

1 中間評価の実施

都道府県及び国は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年八月十七日法律第八十号)第11条の規定により、医療費適正化計画を策定した年度の翌々年度(平成22年度)に、当該計画の進捗状況について評価を行い、公表することとされている。

(計画の進捗状況に関する評価)

第11条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度(毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。)の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の作成年度の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

2 群馬県医療費適正化計画

群馬県医療費適正化計画(以下「計画」という。)は、「県民の健康の保持」及び「医療の効率的な提供」に向けた取組み通じて、結果として「将来的な医療費の伸びの抑制(医療費適正化)」を図ることを目的として、平成20年3月に策定された。

3 計画の期間

平成20年度から平成24年度まで(5年間)

4 計画に掲げる目標数値(平成24年度時点)

県民の健康の保持の推進(生活習慣病の予防対策)に関する目標

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導の実施対象者)の減少率	10%以上

医療の効率的な提供の推進(平均在院日数の短縮対策)に関する目標

平均在院日数	29.1日	(31.2日)
療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。)の病床数		
医療療養病床	2,312床	(3,372床)
介護療養病床	廃止(23年度末)	(1,297床)

5 進捗状況

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施率

ア 特定健康診査

全体の実施率等

平成20年度の特定健康診査の対象者数は約83万人で、受診者数は約34万人であり、特定健康診査の実施率は40.7%であった。

全都道府県平均は38.9%であり、本県の実施率は全都道府県を平均1.8ポイント上回っていた。(本県は高い方から9番目)

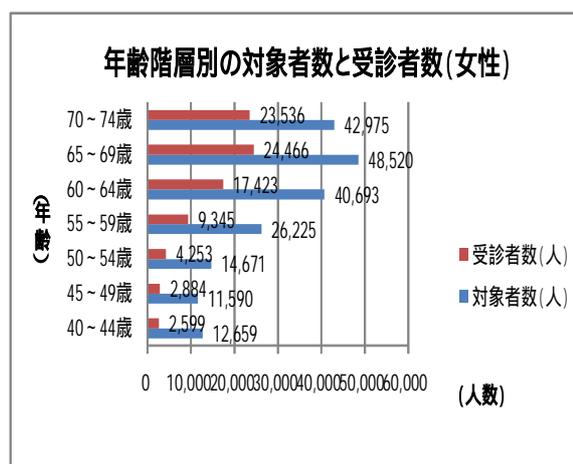
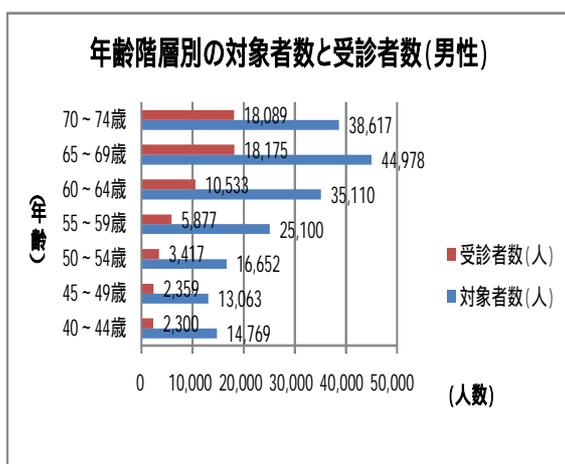
対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
831,460人	338,017人	40.7%

性・年齢階層別の実施率(市町村国保)

性別では、男性が32.3%、女性が42.8%と女性が高かった。

年齢階層別の実施率は、男女ともに年齢階層が上がるほど高くなり、70~74歳の階層が最も高かった。

	40~74歳							
	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	
全体	37.7%	17.9%	21.3%	24.5%	29.7%	36.9%	45.6%	51.0%
男性	32.3%	15.6%	18.1%	20.5%	23.4%	30.0%	40.4%	46.8%
女性	42.8%	20.5%	24.9%	29.0%	35.6%	42.8%	50.4%	54.8%



保険者の種類別の実施率

保険者の種類別の特定健康診査の実施率は、組合健保、共済組合において高く、市町村国保、国保組合、全国健康保険協会において低いという2極構造となっている。

なお、本県の全保険者の中で実施率が最高であったものは、群馬銀行健康保険組合の91.9%であり、これは全国3,519保険者の中で第3位の実施率であった。

全国平均と比較では、国保組合、全国健康保険協会及び共済組合の実施率が全国平均を下回っていた。

	市町村国保 (36:六合村含)	国保組合 (2)	全国健康保険 協会 (1)	組合健保 (10)	共済組合 (4)
群馬県	37.7%	28.8%	27.7%	67.9%	59.2%
全国	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	59.9%

- ・国保組合：自営業で同業同種のもので連合し結成した国民健康保険組合。
- ・全国健康保険協会：平成20年9月までの政管健保で通称「協会けんぽ」。健康保険組合を持たない企業の従業員で構成。
- ・組合健保：企業や企業グループ等で構成される健康保険組合。
- ・共済組合：国家・地方公務員、私立学校教職員等で構成。

市町村別の実施率（市町村国保）

市町村国保について市町村別の実施状況をみると、実施率が最も高かった市町村は上野村の68.9%、次いで川場村の60.7%、神流町の60.1%であった。市では、沼田市の53.4%（県内全市町村中では10位）であった。なお、市町村国保における平成24年度の実施率の目標は、国が示した基準により65%以上とされている。

イ 特定保健指導

全体の実施率等

平成20年度の特定保健指導の対象者になった者の割合は、19.3%であり、そのうち特定保健指導を終了した者の割合は、6.5%であった。

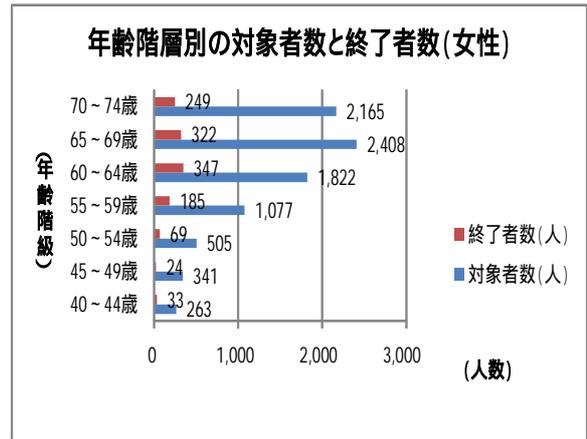
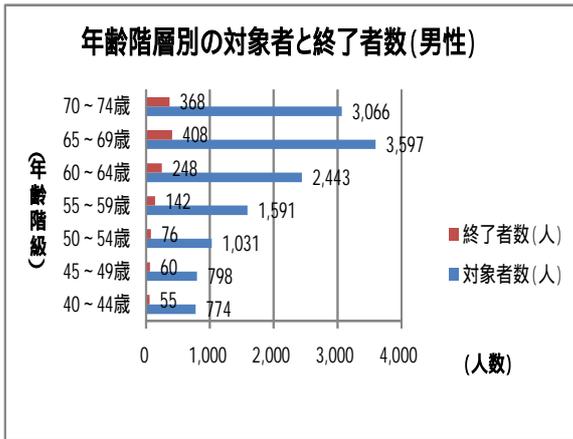
全都道府県平均は7.7%であり、本県の実施率は全都道府県平均を1.2ポイント下回っていた。（本県は高い方から40番目）

	人数	割合・実施率
特定保健指導の対象者	65,110人	19.3%
特定保健指導の終了者	4,236人	6.5%

性・年齢階層別の実施率（市町村国保）

性別の実施率は、男性の10.2%に対して女性が14.3%と、女性の方が高かった。年齢階層別の実施率は、男性では特定健康診査の実施率と同様に概ね年齢階層が上がるほど高かったが、女性では特に55歳から60歳代前半が高く、最も高い年齢階層は60～64歳であった。

	40～74歳							
		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体	11.8%	8.5%	7.4%	9.4%	12.3%	14.0%	12.2%	11.8%
男性	10.2%	7.1%	7.5%	7.4%	8.9%	10.2%	11.4%	12.0%
女性	14.3%	12.5%	7.0%	13.7%	17.2%	19.0%	13.4%	11.5%



保険者の種類別の実施率

保険者の種類別の実施率は、10%以上であったのは市町村国保のみであり、他は全て県平均実施率(6.5%)を下回っていた。

全国平均と比較においては、全ての保険者種別において全国平均を下回っていた。

	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	組合健保	共済組合
群馬県	11.8%	0.7%	1.6%	6.3%	2.0%
全国	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	4.2%

市町村別の実施率(市町村国保)

市町村国保について市町村別の実施状況を見ると、実施率が最も高かった市町村は南牧村の59.7%、次いで上野村の50.0%、神流町の43.6%であった。市では、安中市の23.7%(県内全市町村では7位)であった。

【参考】

内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の割合

特定保健指導の対象者の基準の元となる内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者の割合は14.6%であり、同予備群の割合は11.9%であった。

	人数	割合
内臓脂肪症候群該当者	49,350人	14.6%
内臓脂肪症候群予備群	40,290人	11.9%

薬剤を服用している者の割合

高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合は21.8%、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合は10.6%、糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合は4.3%であった。

	人 数	割 合
高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者	73,852人	21.8%
脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者	35,845人	10.6%
糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者	14,724人	4.3%

(2) 平均在院日数

ア 県平均在院日数

平成20年における平均在院日数^{*1}は30.8日であり、平成18年と比較して0.4日短縮された。全都道府県平均は31.6日であり、本県の平均在院日数が全都道府県平均よりも0.8日短かった。(本県は短い方から15番目)

また、平成21年における本県の平均在院日数は、さらに0.2日短縮し、30.6日となった。(全国順位は前年と同位)

	平均在院日数	増減(対18年)	全国平均
平成18年	31.2日	-	32.2日
平成20年	30.8日	0.4日	31.6日
平成21年	30.6日	0.6日	31.3日

イ 二次保健医療圏別平均在院日数

県内二次保健医療圏で平均在院日数が最も短かったのは、藤岡保健医療圏の22.8日であった。一方最も長かったのは吾妻保健医療圏の64.7日であった。

二次保健医療圏	平均在院日数	二次保健医療圏	平均在院日数
前 橋	24.3日	吾 妻	64.7日
高崎・安中	36.9日	沼 田	26.2日
渋 川	55.6日	伊勢崎	28.0日
藤 岡	22.8日	桐 生	32.4日
富 岡	31.5日	太田・館林	26.3日

*1 医療機関に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数のこと。厚生労働省において実施している病院報告においては、次の算式により算出することとされている。

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

なお、計画における平均在院日数の算出対象となる病床には、介護療養病床は含まない。

(3) 療養病床の病床数

平成22年10月現在における療養病床の病床数は、平成18年10月と比較して、医療療養病床が33床減の3,339床、介護療養病床が407床減の890床であった。

病床区分	22年10月現在	対18年10月
医療療養病床数	3,339床	33床
介護療養病床数	890床	407床

(4) 医療費

平成20年度の国民医療費（全国ベース）は34兆8,084億円となっており、前年度の34兆1,360億円に比べて6,725億円（2.0%）の増加、平成18年度（計画策定時）の33兆1,276億円と比べ1兆6,808億円（5.1%）の増加となっている。

一方、平成20年度における群馬県の医療費については、都道府県別の国民医療費が国から公表されていないことから、現時点では未確定である。

なお、参考までに平成20年度までの国民医療費（全国ベース）の推移を示すと次のとおりである。

国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		人口一人当たり国民医療費		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率 (%)	(千円)	対前年度 増減率 (%)	(億円)	対前年度 増減率 (%)	
11	307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	1.3	8.43
12	301 418	1.8	237.5	2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	3 613 335	2.8	8.61
14	309 507	0.5	242.9	0.6	3 557 610	1.5	8.70
15	315 375	1.9	247.1	1.8	3 580 792	0.7	8.81
16	321 111	1.8	251.5	1.8	3 638 976	1.6	8.82
17	331 289	3.2	259.3	3.1	3 658 783	0.5	9.05
18	331 276	0.0	259.3	0.0	3 752 258	2.6	8.83
19	341 360	3.0	267.2	3.0	3 784 636	0.9	9.02
20	348 084	2.0	272.6	2.0	3 515 221	7.1	9.90

- 注:1) 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
 2) 国民所得は、内閣府発表の「国民経済計算」（平成21年12月発表）による。
 3) 人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

6 進捗状況の評価・分析

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施

特定健康診査及び特定保健指導の評価・分析に当たっては、国が実施した保険者へのアンケート調査を活用したほか、独自に保険者（市町村国保）に対する聞き取り調査を実施した。

ア 特定健康診査

平成20年度における本県全体の特定健康診査実施率（40.7%）は、全国平均（38.9%）を上回ったものの、計画による目標（70%以上（平成24年度））は下回った。

なお、平成20年度は事業実施の初年度であったため、制度の周知や体制整備の遅れ、データの登録・管理のためのシステムの不備等、保険者側の混乱がみられた。

国の保険者アンケートによる分析

県内52保険者（市町村国保・被用者保険等）に対する国による保険者アンケートによると、保険者が特定健康診査の円滑な実施のために改善が必要と考える項目として選択（3つまで選択可）している主なもの（選択者数が多い順）及びその具体的内容（自由記載）は次のとおりである。

このアンケート結果からみると、多くの保険者が、特定健康診査の実施率向上には、未受診者の早期把握、被保険者への効果的でわかりやすい制度周知、受診に当たっての被保険者の利便性の向上が必要と考えていることがうかがえる。

保険者アンケートの概要

特定保健指導の円滑な実施のために改善が必要と考える主な項目（「・」は保険者自由記載内容）

- 1 未受診者への勧奨（21保険者）
次のような課題があることから、勧奨対象となる未受診者の把握が困難であった。
 - ・システムから未受診者名簿を出力できない（市町村国保）
 - ・勧奨対象となる未受診者を特定するためには、妊婦等の除外者登録が必要である。
- 2 制度の周知（20保険者）
多くの保険者で制度周知が不十分であった。
 - ・制度（内容）が分からず被保険者が混乱した。
 - ・まだ制度を知らない被保険者がいる。
 - ・被用者保険の被扶養者への周知が不足していた。
- 3 他の健診との同時実施の体制づくり（11保険者）
実施率向上には、がん検診等他の検診との同時実施が効果的と考える保険者が多かった。
 - ・がん検診、人間ドック等との同時実施が望ましい。
 - ・がん検診と同時実施としたが通知が別のため混乱が生じた。

（参考）平成21年度における市町村国保の実施率向上のための取組

- 1 未受診者対策の状況
受診勧奨の実施率をみると、54.3%で全国（74.6%）を下回っており、また、勧奨方法別にみると、文書送付が63.2%（全国76.5%）、電話案内が15.8%（全国23.0%）、個別訪問が5.3%（全国23.0%）などとなっている。
- 2 特定健康診査と他の検診との同時実施（一部実施を含む）の状況
生活機能評価とは100%、肝炎ウイルス検診が91.4%、がん検診が91.4%でいずれも9割を超え、同時実施による利便性に配慮している。

保険者（市町村国保）への聞き取り調査による分析

市町村国保の実施率については、市部で約1.8倍、町村部で約2.9倍の格差がある。このため、実施率の高い保険者（1市1町）、実施率の低い保険者（1市1村）に聞き取り調査を実施したが、その概要は次のとおりである。

市町村国保への聞き取り調査の概要

実施率の高い保険者の状況

- ・老人保健法による基本健康診査のときから、住民の健診への関心が高かった。
- ・市町村の基本方針として実施率向上を掲げ、組織の変更、地域懇談会等での制度や受診の必要性の周知、休日等利用しやすい検診日及び会場の設定、年度途中での未受診者への受診勧奨通知の送付など各種対策を行っていた。

実施率の低い市町村保険者の状況

- ・基本健康診査の受診率が元々低調であった。
- ・マンパワーの不足や体制整備に追われたことにより、住民への周知徹底が不十分だった。
なお、翌年度以降は受診券の発行方法の変更や個別健診を導入し健診機会の拡充に努めるなど、実施率向上に向けた努力が行われている。

性・年齢階層別実施率（市町村国保）から

市町村国保の性別特定健診実施率をみると、男性32.3%、女性42.8%であった。

また、年齢階層別では、男性、女性ともに、年代が上がるにつれて実施率は向上しているが、働き盛りである男性40歳代の実施率は20%以下と低いため、若年層に向けた実施率向上対策の強化が必要である。

イ 特定保健指導

本県全体の特定保健指導実施率（平成20年度）は、6.5%で、全国平均は、7.7%であった。

なお、前述したとおり、平成20年度は事業実施の初年度であったため、特定健康診査の実施に混乱が生じた結果、特定保健指導に係る対象者の選定に遅れが生じ、指導の開始時期が年度後半に大きくずれ込むこととなった。このため、年度内に指導を終了できなかった者も少なくなく、進捗状況を評価するためのデータとしては不十分な状況であった。

国の保険者アンケートによる分析

県内52保険者（市町村国保・被用者保険等）に対する国による保険者アンケートによると、保険者が特定保健指導の円滑な実施のために改善が必要と考える項目として選択（3つまで選択可）している主なもの（選択者数が多い順）及びその具体的内容（自由記載）は次のとおりである。

このアンケート結果からみると、多くの保険者が、特定保健指導の実施率向上には、特定健康診査から特定保健指導開始までの期間短縮、様々な手法による未利用者への勧奨、被保険者への効果的でわかりやすい制度周知を図ることが必要と考えていることがうかがえる。

保険者アンケートの概要

特定保健指導の円滑な実施のために改善が必要と考える主な項目（「・」は保険者自由記載内容）

1 健診実施から初回面接開始までの実施時期（22保険者）

事務処理上、初回面接を開始するまでに時間を要した。

- ・階層化作業のため、受診から案内通知発送までの期間が長い。
- ・委託実施の場合、健診から保健指導開始まで数ヶ月が経過してしまう。
- ・健診データ入力に時間を要する。

- 2 未利用者への勧奨（19 保険者）
全体として未利用者への勧奨が不十分であった。
 - ・未利用者への勧奨が未実施であった。
 - ・電話による勧奨のみでは不十分であった。
- 3 制度の周知（18 保険者）
周知不足のため、被保険者側の理解が十分に得られていなかった。
 - ・被保険者が制度を理解していない。
 - ・被保険者が特定保健指導の必要性を理解していない。

保険者（市町村国保）への聞き取り調査による分析

特定保健指導の実施については、健診結果を受けての対応となるため、特定健康診査の実施の遅れに伴い、初回指導時期が年度後半にずれ込んだことによる影響が大きかった。

対象者については、積極的に参加する者は少ないため、文書による通知だけでなく電話勧奨や個別訪問を行うなど、各市町村とも実施率の向上のための努力を行っている。

しかしながら、特定保健指導には対象者ごとの個別指導が必要であるが、各対象者への接触が難しい場合が多く、このため夜間や休日等を利用するなど、各保険者は実績評価まで終了することに腐心している状況にあった。

このような状況のため、保健師等職員の負担が大きく、また今後は対象者が増加することも想定すると、アウトソーシングの活用等より効率的な実施方法の検討が必要と考えられる。なお、現状では、アウトソーシング先となる特定保健指導実施機関についての情報が不足していることから、情報収集を積極的に行うとともに、研修会の開催等を通じて当該機関の質の向上を図っていくことが必要である。

あわせて、実績評価までの終了者数の増加及び連年対象者への指導の継続を図るために、効果的で魅力あるプログラムを策定・実施していくことも重要である。

性・年齢階層別実施率（市町村国保）から

市町村国保の性別特定保健指導実施率をみると男性10.2%、女性14.3%で、特定健康診査の実施率と同様、女性の方が高かった。

年齢階層別でみると、男性、女性ともに、年代が上がるにつれて概ね実施率は向上しているが、特定健康診査の実施率と同様40歳代の実施率が低いことから、当該年齢層に対しては、健診実施率の向上とあわせた重点的な取組が必要である。

（2）平均在院日数の短縮

平均在院日数については、近隣県のうち、人口規模がほぼ同じで平均在院日数が群馬県よりも長い栃木県、及び人口規模がほぼ同じで平均在院日数が群馬県よりも短い長野県の二県を比較の対象とし、次の分析項目ごとにその相関関係を見ることにより、本県の現状を分析した。

また、本県分については、10箇所二次保健医療圏ごとにデータを整理した。

なお、分析は、各項目のデータが整っている平成20年度の実績を対象に行った。

	人 口 (H17国調)	平均在院日数 (H20実績)	備 考
群 馬 県	2,024,135人	30.8日	
栃 木 県	2,016,631人	33.9日	
長 野 県	2,196,114人	25.1日	全国で3番目に短い

分析項目

名 称	単 位	内 容
65歳以上人口割合	%	H17国調人口における65歳以上人口の割合
在宅療養支援診療所 ^{*1}	10万人 当たり数	診療報酬の施設基準に届け出た診療所数を人口10万人当たりの数で示したもの
回復期リハビリテーション病床 ^{*2} 数	10万人 当たり数	診療報酬の施設基準に届け出た病床数を人口10万人当たりの数で示したもの
D P C ^{*3} 病床数	10万人 当たり数	入院医療費の定額支払い制度を導入する病床数を人口10万人当たりの数で示したもの
死亡者のうち自宅死亡者率	%	平成20年人口動態調査における、総死亡者のうち自宅で死亡した者の割合
超急性期脳卒中加算医療機関 ^{*5} 数	10万人当 たり数	診療報酬の施設基準に届け出た t - P A ^{*4} 治療の実施可能医療機関数を人口10万人当たりの数で示したもの

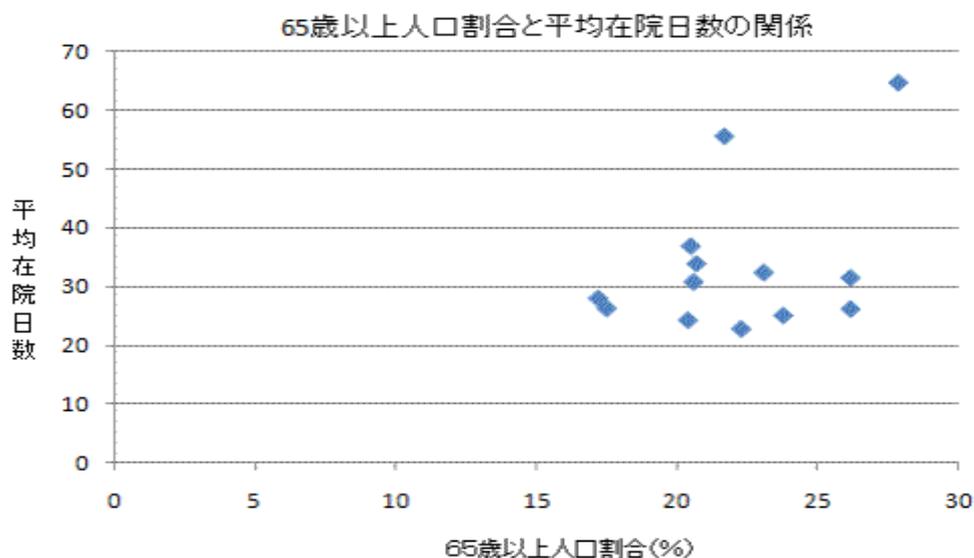
- *1 地域における退院患者の在宅療養提供に主たる責任を有する診療所として、24時間体制での往診・訪問看護が可能な体制を整え、在宅看取り数を地方厚生局長等に定期的に報告しているなどの要件を満たしている診療所のこと。
- *2 脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL（日常生活動作）能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病床のこと。
- *3 Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類包括評価。従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、厚生労働省が定めた診断群分類点数表をもとに患者の病名や症状により手術などの診療行為の有無に応じて医療費を計算する定額払いの計算方式のこと。
- *4 超急性期血栓溶解療法（発症3時間以内の脳梗塞に対し行われる血栓溶解療法のこと）。
- *5 脳梗塞発症後3時間以内の超急性期の患者に対し、t - P A（*4参照）が実施可能であるなど一定の施設基準を地方厚生局長等に届け出ている保険医療機関のこと。

ア 分析結果

65歳以上人口

高齢化が進んでいる地域では、慢性的な疾患を抱えている患者が多く、平均在院日数が長くなるのではないかと想定されることから、65歳以上の人口と平均在院日数との相関を見た。

	65歳以上人口割合	平均在院日数	備考
群馬県	20.6%	30.8日	
前橋	20.4%	24.3日	
高崎・安中	20.5%	36.9日	
渋川	21.7%	55.6日	
藤岡	22.3%	22.8日	
富岡	26.2%	31.5日	
吾妻	27.9%	64.7日	
沼田	26.2%	26.2日	
伊勢崎	17.2%	28.0日	
桐生	23.1%	32.4日	
太田・館林	17.5%	26.3日	
栃木県	20.7%	33.9日	
長野県	23.8%	25.1日	



【データから得られる判断】

- ・当初、高齢者の割合と平均在院日数には相関関係があると想定していたが、他県との比較、二次医療圏別の比較ともに、相関関係が見られなかった。
- ・他県との比較では、65歳以上人口が最も多い長野県の平均在院日数が低く、平均在院日数に差がある、群馬県と栃木県の65歳以上人口数に大きな違いがないという、相反する関係となった。

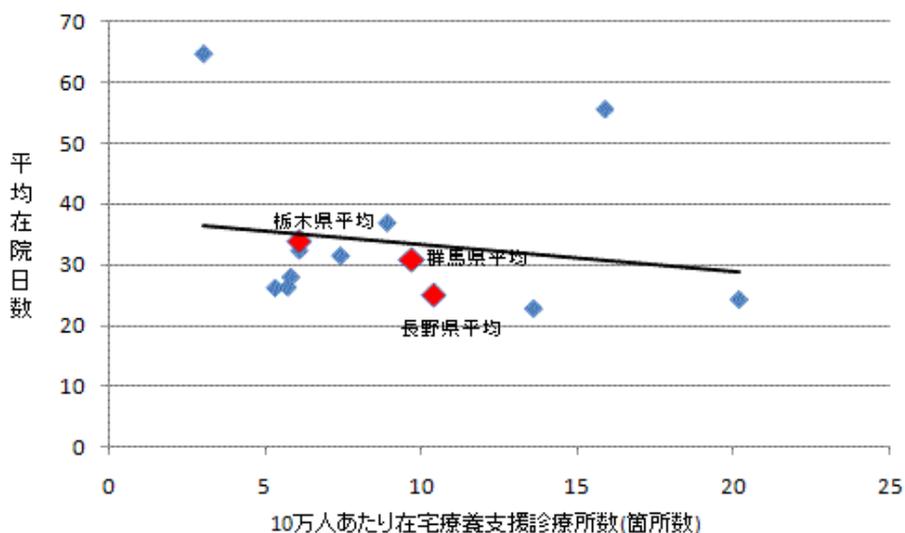
- ・群馬県内で65歳以上人口割合が最も高い吾妻は、平均在院日数が最も高い地域であるが、その他の平均在院日数が高い渋川や高崎・安中の65歳以上人口はそれほど高いとは言えず、明らかな相関関係は見られない。
- ・結果から推定すると、65歳以上人口と平均在院日数との間には相関関係は見られないと判断される。

在宅療養支援診療所数

医療機関から在宅に退院するためには、在宅医療の充実が不可欠であり、在宅での看取りまで行う在宅療養支援診療所が多いほど、平均在院日数が短くなるのではないかと想定されることから、10万人当たりの在宅療養支援診療所数と平均在院日数との相関を見た。

	在宅療養支援診療所数(対10万人)	平均在院日数	備考
群馬県	9.7箇所	30.8日	
前橋	20.2箇所	24.3日	
高崎・安中	8.9箇所	36.9日	
渋川	15.9箇所	55.6日	
藤岡	13.6箇所	22.8日	
富岡	7.4箇所	31.5日	
吾妻	3.0箇所	64.7日	
沼田	5.3箇所	26.2日	
伊勢崎	5.8箇所	28.0日	
桐生	6.1箇所	32.4日	
太田・館林	5.7箇所	26.3日	
栃木県	6.1箇所	33.9日	
長野県	10.4箇所	25.1日	

在宅療養支援診療所数と平均在院日数の関係



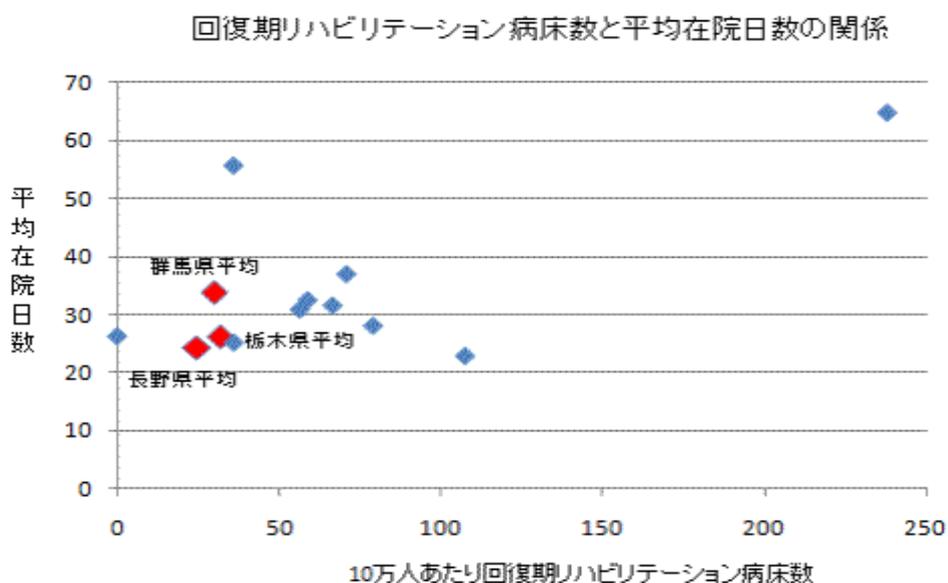
【データから得られる判断】

- ・他県との比較では、人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数が多い順で平均在院日数が短くなっており、一定の相関関係があると思われる。
- ・本県の二次保健医療圏ごとの数値を見ると、ややばらつきがあるが、上のグラフのとおり、在宅療養支援診療所の数と平均在院日数との間には、一定の相関関係が見られる。

回復期リハビリテーション病床

回復期リハビリテーション病床数が、平均在院日数との相関関係があると想定されることから、10万人当たりの回復期リハビリテーション病床数と平均在院日数との相関を見た。

	回復期リハビリテーション病床数 (対10万人)	平均在院日数	備考
群馬県	56.4病床	30.8日	
前橋	24.6 病床	24.3日	
高崎・安中	70.8 病床	36.9日	
渋川	35.9 病床	55.6日	
藤岡	107.4 病床	22.8日	
富岡	66.5病床	31.5日	
吾妻	237.7病床	64.7日	
沼田	0.0病床	26.2日	
伊勢崎	79.0病床	28.0日	
桐生	58.8病床	32.4日	
太田・館林	31.5病床	26.3日	
栃木県	30.0病床	33.9日	
長野県	36.0病床	25.1日	



【データから得られる判断】

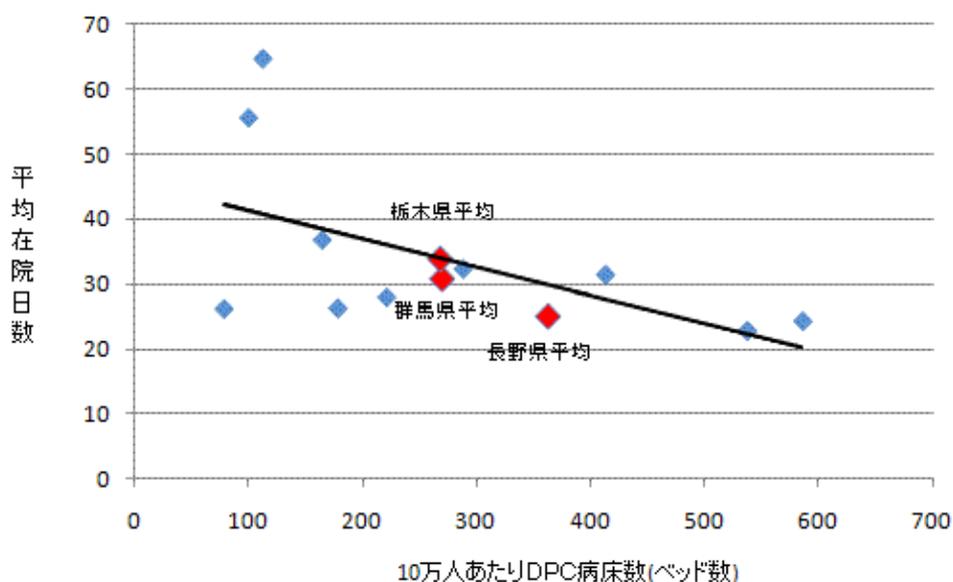
- ・本県二次保健医療圏の数値を見ると、県内で回復期リハビリテーション病床の割合が最も高い吾妻保健医療圏が最も平均在院日数が長くなっている。
- ・その他の圏域では、明らかな相関関係は見られない。
- ・他県比較でも、相関関係は見られない。

D P C 病床数

D P C（包括算定方式）を取り入れている医療機関数が多いほど、平均在院日数が短くなるのではないかと想定されることから、10万人当たりのD P C病床数と平均在院日数との相関を見た。

	D P C 病床数 (対10万人)	平均在院日数	備考
群馬県	269.9病床	30.8日	
前橋	585.5 病床	24.3日	病床多い = 日数短い 病床少ない = 日数長い 病床少ない = 日数長い 病床少ない = 日数長い
高崎・安中	164.7 病床	36.9日	
渋川	100.3 病床	55.6日	
藤岡	536.8 病床	22.8日	
富岡	412.8 病床	31.5日	
吾妻	112.8 病床	64.7日	
沼田	78.8 病床	26.2日	
伊勢崎	221.1 病床	28.0日	
桐生	288.1 病床	32.4日	
太田・館林	178.3 病床	26.3日	
栃木県	268.1病床	33.9日	病床少ない = 日数長い
長野県	362.4病床	25.1日	病床多い = 日数短い

DPC病床数と平均在院日数の関係



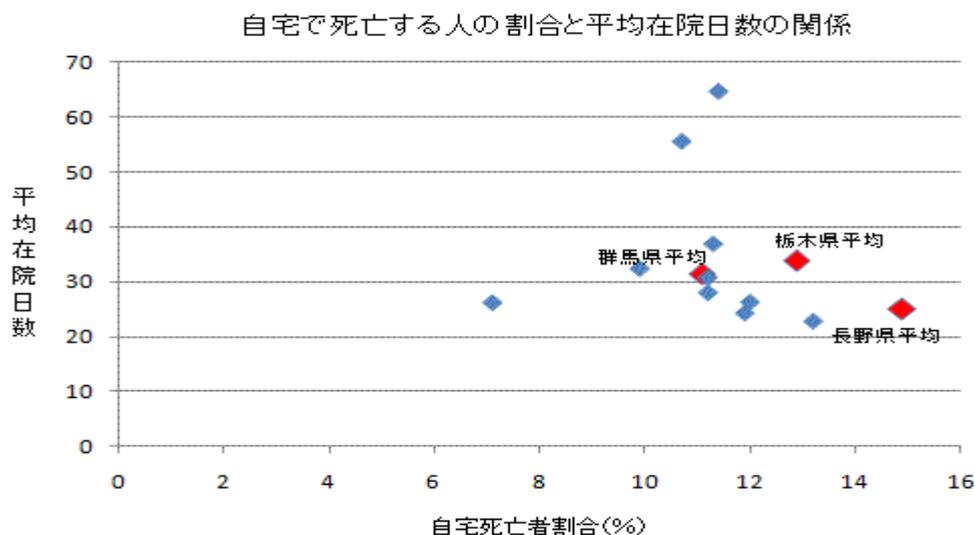
【データから得られる判断】

- ・他県との比較では、人口10万人当たりのD P C病床数は、長野県が最も多く、平均在院日数も短い状況である。
- ・群馬県と栃木県の数値はほぼ同じで、差は見られない。
- ・本県二次保健医療圏の数値を見ると、D P C病床が多い、前橋保健医療圏及び藤岡保健医療圏では平均在院日数が短くなっている。
- ・グラフを見ても、一定の負の相関関係があると判断される。

自宅死亡者割合

在宅で死を迎える人の割合が多い地域では、平均在院日数が短くなるのではないかと想定されることから、自宅死亡者の割合と平均在院日数との相関を見た。

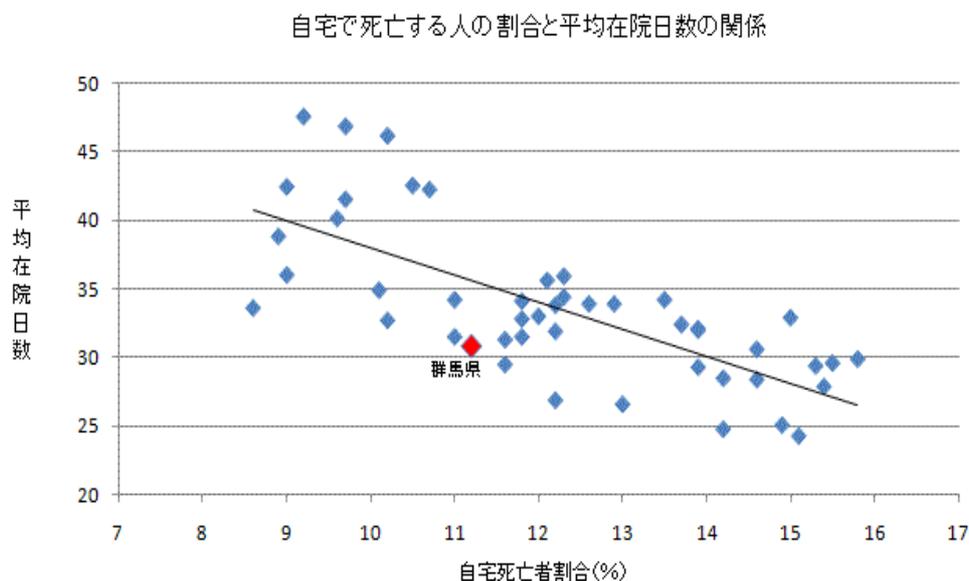
	自宅死亡者割合	平均在院日数	備考
群馬県	11.2 %	30.8日	
前橋	11.9 %	24.3日	
高崎・安中	11.3 %	36.9日	
渋川	10.7 %	55.6日	
藤岡	13.2%	22.8日	
富岡	11.1%	31.5日	
吾妻	11.4%	64.7日	
沼田	7.1%	26.2日	
伊勢崎	11.2%	28.0日	
桐生	9.9%	32.4日	
太田・館林	12.0 %	26.3日	
栃木県	12.9%	33.9日	
長野県	14.9%	25.1日	
全国	12.7%	31.6日	



【データから得られる判断】

- ・ 自宅死亡者の割合は、平均在院日数が最も短い長野県が最も高いが、最も平均在院日数が長い栃木県が群馬県よりも自宅死亡者の割合が高く、平均在院日数との明らかな相関関係があるとは認められなかった。
- ・ 本県二次保健医療圏の数値を見ると、現状では明らかな相関関係は見られない。
- ・ しかし、全国47都道府県のデータを整理した次のグラフで明らかなように、自宅死亡者割合が高い都道府県は平均在院日数が低い傾向にある。

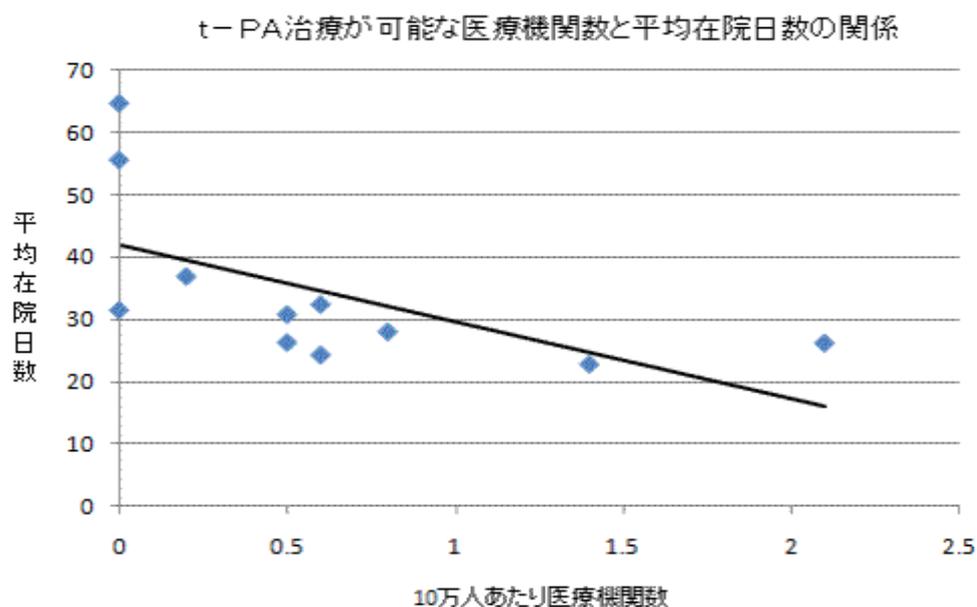
(参考) 47都道府県の状況



超急性期脳卒中加算医療機関数

治療終了後、後遺症の発現の可能性が高く、平均在院日数の増減に強い影響を与える可能性の高い脳梗塞において、3時間以内に投与することにより、死亡率や後遺症を軽減することができることとされるt-P Aの実施医療機関数と平均在院日数の相関を見た。

	人口10万人あたり 超急性期脳卒中加 算医療機関数	平均在院日数	備考（実数）
群馬県	0.5 箇所	30.8日	
前橋	0.6 箇所	24.3日	2 箇所
高崎・安中	0.2 箇所	36.9日	1 箇所
渋川		55.6日	0 箇所
藤岡	1.4 箇所	22.8日	1 箇所
富岡		31.5日	0 箇所
吾妻		64.7日	0 箇所
沼田	2.1 箇所	26.2日	2 箇所
伊勢崎	0.8 箇所	28.0日	2 箇所
桐生	0.6 箇所	32.4日	1 箇所
太田・館林	0.5 箇所	26.3日	2 箇所
栃木県		33.9日	
長野県		25.1日	



【データから得られる判断】

- ・ 県平均と比較して平均在院日数が相当に長い吾妻保健医療圏及び渋川保健医療圏には、t - P Aを実施できる医療機関が存在しない。
- ・ 対して、実施医療機関が2箇所存在する前橋、沼田、伊勢崎、太田の各保健医療圏の平均在院日数は、全て平均以下である。
- ・ 人口10万人あたりのt - P Aを実施できる医療機関数と平均在院日数の関係を見えると、上のグラフのとおり、一定の相関関係があると判断される。
- ・ 他県比較についてはデータなし。

本県の二次医療圏ごとの平均在院日数の状況

本県の二次医療圏ごとの平均在院日数を見ると、平均在院日数が最も短い藤岡保健医療圏が22.8日、最も長い吾妻保健医療圏が64.7日と約40日以上のあるなど、医療圏によって大きなばらつきがある。

二次医療圏	平均在院日数の推移(日)			療養病床の割合(%)	備 考
	H18	H19	H20		
前橋	25.2	24.5	24.3	11.5	療養病床の割合(%)は、栗生楽泉園の一般病床を除いて算出している。
高崎・安中	36.8	37.7	36.9	28.0	
渋川	56.5	58.0	55.6	12.5	
藤岡	22.9	22.8	22.8	21.4	
富岡	28.1	30.2	31.5	35.8	
吾妻	65.2	64.9	64.7	53.9	
沼田	24.5	24.6	26.2	30.7	
伊勢崎	30.2	28.9	28.0	24.2	
桐生	32.7	32.0	32.4	32.9	
太田・館林	27.1	27.1	26.3	26.9	
計	31.2	31.1	30.8	25.3	

療養病床は、一般病床に比較して長期間入院治療を行うために設置された病床であることから、一般病床と療養病床の合計に占める療養病床の割合が高い地域は、平均在院日数が高くなる傾向になる。吾妻保健医療圏は、県内で最も療養病床数の割合が高い医療圏であることから、全体として平均在院日数が長くなっているものと考えられる。

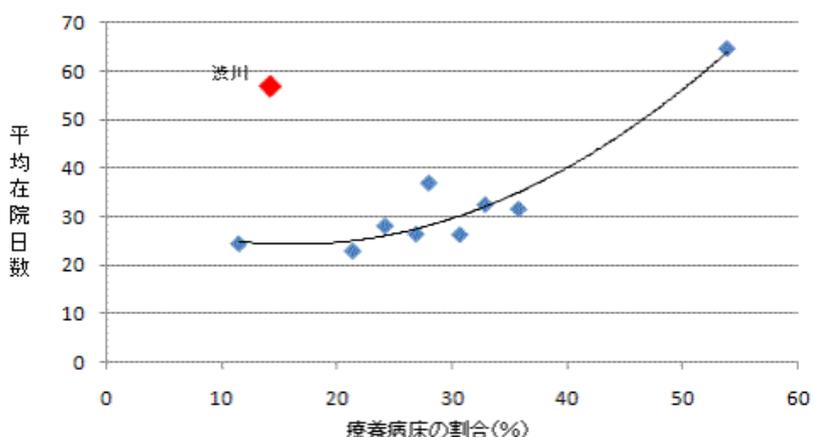
(参考) 病床種別ごとの平均在院日数(平成20年 群馬県)

(単位:日)

全病床	介護療養病床除く	一般病床	療養病床	感染症病 床	結核病床	精神病床

本県の二次医療圏ごとの療養病床の割合と平均在院日数の関係をグラフ化すると次のとおりであるが、渋川保健医療圏を例外として、両者の間には明らかな相関関係がみられる。

療養病床の割合と平均在院日数の関係



なお、渋川保健医療圏については、同医療圏内で最も病床数が多く、がん治療を専門的に行う病院における一般病床の平均在院日数が約40日となっており、医療圏全体の平均在院日数を押し上げていることから、療養病床の割合が低いにも関わらず平均在院日数が長い結果となっている。

(3) 療養病床の再編成

ア 療養病床の病床数

計画では、本県における医療療養病床数の目標値については、2,312床（回復期リハビリテーション病床を除く。介護療養病床については、平成23年度末に廃止）とした。

平成22年10月末における病床数は4,229床となっており、平成18年10月からの4年間で440床の減少であった。

	平成18年10月	平成22年10月末	平成25年3月末
医療療養病床 (回復期リハビリテーション病床を除く)	3,372床	3,339床	2,312床
介護療養病床	1,297床	890床	0床
合計	4,669床	4,229床	2,312床

イ 療養病床の転換状況

計画において、平成25年3月末における介護老人保健施設への転換見込みは、1,984床とした。

平成19年4月から平成22年10月末までの間に、療養病床から介護老人保健施設へ転換した医療機関は6箇所330床となっている。

	平成19年4月1日	平成22年10月末	平成25年3月末
医療療養病床 (うち回復期リハビリテーション病床)	3,978床 (回復期リハ541床)	4,038床 (回復期リハ699床)	3,042床 (回復期リハ730床)
介護療養病床	1,280床	890床	0床
合計	5,258床	4,928床	3,042床
(参考) 介護老人保健施設への転換	-	330床	1,984床

ウ 介護老人保健施設への転換内訳

療養病床から介護老人保健施設への転換内訳は以下のとおりである。

法人名	転換前の医療機関名称	転換床数	転換後の老健施設名称	転換時期	転換前病床
(医)瑞穂会	西部病院	96	介護療養型みさと	H21.4.1	介護60、医療36
(医)中嶋会	中嶋医院	4	やまぶき	H21.4.1	医療4
(医)宏愛会	宏愛会第二リハビリテーション病院	100	ナシダ' 川内の杜	H22.4.1	介護100
(医)民善会	細谷病院	48	介護療養型細谷	H22.4.1	介護42、医療6
(医)慈瑩会	岩田病院	42	幸寿苑	H22.4.1	医療42
(医)明石会	桐生整形外科病院	40	幸の杜	H22.10.1	医療40
計		330			医療128、介護202

エ 転換意向等調査の結果

療養病床の転換意向等調査については、平成20年4月以降3回、第4期介護保険事業計画策定の基礎資料として平成20年6月に、療養病床の転換目標見直しの基礎資料として平成22年2月及び平成22年5月に、それぞれ実施している。

平成22年5月の結果概要では、介護老人保健施設への転換意向を示したのは、全体の1.4% (72床)にとどまっており、未定が41.6% (2,091床)となっている。

特に、介護療養病床では未定が89.8% (810床)にのぼり、その主な理由は、平成24年度の医療・介護報酬同時改定の方向性をみてから判断したい、近隣の医療機関や介護施設から慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高い、地域で療養病床が必要とされているため転換が困難等となっている。

平成22年5月調査の結果概要 (平成22年4月30日現在)

療養病床全体			介護療養病床から			医療療養病床から		
意向	床数	全体に占める割合	意向	床数	全体に占める割合	意向	床数	全体に占める割合
一般病床へ	5	0.1%	一般病床へ	5	0.6%	一般病床へ	0	0.0%
医療病床へ	2,841	56.6%	医療病床へ	43	4.8%	療養病床維持	2,798	67.9%
介護療養老健へ	40	0.8%	介護療養老健へ	0	0.0%	介護療養老健へ	40	1.0%
老健(従来型)へ	32	0.6%	老健(従来型)へ	32	3.5%	老健(従来型)へ	0	0.0%
廃止	12	0.2%	廃止	12	1.3%	廃止	0	0.0%
未定	2,091	41.6%	未定	810	89.8%	未定	1,281	31.1%
計	5,021		計	902		計	4,119	

端数処理の都合上、合計が一致しない場合がある

国は、平成22年9月に公表した「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査（速報値）」において、『介護療養病床の患者では、医療療養病床の患者よりも「医療区分1」の占める割合が高く、「医療区分2」及び「医療区分3」の割合が低い。また、平成17年及び18年に実施された調査を比較しても、近年は医療療養病床においては「医療区分3」の患者が増加しており、介護療養病床と医療療養病床の機能分担が進みつつあると言える』と言及している。

「医療区分」とは、平成18年7月から医療療養病床に導入された、医療の必要性の度合いに応じた診療報酬単価の選択のための指標。医療区分1が最も医療の必要性が低い。

オ 受け皿施設の整備状況

高齢者保健福祉計画に基づく主な介護保険施設の整備状況は、以下のとおりである。経済危機対策による追加整備も含め、整備計画の着実な進捗を目指している。

高齢者保健福祉計画の整備内訳

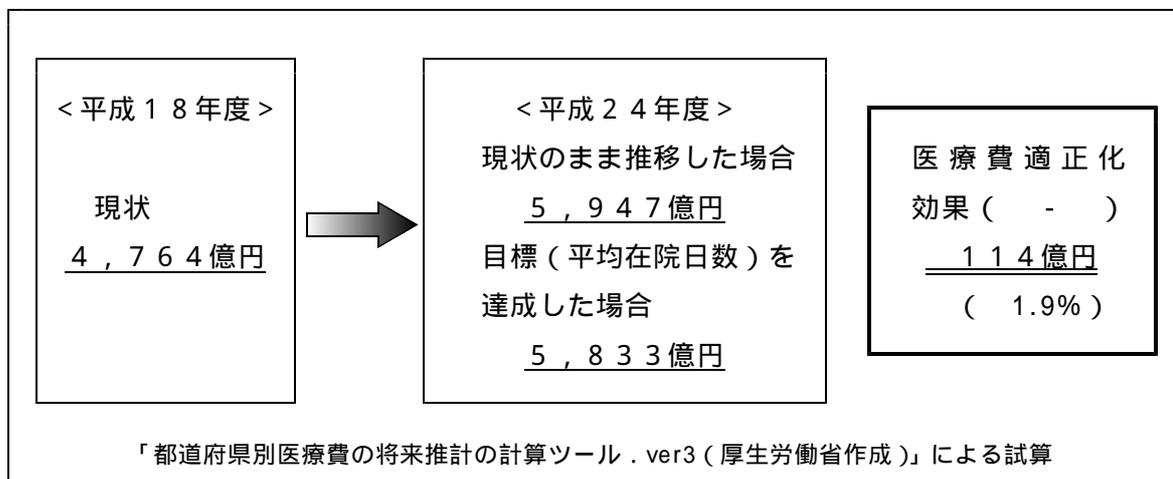
区 分	平成20年度末 の定員数	平成21年度末 の定員数	平成22年度末 の定員数(見込)
特別養護老人ホーム	7,923床	8,172床	8,609床
介護老人保健施設	5,671床	5,821床	5,976床
うち医療療養病床からの転換	-	40床	88床
うち介護療養病床からの転換	-	60床	142床

(4) 医療費の動向

ア 計画における医療費の見通し

計画では、計画達成後の医療費について、平成18年度の4,764億円から平成24年度には5,833億円へと、1,069億円、22.4%の増加を見込んでいる（計画が実施されなかった場合は5,947億円で、1,183億円、24.8%の増としている。）

計画における本県の医療費の見通し（厚生労働省が示した積算による）



医療費適正化計画は、「生活習慣病の予防対策」と「平均在院日数の短縮対策」により、結果として医療費の適正化（抑制）を図ろうとするものであるが、このうち、生活習慣病の予防対策については、既に生活習慣病により医療を受けている者を減少させるものではなく、医療費の抑制効果が出るためにはタイムラグがあるものと考えられることから、上記額では平均在院日数の短縮効果のみを見込んでいる。

イ 医療費の動向

平成20年度における群馬県の医療費実績については、現時点において都道府県別の国民医療費が国から公表されていないため、未だ評価のための数値が得られていない。

そこで、既に公表されている平成21年度の概算医療費をもとに、計画終了年度である平成24年度における群馬県の医療費を推計したところ、平成18年度と比較して約17.8%の増になるものと見込まれ、したがって、当該データから推計する限りにおいては、計画による当初の見通しを下回ることが予測される。

しかしながら、少子高齢化の急速な進展や経済の低成長など医療費を取り巻く厳しい社会経済状況を踏まえると、現行の医療制度を将来にわたり堅持していくためには、引き続き医療費の抑制（適正化）を図っていくことが必要であり、今後も計画に沿った取組を推進していくものとする。

平成18年度	平成24年度	
	医療費適正化計画による推計	平成18～21年度概算医療費実績による推計
4,764億円	5,833億円(+22.4%)	5,612億円(+17.8%)

(注) 概算医療費の単純な伸びから推計したものであり、計画の成果を反映しているものではない。

7 今後の対応

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上

ア 現在の状況

生活習慣病予防のためには、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上が不可欠である。県では、平成19年度から「特定健康診査・特定保健指導」の体制づくりとして、県内特定保健指導実施機関や保険者を対象に特定保健指導実践者育成研修を開催し、保健指導者の人材育成を行うとともに、質の向上対策として、国保連合会等と連携しながら各種研修を開催している。

国保連合会においては、国保保険者に対する各種研修会やモデル事業を実施するとともに、保険者協議会を中心とした被用者保険を含めた研修会を開催しており、また、各保険者団体においても体制整備に努めているところである。

イ 今後の取組

特定健康診査の実施率が低い保険者について、健診の実施方法や実施率低迷の理由をより詳細に把握し、それらの改善策について検討するとともに、特に実施率の低い市町村国保については、県や国保連合会による支援が必要である。

特定健康診査を受診すること及び特定保健指導を利用することの必要性を広く周知するためには、保険者協議会と連携した共同広報活動や市町村での健康教室・健康相談、住民組織活動等のポピュレーションアプローチ（集団全体に対して働きかける方法・環境整備）を活用し、普及・啓発していく必要がある。

ウ がん検診との連携

本県では、がん対策を県民と共に総合的かつ計画的に推進することを目的とする「群馬県がん対策推進条例」を制定したところであり、その施策の一つに、がんの早期発見の推進を掲げている。一方、「群馬県がん対策推進計画」においては、がん検診受診率を平成24年度末までに50%以上とすることを目標に掲げており、がん検診の受診率向上対策も併せて取り組んでいくものとする。

このため、がん検診の実施主体である市町村においては、市町村国保の被保険者が特定健康診査とがん検診を同時に受けることができるよう、特定健康診査の実施計画を策定する段階から一層の配慮をするとともに、他の保険者の被保険者（受診者）においても同時に受けることができるよう、がん検診の実施日や実施場所に関する情報を他の保険者に提供するなど、受診者の利便性の向上に努める必要がある。

実施率向上のため今後必要と考えられる対策

（特定健康診査）

- ・効果的でわかりやすい制度周知
- ・未受診者の早期把握と年度途中での受診勧奨の強化
- ・健診受診可能期間の延長
- ・医療機関との連携(医療受診している人にも、健診の必要性について周知)
- ・がん検診等との同時実施による利用者の利便性の確保
- ・被用者保険の被扶養者の受診機会の拡大

（特定保健指導）

- ・効果的でわかりやすい制度周知（特に特定保健指導の必要性理解のため）
- ・特定保健指導対象者の早期把握と指導の早期実施
- ・未利用者への利用勧奨方法の多様化と勧奨回数拡充
- ・効果的で魅力あるプログラムづくり
- ・休日や夜間の実施など指導対象者が利用しやすい環境の整備
- ・指導担当者の育成、アウトソーシングの活用など実施体制の整備

（2）平均在院日数の短縮

以下の取組を通じて、重篤な患者や重い後遺症を残す患者を減らすことにより、平均在院日数の短縮を目指すものとする。

適切な病院前救護活動が可能な体制づくり

病院前救護に係る消防隊員、医療関係者の能力向上

- ・ J P T E C *¹（外傷）や P S L S *²（脳卒中）講習会の開催を支援する。
- ・ メディカルコントロール体制を整備する。

病院前救護に関する県民理解の向上

- ・ 公共施設への A E D の設置を促進する。
- ・ 県民向けの講演会の開催を支援する。

適切な医療機関に搬送する仕組みの構築

- ・ 傷病別に患者を搬送する医療機関を決める基準を設置する。

ドクターヘリの運用

- ・ 前橋赤十字病院に配備されたドクターヘリを運用する。

急性期から回復期、維持期に至る医療連携の推進

4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）の地域連携パスの普及

- ・ 4 疾病の地域連携クリティカルパス *³のモデルを作成し、普及啓発する。

医療連携に関する県民への普及啓発

- ・ パンフレットやインターネット等を利用して、医療連携の内容を普及啓発する。

かかりつけ医の普及啓発

- ・ 県民一人ひとりがかかりつけ医を持つことを推進する。

医療と介護の連携と在宅医療の充実

訪問看護の推進

- ・ 訪問看護ステーションと医療機関に勤務する看護師の相互研修を開催する。
- ・ 訪問看護の安定供給を図るために、利用者からの相談窓口となるコールセンターの設置等を行う。

医療機関と介護施設を結ぶ地域連携クリティカルパスの導入促進

- ・ 4 疾病に関する地域連携クリティカルパスの導入を支援する。

在宅医療に関する県民への普及啓発

- ・ 在宅医療連携体制を構築するにあたっての課題や方策を探る調査研究を実施する。
- ・ 在宅に関する講演会やシンポジウムの実施など県民への普及啓発を実施する。

在宅医療を支える人材の確保、育成

- ・ 医療関係従事者の人材確保等
- ・ 介護職員の就業支援や職場への定着支援を実施する。

高齢者の生活を支える支援

- ・ 見守り等の生活支援サービスの付いた高齢者住宅の整備を推進する。

*1 Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care ; 外傷病院前救護ガイドライン。病院前での外傷教育プログラムのこと。

*2 Prehospital Stroke Life Support ; 脳卒中病院前救護。救急現場における脳卒中の救護に関する教育プログラムのこと。

*3 地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画のこと。地域連携クリティカルパスの導入により診療の標準化や効率化、質の向上などが期待される。

(3) 療養病床の再編成

国においては、「療養病床に係る計画は当面凍結し、目標へ向けて機械的に削減することはない」としており、介護療養病床の廃止期限猶予を盛り込んだ「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」を平成23年通常国会に提出予定である。

本県では、平成22年11月に国に対して「介護療養病床の取扱方針について、速やかに方向性を決定すべきである」との提言を行ったところであり、今後も国の動向に注視しつつ、利用者、家族及び医療機関からの相談に適切に対応できるよう、引き続き関係課が連携して相談体制を整備していく。

療養病床から介護保険施設等へ転換を希望する医療機関に対しては、必要な手続きや先行事例の紹介、留意点の伝達等きめ細かく対応していくとともに、療養病床から介護保険施設等への転換する際、改築・改修等の施設整備が必要な医療機関に対しては、市町村と連携を図り、「地域介護・福祉空間整備等交付金」又は「病床転換助成事業交付金」を活用して支援していくものとする。