

青森県医療費適正化計画

平成20年4月

青森県

目 次

第1章 計画の基本的事項	1
1 計画の背景及び趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画の期間	1
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	2
1 現状	2
(1) 医療費の動向	2
全国の医療費の状況	2
本県の医療費の状況	2
本県の老人医療費の状況	3
本県の国民健康保険医療費の状況	4
(2) 入院患者の状況	7
平均在院日数	7
療養病床における入院患者の状況	8
(3) 死因別死亡の状況	9
死因別死亡率	9
死因別割合	9
(4) 基本健康診査の状況	10
基本健康診査の受診結果の状況	10
基本健康診査における指導区分別出現率	10
(5) 健康状態・生活習慣の状況	11
体型の状況	11
血圧の状況	12
運動の状況	12
喫煙の状況	13
歯の健康の状況	14
(6) 将来予測	15
高齢者人口の推移	15
医療費の将来予測	15
2 課題	16
(1) 生活習慣病の予防	16
(2) 療養病床の再編成	16

第3章 目標と取組み	16
1 基本的な方向性	16
(1) 生活習慣病の予防と生活の質の維持及び向上	16
(2) 安全、安心で質の高い医療や介護が受けられる体制づくり	17
2 目標	17
(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標	17
特定健康診査の実施率	17
特定保健指導の実施率	17
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	17
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	17
療養病床の転換	17
平均在院日数の短縮	19
3 目標達成に向けた施策	19
(1) 県民の健康の保持の推進	19
特定健康診査及び特定保健指導の推進	19
「健康あおもり21」の推進	20
その他	20
(2) 医療の効率的な提供の推進	21
「青森県保健医療計画」の推進	21
「青森県地域ケア体制整備構想」の推進	25
4 医療費の見通し	25
 第4章 計画の推進体制と役割	 26
1 推進体制と役割	26
(1) 県民	26
(2) 県	26
(3) 市町村	26
(4) 医療機関及び医療関係団体	26
(5) 保険者	26
(6) 後期高齢者医療広域連合	26
(7) 国民健康保険団体連合会	27
2 計画の評価	27
(1) 計画の進行管理	27
(2) 評価	27

青森県医療費適正化計画に係る懇話会における検討の経過等	28
1 検討組織	28
2 検討の経過	28
3 パブリック・コメント等	29
青森県医療費適正化計画に係る懇話会設置要綱	30
青森県医療費適正化計画に係る懇話会委員名簿	31

第1章 計画の基本的事項

1 計画の背景及び趣旨

我が国は、国民皆保険の下、国民誰もが安心して医療を受けることができる医療体制を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健水準を達成してきました。

しかし、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環境が大きく変化してきています。

このような状況の中で、国民皆保険制度を将来にわたり持続可能としていくためには、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ことが求められています。

そのための仕組みのひとつとして、「老人保健法（昭和57年法律第80号）」が改正された「高齢者の医療の確保に関する法律」の中で、国は「医療費適正化基本方針」及び「全国医療費適正化計画」を、各都道府県は「都道府県医療費適正化計画」を策定することとされました。

本県は、全国でも低い平均寿命や医師不足、自治体病院再編成など、固有の課題もあることから、青森県の実情に即した「青森県らしい」医療費の適正化を進める必要があります。

本計画は、県民誰もが願っている健康と長寿を実現するため、「生活習慣病の予防」と「医療と介護の調和」を中心とする施策の推進を目的として策定するものです。

2 計画の位置づけ

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、本県の医療費適正化を推進するため策定するものです。

また、「青森県保健医療計画」、「健康あおもり21」及び「青森県介護保険事業支援計画（「青森県地域ケア体制整備構想」）」との調和を保つものです。

3 計画の期間

この計画の期間は、平成20年度から平成24年度までの5年間とします。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 現状

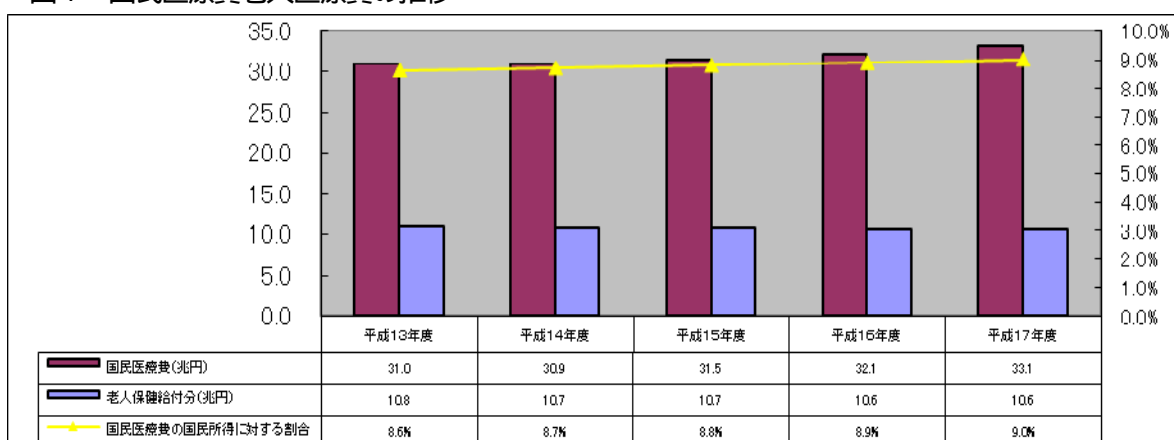
(1) 医療費の動向

全国の医療費の状況

国民医療費の動向をみると、平成17年度では33.1兆円となっており、平成13年度以降は、患者の一部負担増や診療報酬のマイナス改定があったものの、平成13年度に比較し約2.1兆円(6.8%)上昇しています。

また、国民所得に占める割合も上昇を続けています。(図1参照)

図1 国民医療費老人医療費の推移



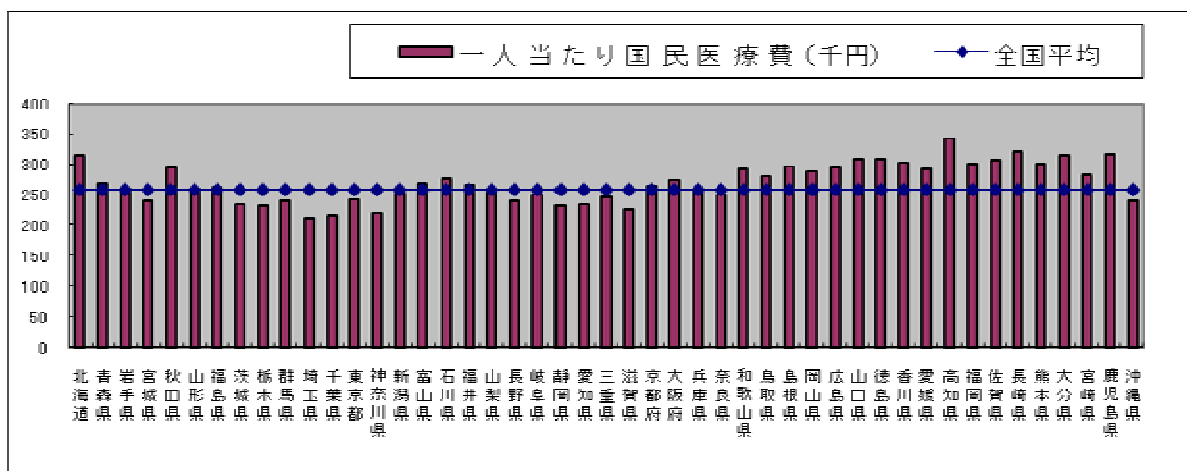
資料：国民医療費の概況

本県の医療費の状況

本県の一人当たり医療費は、平成17年度で269千円となっており、全国平均の259千円より幾分高く、東北では秋田県に次ぎ2位、全国では22位となっています。

(図2参照)

図2 一人当たり医療費の全国比較(平成17年度)



資料：国民医療費の概況

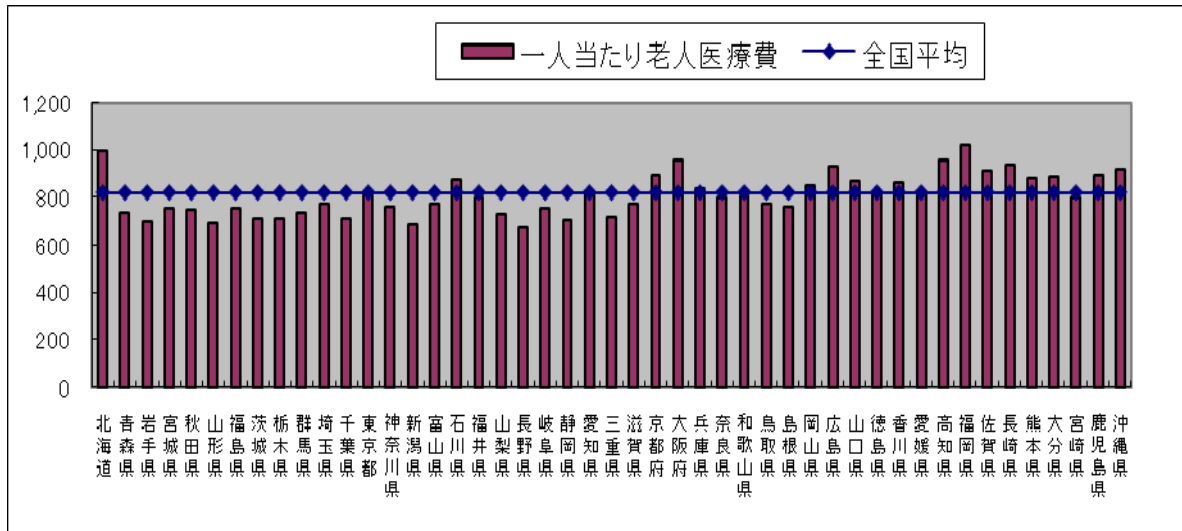
本県の老人医療費の状況

国民医療費のうち、老人保健法の対象となる老人医療費の一人当たり医療費をみると、本県は、737千円で全国平均の821千円より低く、東北では4位、全国では37位と低い状況にあります。

なお、本県の一人当たり老人医療費は、一人当たり医療費の約2.7倍となっています。

(図3参照)

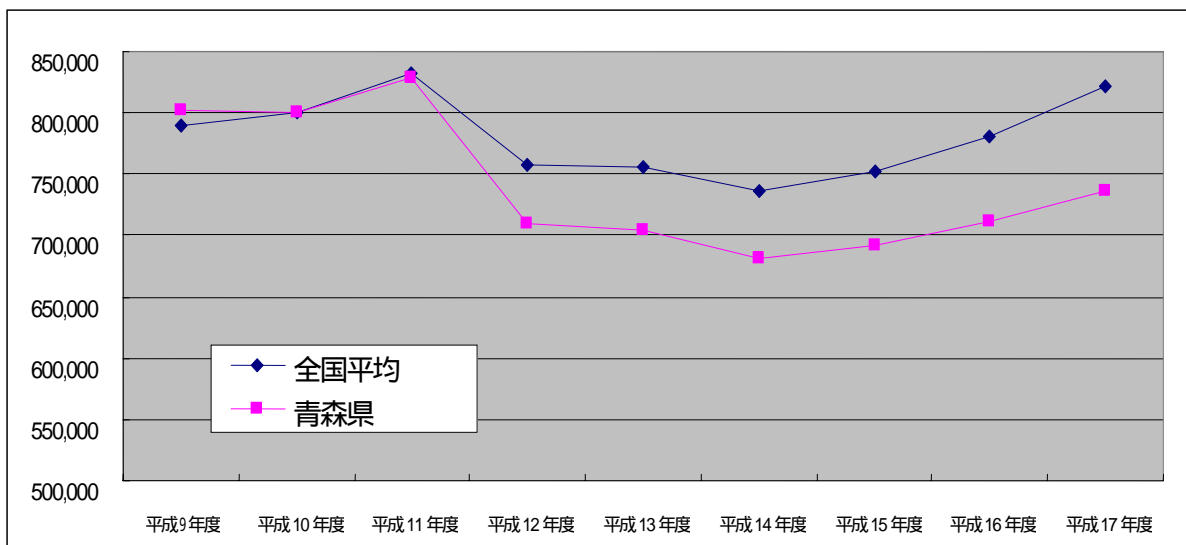
図3 一人当たり老人医療費の全国比較(平成17年度)



資料：老人医療事業年報

本県と全国の一人当たり老人医療費の推移をみると、平成12年度から全国平均を下回り、年々その差が広がっています。(図4参照)

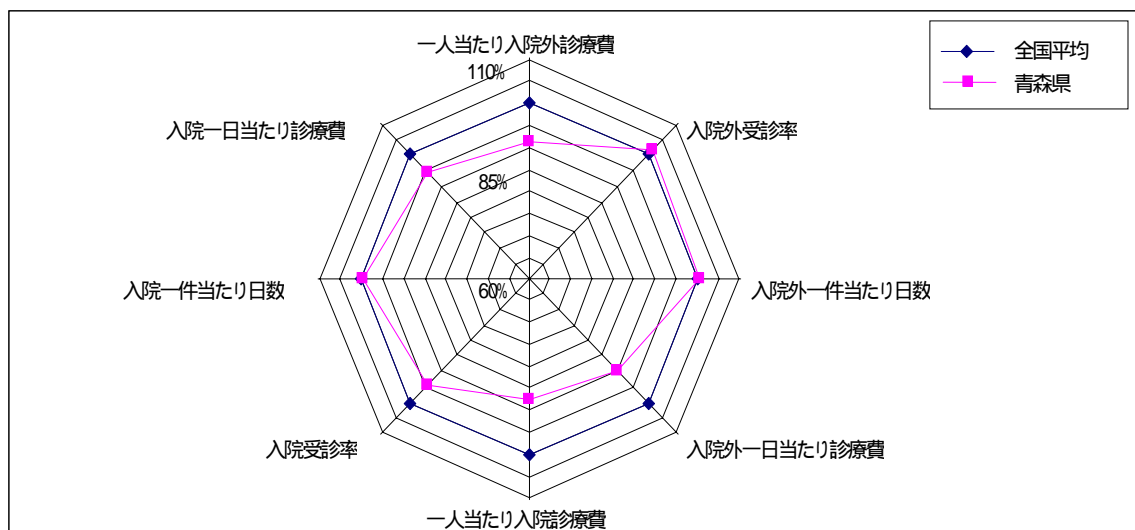
図4 一人当たり老人医療費の推移



資料：老人医療事業年報

また、入院診療費及び入院外診療費の状況をみると、入院、入院外とも1件当たり日数は全国平均とほぼ変わりありませんが、一人当たり診療費と1日当たり診療費は下回っています。受診率は、入院外ではほぼ全国平均と同じですが、入院は下回っています。また、入院外受診率は全国13位、1件当たり日数は20位となっており、特に受診機会が少ないという状況にはないことが窺えます。(図5、表1、表2参照)

図5 診療諸率



資料：老人医療事業年報

表1 診療諸率（入院外）

区分	一人当たり入院外診療費（千円）	順位	受診率（百人当たり）	順位	一件当たり日数（日）	順位	一日当たり診療費（千円）	順位
全国平均	266.1	-	1,600.46	-	2.31	-	7.18	-
青森	241.6	36	1,617.11	13	2.32	20	6.45	42

表2 診療諸率（入院）

区分	一人当たり入院診療費（千円）	順位	受診率（百人当たり）	順位	一件当たり日数（日）	順位	一日当たり診療費（千円）	順位
全国平均	372.9	-	86.99	-	18.96	-	22.61	-
青森	326.4	36	81.49	27	18.83	27	21.27	34

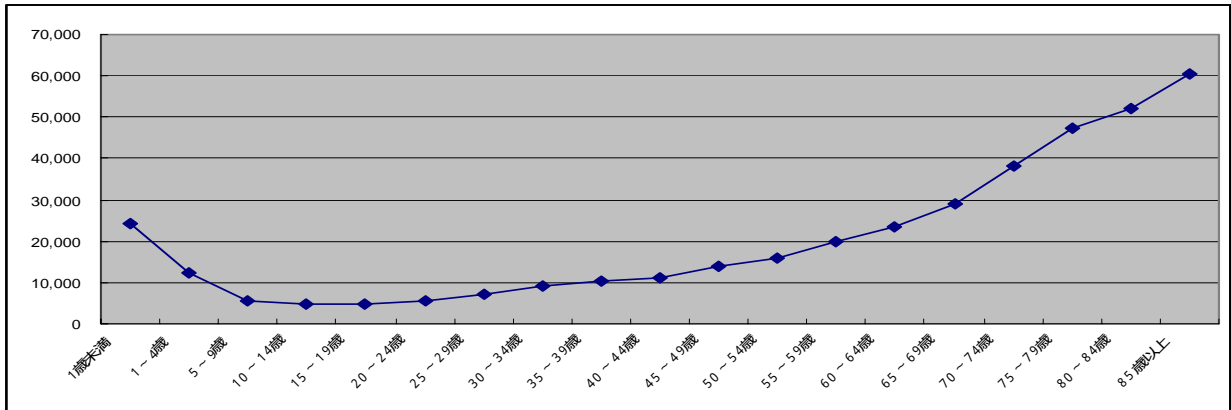
資料：老人医療事業年報

本県の国民健康保険医療費の状況

ア 年齢区分別診療費

本県の国民健康保険医療費について、平成18年5月診療分における年齢区分別一人当たり診療費をみると、15歳～19歳の4,706円が最も低く、その後徐々に増加し、65歳～69歳は29,052円と、その増加傾向が顕著になり、85歳以上では60,458円と最も高額となっています。(図6参照)

図6 年齢区分別一人当たり診療費

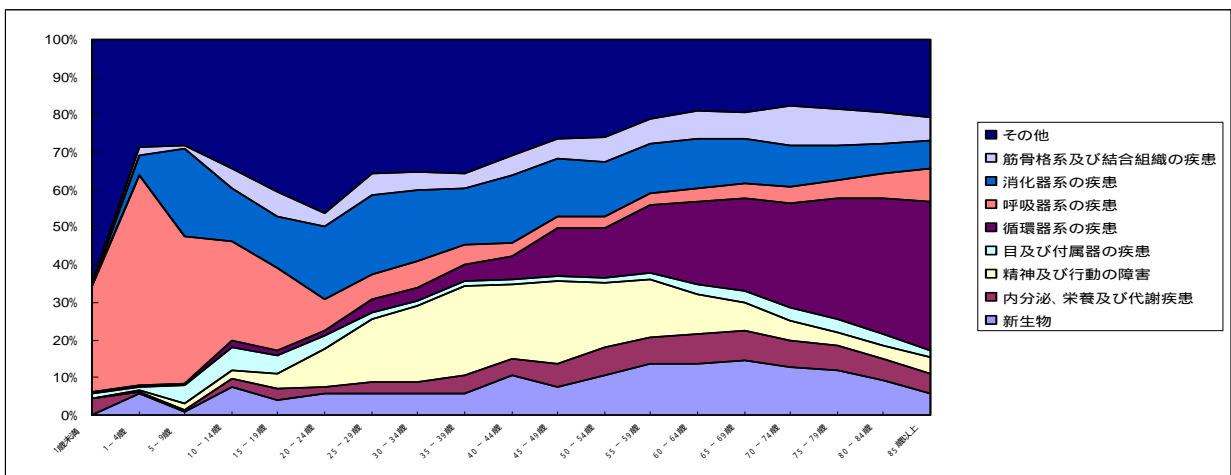


資料：平成18年5月国民健康保険診療費

イ 疾病分類別診療費

疾病分類別に年齢区分による診療費の推移をみると、幼少期には呼吸器系の疾患の割合が高く、年齢が高くなるに従い、循環器系の疾患の割合が高くなっています。(図7参照)

図7 年齢区分別疾病分類別診療費の割合



資料：平成18年5月国民健康保険診療費

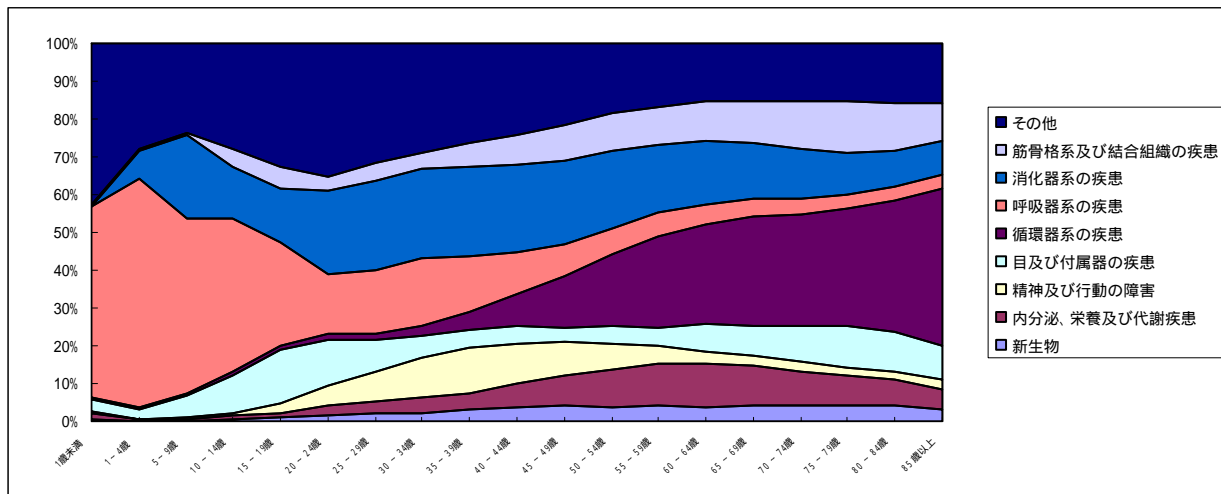
<参考：疾病分類に係る主な疾患名と傷病名>

主な疾患名	主 な 傷 病 名
新生物	各種悪性新生物、悪性リンパ腫、白血病、良性新生物
内分泌、栄養及び代謝疾患	甲状腺障害、糖尿病
精神及び行動の障害	痴呆、精神分裂病、神経症性障害、知的障害
目及び付属器の疾患	結膜炎、白内障、緑内障
循環器系の疾患	高血圧性疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞
呼吸器系の疾患	急性咽頭(鼻)炎、急性上気道炎、肺炎、アレルギー性鼻炎、喘息
消化器系の疾患	う蝕、歯周疾患、胃潰瘍、慢性肝炎、胆石症、膵疾患
筋骨格系及び結合組織の疾患	関節症、脊椎症、頸腕症候群、腰痛症

ウ 疾病分類別受診件数

疾病分類別に年齢区分による受診件数をみると診療費と同様の傾向があり、高齢になるに従い循環器系の疾患により受診する件数が増加しています。（図8参照）

図8 年齢区分別疾病分類別受診件数の割合

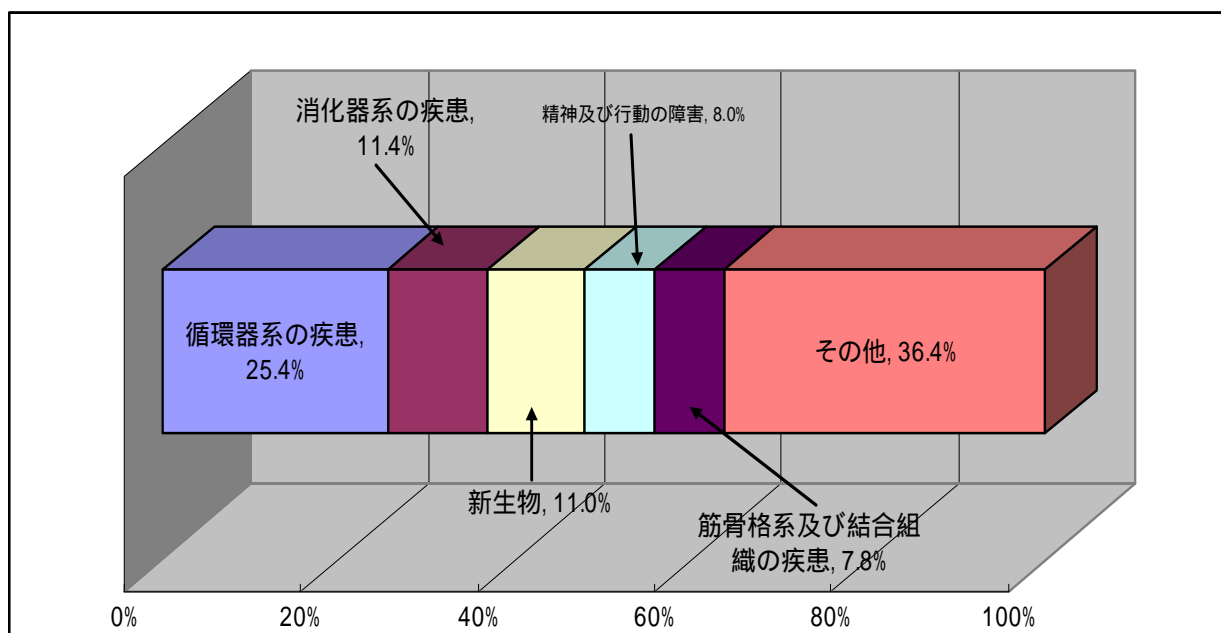


資料：平成18年5月国民健康保険診療費

エ 疾病分類別医療費総額に占める費用の割合

医療費総額に占める疾病分類別の医療費の割合をみると、循環器系の疾患が25.4%と最も高く、次いで消化器系の疾患が11.4%、新生物が11.0%の順となっています。（図9参照）

図9 疾病分類別医療費総額に占める費用の割合

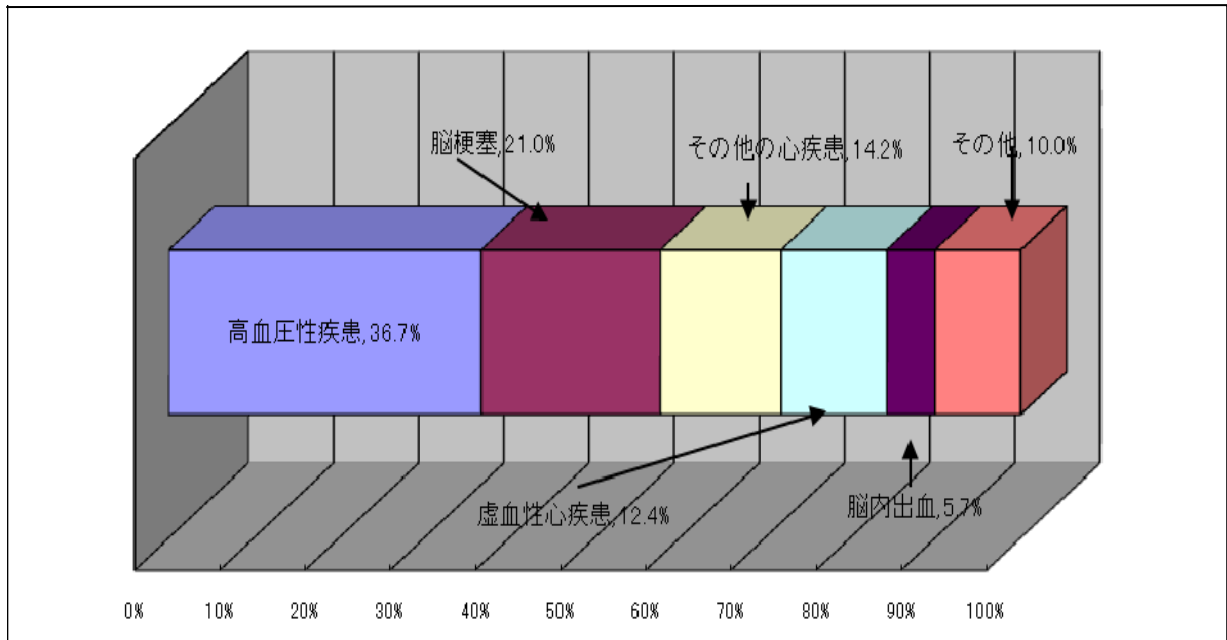


資料：平成18年5月国民健康保険診療費

オ 循環器系の疾患に占める疾病分類別医療費の割合

循環器系疾患の傷病別の割合をみると、高血圧性疾患が36.7%と最も高く、次いで脳梗塞が21.0%、その他の心疾患が14.2%、虚血性心疾患が12.4%の順となっています。（図10参照）

図10 循環器系の疾患に占める疾病分類別医療費の割合



資料：平成18年5月国民健康保険診療費

(2) 入院患者の状況

平均在院日数

平成18年における本県の入院患者の平均在院日数は、全体で35.1日となっており、全国平均の32.2日を2.9日上回り、最短の長野県の25.0日を10.1日上回っています。

また、病床種別では、本県は一般病床、介護療養病床の平均在院日数が長野県及び全国平均を上回っており、医療療養病床及び精神病床は全国平均と長野県の中間となっています。

(表3参照)

表3 平均在院日数

(単位：日)

区分	総数	精神病床	感染症病床	結核病床	医療療養病床	一般病床	介護療養病床	
平均在院日数	全国	32.2	320.3	9.2	70.5	171.4	19.2	268.6
	長野	25.0	262.6	6.2	87.9	99.7	16.9	121.5
	本県	35.1	282.0	2.0	76.5	130.2	22.1	307.3

資料：病院報告の概況（注：総数は、介護療養病床を除く）

療養病床における入院患者の状況

医療療養病床における患者の医療区分ごとの構成比をみると、医療区分1が40.2%、医療区分2が44.6%、医療区分3が15.2%となっています。

また、日常生活動作能力（ADL）の状況をみると、介護度の低い方から順に、ADL1が27.1%、ADL2が22.3%、ADL3が50.6%と、介護度の高いADL3の患者が半数を占めています。（表4参照）

表4 医療療養病床における入院患者の状況

区分	ADL1		ADL2		ADL3		合計	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
医療区分1	249	15.7%	151	9.6%	235	14.9%	635	40.2%
医療区分2	126	7.9%	147	9.3%	433	27.4%	705	44.6%
医療区分3	55	3.5%	54	3.4%	132	8.3%	241	15.2%
合計	429	27.1%	352	22.3%	800	50.6%	1,581	100%

介護療養病床における患者についてみると、要介護5が51.1%と介護度の高い患者が半数を占めています。（表5参照）

介護療養病床の入院患者の医療区分の状況をみると、医療区分1が72.7%、医療区分2が22.7%、医療区分3が4.6%となっており、全国平均と比較すると、医療区分1が0.4ポイント高い一方で、医療区分2が0.3ポイント低く、医療区分3が同じ割合となっており、ほとんど全国平均と変わらない状況となっています。

表5 介護療養病床における入院患者の状況

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
割合	0%	0.1%	4.4%	5.6%	13.0%	25.8%	51.1%

区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3
割合	72.7%	22.7%	4.6%

（平成19年8月1日現在の入院患者の3分の1抽出によるアンケート調査）

<参考：医療区分>

診療報酬上、療養病床の入院基本料の算定に使用される区分。入院患者の疾患・状態の重さや必要とされる医療処置の必要度に応じて区分1から区分3に分類されます。

医療区分3 - スモン、医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態。

医療区分2 - 筋ジストロフィー症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症等。

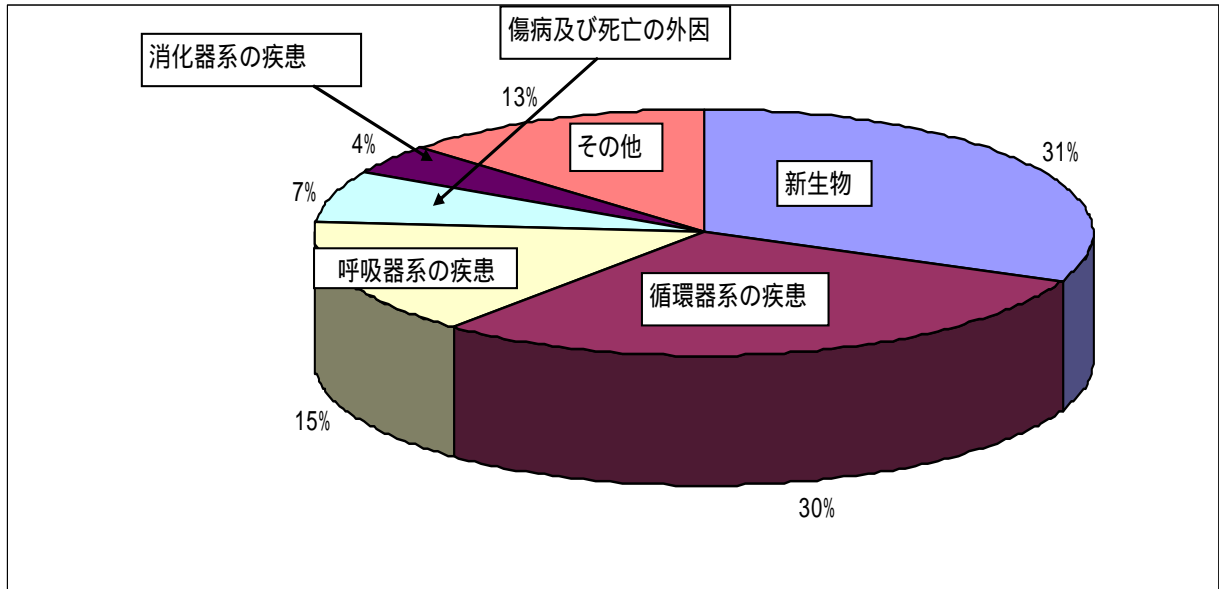
医療区分1 - 医療区分2、3に該当しない者。

(3) 死因別死亡の状況

死因別死亡率

全国の死因別死亡率では、1位が新生物(31%)、2位が循環器系の疾患(30%)、3位が呼吸器系の疾患(15%)となっています。(図11参照)

図11 死因別死亡の状況

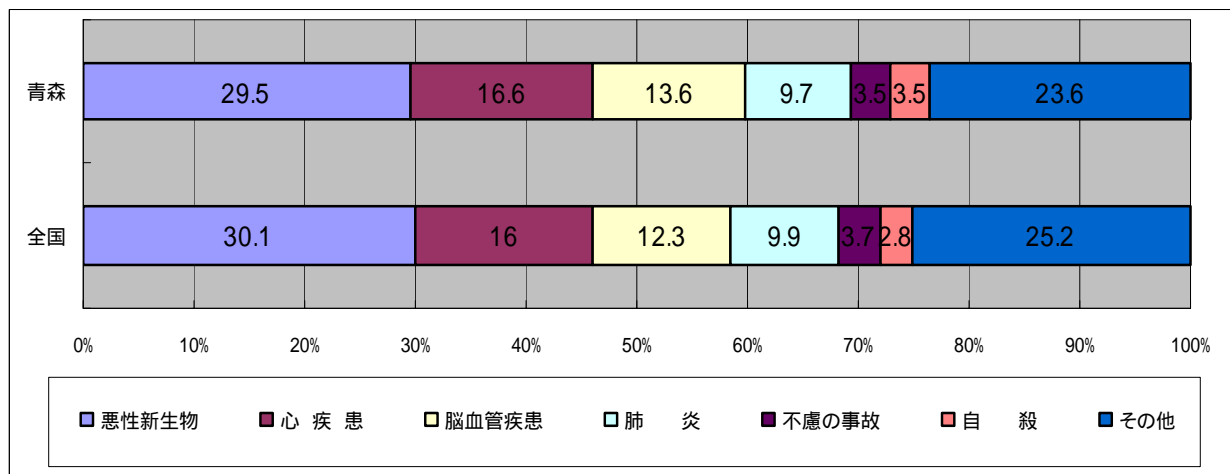


資料：平成18年人口動態調査

死因別割合

上位3死因を比較すると、本県は全国に比べ心疾患及び脳血管疾患による死亡の割合が高く、悪性新生物及び肺炎はやや低くなっていますが、上位4位までの順位は全国と同様となっています。(図12参照)

図12 死因別死亡の状況



資料：平成18年人口動態調査

(4) 基本健康診査の状況

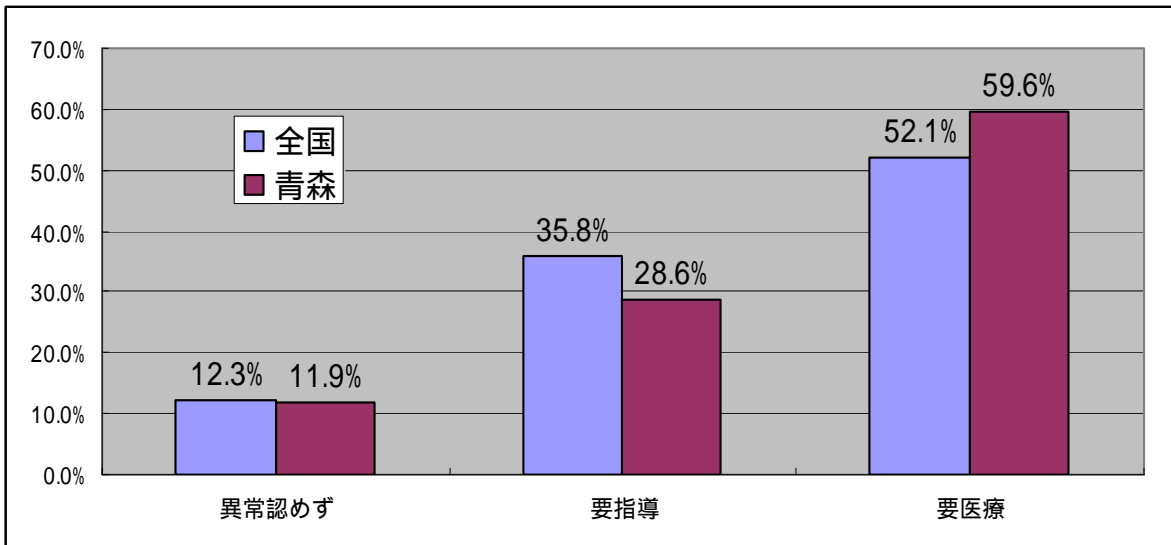
基本健康診査の受診結果の状況

平成17年度における本県の老人保健法による基本健康診査の受診率は41.4%と、全国の43.8%を下回っています。

基本健康診査受診結果を全国と比較すると、本県は「要指導」が28.6%と全国の35.8%より低く、「要医療」が59.6%と全国の52.1%よりも高い状況にあります。

(図13参照)

図13 基本健康診査の受診結果の区分状況

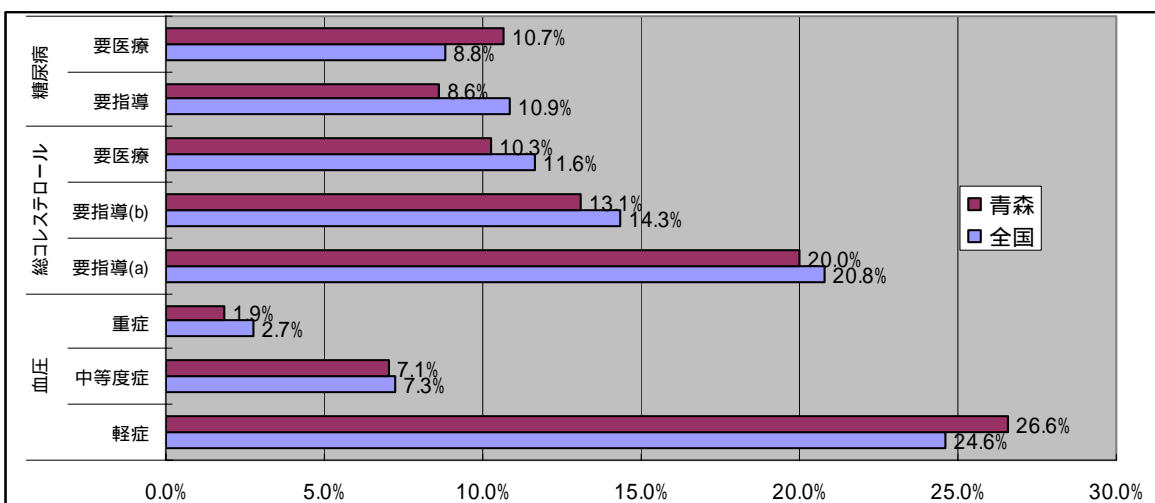


資料：地域保健・老人保健事業報告

基本健康診査における指導区分別出現率

基本健康診査における指導区分別の割合を、血圧、総コレステロール及び糖尿病ごとに、全国と比較すると、本県は糖尿病の要医療と軽症高血圧が全国よりも出現率が高い状況にあります。(図14参照)

図14 基本健康診査における指導区分別出現率



資料：地域保健・老人保健事業報告

(5) 健康状態・生活習慣の状況

体型の状況

成人の肥満者の割合は、平成17年度で男性が33.7%、女性が27.1%となっています。平成13年度に比べ、男性は高く、女性は低くなっています。平成16年の全国平均では、男性が28.4%、女性が20.6%となっています。(図15参照)

また、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の診断基準の1つである腹囲(男性85cm以上、女性90cm以上)に該当する者の割合は、男性が48.2%、女性が20.8%となっています。(図16参照)

図15-1 肥満者の割合(男)

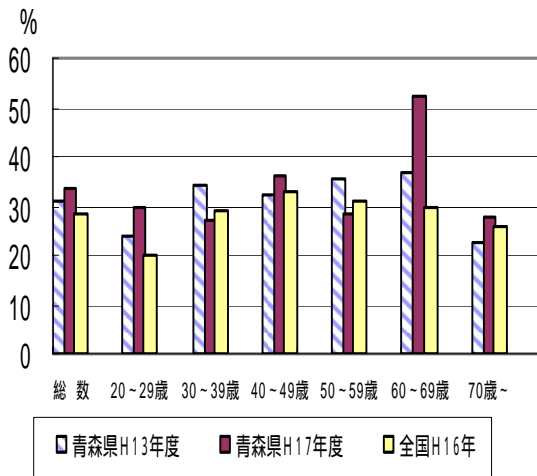
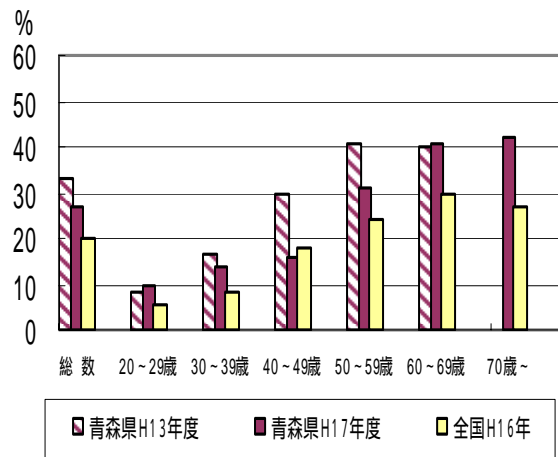


図15-2 肥満者の割合(女)



資料：平成13年度県民健康度調査、平成17年度青森県県民健康・栄養調査、平成16年国民健康・栄養調査

図16-1 腹囲の状況(男)

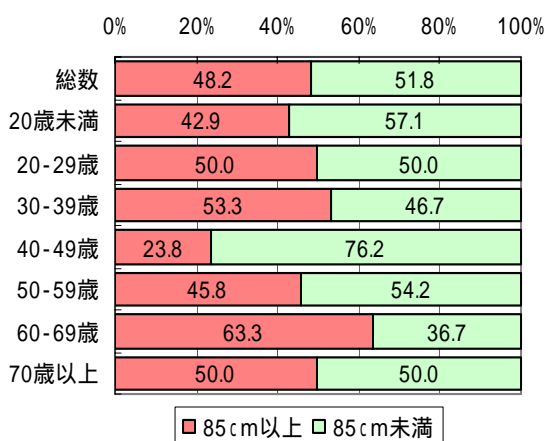
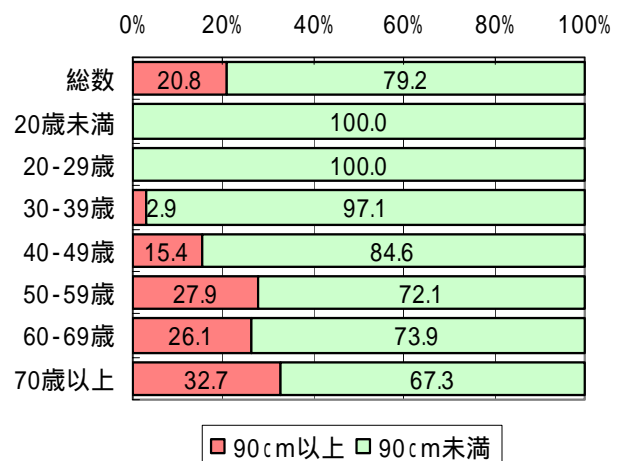


図16-2 腹囲の状況(女)



資料：平成17年度青森県県民健康・栄養調査

<参考：肥満者>

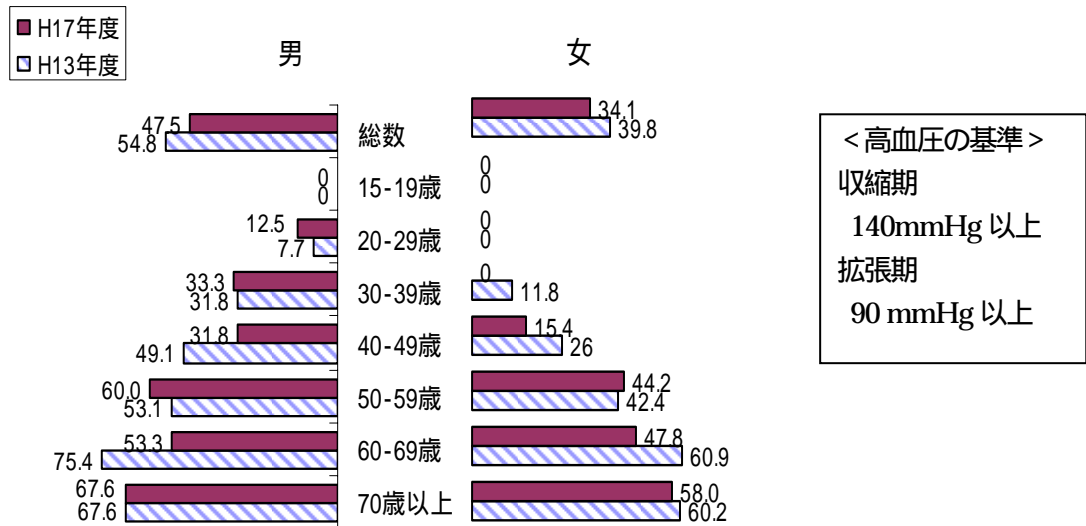
BMIが25.0以上

BMIとは、肥満度を表す指数です。BMI = 体重kg / (身長m)²

血圧の状況

成人の高血圧の割合は、平成17年度で男性が47.5%、女性が34.1%となっています。平成13年度に比べ、男女とも低くなっています。平成16年の全国平均では、男性が46.8%、女性は39.2%となっています。(図17参照)

図17 高血圧の割合



資料：平成13年度県民健康度調査、平成17年度青森県県民健康・栄養調査

運動の状況

運動習慣のある人の割合は、平成17年度で男性が36.7%、女性が21.7%となっています。平成13年度に比べ高くなっていますが、全国平均の男性30.9%、女性25.8%に比べると女性が下回っています。(図18参照)

1日の平均歩数は、平成17年度で男性が7,347歩、女性が6,774歩となっています。平成13年度に比べ、男女とも増えています。(図19参照)

図18-1 運動習慣のある人の割合(男)

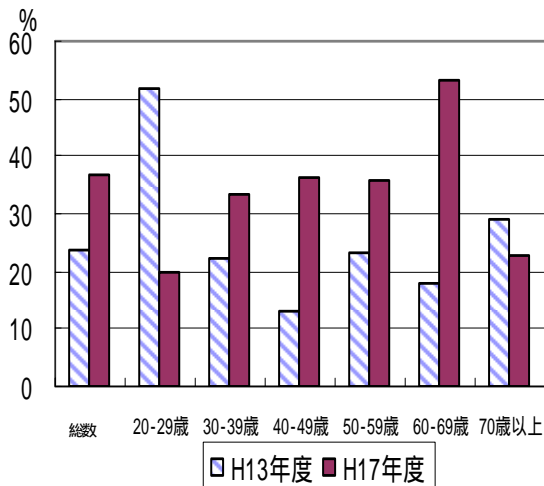


図18-2 運動習慣のある人の割合(女)

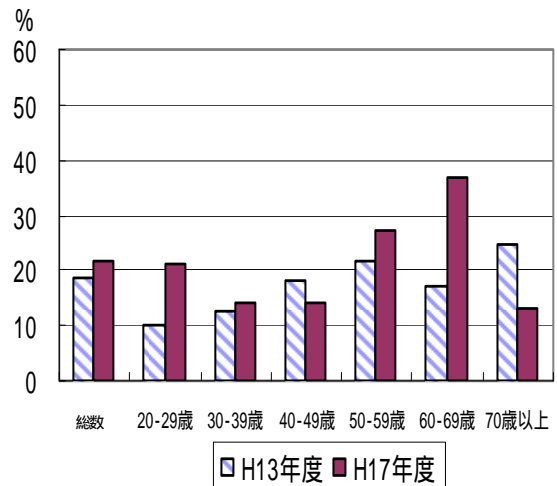


図19-1 1日の平均歩行数（男）

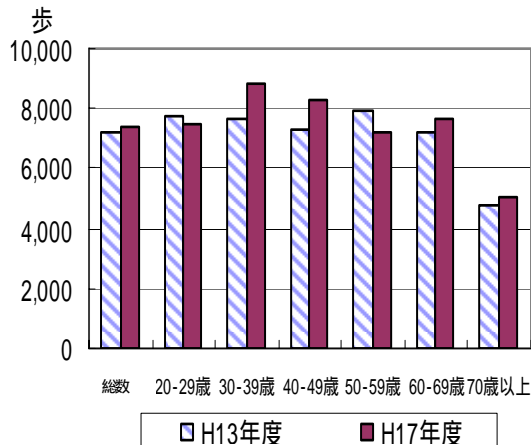
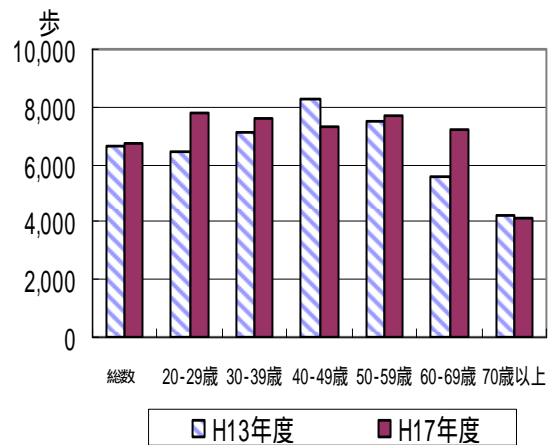


図19-2 1日の平均歩行数（女）



資料：平成13年度県民健康度調査、平成17年度青森県県民健康・栄養調査

喫煙の状況

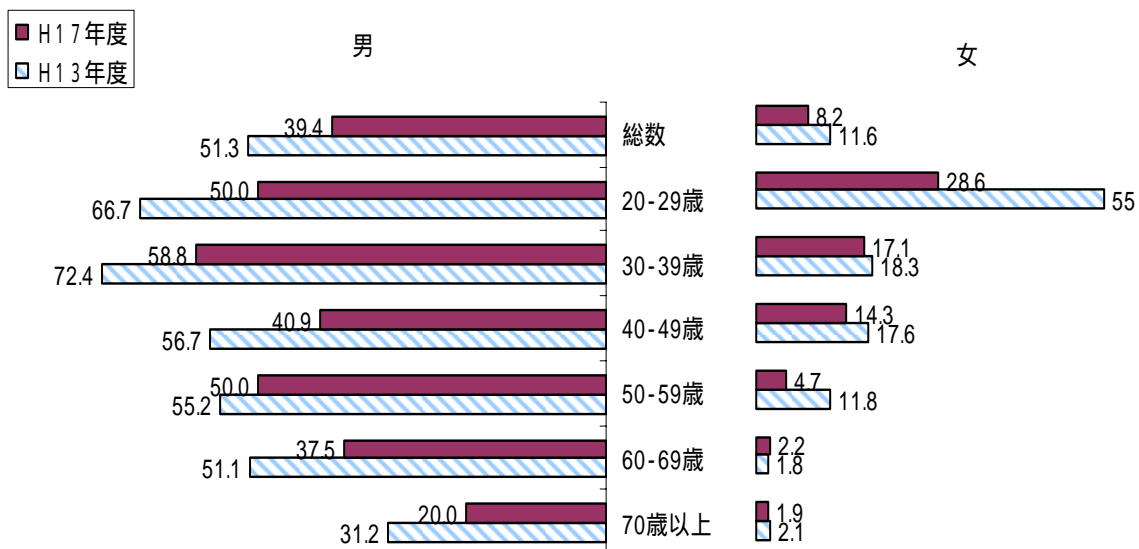
喫煙習慣がある人の割合は、平成17年度で男性が39.4%、女性が8.2%となっています。平成13年度に比べ、男女とも低くなっています。（図20参照）

受動喫煙防止対策の状況は、効果的な受動喫煙防止対策を行っていた公共の場及び職場は68.2%となっており、施設別では、官公庁は45.3%、学校は91.3%、保育施設は90.6%、医療機関は70.6%、事業所は24.5%となっています。（図21参照）

<参考：効果的な受動喫煙防止対策>

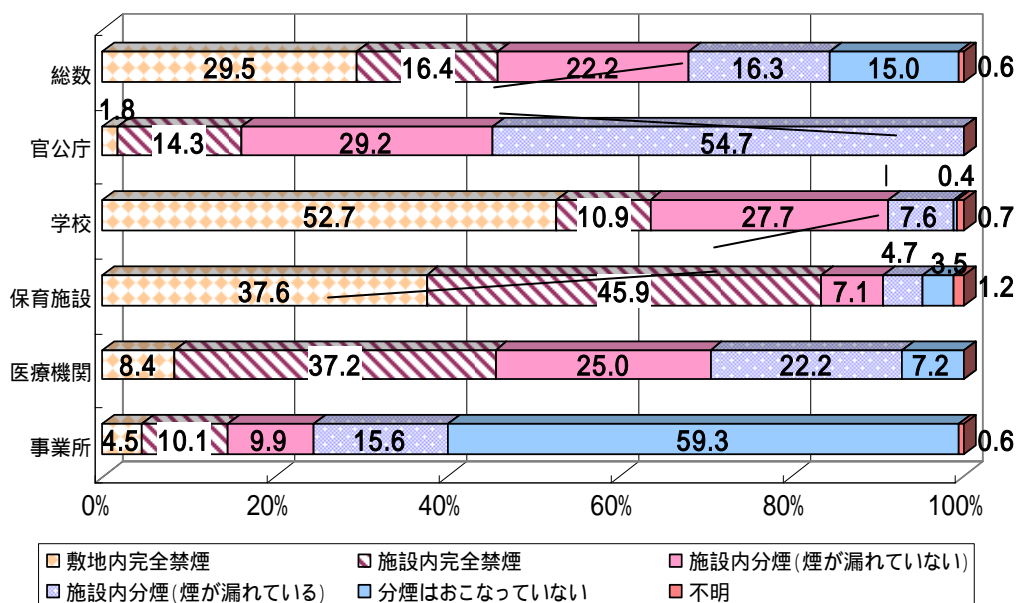
敷地内禁煙、施設内禁煙及び煙が漏れない状態の分煙のことです。

図20 喫煙習慣のある人の割合



資料：平成13年度県民健康度調査、平成17年度青森県県民健康・栄養調査

図2 1 施設別・禁煙・効果の高い分煙の割合



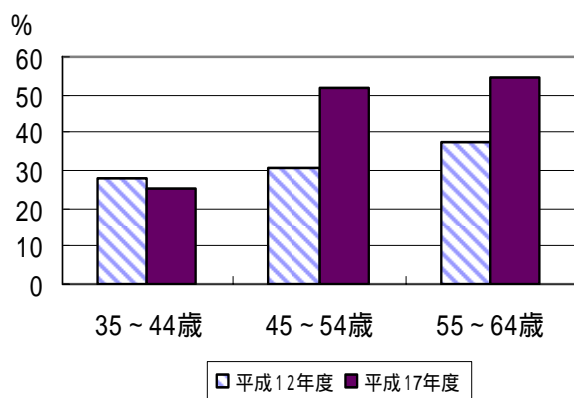
資料：平成17年度公共の場及び職場等の喫煙対策調査

歯の健康の状況

進行した歯周炎を有する人の割合は、平成17年度で35～44歳が25.0%、45～54歳が51.9%、55～64歳が54.4%となっています。(図2 2参照)

75～84歳の20歯以上の自分の歯を有する人の割合は、平成17年度で7.7%となっており、平成17年の全国平均24.1%を大きく下回っています。(図2 3参照)

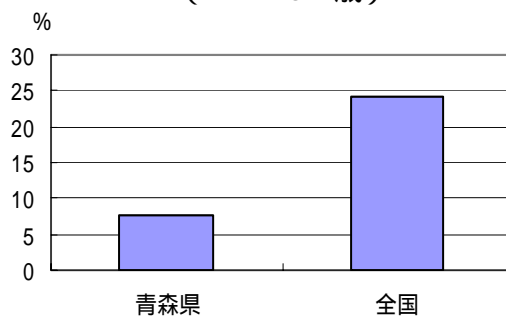
図2 2 進行した歯周炎を有する人の割合



資料：平成12年度青森県歯科疾患実態調査

平成17年度青森県民健康・栄養調査(歯科疾患実態調査)

図2 3 20歯以上自分の歯を有する人の割合(74～84歳)



資料：平成17年度青森県民健康・栄養調査(歯科疾患実態調査)

平成17年度歯科疾患実態調査

(6) 将来予測

高齢者人口の推移

本県における人口の推移は、次のとおりと予測されます。

人口は、平成47年には平成17年(1,437千人)の7割程度(1,051千人)まで減少が見込まれます。

また、高齢者人口は当面増加を続け、平成37年頃をピークに減少に転じますが、後期高齢者は比率、実数とも平成47年まで増加が見込まれます。(表6参照)

表6 将来推計人口

(単位：千人)

区 分	平成17年 (2005)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)	平成47年 (2035)
総人口 (A)	1,437	1,330	1,196	1,051
40～64歳人口(第2号被保険者)	507	453	390	338
高齢者人口(65歳～) (B)	327	392	418	402
前期高齢者人口(65～74歳) (C)	181	191	180	150
後期高齢者人口(75歳～) (D)	146	201	238	252
高齢化率 (B)/(A)	22.7%	29.5%	34.9%	38.2%
後期高齢者割合 (D)/(A)	10.2%	15.1%	19.9%	24.0%
高齢者のうち 後期高齢者の割合 (D)/(B)	44.7%	51.3%	57.0%	62.7%
全国平均高齢化率	20.2%	26.9%	30.5%	33.7%

医療費の将来予測

本県の総医療費を厚生労働省が示したフリーソフトで算定すると、現状のまま高齢化が進展するとした場合、平成18年度の約3,806億円が平成24年度には約4,347億円へと、約541億円増加する見込みとなっています。(表7参照)

表7 医療費の将来予測

(単位：千円)

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
計	380,641,743	389,957,006	396,124,000	404,068,677	414,835,846	424,682,237	434,790,477
入院	156,171,631	159,404,750	161,385,852	164,605,510	168,621,186	172,192,367	175,880,699
入院外	200,898,579	206,782,757	211,084,961	215,812,861	222,484,449	228,695,618	235,061,131
歯科	23,571,532	23,769,498	23,653,187	23,650,307	23,730,212	23,794,252	23,848,647

(厚生労働省のフリーソフトで算定)

2 課題

(1) 生活習慣病の予防

基本健診の結果をみると、本県は全国を上回って要医療の出現率が高くなっています。国保の医療費の状況からは、高齢になるほど循環器系の疾患に罹患する方が増えており、今後、高齢者特に後期高齢者が増加する傾向にあると予測されることから、生活習慣病の予防が大きな課題となります。

(2) 療養病床の再編成

平均在院日数が全国平均を上回っていますが、特に介護療養病床と一般病床にその傾向が強く、医療療養病床に入院している患者のうち、医療区分1の患者の割合が約4割となっています。

このため、介護の需要が高い患者に対し、医療を確保しつつ、介護需要を満たすことが課題となっています。

第3章 目標と取組み

1 基本的な方向性

医療費の適正化は、単に医療費を抑制することではなく、県民の生活の質を確保・向上する中で医療の効果的な提供を目指すことが大切です。

高齢期を生き生きと健康で暮らすためには、学童期、青年期、壮年期から、生活習慣病にならないよう健康の保持増進に努め、高齢者になっても健康寿命の延伸に努め、疾患の発症が避けられないものであっても発症時期をできるだけ遅らせる取組みが求められるところです。

これらを踏まえながら、医療費適正化のための取組みは、医療の質を確保しつつ、生活習慣病の予防や重症化予防、切れ目のない医療提供体制や療養病床再編成などにより効率的、効果的に適切に行われることが大切です。

(1) 生活習慣病の予防と生活の質の維持及び向上

生活習慣病は、不健康な生活習慣（不適切な食生活、運動不足、喫煙、ストレス過剰など）の積み重ねによって発症するため、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者及びその予備群を減らすことが、生活習慣病の予防に効果的です。

このためには、健康的な日常生活を送ることにより、健康を増進し、生活の質の向上を図り、個人レベル、地域レベル、県レベルそれぞれの段階での健康づくりの取組みが重要です。

また、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者が、年々増加することが見込まれています。

高齢者が生き生きとした生活を長く継続するためには、保健医療面での取組みにとどまらず、社会参加や就業の継続などにも配慮して、できるだけ介護が必要にならないような取組みを進めることも重要です。

県民の健康づくりを進め、生活習慣病の予防に努めるとともに、健康診査や保健指導を通じて生活習慣病の早期発見、早期治療に努め、患者やその予備群の減少を図ります。

(2) 安全、安心で質の高い医療や介護が受けられる体制づくり

県民が安心して適切な医療サービスを受けることができるためには、保健、医療、福祉のそれぞれの機能及び役割を明確にし、健康づくりから疾病の予防、治療、リハビリテーション、在宅ケアに至るまでの一貫した保健医療サービスを提供する体制の確立や、保健・医療・福祉の情報の提供を通じ、県民が適切に医療や介護サービスを楽しむことができるよう、医療の必要性の観点から病床の再編成を行うこととし、一部医療療養病床を需要の高い介護保険施設等に転換するなど、急性期から慢性期を経て在宅に至るまでの質の高い効率的な医療や介護サービスの提供体制の整備に努めます。

2 目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標

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68%が特定健康診査を受診することを目指します。

保険者の種別	目標値
市町村国民健康保険	65%
政府管掌健康保険、国民健康保険組合	70%
健康保険組合、共済組合	80% ただし、40歳以上の加入者に占める被扶養者の割合が0.25を超える保険者にとっては、 $[0.85 - 0.2 \times \text{被扶養者の割合}]$ により得た値とする。

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%が特定保健指導を受けることを目指します。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

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%減少することを目指します。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

療養病床の転換

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。)の病床数が平成24年度末において1,455床となることを目指します。

なお、療養病床の再編成は、「青森県地域ケア体制整備構想」に基づき、介護保険施設等への転換や在宅ケアの推進など、医療と介護が適切に受けられる体制を整備することとします。

-----<参考> 青森県地域ケア体制整備構想における療養病床転換推進計画 -----

1 作成の趣旨

平成19年4月1日現在の療養病床について、介護療養病床が平成23年度末をもって廃止されること及び平成19年度に策定する「青森県医療費適正化計画(仮称)」(計画期間:平成20~24年度)における療養病床の病床数に関する数値目標を達成することを前提として、平成19年度から平成23年度までの間における療養病床の転換過程を明らかにするため、療養病床転換推進計画を作成します。

2 転換計画作成に当たっての留意点

(1) 医療療養病床について

平成19年4月1日時点で現に存する医療療養病床については、青森県医療費適正化計画（仮称）に定める平成24年度末の療養病床の病床数に関する数値目標を達成するため、介護保険施設等へ転換した数が年度ごとに段階的に増加するよう設定しています。

介護保険施設等への転換の時期及び転換先につき意向を明らかにした医療療養病床についてはその意向を踏まえて、その転換の時期及び転換先となる施設種別を計画に盛り込んでいます。

青森県医療費適正化計画（仮称）に定める平成24年度末の療養病床の病床数に関する数値目標については、以下の厚生労働省の参酌標準をベースとしつつ、地域特性を加味しながら、県民の医療を確保するために必要な療養病床を確保します。

医療療養病床数の目標設定の考え方

医療療養病床の目標は、「青森県医療費適正化計画（仮称）」の中で設定します。これは、医療費適正化計画の策定指針として厚生労働省が示した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）」に基づき、設定するものです。

厚生労働省の参酌標準の概要

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = とにより設定します。

ア 各都道府県における医療療養病床数の基数値 $a - b + c$

a	医療保険適用の療養病床（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「医療療養病床」という。）の現状の数（平成18年10月）
b	医療療養病床から介護保険施設等へ転換又は削減する見込み数 （医療区分1）+（医療区分2）×3割
c	介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数 （医療区分3）+（医療区分2）×7割

青森県の医療療養病床数の基数値

$(1,977) - (791 + 947 \times 0.3) + (48 + 241 \times 0.7) = 1,119$ 床

イ 都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率や地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し設定。

本県独自の考え方

上記イの勘案事項のうち、後期高齢者の人口の伸び率については、アで算出した医療療養病床の基数値を5歳刻みの年齢階層に分け、各階層ごとの高齢者の人口の伸び率を加味するものです。

	H18-19 伸び率	H19-24 伸び率	
・65歳～74歳	231床 × 1.048	× 0.950	= 230床
・75歳～79歳	184床 × 1.048	× 1.145	= 220床
・80歳～84歳	253床 × 1.048	× 1.302	= 345床
・85歳～89歳	232床 × 1.048	× 1.364	= 332床
・90歳以上	219床 × 1.048	× 1.364	= 313床
合計	1,119床		1,440床

また、地域特性としては、療養病床の少ない下北圏域について、現在の病床数を確保するために、上記計算によって出された数値に、下北圏域の現状の病床数との差（15床）を上乗せするものです。

医療療養病床の目標数値

$1,440$ 床 + 15 床（下北圏域上乗せ分） = $1,455$ 床

(2) 介護療養病床について

平成19年4月1日時点で現に存する介護療養病床については、医療療養病床への転換分については青森県医療費適正化計画（仮称）に定める平成24年度末の療養病床の病床数に関する数値目標が達成されること。

平成23年度末をもって介護療養病床が廃止されることを前提に、介護保険施設等へ転換した数が年度ごとに段階的に増加するよう設定しています。

介護保険施設等への転換の時期及び転換先につき意向を明らかにした介護療養病床については、その意向に従って、その転換の時期及び転換先となる施設種別を転換推進計画に盛り込んでいます。

(3) 一般病床・精神病床からの転換の取扱いについて

転換推進計画は、平成19年4月1日時点で現に存する療養病床を対象にするものであり、一般病床及び精神病床（介護療養型医療施設である精神病床を含む。）から老人保健施設等へ転換する分については、転換推進計画には盛り込んでいません。

(4) 療養病床転換推進計画の見直しについて

医療・介護の報酬単価の今後の動向が不透明であり、中・長期的な経営の見通しの立たない中での転換意向調査であったため、平成21年度から始まる第4期介護保険事業支援計画の作成に当たっては、平成20年度に再度アンケート調査の実施が予定されています。

平成20年度のアンケート調査において、医療機関の転換意向を再度把握し、必要に応じ、療養病床の転換推進計画についても見直しを行います。

平均在院日数の短縮

平均在院日数が平成24年度末において31.7日となることを目指します。

<算式>

$$\begin{aligned} & \text{青森県の平均在院日数} - (\text{青森県の平均在院日数} - \text{長野県の平均在院日数}) \times 1/3 \\ & 35.1日 - (35.1日 - 25.0日) \times 1/3 \\ & = 31.7日 \end{aligned}$$

3 目標達成に向けた施策

(1) 県民の健康の保持の推進

特定健康診査及び特定保健指導の推進

保険者が特定健康診査等実施計画に基づき実施する特定健康診査及び特定保健指導の取組みが、効率的かつ効果的に実施されるよう、以下の支援を行います。

ア 集合的な契約の活用の推進

特定健康診査・特定保健指導を多くの被保険者及び被扶養者が受けられるようにするための継続的な体制を効率的に整備できるよう、複数の保険者と複数の健診・保健指導機関間での集合的な契約の枠組みの活用を支援します。

イ 健診・保健指導実施機関の健全な育成

委託先の機関が委託基準を遵守しているか否かの判断及び基準を満たさない機関の評価や登録末梢等の判断に関し、青森県保険者協議会を支援します。

ウ 青森県保険者協議会の活動の推進

県内の保険者等が連携・協力して被保険者の健康の保持、増進を図り、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に活動されている青森県保険者協議会の円滑な運営を支援するとともに、同協議会の事務局である青森県国民健康保険団体連合会の活動に対して助言や支援を行います。

エ 保険者における健診結果データ等の活用の推進

健診データ等の有効な活用、それを用いた効果的な保健指導の推進について、保険者及び後期高齢者医療広域連合に対し、助言や支援を行います。

「健康あおもり21」の推進

少子・高齢社会を迎え、すべての県民が健康で明るく元気に生活できる社会を実現するため、壮年期死亡の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康寿命）の延伸を図ることを目的として、生活習慣の改善に関する具体的な目標を設定し、総合的な県民の健康づくり運動として推進していくために、平成13年1月に「健康あおもり21」を策定し推進してきました。

「健康あおもり21」は、平成18年度に、中間評価として計画全体の進行と達成状況の評価を行い、各領域の指標及び目標値の見直しを行いました。

また、平成20年4月から保険者に糖尿病等の予防に着目した特定健康診査・特定保健指導の計画的な実施が義務づけられたことから、平成19年度に、目標値及び行動目標の追加と見直しを行い、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病についての正しい知識の普及に努め、栄養改善の視点だけでなく、次のような運動、禁煙など生活習慣の改善を通じた一次予防を推進します。

ア 肥満予防対策

- ・ 学齢期の食に関する教育・指導の充実に努めます。
- ・ すべての世代が気軽に運動に取り組むために、環境の整備に努めます。
- ・ 幼児、成人のむし歯や歯周疾患の予防対策を推進します。

イ 喫煙防止対策

- ・ 禁煙・防煙・分煙を推進するための普及啓発を図り、禁煙したい人に対するサポート体制の充実に努めます。
- ・ 未成年者のたばこ入手を規制します。
- ・ 公共の場及び職場における禁煙・効果の高い分煙を推進します。

その他

国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合を中心として、以下の取組みを支援します。

診療報酬明細書の審査及び点検の充実

医療費通知の充実

重複・頻回受診及び長期療養者等に対する被保険者指導の適正な実施

被保険者の健康づくりを中心とした保健事業の推進

(2) 医療の効率的な提供の推進

「青森県保健医療計画」の推進

本県においては医療従事者の核である医師の不足によって、特に自治体病院に集約的に影響が及んでいますが、地域において中核的な役割を担ってきた病院から医師が離脱し、地域医療の確保が問題になっているのは、大都市圏を含めて共通の現象です。

特に、救急医療を含む急性期の医療を担う病院は、医療従事者への負担が大きく、質・量ともに数多くの医療従事者を必要としますが、軽症や慢性疾患の患者が受療することも多く、過大な負担が発生しているため、現状のままでは医療に持続可能性があるのか疑問が投げかけられるようになっていきます。

このため、医療体制については、県民の安全・安心と医療従事者の安全・安心の双方を考えていくことが重要になっており、患者の紹介にとどまらない医療機関の役割分担・連携・協力を拡げ、深めていくことが今まで以上に大切になってきています。

すべての病院が急性期を担う病院であることはあり得ず、急性期病院に医療従事者を数多く確保しながら、圏域の医療資源の状況に応じて亜急性期・回復期を担う病院の必要度や役割分担を明確にして、両者の連携や一体的運営によって圏域全体の医療を持続可能なものにしていくことが強く求められるところです。

医療機関選択の自由性（フリーアクセス）は、国民皆保険制度と並んで日本の医療制度の優れた点とされていますが、これを守っていくためにも、はじめから大きな病院で診療を受けようとするのではなく、かかりつけ医の下で総合的な初期診療（プライマリ・ケア）を受けたあと、医師の医学的判断の下に急性期を担う病院や亜急性期・回復期を担う病院で受診するという適切な受療行動が望まれます。

また、今後、人口層の多いいわゆる「団塊の世代」が高齢者層に加わっていきますが、高齢者は医療ニーズと介護ニーズが相対的に高いという特性があります。その一方で、医師をはじめとする医療従事者は容易には増加しないことが想定され、安全で質の高い医療を確保していくためには、医療と介護等の福祉を上手に連結し、病院が医療必要度の高い方へのサービスを提供していく本来の役割を果たしていけるようにすることが益々重要になっていきます。

ア 地域連携パスの定着

現在、医療の高度専門化や機能分化の進展等により、がんや脳卒中、心臓病などの主要疾病に罹患した場合、一つの病院では治療が完結せず、在宅復帰するまでには複数の医療機関や介護関係施設、市町村などが関わっています。また、より一層、利用者の視点が重視され、回復に必要な機能を有する医療機関を利用者が選択し活用する方向へとシフトしてきています。

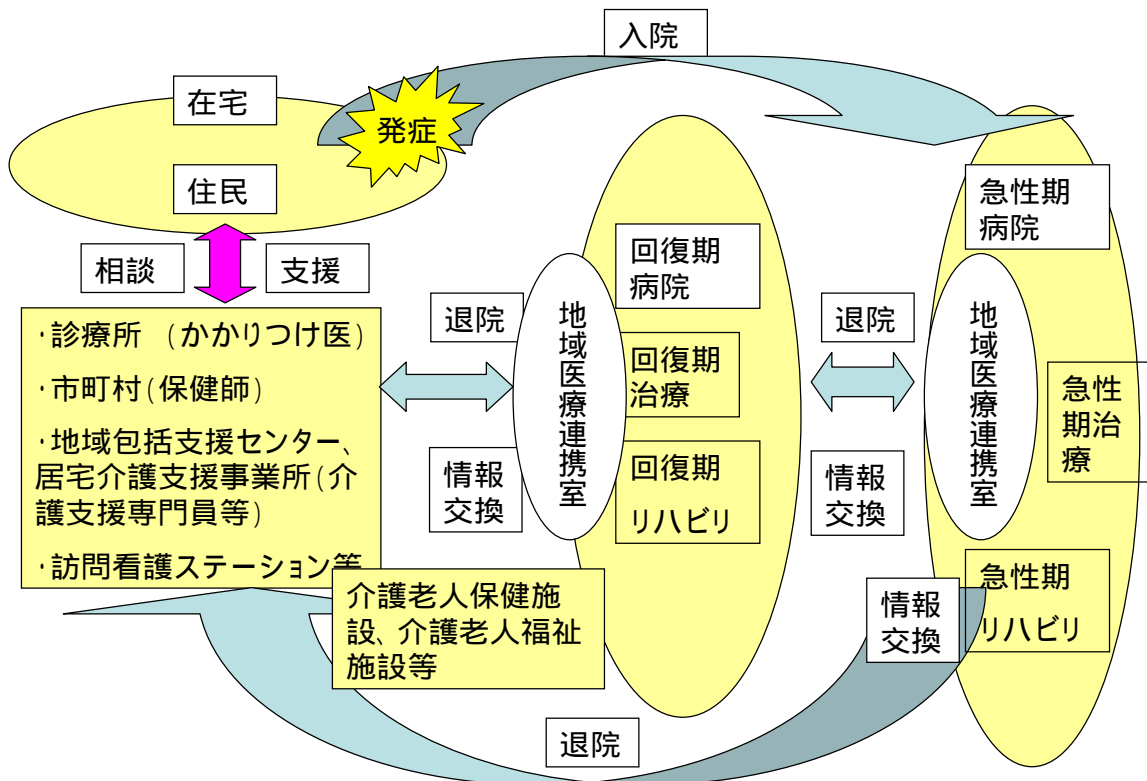
このような社会環境の変化に柔軟に対応し、円滑に住み慣れた地域に復帰するためには、医療サービスをはじめとする地域資源に関する情報提供の推進と有効活用の促進、効率的で質の高いサービス提供、円滑で安心できる連携活動の推進等により、保健・医療・福祉（介護）サービスが連動して、切れ目のないサービスを提供する仕組みづくりが必要です。

このため、保健・医療・福祉の切れ目のないサービス提供によって、医療機関の利用者が安心して日常生活に復帰できるようにするため、二次保健医療圏における疾病別ネットワークの形成を支援し、地域連携パスの活用の促進と定着を推進します。

<参考：地域連携パス（path：道筋）>

地域連携パスとは、急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させるものです。医療機関の利用者にとっては、回復していく過程に沿って、回復に必要な機能をもった病院や診療所、施設などを上手に使っていく道標でもあります。

また、保健・医療・福祉のサービス提供者にとっては、サービスの質の向上や連続性の確保、リスク管理、情報提供推進等に活用できます。



イ 公立病院等の役割の検証と再編成の推進

国公立や日本赤十字社等の病院は、地域医療や高度・特殊医療に長年にわたって大きな役割を担ってきました。

しかし、国立大学や国立病院等の独立行政法人化に伴い、これらの病院には効率化が強く求められるようになっており、自治体病院についても地方財政の健全化が求められる中、真に自治体が担うべき医療機関であるのか等について検証と改革が必要になっています。

国立病院や公的病院が果たすべき役割は重く、これを担っていくためには、困難ではあっても良質の医療の提供・人材育成と経営の両立が求められます。

特に、深刻化する医師不足の中、自治体病院にあっては、自治体病院間のみならず、国立等の病院や民間病院との役割分担と連携を深めていくことが、本県の医療の持続可能性を維持・向上させていく上で必要不可欠となっているところであり、そのためには県民の理解と協力が欠かせません。

本県の自治体病院の多くは医師不足や経営悪化という大きな課題を抱えています。

これまで、それぞれの病院が初期医療から高度・専門医療までを提供できる施設完結型の病院を目指してきた傾向にありますが、医師確保が困難で経営が厳しい中で、ひとつの病院で医療が完結することは困難です。このような状況を踏まえ、地域医療体制を効率的に整備していくためには、それぞれの病院が機能を分担し、自治体病院の枠組みを超えて、広域的に地域医療を支えていくことを検討する必要があります。

県では、平成11年12月に「青森県自治体病院機能再編成指針」を策定し、各自治体が自治体病院の機能再編成に取り組みやすい環境を整備しました。これを受けて二次保健医療圏ごとに自治体病院機能再編成計画の策定と策定された再編成計画の実現に向けた取組みが進められていますが、一層の推進が求められています。

このため、国立等の病院、県立病院、その他公的病院等は、それぞれに求められる役割を十分に発揮し、民間病院や一般診療所と連携しながら、県民が安心して受けられる医療を提供していきます。

また、医療資源が少ない本県において、医師確保対策の強力な取組みが求められており、本県では平成17年11月に策定した「医師確保のためのグランドデザイン」に基づき、総合的に施策を講じています。医師を目指す高校生への職業ガイダンス、修学資金の貸与による経済支援、県内勤務の魅力を高める海外医療機関との連携等幅広く施策を展開しており、国の「新医師確保総合対策」(平成18年8月)における、平成20年度からの弘前大学医学部医学科の入学定員10名増にも対応し、できる限り多くの医学生を本県に定着させることを目指しています。

これらと併せ、地域医療に重要な役割を果たしている自治体病院機能再編成の推進は、医師の勤務環境の改善や地域ぐるみで医師の成長を助けていく、いわば「良医を育む」地域医療連携システムの構築として医師確保の観点からも積極的に取り組むことが求められ、医師にとっても県民にとっても安心できる地域医療提供体制の構築を進めることとしています。

ウ 施設間の機能分担とより緊密な連携の推進

医療がより高度化、専門化する一方で、長期の療養を要する慢性疾患患者が増加するなど、医療を取り巻く環境が変化する中で、地域住民がそれぞれの病状に応じてより適切な医療サービスを受けられるようにする必要があります。

このため、かかりつけ医と地域の中核病院などの間で患者の紹介・逆紹介などの取組みやサービスを繋いで地域の関係者との連携などを推進するため全国的に病院における地域医療連携室の整備が進められており、本県においても多くの医療機関において整備されています。(表8参照)

また、発病後に必要かつ十分な医療を行った後、短い入院期間で退院し、外来通院医療や在宅医療を受けながら自宅において日常生活に戻れるような流れをつくることは、「患者の生活の質(QOL)」の向上の観点からも重要なことです。

このため、本県では、地域連携パスなど、施設間の機能分担とより緊密な連携を築く取組みをより一層推進します。

地域医療連携室の役割

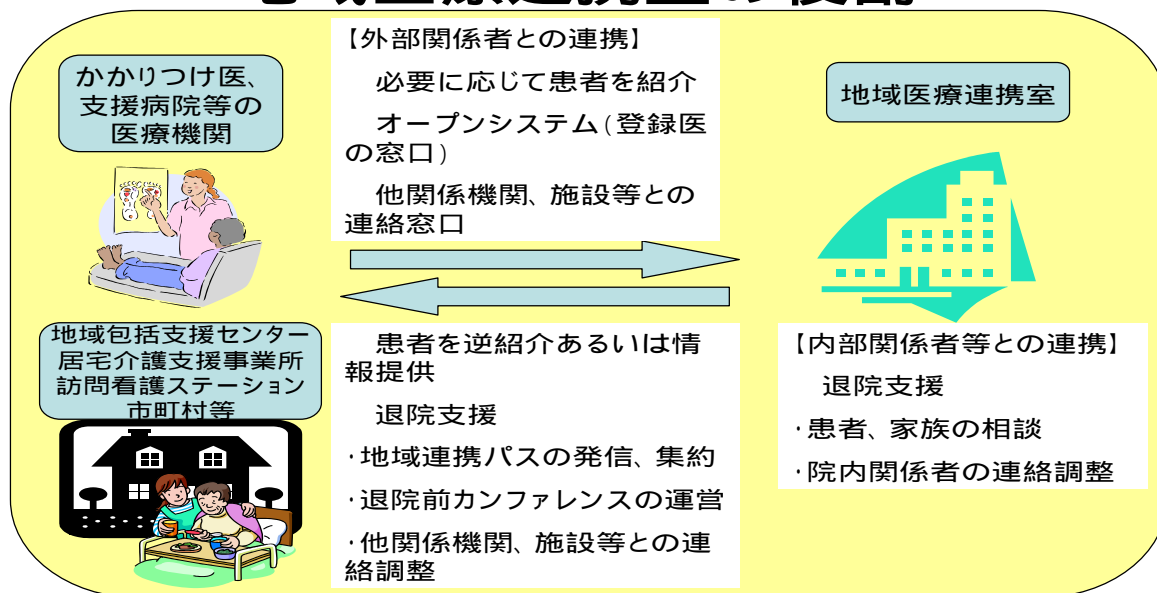


表8 各地域における病院の患者受入体制の状況

区 分	青 森 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	西北五 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	計	回答病院に 占める割合
地域医療連携室を設置して患者受入を行っている病院	7	8	15	3	2	2	37	34.3%
地域医療連携室を設置していないが、患者受入体制は整備している病院	12	16	12	7	8	1	56	51.9%

資料：平成18年度青森県医療機能調査

エ 医療を受ける者に対する必要な医療機能情報提供の推進

県のホームページで公開している「あおり病院・診療所ネットガイド」によって県民に提供している医療機能情報について、医療機能情報提供制度に基づき、さらに多くの医療機能情報（一定の検索機能を有する）を、平成20年度中に公表します。

インターネットを使用できない環境にある住民・患者についても医療機能情報を確認できるよう、県医療薬務課及び県保健所において紙媒体等により閲覧できるようにします。

<参考：あおり病院・診療所ネットガイド>

県内の医療機関に関する基礎情報をインターネット上に掲載し、県民に情報提供を図るシステム。

<参考：医療機能情報提供制度>

医療機関等の管理者に対し医療機能に関する一定の情報を都道府県へ報告することを義務づけ、都道府県は報告を受けた一定の情報を比較可能な形に整理し、インターネットなどにより、住民・患者が利用しやすい形で提供する制度。

提供される情報の内容は、診療科目等の基本情報から疾患ごとの手術件数、差額ベッド代等の費用まで幅広いものとなっています。

「青森県地域ケア体制整備構想」の推進

「療養病床転換推進計画」をはじめ本構想を推進するため、以下の支援を行います。

ア 相談体制の構築

療養病床の転換は、基本的には各医療機関の判断により実施されるものです。

県では、各医療機関が適切な判断を行い、円滑に転換できるよう、転換支援策や地域情報の提供を行うとともに、転換に関する相談に対応するための相談支援体制を整備します。

イ 入院患者等への支援

県では、入院患者やその家族等の不安等を解消するため、市町村や地域包括支援センター等との連携を図り、入院患者等への相談支援等を行っていきます。

ウ 施設整備に関する助成

県や市町村では、相談体制の構築のほか、国の助成金や交付金制度の活用等により、療養病床を有する医療機関がスムーズに介護保険施設等へ転換できるよう支援を図ります。

医療療養病床からの転換については、県が受付窓口となり、医療機関の転換ニーズを踏まえながら、また、介護療養病床からの転換については、市町村が受付窓口となり、交付金全体に係る市町村ニーズを踏まえながら、介護老人保健施設等への転換整備のための費用を予算の範囲内で助成します。

4 医療費の見通し

目標達成に伴う本県の医療費見通しは、平成24年度で約4,213億円となり、当初見込の約4,347億円に比べ134億円減少する見通しです。(表9参照)

表9 目標達成に伴う青森県の医療費見通し

(単位：千円)

区分	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
計	380,641,743	389,957,006	396,124,000	401,223,990	408,786,819	415,110,170	421,332,068
入院	156,171,631	159,404,750	161,385,852	161,760,822	162,572,158	162,620,300	162,422,290
入院外	200,898,579	206,782,757	211,084,961	215,812,861	222,484,449	228,695,618	235,061,131
歯科	23,571,532	23,769,498	23,653,187	23,650,307	23,730,212	23,794,252	23,848,647

(厚生労働省のフリーソフトで算定：数値は平均在院日数で変化する。)

第4章 計画の推進体制と役割

1 推進体制と役割

「青森県医療費適正化計画」は、県民の健康の保持の推進と、医療の効率的な提供の推進を主な目的とする計画であり、「健康あおもり21」、「青森県保健医療計画」及び「青森県介護保険事業支援計画（「青森県地域ケア体制整備構想」）」と密接に関連しているため、これらの計画の着実な推進を基本とします。

（1）県民

県民には、疾病予防のための健康な生活習慣への理解を深め、自らの健康管理に努めるとともに、地域医療体制についての理解を深め、症状や医療機関の役割分担に応じた適切な受診を心がけることを期待します。

（2）県

県は、本計画を市町村、医療機関等の関係機関、保険者、後期高齢者医療広域連合へ周知し、関係機関がそれぞれの立場で計画に沿って、行動できるよう調整などを行います。

生活習慣病予防対策においては、市町村を中心とした健康づくりと保険者による特定健康診査・特定保健指導を併せた形での住民の健康づくりへの支援と助言を行います。

「青森県保健医療計画」に記載されている、質の高い保健・医療・福祉サービス提供のための取組みを推進します。

療養病床の再編においては、地域ケア体制の整備の将来ビジョンを示す役割を果たします。

（3）市町村

市町村には、保険者としての健診・保健指導及び住民に対する一般的な健康増進対策として、食生活・運動等に関する情報提供等普及啓発を総合的に行い、住民の健康づくりの推進に努めることを期待します。

（4）医療機関及び医療関係団体

医療機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の医療関係団体には、計画の内容を十分に理解し、会員への周知及びそれぞれの立場での計画の推進に期待します。

（5）保険者

保険者には、5年ごとに5年を一期として特定健康診査等実施計画を策定し、計画的に特定健康診査・特定保健指導を行うとともに、市町村等による一般的な健康増進対策と連携し生活習慣病予防の推進を図り、医療費の適正化を推進することを期待します。

（6）後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療広域連合には、75歳以上（65歳以上で一定の障害があると認定された方を含む）の後期高齢者の健康の保持増進のため、保健事業の推進に努めるとともに、被保険者の適正な受診等に対する啓発に努めることを期待します。

(7) 国民健康保険団体連合会

国民健康保険団体連合会には、市町村国民健康保険者に対する保健事業の援助や保険者協議会の事務局として各保険者間の連絡調整及び保険者に対する助言、支援を期待します。

2 計画の評価

(1) 計画の進行管理

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

(2) 評価

県は、高齢者の医療の確保に関する法律第 1 1 条により、平成 2 2 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。

計画の実績に関する評価については、高齢者の医療の確保に関する法律第 1 2 条により、計画の終期の平成 2 4 年度の翌年度の平成 2 5 年度に評価を行い、その結果を公表します。

青森県医療費適正化計画に係る懇話会における検討の経過等

1 検討組織

「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)」に基づき、青森県医療費適正化計画の策定に当たり、保健及び医療関係団体等関係者の意見を求めるため、「青森県医療費適正化計画に係る懇話会」を設置し、検討しました。

2 検討の経過

(1) 第1回懇話会(平成20年2月19日開催)

協議事項

医療制度改革における各計画等の概要と関係について
青森県医療費適正化計画試案について

主な意見等

- ・ 本計画に本県の事情を盛り込むべきである。
- ・ もっと明るく適正化できないか。長野県では就業している高齢者が多く、本県でも菜園をつくるとか就業について目標を立てられないか。
- ・ 高齢化して生活習慣を変えるのは難しいので、小学校の時から規則正しいしつけが不可欠である。
- ・ 平均在院日数短縮の受け皿やメタボ対策の参加者をどうみるかなど、緻密に考えるべき。
- ・ 本県の自治体病院について、国は一律的な論理で地方を牛耳ろうとして様々な矛盾が大きくなる。
- ・ 医療費は、それ程抑制できるものではない。長野県には高齢者が働ける場があり、経済力の差が大きい。
- ・ 計画や構想をつくっても、「対策」や「システム化」を書き込まないと計画のための計画となる。
- ・ 医療費をあまり使わないよう、個人レベル、地域レベル、県レベルで健康水準を下げないよう活動していくべき。
- ・ 平均在院日数の短縮について、長野県だけを取り上げるのではなく、上位5位と医療費の関係を検証すべき。本県の実情に合わせた方法を考えていただきたい。

(2) 第2回懇話会(平成20年3月19日開催)

協議事項

青森県医療費適正化計画(案)について
計画策定後の取扱いについて

主な意見等

- ・ 医療費の将来推計について、どのようなシミュレーションで算定したかを説明した方がよい。
- ・ 特定健康診査の実施率について、保険者の種別で目標設定が違うので、それぞれ記載し、トータルで68%と表記した方がよい。
- ・ 計画案中、「平均在院日数の短縮」、「入院期間の短縮」と記載しているが、医療を提供する立場からみれば、単純に、在院日数の短縮や入院期間の短縮が医療費の削減にはならない。

3 パブリック・コメント等

(1) パブリック・コメント

意見の提出はありませんでした。

(2) 市町村からの意見概要

特定健康診査の実施率について、市町村国保の加入者に係る平成24年度における目標値を国の参酌標準に基づき、当町国民健康保険においても65%としているが、県の医療費適正化計画では、県全体の目標値が68%となっており、数値上の乖離があるが、その説明はいかがすべきか。

青森県医療費適正化計画に係る懇話会設置要綱

(目的)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第9条の規定に基づき、青森県医療費適正化計画(以下「適正化計画」という。)の策定に当たり意見を求めるため、適正化計画に係る懇話会(以下「懇話会」という。)を設置するものである。

(所掌事務)

第2条 懇話会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 県内の医療費の現状分析に関する事項
- (2) 医療費適正化方策に関する事項
- (3) その他、適正化計画に関連する事項

(組織)

第3条 懇話会の委員は、次に掲げる者をもって構成し、青森県健康福祉部長が委嘱する。

- (1) 保健及び医療関係団体
- (2) 医療保険関係団体
- (3) 学識経験者
- (4) 医療を受ける立場の者

2 懇話会に座長1名を置き、委員の互選により選任する。

3 座長は、懇話会の会務を総理する。

4 座長に事故があるときは、委員の互選により、その代理する者を選任する。

(会議)

第4条 懇話会は、必要に応じて座長が招集する。

2 座長が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、説明又は意見を求めることができる。

(庶務)

第5条 懇話会の庶務は、青森県健康福祉部高齢福祉保険課において行う。

(委員の任期)

第6条 委員の任期は、平成20年3月31日までとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関して必要な事項は、座長が別に定める。

附則

1 この要綱は、平成20年1月18日から施行する。

2 この要綱の施行日以降最初に開かれる懇話会は、第4条第1項の規定にかかわらず青森県健康福祉部長が招集する。

青森県医療費適正化計画に係る懇話会委員名簿

区 分	団 体 名	役職名	氏 名
保健及び医療関係団体 (5名)	青森県医師会	副会長	村上 秀一
	青森県歯科医師会	副会長	松枝 恭俊
	青森県薬剤師会	理事	高坂 聡
	青森県看護協会	専務理事	若佐 サチ子
	青森県栄養士会	副会長	齋藤 長徳
医療保険関係団体 (3名)	青森県国民健康保険団体連合会	常務理事	寺田 義秋
	健康保険組合連合会青森連合会	青森銀行健康保険 組合常務理事	小泉 堯一
	青森社会保険事務局	保険課長	福井 隆昭
学識経験者 (3名)	全国自治体病院協議会青森県支部	支部長	松川 昌勝
	青森大学社会学部社会学科	教授	菅 勝彦
	筑波大学大学院人間総合科学研究科	教授	大久保 一郎
医療を受ける立場の者 (3名)	青森脳卒中者友の会連合会	事務局長	齋藤 正季
	日本糖尿病協会青森県支部	支部長	野坂 忠司
	NPO 法人あおもり男女共同参画をすすめる会	医療審議会委員 (公募委員)	堀内 美穂

計14名

発 行

青森県健康福祉部高齢福祉保険課

〒030 - 8570

青森県青森市長島1丁目1番1号

電 話 017 - 734 - 9320

F A X 017 - 734 - 8090

Eメール koreihoken@pref.aomori.lg.jp