

(3) メタボリックシンドローム*1 (内臓脂肪症候群) 該当者及び予備群の減少

① 都道府県別状況

本県の平成 23 年度メタボリックシンドローム該当者の割合 (以下「該当者割合」) 及び予備群の割合 (以下「予備群割合」) は 28.2%で、全国平均割合 26.8%より 1.4 ポイント高くなっており、全国でみると高い方から 8 番目となっています。1 番割合が高いのは沖縄県で 33.9%、最も低いのは、岐阜県で 23.8%となっております。

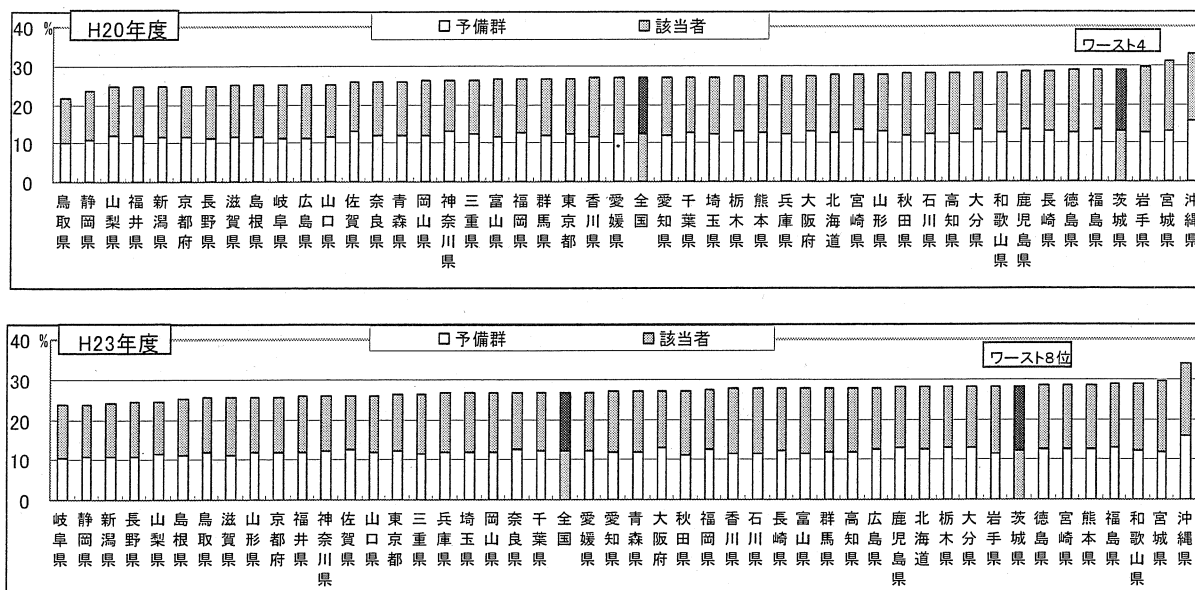
【表 8 経年別 都道府県別 該当者・予備群・予備群及び該当者割合】

都道府県	H20年度			H21年度			H22年度			H23年度		
	該当者	予備群	該当者及び予備群	該当者	予備群	該当者及び予備群	該当者	予備群	該当者及び予備群	該当者	予備群	該当者及び予備群
全国	14.4%	12.4%	26.8%	14.3%	12.3%	26.6%	14.4%	12.0%	26.4%	14.6%	12.1%	26.8%
北海道	14.6%	12.9%	27.5%	14.4%	12.7%	27.2%	15.0%	12.3%	27.3%	15.4%	12.6%	28.0%
青森県	13.7%	12.0%	25.8%	14.4%	12.5%	26.9%	14.1%	12.1%	26.2%	14.9%	12.1%	26.9%
岩手県	16.8%	12.8%	29.6%	16.5%	12.1%	28.6%	16.2%	11.6%	27.8%	16.5%	11.7%	28.2%
宮城県	17.7%	13.2%	30.9%	17.5%	12.5%	30.0%	17.5%	11.9%	29.4%	17.5%	12.0%	29.5%
秋田県	16.0%	11.8%	27.9%	16.0%	11.6%	27.6%	15.8%	11.4%	27.2%	15.8%	11.2%	27.0%
山形県	14.7%	13.0%	27.8%	14.4%	12.3%	26.6%	14.4%	11.7%	26.1%	14.0%	11.7%	25.7%
福島県	15.4%	13.4%	28.8%	15.0%	13.3%	28.3%	15.2%	12.7%	27.9%	15.8%	12.9%	28.7%
茨城県	15.7%	13.1%	28.8%	15.8%	12.6%	28.4%	15.9%	12.1%	28.0%	16.0%	12.2%	28.2%
栃木県	13.9%	13.2%	27.2%	14.6%	13.3%	27.9%	14.4%	13.1%	27.5%	15.0%	13.1%	28.1%
群馬県	14.6%	11.9%	26.5%	14.8%	11.9%	26.7%	14.9%	11.7%	26.6%	15.8%	11.9%	27.7%
埼玉県	14.7%	12.4%	27.1%	14.4%	12.3%	26.7%	14.4%	12.0%	26.4%	14.5%	12.1%	26.6%
千葉県	14.4%	12.6%	27.1%	14.3%	12.5%	26.8%	14.4%	12.2%	26.5%	14.5%	12.3%	26.7%
東京都	14.1%	12.5%	26.6%	14.0%	12.4%	26.4%	14.0%	12.1%	26.1%	14.1%	12.2%	26.3%
神奈川県	13.3%	13.0%	26.3%	13.2%	12.6%	25.8%	13.2%	12.2%	25.4%	13.5%	12.4%	25.9%
新潟県	13.4%	11.4%	24.8%	13.4%	11.0%	24.4%	13.9%	10.7%	24.6%	13.5%	10.7%	24.2%
富山県	14.7%	11.6%	26.4%	15.6%	10.9%	26.4%	15.4%	10.6%	26.0%	16.2%	11.5%	27.7%
石川県	15.6%	12.3%	27.9%	15.9%	11.6%	27.5%	15.9%	11.3%	27.2%	16.1%	11.5%	27.6%
福井県	12.7%	12.1%	24.7%	13.1%	11.9%	25.0%	13.9%	11.9%	25.8%	14.1%	11.7%	25.9%
山梨県	12.5%	12.1%	24.5%	12.4%	11.9%	24.4%	12.9%	11.5%	24.4%	12.9%	11.5%	24.5%
長野県	13.7%	11.2%	24.9%	13.6%	11.1%	24.7%	13.4%	10.6%	24.0%	13.7%	10.7%	24.4%
岐阜県	13.9%	11.2%	25.1%	13.5%	10.9%	24.3%	13.1%	10.3%	23.4%	13.3%	10.6%	23.8%
静岡県	12.8%	10.8%	23.7%	12.7%	10.9%	23.6%	12.7%	10.8%	23.5%	12.9%	11.0%	23.9%
愛知県	15.0%	12.0%	26.9%	15.1%	11.8%	26.9%	15.1%	11.6%	26.7%	15.1%	11.8%	26.9%
三重県	14.0%	12.3%	26.3%	14.3%	12.1%	26.3%	14.4%	11.6%	26.1%	14.9%	11.6%	26.5%
滋賀県	13.1%	11.8%	24.9%	13.2%	12.0%	25.2%	14.3%	11.1%	25.4%	14.4%	11.3%	25.7%
京都府	13.0%	11.8%	24.8%	13.1%	12.1%	25.2%	13.5%	11.7%	25.1%	13.9%	11.9%	25.8%
大阪府	14.3%	13.1%	27.4%	14.1%	13.0%	27.1%	14.0%	12.6%	26.6%	14.2%	12.8%	27.0%
兵庫県	15.1%	12.2%	27.3%	14.1%	12.1%	26.2%	14.2%	11.8%	26.0%	14.5%	12.0%	26.5%
奈良県	13.8%	12.0%	25.7%	13.9%	12.8%	26.7%	14.0%	12.5%	26.4%	14.2%	12.5%	26.7%
和歌山県	15.2%	12.8%	28.1%	15.2%	12.2%	27.4%	15.9%	11.7%	27.6%	16.8%	12.1%	28.9%
鳥取県	11.8%	10.0%	21.8%	13.0%	11.5%	24.5%	13.2%	11.6%	24.8%	13.7%	11.9%	25.7%
島根県	13.3%	11.6%	25.0%	14.0%	12.0%	26.0%	14.1%	11.7%	25.8%	13.9%	11.3%	25.2%
岡山県	14.1%	12.1%	26.1%	14.2%	12.0%	26.2%	14.5%	12.0%	26.5%	14.6%	12.0%	26.6%
広島県	13.7%	11.4%	25.1%	14.5%	12.3%	26.8%	14.3%	12.1%	26.4%	15.1%	12.7%	27.7%
山口県	13.4%	11.8%	25.1%	13.4%	11.7%	25.1%	13.7%	11.5%	25.3%	14.2%	11.8%	26.0%
徳島県	16.1%	12.7%	28.8%	15.6%	12.5%	28.1%	15.8%	12.5%	28.4%	15.8%	12.5%	28.3%
香川県	15.3%	11.5%	26.7%	15.6%	11.6%	27.1%	16.0%	11.5%	27.5%	16.0%	11.6%	27.6%
愛媛県	14.4%	12.4%	26.8%	14.7%	12.5%	27.1%	14.8%	12.3%	27.0%	14.7%	12.1%	26.8%
高知県	15.6%	12.3%	27.9%	15.4%	12.2%	27.5%	15.2%	12.2%	27.4%	15.7%	12.0%	27.7%
福岡県	13.8%	12.6%	26.4%	14.1%	12.6%	26.7%	14.4%	12.4%	26.8%	14.9%	12.7%	27.5%
佐賀県	12.5%	13.2%	25.7%	12.5%	12.8%	25.4%	13.0%	12.7%	25.7%	13.3%	12.7%	25.9%
長崎県	15.5%	13.1%	28.5%	15.5%	13.1%	28.6%	15.7%	13.0%	28.6%	15.3%	12.3%	27.6%
熊本県	14.4%	12.8%	27.3%	16.6%	12.8%	29.5%	16.3%	12.6%	28.9%	16.1%	12.5%	28.6%
大分県	14.6%	13.4%	28.0%	14.4%	13.1%	27.6%	15.1%	12.8%	27.9%	15.2%	13.0%	28.2%
宮崎県	14.4%	13.3%	27.7%	14.8%	12.8%	27.5%	15.3%	12.4%	27.7%	15.8%	12.7%	28.5%
鹿児島県	14.8%	13.6%	28.4%	14.5%	13.6%	28.2%	14.7%	13.2%	27.9%	15.0%	12.9%	27.9%
沖縄県	17.3%	15.7%	33.0%	17.4%	16.0%	33.4%	18.0%	15.9%	33.9%	18.1%	15.8%	33.9%

厚生労働省保険局

*1メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) : 内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病になる危険因子を複数併せ持っている状態のこと。これらの危険因子が重なることにより、心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大するとされている。

【図 17 平成 20 年度及び 23 年度 都道府県別 該当者・予備群割合】



厚生労働省保険局

② 本県の状況

(ア) 保険者別状況

平成 23 年度において、保険者別に茨城県と全国の該当者割合と予備群割合をみると、全保険者において、茨城県の割合が高くなっております。

県全体の平成 23 年度の該当者は、予備群者より約 2 万人多くなっています。平成 20 年度に比べると予備群割合が 0.9 ポイント減少していますが、該当者割合は、0.3 ポイント増加しています。

保険者別では、該当者割合は、対象者が少ない船員保険や国保組合を除くと市町村国保が高くなっています。予備群割合は、共済組合と健康保険組合が高くなっています。

【表 9 保険者別該当者・予備群・該当者及び予備群】

		全国	県全体	市町村国保	共済組合	健康保険組合	全国健康保険協会	船員保険	国保組合
H20	特定健康診査受診者 (人)	20,005,528	459,239	175,864	52,058	167,994	56,397	410	6,516
	特定健診受診者構成割合 (%)			38.3	11.3	36.6	12.3	0.1	1.4
	内臓脂肪症候群該当者 (人)	2,873,984	72,258	31,224	7,674	24,474	7,628	142	1,116
	内臓脂肪症候群該当者割合 (%)	14.4	15.7	17.8	14.7	14.6	13.5	34.6	17.1
	内臓脂肪症候群予備群 (人)	2,485,043	60,228	21,912	6,931	23,699	6,642	115	929
	内臓脂肪症候群予備群割合 (%)	12.4	13.1	12.5	13.3	14.1	11.8	28.0	14.3
	該当者及び予備群 (人)	5,359,027	132,486	53,136	14,605	48,173	14,270	257	2,045
	該当者及び予備群割合 (%)	26.8	28.8	30.2	28.1	28.7	25.3	62.7	31.4
H23	特定健康診査受診者 (人)	23,132,762	535,508	185,589	65,932	200,213	74,690	392	8,692
	特定健診受診者構成割合 (%)			34.7	12.3	37.4	13.9	0.1	1.6
	内臓脂肪症候群該当者 (人)	3,385,012	85,863	31,550	10,257	30,667	11,713	167	1,509
	内臓脂肪症候群該当者割合 (%)	14.6	16.0	17.0	15.6	15.3	15.7	42.6	17.4
	内臓脂肪症候群予備群 (人)	2,804,758	65,371	19,415	8,958	26,618	9,132	80	1,168
	内臓脂肪症候群予備群割合 (%)	12.1	12.2	10.5	13.6	13.3	12.2	20.4	13.4
	該当者及び予備群 (人)	6,189,770	151,234	50,965	19,215	57,285	20,845	247	2,677
	該当者及び予備群割合 (%)	26.8	28.2	27.5	29.1	28.6	27.9	63.0	30.8

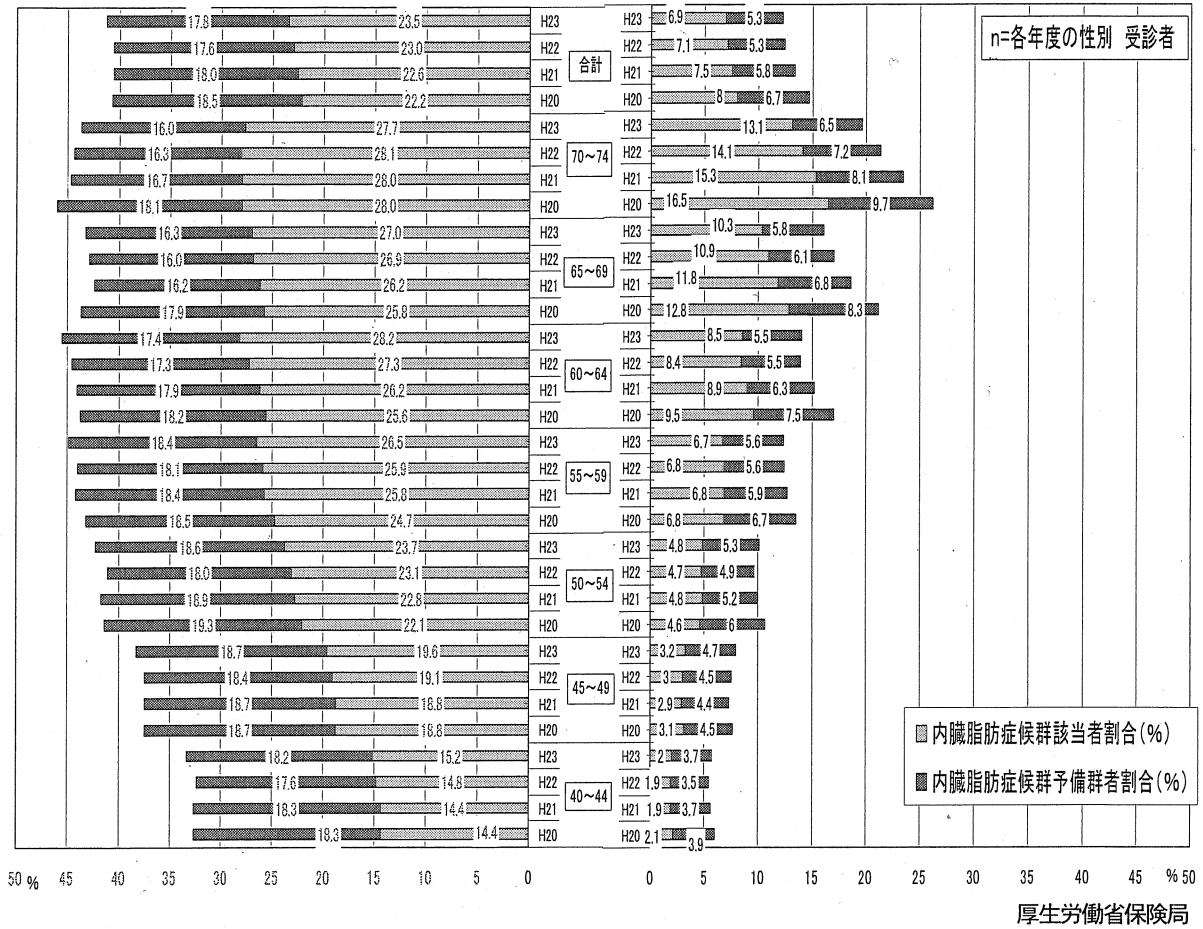
厚生労働省保険局

(イ) 性・年齢階級別該当者及び予備群割合

該当者割合及び予備群割合で見ると、各年代ともに男性が女性を大幅に上回っています。予備群割合は、年齢別の差異はみられませんが、該当者割合は男女共に、年齢が高くなると増加傾向にあります。経年別では、女性は45歳～49歳を除き、年々減少していますが、男性は各年代ともに大きな差異はありませんでした。

【図 18 男女別 経年別 性・年齢階級別該当者及び予備群割合】

男性 H23:n=294,716 H22:n=282,032 H21:n=279,803 H20:n=249,640 女性 H23:n=240,792 H22:n=230,241 H21:n=226,006 H20:n=209,599



(ウ) 市町村別状況

平成22年度の該当者割合が高いのは鹿嶋市(19.7%)であり、平成21年度も同様になっています。予備群割合が高いのは、大洗町(13.8%)で、過去2年間も高くなっています。該当者及び予備群割合が高いのは、鹿嶋市(32.8%)となっています。

該当者割合が低いのは牛久市(13.5%)であり、平成21年度も同様になっています。予備群割合が低いのは、高萩市(10.1%)となっています。該当者及び予備群割合が低いのは、牛久市(25.2%)となっています。

【表10 市町村別 該当者割合 予備群割合, 該当者及び予備群者割合】

市町村名	平成20年度				平成21年度				平成22年度			
	該当者割合	予備群割合	該当者及び予備群割合	順位	該当者割合	予備群割合	該当者及び予備群割合	順位	該当者割合	予備群割合	該当者及び予備群割合	順位
牛久市	13.4%	12.5%	25.9%	3	13.4%	11.5%	24.9%	1	13.5%	11.7%	25.2%	1
つくば市	13.1%	12.3%	25.4%	1	14.0%	12.5%	26.5%	6	13.8%	12.0%	25.7%	2
坂東市	16.7%	12.8%	29.5%	27	16.0%	11.2%	27.2%	10	15.5%	10.5%	25.9%	3
守谷市	14.5%	11.9%	26.4%	5	13.9%	11.9%	25.8%	2	14.8%	11.2%	26.0%	4
境町	15.4%	14.1%	29.5%	26	15.7%	10.8%	26.5%	7	14.8%	11.3%	26.1%	5
大子町	15.6%	10.9%	26.5%	7	16.2%	10.5%	26.7%	8	15.5%	10.7%	26.2%	6
石岡市	14.4%	13.1%	27.5%	10	15.0%	12.2%	27.2%	11	14.5%	11.8%	26.4%	7
阿見町	13.6%	12.2%	25.8%	2	14.2%	11.9%	26.2%	3	14.7%	11.8%	26.5%	8
常陸太田市	16.1%	12.4%	28.5%	16	15.0%	11.2%	26.2%	4	15.7%	10.9%	26.7%	9
那珂市	14.6%	13.0%	27.6%	11	13.8%	12.7%	26.5%	5	14.3%	12.4%	26.7%	10
古河市	15.4%	13.8%	29.2%	22	14.7%	13.0%	27.7%	15	14.5%	12.6%	27.1%	11
笠間市	15.2%	12.7%	27.9%	13	15.9%	11.5%	27.4%	12	15.7%	11.5%	27.3%	12
取手市	17.1%	11.1%	28.2%	14	15.9%	11.8%	27.7%	14	16.1%	11.2%	27.3%	13
東海村	15.2%	14.4%	29.7%	29	16.1%	12.7%	28.8%	25	15.5%	12.1%	27.5%	14
常総市	16.0%	14.5%	30.5%	33	16.4%	13.8%	30.2%	35	16.2%	11.4%	27.6%	15
常陸大宮市	14.7%	13.2%	27.9%	12	14.5%	13.2%	27.7%	13	14.9%	12.7%	27.6%	16
結城市	15.9%	13.3%	29.1%	21	15.6%	12.3%	27.9%	17	15.8%	11.9%	27.7%	17
桜川市	16.9%	13.9%	30.8%	36	16.9%	11.9%	28.8%	26	16.3%	11.4%	27.7%	18
美浦村	14.3%	12.0%	26.3%	4	15.1%	12.1%	27.2%	9	15.1%	12.7%	27.7%	19
高萩市	17.8%	11.5%	29.3%	24	16.3%	12.9%	29.2%	29	17.6%	10.1%	27.7%	20
つくばみらい市	15.4%	13.3%	28.7%	17	15.6%	12.7%	28.3%	19	16.1%	11.8%	27.8%	21
稲敷市	15.3%	12.1%	27.4%	9	16.2%	12.1%	28.3%	20	16.3%	11.6%	27.8%	22
ひたちなか市	14.9%	14.2%	29.1%	20	15.6%	13.6%	29.2%	30	14.9%	13.0%	27.9%	23
筑西市	15.9%	12.9%	28.8%	18	16.2%	12.1%	28.4%	21	15.6%	12.3%	27.9%	24
龍ヶ崎市	15.2%	13.2%	28.4%	15	15.2%	13.3%	28.5%	22	15.5%	12.4%	27.9%	25
利根町	16.5%	12.7%	29.2%	23	16.2%	12.8%	29.0%	27	16.7%	11.3%	28.1%	26
五霞町	15.9%	14.1%	30.0%	31	16.7%	11.2%	27.9%	16	15.6%	12.5%	28.1%	27
北茨城市	19.0%	13.1%	32.1%	40	17.6%	11.6%	29.3%	31	17.0%	11.3%	28.4%	28
日立市	16.6%	12.5%	29.1%	19	16.2%	12.0%	28.2%	18	17.1%	11.3%	28.4%	29
水戸市	15.3%	14.4%	29.6%	28	15.3%	13.3%	28.6%	23	15.7%	12.7%	28.4%	30
潮来市	14.0%	12.8%	26.9%	8	16.5%	12.6%	29.1%	28	15.7%	12.7%	28.4%	31
土浦市	14.0%	12.4%	26.5%	6	15.1%	13.6%	28.7%	24	16.0%	12.9%	28.9%	32
八千代町	17.4%	12.9%	30.4%	32	18.4%	11.7%	30.1%	34	17.8%	11.2%	29.0%	33
城里町	17.1%	12.8%	29.9%	30	18.0%	11.6%	29.6%	32	17.8%	11.4%	29.2%	34
茨城町	16.8%	14.0%	30.7%	35	18.1%	12.5%	30.5%	38	17.6%	12.0%	29.6%	35
下妻市	18.7%	13.2%	31.9%	38	18.2%	13.1%	31.3%	41	17.6%	12.1%	29.7%	36
小美玉市	16.7%	13.9%	30.6%	34	17.3%	13.2%	30.5%	37	17.4%	12.7%	30.2%	37
かすみがうら市	16.7%	12.7%	29.4%	25	18.7%	12.1%	30.8%	39	17.7%	12.5%	30.2%	38
鉾田市	17.9%	14.0%	31.9%	39	17.5%	12.9%	30.4%	36	18.4%	12.0%	30.3%	39
行方市	16.6%	14.3%	30.9%	37	17.9%	12.0%	29.9%	33	17.8%	12.7%	30.5%	40
河内町	19.4%	12.9%	32.4%	42	18.6%	12.6%	31.2%	40	18.8%	12.0%	30.7%	41
神栖市	19.1%	13.6%	32.7%	43	19.1%	13.0%	32.1%	43	18.5%	12.6%	31.1%	42
大洗町	18.3%	14.7%	32.9%	44	17.6%	14.2%	31.8%	42	18.4%	13.8%	32.2%	43
鹿嶋市	18.3%	13.8%	32.2%	41	19.8%	13.0%	32.9%	44	19.7%	13.1%	32.8%	44

(エ) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

*茨城県医療費適正化計画（第一期計画）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」は、「特定保健指導の実施対象者の減少率（薬剤服薬者を除く）」を目標としています。

平成20年度と比べた結果、平成23年度の特定保健指導の対象者数の減少率は9.6%と平成24年度までの目標値である10%達成に向け、順調に減少しています。

一方、第二期茨城県医療費適正化計画の目標値であるメタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導対象者等に薬剤服薬者を含める）の減少率では3.0%でした。

【表11 各年度別 平成20年度比の減少率】

年度	特定保健指導の対象者の減少率	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
H21	4.9%	2.5%
H22	8.4%	3.9%
H23	9.6%	3.0%

*各年度の人口は、常住人口の10月1日（茨城県）を使用しています。

【計算式（平成23年度の減少率の場合）】

●特定保健指導対象者の終了率

$$\frac{\text{平成20年度特定保健指導対象者推定数}^{*1} - \text{平成23年度特定保健指導対象者推定数}^{*1}}{\text{平成20年度特定保健指導対象者推定数}^{*1}}$$

*1 特定健診の受診率の変化による影響を排除するため、特定保健指導対象者の実数でなく、各年度の特定保健指導対象者の出現割合を平成23年度の特定健診対象者数に乗じて算出した推定数。

●メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

$$\frac{\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*2} - \text{平成23年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*2}}{\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*2}}$$

*2 特定健診の受診率の変化による影響を排除するため、内臓脂肪症候群該当者及び予備群の実数でなく、各年度の内臓脂肪症候群該当者及び予備群の出現割合を平成21年度の特定健診対象者に乗じて算出した推定数。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群に対する評価

1 目標と実績

	平成 24 年度	平成 23 年度 (実績)
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終了率】	10% (平成 20 年度比)	9.6%

2 評価

- ① 平成 23 年度の本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合は 28.2%と全国平均の 26.8%より 1.4 ポイント高く、全国 8 番目となっておりますので、この指標は、医療費適正化計画の目標値の中でも特に課題となっているものといえます。
- ② 性・年齢階級別の該当者割合・予備群割合では、男性のメタボリックシンドローム該当者割合、予備群割合が高く、本県の実態を踏まえた対策が必要です。
- ③ 第一期茨城県医療費適正化計画におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の目標値である特定保健指導の対象者の平成 23 年度の減少率は、平成 20 年度と比べ 9.6%でした。平成 24 年度の目標値である 10%の達成が期待されるところです。
また、第二期茨城県医療費適正化計画の目標値である特定保健指導対象者等に薬剤服薬者を含むメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、平成 20 年度と比べて、平成 23 年度は 3.0%でした。平成 29 年度の目標値である 25%の達成には、更なる特定保健指導の実施率向上が重要であると考えられます。

(4) 目標達成に向けての主な取組状況

①医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の促進

(ア) 医療保険者の特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施のための支援

○医療保険者の特定健診・特定保健指導実施体制の調整・支援

- ・茨城県保険者協議会活動への支援
- ・特定健康診査等集合契約締結の調整・支援

○特定健康診査・特定保健指導従事者の資質向上のための支援(人材育成)

- ・特定健診・保健指導実践者育成研修(3日間コース)の実施
- ・特定健康診査等実施計画評価支援研修の実施
- ・健康づくり指導者研修(茨城県立健康プラザ事業):特定保健指導担当者への研修会
- ・生活習慣病予防対策推進事業(茨城県医師会事業):医療従事者研修会の開催
- ・その他各団体等における研修会への支援

○普及啓発

- ・県民に対するラジオ県だより、県政スポット等ラジオ放送や広報ひばり等による広報

(イ) 市町村国保の特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた支援

○会議・研修等による市町村担当者への支援

○市町村国保集団・個別による助言・指導の実施

○情報収集と情報提供

○特定健康診査・特定保健指導事業費への助成

(ウ) 茨城県地域・職域連携推進協議会の開催

○特定健診の実施率向上・特定保健指導の実施率向上をテーマに実施 等

○NHK水戸放送での受診率向上のための普及啓発

②保険者協議会への支援

(ア) 集合契約の締結等の実施体制の調整・支援

○健診事業者、保険者間の調整

○医療機関健診の促進

(イ) 保険者協議会(本会・企画情報部会・保健活動部会)活動への支援

○各協議会、部会の事業企画への支援、情報提供

- ・調査票作成等資料作成及び各医療保険者への情報提供
- ・研修会、会議の企画支援・共催

③生活習慣病予防のための普及・啓発の促進

(ア) 普及啓発

○受動喫煙に関する啓発等:茨城県禁煙認証制度の推進

○健康づくり全般に関する啓発:イベント、商業施設等でのPR

○健康づくり功労者・健康づくり実践者の表彰

(イ) ウォーキングを通じた健康づくりを進めるための環境づくり

○ヘルスロードの指定:H25.3現在(241)コース,869.2km

○いばらきデジタルマップへのヘルスロードコースマップの掲載

○ウォーキング教室の開催，エンジョイウォーキング事業（歩行距離に応じてバッジ等を贈呈）の実施（茨城県立健康プラザ事業）

(ウ) 食に関する環境づくり

○いばらき健康づくり支援店(飲食店等)の登録：H25.3月末現在 815店舗

○健康づくり支援店の個別訪問，研修会の開催等

(エ) たばこ対策

○ヘルシースポット薬局（H25.3月末現在 265箇所）を通じた禁煙支援，相談の実施。

(オ) 健康づくり指導者等の育成

○茨城県立健康プラザで市町村等の健康づくり指導者等を対象とした研修会を開催

(カ) 医師会が実施する生活習慣病予防対策推進事業における健康教室，健康フォーラム等各種事業への補助（市町村との協調補助）

(キ) 市町村が行う健康増進のための事業への補助

④医療費適正化のための調査研究の推進

(ア) 健診受診者生命予後追跡調査事業（第Ⅳ期）の実施

老人保健法に基づいて実施された平成5年度の基本健康診査受診者を対象に，その後の健診結果や生命予後を追跡して，健診成績と生活習慣病の発症や死亡との関連を検討することにより，地域の健康管理上重要な要因を明らかにするとともに，市町村における健診の事後指導，健康教育を効果的に進めるための資料を提供しています。

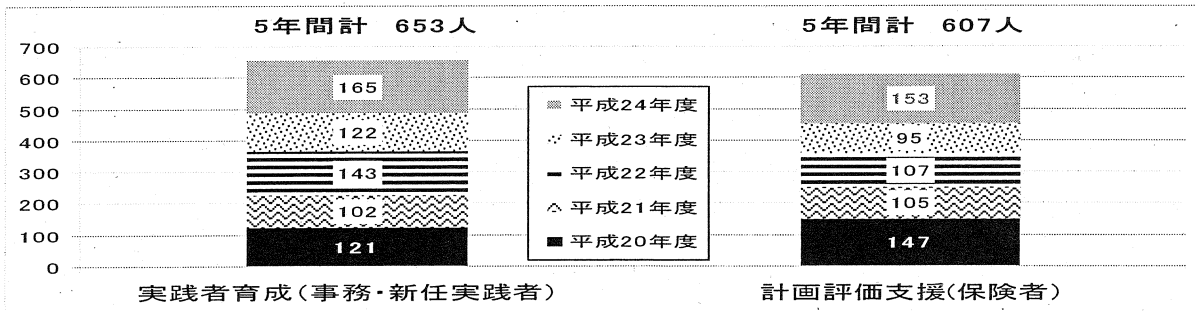
(イ) 健康づくり，介護予防および医療費適正化のための大規模コホート研究事業の実施

市町村国保に加入し，平成21年度の特健康診査受診者を対象として，日常の生活習慣，健診結果とその後の健康状態や医療費，要介護の発生状況等を追跡調査し，それらの関連を分析することにより，効果的な保健指導や生活習慣病予防及び介護予防対策の根拠を明らかにし，市町村に還元することで，介護予防や医療費適正化を包括的に推進しています。

〈参考〉

【図 19 人材育成累計】

「茨城県・茨城県保険者協議会」



【図 20 実践者育成研修におけるその他機関（検診機関等）の受講者の増加】



2 医療の効率的な提供の推進に関する評価

(1) 平均在院日数

① 本県の平均在院日数

平成18年と平成24年を比べると、すべての病床種別において平均在院日数が短縮しています（感染症病床は患者が少なくデータのない年もあるため、評価の対象から除外）。特に、在院日数の長い精神病床・療養病床で短縮傾向にあるため、総数においても短縮しています。

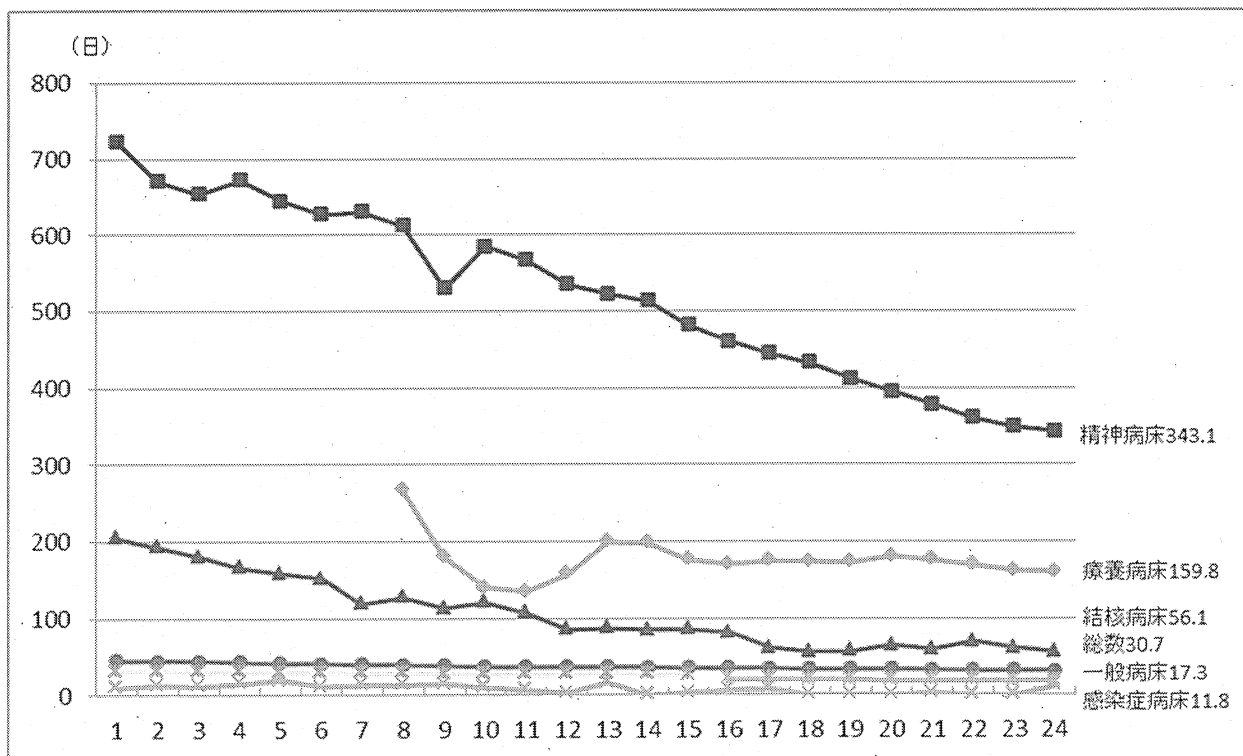
介護療養病床を除いた総数での平均在院日数は29.6日であり、第一期計画において目標とした数値（29.6日）をちょうど達成した形になります。

【表12 本県の病院の平均在院日数】

(単位：日)

	総数	精神病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養を除いた総数
平成18年	33.6	432.7	56.3	173.1	19.2	31.9
19年	33.2	411.3	57.2	172.3	18.8	31.6
20年	33.0	394.5	64.1	179.8	18.6	31.5
21年	32.6	377.6	59.6	176.0	18.2	31.1
22年	31.9	360.0	69.1	169.5	18.0	30.7
23年	31.5	348.3	61.0	161.7	17.8	30.3
24年	30.7	343.1	56.1	159.8	17.3	29.6
18年と24年の比較	▲2.9	▲89.6	▲0.2	▲13.3	▲1.9	▲2.3

【図21 本県の平均在院日数の年次推移】



【平成24年病院報告（厚生労働省医政局）】

② 平成24年都道府県別平均在院日数

茨城県の全体の平均在院日数は29.6日で、全国で短い順から18番目であり、全国平均の29.7日より0.1日短くなっています。しかし、全国と比較して精神病床の平均在院日数が長くなっています。

【表13 都道府県別平均在院日数】

		全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床	介護療養病床を除く全病床
1	東京都	24	209.6	7.3	66.9	193.8	15.2	383.1	22.8
2	神奈川県	24	239.9	7.3	63.6	211.7	14.8	392.9	23.1
3	長野県	25.1	253.5	4.2	71	106.9	15.9	122.3	23.8
4	愛知県	26.3	271.4	9	77.2	165.6	15.4	339.9	25.1
5	岐阜県	25.8	273.3	-	67.7	125.1	16.1	164.2	25.2
6	宮城県	26.5	315.9	3.7	57.4	108.5	16.5	139.1	26.3
7	滋賀県	27.8	257.9	-	58.3	178.9	17.6	159.8	27
8	千葉県	28.1	324.4	7.4	60.3	196.3	16.4	285	27.2
9	奈良県	29.1	281.5	18.8	62.4	145.5	18	339.3	27.3
10	兵庫県	28.7	320.9	7.2	65.9	162.3	16.4	394.7	27.4
11	静岡県	29.6	295.9	12	68.1	207.3	15.6	314.1	27.6
12	山形県	28.3	246.7	-	148.5	108.6	17.4	21.8	28.3
13	京都府	31.6	291.6	-	60.4	212.4	19.9	394.9	28.3
14	群馬県	29.6	359.4	16.9	87.8	129.7	17.1	343.4	28.5
15	大阪府	29.6	245.2	25.2	84.2	195.5	17.8	301.6	28.7
16	香川県	30.4	329.1	-	52	173.7	17.9	262.7	29.1
17	岡山県	30.1	238.3	4	83.1	143.5	19.1	163.9	29.3
18	茨城県	30.7	343.1	11.8	56.1	159.8	17.3	206.4	29.6
	全国	31.2	291.9	8.5	70.7	171.8	17.5	307	29.7
19	福井県	31.4	224.4	8.6	26	130.9	18.8	168.8	29.8
20	三重県	31.5	307.9	7.2	48.1	160.3	17.1	341.2	29.8
21	鳥取県	31.2	290.3	-	74.1	101.5	18.8	76.3	30.5
22	新潟県	32.8	356.7	4	73.1	183.6	19.1	356.3	30.6
23	埼玉県	32	299.4	6.2	57	201.3	17.4	283.3	30.8
24	和歌山県	32.4	335.4	5.2	106.9	157.2	20.5	228.4	30.9
25	福島県	31.8	331.3	-	121.5	172	18.4	221.7	31
26	山梨県	31.9	289.9	6	68.9	135.7	18.4	137.1	31.3
27	青森県	32.9	237.5	-	83.9	132.1	19.3	379	31.4
28	栃木県	32.4	393.1	-	85.7	175.7	17.9	480.9	31.4
29	島根県	32.5	266.6	3	66	148.6	19	141.1	31.5
30	富山県	36.8	337	7	74.2	266.1	17.5	303.1	31.8
31	沖縄県	32.6	284.3	-	86.3	184	16.8	460	31.8
32	広島県	34.3	289	18.6	74.4	160	18	285.3	31.9
33	秋田県	33.4	292.3	-	83.7	195	19.3	544.7	32.2
34	岩手県	33.2	288.1	-	74.9	173.3	19.7	322.5	32.3
35	愛媛県	35.1	319.7	14.9	44.3	148.7	19.3	272.8	33
36	石川県	35.8	295.1	-	99.5	204.4	19.6	364.4	33.7
37	北海道	35.9	279.2	2.3	69	239.1	19.2	418.5	33.8
38	大分県	34.9	412.2	-	70.3	131	20.6	180.3	34.2
39	福岡県	38.1	330.3	1.3	75.7	172.4	19	337	36
40	宮崎県	40.3	345.7	-	34.3	139	19.3	391	38.2
41	長崎県	39.9	372	9.3	51.6	111.2	19.3	459.6	38.6
42	徳島県	43.6	424.4	-	74.3	146	20.1	319.1	39.6
43	山口県	44.4	388.5	-	80.7	211.6	18.9	448.8	40.5
44	熊本県	43.5	306.4	2	75.5	170.4	21.1	235.8	40.5
45	佐賀県	45.9	334.6	-	103.2	130.4	20.8	361.2	42.9
46	高知県	50.7	227.3	-	37.4	200	23	398.3	44.3
47	鹿児島県	46	418.6	12.6	78.3	134.1	20.6	338.5	44.5

※表中の「-」は、患者がいない等の理由で平均在院日数を算出できない場合を指します。

「平成24年病院報告（厚生労働省医政局）」

③ 平均在院日数の他県との比較

全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都（22.8日）及び最も長い鹿児島県（44.5日）並びに近県（栃木県・群馬県）と本県とを比較してみると以下のとおりです。

- 東京都は、精神病床及び療養病床の1日平均在院患者数の構成割合が全国と比べて低く、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が全国と比べて高くなっています。
- 鹿児島県は、精神病床及び療養病床の1日平均在院患者数の構成割合が全国と比べて高く、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が全国と比べて低くなっています。
- 茨城県は、東京都と比較すると、精神病床の1日平均在院患者数の構成割合が高くなっており、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が低くなっています。
- 茨城県は、鹿児島県と比較すると、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が高くなっており、療養病床の1日平均在院患者数の構成割合が低くなっています。
- 以上のように、精神病床や療養病床は、その性格上、平均在院日数が長いため、これらの病床の構成割合が高いと平均在院日数が長くなり、逆に一般病床の構成割合が高いと平均在院日数が短くなっています。
- 隣接する栃木県の全体の平均在院日数は31.4日と、茨城県よりやや長くなっています（短い順から28番目）。病床別の平均在院日数でみると、栃木県は精神病床及び療養病床の平均在院日数が茨城県より長くなっています。
- 群馬県の全体の平均在院日数は28.5日と、茨城県よりやや短くなっています（短い順から14番目）。病床別の平均在院日数でみると、精神病床は茨城県より長くなっていますが、療養病床及び一般病床は短くなっています。
- 1日平均在院患者数の構成割合は、北関東3県及び全国を比較して大きな差は見られません。

【表14 全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都（22.8日）及び最も長い鹿児島県（44.5日）並びに近県（栃木県・群馬県）と茨城県との比較】

	茨城県		東京都		鹿児島県		栃木県		群馬県		全国	
	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合
総数	30.7		24.0		46.0		32.4		29.6		31.2	
精神病床	343.1	25.5%	209.6	20.1%	418.6	31.0%	393.1	26.2%	359.4	23.3%	291.9	23.6%
感染症病床	11.8	0.0%	7.3	0.0%	12.6	0.0%	-	-	16.9	0.0%	8.5	0.0%
結核病床	56.1	0.1%	66.9	0.3%	78.3	0.2%	85.7	0.2%	87.8	0.2%	70.7	0.2%
療養病床	159.8	20.6%	193.8	19.2%	134.1	28.8%	175.7	21.1%	129.7	21.4%	171.8	23.2%
一般病床	17.3	53.7%	15.2	60.3%	20.6	40.0%	17.9	52.4%	17.1	55.0%	17.5	53.0%
(再掲)介護療養病床	206.4	3.9%	383.1	5.3%	338.5	3.6%	480.9	3.1%	343.4	3.9%	307.0	5.2%
介護を除く総数	29.6		22.8		44.5		31.4		28.5		29.7	

「平成24年病院報告（厚生労働省医政局）」

④ 平均在院日数の二次保健医療圏ごとの比較

本県の二次保健医療圏ごとに平均在院日数を比較してみると以下のとおりです。

- 本県の二次保健医療圏ごとの全体の平均在院日数は、水戸保健医療圏が23.2日と最も短く、次いでつくば保健医療圏の25.9日となっています。最も長いのは筑西・下妻保健医療圏で45.6日、次いで日立保健医療圏の37.9日となっています。

- 全体の平均在院日数の短い水戸保健医療圏及びつくば保健医療圏では、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が高くなっています。
- 全体の平均在院日数が長い筑西・下妻保健医療圏及び日立保健医療圏では、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合が低くなっています。
- 全体の平均在院日数が最も長い筑西・下妻保健医療圏は、療養病床の1日平均在院患者数の構成割合が全医療圏で最も高く、また、一般病床の1日平均在院患者数の構成割合は最も低くなっています。
- 以上のように、精神病床や療養病床の構成割合が高いと平均在院日数が長くなり、逆に一般病床の構成割合が高いと平均在院日数が短くなっています。

【表15 二次保健医療圏ごとの平均在院日数】

二次保健医療圏別	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床	介護療養病床を除く全病床
茨城県(再掲)	30.7	343.1	11.8	56.1	159.8	17.3	206.4	29.6
水戸	23.8	236.3	-	80	179.6	15	266.2	23.2
日立	40.8	340.8	-	・	259.1	18.2	274.4	37.9
常陸太田・ひたちなか	28.9	227.2	-	86.9	135.7	18.7	278.2	26.7
鹿行	32.7	495.2	22.8	52.9	169.3	19	・	32.7
土浦	32.8	556.1	-	・	162.8	15	163	31.5
つくば	26.1	225.8	5	41.1	155	18.5	349.5	25.9
取手・竜ヶ崎	31.7	447.4	-	・	110.8	18.9	72.7	31.1
筑西・下妻	51.1	448.4	・	・	160.6	20.3	420.1	45.6
古河・坂東	32.8	361.2	-	・	260.3	16.8	・	32.8

※「-」は、患者がいない等の理由で平均在院日数を算出できない場合。「・」は、そもそも病床が存在しない場合。

「平成24年病院報告（厚生労働省医政局）」

【表16 二次保健医療圏ごとの平均在院日数及び1日平均在院患者の構成割合】

	茨城県		水戸保健医療圏		日立保健医療圏		常陸太田・ひたちなか保健医療圏		鹿行保健医療圏	
	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合
総数	30.7		23.8		40.8		28.9		32.7	
精神病床	343.1	25.5%	236.3	19.7% ⑥	340.8	41.2% ①	227.2	15.4% ⑦	495.2	10.6% ⑨
療養病床	159.8	20.6%	179.6	19.4% ④	259.1	16.9% ⑥	135.7	22.9% ③	169.3	35.3% ②
一般病床	17.3	53.7%	17.3	60.8% ③	18.2	42.0% ⑧	18.7	61.3% ②	19.0	54.0% ⑤
(再掲)介護療養病床	206.4	3.9%	206.4	2.7% ⑥	266.2	7.4% ③	278.2	8.1% ②	・	-
介護を除く総数	29.6		23.2		23.2		26.7		32.7	

	土浦保健医療圏		つくば保健医療圏		取手・竜ヶ崎保健医療圏		筑西・下妻保健医療圏		古河・坂東保健医療圏	
	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合	平均在院日数	1日平均在院患者数の構成割合
総数	32.8		26.1		31.7		51.1		32.8	
精神病床	556.1	40.3% ③	225.8	14.8% ⑧	447.4	26.1% ④	448.4	20.0% ⑤	361.2	41.0% ②
療養病床	162.8	15.9% ⑧	155.0	16.4% ⑦	110.8	17.1% ⑤	160.6	44.9% ①	260.3	10.1% ⑨
一般病床	15.0	43.8% ⑦	18.5	68.4% ①	18.9	56.8% ④	20.3	35.1% ⑨	16.8	48.9% ⑥
(再掲)介護療養病床	163.0	4.4% ④	349.5	0.5% ⑦	72.7	2.9% ⑤	420.1	11.3% ①	・	-
介護を除く総数	31.5		25.9		31.1		45.6		32.8	

※「1日平均在院患者数の構成割合」の丸囲み数字は、病床種別ごとにみた保健医療圏の順位（割合の高い順）を表します。

※「・」は、そもそも病床が存在しない場合を指します。

⑤ 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・自宅死亡数の他県との比較

※以降の文章で「人口」は平成22年国勢調査による人口

在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・自宅死亡数について、全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都（22.8日）及び最も長い鹿児島県（44.5日）並びに近県（栃木県・群馬県）と本県とを比較してみると以下のとおりです。

- 在宅療養支援診療所総数の一般診療所総数に占める割合について見ると、全国（13.6％）に比べ、茨城県（10.6％）及び東京都（11.7％）は低くなっており、鹿児島県（19.4％）は高くなっています。
- 訪問看護ステーションについて見ると、茨城県は人口の割合（2.3％）に比べ1.7％と低く、東京都も人口の割合（10.3％）に比べ9.5％と低くなっていますが、鹿児島県は人口の割合（1.3％）に比べ1.7％と高くなっています。
- 死亡の総数に対する自宅死亡数の割合について見ると、全国（12.8％）に比べ、茨城県（11.6％）及び鹿児島県（9.0％）は低くなっており、東京都（16.4％）は高くなっています。
- 栃木県は、在宅療養支援診療所総数の一般診療所総数に占める割合（10.3％）が全国（13.6％）、茨城県（10.6％）、群馬県（14.5％）と比較して低くなっています。また、訪問看護ステーションの全国の合計数に占める割合（1.0％）は、人口の割合（1.6％）と比べて低くなっていますが、死亡の総数に対する自宅死亡の割合（13.4％）は全国、茨城県、群馬県と比較して高くなっています。
- 群馬県は、在宅療養支援診療所総数の一般診療所総数に占める割合（14.5％）は全国（13.6％）と比べて高くなっています。訪問看護ステーションの全国の合計数に占める割合（1.5％）は人口の割合（1.6％）と同程度ですが、死亡の総数に対する自宅死亡数の割合（11.3％）は全国（12.8％）と比べて低くなっています。
- 死亡の総数に対する自宅死亡数の割合が高いと平均在院日数が短いことが推定されますが、それ以外については、平均在院日数の短縮につながるような関連は認められませんでした。

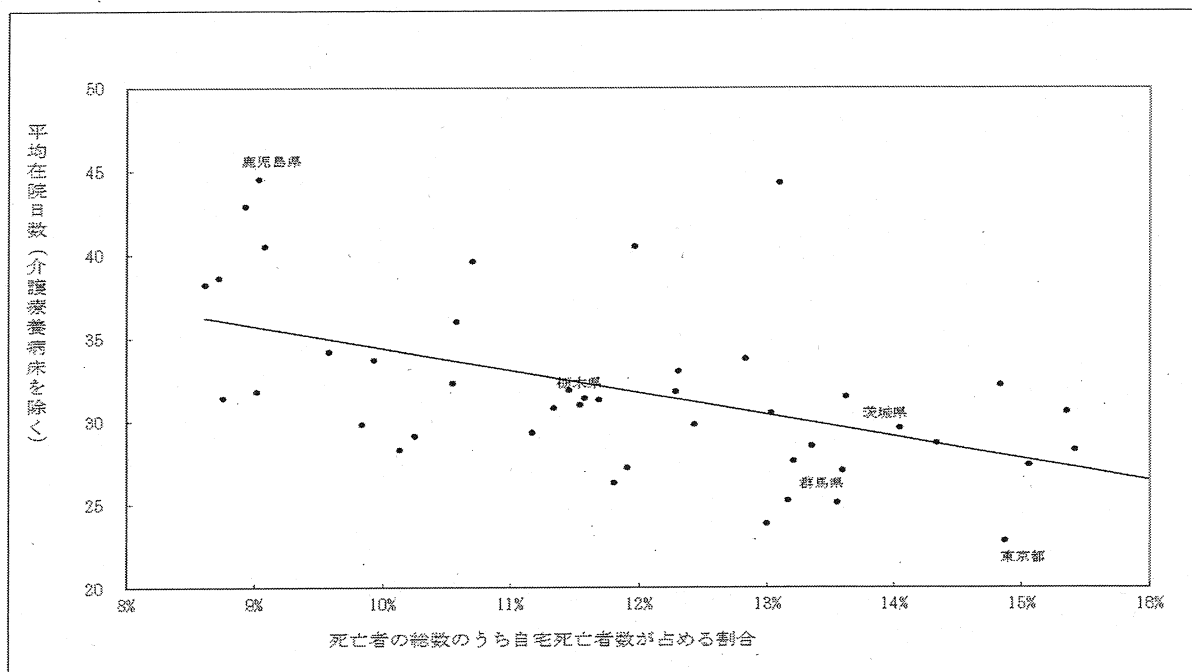
【表17 全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都（22.8日）及び最も長い鹿児島県（44.5日）並びに近県（栃木県・群馬県）と茨城県との比較】

	茨城県		東京都		鹿児島県		栃木県		群馬県		全国
	人口	(%)	人口	(%)	人口	(%)	人口	(%)	人口	(%)	
(人口・全国比)	2,969,770	2.3%	13,159,388	10.3%	1,706,242	1.3%	2,007,683	1.6%	2,008,068	1.6%	128,057,352
一般診療所数	1,711	1.7%	12,612	12.7%	1,409	1.4%	1,411	1.4%	1,555	1.6%	99,547
在宅療養支援診療所数 (在宅／一般)	181	1.3%	1,476	10.9%	274	2.0%	146	1.1%	226	1.7%	13,506
訪問看護ステーション数	87	1.7%	496	9.5%	87	1.7%	51	1.0%	79	1.5%	5,212
死亡の総数	30,009	2.4%	109,194	8.7%	21,281	1.7%	20,784	1.7%	21,169	1.7%	1,256,359
自宅死亡数 (自宅／総数)	3,475	2.2%	17,893	11.1%	1,919	1.2%	2,775	1.7%	2,401	1.5%	161,242
	11.6%		16.4%		9.0%		13.4%		11.3%		12.8%

※各項目の「％」は、各項目の全国の合計数に占めるそれぞれの県の件数を示したものの。

「平成23年医療施設調査／平成23年介護サービス施設事業所調査／平成24年人口動態調査」

【図22 都道府県ごとの、死亡者総数のうち自宅死亡者数が占める割合と平均在院日数】



⑥ 在宅療養支援診療所数・訪問看護ステーション数・自宅死亡数の二次保健医療圏ごとの比較

本県の二次保健医療圏ごとに在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・自宅死亡数を比較してみると以下のとおりです。

- 在宅療養支援診療所の割合は、水戸保健医療圏、つくば保健医療圏及び筑西・下妻保健医療圏が人口の割合より高くなっていますが、その他の保健医療圏では人口の割合より低くなっています。
- 訪問看護ステーションの割合は、水戸保健医療圏、鹿行保健医療圏、つくば保健医療圏及び取手・竜ヶ崎保健医療圏が人口の割合より高くなっていますが、その他の保健医療圏では人口の割合より低くなっています。
- 自宅死亡数の割合は、鹿行保健医療圏、土浦保健医療圏、つくば保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏及び古河・坂東保健医療圏が、人口の割合より高くなっていますが、その他の保健医療圏では、人口の割合より低くなっています。
- 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの整備が人口割合よりも高い水戸保健医療圏・つくば保健医療圏は平均在院日数も短くなっていますが、サンプル数が少なく例外もあるため、はっきりとした関連は認められませんでした。

【表18 二次医療圏ごとの在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・自宅死亡数】

(人口・茨城県比)	茨城県		水戸		日立		常陸太田・ひたちなか		鹿行	
	2,969,770		474,770	16.0%	271,172	9.1%	370,239	12.5%	279,189	9.4%
一般診療所総数	1,711		339	19.8%	149	8.7%	179	10.5%	115	6.7%
在宅療養支援診療所総数	181		36	19.9%	5	2.8%	21	11.6%	11	6.1%
(在宅／一般)	10.6%		10.6%		3.4%		11.7%		9.6%	
訪問看護ステーション総数	105		18	17.1%	9	8.6%	12	11.4%	10	9.5%
死亡の総数	30,009		4,886	16.3%	2,973	9.9%	4,010	13.4%	2,894	9.6%
自宅死亡数	3,475		493	14.2%	247	7.1%	390	11.2%	314	9.0%
(自宅／総数)	11.6%		10.1%		8.3%		9.7%		10.9%	

(人口・茨城県比)	土浦		つくば		取手・竜ヶ崎		筑西・下妻		古河・坂東	
	267,079	9.0%	324,371	10.9%	473,930	16.0%	274,787	9.3%	234,233	7.9%
一般診療所総数	177	10.3%	223	13.0%	253	14.8%	158	9.2%	118	6.9%
在宅療養支援診療所総数	14	7.7%	36	19.9%	23	12.7%	25	13.8%	10	5.5%
(在宅／一般)	7.9%		16.1%		9.1%		15.8%		8.5%	
訪問看護ステーション総数	9	8.6%	13	12.4%	21	20.0%	7	6.7%	6	5.7%
死亡の総数	2,837	9.5%	2,694	9.0%	4,215	14.0%	3,137	10.5%	2,363	7.9%
自宅死亡数	353	10.2%	358	10.3%	543	15.6%	436	12.5%	341	9.8%
(自宅／総数)	12.4%		13.3%		12.9%		13.9%		14.4%	

※各項目の割合(%)は、茨城県の合計数に占める各二次医療圏での数を示したものです。
 ※訪問看護ステーション数はH25.11茨城県看護協会調べ。P39の数とは異なります。

⑦ 受け皿施設の整備状況の他県との比較

受け皿施設の整備状況について、全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都(22.8日)及び最も長い鹿児島県(44.5日)並びに近県(栃木県・群馬県)と本県とを比較してみると以下のとおりです。

- 茨城県は、人口の割合(2.3%)と比較すると、特定施設入居者生活介護の事業所数の割合(居宅サービスの事業所(1.4%)、介護予防特定施設入居者生活介護(1.3%))が少なくなっています。また、認知症対応型共同生活介護(認知症対応型共同生活介護(2.5%)、介護予防(2.6%))は人口の割合と比べ多くなっています。
- 東京都は、人口の割合(10.3%)と比較して特定施設入居者生活介護の事業所の割合(居宅サービスの事業所(13.6%)、介護予防特定施設入居者生活介護(13.7%))は高くなっていますが、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護施設の割合が少なくなっています。
- 鹿児島県は、人口の割合(1.3%)と比べると、いずれの施設も人口比率と比べて同程度か、高くなっています。
- 栃木県は、人口の割合(1.6%)と比べて特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護の事業所の割合が低く、小規模多機能型居宅介護の割合が高くなっています。
- 群馬県は、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護の割合が高くなっています。
- 受け皿施設の整備状況については、今回の比較では平均在院日数の短縮につながるような関連は認められませんでした。

【表19 全体の平均在院日数が全国で最も短い東京都（22.8日）及び最も長い鹿児島県（44.5日）並びに近県（栃木県・群馬県）と茨城県との比較】（出典：平成23年介護サービス施設調査・事業所調査）

	茨城県		東京都		鹿児島県		栃木県		群馬県		全国
	(人口・全国比)										
介護老人福祉施設の定員	10,656	2.5%	35,137	8.2%	8,692	2.0%	5,892	1.4%	7,637	1.8%	427,634
介護老人保健施設の定員	9,101	2.9%	15,916	5.0%	5,619	1.8%	5,298	1.7%	5,886	1.9%	318,091
介護療養型医療施設の病床数	1,164	1.5%	6,001	7.9%	1,292	1.7%	578	0.8%	886	1.2%	75,991
特定施設入居者生活介護											
（居宅サービスの事業所数）	45	1.4%	432	13.6%	42	1.3%	29	0.9%	52	1.6%	3,165
（介護予防特定施設入居者生活介護）	39	1.3%	409	13.7%	39	1.3%	29	1.0%	49	1.6%	2,991
（地域密着型特定施設入居者生活介護）	2	1.3%	7	4.6%	9	5.9%	0	0.0%	1	0.7%	152
認知症対応型共同生活介護											
（認知症対応型共同生活介護）	239	2.5%	325	3.4%	294	3.1%	111	1.2%	200	2.1%	9,484
（介護予防）	235	2.6%	314	3.4%	283	3.1%	104	1.1%	193	2.1%	9,144
小規模多機能型居宅介護											
（小規模多機能型居宅介護）	42	1.7%	64	2.6%	57	2.3%	61	2.5%	61	2.5%	2,486
（介護予防）	40	1.9%	55	2.6%	53	2.5%	60	2.9%	55	2.6%	2,099

※各項目の割合(%)は、全国の合計数に占める各都県の割合を示します。

⑧ 受け皿施設の整備状況の二次医療圏ごとの比較

受け皿施設の整備状況について、二次保健医療圏ごとに比較してみると以下のとおりです。

- 全体の平均在院日数が最も長い筑西・下妻保健医療圏では、表のすべての項目で人口の割合より高くなっています。
- 本県の二次保健医療圏ごとの受け皿施設の整備状況については、今回の比較では平均在院日数の短縮につながるような関連は認められませんでした。

【表20 二次医療圏ごとの比較】

	茨城県		水戸		日立		常陸太田・ひたちなか		鹿行	
	(人口・茨城県比)									
介護老人福祉施設の定員	10,656		1,724	16.2%	983	9.2%	1,295	12.2%	1,100	10.3%
介護老人保健施設の定員	9,101		1,804	19.8%	730	8.0%	1,398	15.4%	714	7.8%
介護療養型医療施設の病床数	1,164		147	12.6%	228	19.6%	213	18.3%	0	0.0%

	土浦		つくば		取手・竜ヶ崎		筑西・下妻		古河・坂東	
	(人口・茨城県比)									
介護老人福祉施設の定員	1,188	11.1%	1,151	10.8%	1,308	12.3%	1,147	10.8%	760	7.1%
介護老人保健施設の定員	860	9.4%	758	8.3%	1,292	14.2%	895	9.8%	650	7.1%
介護療養型医療施設の病床数	131	11.3%	16	1.4%	157	13.5%	253	21.7%	19	1.6%

※各項目の割合(%)は、県全体の合計数に占める各保健医療圏の割合を示します。

(参考)

【表21 全国及び他県の高齢者人口】（平成22年国勢調査）

	茨城県	東京都	鹿児島県	栃木県	群馬県	全国
人口	2,969,770	13,159,388	1,706,242	2,007,683	2,008,068	128,057,352
(再掲)65歳以上	665,065	2,642,331	449,692	438,196	470,520	29,245,685
65歳以上人口割合	22.4%	20.1%	26.4%	21.8%	23.4%	22.8%

【表22 二次保健医療圏の高齢者人口】 (平成22年国勢調査)

保健医療圏	茨城県計	水戸	日立	常陸太田・ひたちなか	鹿行
人口	2,969,770	474,770	271,172	370,239	279,189
(再掲)65歳以上	665,065	108,095	68,758	90,131	61,200
65歳以上人口割合	22.4%	22.8%	25.4%	24.3%	21.9%

保健医療圏	土浦	つくば	取手・竜ヶ崎	筑西・下妻	古河・坂東
人口	267,079	324,371	473,930	274,787	234,233
(再掲)65歳以上	62,240	58,610	101,250	64,301	50,480
65歳以上人口割合	23.3%	18.1%	21.4%	23.4%	21.6%

※茨城県計には「不詳」を含むため二次保健医療圏の合計と一致しません。

⑨ 本県のDPC（包括医療費支払い制度）算定病床の設置状況について

本県の二次医療圏ごとのDPC算定病床数の設置状況を比較したところ、人口10万人当たりの算定病床数が最も多いのはつくば保健医療圏で549.0床でした。筑西・下妻保健医療圏については算定病院がありませんでした。また、全国の場合と本県の場合を比較したところ、本県の人口10万人当たりの算定病床数は全国と比べて75.4床少なくなっています。

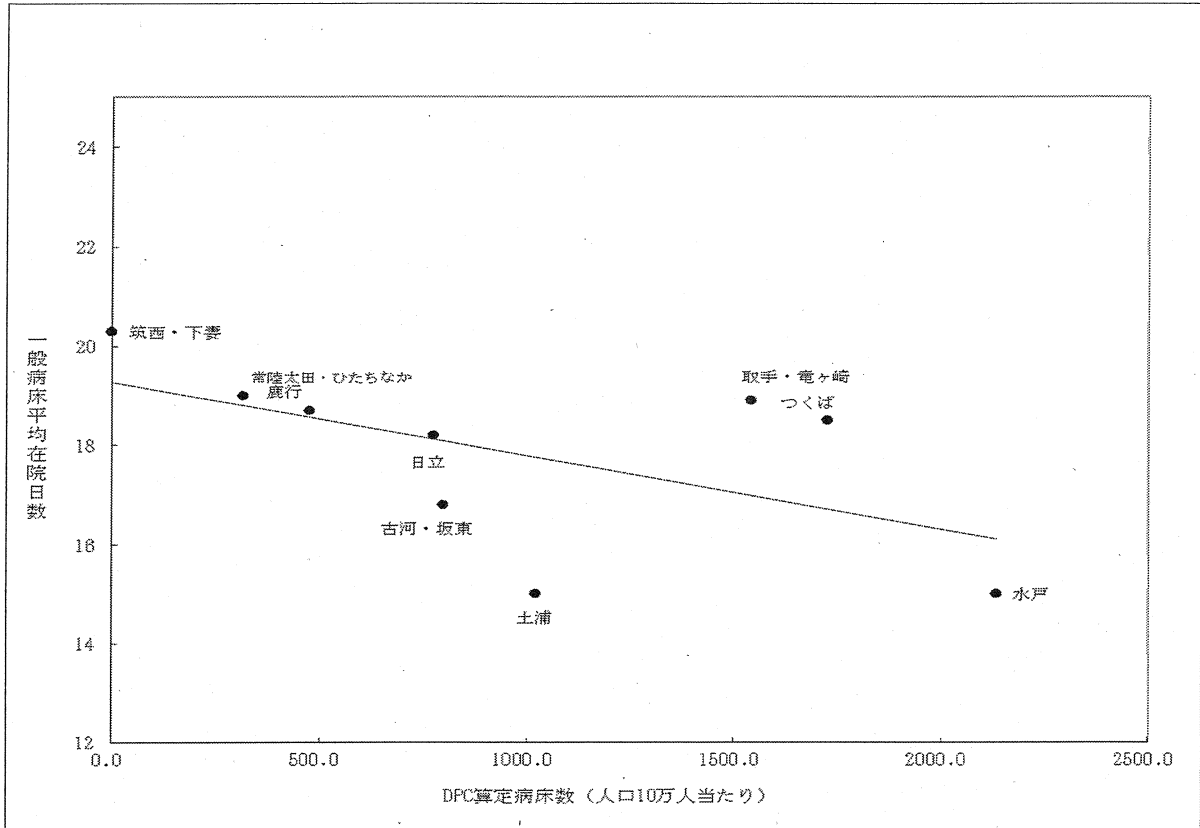
本県の二次医療圏ごとの人口10万人当たりのDPC算定病床数と一般病床平均在院日数の相関をみると、図23のとおり、人口10万人当たりの算定病床が多い保健医療圏ほど一般病床平均在院日数が短い傾向が見られました。人口10万人当たりの算定病床数が2番目に多い水戸保健医療圏は一般病床平均在院日数が15.0日と最も短く、算定病床がない筑西・下妻保健医療圏は一般病床平均在院日数が20.3日と最も長くなっています。

【表23 二次保健医療圏ごとのDPC算定病床の設置状況】

保健医療圏	DPC対象病院数	DPC算定病床数	人口10万人当たりのDPC算定病床数
水戸	5	2,133	449.3
日立	3	775	285.8
常陸太田・ひたちなか	4	475	128.3
鹿行	2	315	112.8
土浦	2	1,022	382.7
つくば	4	1,725	531.8
取手・竜ヶ崎	6	1,541	325.2
筑西・下妻	0	0	0.0
古河・坂東	3	800	341.5
茨城県	29	8,786	295.8
全国	1,496	475,395	371.2

※DPC算定病院数及びDPC算定病床数は平成25年4月1日現在の数値

【図 23 二次医療圏ごとの人口 10 万人当たり D P C 算定病床数と一般病床平均在院日数】



平均在院日数に対する評価

1 目標と実績

	平成18年度	平成24年度（目標）	平成24年度（実績）
平均在院日数	31.9日	29.6日	29.6日

2 評価

○ 本県の平均在院日数については、年々短縮されており、平成24年度は平成18年度より2.3日短く、29.6日と全国平均（29.7日）を下回っています。これにより、第一期計画において設定した目標値（29.6日）をちょうど達成した形になります。

第二期計画において新たに作成した目標値（29.5日）も、このまま推移すればいずれ達成すると思われませんが、今後は単に日数の目標だけでなく、患者のQOL（生活の質）の向上や医療機関同士の効率的な連携などを含め、総合的な評価の手法について分析が必要と考えられます。

○ 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・自宅死亡数と平均在院日数の短縮の関係について見ると、死亡の総数に対する自宅死亡数の割合が高いと平均在院日数が短いことが認められました。それ以外については、平均在院日数の短縮につながるような関連は認められませんでした。生活習慣病の増加や疾病の構造の変化に加え、著しい高齢化の進展により、在宅医療の必要性はますます増加しています。そのため、病院と診療所が十分な連携を行い、かかりつけ医が安定した在宅医療を行える体制を整備するとともに、かかりつけ医と訪問看護ステーションなどが連携を図り、患者や家族が在宅医療を選択できる体制を整備することが必要と考えられます。

○ 受け皿施設の整備状況と平均在院日数の短縮の関係については、平均在院日数の短縮につながるような関連は認められませんでした。しかし今後も、医療から介護への受け皿づくりを含めた医療連携体制を整備し、必要とされるサービスの提供が十分に確保できるようにすることが重要と考えられます。

また、これらの施設における従事者数や離職率など、いわゆる「人材確保」の問題についても、今後、全国的に比較可能なデータを揃え、平均在院日数との関係について分析を進めることが必要と考えられます。

○ DPC算定病床数の設置状況と平均在院日数の短縮の関係について見ると、DPC算定病床が多い保健医療圏ほど一般病床平均在院日数が短い傾向が見られたことから、DPCの算定が平均在院日数の短縮に関連していると考えられます。

なお、平成22年の中間評価においては「医療機能の分化・連携や在宅医療に関連する診療報酬の算定状況」と平均在院日数の相関についてデータの収集・分析を行いました。今回の実績評価では厚生労働省において「有意差がみられない」と判断され、データが提供されなかったため、本県でも分析を省略しました。

また、地域連携クリティカルパスの作成状況と平均在院日数の関係につきましても、サンプル数が少ないため相関分析は省略しています。ただし、地域連携クリティカルパスの作成と運用は平均在院日数の短縮に寄与すると考えられますので（※）、引き続き事例の収集と分析に努める必要があります。

（※）脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの導入効果分析

（地域医療連携パス合同会議への委託調査）

第二期茨城県医療費適正化計画に概要記載

(2) 療養病床の再編成

療養病床の再編成については、第一期計画において保険種別等毎（医療療養・介護療養・回復期リハビリテーション病棟）の目標数を示しましたが、その後の病床転換の状況や医療機関側の意見等を踏まえ、国においては療養病床の機械的な削減は行わないこととしました。本県でもこれを受け、第二期計画の策定に際しては、国の方針と同様に療養病床の再編成に係る目標値の設定は行っておりません。

したがって、本評価書においても、療養病床再編成の達成状況や施策の実施状況に関する調査・分析は行わないこととします。ただし参考として、直近における療養病床数の状況、計画期間中に実施した療養病床の転換に関する助成の状況について下記に記載します。

① 本県の療養病床の状況

平成25年8月1日現在の療養病床数は、平成18年10月（第一期計画策定時）に比べ全体では314床減少しています。しかしその内訳を見ると、将来的に廃止される予定の介護療養病床（平成30年3月までの経過措置期間中）は589床減少していますが、医療療養病床は275床増加しており、必ずしも療養病床が減少傾向にあるわけではありません。

なお、回復期リハビリテーション病棟である療養病床は、指定を行う関東信越厚生局茨城事務所においても全体数の把握は行っておらず、今回追跡調査は行っていません。

【表24 本県の療養病床数（H25. 8. 1現在）】

(単位:床)

	平成18年10月 (第一期計画 策定時)	平成22年8月 (中間評価時)	平成25年8月 (実績評価時)	増減
介護療養病床	1,729	1,308	1,140	-589
医療療養病床	4,487	4,726	4,762	275
計	6,216	6,034	5,902	-314

② 療養病床の転換に関する助成の状況

療養病床適正化の一環として、医療機関が有する療養病床を介護保険関連施設に転換する際に必要な費用を、国（厚生労働省）・社会保険診療報酬支払基金とともに助成しました。

【表25 病床転換助成事業費の実績（平成25年度は予定）】

年度	医療機関	転換病床数	転換先施設	助成額
H21	青柳病院(水戸市)	医療療養30床	老人保健施設	15,000千円
H22	山手病院(日立市)	医療療養50床	老人保健施設	12,579千円
H23~24	宗仁会病院(取手市)	医療療養44床 介護療養40床	老人保健施設	44,000千円
H24~25	ハタミ病院(鉾田市)	医療療養14床 一般26床	老人保健施設	34,844千円

(3) 目標達成に向けての主な取組状況

医療の効率的な提供の促進のための取組については、「第6次茨城県保健医療計画」（計画期間：平成25年～29年）においても引き続き「現状と課題」「対策」の形で掲載しています。

ここでは、医療費適正化に資すると考えられる取組の再掲を中心に記載します。

① 医療機関の機能分化・連携の推進

(ア) 5疾病における取組み

【がん】

- 茨城県がん診療連携拠点病院相談支援部会（構成：がん診療連携拠点病院8病院，茨城県がん診療指定病院7病院，茨城県医師会 等）での検討を受け，県内2病院（県立中央病院，筑波大学附属病院）で地域連携クリティカルパスの整備を行いました。
- 「いばらきがん医療情報ネットワーク」の整備に引き続き取り組んでいます。
- 平成25年3月，がん医療連携体制の構築についても掲載されている「茨城県総合がん対策推進計画 ー第三次計画ー」を策定しました。

【脳卒中・急性心筋梗塞】

- 専門的治療を行う医療機関，リハビリテーションを行う施設，かかりつけ医（歯科医）などの医療機関が連携し，切れ目なく継続的な治療が行われるネットワークづくりを推進しています。
- 生活習慣病の予防や在宅療養支援の観点から，医療機関と歯科医療機関の連携促進に取り組んでいます。

【糖尿病】

- かかりつけ医（歯科医）と専門的な管理を行う医療機関の役割分担・相互連携が行われる体制づくりに努めるとともに，初期・安定期の患者が専門的な医療機関に集中することのないよう，県民への医療機関適正受診の啓発に努めています。
- 平成22年2月から「茨城県糖尿病登録医制度」がスタートし，平成26年1月時点で493名が登録されています。

【精神疾患】

- 精神科医療機関と地域のかかりつけ医や薬局との連携を推進するとともに，退院可能な精神疾患患者の退院への支援及び地域生活継続への支援のため，各保健所に精神障害者地域医療支援連絡協議会を設置し，市町村，精神科病院，相談支援事業所，訪問看護ステーション，地域包括支援センター等との連携体制の整備に努めています。
- グループホームやケアホームへの施設整備助成等により，精神疾患患者の退院後の住まいの場の確保に努めています。

(イ) 5事業における取組み

【救急医療】

- 県民の誰もがいつでもどこでも安心して適切な救急医療が受けられるよう，初期・二次・三次の救急医療体制の体系的な整備促進を図っています。
 - ・ 初期救急医療体制の整備
休日や夜間における軽症患者の受け皿として，休日夜間急患センターや在宅当番医制などの初期救急医療体制の整備拡充を図っています。

・二次救急医療体制の整備

入院・手術を必要とする重症救急患者を受け入れるため、病院群輪番制等により二次救急医療体制の整備を図っています。

・三次救急医療体制の整備

二次救急では対応困難な重篤救急患者に対応するため、救命救急センターによる三次救急医療体制の整備を図っているほか、救命救急センターの設置されていない保健医療圏に、地域救命センターの整備を促進しています。

- 在宅医療や精神科医療との連携に努めています。
- 「茨城県救急医療情報システム」の利用促進や利便性の向上に努めるとともに、迅速・適切な救急搬送体制（病院前救護，メディカルコントロール）の整備を図っています。
- 救急医療の適正利用を県民に普及啓発しています。

【災害時における医療】

- 地震や洪水などの自然災害や、大型交通災害・大火災・化学災害・NBCテロなどの人為的な原因による大規模な災害発生時において、24時間対応可能な緊急医療体制を確保するため、災害拠点病院を中心として、災害派遣医療チーム（DMAT），地域医師会，消防機関等と連携し、災害時における県民の医療を確保しています。
- 茨城県医師会，茨城県歯科医師会等と協定を結び、避難所等における医療や、口腔ケア等の歯科医療救護活動体制の充実を図っています。

【へき地の医療】

- へき地医療の支援策を一元的に企画・調整するへき地医療支援機構とへき地医療拠点病院が中心となり、関係機関と連携を図りながら、へき地診療所への定期的な医師の派遣や巡回診療等を実施しています。

【周産期医療】

- 県内どこでも適切な周産期医療が提供できるよう、正常分娩は一般産科医療機関，比較的高度な周産期医療は地域周産期母子医療センター，高度な周産期医療は総合周産期母子医療センターといった医療機関相互の機能分担を図り，緊密な連携体制を整備しています。
- 妊産婦等救急患者の受入先を調整する妊産婦搬送コーディネーターを各総合周産期母子医療センターに配置するとともに，軽症の妊産婦等救急患者を受け入れる周産期救急医療協力病院を新たに指定するなど，救急搬送の受入体制の充実を図っています。

【小児医療】

- 休日・夜間においても，患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療を受けられるよう，地域の実情に応じて，初期・二次・三次の小児救急医療体制を整備しています。
特に，入院診療を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施することのできる二次救急医療機関を確保することを目指しています。
- 「茨城子ども救急電話相談」の実施等により，保護者の不安を軽減し，安心して子育てができる環境づくりを進めるとともに，小児救急医療機関の負担の軽減を図っています。

② 在宅医療の推進

- 在宅医療に係る「退院支援」「日常の療養生活支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの局面において、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供される切れ目のない体制づくりを目指しています。
- このため、かかりつけ医の在宅医療への参加の促進や、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、訪問看護ステーション等を増やすための方策について検討するとともに、「積極的な役割を担う医療機関」「連携を担う拠点」の整備を働きかけています。
- また、患者のQOLの向上を図るため、緩和ケアや歯科口腔ケア、栄養管理、薬剤管理指導、リハビリテーション、介護者や家族への負担を軽減できるレスパイトケアの確保など、医療・福祉・保健の多岐にわたるサービスの充実と連携を図り、在宅医療に係る包括的かつ継続的な支援体制の構築に努めています。

連携体制の構築にあたっては、地域包括ケアシステムや地域ケアシステム、地域リハビリテーションなど、在宅医療に関わる関連制度との役割分担や連携を促進し、効果的・効率的なサービスの提供を図っています。
- 多職種連携によるチーム医療を推進するため、講習会の実施等により、各地域においてリーダーとなる人材の育成を図っています。

3 計画期間における医療費の見通し

第一期茨城県医療費適正化計画においては、現状のまま推移した場合の平成24年度の医療費(8,244億円)と目標を達成した場合の医療費(8,092億円)の差として、152億円の適正化効果があると見込んでいます。

ここでは、第一期計画策定時における推計方法を用いて再計算するとともに、平成23年都道府県別国民医療費で公表された茨城県の医療費との比較を行います。

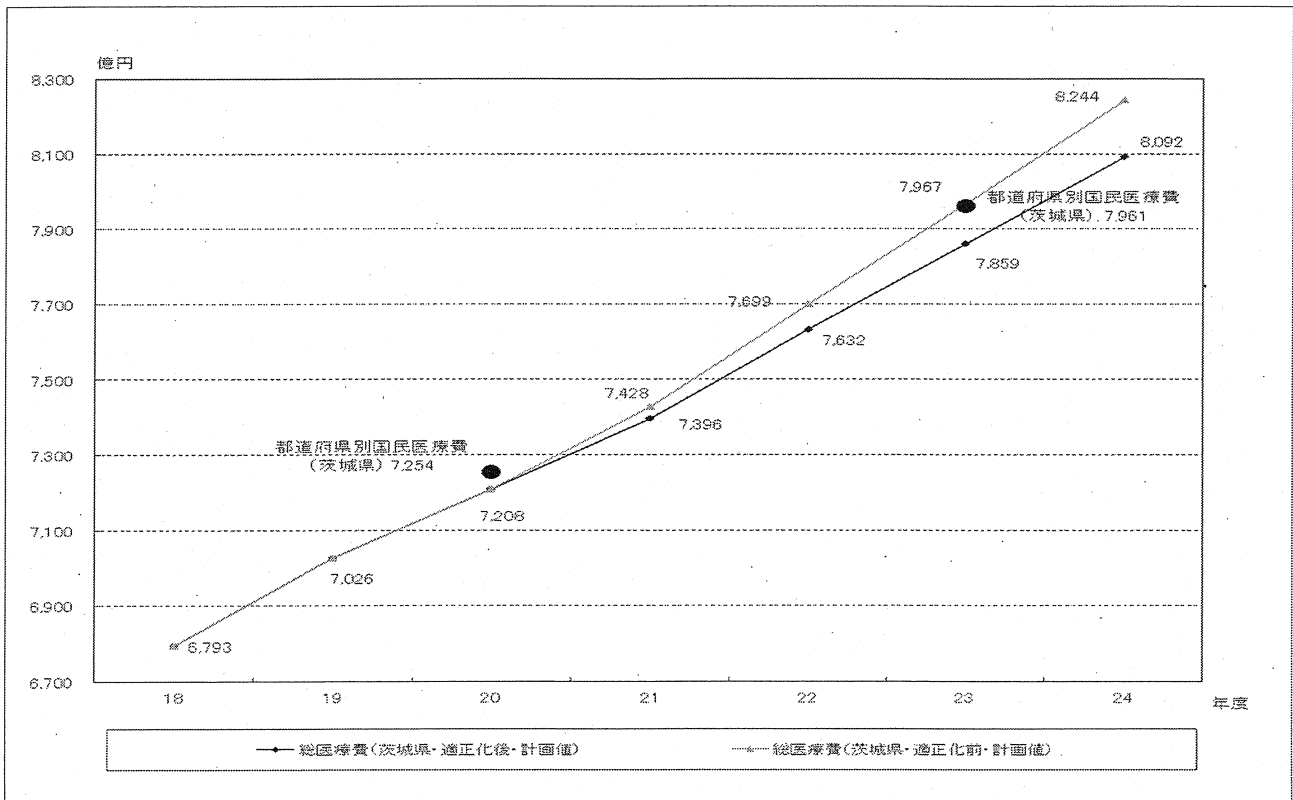
まず、平成24年の本県の平均在院日数「29.6日」は、第一期計画策定時における目標値と同一であるため、推計結果(適正化効果)も同一となります。

一方、平成23年度の本県の医療費は7,961億円であり、同年度における適正化前の医療費(7,967億円)とほぼ一致します。

ただし、医療費の推移には2年毎に行われる診療報酬の改定が大きく影響します。第一期計画策定時における試算では、平成20年度の医科の診療報酬をマイナス1.1%と想定しましたが、実際にはプラス0.42%でした。同様に、平成22年度の医科の診療報酬は増減なしで想定しましたが、実際にはプラス1.74%でした。従いまして、必ずしも医療費の適正化効果がなかったということではなく、試算上の条件の変化によるものと考えられます。

なお、第二期計画(平成25年度～29年度)で示している医療費の見通しでは、今回の計算結果とほぼ同様の現状把握となっています(平成24年度見通し:8,268億円)。今後は、第二期計画における医療費の見通しを基礎に、期間中の条件変化を踏まえながら適正化効果の把握を行っていきます。

【図24 茨城県の医療費の推移と見通し】



※茨城県医療費適正化計画で推計した総医療費には、現物給付でない分(はり・きゅう、保険証忘れ等による全額自費による支払い分等)等は含まれていませんが、都道府県別国民医療費には含まれています。

第5章 今後の課題と推進方策

1 住民の健康の保持と増進

本県の特定健診の平成23年度実施率は42.1%と、全国47都道府県中高い方から23番目で、全国平均44.0%をやや下回る結果となりました。

一方、特定保健指導の平成23年度実施率は16.0%、全国47都道府県中高い方から26番で、全国平均15.3%をやや上回る結果となりましたが、目標の45%にはまだまだ及ばない状況です。

特定健診や特定保健指導を実施することは、受診者が自分の健康状態を把握し、生活習慣病への正しい知識を身につけることで、生活習慣病の予防対策や生活習慣病の重症化、合併症への進行の予防にもつながることから、医療費の伸びを抑制する効果が期待できると考えられます。

平成29年度の目標値である「特定健診実施率70%」及び「特定保健指導実施率45%」を達成するためには、引き続き、行政と各保険者及び職域等が連携を図り、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施率向上の支援をはじめ、「茨城県地域・職域連携推進協議会」と連携した「茨城県保険者協議会」への活動支援、県民に対する特定健診・特定保健指導の重要性についての普及啓発などの一層の取組の推進が必要です。

また、住民の受診機会をより充実・拡大させるために、地域の実情に応じて住民が受診しやすい工夫や実施率向上を図る積極的な取組も重要です。5年間の特定保健指導終了者を活用した事業（ウォーキングサークル結成など）を実施する保険者も現れてきており、地域の人材育成や組織化など更なる活動も期待されます。しかし、受診勧奨値を超えた者や治療中断者の保健指導など十分な実施が図られていない現状もあることから、重症化予防の対策を講じる必要があります。

なお、今回の実績評価にあたり、更なる取組の分析や特定保健指導の医療費抑制の効果など長期的な分析の必要性が明らかになりました。健診と医療費等のデータから健康課題を分析し、効果的な保健事業を展開するために継続的な情報収集を含めた分析体制の整備を検討する必要があります。

(第二期医療費適正化計画における新たな課題について)

平成25年4月策定の「第二期茨城県医療費適正化計画」において、医療費適正化に効果があると考えられる課題の広がりを受け、下記の課題に関する取組の目標を新たに記載しています。

今後は、第二期計画で記載した目標の実現に向け、普及啓発などの施策を進めるとともに、医療費との関連性を示すデータの収集に努める必要があります。

・ たばこ対策

	現行水準(H22)	平成29年度
(目標) 成人の喫煙者割合		
男性	35.3%	23.7%
女性	11.3%	6.2%

(取組) たばこの煙による健康被害についての普及啓発、ヘルシースポット薬局や歯科医院での禁煙支援相談、禁煙認証制度等を通じた受動喫煙防止 等

・ 歯科口腔保健

	現行水準(H22)	平成 29 年度
(目標) 歯周病の自覚症状のある人の割合	40 歳 31.5%	25%以下
	50 歳 42.2%	30%以下

(取組) 歯周病の予防方法等の知識の普及、口腔ケアの実践方法についての介護老人福祉施設等への指導、医科と歯科の連携推進 等

2 医療の効率的な提供の推進

(1) 療養病床の再編成

療養病床の再編成については、国において既に方針を凍結し、機械的な削減策は行わないこととしております。介護療養病床につきましても、当初は平成 24 年 3 月末までに老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度が廃止されることになっていましたが、現在、この廃止期限が平成 30 年 3 月までに延長されています。

第一期計画期間中における療養病床の増減の動きを見ても、介護施設等への転換や病床廃止がある一方で、既存の一般病床を療養病床に変更する形での増床があり、全体としての減床は小幅な動きとなっています。こうしたことから、医療的なケアを必要とする療養患者の需要は一定程度あるものと推察されます。

県としては、今後の国の制度改正や計画の見直しの動きなどを引き続き注視するとともに、病床転換に係る制度を残しつつ、地域として必要な療養病床は確保し、患者の状態や必要性に応じた機能分担をより進めていく必要があります。

(2) 平均在院日数

本県の平成 24 年度の平均在院日数は 29.6 日で、全国で短い方から 18 番目であり、全国平均の 29.7 日より、0.1 日短い結果となっています。

都道府県別の平均在院日数の長さを決定するもっとも大きな要因としては、病床の性質上、必然的に在院日数が長期となる療養病床や精神病床の構成比の違いによることは明らかです。

しかし、平均在院日数の短縮に向けた取組としては、引き続き、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）及び 5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）について、各医療機関の役割分担により、安心して医療を受けられる体制を整備していくことや、地域連携クリティカルパスなどを活用し各医療機関の連携を推進していくことが重要であると考えられます。

また、高齢者が安心して地域で暮らせるように、在宅医療の推進が引き続き求められます。

地域において在宅医療を推進することは、自宅や介護施設等での療養を望む患者のニーズに合うだけでなく、平均在院日数の短縮・入院医療費の削減にもつながると考えられます。ただし、患者の状態（基本的生活動作等）をより良い状態に維持・向上させることが最も大切であり、不適切な救急対応や再入院等によってかえって患者の状態を損ね、結果として医療費の増加を招くことのないよう、事業所数や従事者数など、在宅医療に必要な環境を整えていく必要

があります。

加えて、介護サービスの提供体制の充実、「地域包括支援センター」や「地域ケアシステム」など、地域の多様な主体による見守りの体制の充実を図ることも重要です。

(第二期医療費適正化計画における新たな課題について)

「住民の健康の保持」と同様、第二期医療費適正化計画において新たに記載した項目については、今後の取組推進、データの収集に努めます。

・ 医薬品の適正使用

(取組) 後発医薬品の使用促進に係る県民や医療関係者への啓発強化、環境整備
残薬防止策の推進 (薬剤師による服薬指導、薬剤師と医師の連携強化)

3 本県の現状を踏まえて (第二期医療費適正化計画の推進に向けて)

第3章で記載のとおり、本県の医療費は年々増加していますが、人口1人当たりで見た医療費は269.1千円で全国44位であり、都道府県別では相対的に低い水準になっています。

また別の指標として、平成22年に厚生労働省が発表した「日常生活に制限のない期間の平均(『健康寿命』と称される)」によれば、男性71.32歳(全国4位)、女性74.62歳(全国7位)と、上位に位置しています。

健康寿命は回答者の主観によるアンケート回答(国民生活基礎調査)に基づくものであり、地域によって健康に関する意識や医療環境も異なることから、データの解釈には慎重を要しますが、「健康寿命を伸ばしつつ医療の効率的な提供を図り、費用の適正化を図る」という観点からみると、本県は適正な状況にあると考えられます。

従いまして、本計画の推進に当たりましては、単純に平均在院日数の短縮や医療費の抑制を数値的に追い求めるのではなく、健康寿命をさらに伸ばす観点から、取組内容にも広がりが求められています。

こうしたことから、平成25年4月に策定された「第二期茨城県医療費適正化計画」におきましては、第一期計画では採り上げることのなかった「たばこ対策」「歯科口腔保健の推進」「医薬品の適正使用」について新たに項目を設け、より踏み込んだ対策を推進することとしています。

各種の健康づくり対策に取り組むつつ、治療を必要とする疾病に対しては定期的な受診による薬物治療を行い、健康寿命の延伸を総合的に目指してまいります。また、地域の医療機能の分化・連携を通じて県民が必要な医療を受けられる環境づくりを進めることにより、結果的に医療費の適正化が図られ、国民皆保険制度の堅持につながるよう努めてまいります。

参考資料等

用語の説明

(1) 特定健康診査対象者数

40歳～74歳の医療保険加入者のうち、特定健康診査等の実施年度途中において、医療保険の加入及び脱退等の異動者及び妊婦等の除外規定に該当する者を除いた人数。

(2) 特定健康診査受診者数

「(1) 特定健康診査対象者数」のうち、特定健康診査の項目すべてを実施した者の数。

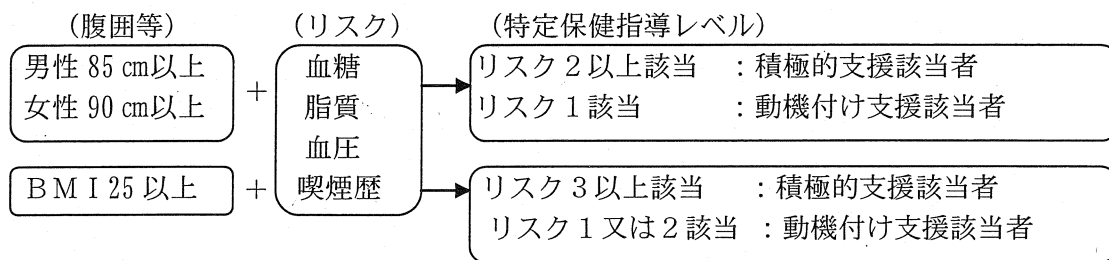
(3) 評価対象者数

「(2) 特定健康診査受診者数」に、特定健康診査の項目の一部ができなかったが、特定保健指導の対象者、あるいは非対象者の確定ができる者を加えた数。

(4) 特定健康診査実施率

「(2) 特定健康診査受診者数」を「(1) 特定健康診査対象者数」で除し、100を乗じた値。

(5) 特定保健指導該当者



※①血圧、血糖、脂質等に関する服薬をしている者は、特定保健指導の対象とはならない。

※②65歳以上の方については、積極的支援に該当となった場合でも動機付け支援となる。

(6) 動機付け支援とは

医師、保健師、管理栄養士等が、初回面接により生活習慣改善のアドバイスを行い、各自が生活習慣改善を実践し、6ヶ月後に評価を行う。

(7) 積極的支援とは

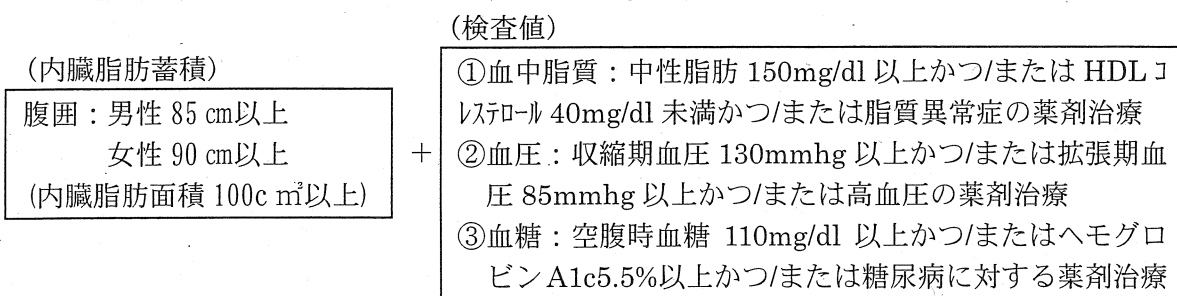
医師、保健師、管理栄養士等が、初回面接により生活習慣改善のアドバイスを行い、その後も面接、電話等により、各自の生活習慣改善の実践を継続的に支援し、6ヶ月後に評価を行う。

(8) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者・予備群者数

「(3) 評価対象者数」のうち、下記基準に該当する者の数。

該当者数 : 内臓脂肪蓄積に加え、検査値の①～③までの2つに該当する者

予備群者数 : 内臓脂肪蓄積に加え、検査値の①～③までの1つに該当する者



(9) 平均在院日数計算式

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

ただし、療養病床については次式による。

$$= \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関の他の病床へ移された患者数})}$$

(10) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

- 常時介護が必要で、居宅での介護が困難な方のための施設。食事、入浴、排泄などの日常生活介護や療養上の世話が受けられる。要介護1～5の方対象。

(11) 介護老人保健施設（老人保健施設）

- 病状が安定している方に、医療上のケアやリハビリテーション、日常的介護を提供し、家庭への復帰を支援する施設。要介護1～5の方対象。

(12) 介護療養型医療施設（療養病床等）

- 急性期の治療を終えた、長期療養が必要な方のための医療機関の病床。医療、看護、介護、リハビリテーションなどが受けられる。

(13) 特定施設入居者生活介護

- 有料老人ホーム等に入居中の高齢者が、要支援・要介護の状態になったときは、日常生活に必要な介護や機能訓練などが介護保険で受けられる。要介護1～5の方が対象

【介護予防特定施設入居者生活介護】

- 有料老人ホーム等に入居している高齢者が、介護予防を目的とした日常生活上の支援や介護を受けられる。要支援1・2の方対象

【地域密着型特定施設入居者生活介護】

- 入所定員30人未満の小規模な介護専用型特定施設に入居する方のための介護サービス。要介護1～5の方対象

(14) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症高齢者がスタッフの介護を受けながら共同生活する住宅。要介護1～5の方対象。

【介護予防認知症対応型共同生活介護】

- 認知症高齢者がスタッフの介護を受けながら共同生活する住宅。要支援2の方対象。

(15) 小規模多機能型居宅介護

【小規模多機能型居宅介護】

- 通所を中心に、利用者の選択に応じて訪問系・宿泊系のサービスを組み合わせ、多機能なサービスを提供する小規模な拠点です。要介護1～5の方対象。

【介護予防小規模多機能型居宅介護】

- 通所を中心に、利用者の選択に応じて訪問系・宿泊系のサービスを組み合わせ、多機能なサービスを提供する小規模な拠点です。要支援1・2の方対象。

茨城県医療費適正化計画策定委員会 委員名簿

氏名	所属
山口 巖	公益財団法人茨城県総合健診協会 会長
大久保一郎	筑波大学医学医療系 教授
山口 忍	茨城県立医療大学 保健医療学部看護学科地域看護学 教授
小松 満	一般社団法人茨城県医師会 会長
森永 和男	公益社団法人茨城県歯科医師会 会長
諸岡 信裕	一般社団法人茨城県病院協会 副会長
高沢 彰	社団法人茨城県精神科病院協会 副会長
村田 昌子	公益社団法人茨城県看護協会 会長
横濱 明	一般社団法人茨城県薬剤師会 副会長
政安 静子	公益社団法人茨城県栄養士会 会長
矢野 玲子	茨城県市町村保健師連絡協議会 常任理事
栗崎 美範	茨城県国民健康保険団体連合会 事務局長
仁井田 修	健康保険組合連合会茨城連合会 常任理事
小森 大成	全国健康保険協会茨城支部 企画総務部長



茨城県

茨城県保健福祉部 厚生総務課

〒310-8555

茨城県水戸市笠原町 978 番 6

Tel. 029-301-1111 (代) 内線3124

Fax. 029-301-3139