

# 第1期 高知県医療費適正化計画

(平成20年度～平成24年度)

平成20年4月  
高 知 県

# 目次

---

## 第1章 医療費適正化計画に関する基本的事項

1. 計画作成の趣旨 .....1
2. 計画の根拠及び位置づけ .....1
3. 計画の内容に関する基本的事項 .....1
4. 計画の期間 .....1

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1. 現状
  - (1) 医療費の動向 .....2
  - (2) 病床数の状況 .....11
  - (3) 平均在院日数の状況 .....15
  - (4) 生活習慣病等の状況 .....18
2. 課題
  - (1) 県民の健康の保持の推進に関する課題 .....25
  - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題 .....25

## 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 .....26
  - (2) 超高齢化社会の到来への対応 .....26
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 .....27
  - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標 .....27
  - (3) 適正化策の実施による医療費の見通し .....29
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 .....30
  - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策 .....31

## 第4章 計画の推進

1. 計画の推進体制
  - (1) 市町村との連携 .....34
  - (2) 保険者、医療機関その他関係者の連携と協力 .....34
2. 計画の評価及び活用
  - (1) 進捗状況の評価 .....34
  - (2) 実績の評価と活用 .....35

# 第1章

## 医療費適正化計画に関する基本的事項

### 1. 計画作成の趣旨

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実現してきましたが、急速な少子高齢化や経済の低成長、国民生活や意識の変化など大きな環境の変化に直面しています。

国民皆保険を維持していくためには、県民誰もの願いである健康と長寿を確保しつつ、将来的な医療費の伸びの抑制が図られることが必要です。

このための仕組みとして、平成18年度の医療制度改革において、医療費の適正化を推進するための計画（以下「適正化計画」という。）に関する制度が創設されました。

この適正化計画は、県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する目標を設定し、県民の健康増進や生活の質の向上を確保しながら、結果として、将来的な医療費の伸びの抑制が図られることを目指して策定するものです。

### 2. 計画の根拠及び位置づけ

適正化計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく法定計画です。

適正化計画は、住民の健康の保持の推進を図るための「よさこい健康プラン21（健康増進計画）」、医療の効率的な提供の推進を図るための「第5期高知県保健医療計画（医療計画）」、「高知県高齢者保健福祉計画（介護保険事業支援計画）」及び「高知県地域ケア体制整備構想」との調和が保たれた計画とします。

### 3. 計画の内容に関する基本的事項

適正化計画では、次に掲げる事項を定めます。

県民の健康の保持の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項  
医療の効率的な提供の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項  
目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項  
目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項  
県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項  
計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項  
計画の達成状況の評価に関する事項  
その他医療費適正化の推進のために県が必要と認める事項

### 4. 計画の期間

平成20年度から平成24年度までの5年間とします。

## 第2章 医療費を取り巻く現状と課題

### 1. 現状

#### (1) 医療費の動向

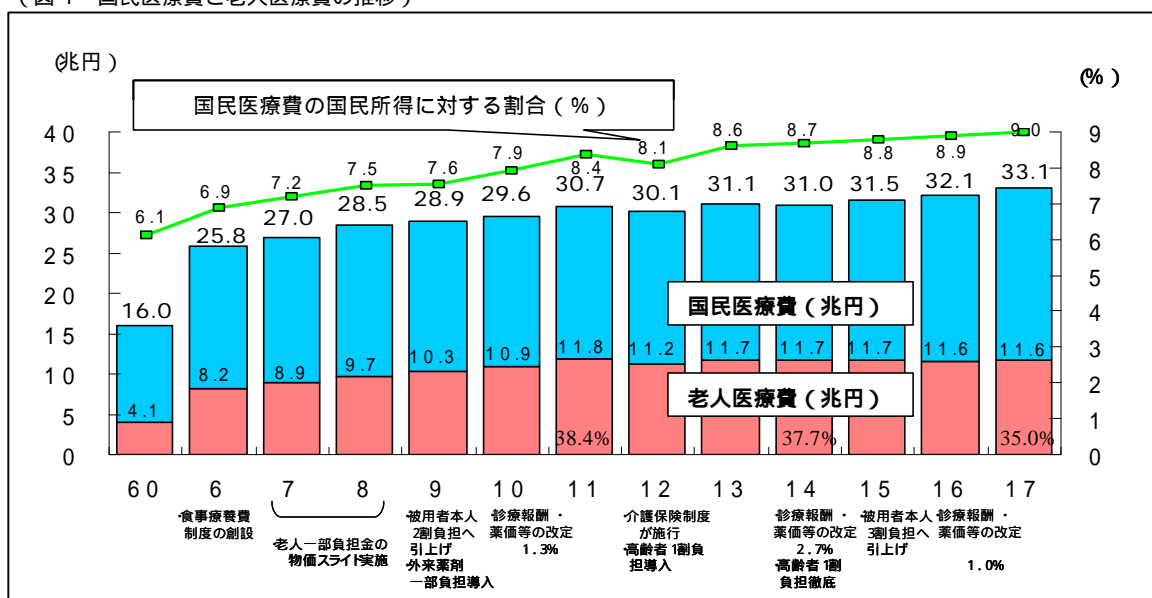
##### 本県の医療費の状況

県民医療費は県民所得の1/6を占め、一人あたりでは全国1位。  
一人当たりの入院医療費が年156千円で全国1位。全国平均の1.6倍。  
高齢化が進行し、老人医療費の占めるウェイトが高い。

全国での医療費を示す平成17年度の国民医療費<sup>1</sup>は、約33兆1千億円であり、前年度と比べて約1兆円、3.2%の増加となっています。

過去10年間の国民医療費では、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定などにより横ばいに近い伸びとなっていますが、こうした改定のなかった平成11年度や平成13年度の伸び率は3%を上回っており、国民医療費の自然増は毎年1兆円（年率約3~4%）程度となっています（図1）。また、国民医療費の伸び率は、毎年度国民所得<sup>2</sup>の伸び率を上回っています（表1）。

（図1 国民医療費と老人医療費の推移）



<sup>1</sup> 当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものの。診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費の他に、健康保険等で支給される移送費等を含む。

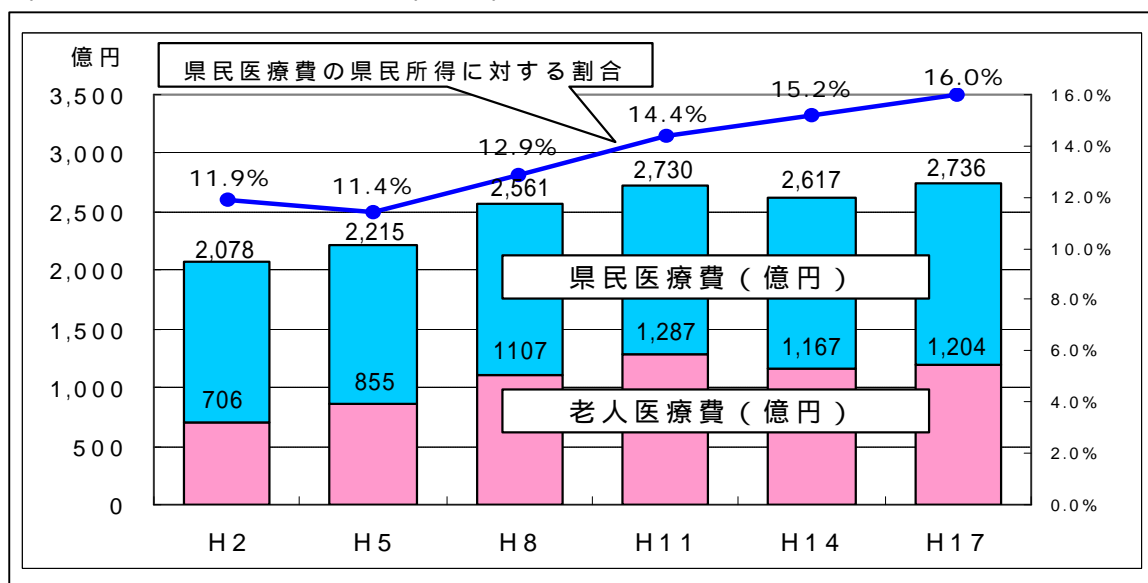
<sup>2</sup> 国民所得は、内閣府「国民経済計算」による。

(表 1 国民医療費等の対前年度伸び率)

	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
国民医療費	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	1.8	3.2	0.5	1.9	1.8	3.2
老人医療費	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	5.1	4.1	0.6	0.7	0.7	0.6
国民所得	1.4	0.1	1.7	0.4	3.4	1.2	2.0	2.8	1.5	0.7	1.3	1.3

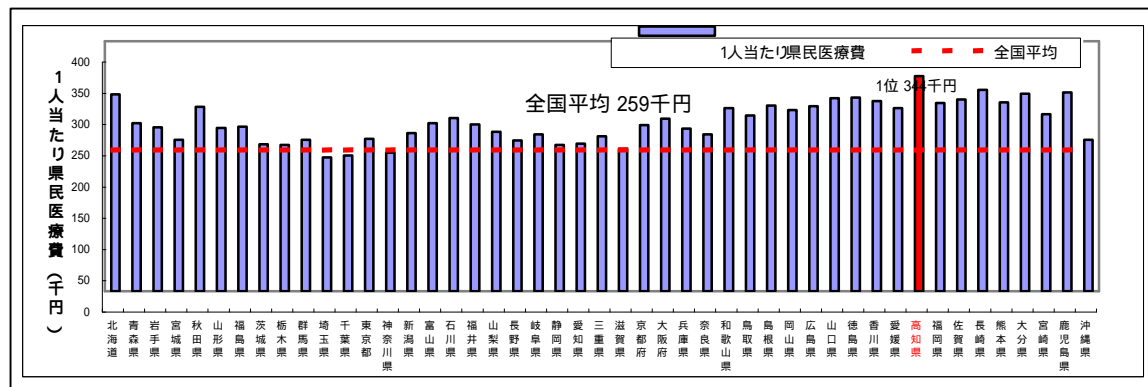
本県の県民医療費<sup>3</sup>の推移は国民医療費の推移とほぼ同じ傾向ですが、本県は県民医療費に占める老人医療費の割合が44.0%と全国の35.0%を大きく上回っており、また、県民所得に占める県民医療費の割合が高く、全国の1.8倍となっています(図2)。

(図 2 県民医療費と老人医療費の推移(高知県))



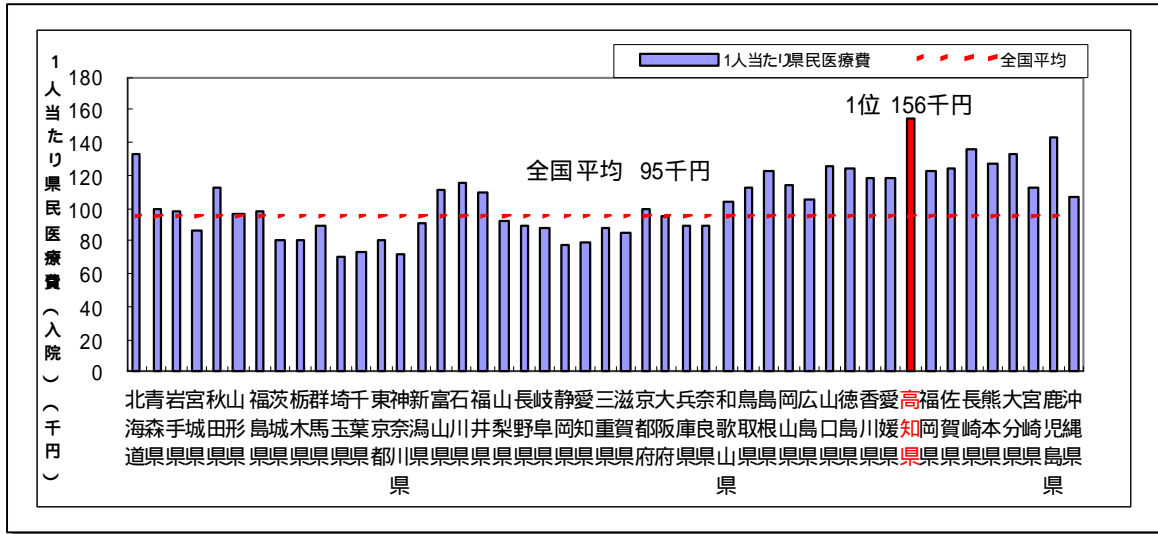
一人当たりの県民医療費は344千円と全国平均の259千円より85千円高く、全国1位で、特に、入院医療費は156千円と全国平均の1.6倍となっています(図3、4、5)。

(図 3 都道府県別 平成 17 年度一人当たり県民医療費)

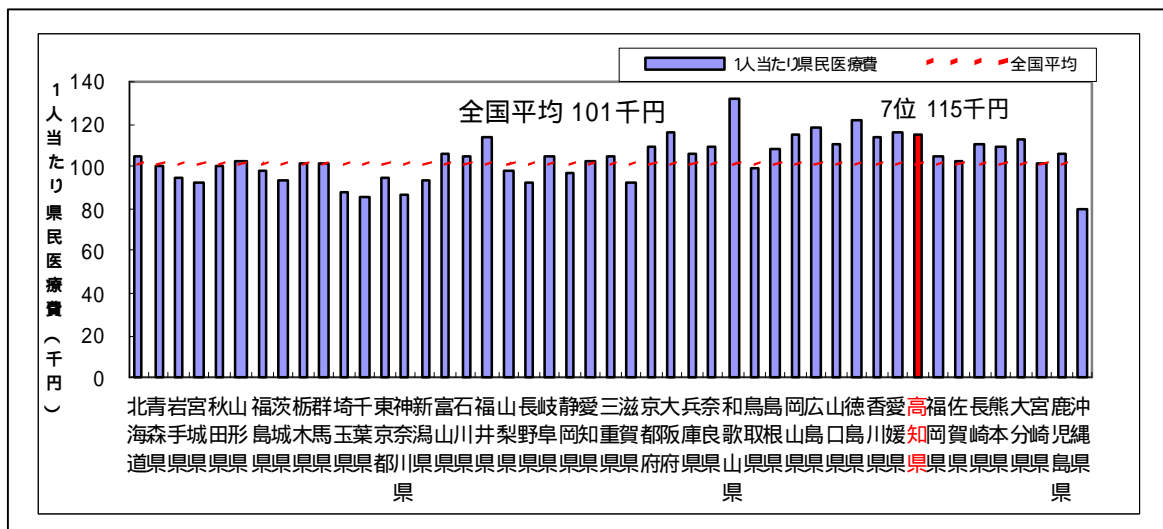


<sup>3</sup> 国民医療費を患者の住所地に基づいて推計した都道府県別国民医療費である。

(図4 都道府県別 1人当たり県民医療費(入院))



(図5 都道府県別 1人当たり県民医療費(入院外))



### 老人医療費の状況

一人当たりの老人医療費は年 958 千円で全国 3 位。入院医療費が全国平均を大きく上回っている。

入院の頻度が高く、入院期間が長期化していることが特徴。

30 年後には高齢化率が 37.4% に達し、後期高齢者数は 1.4 倍となる。

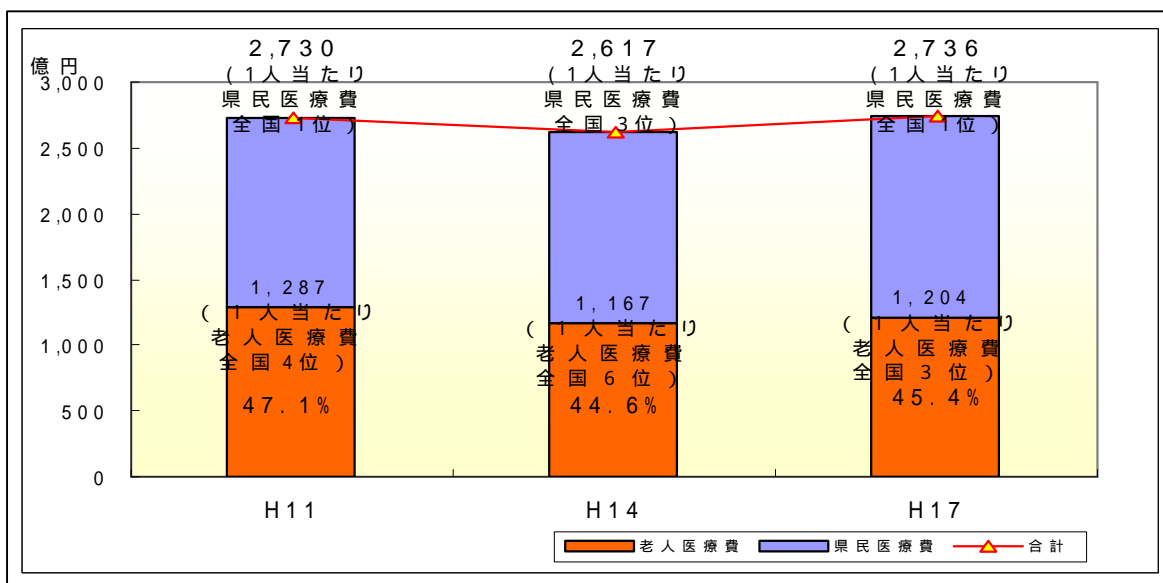
医療費のうち老人保健法の対象となる老人医療費は、平成 17 年度は全国で約 11.6 兆円と、国民医療費の 35.0% を占めています (図 1)。

一方、本県の平成 17 年度の老人医療費は約 1,204 億円と、県民医療費の 45.4% を占めており、全国に比べ老人医療費の占める割合が高くなっています。(図 6)。

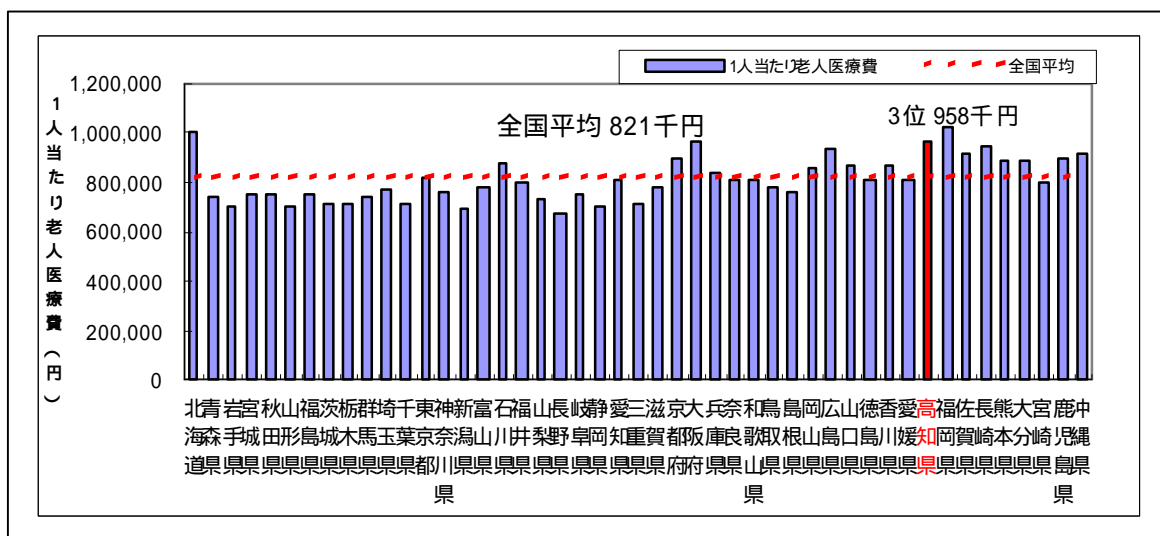
高齢者一人当たりの老人医療費<sup>4</sup>は 958 千円と一人当たりの県民医療費 344 千円の 2.8 倍となっており、高齢者の医療費の伸びが県全体の医療費の伸びに大きな影響を与えています（図 7）。

今後、県全体の人口が減少する中で高齢者人口はさらに増加すると見込まれており、65 歳以上の人口は平成 32 年に 248 千人とピークに達し、また、75 歳以上人口は、平成 17 年の 106 千人から平成 47 年には 145 千人と 1.4 倍になり、高齢化の進展に伴い、今後も老人医療費は高い伸びを示すことが見込まれます（図 8）。

（図 6 高知県の老人医療費と県民医療費の推移）

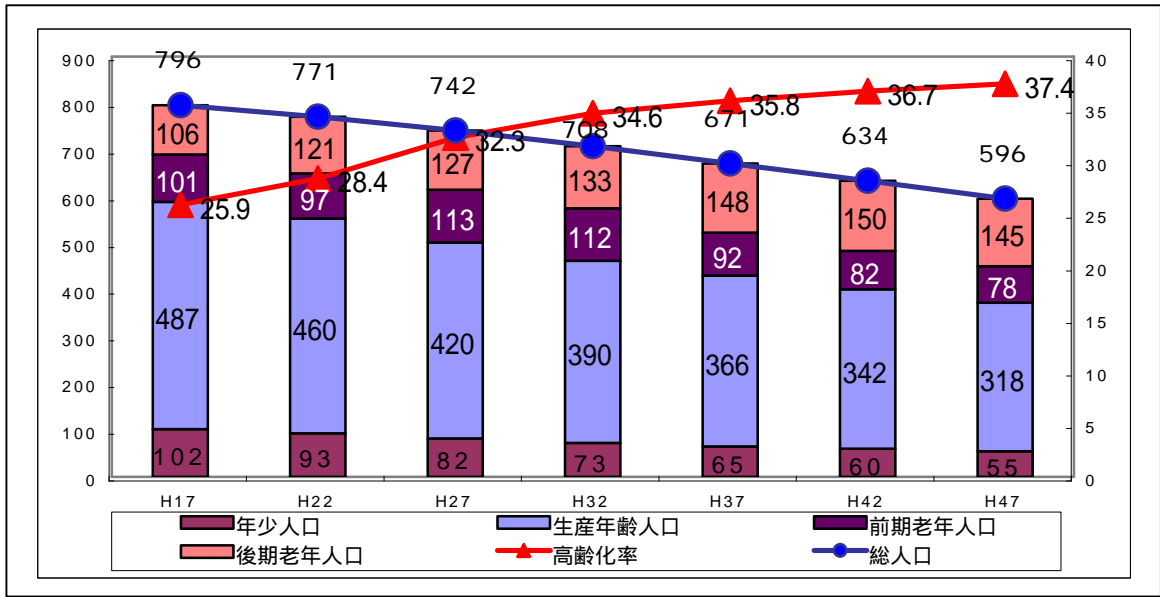


（図 7 都道府県別 1人当たり老人医療費）



<sup>4</sup> 一人当たりの老人医療費は、老人医療費を受給対象者数で除したものの。

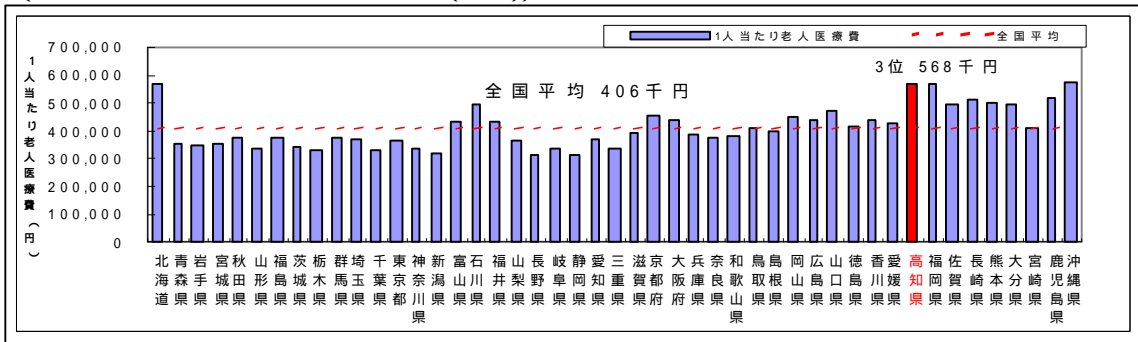
(図8 人口等の将来推計)



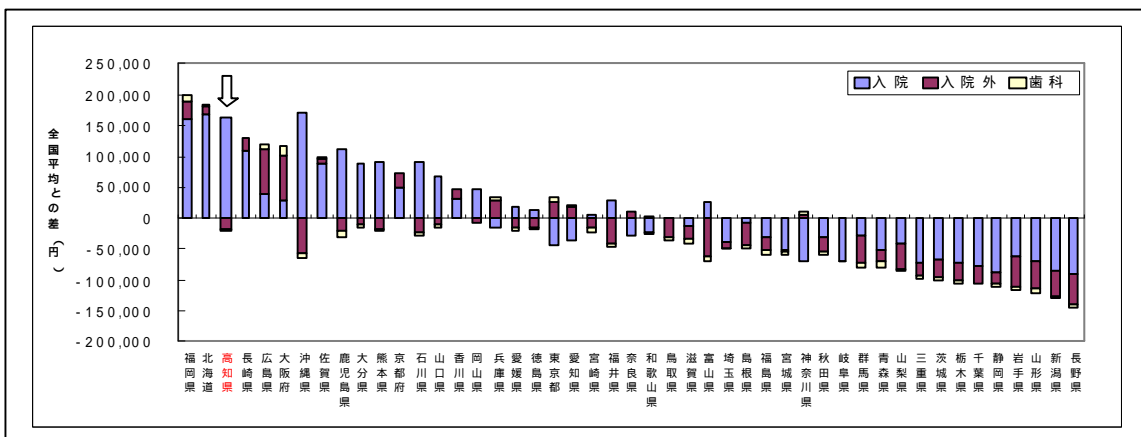
注) 国立社会保障・人口問題研究所 都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)

また、本県の一人当たり老人医療費は全国3位であり、入院外医療費や歯科医療費が全国平均を下回る一方で、入院医療費が全国平均の1.4倍となっていることから、入院医療費の高さが老人医療費に大きく影響しています(図9、10)。

(図9 都道府県別 1人当たり老人医療費(入院))



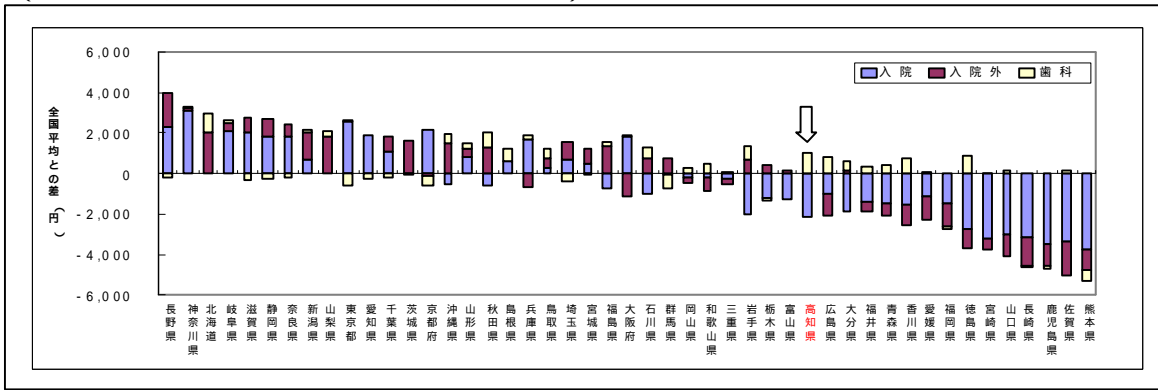
(図10 都道府県別 1人当たり老人医療費の相対比較)



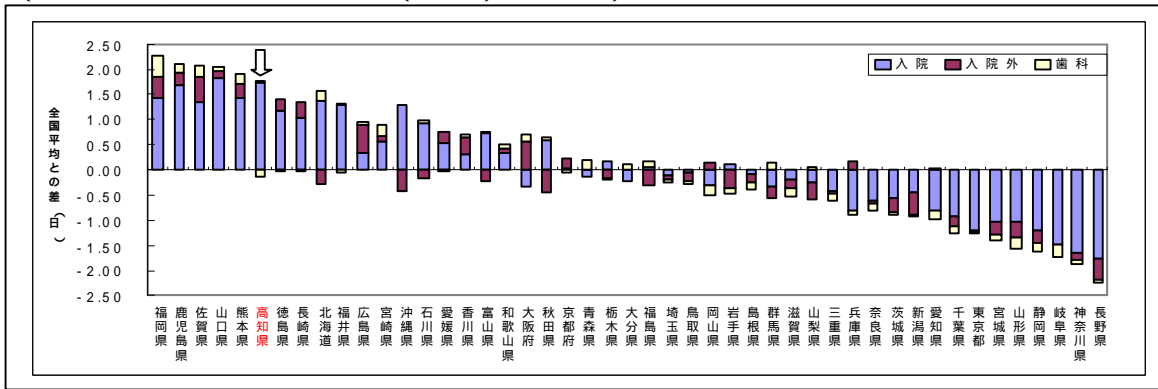


本県の1人当たり老人医療費（入院医療費）が全国より高い要因としては、1日当たりの入院医療費<sup>5</sup>は全国平均を下回っていますが、1件当たりの日数<sup>6</sup>が長く（全国6位）さらに、入院受療率<sup>7</sup>が非常に高い（全国1位）ことから、入院の頻度が高く、一旦入院をすると入院期間が長期化していることがその理由と考えられます（図11、12、13）

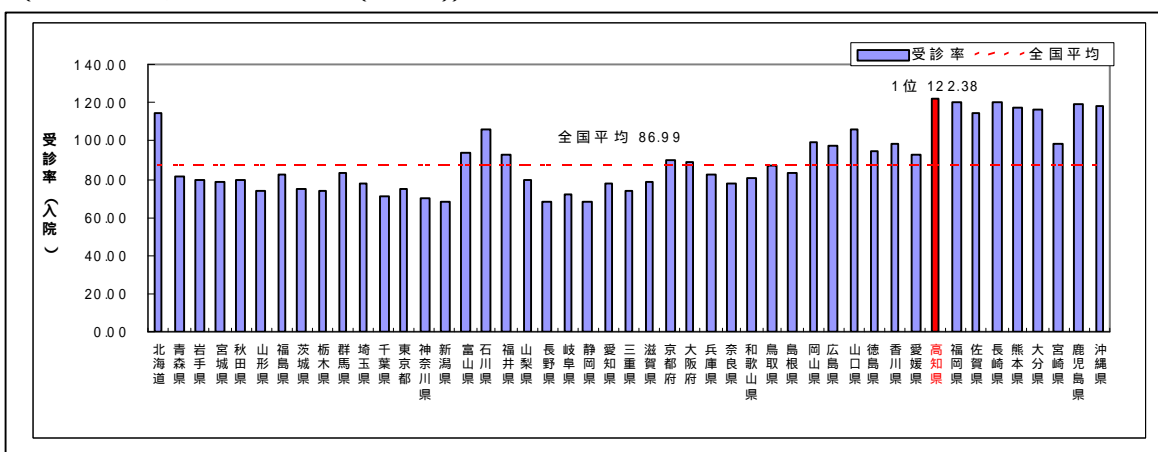
（図11 都道府県別 1日当たり老人医療費の相对比较）



（図12 都道府県別 1件当たり日数（老人分）の相对比较）



（図13 都道府県別 入院受療率（老人分））



<sup>5</sup> 1日当たり医療費は、医療費を診療を行った日数で除したもの。

<sup>6</sup> 1件当たり日数は、診療日数を診療件数で除したもの。

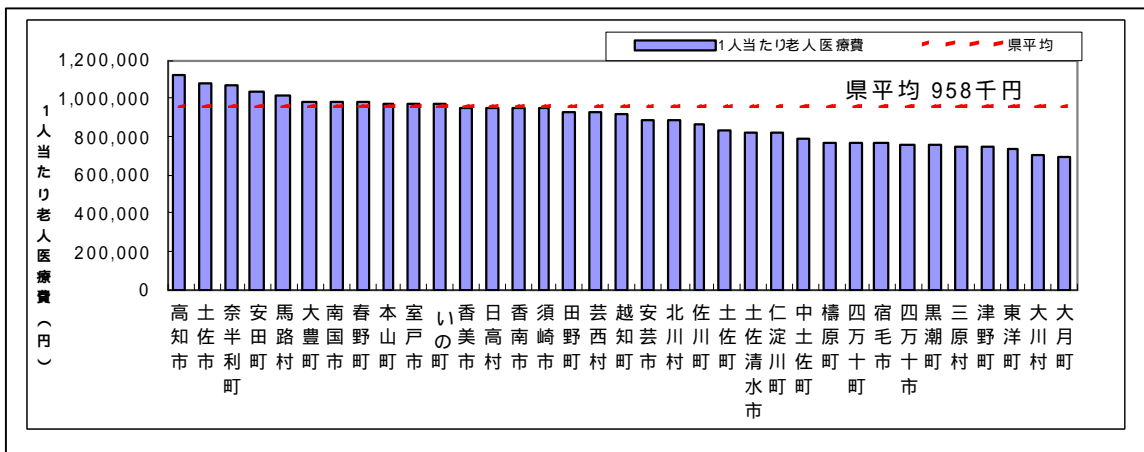
<sup>7</sup> 入院受療率（老人）（100人当たり）は年間の診療件数を、当該年度の平均老人医療受給対象者数（1月）で除したものを100倍したもの。

## 県内市町村の老人医療費の状況

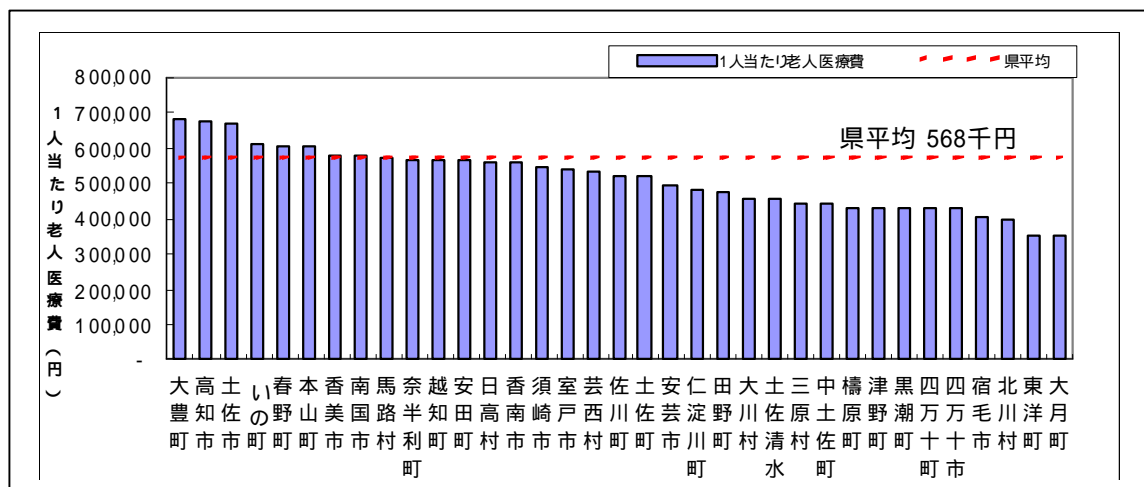
最も高い市町村と低い市町村の格差は 1.6 倍。年 422 千円の差が生じている。  
 入院医療費・入院外医療費ともに日数が長いことが医療費の高い要因。  
 病床が集中している中央圏域の市町村で医療費が高い傾向にある。

県内の市町村でも、老人医療費の地域差が生じています。平成 17 年度の一人当たり老人医療費では、最も高い高知市（1,114 千円）と最も低い大月町（692 千円）には 1.6 倍の差が生じています。また、高知市を含む中央保健医療圏域内の市町村の医療費が高い傾向にあります（図 14、15、16）。

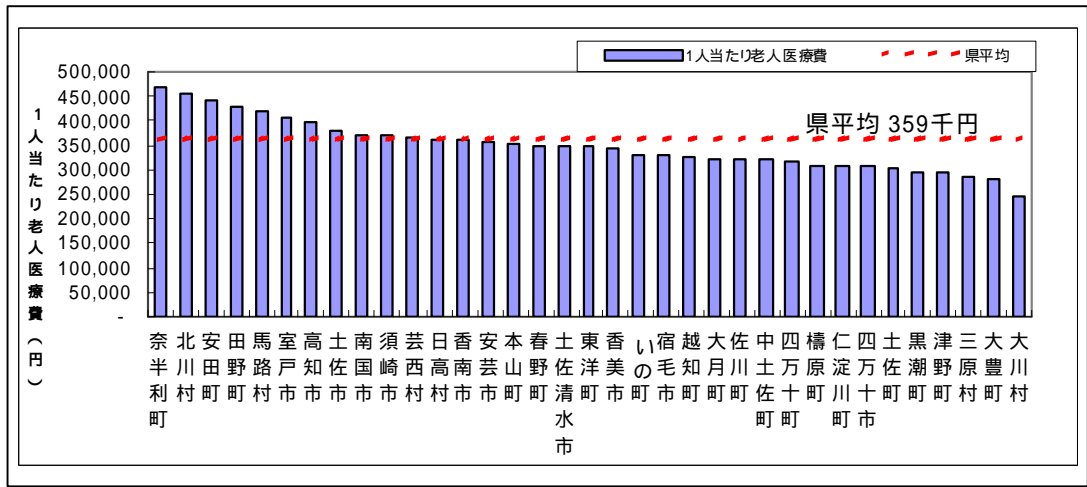
（図 14 市町村別 1人当たり老人医療費）



（図 15 市町村別 1人当たり老人医療費（入院））



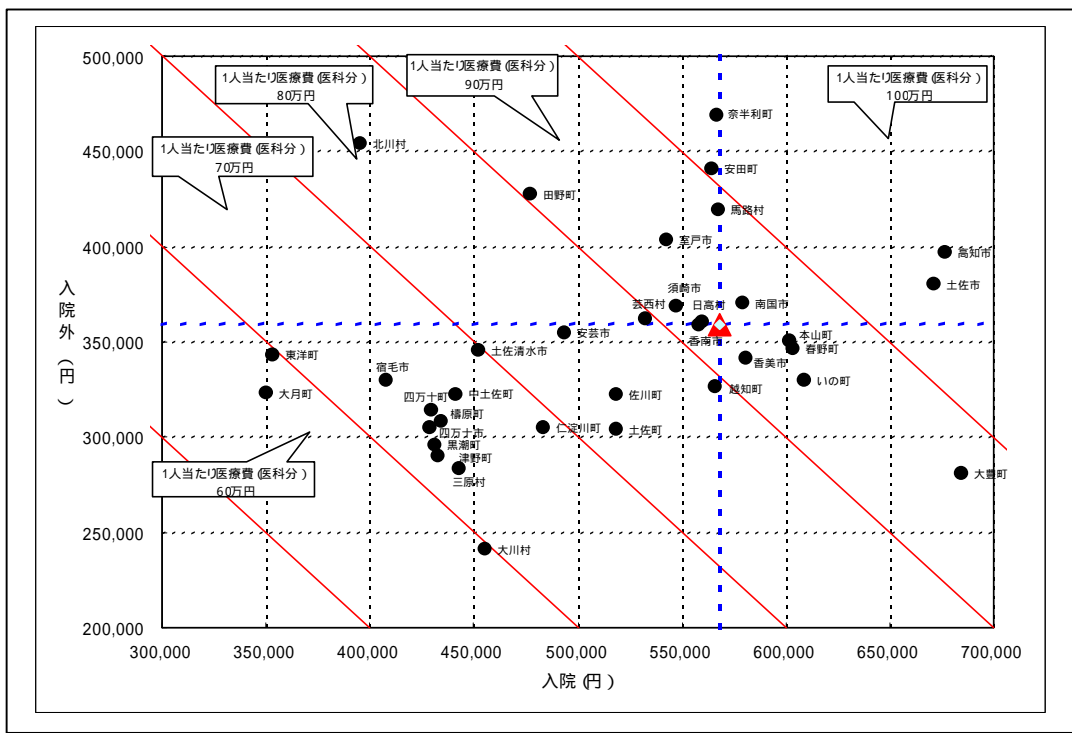
(図 16 市町村別 1人当たり老人医療費(入院外))



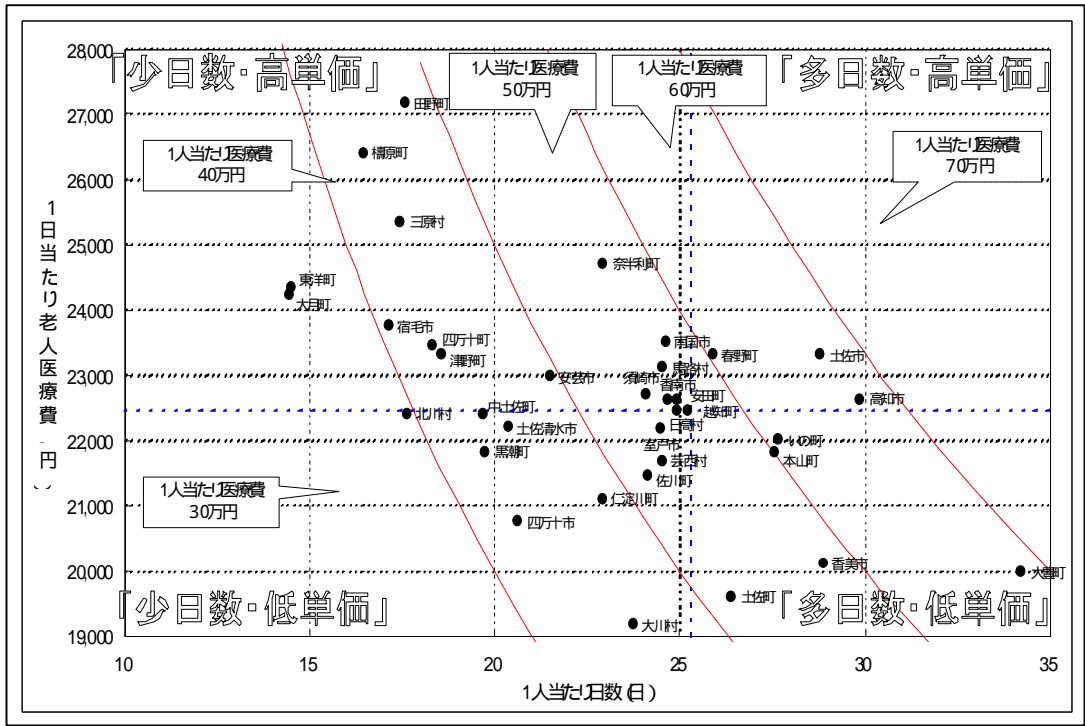
入院に係る一人当たりの老人医療費が最も高いのは大豊町、最も低いのは大月町、入院外に係る一人当たり老人医療費が最も高いのは奈半利町で、最も低いのは大川村となっています(図 17)。一人当たり入院医療費が上位の市町村は、一日当たり入院医療費が少なく、一人当たりの入院日数が長くなっており、入院日数の長期化が医療費を押し上げる要因となっています(図 18)。

また、入院外医療費が上位の市町村では、入院医療費と同様に一人当たりの日数も長くなっています(図 19)。

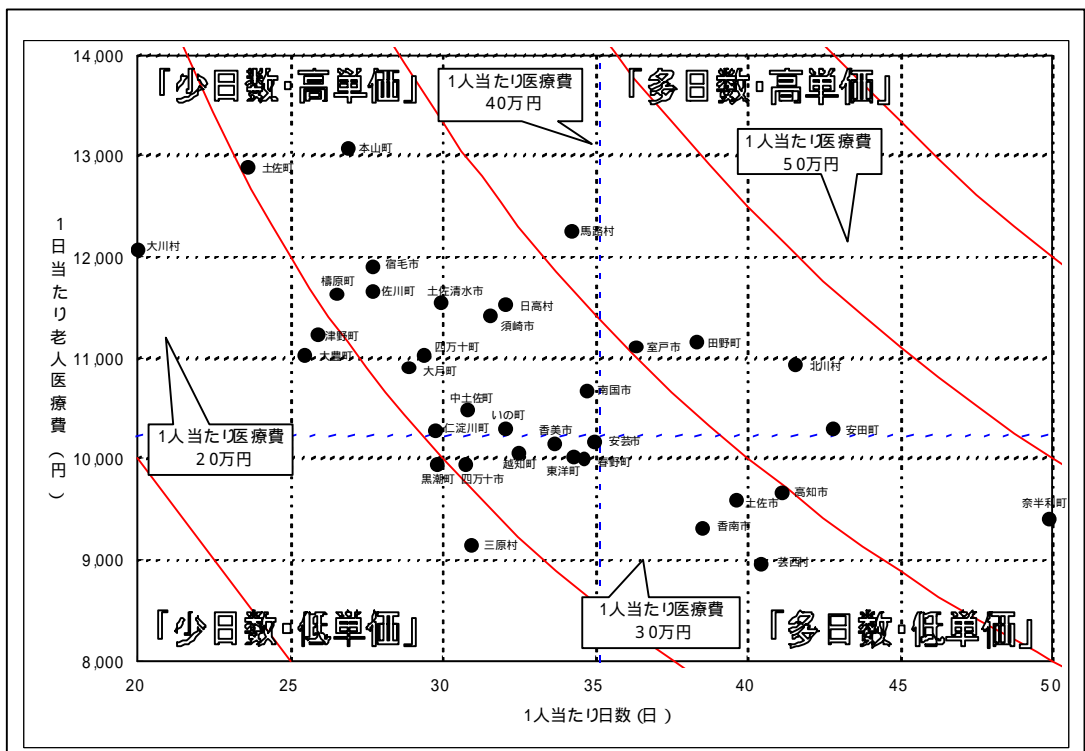
(図 17 市町村別 1人当たり老人医療費の状況(入院・入院外))



(図 18 市町村別 老人医療費(入院)の状況(1人当たり日数と1日当たり医療費))



(図 19 市町村別 老人医療費(入院外)の状況(1人当たり日数と1日当たり医療費))



## (2) 病床数の状況

### 高知県の病床の状況

病床数の多さと老人医療費の高さは全国的に正の相関関係がある。

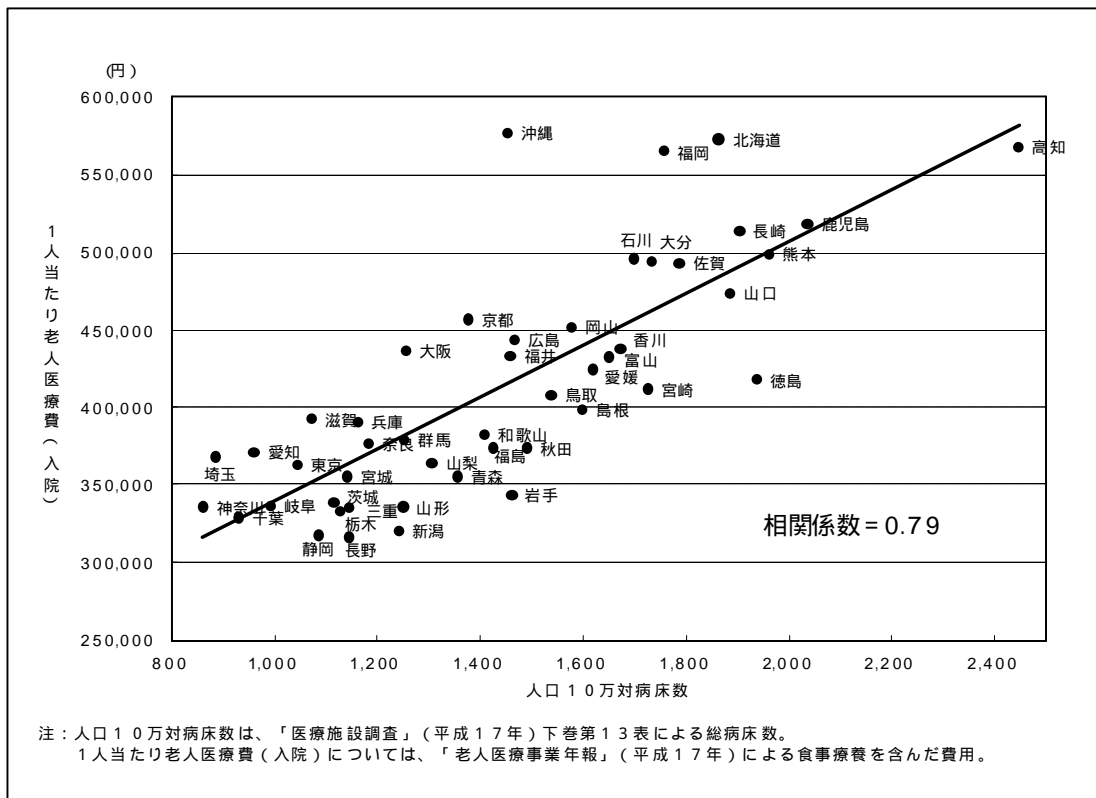
本県は人口当たりの病床数が全国 1 位。

療養病床は全国平均の 3.5 倍。最も少ない県の 6.8 倍。

全病床の約 4 割を療養病床が占めており全国平均の 1.8 倍となっている。

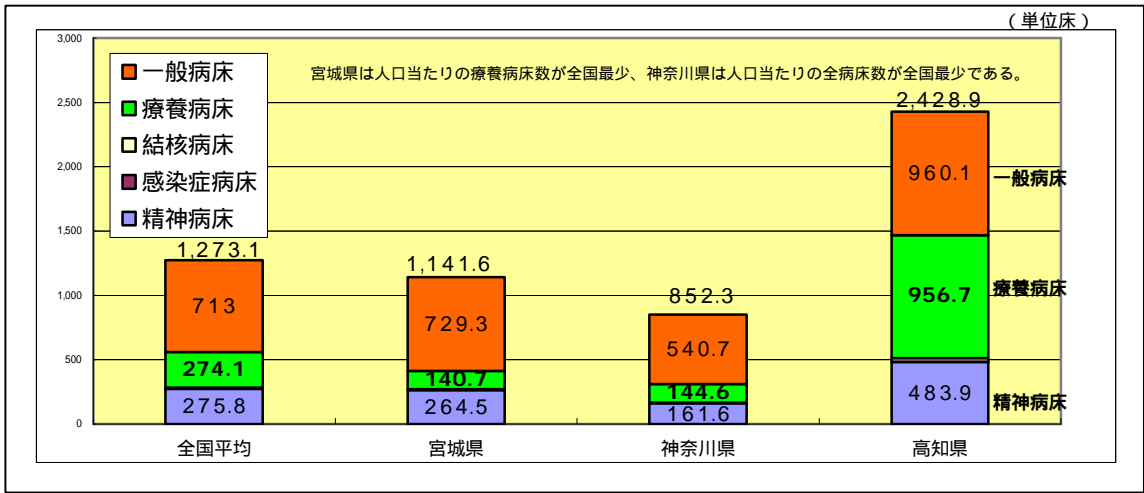
本県の医療費の特徴は、入院頻度が高く（入院受診率が高い）、かつ一旦入院すると入院期間が長期化（1件当たりの日数が長い）していることであり、また、全国的に見ても、病床数と一人当たり老人医療費（入院）は正の相関関係にあります（図 20）。

（図 20 都道府県別 平成 17 年度 1人当たり老人医療費(入院)と人口 10万人当たり病床数の相関関係)

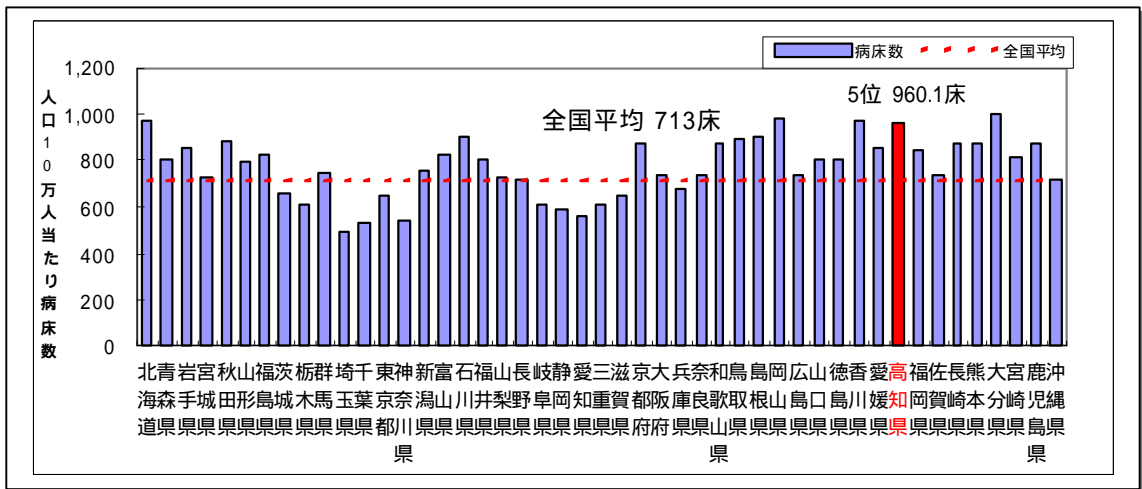


本県の人口 10 万人当たりの病床数は、一般病床が全国平均の 1.3 倍（960.1 床、全国 5 位）、療養病床が同 3.5 倍（956.7 床、全国 1 位）、精神病床が 1.8 倍（483.9 床、全国 6 位）で、全病床合計では 1.9 倍（2,428.9 床）と全国 1 位です（図 21、22、23）。療養病床は、最も少ない宮城県の 6.8 倍となっています。

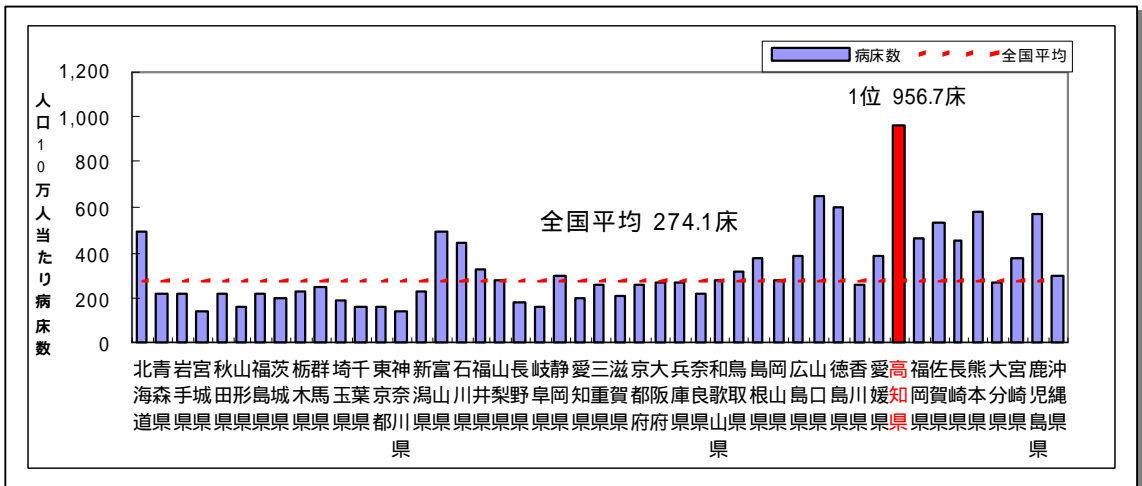
(図 21 人口 10 万人当たりの病床数 平成 18 年医療施設調査)



(図 22 都道府県別 人口 10 万人当たり一般病床数 平成 18 年医療施設調査)

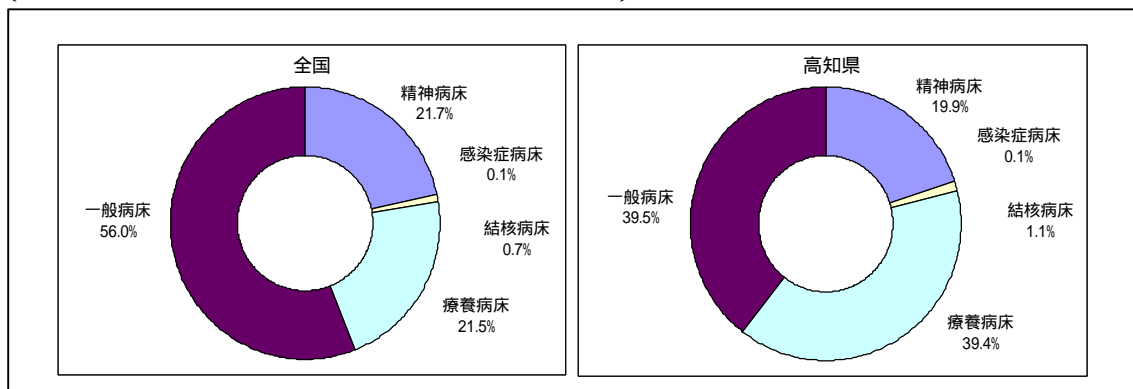


(図 23 都道府県別 人口 10 万人当たり療養病床数 平成 18 年医療施設調査)



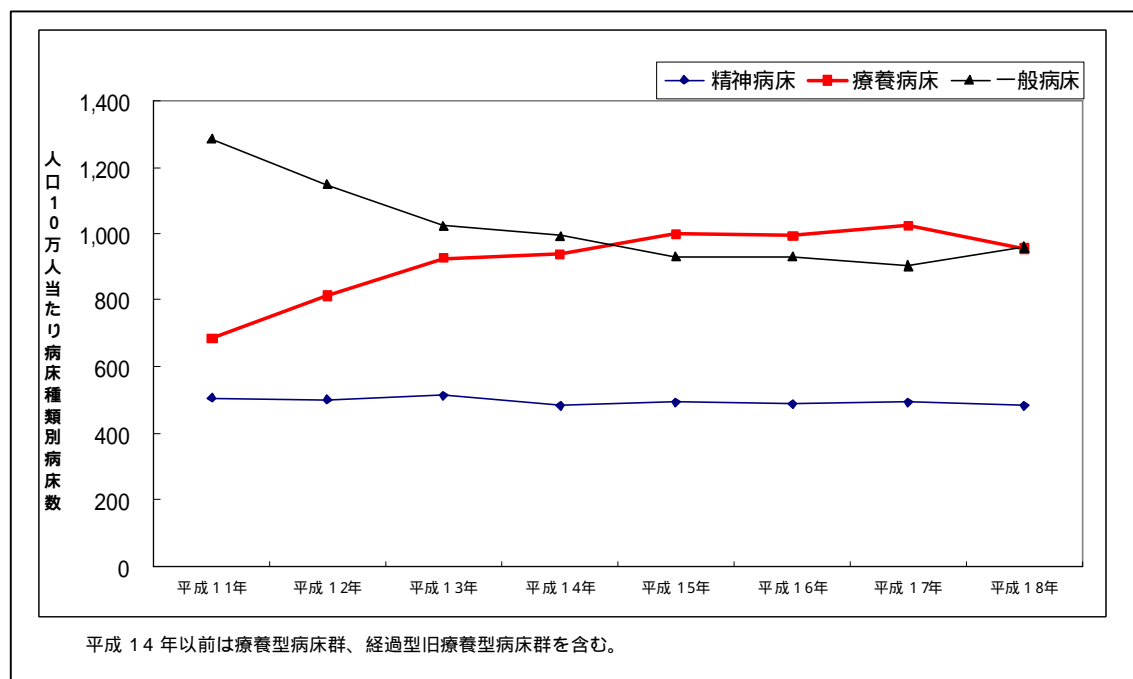
病床の構成比では、療養病床と一般病床はほぼ同じ割合になっており、全国と比べると療養病床のウェイトが高く、全国平均の 1.8 倍となっています（図 24）。

（図 24 病床種類別割合の全国比較 平成 18 年医療施設調査）



病床数の推移では、老人医療費の無料化、療養型病床群の創設などを経て、療養病床が一般病床を上回る形で推移しています（図 25）。

（図 25 人口 10 万人当たりの病床種類別病床数の年度推移）



## 高知県の療養病床の状況

医療の必要性が低いと判断される医療区分1の入院患者の割合は全国とほぼ同じ。  
 中央保健福祉圏域に約8割、高知市に約5割の療養病床が集中している。  
 医療機関が入院患者の医療や介護の必要性から、特別養護老人ホームや老人保健施設  
 に入所することが適当と判断する方も入院されている。

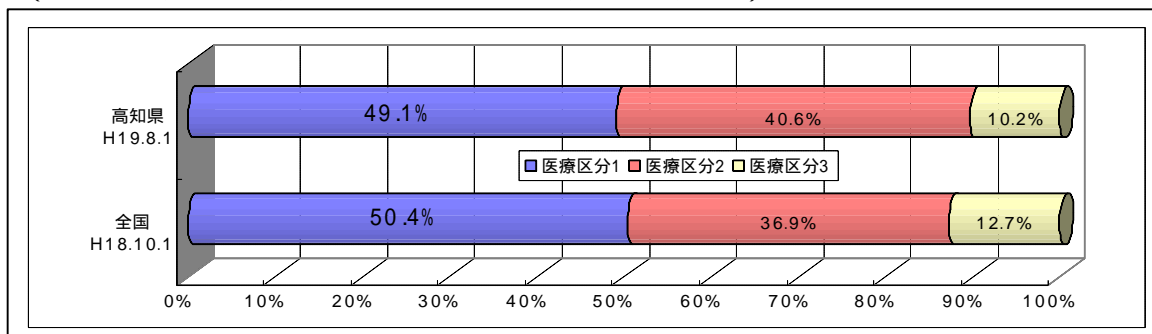
本県における平成19年8月1日時点での療養病床数と入院患者数は、以下のとおりです(表2)。

(表2 療養病床の病床数及び入院患者数)

		病床数	入院患者数				
			医療区分1	医療区分2	医療区分3		
医療機関数 94	医療療養	4,012	人数	3,765	1,077	2,090	598
			構成比	100.0%	28.6%	55.5%	15.9%
	介護療養	2,781	人数	2,529	2,016	468	45
			構成比	100.0%	79.7%	18.5%	1.8%
	合計	6,793	人数	6,294	3,093	2,558	643
			構成比	100.0%	49.1%	40.6%	10.2%

医療区分<sup>8</sup>の分布は、ほぼ全国と同じであり、入院されている方の約半数が医療の必要性が低いと判断される方となっています(図26)。

(図26 療養病床入院患者の医療区分の分布・医療療養と介護療養の合計)



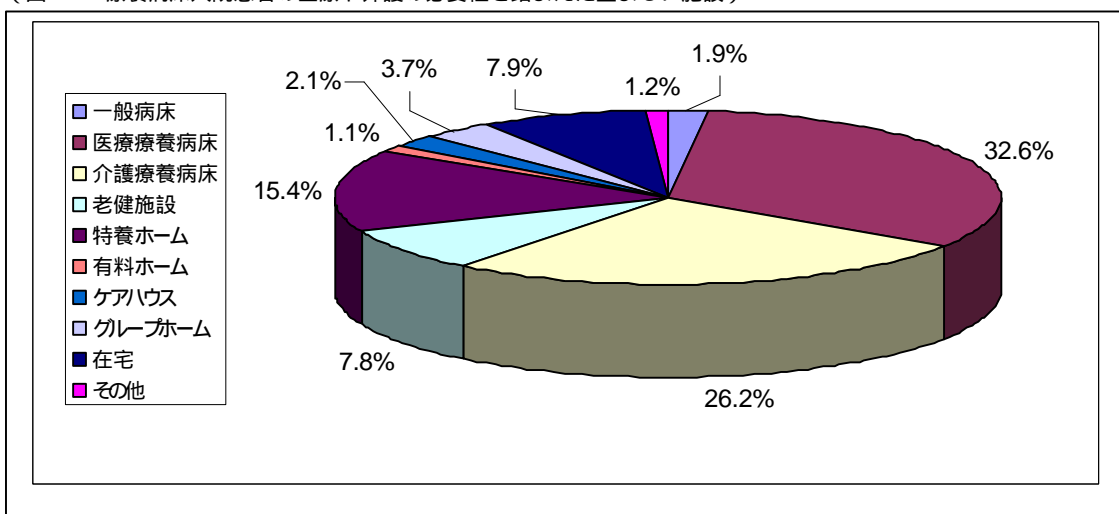
注) 全国の介護療養病床は、入院患者抽出(1/4)のデータしかないため抽出データの割合を全体の入院患者数に乗じて得た推計値である。  
 (平成19年3月厚生労働省発表資料から推計)

また、療養病床には医療機関が入院患者の医療や介護の必要性から、特別養護老人ホームや老人保健施設に入所することが適当と判断される方も入院されていることから(図27)入院患者の状態に応じたサービスが提供されることが必要となります。

<sup>8</sup> 医療区分とは医療の必要度を表すもので、平成18年7月から診療報酬上の評価をおこなっています。医療の必要度を疾患名、処置・状態の種類等により3区分し、医療区分1から順番に医療の必要度は高くなります。



(図 27 療養病床入院患者の医療や介護の必要性を踏まえた望ましい施設)



注) 平成 18 年 10 月高知県療養病床実態調査 (1/4 の患者を抽出して医療機関が判定したもの、医療区分 1 ~ 3 全て)

### (3) 平均在院日数の状況

全病床 (介護療養病床除く) の平均在院日数が全国 3 位。

平均在院日数が一般病床よりも長い療養病床や精神病床が多いことが主な要因と考えられる。

平均在院日数の長さや老人医療費の高さは全国的に正の相関関係にある。

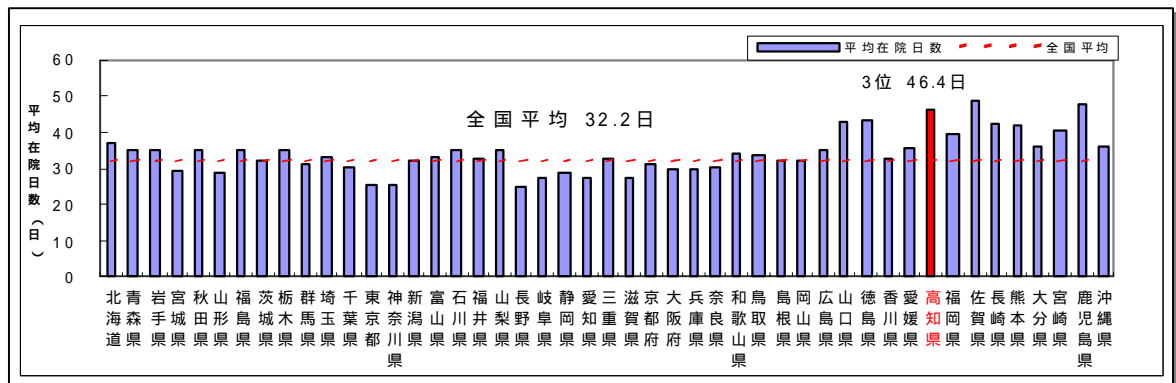
平均在院日数とは、病院に入院した患者の入院日数の平均値を示すもので、病院報告では次の算式により算出することとされています。

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

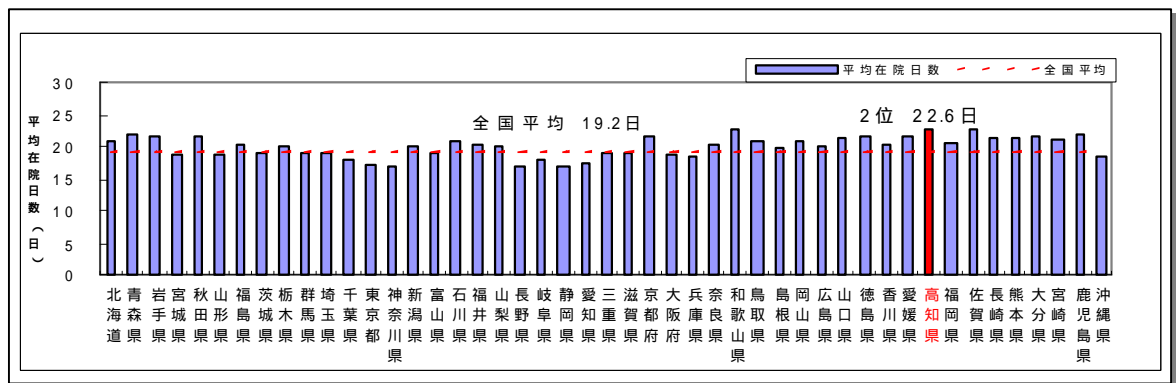
全国の平均在院日数(平成 18 年「病院報告」介護保険適用の療養病床を除く。)は 32.2 日となっています。これに対して本県は全国 3 位の 46.4 日で、最短の長野県 (25.0 日) より 21.4 日長くなっています (図 28)。平均在院日数が一般病床よりも長い療養病床や精神病床が本県に多いことが主な要因と考えられます (表 3、図 29、図 30)。

一方で、平均在院日数の推移を見ると、ここ数年は短縮傾向にあります (図 31)。

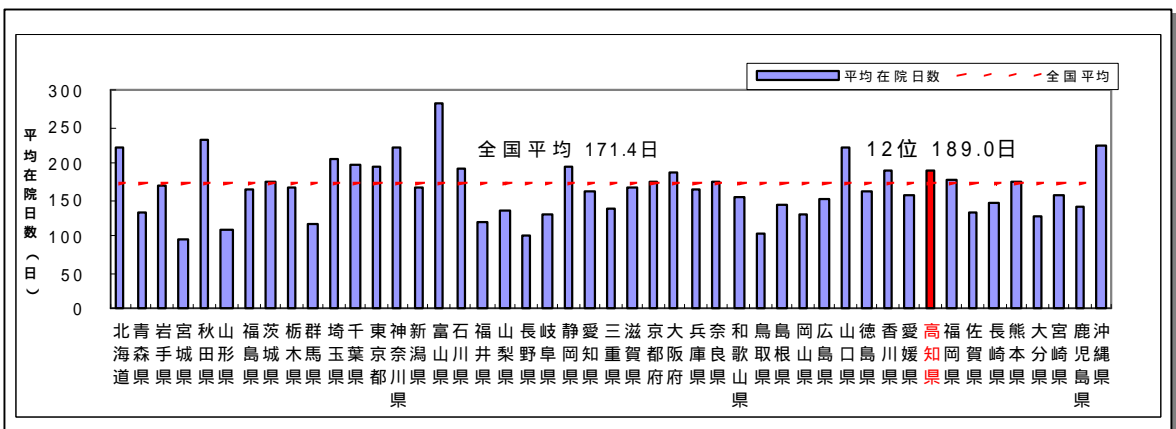
(図28 都道府県別 平均在院日数(全病床・介護療養病床を除く))



(図29 都道府県別 平均在院日数/一般病床)



(図30 都道府県別 平均在院日数/療養病床・介護療養含む)

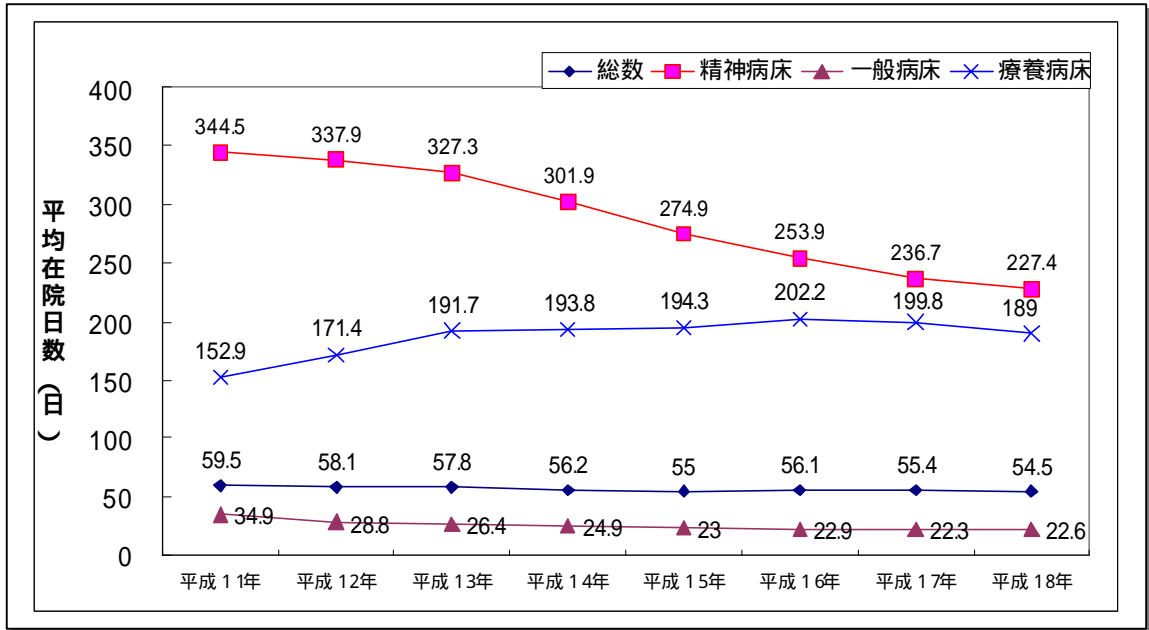


(表3 病床別平均在院日数)

	総数 (介護療養除く)	精神 病床	感染症 病床	結核 病床	療養 病床	介護療養 病床	一般 病床
全国	32.2	320.3	9.2	70.5	171.4	268.6	19.2
高知県	46.4	227.4	4.0	49.6	189.0	377.2	22.6

平成18年「病院報告」(介護療養病床を除く総数は厚生労働省調べによる。)

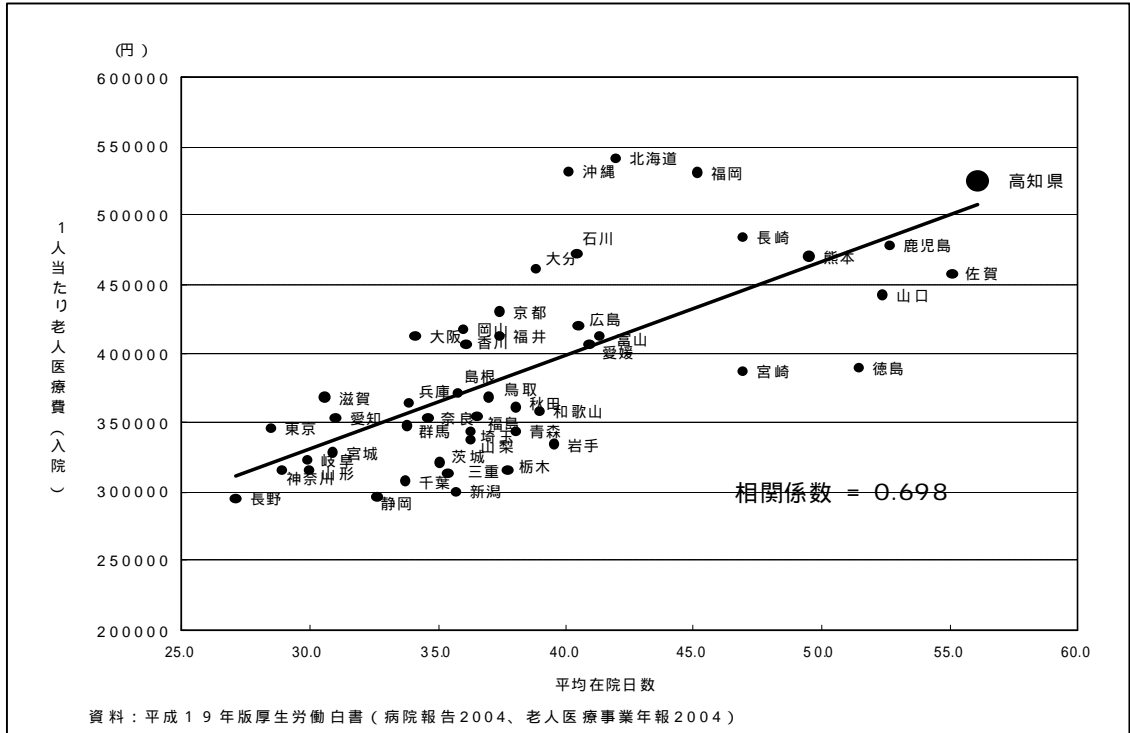
( 図 31 病床別平均在院日数の推移 )



注) 各年病院報告による。総数及び療養病床には介護療養病床を含む。

また、都道府県ごとの平均在院日数と一人当たりの老人医療費(入院)は、高い相関関係にあります( 図 32 )。

( 図 32 都道府県別 1人当たり老人医療費(入院)と平均在院日数の相関関係図 )



(4) 生活習慣病等の状況

本県の生活習慣病等の状況

40歳から74歳までの4人に1人がメタボリックシンドロームの該当者又は予備群と推計され、特に、男性の割合が約42%と高くなっている。

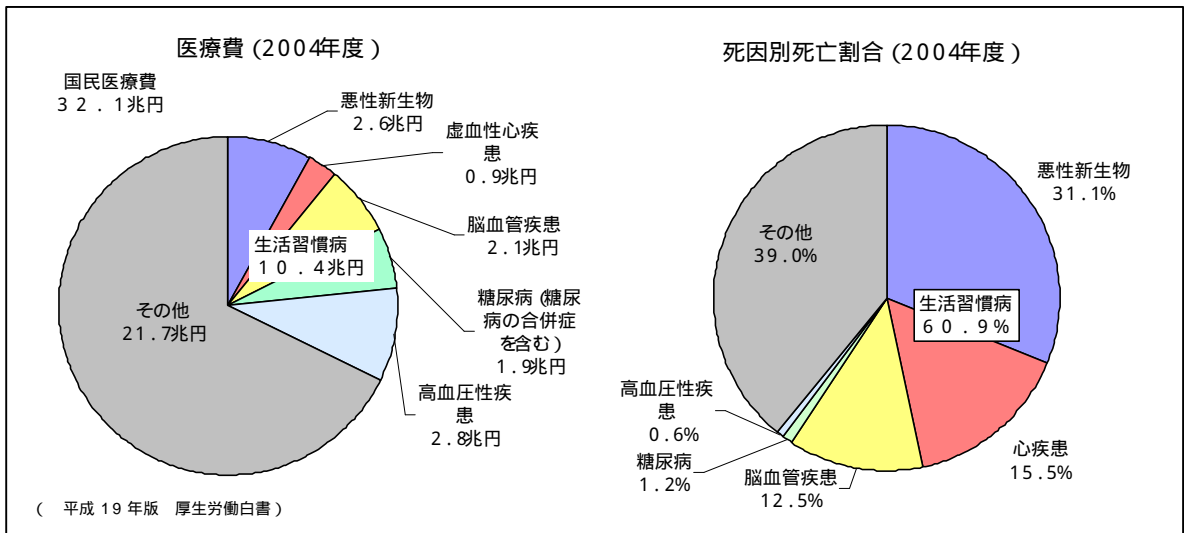
全国の平成16年度の疾病全体に占める生活習慣病は、死亡原因で約6割、医療費で約3割を占めています(図33)。

今後の超高齢者社会に対応するためには、生涯にわたって元気で活動的に生活できる「健康寿命」を延伸することが、県民にとっても社会にとっても益々重要になります。

そのためには、脳血管疾患などの疾病にできるだけかからないことや、寝たきりにならないことなどが大切であり、壮年期からの生活習慣病予防と高齢期の生活機能低下予防が特に重要です。

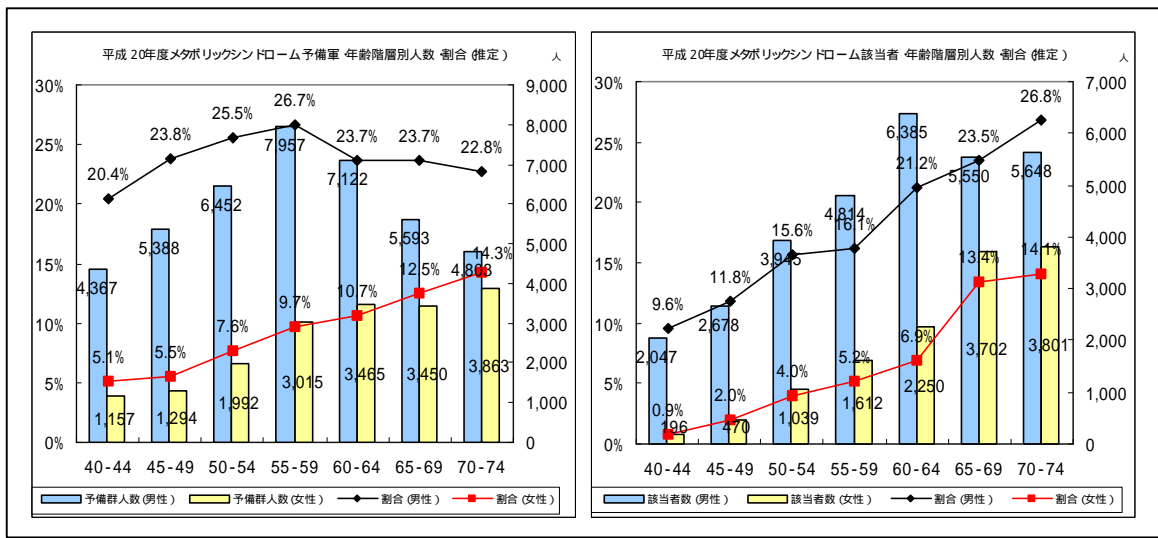
生活習慣病は、不健康な生活習慣(不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰等)の継続によって発症しますが、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者(該当者)及びその予備群<sup>9</sup>と考えられる方は、本県では、該当者が約4万人(うち男性3万人、女性1万人)、予備群が約6万人(うち男4万人、女性2万人)、合わせて約10万人(うち男性7万人、女性3万人)と推計されます(図34、表4)。

(図33 国民医療費と死因別死亡割合)



<sup>9</sup> ウエスト周囲径(男性85cm以上、女性90cm以上)で、次の3項目のうち2つ以上該当者をメタボリックシンドローム該当者、1つ該当者を予備群という。 中性脂肪 150mg/dl以上又はHDLコレステロール 40mg/dl未満又はコレステロールを下げる薬を服用中 収縮期血圧 130mmHg以上かつ又は拡張期血圧 85mmHg以上又は血圧を下げる薬を服用中 空腹時血糖 110mg/dl以上又はHbA1c 5.5%以上又はインスリン注射又は血糖を下げる薬を服用中

(図 34 メタボリックシンドローム該当・予備群の年齢階層別人数・割合) 平成 17 年度地域保健・老人保健事業年報



(表 4 メタボリックシンドローム該当・予備群の年齢階層別人数・割合) 平成 17 年度地域保健・老人保健事業年報

年齢	平成20年度 推計人口		予備群 (推計人数)		該当者 (推計人数)		予備群 (割合)		該当者 (割合)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40-44	21,407	22,858	4,367	1,157	2,047	196	20.4%	5.1%	9.6%	0.9%
45-49	22,632	23,638	5,388	1,294	2,678	470	23.8%	5.5%	11.8%	2.0%
50-54	25,288	26,116	6,452	1,992	3,945	1,039	25.5%	7.6%	15.6%	4.0%
55-59	29,819	31,108	7,957	3,015	4,814	1,612	26.7%	9.7%	16.1%	5.2%
60-64	30,112	32,405	7,122	3,465	6,385	2,250	23.7%	10.7%	21.2%	6.9%
65-69	23,620	27,661	5,593	3,450	5,550	3,702	23.7%	12.5%	23.5%	13.4%
70-74	21,108	27,021	4,803	3,863	5,648	3,801	22.8%	14.3%	26.8%	14.1%
合計	173,986	190,807	41,682	18,236	31,067	13,070	24.0%	9.6%	17.9%	6.8%
	364,793		59,918		44,137		16.4%		12.1%	

### 受療動向

脳卒中の受療率が、男性で全国 2 位、女性で全国 1 位と高い。

急性心筋梗塞の受療率が、男性で全国 6 位、女性で全国 9 位と高い。

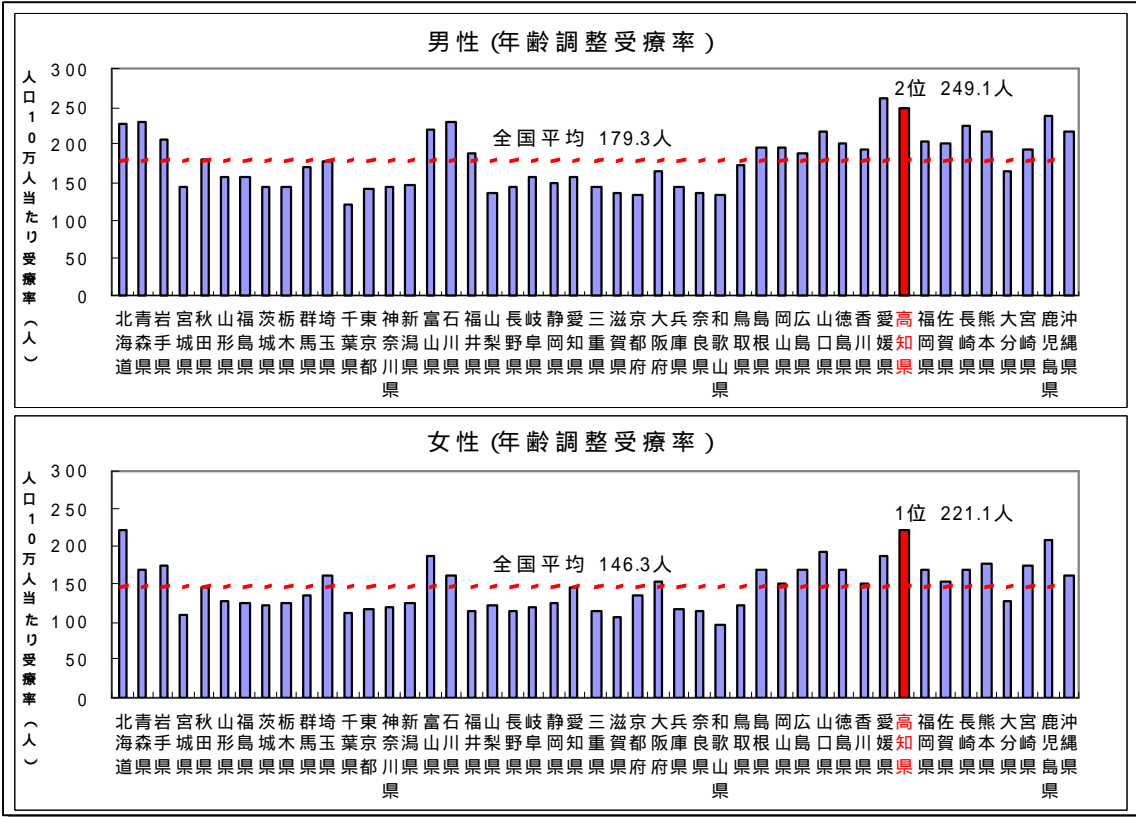
女性の糖尿病の受療率が全国 4 位。

注) 医療機能調査事業報告書 (平成 14 年患者調査による)

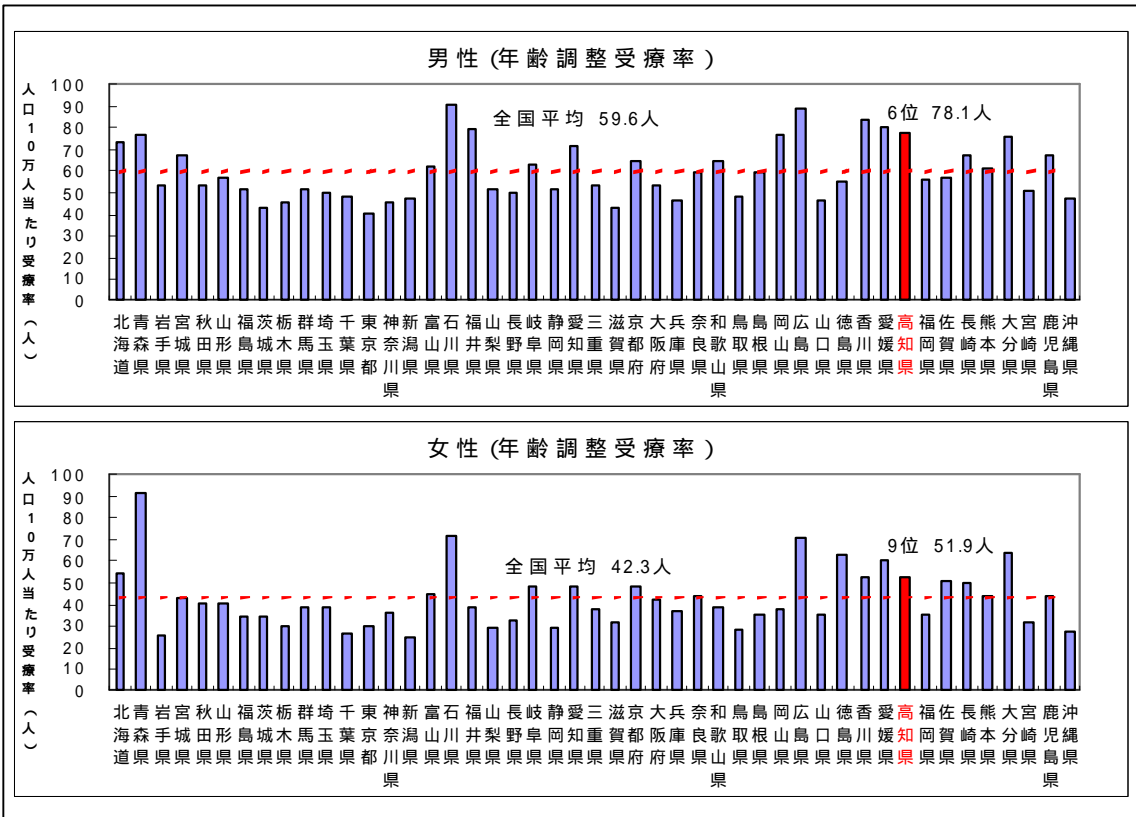
生活習慣病に分類される主な疾病ごとの受療率ではがん (悪性新生物) 及び高血圧性疾患は、全国平均とほぼ同じですが、脳血管疾患及び急性心筋梗塞 (虚血性心疾患) が、男女とも全国平均より高い状況となっています (図 35、図 36)。

脳血管疾患は、男性全国 2 位、女性全国 1 位といずれも高く、また、糖尿病は、男女とも全国平均を上回っており、特に、女性が全国 4 位となっています (図 37)。

(図 35 都道府県別 人口 10 万人当たり脳卒中 (脳血管疾患) による受療率)



(図 36 都道府県別 人口 10 万人当たり急性心筋梗塞 (虚血性心疾患) による受療率)





## 死亡率

死因別死亡率は全国と同じ状態で、高い方から「がん」、「心疾患」、「脳血管疾患」の順となっている。

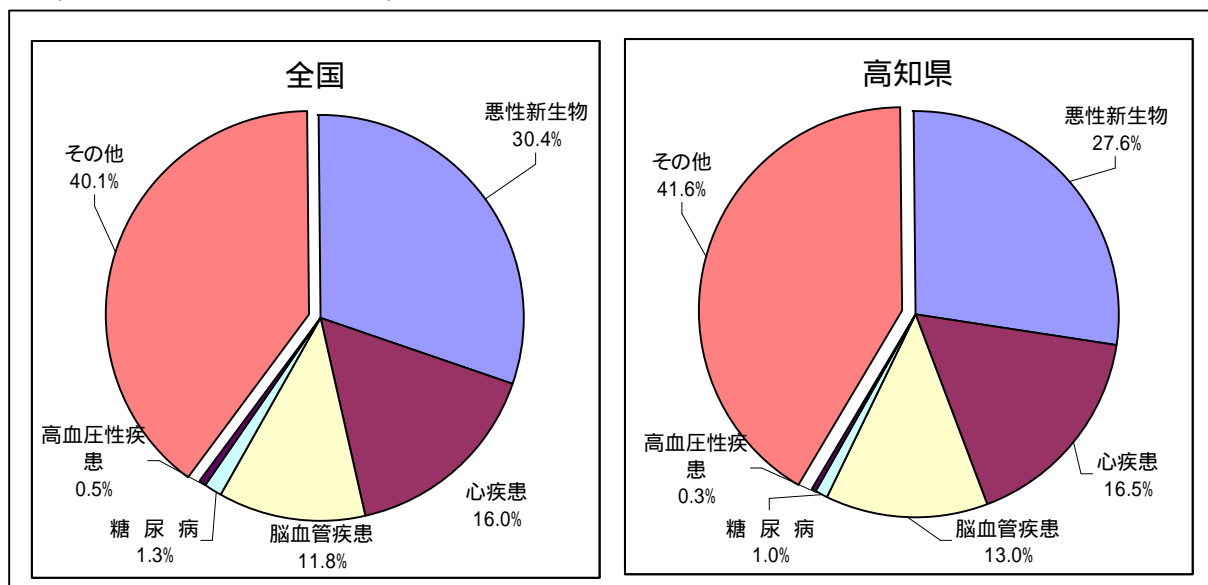
年齢調整後の人口10万人当たりの死亡者数（死亡率）では、男性の死亡率が高く、全国5位である。疾患別では、男性の急性心筋梗塞による死亡率が全国3位、脳血管疾患による死亡率が全国6位と高い。

全国の死因別死亡率（平成18年人口動態調査）では、1位が悪性新生物（がん）、2位が心疾患、3位が脳血管疾患となっており、高知県でも同じとなっています（図38）。特にがんは、本県では昭和59年から死因の第1位となっており、高齢化の進展とともに今後の増加が懸念されています。

また、年齢調整を行った場合（平成19年度人口動態調査特殊報告）の人口10万人当たりの死亡者数（死亡率）では、男性の死亡率が全国5位と高くなっています（図39）。

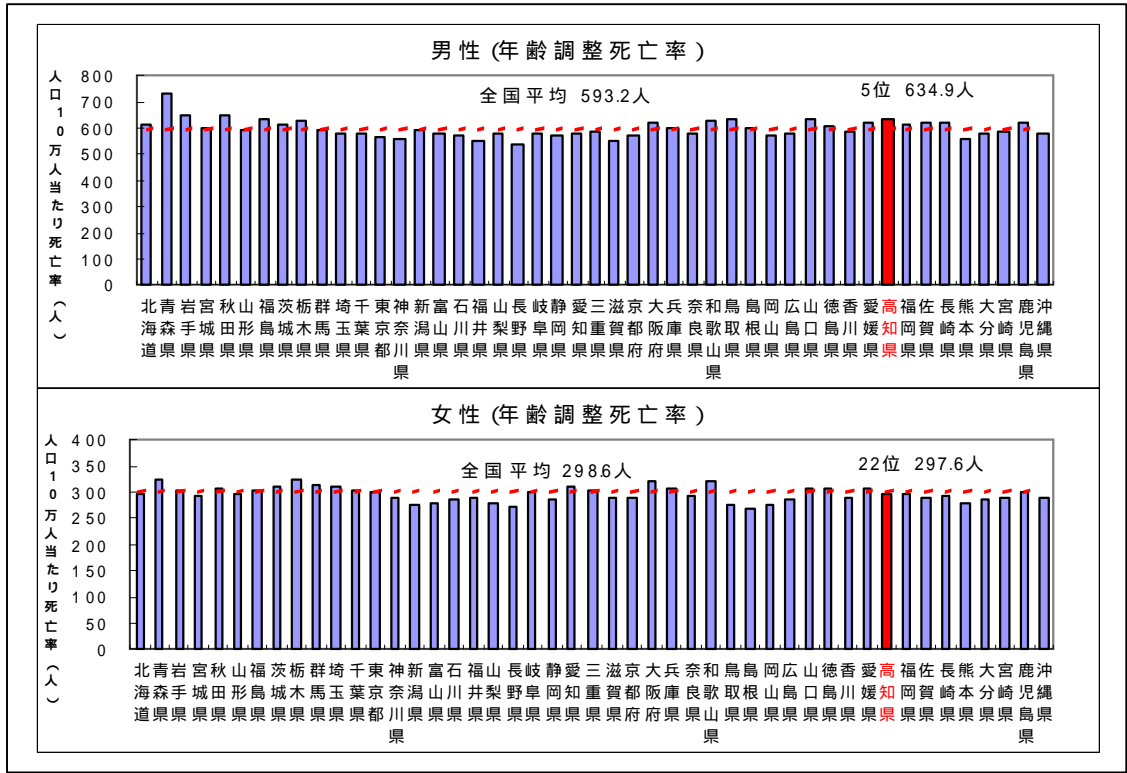
死因別では、生活習慣との関連が強い急性心筋梗塞（虚血性心疾患）による死亡が、男性が全国3位、女性も全国平均を上回っており（図40）、脳血管疾患による男性の死亡率も全国6位と高くなっています（図41）。

（図38 死因別死亡率の全国比較）

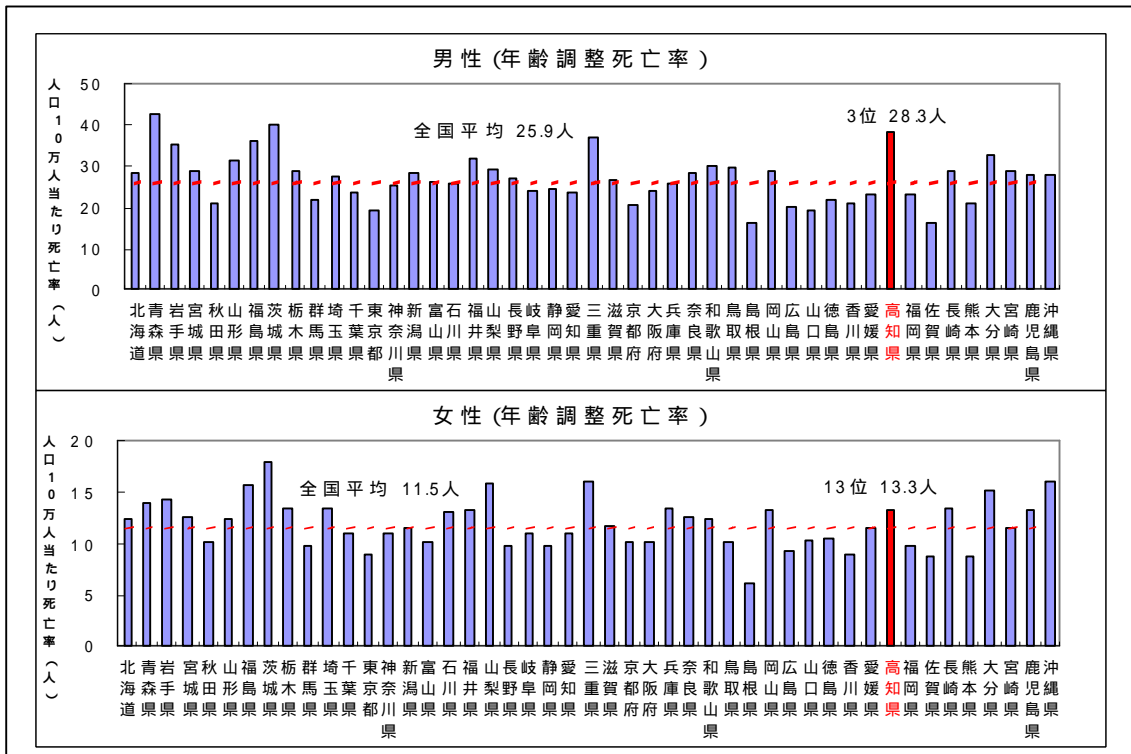




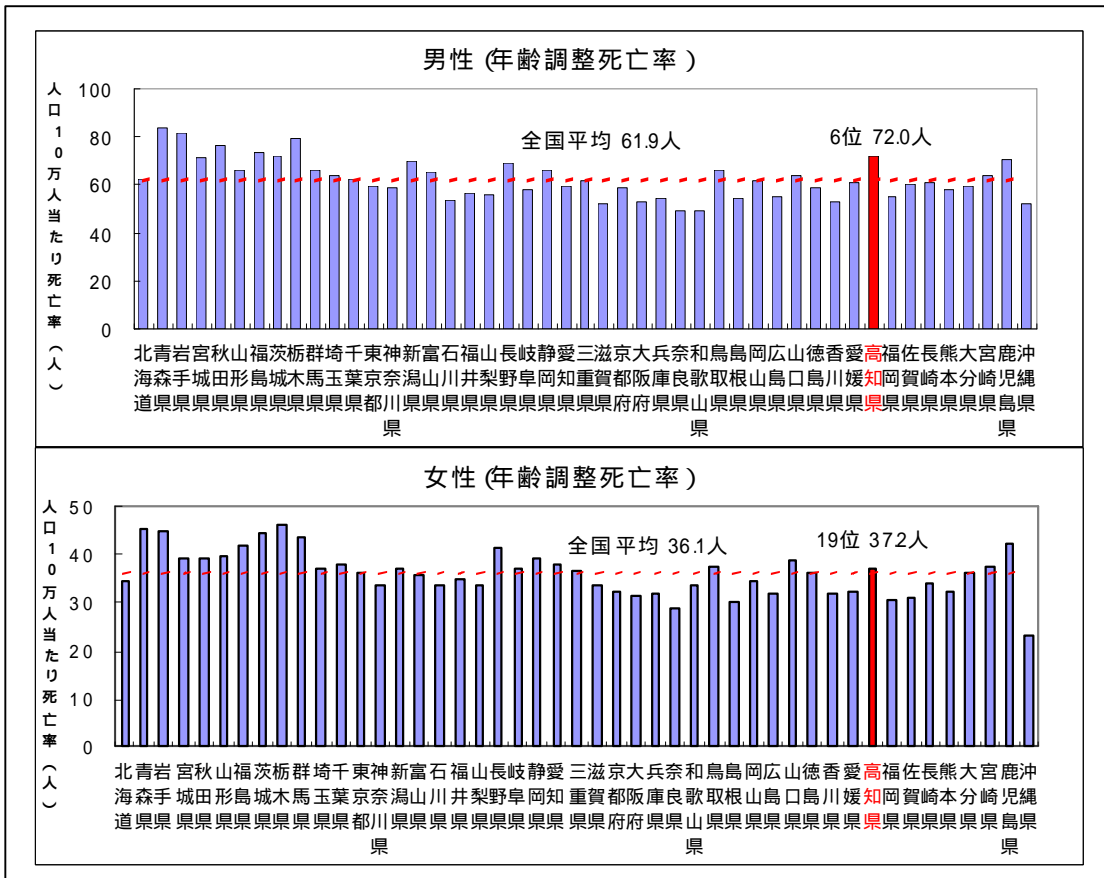
(図 39 都道府県別 人口 10 万人当たり死亡率 (全死因))



(図 40 死亡率 (虚血性心疾患) の全国比較)



(図 41 死亡率(高血圧性疾患)の全国比較)



## 2. 課題

本県における医療費等の現状を踏まえると、医療費の適正化に向けた主な課題として、次の項目が挙げられます。

### (1) 県民の健康の保持の推進に関する課題

#### 生活習慣病、メタボリックシンドローム該当・予備群の減少

脳血管疾患や急性心筋梗塞などの全国に比べて受療率が高い疾病の発症、あるいは、重症化や合併症への進行を防ぐためには、生活習慣病予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持と向上を図ることが重要です。

今後更に高齢者が増加することを踏まえ、高齢期になってからの疾病の発症や重症化を防止するためにも、壮年期から、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる方や予備群の減少に向けて取り組む必要があります。

また、死因の第1位となっていますがんの予防と早期発見、がん医療の向上などを推進していくことも必要です。

### (2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題

#### 療養病床の再編成

本県では、人口当たりの入院患者が多く、また、入院も長期化することから老人医療費が非常に高くなっています。療養病床には、必ずしも医療の必要性が高くない方も入院されていることから、その方の状態に応じた適切な設備や人員体制が整った環境のもとで、適切な医療や介護のサービスを提供していくために、療養病床の再編成を進めていくことが必要です。

#### 平均在院日数の短縮

本県の平均在院日数は、全国平均の32.2日に比べて46.4日と全国3位となっており、一人当たりの老人医療費が高い要因となっています。

医療機能の分化や連携など良質で効率的な医療提供体制の構築や、在宅での医療の充実などを進め、平均在院日数の短縮につなげることが必要です。

こうした課題に対応するため、数値目標を設定して取り組みを進めていきます。

# 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

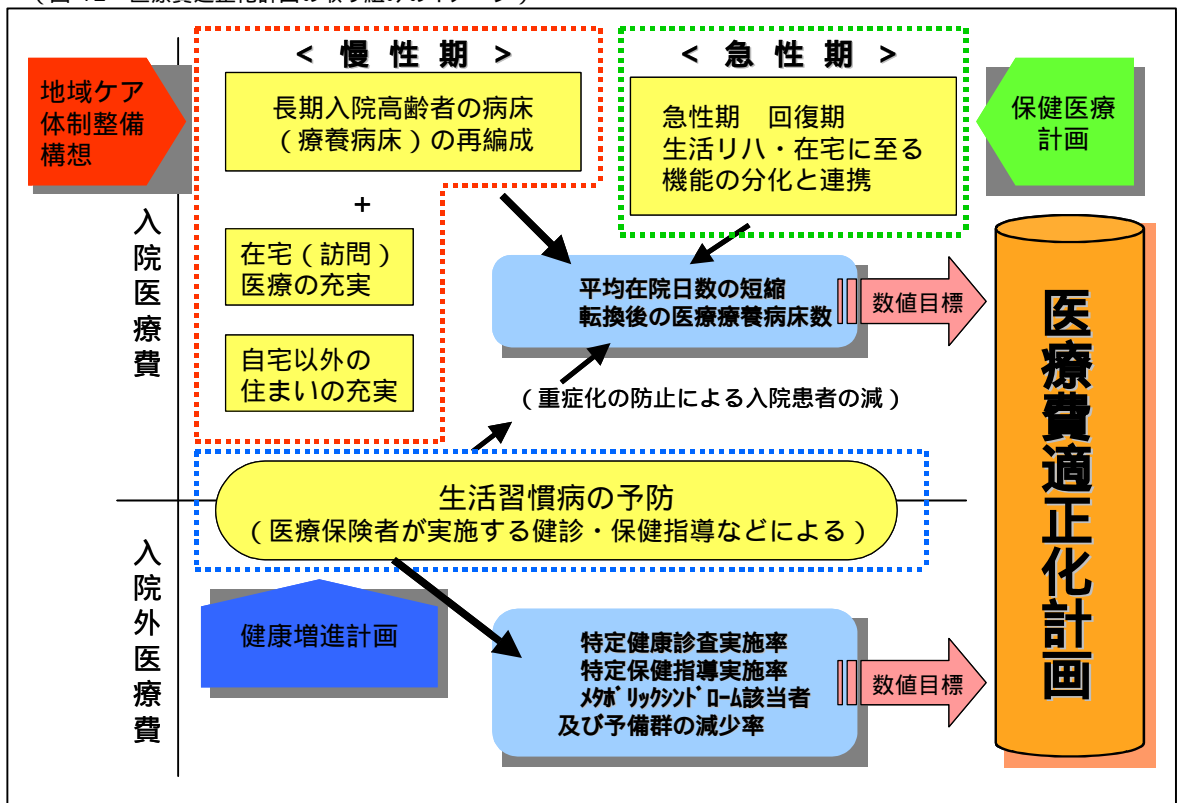
県民の健康と医療の在り方を展望し、生活習慣病の有病者と予備群の減少や、入院の期間をできるだけ短縮して、早期に自宅や地域に戻ることができるようにするなど、県民の生活の質の確保と向上を目指します。

### (2) 超高齢化社会の到来への対応

平成 17 年度に約 207 千人の高齢者人口が、30 年後の平成 47 年には約 223 千人となり、特に後期の高齢者が 1.4 倍に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、結果として老人医療費の伸び率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 42 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

平成 27 年度において、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 年度と比べて 25%減少させるという国の政策目標を踏まえ、平成 24 年度に達成すべき目標を次のように設定します。

特定健康診査の実施率を 70%とします。  
特定保健指導の実施率を 45%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 10%少なくします。

#### 特定健康診査の実施率

平成 24 年度に、40 歳から 74 歳までの方の 70%が特定健康診査<sup>10</sup>を受診することを目標とします。

#### 特定保健指導の実施率

平成 24 年度に、当該年度に特定保健指導が必要とされた方の 45%が特定保健指導<sup>11</sup>を受けることを目標とします。

#### メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成 24 年度に、当該年度に特定保健指導が必要と判定された方が、平成 20 年度と比べて 10%減少することを目標とします。

### (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

医療療養病床を 3,082 床(回復期リハビリテーション 141 床を含む)以下とします。  
平均在院日数を 39.2 日以内とします。

<sup>10</sup> メタボリックシンドロームの概念に着目し、「生活習慣病の発症を予防する」ことを前提にした健診。40 歳以上 74 歳以下の被保険者及び被扶養者を対象に医療保険者に対して平成 20 年 4 月から実施が義務付けられる。

<sup>11</sup> 特定健康診査の結果から、メタボリックシンドローム該当者及び予備群に対して、血糖値、脂質、血圧、喫煙歴のリスクに応じて階層化し、レベルに応じた保健指導を医療保険者が行うもの。

## 療養病床数

「高知県地域ケア体制整備構想」との整合性を図り、入院されている方の医療や介護の状態に応じた施設への転換を促進し、平成 24 年度末の医療療養病床数を 3,082 床以下とすることを目標とします。なお、以下の方法により目標数を算定しています(表 5、6)。

- ア) 平成 18 年 10 月 1 日調査での「療養病床の入院患者の医療や介護の状態に相応しい施設等」として医療療養病床及び介護療養型医療施設が選ばれた割合を、平成 19 年 8 月 1 日調査における医療区分ごとに乗じて算出。
- イ) 算出された介護療養型医療施設のうち、医療の必要性が高い医療区分 3 に相当する病床数は医療療養病床に転換。医療区分 2 の入院患者のうち約 3 割に相当する方は一定程度状態の安定が見込まれ、現在国が検討している医療提供体制を強化した老人保健施設で対応が可能と見込まれていることから、医療区分 2 の 3 割及び医療区分 1 に相当する病床数については老人保健施設へ転換。医療区分 2 の 7 割に相当する病床数は医療療養病床に転換。
- ウ) 今後、後期高齢者が増加することが見込まれるため、圏域ごとに平成 19 年度から平成 24 年度の後期高齢者の伸び率を乗じて平成 24 年度末の医療療養病床の目標数値を算出。

(表 5 平成 24 年度末の医療療養病床数)

病床種別	病床数	医療区分	入院患者数(a)	医療療養と介護療養が選定された入院患者の割合		医療療養病床数(a)×(7)	介護療養病床(a)×(1)	医療療養病床数 医療療養+介護療養 の一定割合 (区分2×7割+区分3)	圏域別	後期高齢者人口の伸び率(%)	H24年度末療養病床数
				医療療養(7)	介護療養(1)						
医療	4,012	区分1	1,147	29%	14%	331	155	331	安芸	0.0%	74
		区分2	2,229	56%	10%	1,239	228	1,399	中央	12.3%	2,559
		区分3	636	74%	5%	473	33	506	高幡	8.3%	181
介護	2,781	区分1	2,220	8%	47%	169	1,037	169	幡多	5.9%	268
		区分2	513	27%	51%	137	261	320	合計(医療療養として残る数)		3,082
		区分3	48	69%	30%	33	15	48	介護施設等への転換数		3,711
合計	6,793		6,793			2,382	1,729	2,772			

(表 6 高知県療養病床転換推進計画)

療養病床 (6,793床)	転換先	転換年度							転換後
		19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	平成24.4.1		
	医療療養病床	174	6	20	32	139	2,711	3,082	
	うち回復期リハビリテーション病棟入院料	58				83		141	
	一般病床	49	46	7	0	161	30	293	
	介護老人保健施設		117	353	370	497	489	1,826	
	特別養護老人ホーム			313	313	313		939	
	グループホーム			26	26	26		78	
	ケアハウス			34	34	35		103	
	有料老人ホーム			56	56	57		169	
	高齢者専用賃貸住宅		16					16	
	廃止(在宅)	3		100	68	69	47	287	
	合計	226	185	909	899	1,297	3,277	6,793	

## 平均在院日数

医療制度改革大綱等において、平成 27 年度までに、全国平均の平均在院日数について、最も短い長野県との差を半分に短縮する長期目標が示されています。

これを受けて、各都道府県の医療費適正化計画でも同様に、平成 27 年度までに、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められています。

これらを踏まえて、平成 24 年時点における本県の平均在院日数の目標値は、平成 18 年の病院報告による本県の平均在院日数と最短県との差を 9 分の 3<sup>12</sup>短縮し、平成 24 年の病院報告（平成 25 年 12 月頃公表の見込み）で 39.2 日以内とすることを目標にします。

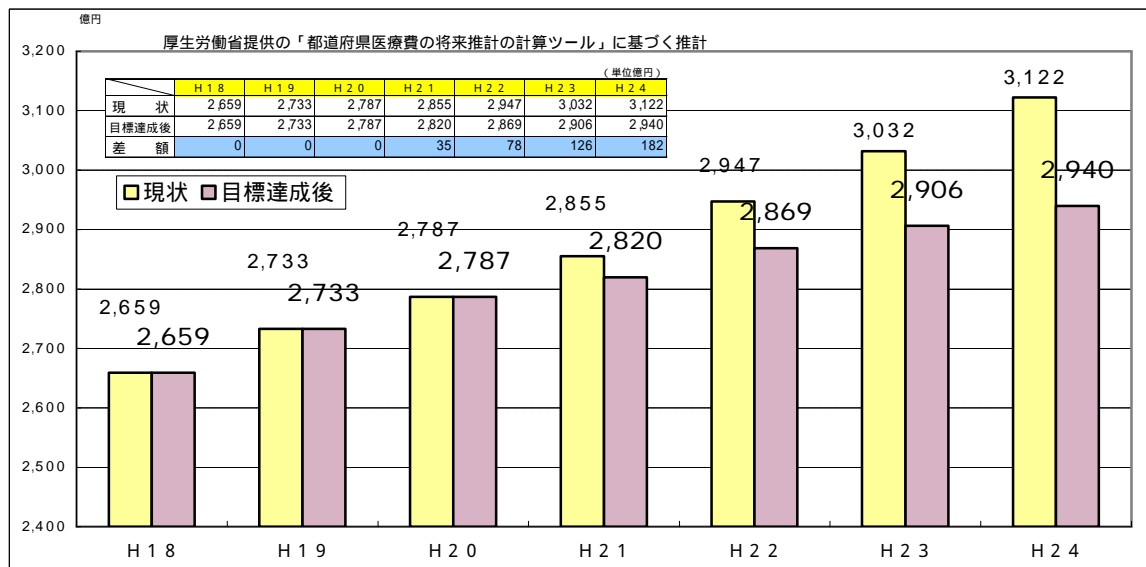
ただし、具体的な数値目標の算定に当たっては、平均在院日数がここ数年短縮傾向にあることから、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響を考慮することとして、平成 22 年度の間接評価において必要な見直しを行います。

### (3) 適正化策の実施による医療費の見通し

厚生労働省の「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール Ver.3」で試算すると、自然体では、平成 18 年度の県民医療費約 2,659 億円が平成 24 年度に約 3,122 億円になると推計されますが、適正化計画の目標を達成した場合には、平成 24 年度の県民医療費は約 2,940 億円となり、約 182 億円の効果が見込まれます（表 7）。

なお、生活習慣病の予防は、その効果が発現するまでに数年を要するため効果額は見込んでいません。

（表 7 適正化による効果額の推計）



<sup>12</sup> 平成 18 年の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を平成 27 年までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、(H18～24 年までの 6 年間)/(H18～27 年までの 9 年間)×1/2(差の半分)により設定。

### 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

「日本一の健康長寿県を目指し、健康寿命を延ばす」ことを目標として、運動の推進、栄養・食生活の改善、たばこ対策、歯の健康、こころの健康による健康増進と、生活習慣病の発症予防・重症化予防対策を柱に、生活習慣病対策を計画的かつ総合的に進めていきます。

##### 日ごろの生活習慣に気づき、健康を改善する取り組み

県、市町村、関係団体などはイベントの機会などを活用して、特定健康診査・特定保健指導の普及啓発を行います。また、未受診者の受診勧奨を行います。

医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導の実施体制を充実し、受診率と保健指導の実施率の向上を行います。

また、特定保健指導については、医療費分析や地域の健康課題、被保険者の健康状況などの課題を分析し、特定健康診査の結果から年齢層、地域、身体状況に応じて対象者を選定するなど、優先順位をつけて効果的に実施します。

市町村、医療保険者などは、受診が必要でありながら受診をしていない者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。

市町村、医療保険者は、生活習慣病のコントロールが困難な者に対して、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。

##### がん対策の推進

「高知県がん対策推進計画」に基づき、がん対策を推進します。

がんにかからないことを目標に、健康的な生活習慣の普及と早期発見・早期治療のためにがん検診を普及するとともに、市町村や職域と連携し、多くの県民が有効かつ精度の高いがん検診を受診できる体制と、より早い段階で治療できる体制の整備を進めます。



がん診療連携拠点病院を中心に高度ながん医療を提供するとともに、がん診療の連携体制を構築し、早期発見、専門的治療、緩和ケア、再発の防止や在宅療養が継続して行われるよう、県民が安心・納得できる医療の実現を目指します。

がん医療に関する相談支援体制や情報提供の充実を図るとともに、治療の初期段階からの緩和ケアの推進など、患者の療養生活の質の向上を目指します。

## (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

### 療養病床の再編成

現状では、療養病床数の約半分が転換未定となっています。療養病床転換推進計画を医療機関に示したうえで、診療報酬や介護報酬の改定も踏まえて、さらに医療機関の意向を把握し、できるだけ計画に即した転換となるよう医療機関や地域の医師会、市町村と調整していきます。

また、医療機関の転換意向が明確になれば、必要に応じて転換先となる介護施設等の種別や転換年度についての計画の見直しを行います。

さらに、入院患者や家族、医療機関からの相談への対応や、医療機関の転換に関する支援として、以下の取り組みを進めていきます。

医療機関や市町村、地域包括支援センターなどと連携し、療養病床の再編成に係る相談に対応していきます。

早期の転換を希望する医療機関に対しては、第3期介護保険事業（支援）計画での必要定員総数の範囲内であれば、年度・施設種別ごとの総数を超えても転換を可能とします。

第4期介護保険事業（支援）計画期間中の平成21年度から23年度は、医療療養からの転換について国が示す参酌標準の別枠とする方向で検討を進めます。

転換に必要な改修費用に対する国の交付金などを活用して転換を支援します。

### 医療機関の機能分化と連携

患者が安心して治療を受けることができる医療サービスの実現に向け、患者と医療従事者とがより良い信頼関係を構築し、患者の立場に立った医療連携体制づくりに向けて、以下の取り組みを進めます。

#### 医療機関の連携体制の構築

医療法に基づく医療機能情報公表制度より、「こうち医療ネット」等を通じて医療機関の診療機能の公表を進めるとともに、がん・脳卒中・救急医療など代表的な疾病事業ごとに医療連携体制を明らかにし、医療機能の分化と連携を進めます。

#### 開放型病床の設置及び医療設備の共同利用

医療機関における地域での連携体制の構築に向けた取り組みを促進するとともに、開放型病床の整備や医療設備の共同利用の普及に向けた取り組みを促進します。

#### 地域医療体制の強化

地域医療支援病院を中心とした病診連携・病病連携を進めることで、地域のかかりつけ医の機能を高め、医療機能の分化と連携を促進し地域医療体制の充実を図ります。

#### 地域連携クリニカルパスの導入促進

がんや糖尿病等の疾病ごとに連携体制を構築するため、関係者などによる検討会議等を開催し、地域連携クリニカルパスの導入を促進していきます。

### 地域ケア体制づくりの推進

本県の多くの方が医療や介護が必要な状態になっても自宅や住まいで生活したいという願いを持っており、高齢者の住み慣れた地域での生活を支援するための体制づくりを進めていく必要があります。

入院しても自宅や住まいでの生活にできるだけ早く戻ることができるようにするためには、医療機関や施設への入院・入所中から在宅での療養を視野に入れた治療やケアをしていくことが重要です。入院から退院、在宅での療養まで医療や介護関係者が連携して対応できる地域ケア体制の構築を目指します。

#### 医療と介護の連携の強化

病院や施設の医師・看護師、在宅医療を担う医師、訪問看護師、ケアマネジャーが本人と家族の参加のもとに、退院・退所前にケアカンファレンスを行い、患者の状態や家族の介護力、住まいの状況、地域の介護資源などの情報を共有して、在宅生活の継続に向けて検討することが重要です。

医療機関や地域の医師会、市町村と協力して、モデルとなる医療機関でケアカンファレンスを試行し、県内への普及に努めていきます。

## 在宅医療の充実

診療所間や後方支援病院との連携なども含め、在宅診療を行っている医療機関が孤立しないシステムの構築を目指すとともに、地域連携クリニカルパスや電子カルテを使用した情報共有、難しい症例や新しい医療知識についての勉強会、急病時や研修時に医療機関が相互に補完し合う医師派遣体制など、在宅医療を支える医療機関の支援体制づくりを進めます。

また、在宅療養支援診療所<sup>13</sup>の届出の促進や訪問看護ステーションの充実・強化に向けて取り組みます。

## 適正な受診などの促進

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、レセプト情報などを活用した健康管理や、医療に対する意識を深めることなど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などの利用を進めます。

## 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などを強化できるように支援します。

---

<sup>13</sup> 24時間連絡を受ける医師や看護師をあらかじめ決めて患者に連絡先を提供する、患者の求めに応じて当該診療所と別の医療機関が連携して24時間往診が可能な体制を確保している、緊急時に入院できる病床を常に確保しているなどの要件を満たすとして届け出た診療所。平成18年の診療報酬の改定により新たに設置された。

## 第4章 計画の推進

### 1. 計画の推進体制

#### (1) 市町村との連携

市町村は、県民にとって最も身近な行政機関として地域住民の健康づくり全般に重要な役割を担っており、地域の実情に応じた健康づくりのための施策を推進するために、市町村と連携して取り組みを進めます。

また、市町村は介護保険の保険者であり、療養病床の再編成による介護施設等への転換に当たって、関係市町村と調整を図ります。

#### (2) 保険者、医療機関その他関係者の連携と協力

県民の健康の保持のためには、自らが望ましい健康観を理解し、生活習慣を自己管理できるように、県民一人ひとりが主体的に取り組むことが健康づくりの第一歩となります。

家庭・地域・学校・職場などが一体となって、保険者、医療機関、その他の関係者との連携を図り、県民運動につなげていきます。

また、県民ができるだけ住み慣れた地域で安全・安心して暮らすことができる体制整備を目指して、療養病床の再編成、医療機能の分化と連携、在宅での医療や介護の充実、地域での見守りの仕組みづくりなどに向けて、保健、医療、介護、福祉の関係者と地域住民が連携・協力して取り組みます。

### 2. 計画の評価及び活用

定期的に計画の達成状況を点検し、評価し、その結果に基づいて必要な見直しにつなげる「PDCA サイクル」による進行管理を行います。

#### (1) 進捗状況の評価

平成 22 年度の計画の中間年に進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表します。

評価の結果は、必要に応じて達成すべき目標値の設定や取り組むべき施策などの見直しに活用するとともに、次期計画の策定に活かします。

## (2) 実績の評価と活用

計画期間終了の翌年度の平成25年度に、目標の達成状況や施策の実施状況に関する調査・分析を行い、計画の実績の評価を行います。

評価の内容は、厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

なお、評価の結果、厚生労働大臣は、医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内の診療報酬を、地域の実情を踏まえて、適切な医療を各都道府県間で公平に提供する観点から合理的と認められる範囲内で、他の都道府県の区域内の診療報酬と異なる定めをすることができることになっています。

平成20年度	平成21年度	平成22年度	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
		第1期 進捗状況評価			第1期 実績評価		
第1期医療費適正化計画期間							
				第2期 計画策定			第2期 進捗状況評価
					第2期医療費適正化計画期間 →		

### 第1期医療費適正化計画

