

第4期島根県医療費適正化計画

令和6年3月

島根県

目 次

第1章 計画の位置づけ	1
一 背景	1
二 計画の性格・目的、計画期間、他計画との関係	1
三 計画の作成のための体制の整備	2
四 適正化の取組にあたっての基本的な考え方	2
第2章 医療費を取り巻く現状	3
一 医療費の推移	3
1 本県の医療費の状況	3
2 本県の被保険者及び医療費等の状況	4
(1) 保険者種類別被保険者数	4
(2) 入院医療費	5
(3) 入院外医療費	5
(4) 年代別医療費	6
3 疾病分類別医療費等	6
(1) 入院医療費	6
(2) 入院外医療費	11
(3) 医療費等に関するまとめ	15
4 国民健康保険市町村別医療費等	16
二 住民の健康の保持の推進に関する状況	18
1 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	18
(1) 特定健康診査受診率	18
(2) 特定保健指導実施率	19
2 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況	20
3 たばこ対策の状況	23
4 生活習慣病等の疾病の状況	24
(1) 糖尿病の状況	24
(2) 高血圧の状況	25
(3) 脂質異常症の状況	25
(4) 脳卒中の状況	25
5 その他予防・健康づくり	26
(1) 歯と口腔の健康づくりに関する状況	26
(2) がん検診の実施状況	27
(3) 予防接種の取組状況	27

(4) 高齢者の骨折の状況	27
(5) 精神疾患の状況	28
三 医療の効率的な提供の推進に関する状況	29
1 後発医薬品の使用状況	29
2 医薬品の適正使用の推進に関する状況	29
3 リフィル処方箋に関する状況	30
第3章 個別の課題と取組	31
一 住民の健康の保持の推進に関する課題と取組	31
1 特定健康診査・特定保健指導の実施率等の向上に向けた取組及びメタボリック シンドローム該当者・予備群の減少に向けた取組	31
2 たばこ対策の取組	33
3 生活習慣病等の重症化予防の推進	34
(1) 重症化予防の取組	34
(2) 糖尿病性腎症重症化予防の取組	34
4 高齢者の心身機能の低下等に起因した介護予防の推進	35
5 その他予防・健康づくりの推進	35
二 医療の効率的な提供の推進に関する課題と取組	37
1 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	37
2 医薬品の適正使用の推進	38
3 医療資源の効果的・効率的な活用の推進	39
4 地域包括ケアシステムの推進	39
5 医療機能の分化及び連携の促進	40
第4章 県、保険者及び医療の担い手等の役割	41
一 県の役割	41
二 保険者の役割	41
三 医療の担い手等の役割	41
四 保険者協議会の役割	41
第5章 計画期間における医療費の見込み	42
一 医療費推計の考え方	42
1 医療費適正化の取組を行わない場合の入院外医療費の将来推計の方法	42
2 医療費適正化の取組を行った場合の入院外医療費の将来推計の方法	42
3 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費の推計方法	42
4 制度区分別の医療費の将来推計の方法	43

5	計画最終年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の推計の方法	43
二	計画期間における医療費の見込み	43
第6章	計画の達成状況の評価	45
一	進捗状況の公表	45
二	計画の見直し、暫定評価及び実績評価	45

第1章 計画の位置づけ

一 背景

急速な少子高齢化の進展や医療技術の高度化等医療を取り巻く環境の変化により、国民医療費は増加の一途をたどっており、経済の低成長と相まって国及び地方の医療保険財政を圧迫してきています。また、今後も高齢者の医療費を中心に大幅な増加が見込まれています。

このような中で、国民皆保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていくため、医療費が大きく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が必要です。

これらの課題に対応するために、平成18年6月に成立した医療制度改革関連法により、都道府県は医療費適正化計画を策定することとなりました。

医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標を定めることとされています。

また、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要があります。こうした中で、国民一人一人が生きがいを持ち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりも重要となります。

二 計画の性格・目的、計画期間、他計画との関係

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国の定める医療費適正化基本方針に則して定める、本県の医療費適正化の推進に関する基本・実行計画です。

また、適正化の取組の推進にあたっては、本計画に基づき、保険者等が連携しながら、総合的かつ計画的に進めることが求められています。

これを受けて、本県では、

- ・第1期計画(平成20年度から平成24年度まで(5年間))
- ・第2期計画(平成25年度から平成29年度まで(5年間))
- ・第3期計画(平成30年度から令和5年度まで(6年間))

と取り組んできました。引き続き医療費適正化の取組を推進するため、

- ・第4期計画(令和6年度から令和11年度まで(6年間))
- を策定しました。

また、本計画は、関連する本県の保健医療計画、健康長寿しまね推進計画（健康増進計画）、介護保険事業支援計画及び国民健康保険運営方針と整合が図られたものとなります。

三 計画の作成のための体制の整備

医療費適正化計画の目標の達成に向けては、都道府県が保険者や医療関係者等と連携し、地域の実情を踏まえて実効的な取組を推進する必要があります。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）により、保険者協議会が必置化となりました。計画の作成及び実績評価に関与する仕組みが導入されたことも踏まえ、本県では、計画作成に当たって、保険者協議会等の場を活用し、関係者の意見を踏まえた取組を進めていくこととします。

四 適正化の取組にあたっての基本的な考え方

医療費適正化に向けた具体的な取組は、生活習慣病の予防対策等により住民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、住民の視点に立った良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保し、医療そのものの効率化を目指すものとなります。

また、いわゆる 団塊の世代が全て 75 歳以上となる令和7年にかけて、65 歳以上人口、とりわけ 75 歳以上人口が急速に増加した後、令和 22 年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速するという今後の人口構成の変化に対応するため、限りある地域の社会資源を効果的・効率的に活用し、医療費の適正化を進めるものとなります。

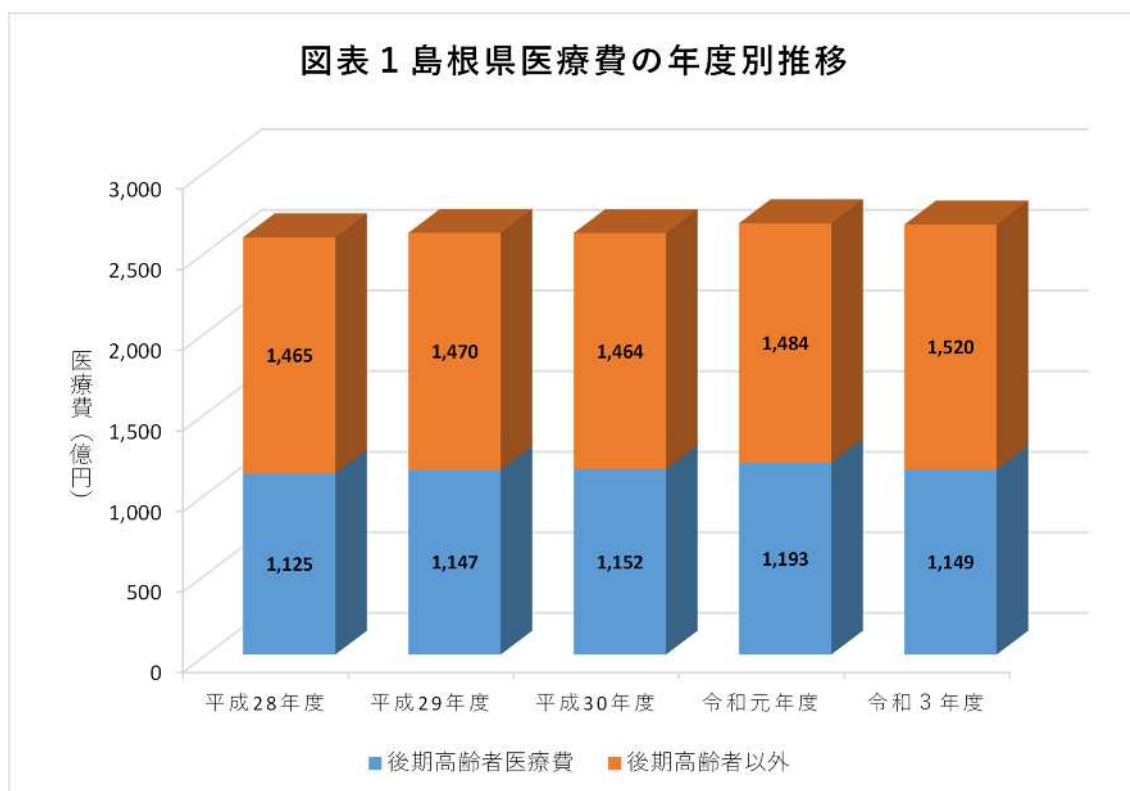
第2章 医療費を取り巻く現状

一 医療費の推移

1 本県の医療費の状況

令和3年度の本県の医療費¹は、2,669億円(県民1人当たり401.4千円、全国で高いほうから12番目、全国平均358.8千円)で、うち後期高齢者医療費²は1,149億円と全体の約43.1%を占めています(図表1)。本県の65歳以上人口比率は、平成27年は32.5%でしたが、令和2年には34.8%となり、令和22年には38.5%になると推計されています(図表2-1,2-2)。

また、74歳以下の人口は年々減少していくのに対し、75歳以上の後期高齢者の人口は令和12年にピークを迎えるものと予想されています。今後も高齢化の進展等により本県の医療費に占める後期高齢者医療費の割合は増加することが予想されます。



(資料)「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、後期高齢者医療事業年報(厚生労働省保険局)

¹本県の医療費…国民医療費を患者の住所地に基づいて推計したもので、毎年公表している。

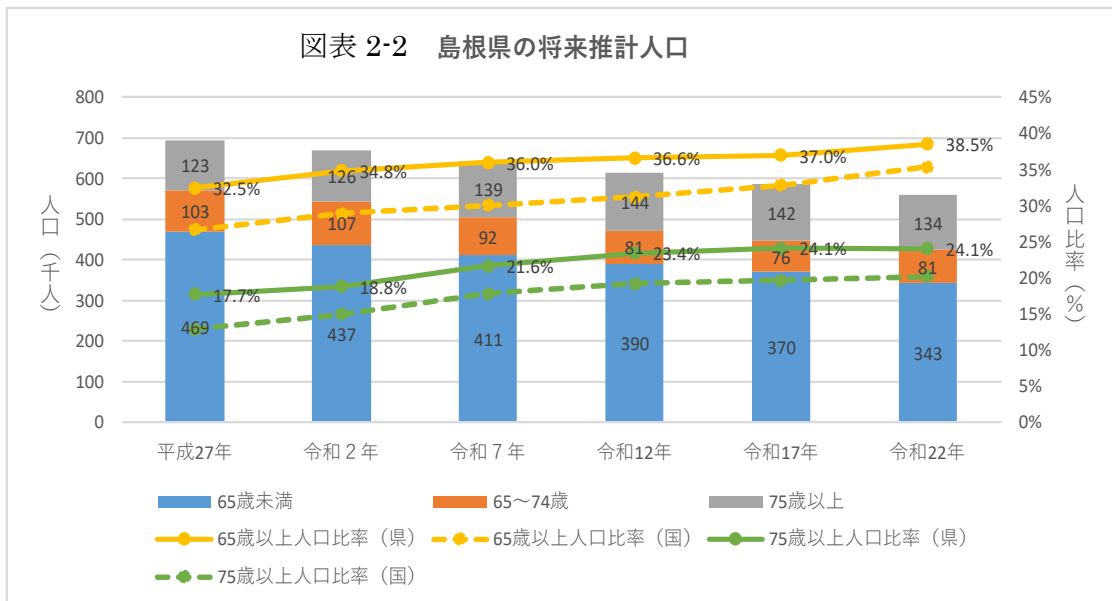
²後期高齢者医療費…「高齢者の医療の確保に関する法律」により75歳以上の人や一定の障害のある65歳以上の人が医療機関等で疾病の治療に要した費用をいう。

図表2-1 島根県の将来推計人口

(単位：千人)

	平成27年	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年
県人口	694	670	643	615	588	558
65歳未満	469	437	411	390	370	343
65～74歳	103	107	92	81	76	81
75歳以上	123	126	139	144	142	134
65歳以上人口比率（県）	32.5%	34.8%	36.0%	36.6%	37.0%	38.5%
65歳以上人口比率（国）	26.6%	28.9%	30.0%	31.2%	32.8%	35.3%
75歳以上人口比率（県）	17.7%	18.8%	21.6%	23.4%	24.1%	24.1%
75歳以上人口比率（国）	12.8%	14.9%	17.8%	19.2%	19.6%	20.2%

(資料) 「日本の将来推計人口」(平成29年推計) 国立社会保障・人口問題研究所



2 本県の被保険者及び医療費等の状況

令和3年度の全保険者のデータを含む「NDBデータ」³を基にした本県の被保険者及び医療費等の現状は、以下のとおりです。

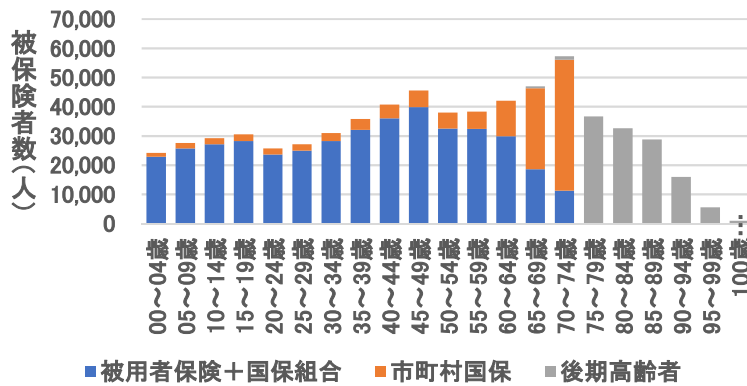
(1) 保険者種類別被保険者数

64歳までは被用者保険(国保組合を含む)の被保険者⁴が大部分であり、国保の被保険者は前期高齢者(65～74歳)の割合が大きく、前期高齢者は国保被保険者の58%を占めています(図表3-1,3-2)。

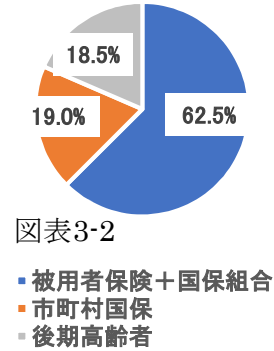
³ 厚生労働省所管の、電子化されたレセプト情報ならびに特定健診・特定保健指導情報を蓄積したデータ「レセプト情報・特定健診等情報データ」の通称

⁴ 被用者保険の被保険者には被扶養者を含む

図表 3-1 令和3年度保険者種類別被保険者数



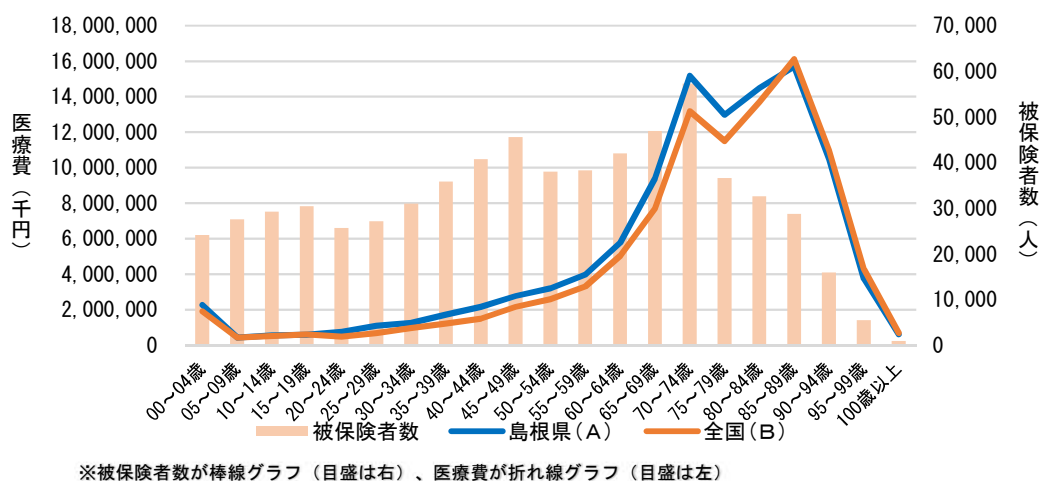
令和3年度保険者種類別被保険者割合



(2) 入院医療費

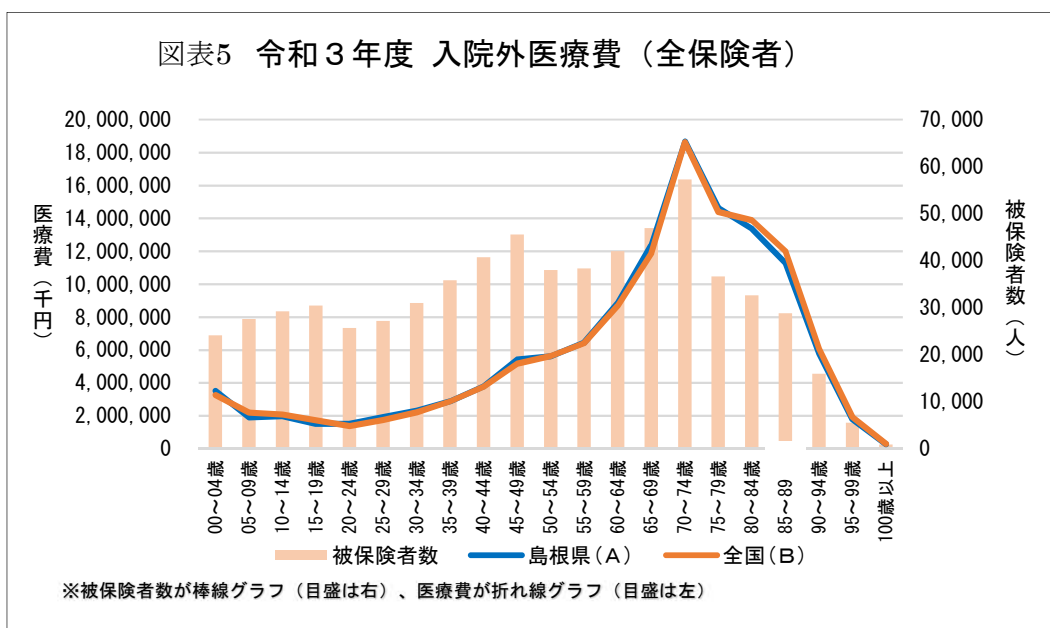
入院医療費は、60 歳代から急激に医療費が増加し、被保険者数が減少しても 85～89 歳の年齢階層まで多い状態が続き、さらに高齢になると減少します。金額は全国平均の 1.1 倍程度で、75～79 歳の年齢階層までは本県の医療費が全国平均よりも多く、85～89 歳より高齢になると本県の方が少なくなっています。これは、被保険者が高齢になって介護認定を受け、医療保険から介護保険での対応が変わる部分が全国平均より多いことや 80～84 歳以上の年齢階層から県外転出者が転入者より多くなっているなど手厚い医療が必要な高齢者が近親者を頼って県外に転出していることなどが原因として考えられます(図表4)。

図表 4 令和 3 年度 入院医療費 (全保険者)



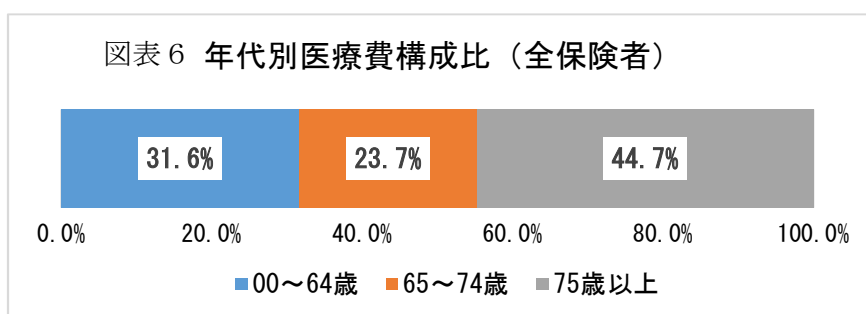
(3) 入院外医療費

入院外医療費は、全国平均とほぼ同額であり、45～49 歳の年齢階層から大きく増加し、70～74 歳の年齢階層をピークに被保険者数と共に減少します(図表5)。



(4) 年代別医療費

年代別の医療費では、全被保険者の 18.5%である後期高齢者(75 歳以上)が医療費の 44.7%を占め、前期高齢者(65~74 歳)と後期高齢者の合計額が 68.4%を占めます(被保険者数は全体の 37.5%) (図表6)。



3 疾病分類別医療費等

(1) 入院医療費

入院医療費が多い疾患は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「神経系の疾患」、「精神及び行動の障害」と続きます。

疾病分類別入院医療費のうち、「新生物」、「神経系の疾患」、「精神及び行動の障害」及び「内分泌、栄養及び代謝疾患」が全国平均を大きく上回っています(図表7)。

図表7 令和3年度 疾病分類別入院医療費（全保険者）

(単位：百万円)

	循環器系の疾患	新生物	損傷、中毒及びその他の外因の影響	神経系の疾患	精神及び行動の障害	筋骨格系及び結合組織の疾患	消化器系の疾患	呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	その他	全疾病計
島根県(A)	20,535	18,432	11,831	8,673	8,516	7,321	6,033	5,483	4,633	3,502	14,234	109,194
全国(B)	22,869	15,405	11,425	6,560	6,824	7,363	5,812	5,724	4,287	2,718	10,611	99,597
A/B	89.8%	119.7%	103.6%	132.2%	124.8%	99.4%	103.8%	95.8%	108.1%	128.9%	134.2%	109.6%

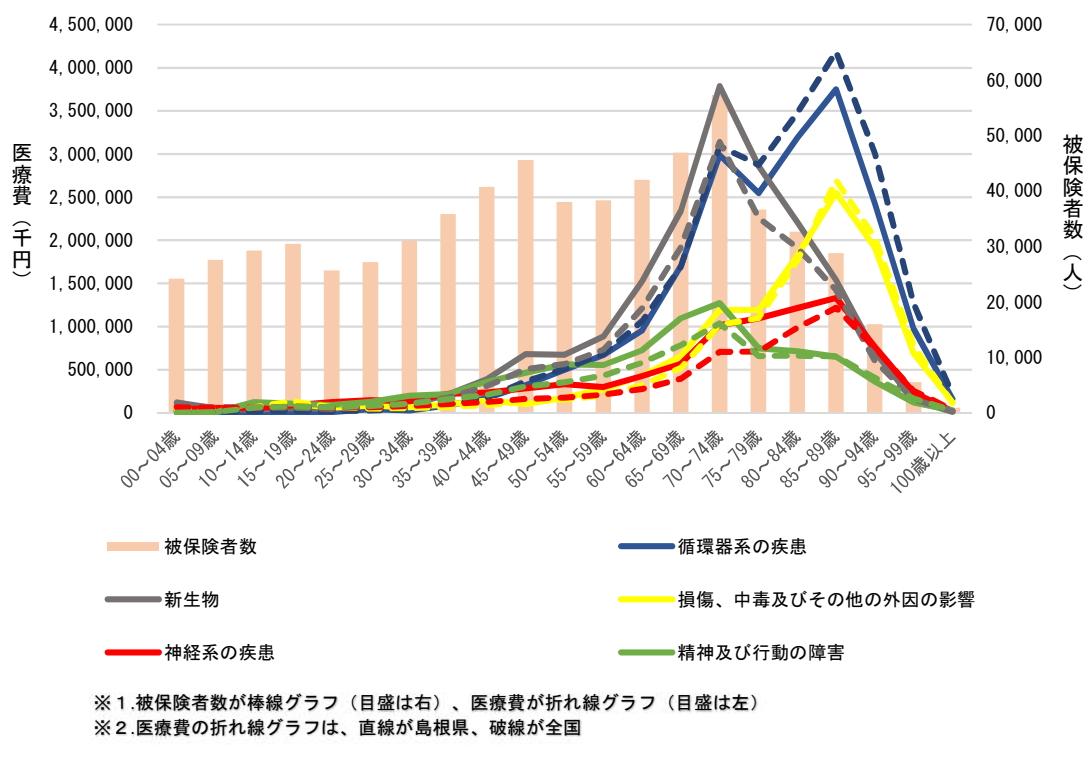
※NDBデータを基に集計。全国の数値は全国の年齢階層別1人当たり医療費に島根県の年齢階層別被保険者数を乗じて計算した金額。

年齢階層別で見ると「新生物」が45～49歳から多くなり、60歳代で大きく伸びて、70～74歳をピークにそれよりも高齢になると被保険者の減少に伴い減少します。

「循環器系の疾患」も60歳代から大きく伸び、さらに高齢化に伴い1人当たり医療費⁵も伸びるため被保険者数が減少しても医療費は伸び続け、85～89歳をピークに減少に転じます。

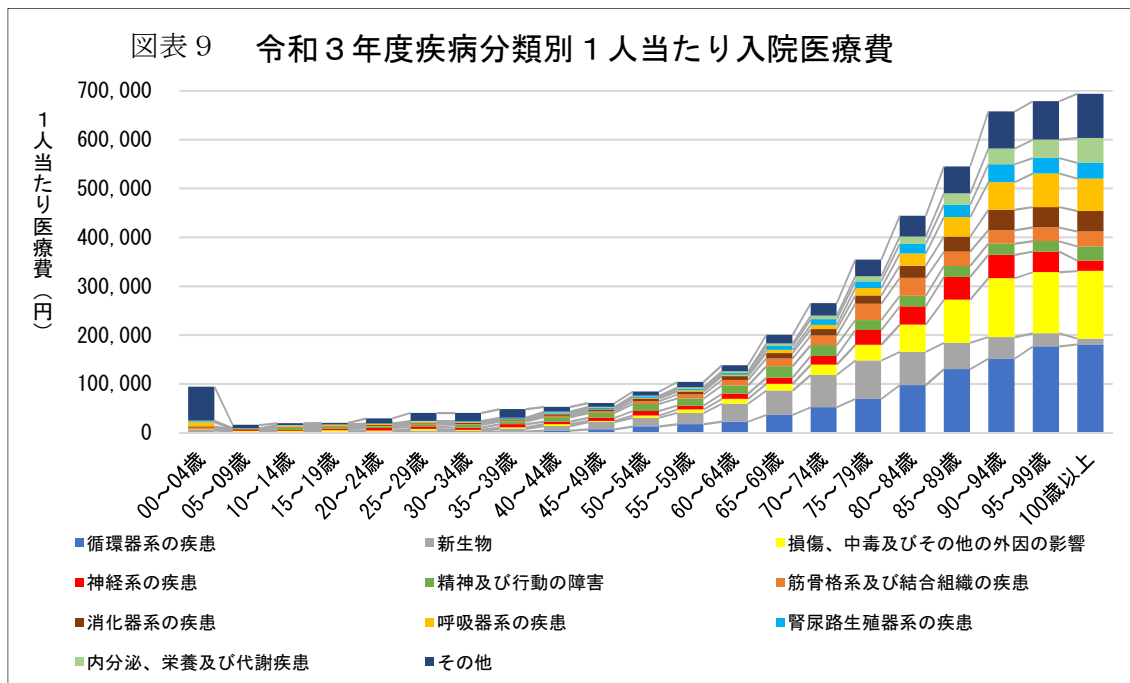
「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が70歳代から多くなりますが、このうち中分類では「骨折」が大部分を占め、85～89歳より高齢になると入院医療費に占める割合が「循環器系の疾患」に次いで2番目となります(図表8)。

図表8 令和3年度 疾病分類別年齢階層別入院医療費（全保険者）
上位5

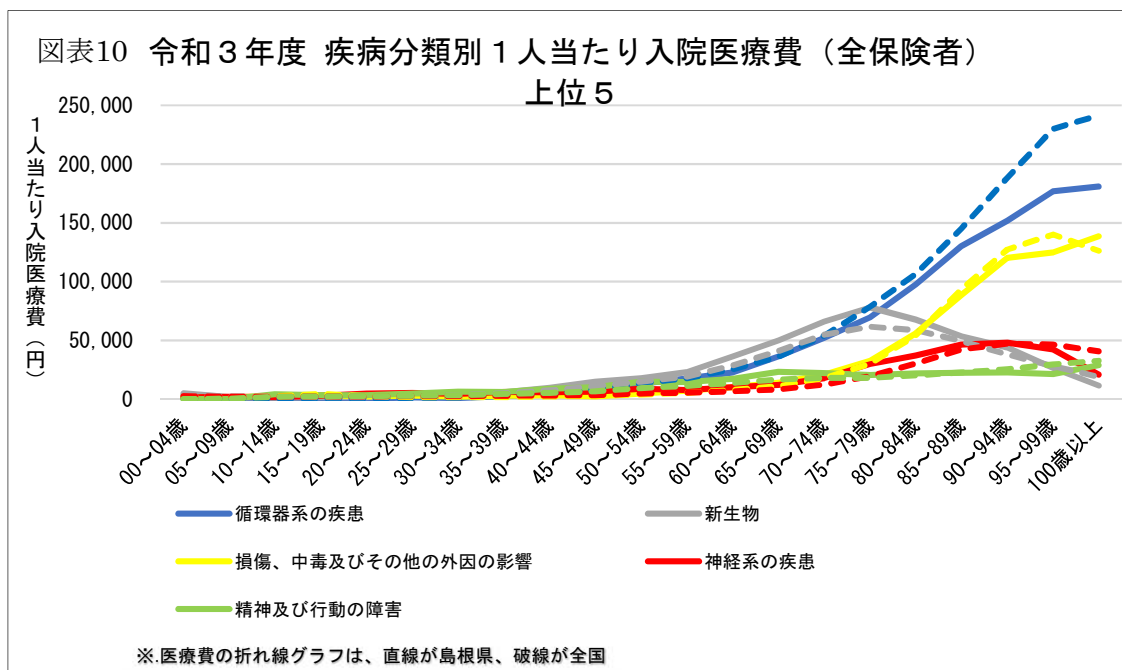


⁵ 医療費を医療保険の被保険者数で割った額

被保険者1人当たりの入院医療費は 60～64 歳から大きく増加し始め、より高齢になるほど増加し続け、後期高齢者となる 75～79 歳では 55～59 歳の 3.5 倍、80 歳代では5倍前後となり、90 歳以上では7倍弱になっています(図表9)。

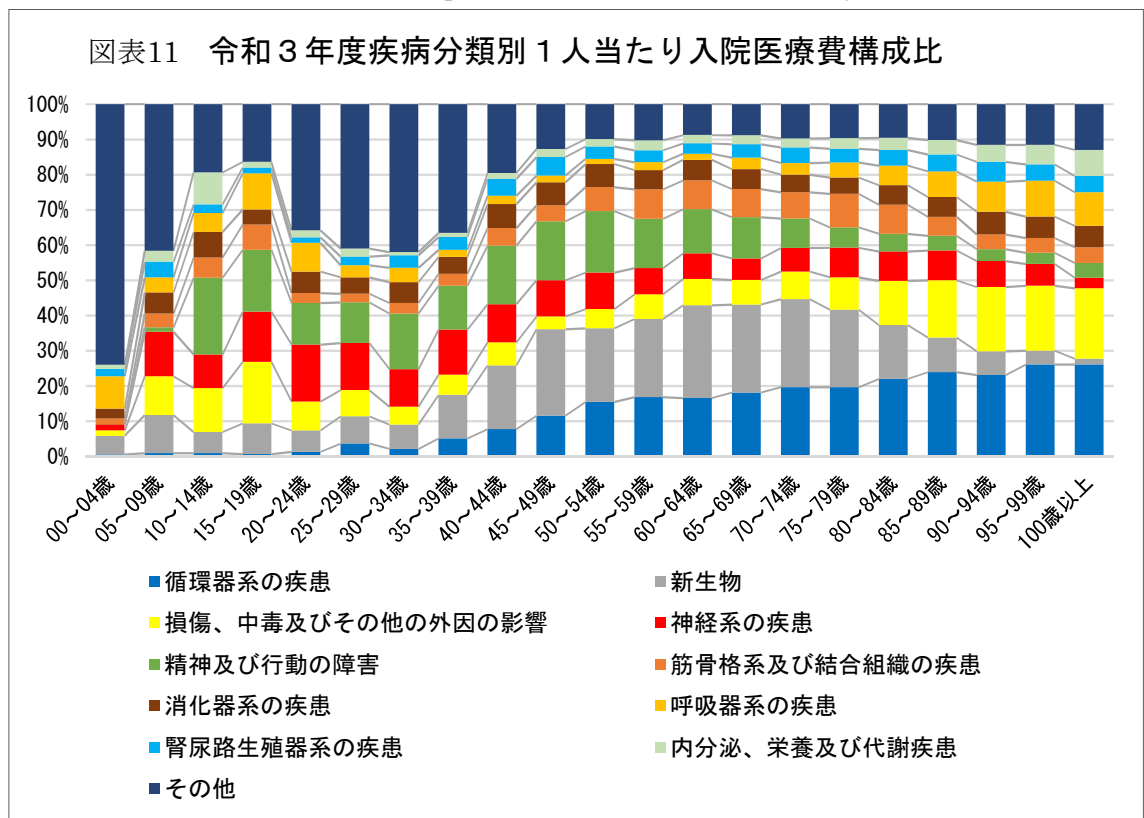


疾病分類別では、55～59 歳の年齢階層から「新生物」が増加し、75～79 歳まで最も多くなっており、それより高齢になると減少しています。他の疾患は、全体的に高齢になるほど医療費が多くなりますが、特に「循環器系の疾患」と「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の金額が特に多くなっています(図表10)。



疾病分類別1人当たり医療費の構成比を年齢階層別で見ると10歳代では「精神及び行動の障害」が最も多く、20～30歳代までは「精神及び行動の障害」と「神経系の疾患」が同程度で多くなっています。

それよりも高齢になると、40～70歳代までの間は「新生物」が最も多くなり80歳代よりも高齢になると「循環器系の疾患」が最も多くなります(図表11)。



疾病分類別入院件数についても医療費と同様の傾向があり、「新生物」、「神経系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「腎尿路生殖器系の疾患」及び「内分泌、栄養及び代謝疾患」が全国平均を大きく上回っています(図表12)。

図表12 令和3年度 疾病分類別入院件数(全保険者)

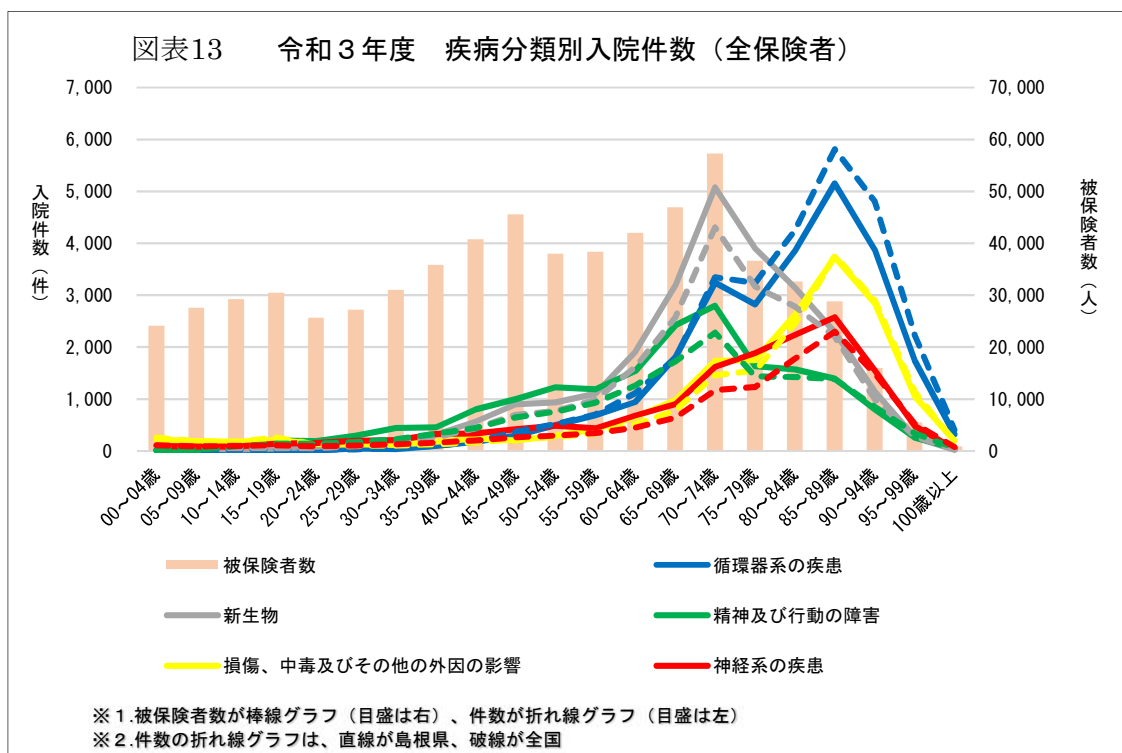
(単位: 件)

	循環器系の疾患	新生物	損傷、中毒及びその他の外因の影響	神経系の疾患	精神及び行動の障害	筋骨格系及び結合組織の疾患	消化器系の疾患	呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	その他	全疾病計
島根県(A)	25,670	25,362	18,106	14,970	18,445	9,622	12,860	10,472	9,050	7,371	31,656	183,584
全国(B)	29,073	21,668	17,069	11,655	14,687	9,751	12,698	10,131	7,993	5,427	21,905	162,058
A/B	88.3%	117.0%	106.1%	128.4%	125.6%	98.7%	101.3%	103.4%	113.2%	135.8%	144.5%	113.3%

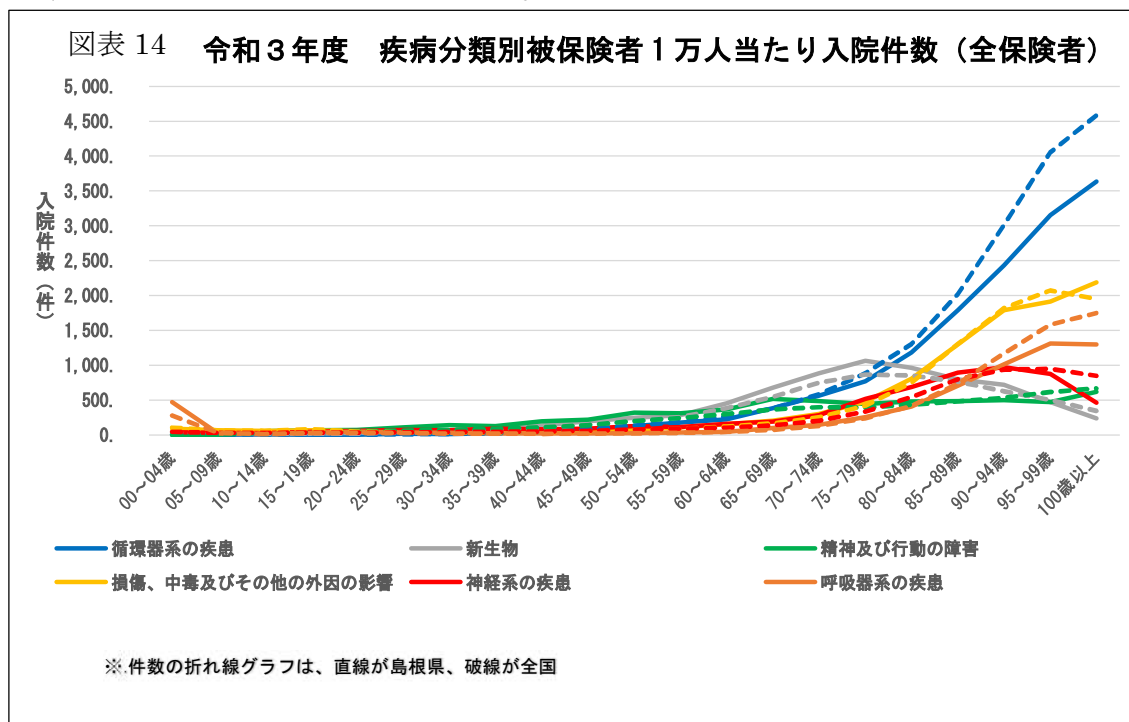
※NDBデータを基に集計。全国の数値は全国の年齢階層別1人当たり件数に島根県の年齢階層別被保険者数を乗じて計算した金額。

入院件数では、「循環器系の疾患」と「新生物」がほぼ同数で多く、次いで「損傷、中毒及びその他の外因の影響」と「精神及び行動の障害」がほぼ同数で続きます。「精神及び行動の障害」は、他の疾病に比べて1件当たりの金額が低いため入院医療費は比較するとそれほど多くない様に見えますが、20～24歳から55～59歳までの年齢

階層で件数が最も多く、思春期から子育て世代にかけて他の疾病と比較して患者数が多いと思われます(図表 13)。



被保険者1万人当たりの入院件数は、全体的に高齢になるほど多くなりますが、特に「循環器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」及び「呼吸器系の疾患」の増加が大きくなっています(図表 14)。



入院医療費及び入院件数は 60 歳代から急激に増加しますが、その内容は生活習慣病がかなりの部分を占めており、現役世代における生活習慣により、その増減が大きく左右されることが考えられます。

(2) 入院外医療費

入院外医療費が多い疾患は、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「新生物」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「腎尿路生殖器系の疾患」と続きます。

入院外医療費は、全体では全国平均とほぼ同額ですが、「精神及び行動の障害」だけが全国平均を大きく上回っています(図表 15)。

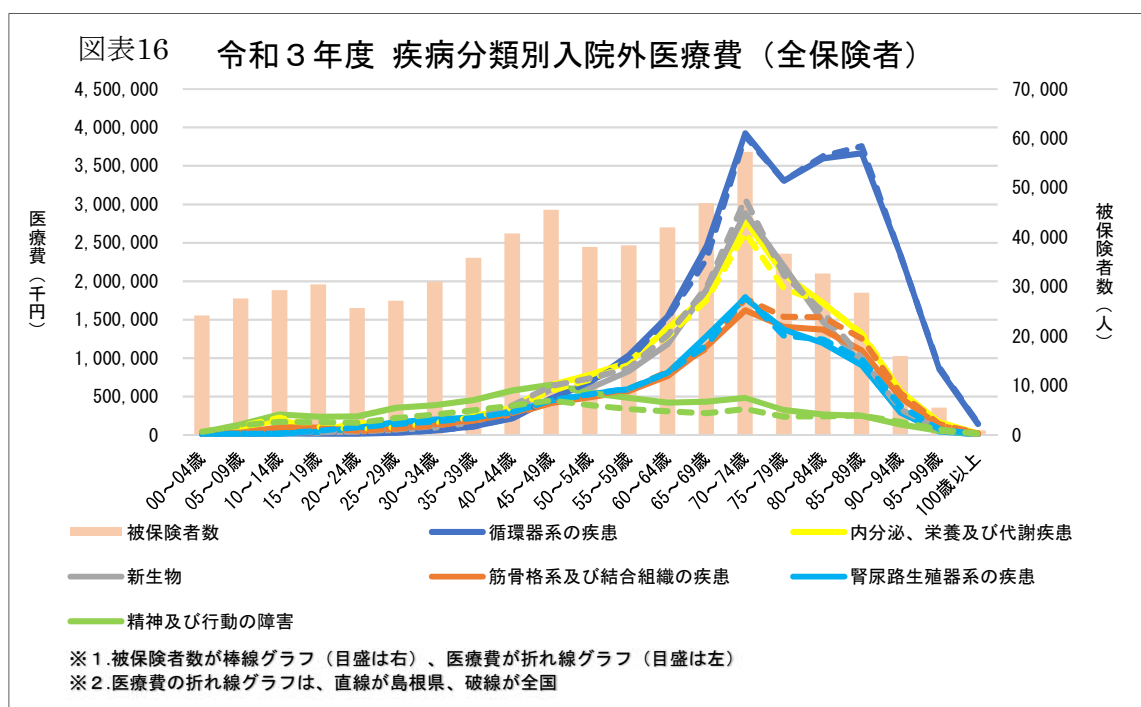
図表 15 令和3年度 疾病分類別入院外医療費(全保険者)

(単位: 百万円)

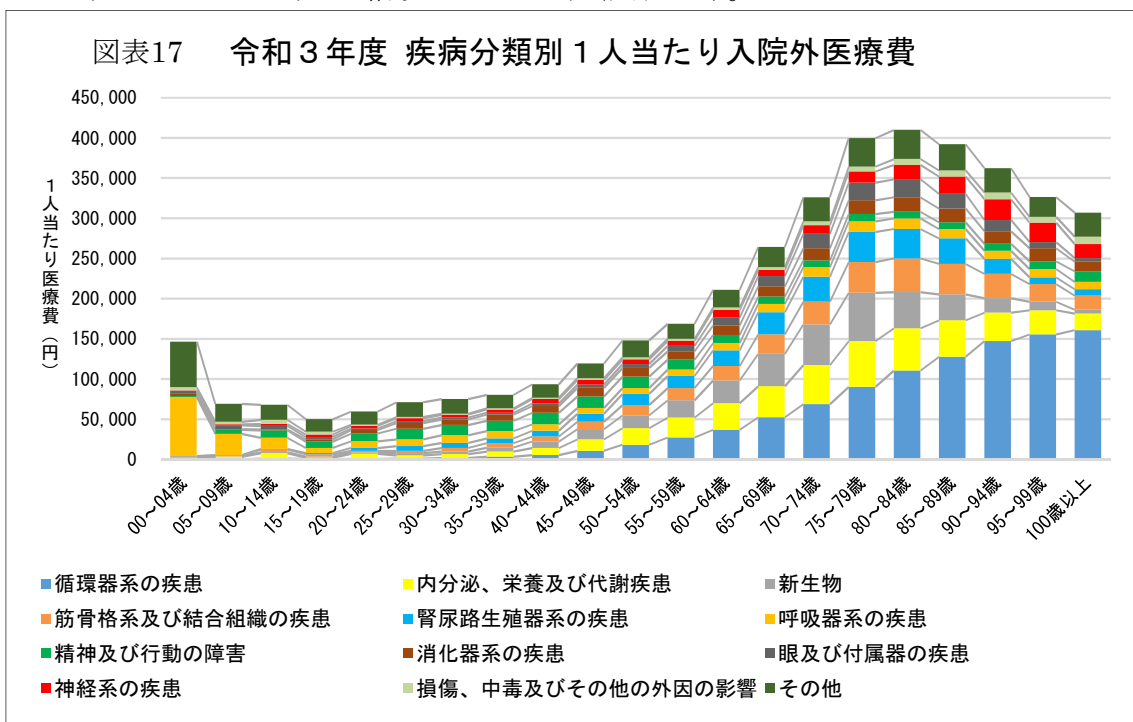
	循環器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	新生物	筋骨格系及び結合組織の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	呼吸器系の疾患	精神及び行動の障害	消化器系の疾患	眼及び付属器の疾患	神経系の疾患	その他	全疾病計
島根県(A)	24,493	15,592	13,723	10,483	10,316	8,414	6,744	6,680	5,809	5,273	18,416	125,942
全国(B)	24,395	14,945	14,517	11,231	10,351	8,526	4,921	6,601	6,438	5,156	19,268	126,350
A/B	100.4%	104.3%	94.5%	93.3%	99.7%	98.7%	137.0%	101.2%	90.2%	102.3%	95.6%	99.7%

※NDBデータを基に集計。全国の数値は全国の年齢階層別1人当たり医療費に島根県の年齢階層別被保険者数を乗じて計算した金額。

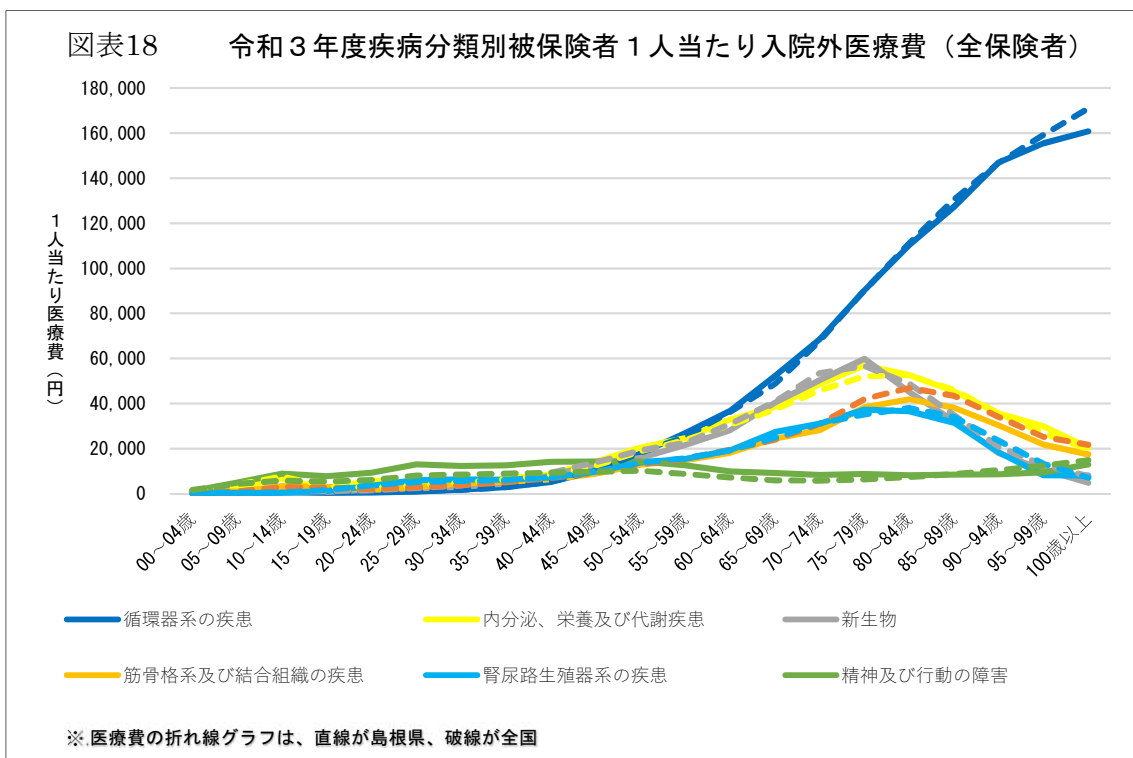
年齢階層別で見ると 15～19 歳から 45～49 歳までは「精神及び行動の障害」が最も多く、50～54 歳から「循環器系の疾患」、「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が大きく伸びて、特に「循環器系の疾患」が最も多くなります。また、「腎尿路生殖器系の疾患」と「筋骨格系及び結合組織の疾患」も入院外では、45～49 歳から医療費が増加します(図表 16)。



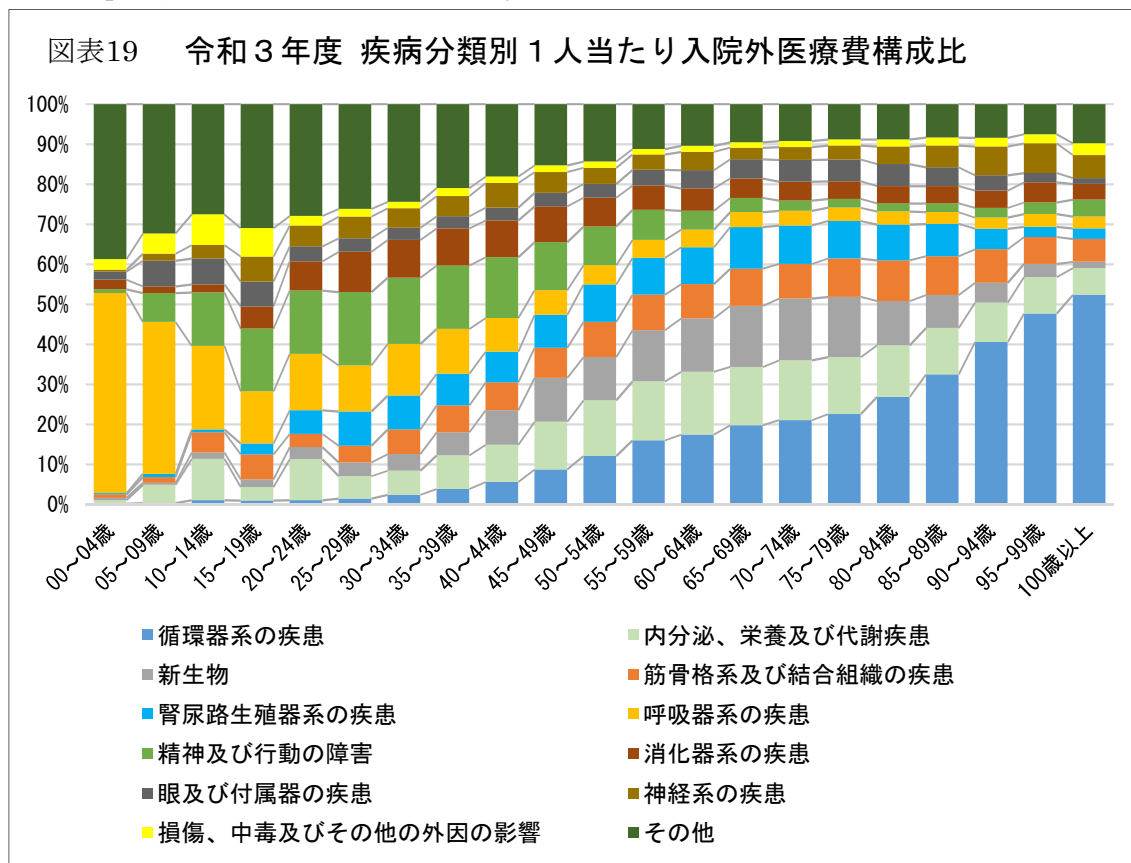
被保険者1人当たりの入院外費用は40～44歳の年齢階層から多くなり、ピークの80～84歳では35～39歳の4倍以上となります(図表17)。



ほとんどの疾患について、高齢になるほど1人当たり入院医療費が増加しましたが、入院外医療費は減少します。ただし、「循環器系の疾患」だけは1人当たり入院外医療費も増加し続けます(図表18)。



1人当たり入院外医療費の構成比については、0～4歳から10～14歳の年齢階層までは「呼吸器系の疾患」が最も多く、15～19歳から45～49歳までは「精神及び行動の障害」が最も多くなります。、50～54歳から「循環器系の疾患」、「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が大きく伸びて、65～69歳より高齢な年齢階層では、「循環器系の疾患」が最も多くなります(図表19)。



疾病分類別入院外件数で全国平均よりも特に多くなっているのは、「内分泌、栄養及び代謝疾患」と「精神及び行動の障害」です。また、「循環器系の疾患」と「内分泌、栄養及び代謝疾患」については、入院外医療費は全国平均とほぼ同額ですが、件数は全国平均を上回っています(図表20)。

図表20 令和3年度 疾病分類別入院外件数(全保険者)

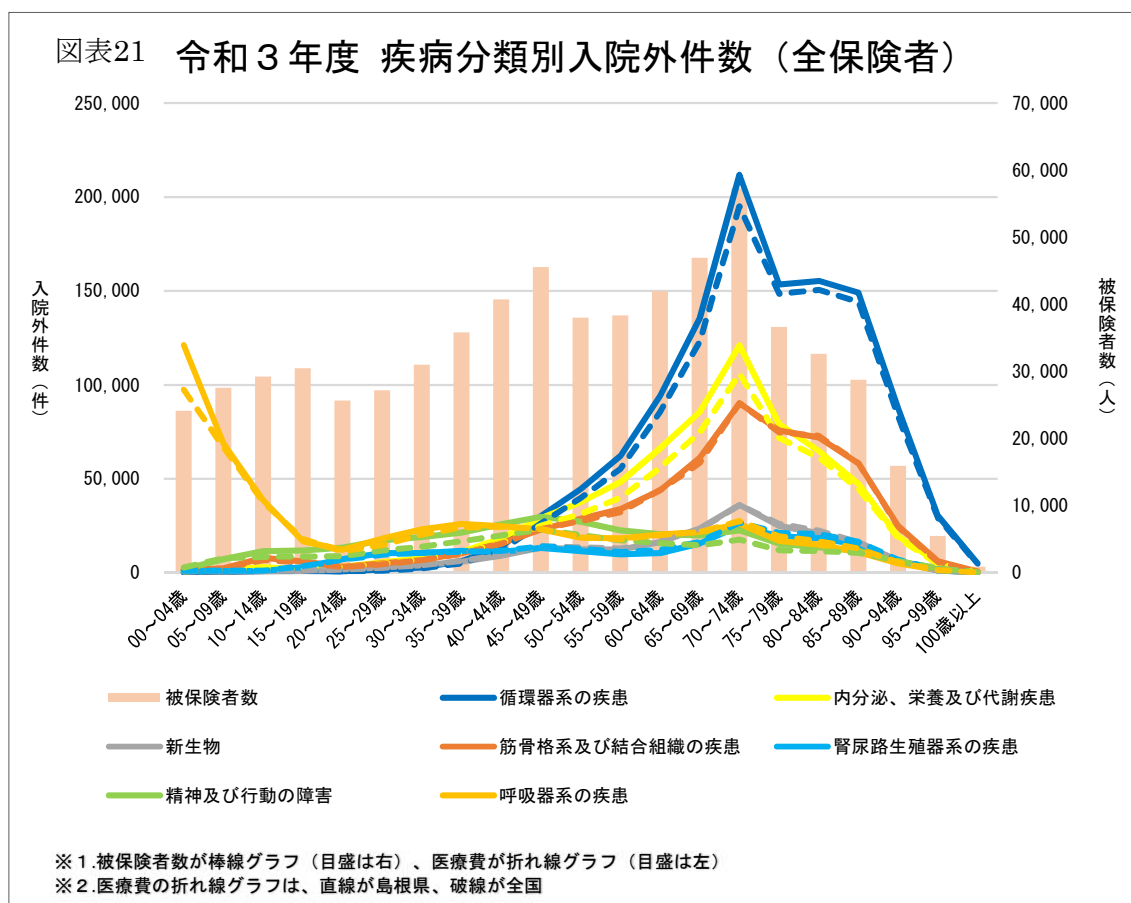
(単位: 件)

	循環器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	新生物	筋骨格系及び結合組織の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	呼吸器系の疾患	精神及び行動の障害	消化器系の疾患	眼及び付属器の疾患	神経系の疾患	その他	全疾病計
島根県(A)	1,187,777	659,629	210,586	578,811	204,670	527,995	322,850	298,754	474,883	197,876	1,021,085	5,684,916
全国(B)	1,110,701	583,828	218,595	570,014	218,499	502,359	252,011	295,604	469,770	181,544	1,080,469	5,483,395
A/B	106.9%	113.0%	96.3%	101.5%	93.7%	105.1%	128.1%	101.1%	101.1%	109.0%	94.5%	103.7%

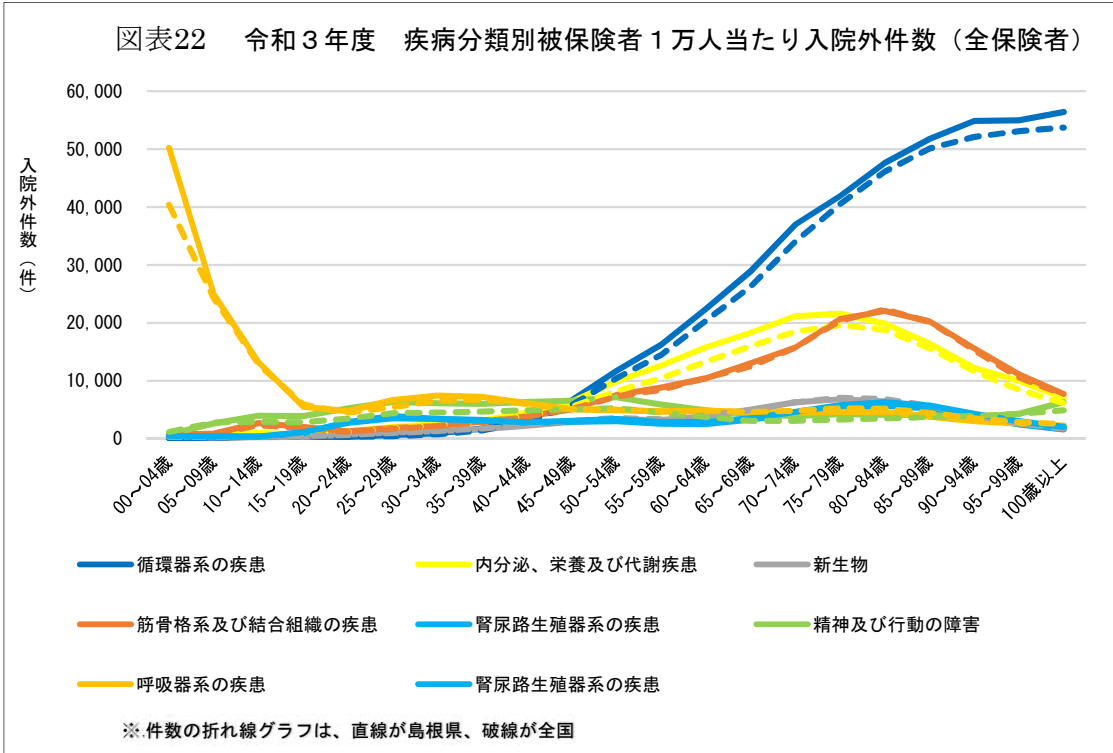
※NDBデータを基に集計。全国の数値は全国の年齢階層別1人当たり件数に島根県の年齢階層別被保険者数を乗じて計算した金額。

入院外件数では、15～19 歳までは「呼吸器系の疾患」が最も多く、20～24 歳から 45～49 歳までの間は「精神及び行動の障害」も「呼吸器系の疾患」と同数程度で多くなっています。

50～54 歳からは、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」及び「筋骨格系及び結合組織の疾患」が大きく増加し、特に「循環器系の疾患」は 85～89 歳まで件数が多い状態が続きます(図表 21)。



被保険者1万人当たり入院外件数は1人当たり外来医療費と同様の傾向があり、年齢階層が高齢になると減少しますが、「循環器系の疾患」だけは件数が増加し続けるため、医療費も増加すると考えられます(図表 22)。



（3） 医療費等に関するまとめ

被保険者1人当たりの入院医療費、入院外医療費は高齢になるほど増加し、特に入院医療費の費用額は60～64歳から加速度的に増加します。

疾病分類別で見ると「高血圧性疾患」（「循環器系の疾患」）、「糖尿病」及び「脂質異常症」等（「内分泌、栄養及び代謝疾患」）が増加した後の年齢階層から「新生物」が大きく増加、さらに生活習慣病が進んで、「虚血系心疾患」、「脳梗塞」、「脳内出血」等のより重篤な「循環器系の疾患」や「腎不全」などに繋がり、高齢になるほど医療費が加速度的に増加して行きます。

特に「新生物」は、全国と比較して増加する年齢階層が早く、さらに入院医療費及び入院件数ともに全国よりも多くなっています。

「精神及び行動の障害」は、入院・入院外ともに医療費及び件数が全国より多くなっており、特に思春期から子育て世代にかけて医療費、件数ともに全国平均を大きく上回っています。

また、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」のうち「骨折」の医療費が前期高齢者の年齢階層から増加し、後期高齢者では「循環器系の疾患」に続いて多くなります。

4 国民健康保険市町村別医療費等

国民健康保険の市町村別の1人当たり年齢調整⁶後医療費については、下表のとおりであり、以下の傾向が見られます(図表 23)。

- ①全体的に県西部、中山間地ほど1人当たり医療費が高くなっています。
- ②松江市、出雲市は1人当たり医療費が平均よりも低く、また、被保険者が多いため金額の変動が少なくなっています。
- ③隠岐圏域については近年、全体的に1人当たり医療費は増加しつつあり、松江市、出雲市を上回っている町もあります。

図表 23 国民健康保険市町村別1人当たり医療費の推移等について

(金額単位：円)

市町村	R3年度末 被保険者数(人)	R元年度	順位	R2年度	順位	R3年度	順位
隠岐の島町	3,228	385,148	13	400,107	10	423,786	11
西ノ島町	725	405,299	10	370,879	18	416,741	13
海士町	537	378,200	16	371,851	15	344,330	18
知夫村	196	277,957	19	370,993	17	320,838	19
安来市	7,091	403,059	11	395,898	11	431,539	9
松江市	33,149	378,938	15	371,242	16	397,984	15
出雲市	29,933	382,432	14	395,728	12	404,493	14
雲南市	6,902	418,292	9	421,936	8	437,997	7
奥出雲町	2,442	377,303	17	380,346	14	422,980	12
飯南町	929	398,447	12	440,148	6	452,026	5
大田市	6,806	438,990	6	425,209	7	428,987	10
美郷町	919	457,645	3	481,311	3	469,579	4
川本町	637	543,013	1	538,273	1	510,683	2
邑南町	2,359	421,613	8	349,741	19	371,782	17
江津市	4,407	502,315	2	504,678	2	538,900	1
浜田市	9,458	453,234	4	448,172	5	451,404	6
益田市	9,113	373,164	18	392,263	13	397,530	16
津和野町	1,627	440,538	5	473,039	4	479,780	3
吉賀町	1,252	425,526	7	421,041	9	433,809	8
加重平均	121,710	400,688		401,671		418,196	

※直近3年平均の数値に調整を加えた数値が納付金の按分基準に使用される。

- … R3年度1人当たり医療費が500,000円以上
- … R3年度1人当たり医療費が450,000円以上500,000円未満
- … R3年度1人当たり医療費が平均以上450,000円未満

⁶ 年齢構成の異なる集団を比較するため、年齢構成の違いによる影響をなくすよう調整すること

上記の状況について、その要因として以下のことが考えられます。

①医療体制が整っている松江市、出雲市等では、高齢者の定期的な通院を通して、ある程度重症化予防が可能であり、結果的に医療費が抑制されていると考えられます。初期医療や健康管理を行う一次医療や専門外来等へのアクセスが容易であり、入院、特に高度・急性期医療にかかる被保険者の割合が低くなることで、1人当たり医療費を抑制することが出来ていることが考えられます。

これに対して、西部・中山間地の様に医療体制が弱くかつ交通手段が脆弱なため医療機関へのアクセスが不便な地域では、特に高齢者の受診機会が限られるため、受診した時には既にある程度重症化しており、結果的に医療費が高くなっていることが考えられます(西部、中山間地で1人当たり医療費が高い市町村は、高齢者の1人当たり医療費が高い傾向にあります)。

重要なのは、初期治療や健康管理を行う一次医療であり、その充実により、入院が抑制されれば医療費も抑制されます。特に高度・急性期医療に係る入院の場合、診療単価が高いためそれが抑制されれば医療費抑制の効果が大きくなります。

②入院が他の医療圏域に流出する等、入院先までの物理的又は時間的距離が長いと、特に高齢者について在院日数の長期化による医療費増が考えられます。

③医療機関へのアクセスが極端に限られる場合には、重症化により一定以上の医療が必要となると転出せざるを得なくなり、さらにU・Iターンにより医療をさほど必要としない被保険者が転入してくると、被保険者の少ない自治体であれば、1人当たりの医療費は低くなることが考えられます。

二 住民の健康の保持の推進に関する状況

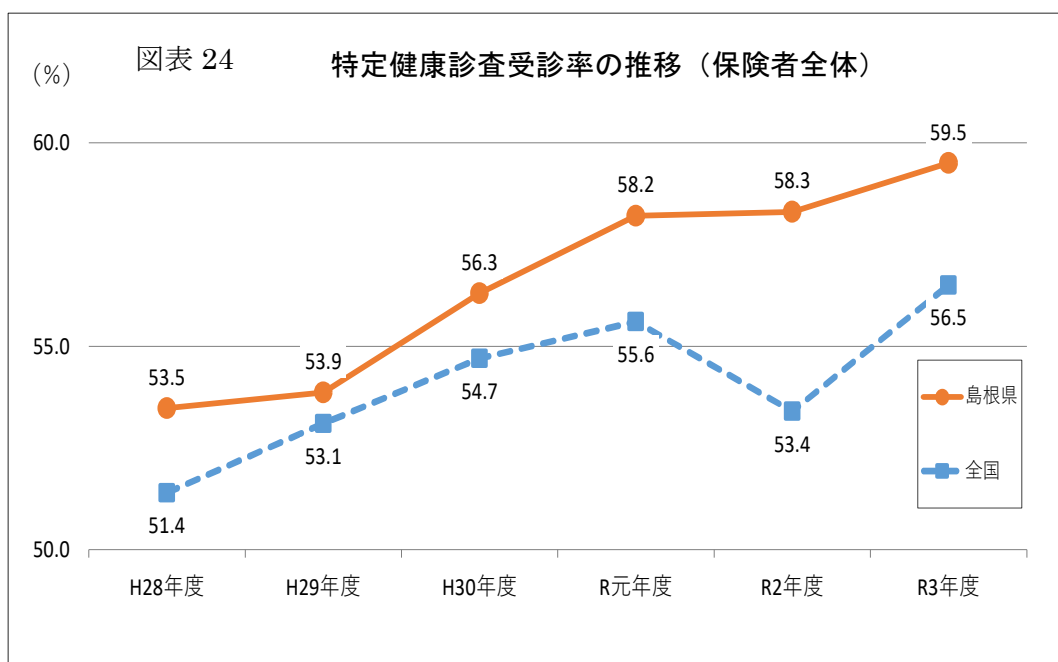
1 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

(1) 特定健康診査受診率

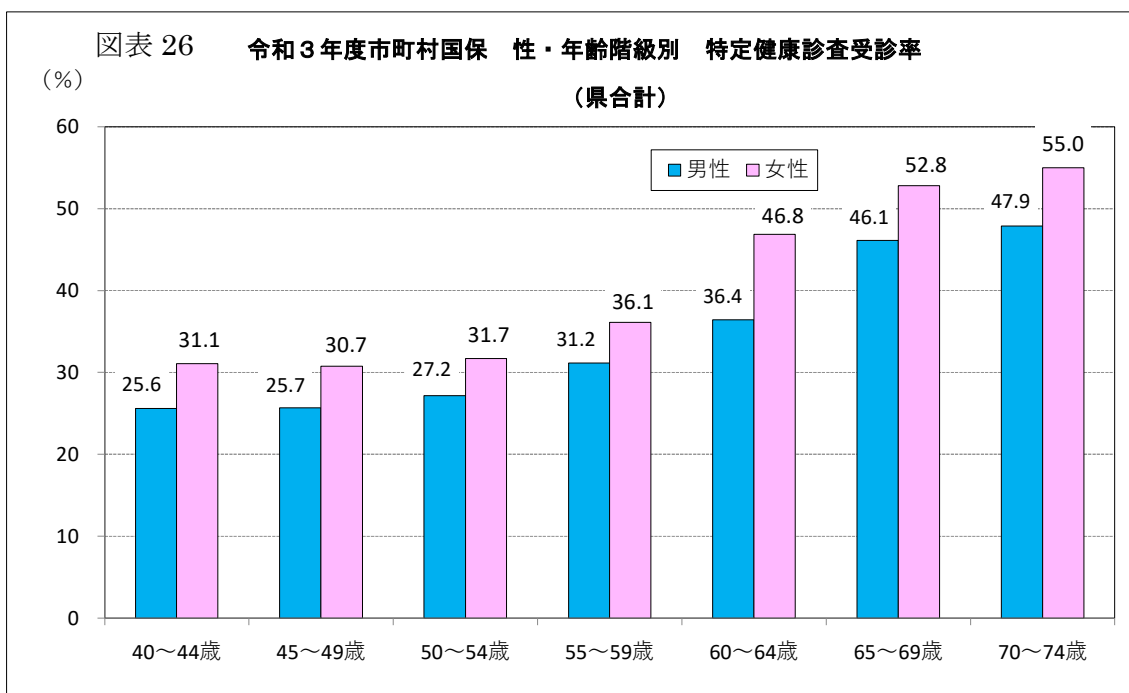
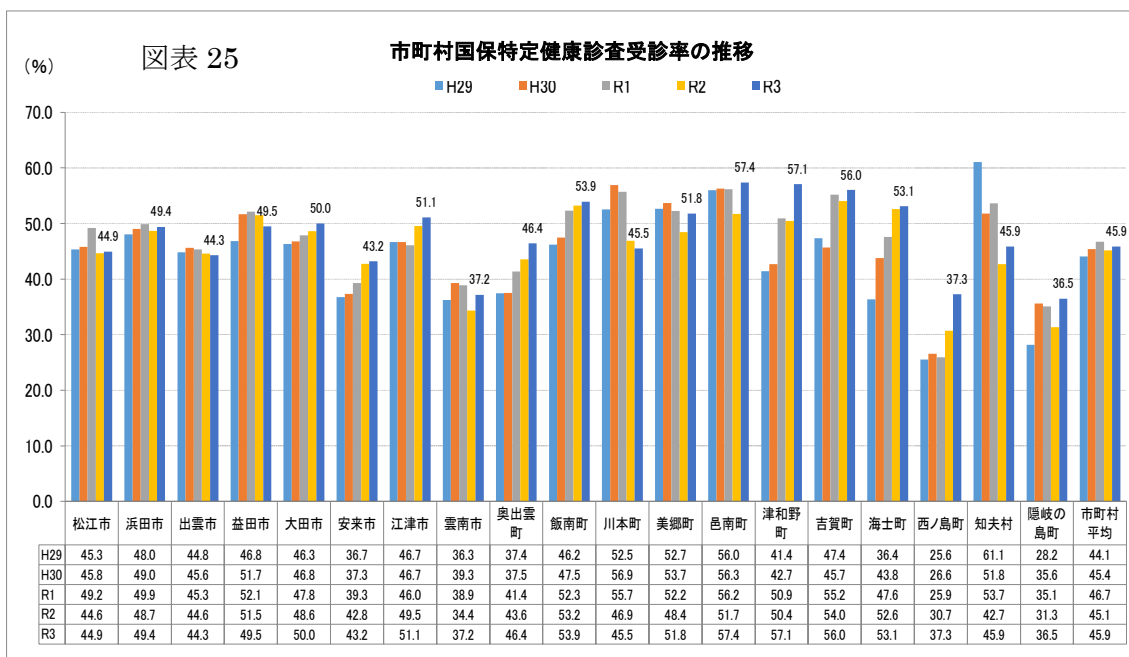
本県の特定健康診査受診率は、各保険者による未受診者への受診勧奨などの取組により、年々上昇傾向にあり、令和3年度は59.5%と全国よりも高く、全国10位と全国上位を占めていますが、目標値(70%)にはまだ及びません(図表24)。

市町村国保の令和3年度特定健康診査受診率(速報値)をみると、令和3年度の特定健康診査受診率は45.9%で全国2位ではありますが、最も高い市町村で57.4%、低い市町村で36.5%と市町村格差があります(図表25)。また、性別・年齢階級別の特定健康診査受診率をみると、女性よりも男性の方が受診率が低く、特に40～54歳までの男性が低くなっています(図表26)。

今後も受診率向上に向けた効果的・効率的な取組が必要です。



〈出典〉：厚生労働省HP「特定健診・特定保健指導に関するデータ」



〈出典〉：島根県国保連合会提供（法定報告値（速報値））

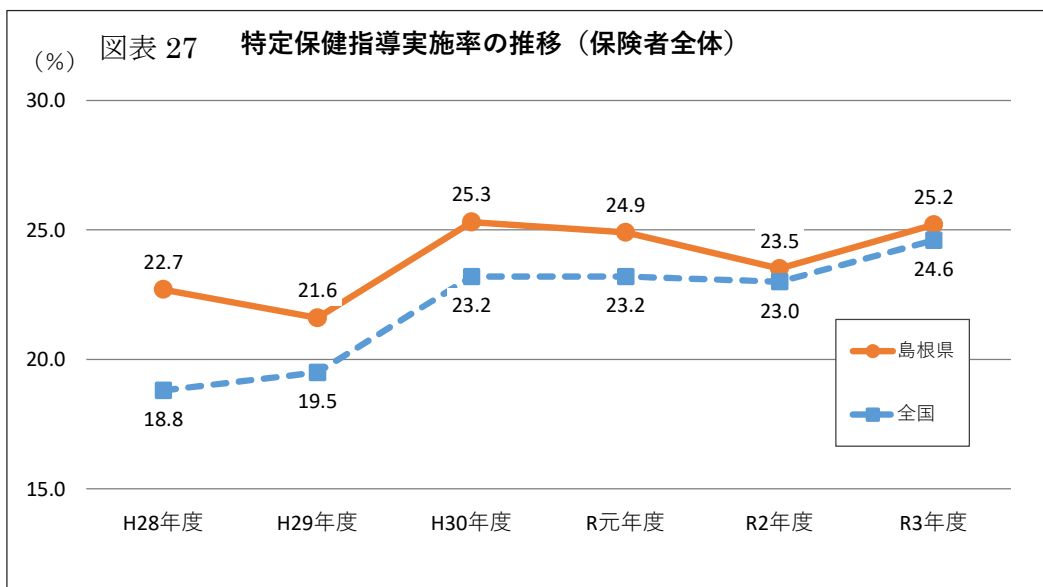
（2）特定保健指導実施率

本県の特定保健指導実施率（終了率）は、年々増加し全国よりもやや高い割合で推移していますが、令和3年度は25.2%と目標値(45%)を大きく下回っています(図表 27)。

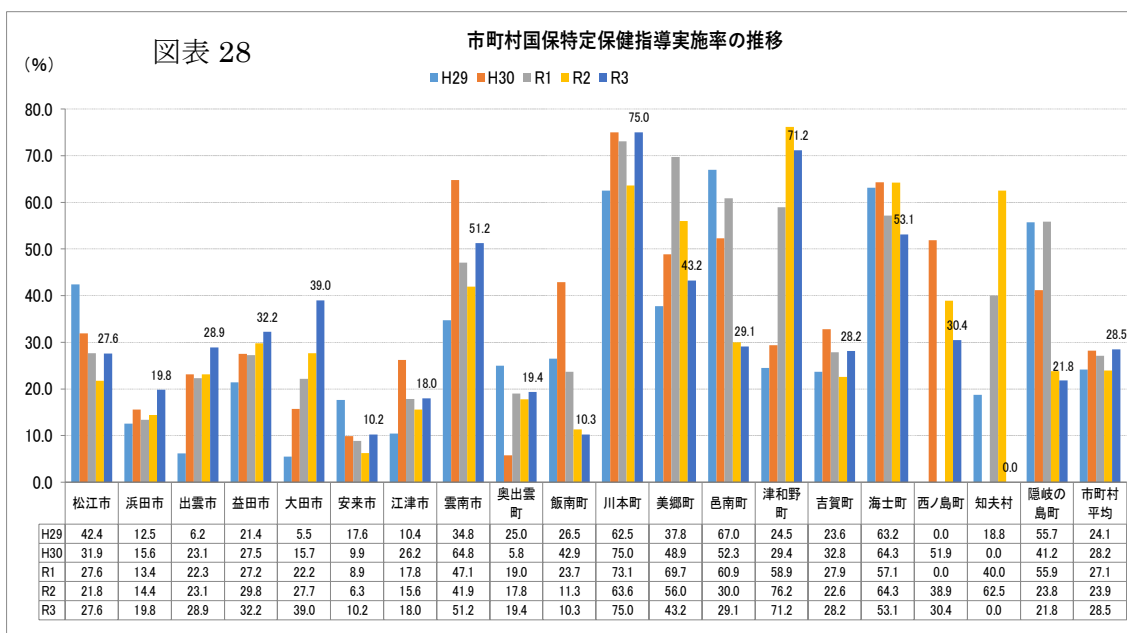
市町村国保の令和3年度特定保健指導実施率（終了率）をみると、目標値の60%を大きく上回る市町村がある一方で、県平均(28.5%)を大きく下回る市町村も

あり、市町村格差があります(図表 28)。

今後、特定保健指導の実施率を向上させるためには、特定保健指導実施者(終了者)を増やすだけでなく、分母となる対象者を減らすことも必要です。



〈出典〉：厚生労働省HP「特定健診・特定保健指導に関するデータ」



2 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群⁷の割合は、平成 29 年度から

⁷ ウエスト周囲径が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上で、脂質異常 (中性脂肪 150mg/dl 以上、HDL コレステロール 40mg/dl 未満のいずれかまたは両方)・高血圧 (収縮期血圧 130mmHg 以上、拡張期血圧 85mmHg 以上のいずれかまたは両方)・高血糖 (空腹時血糖値が 110 mg/dl 以上) のうち 2 項目以上該当する者は、メタボリックシンドローム該当者、1 項目該当する者はメタボリックシンドローム予備群。各項目について服薬をしている場合はそれぞれの項目に含める。

令和3年度をみると、年々増加傾向にあります。

令和3年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は 28.5%と全国と比べわずかに低くなっていますが、メタボリックシンドローム該当者は全国よりも高く、予備群者は全国よりも低い割合で推移しています(図表 29)。

図表 29

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合		H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
全国	該当者	15.1	15.5	15.9	16.8	16.6
	予備群者	12.0	12.2	12.3	12.7	12.5
	該当者及び予備群者	27.1	27.6	28.2	29.5	29.1
島根県	該当者	15.5	16.3	16.5	17.2	17.1
	予備群者	10.9	11.2	11.2	11.5	11.4
	該当者及び予備群者	26.4	27.5	27.7	28.7	28.5

〈出典〉厚生労働省HP「特定健診・特定保健指導に関するデータ」より算出

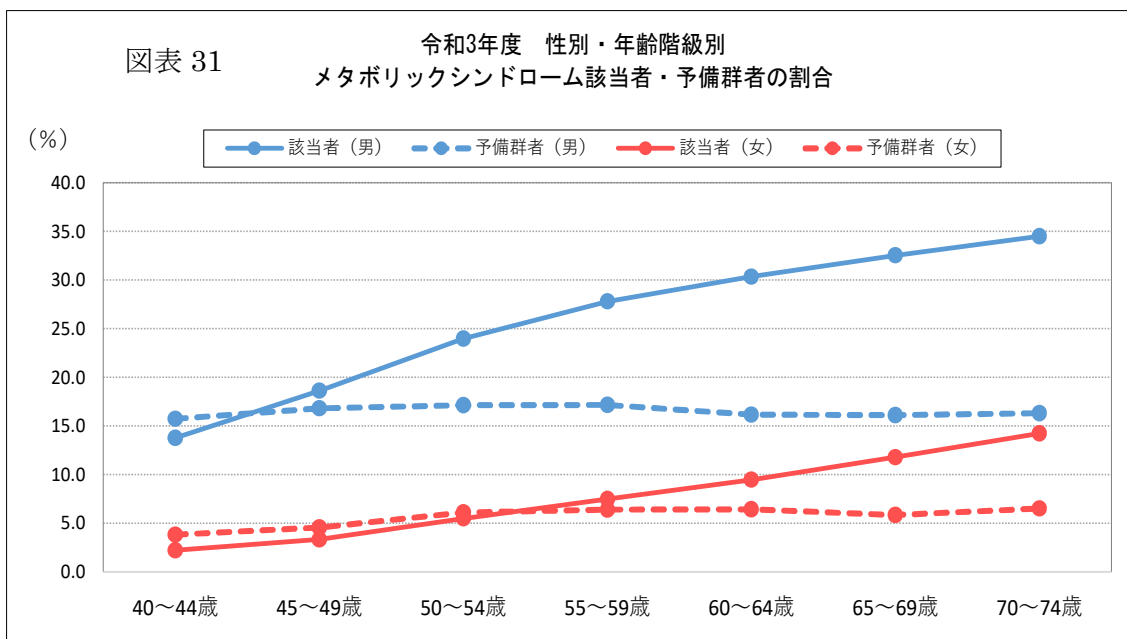
性別にみると、メタボリックシンドローム該当者割合は、40歳～74歳の男性25.4%、女性7.9%、予備群の割合は、男性16.5%、女性5.7%と、いずれも女性と比べ男性が高くなっています(図表 30)。

また、年齢階級別にみると、メタボリックシンドローム該当者割合は、男女とも年齢が上がるにつれ高くなり、男性は45歳以降、女性は55歳以降では予備群よりも該当者の割合が高くなります(図表 31)。

図表 30 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合(性別)

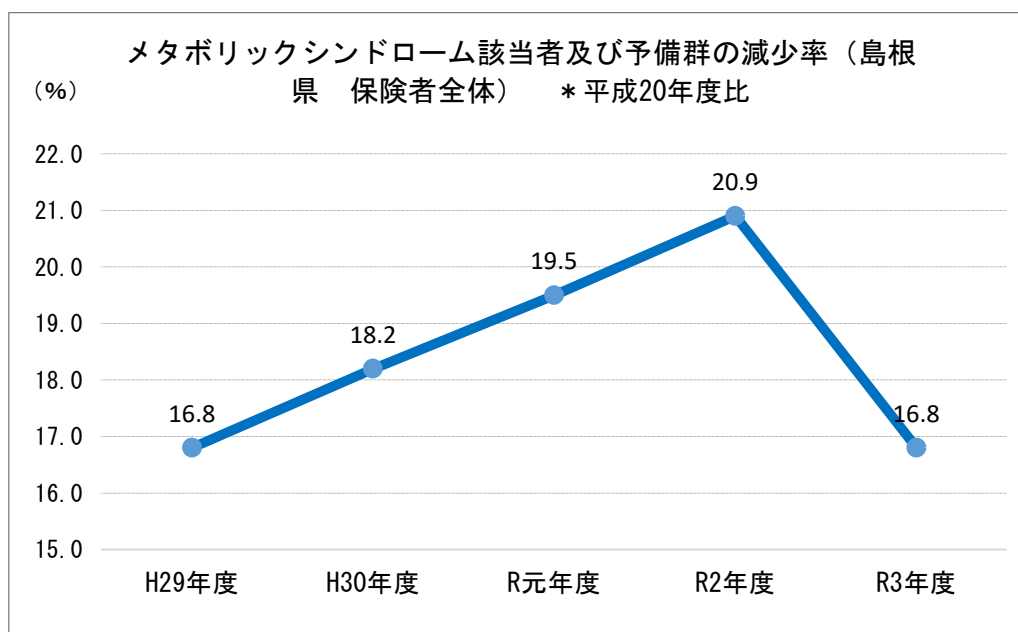
		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計
男性	該当者(%)	13.8	18.6	24.0	27.8	30.3	32.5	34.5	25.4
	該当者(人)	1,824	2,875	3,251	3,360	3,599	3,528	4,365	22,802
	予備群者(%)	15.7	16.8	17.1	17.2	16.2	16.1	16.3	16.5
	予備群者(人)	2,086	2,591	2,323	2,074	1,917	1,747	2,063	14,801
	特定健診受診者数(人)	13,263	15,434	13,570	12,086	11,861	10,843	12,654	89,711
女性	該当者(%)	2.2	3.3	5.5	7.5	9.5	11.8	14.2	7.9
	該当者(人)	230	417	626	800	1,006	1,302	2,039	6,420
	予備群者(%)	3.8	4.6	6.1	6.4	6.4	5.8	6.5	5.7
	予備群者(人)	398	574	697	684	684	644	934	4,615
	特定健診受診者数(人)	10,423	12,606	11,425	10,714	10,633	11,051	14,338	81,190

〈出典〉厚生労働省HP「特定健診・特定保健指導に関するデータ」より算出



平成 20 年度を基準とした、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象の減少率をいう）は、ほぼ横ばいで推移しています。令和3年度は平成 20 年度比で 16.8%減少であり、目標値(令和5年度 25%減少)の達成は困難です(図表 32)。

図表 32

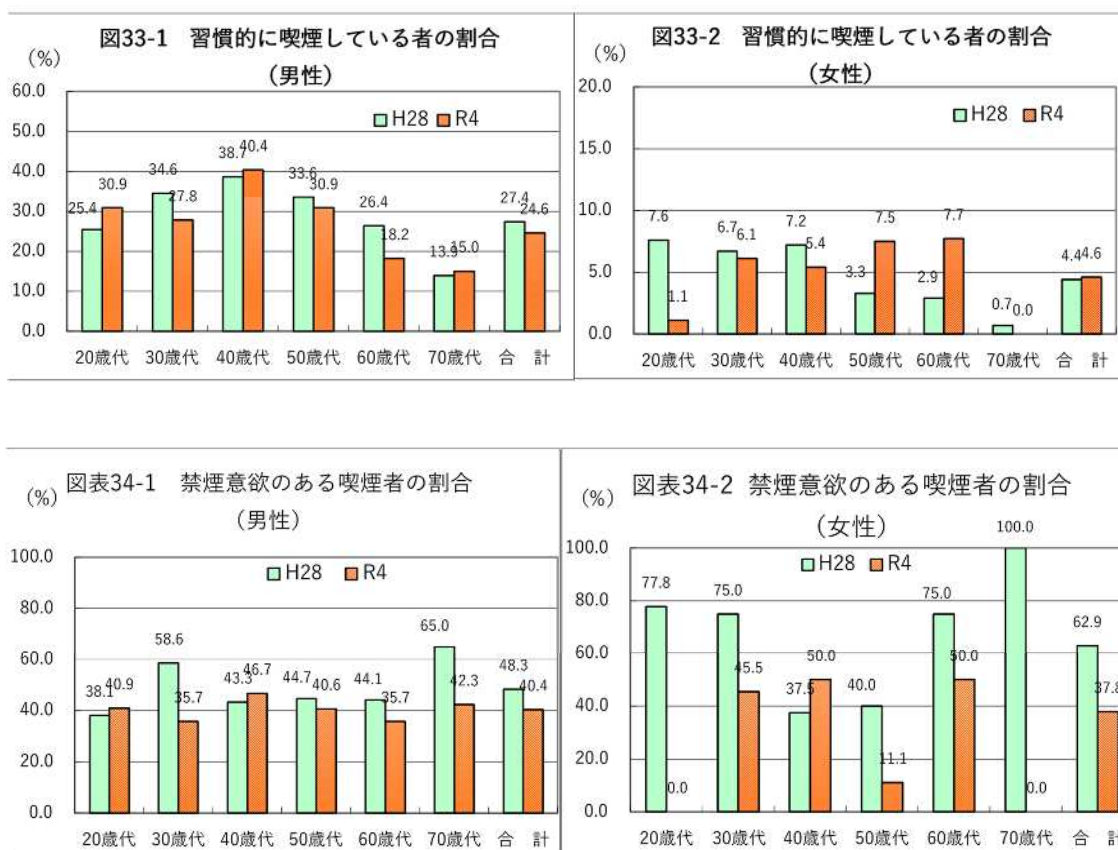


3 たばこ対策の状況

習慣的に喫煙している者の割合(喫煙率)は、平成 28 年度と比べ男女とも低下し、男性 24.6%、女性 4.6%です(図表 33-1,2)。

一方で、習慣的に喫煙している人のうち、今後禁煙したいと考えている人は、令和4年度で男性 40.4%、女性 37.8%となっており、平成 28 年度と比べ男女ともに減少しています(図表 34-1,2)。

禁煙支援の取組では、禁煙意欲のある人のサポートとして、禁煙治療が受けられる医療機関や禁煙相談ができる島根県認定の禁煙支援薬局がありますが、喫煙者の認知度は、男性で 71.1%、女性で 75.5%であり、平成 28 年度調査と比べ男女ともに減少しています。



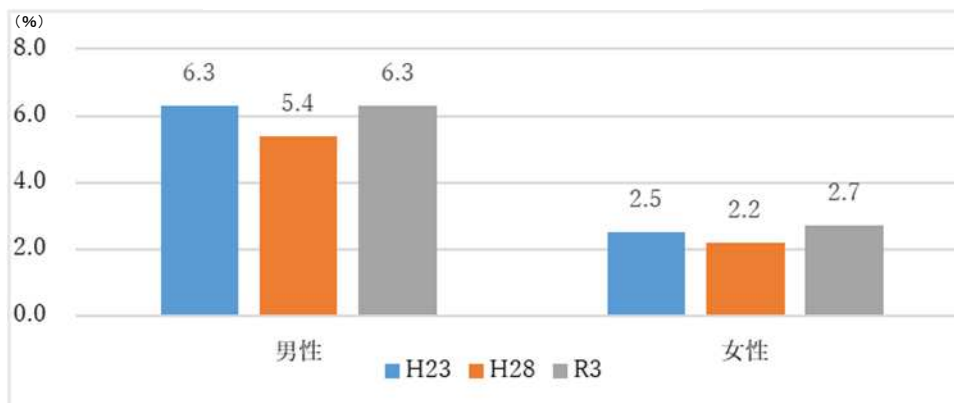
世界禁煙デーや禁煙週間での啓発、出前講座等を通じて禁煙意欲のある人を増やすとともに、引き続き、医療機関での禁煙治療や禁煙支援薬局での禁煙指導等の支援体制の整備を進めます。また、公共施設や職場での受動喫煙防止対策は進んできましたが、十分ではありません。関連機関と連携し、多くの人が利用する場や職場の受動喫煙防止対策を進める必要があります。

4 生活習慣病等の疾病の状況

(1) 糖尿病の状況

令和3年度特定健康診査等健診受診者における糖尿病の20～64歳年齢調整有病者割合は男性6.3%、女性2.7%であり、平成28年度と比べて男女とも横ばいの状況です(図表35)。

図表 35 糖尿病年齢調整有病割合(20～64歳)



出典：令和3年度健康診断データ(県保健環境科学研究所)

※市町村から提供を受けた特定健康診査と島根県環境保健公社・JA島根厚生連から提供を受けた事業所健康診断のデータ

糖尿病を重症化させないためには血糖を良好に維持することが大切ですが、糖尿病有病者のうち血糖コントロールが不十分な者(HbA1c8.0%⁸以上)の割合は、20～74歳男性で12.3%、女性8.2%です(図表36)。

図表 36 糖尿病有病者でHbA1c8.0%異常者の割合(20～74歳)

	平成23年度	平成28年度	令和3年度
男性	15.9%	12.5%	12.3%
女性	10.9%	10.4%	8.2%

出典：健康診断データ(県保健環境科学研究所)

※市町村から提供を受けた特定健康診査と島根県環境保健公社・JA島根厚生連から提供を受けた事業所健康診断のデータ

また、糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞などの動脈硬化性疾患の危険因子であるほか、神経障害、腎症、網膜症などの合併症をもたらす全身疾患であり、糖尿病性腎症は、透析導入の主な原因疾患となっています。

令和3年の糖尿病性腎症による新規透析導入者割合は9.2(人口10万対)であり、人工透析の導入に至らないようにする、または導入時期をで

⁸ HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)とは、過去1～2か月の血糖の状況を表すもので、糖尿病治療ガイド2022-2023では、低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の血糖コントロール目標をHbA1c8.0%未満としている

きる限り遅らせるためには、糖尿病を重症化させないように、早期から適正な管理が必要です(図表 37)。

図表 37 糖尿病性腎症による新規透析導入者割合 (人口 10 万対)

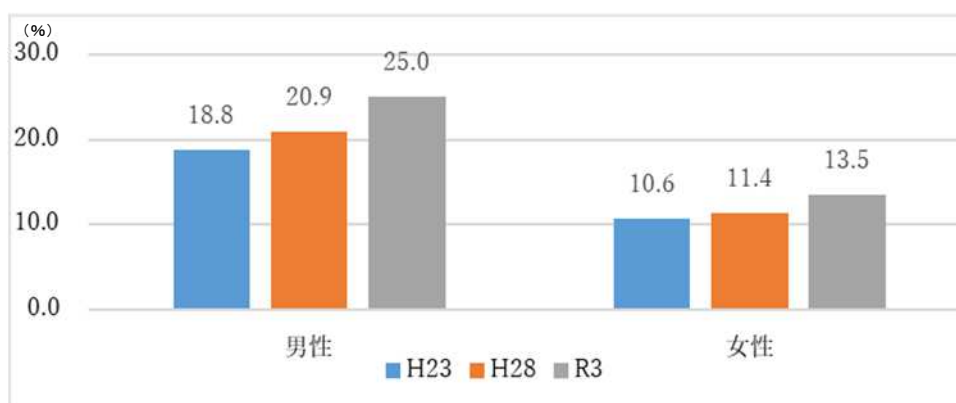
	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
人口 10 万対	8.6	11.5	8.3	10.4	9.2

出典:わが国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

(2) 高血圧の状況

高血圧の 20～64 歳年齢調整有病者割合は、男性 25.0%、女性 13.5%であり、男女とも増加傾向にあります(図表 38)。

図表 38 高血圧年齢調整有病者割合 (20～64 歳)



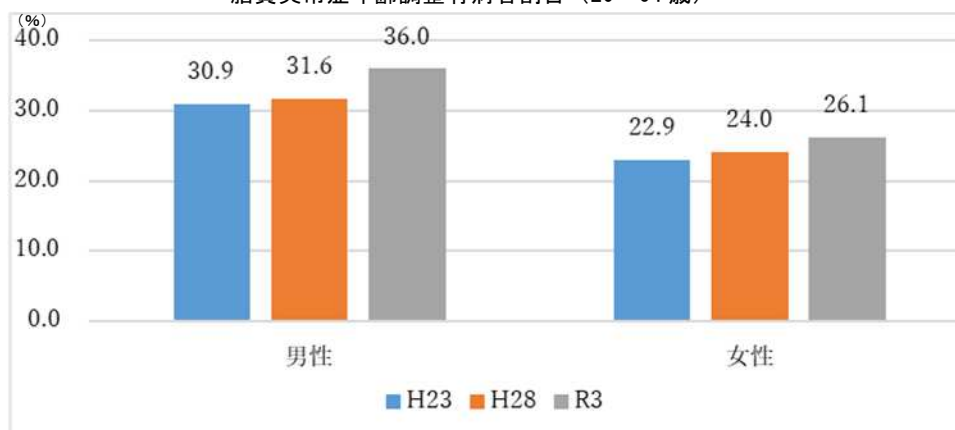
出典：令和 3 年度健康診断データ (県保健環境科学研究所)

※市町村から提供を受けた特定健康診断と島根県環境保健公社・JA島根厚生連から提供を受けた事業所健康診断のデータ

(3) 脂質異常症の状況

脂質異常症の 20～64 歳年齢調整有病者割合は、男性 36.0%、女性 26.1%であり、男女とも増加傾向にあります(図表 39)。

図表 39 脂質異常症年齢調整有病者割合 (20～64 歳)



出典：令和 3 年度健康診断データ (県保健環境科学研究所)

※市町村から提供を受けた特定健康診断と島根県環境保健公社・JA島根厚生連から提供を受けた事業所健康診断のデータ

(4) 脳卒中の状況

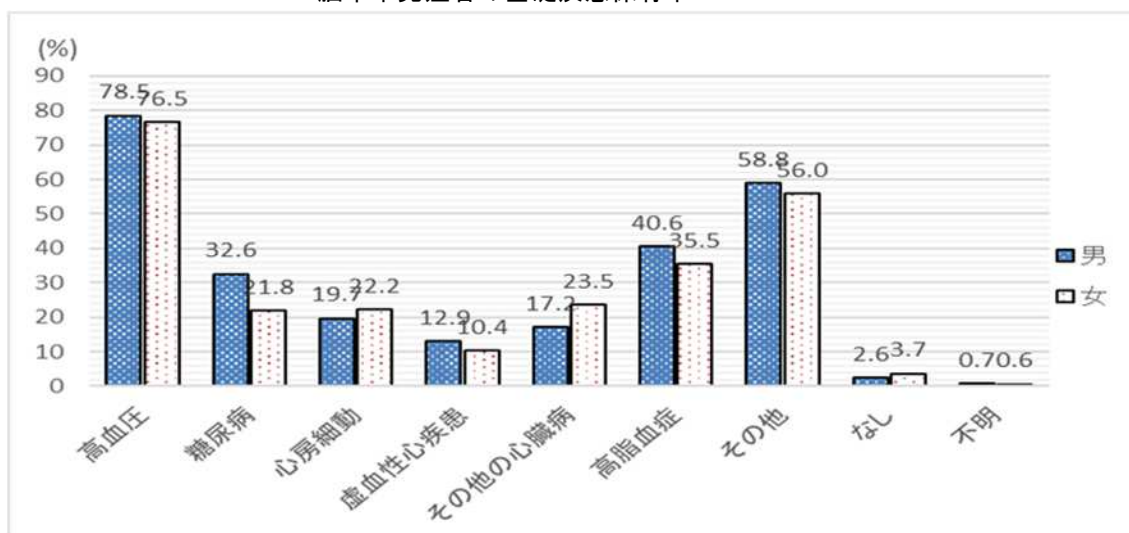
脳卒中は県内の死因の第4位であるほか、要介護・要支援状態となる原因疾患の上位を占めています。

令和3年の「島根県脳卒中発症状況調査」の結果によると、県内で年間 2,221 人が発症し、そのうち再発者は 541 人います。

脳卒中発症者のうち約 9 割は高血圧や糖尿病等の基礎疾患を有しており、高血圧が最も多く約 7 割、ついで、糖尿病、脂質異常症が約 3 割弱を有しています。

特定健康診査で生活習慣病のリスクの高い人を早期に発見し、特定保健指導等で生活習慣の改善を促すことが重要です(図表 40)。

図表 40 脳卒中発症者の基礎疾患保有率



出典：令和3年島根県脳卒中発症状況調査

5 その他予防・健康づくり

(1) 歯と口腔の健康づくりに関する状況

20～79 歳において、定期的(年 1 回以上)に歯科医院に行って管理している者の割合は令和4年度では 40.5%と、平成 28 年度と比べ増加しており歯と口腔の健康づくりに対する関心の高まりがみられます。

また、令和2年県民残存歯数調査では、75～84 歳において 20 本以上残存歯がある者の割合は 48.3%、一人平均残存歯数は 17.5 本と、平成 27 年と比べて増加しています。しかし、年齢が上がるにつれ喪失歯がある人の割合は高くなっており、また、歯が喪失する起因の一つである歯周病も増加しています。進行した歯周病の有病者割合をみると、40 歳代の 61.4%、50 歳代の 68.9%が進行した歯周病を有しています。

歯周病は、糖尿病や心臓・血管系疾患、肺炎等の全身疾患とも関係しているため、青壮年期からの歯周病予防対策のより一層の推進が必要です。

(2) がん検診の実施状況

本県のがんの罹患率を性別で見ると男性は全国と比較して高く、女性は多少低くなっています(図表 41)。

図表 41 年齢調整罹患率(全部位) (10万人対)

	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
島根県	479.3	333.8	471.4	330.9	489.3	344.2
全国	454.3	342.5	447.2	341.1	445.7	387.4

出典：厚生労働省「全国がん登録罹患数・率報告」

また、がん検診の受診率は上昇しているものの、令和4年度で「島根県がん対策推進計画」における目標値の50%に届いているのは、肺がん検診、大腸がん検診のみとなっています。

また、精密検査受診率については、令和2年度で目標値の90%に届いているのは肺がん、乳がんのみとなっています。

がんの早期発見、早期受診のためには、がん検診・精密検査について普及啓発を図り、受診率を向上させる必要があります。

(3) 予防接種の取組状況

予防接種は感染症対策を実施する上で不可欠であり、本県では予防接種に関する正しい知識の普及啓発のほか、実施主体である市町村の予防接種担当者を対象とした研修会等を実施しています。

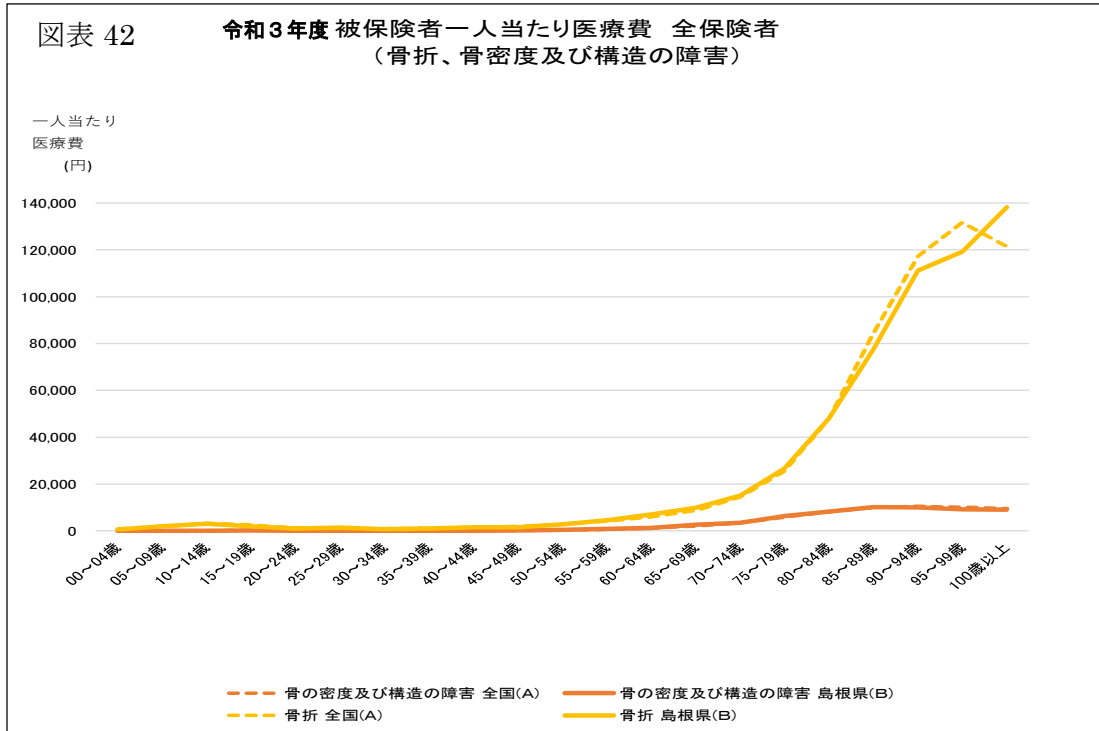
(4) 高齢者の骨折の状況

島根県の高齢化率は全国で7位⁹となっており、骨折に係る医療費及び件数は、前期高齢者(65～74歳)から大きく増加、後期高齢者(75歳以上)で急激に増加し、疾病別医療費では上位に位置し、また、1人当たり医療費では右肩上がりで増加し続けています(図表 42)。

さらに、骨折は要介護・要支援状態となる原因疾患の4位¹⁰であり、高齢者の生活の質の維持の面からも、骨折の予防が重要となっています。

⁹ 総務省統計局令和4年10月1日現在推計人口

¹⁰ 内閣府令和4年度版高齢者白書



NDB データより集計

(5) 精神疾患の状況

入院医療費は、その大部分を占める統合失調症が減少しているため減少しつつあります。これに対して、入院外医療費は気分障害や神経症性障害の増加が大きいいため入院の減少以上に増加しており、精神及び行動の障害の医療費は増加を続けています。また、レセプト件数についても医療費と同様の傾向があります(図表 43)。

図表 43 医療費 (精神及び行動の障害) 推移

(単位：百万円)

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	診療計	6,598	6,490	6,201	6,032
	うち入院	5,138	5,048	4,796	4,629
	うち入院外	1,459	1,441	1,405	1,402
気分〔感情〕障害 (躁うつ病を含む)	診療計	3,428	3,474	3,477	3,548
	うち入院	1,216	1,239	1,214	1,179
	うち入院外	2,211	2,235	2,262	2,369
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	診療計	1,722	1,812	1,911	2,031
	うち入院	423	446	434	454
	うち入院外	1,285	1,354	1,465	1,564
その他	診療計	3,240	3,443	3,507	3,665
	うち入院	2,022	2,156	2,186	2,253
	うち入院外	1,216	1,283	1,317	1,408
計	診療計	14,987	15,219	15,096	15,277
	うち入院	8,800	8,890	8,630	8,516
	うち入院外	6,171	6,314	6,449	6,744

NDB データより集計

精神及び行動の障害のうち医療費が多い3疾病分類について全国と比較すると被保険者1人当たり医療費は統合失調症と気分障害が1.3倍強となり、神経症性障害は1.5倍程度となっています。入院については、1人当たり医療費が1人当たり件数にほぼ比例しており、入院外は1人当たり件数の他に1件当たり医療費が全国より多いことも要因となっています。

主としては受診する患者数が多いことが医療費が全国よりも多い要因となっている状態と考えられます(図表44)。

図表 44 令和3年度NDBデータ(全保険者)全国比較

		被保険者1人当たり医療費(円)			被保険者1人当たり件数(件)			1件当たり医療費(円)		
		診療計	入院	入院外	診療計	入院	入院外	診療計	入院	入院外
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	全国(A)	6,807	5,242	1,565	0.0670	0.0115	0.0554	101,655	454,984	28,233
	島根県(B)	9,137	7,012	2,124	0.0859	0.0155	0.0704	106,342	453,287	30,160
	B/A	134.2%	133.8%	135.7%	128.3%	134.3%	127.0%	104.6%	99.6%	106.8%
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	全国(A)	3,934	1,290	2,644	0.1458	0.0027	0.1431	26,976	473,416	18,474
	島根県(B)	5,375	1,786	3,588	0.1879	0.0039	0.1840	28,602	455,565	19,507
	B/A	136.6%	138.4%	135.7%	128.8%	143.8%	128.6%	106.0%	96.2%	105.6%
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	全国(A)	2,049	301	1,715	0.1207	0.0007	0.1172	16,984	447,944	14,627
	島根県(B)	3,077	688	2,369	0.1441	0.0015	0.1411	21,349	472,951	16,794
	B/A	150.2%	228.8%	138.2%	119.5%	216.7%	120.3%	125.7%	105.6%	114.8%

三 医療の効率的な提供の推進に関する状況

1 後発医薬品の使用状況

令和3年度は後発医薬品の供給不足もあり、前年度より後発医薬品の使用割合(数量ベース)が下がったものの、「NDBデータ」において本県は83.6%と全国79.6%と比べ使用割合は高くなっています(図表45)。

図表 45 後発医薬品の使用割合(数量ベース)全国比較

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
島根県	79.9%	82.7%	84.0%	83.6%
全国	75.1%	77.9%	79.6%	79.6%

2 医薬品の適正使用の推進に関する状況

副作用の発生や医薬品の飲み残しにつながる可能性のある多剤投与の適正化や重複投与の是正等のため、市町村国保では令和3年度から各市町村単位で重複・多剤投与者に服薬通知を行う事業を実施し、以下のとおり改善となりました。

○令和3年度

多剤服用:改善割合は通知者の28.0%(580人)、長期処方薬:12.3種類→11.3種類(▲1.0種類)

重複服用:349人→141人(▲59.6%)、相互作用(禁忌):32人→16人(▲50.0%)

○令和4年度

多剤服用:改善割合は通知者の36.2%(481人)、長期処方薬:10.8種類→9.7種類(▲1.1種類)

重複服用:213人→64人(▲70.0%)、相互作用(禁忌):11人→2人(▲81.8%)

3 リフィル処方箋に関する状況

リフィル処方箋については、例えば地域の中核病院等に慢性疾患で定期通院している患者がいる場合に、勤務医の業務負担軽減の観点から利用される可能性があります。特に中山間地等で診療所数が少ない場合には、地域の中核病院が、軽症の慢性疾患の患者にも対応せざるを得ないため、リフィル処方箋を利用することで、医師の負担軽減に資することが考えられます。また、離島・中山間地等においては、地域の診療所や病院での診察が月に数回程度に限られる場合もあり、その場合、限られた平日の診察日に受診出来ないときは、医薬品の処方を受けられません。リフィル処方箋の利用により、薬局で薬剤師により処方されるため、地域住民の利便性向上(負担軽減)や医療の確保、また、診療応援等を行う医師の負担軽減に資する可能性があります。まずはこうした地域の実態を確認することが必要です。

第3章 個別の課題と取組

一 住民の健康の保持の推進に関する課題と取組

- 特定健康診査で生活習慣病のリスクの高い人を早期に発見し、特定保健指導等で生活習慣の改善を促すことが重要です。また、特定保健指導ではアウトカム評価が導入され、より効果的な保健指導が求められています。
- 特定健康診査の受診率向上に向けた効果的な取組が一層必要です。また、特定保健指導の実施率を向上させるためには、特定保健指導実施者(終了者)を増やすだけでなく、分母となる対象者を減らすことも必要です。
- ICT 活用といった好事例を展開することで、より効率的な保健指導の実施に取り組みます。
- レセプトや特定健康診査等のデータ分析に基づき、PDCA サイクルに沿った効率的・効果的な保健事業の展開が一層必要です。特に、糖尿病等生活習慣病の重症化は医療費の増大だけでなく、生活の質の低下につながる要因となるため、データ分析に基づいた重症化予防対策を進める必要があります。
- 健康づくり対策については、今後も、健康長寿しまね推進会議と島根県食育・食の安全推進協議会を推進母体とし、地域・職域連携健康づくり推進協議会及び保険者協議会等との連携による全県展開を図っていく必要があります。

1 特定健康診査・特定保健指導の実施率等の向上に向けた取組及びメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少に向けた取組

- ① 特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率向上のためには、地域や職域へのアプローチが重要であり、「健康長寿しまね推進会議」「地域・職域連携健康づくり推進協議会」、「保険者協議会」を活用し、啓発を行うとともに、健診(検診)や保健指導のより効果的かつ効率的な実施にむけた体制整備を関係機関と連携して進めます。
- ② 特定健康診査については、かかりつけ医から受診勧奨をしていただくことが効果的であることから、医師会等との連携を進めます。
- ③ 市町村国保において実施している未受診者対策事業について、受診率向上に効果があった取組について情報共有し、受診率向上を推進します。
- ④ 特定健康診査受診勧奨や特定保健指導の利用勧奨について、啓発活動を積極的に行います。
- ⑤ 被用者保険の被扶養者の特定健診受診率向上に向け、保険者協議会では、市町村が行うがん検診等の情報と特定健康診査等の情報を共有し、啓発を進めます。また、保健医療従事者の地域偏在への対策について、例えばがん検

診従事者の人材育成等に取り組んでいきます。

- ⑥成果が見える効果的かつ効率的な保健指導を実施できるよう、保険者協議会と連携し、特定保健指導実施者の技術向上のための研修会等を開催します。
- ⑦保険者協議会で、関係者間における特定健康診査等データの照会・提供の体制づくり等を検討します。

<目標値>

第3期医療費適正化計画では目標値の達成が困難であることを踏まえ、第4期においても同様の指標を用い、特定健康診査・特定保健指導の実施率、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(特定保健指導対象者の減少率)の目標値を設定します。

なお、目標値設定にあたっては、各保険者が特定健康診査等実施計画において定めた目標値及び医療費適正化に関する施策についての基本的な方針における全国目標を踏まえ、次のとおりとします。(図表 46)

図表 46 特定健康診査・特定保健指導の実施率等の目標値

指標	現状値	目標値	出典等
①40歳から74歳までの医療保険加入者に対する特定健康診査の受診率	59.5%	70%	都道府県別特定健診受診率(厚生労働省提供参考データ) 現状値はR3年度
②特定保健指導が必要と判定された対象者に対する特定保健指導の実施率	25.2%	45%	都道府県別特定保健指導実施率(厚生労働省提供参考データ) 現状値はR3年度
③平成20年度と比べ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	16.8%	25%	厚生労働省提供計算シートより算出 現状値はH20年度比におけるR3年度特定保健指導対象者の減少率

参考：第4期特定健康診査等実施計画期間における目標値

保険者	特定健診受診率	特定保健指導実施率
市町村国保	60%以上	60%以上
国保組合	70%以上	30%以上
協会けんぽ	70%以上	35%以上
単一健保	90%以上	60%以上
総合健保	85%以上	30%以上
共済組合	90%以上	60%以上

2 たばこ対策の取組

喫煙による健康被害を予防することが生活習慣病の発症予防につながることから、次の取組を進めます。

- ①禁煙の必要性、重要性について周知するとともに禁煙支援の取組を強化します。
- ②受動喫煙防止対策の一環として、県民や多くの人々が利用する場の禁煙を進めるとともに、禁煙支援として、医療機関での禁煙治療や禁煙支援薬局での禁煙指導の普及を図ります。
- ③労働局や労働基準監督署が実施する職場の喫煙対策の普及啓発を図るとともに、出前講座等を通じて禁煙意欲のある人を増やす取組や、禁煙意欲のある人が禁煙できるよう適切な情報提供と支援体制の整備を進めます。
- ④世界禁煙デー等の啓発週間を活用し、関係機関と連携して啓発活動を行います。

<目標値>

喫煙者の割合を評価指標とし、減らすことを目標とします。令和11年度における喫煙者の割合の目標値は、島根県健康栄養調査の結果をふまえ、次のとおりとします。(図表47)

図表47 喫煙者の割合の目標値

指標	現状値	目標値	出典等
たばこを習慣的に吸っている者の割合(20~79歳)	男性	男性	島根県県民健康栄養調査 現状値はR4年度 *健康長寿しまね推進計画(R6~R17年度) の評価指標に準ずる
	24.6%	14.6%	
	女性	女性	
	4.4%	2.8%	

3 生活習慣病等の重症化予防の推進

生活習慣病等の症状の進展、合併症の発症等の重症化予防のため、県、保険者及び医療関係団体等が連携を図り、関係者が一体となって取組を進めます。

(1) 重症化予防の取組

- ①高血圧、糖尿病等の重症化予防のため、病診連携、医科歯科連携、医療機関と薬局との連携等による適切な服薬指導、保健指導・栄養指導を行う体制づくりを進めます。
- ②脳卒中の基礎疾患として多い高血圧の予防や適正管理に関する普及啓発について、全県的な取組を推進します。
- ③特定保健指導の対象外である肥満のない糖尿病、高血圧、脂質異常症等リスクがある方の生活習慣に応じた保健指導を推進します。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防の取組

- ①島根県医師会糖尿病対策委員会や島根県糖尿病委員会、糖尿病対策圏域合同連絡会議、各二次医療圏域の圏域糖尿病対策会議において、糖尿病性腎症の発症・重症化予防等の検討を進め、各保険者との連携も意識した取組を推進します。また、「島根県糖尿病予防・管理指針」及び「島根県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を改訂し、糖尿病性腎症や高齢者糖尿病への取組を推進します。
- ②島根県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用する等、レセプトや特定健康診査等データ分析に基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨の取組が全市町村で実施されるよう連絡会議等を通じて情報共有等を図ります。
- ③市町村においては、地域における課題の分析を行い、地域の実情に応じて関係機関と連携した総合的な対策の実施を保健所等の支援により推進します。
- ④糖尿病重症化予防啓発媒体を引き続き活用し、関係機関が一体となって糖尿病の予防及び重症化の予防について普及啓発に取り組みます。
- ⑤新規透析導入者割合や糖尿病性腎症による透析導入者割合は減少していないため、取組が進む地域の好事例を県全体へ広げていく等、多職種での取組をさらに推進します。

<目標値>

糖尿病の重症化予防は、医療費の適正化に向けた取組の一つであることから、以下の評価指標をもとに、糖尿病合併症発症者数(糖尿病性腎症による新規透析導入者割合)、血糖コントロールが不良な者(糖尿病有病者で HbA1c8.0%以上者)を減らすことを目標とします(図表 48)。

図表 48 糖尿病の重症化予防の目標値

指標	現状値	目標値	出典等
糖尿病有病者でHbA1cが8.0%以上*の者の割合 (20~74歳)	男性 12.3%	男性 11.6%	健康診断データ(県保健環境科学研究所) 現状値は令和3年 *保健医療計画(R6~R11年度)、健康長寿しまね推進計画(R6~R17年度)の指標に準ずる
	女性 8.2%	女性 7.7%	
糖尿病性腎症による新規透析導入患者割合 (人口10万対)	9.2	8.7	わが国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)現状値は令和3年 *保健医療計画(R6~R11年度)、健康長寿しまね推進計画(R6~R17年度)の指標に準ずる

4 高齢者の心身機能の低下等に起因した介護予防の推進

高齢者が住み慣れた地域で、長く健康で暮らせるよう、市町村や広域連合と連携して介護予防や自立支援・重度化防止の取組を進めます。

- ① 市町村で展開している住民主体の通いの場等の実施状況を把握し、好事例を関係者と幅広く共有することで、参加する高齢者の意識や運営ボランティアのモチベーションを高めていくとともに、運動機能や認知機能等の低下を防ぐための手法の一つとして地域に定着させていきます。
- ② フレイル予防のため、市町村とともに、健康づくり担当部局やリハビリテーション専門職等多職種と連携しながら、高齢者の社会参加の機会創出や適切な運動、低栄養の予防や口腔機能の向上等の取組を推進します。
- ③ 地域包括支援センターが、自立支援に資する多職種連携による地域ケア会議の開催や、介護予防マネジメントを実施できるよう、市町村の開催する研修会を通じて関係者の介護予防への理解促進や、ネットワーク構築を支援します。

5 その他予防・健康づくりの推進

健康寿命の延伸の観点から、疾病の予防・健康づくりの取組を通じた健康の保持の推進を図ることが重要です。子どもから高齢者まですべての県民の健康意識を高め、県民一人一人の心と身体の健康づくり、介護予防、生きがいづくり・社会活動の取組を推進するとともに、地区ごとの健康づくり活動を基盤とした健康なまちづくりを進めるため、住民、関係団体、地域、職域、行政等が一体となって「健康長寿しまね県民運動」を推進します。

また、保険者によるデータヘルス計画(保健事業実施計画)の策定及びPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な保健事業の円滑な実施に向けた支援を進めま

す。今後更なる増加が見込まれる高齢者の骨折についても、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要です。

- ①生活習慣病を予防するため、バランスのとれた食生活、適度な運動、禁煙、歯の健康づくり等、健康長寿しまね推進会議を母体とした県民運動を進めます。
- ②健康に関心が薄い方も含め、自然と健康になれるための環境整備を産官学との連携を図り進めます。
- ③科学的根拠のあるがん検診の受診率向上に向け、市町村、検診機関、職域関係者、保険者、事業所(しまね☆まめなカンパニー事業)等と連携しながら、働き盛り世代への取組を強化します。また、科学的根拠のあるがん検診が精度管理の下で行われるよう生活習慣病協議会等における精度管理や事業評価の徹底、がん検診従事者講習会や担当者会議の充実を図ります。
- ④予防接種に関する正しい知識の普及啓発等を行い、安全な予防接種の実施及び接種率の維持、向上に努めます。
- ⑤高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策については、早期に治療を開始するため市町村の骨粗鬆症検診の実施体制の充実及び受診率の向上に取り組みます。また、機能予後等を高めるため、入院後できるだけ早期の手術治療の実施の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の受診勧奨等の継続的なフォローアップに取り組みます。
- ⑥精神及び行動の障害のうち入院については、保健・医療・福祉関係者の連携により支援体制の整備などによる入院から地域生活への移行の取組等によって、入院医療費の大部分を占めていた統合失調症の医療費・件数ともに減少しており、引き続き取組を継続する必要があります。また、特に増加しつつある外来医療費については、その6割程度を占める気分障害や神経症性障害の対応が必要となります。気分障害と神経症性障害については、特に全国よりも医療費が多くなる74歳以下では医療費のうち被用者保険(国保組合含む)の占める割合が60%を超え、特に入院外では70%を超えています。また、件数でも70%前後、入院外でも70%前後を占めており、適切な受診とともに患者が所属する事業所等において環境調整等の適切な対応が求められます。例えば、早期受診・早期対応につなげるため、相談窓口の周知や自らのストレスに対するセルフケア(予防・軽減・対処)の取組としてうつ病の自己チェックを普及させること等に取り組みます。
- ⑦島根県歯と口腔の健康を守る8020推進条例及び第3次島根県歯と口腔の健康づくり計画に基づき、県民運動として進めてきた「8020運動」のさらなる推進を図ります。その一環として、成人歯科健診や職場での歯科健診および歯科口腔

保健指導の実施など市町村や事業所における歯科保健対策を推進します。

- ⑧保険者協議会と連携し、各保険者が実施した特定健康診査等のデータを収集・分析・評価し、保険者や関係機関・団体に情報提供するとともに、対策に活かせるよう取組の共有を図ります。
- ⑨各保険者で実施しているウォーキングによる歩数や各種健診を受診することで付与される健康ポイント等個人へのインセンティブを与える取組に関し、保険者協議会の場を活用して先進事例の調査・研究に取り組みます。
- ⑩「しまね健康寿命延伸プロジェクト」により健康づくりの取組を強化し、今の活動に何か1つ健康づくりを加える「+1(プラスワン)」活動の取組を進めていきます。
- ⑪健康長寿日本一を目指し、働き盛り世代の健康づくりを推進するため、島根県と協会けんぽ等が協働して実施している「ヘルス・マネジメント認定制度」の取組を進めていきます。

二 医療の効率的な提供の推進に関する課題と取組

- 患者及び医療関係者が安心して後発医薬品及びバイオ後続品¹¹を使用することができるよう、保険者協議会の場を活用して関係機関を交えた後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する協議及び情報交換等行っていくことが重要です。
- 各地域において、限られた医療資源の中で患者によりよい医療が提供されるためには、プライマリーから高次・特殊医療を担う医療機関までの医療機能の分化(医療機関間の役割分担)と連携が重要です。
- 在宅で療養生活を送る患者を支える医療機関、急性期医療や専門的医療を担う医療機関、回復期や維持期にある患者の医療を担う医療機関が、相互に連携を取って対応していく体制の確立が必要です。

1 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進には、医薬品に対する患者負担の軽減や医療保険財政の改善等のメリットがあります。

国においては、後発医薬品の使用割合を「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」ことを目標としていますが、本県では既に目標を達成している状況にあります。国は金額ベースではまだ低い水準にあることや、供給不安が続いているといった課題はありますが、後発医薬品の使用促進に関する数値目標を金額ベース等の観点を踏まえて見直すこととしています。本県の新たな目標数値については、国の数値目標を踏まえて検討すること

¹¹ バイオ医薬品(遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質、ホルモン、酵素及び抗体等を作る力を利用して製造される医薬品)の後続品でバイオシミラーともいう

とします。

バイオ後続品については先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性及び安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要がありますが、品目により普及割合が異なり、その要因は多様であるとされています。それを踏まえて「令和 11 年度末までにバイオ後続品に 80 %※1以上置き換わった成分数が全体の成分数の 60 %※2以上にする」ことを目標としています(図表 49)。

※1 数量ベース ※2 成分数ベース

保険者協議会等と連携して後発医薬品差額通知や、特に使用率が低いとされている若年層に向けた広報資材の配布による普及啓発等の取組を行い、後発医薬品の更なる使用促進を目指します。

<目標値>

本県の後発医薬品及びバイオ後続品使用割合の目標値は、国の目標及び現状をふまえ、次のとおりとします。

図表 49 後発医薬品及びバイオ後続品使用割合の目標値

指標	現状値	目標値	出典等
バイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数	約 19% ¹²	60%以上	NDB データ 現状値は R3 年度

なお、後発医薬品の使用促進の指標については、国の数値目標を踏まえて検討することとします。なお、後発医薬品の数量シェアの令和 3 年度現状値は 83.6%となっています。

2 医薬品の適正使用の推進

今後、医療費の増大が見込まれる中では、副作用の発生や医薬品の飲み残しにつながる可能性のある多剤投与や重複多剤の適正化等、医薬品の適正使用を推進することが重要です。重複投薬には、入眠剤や血圧降下剤が多く、これらは特に高齢者の転倒による骨折に繋がる可能性があることから、患者の生活の質の低下防止や医療費適正化の観点からも対策が必要と考えられます。具体的には次の取組を行います。

- ①各医療保険者における医療機関及び薬局と連携した訪問指導や、医療費通知等による意識啓発等、適正な受診の促進等の取組を推進します。
- ②近年取組が進んでいる医薬分業は薬局において薬剤師が処方された医薬品の相互作用や重複投薬のチェックや服薬指導を行うことにより適切な薬歴管理

¹² バイオ後続品への置き換え対象 16 品目のうち令和3年度時点では3品目が 80%以上置き換えとなっている。10 品目の置き換えにより目標値の 60%以上の達成となる。

ができるメリットがあります。この取組をさらに推進するため、「電子処方箋の活用推進」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、「お薬手帳」、マイナ保険証を利用したオンライン資格確認等システムの「薬剤情報閲覧機能」の有効活用について啓発します。

- ③令和3年度から島根県国民健康保険団体連合会と共同で各市町村単位で重複・多剤投与者に服薬通知を行う事業を実施しています。高齢者に対しては、「高齢者の医薬品適正使用の指針」等における取扱を踏まえ、6種類以上の投与を目安として取り組みます。

3 医療資源の効果的・効率的な活用の推進

次に掲げる医療行為については、医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると当該医療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが重要です。

- ①抗菌薬の適正使用については、「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン」に基づく取組や「抗微生物薬適正使用の手引き」によって使用量が減少してきており、地域の抗菌薬処方現状及び動向について、国が提供するデータ等により把握し、住民や医療関係者に対する抗菌薬の適正使用等に関する普及啓発に取り組んでいきます。
- ②白内障手術や化学療法の外来での実施は地域差があるとされています。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、例えば、がん患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来でも受けられるようにすることで、患者とその家族等の療養生活の質の向上にもつながるとされています。専門的な治療を実施する医療従事者や外来での治療の実施に取り組んでいきます。

4 地域包括ケアシステムの推進

高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、市町村が中心となって、人口や医療介護需要、地域資源に応じ、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される仕組みを推進します。

- ① 要介護状態になった場合に、住んでいる地域に関わらず必要なサービスを安心して受けることができるよう、介護サービス提供基盤を確保します。
- ② 介護サービスの質を維持・向上するため、介護職のイメージアップ、多様な人材の確保、人材の定着、介護現場の革新の4本柱により介護人材を確保します。
- ③ 必要な医療と介護のサービスが切れ目なく提供されるよう、在宅医療・介護連

携や、訪問看護を推進します。

5 医療機能の分化及び連携の促進

人口減少と高齢化による医療需要の変化や、サービスの担い手不足により、病院の機能縮小や診療所の閉鎖等地域に必要な医療機能を維持できない恐れがあります。また、高度・特殊・専門的な医療を提供する医療機関は県東部に集中しています。

地域の拠点病院を核として、二次医療圏ごとに一定の医療機能を維持しつつ、急性期病院間の役割分担や回復期・慢性期・在宅医療への円滑な連携の促進が必要です。

- ①拠点病院やへき地の医療機関の運営支援を継続するとともに、圏域内の病院・診療所の役割分担を図ります。
- ②「地域医療介護総合確保基金」を活用し、関係者の合意に基づく医療機能の分化・連携に向けた病床転換等の施設設備整備、それに関連した取組を推進します。
- ③地域医療の確保と医療機能分化・連携強化を進めるため、公立病院が策定する公立病院経営強化プランの取組を支援します。市町村等が策定する公立病院経営強化プランの策定支援を通じた、病院の機能分化・連携強化を推進します。

第4章 県、保険者及び医療の担い手等の役割

一 県の役割

県は、第3章に掲げる個別の取組の実施にあたり、保険者の取組の進捗状況を踏まえて保険者協議会を通じて必要な協力を求めるなど、医療費適正化計画の推進に関し、保険者等や医療関係者その他の関係者の協力を得ながら中心的な役割を担っています。

二 保険者の役割

保険者は、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期待されています。

三 医療の担い手等の役割

医療の担い手等は、地方公共団体及び保険者による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する役割があります。

保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するに当たって、保険者等と連携した取組や病床機能の分化及び連携を進めるために、地域における自主的な取組を進めていくことが期待されています。

医療の担い手等がこうした取組を進めやすいよう、保険者等や県においては、保険者協議会への医療関係者の参画を進めていきます。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めること及び医師とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携の下、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組を行うことが期待されています。

四 保険者協議会の役割

保険者協議会は、県や医療関係者等と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等について把握するとともに、医療費適正化計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて、医療費適正化計画の作成等を行う際に医療保険の加入者の立場から意見を出すことも期待されています。

第5章 計画期間における医療費の見込み

一 医療費推計の考え方

本県の医療費の現状に基づき、国の示す計算方法により、令和11年度までの医療費の見込みを制度区分別・年度別に算出し、それを基に、令和11年度の本県における市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料を試算します。具体的な推計の考え方は以下のとおりです。

1 医療費適正化の取組を行わない場合の入院外医療費の将来推計の方法

基準年度（令和元年度）の本県の入院外（調剤費、訪問看護療養費、療養費等を含む。以下同じ。）及び歯科別医療費を、人口で除して算出した1人当たり医療費と1人当たり医療費の伸び率及び将来推計人口を用いて医療費適正化の取組を行わない場合の将来の医療費を算出します。

1人当たり医療費の伸び率については、平成27年度から令和元年度までにおける入院外及び歯科別の国民医療費の伸び率から本県の総人口の変動、診療報酬改定及び高齢化の影響を除去し、医療の高度化等に起因する1人当たり医療費の伸び率を算出する。これに将来の診療報酬改定及び高齢化の影響を加味したものを1人当たり医療費の伸び率として用います。

2 医療費適正化の取組を行った場合の入院外医療費の将来推計の方法

1により医療費適正化の取組を行わない場合の本県の医療費を推計した上で、①特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%の目標達成による効果額、②後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進普及による効果額及び、③医療資源の効果的・効率的な活用の推進の適正化効果の効果額④入院外医療費のその他の取組（糖尿病の重症化予防、重複投薬の是正、多剤投与の適正化）を推計し、これらを医療費適正化効果額として織り込み医療費の将来推計を行います。

3 病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費の推計方法

病床機能の区分及び在宅医療等に関する区分ごとの医療費に1と同様の手法で算出した入院医療費の医療の高度化等に起因する本県医療費の伸び率を乗じ、それを1人当たり医療費とします。これに、地域医療構想における令和7年時点の各区分ごとの患者数をもとに本県の令和11年度に見込まれる各区分ごとの患者数の見込みを乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加え算出します。

4 制度区分別の医療費の将来推計の方法

制度区分別（後期高齢者医療制度、市町村国民健康保険、被用者保険等（国民健康保険組合を含む。））の医療費の見込みについては、令和元年度を基準年度とし、計画期間中の各年度の医療保険に係る本県医療費の推計値に、本県将来推計人口等を用いて推計した制度区分別の加入者数を基に算出した制度区分別の医療費割合を乗じて算出します。

5 計画最終年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の推計の方法

各制度について、足下（令和5年度）の1人当たり保険料に、計画期間中に見込まれる1人当たり保険料の伸び率の推計値を乗じた額に、制度改正による1人当たり保険料への影響額を加えて算出します。

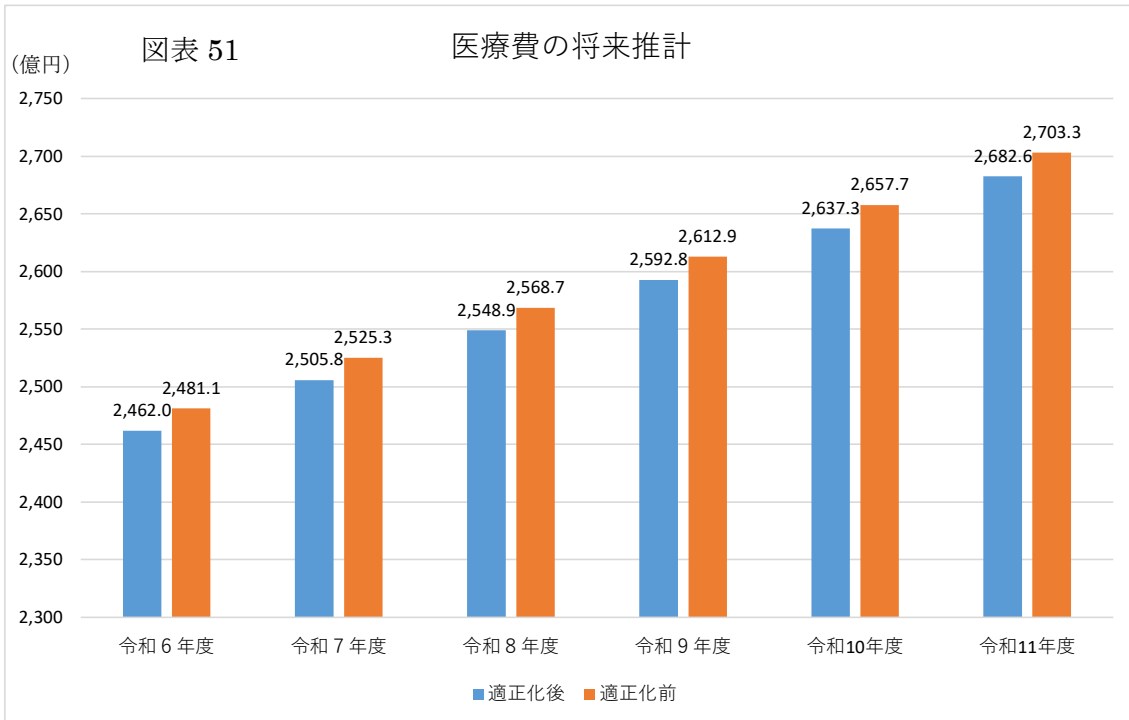
二 計画期間における医療費の見込み

国の示す計算方法により推計した本県の令和11年度時点における医療費は次のように推計されます（図表50, 51, 52）。

図表 50

医療費の将来推計

区分	医療費
令和11年度入院外医療費（自然体）	1,719.8億円
令和11年度入院外医療費適正化効果額	▲20.8億円
①特定健診受診率70%、特定保健指導実施率45%の目標達成による効果額	▲0.6億円
②後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進普及による効果額	▲5億円
③医療資源の効果的・効率的な活用の推進の適正化効果の効果額	▲2.4億円
④入院外医療費のその他の取組による効果額	▲12.8億円
令和11年度入院医療費（病床機能の分化・連携の成果）	983.6億円
令和11年度医療費の見込み	2682.6億円



図表 52 制度区分別・年度別の医療費の将来推計及び1人当たり保険料

※括弧内は医療費適正化の取組を行わなかった場合

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	(※) 1人当たり保険料の 機械的な試算 (令和11年度)	
全体	2,462.0億円 (2,481.1億円)	2,505.8億円 (2,525.3億円)	2,548.9億円 (2,568.7億円)	2,592.8億円 (2,612.9億円)	2,637.3億円 (2,657.7億円)	2,682.6億円 (2,703.3億円)		
市町村国保	442.3億円 (445.7億円)	434.4億円 (437.8億円)	428.9億円 (432.2億円)	426.1億円 (429.4億円)	426.0億円 (429.2億円)	428.3億円 (431.6億円)		7,285円 (7,340円)
後期高齢者医療	1,259.4億円 (1,269.2億円)	1,302.9億円 (1,313.0億円)	1,346.4億円 (1,356.8億円)	1,387.1億円 (1,397.9億円)	1,424.6億円 (1,435.5億円)	1,459.2億円 (1,470.5億円)		6,495円 (6,545円)
被用者保険等	760.3億円 (766.2億円)	768.5億円 (774.5億円)	768.6億円 (779.7億円)	779.6億円 (785.6億円)	786.9億円 (793.0億円)	795.1億円 (801.2億円)		

(※) 制度別の医療費見込みを基に、一定条件下で機械的に試算したもの。

被用者保険等については、加入者が都道府県をまたいで所在することが多いため、算出しない。

実際の保険料は、医療費の動向や財政状況（保健事業・積立費など）などの要因に大きく影響を受ける点に留意が必要。

第6章 計画の達成状況の評価

計画の進捗状況及び達成状況を点検し、その評価に基づいて施策の推進を図っていきます。

また、計画の評価に当たっては、保険者協議会を活用するとともに、必要に応じて学識経験者の意見を聴くなどします。

一 進捗状況の公表

計画の初年度及び最終年度を除く毎年度、進捗状況の公表を行います。

進捗状況公表年度：令和7年度～令和10年度

二 計画の見直し、暫定評価及び実績評価

毎年度の進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合又は医療費が医療費の見込みを著しく上回ると見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じ、当該要因を解消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るものとします。

計画の最終年度に、進捗状況の調査及び分析を行い、次期計画に適切にその結果を反映させるとともに、最終年度の翌年度に計画の実績に関する評価を行います。

評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況及び目標値の達成状況並びに令和11年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の機械的な試算について分析を行うこととします。

暫定評価年度：令和11年度

実績評価年度：令和12年度