

佐賀県医療費適正化計画(第2期)の 実績に関する評価書

2019(平成31)年3月

佐 賀 県

目次

第1章 実績に関する評価の位置付け

- 一 佐賀県医療費適正化計画の趣旨 1
- 二 実績に関する評価の目的 1

第2章 医療費の動向

- 一 全国の医療費について 2
- 二 佐賀県の医療費について 3

第3章 計画に掲げる目標の進捗状況等

- 一 県民の健康保持の推進に関するもの 9
 - 1 特定健康診査の実施率 9
 - 2 特定保健指導の実施率 13
 - 3 メタボリックシンドローム該当者及び予備群 17
 - 4 たばこ対策 19
- 二 医療の効率的な提供の推進に関するもの
 - 1 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮 20
 - 2 後発医薬品の使用促進 23

第4章 主な施策の取組状況・課題・今後の取組の方向性

- 一 県民の健康保持の推進に関するもの 24
 - 1 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けて 24
 - 2 たばこ対策 26
 - 3 県民の健康に資するその他の取組 27
- 二 医療の効率的な提供の推進に関するもの 28
 - 1 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮 28
 - 2 後発医薬品の使用促進 31
 - 3 医療費の適正化に資するその他の取組 32

第5章 計画に掲げる施策に要した費用に対する効果

- 一 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果 34
- 二 特定保健指導実施に係る費用対効果 34

第6章 医療費推計と実績の比較・分析

- 一 佐賀県医療費適正化計画（第2期）における医療費推計と実績の数値について 35
- 二 医療費推計と実績の差異について 35

第7章 今後の課題及び推進方策

- 一 県民の健康保持の推進に関するもの 37
- 二 医療の効率的な提供の推進に関するもの 37
- 三 今後の対応 38

第1章 実績に関する評価の位置付け

一 佐賀県医療費適正化計画の趣旨

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に要する費用（以下「医療費」という。）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、医療費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。

このための仕組みとして、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）による改正前の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」という。）第9条第1項の規定により、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」という。）を各都道府県が定めることとされており、本県においても2013（平成25）年度から2017（平成29）年度までを計画期間として、2013（平成25）年3月に佐賀県医療費適正化計画（第2期）を策定しました。

二 実績に関する評価の目的

医療費適正化計画は定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆるPDCAサイクルに基づく管理を行うこととしています。

また、法第12条第1項の規定により、都道府県が策定する医療費適正化計画については、計画期間の終了の翌年度に目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価（以下「実績評価」という。）を行うものとされており、今回、第2期の計画期間が2017（平成29）年度で終了したことから、2013（平成25）年度から2017（平成29）年度までの医療費適正計画(第2期)の実績評価を行いました。

第2章 医療費の動向

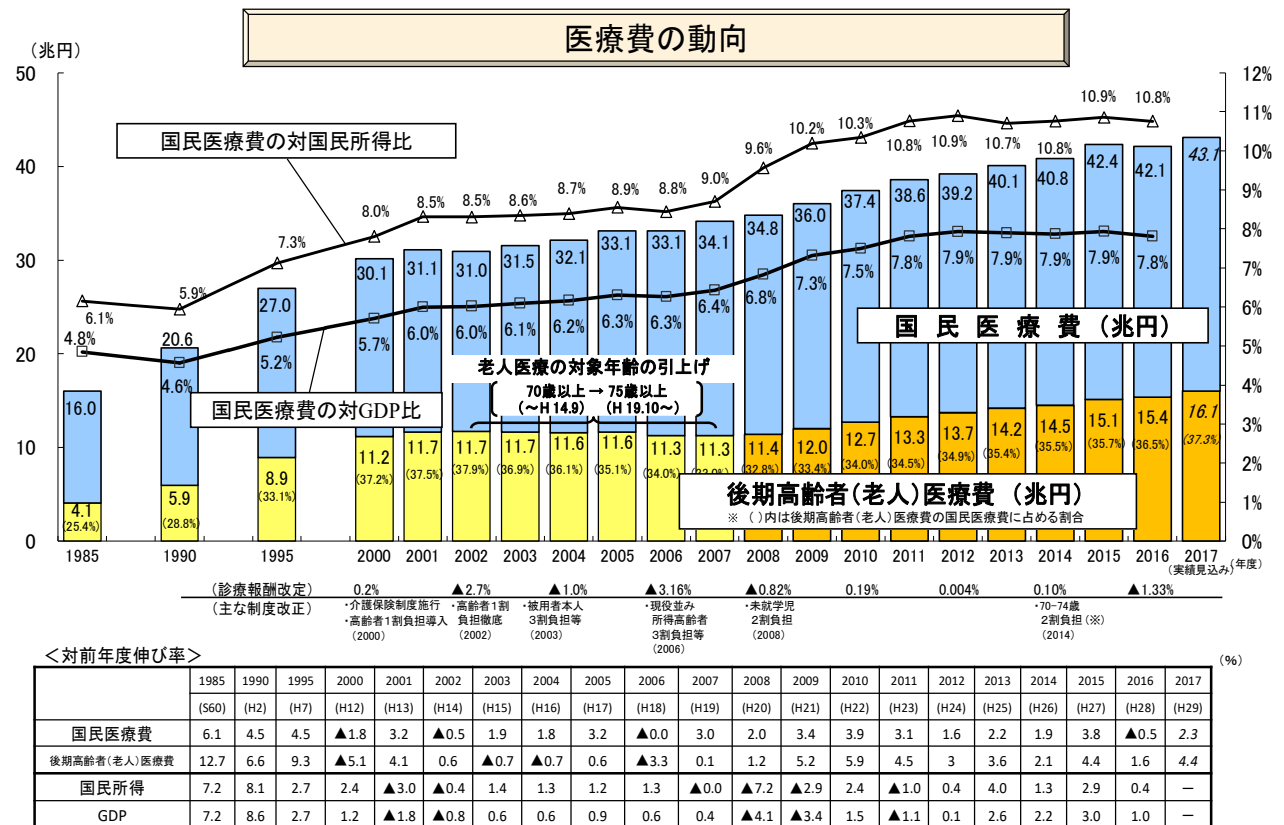
一 全国の医療費について

2017（平成29）年度の国民医療費（実績見込み）は43.1兆円となっており、前年度に比べ2.3%の増加となっています。

国民医療費の推移を振り返ると、年度ごとにばらつきはあるものの、毎年度2～3%程度ずつ伸びる傾向にあります。また、国内総生産又は国民所得に対する国民医療費の比率は、2009（平成21）年度以降、それぞれ7%又は10%を超えて推移しています。

また、後期高齢者の医療費についてみると、後期高齢者医療制度が開始された2008（平成20）年度以降伸び続けており、2017（平成29）年度（実績見込み）において16.1兆円と、全体の37.3%を占めています。（図1）

図1 国民医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2017年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2017年度分は、2016年度の国民医療費に2017年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※) 70～74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

2012（平成24）年度から2016（平成28）年度までの1人当たりの国民医療費の推移を見ると、概ね増加傾向にあり、2016（平成28）年度は332千円となっています。

2016（平成28）年度の1人当たり国民医療費を年齢階級別に見ると、65歳未満では183.9千円であるのに対し、65歳以上で727.3千円、75歳以上で909.6千円となっており、約4倍～5倍の開きがあります。（表1）

また、国民医療費の年齢階級別構成割合を見ると、65歳以上で59.7%、70歳

以上で47.8%、75歳以上で36.5%となっており、国民医療費に占める65歳未満の割合は毎年度減少している一方、高齢者、特に後期高齢者の割合は毎年度増加しています。(表2)

表1 1人あたり国民医療費の推移(年齢階級別)(千円)

区 分	全体	～64歳	65歳～	70歳～(再掲)	75歳～(再掲)
2012(H24)年度	307.5	177.1	717.2	804.6	892.1
2013(H25)年度	314.7	177.7	724.5	815.8	903.3
2014(H26)年度	321.1	179.6	724.4	816.8	907.3
2015(H27)年度	333.3	184.9	741.9	840.0	929.0
2016(H28)年度	332.0	183.9	727.3	828.2	909.6

(出典) 厚生労働省「国民医療費」

表2 国民医療費の年齢別割合

区 分	～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～
2012(H24)年度	43.7%	9.9%	11.8%	34.6%
2013(H25)年度	42.3%	10.5%	12.0%	35.2%
2014(H26)年度	41.4%	10.9%	12.3%	35.4%
2015(H27)年度	40.7%	11.5%	12.0%	35.8%
2016(H28)年度	40.3%	11.9%	11.3%	36.5%

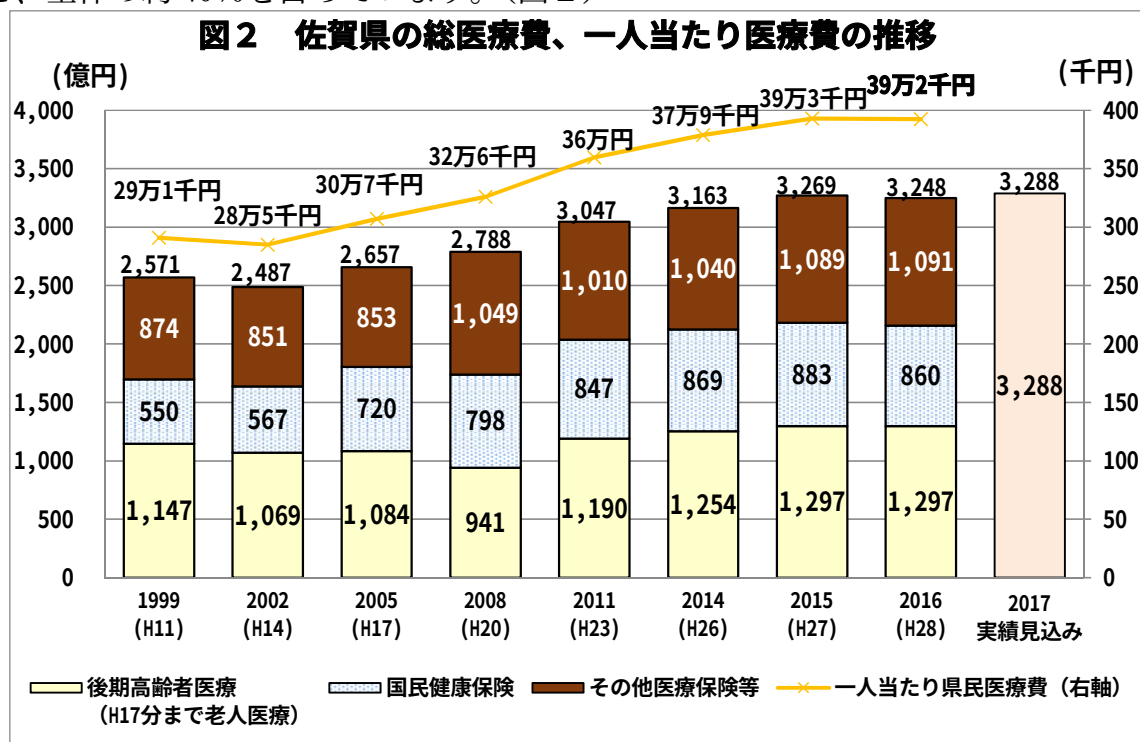
(出典) 厚生労働省「国民医療費」

二 佐賀県の医療費について

1 医療費の推移

佐賀県の医療費について、これまでの推移を振り返ると増加傾向にあります。

また、後期高齢者の医療費について見ると、後期高齢者医療制度が開始された2008(平成20)年度以降伸び続け、2016(平成28)年度の実績で1,297億円と、全体の約40%を占めています。(図2)

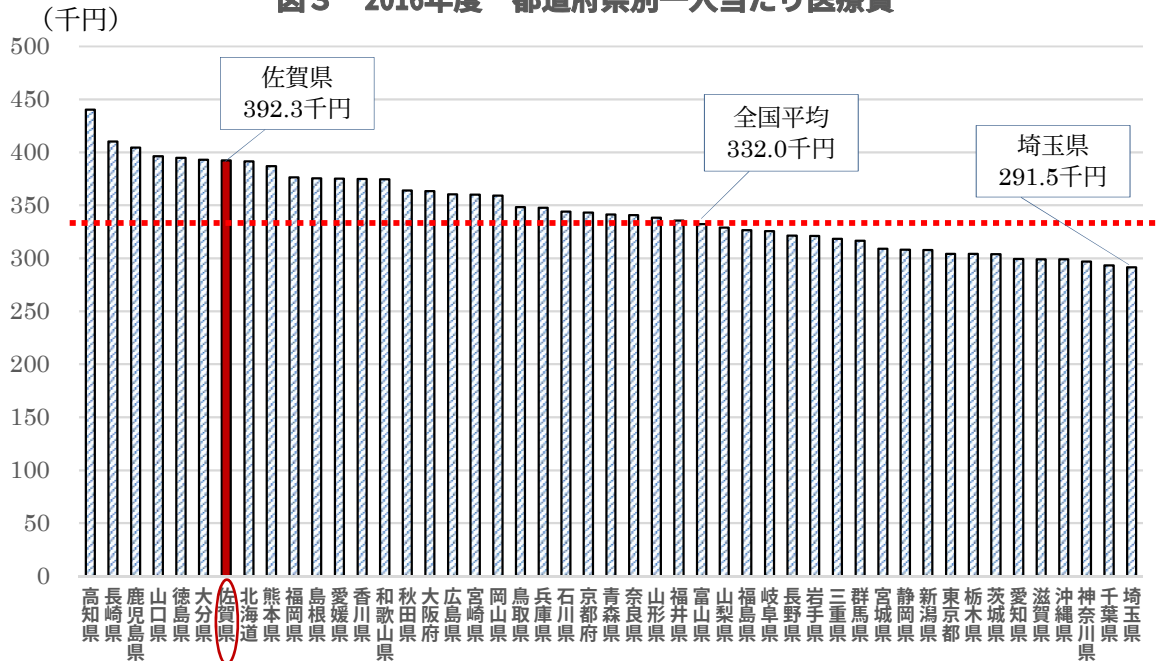


※2017(平成29)年度の県民医療費は、厚生労働省が示した推計値
(出典) 厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

2 一人当たり医療費の状況

佐賀県の2016（平成28）年度の一人当たり医療費は392.3千円で、全国で7番目の高さです。また、全国平均332千円と比較すると1.18倍、約6万円上回っており、最も低い埼玉県（291.5千円）の1.35倍となっています。（図3）

図3 2016年度 都道府県別一人当たり医療費

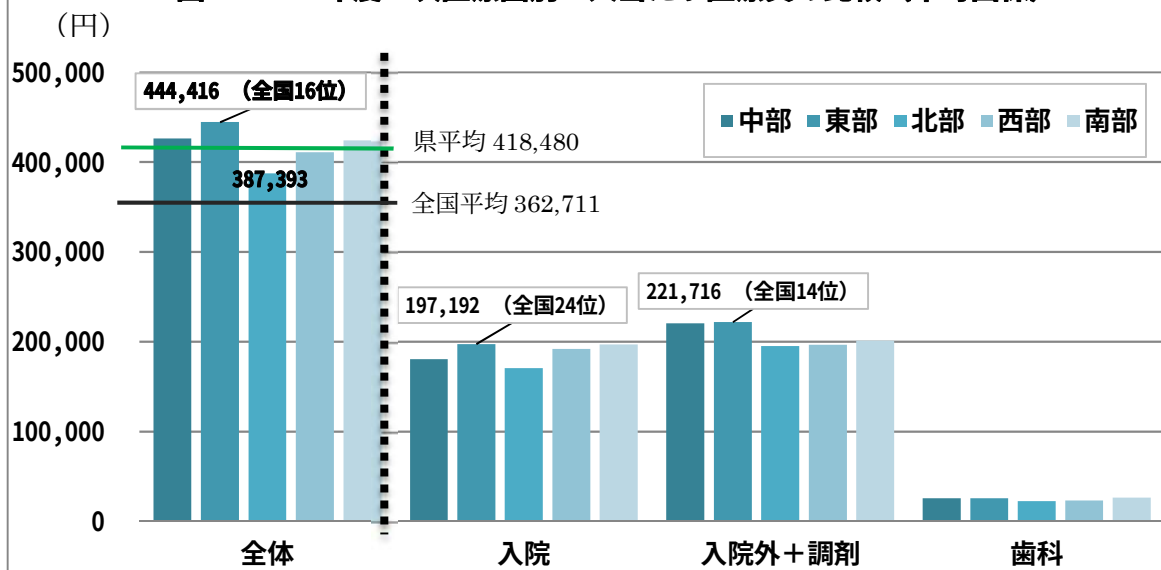


（出典）厚生労働省「国民医療費」

一人当たり医療費を、全国の二次医療圏（344 医療圏）と比較すると、一人当たり医療費（全体）は東部医療圏が全国16位となっており、佐賀県の5つの二次医療圏全てにおいて全国平均よりも高くなっています。

また、佐賀県の中でも地域によって医療費に差があり、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4）

図4 2016年度二次医療圏別一人当たり医療費の比較（市町国保）



（出典）厚生労働省「医療費の地域差分析」

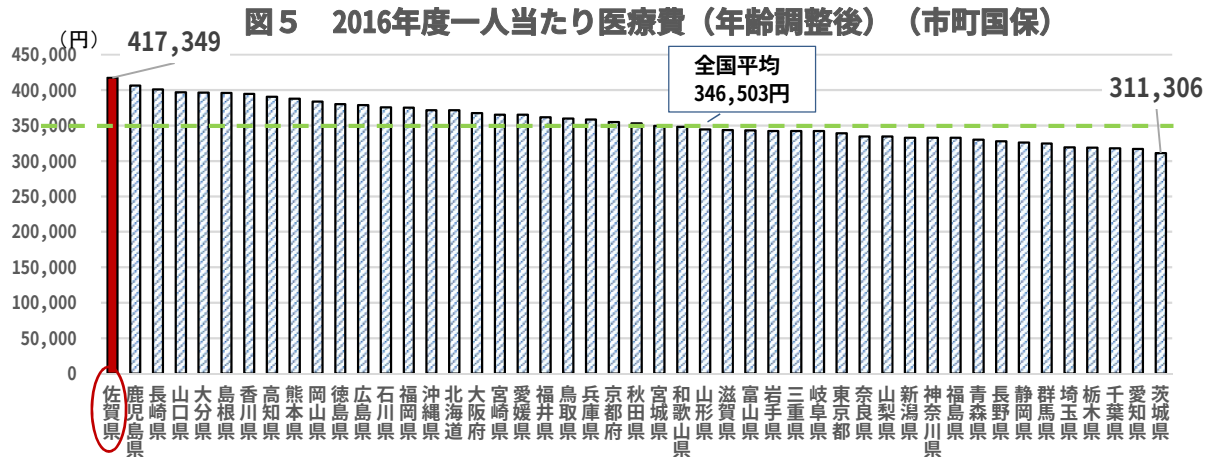
3 年齢調整後の一人当たり医療費の状況

(1) 佐賀県と全国との比較（制度区分別）

① 市町村国民健康保険制度

佐賀県の市町国保の2016（平成28）年度の一人当たり医療費（年齢調整後）は417,349円で、全国1位となっています。

また、全国平均346,503円と比較すると1.2倍、約7万円上回っており、最も低い茨城県（311,306円）の1.34倍となっています。（図5）

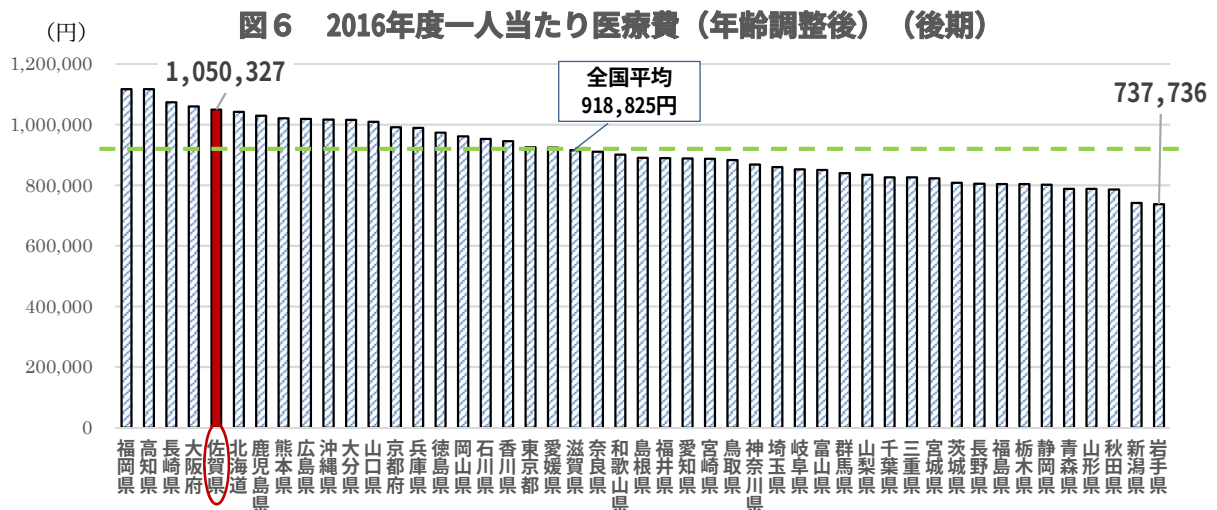


厚生労働省「医療費の地域差分析」

② 後期高齢者医療制度

佐賀県の後期高齢者の2016（平成28）年度の一人当たり医療費（年齢調整後）は1,050,327円で、全国5位です。

また、全国平均918,825円と比較すると1.14倍、約13万円上回っており、最も低い岩手県（737,736円）の1.42倍となっています。（図6）



厚生労働省「医療費の地域差分析」

③ 全国健康保険協会（協会けんぽ）

主に中小企業が加入している協会けんぽでは、佐賀支部の2016（平成28）年度の一人当たり医療費（年齢調整後）は194,546円で、全国1位です。

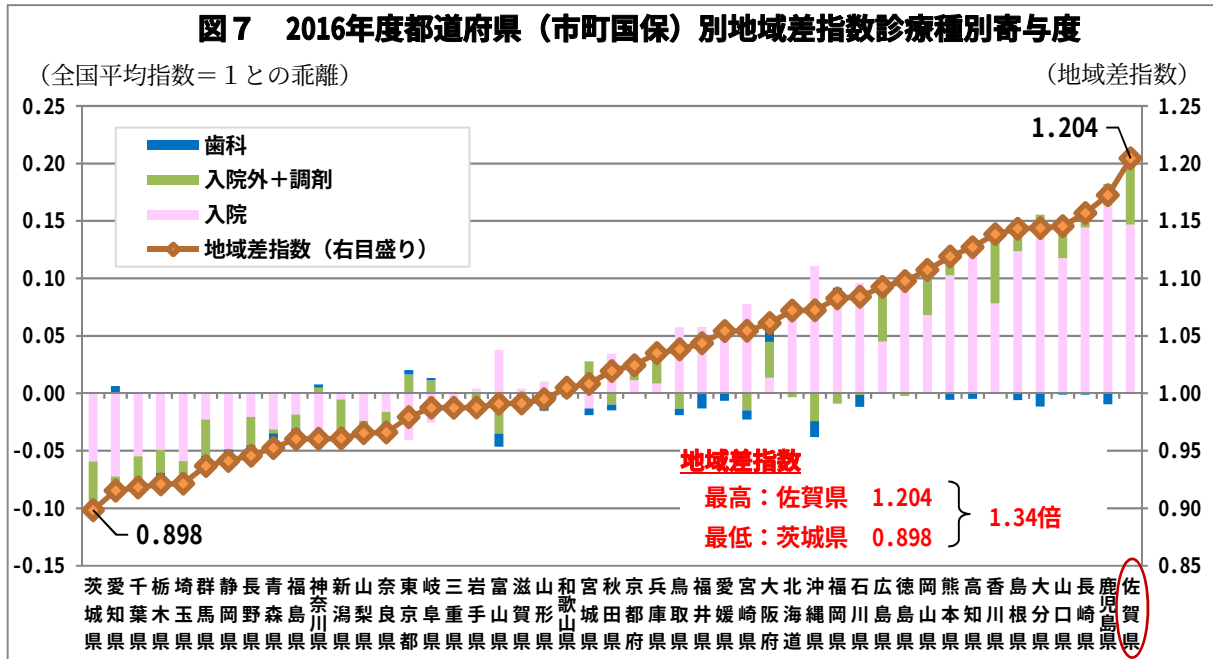
また、全国平均174,047円と比較すると1.11倍、約2万円上回っています。（協会けんぽ「医療費分析 都道府県医療費の状況」より）

4 地域差指数（年齢補正後）の状況

(1) 佐賀県と全国との比較（制度区分別）

① 市町村国民健康保険制度

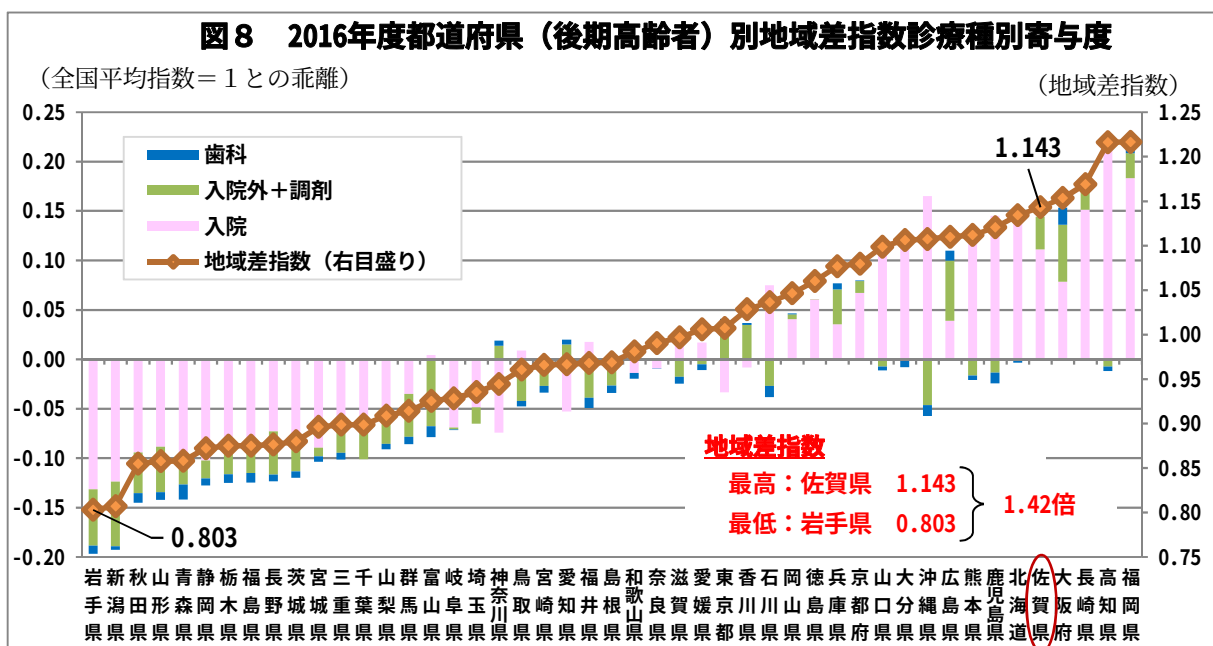
2016（平成 28）年度の佐賀県の市町国保の地域差指数は 1.204 で、全国 1 位の状況です。2 位は鹿児島県（1.172）、3 位は長崎県（1.157）であり、地域差指数が最も低い茨城県（0.898）とは 1.34 倍の差があります。（図 7）



(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」

② 後期高齢者医療制度

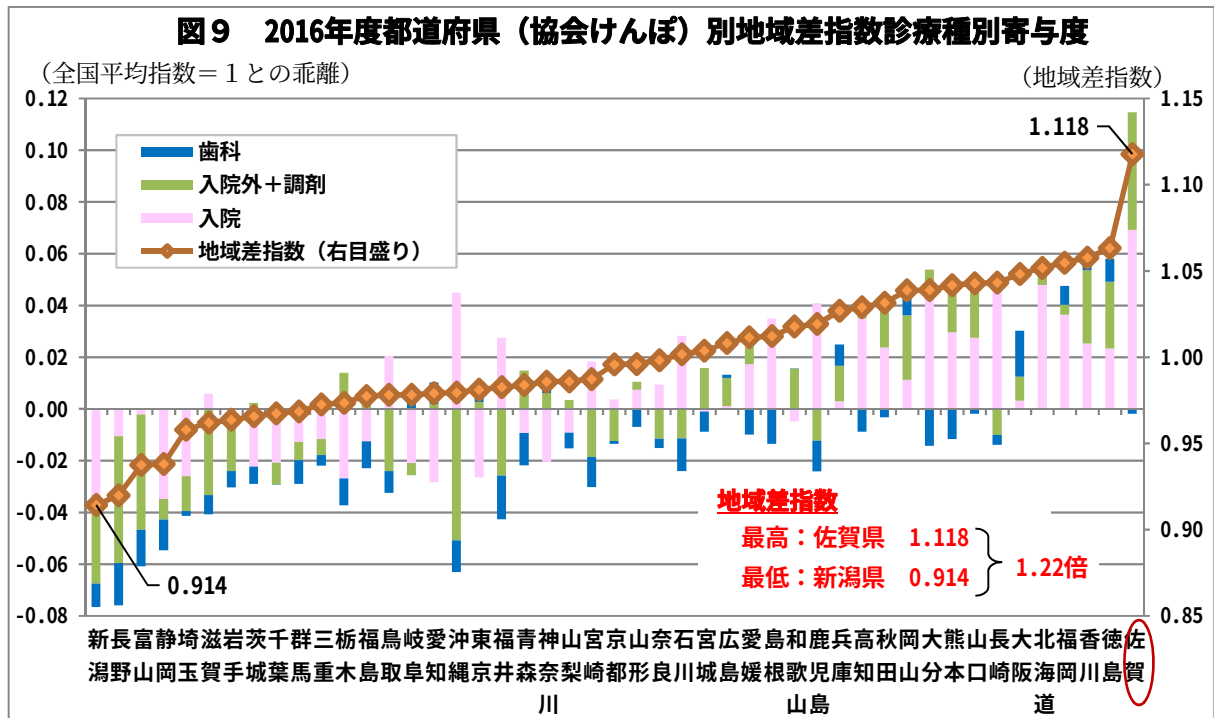
2016（平成 28）年度の佐賀県の後期高齢者の地域差指数は 1.143 で、全国 5 位の状況です。地域差指数が最も低い岩手県（0.803）とは 1.42 倍の差があります。（図 8）



(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」

③ 全国健康保険協会（協会けんぽ）

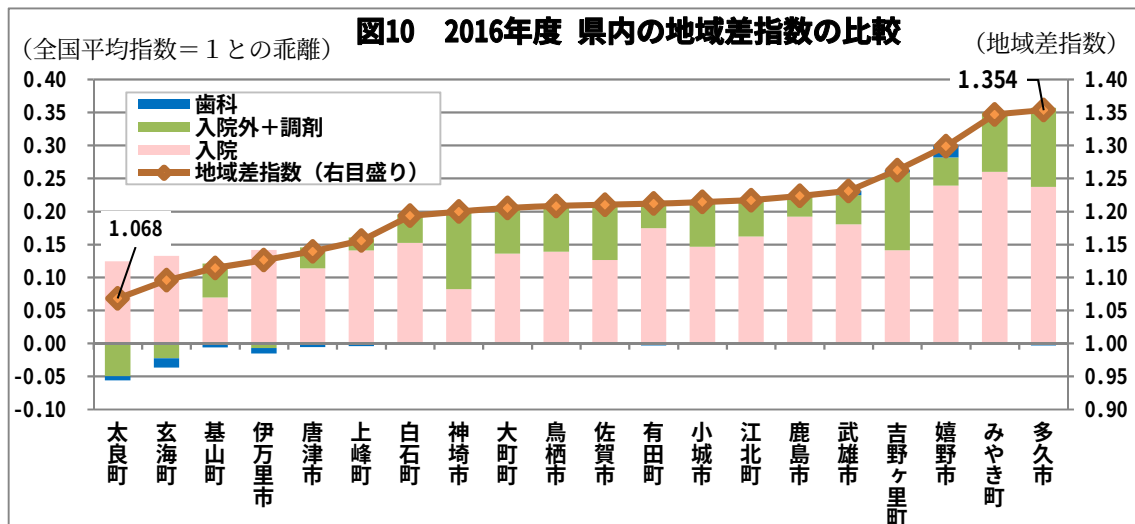
2016（平成 28）年度の協会けんぽ佐賀支部の地域差指数は 1.118 で、全国 1 位の状況です。地域差指数が最も低い新潟支部（0.914）とは 1.22 倍の差があります。（図 9）



（出典）協会けんぽ「医療費分析 都道府県医療費の状況」

(2) 県内市町国保別の地域差指数

全市町で地域差指数が 1（全国平均指数）を上回っています。地域差指数が高い上位 3 市町は順に多久市、みやき町、嬉野市となっており、県内全市町で入院医療費が地域差指数を押し上げています。（図 10）



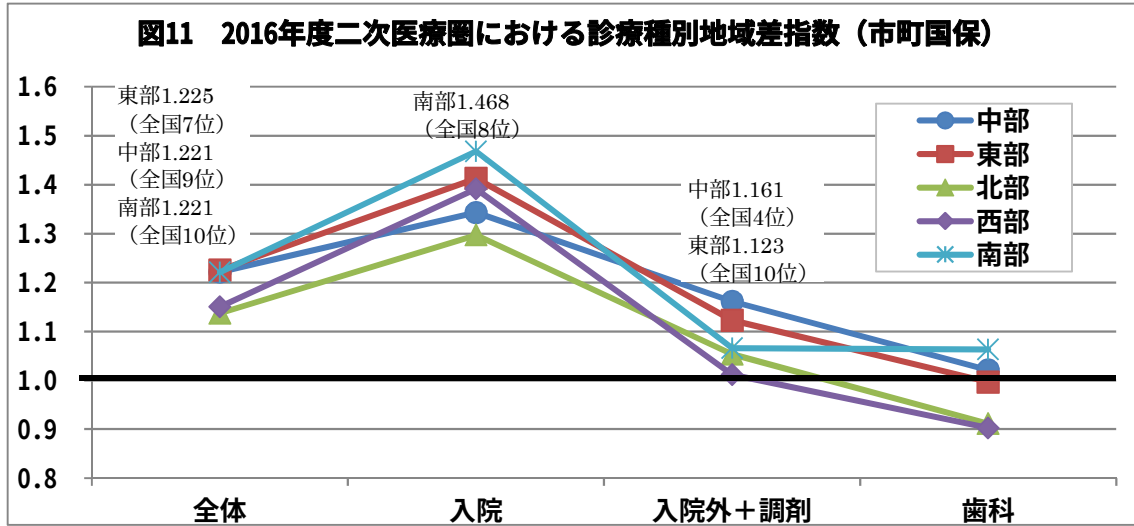
（出典）厚生労働省「医療費の地域差分析」

○ 地域差指数とは

医療費の高低を表す指標で、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。指数が大きければ、医療費が高い地域、指数が 1 より小さければ医療費が低い地域となる。2010～2016（H22～28）年度において、佐賀県の地域差指数（年齢補正後）は全国 1 位となっている。

(3) 二次医療圏別の地域差指数（年齢調整後：市町国保）

全国の二次医療圏（344 医療圏）の中で、全体の地域差指数では東部医療圏が全国 7 位、中部医療圏が 9 位、南部医療圏が 10 位、入院では南部医療圏が全国 8 位、入院外+調剤では中部医療圏が全国 4 位と極めて高い水準となっています。佐賀県は、他の二次医療圏の地域差指数も全国と比較して高く、いずれも入院医療費の寄与度が大きい状況です。（図 11）

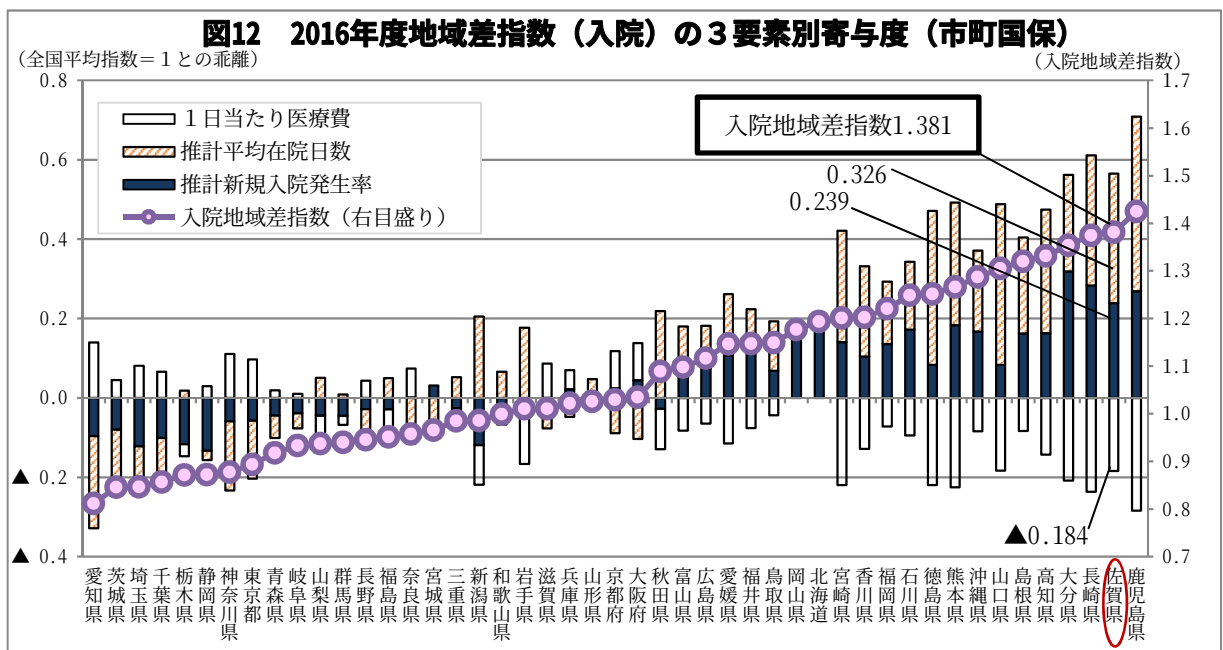


（出典）厚生労働省「医療費の地域差分析」

(4) 入院の要素別分析

佐賀県市町村国保の 2016（平成 28）年度入院地域差指数は 1.381 であり、全国で 2 番目に高い状況です。その要因として、最も大きいのは「入院の長さ」（+0.326）であり、次いで「新しく入院する患者の発生率」（+0.239）です。

また、一日当たり医療費はマイナスの寄与度（一日当たり医療費は全国より低い）（▲0.184）となっています。（図 12）



（出典）厚生労働省「医療費の地域差分析基礎データ」

第3章 計画に掲げる目標の進捗状況等

一 県民の健康保持の推進に関するもの

本計画では、「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該当者及び予備群の減少率」及び「たばこ対策」の目標値を設定し、これらの数値目標を達成するために、県内の保険者やその他の関係機関と連携して取組を行いました。

1 特定健康診査の実施率

佐賀県医療費適正化計画（第2期）では、2017（平成29）年度までに70%以上が特定健康診査を受診することを目標として定めました。

佐賀県の特定健康診査の実施状況は、2016（平成28）年度実績で、対象者348,222人に対し受診者は169,530人であり、受診率は48.7%と、全国平均の51.4%を下回っています。（表3、図13）

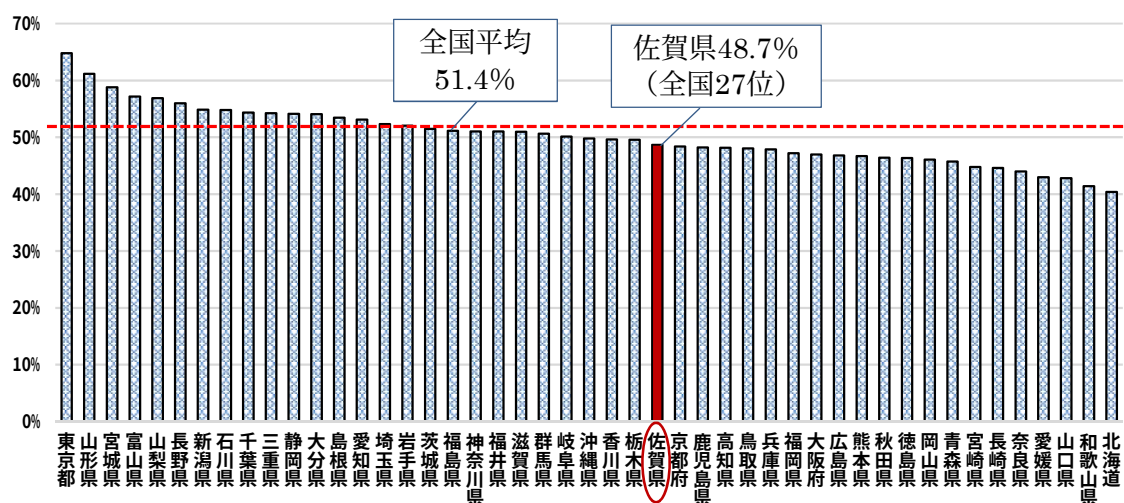
特定健康診査開始から10年が経過したことや、保険者が受診勧奨に取り組み、特定健康診査の周知が進んできたことから、受診率は毎年度上昇しているものの、大きく伸ばすことができず目標値の達成は見込めない状況です。（図14）

表3 佐賀県（全保険者）における特定健康診査受診率

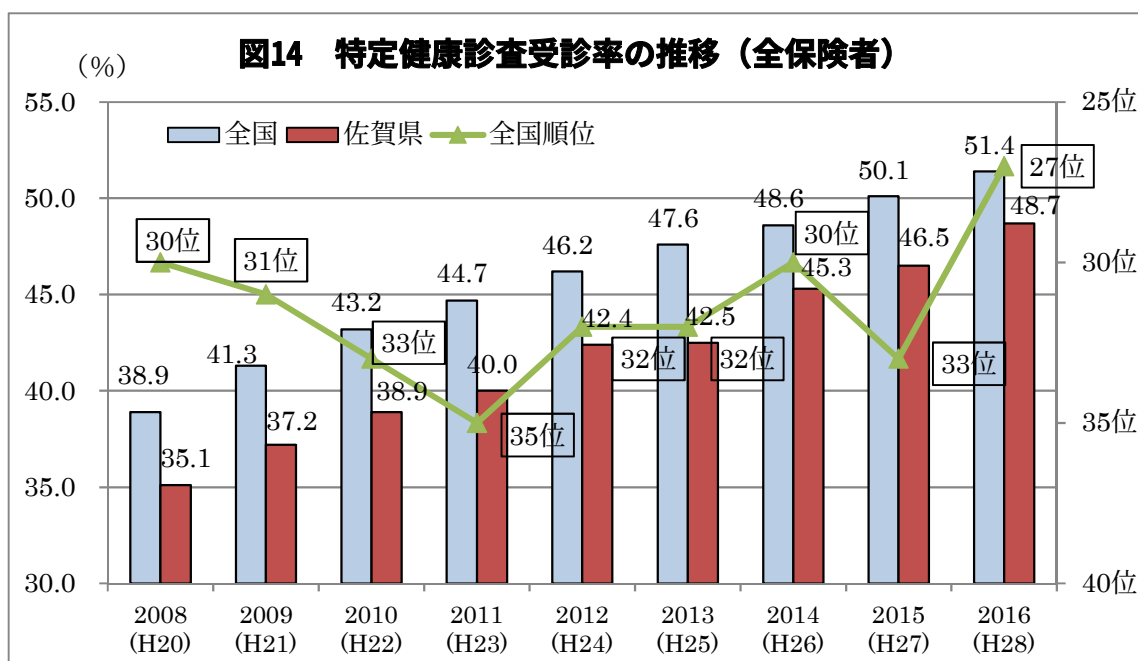
区 分	対象者数	受診者数	特定健康診査受診率	H29 目標値
2012（H24）年度	337,832人	143,117人	42.4%	70%
2013（H25）年度	346,143人	147,279人	42.5%	
2014（H26）年度	347,803人	157,521人	45.3%	
2015（H27）年度	347,651人	161,586人	46.5%	
2016（H28）年度	348,222人	169,530人	48.7%	

（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

図13 2016年度 都道府県別特定健康診査受診率



（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

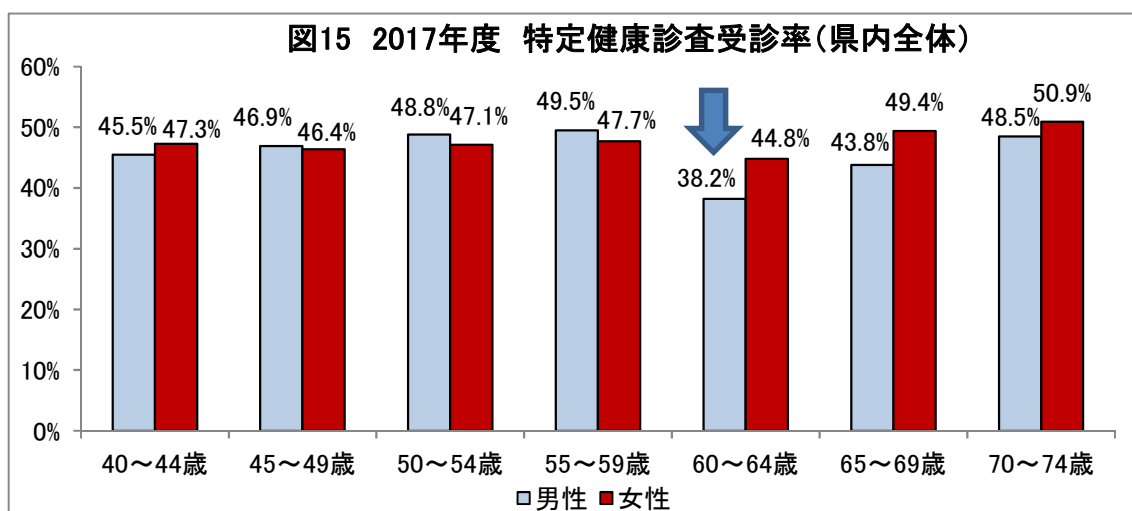


（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

（１） 県内の性・年齢別受診割合

2017（平成29）年度の性・年齢別受診割合をみると、全体では5割に満たない受診率であり、残る5割強の人が未受診の状況にあります。

特に、定年後の60～64歳の年代の男性の受診率が38.2%と低くなっています。（図15）



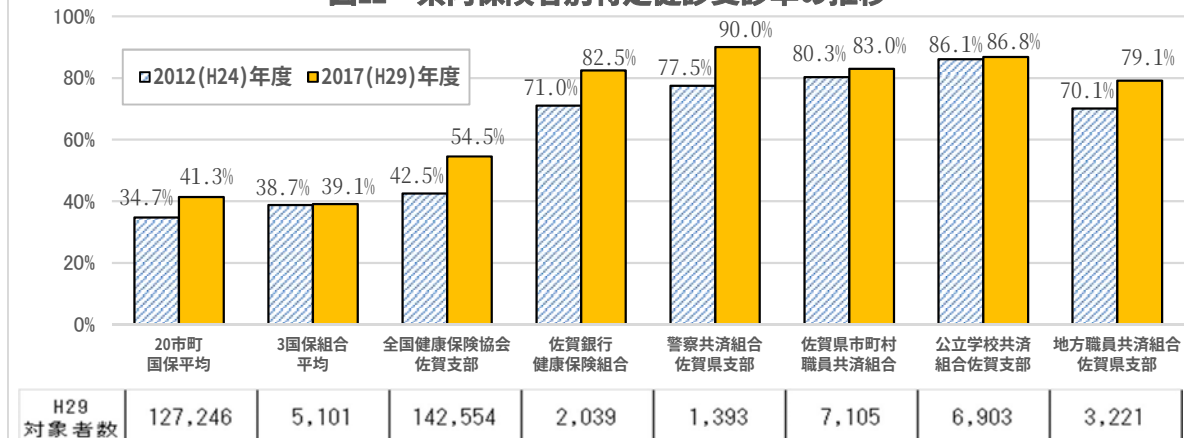
（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）ただし、協会けんぽデータは含まない

（２） 県内の保険者種類別特定健康診査受診率

佐賀県内の保険者ごとの特定健康診査受診率の推移をみると、いずれの保険者も受診率が伸びており、とくに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）で受診率が高くなっています。

一方、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受診率が低くなっています。（図16）

図12 県内保険者別特定健診受診率の推移

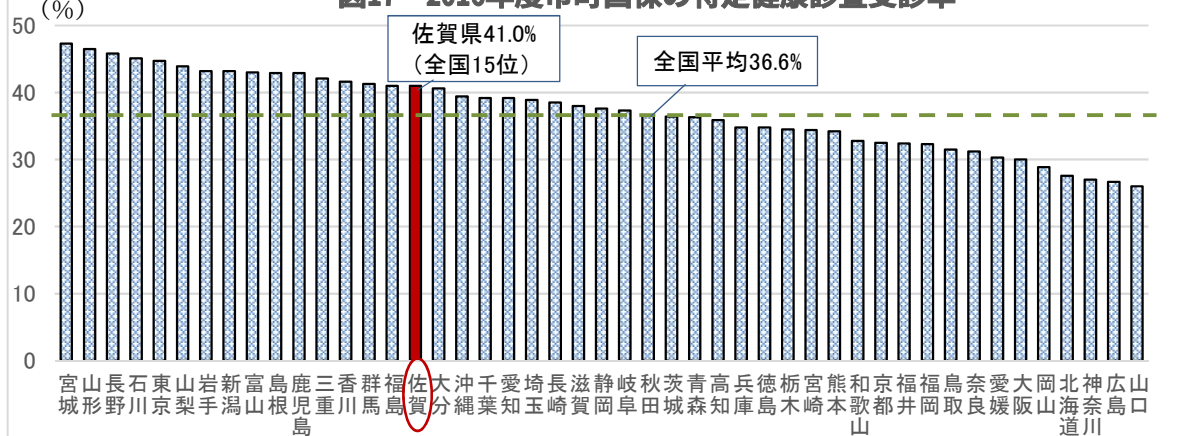


(出典) 佐賀県国民健康保険課調べ (法定報告値)

(3) 市町国保における特定健康診査実施率

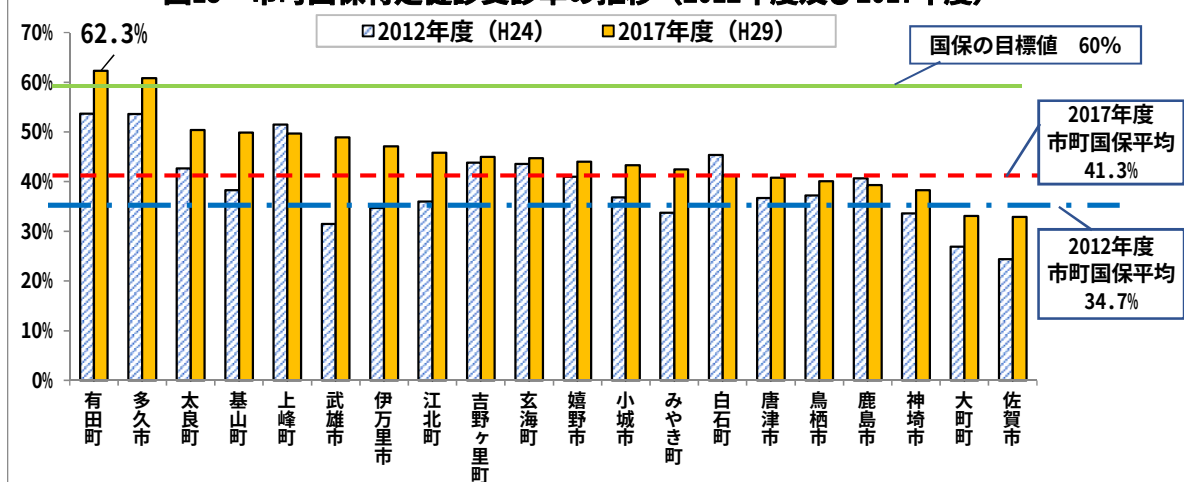
佐賀県内の市町国保における 2016 (平成 28) 年度特定健康診査受診率を他の都道府県と比較すると、佐賀県は 41.0% (対象者 130,813 人、受診者 53,606 人) で、全国平均の 36.6% よりも高く、都道府県順位で 15 位と全国平均より高い状況です。しかし、市町国民健康保険の目標値である 60% を達成しているのは県内では 2 市町にとどまっています。(図 17、18)

図17 2016年度市町国保の特定健康診査受診率



(出典) 国保中央会「平成 28 年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書」

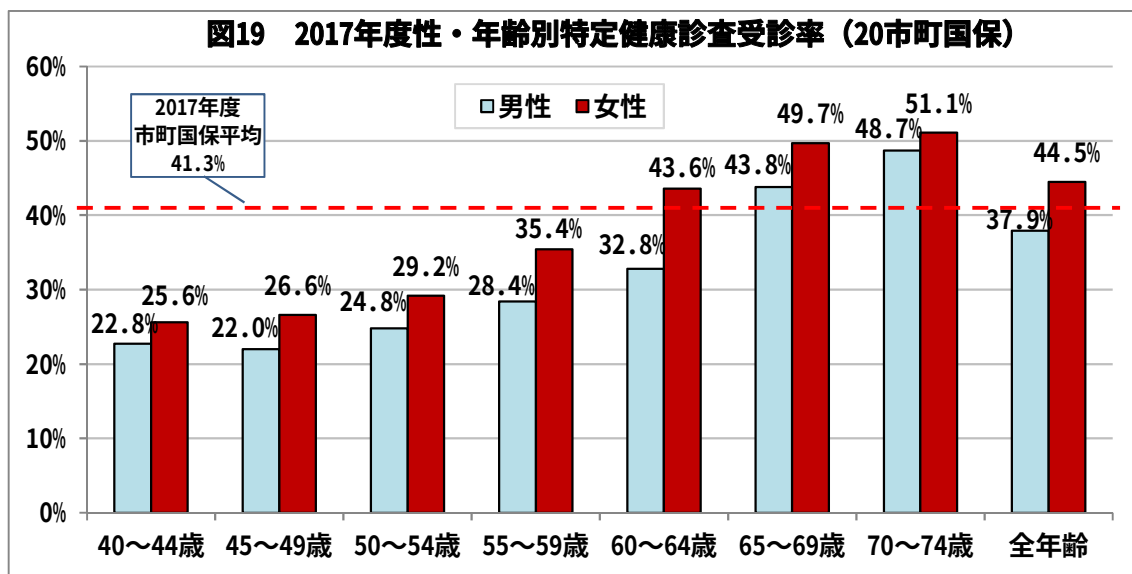
図18 市町国保特定健診受診率の推移 (2012年度及び2017年度)



(出典) 佐賀県国民健康保険課調べ (法定報告値)

佐賀県内市町国保において、2017（平成 29）年度の特定健康診査受診者の性・年齢別割合を見ると、年齢が上がるにつれて受診率は高くなっていますが、40 歳から 64 歳の男性及び 40 歳から 50 歳代の女性の受診率は、市町国保平均受診率（41.3%）よりも低い水準となっています。

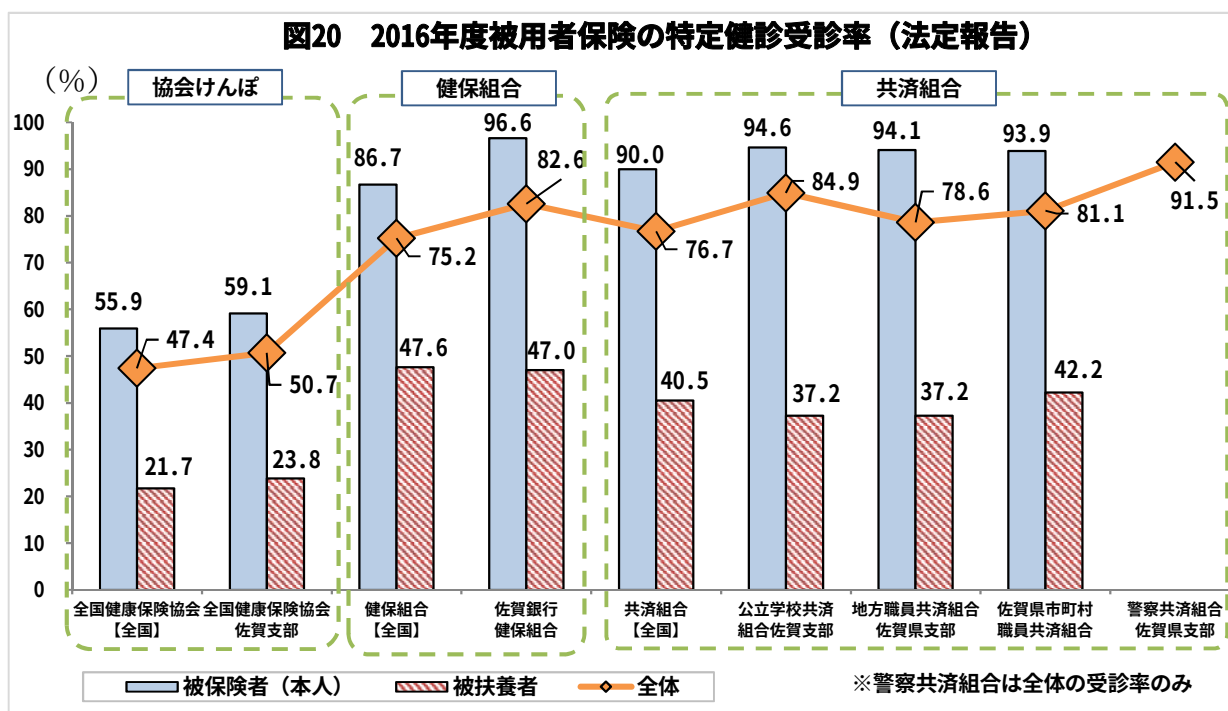
また、全ての年代で女性よりも男性の受診率が低い状況です。年代別の男女の受診率の差を見ると、40～44 歳では 2.8%ですが、年代が上がるにつれて徐々に広がり、60～64 歳では 10.8%と最も大きな差となっています。（図 19）



（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

（４）県内の被用者保険における特定健康診査実施率

佐賀県内の被用者保険における受診率をみると、全国と同様に、職場での健診を受ける被保険者本人の受診率は 90%を超える一方、被扶養者の受診率は約 40%程度と低くなっています。（図 20）



（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

2 特定保健指導の実施率

佐賀県医療費適正化計画（第2期）では、2017（平成29）年度までに45%以上が特定保健指導を終了することを目標として定めました。

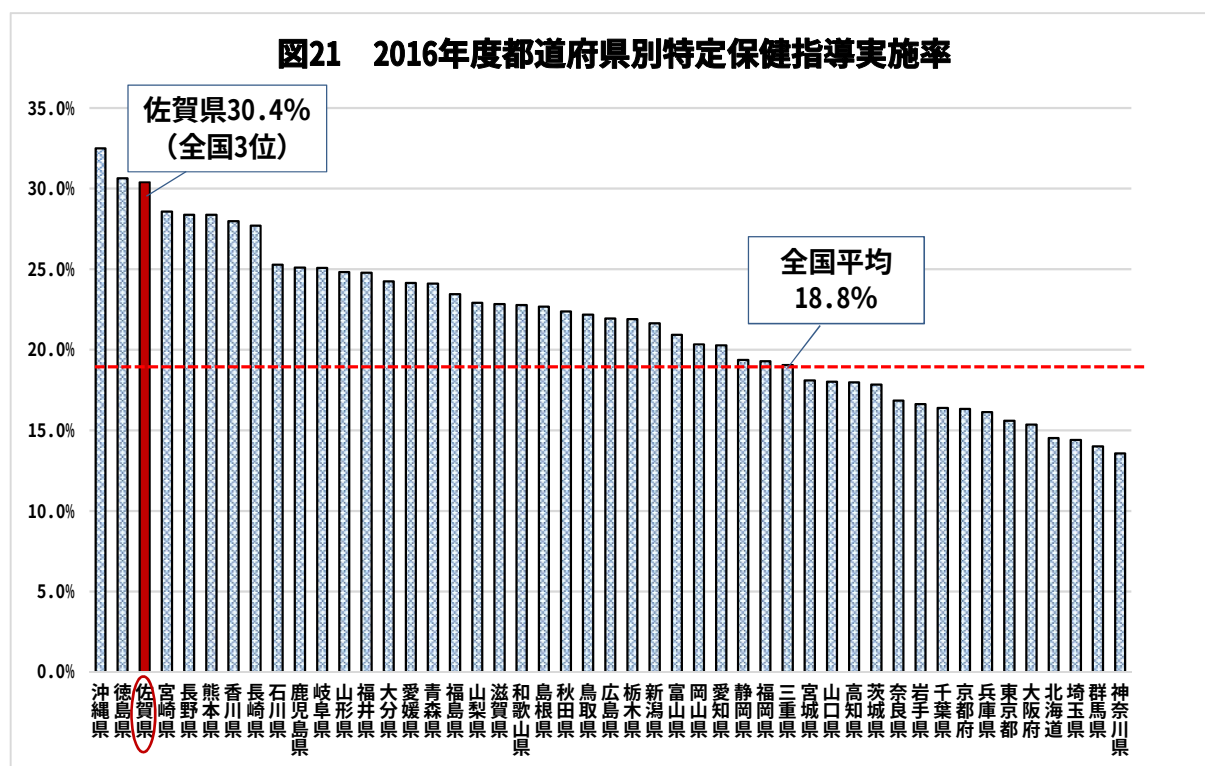
佐賀県の特定保健指導の実施状況は、2016（平成28）年度実績で、対象者28,109人に対し修了者は8,540人であり、実施率は30.4%となっています。

佐賀県の特定保健指導実施率については、2012（平成24）年度28.0%から2016（平成28）年度30.4%と2.4ポイント上昇しました。目標値の達成は見込めないものの、実施率は全国3位と高位に位置しています。（表4、図21、22）

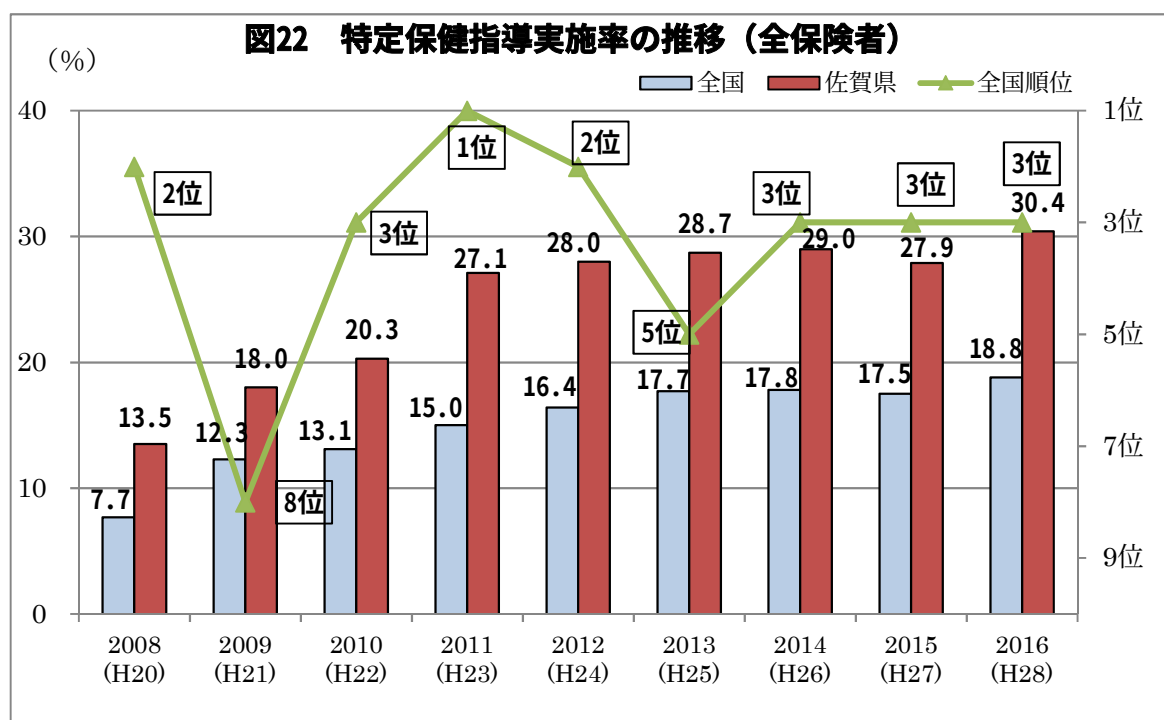
表4 佐賀県（全保険者）における特定保健指導実施率

区 分	対象者数	終了者数	特定保健指導実施率	H29 目標値
2012（H24）年度	24,351 人	6,811 人	28.0%	45%
2013（H25）年度	23,633 人	6,773 人	28.7%	
2014（H26）年度	25,647 人	7,427 人	29.0%	
2015（H27）年度	26,525 人	7,390 人	27.9%	
2016（H28）年度	28,109 人	8,540 人	30.4%	

（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」



（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」



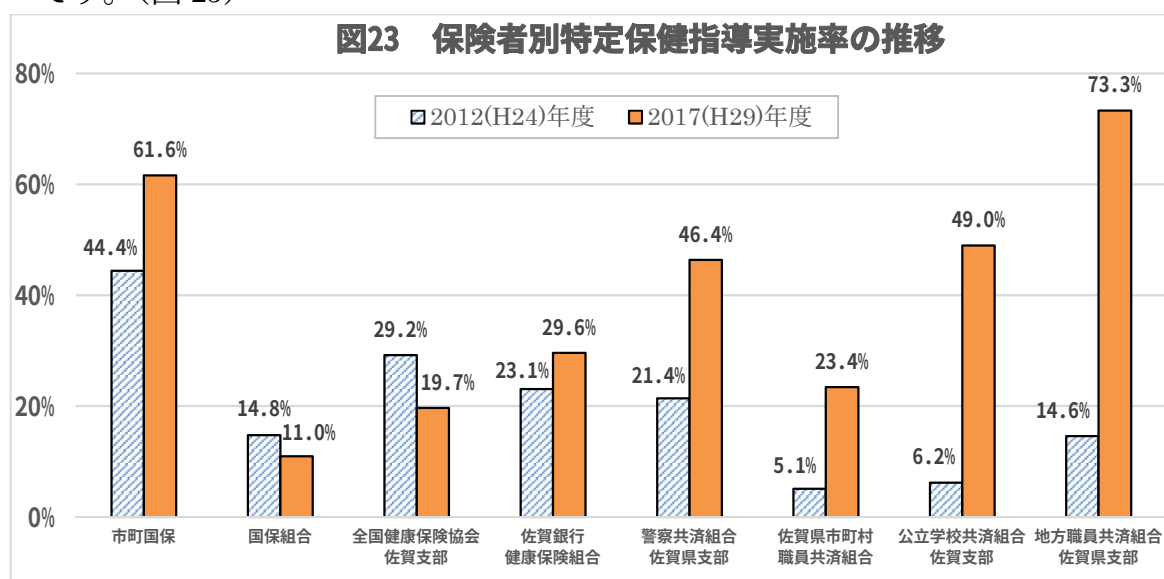
（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

（１）県内の保険者種類別特定保健指導実施率

佐賀県内の保険者ごとの実施率の推移をみると、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として配属し、実施体制を確保している市町国保の実施率が高くなっている状況です。

一方、被用者保険にあっては、主に保健指導実施機関への委託により実施されており、利用方法や案内の工夫等により多くの保険者で実施率を向上させています。

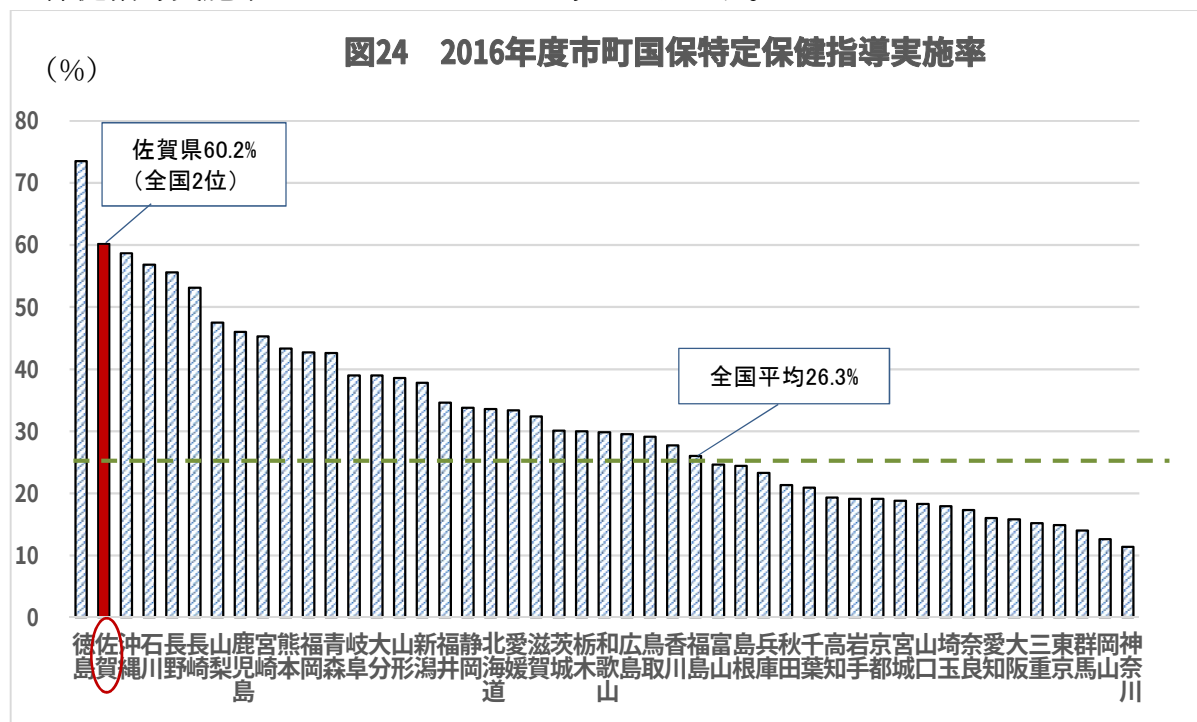
しかし、市町国保と比較すると、ほとんどの被用者保険では特定保健指導実施率が低い水準にとどまっており、特定保健指導実施率のさらなる向上が課題です。（図23）



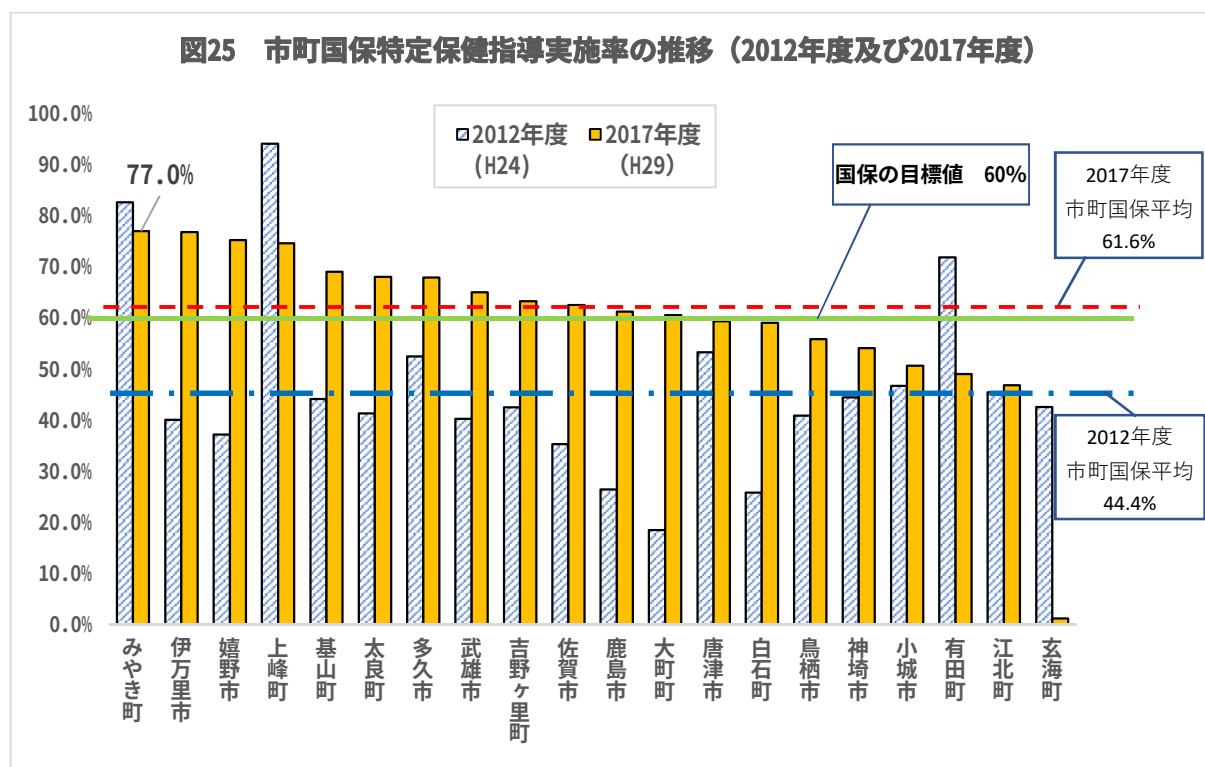
（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

(2) 市町国保における特定保健指導実施率

佐賀県内の市町国保における 2016（平成 28）年度特定保健指導実施率を他の都道府県と比較すると、佐賀県は 60.2%（対象者 6,145 人、終了者 3,697 人）で、都道府県順位で 2 位です（図 24）。市町国保平均では、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組が、高い特定保健指導実施率につながっていると考えられます。



（出典）国民健康保険中央会「平成 28 年度市町村国保特定健康診査等実施状況」



（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

2017（平成 29）年度特定保健指導実施率を 2012（平成 24）年度と比較すると、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 4 市町でした（図 25）。健診受診率の上昇につれて特定保健指導対象者が増加する中、従事する専門職の確保も課題の一つとなっています。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を行っていくことが必要となります。

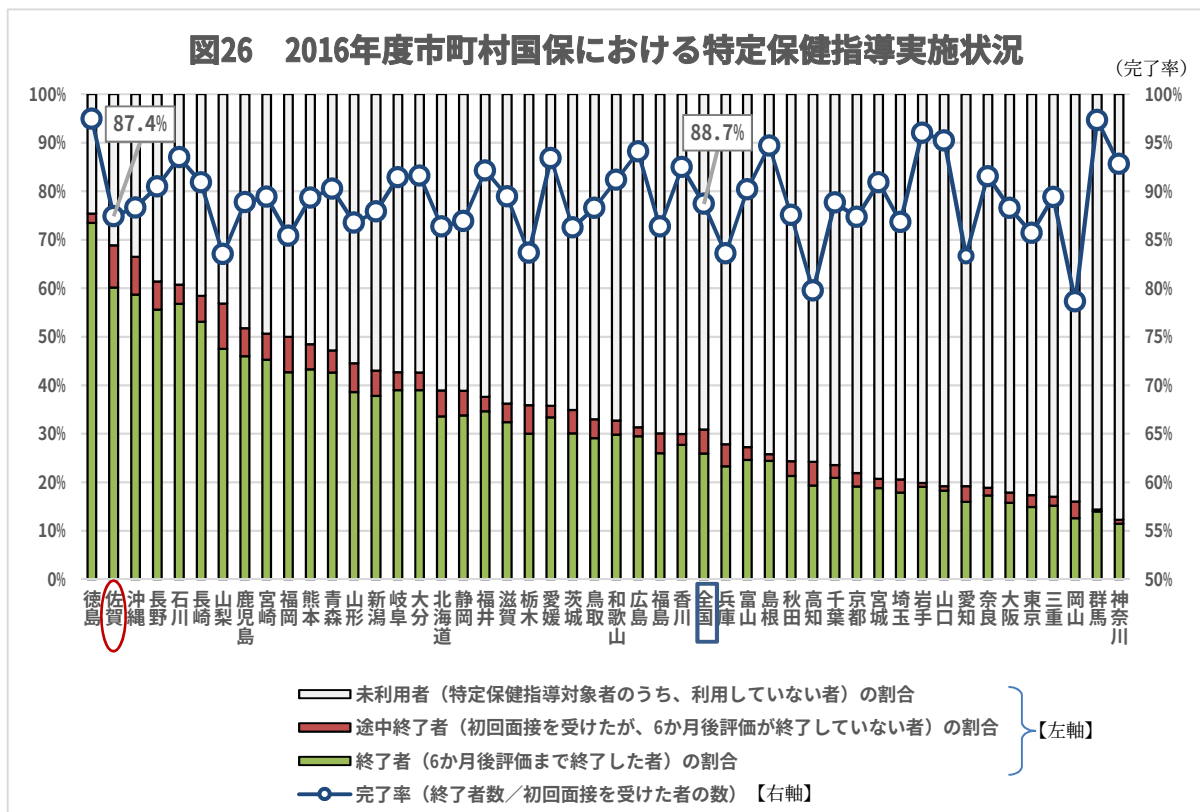
（3）特定保健指導実施率（終了率）及び途中終了率、完了率

佐賀県内市町国保における 2016（平成 28）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は 60.2%（特定保健指導対象者 6,145 人のうち、特定保健指導終了した者 3,697 人）でした。

また初回面接は受けたものの、6 か月後の評価まで終了していない者（途中終了者）が 8.7%（特定保健指導対象者 6,145 人のうち、特定保健指導途中終了者 532 人）で、特定保健指導を利用した者のうち、6 か月後の評価まで終了できた者の割合（完了率）は 87.4%（利用者 4,229 人のうち、終了者 3,697 人）でした。（図 26）

佐賀県の市町国保における特定保健指導実施率は全国 2 位の高さですが、特定保健指導完了率は全国 32 位の状況です。

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、評価までのプログラムを終了できるよう、各市町の状況に合わせた特定保健指導実施の取組を強化していく必要があります。

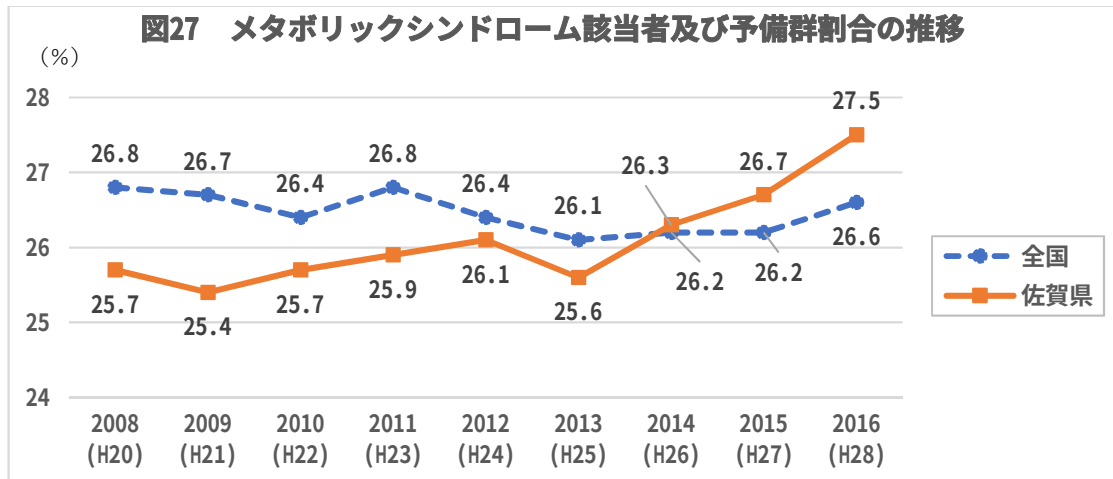


（出典）国民健康保険中央会「平成 28 年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

3 メタボリックシンドローム該当者及び予備群

メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）該当者及び予備群の減少率については、佐賀県医療費適正化計画（第2期）において、2017（平成29）年度までに、2008（平成20）年度と比べて25%以上減少することを目標としました。

佐賀県の2016（平成28）年度のメタボ該当者及び予備群の割合は27.5%と全国平均（26.6%）より高く、減少率は▲5.07%という結果でした。また、予備群の割合は全国2位と高く、該当者の割合も増加しています。（図27、表5、図28、図29、図30）



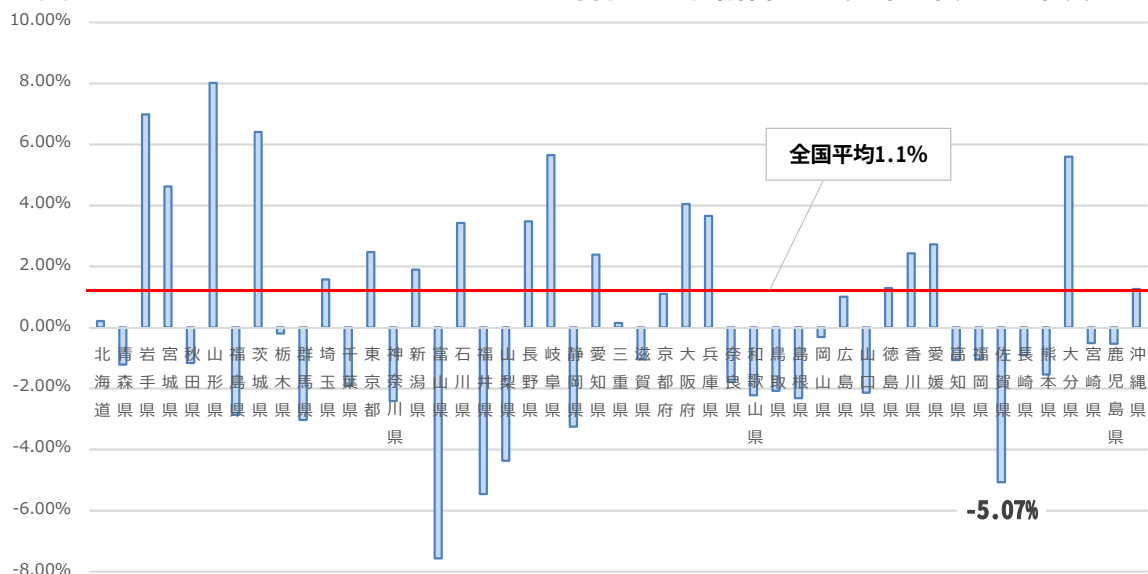
（出典）厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

表5 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推移（平成20年度比）

区分	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29) 目標値
佐賀県	▲1.55%	0.12%	0.12%	▲1.42%	▲5.07%	25%

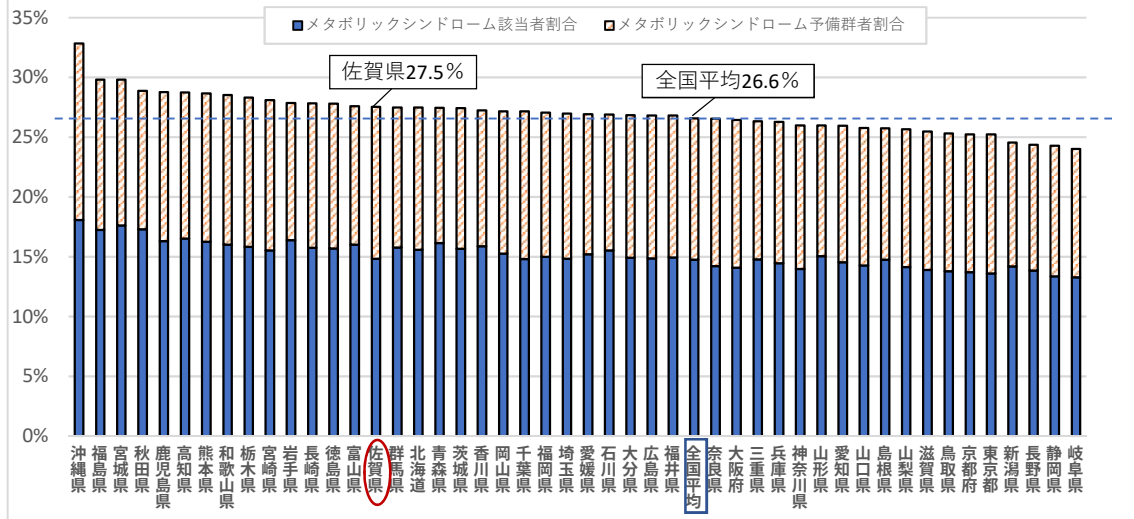
（出典）厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

図28 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成20年度比）



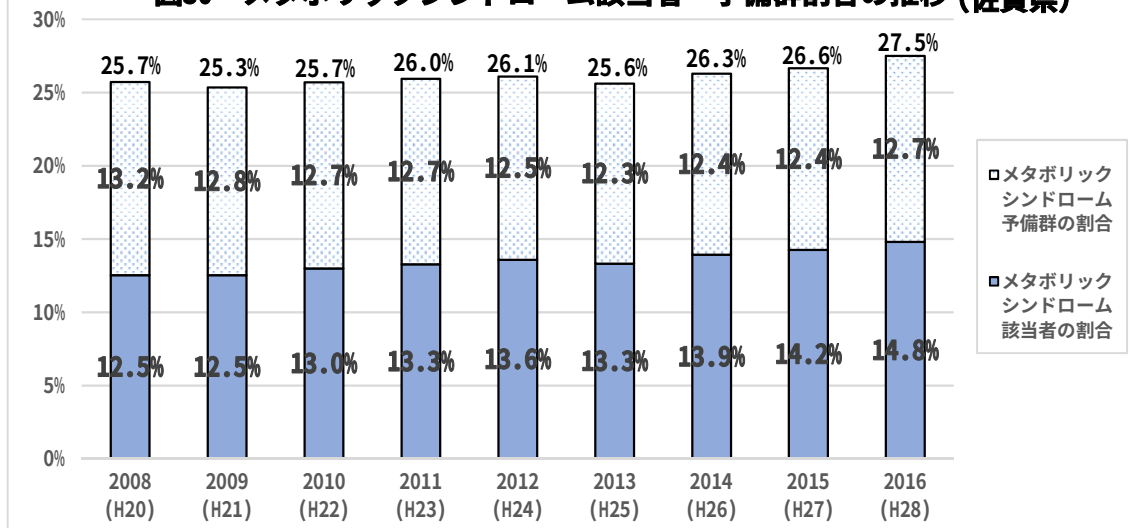
（出典）厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

図29 2016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



(出典) 厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

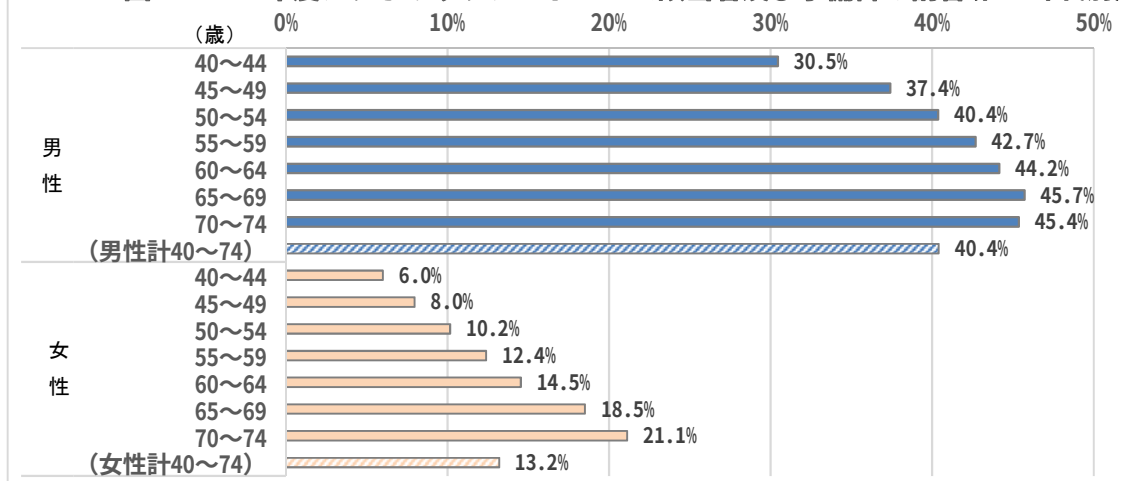
図30 メタボリックシンドローム該当者・予備群割合の推移 (佐賀県)



(出典) 厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

また、佐賀県の2016（平成28）年度のメタボ該当者及び予備群の性・年齢別割合では、男性に多く、年代が上がるにつれ割合が高くなっています。（図31）

図31 2016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(性・年代別)



(出典) 厚生労働省「レセプト情報・特定保健指導等情報データ」

4 たばこ対策

(1) たばこ対策の考え方

たばこの害は、がん、循環器疾患、呼吸器疾患等の危険因子の一つです。未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、喫煙開始年齢が若いとその後の人生において喫煙本数が多くなり、ニコチン依存度がより重篤で禁煙が難しく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすくなります。さらに、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、出生時の早産、低出生体重・胎児発育遅延等のリスクとなります。

また、受動喫煙による健康への悪影響についても、肺がんや循環器疾患等のリスクが上昇することが指摘されています。

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙及び望まない受動喫煙の防止の措置に努めること等による健康被害を回避することが重要です。

なお、佐賀県内の成人（20歳以上）の喫煙率は、2016（平成28）年時点で18.1%（男性32.4%、女性6.1%）であり、2011（平成23）年時点と比べて男性は5.4%、女性は2.4%低下し、目標値は達成していますが、男性においては全国平均よりも高い状況です。（表6）

表6 佐賀県における成人（20歳以上）の喫煙率

区 分	2011 年 (平成 23 年)	2016 年 (平成 28 年)	2017 年 (平成 29 年) 【目標値】	(参考) 2016 年 【全国】
成人(20歳以上)の喫煙率	総数 21.0% 男性 37.8% 女性 8.5%	総数 18.1% 男性 32.4% 女性 6.1%	総数 18.3% 男性 33.8% 女性 6.5%	総数 18.3% 男性 30.2% 女性 8.2%

（出典）佐賀県の2011（平成23）年は県民健康・栄養調査、2016（平成28）年は県民健康意識調査
全国は国民健康・栄養調査

二 医療の効率的な提供の推進に関するもの

本計画では、「医療の効率的な提供の推進」に関する目標値として、「平均在院日数」を設定しました。この目標を達成するために、佐賀県では、医療機関等の関係者の協力を得て、住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、「在宅療養・地域ケアの推進」に関する取組とともに、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を進めてきました。

また、患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点から、「後発医薬品の使用促進」を目標として設定し、取組を行いました。

1 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮

(1) 平均在院日数の状況

急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療提供体制の整備及び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の構築に取り組む必要があります。こうした取組が実施された場合には、患者の病態に相応しい入院医療が確保されるとともに、在宅医療や介護サービス等との連携が強化されることにより、患者の早期の地域復帰・家庭復帰が図られることが期待されます。これらを通じて、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数の短縮が見込まれるところです。

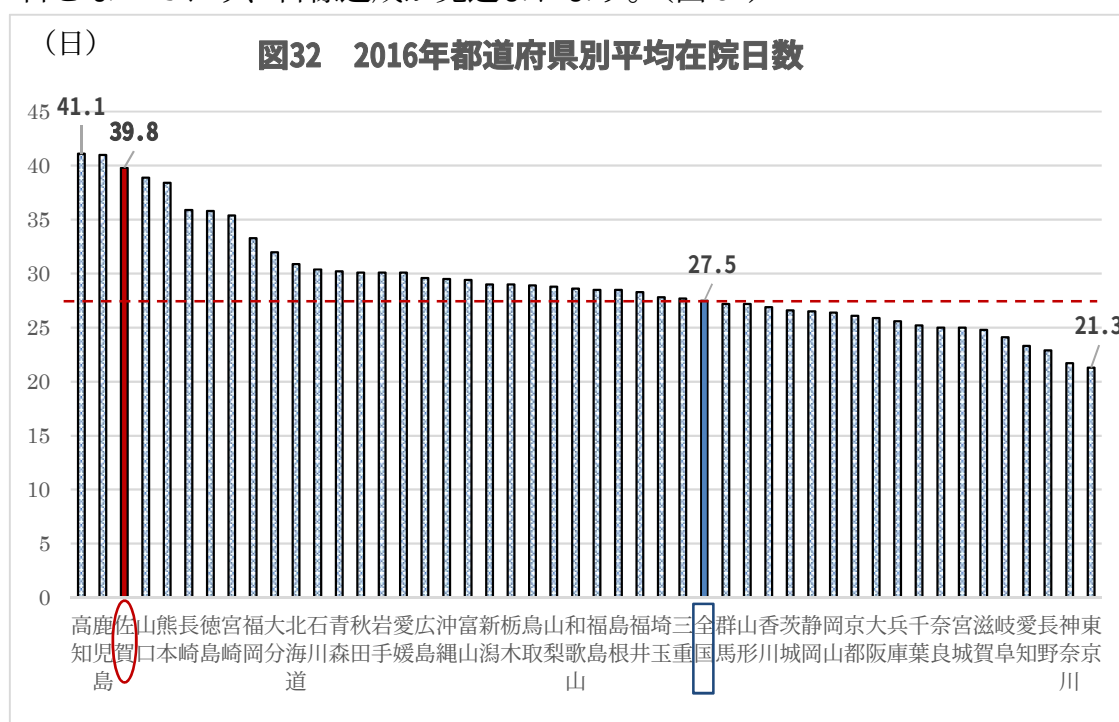
入院医療費に関わる平均在院日数の短縮化は、医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等を通じ、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、総合的に進めていくこととなっています。

平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回あたりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定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している病院報告においては次の式により算出することとされています。

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

これらを踏まえ、国において、2017（平成29）年までに平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）を28.6日まで短縮することを目標として定め、佐賀県医療費適正化計画（第2期）においては、佐賀県保健医療計画における基準病床数等を踏まえ、2017（平成29）年における平均在院日数を39.5日まで短縮することを目標として定めました。

佐賀県の平均在院日数の状況については、2016（平成28）年実績で、39.8日となっており、目標達成が見込まれます。（図32）



(出典) 厚生労働省「病院報告」

また、病床の種類別に見ると、平均在院患者数の構成割合の高い精神病床及び療養病床において、2011（平成 23）年と比較して、それぞれ精神病床 68.9 日、療養病床 12.5 日短縮されており、これらが平均在院日数の短縮に寄与していることが窺えます。

とくに精神病床が全国平均の短縮日数（28.2 日）の 2.4 倍と大きく短縮したことは高く評価できる結果となっています。（表 7）

表7 平均在院日数の状況

(単位：日数)

区 分	佐賀県			全国		
	2011 年 (平成 23 年)	2016 年 (平成 28 年)	増減	2011 年 (平成 23 年)	2016 年 (平成 28 年)	増減
全病床	47.0	42.1	▲4.9	32.0	28.5	▲3.5
一般病床	21.1	19.3	▲1.8	17.9	16.2	▲1.7
精神病床	366.9	298.0	▲68.9	298.1	269.9	▲28.2
感染症病床	—	8.0	8.0	10.0	7.8	▲2.2
結核病床	77.8	67.7	▲10.1	71.0	66.3	▲4.7
療養病床	132.7	120.2	▲12.5	175.1	152.2	▲22.9
介護療養病床	324.3	413.9	89.6	311.2	314.9	3.7
介護療養病床を 除く全病床	43.8	39.8	▲4.0	30.4	27.5	▲2.9

(出典) 厚生労働省「病院報告」

佐賀県における平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）は、2016（平成28）年において39.8日と、全国で3番目の長さで、全国平均より12.3日長くなっています。

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19.3日で全国5位と高位に位置しており、全国平均16.2日より3.1日長く、最短の神奈川県とは5.5日の差があります。

また、精神病床の平均在院日数は、佐賀県298.0日（全国第17位）で、全国平均269.9日より28.1日長く、最短の東京都とは104.9日の差があります。

（表8）

表8 2016（平成28）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		主な病床種別						介護療養病床	
					一般病床		精神病床		療養病床			
－	全 国	28.5	全 国	27.5	全 国	16.2	全 国	269.9	全 国	152.2	全 国	314.9
1	高 知	46.4	高 知	41.1	高 知	21.3	大 分	415.2	富 山	252.9	秋 田	532.3
2	佐 賀	42.1	鹿 児 島	41	熊 本	20.1	山 口	395.3	北 海 道	215.6	山 口	473.2
3	鹿 児 島	42	佐 賀	39.8	鹿 児 島	19.4	鹿 児 島	361.1	京 都	193.7	沖 縄	448.5
4	山 口	41.8	山 口	38.9	和 歌 山	19.4	徳 島	355.2	石 川	188.4	京 都	446.5
5	熊 本	40.8	熊 本	38.4	佐 賀	19.3	長 崎	354.3	神 奈 川	187	青 森	414.5
6	徳 島	38.6	長 崎	35.9	大 分	19.2	栃 木	348.9	滋 賀	180	佐 賀	413.9
7	宮 崎	36.8	徳 島	35.8	京 都	18.5	宮 崎	335.2	高 知	178.7	高 知	404.8
8	長 崎	36.6	宮 崎	35.4	岩 手	18.5	新 潟	325.3	埼 玉	174.1	神 奈 川	400.4
9	福 岡	34.8	福 岡	33.3	山 口	18.1	群 馬	322.5	大 阪	171.9	兵 庫	393.8
10	富 山	33.4	大 分	32	秋 田	18.1	茨 城	321.8	静 岡	169.9	東 京	391.3
11	大 分	32.6	北 海 道	30.9	新 潟	18	福 島	314.7	山 口	168.3	福 岡	390.2
12	北 海 道	32.1	石 川	30.4	青 森	18	愛 媛	313.4	新 潟	168	宮 崎	389.3
13	石 川	32	青 森	30.2	徳 島	18	千 葉	312.3	秋 田	165.5	群 馬	389.2
14	青 森	31.4	秋 田	30.1	宮 崎	17.9	香 川	312.1	沖 縄	162.8	北 海 道	380
15	広 島	31.4	岩 手	30.1	石 川	17.8	三 重	310.5	千 葉	162.4	三 重	378.7
16	愛 媛	31.3	愛 媛	30.1	福 岡	17.8	和 歌 山	306.8	栃 木	160.8	長 崎	376
17	秋 田	31.1	広 島	29.6	長 崎	17.8	佐 賀	298	東 京	157.9	奈 良	368.9
18	新 潟	30.9	沖 縄	29.5	福 井	17.6	福 岡	296.4	岩 手	157.6	滋 賀	358.5
19	岩 手	30.8	富 山	29.4	島 根	17.6	富 山	292.9	福 島	156.3	埼 玉	357.9
20	沖 縄	30	新 潟	29	鳥 取	17.6	広 島	289.9	香 川	155.6	新 潟	353.2
21	和 歌 山	29.8	栃 木	29	北 海 道	17.5	宮 城	288.7	福 岡	155.1	静 岡	344.2
22	栃 木	29.7	鳥 取	28.9	山 梨	17.3	石 川	274.2	熊 本	151.8	大 阪	335.4
23	福 井	29.6	山 梨	28.8	愛 媛	17.3	鳥 取	273.4	兵 庫	149.9	鹿 児 島	325.5
24	山 梨	29.4	和 歌 山	28.6	岡 山	17.2	埼 玉	271.6	福 井	149	徳 島	323.8
25	鳥 取	29.4	福 島	28.5	福 島	17.1	秋 田	269.2	茨 城	146.3	石 川	317.4
26	島 根	29.3	島 根	28.5	広 島	16.7	熊 本	268.9	広 島	145.4	富 山	313.1
27	福 島	29.1	福 井	28.3	山 形	16.7	静 岡	266.9	愛 知	142.4	栃 木	301.4
28	三 重	28.8	埼 玉	27.8	栃 木	16.6	兵 庫	264.2	青 森	139.1	熊 本	280
29	京 都	28.8	三 重	27.7	香 川	16.4	岩 手	262.5	島 根	138.8	岩 手	277.1
30	埼 玉	28.3	群 馬	27.2	群 馬	16.4	北 海 道	261	三 重	135.5	千 葉	268.8
31	香 川	28.2	山 形	27.2	滋 賀	16.3	岐 阜	256.6	山 梨	126.1	広 島	257.3
32	静 岡	28	香 川	26.9	大 阪	16.2	京 都	255	鹿 児 島	124.8	愛 知	256.7
33	群 馬	27.9	茨 城	26.6	奈 良	16.2	山 梨	254.2	徳 島	124	福 島	250
34	山 形	27.3	静 岡	26.5	埼 玉	16.1	沖 縄	253.5	和 歌 山	123.5	和 歌 山	248.5
35	茨 城	27.3	岡 山	26.4	富 山	16	奈 良	251.4	奈 良	122.2	愛 媛	235.2
36	岡 山	27	京 都	26.1	三 重	15.9	滋 賀	251.3	愛 媛	120.5	福 井	224.1
37	大 阪	26.5	大 阪	25.9	沖 縄	15.7	愛 知	250	佐 賀	120.2	香 川	218.2
38	兵 庫	26.5	兵 庫	25.6	茨 城	15.7	島 根	244.6	岡 山	117	大 分	207.6
39	奈 良	26.2	千 葉	25.2	岐 阜	15.6	福 井	243.9	群 馬	116	岡 山	206
40	千 葉	25.8	奈 良	25	宮 城	15.6	山 形	234.1	長 野	114.5	茨 城	186.3
41	滋 賀	25.5	宮 城	25	兵 庫	15.5	青 森	233.8	山 形	113.2	山 梨	158.7
42	宮 城	25.1	滋 賀	24.8	千 葉	15.4	高 知	231.2	大 分	112.5	岐 阜	154.8
43	岐 阜	24.6	岐 阜	24.1	長 野	15.2	神 奈 川	229.3	岐 阜	112	島 根	143.3
44	愛 知	24	愛 知	23.3	静 岡	15.1	大 阪	228.9	宮 崎	108.4	長 野	137.2
45	長 野	23.9	長 野	22.9	愛 知	14	岡 山	227.2	宮 城	104.4	宮 城	95.1
46	東 京	22.3	神 奈 川	21.7	東 京	13.9	長 野	222.1	鳥 取	102.7	鳥 取	77.2
47	神 奈 川	22.3	東 京	21.3	神 奈 川	13.8	東 京	193.1	長 崎	100.4	山 形	72.1

（出典）厚生労働省「病院報告」

第4章 主な施策の取組状況、課題、今後の取組の方向性

一 県民の健康保持の推進に関するもの

1 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けて

(1) 取組の状況

<県の取組>

特定健診、保健指導の実施率向上のため、県においては、次のような取組を行いました。

- ・ 効果的な取組事例や課題について保険者間の情報共有を図る「保険者情報交換会」の開催
- ・ テレビやラジオ、ホームページ及びリーフレットの活用による制度の周知
- ・ コンビニ健診（健診のシンボルの事業）の機会を利用したマスコミへのPR
- ・ 薬局での健診受診勧奨と市町等の健診窓口一覧の設置
- ・ 実施率向上や特定保健指導に従事する人材育成、確保に取り組む市町国保保険者への県調整交付金による支援

<保険者の取組>

各保険者においては、次のような取組が行われました。

□ 特定健診では、

- ・ 健診受診に係る啓発・勧奨等（制度の周知、対象者に応じた健診案内通知の工夫、未受診者への再通知、個別訪問、電話等による受診勧奨など）
- ・ 特定健診を受診しやすい環境の整備（早朝、夜間や土日健診の実施、個別健診と集団健診の併用、予約制導入、がん検診との同時実施など）
- ・ 健康ポイント事業による健診受診者への特典付与
- ・ 特定健診以外の健診や、医療機関での診療における検査データの活用
- ・ 協会けんぽと市町国保との連携した取組（健診や結果説明会の共同実施等）
- ・ 被扶養者への健診案内の自宅への直接送付、事業所に出向いての制度説明や実施率向上への協力依頼など（被用者保険での取組）

□ 特定保健指導では、

- ・ 結果説明会や個人面接時における保健指導の実施
- ・ タブレットの活用等、ICTを利用した分かりやすい保健指導の実施
- ・ 保健指導の技量向上のための、従事者の研修機会の確保

<医療機関での取組>

医療機関においては、次のような取組が行われました。

- ・ 特定健康診査ポスターの院内掲示
- ・ 特定健康診査受託医療機関での個別健康診査や保健指導の実施
- ・ 医療機関の検査データの保険者への提供（ヘルスサポート事業や情報提供）

(2) 取組に対する評価・分析

特定健診等の実施率向上の取組に対して、以下のとおり評価分析を行いました。

- ・ 特定健診対象者のうち、健診未受診で医療機関通院中の者が約半数を占めており、これらの対象者への医療機関と連携した受診勧奨や診療における検査データの健診への活用についてさらなる取組が必要
- ・ 特定保健指導の実施率は目標には届いていないものの、全国と比較し、健診受診した方には高い割合で保健指導を実施
- ・ 市町国保の特定保健指導実施率は高いものの、特定保健指導完了率は全国平均より低いことから、評価までのプログラムを終了できるよう取組の強化が必要
- ・ 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ことから、効果的な保健指導による生活習慣改善や適切な医療機関受診につなげるために、特定保健指導実施者の人材確保やスキルアップにさらに努めることが必要
- ・ 特定健診等の実施率向上のためには、健診機会の確保や対象者の特性に応じた個別の働きかけと同時に、県民の健診に対する理解や健康への意識の向上が必要であることから、引き続き普及啓発が必要

(3) 特定健診等の実施率向上に向けた課題

現状から、次のような課題が考えられます。

- ・ 特定健診実施率は年々向上しているが、全国平均以下であり目標に達していない。
- ・ 健診未受診者のうち 77.0%は医療機関通院中であり、通院治療中の患者は健診に対する関心が薄い
- ・ 市町国保では、働き盛りの 40～50 歳代と定年後の 60 歳代男性の受診率が低い
- ・ 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
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は全国平均より高く、とくにメタボリックシンドローム予備群の割合は全国 5 位と高い

(4) 今後の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、さらなる実施率の向上に努めます。

- ・ 医療機関と連携した健診受診勧奨や、通院治療中の方の健診受診率を向上させるため診療における検査データの活用等の取組
- ・ 40～50 歳代の若年層が受けやすい健診体制の整備や周知
- ・ 被用者保険における被扶養者に対する効果的な働きかけ
- ・ メタボ予備群から該当者への移行を防ぐため、特定保健指導が実施できる専門職の人員確保とスキルアップの支援、及び保険者協議会等の啓発事業との連携等により、保健指導の効果に係る被保険者への周知による利用率や完了率の向上
- ・ 職域での健診や保健指導が受けやすい環境整備に向けて、保険者と職域との連携を推進
- ・ 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、自身の健康に責任を持つ気運を高めていくための取組

2 たばこ対策

(1) 取組の状況

喫煙による健康被害を予防するために、以下に掲げるような、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発等の取組を行いました。

① 「禁煙・完全分煙認証施設」の登録推進を通じた受動喫煙防止対策

施設を「禁煙」または「完全分煙」にする施設は、2,083 施設（2017(平成 29)年度末）であり、「保健医療福祉施設」が最も多く 695 件、「教育機関等」が 512 件でした。

② 市町教育委員会の協力を得て、県内すべての中学1年生及び小学6年生へ、学校医・学校歯科医・学校薬剤師による防煙教育の実施

防煙教育の実施校数は、小学校 173 校（対象児童 7,763 名）、中学校 108 校（対象生徒 8,837 名）（2017(平成 29)年度末）でした。

③ 乳幼児及び妊産婦への防煙・受動喫煙防止の啓発

妊産婦の喫煙及び受動喫煙のリスクについてのチラシを、市町における母子手帳配布時等に同封し周知を行いました。

④ 働き盛り世代への喫煙・受動喫煙防止の啓発

喫煙及び受動喫煙のリスクについてのチラシを、イベントや企業での講話等で配布し周知を行いました。

⑤ たばこをやめたい人への、禁煙治療が行える医療機関の情報提供

県のホームページにて県内の禁煙外来一覧を周知しました。

(2) たばこ対策の取組に対する評価・分析

「禁煙・完全分煙認証施設」は 2012（平成 24）年度の 1,875 件から 2017（平成 29）年度は 2,083 件へと増加し、受動喫煙対策として一定の効果につながったものと考えられます。一方、官公庁施設や教育機関、医療機関等の保健医療福祉施設は登録が進んでいますが、それ以外の飲食店や事業所、娯楽施設等では全体の約 12% にあたる 240 施設であり、取組が十分とはいえない状況です。

また、防煙教育については教育委員会と協同し、県内すべての中学1年生及び小学6年生に対して実施したことから、低年齢児からの防煙教育についての啓発を行うことができました。

妊産婦や働き盛り世代への喫煙・受動喫煙防止の啓発では、出前講座や喫煙等のリスクに対するチラシの配布等周知を行い、全体の喫煙率は低下していることから、一定の効果はあったと思われますが、40 歳代を除く全年代の男性の喫煙率が全国平均より高いことや、子育て世代でもある 30 歳代から 40 歳代女性の喫煙率が全国平均よりも高いことから、より一層の啓発や情報提供等の取組が必要です。

(3) たばこ対策に向けた課題と今後の取組の方向性

佐賀県では、佐賀県医療費適正化計画（第2期）において、たばこ対策に向けた取組を実施してきました。しかし、2016（平成 28）年度の喫煙率は 18.1%と、全国平均と比較しても喫煙率は高い状況であり、今後、県民の健康意識を向上さ

せる観点からも、たばこ対策についてより一層の取組が必要です。

また、「健康増進法の一部を改正する法律」が公布され、望まない受動喫煙を防止することが規定されたことにより、今後は、関係団体等と相互に連携を取り協力しながら、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙に関する知識の普及、受動喫煙の防止に関する意識の啓発、受動喫煙の防止に必要な環境の整備、その他の受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努めていきます。

3 県民の健康に資するその他の取組

(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に取り組むとともに、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等を実施しました。

- ・ 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ることから、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、啓発活動を実施
- ・ 増加する糖尿病患者や重症化を予防するため、佐賀県「ストップ糖尿病」対策事業を通じた医療機関、保険者、行政による連携した取組の実施
- ・ 献血時の検査成績通知票等を住民が薬局に持参し、薬局薬剤師が、健康アドバイスや医療機関受診勧奨、特定健診受診勧奨など、地域住民の健康管理をサポートする「けんけつ応援薬局」の実施（平成29年度、佐賀市がモデル地区として、108薬局が参加、平成30年度より佐賀県全域で事業展開）
- ・ 後期高齢者医療広域連合による、後期高齢者への健康診査の受診率向上や保健事業の取組の充実

(2) がん対策の推進

佐賀県がん対策推進計画及び佐賀県肝疾患対策推進計画に基づき、がんの予防や早期発見の促進のため、次のような取組を行いました。

- ・ がん予防（食生活や運動等の生活習慣の改善やたばこ対策など）にかかる普及啓発
- ・ 胃がん発症リスク低減のため、県内の中学3年生を対象としたピロリ菌検査・除菌の取組
- ・ 肝がん発症リスク低減のため、B型・C型ウイルス性肝疾患の予防・治療等に関する普及啓発、無料肝炎ウイルス検査や肝炎治療費助成の実施など、肝疾患の重症化予防対策
- ・ 普及啓発、市町がん検診の効果的な個別勧奨の促進など、がん検診受診率向上のための取組
- ・ 「事業評価のためのチェックリスト」を活用した、がん検診の精度管理・事業評価の実施状況の公表

二 医療の効率的な提供の推進に関するもの

1 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮

(1) 医療機関の機能分化・連携

① 取組の状況

ア 地域連携クリティカルパスの活用等による医療機関の機能分化と連携

第6次佐賀県保健医療計画においては、各疾病に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ました。

その結果、地域連携クリティカルパスは、2016（平成28）年5月から運用開始し、2017（平成29）年度末時点では、利用可能機関が12機関となりました。

なお、2017（平成29）年度末時点では、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）について運用を開始しており、そのうち利用頻度の高い脳卒中パスについて電子共有可能としています。

電子共有パスについては、2017（平成29）年度末時点で脳卒中パスのみの運用ですが、今後はがんや大腿骨頸部骨折等のパスにも拡大することを目指しています。

イ 療養病床の転換に関する支援

療養病床の再編成についての相談窓口の設置、転換支援に関する情報の提供、病床転換助成事業等による支援等を行ってきました。

この取組等の結果、療養病床数は、2012（平成24）年度末時点で4,723あったものが、2017（平成29）年度末時点で4,639となりました。

また、県では、2016（平成28）年3月に、2025（平成37）年の病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの医療需要及び病床の必要量を推計した佐賀県地域医療構想を策定しました。

地域医療構想は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025（平成37）年を見据え、病床の機能分化・連携を推進し、将来の医療需要の変化に対応した効率的かつ質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムを構築することを目的としています。

この地域医療構想に基づき、医療・介護・行政等の各分野の関係者の対話を重視し、病院完結型から地域完結型の医療、医療需要の変化に対応した医療提供体制の構築を進めています。

② 現状の取組における課題

医療機関においては、地域の人口構造の変化、他の医療機関の動向、地域において自院が求められる役割等を見極め、自院の立ち位置を判断する必要があります。

また、2018（平成30）年に介護医療院制度の創設、医療・介護報酬の同時改定等が実施され、医療機関の立ち位置の判断が進むことと想定されることから、各

地域の地域医療構想調整会議分科会において、関係者による協議を徹底する必要があります。

さらに、回復期の中でもどのような機能を持つ病床が不足しているのかなど、実態を見極め、的確に対応する必要があります。

③ 今後の県の取組の方向性

地域医療構想の推進のため、県全体として主に以下の取組を実施し、また、各構想区域ごとに個別具体的な取組を実施します。

- ・医療機関に対し、自院の立ち位置が判断できるような情報提供を引き続き行い、内容の充実を図ります。
- ・地域医療構想調整会議分科会での協議を着実に進め、地域の関係者の合意に基づき、医療需要の変化に対応した医療提供体制を構築します。
- ・医療機関に対し、地域から求められる医療の機能、介護医療院等への転換に要する施設整備等の補助を実施します。
- ・佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）等の利用促進による医療機関の情報共有や連携体制の強化を進めます。

（２）在宅医療・地域ケアの推進

① 取組の状況

県では、高齢者（65歳以上）人口がピークを迎える2025（平成37）年を見据え、2015（平成27）年3月に、地域包括ケアシステムの構築を基本目標として、第6期さがゴールドプラン21（佐賀県高齢者保健福祉計画、佐賀県介護保険事業支援計画）を策定しました。

この第6期さがゴールドプラン21に基づき、「介護予防の推進」、「生活支援サービスの充実」、「医療・介護の連携」、「認知症の人への支援」、「介護人材の確保」など、市町・関係機関等において地域包括ケアシステムを構築するための基盤整備が進められるよう、県では、以下の取組を行いました。

- ・多職種の資質向上のための研修の実施
- ・市町と多職種の連携推進のための各種会議の開催
- ・若年性認知症支援センターの設置
- ・地域包括ケア推進アドバイザーの派遣
- ・先進優良事例の情報提供・情報発信

② 現状の取組における課題

2017（平成29）年度から県内全ての市町（保険者）が新しい介護予防・日常生活支援総合事業へ移行し、また、2018（平成30）年度内には県内市町（保険者）全ての日常生活圏域に生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置が予定されているなど、住民等の多様な主体による地域の支え合い体制づくりが進められています。今後は、多角的な地域分析の下で地域の実情に合わせた具体的な取組を進めることが必要となります。

今後増加が見込まれる認知症の人に適切に対応するため、認知症の人と家族を支える地域・体制づくりや早期診断・早期対応の促進の取組に加え、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に沿った施策の総合的な推進が必要です。

高齢化の進展により、医療と介護双方のニーズを持つ高齢者が増加することを見据え、医療と介護の連携を進めていく必要があります。

また、将来的に介護人材が不足することが見込まれており、介護サービス等を支える基盤となる人材を安定的に確保していくことが必要となっています。

③ 今後の県の取組の方向性

2018年3月に策定した第7期さがゴールドプラン21に基づき、全ての高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活ができ、明るく豊かな地域社会の実現を目指し、次に掲げる取組を実施し、地域包括ケアシステムを深化・推進していきます。

- ・ 自立支援や介護予防のための住民主体の通いの場や地域ケア個別会議の設置が促進されるよう、リハビリ専門職等と連携した市町の取組への支援
- ・ 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の7つの柱や数値目標を踏まえ、市町（保険者）の取組を支援しながら、施策を総合的に推進
- ・ 個別市町では対応の難しい広域的な在宅医療と介護の連携を推進するため、県医師会等と連携し市町の医療・介護連携に向けた取組を支援
- ・ 医療と介護の双方のニーズを持つ高齢者に対応できる看護小規模多機能型居宅介護などの在宅サービスの充実
- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用し、人材の確保に向けた取組の推進

（3）精神疾患対策の充実

① 取組の状況

- ・ 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した。
- ・ 2012（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した。
- ・ 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の促進を図りました。

区 分	2011(平成23)年度	2017(平成29)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	137人
グループホーム、ケアホームの設置	累計 18 か所	累計 157 か所

② 現状の取組における課題

精神疾患の通院医療を受けている人は年々増加傾向にあります。

精神科病院に入院している患者数は微減していますが、長期入院者の退院者数は目標に達しておらず、精神障害者の早期退院及び地域移行が十分に進んで

いるとはいえません。

③ 今後の県の取組の方向性

精神障害者の地域移行を進め、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

具体的には、精神疾患に関する正しい知識の普及啓発、地域で安心して生活する場の整備、地域生活支援に関する連携体制の構築に努めます。

また、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築し、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の連携体制の整備を行うなど医療機能の明確化を進めます。

2 後発医薬品の使用促進

(1) 取組の状況

<県の取組>

後発医薬品の使用促進を図るため、県では次のような取組を行いました。

- ・ 佐賀県後発医薬品使用検討協議会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、医薬品販売者、保険者など）の開催、関係機関の情報交換
- ・ 県内広域病院における後発医薬品採用リスト作成及び県ホームページ掲載による情報提供
- ・ 「くすりと健康の週間」のイベントなどの機会を活用した、リーフレット配布などによる啓発活動
- ・ 薬局などの関係機関へのポスターやリーフレットなど啓発資材の配布
- ・ 後発医薬品普及のための研修会の開催
- ・ 県調整交付金を活用して、市町国民健康保険の保険者が行う（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）差額通知の取組に対する支援

<保険者の取組>

県内の医療保険者では、患者負担額の軽減や医療保険財政の改善を図るため、次のような取組が行われました。

- ・ 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
- ・ 被保険者に対する後発医薬品利用希望シール（カード）の配布
- ・ 広報誌掲載やリーフレット配布による周知
- ・ 協会けんぽ佐賀支部における加入者向けセミナーの開催
- ・ 医療従事者向けセミナーの協会けんぽ佐賀支部と県（薬務課）との共催
- ・ 医療機関、薬局へ個別の使用状況等のお知らせ配布

<薬局の取組>

県内の薬局では、患者負担額の軽減を図るため、次のような取組が行われました。

- ・ 後発医薬品についての患者への説明、啓発活動

- ・ 調剤時における患者への後発医薬品への変更推奨
- ・ 処方箋を交付した医師等への後発医薬品への変更提案
- ・ 薬局内でのポスター掲示やリーフレットの配布
- ・ 「くすりと健康の週間」のイベントなどの機会を活用した啓発活動
- ・ 後発医薬品使用率向上のための備蓄体制整備
- ・ 薬局にて、ジェネリック医薬品希望シールを、希望者の健康保険証又はおくすり手帳への貼付推進活動（平成 29 年度佐賀県後期高齢者医療広域連合協働）

（２）後発医薬品の使用促進に向けた課題

現状から、次のような課題が考えられます。

- ・ 2018（平成 30）年 3 月現在の佐賀県の後発医薬品使用割合は 75.6%であり、全国平均の 73.0%を上回っているが、国における 2020（平成 32）年 9 月までの目標 80%には到達していない。
- ・ 市町国保における差額通知は、通知回数、差額及び対象薬効が市町により異なっており、使用割合も市町によりばらつきがある。

（３）今後の取組の方向性

課題を踏まえ、関係者が連携した取組を進め、さらなる使用割合の向上に努めます。

- ・ 患者等に対する後発医薬品のメリットなどの啓発
- ・ 医師や薬剤師等の医療関係者に対する後発医薬品に関する情報の提供
- ・ 市町国保における被保険者への情報提供格差の解消
- ・ 医療関係者や県民を対象とした後発医薬品普及のための講演会等の共同開催
- ・ 医療関係団体、医療機関、医薬品販売関係者、保険者などで構成する「佐賀県後発医薬品使用検討協議会」を通じた関係機関の情報共有

3. 医療費の適正化に資するその他の取組

（１）取組の状況

＜県の取組＞

県では医療費の適正化に向けて、次のような取組を行いました。

- ・ 医療費や医療保険に関する広報の実施による、住民への意識の啓発
- ・ 保険医療機関等への指導や監査による不正請求への対応【九州厚生局と共同】
- ・ 市町事務打合せにおける県医療給付専門指導員による点検実務に係る助言や、レセプト点検研修会の実施等、国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合への支援

＜保険者の取組＞

保険者では医療費の適正化に向けて、次のような取組が行われました。

- ・ 受診者への医療費の額等に関する通知及び医療費や医療保険に関する広報の実施等による、医療費に関する被保険者への意識の啓発
- ・ レセプト点検の実施

- ・ 重複受診者（一疾病で複数の医療機関を受診）や頻回受診者に対する訪問指導及び患者調査等、受診の適正化に係る取組
- ・ 全国健康保険協会佐賀支部（協会けんぽ）における、健康経営実践企業への表彰制度の実施

（２）医療費の適正化に向けた課題

現状から、次のような課題が考えられます。

- ・ 本県の一人当たり医療費は、全国7位（2016（平成28）年度）と高い水準にあるが、県民の認知度は十分ではない。
- ・ 医療費の状況については保険者ごとに情報管理がなされており、佐賀県全体の医療費の現状と分析が十分ではない。
- ・ 市町国民健康保険におけるレセプト点検や、重複受診者や頻回受診者に対する受診の適正化に係る取組は、各市町保険者により実施内容に格差がある。
- ・ 生活習慣病等の予防に向けた保健事業を実施している医療保険者と、高齢者支援や介護予防を実施している後期高齢者医療広域連合や介護保険との連携が十分ではない。

（３）今後の県の取組の方向性

課題を踏まえ、県では次のような取組を行い、医療保険者を支援します。

- ・ 本県の医療費について、保険者協議会と連携し、協会けんぽ等被用者保険も含めたデータの把握や分析の実施
- ・ 本県の医療費に係る実態について、保険者協議会での取組や各種広報媒体を活用しての更なる周知
- ・ 市町国民健康保険者におけるレセプト点検や柔道整復師の施術の療養費支給申請に関する点検及び患者調査について、県内全市町が佐賀県国民健康保険団体連合会に実施内容を統一して委託することによる実施内容の格差解消
- ・ 事務打合せや職員研修会等の機会を活用した、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保険者の取組に対する助言
- ・ 働き盛り世代への健康づくりのために、企業が「健康経営」の視点を持って職員の健康づくりに積極的に取り組むためのきっかけづくりとして、健康づくりを実践する企業への表彰制度の実施
- ・ 地域包括ケアの推進に向け、市町国民健康保険と後期高齢者医療広域連合や介護保険部局による連携した取組の推進

第5章 計画に掲げる施策に要した費用に対する効果

一 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果

佐賀県医療費適正化計画（第2期）では、平均在院日数を39.5日に短縮する目標を達成することによって、医療費の伸びは149.7億円抑制されたと推計していました。

2011（平成23）年から2016（平成28）年までに平均在院日数を4日短縮したことによって、佐賀県医療費適正化計画（第2期）策定時の推計ツールとこの平均在院日数を用いると、医療費の伸びは139.2億円抑制されたものと推計されます。（表9、表10）

表9 佐賀県における平均在院日数の推移と評価

（単位：日数）

区 分	2011 年 （平成 23 年）	2016 年 （平成 28 年） 【実績値】	2017 年 （平成 29 年） 【目標値】	評価 （H23→H28）	目標との差
平均在院日数 （介護療養病床 除く全病床）	43.8	39.8	39.5	▲4.0	0.3

（出典）厚生労働省「病院報告」

表10 平均在院日数の短縮による医療費適正化効果の推計

短縮後の平均在院日数	2017（平成29）年度の効果額の推計
目標値：39.5日（2017（平成29）年）	149.7億円
実績値：39.8日（2016（平成28）年）	139.2億円

※第2期医療費適正化計画策定時に配布した医療費推計ツールによる
平均在院日数の短縮による医療費適正化効果の推計

二 特定保健指導の実施に係る費用対効果（実施に係る効果）

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループとりまとめ（平成28年3月）においては、積極的支援参加者と不参加者を経年分析して比較した結果、一人当たり入院外医療費について、積極的支援参加者は、不参加者よりも約6,000円少ない結果となっています。これを本県に当てはめると、2012（平成24）年度から2016（平成28）年度の間に、約2.2億円の医療費適正化効果があったものと推計されます。

※ 特定保健指導の実施による医療費適正化効果

H24～H28の特定保健指導終了者数36,941人×6,000円＝約2.2億円

このような結果も踏まえ、引き続き特定保健指導の実施率向上に向けた取組を進めていきます。

第6章 医療費推計と実績の比較・分析

一 佐賀県医療費適正化計画(第2期)における医療費推計と実績の数値について

佐賀県医療費適正化計画(第2期)では、医療費適正化に係る取組を行わない場合、2012(平成24)年度の推計医療費3,193億円(①)から、2017(平成29)年度には3,941億円(③)まで医療費が増加することが推計されており(適正化前)、医療費適正化に係る取組を行うことで、2017(平成29)年度の医療費は3,768億円(④)となると推計されていました(適正化後)。

しかし、2017(平成29)年度の医療費(実績見込み)は3,288億円(⑤)となっており、佐賀県医療費適正化計画(第2期)の推計値よりも480億円(⑤－④)減少するものと見込まれます。(表11)

表11 医療費推計と実績の差異

(金額の単位は「億円」)

2012(平成24)年度の医療費(足下値)			
	推計(第2期計画策定時の推計)	①	3,193
	実績(23年度実績等をもとに国で算出した推計値)	②	3,096
2017(平成29)年度の医療費			
	推計:適正化前(第2期計画策定時の推計)	③	3,941
	:適正化後(")	④	3,768
	:適正化後の補正值(※) ④×(②÷①)	④`	3,653
	実績:28年度実績等をもとに国で算出した見込み	⑤	3,288
2017(平成29)年度の推計と実績の差異			
	推計(補正前)と実績の差異	⑤－④	▲480
	推計(補正後)と実績の差異	⑤－④`	▲365

(※) 2012(平成24)年度の医療費(足下値)について推計と実績とで差異が生じたことを踏まえ、2012(平成24)年度の実績をベースとして平成29年度の適正化後の推計値を補正したもの。

二 医療費推計と実績の差異について

近年の医療費の伸びを要因分解すると、「人口」や「診療報酬改定」が医療費の減少要因となっている一方、「高齢化」や「その他(医療の高度化・患者負担の見直し等)」が医療費の増加要因となっています。

具体的に2012(平成24)年度から2017(平成29)年度(実績見込み)までの伸びを要因分解すると、人口で▲2.3%の伸び率となっている一方、「高齢化」は5.3%、「その他(医療の高度化・患者負担の見直し等)」は4.5%の伸び率となっています。

また、佐賀県医療費適正化計画(第2期)期間中、2014(平成26)年度と2016(平成28)年度に診療報酬改定が行われ、2014(平成26)年度は+0.10%、2016(平成28)年度は▲1.33%となっています。

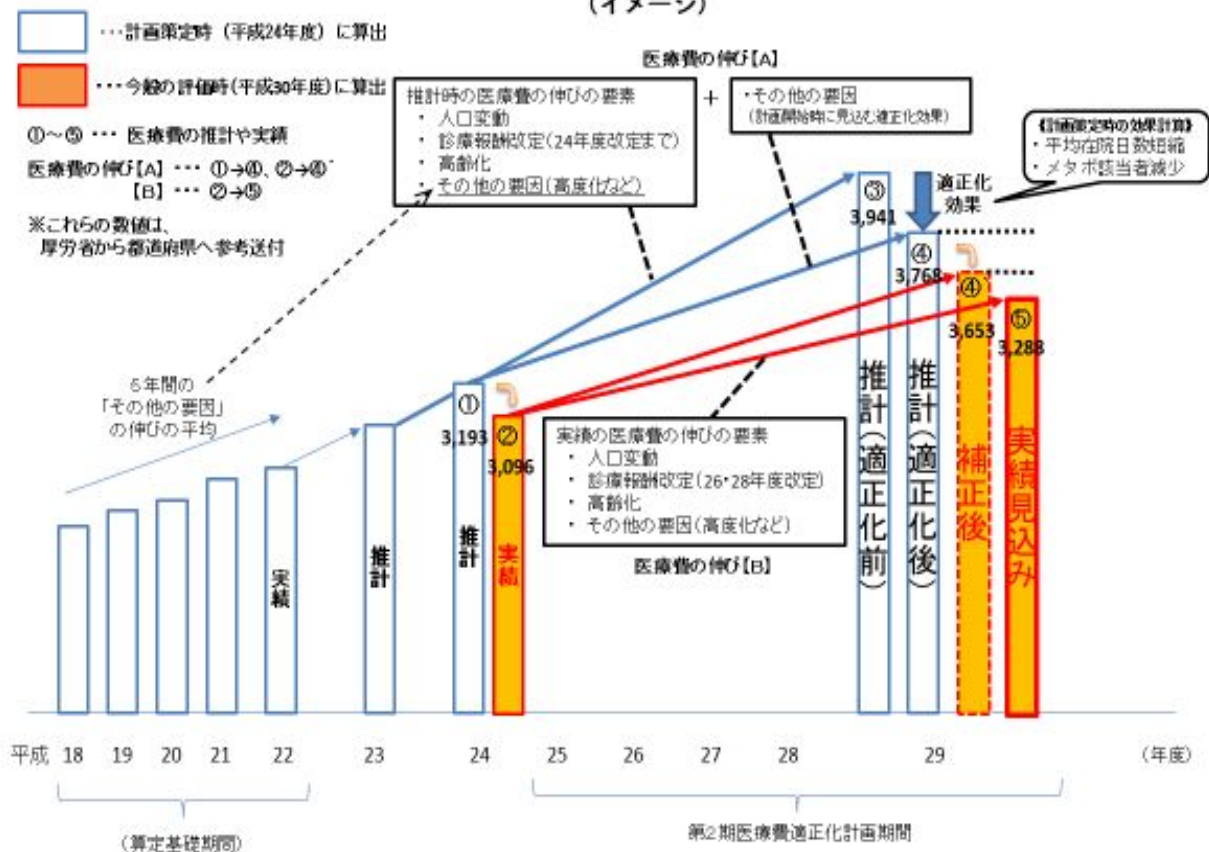
一方、佐賀県医療費適正化計画(第2期)策定時においては、2012(平成24)年度から2017(平成29)年度までの範囲で見ると、「人口」「高齢化」「その他(医療の高度化・患者負担の見直し等)」の医療費の伸びに対する影響はそれぞれ、▲2.7%、5.1%、15.4%としていました。

そのため、計画策定時と実績を比較すると「人口」の影響について19億円、「高齢化」の影響について▲3億円、「その他」の影響について▲342億円の差異が生じています。(表12)

表12 医療費の伸びに係る推計と実績の差異状況

		分解される要因	伸び率	影響額(億円)
計画策定時(A)	表11の①→④、②→④、	合計	18.0%	557
		人口	▲2.7%	▲92
		高齢化	5.1%	168
		平成26・28年度の診療報酬改定	—	0
		その他	15.4%	482
実績値(B)	表11の②→⑤	合計	6.2%	192
		人口	▲2.3%	▲73
		高齢化	5.3%	165
		平成26・28年度の診療報酬改定	▲1.23%	▲40
		その他	4.5%	140
AとBの差異		合計	▲11.8ポイント	▲365
		人口	▲0.4ポイント	19
		高齢化	0.2ポイント	▲3
		平成26・28年度の診療報酬改定	▲1.23ポイント	▲40
		その他	▲10.9ポイント	▲342

【参考】佐賀県医療費適正化計画(第2期)の医療費推計の結果分析(イメージ)



第7章 今後の課題及び推進方策

佐賀県の医療費の状況及び本計画の実績に関する分析結果から、医療費適正化に向けた目標を達成するために、「佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）」、「佐賀県保健医療計画」、「佐賀県ゴールドプラン」及び「佐賀県国民健康保険運営方針」等との調和を図りながら、医療費適正化計画（第3期）を推進していきます。

一 県民の健康保持の推進に関するもの

（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

佐賀県医療費適正化計画（第2期）における2017（平成29）年度の特定健康診査実施率70%、特定保健指導実施率45%、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25%の目標については、それぞれ実績との差異が大きいことから、引き続き佐賀県医療費適正化計画（第3期）においても、実施率・減少率の向上に向けて、関係者の更なる取組をより一層促す必要があります。

（2）たばこ対策

2018（平成30）年7月には、受動喫煙の防止に向け、健康増進法の一部を改正する法律（平成30年法律第78号）が公布され、地方公共団体においても、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙に関する知識の普及、受動喫煙の防止に関する意識の啓発、受動喫煙の防止に必要な環境の整備その他の受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努めなければならないものとされました。こうしたことも踏まえ、引き続き佐賀県医療費適正化計画（第3期）においても、たばこ対策を重点項目の一つとして、関係者をあげて更なる取組をより一層促す必要があります。

（3）生活習慣病等の予防

糖尿病等の生活習慣病は、根治的な治療方法がないことから、予防が何よりも重要です。そこで、県においては、行政、医療機関、保険者等の連携強化を図り、生活習慣病の重症化予防に取り組むとともに、小児期からの発症予防に取り組むことが必要です。

二 医療の効率的な提供の推進に関するもの

佐賀県医療費適正化計画（第2期）における2017（平成29）年の平均在院日数を39.5日まで短縮するという目標については達成が見込まれますが、今後も患者の視点に立って、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すことが必要であることから、佐賀県医療費適正化計画（第3期）においては、関係者とも協力しつつ、地域医療構想に基づく病床の機能分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの深化・推進を目指す必要があります。

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）において、2020 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80%とする政府目標が設定されたことを踏まえ、引き続き佐賀県医療費適正化計画（第 3 期）においても、後発医薬品の使用促進について、関係者の更なる取組をより一層促す必要があります。

三 今後の対応

一及び二等に対応するため、県民の健康保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に向けた取組を加速する必要があります。佐賀県医療費適正化計画（第 3 期）では、生活習慣病の重症化予防、重複投薬対策等の医薬品の適正使用の推進といった取組を新たに記載しており、今後は、この実績評価の結果を踏まえ、佐賀県医療費適正化計画（第 3 期）の各種施策を積極的に推進していきます。