

佐賀県医療費適正化計画（第１期）の 実績に関する評価書

【平成２０～２４年度】

平成２６年３月

佐 賀 県

目次

第 1 章 実績評価の位置付け	1
1 佐賀県医療費適正化計画（第 1 期）の趣旨とその評価の目的	1
2 佐賀県医療費適正化計画（第 1 期）の目標と実績	2
（1）県民の健康保持の推進に関して	2
（2）医療の効率的な提供の推進に関して	3
3 佐賀県医療費適正化計画に掲げる施策の効果	4
（1）特定保健指導実施に係る費用対効果	4
（2）平均在院日数の短縮による医療費適正化効果	5
第 2 章 佐賀県における医療の現状と分析	7
1 医療費の動向（医療費の時間的分析）	7
（1）国民健康保険の医療費と現状	9
（2）後期高齢者医療制度の医療費と現状	13
（3）全国健康保険協会の医療費と現状	16
2 医療費の地域差（医療費の空間的分析）	19
（1）一人当たり医療費	19
（2）地域差指数	23
3 佐賀県における医療費への影響項目の分析	26
（1）医療費の三要素	26
（2）受療率	31
（3）平均在院日数	36
4 疾病別分析	47
5 まとめ	55

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み 59

- 1 県民の健康保持の推進に関して 59
 - (1) 特定健康診査 59
 - (2) 特定保健指導 69
 - (3) 特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の現状 86
 - (4) 重症化予防のための保健指導 88
 - (5) メタボリックシンドローム該当者及び予備群 98
 - (6) 県民の健康に資するその他の取組み 105
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する評価 108
 - (1) 療養病床の状況 108
 - (2) 平均在院日数の状況 110
 - (3) 医療の効率的な提供のための取組み 112

第4章 課題と今後の取組み 120

- 1 県民の健康の保持の推進に関して 120
 - (1) 特定健康診査及び特定保健指導 120
 - (2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群 122
 - (3) 県民の健康に資するその他の取組み 123
- 2 医療の効率的な提供の推進に関して 130
 - (1) 課題 130
 - (2) 佐賀県医療費適正化計画（第2期）の目標 130
 - (3) 今後の取組み 130
- 3 関係者の役割 138
 - (1) 医療保険者 138
 - (2) 医療機関・医療関係者 138

(3) 事業者・企業	138
(4) 行政機関.....	139
(5) 佐賀県保険者協議会.....	139

第1章 実績評価の位置付け

1 佐賀県医療費適正化計画（第1期）の趣旨とその評価の目的

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が確立し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を維持してきました。しかし、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活の変化、医療の高度化等医療を取り巻く環境が変化してきています。

特に急速な高齢化や医療の高度化などにより医療に要する費用（以下「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、医療費の過度の増大を抑制することが必要です。今後も継続して国民の健康の保持、また、良質かつ適切な医療を効率的に提供するために、それぞれの政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの適正化を図ることが求められてきました。

このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、平成20年度から5年ごとに、5年を1期として医療費適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」）を国及び都道府県は作成することとされたため、佐賀県では、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」）に基づき、平成20年10月に佐賀県医療費適正化計画（第1期）を策定しました。計画では、保険医療を取り巻く現状と課題を分析し、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しています。そこで、医療費適正化に向けた目標として、計画（平成20年度～平成24年度）の最終年度である平成24年度における、（1）県民の健康保持の推進に関する目標値、（2）医療の効率的な提供の推進に関する目標値を設定しました。

その医療費適正化計画（第1期）では、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、計画の実績に関する評価を行うこととされていることから、ここに評価書を作成し、報告を行います。

さらに、この医療費適正化計画（第1期）の実績評価をもとに、医療費適正化計画（第2期）を推進していきます。

2 佐賀県医療費適正化計画（第 1 期）の目標と実績

（1）県民の健康保持の推進に関して

医療保険者の役割として、平成 20 年 4 月から、40～74 歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、メタボリックシンドローム¹に着目した生活習慣病²予防のための健康診査及び保健指導の実施が義務づけられています。

本計画では、「特定健康診査³」及び「特定保健指導⁴」、メタボリックシンドローム該当者及び予備群⁵の減少率の目標値（図表 1－1）を以下のとおり設定しています。これらの数値目標を達成するために、佐賀県では県内の国民健康保険（以下、「佐賀県国保」）及び被用者保険の医療保険者、その他の関係機関と連携し、特定健康診査等の実施率向上に取り組みました。

その結果、①特定健康診査受診率については目標値 70.0%を達成することはできませんでしたが、平成 20 年度 35.1%から平成 23 年度 40.0%と 4.9 ポイント上昇しました。これは全国の特定健康診査受診率の伸びと比較すると、0.2 ポイント低い結果ですが、第 1 期の期間の取組みで受診者数が増加しており、一定の評価ができるものです。

また、②特定保健指導実施率については、目標値 45.0%を達成することはできませんでしたが、平成 20 年度 13.5%から平成 23 年度 27.1%と 13.6 ポイント上昇しました。これは全国の特定保健指導実施率の伸びと比較すると 5.9 ポイント高い結果となっており、第 1 期の期間の取組みとしての成果もあり、相当の評価ができるものです。さらに、市町国保についてみると平成 23 年度 41.5%と目標値に近い特定保健指導実施率となっており、高く評価できるものとなっています。

③メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、目標値 10.0%に対して、平成 23 年度 9.0%と目標値に近い数字となっていますが、医療費適正化計画（第 2 期）で用いられる新たな算定方法による減少率は平成 23 年度△1.1%となっており、佐賀県においてはメタボリックシンドローム該当者及び予備群が増加している結果となっているため、今後の取組みを強化し

¹ 内臓脂肪の蓄積に加え、血糖、血圧、血中脂質の基準のうち、2 つ以上に該当する状態。

² 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等。そのうち、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるもの。

³ 法第 18 号第 1 項に規定。糖尿病等の生活習慣病、とりわけ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。

⁴ 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。

⁵ 内臓脂肪の蓄積（腹囲測定等）に加え、血糖、血圧、血中脂質の基準の 1 つに該当する者。

ていく必要があります。

図表 1－1 佐賀県における県民の健康保持の推進にかかる目標と実績

項 目	目標値	平成 20 年度	平成 23 年度	平成 24 年度 (参考値 ⁶)
①特定健康診査受診率	70.0%	35.1%	40.0%	41.4%
②特定保健指導実施率 ⁷	45.0%	13.5%	27.1%	30.5%
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 ⁸ (対 平成 20 年度)	10.0%		9.0%	

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」及び県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(2) 医療の効率的な提供の推進に関して

本計画では、「医療の効率的な提供の推進」に関しても、都道府県は目標を定めることとなっています。その目標値として、「平均在院日数」と「療養病床の病床数⁹」を設定しました。それらの数値目標を達成するために、佐賀県では、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、療養病床の再編成、医療機関の機能分化・連携、在宅療養の推進等の取組みを行いました。

図表 1－2 には、計画当初に設定した目標値、それを算出する基となった基準値、及び目標達成のための様々な取組みにより実現した実績値をまとめています。平均在院日数に関しては、目標達成には至らなかったものの、平成 18 年当時から 5.6 日の短縮化を実現することができました。このことは、全国平均が同期間で 2.5 日の短縮にとどまったことと比べると、高く評価できる結果といえます。

⁶ 佐賀県が独自に実施した佐賀県保険者における平成 24 年度特定健康診査等実施率調査。

⁷ 特定保健指導実施率は特定保健指導対象者に対して、6 ヶ月後評価のプログラムまで終了した者の割合。

⁸ 厚生労働省告示第 442 号に基づき、特定保健指導対象者推定数より算出。

(第 3-2-5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群を参照)

⁹ 「療養病床の病床数」については、国の方針により目標の評価が不要となったことから、佐賀県においても評価を行わないこととします。参考として、療養病床数を図表に載せています。

第1章 実績評価の位置づけ

図表1-2 医療の効率的な提供の推進に関する目標と実績

目標項目	目標値 (平成24年度)	基準値 (平成18年度)	実績値 (平成24年度)	目標設定の考え方
①平均在院日数 (介護療養病床除く全病床)	40.6日	48.5日	42.9日	目標値は、平成18年の本県の平均在院日数48.5日から、最短の長野県との差の1/3の日数を減じることで設定
療養病床数(参考) (回復期リハビリテーション 病床である療養病床を除く)	(3,385床)	4,932床 (10月1日現在)	4,171床 (10月1日現在)	目標値は、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設定

出所：厚生労働省「医療施設調査」・「病院報告」

3 佐賀県医療費適正化計画に掲げる施策の効果

(1) 特定保健指導実施に係る費用対効果

佐賀県における特定保健指導の取組みが医療費に与える影響を、平成20年度から平成23年度までの特定保健指導実績から推計¹⁰すると、平成24年度までの医療費削減効果は5億4,609万円、医療費削減効果から特定保健指導実施に係る費用を差し引いた費用対効果は、2億4,886万円となっています(図表1-3)。

図表1-3 平成24年度までの特定保健指導実施に係る費用対効果

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
費用	動機付け支援を利用した者の数(人)	2,480	3,309	3,291	4,026
	積極的支援を利用した者の数(人)	1,439	1,730	1,935	2,851
	①費用(万円)	29,723			
効果	特定保健指導終了者数(人)	3,051	4,099	4,679	6,374
	②医療費削減効果(万円)	54,609			
平成24年度までの費用対効果(万円) (②-①)		24,886			

出所：厚生労働省「特定保健指導費用対効果推計ツール¹¹」

¹⁰ 厚生労働省が提示した特定保健指導費用対効果推計ツール(第3-2-2 特定保健指導 参照)

¹¹ 推計ツールの算出式：

① 費用(特定保健指導の実施に係る費用) = (動機づけ支援利用者数×動機づけ支援に係る集合契約の平均単価) + (積極的支援利用者数×積極的支援に係る集合契約の平均単価)

② 効果(医療費削減効果) = 平成20～23年度特定保健指導終了者数の合計×1/3×9万円

（２）平均在院日数の短縮による医療費適正化効果

佐賀県における平均在院日数の短縮化達成による医療費への影響を、厚生労働省提供のツールを用いて推計すると、平均在院日数を 5.6 日短縮したことによって、約 117 億円の医療費適正化効果がもたらされたと推計されます（図表 1－4）。この金額は、佐賀県医療費¹²の 4%弱にあたり、目標には到達しなかったものの、一定の評価はできるものとなっています。

また、佐賀県における医療費の増加は続いています。平均在院日数を短縮したことによって、その伸びが抑えられている状況にあり（図表 1－5）、引き続き平均在院日数の短縮化を図ることが肝要となります。

図表 1－4 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果の推計

目標	約165億5,600万円	目標（40.6日）達成時の 医療費適正化効果額
実績	約117億1,700万円	平成24年実績（42.9日）の 医療費適正化効果額

注：「平均在院日数の短縮による医療費適正化効果」は、ツール中の平成 24 年度の平均在院日数の欄に入力した任意の数値に応じ、総入院日数の減少率や一日当たり医療費の増加率を考慮の上、推計します。

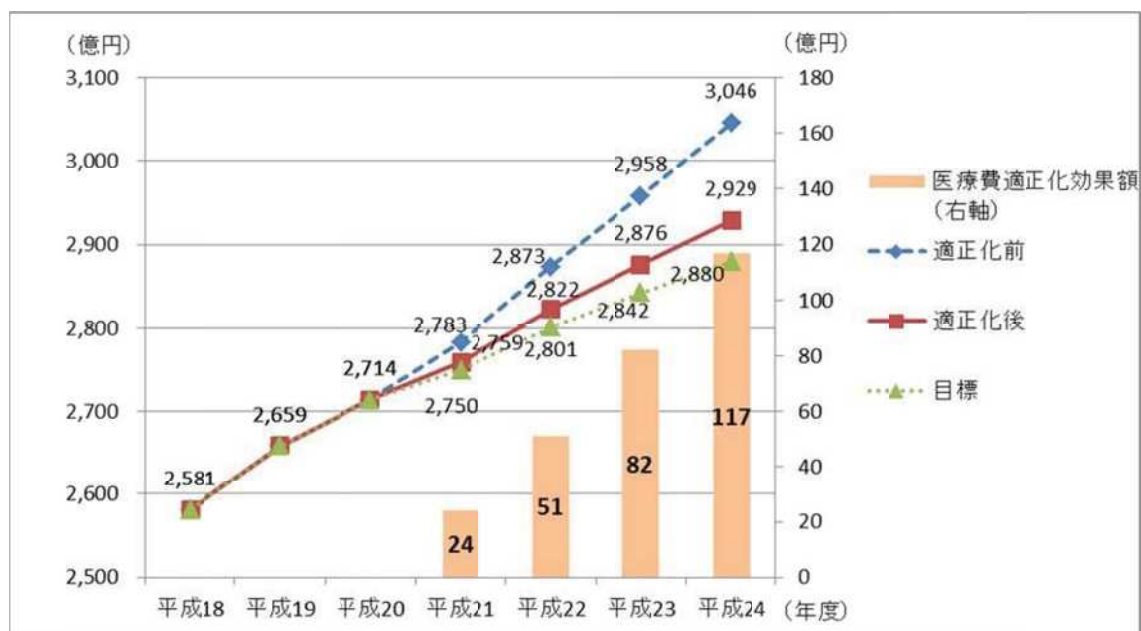
「目標（40.6 日）達成時の医療費適正化効果額」は、適正化施策を行わなかった場合の平成 24 年度県民医療費（約 3,046 億円）から、平均在院日数を 40.6 日に短縮した場合の平成 24 年度県民医療費（約 2,880 億円）を控除して求めます。

「平成 24 年実績（42.9 日）時の医療費適正化効果額」についても同様にして、平成 24 年度において平均在院日数が 42.9 日（実績値）となったことで、平成 24 年度県民医療費が約 2,929 億円になると推計されるので、その金額と約 3,046 億円との差額である約 117 億円が医療費適正化効果額となります。

出所：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算方法ツール」

¹² 平成 23 年度佐賀県医療費：約 3,047 億円（厚生労働省「国民医療費」より）。

図表1-5 佐賀県における医療費（推計）の推移



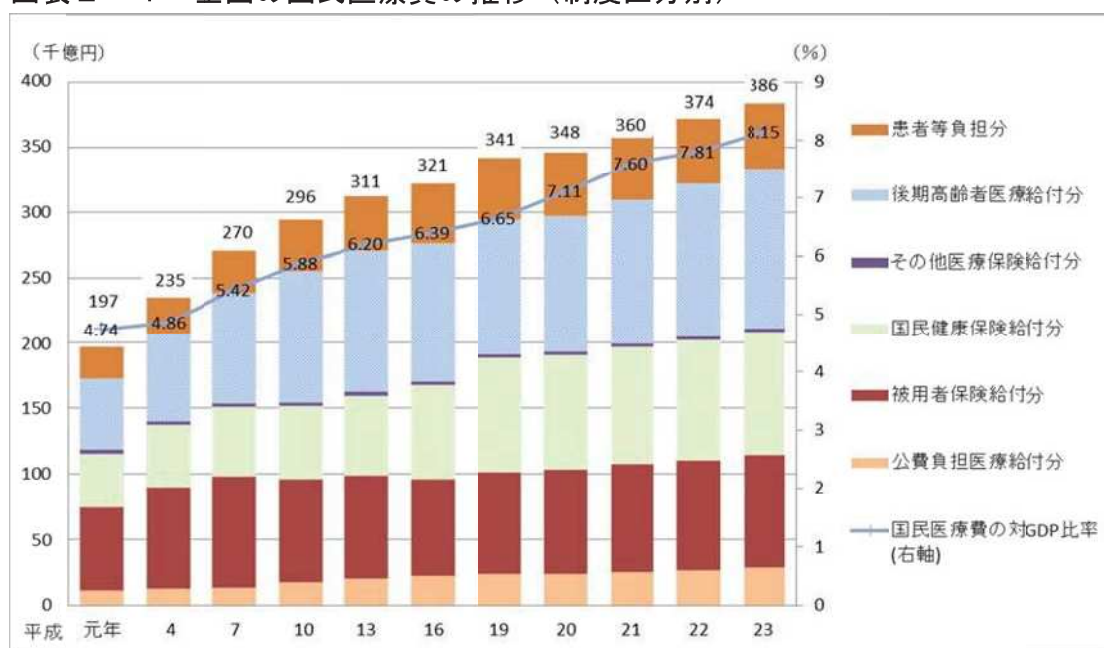
出所：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算方法ツール」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

1 医療費の動向（医療費の時間的分析）

日本全国の医療費の総額(国民医療費¹³)は、平成23年度において38兆5,850億円に達しています(図表2-1)。平成元年に比べると、2倍弱の金額になります。日本の医療費は年々増えており、そのGDP比率もまた徐々に高まっています。一人当たりの国民医療費は、30万1,900円となり、集計以来はじめて30万円を超えました。65歳未満の一人当たり国民医療費は、17万4,800円ですが、65歳以上の一人当たり国民医療費は、72万900円と4倍以上となっています。

図表2-1 全国の国民医療費の推移（制度区分別）



出所：厚生労働省「国民医療費」

このような医療費の伸びに影響を与えるものとして、高齢化や医療の高度化、人口の増減、診療報酬の改定等が考えられています(図表2-2)。厚生労働省の推計によると、その中でもっとも医療費の増加に寄与しているのは、高齢化の影響(医療の需要側の影響)とされています。65歳以上の一人当たり医療費は、65歳未満の人の4倍以上であることを先に述べましたが、現在では日本の

¹³ 厚生労働省が毎年公表している、保険診療の対象となる病気やけがの治療費の推計です。保険外診療や健康診断、正常な出産等の費用は含まれません。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

人口の約25%を占める高齢者の医療費は、国民医療費全体の約55%に達します。また、医療提供側の要因として、医療の高度化もまた医療費の増加に寄与していると考えられています。医療技術の進歩・普及は、患者の身体的負担を軽減したり、医療を効率化させ費用を低下させることもあります。医療費を押し上げる影響も大きいといわれています。

図表2-2

医療費の伸び率の要因分解

- 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。
※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)
医療費の伸び率 ①	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.7%
診療報酬改定 ②	-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.3%	1.4%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.5%
制度改正	H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 利用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学2割負 担				

注1: 医療費の伸び率は、平成22年度までは国民医療費の伸び率、平成23、24年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2: 平成23、24年度の高齢化の影響は、平成22年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

出所: 厚生労働省 HP より抜粋。

一方、佐賀県の医療費をみると、平成23年度において、約3,047億円となりました(図表2-3)。これは佐賀県総生産の約10%に当たります。単純に比較はできませんが、GDPに占める国民医療費の割合約8%よりも、県内総生産に占める県内医療費の比率の方が高い状況にあります。また図表2-3のとおり、医療費の伸びについては、平成14年度以降急激に伸びており、さらに近年では、後期高齢者医療費の増加が顕著になっています。一方で、一人当たり医療費をみると、平成23年において佐賀県は約36万円となっており、全国平均約30万円と比較すると6万円ほど上回っていて、全国で7位の高さとなっている状況です。

図表2-3 佐賀県の医療費の推移（制度区分別）



出所：厚生労働省「国民医療費」・「後期高齢者医療事業年報」・「老人医療事業年報」、
佐賀県「国民健康保険事業状況報告書」

（1）国民健康保険の医療費と現状

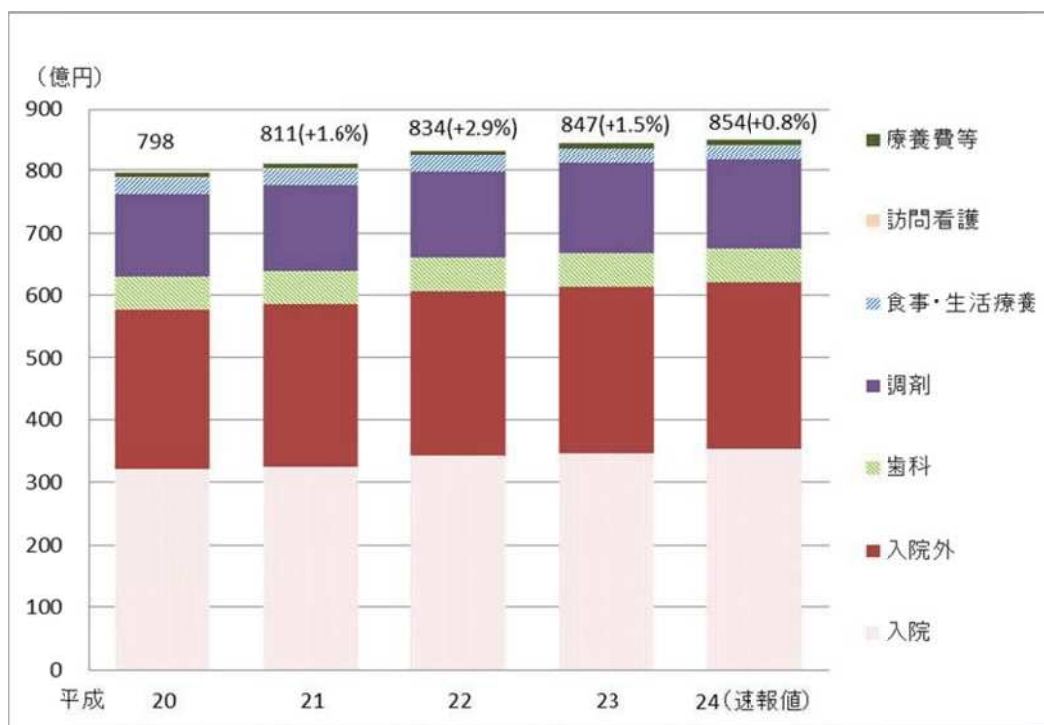
佐賀県全体の医療費については図表2-3でみたところですが、図表2-4では佐賀県の国民健康保険（以下、「国保」）の医療費の推移を掲載しています。県内国保では、0歳から74歳までの、被用者保険など他の公的医療保険に入っていない人が加入対象となります。平成24年度の佐賀県における国保の医療費は約850億円となっており、逡増している状況にあります。診療種別では、入院医療費が最も多く、その次に入院外医療費が大きなウェイトを占めています。

そのうちの佐賀県における市町国保¹⁴の医療費がどの年代で多くかかっているのかを示したのが、図表2-5です。40代以上の人で、医療費総額の9割弱も占めています。年齢を重ねると、生活習慣病など様々な病気にかかりやすくなる傾向があります。そうした状況を踏まえて、住民の健康を維持するために平成20年度から40歳から74歳までの人を対象に全国的に始められたのが、特定健康診査・特定保健指導です。

¹⁴ 国民健康保険の保険者には、市町村国民健康保険と国民健康保険組合の2つがあります。佐賀県の行政区画には「村」が現在ないため、市町国保と呼びます。

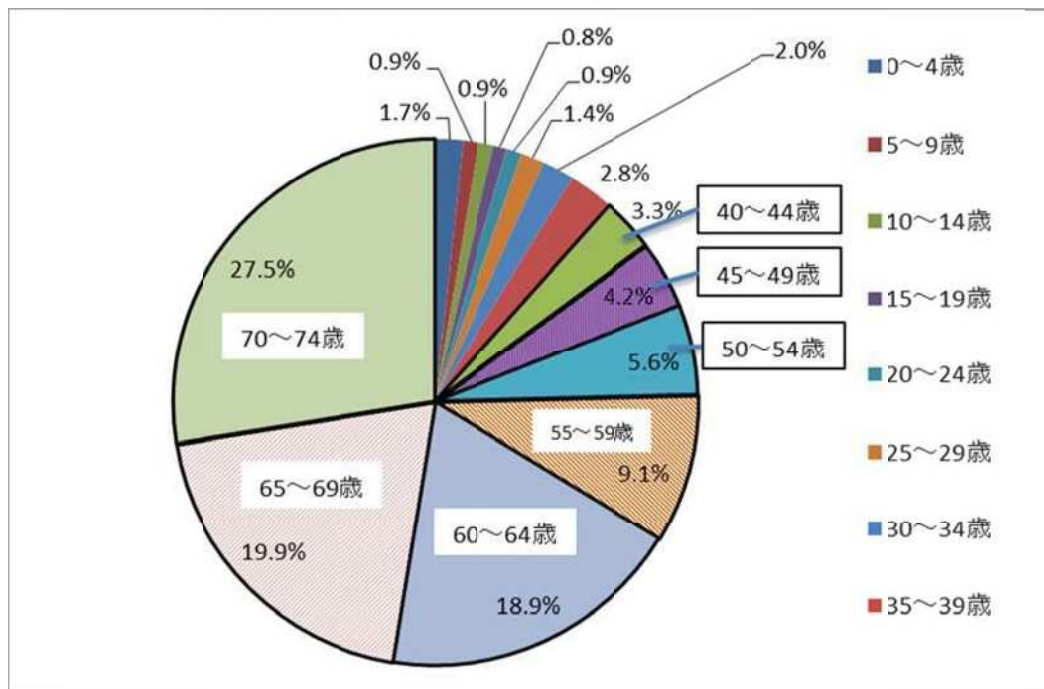
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-4 佐賀県国民健康保険の医療費の推移（診療種別）



出所：佐賀県「国民健康保険事業状況報告書」

図表2-5 佐賀県市町国保における医療費の年齢階級別構成割合

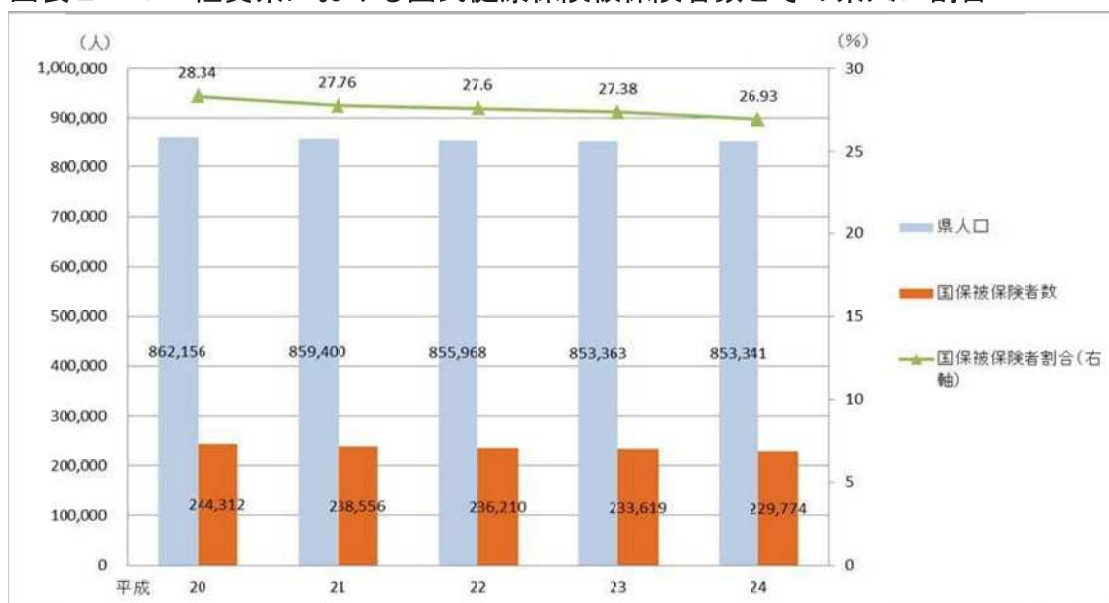


出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

佐賀県の人口は減少しており、佐賀県における国保の被保険者数も同様に減少傾向にあります（図表2－6）。県内国保被保険者数の減少ペースの方が早いため、県人口に占める割合も年々低下している状況です。

図表2－6 佐賀県における国民健康保険被保険者数とその県人口割合



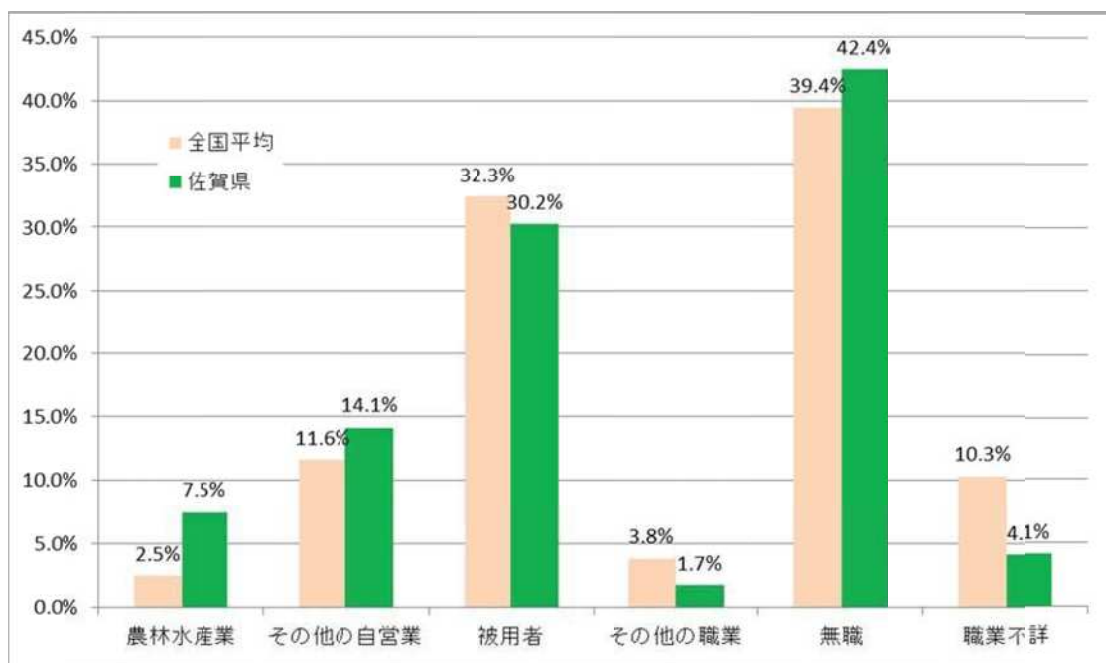
注：県人口及び県内国保被保険者数は、各年度末現在の人数。

出所：佐賀県「国民健康保険事業状況報告書」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

また、佐賀県の市町国保被保険者の職業は、4割以上が無職者となっています（図表2－7）。被用者は3割を占めますが、パートやアルバイトといった非正規雇用労働者が大半だと考えられます。国民健康保険の制度創設当初は、自営業や農林水産業者の医療保険制度といわれていましたが、現在では無職者や非正規の被用者等といった比較的低所得の人が多く加入する医療保険制度となっています。

図表2－7 平成23年度市町村国保の被保険者世帯主の職業構成割合

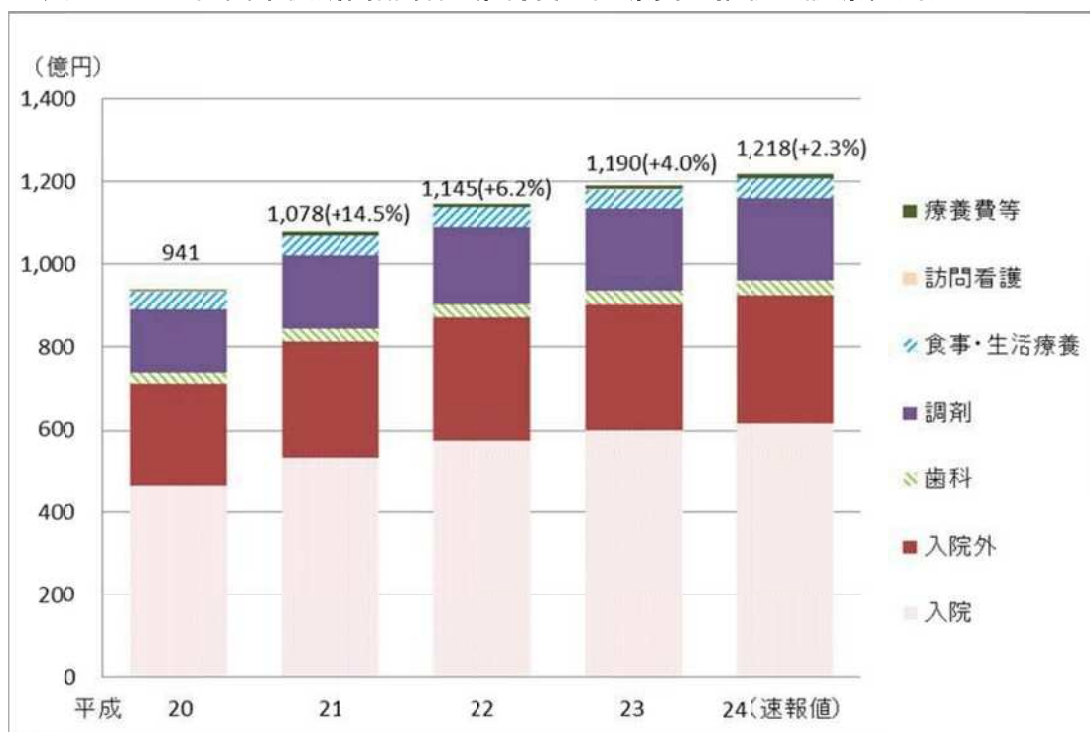


出所：厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

（2）後期高齢者医療制度の医療費と現状

後期高齢者医療制度は75歳以上の高齢者等が入る医療保険制度です。医療費が多くかかる高齢者を、国民全体で支える目的で平成20年に創設されました。佐賀県における後期高齢者の医療費は、平成24年度で約1,200億円となっており、県内国保の医療費に比べてより増加しています（図表2－8）。診療種別で見ると、多くの医療費がかかっているのはやはり入院医療費で、その次に入院外医療費となっています。

図表2－8 佐賀県後期高齢者医療制度の医療費の推移（診療種別）

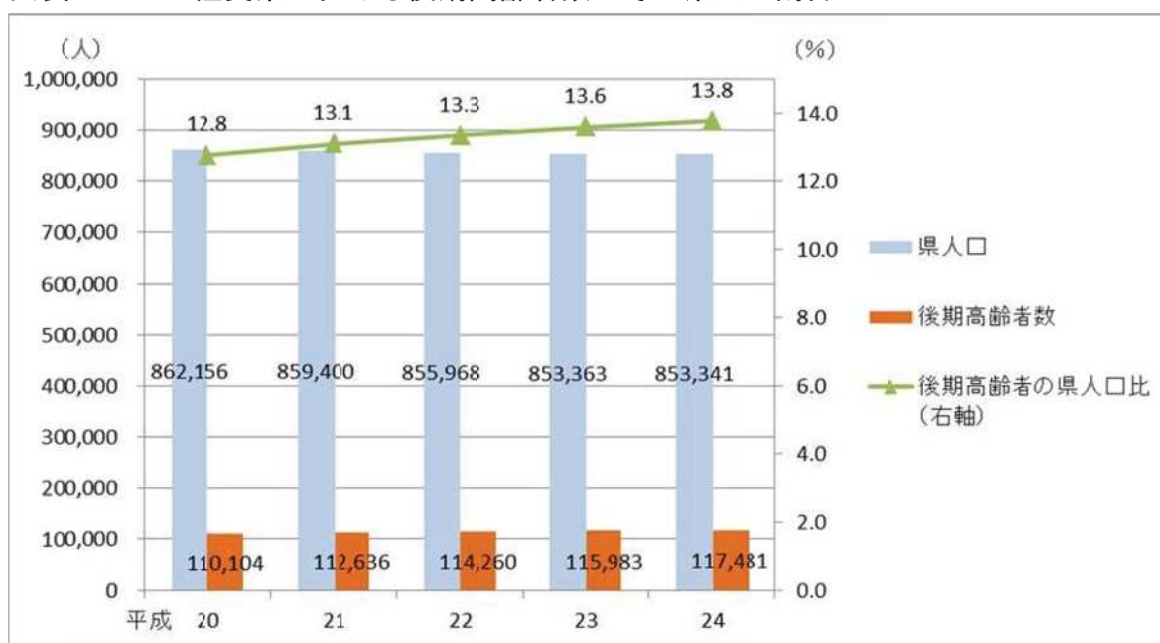


出所：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

佐賀県後期高齢者医療制度への加入者数は年々増加しており、佐賀県人口に占める割合も徐々に高くなっています（図表2－9）。この点では、県内国保の被保険者数と対照的です。加えて、佐賀県の人口の将来推計によると、県人口は減少していく傾向にあるのに対して、後期高齢者数は平成47年（2035年）頃まで増え続け、その県人口に占める割合は、平成52年（2040年）頃まで上昇の一途となっています（図表2－10）。また、佐賀県の平均寿命の将来推計をみると、少なくとも今後約20年間は長くなっていくことが推計されています。（図表2－11）。このように、今後は、病気にかかりやすく、一人当たりの医療費が高額となっている高齢者が増加する一方で、それを支える現役世代の人口が減少していくことは明白となっており、国民皆保険を維持するための工夫が必要です。

図表2－9 佐賀県における後期高齢者数とその県人口割合



注：県人口及び県内後期高齢者数は、各年度末現在の人数。

出所：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

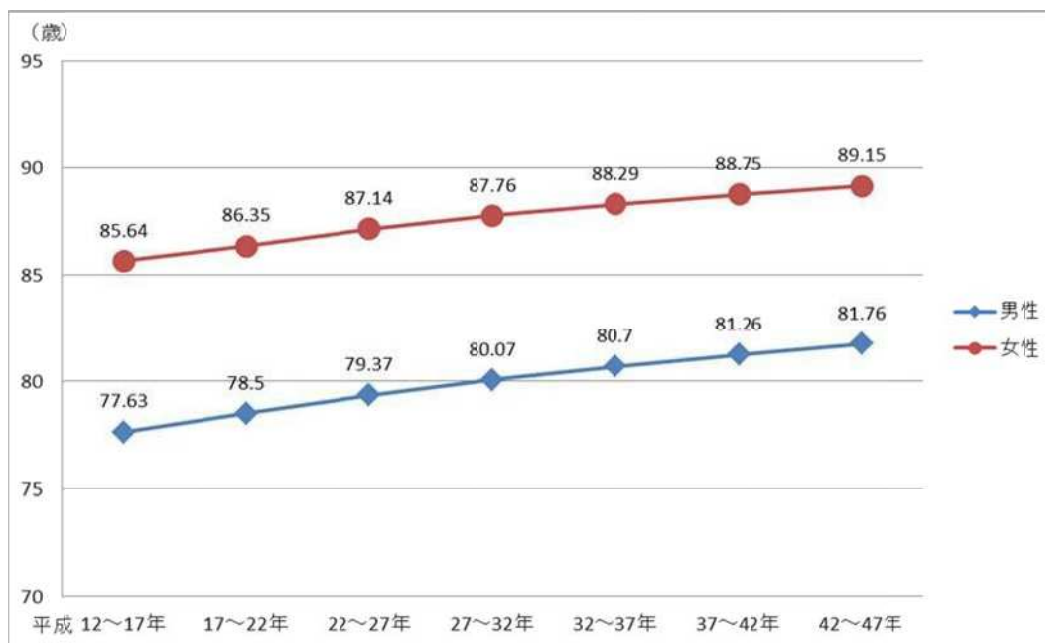
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-10 佐賀県人口の将来推計



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成25年3月推計）」

図表2-11 佐賀県の平均寿命の将来推計



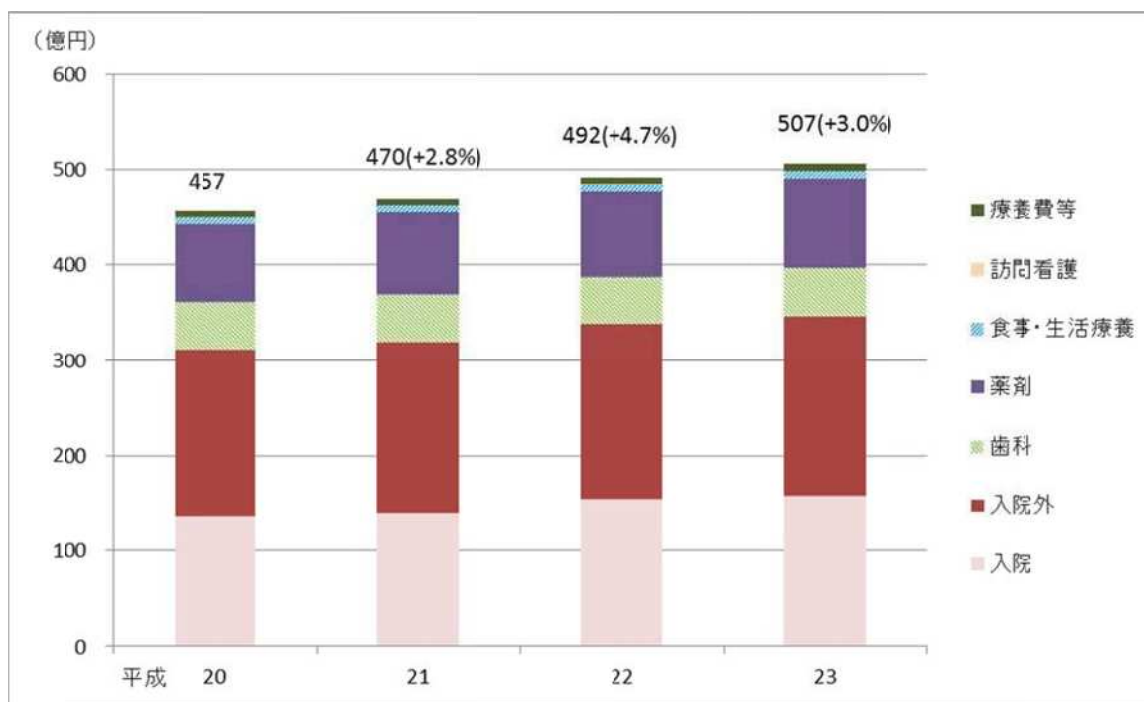
出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」

(3) 全国健康保険協会の医療費と現状

地域保険制度である国民健康保険制度と後期高齢者医療制度の外に、職域保険（被用者保険）の一つとして、佐賀県で大きな被保険者数を有する協会けんぽ佐賀支部（以下、「協会けんぽ」）がありますが、主に中小企業で働かれている方が入る医療保険です。

佐賀県における協会けんぽの医療費は、平成23年度で約500億円となっており（図表2－12）、後期高齢者医療制度の医療費や国民健康保険医療費に次いで大きい金額です。

図表2－12 佐賀県における協会けんぽの医療費の推移（診療種別）

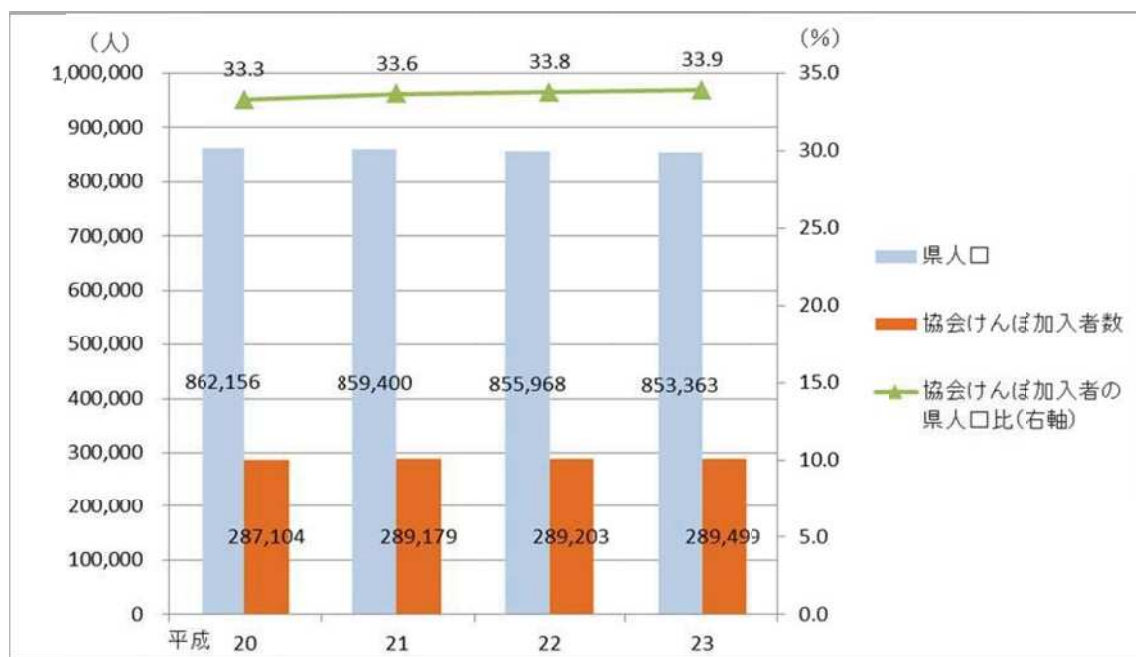


出所：全国健康保険協会 HP

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

佐賀県における協会けんぽの加入者数は平成23年度末現在で約29万人（被保険者数約16万人、被扶養者数約13万人）となっており（図表2－13）、県内国保（約23万人）や後期高齢者（約12万人）より多い状況です。佐賀県人口に占める協会けんぽの加入者は、少しずつ増加しています。

図表2－13 佐賀県における協会けんぽ加入者数とその県人口割合



注：県人口及び県内協会けんぽ加入者数は、各年度末現在の人数。加入者数＝被保険者数＋被扶養者数。

出所：全国健康保険協会 HP、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

また、佐賀県の協会けんぽの特徴として、他の都道府県に比べて所得が低く、一人当たりの医療費が高い状況にあり、保険料率は全国一高い水準となっています（図表2-14）。図表からは、一人当たり医療費の高い県が、保険料率も高くなる傾向が読み取れます。

図表2-14 協会けんぽの報酬額・一人当たり医療費・保険料率

	標準報酬月額 平均(円) (H23年度末)	都道府県 順位(降順)	1人当たり医療 費(円)(H23)	都道府県 順位(降順)	保険料率 (H24,25)	都道府県 順位(降順)
佐 賀	240,364	40	174,787	2	10.16%	1
北 海 道	254,512	30	176,784	1	10.12%	2
福 岡	263,805	24	169,670	6	10.12%	2
香 川	261,200	26	170,695	3	10.09%	4
徳 島	248,424	32	169,857	5	10.08%	5
全 国	275,151	—	159,465	—	10.00%	—
岩 手	228,858	44	155,707	30	9.93%	41
茨 城	278,524	12	148,119	45	9.93%	41
千 葉	287,465	6	154,137	36	9.93%	41
富 山	269,652	19	152,068	41	9.93%	41
静 岡	280,558	9	150,043	44	9.92%	45
新 潟	255,944	29	150,312	43	9.90%	46
長 野	266,419	20	145,347	47	9.85%	47

注：標準報酬月額とは、保険料の額や保険給付の額を計算するときに基となる報酬月額のことです。標準報酬月額の報酬として、賃金、給料、俸給、手当、賞与、その他被保険者が労務の対償として受け取るものが対象となります。

出所：全国健康保険協会 HP

2 医療費の地域差（医療費の空間的分析）

（1）一人当たり医療費

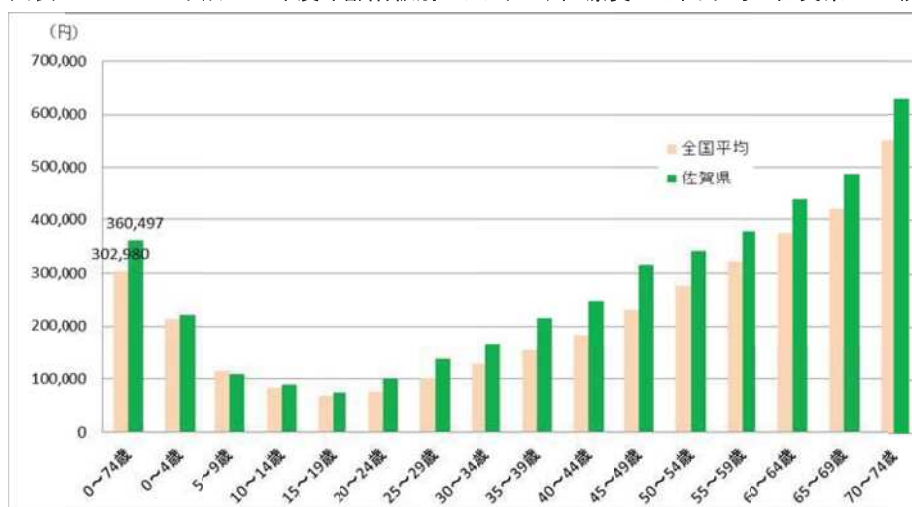
前節では、医療費の時系列的な変化を概観しました。全国レベルでも、佐賀県においても、高齢化や医療の高度化等によって、医療費が継続的に増加している状況がみられました。その医療費のうち、特に入院医療費が大きく寄与していて、その次に入院外医療費の影響が大きくなっています。

この節では、医療費の地域による差を検証します。前節が医療費の時間的な分析であったのに対して、今回は医療費の空間的な分析と言えます。分析にあたって、医療費を比較可能なものとするために、総額ではなく、一人当たり医療費の指標を用い、また、多様なデータを入手しやすい市町国保の情報をベースに分析を進めました。

まず始めに全国の市町村国保と、佐賀県の市町国保の一人当たり医療費を比較します（図表2-15）。佐賀県は、全国平均よりも、0~74歳の一人当たり医療費が6万円弱高くなっています。一人当たり医療費の年齢別の傾向としては、全国と同様に、10代後半を底にして年をとるにつれて高くなっていますが、5~9歳を除く全年齢において佐賀県の方が全国を上回っています。

一人当たりの入院医療費になると、全国との差はより顕著になります（図表2-16）。一人当たりの入院外・調剤医療費についても、佐賀県がほとんどの年齢階級において全国の値を上回っていますが、入院医療費ほど明白な開きはみられない状況です（図表2-17）。

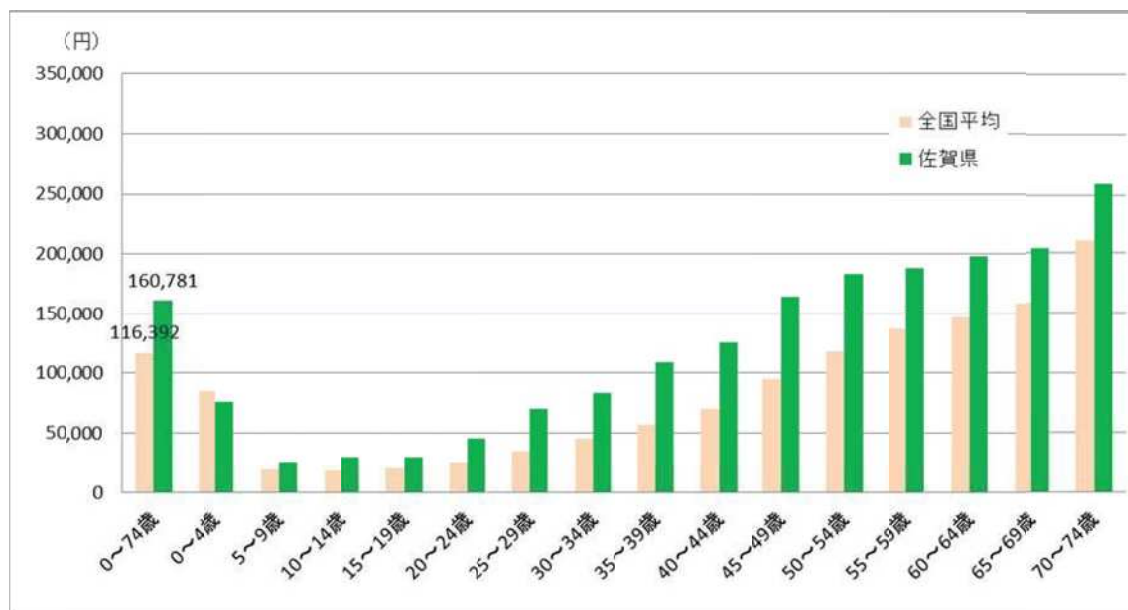
図表2-15 平成23年度年齢階級別一人当たり医療費の全国平均と佐賀県の比較（市町村国保）



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

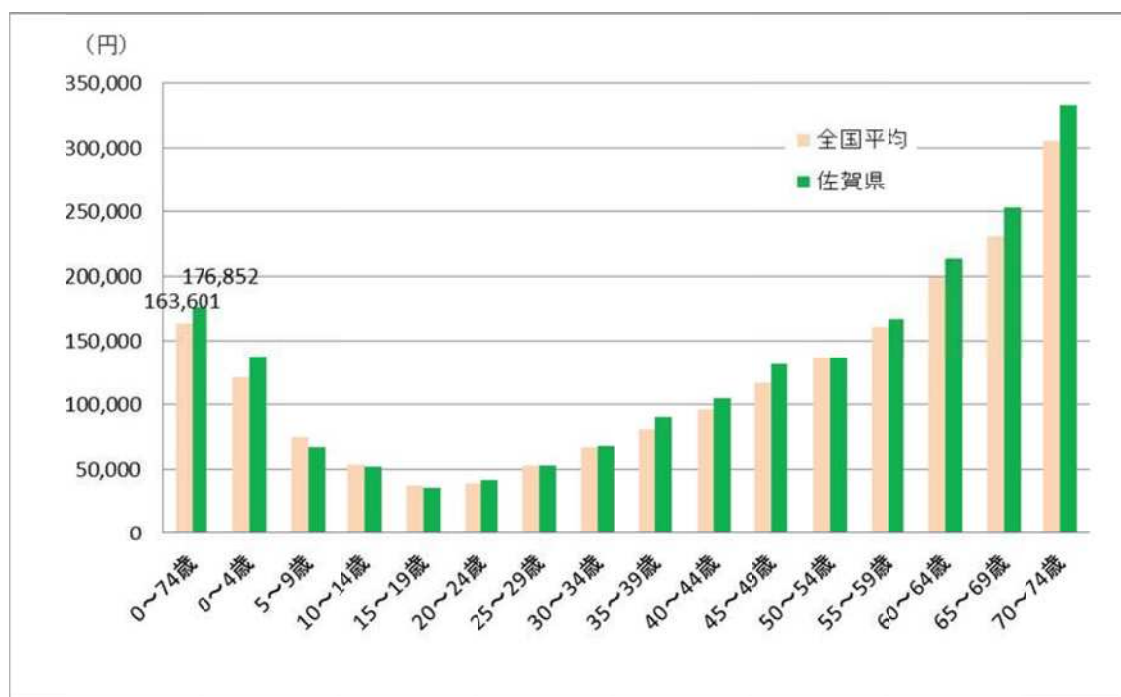
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-16 平成23年度年齢階級別一人当たり入院医療費の全国平均と佐賀県の比較（市町村国保）



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

図表2-17 平成23年度年齢階級別一人当たり入院外・調剤医療費の全国平均と佐賀県の比較（市町村国保）

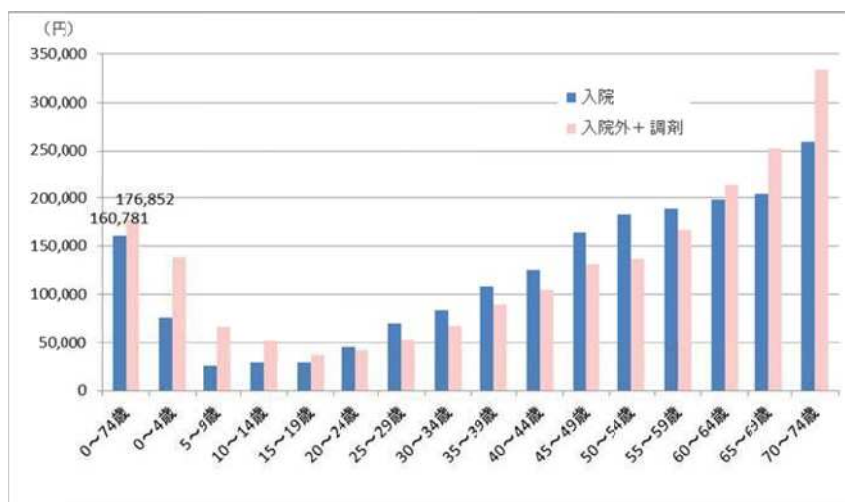


出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

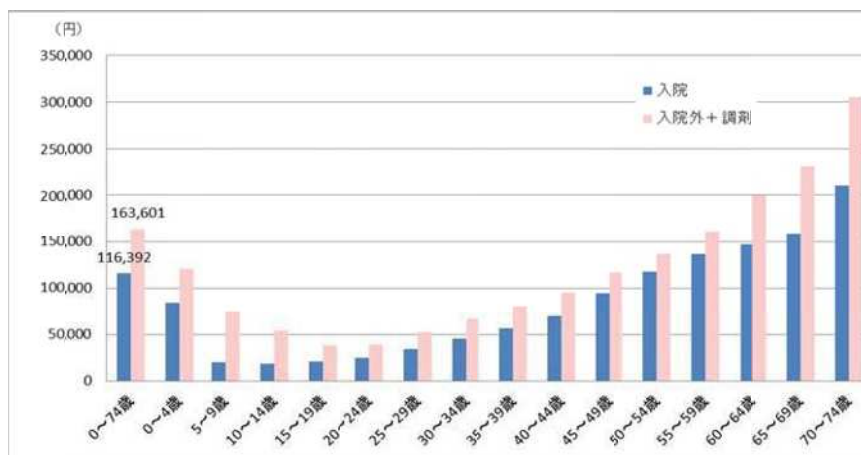
次に、佐賀県における市町国保の一人当たり入院医療費と一人当たり入院外・調剤医療費を比較すると、図表2-18のとおり、合計と、0~19歳、60~74歳においては入院外・調剤医療費が上回っていますが、それ以外の20~59歳の働き盛りの人においては、入院医療費が高くなっていることが佐賀県の特徴となっています。全国で同じように比較してみると、図表2-19のとおり、佐賀県とは傾向が異なり、全年齢において一人当たり入院外・調剤医療費の方が高くなっている状況となっています。

図表2-18 平成23年度県内市町国保における年齢階級別
一人当たり入院医療費と一人当たり入院外・調剤医療費の比較



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

図表2-19 平成23年度全国市町村国保における年齢階級別
一人当たり入院医療費と一人当たり入院外・調剤医療費の比較

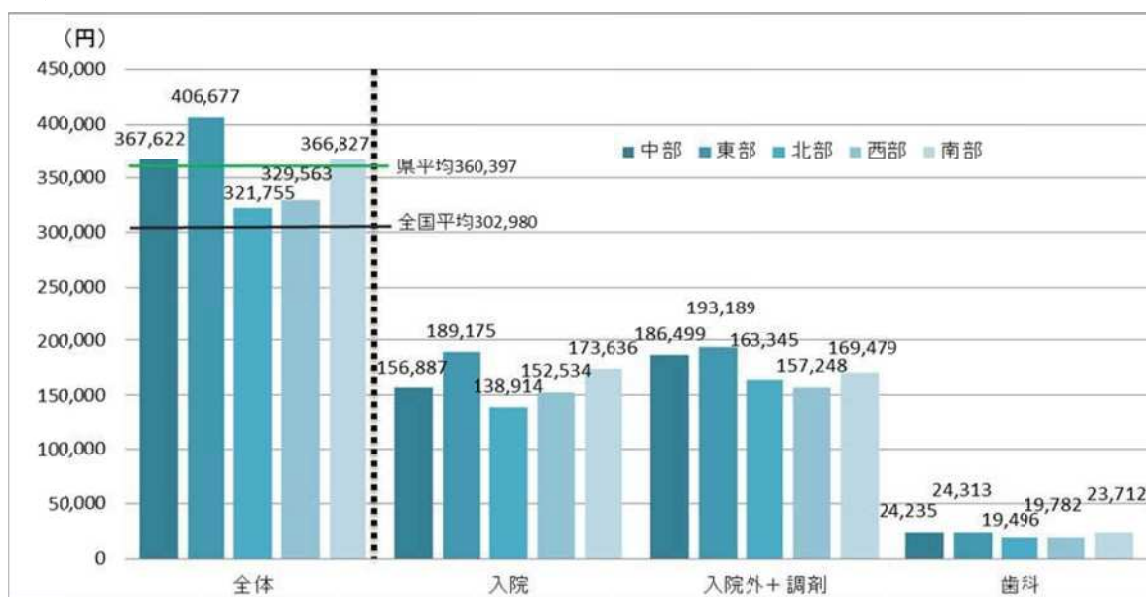


出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

さらに、同じように一人当たり医療費を、佐賀県の二次保健医療圏（以下、「二次医療圏」）別にみてみます。佐賀県の中でも地域によって医療費の差が存在しており、東部医療圏が最も高く、北部医療圏が最も低くなっています（図表2-20）。一人当たり医療費全体で県平均を上回っているのが、東部、中部、南部医療圏ですが、全国平均と比べると、佐賀県の全ての二次医療圏で全国平均よりも高くなっています。

図表2-20 平成23年度佐賀県二次医療圏別一人当たり医療費の比較（市町国保）



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

《参考》 佐賀県の各二次医療圏に属する市町の一覧表

二次医療圏名	区域
中部医療圏	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、神埼郡（吉野ヶ里町）
東部医療圏	鳥栖市、三養基郡（基山町、上峰町、みやき町）
北部医療圏	唐津市、東松浦郡（玄海町）
西部医療圏	伊万里市、西松浦郡（有田町）
南部医療圏	武雄市、鹿島市、嬉野市、杵島郡（大町町、白石町、江北町）、藤津郡（太良町）

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

(2) 地域差指数

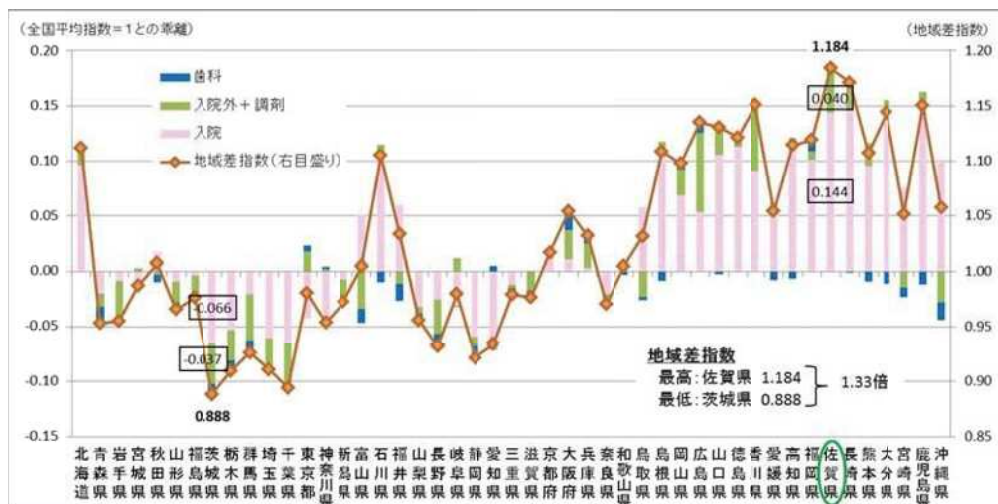
ここまでは一人当たりの医療費を「金額」として比較してきました。次に、それを指数化して、市町村国保についての医療費の高低を検証します。そのために厚生労働省が公表している「地域差指数」（年齢補正後）を用います。

地域差指数とは、地域の一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違による分を補正して、指数化（全国＝1）をしたものです。指数が1より大きければ、医療費が高い地域となり、指数が1より小さければ、医療費が低い地域となります。また、他の地域よりも高齢化が進んでいるために医療費が高くなっている地域にとっては、指数が小さくなる方向に算出され、若者が多いのに医療費が高くなっている地域は逆に指数が大きくなる方向に算定されます。

その地域差指数によると、平成22年度と平成23年度において、佐賀県は全国1位の高さとなりました（図表2-21）。つまり佐賀県は年齢補正後一人当たりの医療費が全国で最も高くなっているということです。このことは人口構造¹⁵以外による要因が、他県よりも強く働いている、ということの意味します。

佐賀県の地域差指数に対する診療種別の寄与度をみると、入院医療費が大きな影響を及ぼしていて、入院外・調剤医療費もまた医療費を押し上げる方向に働いていることがわかります。このことは、図表2-16、17で入院医療費の方が入院外医療費よりも全国との開きが大きかったことと合致します。

図表2-21 平成23年度都道府県別地域差指数及びその診療種別寄与度（市町村国保）



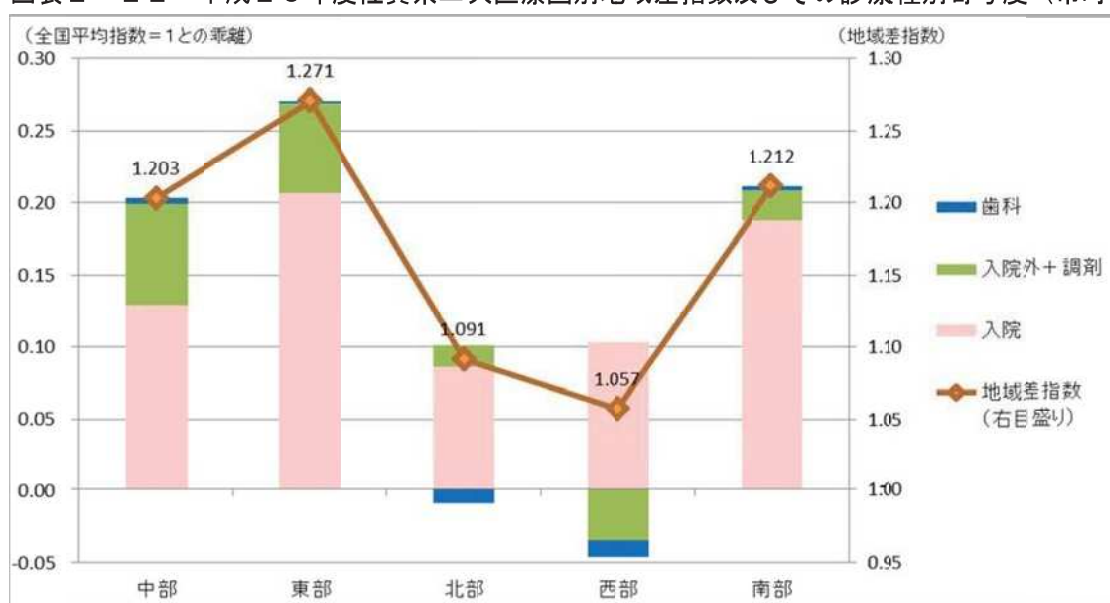
出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

¹⁵ 佐賀県全体の人口でみたときは全国よりも高齢化が進んでいますが、市町村国保レベルで比べたときには、佐賀県の方が全国よりも若干高齢化が遅れています（市町村国保の60～74歳の加入率が全国より若干低い）。因みに、平成23年度の市町村国保における60～74歳の割合は、佐賀県は46.2%であるのに対して、全国は46.5%となっています。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

次に、佐賀県での医療費の地域差をみるために、二次医療圏レベルで地域差指数の比較をしてみました（図表2-22）。二次医療圏別地域差指数は、東部、南部、中部医療圏の順に高くなっています。その地域差指数を全国の二次医療圏（平成23年度末現在：349医療圏）と比較すると、東部医療圏の全体地域差指数は全国2位となっており、入院地域差指数は、全国5位の高さとなっています。また、佐賀県内の他の二次医療圏の地域差指数も全国的に高い状況で、いずれも入院医療費の寄与度が大きくなっています。

図表2-22 平成23年度佐賀県二次医療圏別地域差指数及びその診療種別寄与度（市町国保）

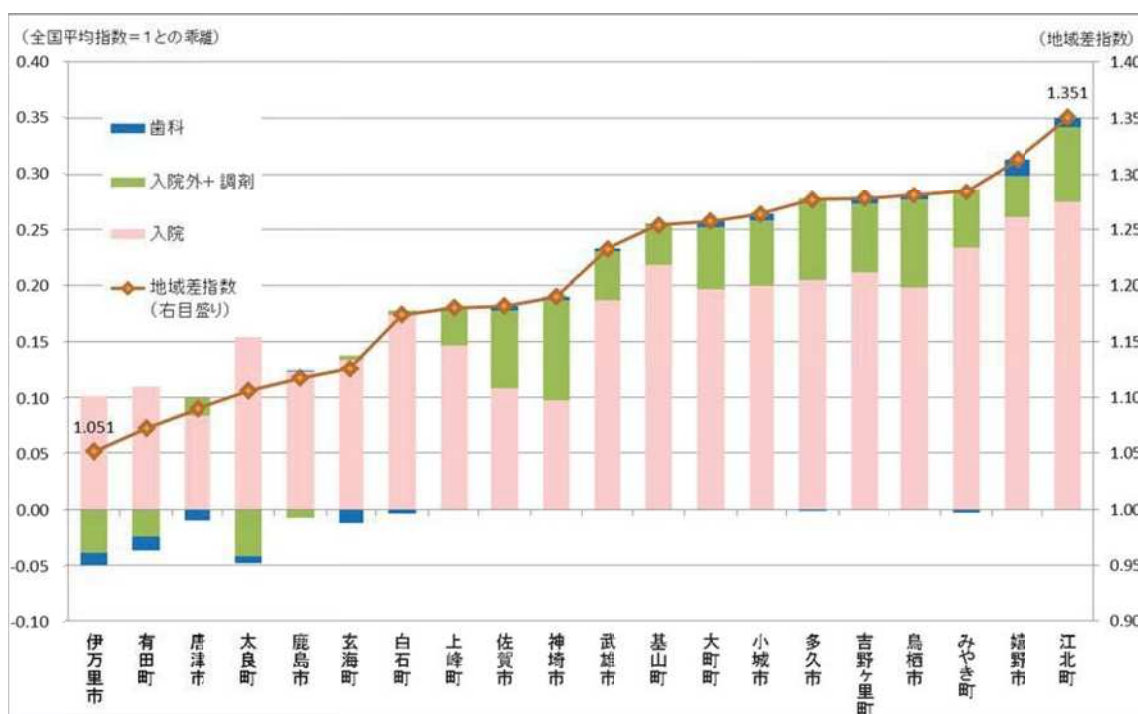


出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

さらに二次医療圏を細分化して、市町別に地域差指数をみると、図表2-23のとおり、地域差指数が高い上位3つの市町は順に、江北町、嬉野市、みやき町となっています。江北町は、全国の市町村（平成23年度末現在：1,717市町村保険者）の中で、全体地域差指数が全国9位、入院地域差指数も全国9位の高さにあります。江北町は南部医療圏に分類されますが、全体的には、東部医療圏に属する市町が、上位に位置しているのが図表からわかります。また、いずれの市町も、入院医療費が地域差指数を押し上げているのが特徴となっています。

図表2-23 平成23年度市町国保別地域差指数及びその診療種別寄与度



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

3 佐賀県における医療費への影響項目の分析

(1) 医療費の三要素

前節において、市町国保における医療費の「地域差」をみていく中で、佐賀県の医療費が全国的に高い状況にあることと、中でも、他の都道府県と比較すると入院医療費が高くなっていることがわかりました。

診療報酬の積算は全国で一律であるのにもかかわらず、このように医療費の地域差が生じている要因について、一人当たり医療費を三要素（受診率、レセプト一件当たり日数、一日当たり医療費）に分解することでアプローチしていきます。一人当たり医療費は、一般的に次の式で表されます。

<計算式①>

$$\text{一人当たり医療費} = \text{受診率} \times \text{レセプト一件当たり日数} \times \text{一日当たり医療費}$$

診療諸率	{	・受診率は、診療報酬請求明細書（レセプト） ¹⁶ 総数を被保険者数で除したもの
		・レセプト一件当たり日数は、診療実日数をレセプト総数で除したもの
		・一日当たり医療費は、総診療費用を診療実日数で除したもの

受診率、レセプト一件当たり日数、一日当たり医療費といった三要素を一般的に診療諸率（医療費諸率）と呼びます。この診療諸率のうち全国平均より多くなっているものがあれば、その要素が医療費を高くしている要因と考えることができます。

佐賀県の国保と後期高齢者医療制度の診療諸率を図表2-24で示しています。そこでは、佐賀県の国保も後期高齢者医療制度も、全国より受診率とレセプト一件当たり日数が多いために、一人当たり診療費が高くなっている現状が示されています。それに対して、一日当たり診療費は、全国平均を下回っています。同様の傾向は、協会けんぽの診療諸率にもみられます(図表2-25)。協会けんぽの図表では、入院と入院外に分けていますが、受診率とレセプト一件当たり日数が多く、一日当たり医療費が少ない現状は、国保と後期高齢者医療制度の状況と一致しており、佐賀県全体の受診の傾向と考えてよいと思われます¹⁷。

¹⁶ レセプトは、保険医療機関において患者ごとに毎月1枚作成され、診療内容や個々の診療に要した費用額などが記載されています。同一人が、同一月に、入院外受診と入院をしたり、2か所の保険医療機関で受診した場合は、2枚のレセプトが作成されます。

¹⁷ 国保・後期高齢者医療制度・協会けんぽの三つの医療保険制度の加入者で、佐賀県人口の約75%をカバーします。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-24 平成23年度における佐賀県と全国の診療諸率の状況

	1人当たり診療費(円)	1人当たり受診率	レセプト1件当たり日数(日)	1日当たり診療費(円)
国民健康保険(佐賀県)	288,291	10.4	2.5	10,968
国民健康保険(全国)	234,803	9.7	2.1	11,587
後期高齢者医療(佐賀県)	817,027	19.8	3.4	12,023
後期高齢者医療(全国)	727,768	18.6	2.9	13,719

注1：診療費＝医科入院・入院外、歯科にかかる医療費

注2：端数処理の関係のため、図表の一人当たり診療費と、計算式①に基づいて算出した場合の一人当たり診療費の数値は一致しません。

出所：厚生労働省「国民健康保険事業年報」・「後期高齢者医療事業年報」

図表2-25 平成23年度における協会けんぽの診療諸率の状況

入院		1人当たり入院医療費(円)	1人当たり入院受診率	レセプト1件当たり入院日数(日)	1日当たり入院医療費(円)
	佐賀県	54,699	0.13	11.9	36,233
	全国	43,873	0.09	10.5	42,402
入院外		1人当たり入院外医療費	1人当たり入院外受診率	レセプト1件当たり入院外日数	1日当たり入院外医療費
	佐賀県	97,770	6.2	1.7	9,313
	全国	93,249	6.0	1.5	10,184

注：入院外医療費には、調剤医療費も含まれています。

端数処理の関係のため、図表の一人当たり入院医療費・入院外医療費と、計算式①に基づいて算出した場合の一人当たり入院医療費・入院外医療費の数値は一致しません。

出所：全国健康保険協会 HP

①入院の要素別分析

次に、一人当たり医療費を構成する各要素について診療種別(入院、入院外、調剤)に検証します。

一人当たり入院医療費の要素別分析については、計算式①で示した三要素(受診率、一件当たり日数、一日当たり医療費)ではなく、新三要素(推計新規入院発生率、推計平均在院日数、一日当たり医療費)に基づいて、どの要素が一人当たり入院医療費の高さに影響を与えているのか分析します。新三要素に分解した一人当たり入院医療費の式は以下のとおりです。

<計算式②>

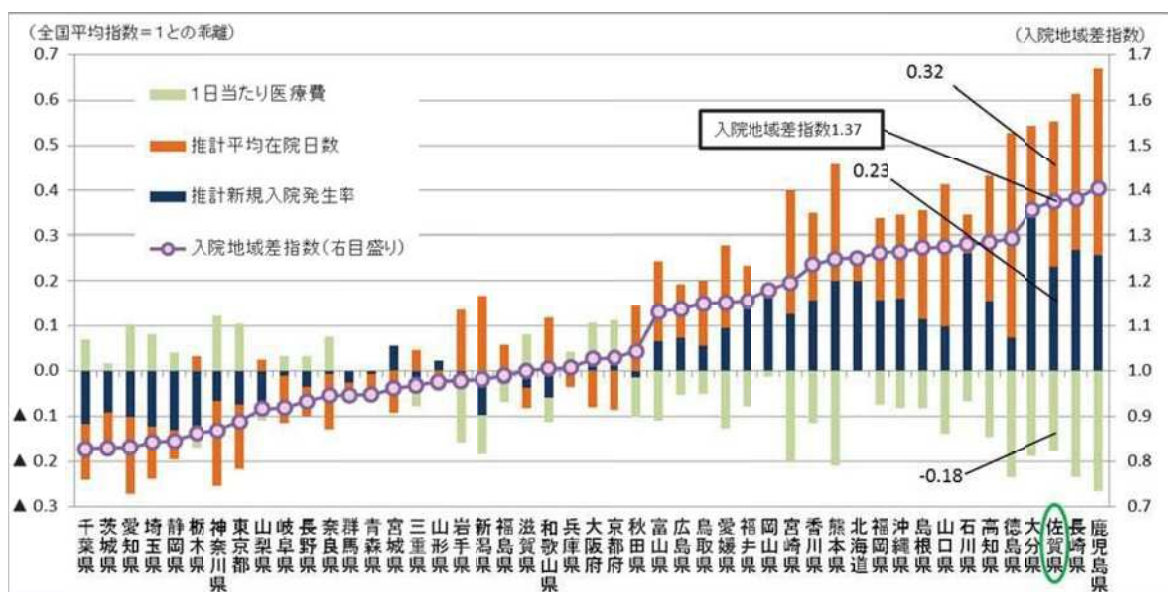
$$\text{一人当たり入院医療費} = \text{推計新規入院発生率} \times \text{推計平均在院日数} \times \text{一日当たり入院医療費}$$

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

計算式①に基づく要素別一人当たり医療費の分析だと、たとえば入院受診率が高いことが、新規入院発生率が高いからなのか、入院期間が長いからなのか、直ちに判明しません。しかしながら、計算式②を用いることによって、地域差の大きい（小さい）ことの要因として、「新規入院発生率が高い（低い）ことによる」のか、「入院期間が長い（短い）ことによる」のか、あるいは「1日当たり医療費が高い（低い）ことによる」のかが明示的にわかります。ここでは、一人当たり入院医療費の分析については、計算式②に基づいて行ってみることにします。

市町村国保における入院地域差指数（一人当たり入院医療費を年齢補正し指数化したもの）への寄与度を、新三要素ごとに分析したのが、図表2-26となっています。図表では、佐賀県の入院地域差指数は、全国で3番目に高くなっています。入院地域差指数の高さに最も影響を与えているのは、入院期間の長さで、その次に寄与しているのが新しく入院する患者の発生率です。他方で、一日当たり医療費はマイナスの寄与度となっています。

図表2-26 平成23年度入院地域差指数の三要素別寄与度（市町村国保）



出所：厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析 基礎データ」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

②入院外の要素別分析

次に、市町村国保における入院外の診療諸率を計算式①に基づき検証します。

図表2-27は、レセプト枚数でみた入院外多受診者に関する図表で、図表2-28は、診療日数でみた入院外多受診者に関する図表です。両方の図表から読み取れるのは、前述のとおり、佐賀県は全国よりも、一人当たり医療費が高いことと、その要因として作用しているのは、高い受診率及び、他の都道府県と比べるとかなり多くなっているレセプト一件当たり日数の2要素となっています。

図表2-27 平成24年度における市町村国保のレセプト枚数でみた多受診者状況（医科・入院外）

平成24年度	年齢階層	レセプト枚数2枚以上				
		被保険者一人当たり点数	100人当たり受診率	レセプト一件当たり日数	一日当たり点数	レセプト一件当たり点数
全国	0～19歳	22.43	2.68	1.53	548.04	836.97
	20～39歳	24.70	2.27	1.55	700.65	1,086.55
	40～64歳	148.44	9.69	1.77	865.81	1,531.69
	65～74歳	257.21	19.06	1.84	733.06	1,349.24
	合計	452.78	33.71	1.78	756.53	1,343.26
佐賀県	0～19歳	26.17	2.98	1.72	509.14	876.91
	20～39歳	21.99	1.93	1.76	647.42	1,138.20
	40～64歳	173.32	11.22	2.02	764.35	1,544.92
	65～74歳	290.21	22.10	2.12	620.55	1,312.85
	合計	511.69	38.24	2.04	656.19	1,338.08

注：元データの都合上、医療費は「金額」ではなく「診療報酬点数」で表示しています。

出所：国民健康保険中央会「統計データベースシステム」

図表2-28 平成24年度における市町村国保の診療日数でみた多受診者状況（医科・入院外）

平成24年度	年齢階層	2日以上				
		被保険者一人当たり点数	100人当たり受診率	レセプト一件当たり日数	一日当たり点数	レセプト一件当たり点数
全国	0～19歳	33.81	3.57	1.82	519.09	947.34
	20～39歳	45.87	3.23	1.97	720.47	1,420.73
	40～64歳	268.83	12.90	2.18	955.32	2,083.51
	65～74歳	373.02	23.02	2.08	777.82	1,620.21
	合計	721.53	42.72	2.08	810.92	1,688.85
佐賀県	0～19歳	40.24	4.12	2.06	473.91	976.58
	20～39歳	44.02	2.87	2.27	676.74	1,534.14
	40～64歳	320.23	15.45	2.49	831.98	2,073.36
	65～74歳	417.17	26.95	2.36	655.47	1,548.11
	合計	821.66	49.38	2.37	701.49	1,663.89

注：元データの都合上、医療費は「金額」ではなく「診療報酬点数」で表示しています。

出所：国民健康保険中央会「統計データベースシステム」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

③調剤の要素別分析

最後に、一人当たり調剤医療費を要素別に検証します。

一人当たり調剤医療費の分析については、その性質から、計算式①に基づかず、以下の式を用います。

<計算式③>

$$\text{一人当たり年間調剤医療費} = \text{一人当たり年間処方箋枚数} \times \text{処方箋一枚当たり調剤医療費}$$

計算式③に基づき掲載している図表2-29のとおり、佐賀県の一人当たり年間調剤医療費は、全国で5番目の高さになっています。処方箋一枚当たり調剤医療費はここ数年全国で一番低い状態が続いていますが、それに対して、処方箋の発行が全国で一番多くなっているため、調剤医療費が押し上げられる形になっています。ここでも、入院と入院外の医療費とともに、一回当たりの受診料は安い、頻度が多いことで、結果的に一人当たり医療費が高くなる、という傾向がみられます。

その他、一人当たり年間処方箋枚数の多さは、人口10万人当たりの薬局数の多さや処方箋受取率（医薬分業の指標として用いられる）の高さとある程度強い相関が認められます。また、一人当たり年間調剤医療費については、人口10万人当たりの薬局数に対して一定の相関がみられ、処方箋受取率に対してはそれよりも強い相関があることがわかっています。

図表2-29 平成24年度都道府県別一人当たり調剤医療費等

	一人当たり年間 調剤医療費(円)	都道府県 順位(降順)	一人当たり年間 処方箋枚数(枚)	都道府県 順位(降順)	処方せん一枚当た り調剤医療費(円)	都道府県 順位(降順)
秋 田	72,971	1	7.4	4	9,847	5
北海道	62,978	2	6.3	21	9,960	4
東 京	61,739	3	7.5	2	8,187	33
青 森	61,574	4	7.2	8	8,526	22
佐 賀	59,496	5	8.4	1	7,099	47
全国平均	52,031	-	6.2	-	8,400	-
群 馬	41,535	43	4.8	42	8,630	21
富 山	40,722	44	4.4	47	9,353	8
和歌山	39,266	45	4.5	45	8,664	19
奈 良	39,009	46	4.8	43	8,191	33
福 井	35,250	47	3.4	48	10,318	2

出所：厚生労働省「調剤医療費の動向調査」

(2) 受療率

①受療率の状況

前の項目では、一人当たり医療費を要素別に分解して、佐賀県と全国の傾向を比較しました。そこでは、入院・入院外ともに、一人当たり医療費の高さに対して寄与が大きいと推察されるのは、受診率（新規入院発生率）の高さと一件当たり日数（平均在院日数）の多さであることと、他方で、一日当たり医療費は、全国でも下位に位置するということがわかりました。そこで、「(2) 受療率」、「(3) 平均在院日数」の項で医療費を高くしている二つの要素について詳しくみていきます。この項では、受療率¹⁸（受診率と同様の概念）について、次項では、平均在院日数について分析をしました。

図表2-30は、佐賀県と全国の入院受療率を、疾病別に分類して表したものです。ほぼ全ての疾病において、佐賀県の受療率が全国を上回っているのがわかります。特に差異が目立つのは、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」、「循環器系の疾患」、「損傷・中毒及びその他の外因の影響」等です。疾病ごとに入院受療率が高いものを並べると、「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」の順になっています。

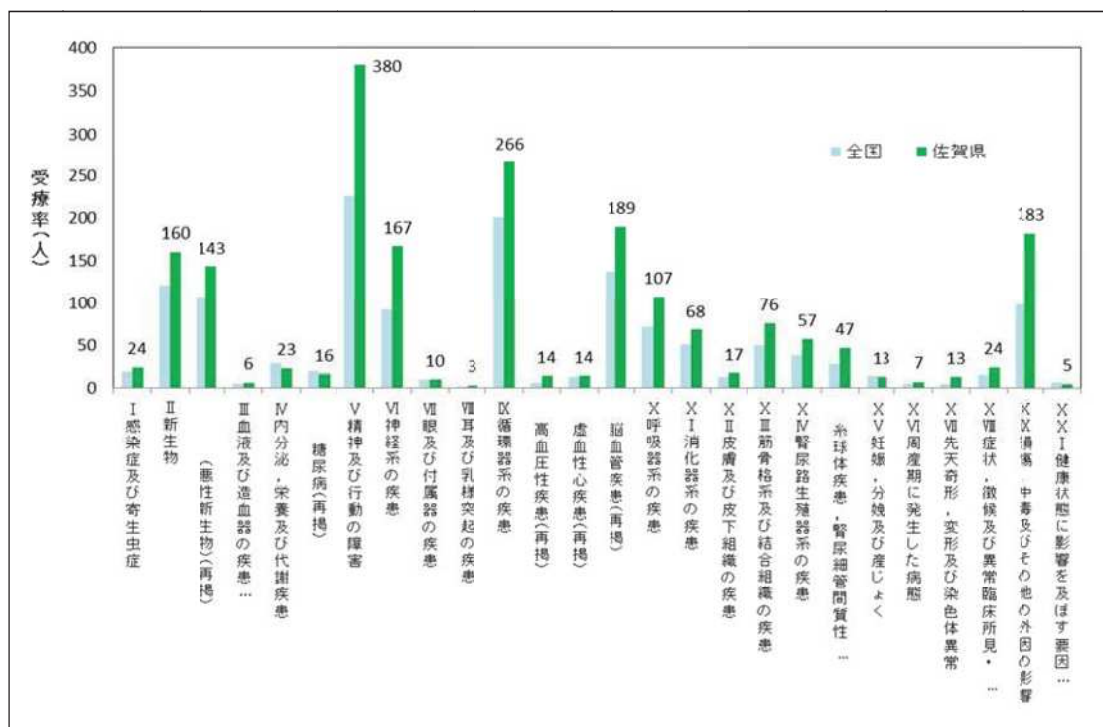
図表2-31は、入院外受療率について同様に表したものです。ここでもほぼすべての疾病において、佐賀県の方が全国より高くなっており、「循環器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」等の開きが目立ちます。疾病ごとに入院受療率が高いものを並べると、「循環器系の疾患」、「消化器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の順番になっています。このように入院受療率と入院外受療率では、「循環器系の疾患」の高さは共通していますが、その他の疾病では傾向が異なったものになっています。疾病ごとの入院・入院外受療率の傾向は佐賀県と全国とでは大きな差はありません。

また、各疾病の受療率の中で、生活習慣病関連のものは、40代以降急激に高くなる傾向にあることが判明しており、このことは、図表2-5でみたように、40代以上の医療費が全体の9割弱を占めていることの要因ともなっています。

¹⁸ 「受療率」とは、ある特定の日に疾病治療のために、全ての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率のことをいいます。厚生労働省のとりまとめる「患者調査」において、医療機関に入院又は入院外患者として治療のために通院した患者の推計患者数が把握され、受療率が算出されます。算出式は次のとおりです。受療率（人口10万対）＝{1日の推計患者数／推計人口（10月1日現在）}×100,000。

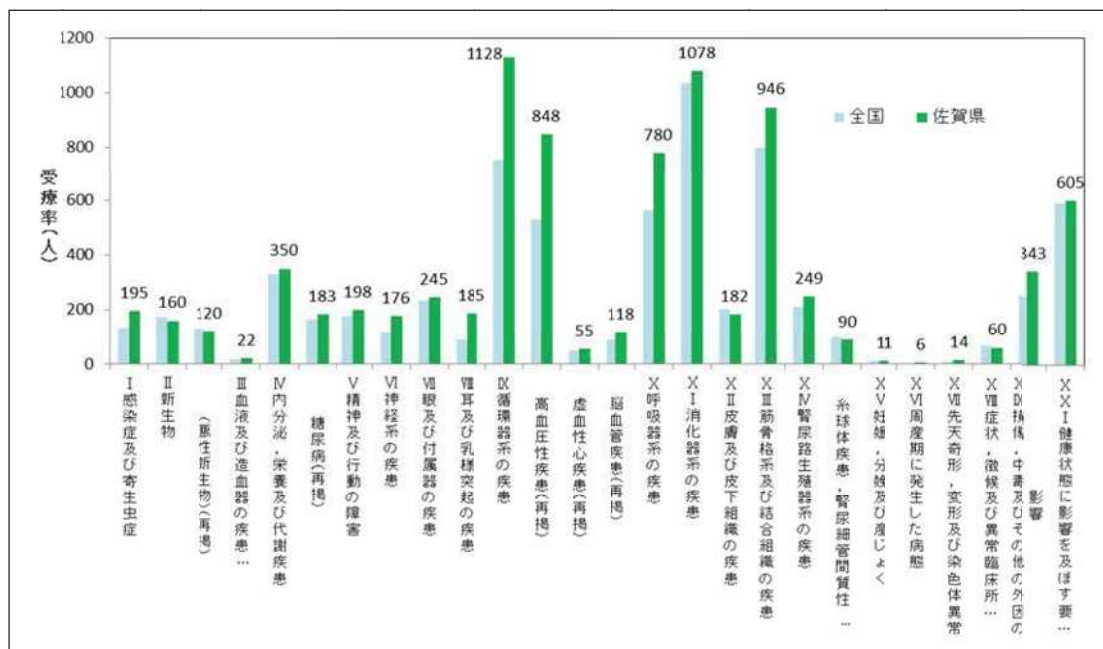
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-30 平成23年度佐賀県の人口10万人当たり疾病別入院受療率



出所：厚生労働省「患者調査」

図表2-31 平成23年度佐賀県の人口10万人当たり疾病別入院外受療率



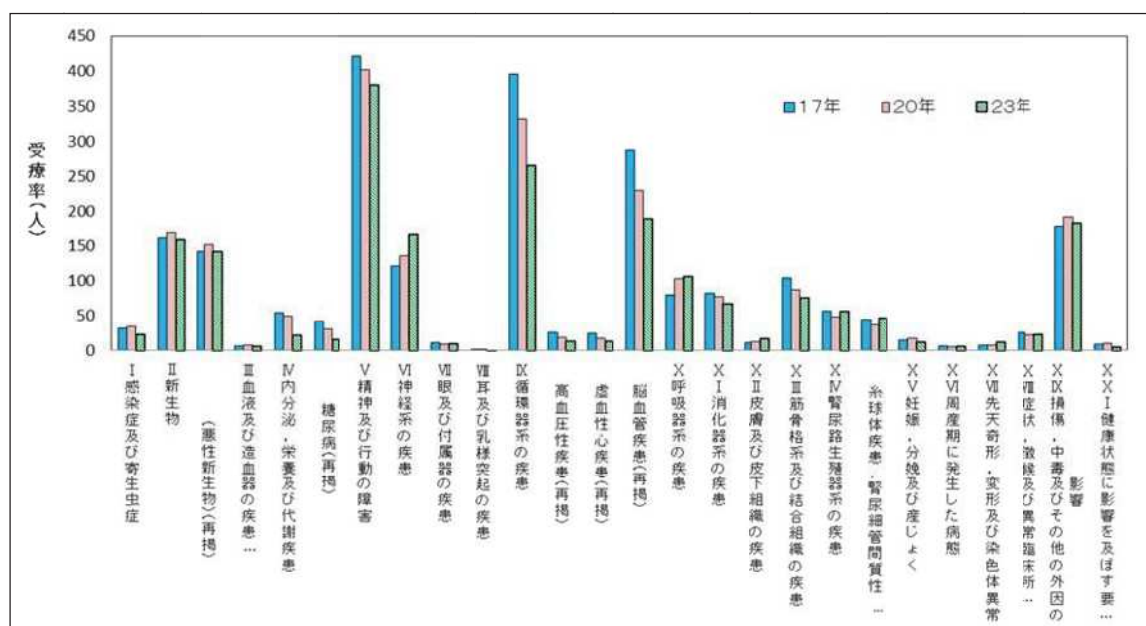
出所：厚生労働省「患者調査」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

次に、佐賀県における入院受療率の経年変化をみると、あまり変化のない疾病もありますが、「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」は着実に減少してきています（図表2-32）。他方で、「神経系の疾患」や「呼吸器系の疾患」は微増している状況です。

また、佐賀県の入院外受療率は、年によって変動が大きくなっていますが、「循環器系の疾患」が増えていて、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が減少している状況です。（図表2-33）。

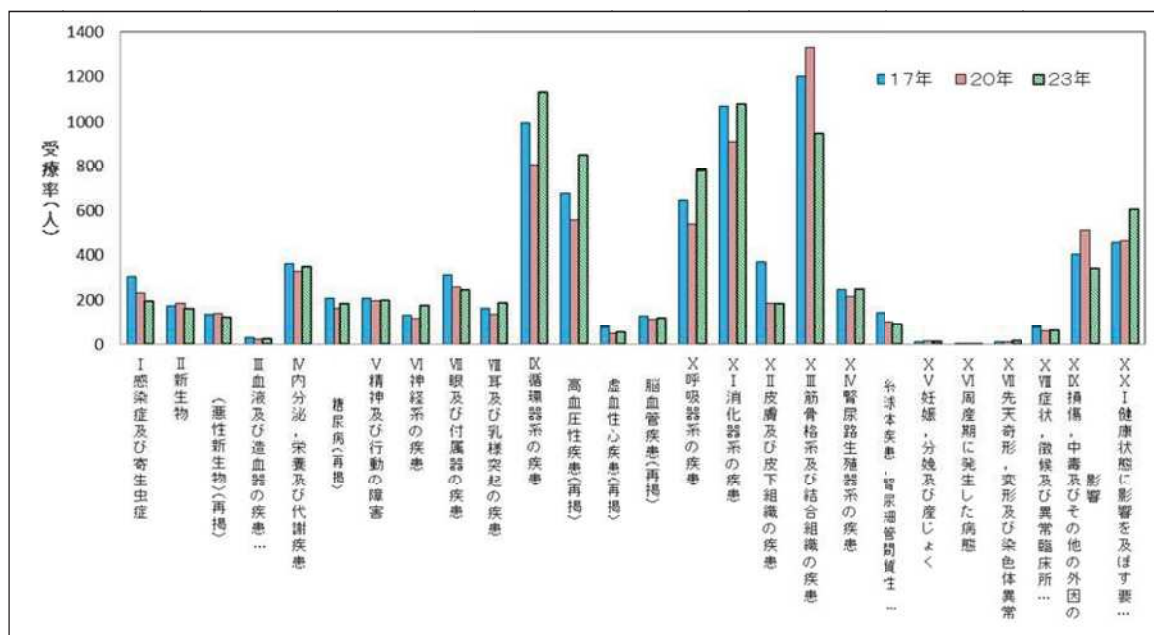
図表2-32 佐賀県の人口10万人当たり疾病別入院受療率（平成17～23年度）



出所：厚生労働省「患者調査」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-33 佐賀県の人口10万人当たり疾病別入院外受療率（平成17～23年度）



出所：厚生労働省「患者調査」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

②受療率に関係する要素

こうした受療率は、医療提供体制や人口構成（高齢化）、受診行動（病気に対する考え方や大病院志向など社会的文化的要因）、一部負担金の額、流感の発生などに左右されるといわれています。佐賀県は、医療機関数やベッドの数、保健医療に携わる人たちが充実していると言われており、図表2-34のとおり、病院数・病院病床数・一般診療所病床数・薬局数は全国で上位10位以内となっています。また、図表2-35のとおり、医師数や薬剤師数は全国20位以内、看護師数や保健師数は全国10位以内の多さとなっていますが、病院や病床の数が多ことから、必ずしも十分な体制が整備されているとは言えない状態です。

また、医療費の適正化を図るため、受療率を低下させることに関して、医療提供体制を変えることは時間がかかることもあり、まずは生活習慣の改善や健康づくりを通じて、疾病予防を行うことが重要となります。

図表2-34 都道府県別医療施設等の状況（平成24年）

人口10万対	病院数	都道府県順位(降順)	病院病床数	都道府県順位(降順)	一般診療所数	都道府県順位(降順)	一般診療所病床数	都道府県順位(降順)	薬局数	都道府県順位(降順)
全 国	6.7	—	1237.7	—	78.5	—	98.5	—	43.8	—
福 岡	9.2	14	1707.2	10	89.1	11	189.2	13	54.8	4
佐 賀	12.8	5	1792.9	7	82.2	20	321.8	5	62.2	1
長 崎	11.3	8	1926.4	5	101.1	3	328	4	52.1	7
熊 本	11.8	7	1957.3	3	82	21	331.3	3	44.9	22
大 分	13.4	4	1697.3	11	82.3	19	357.4	2	46.2	19
宮 崎	12.4	6	1714.7	9	80.2	23	293.7	7	52.2	5
鹿児島	15.4	2	2052.5	2	83.7	16	373.4	1	51.3	9
沖 縄	6.7	26	1344.9	25	59.7	44	92.1	27	39.4	38

出所：厚生労働省「医療施設（動態）調査」・「衛生行政報告例」

図表2-35 都道府県別保健医療関係者数の状況

人口10万対	医師数	都道府県順位(降順)	薬剤師数	都道府県順位(降順)	看護師数	都道府県順位(降順)	准看護師数	都道府県順位(降順)	保健師数	都道府県順位(降順)
全 国	230.4	—	215.9	—	796.6	—	280.6	—	37.1	—
福 岡	288.4	4	208.0	16	997.3	17	388.9	19	33.9	39
佐 賀	256.5	15	208.3	15	1096.1	5	575.0	3	54.2	6
長 崎	284.7	7	189.9	24	1111.2	3	574.5	4	46.8	22
熊 本	271.0	9	187.1	26	1106.4	4	572.9	5	49.7	16
大 分	256.1	16	173.3	33	1073.4	7	527.6	7	54.2	7
宮 崎	233.7	24	167.7	38	1093.6	6	628.9	2	53.2	8
鹿児島	242.3	20	166.2	40	1140.5	2	633.7	1	50.0	14
沖 縄	235.2	23	142.2	47	881.2	27	331.6	24	47.9	20

注：医師数・薬剤師数は平成22年末現在の人数で、医療施設や介護老人保健施設の従事者、無職者なども含まれます。看護師数・准看護師数・保健師数は平成24年末現在の人数で、免許を取得し就業している人のうち都道府県知事に届け出のあった数値などとなっています。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」・「衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」

(3) 平均在院日数

①平均在院日数の状況

この項では、一人当たり医療費への影響が、受診率とともに大きいと推察される診療日数として、「平均在院日数¹⁹」について検証をします。「介護療養病床（介護保険適用）を除く全病床」の平均在院日数は、本計画において、医療の効率的な提供を推進するための目標設定の対象となっています。佐賀県におけるその日数は、平成24年において42.9日と、全国で3番目の高さで、全国平均より13.2日多くなっています（図表2-36）。

主な病床種別にみると、一般病床の平均在院日数は、佐賀県20.8日（第3位）、全国17.5日となっており、佐賀県は3.3日長い状況であり、全国的にも高位に位置しています。

精神病床の平均在院日数は、佐賀県334.6日（第13位）、全国291.9日となっており、佐賀県は42.7日長くなっています。

療養病床の平均在院日数は、佐賀県130.4日（第40位）、全国171.8日という状況で、佐賀県は41.4日短くなっています。

また、一人当たり入院医療費と平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）の相関をみてみると、相当の相関が現れているのがわかります（図表2-37）。

¹⁹「平均在院日数」とは、病院に入院した患者の入院日数の平均値です。その算出法はいくつかありますが、本計画の評価にあたっては、厚生労働省の「病院報告」で使用されている次式を用います。平均在院日数＝調査期間中の在院患者延数÷{(調査期間中の新入院患者数＋調査期間中の退院患者数)×0.5}。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-36 平成24年年間平均在院日数（日）

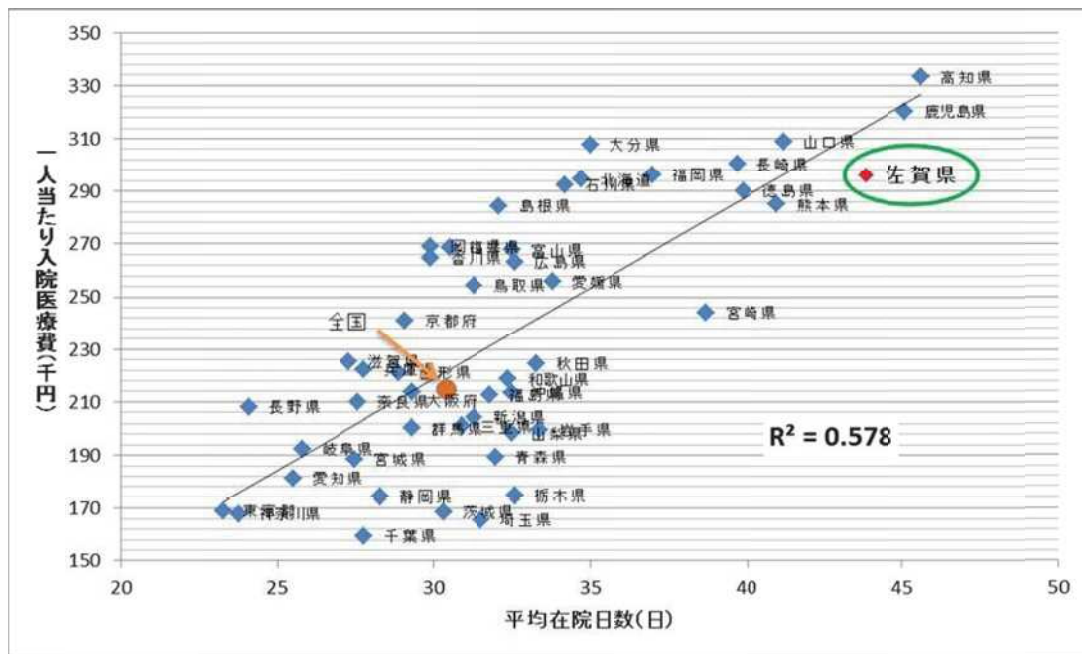
順位	全病床		介護療養病床を除く全病床		療養病床(医療及び介護)を除く全病床		主な病床種別					
							一般病床		精神病床		療養病床	
-	全 国	31.2	全 国	29.7	全 国	24.7	全 国	17.5	全 国	291.9	全 国	171.8
1	高 知	50.7	鹿 児 島	44.5	鹿 児 島	35.2	高 知	23.0	徳 島	424.4	富 山	266.1
2	鹿 児 島	46.0	高 知	44.3	佐 賀	34.7	熊 本	21.1	鹿 児 島	418.6	北 海 道	239.1
3	佐 賀	45.9	佐 賀	42.9	宮 崎	33.0	佐 賀	20.8	大 分	412.2	京 都	212.4
4	山 口	44.4	山 口	40.5	高 知	32.7	大 分	20.6	栃 木	393.1	神 奈 川	211.7
5	徳 島	43.6	熊 本	40.5	熊 本	32.7	鹿 児 島	20.6	山 口	388.5	山 口	211.6
6	熊 本	43.5	徳 島	39.6	徳 島	32.6	和 歌 山	20.5	長 崎	372.0	静 岡	207.3
7	宮 崎	40.3	長 崎	38.6	長 崎	31.9	徳 島	20.1	群 馬	359.4	石 川	204.4
8	長 崎	39.9	宮 崎	38.2	大 分	30.4	京 都	19.9	新 潟	356.7	埼 玉	201.3
9	福 岡	38.1	福 岡	36.0	山 口	29.6	岩 手	19.7	宮 崎	345.7	高 知	200.0
10	富 山	36.8	大 分	34.2	福 岡	29.0	石 川	19.6	茨 城	343.1	千 葉	196.3
11	北 海 道	35.9	北 海 道	33.8	岩 手	28.5	青 森	19.3	富 山	337.0	大 阪	195.5
12	石 川	35.8	石 川	33.7	秋 田	28.5	秋 田	19.3	和 歌 山	335.4	秋 田	195.0
13	愛 媛	35.1	愛 媛	33.0	青 森	27.9	愛 媛	19.3	佐 賀	334.6	東 京	193.8
14	大 分	34.9	岩 手	32.3	愛 媛	27.4	長 崎	19.3	福 島	331.3	沖 縄	184.0
15	広 島	34.3	秋 田	32.2	北 海 道	27.3	宮 崎	19.3	福 岡	330.3	新 潟	183.6
16	秋 田	33.4	広 島	31.9	新 潟	27.2	北 海 道	19.2	香 川	329.1	滋 賀	178.9
17	岩 手	33.2	富 山	31.8	石 川	27.2	新 潟	19.1	千 葉	324.4	栃 木	175.7
18	青 森	32.9	沖 縄	31.8	福 島	26.8	岡 山	19.1	兵 庫	320.9	香 川	173.7
19	新 潟	32.8	島 根	31.5	島 根	26.6	島 根	19.0	愛 媛	319.7	岩 手	173.3
20	沖 縄	32.6	青 森	31.4	沖 縄	26.4	福 岡	19.0	宮 城	315.9	福 岡	172.4
21	島 根	32.5	栃 木	31.4	栃 木	26.3	山 口	18.9	三 重	307.9	福 島	172.0
22	栃 木	32.4	山 梨	31.3	広 島	26.1	福 井	18.8	熊 本	306.4	熊 本	170.4
23	和 歌 山	32.4	福 島	31.0	鳥 取	26.0	鳥 取	18.8	埼 玉	299.4	愛 知	165.6
24	埼 玉	32.0	和 歌 山	30.9	和 歌 山	26.0	福 島	18.4	静 岡	295.9	兵 庫	162.3
25	山 梨	31.9	埼 玉	30.8	山 梨	25.8	山 梨	18.4	石 川	295.1	三 重	160.3
26	福 島	31.8	新 潟	30.6	京 都	25.6	奈 良	18.0	秋 田	292.3	広 島	160.0
27	京 都	31.6	鳥 取	30.5	埼 玉	25.5	広 島	18.0	京 都	291.6	茨 城	159.8
28	三 重	31.5	福 井	29.8	福 井	25.3	栃 木	17.9	鳥 取	290.3	和 歌 山	157.2
29	福 井	31.4	三 重	29.8	富 山	25.3	香 川	17.9	山 梨	289.9	愛 媛	148.7
30	鳥 取	31.2	茨 城	29.6	香 川	25.2	大 阪	17.8	広 島	289.0	島 根	148.6
31	茨 城	30.7	岡 山	29.3	岡 山	25.1	滋 賀	17.6	岩 手	288.1	徳 島	146.0
32	香 川	30.4	香 川	29.1	三 重	25.1	富 山	17.5	沖 縄	284.3	奈 良	145.5
33	岡 山	30.1	大 阪	28.7	茨 城	25.0	山 形	17.4	奈 良	281.5	岡 山	143.5
34	群 馬	29.6	群 馬	28.5	山 形	24.8	埼 玉	17.4	北 海 道	279.2	宮 崎	139.0
35	静 岡	29.6	山 形	28.3	群 馬	24.0	茨 城	17.3	岐 阜	273.3	山 梨	135.7
36	大 阪	29.6	京 都	28.3	宮 城	23.4	群 馬	17.1	愛 知	271.4	鹿 児 島	134.1
37	奈 良	29.1	静 岡	27.6	大 阪	23.3	三 重	17.1	島 根	266.6	青 森	132.1
38	兵 庫	28.7	兵 庫	27.4	奈 良	23.2	沖 縄	16.8	滋 賀	257.9	大 分	131.0
39	山 形	28.3	奈 良	27.3	千 葉	23.2	宮 城	16.5	長 野	253.5	福 井	130.9
40	千 葉	28.1	千 葉	27.2	滋 賀	22.3	千 葉	16.4	山 形	246.7	佐 賀	130.4
41	滋 賀	27.8	滋 賀	27.0	兵 庫	22.3	兵 庫	16.4	大 阪	245.2	群 馬	129.7
42	宮 城	26.5	宮 城	26.3	岐 阜	21.9	岐 阜	16.1	神 奈 川	239.9	岐 阜	125.1
43	愛 知	26.3	岐 阜	25.2	静 岡	21.4	長 野	15.9	岡 山	238.3	長 崎	111.2
44	岐 阜	25.8	愛 知	25.1	長 野	21.3	静 岡	15.6	青 森	237.5	山 形	108.6
45	長 野	25.1	長 野	23.8	愛 知	20.9	愛 知	15.4	高 知	227.3	宮 城	108.5
46	東 京	24.0	神 奈 川	23.1	東 京	19.8	東 京	15.2	福 井	224.4	長 野	106.9
47	神 奈 川	24.0	東 京	22.8	神 奈 川	19.6	神 奈 川	14.8	東 京	209.6	鳥 取	101.5

注：病床には、精神、感染症、結核、一般、療養（医療及び介護）病床があり、「全病床」にはそれら全てが含まれます。

出所：厚生労働省「病院報告」

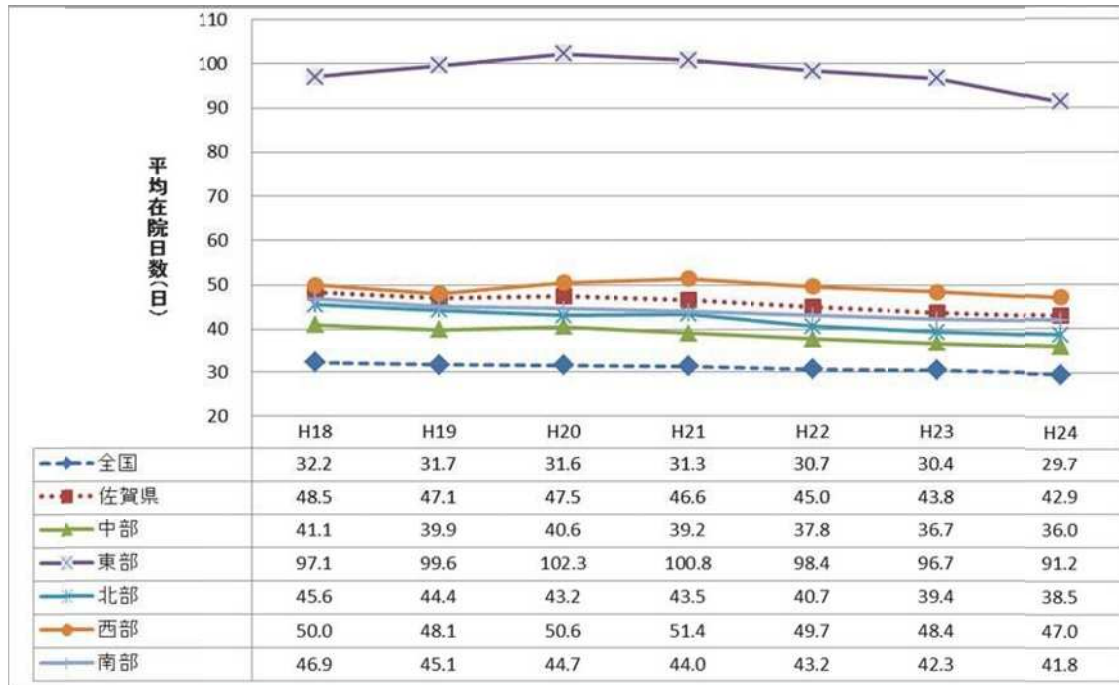
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-37 平成23年度平均在院日数(介護療養病床除く全病床)と
一人当たり入院医療費の相関



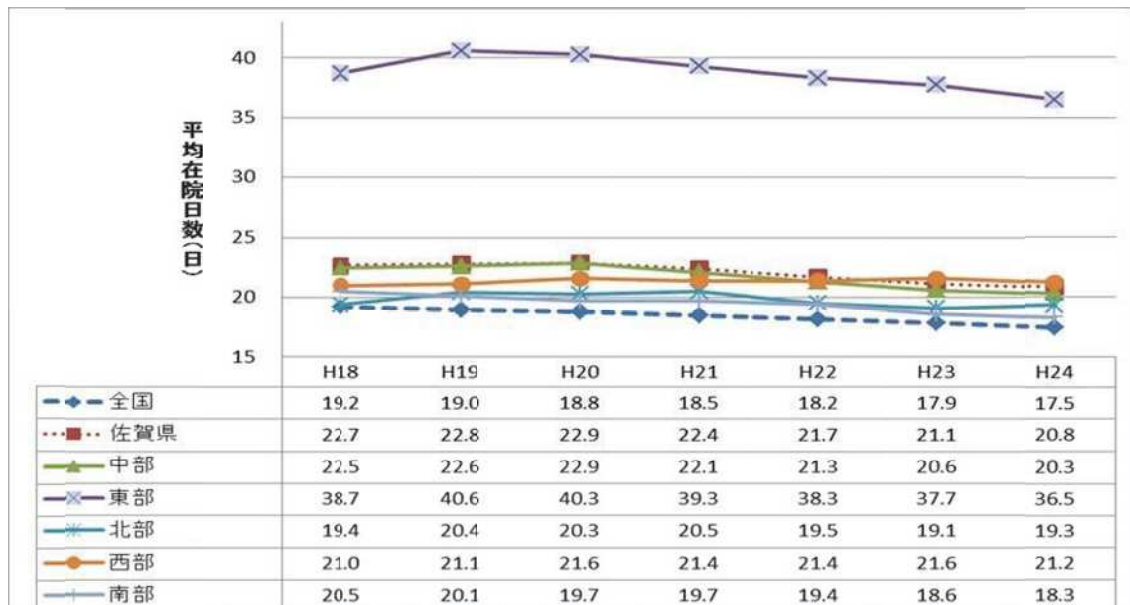
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-38 佐賀県二次医療圏別平均在院日数（介護療養病床除く全病床）の推移（平成18～24年度）



出所：厚生労働省「病院報告」

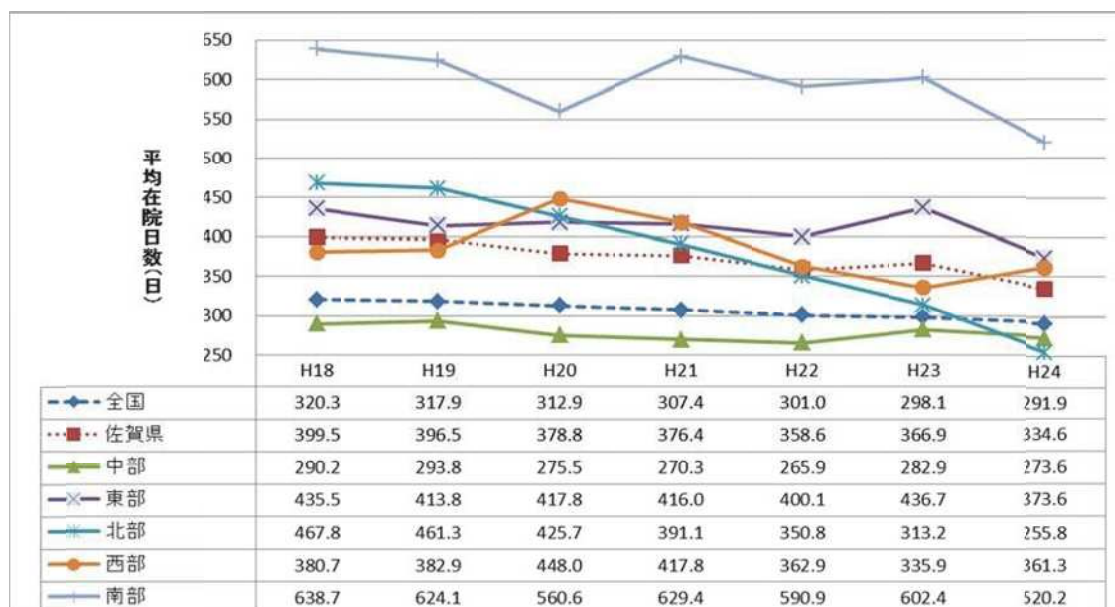
図表2-39 佐賀県二次医療圏別平均在院日数（一般病床）の推移（平成18～24年度）



出所：厚生労働省「病院報告」

第 2 章 佐賀県における医療の現状と分析

図表 2－40 佐賀県二次医療圏別平均在院日数（精神病床）の推移（平成 18～24 年度）



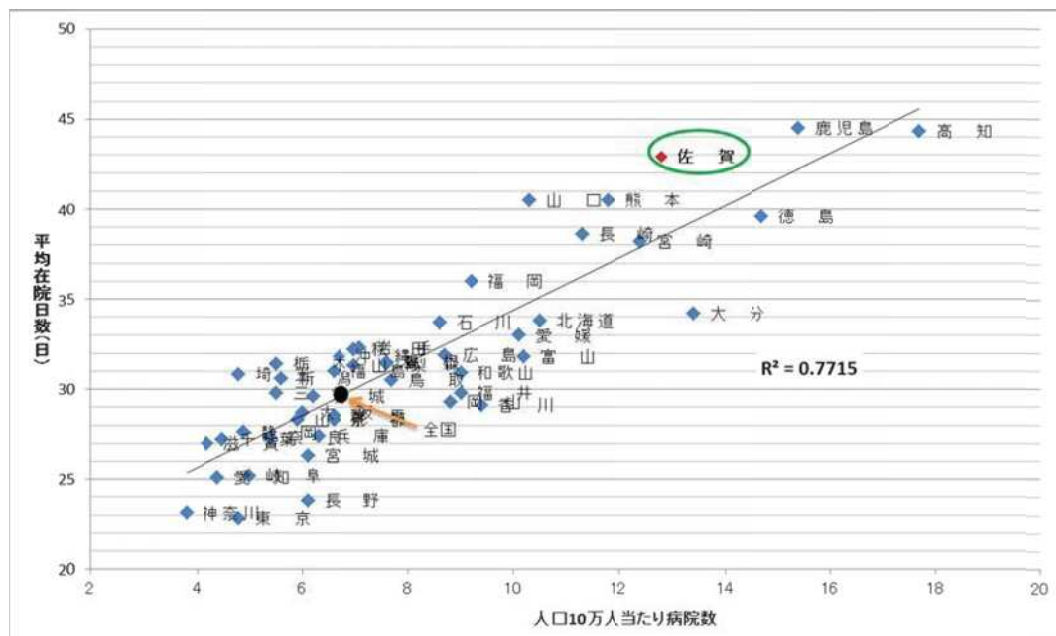
出所：厚生労働省「病院報告」

②平均在院日数に関する要素

佐賀県の平均在院日数は全国的に長い状況にあります。その要因について考察します。平均在院日数は、医療提供体制と関係があるといわれています。実際に都道府県ごとの平均在院日数と人口 10 万人当たり病院数についてみると、強い相関がみられます（図表 2－41）。佐賀県は、高知県や鹿児島県、徳島県などとともに、右上方に位置しています。また、同様に平均在院日数と人口 10 万人当たり病床数の関係をみると、これもまた強い相関が認められます（図表 2－42）。

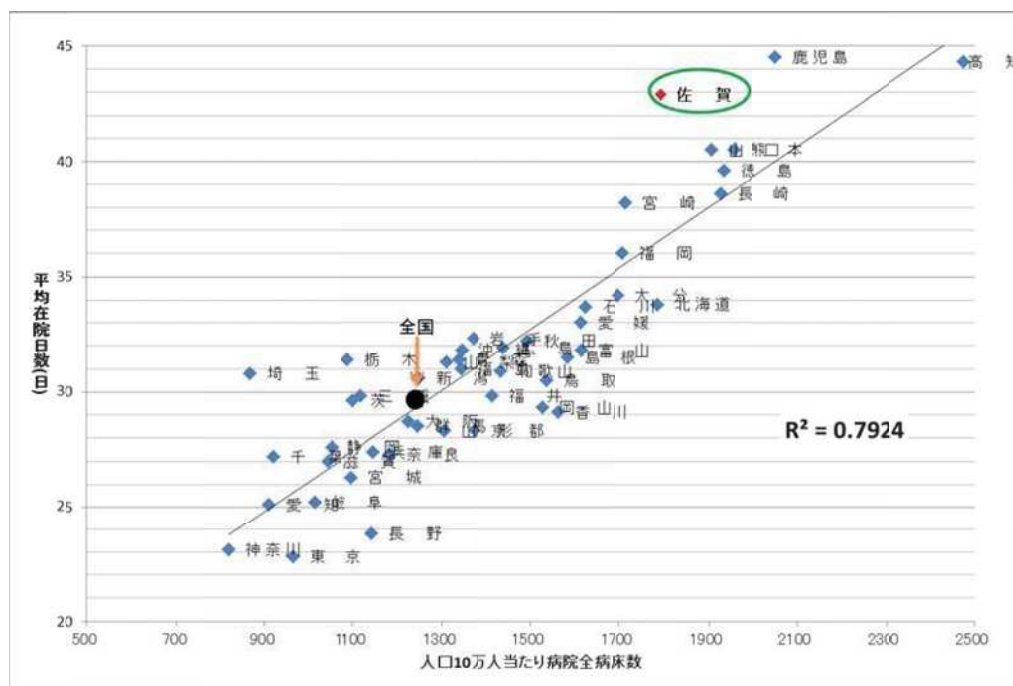
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-41 平成24年度平均在院日数（介護療養病床除く全病床）と人口10万人当たり病院数との相関（都道府県別）



出所：厚生労働省「病院報告」・「医療施設（動態）調査」

図表2-42 平成24年度平均在院日数（介護療養病床除く全病床）と人口10万人当たり病院全病床数との相関（都道府県別）



出所：厚生労働省「病院報告」・「医療施設（動態）調査」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

ここで改めて人口 10 万人当たり病床数を種別ごとに全国比較してみると、病床総数においてはもちろん、精神、一般、療養病床でも、佐賀県は全国平均より多い状況となっています（図表 2－4 3）。このことが平均在院日数の長さの一因とも考えられます。また、佐賀県は病床利用率も全国的に高水準であることから（図表 2－4 4）、病床数の多さとあわせて考えると、入院している患者が多いということがわかります。

図表 2－4 3 平成 2 4 年人口 1 0 万人当たり病院病床数（床）

順位	総数		精神病床		一般病床		療養病床	
—	全 国	1,237.7	全 国	268.4	全 国	704.4	全 国	257.9
1	高 知	2,476.2	鹿児島	586.0	高 知	1,058.6	高 知	904.5
2	鹿児島	2,052.5	長 崎	567.5	大 分	1,001.6	山 口	677.9
3	熊 本	1,957.3	宮 崎	519.0	北海道	977.3	徳 島	558.5
4	徳 島	1,933.9	佐 賀	508.2	岡 山	966.0	鹿児島	545.0
5	長 崎	1,926.4	徳 島	506.2	香 川	929.9	熊 本	522.5
6	山 口	1,905.9	熊 本	495.6	熊 本	923.7	佐 賀	516.0
7	佐 賀	1,792.9	高 知	489.0	鹿児島	908.3	富 山	485.4
8	北海道	1,786.7	大 分	443.0	島 根	903.7	長 崎	458.7
9	宮 崎	1,714.7	福 岡	424.5	石 川	896.7	福 岡	422.7
10	福 岡	1,707.2	山 口	424.2	和歌山	895.6	北海道	421.7
11	大 分	1,697.3	沖 縄	388.1	長 崎	887.4	石 川	389.0
12	石 川	1,623.4	秋 田	387.4	鳥 取	881.1	広 島	362.7
13	富 山	1,613.7	北海道	379.5	京 都	877.7	愛 媛	362.5
14	愛 媛	1,612.8	愛 媛	368.0	秋 田	876.0	宮 崎	342.2
15	島 根	1,581.9	香 川	346.8	愛 媛	869.7	島 根	325.3
16	香 川	1,562.0	鳥 取	345.0	徳 島	860.8	鳥 取	301.4
17	鳥 取	1,535.4	岩 手	344.6	福 岡	852.8	福 岡	289.9
18	岡山	1,527.6	島 根	344.0	宮 崎	841.1	静 岡	284.6
19	秋 田	1,492.8	青 森	338.0	福 井	818.9	和歌山	281.8
20	広 島	1,437.5	福 島	335.7	岩 手	813.6	香 川	271.0
21	和歌山	1,433.9	山 形	331.9	富 山	802.5	沖 縄	268.7
22	福 井	1,413.3	石 川	328.2	福 島	794.6	山 梨	262.1
23	京 都	1,373.2	広 島	322.9	山 口	791.9	大 阪	260.3
24	岩 手	1,370.4	富 山	314.1	青 森	785.9	兵 庫	253.6
25	沖 縄	1,344.9	岡 山	297.0	山 形	785.5	岡 山	252.1
26	福 島	1,342.7	福 井	295.0	佐 賀	762.5	大 分	245.1
27	青 森	1,337.6	山 梨	289.7	山 梨	749.3	群 馬	243.9
28	山 梨	1,310.2	新 潟	288.6	広 島	744.3	京 都	237.5
29	山 形	1,303.9	宮 城	270.2	奈 良	737.9	奈 良	233.3
30	新 潟	1,247.9	栃 木	262.2	新 潟	737.3	三 重	228.7
31	群 馬	1,245.8	群 馬	261.7	大 阪	737.3	秋 田	221.1
32	大 阪	1,224.9	三 重	261.1	群 馬	734.4	新 潟	216.2
33	奈 良	1,182.6	茨 城	253.6	長 野	719.0	青 森	207.3
34	兵 庫	1,145.5	京 都	245.0	宮 城	690.8	栃 木	206.7
35	長 野	1,142.1	和歌山	236.4	沖 縄	681.3	福 島	203.9
36	三 重	1,118.9	長 野	235.7	兵 庫	676.5	岩 手	198.8
37	茨 城	1,101.9	大 阪	219.2	滋 賀	666.8	茨 城	197.4
38	宮 城	1,096.8	兵 庫	210.6	茨 城	645.0	滋 賀	195.2
39	栃 木	1,088.0	千 葉	207.9	岐 阜	635.4	愛 知	184.9
40	静 岡	1,050.3	奈 良	206.1	三 重	624.8	長 野	181.8
41	滋 賀	1,041.3	埼 玉	202.6	東 京	615.8	山 形	180.6
42	岐 阜	1,012.4	岐 阜	200.9	栃 木	611.9	埼 玉	173.1
43	東 京	963.6	静 岡	185.6	静 岡	573.5	岐 阜	168.0
44	千 葉	920.0	東 京	176.9	千 葉	552.5	東 京	164.9
45	愛 知	909.8	愛 知	175.2	愛 知	545.2	千 葉	155.2
46	埼 玉	867.6	滋 賀	169.8	神奈川	517.5	神奈川	147.3
47	神奈川	821.0	神奈川	153.5	埼 玉	488.9	宮 城	131.8

注 1：平成 2 4 年 1 0 月 1 日現在。

注 2：総数には、精神、感染症、結核、一般、療養（医療及び介護）病床が含まれています。

出所：厚生労働省「医療施設（動態）調査」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-44 平成24年年間病床利用率(%)

順位	全病床		精神病床		療養病床		一般病床	
一	全 国	81.5	全 国	88.7	全 国	90.6	全 国	76.0
1	佐 賀	88.1	大 分	93.8	富 山	95.8	沖 縄	84.0
2	沖 縄	87.9	宮 崎	93.4	京 都	95.2	佐 賀	82.6
3	山 口	87.4	山 口	92.7	高 知	93.6	山 口	81.5
4	大 分	85.8	佐 賀	92.0	沖 縄	93.2	大 分	81.5
5	熊 本	85.7	沖 縄	92.0	佐 賀	93.1	福 井	80.8
6	福 岡	85.3	熊 本	91.7	福 岡	92.7	鳥 取	80.0
7	長 崎	84.7	埼 玉	91.6	福 井	92.6	熊 本	79.9
8	高 知	84.3	兵 庫	91.6	熊 本	92.5	大 阪	79.6
9	広 島	84.2	鹿 児 島	91.2	山 口	92.4	長 崎	79.3
10	福 井	84.1	石 川	91.1	滋 賀	92.1	広 島	79.2
11	鹿 児 島	83.9	福 岡	91.1	長 崎	91.9	福 岡	79.2
12	大 阪	83.8	富 山	90.7	大 阪	91.8	高 知	78.5
13	石 川	83.6	島 根	90.7	愛 知	91.5	石 川	78.0
14	富 山	83.5	新 潟	90.6	栃 木	91.2	山 形	77.7
15	徳 島	83.1	岐 阜	90.6	大 分	91.2	新 潟	77.6
16	新 潟	82.6	愛 知	90.2	石 川	91.1	島 根	77.4
17	宮 崎	82.1	秋 田	90.1	埼 玉	91.0	和 歌 山	77.0
18	栃 木	82.0	群 馬	90.0	東 京	91.0	徳 島	77.0
19	埼 玉	81.9	三 重	90.0	兵 庫	91.0	栃 木	76.4
20	鳥 取	81.9	北 海 道	89.9	広 島	91.0	長 野	76.4
21	愛 知	81.7	大 阪	89.8	秋 田	90.9	愛 知	76.0
22	北 海 道	81.5	栃 木	89.2	神 奈 川	90.8	鹿 児 島	76.0
23	島 根	81.5	広 島	89.2	青 森	90.7	群 馬	75.6
24	山 形	81.3	香 川	88.6	千 葉	90.7	京 都	75.6
25	秋 田	81.2	長 崎	88.5	鹿 児 島	90.7	東 京	75.5
26	群 馬	81.0	山 形	87.6	新 潟	90.4	北 海 道	75.4
27	兵 庫	80.7	徳 島	87.6	愛 媛	90.1	神 奈 川	75.4
28	長 野	80.4	宮 城	87.5	長 野	89.9	滋 賀	75.4
29	三 重	80.3	東 京	87.3	北 海 道	89.4	秋 田	75.3
30	東 京	80.1	福 井	87.1	徳 島	89.3	愛 媛	74.9
31	神 奈 川	80.1	千 葉	86.9	奈 良	89.2	埼 玉	74.8
32	京 都	79.9	長 野	86.8	群 馬	88.8	岩 手	74.2
33	滋 賀	79.7	岩 手	86.5	三 重	88.6	富 山	74.2
34	和 歌 山	79.4	神 奈 川	86.5	静 岡	88.4	宮 城	73.9
35	愛 媛	79.3	滋 賀	86.4	和 歌 山	88.1	香 川	73.9
36	千 葉	79.2	青 森	85.7	宮 崎	87.9	兵 庫	73.8
37	香 川	79.0	静 岡	85.7	茨 城	87.8	奈 良	73.7
38	青 森	78.8	茨 城	85.0	岡 山	87.7	三 重	73.6
39	岩 手	78.4	鳥 取	84.9	香 川	87.6	宮 崎	73.6
40	宮 城	78.4	京 都	84.3	山 形	86.7	千 葉	73.5
41	奈 良	78.4	奈 良	83.7	岩 手	86.0	岐 阜	73.2
42	静 岡	77.9	高 知	83.2	鳥 取	86.0	青 森	73.0
43	岐 阜	77.6	山 梨	82.1	山 梨	85.9	岡 山	72.4
44	茨 城	76.6	和 歌 山	81.9	宮 城	85.6	山 梨	71.8
45	山 梨	76.5	福 島	81.7	島 根	85.0	静 岡	70.7
46	岡 山	76.3	岡 山	81.3	福 島	84.8	茨 城	70.5
47	福 島	74.6	愛 媛	81.3	岐 阜	81.1	福 島	69.7

注1：病床利用率とは、病床がどの程度効率的に利用されているかを表す指標で、100%に近づくほど、空床が少ないことを意味します。

注2：全病床には、精神、感染症、結核、一般、療養（医療及び介護）病床が含まれています。

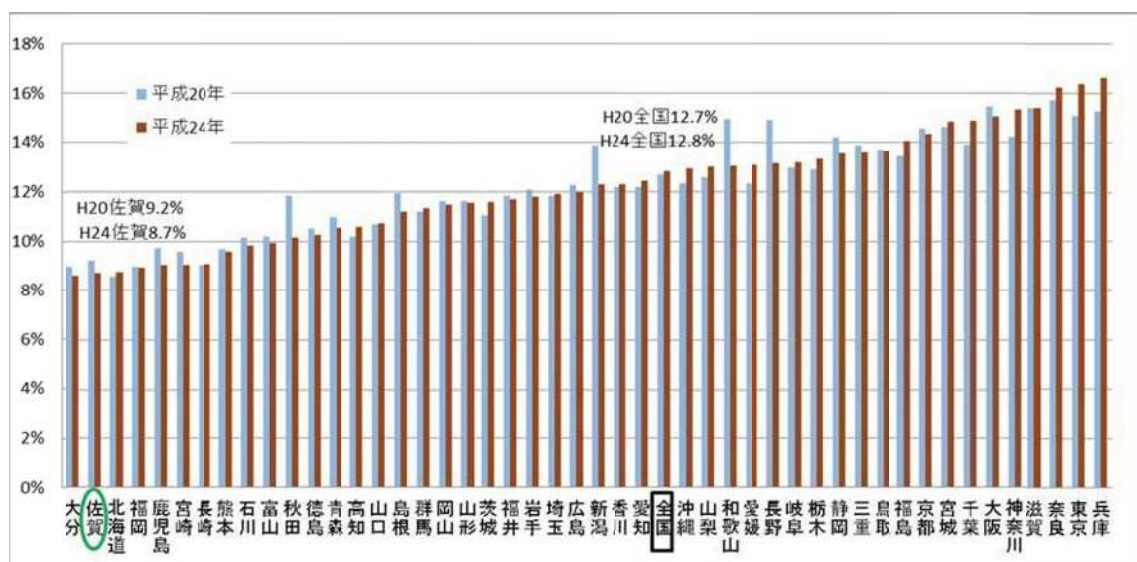
出所：厚生労働省「病院報告」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

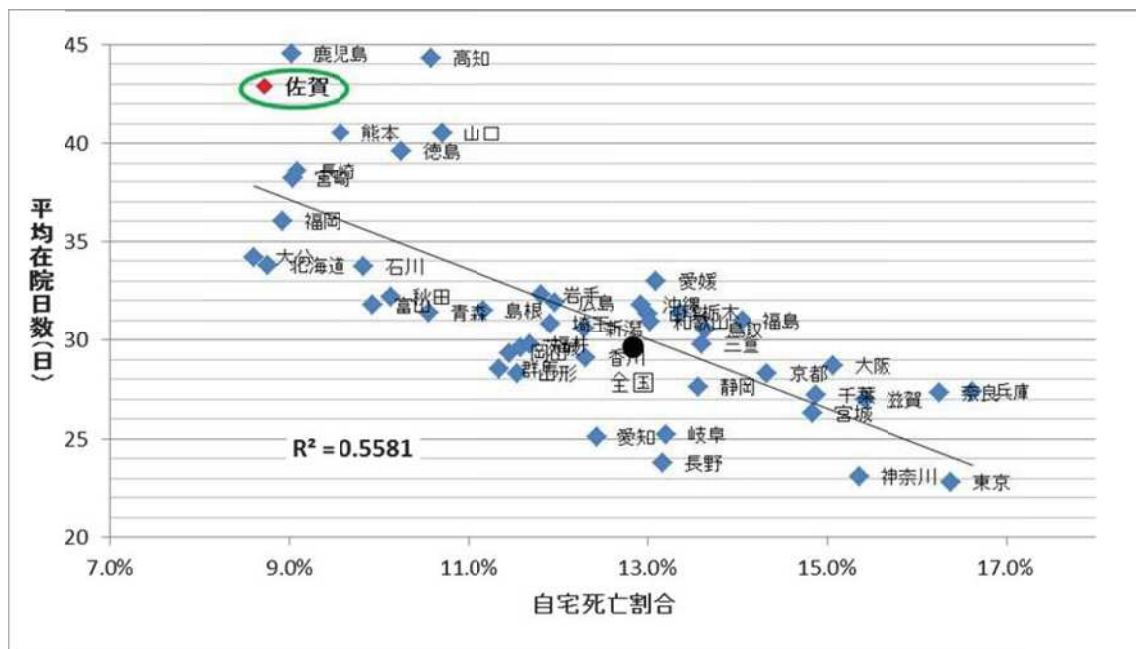
また統計によると、佐賀県は自宅で亡くなる人が非常に少ない県の一つとなっています（図表2－45）。平成24年度における佐賀県の自宅死亡割合は8.7%で、全国平均の12.8%より4.1%低くなっています。全国では平成20年度より僅かばかりながらも自宅死亡割合が増えているのに対して、佐賀県では減少しており、また、平成23年度は最下位、平成24年度は46位と最低レベルとなっています。

図表2－46において、都道府県別の平均在院日数と自宅死亡割合をプロットしてみると、相当の相関がみられました。佐賀県は、鹿児島県や高知県、熊本県、徳島県などとともに左上方に位置しています。また、平均在院日数と強い相関の見られた人口10万人当たりの病床数と自宅死亡割合の相関をとると、同様に一定の相関があることもわかりました。

図表2－45 都道府県別死亡総数に占める自宅死亡の割合（平成20・24年度）



図表2-46 平成24年度平均在院日数（介護療養病床除く全病床）と
自宅死亡割合の相関（都道府県別）



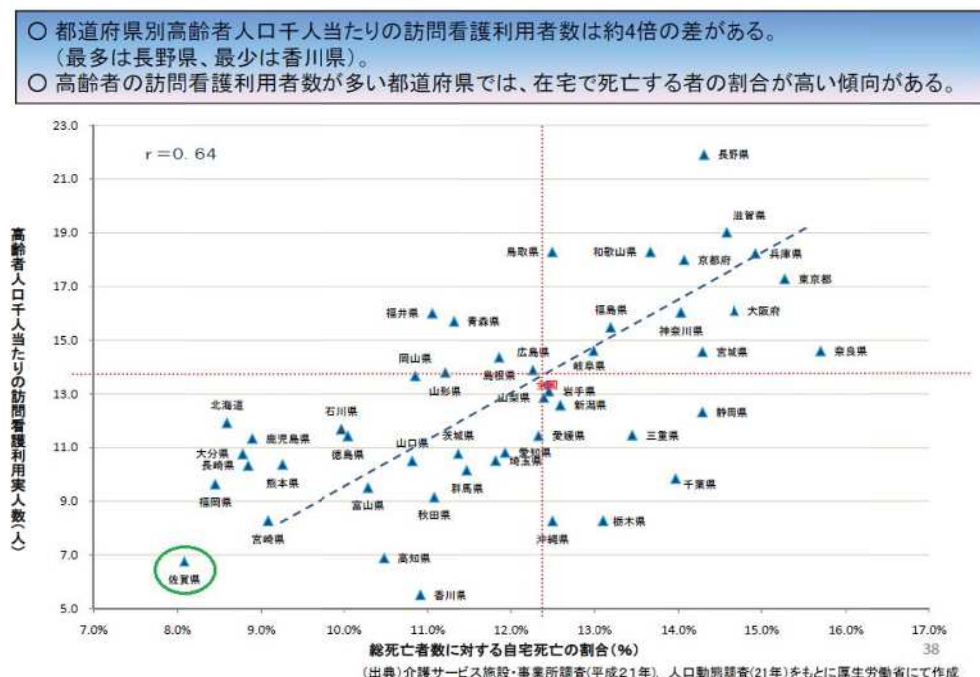
出所：厚生労働省「病院報告」・「人口動態調査」

終末期を在宅で療養するためには、訪問看護の利用が必要と考えられることから、図表2-47で、各都道府県における自宅死亡割合と訪問看護利用者数の関係を調べてみると、一定の相関があることがわかりました。その中で、佐賀県は高齢者千人当たりの訪問看護利用人数がかなり少なく、自宅死亡割合が低くなっていて、図表の左下方に位置している状況となっています。九州や四国の多くの県も同様の傾向にあります。

自宅で亡くなるということには、住民側の意識も関わってきます。自宅で療養を行うことに対して住民がどう思っているかについて、国が国民の意識調査を実施しています（図表2-48）。それによると、住民は、「介護してくれる家族に負担がかかる」といった身内への配慮・遠慮や、「症状が急変したときの対応に不安がある」という医療従事者が身近にいないことへの不安を抱いていることがわかります。また、自宅療養を可能にする条件としては、「医師、看護師などの定期的な訪問」、「入浴や食事などの介護サービス」、「家族の協力」などの回答があり、家族の理解ある協力と、いつでも迅速に対応のできる充実した医療・介護の支援体制が必要と考えられます。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

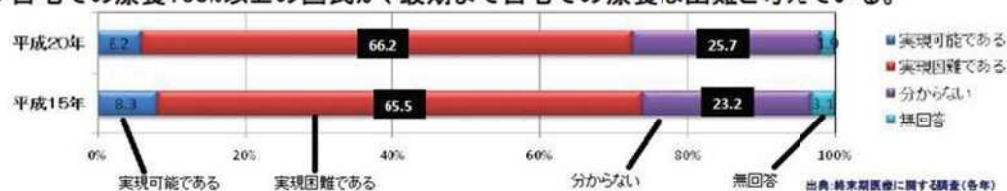
図表2-47 平成21年訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合（都道府県別）



出所：平成23年1月21日中央社会保険医療協議会資料より抜粋。

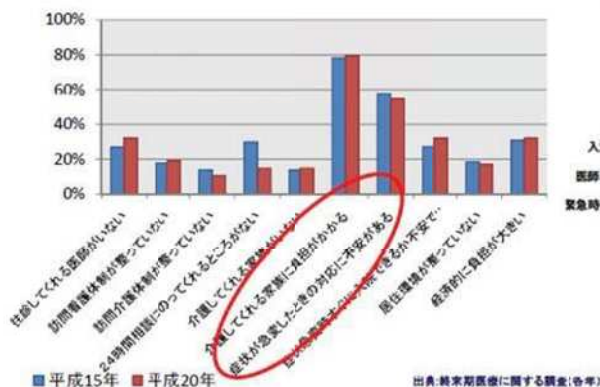
図表2-48 自宅での療養についての国民の意識（平成15・20年）

◆ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。



◆ 自宅で最期まで療養することが困難な理由（複数回答）

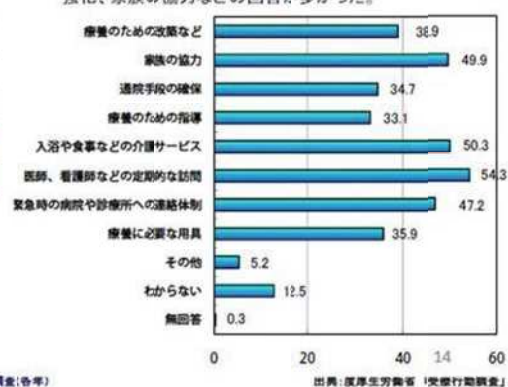
介護してくれる家族に負担がかかる、症状が急変したときの対応に不安があるという回答が多かった。



◆ 自宅療養を可能にする条件（複数回答）（注）

※ 自宅で治療・療養したいと回答した者を対象

在宅医療および介護サービスの充実、緊急時の連絡体制の強化、家族の協力などの回答が多かった。



出所：平成23年1月21日中央社会保険医療協議会資料より抜粋。

4 疾病別分析

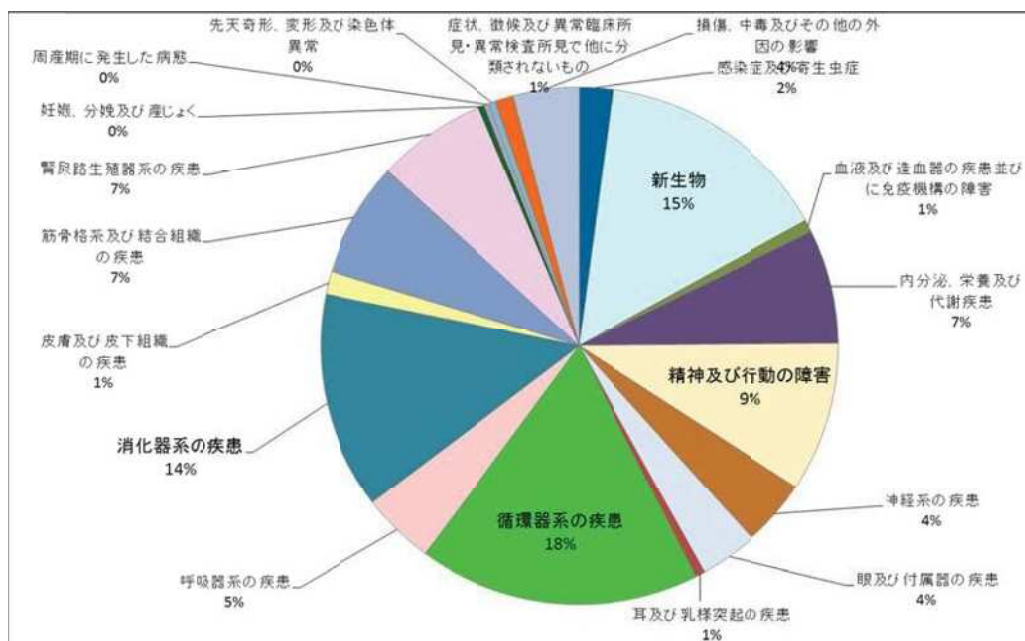
前節では、一人当たり医療費とその構成要素に焦点を当てて分析を進めてきました。この節では、医療費に着目した佐賀県の疾病構造（患者特性）についてみていきます。社会環境や文化・習慣などの違いにより、地域によって病気の発生確率や重症度合いが異なるので、医療費にも差異が生じると考えられます。佐賀県ではどんな疾病が多く、どの疾病において医療費がかかっているのかについて、疾病別のデータが入手しやすく、全国統計との比較が可能な、市町村国保のデータをもとに分析を行いました。

図表2-49, 50では、全国市町村国保と佐賀県市町国保の医療費を疾病別に切り分けたものです。全国では、「循環器系の疾患」の全体に占める割合が18%と最も高く、続いて「新生物」の15%、「消化器系の疾患」の14%、「精神及び行動の障害」の9%となっています。これに対して佐賀県では、「循環器系の疾患」が16%で最も高く、次いで「精神及び行動の障害」が14%、「新生物」が13%を占める医療費構成になっています。佐賀県では、「精神及び行動の障害」が5ポイントほども全国より高くなっているのが特徴的です。

なお、図表2-49, 50を、「精神及び行動の障害」にかかる医療費を除いて同じように作成してみると、疾病の医療費構成割合は、全国と佐賀県で同様の傾向となりました。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

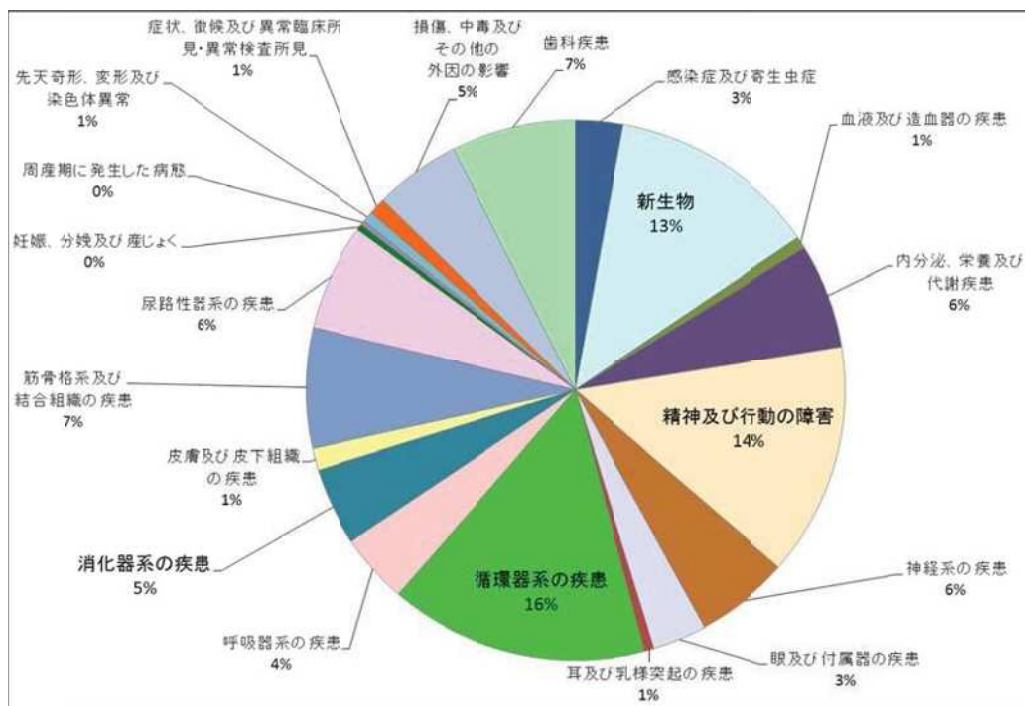
図表2-49 全国市町村国保医療費に占める疾病別割合（入院・入院外）（平成24年5月診療分）



注：消化器系の疾患に歯科疾患も含まれています。

出所：国民健康保険中央会「統計データベースシステム」

図表2-50 佐賀県市町村国保医療費に占める疾病別割合（入院・入院外）（平成24年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-49、50から生活習慣関連疾患のみをピックアップしてみると、図表2-51となります。佐賀県は全国よりも、全疾患の医療費に占める生活習慣病関連疾患の医療費割合が低くなっている一方で、ひと月の一人当たり生活習慣病医療費は約700円（年換算で約8400円）高くなっています。

生活習慣病関連医療費の総医療費に対する割合が、全国市町村国保と比較して低くなっているのは、佐賀県市町国保の医療費に占める精神関連疾患医療費の多さが影響していると考えられます。

また、一人当たり生活習慣病医療費が高いということは、重症患者が多くいる可能性を否定できない状況です。しかしながら、生活習慣病に関連する、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の佐賀県における割合は、平成23年度の調査において全国平均よりも少ない状況となっています。

図表2-51 佐賀県市町国保と全国市町村国保の生活習慣病医療費
（平成24年5月診療分）

生活習慣病関連疾患	佐賀県市町国保		全国市町村国保	
	各疾患医療費の医療費総額に占める割合	各疾患医療費の生活習慣病医療費に占める割合	各疾患医療費の医療費総額に占める割合	各疾患医療費の生活習慣病医療費に占める割合
高血圧性疾患	5.9%	22.3%	6.1%	20.8%
脳血管疾患	4.9%	18.7%	4.9%	16.8%
腎不全	4.7%	17.9%	5.0%	17.1%
糖尿病	3.8%	14.2%	4.5%	15.3%
その他の代謝疾患	2.1%	8.1%	2.3%	7.8%
虚血性心疾患	1.7%	6.3%	2.6%	9.0%
その他	3.3%	12.5%	3.9%	13.2%
生活習慣病全体	26.5%	—	29.4%	—

一人当たり生活習慣病医療費	6,651円	5,950円	差 701円
---------------	--------	--------	--------

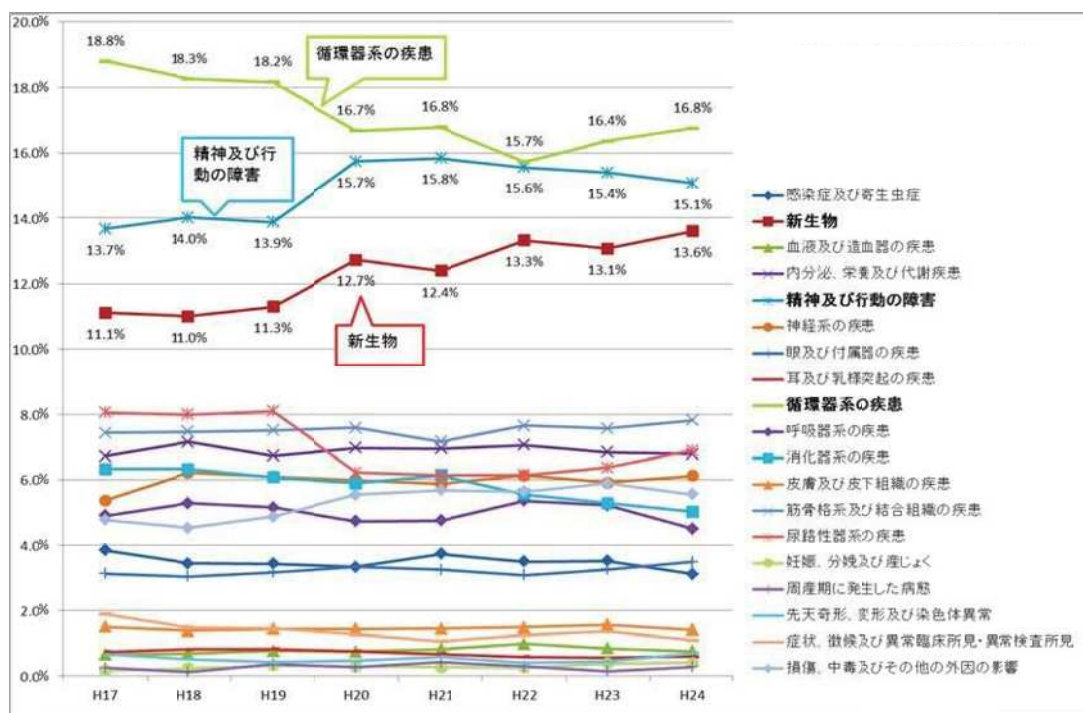
注：「その他の代謝疾患」には、高コレステロール血症や高脂血症、脂質異常症などが含まれます。「その他」には、動脈硬化症や、胃炎、肝疾患などが含まれます。

出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」、国民健康保険中央会「統計データベースシステム」、厚生労働省「国民健康保険事業月報 平成24年5月」

次に、佐賀県市町国保における疾病ごとの医療費構成割合の推移を検証します。図表2-52において、平成19年と平成20年の変化が激しいのは、後期高齢者医療制度の開始によるものと考えられます。平成20年以降の変化をみると、「精神及び行動の障害」が徐々に減少している一方で、「循環器系の疾患」はあまり変化がなく、「新生物」が増えています。「新生物」が増えているのは、高齢化や医療の高度化などが医療費の増加の一因とも考えられます。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-52 佐賀県市町国保医療費疾病別割合（平成17～24年、各年5月診療分）



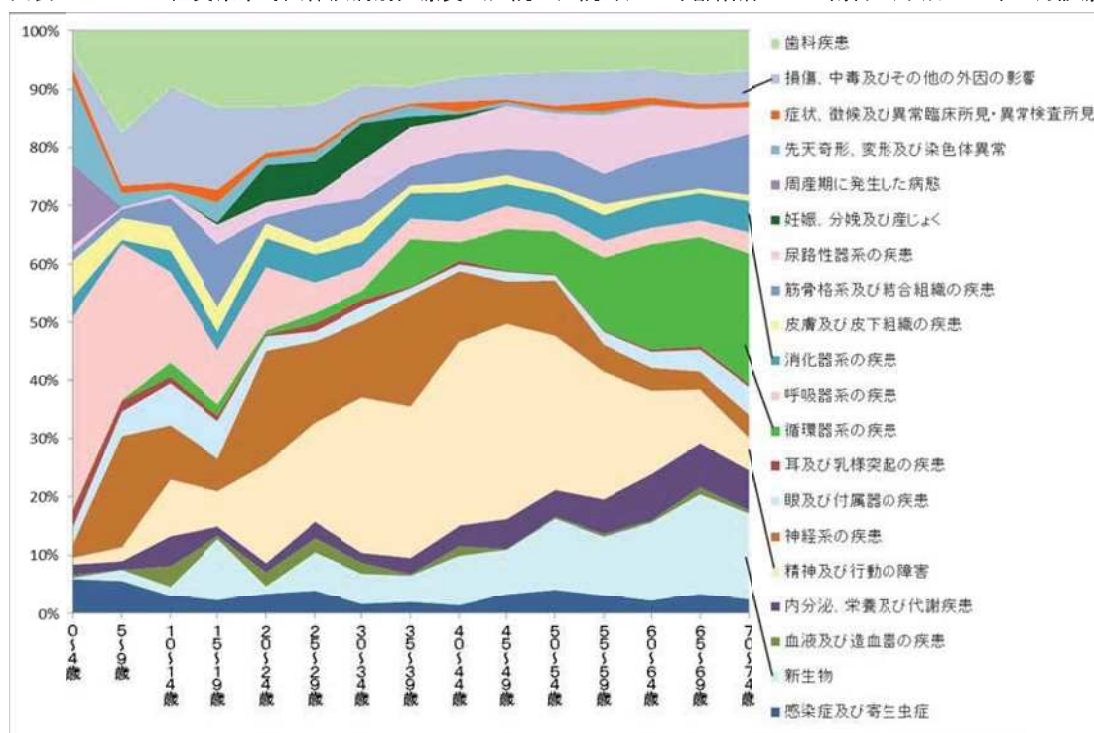
出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

佐賀県市町国保における疾病ごとの医療費構成割合を、年齢階層別で見たのが図表2-53です。各年齢階層によって、医療費のかかっている疾病の種類が大きく異なっていることがわかります。全年齢で比較的多いのは「歯科疾患」で、生まれてから10歳まで多いのは「呼吸器系の疾患」、20代からは「精神及び行動の障害」が増えていき、40代あたりからは「循環器系の疾患」が増加します。歳をとるごとに、「新生物」と「内分泌、栄養及び代謝疾患」の割合が徐々に高まっていく様子もわかります。

しかし、構成割合だけでは、実際の医療費がどうなっているかはわかりません。図表2-54では、図表2-53の疾病別医療費を年齢階層ごとに積み上げた形式で表してみました。この図表では、40代以降急激に医療費が増大していく実態が明らかとなっています。40代以降に比べると、30代以前の医療費はとて少なくみえます。「循環器系の疾患」や「新生物」の医療費は、50代以降急激に伸びています。一方で「精神及び行動の障害」の医療費は多くかかっていますが、40代以降大きな変化はみられません。疾病ごとの医療費の構成割合だけでは認識しづらい傾向が、年齢階層別の医療費額でみることでわかってきました。

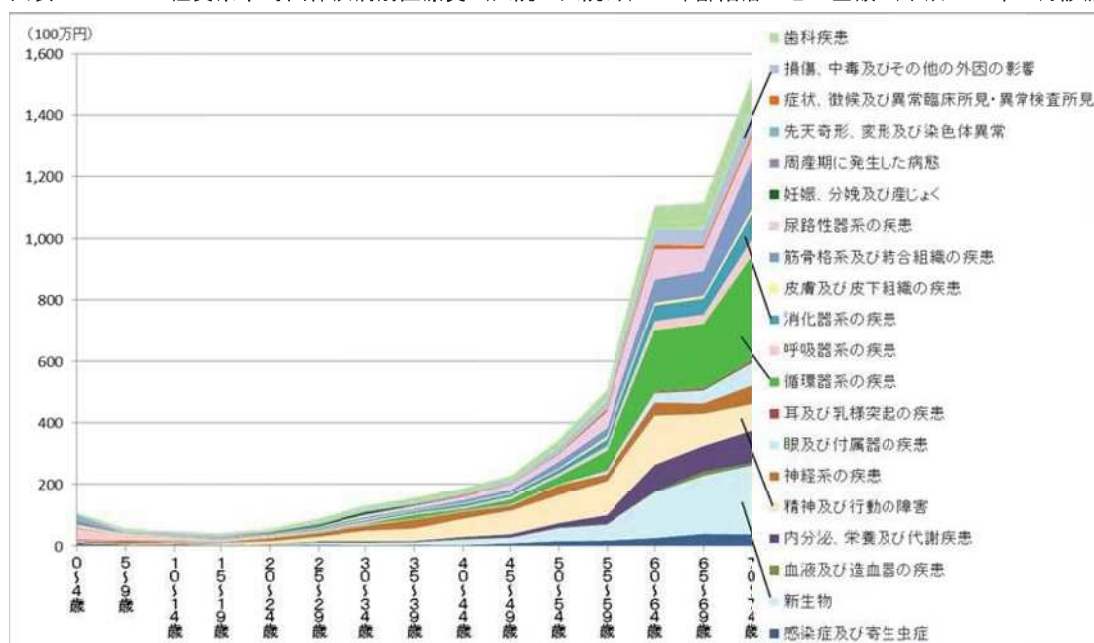
第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-53 佐賀県市町国保疾病別医療費（入院・入院外）の年齢階層ごとの割合（平成24年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

図表2-54 佐賀県市町国保疾病別医療費（入院・入院外）の年齢階層ごとの金額（平成24年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

さらに疾病を細かく分解し、佐賀県市町国保の情報を用いて、医療費が高い順に表にしてみました（図表2－55）。その中で、上位3つは、「精神及び行動の障害」に属する「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「循環器系の疾患」に属する「高血圧性疾患」、「消化器系の疾患」に属する「歯肉炎及び歯周疾患」となっています。2、3位は、件数の多いことが、医療費が高くなっている要因と考えられます。図表2－55に示した上位20位の疾病のうち、生活習慣に起因するものとしては、2位の「高血圧性疾患」、4位の「腎不全」、5位の「糖尿病」、10位の「その他の代謝疾患」、13位の「脳梗塞」、15位の「虚血性心疾患」の6つがあり、これらは医療費が高い上位疾患となっています。

図表2－55 佐賀県市町国保における疾病中分類別医療費等（平成24年5月診療分）

順位	中分類名称	医療費(円)	構成(%)	件数(件)	順位	中分類名称	医療費(円)	構成(%)	件数(件)
1	統合失調症(精神分裂病)妄想性障害	540,104,660	9.5	3,906	11	骨折	115,331,650	2.0	1,344
2	高血圧性疾患	335,739,130	5.9	29,185	12	その他の心疾患	112,925,350	2.0	1,906
3	歯肉炎及び歯周疾患	277,470,160	4.9	20,289	13	脳梗塞	112,526,560	2.0	1,984
4	腎不全	270,147,610	4.7	792	14	脊椎障害(脊椎症を含む)	106,208,480	1.9	3,400
5	糖尿病	213,745,260	3.8	9,402	15	虚血性心疾患	95,008,940	1.7	1,789
6	その他の悪性新生物	214,223,190	3.8	1,821	16	関節症	97,846,750	1.7	3,839
7	他の損傷及び他の外因	147,797,450	2.6	5,879	17	気分感情障害躁鬱病	95,159,810	1.7	2,611
8	その他の消化器系の疾患	140,599,650	2.5	3,267	18	脳性麻痺と他の症候群	91,151,030	1.6	331
9	その他の神経系の疾患	128,594,610	2.3	3,008	19	歯及び支持組織の障害	88,177,000	1.6	4,387
10	その他の代謝疾患	121,930,880	2.1	9,547	20	ウイルス肝炎	89,674,360	1.6	2,113
県内市町国保全体 (平成24年5月)		5,688,257,170円	200.627件						

注：白抜きしている疾病は、生活習慣病関連の疾患。

出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

レセプト一件当たりの医療費の全国市町村国保と佐賀県市町国保の比較を表したものが、図表2-56です。図表2-55の疾病ごとの医療費総額の順位と、内容が異なっているのがわかります。1位は「腎尿路生殖器系の疾患」に属する「腎不全」、2位が「神経系の疾患」に属する「脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群」、3位が「循環器系の疾患」に属する「くも膜下出血」です。上位10疾病のいずれも、図表2-55に掲載されているような疾病に比べて、件数が少ないのが特徴的です。10疾病のうち、生活習慣に起因するものは、1位の「腎不全」、3位の「くも膜下出血」、5位の「脳内出血」の3つの疾病です。

また、佐賀県における疾病ごとの一件当たり医療費の上位9疾病は、全国平均の金額よりも高いことがわかります。最も差が開いているのが、「脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群」の約9万6千円で、「くも膜下出血」や「脳内出血」も全国と開きが大きくなっています。

図表2-56 疾病別レセプト一件当たり医療費の佐賀県市町国保と
全国市町村国保の比較（平成24年5月診療分）

順位	中分類名称	件数 (件)	佐賀県(降順)	全国平均	佐賀県と 全国の差(円) (A)-(B)
			一件当たり 医療費(円)(A)	一件当たり 医療費(円)(B)	
1	腎不全	792	341,095	326,000	15,095
2	脳性麻痺と他の症候群	331	275,381	179,264	96,117
3	くも膜下出血	139	272,973	201,191	71,782
4	妊娠及び胎児発育の障害	39	255,510	213,179	42,331
5	脳内出血	403	213,059	152,421	60,638
6	直腸S状結腸悪性新生物	227	199,142	172,534	26,608
7	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	94	214,638	194,234	20,404
8	悪性リンパ腫	173	194,224	185,251	8,973
9	肝及び肝内胆管悪性新生物	245	195,883	184,461	11,422
10	気管支肺の悪性新生物	492	174,740	183,836	-9,096
全疾病		200,627	28,352	25,232	3,120

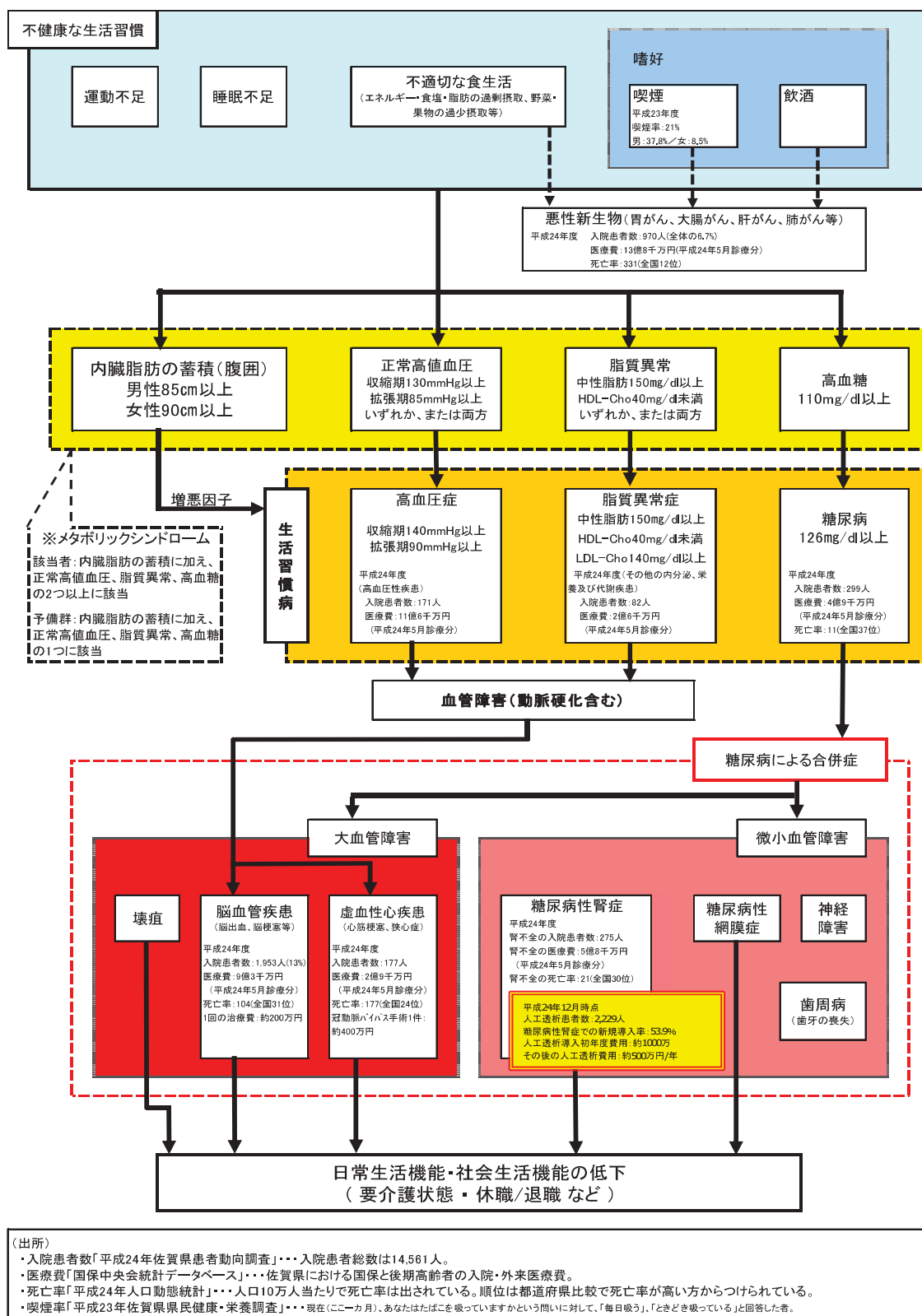
注：白抜きしている疾病は、生活習慣病関連の疾患。

出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」、国民健康保険中央会「統計データベースシステム」

参考までに、佐賀県患者動向調査や国保中央会統計データベース、人口動態統計などから分かる、佐賀県における生活習慣病の実態について、図表2-57のとおりまとめました。生活習慣病の発症までの流れと、発症後の重症化のプロセスに沿って、佐賀県における、それぞれの疾患の医療費や入院患者数、死亡率などの数値を掲載しています。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

図表2-57 佐賀県における生活習慣病の実態



5 まとめ

佐賀県では、年々医療費が増加しています。特に後期高齢者医療費の伸びが顕著です。その要因としては、高齢化や医療の高度化などが考えられます。今後も医療技術は発達し、人の寿命は延びる中で、人口全体は減少していくため、医療費の継続的な増大と高齢者の支え手としての若者の負担が重くなっていくことが推測されます。

佐賀県では他の都道府県に比べて、一人当たり医療費が高くなっており、特に、入院医療費の寄与が大きく、入院外医療費も高い水準となっています。

一人当たり医療費を受診率と、レセプト一件当たり日数と、一日当たり医療費の三要素に分解し検証すると、受診率（受療率、新規入院発生率）の高いこと及びレセプト一件当たり日数（平均在院日数）の多いことが、一人当たり医療費の高さにつながっていると考えられます。その要因として、人口10万人当たりの病院数や病床数といった医療提供体制の大きさが考えられます。地域によって医療費に高低が生じる要因について、過去の研究²⁰においても、同様のことが述べられています。

さらに面的な検証では、都道府県間だけでなく、佐賀県二次医療圏や市町間にも、医療費の地域差がみられる状況です。佐賀県の二次医療圏においては、東部の一人当たり医療費が全国的にもかなり高く、それは入院医療費の高さが主な要因となっており、平均在院日数も突出して長くなっています。佐賀県市町においては、江北町の一人当たり医療費が全国的にも高く、同様に入院医療費の高さが影響していることがわかりました。

一方、疾病構造を検証すると、佐賀県では、「精神及び行動の障害」にかかる医療費が全国に比べて多くなっており、精神病床数の多さなどの医療提供体制が一つの要因になっていると推測されます。

また、40代以降になると医療費が急激に増大し、40～74歳の医療費の0～74歳に占める割合は、9割弱の高さとなっています。その中には生活習慣病に起因

²⁰ 地域差研究会編『医療費の地域差』（2001）。医療費に地域差が生じる要因を明らかにしたこの研究では、一人当たり老人医療費を対象として、診療諸率（受診率・受診日数・一日単価）を目的変数に設定し、それを最も説明する要素を推定しています。研究によると、入院外の受診率のみ気象条件の影響力が大きく、それ以外の入院・入院外に関する診療諸率及び一人当たり老人医療費は、医療供給体制の大きさが最も説明力を有するとされています（特に入院医療費において）。

説明変数として、医療供給体制の大きさや医療ニーズ、都市化の程度、所得水準、医療代替施設、その他気象条件など22の変数が採用されています。医療供給体制の大きさとは、人口当たりの病床数、病院数、医療施設数、医師数を意味しています。医療ニーズの代理変数として高齢者死亡率を、都市化の程度として、人口密度やその他所得水準、特別養護老人ホーム定員などを変数としています。

第2章 佐賀県における医療の現状と分析

する医療費が多く含まれており、生活習慣に由来する疾患は、一件当たり医療費が高額な場合も多く、また佐賀県においては、一人当たりの生活習慣病関連医療費が全国よりも高い状況となっています。このため特定健診・特定保健指導等を通して、個々人の生活習慣の改善を図っていくことが、非常に重要となってきます。

第 2 章 佐賀県における医療の現状と分析

【参考】

第 2 章では、佐賀県の医療費を中心に説明をしましたが、医療費と関連のある介護費の現状について、参考までに記述します。

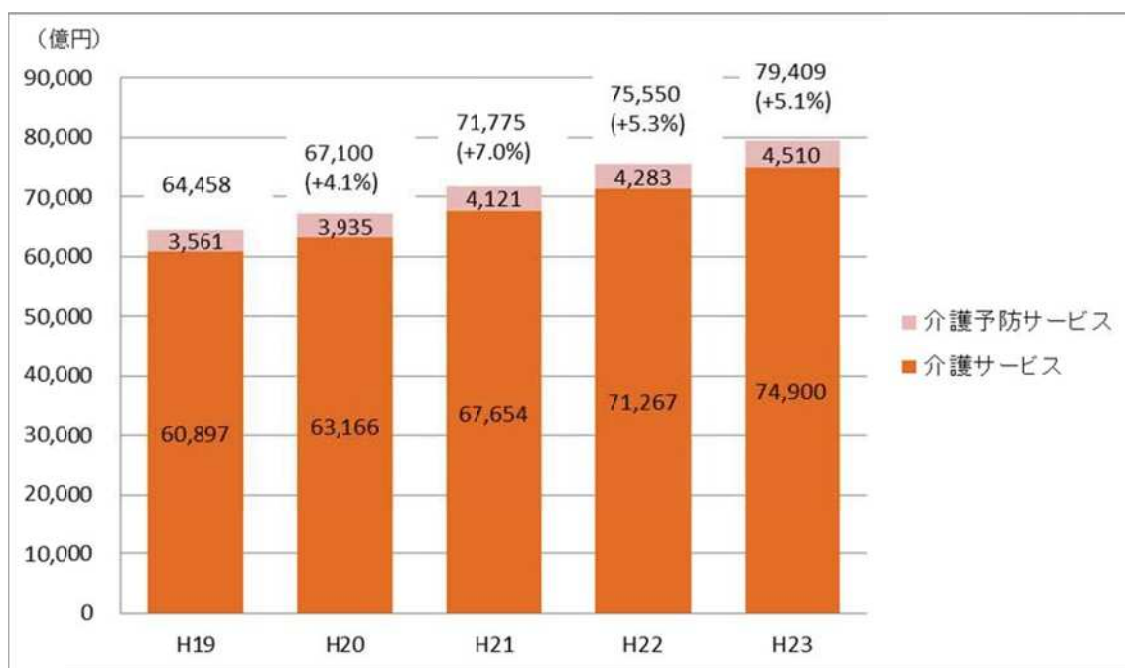
介護保険が適用される介護サービスには、介護給付（介護サービス）と予防給付（介護予防サービス）があり、前者は要介護 1～5 と認定された人が受け、後者は、要介護状態になるのを防ぐために、要支援 1、2 と認定された人が受けるサービスとなります。介護サービスについては、市町村を運営主体として、原則として 65 歳以上の高齢者が対象となっています。サービスを受けたことでかかった費用については、サービス利用者が 1 割を負担し、残り 9 割の 2 分の 1 ずつが保険料と税金で賄われる仕組みです。

平成 12 年 4 月に介護保険制度が始まって以来、介護費用額は増え続けている状況です。全国の介護費用額は、平成 23 年度で約 7 兆 9,400 億円に達しており（図表 2－5 8）、これは全国の医療費の 20.6%に相当する水準です。介護費の急速な増加は、高齢化によって要介護（要支援）認定を受ける人が増えていることなどが要因と考えられています。

佐賀県においても同様に介護費は増え続けており、平成 23 年度は約 650 億円となりました（図表 2－5 9）。この金額は、佐賀県の医療費と比べて 21.3%の水準となっています。

第 2 章 佐賀県における医療の現状と分析

図表 2－58 全国の介護費用額の推移

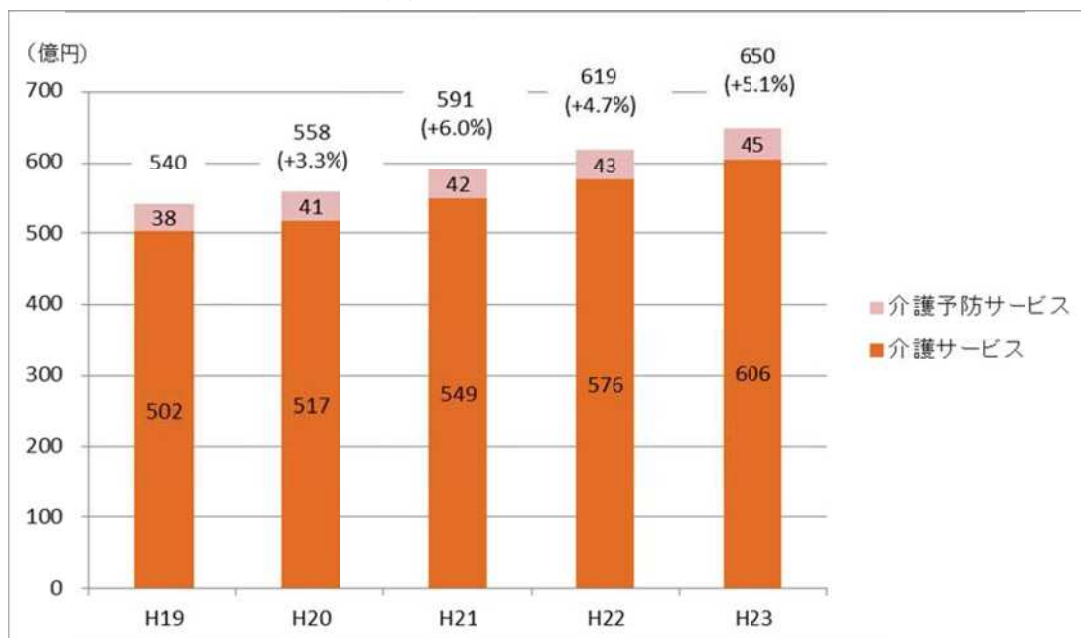


注 1：費用額は、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額を含みます。

注 2：各年は、当該年の 3 月から翌年の 2 月までのサービス分が集計対象です。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

図表 2－59 佐賀県の介護費用額の推移



注 1：費用額は、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額を含みます。

注 2：各年は、当該年の 3 月から翌年の 2 月までのサービス分が集計対象です。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

この章では佐賀県医療費適正化計画（第1期）の目標達成状況とこれまでの取組みを「県民の健康保持の推進」、「医療の効率的な提供の推進」に分け、述べていきます。

1 県民の健康保持の推進に関して

本計画に基づき、県民の健康保持の推進に向けた数値目標を達成するために、保険者や関係各課と連携して取組みを行いました。その達成状況とこれまでの取組みについて、「特定健康診査」、「特定保健指導」、「特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の現状」、「重症化予防のための保健指導」、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」、「県民の健康に資するその他の取組み」に分け、検証します。

（1）特定健康診査

本計画では、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防を目的として実施する特定保健指導対象者を抽出するため、特定健康診査を実施することとし、その数値目標を設定しました。

特定健康診査受診率（図表3-1）は医療費適正化計画（第1期）の目標値を達成できていませんが、平成20年度35.1%から年々上昇し、平成23年度40.0%と、平成20年度と比較して4.9ポイント上昇しています。

図表3-1 佐賀県（全保険者）における特定健康診査受診率

	H24 目標値	H20	H21	H22	H23	H24 参考値
特定健康診査 受診率	70.0%	35.1%	37.2%	38.9%	40.0%	41.4%

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」及び県調査「特定健康診査・保健指導実績」

①特定健康診査実施状況

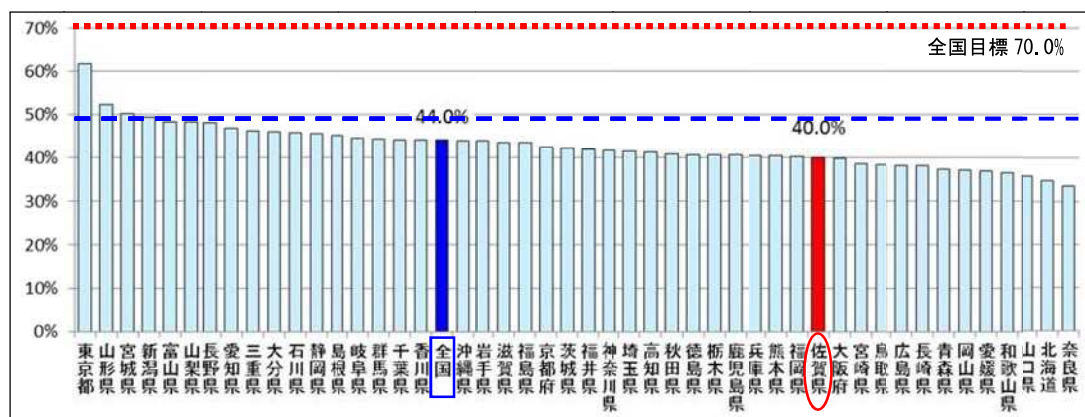
ア 全国における位置付け

国において、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査を受診することが、平成 24 年度の達成目標として定められました。平成 23 年度（全国）は、特定健康診査の対象者約 5,253 万人に対し、受診者は約 2,313 万人であり、受診率は 44.0%となっています。

佐賀県の平成 23 年度特定健康診査受診率（図表 3－2）は 40.0%（対象者 339,410 人、受診者 135,765 人）であり、全国平均よりも低く、都道府県順位で 35 位となっています。また、平成 24 年度の特定健康診査受診率を平成 20 年度と比較（図表 3－3）すると、4.9 ポイント上昇していますが、全国平均の伸びの 5.1 ポイントより低い結果となっています。

特定健康診査開始から5年が経過したこと、保険者が受診勧奨に取り組み、特定健康診査が周知されるようになり、受診率は年々向上していますが、大きく伸ばすことができていないのが現状です。今後も継続して、特定健康診査の制度周知を推進するとともに、受診勧奨に努めていく必要があります。

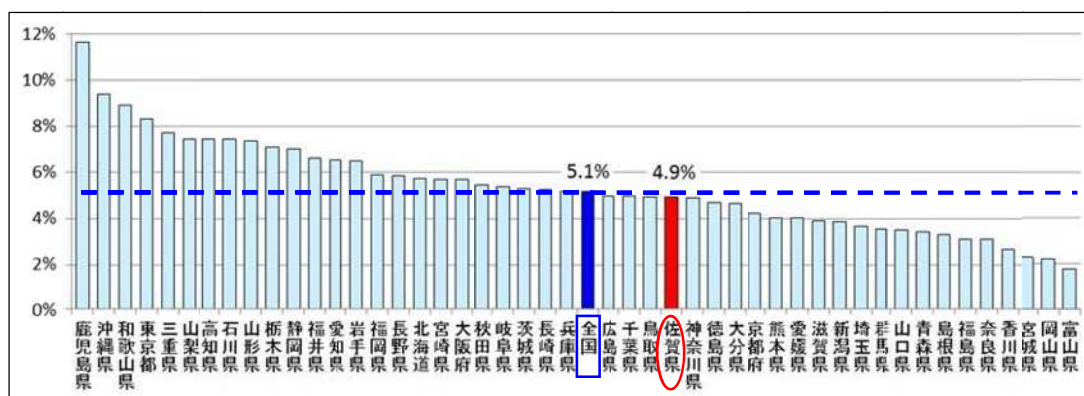
図表3-2 平成23年度都道府県別特定健康診査受診率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-3 都道府県別特定健康診査受診率の伸び（平成23年度対平成20年度）

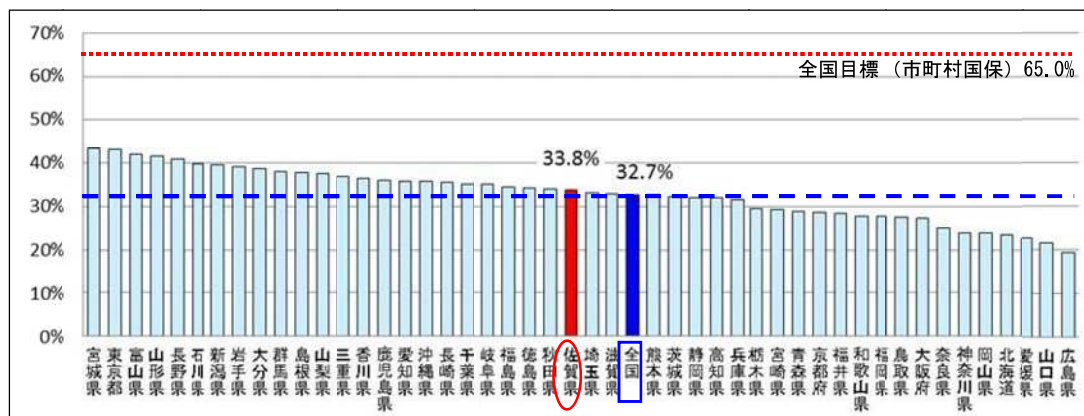


出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

ちなみに、市町国保における平成23年度特定健康診査受診率（図表3-4）を都道府県別に比較すると、佐賀県は33.8%（対象者143,666人、受診者48,628人）で、全国平均の32.7%よりも高く、都道府県順位で24位となっています。

佐賀県において、市町国保の特定健康診査受診率は全ての保険者を含んだ受診率よりも低くなっており、市町国保の特定健康診査受診率の向上に努めていく必要があります。

図表3-4 市町国保における平成23年度都道府県別特定健康診査受診率



出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

イ 佐賀県内の保険者の比較

佐賀県内の保険者ごとの受診率（図表3-5）は、概ね被用者保険（国保保険者以外の保険者）の方が高くなっており、平成24年度では特に、公立学校共済組合佐賀支部 86.1%、佐賀県市町村職員共済組合 80.3%、警察共済組合佐賀県支部 77.5%の順で高い状況となっています。

ただし、平成20年度は、特定健康診査制度が導入された年のため、特定健康診査実施体制整備の遅れや制度周知に時間を要したこと、実績報告のファイルにデータを上手く取り込むことができなかったこと等により、実施率が低くなっている保険者もありました。

図表3-5 佐賀県内の保険者の特定健康診査受診率

年度	市町国保	国保組合	全国健康保険協会佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
H20	32.6%	22.9%	33.3%	71.9%	65.9%	74.3%	18.2%	70.5%
H21	33.2%	20.0%	33.6%	73.5%	68.1%	78.7%	52.5%	75.1%
H22	33.5%	28.8%	36.9%	66.6%	67.4%	78.2%	72.2%	68.8%
H23	33.8%	33.0%	39.6%	69.8%	73.0%	80.1%	82.6%	64.5%
H24	34.7%	38.7%	42.5%	71.0%	77.5%	80.3%	86.1%	70.1%

出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

また、図表3-6～8のとおり、市町国保、国保組合、被用者保険で、被保険者のうち特定健康診査対象者の年代別割合や特定健康診査受診率が異なることがわかります。

市町国保では、被保険者の年代が上がるにつれ、特定健康診査受診者数は増加しており、70～74歳の特定健康診査受診率は42.6%と全年代のうち最も高くなっている状況です。対して、被用者保険の被保険者では特定健康診査対象者のうち40～59歳が占める割合が多く、特定健康診査受診率も50%以上と高い水準になっています。

また、市町国保及び被用者保険では、特定健康診査対象者数が多い年代は特定健康診査受診率が高い傾向にあり、年代間で特定健康診査受診率に大きな差がありましたが、国保組合では、そのような傾向は見られず、各年代の特定健康診査受診率は34.6～45.0%と、他の保険者と比較して、大きな差は見られない状況でした。

以上のことから、特定健康診査対象者における受診動向の特徴は保険者により異なるため、保険者は被保険者の年代やライフスタイル等を考慮した特定健康診査の受診勧奨及び受診機会への支援が重要になってきます。

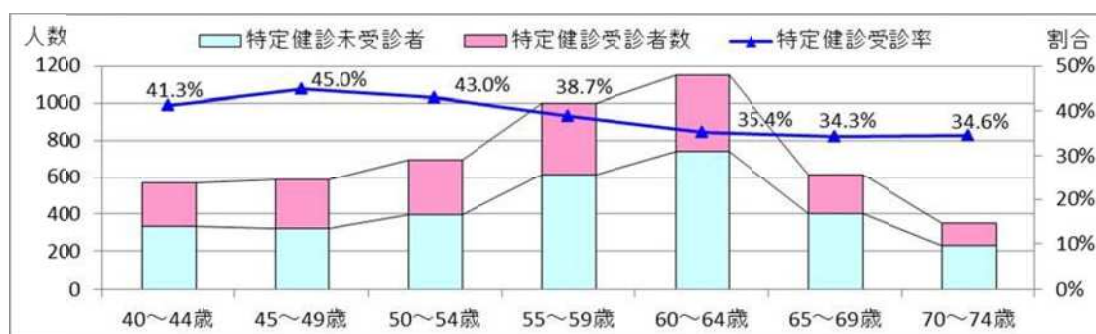
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-6 佐賀県市町国保における平成24年度年代別特定健康診査受診者数と特定健康診査受診率



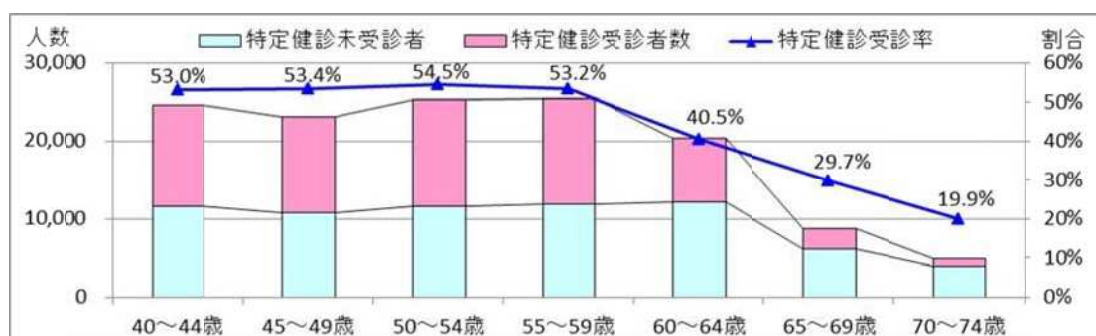
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3-7 佐賀県国保組合における平成24年度年代別特定健康診査受診者数と特定健康診査受診率



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3-8 佐賀県被用者保険における平成24年度年代別特定健康診査受診者数と特定健康診査受診率



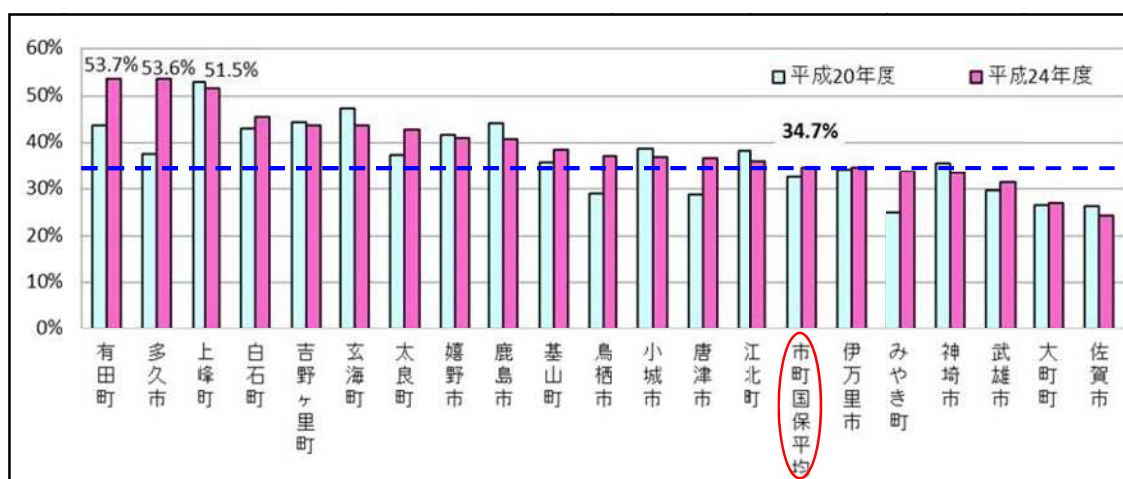
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

ウ 佐賀県市町国保の比較

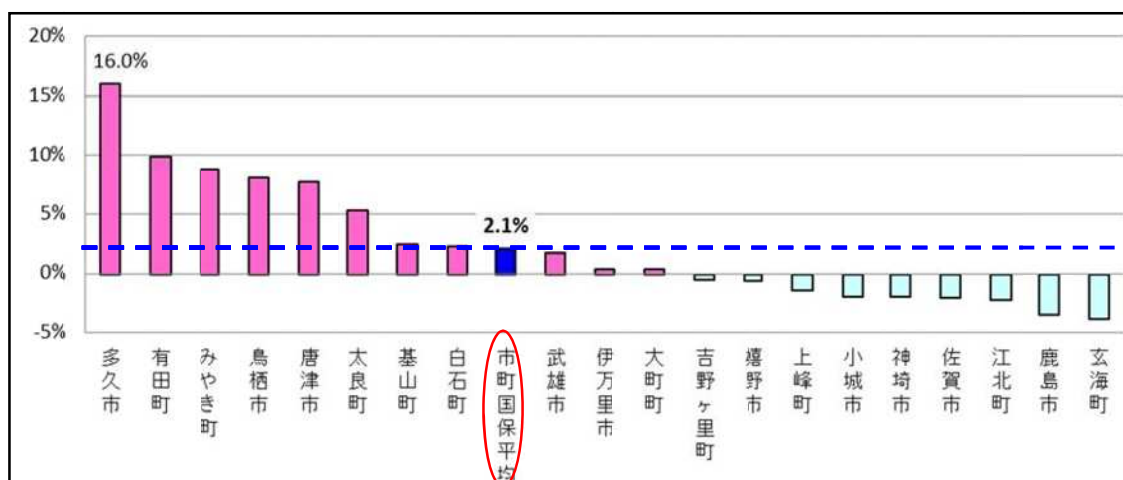
佐賀県市町国保の平均受診率は、平成20年度の32.6%が、平成24年度は34.7%となり2.1ポイント伸びており、各市町国保の受診率（図表3－9）は有田町、多久市、上峰町が50%を超える受診率になっています。また、平成24年度と平成20年度の受診率の伸び（図表3－10）でみた場合、有田町、多久市、太良町、鳥栖市、唐津市など11市町が上昇し、玄海町、鹿島市など9市町が低下した状況です。

図表3－9 佐賀県市町国保における特定健康診査受診率（平成24年度及び平成20年度）



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3－10 佐賀県市町国保における特定健康診査受診率の伸び（平成24年度対平成20年度）



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

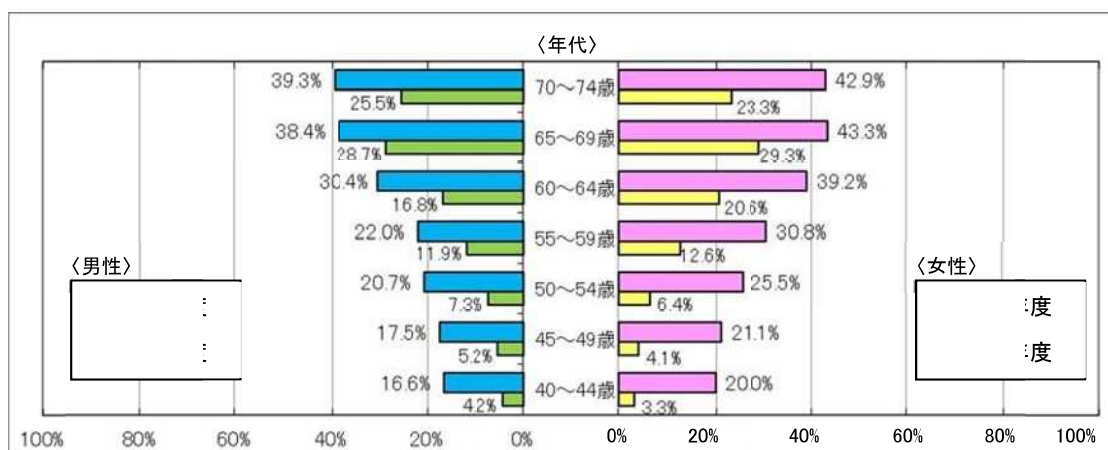
エ 佐賀県の性・年齢別受診者割合

市町国保において、平成24年度の特定健康診査受診者の性・年齢別割合（図表3-11）は、60歳代以上の割合が高くなっており、平成20年度と比較すると40歳代～50歳代の特定健康診査受診率は上昇してきていますが、佐賀県の平均受診率よりも低い水準となっています。

また、性別において、平成20年度は40歳～54歳、70～74歳で男性が女性よりも受診率が高い水準でしたが、平成24年度では全年代で男性よりも女性の受診率が高い水準となっています。

40歳代～50歳代における生活習慣改善による生活習慣病予防、また生活習慣病の早期治療は医療費適正化のなかでも重要な取り組みの一つであり、これらの年代、特に男性における特定健康診査受診率向上が課題となっています。

図表3-11 佐賀県市町国保における性・年齢別特定健康診査受診率



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

②特定健康診査に関する取組み

ア 県の取組み

佐賀県においては、特定健康診査受診率の向上を図るため、主に次のような取組みを行いました。

- (ア) 特定健康診査における課題の整理や、効果的な取組事例の情報共有等を図るための「特定健康診査・保健指導及びがん検診同時実施に係る情報交換会」の開催
- (イ) 国民健康保険者を対象に実施率調査を実施し、その分析データ等の提供
- (ウ) 保険者協議会を通じた保険者支援
- (エ) 県の広報紙や広報番組、ホームページ等、地元企業との連携事業を活用した制度の周知
- (オ) 実施率向上に取り組む市町国保保険者に対し県調整交付金による支援

イ 保険者の取組み

特定健康診査受診率の向上を図るため、各保険者において様々な工夫や取組みをしています。被用者保険では新聞広告や広報誌による特定健康診査の周知、被扶養者個人へ特定健康診査案内の送付、特定健康診査の自己負担額無料、被扶養者が特定健康診査とがん検診の同時受診が可能になるようがん検診の費用補助等が行われています。

また、佐賀縣市町国保においては、主に以下のような取組が行われています。

- (ア) 医師会や健診実施機関との連携・協力により、個別健診と集団健診の併用や、早朝・土日健診の実施など、受診しやすい体制の整備
- (イ) 対象者全員への受診券や案内の送付
- (ウ) 未受診者への再通知や個別訪問、電話での受診勧奨
- (エ) 特定健康診査と各種健康診査の同時実施（一部市町除く）
- (オ) 地区組織への制度説明や協力の依頼、地区ごとの実施状況の情報提供
- (カ) 市町の広報紙やホームページ、無料のタウン情報誌（佐賀市）を活用した特定健康診査の制度の周知
- (キ) 保険証と受診券の一体化、平日の毎日集団健診を受診できる体制の整備（佐賀市）
- (ク) 特定健康診査以外の健診や、医療機関での検査データの活用

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

このような取組みを行う中でも、特定健康診査の課題として、市町国保の40歳～50歳代や被用者保険の被扶養者の受診率が低いこと、医療機関で治療中の対象者の中で受診しない方がいること、継続受診者の割合（以下、「リピート率」）が70%前後で推移していることが挙げられます。

特定健康診査受診は、自分の健康状態を把握できる、生活習慣病予備群が生活習慣を改善するきっかけになる、また生活習慣病の早期発見・早期治療につながるなど貴重な機会となります。加えて、継続して受診することで、健診項目結果の推移から自分の健康状態を把握できる、生活習慣を改善した場合の効果が把握できる等の利点があります。

各保険者においては未受診者への受診勧奨を行う際、一度も受診したことがない対象者、以前に受診したことがあるが今年度は受診していない対象者、医療機関で治療中の対象者などを抽出し、対象者に合わせた受診勧奨方法を選択している状況です。

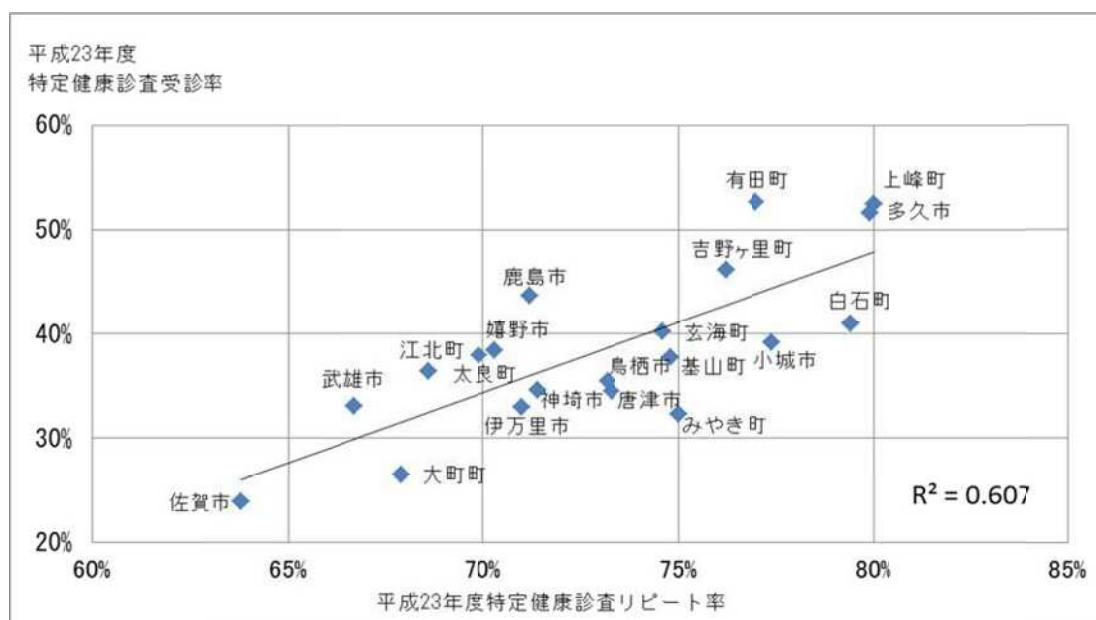
③特定健康診査受診率に係る要因の分析

市町国保において、特定健康診査受診率が高い市町ほど、リピート率が高い傾向（図表3－12）にあり、特定健康診査受診率が80%前後の上峰町と多久市は特定健康診査受診率が50%を超えていました。リピート率が高い市町では特定健康診査受診後に結果説明会を開催し、直接会って受診結果を説明するとともに次年度の受診勧奨を行う取り組みが行われており、特定健康診査後のフォローアップを充実させることは継続した特定健康診査受診に効果的であると考えられます。

一方で、リピート率が高い水準にあっても、特定健康診査受診率が低い市町もあり、特定健康診査受診率向上のためには、継続受診者だけでなく、合わせて新規受診者の受診勧奨も重要であるといえます。

特定健康診査の目的である健康状態の把握や生活習慣病予防、早期発見のためには、継続受診者及び新規受診者への受診勧奨をより効果的に取組んでいくことが必要となります。

図表3－12 佐賀県市町国保における平成23年度特定健康診査受診率と平成23年度特定健康診査リピート率



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

(2) 特定保健指導

本計画では、生活習慣病予防のための特定保健指導について、その実施率の目標を設定しました。特定保健指導実施率（図表3－13）は医療費適正化計画（第1期）の目標値を達成できていませんが、平成20年度13.5%、平成23年度27.1%と13.6ポイント上昇しており、全国でも高位に位置しています。

図表3－13 佐賀県(全保険者)における特定保健指導実施率

	H24 目標値	H20	H21	H22	H23	H24 参考値
特定保健指導の 実施率	45.0%	13.5%	18.0%	20.3%	27.1%	30.5%

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」及び県調査「特定健康診査・保健指導実績」

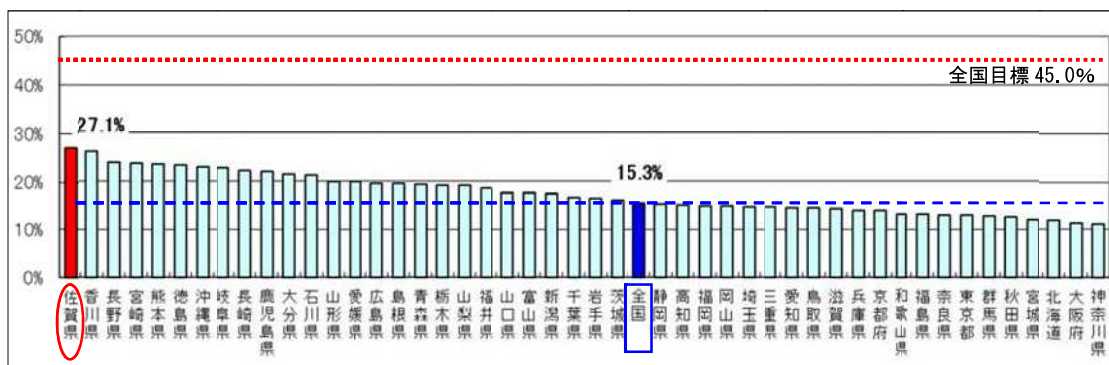
①特定保健指導実施状況

ア 全国における位置付け

当該年度に特定保健指導が必要と判断された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることが、国において平成24年度の達成目標として定められています。平成23年度（全国）は、特定保健指導の対象者約419万人に対し特定保健指導終了者は約61万人となり、実施率は15.3%でした。

佐賀県の平成23年度特定保健指導の実施率（図表3－14）は全国平均よりも高い27.1%（対象者23,553人、終了者6,374人）で、都道府県順位1位となりました。特定保健指導は内臓型肥満を伴った生活習慣病予備群を対象にしているため、今後の生活習慣病の発症予防に大きな効果があると期待できます。

図表3－14 平成23年度都道府県別特定保健指導実施率

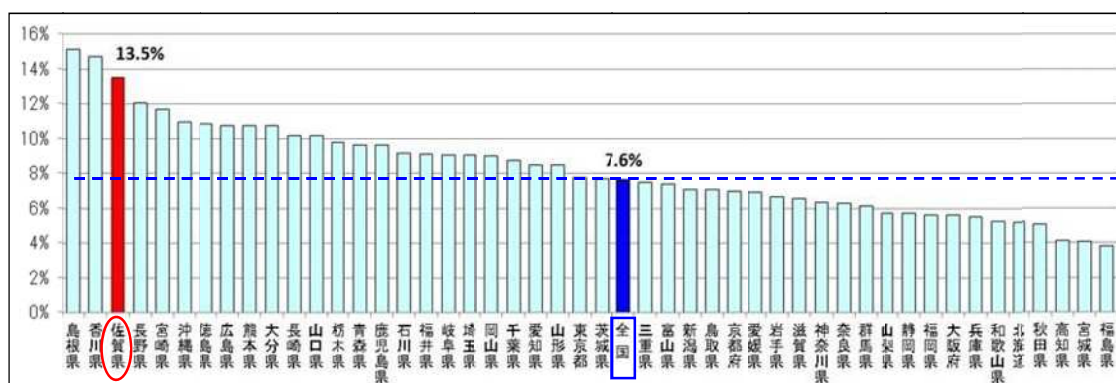


出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

また、平成23年度特定保健指導実施率（図表3-15）を平成20年度と比較すると、すべての都道府県で特定保健指導実施率が上昇しています。佐賀県では伸びが13.5ポイントと全国で3番目に高く、過去5年間の実施を通して、住民への制度周知や特定保健指導の実施勧奨、特定保健指導実施者の技術向上等が特定保健指導実施率向上につながったものと考えられ、評価できるものです。

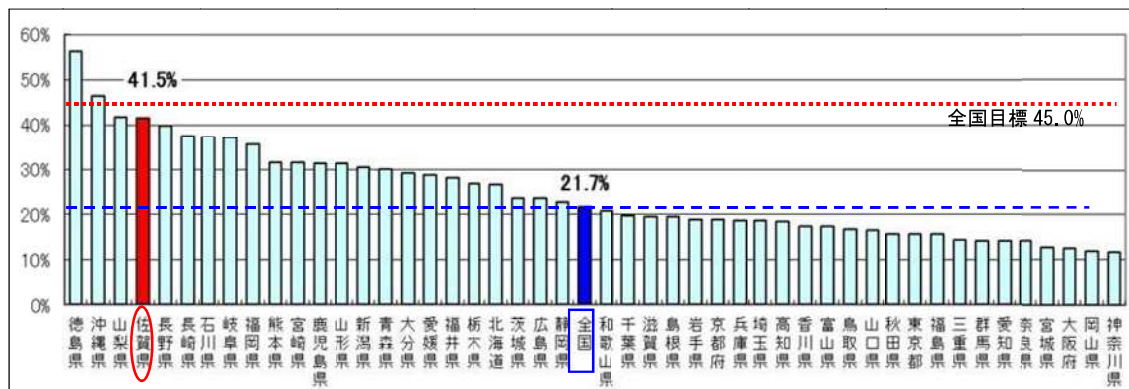
図表3-15 都道府県別特定保健指導実施率の伸び（平成20年度対平成23年度）



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

さらに、市町村国保における平成23年度特定保健指導実施率（図表3-16）を見てみると、41.5%（対象者6,297人、終了者2,611人）で、都道府県順位4位です。全ての保険者を合わせた実施率よりも高いことから、市町独自の特徴や取り組みが高い特定保健指導実施につながったことが考えられ、その取り組みもまた評価できるものです。

図表3-16 市町村国保における平成23年度都道府県別特定保健指導実施率



出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

イ 佐賀県内の保険者の比較

佐賀県内の保険者ごとの実施率を図表3-17に示していますが、特定保健指導を実施できる専門職である、保健師や管理栄養士を職員に持つ市町国保の実施率が高くなっている状況です。一方で、市町国保以外の被用者保険にあっては、ほとんどが保健指導実施機関への委託により実施しているのが実情であり、平成24年度の実施率は佐賀県市町村職員共済組合5.1%、公立学校共済佐賀支部6.2%と低く、特定保健指導実施率向上が課題となっています。

図表3-17 佐賀県内の保険者の特定保健指導実施率

	市町国保	国保組合	全国健康保険協会佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
H20	29.4%	0.0%	6.4%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%
H21	34.8%	25.9%	8.6%	11.7%	4.2%	2.3%	2.3%	2.7%
H22	37.8%	13.1%	9.5%	29.7%	6.3%	3.6%	4.4%	3.7%
H23	41.5%	23.6%	25.4%	24.8%	6.1%	4.4%	6.7%	2.7%
H24	44.4%	14.8%	29.2%	23.1%	21.4%	5.1%	6.2%	14.6%

出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

また、図表3-18～20のとおり、保険者において年代別に特定保健指導対象者における終了者数と実施率をみると、その特徴が異なっています。特定健康診査は特定保健指導対象者を抽出することを目的の一つとしているため、特定健康診査受診者が多い年代ほど特定保健指導対象者数が多くなっている状況です。

市町国保の特定保健指導実施率は概ね高い水準にあり、特に65歳以降の特定保健指導実施率は50%を超えている状況です。また、国保組合の特定保健指導実施率は年代により差があり、その中でも45～49歳の特定保健指導実施率が特に低い水準になっています。さらに被用者保険については、全年代を通して特定保健指導実施率が20%台となっており、年代による特定保健指導実施率の大きな差は見られませんでした。市町国保と比較して、国保組合及び被用者保険では特定保健指導実施率が低い水準にとどまっており、特定保健指導実施率の向上が課題となっています。

市町国保、国保組合、被用者保険における共通した課題として、40～50歳代の特定保健指導実施率が60歳代以降に比べて低くなっており、40～50歳代へのより一層の特定保健指導利用勧奨を行い、特定保健指導実施率の向上に努めていくことが必要です。

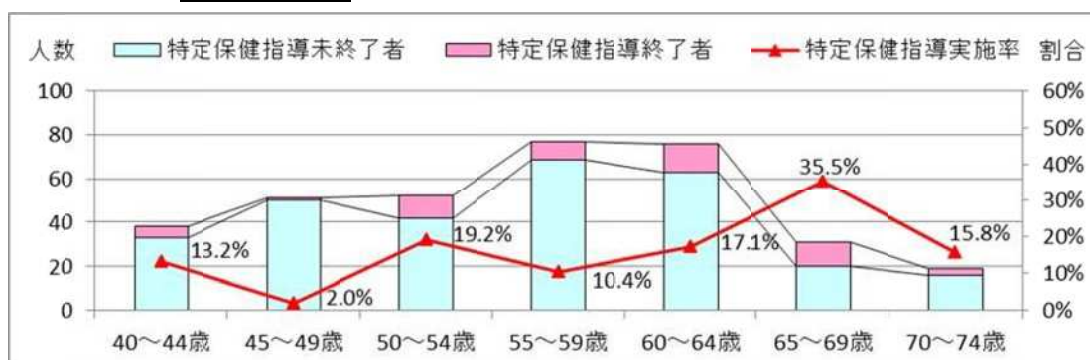
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-18 佐賀県市町国保における平成24年度年代別特定保健指導終了者数と特定保健指導実施率



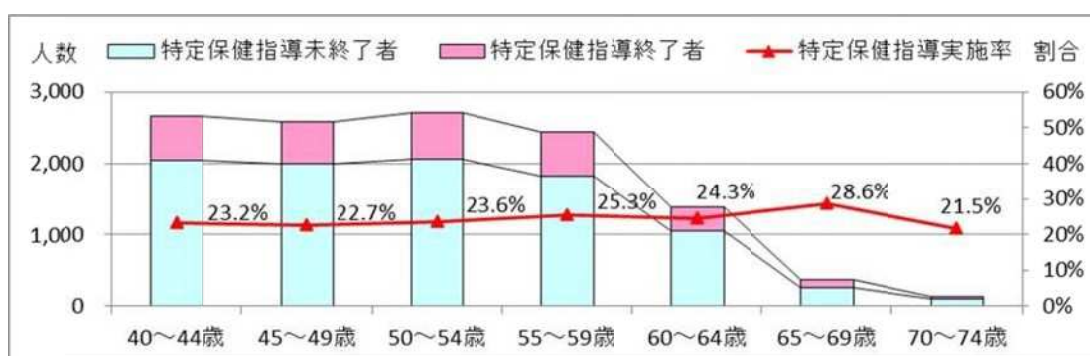
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3-19 佐賀県国保組合における平成24年度年代別特定保健指導終了者数と特定保健指導実施率



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3-20 佐賀県被用者保険における平成24年度年代別特定保健指導終了者数と特定保健指導実施率



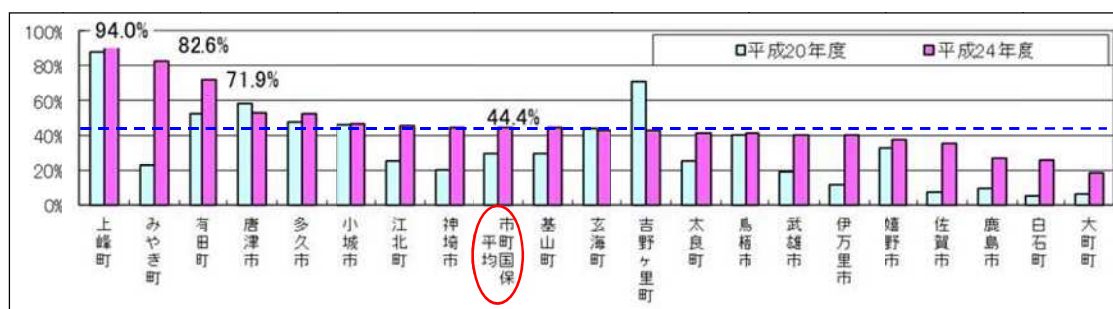
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

ウ 佐賀県市町国保の比較

佐賀県市町国保の平成24年度特定保健指導平均実施率（図表3-21）は44.4%となっており、平成20年度より15.0ポイント伸びています。特定保健指導実施率が高い市町は上位から上峰町（94.0%）、みやき町（82.6%）、有田町（71.9%）の順となっています。

図表3-21 佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施率

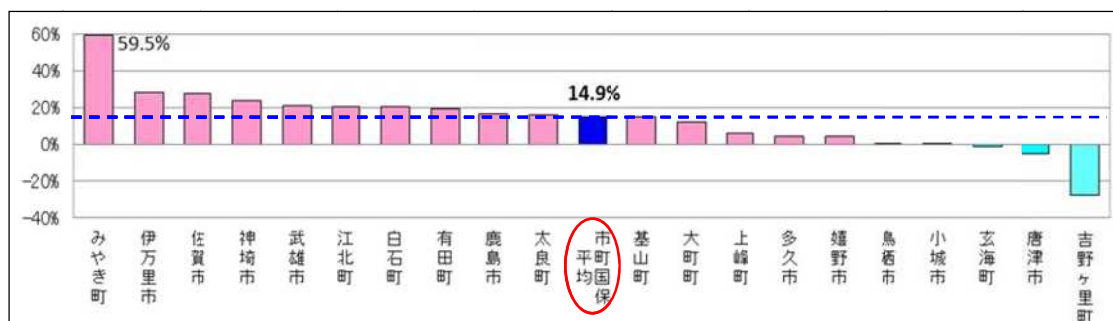


出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

平成24年度特定保健指導実施率を平成20年度と比較（図表3-22）すると、みやき町（59.5%）の伸びが最も高く、多くの市町で実施率が高くなっています。一方で、伸びがマイナスとなっているのは3市町でしたが、いずれの市町も平成24年度特定保健指導実施率は40%以上となっていました。

特定保健指導の実施においては対象者に応じた指導が必要であることや市町による状況も異なるため、すべての市町が同じ方法で行うのではなく、市町や対象者に合わせた取組みを行っていくことが必要となります。

図表3-22 佐賀県市町国保における特定保健指導実施率の伸び（平成24年度対平成20年度）



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

エ 特定保健指導対象者

特定健康診査の結果から、特定保健指導の選定基準（図表3－23）に該当した人を対象として、追加リスクの数、喫煙歴の有無、年齢に応じて、動機づけ支援と積極的支援いずれかの特定保健指導が行われます。

例外として、糖尿病、高血圧又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は医療保険者による特定保健指導を行わないこととされています。

図表3－23 特定保健指導対象者の選定基準

腹 囲	追加リスク	④喫煙歴	対 象	
	①血糖 ²¹ ②脂質 ²² ③血圧 ²³		40～64 歳	65～74 歳
≥ 85 cm（男性） ≥ 90 cm（女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

出所：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

特定保健指導対象者とメタボリックシンドローム該当者及び予備群は相違する部分があるため、これらの関係を以下に示します。

- ①特定保健指導対象者の選定基準はメタボリックシンドロームの診断基準（第1章2節参照）に基づいていますが、腹囲周囲径に加えて、BMI基準を勘案しています。
- ②特定保健指導対象者の追加リスク基準である血糖値は100mg/dlですが、メタボリックシンドロームの診断基準は110mg/dlとなっています。
- ③糖尿病、高血圧又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は医療保険者による特定保健指導を行わないことになっていますが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群には含まれています。
- ④特定保健指導対象者の選定基準では、追加リスクのある者について、喫煙歴を勘案しています。

²¹ 特定保健指導選定基準値：空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c5.6%（NGSP 値）以上

²² 特定保健指導選定基準値：中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

²³ 特定保健指導選定基準値：収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上

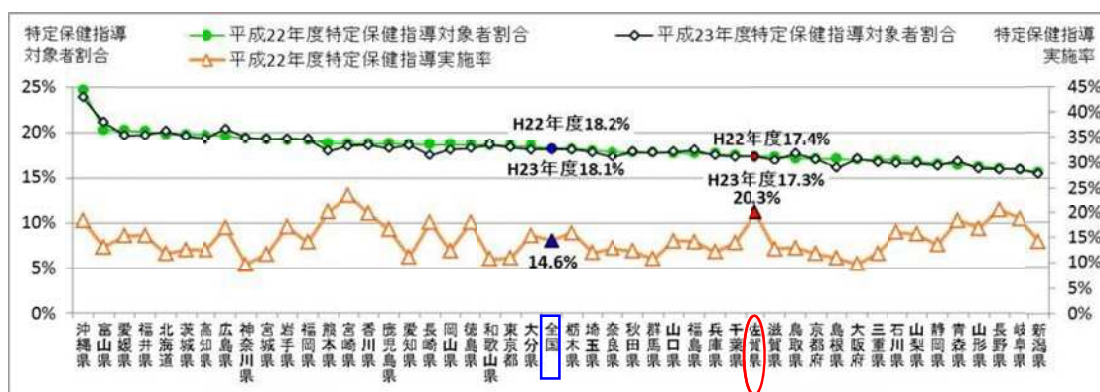
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

a 全国における位置付け

全国における平成23年度特定保健指導対象者割合(図表3-24)は18.1%(特定健康診査受診者約2,313万人、特定保健指導対象者約419万人)となっています。佐賀県における平成23年度特定保健指導対象者割合は17.3%(特定健康診査受診者135,765人、特定保健指導対象者23,553人)であり、全国平均よりも低く、全国32位となっています。

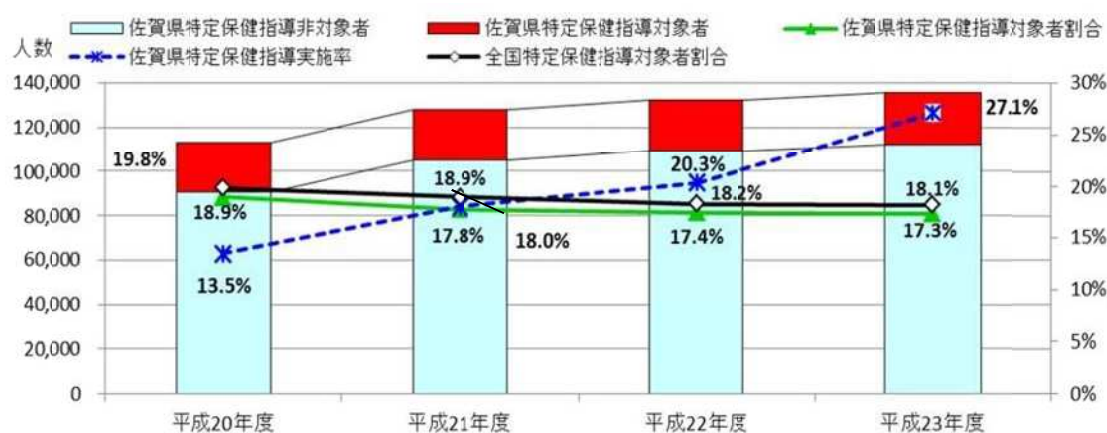
佐賀県における特定保健指導対象者の推移(図表3-25)からみると、平成23年度は平成20年度より1.6ポイント減少していますが、全国と同様、緩やかな減少にとどまっています。

図表3-24 平成22年度及び23年度都道府県別特定保健指導対象者割合と平成22年度特定保健指導実施率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-25 全国及び佐賀県における特定保健指導対象者割合の推移



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

特定保健指導対象は初めて特定保健指導対象となった者のみではなく、前年度に特定保健指導対象だった者が再び特定保健指導対象者になった場合も含まれています。一方で、前年度特定保健指導対象だった者が未受診である、または特定保健指導対象の数値を示しているが医療機関で糖尿病、高血圧症、脂質異常症のいずれかに係る服薬治療中のため特定保健指導対象外となっている場合もあり、特定保健指導対象集団が前年度と翌年度で、完全には一致していません。このため、特定保健指導対象者の人数や割合の推移に加え、特定健康診査受診率や特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群などの推移と合わせて、特定健康診査対象者の健康状態を経年的に検証していく必要があります。

また、重要度のレベルに応じて選定される動機づけ支援と積極的支援に関して、佐賀県では動機づけ支援対象者よりも積極的支援対象者が多い傾向にあるにもかかわらず、平成23年度の特定保健指導実施率は動機づけ支援32.6%、積極的支援20.4%と、積極的支援が低くなっている状況です。積極的支援対象者は動機づけ支援対象者よりも、生活習慣病へ移行する可能性が高く、健康的な行動変容が求められる部分が多いため、積極的支援対象者への特定保健指導実施率向上が課題となっています（図表3-26）。

図3-26 佐賀県における特定保健指導の内訳



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

佐賀県の特定保健指導実施率は年々高くなっており、動機づけ支援実施率や積極的支援実施率も高くなってきています。特定保健指導を受けた対象者が翌年度の特定保健指導対象に該当しない、または特定保健指導レベルが改善するように特定保健指導を実施していくことが大切です。今後も実施率向上に努めるとともに、特定保健指導の効果をみていくためにも、特定健康診査の受診率

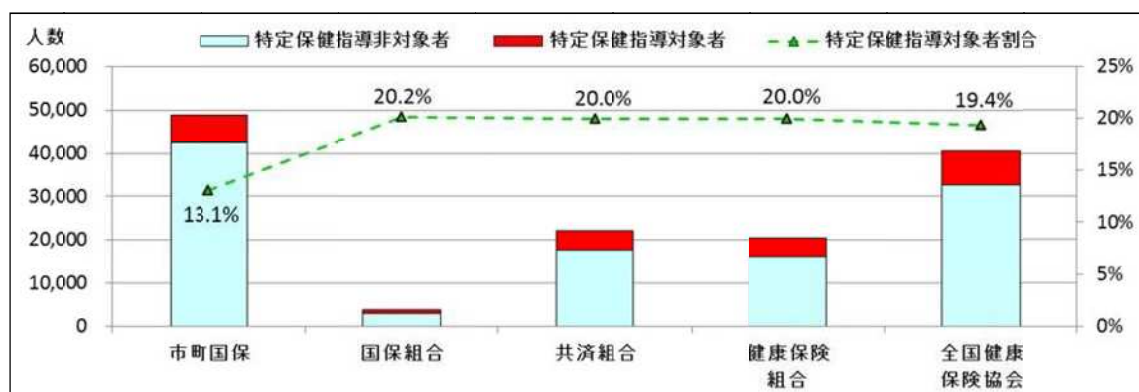
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

を伸ばし、継続して特定健康診査を受診してもらえよう受診勧奨を行っていく必要があります。

b 佐賀県内の保険者の比較

佐賀県における平成23年度保険者別特定保健指導対象者割合（図表3-27）は市町国保が13.1%と低く、一方で国保組合や被用者保険が約20%と高い状況です。また、男女で比較（図表3-28）すると、全ての保険者において、男性が高い割合となっており、男性の特定健康診査受診率を向上させるとともに、特定保健指導を確実に実施していく必要があります。

図表3-27 佐賀県における平成23年度保険者別特定保健指導対象者



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-28 佐賀県における平成23年度保険者別、性別特定保健指導対象者



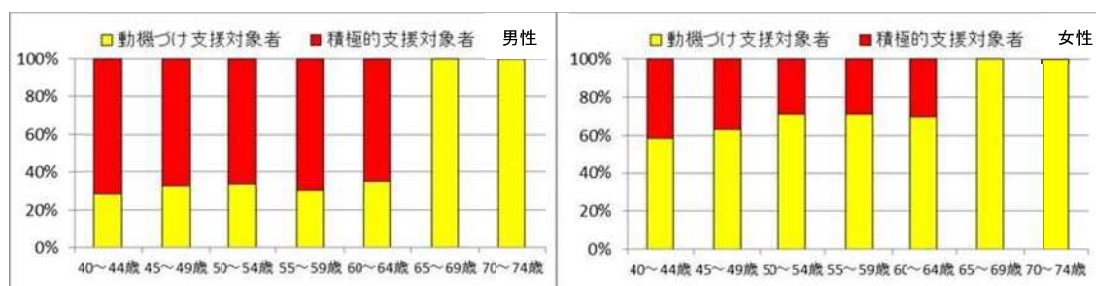
出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

また、平成24年度特定保健指導対象者割合を保険者別及び支援レベル、性別で見ると、積極的支援対象者割合は女性よりも男性に多く、40～64歳の男性においては動機づけ支援対象者割合よりも積極的支援対象者割合が多い状況になっています（図表3-29～31）。

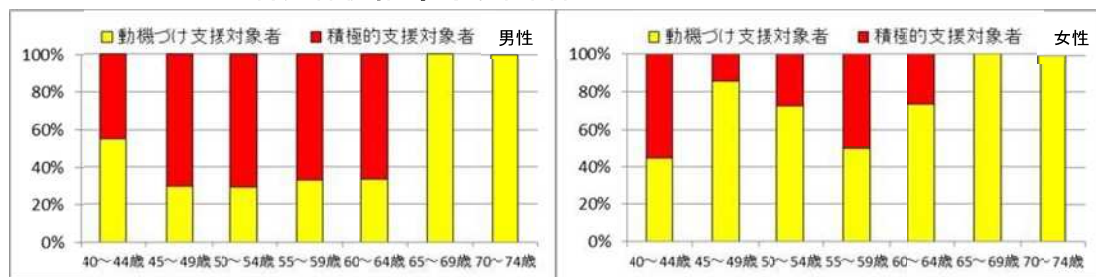
さらに、年代別にみても、男女問わず65歳以上の者については、図表3-24の特定保健指導対象者の選定基準により、動機づけ支援対象のみとされており、図表3-29～31においても65歳以上は同様の特定保健指導対象割合として表れていますが、64歳までの特定保健指導支援レベルの傾向をみると、積極的支援レベル対象者が相当数いることから、実際には65歳以上であっても同様の状況があることが考えられるため、必要に応じて、健康的な行動変容への支援を行っていくことが重要と考えられます。

図表3-29 佐賀県市町国保における平成24年度支援レベル及び年代別特定保健指導対象者割合



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

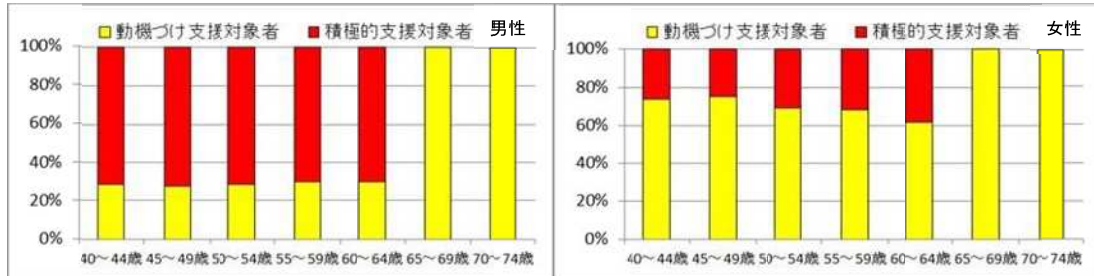
図表3-30 佐賀県国保組合における平成24年度支援レベル及び年代別特定保健指導対象者割合



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-31 佐賀県被用者保険における平成24年度支援レベル及び年代別特定保健指導対象者割合



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

オ 特定保健指導実施率（終了率）及び途中終了率、完了率

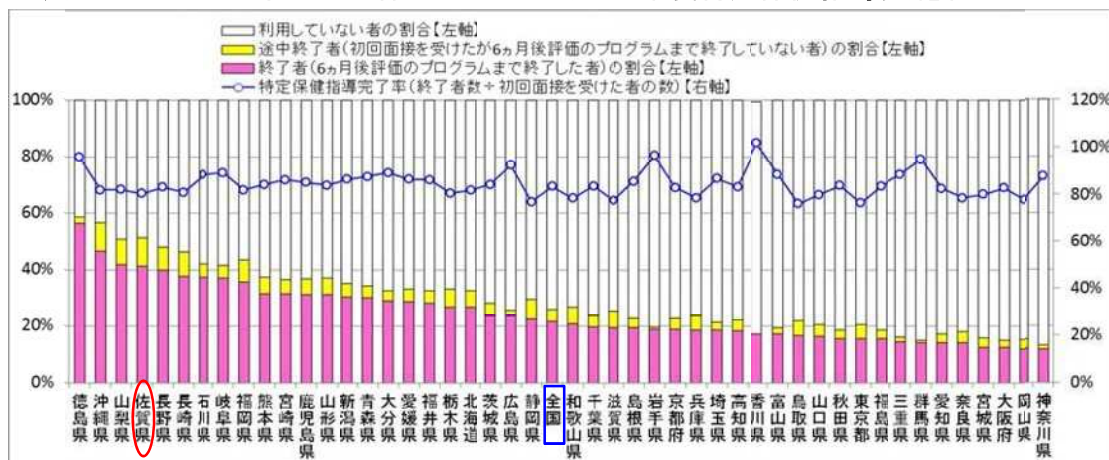
特定保健指導実施状況では、特定保健指導を利用し6ヵ月後評価のプログラムまで終了した者（以下、「終了者」と）と、特定保健指導の初回面接を受けたが6ヵ月後評価のプログラムまで終了しなかった者（以下、「途中終了者」）に分けられ、特定保健指導実施率は特定保健指導対象者に対する終了者の割合を示しています。

全国市町村国保における平成23年度特定保健指導実施状況（図表3-32）をみると、特定保健指導実施率21.7%（特定保健指導対象者約94万人、特定保健指導終了者約20万人）、途中終了率4.3%（特定健康診査受診者約94万人、特定保健指導途中終了者約4万人）となっており、特定保健指導の初回面接を受けた者のうち6ヵ月後評価のプログラムまで終了した者の割合（特定保健指導完了率）は83.4%となっている状況です。

次に、佐賀県市町国保における平成23年度特定保健指導実施状況をみると、特定保健指導実施率41.5%（特定保健指導対象者6,297人、特定保健指導終了者2,611人）、途中終了率10.1%（特定保健指導対象者6,297人、特定保健指導途中終了者633人）、特定保健指導完了率は80.5%となっています。

以上のことから、佐賀県の市町国保における特定保健指導実施率は全国でも高く、都道府県順位で4位になっていますが、一方で、特定保健指導完了率が全国平均よりも2.9ポイント低く、都道府県順位で37位となっているため、特定保健指導の初回面接を受ける者を増やしていくとともに、特定保健指導の初回面接を受けた者が6ヵ月後評価のプログラムまで終了できるよう特定保健指導実施の取組みを強化していく必要があります。

図表3-32 市町村国保における平成23年度特定保健指導実施状況

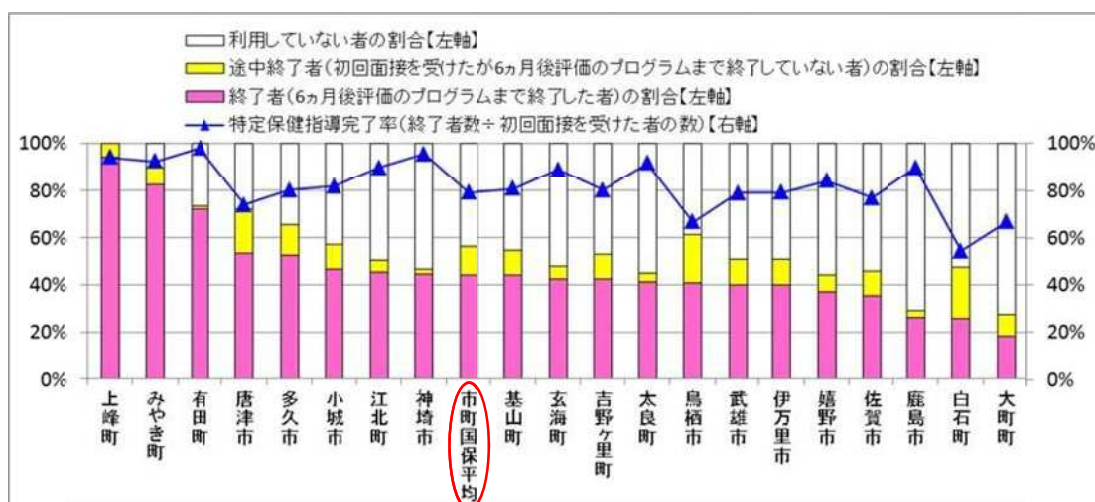


出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

さらに、佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施状況（図表3－33）をみると、特定保健指導実施率が最も高い上峰町は特定保健指導対象者全てが初回面接を受けており、特定保健指導完了率は94.0%となっています。特定保健指導対象者のうち特定保健指導の初回面接を受けた者の割合が多いものの、特定保健指導実施率が低い市町もあり、特定保健指導における初回面接への誘導、初回面接から6ヵ月後評価までのプログラムを終了できるよう支援するなど、各市町の状況に合わせた取組みの強化が重要であるといえます。

図表3－33 佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施状況



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

カ 特定保健指導による医療費削減効果の推計

国が平成23年度に実施した検証により、特定健康診査・特定保健指導の効果が以下のとおり、明らかになっています。

<特定保健指導のメタボリックシンドローム減少効果>

- ・平成20年度の特定健診結果に基づく特定保健指導を終了した者で、平成21年度の特定健診結果がある者について、メタボリックシンドローム該当者及び予備群数が約3割減少した

<メタボリックシンドローム該当者・予備群と年間医療費の関係>

- ・平成21年度の特定健診結果でメタボリックシンドローム該当及び予備群となった者の平成22年度のレセプトにおける年間医療費は、メタボリックシンドローム非該当者と比較して、約9万円高くなっている

以上の検証結果に基づき、国は「特定保健指導を終了した者のうち、およそ3分の1の者がメタボリックシンドローム該当及び予備群から脱却し、少なくとも特定保健指導終了の翌年度の年間医療費については、前年度と比較して約9万円減少している」との考え方を示しました。

佐賀県における、平成24年度までの特定保健指導による医療費削減効果は5億4,609万円、特定保健指導実施に係る費用を差し引いた費用対効果は2億4,886万円と推計されます（図表3-34）。

図表3-34 平成24年度までの特定保健指導実施に係る費用対効果

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
費用	動機付け支援を利用した者の数(人)	2,480	3,309	3,291	4,026
	積極的支援を利用した者の数(人)	1,439	1,730	1,935	2,851
	①費用(万円)	29,723			
効果	特定保健指導終了者数(人)	3,051	4,099	4,679	6,374
	②医療費削減効果(万円)	54,609			
平成24年度までの費用対効果(万円) (②-①)		24,886			

出所：厚生労働省「特定保健指導費用対効果推計ツール²⁴」

²⁴ 推計ツールの算出式：

③ 費用（特定保健指導の実施に係る費用）＝（動機づけ支援利用者数×動機づけ支援に係る集合契約の平均単価）＋（積極的支援利用者数×積極的支援に係る集合契約の平均単価）

④ 効果（医療費削減効果）＝平成20～23年度特定保健指導終了者数の合計×1/3×9万円

②特定保健指導に関する取組み

ア 県取組み

佐賀県においては、特定保健指導実施率の向上を図るため、以下のような取組を行いました。

- (ア) 特定保健指導における課題の整理や、効果的な取組事例の情報共有等を行うための「保険者情報交換会」の開催
- (イ) 特定保健指導実施者の人材確保が困難な地域が発生しないよう特定保健指導従事者を養成する「佐賀県保健指導支援ステーション事業」及び「(特定保健指導実施者) 人材登録事業」の立上げ、運営の支援
- (ウ) 特定保健指導実施者の人材育成・資質向上研修の推進
- (エ) 国民健康保険者を対象に実施率調査を実施し、その分析データ等を提供
- (オ) 保険者協議会を通じた保険者支援
- (カ) 県の広報紙や広報番組、ホームページ等を活用した制度周知
- (ク) 実施率向上に取り組む市町国保保険者に対し県調整交付金により支援

イ 保険者の取組み

特定保健指導実施率の向上を図るため、各保険者においては様々な工夫や取組が行われていますが、佐賀県の市町国保においては、主に以下のような取組が行われています。

- (ア) 健康への関心が高い時期に指導できるよう、特定健康診査の結果返却日に初回面接を実施
- (イ) 健診結果は郵送せずに、結果説明会や個人面接にて手渡しをし、同時に保健指導を実施
- (ウ) 結果説明会での個人面接までの待ち時間を解消するために完全予約制にするなど、対象者の都合に合わせた時間設定の実施
- (エ) 保健指導を利用しやすくするため、保健指導実施場所を複数設定
- (オ) 保健指導従事者が替わっても継続した指導ができるように保健指導の個人台帳を整備
- (カ) 効率よく訪問できるよう保健師の地区担当制を実施
- (キ) 特定保健指導対象以外の人（治療域の人・40歳未満の被保険者・治療中でありながらコントロール不良者）に対して、生活習慣病重症化予防のための保健指導の実施
- (ク) 休日や夜間の特定保健指導、家庭訪問による保健指導の実施

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

- (ケ) 地域の医師との連携による結果説明及び保健指導の実施
- (コ) 保健指導の途中脱落者をなくすために電話連絡を密に行う
- (サ) 保健指導従事者の技量向上のため、佐賀県国民健康保険団体連合会や従事者による研修会（事例検討や学習会）の実施
- (シ) 特定保健指導終了者の体験談の発表や市町広報等への掲載
- (セ) 地域全体の健康意識を高めるための住民向け健康講演会の実施等
- (ソ) 地区組織を活用した情報提供及び保健指導利用の呼びかけ
- (タ) 「国保保健指導事業」（国民健康保険調整交付金助成事業）における「保健指導未利用者対策」「生活習慣病の1次予防に重点を置いた取り組み」により、保健指導の必要な被保険者へ積極的な支援の実施

また、継続した課題としては、連続して特定保健指導の対象となり、2年目の保健指導を勧奨しても、「分かっている」「自分で努力する」と拒否をされる事例もあるようです。特定保健指導の脱落者の理由としては、「初回面接時の意識付けが弱かった」、「忙しい」などがありました。

特に、個別健診での受診者は、個別健診受診から初回面接までの期間が空いてしまったり、結果説明会ではなく郵送での結果送付により初回面接の機会が限られたりして、特定保健指導実施につながりにくい事例があり、今後の課題になっています。この個別健診受診者への対策としては市町の結果説明会の案内を行うこと、特定保健指導も実施できる個別健診受診機関に継続して実施勧奨の依頼を行うことなどが実施されています。

今後は、対象者の選定において優先順位を付けること、保健指導のメニューを変えること、年度によって対象地区を選定しポピュレーションアプローチ²⁵と連動した取り組みを行うことなど、事業評価を行いつつ、次年度の計画に活用することが重要であると思われます。

③特定保健指導実施率に係る要因の分析

ア 保健師数

平成24年度衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況では、佐賀県における保健師数は人口10万対54.2と多く、全国6位となっており、上位に位置する状況となっています。しかしながら、保健師数と特定保健指導実施率の関連を検証したところ相関は認められない状況でした。

²⁵ 対象を限定せず、集団全体へ対策を実施することで、全体のリスクを下げていく方法。

イ 実施形態

保険者の状況により、「直営（職員）のみ」、「直営（職員）、及び特定保健指導実施機関に部分委託」、「特定保健指導実施機関に全面委託」の3つの形態があります。直営（職員）で実施する場合、直接対象者の保健指導を行うことができ、対象者の問題や課題の把握に加え、地域の健康課題改善に向けた事業の企画ができるようになります。しかしながら、職種や人員に限りがある保険者では直営（職員）のみの特定保健指導実施は難しくなります。一方で特定保健指導実施機関に委託する場合、職種や人員の制限により、特定保健指導が十分に実施できなかった部分を補うことができます。ただし、保険者は特定保健指導の事業の企画及び評価を行い、事業全体を管理することが必要となります。

特に、佐賀県市町国保において、特定保健指導実施率と実施形態（図表3-35）でみると、特定保健指導実施率が高い市町は「直営（職員）のみ」、又は「直営（職員）及び特定保健指導実施機関に部分委託」により特定保健指導を実施している状況でした。

市町国保では職員の人員や特定保健指導対象者の状況に合わせて、特定保健指導の実施形態を選択しています。また、特定保健指導のレベルに合わせて、直営（職員）で実施する部分と特定保健指導実施機関へ部分委託する部分に振り分けている市町もある状況です。特定保健指導の実施形態は複数ありますが、いずれの場合も特定保健指導を実施する際には保険者内部、特定保健指導実施機関と連携をとりながら進めていく必要があります。

図表3-35 佐賀県市町国保における平成23年度特定保健指導実施率と実施形態



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

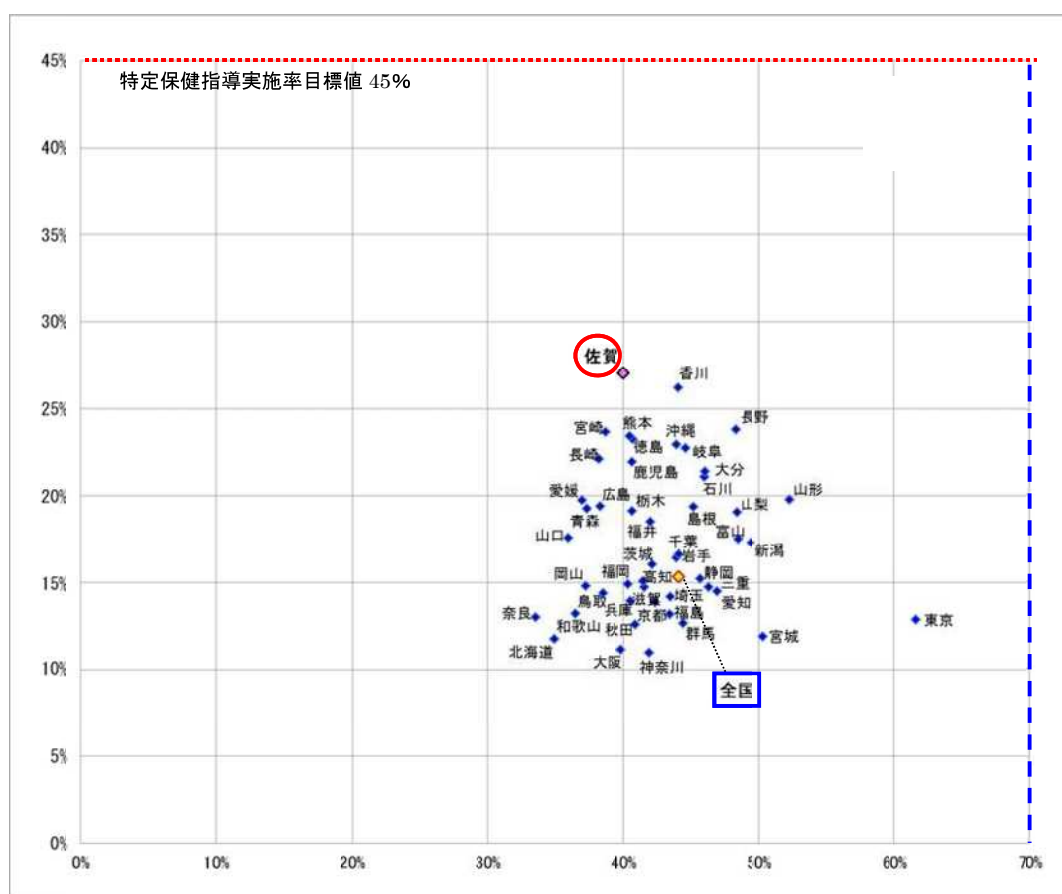
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

(3) 特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の現状

都道府県における全保険者の現状（図表3－36）として、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の全国目標を達成できている都道府県はありませんでした。佐賀県の特定健康診査受診率は全国平均及び全国目標を達成できていませんが、平成20年度から平成23年度と年々上昇してきている状況です（図表3－37）。また、佐賀県の特定保健指導実施率も全国目標を達成できていませんが、全国平均を大きく上回り、全国で最も高い水準となっています。

さらに、市町村国保の現状（図表3－38）として、佐賀県の特定保健指導実施率は全国平均より高く、全国目標値をほぼ達成しています。一方で佐賀県の特定健診受診率は全国平均より高いものの全国目標より低い水準にあります。

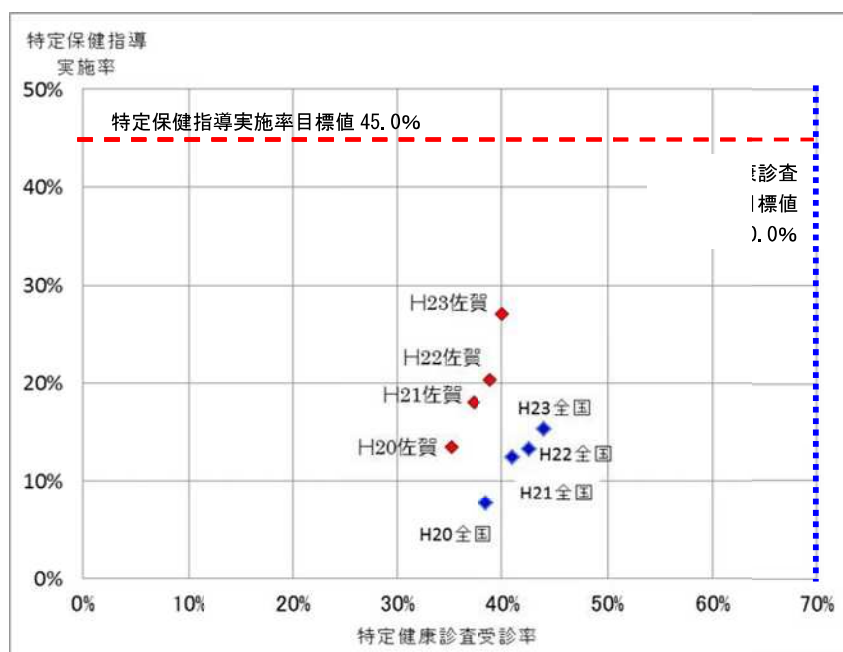
図表3－36 平成23年度都道府県別特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

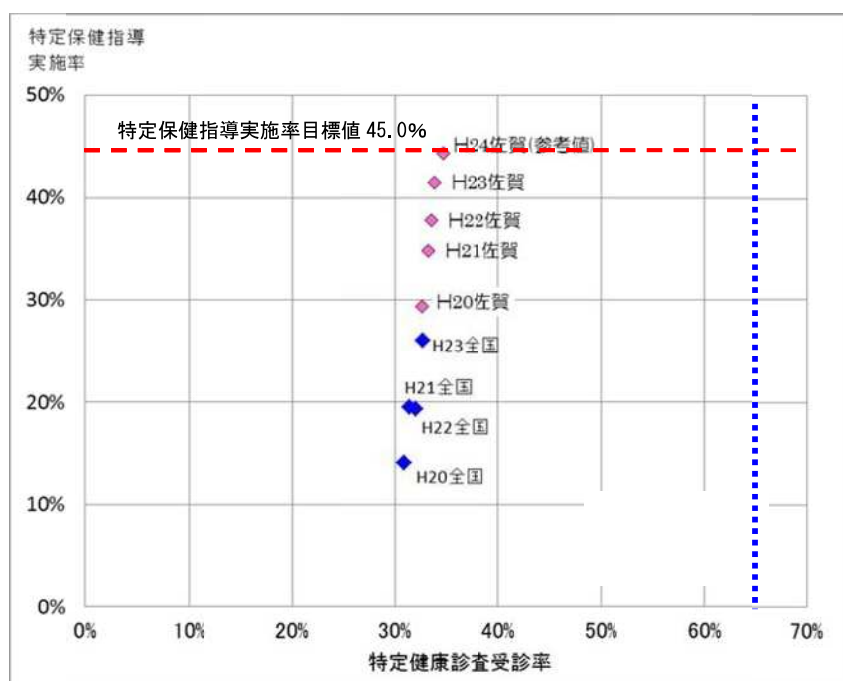
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-37 全保険者における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-38 市町村国保における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」
及び県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(4) 重症化予防のための保健指導

第2章第4節で、市町村国保で比較すると、佐賀県における一人あたり生活習慣病医療費が全国よりも約700円高い現状について述べましたが、保険者は生活習慣病の重症化を防ぐための保健指導を行っています。佐賀県においては、特定保健指導の対象外でも、血圧が高い者、血糖値の推移を示すHbA1c²⁶（ヘモグロビン・エーワンシー）が高い者、慢性腎臓病の重症度が高い者、血清尿酸値²⁷が高い者等、重症化予防のための保健指導を必要とする対象者を抽出するためのデータを把握しています。特に佐賀県市町国保では、これらのデータを用い、医療機関での治療の有無に関わらず、受診勧奨や疾病管理等の保健指導を行っています。以下に佐賀県市町国保における現状について、記載します。

①血圧

血圧は脳血管疾患（脳梗塞や脳出血）発症との関連性が強く、高血圧は脳血管疾患罹患率・死亡率を高めることがわかっています。血圧を高める要因として年齢、食塩やアルコールの過剰摂取、身体活動量の低下などがあり、近年では、男性においてメタボリックシンドロームに伴う高血圧が増加していると考えられています。

血圧は収縮期血圧と拡張期血圧の値により、至適血圧から高血圧に分類され、さらに高血圧はⅠ度からⅢ度に分類されます（図表3-39）。Ⅰ度高血圧よりもⅢ度高血圧のほうが重症であるとされ、特定健康診査において、Ⅱ度高血圧以上に該当する者は医療機関での受診を勧められています。

図表3-39 血圧分類

	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
収縮期血圧	<120	<130	130～139	140～159	160～179	≥180
	かつ	かつ	または	または	または	または
拡張期血圧	<80	<85	85～89	90～99	100～109	≥110

出所：日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」

²⁶ HbA1c: 赤血球の中で体内に酸素を運ぶヘモグロビンと、血液中のブドウ糖が結合したもの。過去1～2か月の血糖値の平均が高いほどHbA1c値が高くなる。

²⁷ 血清尿酸値: 食物から摂取する、もしくは体内で合成されるプリン体の最終生産物。尿酸は一定量、血液中に存在し、主として尿中へ排出される。血液中に尿酸が過剰に蓄積されると、体組織への尿酸塩沈着が生じ、痛風関節炎や腎障害の病因となる。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

佐賀県市町国保の特定健康診査受診者において、Ⅱ度高血圧以上の者の割合（図表3－40）は平成20年度5.9%（2,943人）から平成24年度4.4%（2,235人）と1.5ポイント減少しています。特定健康診査のリピーター受診率が100%でないため、Ⅱ度高血圧以上の者が年度毎に一部入れ替わっていることが考えられますが、Ⅱ度高血圧以上の者の割合が減少した背景には医療機関への受診につながったことや生活習慣改善により高かった血圧が低くなったことなどの効果があったものと考えられます。

図表3－40 佐賀県市町国保におけるⅡ度高血圧以上の者の人数と割合



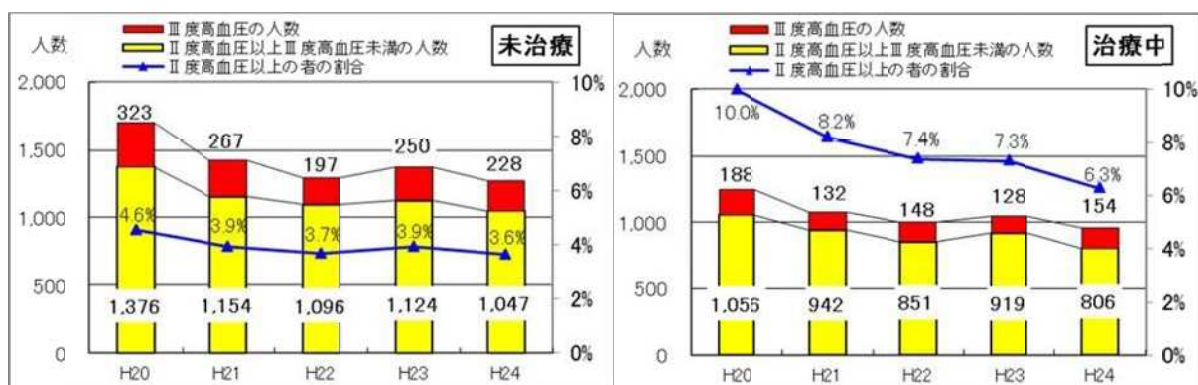
出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

また、佐賀県市町国保の特定健康診査受診者において、未治療者のうち、Ⅱ度高血圧以上の者の割合（図表3－41）は平成20年度4.6%（1,699人）から平成24年度3.6%（1,275人）と1.0ポイント減少しています。このこともまた、保健指導が医療機関の受診につながり、その効果があったものと考えられます。

さらに、佐賀県市町国保の特定健康診査受診者において、治療中でⅡ度高血圧以上の者の人数と割合（図表3－41）は、平成20年度10.0%（1,244人）から平成24年度6.3%（960人）と3.7ポイント減少しています。治療中の方に対して、保険者は高血圧症患者が継続して治療に臨めるよう医療機関と連携のもと高血圧症や高血圧が及ぼすリスクを説明するとともに、血圧コントロールのための生活習慣改善等の保健指導を行っており、この受診勧奨を含めた保健指導の効果があったものと考えられます。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-4-1 佐賀県市町国保における治療別、Ⅱ度高血圧以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

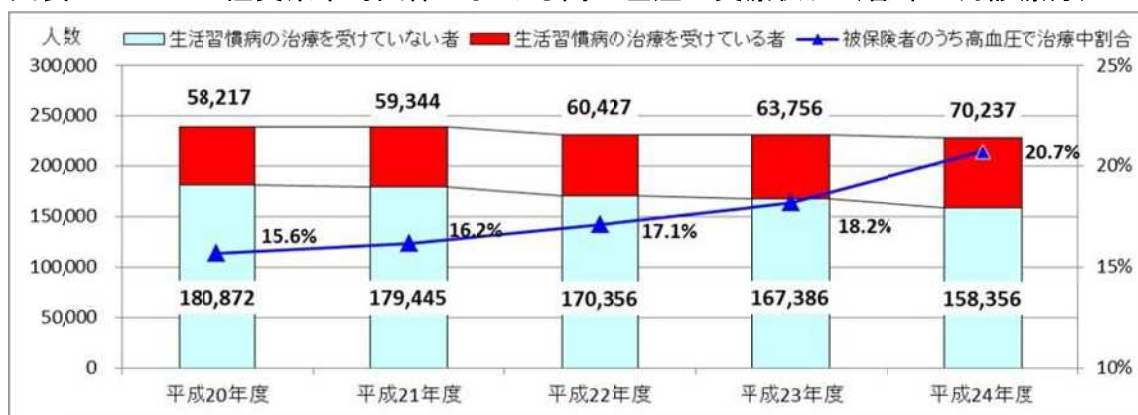
佐賀県市町国保において、被保険者のうち生活習慣病の治療を受けている者の人数は、平成20年度58,217名（24.3%）でしたが、平成24年度は70,237名（30.7%）に増加しています。また、被保険者のうち高血圧症の治療を受けている者の割合は平成20年度15.6%（37,417人）でしたが、平成24年度では20.7%（47,343人）と5.0ポイント増加している状況です（図表3-4-2）。

図表3-4-2より、高血圧で治療中の者の割合が増加していますが、図表3-4-1では治療中でⅡ度高血圧以上の者の割合が減少していることから、高血圧症の治療を受けたり、健康的な行動変容を行ったりして、適切な血圧コントロールができるようになった者の割合が徐々に増加していることが考えられます。

高血圧を早期から治療することは、脳血管疾患などの重篤な疾患の発症予防につながります。適切な血圧コントロールを行うためには治療に加え、生活習慣の改善も重要であることから、今後さらに保険者においても取組みの強化が必要となっています。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-42 佐賀県市町国保における高血圧症の受療状況（各年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「生活習慣病に係るレセプト分析」

②糖尿病及び慢性腎臓病

全国における人工透析導入の原因疾患の第1位が、1998年に糖尿病性腎症になって以降、その人数及び割合は増加を続けています。佐賀県においても同様の傾向がみられ、糖尿病及び慢性腎臓病の重症化予防のため、佐賀県医師会の提案と協力のもと、平成20年度から佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業を開始しました。本事業では、特定健康診査の基本項目に糖尿病の重症度を評価できるHbA1c、及び腎機能の程度を評価できる血清クレアチニン値²⁸、腎障害の病因である血清尿酸値、腎臓から尿道までの出血の有無を推定できる尿潜血²⁹の4つの検査項目を独自に追加しました。

これらの項目を分析することにより、慢性腎不全に対する人工透析療法導入のリスクが高い対象者を抽出し、優先的に重症化予防のための保健指導を行うことができるようになりました。

²⁸ 血清クレアチニン：クレアチンは筋肉で作られる老廃物で、腎臓から尿中に排泄される。腎機能が低下するとクレアチニンの排泄が悪くなり、血液中に蓄積する。

²⁹ 尿潜血：尿に血液（赤血球）が混じっている状態。尿潜血が陽性といわれた場合、尿の通り道である腎臓、尿管、膀胱、尿道の何処かの部位で血液が混じった可能性がある。

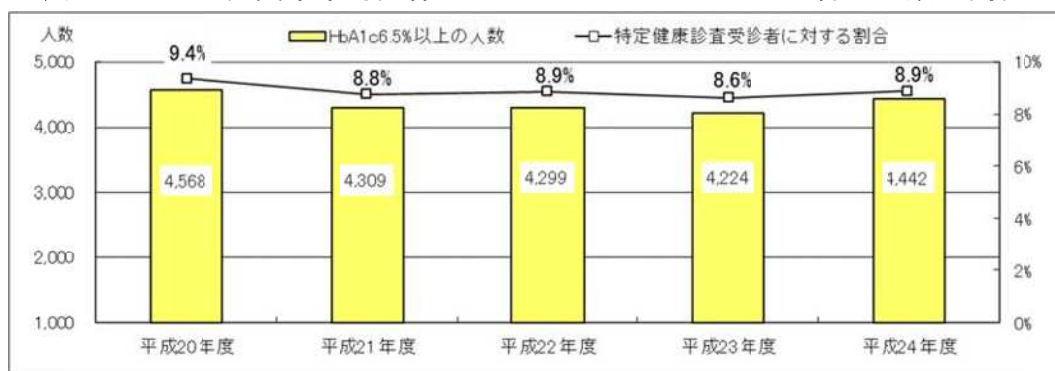
第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

ア HbA1c

HbA1c の値（全て NGSP 値³⁰で表示）は過去 1 ～ 2 か月の血糖値の推移を評価でき、HbA1c5.6%以上は保健指導の対象となります。HbA1c6.5%を超えると糖尿病領域と判定され、受診勧奨の対象者となり、HbA1c 8.4%以上はさらに重症で糖尿病性合併症の症状が出現するといわれています。

佐賀県市町国保における HbA1c6.5%以上の者の人数と割合（図表 3－4 3）は平成 20 年度 9.4%、平成 24 年度 8.9%と横ばいで推移しています。

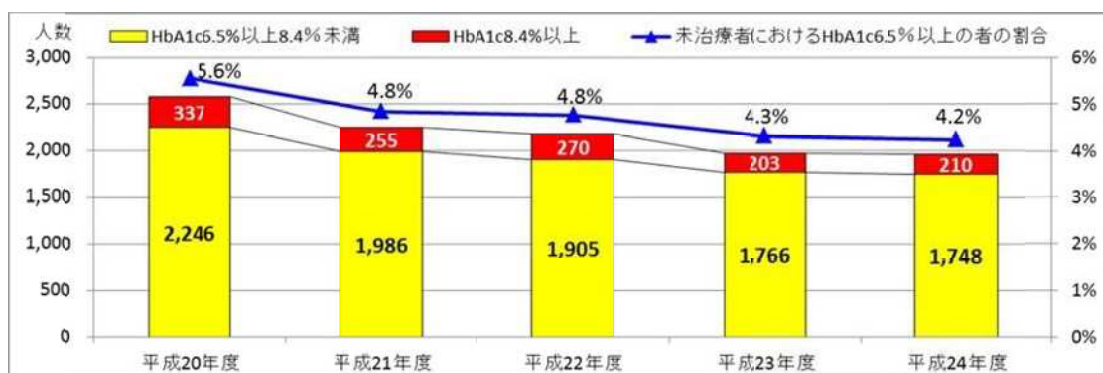
図表 3－4 3 佐賀県市町国保における HbA1c6.5%以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

これを佐賀県市町国保における未治療で HbA1c6.5%以上、さらに HbA1c8.4%以上の者の人数と割合（図表 3－4 4）でみると、対象者数、割合ともに減少してきている状況です。

図表 3－4 4 佐賀県市町国保における未治療で HbA1c6.5%以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

³⁰ NGSP 値：HbA1c 国際標準化指標。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

この状況の背景には、未治療者の HbA1c6.5%以上の者のうち、医療機関で糖尿病の治療を開始したため未治療ではなくなった者、治療開始の有無に関わらず翌年度の特定健康診査を受診しなかった者、あるいは健康的な行動変容で HbA1c6.5%未満になった者がいることが推測されます。

糖尿病領域である HbA1c6.5%以上の者が医療機関を受診して適切な治療を受けているか確認すること、受診していない場合は医療機関への受診勧奨を行うこと、健康的な行動変容を支援することなど、保険者においては重症化予防の取組みが行われています。

さらに、これを佐賀県市町国保において、特定健康診査を受診し、かつ糖尿病の治療を受けている者のうち、HbA1c8.4%以上の者の人数と割合（図表3－45）をみると、該当者数は微減しているものの300名前後で推移、割合は大きく減少している状況です。

図表3－45 佐賀県市町国保における治療中で HbA1c8.4%以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

HbA1c8.4%以上とは糖尿病性合併症の症状が出現するレベルであり、重症の高血糖状態が過去1～2か月続いていることを示しており、より早急に適切な血糖コントロールが求められる状態といえます。

糖尿病の治療を受けている者、特に HbA1c8.4%以上の者に対しては、医療機関と連携のもと、糖尿病や糖尿病の合併症、糖尿病が及ぼすリスクを説明するとともに、血糖コントロールのための食事管理や運動療法など生活習慣改善等の保健指導を行うなど、今後さらに HbA1c8.4%以上の者の人数を減少させるための、保険者における取組みの強化が必要となってきます。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

佐賀県市町国保において、被保険者のうち糖尿病の治療を受けている者の割合は平成20年度6.8%（239,089人）でしたが、平成24年度では11.3%（228,593人）と4.5ポイント増加している状況です（図表3-46）。

図表3-46 佐賀県市町国保における糖尿病の受療状況（各年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「生活習慣病に係るレセプト分析」

この受療状況には、糖尿病の治療を受けていて、特定健康診査を受診していない者も含まれているため、特定健康診査を受診した集団のうちHbA1c6.5%以上の者の推移と相違する部分がありますが、佐賀県市町国保において、糖尿病の治療を受けている者は年々増加している状況となっています。

図表3-46より、糖尿病の治療を受けている者の割合が増加していますが、図表3-45では治療中でHbA1c8.4%以上の者の割合が減少していることから、糖尿病の治療を受けたり、健康的な行動変容を行ったりして、血糖を適切な範囲内でコントロールできるようになった者の割合が徐々に増加していることが考えられます。

糖尿病の病態である慢性的な高血糖状態は、全身の血管や神経を傷害し、糖尿病合併症の一つである糖尿病性腎症の病因となるだけでなく、脳血管疾患や虚血性心疾患のリスクを高めます。早期から糖尿病の治療を受け、適切な血糖コントロールに取り組むことで、重篤な疾患の発症を予防することができることから、今後さらに保険者においても取組みの強化が必要となっています。

イ 慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney disease）

慢性腎臓病（以下、CKD）は生命や生活の質に重大な影響を与えうる重篤な疾患ですが、早期では自覚症状に乏しく、潜在的な慢性腎臓病患者が多数いると推測されています。CKDの原因として、糖尿病や高血圧などの生活習慣病があげられ、これらの疾患を有する人、または予備群に対して、早期からのCKD予防の介入が求められています。

腎機能を数値化するために、まず血清クレアチニン、年齢・性別から糸球体濾過量（以下「e-GFR」）を算定し、そのe-GFR及び尿蛋白の計測値からCKD重症度を判定します。佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業では、血清クレアチニンを追加したことで、CKD重症度（図表3－47）を判定できるようになりました。さらに、尿潜血の検査項目追加により、CKD重症度のA2（軽度蛋白尿）の欄をより詳細に分類し、優先的に保健指導を実施する対象者（斜線部に該当）を抽出することができるようになりました。

図表3－47 CKD重症度分類

原因となる疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分			尿蛋白区分		A1		A2
					A2		A3
					(－)or(±)		(＋)
							【再掲】 尿潜血(＋)以上
							(2＋)以上
G1	正常または高値	90以上					
G2	正常または軽度低下	60－90未満					
G3a	軽度～中等度低下	45－60未満					
G3b	中等度～高度低下	30－45未満					
G4	高度低下	15－30未満					
G5	末期腎不全(ESKD)	15未満					

CKD重症度④、③、②、①の順にステージが上昇するほど死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクが上昇する。(CKD診療ガイド2012より)

重症度分類①グループ…保健指導優先順位第1位

重症度分類②グループ…保健指導優先順位第2位

重症度分類③グループ

重症度分類④グループ

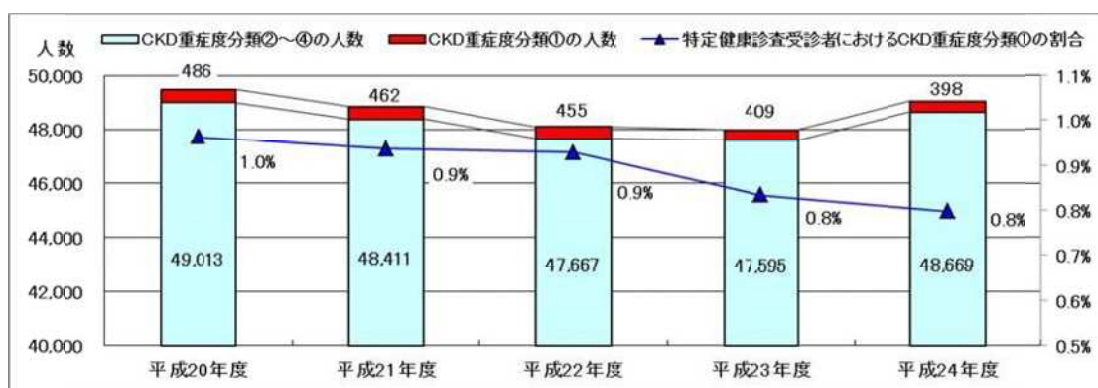
尿蛋白(+)のみより、尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上が重症

出所：日本腎臓病学会「CKD重症度分類2012」一部改変

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

これを佐賀県市町国保におけるCKD重症度分類①の者の人数と割合（図表3－48）でみると、人数と割合ともに減少している状況です。CKDが徐々に進行し、自覚症状が出現してから人工透析療法を導入するまでには年単位での期間があるため、現在の重症化予防の保健指導の効果は今後現れてくると予想されます。保険者において、本事業における分析データを活用し、対象者を優先的に抽出しながら、保健指導が効果的に行われるよう取組みを続けています。

図表3－48 佐賀県市町国保におけるCKD重症度分類①の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

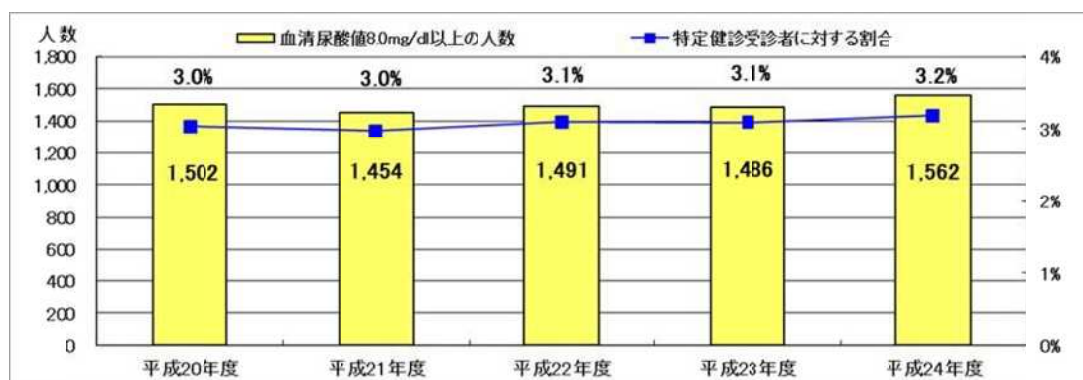
③血清尿酸値

食物から摂取する、もしくは体内で合成されるプリン体の最終生産物である尿酸は一定量、血液中に存在し、主として尿中へ排出されます。この血清尿酸値は何らかの原因で上昇し、健康に対して有害な影響を及ぼすレベルまで達することがあり、血清尿酸値 7.0mg/dl 以上を高尿酸血症、血清尿酸値 8.0mg/dl 以上になると薬物療法の適応範囲といわれています。高尿酸血症・痛風ガイドラインによると血清尿酸は高血圧や CKD 発症や進展と関連し、血清尿酸値の上昇に伴ってメタボリックシンドロームの頻度が増加すると報告されています。

佐賀県市町国保における血清尿酸値 8.0mg/dl 以上の者の人数と割合（図表 3－4 9）は微増しており、平成 24 年度は最も多い 1,562 人（3.2%）となっている状況です。

高尿酸血症は治療可能な病態ですが、治療を行わない場合、高血圧や CKD、メタボリックシンドロームなど様々な病態に悪影響を与えます。暴飲暴食を避ける、適正体重を保つ、適度な運動を行う等、生活習慣を改善してもらうための指導や助言、必要に応じて医療機関への受診を勧奨するといった今後の取組みが課題となっています。

図表 3－4 9 佐賀県市町国保における血清尿酸値 8.0mg/dl 以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

(5) メタボリックシンドローム該当者及び予備群

①メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

厚生労働省告示第442号に基づき、医療費適正化計画（第1期）では特定保健指導対象者推定数より算出した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を用いて評価を行いました。

特定保健指導対象者推定数により算出した、佐賀県における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（図表3-50）は、平成20年度に対し、平成23年度は9.0%の減少になっており、医療費適正化計画（第1期）の目標値は達成できていませんが、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群は減少している状況です。

全国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（図表3-50, 51）と比較すると、全保険者では佐賀県が全国よりも0.7ポイント低くなっています。市町村国保と国保組合は全国平均よりも高くなっているものの、全国健康保険協会は2.4ポイント、共済組合は2.5ポイント、健康保険組合は13.7ポイント、全国平均よりも低くなっています。

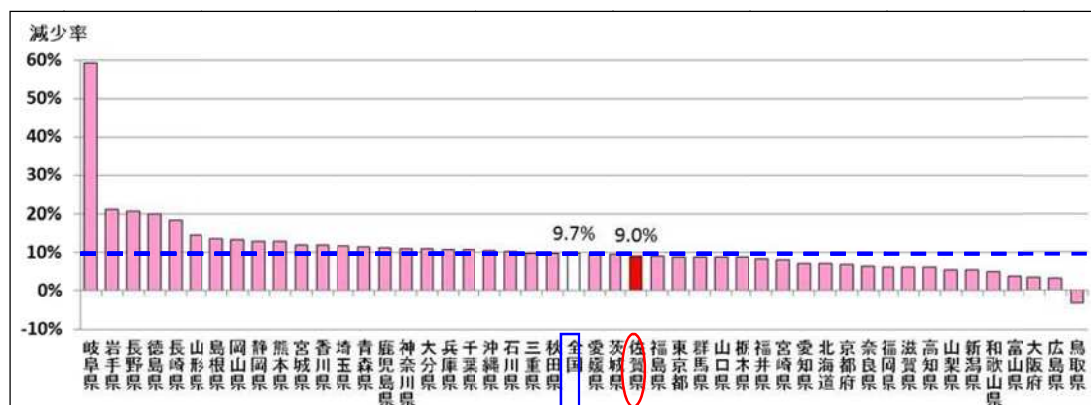
図表3-50 平成23年度保険者別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
（特定保健指導対象者推定数による算出）

	目標	実績（平成23年度対平成20年度）					
		全保険者	市町村 国保	国保組合	共済組合	健康保険 組合	全国健康 保険協会
全 国	10%	9.7%	12.4%	8.7%	8.9%	9.2%	5.2%
佐賀県		9.0%	12.8%	21.2%	6.4%	△4.5%	2.8%

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

図表3-51 平成23年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
(特定保健指導対象者推定数による算出)



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

なお、特定保健指導対象者推定数によるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は以下の方法で算出しています。

$$1 - \frac{\text{平成23年度の健診データにおける特定保健指導対象者の推計人数 (A)}}{\text{平成20年度の健診データにおける特定保健指導対象者の推計人数 (B)}}$$

○特定保健指導対象者の数は、健診実施率の高低で差が出ないよう、実数ではなく、健診受診者に含まれる特定保健指導対象者の割合を対象者数に乗じて算出。

○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成集団に、各医療保険者の性・年齢階級（5歳階級）別特定保健指導対象者が含まれる率を乗じる）を行う。

(A)：平成23年度の性・年齢階層別（5歳階級別）での特定保健指導対象者が特定健康診査受診者に占める割合を全国住民基本台帳人口（平成23年3月31日時点・性・5歳年齢階級別）に乗じることで算定。

(B)：平成20年度の性・年齢階層別（5歳階級別）での特定保健指導対象者が特定健康診査受診者に占める割合を全国住民基本台帳人口（平成23年3月31日時点・性・5歳年齢階級別）に乗じることで算定。

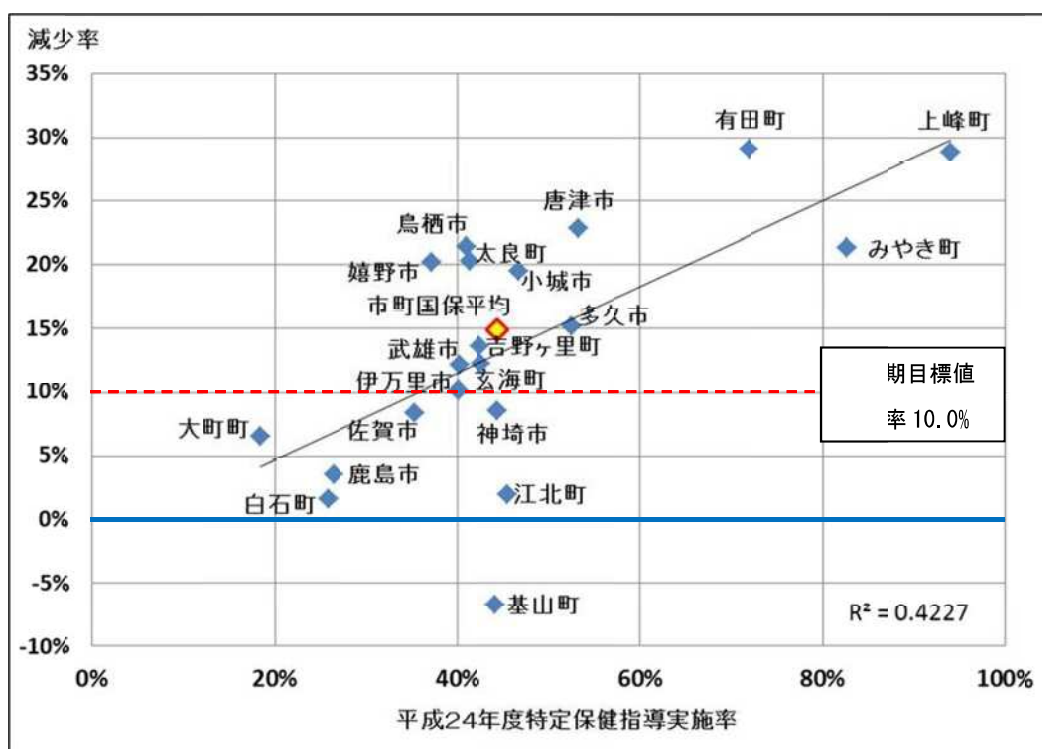
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

次に、平成24年度の佐賀県市町国保別のデータで見ると、特定保健指導対象者推定数によるメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の減少率が医療費適正化計画（第1期）目標値10%を達成していた市町は13市町、10%未満の減少率だったのは6市町でした。一方で負の減少率になっていたのは1町でした。最も減少率が大きかったのは有田町29.1%、次いで上峰町28.8%でした。

これを佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施率と特定保健指導対象者推定数によるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（図3-52）を見ると、特定保健指導実施率が高い市町は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率も高くなっていました。

図表3-52 佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施率とメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者推定数による算出）



出所：県調査「特定健康診査・特定保健指導実績」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

【参考】

ここで、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の算定については、医療費適正化計画（第2期）の目標値を設定するうえで、医療費適正化計画（第1期）とは異なる算定方式が用いられていることから、参考までに、医療費適正化計画（第2期）の算定方式に基づく減少率も算定してみました。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数により算出した、佐賀県における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（図表3-53）は、平成20年度に対し、平成23年度は全保険者で1.1%の増加になっていますが、市町国保は3.4%、国保組合は6.2%減少している状況です。

全国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（図表3-53, 54）と比較すると、全保険者では佐賀県が全国よりも1.2ポイント低くなっています。保険者別にみると、国保組合は全国平均よりも佐賀県のほうが高くなっており、市町国保は全国平均と同じ減少率になっている状況です。一方で、健康保険組合は5.1ポイント、全国健康保険協会は5.0ポイント、共済組合は0.1ポイント、全国平均よりも低くなっています。

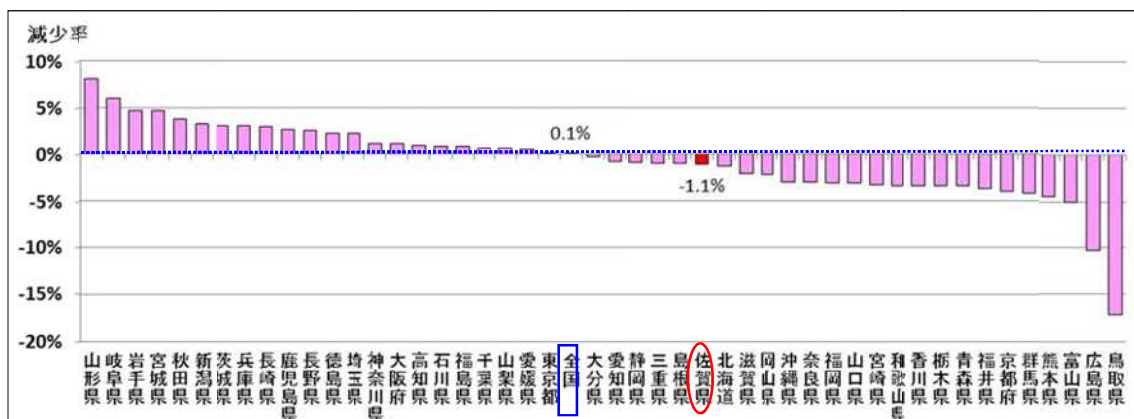
図表3-53 平成23年度保険者別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
（メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数による算出）

	（目標）	実 績（平成23年度対平成20年度）					
		全保険者	市町村 国保	国保組合	共済組合	健康保険 組合	全国健康保 険協会
全 国	（10%）	0.1%	3.4%	2.5%	0.5%	0.3%	△ 8.7%
佐賀県		△1.1%	3.4%	6.2%	0.4%	△4.8%	△13.7%

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表３－５４ 平成２３年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
(メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数による算出)



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数によるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は以下の方法で算出しています。

1 平成 23 年度の健診データにおける該当者及び予備群の推計人数 (C)
平成 20 年度の健診データにおける該当者及び予備群の推計人数 (D)

○該当事及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないよう、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当事及び予備群の者の割合を対象者数に乘じて算出。

○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成集団に、各医療保険者の性・年齢階級（5 歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる）を行う。

(C)：平成 23 年度の性・年齢階層別（5 歳階級別）でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群が特定健康診査受診者に占める割合を全国住民基本台帳人口（平成 23 年 3 月 31 日時点・性・5 歳年齢階級別）に乗じることで算定。

(D)：平成 20 年度の性・年齢階層別（5 歳階級別）でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群が特定健康診査受診者に占める割合を全国住民基本台帳人口（平成 23 年 3 月 31 日時点・性・5 歳年齢階級別）に乗じることで算定。

出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

②メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合

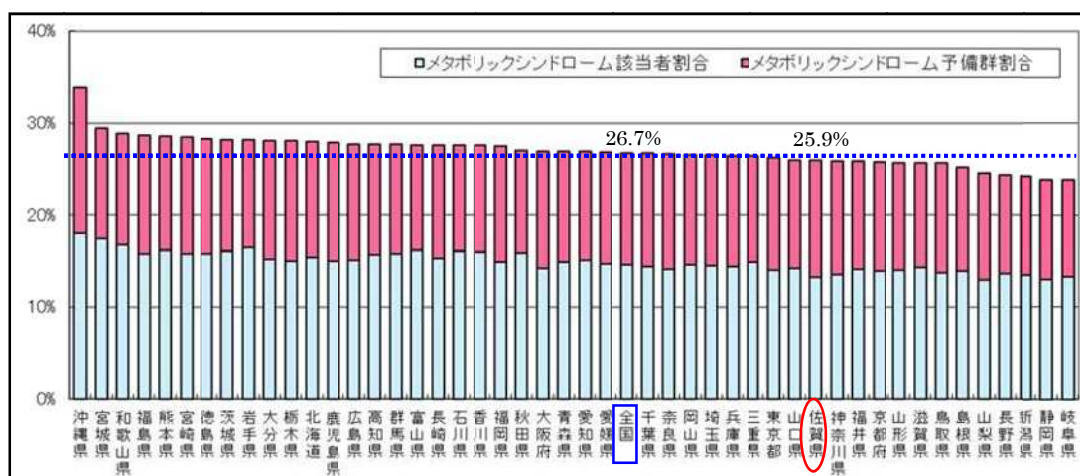
平成23年度特定健康診査受診者のうち、全国におけるメタボリックシンドローム該当者の割合は14.6%、予備群の割合は12.1%となっています。

佐賀県において、メタボリックシンドローム該当者と予備群(図表3-55)を合わせると25.9%(35,224人)であり、全国平均より低く、都道府県順位で35位となっています。

メタボリックシンドローム該当者割合は13.2%(18,020人)と、都道府県順位で45位ですが、予備群割合(図表3-56)は12.7%(17,204人)と全国でも高く、都道府県順位で8位となっている状況です。この現状から、佐賀県ではメタボリックシンドローム予備群を減少させる取組みが特に必要となっています。

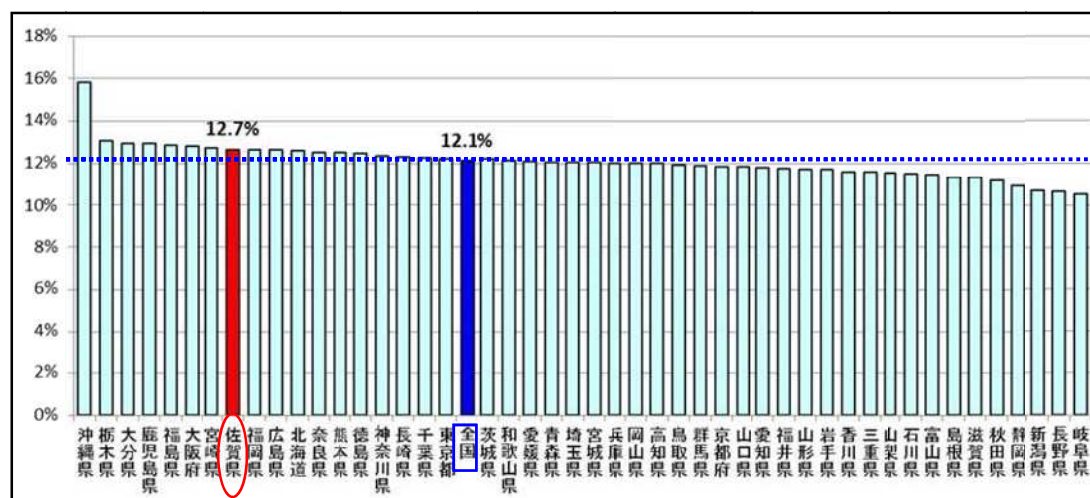
今後も特定保健指導の推進を行い、特定保健指導対象者の特定保健指導への参加を増やし、合わせて特定保健指導の効果を上げていく取組みが求められます。そして、特定保健指導の評価や効果を判定していく上で、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少等について、経年的にみていくとともに取組みを強化していくことが必要といえます。

図表3-55 平成23年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

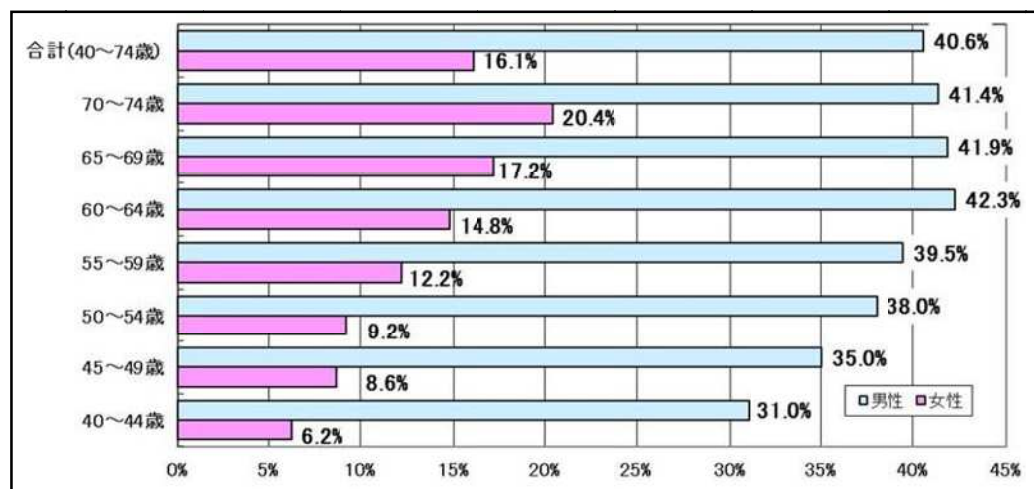
図表 3-56 平成 23 年度都道府県別メタボリックシンドローム予備群割合



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

また、平成 23 年度佐賀県市町国保のメタボリックシンドローム該当者及び予備群を、性・年齢別割合（図表 3－57）でみると、男性に多く、年代があがるにつれ割合が多い状況となっています。前述したように、近年では、男性においてメタボリックシンドロームに伴う高血圧が増加していると考えられており、二次的に発症する可能性が高い生活習慣病を予防するため、または既に生活習慣病を有する対象者の重症化を予防するためにも、特定保健指導を効果的に行っていくことが必要です。

図表 3-57 佐賀県市町国保における平成 23 年度メタボリックシンドローム
該当者及び予備群の割合



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(6) 県民の健康に資するその他の取り組み

① 健康づくりの普及啓発

第1次佐賀県健康プラン（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」、「ヘルシースマイル佐賀21（佐賀県歯科保健計画）」を展開し、啓発活動の推進及び生活習慣病予防の徹底を図りました。

a メタボリックシンドローム概念の普及啓発

県民だより等を活用して、地域や職域等を対象に、内臓脂肪型肥満と生活習慣病の関係、望ましい食生活を含む生活習慣の改善に関する情報発信とメタボリックシンドローム概念の普及啓発を行いました。平成23年度の認知度は男性63.9%、女性68.8%で、男女とも第1次佐賀県健康プランで設定した数値目標80%には達しませんでした。

b 栄養・食生活の対策（食育を含む）

適正体重とそれに見合った食事摂取ができるよう指導・助言を行うとともに、1日の食事を適正に摂取するためのツールとして佐賀県版「食事バランスガイド」を作成しました。また、ヘルシーメニューを提供する「健康づくり協力店³¹」の登録推進を行い、登録件数は699件（平成24年度）になりました。

さらに、地域の健康づくりを支援している食生活改善推進協議会と協力し、地域の食生活改善や食の安全・安心に関する情報提供を行いました。研修開催として、特定給食施設利用者への適切な栄養管理に関する研修を実施し、管理栄養士等の資質向上に取り組みました。

c 身体活動・運動の対策

佐賀県44か所のウォーキングマップ作成及び運動施設情報のホームページ掲載、健康づくりのための運動指針（エクササイズガイド）の普及啓発に加え、1日の歩数や運動実施時間拡大について地域・職域等で指導を行い、運動習慣の定着促進に取り組みました。平成23年度における1日6,000歩以上歩く者の割合は男性47.9%、女性48.6%で、第1次佐賀県健康プランで設定した数値目標70%を達成できませんでした。

³¹ 食べる人の健康づくりを応援するために、メニューの栄養成分表示やバランスのとれたメニューを提供する店。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

d 喫煙・飲酒の対策

禁煙を希望する人へ、禁煙に関する情報（禁煙方法や保険適用ができる医療機関等）の提供を行うとともに、喫煙・受動喫煙が人体に与える害について、県民に対し広く情報提供を行いました。女性の喫煙率は平成9年度8.9%から平成23年度8.5%と大きな変化は見られませんでした。男性の喫煙率は平成9年度53.3%から平成23年度37.8%と相当の減少傾向にあります。

また、禁煙支援者（保健指導者）の養成及び資質向上のための研修を実施しました。受動喫煙防止の一環である「禁煙・完全分煙認証施設」は1,875施設（平成24年度）となり、第1次佐賀県健康プランで設定した数値目標1,500施設を達成しました。

さらに、飲酒の対策として、アルコールの心身に与える影響や適正飲酒について、学童から成人を対象に、様々な機会を利用して、情報提供を行いました。

e 健康づくり対策の総合的な推進

第1次佐賀県健康プランを推進するために健康アクション佐賀21推進協議会とともに、「健康アクション佐賀21県民会議」を開催し、県民の健康づくり運動を盛り上げる取組みを行いました。

また、圏域別の地域・職域連携推進会議において、圏域独自のテーマを掲げて研修会を開催し、出前講座を行いました。

f 歯科保健の推進

ライフステージに応じた歯科保健対策の推進や歯科保健医療体制の充実に取組むとともに、歯と口腔の健康づくりに資する情報提供を行いました。平成23年度の一人平均むし歯数は3歳児で1.28本、12歳児で1.0本とそれぞれ目標値1.6本を達成し、さらに80歳で自分の歯を20歯以上有する人は平成23年度41.0%と目標値30%を達成しました。一方で、40歳代で進行した歯周炎を有する人は平成16年度30%から平成23年度42.9%と目標値20.0%に達しませんでした。

②がん対策の推進

がんの予防として、がん予防推進員養成講座を開催し、平成24年度末までに473名のがん予防推進員を養成しました。

また、肝がんの予防として、平成20年度から平成24年度までに医療機関での肝炎ウイルス検査をHCV抗体検査（20,241件）、HBs抗原検査（20,167件）を実施し、インターフェロン治療等の肝炎治療費助成を3,205名に対して

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

行いました。

さらに、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実現するために、がんの罹患、転帰その他の状況を登録・把握し分析する「地域がん登録³²」を昭和 59 年から実施しています。死亡票等によって把握したがん患者の割合は平成 19 年 20.7%から、平成 20 年 18.4%になっています。

³² 対象地域の居住者に発生した全てのがんを把握することにより、がんの罹患率や地域レベルの生存率等を計測する仕組みのことであり、がん予防活動の企画や評価、がん検診の精度評価などを目的とし、最終的には国民の健康の増進に資することを目的としている。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

2 医療の効率的な提供の推進に関する評価

(1) 療養病床の状況

本計画では、計画策定時に慢性期段階の入院に着目し、療養病床のうち医療の必要性の低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心として据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目標としていました。

しかしながら、厚生労働省が平成21年度から22年度にかけて実施した調査の結果、医療及び介護の療養病床の再編が進んでいないという実態が明らかになったことなどを踏まえ、療養病床の機械的な削減は行わないこととされました。これに伴って、本計画における療養病床数に係る評価を要しないことになりました。

この方針に従い、佐賀県においても各医療機関に対して療養病床の機械的な削減の働きかけは行わず、本計画の療養病床減少目標の評価も行わないこととしました³³。

参考として、佐賀県における療養病床数と療養病床の平均在院日数の状況をみると、療養病床数は平成18年から平成24年までで761床減少し、4,171床となっています（図表3-58）。また、療養病床の平均在院日数は平成18年当時よりも短くなっていて、佐賀県平均が全国平均を40日ほど下回る状態が続いている状況となっています（図表3-59）。

図表3-58 佐賀県における療養病床数の推移

区分	平成18年10月 (目標値の基準)	平成21年度末 (中間評価時)	平成24年10月 (実績評価値)	(目標値)	減少数 (H18⇒H24)	(目標との差)
医療療養病床(医療保険適用)	(3,407床)	(3,217床)	3,157床	-	△250床	-
介護療養病床(介護保険適用)	(1,525床)	(1,201床)	1,014床	-	△511床	-
合計	(4,932床)	(4,418床)	4,171床	(3,385床)	△761床	(786床)

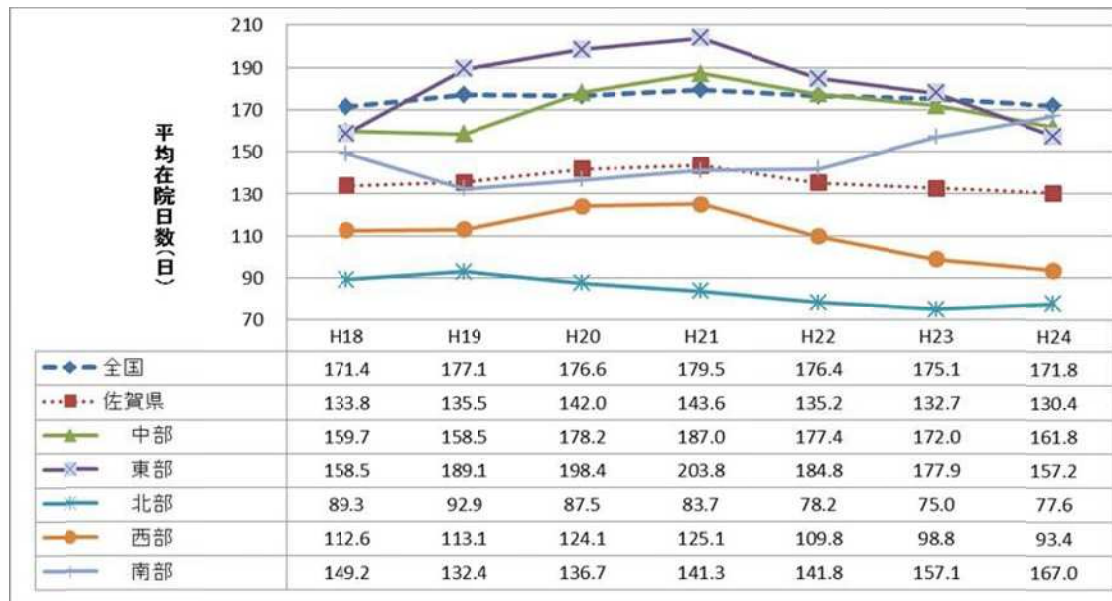
注：回復期リハビリテーション療養病床（H24年10月1日現在598床）を除く。

出所：厚生労働省「医療施設調査」・「病院報告」・「介護サービス施設・事業所調査」

³³ 平成23年3月「佐賀県医療費適正化計画（第1期）の進捗状況に関する評価」において、療養病床の病床数の評価を行わないこととしました。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-59 佐賀県二次医療圏別平均在院日数（療養病床）の推移（平成18～24年度）



出所：厚生労働省「病院報告」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

(2) 平均在院日数の状況

療養病床の再編成の目標については、国の方針により凍結されましたが、入院医療費に関わる平均在院日数の短縮化は引き続き、医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等を通じ、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、総合的に進めていくこととなっています。この項では、平均在院日数の推移と評価を行い、次項において平均在院日数の短縮化に資する取り組みの具体的内容を説明します。

本計画の目標値は平成24年度において40.6日と設定しています。これは、平成18年の「病院報告」における佐賀県の平均在院日数（介護療養病床除く全病床）48.5日から、最短の長野県との差の3分の1の日数を減じることにより定めたものです。平成24年度における実際の平均在院日数は42.9日となり、平成18年度から5.6日の短縮が実現しました³⁴（図表3－60）。このことは医療機関や関係者の努力によるもので、全国平均が同期間で2.5日短縮されたことに比べて、佐賀県がその倍以上の短縮化を実現したことは、目標値までには2.3日及ばなかったものの、高く評価ができる結果となっています。

また、厚生労働省提供の「都道府県別の医療費の将来見通しの計算方法ツール」によると、平均在院日数を5.6日短縮したことにより、約117億円の医療費適正化効果が得られたものと推計しています（図表3－61）。

図表3－60 佐賀県における平均在院日数の推移と評価

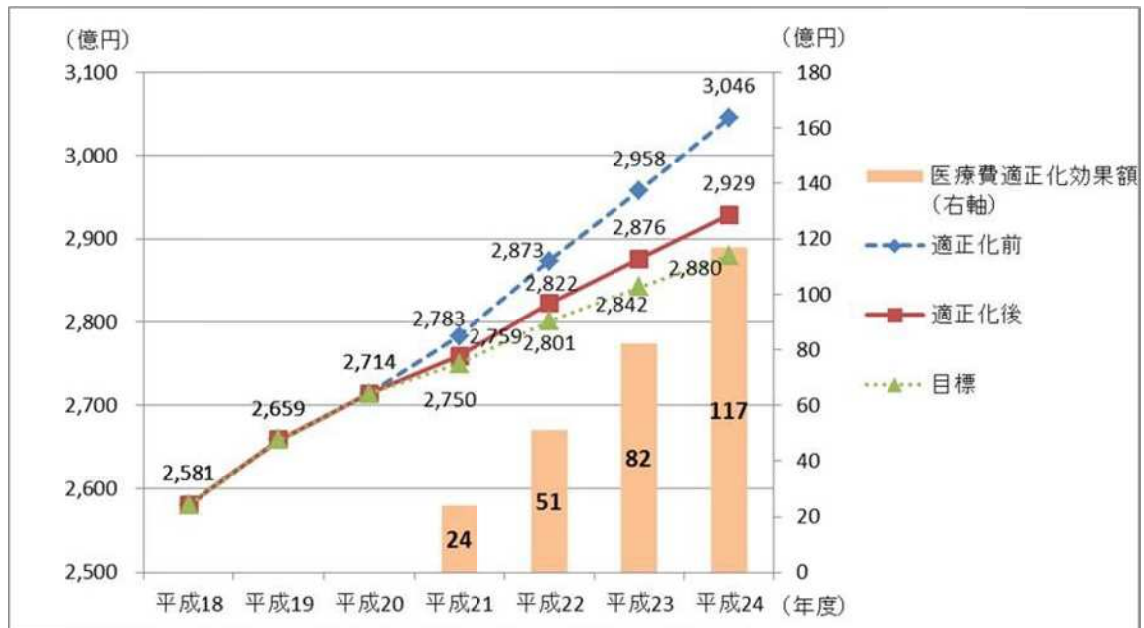
	平成18年度 (目標値の基準)	平成20年度 (中間評価時)	平成24年度 (実績評価値)	目標値	評価 (H18⇒H24)	目標との差
平均在院日数 (介護療養病床除く全病床)	48.5日	47.5日	42.9日	40.6日	△5.6日	2.3日

出所：厚生労働省「病院報告」

³⁴ 厚生労働省の「病院報告」において、平均在院日数は次の式で求められることとなっています。平均在院日数＝調査期間中の在院患者延数÷{(調査期間中の新入院患者数＋調査期間中の退院患者数)×0.5}。この式に数値をあてはめて、計画期間の初年度である平成20年度と平成24年度を比べると、分母の増加が分子の伸びを上回ったために、平均在院日数の4.6日の短縮が実現したことがわかります。分母は、新入院患者数と退院患者数の和で構成されているため、医療機関の連携などによって新しく入院する人が増えると同時に、患者を早く回復させ、地域に帰すことによって、平均在院日数が短くなったものです。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-61 佐賀県における医療費（推計）の推移



出所：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算方法ツール」

《参考》 各種病床の平均在院日数の推移（日） 上段：佐賀県 下段：（全国）

年 病床区分	H18 (A)	H19	H20	H21	H22	H23	H24 (B)	差 (B-A)	目標値 (C)	目標値 との差 (B-C)
一般病床	22.7 (19.2)	22.8 (19.0)	22.9 (18.8)	22.4 (18.5)	21.7 (18.2)	21.1 (17.9)	20.8 (17.5)	△ 1.9 △ 1.7	- (-)	- (-)
療養病床	133.8 (171.4)	135.5 (177.1)	142.0 (176.6)	143.6 (179.5)	135.2 (176.4)	132.7 (175.1)	130.4 (171.8)	△ 3.4 △ 0.4	- (-)	- (-)
精神病床	399.5 (320.3)	396.5 (317.9)	378.8 (312.9)	376.4 (307.4)	358.6 (301.0)	366.9 (298.1)	334.6 (291.9)	△ 64.9 △ 28.4	- (-)	- (-)
介護療養病床 を除く総数	48.5 (32.2)	47.1 (31.7)	47.5 (31.6)	46.6 (31.3)	45.0 (30.7)	43.8 (30.4)	42.9 (29.7)	△ 5.6 △ 2.5	40.6 (29.8)	2.3 △ 0.1

出所：厚生労働省「病院報告」

(3) 医療の効率的な提供のための取組み

平均在院日数が短くなることは、医療の効率的な提供と、医療費の適正化にも寄与することになります。そのための取組みとして、佐賀県では平成20年度から平成24年度までの計画期間で、「医療機関の機能分化・連携」や「在宅医療・地域ケアの推進」などを行ってきました。

①医療機関の機能分化・連携

佐賀県においては、佐賀県保健医療計画に基づき、県民に対する良質かつ適切な医療の効率的な提供を図ってきました。当該計画は、医療機能の分化・連携を推進し、地域において、県民の健康増進から疾病の予防、診断治療及びリハビリテーション、また、在宅医療など、患者の状態に応じて、切れ目のない医療の提供を目指すものです。

平成20年度から平成24年度までを計画期間とする、佐賀県保健医療計画(第5次)の策定に際しては、医療関係者等との議論を重ね、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)、5事業(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)について、医療機能に着目した医療機関間の医療連携体制の在り方を新たに示しました。また当該計画期間には、医療機関の機能分化・連携を図るため、地域連携クリティカルパス³⁵が普及するように、県内医療機関に対して、地域医療再生基金による支援などを行いました。

②在宅医療・地域ケアの推進

ア 在宅医療の推進

在宅医療とは、患者の自宅等の居宅の場において行われる医療のことで、通院が困難な人、自宅等での終末期医療を望む人などに提供されます。在宅医療の推進にあたっては、病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、主治医だけでなく、訪問看護ステーションや介護サービス事業者など様々な機関、職種の間で連携を図り、看取りまで含めた在宅医療支援体制を整備することが肝要です。

³⁵ 地域連携クリティカルパスとは、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その診療計画を共有して用いることです。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し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。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

佐賀県においては、在宅医療の推進を図るため、医師を中心とした研修会を実施し、在宅医療における対応及び質の向上を図ってきました。

また、平成24年度には、厚生労働省の在宅医療連携拠点モデル事業の委託を受けたことを踏まえ、県内の在宅医療連携の現状把握と課題抽出を目的とした、県と保健福祉事務所における在宅医療連携拠点事業連絡会議や、医療圏ごとの地域医療介護連携ネットワーク会議の開催、アンケートの実施、資源マップの作成等に取り組みました。

在宅医療の取り組み強化はまだ始まったばかりですが、病院や診療所における在宅患者訪問診療や在宅患者訪問看護・指導、在宅ターミナルケアへの対応などを行う医療機関数は平成19年調査時に比べ、増加傾向にあります。

イ 地域ケアの推進

高齢者が介護や支援を必要とする状態になっても、できる限り住み慣れた地域や家庭で安心して暮らし続けるためには、自立した生活を支援するための医療・介護・見守りなど様々なサービスの提供や、高齢者向けの住まいの整備など総合的な体制の整備が必要です。

佐賀県では、高齢者の在宅生活を支えるネットワーク体制の充実強化を目指して、県内の市町や各地域包括支援センターを中心に地域住民やボランティア、老人クラブ等とも連携しながら医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを一体的に提供する「在宅生活サポートシステム（地域包括ケアシステム）」の推進に努めてきました。

具体的には、市町担当者会議や介護の保険者会議、地域包括支援センター職員研修等を開催したり、県担当者が市町の地域ケア会議に出席して、先進事例の紹介や取り組み効果の周知等を行いました。その結果、市町によっては地域ケア会議を活用して関係機関等とのネットワークづくりの取り組みを始めるといった活動がみられ、まだ十分とは言えないものの、少しずつ取り組みが拡大しつつある状況にあります。

ウ 精神疾患対策の充実

・地域保健活動の実施

地域における住民の心の健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進のため、各保健福祉事務所及び精神保健福祉センター等において、こころの健康づくりや精神疾患等に悩む方々に対し、精神保健福祉相談（対面相談

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

及び電話）を開設し個別に対応しました。

保健福祉事務所における対面相談の実施延人数は、概ね 600 人台で推移しており（図表 3－6 2）、電話により相談される方は、3,000 人前後となっています。いずれの形態の相談においても、ひきこもりや自殺関連の相談内容が多くなっている状況です。また、精神保健福祉センターにおいては、300～500 人（延）の方が相談のために来所されており（図表 3－6 3）、心の健康づくりや思春期に関する相談が多数を占めています。

また、家庭訪問や各種教室を開催し、在宅生活のための支援に努めています。精神保健福祉センターにおいては、薬物関連問題や精神障害者を家族に持つ方のための、交流会や教室を開催しました（図表 3－6 4）。

図表 3－6 2 佐賀県の保健福祉事務所における精神保健福祉相談（人）

	年度	総数		再掲 (ひきこもり)	再掲 (自殺関連)	再掲(自殺関 連家族)	再掲 (犯罪被害)
		実人員	延人員	延人員	延人員	延人員	延人員
保健福祉 事務所内	20	239	662	5	6	－	－
	21	400	712	25	7	1	1
	22	275	689	22	14	－	－
	23	311	632	21	20	2	－
電話	20	－	3,560	15	24	－	1
	21	－	2,979	33	23	－	－
	22	－	3,126	54	87	2	1
	23	－	2,705	24	114	2	2

出所：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

図表 3－6 3 佐賀県精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談（人）

年度	実人員	延人員	延人員							
			老人精神 保健	社会復帰	アルコール	薬物	思春期	心の健康 づくり	うつ・うつ状態	その他
20	165	498	1	－	22	6	111	353	－	5
21	185	339	2	5	20	12	109	171	10	10
22	206	335	1	6	43	8	95	151	23	8
23	162	347	3	6	45	8	131	122	10	22

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

図表 3－6 4 佐賀県精神保健福祉センターにおけるこころの健康づくりに関する普及啓発

年度	地域住民への講演、 交流会		(再掲)薬物関連問題(アル コールを除く。)		精神障害者(家族) に対する教室等		(再掲)薬物関連問題(アル コールを除く。)		精神ボランティア育成	
	開催回数(回)	延人員(人)	開催回数(回)	延人員(人)	開催回数(回)	延人員(人)	開催回数(回)	延人員(人)	開催回数(回)	延人員(人)
20	32	2,510	2	259	38	275	6	30	－	－
21	56	6,868	10	1,768	31	182	3	5	4	295
22	24	3,233	16	1,542	33	152	5	8	－	－
23	19	3,147	4	1,110	44	255	10	80	1	20

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

・精神疾患により入院している患者の状況

佐賀県精神科病院に入院している人は、平成24年3月末現在4,033人で、5年前（平成19年3月末4,038人）と変わらない水準で推移している状況です。

在院患者を疾患別に分類すると、平成22年6月30日在院患者3,985人のうち、統合失調症2,100人（52.7%）、アルツハイマー病型認知症527人（13.2%）、気分（感情）障害406人（10.2%）で76.1%を占めています。佐賀県は全国と比べ、アルツハイマー型認知症の割合が高く、統合失調症の割合が低い傾向にあります。

1年以上入院している患者は、平成22年6月30日現在で3,985人いますが、そのうち5年以上の長期入院患者は、1,421人で、1年以上入院している患者の35.7%を占めており、全国平均（37.5%）とあまり変わらない状況です。しかしながら、第2章でみたように、精神病床に入院している患者の平均在院日数は、平成24年で334.6日（全国291.9日）とほぼ1年となっており、全国と比べ長い傾向にあります（図表2－36）。

・精神疾患患者の地域生活への移行

精神科病院に長期に入院している患者の地域移行を推進するため、平成20年度から平成23年度にかけて「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を実施し、19名中13名が退院できました。平成24年度からは、地域移行促進のための相談支援事業（地域移行支援、地域定着支援）として、市町を実施主体に個別給付化されました。

地域移行支援では、障害者施設等に入所している方又は精神科病院に入院している方に、住居の確保、在宅での福祉サービス利用等の助言など、地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の支援を行います。

また、地域定着支援としては、在宅で単身生活する方等に、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の必要な支援を行っています。

在院期間別の退院患者数（平成22年6月）では、3か月未満で56.5%（全国：63.9%）が、1年未満では81.2%（全国：87.0%）が退院しており、多くが早期に退院できている傾向にあります。1年以上入院している65歳以上の方は、毎年30～40人退院している状況となっています（図表3－65）。

1年未満の入院者の平均退院率は、年々増加傾向にあります（図表3－66）、平成22年度における平均退院率は、佐賀県は67.8%であり、全国平均の71.4%を下回っている状況です。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

また、退院された方が、3 カ月以内に再入院する割合は、10%台で推移しており（図表3－67）、再入院とならないよう支援をすることが重要となってきます。

図表3－65 佐賀県における在院期間1年以上かつ65歳以上の退院者数（人）

年度	65歳以上75歳未満		75歳以上	
	1年未満	1年以上	1年未満	1年以上
20	30人	10人	54人	27人
21	36人	15人	66人	22人
22	45人	1人	57人	36人

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表3－66 1年未満入院者の平均退院率

年度	20	21	22
佐賀県	62.4%	64.1%	67.8%
全国	71.2%	71.2%	71.4%

注：平均退院率＝100%－平均残存率（新規入院した患者の中で1年を超えて入院するに至った者の割合）。

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表3－67 佐賀県における3か月以内再入院率

年度	6月1か月間の入院患者数		
		3～5月の間に入院歴あり	3か月以内の再入院率
20	358人	51人	14.2%
21	351人	60人	17.1%
22	371人	48人	12.9%

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

③その他の取り組み

ア 保険者のレセプト点検充実による診療報酬支払の適正化

各保険者では、診療報酬等の支払いの適正化のために、診療報酬明細書（レセプト）の点検調査等を行っています。県では、国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合が行うレセプト点検等が的確・効果的に実施されるよう以下に掲げるような支援を行いました。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取り組み

- ・ 県が国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合を対象に実施する事務打合せの際に、県の医療給付専門指導員が点検実務に関する助言を行いました。また、佐賀県国民健康保険団体連合会と共催で年1回程度のレセプト点検研修を実施し、レセプトの効果的・効率的な点検を支援しました。
- ・ 国民健康保険の県調整交付金を活用して、市町国民健康保険者に対して、レセプト点検の充実・強化のための支援を行いました。
- ・ 適正な点検が行われるよう、県は必要に応じて佐賀県国民健康保険団体連合会と連携しながら、保険者への助言等に努めてきました。

保険者の取り組みと県の支援の結果、国民健康保険者におけるレセプト点検による財政効果額（過誤調整分）は、平成20年度から24年度までの5年間で約18億円となっています（図表3-68）。このことは医療費適正化の観点から一定の評価ができるものと考えられます。

図表3-68 佐賀県における国民健康保険者のレセプト点検による財政効果額（千円）

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	合計
411,480	368,144	360,717	357,883	365,673	1,863,897

出所：佐賀県国民健康保険課調べ。

イ 重複受診・多受診（頻回受診）の是正

佐賀県の受診率の高さは第2章で見たところですが（図表2-24、25、30、31）、県では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り組みを促進してきました。また、市町国民健康保険者に対しては、県調整交付金による財政支援を行いました。

ウ 医療費に対する意識の啓発

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、県では、保険者が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り組みを促進してきました。また、医療費や医療保険についての広報を、県及び各医療保険者等が行いました。

エ 後発医薬品³⁶（ジェネリック医薬品）の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）については、患者の薬剤費の自己負担の軽減や、医療の効率化（医療保険財政の改善）の観点から、その使用促進を図るために、国は、平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」の中で、「平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上」という目標を設定しました。目標達成に向けて、厚生労働省は「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、処方せん様式の変更や後発医薬品に係る診療報酬の改定など使用促進のための各種施策を実施しています。

佐賀県においては、患者の医療安全及び医療提供者の安心を図るため、医師会・歯科医師会・薬剤師会など医療関係者や病院・薬局など医療関係機関、医薬品販売関係者からなる「佐賀県後発医薬品使用検討協議会」を平成21年度に設置し、後発医薬品の正しい知識の普及を図るとともに適正な使用の啓発に努めてきました。また、医療関係者向けに「ジェネリック医薬品使用の手引き」（平成23年3月）を作成し、三師会や医療機関、関係業者等へ配布して、後発医薬品の適正使用に関する知識の普及を行いました。

佐賀県医療保険者においては、実施程度は異なりますが、後発医薬品の希望カードやパンフレットの配布、後発医薬品を利用した場合の自己負担軽減見込額を知らせる差額通知の送付などに取り組まれています。平成23年度から24年度までの間に希望カード等を被保険者に配布した市町保険者は、20市町中12市町ありました。また、平成24年度において後発医薬品利用差額通知を実施した市町保険者は、20市町中8市町となっています。

佐賀県における平成24年度の後発医薬品の使用割合は、数量ベースで29.1%となっており、全国の28.7%を0.4%上回る結果となっています（図表3-69）。平成21年度と比べると、佐賀県は後発医薬品の使用が約10ポイント増加している状況です。

³⁶ 先発医薬品とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有するものとして承認された医薬品のことをいいます。先発医薬品の特許期間満了後に発売され、開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品と比べて薬価は低く設定されています。

第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-69 後発医薬品の使用割合（平成21～24年度）

		平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
数量ベース(%)	全国	19.0	22.4	23.4	28.7
	佐賀県	18.9	22.0	23.1	29.1
薬剤料ベース(%)	全国	6.9	8.2	8.6	10.2
	佐賀県	7.0	8.2	8.7	10.0
後発医薬品調剤率(%)	全国	44.0	47.7	48.6	52.6
	佐賀県	46.6	50.4	51.3	54.9

注1：平成20年度の全国における後発医薬品割合（数量ベース）は、18%です。

注2：「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいいます。

注3：「薬剤料」とは、調剤報酬明細書の「処方」欄に記録された用量、「調剤数量」欄に記録された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した薬剤料をいいます。

注4：「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいいます。

注5：平成22年4月以降は、後発医薬品割合（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤が除外されています。平成24年4月以降は、後発医薬品割合（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤が除外されています。

出所：厚生労働省「調剤医療費の動向調査」

第4章 課題と今後の取組み

これまで佐賀県の医療費の状況及び医療費適正化計画（第1期）の実績に基づく評価を行ってきましたが、その中でも色々な課題が明確になりました。その課題を踏まえ、今後「佐賀県健康増進計画（佐賀県健康プラン）」、「佐賀県保健医療計画」及び「佐賀県介護保険事業支援計画・佐賀県高齢者保健福祉計画（さがゴールドプラン）」等との整合を図りながら、医療費適正化計画（第2期）の目標達成に向けた施策を推進していきます。

この章では「県民の健康保持の推進に関して」及び「医療の効率的な提供の推進に関して」、そして「関係者の役割」に分け、課題と今後の取組みについて述べていきます。

1 県民の健康の保持の推進に関して

県民の健康保持を推進するためには、県民の健康状態の実態を把握し、県民の特徴に合わせた健康増進のためのアプローチが重要です。

この節では「特定健康診査及び特定保健指導」、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」、「その他の県民の健康に資する取組み」に分け、課題、医療費適正化計画（第2期）の目標、今後の取組みについて記載します。

（1）特定健康診査及び特定保健指導

①課題

佐賀県の特定健康診査受診率、特定保健指導実施率は平成20年度からともに上昇していますが、医療費適正化計画（第1期）の目標値は達成できていません。

特定健康診査は40歳代、50歳代前半など比較的若い層及び被用者保険の被扶養者の受診率が低いこと、医療機関で治療中の者が受診しない傾向にあることなど、これらの対象者への取組みの強化が求められます。また、継続した受診ができるよう、今後も受診勧奨に取り組む必要があります。

特定保健指導実施率は全国で高い水準にありますが、積極的支援における特定保健指導実施率が動機付け支援よりも低い現状にあり、生活習慣病発症リスクが特に高い者への取組みもまた必要となります。

②佐賀県医療費適正化計画（第2期）の目標

県民の健康の保持推進のため、平成29年度に達成すべき特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の目標値を図表4-1のとおり設定しました。

図表4-1 特定健康診査及び特定保健指導の目標

	実績 (平成23年度)	目標 (平成29年度)
特定健康診査受診率	40.0%	70.0%
特定保健指導実施率	26.2%	45.0%

《参考》 保険者種別ごとの目標

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会 (含む船保)	単一健保	総合健保	共済組合
特定健康診査 受診率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指導 実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

【数値目標の考え方】

各都道府県における保険者構成割合に保険者種別（市町村国保、全国健康保険協会、その他）ごとの実施率の目標を乗じて算出した数字を足しあげるにより推計。

出所：厚生労働省「保険者の特定健康診査等実施計画における参酌標準」

③今後の取り組み

保険者支援として、特定健康診査における課題の整理や効果的な取組事例の情報共有等を図るための「保険者情報交換会」の開催、佐賀県保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じた支援、県の広報紙や広報番組・ホームページ等を活用した制度周知等に引き続き努めます。また、市町国保に対し県財政調整交付金において、嘱託職員（保健師等）の雇上費用や、実施率向上、未受診者対策等の等の支援を行うとともに、人材育成・資質向上のための研修及び人材活用の支援を行います。

(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群

①課題

平成23年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率は、平成20年度から9.0%となっており、医療費適正化計画（第1期）の目標値は達成できていません。また、佐賀県においては、メタボリックシンドローム該当者の割合は低いものの、予備群の割合が全国でも高い現状となっています。

②佐賀県医療費適正化計画（第2期）の目標

平成29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29年度において達成すべき目標を、図表4-2のとおり、設定しました。

図表4-2 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の指標

		実績 (平成23年度)	目標 (平成29年度)
※ ¹	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	9.0%	
※ ²	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	△1.1%	25.0%

※¹ 厚生労働省告示第442号に基づき、特定保健指導対象者推定数より算出。

※² 厚生労働省告示第524号に基づき、メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数より算出。

③今後の取組み

保険者支援として、特定健康診査及び特定保健指導実施における支援を行い、実施率向上を目指すとともに、保険者におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の変動について検証していきます。また、県の広報紙や広報番組・ホームページ等を活用したメタボリックシンドロームの情報提供を行い、県民への周知に引き続き努め、佐賀県における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取組みを推進していきます。

(3) 県民の健康に資するその他の取組み

①健康づくりの普及啓発

ア 課題

a メタボリックシンドローム概念の普及啓発

生活習慣病と関連が深いメタボリックシンドロームについて認知を深め、適切な生活習慣の習得により疾病発症数を軽減させるために、メタボリックシンドロームの認知度を向上させる必要があります。

b 栄養・食生活の対策(食育を含む)

自分の適正体重を知り、自分にとって必要な食事量の知識をもち、適切な量の食事が摂取できるような手段等の情報提供を強化する必要があります。また、ヘルシーメニューが提供できる「健康づくり協力店」の拡大に努めるなど食環境の整備に努める必要があります。

c 身体活動・運動の対策

次世代や高齢者の健康増進を図るためには、運動の定着や運動に取組みやすい環境の整備及び身近なところで適切な運動の指導ができる指導者の養成などが必要です。また、1日の身体活動量や運動量が増加するように、「健康づくりのための運動指針」の一層の普及・啓発が必要です。

d 喫煙・飲酒の対策

受動喫煙防止のため「禁煙・完全分煙認証施設」の拡大を図るとともに、喫煙と関係のあるがん、生活習慣病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)等の発症を予防するための普及啓発が必要です。未成年者や妊婦の禁酒を推進するとともに、過度の飲酒の危険性と疾病と飲酒の関係の情報提供やアルコールに関する相談窓口の周知が必要です。

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 県民会議構成団体³⁷と連携し、健康づくり県民運動を盛り上げる機運を高める必要があります。また、市町や医療保険者等と連携し、生活習慣病対策等の体制を整備し、健康づくり事業の企画・調整が充実できるよう関係者の一層の取組みが必要です。

³⁷ 「健康アクション佐賀 21」に賛同する関係機関・団体等。平成 23 年度 237 団体。

f 歯科保健の推進

県民の生涯にわたる歯と口腔の健康づくりを支援するため、乳幼児期から学童期におけるむし歯、成人期における歯周疾患を有する者の減少を目指すとともに、高齢期における歯の喪失防止や口腔機能の維持・向上を推進する必要があります。また、「かかりつけ歯科医」をはじめとする歯と口腔の健康づくりに資する知識の普及啓発を行い、歯や口腔の健康のために自分で行うケア（セルフケア）を支援していくことも重要です。

第4章 課題と今後の取組み

イ 佐賀県医療費適正化計画（第2期）に関連する指標（図表4-3～5）

図表4-3 第2次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）の指標

◇主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防（循環器疾患・糖尿病）

目標	実績	中間値 (平成29年度)	目標値 (平成34年度)	備考
脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万人当たり)	平成22年 脳血管疾患 男性45.1 女性23.6 虚血性心疾患 男性22.7 女性9.9	脳血管疾患 男性41.5 女性22.6 虚血性心疾患 男性21.2 女性9.4	脳血管疾患 男性37.9 女性21.6 虚血性心疾患 男性19.6 女性8.9	
高血圧症有病者の割合の減少	平成23年度 総数33.6% 男性37.2% 女性29.6%	総数29.4% 男性32.6% 女性25.9%	総数25.2% 男性27.9% 女性22.2%	高血圧治療薬内服中又は収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上の者
脂質異常症の者の割合の減少	平成23年度 総数22.2% 男性18.8% 女性26.0%	総数19.5% 男性16.5% 女性22.8%	総数16.7% 男性14.1% 女性19.5%	LDLコレステロール160mg/dl以上の者
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	平成22年 98人	83人	68人	
治療継続者の割合の増加	平成23年度 総数52.2% 男性52.5% 女性51.8%	総数59.7% 男性60.0% 女性59.3%	総数67.2% 男性67.5% 女性66.8%	HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	平成23年度 総数1.0% 男性1.4% 女性0.7%		総数0.9% 男性1.2% 女性0.6%	HbA1c8.4%(NGSP)以上の者の割合
糖尿病有病者の割合の増加の抑制	平成23年度 総数10.0% 男性12.8% 女性7.5%	現状維持	現状維持	糖尿病治療薬内服中又はHbA1c(JDS)6.1%以上の者

第4章 課題と今後の取組み

図表4-4 第2次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）の指標

◇栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及びに関する生活習慣及び社会環境の改善目標指標からの抜粋

	目 標	実績 (平成 23 年度)	中間値 (平成 29 年度)	目標値 (平成 34 年度)
喫煙	成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい人がやめる)	総数 21.0% 男性 37.8% 女性 8.5%	総数 18.4% 男性 33.8% 女性 6.6%	総数 15.7% 男性 29.8% 女性 4.6%
栄養・食生活	適正体重を維持している者の割合の増加 (ア) 肥満(BMI25 以上)の割合の減少 (イ) やせ(BMI18.5 未満)の割合の減少	40～69 歳 男性 30.5% 女性 19.0% 20～29 歳 女性 29.4%	40～69 歳 男性 29.0% 女性 17.7% 20～29 歳 女性 24.7%	40～69 歳 男性 27.4% 女性 16.3% 20～29 歳 女性 20.0%
	適切な量と質の食事を摂る者の割合の増加 (ア) 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の者の割合の増加	男性 45.0% 女性 38.9%	男性 52.5% 女性 50.0%	男性 60.0% 女性 60.0%
	(イ) 食塩摂取量の減少	男性 10.4 g 女性 8.7 g	男性 9.0 g 未満 女性 7.5 g 未満	
	(ウ) 野菜と果物の適量摂取	野菜摂取量の平均値 273.0 g 果物摂取量 100g 未満の者の割合 65.0%	野菜摂取量の平均値 350 g 果物摂取量 100g 未満の者の割合 30.0%	
身体活動・運動	日常生活における歩数の増加	20 歳～64 歳 男性 7,235 歩 女性 6,857 歩 65 歳以上 男性 5,134 歩 女性 4,836 歩	20 歳～64 歳 男性 8,200 歩 女性 7,700 歩 65 歳以上 男性 6,100 歩 女性 5,500 歩	20 歳～64 歳 男性 9,000 歩 女性 8,500 歩 65 歳以上 男性 7,000 歩 女性 6,000 歩
	運動習慣者 ³⁸ の割合の増加	20 歳～64 歳 男性 19.3% 女性 12.0% 65 歳以上 男性 39.6% 女性 29.0%	20 歳～64 歳 男性 27.1% 女性 19.5% 65 歳以上 男性 47.3% 女性 37.0%	20 歳～64 歳 男性 35.0% 女性 27.0% 65 歳以上 男性 55.0% 女性 45.0%
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量 ³⁹ を飲酒している者の割合の減少	総数 5.9% 参考値 男性 10.8% 女性 2.3%	総数 5.5%	総数 5.0%

³⁸ 1 回 30 分以上の運動を週に 2 日以上、1 年以上実施。

³⁹ 1 日の平均純アルコール摂取量が男性 40 g、女性 20 g 以上。現状は、県民健康・栄養調査の生活習慣に関する調査票より、飲酒の頻度と飲酒日の 1 日当たりの飲酒量を用いて算出。

図表4-5 第2次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）の指標

◇歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善目標指標からの抜粋

	目 標※	実績 (平成23年度)	目標値 (平成34年度)
歯・ 口腔の 健康	口腔機能の維持・向上 60歳代における咀嚼良好者の割合の増加	91.7%	95.0%
	歯の喪失防止		
	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	ア 41.0%	ア 55.0%
	イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	イ 62.5%	イ 70.0%
	ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	ウ 64.3%	ウ 75.0%
	歯周病を有する者の割合の減少		
	ア 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	ア 37.0%	ア 30.0%
	イ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	イ 55.7%	イ 45.0%
	乳幼児・学童期にむし歯のない者の増加		
	ア 3歳児でむし歯のない者の割合の増加	ア 68.5%	ア 86.0%
	イ 12歳児でむし歯のない者の割合の増加	イ 55.8%	イ 70.0%
	過去1年間に歯科健診を受診した者の数の割合の増加	39.5%	70.0%

※佐賀県歯科保健計画（ヘルシースマイル佐賀21）に合せた目標

ウ 今後の取り組み

第2次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）に基づき、「健康アクション佐賀21」を展開し、啓発活動に取り組めます。また、メタボリックシンドロームや脂質異常、高血糖、不健康な生活習慣など、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、健康者を含めた幅広い世代を対象に健康増進、疾病予防、ロコモティブシンドロームの知識の普及や対策を啓発することなどの介護予防活動を推進していきます。

メタボリックシンドロームの原因である肥満者（成人）は、平成23年度男性26.1%、女性22.8%と増加傾向にあります。適正体重を維持する人を増加させるために、食事の適正摂取や運動習慣定着への取り組みを行います。

喫煙は、喫煙者にとって、悪性新生物（がん）や循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病をはじめとする多くの疾患の確立した原因となっています。それに加えて、慢性的な受動喫煙は肺がんや循環器疾患等のリスクに影響します。このため、禁煙希望者に対する支援や未成年者に対する防煙教育に継続して取り組むとともに、受動喫煙の機会を減らす取り組みを推進します。

健康づくりを推進するために健康アクション佐賀21県民会議構成団体と

連携し、健康づくり運動（健康アクション佐賀21）を県民運動に盛り上げる取組みを引き続き行います。

歯と口の健康のために、ライフステージに応じた歯科保健対策の推進や、支援を必要とする方への歯科保健医療の推進に向けて関係機関を連携して取組むとともに、県民一人ひとりが「かかりつけ歯科医」を持つような歯と口腔の健康づくりに資する情報提供を行っていきます。

②がん対策の推進

ア 課題

がん死亡率減少のために即効性があるとされているがん検診の受診率は、乳がん・子宮頸がんは近年上昇傾向にありますが、他のがん（胃、肺、大腸）の受診率は依然として低調です。

また、肝炎ウイルス検査の件数は順調に伸び、目標の3,000名を達成しました。しかし、肝がん予防のために行うインターフェロン等肝炎治療費助成利用者数の伸び率は低迷しており、治療を促進する必要があります。

さらに、地域がん登録の精度向上のために、継続して医療機関からの自主届出を依頼、推進していく必要があります。

イ 佐賀県医療費適正化計画（第2期）に関連する指標（図表4-5）

図表4-5 がん対策の推進に関する指標

項 目	実績 (平成23年度)	目標 (平成29年度)
乳がん検診受診率（40～69歳）	48.7%	60.0%
子宮頸がん検診受診率（20～69歳）	53.7%	60.0%
肺がん検診受診率（40～69歳）	27.5%	40.0%
胃がん検診受診率（40～69歳）	18.7%	40.0%
大腸がん検診受診率（40～69歳）	24.4%	40.0%
インターフェロン治療費助成制度利用者数	2,673人	累計6,700人

出所：第2次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）

ウ 今後の取組み

第2章の傷病別分類等において、悪性新生物（がん）の受療率や医療費が高

い状況から、がん検診受診率向上のための普及啓発等を行います。

また、肝炎治療の促進のため、ウイルス性肝炎予防に関する普及啓発、肝炎ウイルス検査・インターフェロン等肝炎治療費助成の実施、肝疾患診療連携体制の充実・運用等を行います。

さらに、地域がん登録の精度向上のための体制強化の取組みを行います。

③重症化予防のための保健指導

ア 課題

佐賀県市町国保において、特定健康診査受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合は第1期の平成20年度から平成24年度にかけて徐々に減少してきていますが、HbA1c6.5%以上の者や血清尿酸値8.0mg/dl以上の者の割合は横ばいで推移しています。これらを治療中の者、未治療の者と比較すると、ともに割合が減少してきていますが、未治療の者の割合の推移はわずかな減少にとどまっており、今後は特に未治療の者の割合を減少させる取組みが必要となってきます。

イ 今後の取組み

高血圧、糖尿病などの重症化のリスクが高い者の割合を減少させるために、未治療者には医療機関への受診勧奨を行うとともに、治療中の者に対しては継続して治療に臨めるよう支援を行っていきます。また、重症化のリスクが高い者の割合の減少に向けて、目標値の設定について検討していくことも必要です。

2 医療の効率的な提供の推進に関して

(1) 課題

本計画では、医療が効率的に提供されているかを計る指標として、平均在院日数（介護療養病床除く全病床）が用いられています。佐賀県の平均在院日数は、計画作成当初よりは減少したものの、平成24年度は全国3位の長さとなっており、その短縮化が佐賀県の課題となっています。第2章で検証したように、佐賀県の平均在院日数の長さには、医療提供体制と相関が認められること、精神及び行動の障害による入院日数が長くなっていること、また、自宅死亡の割合が相当に低くなっていることなどが要因として関係していると考えられます。

これらの問題に対しては、「医療機関の機能分化・連携」や「在宅医療・地域ケア」の推進などによって改善を図ることができるといわれており、県民にとって利便がよく、安心して医療を受けられる環境が整備され、ひいては医療費の適正化にもつながるような医療の効率的な提供を行っていくことが望まれます。

(2) 佐賀県医療費適正化計画（第2期）の目標

第2期計画では、第1期計画に引き続き、医療の効率的な提供の推進を図っていくこととしており、その推進に関しては、平均在院日数の目標の設定（図表4-6）と後発医薬品の使用促進を図っていくこととしました。目標を達成するために、医療機関の機能分化・連携及び在宅医療・地域ケアの推進、医療保険者の取組みへの支援を行っていくこととしています。

図表4-6 佐賀県医療費適正化計画（第2期）における平均在院日数の目標

平均在院日数 (介護療養病床除く全病床)	平成24年度実績	平成29年度目標
	42.9日	39.5日

(3) 今後の取組み

今回明らかになった課題と第2期計画を踏まえて、医療の効率的な提供のための取組みを行っていきます。

①医療機関の機能分化・連携

ア 医療提供体制の在り方の検討

佐賀県においては、佐賀県保健医療計画に基づき、医療機関の機能分化・連携を推進してきました。しかしながら、地域によって医療資源に偏りがあることから、県全体及び各地域において医療機関の連携が進みにくい状況にあります。

このような状況は、全国的な課題となっていることから、厚生労働省において進められている医療法改正において、「病床機能報告制度」の創設や「地域医療ビジョン」の策定などが検討されています。

「病床機能報告制度」（平成 26 年度内開始予定）は、病床の機能分化を目指して、医療機関が 4 区分された病床機能から選択し、その結果を都道府県に報告し、県が公表する仕組みとなっています。

「地域医療ビジョン」では、地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、各都道府県が二次医療圏等ごとに、急性期・回復期などの医療機能別の医療の必要量を示すことが求められています。

佐賀県保健医療計画（第 6 次）に基づき、佐賀県では引き続き良質かつ適切な医療の効率的な提供に努めるとともに、医療法改正の動きを注視しながら、関係機関と連携して、平成 37 年（2025 年）を見据えた県内医療提供体制の在り方について検討を進めていきます。

イ 療養病床の転換に関する支援

療養病床については、機械的な削減は行わないこととされましたが、転換に関する支援は引き続き実施していきます。

・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。

・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。

・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しており、今後も引き続き継続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うこととなっています。

②在宅医療・地域ケアの推進

ア 在宅医療の推進

厚生労働省の「受療行動調査」によると、自宅療養を可能にする条件として、在宅医療及び介護サービスの充実や緊急時の連絡体制の強化、家族の協力といったことに関する回答が多くありました（図表2－48）。また、佐賀県で実施した「在宅医療連携拠点事業アンケート」（平成24年10月実施）によると、医療機関からの以下のような意見が出されました。

- ・医療機関単独では24時間対応が困難であることから、「病院連携」「診診連携」が重要である
- ・在宅での看取りには多職種の連携や情報共有が重要
- ・在宅医療に関する普及啓発を行い、関心を高めるべき

このように、医療・介護等の連携による環境づくりと、県民への在宅医療の普及啓発を推進するとともに、あらゆる在宅医療ニーズに対応するための体制づくりが課題としてあがっています。

今後、県が一体となって在宅医療の推進を図るために、佐賀県保健医療計画（第6次）において、地域内の多職種の連携促進を目的として、図表4－7のとおり数値目標を設定しました。

図表4－7 在宅医療における数値目標

指標	現状(平成23年度)	目標(平成29年度)
訪問看護師養成講習会修了者数	88人(H19～H23)	120人(H24～H29) ※毎年20人確保
在宅医療連携拠点機関の数	0か所	8か所

出所：佐賀県保健医療計画（第6次）

この目標を達成し、在宅医療における課題に対処するために、佐賀県では今後以下に掲げる取組みを推進していきます。

- ・医療・介護における「顔の見える関係」の構築
多職種による連携を図る目的から、研修会を通して、医療従事者や介護従事者が、患者についての情報交換や協議の場を創出し、在宅医療を推進する体制づくりに努めます。
- ・在宅医療を担う医療従事者の質の向上
質の高い在宅医療を患者に提供できるよう、佐賀県医師会、郡市医師会等、関係団体と協力し、在宅医療を行う上で必要な技術・知識を習得するため、年1回以上、在宅医療に関する研修会を開催します。
- ・市町における在宅医療推進への理解向上
在宅医療の推進には、市町との連携が不可欠であることから、在宅医療に係る研修等を通じて在宅医療の理解を深め、連携を図っていきます。
- ・県民に対する在宅医療の普及・啓発活動
在宅医療を受けることを望む患者やその家族のみならず、広く県民に対し在宅医療への理解を深めていきます。

イ 地域ケアの推進

現在、佐賀県においても、高齢化の進行や家族形態の変化などにより、保健福祉サービスの需要は増大し、多様化しています。高齢者の多くは長年生活してきた地域で安心して暮らし続けることを望んでおり、また高齢者に限らず、障害者や難病患者も地域で安心して生活できる環境の整備が必要です。このように高齢者等を支えるネットワーク体制の充実と強化が求められています。

そこで佐賀県では、住民の地域における生活を支えるため、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく連携して提供される「地域包括ケアシステム」の考え方に対して、全ての人が暮らしやすいように社会をつくるという「ユニバーサルデザイン」の視点も交え、これを「在宅生活サポートシステム」と定義してその推進を図ります。

この「在宅生活サポートシステム」については、県内それぞれの地域で、地域包括支援センター⁴⁰または市町などが中心となって取り組んでいます。それぞれの地域特性などの違いによって県内各地での取組みが異なってくるため、

⁴⁰ 地域包括支援センターとは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（介護保険法第115条の45）のことです。

訪問調査や意見交換等を行い、課題の把握に努めます。

また、「在宅生活サポートシステム」を構築するためには、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進める必要があり、「地域ケア会議」がその有効な手段と考えられます。そのための取組みとして、県内すべての地域包括支援センター及び各市町（介護保険者）の職員を対象とした研修会や意見交換会を開催します。

ウ 精神疾患対策の充実

ストレス社会や人間関係の希薄化などで、心身に不調をきたす人が増えており、こころの健康づくりに関する普及啓発やこころの悩みに関する相談事業の拡充が求められています。

精神科病院に入院している患者の中には、病状が安定し受入条件が整えば退院可能な患者もいるものと推測されます。特に、高齢の長期入院患者については、介護が必要な者が増えてきている上、退院後の住まいが見つからないなどの理由により地域移行が一層困難になっています。そのため、地域移行支援にあたっては、精神科病院と保健・福祉等の関係機関による連携、また医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、相談支援専門員等多職種のチームによる支援が必要です。

また、平成24年度に個別給付化され始まった、地域移行促進のための相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）については、その活用が低迷している状況にあります。

佐賀県では、上記のような課題に対処するために、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を、「第3期佐賀県障害福祉計画」や「佐賀県総合計画2011」等において、掲げています（図表4－8）。1年未満入院者の平均退院率や高齢長期退院者数、グループホーム・ケアホーム設置数に関する目標値は、いずれも平成26年度までの達成を目指しています。

図表4－8 精神疾患対策の数値目標

指標	基準	目標(平成26年度)
1年未満入院者の平均退院率 (第3期佐賀県障害福祉計画)	62.4% (平成20年度)	67.4%
高齢長期退院者数 (第3期佐賀県障害福祉計画)	84人 (平成23年度)	100人
グループホーム・ケアホームの設置 (佐賀県総合計画2011)	累計18か所 (平成23年度)	累計24か所

注：高齢長期退院者とは、入院期間が5年以上かつ65歳以上患者の退院者のことを指します。

出所：第3期佐賀県障害福祉計画、佐賀県総合計画2011

この目標を達成し、精神疾患対策における課題に対処するため、佐賀県においては今後次の取組みを進めていきます。

- ・ 住民に対する心の健康づくりのための普及啓発、また佐賀県精神保健福祉センターや県の保健福祉事務所等における相談を引き続き実施し、精神疾患の予防や早期対応に努めます。
- ・ 長期に入院している患者の地域移行を推進するため、相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）がより一層活用されるよう、市町の支援に努め、精神科病院や指定一般相談支援事業所、行政等が連携した退院支援を実施できるよう研修会等を実施します。
- ・ 障害者が退院後、地域で生活するための住まいの場として、グループホームやケアホームの設置を促進します。
- ・ 障害者やその家族の方が安心して地域で暮らすために、精神科救急医療システムについて、ミクロ救急⁴¹を強化するとともに、24 時間 365 日体制に拡充します。

③その他の取組み

ア 保険者のレセプト点検充実による診療報酬支払の適正化

レセプトには誤って記載されたものがあることから、各保険者でも点検を行う必要があります。そのため、国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合といった保険者が行う、レセプトの点検事務や医療保険財政の改善に向けた取組みが円滑に進められるよう佐賀県においては今後次のような支援・協力を行います。

- ・ 国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合において、レセプト点検が的確・効果的に実施されるよう、事務打合せや、佐賀県国民健康保険団体連合会と共催で実施する「レセプト点検研修会」を通して点検に関する助言等を行っていきます。
- ・ 市町国民健康保険者に対しては、県調整交付金を活用してレセプト点検体制の充実等を支援していきます。
- ・ その他、必要に応じて佐賀県国民健康保険団体連合会と連携しながら、適正な点検が行われるよう研修等を行います。

⁴¹ ミクロ救急とは、継続して診療している自院のかかりつけ患者について、夜間、休日も対応する診療体制のことです。

イ 重複受診・多受診（頻回受診）の是正

重複受診・多受診については、医療費を押し上げてしまう要因の一つと考えられるため、国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合を対象に実施する事務打合せ・職員研修会・補助金ヒアリング等の際に、重複受診者や多受診者に対する訪問指導等による受診の適正化に向けた取組について助言していきます。また、市町国民健康保険者に対しては、県調整交付金による支援を行っていきます。

ウ 医療費に対する意識の啓発

医療費が高くなれば、結果として、保険料や保険税などの形で、県民の負担が多くなります。佐賀県は他県に比べて1人あたりの医療費が非常に高い状態が続いており、そのような佐賀県の医療費に係る実態についても、県の広報誌や県のホームページ等を活用して周知を図ります。

また、受診内容の確認、保険者負担も含めた医療費に対する認識、医療費適正化への住民の関心を高めるために、国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合による医療費通知の促進を図ります。

エ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

厚生労働省では、平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上（旧指標⁴²）にするという目標を掲げて、後発医薬品の普及を図ってきましたが、目標を達成することはできませんでした。そのため、現在の使用促進策に関する課題を明らかにして、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取組むため、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成25年4月）が新たに策定されました。そこでは、後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに60%以上（新指標⁴³）にするという新たな目標が設定されたところです。

今後、国では、①安定供給②品質に対する信頼性の確保③情報提供の方策④使用促進に係る環境整備⑤医療保険制度上の事項⑥ロードマップの実施状況のモニタリングといった観点から取組みを実施していくこととしています。

⁴² 旧指標は、後発医薬品割合（数量ベース）で算出しています。

⁴³ 新指標は、〔後発医薬品の数量〕 / 〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕〕で算出します。なお、新指標における60%は、旧指標の34.3%に相当します（平成23年の薬価調査より）。

第4章 課題と今後の取り組み

佐賀県においては、佐賀県医療費適正化計画（第2期）の中で後発医薬品の使用を促進することとしており、以下に掲げる各種取り組みを進めていきます。

- ・ 医療関係者、医療機関、医薬品販売関係者等で構成する「佐賀県後発医薬品使用検討協議会」を開催し、適正使用の情報共有を図ります。
- ・ 患者の医療安全及び医療提供者の安心を図るため、後発医薬品に関する正しい知識・情報の提供に努めます。
- ・ 県内の医療保険者による情報交換会を活用し、各保険者が実施する後発医薬品使用促進の取り組み状況について情報提供に努めます。
- ・ 医療関係者の理解を得ながら、市町国民健康保険者が被保険者への情報提供として後発医薬品利用差額通知の発行を支援していきます。

3 関係者の役割

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必要があります。また、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、行政機関（市町、県）等がその役割を果たし、相互連携しながら、医療費適正化計画（第2期）の推進に取り組む必要があります。

（1）医療保険者

各医療保険者は特定健康診査・特定保健指導事業及びその他の健診事業等の実施により、生活習慣病の予防を図り、被保険者の健康維持に努め、医療費適正化を図るとともに、その実態について分析・検証を行い、公表していくことが望まれます。

その分析・検証の結果をもとにして、被保険者に対し、健康管理の啓発に加え、医療費の実態についての情報提供及び医療費適正化への関心を高めるような啓発等を行い、被保険者自らの健康維持への取組みを積極的に支援することが必要です。

（2）医療機関・医療関係者

県民に対し、良質な医療サービスの提供に努めるとともに、医療保険事業の円滑な運営に対し、引き続きの理解と協力が期待されます。

（3）事業者・企業

従業員等の健康維持に配慮し、医療保険者等と連携して、医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導が効果的、効率的に実施されるよう受診率向上への支援や協働事業等の展開が期待されます。

(4) 行政機関

①市町

地域住民の健康増進を担っている市町においては、市町で策定した特定健康診査等実施計画に基づいた保健事業を通じて、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及び重症化予防への取組みをなお一層推進していく必要があります。

また、県が策定する「さがゴールドプラン21」（介護保険事業支援計画・高齢者保健福祉計画）と連携し、市町介護保険事業計画に基づく適正な介護サービスの提供の推進が期待されます。

②県

県においては、国の医療制度改革に関する計画策定及び佐賀県における保険医療に係る課題に対して、総合的な取組みを推進するとともに、メタボリックシンドローム予防対策や糖尿病・人工透析予防対策、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を行い、関係機関と連携して取組みを促進します。

また、医療費分析を行い、その結果を基に予防医療の観点からの取組みも推進していくことが重要です。

さらに、佐賀県医療費適正化計画（第2期）について、県民、医療保険者及び医療機関等の関係機関と連携しながら、目標達成に向けて努力していきます。

(5) 佐賀県保険者協議会

保険者協議会の場で、医療保険者の特定健康診査・特定保健指導についての進め方や結果について情報交換を行ったうえで、保健事業等についての議論を深め、推進すべき方向性を協議して、共通認識のもと、医療費適正化に取り組む必要があります。