

第二期茨城県医療費適正化計画

(平成25年度～29年度)

平成25年4月
茨城県

目次

第1章 計画の基本的事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置付け	1
3 第一期計画及び中間評価との関係	2
4 計画期間	2
第2章 計画における目標・今後の取組	
1 住民の健康の保持の推進	3
2 医療の効率的な提供の推進	6
【計画期間における医療費の見通し】	8
第3章 医療費を取り巻く動向	
1 国民医療費の動向	9
2 本県の後期高齢者（老人）医療費の動向	10
3 本県の市町村国保の医療費の動向	12
4 生活習慣病の状況	13
5 後発医薬品の使用状況	16
第4章 茨城県における現状と課題	
1 住民の健康の保持	
（1）特定健康診査	17
（2）特定保健指導	28
（3）メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及び予備群の減少	34
（4）たばこ対策	38
（5）歯科口腔保健	40
2 医療の効率的な提供	
（1）平均在院日数	41
（2）医薬品の適正使用	46
第5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	47
2 関係者の連携・協力	47
第6章 計画の達成状況の評価	
1 進捗状況評価	47
2 実績評価	47
策定経緯	48
茨城県医療費適正化計画策定委員会委員名簿	48

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、国民医療費は年々伸びており、平成22年度には国民所得に対する比率が10%を超えるまでになっています。

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23年度の11%から、平成37年度には18.4%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20年度には7,254億円と、約20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増加傾向にあります。

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、高齢者の医療費を中心に、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。

そのために、県では医療費適正化計画を策定し、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を大きな2本の柱にして、目標を定めて各種の施策に取り組んでまいります。

具体的には、「住民の健康の保持の推進」に関しては、平成20年度から各保険者に実施が義務付けられた「特定健康診査」「特定保健指導」の実施率を向上させることと、これによりメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることを目指します。生活習慣病を前もって予防することにより、将来的に医療機関に雇われる県民が減り、健診等に要する費用を上回る医療費適正化の効果が期待されます。

また、「医療の効率的な提供の推進」に関しては、平均在院日数の短縮を図ることにより、入院医療費の適正化を目指します。このために、地域連携クリティカルパスの積極的な導入による急性期病院と回復期病院との連携の促進や、病院と診療所、さらには在宅医療まで含めた切れ目のない効率的な医療提供体制の構築などに取り組みます。

このほかにも、喫煙者対策や後発医薬品の使用など、医療費適正化のために効果があると思われる取組について、本県の方針と目標を提示します。

これらの取組を通じて、計画期間中における医療費の見込みから、適正化による効果を試算し、医療費適正化の目標とします。

2 計画の位置付け

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。

特に、いばらき高齢者プラン21において記載する介護給付等サービスや介護保険施設等の整備等の取組と、この計画において記載する医療と介護の連携の取組とは相互に整合し、医療と介護の総費用の適正化を推進するものです。

3 第一期計画及び中間評価との関係

この計画は、平成20年度から平成24年度までの5年間を計画期間とした「(第一期)茨城県医療費適正化計画」の後継計画として位置付けるものです。第一期計画において設定した課題や目標については、医療費をめぐる状況の変化や特定健診等の取組の実態を踏まえつつ、この計画における課題や目標を設定するうえでの基礎としています。

【第一期計画における目標】

(1) 住民の健康の保持と増進

	平成24年度
特定健康診査の実施率	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
- ・保険者協議会の支援
- ・生活習慣病予防のための普及啓発の推進
- ・医療費適正化のための調査研究の推進

(2) 医療の効率的な提供の推進

○療養病床

	平成18年10月	平成24年度末
介護療養病床	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である療養病床	261床	330床
計	6,216床	4,500床

○平均在院日数(介護療養病床を除く)

(平成18年10月) 31.9日 → (平成24年) 29.6日

(主な取組)

- ・療養病床の再編成(患者や医療機関への支援、介護福祉施設等の計画的整備)
- ・医療機関の機能分化、連携の推進
- ・在宅医療の推進

(3) 計画期間における医療費の見通し

平成18年度	平成24年度
6,793億円	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

また、平成22年度には、第一期計画における目標の達成状況やそのための取組の実施状況について実態把握を進め、見直しについて検討することを目的に、中間評価を実施しました。

第二期計画を策定するにあたっては、この中間評価の考え方を基にしながら、基礎データを最新のものに更新し、再度分析を行っています。

4 計画期間

平成25年度から平成29年度までの5年間です。

第2章 計画における目標・今後の取組

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、良質かつ適切な医療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（後期高齢者）人口は、平成22年現在の314千人（注1）から、15年後の平成37年には495千人（注2）になると予想されています。国では、現在国民医療費の約3分の1を占める後期高齢者医療費が平成37年には50%弱になると予想しており、本県においても同様に、県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は増加していくと考えられます。
これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、後期高齢者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。
（注1）平成22年国勢調査
（注2）国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」

この基本理念のもと、「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24年9月28日厚生労働省告示）」に基づき、「住民の健康の保持の推進」「医療の効率的な提供の推進」の2つについて、それぞれ目標を設定し、取組を進めます。

本章では、本計画において設定する目標と、目標達成のための取組を提示し、これらの取組によって適正化されると見込まれる医療費の見通しについて示します。

なお、個々の目標設定の根拠や取組の具体的な内容については、第4章「茨城県における現状と課題」のなかで記述します。

1 住民の健康の保持の推進

（特定健康診査・特定保健指導等に関する目標）

	平成22年度	平成29年度
特定健康診査の実施率	40.2%	70%
特定保健指導の実施率	12.8%	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	3.9%	25%*

（※平成20年度比）

（平成29年度保険者別毎の目標）

保険者種別	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診実施率	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指導 実施率	60%	30%	30%	60%	30%	40%

(取組)

● 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導を促進します。

平成22年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群者が、平成20年度に比べて3.9%減少しました。特定健康診査・特定保健指導を実施することは、生活習慣病の予防や重症化予防、合併症予防等に重要であり、医療費の伸びを抑制する効果が期待できます。更なる実施率向上に向け、県として、医療保険者への支援や県民への普及啓発、関係機関の連携推進が必要です。

(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

○特定健診・特定保健指導実施体制（集合契約等）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）

○県民に対して、「自らの健康は自分で守る」という観点から、特定健診等の受診の必要性を普及啓発

(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

○会議及び研修の開催や情報の提供

○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

● 保険者協議会への支援を行います。

各医療保険者が、協働して効果的・効率的に事業を展開するために、保険者協議会の活動の促進が必要です。

(ア) 集合契約の締結等の実施体制の調整及び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

● 生活習慣病予防のための普及・啓発を促進します。

県民に対して、生活習慣病予防に関する意識向上を図り、若い世代からの健康管理の重要性やメタボリックシンドローム該当者・予備群の予防を図る必要があります。

(ア) 健康づくり全般に関する普及啓発（イベントや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や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

○健康づくり支援店の個別訪問、研修会の開催等

(エ) 健康づくり指導者等への研修会等による人材育成

(オ) 医師会が歯科医師会や関連団体と協力して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、生活習慣病歯科対策事業等各種事業への補助（市町村との協調補助）

(カ) 市町村が行う健康増進のための事業への補助

● 医療費適正化のための調査研究を推進します。

特定健康診査等の事業が医療費適正化に効果があるかどうか、長期的な分析が必要です。

(ア) 特定健康診査・特定保健指導の効果や健康課題を長期的に分析し、全市町村国保等へ還元することで、効果的な保健事業を展開するために医療費等の継続的な情報収集を含めた分析体制の整備を検討する。

(イ) 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する。

(ウ) 健康づくり、介護予防及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ている平成 21 年度の特定健康診査受診者を対象として、日常生活習慣、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する。

(たばこ対策に関する目標)

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

(取組)

- 「(第2次)健康いばらき21プラン」により、たばこの煙による健康被害についての普及啓発のほか、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の取組を促進します。

(歯科口腔保健に関する目標)

		現行水準 (H22)		平成 29 年度
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)

- 「(第2次)健康いばらき21プラン」により、歯周病の予防方法等の知識の普及とともに、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のほか、全身の健康と関連のある課題について医科と歯科等の連携を図ります。

2 医療の効率的な提供の推進

(1) 平均在院日数の短縮

(目標)

平均在院日数（介護療養病床を除く総病床）	
（平成23年10月）	平成29年度
30.3日	→ 29.5日

平均在院日数とは「患者が平均して何日間で退院することができたか」を示す指標であり、医療費適正化を考えるうえでの主要な指標となります。

厚生労働省の「病院報告」等で用いられている平均在院日数は、ある1年における在院患者の延べ数と入退院患者数から算出されます。この指標は、諸外国との比較がしにくい点や、精神病床・療養病床など種別ごとに事情の異なる病床をひとくくりにして算出している点などの課題もありますが、入院医療に関する一定の傾向を示す指標として、全国平均や他の都道府県との比較のために使用します。

入院医療の内容は、病床種別以外にも患者の年齢層や疾病によって異なるため、平均在院日数の増減が単純に医療費に反映されるものではありませんが、全体的には「短いほど入院医療費が抑制されている」と考えられるため、この日数の短縮を目指した取組を進めます。

なお、第一期計画において目標としていた療養病床の再編成に関しては、介護老人保健施設等への転換に係る費用の助成等に引き続き取り組みます。ただし、削減目標を数値化することせず、地域にとって必要な療養病床は確保しつつ、今後も国の動向を注視し、施設ごとの転換意向等の把握に努めていきます。

(取組)

- **医療機関の機能分化・連携を推進します。**
 - (ア) 第6次保健医療計画に基づく5疾病及び5事業について、各医療機関の役割の明確化及び連携体制の構築
 - (イ) 地域連携クリティカルパスについて、導入効果の分析及びパスの普及啓発
 - (ウ) 県民に対する「かかりつけ医」の推奨
 - (エ) 医療教育の推進
 - 救急車や救急夜間診療所の適正利用等に関する研修会・講習会等の開催
 - 複数医療機関の受診抑制（セカンドオピニオンを除く）や、あんま・はり・きゅう・マッサージ・柔道整復師等の診療（保険適用の範囲等）に関する情報提供
- **在宅医療の推進のため、第6次茨城県保健医療計画に基づき「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備を進めます。**
 - (ア) 在宅医療における4つの局面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）に対応した切れ目のない連携体制の構築
 - (イ) 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等を増やす方策の検討
 - (ウ) 市町村単位を基礎にした在宅医療連携拠点の整備による、医療と介護が連携した包括的・継続的なサービスの提供（医療と介護を含めた総費用の適正化）
 - (エ) 在宅医療に従事する各職種の人材育成及び、多職種連携のための関係機関との調整など、各職種の専門性を超えた幅広い役割を担う人材の育成
 - (オ) 介護者の負担軽減のためのレスパイトケア等、在宅医療を支援する体制の充実

(2) 医薬品の適正使用

限りある医療財源を最大限に有効活用して治療効果を得られるよう、県医師会や県薬剤師会等関係団体とも連携しながら取組を進めます。

(取組)

- 後発医薬品の安心使用を促進します。
 - (ア) 県民や医療関係者の理解を深めるための啓発強化
 - (イ) 後発医薬品の使用促進に係る環境整備

- 残薬の防止策を推進します。
 - (ア) かかりつけの薬局における十分な服薬指導及び残薬確認
 - (イ) 薬剤師の在宅訪問の推進による薬の管理指導
 - (ウ) 薬剤師と医師の連携強化（処方変更等の検討）

【計画期間における医療費の見通し】

「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」において推奨している算定式に基づき、医療費の見通しを推計します。

なお、推計の対象となるのは、計画期間の最終年度（平成 29 年度）における、茨城県に住所を有する住民の医療費の総計です。

（推計に必要な数値）

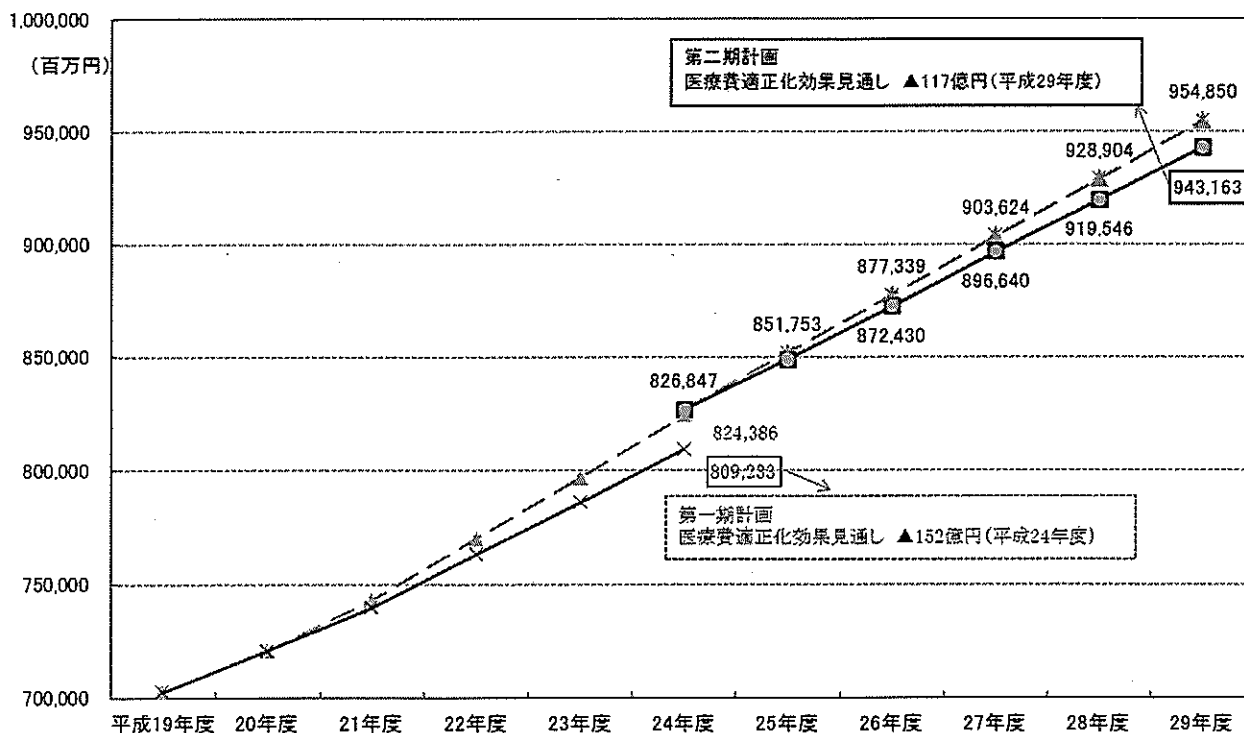
- ① 平成 23 年度の平均在院日数
- ② 前述の 2（1）で算出した平均在院日数の目標値（29.5 日）
- ③ 生活習慣病対策（特定健診・特定保健指導の充実）により減少すると見込まれるメタボリックシンドローム及び予備群の減少者数

上記の数値をもとに計算し、下記のとおり、平成 29 年度において約 117 億円の適正化効果を見込みます。

(平成 24 年度) 8,268 億円	→	平成 29 年度	
		現状のまま推移した場合	9,549 億円
		目標を達成した場合	9,432 億円
		適正化効果	117 億円

参考指標として、第一期計画における医療費見通しと比較したものは図 1 のとおりです。

【図 1 総医療費の将来見通し】¹



¹ 第一期計画と第二期計画とでは医療費見通しに関する算定式が異なることや、第一期期間中における診療報酬改定等の外部要因もあることから、2つの指標は連続せず、参考として1つの図にしたもの。第一期計画の進捗評価は平成 25 年度実施予定。

第3章 医療費を取り巻く動向

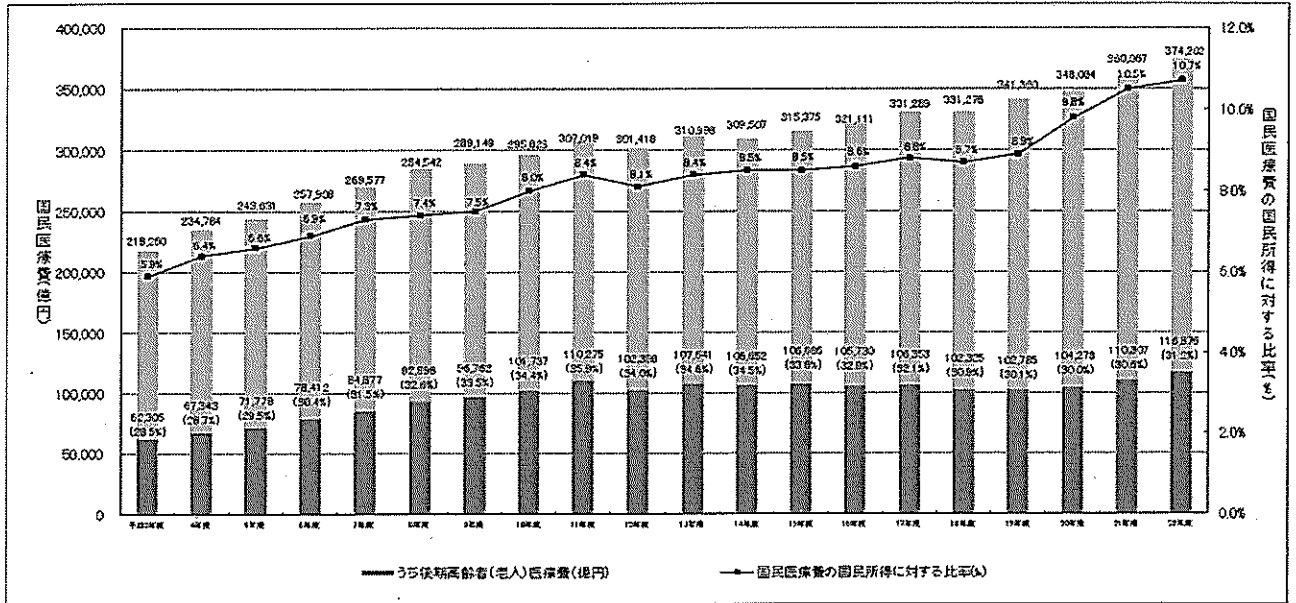
第2章で設定した目標の根拠となる基礎データについて、本章で示します。

1 国民医療費の動向

(1) 国民医療費の推移

国民医療費の動向を見ると、平成22年度は約374,202億円で、前年度に比べて3.8%の増、平成17年度（5年前）の約331,289億円と比べると、11.5%の増となっています。

【図2 国民医療費と国民医療費の国民所得に対する推移】

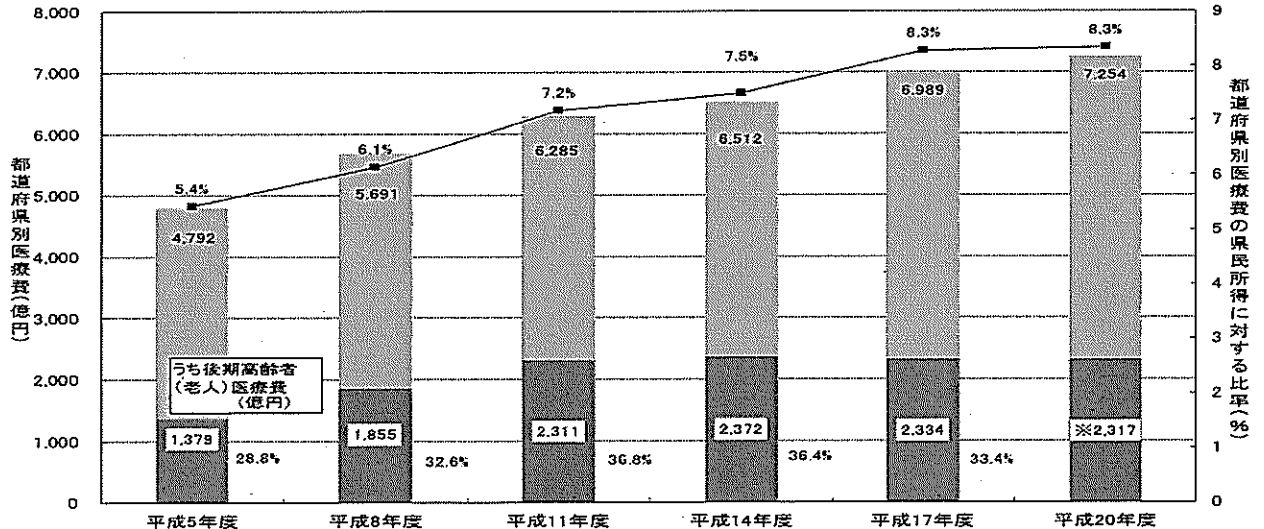


「平成22年度国民医療費（厚生労働大臣官房統計情報部）」

(2) 本県の医療費の推移

本県の医療費は、平成20年度には7,254億円で平成17年度の6,989億円と比べると3.8%の増となっています。平成20年度の本県の医療費の県民所得に対する比率は平成17年度の8.3%と同じ割合でほぼ横ばいです。

【図3 県医療費と県医療費の県民所得に対する比率の推移】

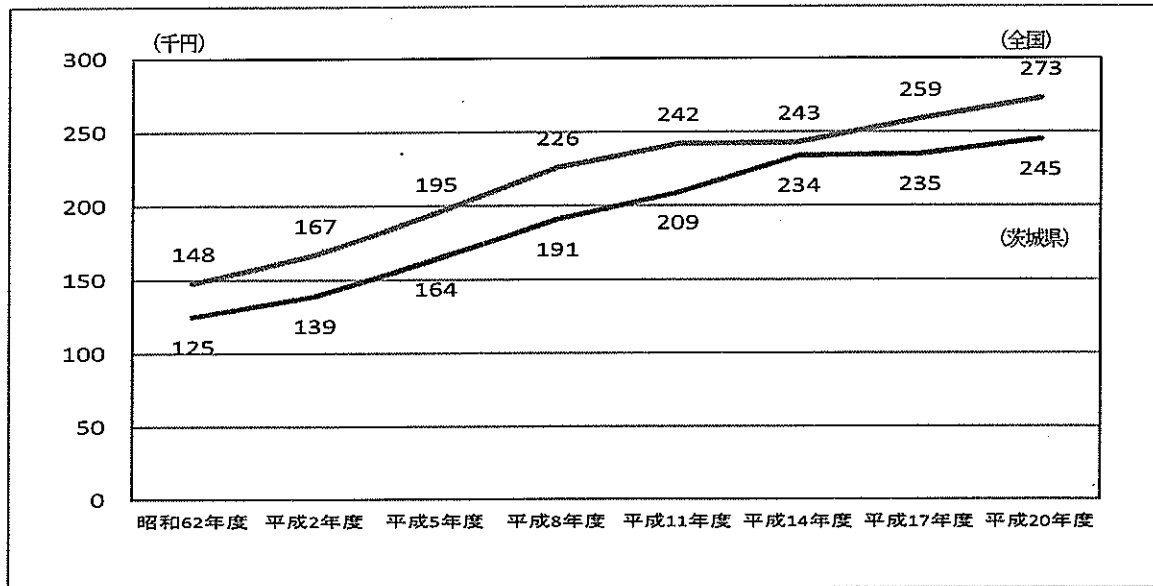


※平成20年3月以前は老人保健法による医療の対象者に係るものです。平成20年4月より後期高齢者医療制度が施行され、17年度以前と20年度については制度が異なるため単純に比較できません。

(3) 1人当たりの医療費の推移

本県の1人当たりの医療費は一貫して全国平均を下回っており、平成20年度でみると、245千円で全国平均(273千円)と比較して28千円低く、全国42位です。

【図4 1人当たりの医療費の推移】

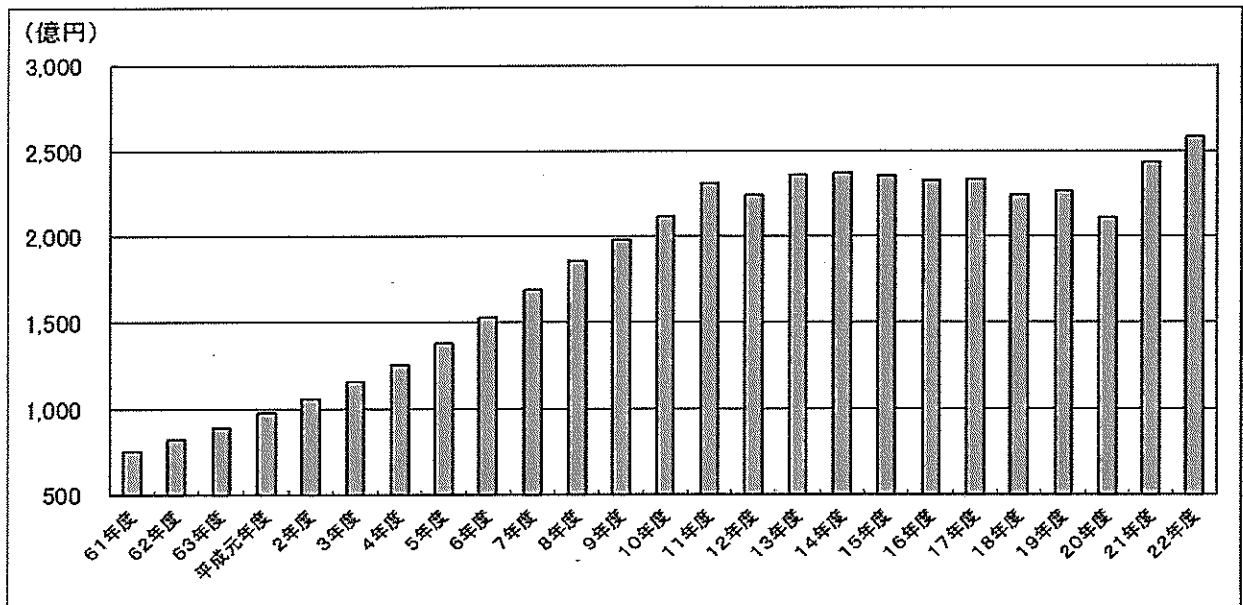


2 本県の後期高齢者(老人)医療費の動向

(1) 後期高齢者(老人)医療費の推移

本県における平成22年度の後期高齢者医療費は約2,580億円となっており、前年度と比べて6.1%の増、平成17年度の2,334億円に比べて10.6%の増となっております。

【図5 本県の後期高齢者(老人)医療費の推移】



(2) 後期高齢者(老人)医療費の現状

後期高齢者(老人)医療費の現状を見ると、平成22年度の本県の1人当たりの後期高齢者医療費は803,363円で、前年度に比べて3.1%の増、平成17年度の715,446円と比べると12.3%の増となっています。

全国平均と比較すると、1人当たりの後期高齢者医療費は101,432円下回っており、全国順位も37位と低い位置にあります。伸び率については、平成16年度から平成18年度までは全国平均より低い伸び率ですが、平成19年度から22年度の伸び率は全国平均より高くなっています。

入院・入院外別で見ると、入院費用額（食事・生活療養（医科）含む）は382,682円であり、全国平均（455,232円）と比べ72,550円、入院外費用額（調剤を含む）は390,987円であり、全国平均（407,436円）と比べ16,449円下回っています。

また、受診率をみると、入院は75.46件であり、全国平均（88.16件）と比べ12.7件、入院外は1,426.82件であり、全国平均（1,582.22件）と比べ155.4件下回っています。

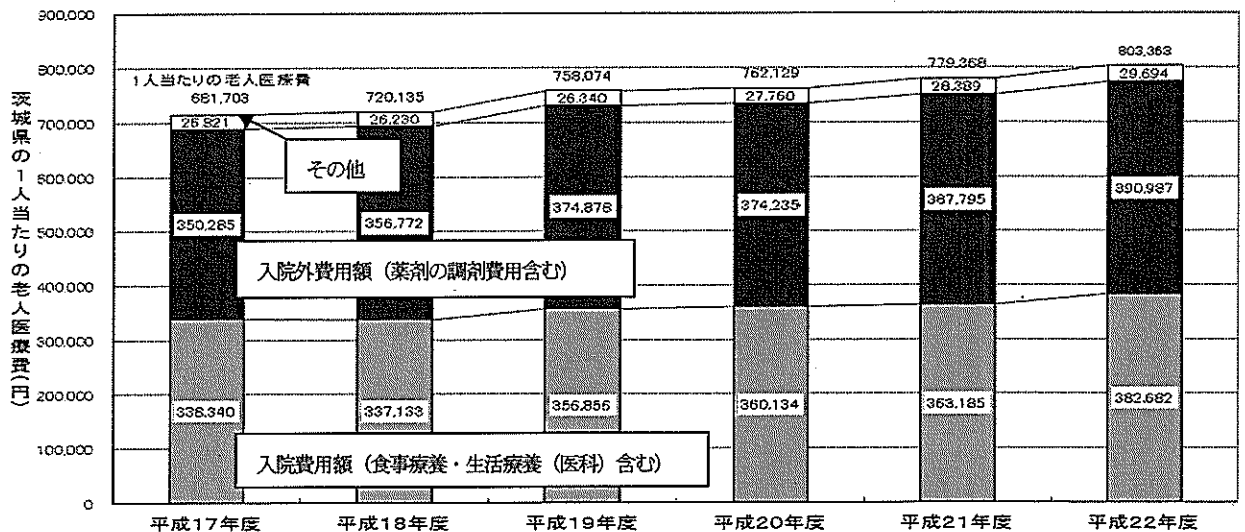
【表1 1人当たりの後期高齢者（老人）医療費の推移】

1人当たりの後期高齢者 （老人）医療費（円）	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度
全国	821,403	832,373	869,604	865,146	882,118	904,795
伸び率	5.3%	1.3%	4.5%	▲0.5%	2.0%	2.6%
茨城県	715,446	720,135	758,074	762,129	779,368	803,363
順位	40位	41位	39位	39位	39位	37位
伸び率	4.9%	0.7%	5.3%	0.5%	2.3%	3.1%

「平成22年度後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局）」

※平成20年3月以前は老人医療の受給対象者、平成20年4月以降は後期高齢者医療保険制度に係る医療の対象者に係るものです。

【図6 本県の費用別1人当たりの後期高齢者（老人）医療費の推移】



「老人医療事業年報（厚生労働省保険局）」・「後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局）」

※平成20年3月以前は老人医療の受給対象者、平成20年4月以降は後期高齢者医療保険制度に係る医療の対象者に係るものです。

【表2 平成22年度後期高齢者医療費の各指標（入院・入院外）】

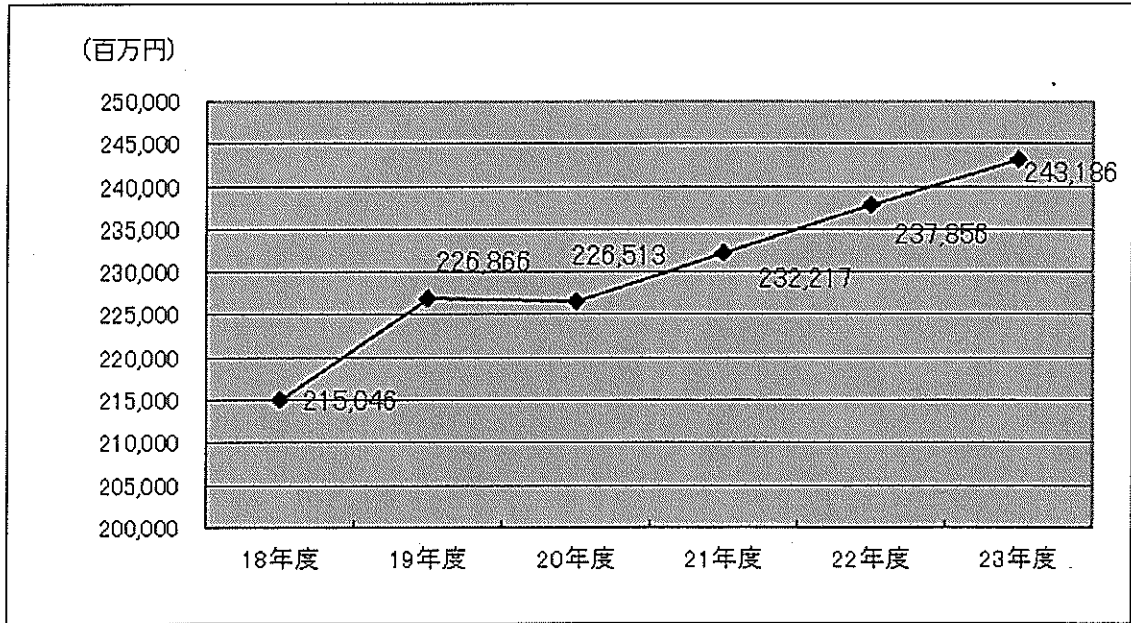
	入院（食事・生活療養を含む）		入院外（調剤を含む）	
	全国	茨城県	全国	茨城県
1人当たりの医療費（円）	455,232	382,682（37位）	407,436	390,987（23位）
受診率（件）	88.16	75.46（38位）	1,582.22	1,426.82（44位）
1件当たりの日数（日）	18.60	17.90（37位）	2.11	1.91（36位）
1日当たりの医療費（円）	27,768	28,330（15位）	12,184	14,313（2位）

「平成22年度後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局）」

3 本県の市町村国保の医療費の動向

本県の市町村国保の医療費は、平成 23 年度は 2,431 億円となっており、対前年比で見ると 2.2% 増加しています。

【図7 本県の市町村国保医療費の推移】



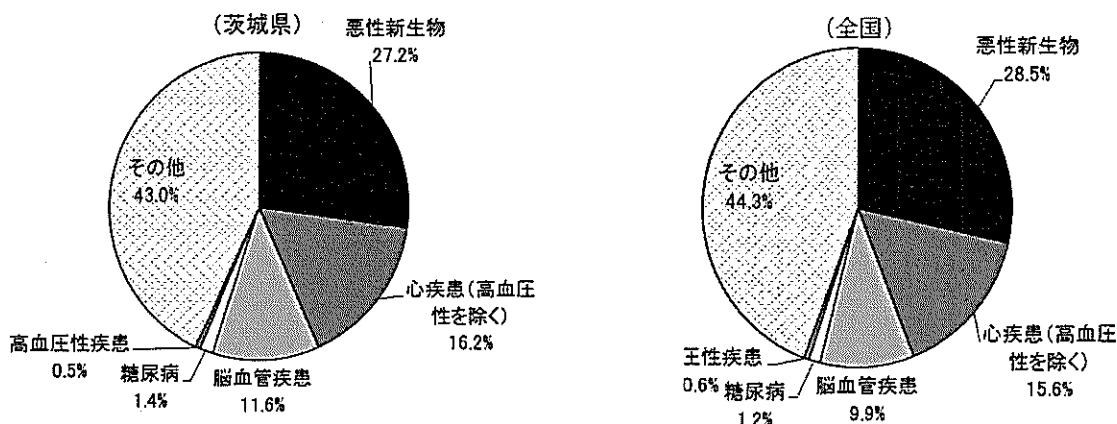
「国民健康保険事業状況 (茨城県・茨城県国民健康保険団体連合会)」

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23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57.0%（全国55.7%）を占めています。（図）

【図8 死因別死亡割合】



「平成23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22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22位、女性が20位、心疾患では男性が全国21位、女性が24位、脳血管疾患では男性9位、女性が5位、糖尿病では男性が2位、女性が5位となっています。

【表3 都道府県別年齢調整死亡率¹（人口10万対）】

<がん>

	男			女		
	平成12年	平成17年	平成22年	平成12年	平成17年	平成22年
茨城県	213.2 (18位)	200.4 (16位)	180.2 (22位)	102.9 (19位)	99.0 (11位)	92.2 (20位)
全国	214.0	197.7	182.4	103.5	97.3	92.2

<心疾患>

	男			女		
	平成12年	平成17年	平成22年	平成12年	平成17年	平成22年
茨城県	88.7 (15位)	91.0 (9位)	74.5 (21位)	50.3 (15位)	47.5 (15位)	39.6 (24位)
全国	85.8	83.7	74.2	48.5	45.3	39.7

<脳血管疾患>

	男			女		
	平成12年	平成17年	平成22年	平成12年	平成17年	平成22年
茨城県	85.1 (8位)	72.0 (6位)	58.0 (9位)	54.6 (3位)	44.6 (4位)	32.7 (5位)
全国	74.2	61.9	49.5	45.7	36.1	26.9

<糖尿病>

	男			女		
	平成12年	平成17年	平成22年	平成12年	平成17年	平成22年
茨城県	9.4 (4位)	9.5 (2位)	9.0 (2位)	5.3 (7位)	4.8 (4位)	4.2 (5位)
全国	7.8	7.3	6.7	4.4	3.9	3.3

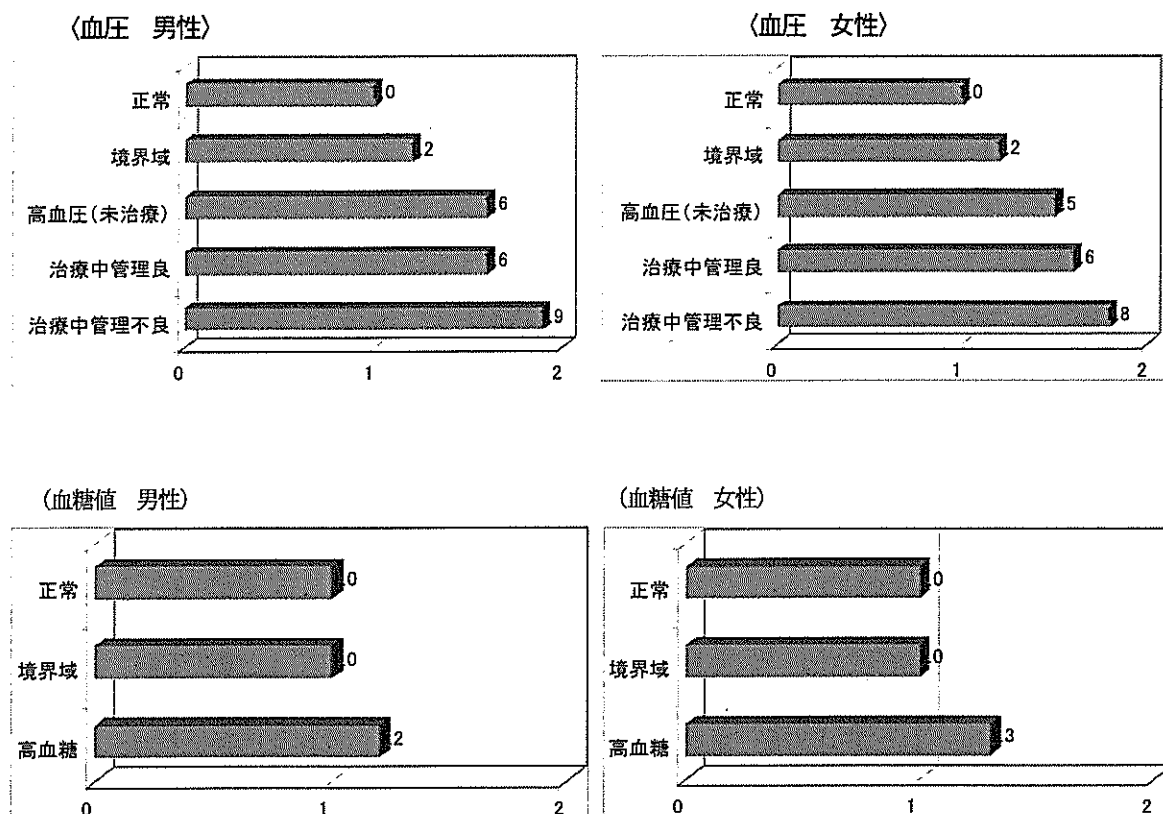
「人口動態調査特殊報告（厚生労働省）」

¹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

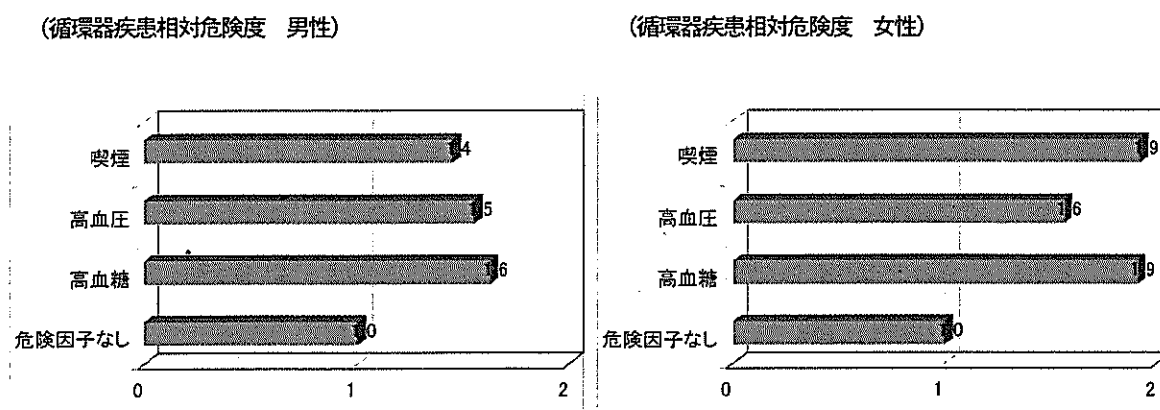
(2) 生活習慣病と死因の関係

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、高血圧の高値の人は、循環器疾患で死亡する確率が高いことが分かります。

【図9 全循環器疾患死亡に対する危険因子²（健診所見）の相対危険度³（平成22年）】



循環器疾患の死亡では、喫煙、高血圧、高い糖尿病を有している人が、危険因子なしに比べ死亡する確率が高いことが分かります。



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

²危険因子：病気が発症、進展するもととなる要素、要因

³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。

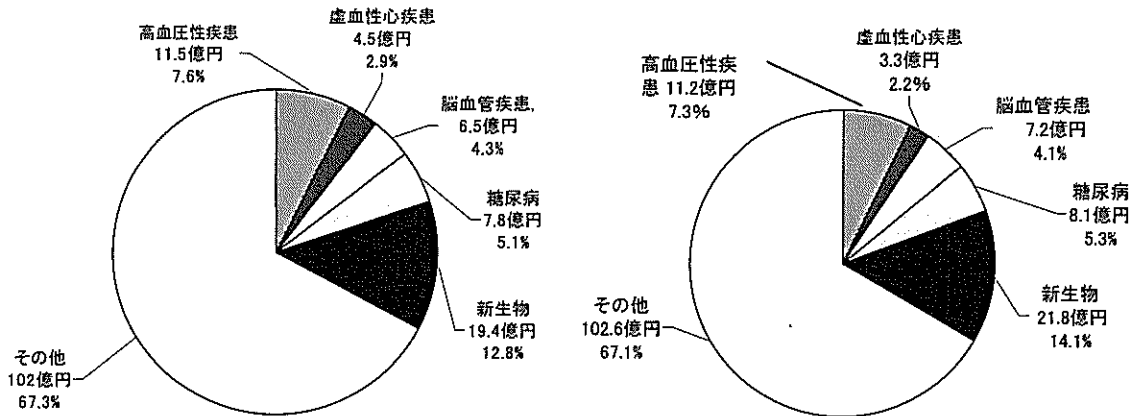
(3) 生活習慣病と医療費の関係

全医療費に占める生活習慣病の医療費の割合を、平成 23 年 5 月分の国民健康保険の加入者で見ると、全体の 32.9%を占めています。

【図 10 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】

(平成 20 年 5 月分)

(平成 23 年 5 月分)



※社会保険表章用 121 項目疾病分類表による¹

「平成 20 年 5 月診療分国民健康保険疾病分類統計表」「平成 23 年 5 月診療分国民健康保険疾病分類統計表」

(本県の現状)

本県の平均寿命(平成 17 年都道府県別生命表)は、全国順位で男性は長い方から 30 位、女性は 43 位となっています。

また、都道府県別年齢調整死亡率(表 3)の全死因は、男性が高い方から 13 位、女性が 5 位であり、生活習慣病では、がんの死亡率が男性(全国高い方から 22 位)女性(全国高い方から 20 位)共に高い状況です。全国の死亡率と比べると脳血管疾患や糖尿病が高い傾向です。

一方、有訴者率(人口千人あたりの病気やけが等で自覚症状のある者の数)は平成 22 年国民生活基礎調査によると、総数 284.5、男性 246.9、女性 321 であり、いずれも高い方から 46 位です。

そして、受療率(推計患者数を人口 10 万対で表した数)は平成 23 年患者調査によると入院は 881 で高い方から 40 位、外来は 5,084 で高い方から 42 位となっています。平成 22 年度後期高齢者医療費(表 2)の受診率においても、入院は 75.46 で高い方から 38 位、入院外は 1,426.82 で高い方から 44 位となっています。

(図 4)の一人あたり医療費の推計は 245 千円と 42 位、(表 1)の一人当たりの後期高齢者医療費は 803 千円と 37 位となっています。

このように本県は、全国と比較して、平均寿命が短く、年齢調整死亡率が高い傾向にある一方で、有訴率や受療率が低く、一人当たりの医療費も少なくなっています。

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。20 の大分類と、121 の中分類からなる。

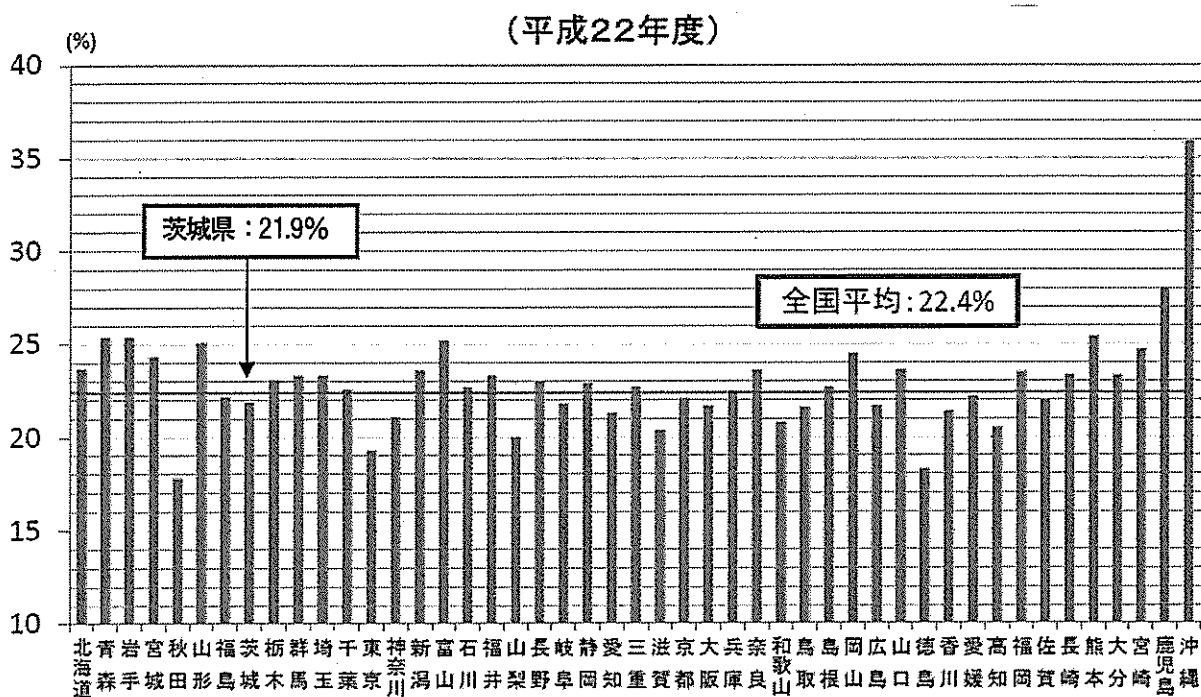
5 後発医薬品¹の使用状況

国は、限られた医療財源を有効に活用する観点から、平成19年度に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定し、平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げました。

県ではこれを受けて、平成20年度から「茨城県後発医薬品の安心使用促進検討会議」を設置し、県民や医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるようリーフレットやポスター等の啓発資材の作成配布、シンポジウムの開催等「後発医薬品の使用促進に係る環境整備」について取り組んできたところです。

しかしながら、後発医薬品の数量シェアは、平成23年3月末現在では、本県及び全国平均ともに目標とする30%に達していない状況となっています。

【図11 「最近の調剤医療費（電算処理分）」における都道府県別後発医薬品割合（数量ベース）】



¹後発医薬品：特許が切れた医薬品（先発医薬品）を他の製薬会社が国の製造販売承認を受けて流通させるもので、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて価格が安くなっている。このため後発医薬品の普及は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものと考えられている。

第4章 茨城県における現状と課題

本章では、第2章で掲げた目標や取組の前提として、第一期計画等に基づいて県で行ってきた取組を通した現状と課題について記載します。

1 住民の健康の保持

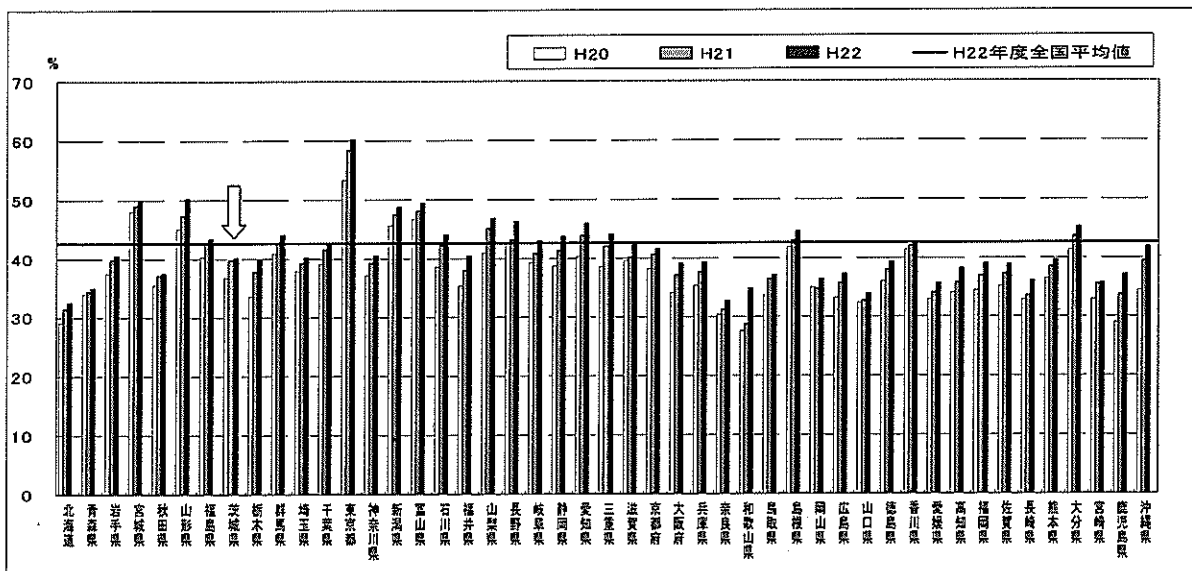
(1) 特定健康診査

① 都道府県別実施状況

本県の平成22年度特定健康診査（以下「特定健診」といいます。）の実施率は、全国目標70%に対して、40.2%で、全国平均42.6%より2.4ポイント低く、全国47都道府県の高い方から25番目です。平成20年度から比べると平成22年度は、3.4ポイント上昇しています。平成20年度は36.8%、平成21年度は39.8%となっています。

【図12 特定健診の経年別都道府県実施率】

「厚生労働省保険局*1」



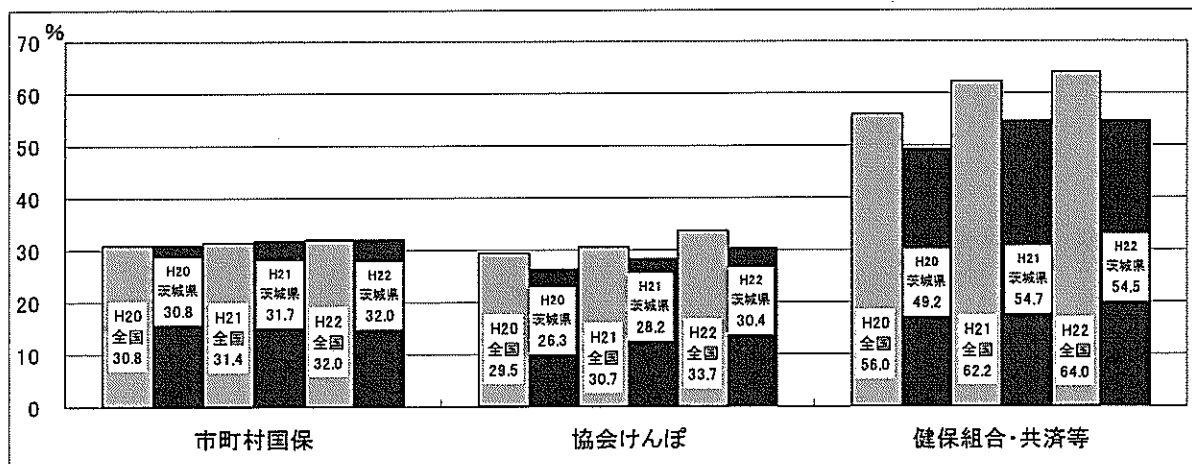
② 本県の実施状況

(ア) 保険者別実施状況

保険者別の平成22年度特定健診実施率をみると、市町村国保は、32.0%と全国平均です。全国健康保険協会（協会けんぽ）は30.4%で、全国平均33.7%より3.3ポイント低く、健康保険組合・共済組合等は54.5%で、全国平均64.0%より9.5ポイント低い状況です。

【図13 保険者別特定健診実施率推移】

「厚生労働省保険局」



*1 厚生労働省保険局提供データ：被保険者の住所地で集計しているため、国の確報値（保険者別集計）と異なる。

(イ) 市町村別（市町村国保）実施状況

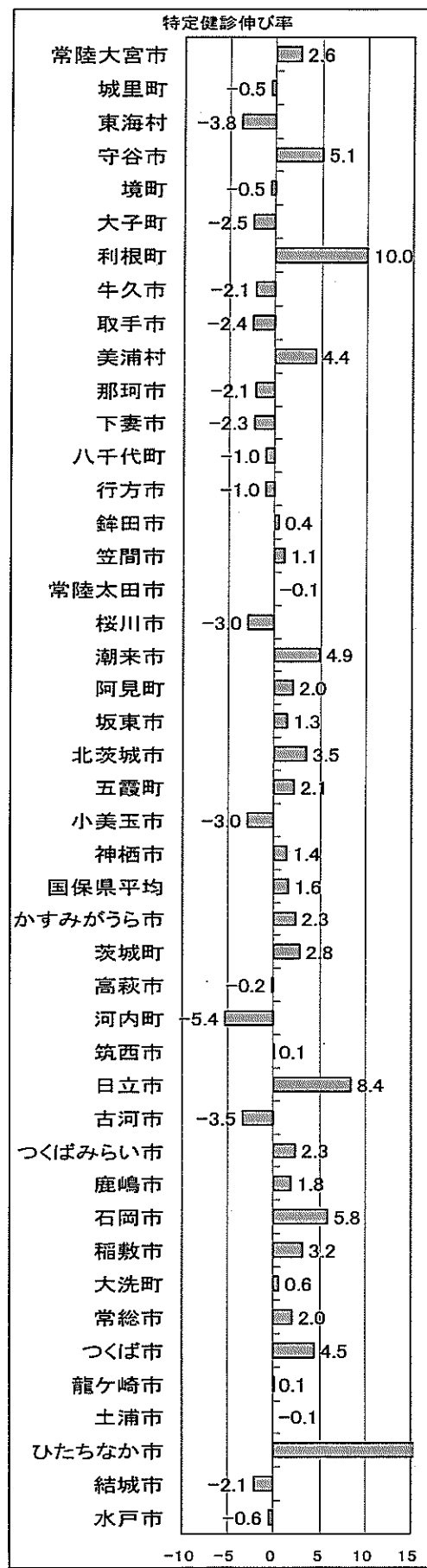
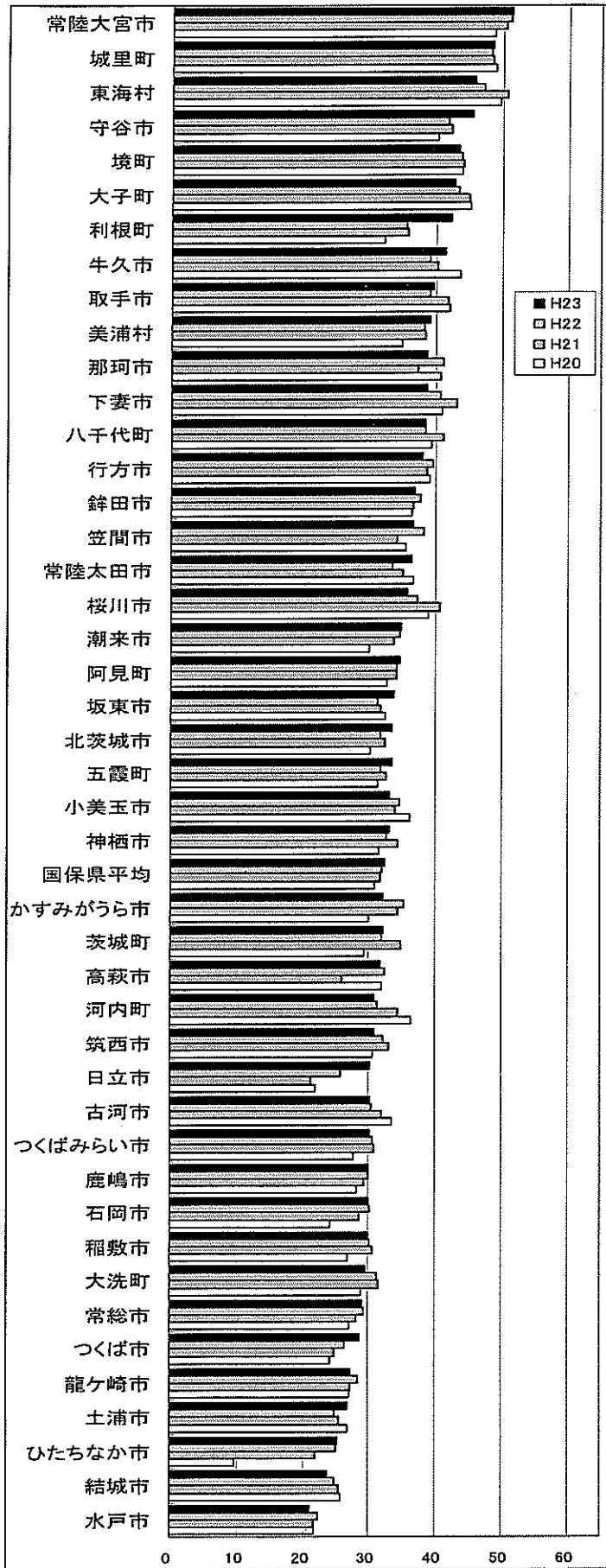
平成 23 年度の市町村国保別の特定健診実施率は、上位から常陸大宮市（51.4%）、城里町（48.5%）、東海村（45.7%）となっており、最も実施率が低かったのは、水戸市（21.1%）次いで結城市（23.6%）、ひたちなか市（25.1%）となっています。県平均の伸びは 1.2%でした。平成 23 年度において市町村国保の目標値である 65%を達成した市町村はありませんでした。

【表 4 特定健診市町村国保実施状況】 (%)

順位	保険者名	H23	H22	H21	H20	伸び (H23-H20)
1	常陸大宮市	51.4	51.1	50.5	48.8	2.6
2	城里町	48.5	48.2	48.5	49.0	-0.5
3	東海村	45.7	47.2	50.8	49.5	-3.8
4	守谷市	45.4	41.8	42.2	40.3	5.1
5	境町	43.3	43.7	43.9	43.8	-0.5
6	大子町	42.6	43.3	44.9	45.1	-2.5
7	利根町	42.2	35.6	35.8	32.2	10.0
8	牛久市	41.4	39.1	40.3	43.5	-2.1
9	取手市	39.6	39.2	41.8	42.0	-2.4
10	美浦村	39.2	38.3	38.4	34.8	4.4
11	那珂市	38.6	41.0	37.3	40.7	-2.1
12	下妻市	38.6	40.7	43.0	40.9	-2.3
13	八千代町	38.4	38.5	41.0	39.4	-1.0
14	行方市	38.0	39.5	38.6	39.0	-1.0
15	鉾田市	36.9	37.8	36.6	36.5	0.4
16	笠間市	36.7	38.1	34.1	35.6	1.1
17	常陸太田市	36.5	33.6	35.0	36.6	-0.1
18	桜川市	35.8	37.4	40.7	38.8	-3.0
19	潮来市	34.9	34.6	33.8	30.0	4.9
20	阿見町	34.7	34.2	34.1	32.7	2.0
21	坂東市	33.7	31.3	31.7	32.4	1.3
22	北茨城市	33.6	31.7	32.3	30.1	3.5
23	五霞町	33.4	31.8	32.5	31.3	2.1
24	小美玉市	33.1	34.7	34.0	36.1	-3.0
25	神栖市	33.0	32.6	34.4	31.6	1.4
26	かすみがうら市	32.2	35.4	34.3	29.9	2.3
27	茨城町	32.1	31.9	34.9	29.3	2.8
28	高萩市	31.8	32.3	25.8	32.0	-0.2
29	河内町	30.9	31.2	34.5	36.3	-5.4
30	筑西市	30.8	32.2	33.0	30.7	0.1
31	日立市	30.2	25.6	21.2	21.8	8.4
32	古河市	30.1	30.3	31.9	33.6	-3.5
33	つくばみらい市	30.1	30.7	30.9	27.8	2.3
34	鹿嶋市	30.0	29.9	29.2	28.2	1.8
35	石岡市	29.9	30.2	28.6	24.1	5.8
36	稲敷市	29.9	30.2	30.7	26.7	3.2
37	大洗町	29.4	31.2	31.6	28.8	0.6
38	常総市	29.1	29.2	28.2	27.1	2.0
39	つくば市	28.6	26.4	24.7	24.1	4.5
40	龍ヶ崎市	27.2	28.3	27.3	27.1	0.1
41	土浦市	26.8	24.7	25.4	26.9	-0.1
42	ひたちなか市	25.1	25.1	21.9	9.7	15.4
43	結城市	23.6	24.7	25.5	25.7	-2.1
44	水戸市	21.1	22.3	21.6	21.7	-0.6

「茨城県国民健康保険団体連合会」

【図14 特定健診市町村国保実施状況】



「茨城県国民健康保険団体連合会」

● 市町村国保の実施率向上に効果があった取組み状況【保険者からの聞き取り調査（H24.12月実施）】

【常陸大宮市】（実施率が最も高い）

○健康づくり推進員による受診勧奨

- ・ 健診日の約1ヶ月前の全戸訪問による集団健診通知と受診券配付

○保健師による受診勧奨

- ・ 健診未実施者に、訪問や電話による受診勧奨
- ・ 40歳到達者に対する全戸訪問

○その他

- ・ 健康づくり推進員に対する人材育成（特定健診の必要性、発症予防と医療費）
- ・ 健診未実施者を対象とした追加健診を実施
- ・ 健診日程や受診勧奨の方法は、内容を改良しつつ原則同じ手法を継続することを重視（毎年同じ季節に健診を受けるなど、健診の習慣化を図る）

● 市町村国保の特定健診実施率の分析

平成22年度に実施した中間評価では、未実施者に対する「電話」「訪問」による受診勧奨や「がん健診」等との同時実施を行った市町村国保の実施率が高くなりました。

また、未実施者理由において、「健診への意識（忙しい・健康だから等）（29.1%）」「通院中（32.2%）」「他の健診を実施（22.2%）」が上位を占めている結果でした。

【市町村国保の未実施者対策】

全市町村国保の「未実施者の理由把握調査」の実施状況と平成23年度実施率について分析を行ったところ、調査を実施し理由に応じた対策をした市町村国保の実施率が高くなっています。

【表5 未実施者理由把握の実施の有無と実施者】

（単位：人）

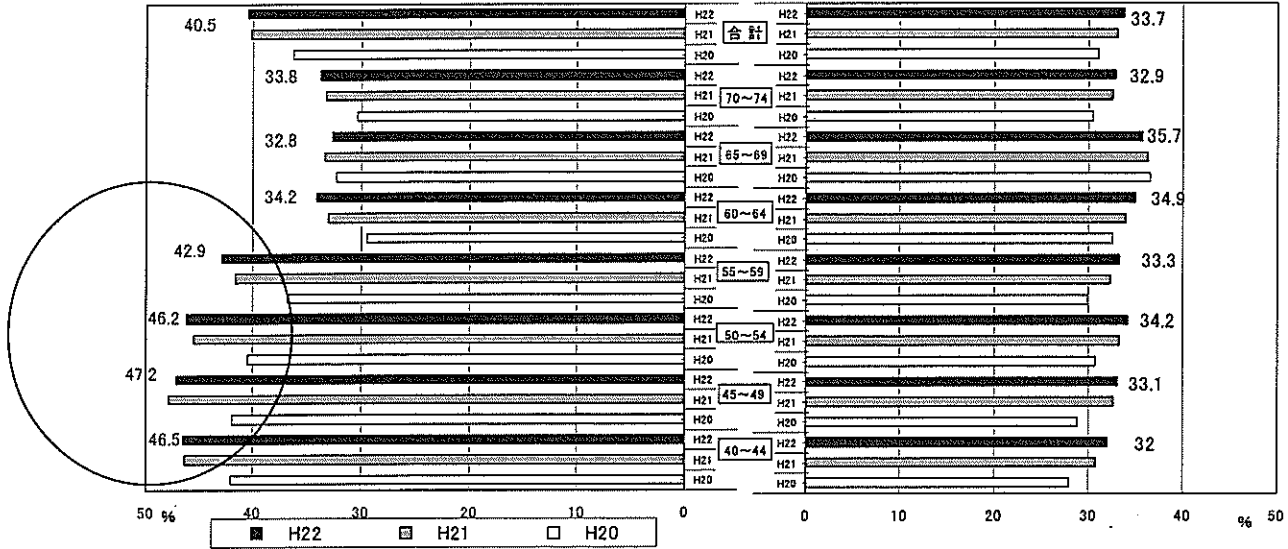
	特定健診実施者	特定健診未実施者
未実施	80,802 (31.4%)	176,440 (68.6%)
実施	104,756 (33.0%)	213,025 (67.0%)

(ウ) 性・年齢階級別の実施状況

全保険者の平成 22 年度実施率は、男性 40.5%，女性 33.7%と女性が低い傾向です（図 15）。
全保険者と比べると市町村国保では男性の 40 歳～50 歳の実施率が低くなっています。

【図 15 全保険者 性・年齢階級別の特定健診実施率】

男性 H22:n=282,030 H21:n=279,801 H20:n=249,640 女性 H22:n=229,421 H21:n=226,006 H20:n=209,598

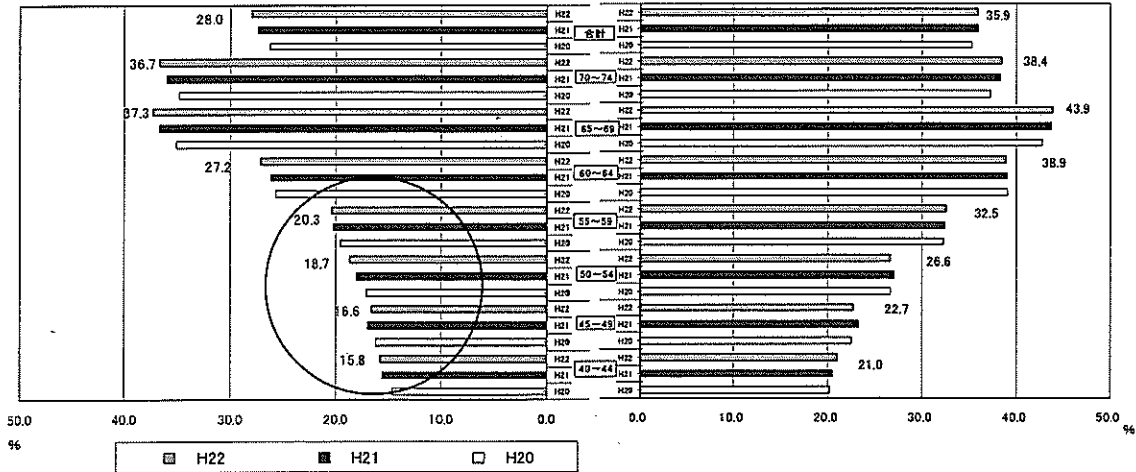


※ 数字は、22年度の値 n=実施者数

「厚生労働省保険局」

【図 16 市町村国保 性・年齢階級別の特定健診実施率】

男性 H22:n=79,436 H21:n=78,248 H20:n=74,360 女性 H22:n=104,278 H21:n=104,052 H20:n=101,201 n=実施者数



「茨城県国民健康保険団体連合会」

※ 図 15 の特定健診対象年齢人口は、特定健診の年齢別対象者が不明のため、いずれも茨城県統計課データ各年の 10.1 現在常住人口による。そのため、特定健診実施率が異なる。

※ 図 15 は、年齢区分ができないデータがあるため年齢階級別件数と計は一致しない。

(工) 特定健診検査値の状況

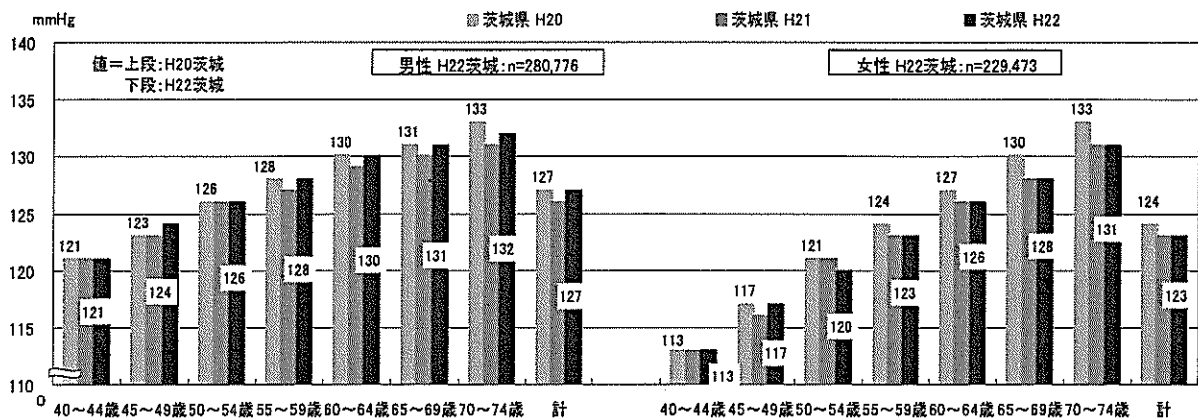
● 健診検査値の平均値の推移

特定健診を実施している者の検査値の平均値が改善されていくことは、集団全体の生活習慣病予防が図られていることを示す重要な評価です。

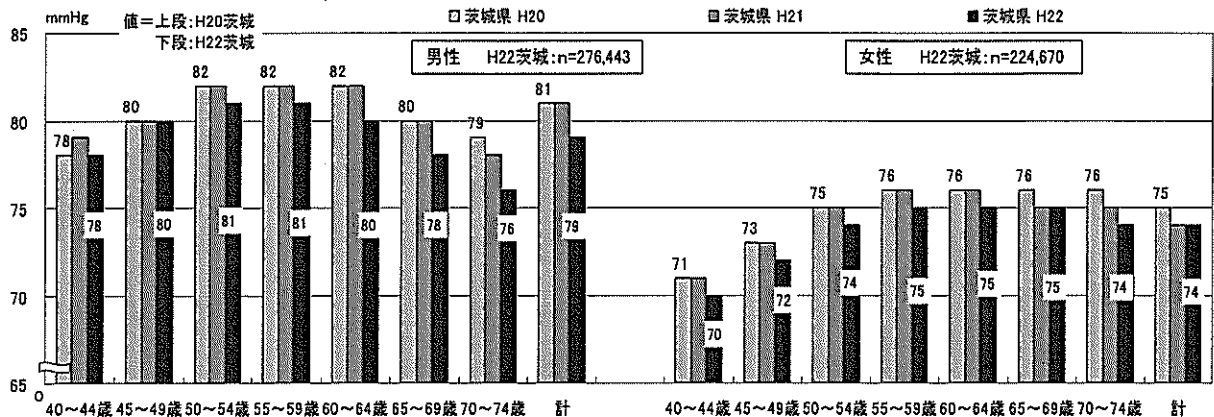
(図 17) の収縮期血圧値、(図 18) の拡張期血圧値ともに、平成 20 年度と比べて、男女共に概ね低くなっています。男性の 60 歳以上の平均値は保健指導レベル判定値以上の 130mmHg 以上になっています。

(図 19) の空腹時血糖値は、女性より男性の平均値が高く、概ね横ばいの傾向です。

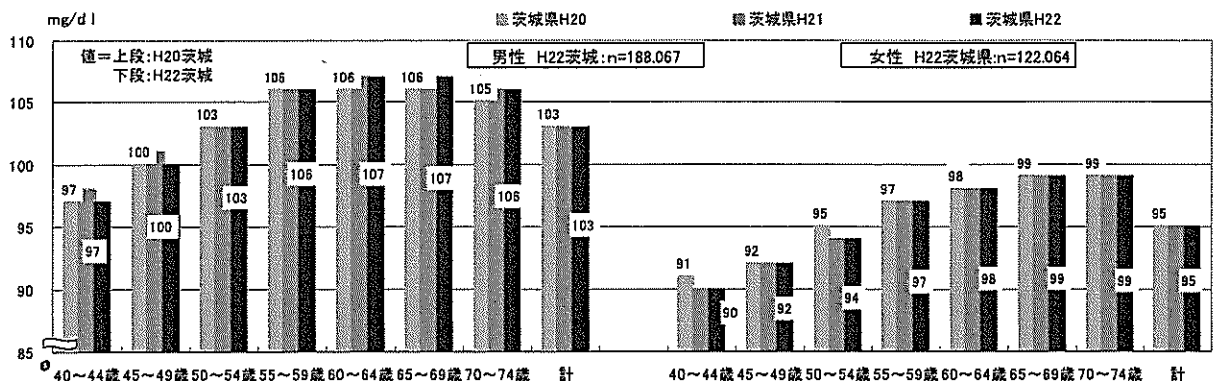
【図 17 男女別、年齢階級別、収縮期血圧値の平均値】



【図 18 男女別、年齢階級別、拡張期血圧値の平均値】

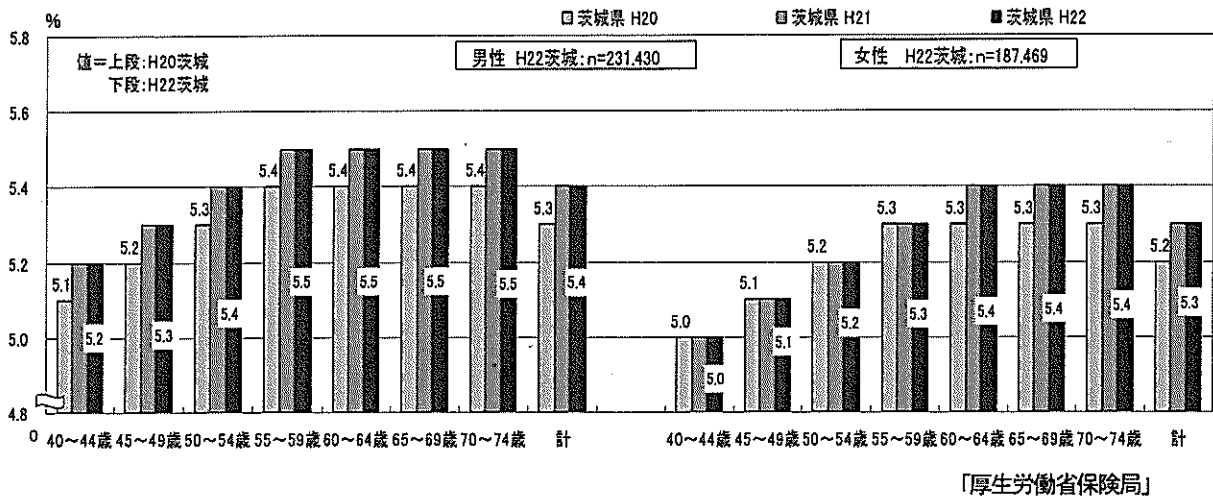


【図 19 男女別、年齢階級別、空腹時血糖値の平均値】



(図20) のHbA1c (JDS) 値は、男女共に平成22年度に比べて、同値又は高くなっています。

【図20 男女別、年齢階級別、HbA1c (JDS) の平均値】



③ 市町村国保の特定健診実施状況

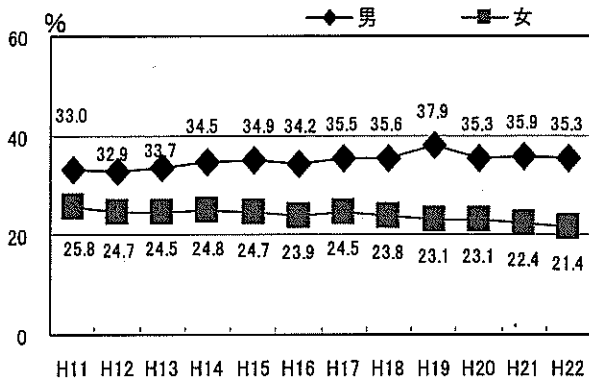
(ア) 市町村国保における特定健診検査値の推移

● 有所見者の推移 (年齢調整有所見者率*1)

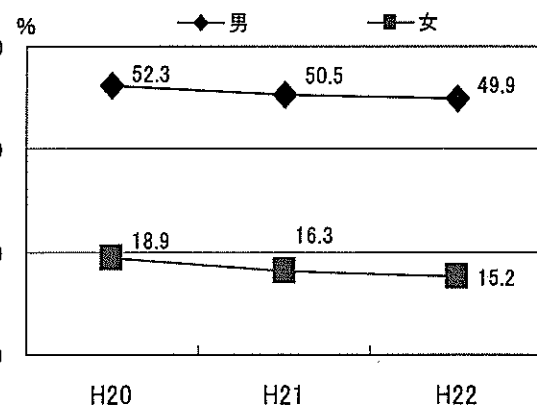
集団の中の有所見者の割合を評価することは、健康課題の対策の効果を把握するために有効です。

(図21, 図22) のBMI25以上、腹囲有所見者の割合は、男性が高い状況です。BMI25以上者の割合は、男女共に減少傾向にあります。腹囲の割合は、男性が2.4ポイント減少し女性も、3.7ポイント減少しています。

【図21 BMI25以上者の割合】



【図22 腹囲男性85cm女性90cm以上の割合】



* 有所見者：各検査値の受診勧奨値以上の者及び治療中者

腹囲基準：腹囲男性85cm女性90cm以上 ・ 高血圧基準：収縮期140以上又は拡張期90以上及び治療者

糖尿病基準：空腹時血糖126以上又は随時血糖200以上又はHbA1c6.1以上及び治療者

脂質異常症：LDLコレステロール140以上及び治療者

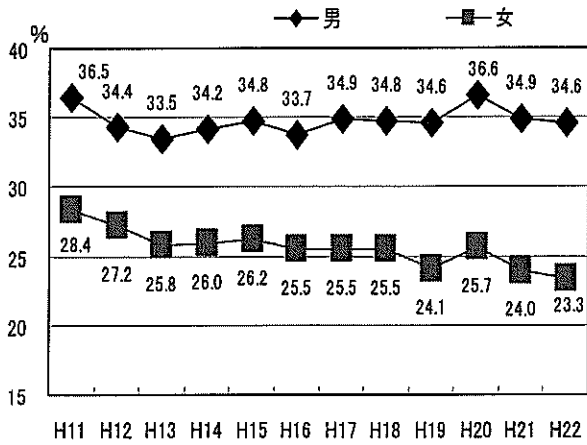
* BMI25以上の有所見者：BMI (Body Mass Index) 体重と身長の関係から算出した肥満度を表す指数。25以上が肥満。

* 腹囲男性85cm、女性90cm以上が内臓脂肪面積100cm²の基準値

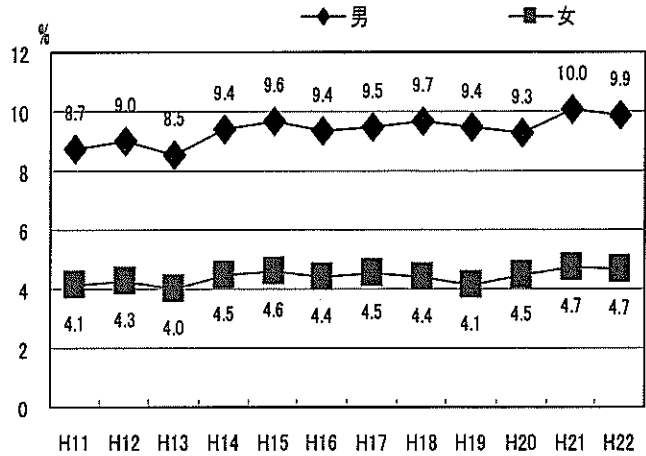
*1 年齢調整有所見率：基準人口として「昭和60年モデル人口」を用いた直接法により、各地域の人口が当該モデル人口と同じであると仮定した場合の率を算出し、高齢化の影響などを取り除いて結果の解釈ができる。茨城県 (公財) 茨城県総合健診協会茨城県立健康プラザ作成：茨城県市町村別健康指標 IVより

(図23)の血圧高値の有所見者割合は、男女共に年々減少しています。(図24)の糖代謝の有所見者割合は、概ね横ばいの傾向です。血圧値、糖代謝ともに男性の割合が高くなっています。

【図23 血圧高値の割合】



【図24 糖代謝の割合】

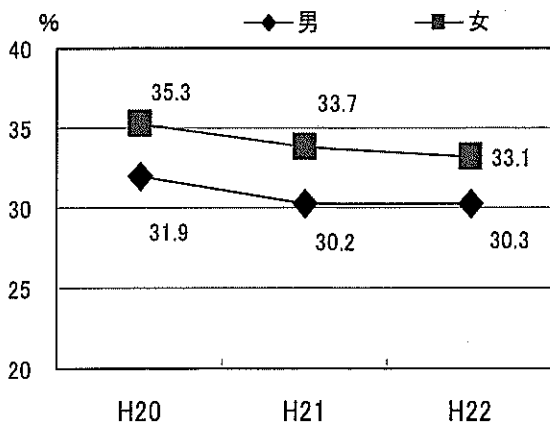


* 血圧高値有所見者：収縮期140以上又は拡張期90以上又は高血圧治療中の者の割合です。

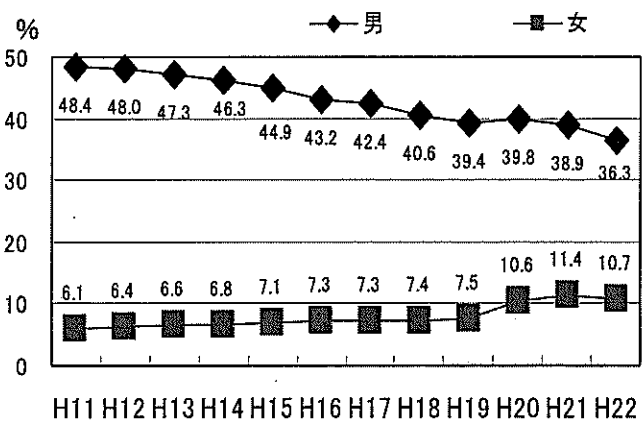
* 糖代謝の有所見者：空腹時血糖126以上又は随時血糖200以上又はHbA1c6.1以上、又は糖尿病治療中の者の割合です。

(図25)のLDLコレステロールは、平成20年度から男女共に減少していますが、女性の割合が高くなっています。喫煙は、男性が減少し、女性は上昇傾向です。

【図25 LDLコレステロール】



【図26 喫煙】



* LDLコレステロール有所見者：LDL140以上又は高脂血症治療中者の割合

* 喫煙：問診に「はい」と答えた者の割合

(ウ) 市町村国保の医療費の分析 (茨城県地域特性分析*2)

●特定健診結果と4年間(平成20年度～平成23年度)の医療費(医科, 調剤)

特定健診結果で、各所見の有所見者の、「一人あたりの医療費上昇と人数」を考慮し、仮定として、当該所見者がいなかった場合に削減される可能性がある医療費を試算しました。

茨城県市町村国保の平成20年度の健診結果で試算すると、「糖尿病が一人あたりの1年間の医療費を141,230円と一番上昇させている。高血圧は、一人あたりの1年間の医療費を82,060円と上昇させ、推計有所見者数が225,475人と多いことから、約180億円と最も医療費の上昇に寄与している」と推定されました。

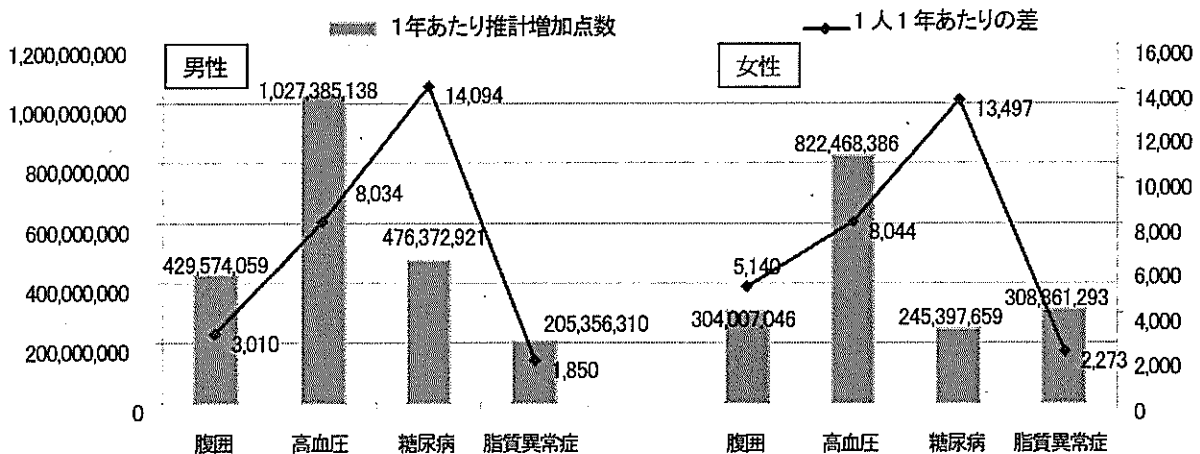
【表6 平成20年度の特定健診結果と4年間の医療費 男女合計】

1点=10円

	対象者数	対象者割合	加入日数合計	保険点数合計	1人年あたり 保険点数	1人年あたりの 差(A)	40歳～74歳 加入者数	推計有所見 者数(B)	1年あたり推計 増加保険点数 (A)×(B)
腹囲									
基準未満	91,796	67.2%	130,787,094	5,257,669,471	14,683.1				
基準以上	44,842	32.8%	63,937,460	3,351,527,472	19,146.0	4,462.9	570,949	187,375	836,225,295
高血圧									
なし	82,678	60.5%	117,680,255	4,156,747,152	12,901.5				
あり	53,960	39.5%	77,044,299	4,452,449,791	21,108.1	8,206.6	570,949	225,475	1,850,375,928
糖尿病									
なし	124,846	91.4%	177,945,345	7,274,425,165	14,931.5				
あり	11,792	8.6%	16,779,209	1,334,771,778	29,055.3	14,123.9	570,949	49,273	695,932,132
脂質異常症									
なし	76,638	56.1%	109,092,190	4,575,306,992	15,318.5				
あり	60,000	43.9%	85,632,364	4,033,889,951	17,205.9	1,887.3	570,949	250,713	473,180,472

(図27) のとおり男女別にみても、高血圧が医療費の上昇に寄与している傾向がみられました。

【図27 特定健診結果と4年間の医療費 男女別】



*2 茨城県地域特性分析：茨城県が、(公財)茨城県総合健診協会茨城県立健康プラザに依頼した分析。茨城県市町村国保における平成20年度の特定健診・特定保健指導の結果と平成20年度～平成23年度の医療費を結合した分析。

● 健診受診月から外来受療（疾患は問わない）月までの月数

平成20年度の特定健診結果、質問項目で「服薬なし」の有所見者でも、6ヶ月を過ぎて外来受療していない者が、血圧値では7,894人（180以上100以上が1,280人）、血糖値（HbA1c）では1,617人存在しております。健診の結果が、有効に活用されていない状況が伺われます。

また、「服薬あり」と答えた者についても、6ヶ月を過ぎて外来受療していない者が多く存在しております。適切な治療の継続が徹底されていないことも伺われます。

【表7 平成20年度特定健診結果別の健診受診月から外来受診月までの月数及び外来受療者数】

		健診月以前 人数	1 人数	2 人数	3 人数	4 人数	5 人数	6か月以降 人数
血圧値								
服薬あり	140未満、90未満	14,370	468	316	257	239	218	2,014
	140～159、90～94	7,070	242	191	131	129	143	1,238
	160～179、95～99	2,123	91	43	41	36	36	446
	180以上、100以上	1,050	52	31	25	22	17	221
服薬なし	140未満、90未満	43,284	4,367	3,472	2,426	2,170	1,833	24,815
	140～159、90～94	7,251	826	623	436	400	353	4,960
	160～179、95～99	2,026	259	231	149	108	102	1,654
	180以上、100以上	1,269	242	152	98	78	71	1,280
血糖(HbA1c)値								
服薬あり	126未満、6.1未満	1,527	24	22	23	17	12	145
	126以上、6.1以上	3,459	96	62	43	51	35	409
服薬なし	126未満、6.1未満	70,132	6,140	4,770	3,336	3,008	2,610	34,457
	126以上、6.1以上	3,325	287	205	161	106	116	1,617
中性脂肪値								
服薬あり	300未満	11,532	380	266	177	186	186	1,588
	300以上	497	10	13	10	4	6	85
服薬なし	300未満	64,016	5,949	4,595	3,231	2,909	2,484	33,430
	300以上	2,398	208	185	145	83	97	1,525

特定健康診査に関する課題

- ① 平成 22 年度の特定健診実施率は、県全体で 40.2%と目標 70%に対する達成率は 57.4%でした。
また、平成 22 年度の目標を達成した医療保険者はありませんでした。平成 22 年度に実施した中間評価で実施した未実施者に対する調査では、「健診への意識（忙しい・健康だから等）（29.1%）」「通院中（32.2%）」「他の健診を受診（22.2%）」という理由が上位を示しました。

今後も、各医療保険者による受診率向上のための積極的な働きかけと、県による各医療保険者への支援や市町村、各医療保険者、医療機関（健診機関等）の連携による受診促進の取組（未受診者把握・健診機会の拡大（医療機関健診の拡大）等）を行うなど、住民が受診しやすくする工夫を行うことにより、実施率の向上を図る必要があります。
- ② 保険者別の実施率では、全国保険者別実施率と比較すると、健康保険組合・共済組合等の実施率が低くなっています。
また、県内の保険者別で比較すると、市町村国保及び全国健康保険協会の実施率が低いことから、各医療保険者の実施率向上のための取組を強化する必要があります。
- ③ 性別実施者では、男性 40.5%、女性 33.7%で女性の実施率が低く、市町村国保においては、特に男性の 40 歳～50 歳の実施率が低くなっています。
全保険者において、女性に対する特定健診実施の機会の確保・拡充が必要です。また、市町村国保では、男性の 40 歳～50 歳の年代に焦点を当てた実施率向上対策が必要です。
- ④ 全保険者の特定健診検査値の平均値において、血圧値は低下傾向にありますが、60 歳以上では、130mmHg 以上の保健指導対象レベル値を超えています。同様に、血糖値に関しても全年齢で、保健指導対象レベル値（空腹時血糖 100mg/dl、HbA1c5.2%以上）を超えていることから、特定健診実施者への保健指導の徹底が求められます。
また、市町村国保における特定健診検査値の有所見者割合では、腹囲、血圧値、LDL コレステロール、喫煙の割合が低下している傾向ですが、個々の受診者の改善状況など、より詳細な分析が必要と思われます。
- ⑤ 市町村国保における健診結果と医療費の分析では、高血圧が最も医療費の上昇に寄与していると推定されたことから、メタボリックシンドローム対策に加え、非肥満者も含めた高血圧対策を図る必要があると思われます。
- ⑥ 市町村国保における健診受診月から外来受療月までの月数の集計では、多くの者が受診勧奨にもかかわらず当該疾患で受療していない可能性が高いことが明らかになりました。受診勧奨者への適切な指導が必要です。
また、治療中にもかかわらず、6ヶ月間外来受療をしていない者も多く存在していました。当該疾患の重症化を予防するためにも、適切な治療を継続する必要性を指導していくことも必要と思われます。

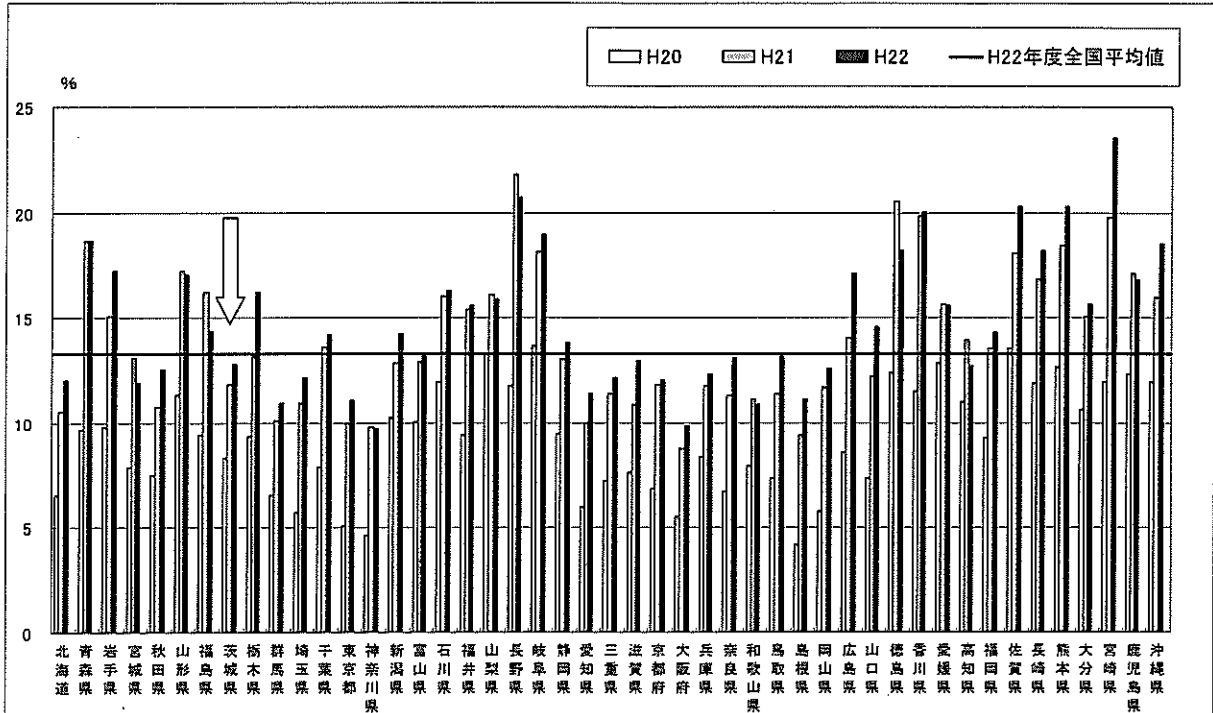
(2) 特定保健指導

① 都道府県別実施状況

本県の平成 22 年度特定保健指導の実施率は、全国目標値 45%に対して 12.8%で、全国平均 13.3%より 0.5 ポイント低く、全国 47 都道府県の高い方から 31 番目です。平成 20 年度の実施率は 8.4% (全国 7.7%)、平成 21 年度は 11.8% (全国 12.4%) と徐々に上昇し、平成 20 年度と比較すると 4.4 ポイント上昇しています。

【図 29 特定保健指導の経年別都道府県実施率】

「厚生労働省保険局」

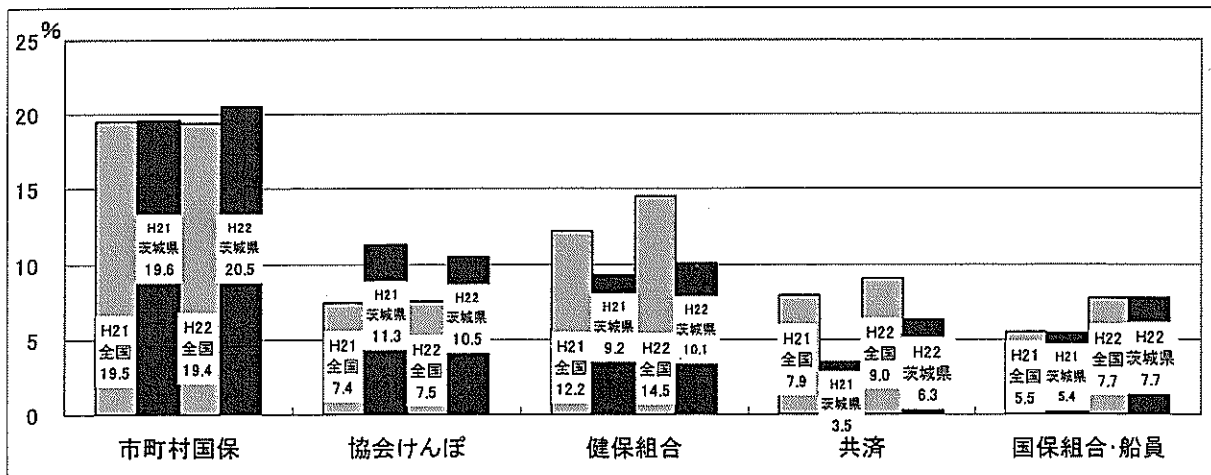


② 本県の実施状況

(ア) 保険者別実施状況

県内の保険者別の平成 22 年度の特定保健指導実施率をみると、市町村国保は 20.5%と全国平均 19.4%より 1.1 ポイント高い状況です。全国健康保険協会 (協会けんぽ) は 10.5%で、全国平均 7.5%より 3 ポイント高く、健康保険組合は 10.1%で、全国平均 14.5%より 4.4 ポイント低い状況です。共済組合は 6.3%で、全国平均 9.0%より 2.7 ポイント低い状況です。

【図 30 保険者別特定保健指導実施率推移】



「厚生労働省保険局」

(イ) 市町村別実施状況

県内の全保険者合計で平成22年度特定保健指導の実施率を市町村別に見ると、最も高い市町村は、潮来市で31.6%となっています。最も低い市町村は、高萩市で6.3%となっています。平成20年度から実施率を最も伸ばしている市町村は、潮来市の23.4%です。

市町村国保の平成23年度特定保健指導実施率をみると、最も高いのは、常陸大宮市の54.0%で、最も低いのは、茨城町の5.5%となっています。平成20年度から実施率を最も伸ばしている市町村は、潮来市の30.1%となっています。市町村国保の目標値45%を達成している市町村は、4市町村国保となっています。

【表8 市町村別 全保険者及び市町村国保の特定保健指導実施率】

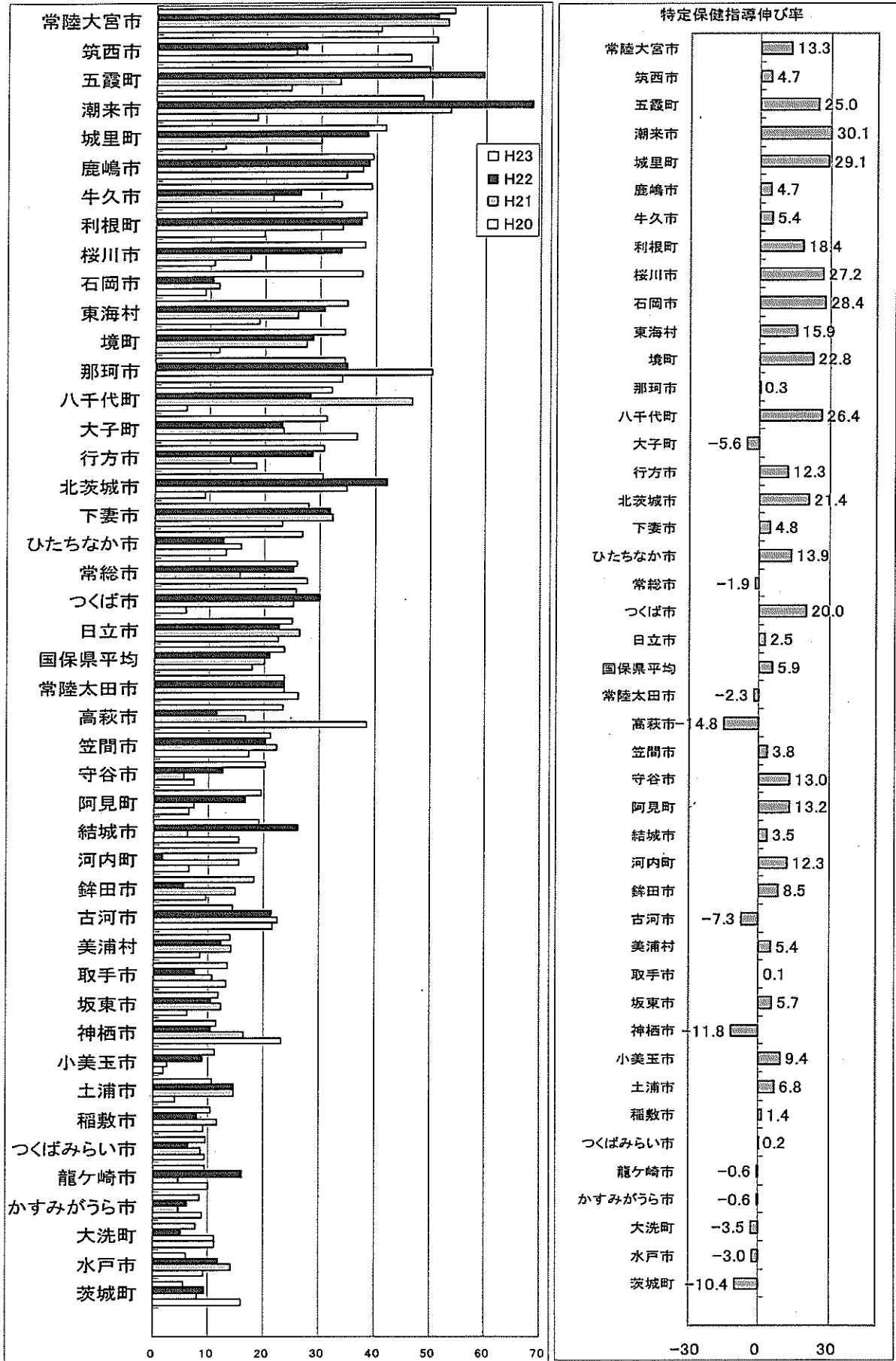
市町村名 ¹	茨城県全保険者合計					市町村国保					
	H20	H21	H22	順位	伸び (H22-H20)	H20	H21	H22	H23	順位	伸び (H23-H20)
茨城県	8.4%	11.9%	12.8%		4.4%	17.3%	19.6%	20.5%	23.7%		6.4%
水戸市	4.5%	9.0%	9.1%	34	4.6%	9.0%	14.0%	11.9%	6.0%	43	-3.0%
日立市	5.2%	9.0%	8.5%	39	3.3%	22.4%	26.4%	22.7%	24.9%	22	2.5%
土浦市	4.1%	9.3%	10.7%	28	6.6%	3.9%	14.4%	14.6%	10.7%	37	6.8%
古河市	11.3%	13.8%	14.8%	20	3.5%	21.6%	22.6%	21.4%	14.3%	31	-7.3%
石岡市	6.5%	11.0%	9.9%	33	3.4%	9.1%	11.7%	10.4%	37.5%	10	28.4%
結城市	11.0%	10.7%	18.1%	10	7.1%	15.6%	6.1%	26.2%	19.1%	28	3.5%
龍ヶ崎市	5.9%	8.2%	11.8%	25	5.9%	9.9%	4.5%	16.2%	9.3%	40	-0.6%
行方市	11.6%	9.4%	17.8%	11	6.2%	18.4%	13.6%	28.6%	30.7%	16	12.3%
桜川市	7.5%	11.8%	20.3%	8	12.8%	10.8%	17.3%	33.7%	38.0%	9	27.2%
鉾田市	6.8%	10.5%	6.4%	43	-0.4%	9.6%	14.8%	5.5%	18.1%	30	8.5%
つくばみらい市	6.0%	10.1%	10.3%	31	4.3%	9.3%	8.6%	6.3%	9.5%	39	0.2%
笠間市	9.7%	12.7%	13.4%	22	3.7%	17.3%	22.2%	20.2%	21.1%	25	3.8%
小美玉市	1.9%	3.2%	7.6%	41	5.7%	1.8%	2.6%	8.9%	11.2%	36	9.4%
下妻市	14.2%	21.4%	20.8%	7	6.6%	23.1%	32.2%	31.8%	27.9%	18	4.8%
常総市	14.7%	11.2%	17.5%	12	2.8%	27.8%	15.3%	25.3%	25.9%	20	-1.9%
常陸太田市	8.4%	10.5%	10.5%	29	2.1%	26.0%	23.6%	23.6%	23.7%	23	-2.3%
高萩市	14.8%	8.6%	6.3%	44	-8.4%	38.3%	16.6%	11.3%	23.5%	24	-14.8%
北茨城市	4.8%	17.9%	16.8%	17	12.0%	9.0%	34.8%	42.0%	30.4%	17	21.4%
取手市	8.4%	10.6%	10.4%	30	2.0%	13.3%	10.7%	7.5%	13.4%	33	0.1%
茨城町	8.4%	7.5%	8.7%	38	0.3%	15.9%	7.9%	9.3%	5.5%	44	-10.4%
大洗町	10.7%	11.0%	11.0%	27	0.3%	11.2%	11.2%	4.9%	7.7%	42	-3.5%
東海村	13.9%	19.1%	17.1%	16	3.2%	18.8%	26.0%	30.7%	34.7%	11	15.9%
那珂市	14.8%	21.7%	17.5%	13	2.7%	34.0%	50.3%	34.7%	34.3%	13	0.3%
常陸大宮市	19.8%	27.9%	26.8%	3	7.0%	40.7%	53.0%	51.1%	54.0%	1	13.3%
大子町	21.6%	18.0%	15.5%	18	-6.1%	36.7%	23.4%	23.1%	31.1%	15	-5.6%
鹿嶋市	15.4%	14.8%	17.3%	14	1.9%	34.6%	37.4%	38.7%	39.3%	6	4.7%
神栖市	11.6%	11.5%	9.0%	35	-2.6%	23.2%	16.4%	10.5%	11.4%	35	-11.8%
潮来市	8.2%	27.4%	31.6%	1	23.4%	18.4%	53.4%	68.4%	48.5%	4	30.1%
美浦村	4.8%	10.4%	8.9%	36	4.1%	8.4%	14.0%	12.2%	13.8%	32	5.4%
阿見町	4.0%	7.8%	11.9%	24	7.9%	6.3%	7.3%	16.6%	19.5%	27	13.2%
牛久市	15.5%	12.8%	17.2%	15	1.7%	33.6%	21.3%	26.4%	39.0%	7	5.4%
河内町	4.6%	12.7%	7.2%	42	2.6%	6.3%	15.5%	1.6%	18.6%	29	12.3%
八千代町	5.8%	28.9%	19.7%	9	13.9%	5.7%	46.5%	28.2%	32.1%	14	26.4%
五霞町	8.7%	19.7%	29.0%	2	20.3%	24.5%	33.3%	59.6%	49.5%	3	25.0%
境町	11.2%	19.2%	22.4%	5	11.2%	11.6%	27.5%	28.7%	34.4%	12	22.8%
守谷市	5.3%	9.4%	13.5%	21	8.2%	7.2%	5.5%	12.5%	20.2%	26	13.0%
利根町	9.3%	19.8%	22.1%	6	12.8%	19.8%	33.9%	37.3%	38.2%	8	18.4%
つくば市	3.3%	9.9%	12.4%	23	9.1%	5.6%	25.2%	30.1%	25.6%	21	20.0%
ひたちなか市	4.3%	10.0%	9.9%	32	5.6%	13.0%	15.6%	12.6%	26.9%	19	13.9%
城里町	8.6%	19.6%	23.0%	4	14.4%	12.5%	30.0%	38.5%	41.6%	5	29.1%
稲敷市	4.9%	10.5%	8.8%	37	3.9%	9.0%	11.6%	7.9%	10.4%	38	1.4%
坂東市	4.6%	11.1%	11.2%	26	6.6%	6.1%	12.2%	10.4%	11.8%	34	5.7%
筑西市	20.0%	14.6%	15.4%	19	-4.6%	46.1%	25.4%	27.3%	50.8%	2	4.7%
かすみがうら市	6.3%	5.4%	7.6%	40	1.3%	8.9%	4.7%	6.1%	8.3%	41	-0.6%

*³被保険者の住所地で区分

*全保険者合計、市町村国保の平成20~22年度のデータは、厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室提供

*市町村国保の平成23年度データは、茨城県国民健康保険団体連合会が集計した法定報告

【図31 市町村国保の特定保健指導実施率】



「茨城県国民健康保険団体連合会」

● 市町村国保の取組状況

【保険者からの聞き取り調査 (H24. 12月実施)】

【常陸大宮市】(実施率が最も高い)

○ 実施率向上に効果があった取組

- ・ 「健診結果説明会」を実施し、実施者に対して健診結果を個別指導
- ・ 特定保健指導対象者が「健診結果説明会」に参加した場合は、初回の個別指導を実施
- ・ 利用者の都合に合わせた日程で個別指導を実施
- ・ 地域の健康課題である血糖値が保健指導判定値(空腹時血糖 100mg/dl 又はHbA1c5. 2%)以上になっている者に、2次健診(糖負荷試験及び頸部エコー)を実施
- ・ 市の健診結果を分析して、保健指導の優先順位をつけ、対象者への積極的受診勧奨

● 市町村国保の特定保健指導実施率の分析

平成 22 年度に実施した中間評価では、市町村国保の取組と実施率の分析の結果、「特定健診の結果返却と同日に初回面接」、「健診から短い期間で初回面接」、「複数の保健指導プログラム」を実施した市町村国保が、動機付け支援や積極的支援の実施率が若干高い結果となりました。

【市町村国保の未利用者対策】

○未利用者の理由把握

過去 3 年間の「未利用者の理由把握」実施状況と平成 23 年度特定保健指導実施率について分析を行ったところ、理由把握を実施した市町村国保の実施率が高くなっています。

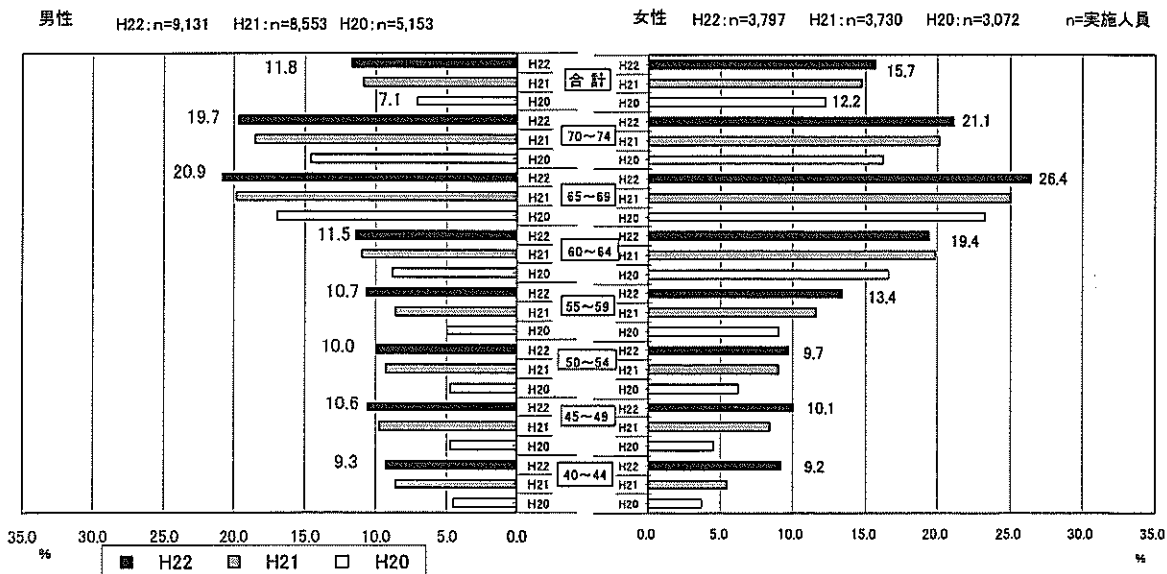
【表 9 未利用者理由把握の有無と実施者及び実施率(過去 3 年間)】 (単位: 人)

	特定保健指導実施者	特定保健指導未実施者(中断者も含む)
未実施	3, 117 (21. 2%)	11, 582 (78. 8%)
実施	3, 962 (26. 2%)	11, 186 (73. 8%)

③ 性・年齢階級別の実施状況

茨城県内の平成 22 年度の特定保健指導率は、男性が 11. 8%、女性が 15. 7%となっており、平成 20 年度の男性 7. 1%、女性 12. 2%に比べて、男性 4. 7ポイント、女性 3. 5ポイント上昇しており、男女共に実施率は伸びていますが、相対的に若い世代において低い傾向にあります。

【図 32 茨城内の経年別、男女別、年齢階級別実施率】



【厚生労働省保険局】

④ 市町村国保における特定保健指導の効果

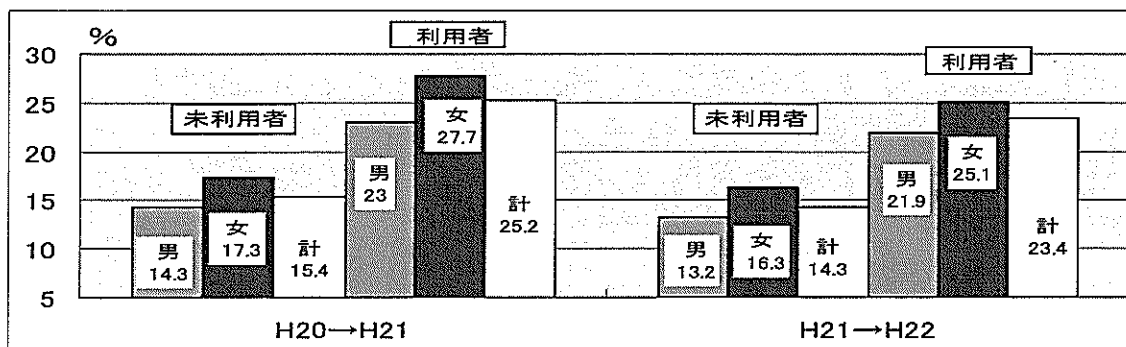
(ア) 特定保健指導対象者の減少

特定保健指導を利用した者は、利用しない者に比べて次年度特定保健指導の対象外になる割合が高くなっています。

【平成21→H22の場合】

平成21年度特定保健指導対象者で平成22年度も特定健診を実施した者を抽出した結果、平成22年度の特定保健指導対象者の減少率が、平成21年度特定保健指導利用者は、23.4%で平成21年度未利用者の14.3%より減少率が高くなっています。

【図33 特定保健指導の利用の有無による特定保健指導対象者の減少率】



「茨城県国民健康保険団体連合会法定報告」

(イ) 特定保健指導と医療費の分析（茨城県地域特性分析*2）

特定保健指導対象者について、特定保健指導実施の有無により保険点数を比較しました。

●茨城県

特定保健指導を完了した者と受けない者の1人1年あたりの医療費の差は、動機付け支援完了者で、163円医療費が低く、逆に積極的支援は受けない者が4,940円、医療費が低いという結果になり明確な差は認められませんでした。

【表10 茨城県の特定保健指導と4年間（平成20年～平成23年度）の医療費（医科、調剤）男女合計】

1点=10円

動機付け支援	対象者数	対象者割合	加入日数合計	受療人数	受療率	保険点数合計	1人年あたりの保険点数	1人年あたりの差	推定1年あたり削減点数
受けない	12,100	75.6%	17,262,898	11,549	24.4%	661,646,559	13,999.2	16.3	61125
完了	3,745	23.4%	5,382,250	3,593	24.4%	206,048,556	13,982.9		

積極的支援	対象者数	対象者割合	加入日数合計	受療人数	受療率	保険点数合計	1人年あたりの保険点数	1人年あたりの差	推定1年あたり削減点数
受けない	8,826	81.2%	12,488,019	8,191	24.0%	408,417,734	11,945.4	-494	-740,395
完了	1,500	13.8%	2,140,093	1,397	23.8%	72,883,347	12,439.0		

●市町村別

推計1年あたりの削減額が一番高かった市町村は、動機付け支援では常総市で7,685,380円、積極的支援では古河市で4,270,090円でした。

【表11 動機付け支援完了者 削減点数上位5市町村】 【表12 積極的支援完了者 削減点数上位5市町村】

1点=10円

市町村名	1人年あたりの削減点数	推計1年あたり削減点数
常総市	5,489	768,538
大子町	7,847	572,872
古河市	2,444	501,125
常陸太田市	4,039	399,942
鹿嶋市	1,936	377,614

市町村名	1人年あたりの削減点数	推計1年あたり削減点数
古河市	3,881	427,009
常総市	3,726	398,776
常陸太田市	6,232	386,393
笠間市	8,218	353,400
大子町	8,247	329,893

●市町村国保の取組状況

○動機付け支援完了者削減点数1位 【常総市】 【保険者からの聞き取り調査（H24.12月実施）】

- ・平成20年度から特定保健指導対象者に健診結果説明会を実施
- ・複数の保健指導プログラムを提供

○積極的支援完了者削減点数1位 【古河市】

- ・平成20年度から個別指導を中心に特定保健指導を実施
- ・平成22年度から特定保健指導対象者に健診結果説明会を追加して実施。複数の保健指導プログラムを提供
- ・連続特定保健指導対象者の支援は、保健指導従事者を変更し、新たな視点を追加
- ・非肥満者の血圧高値者に対して個別訪問等で受診勧奨など保健指導を実施

特定保健指導実施率に関する課題

- ① 平成22年度の特定保健指導実施率は、県全体で12.8%と目標45%に対する達成率は28.4%でした。また、平成24年度の目標値45%を達成している保険者は常陸大宮市、筑西市、五霞町、潮来市（いずれも市町村国保）のみです。引き続き実施率向上のための取組（未利用者の理由把握等）を行う必要があります。
- ② 保険者分別の実施率では、平成22年度において、全国平均以上の保険者は、市町村国保と協会けんぽという結果でした。また、市町村国保においては、市町村間の実施率にバラツキが見られます。今後も、特定保健指導実施体制の確保と充実を図り、引き続き被保険者への啓発や事業主へ理解・協力を求めるなど、更なる実施率向上のための対策を講じる必要があります。
- ③ 性・年齢階級別の実施率は、上昇傾向にありますが、男女共に40歳～50歳代の実施率は、依然低くこの年齢層への利用機会の確保・充実が必要です。
- ④ 市町村国保における特定保健指導の効果
特定保健指導の完了者と未実施者の医療費を分析したところ、本県としては、明確な差はみられませんでした。市町村国保でみると特定保健指導を実施した結果、推計1年あたりの削減額で7,685,380円など、各保険者の取組により医療費適正化の可能性が示されました。
今後は、特定保健指導の効果を長期的に分析する必要があることから、医療費等の継続的な情報収集を図り、分析できる体制を検討する必要があります。

(3) メタボリックシンドローム*⁴ (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 22 年度メタボリックシンドローム該当者 (以下「該当者割合」) 及び予備群の割合 (以下「予備群割合」) は 28.0%で、全国平均割合 26.4%より 1.6 ポイント高くなっており、全国でみると高い方から 6 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 23.4%となっています。

【表 13 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		
	予備群者	該当者	予備群及び該当者	予備群者	該当者	予備群及び該当者	予備群者	該当者	予備群及び該当者
全国	12.4%	14.4%	26.8%	12.3%	14.3%	26.6%	12.0%	14.4%	26.4%
北海道	12.9%	14.6%	27.5%	12.7%	14.4%	27.2%	12.3%	15.0%	27.3%
青森県	12.0%	13.7%	25.8%	12.5%	14.4%	26.9%	12.1%	14.1%	26.2%
岩手県	12.8%	16.8%	29.6%	12.1%	16.5%	28.6%	11.6%	16.2%	27.8%
宮城県	13.2%	17.7%	30.9%	12.5%	17.5%	30.0%	11.9%	17.5%	29.4%
秋田県	11.8%	16.0%	27.9%	11.6%	16.0%	27.6%	11.4%	15.8%	27.2%
山形県	13.0%	14.7%	27.8%	12.3%	14.4%	26.6%	11.7%	14.4%	26.1%
福島県	13.4%	15.4%	28.8%	13.3%	15.0%	28.3%	12.7%	15.2%	27.9%
茨城県	13.1%	15.7%	28.8%	12.6%	15.8%	28.4%	12.1%	15.9%	28.0%
栃木県	13.2%	13.9%	27.2%	13.3%	14.6%	27.9%	13.1%	14.4%	27.5%
群馬県	11.9%	14.6%	26.5%	11.9%	14.8%	26.7%	11.7%	14.9%	26.6%
埼玉県	12.4%	14.7%	27.1%	12.3%	14.4%	26.7%	12.0%	14.4%	26.4%
千葉県	12.6%	14.4%	27.1%	12.5%	14.3%	26.8%	12.2%	14.4%	26.5%
東京都	12.5%	14.1%	26.6%	12.4%	14.0%	26.4%	12.1%	14.0%	26.1%
神奈川県	13.0%	13.3%	26.3%	12.6%	13.2%	25.8%	12.2%	13.2%	25.4%
新潟県	11.4%	13.4%	24.8%	11.0%	13.4%	24.4%	10.7%	13.9%	24.6%
富山県	11.6%	14.7%	26.4%	10.9%	15.6%	26.4%	10.6%	15.4%	26.0%
石川県	12.3%	15.6%	27.9%	11.6%	15.9%	27.5%	11.3%	15.9%	27.2%
福井県	12.1%	12.7%	24.7%	11.9%	13.1%	25.0%	11.9%	13.9%	25.8%
山梨県	12.1%	12.5%	24.5%	11.9%	12.4%	24.4%	11.5%	12.9%	24.4%
長野県	11.2%	13.7%	24.9%	11.1%	13.6%	24.7%	10.6%	13.4%	24.0%
岐阜県	11.2%	13.9%	25.1%	10.9%	13.5%	24.3%	10.3%	13.1%	23.4%
静岡県	10.8%	12.8%	23.7%	10.9%	12.7%	23.6%	10.8%	12.7%	23.5%
愛知県	12.0%	15.0%	26.9%	11.8%	15.1%	26.9%	11.6%	15.1%	26.7%
三重県	12.3%	14.0%	26.3%	12.1%	14.3%	26.3%	11.6%	14.4%	26.1%
滋賀県	11.8%	13.1%	24.9%	12.0%	13.2%	25.2%	11.1%	14.3%	25.4%
京都府	11.8%	13.0%	24.8%	12.1%	13.1%	25.2%	11.7%	13.5%	25.1%
大阪府	13.1%	14.3%	27.4%	13.0%	14.1%	27.1%	12.6%	14.0%	26.6%
兵庫県	12.2%	15.1%	27.3%	12.1%	14.1%	26.2%	11.8%	14.2%	26.0%
奈良県	12.0%	13.8%	25.7%	12.8%	13.9%	26.7%	12.5%	14.0%	26.4%
和歌山県	12.8%	15.2%	28.1%	12.2%	15.2%	27.4%	11.7%	15.9%	27.6%
鳥取県	10.0%	11.8%	21.8%	11.5%	13.0%	24.5%	11.6%	13.2%	24.8%
島根県	11.6%	13.3%	25.0%	12.0%	14.0%	26.0%	11.7%	14.1%	25.8%
岡山県	12.1%	14.1%	26.1%	12.0%	14.2%	26.2%	12.0%	14.5%	26.5%
広島県	11.4%	13.7%	25.1%	12.3%	14.5%	26.8%	12.1%	14.3%	26.4%
山口県	11.8%	13.4%	25.1%	11.7%	13.4%	25.1%	11.5%	13.7%	25.3%
徳島県	12.7%	16.1%	28.8%	12.5%	15.6%	28.1%	12.5%	15.8%	28.4%
香川県	11.5%	15.3%	26.7%	11.6%	15.6%	27.1%	11.5%	16.0%	27.5%
愛媛県	12.4%	14.4%	26.8%	12.5%	14.7%	27.1%	12.3%	14.8%	27.0%
高知県	12.3%	15.6%	27.9%	12.2%	15.4%	27.5%	12.2%	15.2%	27.4%
福岡県	12.6%	13.8%	26.4%	12.6%	14.1%	26.7%	12.4%	14.4%	26.8%
佐賀県	13.2%	12.5%	25.7%	12.8%	12.5%	25.4%	12.7%	13.0%	25.7%
長崎県	13.1%	15.5%	28.5%	13.1%	15.5%	28.6%	13.0%	15.7%	28.6%
熊本県	12.8%	14.4%	27.3%	12.8%	16.6%	29.5%	12.6%	16.3%	28.9%
大分県	13.4%	14.6%	28.0%	13.1%	14.4%	27.6%	12.8%	15.1%	27.9%
宮崎県	13.3%	14.4%	27.7%	12.8%	14.8%	27.5%	12.4%	15.3%	27.7%
鹿児島県	13.6%	14.8%	28.4%	13.6%	14.5%	28.2%	13.2%	14.7%	27.9%
沖縄県	15.7%	17.3%	33.0%	16.0%	17.4%	33.4%	15.9%	18.0%	33.9%

「厚生労働省保険局」

*⁴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。

② 本県の状況

(ア) 保険者別状況

平成 21 年度及び平成 22 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 22 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 21 年度に比べると予備群割合が 0.5%減少していますが、該当者割合に変化はありません。

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、共済組合が高くなっています。

【表 14 保険者別該当者数・予備群数・該当者及び予備群数】

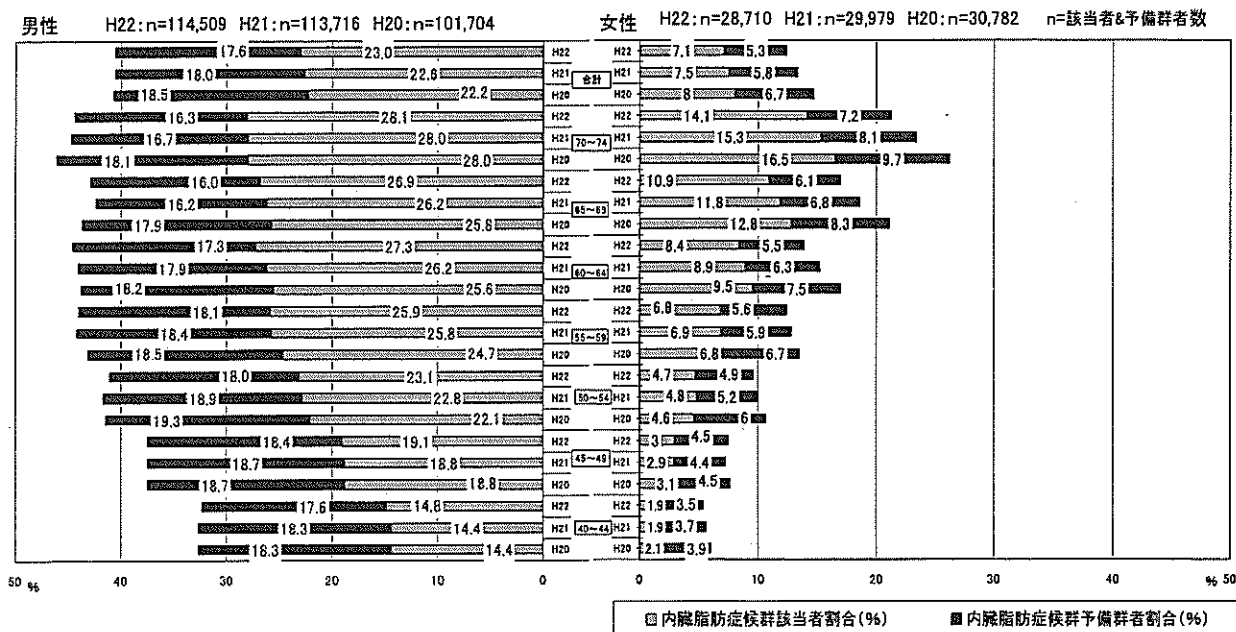
		全国	県全体	市町村国保	共済組合	健康保健組合	全国健康保険協会	船員保険	国保組合
H21	特定健康診査受診者数	21412003	505809	182,305	65,063	189,153	60,993	425	7,870
	特定健診受診者数構成割合			36.0%	12.9%	37.4%	12.1%	0.1%	1.6%
	内臓脂肪症候群該当者数	3071243	80,152	31918	9,645	28,152	8,805	155	1,477
	内臓脂肪症候群該当者割合(%)	14.3%	15.8%	17.5%	14.8%	14.9%	14.4%	36.5%	18.8%
	内臓脂肪症候群予備群者数	2634450	63543	20,136	8,656	25,921	7,637	104	1,089
	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)	12.3%	12.6%	11.0%	13.3%	13.7%	12.5%	24.5%	13.8%
	該当者数及び予備群者数	5705693	143695	52,054	18,301	54,073	16,442	259	2,566
該当者数及び予備群者数割合(%)	26.6%	28.4%	28.6%	28.1%	28.6%	27.0%	60.9%	32.6%	
H22	特定健康診査受診者数	22,232,094	512,273	183,719	61,014	192,053	67,044	377	8,066
	特定健診受診者数構成割合			35.9%	11.9%	37.5%	13.1%	0.1%	1.6%
	内臓脂肪症候群該当者数	3,207,209	81,417	31,619	9,134	29,160	9,848	127	1,529
	内臓脂肪症候群該当者割合(%)	14.4%	15.9%	17.2%	15.0%	15.2%	14.7%	33.7%	19.0%
	内臓脂肪症候群予備群者数	2,665,721	61,802	19,587	8,046	24,912	8,107	89	1,061
	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)	12.0%	12.1%	10.7%	13.2%	13.0%	12.1%	23.6%	13.2%
	該当者数及び予備群者数	5,872,930	143,219	51,206	17,180	54,072	17,955	216	2,590
該当者数及び予備群者数割合(%)	26.4%	28.0%	27.9%	28.2%	28.2%	26.8%	57.3%	32.1%	

「厚生労働省保険局」

(イ) 経年別 性・年齢階級別該当者及び予備群割合

該当者割合・予備群該当者割合で見ると、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 34 男女別 経年別 性・年齢階級別該当者及び予備群割合】



「厚生労働省保険局」

(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。該当者及び予備群該当者割合が低いのは、牛久市(25.2%)となっています。

【表15 市町村別該当者割合、予備群者該当割合、該当者及び予備群該当者割合】

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

(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

平成 20 年度と比べた結果、平成 22 年度の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 3.9%でした。平成 24 年度までの目標値である 10%には及びませんでした。

【計算式（平成 21 年度の減少率の場合）】

$$\frac{\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*1} - \text{平成21年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*1}}{\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群推定数}^{*1}}$$

*1 特定健診の受診率の変化による影響を排除するため、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。

【表 16 各年度別平成 20 年度比のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少割合】

年度	減少率
H21	2.5%
H22	3.9%

*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。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群に関する課題

- ① 平成 22 年度の本県のメタボリックシンドローム予備群者及び該当者割合は 28.0%と全国平均の 26.4%より 1.6 ポイント高く、全国 6 番目となっており、医療費適正化計画の目標値の中では、特に課題となっている指標です。
- ② 性・年齢階級別の該当者割合・予備群者割合では、男性のメタボリックシンドローム該当者割合、予備群者割合が高く、本県の実態を踏まえた対策が必要です。
- ③ 平成 20 年度と比べて、平成 22 年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は 3.9%でした。平成 24 年度の目標値である 10%には及ばず、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) たばこ対策

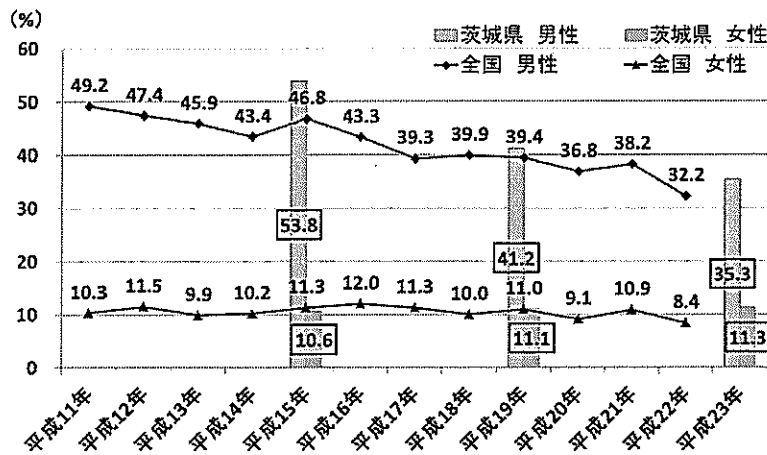
喫煙は、がん、循環器疾患など多くの疾患の原因となることが明らかになっていますが、県民の喫煙率は、男性 35.3%、女性 11.3%という状況です。

また、受動喫煙によっても、がんや心疾患を引き起こすリスクが高まることがわかっており、その機会のあった者は 63.4% (H22)、場所については、機会の高い順から、職場、家庭、飲食店となっています。

これまで県では、たばこの煙の健康影響に関する普及啓発や、ヘルシースポット薬局及び歯科医院での禁煙支援・相談などによる喫煙者対策のほか、受動喫煙防止対策として、禁煙施設の認証制度などを通じた公共施設・飲食店等の禁煙化促進に努めてきました。その結果、喫煙率や受動喫煙の機会のあった者の割合は着実に低下してきていますが、いまだ全国平均を上回っている状況にあります。

そのため、引き続き、喫煙及び受動喫煙が健康に与える影響についての普及啓発に取り組むとともに、禁煙希望者へのサポートや、公共的空間・施設や家庭、職場、飲食店などにおける受動喫煙防止対策を一層推進していくことが必要です。

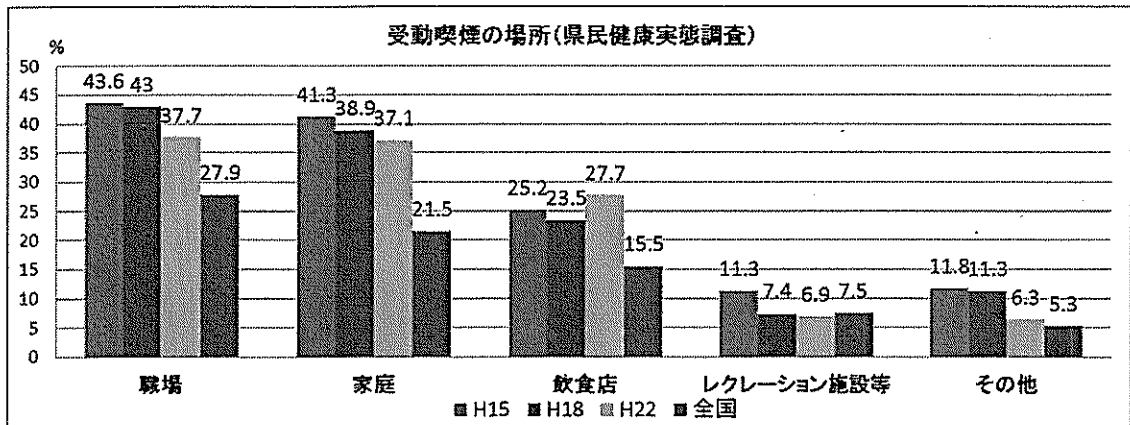
【図 36 喫煙の状況】



全国：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

茨城県：県総合がん対策推進モニタリング調査（保健福祉部保健予防課）

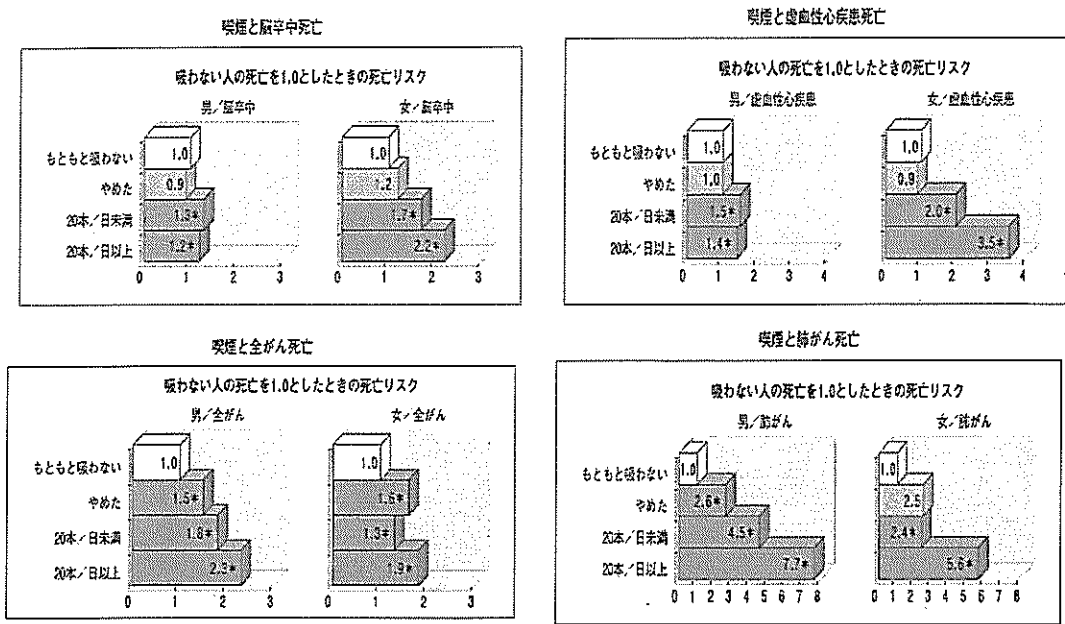
【図 37 受動喫煙の機会のあった者の割合】



全国：平成 22 年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

茨城県：「県民健康実態調査（保健福祉部保健予防課）」

【参考 喫煙の相対危険度】



「茨城県生命予後追跡調査事業報告（平成22年3月 県立健康プラザ・保健福祉部保健予防課）」

(5) 歯科口腔保健

健康で質の高い生活を営むうえで歯と口腔の機能は重要な役割を果たし、口腔の健康が全身の状態に様々な影響を及ぼすことがわかってきています。

特に、歯周病の予防や治療をすることが糖尿病の重症化予防につながることや、がんの外科的治療の前に歯科医師が行う専門的口腔ケアによって術後合併症の発生率が低下するといわれていることから、口腔の機能を維持していくことが全身の健康を維持するうえでも大切です。

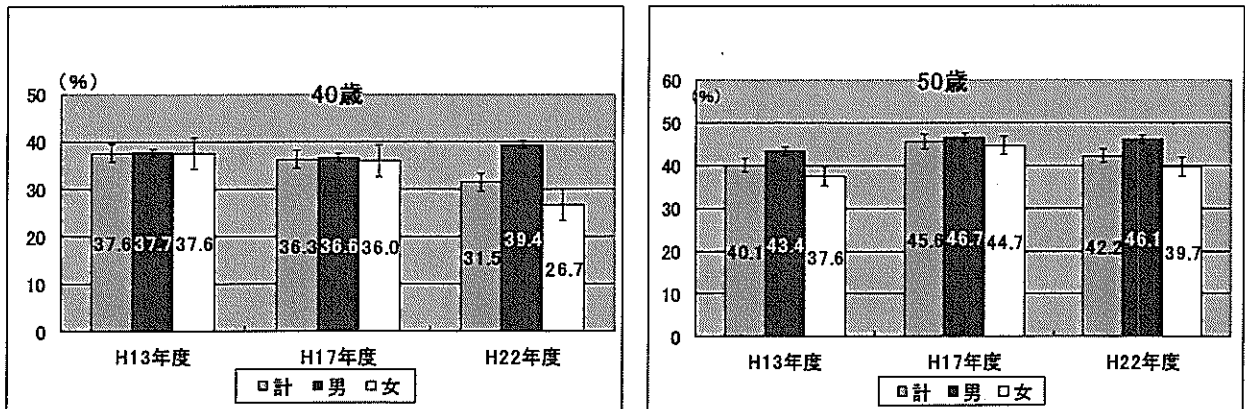
これまで県では、8020・6424 情報センターを活用して、歯周病予防・口腔ケアに関する知識普及のための歯科ミニ講座や、歯科口腔保健全般についての研修会の開催などを通じて、事業所、高齢者福祉施設、市町村等の歯と口腔の健康づくりの取り組みを支援してきました。

しかし、ここ 10 年の歯周病の自覚症状のある県民の割合は、40 歳ではやや減少傾向がみられるものの、50 歳ではほぼ横ばいか増加傾向にあります。

また、入所者の口腔ケアに関して歯科医師や歯科衛生士の指導を受けている介護老人福祉施設等は 58.1%にとどまっている状況です。

そのため、引き続き、歯周病の予防方法や生活習慣病との関係についての啓発とともに、要介護者や療養者に対する口腔ケアの促進など、歯科口腔保健の推進を図ることが必要です。

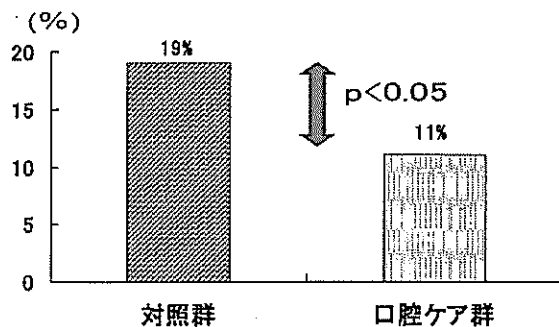
【図 38 歯周病の自覚症状のある人の割合】



「県歯科保健基礎調査結果（保健福祉部保健予防課）」

【参考】口腔ケアと肺炎の関係・口腔ケアと術後合併症の関係

対照群に比べて口腔ケア群では
2年間の肺炎発症率が低い



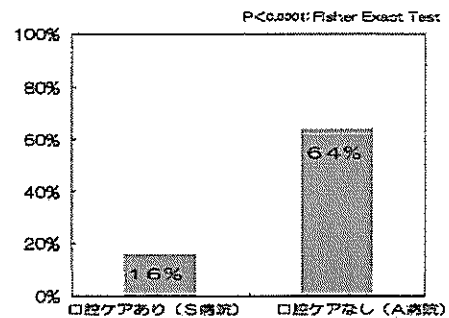
Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177), 515, 1999.

対象：全国 11 課所の特別養護老人ホーム入所者
366 人

口腔ケアと術後合併症との関係

頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケアの介入効果

- 術後合併症率（単変量解析）



大田洋二郎, 米山武義: 口腔ケアについての情報提供:
PRACTICE IN PROSTHODONTICS, 39(5), 500-583, 2005

対象：89 症例

2 医療の効率的な提供

(1) 平均在院日数

① 本県の平均在院日数

平成18年と平成23年を比較すると、結核病床で平均在院日数の増加がみられるものの、その他の病床種別においては短縮しています。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。

ただし、第一期計画において目標とした「介護療養を除いた総数 29.6日」とは、0.7日の差があります。

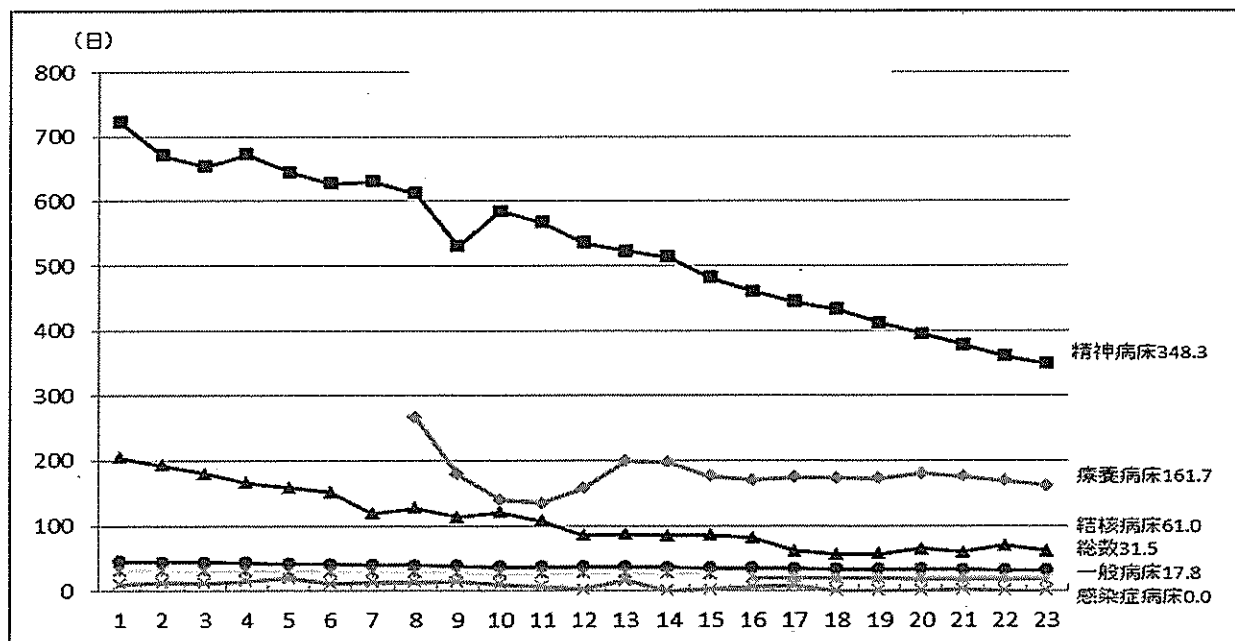
【表17 本県の病院の平均在院日数】

(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
H18	33.6	432.7	56.3	173.1	19.2	31.9
H19	33.2	411.3	57.2	172.3	18.8	31.6
H20	33.0	394.5	64.1	179.8	18.6	31.5
H21	32.6	377.6	59.6	176.0	18.2	31.1
H22	31.9	360.0	69.1	169.5	18.0	30.7
H23	31.5	348.3	61.0	161.7	17.8	30.3
H18と H23の比較	△2.1	△84.4	4.7	△11.4	△1.4	△1.6

「平成23年病院報告」

【図39 平均在院日数の年次推移】



② 平成 23 年都道府県別平均在院日数

本県の平成 23 年の平均在院日数は 31.5 日で、全国 32.0 日に比べて 0.5 日短く、全国 17 位となっています。また、療養病床で見ると平均在院日数は 161.7 日で、全国平均の 175.1 日に比べて 13.4 日短く、全国 22 位となっています。(順位は、在院日数の短い順)

【表 18 平成 23 年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
東京	24.7	215.6	8.9	66.6	201.7	15.6	391.8	23.3
神奈川	24.8	246.9	9	65.1	212.2	15.3	357.9	23.8
長野	25.5	262.2	3.9	78.7	108.6	16.1	124.8	24.1
愛知	26.9	287.5		81.2	170.1	15.7	325.4	25.5
岐阜	26.5	297		67.3	135	16.3	169	25.8
滋賀	28.3	255.7		63.7	176.6	17.7	171.2	27.3
宮城	27.7	303	6.7	67.3	102.1	17.3	121.6	27.5
奈良	29.5	309.7	23.5	71.9	150.7	18.2	386.8	27.6
千葉	28.9	334.2	6.3	58	205.4	16.7	277.6	27.8
兵庫	29.2	322.8	14.2	71.4	168.7	16.7	415.6	27.8
静岡	30.7	307.8	28.3	69	212.8	15.9	313.2	28.3
山形	28.9	256.3		133	103.7	17.5	24.4	28.9
京都	32.5	323.1	12.3	54.8	204.6	20.5	383.7	29.1
群馬	30.5	357.9	16.5	88.8	129	17.8	419.5	29.3
大阪	30.3	251.7	4.8	82.7	193.5	18	313.7	29.3
岡山	30.8	248.3	4	79.9	143.9	19.5	167.7	29.9
香川	31.3	344.2	38	52.2	175.5	18.5	262.5	29.9
茨城	31.5	348.3		61	161.7	17.8	198.6	30.3
全国	32	298.1	10	71	175.1	17.9	311.2	30.4
福井	32.3	220.2	7	34	136.8	19.3	180.6	30.5
三重	32.6	317.7	7.2	48.1	165.4	17.5	372.6	30.9
新潟	33.5	346	3.5	66.1	186.6	19.6	379.4	31.3
鳥取	32.2	315.5		71.9	114.9	19.1	157.7	31.3
埼玉	32.8	301.6	9.6	58.1	203.5	17.7	304.9	31.5
福島	32.5	277.8		75.4	152.4	18.9	186.8	31.8
青森	33.6	259.3		94.4	135.7	19.7	444.3	32
島根	33.2	260.9	3.3	53.3	163.3	19.5	157.8	32.1
和歌山	33.9	347	7.4	137	156.8	21.4	224.9	32.4
富山	37.8	357	4.8	115.8	284.4	17.7	329.3	32.5
山梨	33	301.6		67.2	137.4	19	141.2	32.5
沖縄	33.3	294.3		87.3	187.3	17.2	429.7	32.5
栃木	33.6	402.9	62	98.7	180.7	18.5	499.9	32.6
広島	35.2	286.5		77.8	160.2	18.5	294	32.6
秋田	34.3	311.1		76.4	216.1	19.8	716.2	33.3
岩手	34.5	283.1		84.5	173	20.5	288.7	33.4
愛媛	36.1	342.3	30	52.9	146.3	19.9	268.5	33.8
石川	36.5	289.1		105.7	199	20.1	309.7	34.2
北海道	36.9	288.8	6.2	67.4	237.5	19.7	424.1	34.7
大分	35.7	401.6		79.6	136.4	21.2	187	35
福岡	39.2	332.4		74.1	177.1	19.5	313.3	37
宮崎	41.2	357.7		34.7	143.3	19.7	409.6	38.7
長崎	41.2	361	9.2	54.7	121.9	19.8	437.9	39.7
徳島	44.1	446.4		68.2	150.5	20.1	325.2	39.9
熊本	44.2	304.7		65	172	21.3	223	41
山口	45.6	395		45.7	229.8	19.4	509.4	41.2
佐賀	47	366.9		77.8	132.7	21.1	324.3	43.8
鹿児島	46.7	420.1	14.6	73.7	136.6	21	340.9	45.1
高知	52.2	244.7		38.5	208.6	23.4	414.1	45.6

「平成 23 年病院報告」

③ 平均在院日数短縮のための取組状況

● 地域連携クリティカルパス

がん、脳卒中、大腿骨頸部骨折など一部の疾病において「地域連携クリティカルパス¹」の導入を図る取組が、病院間の連携によって進められています。

県では平成 24 年 3 月に、精神科単科病院を除く県内 162 病院に対して地域連携クリティカルパスの導入状況に関するアンケート調査を行い、151 病院（93.2%）から回答を得ました。

【表 19 地域連携クリティカルパスを導入している病院数】 (二次保健医療圏・疾病別)

保健医療圏	パスの疾病 大腿骨 頸部骨折	脳卒中	急性 心筋梗塞	糖尿病	がん	肝疾患
水戸	5	6			2	
日立		3			1	
常陸太田・ひたちなか		1			1	
鹿行						
土浦	1	1				1
つくば	1	2	1	1	2	
取手・竜ヶ崎	3	4	1		2	1
筑西・下妻						
古河・坂東	1	2			2	
県計	11	19	2	1	11	1

さらに、地域連携クリティカルパスの導入効果について本県独自に分析するため、県では平成 24 年 10 月に「地域医療連携パス合同会議」に調査を委託しました。

委託先：地域医療連携パス合同会議（幹事病院：筑波メディカルセンター病院）
 対象病院：脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）に係る地域連携パス協力病院
 急性期 5 病院（筑波メディカルセンター病院、土浦協同病院、牛久愛和総合病院、龍ヶ崎済生会病院、JAとりで総合医療センター）
 回復期 5 病院（会田記念リハビリテーション病院、いちほら病院、茨城県立医療大学付属病院、神立病院、つくばセントラル病院）
 対象情報：脳卒中地域連携パス導入当初（平成 20 年）から直近（平成 23 年）までの平均在院日数及び診療報酬点数

【調査報告の概要】

- 急性期病院群、回復期リハビリテーション病院群とも、パス適用患者数は導入当初より約 20～40% 増加。
- 平均在院日数は、病院によって受入れ患者の重症度や副傷病の有無によりばらつきが見られるため、急性期・回復期それぞれの病院の平均を見ると、急性期病院では、パス導入後の在院日数は 5 病院平均で短縮している。回復期病院では、急性期病院から比較的早く転院可能になることにより、在院日数は延びる。ただし、急性期と回復期を総合した実在院日数では、導入時から導入後にかけて短縮傾向がみられる。
- 診療報酬単価は回復期病院の設定の方が低いため、1 日あたりの入院基本料が高い急性期病院で入院が継続されるより、早い時期で回復期リハビリテーション病院に転院することで、総額の医療費を抑制することが可能となる。

¹地域連携クリティカルパス：患者が発症する「急性期」から集中的なリハビリなどをする「回復期」、生活機能維持のためのリハビリをする「維持期」まで、切れ目のない治療を受けるための診療計画表。複数の医療機関間の連携が必要になる。

- 平均在院日数の短縮以外に、パス導入をきっかけにして病院間の連携が目に見える形で進んだことも、導入効果としてあげられる。

具体的には、定期的に病院間の合同会議を行う際、どの病院からも医師・看護師・リハビリ・MSW（医療ソーシャルワーカー）、事務の5職種からの参加を条件にすることにより、問題点の共有化が図られ、病院間の連携の強化につながった。

また、診療情報提供書の書式を病院間で統一することにより、急性期病院が複数の回復期リハビリテーション病院に相談できる体制になり、転院調整に大きな効果をもたらしている。

以上の報告からも、これらの取組は、県民の健康の保持・増進と医療費の適正化とを両立させるものであり、今後のさらなる協力体制の広がりが求められます。

しかし、表19の調査結果にもあるように、パスの導入をしている病院は県内でも一部にとどまっているのが現状です。

表19の疾病のうちパス導入による診療報酬の加算が認められているのは「大腿骨頸部骨折」「脳卒中」「がん」のみであり、その他の疾病では認められていないことも、導入があまり進まない理由のひとつと考えられます。

● 在宅医療

本県でも、高齢者人口が年々増加するなか、在宅医療に対するニーズは高まっています。

しかし、在宅医療を推進するために必要な指標を見ると、在宅療養支援診療所数、訪問看護事業者数などをはじめ、ほとんどが全国平均を下回っている状況であり、特に、在宅医療の結果指標と言える在宅死者数は、全国でも下位に位置しています。

（詳細は、第6次茨城県保健医療計画 各論第1章第2節「1.1 在宅医療」参照）

また、家族の過重な介護負担の軽減が図れるショートステイ等のレスパイトケア¹も不足している状況です。

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適うだけでなく、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、救急対応や再入院等によって患者の状態を損ね、かえっ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。

本県では、「第6次茨城県保健医療計画」において、在宅医療に係る連携体制づくりを推進することとしています。具体的には、在宅医療に関する局面を「退院支援」「日常の療養生活支援」「急変時の対応」「看取り」の4つに分類し、それぞれの局面における課題に応じて医療と介護のサービスが包括的・継続的に提供されることを目指しています。

そのため、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設などの連携や情報の共有を進めるとともに、医療従事者（歯科口腔、看護従事者を含む）をはじめ、介護、リハビリテーション、福祉、食事栄養など多くの職種の「顔の見える関係」づくりに向けた取組を進めています。

¹ レスパイトケア：乳幼児や障害児・者、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービス

● 療養病床の再編成

本県の療養病床は平成 23 年 10 月 1 日現在 5,965 床で、高齢者人口 10 万人対療養病床数は 882.4 床となっており、全国平均の 1157.3 床と比べて 274.9 床少なく、全国 34 位となっています。

※平成 23 年医療施設調査（厚生労働省）、平成 23 年 10 月 1 日現在推計人口（総務省）
平成 18 年 10 月（第一期計画策定時）における療養病床数 6,216 床からは、251 床減少しています。

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が必要とされています。

本県では、第一期計画において療養病数の削減目標を掲げ（第 1 章参照）、平成 21 年度から、病院の療養病床を介護老人保健施設等に転換する際の建設費用等を助成する「病床転換助成事業」を実施して、療養病床の再編成を支援してきました（3 病院・164 床）。

しかし、第一期計画期間における進捗を見ると、介護療養病床の削減は徐々に進んでいるものの、介護老人保健施設等への転換病床数は少なく、医療療養病床への転換が多いため、全体としての療養病床の再編成が進んでいるとは言えない状況です。

一方で、現行計画策定時における再編成の考え方を推進することは実態にそぐわないとの懸念もあり、国では当初計画をいったん凍結し、介護療養病床を平成 23 年度末までに全廃するとした方針を平成 29 年度末までに延長しました。

また、平成 24 年 9 月 28 日に厚生労働省から告示された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」においても、療養病床数については「機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を図ることとする。」との方針が示されています。

療養病床には急性期医療の受け皿としての役割があり、また近年は、療養病床入院患者に対して高度な医療的ケアが求められる傾向があるため、本県では、地域として必要な療養病床を確保しつつ、介護施設や福祉施設等の整備と連想しながら、患者の状態や必要性に応じた機能分担を進めていくこととしています。

平均在院日数に関する課題

- ① 地域連携クリティカルパスの導入は、急性期・回復期を合わせた在院日数の短縮だけでなく、患者の要介護状態の改善にも効果があると考えられます。しかし、複数の医療機関の緊密な連携体制が求められるため、導入は発展途上の段階です。
- ② 在宅医療は、高齢者を中心とする患者の在宅療養ニーズに応える意味からも推進が求められていますが、医療や看護を提供する事業所や従業者の不足、家族の介護負担などの問題があるため、地域の関係者が一体となって、在宅医療を可能とするための環境整備を行うことがまず必要です。
- ③ 療養病床数も、機械的な削減を行うのではなく、患者の状態等に応じて必要な医療を提供する受け皿として確保しつつ、介護保険施設や在宅等も含めた機能分担を進める必要があります。

(2) 医薬品の適正使用

① 後発医薬品の使用促進

県民に対する更なる後発医薬品の情報提供はもとより、医療関係者のニーズを踏まえた使用促進への取り組みを行う必要があります。

県では、平成20年度から茨城県後発医薬品の安心使用促進検討会議で課題を抽出し、推進策の検討・評価をしながら事業に取り組んできました。

(主な内容)

- ・ リーフレット、ポスター、小冊子、啓発用ティッシュの作成及び配布
- ・ 県内の実情把握のためのアンケート（保険医療機関、保険薬局）
- ・ 情報提供ホームページ公開
- ・ 医療機関及び薬局における医薬品採用リスト作成
- ・ 後発医薬品の安心使用促進講演・シンポジウム開催（薬剤師、医療関係者他）
- ・ 各地域における情報交換会
- ・ ラジオCMによる啓発

しかしまだ、患者及び医療関係者への情報不足、後発医薬品の円滑な流通、薬局の負担軽減（患者への説明時間の増大、多品目の在庫負担）などの点で課題があります。

② 残薬の防止

患者の薬の飲み残しや飲み忘れに伴う残薬¹については、適切な薬物療法が行われていないことの問題のみならず、それを廃棄することによる医療資源の無駄も発生していることから、対応方策を検討する必要があります。

県ではこれまで、茨城県薬剤師会と連携し、薬局機能の充実及び薬剤師の更なる在宅医療への参画を促してきました（地域医薬連携推進事業）。

(主な内容)

- ・ 研修・シンポジウムの開催
- ・ 在宅訪問薬局連絡窓口の設置（市町村ごと）

今後も、医師・看護師・薬剤師等の連携強化、薬剤師のスキルアップ（患者とのコミュニケーションの充実）、処方変更等につながる関係者間の連携強化等の課題を有しています。

¹残薬の状況

日本薬剤師会が行った平成19年の調査によると、75歳以上の患者の状況を見ると、薬剤費の金額ベースで2割程度（約500億円）が残薬となっているとの結果が出ている。

第5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及び保険者の代表とで構成する「茨城県医療費適正化計画策定委員会」を設置しています。

今後は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

本計画に掲げた目標を達成し、取組を円滑に進めていくために、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、それぞれ普段から情報交換を行い、協力体制づくりに努めます。

第6章 計画の達成状況の評価

1 進捗状況評価

第二期計画については、医療費適正化計画策定委員会において進捗状況の管理を毎年行い、適切な分析に努めるとともに、茨城県医療審議会などの機会を活用して外部への公表を行います。

また、計画の中間年度である平成27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。

これらの評価を踏まえ、必要に応じ計画の見直しを行うとともに、平成29年度に策定する予定の第三期計画に活用します。

2 実績評価

平成25年度に、第一期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。

第二期計画についても同様に、計画期間終了の翌年度（平成30年度）に実績評価及び結果の公表を予定しています。

【医療費適正化計画 進捗管理と評価のスケジュール】

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
第一期	実績評価					
第二期	進捗管理	→	中間評価	進捗管理	→	実績評価
第三期					策定作業	進捗管理

策定経緯

- ・ 24. 8. 20 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
- ・ 24. 12. 25 第2回医療費適正化計画策定委員会
医療費適正化計画(素案)の協議
- ・ 25. 2. 5 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)の協議
- ・ 25. 2. 13 市町村協議・パブリックコメント
～

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
齋藤 浩	社団法人茨城県医師会 会長
森永 和男	社団法人茨城県歯科医師会 会長
諸岡 信裕	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	社団法人茨城県薬剤師会 副会長
高橋 征子	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 副会長
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
古川 章 (～H24. 8. 31)	全国健康保険協会茨城支部 企画総務部長
矢口 和也 (H24. 9. 1～)	



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