。

○平成 28(2016)～29(2017)年度に、県内各地に訪問看護教育ステーションを設置し、訪問看護に興味のある看護師に対する職務体験や地域における勉強会の開催などを行った。

○平成 29(2017)年度に、今後の政策立案の基礎資料を得るために、県内の訪問看護ステーションにおける経営状況や人材確保・育成方法等についての調査研究を行った。

イ　支援・助言

○平成 25(2013)～29(2017)年度に、訪問看護ステーションの経営の安定化をサポートするため、電話相談や面接相談を実施した。

○地域における支え合い体制づくりの取組を推進するため、市町向けに県内外の先進的な

事例等を紹介するセミナーを開催した。

・地域支え合い体制づくりセミナーの開催（H25:192 名(2 回)、H26:130 名(1 回)、H27:129 名(2 回)、H28:72 名(1 回)、H29:76 名(1 回) 延べ参加者数）

○地域包括支援センター職員の能力及び技術の向上並びに関係機関との連携強化を図るための研修の実施を実施した。

・地域包括支援センター職員研修の実施

初任者研修（H25:56 名、H26:48 名、H27:58 名、H28:41 名、H29:53 名受講）

現任者研修（H25:133 名、H26:93 名、H27:91 名、H28:70 名、H29:101 名受講）

・地域包括支援センター職員医療的知識向上事業（H28:62 名、H29:56 名受講）

○居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、医療的知識習得や医療職との連携に関する研修会を実施した。

・居宅介護支援専門員医療的知識修得事業（H27:656 名、H28:601 名、H29:488 名受講）

ウ 助成

○平成 27(2015)～29(2017)年度に、10 の郡市医師会が 23 の市町において行った在宅医療連携拠点の整備事業（H27～28、H28～29 の２年間）に対して助成した。

○平成 25(2013)～29(2017)年度に、訪問診療を行う在宅療養支援診療所及び新たに開設される訪問看護ステーションの設備整備に対して助成した。

○平成 25(2013)～29(2017)年度に、（一社）栃木県訪問看護ステーション協議会が実施する訪問看護ステーションの管理者等を対象にした研修会の開催に対して助成した。

エ 普及啓発

○平成 29(2017)年度に、看護学生等に対するリクルート活動や、県民及び医療・介護関係者を対象とした訪問看護の理解促進を図るためのイベント等を開催した。

(3) 療養病床の転換支援

ア 情報提供

○医療機関が円滑に介護保険施設等に転換できるよう、転換に係る助成制度など、医療機関等に対する情報提供等を行った。(療養病床転換助成費（申請なし))

３　その他、医療費適正化のための取組

(1) 適切な受療行動の促進

ア　支援・助言

○市町国保及び後期高齢者医療広域連合に対し、健診やレセプト情報の分析により、被保険者の受療行動の把握に努め、重複・頻回受診者への保健指導や広報等の取組を進めるよう助言した。

イ　情報提供

○県民の医療機関や薬局の適切な選択を支援するため､｢とちぎ医療情報ネット｣において、医療機能情報及び薬局機能情報を提供した。

(2) 後発医薬品の安心使用の促進

ア　取組

○「後発医薬品安心使用促進協議会」を県及び地域レベルで開催し、さらなる安心使用の促進に向けた取組の検討や関係者間の情報共有を行い、環境整備を図った。

・後発医薬品安心使用促進協議会（県協議会）：毎年実施

・後発医薬品安心使用促進協議会（地域協議会）：安足地区 H27～毎年実施

○モニター薬局等に対する調査により後発医薬品の使用状況の推移等を把握した。

・後発医薬品モニター薬局等調査：毎年実施

イ　情報提供

○「広域病院等後発医薬品採用リスト」を作成し、結果を公表することで、地域の医療機関、薬局における後発医薬品選択の目安となる情報の共有を図った。

・作成・更新：毎年実施

ウ　普及啓発

○各種取組により、県民への後発医薬品に係る知識の普及啓発を図った。

・患者向けパンフレット作成・配布：毎年実施

・薬と健康の週間のイベント等で啓発活動：毎年実施

・全国健康保険協会加入者への講習会：H28～毎年実施

・生活衛生同業組合によるパンフレット配布活動：H29

４　計画の推進

(1) 計画の策定と進行管理

○平成 28(2016)年、保健医療関係団体、健康診査等実施者、医療保険者、学識経験者や市町から選任された委員によって構成される栃木県医療費適正化計画協議会を設置し、栃木県医療費適正化計画の策定・推進に向けて協議した。(H28:1 回、H29:3 回開催)

(2) 医療費適正化に向けた取組状況調査の実施

○栃木県医療費適正化計画（３期計画）の策定に向けて、平成 29(2017)年に県内保険者における医療費適正化に関連する取組状況に関する調査を実施し、その結果を保険者に情報提供した。

Ⅵ　今後の課題・取組方針

今後は、この実績評価の結果を、本年度から始まる栃木県医療費適正化計画(3 期計画)の推進に反映し、各種施策を積極的に推進していくものとする。

１ 県民の健康の保持増進に関する取組

・特定健康診査・特定保健指導については、実施率の更なる向上のため、各種広報媒体を活用した県民への普及啓発、保険者協議会の活動を通じた保険者への支援などに取り組む。

・喫煙対策については、健康増進法の改正等を踏まえながら、受動喫煙に係る知識の普及、受動喫煙防止に係る意識啓発など、引き続き、市町や関係団体、職域保健等と連携しながら、がんや循環器疾患等の生活習慣病予防等のため、喫煙率や受動喫煙の機会を減少させるよう、必要な環境の整備や普及啓発に取り組む。

・生活習慣病については、予防はすべての世代において必要であるとともに、発症した場合にその重症化や合併症を防ぐことが、県民のＱＯＬ（※）の維持にも重要である。特に糖尿病については近年患者数の増加が課題となっていることから、発症及び重症化の予防に向けた取組をしていく。

・高齢化に伴い、運動疾患や呼吸器疾患による患者、要介護者が増加していることから、虚弱や要介護状態の予防のための取組の支援をしていく。

２ 医療の効率的な提供に関する取組

・医療の提供体制については、限られた医療資源を有効に活用し、県民に質の高い切れ目のない医療を提供するために、引き続き医療機関の機能の分化と連携を推進していくとともに、在宅医療及び地域包括ケアの推進のための社会基盤の整備促進、各種サービスの県民への周知を図り、保健・医療・介護等の各関係機関の連携体制を強化していく。

・後発医薬品については、国が定めた目標値を達成するため、引き続き後発医薬品を安心して選択できるよう、環境整備を推進し、更なる後発医薬品の普及に取り組む。

・近年、特に高齢者で複数の医療機関への受診や頻回受診の傾向がみられ、また多剤服薬者の割合も高くなっていることから、適正受診・適正服薬を促す取組を推進していく。

※Quality of life（クオリティオブライフ）の略。「生活の質」「生命の質」などと訳される。人の生きがいや価値観、主観的な満足度からその人の人生の中身や質を捉えようとする立場、見方。