

第4期
高知県医療費適正化計画
(案)

(令和6年度～令和11年度)

令和6年3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. 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 計画の根拠及び位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 計画の内容に関する基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
4. 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
 - (2) 病床数の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
 - (3) 在宅医療体制の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
 - (4) 平均在院日数の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
 - (5) 生活習慣病等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
 - (6) 特定健診の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
 - (7) 特定保健指導の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
 - (8) 喫煙の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44
 - (9) 循環器病の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46
 - (10) 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況・・・・・・・・・・・・ 48
 - (11) がん検診の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
 - (12) 健康づくりの県民運動の取組状況・・・・・・・・・・・・ 52
 - (13) 後発医薬品の使用状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 53
 - (14) 医薬品の使用状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54
2. 課題
 - (1) 県民の健康の保持の推進に関する課題・・・・・・・・・・・・ 55
 - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題・・・・・・・・・・・・ 57

第3章 計画における目標と取組

1. 基本理念
 - (1) 取組の基本的方向・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
 - (2) 壮年期の死亡率の改善等に向けた取組・・・・・・・・・・・・ 61
 - (3) 病床機能の分化及び関係機関との連携と高知版地域包括ケアシステムの構築 61
 - (4) 取組の実施方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62
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・・・・・・・・・・・・ 63
 - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標・・・・・・・・・・・・ 65
 - (3) 適正化策の実施による医療費の見通し・・・・・・・・・・・・ 66
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・・・・・・・・・・・・ 69
 - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策・・・・・・・・・・・・ 72
 - (3) その他の医療費適正化の取組・・・・・・・・・・・・ 78

第4章 計画の推進

1. 計画の推進体制
 - (1) 市町村との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79
 - (2) 保険者、医療機関その他関係者の連携と協力・・・・・・・・ 79
2. 評価の種類
 - (1) 進捗状況の公表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79
 - (2) 進捗状況に関する調査及び分析・・・・・・・・・・・・ 79
 - (3) 実績の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80
3. 評価結果の活用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80

第1章 医療費適正化計画に関する基本的事項

1. 計画策定の趣旨

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、国民生活や意識など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、国民生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大していかないようしていくとともに、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ことが必要となっています。

このための仕組みとして、平成18年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「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設され、本県でも、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、平成20年度から3期に渡って取り組んできました。

こうした中、全国では、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる令和7年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降更に減少が加速することが見込まれています。

人口減少に対応した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していくことが必要であり、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ていくため、効果的で効率的な医療を提供できる体制を目指した地域医療構想や、保健・医療・福祉などが連携した地域包括ケアシステムの取組などが求められています。

また、医療費適正化についても、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進を図るとともに、医療・介護サービスを効果的かつ効率的に組み合わせた提供の重要性に留意しつつ、取組の目標を設定していくことが求められています。

本県においても、令和12年頃に医療・介護の複合的ニーズを有する75歳以上の高齢者の人口がピークを迎える一方で、生産年齢人口が減少している中、県民が安心して医療を受けられる環境を保っていくためには、県民の生活の質の向上を図りながら、結果として医療費が過度に増大しないよう医療費の伸びを下げしていく必要があります。また、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用することで、良質かつ適切な医療を提供する体制の維持及び確保を図っていく必要があります。このため、第4期高知県医療費適正化計画を策定し医療費の適正化を推進します。

2. 計画の根拠及び位置づけ

- ① 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。
- ② 計画は、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を取り組みの主たる柱とし、「よさこい健康プラン21(健康増進計画)」と、「高知県保健医療計画(医療計画)」、「高知県地域医療構想」、「高知県高齢者保健福祉計画(介護保険事業支援計画)」、「高知県がん対策推進計画」、「高知県国民健康保険運営方針」と密接に関連するため、これらの計画と調和が保たれたものとします。

3. 計画の内容に関する基本的事項

計画では、次に掲げる事項を定めます。

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 目標を達成するための保険者等、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- ⑤ 県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項
- ⑥ 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
- ⑦ 計画期間における医療に要する費用の見込みに関する事項
- ⑧ 計画の達成状況の評価に関する事項
- ⑨ 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

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

また、よさこい健康プラン21(健康増進計画)等の計画期間との関係は以下のとおりです。

計画名	計画期間	
	第3期(H30~R5)	第4期(R6~R11)
高知県医療費適正化計画	第3期(H30~R5)	第4期(R6~R11)
よさこい健康プラン21 (健康増進計画)	第4期(H30~R5)	第5期(R6~R17)
高知県保健医療計画	第7期(H30~R5)	第8期(R6~R11)
高知県高齢者保健福祉計画 (介護保険事業支援計画)	第7期(H30~R2) 第8期(R3~R5)	第9期(R6~R8) 第10期(R9~R11)
高知県がん対策推進計画	第3期(H30~R5)	第4期(R6~R11)
高知県国民健康保険運営方針	第1期(H30~R2) 第2期(R3~R5)	第3期(R6~R11)

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

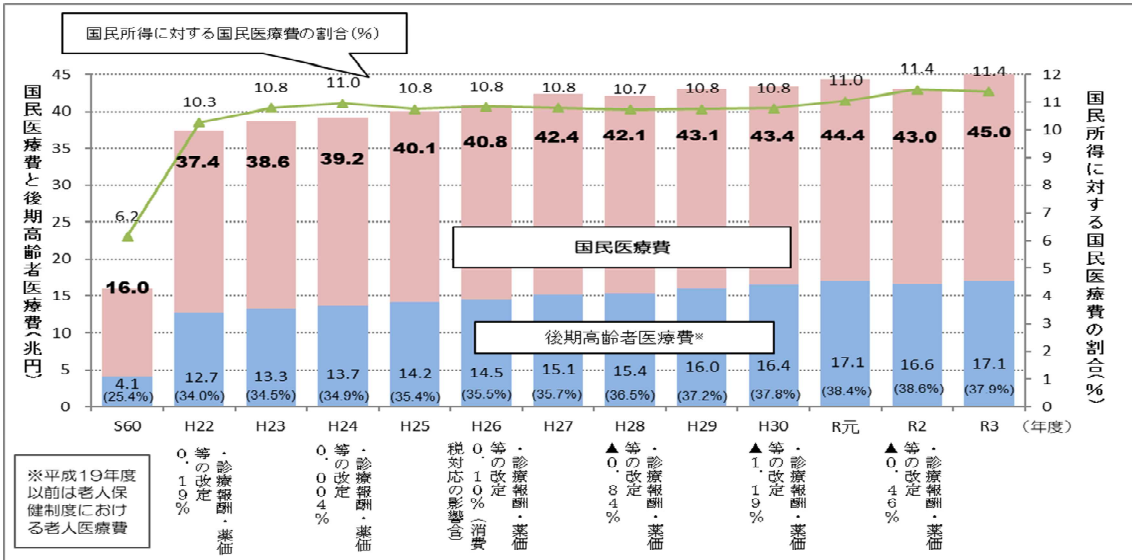
① 高知県の医療費の状況

- 1人当たりの県民医療費は471千円で全国1位。(令和3年度)
- 1人当たりの入院医療費は226千円(全国1位)で、全国平均の1.7倍。(令和3年度)
- 県民医療費は県民所得の18.4%を占め、全国(11.4%)の約1.6倍。(令和2年度)
- 高齢化が進行し、県民医療費に対する後期高齢者医療費の占めるウェイトが高い。

全国の医療費を示す令和3年度の国民医療費¹は、約45兆円で、平成27年度と比較して約2.6兆円、約6.1%の増加となっており、診療報酬のマイナス改定などを経ながらも毎年増加傾向にあります(図1)。

また、令和3年度の後期高齢者医療費は約17.1兆円で、国民医療費の37.9%を占めています(図1)。

(図1 国民医療費と後期高齢者医療費の推移)



出典：国民医療費は『国民医療費の概況』(厚生労働省) / 後期高齢者医療費は『事業状況報告』(厚生労働省)
国民所得は『国民経済計算』(内閣府)

¹ 当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。実際に医療保険等によって支払われたもの(患者の一部負担金含む)、公費負担によって支払われたもの(患者の一部負担金含む)、全額自費によって支払われたものによって構成される。

国民医療費の伸び率は、国民所得の伸び率を上回っている年度が多くなっています（表1）。

（表1 国民医療費等の対前年度伸び率）

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
国民医療費	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲ 0.5	2.2	0.8	2.3	▲ 3.2	5.3
後期高齢者医療費	5.9	4.5	3.1	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲ 2.9	3.1
国民所得	3.4	▲ 2.0	0.2	4.0	1.1	4.2	▲ 0.1	2.1	0.6	▲ 0.3	▲ 6.6	5.5

出典：国民医療費は『国民医療費の概況』（厚生労働省）／後期高齢者医療費は『事業状況報告』（厚生労働省）

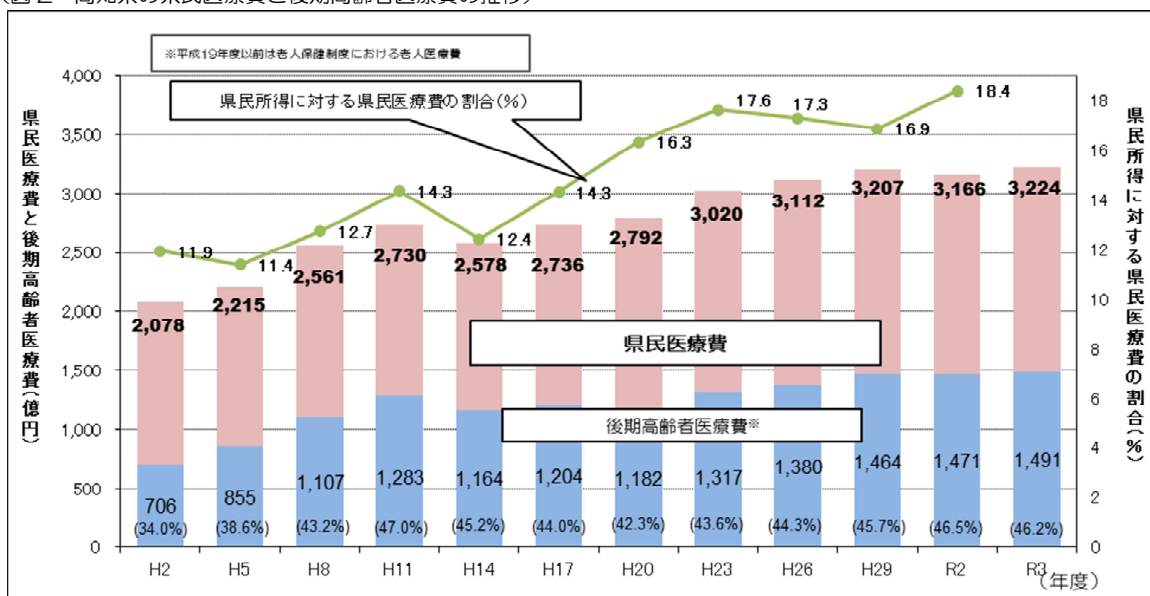
国民所得は『国民経済計算』（内閣府）

本県の令和3年度の県民医療費は約3,224億円で、平成26年度と比較して約112億円、約3.6%の増加となっており、国民医療費と同様に毎年増加傾向にあります。

また、本県の後期高齢者医療費は約1,491億円で県民医療費の46.2%を占め、全国（37.9%）を大きく上回っており、高齢者の医療費が県全体の医療費に大きな影響を与えています。

また、令和2年度の県民所得に占める県民医療費の割合は18.4%で、全国（11.4%）の約1.6倍となっています（図2）。

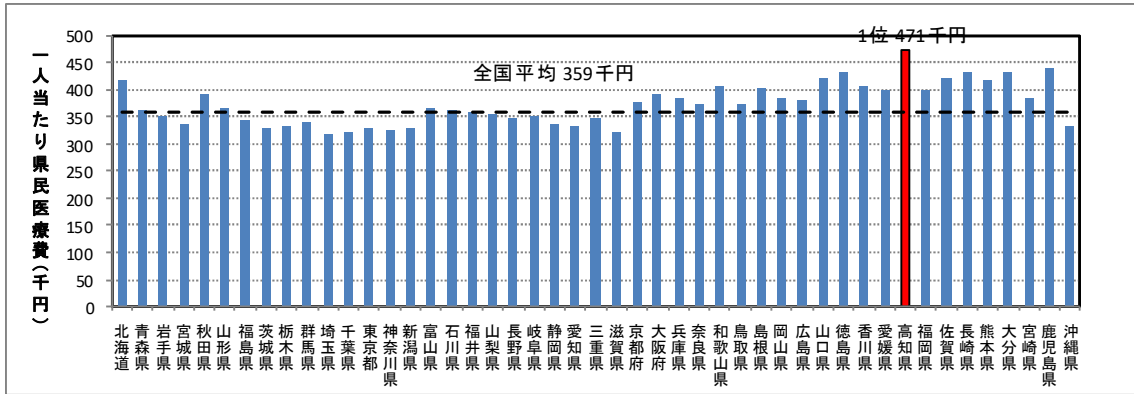
（図2 高知県の県民医療費と後期高齢者医療費の推移）



出典：国民医療費は『国民医療費の概況』（厚生労働省）／後期高齢者医療費は『事業状況報告』（厚生労働省）
県民所得は『県民経済計算』（高知県）

令和3年度の本県の1人当たりの医療費は471千円で、全国平均（359千円）より112千円高く、全国1位となっています（図3、表2）。特に、1人当たり入院医療費は226千円と全国1位で全国平均の約1.7倍となっています（図4）。1人当たり入院外医療費については128千円で全国17位となっています（図5）。

(図3 令和3年度 都道府県別 1人当たり県民医療費)



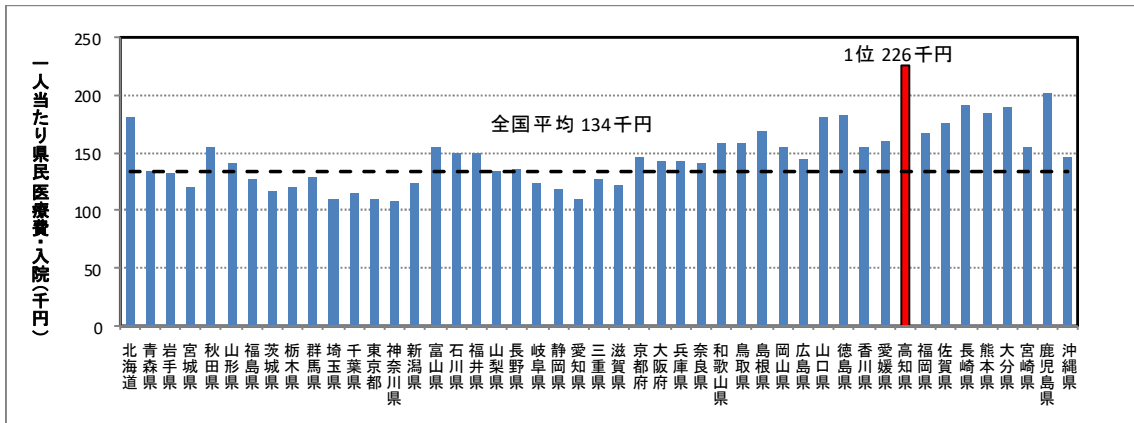
出典：『令和3年度国民医療費の概況』（厚生労働省）

(表2 1人当たりの医療費及び人口の推移)

		H14年度	H17年度	H20年度	H23年度	H26年度	H29年度	R2年度	R3年度
高知県	1人当たり医療費(千円)	318	344	361	398	422	449	458	471
	総人口(千人)	810	796	773	758	738	714	692	684
全国	1人当たり医療費(千円)	243	259	273	302	321	340	341	359
	総人口(千人)	127,435	127,768	127,692	127,799	127,083	126,706	126,146	125,502

出典：『国民医療費の概況』（厚生労働省）

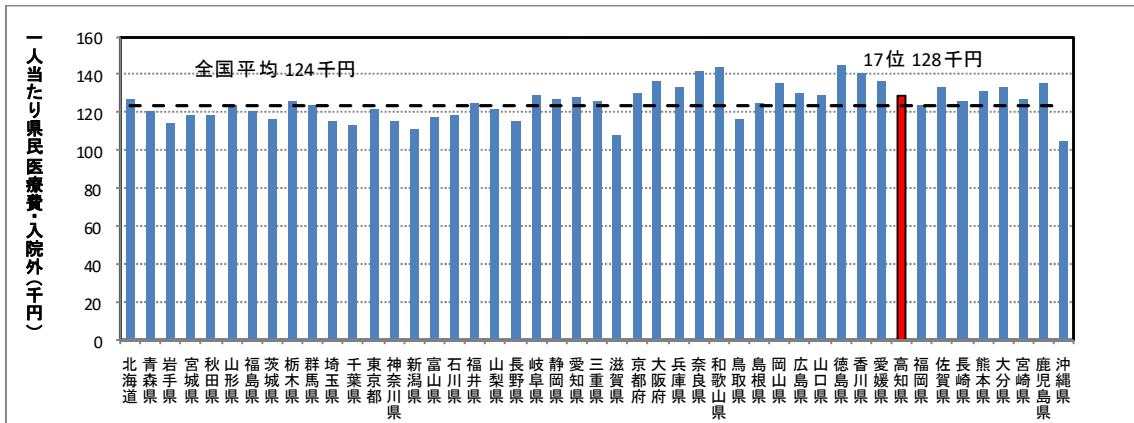
(図4 令和3年度 都道府県別 1人当たり県民医療費(入院))



出典：『令和3年度国民医療費の概況』（厚生労働省）

※入院に係る医科診療医療費

(図5 令和3年度 都道府県別 1人当たり県民医療費(入院外))



出典：『令和3年度国民医療費の概況』（厚生労働省）

※入院外に係る医科診療医療費

② 市町村国保の医療費の状況

②-1 市町村国保の医療費【都道府県別】

- 1人当たりの市町村国保医療費は454千円で全国8位。(令和3年度)
- 1人当たりの市町村国保入院医療費は209千円で全国6位。(令和3年度)
- 1人当たりの市町村国保入院外医療費は214千円で全国22位。(令和3年度)

本県の市町村国保の令和3年度の被保険者1人当たりの医療費（以下「1人当たり医療費」という。）は454千円で全国8位となっています（表3）。

入院医療費、入院外医療費ともに全国平均を上回っており、特に入院医療費については全国平均を大きく上回っている状況が続いています。

（表3 市町村国保1人当たり医療費（高知県））

年 度	市町村国保1人当たり医療費											
	全体				入院（食事療養・生活療養診療費含む）				入院外（調剤診療費含む）			
	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位
H26	386,318	—	115.9%	9	171,994	—	136.4%	7	187,076	—	105.6%	11
H27	406,635	105.3%	116.3%	8	178,189	103.6%	136.5%	7	200,116	107.0%	106.3%	9
H28	411,083	101.1%	116.5%	8	184,883	103.8%	138.6%	7	197,613	98.7%	104.9%	15
H29	420,471	102.3%	116.1%	8	189,965	102.7%	137.2%	7	201,774	102.1%	105.0%	15
H30	430,209	102.3%	116.9%	8	198,107	104.3%	139.1%	7	202,589	100.4%	104.7%	17
R元	439,366	102.1%	115.9%	8	200,639	101.3%	136.9%	7	208,319	102.8%	104.4%	17
R2	437,150	99.5%	117.9%	8	202,286	100.8%	140.4%	7	204,866	98.3%	105.4%	17
R3	454,207	103.9%	115.1%	8	208,596	103.1%	137.8%	6	214,007	104.5%	102.8%	22

出典：『国民健康保険事業状況報告書（事業年報）』（厚生労働省）

年 度	（参考）全国平均 市町村国保1人当たり医療費					
	全体		入院（食事療養・生活療養診療費含む）		入院外（調剤診療費含む）	
	(円)	前年度比	(円)	前年度比	(円)	前年度比
H26	333,461	—	126,108	—	177,088	—
H27	349,697	104.9%	130,531	103.5%	188,324	106.3%
H28	352,839	100.9%	133,409	102.2%	188,311	100.0%
H29	362,159	102.6%	138,503	103.8%	192,111	102.0%
H30	367,989	101.6%	142,413	102.8%	193,504	100.7%
R元	378,939	103.0%	146,521	102.9%	199,447	103.1%
R2	370,881	97.9%	144,100	98.3%	194,370	97.5%
R3	394,729	106.4%	151,415	105.1%	208,247	107.1%

出典：『国民健康保険事業状況報告書（事業年報）』（厚生労働省）

②-2 市町村国保の医療費【市町村別】

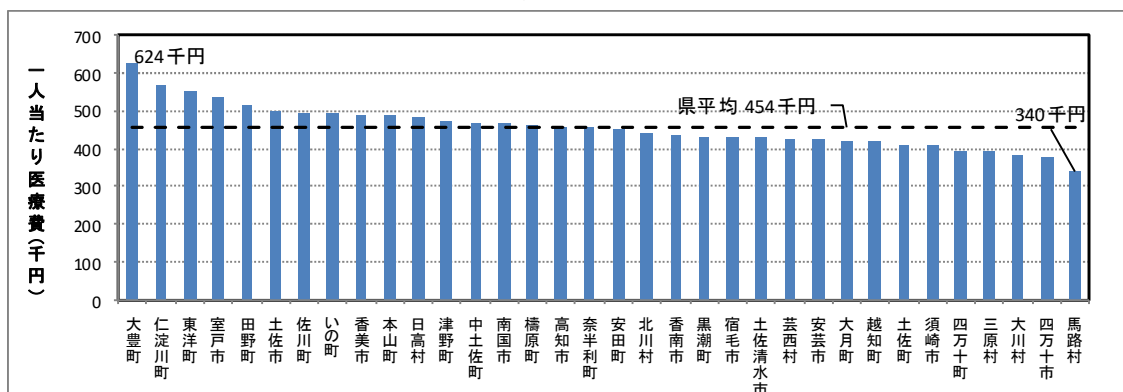
- 1人当たり医療費が最も高い市町村と低い市町村の差は1.8倍（令和3年度）
- 入院医療費が上位の市町村は、1人当たりの日数が長く、入院外医療費が上位の市町村は、1日当たり医療費が高い傾向にある。
- 規模の小さい市町村では、年度によって医療費の状況が大きく変化が見られる。

令和3年度の1人当たり医療費では、最も高いのは大豊町（624千円）で最も低い馬路村（340千円）と284千円、1.8倍の差が生じています（図6）。

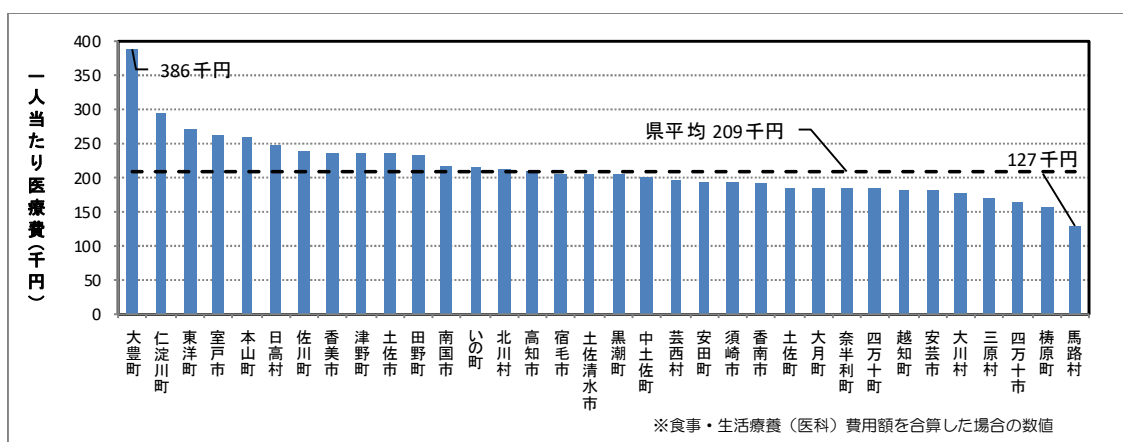
入院医療費については、最も高いのは大豊町（386千円）で最も低い馬路村（127千円）と3.0倍の差が生じています（図7）。入院外で最も高いのは梶原町（280千円）で、最も低いのは大川村（174千円）となっています（図8）。

なお、平成27年度に1人当たり医療費が最も高かった馬路村が、令和3年度には最も低くなるなど、規模の小さい市町村では、年度によって医療費の状況に大きな変化が見られます。

（図6 令和3年度 市町村別 1人当たり市町村国保医療費）



（図7 令和3年度 市町村別 1人当たり市町村国保医療費（入院））



(図8 令和3年度 市町村別 1人当たり市町村国保医療費(入院外))

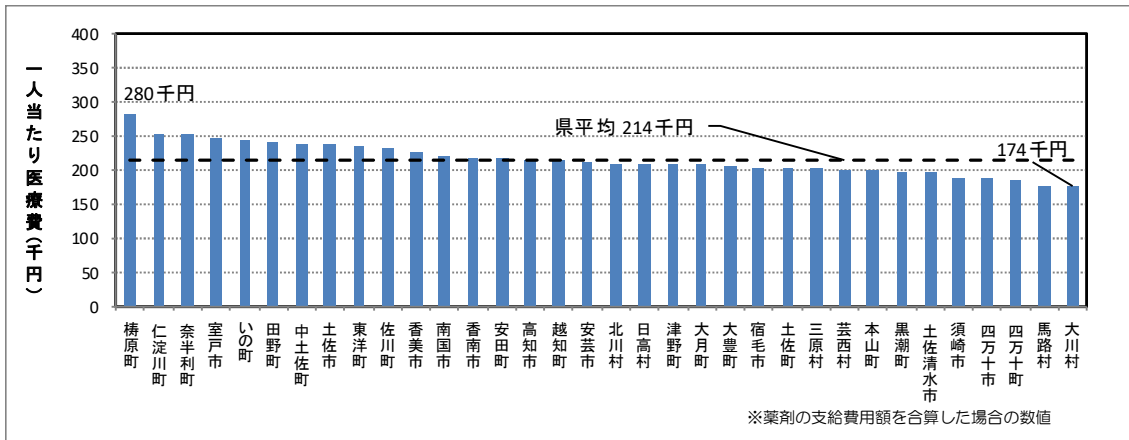
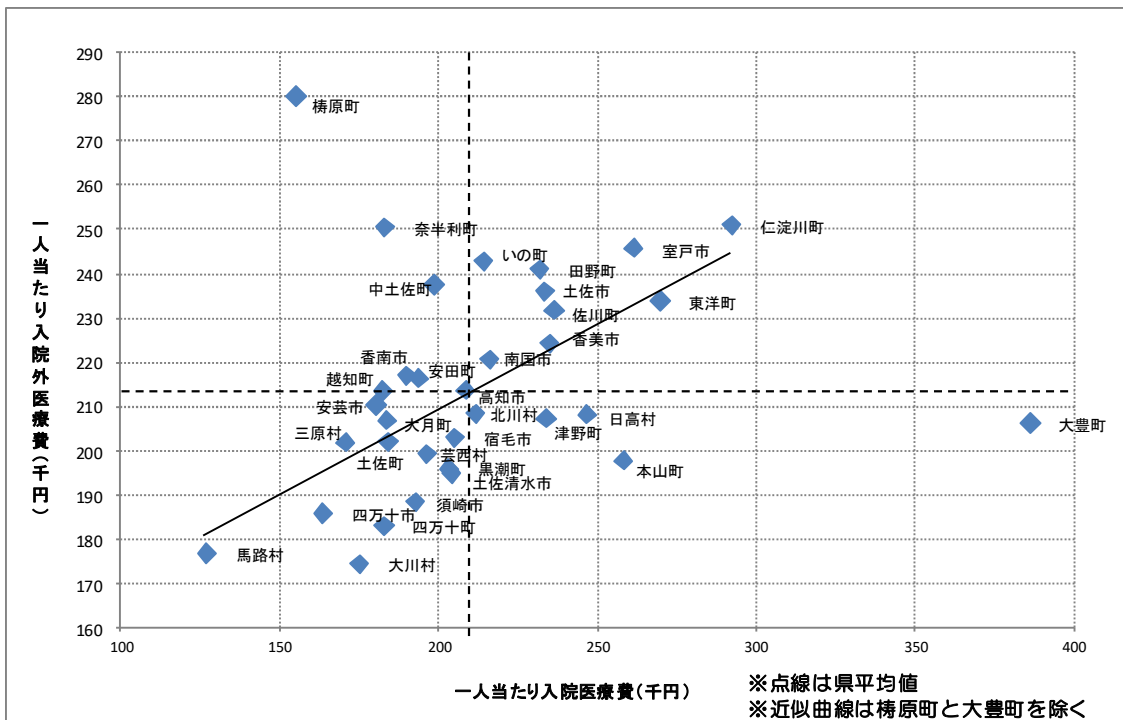


図6~8 出典：『国民健康保険事業状況報告書(事業年報)』(厚生労働省)

一部の市町村を除き、1人当たりの入院医療費と入院外医療費は正の相関関係にあります(図9)。

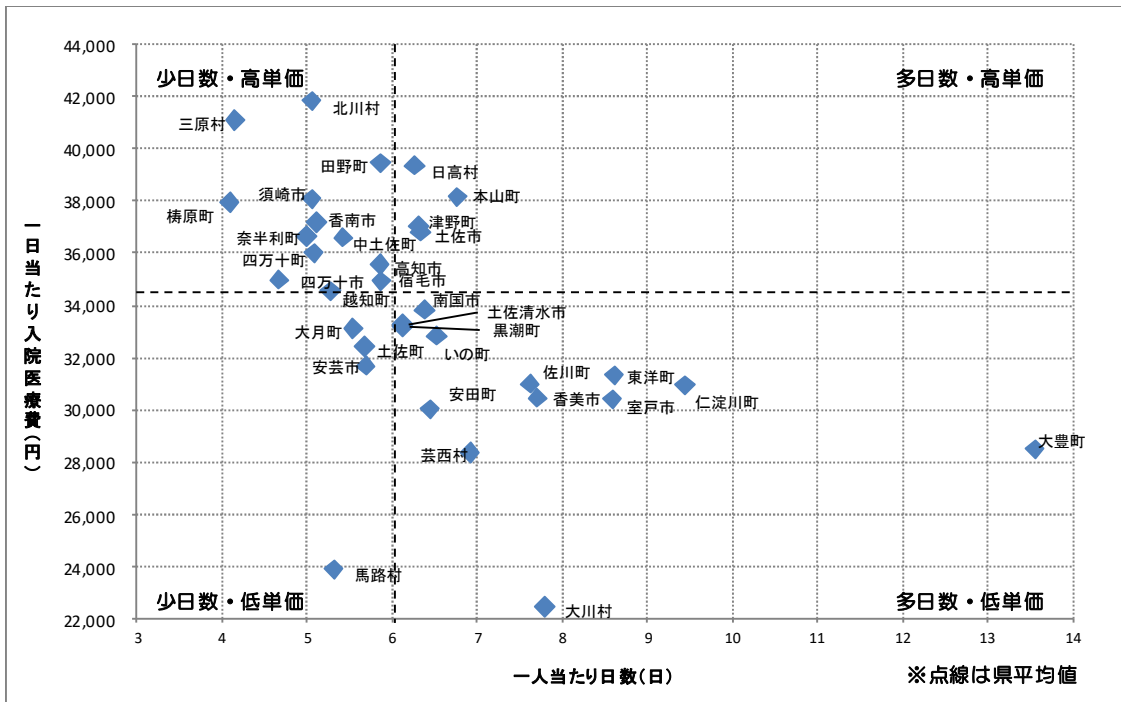
(図9 令和3年度 市町村別 1人当たり市町村国保医療費の状況(入院・入院外))



出典：『国民健康保険事業状況報告書(事業年報)』(厚生労働省)

入院医療費について、1人当たりの入院日数が長く、1日当たり入院医療費が少ない「多日数・低単価」に分類される4市町村(大豊町、仁淀川町、東洋町、室戸市)(図10)は、1人当たり入院医療費が上位となっています(図7)。

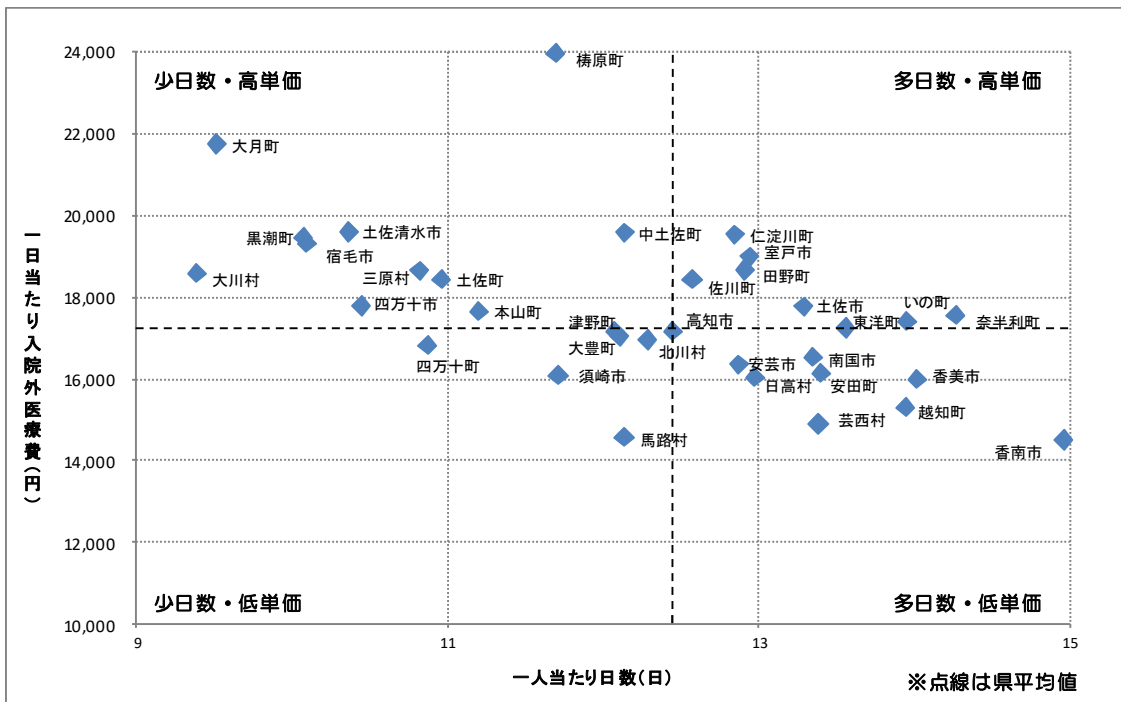
(図 10 令和3年度 市町村別 市町村国保医療費(入院)の状況(1人当たり日数と1日当たり医療費))



出典：『国民健康保険事業状況報告書(事業年報)』(厚生労働省)

入院外医療費について、1人当たり日数が多く、1日当たり医療費が高い「多日数・高単価」に分類される市町村(図11)が、1人当たり入院外医療費が上位となる傾向が見られます(図8)。

(図 11 令和3年度 市町村別 市町村国保医療費(入院外)の状況(1人当たり日数と1日当たり医療費))



出典：『国民健康保険事業状況報告書(事業年報)』(厚生労働省)

③ 後期高齢者医療費の状況

③-1 後期高齢者医療費【都道府県別】

- 1人当たりの後期高齢者医療費は1,172千円で全国2位。(令和3年度)
- 1人当たりの後期高齢者入院医療費は724千円で全国1位。(令和3年度)
- 入院受診率が高く、入院期間が長期化していることが特徴。
- 75歳以上の人口は令和12年に150千人とピークを迎え、平成27年の125千人の約1.2倍となる。

本県の後期高齢者医療の令和3年度の1人当たり医療費は1,172千円で全国2位となっており、入院医療費が全国1位の724千円と全国平均の約1.5倍となっている一方で、入院外医療費は全国平均を下回っており(表4)、入院医療費が後期高齢者医療費に大きく影響しています(図12)。

(表4 1人当たり後期高齢者医療費(高知県))

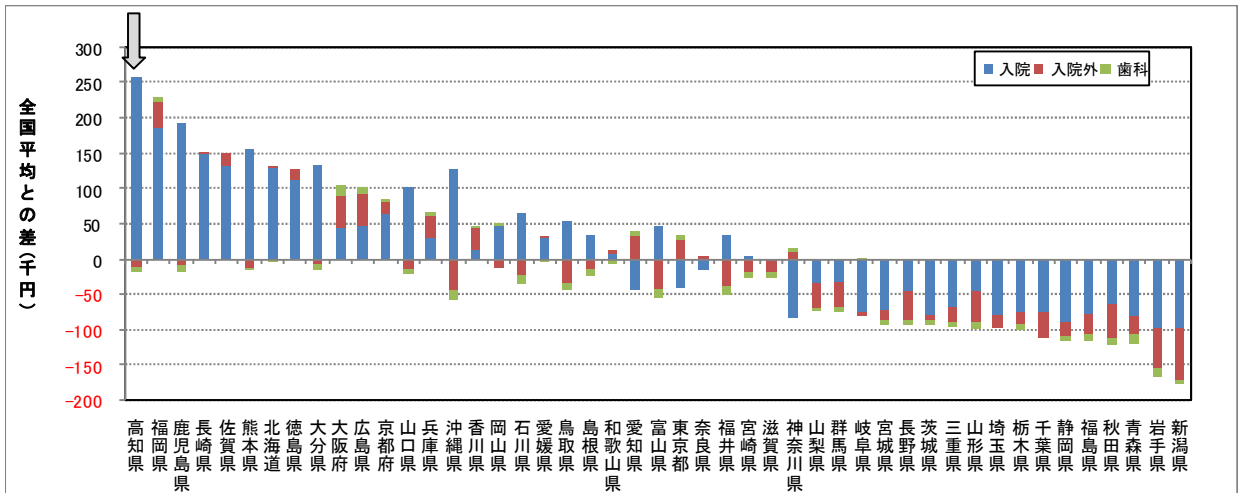
年 度	後期高齢者医療1人当たり医療費											
	全体				入院(食事療養・生活療養診療費含む)				入院外(調剤診療費含む)			
	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位
H26	1,137,065	101.4%	122.0%	2	685,134	102.2%	149.7%	1	415,667	100.0%	97.2%	23
H27	1,184,293	104.2%	124.8%	2	711,921	103.9%	154.9%	1	435,484	104.8%	98.7%	20
H28	1,153,981	97.4%	123.5%	2	699,967	98.3%	152.7%	1	416,481	95.6%	97.5%	22
H29	1,171,339	101.5%	124.0%	2	716,630	102.4%	153.8%	1	415,963	99.9%	97.1%	24
H30	1,178,054	100.6%	124.9%	2	729,038	101.7%	155.1%	1	409,155	98.4%	97.1%	24
R元	1,183,694	100.5%	124.0%	2	730,203	100.2%	153.8%	1	412,262	100.8%	96.7%	25
R2	1,152,631	97.4%	125.7%	1	715,122	97.9%	156.2%	1	398,236	96.6%	97.5%	22
R3	1,172,055	101.7%	124.6%	2	723,568	101.2%	155.0%	1	406,711	102.1%	97.0%	22

出典：『後期高齢者医療事業状況報告』(厚生労働省)

年 度	(参考) 全国平均 後期高齢者医療1人当たり医療費					
	全体		入院(食事療養・生活療養診療費含む)		入院外(調剤診療費含む)	
	(円)	前年度比	(円)	前年度比	(円)	前年度比
H26	932,290	100.3%	457,639	100.3%	427,566	100.0%
H27	949,070	101.8%	459,585	100.4%	441,170	103.2%
H28	934,547	98.5%	458,426	99.7%	427,008	96.8%
H29	944,561	101.1%	466,037	101.7%	428,522	100.4%
H30	943,082	99.8%	470,189	100.9%	421,517	98.4%
R元	954,369	101.2%	474,660	101.0%	426,479	101.2%
R2	917,124	96.1%	457,921	96.5%	408,599	95.8%
R3	940,512	102.6%	466,848	101.9%	419,170	102.6%

出典：『後期高齢者医療事業状況報告』(厚生労働省)

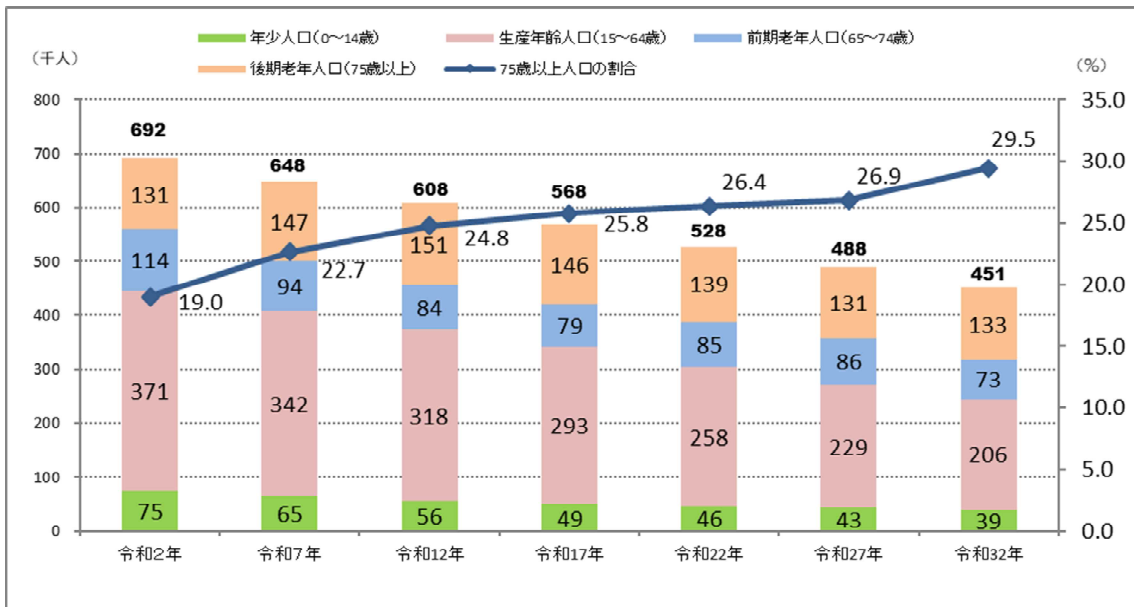
(図 12 令和3年度 都道府県別 1人当たり後期高齢者医療費の相対比較)



出典：『令和3年度後期高齢者医療事業状況報告』（厚生労働省）

今後、県全体の人口が減少する中で、75歳以上の人口は令和12年に151千人とピークを迎え、令和2年の131千人の約1.15倍になると見込まれています（図13）。こうしたことから、今後も後期高齢者医療費は高い伸びを示すことが見込まれます。

(図 13 人口等の将来推計（高知県）)



出典：『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年のデータは『令和2年国勢調査』（総務省）

令和2年における高齢者がいる世帯に占める65歳以上の単身世帯の割合は36.2%で全国平均の1.2倍、また、75歳以上の単身世帯の割合は21.2%で全国平均の1.3倍と独居の高齢者が多く、家庭での介護力が脆弱な状況となっています（表5）。

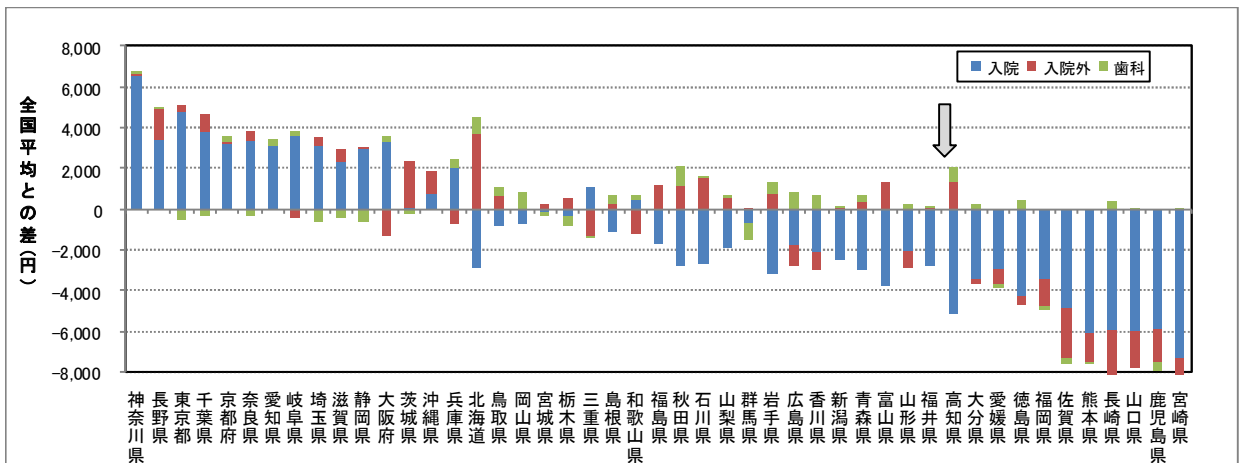
(表5 高知県の単身世帯の状況(令和2年))

一般世帯数		全国	55,704,949
		高知県	314,330
高齢者がいる一般世帯数		全国	22,655,031
		高知県	154,582
65歳以上単身世帯	世帯数	全国	6,716,806
		高知県	55,958
	高齢者がいる世帯に占める割合	全国	29.6%
		高知県	36.2%
75歳以上単身世帯	世帯数	全国	3,807,708
		高知県	32,755
	高齢者がいる世帯に占める割合	全国	16.8%
		高知県	21.2%

出典：『令和2年国勢調査』(総務省)

本県の後期高齢者の1人当たり入院医療費については、1日当たりの入院医療費²が全国平均を下回っている一方で、1件当たりの日数³が長く(全国1位)、入院受診率⁴が高い(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全国より高くなっている要因と考えられます(図14、15、16)。

(図14 令和3年度 都道府県別 1日当たり後期高齢者医療費の相対比較)

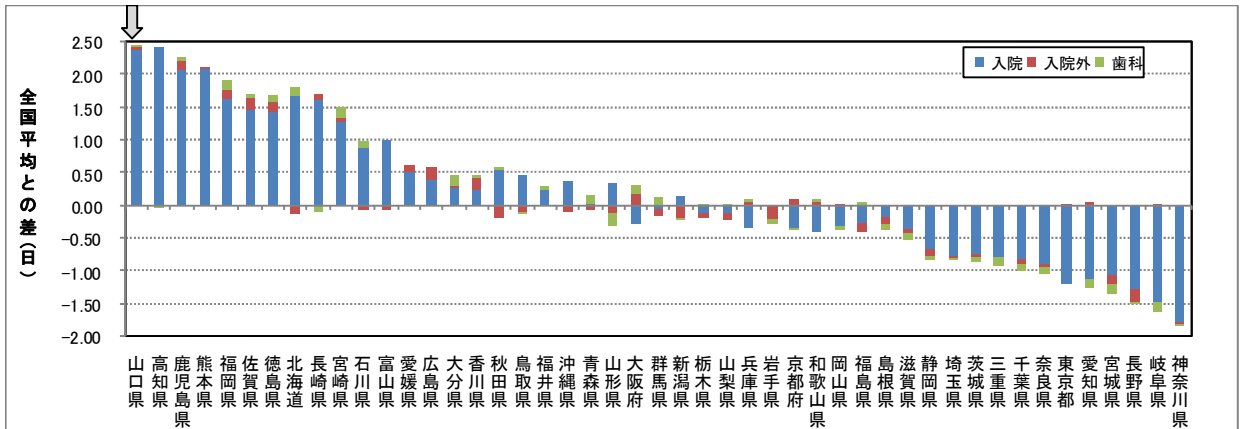


² 1日当たり医療費は、医療費を診療を行った日数で除したものの。

³ 1件当たり日数は、診療日数を診療件数で除したものの。

⁴ 年間の診療件数を、当該年度の平均被保険者数で除して100倍したものの。

(図 15 令和3年度 都道府県別 1件当たり日数(後期高齢者医療費分)の相対比較)



(図 16 令和3年度 都道府県別 入院受診率(後期高齢者医療費分))

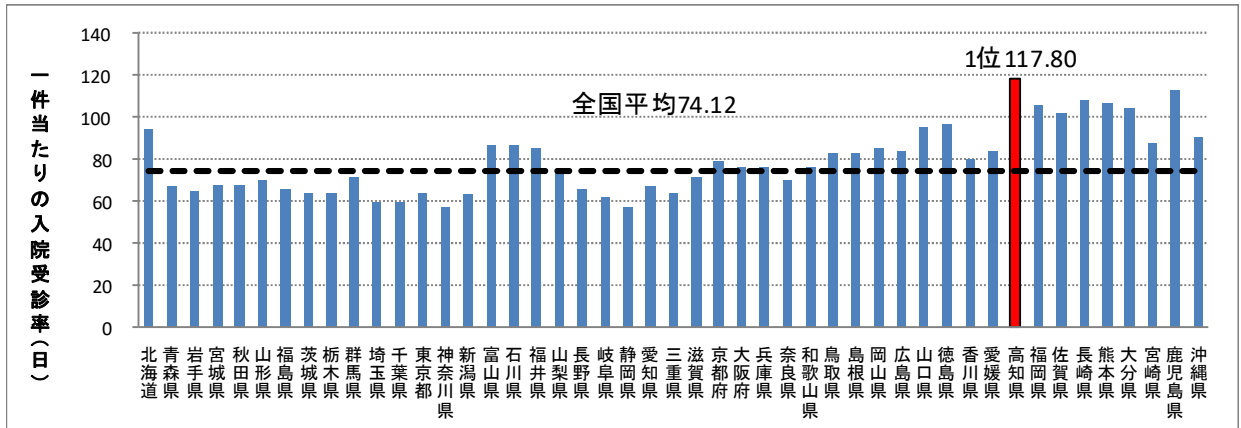


図 14~16 出典：『令和3年度後期高齢者医療事業状況報告』(厚生労働省)

③-2 後期高齢者医療費【市町村別】

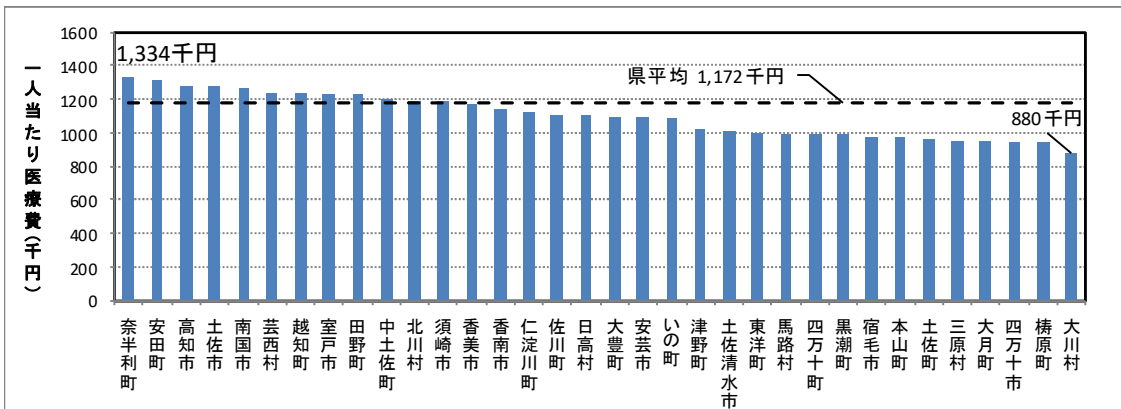
- 1人当たり医療費が最も高い市町村と低い市町村の差は1.5倍。(令和3年度)
- 入院医療費・入院外医療費ともに1人当たりの日数が長いことが医療費の高い要因。
- 病床が集中している中央圏域の市町村で1人当たり医療費が高い傾向にある。

県内の後期高齢者医療でも地域差が生じています。令和3年度の1人当たり後期高齢者医療費では、最も高い奈半利町(1,334千円)と最も低い大川村(880千円)では454千円、1.5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17)。

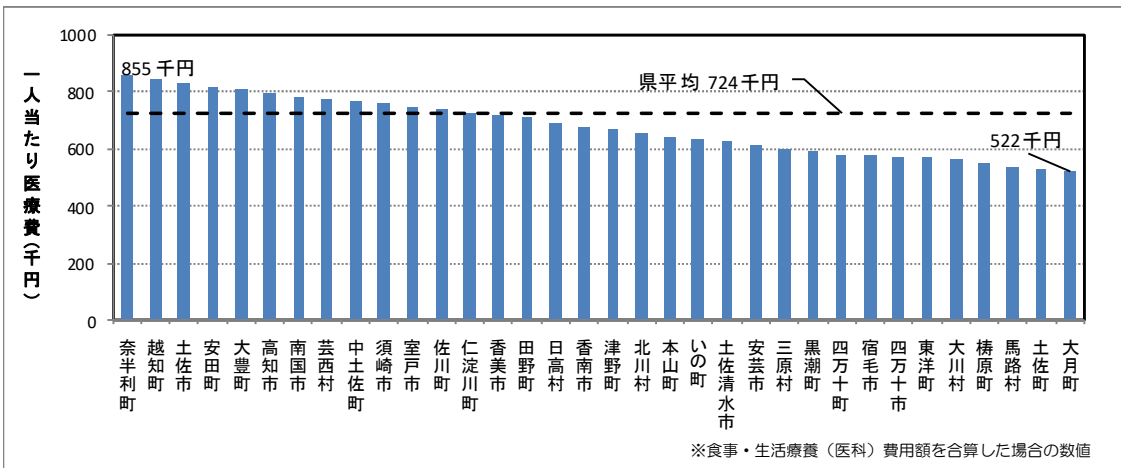
また、1人当たりの入院医療費については、最も高いのは奈半利町(855千円)で、最も低い大月町(522千円)と1.6倍の差が生じています(図18、図20)。

入院外医療費で最も高いのは北川村(496千円)で、最も低いのは大豊町(262千円)となっています(図19、図20)。

(図 17 令和3年度 市町村別 1人当たり後期高齢者医療費)



(図 18 令和3年度 市町村別 1人当たり後期高齢者医療費(入院))



(図 19 令和3年度 市町村別 1人当たり後期高齢者医療費(入院外))

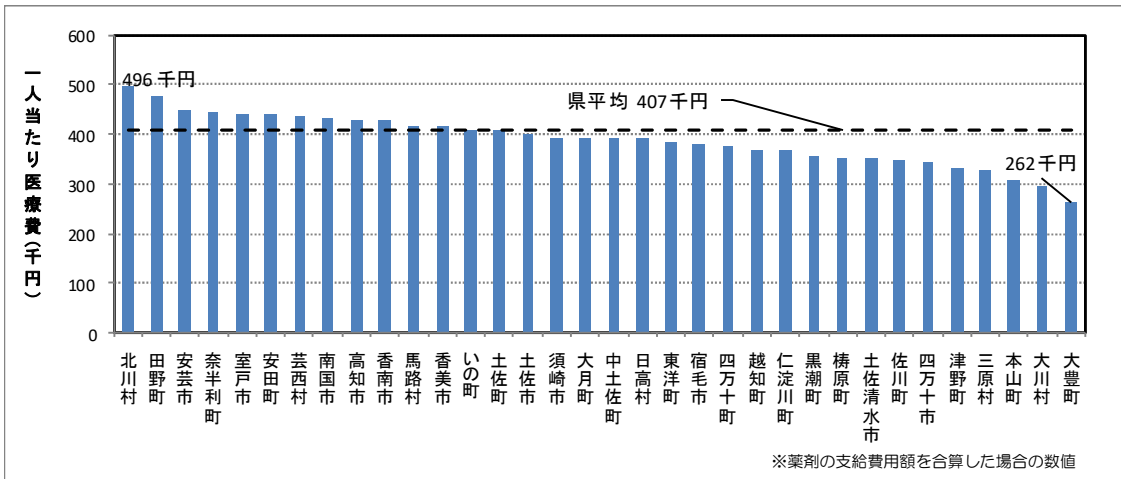
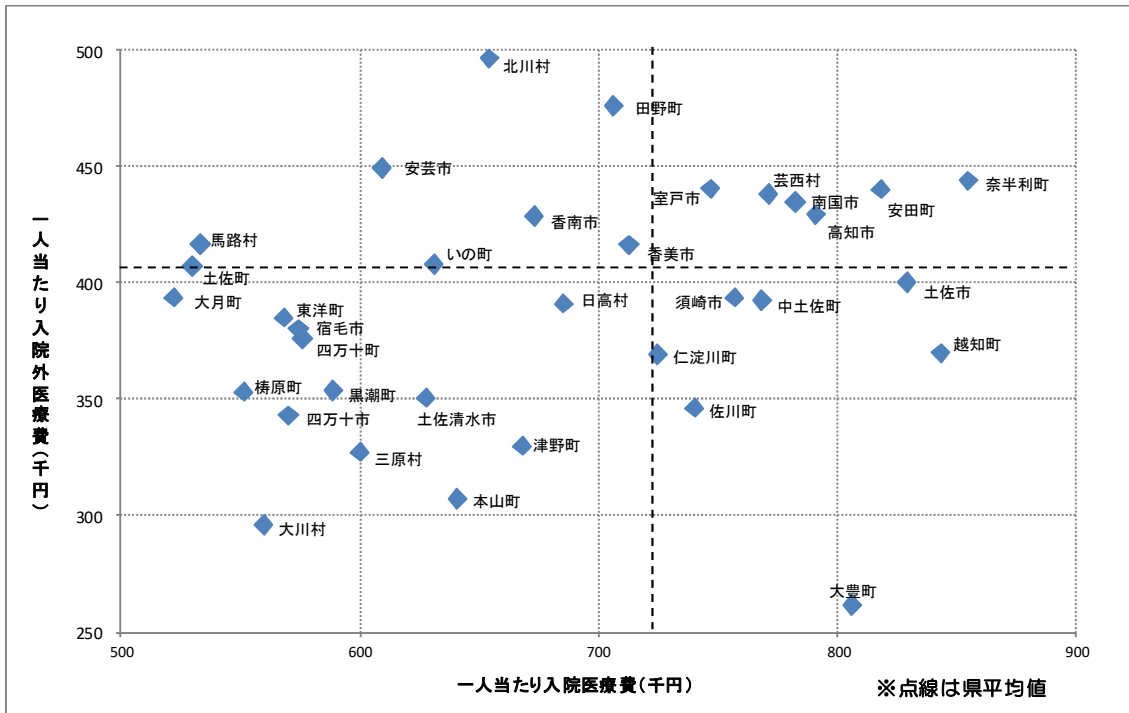


図 17~19 出典：『令和3年度後期高齢者医療事業報告』（高知県後期高齢者医療広域連合）

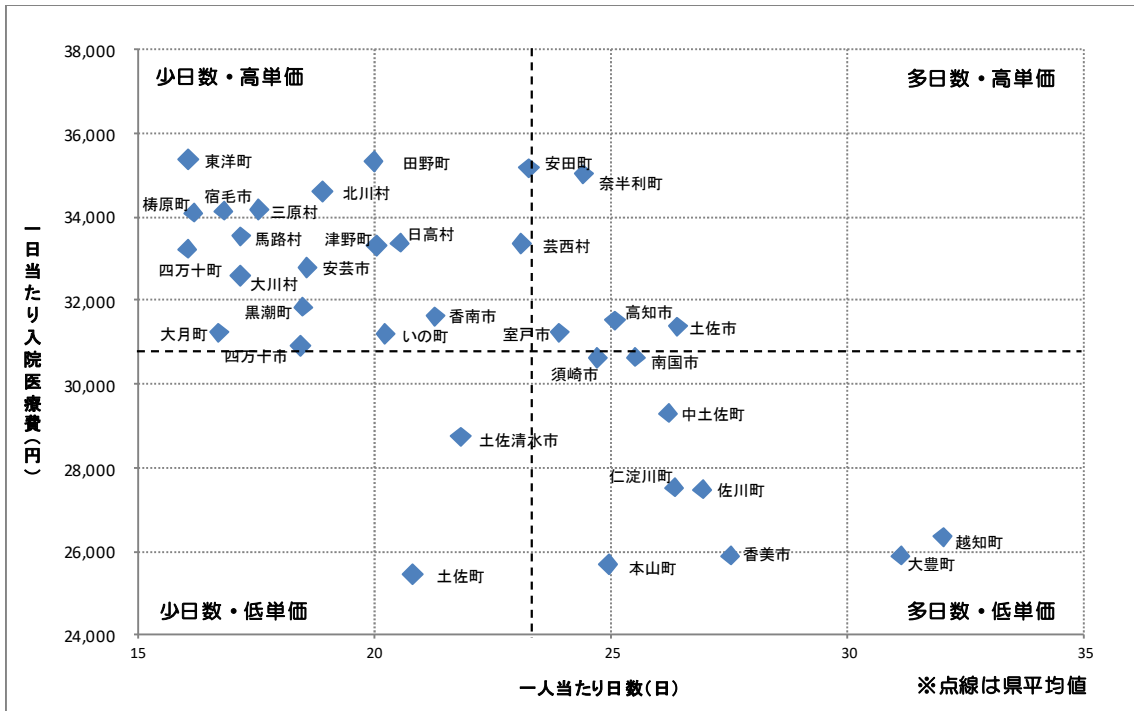
(図 20 令和3年度 市町村別 1人当たり後期高齢者医療費の状況(入院・入院外))



出典：『令和3年度後期高齢者医療事業報告』（高知県後期高齢者医療広域連合）

1人当たりの入院日数が長くなっている市町村(図21)は、1人当たり入院医療費が上位(図19)となっており、入院日数の長期化が入院医療費を押し上げる要因となっています(図18)。

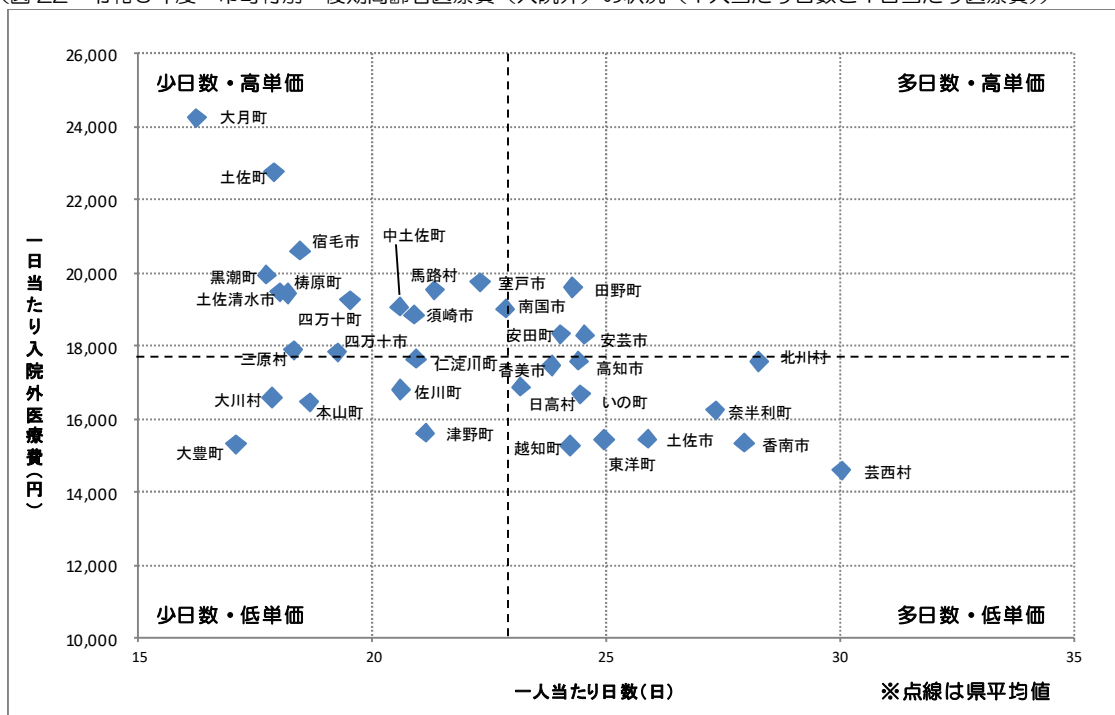
(図 21 令和3年度 市町村別 後期高齢者医療費(入院)の状況(1人当たり日数と1日当たり医療費))



出典：『令和3年度後期高齢者医療事業報告』（高知県後期高齢者医療広域連合）

入院外医療費については、1人当たりの日数が多くなっている市町村や、1日当たり入院外医療費が高くなっている市町村（図22）の1人当たり入院外医療費が高くなっています（図19）。

（図22 令和3年度 市町村別 後期高齢者医療費（入院外）の状況（1人当たり日数と1日当たり医療費））



出典：『令和3年度後期高齢者医療事業報告』（高知県後期高齢者医療広域連合）

④ 市町村国保と後期高齢者医療制度の年齢調整後の医療費指数

- 市町村国保＋後期高齢者医療制度の実績医療費の全国平均を1としたときの医療費指数は1.221で全国1位。（令和3年度）
- 市町村国保＋後期高齢者医療制度の年齢調整後の医療費指数は1.155で全国4位。（令和3年度）
- 後期高齢者医療制度の入院医療費が高いことが医療費が高い要因。

被保険者のうち高齢者の割合が高くなっている場合、医療費が高くなる傾向があり、本県は高齢者の割合が高いことから、全国平均を1とした場合の医療費指数（以下「地域差指数」という。）が、令和3年度の実績医療費で、市町村国保が1.126、後期高齢者医療制度が1.228、市町村国保と後期高齢者医療制度の合計で1.221（全国1位）となっています。

都道府県間の年齢構成の違いを調整した年齢調整後の地域差指数は、市町村国保が1.087、後期高齢者医療制度が1.200、市町村国保と後期高齢者医療制度の合計で

1.155（全国4位）となり、全国との差は縮小します。

また、診療種別ごとの年齢調整後の地域差指数（市町村国保＋後期高齢者医療制度）では、入院（食事療養費・生活療養費を含む）が1.381（全国2位）、入院外（調剤を含む）が0.969（第28位）、歯科が0.882（第27位）となっており、後期高齢者医療制度の入院が高くなっていること（全国1位）が、本県の医療費の高い要因となっています（表6）。

（表6 令和3年度 市町村国保及び後期高齢者医療制度の地域差指数）

		市町村国保		後期高齢者医療		市町村国保＋後期高齢		
		地域差指数	全国順位	地域差指数	全国順位	地域差指数	全国順位	
医療費計	実績医療費	1.126	11	1.228	2	1.221	1	
	年齢調整後	1.087	10	1.200	2	1.155	4	
内訳	入院＋食事・生活	実績医療費	1.323	7	1.504	1	1.495	1
		年齢調整後	1.276	8	1.436	1	1.381	2
	入院外＋調剤	実績医療費	1.010	27	0.956	29	0.996	28
		年齢調整後	0.975	31	0.969	25	0.969	28
	歯科	実績医療費	0.926	34	0.834	26	0.886	29
		年齢調整後	0.906	36	0.855	25	0.882	27

出典：『令和3年度医療費の地域差分析』（厚生労働省）

⑤ 介護サービス費の状況

県民誰もがができる限り住み慣れた地域で安心して生活していくためには、医療と介護は密接に関係しています。

本県の令和3年度の第1号被保険者1人当たりの介護サービス費は全国22位で、介護サービスのうち居宅サービスは全国45位と低く、一方で施設サービスは介護療養病床が多いことから全国5位と高くなっています（表7）。

（表7 高知県第1号被保険者1人当たり介護サービス費の推移）

年度	高知県 1人当たり介護サービス費															
	居宅サービス				地域密着型サービス				施設サービス				合計			
	(千円)	前年度比	全国比	順位	(千円)	前年度比	全国比	順位	(千円)	前年度比	全国比	順位	(千円)	前年度比	全国比	順位
H28	114.9	—	80.0%	46	60.8	—	136.8%	6	121.8	—	131.4%	4	297.5	—	106.0%	23
H29	112.5	97.9%	78.6%	46	64.9	106.7%	136.7%	6	121.3	99.6%	129.9%	5	298.7	100.4%	105.2%	25
H30	112.5	100.0%	78.8%	45	66.3	102.2%	134.8%	6	122.9	101.3%	129.3%	5	301.6	101.0%	105.1%	24
R元	114.6	101.9%	78.2%	45	68.6	103.4%	135.8%	6	124.5	101.3%	128.3%	5	307.7	102.0%	104.6%	22
R2	116.8	101.9%	78.3%	45	71.3	104.0%	138.2%	6	126.2	101.3%	127.5%	5	314.3	102.1%	104.9%	21
R3	119.6	102.4%	77.7%	45	74.3	104.2%	140.4%	6	124.9	99.0%	125.4%	5	318.9	101.4%	104.0%	22

※1人当たり費用額は、介護費用総額を年度末第1号被保険者数で除して求めている。
出典：『介護保険事業状況報告（年報）』（厚生労働省）

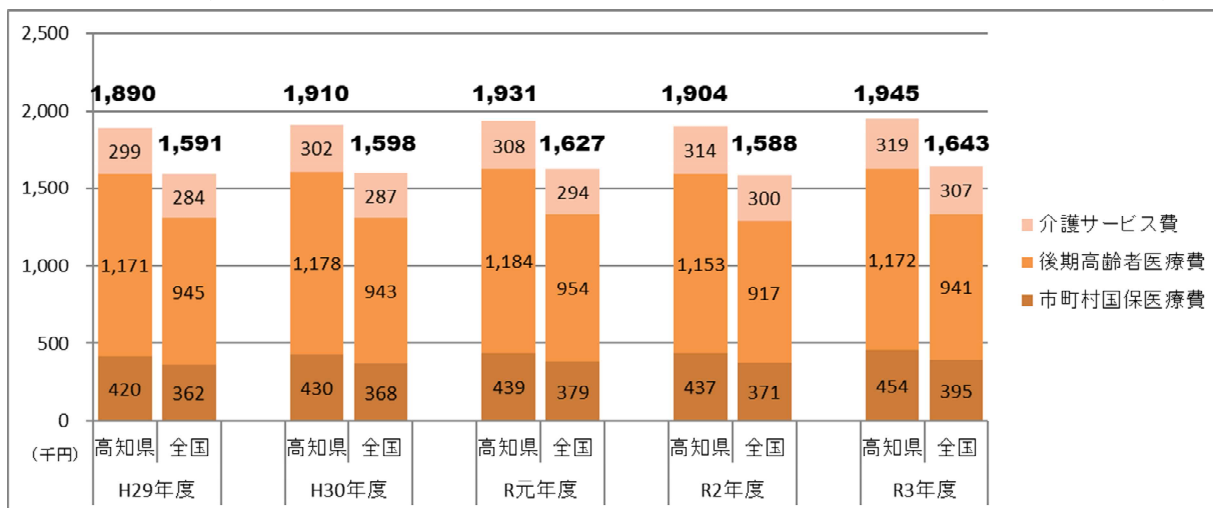
年度	（参考）全国平均 1人当たり介護サービス費							
	居宅サービス		地域密着型サービス		施設サービス		合計	
	(千円)	前年度比	(千円)	前年度比	(千円)	前年度比	(千円)	前年度比
H28	143.7	—	44.4	—	92.7	—	280.8	—
H29	143.0	99.6%	47.5	106.9%	93.4	100.7%	283.9	101.1%
H30	142.7	99.8%	49.2	103.6%	95.0	101.7%	286.9	101.0%
R元	146.6	102.7%	50.5	102.7%	97.0	102.1%	294.2	102.5%
R2	149.1	101.7%	51.6	102.2%	98.9	101.9%	299.7	101.9%
R3	154.0	103.3%	52.9	102.5%	99.6	100.7%	306.6	102.3%

出典：『介護保険事業状況報告（年報）』（厚生労働省）

市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり医療費並びに1人当たり介護サービス費の合計の推移をみると、令和2年度を除き前年度より増加しています（図23）。

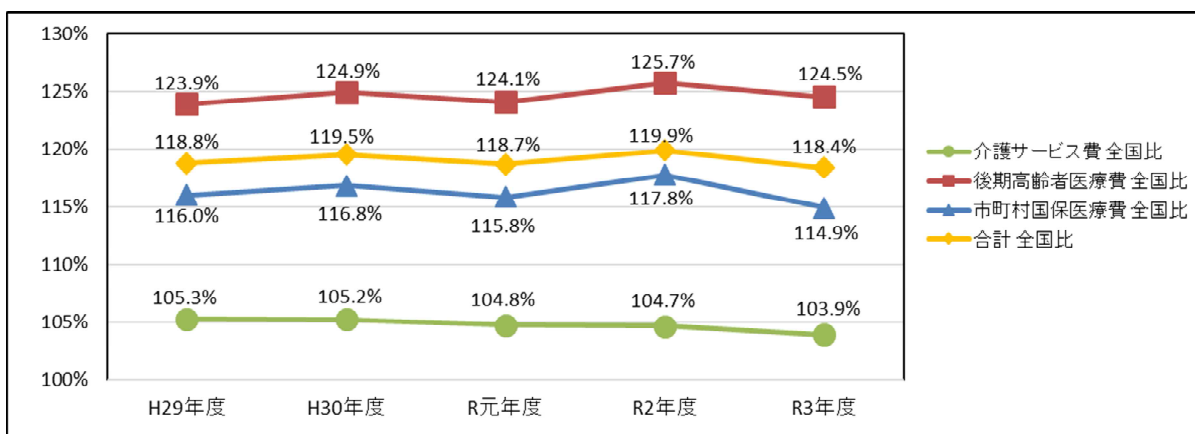
全国比については年度により増減はありますが、全国を上回る状況で推移しています（図24）。

（図23 市町村国保1人当たり医療費、後期高齢者1人当たり医療費及び1人当たり介護サービス費の合計の推移）



出典：各事業状況報告（年報）（厚生労働省）

（図24 市町村国保1人当たり医療費、後期高齢者1人当たり医療費及び1人当たり介護サービス費の全国比推移）



出典：各事業状況報告（年報）（厚生労働省）

(2) 病床数の状況

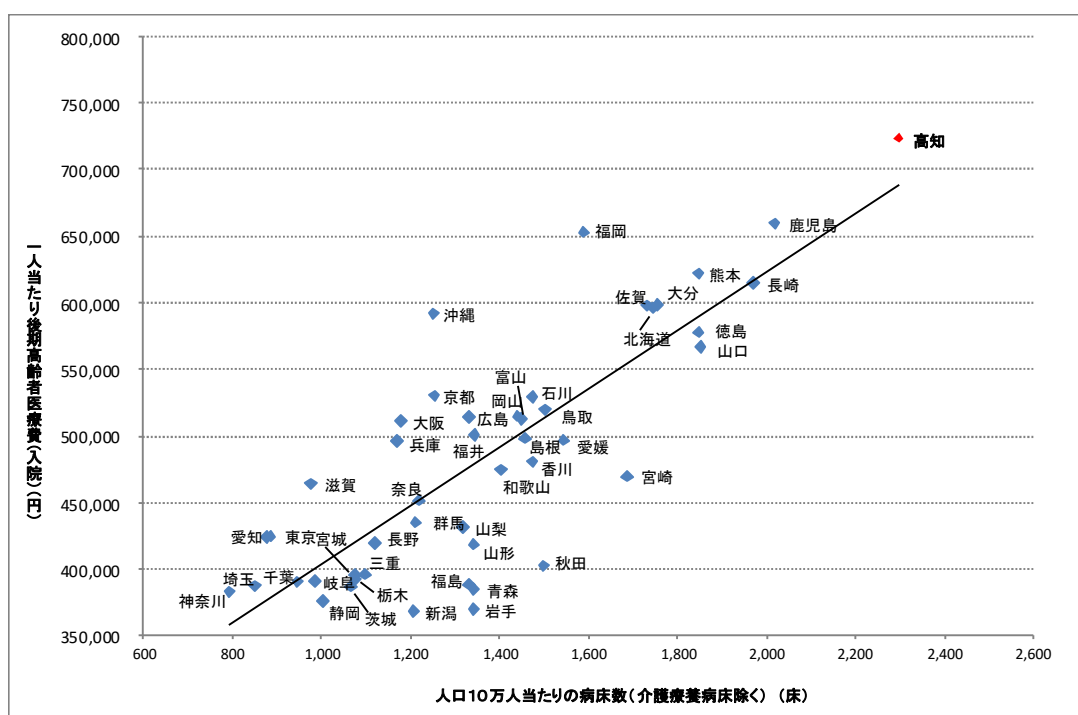
① 病床の状況

- 人口当たりの病床数（介護療養病床除く）が全国 1 位で全国平均の 1.9 倍。（令和 3 年）
- 人口当たりの療養病床数（介護療養病床除く）は全国平均の 3.0 倍。（令和 3 年）
- 全病床の 28.2%を療養病床が占めており、全国平均の 1.5 倍。（令和 3 年）
- 病床数と 1 人当たり後期高齢者医療費（入院）は全国的に正の相関関係にある。

本県の医療費の特徴として、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）することが挙げられます。

なお、全国的に見て、病床数と 1 人当たり後期高齢者医療費（入院）は正の相関関係にあります（図 25）。

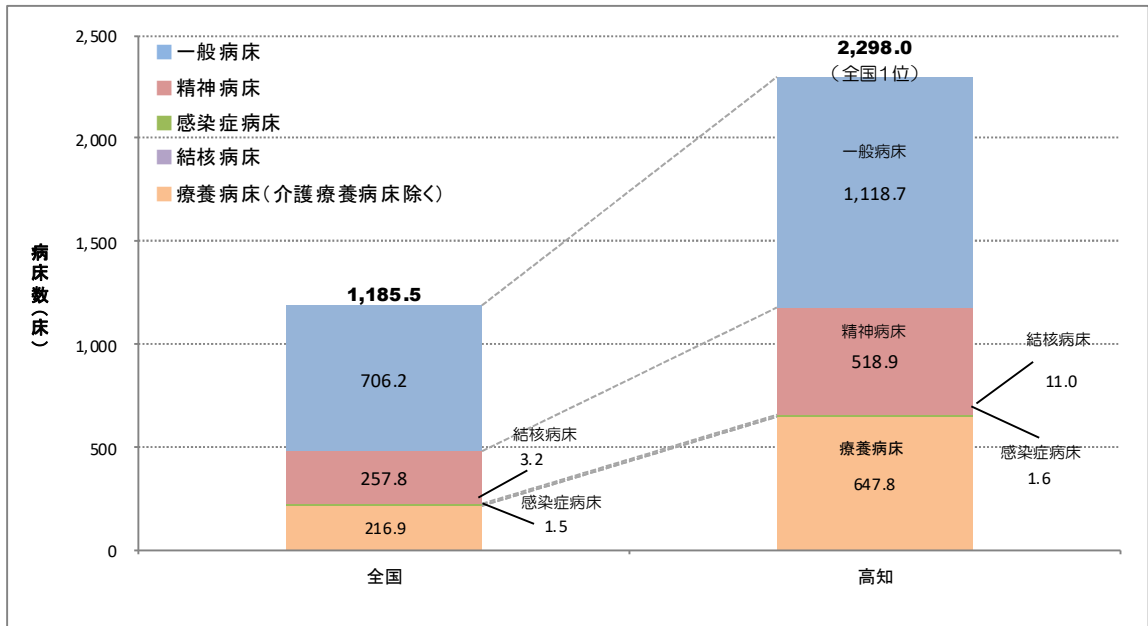
（図 25 令和 3 年 都道府県別 1 人当たり後期高齢者医療費（入院）と人口 10 万人当たり病床数の相関関係）



出典：1 人当たり医療費は『令和 3 年度後期高齢者医療費事業状況報告』（厚生労働省）
病床数は『令和 3 年病院報告』（厚生労働省）より算出

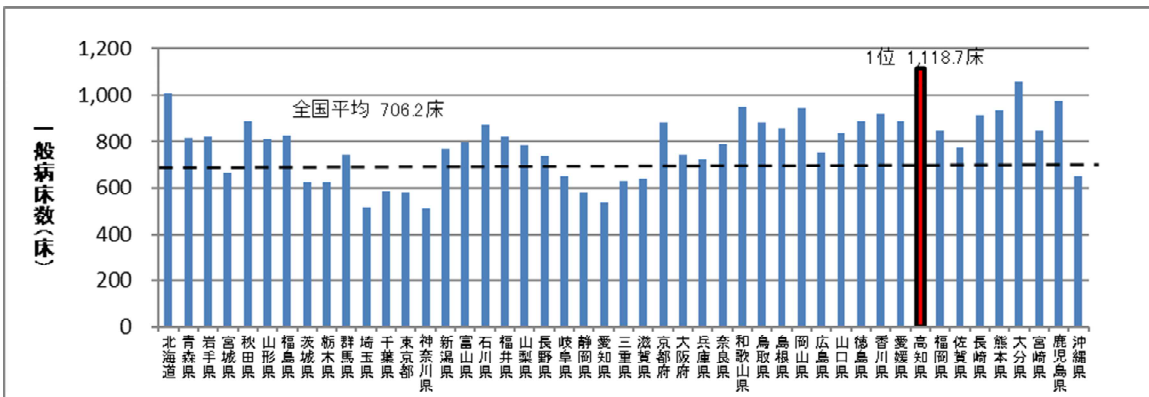
令和 3 年の本県の人口 10 万人当たりの病床数（介護療養病床除く）は、一般病床が全国平均の 1.6 倍（1,118.7 床、全国 1 位）、療養病床（介護療養病床除く）が 3.0 倍（647.8 床、全国 1 位）、精神病床が 2.0 倍（518.9 床、全国 4 位）で、全病床合計では 1.9 倍（2,298.0 床、全国 1 位）となっています（図 26、図 27、図 28）。

(図 26 令和3年 人口10万人当たりの病床数)



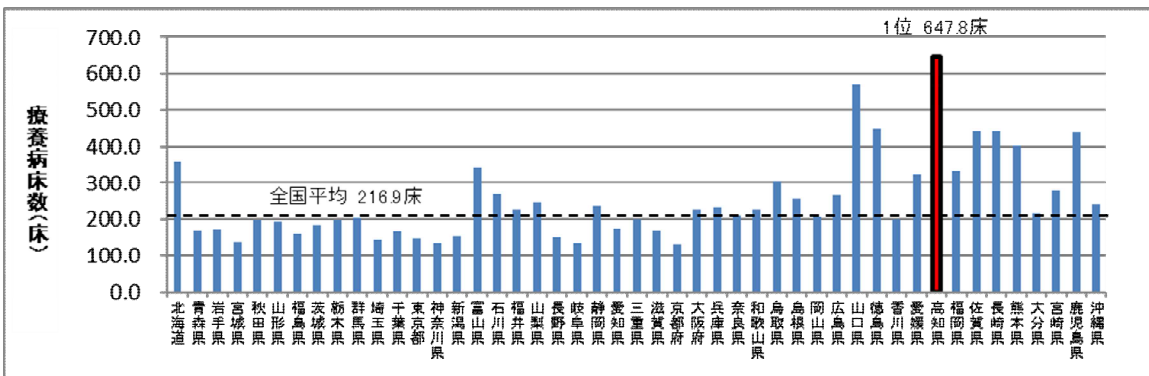
出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

(図 27 令和3年 都道府県別 人口10万人当たり一般病床数)



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

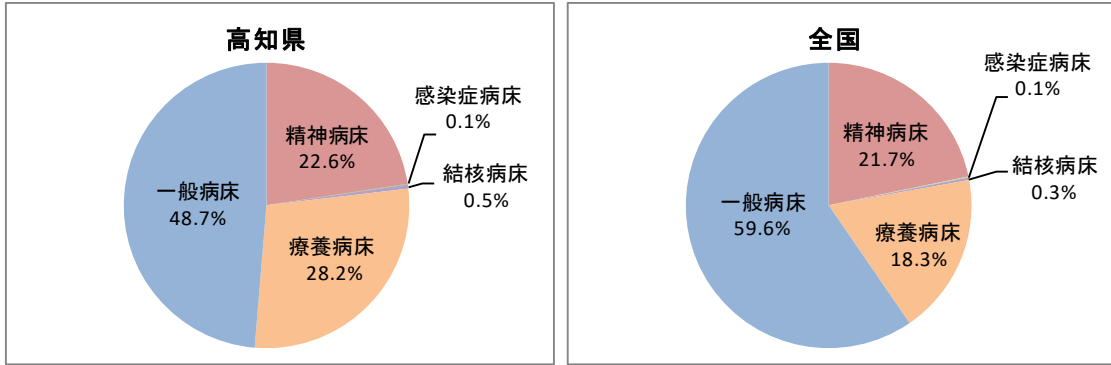
(図 28 令和3年 都道府県別 人口10万人当たり療養病床数(介護療養病床除く))



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

本県の病床の構成比は、一般病床と療養病床（介護療養病床除く）を合算した割合は全国とほぼ同じとなっていますが、療養病床は28.2%で、全国の約1.5倍と高い割合になっています（図29）。

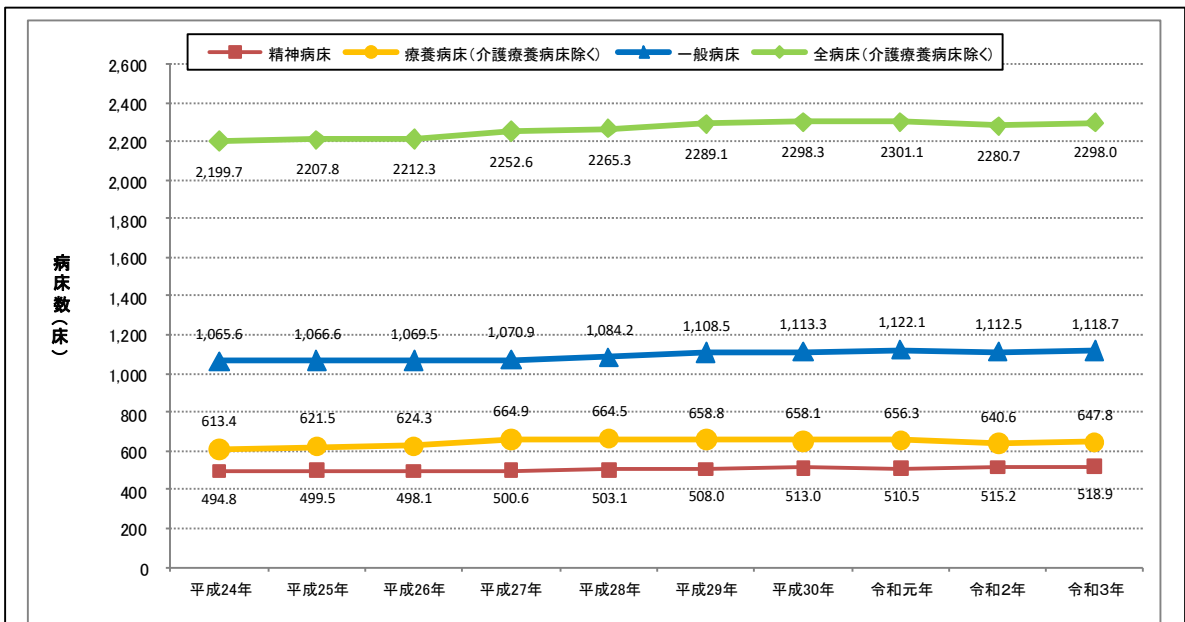
（図29 令和3年 病床種類別割合の全国比較）



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

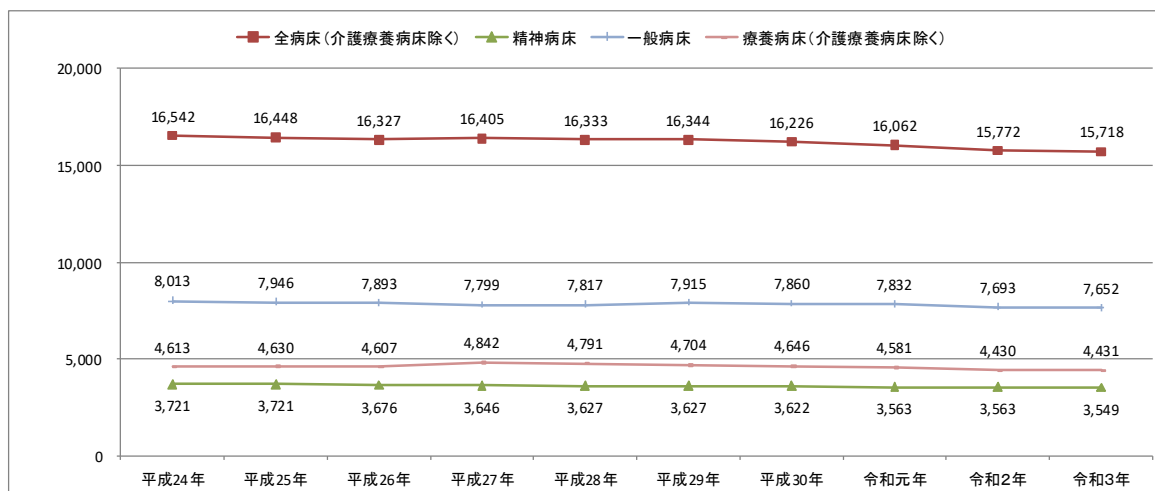
また、人口10万人当たりの病床数は、一般病床、療養病床ともにほぼ横ばいで推移しています（図30）が、病床数自体は徐々に減少しています（図31）。

（図30 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））



出典：『病院報告』（厚生労働省）より算出

(図 31 病床種類別病床数の年度推移 (高知県))



出典：『病院報告』（厚生労働省）

② 療養病床の状況

令和5年8月末現在の本県の療養病床は、医療療養病床が3,662床（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床688床を除く）、介護療養病床が121床で、合計3,783床となっており（表8）、人口当たりの病床数は全国一多くなっています。

なお、介護療養病床は令和6年3月末で全て廃止され、介護医療院や医療療養病床等へ移行される見込みです。

(表8 保健医療圏別 療養病床数 (令和5年8月末))

		県全体	安芸	中央	高幡	幡多
医療機関数 (72機関)	介護療養病床	121	0	105	4	12
	医療療養病床	3,662	176	2,883	251	352
	合計	3,783	176	2,988	255	364

※医療療養病床数は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床を除く。

出典：高知県長寿社会課調べ

(3) 在宅医療体制の状況

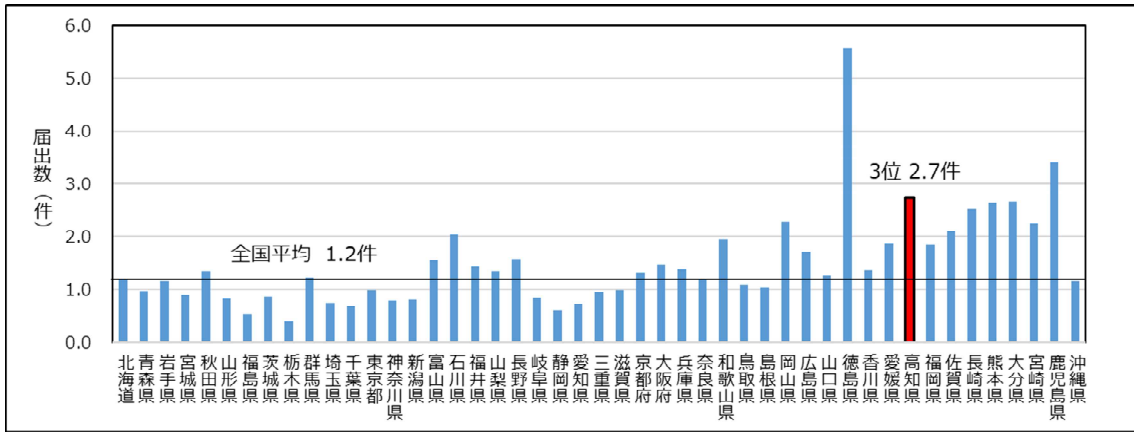
令和2年の本県の人口10万人当たりの在宅療養支援病院⁵の届出数は2.7カ所、在宅療養支援診療所⁵の届出数は5.5カ所となっています。（図32,33）。

また、令和3年の本県の人口10万人当たりの訪問看護ステーション⁶数は11.5カ所となっています（図34）。

⁵ 地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を持ち、患者からの連絡を一元的に受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす病院及び診療所。

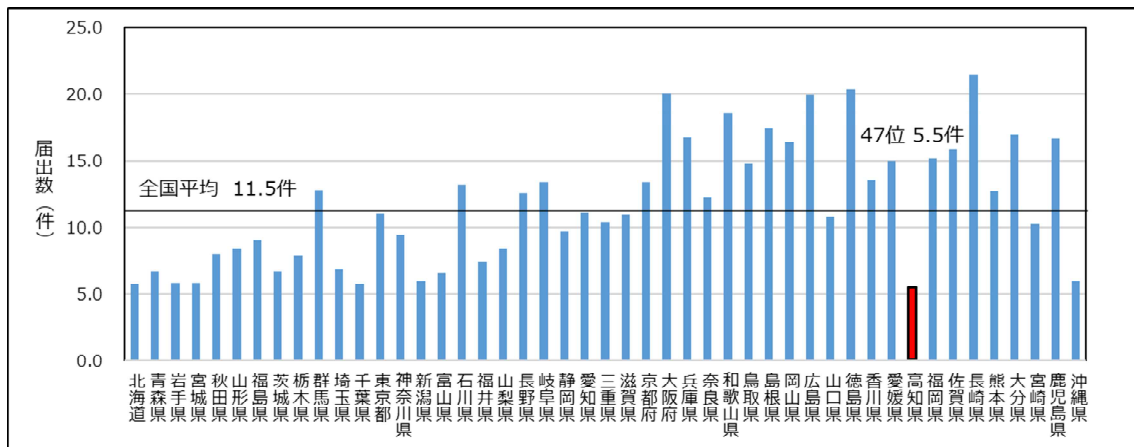
⁶ 介護保険における要支援・要介護状態にある方や、医療保険における病気、けが等により居宅において療養が必要な方に対し、保健師・看護師・准看護師等がその居宅へ訪問し、療養上の世話や必要な診療の補助を行う施設。

(図 32 令和2年 都道府県別 人口10万人当たり在宅療養支援病院の届出状況)



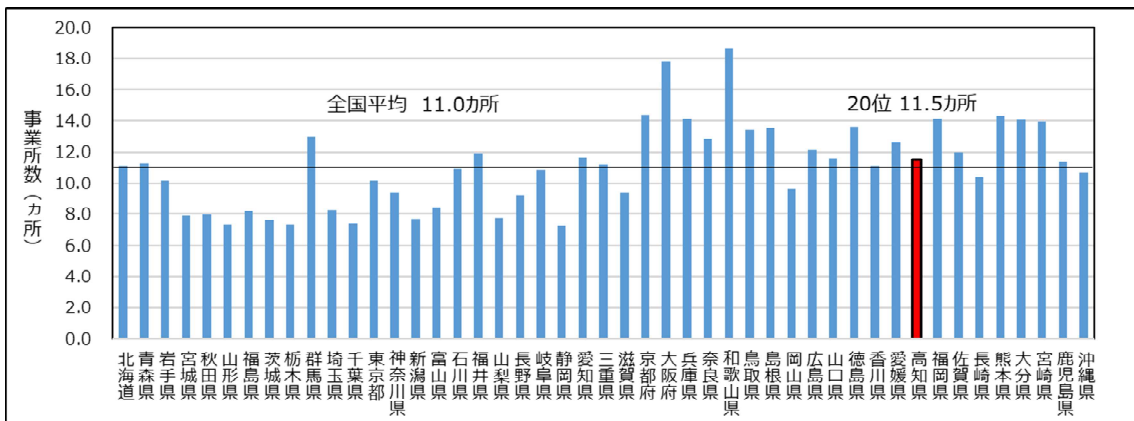
出典：医療施設調査（厚生労働省）より算出

(図 33 令和2年 都道府県別 人口10万人当たり在宅療養支援診療所の届出状況)



出典：医療施設調査（厚生労働省）より算出

(図 34 令和3年 都道府県別 人口10万人当たり訪問看護ステーション数)



出典：『令和3年介護サービス施設・事業所調査』（厚生労働省）より算出

(4) 平均在院日数の状況

- 全病床（介護療養病床除く）の平均在院日数は39.7日で全国1位。（令和3年）
- 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。
- 平均在院日数と後期高齢者医療費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。

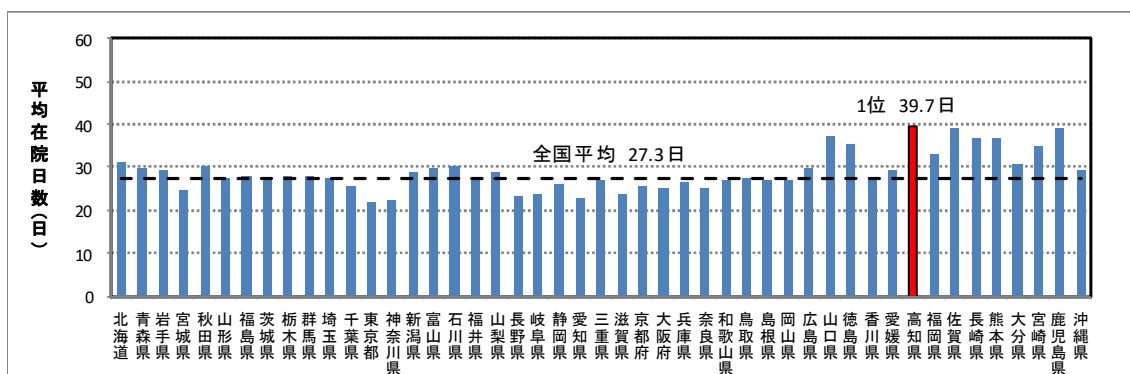
$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

$$\text{平均在院日数 (療養病床)} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数} + \frac{\text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数}}{2} + \frac{\text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}}{2})}$$

令和3年の全国の全病床（一般病床、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床（介護療養病床除く））の平均在院日数は、27.3日となっています。これに対して本県は39.7日で全国1位となっています（図35）。

平均在院日数は一般病床よりも療養病床や精神病床が長くなっており、これらの病床が本県に多い（図29）ことが主な要因と考えられます（表9、図36、図37）。

（図35 令和3年 都道府県別 平均在院日数/全病床（介護療養病床除く））



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）

(表9 令和3年 病床別平均在院日数)

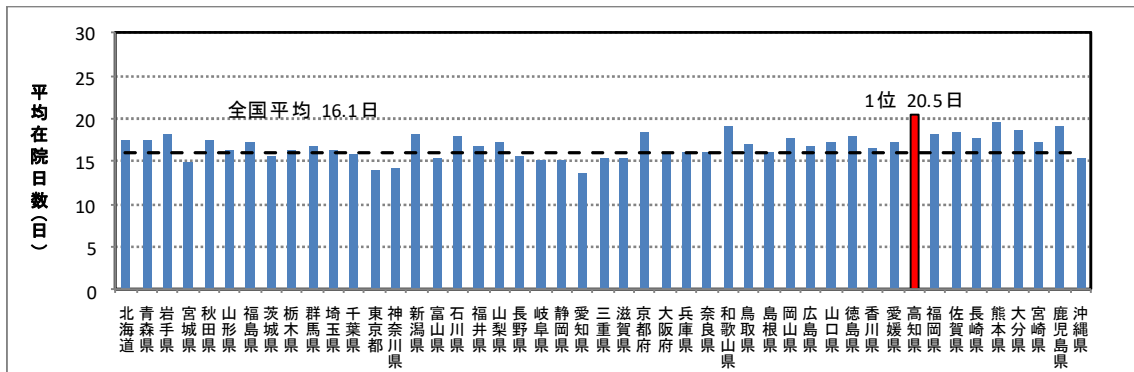
(単位:日)

	全病床 (介護療養病床除く)	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床 (介護療養病床除く)	介護療養病床	一般病床
高知県	39.7	262.7	9.5	63.9	139.6	407.4	20.5
全国	27.3	275.1	10.1	51.3	127.4	327.8	16.1

出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）

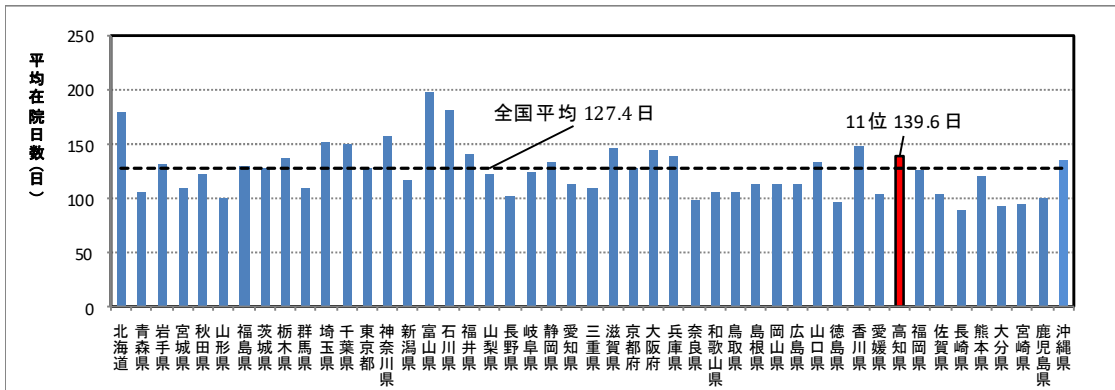
療養病床（介護療養病床除く）は『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

(図36 令和3年 都道府県別 平均在院日数/一般病床)



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）

(図37 令和3年 都道府県別 平均在院日数/療養病床(介護療養病床除く))



出典：『令和3年病院報告』（厚生労働省）より算出

本県の病床別の平均在院日数の推移を見ると、全病床（介護療養病床除く）ではわずかに減少傾向にあります。精神病床は増加傾向にあります。（表10、図38）。

なお、都道府県ごとの平均在院日数と1人当たりの後期高齢者医療費（入院）は、正の相関関係にあります（図39）。

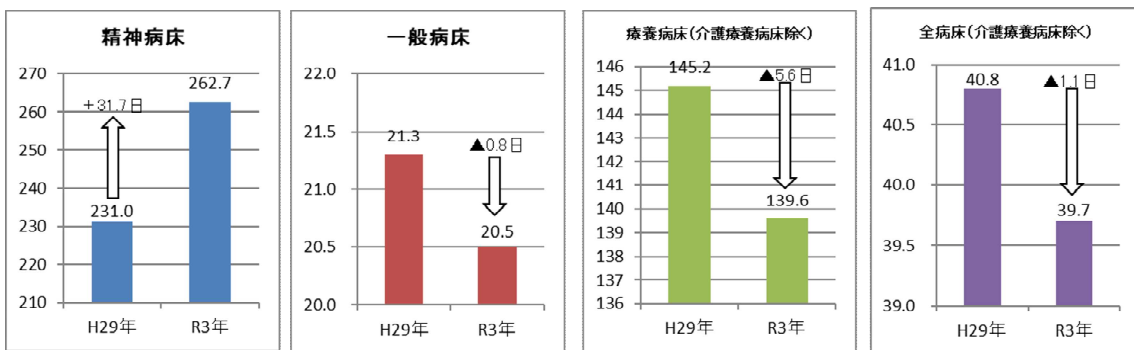
(表 10 高知県の病床別平均在院日数の推移)

(単位:日)

	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
精神病床	231.0	240.7	230.2	251.3	262.7
一般病床	21.3	21.4	21.0	21.2	20.5
療養病床 (介護療養病床除く)	145.2	148.0	145.5	144.7	139.6
全病床 (介護療養病床除く)	40.8	40.7	40.0	41.0	39.7

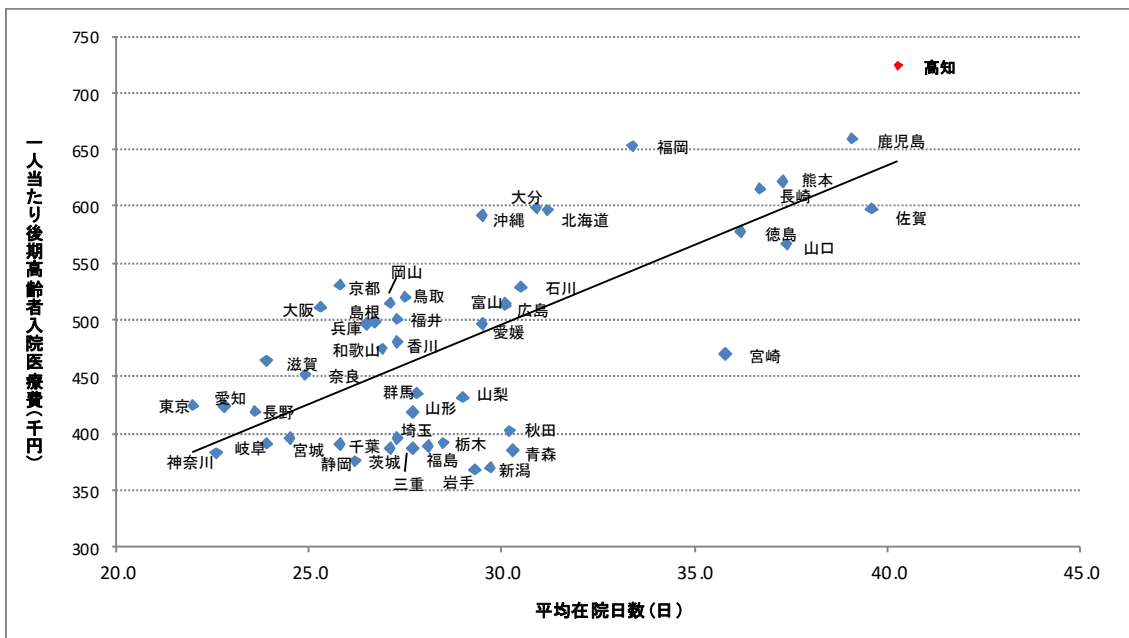
出典：『病院報告』（厚生労働省） 療養病床（介護療養病床除く）は『病院報告』（厚生労働省）より算出

(図 38 高知県の病床別平均在院日数の推移)



出典：『病院報告』（厚生労働省） 療養病床（介護療養病床除く）は『病院報告』（厚生労働省）より算出

(図 39 令和3年 都道府県別 1人当たり後期高齢者医療費(入院)と平均在院日数の相関関係)



出典：病床数は『令和3年病院報告』（厚生労働省）

1人当たり医療費は『令和3年度後期高齢者医療費事業状況報告』（厚生労働省）

(5) 生活習慣病等の状況

① 死亡の状況

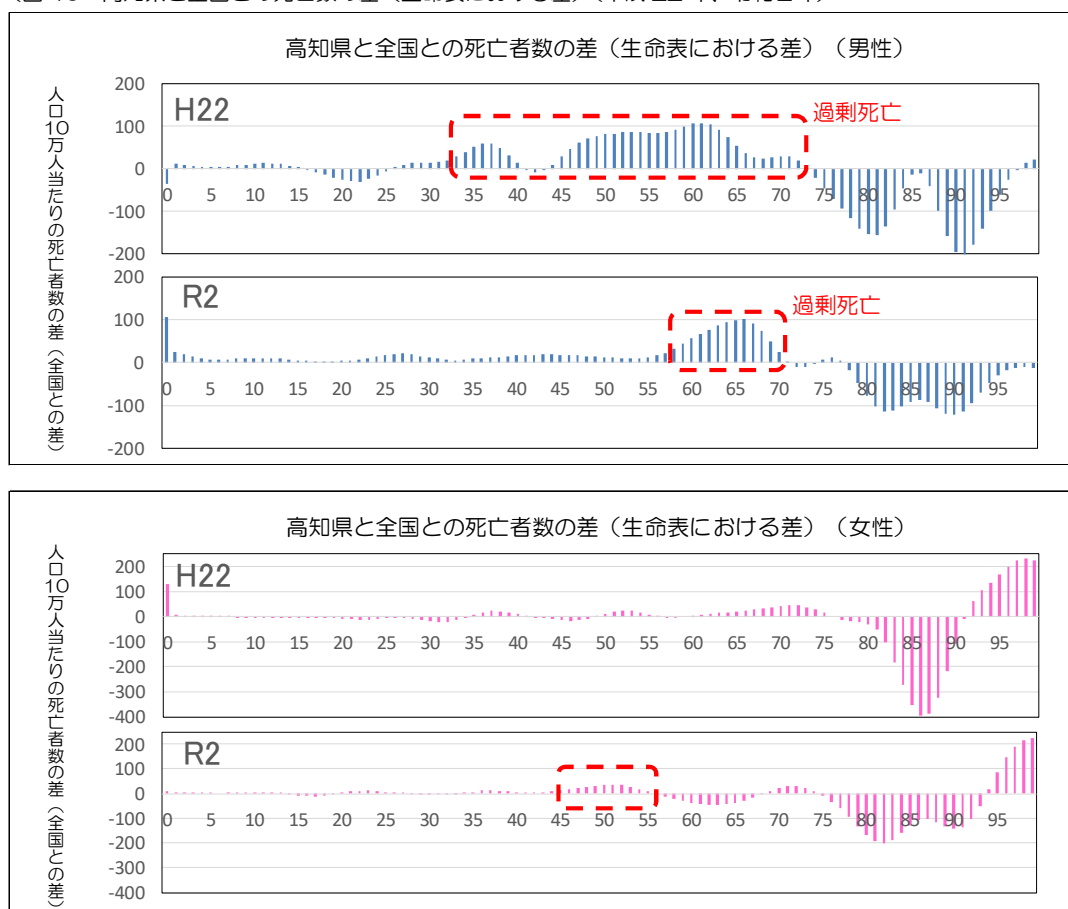
・ 生命表からみた年齢別死亡者数の全国との差

- 60歳から70歳までの男性の人口10万人当たりの死亡者数が、全国と比べて多い。(令和2年)
- 平成22年と比較すると男性は30歳代後半から60歳までの差が縮小。(令和2年)
- 平成22年と比較すると女性は45歳から55歳で微増。(令和2年)

厚生労働省が公表した令和2年都道府県別生命表から、全国10万人当たりの本県と全国の男女年齢別の死亡者数の差をみると、男性は60歳から70歳までの年齢で死亡者数が多くなっています。

平成22年と比較して、男性は、30歳代後半から50歳代の過剰死亡は減少したものの、60歳代は減少したとは言えず、依然として全国に比べて壮年期の過剰死亡数が多い状況です。女性は、45歳から55歳の過剰死亡が微増しています(図40)。

(図40 高知県と全国との死亡数の差(生命表における差)(平成22年、令和2年))

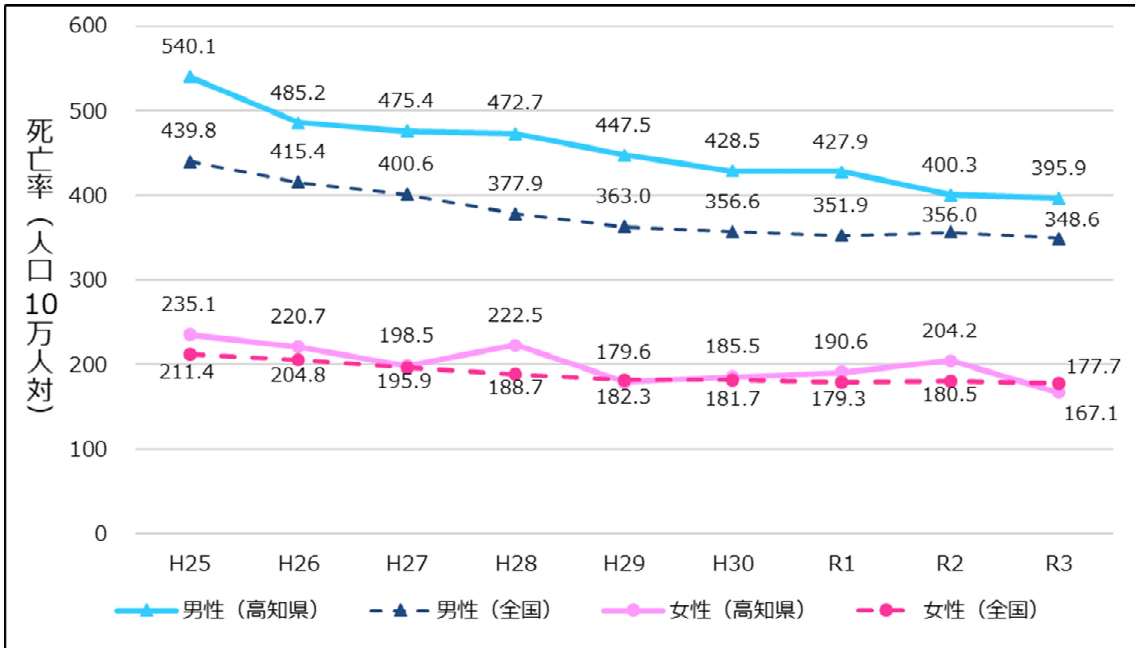


出典：『平成22年度、令和2年度都道府県別生命表』(厚生労働省)

・ 壮年期の死亡の推移

令和3年の本県の40歳から64歳の死亡率は、平成25年と比較して、男女とも減少していますが、男性は全国に比べて高い状況が続いています（図41）。また、死因別死亡者数は、男女とも1位が悪性新生物、2位が心疾患となっており、それぞれ平成25年と比較して、死亡者数は大きく減少しています。（表11）。

（図41 壮年期（40-64歳）死亡率の推移



出典：『人口動態統計』（厚生労働省）

（表11 本県の壮年期（40-64歳）死亡者数の推移

	男性（高知県）						女性（高知県）					
	全死亡						全死亡					
	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	不慮の事故	自殺		悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	不慮の事故	自殺	
H25	640	260	48	71	49	37	294	171	17	24	11	16
H26	563	206	50	78	41	43	270	135	24	22	14	12
H27	542	205	48	71	42	32	238	132	17	15	13	9
H28	531	193	32	74	42	42	263	139	17	23	10	14
H29	496	177	39	69	24	27	209	111	8	13	12	15
H30	470	162	34	64	35	38	213	121	13	10	8	16
R1	465	160	35	65	22	30	216	117	15	16	9	12
R2	428	158	31	54	26	26	227	123	16	14	13	14
R3	428	139	26	59	25	30	186	98	13	13	6	8

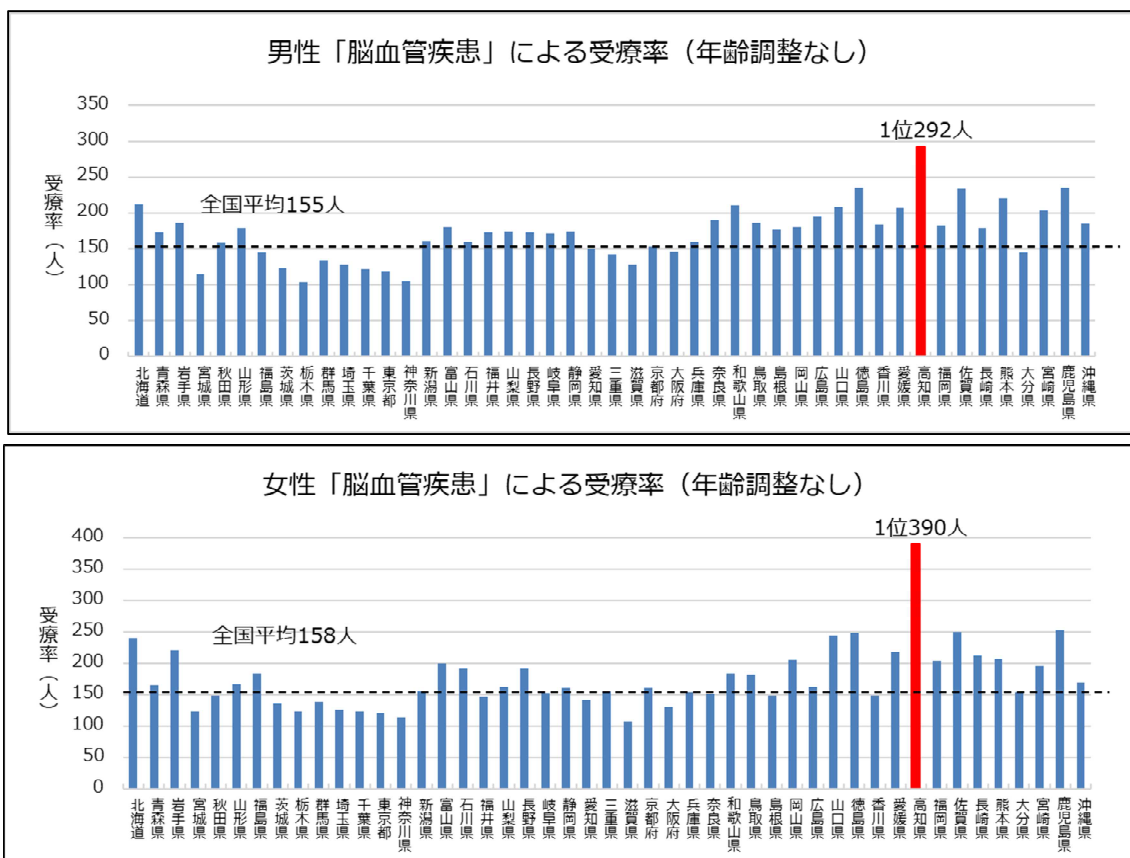
出典：『人口動態統計』（厚生労働省）

② 受療動向

- 脳血管疾患の受療率は、男女ともに全国1位。(令和2年)
- 虚血性心疾患の受療率は、男性全国15位、女性全国8位。(令和2年)
- 悪性新生物の受療率は、男性全国22位、女性全国30位。(令和2年)

生活習慣病に分類される主な疾病ごとの受療率⁷は、脳血管疾患は男性、女性ともに全国1位、虚血性心疾患は男性が全国15位、女性が全国8位、悪性新生物は、男性が全国22位、女性が全国30位となっています(図42、43、44)。

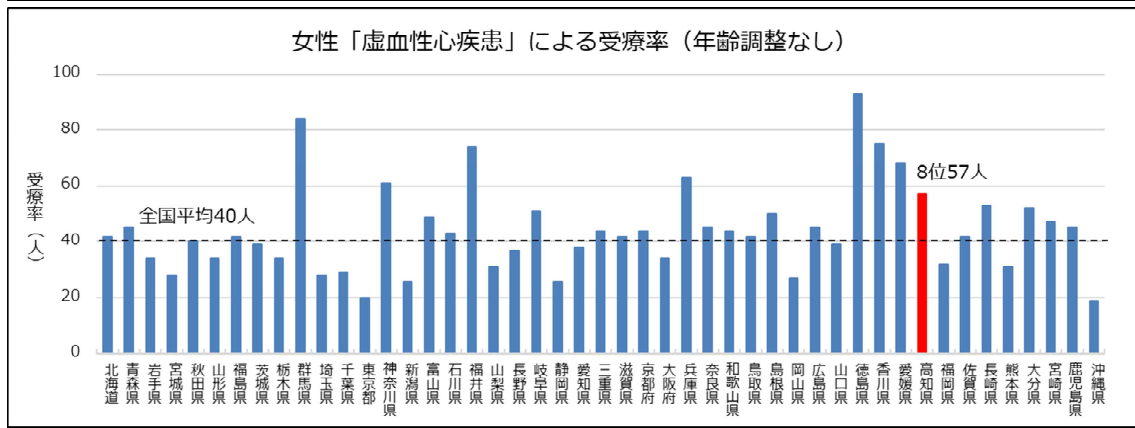
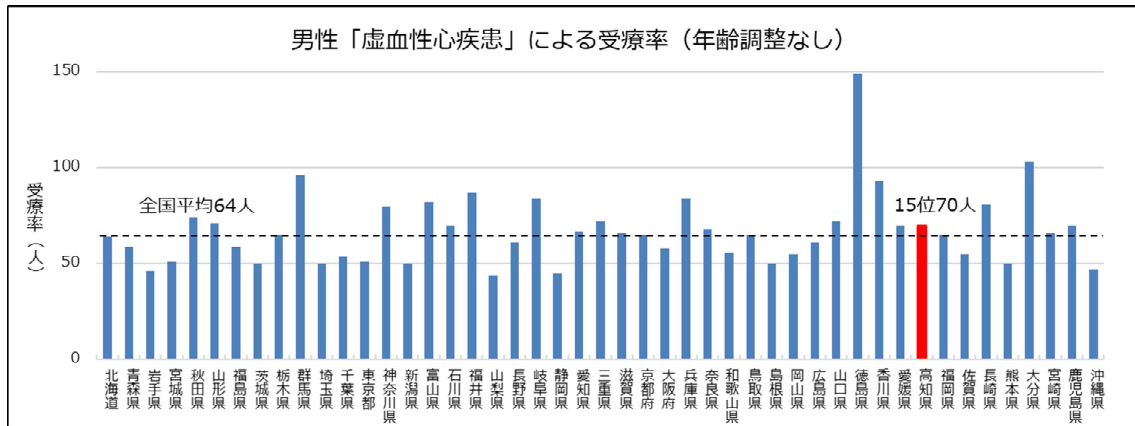
(図42 令和2年 都道府県別 受療率(脳血管疾患))



出典：『令和2年患者調査』(厚生労働省)

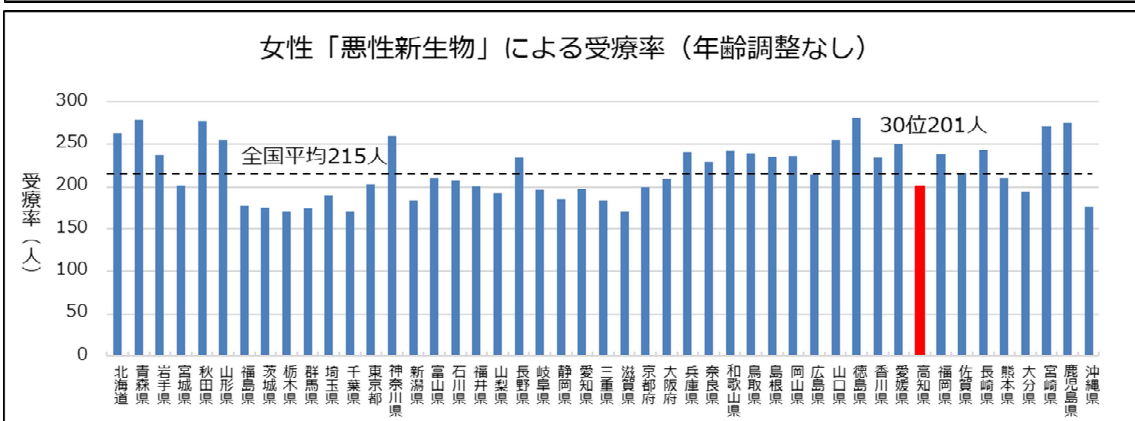
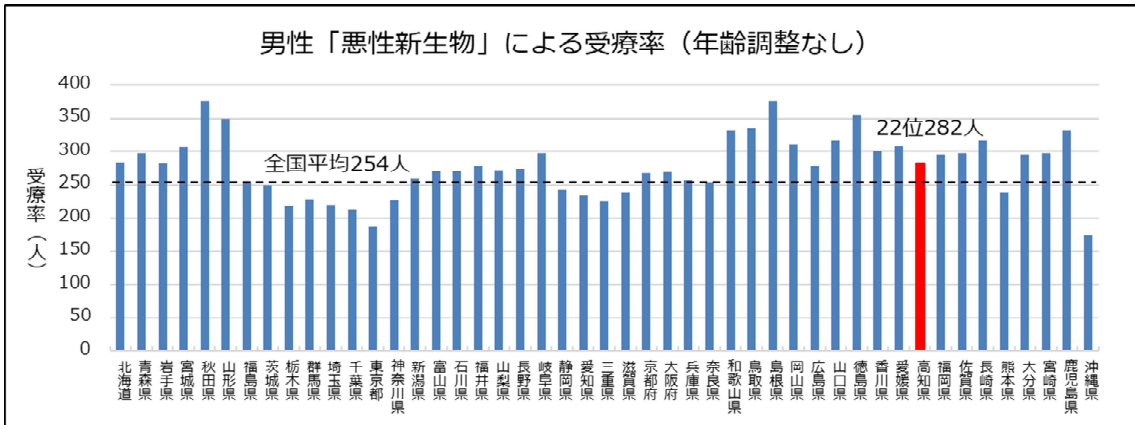
⁷ ある特定の日に疾病治療のために、全ての医療施設に入院若しくは通院し、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率。

(図 43 令和2年 都道府県別 受療率(虚血性心疾患))



出典：『令和2年患者調査』(厚生労働省)

(図 44 令和2年 都道府県別 受療率(悪性新生物))

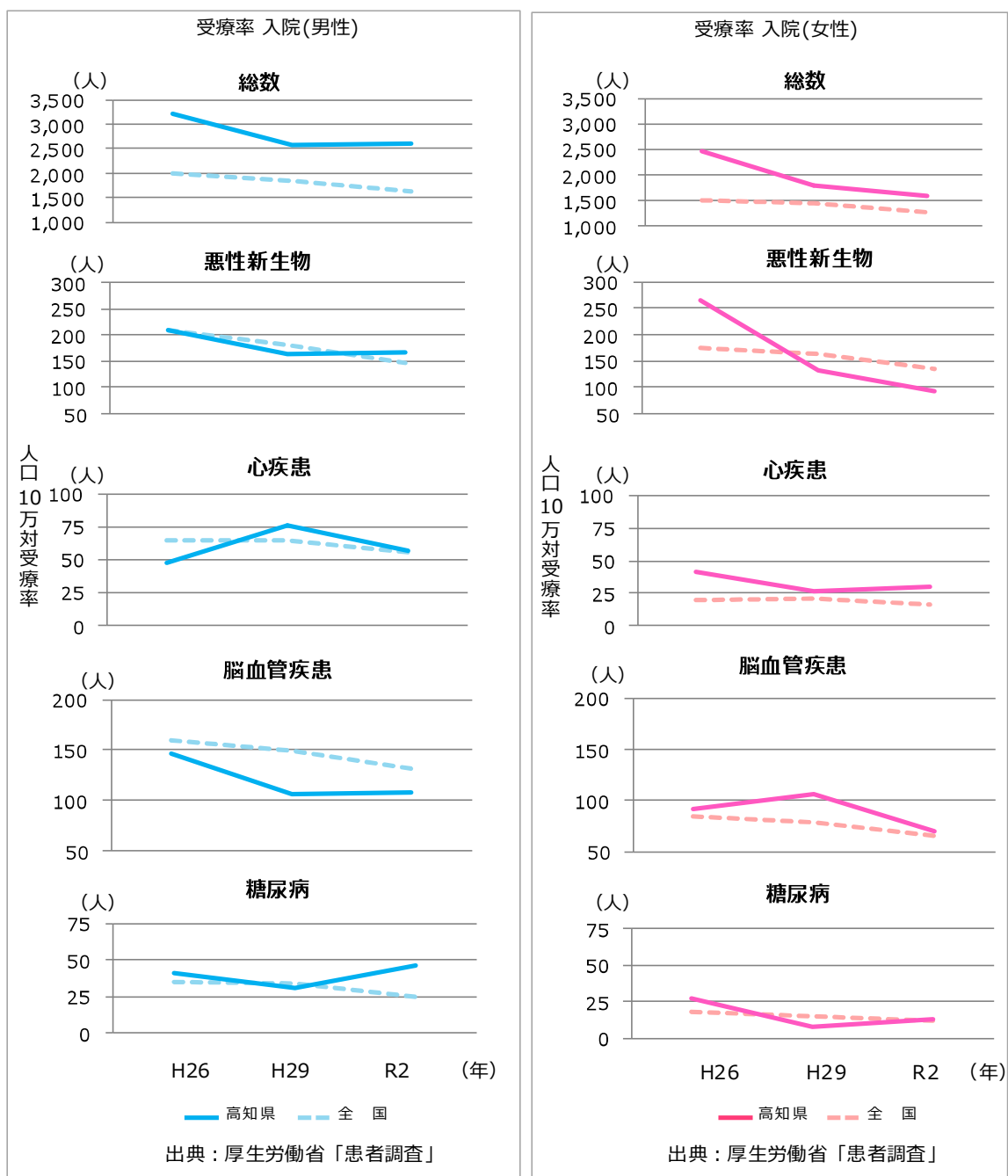


出典：『令和2年患者調査』(厚生労働省)

・入院受療率（35歳～64歳）

令和2年の本県の35歳から64歳までの人口10万人当たりの入院受療率は、総数では男女とも全国より高く、疾患別では男性の糖尿病と女性の心疾患等が全国平均より高くなっています。（図45）。

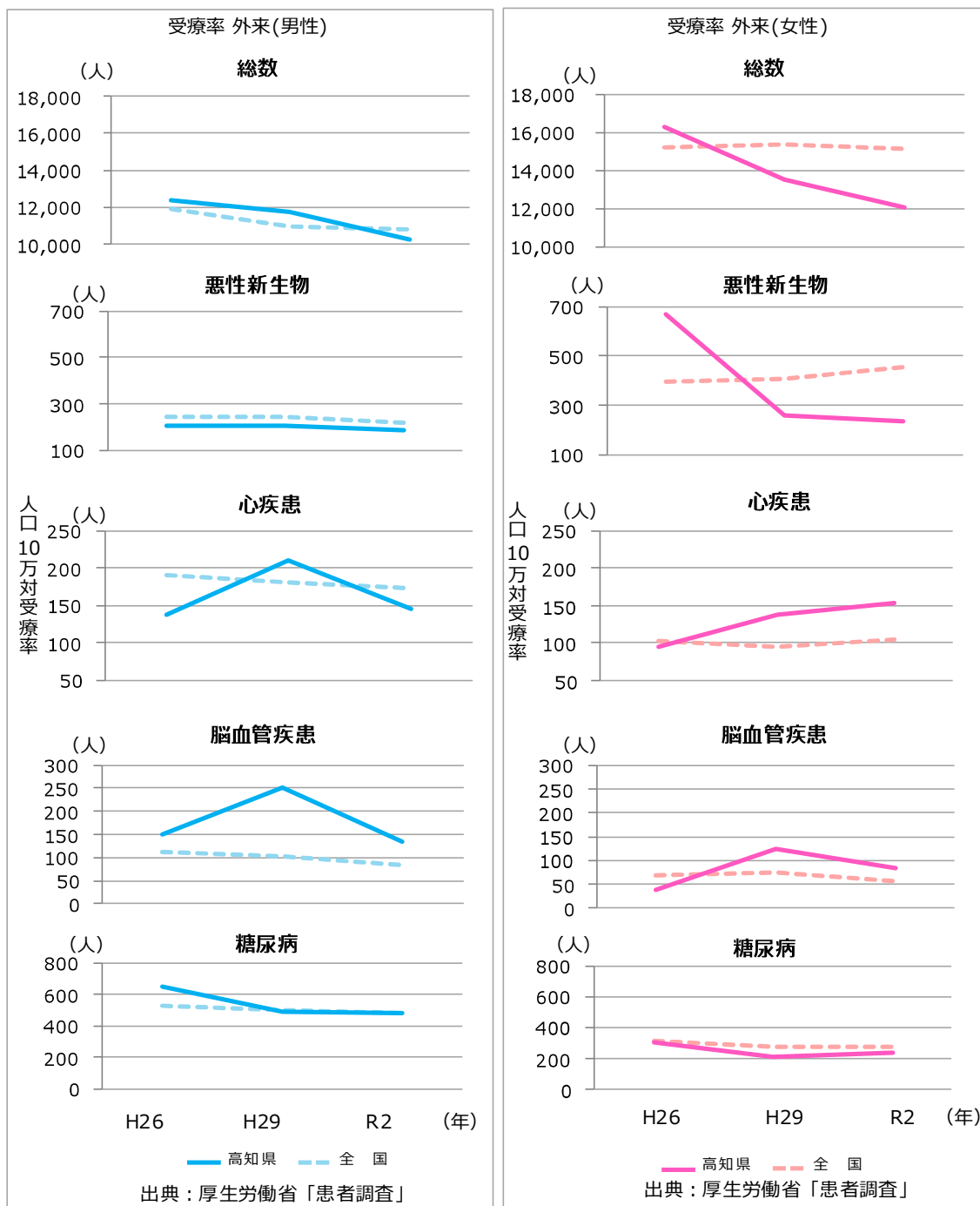
（図45 35歳から64歳までの受療率 入院）



・外来受療率（35歳～64歳）

令和2年の本県の35歳から64歳までの人口10万人当たりの外来受療率は、総数では男女ともに全国より低く、疾患別では男性の脳血管疾患、女性の心疾患と脳血管疾患が全国平均より高くなっています（図46）。

（図46 35歳から64歳までの受療率 外来）



③ メタボリックシンドロームの状況

- 特定健診の受診のうちメタボリックシンドロームの該当者・予備群は、男性 44.8%、女性は 15.0%と男性が高くなっている。(令和3年度)

悪性新生物、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病は、喫煙、偏った食生活、運動不足、過度のストレス等、好ましくない習慣や環境要因が積み重なると発症のリスクが高まります。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の該当者・予備群⁸は、令和3年度の本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診者約16万5千人のうち約5万人で割合は30.4%となっており、特に男性の該当者・予備群の割合が44.8%と高くなっています（表12）。

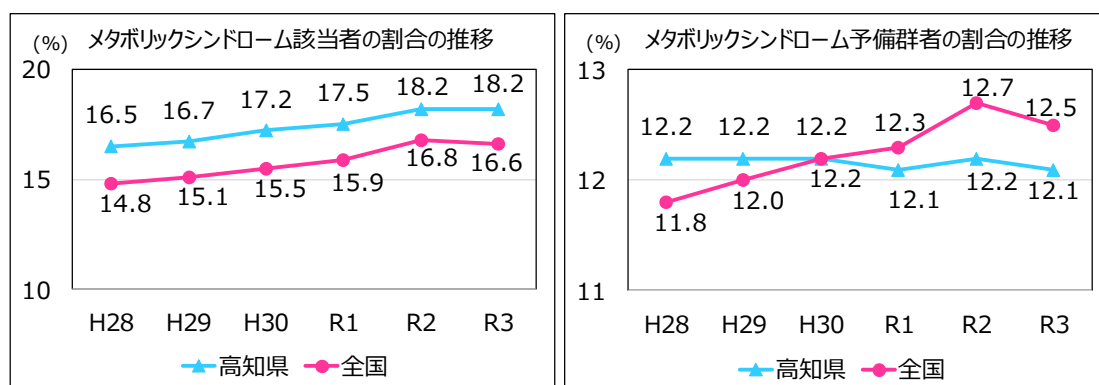
割合を全国と比べると、該当者が18.2%で全国9位、予備群が12.1%で全国31位となっています（図47）。

（表12 令和3年度 高知県の特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数・割合）

年齢	令和3年度 受診者数		人数						割合					
			該当者		予備群		該当者+予備群		該当者		予備群		該当者+予備群	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～44歳	12,647	10,404	1,888	294	2,166	490	4,054	784	14.9%	2.8%	17.1%	4.7%	32.1%	7.5%
45～49歳	15,581	13,160	3,101	576	2,856	769	5,957	1,345	19.9%	4.4%	18.3%	5.8%	38.2%	10.2%
50～54歳	13,611	12,387	3,508	860	2,511	873	6,019	1,733	25.8%	6.9%	18.4%	7.0%	44.2%	14.0%
55～59歳	11,793	10,933	3,571	980	2,085	757	5,656	1,737	30.3%	9.0%	17.7%	6.9%	48.0%	15.9%
60～64歳	10,766	10,361	3,533	1,106	1,795	697	5,328	1,803	32.8%	10.7%	16.7%	6.7%	49.5%	17.4%
65～69歳	9,498	10,148	3,408	1,300	1,656	629	5,064	1,929	35.9%	12.8%	17.4%	6.2%	53.3%	19.0%
70～74歳	10,893	12,747	3,954	1,959	1,995	749	5,949	2,708	36.3%	15.4%	18.3%	5.9%	54.6%	21.2%
合計	84,789	80,140	22,963	7,075	15,064	4,964	38,027	12,039	27.1%	8.8%	17.8%	6.2%	44.8%	15.0%
	164,929		30,038		20,028		50,066		18.2%		12.1%		30.4%	

出典：厚生労働省提供データ

（図47 メタボリックシンドローム該当者割合及び予備群割合）



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

⁸ 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。

① 中性脂肪 150mg/dL 以上かつ又は HDL コレステロール 40mg/dL 未満。

② 収縮期血圧 130mmHg 以上かつ又は拡張期血圧 85mmHg 以上。

③ 空腹時血糖 110mg/dL 以上。ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合は、HbA1c(NGSP 値)6.0%(空腹時血糖 110mg/dL に相当する値)以上

④ 疾病別医療費の状況

国保データベース（KDB）システムの疾病別医療費分析（細小（82）分類）のデータを用い、国民健康保険（市町村国保及び国保組合）及び後期高齢者医療の被保険者の1人当たり医療費（医療費を被保険者の総数で除した額）の状況について、令和元年度と直近の令和4年度で比較した状況は次のとおりです。

ア 国民健康保険の入院医療費の状況

入院件数をみると、統合失調症、うつ病が1位・2位と、精神疾患が上位を占めています（表13）。

1人当たり医療費をみると、男性、女性とも統合失調症が1位となっており、令和元年度と比較し、令和4年度の1人当たり医療費は増加しています（表14）。

また、令和元年度と比較して、令和4年度の男性については肺がんが1.26倍に、女性については、統合失調症が1.50倍になっています（表14）。

イ 国民健康保険の入院外医療費の状況

入院外件数をみると、高血圧症、糖尿病、脂質異常症と、生活習慣に起因する疾病が上位を占めています（表13）。

1人当たり医療費についても、男性は1位から3位全て、女性は2位・3位に生活習慣に起因する疾病が占めています。また女性の1位は関節疾患となっています（表14）。

令和元年度と比較して令和4年度の1人当たり医療費は、男性については慢性腎不全（透析あり）や高血圧症が約1.6倍に、女性については脂質異常症が1.9倍になっています（表14）。

（表13 国民健康保険 件数 疾病別医療費分析（細小（82）分類）

高知県 国民健康保険（累計）0～74歳
令和4年度 男女計

順位	全 体			入 院			入 院 外		
	疾病名	件数(件)	割合(%)	疾病名	件数(件)	割合(%)	疾病名	件数(件)	割合(%)
1	高血圧症	154,836	11.75	統合失調症	5,212	10.84	高血圧症	154,583	12.18
2	糖尿病	94,955	7.21	うつ病	2,094	4.36	糖尿病	94,426	7.44
3	脂質異常症	72,296	5.49	骨折	1,733	3.61	脂質異常症	72,234	5.69
4	関節疾患	61,605	4.68	関節疾患	1,538	3.20	関節疾患	60,067	4.73
5	小児科	57,200	4.34	脳梗塞	1,371	2.85	小児科	56,508	4.45
6	うつ病	32,053	2.43	慢性腎不全(透析あり)	875	1.82	うつ病	29,959	2.36
7	統合失調症	26,827	2.04	脳出血	735	1.53	緑内障	26,187	2.06
8	緑内障	26,299	2.00	小児科	692	1.44	骨粗しょう症	25,623	2.02
9	骨粗しょう症	25,927	1.97	パーキンソン病	643	1.34	統合失調症	21,615	1.70
10	不整脈	21,962	1.67	肺がん	599	1.25	不整脈	21,387	1.69

出典：国保データベース（KDB）システム（高知県国民健康保険団体連合会）
国立保健医療科学院「疾病別医療費分析（細小（82）分類）年齢調整ツール」使用

(表 14 国民健康保険 被保険者1人当たり医療費 疾病別医療費分析(細小(82)分類)

疾病別医療費分析(細小(82)分類)

高知県 国民健康保険(累計) 0~74歳

(単位:円)

令和元年度 入院+入院外 男女計

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	統合失調症	18,674	1.32
2	関節疾患	18,357	1.37
3	糖尿病	17,934	0.98
4	慢性腎不全(透析あり)	16,071	0.98
5	高血圧症	14,509	1.14
6	うつ病	9,864	1.36
7	肺がん	9,424	0.94
8	骨折	8,947	1.42
9	小児科	8,163	1.09
10	脂質異常症	8,131	0.88

令和4年度 入院+入院外 男女計

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	糖尿病	26,801	1.58	0.95
2	関節疾患	23,065	1.38	1.32
3	統合失調症	22,642	1.39	1.32
4	慢性腎不全(透析あり)	21,533	1.48	0.91
5	高血圧症	20,810	1.58	1.12
6	うつ病	12,934	1.44	1.32
7	不整脈	11,536	1.35	0.93
8	肺がん	10,451	1.29	0.88
9	骨折	10,069	1.36	1.27
10	脳梗塞	8,702	1.18	1.46

令和元年度 入院 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	統合失調症	15,002	1.34
2	脳梗塞	9,542	1.53
3	骨折	6,726	1.49
4	うつ病	5,926	1.79
5	肺がん	5,736	1.01
6	慢性腎不全(透析あり)	5,551	1.09
7	脳出血	4,191	1.35
8	大腸がん	4,019	0.84
9	関節疾患	3,832	1.76
10	不整脈	3,584	0.62

令和4年度 入院 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	統合失調症	15,262	1.11	1.43
2	脳梗塞	9,516	1.09	1.49
3	骨折	5,907	0.96	1.22
4	不整脈	5,848	1.08	0.92
5	慢性腎不全(透析あり)	5,815	1.11	1.11
6	うつ病	5,651	1.11	1.63
7	肺がん	4,832	1.26	0.93
8	関節疾患	4,492	1.22	1.71
9	脳出血	4,382	1.25	1.36
10	大腸がん	3,946	1.21	0.86

令和元年度 入院 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	統合失調症	13,451	1.48
2	関節疾患	9,840	1.36
3	骨折	8,911	1.44
4	うつ病	6,390	2.00
5	脳梗塞	3,347	1.48
6	慢性腎不全(透析あり)	2,989	1.39
7	小児科	2,952	1.34
8	脳出血	2,675	1.72
9	パーキンソン病	2,559	2.37
10	乳がん	2,508	1.00

令和4年度 入院 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	統合失調症	18,216	1.50	1.44
2	関節疾患	11,596	1.30	1.29
3	骨折	9,136	1.14	1.34
4	うつ病	7,512	1.30	1.61
5	脳梗塞	4,491	1.49	1.25
6	不整脈	3,627	1.34	1.03
7	慢性腎不全(透析あり)	2,808	1.05	1.39
8	脳出血	2,766	1.14	1.61
9	乳がん	2,669	1.15	1.04
10	パーキンソン病	2,433	1.07	2.44

令和元年度 入院外 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	糖尿病	19,898	0.96
2	慢性腎不全(透析あり)	15,726	0.87
3	高血圧症	15,006	1.15
4	肺がん	7,061	0.94
5	関節疾患	6,279	1.32
6	不整脈	6,103	0.91
7	脂質異常症	6,100	0.86
8	小児科	5,999	1.09
9	統合失調症	4,818	1.04
10	大腸がん	4,322	1.00

令和4年度 入院外 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	糖尿病	23,859	1.31	0.92
2	慢性腎不全(透析あり)	23,434	1.63	0.84
3	高血圧症	22,026	1.61	1.12
4	不整脈	8,395	1.30	0.90
5	肺がん	8,034	1.40	0.77
6	小児科	6,996	1.26	0.94
7	関節疾患	6,981	1.25	1.23
8	脂質異常症	6,029	1.10	0.76
9	前立腺がん	5,754	1.31	0.77
10	統合失調症	4,767	1.21	0.98

令和元年度 入院外 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	関節疾患	16,546	1.32
2	糖尿病	13,284	0.98
3	高血圧症	12,884	1.10
4	脂質異常症	9,792	0.87
5	慢性腎不全(透析あり)	8,013	1.04
6	骨粗しょう症	6,834	0.98
7	乳がん	6,587	0.87
8	小児科	4,510	1.02
9	うつ病	4,358	1.00
10	肺がん	4,289	0.99

令和4年度 入院外 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	関節疾患	19,691	1.32	1.29
2	糖尿病	18,925	1.58	0.97
3	高血圧症	16,989	1.46	1.09
4	乳がん	14,025	1.59	0.97
5	脂質異常症	13,756	1.90	0.80
6	慢性腎不全(透析あり)	7,493	1.21	0.81
7	骨粗しょう症	6,214	1.04	0.89
8	肺がん	5,934	1.46	0.94
9	小児科	5,770	1.47	0.88
10	うつ病	5,391	1.39	0.95

※1人当たり医療費の算出に用いた被保険者数は、KDB システムの年度末被保険者数による。

※地域差指数とは、人口の年齢構成の相違による分を補正し、年齢構成が同じとした上で、高知県と全国の医療費の比較を行い、全国平均を1として指数化したものであり、指数が1を上回るほど医療費が全国より高額で、指数が1を下回るほど低額となる。

※対令和元年度比は人口の年齢構成の相違による分の補正を行っています。

ウ 後期高齢者医療の入院医療費の状況

入院件数をみると、骨折、脳梗塞、関節疾患が上位を占めており、筋・骨格に関する疾病が多くなっています（表 15）。

1人当たり医療費をみると、男性は、脳梗塞、骨折、慢性腎不全（透析あり）、女性は、骨折、脳梗塞、関節疾患が上位を占めています。（表 16）

また、令和元年度と比較して令和4年度は、不整脈の1人当たり医療費が男性は1.27倍、女性は1.18倍と高く、肺炎は男性、女性ともに1人当たり医療費は減少していますが、令和4年度も男性は6位、女性は2位と依然として上位を占めています（表 16）。

エ 後期高齢者医療の入院外医療費の状況

入院外件数をみると、高血圧症、糖尿病、関節疾患が上位を占めています（表 15）。

1人当たり医療費をみると、男性は、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、不整脈、女性は、関節疾患、高血圧症、糖尿病が上位を占めています（表 16）。

また、令和元年度と比較して、肺がんの1人当たり医療費が男性は1.42倍、女性は1.14倍と高くなっています（表 16）。

（表 15 後期高齢者医療 件数 疾病別医療費分析（細小（82）分類）

高知県 後期高齢者医療（累計）65～120歳
令和4年度 男女計

順位	全 体			入 院			入 院 外		
	疾病名	件数(件)	割合(%)	疾病名	件数(件)	割合(%)	疾病名	件数(件)	割合(%)
1	高血圧症	216,010	11.32	骨折	9,680	6.85	高血圧症	214,916	12.16
2	糖尿病	118,490	6.21	脳梗塞	8,365	5.92	糖尿病	117,157	6.63
3	関節疾患	110,701	5.80	関節疾患	6,692	4.74	関節疾患	104,009	5.89
4	不整脈	77,553	4.06	統合失調症	4,229	2.99	不整脈	74,913	4.24
5	脂質異常症	74,569	3.91	認知症	3,239	2.29	脂質異常症	74,413	4.21
6	骨粗しょう症	73,322	3.84	肺炎	3,090	2.19	骨粗しょう症	70,250	3.98
7	緑内障	52,168	2.73	骨粗しょう症	3,072	2.17	緑内障	51,922	2.94
8	脳梗塞	38,836	2.04	パーキンソン病	2,819	2.00	逆流性食道炎	31,860	1.80
9	逆流性食道炎	32,505	1.70	不整脈	2,640	1.87	脳梗塞	30,471	1.72
10	骨折	25,420	1.33	うつ病	2,349	1.66	狭心症	22,854	1.29

出典：国保データベース（KDB）システム（高知県国民健康保険団体連合会）
国立保健医療科学院「疾病別医療費分析（細小（82）分類）年齢調整ツール」使用

(表 16 後期高齢者医療 被保険者1人当たり医療費 疾病別医療費分析(細小(82)分類)

高知県 後期高齢者医療(累計) 65~120歳

(単位:円)

令和元年度 入院+入院外 男女計

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	関節疾患	58,549	1.62
2	骨折	57,342	1.32
3	脳梗塞	53,803	1.77
4	慢性腎不全(透析あり)	38,042	1.00
5	高血圧症	31,133	1.07
6	骨粗しょう症	30,866	1.20
7	不整脈	29,488	0.86
8	糖尿病	29,314	0.95
9	肺炎	17,815	1.08
10	パーキンソン病	17,585	1.81



令和4年度 入院+入院外 男女計

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	関節疾患	52,761	0.90	1.60
2	骨折	51,597	0.90	1.23
3	脳梗塞	46,943	0.87	1.71
4	慢性腎不全(透析あり)	34,382	0.90	0.96
5	不整脈	32,910	1.12	0.91
6	糖尿病	30,214	1.03	0.94
7	高血圧症	27,492	0.88	1.08
8	骨粗しょう症	25,558	0.83	1.13
9	パーキンソン病	16,261	0.92	1.85
10	統合失調症	14,192	1.02	1.61

令和元年度 入院 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	脳梗塞	51,784	1.79
2	骨折	30,337	1.36
3	慢性腎不全(透析あり)	21,498	1.13
4	肺炎	20,925	1.02
5	関節疾患	19,761	2.36
6	認知症	15,280	2.02
7	不整脈	12,726	0.78
8	パーキンソン病	12,700	2.11
9	脳出血	12,083	1.85
10	狭心症	11,791	0.92



令和4年度 入院 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	脳梗塞	45,644	0.88	1.74
2	骨折	26,976	0.89	1.24
3	慢性腎不全(透析あり)	19,952	0.93	1.17
4	関節疾患	19,248	0.97	2.45
5	不整脈	16,147	1.27	0.95
6	肺炎	15,840	0.76	1.03
7	認知症	12,078	0.79	1.75
8	パーキンソン病	10,737	0.85	2.14
9	統合失調症	10,730	1.04	1.58
10	脳出血	10,337	0.86	1.75

令和元年度 入院 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	骨折	68,983	1.33
2	脳梗塞	45,571	1.80
3	関節疾患	42,303	2.00
4	骨粗しょう症	18,541	1.74
5	パーキンソン病	15,837	2.66
6	肺炎	15,220	1.14
7	認知症	14,789	1.69
8	統合失調症	14,661	1.85
9	慢性腎不全(透析あり)	11,111	1.23
10	不整脈	10,097	0.88



令和4年度 入院 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	骨折	62,420	0.90	1.24
2	脳梗塞	39,685	0.87	1.71
3	関節疾患	37,966	0.90	1.89
4	骨粗しょう症	16,983	0.92	1.53
5	パーキンソン病	15,292	0.97	2.89
6	統合失調症	14,860	1.01	1.81
7	認知症	12,748	0.86	1.53
8	不整脈	11,914	1.18	0.99
9	肺炎	10,736	0.71	1.12
10	脳出血	10,350	1.08	1.78

令和元年度 入院外 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	慢性腎不全(透析あり)	39,529	0.92
2	糖尿病	31,110	0.90
3	高血圧症	26,333	1.08
4	不整脈	23,472	0.86
5	前立腺がん	23,444	0.90
6	関節疾患	15,998	1.32
7	前立腺肥大	11,113	0.89
8	脂質異常症	9,199	0.81
9	肺がん	7,665	0.75
10	脳梗塞	7,493	1.63



令和4年度 入院外 男性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	慢性腎不全(透析あり)	34,765	0.88	0.86
2	糖尿病	32,804	1.05	0.89
3	不整脈	24,751	1.05	0.88
4	高血圧症	22,885	0.87	1.07
5	前立腺がん	21,461	0.92	0.83
6	関節疾患	14,190	0.89	1.33
7	肺がん	10,853	1.42	0.93
8	脂質異常症	6,512	0.71	0.72
9	緑内障	6,503	0.91	0.86
10	脳梗塞	6,208	0.83	1.66

令和元年度 入院外 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費	全国との比較 (地域差指数)
1	関節疾患	29,773	1.23
2	高血圧症	29,054	1.02
3	骨粗しょう症	25,472	0.96
4	糖尿病	20,742	0.90
5	不整脈	15,408	0.88
6	脂質異常症	14,282	0.86
7	慢性腎不全(透析あり)	13,288	0.88
8	緑内障	7,005	0.87
9	気管支喘息	5,876	0.86
10	逆流性食道炎	5,618	0.86



令和4年度 入院外 女性

順位	疾患名	一人当たり医療費		全国との比較 (地域差指数)
		対R元年度比		
1	関節疾患	26,648	0.90	1.23
2	高血圧症	25,421	0.87	1.01
3	糖尿病	21,595	1.04	0.88
4	骨粗しょう症	18,945	0.74	0.88
5	不整脈	16,097	1.04	0.88
6	慢性腎不全(透析あり)	12,543	0.94	0.88
7	脂質異常症	10,240	0.72	0.77
8	緑内障	6,404	0.91	0.86
9	逆流性食道炎	5,538	0.99	0.80
10	肺がん	5,379	1.14	0.92

※1人当たり医療費の算出に用いた被保険者数は、KDB システムの年度末被保険者数による。

※地域差指数とは、人口の年齢構成の相違による分を補正し、年齢構成が同じとした上で、高知県と全国の医療費の比較を行い、全国平均を1として指数化したものであり、指数が1を上回るほど医療費が全国より高額で、指数が1を下回るほど低額となる。

※対令和元年度比は人口の年齢構成の相違による分の補正を行っています。

出典：国保データベース(KDB)システム(高知県国民健康保険団体連合会)
国立保健医療科学院「疾病別医療費分析(細小(82)分類)年齢調整ツール」使用

(6) 特定健診の実施状況

① 特定健診の状況

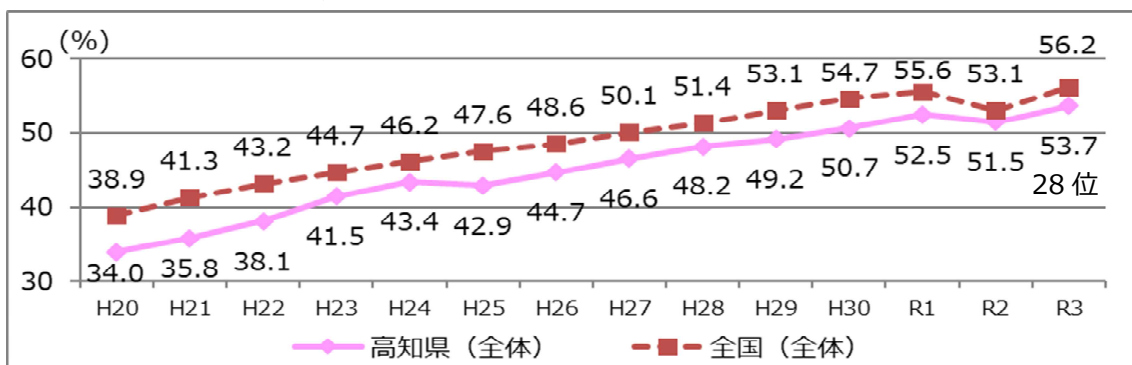
- 特定健診実施率は53.7%で全国28位。(令和3年度)
- 保険者種類別にみると全国健康保険協会以外は全国平均以下の実施率。(令和3年度)
- 被用者保険の被扶養者の実施率が低い。(令和3年度)

令和3年度の本県の特定健診の対象者数は約30万7千人で、そのうち約16万5千人が特定健診を受診し、実施率は53.7%と、全国平均56.2%より2.5ポイント低く、全国28位となっています(図48)。

令和3年度の保険者種類別の実施率は、全国健康保険協会が61.7%で全国平均より5.8ポイント高く、市町村国保は35.6%、その他(健保組合・共済組合・国保組合)は71.5%で、それぞれ全国平均より0.8ポイント、6.4ポイント低くなっています(表17)。

また、令和3年度の被用者保険(全国健康保険協会・その他)の実施率は、被保険者の76.3%に対し、被扶養者は31.8%と低くなっています(図49)。

(図48 特定健診の実施率の推移)



出典：厚生労働省提供データ

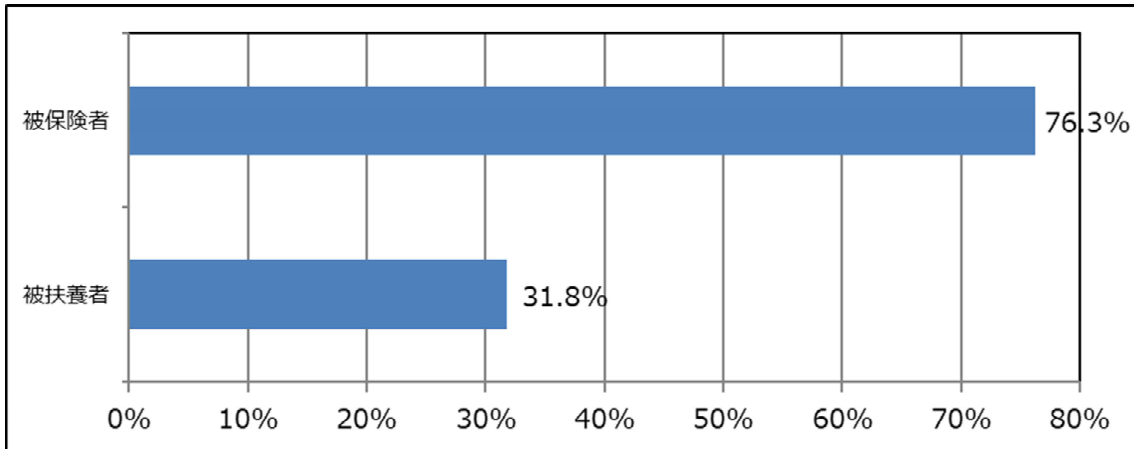
(表17 令和3年度 保険者種類別 特定健診の実施率)

	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率	
				全国平均
市町村国保	116,518	41,456	35.6%	36.4%
全国健康保険協会	131,629	81,172	61.7%	55.9%
その他(健保組合・共済等)	59,193	42,301	71.5%	77.9%
県計	307,340	164,929	53.7%	56.2%

出典：厚生労働省提供データ

全国平均は『特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関する結果について』(厚生労働省)

(図 49 令和3年度 被用者保険の特定健診の実施率)



出典：高知県保険者協議会資料

② 市町村国保の特定健診の状況

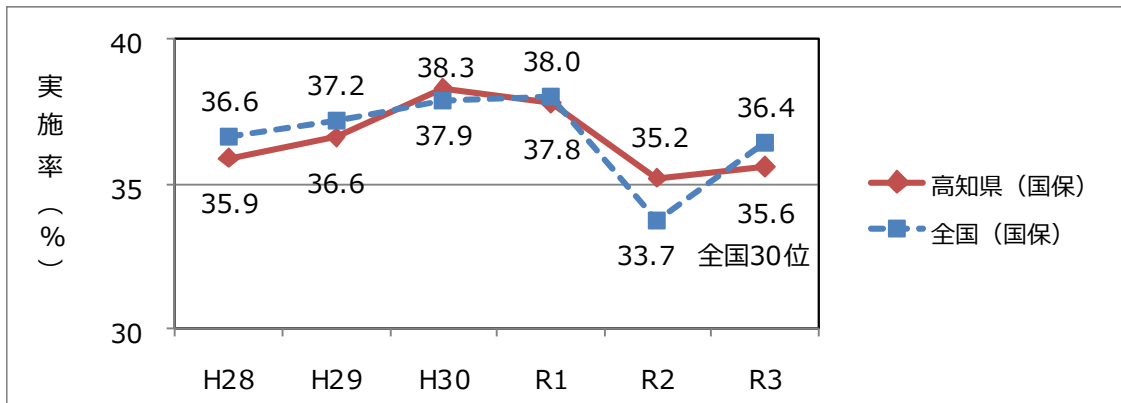
- 特定健診実施率は35.6%で全国30位。(令和3年度)
- 男性は全年齢階層で女性よりも実施率が低く、特に40歳代の男性の実施率が低い。(令和3年度)

令和3年度の本県の市町村国保の特定健診の実施率は35.6%で、全国平均36.4%より0.8ポイント低く、全国30位となっています。また、令和2年度は前年度から大きく減少していますが、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響と考えられます(図50)。

年齢別では、年齢階級が上がるほど実施率が高く、男女とも40歳代が低い実施率となっています(図51)。

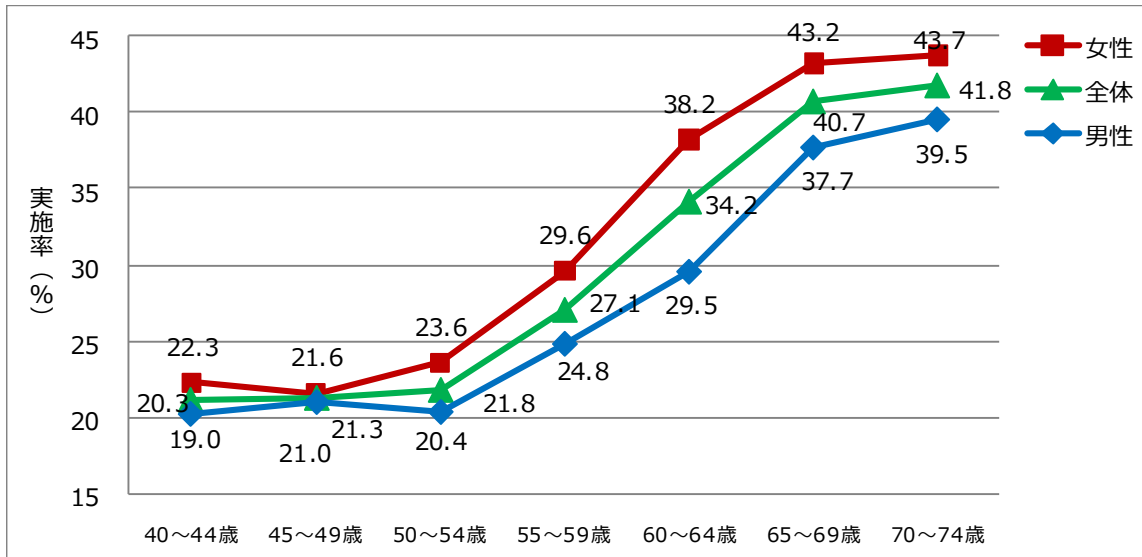
市町村別では、梶原町が75.1%と最も高く、最も低い高知市を含む6市町村が全国平均(36.4%)を下回っています(図52)。

(図 50 市町村国保の特定健診の実施率の推移)



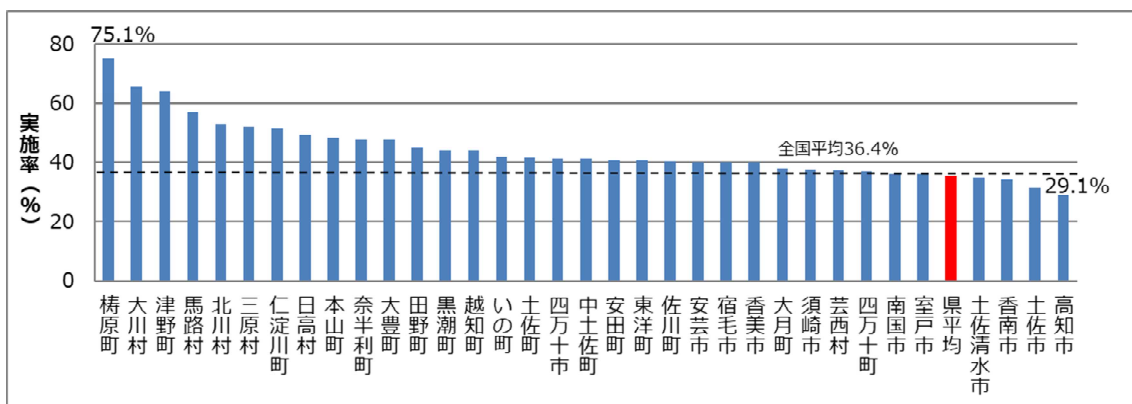
出典：高知県は『市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書』（国民健康保険中央会）
 全国は『特定健康診査・特定保健指導の実施状況』（厚生労働省）

(図 51 令和3年度 性別・年齢階層別 特定健診の実施率)



出典：法定報告データ

(図 52 令和3年度 市町村別 特定健診の実施率)



出典：法定報告データ

(7) 特定保健指導の実施状況

① 特定保健指導の状況

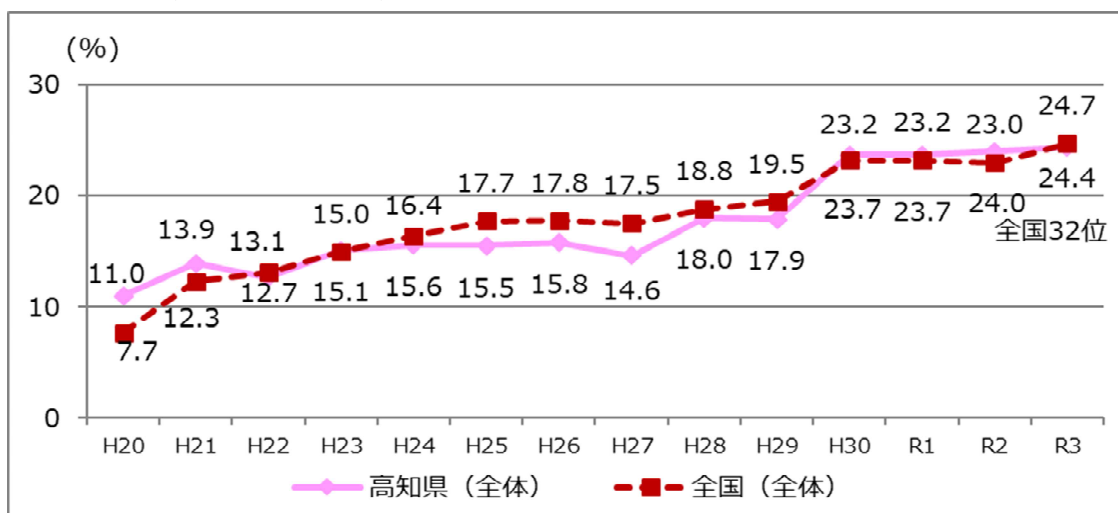
- 特定保健指導実施率は24.4%で全国32位。(令和3年度)
- 保険者種類別にみると全国健康保険協会は全国平均以下の実施率。(令和3年度)
- 被用者保険の被扶養者の実施率が低い。(令和3年度)

令和3年度の本県の特定保健指導の対象者数は約3万1千人で、そのうち約7千5百人が特定保健指導を終了しています。実施率は24.4%と、全国平均の24.7%より0.3ポイント低く、全国32位となっています(図53)。

保険者種類別の実施率は、全国健康保険協会が全国平均を下回っている状況です(表18)。

また、被用者保険(全国健康保険協会・その他)の実施率は、被保険者の21.7%に対し、被扶養者は14.0%と低くなっています(図54)。

(図53 特定保健指導の実施率の推移)



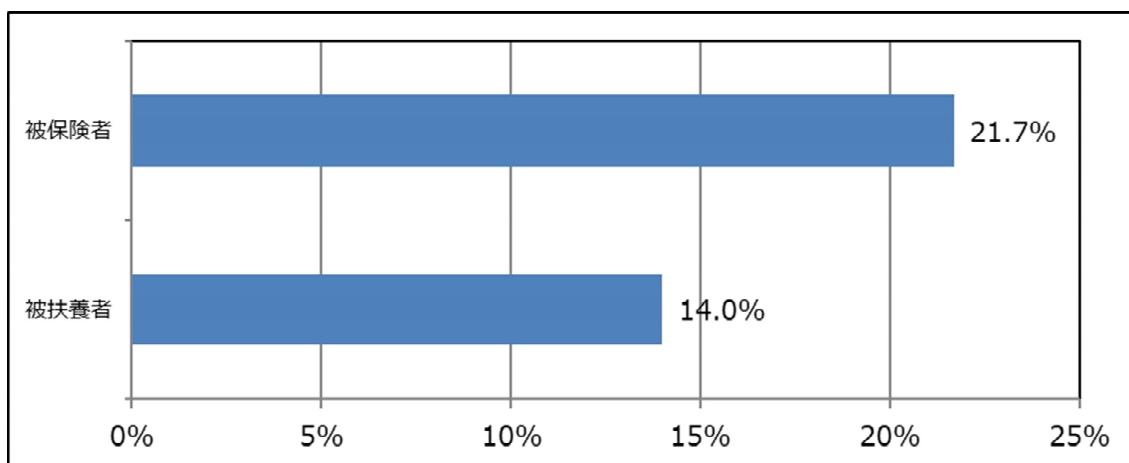
出典：厚生労働省提供データ

(表 18 保険者種類別 特定保健指導の実施率)

	特定健診			特定保健指導														
	受診者数 (人) (a)			対象者数 (人) (b)			出現率 (b) / (a)			終了者数 (人) (c)			実施率 (c) / (b)					
	元年度	2年度	3年度	元年度	2年度	3年度	元年度	2年度	3年度	元年度	2年度	3年度	元年度		2年度		3年度	
													全国平均	全国平均	全国平均	全国平均	全国平均	全国平均
市町村国保	45,972	42,372	41,456	6,659	6,037	5,827	14.5%	14.2%	14.1%	1,889	1,821	1,924	28.4%	29.3%	30.2%	27.9%	33.0%	27.9%
全国健康保険協会	77,695	77,667	81,172	16,115	16,358	16,798	20.7%	21.1%	20.7%	2,348	2,418	2,487	14.6%	15.6%	14.8%	16.0%	14.8%	16.5%
その他 (健保組合・共済等)	40,435	40,919	45,849	8,022	8,101	8,837	19.8%	19.8%	19.3%	3,051	3,087	2,997	38.0%	27.1%	38.1%	26.9%	33.9%	30.2%
県計	164,102	160,958	164,929	30,796	30,496	30,699	18.8%	18.9%	18.6%	7,288	7,326	7,476	23.7%	23.2%	24.0%	23.0%	24.4%	24.7%

出典：厚生労働省提供データ 全国平均は『特定健康診査・特定保健指導の実施状況』（厚生労働省）

(図 54 令和3年度 被用者保険の特定保健指導の実施率)



出典：高知県保険者協議会資料

② 市町村国保の特定保健指導の状況

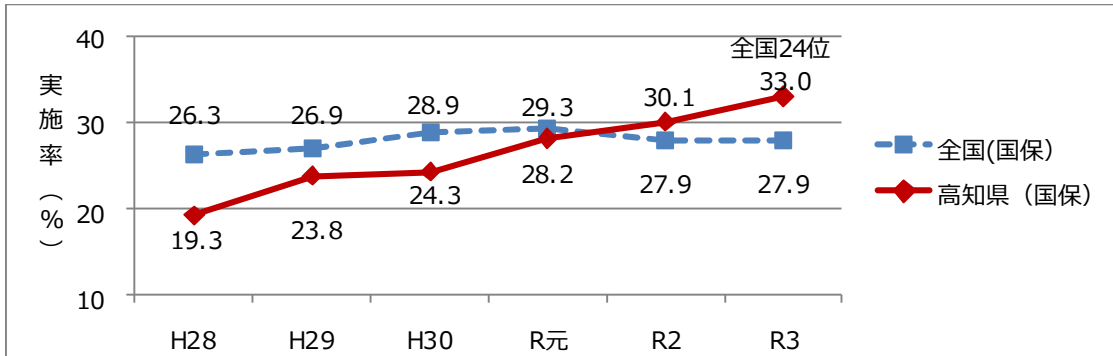
- 特定保健指導実施率は 33.0%で全国 24 位。(令和3年度)
- 男性は全年齢階層で女性よりも実施率が低く、特に 40~60 歳代前半の男性の実施率が低い。(令和3年度)

令和3年度の本県の市町村国保の特定保健指導実施率は 33.0%で、全国平均の 27.9%より 5.1 ポイント高く、全国 24 位となっています (図 55)。

男性は全年齢階層で女性よりも実施率が低く、特に 40~64 歳までは 30%未満となっています (図 56)。

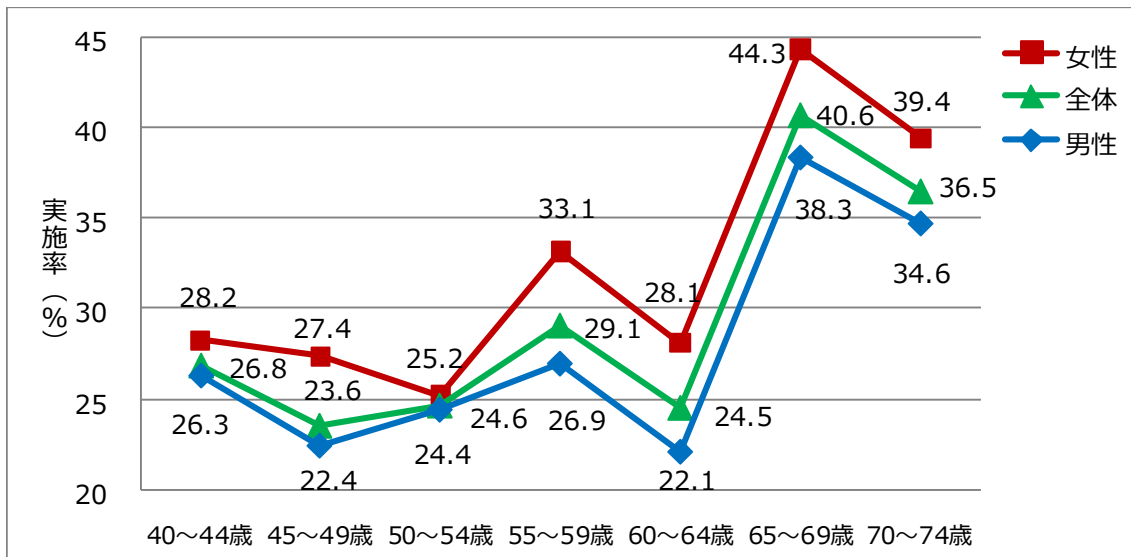
市町村別では、大豊町が 60.0%と最も高く、最も低い大川村を含む 13 市町村が全国平均 (27.9%) を下回っています (図 57)。

(図 55 市町村国保の特定保健指導の実施率の推移)



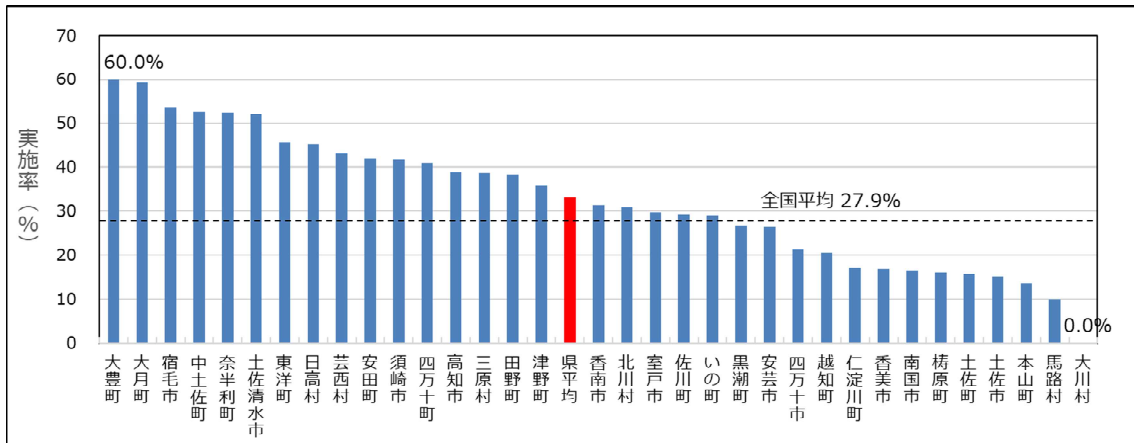
出典：高知県は『市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書』（国民健康保険中央会）
 全国は『特定健康診査・特定保健指導の実施状況』（厚生労働省）

(図 56 令和3年度 性別・年齢階層別 特定保健指導の実施率)



出典：法定報告データ

(図 57 令和3年度 市町村別 特定保健指導の実施率)



出典：法定報告データ

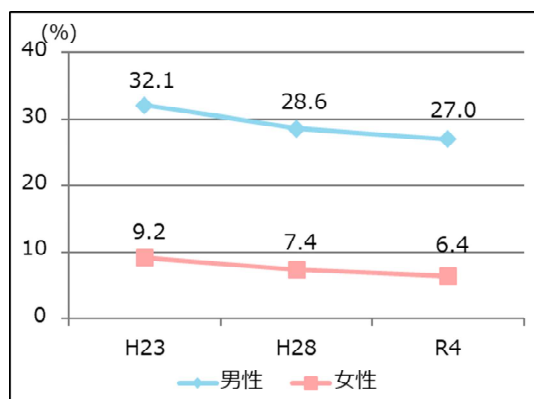
(8) 喫煙の状況

喫煙は、悪性新生物、循環器疾患、呼吸器疾患などのリスク因子であり、また、禁煙による健康改善効果も明らかにされています。

令和4年の本県の喫煙率は、成人男性で27.0%、成人女性で6.4%となっており、男性、女性ともに喫煙率は減少しています（図58）。

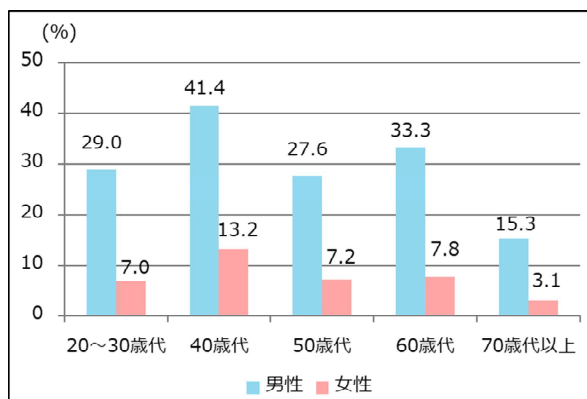
年代別の喫煙率は、男性、女性ともに40歳代が最も高く、それぞれ41.4%、13.2%となっています（図59）。また、令和4年の高知県県民健康・栄養調査によると、現在、習慣的に喫煙している人のうち、30.1%の人が禁煙を希望しています。禁煙を成功させるためには、医療機関での禁煙治療が効果的であり、本県で禁煙治療に保険が使える医療機関は令和5年7月1日現在で101箇所あり（表19）、令和4年度は253名が禁煙治療を受けています（図60）。

（図58 喫煙率の推移）



出典：高知県県民健康・栄養調査

（図59 年代別喫煙率）



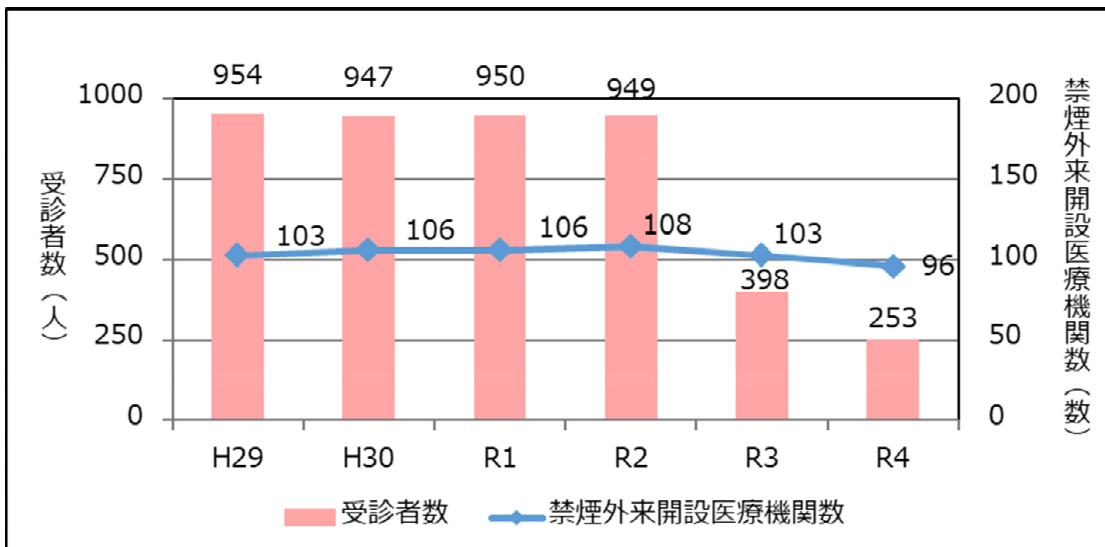
出典：令和4年高知県県民健康・栄養調査

（表19 歯科を除く医療機関に占める禁煙治療に保険が使える医療機関（高知県））

	県全体	二次医療圏域			
		安芸	中央	高幡	幡多
医療機関数	643	42	477	47	77
禁煙治療に保険が使える医療機関	101	9	80	3	9
割合	15.7%	21.4%	16.8%	6.4%	11.7%

出典：NPO 法人日本禁煙学会 HP「禁煙治療に保険が使える医療機関」（令和5年7月1日現在）及び高知県医療政策課「病院・診療所一覧」（令和5年7月31日現在）より算出

(図 60 禁煙外来開設医療機関数及び受診者数)

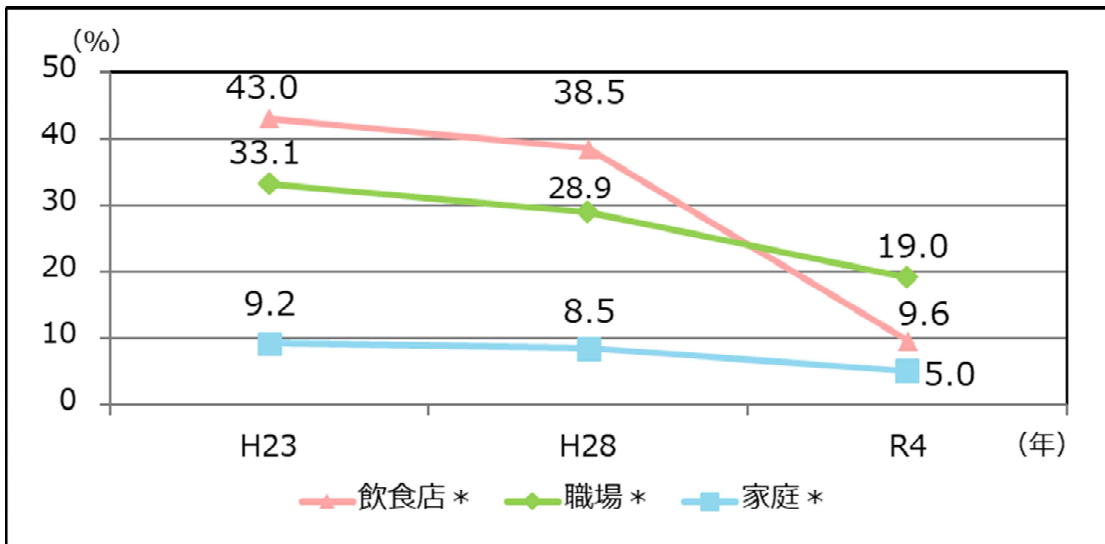


出典：厚生労働省（ニコチン依存症管理料に係る報告）

・受動喫煙の状況

本県の非喫煙者のうち、令和4年における1か月間に受動喫煙の機会があった人の割合は、飲食店（月1回以上）9.6%、職場（月1回以上）19.0%、家庭（ほぼ毎日）5.0%で、平成28年と比較して改善しています（図61）。

(図 61 非喫煙者が受動喫煙の機会を有する割合)



*飲食店：月1回以上受動喫煙の機会があった非喫煙者（飲食店に行かなかった人を除く）

*職場：月1回以上受動喫煙の機会があった非喫煙者（職場に行かなかった人を除く）

*家庭：ほぼ毎日受動喫煙の機会があった非喫煙者

出典：高知県県民健康・栄養調査

(9) 循環器病の状況

循環器病対策には、脳血管疾患及び虚血性心疾患の危険因子の管理による発症リスクの低減が必要です。特に、高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、日本人の循環器疾患の発症や死亡に対する影響が大きいことが明らかにされています。

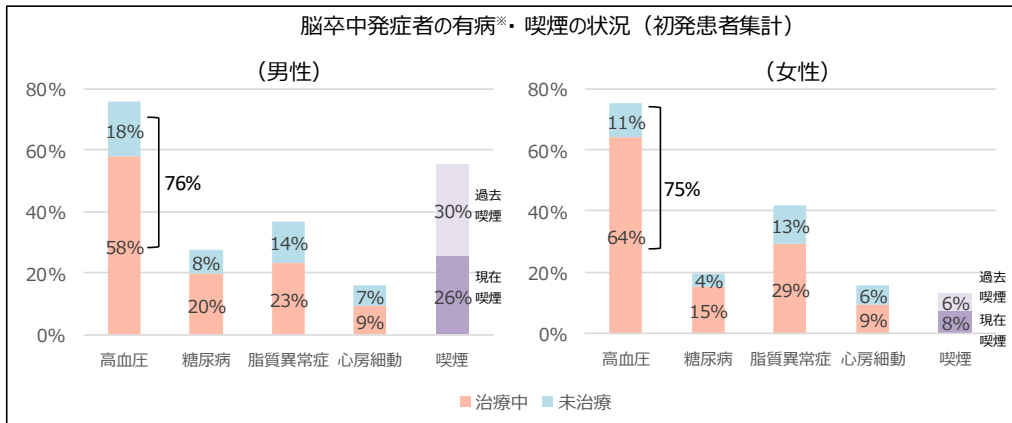
①脳卒中患者調査からみた危険因子の状況

本県の脳血管疾患発症者（初発患者）に占める高血圧有病者の割合は、男性は76%、女性は75%で、高血圧症を合併しながらも未治療である割合は男性18%、女性11%となっています。また、脂質異常症有病者の割合は、男性37%、女性42%で、脂質異常症を合併しながらも未治療者である割合は男性14%、女性13%となっています（図62）。

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等があります。脳卒中の発症予防のためには、これら危険因子の管理が重要となります。

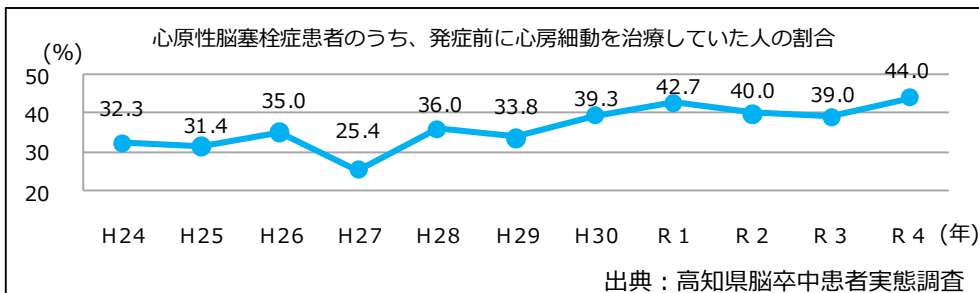
また、心原性脳塞栓症⁹については、心房細動など心疾患の治療が重要となりますが、高知県脳卒中患者実態調査によると、心原性脳塞栓症患者のうち発症前に心房細動の治療をしていた者の割合は約4割にとどまっています（図63）。

（図62 令和4年脳卒中発症者の有病・喫煙の状況）



出典：令和4年高知県脳卒中患者実態調査 ※調査協力医療機関において入院中に診断された者も含む

（図63 心原性脳塞栓症患者のうち、発症前に心房細動を治療した人の割合）

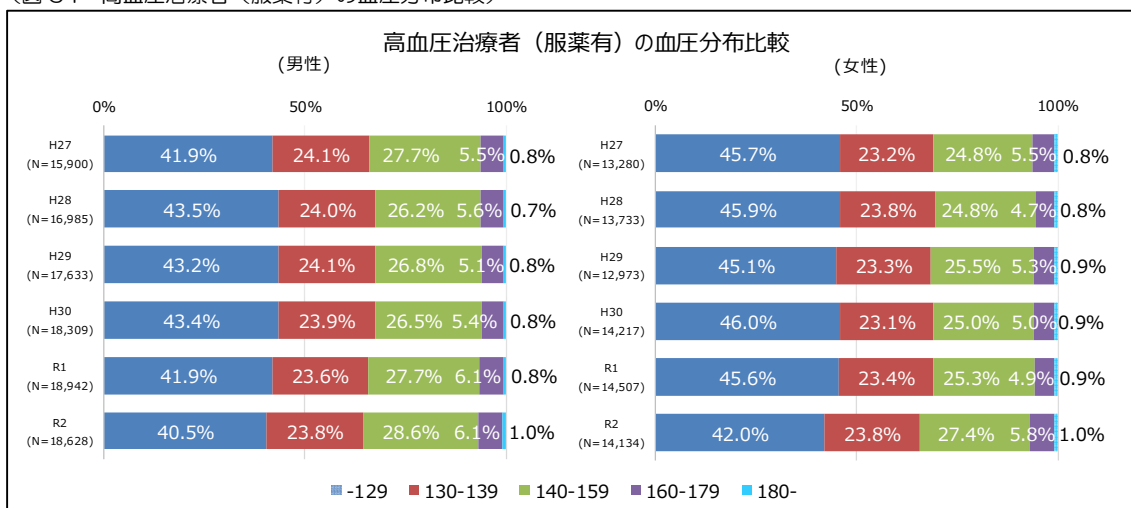


⁹心臓にできた大きな血栓などの異物が脳まで運ばれ、脳の血管につまって起こる病気

② 特定健診結果からみた高血圧治療者（服薬有）の血圧分布の状況

本県の特定健診結果から、降圧剤服用者で収縮期血圧 140mmHg 以上の人の割合は、平成 30 年度までは減少傾向でしたが、令和元年度以降上昇傾向にあります（図 64）。

（図 64 高血圧治療者（服薬有）の血圧分布比較）



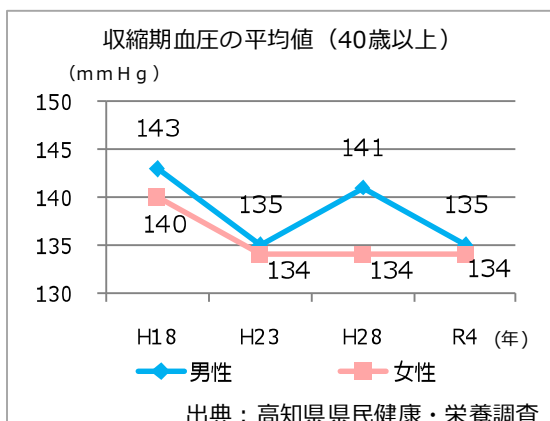
出典：市町村国保・協会けんぽ高知支部「特定健診実績」

③ 県民健康・栄養調査からみた血圧の状況

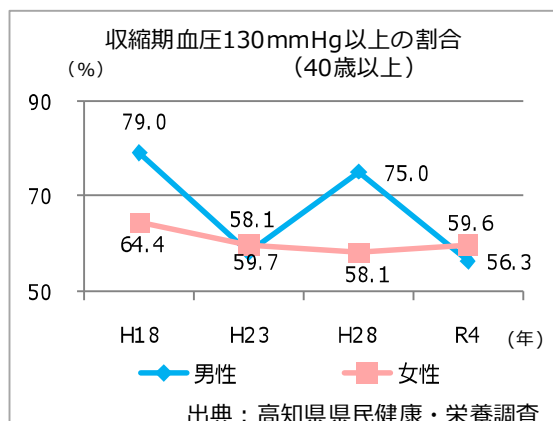
令和 4 年の 40 歳以上の収縮期血圧の平均値は、男性 135 mm Hg、女性 134 mm Hg となっており、平成 28 年と比較すると、男性の血圧値は低下しています（図 65）。

収縮期血圧 130 mm Hg 以上の人の割合は、男性 56.3%、女性 59.6%と、平成 28 年と比較して男性での割合は減少しています（図 66）。

（図 65 収縮期血圧の平均値（40歳以上））



（図 66 収縮期血圧 130mmHg 以上の割合（40歳以上））

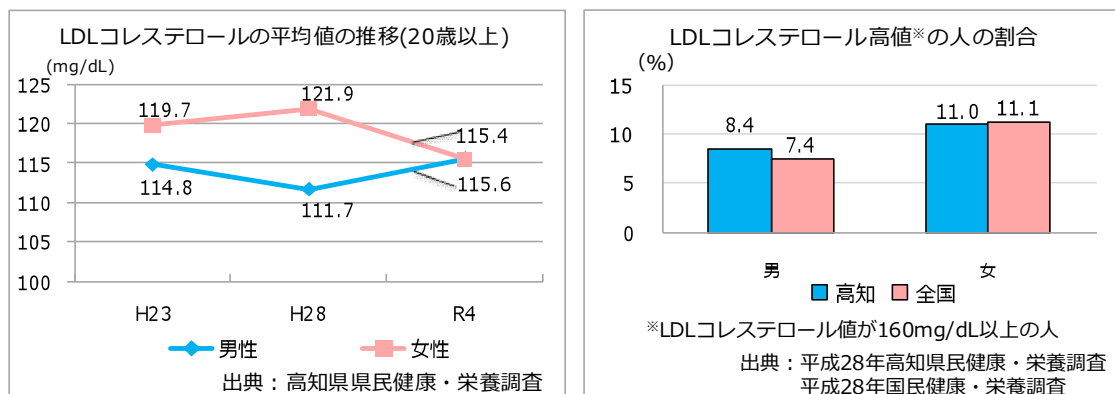


④ 脂質異常の状況

令和4年のLDLコレステロールの平均値は、男性115.6mg/dL、女性115.4mg/dLとなっており、平成28年と比較すると、男性で上昇、女性で減少しています（図67）。

また、LDLコレステロール160mg/dL以上の高値の人の割合を全国と比べると、女性は全国と同程度ですが、男性は1ポイント高くなっています（図68）。

（図67 LDLコレステロールの平均値の推移（20歳以上）（図68 LDLコレステロール高値の人の割合）



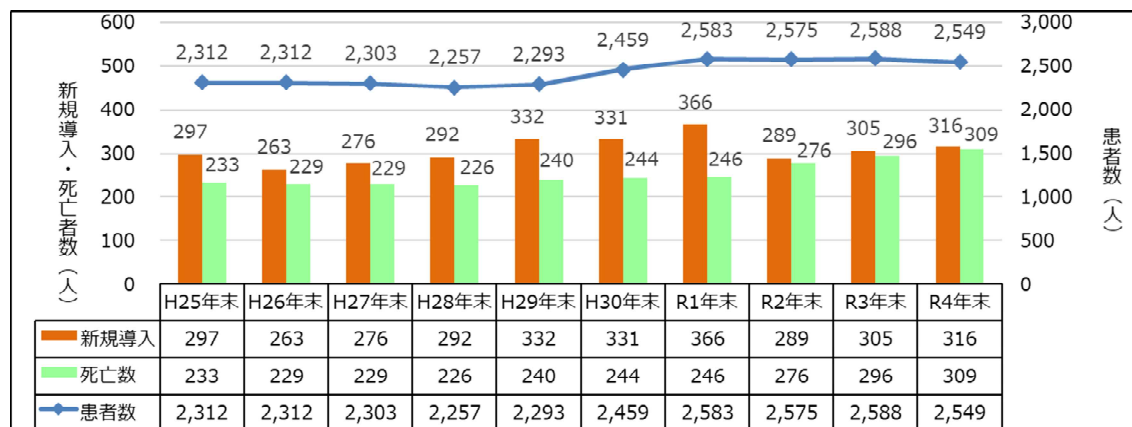
(10) 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

糖尿病が重症化すると、末梢神経障害や網膜症を発症し、さらに進行すると腎不全により人工透析の導入が必要となります。本県の透析患者は、日本透析医学会の調査（県内39施設中38施設回答）によると、令和4年末で2,549人（人口1万人当たり37.7人）と、全国（人口1万人当たり26.8人）と比べて高い状況にあります。

令和4年の原因疾患は糖尿病性腎症の割合が最も高く、新規透析導入患者316人のうち98人（31.0%）となっています（図69、図70、図71）。

また、令和2年の厚生労働省の患者調査によると、本県の糖尿病による外来受療率は、平成29年と比較して男性は減少傾向ですが、女性は増加傾向となっています（32ページ図46）。

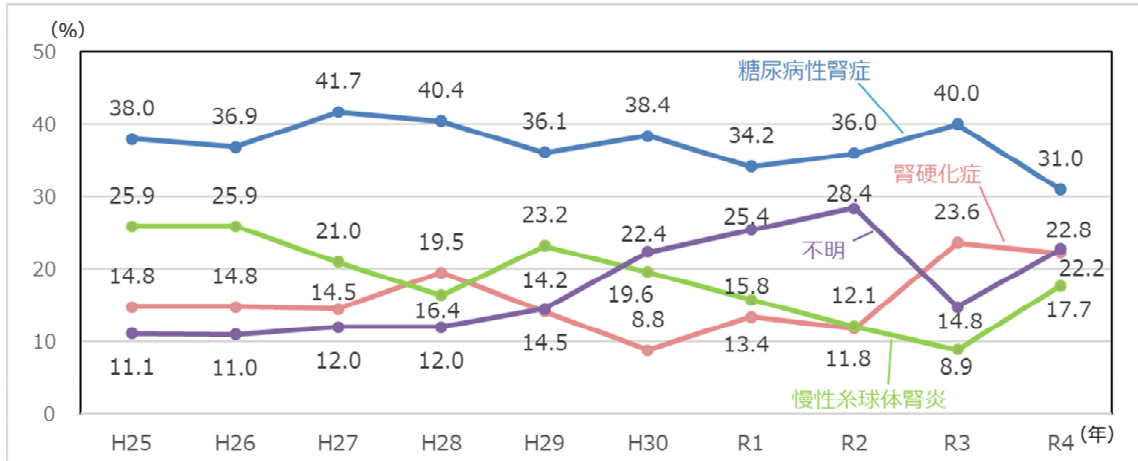
（図69 高知県の人工透析患者数の推移）



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 12月31日現在 2013年～2022年」

※H26年回答39施設 H27～H28年回答37施設 H29年回答38施設 H30～R3年回答39施設 R4年回答38施設

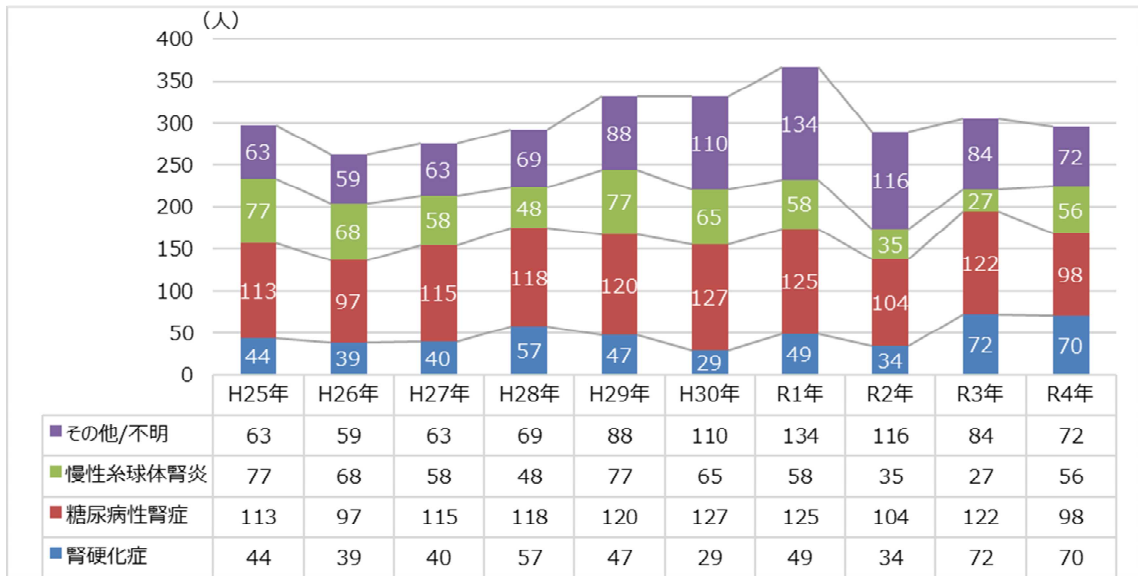
(図 70 高知県の新規透析導入患者における主要原疾患の推移)



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 12月31日現在 2013年～2022年」

※H26年回答 39 施設 H27～H28 回答 37 施設 H29 年回答 38 施設 H30～R3 年回答 39 施設 R4 年回答 38 施設

(図 71 高知県の新規透析導入患者における原疾患患者数)

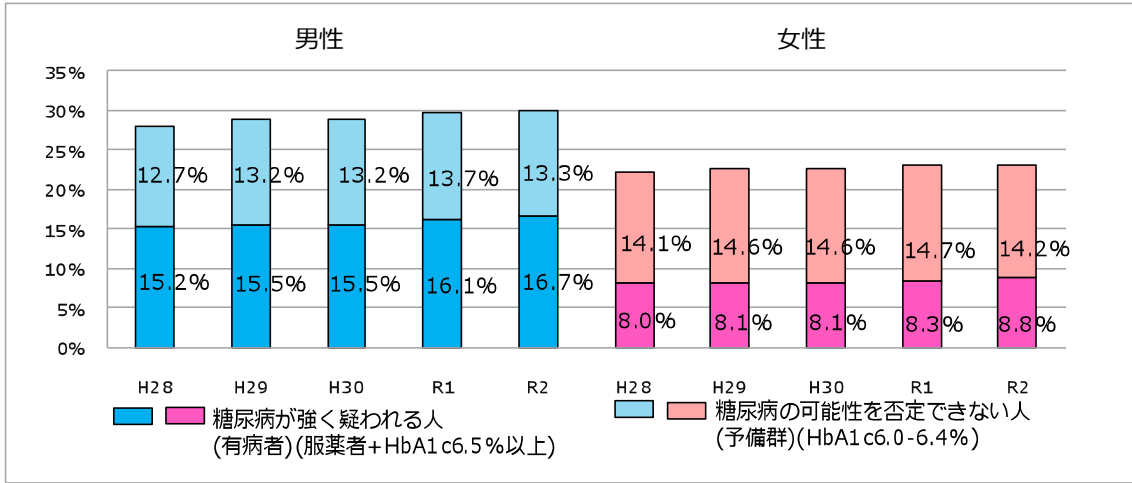


出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 12月31日現在 2013年～2022年」

令和2年度特定健診（市町村国保+協会けんぽ）受診者のうち、糖尿病が強く疑われる人（有病者）の割合は12.1%（男性16.7%、女性8.8%）、糖尿病の可能性を否定できない人（予備群）の割合は13.8%（男性13.3%、女性14.2%）となっています（図72）。

また、糖尿病が強く疑われる者は約3万6千人（対象人口の約10.7%）、糖尿病の可能性を否定できない者は約4万1千人（対象人口の約12.1%）と推計されています（表20）。

(図 72 特定健診から推計した糖尿病有病者と予備群の割合 (高知県))



出典：市町村国保・協会けんぽ「令和2年度特定健診実績」

(表 20 特定健診から推計した糖尿病有病者と予備群の人数 (高知県))

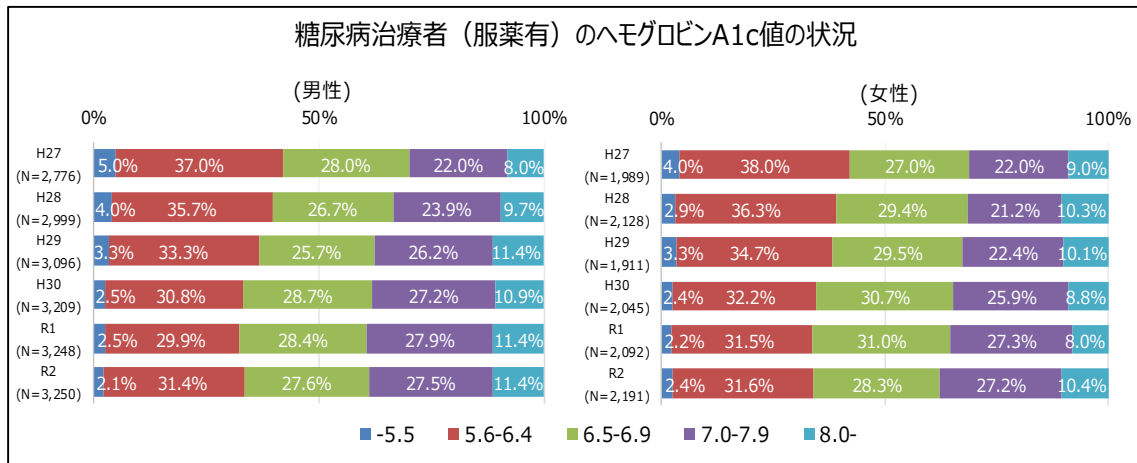
性別	推計人口40-74歳 (令和2年10月)	糖尿病が強く疑われる者	糖尿病の可能性を否定できない者
男性	164,147人	23,593人	19,909人
女性	173,154人	12,472人	20,807人
計	337,301人	36,065人	40,716人

出典：市町村国保・協会けんぽ「令和2年度特定健診実績」、高知県「人口推計」より算出

特定健診結果からみた令和2年度の糖尿病治療者（服薬有）のヘモグロビン A1c 値の状況を平成27年度と比較すると、ヘモグロビン A1c 値 7.0 未満の率が減少しています（図 73）。

また、糖尿病治療中で、ヘモグロビン A1c 値が 8.0 を超える人の割合は男性 11.4%、女性 10.4%（図 73）で、平成27年度と比較して増加しています。

(図 73 糖尿病治療者のヘモグロビン A1c 値の状況)



出典：市町村国保・協会けんぽ高知支部「特定健診実績」

県では、「高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(表21)及び「高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」に基づく市町村の取組の支援をしています。

(表 21 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組状況)

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組状況 (市町村国保)							
➤ 医療機関未受診者への受診勧奨事業				➤ 治療中断者への受診勧奨事業			
年度	介入人数	医療機関受診者数		年度	介入人数	医療機関受診者数	
		人数	受診割合			人数	受診割合
H30	117	47	40.2%	H30	85	41	48.2%
R1	153	64	41.8%	R1	75	30	40.0%
R2	146	64	43.8%	R2	88	43	48.9%
R3	121	43	35.5%	R3	99	68	68.7%
R4	94	41	43.6%	R4	89	68	76.4%

年度	介入人数【A】 (連絡票を渡した人数)	医療機関からの返信		
		返信数【B】 (割合：B/A)	プログラム 利用する【C】	プログラム 利用しない【D】
			(割合：C/B)	(割合D/B)
H30	111	66 (59.5%)	27 (40.9%)	39 (59.1%)
R1	290	82 (28.3%)	44 (53.7%)	38 (46.3%)
R2	268	85 (31.7%)	53 (62.4%)	32 (37.6%)
R3	290	61 (21.0%)	35 (57.4%)	26 (42.6%)
R4	181	30 (16.6%)	16 (53.3%)	14 (46.7%)

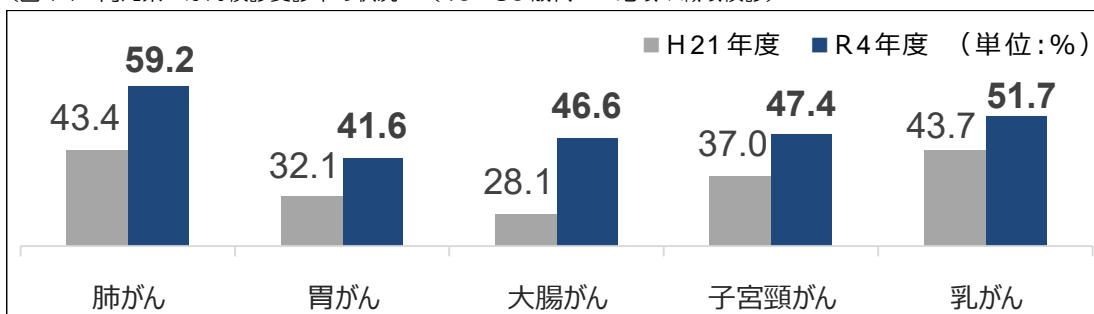
出典：高知県保健政策課

(11) がん検診の実施状況

県では、検診実施機関の協力を得て、県民全体のがん検診の受診状況を把握に努めています。特に、全国平均より死亡率が高い壮年期の死亡率改善のため40～50歳代のがん検診受診率向上に力を入れています。

様々な対策を講じ始める前の平成21年度と、令和4年度の受診率を比較すると、5つの検診全てで受診率が向上し、特に大腸がん検診は、18.5ポイント上昇していますが、胃がん、大腸がん、子宮頸がんは目標の50%に達していない状況です(図74)。

(図 74 高知県 がん検診受診率の状況 (40～50歳代 地域+職域検診))



出典：高知県健康対策課調べ

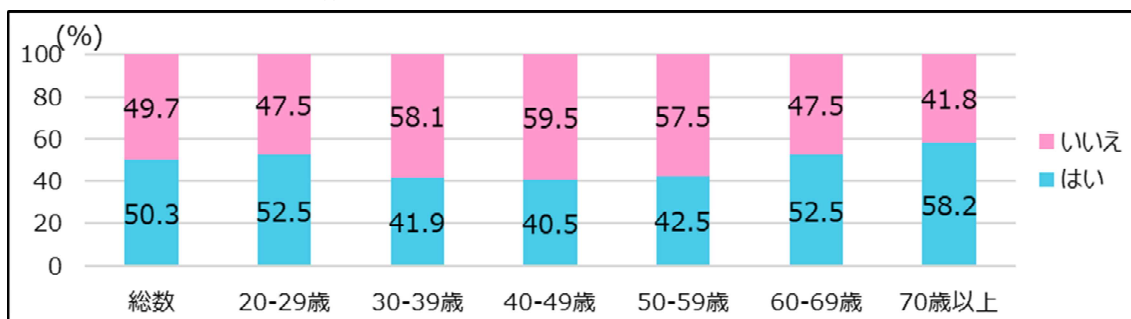
(12) 健康づくりの県民運動の取組状況

県では平成 28 年度から高知家健康パスポート事業により、健康に無関心な層の動機づけや健康的な生活習慣の定着につながる環境づくりに取り組んでいます。

また、日常生活で身近な量販店等と連携し、官民協働による生活習慣病予防の総合的な普及啓発を行う「高知家健康チャレンジ」により、生活習慣病予防に向けたポピュレーションアプローチの強化にも取り組んでいます。

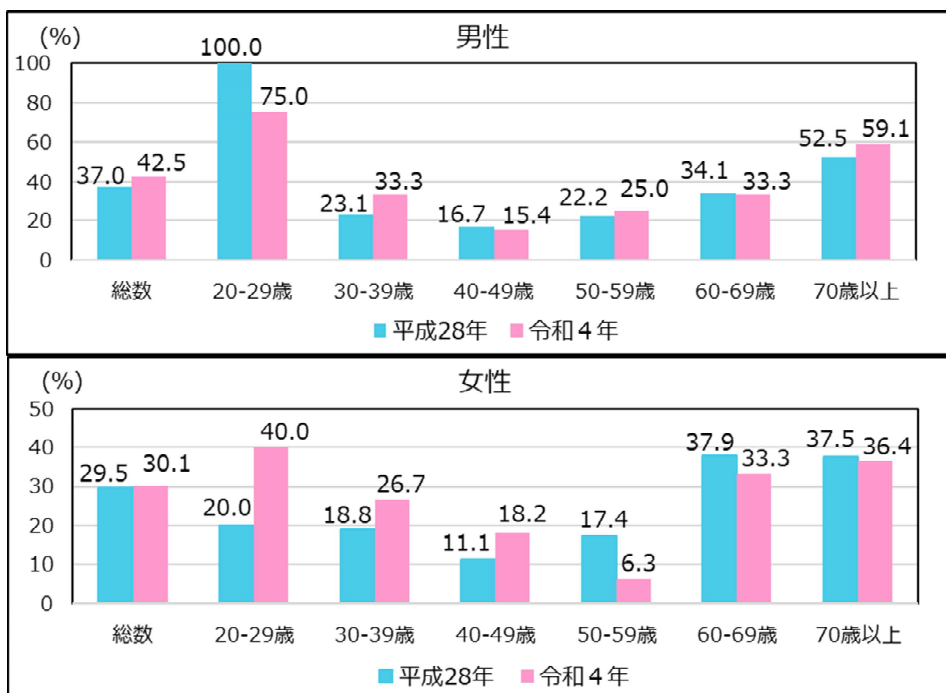
令和 4 年に実施した県民健康・栄養調査では、健康づくりのための身体活動や運動を実践している県民の割合は 50.3% (図 75) であり、運動習慣のある県民¹⁰の割合は男性 42.5%、女性 30.1% (図 76) と改善している一方、40-69 歳男性の肥満者の割合 (図 77) や 20-64 歳及び 65 歳以上女性の 1 日の平均歩数 (図 78) は悪化しています。

(図 75 健康づくりのための身体活動や運動を実践している者の割合)



出典：高知県県民健康・栄養調査

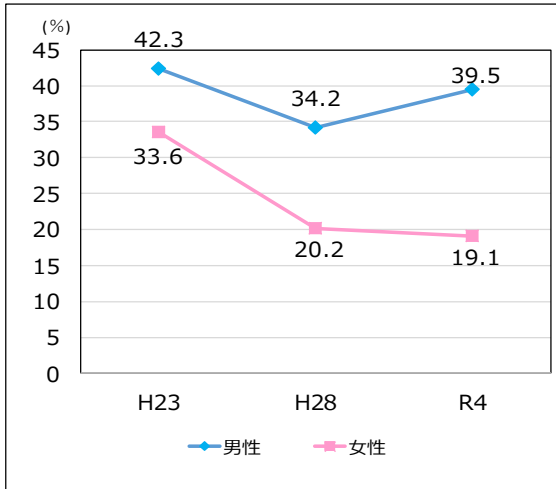
(図 76 運動習慣の割合：性・年齢階級別（高知県）)



出典：高知県県民健康・栄養調査

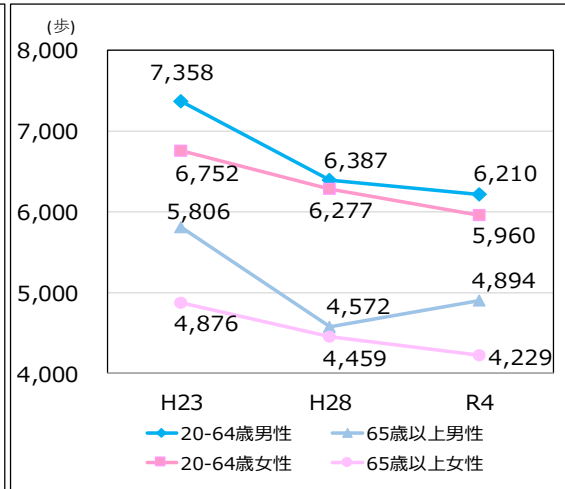
¹⁰ 週 2 日以上、1 回 30 分以上の運動を 1 年以上続けている者（医師に運動を禁止されている者を除く）

(図 77 40-69歳の肥満者(BMI25以上)の割合)



出典：高知県県民健康・栄養調査

(図 78 1日の平均歩数)



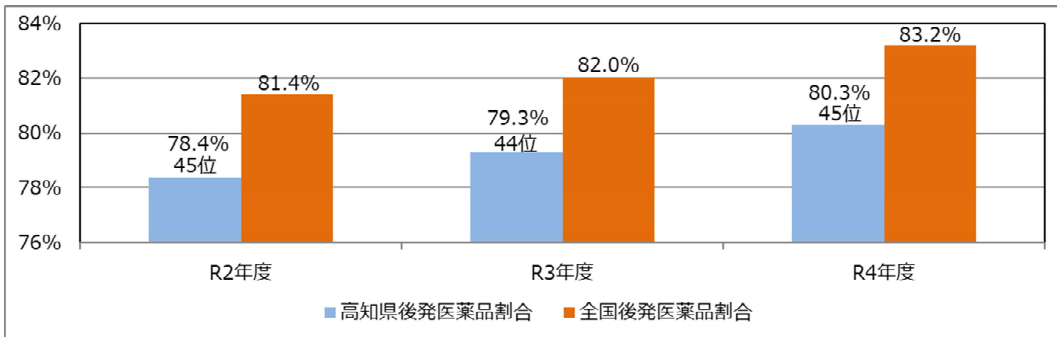
出典：高知県県民健康・栄養調査

(13) 後発医薬品の使用状況

本県の後発医薬品割合(数量ベース)¹¹は年々上昇していますが、令和4年度は80.3%で、全国平均の83.2%より2.9ポイント低く、全国45位となっています。

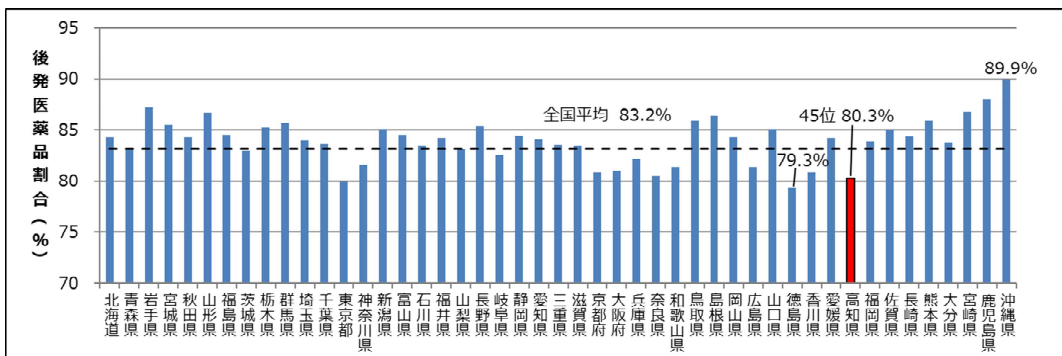
全国で最も割合が高いのは沖縄県の89.9%、最も低いのは徳島県の79.3%で、その差は約1.1倍となっています(図79、図80)。

(図 79 高知県後発医薬品割合(数量ベース)の推移)



出典：『最近の調剤医療費(電算処理分)の動向』(厚生労働省)

(図 80 令和4年度 都道府県別 後発医薬品割合(数量ベース))



出典：『最近の調剤医療費(電算処理分)の動向』(厚生労働省)

¹¹ [後発医薬品の数量]/[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量]

(14) 医薬品の使用状況

① 重複投薬

令和3年度に複数医療機関から同一月に同一成分の薬剤の投与を受けた患者割合、薬剤費割合は、全国とほぼ同じ状況となっています（表22）。

（表22 令和3年度 同一月に同一成分の薬剤の投与を受けた患者割合及び薬剤費割合）

区分		2医療機関	3医療機関	4医療機関以上
患者割合	全国	1.97%	0.06%	0.01%
	高知県	1.95%	0.07%	0.02%
薬剤費割合	全国	0.46%	0.01%	0.01%
	高知県	0.46%	0.01%	0.02%

出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

※（表22）の留意事項

- ・処方日数は考慮していないため、例えば、1週間毎に同一成分の薬剤を2つの医療機関から投与されている場合も含まれる。
- ・また、例えば、夜間に救急で診療を受けて薬をもらい、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬を貰う場合や、医療機関が連携して患者の治療を行うため、患者紹介を行った場合等も含まれる。

② 多剤投薬

令和3年度の同一月に複数種類の薬剤の投与を受けた患者割合、薬剤費割合は、「高齢者の医薬品適正使用の指針」により副作用の発生等が懸念される6剤以上で全国を上回っています（表23）。

（表23 令和3年度 同一月に複数種類の薬剤の投与を受けた患者割合及び薬剤費割合）

区分		0～5剤	6～14剤	15剤以上
患者割合	全国	79.21%	19.44%	1.35%
	高知県	76.59%	21.76%	1.66%
薬剤費割合	全国	39.00%	52.55%	8.45%
	高知県	35.28%	55.70%	9.02%

出典：厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット（2021年度診療分NDBデータ）」

※（表23）の留意事項

- ・患者の状態が不明のため、投与された種類数の適否を一概に判断することはできない。

2. 課題

本県の1人当たり県民医療費は全国1位となっており、特に県民医療費の46.2%（令和3年度）を占める後期高齢者医療費が大きく影響しています。

後期高齢者医療の1人当たり入院医療費を疾病別にみると（37ページ表16）、男性は脳梗塞、女性は骨折が最も高く、その他に関節疾患、慢性腎不全等の生活習慣病に係る疾病が高くなっています。今後、さらに後期高齢者が増加することを踏まえ、若いときからの生活習慣病の予防や疾病の早期発見と、適切な治療の継続、更に重症化を予防する取組が重要になります。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する課題

① 特定健診の実施率

本県の特定健診実施率は年々上昇しているものの、全国と比べて低い状況にあり、特に実施率の低い市町村国保と被用者保険の被扶養者について、対策を強化する必要があります。

② 特定保健指導の実施率

本県の特定保健指導実施率は横ばい傾向で、全国と比べて低い状況にあり、市町村国保や全国健康保険協会の実施率向上のために、啓発活動や指導者の人材育成等実施体制の強化が必要です。

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

特定健診の受診者のうちメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は、全国と比べて高く推移しており（33ページ図47）、特に男性については受診者の約4割を占める状況にあります（33ページ表12）。メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少を図るためには、まずは、特定保健指導の実施率向上が必要です。

④ たばこ対策

本県の喫煙率は減少傾向にあり、改正健康増進法の施行に伴い飲食店、職場における受動喫煙防止対策も進んでいますが、喫煙は生活習慣病発症に最も影響の大きい危険因子であり、引き続き、喫煙対策、受動喫煙対策を重点的に推進していく必要があります。

⑤ 高齢者に対する予防接種

令和4年度の本県の後期高齢者医療1人当たりの入院医療費を疾病別にみると（37ページ表16）、肺炎が他の疾病と比較して高い状況にあります（男性6位、女性9位）。

このため、疾病予防と健康保持の観点から予防接種の対象者となる県民が適切に接種を受けられるよう、肺炎球菌ワクチン及びインフルエンザワクチンの接種についての普及啓発に取り組む必要があります。

また、本県は、住所地に関係なく県内実施医療機関のどこでも接種を受けられる体制を構築していることから、今後も利便性を図るために現在の体制を維持していく必要があります。

⑥ 生活習慣病等の重症化予防の推進

脳血管疾患や虚血性心疾患など全国と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、生活習慣病の重症化予防に重点を置き、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。

ア 循環器病対策

本県の健診受診者における服薬中の人の血圧コントロールは、悪化傾向にありますが、令和4年県民健康・栄養調査では男性の血圧値が低下しており、引き続き啓発活動や血圧管理の徹底を推進していく必要があります。

また、脂質異常症は、自覚症状がないため、特定健診等で治療の必要性を指摘されても、必要な保健指導や治療を受けない人も多く、脳血管疾患や心疾患など、より重篤な生活習慣病の発症につながるため、若い世代から予防に取り組むことが求められます。

イ 糖尿病性腎症重症化予防対策

本県の新規透析導入患者における主要原疾患は糖尿病性腎症が最も多いことから、糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び糖尿病性腎症透析予防強化プログラムに基づく重症化予防対策が必要です。

また、未治療ハイリスク者の中には自覚症状がないために受診行動への動機付けが弱く受診に繋がらないケースがみられることから、対象者へ適切な情報提供と行動変容につながる保健指導の対応力向上が求められています。

⑦ 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

令和元年の「高齢者の医療の確保に関する法律」の改正において、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、各市町村は保健事業を進めるにあたり、介護保険の地域支援事業等と一体的に実施するよう努めるものとされています。

令和2年度から取組が始まりました「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」については、市町村に対する取組事例の紹介や実施に向けた意見交換を行うセミナーの開催などにより、年々実施市町村が拡大し、令和6年度からは県内全市町村での実

施が予定されています。

今後は、取組目標を、これまでの「実施市町村の拡大」から「より有効な保健事業の実施」に転換していく必要があります。

⑧ その他予防・健康づくりの推進

ア がん検診

本県のがん検診の受診率は年々上昇傾向にあります。令和4年県人口動態統計によると本県の死亡率は悪性新生物（がん）が1位となっていることから、引き続き受診率向上に取り組み疾病の早期発見、早期治療につなげる必要があります。

イ 健康づくりの県民運動

より多くの県民が健康づくりに取り組み、保健行動の定着につながる環境づくりを推進するため、引き続き、普及啓発や健康パスポート事業等を継続していくとともに、事業所の主体的な健康づくりの取り組みを推進していくことが必要です。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する課題

① 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケア¹²システムの構築

本県における令和3年の病床数について、全病床数の28.2%を療養病床が占めており（21 ページ図 29）、人口あたりの療養病床数は全国一多くなっています（20 ページ図 28）。また、本県の後期高齢者医療の入院医療費が高い要因として、全国と比べて独居の高齢者が多く、家庭での介護力が脆弱な状況となっているため、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理由と考えられます。

しかし、郡部においては、現在の病床数が将来必要と推計される病床数に近く、または下回っている状況となっています。

今後、人口減少や高齢化が進行する中、医療や介護が必要な状態となった全ての県民が、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を続けられる体制整備を進める必要があります。

併せて、本県は認知症や統合失調などの精神疾患に係る被保険者1人当たりの入院医療費が全国と比べて高い状況にあります。精神科病院への入院が長期化しないよう、できるだけ早い段階から退院に向けた支援に取り組むことが必要です。

また、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らしていくことができるよう、地域住民の協力を得ながら、精神科医療機関や地域の援助事業者、市町村などとの連携支援体制の構築と地域で暮らしていくための基盤整備を推進

¹² 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。

することが必要です。

② 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進については、薬局等での品質、有効性及び安全性等に関する正しい知識の普及啓発や、保険者による差額通知事業（服用中の先発医薬品を後発医薬品に変更した場合の差額をお知らせするもの）の取組みを進めた結果、本県の後発医薬品割合（数量ベース）は年々上昇していますが、全国と比べると低い状況にあり、今後も、継続的な普及啓発等の取組みが必要です。

また、地域フォーミュラリ¹³やバイオ後続品¹⁴の普及促進は、後発医薬品の使用促進のみならず、医療費適正化の取組みとしても重要視されており、現状把握をしたうえで施策を検討する必要があります。

③ 医薬品の適正使用の推進

重複投薬の是正やポリファーマシーによる健康被害の防止には、患者一人ひとりの服薬状況を把握することが重要です。そのため、お薬手帳（電子版を含む）のほか、EHR¹⁵などの医療DXの普及が期待されていますが、こうした医療DXが普及するまで、引き続き、かかりつけ薬剤師・薬局がお薬手帳を活用して服薬情報を一元的・継続的に管理する必要があります。

また、保険者（高知県国保連合会、高知県後期高齢医療広域連合）から、被保険者に対して重複・多剤投薬をお知らせし、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局への相談を促すとともに、国保の被保険者には、服薬サポーターから電話勧奨する取組みの強化が必要です。さらに、「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえ、地域の薬剤師が保健師等と連携して生活環境にあった服薬指導を行い、適正な薬物治療につながる取組みが必要です。

④ 医療資源の効果的・効率的な活用

ア 抗菌薬の適正使用

効果が乏しいというエビデンスがある医療について、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」では、例として、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用が挙げられています。

こうした医療サービスの提供状況について、地域の実情を把握し、個別の診療行為としては医師の判断によりなされることに留意しつつ、これを踏まえて

¹³ 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収録されている地域における医薬品集及びその使用方針。

¹⁴ 国内ですでに承認・販売されているバイオ医薬品（先行バイオ医薬品）の特許期間・再審査期間終了後に異なるメーカーから販売される、先行バイオ医薬品と同等/同質の製品。

¹⁵ Electronic Health Record の略語。個人の医療・健康等に係る情報の共有等を行うための医療情報連携ネットワークのこと。高知あんしんネット、はたまるねっと、高知家@ライン、国のEHRを指す。

必要な適正化に向けた取組を検討する必要があります。

イ 白内障手術

OECD（経済協力開発機構）によると、白内障手術については、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されており、令和3年度の日本での外来実施率は60.1%となっています。

（出典：OECD Health at a Glance 2021（日本のデータはNDBデータより））

外来での実施は医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮による院内感染リスクの減少など患者安全にも寄与するとされています。

本県の令和3年度の外来実施率は52.8%と全国平均を下回っており、個別の診療行為としては医師の判断により必要な場合があることに留意しつつ、地域の実情を把握しながら、必要な取組について検討する必要があります。

ウ 化学療法

化学療法の提供については、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心に、継続的にレジメン¹⁶を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてきました。

なお、科学的根拠に基づく正しい化学療法に関する知識の普及については、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が見られることがあります。がん患者が治療法に関する正しい情報を得られるための支援体制が必要です。

⑤ 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

高齢化が進んでいる本県では、高齢者のいる世帯に占める独居や夫婦のみ世帯の割合が高く、家庭での介護力が弱い背景などから、療養病床や介護施設など施設系の医療・介護サービス利用が多い傾向にあります。

一方で、令和3年度の県民世論調査によると、県民の4割が医療や介護が必要な状態になっても自宅で生活したいという願いを持っており、在宅での看取りを希望する方や家族に対しては、最後まで在宅での生活を支援できるよう、緩和治療や在宅ターミナルケアに対応できる訪問診療や訪問看護、介護サービスが一体となった体制づくりが求められます。

こうした中、県では、各福祉保健所圏域における医療・介護の関係機関を対象とした多職種研修の実施や、地域の課題に関して関係機関や市町村と協議、調整を行うなど、地域の実情に応じた広域的な医療と介護の連携の推進に向けた市町村支援を行ってきました。

¹⁶ 薬物療法を行う上で、薬剤の用量や用法、治療期間を明記した治療計画のこと。

その取組の一つとして、患者やその家族が安心して入院から在宅生活に移行できるよう、病院及び介護関係者（ケアマネジャー、地域包括支援センター等）と協働し、地域の実情に応じた入退院時の引継ぎルール¹⁷の策定・運用に向けた支援を進め、令和5年4月現在、病院及びケアマネジャーが所属する事業所でのルール普及率は90%を超えています。引き続き、ルールの活用状況の把握や改善のための協議を行うなど、PDCAサイクルによる地域での定着を支援し、本人のQOL向上や希望に叶う退院後の生活につながるよう、医療と介護の連携・協力体制のさらなる強化を図っていく必要があります。

また、県では、医療・介護分野におけるデジタル化を推進しており、医療・介護情報の効率的な連携を図るため、高知家@ライン（こうちけあらいん）や高知あんしんネット、はたまるねっとの県内3つのEHRの普及促進などについて各運営事業者への支援を行うとともに、中山間地域における医療アクセスの負担軽減を図るため、通信・医療機器を搭載した、車内でオンライン診療ができる車両（ヘルスケアモビリティ）の導入について、医療機関への支援を実施しています。

令和5年8月時点でのEHRへの加入状況は、例えば病院では、63機関（約52%）が加入するなど一定進んではいますが、診療所や介護施設等においては更なる加入促進が求められています。

・高齢者の大腿骨骨折

高齢者の大腿骨骨折については、今後も患者は増大すると見込まれており、早期に治療を開始するための骨粗鬆症検診の実施が必要です。現在、県内市町村においては、イベント等で骨密度の測定を行っている市町村はありますが、骨粗鬆症検診は実施されていません（令和4年度高知県健康増進事業費補助金実績報告書）。

要介護別にみた介護が必要となった主な原因について、全ての介護度において骨粗鬆症が要因となる骨折・転倒が第2位または第3位となっており、骨粗鬆症対策が必要です（表24）。

（表24 現在の要介護別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位））

現在の介護度	第1位	割合 (%)	第2位	割合 (%)	第3位	割合 (%)
総数	認知症	16.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

出典：『令和4年国民生活基礎調査』（厚生労働省）

¹⁷ 病院とケアマネジャー、市町村、地域包括支援センターが協議しながら、入退院時の引継ぎの手順を地域の実情に合わせて決めルール化したもの。

第3章 計画における目標と取組

1. 基本理念

(1) 取組の基本的方向

本県は、生活習慣病が死亡原因の多くを占める壮年期男性の死亡率の改善が引き続き課題となっています。平成22年と令和2年を比較して、30歳代後半から50歳代の過剰死亡は減少していますが、60歳代は増加している状況です（27ページ図40）。また、生活習慣病が重症化すると、様々な合併症を引き起こし生活の質の低下にもつながります。

さらに、令和2年に約131千人の75歳以上の高齢者人口は、令和12年に約151千人と1.15倍まで増加すると見込まれており、高齢者人口の増加とともに医療費も増加することが見込まれます（11ページ図13）。

このような状況の中、医療費適正化については、県民生活の質の確保及び向上や良質かつ適切な医療の効率的な提供を図ることにより、結果として医療費が過度に増大しないよう推進することとします。

(2) 壮年期の死亡率の改善等に向けた取組

壮年期の死亡率の改善等を図るため、生活習慣病の予防や疾病の早期発見に向け、特定健診の受診率向上とメタボリックシンドロームの該当者及び予備群に対する特定保健指導の実施率向上を図るとともに、喫煙対策、循環器病、糖尿病等の血管病の重症化予防対策などに引き続き取り組みます。

また、県民が生涯にわたり住み慣れた地域で健康的な生活を続けていくためには、県民が「自らの健康は自らが守る」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて行動することが重要であることから、健康づくりに対する普及啓発や健康パスポート事業等を継続するとともに、事業所が主体的に健康づくりに取り組める環境づくり等、より多くの県民が健康づくりに取り組むことができる環境づくりを推進し、県民の健康と長寿を目指します。

(3) 病床機能の分化及び関係機関との連携と高知版地域包括ケアシステムの構築

本県は、全国に先駆けて高齢化が進んでいるうえに、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が多く家庭での看護・介護力が脆弱なことや、中山間地域が多く、医療・介護サービスの提供が十分に行きわたりにくいことなどから、一旦病気となった場合には入院に頼らざるを得ない現状があります。

このような状況の中、県民の方々の生活の質の確保及び向上を図るためには、たとえ病気や介護が必要な状態になったとしても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、本人の意向に沿った形で医療から介護、施設から居宅に移行

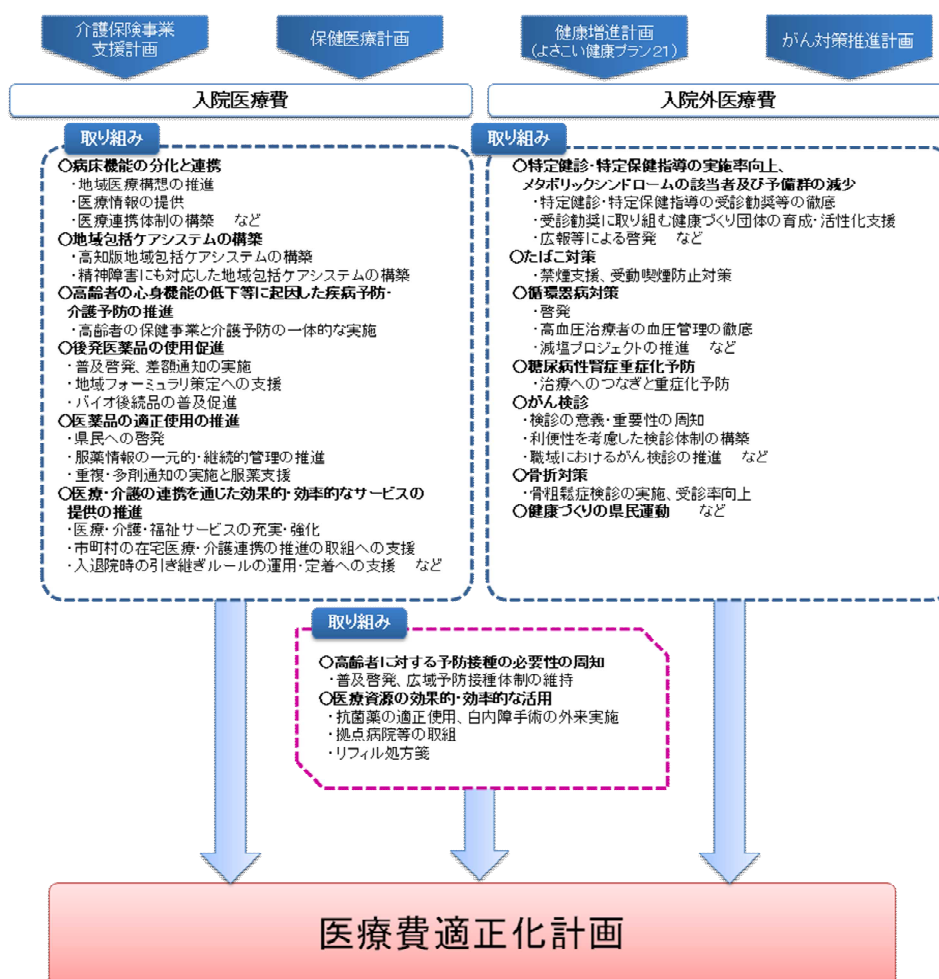
していく必要があります。

このため、病床機能の分化と関係機関との連携を推進し、療養環境の整備や転院、退院を支援する仕組みづくりに取り組むとともに、中山間地域での医療・介護サービスの確保、在宅医療の充実・地域福祉の拠点であるあったかふれあいセンターの整備と機能強化などにより高知版地域包括ケアシステムの構築を図り、生活の質の確保及び向上を目指します。

(4) 取組の実施方法

医療費適正化計画における取組は、県の介護保険事業支援計画や医療計画、健康増進計画等により推進します（図 81）。

(図 81 医療費適正化計画の取組のイメージ)



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

今後、さらに高齢者が増加することを踏まえ、壮年期から、生活習慣病の予防や重症化を防止するため、国の基本方針を踏まえた、次の目標値とします。

- 特定健診の実施率を 70%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%以上減少させます。

① 特定健診の実施率

よさこい健康プラン 21 にも掲げられている次の目標とします。

令和 11 年度に、40 歳から 74 歳までの人の特定健診実施率 70%

② 特定保健指導の実施率

よさこい健康プラン 21 にも掲げられている次の目標とします。

令和 11 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特定保健指導実施率 45%

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¹⁸

よさこい健康プラン 21 にも掲げられている次の目標とします。

令和 11 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

④ たばこ対策

よさこい健康プラン 21 で掲げられている次の目標とします。

・喫煙率

令和 11 年度までに、20 歳以上男性 20%以下、20 歳以上女性 5%以下

・受動喫煙の機会を有する人の割合

令和 11 年度までに、家庭 3%以下、職場 10%以下、飲食店 4.8%以下

⑤ 高齢者に対する予防接種

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

¹⁸ 特定保健指導の対象者の減少率をいう。

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します。

⑥ 生活習慣病等の重症化予防の推進

ア 循環器病対策

よさこい健康プラン 21 で掲げられている次の目標とします。

- ・ 特定健診受診者（降圧剤の服用者）の収縮期血圧 140 mm Hg 以上の人の割合
令和 11 年度までに男女とも 30%未満
- ・ 収縮期血圧の平均値
令和 11 年度までに、男女^{*}とも 130mmHg 以下
- ・ 収縮期血圧 130mmHg 以上の人の割合
令和 11 年度までに、男女^{*}とも 45%以下
*いずれも 40 歳以上
- ・ 脂質高値（LDL コレステロール 160mg/dL）以上の人の割合
令和 11 年度までに、男性 7.6%、女性 5.6%

イ 糖尿病性腎症重症化予防対策

よさこい健康プラン 21 で掲げられている次の目標とします。

- ・ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数
令和 11 年度までに 100 人以下
- ・ 特定健診受診者で HbA1c8.0%以上の人の割合
令和 11 年度までに 1.15%以下
- ・ 未治療ハイリスク者・治療中断者に対する指導の成功率¹⁹
令和 11 年度までに未治療ハイリスク者 50%以上、治療中断者 70%以上
- ・ 糖尿病有病者の割合
令和 11 年度 現在の糖尿病有病者割合を増加させない

⑦ 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

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について、令和 6 年度からは県内の全市町村で実施が予定されていますが、各市町村が地域課題を分析したうえで、課題に即した取組が実施できるよう、支援します。

⑧ その他予防・健康づくりの推進

ア がん検診

第 4 期高知県がん対策推進計画で掲げられている次の目標とします。

- ・ がん検診の受診率（※1）

¹⁹ 保健師等の受診勧奨により医療機関につながった割合。

令和 11 年度までに 60%以上

- ・がん検診の精密検査受診率（※2）

令和 11 年度までに 90%以上

※ 1：肺がん・胃がん・大腸がん・乳がん：40～59 歳 子宮頸がん：20～59 歳

※ 2：市町村検診と職域検診を合算したものを対象とします。

イ 健康づくりの県民運動

よさこい健康プラン 21 で掲げられている次の目標とします。

- ・1日1回以上健康パスポートアプリを利用している人数（月平均人数）

令和 11 年度までに 23,000 人

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

① 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を目指します。

② 後発医薬品の使用促進

令和 11 年度には、後発医薬品の使用割合を全国平均並みとすることを目標とします。

また、バイオ後続品については、国が設定した目標を踏まえ、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%以上に到達するよう努めることを目標とします。

③ 医薬品の適正使用

かかりつけ薬剤師・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します。

また、保険者においても、かかりつけ薬剤師・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します。

④ 医療資源の効果的・効率的な活用

ア 抗菌薬の適正使用

厚生労働省の「都道府県医療費の将来推計ツール」（以下、「推計ツール」という。）において、急性気道感染症や急性下痢症の治療に対して処方される抗菌薬の使用削減による医療費の適正化効果が組み込まれています。

推計ツールの規定値では、令和 11 年度における削減率を、令和元年度比で 50%削減と設定されていますが、適正化の取組にあたっては、県内の使用状況を把握したうえで、必要な取組や目標値について検討する必要があります。

イ 白内障手術

白内障手術の外来実施については、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮による院内感染リスクの減少など患者安全にも寄与するとされている一方で、患者本人の生活環境（通院距離、家族構成等）等も考慮する必要があるため、一律に外来実施が推奨されるわけではありません。

また、個別の診療行為としては医師の判断によりなされることに留意しながら、適正な外来での実施に向けて必要な取組について検討します。

ウ 化学療法

第4期高知県がん対策推進計画で掲げられている次の目標とします。

- ・外来化学療法実施件数

令和11年度までに基準値より増加

（基準値：21,947件（R3））

⑤ 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

医療機関の地域の多職種が協働する退院支援体制の構築や、「高知医療介護連携情報システム」などのEHR²⁰を活用した多職種協働によるチーム医療体制の構築など、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を目指します。

高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策については、よさこい健康プラン21で掲げられている次の目標とします。

- ・骨粗鬆症検診の実施市町村数

令和11年度までに県内17市町村で実施

- ・骨粗鬆症検診受診率

受診率の増加

(3) 適正化策の実施による医療費の見通し

① 医療費適正化の取組を行う前の令和11年度の県民医療費の見通し

厚生労働省の「都道府県医療費の将来推計ツール」（以下、「推計ツール」という。）で試算されると、医療費適正化の取組を行う前の令和11年度の県民医療費は、入院医療費については、高知県保健医療計画（高知県地域医療構想）に基づく事業の実施による病床機能の分化及び連携の推進の成果の効果を踏まえ約1,676億円以上になると推計されます。また、入院外医療費は約1,736億円となり、合計で約3,412億円以上になると推計されます。

²⁰ Electronic Health Record の略語。個人の医療・健康等に係る情報の共有等を行うための医療情報連携ネットワークのこと。高知あんしんネット、はたまるねっと、高知家@ライン、国のEHRを指す。

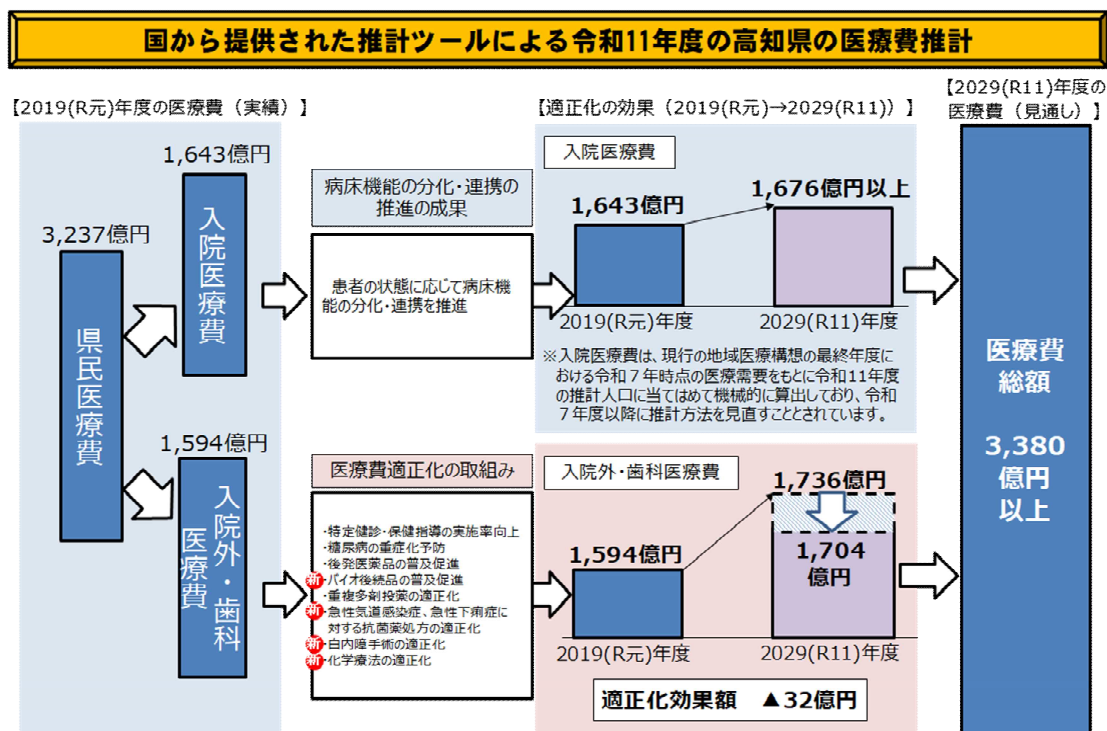
なお、高知県保健医療計画（高知県地域医療構想）で推計された令和7年度の必要病床数は11,252床以上と定められていることから、本計画においては3,412億円以上と見込みます。

また、推計ツールにおける入院医療費の推計については、現行の地域医療構想における令和7年時点の医療需要をもとに令和11年度の推計人口に当てはめて機械的に算出しており、地域医療構想が令和7年に向けて策定されていることを踏まえ、令和7年度以降に推計方法を見直すこととされています。

②医療費適正化後の県民医療費の見通し

後発医薬品の普及や特定健診・保健指導の実施率の達成、医薬品の適正使用による効果など、医療費適正化計画の目標を達成した場合には、入院外医療費が約1,704億円となり、約32億円の効果が見込まれ、入院、入院外医療費を合計した医療費適正化後の令和11年度の県民医療費は約3,380億円以上となります（図82）。

（図82 推計ツールによる令和11年度の高知県の医療費推計）



③制度区分別医療費の推計

推計ツールにより算出された本県の医療費の見通しを基に、制度区分別の医療費を機械的に算出すると、市町村国保の令和11年度の推計医療費は、医療費適正化の取組を行う前の総額が615億円、医療費適正化の取組を行った場合が609億円となります(表25)。

また、後期高齢者医療制度の令和11年度の推計医療費は、医療費適正化の取組を行う前の総額が1,693億円、医療費適正化の取組を行った場合が1,678億円となります(表25)。

④制度区分別1人当たり保険料の試算

③で算出した保険者種別・年度別医療費の見通しを基に、令和11年度の本県における市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料を機械的に試算すると、市町村国保の1人当たり保険料(月額)は、医療費適正化の取組を実施する前が7,851円、医療費適正化の取組を行った場合が7,779円、後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(月額)は、医療費適正化の取組を実施する前が6,714円、医療費適正化の取組を実施した場合が6,651円となります(表25)。

なお、市町村国保の1人当たり保険料は、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分により構成されますが、当試算においては、後期高齢者支援金分及び介護納付金分は含んでいません。

また、実際の保険料は、医療費の動向や財政状況、制度改正などの要因に大きく影響を受ける点に留意が必要です。

(表25 推計ツールによる制度区分別医療費及び1人当たりの保険料の機械的な試算(令和11年度))

○市町村国保							単位：億円	単位：円
	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	1人当たりの保険料の 機械的な試算(月額) (2029(R11))	
適正化前	638	624	616	612	612	615	7,851	
適正化後	632	618	610	607	606	609	7,779	
適正化効果	▲6	▲6	▲6	▲6	▲6	▲6	▲72	

○後期高齢者医療制度							単位：億円	単位：円
	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	1人当たりの保険料の 機械的な試算(月額) (2029(R11))	
適正化前	1,472	1,526	1,574	1,618	1,657	1,693	6,714	
適正化後	1,458	1,511	1,559	1,602	1,642	1,678	6,651	
適正化効果	▲14	▲14	▲15	▲15	▲15	▲16	▲63	

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 特定健診・特定保健指導の実施率向上、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少の取組

○特定健診・特定保健指導の受診勧奨等の徹底

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、保険者は、医師会や事業者等と連携し、医療機関や職場への働きかけ等により、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、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。

○特定健診実施後の事後指導の徹底

保険者は、健診結果に基づく保健指導や医療機関への受診勧奨を徹底します。

○特定保健指導の実施率向上のための支援

県は、保健指導の効果が得られるよう保健師や管理栄養士等の指導者の人材育成に取り組みます。

○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

県、保険者は、特定健診、特定保健指導の実施率を向上させる取組によってメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図ります。

② たばこ対策

○禁煙支援

県は、禁煙治療に保険が使える医療機関の周知を行うなど、禁煙治療を受けやすい環境づくりに努めます。

また、マスメディア等を活用して、禁煙外来への受診勧奨を行います。

○受動喫煙防止対策

県は、受動喫煙が健康に及ぼす影響等を、県民に対して広く啓発します。

また、各種研修会・関係団体会議において、事業所等に対して、改正健康増進法の周知を行い、受動喫煙防止の取り組みを推進します。

③ 高齢者に対する予防接種の必要性の周知

○予防接種の普及啓発

県は、予防接種に対する住民の意識を高めるため、市町村等による普及啓発の促進を支援します。

○広域予防接種体制の維持

県は、県民が住所地に関係なく県内のどこの実施医療機関でも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が受けられるよう、現在の接種体制を維持するために、市町村と医療機関との契約について調整及び支援を行います。

④ 生活習慣病等の重症化予防の取組

ア 循環器病対策

○啓発

県は、高血圧や脂質異常等の危険因子と脳血管疾患・心疾患との関連や、高血圧等を予防するための適切な生活習慣について、県民に対して広く啓発します。脳卒中の危険因子である高血圧や、心原性脳塞栓症の原因である心房細動の危険性について啓発に努めます。

○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、医療機関や高知家健康づくり支援薬局等を通じて治療者に啓発するとともに、家庭血圧測定の普及を推進します。

○減塩プロジェクトの推進

県は、高血圧の原因の一つである塩分摂取について、スーパーマーケットやコンビニエンスストア、食品メーカー等と連携し、減塩商品の紹介、減塩料理の提案等、官民協働で「減塩プロジェクト」に取り組みます。

○早期発見と治療へのつなぎ

県及び保険者は、特定健診・特定保健指導の実施率向上を図るとともに、健診後に医療機関への受診が必要な未受診者への受診勧奨に取り組みます。

イ 糖尿病性腎症重症化予防対策

○治療へのつなぎと重症化予防

高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラムに基づき、保険者をはじめ、県、県医師会、医療関係団体が連携しながら、特定健診結果において「要医療」、「要精密検査」など医療機関への受診が必要でありながら受診していない人や治療中断者に対する受診勧奨、また、治療中で重症化リスクが大きい者に対する保険者とかかりつけ医、専門医の連携による生活指導を行うことにより重症化を防ぎます。

また、県は、重症化予防対策に係る従事者へのスキルアップ研修会の実施により、対象者への適切な情報提供と行動変容を促す保健指導力の向上を図ります。

⑤ 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

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について、より効果的な取組となるよう、好事例の横展開やKDB システム²¹の活用支援など、事業の実施主体である高知県後期高齢者医療広域連合及び高知県国民健康保険団体連合会と協力し、市町村での取組を支援します。

⑥ その他予防・健康づくりの推進に関する取組

ア がん検診

○検診の意義・重要性の周知

市町村及び検診実施機関は、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努めます。また、県は、がん検診の意義及び必要性等について、県民へ周知します。

○利便性を考慮した検診体制の構築

県は、がん検診を受診しやすい体制の整備に向け、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、受診手続きのデジタル化など、利便性の向上に努めます。

○職域におけるがん検診の推進

県及び市町村は、職域におけるがん検診推進のため、事業主等と連携したがん検診の受診促進に取り組みます。

²¹ 国民健康保険中央会及び都道府県国民健康保険団体連合会において運用されているシステムで、国保・後期高齢者医療・健診・介護のデータを集積しており、データを基に統計情報や個人の健康に関する情報を提供し、市町村の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的としている。

○精密検査の受診率向上

県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進します。また、市町村及び検診機関は、要精密検査対象者のフォローアップを行い、未受診者に対する受診勧奨に努めます。

イ 健康づくりの県民運動

○健康意識のさらなる醸成と保健行動の定着化

県は、引き続き、健康づくりの県民運動により、県民の健康意識の更なる醸成と保健行動の定着化を図るため、高知家健康パスポート事業等により、個人の健康づくりを支援するとともに、保険者、市町村及び事業所等の関係機関と連携し、健康づくりの動機付けを行う環境づくりに取り組みます。

また、働きざかり世代の課題解決のため、官民協働で働きざかり世代をターゲットにした「適正体重維持の重要性」に関する啓発や事業所が主体的に健康づくりに取り組める環境づくり等、保健行動の定着化による健康づくりに取り組みます。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

① 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

ア 病床機能の分化と連携

○地域医療構想の推進

県では、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年のあるべき医療提供体制を示した地域医療構想を平成28年12月に策定し、各保健医療圏域ごとに設置した地域医療構想調整会議において医療・介護・市町村等関係者と、地域の各医療機関が現在担っている役割の現状分析や課題共有、休床や非稼働病床の把握、中心的な医療機関の役割の明確化を進め、医療機関自らが自主的に担う機能を選択できる環境を整えてきました。

また、医療療養病床（25対1）の人員配置基準の経過措置及び介護療養病床が令和5年度末に廃止されるにあたり、療養病床から高齢者施設への転換等への支援を行い、対象となる療養病床は全て転換等が完了する見込みです。

さらに、不足する病床機能への転換や病床のダウンサイジングを行う際には、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行うなどし、病床の機能分化を進めてきました。

今後も引き続き、将来の医療需要に応じた適正な医療提供体制を目指し、地域医療構想調整会議において地域の関係者と協議を進めるとともに、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行っていきます。

加えて、郡部においては、現在の病床数が既に将来必要と推計される病床数に近

づく、または下回る状況となっていることから、地域医療連携推進法人制度の活用などによる地域連携を促進し、医療提供体制の確保に努めていきます。

○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「全国統一システム」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。

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する診療計画表（クリニカルパス）の活用は、患者に切れ目のない医療の提供を行うために有効なツールです。本県では、脳卒中の地域連携クリニカルパスの活用が進んでおり、治療面だけではなく、症例検討会や研修会などを通じて多職種連携が図られており、効果を上げています。今後はがんや急性心筋梗塞、糖尿病等の分野でも、地域連携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

在宅患者の情報共有を図るため、県からの支援によって高知大学が開発した「高知医療介護連携情報システム」を利用した、在宅医療に係る多職種による情報共有の促進を図ります。

在宅医療に係る機関は、ICTを利用した在宅医療に係る多職種の相互の連携を行い、在宅で療養する患者のニーズに対応した医療や介護を包括的に提供します。

また、様々な理由により全ての地域で一斉にICTを利用することは難しいことから、ICTの利用がなくても可能などから連携を進められるよう、在宅医療に係る機関は、ICTの利用と並行して高知県かかりつけ連携手帳を利用して相互に連携します。

さらに、県内では医療機関、薬局、介護事業所等が参加し、診療情報や処方内容、ケアプラン等の患者情報を双方向で共有するICTを利用した取組や、急性期医療機関から地元の医療機関等への転院、退院そして在宅という流れを支援する仕組みづくりのため、空床情報などをリアルタイムで検索できる取組が進んでおり、県としても必要な支援を行っていきます。

○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。

イ 地域包括ケアシステムの構築

○高知版地域包括ケアシステムの構築

「高知版地域包括ケアシステム」で重要となる医療・介護・福祉の関係者等による連携を更に深めるため、県内14ブロックに設置している「地域包括ケア推進協議体」において顔の見える関係づくりや課題解決に向けた検討を引き続き支援します。

在宅医療については、医療関係職能団体と連携して、あらゆる医療従事者を対象に、在宅医療の従事に必要となる知識・技能の習得と向上に向けた研修を実施し、在宅医療への参入やサービス拡充を促進します。

また、オンライン診療を対面診療を補完する診療と位置づけ、症状安定期における活用を図ることにより、患者の受診時の負担軽減と医療の効率化につなげます。更には、医療へのアクセスが不便な中山間地域における受診機会を確保するため、あったかふれあいセンターや地域の集会所等でのオンライン診療の導入を支援します。

歯科については、介護関係者などとの多職種間の連携を促進するとともに、訪問歯科診療のニーズを抽出し、訪問歯科医療提供体制の充実を図ります。

中山間地域等で希望する方に対しサービスが提供できるよう、訪問看護師の派遣調整や、遠隔地への訪問経費の助成を行うほか、高知県訪問看護総合支援センターによる訪問看護ステーションへの経営支援等の取組を通じて、体制の充実を図ります。

在宅訪問薬剤管理指導については、多職種と連携して服薬情報を共有することで、在宅での服薬状況が改善される等、患者の安心安全な薬物治療につながっています。このため、県では、高知県薬剤師会と連携して、薬剤師による在宅訪問に係る基礎的な知識や技術を習得するための研修会を開催し、計画的に在宅訪問薬剤師を養成します。また、服薬管理・指導におけるEHRや、オンライン服薬指導等の活用を推進し、多職種間の連携をより強化することで、高齢者施設等の入所者をはじめ中山間地域の在宅患者の効率的かつ効果的な服薬管理体制を整備します。

さらに、「高知版地域包括ケアシステム」の核となる地域包括支援センターが抱える特有の課題について、アドバイザーによる伴走支援等を通じて課題を整理しながら、効率的な運営が図られるよう支援します。

また、ケアマネジャーの資質向上のための研修会の開催や、高齢者の状態に応じたサービスについて個別に検討を行う地域ケア会議の開催等を支援します。

あったかふれあいセンターや集落活動センターとの協働の推進では、配食、見守り、移送などの生活支援サービスの確保に取り組むとともに、中山間地域の訪問介護や通所介護の確保を図るための支援を行います。

また、退院後等に低下した心身機能の改善を図ることができるよう介護予防強化型サービス事業所の育成を支援します。

市町村国保や高知県後期高齢者医療広域連合においても、KDBシステム等を活用し、ハイリスク・予備軍と考えられる被保険者を把握し、保健師等の訪問活動の結果、医療だけでなく、介護予防や介護、生活支援等が必要な場合は、介護福祉部門に情報をつなぎます。特に後期高齢者医療では、関節疾患、骨折、骨粗しょう症の疾病に係る医療費が高いことから、健康づくりなどにつながる住民主体の地域活動の支援や介護と連携した事業の実施など地域で被保険者を支える仕組みづくりへの参画も推進します。

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

精神科病院に入院している人のうち退院可能な人ができるだけ早期に退院できるよう、病院と市町村や相談支援事業所等が連携した地域移行の取組を推進します。

併せて、地域で暮らしている精神障害のある人等で、未治療の人や治療を中断している人などが、精神症状が重症化することなく早期に精神科医療につなげられるよう、看護師や精神保健福祉士等が訪問支援を行うアウトリーチ推進事業を全圏域で実施します。

精神障害のある人等が地域で安心して暮らしていくためには、地域住民の理解が不可欠です。そのため、精神障害のある人等に対する偏見や誤解が生じないように、また、身近な人のメンタルの不調に気付き必要な支援に繋がられるよう、学校におけるメンタルヘルスに関する健康教育なども含め、精神障害や精神疾患の症状や特徴などの正しい知識について周知啓発します。

地域共生社会における市町村の包括的な支援には、メンタルヘルスの視点が欠かせません。このため、保健師や各分野の支援担当者など、支援に関わる職員に対してメンタルヘルスに関する研修を実施するなど、人材育成に取り組みます。

市町村だけでは対応が困難な相談等に対しては、福祉保健所や精神保健福祉センターが専門的な助言・指導を行うほか、アウトリーチ推進事業を実施している精神科病院などが連携して支援します。

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことがで

きる地域づくりを目指し、「保健・医療・福祉」の関係者が各地域の課題の解決に向けて協議を重ねる「協議の場」を全圏域に設けます。

② 後発医薬品の使用促進

医薬品の安定的な供給を基本としつつ、引き続き、高知県薬剤師会や保険者等と連携した取組を推進します。

○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。

○後発医薬品差額通知の実施

保険者は、レセプトデータを活用し、県民への個別通知を継続します。また、服薬サポーターと市町村の連携による効果的な勧奨等を実施します。

○地域フォーミュラリ策定への支援

モデル地域において、地域の医師（会）や薬剤師（会）をはじめ、中核病院、保険者、自治体等の関係者による検討会等を実施し、その実績と成果を基にその他の地域への横展開を図ります。

○バイオ後続品の普及促進

県内でのバイオ後続品の流通や使用状況等の実態を把握したうえで、医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携しながら方策を検討し、取組を進めます。

③ 医薬品の適正使用の推進

○県民への啓発

県は、かかりつけ薬剤師・薬局の意義・有用性などについて県民への周知を図るとともに、かかりつけ薬局での服薬確認の徹底や重複投薬に対する対策を強化し、患者のQOLの向上を図ります。

○服薬情報の一元的・継続的管理の推進

お薬手帳（電子版を含む）の効果的な活用方法を県民へ普及啓発し、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元的・継続的管理により重複投薬等の是正を進めます。

また、高知県薬剤師会と連携して、薬局でのEHRの活用を促進するための方策を検討、実施します。

○重複・多剤通知の実施と対象者への服薬支援

保険者は、レセプトデータから重複・多剤服薬者の抽出を行い、服薬情報を個別通知し、医師や薬剤師への相談を促します。

また、服薬支援が必要な場合は、かかりつけ薬剤師・薬局と保険者等が連携し、重複・多剤投薬の是正のほか、被保険者の安全かつ効果的な薬物治療の確保に取り組めます。

○電子処方箋

令和5年1月から運用が開始された電子処方箋については、重複投薬等の防止につながることから、関係機関と協議を進め、県内の実情にあった普及促進の取組を検討します。

④ 医療資源の効果的・効率的な活用

○抗菌薬の適正使用、白内障手術の外来実施

国の基本方針で示された新しい取組である抗菌薬の適正使用、白内障手術の外来実施について、本県では、これまで医療費適正化に向けた取組を行っていなかったため、まずは県内の実態の把握に努め、必要な取組を検討します。

○拠点病院等の取組

拠点病院等は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な化学療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な化学療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

また、拠点病院等は、化学療法をより安全に提供するために、化学療法に関する多職種による院内横断的な検討の場を設けることとし、化学療法に携わる院内の全ての医療従事者に対して、適切な薬剤の服薬管理や副作用対策等の情報共有や啓発を行います。

○リフィル処方箋

地域の実態を確認するとともに、その活用について、被保険者に向けた普及啓発等の必要な取組を検討します。

⑤ 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

○医療・介護・福祉サービスの充実・強化

住み慣れた地域で必要な医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、サービスの確保に引き続き取り組めます。

また、在宅での生活を希望される医療や介護の必要な方が、在宅療養を選択できる環境を整備するため、在宅療養体制の充実のための取組を強化します。

○市町村の在宅医療・介護連携の推進の取組への支援

市町村の在宅医療・介護連携の広域的な取組のさらなる推進に向けて、引き続き「地域包括ケア推進協議隊」等を活用して、関係機関との広域調整や、市町村や医療・介護の関係機関を対象とした多職種向けの研修会の開催を通じて市町村の支援を行います。

○入退院時の引継ぎルールへの運用・定着への支援

病院及び介護関係者等地域の多職種が協働する入退院支援体制の構築及び維持のため、多職種連携に関する研修を実施し、これまで取り組んできた入退院時の引継ぎルールの定着化を図り、入退院から在宅療養に至るまでの切れ目のない継続的な療養体制の確保に向けた支援に取り組めます。

○患者情報を共有するためのツールの活用

在宅療養者の疾患や重症度等に対応した医療・介護が包括的に提供されるよう、「高知医療介護連携情報システム」などのEHRを活用した多職種協働によるチーム医療体制の構築を推進します。また、在宅医療を担う関係機関がEHRを活用した効率的な多職種連携が進むよう、システムの運営団体と連携して関係機関へのシステム導入と継続的な利用を働きかけます。

○高齢者の大腿骨骨折

市町村、保険者等と協議して骨粗鬆症検診が実施できる仕組み、体制作りに努めます。また、検診の普及啓発活動を行い、受診率の向上を図ります。

(3) その他の医療費適正化の取組

県は、高知県保険者協議会などを通じて、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組が促進するよう支援します。

○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、適正な受診を進めます。

○レセプト点検の充実・強化

各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の強化を推進します。

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います。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、県は市町村と連携して取組を進めます。

(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、病院・病床機能の分化・強化や、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等に向けて、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. 評価の種類

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（Plan, Do, Check, Action）サイクル」による進行管理を行います。

その結果については、高知県ホームページで公表します。

(1) 進捗状況の公表

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、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します。

なお、個別の施策のうち「日本一の健康長寿県構想」（以下「長寿県構想」という。）に記載のある事業については、長寿県構想と合わせて見直しを行います。

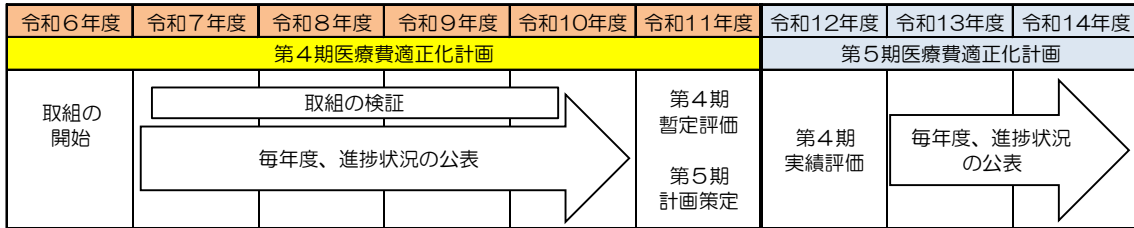
(2) 進捗状況に関する調査及び分析

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。

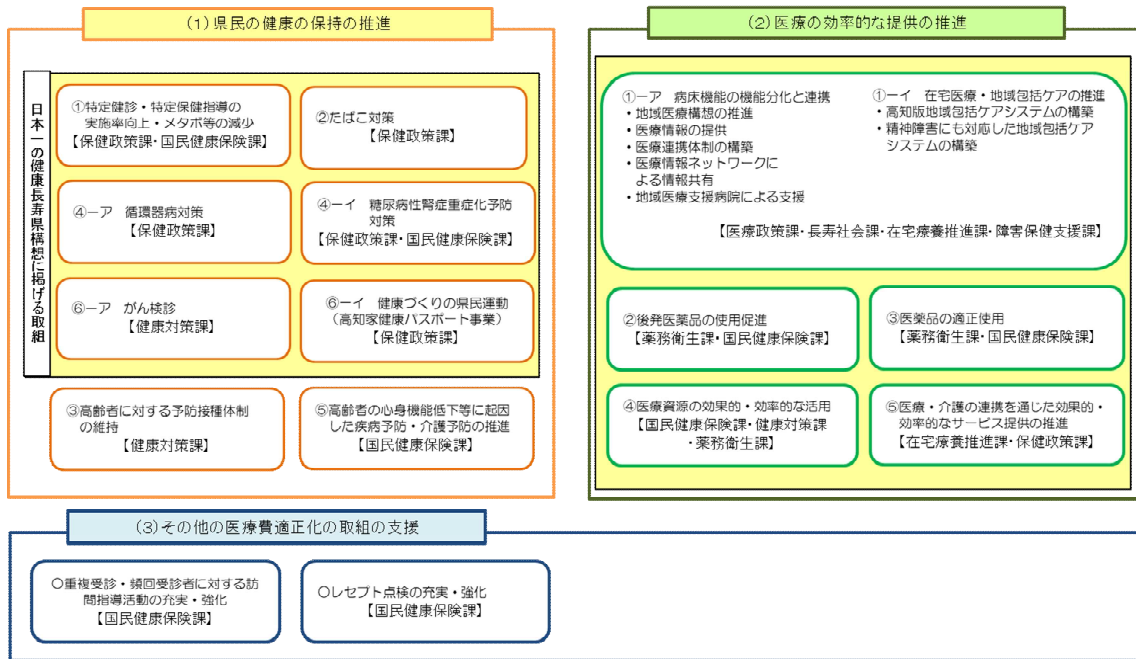
(3) 実績の評価

計画期間終了の翌年度である令和12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（図83、84）。

（図83 計画の評価の流れ）



（図84 検証・評価の体制）



3. 評価結果の活用

毎年度の進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合、または医療費が医療費の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、必要に応じて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いながら進めていきます。

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見直しを行うとともに、第5期医療費適正化計画の作成に活用します。