

第二期三重県医療費適正化計画（最終案）

三 重 県

目次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の背景及び目的	1
2 計画の概要	1
(1) 計画期間	1
(2) 計画に掲げる事項	1
(3) 計画の策定の手続及び公表	2
(4) 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力	2
(5) 計画の進捗状況に関する評価	2
(6) 計画の実績に関する評価	2
3 他の計画との関係	3
第2章 医療費の現状と課題	4
1 医療費の現状	4
(1) 国民医療費の動向	4
(2) 本県の医療費の動向	7
(3) 本県の後期高齢者医療費の動向	8
(4) 入院患者にかかる平均在院日数の状況	11
(5) 終末期医療の状況	16
(6) 生活習慣病の状況	18
(7) 喫煙率の状況	31
(8) 歯肉炎及び歯周疾患の受療状況	32
(9) 後発医薬品の使用状況	33
2 課題	34
(1) 生活習慣病の増加	34
(2) 高齢化の進展と医療費の増加	34
第3章 計画の目標と取組	35
1 具体的な取組に向けた基本方針	35
(1) 県民の生活の質の確保及び向上を図る取組とする	35
(2) 超高齢社会の到来に対応した取組とする	35
(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行う取組とする	35

2	第二期三重県医療費適正化計画における基本目標	35
	(1) 生活習慣病の予防対策	35
	(2) 医療機関の機能分化・連携 及び 在宅医療・地域ケアの推進	36
3	具体的な目標及び取組	36
	(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組	37
	(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組	46
第4章 計画期間における医療費の見通し		56
1	推計方法	56
2	推計結果	57
第5章 計画の達成状況の評価		58
1	進捗状況の評価	58
2	実績評価	58
(参考) 医療費の推計について		59

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景及び目的

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。

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さまざま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必要があります。

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、本県においても、平成20年3月に、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第9条に基づき、第一期三重県医療費適正化計画（計画期間：平成20年度から24年度まで）を策定しました。

法では、5年ごとに医療費適正化計画を定めるものとされているため、このたび、平成25年度を計画の開始年度とする第二期三重県医療費適正化計画を策定しました。

2 計画の概要

この計画は、法第9条に基づき、国が策定した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「医療費適正化基本方針」という。）に即して次のとおり策定しました。

(1) 計画期間

この計画の計画期間は、平成25年度から29年度までの5年間とします。

(2) 計画に掲げる事項

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律（平成23年法律第105号）により、法第9条が改正され、従来、都道府県医療費適正化計画（同条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。）において記載すべきとされていた事項については、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だけが必須的記載事項となり、他は任意的記載事項として例示化されました。

このため、この計画では、必須的記載事項の他に本県の実情を踏まえ、医療費適正化を推進するために必要と考える事項を記載しています。

(必須的記載事項)

計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項

(医療費適正化を推進するために必要と考える事項)

- ① 県民の健康の保持の推進に関し、本県において達成すべき目標に関する事項
- ② 良質かつ適切な医療を確保しつつ、その効率的な提供の推進に関し、本県において達成すべき目標に関する事項
- ③ 上記目標を策定するために本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
- ④ 上記目標を達成するために本県が取り組むべき施策に関する事項及び保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- ⑤ この計画の達成状況の評価に関する事項

(3) 計画の策定の手続及び公表

この計画は、県内市町と協議して策定しました。今後、計画を変更するときも、あらかじめ市町と協議します。

また、この計画は、厚生労働大臣に提出するとともに、広く県民に公表します。

(4) 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力

この計画は、保険者、医療機関その他の関係者の意見を反映させて策定したものです。

この計画に基づく施策の実施に関して必要があるときは、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とします。

(5) 計画の進捗状況に関する評価

この計画の開始年度の翌々年度である平成27年度に、中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行い、その結果を公表します。

(6) 計画の実績に関する評価

計画期間の終了年度の翌年度である平成30年度に、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います。

また、その内容を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

3 他の計画との関係

この計画に記載する県民の健康の保持の推進に関する事項と、医療の効率的な提供の推進に関する事項については、「三重の健康づくり基本計画」、「三重県保健医療計画(第5次改訂)」及び「第5期三重県介護保険事業支援計画」等と密接に関連していることから、これらの計画と相互に調和を図り、総合的に取組を進めていくこととします。

〔「三重の健康づくり基本計画」との調和〕

「三重の健康づくり基本計画」における生活習慣病対策に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、この計画における県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組の内容との調和を図ります。

〔「三重県保健医療計画(第5次改訂)」との調和〕

「三重県保健医療計画(第5次改訂)」における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、この計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容との調和を図ります。

〔「第5期三重県介護保険事業支援計画」との調和〕

「第5期三重県介護保険事業支援計画」における地域包括ケアシステムの構築に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、この計画における医療と介護の連携等に関する目標及び取組の内容との調和を図ります。

第2章 医療費の現状と課題

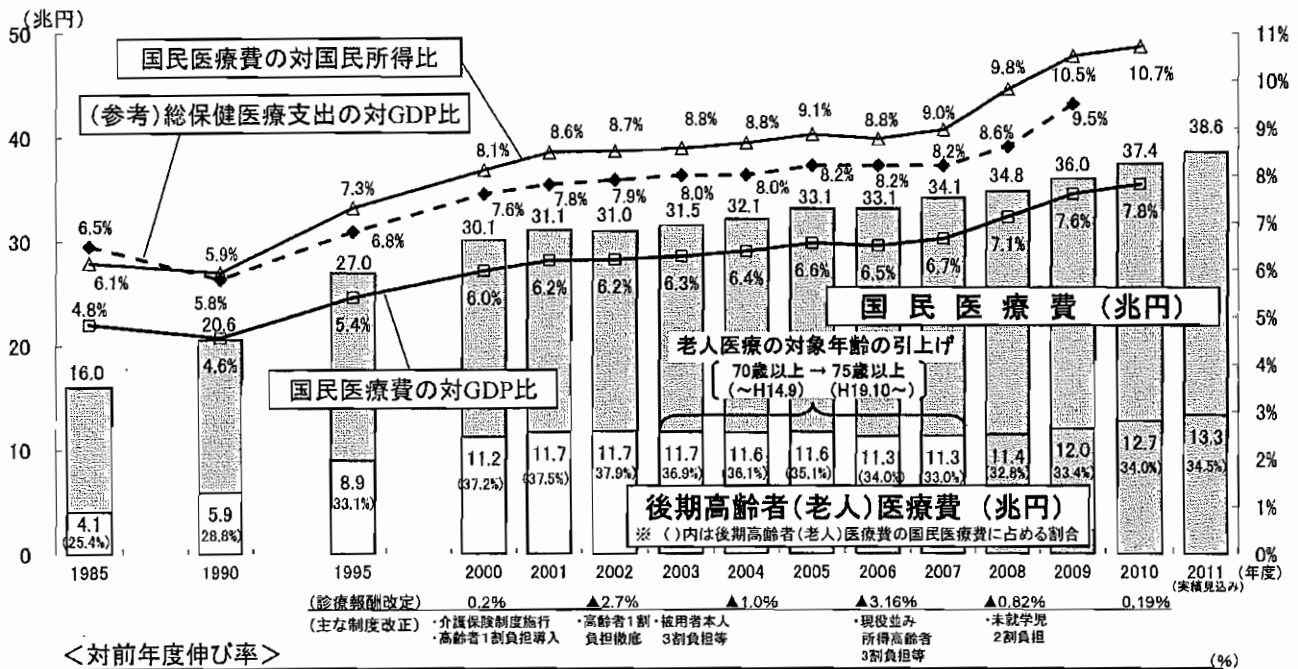
1 医療費の現状

(1) 国民医療費の動向

平成22(2010)年度の国民医療費(注1)は、37兆4,202億円で、平成12(2000)年度の30兆1,418億円に比べ24.1%増加し、対国民所得比では、平成12年度に8.1%であったものが、平成22年度には10.7%となっています。

また、平成22年度の後期高齢者医療費は、12兆7,213億円であり、国民医療費の34.0%を占めています。(図2-1)

図2-1 国民医療費、後期高齢者(老人)医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.7
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は0.5%

注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

出典：厚生労働省「医療費の動向(国民医療費、老人医療費の動向)」(平成24年8月発表)

第2章 医療費の現状と課題

注1 国民医療費

その年度内に医療機関などを受診し、保険診療の対象となる傷病の治療に要した費用の推計です。ここでいう費用とは、医療保険などによる支払いのほか、公費負担、患者負担によって支払われた医療費を合算したものです。

これには、診療費、調剤費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費などは含まれますが、保険診療の対象とならない費用や、正常な妊娠・分娩、健康診断・予防接種など、傷病の治療以外の費用は含みません。

近年の医療費の伸び率に関する厚生労働省の要因分析によれば、「高齢化」で1.5%前後、「医療の高度化」で1~2%前後の伸び率となっており、この2つの要因を合わせて3%前後の伸び率となっています。(図2-2)

図2-2 医療費の伸びの要因分析

	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)
医療費の伸び率 ①	3.2%	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%	
人口増の影響 ③	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.3%
その他(①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.3%	0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%
制度改正		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学2割負 担			

注1: 医療費の伸び率は、平成22年度までは国民医療費の伸び率、平成23年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2: 平成23年度の高齢化の影響は、平成22年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

※ 「その他」の要因には医療の高度化の他、患者負担の見直し等の影響も含まれるが、患者負担の見直しのない年度については、医療の高度化が大部分を占めていると考えられている。

出典: 厚生労働省「医療費の動向(国民医療費、老人医療費の動向)」(平成24年8月発表)

第2章 医療費の現状と課題

また、今後高齢者人口の増加に伴い、高齢者の医療費が増大することが予測されます。(図2-3)

図2-3 日本の将来推計人口(千人)

	平成22年 (2010年)	平成32年 (2020年)	平成42年 (2030年)	平成52年 (2040年)
総人口(千人)	128,057	124,100	116,618	107,276
老年人口(千人) (注2)	29,484	36,124	36,849	38,678
後期老年人口(千人) (注3)	14,194	18,790	22,784	22,230
老年人口割合(%)	23.0	29.1	31.6	36.1
後期老年人口割合(%)	11.1	15.1	19.5	20.7

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)

注2 老年人口

65歳以上の人口を言います。

注3 後期老年人口

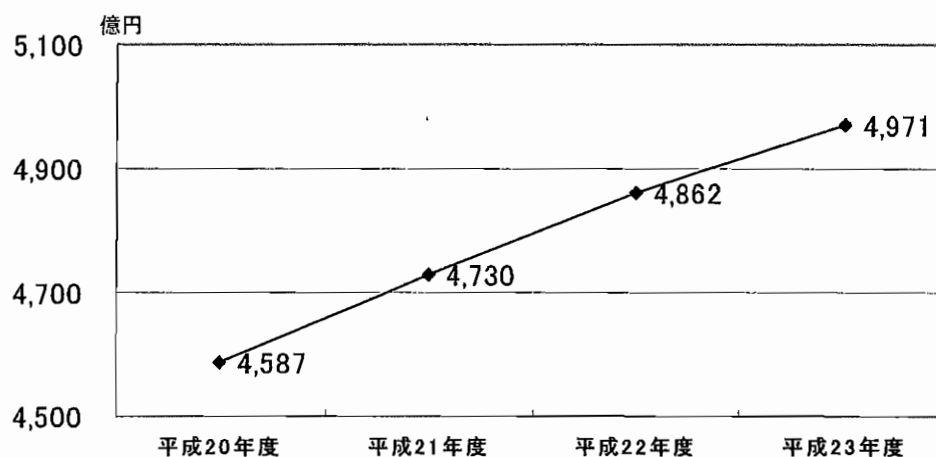
75歳以上の人口を言います。

(2) 本県の医療費の動向

〔本県の医療費の動向〕

本県の医療費（概算医療費）（注1）は、平成20年度に4,587億円であったものが、平成23年度には4,971億円になり、384億円増加しています。これは率にすると8.4%の伸びとなります。（図2-4）

図2-4 本県の医療費の動向



出典：厚生労働省「医療費の動向調査」（平成20、21、22、23年度）

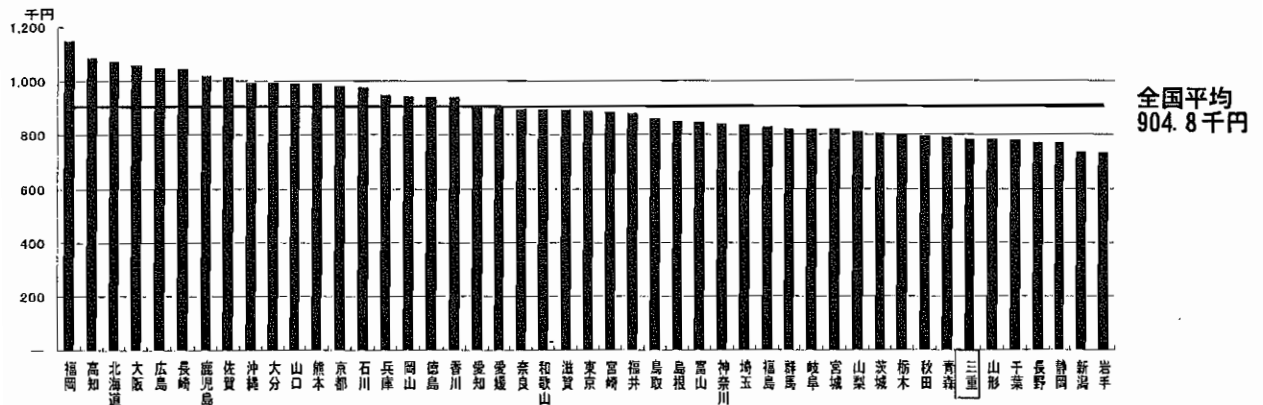
注1 概算医療費（出典：厚生労働省「医療費の動向調査（年度版）」）

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）で、本県所在の医療機関分を集計しています。労災、全額自費分等は含まないため、総額は国民医療費の97～98%とされています。

【後期高齢者一人あたり医療費の状況】

平成22年度の本県の後期高齢者一人あたり医療費は783.3千円で、全国平均（904.8千円）を下回り全国で41位となっています。（図2-7）

図2-7 都道府県別後期高齢者一人あたり年間医療費（本県783.3千円 全国41位）



出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成22年度）

〔本県の今後の人口推計〕

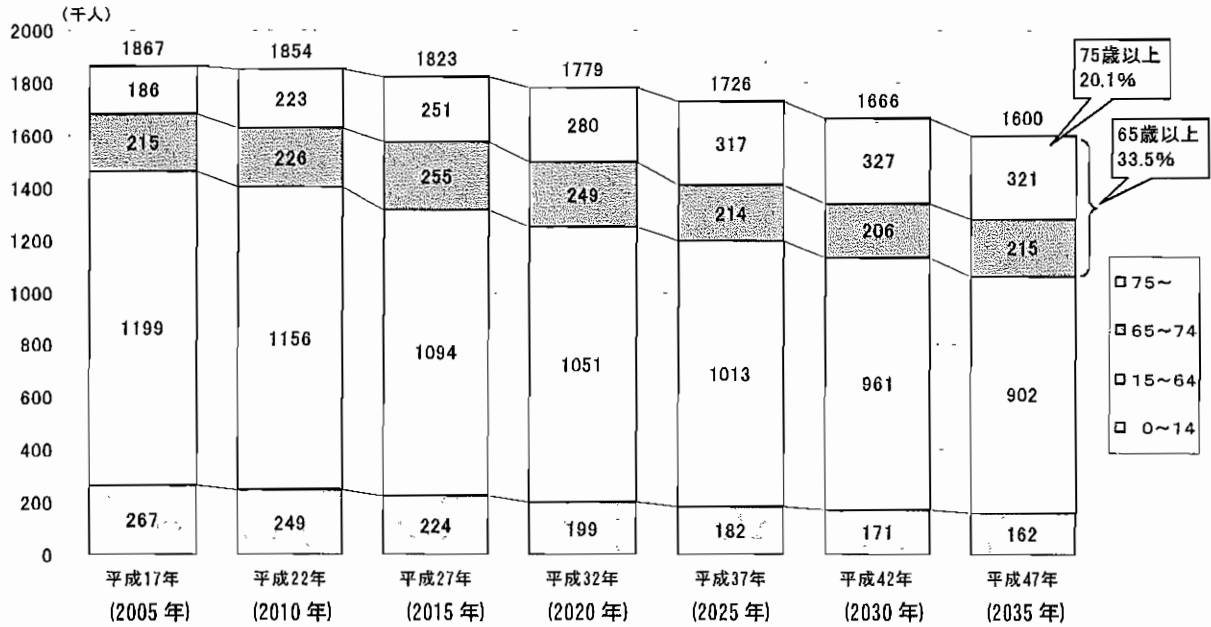
今後、県内の人口減少が見込まれる中で、高齢者人口は急速に増加する見込みです。

65歳以上人口で見ると、平成17年の401千人から平成27年には506千人に、平成47年には536千人になり、全人口の33.5%を占めると推計されています。

また、75歳以上人口は、平成17年の186千人から平成27年には251千人に、平成47年には321千人になり、全人口の20.1%を占めると推計されています。

このため、全国と同様に、本県においても、今後高齢者に要する医療費が増大することが見込まれます。(図2-8)

図2-8 本県の年齢別将来推計人口



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

(4) 入院患者にかかる平均在院日数の状況

〔平均在院日数の状況〕

平成23年の全国の平均在院日数（介護保険適用の介護療養病床における在院日数を含む。）（注1）は、32.0日であり、本県は32.6日（全国22位※在院日数の短い順。以下同じ。）で全国平均を0.6日上回っています。

また、介護療養病床を除く総数では、本県は30.9日（全国20位）で全国平均30.4日を0.5日上回っています。（図2-9、10）

平均在院日数を病床の種別で見ると、一般病床では全国平均17.9日に対し本県は17.5日（全国11位）、療養病床では全国平均175.1日に対し本県は165.4日（全国24位）、介護療養病床では全国平均311.2日に対し本県は372.6日（全国32位）、精神病床では全国平均298.1日に対し本県は317.7日（全国28位）という状況にあります。

（図2-9、10、11、12、13、14）

注1 平均在院日数

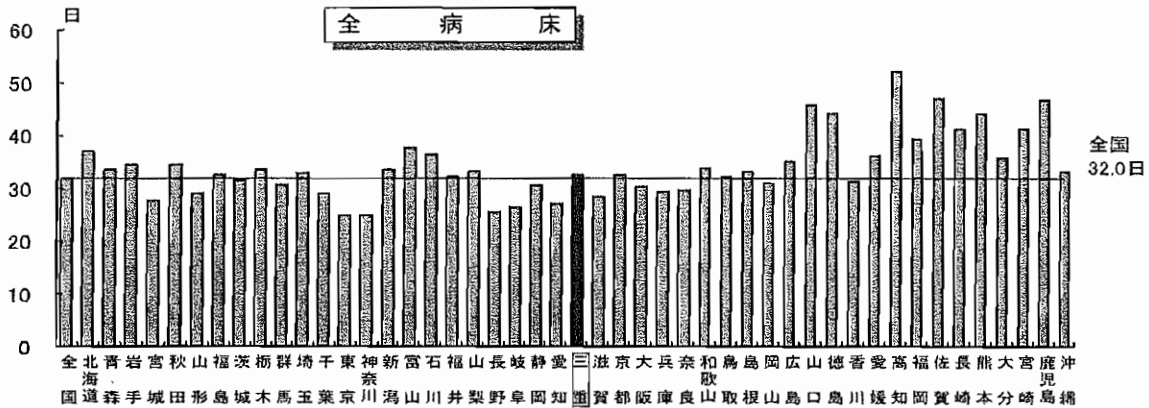
平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔（年間新入院患者数＋年間退院患者数）／2〕
ただし、療養病床の平均在院日数は次のように計算しています。

療養病床の平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔（年間新入院患者数＋年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数＋年間退院患者数＋年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数）／2〕

※病床の種類

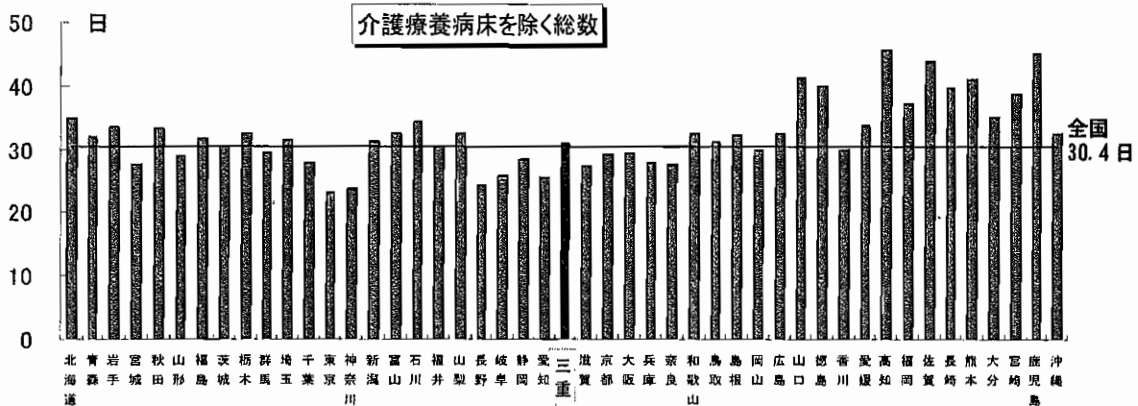
一般病床	療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床を言う。
療養病床	病院の病床（精神病床、感染症病床、結核病床を除く。）又は一般診療所の病床のうち主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を言う。医療保険が適用される医療型病床（医療療養病床）と、介護保険が適用される介護型病床（介護療養病床）とがある。
精神病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床を言う。
感染症病床	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床を言う。
結核病床	結核の患者を入院させるための病床を言う。

図2-9 平均在院日数（総数）の全国比較（本県 32.6日）



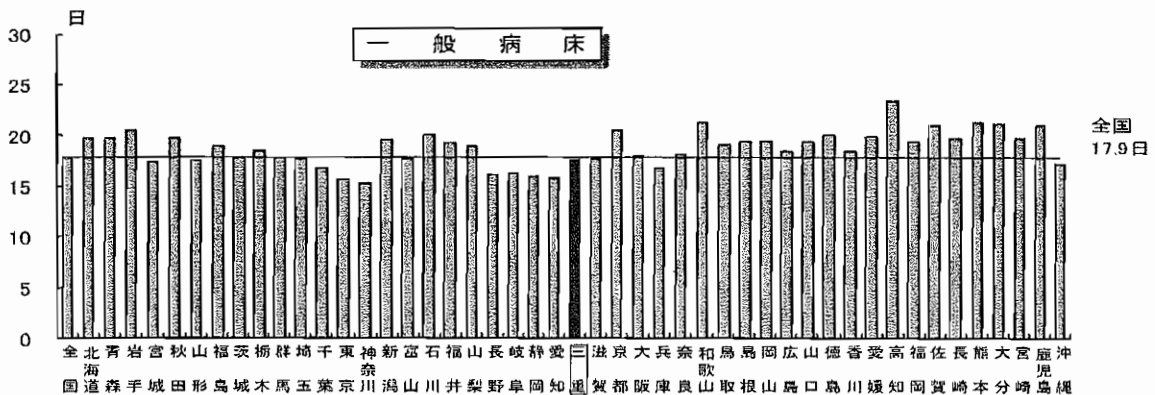
出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

図2-10 平均在院日数（介護療養病床を除く総数）の全国比較（本県 30.9日）



出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

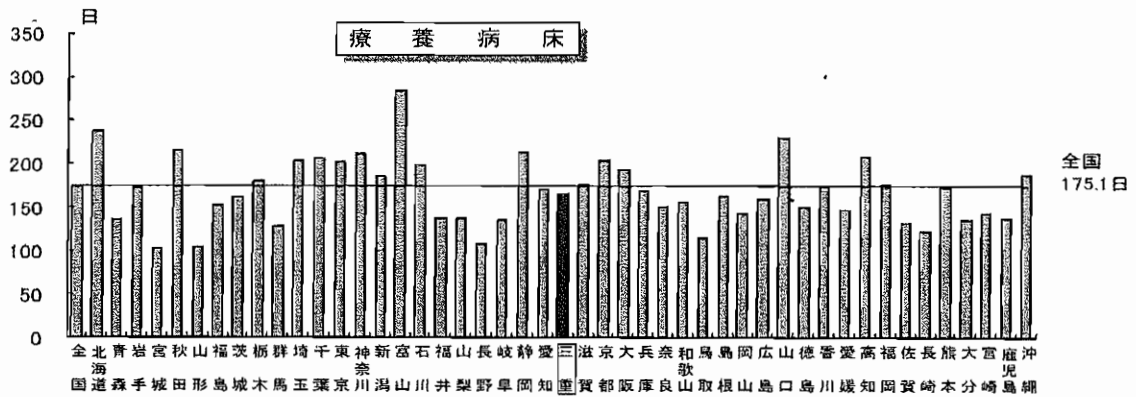
図2-11 平均在院日数（一般病床）の全国比較（本県 17.5日）



出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

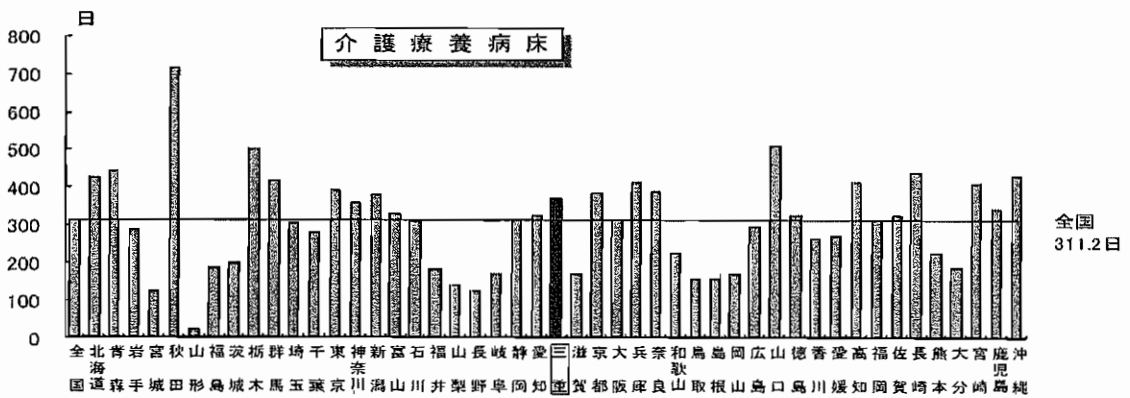
図2-12 平均在院日数（療養病床）の全国比較（介護療養病床含む）

（本県 165.4日）



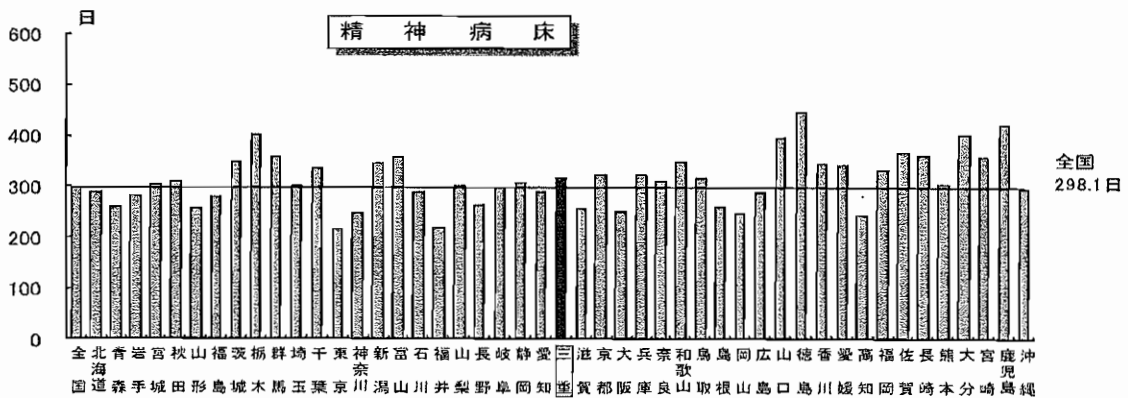
出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

図2-13 平均在院日数（介護療養病床）の全国比較（本県 372.6日）



出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

図2-14 平均在院日数（精神病床）の全国比較（本県 317.7日）



出典：厚生労働省「病院報告」（平成23年）

第2章 医療費の現状と課題

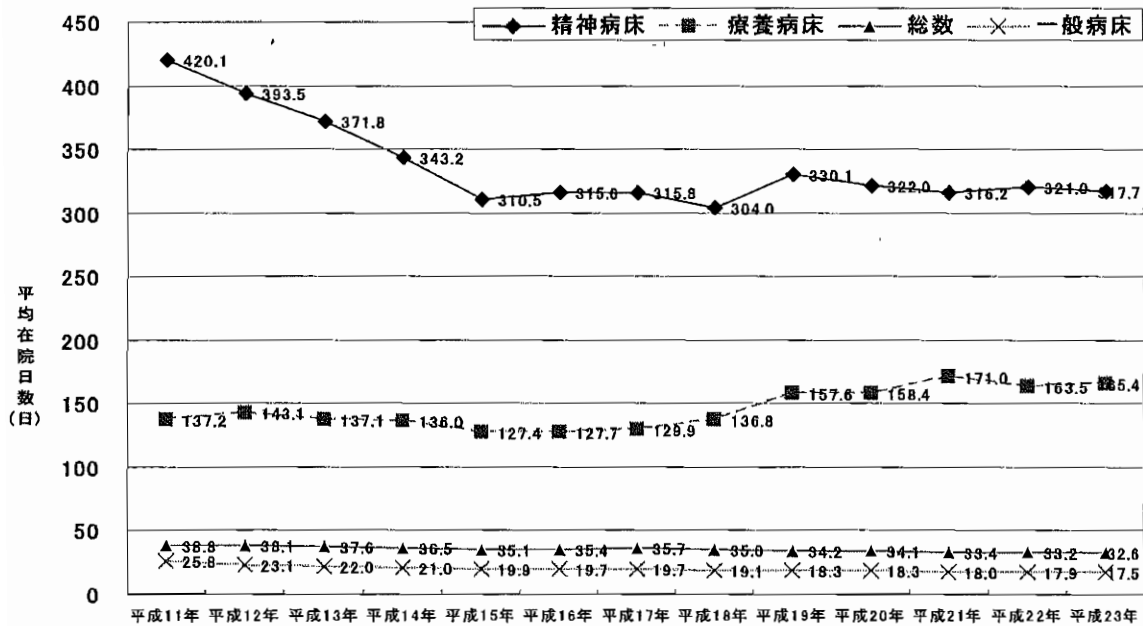
本県の平均在院日数（総数）について、平成11年（38.8日）と平成23年（32.6日）を比較すると、6.2日短縮されています。

病床種別でみると、一般病床の平均在院日数について、平成11年（25.8日）と平成23年（17.5日）を比較すると、8.3日短縮されています。

また、精神病床の平均在院日数について、平成11年（420.1日）と平成23年（317.7日）を比較すると、102.4日短縮されています。

しかし、療養病床（介護療養病床含む）の平均在院日数については、平成11年（137.2日）と平成23年（165.4日）を比較すると、28.2日増加しています。（図2-15）

図2-15 本県の平均在院日数の年度推移

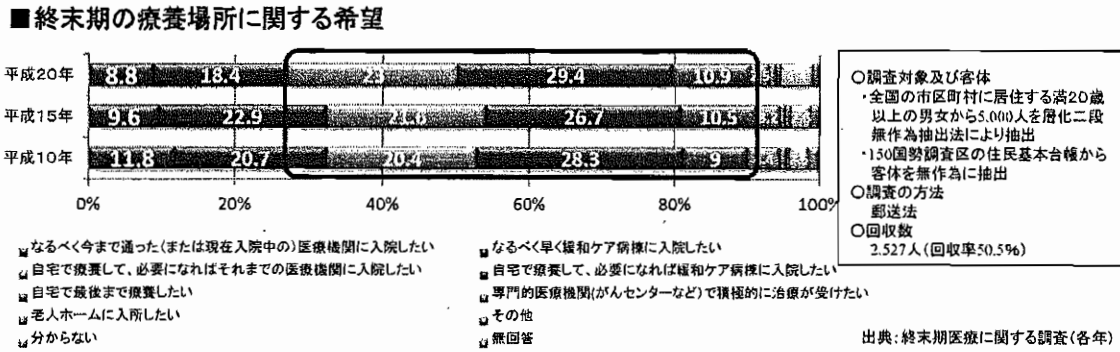


出典：厚生労働省「病院報告」（平成11～23年）

(5) 終末期医療の状況

「終末期医療に関する調査」(厚生労働省)によると、60%以上(全国値)の人が、終末期を自宅で迎えたいと希望しています。(図2-17)

図2-17 終末期の療養場所に関する希望



出典：「医療計画の見直しに関する都道府県担当者向け研修会」(平成24年3月 厚生労働省)の配布資料から引用

本県において、全死亡者のうち自宅もしくは老人ホームで亡くなった人の割合は、平成14年から23年までの各年とも16~20%に過ぎず、75~80%の人が医療機関で亡くなっています。(図2-18)

これは、在宅での療養には、急変時の対応に関する不安や家族への負担の懸念など、さまざまな問題があることが原因であると推測されます。

図2-18 本県における死亡場所別にみた死亡者数の割合の推移

	死亡者総数 (人) (a)	病院における死亡者数 (人)	診療所における死亡者数 (人)	計 (人) (b)	全死亡者のうち医療機関における死亡者の割合 (b)/(a) (%)	自宅における死亡者数 (人) (c)	老人ホームにおける死亡者数 (人) (d)	全死亡者のうち自宅または老人ホームにおける死亡者の割合 (c+d)/(a) (%)
平成14年	15,307	11,552	338	11,890	77.7	2,516	402	19.1
平成15年	15,872	12,034	334	12,368	77.9	2,486	423	18.3
平成16年	16,030	12,334	348	12,682	79.1	2,366	451	17.6
平成17年	17,154	13,351	349	13,700	79.9	2,379	478	16.7
平成18年	17,156	13,204	344	13,548	79.0	2,457	504	17.3
平成19年	17,141	13,272	328	13,600	79.3	2,287	578	16.7
平成20年	17,904	13,617	372	13,989	78.1	2,484	663	17.6
平成21年	17,590	13,313	363	13,676	77.7	2,366	671	17.3
平成22年	18,691	14,045	407	14,452	77.3	2,489	797	17.6
平成23年	19,271	14,295	317	14,612	75.8	2,628	890	18.3

出典：厚生労働省「人口動態調査」(平成14年~23年)

【終末期医療費】

平成17年7月29日に厚生労働省において開催された「第17回社会保障審議会医療保険部会」における配布資料「中長期の医療費適正化効果をめざす方策について」では、「終末期医療費」を死亡前1か月間にかかった医療費と定義し、死亡前1か月の平均医療費を求めたうえで、以下のように、平成14年度における終末期医療費の推計を行っています。

1年間の死亡者数（平成14年度）	98万人
うち、医療機関での死亡者数	80万人・・・(1)
死亡前1か月の平均医療費	112万円・・・(2)

1年間にかかる終末期医療費(平成14年度)

$$(1) \times (2) = \text{約} 9,000 \text{ 億円}$$

また、上記の約9,000億円について、厚生労働省は、在宅医療提供体制の充実や地域における高齢者の多様な居住の場の整備などを行うことにより、平成27年度には約2,000億円の削減、平成37年度には約5,000億円の削減をめざすとしています。

(6) 生活習慣病の状況

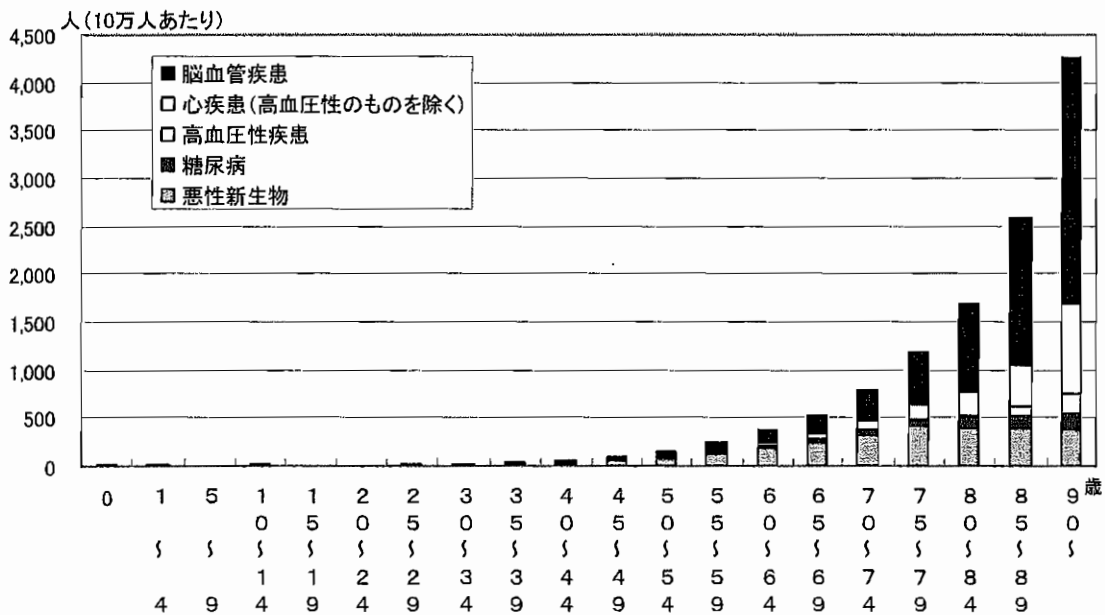
生活習慣病とは、食事や運動、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣が深く関与して発症する疾患の総称です。以前は「成人病」と呼ばれていましたが、成人であっても生活習慣の改善により予防できることから、平成8年に当時の厚生省が「生活習慣病」と改称することを提唱しました。

日本人の三大死因である悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患及び脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などはいずれも生活習慣病です。

【受療動向】

主として生活習慣病に分類される疾患の年齢階級別受療率（注1）についてみると、入院受療率は、45～49歳頃から徐々に上昇し、年齢を重ねるにつれて上昇幅が大きくなっています。（図2-19）

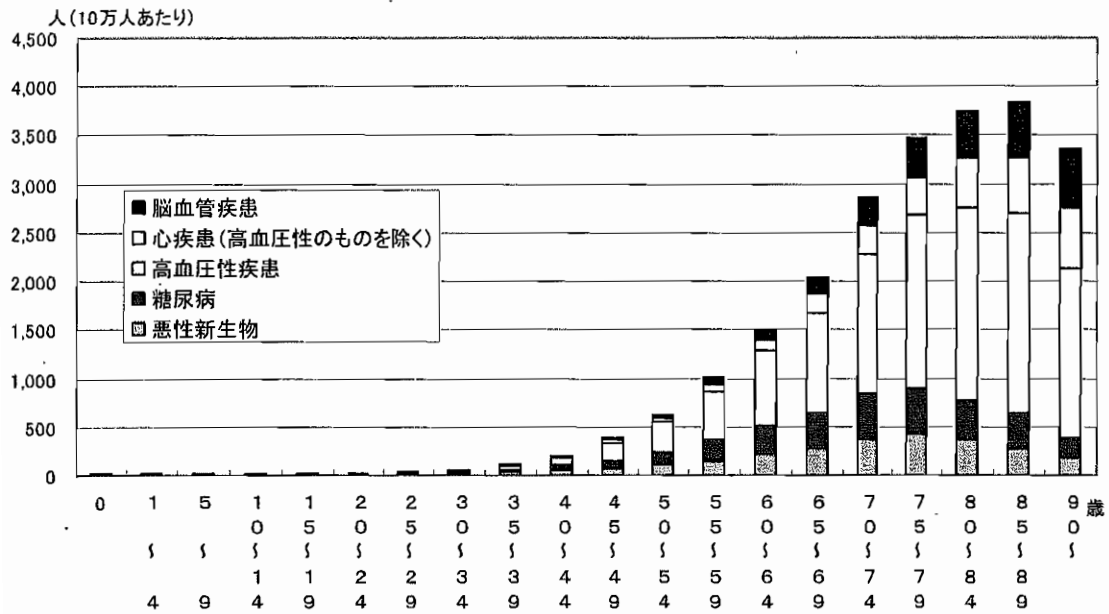
図2-19 年齢階級別受療率（入院）（全国）



出典：厚生労働省「患者調査」（平成20年）

外来受療率については、40～44 歳から急激に上昇し、85～89 歳をピークとして、以後下降に転じます。(図 2-20)

図 2-20 年齢別受療率(外来)(全国)



出典：厚生労働省「患者調査」(平成 20 年)

注 1 受療率

推計患者数を人口 10 万人あたりで表した数を言います。

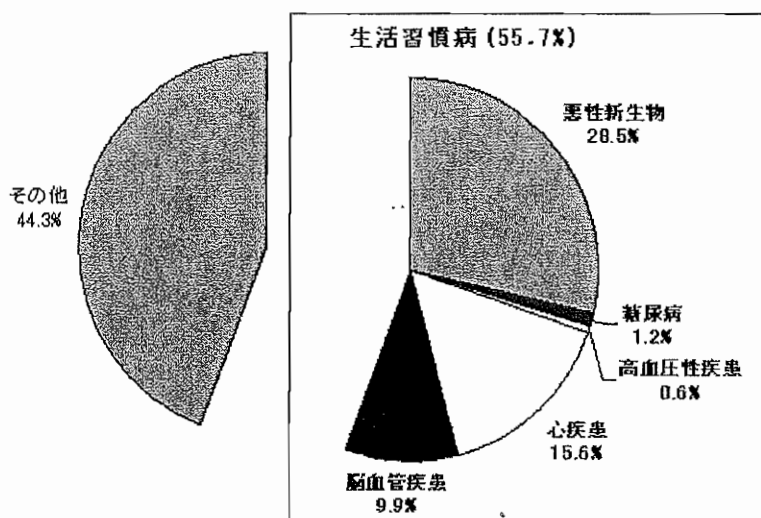
推計患者数 (人)

$$\text{受療率 (人口 10 万人あたり)} = \frac{\text{推計患者数 (人)}}{\text{国勢調査人口 (人)}} \times 100,000$$

〔死亡率〕

全国の平成23年の死因別の死亡割合を見ると、上位3位が悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患となっており、生活習慣病に分類される疾病による死亡割合は全体の55.7%を占めています。(図2-21)

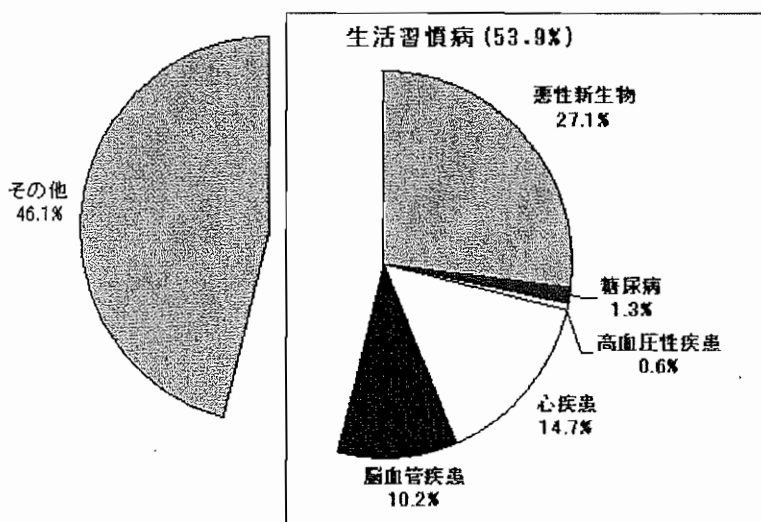
図2-21 死因別死亡割合(平成23年)(全国)



出典：厚生労働省「人口動態調査」(平成23年)

本県の平成23年の死因別の死亡割合を見ると、上位3位が悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患となっており、生活習慣病に分類される疾病による死亡割合は全体の53.9%を占めています。(図2-22)

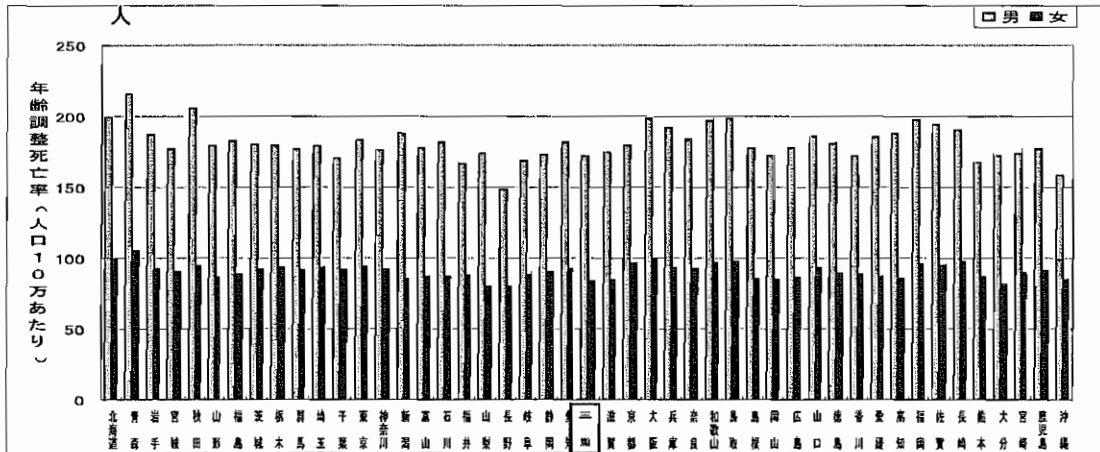
図2-22 死因別死亡割合(平成23年)(三重県)



出典：厚生労働省「人口動態調査」(平成23年)

悪性新生物（がん）の年齢調整死亡率（注1）については、本県は、男性が人口10万人あたり172.0人で全国平均（182.4人）より低く、全国では41位、女性も84.3人で全国平均（92.2人）より低く、全国では44位となっています。（図2-23）

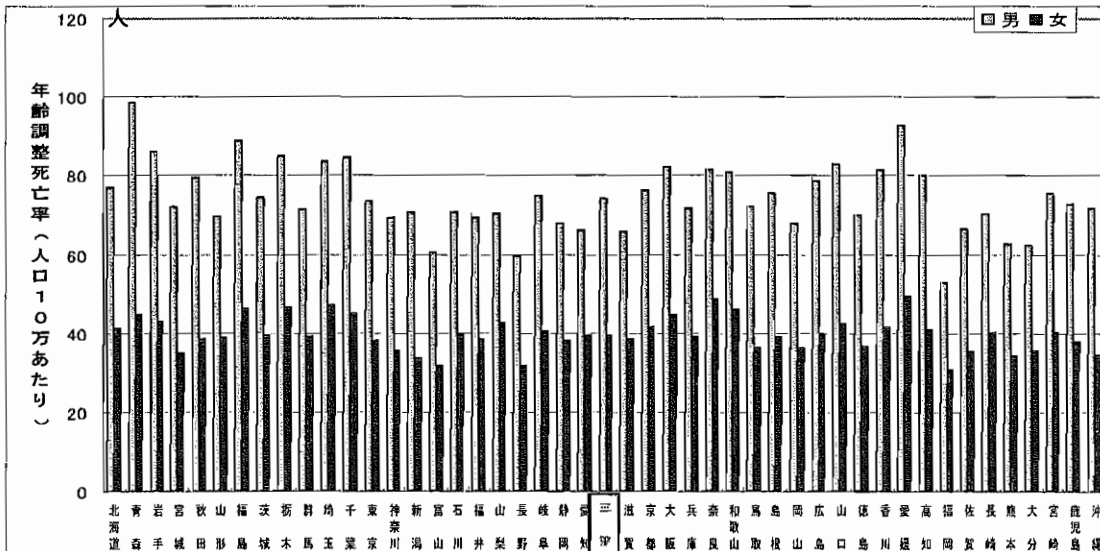
図2-23 悪性新生物（がん）の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成22年）

心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率については、本県は、人口10万人あたり男性74.0人（全国平均74.2人）、女性39.6人（全国平均39.7人）であり、男性、女性とも、ほぼ全国平均と同じで、男女とも全国では22位となっています。（図2-24）

図2-24 心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

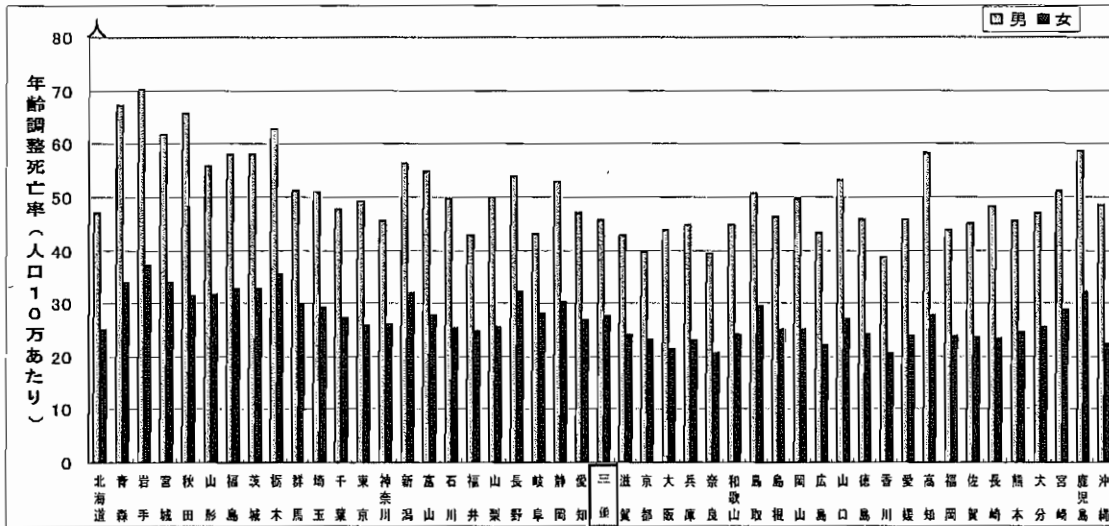


出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成22年）

脳血管疾患の年齢調整死亡率については、本県は、人口10万人あたり男性45.7人（全国平均49.5人）で、全国では32位、女性27.5人（全国平均26.9人）で全国では20位となっています。

(図2-25)

図2-25 脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成22年）

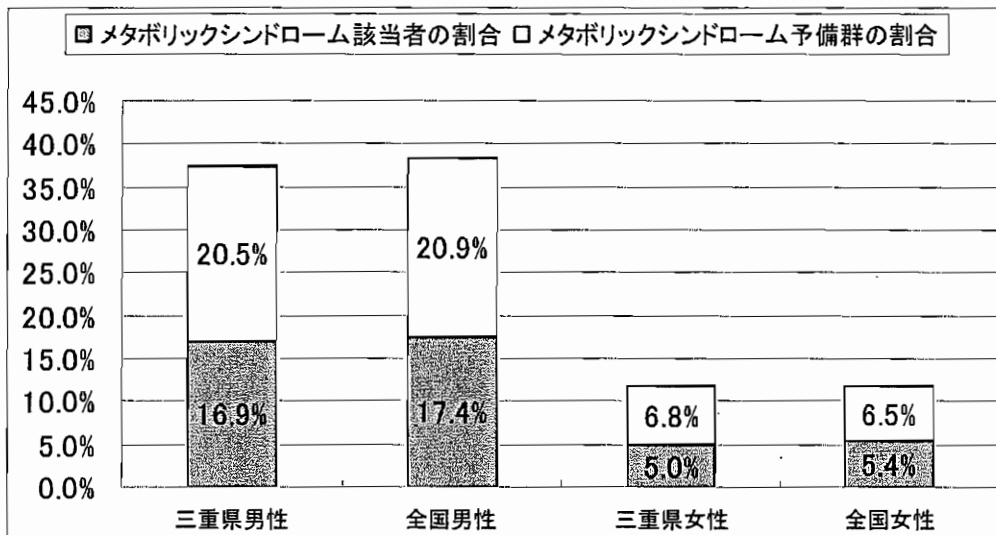
注1 年齢調整死亡率 (Age-adjusted death rate)

都道府県別に死亡数を人口で除した通常の死亡率（「粗死亡率」という。）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出ます。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死亡率の計算において年齢構成を補正し、年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率です。

〔メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の状況〕

平成22年度における本県のメタボリックシンドローム該当者(注1)の割合は、40歳から74歳までの男性で16.9%(全国平均17.4%)、女性で5.0%(全国平均5.4%)であり、その予備群の割合については、男性で20.5%(全国平均20.9%)、女性で6.8%(全国平均6.5%)であり、全国とほぼ同じような傾向を示しています。(図2-26)

図2-26 メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の状況(40~74歳)
(平成22年度)



出典：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」

注1 メタボリックシンドローム該当者及びその予備群の基準(厚生労働省)

- 必須** ウエスト周囲径 (へその高さ) 男性 $\geq 85\text{cm}$
女性 $\geq 90\text{cm}$
- 高脂血** 高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dL}$
かつ/または
低HDLコレステロール血症 $< 40\text{mg/dL}$ 男女とも
- 高血圧** 収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$
かつ/または
拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$
- 高血糖** 空腹時高血糖 $\geq 110\text{mg/dL}$

※ 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

第2章 医療費の現状と課題

平成20年度と平成22年度を比較した、メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率は、以下の計算式により求められます。

$$\begin{array}{l}
 \boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}} = \boxed{\text{平成22年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)}} \times \boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}} \\
 \text{※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。} \\
 \\
 \boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)}} = \boxed{\text{平成22年度住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)}} \times \boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}} \\
 \text{※年齢階層(5歳階級)、性別に算出し、合計値を出す。} \\
 \\
 \text{メタボリックシンドロームの減少率} = \frac{\boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}} - \boxed{\text{平成22年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(B)}}}{\boxed{\text{平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数(A)}}}
 \end{array}$$

この計算式により得られた本県における平成20年度から平成22年度までのメタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率は、0.87%でした。

(※ 次頁の計算シート参照)

第2章 医療費の現状と課題

(参考) 本県における平成20年度から平成22年度までの、メタボリックシンドロームの該当者及びその予備群の減少率の計算

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

$$= \frac{(F)-(G)}{(F)}$$

0.87

%

	年齢	各都道府県 健診受診者数	各都道府県メタボ リックシンドローム 該当者予備群者数	メタボリックシンド ローム該当者予備 群者割合(性・年齢 階級別)	平成22年人口※	メタボリックシンド ローム該当者及び 予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボリックシンド ローム該当者及び 予備群者の推定数	
		(人)	(人)		(人)	(人)	(人)	
		A	B	B/A(C)	D	C×D(E)	Eの合計(F)	
平成20年度	男性	40～44	28820.0	8346.0	0.29	60,302	17462.9	210330.3
		45～49	27437.0	8977.5	0.33	56,932	18628.4	
		50～54	26537.0	9798.0	0.37	55,046	20324.1	
		55～59	28922.0	11314.0	0.39	62,665	24513.9	
		60～64	19900.5	8092.0	0.41	69,965	28449.4	
		65～69	17157.5	7193.0	0.42	59,583	24979.2	
		70～75	14905.0	6941.0	0.47	48,336	22509.2	
	女性	40～44	16943.0	782.5	0.05	58,990	2724.4	
		45～49	17193.0	1011.0	0.06	57,105	3357.9	
		50～54	17769.0	1481.5	0.08	55,733	4646.8	
		55～59	20078.0	2287.5	0.11	64,468	7344.9	
		60～64	19959.0	2907.5	0.15	72,167	10512.8	
		65～69	21924.0	4087.0	0.19	64,545	12032.3	
		70～75	19410.0	4547.0	0.23	54,828	12844.0	

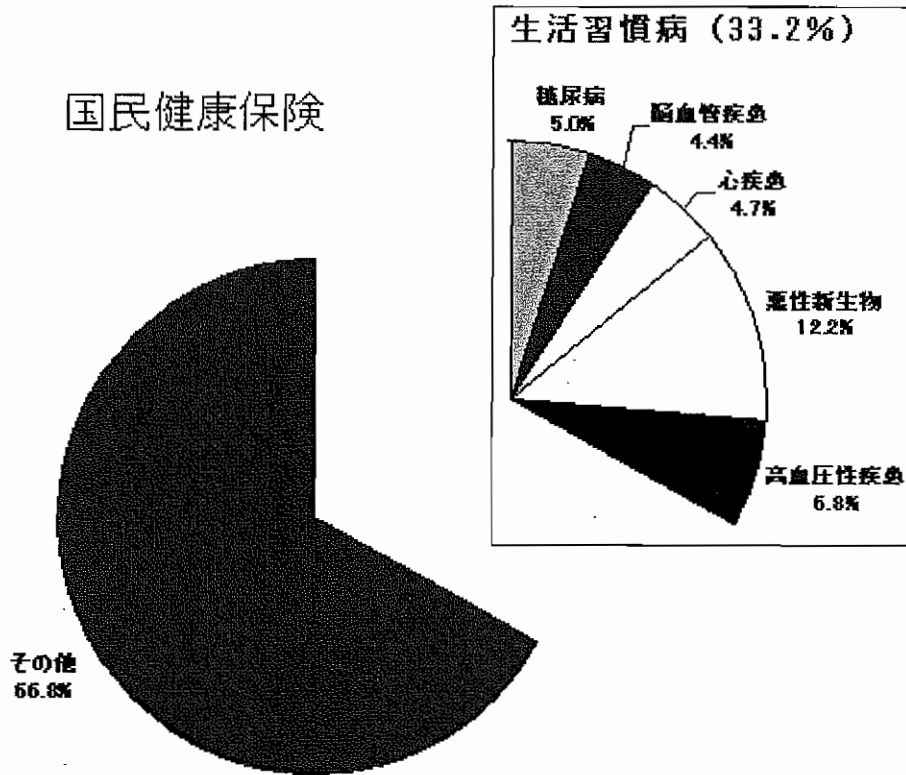
	年齢	各都道府県 健診受診者数	各都道府県メタボ リックシンド ローム該当者予備 群者数	メタボリックシンド ローム該当者予備 群者割合 (性・年齢階級別)	平成22年人口※	メタボリックシンド ローム該当者及び 予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボリックシンド ローム該当者及び 予備群者の推定数	
		(人)	(人)		(人)	(人)	(人)	
		A	B	B/A(C)	D	C×D(E)	Eの合計(G)	
平成22年度	男性	40～44	33558.5	9540.5	0.28	60,302	17143.5	208498.3
		45～49	32051.5	10718.0	0.33	56,932	19038.0	
		50～54	29544.0	11065.0	0.37	55,046	20616.2	
		55～59	29727.5	11963.0	0.40	62,665	25217.8	
		60～64	25546.5	10668.5	0.42	69,965	29218.2	
		65～69	18376.0	7763.0	0.42	59,583	25171.0	
		70～75	16688.0	7617.0	0.46	48,336	22062.3	
	女性	40～44	20131.5	895.5	0.04	58,990	2624.0	
		45～49	20125.5	1159.5	0.06	57,105	3290.0	
		50～54	20135.5	1626.0	0.08	55,733	4500.6	
		55～59	21012.0	2250.0	0.11	64,468	6903.3	
		60～64	24444.0	3317.0	0.14	72,167	9792.9	
		65～69	22529.0	3880.0	0.17	64,545	11116.1	
		70～75	21760.5	4685.0	0.22	54,828	11804.4	

※ 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)

〔県内の生活習慣病の医療費の状況〕

県内の国民健康保険における平成24年5月診療分の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合は、33.2%となっており、その内訳をみると、悪性新生物（がん）が最も多く、次いで高血圧性疾患、糖尿病、心疾患の順となっています。（図2-27）

図2-27 県内の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合（国民健康保険）



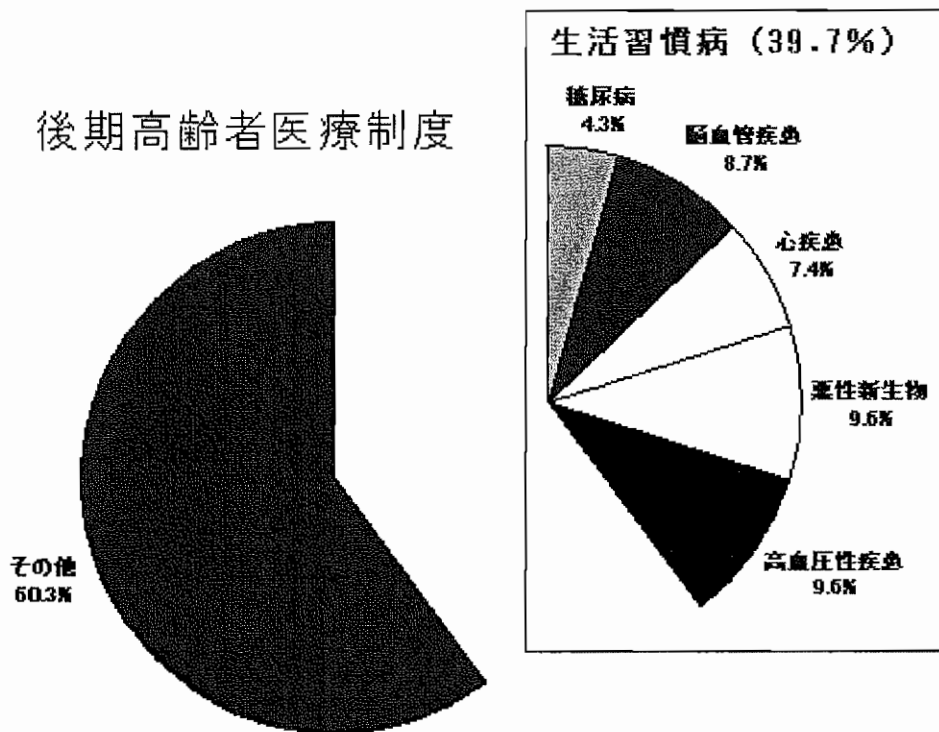
	国民健康保険	
	割合	医療費(円)
糖尿病	5.0%	557,971,930
脳血管疾患	4.4%	491,629,970
心疾患	4.7%	521,040,430
悪性新生物	12.2%	1,347,891,470
高血圧性疾患	6.8%	750,643,260
その他	66.8%	7,394,009,010
合計	100.0%	11,063,186,070

出典：三重県国民健康保険団体連合会「疾病分類統計表」（平成24年5月診療分）

※ 市町国民健康保険（以下「市町国保」という。）及び国民健康保険組合（以下「国保組合」という）を対象としています。

県内の後期高齢者医療制度における平成24年5月診療分の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合は、39.7%となっており、その内訳をみると、高血圧性疾患が最も多く、次いで悪性新生物（がん）、脳血管疾患、心疾患、糖尿病の順となっています。（図2-28）

図2-28 県内の医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合（後期高齢者医療制度）



	後期高齢者医療制度	
	割合	医療費(円)
糖尿病	4.3%	559,438,310
脳血管疾患	8.7%	1,125,189,710
心疾患	7.4%	962,703,160
悪性新生物	9.6%	1,249,274,330
高血圧性疾患	9.6%	1,250,970,240
その他	60.3%	7,822,361,290
合計	100.0%	12,969,937,040

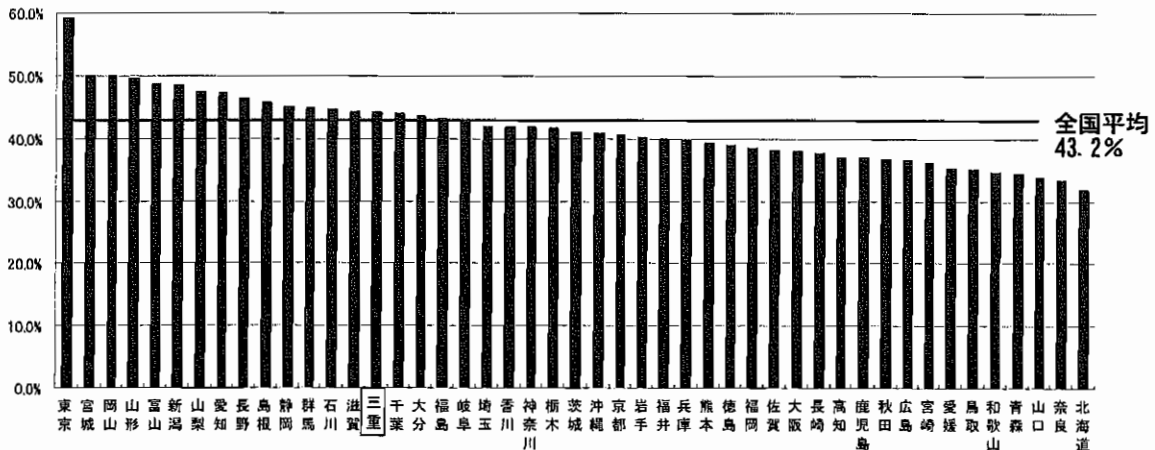
出典：三重県国民健康保険団体連合会「疾病分類統計表」（平成24年5月診療分）

〔特定健康診査及び特定保健指導の実施状況〕

○ 特定健康診査の実施状況

本県の平成22年度の特定健康診査の実施率は44.3%で、全国平均(43.2%)より高く、全国では15位となっています。(図2-29)

図2-29 都道府県別特定健康診査実施率(平成22年度)(本県44.3% 全国15位)

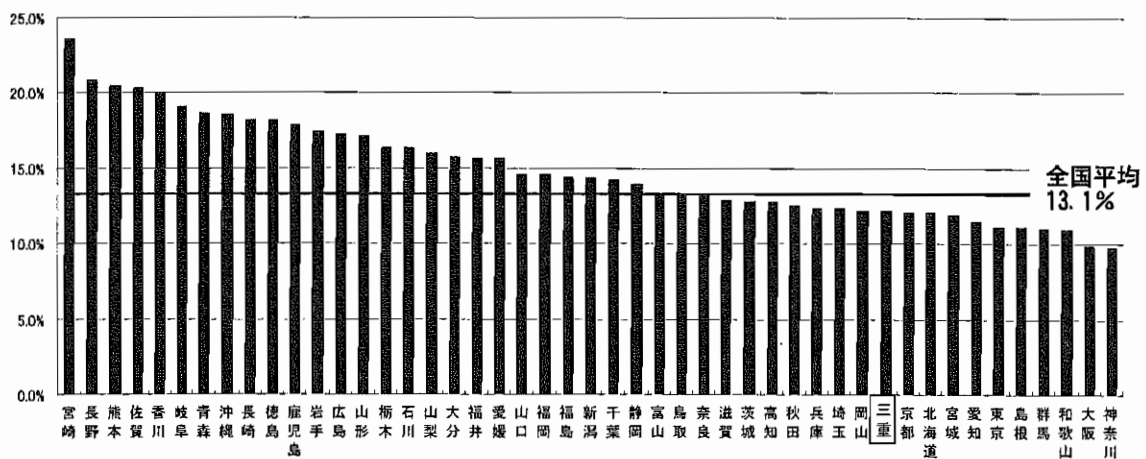


出典：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」

○ 特定保健指導の実施状況

本県の平成22年度の特定保健指導の実施率は12.1%で、全国平均(13.1%)より低く、全国では37位となっています。(図2-30)

図2-30 都道府県別特定保健指導実施率(平成22年度)(本県12.1% 全国37位)



出典：厚生労働省「都道府県における医療費適正化計画の策定に係る参考データ」

● 本県における特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全体	市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	共済組合
平成21年度	42.4%	32.8%	36.6%	39.5%	72.2%	79.3%
平成22年度	44.3%	34.0%	36.5%	41.6%	74.9%	83.3%
平成23年度	—	36.9%	39.1%	—	—	—

● 本県における特定保健指導の保険者種類別の実施率

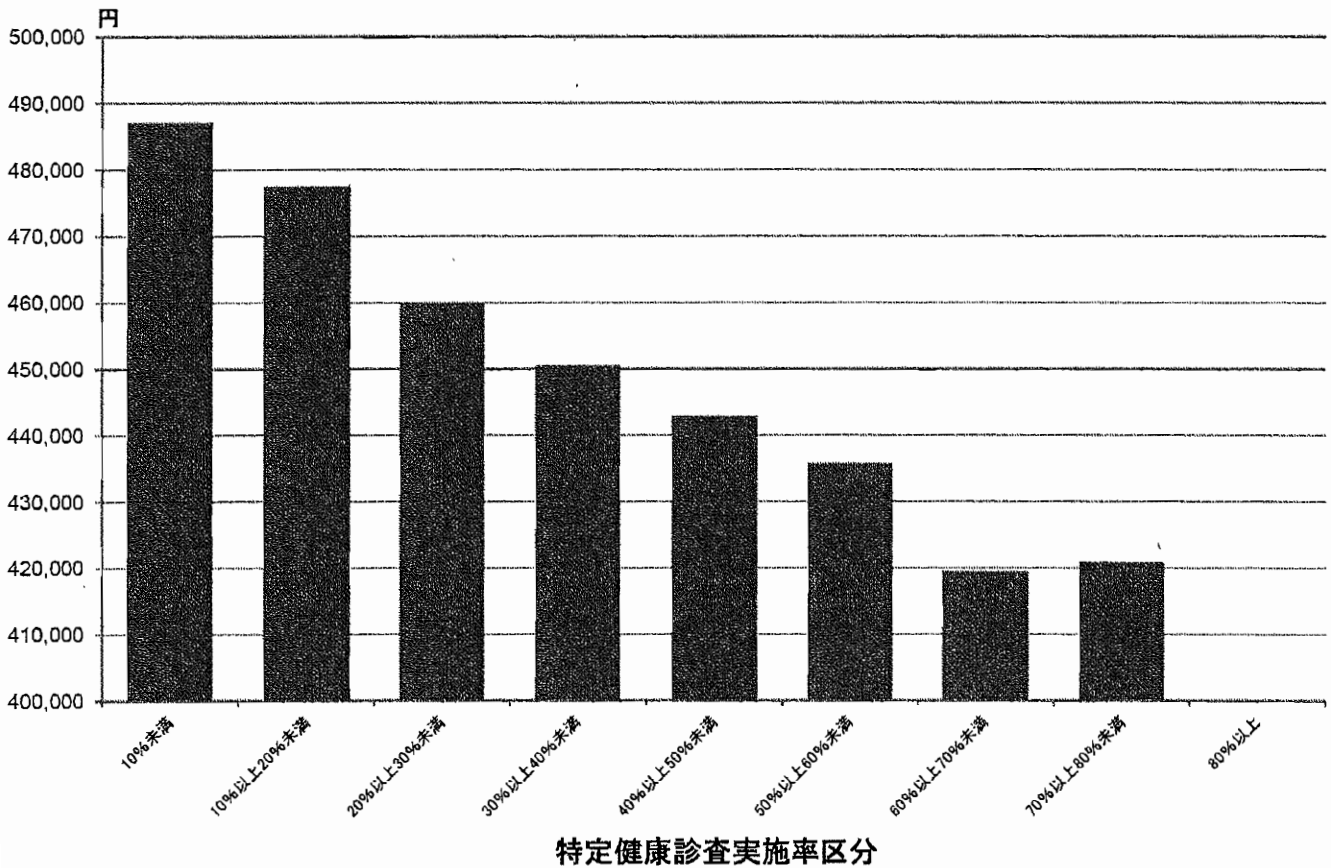
	全体	市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	共済組合
平成21年度	11.4%	14.9%	7.1%	5.8%	13.3%	29.4%
平成22年度	12.1%	12.7%	6.1%	3.4%	11.5%	28.3%
平成23年度	—	14.4%	4.2%	—	—	—

※ 全体及び市町国保、国保組合の実施率は厚生労働省資料、国保を除く保険者種類別の実施率は「平成23年度特定健診・特定保健指導に関する実施状況等アンケート」（三重県保険者協議会）によります。

〔特定健康診査の実施率と医療費との関係〕

「第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」（平成24年6月 厚生労働省）において配布された資料では、市町村国民健康保険において、特定健康診査の実施率が高い保険者ほど、前期高齢者一人あたりの医療費が低くなる傾向のあることが示されています。（図2-31）

図2-31 特定健康診査の受診率別の前期高齢者一人あたり医療費〔市町村国民健康保険〕



出典：「第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」（平成24年6月 厚生労働省）の配布資料から引用

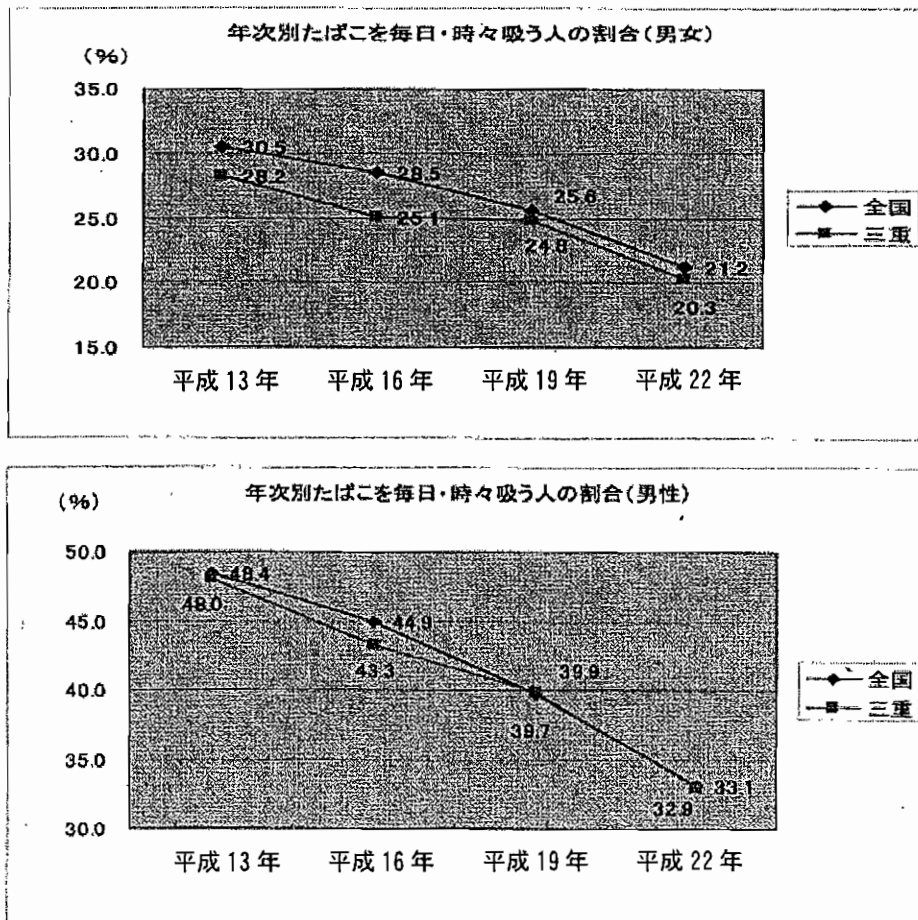
(7) 喫煙率の状況

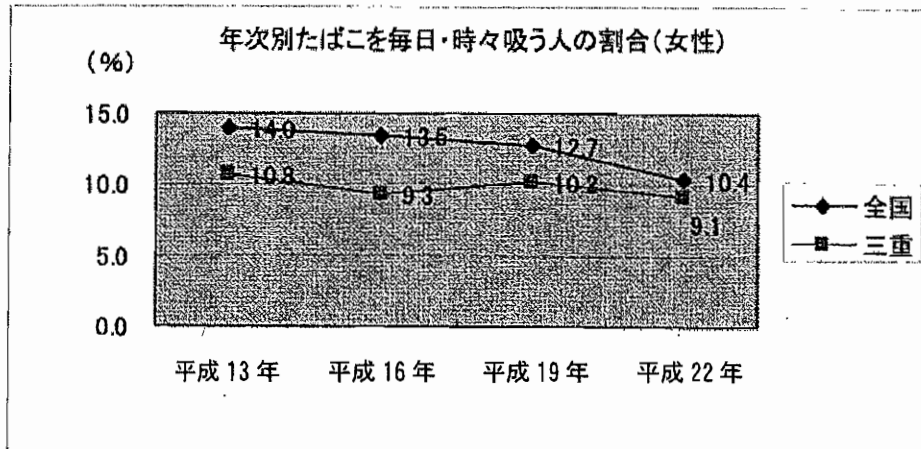
本県の平成22年の喫煙率は20.3%であり、平成13年の28.2%と比べ、7.9ポイント減少しています。また、全国においては、平成22年の喫煙率は21.2%であり、平成13年の30.5%と比べ、9.3ポイント減少しています。

男女別に見ると、男性については、本県の平成22年の喫煙率は32.9%であり、平成13年の48.0%と比べ、15.1ポイント減少しています。また、全国においては、平成22年の喫煙率は33.1%で、平成13年の48.4%と比べ、15.3ポイント減少しています。

女性については、本県の平成22年の喫煙率は9.1%であり、平成13年の10.8%と比べ、1.7ポイント減少しています。また、全国においては、平成22年の喫煙率は10.4%で、平成13年の14.0%と比べ、3.6ポイント減少しています。(図2-32)

図2-32 喫煙率の推移



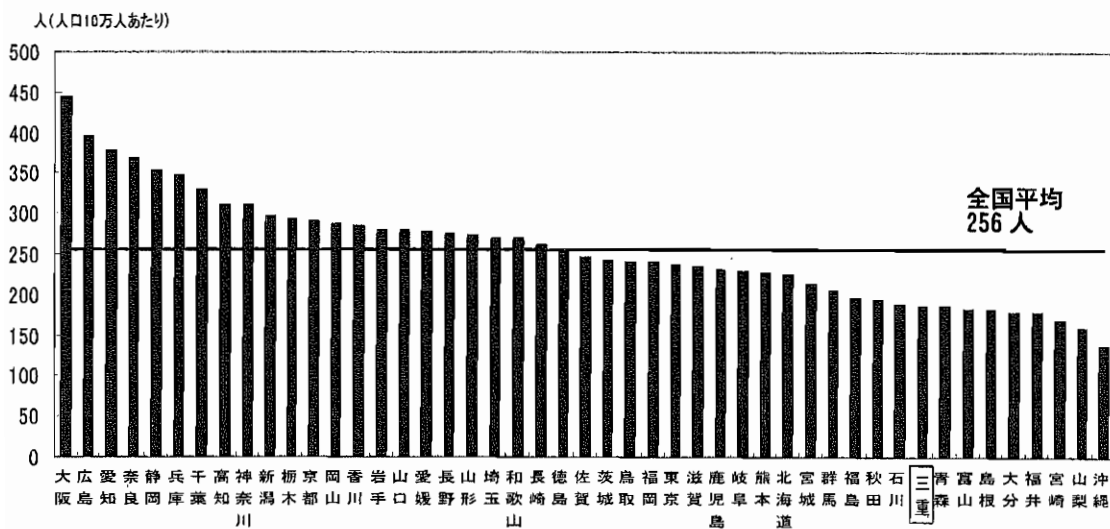


出典：国立がん研修センター提供資料から作成

(8) 歯肉炎及び歯周疾患の受療状況

本県における平成 20 年の歯肉炎及び歯周疾患の受療率（入院外来とも含めて算出）は、人口 10 万人あたり 187 人で、全国平均（256 人）を下回り、全国では 39 位となっています。（図 2-33）

図 2-33 歯肉炎及び歯周疾患の受療率(外来及び入院) (本県 187 人 全国 39 位)



出典：厚生労働省「患者調査」(平成 20 年)

歯周疾患は、むし歯と並ぶ歯科の二大疾患の一つで、歯肉の炎症や歯を支える骨（歯槽骨）の破壊が起こる疾患です。

近年、歯周病と糖尿病や誤嚥性肺炎（注 1）、早産などとの関係が明らか

になり、歯周病が単に口の中だけでなく、全身の健康を脅かす病気であることがわかってきています。

注1 誤嚥性肺炎

歯周病に加えて嚥下障害（飲み込みの障害）があると、誤嚥（食べ物などが食道に入らず気管に入り込むこと）を引き起こした時に肺に歯周病菌が入り込み、それが原因となって肺炎を引き起こすと考えられています。これを誤嚥性肺炎と言います。

(9) 後発医薬品の使用状況

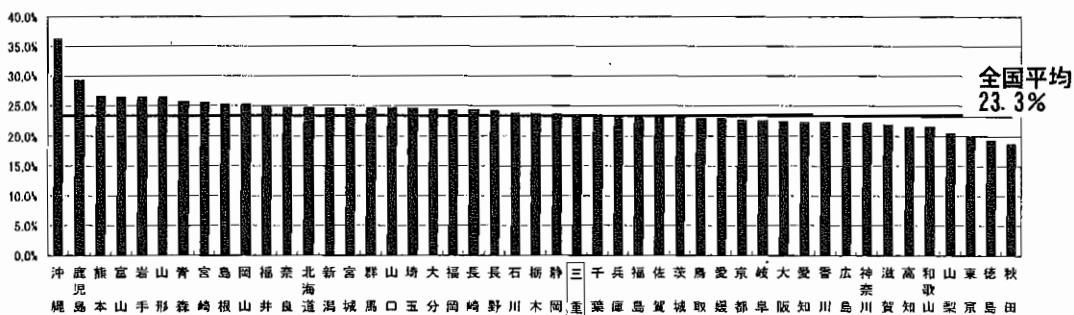
平成19年に厚生労働省が策定した「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」において、「平成24年度までに後発医薬品のシェア（数量ベース）を30%以上」という目標が示されました。

その達成に向け、同年、厚生労働省は、国及び関係者が実施すべき取組をとりまとめた「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定しました。

本県の各保険者においても、保険者によって実施程度は異なりますが、後発医薬品の普及に向けて、後発医薬品希望カードの配布や差額通知の実施、機関紙への掲載による広報活動等の取組を行っています。

平成23年度に本県において使用された全医薬品の数量のうち、後発医薬品の割合は23.5%で、全国では26位であり、全国平均(23.3%)と同程度の水準となっています。(図2-34)

図2-34 都道府県別の後発医薬品の使用割合(数量比)(本県 23.5% 全国26位)



出典：厚生労働省「調剤医療費の状況調査」(平成23年度)

2 課題

(1) 生活習慣病の増加

本県では、平成22年度における40歳から74歳までの男性の37.4%、女性の11.8%がメタボリックシンドロームの該当者又はその予備群となっています。

また、疾病分類別統計表（平成24年5月診療分）からみると、生活習慣病の医療費の全疾患に占める割合は、国民健康保険では33.2%、後期高齢者医療制度では39.7%となっています。

したがって、医療費の伸びを小さくしつつ、県民の生活の質を確保し向上させるためには、生活習慣病に対する予防と早期発見を行い、メタボリックシンドロームの該当者又はその予備群の減少を図ることが重要です。

(2) 高齢化の進展と医療費の増加

今後県内人口の減少が見込まれる中で、高齢者人口は増加し、特に県内人口に占める75歳以上人口は、平成37年には18%、平成47年には20%を超えると推計されています。

このような急速な高齢化の進展により、高齢者の医療費の高い伸びが見込まれ、県民医療費も大きく増加するものと予想されます。

そして、高齢者の入院医療費は平均在院日数と高い相関関係にあり、また平均在院日数は、療養病床での在院日数が大きく影響しています。

本県において、療養病床の平均在院日数が増加したのは、介護サービスを必要とする高齢者の受け皿としての能力が家庭や介護施設等に乏しいことなどにより、本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが背景にあると考えられます。

このため、良質で適切な医療を確保しつつ、医療機関の機能分化・連携を図ることや在宅医療・地域ケアを推進することが重要であると考えられます。その際には、これらの取組に要する費用も必要であることを認識しておく必要があります。

また、高齢化の進展にともない、本人の望む場所で望む医療を受けて最期を迎えられる体制の整備等、終末期医療のあり方が大きな課題となってきました。

第3章 計画の目標と取組

1 具体的な取組に向けた基本方針

(1) 県民の生活の質の確保及び向上を図る取組とする

医療費適正化のための具体的な取組は、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、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の効率的な提供をめざすものとします。

(2) 超高齢社会の到来に対応した取組とする

本県の75歳以上の人口は、平成47年には20%を超えると推計されることから、後期高齢者医療費は高齢化の進展とともに更に急速に増大していくことが予想されます。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、高齢者に良質かつ適切な医療を確保しつつ、後期高齢者医療費の伸び率を中長期にわたって適正化していくことをめざします。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行う取組とする

目標及び施策の達成状況等については、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に目標の達成状況及び施策の進捗状況の評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させるものとします。

2 第二期三重県医療費適正化計画における基本目標

(1) 生活習慣病の予防対策

全国における生活習慣病についての受療実態をみると、45歳以降は年齢を重ねるにつれて入院受療率が大きく増加し、また、外来受療率についても、40歳以降、80～84歳のピークに向けて急激に増加しています。

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、心疾患や脳卒中等の発症、そして入院に至

るという経過をたどることになると言えます。

医療費の伸びを適正化していくために重要な施策は、若い頃からの生活習慣病の予防対策です。生活習慣病について、発症前の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。

(2) 医療機関の機能分化・連携 及び 在宅医療・地域ケアの推進

一人あたり後期高齢者医療費をみると、都道府県によって大きな格差があり、また、入院医療費は平均在院日数と高い相関関係を示しています。

第一期三重県医療費適正化計画の計画期間においては、慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することにより、医療機関における入院期間の短縮を図ろうとしました。

しかしながら、療養病床から介護保険施設等への転換が進んでいないという実態があったことを踏まえ、国の方針として、療養病床の機械的削減は行わないこととし、介護療養型医療施設の転換期限が平成29年度まで猶予されたところです。

これらを踏まえ、第二期三重県医療費適正化計画の計画期間においては、療養病床の数を機械的に削減するのではなく、医療機関の機能分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進を図ること等により、必要な場合に必要とされる良質な医療を効率的かつ効果的に提供することをめざすこととします。

また、県内の死亡者に占める自宅又は老人ホームで亡くなった人の割合は、平成14年度以降16～20%に過ぎないため、今後、本人が望む場所で看取りを行えるように、24時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。

3 具体的な目標及び取組

上記2の第二期三重県医療費適正化計画における基本目標を達成するために、具体的な目標を設定します。

また、この他にも、たばこ対策の実施、後発医薬品の使用促進等の医療費適正化に資する取組について目標を設定します。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標及び取組

〔目標1〕

特定健康診査実施率の向上 平成29年度の目標 70%
(平成22年度の実績 44.3%)

(目標値の考え方)

本県の目標値は、医療費適正化基本方針に即して、次の手順により設定しました。

- ① 全国目標の実施率(70%)を保険者全体で達成するため、保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値は、保険者種別ごとの実績に応じて、実施率を全国目標に向けて同程度に引き上げることとして算定されています。
- ② このため、本県の目標値については、本県の保険者種別ごとの特定健康診査対象者の構成割合と、①の保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値とを乗じ、これにより算出した数値を足し上げて設定しました。

本県における特定健康診査の実施率の目標値の設定

保険者	特定健診対象者の構成割合		保険者種別ごとの特定健診実施率目標	=	県特定健診実施率目安
市町村国保	41.6%	×	60.0%	=	25.0%
協会けんぽ	23.5%	×	65.0%	=	15.3%
国保組合	34.9%	×	86.5%	=	30.2%
単一健保					
総合健保					
共済組合					
計	100.0%		—		70.5% ≒ 70%

〔目標2〕

特定保健指導実施率の向上 平成29年度の目標 45%
(平成22年度の実績 12.1%)

(目標値の考え方)

本県の目標値は、医療費適正化基本方針に即して、次の手順により設定

しました。

- ① 全国目標の実施率(45%)を保険者全体で達成するため、保険者種別ごとの特定健康診査の実施率の目標値は、保険者種別ごとの実績に応じて、実施率を全国目標に向けて同程度に引き上げることとして算定されています。
- ② このため、本県の目標値については、本県の保険者種別ごとの特定保健指導対象者の構成割合と、①の保険者種別ごとの特定保健指導の実施率の目標値とを乗じ、これにより算出した数値を足し上げて設定しました。

本県における特定保健指導の実施率の目標値の設定

保険者	特定保健指導対象者の構成割合		保険者種別ごとの特定保健指導実施率目標	=	県特定保健指導実施率目安
市町村国保	34.2%	×	60.0%	=	20.5%
協会けんぽ	31.1%	×	30.0%	=	9.3%
国保組合	34.8%	×	43.8%	=	15.2%
単一健保					
総合健保					
共済組合					
計	100.0%		—		45.0%

(参考) 保険者別の特定健診及び特定保健指導の実施率の目標値(平成29年度)

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会(含む船保)	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診の実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指導の実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

出典：厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」(平成24年9月28日)

(目標1及び2を達成するための取組)

- ① 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進とその支援
 - 特定健康診査、特定保健指導を担当する県内医師、保健師等を対象として、「標準的な健診・保健指導プログラム」を踏まえた特定健康診査・

特定保健指導を効果的に推進できる人材を育成することを目的とした「特定健診・特定保健指導実践者育成研修会」を行います。

- 「特定健診・特定保健指導実践者育成研修会」を受講し、県内で特定保健指導に従事している実践経験のある医師、保健師等を対象として、具体的でより効果的、継続的な保健指導方法や技術を習得し、実践者の保健指導能力を高めていくことを目的とした「特定健診・特定保健指導従事者スキルアップ研修会」を行います。
 - 市町国保等における特定健康診査等に要する費用に対して助成を行うほか、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の低い保険者に対しては、技術的助言を重点的に実施するなど支援を強化します。
 - 市町国保及び国保組合における特定健康診査等実施計画の策定や実施状況の評価などへの支援を行います。
- ② 三重県保険者協議会における保険者間の調整
- 県内の保険者で組織する三重県保険者協議会（注1）において、関係者がそれぞれ収集した特定健康診査や特定保健指導に関する情報を提供することにより、保険者間での情報の共有化を図ります。

（参考）三重県保険者協議会において情報の共有化が図られた事例

以下の取組が特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上に効果があったという調査報告がありました。

- ・ 受診勧奨（未受診者対策等）
 - ・ 個別と集団健診の組み合わせ実施（健診機会拡大）
 - ・ 各地区での集団健診（健診機関拡大）
 - ・ がん検診や肝炎ウイルス検診等との同時実施
- 被用者保険の被扶養者が、身近な地域で特定健康診査及び特定保健指導を受診できるよう、三重県保険者協議会において、保険者間の調整の支援を行います。

注1 三重県保険者協議会

県内の保険者で組織され、県内の医療保険の保険者等が連携・協力して健康づくりを推進し、被保険者等の生活習慣の改善等による健康保持・増進を図るとともに、保険者間での情報交換等を行い、相互に理解を深めることを目的としています。

③ 各市町の特定健康診査委託についての集合契約の締結に関する支援

- 市町国保の被保険者が自宅や職場に近い場所で受診できる体制を効率的に整備するため、各市町と県医師会との間で締結する特定健康診査委託についての集合契約（注2）に関して、「三重県健診・保健指導のあり方検討調整会議」を通じて、契約の内容に関する調整などの支援を行います。

注2 集合契約

個々の保険者と個々の健診・保健指導機関とが個別に契約するのではなく、片方もしくは双方をグループ化し、グループ間で契約（集合契約）する契約で、契約事務の負担を省力化しつつ広範囲に点在する健診・保健指導機関との委託契約が簡便にできる利点があります。

〔目標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

平成29年度の目標 平成20年度対比で25%の減少
（平成22年度の実績 平成20年度対比で0.87%の減少）

（目標値の考え方）

医療費適正化基本方針において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する各都道府県の目標値は、平成29年度時点で平成20年度と比べて25%以上の減少とすることを目安に各都道府県において設定するとされていることから、25%に設定しました。

なお、「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」について、第一期三重県医療費適正化計画においては特定保健指導対象者の減少率を意味していましたが、本計画においては、厚生労働省の方針に準じ、本計画書23ページに記載の基準（いわゆる内科系8学会の基準）による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とします。

(目標を達成するための取組)

- 県民が生活習慣病を予防し重症化を防ぐために、自分の適正体重を知り、「肥満」や「やせ」の改善に向けた食生活を実践できるよう、知識や実践方法の啓発とともに、県民一人ひとりに応じた食生活の相談や指導を行います。
- 県民が健康的で豊かな食生活を営めるよう、不足しがちな栄養素について、効果的な食材（野菜、果物、乳製品など）の積極的な摂取を促すとともに、欠食をなくし、家族や友人などとの共食^{きょうしょく}への理解と実践の促進を図ることにより、自らの食生活に対する満足度の向上に努めます。
- 県民の食状況を調査、分析、評価することにより、現状把握と問題解決に向けた提案と取組を行います。
- 県民の食生活に「食事バランスガイド」をさらに浸透させるとともに、「みえの食生活指針」を見直し、県民が適正な食生活を実行できるよう活用します。
- 各地域や各職域などで食生活改善活動や食育活動がより活発に展開されるよう、取組の核となる専門的知識を有する管理栄養士、栄養士、調理師などを育成するとともに、地域で活動するボランティア組織の育成と活動の活性化を支援します。
- 県民の食に関する状況について、市町とともに、地域や年齢等の階層ごとの状況把握や課題解決に取り組み、健康の増進及び食生活の質の向上を図ります。
- 子どもの頃からの食育をさらに推進するため、保育所、幼稚園及び学校などで取り組む食育活動を支援します。
- 働く世代の食生活改善のために、企業の健康管理部門等と連携して、企業の社員食堂などでの「減塩メニュー」などの生活習慣病予防メニューや健康情報の提供に取り組みます。
- 外食や中食^{なかしょく}（注1）でもバランスのとれた食事ができるよう、栄養表示の環境整備に取り組み、飲食店や小売店と連携して、「健康づくり応援の店」からの健康情報の発信を充実するよう支援します。

- 県民が身体活動や運動の重要性を正しく理解できるよう、健康づくりのための身体活動や運動に関する情報について、広報紙やメディアの活用、特定健診・特定保健指導時における周知など、あらゆる機会を通じて情報提供を行います。
- 身近なところで運動に取り組みやすい環境を整備するため、総合型地域スポーツクラブなど各地域で行われている運動に関する取組を活用し、県民、NPO、企業、関係機関や団体、医療機関、市町などと連携して、多くの県民が運動を習慣化できるよう取組を推進します。
- それぞれのライフステージに応じた運動を無理なく継続できるよう、ウォーキングの効果、方法、コースなどの情報を提供するとともに、普段の生活における運動量（METs）（注2）についての情報を提供します。

注1 中食

家庭外で調理された食品を家庭内で食べる食事の形態のことを言います。

注2 METs

「健康づくりのための運動指針2006」（厚生労働省）で示された身体活動の強度を表す単位のこと、運動によるエネルギー消費量が安静時の何倍にあたるかを示しています。

（例）

- ・1METs（メッツ）=座って安静にしている状態
- ・3METs（メッツ）=通常歩行

〔目標4〕

たばこ対策の実施

（目標の考え方）

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙や、さまざまな疾病の原因となっている受動喫煙による健康被害を防止することが重要となっています。

喫煙による健康被害を予防するために、「三重の健康づくり基本計画」及び「三重県がん対策戦略プラン（第2次改訂）」と整合を図りつつ、以下の目標を設定しました。

- ① 成人及び未成年者の喫煙率の減少
- ② 公共の場における分煙の実施

（数値目標）

項 目	現 状	平成 29 年度目標
成人の喫煙率	20.3 % (平成 22 年調査)	16.4 %
未成年者 (15～19 歳) の喫煙率	男 6.4 % 女 1.7 % (平成 23 年調査)	0 %
公共の場における分煙の実施	市町施設 78.2 % 県施設 98.6 % (平成 23 年調査)	市町施設 90 % 県施設 100 %

※「三重の健康づくり基本計画」及び「三重県がん対策戦略プラン（第2次改訂）」から引用

（目標を達成するための取組）

- 禁煙したい人が禁煙を実践できるよう、禁煙外来のある医療機関の紹介、禁煙の取組を支援するNPOや関係機関・団体の活動のPRを積極的に行います。
- がん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センターの相談員が、たばこに関する相談対応ができるよう、研修会の開催などを支援します。

第3章 計画の目標と取組

- 「たばこの煙の無いお店」、「たばこの煙のない環境づくり推進事業者」の認定登録の普及や、官公庁、医療機関等における受動喫煙防止対策の完全実施により、たばこの煙のない社会の実現をめざし、子どもや喫煙者以外の人をたばこの害から守る取組を推進します。
- 未成年者の喫煙をなくすため、喫煙防止教育や喫煙が健康に及ぼす影響についての啓発活動を推進するとともに、社会全体で未成年者に喫煙させない環境づくりに取り組みます。
- 毎年5月31日の世界禁煙デーにおける街頭啓発活動をはじめ、たばこが健康に及ぼす影響についての啓発を推進します。

〔目標5〕

歯と口腔の健康づくり

（目標の考え方）

歯周疾患は、むし歯と並ぶ歯科の二大疾病の一つであり、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患となっています。

また、歯周疾患は単に口の中だけでなく、全身の健康を脅かす病気であることがわかってきています。

歯科と医科の連携により、口腔ケアの推進や口腔がん対策を図るとともに、歯周疾患が要因となるリスクに対処するため、歯科と医科、産科、栄養関係団体等との連携を図る取組を行うことを目標とします。

（目標を達成するための取組）

- 定期的な歯科受診につながるよう、歯科検診や歯科保健指導を実施する機会の確保に努め、市町や企業等における歯と口腔の健康づくりの取組を支援します。
- 生活習慣病の予防のために、栄養バランスのとれた食事をしっかり噛んで食べる食習慣の普及などの食支援について、栄養関係団体等と連携して取り組みます。
- 糖尿病と歯周疾患は相互に作用して症状を悪化させる危険性があるため、医科と歯科の医療機関が連携を進め、糖尿病対策に取り組みます。
- 妊娠時に歯周疾患が重症化することにより、早産や低出生体重児出産のリスクが高まることから、歯科医療機関と産婦人科との連携による妊婦の口腔ケアや歯周疾患治療の推進に取り組みます。
- がん患者等の手術前後の口腔ケアの取組や、がん治療の副作用、合併症の予防、軽減など、患者の療養生活の質の向上を図るため、医科、歯科、栄養士その他の連携により、口腔ケアの推進や、食事療法等による栄養管理やリハビリテーションに取り組みます。
- 口腔がんは、早期に発見することにより治る病気であることから、歯科検診等の機会を活用した口腔がんの早期発見と、口腔がんのリスクに関する啓発を行います。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組

〔目標6〕

地域における医療機関の機能分化・連携 及び 在宅医療・地域ケアの推進

- ① 地域における医療機関の機能分化・連携
- ② 在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備
- ③ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続をめざす地域包括ケアシステムの構築

これらが実現されることにより、必要な場合に必要とされる良質な医療が効率的かつ効果的に提供され、それにより患者の早期の地域復帰・家庭復帰が期待されます。

① 地域における医療機関の機能分化・連携

（目標の考え方）

医療機関が、その機能に応じて役割分担を明確にし、緊密な連携のもとで患者の情報を共有し、急性期から療養期にいたるまでの切れ目のない医療を提供するとともに、地域における医療資源の状況を踏まえて医療機能の集約化・重点化を進め、良質で効率的な医療を提供できる体制の構築を図ります。

また、かかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発及び医療情報提供体制の充実を図ります。

なお、療養病床の再編に伴う療養病床から介護保険施設等への転換については、平成29年度まで転換期限が延長されたところであり、引き続き療養病床の転換に関わる各種相談について対応してまいります。

（目標を達成するための取組）

- 医療機関が、自らの機能と役割を明確化し、他の医療機関との機能分担を図ることにより、高度で効率的な医療を提供できる体制整備を進めます。
- 医療機関は、患者に対する診療情報の提供を行うとともに、他の医療機関や関係機関との情報共有を行い、地域連携クリティカルパス（注1）の活用などにより、患者の疾病の状況に応じた医療サービスが切れ目なく提供されるよう、相互に連携して取り組みます。

- 地域医療支援病院（厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連松阪中央総合病院、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、国立病院機構三重中央医療センター、市立四日市病院、四日市社会保険病院、名張市立病院）は、かかりつけ医・歯科医等からの紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用のほか、必要な医療を提供した患者に対し、その病状に応じて適切な医療機関を紹介し、その後の医療を確保するなど、相互連携の強化、機能分化に取り組みます。
- 医療機関やその関係機関が地域において緊密な連携を図り、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、患者のニーズを踏まえた医療サービスの提供体制を構築していくための情報交換や協議の場づくりを支援します。
- 地域における医療資源の充実に向けて、医師等医療従事者の確保に努めるとともに、医療機能の向上を図ります。
- 地域の医療資源の状況に応じて、医師や医療機能の集約化を進めることにより、地域における医療提供体制の維持、充実を図ります。
- 地域の医療提供体制における高度で専門的な医療を提供するための拠点を確保するため、特定の医療機関における医療機能の重点化を推進します。
- 医療機関が提供する医療サービスの質を高めるとともに、その役割を明確にして、県民に対して医療機能に関する情報提供を行います。
- かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性について、県民に対する普及啓発の取組を進めます。
- 「医療ネットみえ」を活用して、県内全ての医療機関についての必要な情報を患者の視点に立ってわかりやすく掲載するとともに、「医療ネットみえ」の情報内容の充実に努めます。

注1 地域連携クリティカルパス

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、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものです。

② 在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備

ア 在宅医療の充実

(目標の考え方)

施設中心の医療・介護から、在宅中心の医療・介護に向けて、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制を整備することを目標として設定しました。

(数値目標)

項目	現 状	平成 29 年度目標値
訪問診療件数 (人口 10 万人あたり) ※往診は含みません。	1,879 件 (平成 22 年度)	2,561 件
24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数	192 人 (平成 21 年度)	249 人
入院医療機関との退院時カンファレンス(注 1)開催回数	27 件 (平成 22 年度)	162 件以上

※「三重県保健医療計画(第5次改訂)」から引用

注 1 退院時カンファレンス

病院での入院加療を終え自宅で療養を行う場合に、病院での主治医と在宅療養を担当する医師の間で患者の病態について情報を共有することをいい、一般的には退院前に病院で行われます。

(目標を達成するための取組)

- 身近な地域で在宅医療を受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の拡大を図ります。
- 第一線の現場でさまざまな疾患を幅広く見ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療能力を持つ医師の育成を進めます。

第3章 計画の目標と取組

- がん医療が可能な診療所の拡大を図るため、歯科との連携も踏まえた医師等への研修会の開催を検討します。
- 医療依存度の高い小児が在宅療養できるよう、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションの確保に向けた人材育成に取り組みます。
- 多様化する在宅医療ニーズを踏まえ、質の高い在宅医療を提供するため在宅療養患者への訪問看護や訪問リハビリテーション、終末期緩和ケア等を担う人材の育成を図ります。
- 安心して在宅療養を継続できるよう、病状急変時における緊急入院やレスパイト・ケア（注1）等、短期受け入れベッドの確保を進めます。
- 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、患者、家族及び関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。
- 医療材料等の購入にあたり、無駄なく効率的に供給できる医療材料供給ルートの整備を検討します。
- 在宅歯科診療の充実に向け、歯科医療関係者への研修及び在宅歯科医療を行うための歯科医療機器の整備等を進めます。
- 在宅療養患者に必要な在宅医療が効率的に提供されるよう、地域リーダー研修受講者が核となって実施する、地域における在宅医療の課題抽出を行う検討会等の取組を促進します。
- 退院時カンファレンスの充実等、多職種協働が図られるよう、地域リーダー研修受講者が核となって行う多職種連携による事例検討会等の取組を促進します。
- 地域における医療・介護連携のコーディネートを担うケアマネジャーに対する研修において、医療に関するカリキュラムの充実を図ります。
- 医療・介護にまたがるさまざまな支援を包括的・継続的に提供する連携体制の構築を図るため、市町が中心となって、関係機関間の緊密な連携調整を行うモデルの検証を行います。

- 地域連携クリティカルパスの整備にあたり、地域横断的に利用できるよう調整を図るなど、県内のどこに住んでいても切れ目のない医療の提供を進めます。
- 主治医・副主治医体制等、医師の在宅医療に対する負担を軽減するネットワーク構築の検討を進めます。
- 多職種の密接な連携を図るため、情報共有システムの構築について個人情報保護への配慮を含めた検討を行います。
- 在宅医療・在宅看取りや各関係機関が提供できる医療・介護サービスについて、県民への普及啓発を行います。
- 退院支援に関わる急性期病院の医師や担当者、及び地域のケアマネージャーに対して、在宅医療についての普及啓発を行います。

注1 レスパイト・ケア

乳幼児や障がい児（者）、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスのことで、施設への短期入所や自宅への介護人材派遣などがあります。

イ 終末期医療の取組

(目標の考え方)

高齢化の進展にともない、本人の望む場所で希望する医療を受けて最期を迎えられる体制の整備が求められるようになり、終末期医療のあり方が大きな課題となってきています。

このため、患者や家族が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築をめざします。

(数値目標)

項 目	現状	平成 29 年度目標値
死亡者のうち死亡場所が在宅であった人の割合（自宅及び老人ホームでの死亡）	17.6% (平成 22 年度)	22.2%

※「三重県保健医療計画（第5次改訂）」から引用

(目標を達成するための取組)

- がん医療が可能な診療所の拡大を図るため、歯科との連携も踏まえた医師等への研修会の開催を検討します。(再掲)
- 多様化する在宅医療ニーズを踏まえ、質の高い在宅医療を提供するため、在宅療養患者への訪問看護や訪問リハビリテーション、終末期緩和ケア等を担う人材の育成を図ります。(再掲)
- 安心して在宅療養を継続できるよう、病状急変時における緊急入院やレスパイト・ケア等、短期受入れベッドの確保を進めます。(再掲)
- 在宅医療・在宅看取りや各関係機関が提供できる医療・介護サービスについて、県民への普及啓発を行います。(再掲)
- 退院支援に関わる急性期病院の医師や担当者、および地域のケアマネージャーに対して、在宅医療についての普及啓発を行います(再掲)
- 介護施設における職員への看取り教育の実施を検討します。
- がんに罹った患者の不安が少しでも和らぐよう、診断時から緩和ケアを開始する体制を強化します。

③ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続をめざす地域包括ケアシステムの構築

(目標の考え方)

一人暮らし高齢者や認知症高齢者が増加するなど、高齢者を取り巻く環境が変化する中で、高齢者が住み慣れた自宅や地域において最期まで暮らし続けるために、地域包括センターが中心となって、要介護者に対する医療、介護、生活支援サービスその他必要な支援を有機的かつ一体的に切れ目なく提供される体制である「地域包括ケアシステム」を構築する必要があります。

地域包括ケアを推進するに当たっては、①地域課題、②地域資源の状況、③高齢化の進展状況等、市町によってそれぞれ状況が異なることから、市町は、まず地域における介護ニーズを把握し、介護サービスを適切に提供することが求められています。

さらに、地域の課題や状況等に適した見守り・配食等の生活支援サービス

を提供するなど、地域の住民やボランティア団体などによる介護保険制度外のサービスを含めた地域づくりが必要となります。

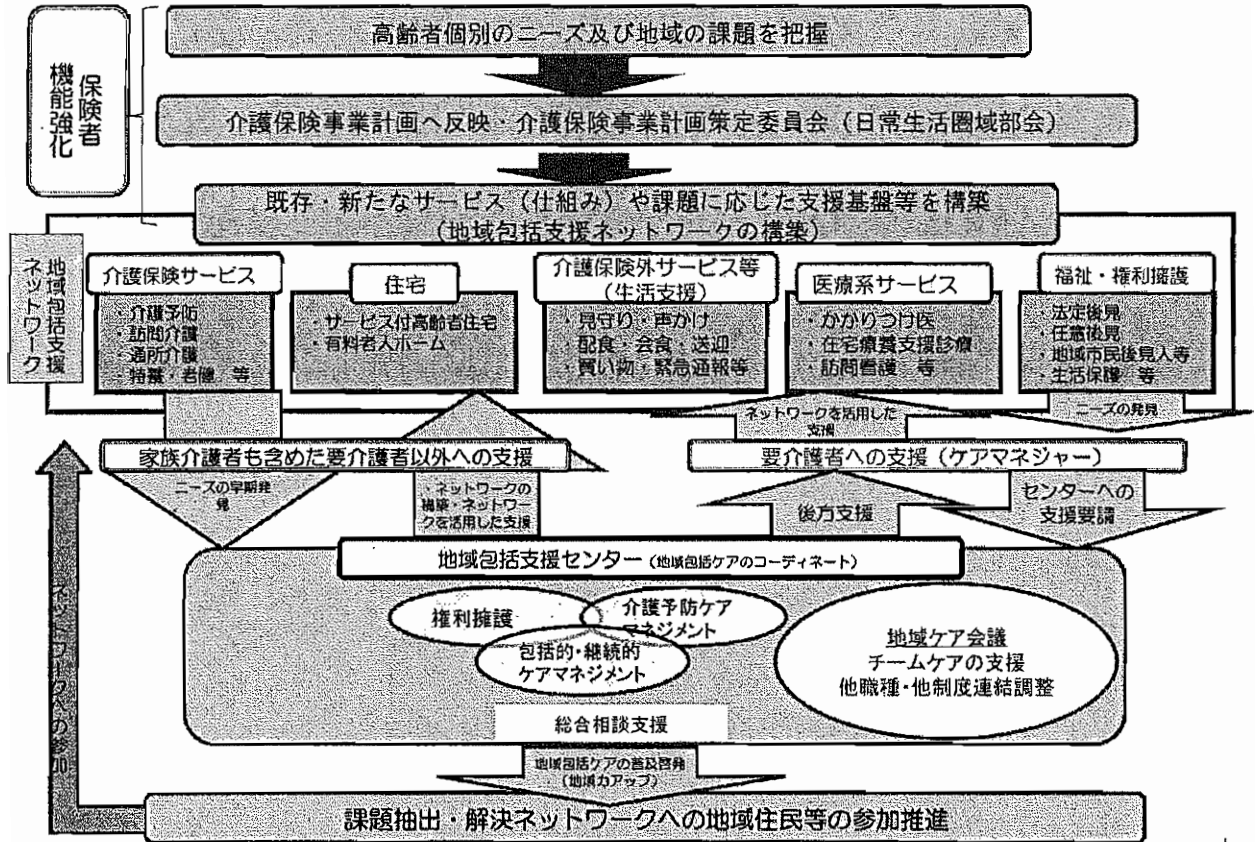
また、多くの人に介護を身近なものとしてとらえてもらうとともに、それぞれの立場で介護を考え、関わってもらうことも重要です。介護する人が、介護に追い詰められることなく介護を続けるためには、家族や地域の人たちの理解とサポートが欠かせません。

このため、地域包括ケアに関する取組及び介護の意義や重要性について啓発を進めていくことを目標として設定しました。

(目標を達成するための取組)

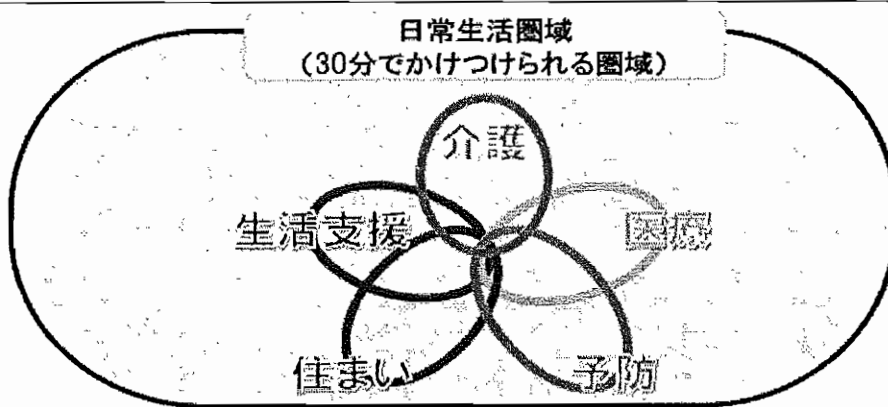
- 地域包括支援センター等の職員を対象として、地域のニーズ把握やネットワーク形成力向上等に関する研修を行い、地域包括支援センターの機能強化を支援します。
- 地域包括支援センターのコーディネート機能を充実させるため、地域ケア会議や事例検討会等へ介護や医療、福祉分野の専門家をアドバイザーとして派遣し、医療・介護等の多職種連携や地域のネットワーク構築等を支援します。
- 地域包括ケアを提供できる仕組みを構築し、有効に機能させていくために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティアその他の関係者間の連携等について、県内外の先進的な取組事例等の情報提供等を行います。
- 介護についての理解と認識を深めることを目的に、シンポジウムの開催や街頭での啓発など、介護の意義や重要性についての周知活動を行います。

地域包括ケアシステムの構築



出典：三重県「第5期三重県介護保険事業支援計画」

地域包括ケアのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

出典：三重県「第5期三重県介護保険事業支援計画」

〔目標7〕

後発医薬品の使用促進

（目標の考え方）

新薬と同じ有効成分で価格の安い後発医薬品の使用が進めば、患者負担額の軽減や医療保険財政の改善を図ることができます。

国においては、今後、後発医薬品使用促進のためのロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、医療関係者からの信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図ることとしています。

本県では、後発医薬品に対する信頼性が確保されていることを前提として、関係者の理解を得るよう努め、後発医薬品の使用促進を図ります。

（目標を達成するための取組）

- 医療関係団体及び医薬品卸業者等で構成する三重県後発医薬品適正使用協議会を開催し、関係者の情報共有を図ります。

- 三重県後発医薬品適正使用協議会を活用し、後発医薬品の使用促進に関する環境整備の一環として、地域の調剤薬局における後発医薬品の採用リストの作成等、地域レベルにおいて、後発医薬品に関する情報を共有するための取組を行います。

- 各保険者が、関係者の理解を得ながら、後発医薬品希望カードの普及を図るとともに、後発医薬品差額通知の発行についても検討等を行います。

第4章 計画期間における医療費の見通し

都道府県別医療費には、①保険者の所在地ごとに集計された医療費、②医療機関の所在地ごとに集計された医療費、③住民住所地別の医療費の3種類がありますが、このうち本計画における本県の医療費は、医療費適正化基本方針にも示されているとおり、③の住民住所地別の医療費を対象とします。

1 推計方法

被用者保険の加入者に係る医療費については、診療報酬明細書（レセプト）の患者の住所地情報を利用した集計ができないことから、都道府県別の医療費の実績数値を他の実績統計等から推計し、それを基にして将来の医療費の見通しを推計することになります。

このため、本計画においては、厚生労働省から示された「都道府県別医療費の将来推計の計算ツール」を使用し、本県の医療費の将来見通しの推計を行うこととしました。

このツールによる都道府県別国民医療費の推計手順の概略は以下のとおりです。

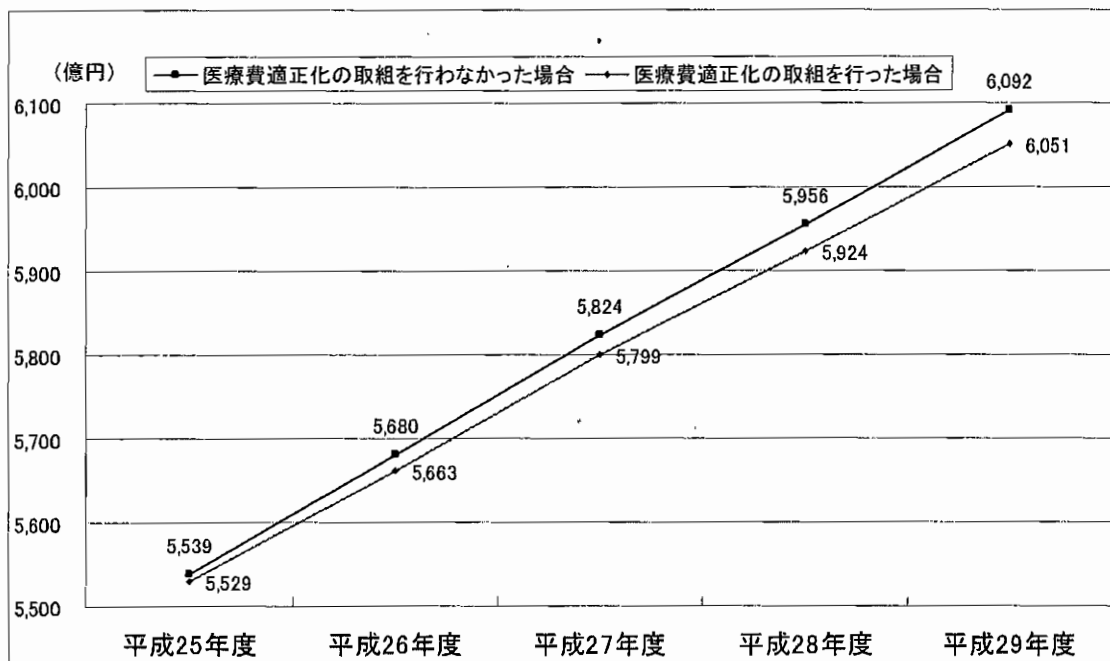
- ① 事業統計等を基礎として平成20年度及び22年度の医療保険に係る医療費を算出します。
- ② ①において算出した平成22年度の医療費と概算医療費（平成22、23年度）を用いて、平成23年度の医療保険に係る医療費の実績の推計を行います。
- ③ ①にて算出した平成20年度の医療費と「国民医療費（平成20年度）」を用いて、公費負担医療等も含めた国民医療費ベースの医療費への補正率を設定します。
- ④ 過去の「医療費の動向」に基づく医療費の伸び率や将来の人口推計等を基に、適正化の取組を行わない場合の将来の一人あたり医療費の伸び率を設定します。
- ⑤ ③及び④をもとに、適正化の取組を行わない場合の将来の医療費を推計します。
- ⑥ メタボリックシンドローム該当者及びその予備群の減少による効果と医療機関の機能分化・連携強化 及び 在宅医療の充実等による効果を推計します。

2 推計結果

当該ツールを用いて、本県の将来医療費を推計した結果、医療費適正化の取組を行わなかった場合の平成25年度の医療費は5,539億円、平成29年度は6,092億円となりました。

そのうえで、医療費適正化計画の取組を行った場合は、平成29年度の医療費は6,051億円となり、41億円の削減が見込まれます。(図4)

図4 本県の将来医療費の推計



第5章 計画の達成状況の評価

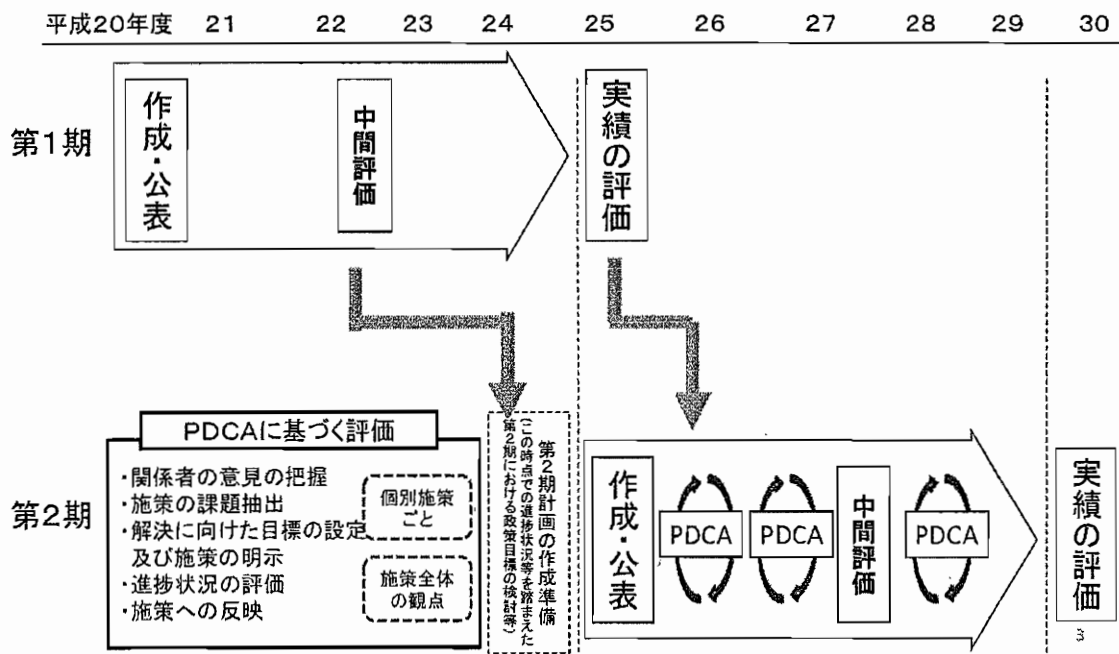
1 進捗状況の評価

- 計画の中間年度（平成27年度）に計画の進捗状況进行评估し、その結果を公表します。
- 評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況並びに目標値の進捗状況及び施策の取組状況との因果関係について分析します。
- 評価の結果は、必要に応じて計画の見直しや次期計画の策定に活用します。

2 実績評価

- 計画期間の最終年度の翌年度（平成30年度）に目標の達成状況や施策の取組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5 PDCAを踏まえた医療費適正化計画のサイクル



出典：厚生労働省「都道府県担当者説明会資料（平成24年8月6日開催）」

(参考) 医療費の推計について

「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」における推計値については、医療費適正化基本方針に即し、厚生労働省から示された「都道府県別医療費の将来推計の計算ツール」を使用し、以下のとおり推計を行いました。

1 基準年度（平成 23 年度）の本県の医療費の推計

- (1) 平成 20 年度、22 年度の後期高齢者医療制度、国民健康保険及び被用者保険の所在地別医療費について、それぞれの実績を総計し、本県の医療保険に係る医療費を算出します。

(単位：百万円)

年度	医療費
平成 20 年度	460, 250
平成 22 年度	489, 100

- (2) 平成 23 年度における都道府県別概算医療費の対前年度伸び率を (1) に掛け合わせて、平成 23 年度の本県の医療保険に係る医療費の見込み額を算出します。

(単位：百万円)

年度	医療費
平成 23 年度	500, 243

- (3) (1) の平成 20 年度の額と平成 20 年度の都道府県別国民医療費を比較して国民医療費に変換する補正率を設定し、(2) に掛け合わせて、平成 23 年度の本県の医療費（国民医療費ベース）を推計します。

(単位：百万円)

年度	医療費
平成 23 年度	526, 716

2 計画期間において医療費適正化の取組を行わない場合の本県の医療費の推計

- (1) 平成 18 年度から 22 年度まで（算定基礎期間）の概算医療費の増減率から、人口変動率、診療報酬改定及び高齢化の影響を控除した、算定基礎

(参考) 医療費の推計について

期間における医療の高度化等に起因する一人あたり概算医療費の伸び率の平均を求めます。

	入院	入院外	歯科
伸び率	1.55%	1.98%	0.64%

- (2) (1) 及び診療報酬改定の影響、高齢化の影響等を考慮し、基準年度から推計年度にかけての一人あたり概算医療費の対前年度の伸び率を設定します。

年度	入院	入院外	歯科
平成24年度	3.28%	2.88%	0.92%
平成25年度	3.26%	2.87%	0.92%
平成26年度	3.24%	2.87%	0.92%
平成27年度	3.22%	2.87%	0.92%
平成28年度	3.04%	2.81%	0.89%
平成29年度	3.03%	2.81%	0.89%

- (3) 1の(2)及び平成23年度人口から、本県における平成23年度の医療保険に係る一人あたりの医療費の見込み額を算出します。

(単位:円)

年度	入院	入院外	歯科
平成23年度	101,684	150,598	18,437

- (4) 「(3) × (2) × 推計人口」により、医療保険に係る本県医療費を算定します。

(単位:百万円)

年度	入院	入院外	歯科
平成24年度	193,418	285,334	34,270
平成25年度	199,059	292,548	34,471
平成26年度	204,828	299,935	34,674
平成27年度	210,726	307,499	34,877
平成28年度	216,075	314,600	35,016
平成29年度	221,539	321,861	35,155

(5) (4) に 1 の (3) で算出した国民医療費に変換する補正率を乗じて、推計年度までの本県の医療費（国民医療費ベース）を算出します。

(単位：百万円)

年度	医療費
平成 24 年度	540, 172
平成 25 年度	553, 919
平成 26 年度	567, 984
平成 27 年度	582, 373
平成 28 年度	595, 629
平成 29 年度	609, 174

3 計画期間における医療費適正化の取組を行った場合の効果及び本県医療費の推計

本計画においては、基本方針に従って、

- (1) 生活習慣病対策等による効果
- (2) 医療機関の機能分化・連携強化 及び 在宅医療の充実等による効果

について、計算を行います。

(1) 生活習慣病対策等による効果

平成 20 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推計数は、以下の数式により求められます。

$$\boxed{\text{平成 20 年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群推定数}} = \boxed{\text{平成 29 年度住民基本台帳人口 (年齢階層別 (5 歳階級) 及び性別)}} \times \boxed{\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合}}$$

※年齢階層別（5歳階級）及び性別に算出し、合計値を出します。

上記の数式により求められた、本県における平成 20 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推計数は、210, 330. 3 人です。

(参考) 医療費の推計について

(単位:人)

	年齢	各都道府県 健診受診者数	各都道府県 メタボリック シンドローム 該当者数	メタボリック シンドローム 該当者割合 (%)	平成22年人口	メタボリック シンドローム 該当者数 (性・年齢 階級別)	メタボリック シンドローム 該当者数 (性・年齢 階級別)	
		A	B	B/A (C)	D	C×D (E)	Eの合計 (F)	
平成20年度	男性	40～44	28820.0	8346.0	0.29	60,302	17462.9	210330.3
		45～49	27437.0	8977.5	0.33	56,932	18628.4	
		50～54	26537.0	9798.0	0.37	55,046	20324.1	
		55～59	28922.0	11314.0	0.39	62,665	24513.9	
		60～64	19900.5	8092.0	0.41	69,965	28449.4	
		65～69	17157.5	7193.0	0.42	59,583	24979.2	
		70～75	14905.0	6941.0	0.47	48,336	22509.2	
	女性	40～44	16943.0	782.5	0.05	58,990	2724.4	
		45～49	17193.0	1011.0	0.06	57,105	3357.9	
		50～54	17769.0	1481.5	0.08	55,733	4646.8	
		55～59	20078.0	2287.5	0.11	64,468	7344.9	
		60～64	19959.0	2907.5	0.15	72,167	10512.8	
		65～69	21924.0	4087.0	0.19	64,545	12032.3	
		70～75	19410.0	4547.0	0.23	54,828	12844.0	

〔目標3〕により、平成20年度から29年度までのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数の目標値は、平成20年度と比較し25%の減少であるので、52,583人になります。

$$\boxed{\text{平成20年度から29年度までのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数}} = 210,330.3 \times 0.25 = 52,582.56 \text{ (人)}$$

平成25年度から29年度までの、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数の目標(累計数)について、次のように仮定します。

- ① 平成20年度から22年度までの減少率(0.87%)から、平成24年度末までの減少率を2%程度と仮定

$$\begin{aligned} \text{(平成24年度末までの減少者数)} &= 210,330.3 \times 0.02 \\ &= 4,207 \text{ (人)} \end{aligned}$$

(参考) 医療費の推計について

② 平成 25 年度からは、毎年度同程度ずつ減少するものと仮定

$$\begin{aligned} (\text{平成 25 年度以降の各年度の減少者数}) &= (52,583 - 4,207) \div 5 \\ &= 9,675 \text{ (人)} \end{aligned}$$

また、生活習慣病対策等による医療費適正化効果は、医療費適正化基本方針に従って、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群と非該当者との診療報酬点数の平均的な差が 8,000 点から 10,000 点であることから、将来における点数差を 9,000 点と仮定して、以下のように算出します。

$$\text{効果総額} = 9 \text{ 万円} \times \text{減少者数} \times \text{一人あたり医療費の伸び率}$$

以上をまとめると、下表のようになります。

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数の目標（累計数）（単位：人）	13,882	23,557	33,232	42,907	52,583
効果総額 （単位：百万円）	▲1,323	▲2,309	▲3,351	▲4,447	▲5,601

(2) 医療機関の機能分化・連携強化 及び 在宅医療の充実等による効果

① 平成 29 年度の病床数の推計

	推計病床数
一般病床	11,464 (床)
療養病床 (介護療養病床除く)	3,199 (床)
精神病床	4,818 (床)
感染症病床	20 (床)
結核病床	60 (床)

(参考) 医療費の推計について

※推計の根拠

一般病床、精神病床、感染症病床、結核病床については、平成 23 年 6 月末病院報告の数値であり、平成 29 年度まで増減はないものと仮定しました。

療養病床（介護療養病床除く）については、平成 23 年 6 月末病院報告の数値から、第 5 期三重県介護保険事業支援計画の「医療療養病床転換計画表」（平成 23 年度から 29 年度）に記載されている転換見込み数（26 病床）を減じたものです。

② 平成 29 年度の平均在院日数の推計

【推計方法のイメージ】

	入力データ 病床数(A)	仮定 病床利用率(B)	利用者数 (C)	仮定 平均在院日数(D)	新規入院発生数(E)
一般病床	A1	B1(※1)	C1=A1×B1	D1(※1)	E1=C1/D1
療養病床	A2	B2(※1)	C2=A2×B2	D2(※1)	E2=C2/D2
精神病床	A3	B3(※1)	C3=A3×B3	D3(※1)	E3=C3/D3
感染症病床	A4	B4(※2)	C4=A4×B4	D4(※2)	E4=C4/D4
結核病床	A5	B5(※2)	C5=A5×B5	D5(※2)	E5=C5/D5
合計	-	-	X	推計値 X/Y	Y

病床数 (A) については、①の数値を使用します。また、仮定病床利用率 (B)、仮定平均在院日数 (D) については、病院報告等から厚生労働省において推計されたデータを使用します。

	病床数 A (入力データ)	病床利用率 B (仮定)	利用者数 C (A×B)	平均在院日数 D 仮定	新規入院発生数 E (C/D)
一般病床	11,464	73.1%	8,380.0	17.5	480.2
療養病床 (介護療養病床除く)	3,199	88.7%	2,837.1	133.7	21.2
精神病床	4,818	93.1%	4,487.1	306.0	14.7
感染症病床	20	2.7%	0.5	9.0	0.1
結核病床	60	36.7%	22.0	71.7	0.3
病床計 (介護療養病床除く)	-	-	15,726.7 X	推計値 30.5 X/Y	516.5 Y

以上の計算により、平成 29 年度の平均在院日数は、30.5 日と推計されます。なお、病院報告によると、平成 23 年度の平均在院日数（介護療養病床を除く）は 30.9 日です。

(参考) 医療費の推計について

③ 医療機関の機能分化・連携強化 及び 在宅医療の充実等による効果は、医療費適正化基本方針に従って、以下のとおり算出します。

ア 医療機関の機能分化・連携強化 及び 在宅医療の充実等により必要となる医療費
 = 本県の医療費（国民医療費ベース） × -0.61 × 平均在院日数の減少率

(単位 百万円)

年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
医療機関の機能分化・ 連携強化 及び 在宅医 療の充実等により必要 となる医療費	875	1,794	2,759	3,763	4,810

イ 平均在院日数短縮により効率化されて減少する医療費

= 本県の医療費（国民医療費ベース） × 0.41 × 平均在院日数の減少率

(単位 百万円)

年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
平均在院日数短縮によ り効率化されて減少す る医療費	▲588	▲1,206	▲1,855	▲2,529	▲3,233

以上、1、2、3の結果をまとめると次表のようになります。

本県医療費の推計結果

(単位 億円)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
適正化前 a	5,539	5,680	5,824	5,956	6,092
医療機関の機能分 化・連携強化 及び 在 宅医療の充実等によ り必要となる医療費 b	9	18	27	38	48
平均在院日数の 短縮による効果 c	▲ 6	▲ 12	▲ 19	▲ 25	▲ 33
生活習慣病対策 等の効果 d	▲ 13	▲ 23	▲ 33	▲ 45	▲ 56
適正化効果 e = b + c + d	▲ 10	▲ 17	▲ 25	▲ 32	▲ 41
適正化後 f = a + e	5,529	5,663	5,799	5,924	6,051