

茨城県医療費適正化計画

平成20年4月

茨 城 県

目次

第1章 計画の基本的事項.....	1
1 計画策定の趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	1
3 計画期間.....	1
第2章 医療費を取り巻く現状と課題.....	2
1 医療費の動向.....	2
(1) 国民医療費の動向.....	2
(2) 老人医療費の動向.....	4
2 平均在院日数.....	7
3 療養病床の状況.....	9
(1) 病床数.....	9
(2) 入院受療率.....	10
(3) 入院患者.....	10
4 生活習慣病の状況.....	11
(1) 死因.....	11
(2) 年齢階層別主要疾患の状況.....	13
(3) メタボリックシンドロームの状況.....	14
(4) 生活習慣病と死因の関係.....	15
(5) 生活習慣病と医療費の関係.....	17
5 茨城県における課題.....	18
(1) 医療費の推移等.....	18
(2) 生活習慣病の予防.....	19
(3) 平均在院日数の短縮.....	19
第3章 計画における目標.....	20
1 住民の健康の保持と増進.....	20
2 医療の効率的な提供の推進.....	21
3 計画期間における医療費の見通し.....	23
第4章 計画の推進体制及び関係者の連携・協力.....	24
1 計画の推進体制.....	24
2 関係者の連携・協力.....	24
第5章 計画の達成状況の評価.....	24
1 進捗状況評価.....	24
2 実績評価.....	24
策定経緯.....	25
茨城県医療費適正化計画策定委員会委員名簿.....	25

第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の趣旨

日本は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる体制を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な高齢化、経済の低成長化、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境の変化の中で、国民医療費が国民所得の伸びを上回って伸びています。

本県の状況を見ると、人口は今後減少していくと予想されますが、75歳以上の高齢者の全人口に占める割合は、平成17年度の9%から、平成37年度には18.4%と約2倍になると推計されています。

また、県民医療費を見ると、昭和62年度には3,454億円であったものが、平成17年度には6,989億円と18年間で2倍以上の伸びを示しており、県民医療費の県民所得に対する割合も年々増加しています。

今後とも、国民皆保険を堅持し続けていくためには、高齢化の進展に配慮して県民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、老人医療費を中心に、本県の医療費が過大に増大しないようにしていく必要があります。

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第9条第1項の規定に基づく茨城県における医療費適正化を推進するための計画です。

また、この計画は「茨城県保健医療計画」、「健康いばらき21プラン（茨城県健康増進計画）」及び「いばらき高齢者プラン21（茨城県介護保険事業支援計画）」と調和する計画です。

3 計画期間

計画期間は、平成20年度から平成24年度までの5年間です。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費の動向

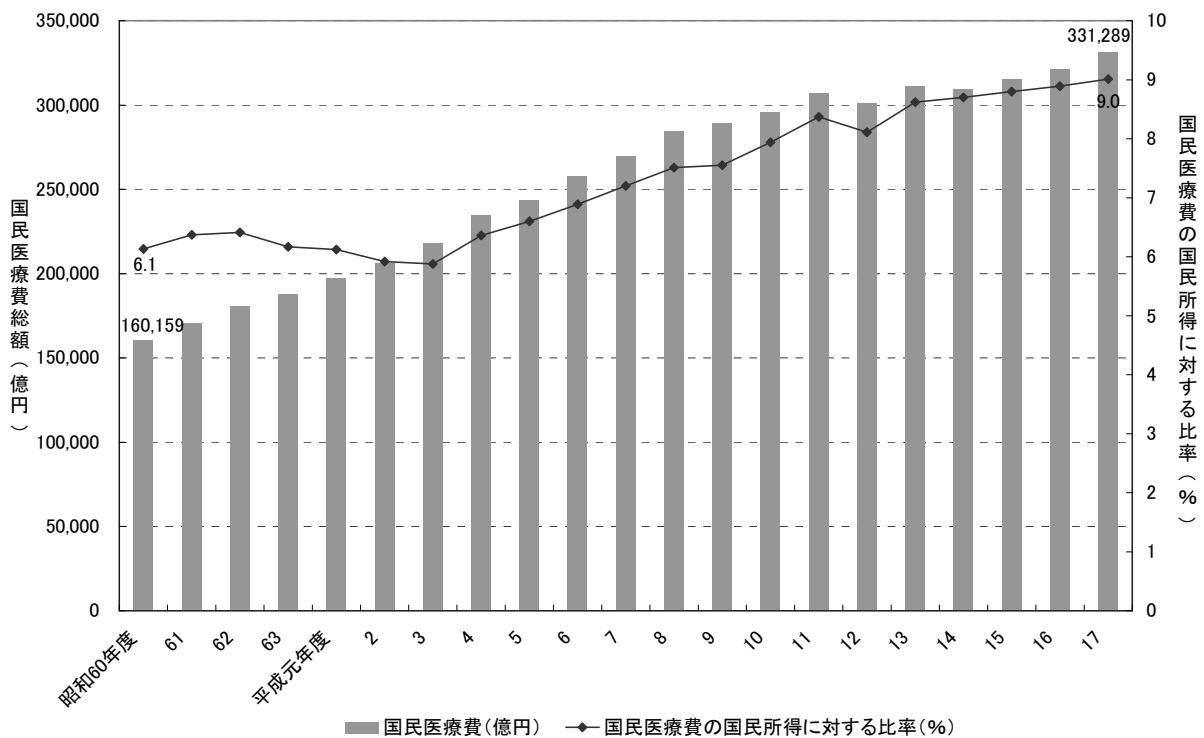
(1) 国民医療費¹の動向

ア 全国

国民医療費の動向を平成17年度国民医療費で見ると、全国の国民医療費は、昭和60年度に約16兆円だったものが、平成17年度には約33兆円となっており、近年は国民所得を上回る伸びを示しています。

これに伴い、国民医療費の国民所得に占める割合も年々増加し、平成17年度には9.0%まで上昇しています。(図1)

図1 国民医療費と国民医療費の国民所得に対する比率の推移



「平成17年度国民医療費(厚生労働省)」

イ 茨城県

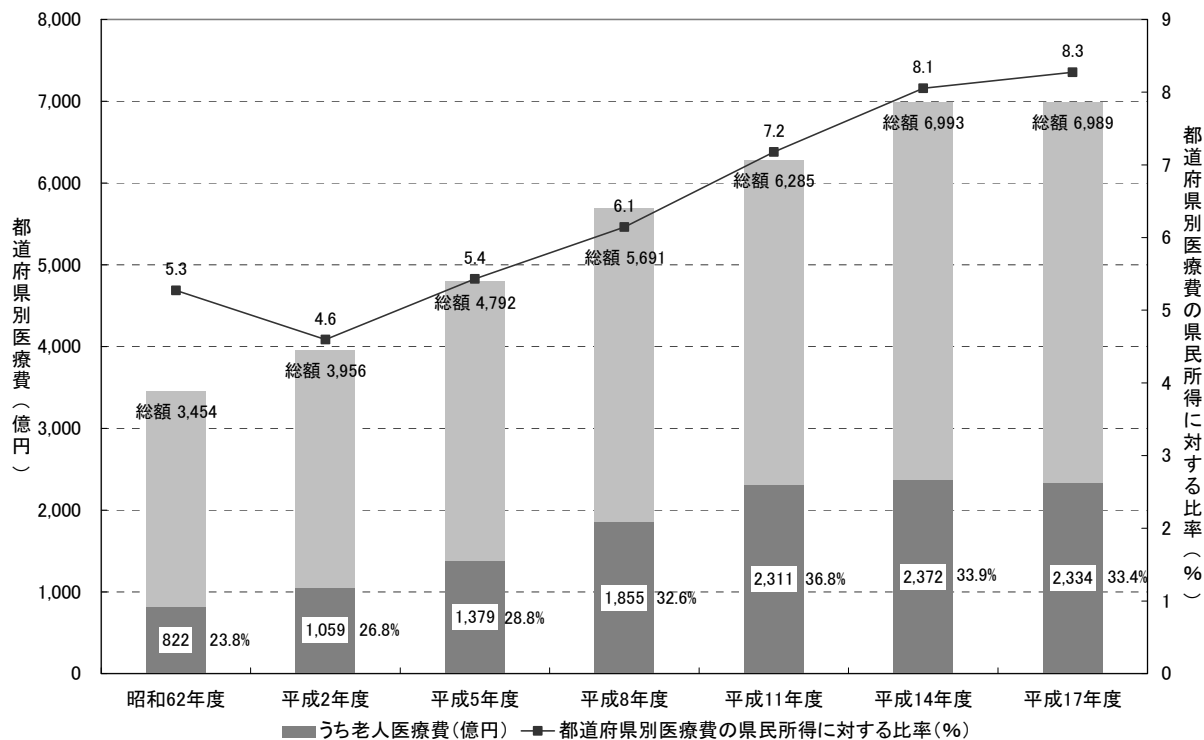
本県における医療費の状況を見ると、医療費の総額は昭和62年度には3,454億円だったものが、平成17年度には6,989億円と年々増加しており、その中に占める老人医療費²の割合も増加し、昭和62年度と平成17年度を比較すると、総額で約3倍、割合で約10ポイントの増加となっています。

また、県民所得に占める割合も平成2年度には4.6%でしたが、平成17年度には8.3%と年々上昇しています。(図2)

¹国民医療費：当該年度内の医療機関等における疾病の治療に要する費用を推計したもの。国は毎年公表。都道府県別は3年に1回公表

²老人医療費：老人保健法に基づく医療の給付。各医療保険制度加入者のうち75歳以上の者(65歳以上の寝たきり等の障害者及び平成14年9月30日までに70歳以上となった者を含む)が対象。なお、平成20年4月から老人保健法は、高齢者の医療の確保に関する法律に改正され、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度となる。

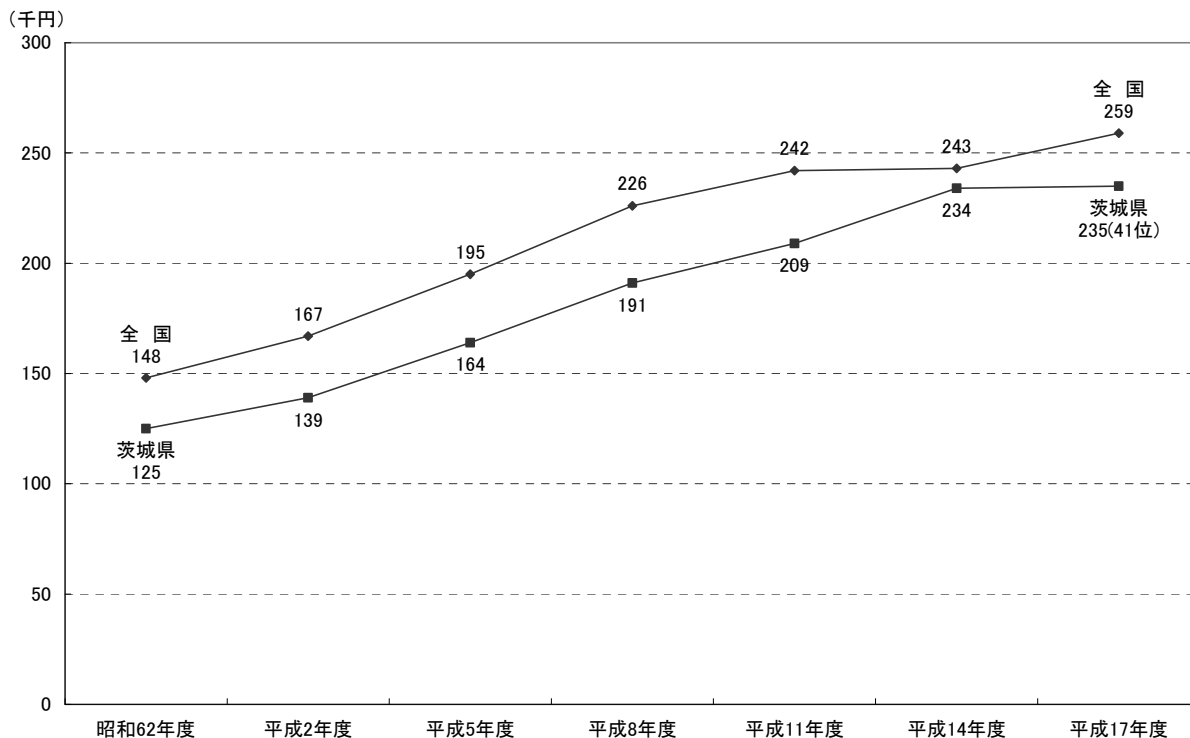
図 2 都道府県別医療費と都道府県別医療費の県民所得に対する比率の推移



「国民医療費（厚生労働省）、平成17年度県民経済計算（茨城県企画部統計課）」

本県の1人あたり医療費は一貫して全国平均を下回っており、平成17年度で見ると、235千円で全国平均（259千円）と比較して24千円低く、全国41位となっています。（図3）

図 3 1人当たり医療費の推移



「国民医療費（厚生労働省）」

(2) 老人医療費の動向

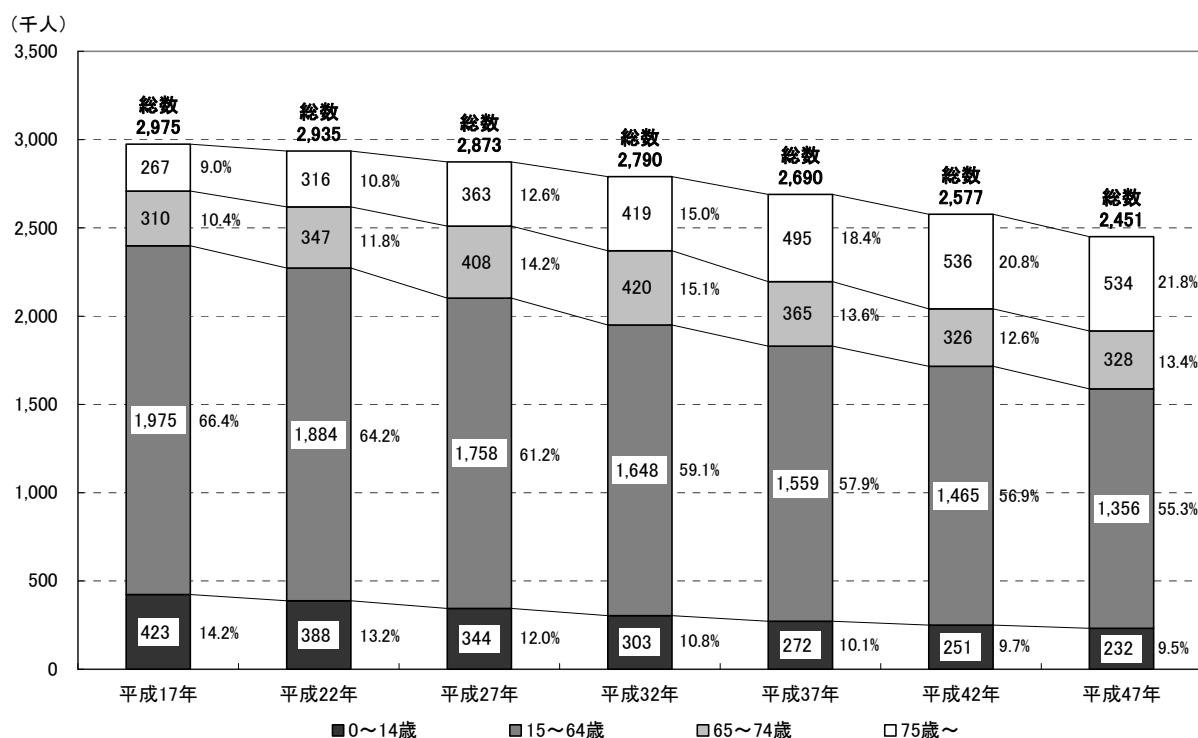
ア 高齢化の現状

平成 19 年 5 月に公表された「日本の都道府県別将来推計人口」によると、本県の総人口は今後、減少して行くと予想されています。

年齢区分別に見ると、老年人口のうち、前期高齢者（65-74 歳）の割合はほぼ横ばいですが、後期高齢者（75 歳以上）の割合は増加し、平成 37 年には平成 17 年の約 2 倍になると推計されています。

(図 4)

図 4 年齢 4 区分別将来推計人口（茨城県）

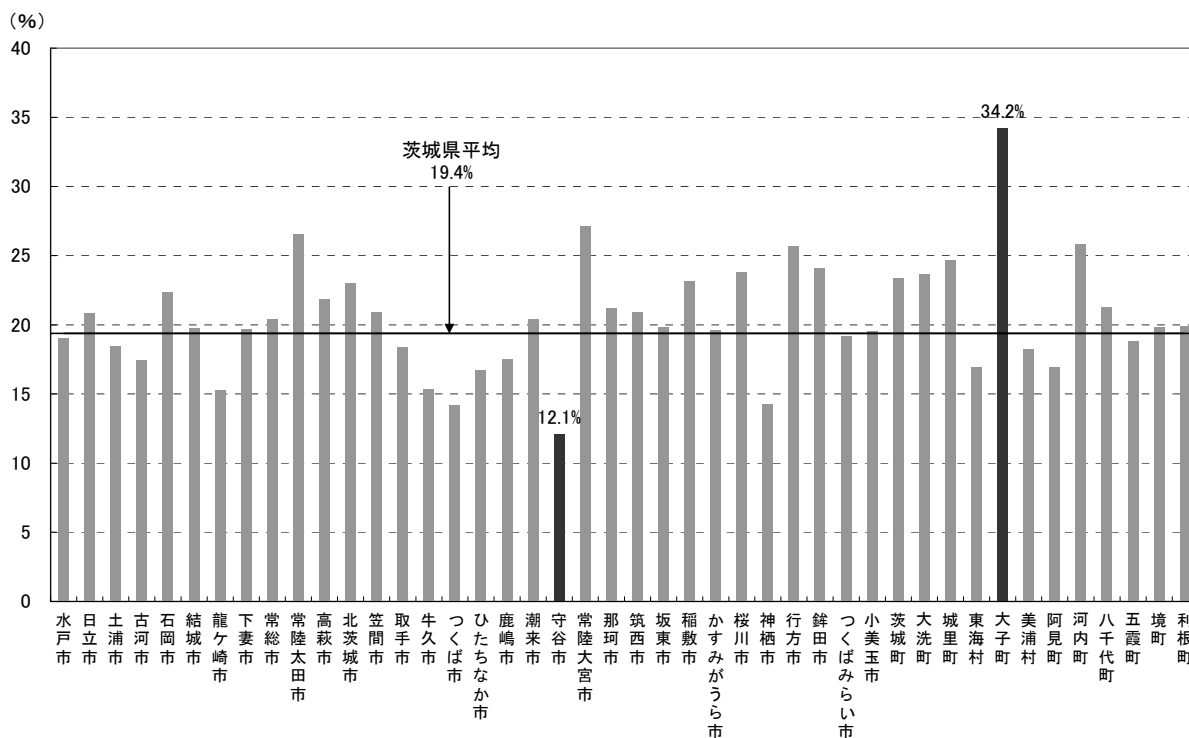


「日本の都道府県別将来推計人口（平成 19 年 5 月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）」

市町村別の高齢化率¹を平成 17 年の国勢調査で見ると、鹿行地域や県南地域の市町村が低い一方、県北地域は高く、最も低い守谷市（12.1%）と最も高い大子町（34.2%）では 3 倍近い差があり、地域間の格差が大きいことが分かります。（図 5）

¹高齢化率：65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合（高齢化率=65 歳以上人口/総人口）

図 5 市町村別高齢化率



「平成 17 年国勢調査 (総務省)」

イ 老人医療費の現状

老人医療費の現状を平成 17 年度の老人医療事業年報で見ると、平成 17 年度の 1 人当たり老人医療費は 715,446 円で、前年度に比べて 4.9%の増となっています。全国平均と比較すると、105,957 円下回っており、全国順位も 40 位と低い位置にあります。伸び率は全国平均とほぼ同率です。(表 1)

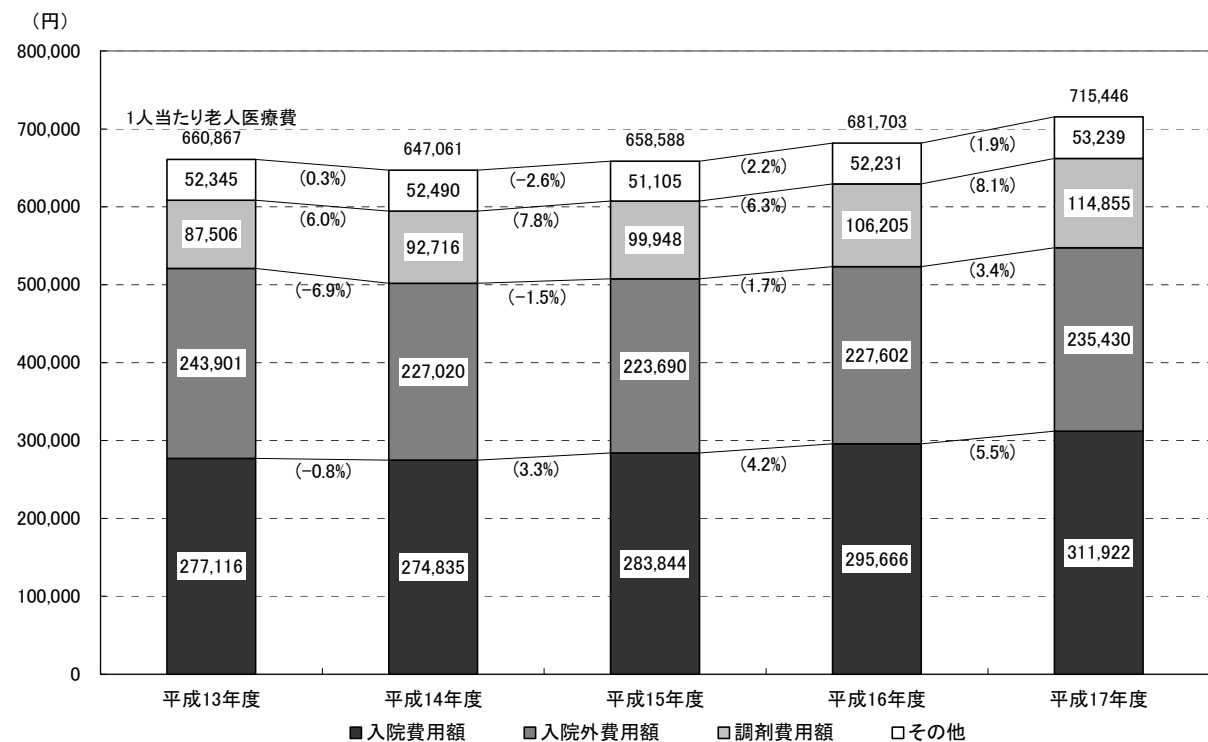
表 1 1 人当たり老人医療費の推移

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度
1 人当たり医療費 (全国)	756,618	736,512	751,721	780,206	821,403
伸び率	-0.2%	-2.7%	2.2%	3.7%	5.3%
1 人あたり医療費 (茨城県)	660,867	647,061	658,588	681,703	715,446
全国順位	39 位	40 位	41 位	39 位	40 位
伸び率	1.6%	-2.1%	1.8%	3.5%	4.9%

「老人医療事業年報 (厚生労働省)」

対前年度伸び率の内訳を診療科目別に見ると、入院費 (5.5%増) 及び調剤費 (8.1%増) で 1 人当たり老人医療費の伸び (4.9%増) を上回っています。(図 6)

図 6 診療科目別 1 人当たり老人医療費の推移



※ () 内は前年に対する伸び率
「老人医療事業年報 (厚生労働省)」

入院・入院外別に見ると、入院 (食事含む) は 311,922 円と全国平均 (372,932 円) を 61,010 円、入院外は 350,287 円と全国平均 (377,413 円) を 27,126 円下回っています。

また、受診率を見ると、入院は 74.32 と全国平均 (86.99) を 12.6 件、入院外は 1,455.36 と全国平均 (1,600.46) を 145.1 件と大きく下回っています。1 日当たり老人医療費が全国に比べて高いにも関わらず、1 人当たりの医療費が全国平均を下回っているのは、受診率が低いことが原因と考えられます。(表 2)

表 2 老人医療費の各指標 (入院・入院外)

	入院(食事を含む)		入院外 (調剤を含む)	
	全国	茨城県	全国	茨城県
1 人当たり医療費 ⁴ (円)	372,932	311,922 (40 位)	377,413	350,287 (34 位)
受診率 ⁵ (件)	86.99	74.32 (38 位)	1,600.46	1,455.36 (44 位)
1 件当たり日数 ⁶ (日)	18.96	18.40 (36 位)	2.31	2.04 (39 位)
1 日当たり医療費 ⁷ (円)	22.61	22.67 (19 位)	10.19	11.83 (4 位)

「老人医療事業年報 (厚生労働省)」

入院と入院外の相関を見ると、両方とも全国平均を超えている市町村はありませんが、両方とも県平均を超えている市町村は日立市、土浦市、下妻市、常総市、高萩市、北茨城市、つくば市、鹿嶋市、那珂市、大洗町、八千代町の 11 市町で、1 人当たり老人医療費が最高のつくば市 (813,378 円) と最低の犬伏町 (589,094 円) では 224,284 円の差があります。(図 7)

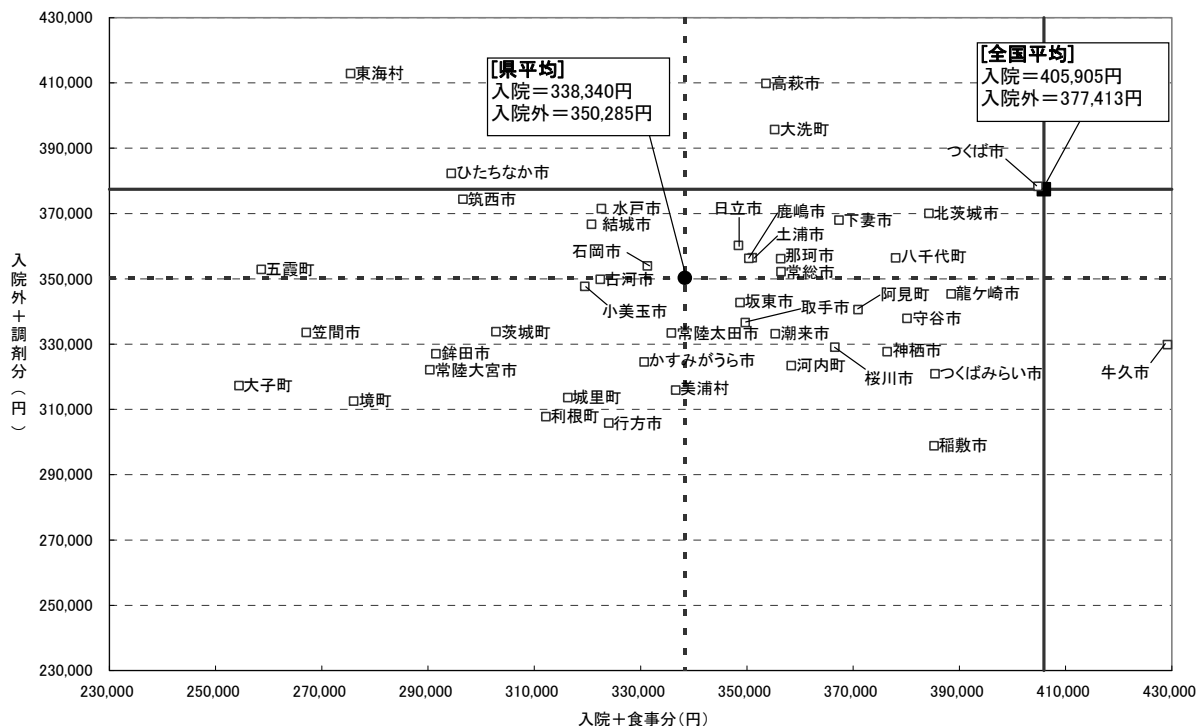
⁴1 人当たり医療費：当該年度の診療費を当該年度の各月末の老人医療受給対象者数の平均で除したもの

⁵受診率 (百人当たり件数)：当該年度の診療件数を当該年度の各月末の老人医療受給対象者数の平均で除して 100 倍したもの

⁶1 件当たり日数：当該年度の診療実日数を診療件数で除したもの

⁷1 日当たり医療費：当該年度の診療費を診療実日数で除したもの

図 7 1人当たり入院医療費と入院外医療費の相関（老人医療費）

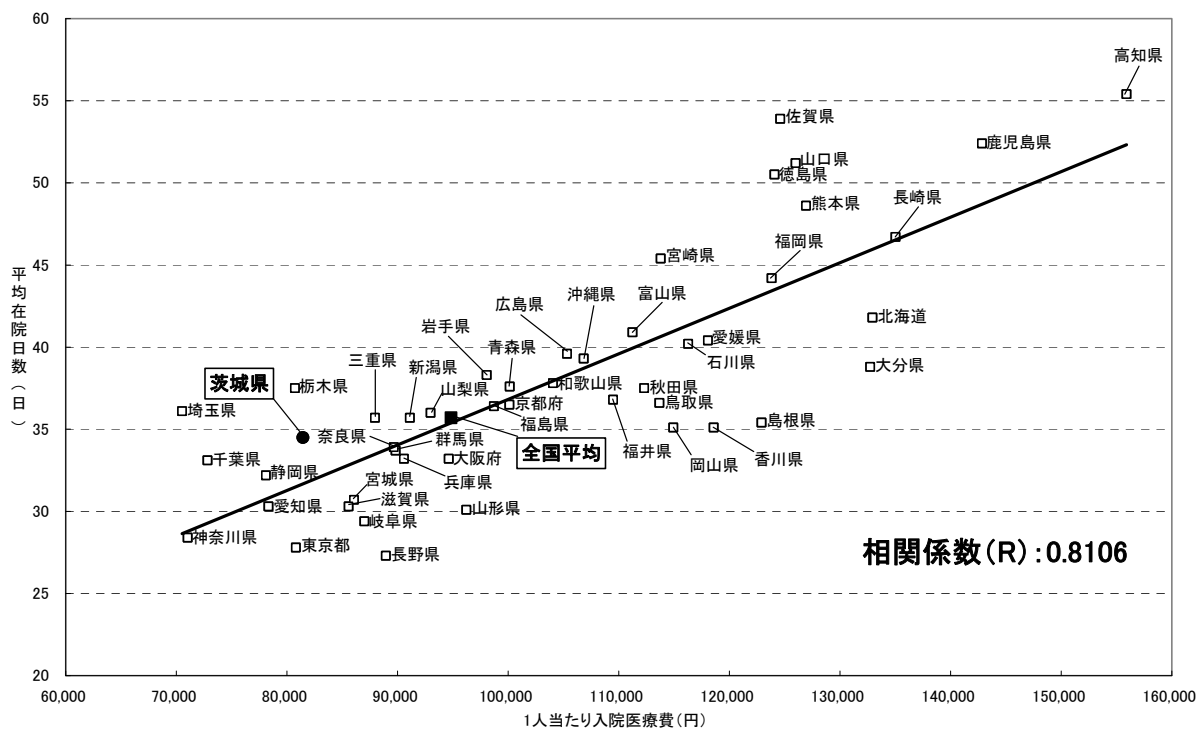


「平成 17 年度老人医療事業年報（厚生労働省）」

2 平均在院日数

都道府県の1人あたり入院医療費と平均在院日数には相関関係があります。(図 8)

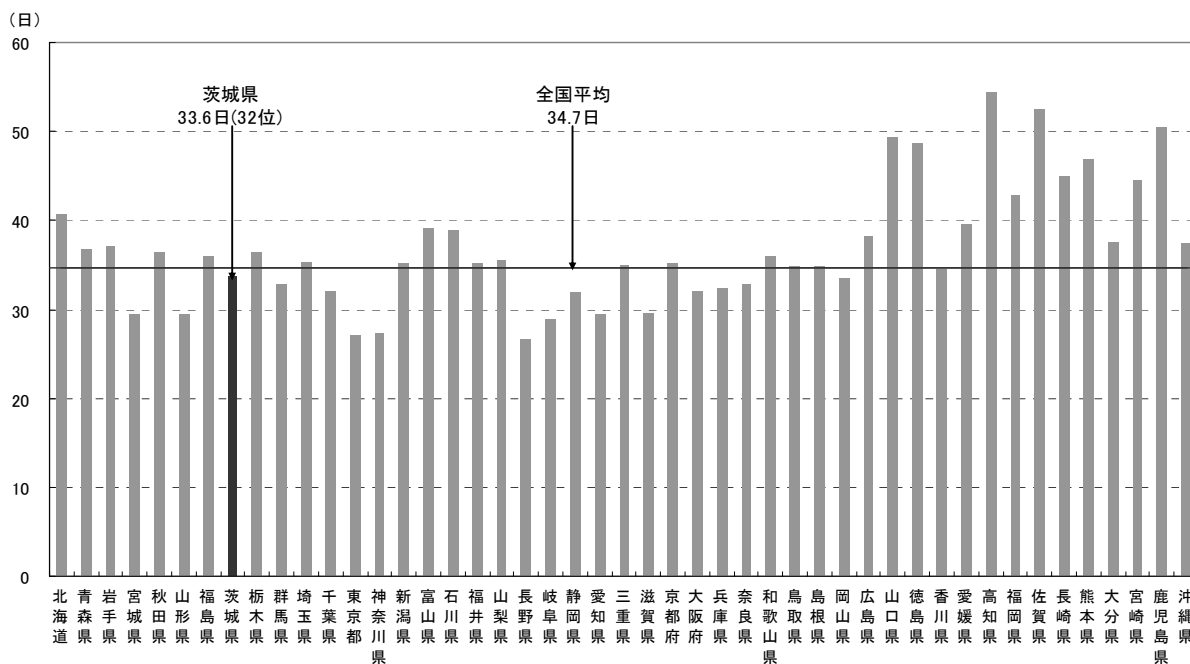
図 8 1人当たり入院医療費と平均在院日数の相関



「平成 17 年病院報告、平成 17 年国民医療費」

平均在院日数の状況を平成 18 年の病院報告で見ると、本県は 33.6 日で全国 34.7 日に比べて 1.1 日短く、全国 32 位となっています。(図 9)

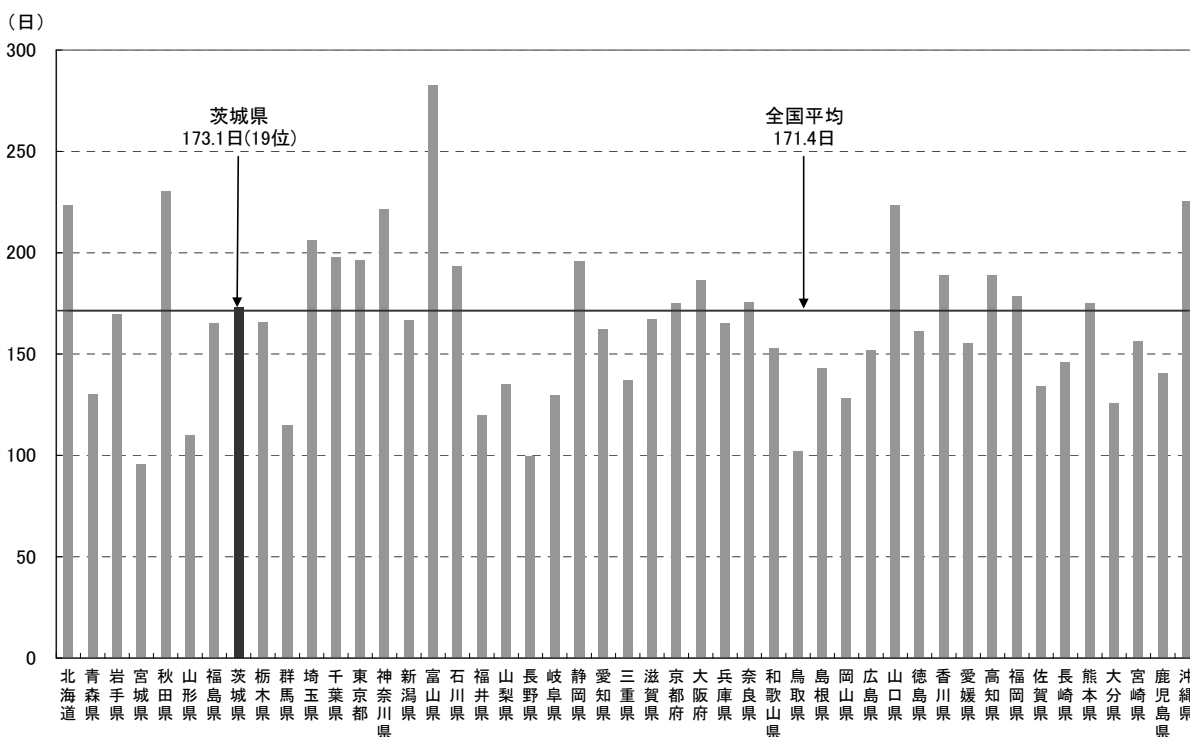
図 9 都道府県別平均在院日数（病院の全病床）



「平成 18 年病院報告（厚生労働省）」

また、療養病床⁸の平均在院日数を見ると、173.1 日で全国平均の 171.4 日に比べて、1.7 日長く全国 19 位となっています。（図 10）

図 10 都道府県別平均在院日数（病院の療養病床）



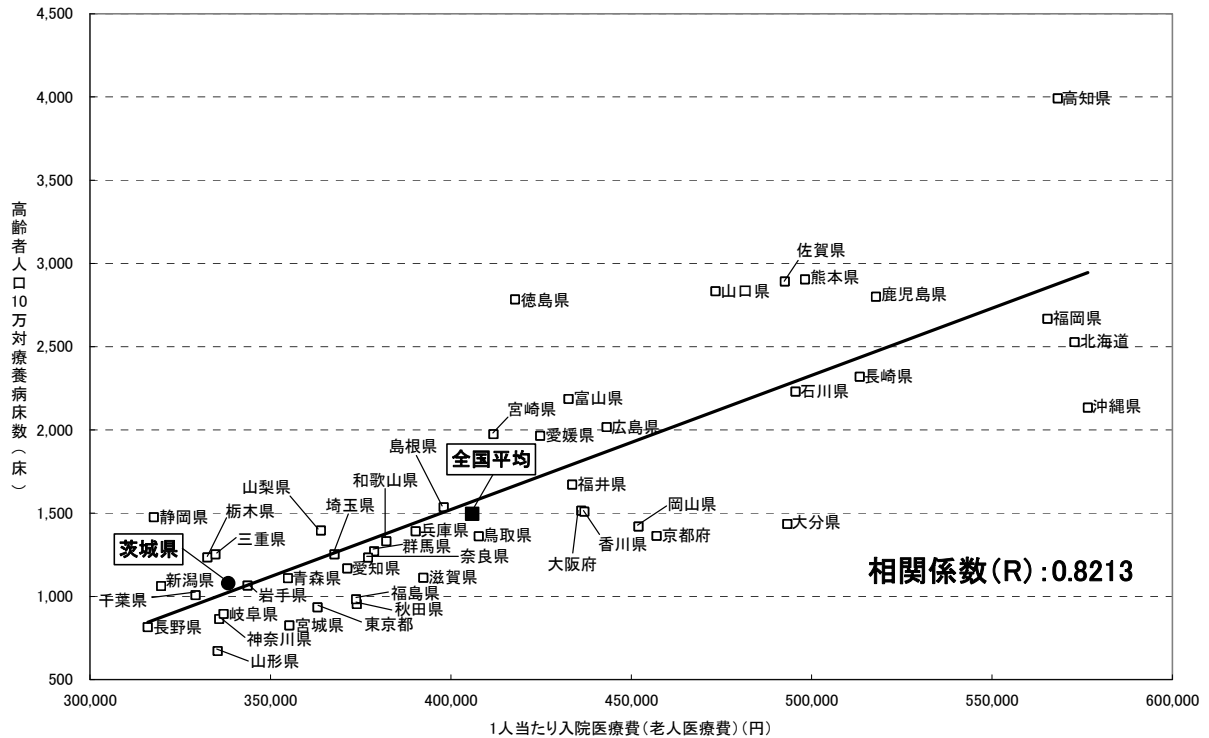
「平成 18 年病院報告（厚生労働省）」

⁸療養病床：病院または診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床とがある。

3 療養病床の状況

都道府県の老人医療費の1人当たり入院医療費と高齢者人口10万対療養病床数には相関関係があります。(図11)

図11 老人の1人当たり入院医療費と高齢者人口10万対療養病床数の相関

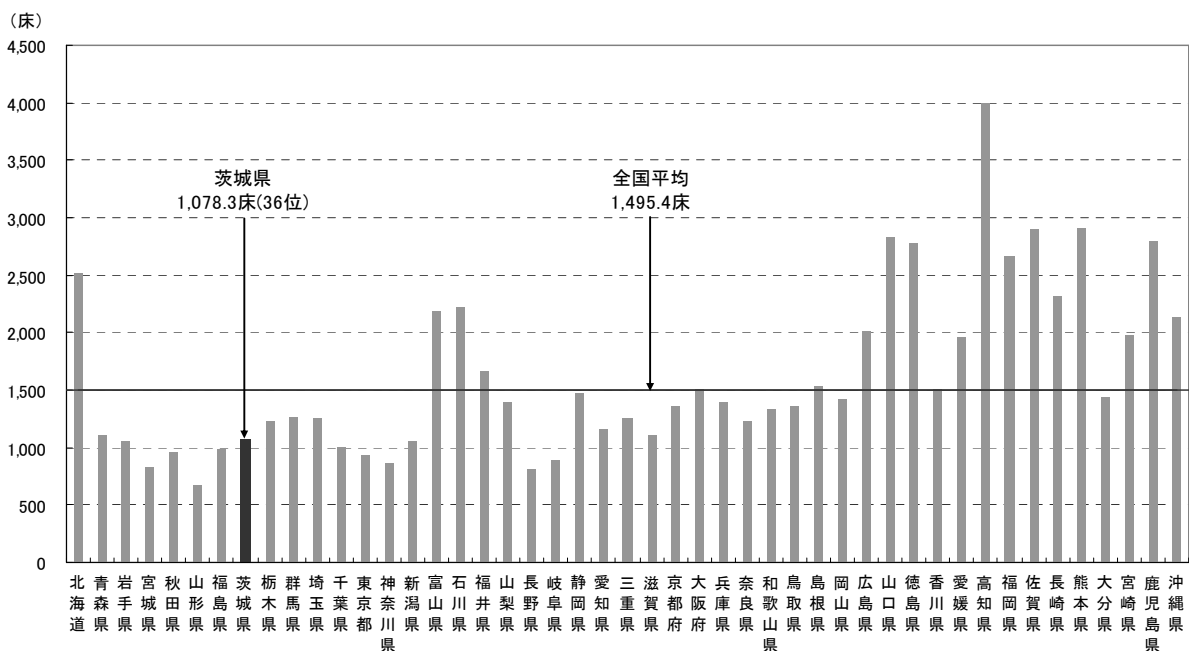


「平成17年度老人医療事業年報(厚生労働省), 平成17年医療施設調査(厚生労働省), 平成17年国勢調査(総務省)」

(1) 病床数

本県の療養病床は平成17年10月1日現在6,214床で、高齢者人口10万対療養病床数は1,078.3床となっており、全国と比べて417.1床少なく、全国36位となっています。(図12)

図12 都道府県別高齢者人口10万対療養病床数

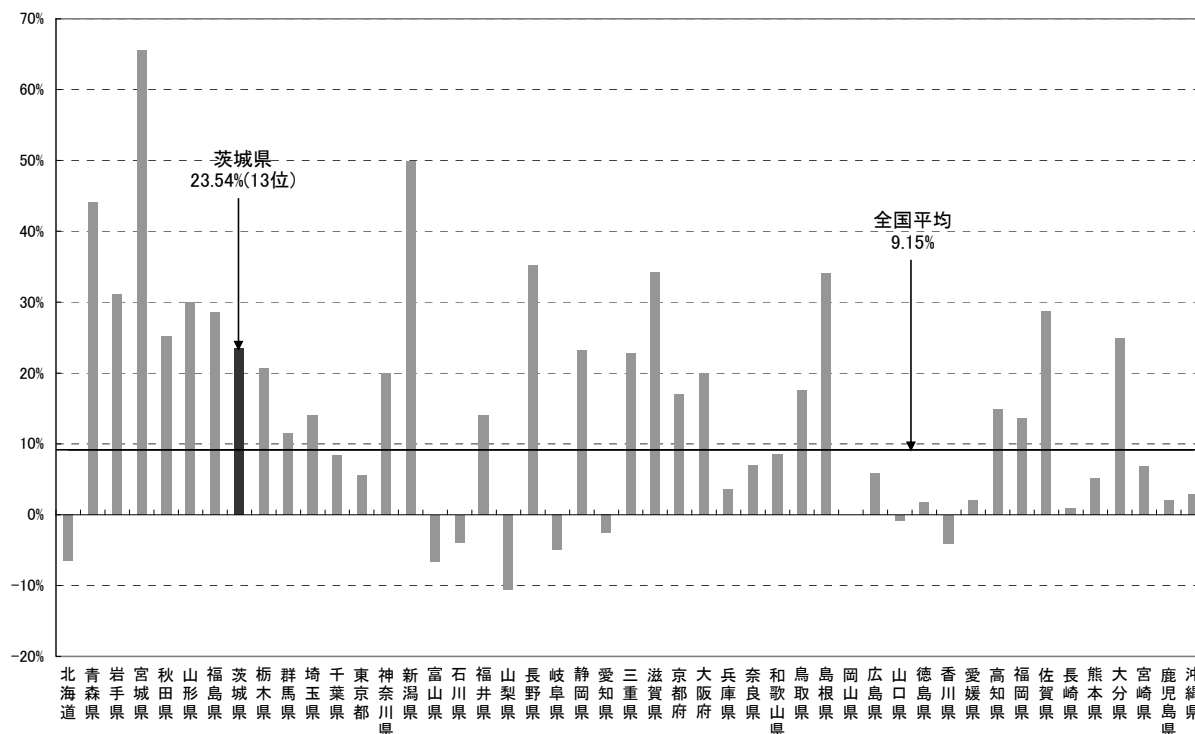


「平成17年医療施設調査(厚生労働省), 平成17年国勢調査(総務省)」

(2) 入院受療率⁹

高齢者人口 10 万対の療養病床数は少ない状況にあるものの、平成 14 年と平成 17 年の患者調査で 3 年間の高齢者人口 10 万対の入院受療率の伸びを見ると 23.54% となり、全国順位では 13 番目の伸び率となっています。(図 13)

図 13 都道府県別療養病床入院受療率（高齢者人口 10 万対）の伸び率



「平成 14, 17 年患者調査 (厚生労働省)」

(3) 入院患者

療養病床の再編成に向けて医療機関の意向等を把握するため平成 18 年 10 月に実施した「療養病床アンケート調査」を見ると、医療区分¹⁰ごとの比較では、医療区分 1 が 31.6%、医療区分 2 が 34.1%、医療区分 3 が約 9.4%と全国平均 (医療区分 1 36.4%、医療区分 2 33.8%、医療区分 3 10.1%) とほぼ同様の傾向が見られます。(図 14)

⁹入院受療率：推計入院患者数を人口で除して人口 10 万対で表した数字

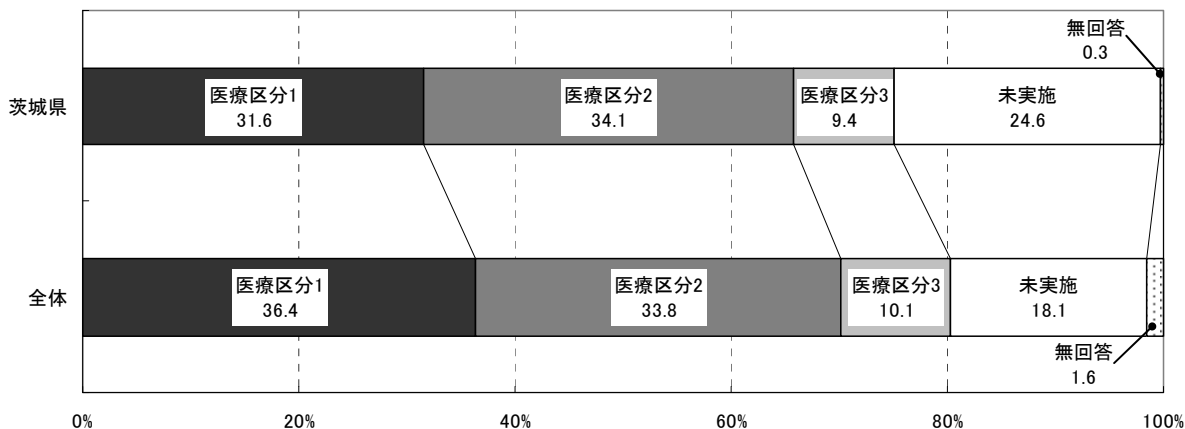
¹⁰医療区分：診療報酬上、療養病床の入院基本料の算定に使用される区分。入院患者の疾患・状態の重さや必要とされる医療処置の必要度に応じて区分 1 から区分 3 に分類される。

医療区分 3—スモン・医師及び看護師による 24 時間体制での監視・管理を要する状態

医療区分 2—筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症等

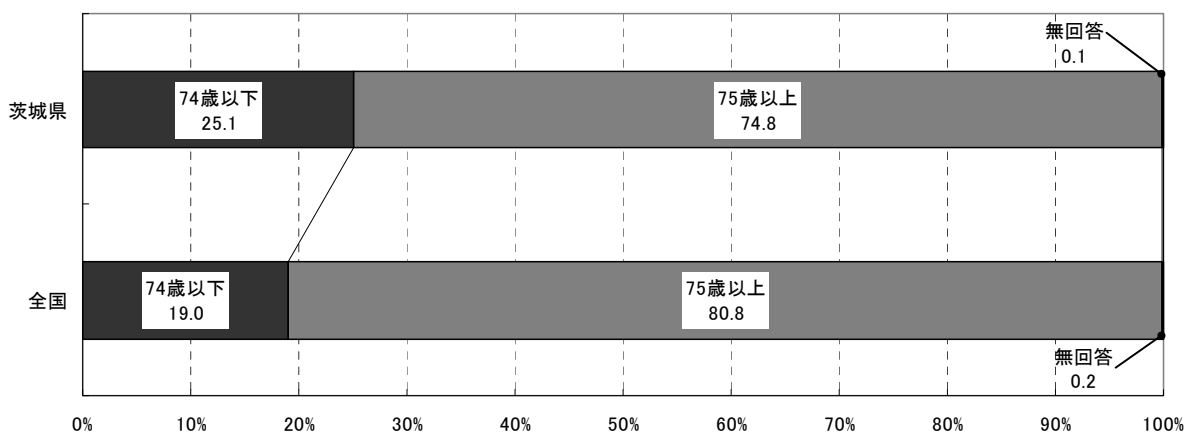
医療区分 1—医療区分 2・3 に該当しない者

図 14 療養病床入院患者の医療区分割合



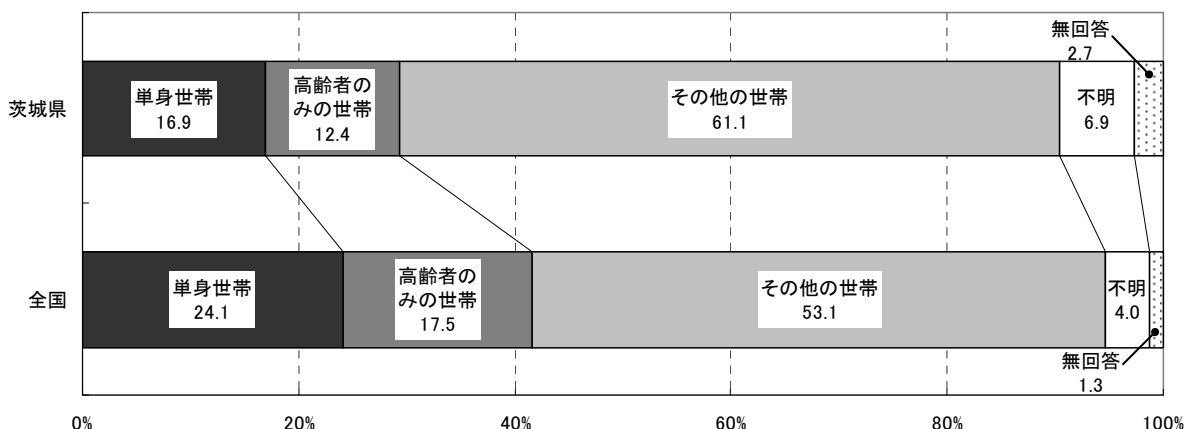
年齢別で見ると、全国では、75歳以上の後期高齢者の占める割合が8割を超えているのに対し、本県では74.8%となっており、75歳未満の患者が多い状況にあります。(図 15)

図 15 年齢別療養病床入院患者割合



入院患者の世帯の状況を見ると、単身と高齢者のみの世帯を合わせた割合が、全国では41.6%なのに対し、本県は29.3%と12ポイント以上の差があります。(図 16)

図 16 療養病床入院患者の世帯の状況



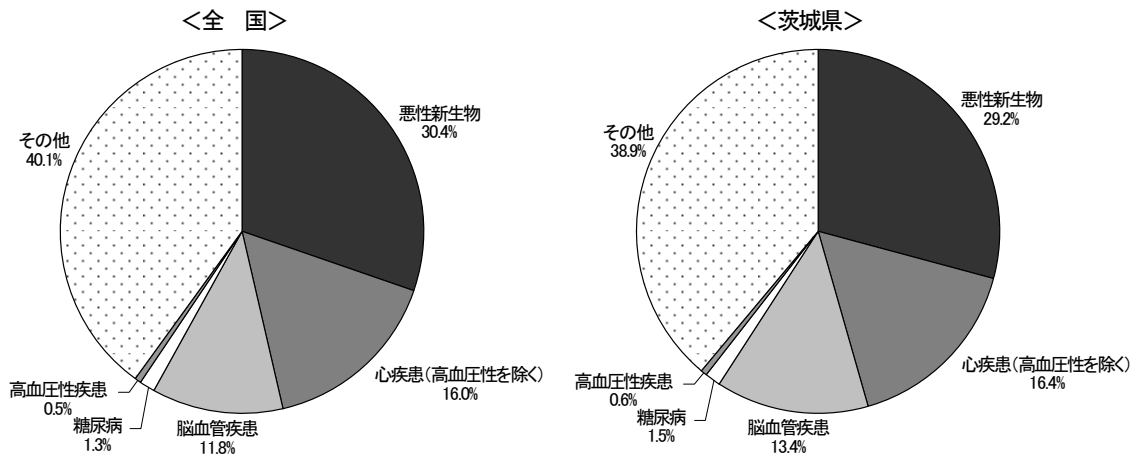
4 生活習慣病の状況

(1) 死因

本県の死因別死亡割合を平成 18 年人口動態統計で見ると、生活習慣病関連の死亡割合は、全国と

同様の傾向を示し、全体の61.1%（全国59.9%）を占めています。（図17）

図17 死因別死亡割合



「平成18年人口動態統計（確定数）の概況（厚生労働省）」

都道府県別の年齢調整死亡率を平成17年の人口動態特殊報告で見ると、本県は、がんでは男性が全国16位、女性が11位、心疾患では男性が全国9位、女性が15位、脳血管疾患では男性6位、女性が4位、糖尿病では男性が2位、女性が4位となっています。（表3）

表3 都道府県別年齢調整死亡率¹¹（人口10万対）

<がん>

	男			女		
	平成7年	平成12年	平成17年	平成7年	平成12年	平成17年
茨城県	217.2 (27位)	213.2 (18位)	200.4 (16位)	104.5 (25位)	102.9 (19位)	99.0 (11位)
全国	226.1	214.0	197.7	108.3	103.5	97.3

<心疾患>

	男			女		
	平成7年	平成12年	平成17年	平成7年	平成12年	平成17年
茨城県	104.5 (11位)	88.7 (15位)	91.0 (9位)	63.0 (10位)	50.3 (15位)	47.5 (15位)
全国	99.7	85.8	83.7	58.4	48.5	45.3

<脳血管疾患>

	男			女		
	平成7年	平成12年	平成17年	平成7年	平成12年	平成17年
茨城県	111.1 (8位)	85.1 (8位)	72.0 (6位)	75.7 (3位)	54.6 (3位)	44.6 (4位)
全国	99.3	74.2	61.9	64.0	45.7	36.1

<糖尿病>

	男			女		
	平成7年	平成12年	平成17年	平成7年	平成12年	平成17年
茨城県	10.8 (14位)	9.4 (4位)	9.5 (2位)	8.4 (2位)	5.3 (7位)	4.8 (4位)
全国	10.1	7.8	7.3	6.6	4.4	3.9

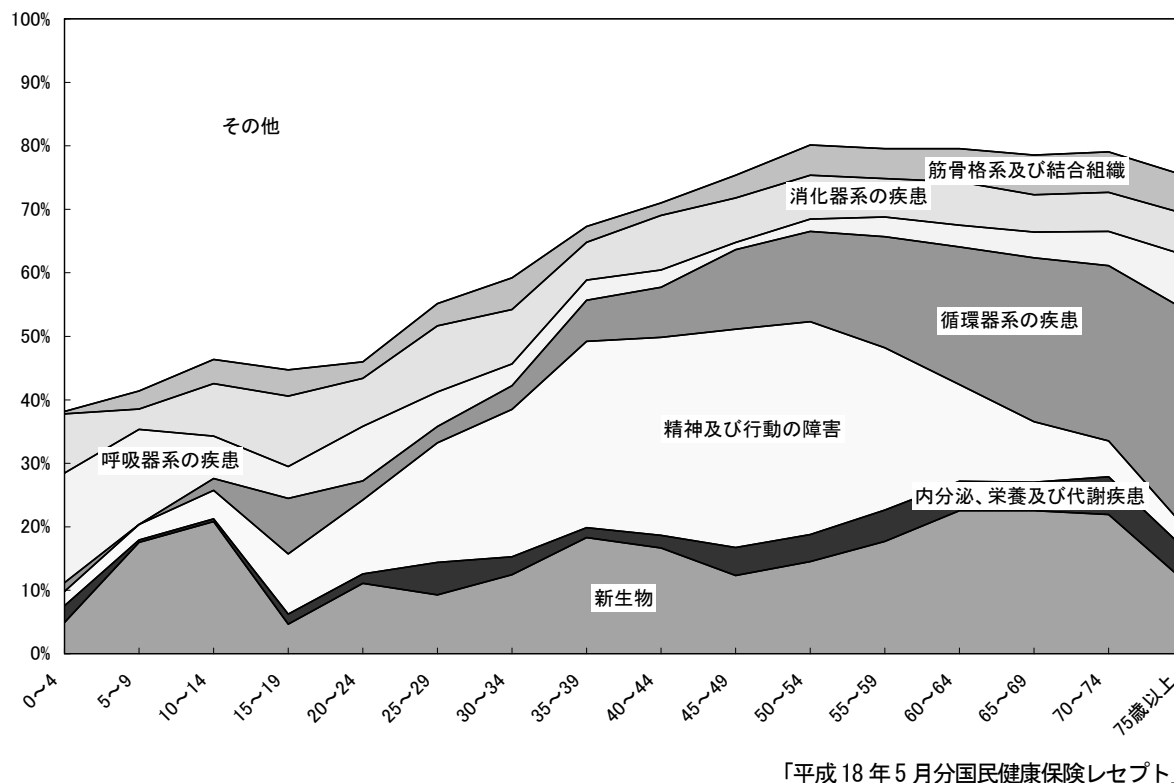
「人口動態調査特殊報告（厚生労働省）」

¹¹年齢調整死亡率：都道府県別に、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢を調整しそろえた死亡率

(2) 年齢階層別主要疾患の状況

平成18年5月分の国民健康保険の加入者¹²の主要疾患の年齢階層別状況を見ると、入院では高血圧性疾患や脳梗塞などの循環器系の疾患が40代から急増し、糖尿病を含む内分泌及び代謝疾患の入院が30代から慢性的に発生していることが分かります。(図18)

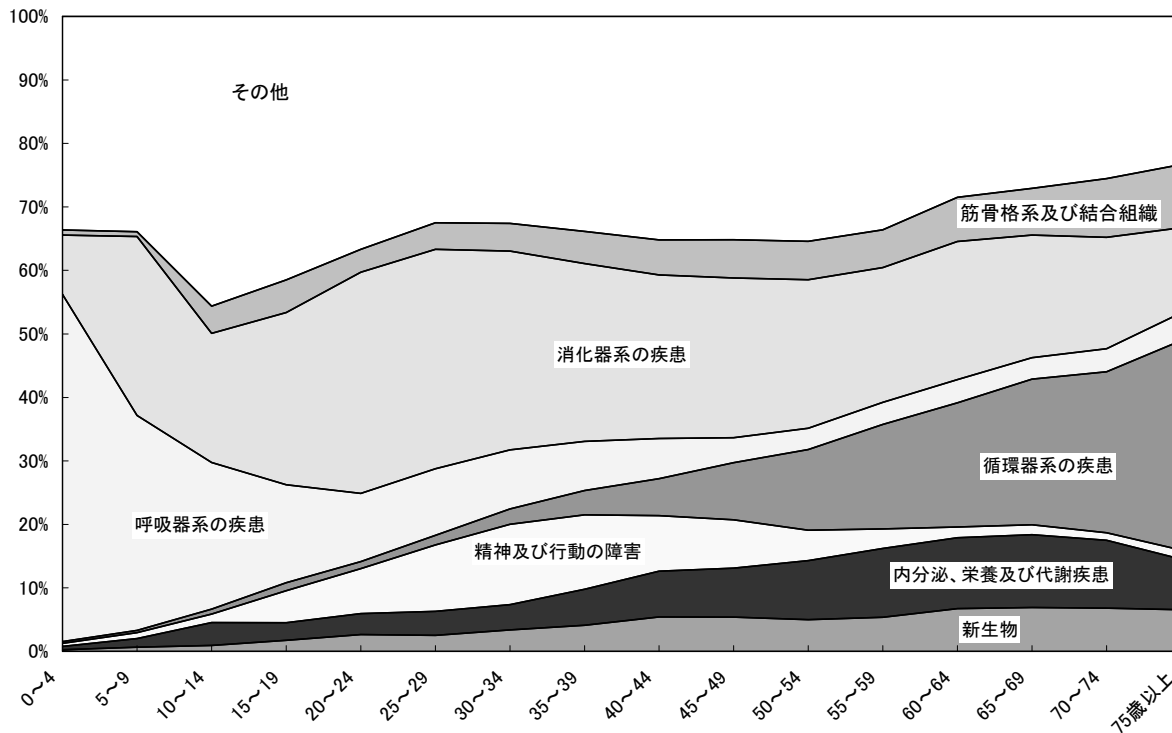
図18 主要疾患の医療費の年齢階層別構成割合(入院)



入院外においても、40代以降循環器系の疾患が急激に増加しており、糖尿病を含む内分泌栄養及び代謝疾患も40代から増加する傾向が見られます。(図19)

¹²国民健康保険の加入者：健康保険，各種共済組合等の被用者保険の被保険者以外の者を対象とする社会保険。H19.3.31現在 1,211,442人 県内総人口の約40%

図 19 主要疾患の医療費の年齢階層別構成割合（入院外）



「平成 18 年 5 月分国民健康保険レセプト」

(3) メタボリックシンドローム¹³の状況

本県が実施した調査¹⁴によると、生活習慣病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）が強く疑われる人¹⁵と予備群¹⁶は、40～74 歳でみると、男性の 45.8%，女性の 15%を占め、男女とも 40 代になると急増する傾向にあります。（図 20）

¹³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。

¹⁴調査：平成 18 年 7 月～11 月の市町村基本健康診査等において腹囲計測及び服薬の問診を実施し、メタボリックシンドロームの状況等を調査したもの

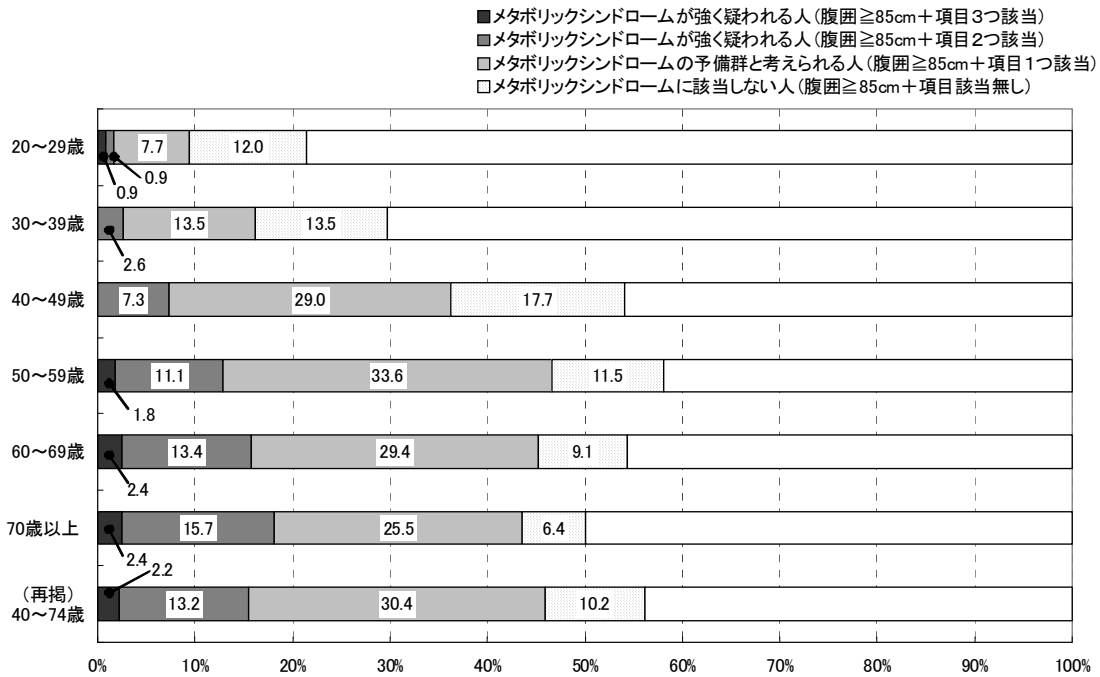
腹囲（ウエスト周囲径）男性：85cm 以上 女性：90cm 以上	
基準	血中脂質：HDL コレステロール値 40mg/dl 未満 血糖：ヘモグロビン A1c 値 5.5%以上 血圧：収縮期血圧値 130mmHg 以上 拡張期血圧値 85mmHg 以上 服薬：コレステロールを下げる薬、血圧を下げる薬、血糖を下げる薬を服薬 インスリン注射使用

¹⁵メタボリックシンドロームが強く疑われる人：腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、かつ 3 つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 2 つ以上の項目で基準に該当する人

¹⁶メタボリックシンドローム予備群：腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上でかつ 3 つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 1 つの項目で基準に該当する人

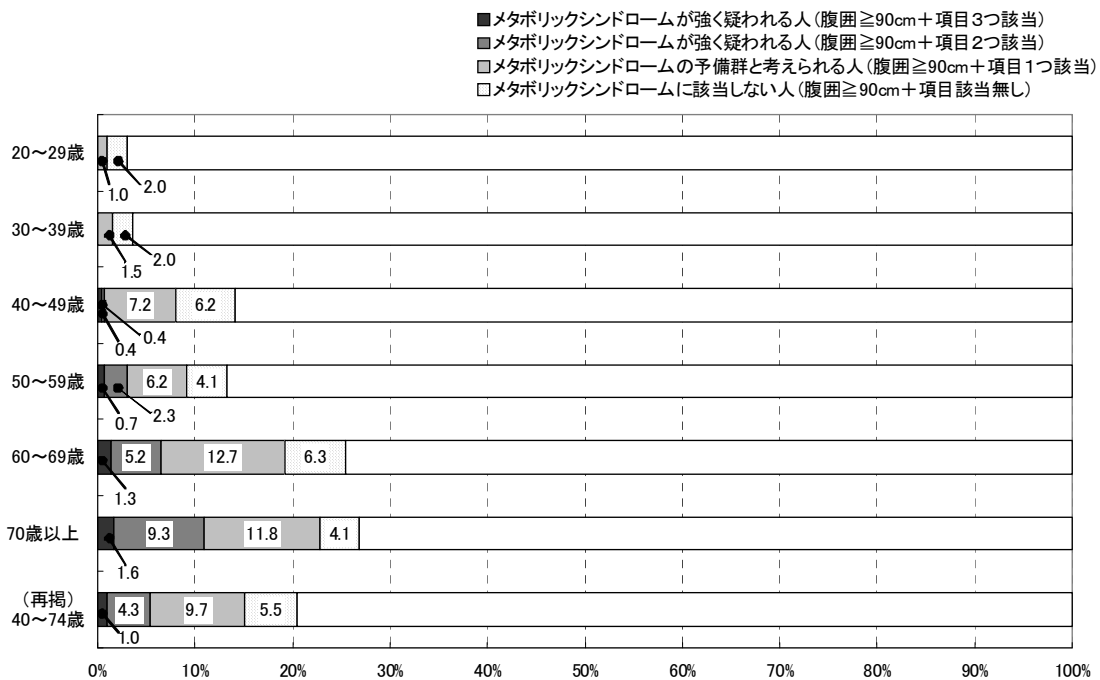
図 20 メタボリックシンドロームの状況

<男性>



※受診者に占める割合

<女性>



※受診者に占める割合

(4) 生活習慣病と死因の関係

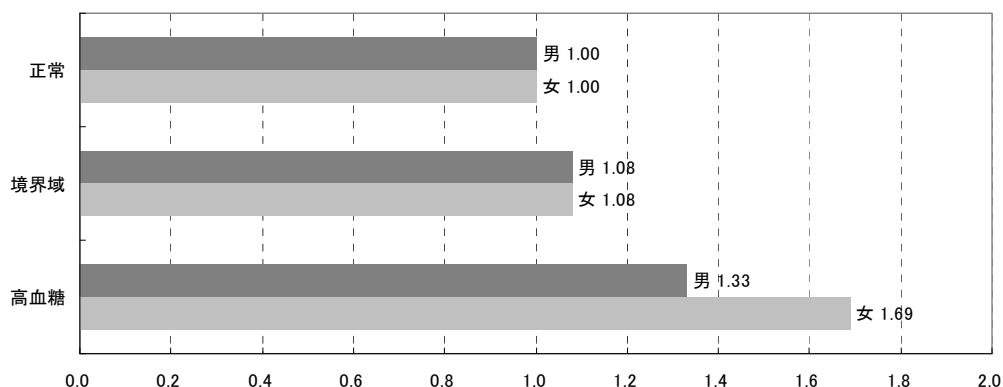
本県が実施した健診受診者生命予後追跡調査事業¹で生活習慣病と死因の関係をみると高血糖、高血

¹健診受診者生命予後追跡調査事業：平成5年度の老人保健法に基づく基本健康診査の健診結果と死亡原因との関連を調査したもの

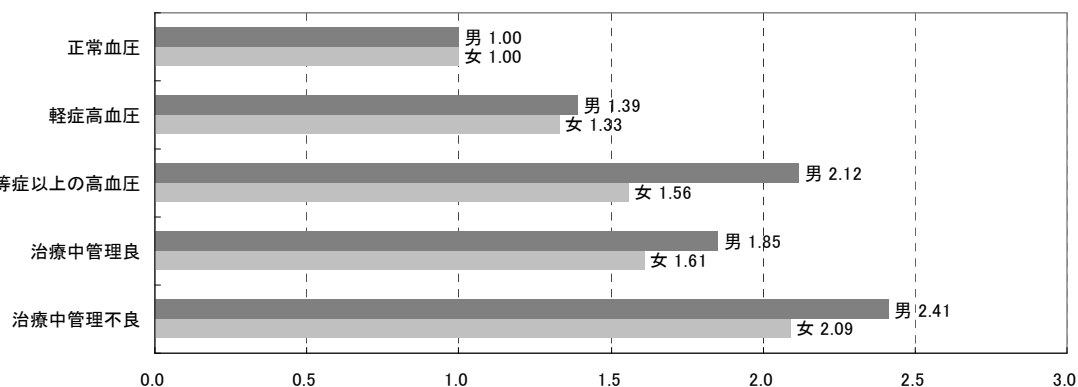
血圧、脂質異常の人は、循環器疾患で死亡する確率が高いことが分かります。(図 21)

図 21 全循環器疾患死亡に対する危険因子¹ (健診所見) の相対危険度²

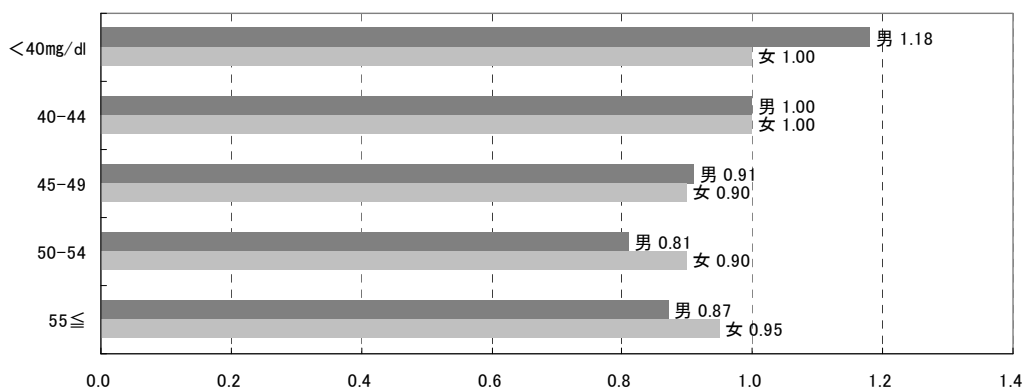
<血糖>



<血圧>



<HDL コレステロール>



※40-44が基準集団

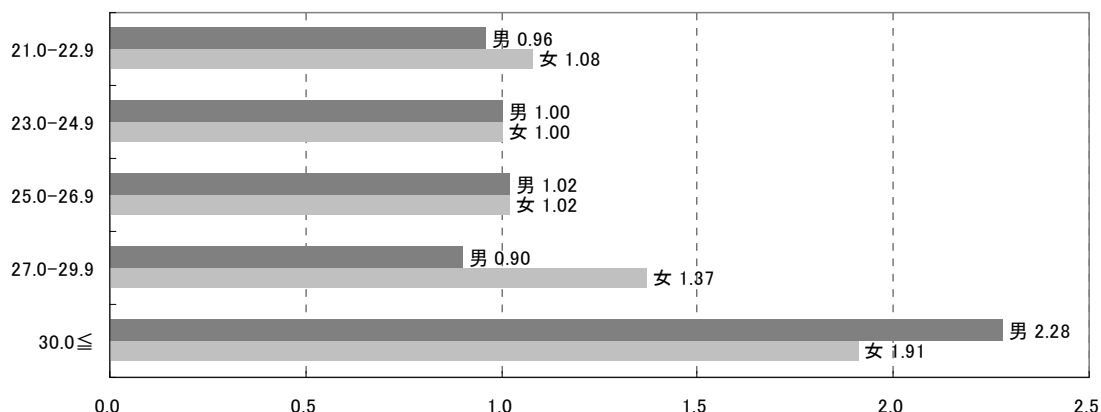
また、血糖値、血圧、コレステロールが高い人はBMIが高い人に多く、循環器疾患の死亡とBMI³の相関を見ると、肥満の特に男性は循環器疾患で死亡する確率が高いことが分かります。(図 22)

¹危険因子：病気が発症、進展するもととなる要素、要因

²相対危険度：「ある集団は、基準とする集団に比べて何倍死亡する確率が高いか」を示す。

³BMI：Body Mass Index, 体重と身長の関係から算出した肥満度を表す指数

図 22 循環器疾患の死亡とBMI



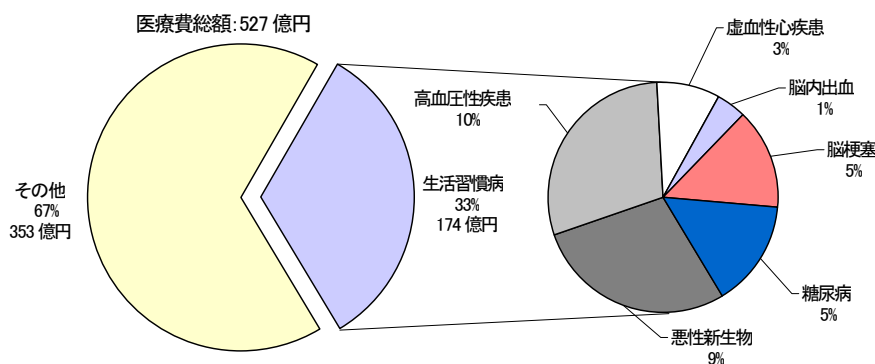
※23.0-24.9が基準集団

さらに、高血糖、脂質異常、高血圧の危険因子を重複して有していると、虚血性心疾患、脳血管疾患等を発症しやすいことが知られています。

(5) 生活習慣病と医療費の関係

全医療費に占める生活習慣病の医療費の割合を、平成18年5月分の国民健康保険の加入者で見ると、全体の33%を占めています。(図23)

図 23 国民健康保険加入者の総医療費に占める生活習慣病の割合



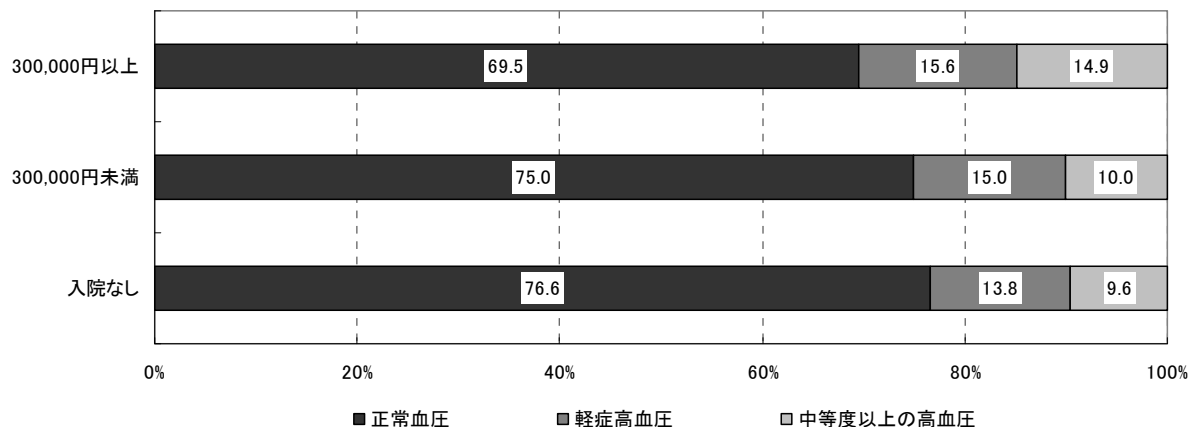
※社会保険表章用119項目疾病分類表による
「平成18年5月診療分国民健康保険疾病分類統計表」

本県が実施した茨城県の国民健康保険における健康診査結果と医療費の関連に関する研究²で生活習慣病と医療費の関係をみると、特徴的な45歳～54歳（健診時40歳～50歳）の男性の場合、平成18年度入院医療費が年間300,000円以上の方は、平成14年度の健診において血圧に異常があった人が約3割を占めており、血圧の高かった人ほど将来の年間医療費が高くなる傾向が認められます。(図24)

¹社会保険表章用疾病分類表：国が定めている調査実施者が統計調査結果を疾病別に表示する場合の分類。19の大分類と、119の中分類からなる。

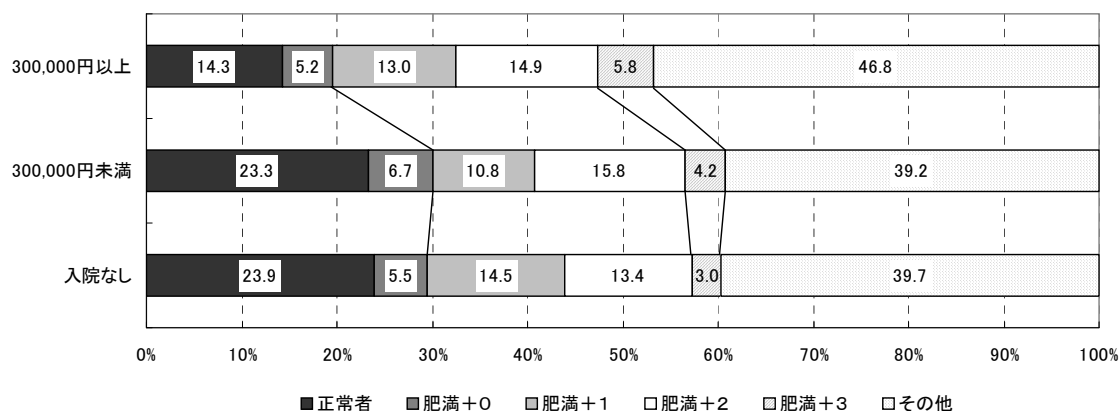
²茨城県国民健康保険における健康診査結果と医療費の相関に関する研究：平成18年度のレセプトデータに平成14年度の健診データを結合し、18年度の医療費総額に対して、過去の健診のリスク保有状況を検証したもの

図 24 平成 18 年度の入院医療費と平成 14 年度の健診結果（血圧）



平成 18 年度入院医療費が 300,000 円以上の人のうち、過去の健診結果が健康な人（正常者と肥満＋リスク¹⁾）は 19.5%で、その他は平成 14 年度の健診結果で血圧、血糖、コレステロール等の因子が基準値を超えています。その中でも肥満でかつ 3 つの因子が基準値を超えている人の割合は入院なしの人の約 2 倍となっていることから、因子が重複することにより、より高額な医療費がかかることが推測されます。（図 25）

図 25 平成 18 年度の入院医療費と平成 14 年度の肥満と危険因子保有状況



危険因子	基準値
肥満	BMI $\geq 25\text{kg}/\text{m}^2$
高血圧	収縮時血圧 $\geq 130\text{mmHg}$, 拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$, または高血圧治療中
脂質異常	中性脂肪 $\geq 150\text{mg}/\text{dL}$, HDL-C $< 40\text{mg}/\text{dL}$, または高脂血症治療中
高血糖	空腹時血糖 $\geq 110\text{mg}/\text{dL}$, 非空腹時血糖 ≥ 140 , または糖尿病治療中

5 茨城県における課題

(1) 医療費の推移等

本県の人口は、今後減少していきますが、後期高齢者人口は増加し続け、20 年後の平成 37 年には全人口に占める割合が平成 17 年の 2 倍になると推計されています。

また、1 人当たり老人医療費は全国平均を下回っていますが、これは受診率が低いことが原因と考えられ、1 日当たり老人医療費、特に入院外医療費は全国平均を大きく上回っていることから、今後

¹リスク：危険度

は後期高齢者人口の増加等により、老人医療費の総額は大きく伸びていくと考えられます。

このため、高齢社会に対応して、県民の生活の質を確保・向上させながら、この伸びを中長期的に抑えていく必要があります。

(2) 生活習慣病の予防

高齢化の急速な進展等に伴い、疾病構造も変化し、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は増加しています。

これに対応するため、平成 20 年度から、医療保険者に特定健診・特定保健指導の実施が義務づけられました。

これはまず、40 歳から 74 歳以下の医療保険の加入者（被用者保険の被扶養者を含む。）に内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）に着目した健康診査を実施し、腹囲、血糖値、中性脂肪値などの生活習慣の改善に関する基本的な情報の提供を行います。

さらに、健診結果のリスクに応じて対象者を階層化し、それぞれのレベルに応じた積極的支援・動機付け支援の特定保健指導により、対象者が自らの健康状況を自覚し、生活習慣の改善に資する自主的な取組を進め、生活習慣病の有病者及びその予備群の減少を図ろうとするものです。

本県の生活習慣病関連の医療費は、医療費全体の約 1/3 を占め、全死因に占める割合は全体の約 60% と高く、特に脳血管疾患、糖尿病の死亡率が全国に比べ高い状況にあります。

疾病の状況を見ると、40 代を境に循環器系の疾患や内分泌・栄養及び代謝疾患が増加しており、メタボリックシンドロームが強く疑われる人とその予備群は 40 歳から 74 歳の男性で全体の約 46% となっています。

さらに、血糖、血圧等の危険因子を保有している人ほど、これらに起因する疾患で死亡する確率が高く、危険因子の数が多きほど将来の医療費が高くなる傾向があります。

今後は、この医療保険者による特定健診・特定保健指導の実施を促進するとともに、早い時期から生活習慣病に対する正しい知識の普及などを進めていく必要があります。

(3) 平均在院日数の短縮

ア 療養病床の再編成

平均在院日数と 1 人当たり医療費には相関関係があり、医療費の適正化を進めるためには、病床の中でも平均在院日数の長い療養病床の再編成を進めていく必要があります。

本県の高齢者人口 10 万対の療養病床数は全国平均に比べて 3 割ほど少なく、1 人当たり老人医療費も全国 40 位と下位にありますが、生活習慣病での死亡率は高い状況にあります。

また、本県の療養病床入院患者の状況を見ると、全国平均に比べて 75 歳未満の入院患者の比率が高く、高齢者のみ及び高齢者世帯のみを合わせた割合が全国平均を 12 ポイントも下回っていることから、いわゆる社会的入院は全国平均に比べれば少ないものと考えられます。

さらに、近年の療養病床の入院受療率の伸びは高い傾向を示していることから、今後は、療養病床へ入院する必要のある患者数は増加していくと予想されます。

このため、本県における療養病床の再編成にあたっては、これらの状況を十分に勘案して進める必要があります。

イ その他の取組

高齢化が進む中で、県民が高齢になっても地域において安心して生活していくためには、必要な医療・介護サービス等が地域で受けられるよう、在宅医療や地域ケア体制の充実を図る必要があります。

また、生活習慣病などの医療体制について、医療機関の機能を明確化したうえで連携を強化して、県民が切れ目のない医療サービスを受けられるような体制づくりを進める必要もあります。

これらは、結果として、県民の生活の質を確保しながら、医療費の適正化を図る取組です。

第3章 計画における目標

基本理念

- ・ 県民の生活の質の維持と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、茨城県における今後の健康と医療の在り方を展望し、県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とします。
- ・ 超高齢社会の到来に対応するものであること
本県の75歳以上人口は、平成17年の267千人から20年後の平成37年には495千人になると予想されています。
これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、老人医療費の伸びを中長期にわたって徐々に下げていくことを目指すものとします。

1 住民の健康の保持と増進

生活習慣病の危険因子である高血糖、高血圧、脂質異常は死因や医療費に大きな影響を与えています。

生活習慣病は、生活習慣の改善によって予防や進行を抑えることが可能であり、県民の生涯にわたっての生活の質の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点をおいた取組が重要です。また、それによる医療費の適正化効果も期待できます。

(目標)

特定健康診査の実施率	平成24年度 70%
特定保健指導の実施率	45%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	10% [*]
	(※平成20年度比)

(主な取組)

○ 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の促進

平成20年度から医療保険者に義務づけられた特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施を支援します。

○ 保険者協議会¹の支援

保険者間で連携して効果的・効率的な特定健康診査・特定保健指導が実施できるよう、保険者協議会の活動を支援します。

○ 生活習慣病予防のための普及啓発の推進

¹保険者協議会：医療保険者が連携・協力して保健事業等を共同実施することにより被保険者等の健康の保持・増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的に設立

生活習慣病予防のための正しい知識の普及啓発などを早い時期から進めるため、「健康いばらき 21プラン」に基づき、家庭、学校、職場、保健医療機関、健康づくり関係団体及び行政など様々な主体が連携した県民運動を積極的に展開します。

○ 医療費適正化のための調査研究の推進

疫学研究により生活習慣や特定健康診査結果と医療費、生命予後等の関連等を分析し、本県の特性に応じた効果的な保健指導や生活習慣病対策を進めるとともに、本計画の評価や次期の計画に適宜活用します。

2 医療の効率的な提供の推進

療養病床の再編成は、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については、こうした方々が利用している療養病床を介護老人保健施設等に転換して受け皿とするものであり、これにより、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・看護師など人材の有効な活用を図ろうとするものです。

本県の高齢者人口 10 万対の療養病床数は全国を下回っていますが、療養病床入院受療率は全国平均を上回って伸びており、本県の療養病床の再編成に当たっては、これら本県の実情を十分に考慮して高齢者の医療の必要性に適切に対応できる療養病床を確保しながら進める必要があります。

また、患者のQOL（生活の質）を高めつつ、医療の効率的な提供の推進に資する取組として、医療機関の機能分化・連携や、在宅医療・地域ケアも推進していく必要があります。

（目標）

・療養病床の病床数		
	(平成 18 年 10 月現在)	平成 24 年度末
介護療養病床 ²⁵	1,729 床	0 床
医療療養病床	4,226 床	4,170 床
回復期リハビリテーション病棟		
26である療養病床	261 床	330 床
計	6,216 床	4,500 床
・平均在院日数		
(平成 18 年 10 月)	→	平成 24 年
31.9 日		29.6 日

（主な取組）

○ 療養病床の再編成

ア 患者や医療機関の支援

療養病床の再編成にあたっては、相談窓口や情報提供体制の充実を図り、患者の状況や医療機関の意向を十分に踏まえて対応します。

²⁵介護療養病床：平成 23 年度末で廃止が決まっている。

²⁶回復期リハビリテーション病棟：急性期病院を退院後、家庭復帰を目的に積極的なリハビリを必要とする状態にある者が集中的にリハビリを受けるために入院する病棟

イ 介護福祉施設等の計画的整備

「茨城県地域ケア体制整備構想」や市町村の策定する「介護保険事業計画」、県の策定する「介護保険事業支援計画」などにに基づき、療養病床再編成の受け皿となる介護福祉施設等の計画的な整備を促進します。

○ 医療機関の機能分化・連携の推進

限られた医療資源を有効に活用し、切れ目のない効率的で質の高い医療を実現するため、特に地域の医療提供体制の構築に重要な4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）及び5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療）について、各医療機関の役割を明確にし、具体的な連携体制の構築を進めるとともに、地域連携クリティカルパス²⁷の普及やかかりつけ医の定着を図ります。

○ 在宅医療の推進

地域の病院・診療所、薬局、訪問看護ステーションなどが連携し、地域全体で在宅患者を支える地域完結型在宅医療提供体制の構築を推進するとともに、多様なニーズに対応できる質の高い医療従事者の育成に努めます。

○ 地域ケアの推進

高齢者が安心して生活ができるよう介護サービス提供の充実を図ります。また、住み慣れた自宅や地域において高齢者が安心して暮らせるよう、「地域包括支援センター」や「地域ケアシステム」などが連携を図り、家族、近隣住民、ボランティアなどの多様な主体による重層的な見守り体制の構築を促進します。

さらに、介護サービスが必要になっても介護を受けながら住み続けられるよう、ケア付き住宅をはじめとした多様な住まいの充実を促進します。

²⁷地域連携クリティカルパス：発病から診断、治療、リハビリ、在宅療養まで、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含めて作成する一連の診療計画

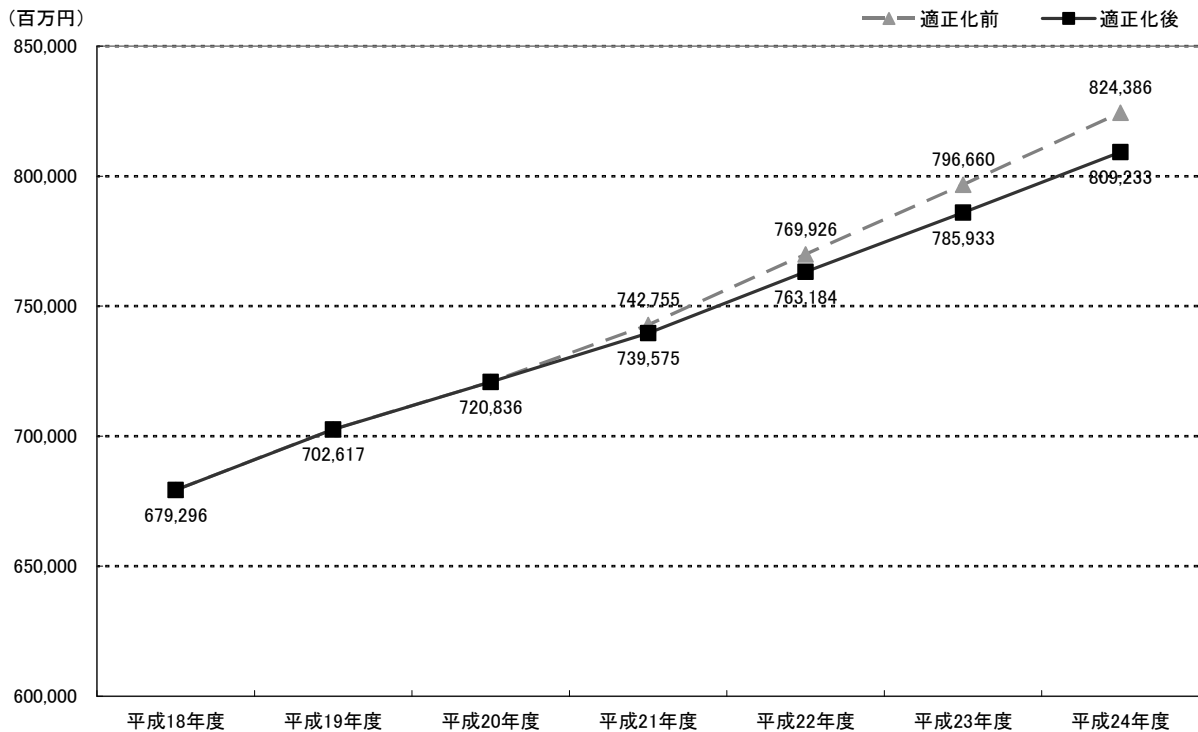
3 計画期間における医療費の見通し

医療費適正化計画における適正化効果は、生活習慣病対策と平均在院日数の短縮によるものですが、生活習慣病対策については、医療費の削減効果が現れるのにタイムラグがあると考えられることから、第1期においては、平均在院日数の短縮のみ効果を見込むものとします。

これによると、本県においては、平成24年度には約152億円の適正化効果があると見込まれます。

(平成18年度) 6,793億円	→	平成24年度 現状のまま推移した場合 8,244億円
		目標を達成した場合 8,092億円

図26 総医療費の将来見通し



第4章 計画の推進体制及び関係者の連携・協力

1 計画の推進体制

本計画の策定にあたり、有識者、保健医療福祉団体等の代表者で構成する茨城県医療費適正化計画策定委員会を設置しています。

この委員会において、計画の進捗状況の評価などを行い、計画の推進を図ります。

2 関係者の連携・協力

市町村、関係団体及び茨城県保険者協議会等と連携・協力して計画の推進を図ります。

第5章 計画の達成状況の評価

1 進捗状況評価

計画の中間年度である平成22年度に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。

また、評価を踏まえ、必要に応じ計画の見直しを行うとともに、平成24年度に策定する第2期の計画に適宜活用します。

2 実績評価

平成25年度に計画に掲げた目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表します。

策定経緯

- ・ 19. 5. 22 第1回医療費適正化計画策定委員会
策定方針, スケジュール等
- ・ 19. 12. 17 第2回医療費適正化計画策定委員会
医療費適正化計画(案)の協議
- ・ 20. 1. 15 市町村協議・パブリックコメント
～28
- ・ 20. 2. 4 第3回医療費適正化計画策定委員会
茨城県医療費適正化計画(案)の決定

茨城県医療費適正化計画策定委員会委員名簿

氏名	所属	備考
山口 巖	茨城県総合健診協会会長	
大久保 一郎	筑波大学人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻長	
錦織 正子	桐生短期大学看護学科教授	
原中 勝征	(社)茨城県医師会会長	
鈴木 信治	(社)茨城県歯科医師会常務理事	
諸岡 信裕	(社)茨城県病院協会常務理事	
滝田 泰彦	(社)茨城県精神科病院協会副会長	
重村 淳子	(社)茨城県看護協会会長	～平成19年10月
村田 昌子		平成19年11月～
細谷 勝志	(社)茨城県薬剤師会副会長	
高橋 征子	(社)茨城県栄養士会会長	
菊池 明德	茨城県市長会・町村会事務局長	
雨谷 俊朗	茨城県国民健康保険団体連合会事務局長	
江間 満夫	健康保険組合連合会茨城連合会理事	
古川 章	茨城社会保険事務局保険課長	



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 3128

Fax. 029-301-3139