

第4章 医療費適正化を実現するための施策と目標

I 医療費適正化の実現に向けた施策の実施

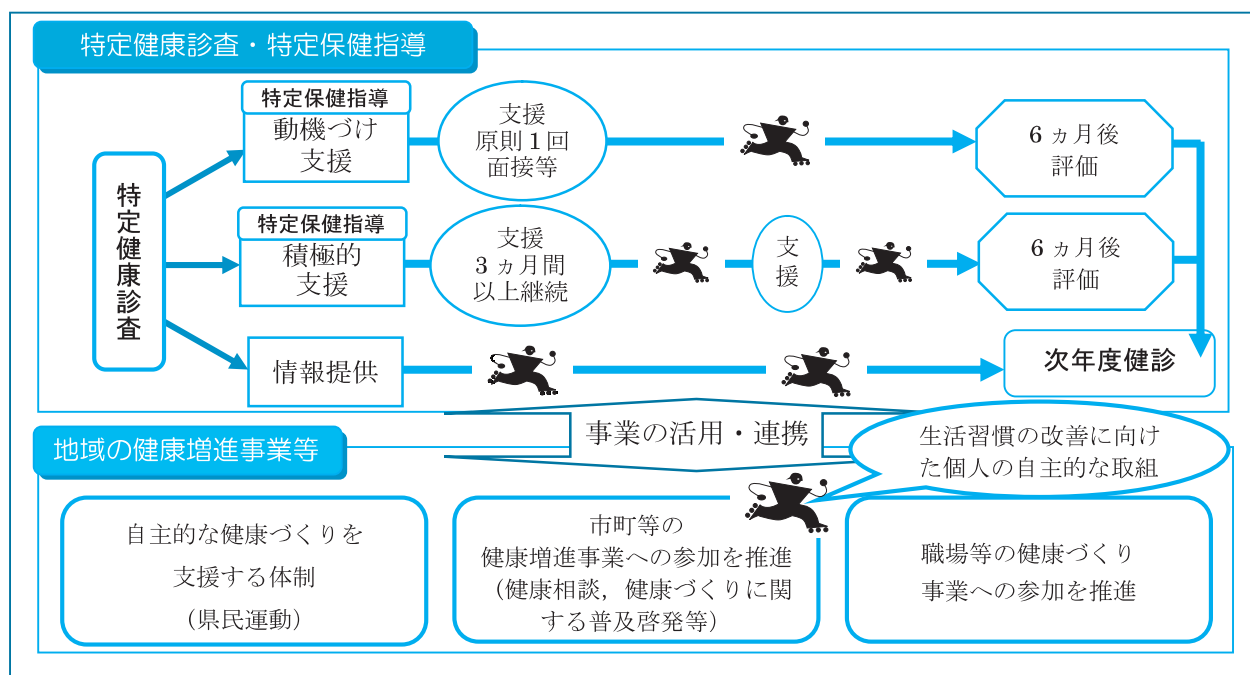
1 住民の健康づくりに向けた取組

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施体制の整備

特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

- 平成 20（2008）年 4 月から医療保険者（国民健康保険・被用者保険）に対して、40 歳以上の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により生活習慣の改善や健康の保持に努める必要がある者に対する特定保健指導の実施が義務付けられました。
- 本県では、これまで市町で行ってきた健診事業の受診率が低い状況にあるため、県民に対して健康診査の必要性和効果に関して多様な機会に情報提供を行い、意識啓発や受診勧奨に努めます。
- 県民が特定健診を受診しやすくするため、医療保険者、医師会、健診等実施機関、市町などの連携を図り、地域の健診体制の整備を推進します。
- また、医療保険者による確実な特定保健指導と市町等が行う健康教育などの健康増進事業（ポピュレーションアプローチ）の連携により、特定保健指導対象者が、自ら継続して生活習慣の改善が図れるよう体制整備に努めます。

図 4-1 地域の健康増進事業（ポピュレーションアプローチ）と特定健康診査・特定保健指導の連携



保健事業の人材養成

- 各医療保険者における「特定健康診査等実施計画」に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、企画立案、実施及び実施後評価を行う人材の養成を支援します。
- 特に、健診、保健指導の担い手である医師、保健師、管理栄養士などの質的及び量的な確保が重要であり、関係機関との連携により研修体制の整備に努めます。

医療保険者間の連携体制に対する支援

- 生活習慣病対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及び被扶養者が特定健診・特定保健指導を受けられるようにすることが必要となっています。
- 自宅や職場に近い場所で受診できる体制を医療保険者が効率的に実現できるよう、複数の医療保険者と複数の健診・保健指導機関との間で、集合的な契約の実現を支援します。また、広島県保険者協議会*と連携を図り、医療保険者と県内関係機関の調整に努めます。

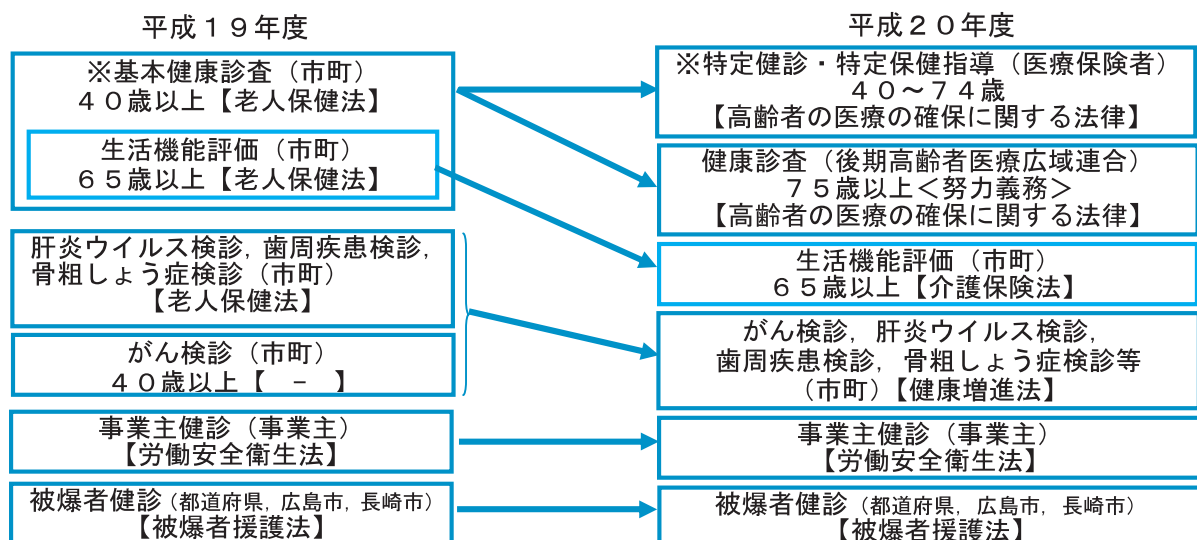
事業評価に対する支援

- 医療保険者による特定健診・特定保健指導に関するデータは、国の標準的な電子的様式により作成・保管が行われます。効果的な生活習慣病対策を推進するため、健診等結果の蓄積、適切な情報管理、分析結果の優れた活用例の収集を行い、関係機関への情報提供に努めます。
- また、特定健診・特定保健指導の実施率を高めるための取組例、改善率の高い特定保健指導の提供例等を、医療保険者又はその委託を受けた健診・保健指導機関から収集し、公表します。

各種健診（検診）の連携体制の確保

- 今回の法律改正に伴い、従来、老人保健法等に基づき市町が行っていた健診事業の実施主体が、平成 20（2008）年度から、医療保険者と市町等に区分されることから、関係機関の連携を図り、各種健診の円滑な実施に努めます。

図 4-2 市町村における各種健診（検診）



(2) 生活習慣病等の早期発見・早期治療の推進

ア がん（悪性新生物）

がんの予防

- がんの発生要因として、喫煙、飲酒、食生活、運動不足等の生活習慣が密接に関係するのではないかといわれています。
- 生活習慣の改善について、平成20（2008）年度からの新たな制度の下で特定健診・特定保健指導の着実な実施を促進するとともに、民間事業者や関係団体、行政など多様な主体の連携と協働により、広範な体制で普及啓発を推進し、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加、多量飲酒者の割合の減少、日常生活での運動の習慣づけや運動習慣のある者の割合の増加等を図ります。
- がん予防における喫煙対策の重要性に鑑み、全市町における禁煙支援プログラムの実施を促進するなど喫煙の健康影響についての普及啓発を進めるとともに、公共の場や職場の禁煙・分煙など受動喫煙対策のための環境整備を推進します。

がんの早期発見・早期治療

- がん検診受診率向上に向け、受診しやすいがん検診の仕組みづくりや普及啓発を進めるとともに、より精度の高い検診を実施するため、がん検診の事業評価を推進します。
- 将来のがん医療のニーズも踏まえ、すべての県民に最適ながん医療が提供できるよう、関係する地域の医療機関が連携したがん医療提供体制を構築します。
- 手術、放射線治療、化学療法*、緩和ケア*、その他のがん医療に携わる専門的知識・技能を有する医師、その他の医療従事者の育成を図ります。
- 地域における緩和ケア体制の充実を図るため、「がん診療連携拠点病院*」を中心として、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、訪問看護ステーション等との連携を推進します。
- がん診療連携拠点病院の情報提供・相談支援機能の充実を図るとともに、同じがん経験者の立場で情報提供や助言などが行えるよう、がん患者・家族が主体的に関わる相談窓口の設置・運営を支援します。
- 効果的・効率的ながん対策を推進するために、県内の医療機関からがん患者の情報を収集・解析する「地域がん登録システム」の充実に努めます。

イ 糖尿病

糖尿病の予防

- 糖尿病は放置すれば、網膜症による失明、壊疽*による下肢切断や脳梗塞・脳出血、心筋梗塞、末期腎不全などの様々な合併症を引き起こしますが、一般の理解は必ずしも十分ではありません。

- このため、糖尿病やその合併症に関する正しい知識と対処法の普及を図り、症状の進行防止に努めるとともに、医療機関、関係団体等と協力して、糖尿病に関する講演会やセミナー等を積極的に開催します。
- 平成 20（2008）年度からの特定健診・特定保健指導の制度を活用し、各医療保険者、市町において、糖尿病予備群の生活習慣の改善に努めるとともに、糖尿病の要観察者、要医療者の受診状況の把握と受診勧奨に努めます。

糖尿病の早期発見・早期治療

- 糖尿病の医療は、合併症の発症を予防するための「初期・安定期治療」、血糖コントロール不可例の治療を行う「専門治療」、糖尿病昏睡等の急性合併症治療を行う「急性憎悪時治療」、糖尿病網膜症や糖尿病腎症等の治療を行う「慢性合併症治療」という医療機能に分類されています。
- これらの医療機能について、地域における医療体制を明らかにするとともに、それぞれの機能を有する医療機関の連携体制を構築することにより、患者が早期に治療を開始し、在宅においても良好な血糖コントロールのもとに安心して療養生活を送ることができる医療提供体制を推進します。

ウ 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞の予防

- 広島県の急性心筋梗塞やその他の虚血性心疾患の死亡率は、全国平均に比べてやや低い状況ですが、急性心筋梗塞は、適切な初期治療を要する死亡率の高い疾患であり、その発症予防のため、生活習慣の改善が重要です。
- 平成 20（2008）年度からの特定健診・特定保健指導の制度の下で、各医療保険者、市町等が連携して、保健指導の実施や受診勧奨に努めます。
- 市町の健康増進事業などによる生活習慣の改善を促進するとともに、広島県医師会の実施する「広島県心筋梗塞・脳卒中予報」の活用を県民に呼びかけるなど、県民に対する情報提供に努めます。

急性心筋梗塞の早期発見・早期治療

- 急性心筋梗塞の医療は、高血圧、糖尿病などの管理等を行う「発症予防」、発症した場合の A E D（自動対外式除細動器）*の使用を含めた適切な救急蘇生法の実施と迅速な救急搬送を行う「救護」、急性期における「救急医療」、身体機能を回復させる「心臓リハビリテーション」、在宅療養を継続できるように基礎疾患・危険因子の管理等を行う「再発予防」の機能に分類されています。
- これらの医療機能について、地域における医療体制を明らかにするとともに、それぞれの機能を有する医療機関の連携体制を構築することにより、患者が急性期から、回復期、在宅における療養生活まで、医療から介護サービスまでが切れ目なく効率的に提供できる体制を推進します。

エ 脳血管疾患（脳卒中）

脳血管疾患の予防

- 脳血管疾患は、肥満、運動不足、ストレス、喫煙、多量飲酒、エネルギーや食塩の過剰摂取などの生活習慣による高血圧症などの生活習慣病が起因となることが多く、その発症予防のため、生活習慣の改善が重要です。
- 平成20（2008）年度からの特定健診・特定保健指導の制度の下で、各医療保険者、市町等が連携して、保健指導の実施や受診勧奨に努めます。
- 市町の健康増進事業などによる生活習慣の改善を促進するとともに、広島県医師会の実施する「広島県心筋梗塞・脳卒中予報」の活用を県民に呼びかけるなど、県民に対する情報提供に努めます。

脳血管疾患の早期発見・治療

- 脳血管疾患（脳卒中）は、高血圧、糖尿病などの管理を行う「発症予防」、発症直後の速やかな搬送を行う「救護」、急性期医療における「救急医療（内科的・外科的治療）」、回復期における「身体機能を回復させるリハビリテーション」、維持期における「日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション」や「生活の場での療養支援」という医療機能に分類されています。
- これらの医療機能について、地域における医療体制を明らかにするとともに、それぞれの機能を有する医療機関相互の連携体制を構築することにより、患者が急性期から、回復期、維持期にわたり、医療から介護サービスまでが切れ目なく効率的に提供できる体制を推進します。

オ ウイルス性肝炎

ウイルス性肝炎の予防

- 肝炎ウイルスキャリアの診断については、簡便な血液検査により確定検査が可能になっています。また、C型肝炎ウイルス（HCV）については、遺伝子型の検査も保険適用となったことから、より適切な治療が可能になってきています。
- 肝がんの予防は、正確なキャリア確定の検診を受診し、キャリアと判明した場合は、早期に専門医療機関を受診することが重要となっています。

ウイルス性肝炎の治療

- 本県においては、平成14（2002）年度から老人保健法に基づく肝炎検診が全市町で開始されたことに伴い、検診により発見されたキャリアを早期に専門医で診断し、適切な健康管理、治療を行う「肝炎治療支援ネットワーク」を二次保健医療圏毎に試行してきました。
- 平成19（2007）年度からは、専門医等で構成する広島県肝炎対策協議会を新たに設置し、これまでの検診や治療ネットワークの利用等を総括し、県の新たな肝炎対策の協議を行っています。

- 平成 19 (2007) 年度は、二次保健医療圏毎の「かかりつけ医」、「専門医」の役割を明確にし、その中核となる肝疾患診療連携拠点病院の選定を行い、新たに「広島県肝疾患診療支援ネットワーク体制」として整備しています。
- 肝疾患診療連携拠点病院内には、「肝疾患相談室」が開設され、患者、キャリア、家族、医療機関等からの肝炎ウイルスの検診、治療、最寄りの専門医、セカンドオピニオン等ウイルス性肝炎に関する疑問・不安に応える体制の充実に努めています。

(3) 健康増進施策の推進

市町健康増進事業への支援

- 市町が健康増進法に基づいて実施する健康教育、健康相談、健康手帳、歯周疾患検診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診等の健康増進事業について、国庫補助制度を活用するなど、必要な支援を行います。
- また、健康増進法に基づく市町健康増進計画の策定及び推進について、県保健所を通じ、専門的・技術的側面から支援します。

健康づくりにかかる県民運動の展開

- 生活習慣病対策では、県民全体の生活習慣病に罹るリスクを減少させるポピュレーションアプローチが不可欠となっています。この観点から、県民が自らの健康づくりに取り組むとともに、民間事業者や関係団体、行政など多様な主体の連携と協働により、これを支援する新たな県民運動を展開するため、官民一体の推進体制を構築します。
- その中で、ウォーキング等の運動人口の増加を図るためのイベント開催や、ホームページを利用した情報提供などにより、日常生活の中で実践可能な健康づくりを推進し、県民の健康に対する意識の改革を図り、生活習慣の改善に向けた自らの積極的な行動を支援します。

地域保健と職域保健の連携の推進

- 地域住民の生涯を通じた健康的な生活を目指す地域保健と、就業者の安全と健康の確保のための方策を実践する職域保健を担う機関が有している健康教育、健康相談、健康情報等の共有化や協働事業の実施を推進するため、県及び二次保健医療圏域で、関係機関の情報交換や研修等を実施します。

2 効率的な保健医療福祉提供体制の推進

(1) 療養病床の再編成

療養病床転換推進計画の策定方針

- 平成 19（2007）年 12 月に策定した「広島県地域ケア体制整備構想」において、介護療養病床が廃止される平成 23（2011）年度末までの療養病床転換推進計画を定めています。
- この療養病床転換推進計画は、医療の必要度の高い高齢者は医療機関で質の高い医療サービスを、介護の必要度の高い高齢者は介護保険施設等において適切な介護サービスが享受できる体制の確保を基本理念として、次の基本的な方針に基づき策定しています。

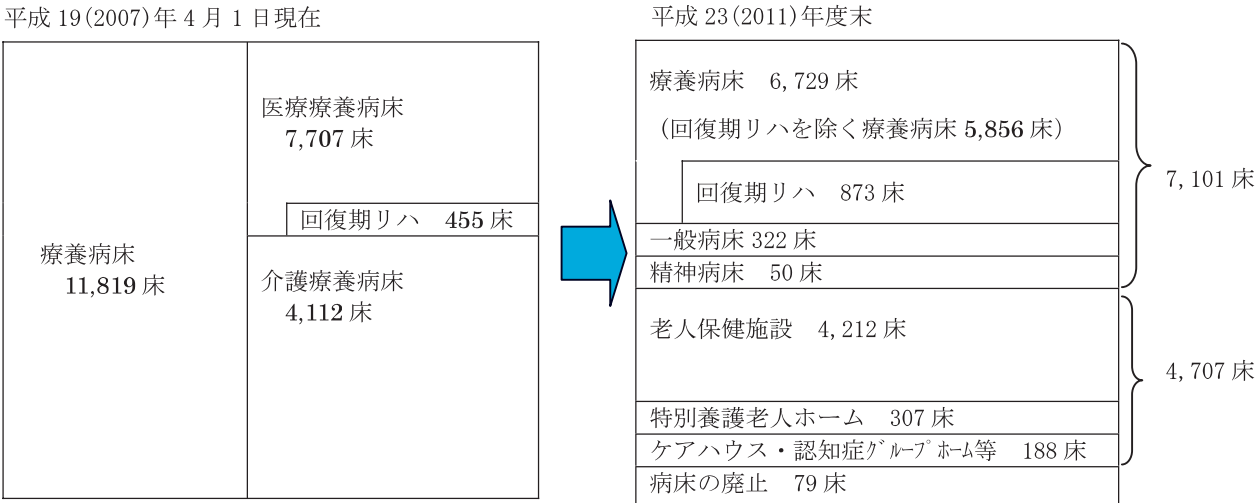
療養病床転換推進計画の策定方針

- ・療養病床を有する医療機関に対して平成 19(2007)年 8 月に実施したアンケート調査において示された医療機関の転換意向を基本に作成する。
- ・各老人保健福祉圏域において、アンケート調査に未回答の医療機関、転換意向や転換年度が未定の医療機関の意向を確認のうえ、圏域地域保健対策協議会で療養病床の転換に伴う地域ケア体制の在り方と併せて調整・検討を行い、圏域別の計画を作成する。
- ・圏域別の療養病床転換推進計画について、利用者や関係団体の代表者、学識経験者等で構成する地域ケア整備推進委員会において多角的・広域的な視点から検討を行い、療養病床転換推進計画を作成する。
- ・また、療養病床転換推進計画は、医療費適正化計画において設定する平成 24(2012)年度末の療養病床の目標数との整合性を図る必要があるため、医療費適正化計画検討委員会とも連携して検討を進める。

療養病床転換推進計画の概要

- 医療機関の転換意向を基本に圏域における調整・検討を経て策定した療養病床転換推進計画は、次のとおりです。

図 4-3 療養病床転換推進計画の概要

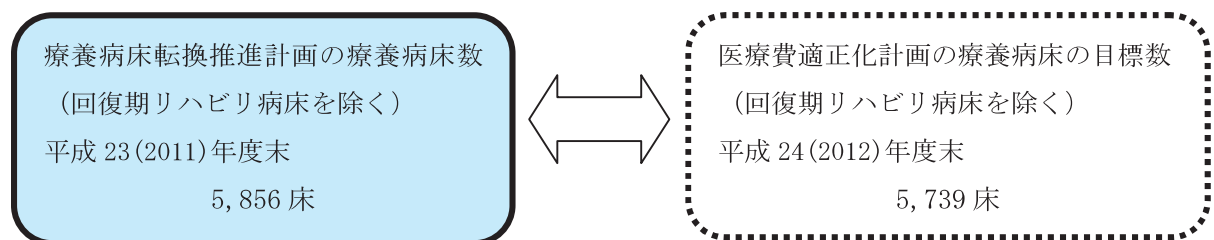


※4 月 2 日からアンケート調査を行った 8 月までの間に、療養病床が 68 床増加している

医療費適正化計画の療養病床の目標数との関係

- 療養病床転換推進計画は、医療費適正化計画で定める平成 24（2012）年度末の療養病床の目標数と整合性を図る必要があります。
- 療養病床転換推進計画における平成 23（2011）年度末の療養病床数と医療費適正化計画における平成 24（2012）年度末の療養病床の目標数は次のとおりであり、整合のとれたものになっています。

図 4-4 療養病床転換推進計画の療養病床数と医療費適正化計画の療養病床の目標数との関係



療養病床転換推進計画の着実な実施

- 療養病床転換推進計画は、
 - ・ 医療機関の意向を基本に策定していること
 - ・ 療養病床から介護保険施設等への転換について、圏域地域保健対策協議会において、介護保険の保険者である市町との調整を行っていること
 - ・ 医療費適正化計画の療養病床の目標数との整合がとれていることから、現時点では、実行可能性の高い計画になっていると考えています。
- また、この計画に沿って療養病床の再編成が行われれば、現に療養病床に入院している者の医療や介護の必要度に応じた受け皿は確保できるものと考えられます。
- このため、療養病床の転換が円滑かつ計画的に実施されるよう、国・県・市町は一体となって、転換に向けた支援措置を講じることが重要になります。
- 県としては、引き続き、市町と連携して相談体制の確保や財政支援措置等を行うとともに、国に対して、転換に向けた支援措置を着実に実施するよう要望していきます。
- 療養病床転換推進計画は、平成 23（2011）年度末までの転換について定めたものであり、平成 24（2012）年度末までに療養病床の数値目標（5,739 床）が達成できるよう、病床転換助成事業などを活用し、転換支援を行います。

療養病床転換への支援措置

① 医療機関への相談体制の確保

- 療養病床を有する医療機関に対して、介護保険施設等への転換に関する情報提供を行うとともに、相談窓口の設置など、転換相談について適切な対応に努めます。

「相談窓口」の設置

◆療養病床を有する医療機関の窓口を設置

<地域における相談窓口>

療養病床の転換全般、医療法関係 等	県地域事務所厚生環境局厚生推進課
-------------------	------------------

<県関係室・市町>

医療法関係（病棟，病床の変更等）	医務看護室
従来の医療施設整備費補助金に関する財産処分（精神病床を除く）	医療対策室
従来の医療施設整備費補助金に関する財産処分（精神病床）	保健対策室
介護保険法関係，市町介護保険事業計画，県介護保険事業支援計画関係	介護保険指導室
療養病床の転換全般，老人保健施設及び老人福祉法・社会福祉法関係	高齢者支援室
地域介護・福祉空間整備等交付金	各市町

② 入院患者や家族への相談体制の確保

- 入院患者やその家族等からの相談については，市町や地域包括支援センターが中心となり，適切に対応するとともに，転院，転所，在宅復帰等が必要な場合には，これらが円滑に行われるよう助言・支援を行います。

③ 財政支援措置

- 県や市町は，相談体制の構築のほか，療養病床から介護保険施設等への転換に対して助成を行い，療養病床の転換が円滑に行われるよう支援します。

表4-1 医療療養病床の転換に対する助成制度（国制度）

病床転換助成事業			
事業実施主体	県	事業開始年度	平成20年度
転換対象施設	① 老人保健施設 ② ケアハウス ③ 有料老人ホーム ④ 特別養護老人ホーム及び併設ショートステイ居室	⑤ 認知症高齢者グループホーム ⑥ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑦ 生活支援ハウス ⑧ 適合高齢者専用賃貸住宅	
助成内容	整備区分	整備内容	交付基礎単価
	創設	既存の医療療養病床を取り壊さずに，新たに施設を整備する場合	100万円／床
	改築	既存の医療療養病床を取り壊して，新たに施設を整備する場合	120万円／床
	改修	既存の医療療養病床を本体の躯体工事に及ばない屋内改修（壁撤去等）を行う場合で，工事を伴う場合	50万円／床

表 4-2 介護療養病床の転換に対する助成制度（国制度）

地域介護・福祉空間整備等交付金（市町交付金）			
事業実施主体	市町	事業開始年度	平成 18 年度
転換対象施設	① 老人保健施設 ② ケアハウス ③ 有料老人ホーム ④ 特別養護老人ホーム及び併設シ ョートステイ居室 ⑤ 認知症高齢者グループホーム ⑥ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑦ 生活支援ハウス ⑧ 適合高齢者専用賃貸住宅		
助成内容	整備区分	整備内容	交付基礎単価
	創設	既存の介護療養病床を取り壊さずに、新たに施設を整備する場合	1 0 0 万円／床
	改築	既存の介護療養病床を取り壊して、新たに施設を整備する場合	1 2 0 万円／床
	改修	既存の介護療養病床を本体の躯体工事に及ばない屋内改修（壁撤去等）を行う場合で、工事を伴う場合	5 0 万円／床

表 4-3 介護療養病床の転換に対する助成制度（県独自制度）

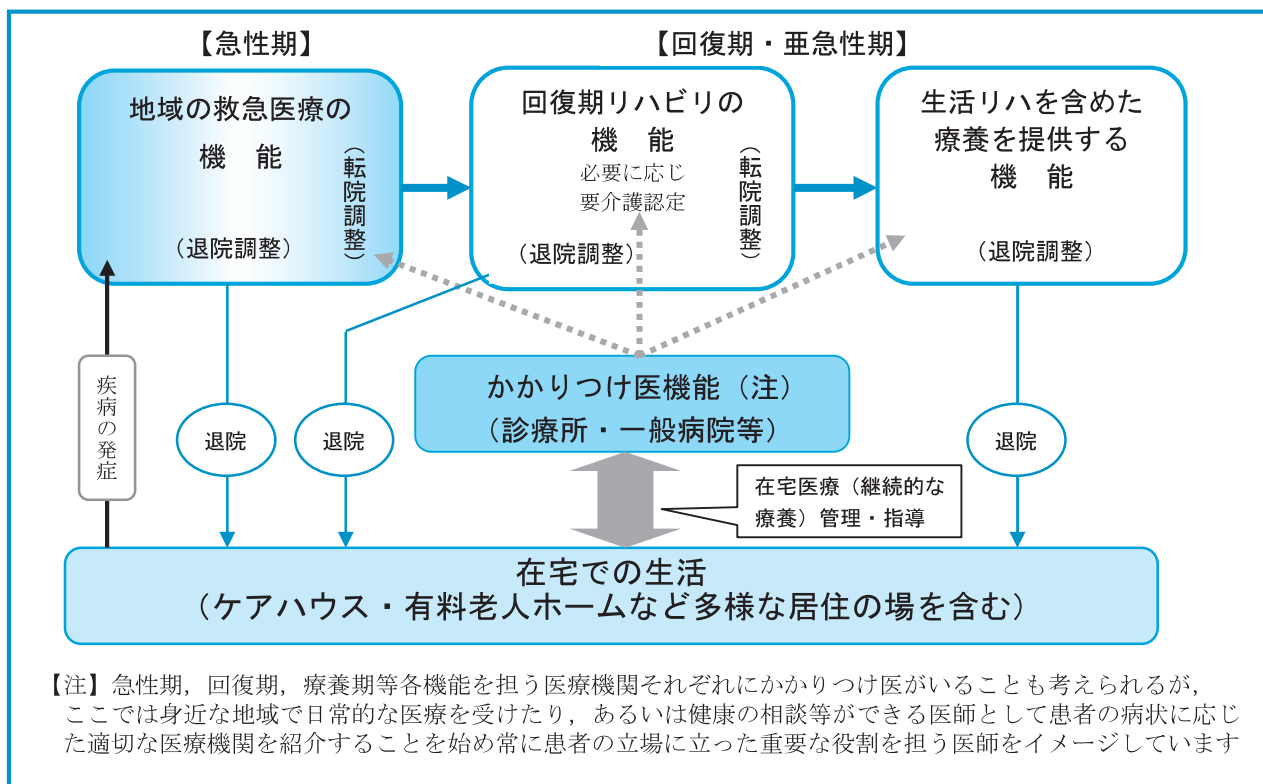
療養病床転換に係る介護サービス基盤整備事業（県独自制度）			
事業実施主体	県	事業開始年度	平成 19 年度
転換対象施設	地域介護・福祉空間整備等交付金の交付を受けるもので、次の施設へ転換するもの。 ①特別養護老人ホーム ②ケアハウス ③生活支援ハウス		
助成内容	整備区分	整備内容	交付基礎単価
	創設	既存の介護療養病床を取り壊さずに、新たに施設を整備する場合	5 0 万円／床
	改築	既存の介護療養病床を取り壊して、新たに施設を整備する場合	6 0 万円／床
	改修	既存の介護療養病床を本体の躯体工事に及ばない屋内改修（壁撤去等）を行う場合で、工事を伴う場合	2 5 万円／床

(2) 医療連携体制の推進

《地域連携クリティカルパスの普及促進》

- それぞれの日常生活圏において、医療提供者は治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有したうえで、それぞれが、担当する部分の治療計画（院内クリティカルパス）に沿った治療を行い、日常生活（在宅）への復帰に向けた取り組みを患者と共同して行うことが求められています。このため医療提供者同士の連携体制を構築し、患者本位の医療の提供を推進する必要があります。
- しかしながら、地域連携クリティカルパスの普及は、ほとんど進んでいないのが現状であり、今後、各医療圏域に疾病別（脳卒中、急性心筋梗塞、がん、糖尿病等）の地域連携クリティカルパスの普及を促進していきます。

図4-5 地域連携クリティカルパスの例示（脳卒中の場合）



資料：平成19（2007）年版厚生労働白書

かかりつけ医の普及・定着に向けた取組

- 在宅医療の進展等に伴って、幅広い職種による包括的ケアの推進への要請が高まる中で、関係職種のチームリーダーとして、住民のニーズを的確に把握し、適切なサービスを提供することができる「かかりつけ医」の普及・定着が求められています。
- 在宅療養患者が安心して過ごせるよう、「かかりつけ医」が中心となって、病態に合った適切な医療機関へ迅速に患者を紹介できるシステムとしての診療所と診療所、病院と診療所の連携を進め、在宅で必要な医療が受けられる体制の整備に努めます。

-
- また、「かかりつけ医」の後方支援機能を担っている地域医療支援病院*や地域の中核的病院は、施設の共同利用を進めるとともに、地区医師会等と協力して、症例検討会や講演会などを開催し、地域の医療関係者等の資質の向上を支援します。
 - こうした中、住み慣れた家庭や地域で、24時間安心して医療を受けられるよう制度化された「在宅療養支援診療所」を普及・定着させていきます。また、地域の複数の医療機関が連携し、切れ目のない医療を提供する「地域連携クリティカルパス」を実現するためには、住民に身近な診療所の役割は重要であり、このような取り組みの中で、在宅医療の中心となる「かかりつけ医」を行政、医療関係団体等関係機関との連携を図りながら定着させていきます。

訪問看護ステーションの機能強化

- 病院における平均在院日数の短縮や療養病床の再編などが行われる中で、自宅や介護保険施設などで療養生活を送る在宅療養者は、今後とも増加が見込まれています。また、入院期間が短縮されることで、医療機関を退院後も、高度な医療処置や専門的な対応を必要とする在宅療養者が増加しています。
- さらに、高齢化の進展により、自宅や特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなどの施設で終末期を迎え、看取りが必要になる高齢者も増加しています。
- このような中、24時間体制や在宅における看取りへの対応などを含めた訪問看護の充実強化が求められています。
- そのため、引き続き看護職員の確保対策を推進し、訪問看護に従事する看護職員の確保を行うとともに、関係機関の協力の下、看護職員の質の向上を図ります。
- また、在宅療養支援診療所等との連携や複数の訪問看護ステーションの協力体制を推進し、切れ目のない看護が提供できる体制について検討を行います。

(3) 医療と介護の連携の推進

終末期医療*体制の構築

- 高齢者の多くが「ついのすみか」として自宅を希望する一方、家族への負担や急変時の不安などから、在宅での終末期の療養を躊躇している実態があります。しかしながら、今後、高齢者の増加が予想される中、在宅での終末期医療は確実に増えてくると推測されています。
- 高齢者数の増加とともに、今後、在宅や介護保険施設における終末期医療の増加が見込まれる中で、終末期における高齢者や家族を支えるためには、かかりつけ医や訪問看護師等の医療関係者だけではなく、介護サービスや地域全体での看護・介護体制の整備とこれらが連携したケアが必要となります。
- このため、医療関係者と在宅ケアの調整を行う介護支援専門員との緊密な連携を図るとともに、定期的なケアカンファレンスの開催により、ケア方針の統一と関係者の役割分担を明確にし、質の高い終末期医療の提供を行います。

地域包括支援センター*の機能強化

- 地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、高齢者の自立支援、尊厳の保持を基本としつつ、予防重視型システムへの転換が行われ、介護予防や地域包括ケアの中核的機関としての地域包括支援センターが、すべての市町に104か所設置されました。
- 地域包括支援センターの多くが、「予防プラン」づくりに時間を費やしており、本来機能が十分発揮できていないことに加え、運営支援を行うべき市町や運営協議会の役割が十分果たされていないという機能・体制上の課題があります。
- 地域包括支援センターの基本的な機能を強化し、地域の総合的マネジメント機能の向上を図るとともに、利用者のニーズ調査、地域包括支援センターの抱える課題について調査・検討を行い、地域の実情を踏まえた今後の地域ケア体制の整備を推進します。
- 地域包括支援センターの基盤・体制を強化するため、課題・ニーズの分析・評価を行った上で、運営協議会において適切な運営を行うための基本指針・運営指針の策定や支援機能の活性化により、機能・体制の強化を図ります。
- また、業務を遂行する上で必要な知識の習得及び技能の向上を目的とした研修会を開催し、職員のスキルアップへの取組を推進します。
- ボランティア等を含めた医療・保健・福祉の専門職との多職種協働や多様な連携を実現するとともに、地域における社会資源の有効な活用やネットワーク化により、個々の高齢者の状況や変化に応じて支援していく包括的・継続的なケアマネジメントを推進します。
- 地域において、高齢者が安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、虐待防止や認知症高齢者等の権利擁護に適切に対応できるネットワークの整備を推進するとともに、総合相談・支援機能の充実を図ります。

(4) 高齢者向けの住まいと見守りサービスの確保

高齢者における住まいの場の確保

- 高齢者の居住の安定が確保されるためには、地域の実情にあった高齢者が安心して暮らすことができる、公的賃貸住宅のみならず民間賃貸住宅を含めた多様な住まいの供給が必要です。
- 生活福祉サービスの提供、見守り等に配慮した民間賃貸住宅の供給や福祉施設と一体的に整備した公的賃貸住宅の供給を促進して、高齢者が地域において、安全・安心で、快適に住まうことができる住まいの充実を図る必要があります。
- 高齢者一人ひとりが抱えるニーズにあった住まいの情報が得られるように高齢者専用賃貸住宅に係る情報提供を実施し、また、有料老人ホーム等の居住系施設などの情報の提供等について検討を行います。

地域協働ネットワークの構築と見守りサービスの提供

- 住み慣れた自宅や地域において高齢者が安心して暮らすことができるよう、地域住民、民間事業者、医療機関及び公的機関等が協働しながら、地域の中でお互いに支え合う地域づくり（住民みんなが語り合える地域のテーブルづくり）を進める必要があります。
- 具体的には、高齢者それぞれの実情に応じた見守りサービス（声かけ、相談、家事・買物代行、送迎等）を提供するため、身近な地域住民が主体となって、民生委員、ボランティア、老人クラブ、NPO、宅配・配食サービス事業者、郵便局、病院・診療所及び地域包括支援センター等と連携しながら、重層的かつ持続発展的な地域協働ネットワーク（キーステーション）の構築に努めます。
- 従来、地域福祉分野の活動組織と医療・介護分野の機関の連携が希薄であったため、このネットワークでは、主治医やケアマネジャー等の医療・介護分野の専門家とも連携しながら、きめ細かな質の高い生活支援をすることが重要です。

認知症高齢者や家族に対する地域でのサポート

- 認知症高齢者やその家族が住み慣れた地域において安心して暮らすためには、認知症に関する相談や情報提供、権利擁護など、その生活を多岐にわたって支援する必要があるため、専門機関・専門スタッフが連携して、総合的にサービスを提供する必要があります。
- これまで、県において養成してきた認知症介護指導者*、認知症介護アドバイザー*や、かかりつけ医等による医療・介護のフォーマルサービス*と、認知症サポーター*などの様々な主体によるインフォーマルサービス*を、市町の地域包括支援センターを中心として、地域の実情に応じて連携させて展開していきます。

3 適正受診の推進

(1) 地域連携クリティカルパスの推進

- 本県は、医療機関や公費負担医療の充実等により、医療を受けやすい環境となっていますが、医療保険制度を持続可能なものとするため、地域連携クリティカルパスの普及促進やかかりつけ医の推進など、効率的な医療提供体制の構築に努めます。

(2) 頻回・重複受診者に対する保健指導の推進

- 医療保険の仕組みや本県医療費の現状等について、県民に周知を図り、その受療行動の変容を促すとともに、保健指導や服薬指導等により、適正な受診に向けた意識啓発を行います。
- 特に、重複受診等については、不適切又は過剰な診療や投薬などの影響も考えられるため、医療機関におけるインフォームド・コンセントの推進や、保健師による訪問指導や健康相談等を通じて、患者の不安解消に取り組み、適正な受診を促進する必要があります。
重複受診等を疾病別に見ると、高血圧性疾患や糖尿病といった生活習慣病が大きな割合を占めていることから、生活習慣病患者について重点的に保健指導や健康相談を行います。

(3) レセプト点検の充実

- 医療保険者としては、被保険者の受診動向を把握し、適正な受診を促すため、レセプト点検の実施が重要となります。さらにレセプト点検は、診療報酬支払いの適正化に直接的な効果もあるため、点検の充実強化を図る必要があります。そのため、レセプト点検員に対し、初任者研修やスキルアップ研修等、経験年数等を勘案したきめ細かな研修を実施し、点検員の資質向上を図ります。
- 現在、県が行っている保険者等への実地指導については、指導回数を増やすこと等により、レセプト点検を含めた指導体制の充実強化に努めます。
また、保険医療機関等に対する指導については、社会保険事務局（平成20年10月以降は中国四国厚生局）と連携を図り、指導強化に努めます。

(4) 後発医薬品の普及推進

- 低い費用で同様な効果が得られる後発医薬品の使用促進については、県民・医療関係者に対する適切な医薬品情報の提供等、後発医薬品への一層の理解が得られるよう普及啓発に努める必要があります。
- このため、県民及び医療関係者等からなる後発医薬品使用推進検討協議会（仮称）を設置し、後発医薬品の使用推進策の策定等に努めます。
 - ・ 後発医薬品使用推進検討協議会（仮称）の設置
 - ・ 県民・患者に対する後発医薬品の普及啓発
 - ・ 医薬品卸売販売業者等に対する後発医薬品に係る情報提供及び供給体制の推進
 - ・ 医療関係者に対する後発医薬品の使用推進

Ⅱ 医療費適正化に向けた目標

- 医療費適正化の実現は、そのための施策を計画的かつ着実に実施していくことが極めて重要です。このため、計画期間中に達成すべき目標を、次のように定め、施策の実施に努めます。

表 4-4 医療費適正化に向けた目標

1 住民の健康づくりに 向けた取組	数値目標	平成 20 年度 (2008 年度)	平成 21 年度 (2009 年度)	平成 22 年度 (2010 年度)	平成 23 年度 (2011 年度)	平成 24 年度 (2012 年度)
	特定健康診査の実施率	30%	40%	50%	60%	70%
	特定保健指導の実施率	25%	30%	35%	40%	45%
	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率					10%
【目標を達成するための施策】 ○特定健康診査・特定保健指導の実施体制の整備 ○がん（悪性新生物）をはじめとする生活習慣病等の早期発見・早期治療の推進 ○県民運動の展開等の健康増進施策の推進						
2 効率的な医療 提供体制の推進	数値目標	平成 24（2012）年度				
	療養病床の目標数	5,739床	【目標を達成するための施策】 ○療養病床の再編成 ○医療連携体制の推進（地域連携クリティカルパスの普及促進、かかりつけ医の普及・定着に向けた取組、訪問看護ステーションの機能強化） ○医療と介護の連携の推進（終末期医療体制の構築、地域包括支援センターの機能強化） ○高齢者向けの住まいと見守りサービスの確保（高齢者における住まいの場の確保、地域協働ネットワークの構築と見守りサービスの提供、認知症高齢者や家族に対する地域でのサポート）			
	平均在院日数	31.5日				
3 適正受診の推進	地域連携クリティカルパスの推進	平成 24（2012）年度までに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の主要な4疾病について、二次保健医療圏域ごとに地域における医療機関の果たす役割を明確にするとともに、全圏域において地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組を行います。				
	頻回・重複受診者に対する保健指導の推進	平成 24（2012）年度までに全市町が頻回・重複受診者に対する保健指導を行います。				
	レセプト点検の充実	平成 24（2012）年度までに被保険者一人あたりのレセプト点検効果額（資格・内容点検調査によるもの、給付発生原因関係等の点検結果によるもの）については、すべての市町が平成 18（2006）年度の県平均（2,401 円）を上回ります。				
	後発医薬品の普及推進	医薬品等の適正使用を普及するとともに、平成 24（2012）年度までに処方せんで後発医薬品への変更を認める医療機関の割合について、すべての市町が平成 18（2006）年度の県平均（52.3%）を上回ります。				

Ⅲ 計画期間における医療に要する費用の見通し

（１）医療に要する費用の推計方法

- 計画期間における医療に要する費用の見通しの推計にあたっては、国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」において標準的な都道府県医療費の推計方法として示された「都道府県医療費の将来推計の計算ツール」（以下「計算ツール」という。）を使用しました。
- 計算ツールでは、医療費適正化に係る効果額について、医療費適正化に向けた取組の中から平均在院日数の短縮による効果に限定して推計しており、その効果額は70歳以上の入院医療費のみに現れるものとされています。
- 生活習慣病対策の効果としては、はじめに特定健診・保健指導によりメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少し、その後、生活習慣病の発生率の低下により患者数及び医療費が減少するという経過をたどると考えられます。
このように、生活習慣病対策の効果が医療費に現れてくるには、ある程度の期間の経過が必要であることから、第2期医療費適正化計画期間以降、その効果を見込むこととします。
- また、本県独自の医療費適正化に向けた目標の達成による医療費への効果額については、施策の実施による効果額の算出が困難なことから、第1期計画ではその効果額を見込まないこととし、次期計画以降、実証的な分析を経て見込むこととします。
- 従って、入院外医療費の適正化効果額については、生活習慣病対策や本県独自施策による医療費への効果を推計することは困難であること、また、現時点では推計に係る知見が存在しないことなどから、本計画では見込まないこととし、今後の検討課題とします。

（２）医療費適正化施策実施前と実施後の医療に要する費用の見通し

- 適正化施策を実施しなかった場合、本県の医療費は、今後も引き続き増加し、標準的な推計方法によれば、平成20年度の8,860億円から平成24年度には1兆117億円になると見込まれています。
- 適正化施策を実施した場合、平成20年度の8,860億円から平成24年度は9,858億円になると見通されており、1,257億円の増加となるところが998億円の増加に抑えられることから、医療費適正化の効果は、平成24年度で259億円と見込まれます。

表 4-5 広島県の医療費の将来見通し

	平成20年度	平成24年度
適正化施策実施後	8,860億円	9,858億円
適正化施策実施前	8,860億円	10,117億円
効果額	—	▲259億円