

高齢者の医療の確保に関する法律  
第8条第1項の規定に基づき定める計画

平成20年9月

厚生労働省

# 目 次

第一	計画の位置付け	1
一	計画のねらい	1
二	計画の期間	1
第二	医療費を取り巻く現状と課題	2
一	医療費の動向	2
二	平均在院日数の状況	3
三	療養病床の状況	4
四	生活習慣病の有病者及び予備群の状況	5
第三	目標と取組	8
一	基本理念	8
1	国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	8
2	超高齢社会の到来に対応するものであること	8
二	医療費適正化に向けた目標	8
1	国民の健康の保持の推進に関する達成目標	9
2	医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	9
3	計画期間における医療に要する費用の見通し	10
三	目標を達成するために国が取り組むべき施策	11
1	国民の健康の保持の推進に関する施策	11
2	医療の効率的な提供の推進に関する施策	12
第四	計画の推進	14
一	関係者の連携及び協力による計画の推進	14
二	計画の達成状況の評価	14
1	進捗状況評価	14
2	実績評価	14

# 第一 計画の位置付け

## 一 計画のねらい

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た。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながらも、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの適正化が図られることを目指すものである。

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（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画に関する制度が創設された。

本計画は、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 8 条第 1 項の規定に基づき、国民の健康の保持及び医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項を定めるとともに、これらの目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的とするものである。

## 二 計画の期間

本計画の期間は、平成 20 年度から平成 24 年度までの 5 年間とする。

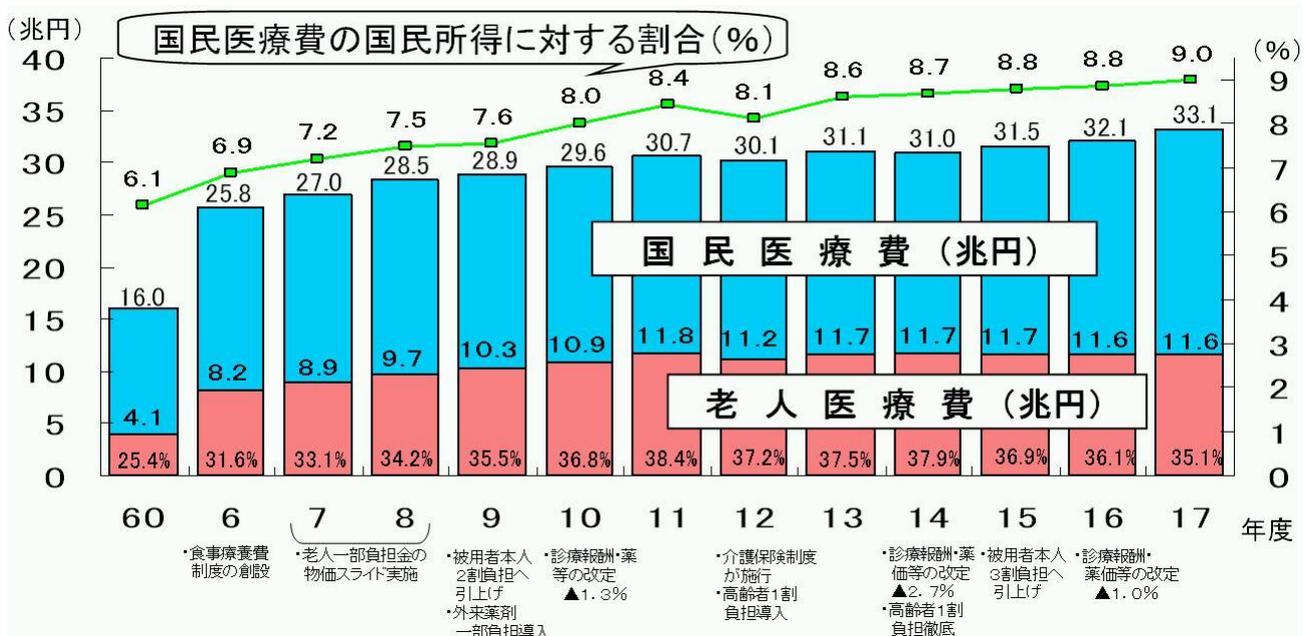
## 第二 医療費を取り巻く現状と課題

### 一 医療費の動向

平成17年度の国民医療費は33兆1,289億円となっており、前年度の32兆1,111億円に比べ1兆178億円、3.2%の増加となっている。

また、過去10年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、毎年度、国民所得の伸び率を上回っている。特に介護保険制度の導入により国民医療費の対象範囲が小さくなった平成12年度を除き、また、平成11年度及び13年度を除く各年度においては、患者の負担割合の増加や診療報酬のマイナス改定といった国民医療費の抑制につながる取組を行ってきたが、こうした取組がない年度においては、国民医療費は概ね年間1兆円（年率約3~4%）ずつ伸びる傾向にある。（図表1）

図表1：医療費の動向



図表2：国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	H 7	H 8	H 9	H 10	H 11	H 12	H 13	H 14	H 15	H16	H17
国民医療費	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2
老人医療費	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	1.6
国民所得	0.1	3.3	1.2	▲3.1	▲1.6	1.5	▲2.8	▲1.7	1.8	1.8	0.3

注1：国民所得は、内閣府発表の国民経済計算（2007年6月発表）による。

注2：老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成17年10月より73歳以上となっている。

また、老人医療費についてみると、平成11年度から平成17年度までほぼ横ばいの額となっているが、これは、平成12年度の介護保険制度の導入に伴い、老人医療費の一部が医療保険制度の対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から老人医療費の対象年齢が段階的に引き上げられていることに留意する必要があるとあり、実際の国民医療費の伸びの大部分は老人医療費の伸びによるものである。（図表2）

また、平成 17 年度の 1 人当たり国民医療費を見ると、75 歳以上では年間 81.9 万円、65 歳以上では年間 65.5 万円であるのに対し、65 歳未満では年間 15.9 万円となっており約 4 倍から 5 倍の開きがある。

さらに、今後は、高齢化の急速な進展に伴い、今後も老人医療費が国民医療費に占める割合は増加し、平成 37 年度においては半分程度を占めるようになると予想されている。

## 二 平均在院日数の状況

平均在院日数とは、病院に入院した患者の 1 回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方があるが、厚生労働省において実施している病院報告においては次の算式により算出することとされている。

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

平成 18 年病院報告によると、全病床では 34.7 日となっており、病床の種類ごとにみると、精神病床で 320.3 日、療養病床で 171.4 日、また一般病床では 19.2 日となっている。(図表 3)

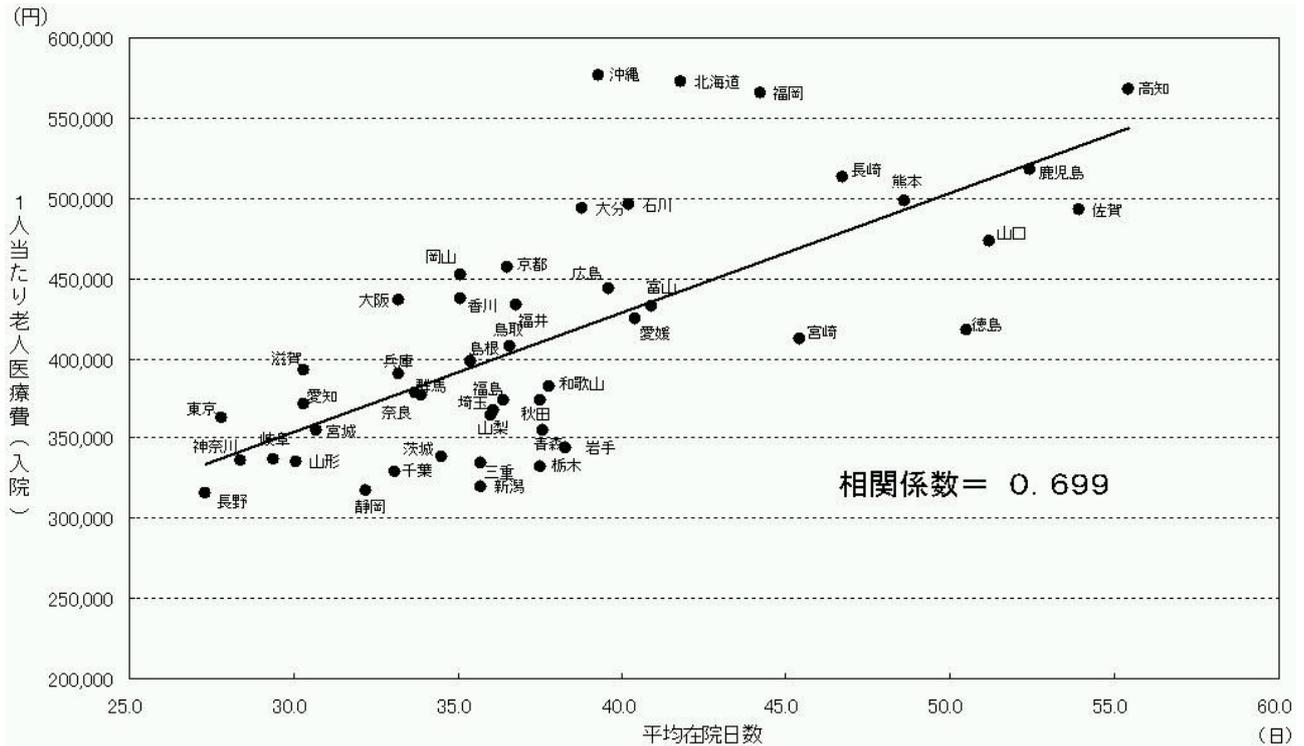
また、都道府県ごとの平均在院日数と 1 人当たり老人医療費(入院)の関係をみると、高い相関関係にある(図表 4)。

図表3：病床の種類別の平均在院日数（単位：日）

年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
平成 16 年 (2004)	36.3	338.0	10.5	78.1	172.6	20.2
平成 17 年 (2005)	35.7	327.2	9.8	71.9	172.8	19.8
平成 18 年 (2006)	34.7	320.3	9.2	70.5	171.4	19.2

資料：大臣官房統計情報部「平成 18 年病院報告」

図表4：平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



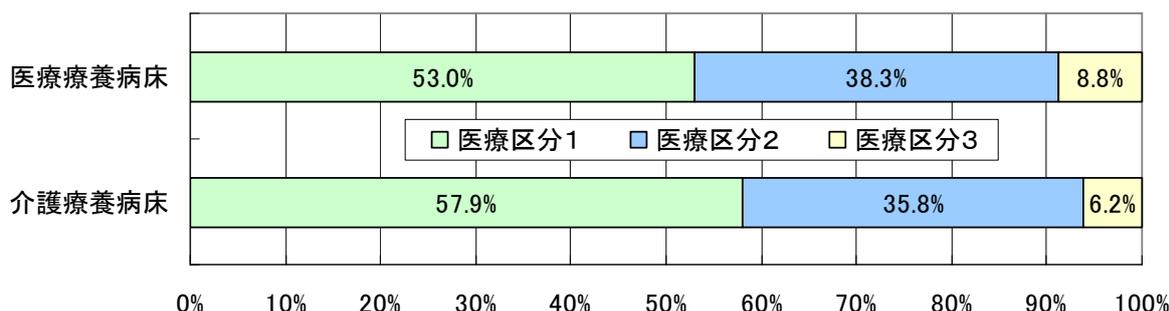
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成17年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（平成17年度）より作成

### 三 療養病床の状況

平成18年10月の病院報告等によると、主として長期にわたり療養を必要とする患者が入院するための病床である療養病床（医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。以下同じ。）のうち回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除いたものは、全国に約35.2万床あり、医療保険が適用される療養病床（以下「医療療養病床」という。）のうち、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除いたものが約23.4万床、介護保険が適用される療養病床（療養病床のうち、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第26項に規定する介護療養型医療施設の療養病床をいう。以下「介護療養病床」という。）が約11.8万床となっている。

医療療養病床・介護療養病床という区分けがあるものの、両者の入院患者の状況に大きな差は見られず、両者の役割分担が不明確であることから、患者の状態に即した機能分担を進める必要が生じている（図表5）。

図表5：療養病床入院患者の状況



資料：「平成17年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」

#### 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

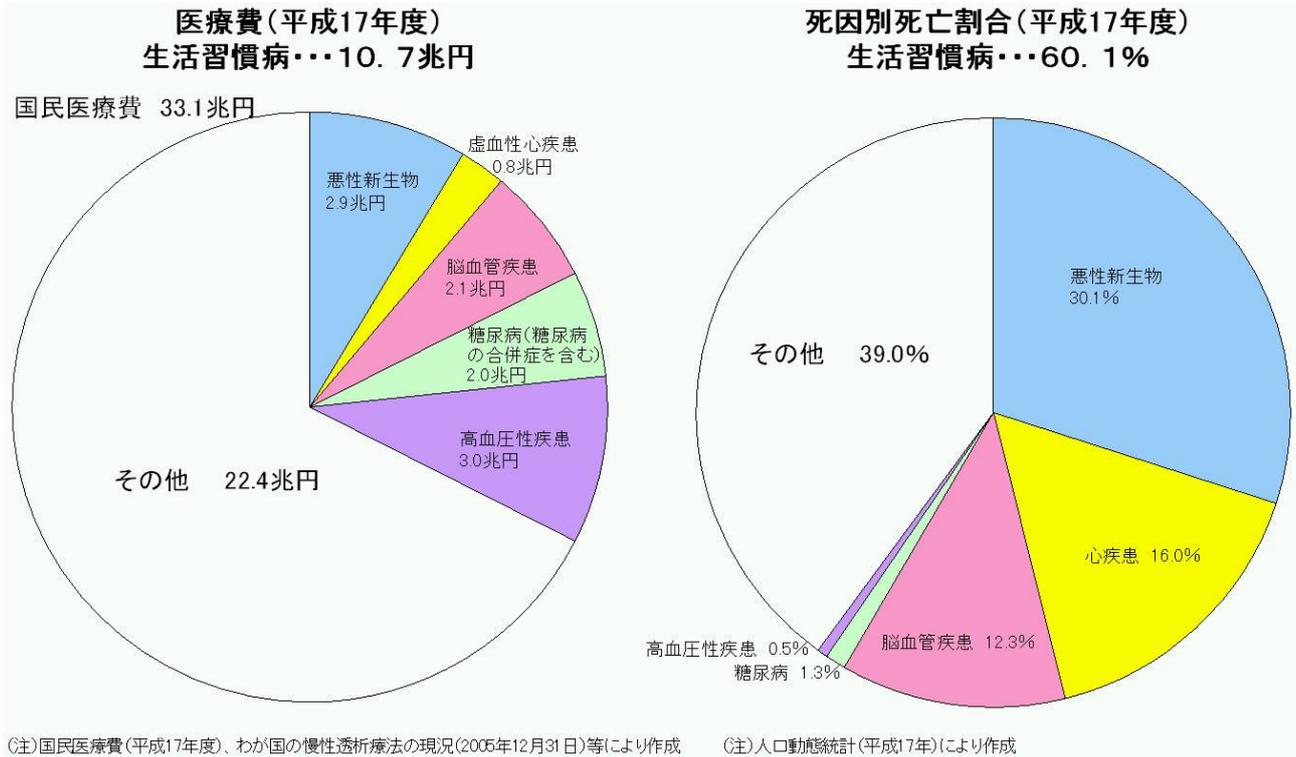
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加している。死因別死亡割合をみると、生活習慣病が約6割を占め、国民医療費に占める生活習慣病の割合が約3分の1となっている(図表6)。

また、生活習慣病の中でも、特に、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、40歳から74歳まででみると、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達している(図表7)。

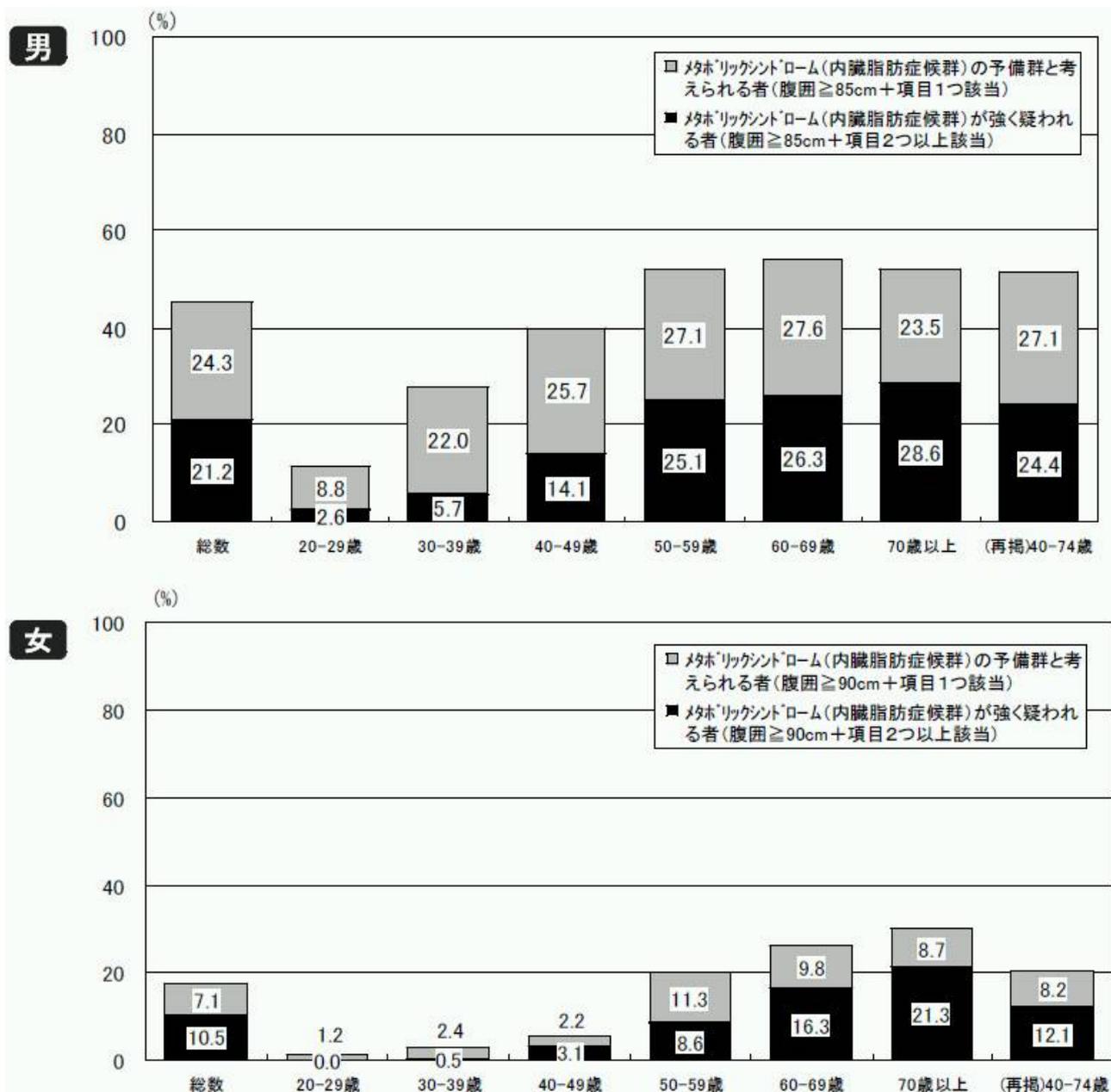
こうした状況を踏まえると、医療費適正化に向けた取組においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが重要である。

なお、生活習慣病としてがん(悪性新生物)も大きな比重を占めているが、がん対策については、別途、がん対策基本法(平成18年法律第98号)第9条第1項の規定に基づき策定された「がん対策推進基本計画」(平成19年6月15日閣議決定)に基づいて対策を進めていくこととしている。

図表6：医療費と死因（生活習慣病に分類される疾患）



図表7：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況（20歳以上）



資料：平成18年国民健康・栄養調査

# 第三 目標と取組

## 一 基本理念

### 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、国民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければならない。

### 2 超高齢社会の到来に対応するものであること

現在は約 1,300 万人と推計される 75 歳以上の人口は、平成 37 年には約 2,200 万人に近づくと推計されており、これに伴い現在、国民医療費の約 3 分の 1 を占める老人医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。

これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率が中長期にわたって徐々に下がっていくものでなければならない。

## 二 医療費適正化に向けた目標

国民の受療の実態をみると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に 75 歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、その結果、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

一方、平成 17 年度における一人当たり老人医療費をみると、一番低い長野県が年間約 67 万円、一番高い福岡県が約 102 万円となっており、1.5 倍の差がある。入院医療費がその差の大きな原因であり、そして、老人医療費のうち入院に占める割合は、平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している。

以上のことから、国民医療費の急増を抑えていくために重要な施策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。生活習慣病の発症を予防することができれば、通院しなければならない者が減少し、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院が必要となる者も結果として減少することとなる。もう一つは、入院期間の短縮対策である。これに関しては、急性期段階の入院と慢性期段階の入院とでは手段を別に考える必要があるが、第 1 期の計画期間においては、急性期段階では主に医療機関の機能分化・連携を進めることにより、また慢性期段階では主に療養病床のうち介護的なケアを主として必要とする高齢者が入院する病床を介護保険施設（介護保険法第 8 条第 22 項に規定する介護保険施設のうち、介護療養型医療施設を除いたものをいう。以下同じ。）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る。

こうした考え方に立ち、国が達成すべき目標を、それぞれ次の 1 及び 2 のように設定する。

## 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標

平成 27 年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導（法第 18 条第 1 項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施対象者をいう。以下同じ。）を平成 20 年度と比べて 25%減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成 24 年度において達成すべき目標を、次のように設定する。

### (1) 特定健康診査の実施率

平成 24 年度において、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査（法第 18 条第 1 項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）を受診することとする。

### (2) 特定保健指導の実施率

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

### (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率

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

## 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

### (1) 平均在院日数

医療制度改革大綱（平成 17 年 12 月政府・与党医療改革協議会）等において、平成 27 年度までに、平均在院日数（第二の二に定義する平均在院日数をいう。）の全国平均について、最短の長野県との差を半分に短縮するという長期目標が定められている。

したがって、本計画においては、平成 27 年度までに、医療保険が適用される全病床の平均在院日数（以下この(1)において、単に「平均在院日数」という。）について、最短の都道府県との差を半分にすることを目標として、平均在院日数に係る目標値を設定することが求められる。

これを踏まえ、平成 24 年時点における目標値は、平均在院日数について全国平均（平成 18 年病院報告において 32.2 日）と最短の長野県（同 25.0 日）との差を 9 分の 3 短縮し、平成 24 年の病院報告（平成 25 年 12 月頃公表の見込み）における平均在院日数の全国平均を 29.8 日にすることとする。

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、全体的な平均在院日数は、ここ数年低下傾向にあり、最短の都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮された場合は、その影響についても考慮することとし、平成 22 年度の進捗状況評価において必要な見直しを行う。

### (2) 療養病床の病床数

平成 20 年 6 月時点で確定している 44 都道府県の目標病床数を集計すると約 21 万床となる（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）。未確定の県も含め、国及び都道府県は、当面、各都道府県が設定したこの目標の達成に向け、必要な取組を推

進することとなる。

なお、本計画及び都道府県医療費適正化計画（法第9条第1項の規定に基づく都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。）は、法第11条の規定に基づき平成22年度に計画の進捗状況に関する評価を行い、目標の達成状況等を勘案しながら必要に応じ見直されることとなっており、それまでの間に、各地域における、救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進等計画に定めた取組の進展（都道府県は、具体的な目標設定においてこれらの要因を見込んでいないことから、今後、その成果を反映することが期待される。）状況や、介護報酬上の評価が始まって間もない介護療養型老人保健施設をはじめとする受け皿となる施設や在宅サービス等の整備状況等を踏まえて、これを反映し、目標病床数を見直すことも考えられる。

また、都道府県の目標設定の考え方は隣接県との整合性が確保されていないケースや現存する病床数ではなく全国平均並みの病床数を目標設定の起点とするケース等様々であり、今後の取組を推進する過程でこれらの点についても再検討が期待される。

また、医療・介護の適切な機能分担という療養病床の再編成の必要性に鑑み、国及び都道府県は、平成22年度の進捗状況評価に向け、それぞれ目標の達成に努め、それまでの間の取組状況や社会情勢等の変化に応じ、適宜見直しを図っていくこととし、計画期間においては、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成20年厚生労働省告示第149号）に照らしつつ、今後ともその整備水準について検証していくこととする。

その際、国及び都道府県は、療養病床の再編成に向けた支援措置の実施を通じ、計画期間内に、療養病床から転換した介護保険施設等及び医療療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の全数で現在の療養病床の受け入れ数が確保されるよう努めることとする。

### 3 計画期間における医療に要する費用の見通し

2の目標を既に設定している44都道府県のうち、計画期間における医療費の見通しを示している42道府県の医療費の総額は、平成20年度においては約28.6兆円、平成24年度においては約32.6兆円程度となっているが、様々な取組がなされた場合には約31.9兆円になると見込まれている。

すなわち、計画期間中に本計画に基づく取組がなされない場合には、約4兆円の医療費の増加が見込まれるが、これらの取組により約3.3兆円の増加に抑えられることから、医療費適正化の効果としては、平成24年度で約0.7兆円と考えられる。

### 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策

#### 1 国民の健康の保持の推進に関する施策

##### (1) 保険者による特定健康診査等の推進

保険者による特定健康診査等の取組が、効率的かつ効果的に実施されるよう、次のような支援を行う。

##### ① 保健事業の人材養成

保険者が特定健康診査等実施計画（法第 19 条第 1 項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。）を策定し、同計画に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、各保険者における保健事業の企画立案、実施及び実施後評価を行える人材の養成を支援する。

特に、保健指導の実施者の質的及び量的な確保が重要であり、保健指導の実施に携わる医師、保健師及び管理栄養士等に対する実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修の実施を支援する。

##### ② 特定健康診査等の内容の見直し

平成 20 年度以降の特定健康診査等に関するデータや現場での優れた実践例の分析等を踏まえ、より効果的かつ効率的なものとなるよう、特定健康診査の項目、特定保健指導の基準等を必要に応じて見直す。

##### ③ 集合的な契約の活用支援

生活習慣病対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及び被扶養者が特定健康診査等を受けられるようにすることが必要である。

そのためには、自宅や職場に近い場所で受診でき、被保険者及び被扶養者の立替払い等の負担を避けられる体制づくりが必要となるが、このような体制を全国の保険者が効率的に実現できるよう、複数の保険者と複数の健診・保健指導機関との間での集合的な契約の枠組みの活用を支援する。

##### ④ 好事例の収集及び公表

保険者又はその委託を受けた健診・保健指導機関における好事例（特定健康診査等の実施率を高めるための取組例、改善率の高い特定保健指導の提供例等）を収集し、公表する。

また、特に優れた取組を行っている保険者に対しては、表彰等を行う。

##### ⑤ 国庫補助

保険者に対し、特定健康診査等の実施に要する費用の一部を助成する。

## (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

保険者による特定健康診査等の取組は、都道府県・市町村を中心とした一般的な住民向けの健康増進対策（ポピュレーションアプローチによる健康増進対策）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

都道府県・市町村によるポピュレーションアプローチの例としては、運動習慣の定着、食生活の改善に向けた普及啓発や、たばこの健康影響についての知識及び禁煙支援プログラムの普及、生活習慣等に関する特徴の分析及び提供、特定保健指導の対象を含む住民に対する生活習慣を改善していくための自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等が考えられる。

国は、マスメディア等を活用した全国的なポピュレーションアプローチに取り組むとともに、都道府県や市町村における取組に対して適宜助言その他の支援を行う他、先進的な事例等については広く紹介する等の取組を行う。

## 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

### (1) 療養病床の再編成

利用者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険の適切な役割分担、医師・看護師などの人材の有効な活用を図る観点から、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者が利用している療養病床は介護保険施設等に転換することとし、こうした療養病床の再編成が円滑に進められるよう、診療報酬及び介護報酬において配慮をするほか、次のような支援を行う。

#### ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等

介護保険施設等に転換するために要する費用について、医療療養病床に対しては医療保険財源（病床転換助成交付金）等により助成し、介護療養病床に対しては地域介護・福祉空間整備等交付金により助成する。

また、平成 19 年度及び平成 20 年度において、療養病床を介護保険施設等に転換するための改修等を行った場合、当該年度の法人税について特別償却（基準取得価額の 15%）できることとする。

さらに、療養病床転換により一時的に資金不足等経営が困難になった医療法人等に対し、平成 23 年度末までの間、独立行政法人福祉医療機構による療養病床転換支援資金の融資制度を設ける。

#### ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施

療養病床から老人保健施設に転換する場合に、既存の建物をそのまま活用して老人保健施設へ円滑に転換できるよう、一床あたり床面積の基準を、老人保健施設の基準である 8 平方メートル以上ではなく療養病床の基準である 6.4 平方メートル以上で可能とする等、施設基準を緩和する経過措置を設ける。

また、療養病床から老人保健施設への転換により老人保健施設が医療機関に併設されることになった場合、診察室、階段、エレベーター、出入口等の共用を可能とするよう、設備基準を緩和する。

平成 23 年度末までの経過措置として、医療保険・介護保険の双方において、医師、

看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型（医療保険における介護保険移行準備病床、介護保険における経過型介護療養型医療施設）を設ける。

③ 第4期の介護保険事業計画における配慮

第4期の介護保険事業計画の基本指針（介護保険法第116条第1項の規定に基づく基本指針をいう。）を定めるに当たっては、療養病床の転換が円滑に行われるよう、転換に伴う介護保険施設等の入所定員の増加分については、必要入所（利用）定員総数の超過を理由として指定を拒否する仕組みは適用しないこととする。

④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第2条第3項において、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直し等を検討することが規定されたことを踏まえ、入所者に対し適切な医療サービスが提供されるよう、夜間の看護体制や看取りの対応体制の整った介護療養型老人保健施設を創設する。

(2) 医療機関の機能分化・連携

都道府県が策定する医療計画（医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画をいう。以下同じ。）においては、がん、脳卒中等の4疾病及び救急医療、周産期医療等5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担、及び業務の連携を確保するための体制）を、各医療圏域ごとに明示することとし、例えば、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を具体的に図ることとしている。

これらの取組によって、入院から退院までの切れ目のない医療が提供され、早期に居宅等に移ることができれば、患者のQOL（生活の質）を高めつつ、トータルの入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することとなる。

こうした取組が円滑に行われるよう、中小病院等の位置付けや、病院と診療所の機能分化の方向性等を明らかにし、その実現のため、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な施策を推進する。

(3) 在宅医療・地域ケアの推進

医療計画において、看取りの体制を含めた居宅等における医療までを見通した上で、診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分担と業務の連携の状況を明示することとし、これを地域住民に情報提供していくこととしている。

また、各都道府県の地域ケア体制整備構想等に基づき、介護サービス基盤の計画的な整備や、高齢者の生活に適した多様な居住の場の普及を進めるとともに、退院時の相談・支援の充実を図るなど、医療と介護の連携を強化する。

# 第四 計画の推進

## 一 関係者の連携及び協力による計画の推進

本計画は、保険者や医療機関等多様な主体が、互いに連携しながら、国民の生活の質の維持・向上、安心・信頼の医療の確保、生活習慣病の予防等の推進に向け、それぞれが担当すべき取組を進めていく必要がある。

このため、国は、国民の健康の保持の推進に関しては都道府県や保険者及び特定健診・特定保健指導の実施機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては都道府県や医療機関及び介護サービス事業者等と、情報交換を行うとともに、必要な連携及び協力を努めることとする。

## 二 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、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆる PDCA サイクルに基づく管理を行う。

### 1 進捗状況評価

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

各都道府県における都道府県医療費適正化計画の評価及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての評価を行う。

評価の結果は、必要に応じ本計画の見直しに活用するほか、次期全国計画の作成に活かす。

### 2 実績評価

本計画の計画期間の終了の日の属する年度の翌年度に、第三の二の1及び2に掲げる目標の達成状況及び第三の三に掲げる施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、本計画の実績に関する評価を行う。

都道府県が行う都道府県医療費適正化計画の実績評価及びこれまでの全国レベルでの評価等を踏まえ、国全体としての評価を行う。

また、この評価結果を踏まえ、一の都道府県の区域内における診療報酬について、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成を通じた医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めを行うことについての検討を進める。