

第 1 期愛知県医療費適正化計画

平成 20 年 4 月



目 次

第1章	計画の位置づけ	1
第2章	医療費を取り巻く現状と課題	3
1.	現状	3
(1)	医療費の動向	3
(2)	平均在院日数の状況	8
(3)	療養病床の状況	12
(4)	生活習慣病の該当者及び予備群の状況	13
(5)	県内における疾患の状況	18
2.	課題	23
(1)	医療費（老人医療費）の増加	23
(2)	平均在院日数の短縮	24
(3)	生活習慣病患者の増加	24
第3章	目標と取り組み	26
1.	基本理念	26
(1)	県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	26
(2)	超高齢社会の到来に対応するものであること	26
2.	第1期適正化計画における目標	26
(1)	県民の健康の保持の推進に関する達成目標	27
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	27
(3)	計画期間における医療に要する費用の見通し	29
3.	目標を達成するために本県が取り組む施策	29
(1)	県民の健康の保持の推進に関する施策	29
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する施策	31
第4章	計画の達成状況の評価	34
1.	進捗状況評価	34
2.	実績評価	34
第5章	計画の推進	35

第1章 計画の位置づけ

我が国は、国民皆保険¹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及び向上を確保しながらも、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの抑制を図っていくことが必要であります。

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、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設されました。

都道府県医療費適正化計画（以下「適正化計画」という。）については、高齢者の医療の確保に関する法律（老人保健法（昭和57年法律第80号）の全面改正）において、以下のとおり規定されています。

①適正化計画の期間

適正化計画の期間は5年とする。

（第1期適正化計画の期間は、平成20年度～24年度）

②適正化計画に掲げる事項

適正化計画においては、次に掲げる事項を定める。

- 一．住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二．医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三．前二号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
- 四．第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五．当該都道府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
- 六．計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 七．計画の達成状況の評価に関する事項
- 八．前各号の掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

¹ 全ての国民が何らかの公的な医療保険制度に加入している状態。国民は健康保険（政府管掌・組合管掌等）・各種共済組合・船員保険・国民健康保険・後期高齢者医療広域連合のいずれかに加入することとなっている。

③適正化計画の作成の手続き及び公表

適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議する。

適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表する。

④適正化計画の作成及び適正化計画に基づく施策の実施に関する協力

適正化計画の作成及び適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

⑤適正化計画の進捗状況に関する評価

適正化計画の中間年（3年度目）に進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。

⑥適正化計画の実績に関する評価

適正化計画の期間終了年度の翌年度において、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、実績に関する評価を行う。

また、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表する。

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 本県の医療費

全国での医療費を示す国民医療費²は、平成17年度の数値で約33兆1千億円であり、前年度と比べて約1兆178億円、3.2%の増加となりました。

また、過去10年間の国民医療費を見ると、介護保険制度の導入により国民医療費の対象範囲が小さくなった平成12年度を除き、患者の一部負担³や診療報酬のマイナス改定等により横ばいに近い伸びとなっていますが、こうした改正のなかった平成11年度や平成13年度の伸びはそれぞれ3.8%、3.2%であり、国民医療費の自然増は年1兆円（年率約3～4%）程度となっています。また、国民医療費の伸び率は、毎年度国民所得の伸び率を上回っています。

国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		国民1人当たり		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率 (%)	医療費 (千円)	対前年度 増減率 (%)	(億円)	対前年度 増減率 (%)	
平成8年度	284,542	5.6	226.1	5.3	3,806,211	1.7	7.48
9	289,149	1.6	229.2	1.4	3,819,989	0.4	7.57
10	295,823	2.3	233.9	2.1	3,689,215	△ 3.4	8.02
11	307,019	3.8	242.3	3.6	3,643,409	△ 1.2	8.43
12	301,418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	3,718,039	2.0	8.11
13	310,998	3.2	244.3	2.9	3,613,335	△ 2.8	8.61
14	309,507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	3,557,610	△ 1.5	8.70
15	315,375	1.9	247.1	1.8	3,580,792	0.7	8.81
16	321,111	1.8	251.5	1.8	3,629,009	1.3	8.85
17	331,289	3.2	259.3	3.1	3,676,303	1.3	9.01

注:1) 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

2) 国民所得は、内閣府発表の「国民経済計算」（平成19年6月発表）による。

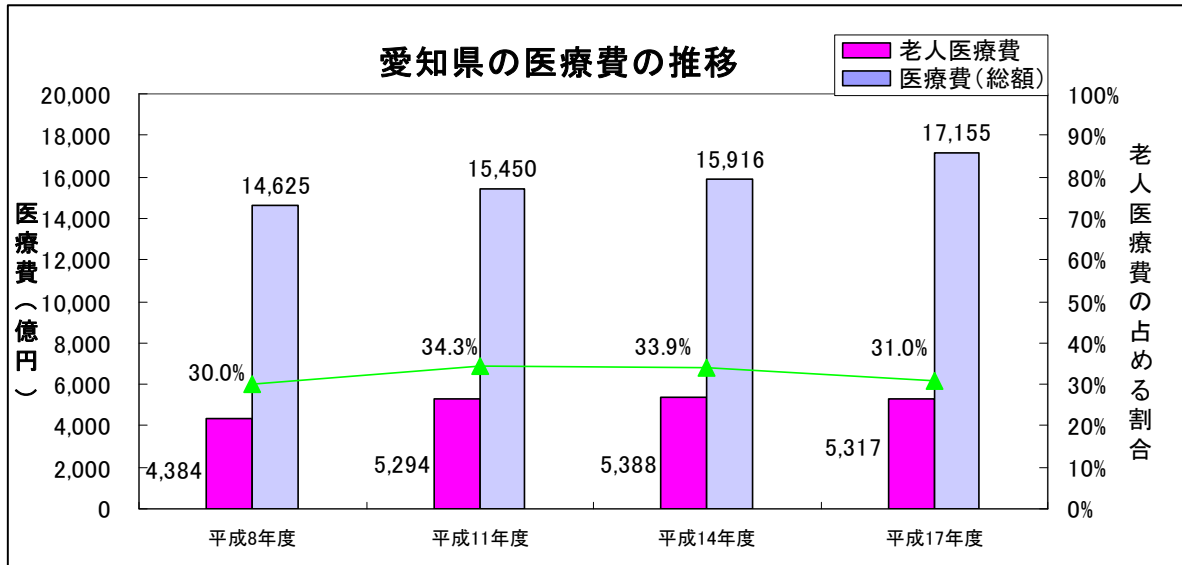
3) 国民一人当たり医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による国勢調査及び推計人口の総人口である。

本県の医療費について平成8年度から平成17年度までの状況を見ると、平成12年度の介護保険制度の導入により、国民医療費の対象範囲が小さくなったため、平成

² 当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したもので、正常分娩、健康診断、予防接種等に要する費用や患者が負担する入院時室料差額分（保険外負担）などは含まれない。

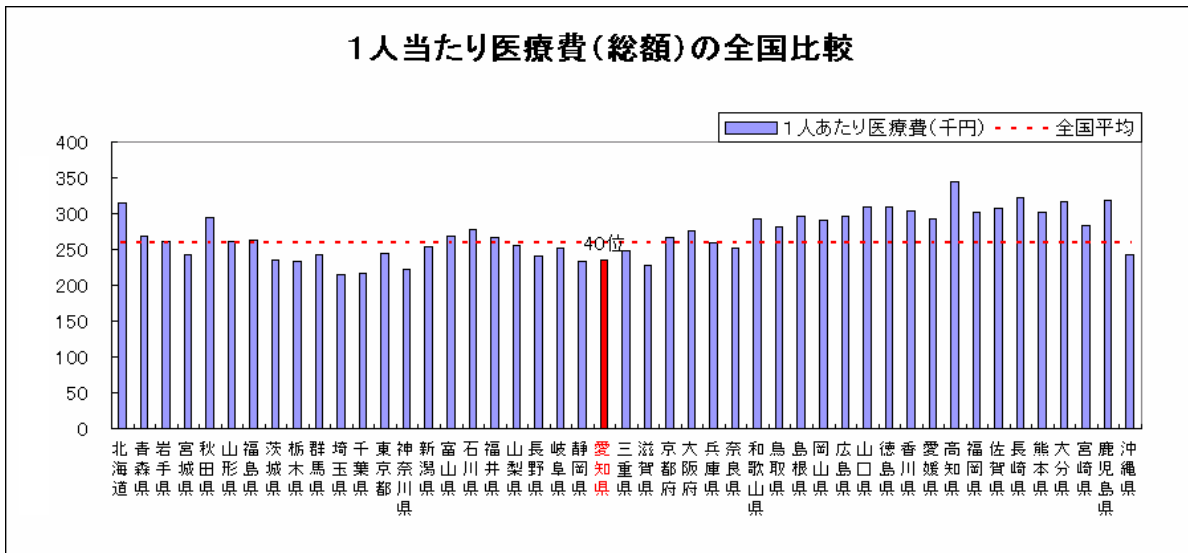
³ 被保険者が保険医療機関などで治療等を受けたときに窓口で支払う自己負担金のこと。

11年度から平成14年度にかけて一時的に増加率が低下していますが、基本的には国と同様に増加傾向にあります。



資料：国民医療費（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）
老人医療事業年報（平成8年度、平成11年度、平成14年度、平成17年度）

また、本県における平成17年度の1人当たり医療費（23万6千円）を全国的に比較してみると低い部類（全国平均25万9千円を下回る40位）に位置しています。



資料：国民医療費（平成17年度）

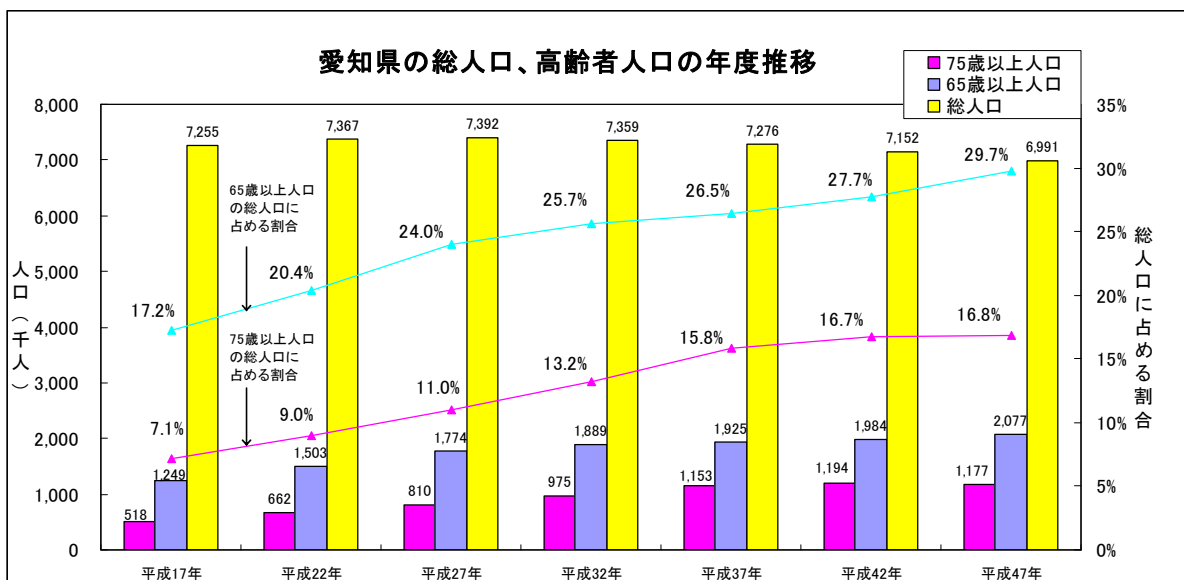
② 老人医療費（全国比較）

医療費のうち、老人医療費の動向を見ると、全国的には平成17年度で約11.6兆円であり、国民医療費の35.1%を占めています。

一方、本県の平成17年度の老人医療費は約5,317億円で、総医療費の約31.0%を占めており、全国平均と比較し低い状況となっています。（老人医療費の割合が、

平成 14 年度に比較して大きく低下しているのは、制度改正により老人医療費の対象範囲が、平成 14 年 10 月から平成 19 年 10 月までの 5 年間で、段階的に 70 歳以上から 75 歳以上に引き上げられたためです。）本県は高齢化率が 17.2%（全国 44 位）と低いため、老人医療費の割合が低いと考えられます。また、1 人当たり医療費では、高齢者（老人医療費：81 万 2 千円）は全体（総医療費：23 万 6 千円）の約 3.4 倍となっており、高齢者の医療費の伸びは県全体の医療費の増加に大きく影響します。

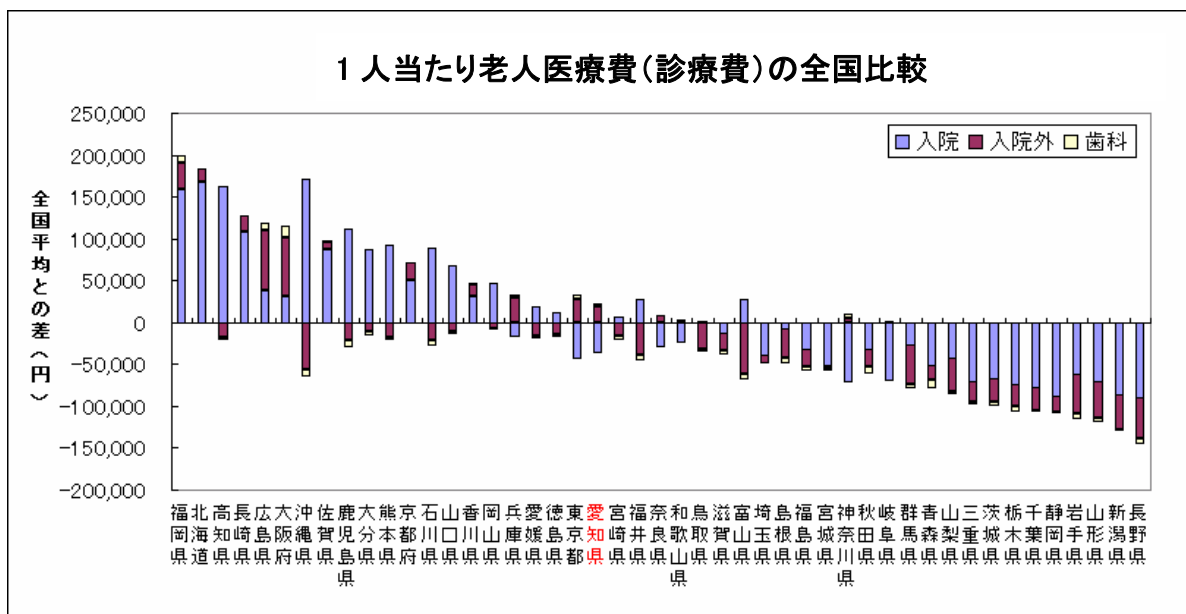
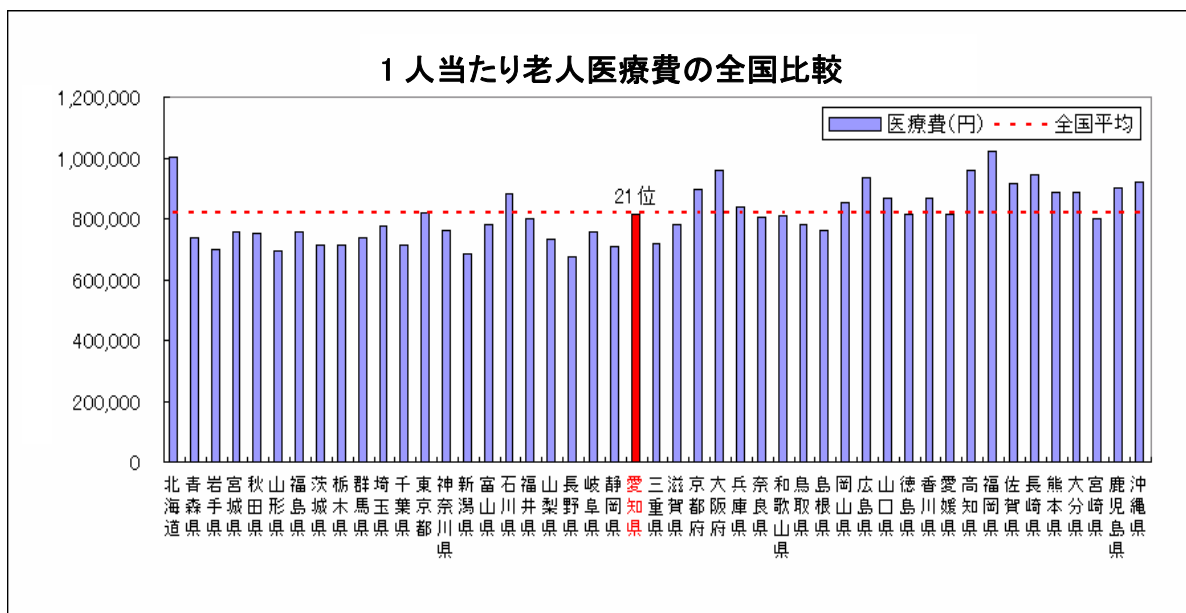
今後県内人口が平成 27 年前後をピークに微減傾向となる中で県内の高齢者人口は増加傾向となっており、65 歳以上人口で見ると平成 19 年（2007 年）の 135 万 9 千人から平成 37 年（2025 年）には 192 万 5 千人に、また、75 歳以上人口で見ると平成 19 年（2007 年）の 57 万 2 千人から平成 37 年（2025 年）には 115 万 3 千人と 2 倍になると予想されます。こうした急激な高齢化の進展に伴って、老人医療費は今後高い伸びを示すと予想されます。



資料：国勢調査（平成 17 年）、都道府県別の将来推計人口（平成 19 年 5 月推計）

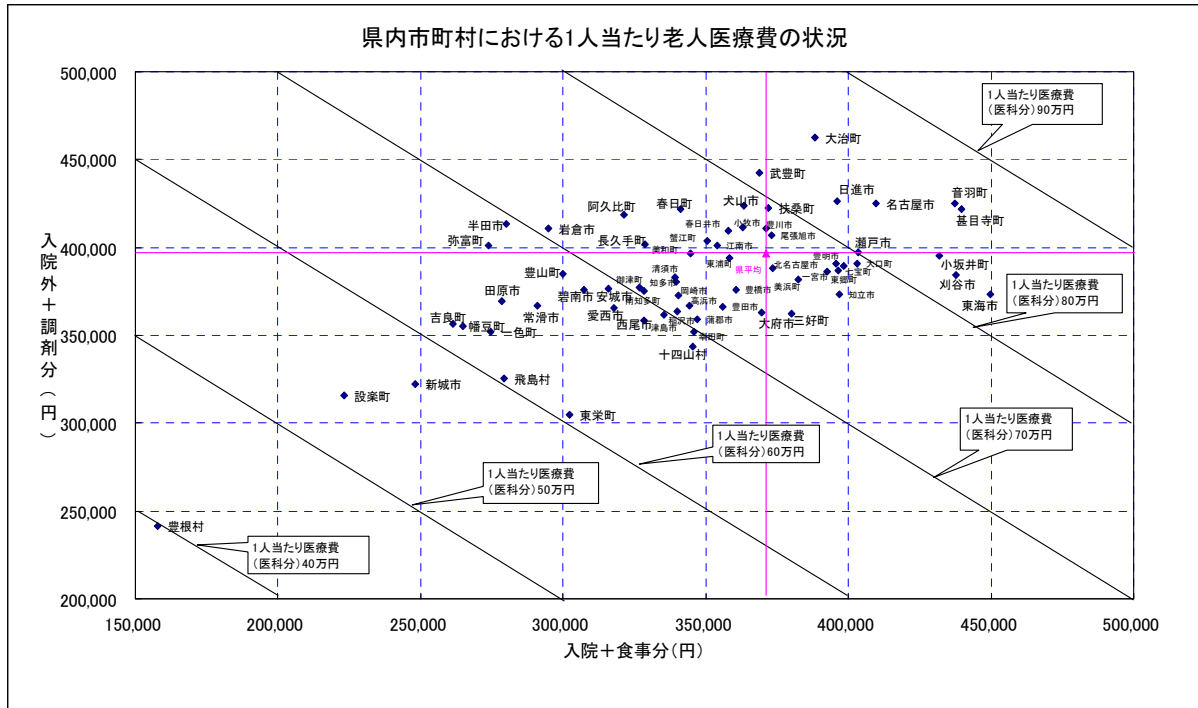
また、平成 17 年度の 1 人当たり老人医療費は 81 万 2 千円で、全国平均（82 万 1 千円）と比較して、同程度となっています（全国 21 位）が、近隣県（岐阜県、静岡県、三重県）の中では一番高くなっています。入院医療費は全国平均を下回っていますが、入院外⁴医療費・歯科医療費は全国平均を上回っています。

⁴ 外来のこと。



③ 老人医療費（県内市町村比較）

老人医療費は、県内でも全市町村で同一の傾向にあるわけではなく、地域差が生じています。1人当たり換算すると、音羽町、甚目寺町、大治町の医療費が高くなっている一方、豊根村、設楽町、新城市は低くなっています。



資料：老人医療事業年報（平成17年度）

(注) グラフの斜線は、「1人当たり入院医療費」及び「1人当たり入院外医療費」の合計が一定となる線です。

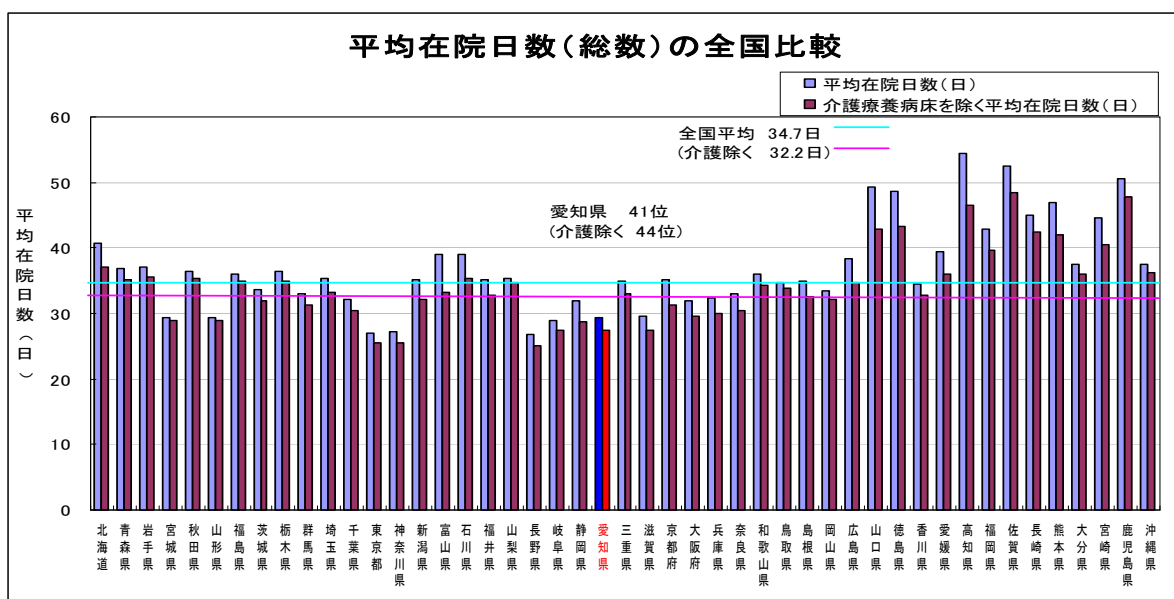
(2) 平均在院日数の状況

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あり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、「病院報告⁵」においては次の算式により算出することとされています。

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

我が国全体での平均在院日数(平成18年。介護保険適用の療養病床⁶を含む。)は、全病床では34.7日で、これに対し本県の日数は29.4日(全国41位)と短くなっていますが、最短の長野県(26.7日)と比べると2.7日長くなっています。

また、介護療養病床を除く本県の平均在院日数は、27.4日(全国44位)で、全国平均(32.2日)に比べ、4.8日短くなっていますが、最短の長野県(25.0日)と比べると2.4日長くなっています。



資料：病院報告(平成18年)

なお、病床の種別ごとに見ると、一般病床⁷については全国平均19.2日に対し本県では17.4日(43位)、療養病床については全国平均171.4日に対し本県では162.2日(26位)、精神病床⁸については全国平均320.3日に対し本県では325.6日(24位)となっています。

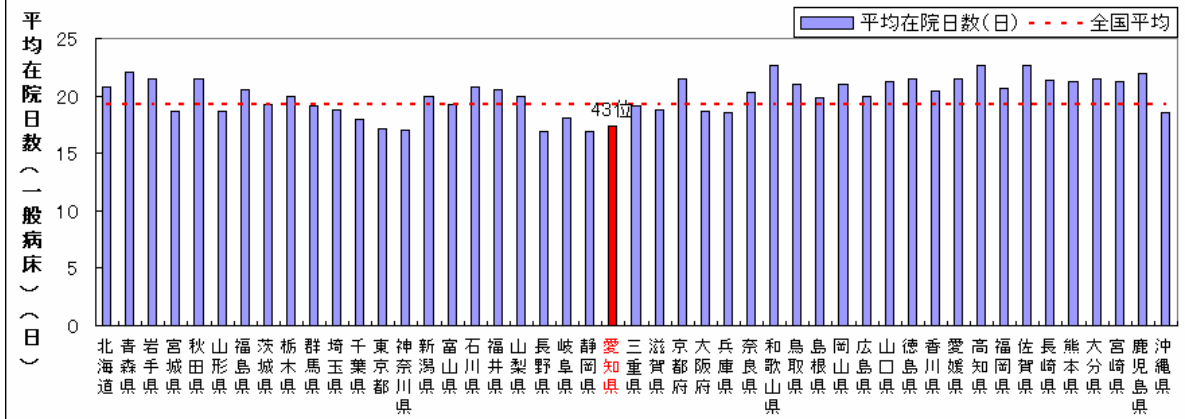
⁵ 全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況及び病院の従事者の状況を把握して、医療行政の基礎資料を得ることを目的に厚生労働省が実施している調査。

⁶ 医療法に規定された、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。

⁷ 精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいう。

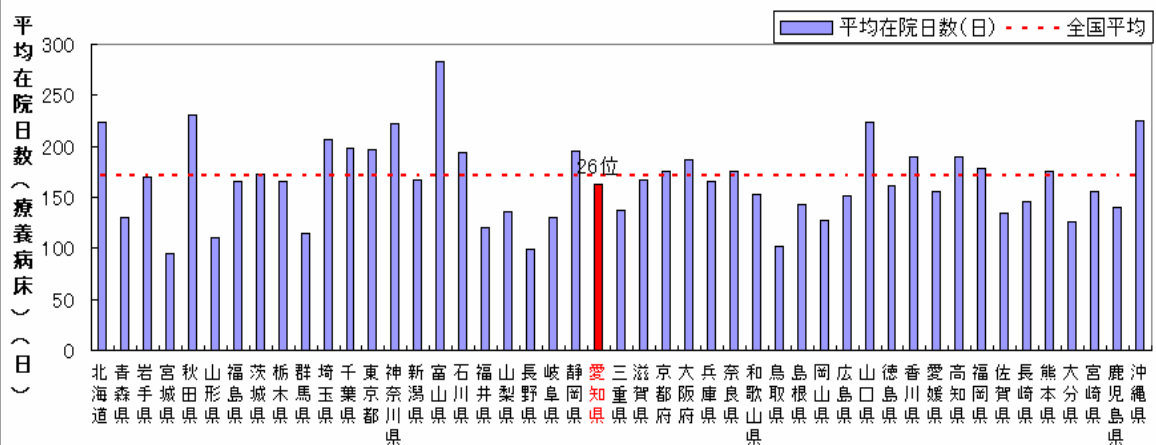
⁸ 精神疾患を有する方を入院させるための病床。

平均在院日数(一般病床)の全国比較



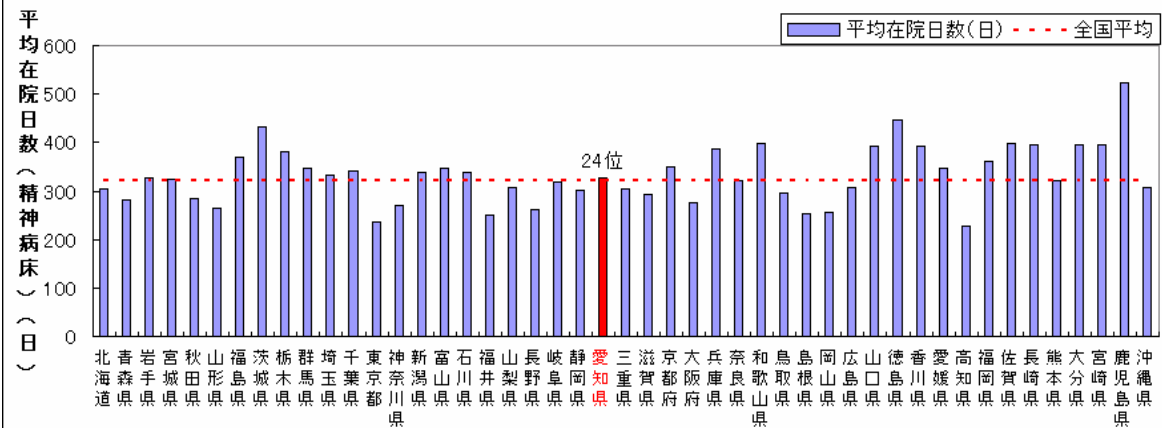
資料：病院報告（平成 18 年）

平均在院日数(療養病床)の全国比較



資料：病院報告（平成 18 年）

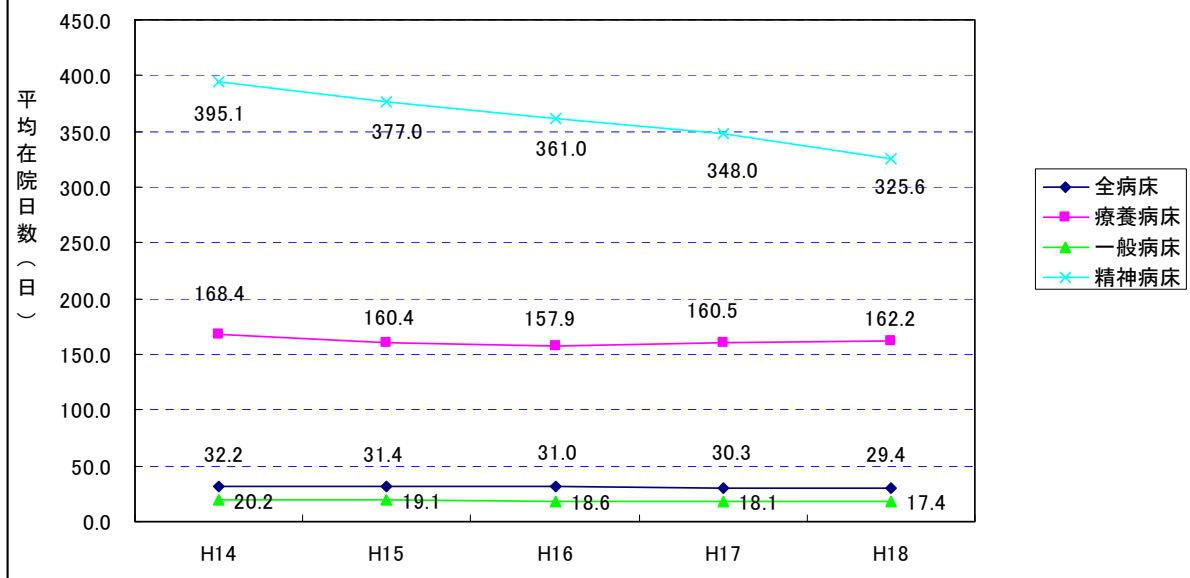
平均在院日数(精神病床)の全国比較



資料：病院報告（平成 18 年）

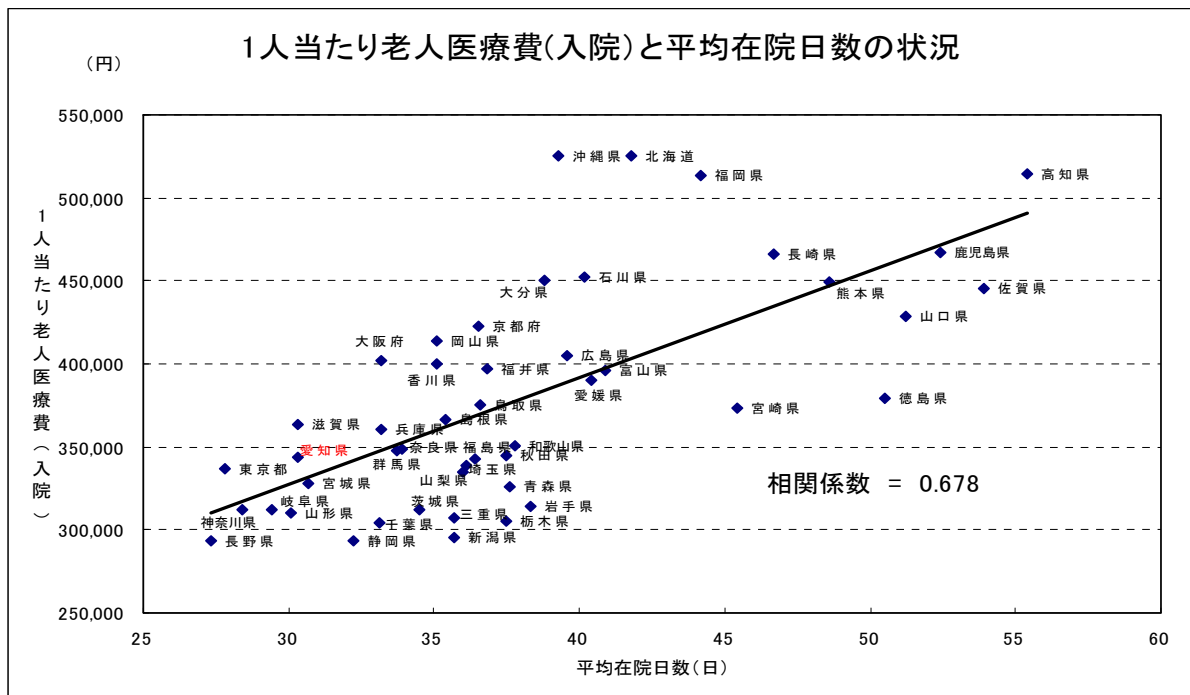
また、本県の平成 14 年から平成 18 年までの平均在院日数の推移を見ると、全病床（平成 18 年。介護保険適用の療養病床を含む。）については 2.8 日短くなっており、その主な原因は、新入院患者の約 95%が利用する一般病床の平均在院日数が 2.8 日短くなったことにあると考えられます。

愛知県における過去5年間の平均在院日数の推移



資料：病院報告（平成 14 年、平成 15 年、平成 16 年、平成 17 年、平成 18 年）

全国の平均在院日数（介護保険適用の療養病床を含む。）と1人当たり老人医療費（入院）の状況を見ると、正の相関関係があります。



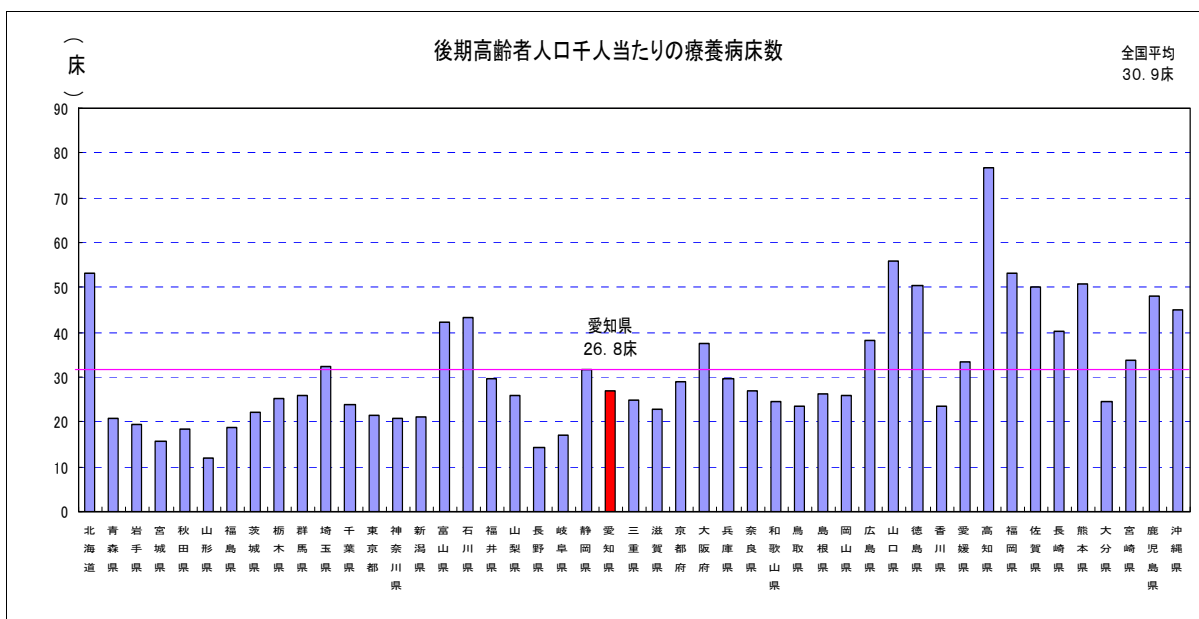
資料：病院報告（平成17年）、老人医療事業年報（平成17年度）

(3) 療養病床の状況

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である療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）は、全国に約 35.2 万床（病院報告／平成 18 年 8 月）あり、そのうち医療保険適用の医療療養病床⁹が約 23.4 万床、介護保険適用の介護療養病床¹⁰が約 11.8 万床となっています。

本県の療養病床は、14,574 床（平成 18 年 10 月 1 日現在）あり、医療療養病床が 9,748 床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床 1,301 床を含む。）、介護療養病床が 4,826 床となっています。また、後期高齢者¹¹（75 歳以上）人口千人当たりの療養病床数を見ると、本県は 26.8 床であり、全国平均 30.9 床より 13%少ない状況にあります。

なお、中央社会保険医療協議会¹²の調査によれば、療養病床の入院患者には、患者の状態が安定しているため、医師による指示の見直しが頻繁には必要でない方も利用している実態があります。



資料：病院報告（平成 17 年）、国勢調査（平成 17 年）

⁹ 医療法に規定された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で、医療保険適用となる病床。

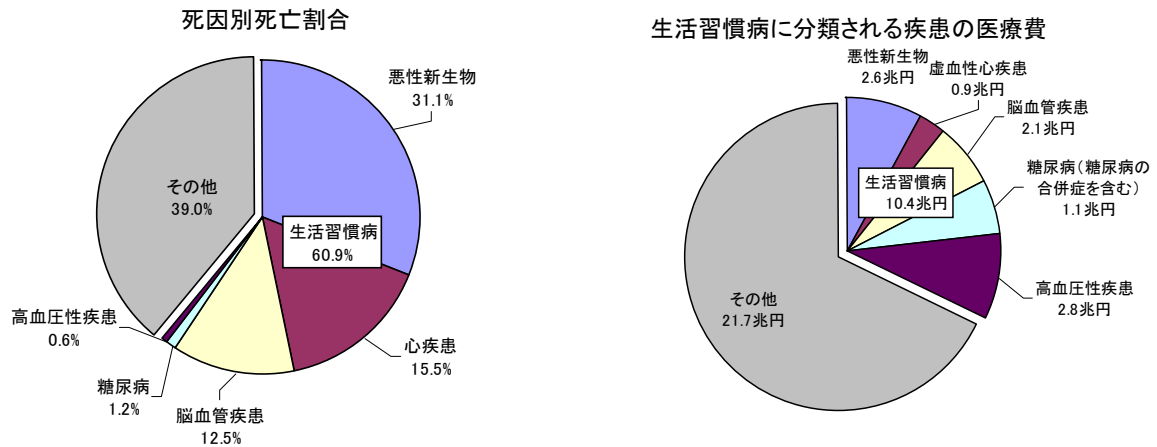
¹⁰ 医療法に規定された主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床で、介護保険適用となる病床。

¹¹ 高齢者とは、65 歳以上の方のこと。また、後期高齢者とは、75 歳以上の方のこと。

¹² 厚生労働省設置法及び社会保険医療協議会法の規定により厚生労働省に設置される協議会。ほぼ 2 年ごとに改定される治療や検査の価格である診療報酬のほか、医療保険の給付に関する重要事項を審議し、厚生労働大臣に答申する。

(4) 生活習慣病¹³の該当者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占める悪性新生物（がん）、虚血性心疾患¹⁴、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、全国における死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっています。



資料：死因別死亡割合については厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（平成16年）、医療費については厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（平成16年度）、日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況（平成16年12月31日）」、より厚生労働省保険局作成。（平成19年版厚生労働白書より）

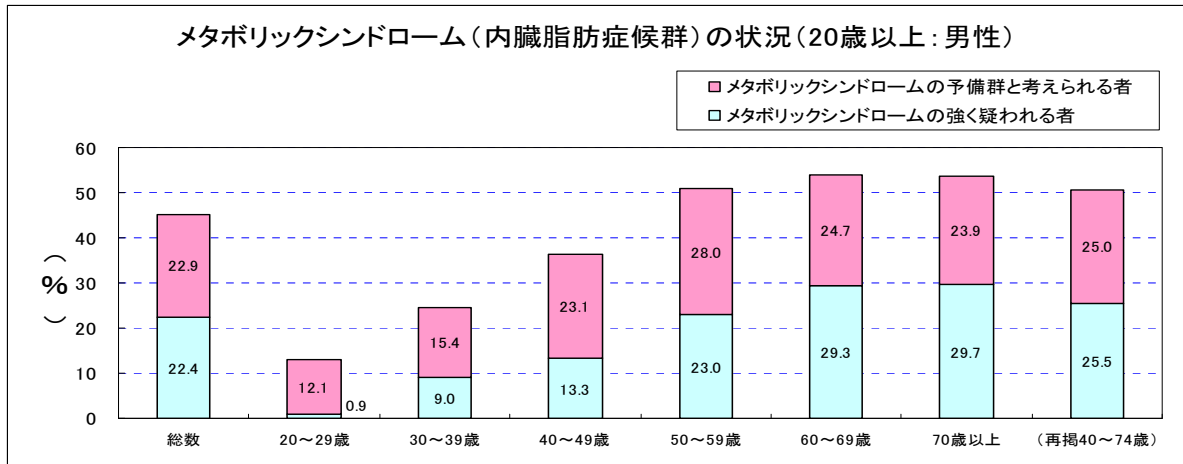
生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症¹⁵等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）¹⁶が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上では高く、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達しています。

¹³ 健康に害のある生活習慣を長年続けることで起こる病気。「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義され、肥満症、糖尿病、脂質異常症（高脂血症）、高血圧症、心臓病、歯周病、高尿酸血症、骨粗しょう症、がんなどが含まれる。

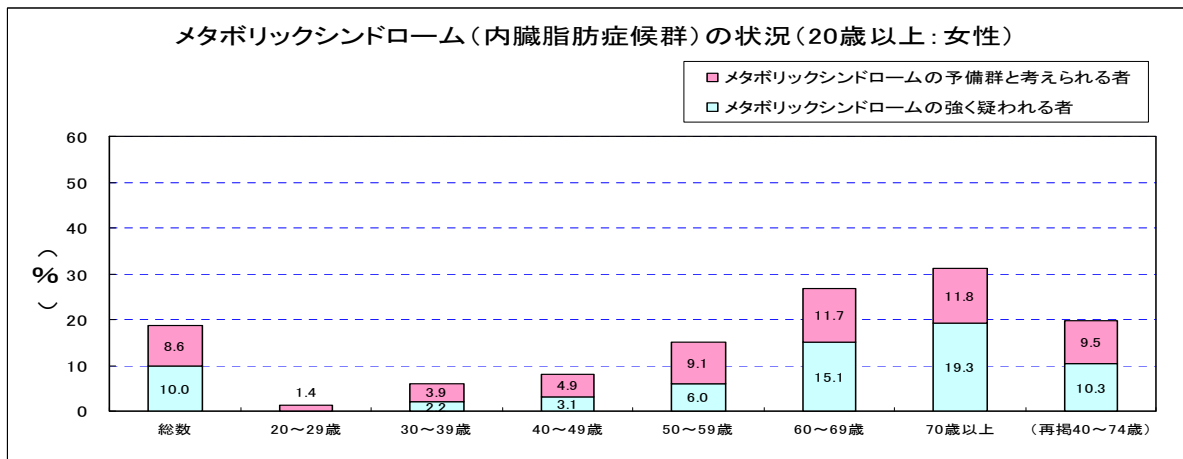
¹⁴ 動脈硬化などが原因で、心臓が働くのに必要な血液を供給する血管（冠動脈）が狭くなったり、詰まったりすると、心臓の筋肉（心筋）に酸素や栄養が行き渡らず、ポンプとしての機能が低下する。このために、胸痛や胸部圧迫感、呼吸困難などの症状を示す病気。冠動脈の血流障害（虚血）が一時的で回復が可能な狭心症と心筋の細胞が傷害され、回復が不可能な状態に至る心筋梗塞がある。

¹⁵ 血液中のLDL（悪玉）コレステロールや中性脂肪などの脂質（血清脂質）が基準より多い、またはHDL（善玉）コレステロールが基準より少ない状態。従来「高脂血症」が名称変更されたもの。

¹⁶ 内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、高血糖、脂質異常を重複している状態。個々の数値は高くなくても重複することにより心筋梗塞や脳卒中になる可能性が高くなる。



資料：国民健康・栄養調査（平成 17 年）



資料：国民健康・栄養調査（平成 17 年）

また、平成 19 年 4 月の本県における 40~74 歳におけるメタボリックシンドロームの該当者数は、約 50 万 1 千人（うち男性 36 万 7 千人、女性 13 万 4 千人）、予備群者数は約 44 万 3 千人（うち男性 32 万 4 千人、女性 11 万 9 千人）、合わせて約 94 万 4 千人（うち男性 69 万 1 千人、女性 25 万 3 千人）と推定されます。

	平成 19 年 4 月 1 日現在	人口に占める割合
メタボリックシンドローム該当者の推定数 (40~74 歳)	男 367,265 人	23.2%
	女 134,081 人	8.5%
	計 501,346 人	15.9%
メタボリックシンドローム予備群の推定数 (40~74 歳)	男 324,138 人	20.5%
	女 118,967 人	7.6%
	計 443,105 人	14.0%
合 計	男 691,403 人	43.7%
	女 253,048 人	16.1%
	計 944,451 人	29.9%

資料：健康日本 21 あいち計画追補版（平成 19 年度）

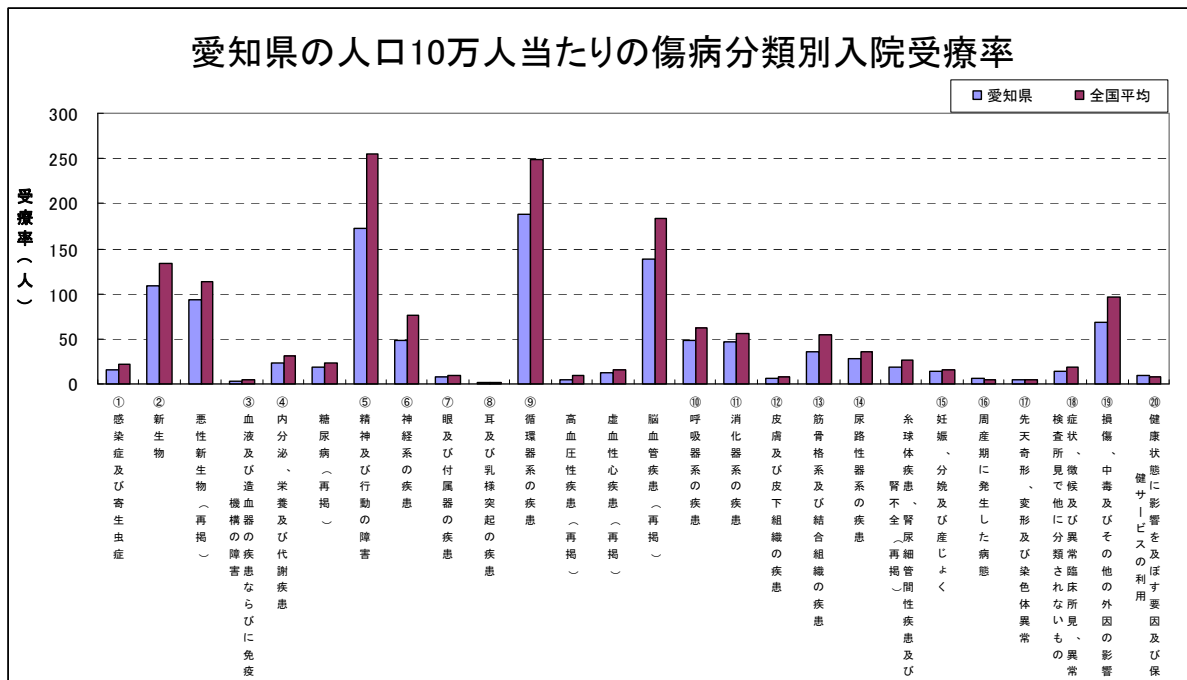
医療費適正化に向けた取組においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが重要であります。

なお、生活習慣病としてがん（悪性新生物）も大きなウェイトを占めていますが、がん対策については、別途「愛知県がん対策推進計画¹⁷」に基づいて対策を進めていくこととしています。

① 受療動向

生活習慣病に分類される主な傷病ごとの平成 17 年の全国的な受療率¹⁸（調査日の推計患者数÷国勢調査人口）を見てみると、高血圧性疾患は外来で 10 万人当たり 504 人、脳血管疾患は入院で同 183 人、悪性新生物は入院で同 113 人、外来で同 110 人、糖尿病は外来で同 158 人となっています。

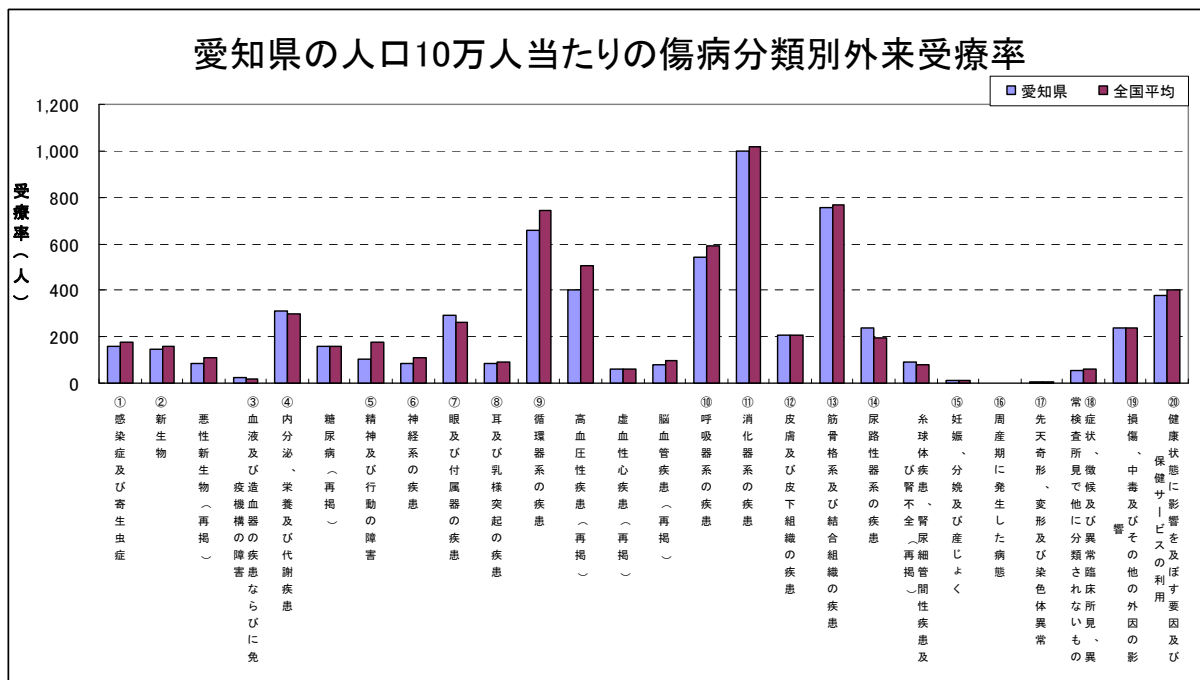
本県においては、高血圧性疾患は外来で同 403 人、脳血管疾患は入院で同 138 人、外来で同 82 人、悪性新生物は入院で同 93 人、外来で同 87 人、糖尿病は外来で同 159 人となっており、全国平均並みの糖尿病を除き、全国平均より低くなっています。



資料：患者調査（平成 17 年）

¹⁷ がん対策基本法に基づき、本県におけるがん医療の総合的かつ計画的な推進を図るため、平成 20 年 3 月に策定された計画。

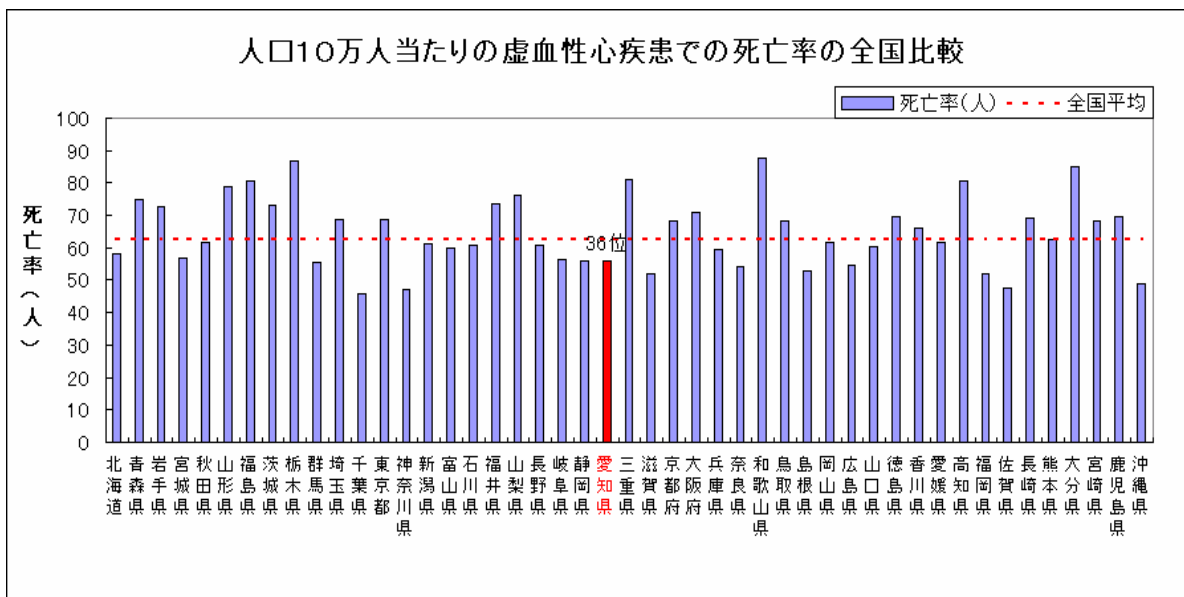
¹⁸ 調査日に医療施設で受療した推計患者数を人口で除して人口 10 万対であらわした数



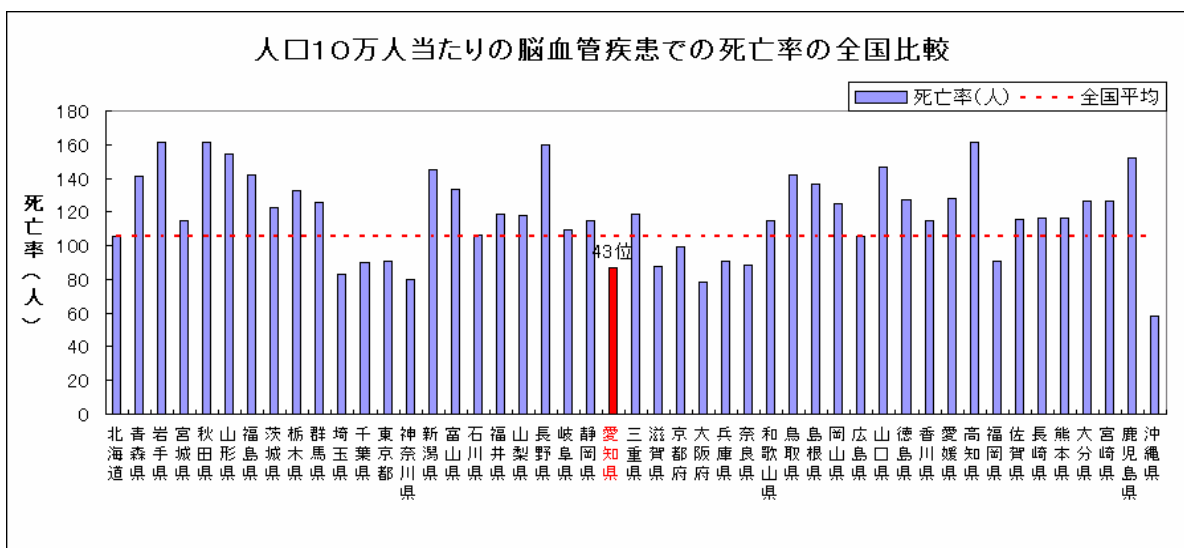
資料：患者調査（平成 17 年）

② 死亡率

全国の死因別死亡率(平成 17 年人口動態調査)では、1 位が悪性新生物(30.1%)、2 位が心疾患(16.0%)、3 位が脳血管疾患(12.3%)となっており、このうち生活習慣との関連が大きい疾患について死亡率を比較すると、本県では、虚血性心疾患による人口 10 万人当たりの死亡者数は 55.9 人(全国 36 位)で、脳血管疾患のそれについては 87.2 人(全国 43 位)となっており、ともに全国平均を下回っています。



資料：人口動態調査（平成17年）



資料：人口動態調査（平成17年）

なお、本県においては若年者の割合が他都道府県と比べて高いことから、平成17年の虚血性心疾患の男女別年齢調整死亡率¹⁹（人口10万人当たり人数）を見てみると、男性は44.2人で全国12位、女性は20.2人で全国13位であり、男性、女性いずれも全国平均（男性42.2人、女性18.6人）より上位となっています。

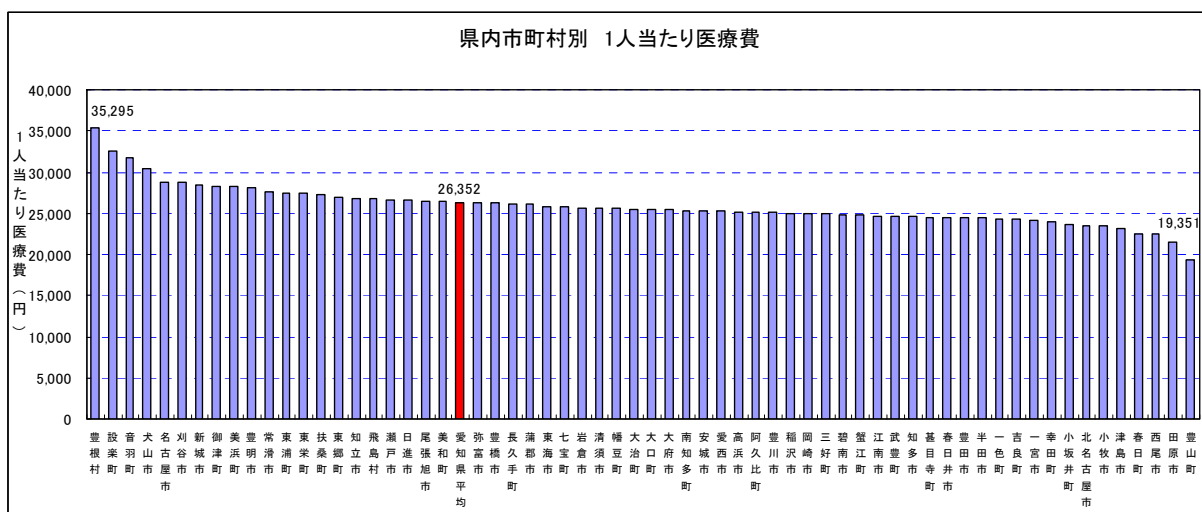
また、脳血管疾患の男女別年齢調整死亡率（人口10万人当たり人数）は、男性は59.5人で全国27位、女性は38.0人で全国14位となっています。

¹⁹ 都道府県別に死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率のこと。

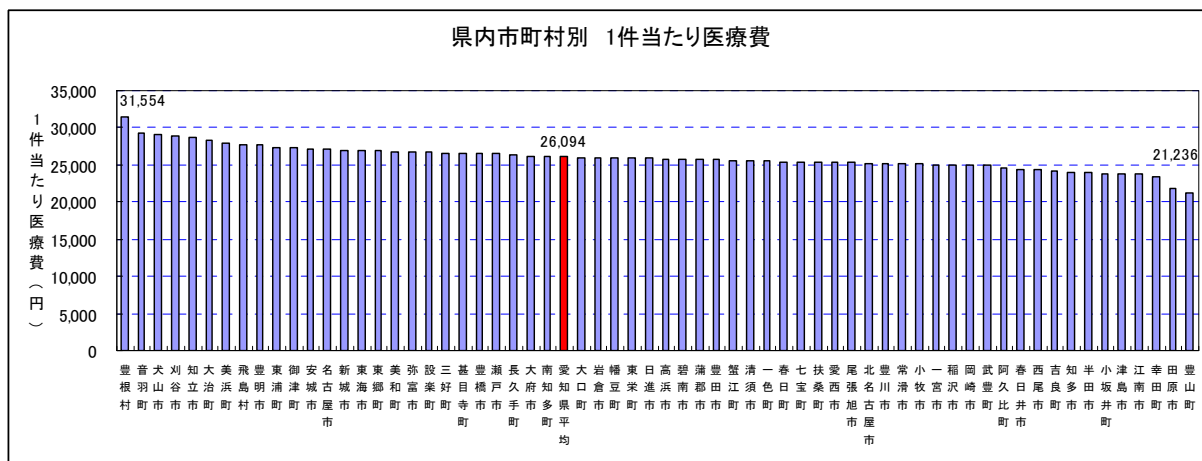
です。

- 疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されていません。このため合併症や併存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数及び医療費が低い集計値となる可能性があります。

市町村国民健康保険について県内の医療費の状況を見てみると、入院・入院外を合わせた全疾病について、1人当たり医療費が最も高いのは豊根村であり、設楽町、音羽町、犬山市がそれに続いています。また、1件当たり医療費が最も高いのも豊根村であり、受診率（件数／被保険者数）が最も高いのは設楽町となっています。

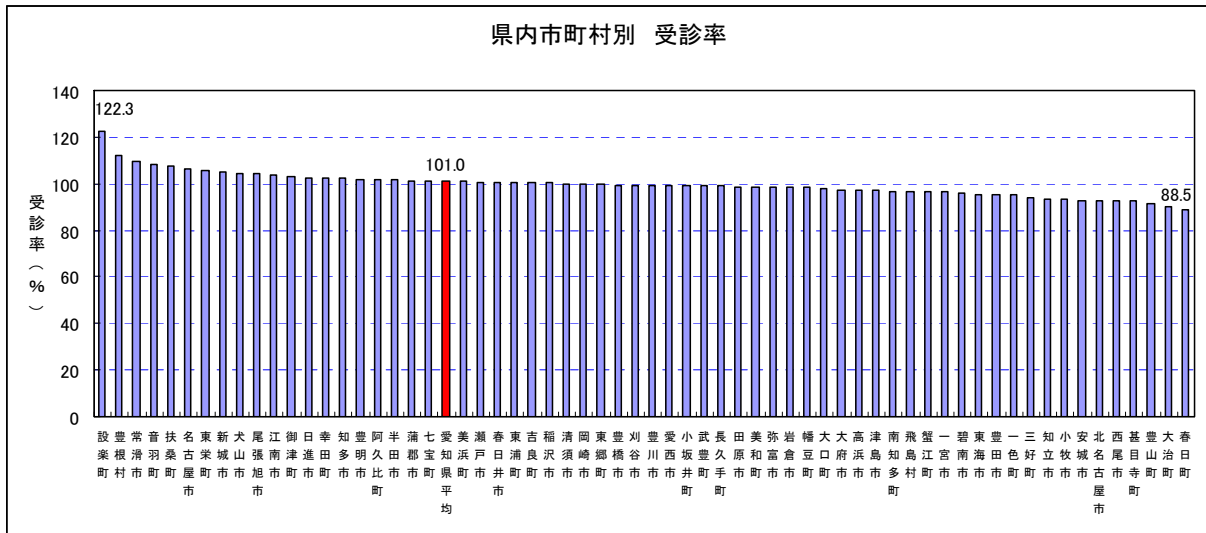


※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成



※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成

導や薬歴管理を行うことなどにより、医薬品の適正使用及び安全性を確保する患者主体のシステム。

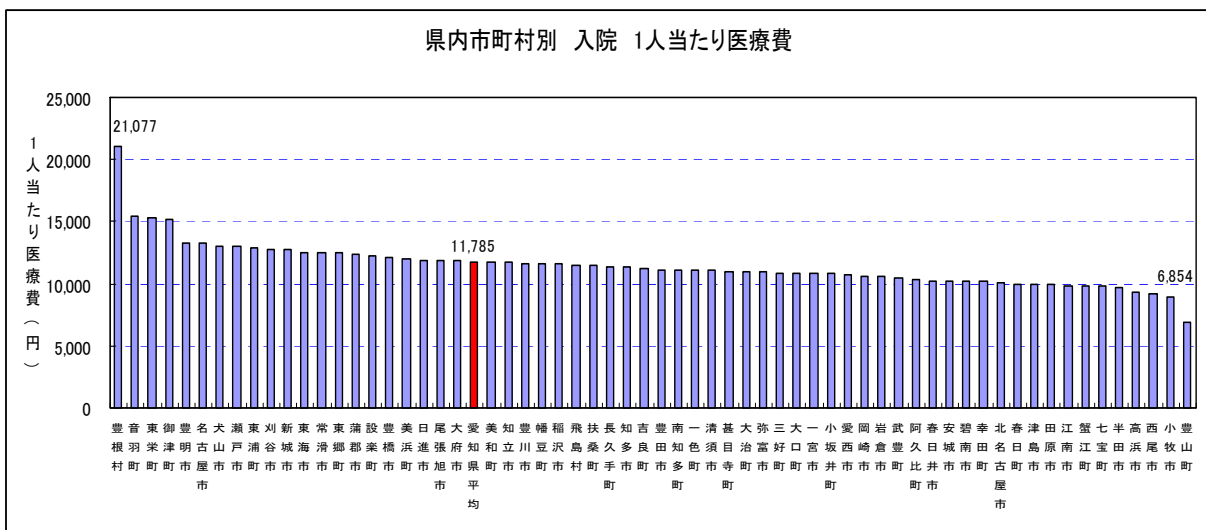


※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成

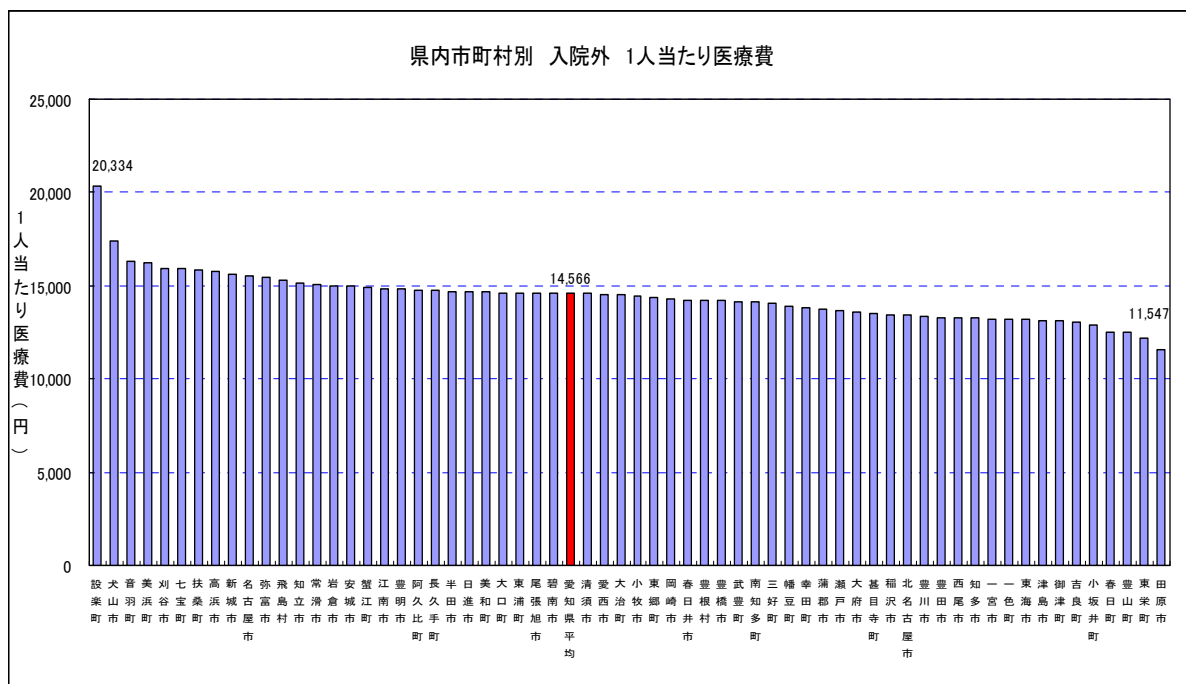
表：県内医療費主要指標の上位保険者

1人当たり医療費 (単位: 円)			1件当たり医療費 (単位: 円)			受診率 (単位: %)		
1	豊根村	35,295	1	豊根村	31,554	1	設楽町	122.3
2	設楽町	32,599	2	音羽町	29,391	2	豊根村	111.9
3	音羽町	31,762	3	犬山市	29,176	3	常滑市	109.5
4	犬山市	30,460	4	刈谷市	28,918	4	音羽町	108.1
5	名古屋市長久宮	28,735	5	知立市	28,742	5	扶桑町	107.4
6	刈谷市	28,714	6	大治町	28,265	6	名古屋市長久宮	106.1
7	新城市	28,358	7	美浜町	27,956	7	東栄町	105.8
8	御津町	28,235	8	飛島村	27,708	8	新城市	105.1
9	美浜町	28,226	9	豊明市	27,658	9	犬山市	104.4
10	豊明市	28,127	10	東浦町	27,345	10	尾張旭市	104.3

これを1人当たりの入院医療費と入院外医療費に区分してみると、入院医療費は豊根村が、入院外医療費は設楽町が最も高くなっています。



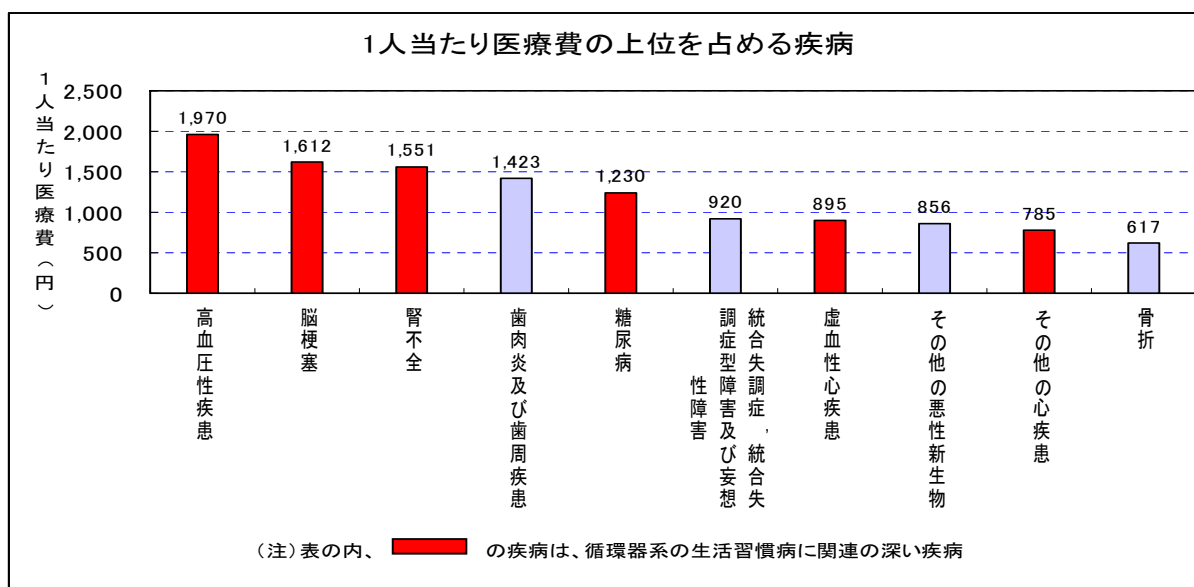
※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成



※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成

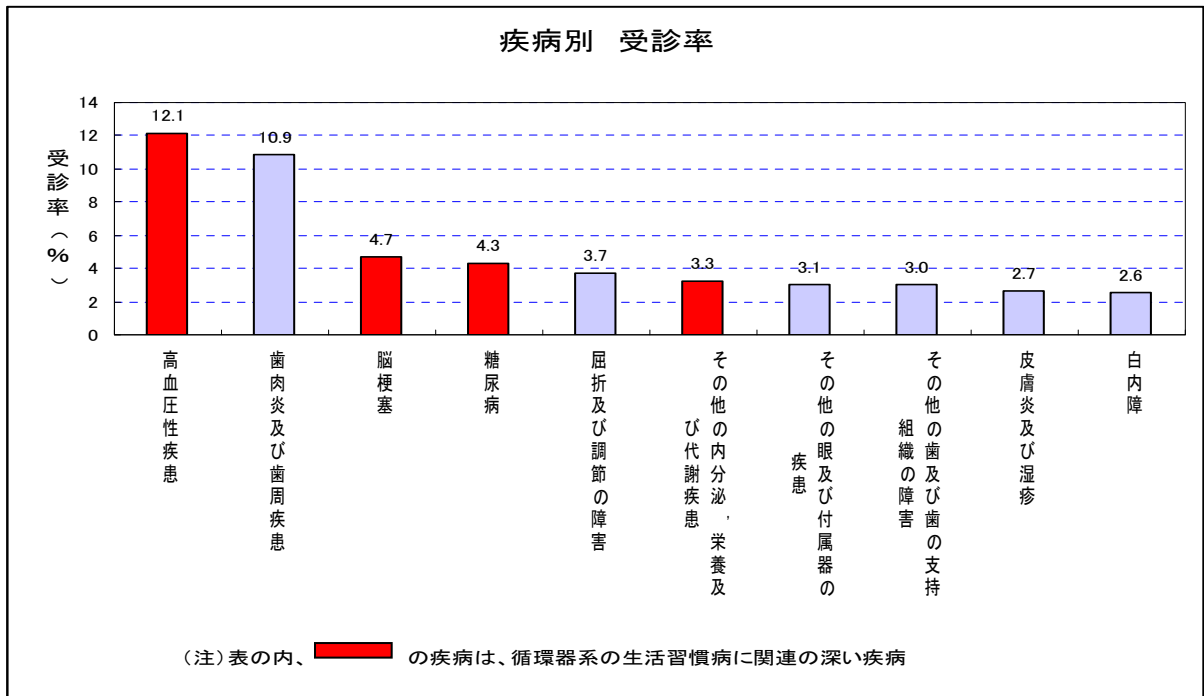
② 疾病の発生状況

1人当たり医療費が高い疾病は、高血圧性疾患、脳梗塞、腎不全、歯肉炎及び歯周疾患、糖尿病の順であり、受診率が高い疾病は高血圧性疾患、歯肉炎及び歯周疾患、脳梗塞、糖尿病の順となっています。循環器²²系の生活習慣病に関連の深い疾病が上位を占めています。



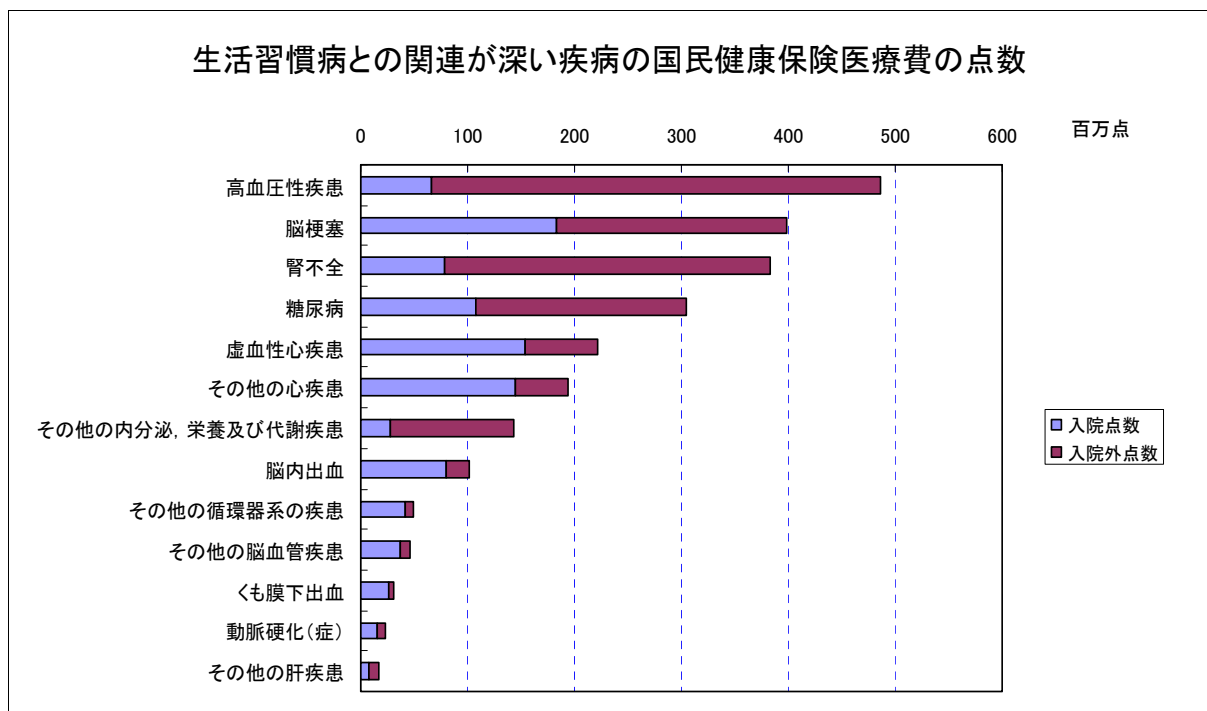
※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成

²² 心臓、動脈系、静脈系から構成される血液の循環を担う器官のこと。



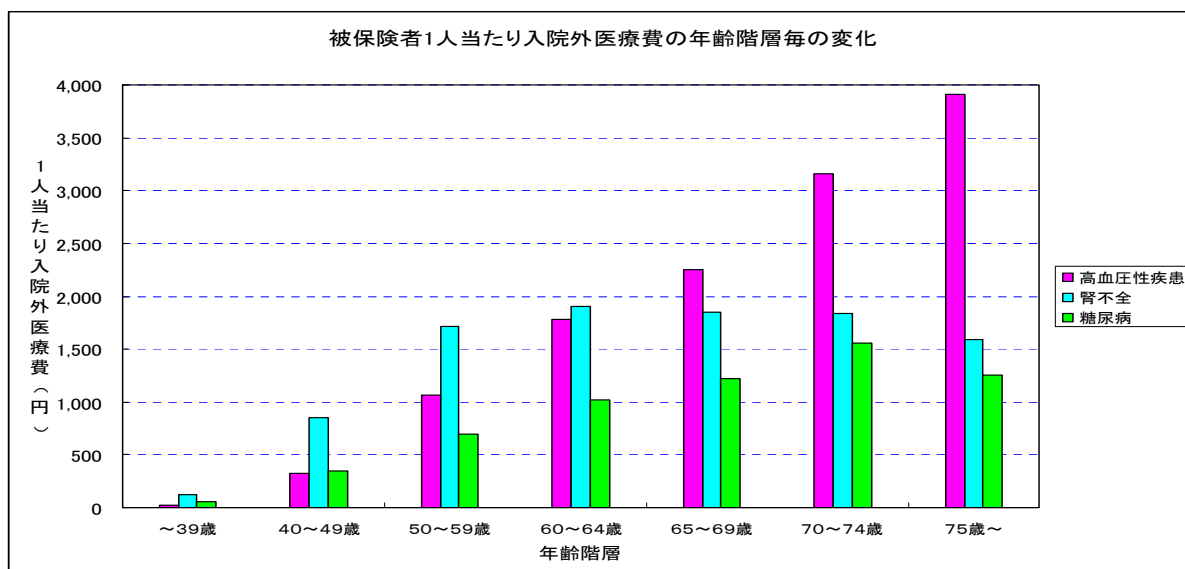
※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成 19 年 5 月診療分）より作成

生活習慣病と関連が大きいとされる疾病の国民健康保険医療費の点数は、次のとおりで、高血圧性疾患、脳梗塞、腎不全、糖尿病の順に高く、これらの疾病では入院外医療費の占める割合が高くなっています。それに続いて、虚血性心疾患、その他の心疾患の医療費が高くなっており、これらの疾病は脳梗塞とともに、手術を伴う事例が多いことから入院医療費が高い状況にあると考えられます。



※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成 19 年 5 月診療分）より作成

国民健康保険医療費の点数の上位の疾病のうち、入院外医療費の割合が特に高い3疾病（高血圧性疾患、腎不全、糖尿病）の被保険者一人当たり入院外医療費の年齢階層ごとの推移を見ると、40歳代以降医療費が大きく増加していることが分かります。このことから40歳代以降においては、不健康な生活習慣の改善にしっかり取り組むことにより、生活習慣病の発症や重症化を予防することが、生活の質（QOL）の維持や医療費の適正化に当たり、重要と考えられます。



※ 愛知県国民健康保険疾病分類統計のデータ（平成19年5月診療分）より作成

2. 課題

保健医療・介護の現状をめぐる様々な指標からクラスター分析²³の手法を用い総括的に捉え、全国の都道府県をいくつかのグループに区分すると、本県は「大都市又はその近郊県の計10都県（埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、本県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県）」で構成されるグループに分類されます。（平成19年版厚生労働白書）

このグループは、1人当たり入院医療費が低い、人口当たり病床数が少ない、平均在院日数が短い、入院受療率は低いという共通する傾向があるとされています。

これまでの現状分析をまとめると、本県における医療費の適正化に向けた主な課題として、次の項目が挙げられます。

(1) 医療費（老人医療費）の増加

本県の医療費は、平成8年度から平成17年度までの状況を見ると、基本的には国と同様に増加傾向にあります。また、平成17年度の1人当たり医療費を全国的に比較し

²³ クラスター分析とは、異質なデータを含む個体（要素）をそれぞれの個体を調べて得られた多変量データをもとに類型化して、いくつかの群（クラスター）に分類する方法の総称。

てみると低い部類（全国平均を下回る 40 位）に位置しています。

一方、平成 17 年度の老人医療費は、約 5,317 億円で、総医療費の約 31.0%を占めており、全国平均（35.1%）と比較し低い状況にあります。また、1 人当たりの老人医療費は 1 人当たり医療費の約 3.4 倍となっており、高齢者の医療費の伸びは県全体の医療費の増加に大きく影響します。

今後、県内人口が平成 27 年前後をピークに微減傾向となる中で県内の高齢者人口は増加傾向となっており、特に 75 歳以上人口で見ると平成 19 年（2007 年）の 57 万人から平成 37 年（2025 年）には 115 万人と 2 倍になると予想されています。こうした急激な高齢化の進展に伴って、老人医療費は今後高い伸びを示すと予想され、それにより、全体の医療費も大きく増加していくものと予想されます。

（2）平均在院日数の短縮

本県の平成 18 年の平均在院日数（介護保険適用の療養病床を除く）は、全病床では 27.4 日（全国 44 位）であり、全国平均の 32.2 日と比べて短くなっていますが、最短の長野県（25.0 日）と比べると 2.4 日長い状況にあります。

また、病床の種別ごとに見ると、一般病床や療養病床については全国平均より短いものの、精神病床については 325.6 日（全国 24 位）であり、全国平均（320.3 日）と同程度であります。

なお、中央社会保険医療協議会の調査によれば、療養病床の入院患者には、状態が安定しているため、医師による指示の見直しが頻繁には必要でない方も利用している実態があります。「県地域ケア体制整備構想²⁴」の療養病床転換推進計画に沿った、個々の患者の状態に応じたよりふさわしい施設等への移行や、「県地域保健医療計画²⁵」における医療機関相互の機能の分担及び業務の連携を進めることにより、さらに平均在院日数を短縮させる余地があります。

（3）生活習慣病患者の増加

平成 19 年度の本県の 40～74 歳におけるメタボリックシンドロームの該当者は約 50 万 1 千人、予備群数は約 44 万 3 千人と推計されていますが、各年齢層の状況が現状のまま推移すると仮定すれば、高齢化の進行に伴い平成 24 年度にはそれぞれ約 51 万 3 千人、約 46 万 6 千人に増加すると予測されます。

これに対して「健康日本 21 あいち計画²⁶」では、平成 20 年度から開始される新た

²⁴ 各都道府県が平成 19 年に策定するもので、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤整備のための考え方及びその確保のための方策を示したもの。

²⁵ 健康増進から在宅ケアに至る幅広い保健医療サービスを提供できる包括的な医療提供体制の確立を目指して策定された愛知県の医療計画。

²⁶ 本県が国計画「健康日本 21」の地方計画として、県民一人ひとりや健康関連団体等が協働して健康づくりを推進していくための取組を数値目標（目標年度：平成 22 年度）として平成 13 年 3 月に策定した。平成 15 年 5 月に健康増進法が施行されたため、この計画を同法第 8 条第 1 項の規定の「都道府県健康増進計画」と位置

な制度である特定健康診査及び特定保健指導²⁷の効果的な実施により該当者・予備群の減少を図ることとしています。

づけた。平成 17 年度には中間評価・見直しを行い、さらに、平成 19 年度に医療制度改革に関連する目標項目を追加するとともに、「健康日本 21」に合わせ、運動期間を平成 24 年度まで延長した。

²⁷ 特定健康診査とは、高齢者の医療の確保に関する法律に定められた、40 歳以上 75 歳未満を対象に医療保険者により実施される健康診査のこと。また、特定保健指導とは、特定健康診査の結果により階層化されて実施される保健指導のこと。

第3章 目標と取り組み

1. 基本理念

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

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、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。医療費適正化の具体的な取組に当たっては、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早期に家庭や地域に戻れるようにするなど、県民の生活の質の維持・向上を図るものとします。

(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること

平成19年現在で、約57万人と推計される本県の75歳以上の人口は、平成37年には約115万人と2倍になると推計されています。一方、国においては現在、国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が、平成37年には国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されていることから、今後、国以上に急速に高齢化する本県においては、老人医療費の占める割合はそれ以上になるものと予想されます。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものとします。

2. 第1期適正化計画における目標

平成19年版厚生労働白書によれば、国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に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。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになるとされています。

医療費の増加を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策です。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができます。もう一つは、入院期間の短縮対策です。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段

階の入院とでは手段を別に考える必要があり、第1期の計画期間においては慢性期段階に着目し、療養病床の入院患者のうち医療の必要性の低い高齢者については、より居住環境の良い介護保険施設²⁸等で対応すること等により長期入院患者の減少を図り、医療機関における入院期間の短縮を図ります。

こうした考え方に立ち、かつ1の基本理念を踏まえ、本県が達成すべき目標として、それぞれ下記(1)(2)のように設定します。

なお、これらの目標値については、平成22年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行います。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標

平成27年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成20年度と比べて25%減少させるという国の政策目標を念頭に置きつつ、平成24年度において達成すべき目標を、次のように設定します。

① 特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとします。

② 特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとします。

③ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少することとします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

平成24年度において達成すべき目標を、次のとおり設定します。

²⁸ 次の3施設のこと。①介護老人福祉施設：老人福祉法に規定する特別養護老人ホームで、要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う施設。②介護老人保健施設：要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話を行う施設。③介護療養型医療施設：介護保険法に基づき知事の指定を受けた療養病床のこと。

① 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下同じ。）の病床数

平成 24 年度末における本県の療養病床の病床数は、医療療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の現状（平成 18 年 10 月）の数から、医療療養病床から介護保健施設等へ転換又は削減する見込み数を控除し、介護療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数を加えた数をもとに、今後の後期高齢者人口の伸び率を乗じ、さらに後期高齢者人口に対する本県の必要療養病床数が少ないという実情を加味した補正率を乗じて 8,977 床とします。

回復期リハ ²⁹ を除いた医療療養病床数（平成 18 年 10 月）：a	8,447 床
医療療養病床から介護保健施設等への転換又は削減見込み数：b	4,041 床
介護療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数：c	1,225 床
a-b+c	5,631 床
後期高齢者人口の伸び率（平成 18 年 10 月 1 日→平成 25 年 3 月 31 日）	132.7%
後期高齢者人口に対する本県の必要療養病床数が少ないという 実情を加味した補正率（*）	1.2014
目標値：(a-b+c) × 後期高齢者人口の伸び率 × 補正率	8,977 床

* (15 万床（全国ベースの a-b+c） × 4.51%（後期高齢者人口の全国比）) / a-b+c

② 平均在院日数

医療制度改革大綱³⁰（平成 17 年 12 月：政府・与党医療改革協議会）等において、平成 27 年度までに、全国平均の平均在院日数について、最も短い長野県との差を半分に短縮する長期目標が定められています。

各都道府県の医療費適正化計画においては、平成 27 年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数について、最も短い都道府県との差を半分にすることが求められています。

これを踏まえ、平成 24 年時点における本県の平均在院日数の目標値は、本県の平成 18 年の病院報告における平均在院日数 27.4 日（介護保険適用の療養病床を除く。）と同報告における最短の都道府県（長野県）の平均在院日数 25.0 日との差を 9 分の 3 短縮し、26.6 日とします。

なお、平成 24 年時点の平均在院日数は、平成 25 年 12 月頃に公表が見込まれる平成 24 年の病院報告の概況に記載の日数とします。

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、全体的な平均在院日数はここ数

²⁹ 回復期リハビリテーションのこと。本計画書では、その病棟の病床を指す。

³⁰ 医療制度の構造改革を推進するにあたり、平成 17 年 12 月 1 日に、政府・与党医療改革協議会によりとりまとめられたもの。

年低下傾向にあり、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響についても考慮することとし、平成 22 年度の間評価において必要な見直しを行います。

(3) 計画期間における医療に要する費用の見通し

国民医療費は、平成 20 年度は 37 兆円程度、平成 27 年度は 47 兆円程度になるところが、医療制度改革の実施後では、平成 20 年度は 35 兆円程度、平成 27 年度は 44 兆円程度になると見通されており、10 兆円の増加となるところが 9 兆円の増加に抑えられていることから、国全体の医療費適正化の効果は、平成 27 年度で約 1 兆円程度と考えられます。

本県における医療費は、厚生労働省作成の「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール (ver3)」に基づいて推計すれば、平成 20 年度は 1 兆 7,713 億円程度、平成 24 年度は 2 兆 602 億円程度となるところが、本計画の目標を達成した場合は、平成 24 年度は 2 兆 455 億円程度になると見通されており、2,889 億円程度の増加となるところが 2,742 億円程度の増加に抑えられていることから、県全体の医療費適正化の効果は、平成 24 年度で 147 億円程度と考えられます。

また、2 (1) の「県民の健康の保持の推進に関する達成目標」に関しては、特定健康診査と特定保健指導によって生活習慣病の危険因子を減らし、その結果、生活習慣病の患者数が減少し、それに伴って医療費が削減されるという経過をたどることから、医療費の軽減の効果が明確に現れてくるまでに数年は要すると考えられます。

3. 目標を達成するために本県が取り組む施策

(1) 県民の健康の保持の推進に関する施策

① 医療保険者³¹による特定健康診査及び特定保健指導の推進

平成 19 年度から本県は特定健康診査及び特定保健指導の円滑な実施に向けて、市町村及びアウトソーシング先となる民間事業者等を対象に、「メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業実施要綱」に定める研修会を実施しており、平成 20 年度からの計画期間においても継続して実施します。さらに特定健康診査及び特定保健指導実施後の評価のための研修についても実施します。

³¹ 医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府・組合管掌健康保険、船員保険、国家公務員共済組合等、国民健康保険組合、市町村（特別区を含む。）、後期高齢者医療広域連合をいう。

② 保険者協議会³²の活動への支援

愛知県保険者協議会が円滑に運営できるよう、本県は各保険者間の調整、保険者への支援の場である保険者協議会に参画するとともに、保険者協議会の事務局である愛知県国民健康保険団体連合会の活動にも積極的に支援や助言を行います。

③ 「あいちヘルシーネット（仮称）」による保健指導の支援

本県は、特定保健指導の「動機づけ支援³³」及び「積極的支援³⁴」の一つの方法として、「あいちヘルシーネット（仮称）」を平成 19 年度に開発し、平成 20 年度から試験運用を開始します。これは、パソコン及び携帯電話からインターネットを利用して、日常的に各個人が自らの健康管理を行うとともに、そのデータを保健指導実施機関が保健指導を実施する際に活用することができるものです。本県は、県内の特定保健指導実施機関にこのあいちヘルシーネット（仮称）を提供します。

④ 医療保険者における健診結果データ等の活用の推進

医療保険者は、特定健康診査及び特定保健指導に関する結果のデータを電子的に保存することとされています。これらのデータは、保険事業運営にとって重要な情報です。例えば受診者の健診データの経年的な変化を分析することにより、保健事業の評価を行うことや、健診結果から医療機関の受診が必要であるものの、未受診あるいは長期中断となっている者をレセプト³⁵情報により把握し、これらの者への受診勧奨を強く行うこと等への活用が考えられます。さらに個人情報の取扱いに留意しつつ、医療保険者同士で共同の事項を提供しあうことにより正確な分析を行うことも可能となります。

また、特定健康診査で集積されたデータは健康増進施策立案上有益な情報であるため、県として、医療保険者や地域の大学の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析し、評価を行うことにより、本県及び市町村の健康課題及び保健指導のエビデンス³⁶を明らかにし、総合的に活用することとします。さらに、こ

³² 県内の各医療保険者の代表者を構成員とし、保険者による保健事業の共同実施主体として、医療費の分析・評価、被保険者教育・指導等の保健事業等を行う団体のこと。

³³ 特定保健指導対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を改善するための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、医師、保健師又は管理栄養士の面接指導のもとに行動計画を策定し、食生活の改善・運動指導等の取組みへの動機づけに関する支援を行うとともに、6か月後に計画の実績評価を行う保健指導。

³⁴ 特定保健指導対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を改善するための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、食生活の改善、運動指導等主体的な取組みへの働きかけを3か月以上継続的に行い、6か月後に計画の実績評価を行う保健指導。

³⁵ 診療報酬明細書又は調剤報酬明細書のこと。患者に提供した医療内容又は処方内容が具体的に記載されている。

³⁶ evidence。証拠、根拠のこと。医学的には、ある治療法がある病気・怪我・症状に効果があることを示す証拠、検証結果のこと。また、医療行為において、治療法を選択する際の根拠のこと。

これらの結果を本県及び二次医療圏³⁷の地域・職域連携推進協議会³⁸において報告し、地域の実情に合わせた施策を検討します。

⑤ 市町村等による一般的な健康増進対策への支援

特定健康診査及び特定保健指導の取組は、市町村が「各市町村の健康日本 21 計画」に基づき実施する住民に対する一般的な健康増進対策（以下「ポピュレーションアプローチ³⁹」という。）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものです。したがって本県としては市町村に対してポピュレーションアプローチの取組に関する助言や支援を行います。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

① 療養病床の再編成

療養病床の再編成は、医療の必要性の高い患者のための療養病床を確保しつつ、医療の必要性の低い患者が利用している療養病床を介護老人保健施設⁴⁰（介護保険法第8条第25項に規定するものをいう。）等に転換して受け皿とするものです。これにより、利用者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険の適切な役割分担、医師・看護師などの人材の有効な活用を図ろうとするものです。

支援措置としては、療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成を始め、診療報酬及び介護報酬における医師、看護職員の配置等を緩和した類型の創設、療養病床から老人保健施設等への転換の際の施設基準等の経過的な緩和等の措置が国により講じられていることを踏まえ、本県としては、様々な機会を通じて転換に係る情報を提供するとともに、転換に係る相談に対応するため、窓口体制を整えています。さらに、地域介護・福祉空間整備等交付金⁴¹及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく病床転換助成事業の活用について、市町村と連携を図りながら支援します。

³⁷ 医療法の規定により、都道府県において設定される区域（概ね広域市町村圏）で、主として一般の入院医療を提供する病院の病床の整備を図るべき区域。愛知県は、11の二次医療圏がある。

³⁸ 地域保健と職域保健の広域的な連携を図り、地域の実情に応じた協力体制による継続的な保健サービスの提供及び健康管理体制の整備・構築について検討を行う協議会。

³⁹ 集団全体に予防介入を行うことを通じて、その集団全体におけるリスクのレベルを低下させ、集団全体での疾病予防・健康増進を図る組織的な取り組みのこと。

⁴⁰ 要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

⁴¹ 国民が住み慣れた地域に暮らし続けることができるようにするため、各地方公共団体が地域の実情に合わせて裁量や自主性を生かしながら介護サービス基盤を整備することを支援する交付金。

② 医療機関の機能分化・連携

がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病、並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療⁴²及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担、及び業務の連携を確保するための体制）を、二次医療圏ごとに医療計画⁴³の中に体系図として明示し、この体系図を基礎に地域の医療機関が地域連携クリティカルパス⁴⁴を活用すること等により医療機関の機能分化と連携を具体的に図ります。

これらの取組によって、入院から退院までの切れ目のない医療が提供され、早期に居宅に帰れることとなれば、患者の生活の質（QOL）を高めつつ、全体としての入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することとなります。

この取組が円滑に行われるよう、県全体として愛知県医療審議会⁴⁵及び同審議会医療計画部会においてこの計画推進のための協議を行い、また、各医療圏では市町村、地域医療関係者等による圏域保健医療福祉推進会議⁴⁶を開催し、推進方策などについて調整、協議し、目標の達成を図っていきます。

③ 在宅医療・地域ケアの推進

ターミナルケア⁴⁷を含めた在宅医療については、患者だけでなく家族を含めた生活の質（QOL）の向上を図ることが重要であり、医療だけでなく、保健・福祉サービスと連携した総合的な対応が必要であるため、このような多様なニーズに対応できるよう保健・医療・福祉の各種サービスを効率的に活用できるシステムを構築していきます。

本県では、地域ケア体制整備構想に基づき24時間安心して高齢者が在宅で暮ら

42 周産期とは妊娠後期から新生児早期まで（一般には妊娠満22週から出産後7日未満）のお産にまつわる時期を一括した概念をいい、この時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して母と子の健康を守る医療を周産期医療という。

43 昭和60年の医療法改正により都道府県において策定することが定められた計画で、本県では、昭和62年8月に策定し、以降、原則5年ごとに見直しを行ってきた。主な計画の内容は、医療圏の設定、基準病床数、医療提供体制の整備など。

44 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画表。

45 医療法に基づき昭和61年8月12日に設置されたもので、医療法の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、知事の諮問に応じ、本県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議することを目的とする。

46 本県地域保健医療計画に定める二次医療圏又は21世紀あいち福祉ビジョンに定める福祉圏域で実施する保健・医療・福祉に関する施策について、その円滑かつ効果的な実施のために、関係行政機関、関係団体、その他関係者から意見を得ること及び関係機関等相互の連絡調整を行うことにより保健・医療・福祉の連携を図ることを目的としたもの。

47 終末期医療。末期がん患者など、終末期と診断された患者に対する医療・看護・介護などのこと。

せるよう夜間対応型訪問介護⁴⁸等の地域密着型サービス⁴⁹の充実に努めるとともに、安否確認、緊急時の対応、生活相談、配食サービス⁵⁰など多様な見守りサービスが提供される体制の整備に努めます。

また、高齢者が安全・安心に住めるような住宅改修や、高齢者世帯の急増に備えた高齢者向け賃貸住宅の供給促進など住宅政策と連携して住環境整備の支援を図ります。

⁴⁸ 居宅要介護者について、夜間において、定期的な巡回訪問により、又は通報を受け、その者の居宅において介護福祉士等により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をいう。

⁴⁹ 平成 17 年度の法改正で、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等を踏まえ、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、サービス体系を見直し、新たに導入されたサービスのこと。

⁵⁰ 生活環境や身体状況等により食事を作ることが困難になっている高齢者に、栄養のバランスのとれた昼食を配達し、併せて安否確認を行うことによって、高齢者の生活の維持及び福祉の増進を図ることを目的とした事業。

第4章 計画の達成状況の評価

定期的に計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策を実施する、P D C Aサイクル⁵¹に基づく管理を行います。

1. 進捗状況評価

適正化計画の中間年（作成年度の翌々年度：第1期適正化計画では平成22年度）に、適正化計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

評価の結果は、必要に応じ適正化計画（達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策等）の内容の見直しに活用するほか、次期適正化計画の策定に活かします。

2. 実績評価

適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度（第1期適正化計画では、平成25年度）に、適正化計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、適正化計画の実績に関する評価を行います。

評価の内容は、厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

なお、評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のために必要があると認める場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見を提出することができることとなっています。

19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
第1期県 計画策定			第1期進捗 状況評価			第1期 実績評価		
	第1期計画期間							
					第2期県 計画策定			第2期進捗 状況評価
						第2期計画期間		

⁵¹ プロジェクト（行政施策）の実行に際し、「計画をたて（Plan）、実行し（Do）、その評価（Check）にもとづいて改善（Action）を行う、という工程を継続的に繰り返す」仕組み（考え方）のこと。

第5章 計画の推進

① 関係者の意見の反映

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事が求められます。このため、外部の専門家や関係者（学識経験者、保健医療関係者、保険者の代表者等）の意見を反映することが必要であり、適正化計画の策定・評価を含む適正化対策の推進に当たっては、愛知県医療審議会を活用することとします。

② 市町村との連携

市町村は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療の効率的な提供の推進に関しては、療養病床から転換する介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つであります。このため、適正化計画を作成あるいは変更する過程において、関係市町村に協議するなど、市町村との連携を図ることとします。

③ 保険者・医療機関その他の関係者の連携及び協力

第3章の3の「目標を達成するために本県が取り組む施策」を円滑に進めるために、本県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導事業者等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるよう努めます。

こうした情報交換の場としては、保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等を活用するとともに、様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることとします。