

佐賀県医療費適正化計画 (第1期)

【平成20～24年度】

平成20年10月

佐 賀 県

< 目 次 >

第1章 計画の策定に当たって

1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
（1）計画期間	2
（2）計画に掲げる事項	2
（3）計画の作成の手續と公表	2
（4）計画の実績に関する評価	2

第2章 保険医療を取り巻く現状と課題

1 現 状	3
（1）医療費の動向	3
（2）病床数の状況	10
（3）病床利用率の状況	15
（4）平均在院日数の状況	15
（5）在宅死亡率の状況	17
（6）受療率の状況	17
（7）生活習慣病に分類される疾患の状況	18
（8）生活習慣病の予防の状況	22
2 課 題	23

第3章 計画の目標と取組み

1 基本理念	24
2 医療費適正化に向けた目標	25
（1）県民の健康の保持の推進に関する達成目標	25
（2）医療の効率的な提供の推進に関する達成目標	26
（3）適正化策の実施による医療費の見通し	26
3 目標達成に向けた施策	28
（1）県民の健康の保持の推進	28
（2）医療の効率的な提供の推進	30

第4章 計画の推進

1 計画の進行管理	3 5
（1）計画の進捗状況の把握	3 5
（2）中間評価	3 6
（3）実績評価	3 6
2 関係者の役割	3 6
（1）医療保険者	3 6
（2）医療機関・医療関係者	3 6
（3）事業者・企業	3 6
（4）行政機関	3 6

第1章 計画の策定に当たって

1 計画策定の背景と趣旨

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかし、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く環境が変化してきています。

特に、医療の高度化や急速な高齢化などにより医療費が増加する中で、国民の安全・安心の基盤である国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながらも、医療費の伸びの適正化を図ることが重要です。

このような背景を踏まえ、国においては平成18年6月に「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」や「医療費適正化の総合的な推進」などを旨とする医療制度改革関連法が成立し、その一環として医療費適正化計画（以下「計画」という）に関する制度が創設されました。

国民皆保険を将来にわたり持続可能なものとするためには、国民（県民）が負担可能な範囲で、経済財政運営とも均衡がとれるように医療費適正化の総合的な推進が必要です。

計画は、厚生労働大臣が定める「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下、「基本方針」という。）に沿って作成することとなっていますが、これによると、計画においては、政策の柱となる「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を定めるとともに、目標の達成を通じて、結果的に医療費の伸びの適正化が図られることを目指すものとなります。

また、基本方針において、「住民の健康の保持の推進」に関しては、若いときからの生活習慣病の予防対策を、「医療の効率的な提供の推進」に関しては、医療の必要性の低い高齢者が入院する療養病床を介護保険施設等に転換することを、それぞれの施策の中心に据えて、医療機関における入院期間の適正化を図ることが重要な政策として位置づけられています。

しかし、一方で、医療費の適正化を進めるに当たっては、「住民の生活の質の維持と向上を図る」ことが大前提であり、それを確保しつつ医療費の伸びを適正化していくためには、国、県、市町がそれぞれの立場で、地域の実情を十分踏まえた総合的な取組みを進めることが重要です。

以上のことを踏まえ、本計画は、国の基本方針に即しながらも、地域の実情に基づく本県独自の取組みも盛り込んだものとします。

2 計画の位置づけ

県が作成する医療費適正化計画については、高齢者の医療の確保に関する法律において、以下のとおり規定されています。

- (1) 計画期間 計画期間は5年とする。
(第1期計画は平成20年度から平成24年度まで)

(2) 計画に掲げる事項

- | | |
|---|--|
| 一 | 住民の健康の保持の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項 |
| 二 | 医療の効率的な提供の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項 |
| 三 | 第二号に掲げる目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項 |
| 四 | 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項 |
| 五 | 県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項 |
| 六 | 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項 |
| 七 | 計画の達成状況の評価に関する事項 |
| 八 | 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために県が必要と認める事項 |

(3) 計画の作成の手續と公表

県は、計画を定め、又はこれを変更しようとする時は、あらかじめ関係市町に協議しなければなりません。

県は、計画を定め、又はこれを変更した時は、遅滞なくこれを厚生労働大臣に提出するとともに、公表します。

(4) 計画の実績に関する評価

県は、県医療費適正化計画の期間終了年度の翌年度において、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、実績に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

第2章 保険医療を取り巻く現状と課題

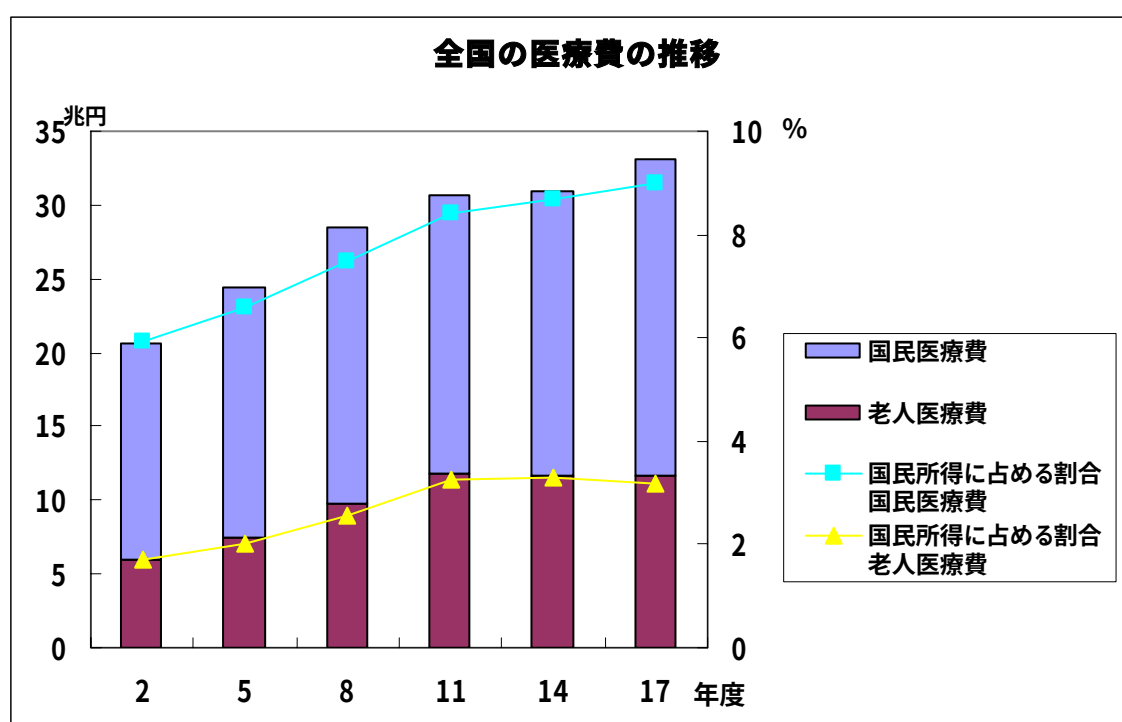
1 現 状

(1) 医療費の動向

ア 全国の医療費

平成17年度の国民医療費は約33兆1,289億円で、前年度の32兆1,111億円に比べて約1兆178億円、3.2%増加しています。

また、国民医療費の国民所得に対する割合は、9.01%となり、前年度に比べ、0.16ポイント増加しています。



全国の医療費の推移

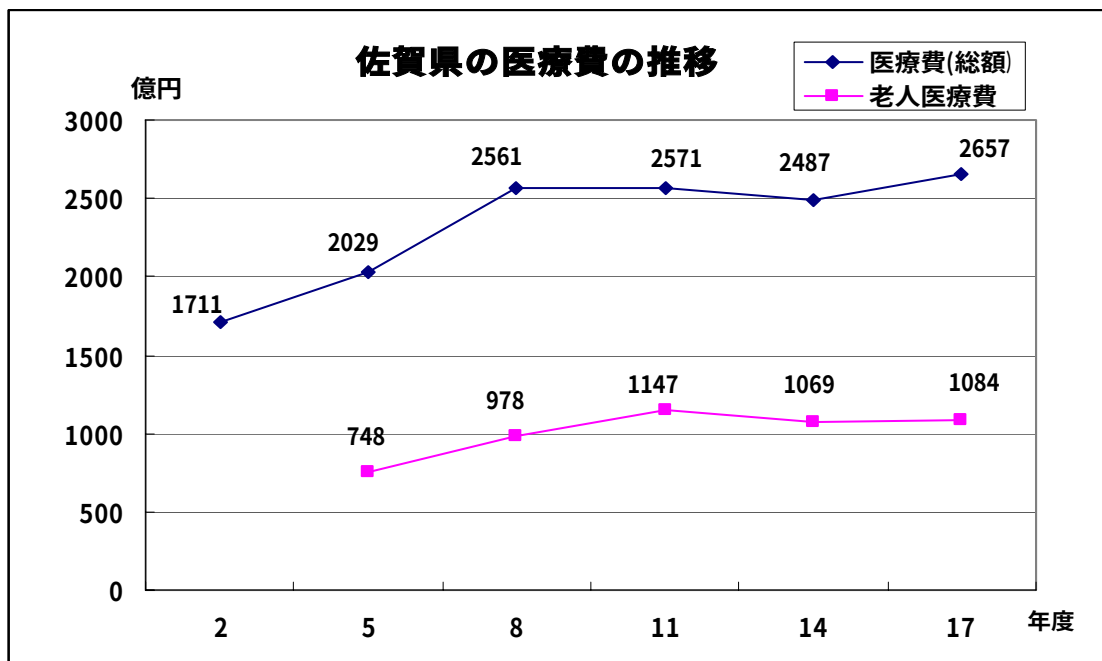
年 度	国民医療費		老人医療費		国民医療費に占める老人医療費の割合 (%)	国民所得に占める割合 (%)	
	金 額 (億円)	対前年度 増減率 (%)	金 額 (億円)	対前年度 増減率 (%)		国民医療費	老人医療費
2	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	5.92	1.70
5	243,631	3.8	74,511	7.4	30.6	6.60	2.02
8	284,542	5.6	97,232	9.1	34.2	7.48	2.55
11	307,019	3.8	118,040	8.4	38.4	8.43	3.24
14	309,507	△0.5	117,300	0.6	37.9	8.70	3.30
17	331,289	3.2	116,443	0.6	35.1	9.01	3.17

資料：「国民医療費」、「老人医療事業年報」

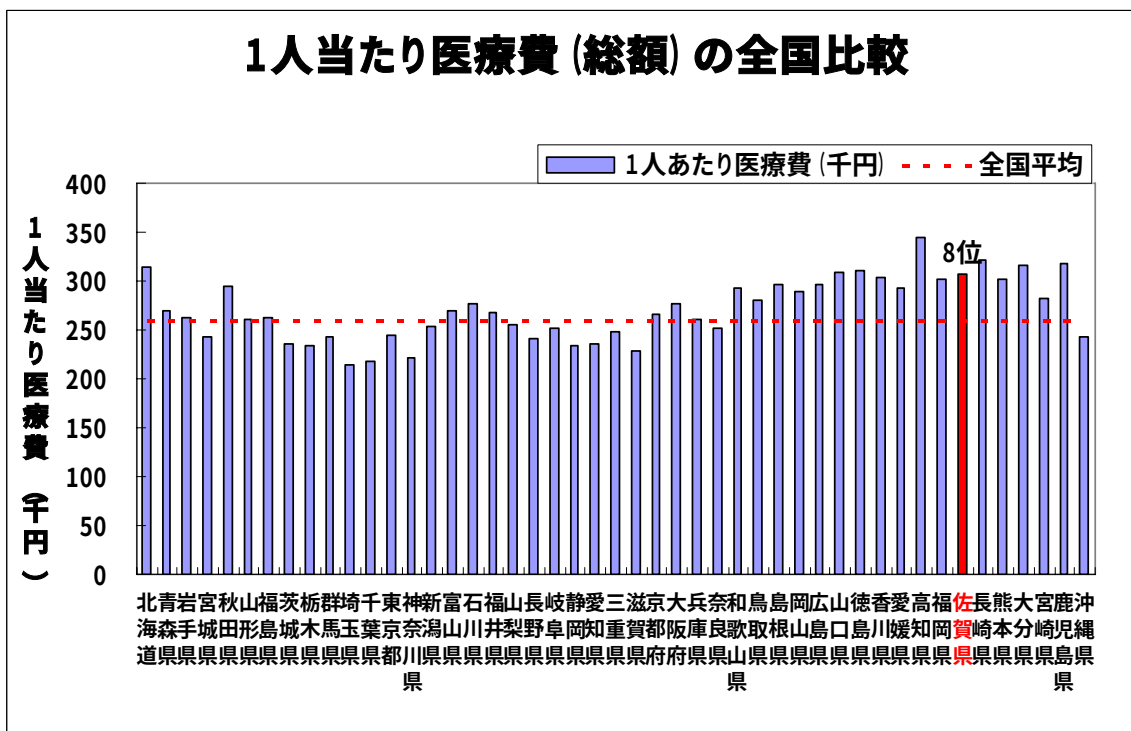
イ 佐賀県の医療費

本県の平成 17 年度の医療費は約 2,657 億円で、平成 14 年度の約 2,487 億円に比べて約 170 億円、6.8%増加しています。

また、1 人当たり医療費は 307 千円で、全国 8 位となっており、最も低い埼玉県と比べると、本県は約 1.4 倍となっています。



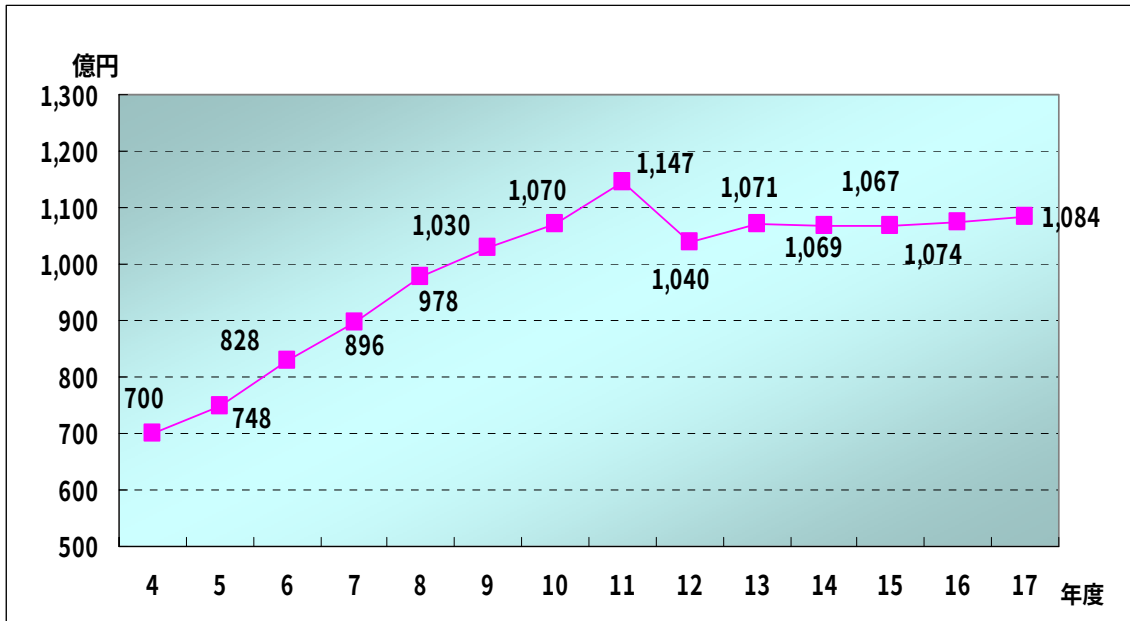
資料：厚生労働省「国民医療費」



資料：厚生労働省「国民医療費」（平成 17 年）

ウ 佐賀県の老人医療費（全国比較）

本県の医療費のうち、老人医療費の動向をみると、介護保険制度が施行された平成 12 年度を除き、ほぼ増加傾向にあり、平成 17 年度には 1,084 億円となっています。また、老人医療費が総医療費に占める割合は 40.8%で、全国平均の 35.1%と比べて高くなっています。



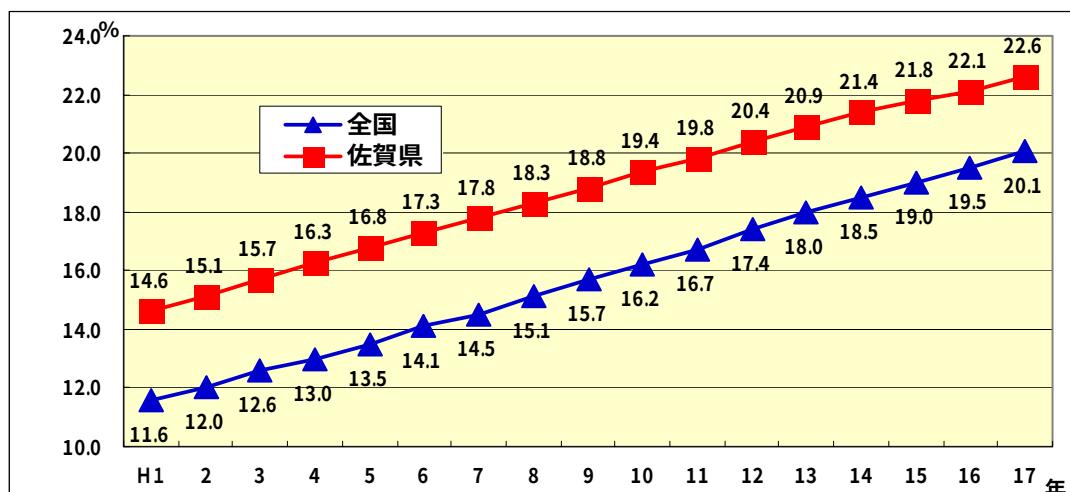
佐賀県の老人医療費の推移

	平成 8 年度	平成 11 年度	平成 14 年度	平成 17 年度
医療費（総額）	2,561 億円	2,571 億円	2,487 億円	2,657 億円
老人医療費	978 億円	1,147 億円	1,069 億円	1,084 億円
医療費（総額）に占める老人医療費の割合	38.2%	44.6%	43.0%	40.8%
一人当たり医療費	—	291 千円	285 千円	307 千円
一人当たり老人医療費	893 千円	941 千円	798 千円	915 千円

資料：厚生労働省「国民医療費」、「老人医療年報」

平成 17 年の本県の高齢化率（65 歳以上の高齢者人口の比率）は 22.6% となっており、全国平均と比較して約 5～6 年早く高齢化が進行していると言えます。

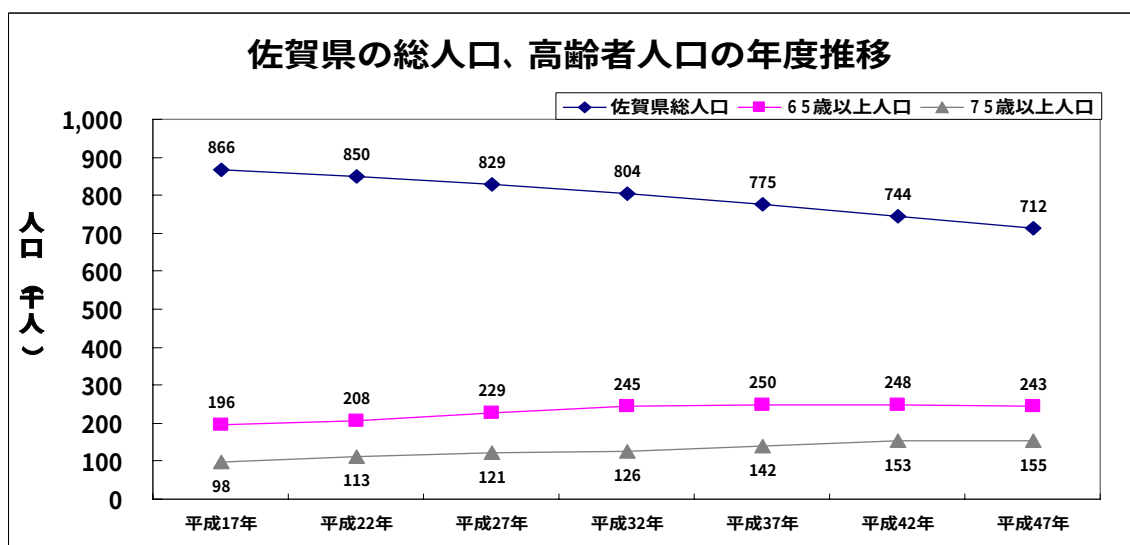
老人医療受給対象者の対人口比の年次推移



資料：総務省「人口推計（年報）」、県統計調査課「推計人口（年報）」

今後、本県の人口は年々減少し、平成 17 年（2005 年）の約 866 千人から平成 27 年（2015 年）には約 829 千人、平成 37 年（2025 年）には 775 千人と平成 17 年と比べると 10.5% 減少すると推計されていますが、65 歳以上の老年人口では平成 17 年の 196 千人から平成 37 年には 250 千人に、また 75 歳以上の後期高齢者人口で見ると平成 17 年の 98 千人から平成 37 年には 142 千人に増加すると予想されます。また、こうした高齢化の急速な進展に伴って、医療費全体に占める老人医療費の割合は今後も必然的に大きくなると予想されます。

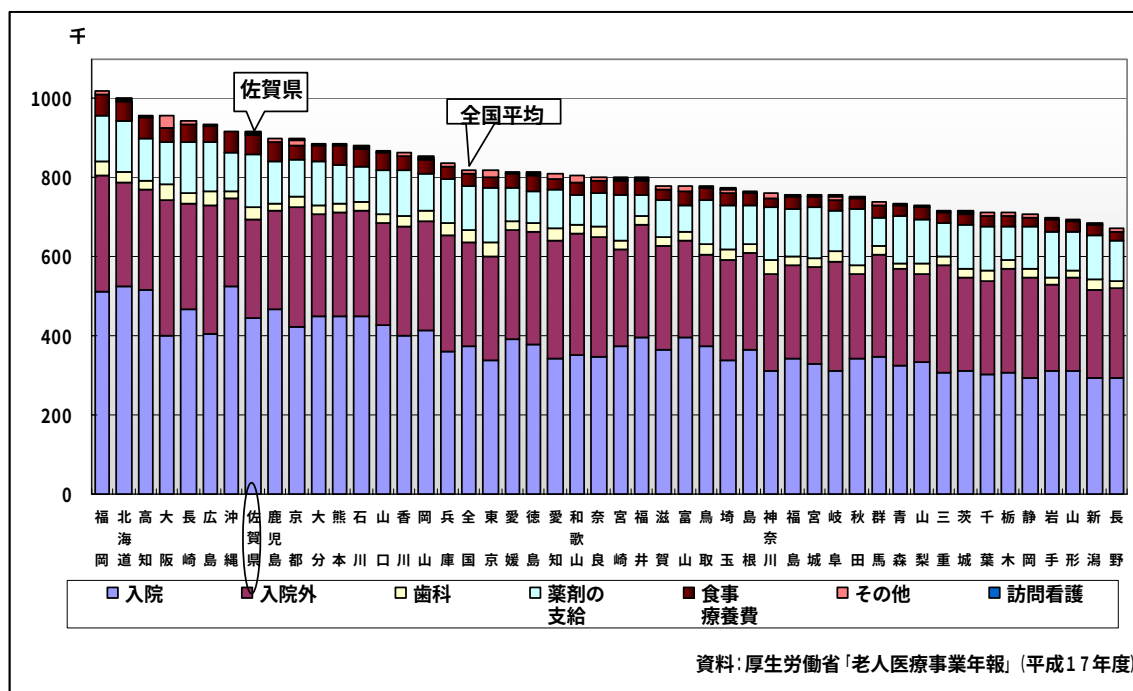
佐賀県の総人口、高齢者人口の年度推移



資料：総務省「平成 17 年国勢調査」、国立社会保障、人口問題研究所「都道府県別の将来推計人口」（平成 19 年推計）

本県の平成 17 年度の 1 人当たり老人医療費は 91 万 5,370 円で、全国 8 位となっており、前年度の 86 万 4,117 円に比べ 51,253 円、5.9%増加しています。1 人当たり老人医療費が一番低い長野県と比べると、本県は約 1.4 倍になっています。

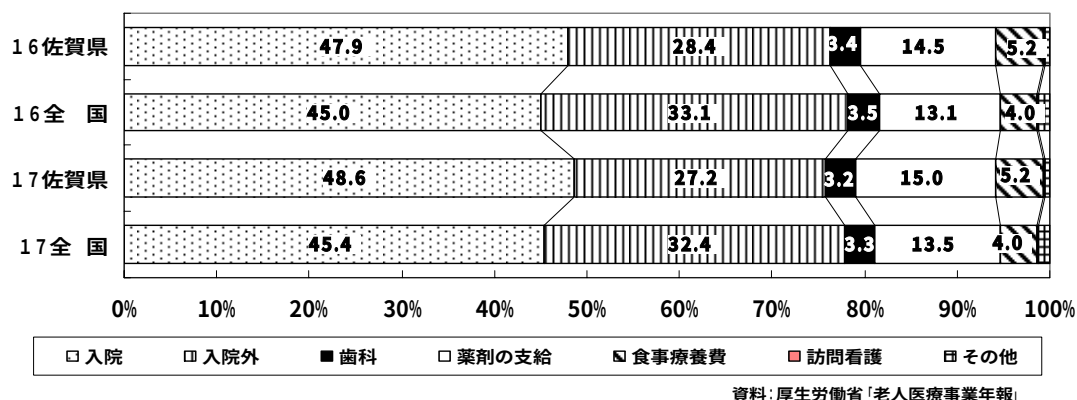
都道府県別一人当たり老人医療費 (平成 17 年度)



また、平成 17 年度の老人医療費構成を、入院診療費・入院外診療費・歯科診療費・薬剤の支給・食事療養費・その他と受療形態別に、全国平均と比較すると、入院診療費、薬剤の支給、食事療養費は全国よりも高く、入院外診療費、歯科診療費は全国より低くなっています。

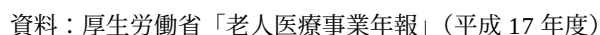
特に、入院診療費は 44 万 5,315 円で、全国平均の 37 万 2,932 円を大きく上回り、1 人当たり老人医療費が高くなる要因ともなっています。

老人医療費の構成比 (平成 16・17 年度)



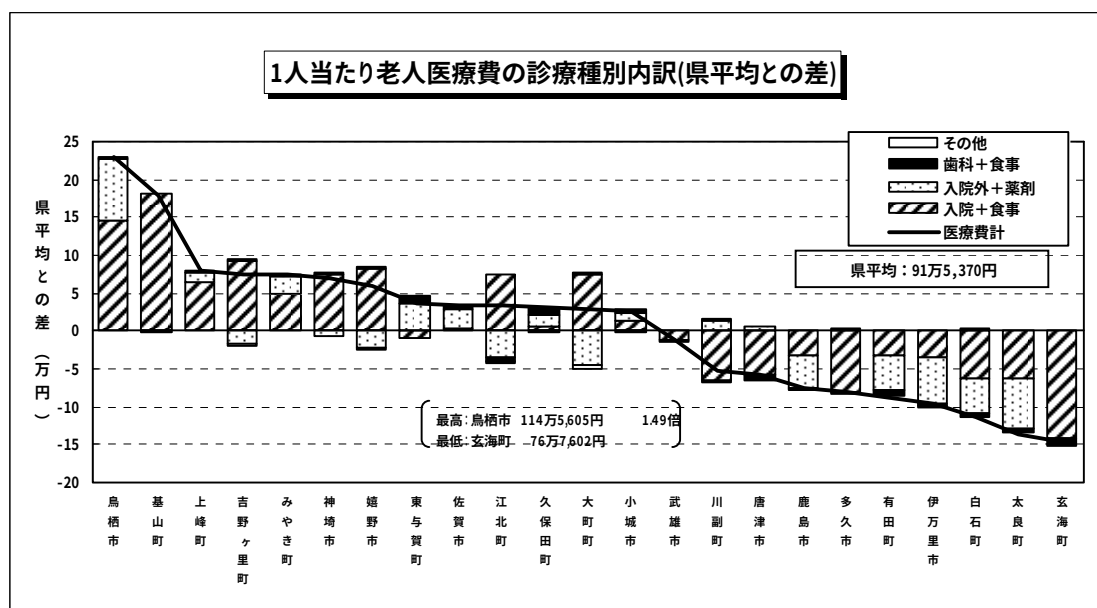
入 院 診療費	一人当たり 入院診療費		受診率 (百人当り件数)		1件当たり日数		1日当たり診療費	
	順 位	実数 (千円)	順 位	実数	順 位	実数 (日)	順 位	実数(千円)
全 国		372.93		86.99		18.96		22.61
佐賀県	10	445.32	9	114.39	7	20.3	45	19.18

今回の第1期医療費適正化計画では、平均在院日数（入院期間の長さ）の適正化が課題とされていますが、1件当たりの日数（老人分）の各県比較は次のとおりとなっています。



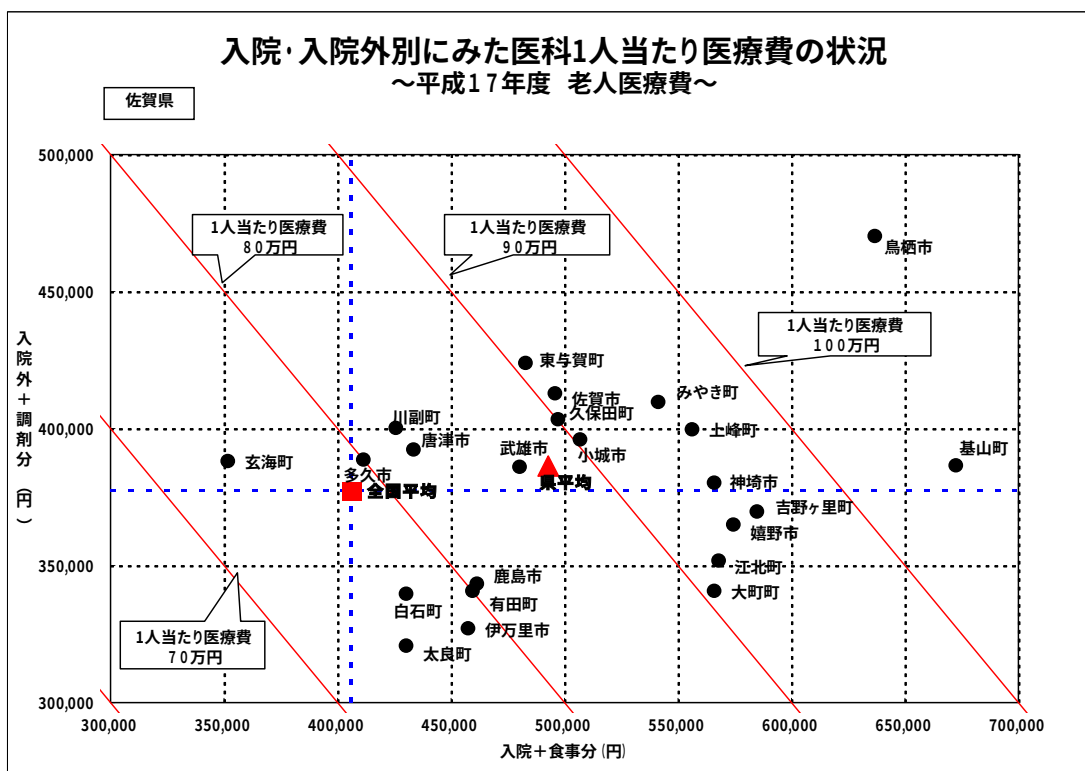
本県の医療費の中で大きな割合を占める老人医療費の県内の地域格差をみると、1人当たり老人医療費が最も高いのは、鳥栖市の114万5,605円で、次いで基山町、上峰町、吉野ヶ里町、みやき町となっており、県の東部が比較的高い傾向にあります。最も低いのは、玄海町の76万7,602円で、次いで太

良町、白石町、伊万里市、有田町の順になっており、鳥栖市は一人当たり老人医療費が最も低い玄海町と比べると約 1.5 倍となっています。



資料：厚生労働省「老人医療事業年報」（平成 17 年度）

また、入院と入院外別にみると、入院診療費と食事療養費を併せた入院医療費は玄海町を除く全ての市町で全国平均を上回っており、入院医療費が高いことが佐賀県の老人医療費の特徴となっています。



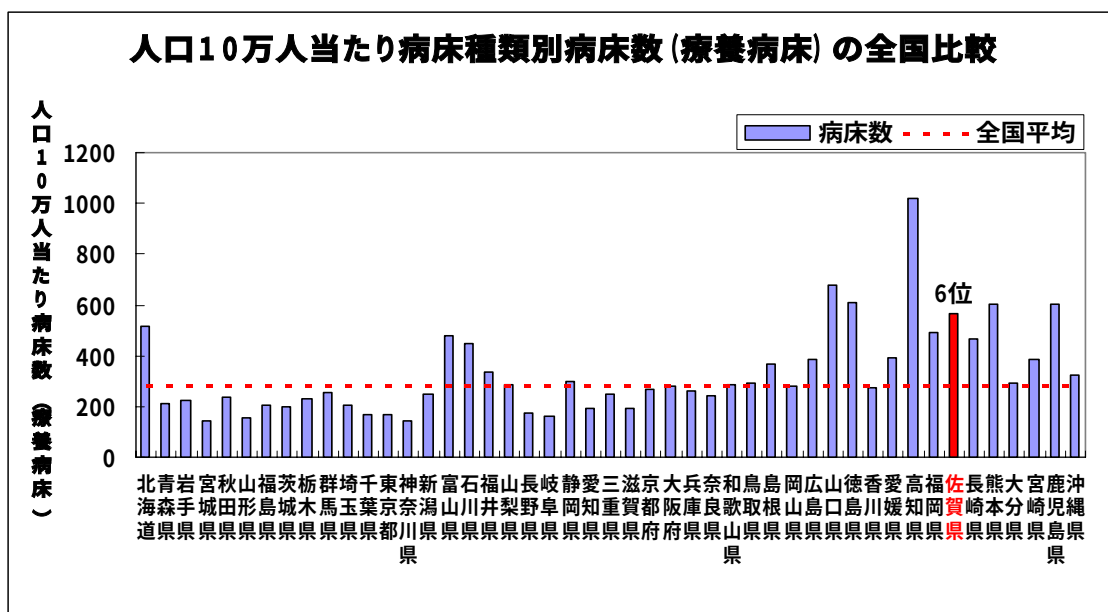
資料：厚生労働省「老人医療事業年報」（平成 17 年度）

(2) 病床数の状況

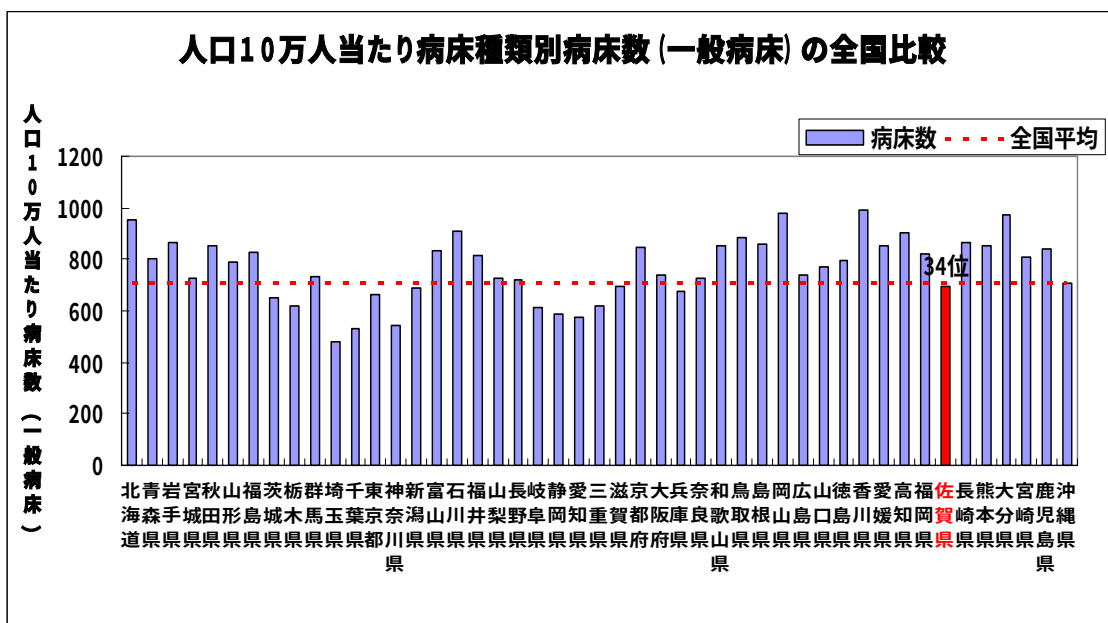
医療費の地域差の要因の一つに、人口当たりの病床数がありますが、本県では次のような状況になっています。

ア 全般的な状況

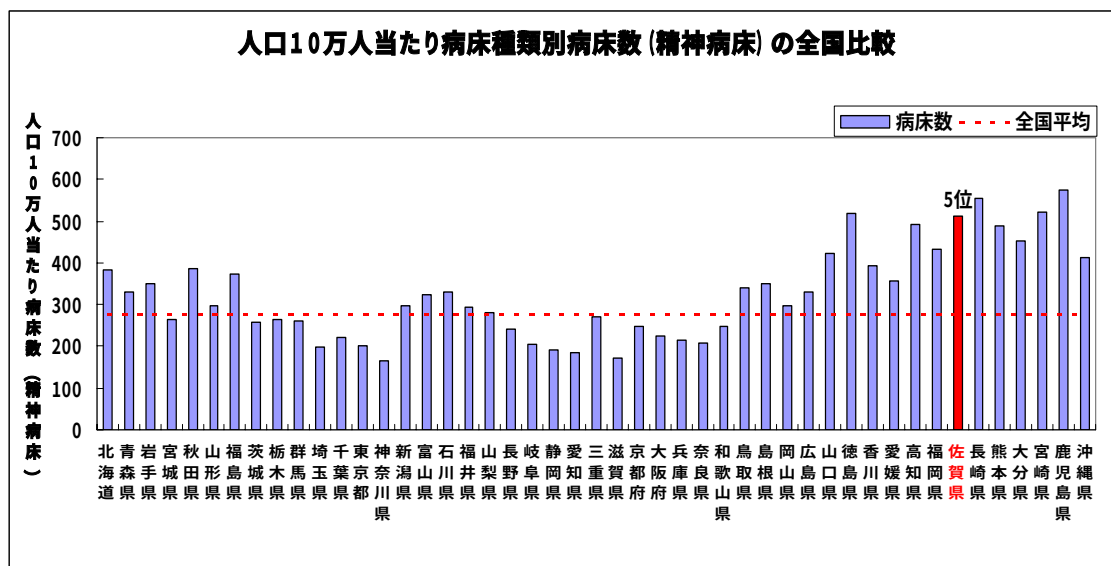
人口 10 万人当たりの病床数は、一般病床が 695.1 床で、全国平均の 707.7 床より少なく、全国 34 位となっていますが、療養病床は 564.3 床で、全国平均 281.2 床の約 2 倍、精神病床も 512.8 床で、全国平均 277.3 床の約 1.8 倍と多くなっています。



資料：厚生労働省「医療施設調査」（平成 17 年）

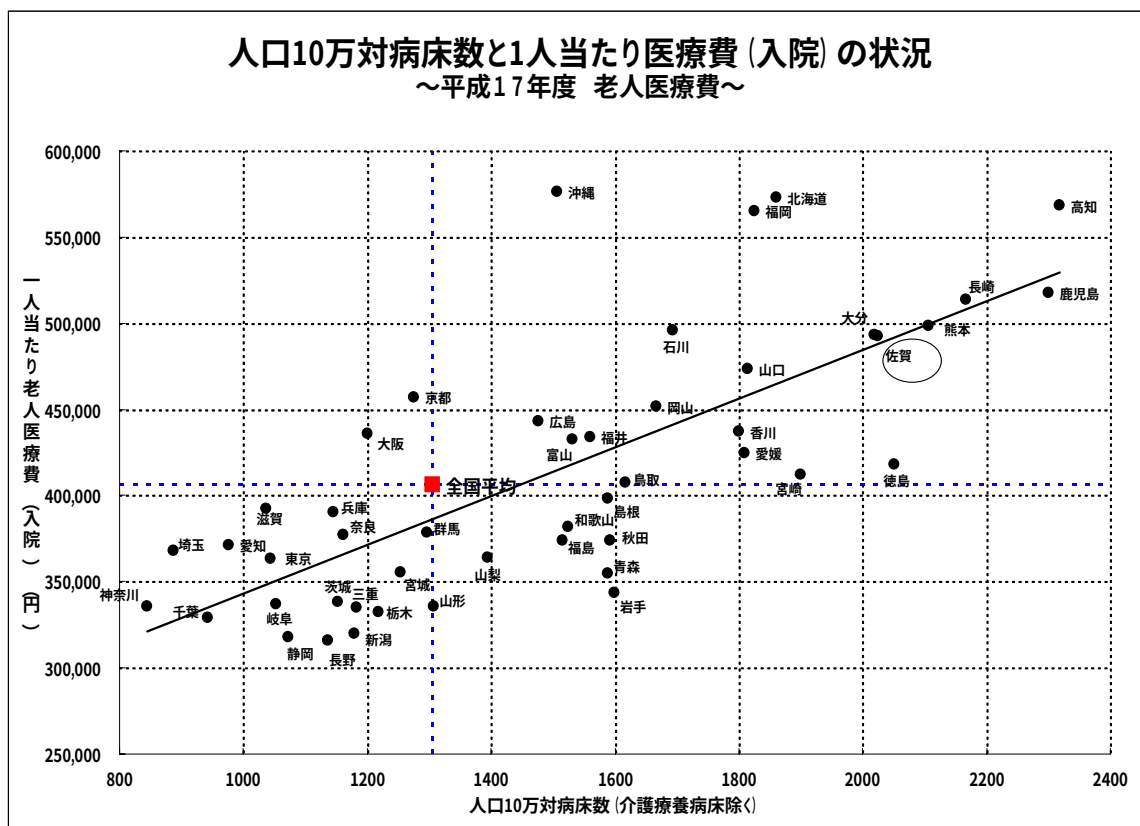


資料：厚生労働省「医療施設調査」（平成 17 年）



資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成 17 年)

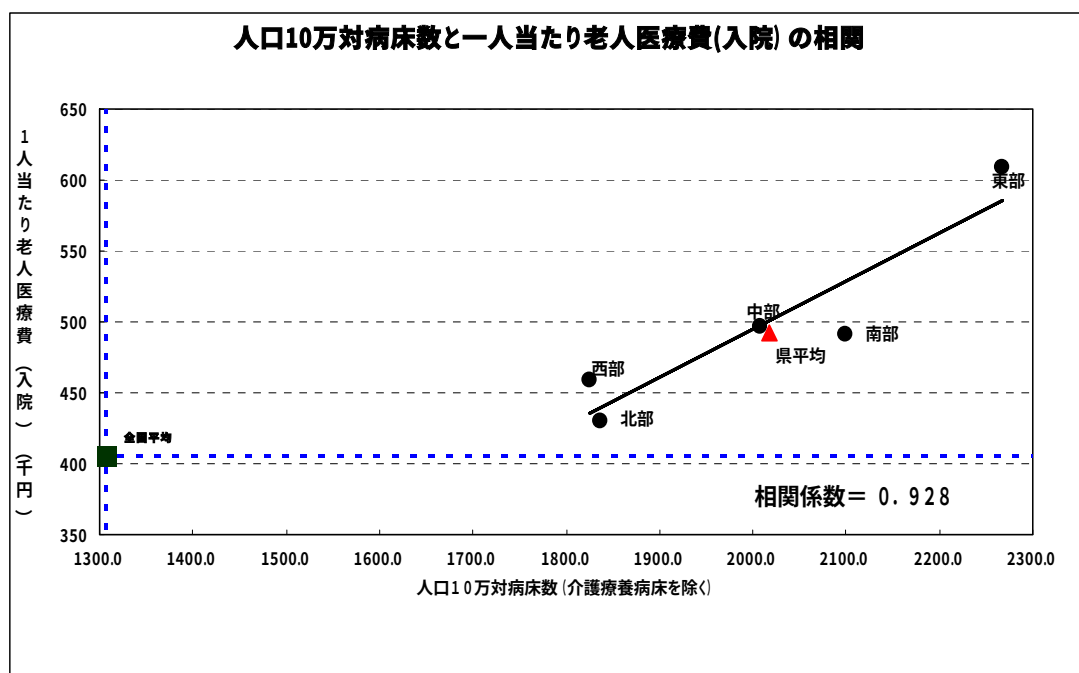
人口 10 万人当たりの病床数の多寡と 1 人当たり老人医療費(入院)とは正の相関関係があると言われており、本県は全国平均に比べて、人口 10 万人当たりの病床数と 1 人当たり老人医療費ともに高くなっています。



資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成 17 年)、「介護サービス施設・事業所調査」(平成 17 年)、「老人医療事業年報」(平成 17 年度)

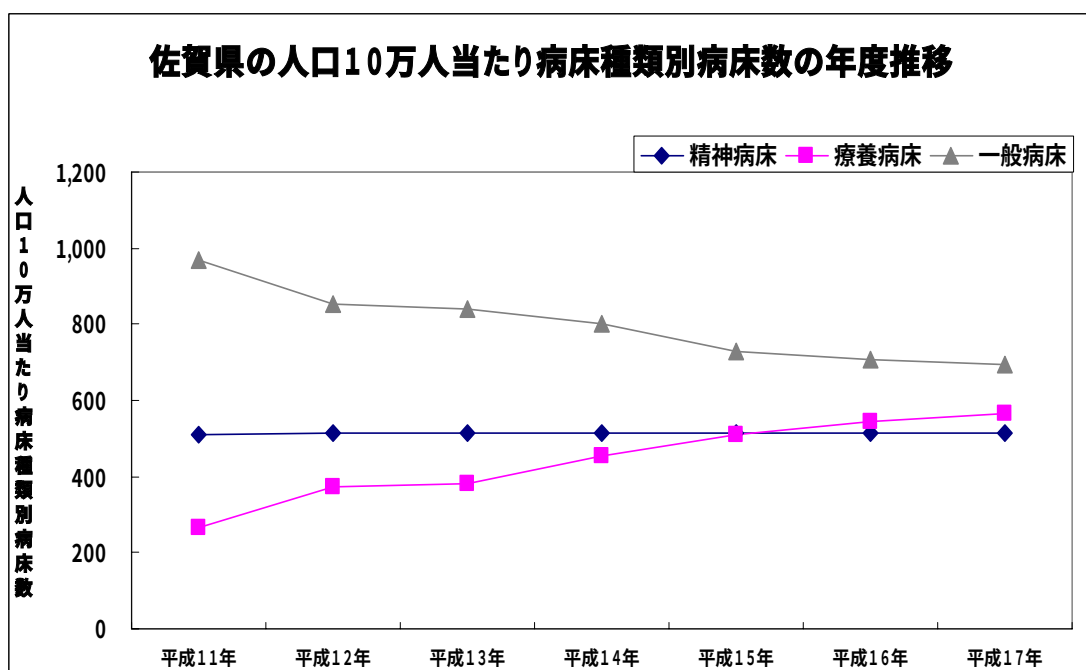
※病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設を減じたものである。

また、人口 10 万人当たりの病床数を県内の二次医療圏域ごとにみると、東部医療圏が県平均と比べ高くなっており、1 人当たり老人医療費との正の相関関係を示しています。



資料：厚生労働省「医療施設調査」・「介護サービス施設・事業所調査」(平成 17 年)、
「老人医療事業年報」(平成 17 年度)

なお、過去の病床種類別の病床数の推移をみると、一般病床は減少傾向、精神病床はほぼ横ばいですが、療養病床は増加傾向にあります。



資料：厚生労働省「医療施設調査」・「病院報告」(平成 17 年)

イ 療養病床の状況

本県における平成 18 年 10 月 1 日時点での療養病床の病床数は、次のとおりとなっています。

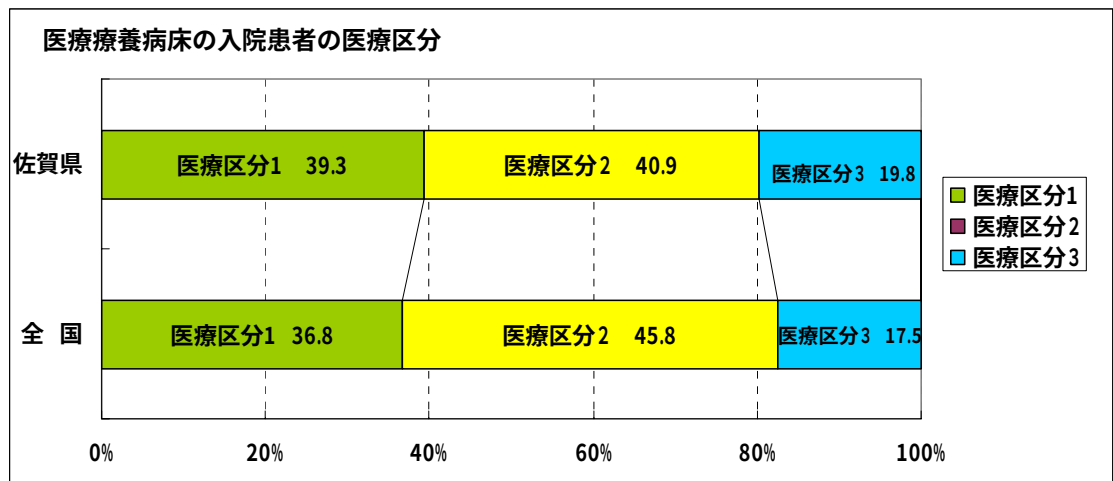
療養病床の病床数（平成 18 年 10 月 1 日時点）

区 分	病床数
医療療養病床（医療保険適用）	3,407 床
介護療養病床（介護保険適用）	1,525 床
合 計	4,932 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。

資料：「医療施設調査（平成 18 年 10 月末概数）」及び
「病院報告」を基に厚生労働省保険局にて算出

平成 18 年 10 月に実施した「療養病床転換意向等アンケート調査」（回答率 91.8%）によると、医療療養病床の入院患者の医療区分の分布状況は、全国と佐賀県にあまり差は認められず、医療の必要性が比較的高い医療区分 2・3 の患者が約 6 割を占める一方で、医療の必要性が比較的低い医療区分 1 の患者の割合は約 4 割となっています。



資料：佐賀県健康福祉本部長寿社会課「療養病床転換意向等アンケート調査」（平成 18 年 10 月実施）

また、医療療養病床の入院患者の医療区分と日常生活動作（ADL）の分布状況をみると、医療区分1・ADL区分1の患者が21.9%で最も多く、次いで医療区分2・ADL区分2の患者が14.8%、医療区分2・ADL区分3の患者が14.4%となっています。

医療区分とADL区分の組み合わせ（医療療養病床）

	ADL 区分 1	ADL 区分 2	ADL 区分 3	合計
医療区分 1	648 人 (21.9%)	295 人 (10.0%)	219 人 (7.4%)	1,162 人 (39.3%)
医療区分 2	346 人 (11.7%)	438 人 (14.8%)	427 人 (14.4%)	1,211 人 (40.9%)
医療区分 3	113 人 (3.8%)	123 人 (4.2%)	350 人 (11.8%)	586 人 (19.8%)
合計	1,107 人 (37.4%)	856 人 (28.9%)	996 人 (33.7%)	2,959 人 (100.0%)

資料：佐賀県健康福祉本部長寿社会課「療養病床転換意向等アンケート調査」（平成 18 年 10 月実施）

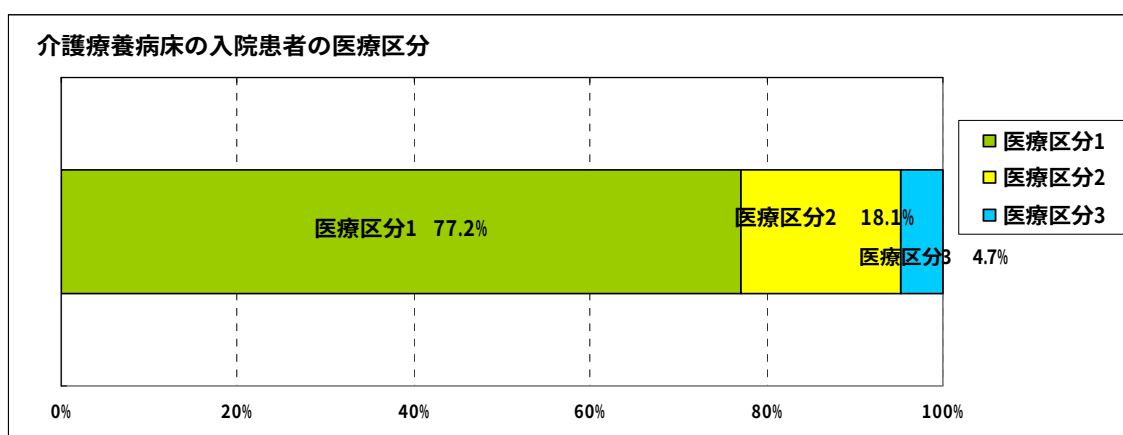
※医療区分

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です。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3に分類されます。

※ADL区分

医療区分と同様、療養病床の入院基本料の算定に使用される区分です。食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動である「日常生活動作（ADL）」の状態に応じて、区分1から3に分類されます。

なお、平成 19 年 8 月に実施した「療養病床転換意向等アンケート調査」（回答率：92.1%）によると、介護療養病床における医療区分の分布状況は、医療の必要性の低い医療区分1の患者が77.2%となっています。

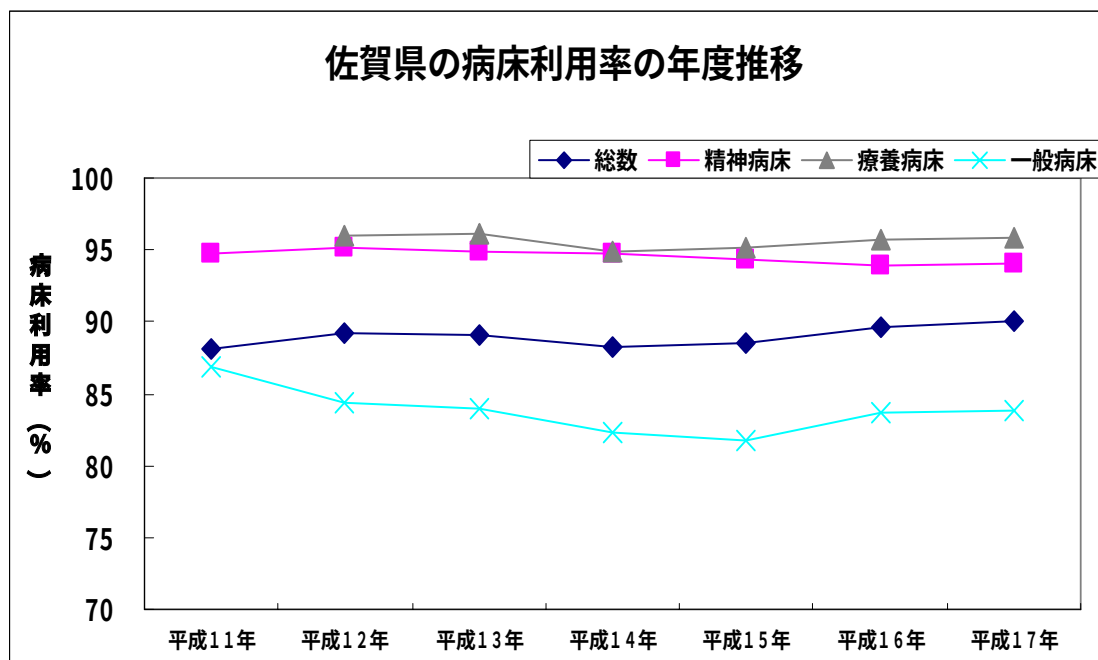


資料：佐賀県健康福祉本部長寿社会課「療養病床転換意向等アンケート調査」（平成 19 年 8 月実施）

(3) 病床利用率の状況

本県の平成 17 年の病床利用率は、一般病床が 83.8%（全国 79.4%）、療養病床 95.8%（全国 93.4%）、精神病床 94.0%（全国 91.7%）となっており、いずれも全国平均をやや上回っています。

また、病床利用率の推移をみると、ここ数年精神病床は横ばい、一般病床及び療養病床は緩やかに増加しています。



資料：厚生労働省「病院報告」（平成 17 年）

(4) 平均在院日数の状況

本県の平成 17 年の平均在院日数は 53.9 日で、全国平均の 35.7 日に比べて 18.2 日、最短の長野県の 27.3 日と比べると 26.6 日長くなっており、全国 2 位となっています。

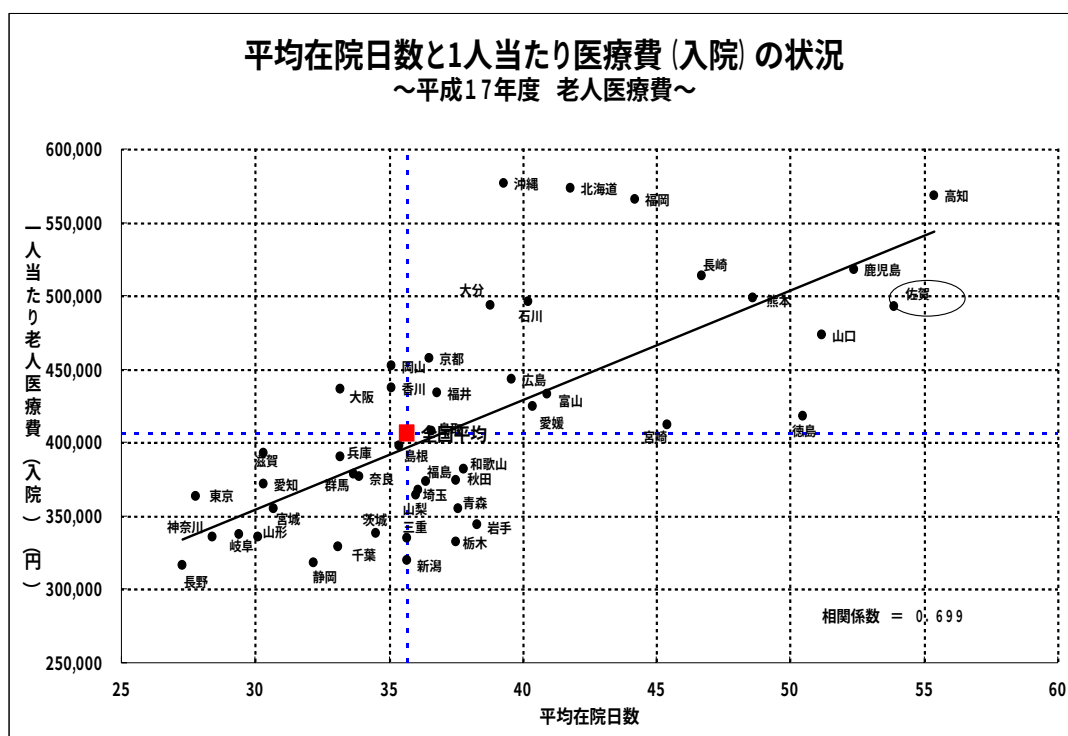
この主な原因としては、平均在院日数が一般病床よりも長い療養病床や精神病床が、他県に比べて多いことにありと考えられます。

病床の種別ごとでみると、療養病床は全国平均と比べて短くなっていますが、一般病床と精神病床は全国平均と比べて長くなっており、特に精神病床の平均在院日数は 397.1 日で、全国平均と比べて 69.9 日長くなっています。

	佐賀県	全国平均	長野県
総 数	53.9 日	35.7 日	27.3 日
一般病床	22.9 日	19.8 日	17.5 日
療養病床	148.3 日	172.8 日	99.7 日
精神病床	397.1 日	327.2 日	263.6 日

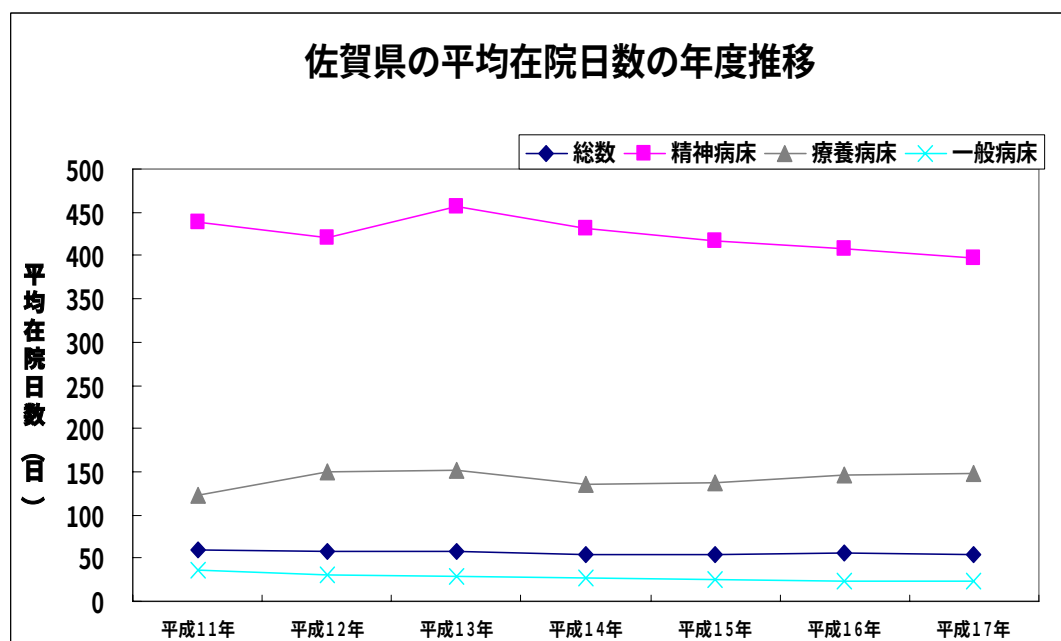
資料：厚生労働省「医療施設調査」・「病院報告」（平成 17 年）

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)とは、正の相関関係があり、本県は平均在院日数及び1人当たり老人医療費(入院)ともに全国平均より高くなっています。



資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成17年)、「老人医療事業年報」(平成17年度)

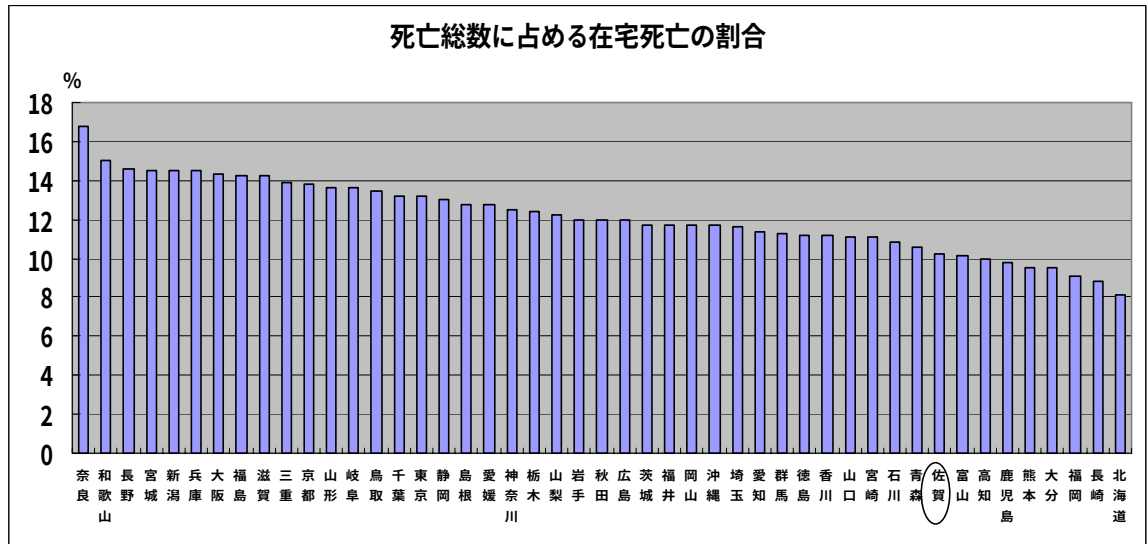
また、平均在院日数の病床種類別の推移では、精神病床は低下傾向にありますが、療養病床や一般病床は、ほぼ横ばいの状況になっています。



資料：厚生労働省「病院報告」(平成17年)

(5) 在宅死亡率の状況

本県における在宅死亡割合は 10.2%（全国平均 12.2%）で、全国で 9 番目に低くなっています。

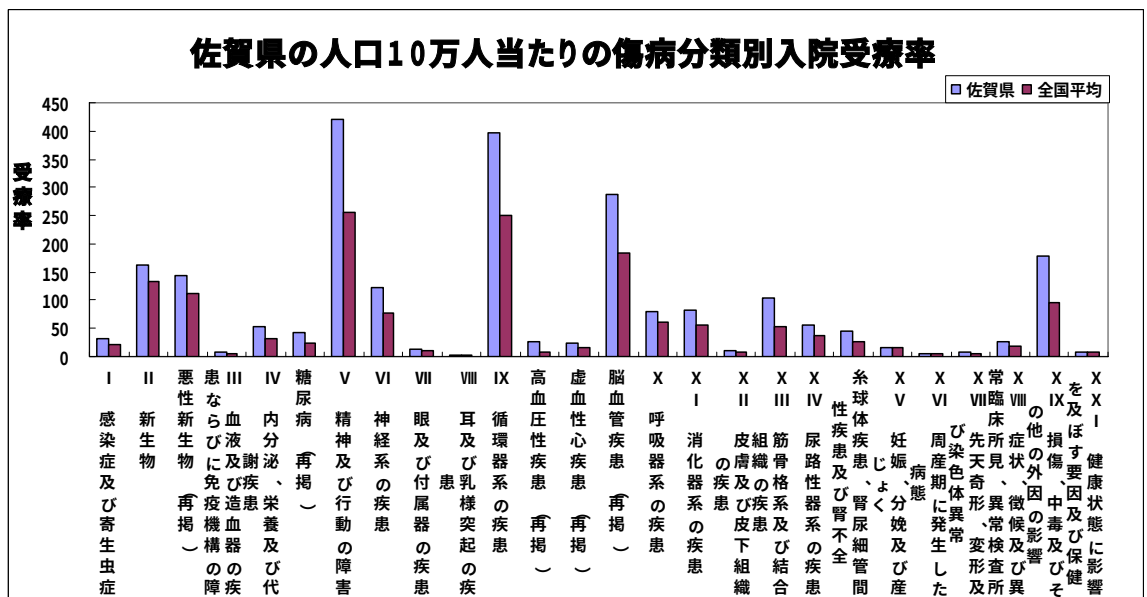


資料：厚生労働省「人口動態調査」（平成 17 年）

(6) 受療率の状況

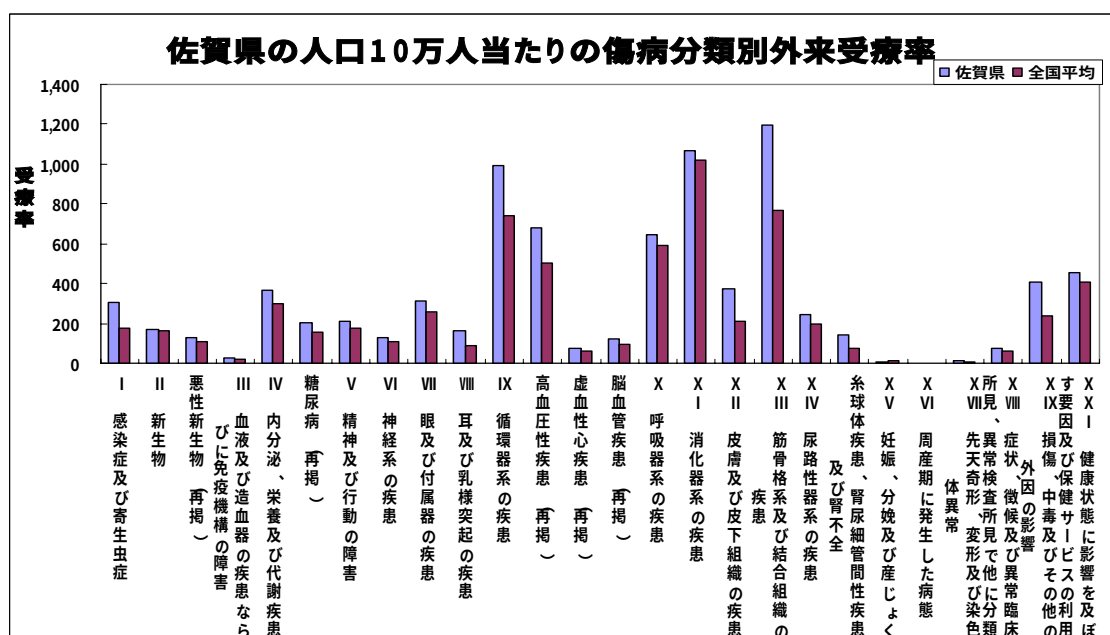
受療率と医療費とは正の相関関係があると言われてしていますが、本県の人口 10 万人あたりの傷病分類別受療率をみると、入院・入院外ともに、ほとんどの疾患において全国を上回っています。

本県の人口 10 万人あたりの傷病分類別入院受療率をみると、高いほうから「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「新生物」、「神経系の疾患」の順となっています。



資料：厚生労働省「患者調査」（平成 17 年）

また、人口 10 万人当たりの傷病分類別外来受療率をみると、高いほうから、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の順となっています。

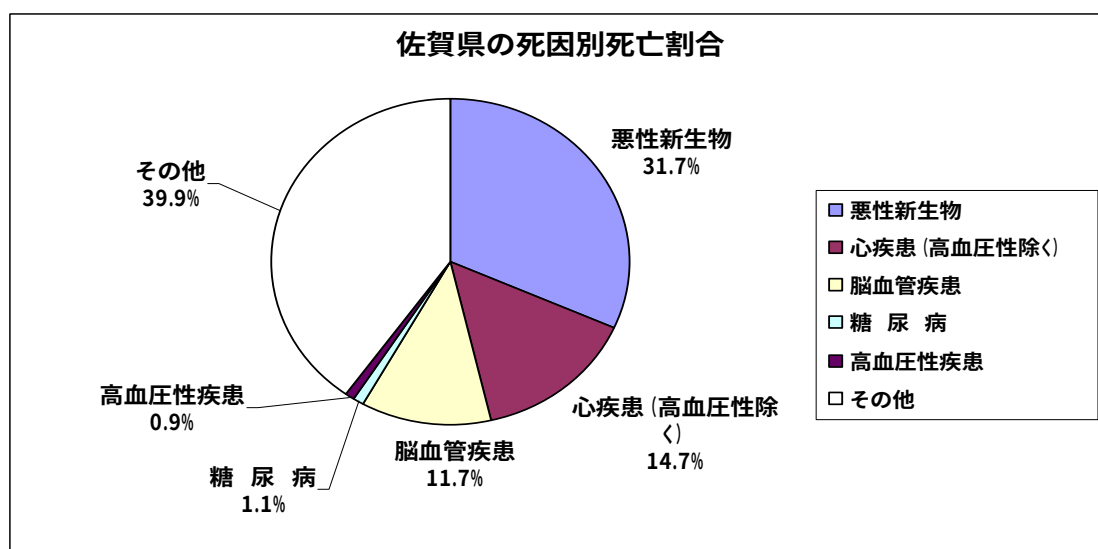


資料：厚生労働省「患者調査」（平成 17 年）

（７）生活習慣病に分類される疾患の状況

ア 死因別死亡割合

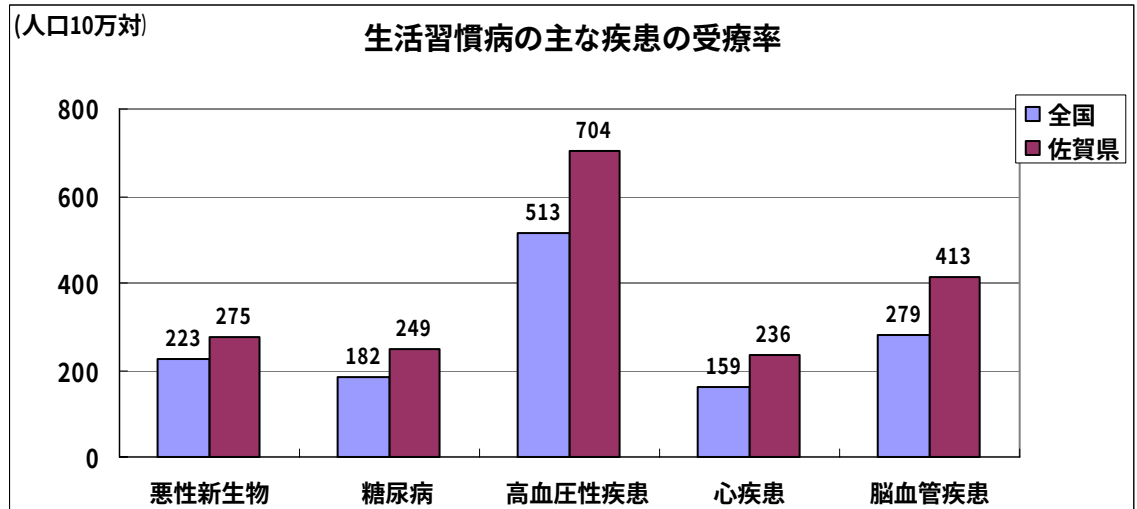
本県の平成 17 年の死因別死亡割合をみると、1 位が悪性新生物（31.7%）、2 位が心疾患（14.7%）、3 位が脳血管疾患（11.7%）となっており、生活習慣病の割合が全体の約 6 割を占めています。



資料：厚生労働省「人口動態調査」（平成 17 年）

イ 生活習慣病の主な疾患の受療率

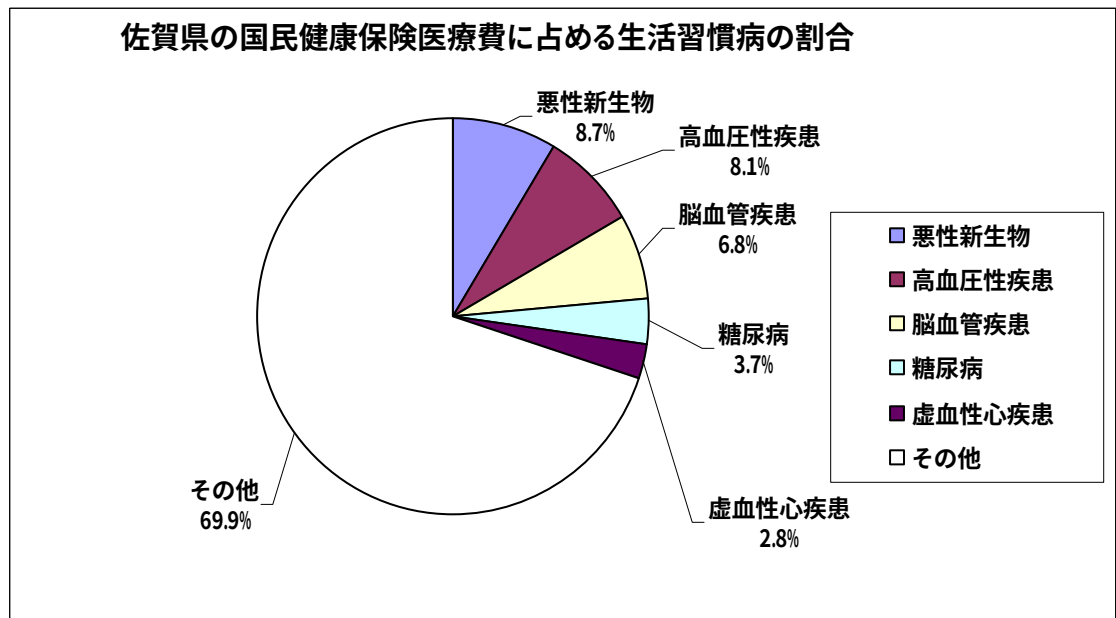
本県の生活習慣病の患者数を、受療率（人口 10 万人当たりの患者数）で見ると、すべての疾患で全国平均を上回っています。特に、糖尿病の受療率は、全国 6 位と高位になっています。



資料：厚生労働省「患者調査」（平成 17 年）

ウ 疾病別の医療費の割合

本県の平成 19 年 5 月の国民健康保険における疾病別の医療費の割合をみると、悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管疾患など、生活習慣病に分類される疾病が医療費総額の約 3 割を占めています。



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療費分析データ（平成 19 年 5 月診療分）」

エ 1人当たり医療費

本県の平成19年5月の国民健康保険における疾病別費用額をみると、1人当たりの医療費が高い疾病は、高血圧性疾患、統合失調症等、腎不全、脳梗塞、糖尿病の順となっています。また、1件当たりの費用が高い疾病は腎不全、白血病、妊娠及び胎児発育に関連する障害、くも膜下出血、悪性リンパ腫の順となっており、生活習慣病に関連の深い疾病が上位を占めています。

佐賀県の国民健康保険医療費の上位を占める疾病（平成19年5月診療分）

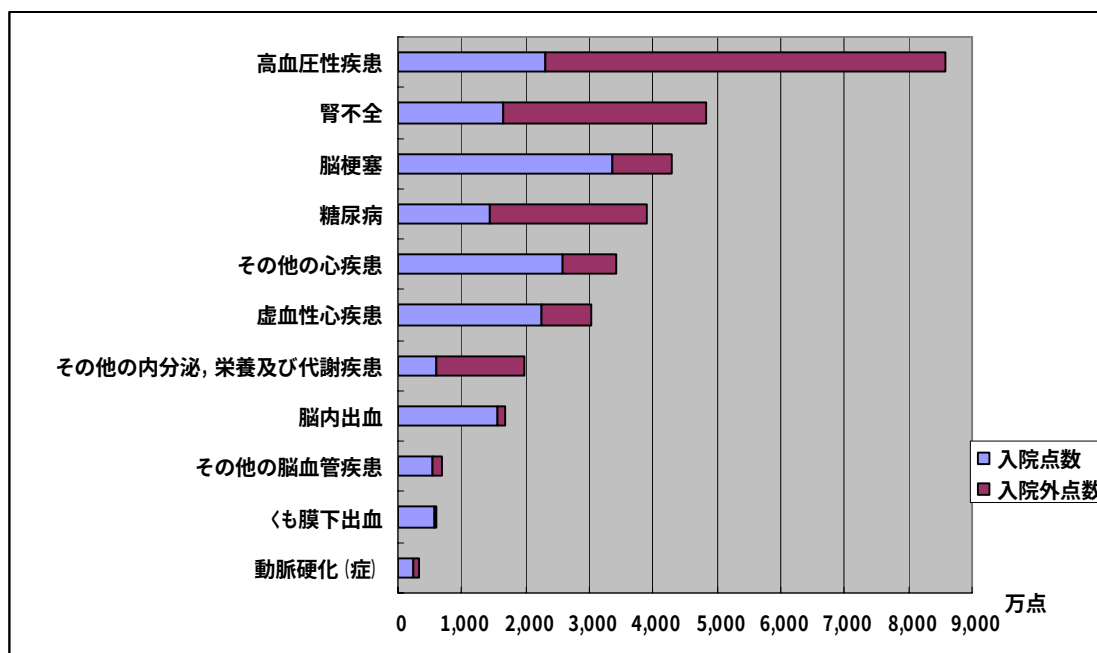
(円)		(円)	
疾 病 名	一人あたり医療費	疾病名	一件当たり医療費
高血圧性疾患	2,593	腎不全	346,155
統合失調症等	1,695	白血病	238,900
腎不全	1,459	妊娠及び胎児発育に関連する障害	237,949
脳梗塞	1,295	くも膜下出血	235,570
糖尿病	1,176	悪性リンパ腫	216,651
骨折	1,138	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	195,389
その他の心疾患	1,034	肺炎	189,892
歯肉炎及び歯周疾患	980	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	188,927
虚血性心疾患	915	肝及び肝内胆管の悪性新生物	158,429
その他の消化器系の疾患	872	脳内出血	147,397

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療費分析データ」

オ 疾病別の医療費

生活習慣病と関連が大きいとされる疾病の国民健康保険医療費の点数は、次のとおりです。点数が高い方から高血圧性疾患、腎不全、脳梗塞の順になっており、それに続いて、糖尿病、その他の心疾患、虚血性心疾患の医療費が高くなっています。

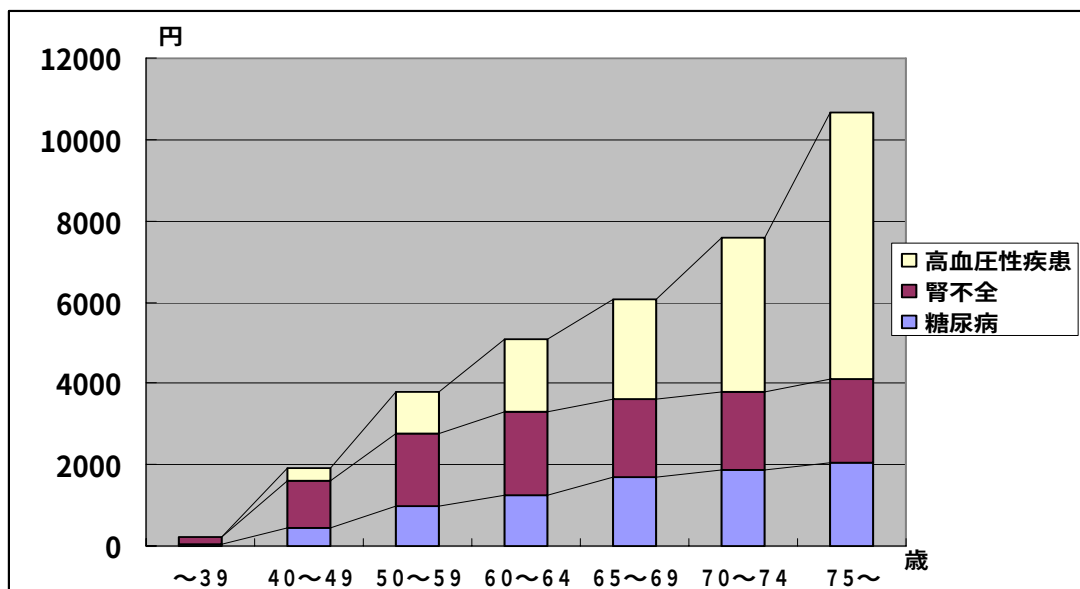
生活習慣病との関連が深い疾病の国民健康保険医療費の点数（平成 19 年 5 月診療分）



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療費分析データ」（平成 19 年 5 月診療分）

このうち、外来医療費が高い高血圧性疾患、腎不全、糖尿病の3疾患について、被保険者1人当たり医療費の年齢階層ごとの変化をみると年齢が高くなるにつれて医療費が増加しており、とりわけ40歳代、50歳代において急増しています。

被保険者一人当たり国民健康保険医療費の年齢階層毎の変化（平成19年5月診療分）



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療費分析データ（平成19年5月診療分）」

（8）生活習慣病の予防の状況

本県の国民健康保険医療費の約3割、死因の約6割を生活習慣病が占めており、生活習慣病の予防が医療費の適正化に向けた大きなポイントになります。

生活習慣病は、不健康な生活習慣（不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰等）の継続によって発症しますが、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及びその予備群と考えられる者を合わせた割合は、男性が36.4%、女性が20.0%となっています。

平成18年度の40～74歳におけるメタボリックシンドロームの本県における該当者数は約5万3,000人（うち男性3万3,000人、女性2万人）、予備群者数は約5万4,000人（うち男性3万4,000人、女性2万人）、合わせて約10万7,000人（うち男性6万7,000人、女性4万人）と推定されます。

※ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を併せもった状態のことをいいます。

2 課 題

○ 医療費(老人医療費)

- ・ 本県の1人当たり医療費は、全国8位(平成17年)と高くなっていますが、これは高齢化の進行などに伴う入院日数の長期化や受診率が高いことが原因と考えられます。
- ・ 本県は全国平均と比べ約5～6年早く高齢化が進行しており、今後とも、高齢化の進行に伴い医療費が増加することが予測されることから、高齢者の生活の質の維持・向上を確保しつつ老人医療費の伸びを適正化するための対策が急務となっています。

○ 病床数・平均在院日数

- ・ 本県の人口10万人対病床数は、長期入院患者が多い療養病床が全国6位、精神病床が5位(平成17年)となっています。
- ・ 本県の平均在院日数は53.9日(平成17年)で、全国2位となっています。
- ・ 本県における在宅死亡の割合は10.2%(平成17年)で、全国で9番目に低くなっています。
- ・ 病床数や平均在院日数と、1人当たり医療費(老人医療費)とは高い相関関係があることから、今後、在宅医療や地域ケア体制の整備を進めることにより、平均在院日数の適正化を図ることが必要です。
- ・ また、精神保健医療においても、社会的自立支援・リハビリテーション等の促進に努める必要があります。

○ 生活習慣病

- ・ 生活習慣病は、本県の国民健康保険でみると医療費の約3割(平成19年5月診療分)を占めており、また厚生労働省の「人口動態調査」によると死因割合では約6割(平成17年)を占めています。
- ・ 受療率をみると、悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患のいずれの疾患においても、全国平均を上回っており、糖尿病の受療率は全国6位(平成17年)となっています。
- ・ 今後、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防対策を進めていくことが必要となっています。

第3章 計画の目標と取組み

1 基本理念

県民の生活の質の維持と向上を図ること

医療費適正化のための具体的な取組みは、今後の県民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めざすことです。

超高齢社会の到来に対応すること

現在、全国で約1,300万人と推計される75歳以上の人口は、平成37年には約2,200万人に近づくと推計されており、これに伴って現在国民医療費の約3分の1を占める老人医療費が約半分を占めるまでになると予想されています。

佐賀県も、今後いわゆる団塊の世代層が高齢者となる中で高齢化はさらに進行し、75歳以上の人口は、平成17年現在、98,000人ですが、平成37年には約142,000人まで増加すると予想され、それに伴い老人医療費の高い伸びが予想されます。

このように、超高齢社会の到来が現実のものとなりつつある中で、医療費適正化のための取組みは、結果的に老人医療費を中長期にわたって適正化することを目指すものです。

2 医療費適正化に向けた目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する達成目標

平成27年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を平成20年度と比べて25%減少させるという基本方針を念頭に置き、平成24年度において達成すべき目標を次のように設定します。

目標項目	目標値
① 特定健康診査の実施率 ※1	70%
② 特定保健指導の実施率 ※2	45%
③ メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	10%

※1 特定健康診査（以下「特定健診」という）

糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする対象者を的確に抽出するための健康診査

※2 特定保健指導

糖尿病等の生活習慣病の予備群の者に対して、自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自ら導きだせるように支援すること

（出典：「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」）

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

「医療の効率的な提供の推進」に関する平成24年度の目標値として、次の目標を設定します。

これらの目標値については、平成22年度の間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行います。

目標項目	目標値	摘 要
①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)	3,385床	国の基本方針に示された参酌標準の考え方を基本としつつ、本県の地域実情を踏まえて算定。 (参考) 平成18年10月現在の療養病床数(回復期リハを除く)は4,932床
②平均在院日数	40.6日	平成18年の病院報告における本県の平均在院日数(介護療養病床を除く)48.5日から、最短の長野県との差の1/3の日数を減じたものの。

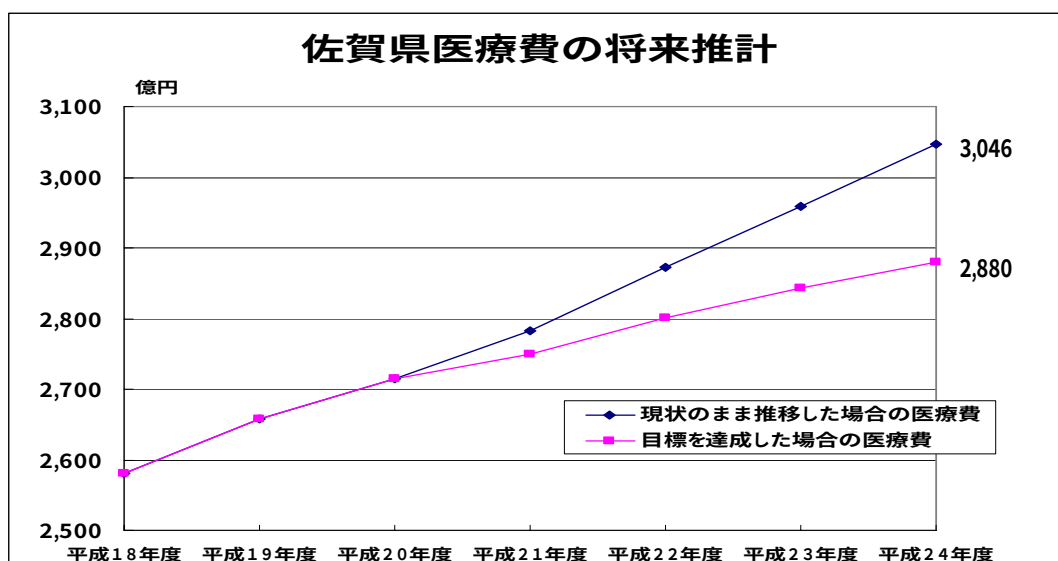
※ 療養病床の目標値達成に向けた療養病床の転換に当たっては、患者等の実態を踏まえた医療機関の意向により取り組んでいくことになります。

また、平均在院日数の目標値達成に当っては、医療機関等の関係者の協力を得て、医療機関の機能分化・連携、療養病床の再編成、在宅医療・地域ケアの推進などにより推進していきます。

(3) 適正化策の実施による医療費の見通し

本県における医療費は、現状のまま推移すれば、平成20年度には2,714億円程度、平成24年度には3,046億円程度になり、332億円程度の増加になると推計されます。

本計画の目標を達成した場合では、目標年度(平成24年度)における医療費は2,880億円程度になると見通されており、166億円程度の増加に抑えられることから、県全体の医療費適正化の効果は、目標年度(平成24年度)で166億円程度と考えられます。



資料：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール（ver3）」

<参 考>

「都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール」における医療費の推計方法

（１）適正化施策実施前まで

ア 基準年度（平成18年度）の住民住所地別の都道府県別医療費の推計

医療機関所在地別データである「医療機関メディアス」を基礎データとして住民住所地別の都道府県別医療費を推計し、将来推計の初期値となる基準年度の医療費を算出。

イ 医療費適正化施策実施前の県民医療費の将来推計

平成14年度から平成18年度までの実績を基に、この間の診療報酬改定や高齢化効果等を考慮の上、基準年度（平成18年度）から推計年度までの「1人当たり日数」、「1日当たり医療費」の伸び率を推計。さらに、都道府県別将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所）を基礎として算出。

（２）適正化施策実施後

ア 医療費適正化効果の算出及び医療費適正化後の県民医療費の将来推計

「生活習慣病対策」については、まず特定保健指導によりメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少し、その後、生活習慣病の発生率の低下により患者が減少してくるため、医療費の削減効果が現れるのに一定の時間を要すると考えられることから、第2期適正化計画期間より効果が現れるものと考え、第1期においては、「平均在院日数の短縮」のみを見込むこととする。

「平均在院日数の短縮」による効果は、平成24年度の目標値に応じ、総入院日数の減少率や1日当たり医療費の増加率を算出の上、県民医療費を推計。

「療養病床の転換」は「平均在院日数の短縮」のための施策の一つであることから、「平均在院日数の短縮」の効果の推計を行えば、「療養病床の転換」の効果も織り込まれることとなる。

3 目標達成に向けた施策

(1) 県民の健康の保持の推進

佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）において、県民の健康的な生活習慣の形成を積極的に進める健康づくり運動「健康アクション佐賀21」を展開し、啓発活動に取り組むとともに、医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導が、効率的かつ効果的に実施されるよう、必要な支援等に取り組み、生活習慣病予防の徹底を図ります。

ア 特定健康診査及び特定保健指導を通じた健康づくりの推進（ハイリスクアプローチ）

心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の重大な疾患が顕在化する前の段階で、これらの疾患リスクとなる、肥満症、高血圧症、脂質異常症などの状態にある者を早期に発見し、生活習慣を改善するなどして疾病の発生や進行を予防します。

※ ハイリスクアプローチ

疾患を発症しやすい高いリスクを持った人たちに対象を絞りこんで対処していく方法

a 特定健康診査及び特定保健指導への支援

メタボリックシンドロームに着目して対象者を絞った生活習慣病対策を推進するために、医療保険者に特定健康診査・特定保健指導が義務付けられました。

医療保険者においては、40歳から74歳の被保険者を対象に健康診査により生活習慣の改善の必要が高いメタボリックシンドロームの該当者・予備群を効率的かつ確実に抽出するとともに、行動変容が図られるよう、きめ細かな保健指導が行われるための支援を行っていきます。

b 特定健康診査及び特定保健指導に携わる人材の確保及び資質向上

県内において特定健康診査・特定保健指導に携わる人材の確保が困難な地域が発生しないよう、関係機関・団体と連携をとりながら体制整備を図ります。

特定健康診査・特定保健指導の企画立案・実施・評価が適切に実施されるように、関係者との連携の下、効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や効果的な保健事業に関する県内外の成功事例など情報提供を行っていきます。

c 保険者協議会活動への支援

保険者協議会は、県内に存する代表的な医療保険者等を構成員として設置さ

れ、医療保険者が特定健康診査・特定保健指導を的確に実施するために、医療費の分析や評価、被保険者への指導等、保健事業の共同実施等を行うこととされています。

保険者協議会は、医療保険者との連絡調整、医療保険者に対する支援の場として重要なものであることから、県では協議会の構成員の一員として運営に積極的に参画するとともに、事務局である国民健康保険団体連合会に対しても助言や支援に努めます。

イ 健康づくりの普及啓発の推進（ポピュレーションアプローチ）

メタボリックシンドロームや脂質異常、高血糖、不健康な生活習慣等、集団全体に広く存在する疾病リスクを削減する対策として、子どもの頃からの適切な生活習慣の習得や不適切な生活習慣の改善など、健康者を含め幅広く、各世代の県民を対象とした健康増進、疾病予防、介護予防活動を進めるため、市町（地域）・学校・職域（事業所等）が連携して、各事業を推進し、普及活動を効果的に行っていきます。

※ ポピュレーションアプローチ

対象を限定しないで集団全体へ対策を実施して、全体としてリスクを下げていく方法

a メタボリックシンドローム概念の普及啓発

高血圧、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病は、それぞれが独立して発症するのではなく、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）が大きく関与していることが明らかになっています。

運動習慣の徹底や食生活の改善等により内臓脂肪を減らし、生活習慣病の発症リスクを軽減していくというメタボリックシンドロームの概念を、客観的データをわかりやすく提供しながら、マスメディアや広報紙等を活用して、若年層も含め広く県民に普及していきます。

b 栄養・食生活の対策（食育を含む）

家庭・学校・保育所・地域などでの食教育や職域での健康教育などの充実、食に関する情報の提供を行い、県民の健康的な食生活を支援していきます。

健康教育・食教育を行う管理栄養士等の指導者の資質の向上と特定保健指導にあたる保健医療従事者の知識の向上を図ります。

また、地域で活動する食生活改善推進員等のボランティアの養成を支援します。

c 身体活動・運動の対策

身体活動をする人を増加させるために、身体活動の必要性や効果についての

普及啓発を行うとともに、対象者個人ごとに適切な指導ができる指導者の確保を図っていきます。

また、身体活動ができる施設等の整備充実、環境づくりなどを進めていきます。

d 喫煙・飲酒の対策

非喫煙者がたばこの煙に曝露されないために、「禁煙・完全分煙施設認証制度」の推進と、禁煙したいと思っている人に適切な支援を行っていきます。

アルコール関連問題の対策として、過度の飲酒の弊害や「適正飲酒」の知識を学校、地域、職域等において普及していきます。また、肝機能等の異常を有する者への適正飲酒教育や、アルコール依存兆候の早期発見と適正な対応などができるよう、保健医療従事者の資質向上や相談窓口の充実を図っていきます。

e 健康づくり対策の総合的な推進

健康アクション佐賀21推進協議会を活用して、生活習慣病に取り組む関係者間（事業者を含む）の総合調整を行う体制を整備します。

また、各保健福祉事務所に設置した、圏域別地域・職域連携推進協議会においては、住民のライフステージに応じた、切れ目のない包括的な健康づくりを推進するため、地域の実情に応じた、具体的な健康づくり政策を検討していきます。

（２）医療の効率的な提供の推進

県民が疾患の状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療を受けることができるよう、「医療機関の機能分化・連携」、「療養病床の再編成」、「在宅医療・地域ケアの推進」に関する取組みとともに、長期に入院している精神障害者のうち、地域での生活が可能な方の退院を促進する取組みを進めます。

ア 医療機関の機能分化・連携

県が策定する第5次「佐賀県保健医療計画」において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病及び救急医療、災害時における医療、へき地における医療、周産期医療、小児医療の5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制を医療圏ごとに確立し、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を図ります。

入院から退院、在宅医療へと切れ目のない医療が提供されることにより、効率的な医療提供体制の構築を目指します。

- a 地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携
疾病ごとに疾病の発症から診断、治療、リハビリテーションといった一連の診療計画を、複数の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスの普及に向け、地域の医療機関が協働して作成するための環境整備を進めます。

※ **地域連携クリティカルパス**

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものです。

診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者は安心して医療を受けることができるようになります。

- b 病期に応じてリハビリテーションが可能な体制の整備

急性期における廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのもの、回復期における機能回復・日常生活動作向上のためのもの、維持期における生活機能を維持・向上させるものというように、病期（急性期・回復期・維持期）に応じてリハビリテーションを実施できる体制の整備を図ります。

※ **廃用症候群**

過度に安静にすることや、活動性が低下したことによる身体に生じた状態を指します。

イ **療養病床の再編成**

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、医療の必要性は低い、何らかの介護や支援を必要とする患者に対しては、介護サービス等が提供されるよう、療養病床から介護施設等への転換を図り、療養病床の再編成を進めます。

これにより、利用者の状態に適した適切なサービスの提供が図られるとともに、医師・看護師等の人材の有効な活用が可能となります。

- a 療養病床の再編成についての相談窓口の設置

療養病床の円滑な転換の支援や入院患者、地域住民等の不安の解消等を図るため、県庁内に相談窓口を設置し、医療機関、患者等に対する相談支援を行います。

- b 転換支援に関する情報の提供

療養病床の円滑な転換を支援するため、医療機関、患者等に対し、県が設置している療養病床に関する相談窓口や転換支援措置についての周知を積極的に行い、療養病床に関する最新情報を迅速、的確に提供するように努めます。

c 病床転換助成事業等による支援

医療療養病床については病床転換助成事業の活用により、転換に要する費用の一部を県が助成することとしています。

また、介護療養病床については、地域介護・福祉空間整備等交付金（市町村交付金）により国が助成を行います。

療養病床の再編に関する相談窓口

相談内容	相談窓口
病床転換に関すること	長寿社会課 医務課 国民健康保険課
介護保険事業（支援）に関すること	
転換助成に関すること	

ウ 在宅医療・地域ケアの推進

「第5次佐賀県保健医療計画」において、在宅療養支援診療所などの在宅医療を担う医療機関、救急医療機関、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局、介護サービス事業者等の関係機関が在宅患者を中心として有機的につながる在宅医療のネットワーク化を構築し、在宅医療を推進する体制の普及を進めます。

また、「佐賀県地域ケア体制整備構想」を踏まえ、住宅政策との連携を図りつつ、地域における介護サービス整備や退院時の相談・支援の充実を図り、地域ケア体制を計画的に整備していきます。

a 保健・医療・介護のサービスの総合的提供体制の整備

保健・医療・介護（福祉）に係る最適なサービスを提供するため、保健福祉事務所における総合調整機能を強化するとともに、各保健福祉事務所に設置している各地区地域医療協議会、圏域別地域・職域連携推進協議会等での行政と関係機関・団体の協議のもと、保健・医療・介護（福祉）の一体的推進を図ります。

また、市町保健センター等においては、一次保健医療圏という住民に最も身近な地域で、健康診査等の保健事業を実施しながら、各保健福祉事務所と連携・協力して、関係機関との連絡・調整、住民の相談への対応や情報提供等の窓口としての中心的役割を果たすことが望まれます。

b 在宅医療基盤の整備及び人材確保

地域において、在宅医療を行う医療機関、救急医療機関、緩和医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局、保健福祉事務所等が連携して在宅医療を提供する一方、居宅介護支援事業所を中心としたケアカンファレンスを通じて、医療機関や介護サービス事業所等の保健・医療・介護（福祉）の関係者が連携して在宅患者の療養の管理から看取りまでを継続して行う体制の構築と普及を推進していきます。

また、同時に、在宅医療や在宅緩和ケアを担う従事者に対する研修等を行うことを通じて、在宅医療や在宅緩和ケアの専門知識や技術・経験を有する医師・看護師等の育成を行っていきます。

c 精神保健医療対策の充実

精神障害者の地域生活を医療面から支えるため、精神科デイ・ケアや、訪問看護等の充実を推進します。

また、精神科病院に入院中の方のうち、受入条件が整備されれば退院可能な方については、地域におけるグループホーム及びケアホームの充実、相談体制の強化、自立訓練事業の充実など、社会的自立支援の促進に努めます。

エ その他の医療費適正化のための取組み

診療報酬支払いの適正化を図るために行われている診療報酬明細書（レセプト）の点検調査事務が的確に効率的に行われるよう後期高齢者医療広域連合及び国民健康保険者に対して助言を行っていきます。

a 保険者によるレセプト点検の充実

後期高齢者医療広域連合及び国民健康保険者によるレセプトの縦覧点検、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの突合の実施を促進するほか、医療給付と介護給付の突合チェックなど、保険給付の適正化を推進します。

b 重複受診と多受診の是正

保険者が行う重複受診（一疾病で複数の医療機関を受診）者や多受診（必要以上の多数回受診）者に対する訪問指導等、受診の適正化に係る取組みを促進します。

c 医療費に関する意識の啓発

医療費に対する住民の認識、医療費の適正化への関心を高めるために、保険者等による受診者に医療費の額等について通知する医療費通知の取組みを促進するとともに、医療費や医療保険についての広報活動の充実を図っていきます。

す。

d 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

現在、医療制度改革の一環として、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用促進が掲げられ、処方箋様式の変更などの制度改正が平成18年4月から始まっています。

ジェネリック医薬品を活用することによって、個人の自己負担薬剤費が減ると同時に、医療保険者の薬剤給付費が減り、財政健全化に役立つとともに、国全体の医療費適正化に結びつくとの効果が期待されています。

ジェネリック医薬品についての正しい知識の普及を図るとともに、調剤薬局における患者への適切な情報提供を図ります。

※ ジェネリック医薬品

新薬の特許期間満了後に発売される、新薬と同じ成分、同じ効き目の医療用医薬品の総称。新薬と比べて薬価は低く設定されている。

第4章 計画の推進

1 計画の進行管理

本計画の実効性を高めるため、計画策定、実施、点検・評価及び見直し・改善の一連の循環（PDCA サイクル）により計画の進行管理及び評価を実施します。

【PLAN－DO－CHECK－ACTION マネジメント】

医療費適正化計画にもとづいて

[PLAN] それぞれの施策ごとに実施計画を作成する

[DO] 計画に基づいて施策を実施する

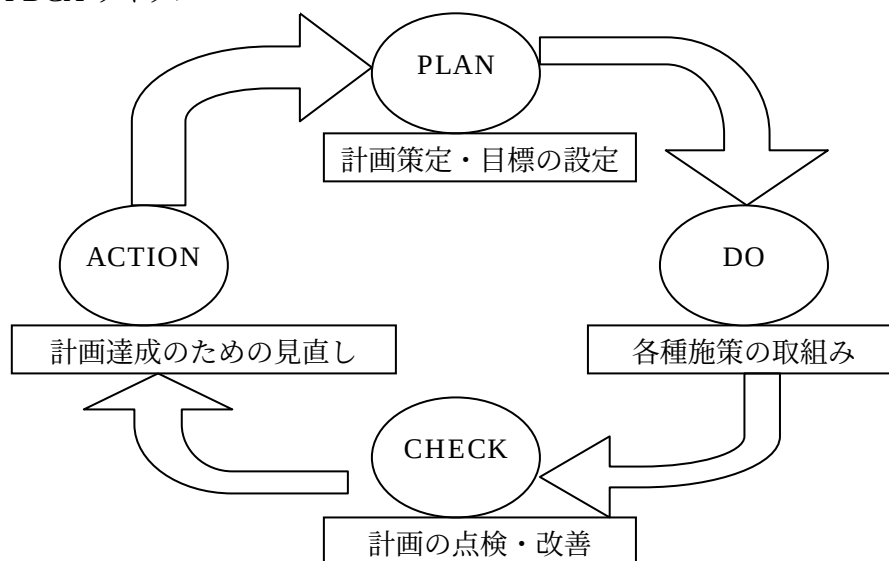
[CHECK] 実施結果を評価する

[ACTION] 施策や取り組みを見直し・改善する

この流れに沿って施策を展開し、県民の皆様への説明をしていきます。

また、施策の評価結果については、取組の改善に反映していき、有効な施策の立案、推進を行っていきます。

PDCA サイクル



(1) 計画の進捗状況の把握

本計画に定めた数値目標について、毎年度実績を把握し、県健康福祉本部に設置している佐賀県医療制度改革推進連絡会議において評価するとともに、佐賀県医療審議会、佐賀県地域・職域連携推進協議会、佐賀県高齢者保健福祉推進委員会等で報告を行います。

(2) 中間評価

本計画期間の中間評価として、平成22年度において、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

この評価に対しては、計画に定めた施策の取組状況、目標値の達成状況などについて必要な分析も行います

中間評価を踏まえ、必要に応じ、達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策の内容について見直しを行い、計画の変更を行うものとします。

また、平成24年度には、第2期県医療費適正化計画の作成作業を行うこととなることから、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとします。

(3) 実績評価

本計画の計画期間が終了した翌年度の平成25年度において、計画に掲げた数値目標の達成状況を中心に実績評価を行うとともに、その結果を公表します。

2 関係者の役割

(1) 医療保険者

各医療保険者は特定健康診査・特定保健指導事業の実施により、生活習慣病の予防を図り、医療費の適正化を実現していただくとともに、その成果についてできるだけ公表いただくことを期待します。

(2) 医療機関・医療関係者

県民に対する良質な医療サービスの提供に努めるとともに、医療保険事業の健全な運営に協力されることを期待します。

(3) 事業者・企業

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施に当たって、医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導と十分に連携し、効果的、効率的に実施されることを期待します。

(4) 行政機関

ア 国

国においては、医療費適正化に資する事業の実施に十分な財源を確保するとともに、事例に関する情報を積極的に医療保険者、医療機関・医療関係者、行政機関等に積極的に提供されることを期待します。

イ 市町

地域住民の健康増進を担っている市町においては、健康教育、健康相談等を通じてメタボリックシンドロームの概念等の生活習慣病に関する啓発活動を積極的に推進することを期待します。

療養病床の再編により、今後介護サービスの需要が拡大することが考えられるため、県が策定する地域ケア体制整備構想や介護保険事業支援計画と連携し、市町介護保険事業計画に基づく介護サービスの提供に努められることを期待します。

ウ 県

医療費適正化計画を推進するためには、地域住民が安心できる保健、医療、介護の提供体制を確立するとともに、県民、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、市町、県等の関係者がその役割を認識し、お互いに連携・協力する必要があります。

県において、国の医療制度改革に関する計画策定及び本県における保健医療に係る課題に対して、総合的・横断的な取組みを推進します。

また、メタボリックシンドローム予防対策や医療資源の効果的な活用を推進するため、県民への普及活動や情報提供等により県民運動の機運醸成や関係機関が連携して取組みの促進を図ります。

さらに、佐賀県医療費適正化計画について、県民、医療保険者及び医療機関等の関係機関に対して、県ホームページや広報誌への掲載等により周知を図ります。