佐賀県医療費適正化計画
（第２期）

【平成２５～２９年度】

平成２５年４月

佐　賀　県

＜　目　次　＞

第１章　計画の策定に当たって

１　計画策定の背景と趣旨　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
２　計画の位置づけ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（１）計画期間　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（２）計画に掲げる事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（３）計画の公表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（４）計画の進行管理　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
３　関係計画との関係　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４
４　市町との連携　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４

第２章　佐賀県の医療を取り巻く現状

１　現　状　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５
（１）医療費の動向　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５
（２）病床数の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１８
（３）病床の利用状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２３
（４）平均在院日数の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２４
（５）介護サービス利用状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３２
（６）在宅・施設サービスの給付状況　・・・・・・・・・・・・・・・　３３
（７）在宅死亡率の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３５
（８）受療率の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３７
（９）生活習慣病に分類される疾患の状況　・・・・・・・・・・・・・　４３

第３章　目標の進捗状況及び課題

１　県民の健康の保持の推進に関する目標　・・・・・・・・・・・・・　４８
（１）特定健康診査・特定保健指導等の状況　・・・・・・・・・・・・　４８
（２）健康づくりの普及啓発の推進　・・・・・・・・・・・・・・・・　５８
（３）がん対策の推進　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５９
２　医療の効率的な提供の推進に関する目標　・・・・・・・・・・・・　６０
（１）療養病床の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６０
（２）平均在院日数の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６１
（３）医療の効率的な提供の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・　６１

第４章　計画の目標と取組み

１　基本理念　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６６
２　医療費適正化に向けた目標　・・・・・・・・・・・・・・・　６７
（１）県民の健康の保持の推進に関する達成目標　・・・・・　６７
（２）医療の効率的な提供の推進に関する達成目標　・・・・　６７
（３）適正化策の実施による医療費の見通し　・・・・・・・・　７０
３　目標達成に向けた施策　・・・・・・・・・・・・・・・・・　７１
（１）県民の健康の保持の推進　・・・・・・・・・・・・・・　７１
（２）医療の効率的な提供の推進　・・・・・・・・・・・・・　７６

第５章　計画の推進

１　計画の進行管理　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８１
（１）計画の進捗状況の把握　・・・・・・・・・・・・・・・　８１
（２）中間評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８１
（３）実績評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８１
２　関係者の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８２
（１）医療保険者　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８２
（２）医療機関・医療関係者　・・・・・・・・・・・・・・・　８２
（３）事業者・企業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８２
（４）行政機関　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８２

第１章　計画の策定に当たって

１　計画策定の背景と趣旨

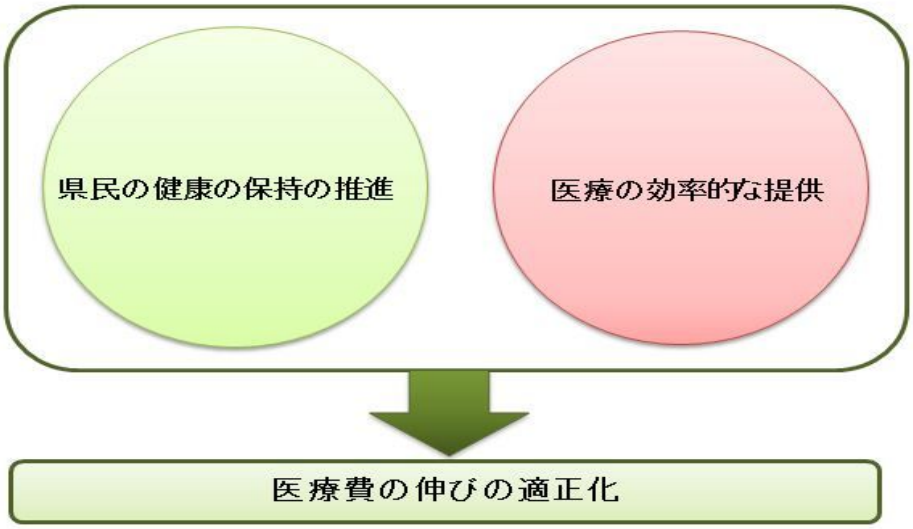
我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

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

特に、医療の高度化や急速な高齢化などにより医療費が増加する中で、国民の安全・安心の基盤である国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用（以下「医療費」という）が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくことが必要です。

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

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



また、基本方針において、医療費の急増を抑えていくために重要な施策は、「住民の健康の保持の推進」に関しては、若いときからの生活習慣病の予防対策を、「医療の効率的な提供の推進」に関しては、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指すことが重要な政策として位置づけられています。

第１期計画においては、慢性期段階の入院に着目し、医療の必要性の低い高齢者が入院する療養病床を介護保険施設等に転換することを、施策の中心に据えて、医療機関における入院期間の短縮を図ることを目的にしましたが、平成21 年から 22 年に厚生労働省で実施された調査により、病床転換が進んでいないという実態が分かり、療養病床の機械的削減は行わないこととされました。（介護療養型医療施設については、平成 29 年度末まで転換期限が延長されました。）

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

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

２　計画の位置づけ

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

（１）計画期間　　計画期間は５年とする。
（第２期計画は平成 25 年度から平成 29 年度まで）

（２）計画に掲げる事項

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

（※六のみが国の基本指針において必須記載事項として定められた事項）

（３）計画の公表

県は、計画を定め、又はこれを変更しようとする時は、あらかじめ関係市町に協議を行います。

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

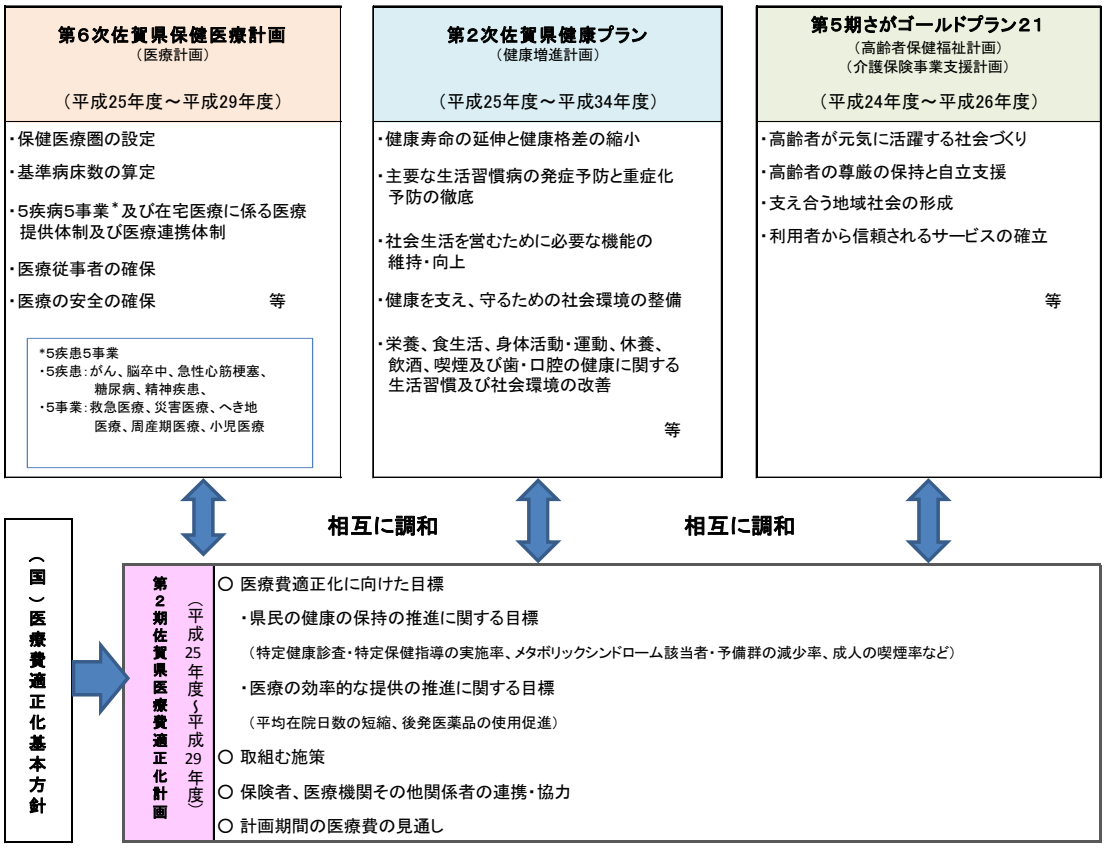
（４）計画の進行管理

県は、目標の達成状況及び施策の実施状況について、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に評価を行い、必要に応じて計画の見直し等に反映させ、その結果を公表します。

３　関係計画との関係

県が作成する医療費適正化計画については、「第６次佐賀県保健医療計画」（医療計画：医療法第 30 条の４第１項）、「第５期さがゴールドプラン 21」（介護保険事業支援計画：介護保険法第 118 条第１項、及び高齢者保健福祉計画：老人福祉法第 20 条の９第１項）、「第２次佐賀県健康プラン」（健康増進計画：健康増進法第８条第１項）と密接に関連しており、これらの計画と調和が保たれたものとします。

県における3計画と医療費適正化計画との関係



４　市町との連携

市町は、住民の健康の保持の推進に関しては、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療と介護の連携の推進に関しては、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つです。地域主権の観点からも市町が医療費適正化の推進に積極的に関わりを持つことが期待されています。

このため、医療費適正化計画の作成又は変更の過程においては、市町と協議を行うなど、目標を達成するために市町との連携に努めます。

第２章　佐賀県の医療費を取り巻く現状

１　現　状

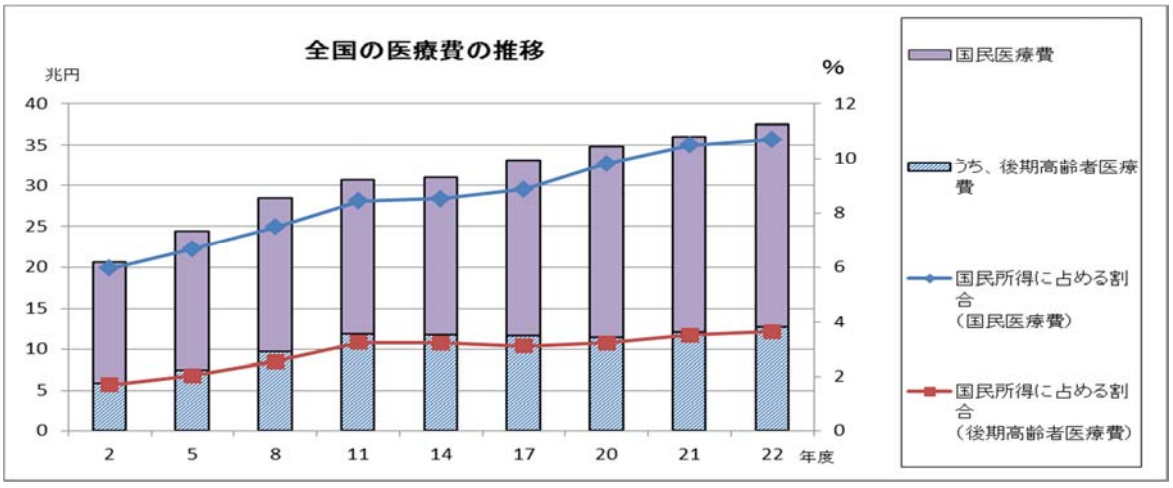
（１） 医療費の動向

１）国民医療費の推移と全国比較

平成 22 年度の国民医療費（全国）は、高齢化や医療の高度化、診療報酬の改定等により、前年度の 36 兆 67 億円に比べて 1 兆 4,135 億円、3.9%増加の 37 兆 4,202 億円となっています。（平成 17 年度比 13.0%増、平成 20 年度比 7.5%増）

また、国民医療費の国民所得に占める割合は 10.71%で、前年度より 0.2%増加しており、年々増加しています。

国民医療費の約 3 分の 1 を後期高齢者医療費が占めています。



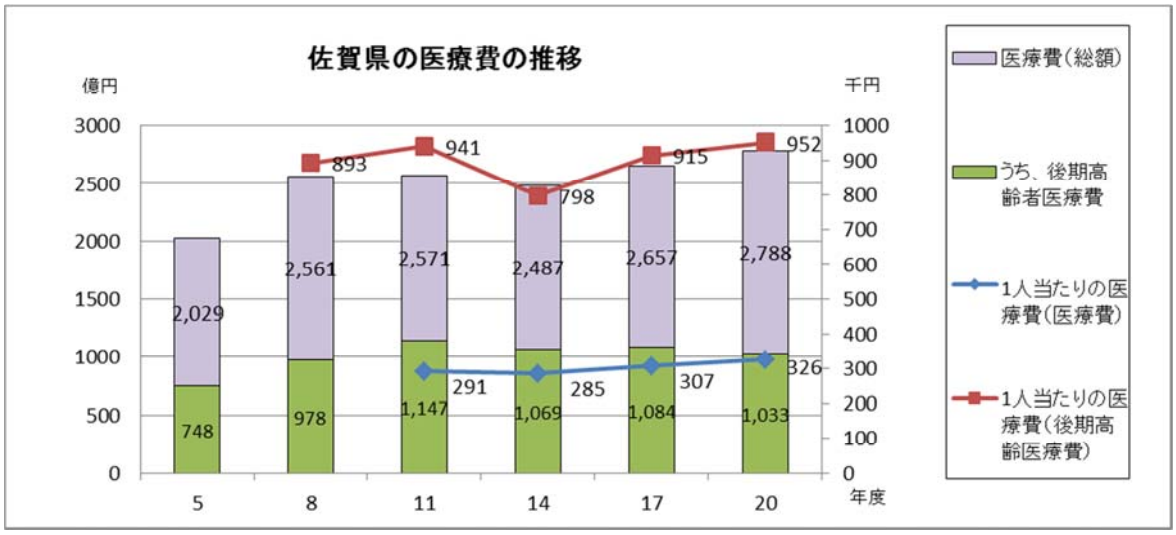
年度	国民医療費		うち後期高齢者医療費		国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合（%）	国民所得に占める割合（%）	
	金　額（億円）	対前年度増減率（%）	金　額（億円）	対前年度増減率（%）		国民医療費	後期高齢者医療費
2	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	5.92	1.70
5	243,631	3.8	74,511	7.4	30.6	6.60	2.02
8	284,542	5.6	97,232	9.1	34.2	7.48	2.55
11	307,019	3.8	118,040	8.4	38.4	8.43	3.24
14	309,507	△0.5	117,300	0.6	37.9	8.70	3.30
17	331,289	3.2	116,444	0.6	35.1	9.01	3.17
20	348,084	2.0	114,146	(1.2)	32.8	9.89	3.24
21	360,067	3.4	120,108	5.2	33.4	10.51	3.54
22	374,202	3.9	127,213	5.9	34.0	10.71	3.64

資料：「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」
(注)後期高齢者医療費の数値は、平成 20 年 3 月以前は老人医療受給対象者に係るものである。

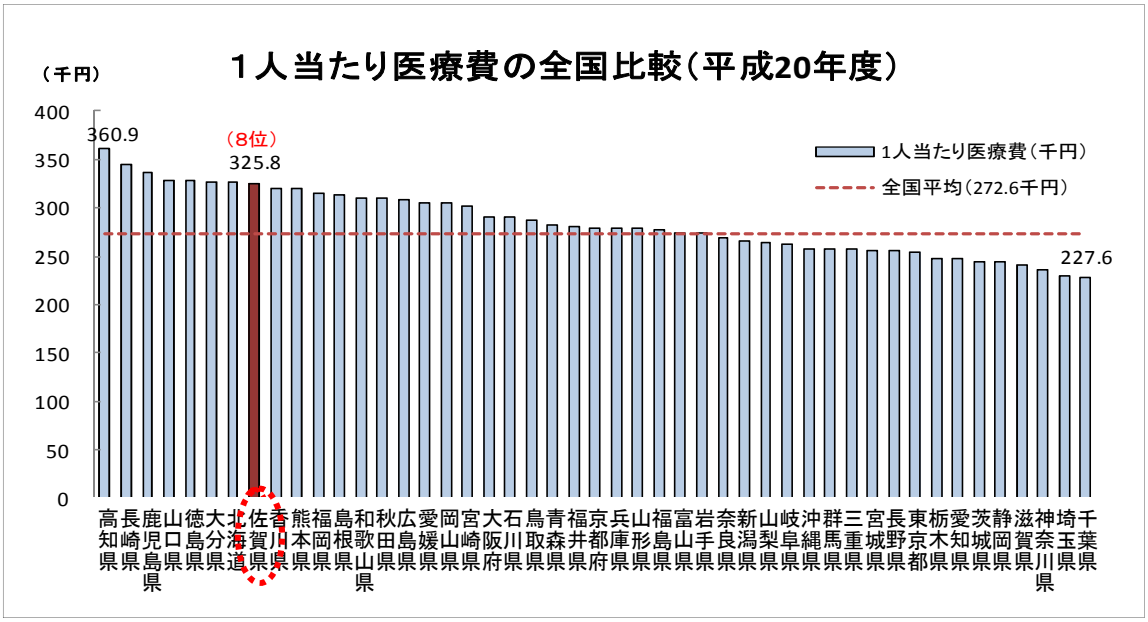
２）佐賀県の医療費

都道府県別の医療費は３年ごとに公表されています。本県の平成 20 年度の医療費は 2,788 億円で、平成 17 年度の 2,657 億円に比べ 131 億円、4.9%増加しています。

また、本県の１人当たり医療費は平成 20 年度 32 万 5,800 円で、平成 17 年度（30 万 7,000 円）と同じ全国８位となっており、最も低い千葉県（22 万 7,600 円）の 1.4 倍高くなっています。



資料：厚生労働省「国民医療費」



資料：厚生労働省「国民医療費」（平成 20 年度）

※H22 の医療費は、概算のため、１人当たり医療費は未公表

佐賀県の医療費の推移

年度	医療費(総額)		後期高齢者医療費		
	金　額（億円）	１人当たりの医療費（千円）	金　額（億円）	医療費に占める老人医療費の割合（%）	１人当たりの医療費（千円）
8	2,561	—	978	38.2	893
11	2,571	291	1,147	44.6	941
14	2,487	285	1,069	43.0	798
17	2,657	307	1,084	40.8	915
20	2,788	326	1,033	37.1	952

資料：「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

(注)・後期高齢者医療費は、平成 20 年 3 月以前は老人医療受給対象者に係るものである。

参　考

医療費の地域差分析

※「地域差指数」とは、地域の１人当たり実績医療費について、年齢構成の相違による分を補正し、指数化（全国を1）したもの。

	市町村国民健康保険（H22）					後期高齢者医療医療制度（H22）				
	１人当たり実績医療費			地域差指数		１人当たり実績医療費			地域差指数	
全国平均	千円 294	対全国比 1.000	順位 —	（年齢補正後）	順位	千円 294	対全国比 1.000	順位 —	（年齢補正後）	順位
北海道	338	1.152	11	1.119	10	1,061	1.190	3	1.169	3
青森県	278	0.946	37	0.957	36	782	0.878	40	0.865	42
岩手県	293	0.999	29	0.951	38	726	0.814	47	0.811	47
宮城県	287	0.976	34	0.983	27	810	0.909	34	0.914	31
秋田県	321	1.094	18	1.009	24	789	0.886	38	0.886	37
山形県	298	1.015	28	0.967	34	776	0.871	41	0.863	43
福島県	287	0.976	33	0.963	35	817	0.917	32	0.907	33
茨城県	252	0.858	46	0.892	47	796	0.893	37	0.876	39
栃木県	263	0.894	44	0.915	44	789	0.885	39	0.877	38
群馬県	271	0.922	41	0.932	41	810	0.910	33	0.900	36
埼玉県	265	0.903	42	0.911	45	821	0.922	31	0.938	30
千葉県	261	0.889	45	0.893	46	765	0.859	43	0.873	41
東京都	264	0.899	43	0.982	28	866	0.972	26	0.999	20
神奈川県	275	0.937	38	0.954	37	823	0.923	30	0.948	28
新潟県	306	1.040	23	0.972	31	727	0.816	46	0.823	46
富山県	323	1.101	16	1.006	26	834	0.936	29	0.910	32
石川県	337	1.148	13	1.101	14	966	1.084	13	1.069	14
福井県	318	1.084	19	1.030	21	868	0.974	25	0.969	24
山梨県	275	0.936	39	0.950	39	799	0.896	36	0.902	35
長野県	280	0.952	35	0.918	43	761	0.854	44	0.849	45
岐阜県	289	0.984	32	0.969	33	806	0.904	35	0.905	34
静岡県	279	0.949	36	0.922	42	757	0.850	45	0.855	44
愛知県	273	0.929	40	0.933	40	892	1.001	20	0.968	25
三重県	300	1.022	26	0.973	30	775	0.870	42	0.874	40
滋賀県	290	0.988	31	0.973	29	879	0.986	21	0.985	22
京都府	301	1.025	24	1.010	23	960	1.077	14	1.073	13
大阪府	301	1.025	25	1.053	18	1,022	1.147	6	1.162	5
兵庫県	311	1.057	21	1.032	20	931	1.045	16	1.044	16
奈良県	292	0.995	30	0.971	32	878	0.985	22	0.984	23
和歌山県	299	1.016	27	1.007	25	869	0.976	24	0.967	26
鳥取県	316	1.076	20	1.025	22	853	0.957	27	0.952	27
島根県	356	1.213	3	1.102	12	844	0.948	28	0.946	29
岡山県	338	1.152	12	1.089	15	934	1.048	15	1.055	15
広島県	356	1.212	5	1.147	4	1,035	1.162	4	1.148	6
山口県	361	1.227	1	1.125	9	981	1.102	12	1.091	12
徳島県	346	1.177	8	1.125	7	927	1.041	17	1.025	18
香川県	357	1.214	2	1.148	3	924	1.037	18	1.038	17
愛媛県	324	1.102	15	1.055	16	896	1.005	19	1.000	19
高知県	340	1.157	10	1.111	11	1,077	1.208	2	1.195	2
福岡県	326	1.109	14	1.125	8	1,132	1.271	1	1.243	1
佐賀県	352	1.197	7	1.187	1	1,004	1.127	8	1.123	7
長崎県	352	1.200	6	1.181	2	1,032	1.158	5	1.163	4
熊本県	323	1.100	17	1.101	13	982	1.102	11	1.094	11
大分県	356	1.212	4	1.147	5	984	1.104	10	1.107	9
宮崎県	310	1.056	22	1.049	19	875	0.982	23	0.986	21
鹿児島県	346	1.177	9	1.142	6	1,006	1.129	7	1.114	8
沖縄県	249	0.848	47	1.054	17	986	1.107	9	1.099	10

◇実績医療費＝「入院」＋「入院外」＋「歯科」

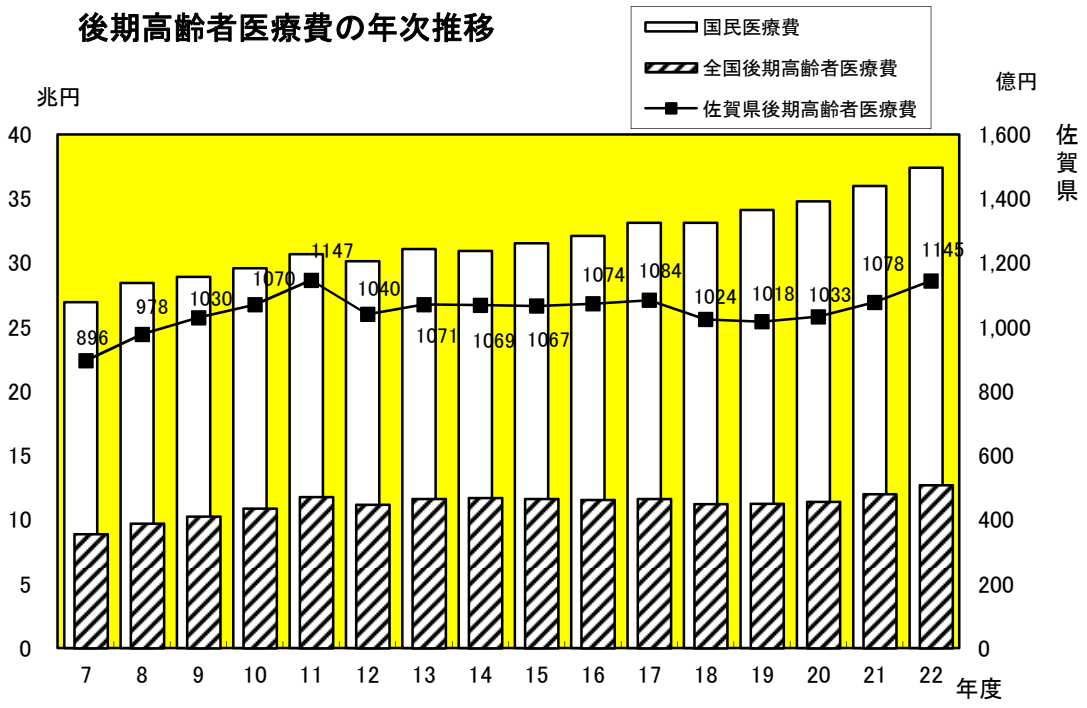
「入院」＝入院診療及び食事療養・生活療養（医科）の計。
「入院外」＝入院外診療及び調剤の支給の計。
「歯科」＝歯科診療及び食事療養・生活療養（歯科）の計。

３）佐賀県の後期高齢者医療費（全国比較）

①　後期高齢者医療費の推移

平成 22 年度の後期高齢者医療費（全国）は、12 兆 7,213 億円で総医療費の 34.0%を占めており、平成 21 年度（12 兆 708 億円）に比べ 6,505 億円、5.9%の増加となっています。（20 年度と 19 年度以前で制度が異なることに留意）

本県の平成 22 年度における後期高齢者医療費は、約 1,145 億円で平成 21 年度の医療費約 1,078 億円と比べ 6.2%の増加となっています。

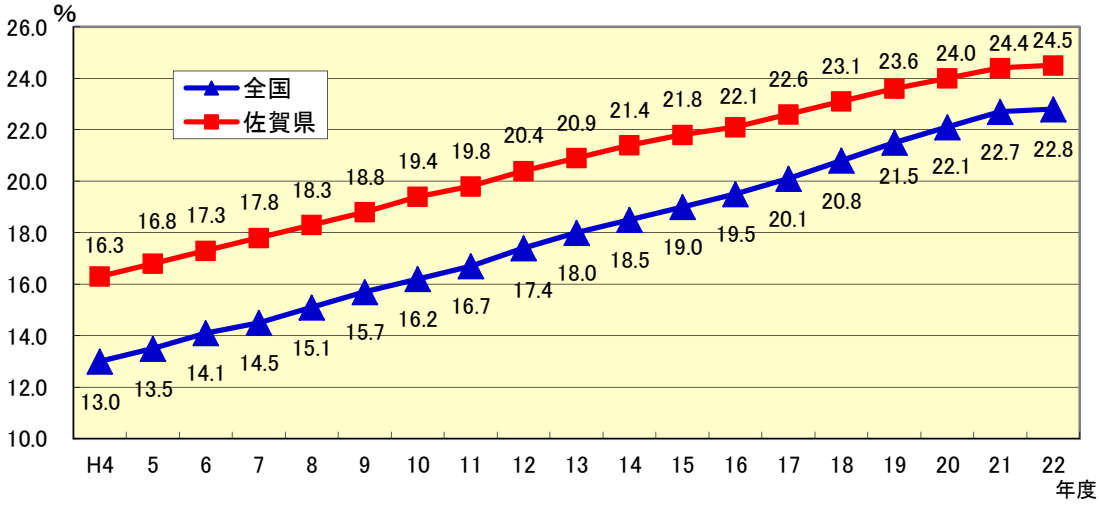


資料：「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

(注)後期高齢者医療費は、平成 20 年 3 月以前は老人医療受給対象者に係るものである。

② 佐賀県の高齢化の状況

本県の平成 22 年度高齢化率（65 歳以上の高齢者人口の比率）は 24.5%となっており、全国平均（22.8%）より約 5 年早く高齢化が進行していると言えます。

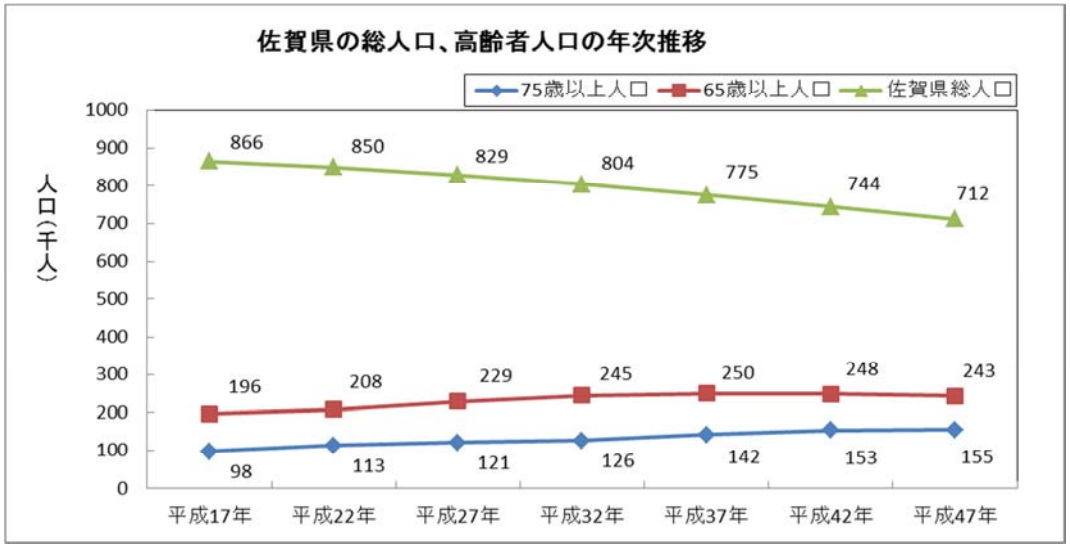


＊高齢化率は毎年 10 月 1 日現在

資料：総務省「国勢調査」、「人口推計（年報）」、県統計調査課「推計人口（年報）」

今後、本県の人口はさらに減少し、平成 27 年（2015 年）829 千人、平成 37 年（2025 年）775 千人となり、平成 17 年と比べると 10.5%減少すると推計されています。65 歳以上の高齢者人口は、平成 17 年の 196 千人から平成 37 年 250 千人に、また 75 歳以上の後期高齢者は、平成 17 年の 98 千人から平成 37 年 142 千人に増加すると予想されています。

こうした高齢化の進展に伴って、医療費全体に占める後期高齢者医療費の割合は今後も大きくなると予想されます。



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

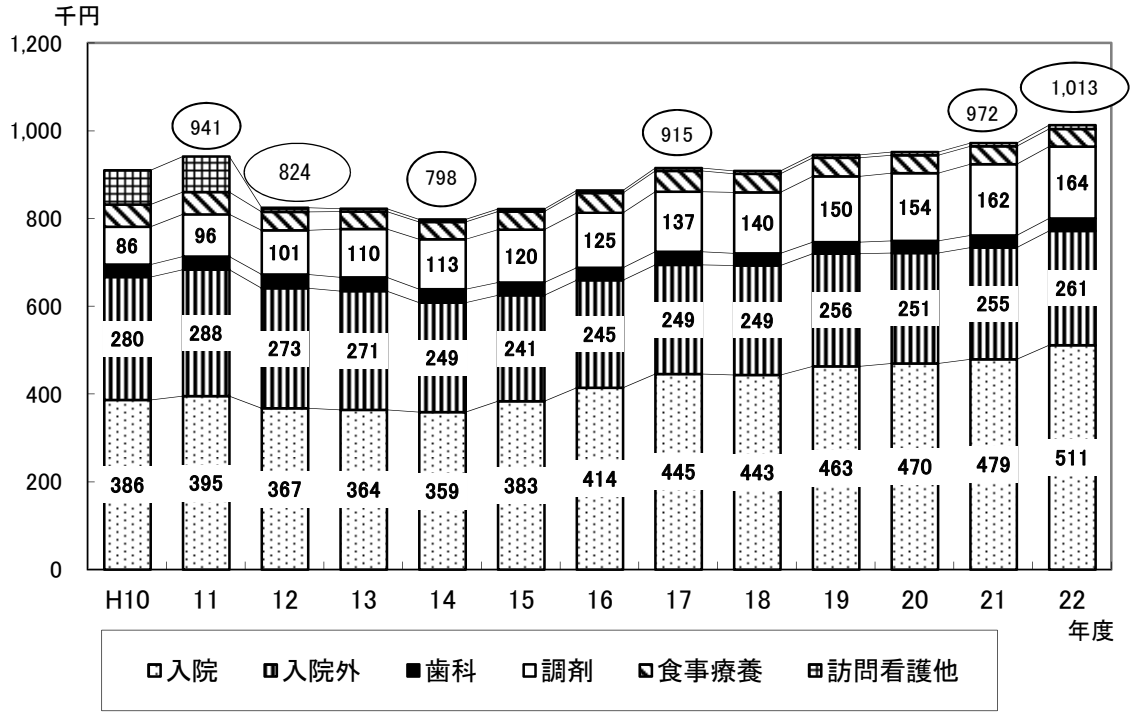
③　１人当たり後期高齢者医療費

本県の１人当たり後期高齢者医療費は、平成 11 年度まで増加傾向にありましたが、平成 12 年度は介護保険法施行の影響により 824 千円、平成 14 年度は老人保健法改正及び診療報酬改定等の影響により 798 千円に減少しました。その後、再び増加しましたが、平成 18 年度は診療報酬等の改定の影響により減少しました。

平成 19 年度以降は、増加傾向にあり、平成 22 年度は診療報酬等の改定により大きく増加し、最高額となっています。

本県の平成 22 年度１人当たり後期高齢者医療費は 1,012,611 円で、平成 21 年度の 972,396 円に比べ 40,214 円（4.1%）増加しています。

佐賀県	平成 21 年度	972,396 円	→	平成 22 年度	1,012,611 円（4.1%増）
福岡県(最高)	平成 21 年度	1,113,796 円	→	平成 22 年度	1,146,623 円（2.9%増）
全　国	平成 21 年度	882,118 円	→	平成 22 年度	904,795 円（2.6%増）
岩手県(最低)	平成 21 年度	724,909 円	→	平成 22 年度	730,269 円（0.7%増）



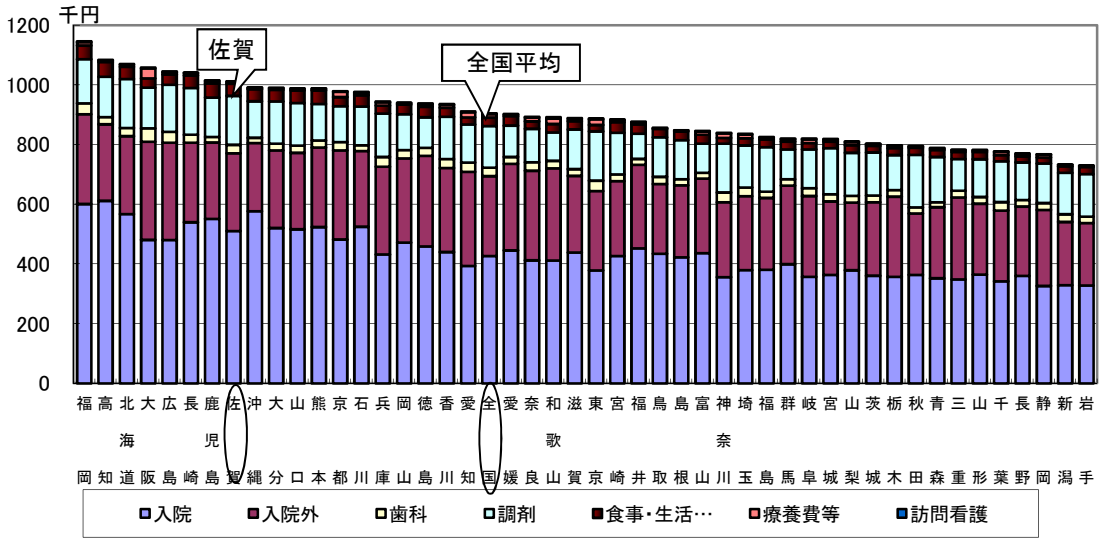
資料：厚生労働省「老人医療事業報告」、「後期高齢者医療事業年報」

平成 22 年度の 1 人当たり後期高齢者医療費を都道府県別にみると、福岡県が 1,146,623 円で最も高く、次いで高知県、北海道、大阪府、広島県の順になっています。

一方、最も低いのは岩手県の 730,269 円で、福岡県の１人当たり後期高齢者医療費は岩手県の約 1.6 倍となっています。

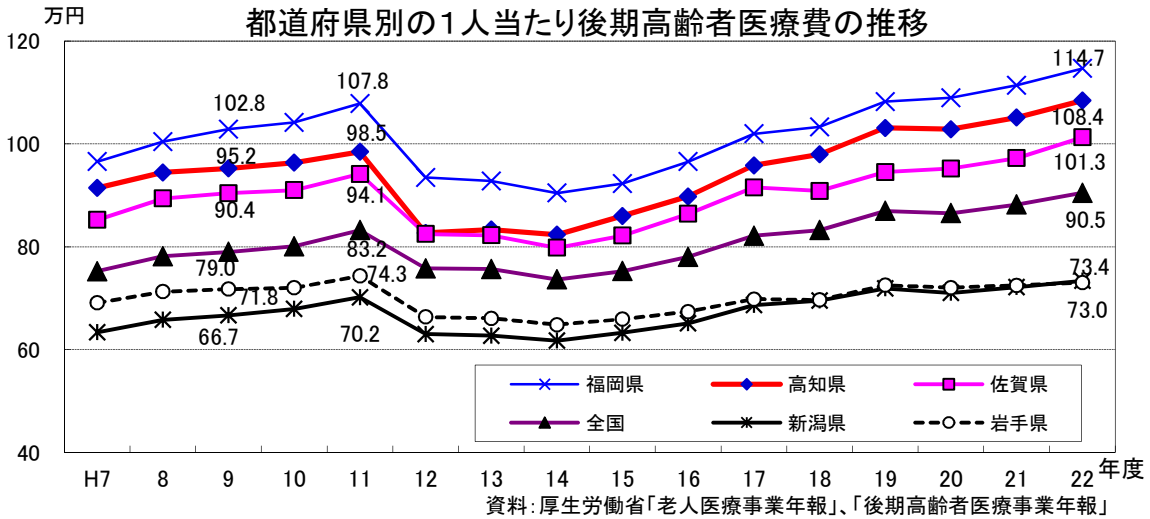
本県は 1,012,611 円で、高いほうから 8 位（平成 21 年度 8 位）となっています。

佐賀県	1,012,611 円	（ 8 位）
全　国	904,795 円	
最高（福岡県）	1,146,623 円	（ 1 位）
最低（岩手県）	730,269 円	（47 位）



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」（平成22年度）

都道府県別の一人当たり後期高齢者医療費の推移をみると、いずれの県も平成 11 年度をピークとして減少傾向にありましたが、平成 15 年度から再び上昇傾向にあります。平成 22 年度の佐賀県と全国の格差は 1.12 倍となっています。



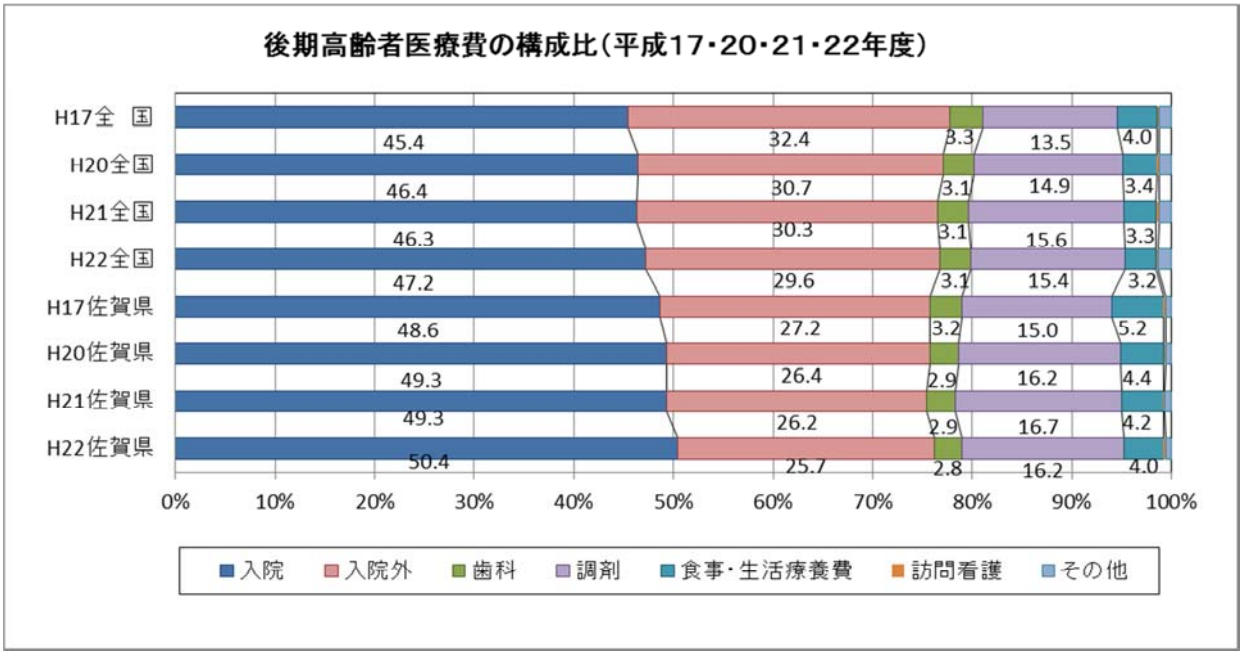
資料：厚生労働省「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」

④　後期高齢者医療費の内容構成

平成 22 年度の後期高齢者医療費を、入院診療費、入院外診療費、歯科診療費、調剤費、食事・生活療養費、その他と、受療形態別に全国平均と比べると、入院診療費、調剤費、食事・生活療養費は全国より高く、入院外診療費、歯科診療費は全国より低くなっています。

このように、全国より入院診療費の割合が高く、入院外診療費の割合が低いことが、本県の医療費の特徴となっています。

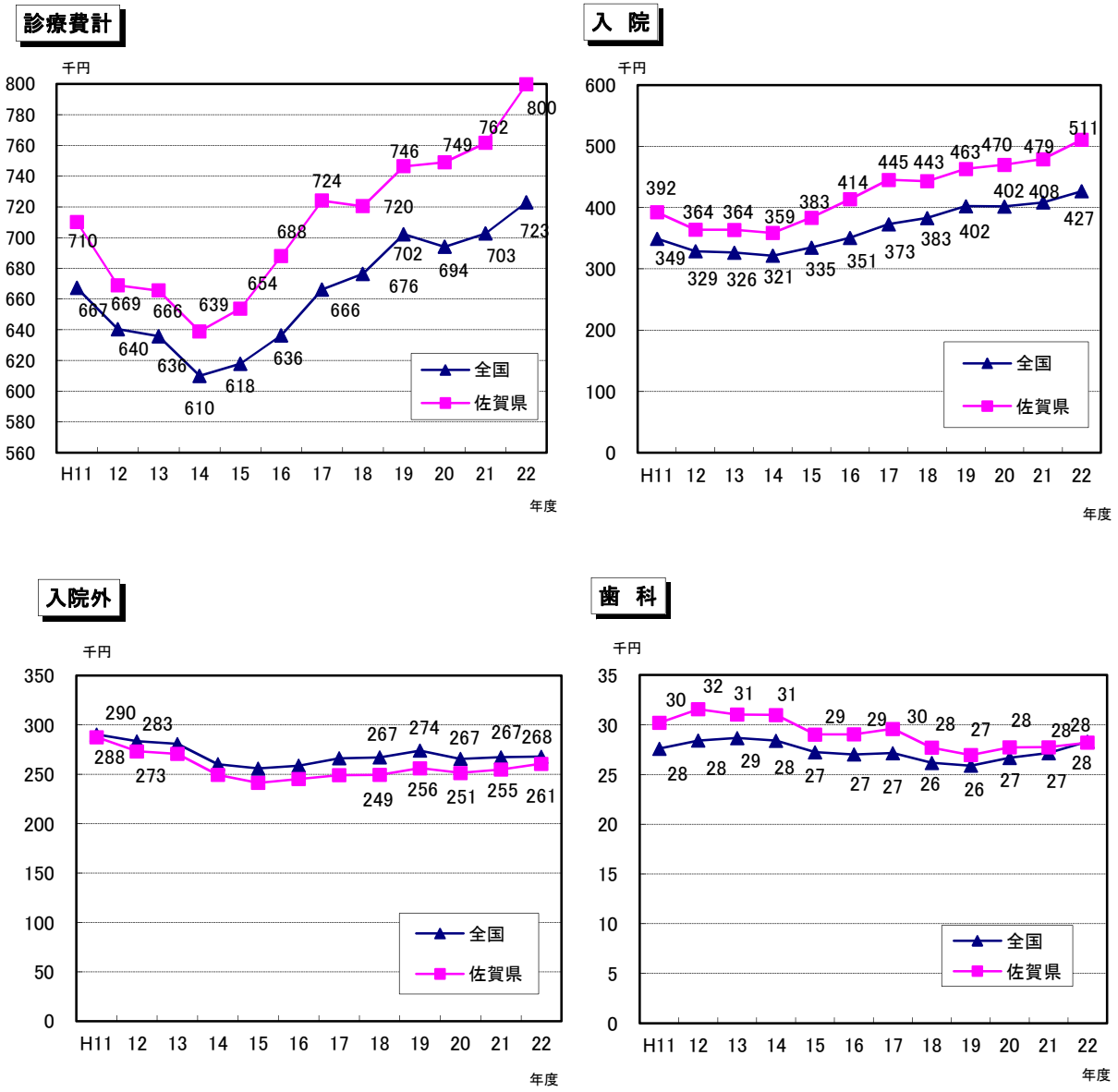
本県の入院診療費は、平成 17 年度から年々増加し、入院外診療費は年々減少しています。調剤費の割合は増加傾向が伺えます。



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

１人当たり後期高齢者診療費（入院、入院外、歯科の診療費合計）の年次推移をみると、平成 11 年度の 710 千円をピークに、平成 14 年度までは減少していましたが、平成 15 年度以降は増加に転じています。平成 22 年度は、全国平均は前年度に比べ 20 千円（2.9%）増加し、本県は 800 千円と、前年度より 38 千円（5.0%）増加しています。

診療種別にみると、入院は全国平均より高く、入院外及び歯科が全国平均を若干下回っているという状況です。



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

平成 22 年度の本県の１人当たり入院診療費をみると 51 万 5,853 円で、全国平均の 42 万 6,701 円を大きく上回り、全国 11 位となっています。

１件当たり日数は 19.52 日で全国９位、受診率（100 人当たり件数）は、116.41 件で全国 7 位と全国平均を大きく上回っています。一方、１日当たり診療費は 22,477 円で全国 43 位となっています。

１人当たり入院診療費及び１件当たり日数の全国順位は、平成 17 年度（第１期計画策定時）より下がりましたが、本県の特徴となっている入院日数が長く、入院の頻度が高いという状況は変わっていません。

１人当たり入院外診療費では、１件当たり日数は全国平均を大きく上回っていますが、１日当たり診療費は全国で最も低い状況にあります。

１人当たり歯科診療費では、１件当たり日数は全国平均を上回っていますが、受診率は全国平均を下回っています。

＜後期高齢者医療費のうち入院に係る診療諸率＞

入　院		１人当たり入院診療費		受診率（100 人当たり件数）		１件当たり日数		１日当たり診療費	
		順位	実数（千円）	順位	実数	順位	実数（日）	順位	実数（千円）
平成 17 年度	全国		372.93		86.99		18.96		22.61
	佐賀県	10	445.32	9	114.39	7	20.3	45	19.18
平成 20 年度	全国		401.77		88.54		18.91		24.00
	佐賀県	11	469.79	9	115.47	8	19.93	45	20.41
平成 21 年度	全国		408.30		87.70		18.75		24.84
	佐賀県	11	479.02	9	114.36	8	19.82	44	21.13
平成 22 年度	全国		426.70		88.16		18.60		26.03
	佐賀県	11	510.75	7	116.41	9	19.52	43	22.48

＜後期高齢者医療費のうち入院外に係る診療諸率＞

入　院　外		１人当たり入院外診療費		受診率（100 人当たり件数）		１件当たり日数		１日当たり診療費	
		順位	実数（千円）	順位	実数	順位	実数（日）	順位	実数（千円）
平成 17 年度	全国		266.12		1600.46		2.31		7.18
	佐賀県	29	249.07	16	1599.07	3	2.83	47	5.50
平成 20 年度	全国		265.50		1622.80		2.17		7.56
	佐賀県	29	251.38	12	1646.95	3	2.62	47	5.83
平成 21 年度	全国		267.19		1630.52		2.10		7.82
	佐賀県	26	254.74	12	1665.94	3	2.53	47	6.04
平成 22 年度	全国		267.81		1582.22		2.11		8.01
	佐賀県	22	260.68	8	1670.07	3	2.51	47	6.23

＜後期高齢者医療費のうち歯科に係る診療諸率＞

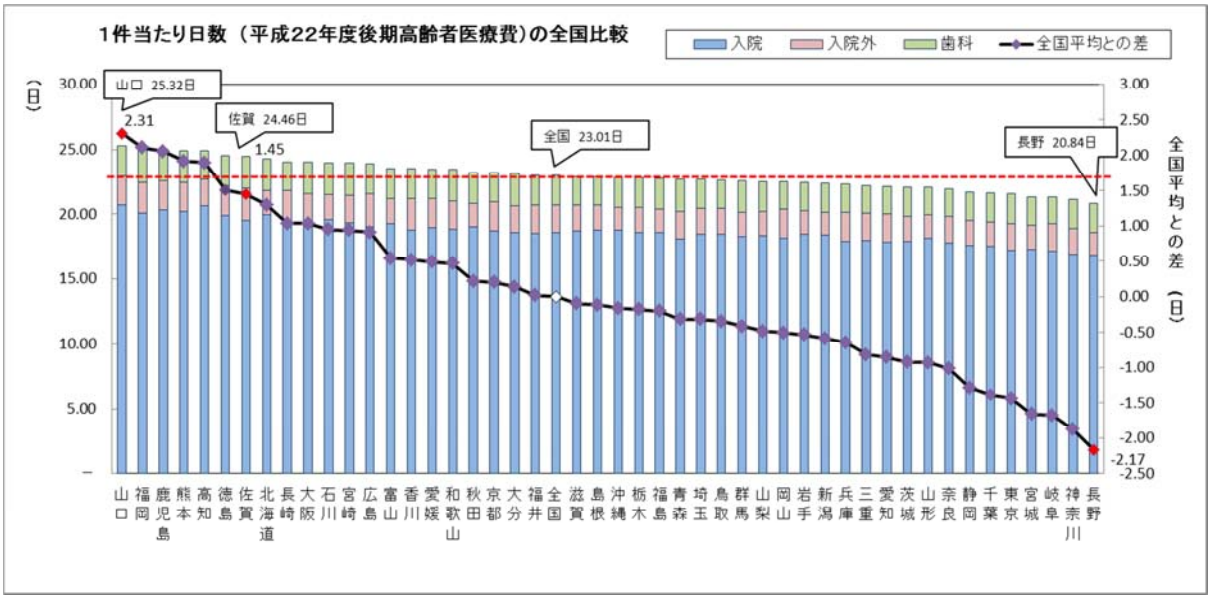
入　院　外		１人当たり歯科診療費		受診率（100 人当たり件数）		１件当たり日数		１日当たり診療費	
		順位	実数（千円）	順位	実数	順位	実数（日）	順位	実数（千円）
平成 17 年度	全国		27.15		157.56		2.5		6.89
	佐賀県	8	29.60	15	156.27	4	2.71	25	6.99
平成 20 年度	全国		26.68		163.92		2.37		6.88
	佐賀県	9	27.74	15	159.30	7	2.53	27	6.87
平成 21 年度	全国		27.16		170.97		2.33		6.83
	佐賀県	9	27.75	15	164.68	7	2.48	27	6.78
平成 22 年度	全国		28.32		178.15		2.30		6.91
	佐賀県	14	28.20	15	170.25	10	2.44	27	6.80

資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

⑤　平均在院日数の状況

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

本県は、入院、入院外、歯科の 1 件当たり日数の合計でも、全国平均を大きく上回っています。

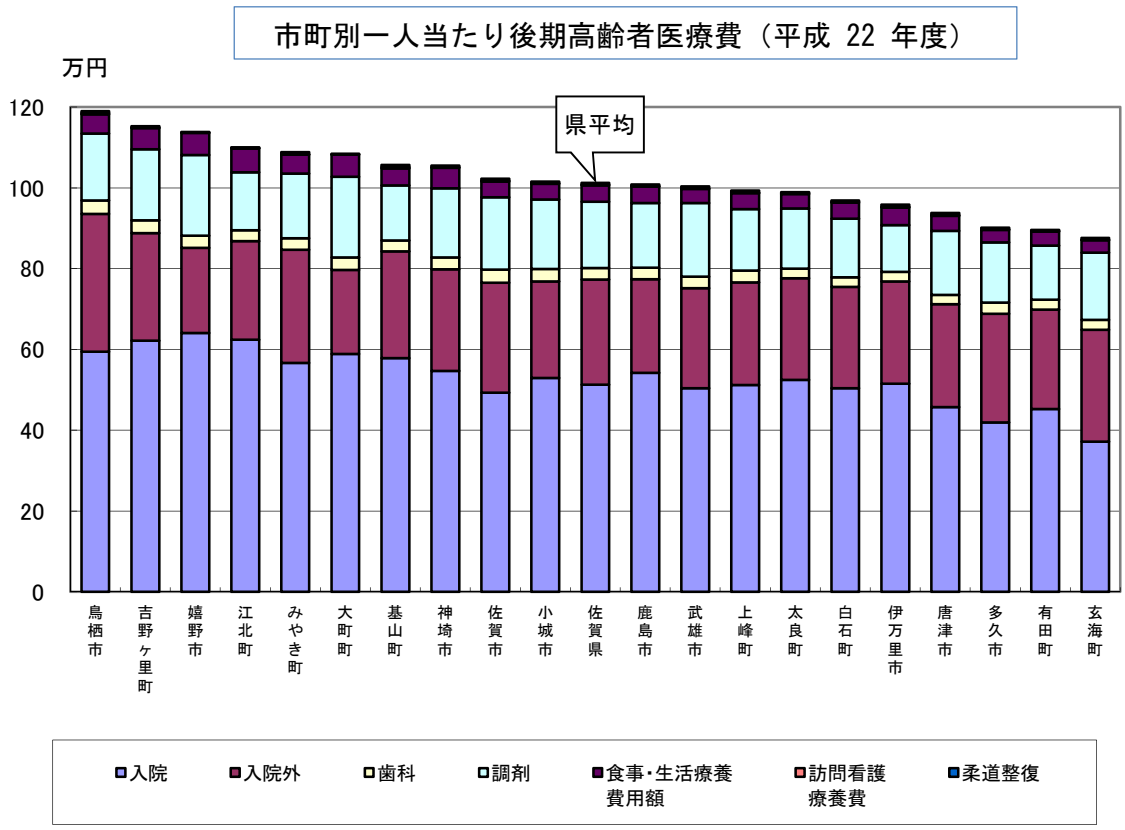


資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

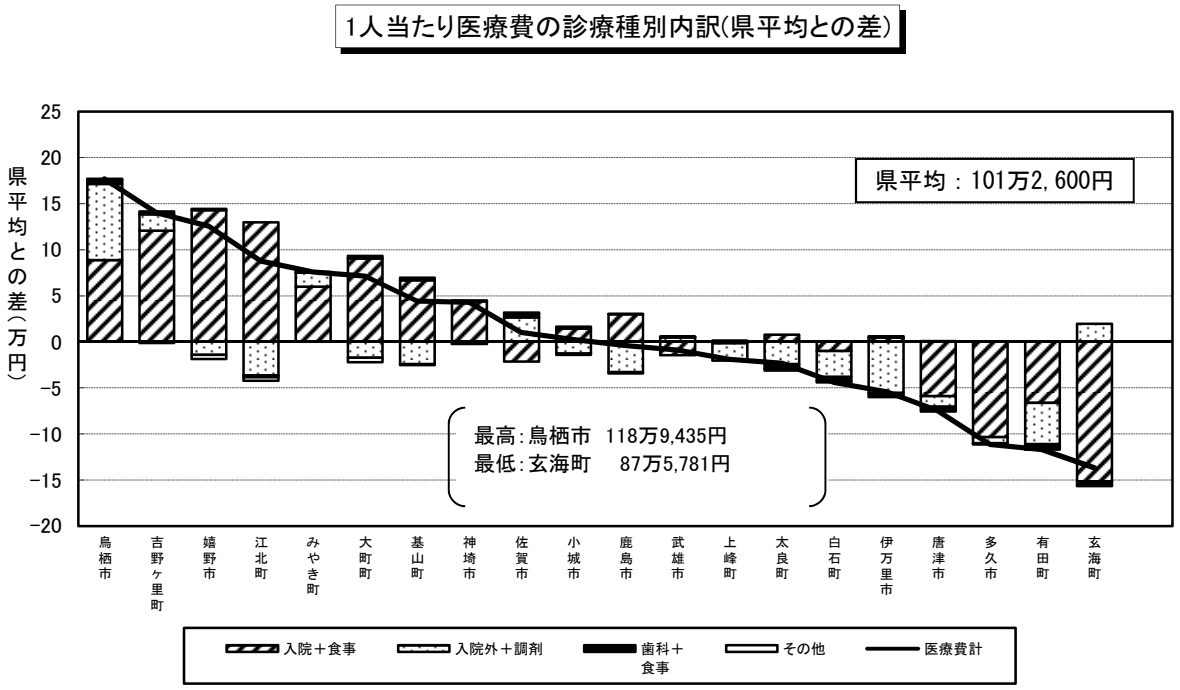
⑥　後期高齢者医療費の県内市町の比較

平成 22 年度の１人当たり後期高齢者医療費を市町別（市町別の数値については、平成22年３月から平成23年２月までの後期高齢者医療の現物給付のみ。以下同じ。）にみると、鳥栖市が 1,189,435 円（平成 17 年度 114 万 5,605 円）で最も高く、次いで吉野ヶ里町、嬉野市、江北町、みやき町の順で高くなっています。最も低いのは、玄海町の 875,781 円（平成 17 年度 76 万 7,602 円）で、次いで有田町、多久市、唐津市、伊万里市の順になっており、最高額の鳥栖市と最低額の玄海町の格差は 1.36 倍ですが、平成 17 年度（1.5 倍）よりも格差はやや縮まっています。

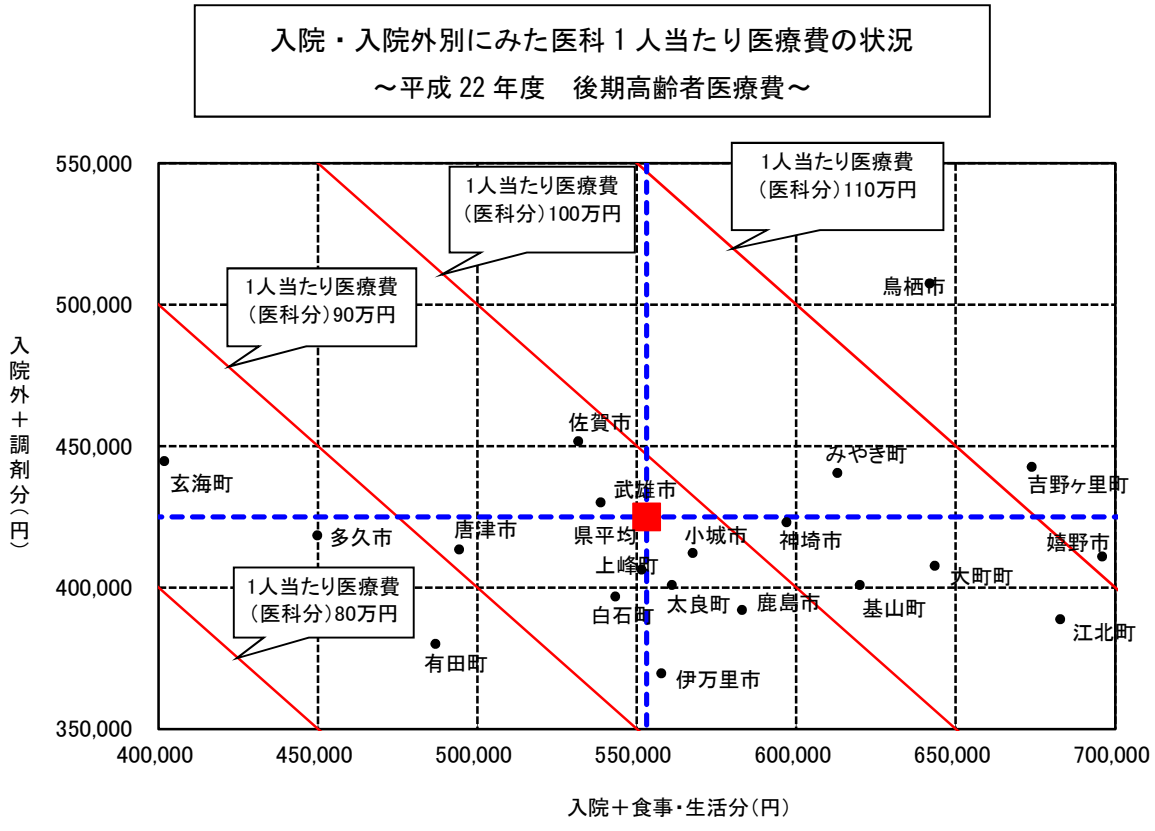
県内市町平均	1,012,600 円
最高（鳥栖市）	1,189,435 円
最低（玄海町）	875,781 円



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」（平成22年度）



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」（平成 22 年度）



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」

（２）病床数の状況

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

１）全般的な病床の状況

① 病院病床数

本県の病院病床数は 15,220 床で、人口 10 万人当たり 1,796.9 床となっています。これは、全国平均の 1,238.7 床を大きく上回り、全国第７位となっています。

病床の種別でみると、一般病床 6,396 床（42.0%）、療養病床 4,429 床（29.1%）、精神病床 4,323 床（28.4%）、結核病床 50 床（0.3%）、感染症病床 22 床（0.1%）となっています。

> ※　平成 24 年 10 月 1 日現在の病院病床数概数：15,112 床（人口 10 万人当たり 1,791.6 床）、一般病床 6,428 床、療養病床 4,348 床、精神病床 4,284 床、結核病床 30 床、感染症病床 22 床

人口 10 万人当たりの病床数は、一般病床が 755.1 床で、全国平均の 703.7 床よりやや多く全国 26 位となっています。（平成 17 年：695.1 床、全国 35 位）療養病床は 522.9 床で、全国平均 258.3 床の約２倍（全国６位）（平成 17 年：564.3 床、全国６位）、精神病床も 510.4 床で、全国平均 269.2 床の約 1.9 倍（全国４位）（平成 17 年：512.8 床、全国５位）と多くなっています。

② 一般診療所病床数

本県の一般診療所の病床数は 2,787 床で、人口 10 万人当たり 329.0 床となっています。これは、全国平均の 101.2 床の３倍を超えています。

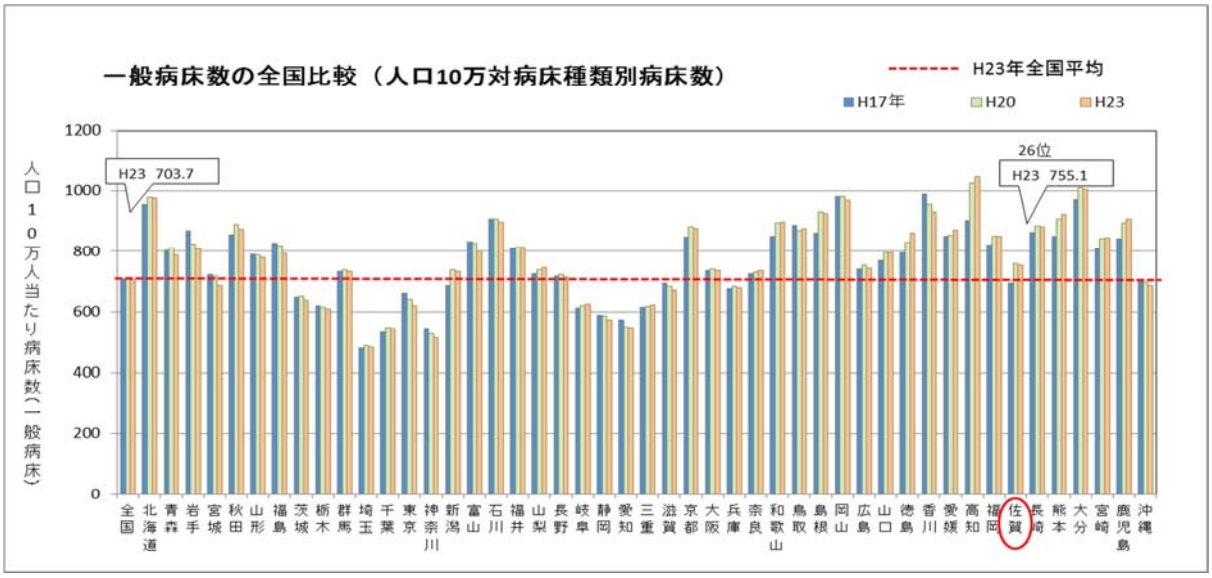
一般診療所の病床数のうち、療養病床数は 425 床（15.2%）で、人口 10 万人当たり 50.2 床となっています。これは、全国平均の 11.1 床の４倍を超えています。

> ※　平成 24 年 10 月 1 日現在の一般診療所病床数：2,713 床（人口 10 万人当たり 321.6 床）、うち療養病床 421 床（人口 10 万人当たり 49.9 床）

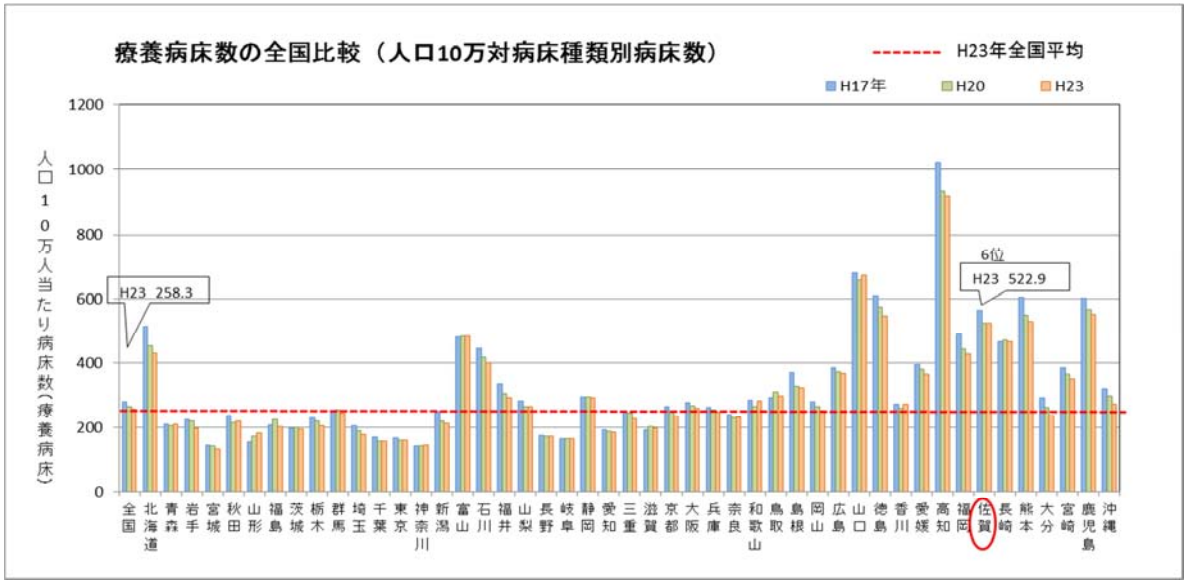
医療施設病床数　　平成23年10月1日現在

		病院						一般診療所	
		総数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	総数	療養病床（再掲）
実数	全国	1,583,073	899,385	330,167	344,047	7,681	1,793	129,366	14,150
	佐賀県	15,220	6,396	4,429	4,323	50	22	2,787	425
	中部	5,851	3,043	1,320	1,482	－	6	1,196	159
	東部	2,434	751	851	778	50	4	275	38
	北部	2,175	860	661	650	－	4	373	93
	西部	1,361	487	530	340	－	4	268	53
	南部	3,399	1,255	1,067	1,073	－	4	675	82
人口10万対	全国	1,238.7	703.7	258.3	269.2	6.0	1.4	101.2	11.1
	佐賀県	1,796.9	755.1	522.9	510.4	5.9	2.6	329.0	50.2

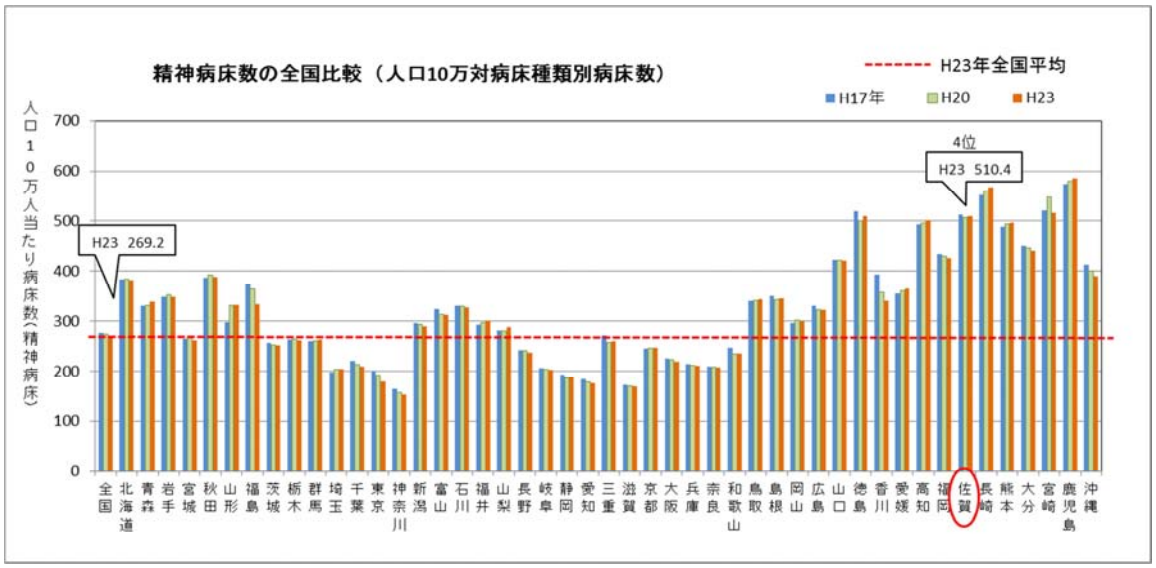
※計数のない場合－　　（厚生労働省「医療施設調査」）



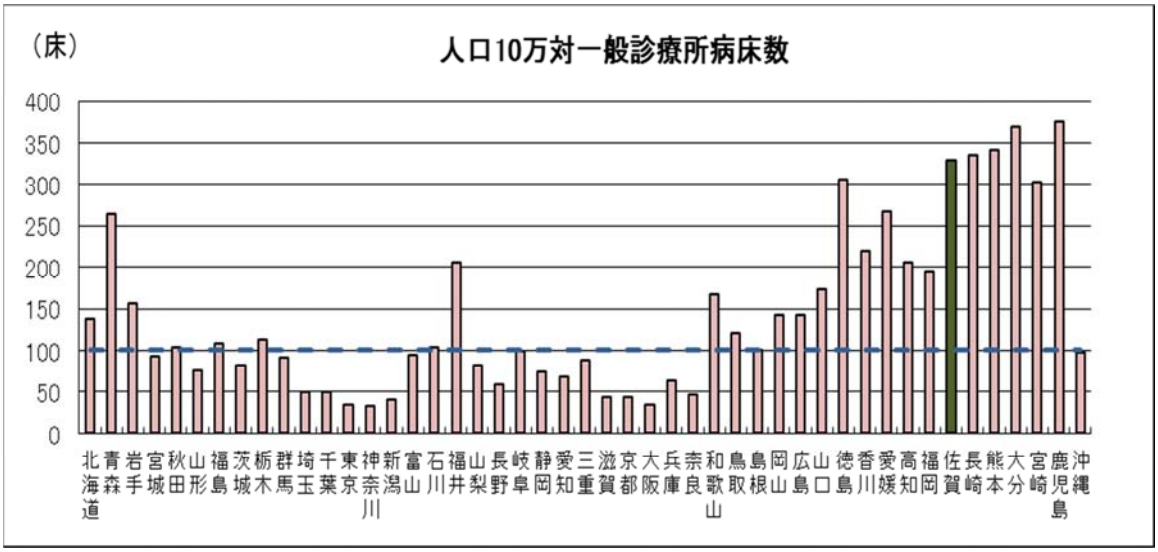
資料：厚生労働省「医療施設調査」



資料：厚生労働省「医療施設調査」



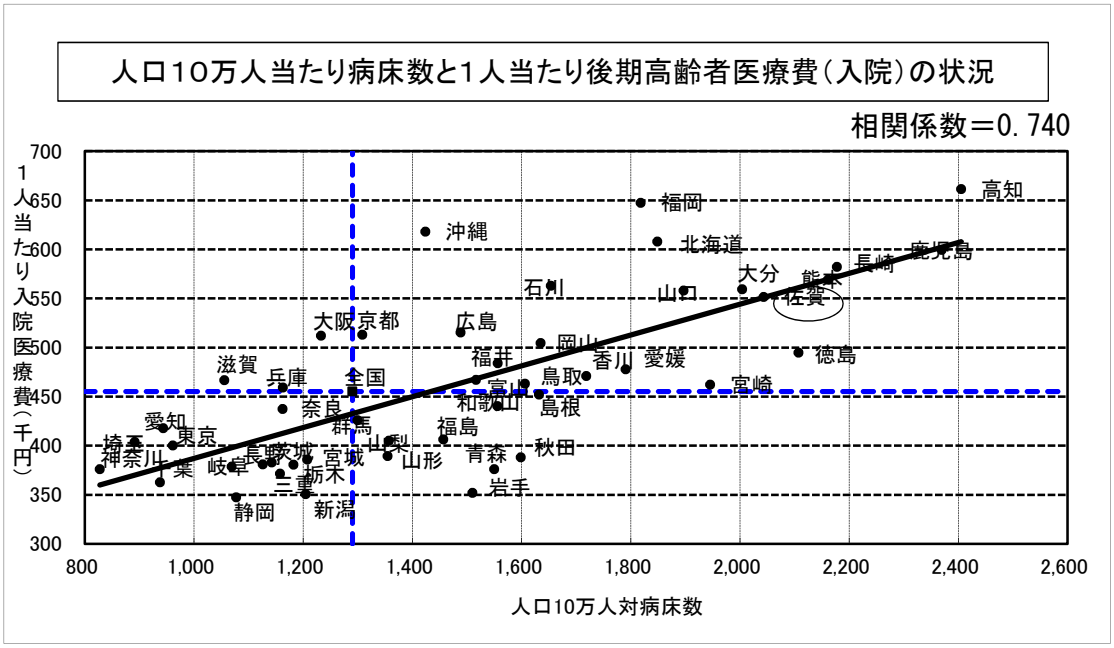
資料：厚生労働省「医療施設調査」

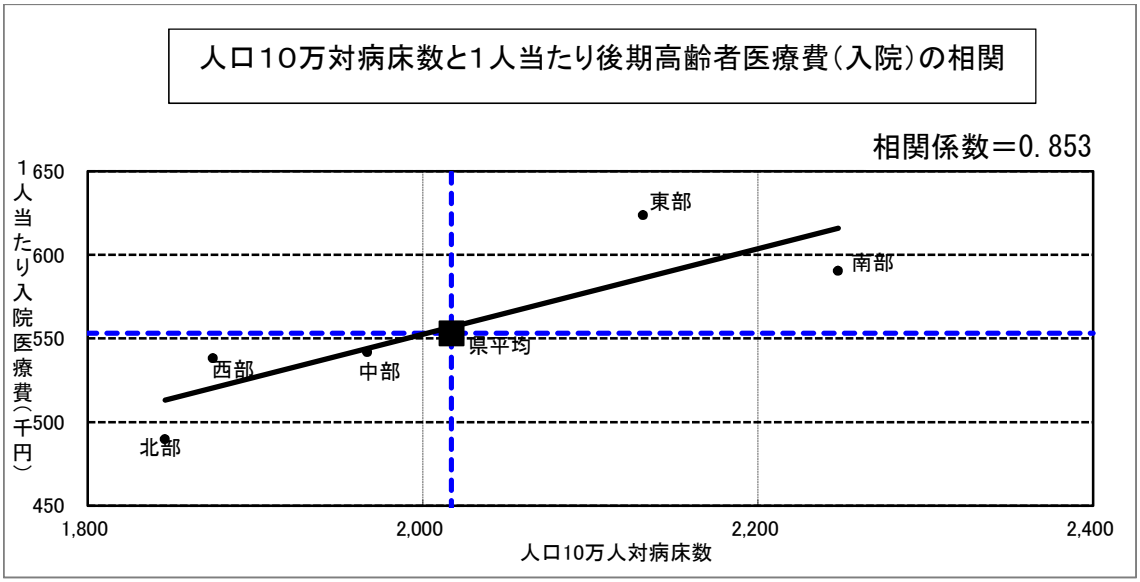


③　病床数と入院医療費の相関

人口 10 万人当たりの病床数と１人当たり後期高齢者医療費（入院）とは正の相関関係があると言われます。本県は、人口 10 万人当たりの病床数と 1 人当たり後期高齢者医療費ともに高くなっています。

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



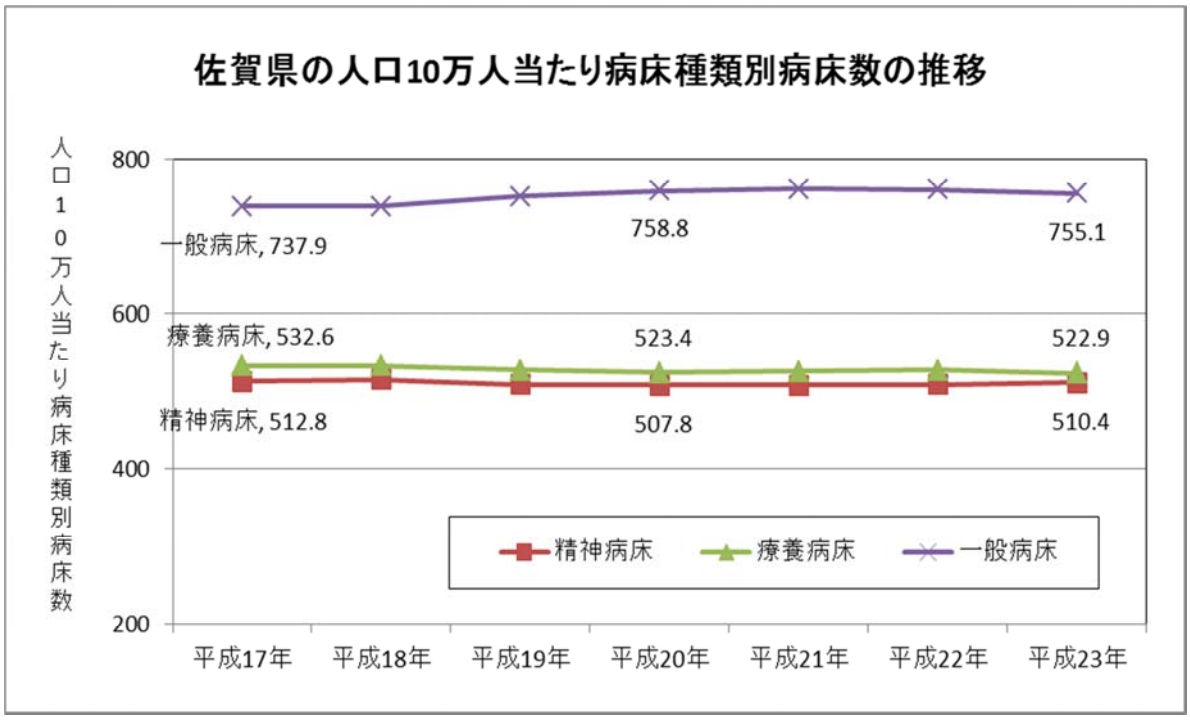


注：病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設の病床数を減じたものである。

資料：厚生労働省「医療施設調査」、「介護サービス施設・事業所調査」（平成 22 年）、「後期高齢者医療事業年報」（平成 22 年度）、佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」

④　種類別病床数の推移

平成 17 年以降の病床種類別病床数の推移をみると、一般病床は若干の増加がみられますが、精神病床、療養病床は、ほぼ横ばい状況にあります。



	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年
総数	1787.2	1800.0	1801.5	1800.7	1805.4	1804.9	1796.9
精神病床	512.8	514.5	508.7	507.8	507.4	508.7	510.4
療養病床	532.6	532.6	526.9	523.4	525.8	527.2	522.9
一般病床	737.9	737.9	751.2	758.8	761.4	760.5	755.1

資料：厚生労働省「医療施設調査」

２）療養病床の状況

本県における平成 24 年 10 月 1 日現在の療養病床数（回復期リハビリテーション病棟の病床（598 床）を除く）は、4,171 床（医療療養病床：3,157 床、介護療養病床：1,014 床）となっており、平成 20 年度の第 1 期計画策定時に基礎資料とした、平成 18 年 10 月時点の療養病床数（4,932 床（医療療養病床：3,407 床、介護療養病床：1,525 床））より 761 床減少しています。

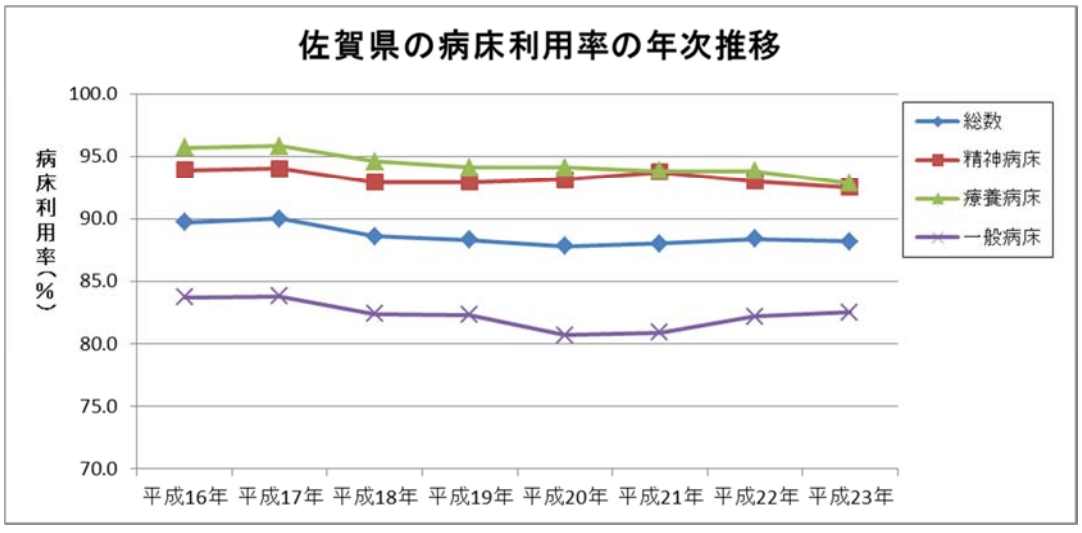
療養病床の病床数

区　分	病床数	
	平成 18 年 10 月※1	平成 24 年 10 月
医療療養病床（医療保険適用）	3,407 床	3,157 床
介護療養病床（介護保険適用）	1,525 床	1,014 床
合　計	4,932 床	4,171 床

※回復期リハビリテーション療養病床（598 床：平成 24 年 10 月 1 日現在）を除く。
※1 「医療施設調査（平成 18 年 10 月末概数）及び「病院報告」をもとに厚生労働省保険局にて算出。

（３）病床の利用状況

本県の平成 23 年の病床利用率※は、一般病床が 82.5%（全国 81.9%）、療養病床 92.8%（全国 91.2%）、精神病床 92.5%（全国 89.1%）となっており、いずれも全国平均を上回っています。
また、病床利用率の推移をみると、精神病床及び療養病床は横ばい、一般病床は緩やかに増加しています。



※　病床利用率＝ $\dfrac{\text{月間在院患者延べ数の 1 月～12 月の合計}}{\text{（月間日数　×　月末病床数）の 1 月～12 月の合計}} \times 100$

（４）平均在院日数の状況

平均在院日数は、病院に入院した患者の１回当たりの平均的な入院日数を示すもので、その算出にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省において実施されている「病院報告」においては、次の算式により算出することとされていますので、本計画の評価では、この算式による数値を使います。

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

１）全国の状況

平均在院日数については、近年、全国的に短縮傾向にありますが、本県の平成23年の総数（介護療養病床を含む）の平均在院日数は47.0日で、平成17年（第１期計画策定時）と比べると6.9日短くなっています。全国平均の32.0日に比べて15.0日（平成17年：18.2日）、最短の東京都の24.7日と比べると22.3日（平成17年：26.6日）長くなっており、高知県の52.2日に次いで全国２位となっています。

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

（日）

	佐賀県			全　国			最短県		
	平成17年	平成20年	平成23年	平成17年	平成20年	平成23年	平成17年（長野県）	平成20年（東京都）	平成23年（東京都）
総　数(全病床)	53.9	51.7	47.0	35.7	33.8	32.0	27.3	26.0	24.7
一般病床	22.9	22.9	21.1	19.8	18.8	17.9	17.5	16.4	15.6
療養病床	148.3	142.0	132.7	172.8	176.6	175.1	99.7	197.3	201.7
精神病床	397.1	378.8	366.9	327.2	312.9	298.1	263.6	226.3	215.6
介護療養病床を除く総数（対目標基準年）	平成18年	平成20年	平成23年	平成18年	平成20年	平成23年	平成18年（長野県）	平成20年（東京都）	平成23年（東京都）
	48.5	47.5	43.8	32.2	31.6	30.4	25.0	24.3	23.3

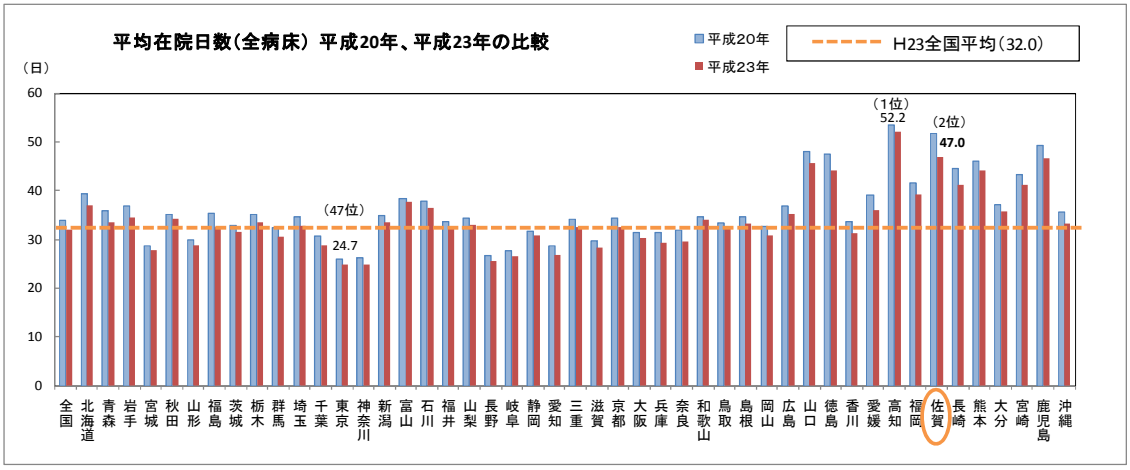
資料:厚生労働省「病院報告」「医療施設調査」

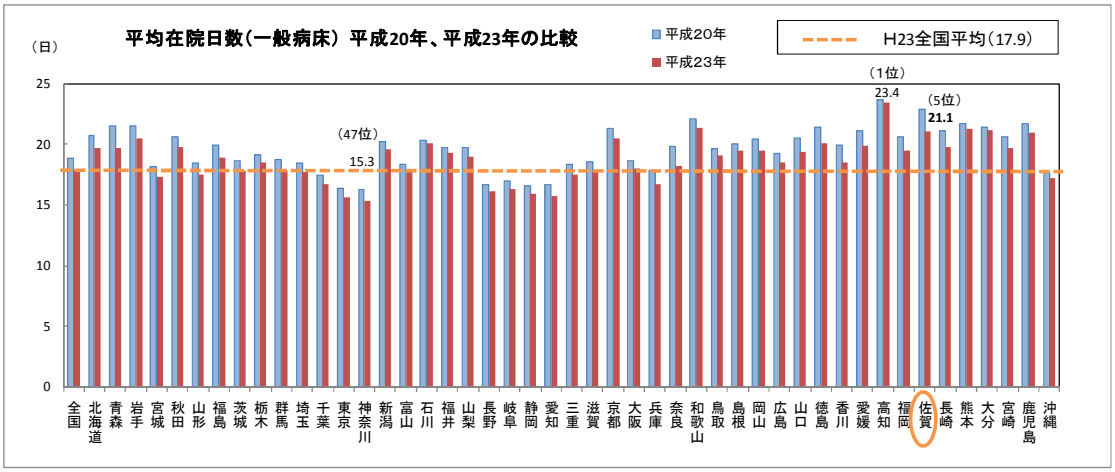
※療養病床：医療療養病床及び介護療養病床の計

病床種別ごとにみると、療養病床は全国平均より短くなっていますが、一般病床と精神病床は全国平均より長くなっており、特に精神病床の平均在院日数は 366.9 日（平成 23 年、全国６位）で、全国平均と比べて 68.8 日（平成 17 年は 69.9 日）長くなっています。

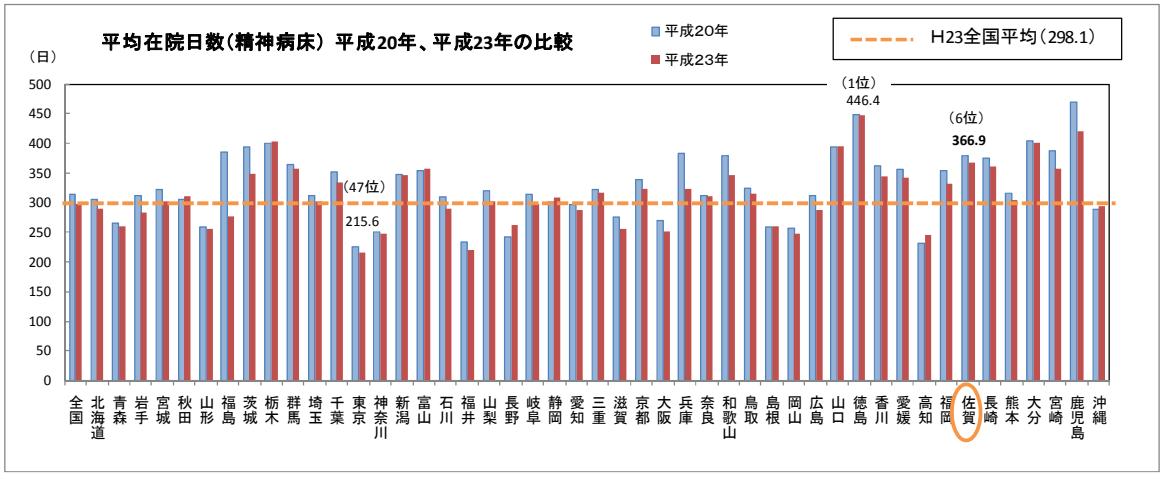
平成 17 年に比べると、全国平均や最短県との差は小さくなっていますが、依然として平均在院日数は全国平均に比べ長い状況にあります。

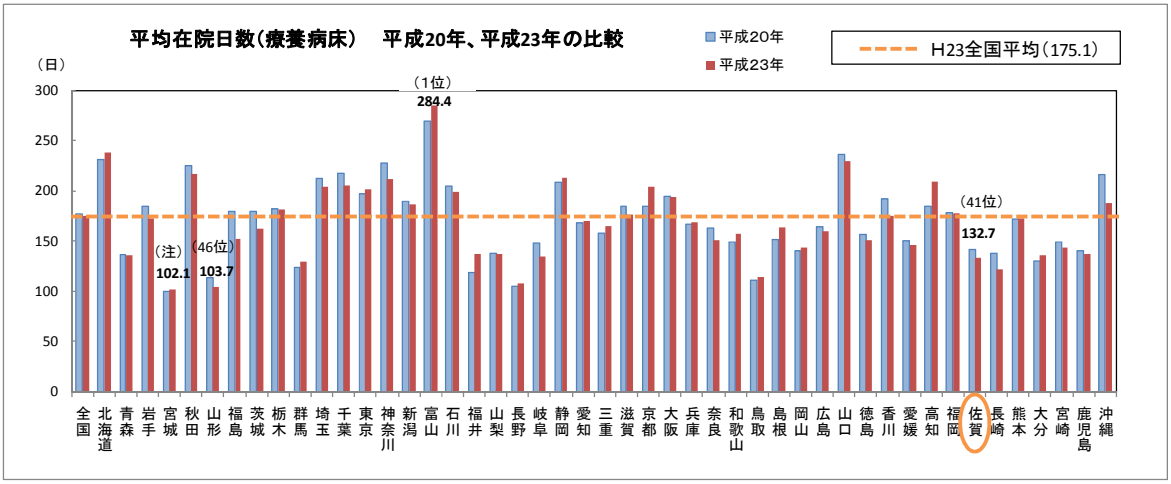
なお、介護療養病床を除く総数における平均在院日数（平成 24 年度の目標値 40.6 日）は 43.8 日となっており、第１期計画策定時の最新データであった平成 18 年病院報告より 4.7 日短くなっていますが、全国平均と比べると 13.4 日長く、高知県（45.6 日）、鹿児島県（45.1 日）に次いで全国３位という状況にあります。



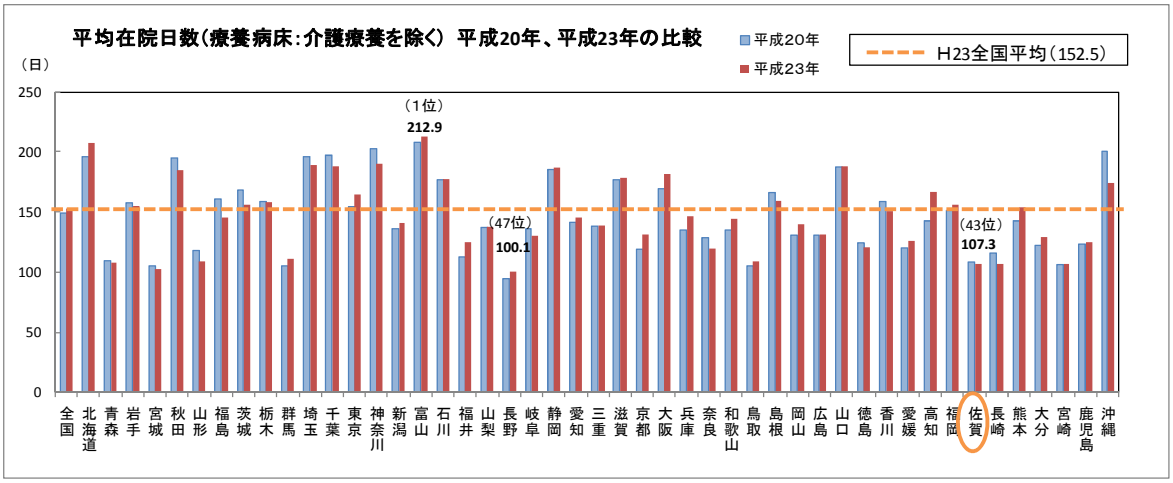


資料：厚生労働省「病院報告」



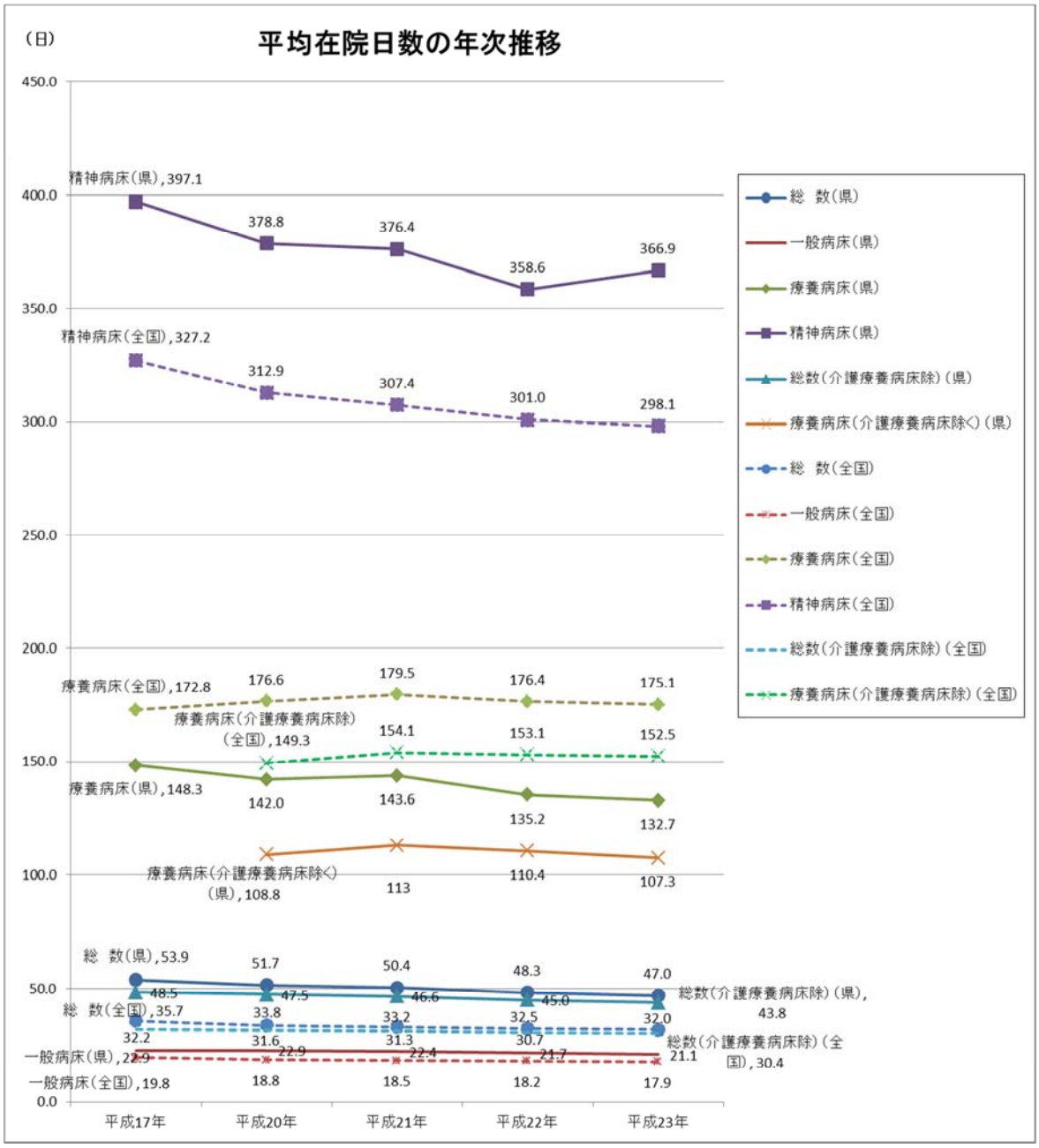


注）東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計。
47位は、宮城県であるが、上記の理由から順位の記載をしていない。



資料：厚生労働省「病院報告」

平均在院日数の病床種類別の年次推移を見ると、精神病床は、全国平均、佐賀県ともに短縮傾向にありますが、療養病床は、全国平均は横ばい、本県はわずかですが短縮傾向にあり、一般病床は、全国平均、本県ともにほぼ横ばいの状況になっています。



資料：厚生労働省「病院報告」

２）二次医療圏ごとの平均在院日数と人口 10 万人対病床数

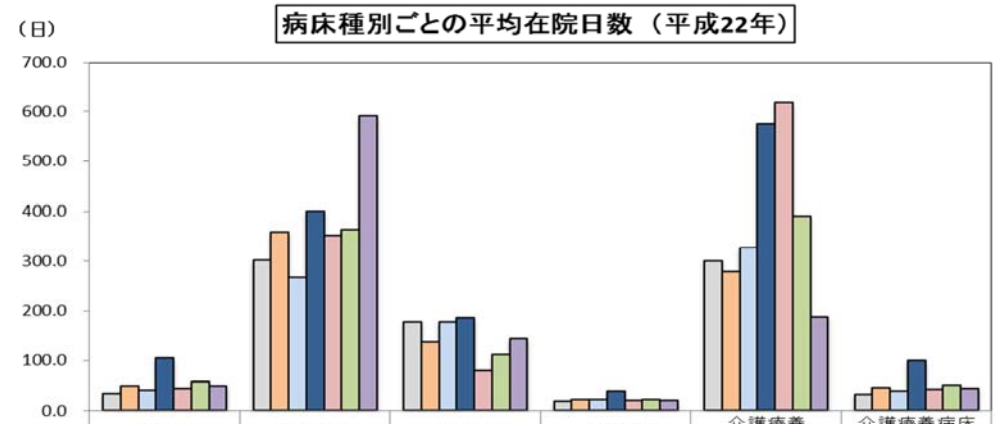
圏域名	市　郡　名
中部保健医療圏	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、神埼郡（吉野ヶ里町）
東部保健医療圏	鳥栖市、三養基郡（基山町、上峰町、みやき町）
北部保健医療圏	唐津市、東松浦郡（玄海町）
西部保健医療圏	伊万里市、西松浦郡（有田町）
南部保健医療圏	武雄市、鹿島市、嬉野市、杵島郡（大町町、江北町、白石町）藤津郡（太良町）

① 病床種別ごとの平均在院日数

二次医療圏ごとの平均在院日数は、全病床、療養病床、一般病床、介護療養病床を除く全病床ともに東部が長く、精神病床は南部が、介護療養病床は北部が長い状況です。

平成 20 年と平成 22 年の平均在院日数の変化を見ると、総数（全病床）では、すべての二次医療圏で 2.4 日～5.8 日短くなっており、県全体では 3.4 日短くなっています。精神病床は、北部医療圏（△74.9 日）、西部医療圏（△85.1 日）で大きく減少していますが、南部医療圏では 30.3 日増えています。

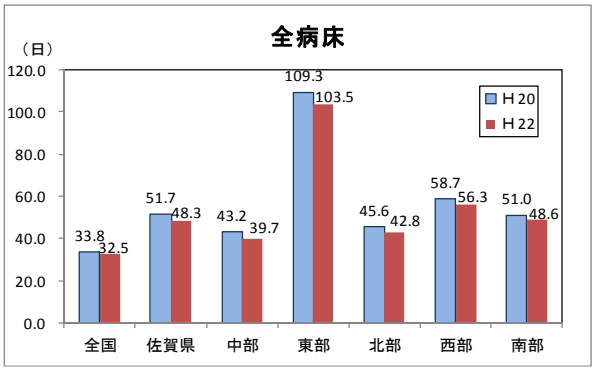
また、療養病床でも、他の医療圏が減少しているのに対し南部医療圏は 5.1 日増えています。一般病床は、すべての二次医療圏で減少しており、在院日数の長い東部医療圏が、他の医療圏に比べ減少幅が大きくなっています。

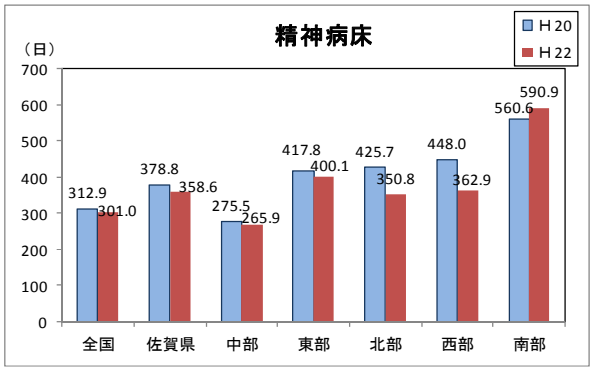


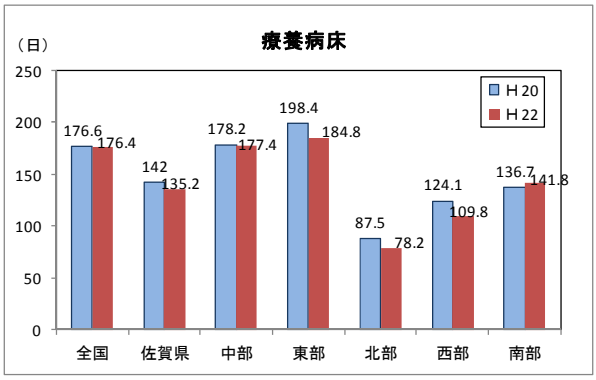
	全病床	精神病床	療養病床	一般病床	介護療養病床	介護療養病床を除く全病床
全国	32.5	301.0	176.4	18.2	300.2	30.7
佐賀県	48.3	358.6	135.2	21.7	278.4	45.0
中部	39.7	265.9	177.4	21.3	326.5	37.8
東部	103.5	400.1	184.8	38.3	576.8	98.4
北部	42.8	350.8	78.2	19.5	618.2	40.7
西部	56.3	362.9	109.8	21.4	390.3	49.7
南部	48.6	590.9	141.8	19.4	187.8	43.2

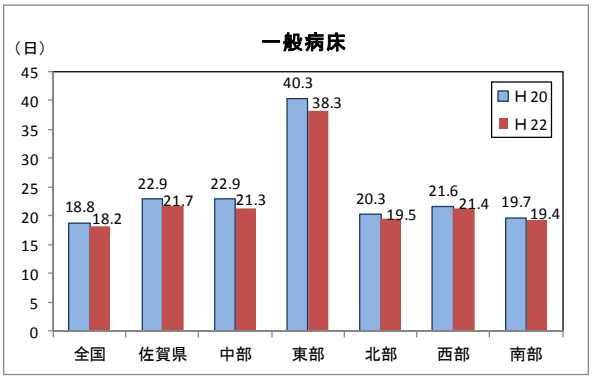
療養病床：医療療養病床及び介護療養病床の計

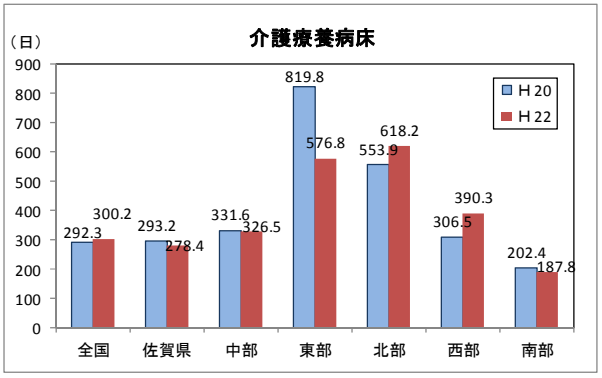
②　平成 20 年と平成 22 年の平均在院日数の変化

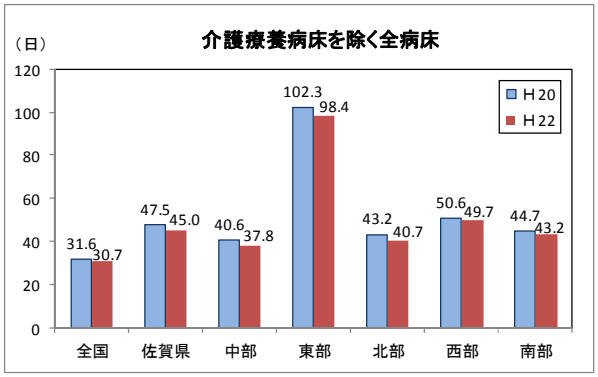












（日）

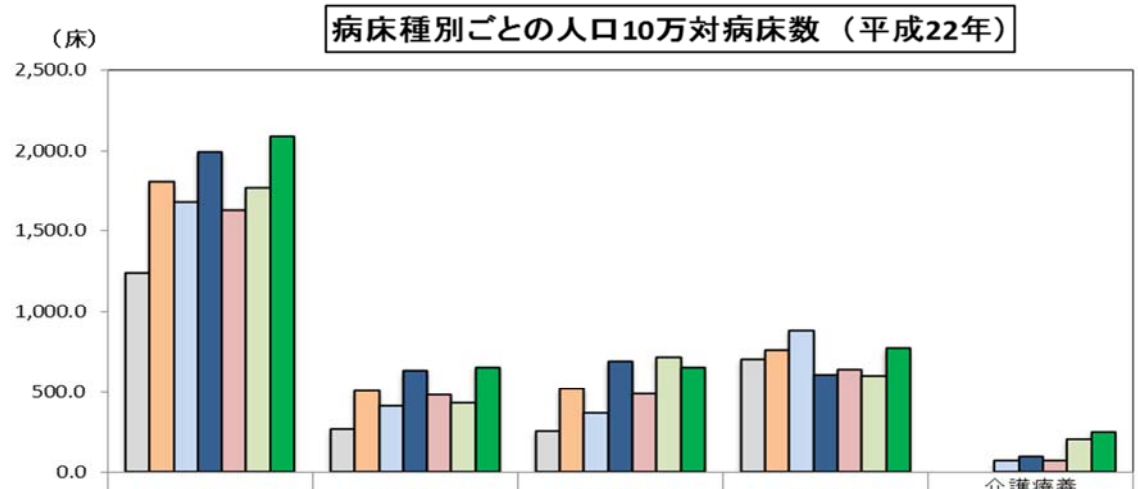
	総数（全病床）		精神病床		療養病床		一般病床		（再掲）介護療養病床		介護療養病床を除く全病床	
	H20	H22	H20	H22	H20	H22	H20	H22	H20	H22	H20	H22
全国	33.8	32.5	312.9	301.0	176.6	176.4	18.8	18.2	292.3	300.2	31.6	30.7
佐賀県	51.7	48.3	378.8	358.6	142	135.2	22.9	21.7	293.2	278.4	47.5	45.0
中部	43.2	39.7	275.5	265.9	178.2	177.4	22.9	21.3	331.6	326.5	40.6	37.8
東部	109.3	103.5	417.8	400.1	198.4	184.8	40.3	38.3	819.8	576.8	102.3	98.4
北部	45.6	42.8	425.7	350.8	87.5	78.2	20.3	19.5	553.9	618.2	43.2	40.7
西部	58.7	56.3	448.0	362.9	124.1	109.8	21.6	21.4	306.5	390.3	50.6	49.7
南部	51.0	48.6	560.6	590.9	136.7	141.8	19.7	19.4	202.4	187.8	44.7	43.2

資料：厚生労働省「病院報告」

（日）

	総数（全病床）		H20−H22の差	精神病床		H20−H22の差	療養病床		H20−H22の差	一般病床		H20−H22の差
	H20	H22		H20	H22		H20	H22		H20	H22	
全国	33.8	32.5	−1.3	312.9	301.0	−11.9	176.6	176.4	−0.2	18.8	18.2	−0.6
佐賀県	51.7	48.3	−3.4	378.8	358.6	−20.2	142	135.2	−6.8	22.9	21.7	−1.2
中部	43.2	39.7	−3.5	275.5	265.9	−9.6	178.2	177.4	−0.8	22.9	21.3	−1.6
東部	109.3	103.5	−5.8	417.8	400.1	−17.7	198.4	184.8	−13.6	40.3	38.3	−2.0
北部	45.6	42.8	−2.8	425.7	350.8	−74.9	87.5	78.2	−9.3	20.3	19.5	−0.8
西部	58.7	56.3	−2.4	448.0	362.9	−85.1	124.1	109.8	−14.3	21.6	21.4	−0.2
南部	51.0	48.6	−2.4	560.6	590.9	30.3	136.7	141.8	5.1	19.7	19.4	−0.3

③　病床種別ごとの人口 10 万対病床数



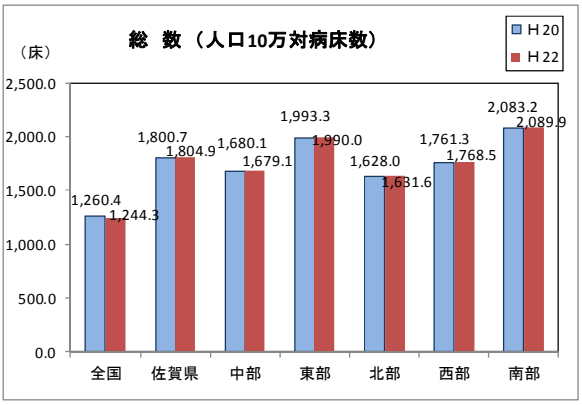
	全病床	精神病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全国	1,244.3	270.7	260.0	705.6	
佐賀県	1,804.9	508.7	527.2	760.5	−
中部	1,679.1	419.4	374.4	883.6	74.7
東部	1,990.0	636.1	696.6	613.2	103.8
北部	1,631.6	487.6	495.9	645.1	78.0
西部	1,768.5	435.4	719.7	608.3	207.5
南部	2,089.9	659.4	653.8	774.3	256.9

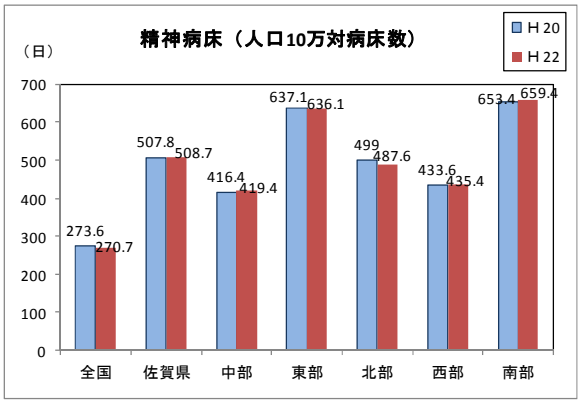
資料：厚生労働省「病院報告」

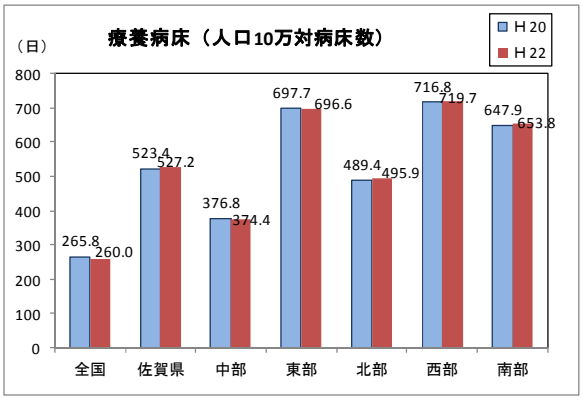
病床種別ごとの人口 10 万対病床数は、全病床及び精神病床では、東部医療圏と南部医療圏が多く、療養病床では、東部、西部、南部医療圏が多く、一般病床は、中部医療圏が多くなっています。

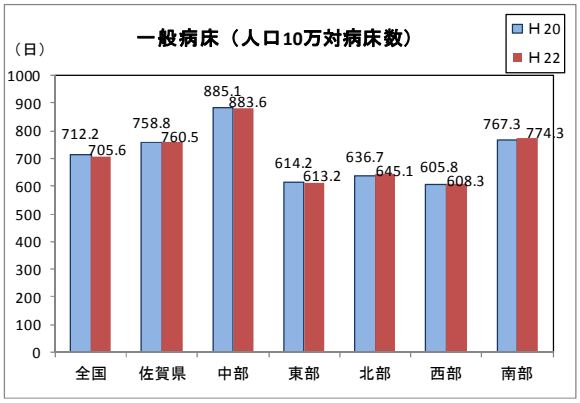
西部、南部医療圏においては、他の医療圏に比べ介護療養病床が多くなっています。

④　平成 20 年と平成 22 年の人口 10 万対病床数の変化









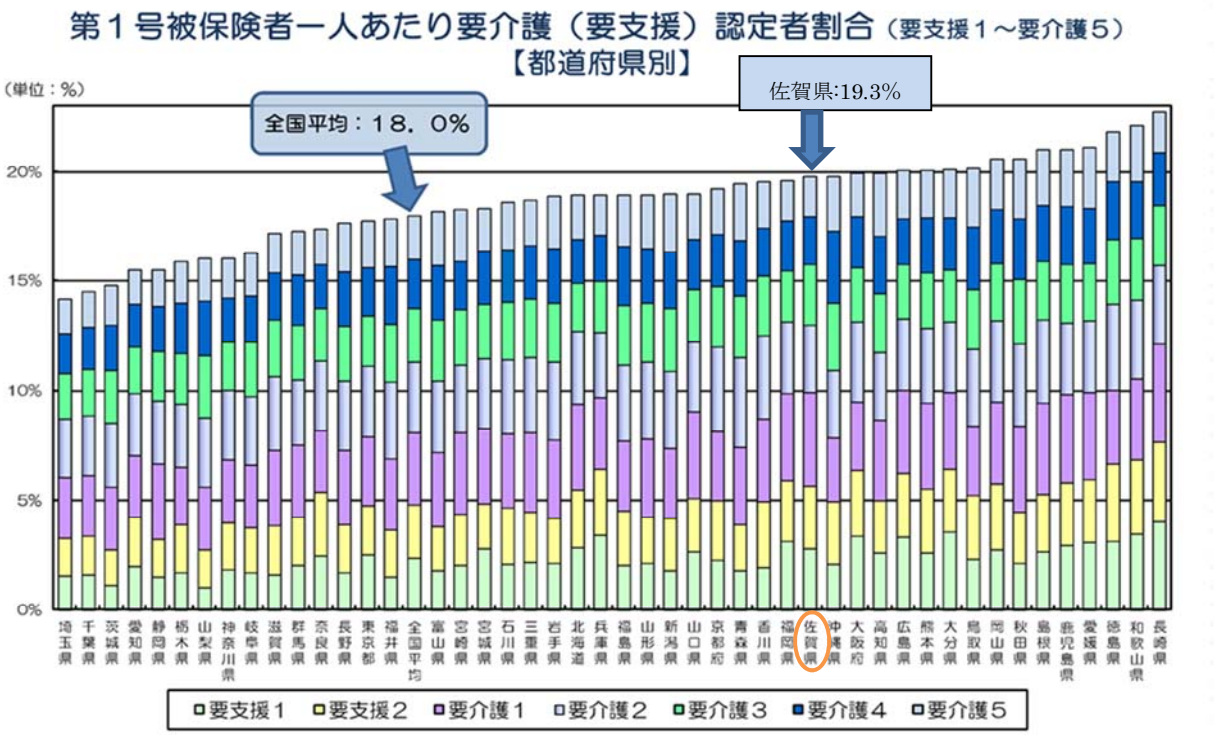
（床）

	総数(全病床)		H20-H22の差	精神病床		H20-H22の差	療養病床		H20-H22の差	一般病床		H20-H22の差
	H20	H22		H20	H22		H20	H22		H20	H22	
全国	1260.4	1244.3	-16.1	273.6	270.7	-2.9	265.8	260.0	-5.8	712.2	705.6	-6.6
佐賀県	1800.7	1804.9	4.2	507.8	508.7	0.9	523.4	527.2	3.8	758.8	760.5	1.7
中部	1680.1	1679.1	-1.0	416.4	419.4	3.0	376.8	374.4	-2.4	885.1	883.6	-1.5
東部	1993.3	1990.0	-3.3	637.1	636.1	-1.0	697.7	696.6	-1.1	614.2	613.2	-1.0
北部	1628.0	1631.6	3.6	499	487.6	-11.4	489.4	495.9	6.5	636.7	645.1	8.4
西部	1761.3	1768.5	7.2	433.6	435.4	1.8	716.8	719.7	2.9	605.8	608.3	2.5
南部	2083.2	2089.9	6.7	653.4	659.4	6.0	647.9	653.8	5.9	767.3	774.3	7.0

全国では、すべての病床種別で人口 10 万対病床数は減少していますが、本県ではわずかながら増加しています。北部医療圏では、精神病床数の減少が見られましたが、西部・南部医療圏では、すべての病床種別で増加が見られました。

（５）介護サービスの利用状況

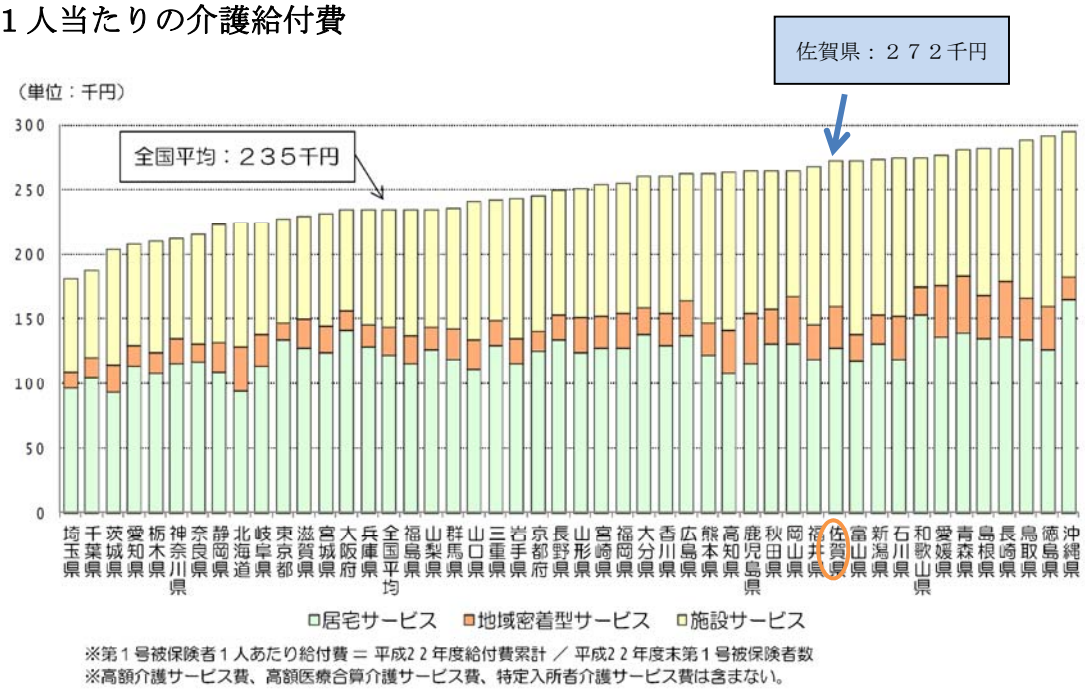
本県の要介護認定率は、全国平均を上回り全国 16 位です。１人当たりの介護給付費も全国平均を上回っています。このため、第１号保険料も上昇するなど負担も大きくなってきています。



要介護（要支援）認定者数については、第２号被保険者分を含んだ数値を使用している。

出典：介護保険事業状況報告（平成 24 年８月末現在）

１人当たりの介護給付費

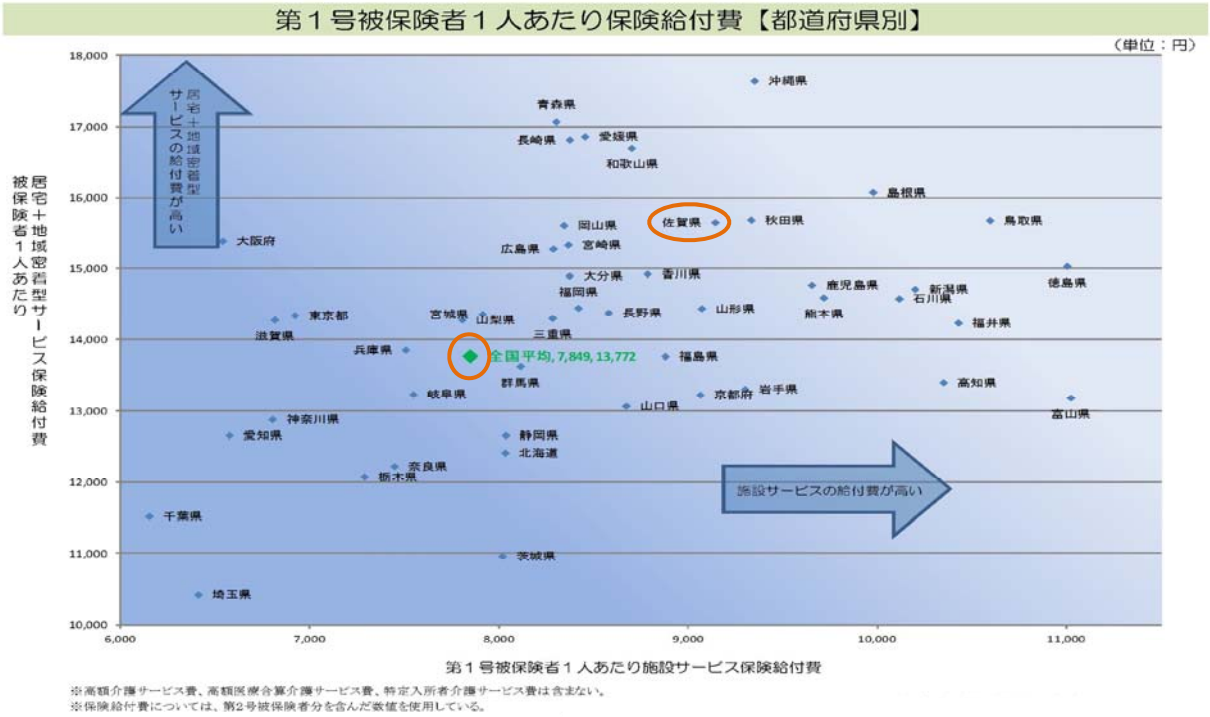


出典：介護保険事業状況報告年報（平成 22 年度）

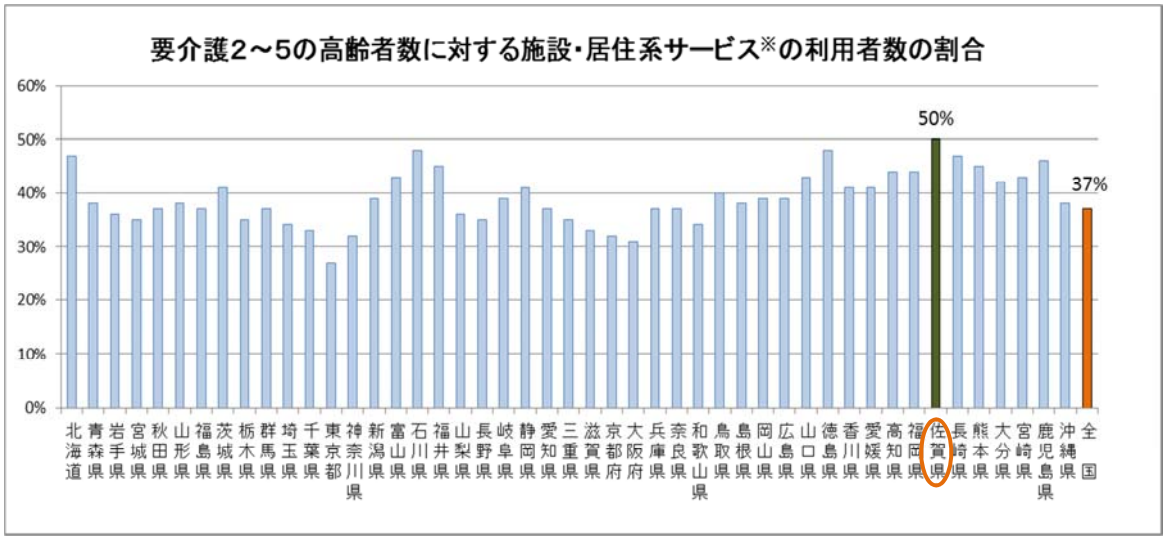
（６）在宅・施設サービスの給付状況

本県の介護保険サービスの給付状況を見ると、在宅サービス給付費、施設サービス給付費とも全国と比べて高い状況にあります。

また、要介護 2～5 の高齢者数に対する施設・居住系サービスの利用者の割合が全国 1 位（50%、全国平均 37%）で、施設等への入所系サービスを利用する人が多いと言えます。



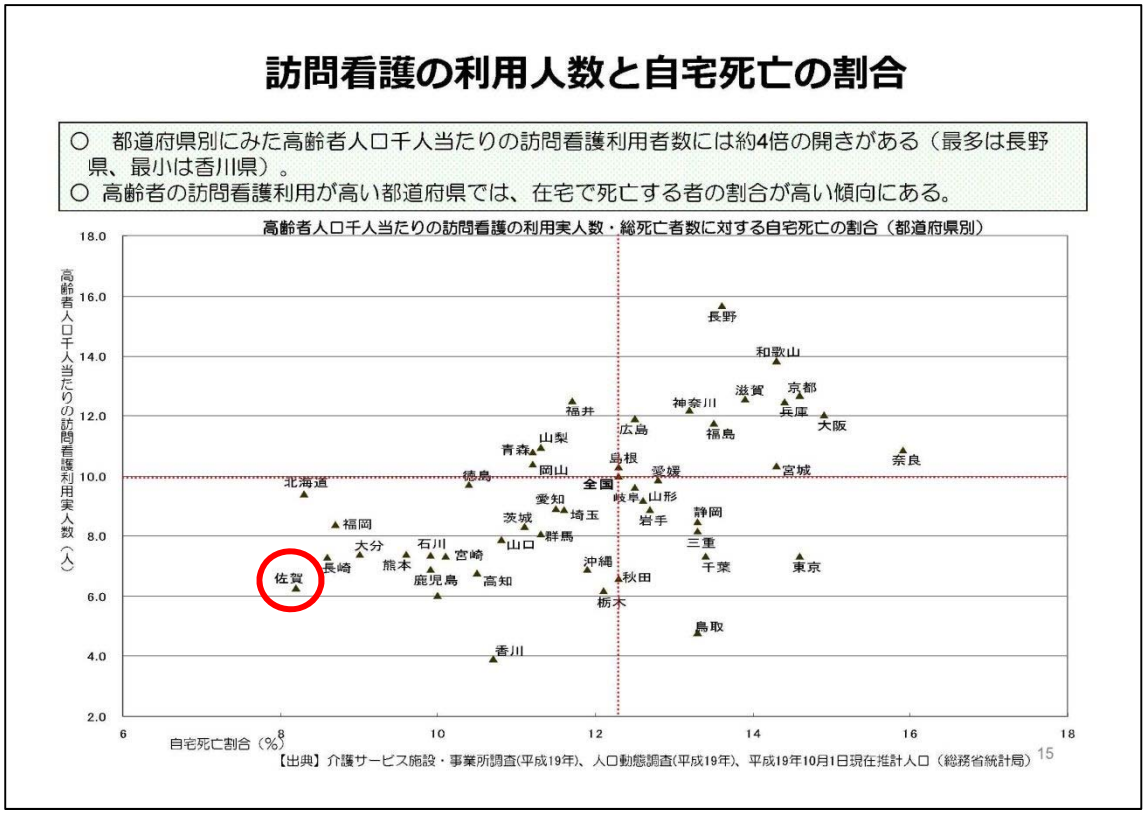
出典：介護保険事業状況報告（平成 24 年 8 月末現在）



※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、介護専用型特定施設、介護療養型医療施設

資料：厚生労働省（平成 21 年 3 月時点）

高齢者の訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する割合が高い傾向にあると言われるが、本県では、訪問看護を利用する人が少なく在宅で死亡する人も少ない状況にあります。



厚生労働省社会保障審議会資料より引用

在宅医療を推進することを目的に設置された「在宅療養支援診療所・病院」※の届出状況は、平成 20 年の 120 施設から平成 23 年は 143 施設に増加しています。連携保健医療機関等の数も 298 施設から 359 施設へと増加しています。2 次医療圏でみると、東部医療圏が届出の割合が他の圏域に比べ高くなっています。中部、東部、南部医療圏では、受け持つ在宅療養患者の数が約 2 倍へと増加しています。

今後さらに在宅医療を推進するにあたっては、様々な疾病患者に適切に対応することが重要であり、24 時間 365 日安心して医療を受けられる環境の整備が必要です。現在の在宅医療においては、一般的に医師（歯科医師）による訪問診療が中心となっていますが、佐賀県においては、訪問診療を実施する医療機関数は、全国と比べると高い水準にありますが、24 時間 365 日体制の医療を提供する医療機関はまだ多くはありません。これらの体制を確保するためには、医療従事者等の負担軽減が重要であり、今後は、「在宅医療連携拠点機関」や「積極的支援を行う機関」等、各医療機関の役割を明確にし、医療機関間の連携及びグループ化を推進する必要があります。

※在宅療養支援診療所・病院

在宅医療を提供している患者からの連絡を 24 時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所

2次医療圏ごとの在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの状況

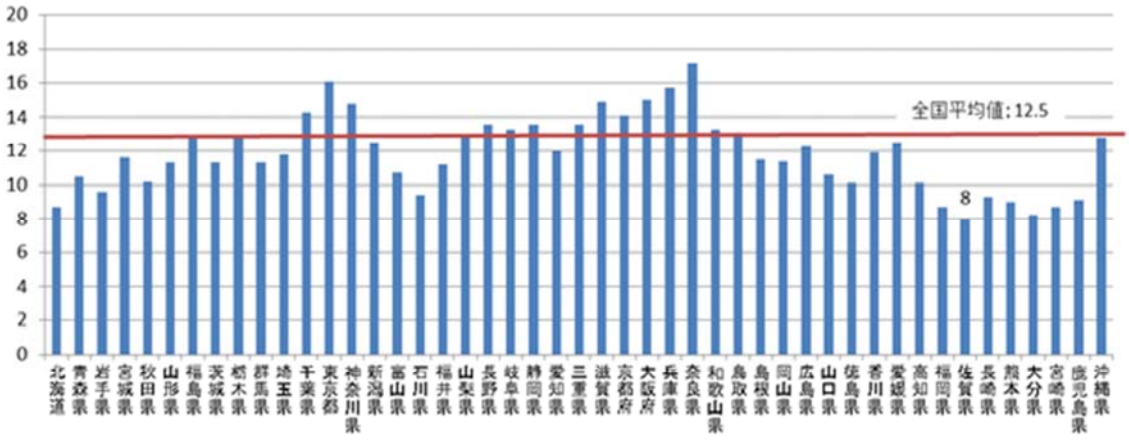
	平成20年					平成23年					訪問看護ステーション指定数（H23年4月）
	一般診療所数	届出施設数	診療所数に対する割合	連携保険医療機関等の数	受け持つ在宅療養患者の数	一般診療所数	届出施設数	診療所数に対する割合	連携保険医療機関等の数	受け持つ在宅療養患者の数	
県　計	694	120	17.3%	298	1211	691	143	20.7%	359	2042	40
中　部	315	42	13.3%	84	456	318	48	15.1%	99	934	19
東　部	100	26	26.0%	59	235	98	32	32.7%	81	499	5
北　部	108	23	21.3%	87	323	104	28	26.9%	104	300	5
西　部	55	7	12.7%	13	40	57	8	14.0%	13	52	4
南　部	116	22	19.0%	55	157	114	27	23.7%	62	257	7

資料：厚生労働省「医療施設調査」、訪問看護ステーションは平成23年4月1日現在の指定数

（７）在宅死亡率の状況

本県における平成 23 年の在宅死亡割合は 8.0%（全国平均 12.5%）で、計画策定時の 9 位（平成 17 年）から年々低下し、施設内で亡くなる人が増加し、自宅で亡くなる人の割合は、平成 21 年度以降は、全国で最下位という低い状況にあります。

これらの全国的な背景には、核家族化の進行、高齢単身世帯の増加、女性の社会進出等、社会的環境の変化により、在宅医療に不可欠な患者家族の理解・協力が得にくくなっていることが考えられます。また、本県においては、人口 10 万人当たりの病床数（1,804.9 床）が全国平均値（1,244.3 床）より高い数値であり、入院環境が概ね整っていることも一つの要因と考えられます。



（%）

	H17		H20		H21		H22		H23	
	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
施設内	85.2	87.6	85.0	88.9	85.2	89.8	85.1	89.8	84.0	90.0
病院	79.8	79.1	78.6	79.3	78.4	80.4	77.9	80.1	76.2	79.7
診療所	2.6	5.0	2.5	5.1	2.4	4.7	2.4	4.7	2.3	4.5
介護老人保健施設	0.7	1.1	1.0	1.2	1.1	1.4	1.3	1.7	1.5	2.0
助産所	0.0	－	－	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
老人ホーム	2.1	2.5	2.9	3.2	3.2	3.3	3.5	3.3	4.0	3.9
施設外	14.8	12.4	15.0	11.1	14.8	10.2	14.9	10.2	16.0	10.0
自宅	12.2	10.2	12.7	9.2	12.4	8.1	12.6	8.0	12.5	8.0
その他	2.5	2.2	2.3	1.9	2.4	2.1	2.3	2.2	3.5	2.0

死亡総数に占める在宅死亡の割合 （%）

	H17		H20		H21		H22		H23	
	全国	12.2	全国	12.7	全国	12.4	全国	12.6	全国	12.5
1	奈良	16.8	奈良	15.8	奈良	15.7	奈良	16.4	奈良	17.2
2	和歌山	15.0	大阪	15.5	東京	15.3	東京	16.1	東京	16.1
3	長野	14.6	滋賀	15.4	兵庫	14.9	大阪	15.4	兵庫	15.7
4	宮城	14.5	兵庫	15.3	大阪	14.7	兵庫	15.4	大阪	15.0
5	新潟	14.5	東京	15.1	滋賀	14.6	滋賀	15.2	滋賀	14.9
6	兵庫	14.5	和歌山	15.0	宮城	14.3	宮城	14.7	神奈川	14.8
7	大阪	14.3	長野	14.9	長野	14.3	京都	14.6	千葉	14.3
8	福島	14.2	宮城	14.6	静岡	14.3	神奈川	14.3	京都	14.1
9	滋賀	14.2	京都	14.6	京都	14.1	千葉	14.1	長野	13.6
10	三重	13.9	神奈川	14.2	千葉	14.0	静岡	13.8	静岡	13.6
11	京都	13.8	静岡	14.2	神奈川	14.0	和歌山	13.8	三重	13.6
12	山形	13.6	千葉	13.9	和歌山	13.7	長野	13.6	岐阜	13.3
13	岐阜	13.6	新潟	13.9	三重	13.5	岐阜	13.5	和歌山	13.3
14	鳥取	13.5	三重	13.9	福島	13.2	福島	13.3	鳥取	13.1
15	千葉	13.2	鳥取	13.7	栃木	13.1	三重	13.3	山梨	13.0
16	東京	13.2	福島	13.5	岐阜	13.0	愛媛	13.2	福島	12.8
17	静岡	13.0	岐阜	13.0	新潟	12.6	栃木	12.7	栃木	12.8
18	島根	12.8	栃木	12.9	岩手	12.5	新潟	12.5	沖縄	12.8
19	愛媛	12.8	山梨	12.6	鳥取	12.5	山梨	12.5	新潟	12.5
20	神奈川	12.5	愛媛	12.3	沖縄	12.5	鳥取	12.3	愛媛	12.5
21	栃木	12.4	沖縄	12.3	山梨	12.4	香川	12.3	広島	12.3
22	山梨	12.2	愛知	12.2	広島	12.3	愛知	12.1	愛知	12.0
23	岩手	12.0	広島	12.2	愛媛	12.3	山形	11.9	香川	11.9
24	秋田	12.0	香川	12.2	愛知	11.9	広島	11.9	埼玉	11.8
25	広島	12.0	岩手	12.1	島根	11.9	沖縄	11.9	宮城	11.6
26	茨城	11.7	島根	12.0	埼玉	11.8	岩手	11.6	島根	11.5
27	福井	11.7	秋田	11.8	群馬	11.5	埼玉	11.5	岡山	11.4
28	岡山	11.7	埼玉	11.8	茨城	11.4	茨城	11.4	山形	11.3
29	沖縄	11.7	福井	11.8	青森	11.3	島根	11.4	茨城	11.3
30	埼玉	11.6	山形	11.6	山形	11.2	富山	11.1	群馬	11.3
31	愛知	11.4	岡山	11.6	秋田	11.1	青森	11.0	福井	11.2
32	群馬	11.3	群馬	11.2	福井	11.1	岡山	11.0	富山	10.7
33	徳島	11.2	青森	11.0	岡山	10.9	群馬	10.8	山口	10.6
34	香川	11.2	茨城	11.0	香川	10.9	高知	10.8	青森	10.5
35	山口	11.1	山口	10.7	山口	10.8	山口	10.6	秋田	10.2
36	宮崎	11.1	徳島	10.5	高知	10.5	福井	10.3	徳島	10.1
37	石川	10.8	富山	10.2	富山	10.3	秋田	10.0	高知	10.1
38	青森	10.6	高知	10.2	石川	10.0	徳島	9.9	岩手	9.6
39	佐賀	10.2	石川	10.1	徳島	10.0	石川	9.5	石川	9.4
40	富山	10.1	熊本	9.7	熊本	9.3	鹿児島	9.1	長崎	9.3
41	高知	10.0	鹿児島	9.7	宮崎	9.1	長崎	9.0	鹿児島	9.1
42	鹿児島	9.8	宮崎	9.6	鹿児島	8.9	宮崎	8.9	熊本	9.0
43	熊本	9.5	佐賀	9.2	長崎	8.8	大分	8.8	北海道	8.7
44	大分	9.5	長崎	9.0	大分	8.8	北海道	8.7	福岡	8.7
45	福岡	9.1	大分	9.0	北海道	8.6	福岡	8.7	宮崎	8.7
46	長崎	8.8	福岡	8.9	福岡	8.5	熊本	8.6	大分	8.2
47	北海道	8.1	北海道	8.6	佐賀	8.1	佐賀	8.0	佐賀	8.0

資料：厚生労働省「人口動態調査」

（８）受療率の状況

医療費と正の相関関係があると言われている受療率について、平成 23 年の厚生労働省患者調査によると、本県の受療率は、入院 1,610（全国 1,068)、外来 6,931（全国 5,784）で、ともに全国の受療率を大きく上回っています。また、年齢階級別においても各年齢で入院・外来ともに全国の受療率を上回っています。

受療率(人口10万対、入院･外来別×男女別×年齢階級別)

（調査時点:平成23年10月）

	総数				男性				女性			
	入院		外来		入院		外来		入院		外来	
	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国
総数	1,610	1,068	6,931	5,784	1,500	1,005	6,317	5,014	1,709	1,129	7,479	6,514
0～ 4歳	435	349	9,251	7,047	534	370	9,768	7,280	337	326	8,734	6,800
5～14歳	171	100	4,242	3,772	200	110	4,705	3,851	145	90	3,859	3,690
15～24歳	258	156	2,237	2,142	211	149	1,952	1,714	305	163	2,522	2,590
25～34歳	435	280	3,265	2,876	373	205	2,379	2,002	485	357	4,045	3,776
35～44歳	553	330	3,603	3,290	666	330	2,782	2,526	444	329	4,392	4,074
45～54歳	941	538	4,643	4,210	1,064	625	4,158	3,554	844	451	5,178	4,869
55～64歳	1,458	1,012	6,979	6,188	1,776	1,223	6,358	5,507	1,127	806	7,479	6,849
65～74歳	2,361	1,713	12,065	10,145	2,943	2,002	11,550	9,382	1,940	1,457	12,716	10,831
75歳～	6,047	4,598	15,099	12,717	5,718	4,389	17,407	12,816	6,388	4,725	14,260	12,657
65歳～(再掲)	4,407	3,136	13,749	11,414	4,210	3,052	14,094	10,891	4,537	3,199	13,522	11,805
70歳～(再掲)	5,129	3,745	14,890	12,355	4,947	3,607	16,168	12,076	5,340	3,841	14,421	12,549

注:(1)全国には、住所不詳を含む。　（平成23年厚生労働省患者調査）
(2)総数、男、及び、女、には、年齢不詳を含む。
(3)宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

受療率

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 万人との比率を「受療率」という。

患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の推計患者数を把握し、「受療率」を算出する。

$$\text{受療率} = \frac{\text{1 日の推計患者数}}{\text{10 月 1 日現在総人口}} \times 100,000$$

１）人口 10 万人当たり傷病別受療率（入院・外来）

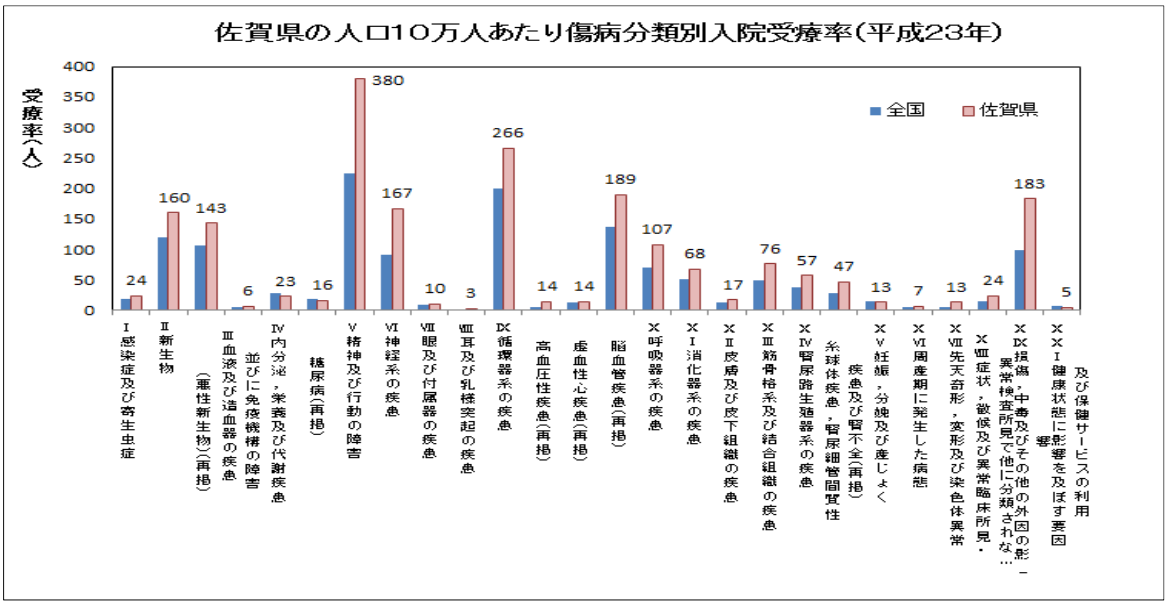
本県の人口 10 万人当たりの傷病分類別受療率をみると、傷病分類の分布は全国の傾向と同じですが、入院・外来ともに、ほとんどの疾患において全国平均を上回っています。

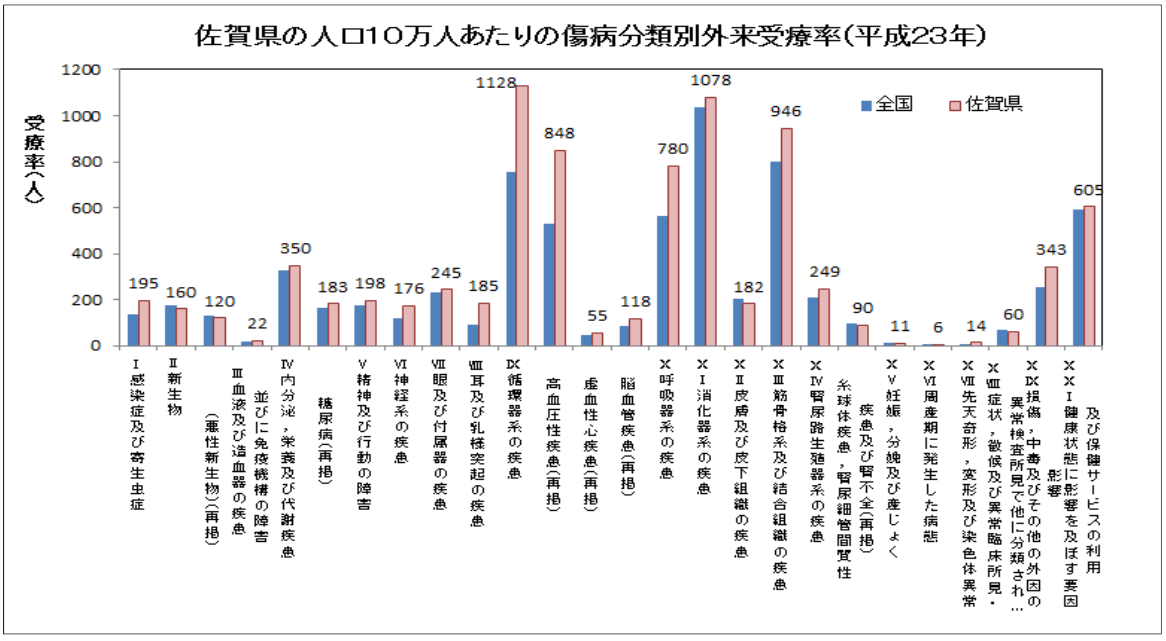
平成 23 年の本県の傷病分類別入院受療率をみると、高い方から「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「神経系の疾患」、「新生物」となっており、平成 20 年時と比べ、「神経系の疾患」が増加し、「新生物」より多くなっています。

また、人口 10 万人当たりの傷病分類別外来受療率では、高い方から「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」、「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」となっています。

傷病総数の受療率では、全国平均 1,068 人に対し、本県は 1,610 人で 1.5 倍と高く、外来は、全国平均 5,784 人、本県 6,931 人で 1.2 倍高い状況です。

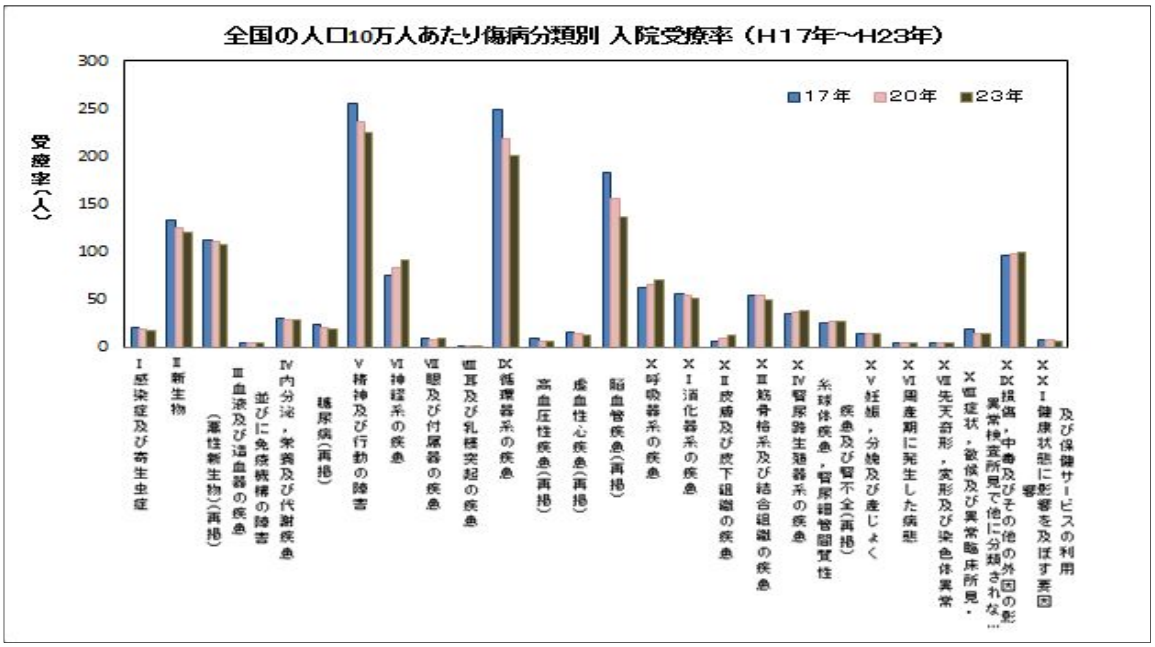
特に入院受療率では、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」、骨折等の外傷が含まれる「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が、全国平均に比べ 1.7 倍、1.8 倍、1.8 倍と全国との差が目立っています。また、外来受療率では、「耳及び乳様突起の疾患」が 2 倍、「感染症及び寄生虫症」、「神経系の疾患」「循環器系の疾患」は、およそ 1.5 倍高い状況です。

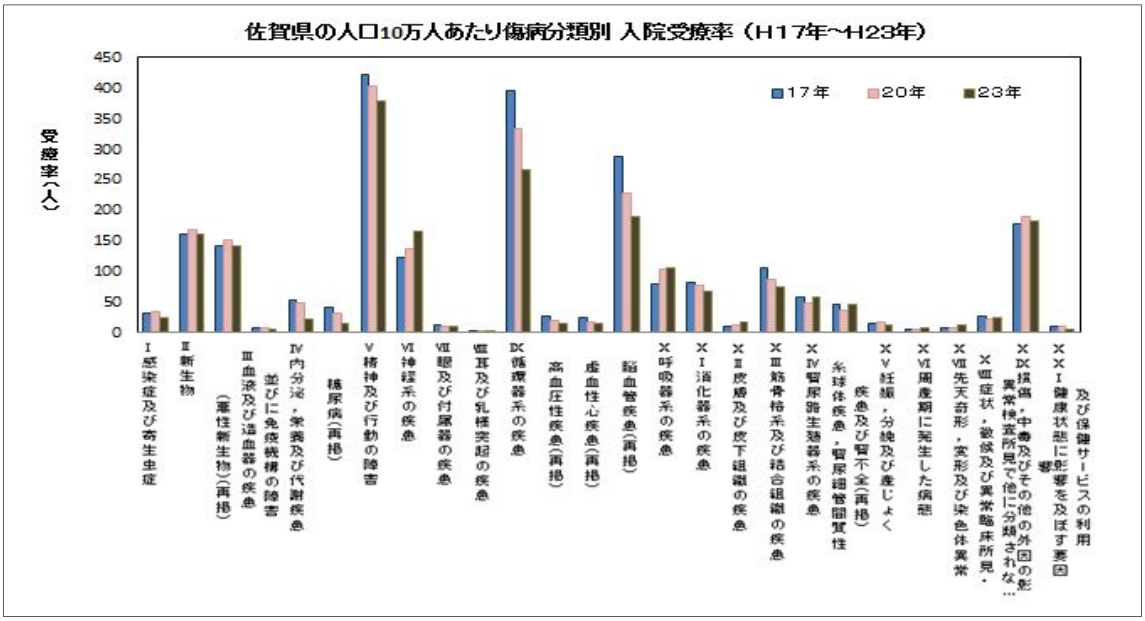




２）入院・外来受療率の推移

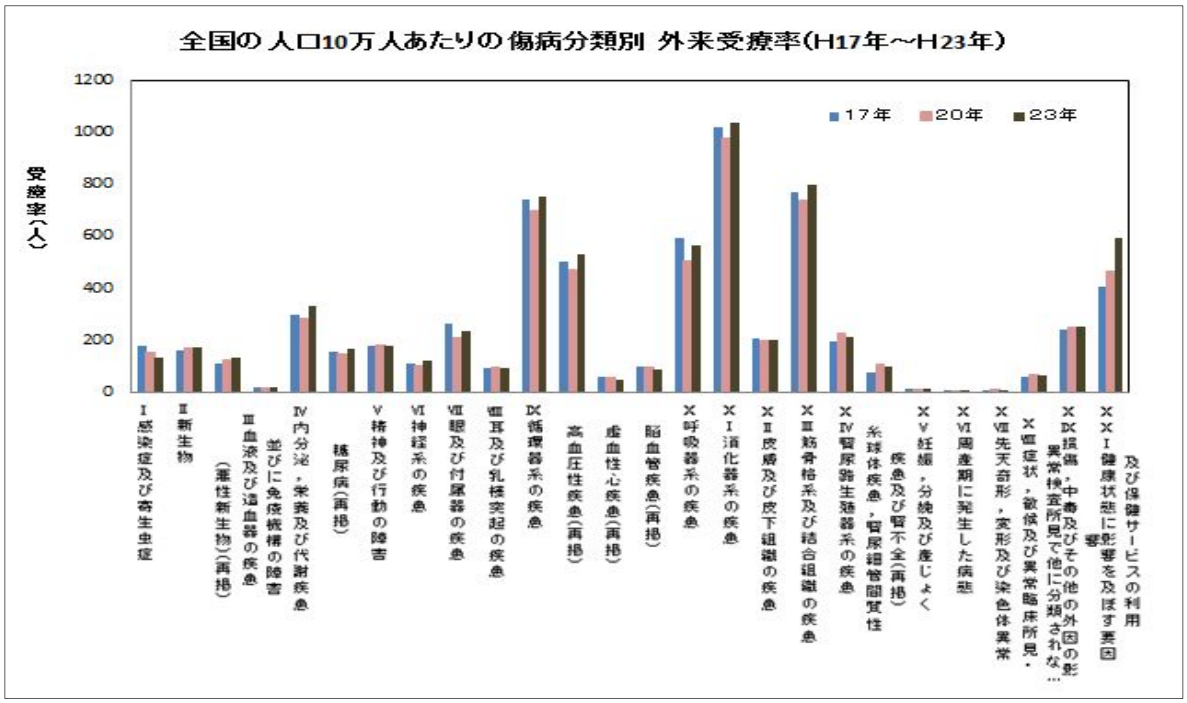
第１期計画策定時の平成 17 年から平成 23 年の受療率の推移を全国平均と比べると、入院受療率では全国、本県ともに減少し、同様の状況にありますが、本県の「新生物」は横ばい状況、糖尿病が含まれる「内分泌・栄養及び代謝疾患」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の減少幅は、全国より大きくなっています。

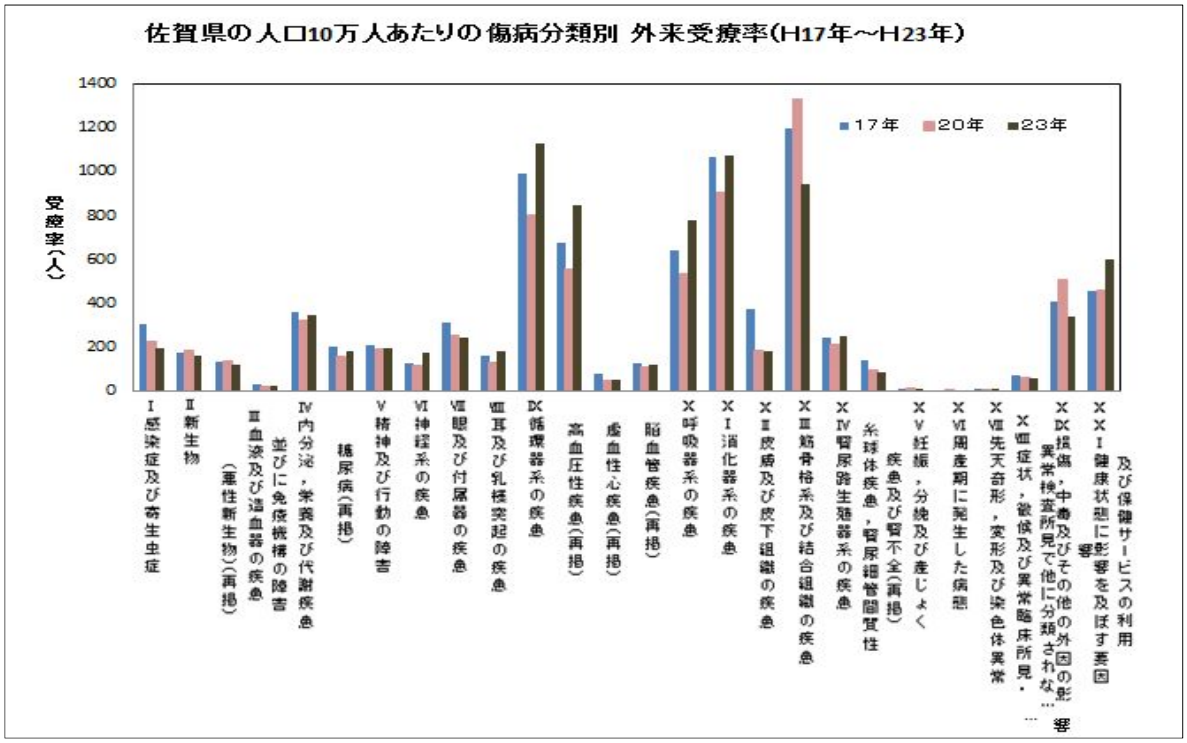




外来受療率は、全国、本県ともに、平成 20 年はほとんどの傷病分類で平成 17 年より減少していますが、平成 23 年には増加したものが多くなっています。本県においては、「循環器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「消化

器系の疾患」で増加幅が全国に比べ大きくなっています。逆に「筋骨格系及び結合組織の疾患」については、減少幅が大きくなっています。



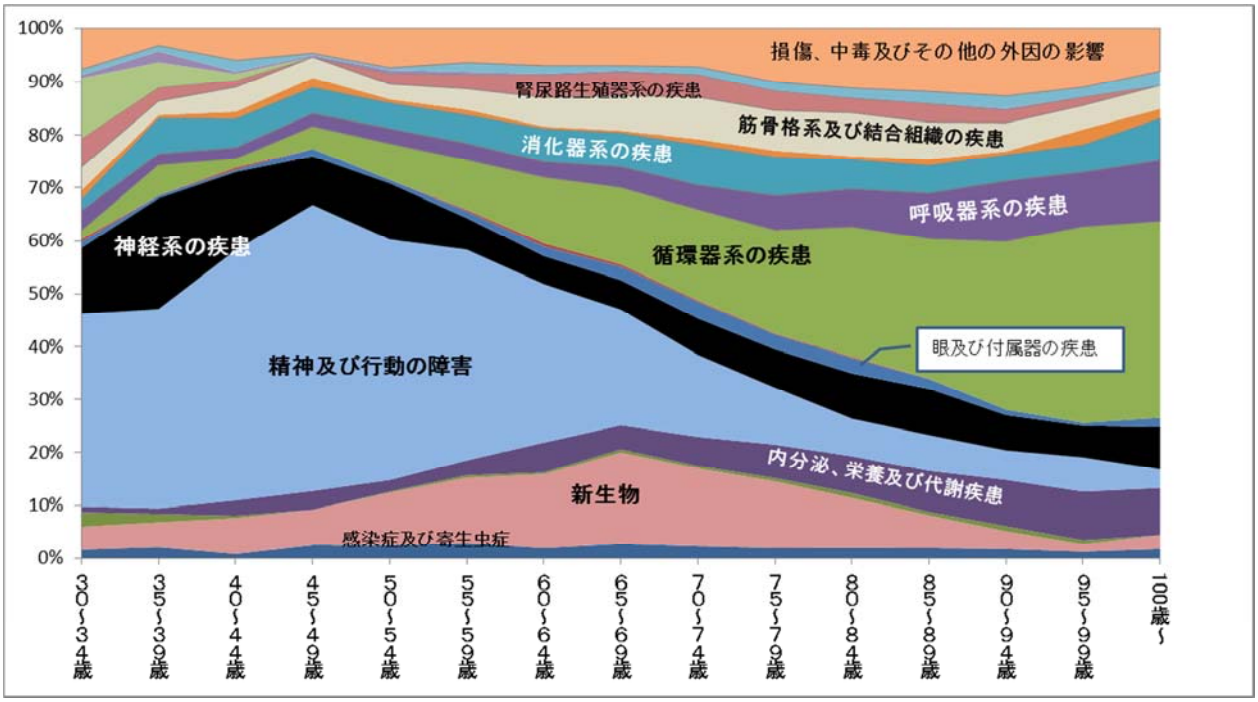


３）入院の状況

平成24年5月の本県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度の入院レセプト件数を疾病分類別に年齢階級別にみると下記のようになります。

入院受療率の最も高い「精神及び行動障害」は、50歳代までは疾病分類中の４割以上を占めていますが、その後は、他の疾患が増えているために割合が減少しています。50歳以降になると、「悪性新生物」の割合が増え、「循環器疾患」、「呼吸器疾患」、骨折が含まれる「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が増えています。

疾病分類別・年齢階級別件数（佐賀県国民健康保険・後期高齢者医療制度　平成24年5月診療　入院分）



疾病分類名称	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	合計
感染症及び寄生虫症	1.6%	2.1%	0.8%	2.5%	2.4%	2.9%	1.9%	2.7%	2.3%	1.9%	2.0%	1.9%	1.8%	1.3%	1.8%	2%
新生物	4.3%	4.7%	6.8%	6.7%	9.9%	12.4%	14.0%	17.3%	14.7%	12.6%	9.4%	6.2%	3.3%	1.4%	2.7%	10%
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2.7%	1.6%	0.4%	0.0%	0.2%	0.5%	0.3%	0.6%	0.5%	0.6%	0.9%	0.6%	1.0%	0.7%	0.0%	1%
内分泌、栄養及び代謝疾患	1.1%	1.0%	3.0%	3.5%	2.2%	2.9%	5.7%	4.5%	5.5%	6.4%	7.0%	7.8%	8.7%	9.2%	8.8%	6%
精神及び行動の障害	36.4%	37.7%	47.3%	54.1%	45.5%	39.8%	29.9%	21.9%	15.5%	10.7%	7.0%	6.8%	5.6%	6.5%	3.5%	15%
神経系の疾患	12.5%	20.9%	14.8%	9.2%	10.6%	6.0%	5.3%	5.6%	6.9%	7.2%	8.6%	8.7%	6.6%	5.9%	8.0%	8%
眼及び付属器の疾患	1.1%	0.5%	0.4%	1.4%	0.7%	1.3%	1.8%	2.5%	3.1%	2.8%	2.9%	1.9%	1.0%	0.5%	1.8%	2%
耳及び乳様突起の疾患	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	0.5%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0%
循環器系の疾患	1.6%	5.8%	1.7%	4.2%	6.8%	9.4%	12.4%	14.5%	17.2%	19.6%	24.6%	26.4%	31.8%	37.1%	37.2%	21%
呼吸器系の疾患	3.8%	2.1%	2.1%	2.5%	2.9%	3.2%	3.0%	4.0%	4.6%	6.5%	7.1%	8.6%	11.4%	10.3%	11.5%	6%
消化器系の疾患	2.2%	6.8%	5.5%	4.9%	4.9%	5.4%	6.3%	6.4%	7.6%	7.3%	5.6%	5.3%	5.0%	5.2%	8.0%	6%
皮膚及び皮下組織の疾患	1.6%	0.5%	1.3%	1.8%	0.7%	1.0%	0.4%	0.4%	1.0%	1.2%	0.6%	1.1%	0.6%	2.9%	1.8%	1%
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.3%	2.6%	4.6%	3.9%	2.9%	4.0%	5.5%	6.6%	7.9%	7.6%	8.3%	7.0%	5.4%	4.5%	4.4%	7%
腎尿路生殖器系の疾患	5.4%	2.6%	1.3%	0.0%	2.0%	2.7%	4.3%	4.5%	4.3%	3.8%	2.8%	3.6%	2.5%	1.6%	0.0%	3%
妊娠、分娩及び産じょく	11.4%	4.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%
先天奇形、変形及び染色体異常	0.5%	2.1%	0.4%	0.4%	0.7%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0%
症状、徴候等で他に分類されないもの	1.1%	1.0%	2.1%	0.4%	0.4%	1.7%	1.5%	0.9%	1.4%	1.6%	1.8%	2.2%	2.4%	1.8%	2.7%	2%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	7.6%	3.1%	5.9%	4.6%	7.3%	6.3%	6.9%	6.9%	7.1%	10.0%	11.1%	11.8%	12.6%	11.0%	8.0%	10%

疾病分類別・年齢階級別件数（佐賀県国民健康保険・後期高齢者医療制度　平成 24 年 5 月診療　入院分）

疾病分類名称	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	合計
総数	184	191	237	283	453	631	1246	1289	1753	2793	3114	2782	1464	555	113	17,088
構成割合	1.1%	1.1%	1.4%	1.7%	2.7%	3.7%	7.3%	7.5%	10.3%	16.3%	18.2%	16.3%	8.6%	3.2%	0.7%	100%
感染症及び寄生虫症	**3**	**4**	**2**	**7**	**11**	**18**	**24**	**35**	**40**	**54**	**62**	**54**	**26**	**7**	**2**	**349**
腸管感染症						3	1	2		11	16	9	4	1		47
結核		1						0	2		5	4	8	1		**21**
ウイルス肝炎	1		2	4	8	14	8	17	26	25	22	24	7	2		**160**
その他の感染症及び寄生虫症	2	3	0	3	3	1	15	16	12	18	19	17	7	3	2	**121**
新生物	**8**	**9**	**16**	**19**	**45**	**78**	**174**	**223**	**258**	**352**	**293**	**172**	**49**	**8**	**3**	**1,707**
胃の悪性新生物				2	6	3	12	23	21	47	38	15	10	2		**179**
結腸及び直腸の悪性新生物		1	1	2	7	4	9	24	39	27	28	29	4	1	1	**177**
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物			1	2	4	5	8	14	9	18	11	9	2		1	**84**
肝及び肝内胆管の悪性新生物	2				2	5	11	16	29	47	47	22	2			**183**
気管，気管支及び肺の悪性新生物			3	3	4	9	26	32	34	49	32	11	4			**207**
乳房の悪性新生物	1		1	2	3	4	10	8	6	12	8	6	1			**62**
子宮の悪性新生物		1	1			2	3	3	2	5	5	2	2			**26**
悪性リンパ腫						4	6	5	12	10	9	6	1			**53**
白血病					1	1	4	5	3	7	3	3				**27**
その他の悪性新生物	1	2	2	3	14	29	60	70	82	106	91	57	20	4	1	**542**
良性新生物及びその他の新生物	4	5	7	5	4	12	25	23	21	24	21	12	3	1		**167**
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	**5**	**3**	**1**		**1**	**3**	**4**	**8**	**8**	**17**	**28**	**18**	**14**	**4**		**114**
内分泌、栄養及び代謝疾患	**2**	**2**	**7**	**10**	**10**	**18**	**71**	**58**	**97**	**178**	**219**	**216**	**128**	**51**	**10**	**1,077**
糖尿病	1		4	3	8	11	46	37	58	77	101	76	38	13	6	**479**
その他の内分泌，栄養及び代謝疾患	1	2	3	7	2	7	25	21	39	101	118	140	90	38	4	**598**
精神及び行動の障害	**67**	**72**	**112**	**153**	**206**	**251**	**373**	**282**	**271**	**300**	**219**	**188**	**82**	**36**	**4**	**2,616**
血管性及び詳細不明の認知症					1	2	8	5	18	58	72	86	53	30	1	334
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	45	49	81	124	160	201	280	187	155	144	74	43	12	1		1,556
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）	8	6	8	9	16	14	31	46	57	58	50	33	8	3	3	350
その他の精神及び行動の障害	14	17	23	20	29	34	54	44	41	40	23	26	9	2	0	376
神経系の疾患	**23**	**40**	**35**	**26**	**48**	**38**	**66**	**72**	**121**	**202**	**268**	**243**	**97**	**33**	**9**	**1,321**
パーキンソン病		1			2	1	7	12	31	42	52	41	10	1	1	201
アルツハイマー病					2	1	6	12	28	85	142	144	72	25	6	523
その他の神経系の疾患	23	39	35	26	44	36	53	48	62	75	74	58	15	7	2	597
眼及び付属器の疾患	**2**	**1**	**1**	**4**	**3**	**8**	**22**	**32**	**55**	**78**	**90**	**53**	**15**	**3**	**2**	**369**
耳及び乳様突起の疾患	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**2**	**8**	**6**	**5**	**5**	**7**	**2**	**0**	**0**	**0**	**37**
循環器系の疾患	**3**	**11**	**4**	**12**	**31**	**59**	**155**	**187**	**301**	**547**	**765**	**734**	**466**	**206**	**42**	**3,523**
高血圧性疾患	1	1		3	4	2	26	27	50	146	195	237	161	81	13	**947**
虚血性心疾患				1	5	9	13	28	40	71	67	63	36	14	4	**351**
その他の心疾患		4	2	3	4	4	19	17	43	88	136	172	113	50	13	**668**
くも膜下出血		1	1	2		3	11	7	11	9	13	16	4			**78**
脳内出血	1	1		3	10	13	32	33	26	40	65	42	15	6		**287**
脳梗塞		2			3	11	27	38	84	120	225	160	113	48	11	**842**
その他の脳血管疾患		1				4	9	13	17	27	22	16	12	4		**125**
その他の循環器系の疾患	1	1	1		5	13	18	24	30	46	42	28	12	3	1	**225**
呼吸器系の疾患	**7**	**4**	**5**	**7**	**13**	**20**	**37**	**51**	**81**	**182**	**222**	**240**	**167**	**57**	**13**	**1,106**
肺炎		2	1	2	3	4	12	18	22	65	83	101	65	28	6	**348**
慢性閉塞性肺疾患			1		2	1	4	3	7	21	30	33	16	3	2	**105**
その他の呼吸器系の疾患	7	2	3	5	8	15	21	30	52	96	109	116	86	26	5	**581**
消化器系の疾患	4	13	13	14	22	34	78	83	134	204	174	147	73	29	9	**1,031**
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍		2			3	6	8	7	6	10	7	17	8	2		44
胆石症及び胆のう炎		1	1	1	1	4	8	7	16	26	21	21	10	3	1	82
肝硬変（アルコール性のものを除く）					1	1	2	4	9	14	6	5				**42**
その他の消化器系の疾患	4	10	12	13	17	23	60	65	103	154	140	104	55	24	8	**792**
皮膚及び皮下組織の疾患	**3**	**1**	**3**	**5**	**3**	**6**	**5**	**5**	**18**	**33**	**18**	**31**	**9**	**16**	**2**	**158**
筋骨格系及び結合組織の疾患	**8**	**5**	**11**	**11**	**13**	**25**	**68**	**85**	**139**	**212**	**257**	**195**	**79**	**25**	**5**	**1,138**
腎尿路生殖器系の疾患	**10**	**5**	**3**	**0**	**9**	**17**	**54**	**58**	**75**	**105**	**87**	**99**	**36**	**9**	**0**	**567**
腎不全	4		1		5	7	32	24	42	54	36	47	13	2		**267**
その他の腎尿路系の疾患	6	5	2	0	4	10	22	34	33	51	51	52	23	7	0	**300**
妊娠、分娩及び産じょく	**21**	**9**	**3**													**33**
周産期に発生した病態																**0**
先天奇形、変形及び染色体異常	**1**	**4**	**1**	**1**	**3**	**3**	**2**	**3**			**2**		**3**			**23**
症状、徴候等で他に分類されないもの	**2**	**2**	**5**	**1**	**2**	**11**	**19**	**12**	**25**	**45**	**56**	**62**	**35**	**10**	**3**	**290**
損傷、中毒及びその他の外因の影響	**14**	**6**	**14**	**13**	**33**	**40**	**86**	**89**	**125**	**279**	**347**	**328**	**185**	**61**	**9**	**1,629**
骨折	3	2	6	6	8	11	39	54	65	178	234	228	140	48	9	**1,031**
その他の損傷及びその他の外因の影響	11	4	8	7	25	29	47	35	60	101	113	100	45	13		**598**

（９）生活習慣病に分類される疾患の状況

１）死因別死亡割合

平成 23 年の死因別割合では、「悪性新生物」が 30%で 1 位、次いで「心疾患」が 15%、「肺炎」が 12%、「脳血管疾患」が 10%となっています。

死因の約６割を生活習慣病関連疾患が占めています。

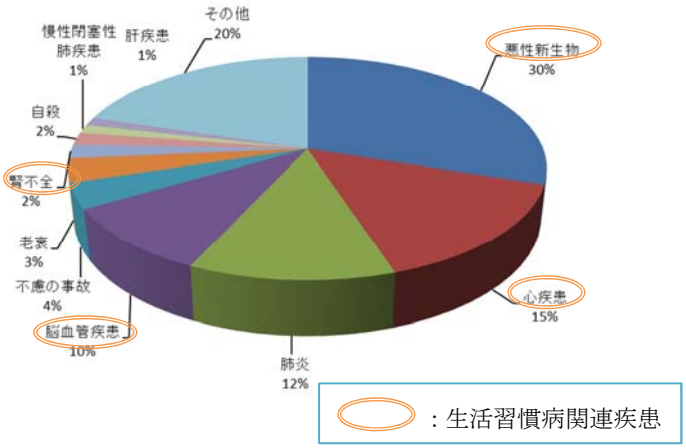
三大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の死亡率の年次推移をみると、悪性新生物の死亡率は年々高まっており、脳血管疾患、心疾患はほぼ横ばいとなっています。

死因別に見た死亡数・死亡率　（死亡率は人口10万対）

死因名	佐賀県(H23)		全国(H23)	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全死因	9,472	1,123.6	1,253,066	993.1
悪性新生物	2,849	338	357,305	283.2
心疾患	1,413	167.6	194,926	154.5
肺炎	1,121	133	124,749	98.9
脳血管疾患	920	109.1	123,867	98.2
不慮の事故	344	40.8	59,416	47.1
老衰	324	38.4	52,242	41.4
腎不全	184	21.8	24,526	19.4
自殺	172	20.4	28,896	22.9
慢性閉塞性肺疾患	117	13.9	16,639	13
肝疾患	112	13.3	16,390	13.0
その他	1,916	227.3	254,110	201.4

（佐賀県「人口動態統計」）

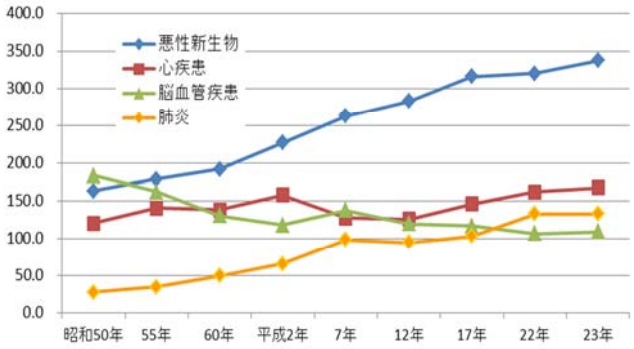
佐賀県の死因割合（平成23年）



佐賀県の死因別死亡率の推移(人口10万対)

年次	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎
昭和50年	163.5	120.8	183.7	27.5
55年	178.9	141.0	162.0	35.0
60年	192.2	138.2	130.8	49.4
平成2年	227.3	157.8	118.2	65.6
7年	262.9	127.5	137.6	98.4
12年	282.9	125.8	120.1	94.7
17年	316.5	146.3	116.7	103.3
22年	320.7	162.0	106.6	133.0
23年	338	167.6	109.1	133

※平成23年は厚生労働省「人口動態調査」より



２）疾病別の医療費の割合

本県の国民健康保険における平成 24 年 5 月診療分の傷病別医療費を 119 分類（中分類※）でみると、多い方から、「統合失調症（精神分裂病）妄想性障害」、「高血圧性疾患」、「歯肉炎及び歯周疾患」、「腎不全」、「糖尿病」、「その他の悪性新生物」となっています。

※　１１９分類（中分類）

社会保険表章用疾病分類に基づく分類で、１９項目の大分類と１１９項目の中分類からなる。

○　腎不全は生活習慣が要因でない場合もあるが、糖尿病によって引き起こされる場合も多く医療費への影響も大きいため含めている。

疾病別医療費

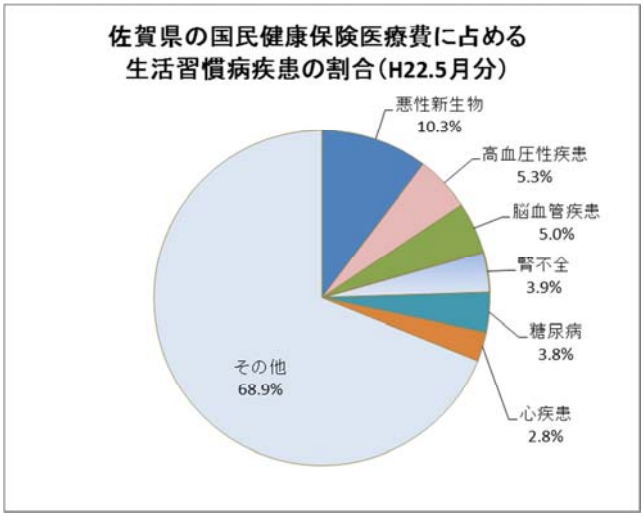
順位	中分類名称	医療費（円）	件　数（件）	構成（%）	順位	中分類名称	医療費（円）	件　数（件）	構成（%）
1	統合失調症（精神分裂病）妄想性障害	615,011,992	3,956	10.2	11	その他の代謝疾患	125,543,116	9,757	2.1
2	高血圧性疾患	343,968,560	29,865	5.7	12	脳梗塞	119,334,122	2,018	2.0
3	歯肉炎及び歯周疾患	286,231,910	21,009	4.7	13	その他の心疾患	117,377,192	1,945	1.9
4	腎不全	278,238,748	810	4.6	14	脊椎障害（脊椎症を含む）	109,290,044	3,474	1.8
5	糖尿病	224,548,600	9,619	3.7	15	気分感情障害躁鬱病	107,298,256	2,676	1.8
6	その他の悪性新生物	223,786,974	1,847	3.7	16	関節症	101,649,338	3,929	1.7
7	他の損傷及び他の外因	157,651,314	6,107	2.6	17	虚血性心疾患	101,596,386	1,834	1.7
8	その他の消化器系の疾患	146,889,338	3,373	2.4	18	脳性麻痺と他の症候群	99,833,202	334	1.7
9	その他の神経系の疾患	138,310,214	3,704	2.3	19	ウイルス肝炎	93,187,080	109	1.5
10	骨折	127,736,850	1,416	2.1	20	良性新生物及びその他	92,412,046	1,746	1.5

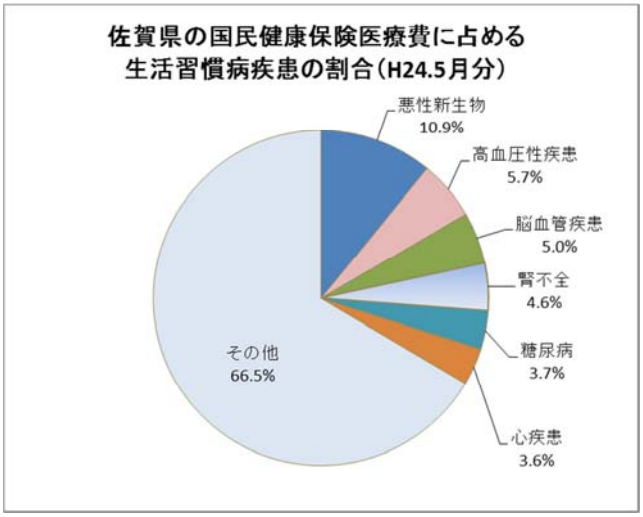
全体国保医療費（円）（H24年5月診療分）	6,026,051,114

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

※以下、43 ページまでの留意点

○　国民健康保険医療費は、県内 20 市町及び 3 国保組合の医療費の合計。
○　医療情報システムの傷病別分類は、医科・歯科の合計分の医療費であり、調剤（院外処方）及び訪問看護療養費は含まれていない。
○　医療情報システムの傷病別分類に計上される疾病の医療費は、その疾患のみの医療費ではなく、その疾患を主病とする医療費である。





悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管疾患など、生活習慣病関連に分類される疾病が医療費の 33.5%を占めています。これは、第 1 期計画の中間評価時の平成 22 年 5 月分より 2.4%多くなっています。また、脳血管疾患以外の疾病の医療費は増加しています。（悪性新生物 0.6%、高血圧疾患 0.4%、腎不全 0.7%、糖尿病 0.1%、心疾患 0.8%）

３）１人当たりの医療費が高い疾病

本県の国民健康保険における平成 24 年５月診療分の疾病別費用額において、被保険者１人当たり医療費が高い疾病は、統合失調症等、高血圧性疾患、歯肉炎及び歯周疾患、腎不全、糖尿病、その他の悪性新生物の順となっており、平成 22 年５月診療分（74 歳以下の年齢分を抽出）と概ね同様の疾患の医療費が高い状況です。順位に入れ替わりが見られますが、いずれの疾病でも１人当たりの医療費の額は増加しています。

佐賀県の国民健康保険医療費の上位を占める疾病（国保被保険者1人当たり医療費）

（計画策定時：平成19年5月診療分　74歳以下）（円）

疾病分類名称	1人当たり医療費
統合失調症（精神分裂病）妄想性障害	2,193
高血圧性疾患	1,360
腎不全	1,272
歯肉炎及び歯周疾患	957
糖尿病	915
虚血性心疾患	595
その他の悪性新生物	581
その他の神経系の疾患	570
その他の消化器系の疾患	563
歯及び支持組織の障害	561

（中間評価時：平成22年5月診療分　74歳以下）（円）

疾病分類名称	1人当たり医療費
統合失調症（精神分裂病）妄想性障害	2,464
高血圧性疾患	1,286
歯肉炎及び歯周疾患	1,030
腎不全	953
その他の悪性新生物	919
糖尿病	917
その他の神経系の疾患	586
脳梗塞	579
骨折	578
その他の消化器系の疾患	563

（今回：　平成24年5月診療分　74歳以下）（円）

疾病分類名称	1人当たり医療費
統合失調症（精神分裂病）妄想性障害	2,585
高血圧性疾患	1,446
歯肉炎及び歯周疾患	1,203
腎不全	1,170
糖尿病	944
その他の悪性新生物	941
他の損傷及び他の外因	663
その他の消化器系の疾患	617
その他の神経系の疾患	581
骨折	537

（※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患）

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

４）１件当たり医療費が高い疾病

本県の国民健康保険における平成 24 年 5 月診療分の疾病別医療費額を１件当たりの額でみると、高い順に腎不全、脳性麻痺と他の症候群、くも膜下出血となっており、平成 22 年５月診療分（74 歳以下の年齢分を抽出）と概ね同様の疾患が高くなっています。

いずれの疾病も件数が増加しており、また、１件当たりの医療費も増加しています。

佐賀県の国民健康保険医療費の上位を占める疾病（1件当たり医療費）

（計画策定時：平成19年5月診療分　74歳以下）（円）

疾病分類名称	件数	1件当たり医療費
腎不全	924	363,089
白血病	97	289,626
くも膜下出血	161	267,903
妊娠及び胎児発育の障害	66	241,304
脳性麻痺と他の症候群	433	234,598
悪性リンパ腫	158	222,012
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	111	219,309
肝及肝内胆管悪性新生物	377	169,916
認知症（血管性及び詳細不明の痴呆）	145	155,721
統合失調症（精神分裂病）妄想性障害	3,735	154,886

（中間評価時：平成22年5月診療分　74歳以下）（円）

疾病分類名称	件数	1件当たり医療費
腎不全	682	337,241
白血病	89	304,018
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	89	272,671
くも膜下出血	138	261,573
脳性麻痺と他の症候群	345	231,530
妊娠及び胎児発育の障害	47	229,916
認知症（血管性及び詳細不明の痴呆）	91	198,892
気管支肺の悪性新生物	416	184,948
悪性リンパ腫	141	183,994
肝及肝内胆管悪性新生物	248	171,836

（今回：　平成24年5月診療分　74歳以下）（円）

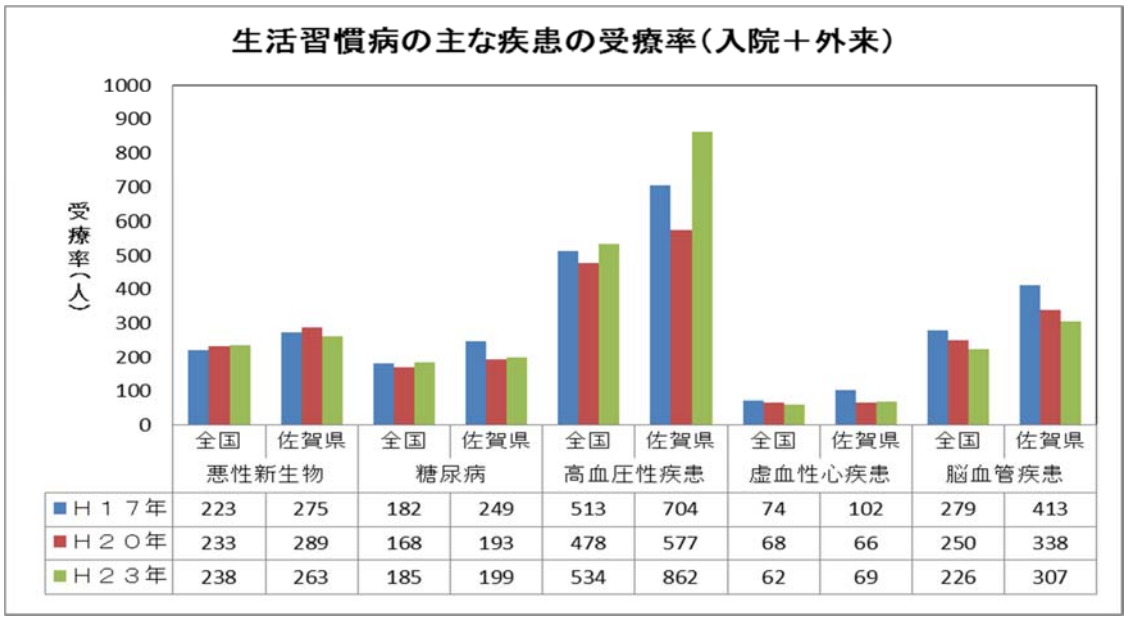
疾病分類名称	件数	1件当たり医療費
腎不全	810	343,505
脳性麻痺と他の症候群	334	298,902
くも膜下出血	141	278,987
妊娠及び胎児発育の障害	40	253,947
脳内出血	410	221,742
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	100	211,901
直腸S状結腸悪性新生物	233	207,564
悪性リンパ腫	177	204,094
肝及肝内胆管悪性新生物	252	198,759
気管支肺の悪性新生物	506	177,197

（※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患）

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

５）生活習慣病関連の主な疾患の受療率

本県の生活習慣病関連の患者数（入院+外来）を、受療率（人口 10 万人当たりの患者数）でみると、すべての疾患で全国平均を上回っています。特に、高血圧性疾患の増加が大きく、全国平均と比べると 1.6 倍となっています。しかし、悪性新生物については、全国が増加しているのに対し、本県は減少しており、糖尿病については、全国平均に近づいてきています。また、脳血管疾患については、全国平均よりも減少幅が大きくなっています。



	悪性新生物		糖尿病		高血圧性疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県
Ｈ１７年	223	275	182	249	513	704	74	102	279	413
Ｈ２０年	233	289	168	193	478	577	68	66	250	338
Ｈ２３年	238	263	185	199	534	862	62	69	226	307

資料：厚生労働省「患者調査」

参考：本県の国民健康保険におけるレセプトあたり医療費状況（平成 23 年度）

入院（歯科含む）	件数（件）	割合 %	医療費（万円）	割合 %
500万円以上	68	0.09%	41,152	1.08%
300万円以上 ～ 500万円未満	255	0.34%	96,684	2.54%
200万円以上 ～ 300万円未満	698	0.92%	166,817	4.38%
100万円以上 ～ 200万円未満	5,156	6.83%	701,780	18.43%
100万円未満	69,361	91.82%	2,801,313	73.57%
合　計	75,538	100.00%	3,807,747	100.00%

入院外（歯科除く）	件数（件）	割合 %	医療費（万円）	割合 %
100万円以上	76	0.00	9,605	0.35
80万円以上 ～ 100万円未満	111	0.00	9,912	0.36
70万円以上 ～ 80万円未満	181	0.00	13,370	0.49
60万円以上 ～ 70万円未満	258	0.00	16,760	0.62
50万円以上 ～ 60万円未満	402	0.00	21,702	0.80
40万円以上 ～ 50万円未満	2,891	0.20	124,477	4.58
30万円以上 ～ 40万円未満	6,825	0.34	250,417	9.22
20万円以上 ～ 30万円未満	2,859	0.14	68,494	2.52
10万円以上 ～ 20万円未満	12,480	0.63	176,788	6.51
10万円未満	1,967,546	98.69	2,024,537	74.54
合　計	1,993,629	100.00	2,716,062	100.00

（佐賀県国民健康保険課調）

1 か月に 100 万円を超える入院医療費の件数は、全体の約 8%ですが、その医療費で入院医療費全体の 26%以上を占めています。

また、入院外医療費では、1 か月 10 万円未満の件数が約 99%ですが、残り約 1%の 10 万円以上の件数で、入院外医療費全体の約 25%を占めています。

1 件あたりの医療費が高額になってくると、件数は多くなくても全体の医療費は高くなっていきます。くも膜下出血などの脳血管疾患では、1 回の治療でおよそ 200 万円、虚血性心疾患でバイパス手術等を行った場合で、1 回およそ 400 万円、人工透析では、年間およそ 500 万円と言われています。外来治療（服薬）が中心となる糖尿病では、年間およそ 17 万円（服薬）、高血圧症はおよそ 7 万円、脂質異常症はおよそ 9 万円と言われています。ほとんどが生活習慣病から起こる疾患ですので、日頃から予防を行い、健康診査等を受診して早期に発見し、治療開始後は重症化させないようにすることが大切です。各医療保険者においては、重症化させないための保健指導へ力を入れて取り組まれています。

「件数」：レセプト 1 件（1 月単位）のこと。
レセプトは、1 人の人が同一月中に 1 つの医療機関で受けた診療報酬の明細。

第３章　目標の進捗状況及び課題

１　県民の健康の保持の推進に関する目標

（１）特定健康診査・特定保健指導等の状況

平成 20 年度から、40 歳から 74 歳の人を対象とした「特定健康診査・特定保健指導」が導入され、医療保険者にその実施が義務付けられています。

この特定健康診査は、生活習慣病の前段階であるメタボリックシンドロームを発見するための検査が中心となっており、この健診で該当者及び予備群と判定された人には特定保健指導が実施され、リスクの内容に応じた食生活や運動習慣、禁煙などの生活習慣改善のための支援が行われます。

１）特定健康診査の実施状況

本県の平成 22 年度の特定健康診査の実施率は 38.7%（全国 34 位）で、全国平均の 43.2%を下回っています。

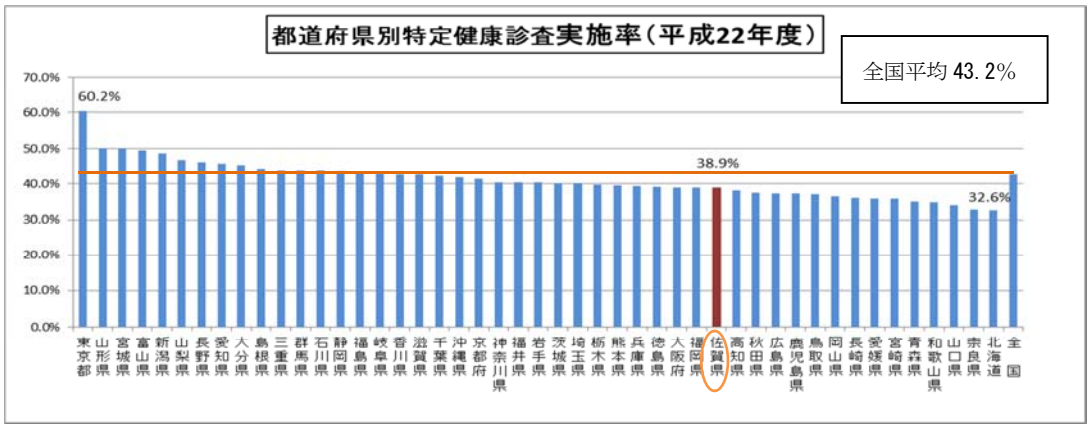
実施率は年々向上しているものの、健診受診体制の構築や、制度の理解の浸透が不十分な状況もあり、大きく実施率を伸ばすことができていません。

制度開始３年目の平成 22 年度段階では、第１期計画の目標値（特定健康診査 70%、特定保健指導 45%）から見ると低い水準になっています。

（%）

	平成 20 年度		平成 21 年度		平成 22 年度	
	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県
特定健康診査実施率	38.9	34.9 （全国 30 位）	41.3	37.1 （全国 33 位）	43.2	38.9 （全国 33 位）
特定保健指導実施率	7.7	13.5 （全国 2 位）	12.3	18.0 （全国 9 位）	13.3	20.3 （全国 3 位）
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	26.7	25.7 （全国 33 位）	26.6	25.4 （全国 37 位）	26.4	25.7 （全国 37 位）

資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ

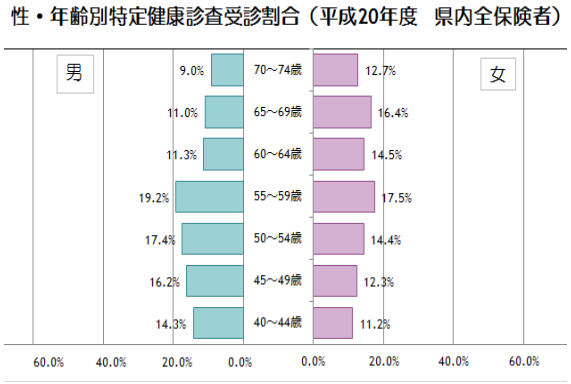


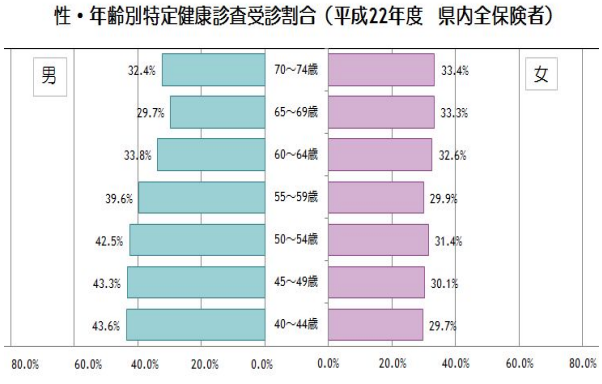
資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ

①　県内の性・年齢別受診割合

平成 20 年度の性・年齢別受診割合は男女ともに 10%台で、特に男性の 60 代以降の受診率が低かったのが、平成 22 年度には、すべての年齢層で 30%をほぼ超えています。しかし、残り 6 割の人が未受診の状況にあります。

男性では、定年後の 60 歳以降、女性では逆に 60 歳未満の受診率が低い傾向にあり、この年代への受診の働きかけが必要と言えます。





②　保険者種類別の特定健康診査実施率

県内の保険者ごとの特定健康診査実施率の推移をみると、職場の健診として実施する被用者保険（国民健康保険者以外）で実施率が高くなっています。

市町国保や、中小企業の従業員等が加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）といった対象者数が多い保険者で実施率が低くなっています。

しかし、いずれの保険者も、年々実施率が伸びてきています。

県内保険者種類別特定健康診査実施率

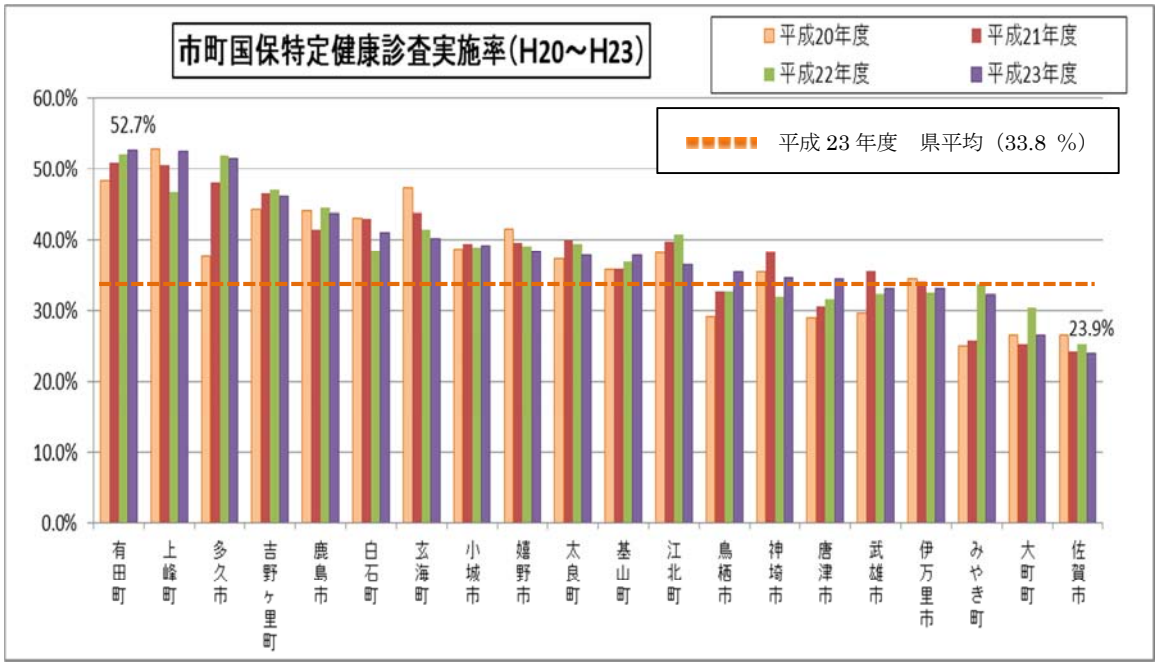
	市町国保	国保組合	全国健康保険協会佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
平成20年度	32.6%	22.9%	33.3%	71.9%	65.9%	74.3%	18.2%	70.5%
平成21年度	33.2%	20.0%	33.6%	73.5%	68.1%	78.7%	52.5%	75.1%
平成22年度	33.5%	28.8%	36.9%	66.6%	67.4%	78.2%	72.2%	68.8%
平成23年度	33.8%	33.0%	39.6%	69.8%	73.0%	80.1%	82.6%	64.5%

資料：佐賀県国民健康保険課調査データ

≪参考≫　全国の保険者種類別特定健康診査実施率

	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	船員保険	健康保険組合	共済組合
平成 20 年度	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%
平成 21 年度	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成 22 年度	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%

（佐賀県の市町国保の全国順位：　平成 22 年度　19 位）　　資料：厚生労働省



資料：「レセプト情報・特定健康診査等データベース」（厚生労働省）

２）特定健康診査に関する具体的な取組

①　県の取組

県においては、次のような取組を行いました。

- 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「保険者情報交換会」を開催
- 特定健康診査とがん検診の同時実施の推進
- 国民健康保険者を対象に実施率調査を行い、そのデータ等を提供
- 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じた保険者の支援
- 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
- 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

②　保険者の取組

特定健康診査の実施率の向上のため、各保険者においては様々な取組が行われています。

被用者保険者では、広報誌やホームページへの掲載による健診の周知や、全所属に出向き所属長に制度の説明や受診率向上に対する依頼をしたり、被扶養者への健診案内を各個人あてに自宅へ直接送付して健診を案内するなどの取組みを行っているところがあります。また、健康保険組合（佐賀銀行）では、被扶養者が特定健診とがん検診を同時に受けることができるよう、がん検診の費用補助が行われています。

市町国保保険者においては、次のような取組が行われています。

- 個別健診と集団健診の併用、早朝や土日健診の実施などの受診体制

整備、受診時間の予約制導入、毎日健診など受けやすい環境の整備
- 未受診者への再通知、個別訪問、電話、広報等による受診勧奨
- 未受診者への健診案内通知の内容を各個人に合わせた内容とする工夫の実施
- 特定健康診査とがん検診などの各種健康診査の同時実施
- 地区組織を活用した受診の啓発・勧奨
- 市町の広報紙などを活用した制度周知及び受診の呼びかけ
- 保険証と受診券の一体化や特定健康診査受診終了者へのクーポン券等の配布
- 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

国保組合においては、事業者健診との同時実施、県内各地区での集団健診の実施、事業主へ事業主健診結果データの提出を依頼などの取組みを実施されています。

３）特定健康診査実施率を向上させるためのポイント

これまでの特定健康診査への取組から、実施率を向上させるために必要と思われるポイントは次のとおりです。

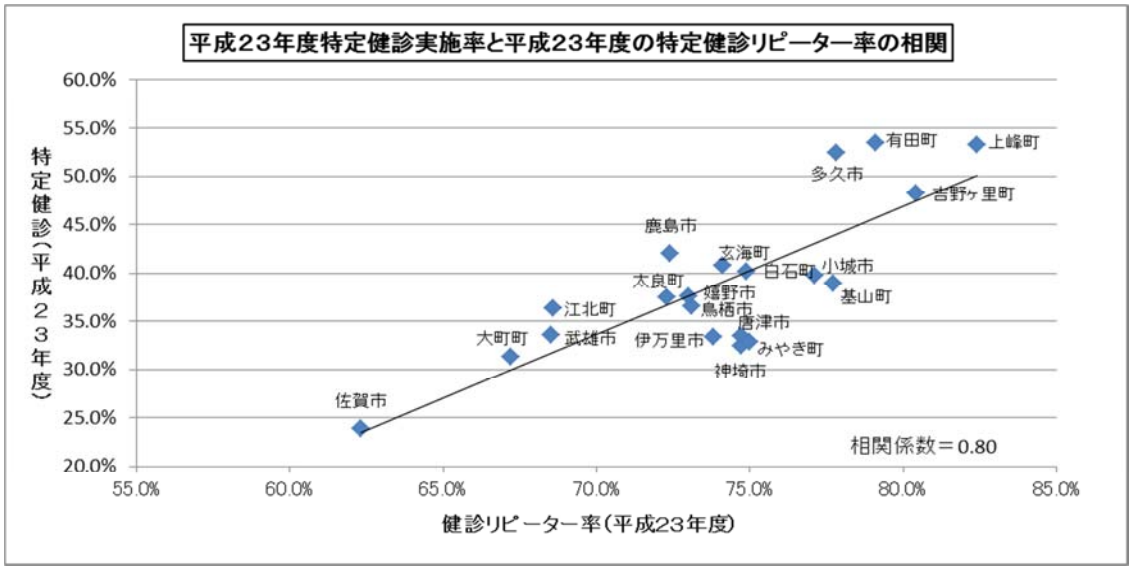
〇保険者として
- 未受診者には、医療機関通院中の人が多いため、かかりつけ医から特定健診受診を勧奨してもらう、健診実施医療機関スタッフとの情報交換などを通して効果的な受診勧奨に努める。
- 健診への関心が薄い人に対しては、特定健診の意義や効果を分かりやすく、継続的に周知していく。
- 働き盛りの 40～50 代の受診率が低いため、夜間や休日の実施など、受けやすい健診体制を整備する。
- 被用者保険においては、従業員の家族（被扶養者）の受診率が低調なことから、受診案内を確実に家族に届けることや、市町国保が地域で実施する健診会場で受診できるようにするなど、意識啓発と受けやすい環境整備を図る。
- 市町国保の受診率状況を見ると、受診率の高い市町は、2 年連続受診する人の割合も高い傾向にあるため、受診率を高めるには、新たな受診者を増やすことと合わせて、受診者が次年度も受診するような取組・保健指導を行う。

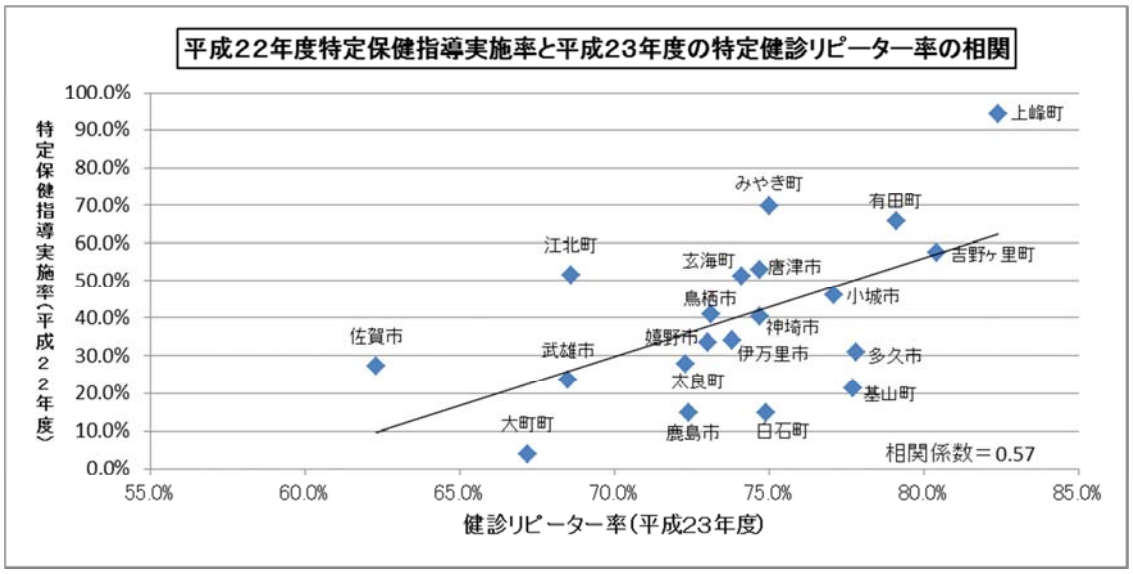
〇県として
- 健康に関心を持ち、健診受診する人が増えるよう、ポピュレーションアプローチ※等により、県民全体の健康への関心を高めることが必要。
- 各保険者が行っている効果的な取組を県内保険者に情報提供するとともに、保険者の取組を支援し、その取組を推進していく。

・ 特定健康診査実施医療機関等へ特定健康診査の受診勧奨への協力依頼を行っていく。

※ポピュレーションアプローチ

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



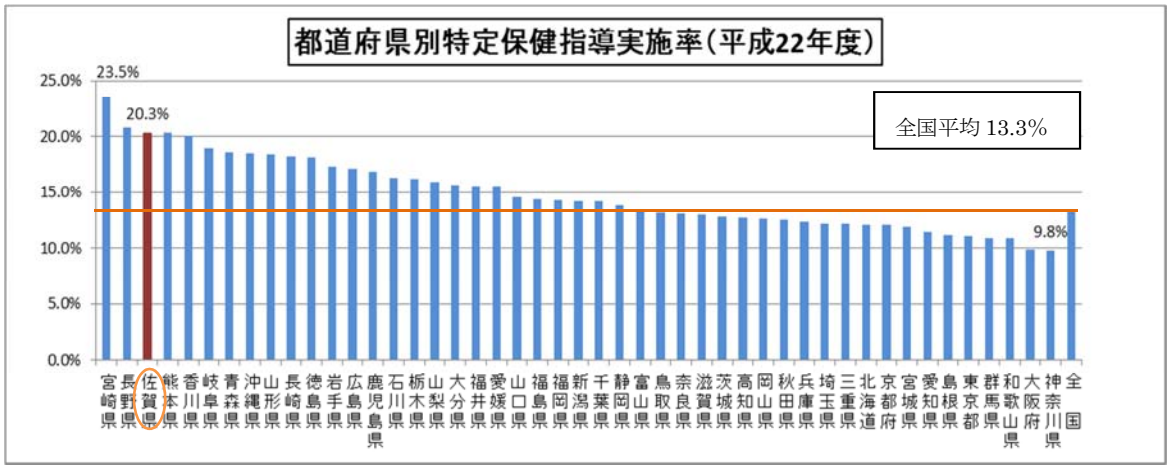


資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース」（厚生労働省）

佐賀県国民健康保険団体連合会「特定健康診査リピーター率」

４）特定保健指導の実施状況

本県の平成 22 年度の特定保健指導実施率は、20.3%（全国 4 位）で、全国平均の 13.1%を大きく上回っています。



注）佐賀県と熊本県は同率　　資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ

平成 23 年度の県内の保険者種類別実施率を見ると、特定保健指導が実施できる専門職員（保健師や管理栄養士）を持つ市町国保の実施率が 41.5%と高くなっています。

その他の保険者にあっては、保健指導実施機関への委託がほとんどで、全国健康保険協会が 25.4%、佐賀銀行健康保険組合が 24.8%、国保組合が 23.6%となっており、それ以外の保険者は低い実施率となっています。

制度開始の平成 20 年度は、実施機関数が少なかったことや特定健診の体制整備を優先したこと等により実施率が低かったようですが、年々、実施率は向上しています。

県内保険者種類別特定保健指導実施率

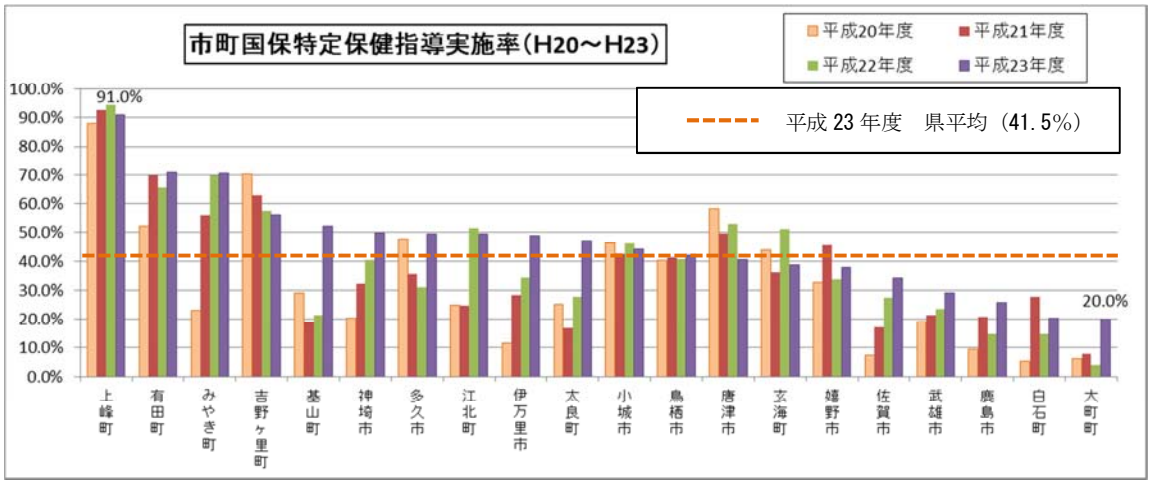
	市町国保	国保組合	全国健康保険協会佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
平成20年度	29.4%	0.0%	6.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
平成21年度	34.8%	25.9%	8.6%	11.7%	4.2%	2.3%	2.3%	2.7%
平成22年度	37.8%	13.1%	9.5%	29.7%	6.3%	3.6%	4.4%	3.7%
平成23年度	41.5%	23.6%	25.4%	24.8%	6.1%	4.4%	6.7%	2.7%

資料：佐賀県国民健康保険課調査データ

≪参考≫　全国の保険者種類別特定保健指導実施率

	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	船員保険	健康保険組合	共済組合
平成 20 年度	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%
平成 21 年度	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成 22 年度	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%

資料：厚生労働省



資料：「レセプト情報・特定健康診査等データベース」（厚生労働省）

５）　特定保健指導に関する具体的な取組

①　県の取組

県においては、以下のような取組を行いました。

- 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を図るための「保険者情報交換会」の開催
- 特定保健指導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「佐賀保健指導支援ステーション事業」及び「（特定保健指導者）人材登録事業」の立上げ、運営の支援
- 特定保健指導実施者の人材育成・資質向上のための研修の推進
- 国民健康保険者を対象に実施率調査を行い、その分析データ等を提供
- 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じた保険者の支援
- 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
- 実施率向上につながる先駆的取組を行う市町国保保険者を県調整交付金により支援

②　保険者の取組

特定保健指導の実施率向上を図るため、各保険者において様々な取組が行われています。

被用者保険者では、保健指導利用券送付時に添付する案内文の内容を分かりやすくする工夫をしたり、広報、各所属に出向いての制度説明をするなどにより、周知を図る取組が行われています。

市町国保、国保組合等においては、以下のような取組が行われています。

- 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
- 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
- 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
- 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。
- 保健指導担当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
- 効率よく訪問できるよう地区担当制を実施
- 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
- 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
- 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
- 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
- 保健指導の技量向上のため、従事者による事例検討や学習会の実施
- 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
- 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
  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
- 「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組」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

６）特定保健指導実施率を向上させるためのポイント

これまでの特定保健指導への取組から、実施率を向上させるために必要と思われるポイントは次のとおりです。

○保険者として
- 特定保健指導対象者が確実に指導を受けるよう、健診受診から保健指導までの期間を短くしたり、途中で脱落しないよう、初回面接時にきちんと意識づけを行うなど効果的な指導に努める。
- 対象者の都合（夜間・休日）に合わせた時間設定など、継続しやすい環境を整える。
- 特定保健指導を行う者には、対象者に生活習慣を変える行動を起こさせるような保健指導のスキルが必要であり、理解を高めるような保健指導の内容、教材の工夫が必要。そのためにもスキルアップのための研修等の実施が重要になる。

○県として
- 特定保健指導を行う人材の確保・育成について、人材研修事業の実施な

どにより支援していく。
・より効果的な特定保健指導としていくために、各保険者の取組内容、その効果を把握しながら、県内保険者への情報提供に努めていく。
・さらに、国における保健指導の効果に関する検討の結果など、有効な情報を各保険者へ情報提供し、その取組を支援していく。

7）メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

		割　合　（%）			全国順位
		H20	H21	H22	H22
メタボリックシンドローム該当者	全国	14.4	14.3	14.4	
	佐賀県	12.5	12.6	13.0	45位
メタボリックシンドローム予備群者	全国	12.4	12.3	12.0	
	佐賀県	13.2	12.9	12.7	6位
メタボリックシンドローム該当者・予備群者	全国	26.8	26.7	26.4	
	佐賀県	25.7	25.4	25.7	37位

平成 22 年度の特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」という。）及び予備群者（以下「メタボ予備群」という。）の割合は、全国平均は 26.4%、本県は 25.7%で全国 37 位と低い方になっています。

しかし、メタボ該当者が 13.0%で全国 45 位に対し、メタボ予備群は 12.7%で全国 6 位であり、メタボ予備群の割合が他県に比べると多いというのが本県の特徴です。

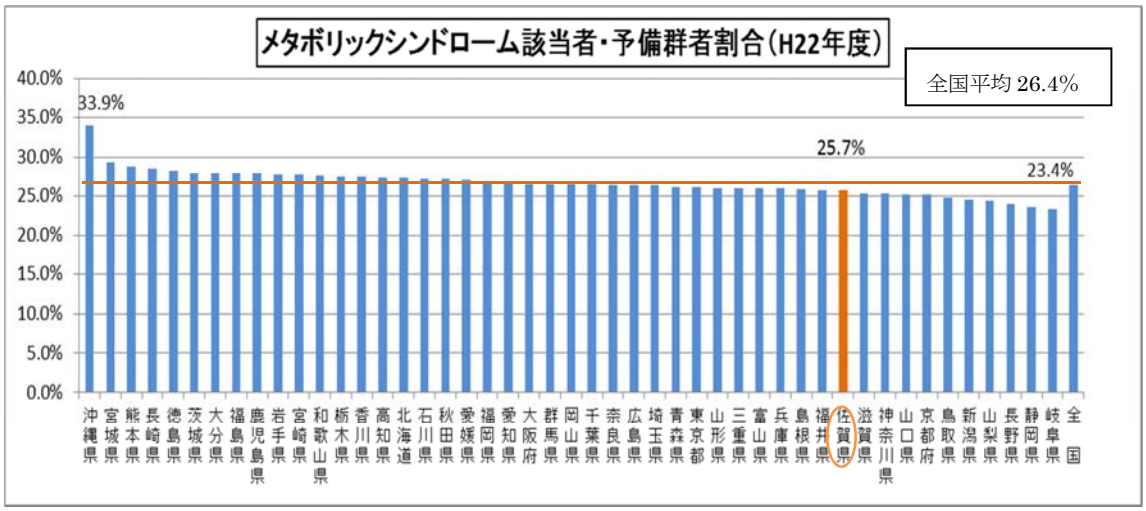
また、メタボ予備群が年々減少しているのに対し、メタボ該当者は増加傾向にあります。このため、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合は、現時点ではほとんど減少していません。

今後も特定保健指導の推進等により、メタボリックシンドローム該当者の割合を増加させない、予備群から該当者へ移行させないように努力していくことが重要です。

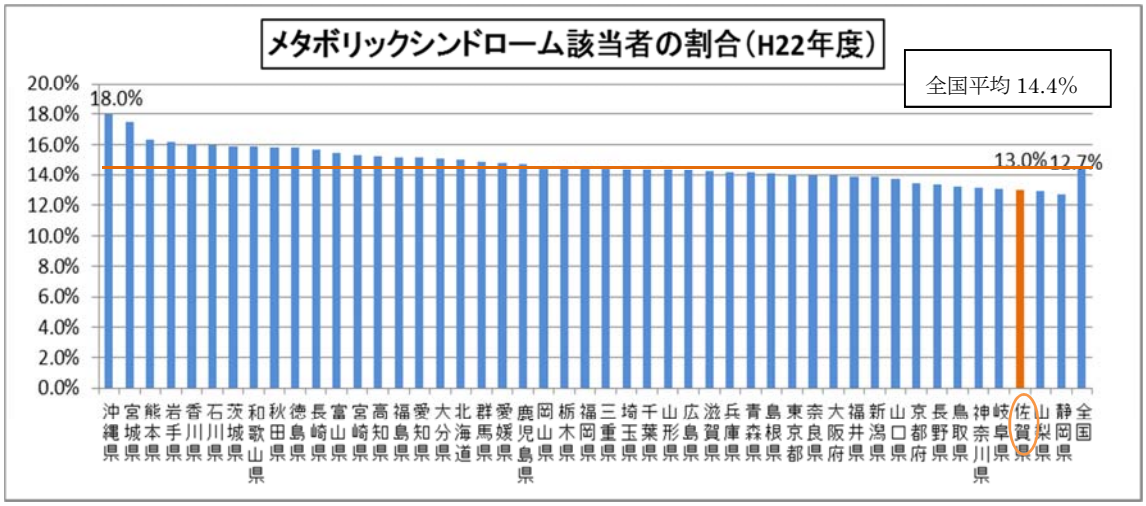
なお、県内国保の平成 21 年度特定健康診査受診者のうち、メタボ該当者、メタボ予備群と判定された人で、平成 22 年度の特定健康診査時において改善した人の割合（減少率）は、該当者で 25.9%、予備群者で 20.5%でした。

今後、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率を高めていくためには、特定保健指導対象となった人の特定保健指導への参加を増やし、合せて保健指導の効果を上げていくこと、特定保健指導対象外であっても、重症化予防のための保健指導を行っていくことなどが考えられます。

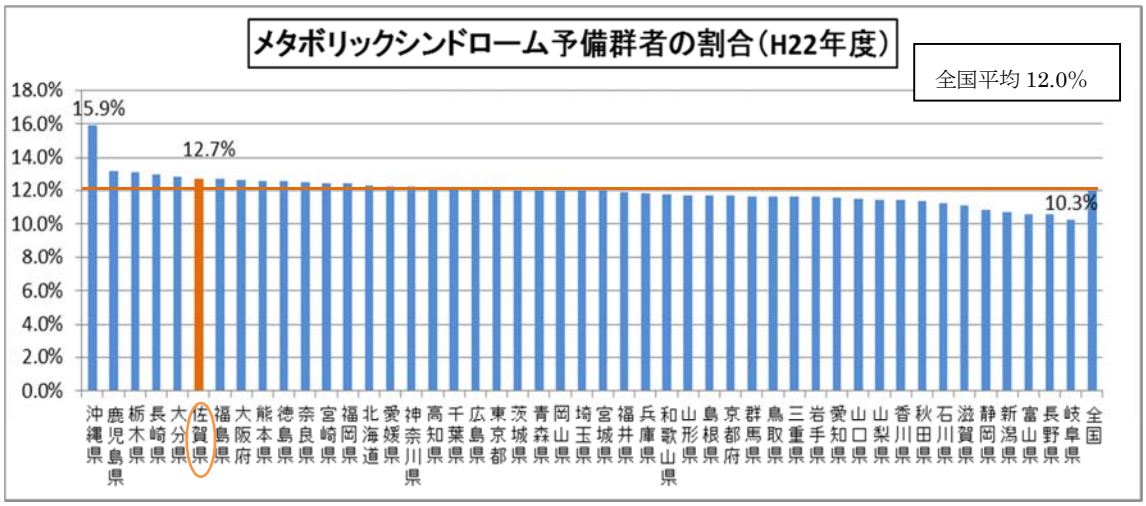
メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少等の変化を経年的に見ていくことは、特定保健指導の評価や効果を判定していく上でも必要です。



資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ



資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ



注）佐賀県と福島県は同率　　資料：都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ

（２）健康づくりの普及啓発の推進状況

１）現状

①　メタボリックシンドロームの概念の普及啓発

県民だより等を活用して、普及啓発を行いましたが、認知度は、男性63.9%、女性 68.8%（H23)で、男女とも目標の 80%には達しませんでした。

②　栄養・食生活の対策（食育を含む）

佐賀県版食事バランスガイドの作成､｢健康づくり協力店｣の登録推進、保育所等への食育推進のための支援及び健康教育・食教育を行う市町の管理栄養士等や特定保健指導にあたる保健医療従事者の資質向上に取組みました。

③　身体活動・運動の対策

佐賀県内 44 か所のウォーキングマップ作成及び健康づくりの運動講習会の開催、運動施設情報のホームページ掲載などにより、運動習慣の定着促進に努めましたが､1 日 6,000 歩以上歩く者の割合は､男性 47.9%､女性 48.6%（H23）にとどまっています。

④　喫煙の対策

県内すべての中学１年生及び小学６年生に対しての防煙教育の実施及び受動喫煙防止として「禁煙・完全分煙認証施設」の増加の取組を行いました。喫煙率は減少し、禁煙・完全分煙認証施設は 1,800 施設（H23）となりました。

⑤　健康づくり対策の総合的な推進

健康プランを推進するために、健康アクション佐賀２１推進協議会と共に､｢健康アクション佐賀２１県民会議｣を開催し､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を行いました。

２）課題

①　メタボリックシンドロームの原因である肥満者(成人)は､男性 26.1%､女性 22.8%（H23）と増加傾向であるため、適量食べるや運動習慣の定着による、適正体重を維持する人を増加させる必要があります。

②　喫煙は、がん、循環器疾患、ＣＯＰＤ、糖尿病をはじめ多くの疾患の確立した原因であることから､禁煙希望者に対する支援や未成年者に対する防煙教育を継続する必要があります｡また､受動喫煙の慢性影響として、肺がんや循環器疾患等のリスクが上昇することから､受動喫煙の機会を有する割合を減らすことが必要です。

③　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一体となって、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を引き続き行っていく必要があります。

（３）がん対策の推進状況

１）現状

① がん予防として、がん予防推進員養成講座を開催し、平成 23 年度末までに 325 名のがん予防推進員を養成しました。

② 肝がんの予防として、肝がん緊急総合対策事業を実施し、平成 20 年度から平成 23 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：14,709 件、HBs 抗原検査：14,885 件実施し、インターフェロン治療等の肝炎治療費助成を 2,673 名に行いました。

③ 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」※を昭和 59 年から実施しています。

２）課題

① 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るものの、他のがん（胃、肺、大腸）の受診率は依然として低調です。

② 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は目標としていた 3,000 名に届かず、さらに治療を促進する必要があります。

③ 地域がん登録の精度向上のためには、医療機関からの自主届出が必要ですが、自主届出によらず死亡票等によって把握したがん患者の割合は平成 19 年時点で 20.7%あります。

※　地域がん登録

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ます。

２　医療の効率的な提供の推進に関する目標

（１）療養病床の状況

第１期医療費適正化計画では、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に据えて、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 年から 22 年にかけて実施した調査の結果、療養病床から介護保険施設への転換が進んでいないという実態（平成 18 年で 12 万床であったが、平成 22 年 6 月時点で約 8.6 万床）があったことを踏まえ、療養病床の機械的な削減は行わないこととされ、介護療養型医療施設の転換については、平成 23 年度末までから平成 29 年度末までに転換期限が延長されました。

この方針に従い、本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、第１期計画の療養病床減少目標の評価も行わないことにしています。

（第１期目標値：3,385 床（回復期リハビリテーション療養病床を除く））

県内の平成 24 年 10 月 1 日現在の療養病床数は、第１期計画策定時に基礎資料とした平成 18 年 10 月時点の療養病床数（4,932 床（医療療養病床数：3,407 床、介護療養病床数：1,525 床））より 761 床減少しています。

療養病床の病床数

区　分	病床数	
	平成 18 年 10 月※1	平成 24 年 10 月
医療療養病床（医療保険適用）	3,407 床	3,157 床
介護療養病床（介護保険適用）	1,525 床	1,014 床
合　計	4,932 床	4,171 床

※回復期リハビリテーション療養病床（598 床：H24.10 月 1 日現在）を除く。
※1「医療施設調査（平成 18 年 10 月末概数）及び「病院報告」をもとに厚生労働省保険局にて算出。

（２）平均在院日数の状況

第一期医療費適正化計画の平均在院日数の目標値は、平成 18 年の病院報告における本県の平均在院日数（介護療養病床を除く）48.5 日から、最短の長野県との差の 1/3 の日数を減じた 40.6 日としていましたが、平成 23 年度時点での平均在院日数（介護療養病床を除く）は、43.8 日となっています。平成 18 年度からの５年間で 4.7 日減少しています。

目標値 （平成 24 年度）	目標設定時の 基準 （平成 18 年度）	平成 20 年度	平成 23 年度	増減 （H23-H18）
40.6 日	48.5 日	47.5 日	43.8 日	－4.7 日

（３）医療の効率的な提供の状況

１）医療機関の機能分化・連携

県が策定した「第５次佐賀県保健医療計画」では、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）及び 5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）における医療連携体制の構築を目指し、佐賀県医師会を中心とする関係団体の協力のもと、県全体の医療連携体制の推進を図っています。このうち、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病における「地域連携クリティカルパス」については、平成 24 年度までに策定されており、県内医療機関において利活用の推進が図られていますが、より多くの医療機関で活用されることが重要です。

※地域連携クリティカルパス

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

診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示し・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。

２）在宅医療・地域ケアの推進

①　保健・医療・介護（福祉）のサービスの総合的提供体制の整備

県民が病気や障害を抱えても、住み慣れた地域で人間としての尊厳を保ち、いきいきと暮らすためには、保健・医療・介護(福祉)関係機関の連携体制を強化し、保健・医療・介護（福祉）施策の一体的推進を図っていく必要があります。

高齢化の進展､家族形態の変化､疾病構造の変化等の種々の要因により、高齢者や障害者とその家族の抱える問題は、複雑・多様化し、個々の分野では解決できないものが多くなってきています。

高齢化が一段と進む2025年に向けて､要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化するため介護予防を推進することが求められ、在宅医療の充実と医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した包括的な支援(地域包括ケアシステム、本県では「在宅生活サポートシステム」という)の構築が求められています。

医療においては､診療所を中心に「かかりつけ医」･「かかりつけ歯科医」の普及・定着を促進し、急性期から在宅に至るまでの切れ目のない医療連携体制を構築する中で、よりスムーズな連携が取られるよう、住民が身近なところで継続的かつ包括的に診療や健康相談が受けられる一次医療（プライマリ・ケア）を推進していく必要があります。

また、「かかりつけ医」･「かかりつけ歯科医」と在宅医療を担う医療機関、他職種の連携による在宅医療の提供体制の充実とそれを支援する病院や居宅介護支援事業所等との連携及び保健、介護(福祉)サービスとの連携のとれた医療サービスの提供を推進していく必要があります。

②　精神疾患対策の充実

ア　概況

県内の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（精神科病院月報）で、5年前（平成19年3月末4,038人）と同水準で推 移しています。県民で、精神科病院や精神科診療所等で自立支援医療による通院医療を受けている人は､平成24年3月末現在9,559人であり、5年前（平成19年3月末7,769人）と比べ、約23%増加しています。

また､精神保健福祉手帳の取得者は､平成24年3月末現在3,620人で、5年前（平成19年3月末2,548人）と比べ、約42%増加しています。

イ　在院患者の状況

疾患別では､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。

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

合が低くなっています。

平成 22 年 6 月 30 日現在で、3,985 人が入院していますが、うち、5 年以上の長期入院患者は、1,421 人で、全体の 35.7%を占めています。

精神病床に入院している患者の平均在院日数は、平成 23 年で 366.9 日（全国 298.1 日）とほぼ 1 年となっており、全国と比べやや長い傾向にあります。

ウ　退院患者の状況

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年未満の入院者の平均退院率は、年々増加傾向にありますが、平成 22 年度佐賀県は 67.8%であり、全国の 71.4%より低くなっています。

エ　課題

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。

また、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おり、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・福祉の関係機関による連携、また医師、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求められます。

３）その他の医療費適正化のための取組み

①　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）の点検調査等が行われています。

県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支援しています。

ア　保険者によるレセプト点検の充実

- 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ってきました。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、効果的・効率的な点検を支援しています。
- 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、レセプト点検の充実を支援してきました。

・　適正な点検が行われるよう、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助言等に努めてきました。

その結果、市町国民健康保険におけるレセプト点検による財政効果額は、平成 23 年度 1 年間で 3 億 5 千万円程度になっています。

② 重複受診と多受診（頻回受診）の是正

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

③ 生活習慣病重症化予防の取組

本県の人工透析導入患者は 2,120 人（H22 年）で、そのうち糖尿病腎症を原疾患とする人は 39.5%（731 人）と、全国（35.8%）に比べ高い状況にあります。新規人工透析患者数は毎年 200 人以上で推移しており、1 件あたり医療費が高いため、医療費を高める要因の 1 つとなっています。また、脳血管疾患や虚血性心疾患の 1 件あたり医療費も高額であるため、各医療保険者、特に市町国民健康保険者においては、高血圧や糖尿病で治療が必要にも関わらず治療していない人、服薬中でコントロール不良の人などを対象に重症化を防ぐための保健指導や受診勧奨などの取組みが優先的に行われています。

各保険者は、特定健康診査結果を分析し、優先して保健指導等を実施する対象者を抽出し、必要な支援を実施しています。また、健診結果で、医療の受診が必要な人が受診を行ったか確認するために、レセプト情報と突合し未受診者へは受診を勧奨しています。また、ハイリスク者に特化した結果説明会や講演会の実施、経年的な追跡及びフォローなども行われています。

④ 医療費に関する意識の啓発

医療費に対する住民の認識、医療費の適正化への関心を高めるために、保険者等による受診者に医療費の額等について通知する医療費通知の取組みを促進してきました。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が行いました。

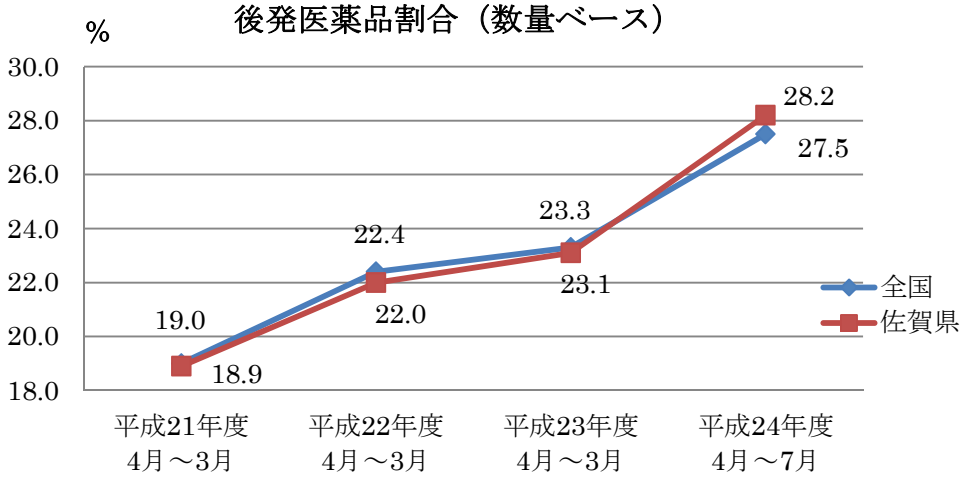
⑤ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及

後発医薬品（ジェネリック医薬品）については、患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点から、国においては、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」という目標が提示されました。その達成に向けて厚生労働省では「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されています。

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、薬剤師会などの医療関係者、病院、薬局などの医療機関、医薬品販売関係者などからなる「佐賀県後発医薬品使用検討協議会」を設置し、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。

県内の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 年度に本県において使用された医薬品のうち、後発医薬品の割合は 23.1%で全国平均を 0.2%下回っていましたが、平成 24 年 4 月から 7 月までの実績では、全国平均を 0.7%上回っています。



出典：厚生労働省「調剤医療費の動向調査（平成24年7月号）」
注）平成24年度の値は4月～7月分を参考掲載
注）平成24年4月以降は、生薬及び漢方製剤等が除外されています

ジェネリック医薬品；　新薬の特許期間満了後に発売される、新薬と同じ成分、同じ効き目の医療用医薬品の総称。

第４章　計画の目標と取組み

１　基本理念

県民の生活の質の維持と向上を図ること

医療費適正化のための具体的な取組みは、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供をめざすことです。

超高齢社会の到来に対応すること

現在、全国で約 1,500 万人と推計される 75 歳以上の人口は、平成 37 年には約 2,200 万人に近づくと推計されており、これに伴って現在国民医療費の約 3 分の 1 を占める後期高齢者医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されています。

佐賀県も、今後いわゆる団塊の世代層が高齢者となる中で高齢化はさらに進行し、75 歳以上の人口は、平成１７年現在 98,000 人ですが、平成 37 年には約 142,000 人まで増加すると推計されており、それに伴い高齢者の医療費も高い伸びになると予想されます。

このように、超高齢社会の到来が現実のものとなりつつある中で、医療費適正化のための取組みは、結果的に高齢者の医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくことを目指すものです。

目標及び施策の達成状況の評価を適切に行うこと

目標及び施策の達成状況については、計画の中間年度及び最終年度の翌年度に評価を行い、必要に応じて計画の見直し等に反映させます。

２　医療費適正化に向けた目標

（１）県民の健康の保持の推進に関する達成目標

目標項目	現 状	目標値(H29)
特定健康診査の実施率　※１	38.7%（H22）	70%
特定保健指導の実施率　※２	20.3%（H22）	45%
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※3（対平成 20 年度）	25.7%※４（H20）	25%減（19.2%※５）
成人の喫煙率の減少※６（喫煙をやめたい人がやめる）	(H23) 総数　21.0% 男性　37.8% 女性　8.5%	 総数　18.3% 男性　33.8% 女性　6.5%

※6　第２次佐賀県健康プラン目標値（平成 34 年達成目標（総数　15.7%　男性　29.8%、女性　4.6%）の中間値（H29 年））

１）特定健診・特定保健指導の実施率、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に関する目標

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設定します。

【数値目標設定の基本的考え方】
・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ことにより推計。

≪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
特定健診の実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指導の実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

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

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

※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
第１期計画期間の「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、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、平成 29 年度までの目標は、いわゆる内科系８学会の基準によ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とする。（出典：「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」厚生労働省）

※４　減少率の基準となる平成 20 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の特定健診対象者総数に占める割合

※５　25%減少した場合の平成 29 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の特定健診対象者総数に占める割合

≪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式≫

$$1 - \frac{\text{**当該年度の健診**データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$$

○該当者及び予備群の数は、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者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。

○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。

（出典：「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」厚生労働省）

２）たばこ対策に関する目標

がん、循環器疾患等の生活習慣病の圧勝予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要です。喫煙による健康以外を予防するために、平成 29 年において達成すべき目標を設定します。

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすく妊娠中の喫煙は、妊娠合併症のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなるため、未

成年期及び妊婦中の喫煙を防止に取組みます。

受動喫煙※による健康への悪影響については、流涙、鼻閉、頭痛等の諸症状や呼吸抑制、心拍増加、血管収縮等生理学的反応等に関する知見が示され、慢性影響として、肺がんや循環器疾患等のリスクが上昇することから、受動喫煙の機会を低下させることに取組みます。

※受動喫煙：室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること

（２）医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

１）　平均在院日数※に関する目標

全国の病床ごとの平均在院日数の目標値を踏まえ、本県の病床種別ごとの病床数・病床利用率などを考慮して、「医療の効率的な提供の推進」に関する平成 29 年度の目標値として、次の目標を設定します。

この目標値については、平成 27 年度の中間評価を踏まえ、必要に応じ見直しを行います。

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

目標項目	現状(H23)	目標値
平均在院日数	43.8 日	39.5 日

※介護療養病床を除く全病床による平均在院日数

２）後発医薬品の使用促進に関する目標

新医薬品等と有効成分や効能・効果が同じで、価格の安い後発医薬品の利用が進めば、患者負担額の軽減や医療保険財政の改善を図ることができます。

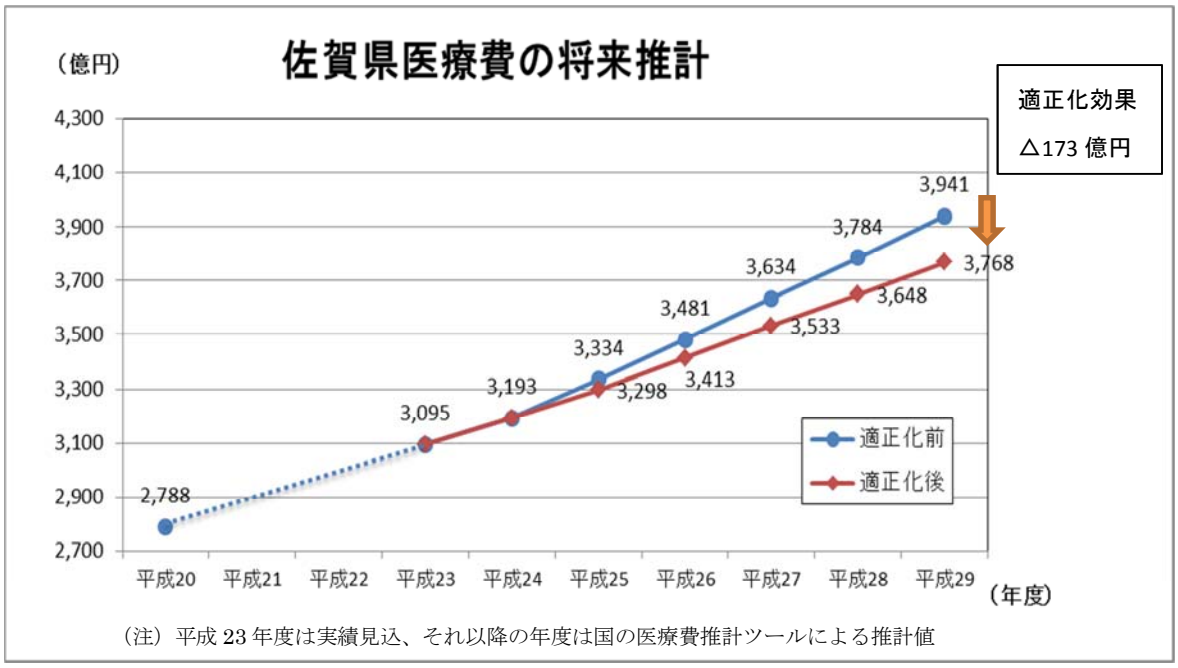
国では、今後、後発医薬品使用推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図るとされています。

県では、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるよう、後発医薬品に関する正しい情報の提供に努めるとともに、医療関係者の理解を得ながら後発医薬品の使用促進を図ります。

（3）適正化策の実施による医療費の見通し

本県における総医療費は、現状のまま推移すれば、平成 24 年度には 3,193 億円程度になり、本計画の最終年度である平成 29 年度には 3,941 億円程度に達すると推計されます。

これに対し、本計画における「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少」及び「平均在院日数の短縮」の目標を達成した場合には、173 億円程度の医療費適正化効果が得られると推計されており、平成 29 年度の医療費の見通しは、3,768 億円程度に抑えられると推計されます。



（注）平成 23 年度は実績見込、それ以降の年度は国の医療費推計ツールによる推計値

（注）

・厚生労働省提示による「都道府県別医療費の将来推計の計算ツール」（平均在院日数の短縮、生活習慣病対策による効果）により試算。

・上記の 3,941 億円には、国の「社会保障と税の一体改革」において進めることとされている「医療・介護機能の再編（機能分化、強化等）」に係る経費が含まれる。

・本計画の目標となっている「たばこ対策」による医療費適正化効果の発現には、一定のタイムラグがあること、また「後発医薬品の使用」については、個々の医薬品の価格により効果が異なるなど一律に適正化効果を算出することが困難であることから、医療費推計ツールでは、その影響額は算定されない仕組みとなっている。

３　目標達成に向けた施策

（１）県民の健康の保持の推進

佐賀県の医療費の状況及び本計画の進捗状況に基づき、「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、本計画で定めた以下の施策を引き続き推進していきます。

１）特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上のための支援

①　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、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。

②　財政力が弱い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います。

③　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）健康づくりの推進

①　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点をおいた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点をおいた対策を推進します。

・生活習慣病の予防、がん検診の受診促進
・肝炎ウィルス検査から抗ウィルス治療までの一貫した治療体制の構築・運用
・特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上のための各保険者への支援
・糖尿病の治療や療養に従事するコメディカル等の資質向上
・佐賀県糖尿病連携手帳の利活用の促進
・ＣＯＰＤに係る知識等の普及啓発　　など

※第２次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画)」における主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、喫煙、身体活動・運動、飲酒の達成目標を P72、P73 に掲載。

②　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフスタイルにおいて心身機能の維持及び向上に取り組みます。また、生活習慣病を予防し、又

はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくり、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組みます。

・学校、市町、関係団体等との連携による次世代の健康についての情報提供
・学校教育活動全体で体力向上の取組を推進
・ロコモティブシンドロームとその予防に関する普及啓発
・高齢者の適切な栄養・食生活に関する普及啓発
・うつやメンタルヘルスに関する研修会等の普及啓発
・ゲートキーパーの養成　など

③　健康を支え、守るための社会環境の整備

社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが必要であり、行政機関のみならず、県民の健康づくりの取組を総合的に支援する環境の整備に取り組みます。

・健康アクション佐賀２１県民会議構成団体と一体となった県民健康づくり運動の推進
・健康づくり協力店や禁煙・完全分煙施設の増加
・地域において健康づくりを推進するＣＳＯ等の活動の情報発信　など

④　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

健康の増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔に関する生活習慣の改善に取り組みます。また、地域や職場等を通じて県民に対し健康増進の働きかけを進めていきます。

・「早寝・早起き・朝ごはん」の重要性の普及啓発
・家庭での「食卓」を囲んでの健全な食生活の実践など、食育の啓発
・メタボリックシンドロームのリスク等の普及啓発
・「健康づくりのための運動指針」の普及啓発
・運動施設の情報提供や運動指導者、ボランティアの養成や資質の向上
・十分な睡眠の大切さなどの情報提供による普及啓発
・企業等のワーク・ライフ・バランスの取組促進
・アルコールの心身に与える影響についての知識の普及

・妊婦健診や母子手帳交付時に妊娠中の飲酒の危険性について普及啓発
・保健事業の場で禁煙を希望する人への禁煙方法等の助言及び情報提供
・禁煙支援者（保健指導者）の養成及び資質向上
・受動喫煙の害及び妊娠中の喫煙の影響について啓発
・「かかりつけ歯科医」の機能や必要性について普及啓発
・定期的な歯科健診やセルフケアの実践等によるむし歯予防や歯周病予防、重症化予防の普及　など

3）がん対策の推進

①　がん検診受診率向上のための普及啓発等を行います。
・40～69 歳の乳がん検診の受診率を 60%まで向上させる。
・20～69 歳の子宮頸がん検診の受診率を 60%まで向上させる。
・40～69 歳の肺がん、胃がん、大腸がんの検診受診率を 40%まで向上させる。

②　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。
・インターフェロン治療費助成制度利用者数を、平成 29 年度までに累計 6,700 人とする。

③　地域がん登録※の精度向上のための体制強化を行います。

※　地域がん登録
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ます。

第２次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）の目標指標

◇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	現状	中間値（平成 29 年度）	目標値（平成 34 年度）	備考（※）
脳血管疾患 虚血性心疾患の年齢調整 死亡率の減少 （10 万人当たり）	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 （平成 22 年）	脳血管疾患 男性４１．５ 女性２２．６ 虚血性心疾患 男性２１．１ 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	総数 33.6% 男性 37.2%　女性 29.6% （平成 23 年度）	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	総数 21.7% 男性 18.8%　女性 26.0% （平成 23 年度）	総数１９．０% 男性１６．５% 女性２２．８%	総数１６．３% 男性１４．１% 女性１９．５%	LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少	25.7% （平成 20 年度）	（平成 20 年度対比） ２５%の減		
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査：38.9% 特定保健指導：20.3% （平成 22 年度）	特定健康診査の実施率：７０% 特定保健指導の実施率：４５%		
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	９８人 （平成 22 年）	８３人	６８人	
治療継続者（※）の割合の増加	総数 52.2% 男性 52.5%　女性 51.8% （平成 23 年度）	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(JDS)6.1%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	総数 1.0% 男性 1.4%　女性 0.7% （平成 23 年度）	総数０．９%（平成 34 年度） 男性１．２%　女性０．６%		HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合
糖尿病有病者（※）の割合の増加の抑制	総数 10.0% 男性 12.8%　女性 7.5% （平成 23 年度）	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

◇栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・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（喫煙）	現状（平成 23 年度）	中間値（平成 29 年度）	目標値（平成 34 年度）
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　１８．３% 男性　３３．８% 女性　６．５%	総数　１５．７% 男性　２９．８% 女性　４．６%

目標（栄養・食生活）	現状 （平成 23 年度）	中間値 （平成 29 年度）	目標値 （平成 34 年度）
・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	男性３０．５％ 女性１９．０％ （40～69 歳） ２９．４％ （20~29 歳女性）	男性２９．０％ 女性１７．７％ （40～69 歳） ２４．７％ （20~29 歳女性）	男性２７．４％ 女性１６．３％ （40～69 歳） ２０．０％ （20~29 歳女性）
・適切な量と質の食事をとる者の割合の増加 （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５２．０％ 女性５０．０％	男性６０．０％ 女性６０．０％
（イ）食塩摂取量の減少	男性１０．４ｇ 女性　８．７ｇ	男性９．０ｇ未満 女性７．５ｇ未満	
（ウ）野菜と果物の適量摂取	野菜摂取量の平均値 ２６０．３ｇ 果物摂取量 100ｇ未満の者の割合 ６５．０％	野菜摂取量の平均値 ３５０ｇ 果物摂取量１００ｇ未満の者の割合 ３０％	

目標（身体活動・運動）	現状 （平成 23 年度）	中間値 （平成 29 年度）	目標値 （平成 34 年度）
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（※）の割合の増加 **（※：１回 30 分以上の運動を週に２日以上、１年以上実施）**	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％

目標（飲酒）	現状 （平成 23 年度）	中間値 （平成 29 年度）	目標値 （平成 34 年度）
生活習慣病のリスクを高める量（※）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％

（※）生活習慣病のリスクを高める飲酒量：　１日の平均純アルコール摂取量が男性で４０ｇ、女性で２０ｇ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。

（２）医療の効率的な提供の推進

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

１）医療機関の機能分化・連携

①　地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携

地域連携クリティカルパスについては、より多くの医療機関で活用されることが重要です。第６次佐賀県保健医療計画においては、各疾病おける地域連携クリティカルパスの利活用の推進を図るとともに、かかりつけ医と専門医との連携を強化することで効率的な医療の提供体制を目指しています。

引き続き、地域連携クリティカルパスの普及・啓発を図り、佐賀県医師会等の協力のもと、県内各医療機関の医療機能の分化を推進し、円滑な医療提供が図られるよう推進します。

②　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。

ア　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。

イ　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。

ウ　病床転換助成事業等による支援

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

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

＜療養病床の再編に関する相談窓口＞

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

２）在宅医療・地域ケアの推進

入院医療から地域及び自宅やケアハウスなどの多様な住まいにおける療養への円滑な移行のためには、在宅医療や在宅での看護・介護サービスの充実を推進するほか、介護施設等を含む在宅療養環境の整備が不可欠です。

このことから、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（本県では「在宅生活サポートシステム」という)の構築に取り組んでいきます。

①　保健・医療・介護（福祉）のサービスの総合的提供体制の整備

ア　保健・医療・介護（福祉）のサービスの総合的提供体制の整備

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

住民に最も身近な地域でサービスを提供する市町にあたっては、検診等の保健事業を実施しながら、保健・医療・福祉分野において、各種施策を総合的に推進する体制整備が必要です。

県は、保健・医療・福祉の連携強化を推進するとともに、市町に対する専門的、技術的支援、各種サービスを提供するために専門的な人材の確保と資質の向上を図ります。

イ　人材の育成

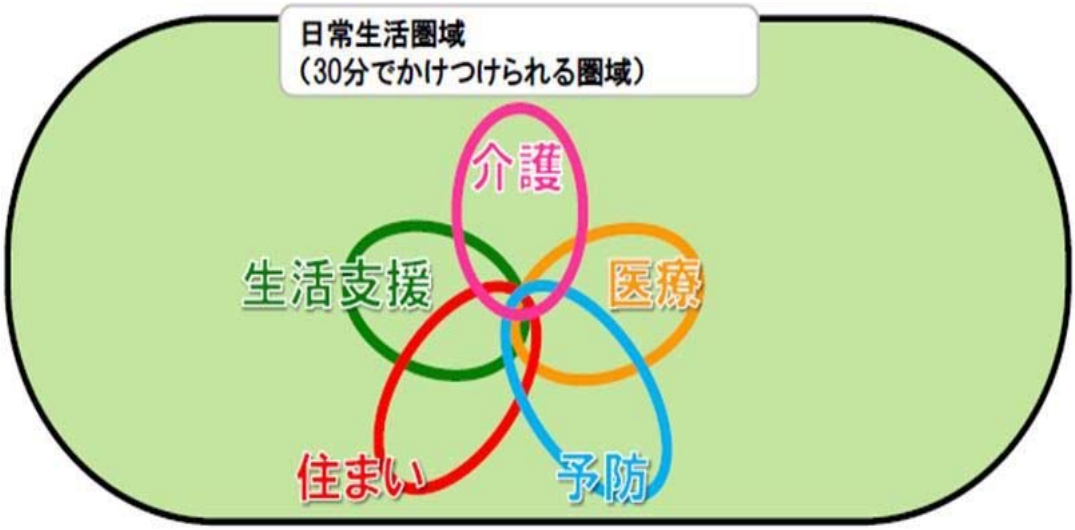
保健・医療・介護（福祉）サービスの提供は、人的資源に依存するところが大きく、人的資源の確保と資質の向上を図ることが重要です。

このため、医師や看護職員などの医療従事者や介護サービス従事者の確保と資質の向上を図っていきます。

ウ　在宅医療の推進

医療従事者のみならず､介護サービス事業者や市町等の｢多職種｣が連携し、顔の見える関係づくりを推進することで、在宅医療の

ネットワーク化を構築し、地域包括ケアシステム（本県では「在宅生活サポートシステム」という）を見据えた在宅医療推進体制の普及を進めます。



②　在宅医療基盤の整備及び人材確保

高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるためには、介護サービス基盤だけではなく、在宅医療体制を充実させることが必要です。そのためには、介護サービス事業者、医療機関等の多職種協働により「地域支援ネットワーク」を構築し、医療と介護の連携強化を促進します。

在宅医療は、「在宅療養支援診療所」をはじめとするかかりつけ医だけでなく、訪問看護ステーションや病院など様々な機関、職種がそれぞれに充実した機能を持ちつつ、相互に連携することで成り立つ医療です。

地域における在宅医療の基盤を強化するため、在宅医療を担う医師や看護師の育成と確保、往診等の充実に努めるとともに、医療機関や介護サービス事業者など、関係機関の連携体制を構築していきます。訪問看護ステーションの充実は在宅医療体制を確立する上で重要であり、必要に応じて、24 時間のケアを在宅において実現するためには、訪問看護ステーションにおける人員・組織等の体制整備が不可欠です。よって、必要に応じた訪問看護ステーションの体制整備支援に努めていきます。

③　精神疾患対策の充実

本県では、第３期障害福祉計画、佐賀県自殺対策基本計画、総合計画等既存の計画において、平成 24 年度から 3 年間の精神疾患に関する数値目標を掲げています。

○数値目標

指標（第３期障害福祉計画）	現状（平成 20 年度）	目標（平成 26 年度）
１年未満入院者の平均退院率	62．4%	67．4%

指標（第３期障害福祉計画）	現状（平成 23 年度）	目標（平成 26 年度）
入院期間が５年以上かつ 65 歳以上患者の退院者数	84人	100人

指標（総合計画2011）	現状（平成 23 年度）	目標（平成 26 年度）
グループホーム、ケアホームの設置	累計　18か所	累計　24か所

・必要な施策

住民に対する心の健康づくりのための普及啓発、また県精神保健福祉センターや県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。

65 歳以上で５年以上入院している患者の地域移行を推進するため、精神科病院と障害福祉サービス事業所、指定一般相談支援事業所、就労支援事業所等が連携した退院支援体制を構築する「高齢入院患者地域支援事業」の実施に向けて取組みます。

また、平成 24 年４月から個別給付化された自立支援サービスによる「地域移行支援・地域定着支援」が充実するよう、市町の取組を支援します。

地域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。

３）　医療保険者の取組への支援

①　国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合等が行う、診療報酬明細書の点検事務や医療保険財政の改善に向けた取組が円滑に進められるよう支援・協力していきます。

ア　保険者によるレセプト点検の充実

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。

イ　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。

ウ　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。

②　重複受診・多受診（頻回受診）の是正

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。

なお、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。

③　医療費適正化を目的として取り組まれる保健事業への支援

各医療保険者が取り組まれる生活習慣病重症化防止等の取組に対して、参考となる情報の提供、保健指導者の指導力向上のための研修の実施などを行っていきます。

④　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、保険料や保険税として県民が負担する金額も高くなります。本県は他県に比べて１人あたりの医療費が非常に高い状況が続いています。そのような本県の医療費に係る実態についても、県民だよりや県の広報番組等を活用して周知を図ります。

国民健康保険者や後期高齢者医療広域連合において、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、医療費適正化への関心を高めていただくために、受診者（世帯）に送る医療費通知を促進していきます。

⑤　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

ア　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」（平成 21 年度設置）を開催し、関係者の情報共有を図ります。

イ　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情報の提供に努めます。

ウ　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組状況について情報提供に努めます。

エ　医療関係者の理解を得ながら、市町国民健康保険者において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ができるよう支援していきます。

第５章　計画の推進

１　計画の進行管理

（１）　計画の進捗状況の把握

本計画に定めた施策の取組状況、目標値の進捗状況について、毎年度実績を把握していきます。

（２）中間評価

○計画の中間年度（平成 27 年度）に、計画の進捗状況を評価し、その結果を公表します。

○この評価に当たっては、計画に定めた施策の取組状況、目標値の達成状況などについて必要な分析を行います

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

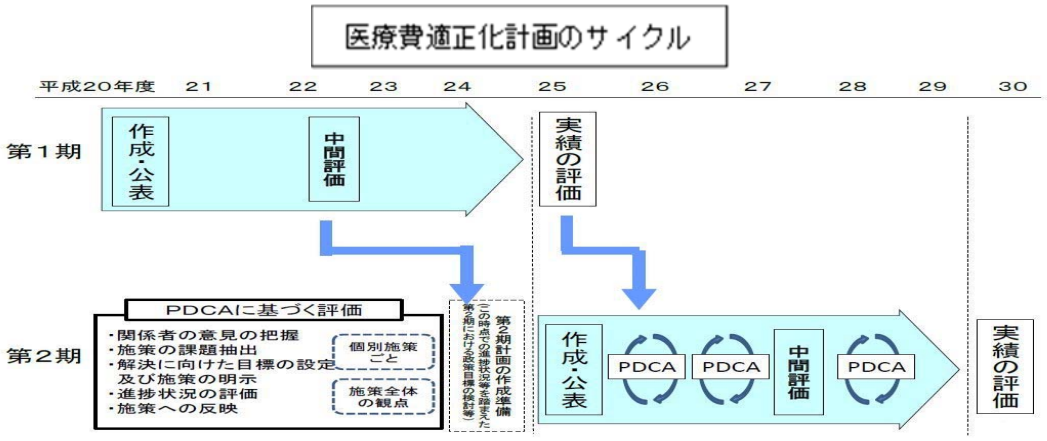
○中間年度の翌々年度（平成 29 年度）は、次期適正化計画作成作業を行うこととなるため、その計画の検討に当該評価結果を活用するものとします。

（３）　実績評価

本計画の計画期間が終了した翌年度（平成 30 年度）に、計画に掲げる数値目標の達成状況を中心に実績評価を行います。

評価の結果は、厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表します。

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



２　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とともに、県民、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、市町、県等の関係者がその役割を認識し、お互いに連携・協力する必要があります。

（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、医療費の適正化を実現していただくとともに、その成果についてできるだけ公表いただくことを期待します。また、被保険者に対し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積極的に実施されることを期待します。

（２）医療機関・医療関係者

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

（３）事業者・企業

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

（４）　行政機関

１）国

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

２）市町

地域住民の健康増進を担っている市町においては、健康教育、健康相談等の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防止への取組みを積極的に推進することを期待します。

また、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備も担っているため、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介護サービスの提供に努められることを期待します。

３）県

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

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

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

佐賀県　健康福祉本部　国民健康保険課

〒840-8570　佐賀県佐賀市城内 1 丁目 1 番 59 号
電　話　　0952-25-7057
ＦＡＸ　　0952-25-7301
電子メール　kokuho@saga.pref.saga.lg.jp