

第3章 計画における目標と取り組み

1. 基本理念

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を目指して

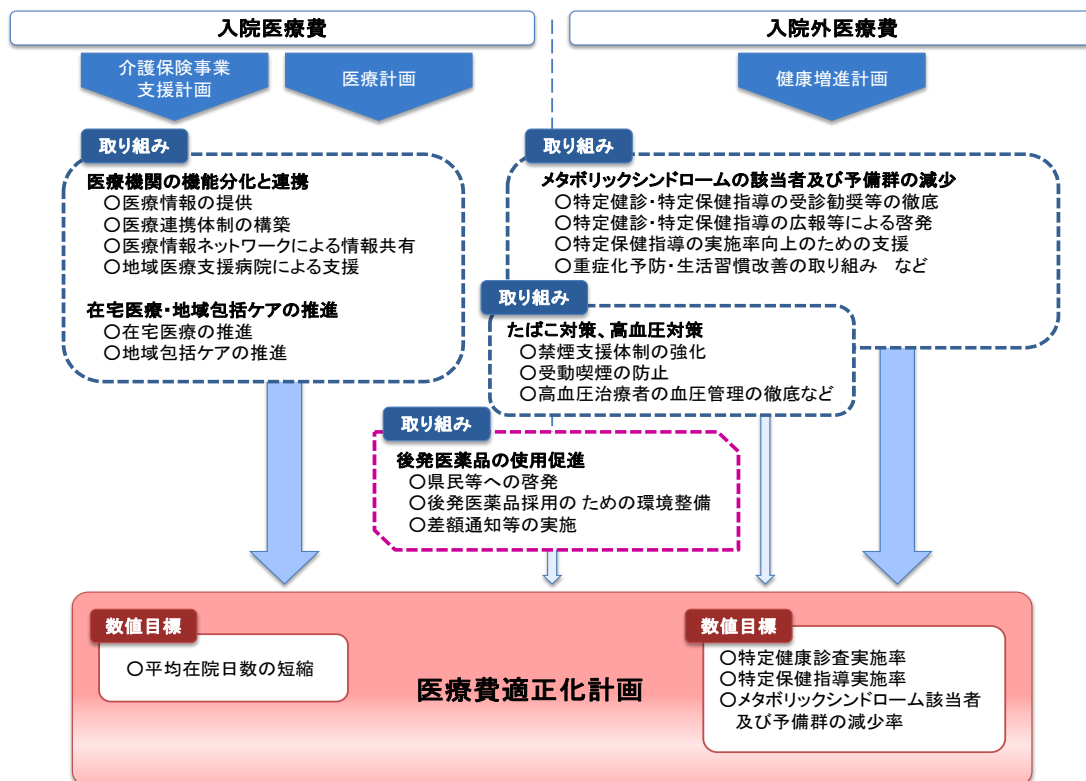
県民の健康と医療の在り方を展望し、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させ、生活習慣病を予防するとともに、入院の期間をできるだけ短縮して、早期に自宅や地域に戻ることができるようにするなど、県民の生活の質の確保と向上を目指します。

(2) 超高齢社会の到来への対応

平成 22 年度に約 120 千人の 75 歳以上の高齢者人口は、平成 42 年に約 150 千人と 1.3 倍まで増加すると見込まれています。

医療費適正化のための具体的な取り組みを通じて、結果として高齢者の医療費の伸びを中長期にわたって徐々に下げていくことを目指します（図 55）。

（図 55 医療費適正化計画の取り組みのイメージ）



2. 医療費適正化に向けた目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標

- 特定健診の実施率を 65%以上とします。
- 特定保健指導の実施率を 45%以上とします。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成 20 年度に比べて 25%以上少なくします。

① 特定健診の実施率

平成 29 年度に、40 歳から 74 歳までの人の 65%以上が特定健診を受診することを目標とします。

② 特定保健指導の実施率

平成 29 年度に、当該年度に特定保健指導が必要と判定された人の 45%以上が特定保健指導を受けることを目標とします。

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成 29 年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人を、平成 20 年度と比べて 25%以上減少することを目標とします。

④ たばこ対策

よさこい健康プラン 21 では、以下の目標を掲げています。

喫煙率は、平成 34 年度までに、成人男子で 20%以下、成人女子で 5%以下とすることとされています。

受動喫煙の機会を有する人の割合は、平成 34 年度までに、家庭では 3%以下、職場では 10%以下、飲食店では 14%以下にすることとされています。

⑤ 高血圧対策

よさこい健康プラン 21 では、以下の目標を掲げています。

収縮期血圧の平均値は、平成 34 年度までに、男女*ともに 130mmHg にすることとされています。

収縮期血圧 130 mmHg 以上の人の割合は、平成 34 年度までに、男女*ともに 45%以下にすることとされています。

*いずれも 40 歳以上

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

- 平均在院日数を 43.1 日以内とします。

① 平均在院日数

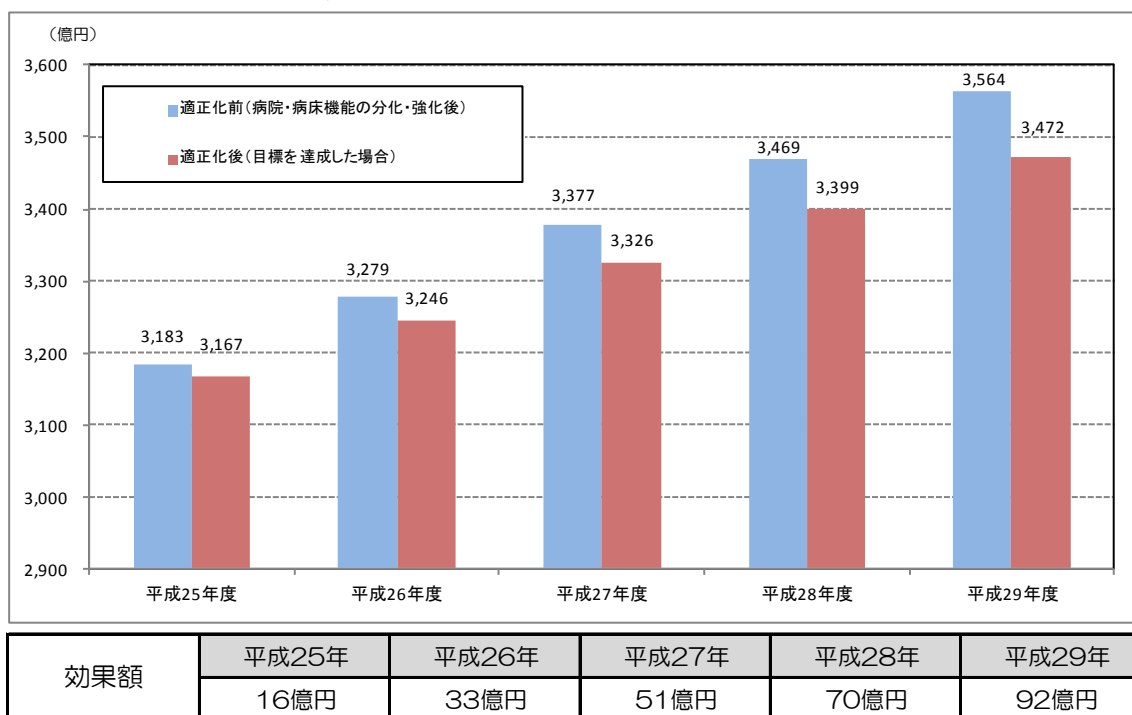
平成 29 年度の平均在院日数は、厚生労働省の算定ツールを用いて推計した 43.1 日を目標値とします。

※厚生労働省は、平成 24 年 3 月に医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の医療費の全国推計を行っており、算定ツールはこの全国推計における病床数と平均在院日数の関係に、各都道府県の病床数を当てはめて、平均在院日数を推計するものです。

(3) 適正化策の実施による医療費の見通し

厚生労働省の「都道府県医療費の将来推計ツール」で試算すると、病院・病床機能の分化・強化を行った場合、平成 29 年度の県民医療費は約 3,564 億円になると推計されます。しかし、平均在院日数の短縮や特定健診の受診率向上、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少など、適正化計画の目標を達成した場合には、平成 29 年度の県民医療費は約 3,472 億円となり、約 92 億円の効果が見込まれます（図 56）。

（図 56 医療費の見通しと効果額）



3. 目標達成に向けた施策

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

① メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少の取り組み

○特定健診・特定保健指導の受診勧奨等の徹底

医療保険者は、戸別訪問や電話、郵便等の方法により、特定健診未受診者・特定保健指導未利用者への受診勧奨・利用勧奨を行います。

また、県、医療保険者は、医師会や事業者等と連携し、医療機関や職場での声かけ等により、特定健診等の実施率向上に取り組みます。

○受診勧奨に取り組む健康づくり団体の育成・活性化支援

県、市町村は、特定健診の受診勧奨等に取り組む健康づくり団体の育成や活動の活性化を支援します。

○広報等による啓発

県、医療保険者は、マスメディアやチラシ、健康講座や講演会などさまざまな媒体を活用し、特定健診・特定保健指導の意義の啓発に努め、特定健診・特定保健指導の実施率向上に取り組みます。

○特定保健指導の実施率向上のための支援

県は、地域の健康課題や被保険者の健康状況等の課題について分析し、医療保険者が特定健診の結果から年齢層、身体状況、地域課題に応じて対象者を明確化するなどの効果的な保健指導を支援します。

○重症化予防の取り組み

医療保険者は、受診が必要でありながら受診をしていない人や治療中断者に対して受診勧奨を行うなど、重症化を予防する取り組みを行います。

○生活習慣改善の取り組み

医療保険者は、生活習慣病のコントロールが困難な人に対して、かかりつけ医と連携して生活習慣の改善への取り組みを進めます。

② たばこ対策

○禁煙支援体制の強化

県は、喫煙をやめたい人と禁煙治療を行う医療機関のつながりや禁煙に取り組んでいる人のための相談体制の整備など、禁煙支援体制を強化します。

○受動喫煙の防止

県は、学校、官公庁、公共施設、事業所等での受動喫煙防止対策を進めることにより、未成年者や非喫煙者への受動喫煙の機会を減らします。

○禁煙の啓発

県、市町村、関係団体（高知県医師会、高知県歯科医師会、高知県歯科衛生士会、高知県看護協会、高知県薬剤師会等）は、喫煙や受動喫煙が健康に及ぼす影響などの啓発を行います。

③ 高血圧対策

○高血圧治療者の血圧管理の徹底

県は、適切な降圧目標について、医療機関や薬局等を通じて治療者に啓発するとともに、家庭血圧測定の実施を推進します。

また、医療機関等において、日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインに沿った治療や服薬指導、保健指導等の一貫した指導体制を構築していきます。

○潜在的高血圧患者の発見と治療へのつながり

県は、高血圧と脳血管疾患・心疾患等との関連について県民の理解を深め、どれ位の値であれば治療を開始する必要があるかについて、認識を高めるための啓発を行います。

また、健診時における高血圧に対する指導体制の強化を図ります。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

① 医療機関の機能分化と連携

○医療情報の提供

医療法で定める医療機能情報提供制度に基づき、各医療機関の診療科目・診療内容

等の医療機能情報を「こうち医療ネット」で公表し、県民の適切な医療機関の選択を支援します。

○医療連携体制の構築

一般的な疾病の診療を専門的な病院で受ける傾向があることから、重症患者の診療などその病院が有する本来の高度な医療機能を十分に活かせるよう、かかりつけ医等の普及を促進します。

また、地域連携クリニカルパス¹⁰は、患者が転院する場合でも患者情報が引き継がれ、重複診療の抑制や切れ目のない医療提供を行ううえで有効なツールです。本県では、脳卒中のクリニカルパスの活用が進んでおり、今後はがんや急性心筋梗塞、糖尿病等の分野でも、クリニカルパスの必要性や活用方法等について、引き続き検討します。

○医療情報ネットワークによる情報共有

地域医療連携ネットワークやへき地医療情報ネットワークにより、保健医療圏ごとや県域での情報共有を行っており、今後、連携先医療機関等の拡大に取り組み、地域の医療機関との連携を促進します。

○地域医療支援病院による支援

地域医療支援病院は、地域の医療機関と患者の紹介・逆紹介や医療機器の共同利用等を通して地域の医療機関の後方支援を行い、医療機関の機能分担と連携を推進します。

② 在宅医療・地域包括ケアの推進

○在宅医療の推進

訪問診療可能な医療機関数の増加方策や、訪問看護ステーションの訪問対象範囲の拡大方策の検討をします。さらに、在宅医療を行う上で必要な介護資源を把握し、医療と介護の連携に努めるとともに、必要とされる介護資源確保策を検討します。

また、病院や診療所、訪問看護ステーション・薬局等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保するよう、急変時の在宅医療の具体的な姿や地域内でのグループづくりなどを推進します。

¹⁰ 急性期病院から回復期病院を経て、早期に自宅に復帰できるよう、治療にあたる複数の医療機関が共有して用いる診療計画表。

○地域包括ケア¹¹の推進

退院後のケアの方針などを医療機関・介護施設・地域でケアに携わる関係者が共有する「退院前ケアカンファレンス」の実施など医療と介護の連携の取り組みを支援し、県内全域への普及拡大を図ります。在宅介護サービスの確保については、ショートステイの整備や中山間地域での介護サービスの充実を図るための支援を行います。さらに、地域ケア会議の実践等を通じて介護保険における保険者機能や地域包括支援センターのコーディネート機能の強化を図ります。

また、ひとり暮らしの高齢者等の見守り活動の支援・移動手手段の確保等の高齢者の日常生活を支えるしくみづくりの推進や、在宅介護に配慮した住宅の整備・改造の支援など高齢者の住まいの確保と普及を図ります。

③ 療養病床の再編成

第1期医療費適正化計画策定時における療養病床の再編成の考え方は、平成18年医療制度改革によって、医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換する施策に着目し、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標としていましたが、全国的に療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないことから、これまでの療養病床再編成の方針は維持しつつも、療養病床の機械的削減は行わないこととし、平成23年度末としていた転換期限を平成29年度末まで延長するよう、介護保険法が改正されました。

このことを踏まえ、第2期医療費適正化計画では、療養病床の削減については目標としないこととします。

なお、転換に関する相談窓口及び支援措置については表8のとおりとなっています。

(表8 療養病床の転換に関する相談窓口、支援措置)

転換に関する 相談窓口	高知県地域福祉部 高齢者福祉課	
転換費用負担に 係る支援措置	介護療養型医療施設等転換に係る市町村交付金	介護療養型医療施設等を老人保健施設やケアハウス等に転換することを支援
	病床転換助成事業費補助金	医療療養病床を老人保健施設やケアハウス等に転換することを支援
	老人福祉施設等整備事業費補助金	介護療養型医療施設等を老人福祉施設に転換することを支援

¹¹ 医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスを一体的に提供していく取り組み。

④ 後発医薬品の使用促進

○県民等への啓発

県は、県民や医療関係者を対象として講演会等を開催し、後発医薬品の品質等に対する理解を深め、正しい知識の啓発を図ります。

○後発医薬品採用のための環境整備

県は、後発医薬品採用マニュアルを作成している医療機関の採用基準や公的病院等の採用後発医薬品リスト、高知県後発医薬品安心使用促進協議会の活動報告書を公開するなどして、後発医薬品を採用しやすくするための環境整備を図ります。

○後発医薬品差額通知等の実施

医療保険者は、後発医薬品の希望カードの配布や差額通知に取り組むことにより、後発医薬品の使用促進を図ります。

(3) その他の医療費適正化の取り組み

県は、高知県保険者協議会などを通じて、医療保険者によるレセプトからの情報や健診結果のデータを活用した医療費適正化に向けた取り組みを支援します。

○重複受診・頻回受診者に対する訪問指導活動の充実・強化

各保険者に対して、レセプト情報等を活用した健康管理や、医療に対する意識を深めること等を目的とする訪問指導の実施を促進し、適正な受診や介護保険等の利用を進めます。

○医療費通知の実施

受診者の方に健康に対する認識を深めてもらうことを目的とした医療費通知を、各医療保険者が年間を通じて実施できるように支援します。

○レセプト点検の充実・強化

各医療保険者が実施している受給者の資格確認や請求内容の点検等を強化できるよう支援します。