

北海道医療費適正化計画
[第四期]
計画（案）

令和 6 年〇月
北 海 道

目 次

第1章 総論	1
第1節 計画策定の趣旨	
第2節 計画の位置づけ	
第3節 計画の期間	
第4節 計画に掲げる事項	
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	3
第1節 高齢化の現状と見通し	
第2節 医療費の動向	
1 全国の医療費	
2 全国の高齢者の医療費	
3 北海道の医療費	
4 北海道の高齢者の医療費	
第3節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況	
1 全国及び北海道の状況	
(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の該当者及び予備群の状況	
2 受療動向	
3 死亡率	
第4節 病床数の状況	
第5節 平均在院日数の状況	
第3章 基本理念と目標	24
第1節 基本理念	
1 生活の質の維持及び向上	
2 今後の人口構成の変化への対応	
3 目標及び施策の達成状況等の評価	
第2節 医療費適正化に向けた目標	
1 健康の保持の推進に関する達成目標	
(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進	
ア 特定健康診査の実施率	
イ 特定保健指導対象者の割合の減少率	
ウ 特定保健指導の実施率	
(2) 生活習慣病等の予防	
ア たばこ対策	
イ 予防接種の推進	
ウ 生活習慣病の重症化予防の推進	
(3) 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	

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

- (1) 入院と在宅等の調和
- (2) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進
- (3) 医療資源の効果的・効率的な活用
- (4) 後発医薬品等の使用促進
- (5) 医薬品の適正使用の推進

第3節 計画期間における医療費の見通し

第4章 目標を達成するため道が取り組むべき施策 ----- 34

第1節 健康の保持の推進に関する施策

- 1 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進
- 2 保険者と市町村、事業所等との連携
- 3 生活習慣病等の対策の取組
 - (1) 食生活や運動による健康づくり
 - (2) 糖尿病等の生活習慣病の重症化予防
 - (3) がん対策
 - (4) たばこ対策
 - (5) 歯と口腔の健康づくり
 - (6) 予防接種の推進
- 4 高齢者の健康づくりや介護予防等の取組
 - (1) 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
 - (2) 高齢者の積極的な社会参加

第2節 医療の効率的な提供の推進に関する施策

- 1 医療機関の機能分担・連携の推進
- 2 医療・介護連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進
- 3 医療資源の効果的・効率的な活用
- 4 後発医薬品等の使用促進
- 5 重複受診や頻回受診等の適正化
- 6 重複投薬等の適正化
- 7 診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実
- 8 ICT化の促進
- 9 国保データベース（KDB）及び健康・医療情報データベースの活用

第5章 計画推進に向けた体制整備と関係者の役割 ----- 55

第1節 体制整備と関係者の連携及び協力

- 1 道の保険者協議会における役割
- 2 保険者等及び医療の担い手等関係者との連携及び協力

第2節 道や関係者の役割

- 1 道の役割
- 2 保険者等の役割
- 3 医療の担い手等の役割
- 4 道民の役割

第1節 PDCAサイクルに基づく計画の推進

第2節 計画の達成状況の評価

- 1 進捗状況の公表
- 2 進捗状況に関する調査及び分析
- 3 実績評価
- 4 評価結果の活用

第3節 計画の周知

第1章 総論

第1節 計画策定の趣旨

我が国は、国民皆保険（※1）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環境が変化してきており、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つつ、今後、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、国においては、平成18年の医療制度改革において、医療に要する費用（以下「医療費」という。）の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度を創設しました。

また、令和5年には、医療費適正化計画の実効性の確保のために、都道府県が、住民の高齢期における医療費適正化を図るための取組において、保険者及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととするため、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。以下「全社法」という。）が制定され、医療費適正化計画に関する見直しが行われました。

本道においては、医師など医療従事者の都市部偏在による町村部での深刻な不足状況や不採算医療等を担う自治体病院の厳しい経営状況など、医療提供体制の確保に係る様々な課題があります。また、広大な面積の中で人口が分散している地域特性や、積雪・寒冷といった自然的特性のほか、少ない一世帯当たり人員や高齢者のみ世帯割合の高さ、在宅での死亡率の低さなどの特徴があります。

道においては、これまで第一期（平成20年度から24年度まで）、第二期（平成25年度から29年度まで）及び第三期（平成30年度から令和5年度まで）の「北海道医療費適正化計画（以下「計画」という。）」を策定し、生活の質の維持・向上を確保しながら、生活習慣病（※2）の予防対策や後発医薬品の使用促進などに取り組むことにより、医療費適正化を推進してきたところです。とりわけ、生活習慣病の発病を予防し、健康を保持していくためには、特定健康診査・特定保健指導（※3）の実施や歯と口腔の健康づくりのほか、健康に有益な生活習慣として、適切な食事や適度な運動、禁煙が重要です。

道としては、こうした全世代にわたる取組の継続はもとより、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効率的・効果的な提供などについて、本道の現状や地域の実情を踏まえつつ、道民や市町村のほか、医療機関や保険者等など幅広い関係者の意見を聞きながら、第四期計画を策定することで、本道における医療費適正化の総合的な推進を目指すものです。

※1 国民皆保険：全ての国民が何らかの公的な医療保険制度に加入している状態をいい、昭和36年4月に実現されました。国民は健康保険（協会管掌・組合管掌等）・各種共済組合・船員保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度のいずれかに加入することとなっています。健康保険の加入者を被保険者といいます。

※2 生活習慣病：疾病の発症には、様々な要因が関係しています。特に、そのうち、生活習慣は、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患（世界保健機関が作成した「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」準拠の疾病分類表より）などの疾病に深く関わっていることが明らかになってきており、例えば、喫煙による肺がん、食事の偏りによる脳卒中や高血圧、運動不足などによる糖尿病などが挙げられます。このように、生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患群を生活習慣病と呼んでいます。

※3 特定健康診査、特定保健指導：平成20年4月から保険者に義務づけられた、40歳から74歳までの被保険者に対する糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査や、その診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導をいいます。

第2節 計画の位置づけ

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）第9条に基づくものであり、密接な関係を有する「北海道医療計画」や「北海道健康増進計画」、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」、「北海道国民健康保険運営方針」との調和を図り、一体的・総合的に推進していきます。

なお、この計画は、「北海道総合計画」が示す政策の基本的な方向に沿って、策定・推進する特定分野別計画であり、また、平成27年に国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で掲げられた「持続可能な開発目標（SDGs）（※4）」の「ゴール3：あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の達成に資するものです。

第3節 計画の期間

第四期計画は6年を一期として策定することとなっており、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。

第4節 計画に掲げる事項

計画においては、次に掲げる事項を定めます。

- ① 道民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標
- ② 医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標
- ③ ①及び②に掲げる目標を達成するために道が取り組むべき施策
- ④ ①及び②に掲げる目標を達成するための保険者等、医療の担い手等の関係者との連携及び協力
- ⑤ 道における医療費の調査及び分析
- ⑥ 計画期間における医療費の見通し
- ⑦ 計画の達成状況の評価
- ⑧ 医療費適正化の推進に必要なその他の事項

※4 持続可能な開発目標（SDGs）：SDGs（Sustainable Development Goals）は、2015年9月に国連で採択された、先進国を含む2030年までの国際社会全体の開発目標で、17のゴール（目標）とその下位目標である169のターゲット（測定可能な行動目標）から構成されています。

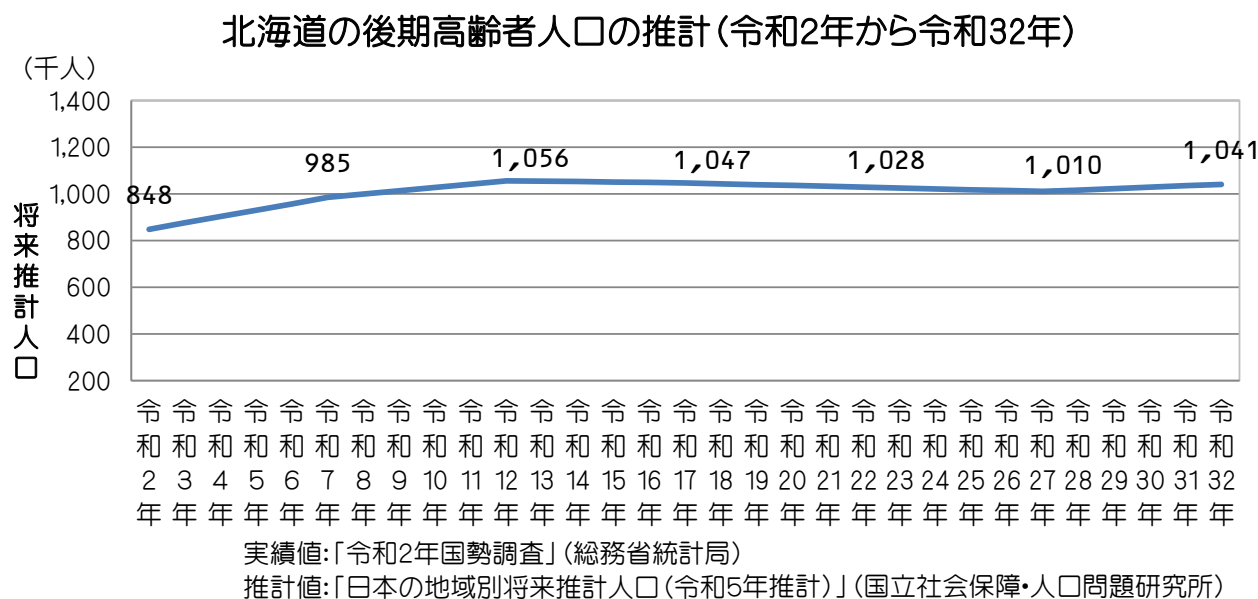
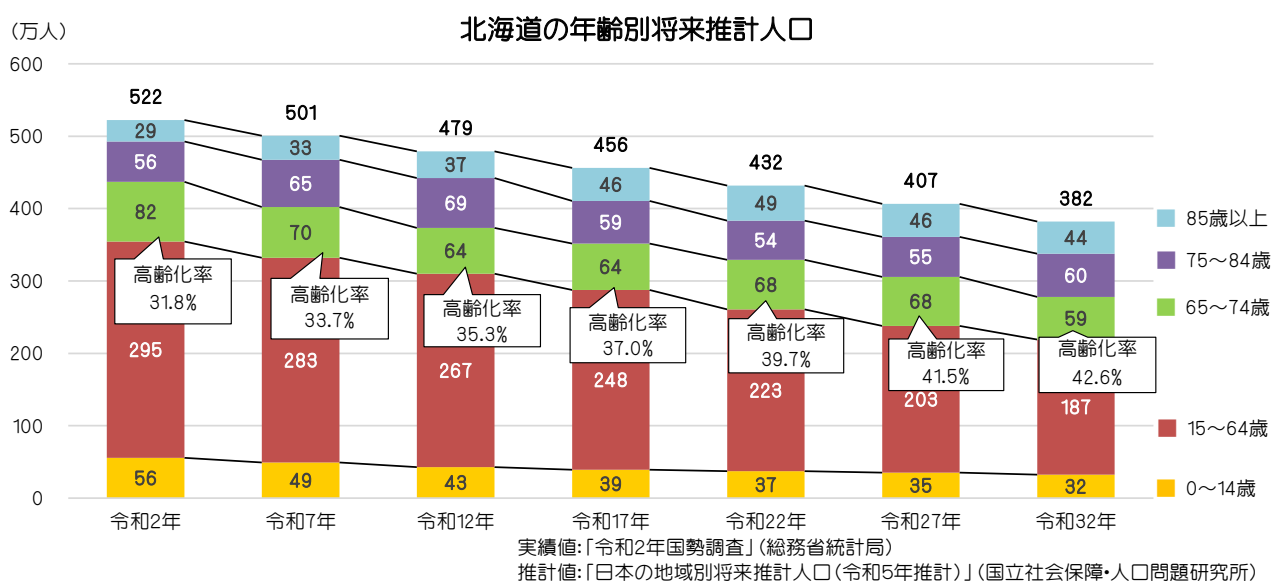
第2章 医療費を取り巻く現状と課題

第1節 高齢化の現状と見通し

本道の高齢化の状況をみると、令和2年においては高齢者（65歳以上）が約166万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は約31.8%であり、生産年齢人口（15～64歳）（※5）1.8人で1人の高齢者を支えていることになります。

特に、本道の人口が今後減少傾向となる中で、75歳以上の後期高齢者は、令和2年度から17年度の16年間に約85万人から約105万人と、約1.2倍になることが見込まれます。

高齢化率の推移でみると、令和7年が約33.7%、17年が約37.0%、27年が約41.5%と、急激に高齢化が進行して、22年には、生産年齢人口1.3人で1人の高齢者を支えることとなります。こうした高齢化の進行により、高齢者の医療費は、今後高い伸びを示すことが予想されます。



※5 生産年齢人口：国勢調査では、人口を年齢で3区分して統計データを表しており、生産年齢人口とは、15歳から64歳までの人口と定義されています。国勢調査における年齢3区分は、年少人口(15歳未満人口)、生産年齢人口(15歳～64歳人口)、老年人口(65歳以上人口)です。

第2節 医療費の動向

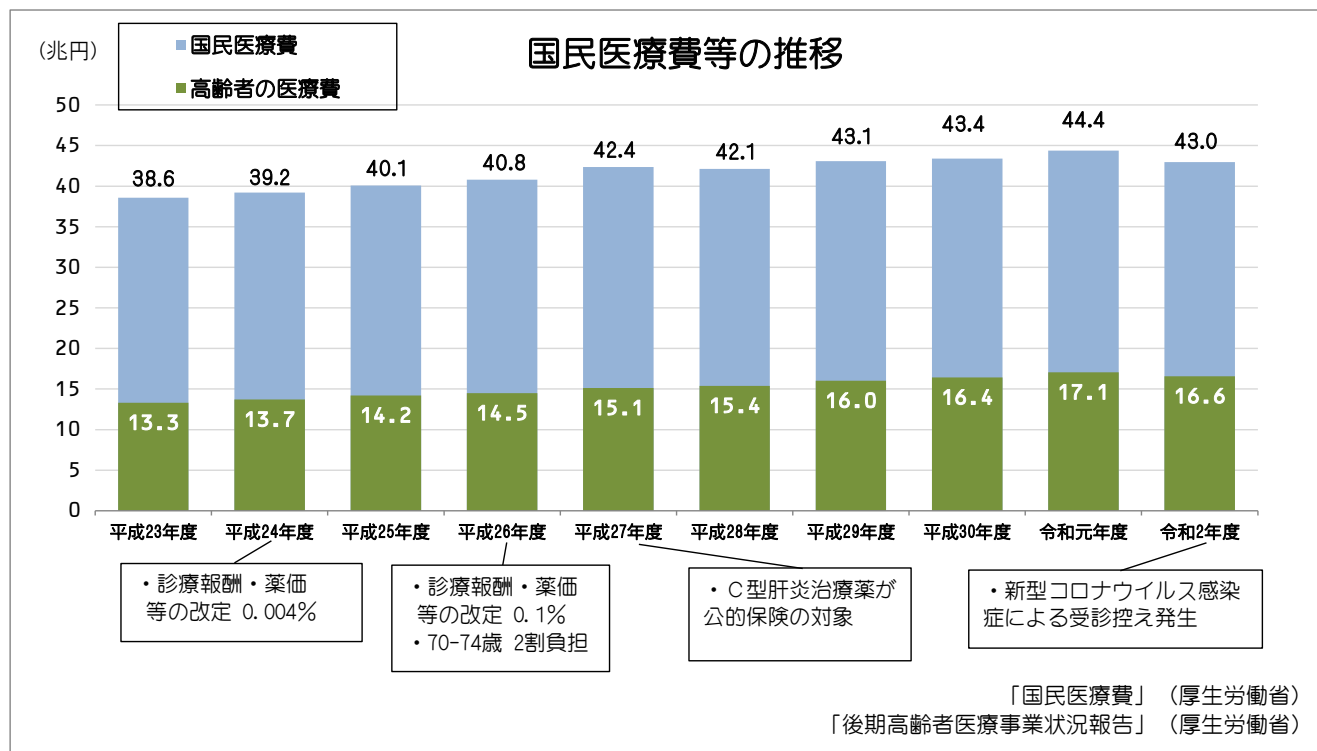
1 全国の医療費

全国で医療に要した額を示す国民医療費（※6）は、令和2年度で42兆9,665億円となっており、前年度の44兆3,895億円に比べて1兆4,230億円、3.2%の減少となっています。

過去10年間（平成23年度から令和2年度まで）の国民医療費の推移をみますと、平成23年度は伸び率が3.1%、C型肝炎治療薬が公的保険の対象になった27年度は伸び率が3.8%と高くなり、新型コロナウイルス感染症による受診控えが発生した令和2年度は、伸び率が△3.2%と大幅に低くなっています。

2 全国の高齢者の医療費

医療費のうち、後期高齢者医療費（※7）の動向をみますと、令和2年度では16兆5,681億円と、国民医療費の38.6%を占めています。



※6 国民医療費：医療機関等における傷病の治療に要する費用を年度ごとに推計したものであり、診療費や調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほか、健康保険等で支給される移送費等が含まれています。傷病の治療に限っているため、①正常な妊娠や分娩等に要する費用、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計上されていません。

また、患者が負担する入院時室料差額分や歯科差額分等の費用も計上されていません。

※7 後期高齢者医療費：後期高齢者と定義される75歳以上の高齢者（65～74歳で一定の障がいのある人を含む）にかかる医療費のことをいいます。「後期高齢者医療制度」創設以前は、70歳以上を対象として「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65歳～74歳の高齢者は前期高齢者と定義されます。

国民医療費等の対前年度伸び率

(単位：％)

	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度
国民医療費	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	△ 0.5	2.2	0.8	2.3	△ 3.2
高齢者の医療費	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	△ 2.9

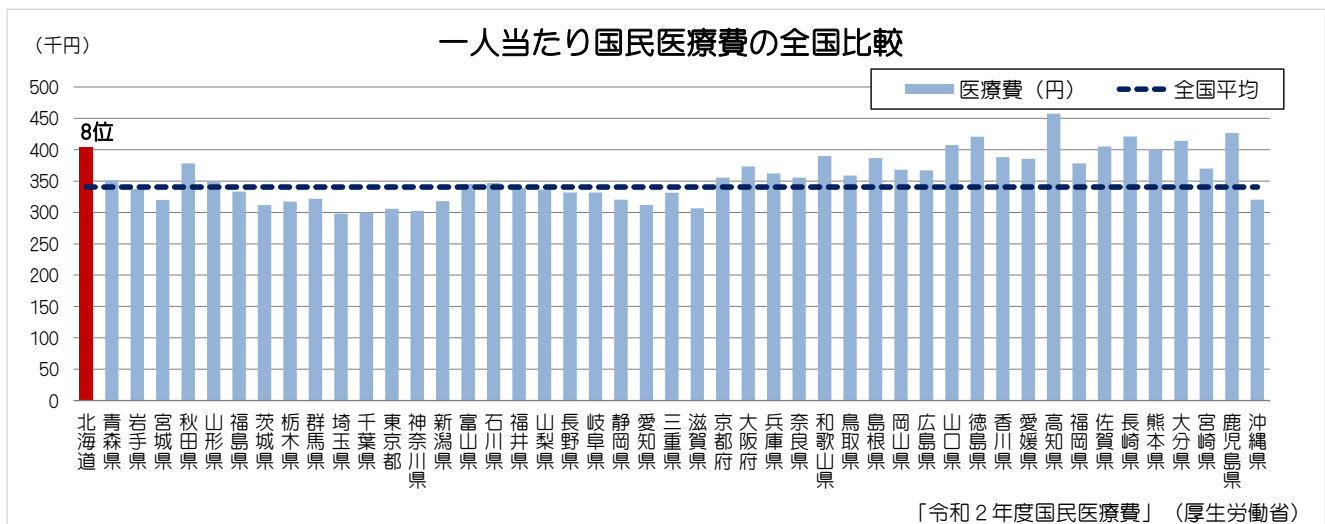
「国民医療費」(厚生労働省)
「後期高齢者医療事業状況報告」(厚生労働省)

また、令和2年度の一人当たり医療費(※8)は、75歳以上の年間90万2千円に対し、75歳未満では年間24万4千円と、約4倍の開きがあります。

全国では、令和2年現在、約1千800万人と推計される75歳以上の人口が12年には約2千300万人に近づくと推計されており、加齢により一人当たりの医療費が高くなるため、それに伴い高齢者の医療費も高い伸びになるものと予想されます。

3 北海道の医療費

本道の令和2年度医療費は約2兆1,098億円と全国6位であり、一人当たり医療費は約40万4千円で、全国8位となっています。



※8 一人当たり医療費：「一日当たりの医療費」と「一件当たりの日数」、「受診率」の3つの積で算出され、これらを「医療費の3要素」といいます。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{一日当たりの医療費} \times \text{一件当たりの日数} \times \text{受診率}$$

なお、「一人当たり医療費」は次の算式でも算出できます。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{一定期間の医療費} \div \text{被保険者数}$$

また、全道の一人当たり医療費については、市町村国保では310,159円、協会けんぽでは128,728円になります。

全疾病の一人当たり医療費については、振興局別では市町村国保の留萌が2,082,882円、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）では檜山が703,218円と高く、市町村国保及び協会けんぽともに十勝が1,387,640円及び515,244円と低くなっています。

主な生活習慣病別では、がん（悪性新生物）の一人当たり医療費は、市町村国保及び協会けんぽともに留萌が高く、十勝が低くなっており、両保険者とも留萌は十勝の約1.5倍となっています。

生活習慣病の基礎疾患である糖尿病においては、市町村国保では空知、協会けんぽでは留萌が高く、両保険者で十勝が低くなっており、市町村国保の空知、協会けんぽの留萌はそれぞれ十勝の約1.5倍となっています。高血圧症疾患では両保険者とも檜山が高く、市町村国保では根室が低く、協会けんぽでは石狩が低くなっており、両保険者の檜山は市町村国保の根室、協会けんぽの石狩のそれぞれ約1.6倍となっています。

虚血性心疾患では、市町村国保、協会けんぽとも留萌が高く、両保険者とも十勝が低くなっており、市町村国保の留萌は十勝の1.5倍、協会けんぽの留萌は十勝の1.8倍となっています。

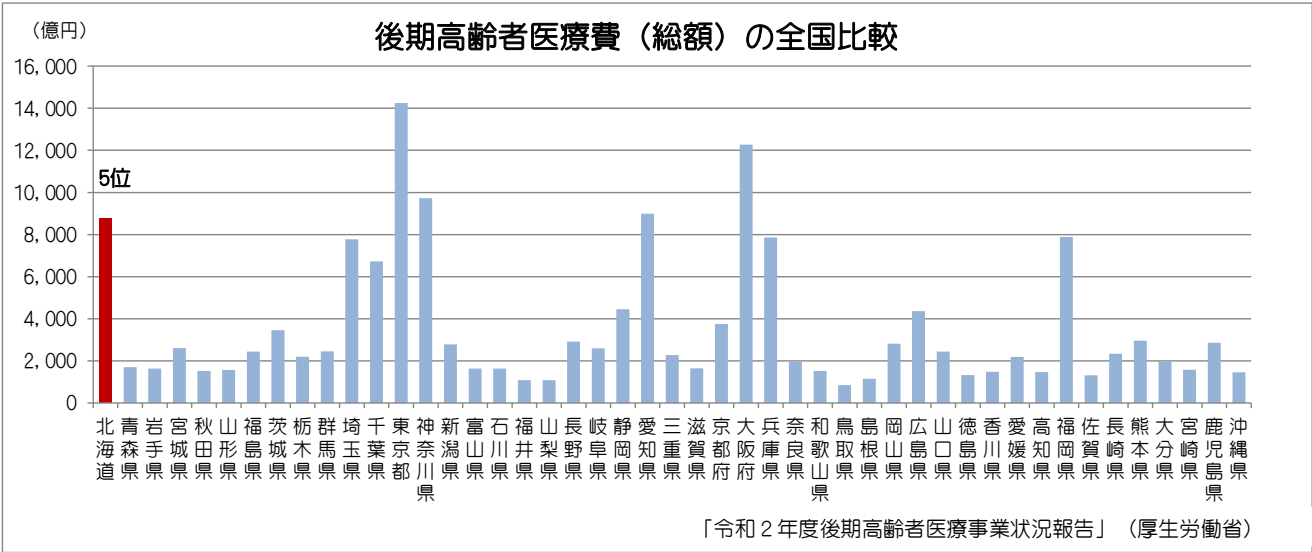
脳血管疾患では、市町村国保の檜山、協会けんぽの留萌が高く、両保険者とも十勝が低くなっており、市町村国保の檜山は十勝の1.7倍、協会けんぽの留萌は十勝の2.1倍となっています。

（全疾病の一人当たり医療費は、各レセプト上の疾病名ごとにそれぞれ当該レセプトの総医療費を計上のうえ算出した疾病別の一人当たり医療費の合計としているため、一人当たり国民医療費とは相違します。）

*「健康・医療情報データベース（令和2年度）」（北海道国民健康保険団体連合会（以下「北海道国保連合会」という。）提供）

4 北海道の高齢者の医療費

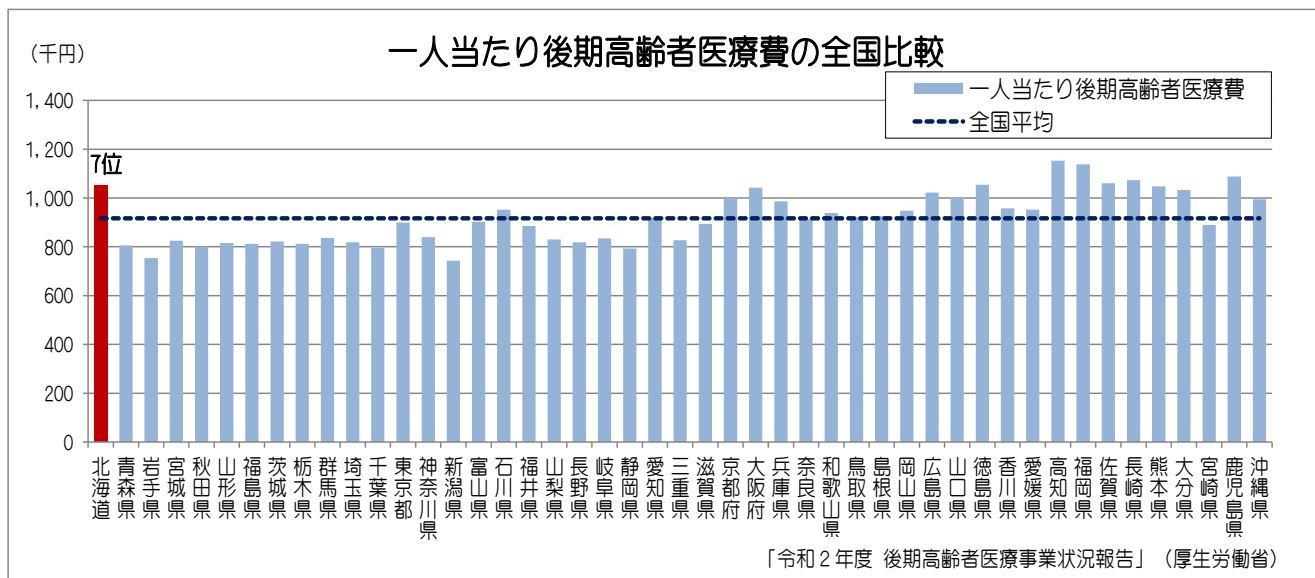
本道の令和2年度の後期高齢者医療費は約8,769億円で、全国5位となっており、本道の医療費の約41.6%を占め、全国平均である38.6%を上回っています。



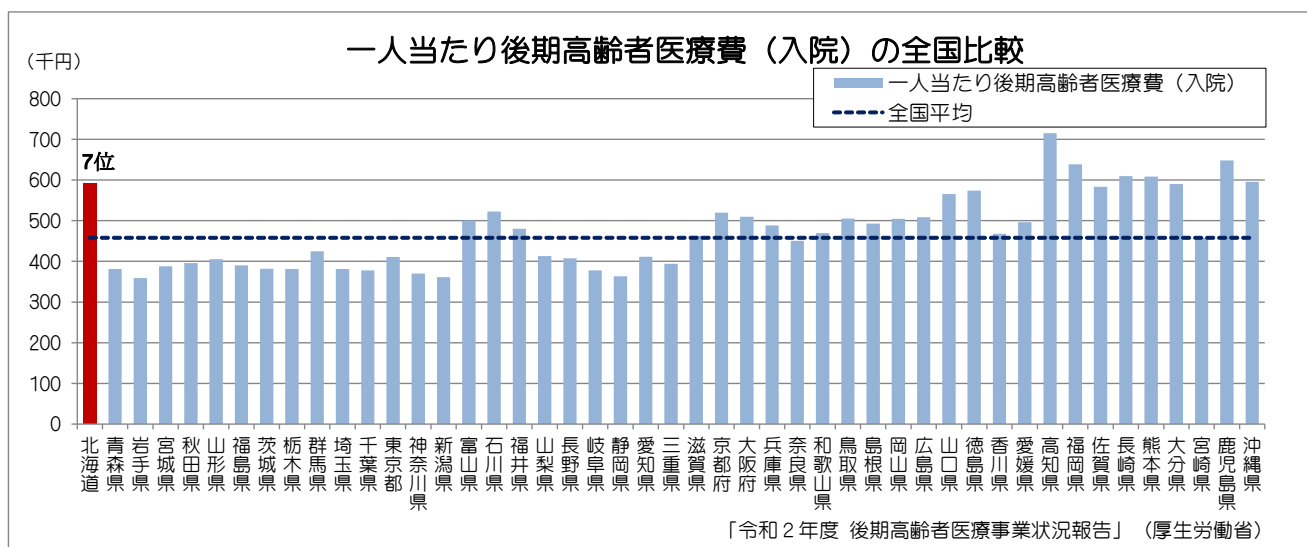
また、令和2年度の後期高齢者医療費のうち、診療費は約7,034億円で、医療費総額と同様に全国5位となっており、入院診療費は全国3位、入院外診療費は全国7位、歯科診療費は全国9位となっています。

令和2年度の一人当たり後期高齢者医療費は、新潟県が年額約74万円で全国で一番低く、全国で一番高い高知県の年額約115万円と比較して、およそ1.6倍の差があり、本道も約105万円と全国で7番目になっており、全国平均である約92万円を約13万円上回っています。

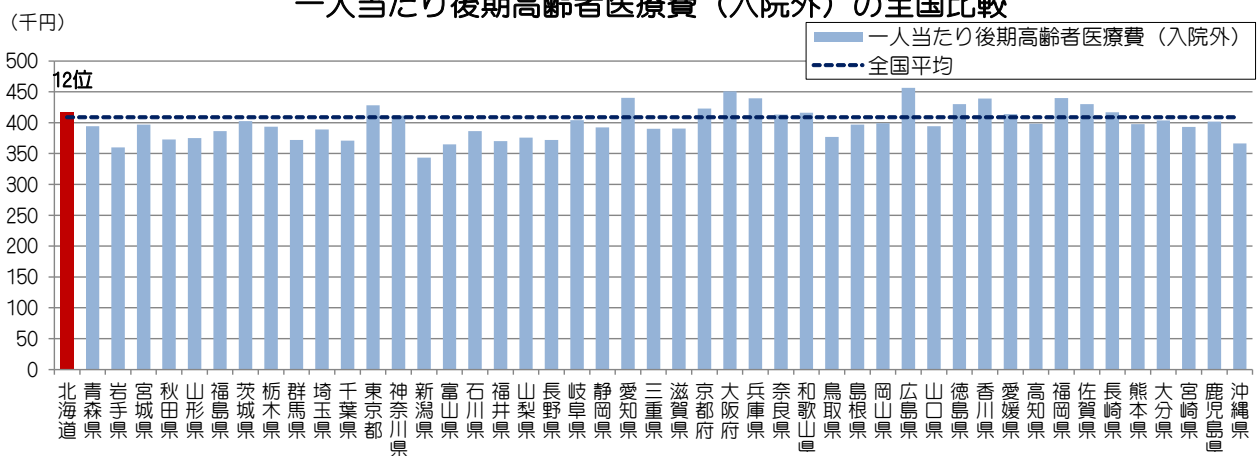
なお、本道の一人当たり後期高齢者医療費は、ここ数年はほぼ横ばいで推移しています。



診療種類別にみますと、一人当たり入院医療費(食事療養費を含む)は全国7位、入院外医療費(調剤費を含む)は全国12位と全国平均を上回っていますが、歯科医療費は全国19位と全国平均を下回っており、本道の一人当たり後期高齢者医療費が全国平均を上回る要因は、入院医療費の影響が大きいものと考えられます。

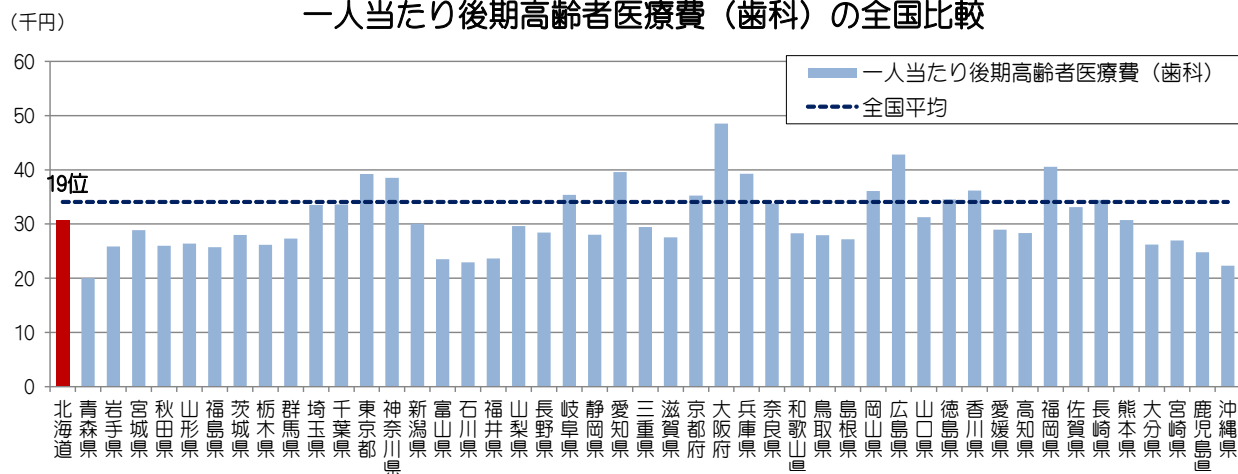


一人当たり後期高齢者医療費（入院外）の全国比較



「令和2年度 後期高齢者医療事業状況報告」(厚生労働省)

一人当たり後期高齢者医療費（歯科）の全国比較



「令和2年度 後期高齢者医療事業状況報告」(厚生労働省)

第3節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況

1 全国及び北海道の状況

全国では、高齢化の急速な進行に伴い、生活習慣病が増加しており、がん(悪性新生物)と糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の主な生活習慣病5疾患が疾病全体に占める割合が、死亡原因で約40.2%、医療費で約30.8%となっています。

*「令和3年人口動態調査」「令和2年度国民医療費の概況」(厚生労働省)

また、本道においても、上記の5疾患が死亡原因で約41.9%、国保医療費で約33.3%を占めており、全国と同様の傾向を示しています。

*「令和3年人口動態調査」(厚生労働省)「令和2年度KDB(疾病別医療費分析)」

生活習慣病の中でも、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の有病者が特に増加しており、それらは虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症の重要な危険因子でもあります。また、生活習慣病発症前の段階であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)(※9)の該当者とその予備群を合わせた割合は、厚生労働省が行った調査で20歳以上の対象者のうち、男女とも40歳以上で全国的に高く、男性では約2人に1人、女性では約5人に1人の割合に達すると推定されます。

特に糖尿病については、継続的に治療を受けている患者が約579万人おり、また、新規の人工透析導入患者は約4万1千人で、このうち原疾患が糖尿病性腎症である者が40.2%と最も多くなっています。なお、慢性透析患者数は約35万人となっています。

医療費をみると、医科診療医療費約31兆円のうち、糖尿病による医療費は約1.2兆円を占めており、人工透析にかかる医療費も大きな額となっています。

*「令和2年患者調査」(厚生労働省)、「令和2年度国民医療費の概況」(厚生労働省)、「令和元年国民健康・栄養調査」

*人工透析新規導入患者数、原疾患割合、慢性透析患者数：「図説わが国の慢性透析療法の現況(2021年末)」(一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会)

本道における40～74歳のメタボリックシンドロームの該当者は、特定健康診査の受診結果から推計すると、約45万人(男性約34万人、女性約11万人)、その予備群は約30万人(男性約22万人、女性約8万人)で、合わせて約75万人となり、男性では2.3人に1人、女性では8人に1人の割合に達すると推計されます。

医療費適正化に向けた取組においては、こうした糖尿病や高血圧症脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質を維持していくことが重要です。

また、生活習慣病の中でがんも大きなウエイトを占めています。

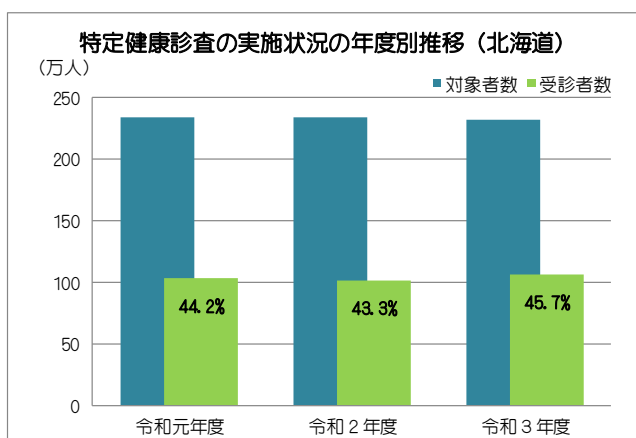
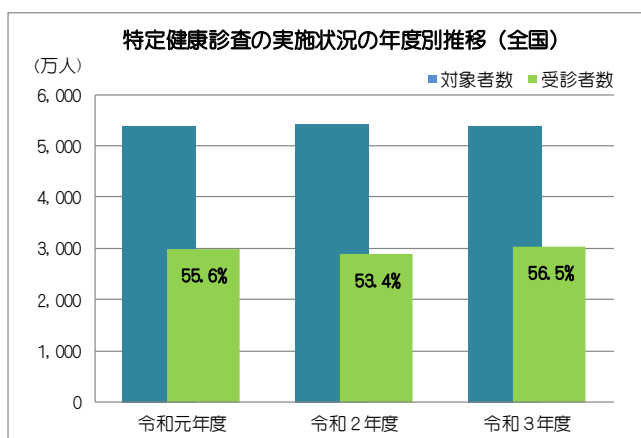
道は、「北海道がん対策推進条例」の基本理念に沿いながら、「北海道がん対策推進計画」に基づき、がん対策を総合的に進めています。

※9 メタボリックシンドローム：内臓脂肪症候群ともいいます。該当者は、内臓脂肪の蓄積(主に腹囲により測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖について、リスクがあるとされる基準のうち2つ以上に該当する方、予備群は、内臓脂肪の蓄積に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち1つに該当する方をいいます。

(1) 特定健康診査の実施状況

特定健康診査の実施率は、実施初年度である平成20年度以降、令和2年度を除き伸びており、令和3年度の全国における実施率は、56.5%となっており、保険者別にみると、市町村国保が36.4%、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）が55.9%、これら以外（健康保険組合や共済組合など）の保険者が87.8%となっており、会社員や公務員等が加入し、事業主健診が義務づけられている被用者保険で実施率が高い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では45.7%と全国で最も低い実施率となっており、その要因としては、特定健康診査に対する道民の理解不足、制度の周知や未受診者への受診勧奨の取組が未だ十分ではないことに加え、通院中の被保険者においては、医療機関に通院している安心感から、特定健診の受診をしない傾向にある点などが考えられます。また、保険者別では、全国と同様、市町村国保が27.9%で最も低い実施率となっています。

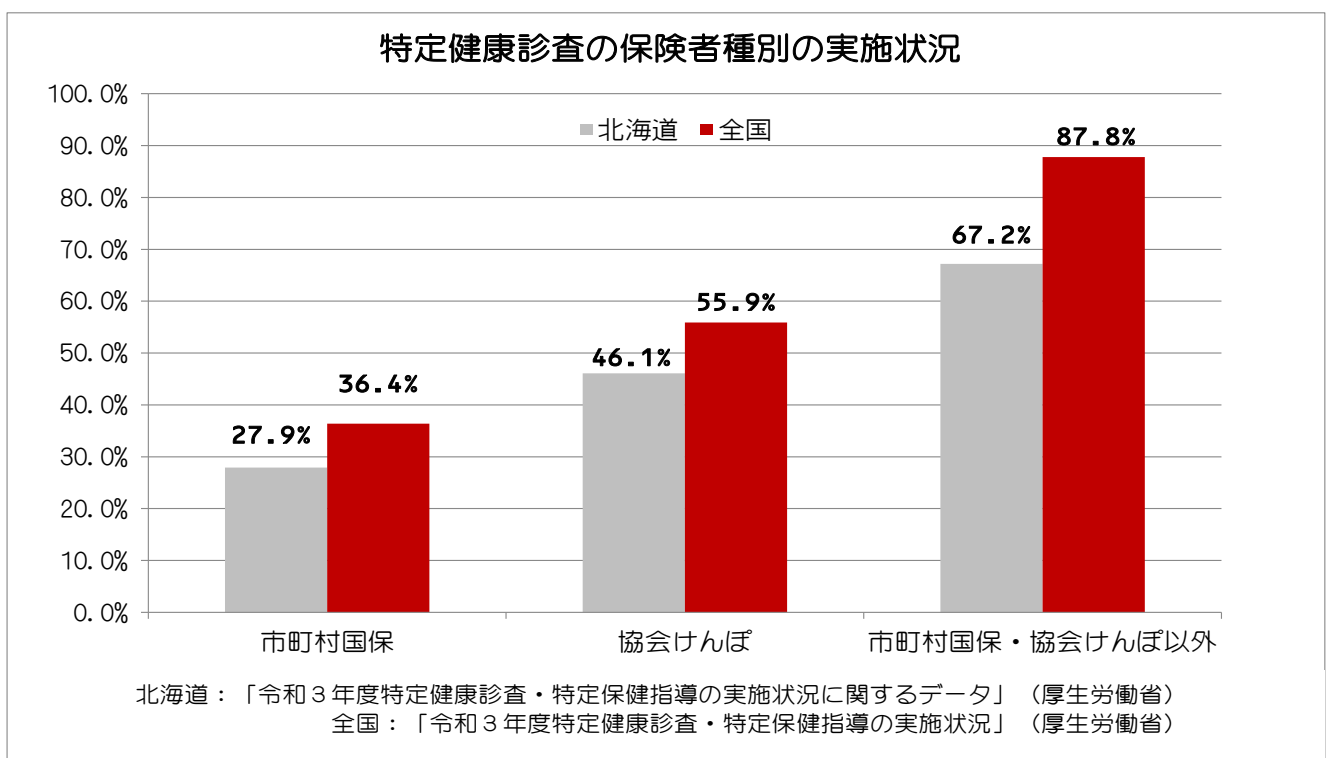
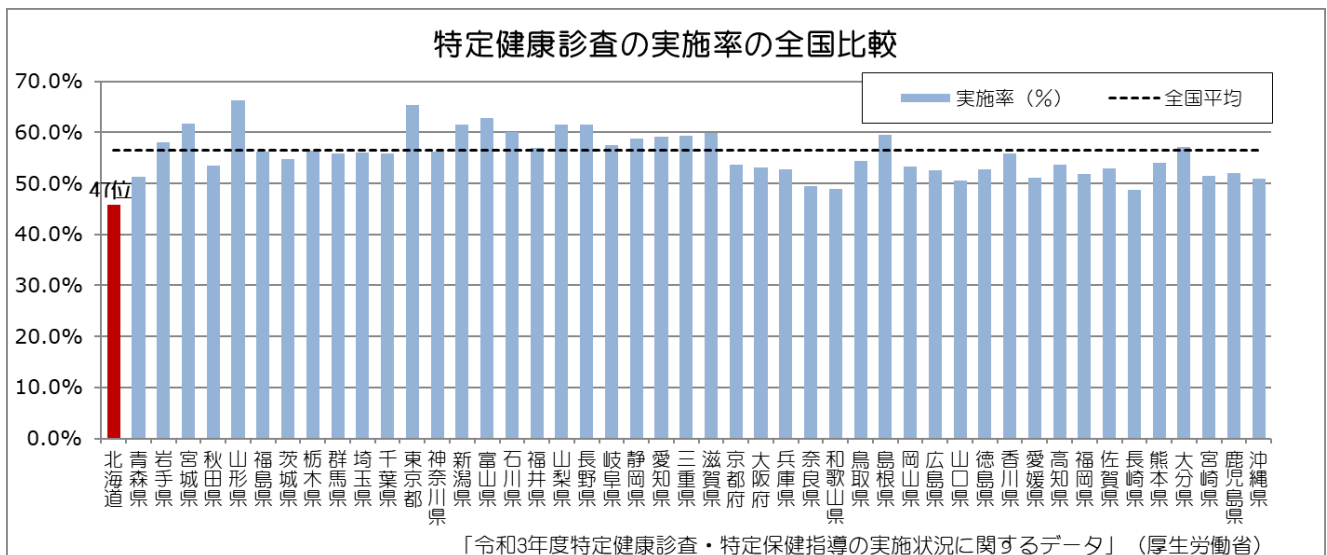


北海道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）
 全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

特定健康診査の実施状況

区 分	特定健康診査 対象者数(推計値)	特定健康診査 受診者数	実施率 (推計値)
北海道	2,319,702人	1,060,795人	45.7%
全 国	53,801,976人	30,389,789人	56.5%

北海道：「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）
 全国：「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）



道内の市町村国保の特定健康診査の実施率については、令和3年度では、上位12位までが60%を超えており、地域別に見ると上川や空知、十勝管内の町村部など、主に農業を中心とした地域の実施率が高い一方、都市部における実施率が低くなっており、地域において実施率に差があります。

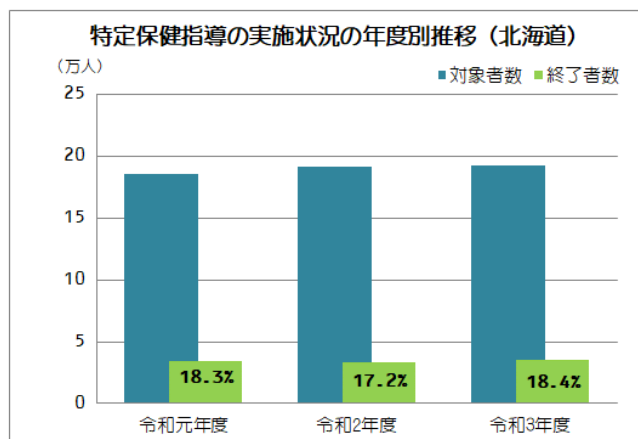
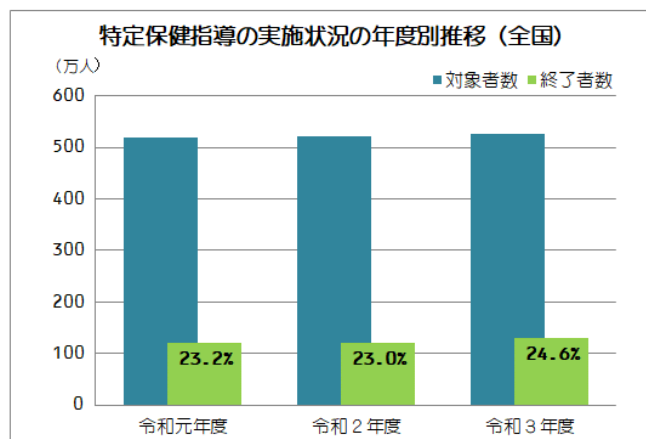
また、令和3年度と元年度を比較すると、2町村（島牧村、初山別村）で実施率が10ポイント以上伸びており、そのうち島牧村では20ポイント近く伸びています。

* 「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（厚生労働省）

(2) 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の実施率は、特定健康診査と同様に、平成20年度以降令和2年を除き伸びており、令和3年度の全国における実施率は24.6%となっており、保険者別にみると、市町村国保が27.9%で最も高く、協会けんぽの16.5%、これら以外の保険者で30.4%など被用者保険で低い傾向にあります。

本道も同様に実施率は伸びているものの、全体では18.4%と全国で最も低くなっており、道民の特定保健指導に対する理解不足、制度の周知や未利用者への勧奨の取組が未だ十分でない点などが要因と考えられます。また、保険者別では、市町村国保が33.4%で最も高く、協会けんぽの7.4%など、全国と同様に被用者保険で低い傾向となっています。

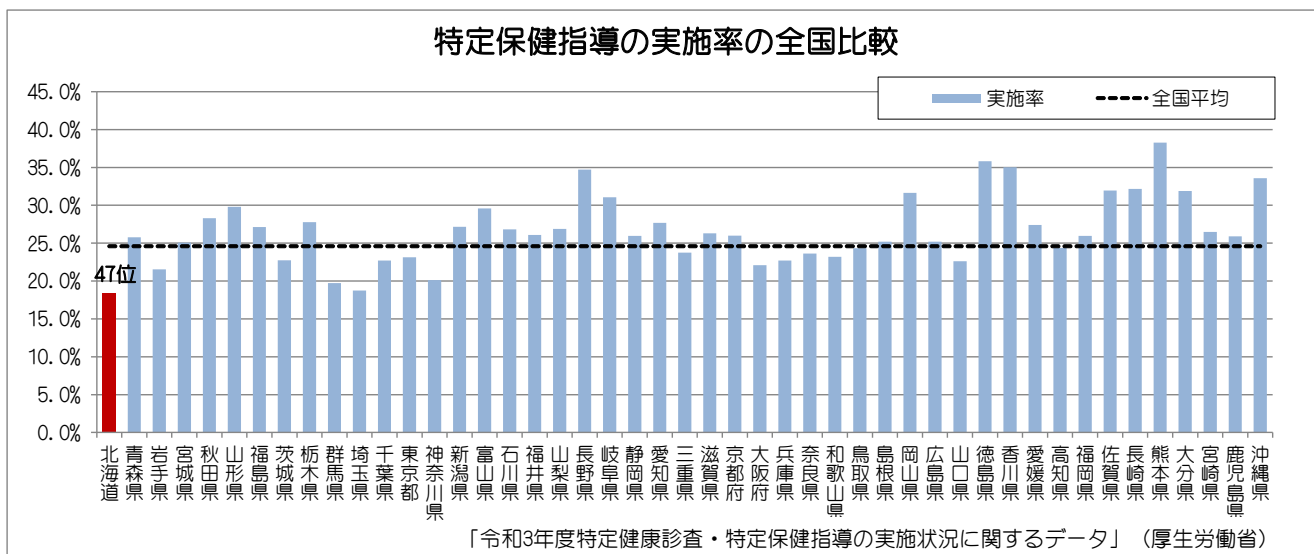


北海道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）
 全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

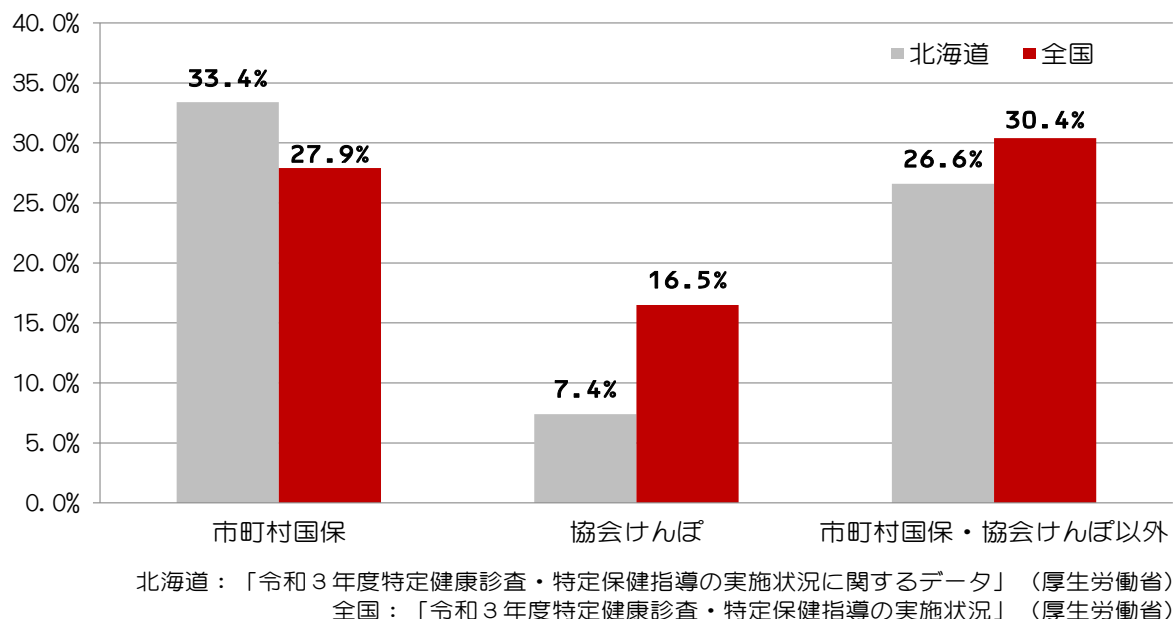
特定保健指導の実施状況

区 分	特定保健指導 対象者数	特定保健指導 受診者数	実施率
北海道	192,165人	35,377人	18.4%
全 国	5,262,265人	1,294,289人	24.6%

北海道：「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）
 全国：「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）



特定保健指導の保険者種別の実施状況



道内の市町村国保の特定保健指導について、実施率を地域別にみると、令和3年度では、4町村（上砂川町、神恵内村、増毛町、遠軽町）で90%を超えて高くなっており、そのあとに上川管内などの市町村が80%台で続いている一方で、都市部における実施率が低くなっており、地域によって0%から100%まで実施率に非常に大きな差があります。

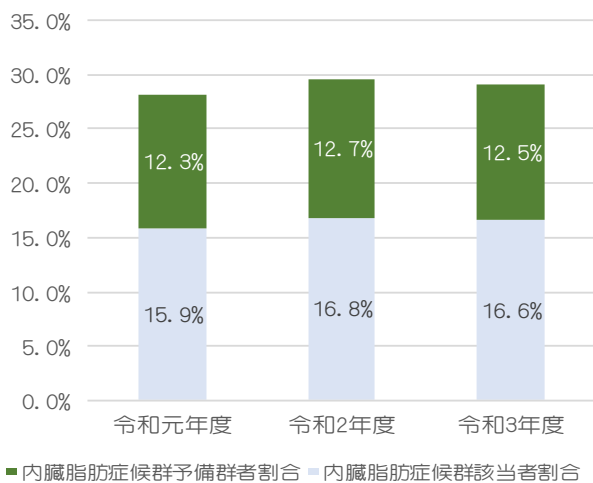
*「令和3年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（厚生労働省）

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

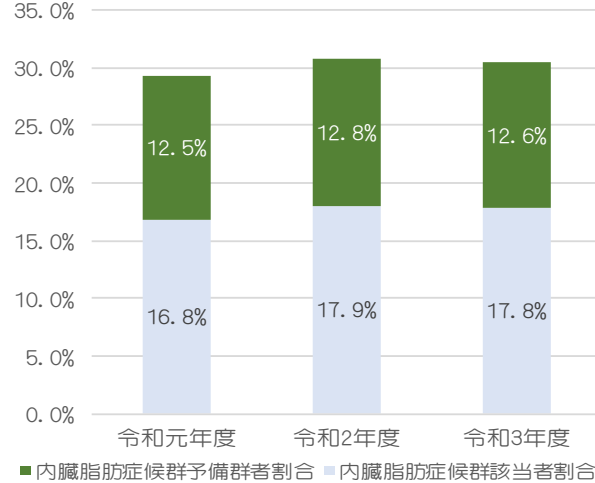
令和3年度の全国における特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）は約879万人で、受診者の29.1%を占めており、また、本道では、約32万3千人で受診者の30.4%となっています。

なお、令和3年度における20年度対比でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、全国で13.8%、本道で16.7%となっており、本道では、保健指導などの取組を引き続き推進する必要があると考えられます。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群割合の年度別推移（全国）



メタボリックシンドロームの該当者及び予備群割合の年度別推移（全道）



全道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）
 全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

令和3年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

区分	特定健康診査 受診者数	メタボリック シンドロームの 該当者数	該当者 割合	メタボリック シンドロームの 予備群者数	予備群 者割合	メタボリックシンドローム の該当者数と 予備群者数の計	該当者と 予備群者 の計の割合
北海道	1,060,795	188,649	17.8%	134,048	12.6%	322,697	30.4%
全国	30,240,302	5,017,557	16.6%	3,768,848	12.5%	8,786,405	29.1%

全道：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

全国：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

2 受療動向

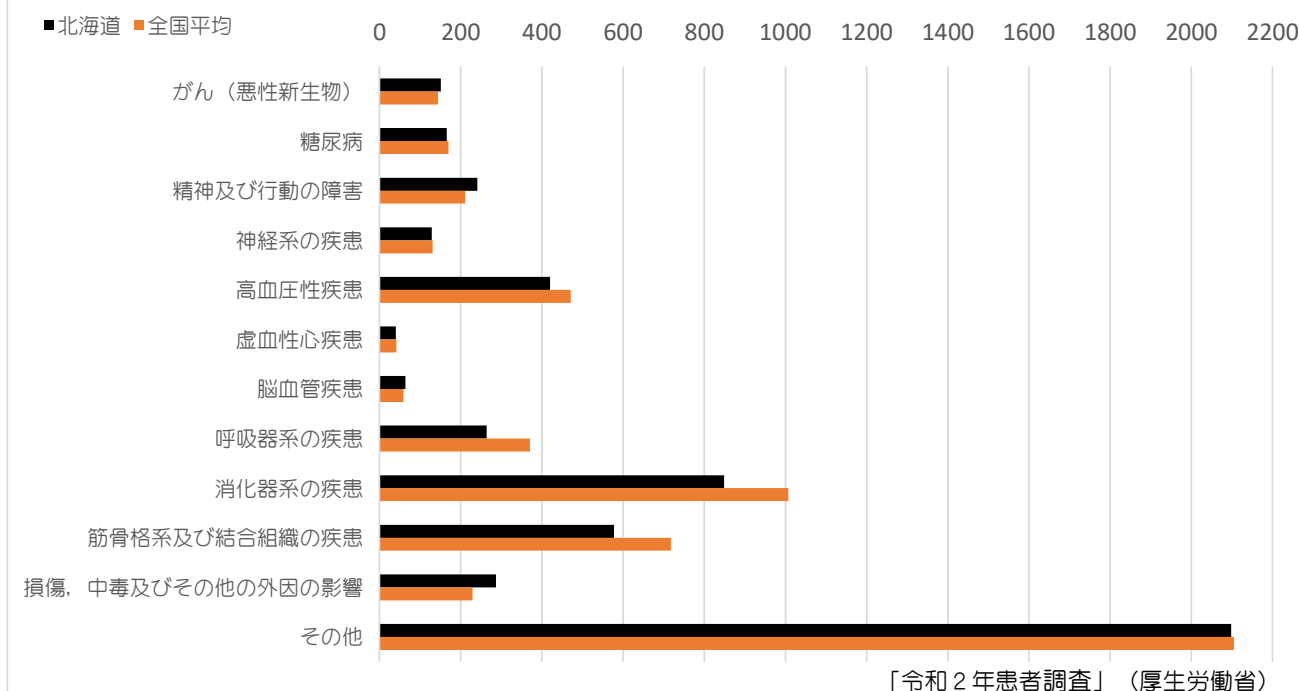
生活習慣病に分類される主な疾病ごとの本道の10万人当たり受療率（※10）をみると、外来受療率は、がん（悪性新生物）は全国144人に対して本道は151人、脳血管疾患は全国59人に対して本道は64人と全国を上回っているものの、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患は全国を下回っています。

一方、入院受療率は、がんが全国89人に対して本道は122人、糖尿病が全国12人に対して本道は20人、高血圧性疾患が全国4人に対して本道は9人、虚血性心疾患が全国9人に対して本道は12人、脳血管疾患が全国98人に対して本道は164人と、いずれも全国の受療率を上回り、脳血管疾患は3位となっています。

※10 受療率：厚生労働省が毎年公表している「患者調査」で、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、または往診を受けた患者数を推計し、人口10万人との比率を「受療率」と定義しています。

$$\text{受療率} = \frac{\text{1日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口} \times 100,000}$$

北海道の人口10万人あたりの傷分類別外来受療率



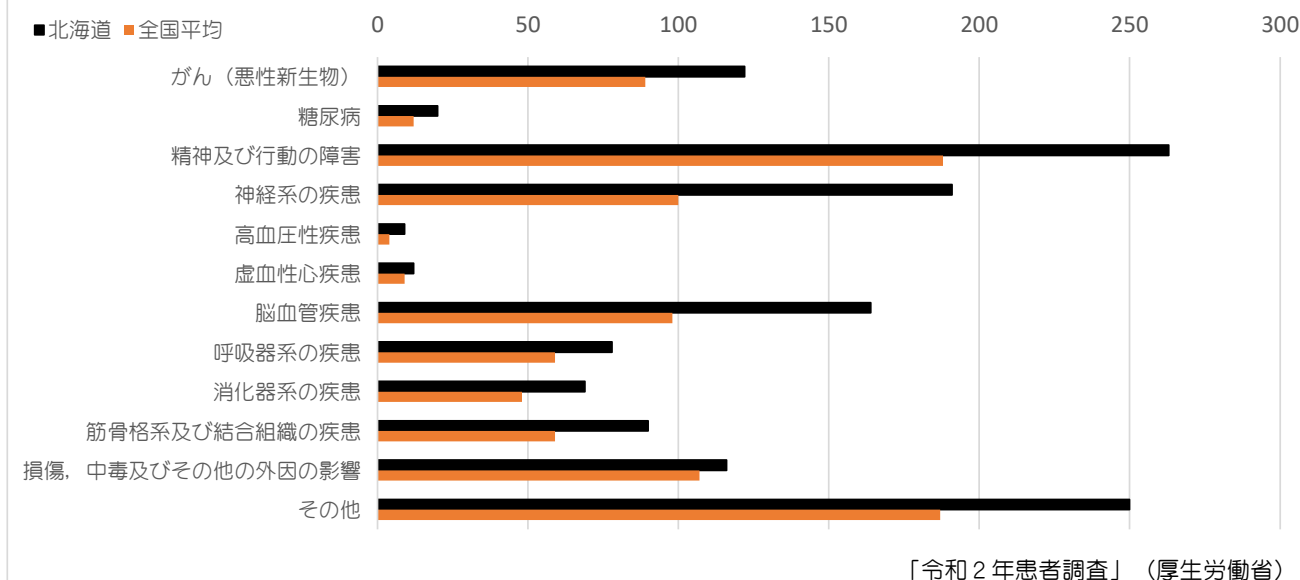
生活習慣病の外来受療率（人口10万人対）

（単位：人）

区分	全体	がん	糖尿病	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
北海道	5,287	151	166	420	40	64
全国順位	1	1	41	1	45	49
全国	5,658	144	170	471	42	59

「令和2年患者調査」（厚生労働省）

北海道の人口10万人あたりの傷分類別入院受療率



生活習慣病の入院受療率（人口10万人対）

（単位：人）

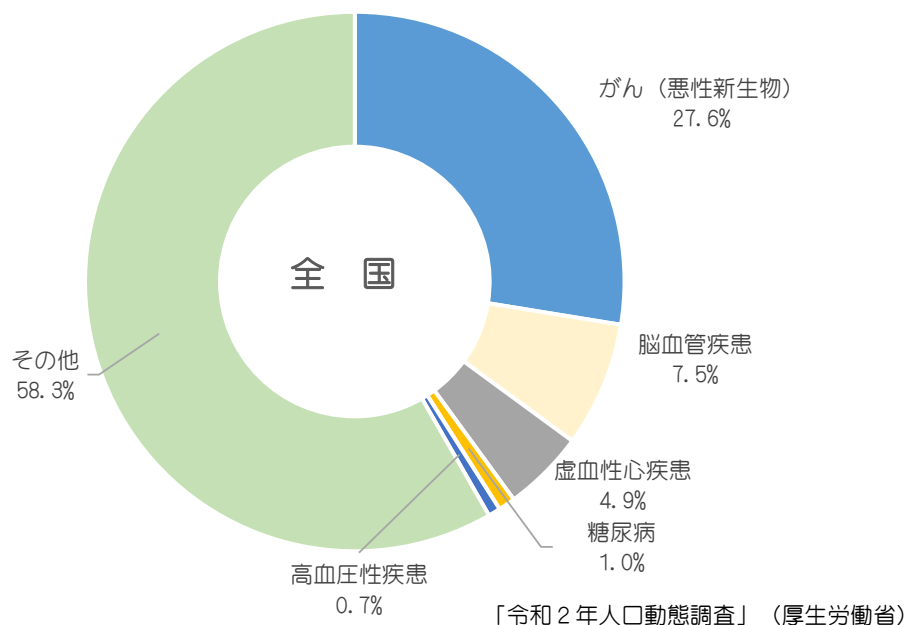
区分	全体	がん	糖尿病	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
北海道	1,384	122	20	9	12	164
全国順位	9	6	6	6	9	3
全国	960	89	12	4	9	98

「令和2年患者調査」（厚生労働省）

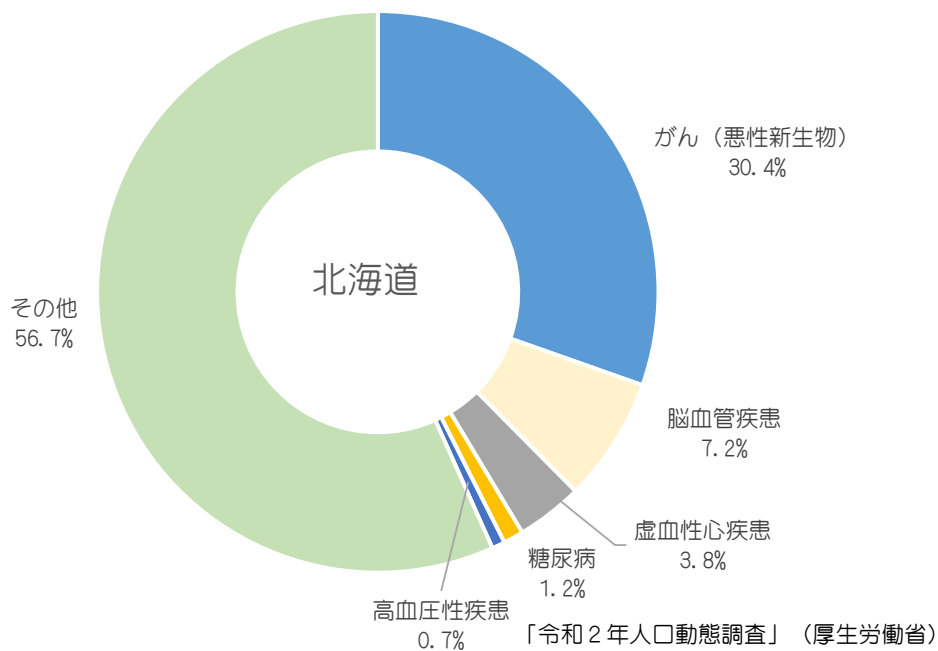
3 死亡率

全国の死因別死亡割合のうち、主な生活習慣病では、1位ががん（悪性新生物）（27.6％）、2位が脳血管疾患（7.5％）、3位が虚血性心疾患（4.9％）となっており、本道でも、1位ががん（30.4％）、2位が脳血管疾患（7.2％）、3位が虚血性心疾患（3.8％）と、同様の傾向を示しています。

死因別死亡割合（全国）



死因別死亡割合（北海道）



生活習慣病について、「本道の主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口10万対）」（※11）をみると、がん、糖尿病及び高血圧疾患は男女ともに全国を上回っており、虚血性心疾患は男女ともに全国を下回り、脳血管疾患は男性が全国を下回り、女性は全国よりわずかに上回っています。

生活習慣病の主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口10万対）												
区分	全体		がん		糖尿病		高血圧性疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	1, 347.9	744.9	440.7	228.0	16.0	8.6	8.6	6.0	84.8	24.6	88.9	56.6
全国順位	(17)	(14)	(3)	(1)	(14)	(7)	(13)	(18)	(34)	(27)	(31)	(24)
全 国	1, 328.7	722.1	394.7	196.4	13.9	6.9	8.2	5.7	105.5	44.2	93.8	56.4

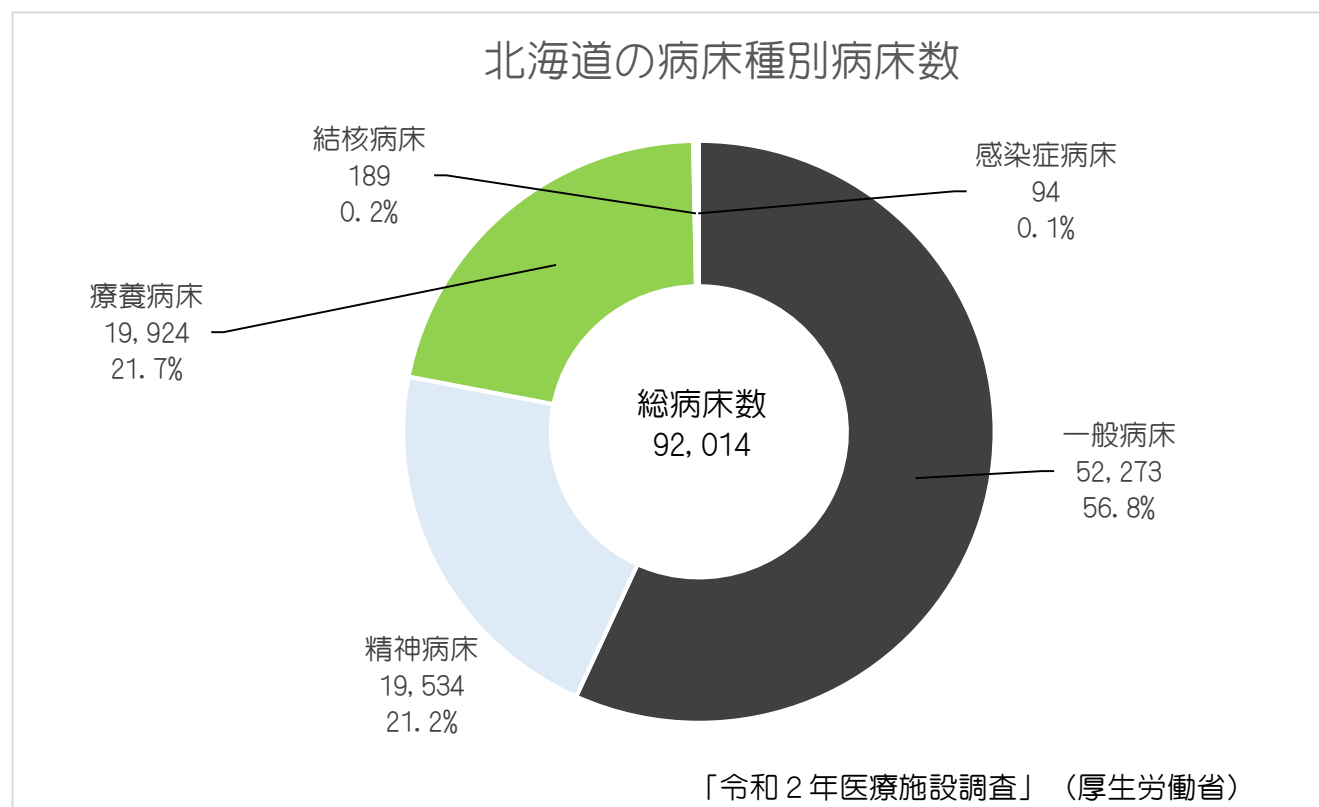
「令和２年人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

「令和2年人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

※11 年齢調整死亡率：死亡率は高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡の状況の比較ができるように年齢構成を調整したものを年齢調整死亡率といいます。

第4節 病床数の状況

広大な面積の中で人口が分散している本道において、総病床数は約9万2千床となっており、これを病床種類別にみますと、一般病床（※12）が5万2千床、精神病床が2万床、療養病床（※12）が2万床などとなっています。



人口千人当たりの病床数を第二次医療圏（※13）別にみますと、一般病床数は、最も少ない根室が5.7床で、最も多い北渡島檜山の13.3床とは、約2倍の差があります。また、療養病床では、同じく根室が最も少なく0.8床、北空知が最も多く13.3床と約17倍の差があります。

* 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）、「住民基本台帳」（道総合政策部）

※12 一般病床、療養病床：一般病床は、療養病床と精神病床、結核病床、感染症病床を除く病床のことをいいます。療養病床は、一般病床と精神病床、結核病床、感染症病床を除く病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床のことをいいます。なお、精神病床も実態として長期の入院が多くなっていますが、定義としては精神疾患を有する者を入院させるための病床のことをいいます。

※13 第二次医療圏：医療圏とは、地域の医療需要に対応して、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的な単位のこと、で、「北海道医療計画」で定められています。第一次医療圏は各市町村単位の179圏域、第二次医療圏は21圏域、第三次医療圏は6圏域となっています。

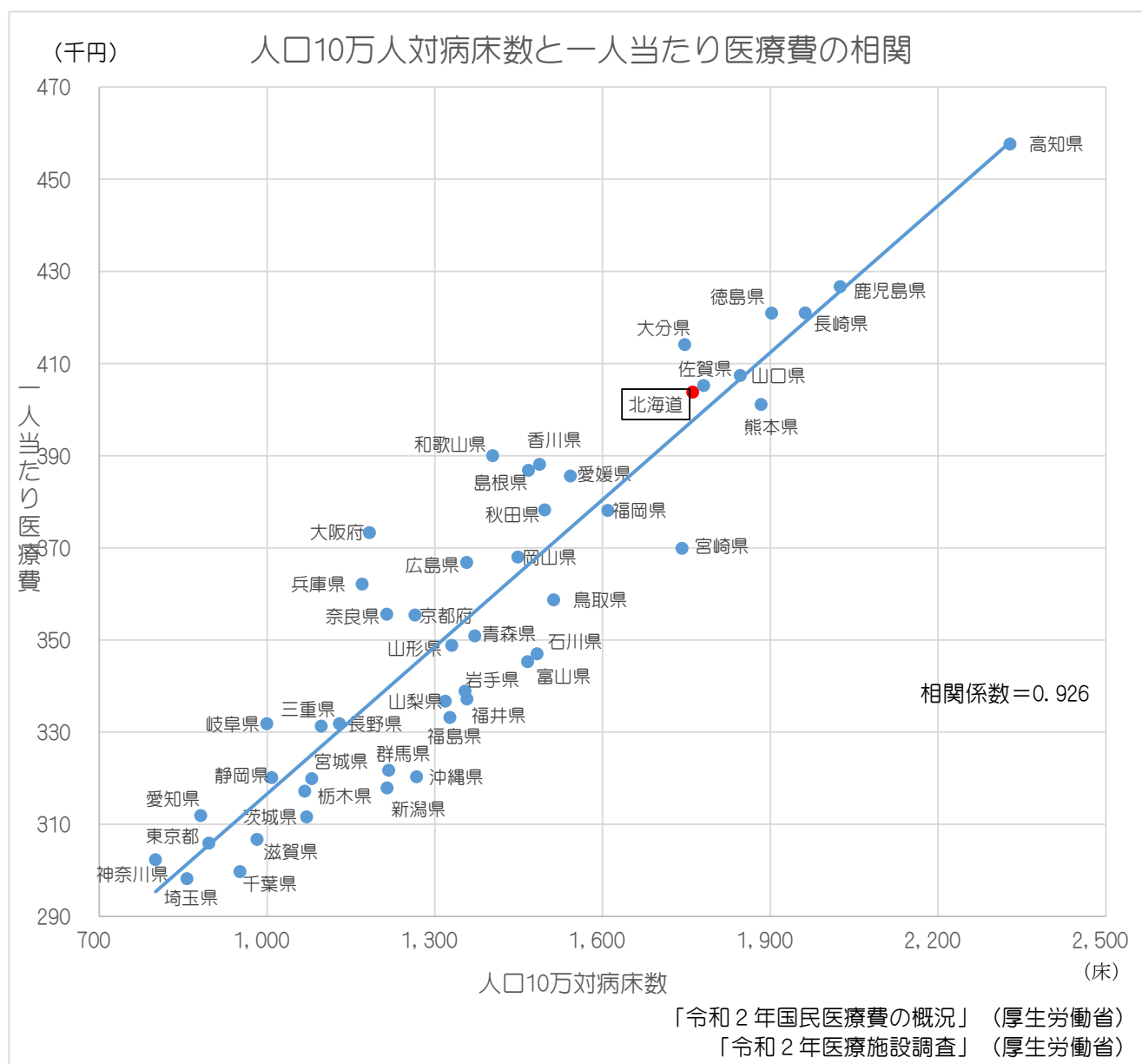
また、本道の人口10万人当たり（10万対）病床数（病院）の推移をみますと、療養病床の再編により療養病床数が減少していることに伴い、総病床数も減少傾向にあります。

北海道における人口10万対病床数（病院）の推移

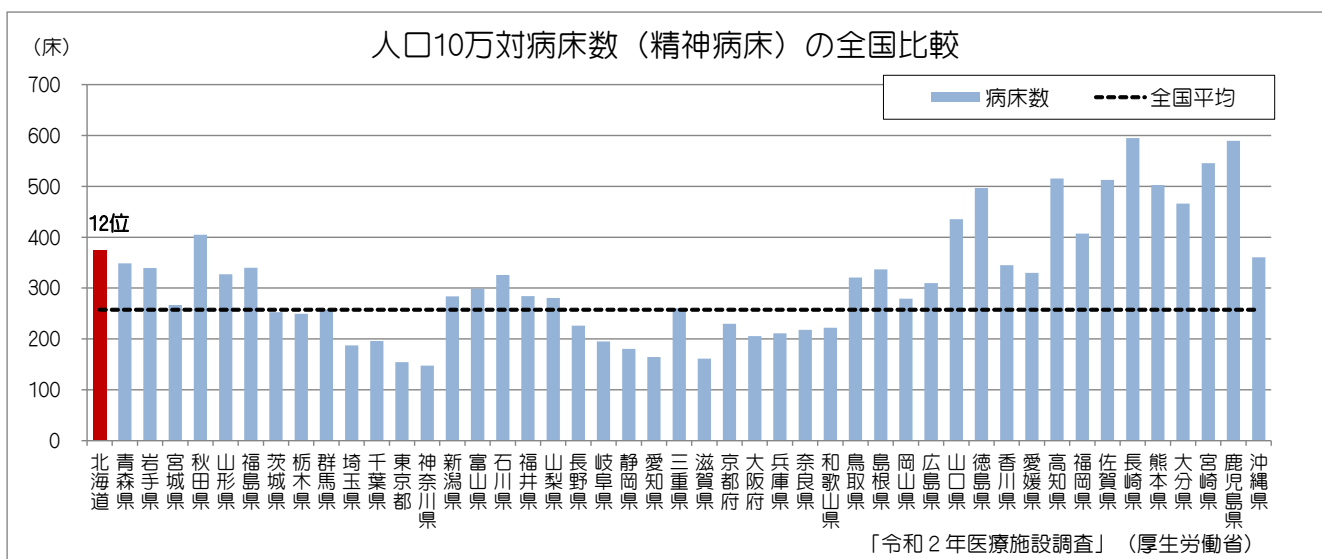
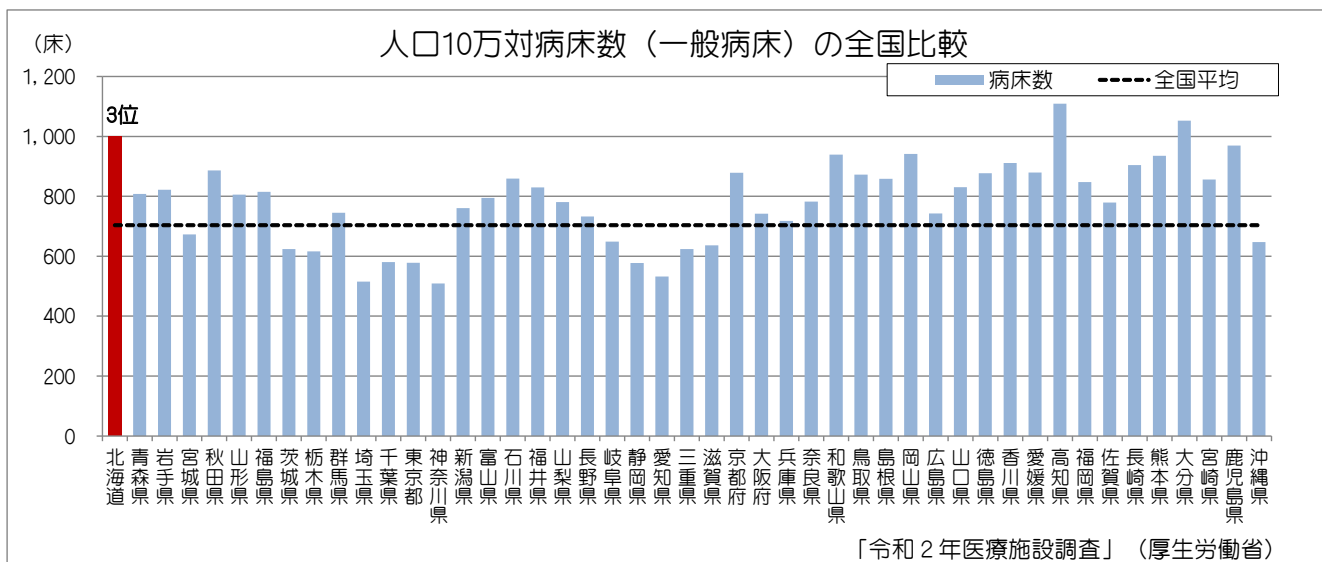
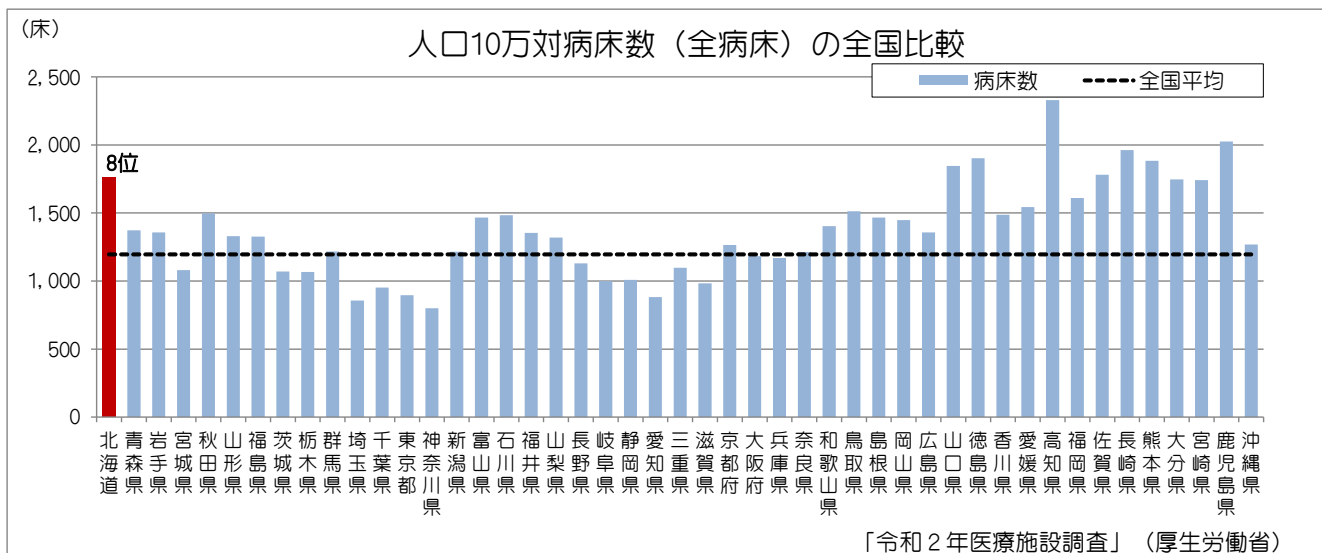
年次	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
全病床	1,792	1,788	1,779	1,782	1,777	1,776	1,775	1,761
一般病床	985	984	981	985	990	992	997	1,001
精神病床	381	379	377	376	375	376	374	374
療養病床	420	419	416	415	406	403	398	381

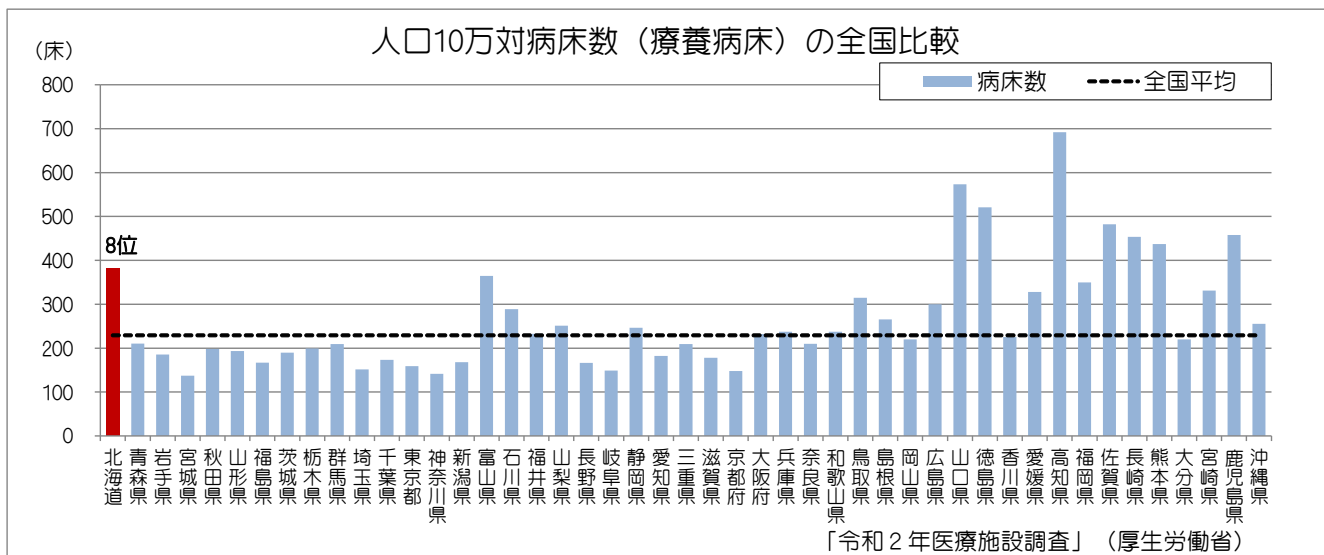
「医療施設調査」（厚生労働省）

一人当たり医療費と人口10万人当たり病床数の関係をみますと、正の相関関係があり、病床数が多いほど一人当たりの医療費も高くなる傾向がみられます。



令和2年における人口10万人当たり病床数をみますと、本道は、全病床数で全国8位、一般病床数で3位、療養病床数で8位と、全国平均よりも多くなっています。





第5節 平均在院日数（※14）の状況

令和2年の平均在院日数の状況をみますと、全国では全病床で28.3日（介護療養病床を除くと27.9日）なのに対し、本道では32.3日（介護療養病床を除くと31.8日）と全国で10番目、最も短い東京都の22.9日と比べて9.4日長くなっています。病床の種別ごとでは、精神病床は、全国で277日、本道では274.8日、療養病床は、全国で135.5日、本道では192.7日、一般病床は、全国で16.5日、本道では17.8日などとなっています。

全国では、介護療養病床を除いて、平均在院日数は短縮傾向にあり、本道でも、全国と同様の傾向にあります。全国と比較すると、特に、療養病床と介護療養病床で平均在院日数が長くなっています。

平均在院日数と病床数には正の相関関係があり、人口10万人当たりの病床数が多いと平均在院日数が長くなる傾向がみられます。

なお、高齢化のますますの進行に伴い、患者の健康増進や疾病対策、在宅医療の取組など、医療と介護の両面から適正な在院日数を考えていく必要があります。

平均在院日数の状況

（単位：日）

年次	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
全病床	36.9 (34.7)	35.9 (33.8)	35.2 (33.3)	34.1 (32.5)	32.8 (31.4)	32.1 (30.9)	31.6 (30.6)	31.1 (30.3)	30.6 (29.9)	32.3 (31.8)
道	32.0 (30.4)	31.2 (29.7)	30.6 (29.2)	29.9 (28.6)	29.1 (27.9)	28.5 (27.5)	28.2 (27.2)	27.8 (27.0)	27.3 (26.7)	28.3 (27.9)
全国	288.8 298.1	279.2 291.9	271.2 284.7	266.9 281.2	261.3 274.7	261.0 269.9	258.6 267.7	258.9 265.8	259.8 265.8	274.8 277.0
精神病床	6.2 10.0	2.3 8.5	3.0 9.6	10.0 8.9	5.0 8.2	3.0 7.8	2.3 8.0	24.0 8.3	12.0 8.5	11.2 9.8
感染症 病床	67.4 71.0	69.0 70.7	67.7 68.8	67.8 66.7	61.8 67.3	56.3 66.3	49.6 66.5	57.8 65.6	56.4 64.6	48.9 57.2
結核病床	237.5 175.1	239.1 171.8	237.7 168.3	233.3 164.6	223.3 158.2	215.6 152.2	202.6 146.3	192.7 141.5	188.8 135.9	192.7 135.5
療養病床	19.7 17.0	19.2 17.5	19.0 17.2	18.4 16.8	17.8 16.5	17.5 16.2	17.5 16.2	17.3 16.1	17.1 16.0	17.8 16.5
一般病床	424.1 311.2	418.5 307.0	450.6 308.6	455.2 315.5	425.8 315.8	380.0 314.9	352.4 308.9	384.7 311.9	424.9 301.4	387.9 287.7
介護療養 病床										

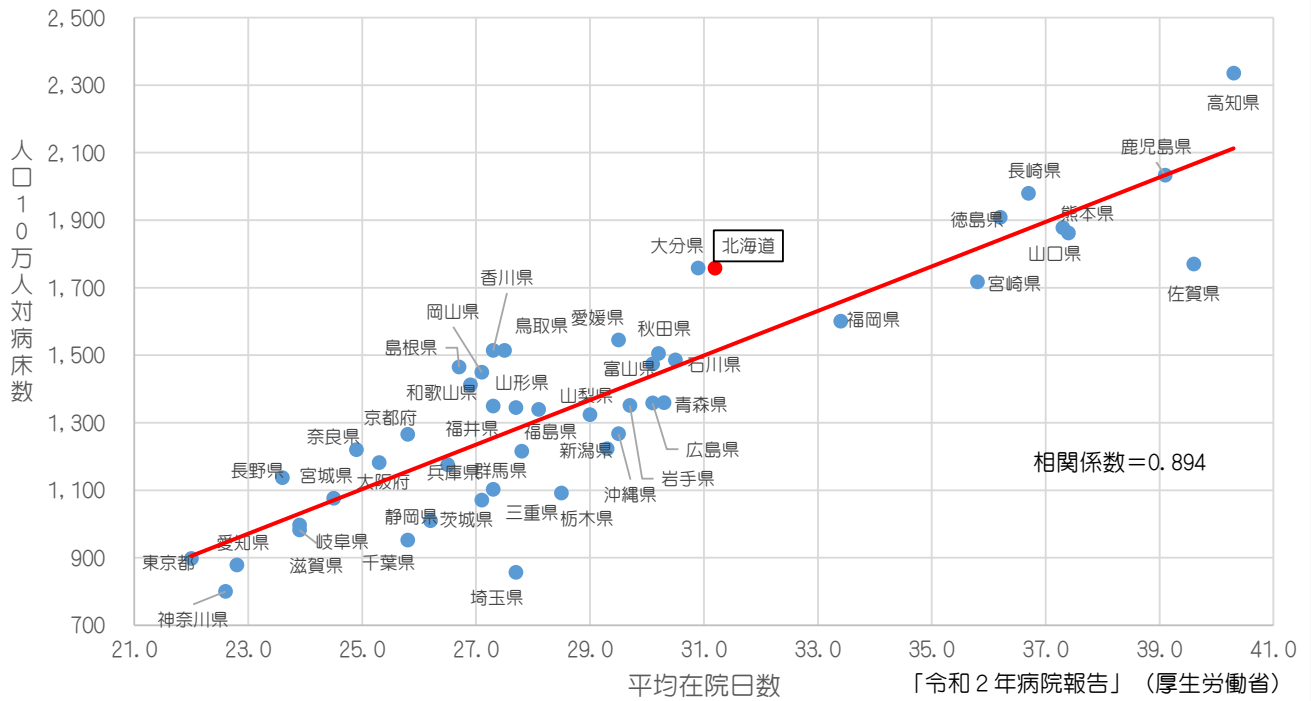
※ 全病床中の（ ）内は、介護療養病床を除いたもの。

「病院報告」（厚生労働省）

※14 平均在院日数：平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

平均在院日数と人口10万人対病床数の相関



第3章 基本理念と目標

第1節 基本理念

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保持しています。今後もこの制度を堅持するとともに、急速な少子高齢化や経済の低成長、道民生活や意識の変化など、医療を取り巻く様々な環境変化に対応しながら、道民生活に直結する医療制度や提供体制を確保していくため、この計画を通じて、医療費適正化を推進することとし、次のとおり基本理念を定めます。

1 生活の質の維持及び向上

医療費適正化のための具体的な取組は、今後の道民の健康と医療のあり方を展望し、道民の生活の質を維持・向上する形で、良質かつ適切な医療を効率的に提供することを目指すものでなければなりません。

道民一人ひとりが全てのライフステージにおいて「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが大切であり、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ことが重要です。

また、病気に対する考え方や死生観を含む価値観が多様化している中で、患者が望む医療は、患者のライフステージや家庭環境などによって異なると考えられます。

医師から適切な情報提供と説明が行われた上で、患者や家族が医療従事者と十分話し合い、最先端の治療を選択するのか、生活の質（QOL：Quality of Life）を保ちながら暮らしていくことを選択するのかなど、病気と上手につき合うことを基本に、患者本人の意志を尊重した医療の提供が行われることが重要です。

2 今後の人口構成の変化への対応

第2章第1節に記載したように、本道の高齢化の推計では、令和2年は高齢者（65歳以上）が約166万人、高齢化率は約31.8%であり、生産年齢人口（15～64歳）1.8人で1人の高齢者を支えていることになります。

将来推計では、今後、急激に高齢化が進行して、令和22年には、生産年齢人口1.3人で1人の高齢者を支えることとなります。特に、75歳以上の後期高齢者は、2年度から17年度の16年間に約85万人から約105万人と、約1.2倍になることが見込まれます。

本道は高齢化率が全国の28.7%に対して32.2%と高く（全国19位）、後期高齢者の一人当たり医療費も全国の約92万円に対して約105万円と（全国7位）なっており、こうした中で、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めしていくため、限りある地域の社会資源を効果的・効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものでなければなりません。

*「令和2年国勢調査」（総務省統計局）、「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）、「令和2年度後期高齢者医療事業年報」（厚生労働省）

3 目標及び施策の達成状況等の評価

目標及び施策の達成状況等については、年度（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く。）ごとに進捗状況を公表するとともに、計画の最終年度には、計画の進捗状況について調査及び分析を行い、当該結果を公表します。

また、計画の最終年度の翌年度には、保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況を中心とした実績に対する評価を行います。

第2節 医療費適正化に向けた目標

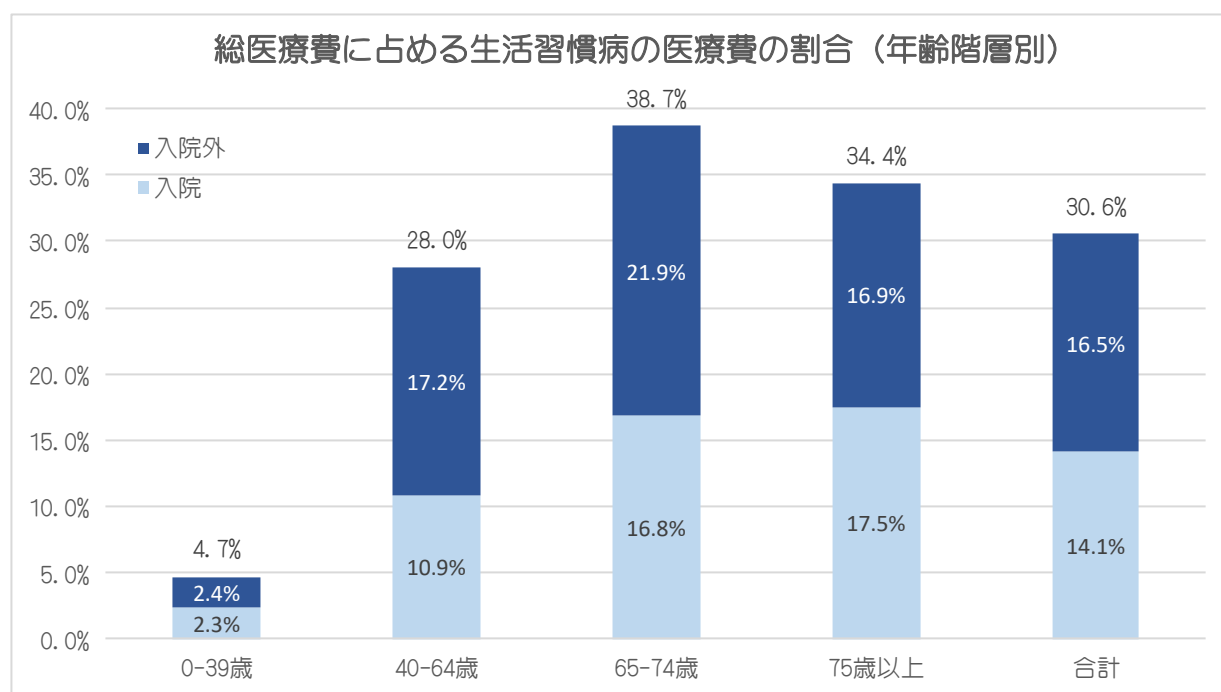
本道の医療費は、生活習慣病の外来医療費の割合が年齢を重ねるとともに徐々に増加し、65歳頃を境にして、生活習慣病を中心とした入院医療費の割合が上昇しています。

生活習慣病の発症には複数の要因が関与していますが、生活習慣の面からみると、不適切な食生活や運動不足などが、やがて糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の発症を招いて通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないまま疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等を発症し入院するという経過をたどると考えられます。

入院しない場合でも、例えば糖尿病では、重症化して人工透析に移行すると、個人の生活の質が著しく低下するとともに、医療費も高額になります。

また、第2章第2節に記載したように、令和2年度の一人当たり後期高齢者医療費をみると、本道は約105万円と全国で7番目となっております。

こうしたことから、若い時から生活習慣病の発症予防として個人の生活の改善を促す取組や、生活習慣病を発症したときには速やかに医療機関を受診し重症化を予防する取組を進めることが重要と考えられます。



※生活習慣病として、がん（悪性新生物）、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の5疾患を対象とした。

「令和3年度都道府県データブック」（厚生労働省）

次に、入院医療費については、慢性期（※15）段階の入院に着目した療養病床の再編成を進め、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化などにより、医療機関における在院日数を適正化していくことが可能になると考えられます。

こうした考え方に立つとともに、第1節の基本理念を踏まえ、医療費適正化のため、道が達成すべき目標を次のとおり設定します。

※15 慢性期：病床機能の一つで、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期という4種類があります。

- ・高度急性期：急性期に比べ、より多くの医療資源を投入して医療を提供する機能。
- ・急性期：発症から間もない時期で症状が安定せず重点的な医療処置が必要な患者に対し、状態の早期安定に向けて、医療を提供する機能。
- ・回復期：急性期を経過した患者に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、日常生活動作（ADL：Activities of Daily Living）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。
- ・慢性期：長期にわたり療養が必要な患者や重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能。

1 健康の保持の推進に関する達成目標

道においては、生活習慣病予防対策として、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施並びにメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の減少等について、次のとおり数値目標あるいは施策に関する目標を掲げることとします。

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

ア 特定健康診査の実施率

国において示された保険者全体での目標値を踏まえ、本道では令和11年度において、40歳から74歳までの対象者の70%が特定健康診査を受診することを目標とします。

保険者種別ごとの特定健康診査の実施率目標

全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
70%	60%	70%	70%	90%	85%	90%

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」
(厚生労働省)

イ 特定保健指導対象者の割合の減少率

令和11年度における特定保健指導対象者について、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に準じて、平成20年度と比べ25%の減少を目標とします。

ウ 特定保健指導の実施率

国において示された保険者全体での目標値を踏まえ、本道では令和11年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%が特定保健指導を受けることを目標とします。

保険者種別ごとの特定保健指導の実施率目標

全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
45%	60%	30%	35%	60%	30%	60%

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」
(厚生労働省)

(2) 生活習慣病等の予防

ア たばこ対策

たばこ対策については、喫煙に関する指標と令和17年度の目標値を「北海道健康増進計画」（令和6年度から17年度）で定めており、受動喫煙（※16）も含めたこれらの目標値をこの計画の数値目標とします。

たばこ対策の数値目標
（「北海道健康増進計画」の令和17年度の目標）

指標	目標値
成人の喫煙率	12.0%以下
喫煙経験のある未成年者（過去1ヶ月）	0%
妊婦の喫煙率	0%
産婦の喫煙率	0%
日常生活で受動喫煙の機会を有する者の割合	受動喫煙ゼロの実現

イ 予防接種の推進

インフルエンザをはじめとする予防接種の重要性やワクチンに関する正しい知識を普及啓発し、適切な予防接種の推進に努めることを目標とします。

ウ 生活習慣病の重症化予防の推進

生活習慣病の重症化を予防する中で、特に糖尿病について、一般社団法人北海道医師会と北海道糖尿病対策推進会議（※17）、北海道とで策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、医療関係者や保険者等と連携しながら、糖尿病の重症化予防の取組を推進することを目標とします。

(3) 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

高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要です。

また、口腔機能の低下や、低栄養、運動機能、認知機能の低下等のフレイル（※18）などに着目して高齢者の保健事業と介護予防を実施することや、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することが重要です。

このため、道においては、関係団体と連携しながら、北海道後期高齢者医療広域連合と道内全市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進について目標とします。

※16 受動喫煙：室内や室内に準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいいます。

※17 北海道糖尿病対策推進会議：糖尿病の啓発、発症予防、合併症予防などの糖尿病対策をより一層推進することを目地的とした会議で、北海道医師会、日本糖尿病学会北海道支部、北海道糖尿病協会、北海道歯科医師会、北海道薬剤師会、北海道看護協会、北海道栄養士会、北海道健康づくり財団、北海道で構成されています。

※18 フレイル：加齢とともに心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態のことをいい、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能です。

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

(1) 入院と在宅等の調和

病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実、介護サービスとの連携強化等により、医療提供体制の整備や地域包括ケアシステム（※19）の深化・推進に取り組むとともに、患者の健康増進や医療機関における疾病対策、在宅医療の体制の充実などを通じて、在院日数の適正化を図ることを目標とします。その際、本道特有の自然的・社会的要因、医療従事者の地域偏在などの地域の特性や医療水準の状況などに十分に配慮することとします。

(2) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

高齢期の疾病は、医療機関等における治療だけでなく、病気の症状による生活機能の低下等により、介護が必要な状態につながりやすいことが考えられます。

また、高齢者が自立した生活を持続するため、医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護が提供されることが重要です。

このため、道内の市町村が実施している在宅医療・介護連携推進事業の取組における課題の把握、必要なデータの分析・活用支援、道内の取組事例の横展開、関係団体との調整等に取り組むことを目標とします。

また、介護ニーズが増大する可能性のある大腿骨頸部・転子部骨折の入院患者数・手術件数は、高齢者人口が減少する局面においても増加することが指摘されています。

高齢者においては、奥歯がないなど噛み合わせの問題により、体のバランスを崩しやすくなることや、骨粗鬆症（※20）により骨折しやすくなるため、寝たきりや要介護となるリスク低減を目的とした、転倒による大腿骨頸部・転子部骨折（※21）を未然に防ぐ取組が重要です。

このため、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりはもとより、新たに、骨粗鬆症検査の実施などの取組の周知を進めていくことを目標とします。

※19 地域包括ケアシステム：介護が必要になっても住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができるよう、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体制をいいます。

※20 骨粗鬆症：骨の代謝バランスが崩れ、骨形成よりも骨破壊が上回る状態が続き、骨がもろくなった状態のことをいいます。

※21 大腿骨頸部・転子部骨折：股関節の下にある「太ももの骨（大腿骨）」のうち、一番上の部分の骨頭のすぐ下の細くなった部分が頸部であり、頸部の下の細くなった部分から太く出っ張っている部までを転子部と言い、高齢者が骨折しやすい場所です。

(3) 医療資源（※22）の効果的・効率的な活用

急性気道感染症（※23）及び急性下痢症（※24）の患者に対する抗菌薬（※25）の処方といった「効果が乏しいというエビデンス（※26）がある医療」や、白内障手術（※27）や化学療法（※28）の外来での実施状況などの「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しながら、地域の実情を把握・検討し、必要な取組を進めていくことが重要です。また、リフィル処方箋（※29）については、分割調剤を含む長期処方とあわせて、保険医療機関等への電子処方箋の導入状況等、地域の実態を確認した上で必要となる取組を進めることも重要です。

このため、保険者協議会等において、地域における医療サービスの提供状況について把握・検討することや、その結果に基づき、被保険者や医療関係者等に対する普及啓発等を実施することを目標とします。

※22 医療資源：医師、看護師、薬剤師、技師など医療従事者の方、医療機関などの施設や備えてある薬や医療機器の量と種類のことなどをいいます。

※23 急性気道感染症：急性上気道感染症（急性上気道炎）及び急性下気道感染症（急性気管支炎）を含む概念であり、一般的には「風邪」、「風邪症候群」「感冒」などの言葉が用いられています。

※24 急性下痢症：急性発症（発症から14日以内）で、普段の排便回数よりも軟便又は水様便が1日3回以上増加している状態と定義されています。

※25 抗菌薬：細菌に対して作用する薬剤の総称として用いられています。

※26 エビデンス：医学・医療の分野では、ある治療法がある病気に対して、安全で効果のあるものなのかどうかを確率的な情報として示す検証結果（根拠）のことをいいます。

※27 白内障手術：進行した白内障に対して、混濁した水晶体を手術で取り除き、眼内レンズを挿入する手術を行うのが一般的とされています。

※28 化学療法：がんの治療の方法のうち、薬を使う治療法であり、注射や内服により、がんが増えるのを抑えたり、がんを破壊したりします。この方法だけで治療をすることもあります。他の治療法と組み合わせる場合もあります。

※29 リフィル処方箋：症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方せんを反復利用することができる仕組みのことをいいます。

(4) 後発医薬品等の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）（※30）の使用割合（入院外）については、道においては、第三期計画期間の令和2年9月までに80%以上とした上で、最終年度の5年度まで維持する目標を達成しています。

国においては、令和3年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021について」（以下「骨太方針2021」という。）の「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」という政府目標を、今後、金額ベース等の観点から踏まえて見直すこととしており、道においては、引き続き、数量ベースの使用割合を80%以上とし、計画期間の最終年度の令和11年度まで維持することを目標とした上で、新たな国の目標の設定の考え方を踏まえ、必要に応じ、目標を再設定することを検討します。

また、バイオ後続品（※31）については、国において、令和11年度末までにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上にするという目標が設定されました。これを踏まえ、道においても、計画期間の最終年度の令和11年度に、バイオ後続品に数量ベースで80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上に到達しているよう努めることを目標とします。

(5) 医薬品の適正使用の推進

関係団体等と連携し、「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割やその重要性などについて、道民への普及啓発に努めるとともに、道民が身近な「かかりつけ薬剤師・薬局」を適切に選択できるよう、道内の薬局の情報を道のホームページを通じて公表します。

また、重複投薬や多剤投与を是正するとともに、複数にわたる種類の医薬品の投与を受けている患者について、副作用などのリスクを防止するため、関係団体と協力して、道民に対する「お薬手帳（※32）」の普及啓発の取組を拡大することを目標とします。

※30 後発医薬品：特許終了後の先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品であり、ジェネリック医薬品ともいいます。一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっています。

※31 バイオ後続品：特許終了後の先行バイオ医薬品と同等／同質の品質、安全性及び有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品であり、バイオシミラーともいいます。一般的に開発費用が安く抑えられることから、先行バイオ医薬品に比べて薬価が低くなっています。

※32 お薬手帳：病院や薬局などで医療用の薬をもらった時や、市販の薬を購入した時に、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のことです。医療機関に受診する際に、医師・薬剤師がお薬手帳の記録をチェックし、薬の飲み合わせや副作用を防ぐことや、新しく処方された薬の情報等を記入してもらうことができます。

第3節 計画期間における医療費の見通し

本道の医療費は、厚生労働省提供の「医療費適正化計画推計ツール」を使って算定すると、計画に基づき、第4章からの取組を行うことにより、特定健康診査や特定保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合等の目標を達成した場合、取組を実施しなかった場合より、令和11年度で151億円程度の医療費が抑えられるとされています。

* 推計における医療費適正化の効果は、国が設定する前提条件に基づく仮定の数値となっていることから、本計画においては参考値として記載することとします。

計画期間の医療費と取組効果額の推計

(単位:億円)

区分	令和6年度 A	令和11年度 B	増加額 (B-A)	効果額 (②-①)
取組をしなかった場合	23,230	25,429	2,199 ①	▲ 151
取組により目標を達成した場合		25,278	2,048 ②	

「医療費適正化計画推計ツール」(厚生労働省提供)

医療費適正化の取組により見込まれる効果額の内訳

【単位：億円】

区分	令和11年度	効果額
特定健診等の実施率の達成	特定健診の実施率70% そのうち特定保健指導対象者の割合17% 特定保健指導の実施率45%	▲ 6.2
後発医薬品の普及	数量ベースの使用割合80%	▲ 29.7
生活習慣病(糖尿病)に関する重症化予防の取組効果	40歳以上の糖尿病の1人当たり医療費の全国平均との差が半減	▲ 19.4
重複投薬の適正化	3医療機関数以上から重複投薬患者数が半減	▲ 0.2
複数種類医薬品の適正化	9種類数以上の投薬をうけている高齢者(65歳以上)の患者数が半減	▲ 47.9
急性気道感染症の抗菌薬の適正化	急性気道感染症に対する抗菌薬処方が半減	▲ 7.0
急性下痢症の抗菌薬の適正化	急性下痢症患者に対する抗菌薬処方が半減	▲ 1.7
白内障の額の適正化	白内障の入院の比率の全国平均との差が半減	▲ 1.0
化学療法の額の適正化	外来化学療法の外来での実施件数の全国平均との差額が半減	▲ 6.1
バイオシミラーの適正化	バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の6割以上	▲ 31.3
合計		▲ 151

「医療費適正化計画推計ツール」(厚生労働省提供)

※合計のみ小数点第1位で四捨五入

本道の人口は減少傾向にある一方、75歳以上の高齢者は増え続け、令和11年度には約108万人になると予測されます。また、年齢区分で見ると、年齢が高くなるほど一人当たり医療費は増加し、75～79歳で約79万円、80～84歳で約94万円と大きく増加します。

*「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）、厚生労働省提供データ

そのため、一人当たり医療費は、令和元年度の約41万5千円から、11年度には、何も取組をしなかった場合は約50万4千円、計画に基づく取組により目標を達成した場合は約50万1千円と、いずれにおいても約9万円増加します。

医療費の負担を少しでも軽減するためには、若い世代から健康に留意し、特定健康診査等をきちんと受診することなどで、疾病の予防や重症化を防止し、健康寿命を延ばすことが大変重要です。

北海道の人口

（単位：人）

区分	0～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	計
令和元年度	1,802,923	1,777,173	820,401	849,142	5,249,639
令和6年度	1,631,818	1,706,671	731,203	986,874	5,056,566
令和11年度	1,493,585	1,613,005	652,791	1,077,203	4,836,584

「国勢調査」（総務省統計局）、「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）

年齢階級別一人当たり国民医療費（年齢区分抜粋）

（単位：円）

20～24歳	30～34歳	40～44歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
86,200	133,000	165,800	501,400	632,000	789,800	939,600	1,094,866

（厚生労働省提供データ 令和元年度）

第4章 目標を達成するため道が取り組むべき施策

第3章で掲げた目標を達成するために道が取り組むべき施策は専門的なものや広範に展開していく必要があるものなど多岐にわたるため、道だけではなく、様々な関係機関と連携・協力しながら推進していくこととします。

第1節 健康の保持の推進に関する施策

施策の推進にあたり、集団全体への働きかけ（ポピュレーションアプローチ）として、食生活や運動など生活習慣の改善とその継続の大切さを広く道民に普及していくことが重要であり、働きかけの主体となる市町村等は、年齢階層や性差、社会経済的状況等の違いに基づき、それぞれの特性や健康課題に応じた取組を促していくことが効果的です。

また、働きかけは、住民だけでなく健康づくりに関わる多くの関係者を対象とするとともに、継続的に健康指標の調査や分析を行い、その結果を住民や関係者に周知することにより、地域全体の健康づくりの意識の向上や自主的な取組につながることを期待されます。

1 保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進

ア 現状と課題

第2章第3節1に記載したとおり、本道では、特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率ともに伸びてはいるものの、全国と比較すると依然として低く、道民の制度に対する理解不足や、制度の周知、特定健康診査の未受診者や特定保健指導の未利用者への勧奨が未だ十分ではないことに加え、通院中の被保険者においては、医療機関に通院している安心感から、特定健診の受診をしない傾向にあることなどが考えられます。

なお、特定保健指導対象者は、平成20年度と令和3年度を比較すると、全国と本道ともに増加しています。

保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施に当たっては、道民の健康意識を高めるための普及啓発や未受診者に対する受診勧奨などの取組が大変重要であり、アウトカム評価の導入、ICTの活用等の取組により、効果的かつ効率的に実施されるような支援が必要です。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 保険者による特定健康診査等実施計画に基づく着実な保健事業の推進のため、各保険者における保健事業の企画立案や実施、評価を担う人材の確保・育成など実施体制の充実に支援します。

特に、保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対して、実践的な特定保健指導プログラムを習得できるよう、関係団体と連携して研修を実施します。

- ・ 実施率を高めるためには、被保険者やその被扶養者が、自宅や職場に近い場所で受診できる体制を整備することも効果的であるため、保険者で構成する北海道保険者協議会を通じて、複数の保険者と複数の健診・保健指導機関との間で集合的な契約を締結しており、引き続き調整などの支援を行います。
- ・ がん検診との同時実施の取組や受診者に配慮した時期・時間帯の設定、継続受診の促進に関する取組などの事例や、特定保健指導によるメタボリックシンドロームの改善率の高い保険者の取組事例などを収集し、情報提供を行います。

- ・ 市町村国保における特定健康診査等に要する費用に対し、引き続き、助成を行い、特に、特定健康診査実施率が高い市町村や向上した市町村に対する交付金の加算を実施するなど、市町村国保の取組を支援するほか、薬局を活用した特定健診受診勧奨事業や北海道国保連合会と連携したデータ受領（みなし健診）事業の取組を進めるとともに、実施率が低い市町村に対しては、技術的助言を重点的に実施します。
- ・ 特定健康診査や特定保健指導の重要性等について、道の広報媒体を活用した普及啓発や、北海道保険者協議会や北海道国保連合会等と連携して広報活動を推進します。

2 保険者と市町村、事業所等との連携

ア 現状と課題

保険者による特定健康診査・特定保健指導の取組は、市町村を中心とした地域住民向けの健康増進対策と併せて実施することにより、効果的な生活習慣病の予防対策とすることができます。

保険者による健康増進に関する普及啓発や、特定保健指導の終了者に対して改善した生活習慣の継続を支援する取組、被用者保険の被保険者の家族である被扶養者の実施率の向上に向けて、市町村が行うがん検診等との同時実施などの取組も引き続き重要です。

また、従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践する「健康経営」の取組が広がってきています。企業が経営理念に基づき、従業員の健康保持・増進に取り組むことは、従業員の活力や生産性の向上など組織の活性化をもたらす、結果的に業績や組織としての価値向上へつながることが期待されるほか、長期的な医療費の抑制や適正化にも寄与すると考えられます。

*「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標

さらに、健康保険組合連合会北海道連合会等では、道が行っている「北海道健康づくり協働宣言」の実施団体に登録しており、道内の健康保険組合の被保険者に対する健康づくりを推進しています。企業全体で健康づくりに取り組む宣言を「健康企業宣言」といい、従業員の健康意識の改革、生産性の向上、企業のイメージアップにもつながることが期待されます。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 健康増進対策が効果的に実施されるよう、北海道保険者協議会や保険者、市町村、事業所及び健診・保健指導事業者等で構成する地域・職域連携推進協議会などを活用して、特定健康診査の未受診者に対する受診勧奨の手法や効果的な広報等、受診率向上に有効な取組について、情報交換を行うとともに、連携して保健事業を実施します。
- ・ 労働安全衛生法に基づく事業主健診や、生活習慣病等の治療中の検査結果等については、特定健康診査項目の要件を満たすことにより、特定健康診査の実施とみなすことができることから、事業者及び医療機関と保険者との間のデータ受領等の連携を支援します。

なお、厚生労働省は、第3期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度から令和5年度）より、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」において、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用できるよう、一定のルールを整備しました。

- ・ 「健康経営」に関して、本道においては、道と協会けんぽ北海道支部が連携して「健康事業所宣言」の認定を行っており、従業員の健康を重要な経営資源と捉え、健康増進に取り組む事業所が「健康事業所宣言」を行った場合、協会けんぽから宣言書を交付しています（令和6年1月現在、道内3,120社）。今後も協会けんぽ北海道支部と協力して、「健康事業所宣言」を行う道内の事業所が増えるよう、普及啓発に取り組めます。

3 生活習慣病等の対策の取組

(1) 食生活や運動による健康づくり

ア 現状と課題

肥満は、がん（悪性新生物）や循環器疾患、糖尿病等の多くの生活習慣病と関連があることから、食生活や身体活動における生活習慣の改善により、適正体重を維持し、健康を増進することが重要です。

そのため、適切な量と質を確保した食生活の実践等による適正体重の維持に向けた、より一層の普及啓発を行うとともに、民間企業や飲食店、特定給食施設など食事に関する環境の整備に加え、日常生活における運動量の確保や運動習慣の定着のため、運動の必要性や効果、具体的な運動方法などについて、情報提供を積極的に行うなどの取組が必要です。

また、子どもにとって、朝食を欠かさず食べるといった食習慣や日頃から運動に親しむ運動習慣を持つことは、健康の保持増進や学習意欲の向上などにも関係します。

国が策定している「健康日本21（第三次）」（計画期間は令和6年度から令和17年度）では、第二次計画において主に一次予防に関連する指標が悪化したことから、生活習慣の改善に加え、適切な生活習慣の定着等による生活習慣病の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関し、引き続き取り組みを進めるとされています。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 肥満を減らすなど、適正体重の維持に向け、「どさんこ食事バランスガイド（※33）」によるバランスの取れた食事の普及啓発を行うとともにほっかいどうヘルスサポートレストラン推進事業に取り組み、健康情報の提供など、食生活改善を支援する環境の整備を推進します。
- ・ 運動の必要性のほか冬季でも気軽にできるノルディックウォーキング（※34）などの運動を市町村等と連携し普及啓発するとともに、年間を通じて道民が身近なところで楽しくウォーキングできるコースを認定する「すこやかロード」等を通じた環境整備やその活用を促進します。
- ・ 北海道国保連合会が行う、健康づくりに対する住民の意識を高め、主体的な取組を促すことを目的に道内各地域で実施する講演会・健康度測定や、保健推進員など健康づくりリーダーを対象として、効果的な保健活動の推進を目的に開催する研修会などに対し、引き続き支援します。

※33 **どさんこ食事バランスガイド**：道が提唱している「すこやかほっかいどう10ヶ条」の1つとして「スタートは朝食、野菜を毎食プラス1！」を掲げており、北海道の食材を使って栄養バランスのとれた食事をきちんと食べてもらうために作成した冊子のことです。

※34 **ノルディックウォーキング**：フィンランドが発祥の地で、2本のポールを持って歩行する身体全体を使うスポーツです。クロスカントリースキー選手が夏のトレーニングとして活用したり、北欧では、通勤や通学など日常生活の一部として利用されています。

(2) 糖尿病等の生活習慣病の重症化予防

ア 現状と課題

本道の生活習慣病については、第2章第3節2で述べたように、外来受療率は、脳血管疾患で全国を上回っているものの、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患では全国を下回っている一方で、入院受療率は、いずれの疾患も全国を上回っていることから、生活習慣病の患者が重症化してから医療機関を受診している懸念があります。

生活習慣病対策としては、特定健康診査等により疾病を早期発見・早期治療する二次予防、疾病の発症後に必要な治療を受け、心身の機能の維持及び回復を図る三次予防はもちろんのこと、生活習慣を改善して健康を増進し、疾病の発症を予防する一次予防も重要です。そのため、青年期・壮年期世代において、健康に配慮した食事、適度な運動、禁煙などによる生活習慣の改善や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、がん検診や特定健康診査・特定保健指導の実施を促進することが必要です。

また、歯周病は糖尿病の合併症の一つであり、糖尿病患者は歯周病に罹患しやすく重症化しやすいとされており、歯周病の罹患は、血糖コントロールと糖尿病合併症の発症に悪影響を与えます。こうしたことから、歯周病治療により血糖値が改善する可能性があるため、糖尿病対策には専門的口腔ケアも重要です。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 道では、保険者である市町村をはじめとした関係団体と連携し、生活習慣の改善の重要性や生活習慣病に関する正しい知識について普及啓発を行うほか、特定健康診査や特定保健指導による早期発見、早期治療を進めます。
- ・ 生活習慣病のうち、糖尿病に関しては、重症化により人工透析に移行する可能性があることから、重症化を予防することは、患者本人だけでなく、家族などにとっても重要であるといえます。

このため、道では、北海道医師会、北海道糖尿病対策推進会議とともに策定した「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、市町村や保険者における取組を支援していきます。

- ・ 保険者においては、特定健康診査の結果、医療機関の受診が必要な被保険者に対して、受診勧奨や保健指導を行うことが重要であることから、こうした取組の促進を支援し、糖尿病の重症化予防を推進します。

(3) がん対策の取組

ア 現状と課題

令和3年のがん（悪性新生物）の75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）は、男女ともに全国を上回っており、男性は全国で3番目、女性は全国で2番目に高く、特に肺がんは男性が2番目、女性が1番目に高くなっています。

がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）

区分	全体		肺		大腸	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	95.6 (3)	65.8 (2)	23.7 (2)	8.6 (1)	14.6 (4)	8.2 (6)
全国	82.4	53.6	18.4	5.8	12.4	6.9

「国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』」（令和3年）

※北海道の（ ）は全国順位

また、本道の人口10万人当たりの悪性新生物の外来受療率は、全国と比べ高くなっており、入院受療率も、全国と比べて高くなっています。

がんの外来・入院受療率（人口10万対）

区分	全体		がん	
	外来	入院	外来	入院
北海道	5,287	1,384	151	122
全国	5,658	960	144	89

「令和2年患者調査」（厚生労働省）

がんの要因には、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活や運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染などがあり、日本では男性の約5割、女性の約3割はこれらが原因でがんになると考えられています。リスク要因の第1位は、男性では喫煙、女性では感染症となっています。

*「がんを知る301－科学的根拠に基づくがん予防」（国立がん研究センター）

本道では、がんによる死亡者が年間2万人を超えており、死亡者数を減少させるためには、がん検診による早期発見と早期治療を行うことが重要です。

*「令和3年人口動態調査」（厚生労働省）

市町村では、胃がんや大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんを対象にがん検診が行われており、国では、子宮頸がんと乳がんについて、がん検診推進事業（無料クーポン券の送付）を行っています。受診率は全体的に低い状況にあります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 道は、市町村や関係団体等と連携し、「野菜・果物摂取量の増加」や「食塩摂取量の減少」、「定期的な運動の継続」、「飲酒量の低減」、「適切な体重の維持」等、日本人に推奨できる予防法について、効果的な普及啓発に取り組みます。
- ・ 道や北海道医師会など関係団体等は、発がん要因であるヒトパピローマウイルス（HPV）や肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）などの感染予防に向けた道民への正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- ・ 道は、市町村をはじめ、関係団体や企業、マスメディア等と連携し、がん検診の受診促進に向け一層の普及啓発に取り組むとともに、特定健康診査との一体的な実施など受診手続の簡素化や効果的な受診勧奨の方法、被用者保険のがん検診との連携など、道民が受診しやすい環境の整備に取り組みます。

(4) たばこ対策

ア 現状と課題

喫煙は「病気の原因の中で予防できる最大かつ単一のもの（世界保健機構：WHO）」とされているように、肺がんをはじめとする多くのがん（悪性新生物）や虚血性心疾患、脳卒中などの循環器疾患、さらには、COPD（慢性閉塞性肺疾患）など数多くの疾患と死亡のリスクを高める危険因子となっています。特に肺がんについては、本道の国保だけでなく、協会けんぽにおいても、医療費の占める割合が最も高くなっています。

*「令和2年度KDB（疾病別医療費分析）」、「KDB Expander」

そのため、協会けんぽ北海道支部では、喫煙率低減を北海道全体の課題として捉え、自治体・北海道国保連合会と連携を図り、喫煙率が高い現役世代（特に40歳代～50歳代）へのアプローチとして、喫煙がもたらす自身の健康への影響（疾病発症確率）を個別に掲載した「禁煙勧奨通知」を、協会けんぽ被保険者だけでなく、国保被保険者へも送付するなど、将来的な医療費適正化を図る取組を進めています。

また、たばこによる健康被害は、喫煙者ばかりでなく、その環境下で育つ子どもたちや非喫煙者にも受動喫煙という形で及ぶことから、分煙に対する取組も重要です。

令和4年の全道における成人喫煙率は男女とも全国平均を上回っているほか、1%以下ではあるものの未成年者で喫煙経験（過去一ヶ月）のある者がおり、さらに妊婦の喫煙率が3.8%、産婦の喫煙率が6.7%となっています。

また、日常生活で受動喫煙の機会があったと回答したのは、家庭5.4%、職場13.3%、飲食店17.0%となっており、家庭で低くなっています。

* 「2022（令和4）年国民生活基礎調査（厚生労働省）」 「令和4年度健康づくり道民調査等」（道保健福祉部） 「令和3年度北海道母子保健報告システム事業（道立保健所管内：令和3年度実績）」（道保健福祉部）

成人の喫煙率				喫煙経験のある未成年者（過去一ヶ月）				
	全体	男性	女性	区分	中学1年生		高校3年生	
					男子	女子	男子	女子
北海道	20.1%	28.1%	13.2%	北海道	0.3%	0.1%	1.8%	0.4%
全国	16.1%	25.4%	7.7%	全国	0.1%	0.1%	1.0%	0.6%

「令和4年国民生活基礎調査」（厚生労働省）

「令和4年国民生活基礎調査」（厚生労働省）

「健康に関するアンケート」（令和5年度、道保健福祉部）
「令和3年厚生労働科学研究費補助金研究班調査」

受動喫煙の機会を有する者の割合

家庭	職場	飲食店
5.4%	13.3%	17.0%

「令和4年度健康づくり道民調査」（道保健福祉部）

国においては、望まない受動喫煙をなくすことを目指し平成30年に健康増進法を改正（段階施行）し多数の者が利用する施設の原則施設内禁煙を義務化、道においても受動喫煙ゼロの実現を目指し、道関係者の役割等を示した「北海道受動喫煙防止条例」を制定し、受動喫煙防止対策を推進しています。

これら対策により、行政機関や医療機関等第一種施設では93.7%で受動喫煙防止措置が講じられている一方で、飲食店等の第二種施設では89.6%と対応にわずかな遅れが見られています。

受動喫煙防止対策の取組状況

市町村 管理施設 （屋内）	第一種施設 （学校・病院等）	第二種施設 （宿泊施設・集会場等）	飲食店
94.3%	93.7%	89.6%	84.9%

「令和4年度受動喫煙防止対策に関する施設調査」（道保健福祉部）

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 「世界禁煙デー」にあわせた「禁煙週間」中のイベントや道のホームページなどにより、喫煙が及ぼす健康への影響や受動喫煙の防止についての普及啓発を推進します。
- ・ 保健所の相談窓口で、禁煙に関する相談や、禁煙外来等の実施機関の情報提供など、たばこをやめたい人に対するサポート体制の充実に努めます。
- ・ 心身ともに発達途上にある子どもの喫煙は、成人の喫煙以上に健康への影響が大きいことから、学校等が行う未成年者の喫煙防止の取組（喫煙防止教育など）や、家庭等での受動喫煙防止のための健康教育資材提供などの支援を行います。
- ・ 次の世代を担う健康な子どもを生み育てるため、妊娠中の喫煙や受動喫煙による母胎や胎児をはじめ、乳幼児への悪影響について、女性に対して適切に情報提供等を行い、妊産婦の喫煙防止と女性の喫煙率低下に取り組みます。
- ・ 第二種施設での受動喫煙防止対策の取組がさらに促進されるよう、施設管理者に働きかけるほか、第二種施設に対し、屋内完全禁煙に取り組む施設を登録する「北海道のきれいな空気の施設」等の登録促進を図ります。

(5) 歯と口腔の健康づくり

ア 現状と課題

生涯を通じて健康で質の高い生活を営む上で、食事や会話をつかさどる歯と口腔の健康が重要な役割を果たしており、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上保つことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されています。

むし歯や歯周病などの予防・治療を適切に行い、歯の喪失を防ぐことで健康を維持し、結果として医科診療費を節減できる可能性があると言われてしています。

令和3年における12歳児（中学1年生）の永久歯一人平均むし歯数は本道では1.0本と全国平均の0.63本より多く、また、8020運動の目標である80歳で自分の歯を20本以上保持している割合も本道では46.5%と全国平均の51.6%を大きく下回っているなど、すべての年齢階層で改善を要する状況にあります。

＊「令和3年度学校保健統計調査」（文部科学省）、「令和4年歯科疾患実態調査」（厚生労働省）、「令和4年道民歯科保健実態調査」（北海道保健福祉部）

また、外科的手術の周術期（術前・術中・術後）に、きちんと口の中をきれいにしておかないと術後の治りが悪くなることがあります。例えば、術後に抗がん剤の使用に伴い、口の中や喉の粘膜がただれて口内炎などができて食事が摂れなくなると、患者は弱ってしまうのに対し、術前から口腔ケアをしておくと、薬による副作用によってできる粘膜炎などを抑えることができます。外科手術の前に、口の中をきれいにすることは非常に大事だということを知っておくことが必要です。

さらに、本道の死亡原因の第5位である肺炎の中には、高齢者の誤嚥性肺炎も含まれています。口腔ケアによる肺炎予防の実績も報告されており、今後医科歯科連携が、一層加速していくことが期待されます。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」に基づき策定した「北海道歯科保健医療推進計画」により、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進します。
- ・ 保育所・学校等において永久歯のむし歯予防に効果的なフッ化物洗口（※35）を推進するため、市町村・市町村教育委員会等へ支援を行います。
- ・ 歯周病等の予防に向け、成人が歯科健診・保健指導を受ける機会を確保するため、定期的な歯科健診・適切な保健指導実施や取組事例及び具体的な導入方法等について、地域や職域の保健関係者に対して普及啓発を行います。
- ・ 高齢期の歯科保健医療の推進に向けては、口腔機能の維持、向上を図るため、オーラルフレイル（※36）等の口腔機能に関する知識の普及啓発、食支援や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等に関する取組を推進します。

また、在宅歯科医療を推進するため、要介護高齢者等の介護者（家族、介護事業所職員等）からの相談窓口となる在宅歯科医療連携室（※37）の運営を充実させるとともに、医師や看護師、介護職等の多職種との連携の促進に努めます。

- ・ 障がい者への歯科保健医療サービスの充実のため、障がい者歯科医療協力医（※38）と連携し、歯科健診や保健指導等を実施するとともに、かかりつけ歯科医の確保に努めます。

（6）予防接種の推進

ア 現状と課題

インフルエンザは感染力が強く、乳幼児の場合には、脳炎や脳症を併発したりするほか、高齢者や慢性疾患を有する者の場合などには、肺炎などの合併症により、重症化したり死亡することがあります。

本道においては、毎年、高齢者が入所する施設や学校においてインフルエンザの集団感染が発生しています。このため、ワクチンの接種による感染予防や重症化予防はもとより、介護保険施設等における発生防止が重要です。

※35 **フッ化物洗口**：フッ化ナトリウムの水溶液でブクブクうがいをし、むし歯を予防する方法です。家庭で個人的に実施する方法と保育所・学校等で集団的に実施する方法があります。

※36 **オーラルフレイル**：老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔の健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまでつながる一連の現象および過程のことをいいます。

※37 **在宅歯科医療連携室**：通院が困難で適切な歯科医療を受けられない高齢者やその家族のために、歯科治療や口腔ケアなどの相談窓口として、三次医療圏ごとに設置しています。

※38 **障がい者歯科医療協力医**：北海道では障がい者がより身近な地域で歯科治療が受けられるよう、歯科医師に専門的な研修等を実施し、それらの修了者を北海道知事及び北海道歯科医師会長が「障がい者歯科医療協力医」として指定しています。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 各種広報媒体を活用して、ワクチン接種の重要性に関する普及啓発や介護保険施設等に対する周知を行うほか、インフルエンザ発生動向に関する情報の収集・提供に努め、予防接種率向上等への支援を行います。
- ・ インフルエンザワクチンについては、年毎に流行の規模が異なることなどにより、ワクチンの供給不足が生じる場合があるため、医療機関や医薬品卸売業者等の協力を得て、ワクチンの安定供給に努めます。
- ・ 予防接種は、感染症の予防対策の中でも重要なものであるため、インフルエンザワクチン以外についても、ワクチンに関する正しい知識の普及を進め、道民の理解を得つつ、適切な予防接種の推進に努めます。

4 高齢者の健康づくりや介護予防等の取組

(1) 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

ア 現状と課題

高齢者が健康でいきいきした生活を送ることができるよう、健康づくりや介護予防の取組を一層推進することが必要です。

特に高齢者の咀嚼機能の良否は、食生活への影響だけでなく、主観的健康感や運動機能との関連性を有すると言われており、口腔機能の低下を防ぐことが大切です。オーラルフレイルは、高齢者の虚弱（フレイル）の入口と言われており、早期の対応により健康な状態に近づくことができることから、高齢者が適切な歯科治療や定期的な歯科健診を受けたり、介護予防の取組に参加するように普及啓発が必要です。

また、骨や関節などの病気や加齢により運動器の機能が低下し、歩行や日常生活が困難になって介護が必要になるリスクが高い状態の運動器症候群（ロコモティブシンドローム）（※39）や、老化に伴い筋肉量が減少していく筋肉減少症（サルコペニア）（※40）なども、予防や進行の程度を抑えることが重要です。

介護予防の取組には、要介護状態等になる前の段階の高齢者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業（※41）」、要支援者を対象とした予防給付のほか、地域住民等の自主的な活動などがあり、これらのサービスが、地域包括支援センター（※42）を中心とした関係機関の連携の下、利用者の状態や意向に応じて提供されており、介護予防ケアマネジメントの充実や介護予防・日常生活支援総合事業に従事する職員の資質向上などが必要です。

なお、地域によっては、専門職の確保が難しい現状もあることから、地域の実情に応じた支援が必要です。

※39 運動器症候群（ロコモティブシンドローム）：運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のことをいいます。

※40 筋肉減少症：老化に伴い筋肉量が減少していく現象で、特に腹筋など重力に対抗して身体を支え姿勢を保つ抗重力筋に多く見られるため、立ち上がることや歩行がだんだんと億劫となり、歩行困難になってしまうこともあることから、活動能力の低下の大きな原因となっています。ただし、トレーニングによって進行の程度を抑えることが可能です。

※41 介護予防・日常生活支援総合事業：市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す事業です。

※42 地域包括支援センター：市町村等が設置し、介護予防マネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援する中核機関をいいます。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 市町村に対し、振興局に設置している市町村支援チームを派遣し、技術的な助言や事業の支援を行うとともに、先進的な活動事例等を紹介します。
- ・ 市町村と北海道後期高齢者医療広域連合は、被保険者の健康診査や歯科健康診査、フレイル対策となる低栄養防止・重症化予防などの事業に取り組んでおり、道は助言や関係機関との調整の支援などに努めます。
- ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防については、北海道後期高齢者医療広域連合と市町村により、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が推進されているところであり、道においては、こうした取組を支援するため、専門的見地等からの支援、好事例の横展開、北海道後期高齢者医療広域連合や北海道国保連合会と連携した事業の取組結果に対する評価・分析に取り組んでいます。

(2) 高齢者の積極的な社会参加

ア 現状と課題

活力に満ちた高齢社会を構築するためには、高齢者が自主的で活発な地域貢献活動や様々な社会活動を通じて、地域社会の中で自らの経験や知識、技術等を生かして、積極的に役割を果たしながら、地域住民全体が共に支え合う地域社会づくりを行うことが重要です。

また、高齢者が生きがいをもって暮らしながら活躍できるよう、生涯学習、文化・スポーツ活動等の様々な社会参加の取組に対し、高齢者の多様性と自主性を十分に尊重しながら、必要な支援を行っていくことが求められています。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 専門的・多様化する学習ニーズに対応するため、各種講座など様々な学習機会を提供し、生涯学習を充実します。
- ・ 高齢者の生きがい・健康づくりを促進するため、高齢者スポーツ大会等に対する支援により、多様なニーズに対応した文化・スポーツ活動を促進します。
- ・ 高齢者が地域社会で、より積極的に役割を果たしながら活躍できるよう、地域づくりの意義等の共有や多様な社会活動の紹介による活動の場の開拓や社会奉仕活動等を行う団体の支援などにより、社会活動等を促進します。
- ・ 障がい者の農業分野における就労（農福連携）の取組が道内でも広がっています。障がい者支援として高齢者が関わる事例も出てきており、高齢者の多様な社会参加の事例として、経験や技術を生かして地場産業に関わる取組について情報提供に努めます。

第2節 医療の効率的な提供の推進に関する施策

1 医療機関の機能分担・連携の推進

ア 現状と課題

「北海道医療計画」においては、がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・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・小児医療（小児救急医療を含む）・新興感染症発生・まん延時における医療の6事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下で医療機関が機能を分担・連携することにより、高齢化にも対応した医療連携体制を構築することとしています。

また、「北海道地域医療構想」においては、地域の医療ニーズに対応した過不足のない医療提供体制としていくため、医療機関相互の役割分担（病床機能の分化）と連携の促進等により、不足する回復期病床の確保などを進めていくこととしています。

こうした取組によって、急性期から在宅療養までの切れ目のない医療サービスが効率的かつ継続的に提供され、患者の生活の質（ＱＯＬ）を高めることや医療の効率的な提供の推進につながります。

効率的な医療提供体制の構築に当たっては、外来医療の機能分化、住民に身近な医療を提供するとともに疾病の予防・早期発見等に大きな役割を果たす「かかりつけ医」の確保など、地域医療構想と外来医療の在り方を一体的に議論し、具体的な取組を進めていくことが重要です。

地域医療構想において定める各構想区域の令和7年（2025年）における必要病床数（一般病床及び療養病床の合計）は次のとおりです。この病床数は固定されたものではなく、あくまでも平成25年（2013年）の医療データを用いて推計した令和7年（2025年）の見通しであり、今後の医療ニーズの変化についての「大まかな方向性」と捉えることが適当です。

今後、国の新しい地域医療構想の検討状況を踏まえ、令和7年（2025年）に見直しを行う予定です。

地域医療構想における必要病床数

【単位：床】

構 想 区 域	高度急性期	急 性 期	回 復 期	慢 性 期	合 計
南 渡 島	585	1,759	1,618	895	4,857
南 檜 山	0	56	119	70	245
北 渡 島 檜 山	18	103	196	228	545
札 幌	3,913	10,951	8,923	11,999	35,786
後 志	164	638	856	1,264	2,922
南 空 知	98	474	708	645	1,925
中 空 知	124	424	435	626	1,609
北 空 知	17	100	153	252	522
西 胆 振	279	800	620	1,127	2,826
東 胆 振	233	752	800	677	2,462
日 高	20	103	259	255	637
上 川 中 部	689	1,795	1,613	1,528	5,625
上 川 北 部	63	229	251	249	792
富 良 野	25	120	177	165	487
留 萌	35	142	191	195	563
宗 谷	28	127	271	156	582
北 網	275	790	744	641	2,450
遠 紋	46	186	285	261	778
十 勝	363	1,141	1,207	1,356	4,067
釧 路	355	1,139	769	750	3,013
根 室	20	97	236	144	497
合 計	7,350	21,926	20,431	23,483	73,190

「北海道地域医療構想（平成28年12月）」（道保健福祉部）

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 地域ごとに医療資源や人口構造が変化する度合いが大きく異なるため、病床機能や外来医療機能の分化・連携の課題も地域ごとに異なります。特に広域な第二次医療圏で医療機関数が限られている場合、高度急性期、急性期など様々な病期の患者が入院する病棟が担う機能を一つに集約していくことは困難であり、地域の医療機関で様々な機能を担わざるを得ないことに留意しながら、医療機関の自主的な取組に加え、地域医療構想調整会議等における継続した協議を行い、役割分担・機能分化を進めていきます。

- ・ 今後、特に急性期病床へのニーズが全道的に減少することに加えて、医療従事者の人的資源に制約がある中で医療の質を担保していくため、役割分担・機能分化が一層必要となる傾向があることに十分留意し、データを活用しつつ関係者で問題意識を共有し、地域医療の確保に向け、連携・広域化について地域での具体的な取組を進めていきます。
- ・ 広域分散型の本道の特性を踏まえ、地域の中核的医療機関である地方・地域センター病院が地域の医療を支える役割を適切に果たせるよう、引き続き支援していきます。また、近隣の中核医療機関への患者アクセスの支援や健康診断受診率の向上、健診データを活用した健康づくりなど、予防も含めた総合的な対応を検討していきます。
- ・ 患者が状態に応じた病床等に円滑に移行できるよう、医療機関内及び医療機関間の連携強化のため、ＩＣＴを活用した診療情報の共有や多職種連携の取組を支援します。

2 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

ア 現状と課題

介護保険制度は、その創設から20年以上が経ち、道内におけるサービス利用者が約27万2千人（令和5年3月現在）に達し、介護サービスの提供事業所数も着実に増加するなど、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着・発展してきました。

また、総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、高齢化の進展が見込まれています。

医療を必要とする要介護者が増加する中で、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、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て自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、入院や退院、在宅生活を通じて、継続的・一体的に医療・介護サービスを受けられるように、在宅医療を充実するとともに、介護との連携を強化する必要があります。

このため、平成29年度には、地域包括ケアシステム強化のため介護保険法等の一部を改正する法律が公布され、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止や、医療・介護連携の推進など、介護保険制度の見直しが行われることとなりました。

本道においては、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、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体制（地域包括ケアシステム）を各地域の実情に応じて、推進していくことが重要になります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 病床機能の分化及び連携の促進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、関係者による協議の場を設け、「北海道医療計画」や「介護保険事業（支援）計画」等の整合性の確保に向け、より緊密に連携していきます。

- ・ 地域包括ケアシステムの構築においては、在宅医療の確保が重要であり、高齢者が住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられる体制を整備することが必要であることから、人材の確保・養成を推進します。あわせて今後、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患や認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、退院支援、日常の療養支援、看取り等の様々な場面において、在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者、その他の関係者の連携（在宅医療・介護連携）を推進する体制を整備します。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療を担う医師や看護師等の医療職、介護支援専門員等介護職などの介護人材のほか生活支援サービスの担い手または生活支援コーディネーター等の多様な人材を確保することが必要です。そのため、介護人材の資質向上に資するよう、介護分野で生涯働き続けることができるようなキャリアパスの支援や事業主によるキャリアアップへの支援等の方策を定めるとともに、関係団体等と連携しながら、適切な研修を実施していきます。さらに、訪問看護事業所の看護師が専門性を高めるための研修等についても適切な実施に努めます。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業等の取組を支援するため、道内の課題の把握、必要なデータの分析、活用支援、道内の取組事例の横展開、関係団体の調整に努めます。
- ・ 高齢者の大腿骨頸部・転子部骨折等の骨折対策については、保険者協議会等において、骨粗鬆症検査の実施等の取組の把握、周知等にに取り組んでいきます。

3 医療資源の効果的・効率的な活用

ア 現状と課題

医療資源の効果的・効率的な活用については、個別の診療行為とし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大変重要となります。

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療については、国において、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化に取り組んでおり、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（2016-2020）」に基づく取組によって使用量が減少してきているとし、今後は「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」（令和5年4月7日国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議決定）に基づき更なる取組が進められていくところであるとしています。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差のある医療については、国が提供するデータに加えて、国立国際医療研究センターによる「AMR（薬剤耐性）ワンヘルス動向調査」等の結果に基づき、必要に応じて保険者協議会等において情報共有を行い、被保険者や医療関係者等への啓発資料の配布等に取り組んでいきます。
- ・ リフィル処方箋については、保険者協議会等において、分割調剤を含むその他の長期処方等と合わせて、地域の実態等の情報共有等を図るとともに、医療関係者等への周知に努めてまいります。

4 後発医薬品等の使用促進

ア 現状と課題

後発医薬品について、国においては「骨太方針2021」における、2023年度末までに全ての都道府県で数量シェアを80%以上とする目標を、令和5年度に新たに金額ベースで見直すことを検討するとしています。

令和3年3月時点で、全国における調剤の数量に占める後発医薬品の割合は82.1%、令和4年3月時点でも82.1%あったことから、後発医薬品の使用割合は高止まりとなっています。

なお、本道は令和3年3月時点で83.5%、令和4年3月時点でも83.4%と全国を若干上回った割合で推移しています。

*「令和2年度、3年度版調剤医療費の動向」（厚生労働省）

なお、本道において、後発医薬品が存在する先発医薬品の薬剤費が高額である抗てんかん剤、精神神経用剤、血圧降下剤、高脂血症用剤の一年分の薬剤を後発医薬品に置き換えた場合の最大効果額（薬剤費の減少額）は、いずれの疾患でも薬剤費の6割を超えるものと推計されます。

北海道の切替対象薬剤費（令和3年度分）と後発医薬品に置き換えた場合の効果額

（単位：万円）

区分	抗てんかん剤	精神神経用剤	血圧降下剤	高脂血症用剤
切替対象薬剤費(A)	313,208	455,057	376,868	259,856
置き換えた場合の最大効果額(B)	193,662	310,824	263,898	195,288
(B)/(A)	61.8%	68.3%	70.0%	75.2%

切替対象薬剤費 = 後発医薬品が存在する各先発医薬品（切替対象）の薬価（自身薬価）× 使用量 × 日数（回数）

「令和3年度分レセプトデータ」（厚生労働省）

イ 施策の方向と主な施策

- 後発医薬品に切り替えることにより自己負担額が一定額以上安くなる被保険者に対し、保険者が送付する後発医薬品の自己負担差額通知について、市町村国保では令和3年度で7町村が未実施であり、道は北海道国保連合会と連携して後発医薬品の数量シェアを把握し、市町村に対し定期的な情報提供を行うほか、未実施の町村に対して必要な助言を行います。
- 道は、差額通知に対する国や道の財政支援や、保険者努力支援制度（※43）における後発医薬品の使用促進や使用割合の評価等に関する情報提供に努めます。
- 北海道後発医薬品安心使用協議会では、安心使用のための推進方策等について協議するほか、「北海道後発医薬品採用ガイドブック」の後発医薬品採用リストの更新を継続していきます。
- 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進のためには、医療従事者から患者に対する適切な情報提供が重要であるため、保険者協議会等において情報共有を図るとともに関係団体と緊密に連携し、医療関係者等から理解を得られるよう啓発資材の配布等に取り組んでいきます。

※43 保険者努力支援制度：保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、後発医薬品使用割合や収納率等の客観的な指標に基づき、厚生労働省が交付金を交付する制度のことをいいます。

- ・ 令和4年度厚生労働科学特別研究事業で取りまとめられた「フォーミュラリ（※44）の運用について」等を、保健者協議会等において情報共有を図るとともに、丁寧な検討を行い、医療関係者等への周知に努めてまいります。

5 重複受診や頻回受診等の適正化

ア 現状と課題

保険者である市町村においては、適正な医療の確保や患者の健康保持の観点から、同一疾病で複数の医療機関を受診する重複受診者や、同一診療科目を頻繁に受診する頻回受診者について指導が必要な場合は、保健師等が受診内容を分析し、主治医と連携しながら、訪問指導等を行う取組を進めています。電子処方箋の導入状況を踏まえながら、今後も引き続き、こうした取組により重複受診等の抑制に努めるとともに、適正な受診に向けた意識啓発を進める必要があります。

なお、国保については、北海道国保連合会から各保険者に対し、重複・頻回受診者リストが提供されています。

また、疾病の重症化を予防するため、適切な受診が必要であることはもちろんではあるものの、緊急性のない軽症患者が外来診療を行っていない休日や夜間に安易に医療機関の救急外来を自己都合で受診するいわゆる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用が社会問題化しています。

救急車等の救急医療資源には限りがあり、受診や利用が増加すると、地域の救急医療体制が維持できなくなり、本当に緊急性の高い患者の命を救うことができなくなるおそれがあることから、こうした事態を防止することが必要です。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 市町村国保における重複受診者等への訪問指導に取り組む保健師等を対象とした研修会の開催や、訪問指導等のための保健師の配置など、重複受診者等への訪問指導等の充実に向けた取組を促進します。
- ・ 被保険者に対し様々な機会を活用して、重複受診や頻回受診、「コンビニ受診」や救急車の安易な利用などの現状や影響等について周知し、症状の程度や緊急性等に応じた適正な受診や救急車の適正利用の重要性について理解を促すよう取り組みます。

なお、その際には、被保険者にとって受診抑制や、必要な場合に救急車を呼ぶことをためらうことのないように留意します。

6 重複投薬等の適正化

ア 現状と課題

同じ月に同一薬剤や同様の効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方される重複投薬、複数の薬剤を併用する多剤投与、さらに、これらにより、薬物有害事象（※45）につながる問題（ポリファーマシー）について、医療機関等の協力を得ながら、被保険者に対する保健指導等により適正投薬を推進する必要があります。なお、服用する医薬品の組合せによって、重篤な副作用を生じる場合も想定されます。

※44 フォーミュラリ：米国病院薬剤師会では「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられてきています。

※45 薬物有害事象：広義の副作用であり、薬物アレルギーなどによる確率的有害事象のほかに、薬効が強く出すぎることで起こる有害事象や、血中濃度の過上昇による臓器障害も含むとされています。また、若年者に比べ高齢者の発生が多いとされています。

特に高齢者は、併用薬剤の種類が増大する傾向にあり、多剤服用の患者には複数医療機関の受診傾向があります。通常成人の用法用量であっても高齢者では注意が必要となる副作用が存在すること、また、高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態（体内に取り込まれた薬の吸収・分布・代謝・排泄の過程）により、増強される作用・副作用があることなどに注意が必要です。なお、複数種類の医薬品の投与については、一概には判断できないため、一律に一定種類以上の医薬品の投与を是正することを目的とするものではないことに留意することが必要です。

お薬手帳については、電子版の利用が始まっており、スマートフォンなどに薬の情報を保管して薬の管理や情報閲覧などの操作が簡単にできます。情報をクラウドに保管し、万一の災害などのときもインターネットで確認できるなど、様々な場面での利用が期待されています。

また、薬局では患者等からの相談も受け付けており、道と北海道薬剤師会が認定する「健康づくり支援薬局」、道へ届出する「健康サポート薬局」は、ともに、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた健康情報拠点ともいえる薬局で、幅広い相談に対応できるように研修を受けた薬剤師が対応します。

なお、現在国において取組を進めている電子処方箋については、令和5年1月から開始されこれから普及していく見込みであります。保健医療機関等において、導入があまり進んでいない状況にあります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 被保険者がお薬手帳を所持し、受診する医療機関や保険薬局において提示することで、服用する医薬品の組合せによる重篤な副作用の防止や適切な投薬につながることから、道では関係団体の協力を得ながら被保険者に対するお薬手帳の普及啓発に取り組めます。

なお、電子処方箋については、保健医療機関等への導入状況を踏まえながら、今後必要に応じて、取組内容を検討してまいります。

- ・ 高齢者に注意が必要な副作用や、高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態により、増強される作用・副作用があることなどに注意して、医師や薬剤師、特定保健指導の実施者等が連携して行う、わかりやすい説明や啓発の取組について支援します。

7 診療報酬明細書（レセプト）等の点検の充実

ア 現状と課題

レセプトや療養費の支給に係る点検については、健康保険法等に基づく保険者の責務であり、保険者は被保険者の受診内容のほか、保険医療機関や保険薬局等からの診療報酬や調剤報酬等の請求が適切であることを点検し、適切な支払いを確保しなければなりません。被用者保険の保険者は社会保険診療報酬支払基金に、国保の保険者は国民健康保険団体連合会に一次審査を委託しているほか、保険者自らもレセプト点検員の配置や業務委託などにより、点検業務（再点検または二次点検）を行っています。

道では、診療報酬明細書点検調査事務取扱要領を作成し、市町村に対してレセプトの二次点検の充実を促しています。市町村国保の状況をみると、市町村国保の全国平均の一人当たり点検効果額は2,056円、点検効果率は0.63%、北海道における点検効果額は2,015円、点検効果率は0.57%であり、点検効果額及び点検効果率ともに全国平均を若干下回っています。

また、国民健康保険中央会等で目標としている1%には届いていないことから、さらにレセプト点検等を強化していく必要があります。

*「令和3年度国民健康保険事業実施状況報告」（厚生労働省）

レセプト点検効果額（市町村国保による二次点検）

シミュレーション結果効果額（市町村自治体による二次点検）									
区分	保険者 負担総額	過誤調整			返納金等調定		点検効果額		点検 効果率
		総額	一人当たり 効果額		総額	一人 当たり 効果額	総額	一人 当たり 効果額	
			うち 内容 点検						
	百万円	百万円	円	円	百万円	円	百万円	円	%
北海道	381,828	1,746	1,624	542	420	391	2,166	2,015	0.57
全 国	8,457,806	43,036	1,657	573	10,364	399	53,400	2,056	0.63

※点検効果額の総額＝過誤調整の総額＋返納金等調定の総額

「令和3年度における国民健康保険事業の実施状況報告」（厚生労働省）

また、被保険者が第三者の不法行為（交通事故等）によって負傷または死亡した場合に、保険者は、第三者に対し損害賠償請求する「第三者行為求償事務」を行うことで、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権と保険給付とを調整しています。

この事務は、交通事故に関する判例等の専門的な知識を要する事務であり、保険者である一部の市町村では求償事務専門員を配置して直営で国保に係る事務を行っているものの、多くの市町村は北海道国保連合会に求償事務を委託しています。なお、北海道国保連合会は、市町村職員向けの講習会の開催や第三者行為によることが疑われる事案に関する情報提供なども行っています。

イ 施策の方向と主な施策

- レセプト点検等の適正化対策については、国保医療費の1%以上削減という財政効果を目標に、保険者である市町村に対して引き続き診療報酬請求事務等に係る必要な支援を行います。
- すべての市町村が同じ基準により二次点検を行うことができるよう、点検の要点をまとめた点検項目一覧等の作成や北海道国保連合会において開催している市町村のレセプト点検員対象の研修会などの各種取組を支援します。
- 点検水準の向上のため、引き続き、市町村職員を対象として道の医療給付専門指導員による現地助言や電話やメールによる相談への対応を行います。
- 道への日常的な疑義照会への対応結果や、北海道国保連合会による審査結果の内容などを、市町村に対して随時情報提供します。
- 第三者行為に関するレセプトの抽出及び被保険者への確認が市町村で確実に行われるとともに、数値目標の設定が困難な市町村において、早期に数値目標を定め、計画的に求償事務に取り組むことができるよう、北海道国保連合会や国が委嘱している第三者行為求償事務アドバイザーと連携し、助言等の支援を行います。

また、各市町村の取組状況を把握しながら、日本損害保険協会との一層の連携強化など必要な対応を行います。

8 ICT化の促進

ア 現状と課題

「骨太方針2023」においてデジタルトランスフォーメーション（DX）の加速が掲げられており、デジタル社会の実現において不可欠なデータ基盤強化を図るため、健康・医療・介護分野においてもデータ連携基盤の構築が進められています。

データ連携基盤の構築の中心となるのが医療DXであり、保健・医療・介護の各段階で（疾病の発症予防、受診、診療、治療、薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、自分自身の予防を推進し、より良質な医療やケアを受けられるよう、社会や生活の形を変えることという定義のもと、これらの取組が強力に推進されているところです。

これら健康・医療・介護分野のDXの取組を確実に実現するために、国の医療DX推進本部において策定された「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、国が医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ、レセプト・特定健診情報等に加え、介護保険、母子保健、予防接種、電子処方箋、電子カルテ等の医療介護全般にわたる情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設及び電子カルテ情報の標準化等を進めるとともに、PHR（※46）として本人が検査結果等を確認し、自らの健康づくりに活用できる仕組みを整備することとされています。

また、「診療報酬改定DX」では医療機関等の間接コスト等の軽減を進めることとされています。

これらの国の重要施策を踏まえ、道においても、健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するために、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーション（※47）の推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第三期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業を推進する必要があります。

また、全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科領域におけるICT化を推進する必要があります。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 医療の効率化や安全の確保、質の向上の観点から、個人情報の保護に十分配慮しつつ、本道における医療DXの取組の進捗状況や地域特性を踏まえた上で、国保データベース（KDB）及び健康・医療情報データベースを効果的に活用して、ICT化への取組を支援します。
- ・ ICT等の活用による、特定健診受診率向上に向けた効果的・効率的な取組を支援します。

※46 PHR:Personal Health Recordの頭文字を取った略語で、個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みをいいます。

※47 ヘルスケアイノベーション:医学と工学を融合した新たな革新的技術の創出のことをいいます。

9 国保データベース（ＫＤＢ）及び健康・医療情報データベースの活用

ア 現状と課題

「骨太方針2020」において、保険者の保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）の標準化等の取組の推進が掲げられ、新経済・財政再生計画改革工程表2020において、保険者が策定するデータヘルス計画策定の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースの適切なＫＰＩ（※48）の設定を推進すると示されています。

このように全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定が進められており、市町村向けの標準様式の作成や共通指標の設定を行っています。

データヘルス実施に必要なＫＤＢシステムは、北海道国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から統計情報を作成するとともに、保険者からの委託を受けて、「個人の健康に関するデータ」を作成し提供するものです。

また、健康・医療情報データベースは、ＫＤＢシステムに匿名加工した協会けんぽの健診・医療データを加え道民の約7割の情報が集まるデータベースであるとともに、マンパワー不足の市町村等においても効果的・効率的にデータ活用が可能な仕組みとなっています。これら両システムのデータは健診・医療・介護関連情報の「見える化」を推進し、それぞれの地域の特性にあった保健事業の推進、地域包括ケアシステムの推進にも活用できます。

地域の現状や健康課題を把握するためのデータ作成は、保健師等が手作業で行うことが多く、非効率であり、またデータが膨大なため分析にも時間を要し、地域全体の現状や健康課題を十分に把握することが困難でした。しかし、ＫＤＢシステム及び健康・医療情報データベースを活用することにより、これらの作業の多くを自動的に行うことができるようになり、より効果的・効率的な保健事業を実施することが可能になります。

また、保健事業はＰＤＣＡサイクル（※49）を意識して展開していく必要があり、ＫＤＢシステム及び健康・医療情報データベースから提供されるデータを分析することにより、地域住民の健康課題を明確化し、事業計画を策定した上で、それに沿った効果的・効率的な保健事業を実施するとともに、その評価を行い、次の課題解決に向けた計画の見直しが可能となります。

なお、第三期データヘルス計画については、レセプトや健診情報等のデータの分析に基づき、効果的・効率的な保健事業をＰＤＣＡサイクルで実施するための計画であり、市町村の計画の策定にあたっては、北海道国保連合会による支援や国保ヘルスアップ事業による助成など、様々な支援がなされています。

※48 ＫＰＩ：Key Performance Indicatorの頭文字を取った略語で、組織の目標を達成するための重要な業績評価の指標のことをいいます。

※49 ＰＤＣＡサイクル：Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画（Plan）－実行（Do）－評価・検証（Check）－改善（Action）の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいいます。

イ 施策の方向と主な施策

- ・ 保険者である市町村において、ＫＤＢシステム及び健康・医療情報データベースによる健診・医療情報を活用し、市町村における保健事業がより効果的・効率的に行われるよう、北海道国保連合会とともにＫＤＢシステム及び健康・医療情報データベースの積極的な活用についての市町村への周知などを行います。

第5章 計画推進に向けた体制整備と関係者の役割

第1節 体制整備と関係者の連携及び協力

1 道の保険者協議会における役割

道は、平成30年度から国保の保険者として保険者協議会に参画し、この計画の作成主体として、保険者等や医療の担い手等の関係者と連携して、道民の健康増進や医療費適正化の取組を効率的に進めるよう努めてまいりました。

令和5年6月の全社法改正により、保険者協議会が必置化され、医療費適正化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や、道が、医療費適正化を図るための取組において、道及び市町村の国民健康保険事業の健全な運営を担う責務を有することに基づき、保険者等及び医療の担い手等の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととされたことを踏まえ、道が医療費適正化に向けた取組について、医療関係者等と連携して実効性のある取組を行うことができるよう、保険者協議会の体制のあり方について、共同事務局を担う北海道国保連合会等と協議していきます。

2 保険者等及び医療の担い手等関係者との連携及び協力

第4章に掲げた取組を円滑に進めていくために、道は、道民の健康の保持の推進に関しては保険者等及び健診・保健指導機関等と、また、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と情報交換を行い、相互に連携・協力できるような体制づくりに努める必要があります。

情報交換の場としては、保険者協議会や地域保健と職域保健の連携のために道が設置する地域・職域連携推進協議会等を活用するほか、様々な機会を利用して積極的に連携・協力していくことが重要です。

また、道においては、保険者等による医療費適正化の取組と連携を深めることが必要であり、特に医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に向けて、道内の地域の実情について把握、検討等を行うために、保険者協議会への医療の担い手等の関係者の参画を促進する取組を進めてまいります。

さらに、保険者協議会や北海道国民健康保険市町村連携会議等を活用して、保険者等が行う保健事業の実施状況や被保険者のニーズを把握するなど、保険者等と連携を強化していきます。

第2節 道や関係者の役割

医療費適正化の取組については、道や関係者がそれぞれの役割を担い、推進していく必要があります。

1 道の役割

道は、計画の推進に関し、保険者等、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、目標達成に向けて中心的な役割を担うことから、医療をはじめ、保健福祉全般に配慮した施策を推進するほか、保険者協議会等を通じ、保険者等、医療関係者その他の関係者と共同で、道内及び他都府県における保健サービスと福祉サービスとの連携に関する好事例の紹介や、市町村と関係団体が連携する上で必要な支援を行います。

なお、道が国から受ける保険者努力支援制度による交付金は、道が行う医療費適正化の取組のほか、市町村が行う特定健康診査・特定保健指導や、糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の普及促進等の取組により算定評価されるものであるため、道が国から受けた交付金は、市町村が行う特定健康診査などの取組の促進を支援するため、市町村にも再配分します。

2 保険者等の役割

保険者等は、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業を通じた被保険者の健康管理や医療提供体制側への働きかけ等、保険者機能を強化することが重要です。

具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査等について、令和6年度から始まる第四期特定健康診査等実施計画の計画期間から、特定保健指導にアウトカム評価を導入することや、ICTの活用等により実施率の向上を図ることとされることを踏まえ、効果的・効率的な実施を図るほか、被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、データヘルス計画に基づく事業や医療関係者と連携した生活習慣病等の重症化予防などを各保険者等の実情に応じて推進していくことが期待されています。

また、後発医薬品の使用促進のため、使用促進の効果が確認されている自己負担差額通知等の取組を推進することや、重複投薬の是正に向けた取組を行うことなども期待されています。

3 医療の担い手等の役割

医師や歯科医師、薬剤師、看護師など医療の担い手のほか、医療提供施設の開設者や管理者は、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を担います。

保険者等が重症化予防などの保健事業を実施する際に連携して取り組むほか、病床機能の分化及び連携を進めるために、医療機関相互の協議により、地域の状況に応じた自主的な取組を進めていくことが期待されています。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための体制整備に努めることや、医師とかかりつけ薬剤師等とが連携し、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬の是正等の取組を行うことも期待されています。

4 道民の役割

道民は、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とともに、軽度な身体の不調を自ら手当するため、ＯＴＣ医薬品（※50）の適切な使用など、症状や状況に応じた適切な行動をとることが必要です。

このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により、自らの健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されています。

また、医療機関等の機能に応じた医療を適切に受けるよう努めることも重要です。

※50 ＯＴＣ医薬品:Over The Counterの頭文字を取った略語で、薬局等で購入できる市販薬のことをいいます。

第6章 計画の推進

第1節 P D C Aサイクルに基づく計画の推進

定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施するP D C Aサイクルに基づく管理を行います。

第2節 計画の達成状況の評価

1 進捗状況の公表

道は、計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、本計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く年度ごとに、本計画の進捗状況を公表します。

2 進捗状況に関する調査及び分析

道は、第五期医療費適正化計画の作成に資するため、本計画期間の最終年度である令和11年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表します。

3 実績の評価

道は、計画期間終了の翌年度である令和12年度に、保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その内容を公表します。

4 評価結果の活用

計画の進捗状況を踏まえ、目標の達成が困難と見込まれる場合又は医療費が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、必要な対策を講じます。

また、計画期間の最終年度における進捗状況に関する調査及び分析の際に、目標の達成状況について経年的に要因分析を行い、その分析に基づいて必要な対策を講ずるとともに、第五期医療費適正化計画の作成に活用します。

計画の進捗状況・達成状況の評価等（予定）

区 分	第四期計画				—
	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度
計画進捗状況の公表	○	○	○		
計画進捗状況の調査・分析の公表				○	
目標達成状況の実績評価の公表					○

※ 統計の数値は、概ね2年後に確定するため、令和8年度から公表予定。

第3節 計画の周知

計画は、市町村、保険者、医療関係団体などに配付したり、北海道のホームページに掲載するほか、計画の内容が道民にとって身近なものとなるような工夫をして広く周知します。