

滋賀県医療費適正化計画（素案）

令和 6 年（2024 年）3 月

滋 賀 県

目 次

第1章 医療費適正化に関する基本方針	1
1 計画策定の趣旨	1
2 医療費適正化計画の基本理念	2
3 他の計画等との関係	3
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	4
1 医療費の動向	4
(1) 本県の医療費	4
(2) 後期高齢者医療費	7
(3) 受療率	9
2 病床数	12
3 医療機能の現状	14
4 生活習慣病に分類される疾患の状況	15
(1) 生活習慣病と死亡の動向	15
(2) 生活習慣病の割合	16
5 特定健康診査およびメタボリックシンドロームの状況	16
6 在宅医療	18
7 たばこ	19
8 後発医薬品	20
9 医療資源の投入量に地域差がある医療	21
(1) 白内障手術の外来割合	21
(2) 化学療法の外来割合	22
10 人口推移等	22
第3章 目標と取り組むべき施策	24
1 目標	24
(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標	24
特定健康診査の受診率に関する目標	24
特定保健指導の実施率に関する目標	24
特定保健指導対象者の割合の減少率に関する目標	24
たばこ対策に関する目標	24
糖尿病の重症化予防に関する目標	24
高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標	25

がん検診の受診率に関する目標	25
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	25
後発医薬品およびバイオ後続品の使用促進に関する目標	25
ア 後発医薬品の使用促進に関する目標	25
イ バイオ後続品の使用促進に関する目標	25
医薬品の適正使用の推進に関する目標	26
医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標	26
ア 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療	26
イ 医療資源の投入量に地域差がある医療	26
2 取り組むべき施策	27
(1) 住民の健康の保持の推進に関する施策	27
特定健康診査および特定保健指導等の推進	27
ア 集合的な契約の活用の推進	27
イ 県民に対する啓発の実施	27
ウ 保険者と市町等による健康づくり対策等との連携	27
エ 保健事業の人材の育成	27
オ 生活習慣病の重症化予防の推進	28
カ 保険者間連携の推進	28
たばこ対策	28
糖尿病の重症化予防	28
ア 医療につなげる受診勧奨の推進	28
イ かかりつけ医と連携した保健指導の推進	29
ウ 重症患者に対するかかりつけ医と専門医との連携した治療	29
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	29
ア 一体的実施	29
イ 骨折予防、骨粗しょう症予防等の推進	29
がん検診の推進	29
予防接種に関する施策の推進	29
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策	30
後発医薬品およびバイオ後続品の使用促進	30
ア 後発医薬品の使用促進	30
イ バイオ後続品の使用促進	30
医薬品の適正使用の推進	30
ア 国民健康保険等における指導	30
イ 電子処方箋およびお薬手帳の普及推進	30
医療資源の効果的・効率的な活用	31
ア 急性気道感染症および急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方	31
イ 白内障手術、化学療法についての情報共有	31
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	31
病床機能分化と連携の推進	31
医療福祉・在宅看取りの推進	32
ア 病院から在宅療養の移行に向けた切れ目のない入退院支援体制の構築	32

イ	望む場所での日常療養支援体制の整備	32
ウ	急変時対応体制の整備	32
エ	望む場所での人生の最終段階のケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる体制整備	33
(3)	その他の医療費適正化に向けた保険者の取組支援	33
3	保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力	33
第4章	医療費の今後の見通し	35
1	医療費の今後の見通し(適正化前)	35
2	医療費の今後の見通し(適正化後)	36
第5章	計画作成のための体制の整備および達成状況の評価	37
1	計画作成のための体制の整備	37
(1)	関係者の意見を反映させるための体制の整備	37
(2)	市町との連携	37
(3)	保険者との連携	37
(4)	医療の担い手等の取組	37
(5)	県民の取組	37
2	達成状況の評価	38
(1)	進捗状況の公表	38
(2)	評価の活用	38

第1章 医療費適正化に関する基本方針

1 計画策定の趣旨

わが国は、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、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な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、国民の生活の質の維持およ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ないようにしていくとともに、良質で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必要があります。

このため、平成18年(2006年)の医療制度改革^{*1}において新たな制度が創設され、医療費の適正化を推進するための計画を策定し、国民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、目標達成のための取組を進めてきました。

医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、県民一人ひとりが、「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要とされており、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要があります。こうした中で、県民一人ひとりが生きがいを持ち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりを進めます。

今回の第4期医療費適正化計画(以下、「第4期計画」という。)においては、住民の高齢期における医療費適正化を図るため、今まで以上に保険者^{*2}および医療関係者その他の関係者と協力し取組を進めます。特に、目標達成に向けては、滋賀県保険者協議会^{*3}等を通じて、地域の関係者と連携・協力して取り組みます。

また、医療・介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれているため「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」を新たに計画に盛り込み、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に活用するために「医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組」および「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」をそれぞれ計画に盛り込むとともに、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定に基づき、本県の実情を踏まえた目標と取り組むべき施策を定め、また計画の評価ならびに医療費の調査および分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化の総合的かつ計画的な推進を図ります。

^{*1} 急速な少子高齢化が進む中で、利用者の視点に立った効率的で、安心かつ質の高い医療を提供し、後期高齢者医療制度の創設や療養病床の再編などの施策により、国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度を構築するための改革。

^{*2} 保険事業の運営主体。本計画では、医療保険者(国民健康保険の運営主体である市町および国保組合、健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合、後期高齢者医療広域連合等)を指す。

^{*3} 県内の医療保険者を構成委員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者の健康保持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効果的かつ円滑な運営を図ることを目的に設立された団体。

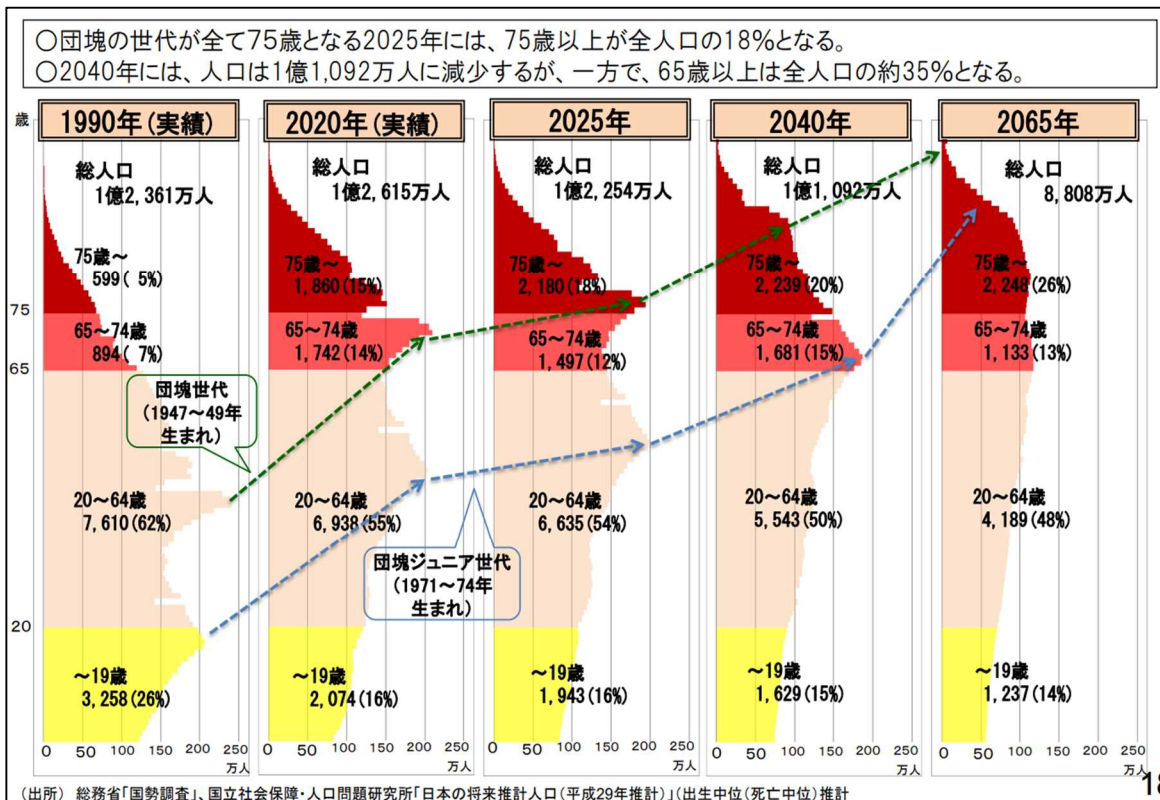
2 医療費適正化計画の基本理念

誰もが自分らしく幸せを感じられる「健康しが」の実現

～ 超高齢社会の到来に対応した持続可能な医療の確保をめざして～

今後の人口構成は令和7年(2025年)にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者になり、令和22年(2040年)頃には高齢者の人口がピークを迎え、今後も医療費の増加が見込まれます。

表1



【人口ピラミッドの変化(厚生労働省)】

超高齢社会^{*4}の到来を踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものとなるように努めるとともに、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、各取組が、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療が効率的かつ持続的に提供されるものとなるように努めます。

目標および施策の達成状況等については、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表するとともに、計画の最終年度には、進捗状況の調査お

^{*4} 一般的には、高齢化率(65歳以上の人口が総人口に占める割合)が21%を超える社会をいう。高齢社会は高齢化率が14%~21%である社会を指し、日本は平成6年(1994年)に高齢社会に、平成19年(2007年)に超高齢社会になっており、令和4年(2022年)は高齢化率が約29%である。

よび分析の結果の公表を行い、必要に応じて対策を講じるよう努めます。また、計画の最終年度の翌年度には実績に関する評価を行い、必要に応じて計画の見直し等に反映させます。

3 他の計画等との関係

医療費適正化計画は、滋賀県基本構想を上位計画とするとともに、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主な柱とすることから、「健康いきいき21^{*5} - 健康しが推進プラン - 」や「滋賀県保健医療計画^{*6}」、「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン^{*7}」、「滋賀県国民健康保険運営方針」等、他の計画や方針との整合・調和を図り、安全で安心できる医療提供体制の実現を目指すとともに、将来にわたる医療費の適正化に努めます。

^{*5} 平成13年(2001年)3月に策定し、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を目的に、県民の健康づくりを総合的に推進してきた本県の健康増進計画で、令和6年(2024年)3月に改定。誰もが自分らしくいきいきと活躍し、みんなでつくり支え合う「健康しが」の実現を目指し、生活習慣病予防の推進と、健康を支え、守るための社会環境の整備を進めている。

^{*6} 医療圏、基準病床数等の医療提供体制の確保について定めた医療法第30条の4に基づく計画。令和6年(2024年)3月の改定では、『健康的な生活を送るための「医療福祉の推進」』を基本理念とし、保健・医療・介護が一体となった仕組みづくりを進めていくこととしている。

^{*7} 老人福祉法に基づく「老人福祉計画」と介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」を一体化し、本県の高齢者施策に関する総合的な計画として、保健・医療・福祉が一体となって地域での暮らしを支える滋賀の「医療福祉」を推進し、だれもがその人らしく活躍できる「共生社会」の実現を目指して策定した計画。令和6年(2024年)3月に改定。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

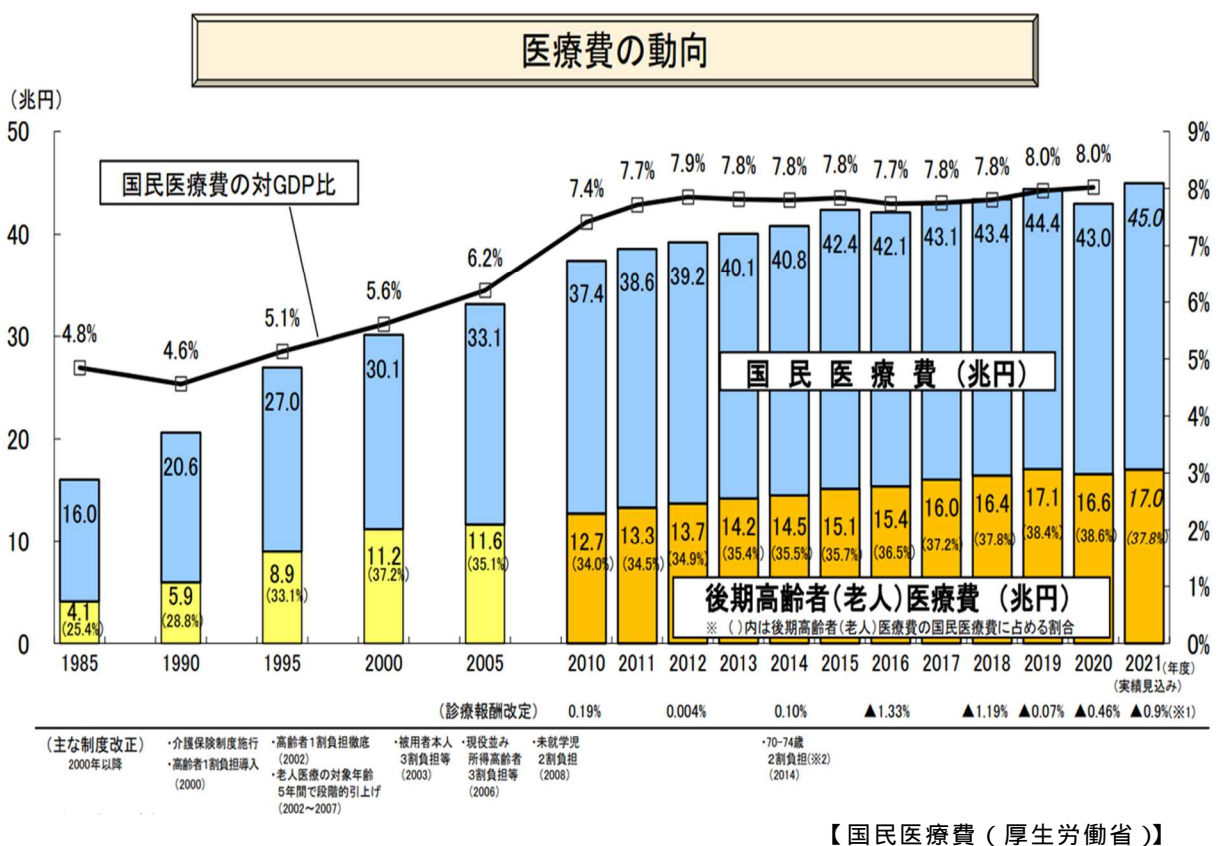
1 医療費の動向

(1) 本県の医療費

国民医療費^{*8}は、令和3年度(2021年度)全国での数値で約45兆円であり、新型コロナウイルス感染症まん延により受診抑制のあった前年度と比較して約2兆円、4.7%の増となっています。

過去5年間の国民医療費をみると、平均1.4%の伸びとなっており、平均すると毎年約6,000億円ずつ増加する傾向にあります。

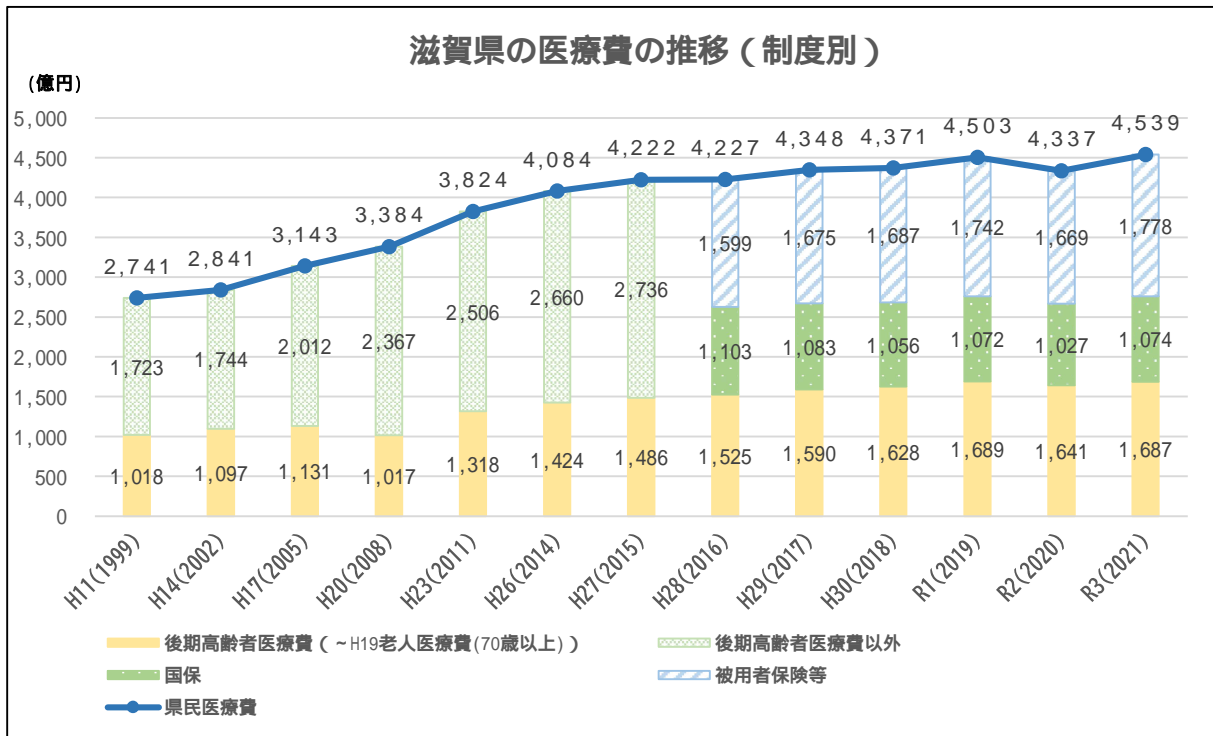
表2



^{*8} 全国で1年間に医療のために支出される費用の総額をいい、公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの公費負担医療費や窓口の自己負担を含んだ金額。

本県の医療費総額は、令和3年度(2021年度)で約4,539億円となり、過去5年間で約312億円増加しています。その間の年平均伸び率は1.5%で、全国平均(1.4%)を上回っています。

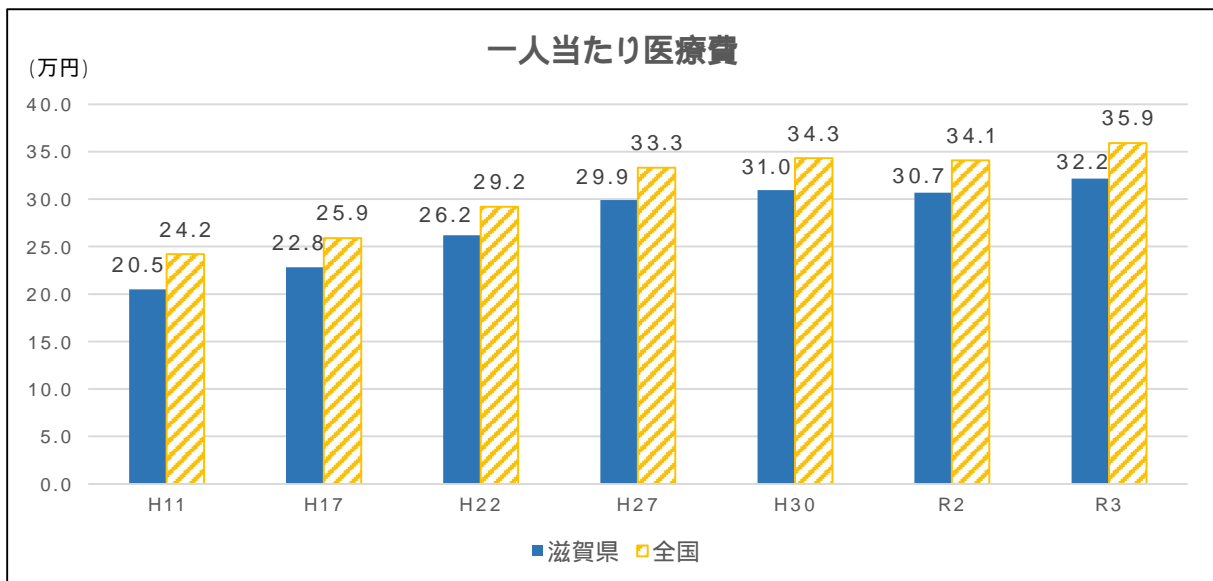
表3



【国民医療費、老人医療事業年報および後期高齢者医療事業報告(厚生労働省)】

国民一人当たり医療費は、令和3年度(2021年度)で約35万9千円となっており、増加傾向となっています。県民一人当たり医療費は、全国と同様に増加傾向ですが、令和3年度で約32万2千円と全国水準を下回っています。

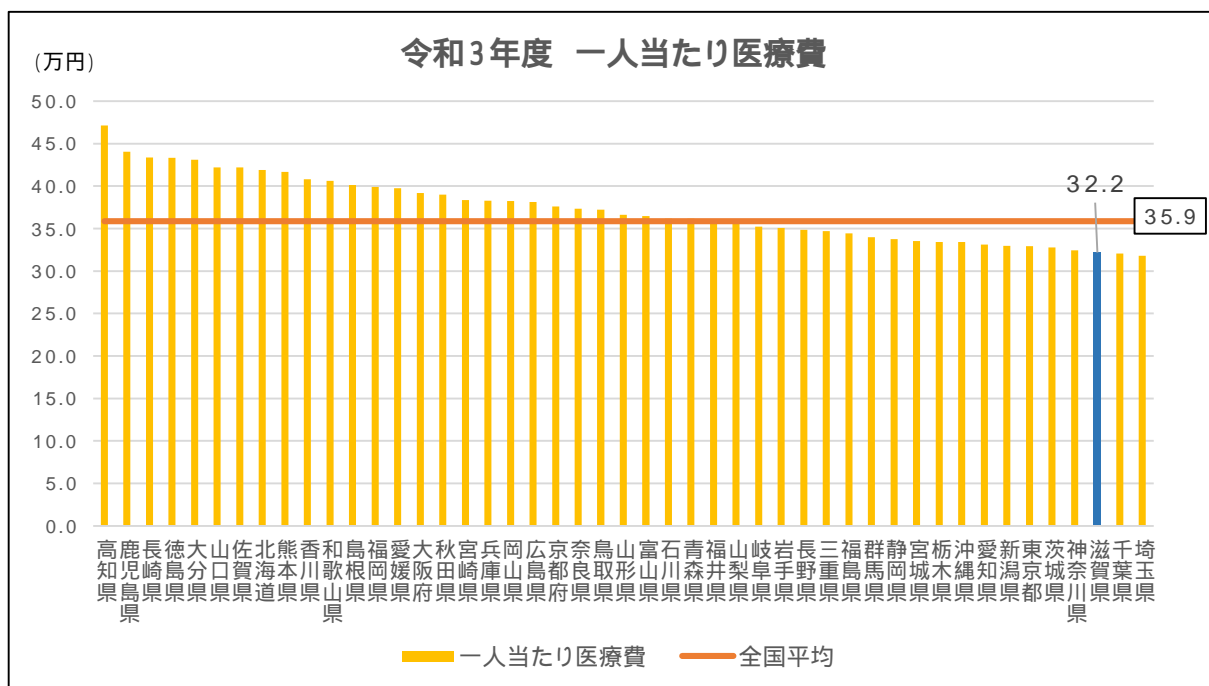
表4



【国民医療費(厚生労働省)】

令和3年度(2021年度)における一人当たり医療費を他の都道府県と比べると本県は、医療費の高額な順では全国45位です。

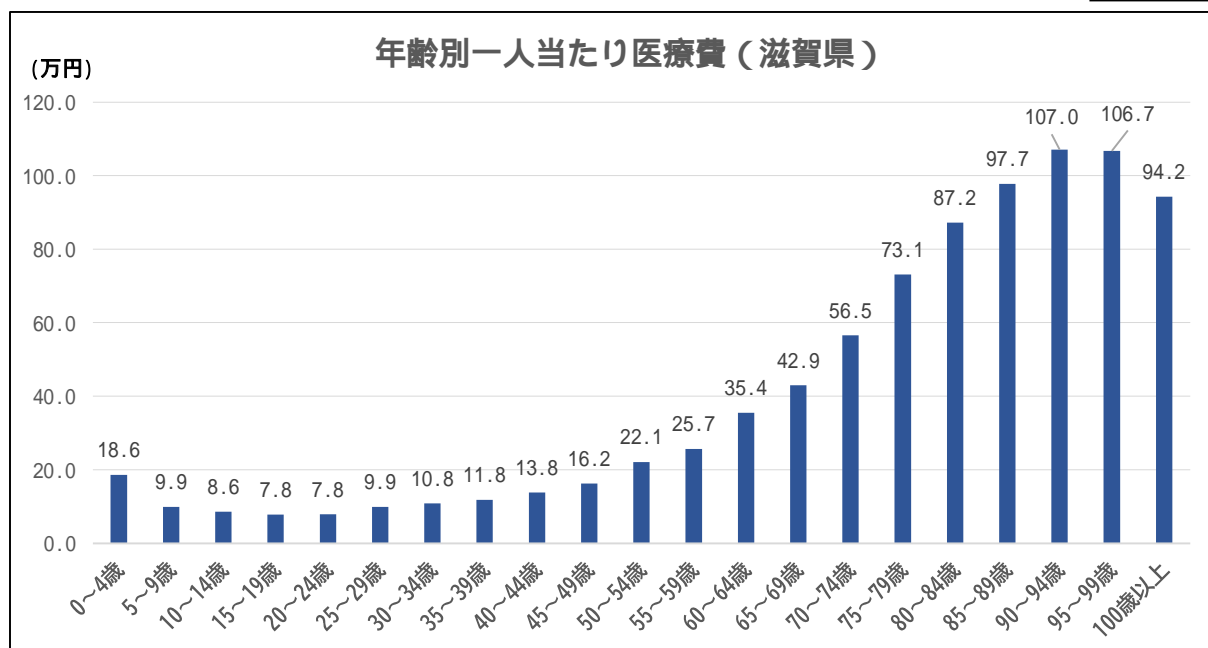
表5



【国民医療費(厚生労働省)】

本県における年齢別一人当たり医療費は以下のとおりです。年齢が高くなるほど、一人当たり医療費は高くなる傾向があります。

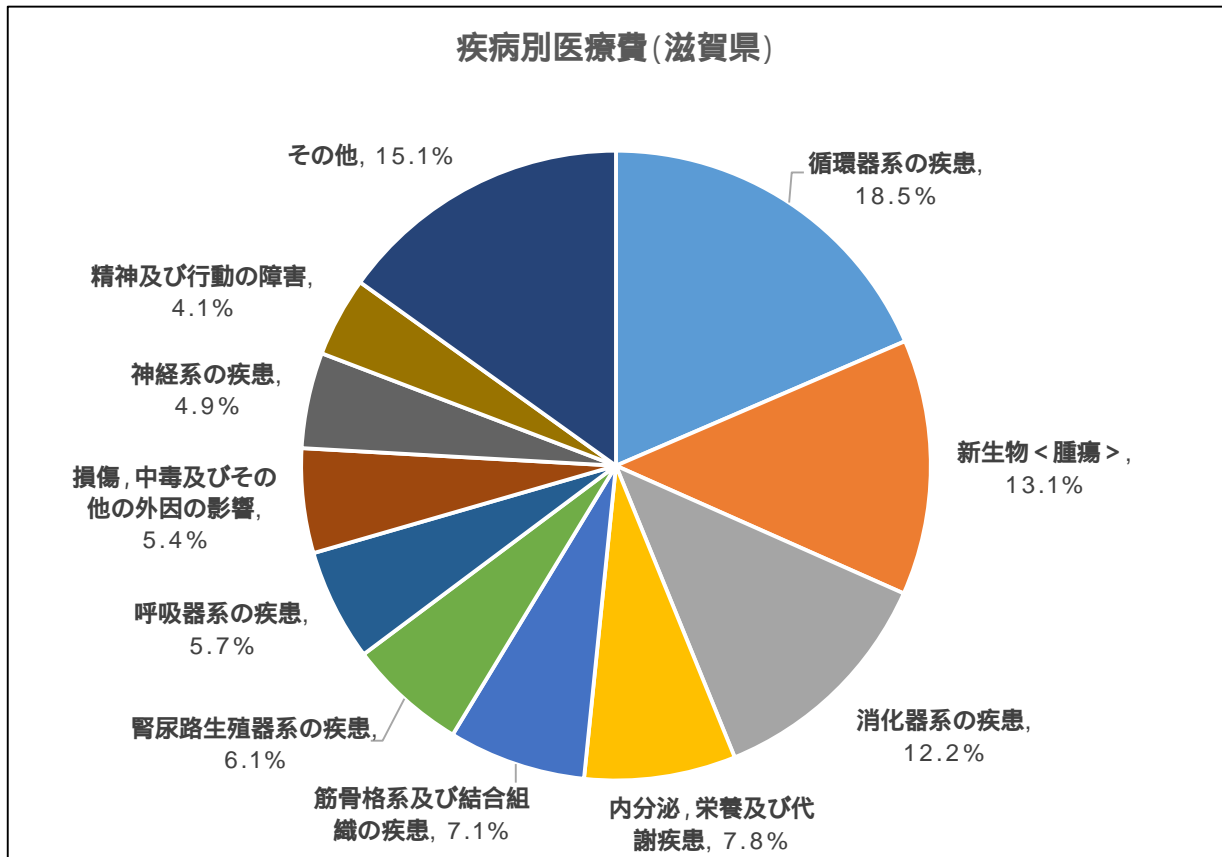
表6



【令和3年度(2021年度)NDBデータ】

滋賀県の疾病別医療費は1位「循環器系の疾患」、2位「新生物<腫瘍>」、3位「消化器系の疾患」となっています。

表 7



【令和3年度(2021年度)NDBデータ】

(2) 後期高齢者医療費

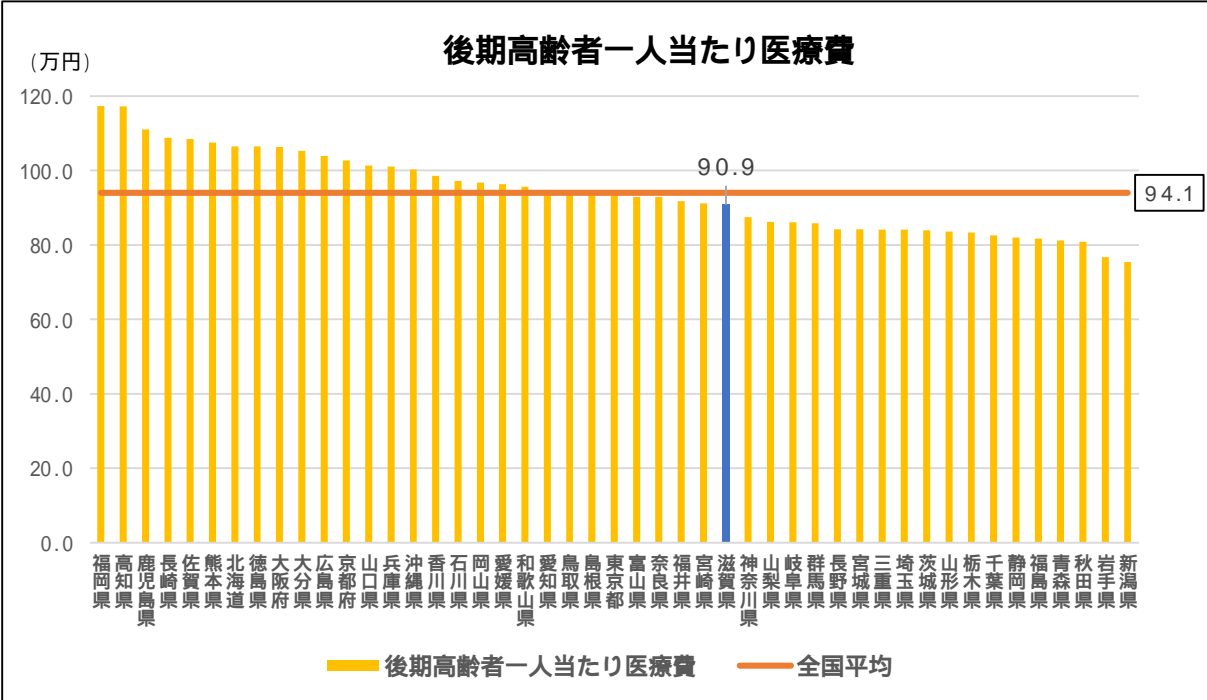
医療費のうち、後期高齢者医療費^{*9}の動向をみると、全国では令和3年度(2021年度)は約17兆1千億円となっています。国民医療費(約45兆円)に対して、後期高齢者医療費は約38%を占めています。

一方、本県の令和3年度後期高齢者医療費は約1,687億円で、県民の医療費総額の約37%を占めており、全国の水準とほぼ同じです。

令和3年度の後期高齢者医療における一人当たり医療費は、全国平均約94.1万円に対し、本県は約90.9万円で全国29位となっており、全国平均を下回っています。

^{*9} 高齢者の医療費を国民全体で公平に負担し合うという老人保健制度の趣旨を発展的に継承し、医療制度改革の施策として、75歳以上の高齢者である後期高齢者を対象として、平成20年度(2008年度)に創設された後期高齢者医療制度にかかる医療費。

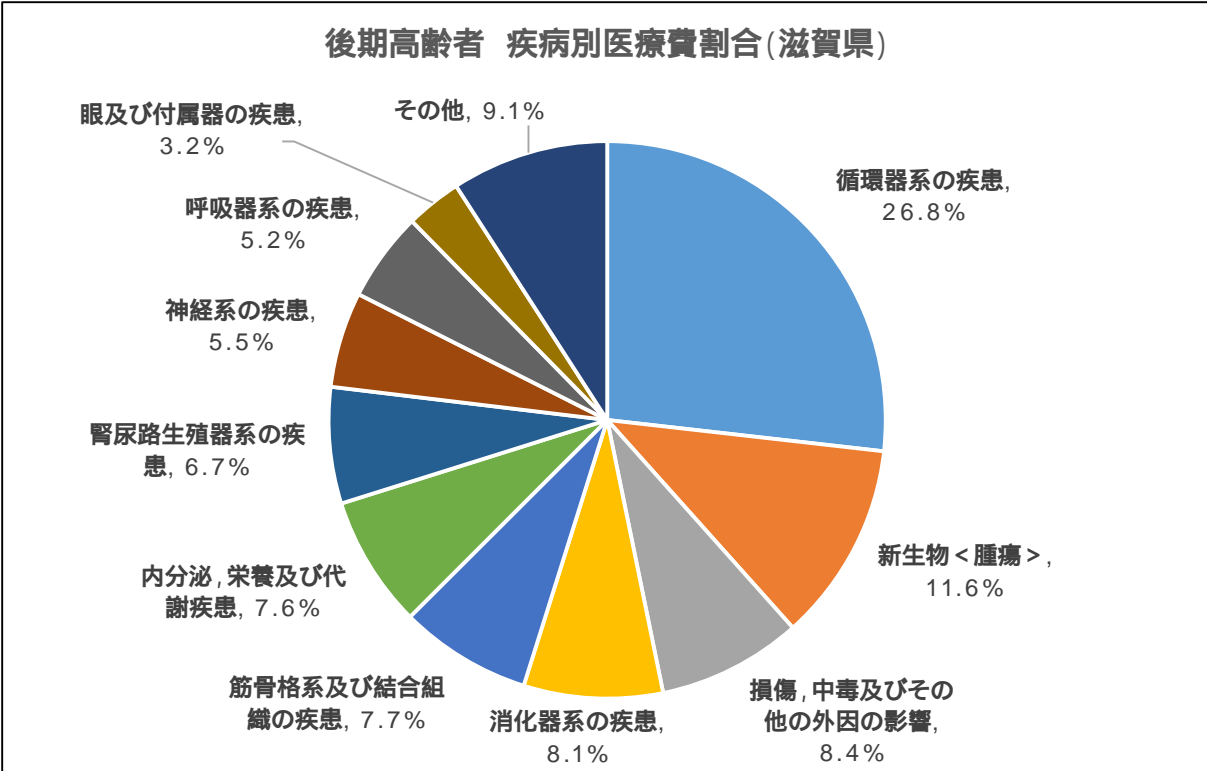
表 8



【令和3年度後期高齢者医療事業報告】

後期高齢者における疾病別医療費では、1位「循環器系の疾患」、2位「新生物<腫瘍>」、3位「損傷、中毒およびその他の外因の影響」となっています。

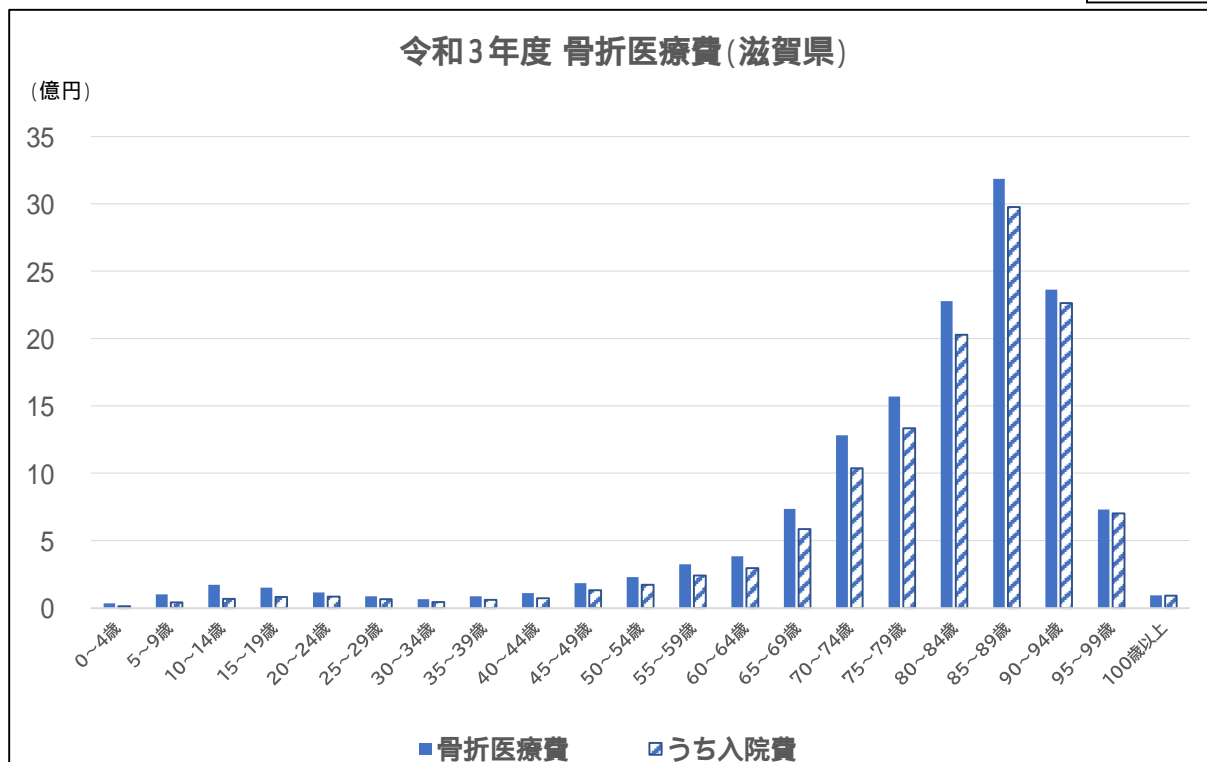
表 9



【令和3年度(2021年度)NDBデータ】

「損傷、中毒およびその他の外因の影響」に大きく占めるのは骨折です。本県における骨折の医療費は以下のとおりです。

表 10



【令和3年度(2021年度)NDBデータ】

(3) 受療率

令和2年度(2020年度)の入院における全国の人口10万人当たりの受療率^{*10}は全国平均960に対し、本県は813で全国39位となっており、全国平均を下回っています。

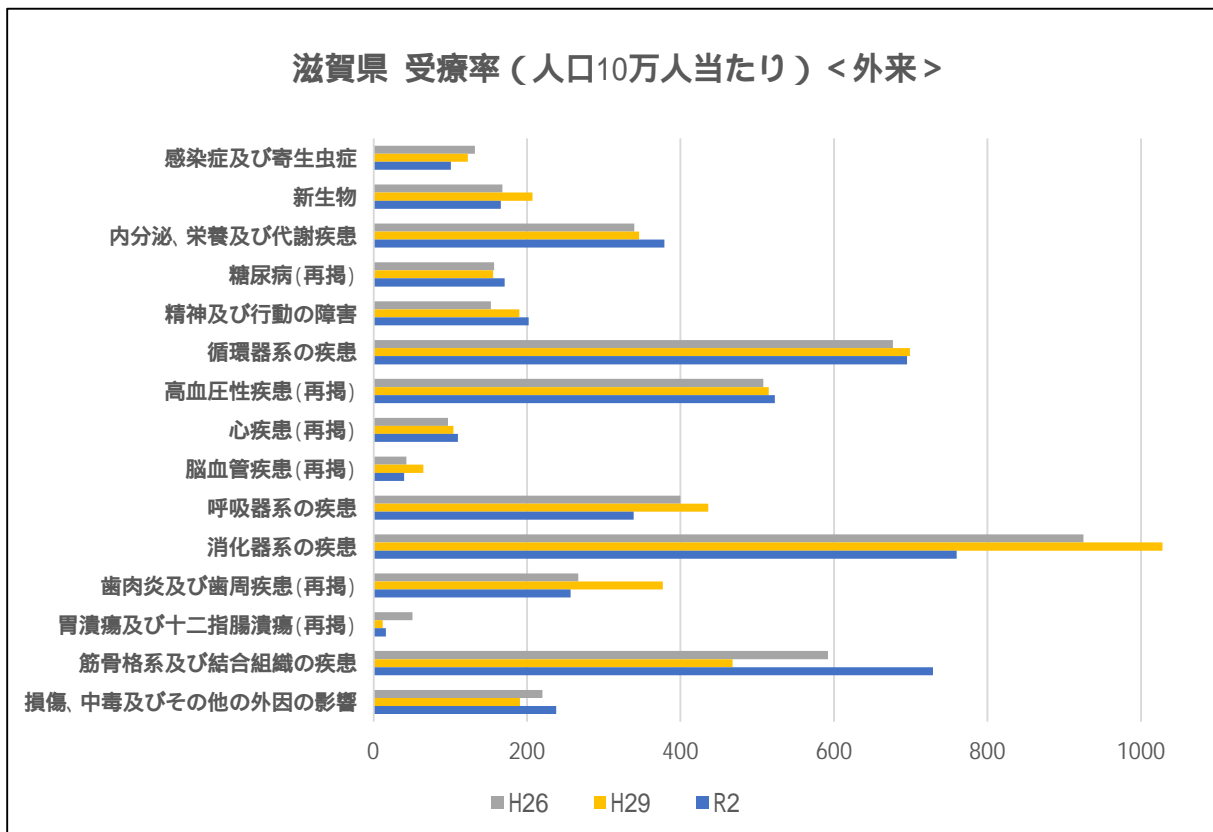
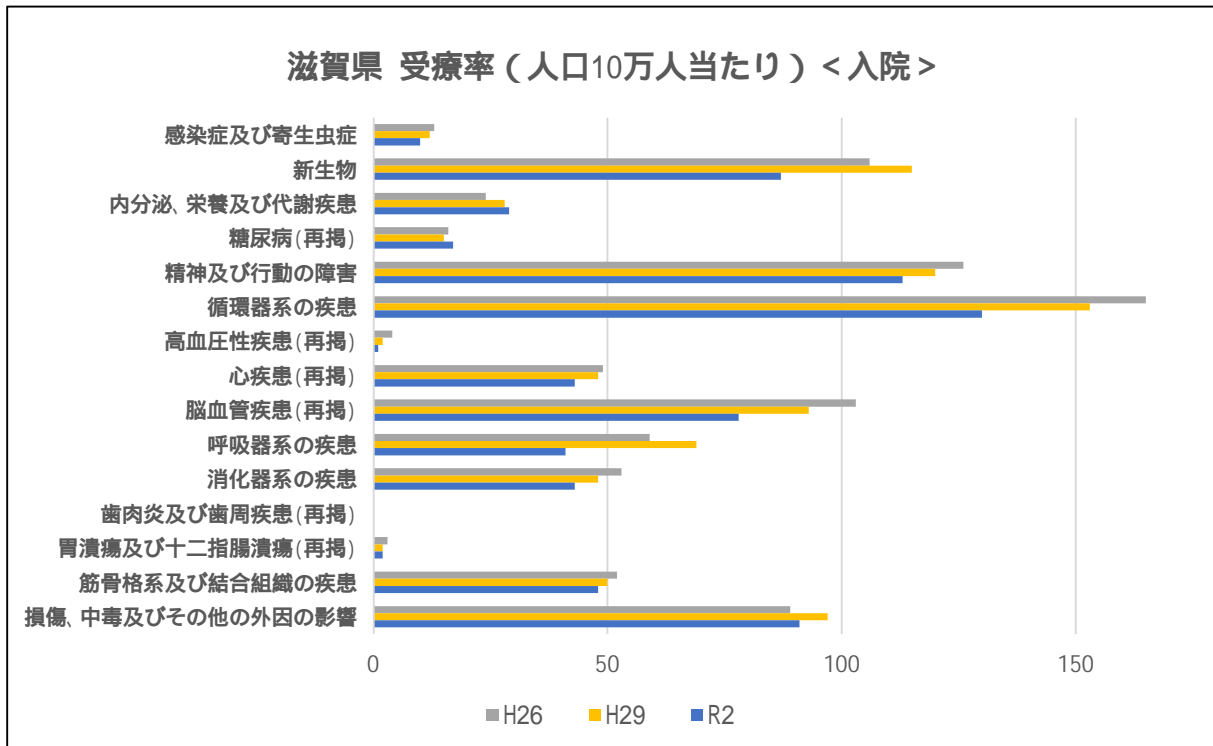
外来における全国の人口10万人当たりの受療率は全国平均5,658に対し、本県は5,371で全国30位となっており、全国平均を下回っています。

*10 「患者調査」による。患者調査は3年に1回実施され、抽出された医療施設における10月の3日間のうち指定された1日の入院・外来患者および9月1か月の退院患者についての調査であり、その調査から得られるもので、推計患者数(調査日に受療した患者の推計数)を人口10万人当たり(10万対)で表し、次の式で算出される。

$$\text{受療率} = \frac{\text{調査日(指定した日間)に医療施設で受療した推計患者数} \times 100,000}{\text{人口}}$$

主な傷病別受療率病別受療率の推移は下記のとおりです。

表 13



【患者調査（厚生労働省）】

2 病床数

本県における令和5年(2023年)4月1日現在の既存病床数は、表14のとおりです。
 基準病床数とは、各保健医療圏^{*11}に病床数を定め、この数を超えない範囲で病床を整備することにより、地域偏在を是正し、病床の適正化を図ろうとするものです。
 本県における令和5年4月1日現在で既存病床数が基準病床数を超過している保健医療圏では、原則として、新たな病床は整備できません。

表 14

保健医療圏別基準病床数および既存病床数

区 分	保健医療圏名	基準病床数	既存病床数		
			合計	一般	療養
一般病床 および 療養病床	大津保健医療圏	3,669	2,992	2,319	673
	湖南保健医療圏	3,067	2,555	2,169	386
	甲賀保健医療圏	1,335	1,056	757	299
	東近江保健医療圏	2,077	2,252	1,384	868
	湖東保健医療圏	1,149	1,164	919	245
	湖北保健医療圏	1,091	1,156	980	176
	湖西保健医療圏	442	406	306	100
	合 計	12,830	11,581	8,834	2,747

県 全 域	精神病床	1,812	2,238
	感染症病床	34	34
	結核病床	21	63

(既存病床数令和5年4月1日現在)

既存病床数には、医療法施行規則第1条の14第7項に該当する診療所（届出により一般病床の設置および増床ができる診療所）の一般病床を含む。

^{*11} 住民が求める保健サービスや医療の水準ごとに、需要と供給のバランスを図り、適切かつ効率的な保健サービスや医療の提供を行うために設定する圏域のこと。

一次保健医療圏：身近で頻度の高い保健サービスや医療に対応するための圏域で、市町の行政区域

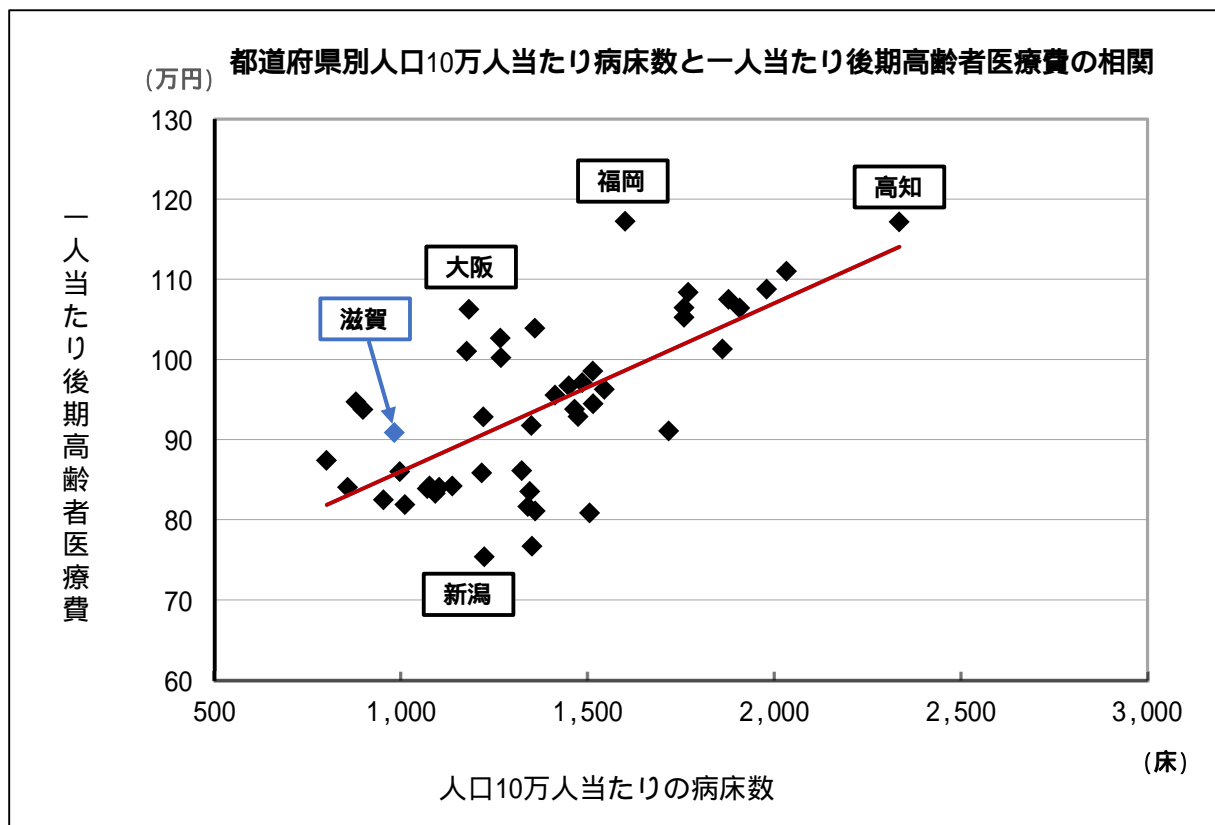
二次保健医療圏：入院治療が必要な一般的な医療需要に対応するための圏域で、保健所の管轄地域

三次保健医療圏：特殊な診断や治療が必要となる高度で専門的な保健サービスや医療の需要に対応するための圏域で、県全域

- 一般病床** : 病院または診療所の病床で、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床。
- 療養病床** : 病院または診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。医療保険適用のものと介護保険適用のものがある。
- 精神病床** : 病院の病床のうち精神疾患を有する者を入院させるための病床。
- 感染症病床** : 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律に規定される指定感染症の患者等を入院させるための病床。
- 結核病床** : 病院の病床のうち結核の患者を入院させるための病床。

また、人口10万人当たり病床数と一人当たり後期高齢者医療費の間には、
 相関関係^{*12}があります。

表 15



【令和3年度後期高齢者医療事業報告、令和3年度医療施設(動態)調査(厚生労働省)】

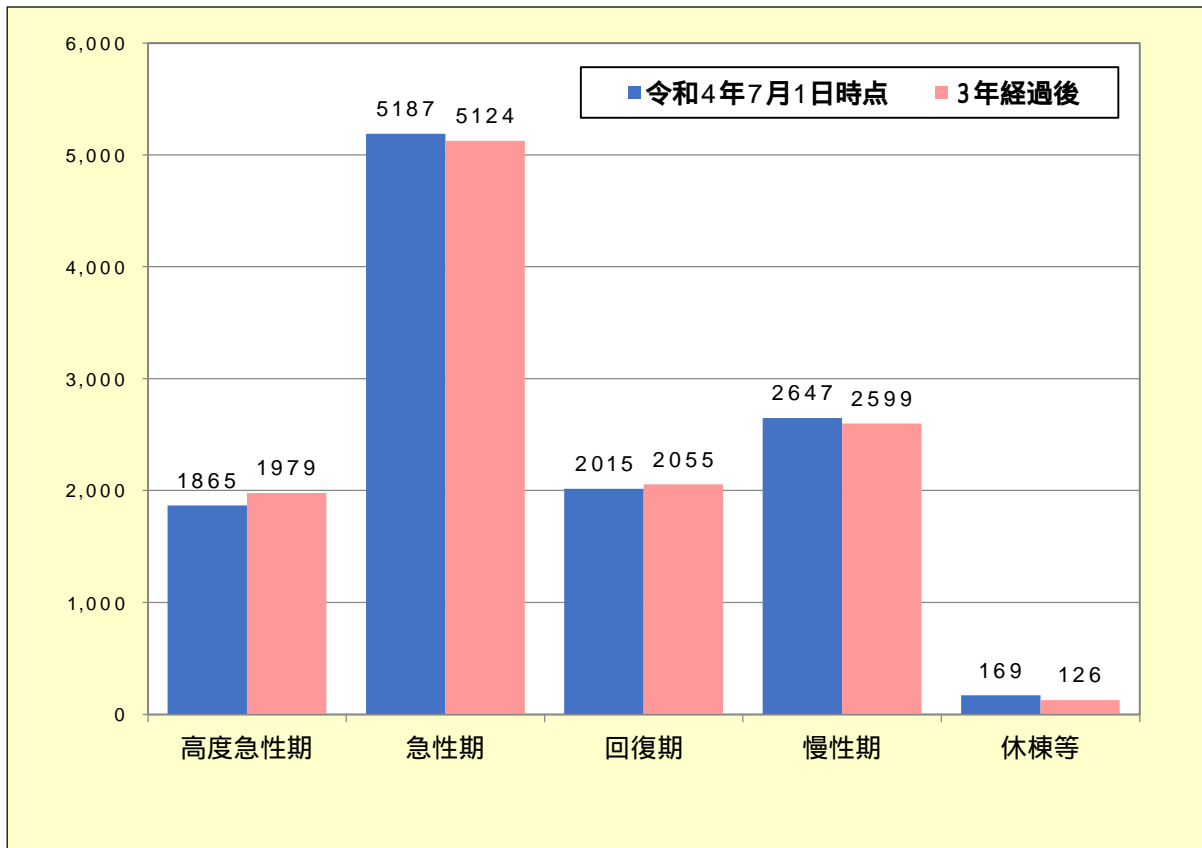
^{*12} 二つのものが密接にかかわり合い、一方が変化すれば他方も変化するような関係。数学的には-1から1の範囲をとる相関係数で示され、相関係数が-1または1に近いほど相関関係が高い。

3 医療機能の現状

令和4年度(2022年度)の病床機能報告^{*13}では、7月1日時点の医療機能の内訳、3年経過後(令和7年(2025年)7月1日)の医療機能の予定は下記のとおりとなっています。

表 16

医療機能別病床数(県全体)



【令和4年度病床機能報告】

一方、平成28年(2016年)3月に「滋賀県地域医療構想」を策定し、構想区域ごとの各医療機能別の需要を推計しました。令和7年(2025年)の1日当たりの医療需要は、高度急性期が997人、急性期が3,078人、回復期が3,281人、慢性期が2,478人(患者住所地ベース)となります。

高度急性期、急性期および慢性期は過剰であり、回復期は大幅に不足しています。患者の病状に適合した医療機能を利用することが医療費の適正化に繋がるため、限られた医療資源を有効に活用するためには、更なる病床機能の分化と連携が必要です。

^{*13} 医療法の規定により、医療機関が有する病床(一般病床および療養病床)において担っている医療機能の現状と今後の方向について、機能区分の定義に基づき病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度。

医療機能4区分

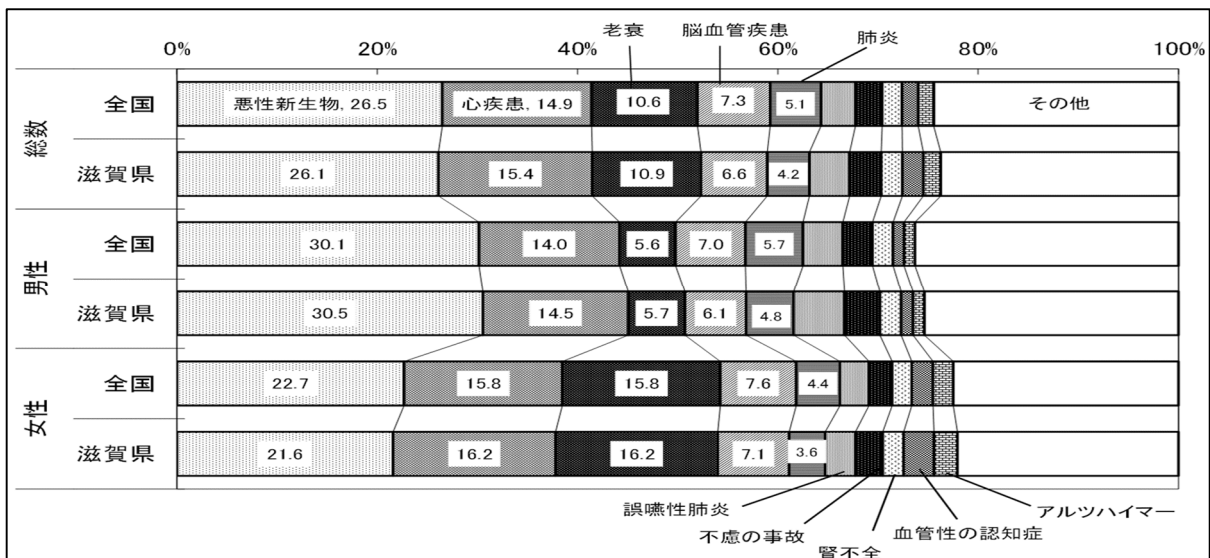
機能区分	医療機能の内容
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能。

4 生活習慣病に分類される疾患の状況

(1) 生活習慣病と死亡の動向

死因別死亡割合をみると、本県の死亡の原因疾患の第1位は悪性新生物（がん）、第2位が心疾患、第4位が脳血管疾患であり、糖尿病、高血圧性疾患をあわせると、生活習慣病^{*14}が約5割を占めています。

表 17



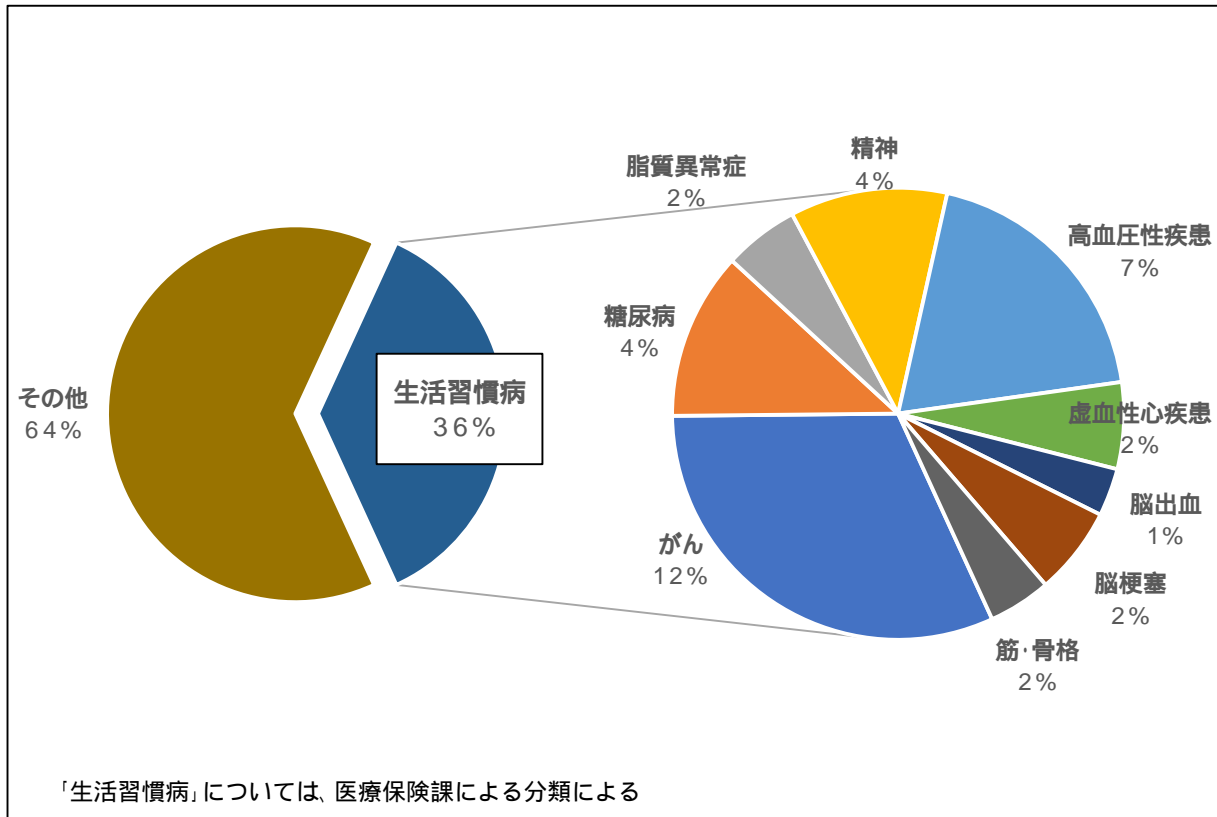
【令和3年度人口動態調査（厚生労働省）】

*14 食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患のこと。

(2) 生活習慣病の割合

本県の医療費に占める生活習慣病の割合は約 36%と分析しています。

表 18



【令和3年度(2021年度)NDBデータ】

5 特定健康診査およびメタボリックシンドロームの状況

平成20年度(2008年度)から実施されている特定健康診査^{*15}の受診率は年々上昇しており、令和3年度(2021年度)では、60.0%と全国平均を上回っています。

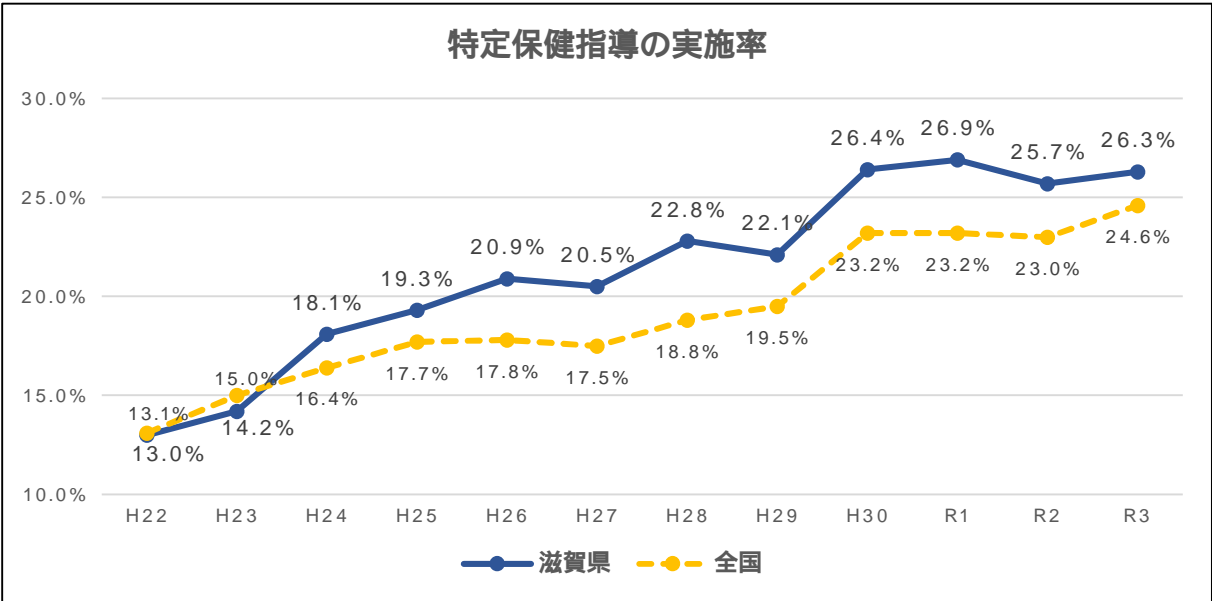
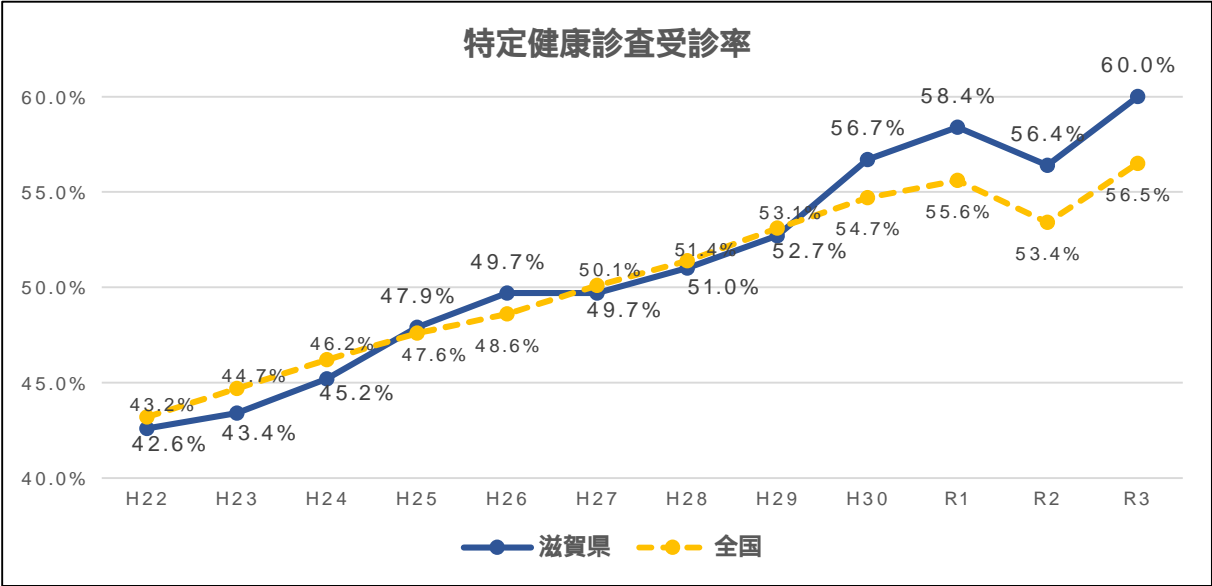
また、早期の段階でメタボリックシンドローム^{*16}に着目して実施する特定保健指導^{*17}の実施率についても、年々上昇していますが、令和3年度で全体の26.3%にとどまっています。

*15 生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見することを目的とした健診であり、医療保険者(国保、被用者保険)が40歳から74歳の加入者(被保険者および被扶養者)を対象として行う。

*16 内臓脂肪肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を示す病態。それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患などの発症リスクが大きい。内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクを低くできる。

*17 メタボリックシンドロームに着目した個人の生活習慣の改善に重点を置き、行動目標を自ら設定し実行できるよう、個人の行動変容を目指すものであり、医療保険者が特定健康診査の結果により抽出された健康の保持に努める必要がある人に対して行う保健指導。

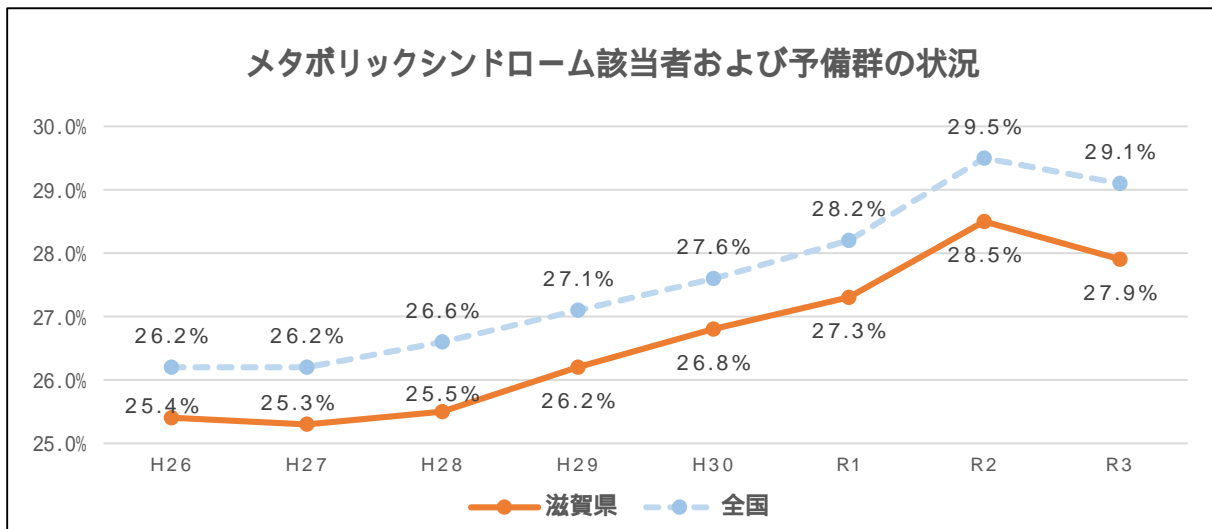
表 19



【特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）】

令和3年度(2021年度)の特定保健指導対象者の割合の減少率は平成20年度(2008年度)比で9.1%の減少となっており、全国の13.7%を下回っています。
 また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の状況は増加傾向で、令和3年度では27.9%となっていますが、全国より低い割合です。

表 20



【特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）】

6 在宅医療

平成27年度(2015年度)に策定した滋賀県地域医療構想をもとに、今後の訪問診療の需要を試算すると、令和4年(2022年)の7,251.7人/日から、令和11年(2029年)には8,740.44人/日と約1.21倍に増加すると推計されています。

令和3年(2021年)の在宅等死亡率(自宅、老人ホーム、老人保健施設、介護医療院における死亡の割合)は、30.0%となっています。

令和4年度に実施した滋賀の医療福祉に関する県民意識調査の結果によると、人生の最期を迎えたい場所は「自宅」が40.8%で最も多くなっています。

一方で、家族への負担や症状が急変したときの対応への不安から、自宅で最期まで療養することは困難と考える人は60.1%となっています。

令和5年(2023年)5月に実施した医療機関における地域医療連携に関する状況調査によると、県内58病院のうち54病院が退院調整部門を設置しています。

また、平成27年度(2015年度)から、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルールを策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っています。

県内の在宅医療^{*18}を支援する医療機関の状況を見ると、24時間体制で往診を行う在宅療養支援診療所^{*19}は、令和5年4月現在で165か所、在宅療養支援病院^{*20}は18か所、在宅療養後方支援病院^{*21}は6か所となっています。令和4

*18 住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、生活の場において必要な医療サービスが受けられる体制のこと。

*19 高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所(病院)。

*20 高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った病院。

*21 在宅療養を後方支援するため、緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ届け出ている患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れる体制等を構築して、近畿厚生局に届出を行った病院。

年(2022年)の滋賀県国民健康保険団体連合会のデータでは、往診を行っている病院は34か所、診療所は393か所、また、訪問診療を行っている病院は30か所、診療所は319か所となっています。

県内の訪問看護ステーション^{*22}は、令和5年(2023年)4月現在で170か所、訪問看護師の数は令和4年度調査によると、常勤換算で836.2人となっています。

令和2年(2020年)患者調査(厚生労働省)によると、年齢層が上がるほど、入院・外来ともに受療率が上がる傾向にあり、今後、75歳以上の後期高齢者が増加する中で、この年代は、複数の疾病を抱えている、要介護に移行する率が高い、認知症の発症率が高い等の特徴も有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、在宅で疾病や障害を抱えつつ自宅や地域で生活を送る高齢者が今後も増加していくことが予測されます。

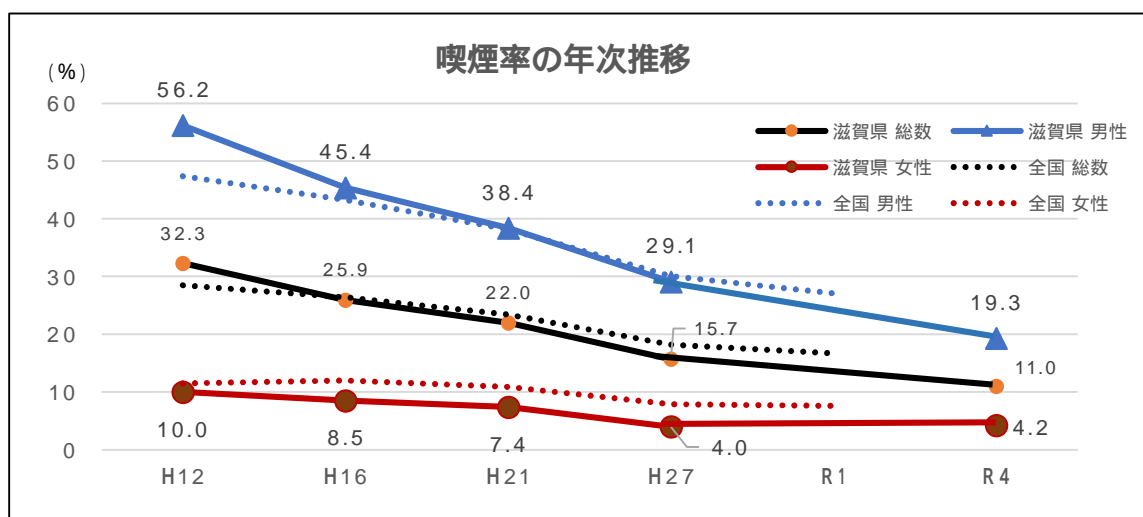
さらに、難病患者、小児慢性特定疾病児童や在宅の重症心身障害児者の増加とともに、在宅で人工呼吸器等の医療機器を利用し、在宅療養支援を必要とする人も年々増加しています。

市町単位での在宅医療・介護連携の推進に向けて、全ての市町で在宅医療・介護連携コーディネーターが配置され、在宅療養を支援する活動が行われています。

7 たばこ

20歳以上の喫煙率は、平成12年(2000年)は、男性が56.2%、女性10.0%でしたが、令和4年(2022年)では、男性が19.3%、女性が4.2%になり、年々減少してきています。

表 20

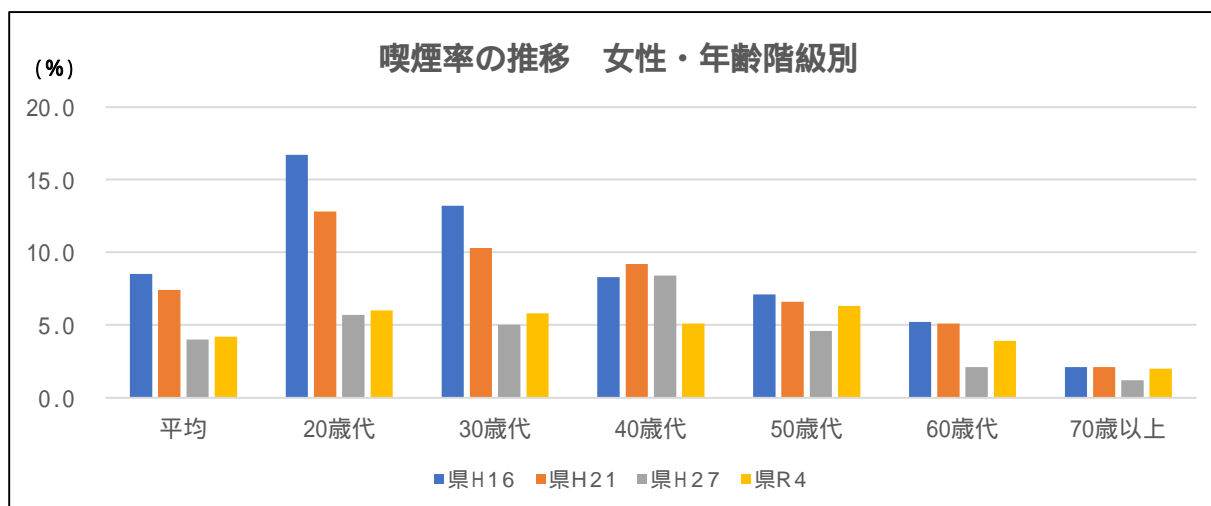
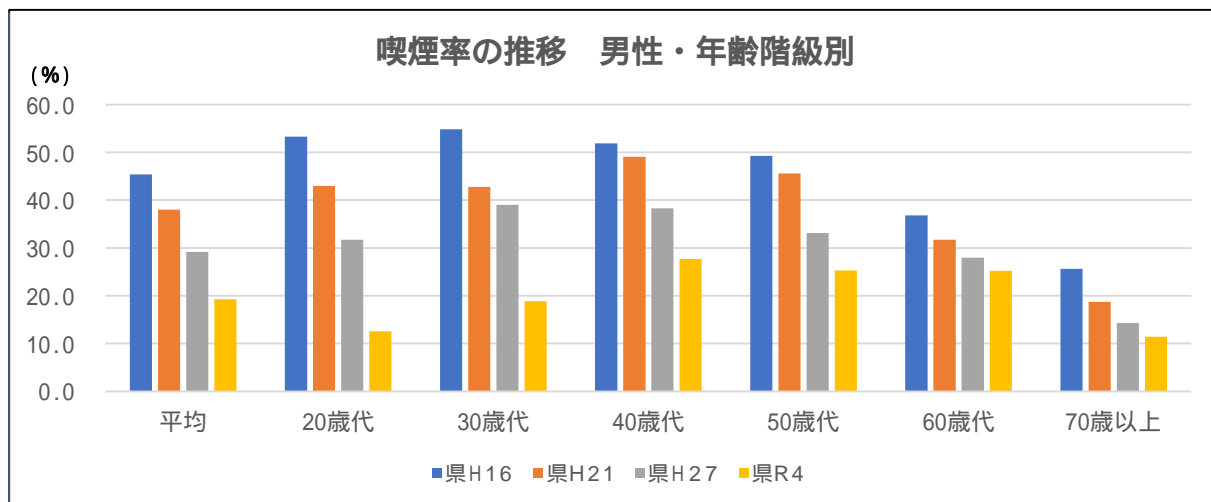


【滋賀県：滋賀健康・栄養マップ調査報告書】【全国：国民健康・栄養調査】

^{*22} 子どもや高齢者、障害のある人など医師が必要と認めた全ての方に、看護師等が居宅へ訪問し、看護サービスを提供する事業所。

年代別の喫煙率は、令和4年度(2022年度)では男性は40～60歳代が全年齢の平均より高く、40歳代以下は若い世代ほど低くなっています。女性は各年代6%前後で、全体的には横ばいになっています。

表 21



【滋賀健康・栄養マップ調査報告書(滋賀県)】

8 後発医薬品

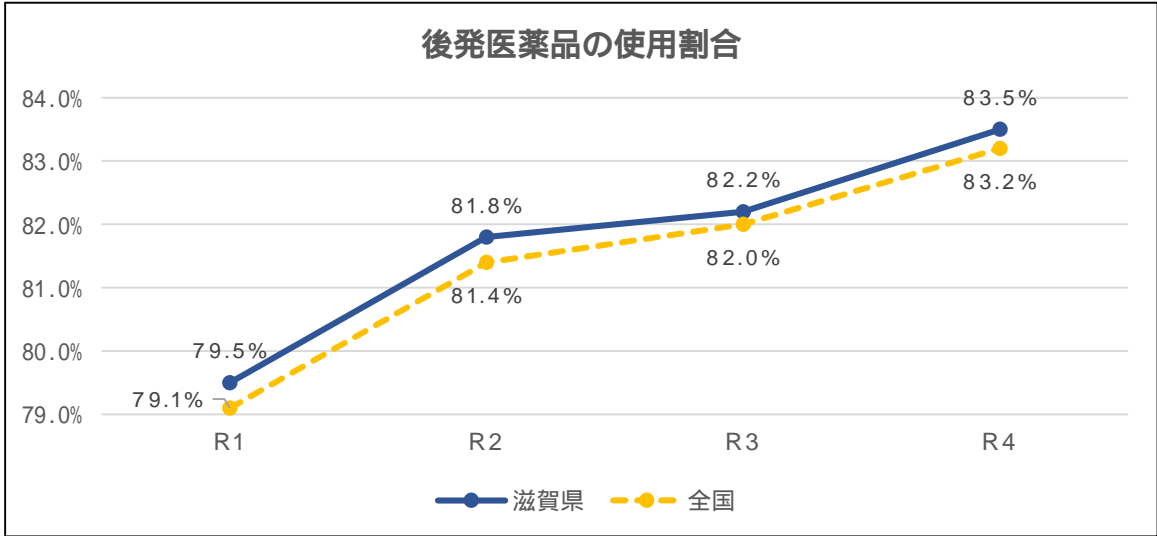
令和4年度(2022年度)の後発医薬品^{*23}の使用割合(数量ベース)は、全国平均が83.2%、本県では83.5%であり、いずれも年々増加傾向にあります。

なお、令和3年度(2021年度)NDBデータ^{*24}では全国平均が76.0%、本県では77.0%となっています。

^{*23} 新薬(先発医薬品)と同じ有効成分で効能・効果の等しい医療用の医薬品のこと。先発医薬品の特許が切れた後に、厚生労働大臣の承認のもと新たに他社から製造販売されるため、後発医薬品と言われている。

^{*24} 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健康診査および特定保健指導情報ならびにレセプト情報を保険者より収集したものを。

表 22



後発医薬品の使用割合

〔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〕) で算出

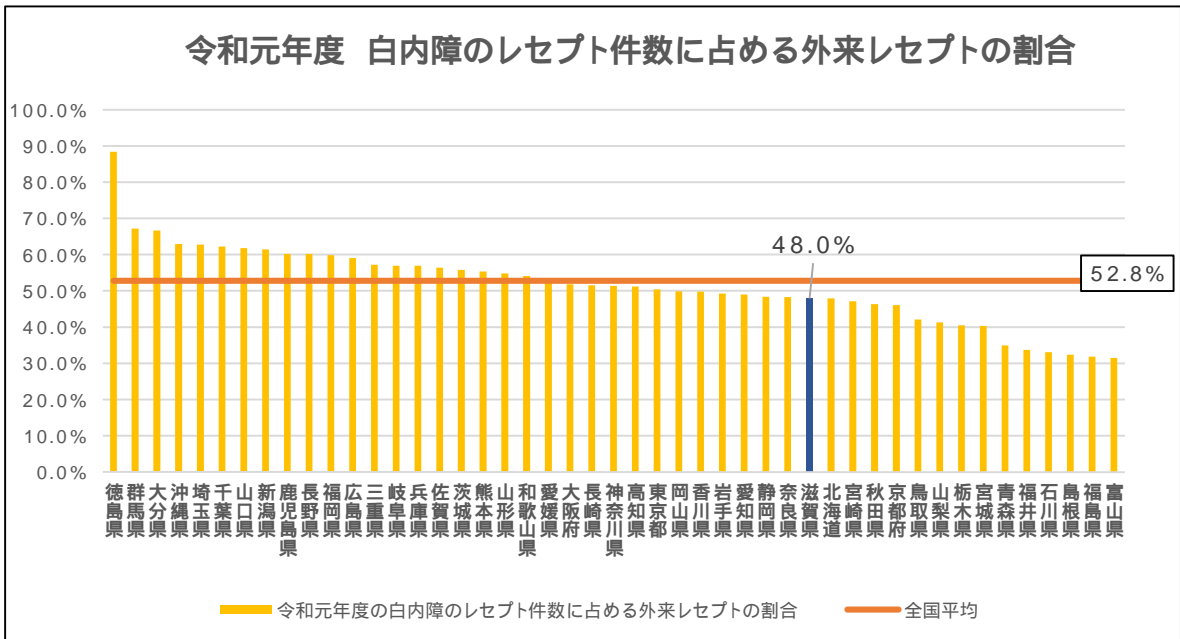
【最近の調剤医療費（電算処理分）の動向（厚生労働省）】

9 医療資源の投入量に地域差がある医療

(1) 白内障手術の外来割合

令和元年度(2019年度)の白内障手術の外来割合は全国平均 52.8%に対し、本県は 48.0%で全国 33 位となっており、全国平均を下回っています。

表 23

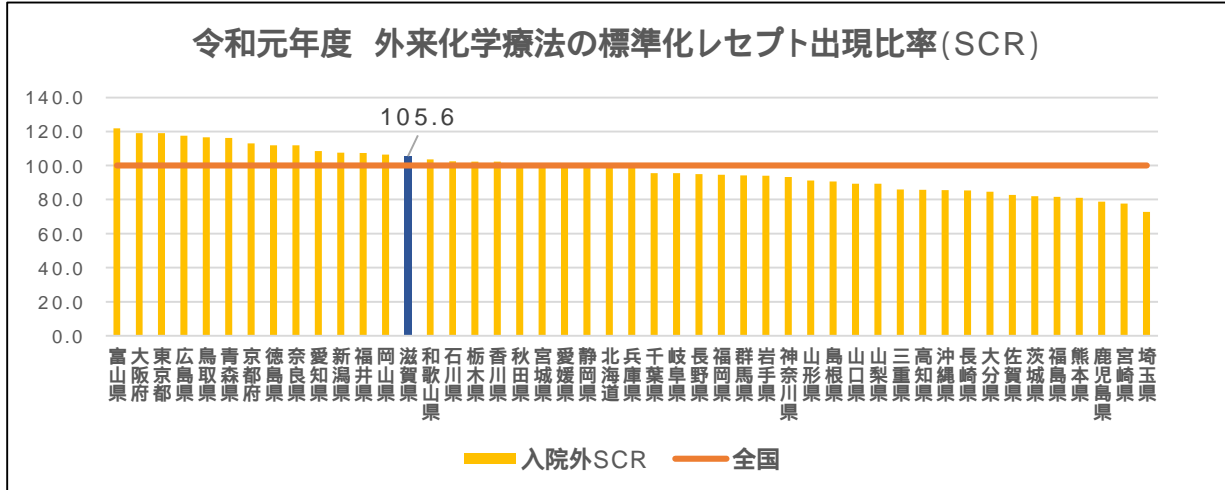


【令和元年度（2019年度）（国提供データ）】

(2) 化学療法の外来割合

令和元年度(2019年度)の外来化学療法の標準化レセプト^{*25}出現率(SCR^{*26})は全国平均を100とすると、本県は105.6で全国14位となっており、全国平均を上回っています。

表 24

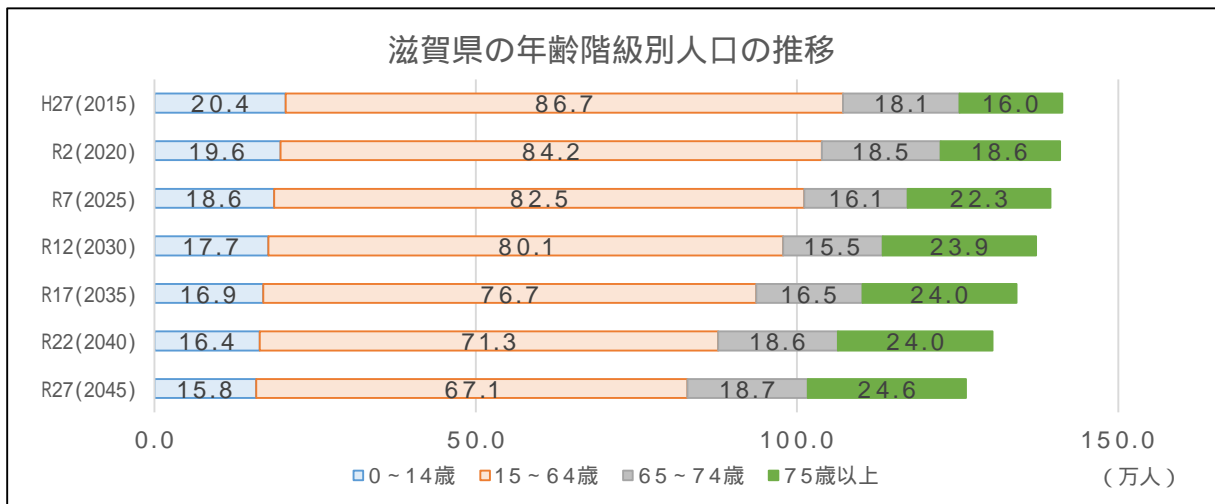


【令和元年度(2019年度)国提供データ】

10 人口推移等

本県の人口は、少子高齢化の進行により、平成25年(2013年)を境に減少に転じており、県内の65歳以上の人口は平成27年(2015年)では約34.1万人ですが、の令和27年(2045年)には約43.3万人に上ると推測されます。

表 25



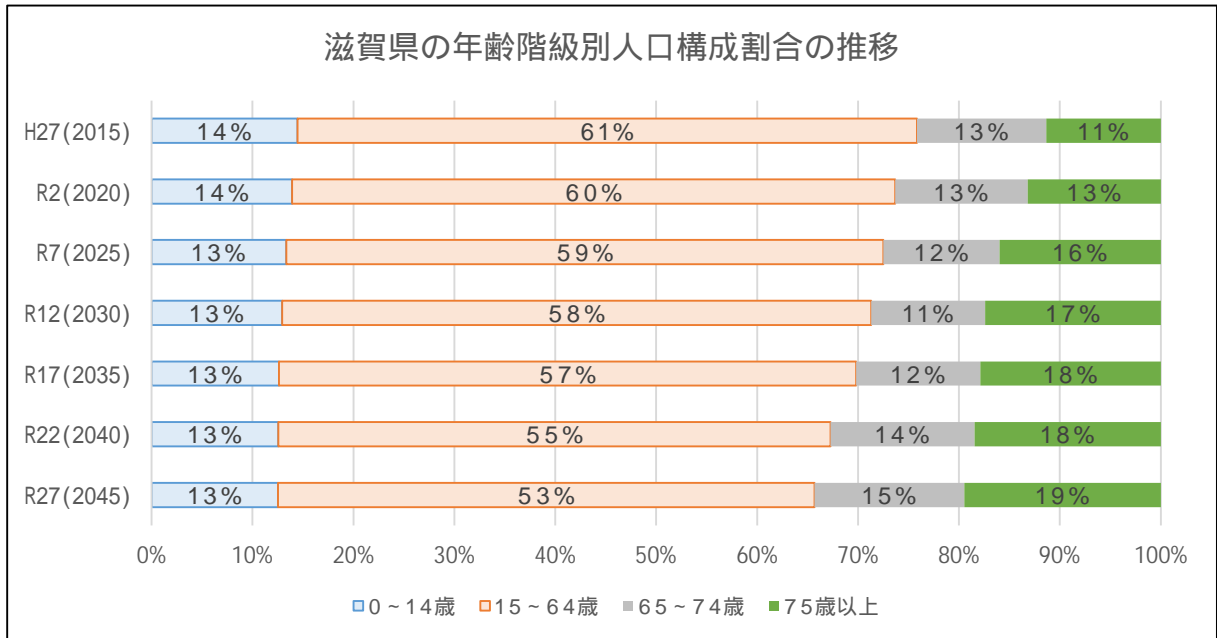
【日本の地域別将来推計人口：平成30年3月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

*25 患者が受けた診療について、医療機関等が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のこと。診療報酬明細書（医科・歯科の場合）または調剤報酬明細書（薬局における調剤の場合）とも呼ばれる。

*26 全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域の性・年齢階級別人口に当てはめた場合に期待されるレセプト件数を100とし、それと実際のレセプト件数を比較したもの。性・年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合、該当するレセプト件数が全国平均よりも多いとされる。

また、本県の人口構成割合をみると、少子高齢化により、高齢化率(全年齢人口に占める65歳以上の人口の割合)では、令和27年(2045年)には約34%となり、全国と比較すると低いものの、3人に1人は高齢者と推計されます。

表 26



【日本の地域別将来推計人口：平成30年3月推計（国立社会保障・人口問題研究所）】

第3章 目標と取り組むべき施策

1 目標

国民の受療の実態を見ると、一般的に高齢期に向けて外来受療率が徐々に増加し、75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。

このことから、医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要です。生活習慣病の発症を予防することができれば通院が減少し、さらに重症化や合併症の発症を抑えることができれば入院が減ることになります。特に糖尿病では、重症化して人工透析に移行した場合には多額の医療費が必要になることが指摘されており、り患した後の対策も重要です。

第4期計画では、人口減少に対応した全世代対応型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、限りある地域社会の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費の適正化を図っていきます。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

特定健康診査の受診率に関する目標

保険者による特定健康診査の受診率については、令和3年度(2021年度)60.0%でしたが、令和11年度(2029年度)に70%以上を目標とします。

特定保健指導の実施率に関する目標

特定健康診査の結果、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の特定保健指導実施率は、令和3年度(2021年度)26.3%でしたが、令和11年度(2029年度)に45%以上を目標とします。

特定保健指導対象者の割合の減少率に関する目標

平成20年度(2008年度)と比べた「特定保健指導対象者の割合の減少率」は、令和3年度(2021年度)9.1%の減少でしたが、令和11年度(2029年度)に25%以上の減少となることを目標とします。

たばこ対策に関する目標

20歳以上の喫煙率は、令和4年度(2022年度)男性19.3%、女性4.2%でしたが、令和17年度(2035年度)に男性15%以下、女性3%以下を目標とします。

糖尿病の重症化予防に関する目標

糖尿病性腎症による新規透析導入者数は、令和3年(2021年)165人でし

た。各年度の新規透析導入者数が令和3年(2021年)実績(165人)以下を目標とします。

高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施(以下、「一体的実施」という。)を行っている市町は、令和4年度(2022年度)15市町でしたが、令和6年度(2024年度)以降、各年度19市町全てで内容充実を図りながら実施することを目標とします。

がん検診の受診率に関する目標

各がん検診受診率^{*27}は、令和4年度(2022年度)胃がん40.5%、肺がん47.6%、大腸がん44.8%、乳がん47.2%、子宮頸がん40.7%でしたが、令和11年度(2029年度)に、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの各がん検診受診率60%以上を目標とします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

後発医薬品およびバイオ後続品の使用促進に関する目標

ア 後発医薬品の使用促進に関する目標

本県の後発医薬品の使用割合については、令和4年度(2022年度)83.5%でした。

昨今、供給不足もあることから、医薬品の安定供給を基本とし、供給不安の解消を含め、安心して後発医薬品を使用することができる環境整備の取組を進めていきます。

そのうえで、後発医薬品の使用割合は令和11年度(2029年度)まで80%以上を維持することを目標とします。

イ バイオ後続品の使用促進に関する目標

バイオ後続品^{*28}は、先発バイオ医薬品^{*29}とほぼ同じ有効性および安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有すると考えられます。

令和3年度(2021年度)バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数は全体の成分数の12.5%でした。

第4期計画では、令和11年度(2029年度)に、バイオ後続品に80%以上

^{*27} 40歳以上69歳以下。ただし、子宮頸がんは20歳以上69歳以下。

^{*28} バイオシミラー。遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質(ホルモン、酵素、抗体等)等を作る力を利用して製造される医薬品。

^{*29} 臨床試験により、先行バイオ医薬品と同等/同質の品質・有効性等を示すことが検証された医薬品。後発医薬品の場合と異なり、先発バイオ医薬品と有効成分は同一でないが、同じ効能・効果、用法・用量で使用できる。

置き換わった成分数が全体の成分数の 60% 以上を目標とします。

医薬品の適正使用の推進に関する目標

医薬品の適正使用に関しては、令和 4 年度(2022年度)では「国民健康保険の被保険者について、3 医療機関以上から同一成分を持つ薬剤の投与を受けている重複服薬者や、15種類以上の薬剤の投与を受けている多剤投与の対象者への指導」を、19市町で取り組んでいます。

令和 6 年度(2024年度)以降、「3 医療機関以上から同一成分を持つ薬剤の投与を受けている重複服薬者や、6 種類以上の薬剤の投与を受けている多剤投与の対象者への指導」を19市町で引き続き取り組みます。

医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標

ア 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療

急性気道感染症および急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方は、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されています。

令和元年度(2019年度) 急性気道感染症および急性下痢症の抗菌薬の薬剤費は、約 3 億 7,800 万円、約 9,400 万円でした。

そのため、第 4 期計画では、令和11年度(2029年度)に、急性気道感染症および急性下痢症の抗菌薬の薬剤費を令和元年度に比べ半減することを目標とします。

イ 医療資源の投入量に地域差がある医療

白内障手術および化学療法の外来での実施状況は医療資源の投入量に地域差がある医療とされています。

令和元年度(2019年度)時点で、白内障外来レセプトの割合は48.0%と全国平均52.8%を下回っていることから、第 4 期計画では、令和11年度(2029年度)に、白内障外来レセプトの割合を、全国平均以上を目標とします。

また、外来化学療法 S C R (外来化学療法の標準化レセプト出現比率)は令和元年度時点で全国平均を100としたとき、105.6と全国平均を上回っていますので令和11年度も100以上(全国平均以上)の現状を維持することを目標とします。

2 取り組むべき施策

前記の目標を達成するために、「住民の健康の保持の推進」および「医療の効率的な提供の推進」の2つの大きな方針のもとに取り組んでいきます。

当計画に掲げる取り組むべき施策は、県民の健康推進に関する計画である「健康いきいき21 - 健康しが推進プラン - 」や活力ある長寿社会の実現に向けた取組を明らかにした「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン」、さらに「滋賀県保健医療計画」「滋賀県国民健康保険運営方針」など関連する各種の計画等と整合を図りつつ、基本的な取組を示したものです。

医療費の適正化を図るためには、県だけでなく、市町、関係団体、県民などが、それぞれの立場で一体的に取り組むことが重要です。

(1) 住民の健康の保持の推進に関する施策

特定健康診査および特定保健指導等の推進

「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」に基づき、効果的かつ効率的な保健事業を展開し、生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査、特定保健指導の受診率向上を図ります。

ア 集合的な契約の活用の推進

特定健康診査・特定保健指導を多くの被保険者および被扶養者が受けられるようにするための体制を継続的かつ効率的に整備できるよう、複数の保険者と複数の健診・保健指導実施機関の間での集合的な契約の枠組み^{*30}の活用を支援します。

イ 県民に対する啓発の実施

特定健康診査の受診率向上のため関係団体等とともに啓発を実施します。SNSなどのデジタル広報等を活用して、健診の必要性の理解を広げ、受診率の向上を図っていきます。

ウ 保険者と市町等による健康づくり対策等との連携

保険者による特定健康診査および特定保健指導の取組と、県・市町を中心とした健康づくり対策との連携を図ります。市町等が実施する基本健診やがん検診、健康教育等の情報を共有化し、同時実施等の効果的な実施や周知について支援します。

エ 保健事業の人材の育成

特定健康診査受診率向上や保健指導の質の向上、データヘルスの推進等に係る研修会や情報・意見交換会等を開催し、保健事業担当者、保健指導

^{*30} 全国にちらばっている場合もある健康保険組合や共済の被保険者や被扶養者が、地元で特定健康診査・特定保健指導を受けることができるための仕組み。全国の医療保険者と健診・保健指導実施機関が都道府県単位等で代表者を決めて、互いに集团的に契約を結ぶ。

従事者等の資質の向上や健康・医療・福祉の各分野との連携強化を図ります。

オ 生活習慣病の重症化予防の推進

特定健康診査の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよう、各保険者が特にリスクの高い人に受診の働きかけを行う体制づくりを支援します。

カ 保険者間連携の推進

生活習慣病の予防には若い時期からの予防の取組が重要であり、国民健康保険等と被用者保険との連携により現役世代からの取組を進めます。

県では全国健康保険協会滋賀支部（協会けんぽ）と「県民の健康づくりの推進に向けた連携に関する協定書」を締結しており、本協定を基にした、生活習慣病の予防、健康づくりに係る取組について、県および市町と協会けんぽとの連携強化を図ります。

また、滋賀県保険者協議会において、特定健康診査やレセプトの分析、特定健康診査受診率向上や保険者の枠を超えた保健事業の実施に向け、保険者間連携の強化に取り組みます。

たばこ対策

喫煙の健康影響についての正しい知識の普及に努め、やめたい人がやめられる禁煙支援環境を整えていきます。また 20 歳未満の防煙教育を引き続き実施して行きます。

妊婦の喫煙をなくすため、母子健康手帳交付時や、健診・相談の機会を通じて、喫煙の健康影響についての情報提供を行います。また、市町、医療機関等と連携した取組を推進します。健康増進法に基づき、受動喫煙防止対策の取組を引き続き実施して行きます。

糖尿病の重症化予防

糖尿病は適切な血糖コントロールを継続されないと、慢性合併症を発症します。そのひとつである糖尿病性腎症は、慢性透析につながり、患者の生活の質(QOL)を低下させます。そこで、糖尿病の重症化を予防するために、滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム^{*31}を基に、保険者・医療機関・その他の関係機関の連携および協力体制を推進します。

ア 医療につなげる受診勧奨の推進

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者に対して、受診勧奨・保健指導を推進します。

^{*31} 平成 30 年(2018 年)3 月に、人工透析の原因疾患で最も多い糖尿病に対して、重症化リスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を医療につなげるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して県内の保険者および市町が医療機関と連携して、腎不全、人工透析への移行防止および遅らせることを目的として策定したプログラム。取組の考え方や関係者の役割を示すもの。

イ かかりつけ医と連携した保健指導の推進

医療機関受診中の者について、各保険者や県・市町は糖尿病性腎症による慢性透析の導入を予防するために、かかりつけ医と連携した専門職種による保健指導の実施体制を整備します。

ウ 重症患者に対するかかりつけ医と専門医との連携した治療

かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うとともに、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者中心とした医療の提供を促進します。

また、歯および口腔の健康づくりによる糖尿病の重症化予防や、その他新たに糖尿病の重症化予防に有効と認められる事業^{*32}を支援等ができるよう検討していきます。

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

ア 一体的実施

高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面に関わる課題に一体的に対応することが重要であることから、関係団体との連携を図り、後期高齢者医療広域連合と市町による一体的実施を支援していきます。

イ 骨折予防、骨粗しょう症予防等の推進

国保、後期、介護部局が一体となって、高齢者のフレイル対策（骨折予防、骨粗しょう症予防）を実施し、これらの取組が全世代に繋がるよう取組をします。

(ア) 国民健康保険および後期高齢者医療保険制度の被保険者において、多剤投与や健診データ分析などから骨折リスク者の抽出や把握などを行い、訪問指導や支援などの取組をします。

(イ) 国保、後期、介護部局が一体となって研修会等を実施し、骨折・骨粗しょう症・聴力・白内障など高齢者が自身の健康状態を把握し、予防につながるよう情報共有などの取組をします。

がん検診の推進

早期発見・早期治療のため受診率向上に向けてSNSの活用や企業と連携した取組等を通じた啓発を推進していきます。

また、市町のがん検診等各種検診と特定健康診査の同時実施など効果的な開催方法について工夫していきます。

予防接種に関する施策の推進

予防接種は感染症対策として極めて有効な手段であり、感染症の発症予

^{*32} 例えば、腎機能指標であるeGFRを短期間(1~2年間)ではなく長期間記録したLong term eGFR Plotを活用し、早期の受診勧奨や治療、専門医への紹介等を行う事業など

防・重症化予防はもちろんのこと、感染症のまん延防止にも寄与し、様々な医療費抑制効果が期待できます。

本県では、予防接種法に位置づけられている予防接種はもとより、おたふく風邪ワクチン・帯状疱疹ワクチン等の任意接種についても、市町・医療機関と連携し、感染症の発生動向とともに県民に対して啓発します。

また、県内市町等と各種予防接種の実施状況と対策を検討するため、意見交換および担当者会議を実施し、本県市町の予防接種に係る取組の標準化を図ります。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

後発医薬品およびバイオ後続品の使用促進

医薬品の安定供給を基本として、供給不安の解消を含め、後発医薬品を安心して使用することができる環境整備を図るため、以下の取組を行います。

ア 後発医薬品の使用促進

- (ア) 滋賀県後発医薬品安心使用促進協議会を通じて関係機関等と連携し、後発医薬品の供給不安の解消および使用を促進するための情報共有等を図ります。
- (イ) 先発医薬品を後発医薬品に切り替えることによる差額を保険者が被保険者に通知することにより、後発医薬品の使用促進を図ります。
- (ウ) 県内の後発医薬品製造業者に対する定期的な査察および品質検査を実施し、一層の安全性、有効性の確保を図ります。

イ バイオ後続品の使用促進

滋賀県後発医薬品安心使用促進協議会を通じて関係機関等と連携し、バイオ後続品に関する情報共有等を図ります。

医薬品の適正使用の推進

ア 国民健康保険等における指導

国民健康保険の被保険者において、「高齢者の医薬品適正使用の指針」等を参考に重複・頻回受診者、重複服薬者、多剤投与者を対象とした訪問等、ポリファーマシーの観点(不要な添付薬など)等から指導を行います。実施後は診療報酬明細書(レセプト)による効果測定(評価)や評価訪問を実施します。また、後期高齢者医療保険制度の被保険者においても、多剤投与の対象者への指導を実施します。

イ 電子処方箋およびお薬手帳の普及推進

電子処方箋の活用により、複数の医療機関・薬局・患者間で過去の薬剤情報も含めた情報共有が可能となったため、重複投与や相互作用の確認等が行われることで安心安全な医療につながることを周知し、電子処方箋の普及推進を図ります。また、お薬手帳の活用が、処方箋により調剤された医薬品のみならず、一般用医薬品等を含め、使用する医薬品の重複投与や

相互作用の確認等に有益であることを周知し、普及推進を図ります。

医療資源の効果的・効率的な活用

ア 急性気道感染症および急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方

抗菌薬の使用状況等を医療関係者と共有し、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に取り組みます。

イ 白内障手術、化学療法についての情報共有

白内障手術や化学療法の外来での実施状況を医療関係者と共有し、地域の実態を確認しながら取組を検討します。

医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

各市町が圏域や市町単位で在宅医療・介護連携コーディネーターを配置し、在宅医療において必要な連携を担う拠点として、医師会をはじめとする在宅医療介護提供団体との連携のもと在宅医療・介護連携の推進に向けた取組が行われるよう支援を行います。

市町が目指す姿を描きながら多職種・多機関の協働のもとで計画的に推進できるよう、市町に対するヒアリング等を通じた現状把握や各種データの情報提供、意見交換会や研修会の開催、健康福祉事務所を中心とした市町と関係機関・団体との関係づくりのサポート等により、市町の取組を支援します。

市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行います。

圏域における切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けて、病院と地域との連携や医療と介護の連携が一層進むよう、健康福祉事務所が中心となって地域医師会など関係団体との取組を促進します。

市町単位で多職種・多機関連携の推進を担う拠点機能の充実を図るため、在宅医療・介護連携コーディネーターの育成や活動推進を図るためのコーディネーター間の交流機会の創造に取り組みます。

自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。

病床機能分化と連携の推進

超高齢社会・人口減少社会を迎え、人口の急速な高齢化に伴い医療需要の増加が見込まれる中、限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、地域の医療機関の機能の分化と連携を進め、入院から在宅療養への円滑な移行の促進を図ることにより、急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまでの体制を構築します。

医療機関が担っている医療機能（急性期、回復期、慢性期など）の情報を把握、分析し、必要な医療機能がバランスよく提供される体制が構築されるよう努めます。

地域の医療機関が一体となって患者中心の医療を実現するため、入退院調

整機能の充実や地域連携クリティカルパス^{*33}の活用を進め、切れ目のない連携体制を構築し、県民の生活の継続性を維持できるよう努めます。

各保健医療圏域における医療機関の機能の分化と連携は、地域医療構想における将来推計を参考に、県や市町、医療機関、医師会等で構成される地域医療構想調整会議において協議・調整を行い、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、関係者の協力を得て進めます。

医療福祉・在宅看取りの推進

ア 病院から在宅療養の移行に向けた切れ目のない入退院支援体制の構築

病院と在宅療養を支援する関係者が、入退院に関わる役割・知識・技術を高め、医療と介護の相互理解のもと、在宅での生活を見据えた切れ目のない支援が行われるよう、入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修や同職種間連携の推進に向けた取組を支援します。

病院と在宅療養とをつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用、地域連携クリティカルパスの活用、退院前カンファレンスの開催、サマリーや情報提供書・ICTの活用など、病院と地域の関係者が本人の望み・目標、生活や疾患の情報などの共有を行い、多職種の強みを活かした支援の継続が行われるような取組を推進します。

イ 望む場所での日常療養支援体制の整備

新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供や在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催、訪問看護師の人材確保やキャリアアップ、訪問看護ステーションの機能強化に向けた取組等により、在宅医療に携わる人材の確保・育成を行います。

多職種・多機関が情報を共有し、協働して支援が実践できるよう、各地域において在宅療養のさらなる充実に向けた検討の場を持つとともに、多機関・多職種連携のための研修会の開催などによる他職種理解と連携の推進を支援します。

介護支援専門員や介護職員が、必要に応じて医療との連携や情報共有が行えるよう、医療的ケアの知識向上のための研修を行うなど、人材の育成を図ります。

ウ 急変時対応体制の整備

在宅での生活をバックアップする在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制を確保している在宅療養支援診療所、24時間対応の訪問看護ステーション、休日や夜間に薬品を供給できる体制など、急変時に対応できる体制の構築を図ります。

日頃の療養支援を行う中で本人や家族の意思を確認し、急変時に備えた情報共有を行い、意向に応じた対応ができるよう、医療職と介護職の人材

^{*33} 病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から集中的なりハビリをする「回復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリをする「慢性期病院・施設」まで、切れ目のない治療が提供でき、早期に自宅に帰れるよう地域全体の関係機関が協働で作成する診療計画表。

育成や訪問診療と病院・訪問看護等のネットワークの構築を促進します。

エ 望む場所での人生の最終段階のケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる体制整備

24 時間在宅での看取りに対応できるよう、訪問診療医のネットワークの構築や在宅での緩和ケアに対応する医師・薬剤師・訪問看護師等の育成や訪問看護師の確保・人材育成や連携を推進します。

介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設等の介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。

人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかについて、患者が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス(アドバンス・ケア・プランニング(ACP))を実践できるよう、医療福祉関係者の資質向上を図ります。

(3) その他の医療費適正化に向けた保険者の取組支援

主に国民健康保険の保険者および後期高齢者医療広域連合に対して、国民健康保険団体連合会とも連携しながら以下の取組を支援します。

診療報酬明細書(レセプト)の審査および点検の充実

医療費通知の実施

後発医薬品に切り替えた場合の「差額通知」の充実

第三者求償や不正利得、不当利得回収の積極的推進

効果を上げている保険者の取組事例等を参考にした他の保険者での新たな取組の推進

3 保険者、医療機関その他の関係者の連携および協力

計画に掲げた取組を円滑に進めていくために、保険者、健診・保健指導機関、医療機関および教育機関や介護サービス事業者等と様々な機会を捉えて情報交換を行うなど連携・協力を図ります。

また、滋賀県保険者協議会において、保険者が行う保健事業の情報を共有するとともに、県内保険者が連携して実施する保健事業等を推進します。

《再掲》第4期医療費適正化計画における数値目標

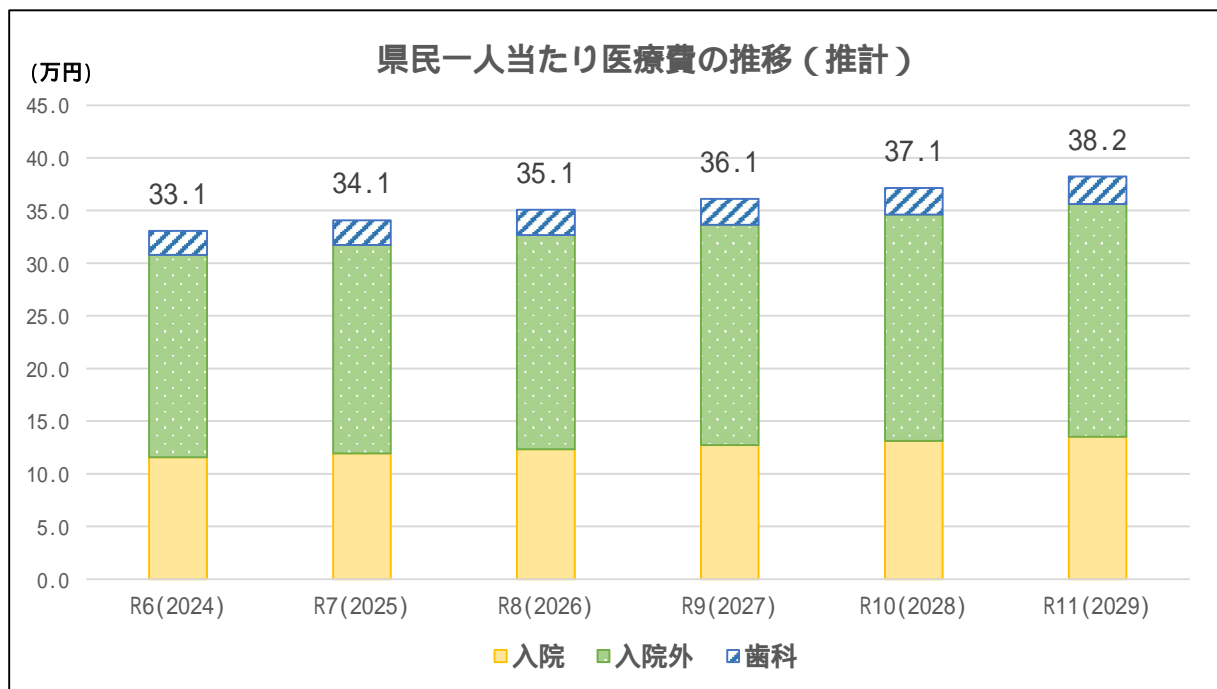
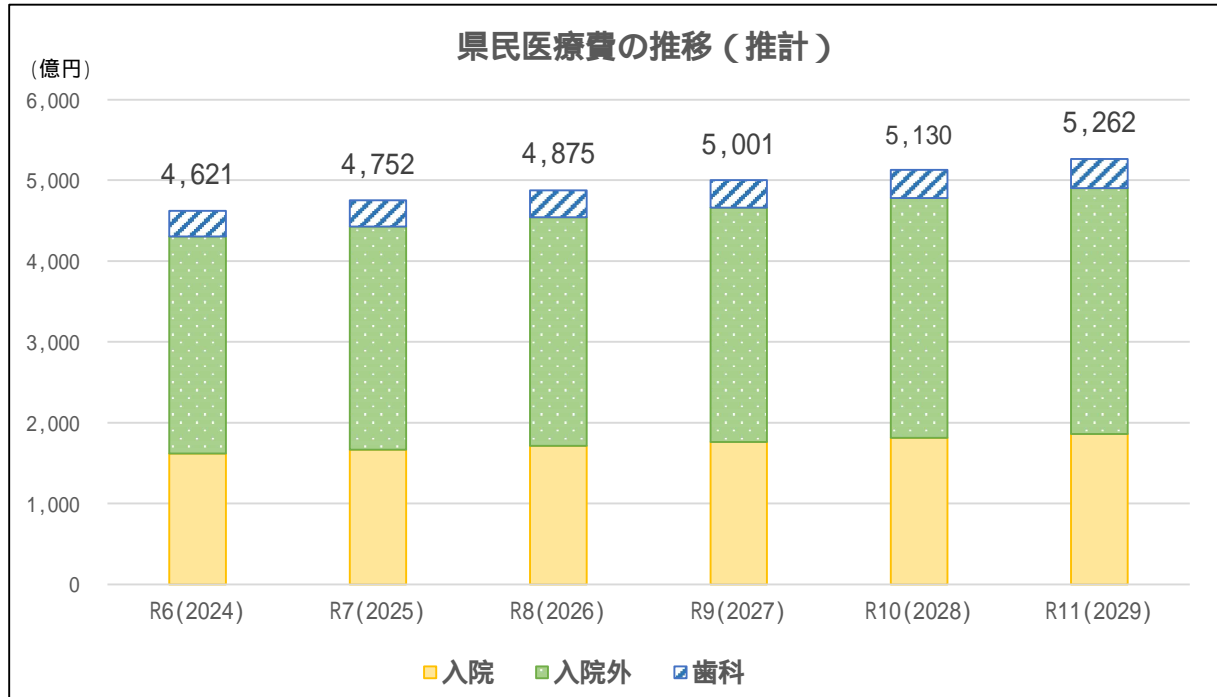
目標項目		実績	令和11年度 (2029年度目標)
住民の健康の保持の推進に関する目標	特定健診受診率	保険者による特定健康診 査受診率 60.0% (令和3年度実績)	70%以上
	特定保健指導実施率	特定保健指導が必要と判 断された対象者の特定保 健指導実施率 26.3% (令和3年度実績)	45%以上
	特定保健指導対象者の割合の減少率	特定保健指導対象者の割 合の減少率 9.1% (令和3年度実績)	25%以上 (平成20年度比)
	たばこ対策に関する目標	20歳以上の喫煙率 男性19.3% 女性4.2% (令和4年度実績)	男性15%以下 女性3%以下 令和17年度(2035年 度)目標
	糖尿病の重症化予防に関する目標	糖尿病性腎症による 新規透析導入者数 165人 (令和3年度実績)	各年度165人以下
	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標	高齢者の保健事業と介護 予防等の一体的実施 15市町で実施 (令和4年度実績)	令和6年度以降、毎年 度19市町で実施
	がん検診の受診率に関する目標	胃がん、肺がん、大腸が ん、乳がん、子宮頸がん の各がん受診率 胃がん40.5%、肺がん 47.6%、大腸がん 44.8%、乳がん47.2%、 子宮頸がん40.7% (令和4年度実績)	各60%以上
医療の効率的な提供の推進に関する目標	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合 (数量ベース) 83.5% (令和4年度実績)	80%以上
	バイオ後続品の使用割合	バイオ後続品の使用割合 (数量ベース) 80%以上置き換わった成 分数が全体の成分数の 12.5% (令和3年度実績)	80%以上置き換わった 成分数が全体の成分数 の60%以上
	医薬品の適正使用の推進に関する目標	重複投薬・多剤投与等の 対象者への指導 19市町において、3医療 機関 15種類以上への対 象者に実施 (令和4年度実績)	19市町において、3医 療機関 6種類以上へ の対象者に実施
	標準医療的資源の活用に関する目標	効果が乏しいというエビデ ンスがあることが指摘され ている医療 急性気道感染症および急 性下痢症の患者に対する 抗菌薬の処方薬剤費 急性気道感染症 約3億7,800万円 急性下痢症 約9,400万円 (令和元年度実績)	半減 (令和元年度比)
医療資源の投入量に関する目標	白内障手術および化学療 法の外来での実施状況 外来白内障手術48.0% 外来化学療法 (SCR)105.6 (令和元年度実績)	全国平均以上	

第4章 医療費の今後の見通し

1 医療費の今後の見通し（適正化前）

本県の医療費は、年々増加しており、令和11年度(2029年度)には、5,262億円になると推計され、一人当たり医療費は38.2万円になると推計されます。

表 27



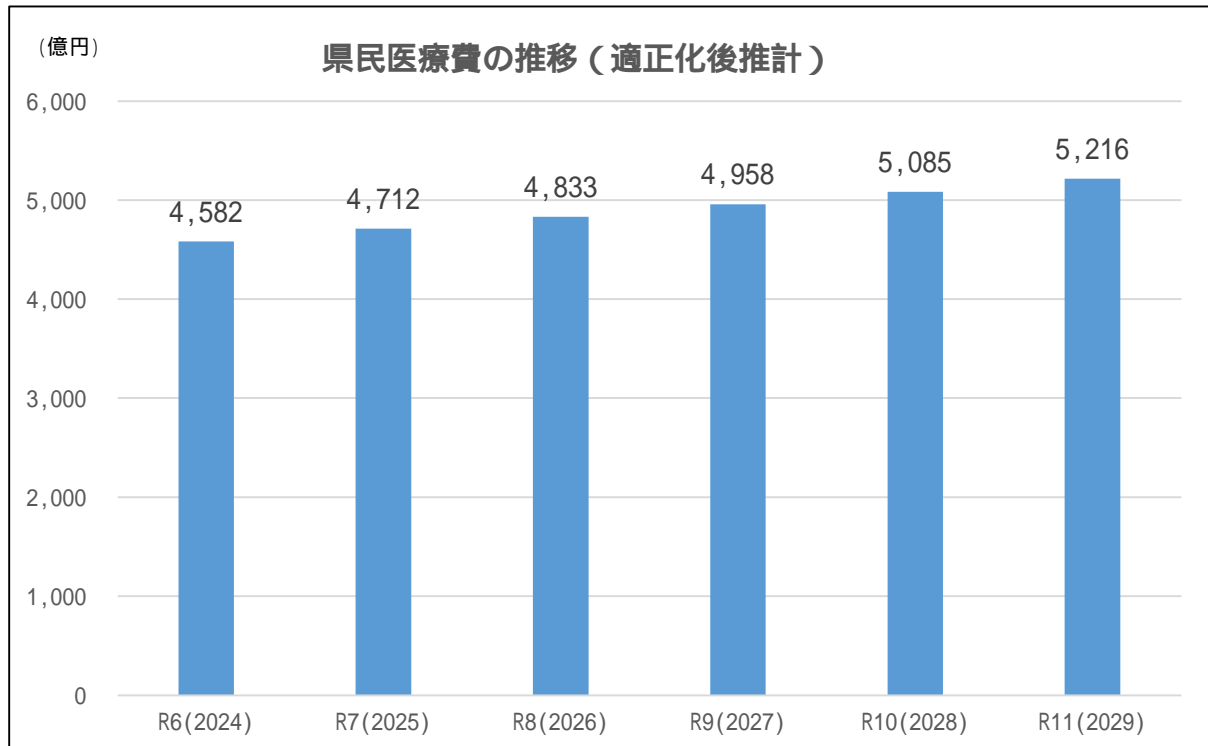
【「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（厚生労働省告示）に定める推計方法により算出】

2 医療費の今後の見通し（適正化後）

令和3年度(2021年度)における県民医療費は、4,539億円でしたが、令和11年度(2029年度)には、5,262億円になると見込まれます。

この計画に定める施策を実施した場合は、5,216億円となる見込みであり、適正化の効果は概ね46億円と見込まれます。

表 28



	令和3年度		令和11年度		一人当たり保険料の 機械的な試算 (一か月当たり医療分)
	2021年度		2029年度		
医療費	4,539		5,216 (5,262)		----
国保	1,074		986 (995)		8,512 (8,587)
後期	1,687		2,199 (2,218)		8,405 (8,479)
被用者等	1,778		2,031 (2,049)		----

※括弧内は医療費適正化の取組を行わなかった場合

【「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（厚生労働省告示）に定める推計方法により算出】

第5章 計画作成のための体制の整備および達成状況の評価

1 計画作成のための体制の整備

(1) 関係者の意見を反映させるための体制の整備

医療費適正化対策の推進は、幅広い関係者の協力を得て、地域の実情に応じたものとするのが求められていることから、学識経験者、医療関係団体の代表者、医療を受ける立場にある者の代表者で構成される滋賀県医療審議会医療費適正化計画部会を開催し、計画に意見を反映させます。

(2) 市町との連携

市町では、住民の健康の保持の推進に関し、健康増進の啓発事業等を実施しているなど、医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことから、計画の作成、変更等において市町との連携を図ります。

(3) 保険者との連携

平成27年(2015年)の法改正により、第3期医療費適正化計画から、その策定にあたり都道府県は保険者協議会に事前に協議するとともに、計画策定後、計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなっています。

第4期計画についても、滋賀県保険者協議会を通じ保険者の協力を得ながら本計画の推進を図るとともに、計画の作成や見直しにあたり協議を行うなど、保険者との連携を図ります。

(4) 医療の担い手等の取組

医師、歯科医師、薬剤師、看護師をはじめとする医療の担い手等は、特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く効率的な医療を提供することが必要です。保険者等が重症化予防等の保健事業を実施するにあたって、保険者等との協議において議論を深めるとともに、自らが所属する医療機関の位置づけを確認しつつ、医療機関相互の協議により、地域における病床機能の分化および連携に応じた自主的な取組を進めることが求められます。

また、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や調剤に必要な体制の整備に努めるとともに、医薬品の処方医とかかりつけ薬剤師・薬局等との連携のもとで、一元的・薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組が求められます。

(5) 県民の取組

急速な少子高齢化など医療を取り巻く環境が大きく変化している現在においては、県民の一人ひとりが、医療保険制度を支える側でもあるという視点から、自らの責任において主体的、積極的に健康の保持・増進や生活習慣病予防への取組に関わることが必要です。

また、安全・安心な医療を受けるためには、限られた医療資源を有効に活用することが大切であり、身近なかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ

薬剤師等を持ち、相談しながら症状に応じた医療機関を受診するなどの対応が求められます。

2 達成状況の評価

高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定により、医療費適正化計画は6年を1期として作成することとなっています。このため、この第4期計画については、令和6年度(2024年度)から11年度(2029年度)までの6年間を対象とします。

医療費適正化計画の実効性を高めるため、計画作成、実施、点検・評価および見直し、改善の一連の循環により進行管理をしていきます。

また、令和5年(2023年)の法改正により保険者協議会の意見を聴いて評価を行うこととなりました。

(1) 進捗状況の公表

年度(計画最終年度およ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。

また計画期間の最終年度である令和11年度(2029年度)に、計画の進捗状況に関する調査および分析を行い、その結果を公表します。計画期間終了の翌年度である令和12年度(2030年度)に滋賀県保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その内容を公表します。

(2) 評価の活用

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には、その要因を分析し、必要に応じ、目標を達成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った上で、必要な対策を行います。

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および分析の際に、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対策を行うとともに、第5期医療費適正化計画の作成に活用します。