

### 第3期医療費適正化計画 進捗状況の調査・分析様式

#### 1. 目標に関する評価

##### (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

##### ① 特定健康診査の実施率に関する数値目標

2017年度 (計画の足下値)	第3期計画期間					2023年度 (目標値)
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	
49.2%	50.7%	52.5%	51.5%	53.7%		
目標達成に 必要な数値						70%以上
第3期の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉保健所による管内重点支援市町村の取組への支援</li> <li>・医師会との連携による医療機関からの受診勧奨の促進</li> <li>・特定健診情報提供事業の実施</li> <li>・協会けんぽ被扶養者への受診の勧奨</li> <li>・リーフレットやテレビCM、広報媒体等を活用し、市町村国保特定健診受診対象世代及び特定健診受診前世代（39歳）に向けて受診勧奨・受診啓発の実施</li> </ul>					
第4期に向けた 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診の受診率を向上させるとともに、個別健診受診者数の増加</li> <li>・市町村国保及び協会けんぽ被扶養者の受診率向上への支援強化が必要</li> </ul>					

第4期に向けた 改善点	<ul style="list-style-type: none"><li>・必要な感染予防対策は継続し、県民が安心して受診できる体制を整備</li><li>・医師会との連携による医療機関からの受診勧奨の強化</li><li>・テレビCMやデジタル技術などの活用による受診勧奨・受診意識啓発の強化</li><li>・協会けんぽ被扶養者への受診勧奨の継続</li></ul>
----------------	--

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

② 特定保健指導の実施率に関する数値目標

2017年度 (計画の足下値)	第3期計画期間					
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度 (目標値)
17.9%	23.7%	23.7%	24.0%	24.4%		
目標達成に 必要な数値						45%以上
第3期の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導実施体制を強化するため、福祉保健所における管内重点支援市町村の取組への支援</li> <li>・ 従事者のスキルアップを目的とした特定保健指導従事者育成研修会の開催</li> </ul>					
第4期に向けた 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導の利用勧奨の徹底と特定保健指導従事者の質の向上</li> </ul>					
第4期に向けた 改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導従事者育成研修会を継続し、アウトカム評価につながる効率的・効果的な保健指導力及び健診結果のアセスメント力の向上を支援</li> <li>・ 保険者の特定保健指導実施体制への助言等支援（民間事業者やICTの積極的な活用）</li> </ul>					

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（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減少率に関する数値目標  
 (2008年度と比較した各年度の特定保健指導対象者の推定数(※)の減少率)

2017年度 (計画の足下値)	第3期計画期間					
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度 (目標値)
10.6%	9.7%	9.2%	8.6%	10.5%		
目標達成に 必要な数値						25%以上 (対2008年度比)
第3期の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診、特定保健指導の実施率向上対策</li> <li>・マスメディアによる啓発やインセンティブ事業の活用など、より良い生活習慣に関する県民運動の促進</li> </ul>					
第4期に向けた 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者の減少率は全国より少なく、またメタボリックシンドローム該当者の割合においても全国より高く推移</li> </ul>					
第4期に向けた 改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診、特定保健指導の実施率向上対策の推進及びインセンティブ事業を活用した保健行動の促進に向けた取組のさらなる充実</li> </ul>					

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(厚生労働省)

特定保健指導対象者数

特定健診受診者数

※ 特定保健指導対象者の推定数 = 住民基本台帳人口 ×

④ たばこ対策に関する目標

<p>目標</p>	<p>喫煙率：令和5年度までに、成人男子20%以下、成人女子5%以下          受動喫煙の機会を有する人の割合：令和5年度までに、家庭3%以下、職場10%以下、飲食店14%以下          (実績値：令和4年度)          喫煙率：成人男性27.0%、成人女性6.4%          受動喫煙の機会を有する人の割合：家庭5.0%、職場19.0%、飲食店9.6%</p>
<p>第3期の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・禁煙支援・治療の指導者養成事業の実施</li> <li>・養護教諭等を対象とした防煙教育スキルアップ研修やとさ禁煙サポーターズのフォローアップ研修の開催</li> <li>・各種職業団体の定例会議やチラシ等の配布、県広報番組等を通じた改正健康増進法の施行の周知・啓発</li> <li>・禁煙・分煙実態調査（高知市除く飲食店対象）や保育所・幼稚園受動喫煙調査の実施</li> <li>・高知家健康チャレンジによる禁煙に関する普及啓発</li> </ul>
<p>第4期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・効果的な禁煙指導が行われるよう、禁煙指導を行う医療従事者の資質向上が必要</li> <li>・改正健康増進法の遵守に向けた事業所や飲食店の相談対応や県民への周知・啓発は継続して取組が必要</li> <li>・新型たばこの害についての啓発が必要</li> <li>・喫煙率、受動喫煙の機会を有する人の割合はともに減少傾向だが、職場での受動喫煙の機会を有する人の割合は未だ高く、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙に関する知識の普及が必要</li> </ul>
<p>第4期に向けた改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・禁煙指導を行う医療従事者の資質向上のため、研修会を実施</li> <li>・改正健康増進法に基づく受動喫煙防止対策の強化に向けた周知徹底、施設等からの相談への対応</li> <li>・各種研修会・関係団体会議での改正健康増進法・禁煙支援に関する周知・啓発</li> <li>・新型たばこも含めた喫煙が及ぼす健康被害や、禁煙について普及啓発</li> </ul>

⑤ 予防接種に関する目標

<p>目標</p>	<p>市町村が 65 歳以上の者に予防接種法に基づき行う肺炎球菌ワクチン及びインフルエンザワクチンの予防接種の普及啓発を促進するとともに、住所地に関係なく県内実施医療機関のどこでも予防接種を受けられる現在の体制を維持</p>
<p>第 3 期の取組</p>	<p>・高知県医師会や高知県市町村保健衛生職員協議会等と連携し、予防接種の普及啓発及び住所地に関係なく県内の実施医療機関であればどこでも予防接種を受けられる体制を維持する取組を継続して実施</p>
<p>第 4 期に向けた課題</p>	<p>特になし</p>
<p>第 4 期に向けた改善点</p>	<p>特になし</p>

⑥ 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標

ア.高血圧対策

<p>目標</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値：令和5年度までに、男女ともに130mmHg以下</li> <li>・収縮期血圧130mmHg以上の人の割合：令和5年度までに、男女ともに45%以下</li> <li>・特定健診受診者（降圧剤の服用者）の収縮期血圧140mmHg以上の人の割合：令和5年度までに、男女ともに30%未満</li> </ul> <p>(実績値)</p> <p>収縮期血圧の平均値：男性135mmHg、女性134mmHg（令和4年度）</p> <p>収縮期血圧130mmHg以上の人の割合：男性56.3%、女性59.6%（令和4年度）</p> <p>特定健診受診者（降圧剤の服用者）の収縮期血圧140mmHg以上の人の割合：男性35.7%、女性34.2%（令和2年度）</p>
<p>第3期の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関、薬局、健診機関等へ高血圧指導教材を活用した家庭血圧測定と記録の促進に関する指導を依頼</li> <li>・高知家健康パスポート事業のアプリの活用による家庭血圧測定及び記録の啓発強化</li> <li>・推定塩分摂取量の測定結果の活用による健康教育・保健指導の充実</li> <li>・減塩プロジェクト参加企業と連携した減塩の啓発</li> </ul>
<p>第4期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・降圧剤服用者の収縮期血圧140mmHg以上の割合は、令和2年度市町村国保・協会けんぽ特定健診の結果において、男性35.7%、女性34.2%と増加傾向にあり、目標達成に向けてさらなる対策の充実が必要</li> </ul>
<p>第4期に向けた改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・減塩の健康教育・保健指導の充実（ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ）</li> <li>・医療機関向け研修会を継続し、高血圧治療ガイドラインに基づく適切な標準治療を実現</li> </ul>

イ.血管病の重症化予防対策

<p>目標</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病性腎症による新規透析患者数：令和 5 年度までに、108 人以下</li> <li>・ 特定健診受診者で糖尿病治療中の者のうち、HbA1c7.0%以上の人の割合：令和 5 年度までに、男女ともに 25%以下</li> <li>・ 未治療ハイリスク者・治療中断者に対する指導の成功率：令和 5 年度までに、50%以上</li> </ul> <p>(実績値)</p> <p>糖尿病性腎症による新規透析患者数：117 人（令和元年度～令和 3 年度の平均値）</p> <p>特定健診受診者で糖尿病治療中の者のうち、HbA1c7.0%以上の人の割合：男性 38.8%、女性 37.7%（令和 2 年度）</p> <p>指導成功率：未治療ハイリスク者 35.5%、治療中断者 68.7%（令和 3 年度）</p>
<p>第 3 期の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各保険者の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく市町村の保健指導等の取組を支援</li> <li>・ 市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組を推進するため、糖尿病看護の専門家等の派遣や、介入結果の評価支援ツールを開発・運用により、保険者の取組を支援</li> <li>・ 透析導入時期の遅延を図る糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを、令和 2 ～ 4 年度までに 4 地域 10 医療機関で 80 人に実施</li> <li>・ 13 基幹病院で血管病調整看護師を育成し、外来等における糖尿病患者への生活指導を強化</li> <li>・ 外来栄養食事指導実施体制を強化するため、従事者のスキルアップを目的とした研修会の開催</li> </ul>
<p>第 4 期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病治療中の者のうち、HbA1c7.0 以上の者の割合は、令和 2 年度市町村国保・協会けんぽ特定健診の結果において、男性 38.8%、女性 37.7%と増加傾向であることから、治療中ハイリスク者に対する医療機関と保険者が連携した重症化予防の取組の体制強化が必要</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中ハイリスク者に対する保健指導については、医療機関から保険者への返信率は 21.0%、うちプログラム利用割合 12.1%と低調</li> <li>医療機関の糖尿病性腎症重症化予防の取組への理解促進により、治療中ハイリスク者への医療機関と保険者が連携した支援体制の強化が必要</li> <li>・保険者による治療中ハイリスク者へ保健指導力の向上が必要</li> <li>・介入効果が示唆された糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの周知と実施医療機関・保険者の拡大が必要</li> </ul>
<p>第 4 期に向けた 改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの普及、及び糖尿病性腎症重症化予防プログラムとの統合による糖尿病性腎症重症化予防対策の推進</li> <li>・血管病調整看護師や外来栄養食事指導協力医療機関、保険者等の関係機関が有機的に連携し、糖尿病患者への地域における支援体制を構築</li> <li>・保険者の支援力の向上対策として、糖尿病看護の専門家等の派遣を継続</li> </ul>

⑦ その他予防・健康づくりの推進に関する目標

ア.がん検診

<p>目標</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診の受診率：令和4年度までに50%</li> <li>・がん検診の精密検査受診率：大腸・子宮頸がん検診 令和4年度までに90%</li> <li style="padding-left: 40px;">肺・胃・乳がん検診 現在の精密検査受診率の維持・上昇</li> </ul> <p>(実績値：令和3年度)</p> <p>検診受診率：肺がん59.4%、胃がん40.6%、大腸がん46.5%、子宮頸がん47.3%、乳がん50.5%</p> <p>精密検査受診率：肺がん87.1%、胃がん89.2%、大腸がん83.0%、子宮頸がん70.5%、乳がん96.2%、</p>																								
<p>第3期の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診対象者への個別通知、未受診者への再勧奨等の市町村の受診促進の取組を支援</li> <li>・TVCM、新聞・情報誌に加え、インターネットやSNSへの広告掲載</li> <li>・セット検診実施市町村に当日の受付要員等を支援</li> <li>・市町村の精密検査未受診者への受診勧奨を支援</li> <li>・広域検診を実施し、市町村をまたいだ受診を可能とし、利便性を向上</li> </ul>																								
<p>第4期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の受診率に到達していない検診の受診率向上</li> </ul> <p>(参考：過去3年間の受診率（R4年度受診率は8月算出）)</p> <table border="1" data-bbox="472 1110 1512 1337"> <thead> <tr> <th></th> <th>肺がん</th> <th>胃がん</th> <th>大腸がん</th> <th>子宮頸がん</th> <th>乳がん</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R3年度</td> <td>59.4%</td> <td>40.6%</td> <td>46.5%</td> <td>47.3%</td> <td>50.5%</td> </tr> <tr> <td>R2年度</td> <td>57.5%</td> <td>39.4%</td> <td>44.6%</td> <td>47.1%</td> <td>50.3%</td> </tr> <tr> <td>R元年度</td> <td>58.3%</td> <td>40.4%</td> <td>45.6%</td> <td>46.0%</td> <td>51.2%</td> </tr> </tbody> </table>		肺がん	胃がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	R3年度	59.4%	40.6%	46.5%	47.3%	50.5%	R2年度	57.5%	39.4%	44.6%	47.1%	50.3%	R元年度	58.3%	40.4%	45.6%	46.0%	51.2%
	肺がん	胃がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん																				
R3年度	59.4%	40.6%	46.5%	47.3%	50.5%																				
R2年度	57.5%	39.4%	44.6%	47.1%	50.3%																				
R元年度	58.3%	40.4%	45.6%	46.0%	51.2%																				
<p>第4期に向けた</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後も引き続き、検診の意義、重要性の周知及び利便性の向上を実施</li> </ul>																								

改善点	<ul style="list-style-type: none"><li>・特に受診率が伸び悩んでいる市町村検診の主な対象者である国民健康保険加入者への周知の取組</li><li>・市町村検診のデジタル化推進</li></ul>
-----	---

イ.健康づくりの県民運動

<p>目標</p>	<p>健康づくりに一步踏み出した人の人数（高知家健康パスポート I 取得者数）：令和 3 年度末までに 5 万人以上                  （実績値）                  健康パスポートアプリのダウンロード件数：43,568 件（令和 5 年 4 月末時点）</p>
<p>第 3 期の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高知家健康パスポート事業による県民の健康づくり                      （取組）県民の健康意識のさらなる醸成と健康的な健康行動の定着化を図るため、平成 30 年からアプリ版パスポートの運用開始                      機能充実（歩数や、血圧・体重の記録など、日々の行動や健康状態の見える化等）及び定期的なアプリイベント（歩数競争等）・キャンペーンを行い、令和 4 年度からはアプリのみでの運用を開始                      （成果）健康パスポート I 取得者：50,688 人（令和 4 年 3 月末時点）                      健康パスポートアプリのダウンロード件数：43,568 件（令和 5 年 4 月末時点）</li> <li>・健康経営に取り組む事業者のフォロー                      （取組）全国平均に比べて死亡率が高い働きざかり世代の健康づくりを推進するため、県内事業者が行う健康経営の取組支援を実施                      例）優良事例（健康経営アワード受賞事例）の横展開に向けたライブラリー化、健康経営のツールとして健康パスポートの活用を促進等                      （成果）健康パスポートを活用する事業者数：310 社（令和 5 年 5 月 1 日時点）</li> </ul>
<p>第 4 期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性のアプリ利用者が少ない（男女比 約 1 : 2）</li> <li>・職場の健康づくりが不十分な状況</li> </ul>
<p>第 4 期に向けた</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域や職場における健康パスポートを活用した健康づくりの促進など、ポピュレーションアプローチを強化</li> </ul>

改善点	
-----	--

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 後発医薬品の使用促進に関する数値目標

2017 年度 (計画の足下値)	第 3 期計画期間					
	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度 (目標値)
64.8% (参考：NDBデータ数 値 65.3%)	71.1% (参考：NDBデータ数 値 70.8%)	75.4% (参考：NDBデータ数 値 74.5%)	78.4% (参考：NDBデータ数 値 76.7%)	79.3% (参考：NDBデータ数 値 77.1%)		
目標達成に 必要な数値						80%以上
第 3 期の取組	<p>&lt;県民等への啓発&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ TVCM、新聞等の広告媒体を活用した後発医薬品の品質等に関する啓発</li> <li>・ 薬局店頭などでの声かけ</li> </ul> <p>&lt;後発医薬品採用のための環境整備&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県のホームページで地域の基幹病院等が採用する後発医薬品リストの公開（18 病院）</li> <li>・ レセプト分析データを活用し、医療機関、薬局への後発医薬品の使用状況等に関する情報の提供</li> </ul> <p>&lt;後発医薬品差額通知等の実施&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険者からの後発医薬品差額通知の実施</li> <li>・ 医療保険者に配置した服薬サポーターから、差額通知対象者に対し、通知の確認状況や薬局等への相談を促す電話勧奨を実施</li> </ul>					
第 4 期に向けた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 使用割合は目標値に近づいたが、全国平均（2021 年度：82.0%）と比べると低く、引き続き、県民への後</li> </ul>					

<p>課題</p>	<p>発医薬品の品質等に関する正しい知識の普及、医師や薬剤師等医療提供者側の理解の促進が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携強化し、バイオシミラーの普及促進や地域フォーミュラリーの策定の検討が必要</li> <li>・医療機関や薬局における後発医薬品の使用を進めるため、使用状況など分析情報の提供等の支援が必要</li> <li>・患者への後発医薬品の差額通知や服薬サポーターからの電話勧奨に加え、薬局薬剤師からの服薬支援の強化が必要</li> </ul>
<p>第4期に向けた改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品及びバイオシミラーの品質等に関する啓発を実施</li> <li>・後発医薬品及びバイオシミラーの品質等に関するセミナーの開催、後発医薬品採用リスト（病院）の公開促進等により医療提供側の理解を促進</li> <li>・レセプトデータの分析を活用し、医療機関や薬局への後発医薬品の使用促進の働きかけや支援を強化</li> <li>・患者への後発医薬品の差額通知と服薬サポーターによる電話での個別勧奨を引き続き実施</li> <li>・地域フォーミュラリーの取組を推進</li> </ul>

出典：NDBデータセット（厚生労働省）

「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における後発医薬品割合（数量ベース）（厚生労働省）

② 医薬品の適正使用の推進に関する目標

<p>目標</p>	<p>全保険薬局に占めるかかりつけ薬局の割合を増やすとともに、かかりつけ薬局から患者に対する重複投薬等の是正に向けた服薬支援体制を強化する。また、医療保険者においても、かかりつけ薬局と連携した服薬支援を行い、重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進する。</p>
<p>第3期の取組</p>	<p>&lt;県民等への啓発&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ TVCM、新聞等の広告媒体を活用した重複・多剤服薬通知事業の啓発</li> <li>・ お薬手帳の一冊化の重要性について周知</li> </ul> <p>&lt;重複・多剤服薬通知事業&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険者からの複数受診による重複・多剤投薬のある患者への個別通知の実施</li> <li>・ 医療保険者に配置した服薬サポーターから、通知対象者に対し、通知の確認状況と薬局等への相談を促す電話勧奨の実施</li> <li>・ 県薬剤師会（地域の薬剤師）と医療保険者（市町村国保）の協働による個別訪問の実施</li> </ul>
<p>第4期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通知内容について医療機関や薬局に相談する等の患者の行動変容を進めることが必要</li> <li>・ 健康被害等が懸念される優先順位の高い通知対象者への勧奨が必要</li> <li>・ 服薬情報の一元管理（お薬手帳一冊化の徹底、高知あんしんネット等の普及など医療DXによる医療情報の利活用）が必要</li> <li>・ 服薬サポーターによる電話勧奨の強化等、より薬局等への相談につなげるための取組が必要</li> </ul>
<p>第4期に向けた改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複・多剤服薬の是正に関する正しい知識の普及啓発を実施</li> <li>・ お薬手帳の一冊化や電子版お薬手帳の普及促進を強化</li> <li>・ 高知あんしんネット等の普及など医療DXの利活用による服薬情報の共有化を推進</li> </ul>



- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>・重複・多剤服薬通知と服薬サポーターによる電話での個別勧奨を引き続き実施</li><li>・県薬剤師会と医療保険者協働の個別訪問による服薬支援を強化</li></ul> |
|--|--|

③ その他の医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア.病床機能の分化と連携

目標	病床機能の分化及び連携の推進を目指す
第3期の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療構想の達成に向け、地域医療構想調整会議を開催し、各圏域の病床の状況や医療機関における補助金等の活用について協議を実施</li> <li>・ 医療機関が自主的に行う病床の転換・ダウンサイジング等やこれらの実施に向けた収支シミュレーションへの支援を行うとともに、個別医療機関からの相談対応等を実施</li> <li>・ 取組の結果、慢性期における介護療養病床の約9割が介護医療院等への転換が完了するなど、病床の転換・ダウンサイジング等が一定進捗</li> </ul>
第4期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床機能の分化及び連携に向け、病床の転換・ダウンサイジング等について引き続き支援が必要</li> <li>・ 地域別に見ると、郡部等においては、地域医療構想における「病床の必要量」に近づく、またはそれ以下となっている地域があり、地域の医療体制を維持する視点での取組が必要</li> <li>・ 新型コロナウイルス感染症への対応等を踏まえ、公立・公的病院の役割等について、地域医療構想調整会議等での協議が必要</li> </ul>
第4期に向けた改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床の転換・ダウンサイジング等について、引き続き支援を実施していくが、それだけではなく、郡部等の医療が不足している地域では、その医療提供体制を維持するため、連携体制の構築等に向けた支援を実施</li> </ul>

## イ.地域包括ケアシステムの構築

目標	地域包括ケアシステムの構築の推進を目指す
第3期の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護・福祉のサービス資源を切れ目のないネットワークでつなぐ「高知版地域包括ケアシステム」の構築を加速化することを目的に、県内を14ブロックに分け「地域包括ケア推進協議体」を設置し、各ブロックの現状の把握及び課題の検討を実施</li> <li>・課題を持つ地域包括支援センターには、民間アドバイザーを活用した個別支援を実施 また、アドバイザー支援のノウハウを共有するため、地域包括支援センターの職員研修会を開催</li> </ul>
第4期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の地域包括ケアシステムの構築状況に差があるため、定量的・定性的に評価したうえで課題に応じた適切な支援による機能強化が必要</li> </ul>
第4期に向けた改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的に市町村の地域包括ケアシステム構築状況についての調査及び分析を行い、課題や弱みを把握したうえで必要な支援を実施</li> <li>・「地域包括ケア推進協議体」や、地域包括支援センターの機能強化などの支援を引き続き実施</li> </ul>