

第 3 期愛知県医療費適正化計画（案）

目 次

第 1 章	計画の基本的な考え方	1
1	計画策定の趣旨	
2	計画の位置付け	
3	計画期間	
第 2 章	現状と課題	3
1	医療費の動向	3
(1)	国民医療費と本県の医療費の状況	
(2)	後期高齢者医療費（旧老人医療費）の状況	
(3)	疾病と医療費の状況	
2	生活習慣病の予防	14
(1)	メタボリックシンドローム	
(2)	特定健康診査・特定保健指導	
(3)	喫煙等	
(4)	糖尿病の重症化予防	
3	その他	22
(1)	後発医薬品	
(2)	医薬品の適正使用	
第 3 章	目標	25
1	県民の健康の保持の推進に関する目標	25
2	医療の効率的な提供の推進に関する目標	26
第 4 章	本県が取り組む施策	27
1	県民の健康の保持の推進に関する施策	27
2	医療の効率的な提供の推進に関する施策	29
第 5 章	計画期間における医療に要する費用の見込み	31
第 6 章	計画の達成状況の評価	32
第 7 章	計画の推進	33

平成 31 年 5 月に改元が予定されていますが、わかりやすい表記とするため、本計画では平成 31 年度以降も「平成」を使用し、西暦についても併記しています。

第1章 計画の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、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、今後医療費が過度に増大しないようにするとともに、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る必要があります。

このための仕組みとして、平成18(2006)年の医療制度改革において、国及び都道府県は「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）」に基づき医療費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。）を策定することとなりました。

都道府県が策定する医療費適正化計画では、県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、その目標の実現を通じて、将来的な医療費の急激な伸びを抑えることとされており、本県では平成20(2008)年度から24(2012)年度を計画期間とする「第1期愛知県医療費適正化計画」（以下「第1期計画」という。）及び平成25(2013)年度から29(2017)年度を計画期間とする「第2期愛知県医療費適正化計画」（以下「第2期計画」という。）を策定し、特定健康診査・特定保健指導の実施率や平均在院日数の減少等を目標に掲げて、医療費適正化に資する取組を進めてまいりました。

本県の平成27(2015)年度1人当たり医療費は30万300円と全国平均（33万3,300円）を大きく下回っているものの、平成23(2011)年度からの医療費総額の増加率は11.0%で全国平均（9.8%）を上回っています。

そこで、第2期計画に続く新たな計画（以下「第3期計画」という。）を策定し、そこで定める目標及び施策の達成状況を適切に評価しつつ、より一層、県民の健康の増進と生活の質の向上を図るとともに、医療費の伸びの適正化を図っていくこととします。

2 計画の位置付け

「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法律」という。）第9条第1項に基づく法定計画です。

法律第9条第2項及び第3項では、都道府県が策定する医療費適正化計画の記載事項について次のように定められています。

【法律第9条第2項（必須記載事項）】

- ・計画の期間における医療に要する費用の見込みに関する事項

【法律第9条第3項（任意記載事項）】

- ・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
- ・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
- ・前二号の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
- ・第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- ・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
- ・計画の達成状況の評価に関する事項

法律第9条第6項では、「医療計画、都道府県介護保険事業支援計画及び都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない」とされていることから、本県では、「健康日本21 あいち新計画（平成25(2013)年3月策定）」、「愛知県地域保健医療計画(平成30(2018)年3月策定)」及び「第7期愛知県高齢者健康福祉計画(平成30(2018)年3月策定)」の各計画と一体となって取組を推進します。また、「愛知県国民健康保険運営方針」（平成29(2017)年12月策定）とも調和のとれた内容とします。

3 計画期間

平成30(2018)年度から平成35(2023)年度までの6年間とします。

第2章 現状と課題

1 医療費の動向

(1) 国民医療費と本県の医療費の状況

全国の医療費を示す国民医療費は、平成 27(2015)年度で 42 兆 3,644 億円と、前年度の 40 兆 8,071 億円から 1 兆 5,573 億円（前年度比 3.8%）の増加となり、過去最高を更新しました。過去 5 年の対前年度増加率は、概ね 2~4%で推移しています。また、国民医療費の国民所得に対する比率は平成 21(2009)年度以降 10%を超え年々高くなっています（表 1）。

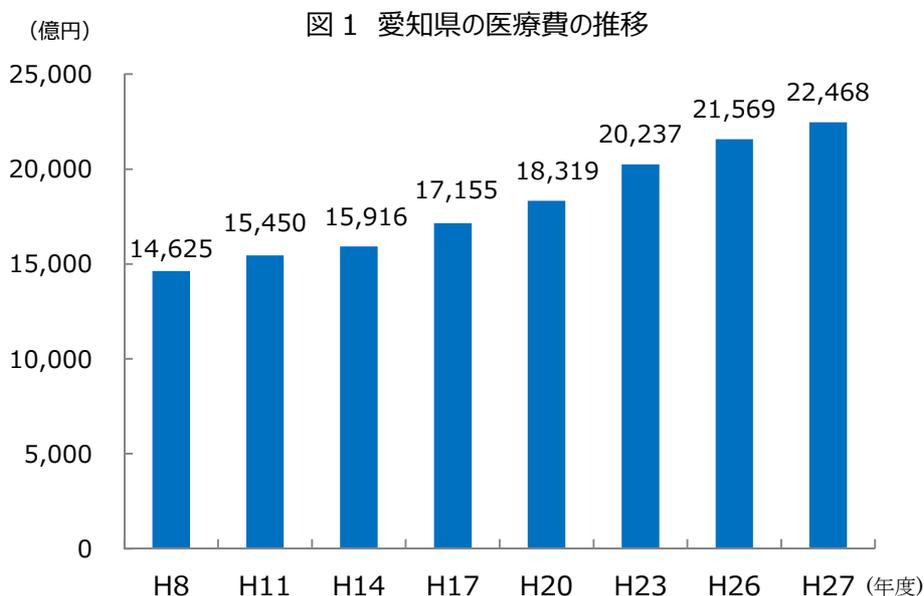
表 1 国民医療費と国民所得の年次推移

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	3,913,605	3.4	7.27
9	289,149	1.6	229.2	1.4	3,884,837	△ 0.7	7.44
10	295,823	2.3	233.9	2.1	3,782,396	△ 2.6	7.82
11	307,019	3.8	242.3	3.6	3,770,032	△ 0.3	8.14
12	301,418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	3,859,685	2.4	7.81
13	310,998	3.2	244.3	2.9	3,743,078	△ 3.0	8.31
14	309,507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	3,726,487	△ 0.4	8.31
15	315,375	1.9	247.1	1.7	3,779,521	1.4	8.34
16	321,111	1.8	251.5	1.8	3,826,819	1.3	8.39
17	331,289	3.2	259.3	3.1	3,873,557	1.2	8.55
18	331,276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	3,923,513	1.3	8.44
19	341,360	3.0	267.2	3.0	3,922,979	△ 0.0	8.70
20	348,084	2.0	272.6	2.0	3,639,913	△ 7.2	9.56
21	360,067	3.4	282.4	3.6	3,534,222	△ 2.9	10.19
22	374,202	3.9	292.2	3.5	3,619,241	2.4	10.34
23	385,850	3.1	301.9	3.3	3,584,029	△ 1.0	10.77
24	392,117	1.6	307.5	1.9	3,598,267	0.4	10.90
25	400,610	2.2	314.7	2.3	3,740,063	3.9	10.71
26	408,071	1.9	321.1	2.0	3,783,183	1.2	10.79
27	423,644	3.8	333.3	3.8	3,884,604	2.7	10.91

注) 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。

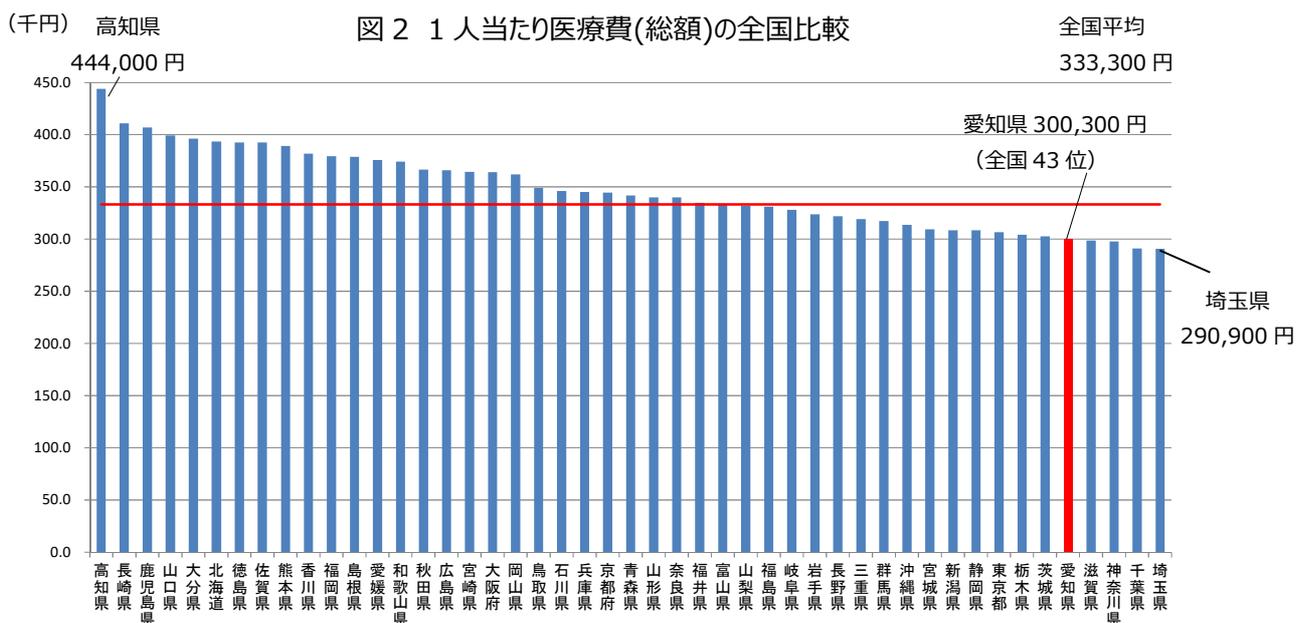
資料 「国民医療費（平成 27 年度）」（厚生労働省）

厚生労働省が公表している都道府県別国民医療費によると、本県の平成 27(2015)年度の医療費は 2 兆 2,468 億円で、平成 23(2011)年度(2 兆 237 億円)と比べて 2,231 億円の増(図 1)となっています。平成 23(2011)年度から 27(2015)年度の増加率は 11.0%で、全国平均(9.8%)を上回っています。



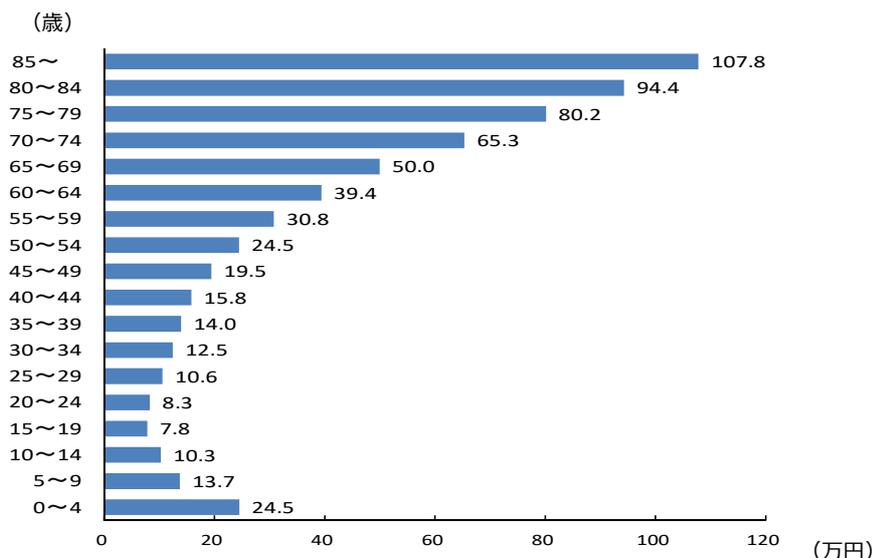
資料 「国民医療費(平成 8~27 年度)」(厚生労働省)

また、1 人当たり医療費は 30 万 300 円(全国 43 位)と、全国平均(33 万 3,300 円)を大きく下回っており、最低の埼玉県(29 万 900 円)と比較して 9,400 円、最高の高知県(44 万 4,000 円)と比較して 14 万 3,700 円の差があります(図 2)。



資料 「国民医療費(平成 27 年度)」(厚生労働省)

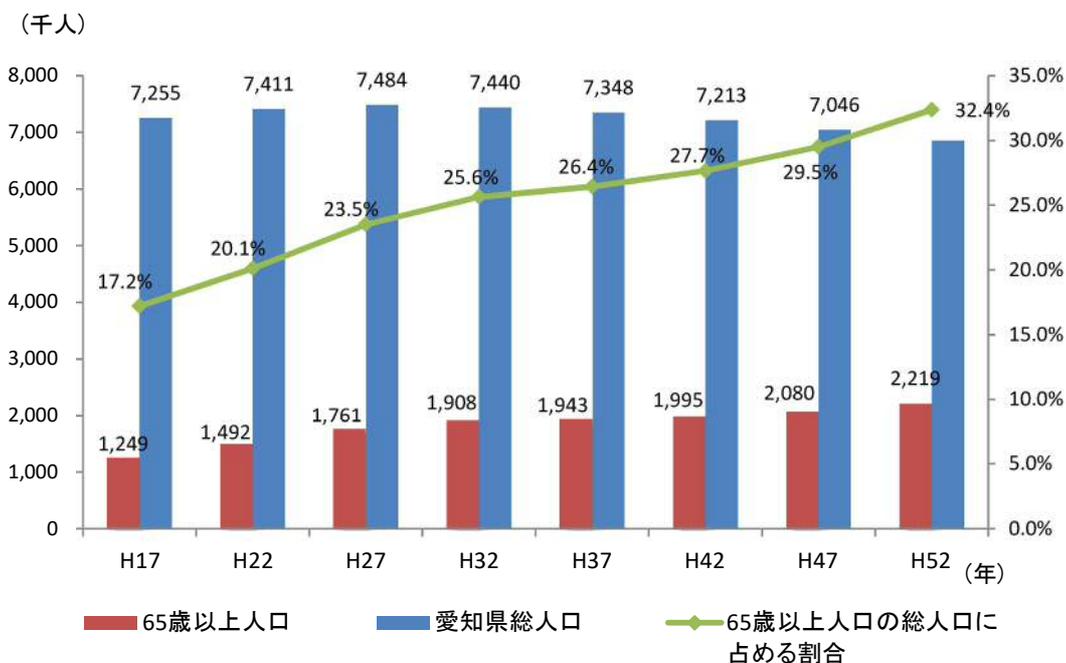
図3 年齢階層別 1人当たり医療費



資料 「国民医療費（平成27年度）」（厚生労働省）

この1人当たり医療費は、15歳以上では高齢になるほど高くなります（図3）。本県の高齢者人口は、平成37（2025）年には194万3千人と、平成27（2015）年の176万1千人に比べ、10年間で18万2千人増加すると推計されています。同時期に高齢化率も23.5%から26.4%に増加すると推計されており（図4）、これに伴い医療費は今後も増加することが予想されます。

図4 高齢者人口（65歳以上人口）の将来推計（愛知県）



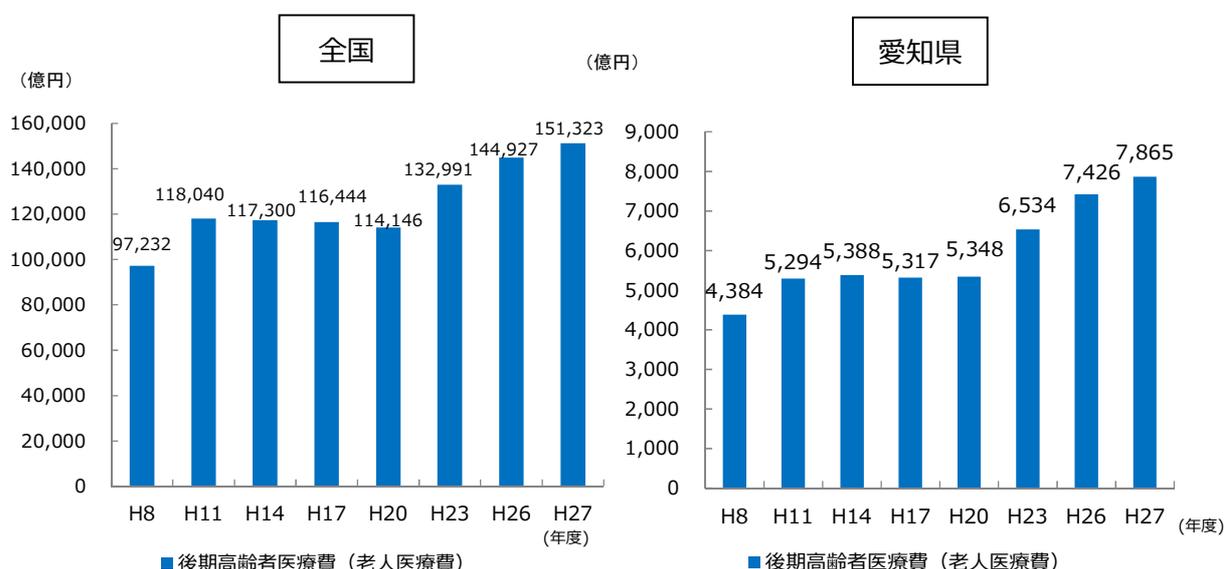
資料「国勢調査（平成17年、22年、27年）」（総務省） ※平成17年、22年、27年は実数
 「都道府県別の将来推計人口（平成25年10月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

(2) 後期高齢者医療費（旧老人医療費）の状況

全国における後期高齢者医療費（旧老人医療費）については、平成 14(2002)年 10 月から平成 19(2007)年 10 月までの 5 年間で老人医療費の対象範囲が段階的に 70 歳以上から 75 歳以上に引き上げられたこともあり、平成 19(2007)年度までは概ね横ばいで推移してきました。しかし、対象年齢の引き上げを終えた平成 20(2008)年度以降の後期高齢者医療費は、増加し続けており（図 5）、平成 26(2014)年度は 14 兆 4927 億円と国民医療費の約 35.5%を占めています。平成 27(2015)年 10 月 1 日時点で約 1,612 万人と推計される 75 歳以上人口は、平成 37(2025)年には約 2,200 万人に近づくと推計されており、これに伴い後期高齢者医療費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ます。

本県の平成 27(2015)年度の後期高齢者医療費は 7,865 億円で平成 26(2014)年度の後期高齢者医療費 7,426 億円と比べると、439 億円増加(増加率 5.9%)し、本県の医療費総額の約 35.0%を占めており（図 5）、全国の増加率の 4.4%を上回っています。今後も後期高齢者人口は増加する見込みで、平成 37(2025)年には 116 万 6 千人と、平成 27(2015)年の 79 万 8 千人から約 37 万人増加し、およそ 1.5 倍となると推計されており（図 6）、後期高齢者医療費もそれに伴い、今後急速に増加することが予想されます。

図 5 後期高齢者医療費（老人医療費）の推移

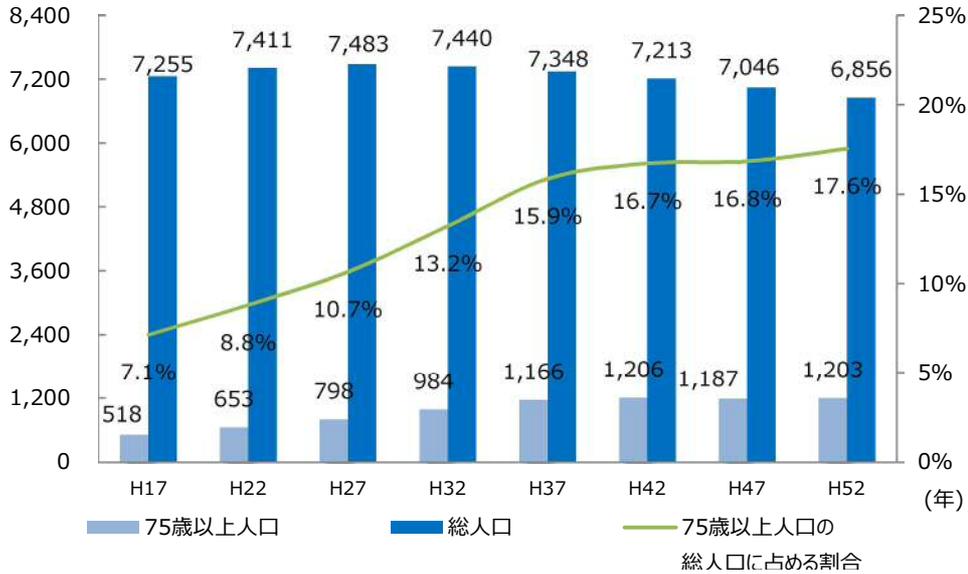


(注) 平成 20 年 3 月以前は老人保健法による老人医療費受給対象者に係るものであり、それ以降と制度が異なるため単純に比較できない。

平成 20 年度は、平成 20 年 4 月から 21 年 2 月までの請求遅れ分の老人医療費を含む。

資料 「後期高齢者医療事業年報（平成 27 年度）」（厚生労働省）

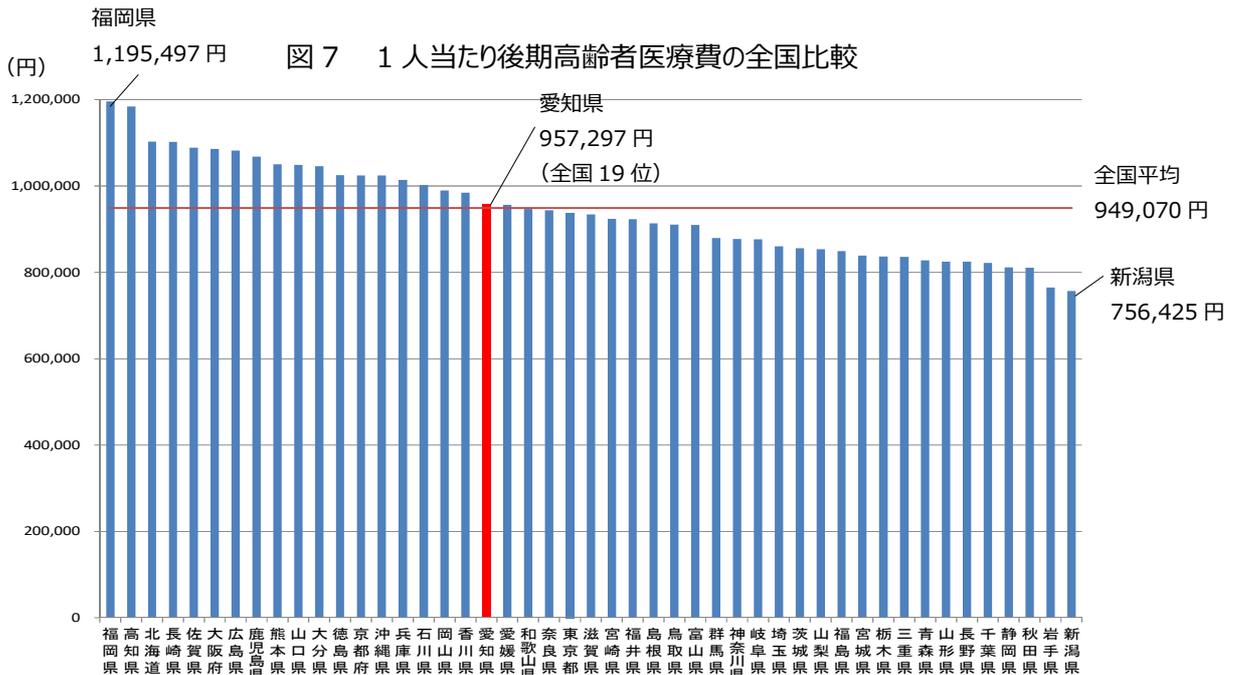
(千人) 図6 後期高齢者人口(75歳以上人口)の将来推計(愛知県)



資料「国勢調査(平成17年、22年、27年)」(総務省) ※平成17年、22年、27年は実数
 「都道府県別の将来推計人口(平成25年10月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

また、平成27(2015)年度の1人当たり後期高齢者医療費は95万7,297円(全国19位)で、全国平均(94万9,070円)と比較してやや高くなっており、最低の新潟県(75万6,425円)と比較して20万872円、最高の福岡県(119万5,497円)と比較して23万8,200円の差があります(図7)。

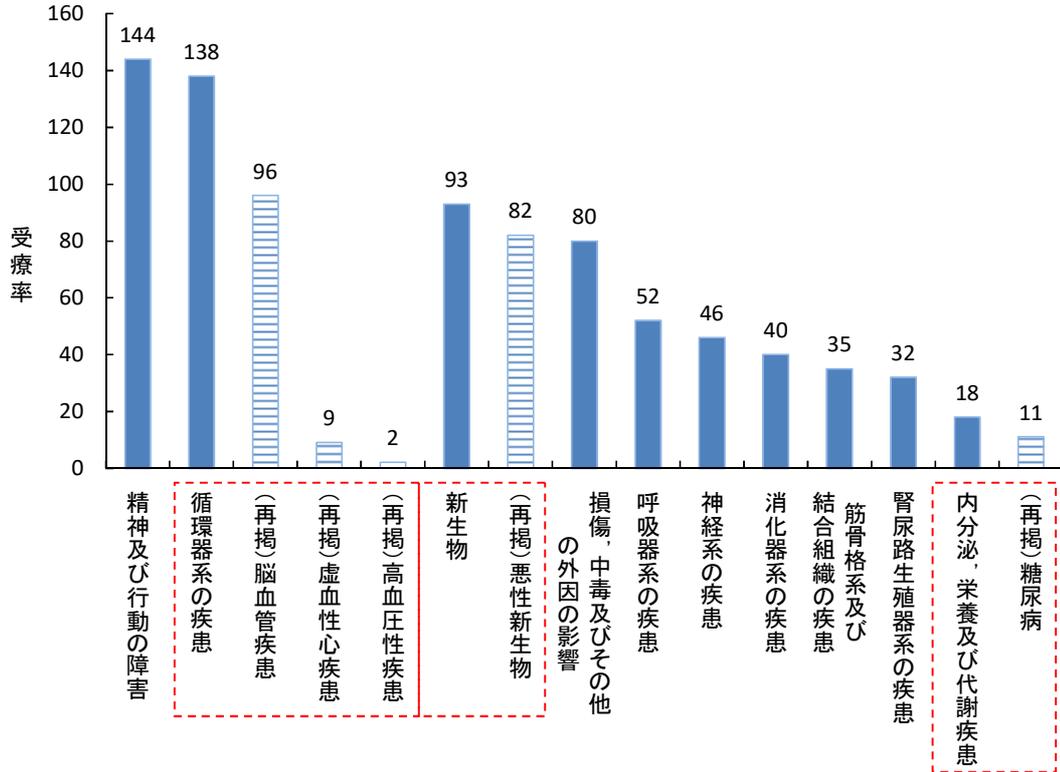
入院医療費については全国平均を下回っていますが、入院外医療費は全国平均を上回っています(図8)。



資料 「後期高齢者医療事業年報(平成27年度)」(厚生労働省)

(人口10万人対)

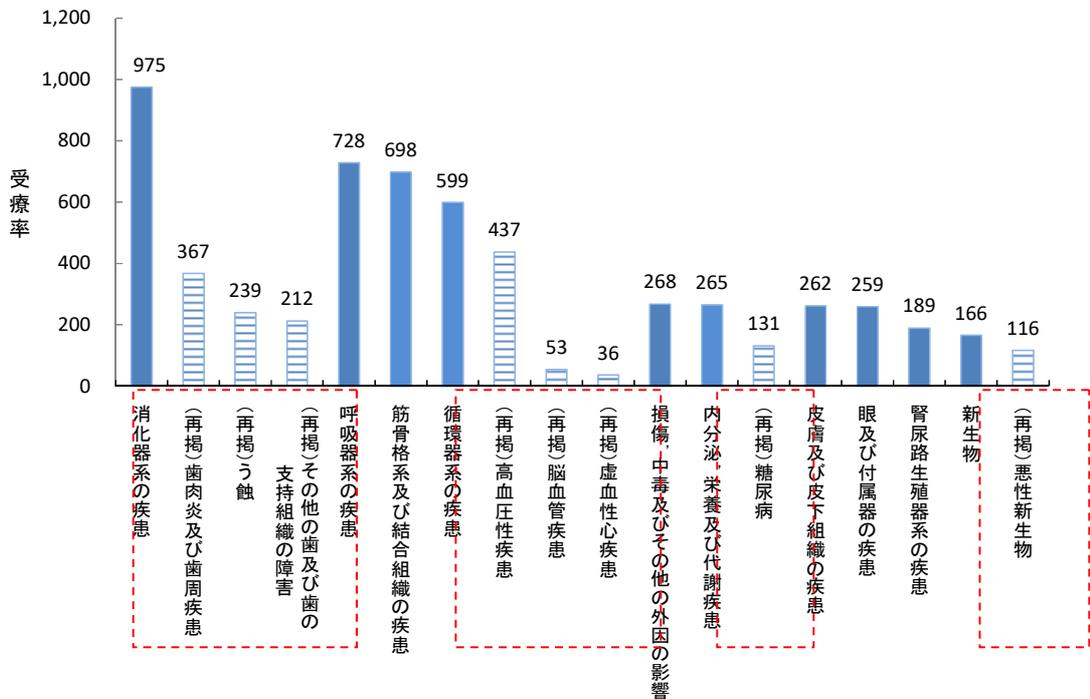
図9 疾病別受療率(入院)



資料 「患者調査(平成26年)」(厚生労働省)

(人口10万人対)

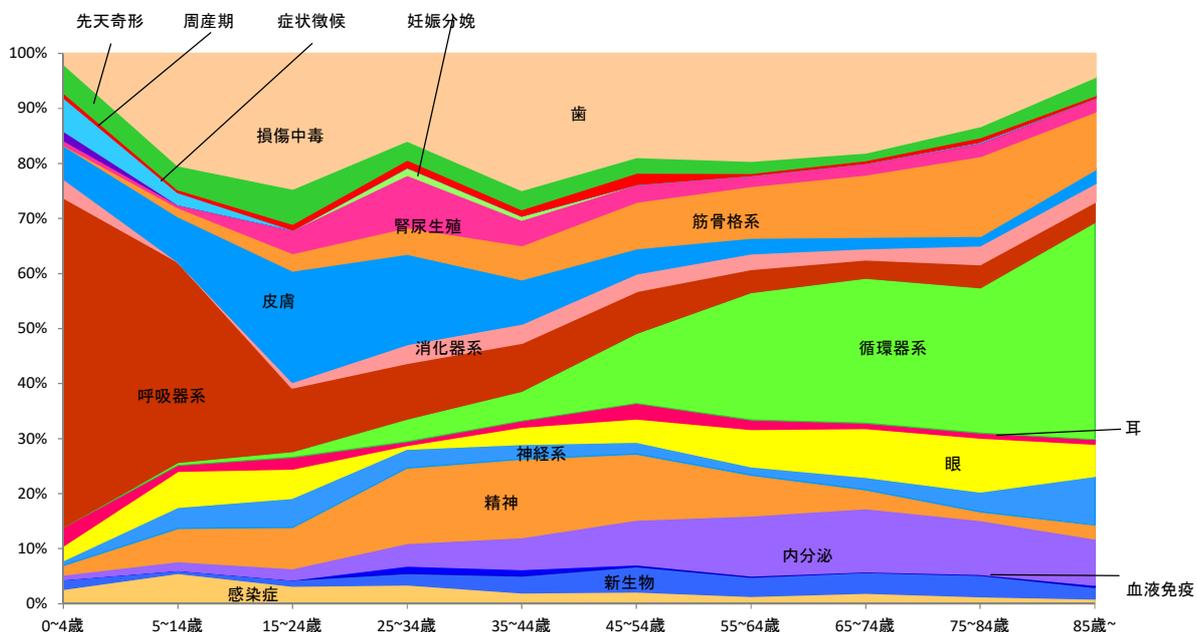
図10 疾病別受療率(外来)



資料 「患者調査(平成26年)」(厚生労働省)

年齢階層別の疾病別総患者数構成割合を見ると、45歳ごろから「循環器系の疾患」の増加が顕著です（図11）。

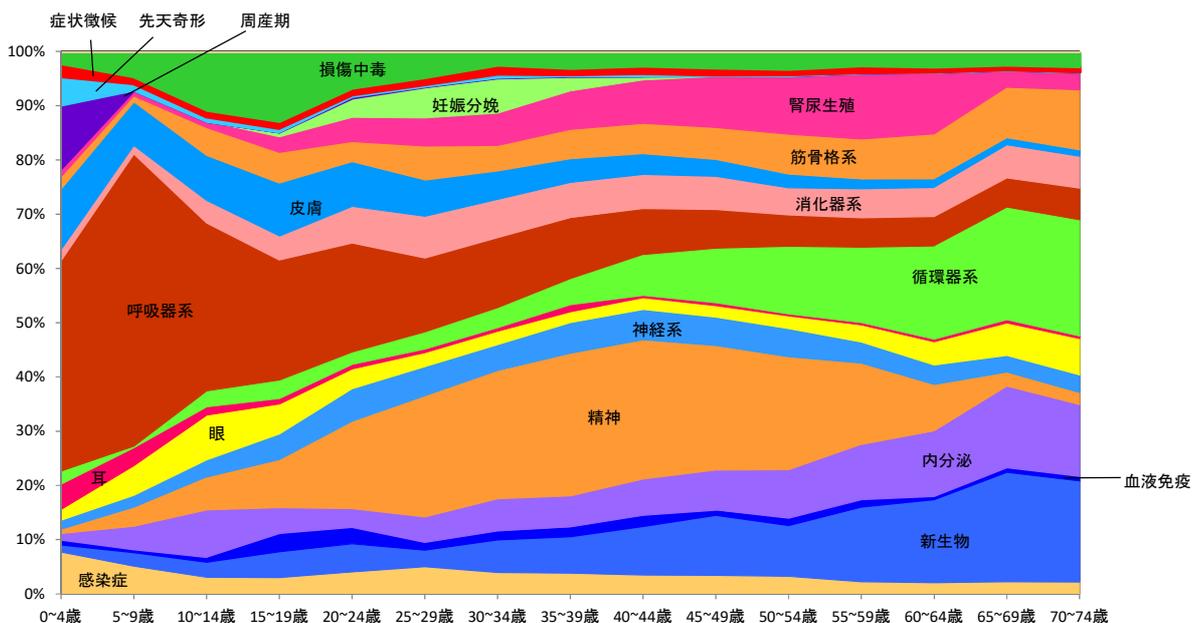
図11 疾病別 年齢階層別 総患者数構成割合（外来・入院計）



資料 「患者調査（平成26年）」（厚生労働省）

また、年齢階層別の疾病別費用額構成割合では、同様に40歳ごろから「循環器系の疾患」及び「新生物」が増加していることが分かります（図12）。

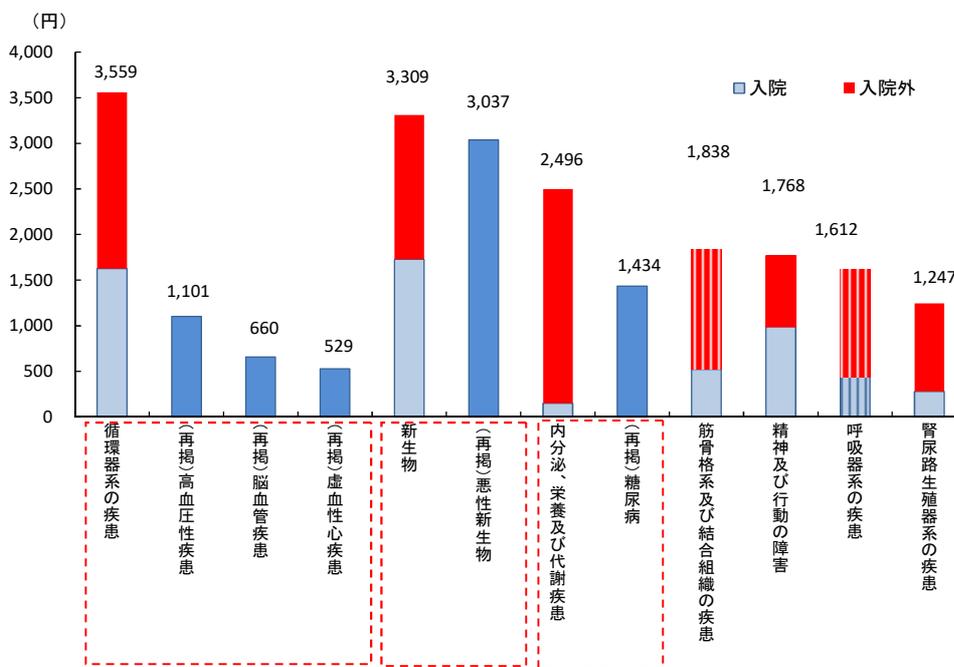
図12 疾病別 年齢階層別 費用額構成割合（外来・入院計）



資料 「国保データベース（平成29年4月診療分）」
（愛知県国民健康保険団体連合会）

1人当たり費用額の高い疾病を順に見ると、「循環器系の疾患」、「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」など生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患（以下「生活習慣病」という。）が上位を占めています（図13）。

図13 疾病別 1人当たり費用額（外来・入院計）



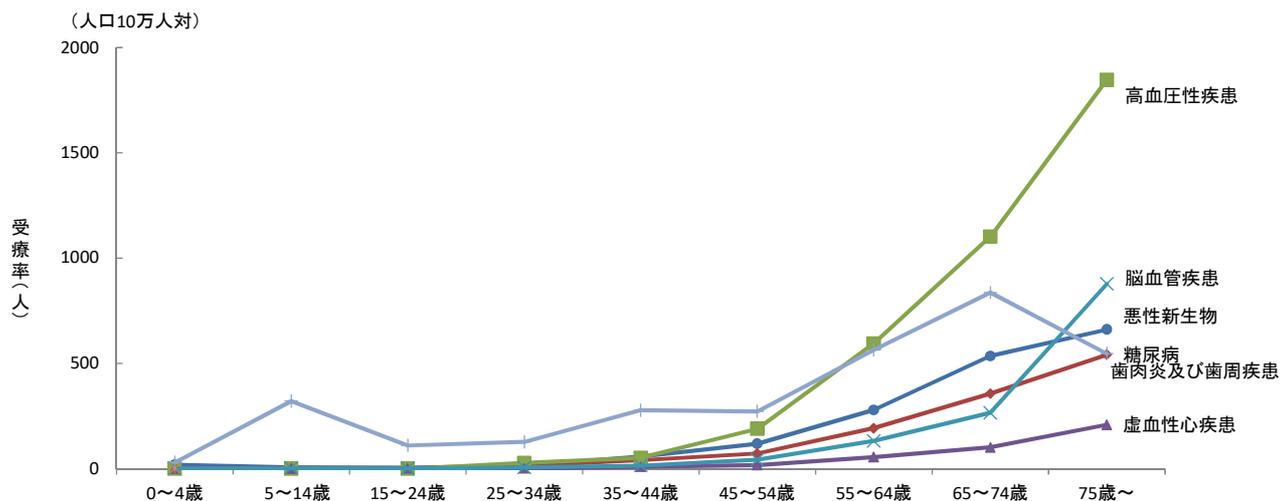
(注)

(再掲) の疾病については、入院・入院外費用額を区分していない。

資料 「国保データベース（平成29年4月診療分）」
（愛知県国民健康保険団体連合会）

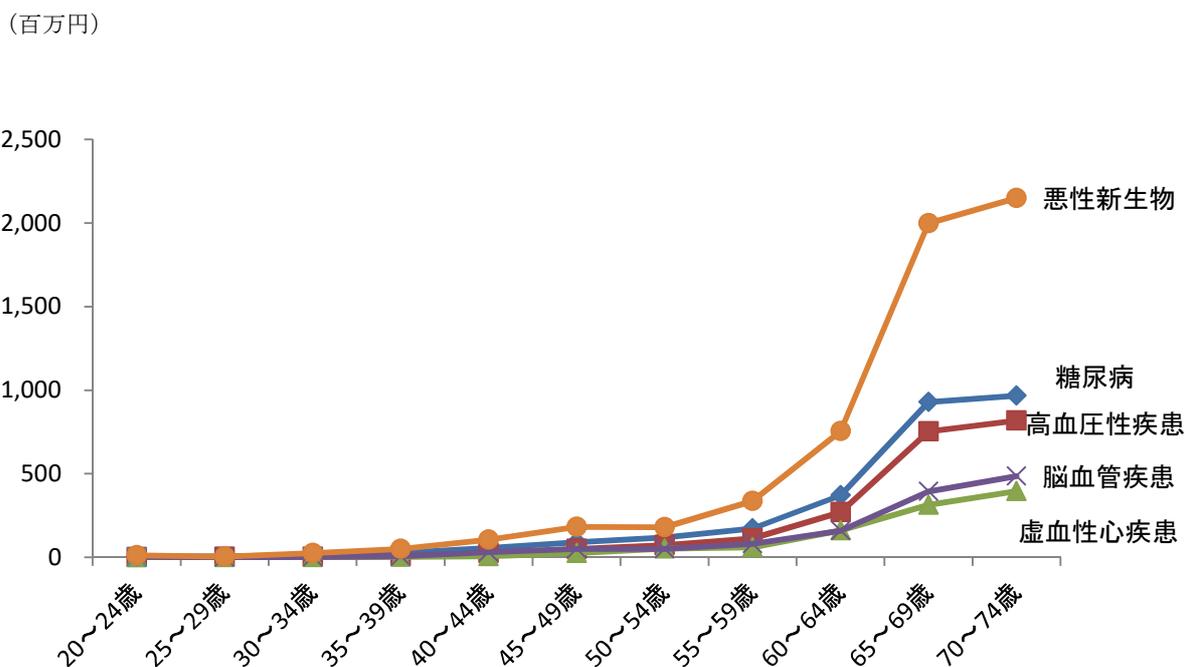
これら主な生活習慣病に着目して、年齢階層ごとの受療率及び費用額を見ると、概ね35～44歳で増加が始まり、45～54歳以降で急激に増加しています（図14、15）。

図 14 年齢階層別 疾病別 受療率（外来・入院計）



資料 「患者調査（平成 26 年）」（厚生労働省）

図 15 年齢階層別 疾病別 費用額（外来・入院計）



資料 「国保データベース（平成 29 年 4 月診療分）」
（愛知県国民健康保険団体連合会）

生活習慣病は生活習慣を改善することで、その発症や重症化を予防できる可能性が高い疾病です。高齢期に向けて増加する生活習慣病に対して、若いころから予防を図ることが、県民の生活の質（QOL）の維持や医療費の適正化に当たり重要です。

そこで、第 3 期計画では、第 2 期計画に引き続き、法律に基づき実施される「特定健

康診査・特定保健指導」を通じて、循環器系疾患や糖尿病の発症、重症化の予防に重点を置きます。

なお、生活習慣病としては、他にも悪性新生物（がん）や歯肉炎・歯周疾患等が大きなウェイトを占めており、その発症・重症化予防は、医療費の適正化にも資することとなりますが、これらについては、「愛知県がん対策推進計画（平成 30(2018)年 3 月策定）」及び「愛知県歯科口腔保健基本計画（平成 25(2013)年 3 月策定）」において、具体的な対策を進めていくこととしています。

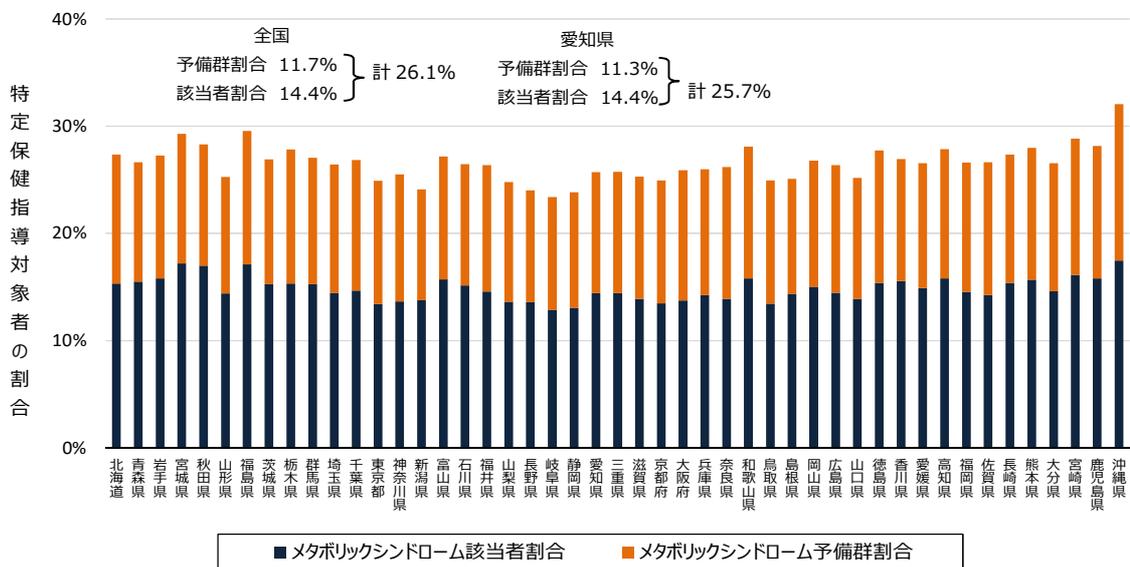
2 生活習慣病の予防

(1) メタボリックシンドローム

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症には、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等が危険因子として大きくかかわっているとされています。内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質異常といった危険因子が2つ以上ある状態をメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)といい、生活習慣病の予防には、まずはその前段階の状態と言えるメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少に向けた取組が必要とされています。特定健康診査の受診者に占める本県の該当者・予備群の割合は平成 27(2015)年度で 25.7% (全国 14 位) と 4 人に 1 人の割合となっています

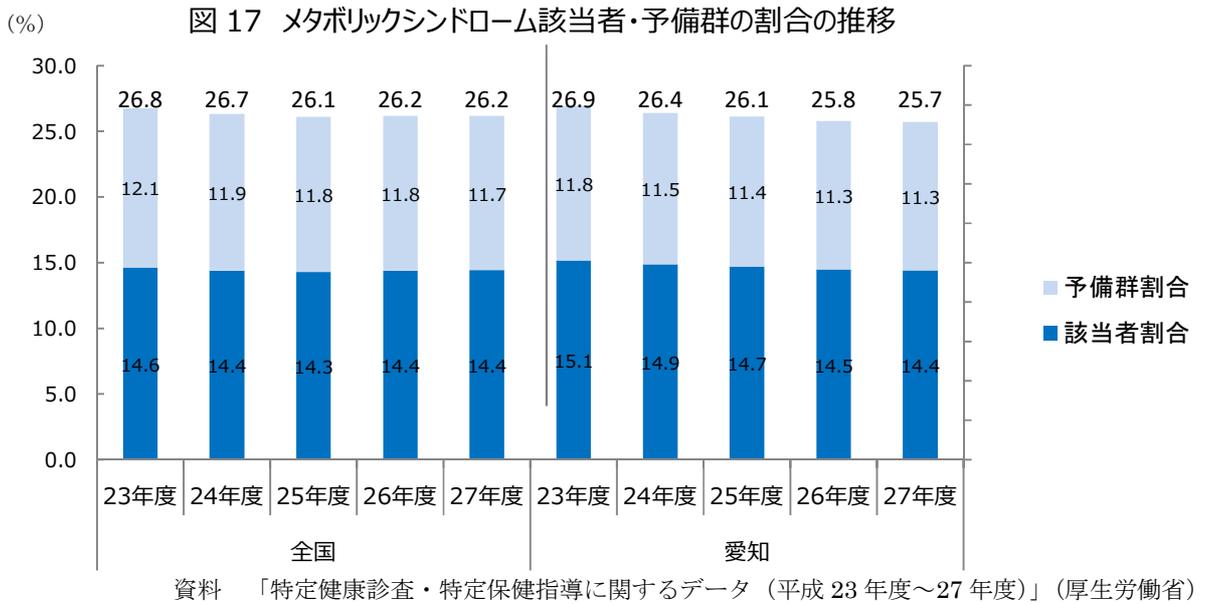
(図 16)。

図 16 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の全国比較

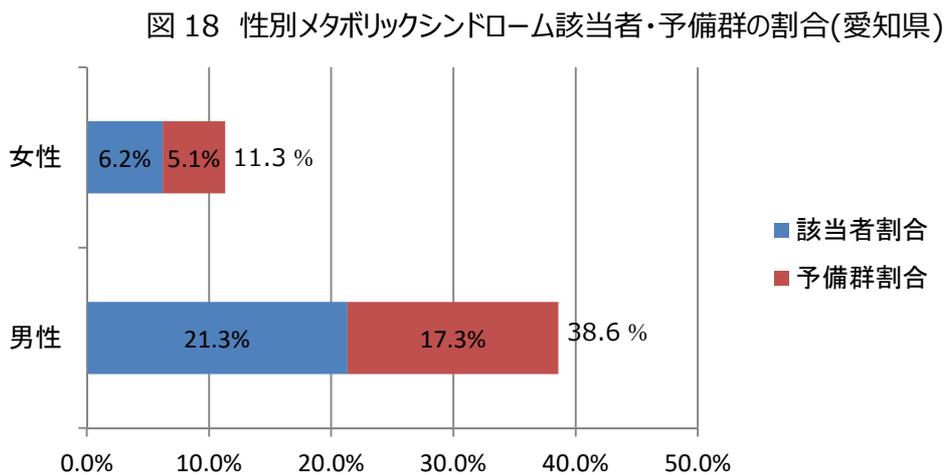


資料 「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (平成 27 年度)」(厚生労働省)

平成 23(2011)年度から平成 27(2015)年度までの本県のメタボリックシンドローム該当者・予備群減少率は、全国値よりは高いものの、1.2 ポイントの減少に留まっています (図 17)。

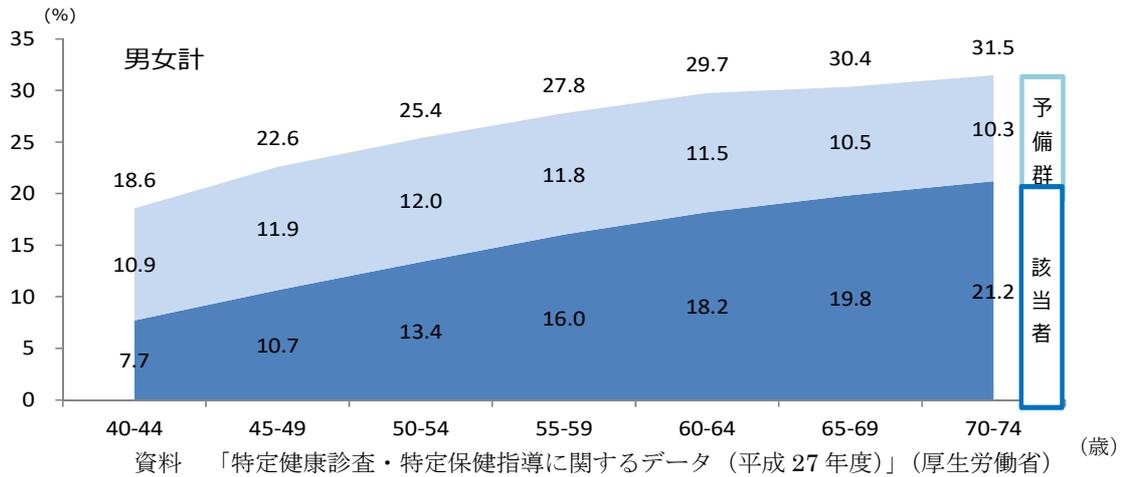


性別でみると、特定健康診査受診者のうち、男性の 3 人に 1 人以上の人が該当者又は予備群となっています（図 18）。



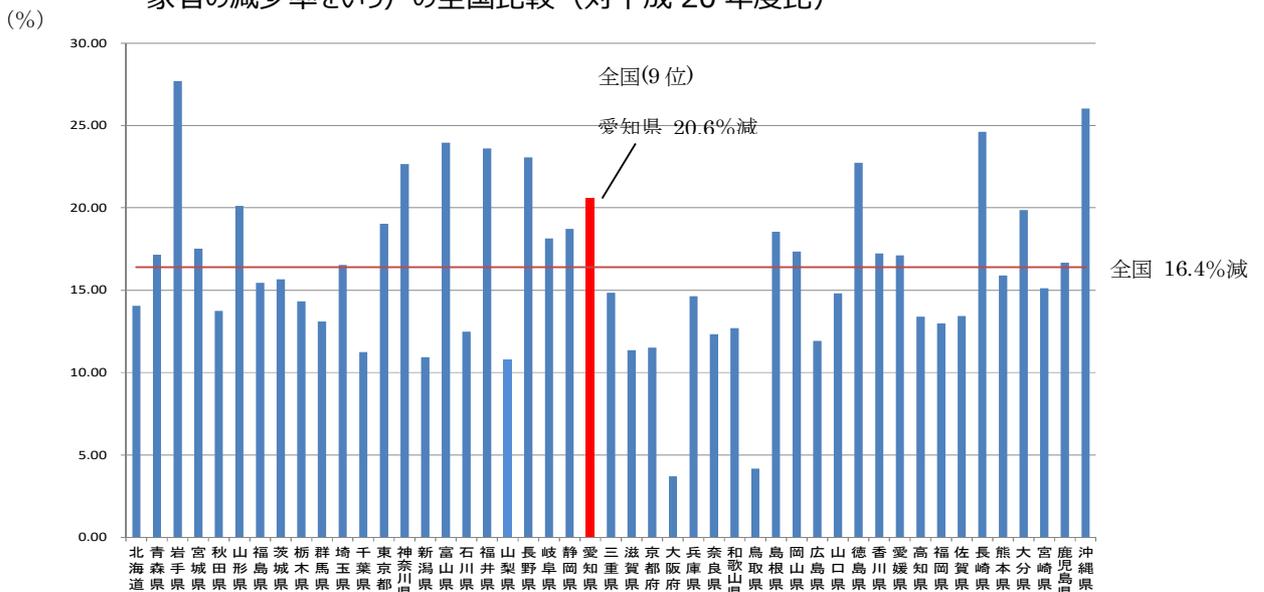
年代別にみると、該当者及び予備群の割合は年齢が上がるごとに増加しており（図 19）、概ね年齢とともに生活習慣病による受療率が上昇（図 14）しているのと同じです。

図 19 年齢階層別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合(愛知県)



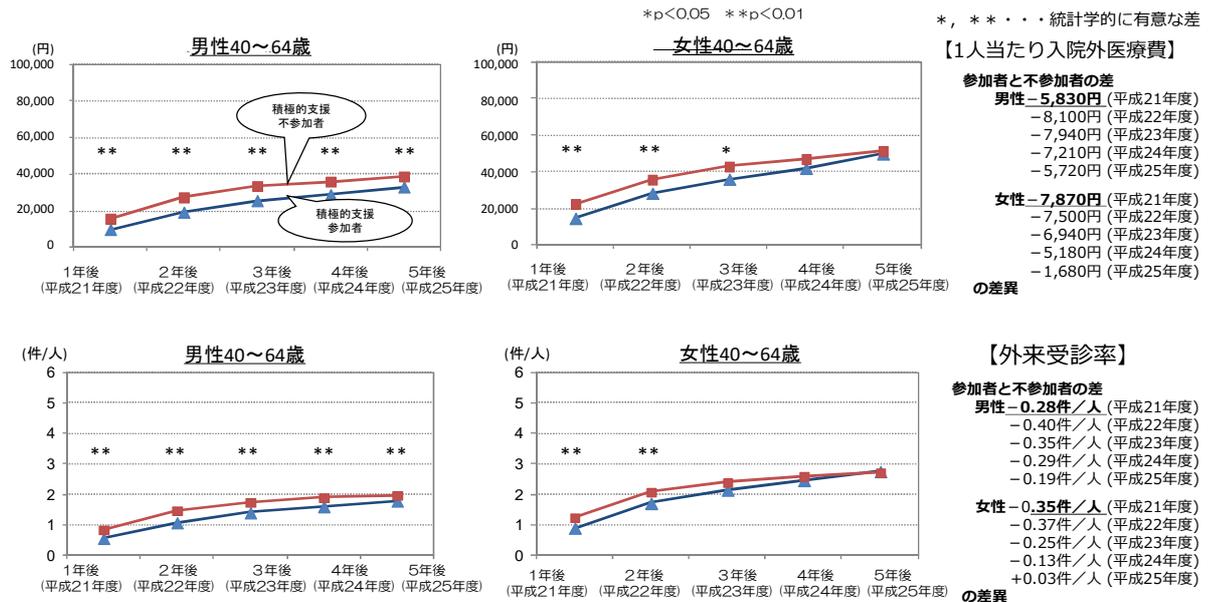
なお、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」において、保険者が行う特定健康診査及び特定保健指導の成果に関する目標は、「平成 20(2008)年度比で 25%以上の減少」と設定していましたが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群には約 50%の服薬者が含まれており、服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率で測ることは必ずしも適切とはいえないことから、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率をいう。) : 平成 20(2008)年度比で 25%以上の減少」と見直されました。平成 27 年度における、平成 20 年度比の本県のメタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率をいう) は、20.6%と全国の減少率 (16.4%) を上回っています (図 20)。

図 20 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率をいう) の全国比較 (対平成 20 年度比)



平成 20(2008)年度から平成 25(2013)年度の、生活習慣病関連の 1 人当たり外来医療費等の経年分析において、特定保健指導の積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1 人当たり入院外医療費については、男性で 5,720～8,100 円、女性で 1,680～7,870 円の差異がみられました。また、外来受診率については、男性で -0.40～-0.19 件/人、女性で -0.37～+0.03 件/人の差異が報告されています (図 21)。

図 21 特定保健指導 (積極的支援) による入院外医療費等の推移 (平成 20 年度との差)



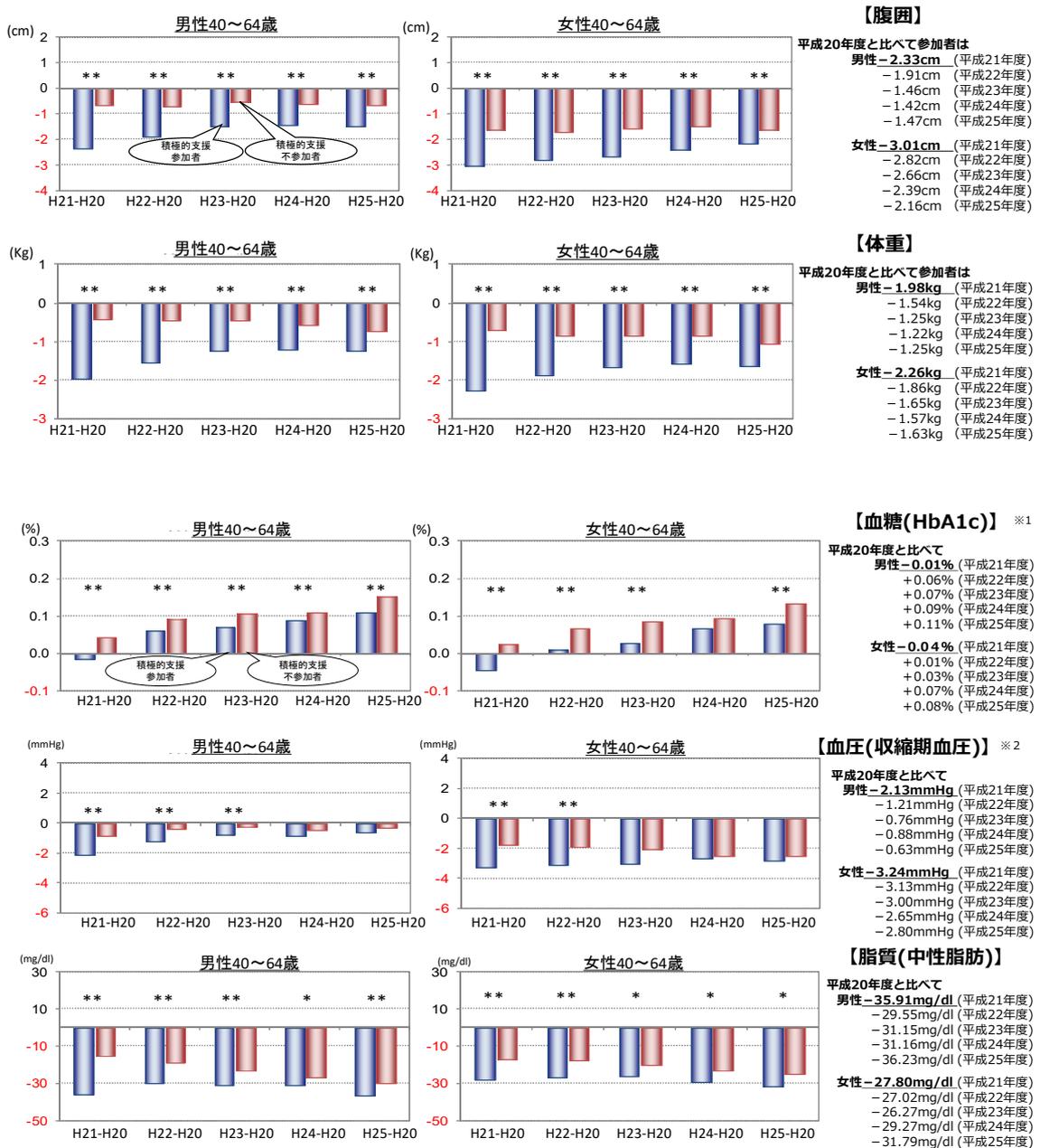
(注) 積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク (血糖・血圧・脂質) が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

資料 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書 (厚生労働省)

(2) 特定健康診査・特定保健指導

平成 20(2008)年度より、40 歳から 74 歳までの人を対象 (65 歳から 74 歳の後期高齢者医療被保険者である障害者を除く) とした、特定健康診査・特定保健指導が導入され、医療保険者にその実施が義務付けられています。この特定健康診査は、生活習慣病の前段階であるメタボリックシンドロームを発見するための検査が中心となっており、この健診で該当者及び予備群と判定された人々などに特定保健指導を実施し、リスクに合わせて食生活や運動習慣、禁煙などの生活習慣改善のための支援を行います。特定保健指導の積極的支援の参加者は、不参加者と比較すると、特定保健指導後の平成 20(2008)年度から平成 25(2013)年度 5 年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値 (腹囲、体重、血圧、脂質) について、改善効果が継続していることが確認されており、特定保健指導の有効性が示されています (図 22)。

図 22 特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（平成 20 年度との差）



※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

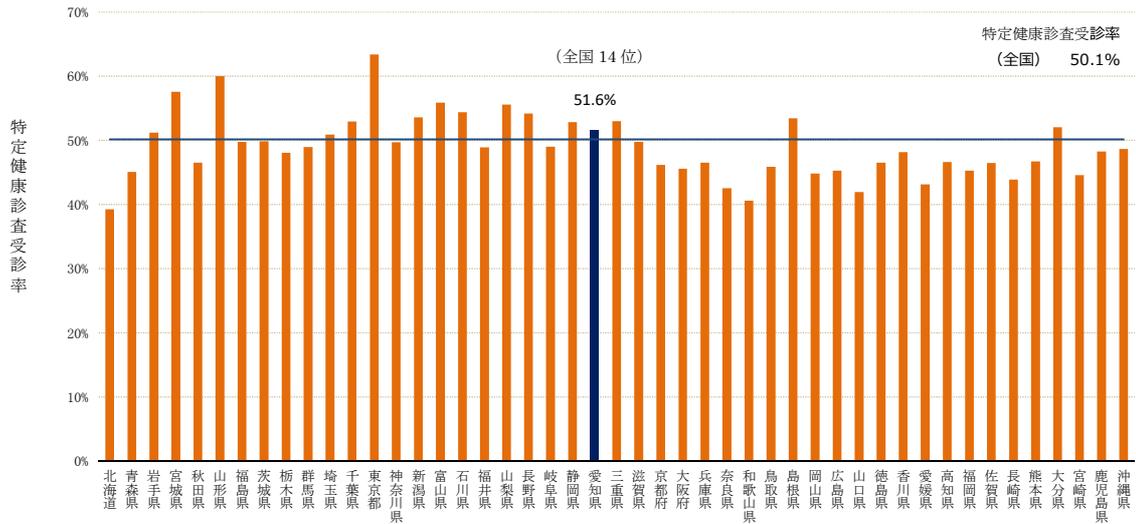
平成 25 年 4 月より、JDS 値から NGSP 値へ変更となったため、平成 20 年度～平成 25 年度のデータを換算式にて NGSP 値に換算して分析

※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg 未満の対象者について分析

資料 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書（厚生労働省）

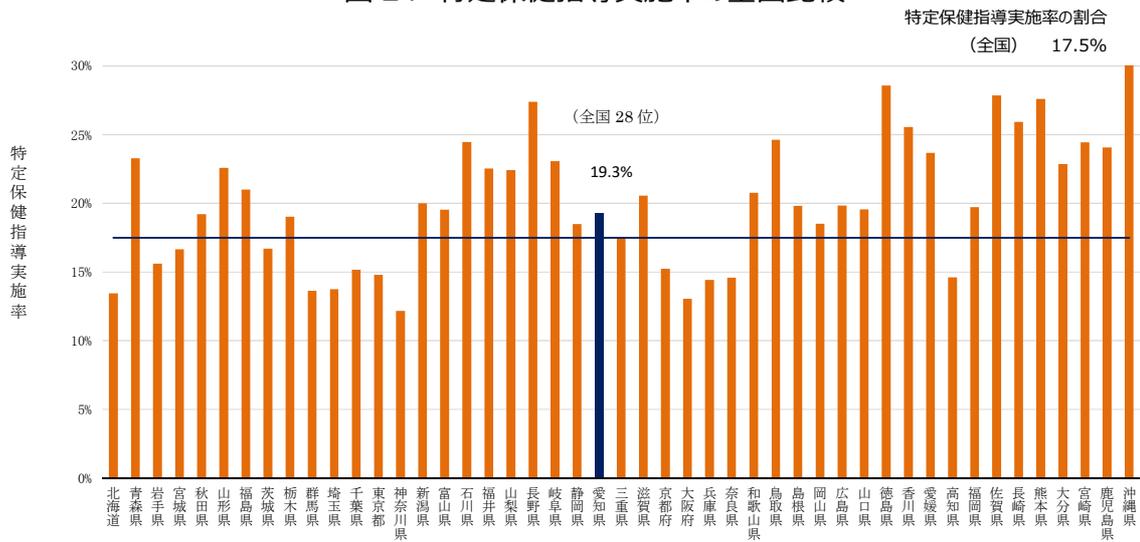
本県の平成 27(2015)年度の特定健康診査・特定保健指導の実施率は、それぞれ、51.6%(全国 14 位)、19.3%(全国 28 位)となっています(図 23、24)。実施率は少しずつ増加しているものの(図 25)、第 2 期計画の目標値(特定健康診査：70%、特定保健指導 45%)から見ると低水準となっています。

図 23 特定健康診査実施率の全国比較



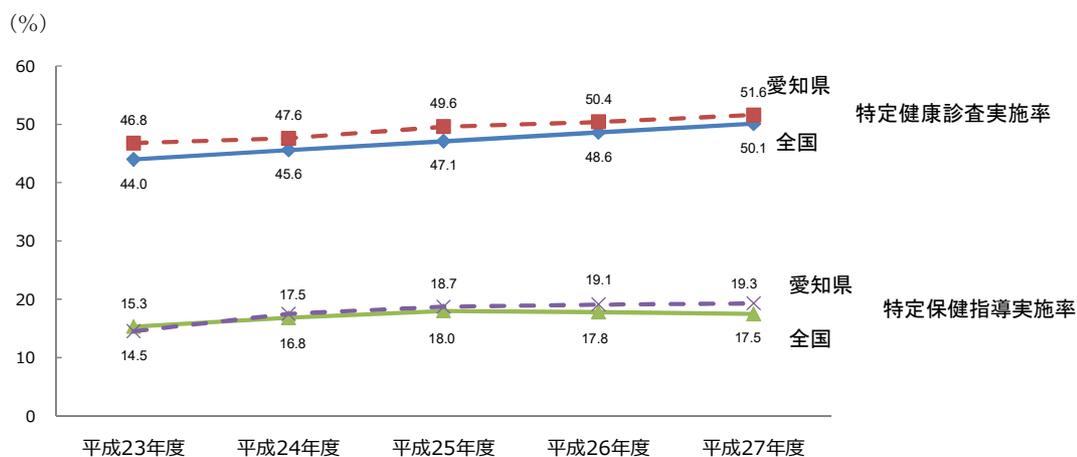
資料 「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成 27 年度）」（厚生労働省）

図 24 特定保健指導実施率の全国比較



資料 「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成 27 年度）」（厚生労働省）

図 25 特定健康診査・特定保健指導実施率の推移



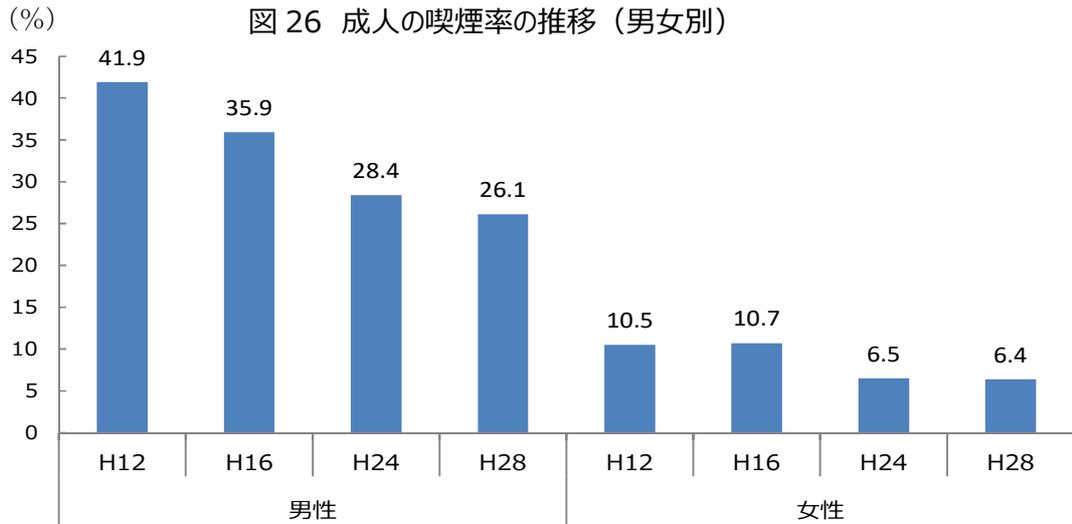
資料 「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成 23～27 年度）」（厚生労働省）

生活習慣病の発症及び重症化の予防には、県民一人一人が自らの健康状態に注意を払い身体の状態を把握し、必要に応じて生活習慣の見直しを図ることが必要です。

そのためにも、保険者と連携・協力し、健診に関する普及啓発や特定健康診査等に携わる人の資質向上に努めるなど、受診率向上に向けた様々な取組を実施する必要があります。また、特定健康診査や特定保健指導の結果は、県民の健康課題を顕在化し、健康施策を立案するための重要なデータとなるため、これらの情報を適切に評価・分析し、県民の健康増進に有効に活用することが必要です。

（3）喫煙等

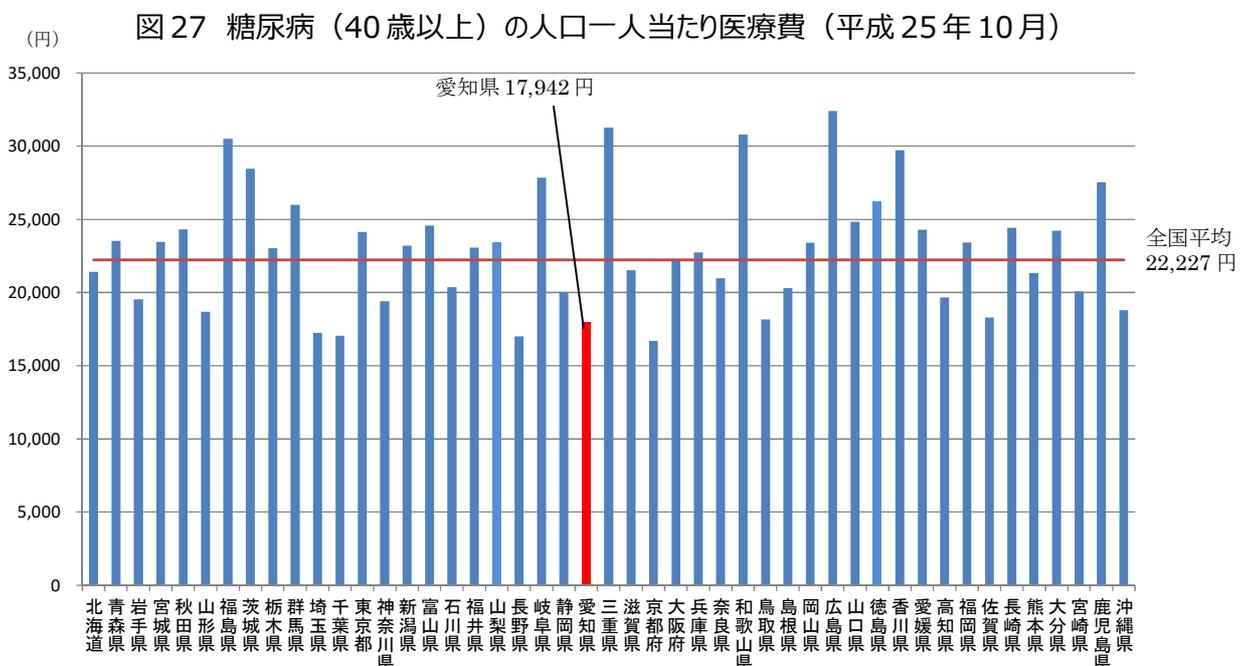
特定保健指導においては、メタボリックシンドローム該当者・予備群の非該当者であっても喫煙歴を有する人や肥満（BMI ≥ 25 ）の人は、指導対象者となる場合があるなど、喫煙・肥満も生活習慣病の危険因子とされています。中でも喫煙は、肺がんを始めとする多くのがんや、動脈硬化の進行による心筋梗塞や脳梗塞等様々な疾病の危険性を高めると同時に、周囲の非喫煙者に対する煙の害（受動喫煙）も、様々な疾病を引き起こすことが分かっています。本県の平成 28(2016)年時点の喫煙率は、男性 26.1%、女性 6.4%となっており、男性、女性ともに減少傾向にありますが（図 26）、より一層、喫煙率の低下を目指していくことが必要です。



資料 「愛知県生活習慣関連調査（平成 12～28 年）」

（４）糖尿病の重症化予防

社会環境や生活習慣の変化、高齢化の進行に伴い、生活習慣病の中でも糖尿病の患者が増加しています。本県の糖尿病（40 歳以上）の人口一人当たり医療費は全国平均を下回っていますが（図 27）、今後の医療費の伸びを適正化していくためにも、糖尿病が強く疑われる者や糖尿病を有する者などのうち、重症化リスクの高い者の健康保持・増進を図り、糖尿病性腎症重症化予防を含めた取組を推進することが必要です。



※NDB より都道府県別の糖尿病患者（40 歳以上）に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数/NDB による糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。

資料 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について（平成 29 年 5 月）」（厚生労働省保険局）

3 その他

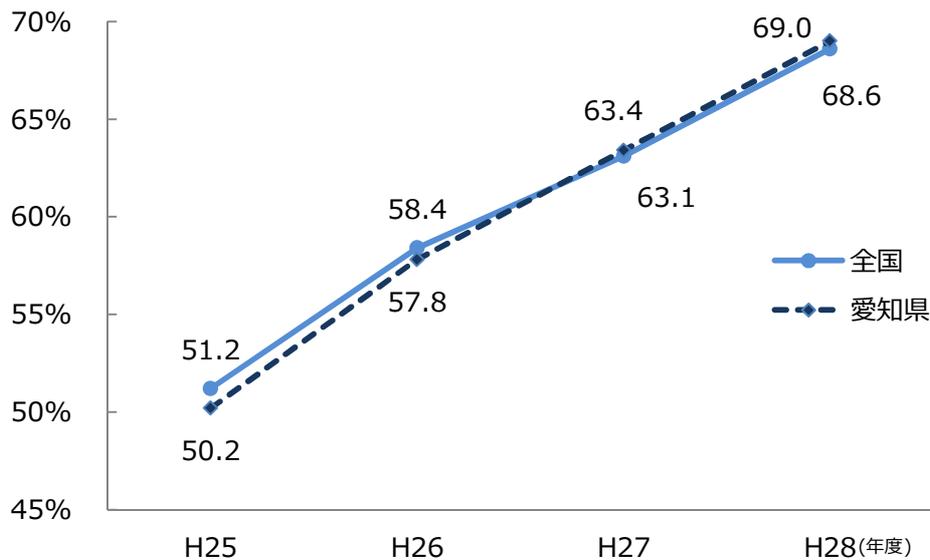
(1) 後発医薬品

後発医薬品は、先発医薬品の特許終了後に、それと同等の品質・有効性・安全性があるものとして承認されている医薬品です。

一般的には開発費用が安く抑えられていることから、先発医薬品に比べ薬価が安くなっており、これらを適切に使用することで医療費の適正化に資することができますが、流通・品質・情報提供などの点で、医療関係者の十分な信頼が得られないなどの理由で、その普及の遅れが課題となっていたため、医療関係者への後発医薬品の品質等の情報提供や安全供給のための施策が推進されてきました。

本県の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）は、年々増加しており、平成 28(2016)年度は 69.0%と全国平均(68.6%)を上回りました（図 28、29）。今後も医療機関や県民が共に安心して後発医薬品を使用し、後発医薬品の円滑な普及が図られるよう、理解の向上に向けた取組を続けることが必要です。

図 28 後発医薬品割合（数量ベース、新指標）の推移

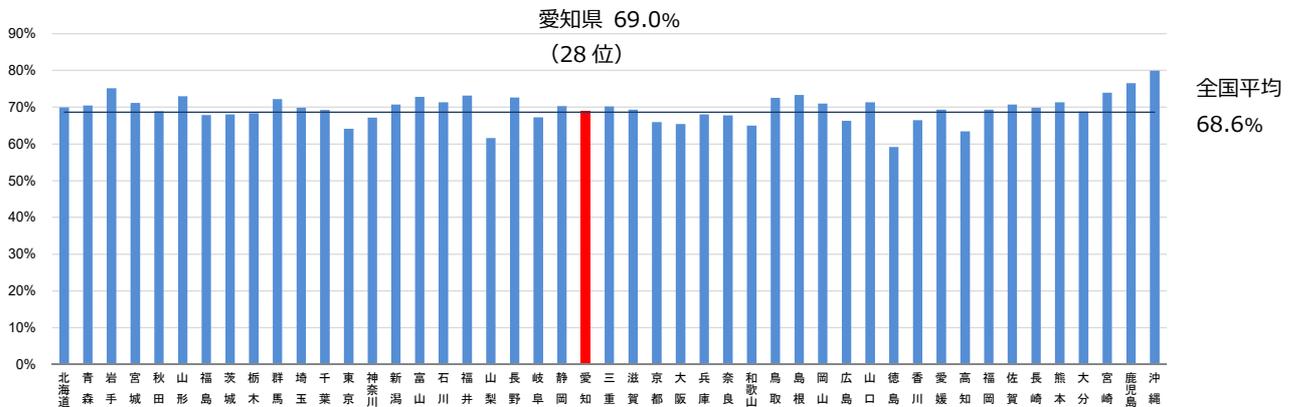


資料 「最近の調剤医療費の動向（平成 25～28 年度）」（厚生労働省）

(注)

新指標は、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェアを示す。第 2 期計画では、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェアである旧指標を用いたが、厚生労働省が策定の「後発医薬品のロードマップ」（平成 25 年 4 月公表）において、新指標が新たに目標とされたことから、第 3 期計画では新指標を用いることとされた。

図 29 各都道府県の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）



資料 「最近の調剤医療費の動向（平成 28 年度）」（厚生労働省）

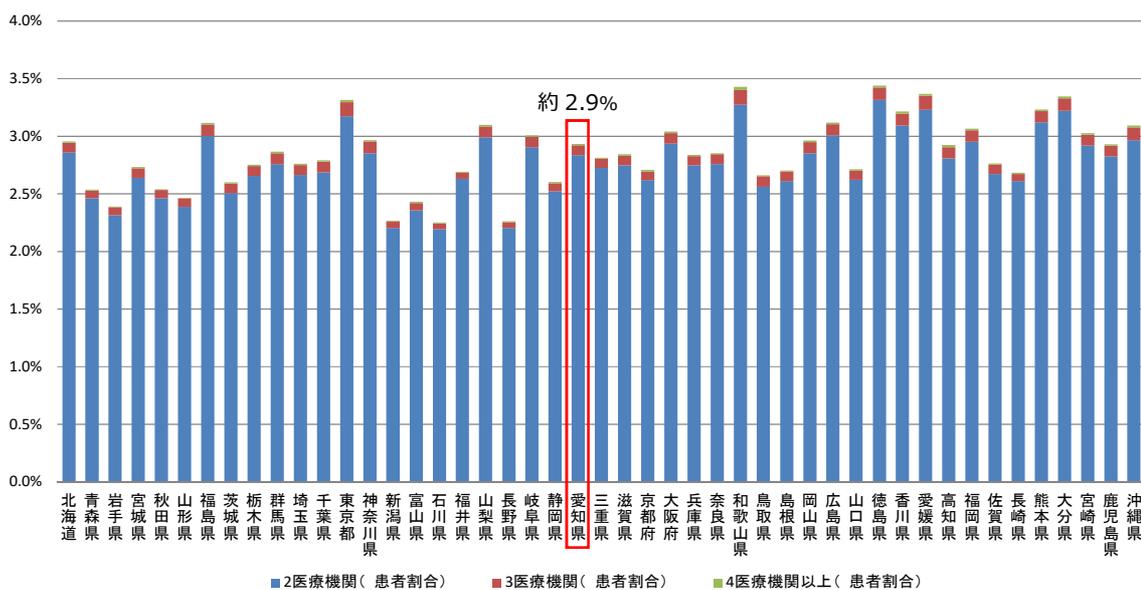
（2）医薬品の適正使用

医薬品の使用については、同じ効用の薬を重複して処方される重複投薬や、複数疾患を多種類の薬を処方される多剤併用等の問題が指摘されています。

厚生労働省から提供された平成 25(2013)年 10 月のデータでは、本県において 1 か月間に薬剤を投与された 65 歳以上の患者数は延べ約 122.5 万人、薬剤費は約 175.5 億円でした。そのうち、15 剤以上の多種類の薬剤を投与された患者数は約 5.2 万人であり、割合としては約 4.2 パーセント、その薬剤費は約 21.1 億円で割合としては約 12.0 パーセントとなっています。また、全患者数のうち約 2.9%が、複数の医療機関から同一月に同一の成分の薬剤を投与されています（図 30）。

重複投薬や多剤併用の是正によって、安全かつ効果的な服薬につながり、医薬品の適正使用を普及させることが必要です。

図 30 同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合



(注) 平成 25 年 10 月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。(患者Aが a という薬剤を 2 医療機関から、b という薬剤を 3 医療機関から投与されている場合は、3 医療機関として計上。)

資料 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について (平成 29 年 5 月)」(厚生労働省保険局)

第3章 目標

1 県民の健康の保持の推進に関する目標

特定健康診査の実施率に関する目標

現状(平成 27(2015)年度) : 40 歳から 74 歳までの対象者の特定健康診査実施率
51.6%



目標 : 平成 35(2023)年度における 40 歳から 74 歳までの対象者の特定健康診査実施率
70%以上

特定保健指導の実施率に関する目標

現状(平成 27(2015)年度) : 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
19.3%



目標 : 平成 35(2023)年度における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
45%以上

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標

現状(平成 27(2015)年度) : 平成 20 年度と比べた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 (特定保健指導の対象者の減少率をいう)
20.6%



目標 : 平成 20(2008)年度と比べた平成 35(2023)年度時点でのメタボリックシンドロームの
該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導の対象者の減少率をいう) (※1) 25%以上

たばこ対策に関する目標

現状(平成 28(2016)年度)：成人(20 歳以上)の喫煙率
 男性 26.1% 女性 6.4%

目標：平成 35(2023)年度における成人(20 歳以上)の喫煙率
 男性 17%以下 女性 4%以下

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

後発医薬品の使用促進に関する目標

現状(平成 28(2016)年度)：後発医薬品割合（数量ベース）
 69.0%

目標：平成 35(2023)年度における後発医薬品割合（数量ベース、新指標）
 80%以上

(※1) 目標年度における減少率の計算方法

平成 20(2008)年度の特特定保健指導対象者の推定数（平成 20(2008)年度の年齢階層別（40 歳から 74 歳までの 5 歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、平成 20(2008)年 3 月 31 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（40 歳から 74 歳までの 5 歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から平成 35(2023)年度の特特定保健指導対象者の推定数（平成 35(2023)年度の年齢階層別（40 歳から 74 歳までの 5 歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、平成 20(2008)年 3 月 31 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（40 歳から 74 歳までの 5 歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。）を減じた数を、平成 20(2008)年度の特特定保健指導対象者の推定数で除して算出する。

【参考】

※ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）と特定保健指導対象者の関係

特定保健指導の対象者の選定基準には、メタボリックシンドロームの判定基準にはない BMI も勘案されている他、高血圧等に対する服薬治療中の者は対象としていない。

< 特定保健指導対象者の選定基準 >

腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
			40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

< メタボリックシンドローム判定基準 >

腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	対 象
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム 該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム 予備群

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

- ① 血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合5.6%以上 (NGSP値)
- ② 脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③ 血圧 a 収縮期血圧130mgHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上

- ① 血糖 空腹時血糖110mg/dl以上
- ② 脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 または b HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③ 血圧 a 収縮期血圧130mgHg以上 または b 拡張期血圧85mmHg以上

※ 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4章 本県が取り組む施策

目標の達成を実現するため、以下の施策等に取り組み、もって医療費の適正化を図ります。

1 県民の健康の保持の推進に関する施策

○ 生活習慣病の発症・重症化予防の推進

生活習慣病の発症及び重症化の予防を図るため、市町村・医療機関・学校保健・職域（企業）保健などと連携して、「健康日本 21 あいち新計画」の取組と合わせて、喫煙対策などを始めとする要因別、疾病別の総合的な取組を推進します。

○ 健康づくりに関する情報の提供

健康づくりに関する知識普及のための健康教育講座を県内各地域で開催するとともに、「健康情報ポータルサイト あいち健康ナビ」を通じて、疾病の発症予防及び重症化防止に役立つ県内の健康情報を県民に提供していきます。

○ 特定健康診査・特定保健指導に関する普及啓発

「特定健康診査・特定保健指導普及啓発強化月間」である毎年6月を中心に、マスメディア等を活用し、生活習慣の改善、疾病の早期発見・早期治療を目的とした特定健康診査・特定保健指導の必要性について啓発します。

○ 特定健康診査等の実施率向上に向けた取組の支援

医療保険者の実施する特定健康診査と市町村の実施するがん検診の健診委託機関に関する情報を収集し、それぞれ市町村及び医療保険者へ提供することにより、双方の検診の同時実施を促進するなど、特定健康診査等の受診率向上に向けた取組を支援します。

○ 特定健康診査・特定保健指導に携わる人材の育成

特定健康診査・特定保健指導がより効果的に実施されるよう、医師・保健師・管理栄養士等を対象とした健診や保健指導技術等の向上を図るための研修を実施し、健診等従事者の資質向上を図ります。

○ 特定健康診査等データの分析、活用の推進

地域や医療保険者の有する健康課題の顕在化を図るため、各医療保険者・愛知県に依頼して提供を受けた特定健康診査等のデータの分析・評価を行うとともに、その結果を各市町村・医療保険者へ還元し、県・市町村・医療保険者において、それ

ぞれの健康課題を明確にし、有効な健康施策を立案するために活用を図ります。

また、その他にも地域の健康課題に関する情報を2次医療圏ごとに開催される「地域・職域連携推進協議会」等へ積極的に提供していきます。

○ たばこ対策の推進

喫煙の健康影響に関する啓発資料等を活用して、世界禁煙デー（5月31日）を中心に啓発活動を行います。また、たばこ対策推進会議を開催し、たばこ対策を推進していきます。

○ 禁煙支援体制の充実

成人喫煙率の減少のため、禁煙を希望している者がより身近に相談や支援を受けられることができるように、禁煙治療保険適用医療機関や禁煙サポート薬局を利用できる環境整備を行います。

○ 糖尿病性腎症重症化予防の推進

健康診査・レセプトなどで抽出された、重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対し受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により対象者を選定し、保健指導を行い、腎不全や人工透析への移行の防止を図るため、愛知県医師会、愛知県糖尿病対策推進会議との合意のもとに糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、国民健康保険の保険者である市町村の取組が円滑に実施できるよう支援していきます。

○ 予防接種及び感染症予防等に関する取組

県民の健康意識を高めることが医療費適正化に資するとの観点から、予防接種の接種率向上のため、市町村や保健所の感染症担当職員を対象に研修会を開催し、感染症対策の現状や予防接種に関する最新の情報を提供します。また、感染症に関する患者情報及び病原体情報を収集及び分析し、速やかに県民へ還元します。

○ 保険者協議会の活動への助言

県内の各医療保険者及び後期高齢者医療広域連合が連携・協力して、被保険者等の健康の保持・増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な事業運営に資することを目的として設置されている愛知県保険者協議会に参画し、医療費分析、特定健診等に係る普及啓発等の活動に積極的に助言を行います。

2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

○ 医療機関の機能分化・連携の推進

5 疾病・5 事業について、医療の流れ（発症から入院、居宅復帰まで等）や医療機能に着目した医療連携体制を、二次医療圏ごとに「愛知県地域保健医療計画」の中に体系図として明示し、これを基礎に地域の医療機関が地域連携クリティカルパスを活用すること等により医療機関の機能分化と連携を図ります。

また、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において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を開催し、推進方策などについて調整、協議します。

○ 在宅医療の推進

在宅患者が、県内どこでも必要な在宅医療を受けることができるよう、在宅医療へ参入する医療機関等の増加を図ることで、在宅医療提供体制の構築を進めます。介護保険法に基づき各市町村が主体となって取組む、「在宅医療・介護連携推進事業」に対し、医師会等関係団体と連携しながら、広域的な調整等の支援を行うことで、医療と介護の連携を推進します。

○ 地域包括ケアシステムの構築

今後、急速に高齢化が進行する中、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」を構築することが必要です。

市町村の取組支援や普及啓発を実施することで、地域包括ケアの取組を県内全域に広げていきます。

○ 介護サービス等提供体制の整備

高齢者の要介護状態にかかわらず可能な限り自宅で自立した日常生活が営めるよう、「第 7 期愛知県高齢者健康福祉計画」に基づき、在宅サービスを重視しつつ地域の実情に応じた在宅サービスと施設サービスのバランスのとれた介護基盤整備を進めます。

また、24 時間安心して在宅で暮らせるよう定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービス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、配食サービスなど多様な見守りサービスが提供される体制の構築を支援します。

○ 病床機能の分化及び連携

平成 28(2016)年 10 月に策定した「愛知県地域医療構想」に基づき、患者の病状

に応じて高度急性期の医療から在宅医療に至るまで、適切な医療を切れ目なく提供するため、病床機能の分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者等の確保・養成などに努めます。

また、地域医療構想を推進するために、各構想区域では、市町村、地域医療関係者及び医療保険者等による地域医療構想推進委員会を開催し、協議します。

○ 後発医薬品の適正使用の推進

県ホームページを活用し、県民への後発医薬品の普及啓発を実施するとともに、後発医薬品の使用に関して十分な理解や信頼を得られるよう、「愛知県後発医薬品適正使用協議会」を開催し、医療関係者・医薬品業界団体・保険者・消費者団体等との情報の共有に努めます。また、国民健康保険の保険者（市町村及び国民健康保険組合）及び愛知県後期高齢者医療広域連合に対し、被保険者への後発医薬品希望カードの配布や差額通知を実施するよう、指導・助言を行います。

○ 医薬品の適正使用の推進

医薬品の重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進するため、国民健康保険の保険者（市町村及び国民健康保険組合）及び愛知県後期高齢者医療広域連合に対して、重複投薬の是正に向けた取組の状況を確認するとともに、指導や助言を行います。また、かかりつけ薬剤師・薬局の体制の構築を図り、医薬品の適正使用を推進していきます。

○ 意識啓発を通じた適正な受診の促進

関係機関と連携して適正な受診について県民の意識啓発を図ります。

また、国民健康保険の保険者（市町村及び国民健康保険組合）及び愛知県後期高齢者医療広域連合に対し、適正な受診について被保険者への意識啓発を行うように指導するとともに、診療報酬明細書及び療養費支給申請書の審査及び点検の充実強化並びに重複受診者・頻回受診者への保健師の訪問指導の実施について、指導・助言を行います。

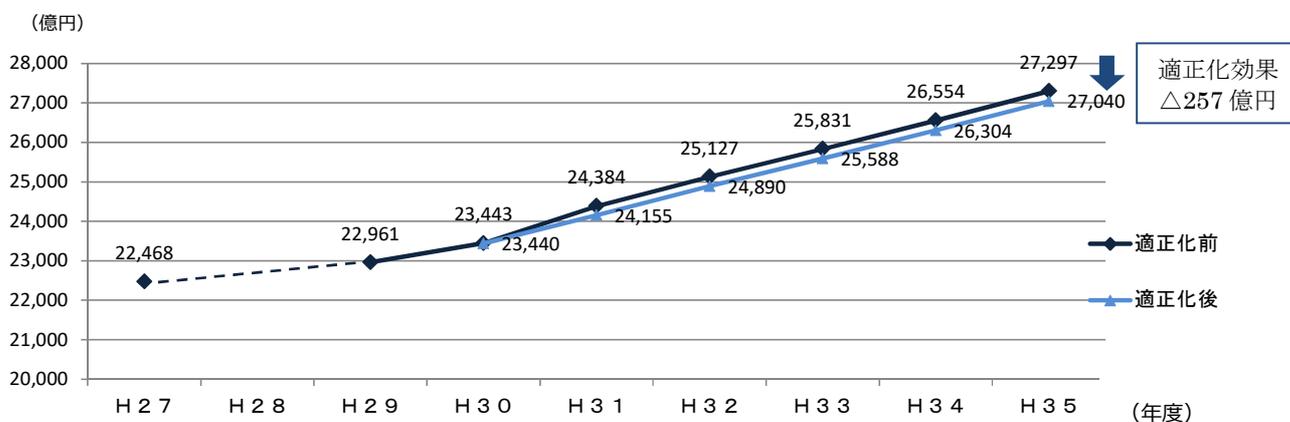
第5章 計画期間における医療に要する費用の見込み

厚生労働省作成の「都道府県医療費の将来推計ツール」（以下、「医療費推計ツール」という。）を使って、医療費適正化の取組を行わない場合の本県の医療費を推計すると、平成29(2017)年度は2兆2,961億円程度、平成35(2023)年度は2兆7,297億円程度となる見込みです。これに対し、本計画における「特定健康診査の実施率」、「特定保健指導の実施率」、「後発医薬品の使用促進」の目標を達成した場合には、257億円程度の適正化効果が得られると推計されており、平成35(2023)年度の医療費の見込みは、2兆7,040億円程度に抑えられると推計されます（図31）。

なお、本計画の目標となっている「たばこ対策」による適正化効果の発現には、一定のタイムラグがあることから、医療費推計ツールでは、その影響額は算定されない仕組みとなっています。

平成35（2023）年度医療費（推計）：適正化前	2兆7,297億円程度
適正化効果	△257億円程度
平成35（2023）年度医療費（推計）：適正化後	2兆7,040億円程度

図31 医療に要する費用の見込み



(注) 平成27年度は実績値。それ以降の年度は国の医療費推計ツールによる推計値。

第6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サイクルに基づく管理を行います。

1 進捗状況評価

計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、計画の初年度及び最終年度を除く毎年度、適正化計画の進捗状況に関する評価を行い、結果を公表します。

この結果は、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、次期計画の参考とします。

2 実績評価

計画期間の最終年度（平成 35(2023)年度）に、進捗状況の調査及び分析を行い、次期計画に適切に結果を反映させるとともに、最終年度の翌年度（平成 36(2024)年度）に、目標の達成状況等を中心とした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し、公表します。

年度 計画	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	
第3期計画	策定	計画期間						進捗状況 の調査・分 析	実績評価
			進捗状況 評価	進捗状況 評価	進捗状況 評価	進捗状況 評価			

第7章 計画の推進

1 関係者の意見の反映

計画の推進・評価等に当たっては、様々な立場の方の幅広い意見を反映することが必要です。愛知県医療審議会を活用し、関係者や専門家（学識経験者、保健医療関係者、保険者の代表者等）の協力を得ながら、本県の実情に応じた適正化対策の推進等を図ります。

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、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、計画を推進する過程において、必要に応じて関係市町村に協議するなど、市町村との連携を図ります。

3 保険者・愛知県後期高齢者医療広域連合・医療機関その他の関係者の連携及び協力

第4章の本県が取り組む施策を円滑に進めるために、県民の健康の保持の推進に関しては保険者、愛知県後期高齢者医療広域連合及び健診・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図ります。

こうした情報交換の場としては、愛知県保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、愛知県医療審議会等を活用するとともに、様々な機会を積極的に活用します。

資料編

資料編 目次

1	用語解説	1
2	図の参考データ	5
図 2	: 一人当たり医療費（総額）の全国比較	5
図 7	: 一人当たり後期高齢者医療費の全国比較	5
図 8	: 一人当たり後期高齢者医療費（診療費）の全国比較	6
図 14	: 年齢階層別疾病別受療率	7
図 15	: 年齢階層別疾病別費用額（外来・入院計）	8
図 16	: メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の全国比較	9
図 22	: 特定健康診査受診率の全国比較	10
図 23	: 特定保健指導実施率の全国比較	11
図 28	: 各都道府県の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）	12

1 用語解説

	用語	解説	該当頁
あ	愛知県がん対策推進計画	本県におけるがん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」、「愛知県がん対策推進条例」及び国の「がん対策推進基本計画」に基づき策定。平成20年3月に策定した第1期計画から5年ごとに見直しを行ってきたが、平成30年度の見直しから、計画期間が6年となる。	P.13
	愛知県後発医薬品適正使用協議会	本県における後発医薬品の適正使用及び理解向上のための施策検討を行うために、関係機関、消費者団体、有識者等で構成する組織。	P.30
	愛知県歯科口腔保健基本計画	歯と口の健康づくりを通じた県民の健康で質の高い生活の実現をめざして、本県における歯科口腔保健の総合的な推進を図るため、歯科口腔保健の推進に関する法律第13条に基づき、平成25年3月に策定したもの。	P.13
	愛知県地域医療構想	急速に少子高齢化が進行する中、平成37年(2025年)にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり、医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加し、医療ニーズ及び慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加による疾病構造の変化が見込まれている。こうした状況を見据え、地域にふさわしいバランスのとれた病床の機能の分化と連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法に基づき、平成28年10月に策定したもの。	P.30
	愛知県地域保健医療計画	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が、平成30年度の見直しから、計画期間が6年となる。主な内容は、医療圏の設定、基準病床数、医療提供体制の整備等。	P.2 P.29
	愛知県保険者協議会	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。	P.28 P.33
い	医療審議会	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。	P.29 P.33
	医療制度改革（大綱）	医療制度の構造改革を推進するに当たり、平成17年12月1日に、政府・与党医療制度改革協議会により取りまとめられたもの。	P.1
	医療保険者	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。）をいう。	P.17 他
う	う蝕	いわゆる「むし歯」のこと。口腔内の細菌が産生する酸によって歯の表面から溶解し、歯の組織が崩壊していく疾患。	P.9 他
か	介護保険制度	要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うための、国民の共同連帯の理念に基づく制度。	P.3
き	虚血性心疾患	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。	P.8 他

け	圏域保健医療福祉推進会議	本県地域保健医療計画に定める2次医療圏又はあいち健康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。	P. 29
	健康情報ポータルサイト あいち健康ナビ	糖尿病を始めとする生活習慣病の発症予防や重症化防止に役立つ健康情報の提供や疾病の正しい理解、自発的な健康づくりの促進のため、動画の配信やコラムの掲載、セミナー・イベント情報の発信を行っているウェブサイト。	P. 27
	健康日本 21 あいち新計画	すべての県民が「生涯を通じて、健康でいきいきと過ごす」ことができるよう、行政や関係機関、関係団体等が連携を図り、県民の健康づくりを総合的に推進するため、健康増進法第8条に基づき、平成25年3月に策定された計画。	P. 2 P. 27
こ	後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療制度の運営主体として、都道府県単位で全市町村が加入する特別地方公共団体のこと。	P. 27 他
	後期高齢者医療費（老人医療費）	後期高齢者医療費は、後期高齢者医療制度（平成20年4月創設）の被保険者にかかる医療費のことで、老人医療費は、老人医療（平成20年3月まで）の受給対象者（平成14年10月以降、老人医療受給対象者の年齢は70歳から75歳へ5年間で段階的に引上げられている。）にかかる医療費のこと。	P. 6 他
	後発医薬品	後発医薬品とは、ジェネリック医薬品とも呼ばれ、新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に販売される、新薬（先発医薬品）と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつもので、医療機関や薬局で医師の処方せんに基づいて調剤してもらう医薬品のこと。	P. 22 他
	後発医薬品希望カード	医師や薬剤師に、後発医薬品を希望することを直接相談しにくい場合に提示して希望を伝えることができるよう、保険者や関係団体等が、後発医薬品の普及啓発の一つとして作成しているカードのこと。	P. 30
	高齢化率	65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。	P. 5
	高齢者・後期高齢者	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。	P. 1 他
	国民医療費	当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まない。また、傷病の治療費に限っているため、正常な妊娠・分娩に要する費用、健康診断・予防接種等に要する費用、義眼や義肢等の費用も含まない。	P. 3 他
	国民皆保険	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。	P. 1
	国民所得	国民所得（NI：national income）とは、国民全体が得る所得の総額のこと。	P. 3

さ	在宅医療	できる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、在宅で行う医療のこと。	P. 30
	差額通知	処方された先発医薬品を後発医薬品に変更した場合、薬の自己負担額がどのくらい軽減できるかを試算し、被保険者へ通知するもの。	P. 30
し	脂質異常症	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。従来の「高脂血症」が名称変更されたもの。	P. 14
	受療率	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。	P. 11 他
	新生物	腫瘍（しゅよう）とも呼ばれ、細胞が異常に増殖したもの。転移をしない良性のものと悪性のもの（悪性新生物、がん）がある。	P. 8 他
せ	生活の質（QOL）	QOL（Quality of Life）は、「生活の質」と訳され、人間らしく、満足して生活しているかを評価する概念を示す。	P. 1 P. 12 他
た	第7期高齢者健康福祉計画	県や市町村における総合的な高齢者の保健福祉の推進や介護保険制度の円滑な運営を図るための総合的・具体的指針として、介護保険法・老人福祉法に基づき、平成30年3月に策定された計画。	P. 2 P. 12
ち	地域医療構想推進委員会	地域医療構想の達成を推進するため、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他関係者と協議を行う場。国の地域医療構想策定ガイドラインでは、地域医療構想調整会議と呼称されているが、愛知県では、地域医療構想推進委員会としている。	P. 30
	地域・職域連携推進協議会	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。	P. 28 P. 33
	地域密着型サービス	高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町村で提供されるサービスのことで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービスの計8種類のサービスがある。	P. 29
	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、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画表。	P. 29
て	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う介護サービスの一種。	P. 29
と	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能が低下した病状。進行すると、むくみ、貧血、高血圧などを伴い、最後は人工透析が必要になる。	P. 21 P. 28
	特定健康診査	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。	P. 1 他
	特定健康診査・特定保健指導普及啓発強化月間	医療保険者において特定健康診査が開始する時期である6月を「特定健康診査・特定保健指導普及啓発強化月間」と定め、この期間を中心として関係機関・団体等において各種の普及啓発活動を重点的かつ効果的に行い、受診率向上のための取組を推進するもの。	P. 27

	特定保健指導	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。	P. 1 他
な	内臓脂肪型肥満	おなかの内臓のまわりに脂肪がたまるタイプの肥満であり、メタボリックシンドロームの原因となる肥満。リング型肥満とも呼ばれている。中年以降の男性に多く見られるが、閉経後の女性にも増える。	P. 14
に	2次医療圏	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2次医療圏がある。	P. 31
ひ	頻回受診、重複受診	頻回受診は、頻繁に医療機関を受診をしている人を指し、重複受診は、複数の医療機関に同一の傷病名で受診している人のことを指す。	P. 30
	BMI	BMI (body mass index) は、ボディ・マス指数、体格指数とも呼ばれ、 $[\text{体重 (kg)}] \div [\text{身長 (m)}]^2$ で算出される値で、肥満や低体重（やせ）の判定に用いられる。	P. 26
	PDCA サイクル	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。	P. 32
れ	レセプト	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。	P. 28

2 グラフの基データ

図2：一人当たり医療費（総額）の全国比較
【本文4ページ】

都道府県	人口一人当たり 国民医療費 (単位：千円)	順位 (高い順)
全国平均	333.3	—
北海道	393.6	6
青森県	341.7	24
岩手県	323.8	32
宮城県	309.4	37
秋田県	366.6	15
山形県	340.0	25
福島県	331.0	30
茨城県	302.6	42
栃木県	304.3	41
群馬県	317.3	35
埼玉県	290.9	47
千葉県	291.1	46
東京都	306.6	40
神奈川県	297.9	45
新潟県	308.6	38
富山県	333.7	28
石川県	346.0	21
福井県	334.8	27
山梨県	332.0	29
長野県	321.9	33
岐阜県	328.1	31
静岡県	308.5	39
愛知県	300.3	43
三重県	319.1	34
滋賀県	298.8	44
京都府	344.6	23
大阪府	364.2	18
兵庫県	345.3	22
奈良県	340.0	25
和歌山県	374.2	14
鳥取県	349.1	20
島根県	378.7	12
岡山県	362.1	19
広島県	366.0	16
山口県	399.2	4
徳島県	392.5	7
香川県	381.8	10
愛媛県	375.6	13
高知県	444.0	1
福岡県	379.3	11
佐賀県	392.5	7
長崎県	411.1	2
熊本県	389.3	9
大分県	396.2	5
宮崎県	364.6	17
鹿児島県	406.9	3
沖縄県	313.5	36

資料「国民医療費（平成27年度）」（厚生労働省）

図7：一人当たり後期高齢者医療費の全国比較
【本文7ページ】

都道府県	人口一人当たり 後期高齢者医療費 (単位：円)	順位 (高い順)
全国平均	949,070	—
北海道	1,103,032	3
青森県	827,857	40
岩手県	765,037	46
宮城県	839,066	37
秋田県	810,794	45
山形県	824,631	41
福島県	849,091	36
茨城県	856,074	34
栃木県	836,426	38
群馬県	879,391	30
埼玉県	860,416	33
千葉県	821,870	43
東京都	938,141	23
神奈川県	877,313	31
新潟県	756,425	47
富山県	909,820	29
石川県	1,001,996	16
福井県	922,833	26
山梨県	853,925	35
長野県	824,529	42
岐阜県	876,848	32
静岡県	811,493	44
愛知県	957,297	19
三重県	835,623	39
滋賀県	934,410	24
京都府	1,024,824	13
大阪府	1,086,180	6
兵庫県	1,013,843	15
奈良県	944,141	22
和歌山県	947,171	21
鳥取県	910,992	28
島根県	913,623	27
岡山県	990,034	17
広島県	1,081,686	7
山口県	1,048,833	10
徳島県	1,025,363	12
香川県	984,069	18
愛媛県	956,482	20
高知県	1,184,293	2
福岡県	1,195,497	1
佐賀県	1,088,747	5
長崎県	1,102,286	4
熊本県	1,050,641	9
大分県	1,045,544	11
宮崎県	924,112	25
鹿児島県	1,068,398	8
沖縄県	1,024,470	14

資料「後期高齢者医療事業年報（平成27年度）」
（厚生労働省）

図8：1人当たり後期高齢者医療費（診療費）の全国比較

(単位：円)【本文：8ページ】

都道府県	入院	入院外	入院 (全国平均との差)	入院外 (全国平均との差)
全国平均	434,127	273,722	—	—
福岡県	611,049	308,592	176,923	34,870
高知県	665,057	262,001	230,930	△ 11,721
北海道	567,211	268,077	133,084	△ 5,645
長崎県	566,798	268,236	132,672	△ 5,486
大阪府	486,380	325,267	52,254	51,545
鹿児島県	565,486	266,098	131,360	△ 7,624
熊本県	552,074	272,005	117,947	△ 1,717
広島県	478,736	325,730	44,609	52,008
佐賀県	538,499	273,313	104,373	△ 409
徳島県	490,489	317,771	56,362	44,049
沖縄県	573,487	240,093	139,360	△ 33,629
山口県	540,488	258,780	106,361	△ 14,942
京都府	492,584	299,662	58,457	25,940
大分県	536,067	263,963	101,940	△ 9,759
岡山県	477,995	293,747	43,869	20,025
兵庫県	459,644	298,613	25,517	24,891
石川県	512,841	260,121	78,714	△ 13,601
愛媛県	451,269	300,026	17,143	26,304
香川県	438,218	295,564	4,091	21,842
奈良県	433,335	301,669	△ 792	27,946
和歌山県	424,863	309,995	△ 9,263	36,273
愛知県	397,433	324,328	△ 36,694	50,606
福井県	457,475	279,142	23,349	5,419
富山県	456,782	252,823	22,655	△ 20,899
滋賀県	449,836	252,465	15,709	△ 21,257
鳥取県	453,439	239,165	19,312	△ 34,557
宮崎県	433,392	258,560	△ 735	△ 15,163
島根県	440,906	248,322	6,780	△ 25,400
群馬県	414,075	272,771	△ 20,051	△ 951
東京都	396,119	273,473	△ 38,008	△ 249
岐阜県	370,867	282,633	△ 63,260	8,911
三重県	364,994	272,036	△ 69,132	△ 1,686
埼玉県	371,872	254,961	△ 62,255	△ 18,761
栃木県	360,940	273,911	△ 73,187	189
神奈川県	359,368	258,154	△ 74,759	△ 15,568
茨城県	367,952	256,903	△ 66,175	△ 16,819
山梨県	384,365	233,953	△ 49,762	△ 39,769
福島県	372,865	246,154	△ 61,261	△ 27,568
山形県	371,304	241,096	△ 62,823	△ 32,626
長野県	376,092	233,686	△ 58,035	△ 40,037
宮城県	351,893	249,795	△ 82,233	△ 23,927
千葉県	354,399	240,261	△ 79,727	△ 33,461
静岡県	337,388	261,421	△ 96,739	△ 12,301
青森県	351,118	243,129	△ 83,008	△ 30,593
秋田県	352,573	206,406	△ 81,554	△ 67,316
新潟県	325,332	216,433	△ 108,794	△ 57,289
岩手県	323,942	215,733	△ 110,185	△ 57,989

資料「後期高齢者医療事業年報（平成27年度）」（厚生労働省）

図14：年齢階層別 疾病別 受療率（外来・入院計）

(人口10万人対)【本文：12ページ】

	0～ 4歳	5～ 14歳	15～ 24歳	25～ 34歳	35～ 44歳	45～ 54歳	55～ 64歳	65～ 74歳
悪性新生物	19	7	5	13	57	119	279	535
糖尿病	2	4	1	13	40	72	192	356
高血圧性疾患	-	-	-	27	52	189	595	1102
虚血性心疾患	-	-	1	1	9	17	55	101
脳血管疾患	1	2	1	6	15	42	132	265
歯肉炎及び歯周疾患	30	321	110	127	278	272	564	836

資料「患者調査（平成26年）」（厚生労働省）

図15：年齢階層別 疾病別 費用額（外来・入院計）

【本文：12ページ】

年齢階層	費用額				
	糖尿病	高血圧 性疾患	虚血性 心疾患	脳血管 疾患	悪性 新生物
20～24歳	3,333	222	104	1,309	12,078
25～29歳	6,012	1,511	178	1,237	3,787
30～34歳	12,832	3,045	600	2,901	24,211
35～39歳	27,035	7,569	2,644	6,963	49,134
40～44歳	55,025	25,447	6,953	30,842	105,425
45～49歳	90,126	49,748	25,245	49,409	182,611
50～54歳	118,455	72,920	51,683	50,603	179,596
55～59歳	171,724	113,333	59,368	80,490	335,919
60～64歳	370,442	268,994	160,661	158,229	755,151
65～69歳	927,879	753,694	313,460	393,123	1,998,298
70～74歳	966,001	817,287	395,329	485,866	2,149,228

資料「国保データベース（平成29年4月診療分）」
（愛知県国民健康保険団体連合会）

図16：メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の全国比較

【本文：14ページ】

都道府県	特定健康診査 受診者数(人)	メタボリック シンドローム 該当者数(人)	メタボリック シンドローム 該当者割合	メタボリック シンドローム 予備群者数(人)	メタボリック シンドローム 予備群割合
北海道	922,700	141,152	15.3%	111,232	12.1%
青森県	268,699	41,628	15.5%	29,927	11.1%
岩手県	285,497	45,095	15.8%	32,754	11.5%
宮城県	561,160	96,482	17.2%	67,898	12.1%
秋田県	216,038	36,715	17.0%	24,477	11.3%
山形県	289,226	41,652	14.4%	31,383	10.9%
福島県	418,275	71,501	17.1%	52,112	12.5%
茨城県	636,193	97,065	15.3%	74,109	11.6%
栃木県	413,788	63,405	15.3%	51,781	12.5%
群馬県	424,215	64,766	15.3%	50,064	11.8%
埼玉県	1,582,268	228,749	14.5%	189,424	12.0%
千葉県	1,400,292	205,124	14.6%	170,880	12.2%
東京都	3,466,537	464,108	13.4%	399,580	11.5%
神奈川県	1,897,594	259,205	13.7%	225,077	11.9%
新潟県	538,130	74,039	13.8%	55,666	10.3%
富山県	266,700	41,856	15.7%	30,646	11.5%
石川県	272,148	41,248	15.2%	30,818	11.3%
福井県	165,479	24,095	14.6%	19,530	11.8%
山梨県	203,887	27,764	13.6%	22,783	11.2%
長野県	491,303	66,789	13.6%	51,205	10.4%
岐阜県	439,385	56,584	12.9%	46,203	10.5%
静岡県	852,695	111,197	13.0%	92,175	10.8%
愛知県	1,611,190	232,194	14.4%	182,077	11.3%
三重県	413,973	59,750	14.4%	46,912	11.3%
滋賀県	287,284	39,876	13.9%	32,794	11.4%
京都府	501,359	67,471	13.5%	57,611	11.5%
大阪府	1,700,300	233,548	13.7%	206,868	12.2%
兵庫県	1,101,017	156,886	14.2%	129,203	11.7%
奈良県	253,968	35,277	13.9%	31,263	12.3%
和歌山県	175,696	27,715	15.8%	21,664	12.3%
鳥取県	111,613	15,011	13.4%	12,814	11.5%
島根県	157,303	22,559	14.3%	16,906	10.7%
岡山県	360,190	54,150	15.0%	42,288	11.7%
広島県	546,760	79,018	14.5%	65,082	11.9%
山口県	256,354	35,617	13.9%	28,924	11.3%
徳島県	153,535	23,646	15.4%	18,920	12.3%
香川県	206,545	32,134	15.6%	23,541	11.4%
愛媛県	263,397	39,244	14.9%	30,673	11.6%
高知県	148,141	23,421	15.8%	17,837	12.0%
福岡県	946,910	137,802	14.6%	114,084	12.0%
佐賀県	161,586	23,025	14.2%	20,047	12.4%
長崎県	261,784	40,229	15.4%	31,373	12.0%
熊本県	349,147	54,753	15.7%	42,988	12.3%
大分県	258,714	37,776	14.6%	30,950	12.0%
宮崎県	211,850	34,186	16.1%	26,952	12.7%
鹿児島県	334,845	52,904	15.8%	41,380	12.4%
沖縄県	272,435	47,566	17.5%	39,778	14.6%

「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成27年度）」（厚生労働省）

図23：特定健康診査受診率の全国比較

【本文：19ページ】

都道府県	健康診査対象者数 (人) (推計値)	特定健康診査 受診者数(人)	特定健康診査 受診率	順位 (高い順)
北海道	2,350,032	922,700	39.3%	47
青森県	595,994	268,699	45.1%	39
岩手県	557,451	285,497	51.2%	15
宮城県	974,459	561,160	57.6%	3
秋田県	464,384	216,038	46.5%	30
山形県	482,012	289,226	60.0%	2
福島県	840,256	418,275	49.8%	18
茨城県	1,276,424	636,193	49.8%	17
栃木県	861,134	413,788	48.1%	27
群馬県	866,354	424,215	49.0%	22
埼玉県	3,108,260	1,582,268	50.9%	16
千葉県	2,645,989	1,400,292	52.9%	11
東京都	5,470,987	3,466,537	63.4%	1
神奈川県	3,818,126	1,897,594	49.7%	20
新潟県	1,003,950	538,130	53.6%	8
富山県	477,372	266,700	55.9%	4
石川県	500,464	272,148	54.4%	6
福井県	338,269	165,479	48.9%	23
山梨県	367,002	203,887	55.6%	5
長野県	906,675	491,303	54.2%	7
岐阜県	896,444	439,385	49.0%	21
静岡県	1,612,803	852,695	52.9%	12
愛知県	3,120,031	1,611,190	51.6%	14
三重県	781,152	413,973	53.0%	10
滋賀県	577,626	287,284	49.7%	19
京都府	1,086,395	501,359	46.1%	34
大阪府	3,729,686	1,700,300	45.6%	36
兵庫県	2,366,766	1,101,017	46.5%	31
奈良県	597,066	253,968	42.5%	44
和歌山県	432,368	175,696	40.6%	46
鳥取県	243,173	111,613	45.9%	35
島根県	294,217	157,303	53.5%	9
岡山県	803,606	360,190	44.8%	40
広島県	1,208,282	546,760	45.3%	38
山口県	610,992	256,354	42.0%	45
徳島県	330,213	153,535	46.5%	32
香川県	428,981	206,545	48.1%	26
愛媛県	610,560	263,397	43.1%	43
高知県	317,589	148,141	46.6%	29
福岡県	2,089,860	946,910	45.3%	37
佐賀県	347,651	161,586	46.5%	33
長崎県	596,719	261,784	43.9%	42
熊本県	747,187	349,147	46.7%	28
大分県	497,130	258,714	52.0%	13
宮崎県	474,944	211,850	44.6%	41
鹿児島県	693,963	334,845	48.3%	25
沖縄県	559,721	272,435	48.7%	24

資料「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成27年度）」（厚生労働省）

図24：特定保健指導実施率の全国比較

【本文：19ページ】

都道府県	特定保健指導の 対象者数(人)	特定保健指導の 終了者数(人)	特定保健指導の 実施率	全国順位 (高い順)
北海道	171,323	23,046	13.5%	45
青森県	41,796	9,726	23.3%	13
岩手県	50,685	7,915	15.6%	36
宮城県	101,769	16,946	16.7%	35
秋田県	36,737	7,062	19.2%	29
山形県	43,093	9,727	22.6%	16
福島県	69,486	14,595	21.0%	19
茨城県	115,576	19,303	16.7%	34
栃木県	69,834	13,284	19.0%	30
群馬県	71,731	9,775	13.6%	44
埼玉県	267,716	36,833	13.8%	43
千葉県	242,489	36,794	15.2%	38
東京都	568,641	84,172	14.8%	39
神奈川県	326,465	39,729	12.2%	47
新潟県	78,175	15,647	20.0%	22
富山県	45,143	8,818	19.5%	27
石川県	43,567	10,656	24.5%	9
福井県	27,981	6,308	22.5%	17
山梨県	31,589	7,084	22.4%	18
長野県	75,342	20,636	27.4%	5
岐阜県	65,794	15,174	23.1%	14
静岡県	128,466	23,759	18.5%	32
愛知県	259,954	50,095	19.3%	28
三重県	65,015	11,375	17.5%	33
滋賀県	45,191	9,285	20.5%	21
京都府	79,984	12,179	15.2%	37
大阪府	287,513	37,533	13.1%	46
兵庫県	182,230	26,281	14.4%	42
奈良県	41,001	5,981	14.6%	41
和歌山県	29,418	6,111	20.8%	20
鳥取県	18,187	4,478	24.6%	8
島根県	23,546	4,668	19.8%	24
岡山県	62,679	11,614	18.5%	31
広島県	100,232	19,887	19.8%	23
山口県	42,019	8,218	19.6%	26
徳島県	26,765	7,648	28.6%	2
香川県	35,477	9,063	25.5%	7
愛媛県	46,303	10,965	23.7%	12
高知県	26,604	3,886	14.6%	40
福岡県	166,964	32,912	19.7%	25
佐賀県	26,525	7,390	27.9%	3
長崎県	41,806	10,837	25.9%	6
熊本県	60,336	16,654	27.6%	4
大分県	42,235	9,660	22.9%	15
宮崎県	36,123	8,834	24.5%	10
鹿児島県	56,017	13,481	24.1%	11
沖縄県	54,636	16,631	30.4%	1

資料「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成27年度）」（厚生労働省）

図29：各都道府県の後発医薬品割合（数量ベース、新指標）

【本文：23ページ】

	後発医薬品割合 (%)	順位 (多い順)
全国平均	68.6	—
北海道	70.0	22
青森県	70.4	19
岩手県	75.1	3
宮城県	71.2	15
秋田県	68.9	30
山形県	73.0	7
福島県	67.9	35
茨城県	68.1	33
栃木県	68.4	32
群馬県	72.2	11
埼玉県	69.8	24
千葉県	69.2	28
東京都	64.1	44
神奈川県	67.1	38
新潟県	70.7	18
富山県	72.8	8
石川県	71.3	14
福井県	73.2	6
山梨県	61.6	46
長野県	72.6	9
岐阜県	67.3	37
静岡県	70.3	20
愛知県	69.0	29
三重県	70.2	21
滋賀県	69.3	27
京都府	65.9	41
大阪府	65.5	42
兵庫県	68.0	34
奈良県	67.8	36
和歌山県	65.0	43
鳥取県	72.6	10
島根県	73.4	5
岡山県	70.9	16
広島県	66.3	40
山口県	71.3	13
徳島県	59.1	47
香川県	66.5	39
愛媛県	69.3	25
高知県	63.5	45
福岡県	69.3	26
佐賀県	70.7	17
長崎県	69.9	23
熊本県	71.4	12
大分県	68.8	31
宮崎県	73.9	4
鹿児島県	76.5	2
沖縄県	79.9	1

資料「最近の調剤医療費の動向（平成28年度）」（厚生労働省）