

佐賀県医療費適正化計画 (第3期)

【2018～2023年度】

2018（平成30）年3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	計画の基本理念	3
3	計画の概要	4
(1)	計画の根拠	4
(2)	計画期間	4
(3)	計画に掲げる事項	4
(4)	計画の公表	4
4	他の計画等との関係	5
5	保険者等との連携及び協力	6

第2章 佐賀県の医療費を取り巻く現状と課題

1	医療費の動向	7
(1)	佐賀県の人口と高齢化等の状況	7
(2)	国民医療費の推移	11
(3)	佐賀県の医療費	12
(4)	佐賀県の後期高齢者医療費	18
(5)	受療状況	20
2	生活習慣病に分類される疾患の状況	26
(1)	死因別死亡割合	26
(2)	疾病別の医療費の状況	27
(3)	生活習慣病関連の主な疾患の受療率	30
(4)	生活習慣病と重症化の状況	31
(5)	健診（検診）等の実施状況	36
(6)	生活習慣の状況	46
(7)	予防接種の状況	52
3	医薬品の使用状況	53
(1)	後発医薬品の使用状況	53
(2)	受診行動や医薬品の適正使用	55
4	医療需要	60
(1)	医療需要（地域医療構想）	60
(2)	病床数の状況	61

(3) 病床の利用状況	64
(4) 在宅医療提供体制等の状況	65

第3章 医療費適正化に向けた目標と取組

1 県民の健康の保持の推進	68
(1) 特定健康診査・特定保健指導	68
(2) たばこ対策	71
(3) 生活習慣病等の重症化予防	73
(4) がん対策	76
(5) 予防接種	79
(6) その他予防・健康づくりの推進	81
2 医療の効率的な提供の推進	85
(1) 後発医薬品の使用促進	85
(2) 医薬品の適正使用の推進	87
(3) 病床の機能分化・連携の推進及び地域包括ケアシステムの 深化・推進	89
(4) その他医療費の適正化に向けた取組の推進	92
3 適正化策の実施による医療費の見込み	94

第4章 計画の推進

1 関係者の役割と連携	95
(1) 県民の役割	95
(2) 保険者の役割	95
(3) 医療機関・医療関係者の役割	95
(4) 事業者・企業の役割	96
(5) 行政機関の役割	96
2 計画の進行管理	97
(1) 進捗状況の公表	97
(2) 進捗状況に関する調査及び分析	97
(3) 実績評価	97

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。

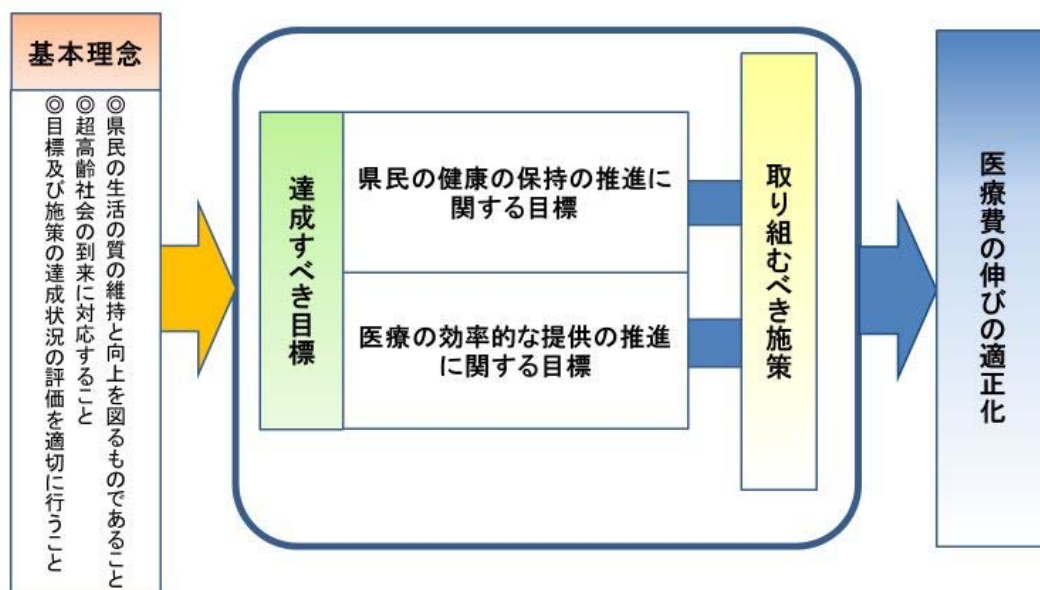
現在、他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025年にはいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えます。

こうした中で、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2006（平成18）年6月に「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」や「医療費適正化の総合的な推進」などを旨とする医療制度改革関連法が成立し、その一環として医療費適正化計画（以下「計画」という。）に関する制度が創設されました。

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。）に即して作成することとなっています。

計画においては、施策の柱となる「県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、その成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。



医療費の適正化を進めるに当たっては、「県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、保険者、医療関係者等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を進めるとともに、県民自らも特定健康診査結果等の健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら積極的に健康づくりの取組を行うことが重要です。

以上のことを踏まえ、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も盛り込んだものとします。

2 計画の基本理念

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は、第一義的には、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

2016(平成28)年現在、全国で約1,700万人と推計される75歳以上の人口は、2025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出し、75歳以上の人口は、2016年現在約123,000人ですが、2025年には約143,000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等の評価を適切に行うこと

目標及び施策の達成状況等については、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表することとし、計画の最終年度には、進捗状況の分析結果の公表を行うとともに、次期計画の見直し等に反映させます。

また、計画の最終年度の翌年度には実績評価を行い、目標の達成状況及び施策の進捗状況を評価し、必要に応じて計画の見直し等に反映させます。

3 計画の概要

(1) 計画の根拠

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法」という。）第9条第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が定めた医療費適正化基本方針（以下「基本方針」という。）に即して、本県における医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するために定める法定計画です。

(2) 計画期間

計画期間は6年とする。

（第3期計画は2018年度から2023年度まで）

（※平成30年度から平成35年度まで）

(3) 計画に掲げる事項

法第9条第2項及び第3項の規定に基づき、次に掲げる事項を定めます。

必須的記載事項（法第9条第2項）

- ・計画期間における医療に要する費用の見込みに関する事項

任意的記載事項（法第9条第3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 第二号の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 第一号及び第二号の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 計画の達成状況の評価に関する事項

(4) 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及び保険者協議会に協議を行います。

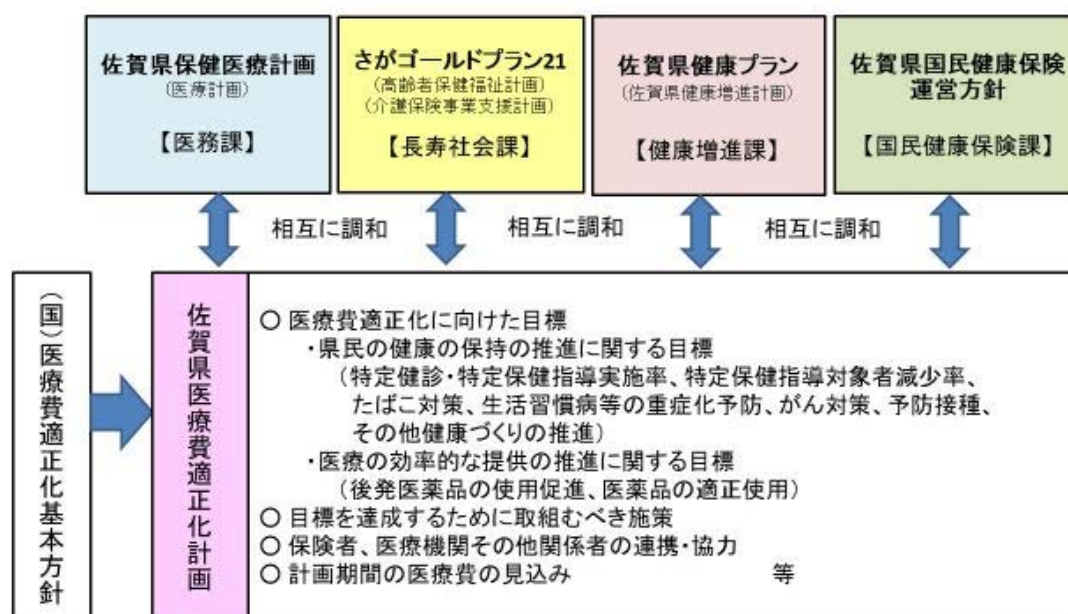
県は、計画を定め、又はこれを変更した時は、遅滞なくこれを公表するとともに、厚生労働大臣に提出します。

4 他の計画等との関係

県が作成する医療費適正化計画については、「第7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7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、高齢者保健福祉計画：老人福祉法第20条の9第1項）及び「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します。

また、2018（平成30）年度から、県が国民健康保険の財政運営の責任主体となることから、「佐賀県国民健康保険運営方針」との調和も図られたものとしします。

県における他計画と「医療費適正化計画」との関係



5 保険者等との連携及び協力

(1) 保険者等（保険者協議会）との連携

特定健康診査等の保健事業の実施主体である保険者等においては、特定健康診査やレセプト情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）の策定及びそれに基づく事業の実施が進められています。

このため、県が計画を作成又は変更する際には、保険者協議会に協議し、今後、保険者協議会を通じて、より一層保険者との連携を図ります。

(2) 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、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と課題

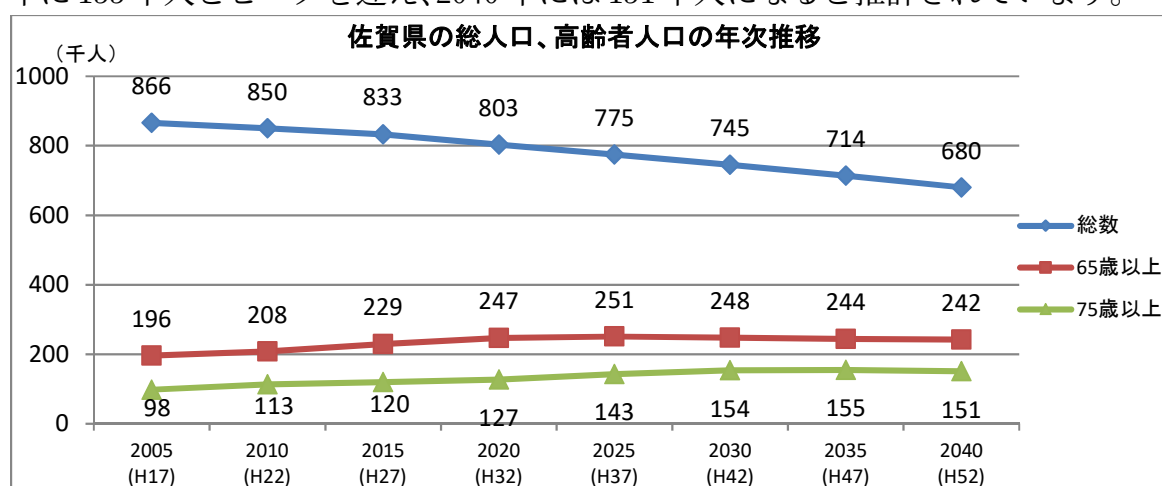
1 医療費の動向

(1) 佐賀県の人口と高齢化等の状況

今後、本県の人口はさらに減少し、2015（平成 27）年現在の 833 千人から、2040（平成 52）年には 680 千人へと減少すると見込まれています。

一方、65 歳以上の高齢者人口は年々増加し、2015 年現在の 229 千人から、2025（平成 37）年には 251 千人とピークを迎え、2040 年に 242 千人となります。

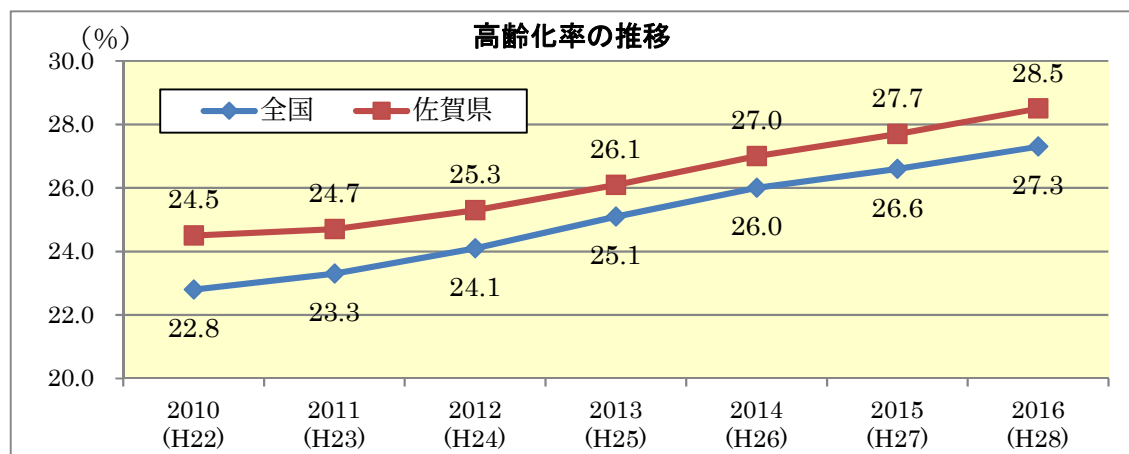
また、75 歳以上の後期高齢者は、2015 年現在の 120 千人から、2035（平成 47）年に 155 千人とピークを迎え、2040 年には 151 千人になると推計されています。



（出典）社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口」2013（平成 25）年推計
2005、2010、2015（平成 17、22、27）年は総務省「国勢調査」

本県の 2016（平成 28）年度高齢化率（65 歳以上の高齢者人口の比率）は 28.5%と総人口の 3 割近くを占めており、全国平均（27.3%）より 1 年あまり早く高齢化が進行しているといえます。

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ことが見込まれます。



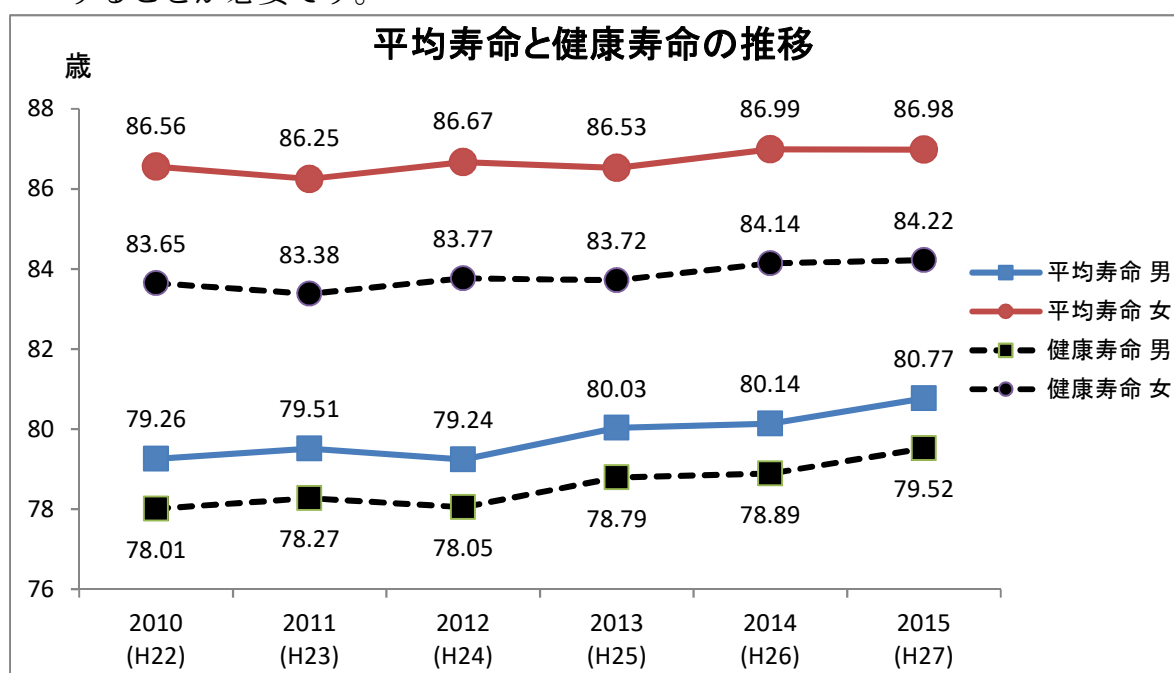
（出典）総務省「国勢調査」、「人口推計」毎年 10 月 1 日現在

① 平均寿命と健康寿命の状況

本県の平均寿命は、2015（平成27）年において男性80.77歳、女性86.98歳となっています。

一方、健康寿命は、男性79.52歳、女性84.22歳となっており、平均寿命との差である不健康期間は、男性1.26年、女性2.77年となっています。

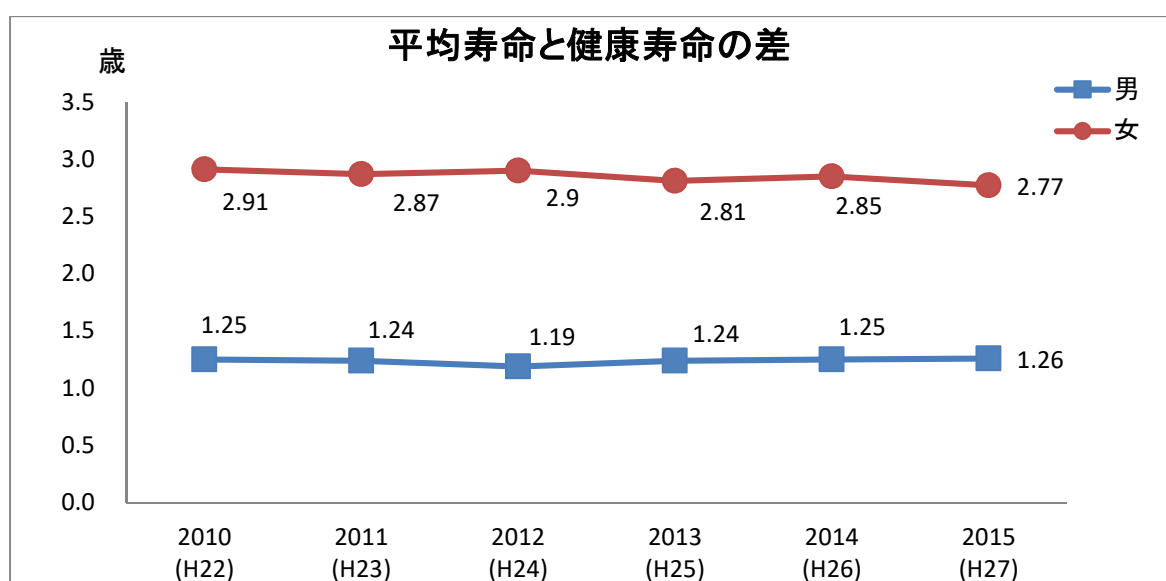
平均寿命の延びに伴い、健康寿命も延伸させることにより不健康期間を縮小することが必要です。



※平均寿命及び健康寿命は「平成24年度厚生労働科学研究費補助金による健康寿命の算定方法の指針」を用いて佐賀県健康増進課にて算定。

※健康寿命は、健康な状態を日常生活動作が自立していることと規定し、要介護2～5を不健康（要介護）な状態とし、それ以外を健康（自立）な状態としている。

（出典）佐賀県健康増進課調べ



※表の数値は表章単位未満で四捨五入しているので、本文と数値とは必ずしも一致しない。

② 高齢者の介護の状況等

ア 要介護者等の状況

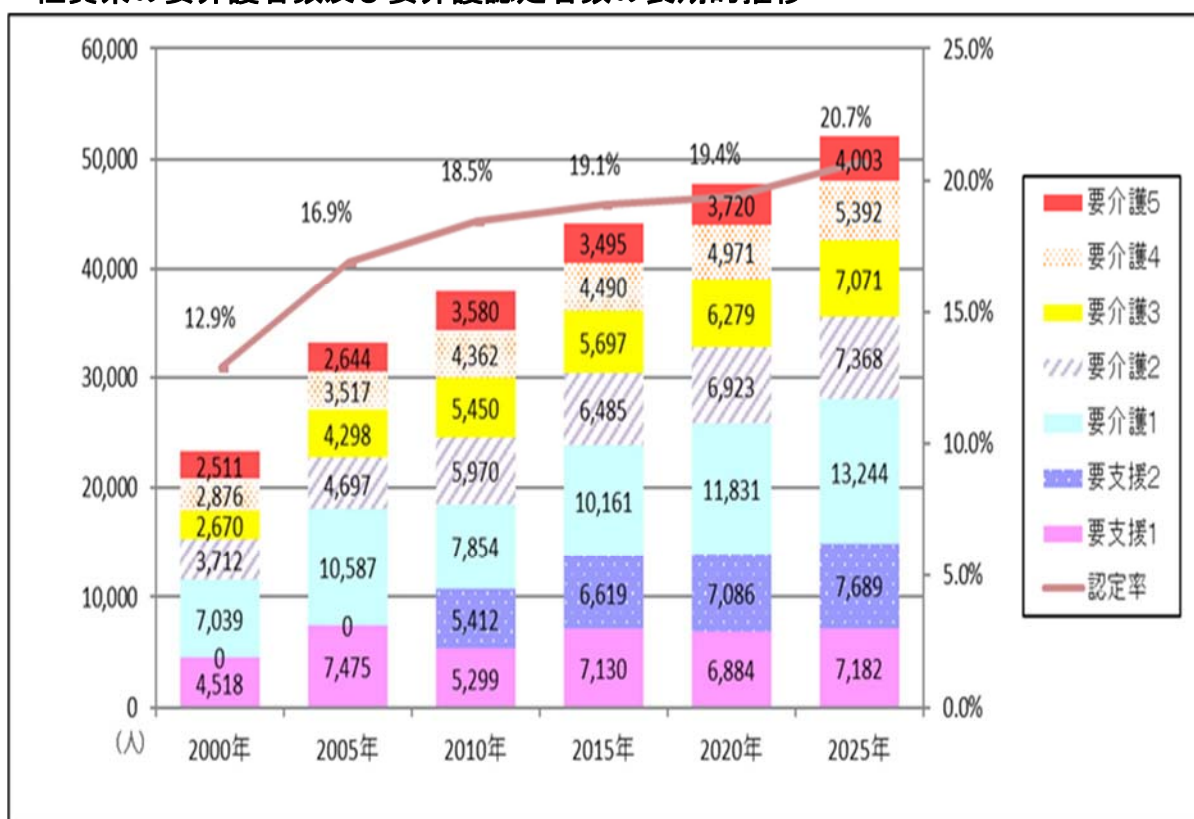
要支援・要介護認定者数は、介護保険制度施行後、増加を続けており、今後も増加していくことが見込まれています。

佐賀県の要支援・要介護者数の推移

	2017年		2018年		2019年		2020年		2025年	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第1号被保険者	237,724	-	240,914	-	243,661	-	246,200	-	250,877	-
うち要介護者等	44,573	18.7%	45,571	18.9%	46,638	19.1%	47,694	19.4%	51,949	20.7%
要支援1	6,724	2.8%	6,766	2.8%	6,829	2.8%	6,884	2.8%	7,182	2.9%
要支援2	6,635	2.8%	6,774	2.8%	6,933	2.8%	7,086	2.9%	7,689	3.1%
要介護1	10,659	4.5%	11,028	4.6%	11,423	4.7%	11,831	4.8%	13,244	5.3%
要介護2	6,626	2.8%	6,734	2.8%	6,839	2.8%	6,923	2.8%	7,368	2.9%
要介護3	5,768	2.4%	5,928	2.5%	6,090	2.5%	6,279	2.6%	7,071	2.8%
要介護4	4,653	2.0%	4,758	2.0%	4,866	2.0%	4,971	2.0%	5,392	2.1%
要介護5	3,508	1.5%	3,583	1.5%	3,658	1.5%	3,720	1.5%	4,003	1.6%

(出典) 各市町(介護保険者)による推計値

佐賀県の要介護者数及び要介護認定者数の長期的推移



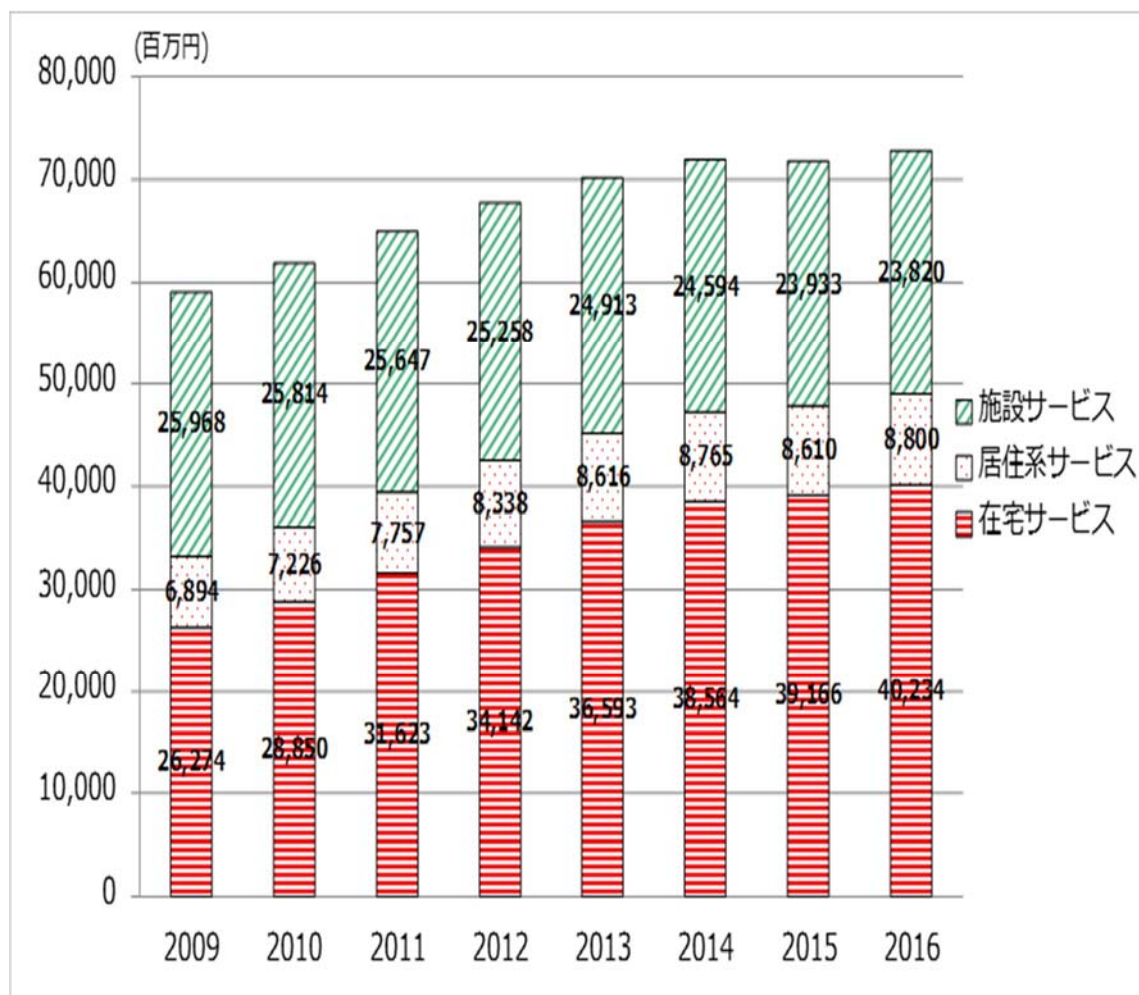
※要支援1、2の区分創設は2006(平成18)年度からとなるため、それ以前は要支援1に計上

(出典) 2000～2015年(平成12～27年)は「介護保険事業状況報告」
2020年(平成32年)以降は「各市町(保険者)による推計値」

イ 介護費用額の推移

介護費用額は、要支援・要介護認定者数の増加等に伴い、増加を続けており、2016（平成28）年度は72,854百万円となっています。

介護費用額の推移



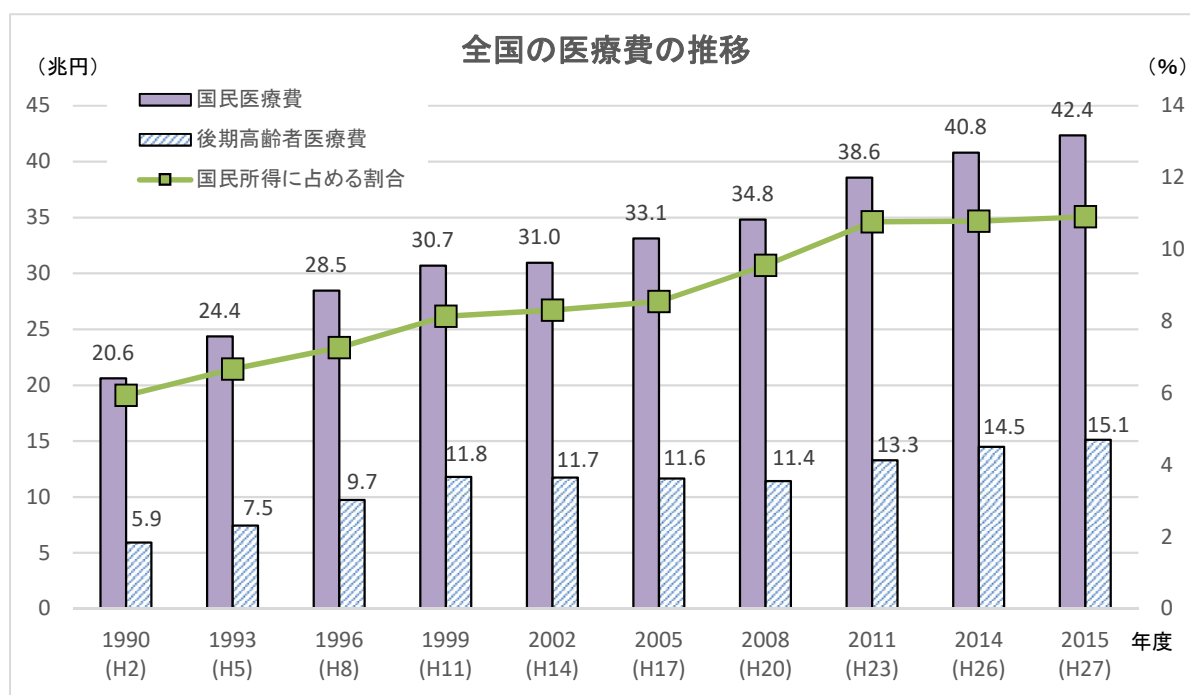
（出典）「介護保険事業状況報告（年報）」（2016年度は「介護保険事業状況報告（月報）」の12か月累計）

(2) 国民医療費の推移

2015（平成 27）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 40 兆 8,071 億円に比べて 1 兆 5,573 億円、3.8% 増加の 42 兆 3,644 億円となっています。

また、国民医療費の国民所得に占める割合は年々増加し、2015 年度は 10.91% で、前年度より 0.12 ポイントの増加となっています。

2015 年度の後期高齢者医療費（全国）は、15 兆 1,323 億円で総医療費の 35.7% を占めており、前年度の（14 兆 4,927 億円）に比べ 6,396 億円、4.4% の増加となっています。



年 度	国民医療費		うち後期高齢者医療費※1		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 国民医療 費の割合 (%)
	金 額 (億円)	対前年度 増減率 (%)	金 額 (億円)	対前年度 増減率 (%)		
1990 (H2)	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	5.94
1993 (H5)	243,631	3.8	74,511	7.4	30.6	6.67
1996 (H8)	284,542	5.6	97,232	9.1	34.2	7.27
1999 (H11)	307,019	3.8	118,040	8.4	38.4	8.14
2002 (H14)	309,507	△0.5	117,300	0.6	37.9	8.31
2005 (H17)	331,289	3.2	116,444	0.6	35.1	8.55
2008 (H20)	348,084	2.0	114,146	(1.2)※2	32.8	9.56
2011 (H23)	385,850	3.1	132,991	4.5	34.5	10.77
2014 (H26)	408,071	1.9	144,927	2.1	35.5	10.79
2015 (H27)	423,644	3.8	151,323	4.4	35.7	10.91

※1 後期高齢者医療費の数値は、2008（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。

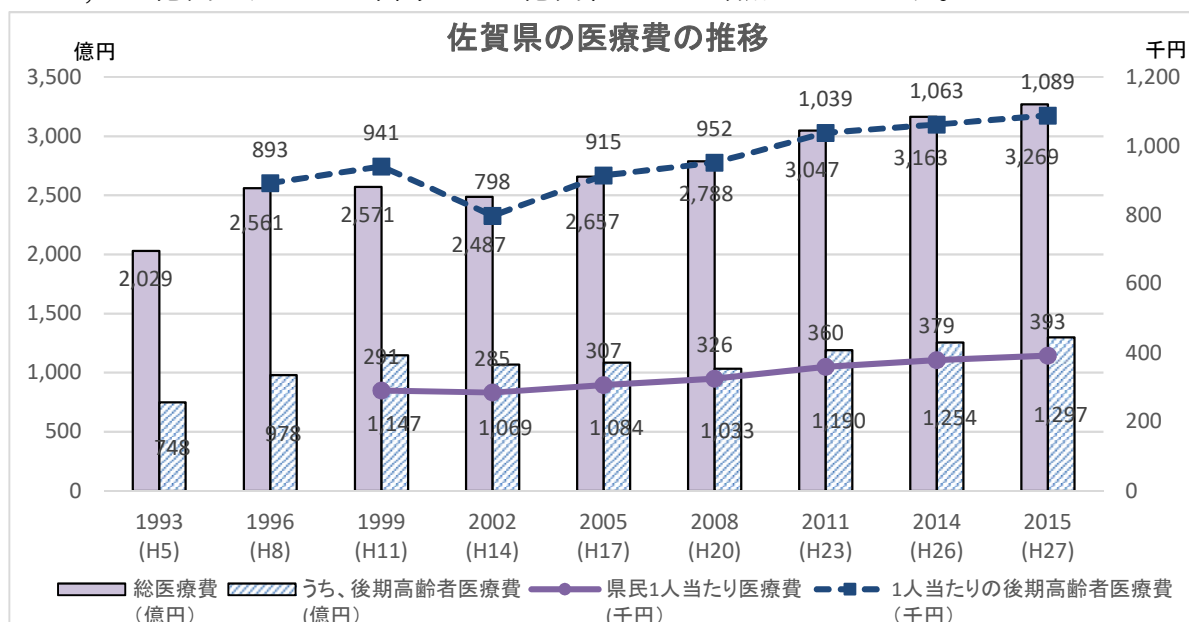
※2 2008（平成 20）年度は、2008（平成 20）年 4 月から 2009（平成 21）年 2 月までの請求遅れ分の老人医療費を含み、制度が異なり単純な比較は難しいため（ ）で記載。

（出典）「国民医療費」、後期高齢者医療費は「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」

(3) 佐賀県の医療費

① 医療費の推移

本県の2015（平成27）年度の医療費は3,269億円で、2005（平成17）年度の2,657億円に比べ10年間で612億円、23.0%増加しています。

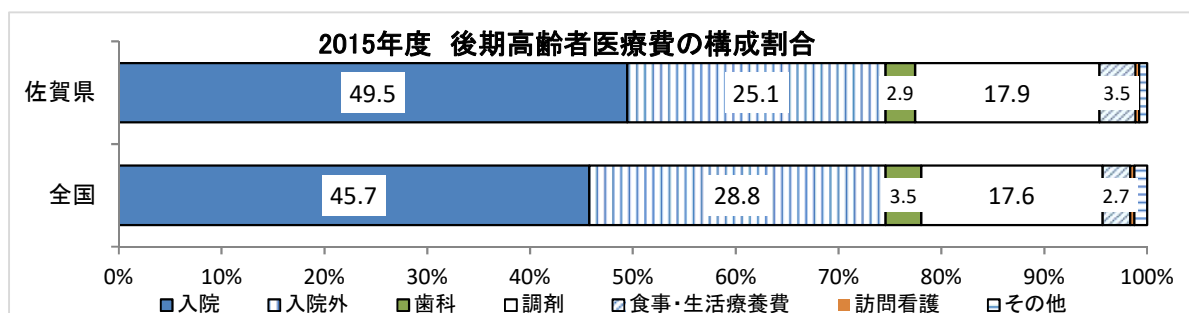
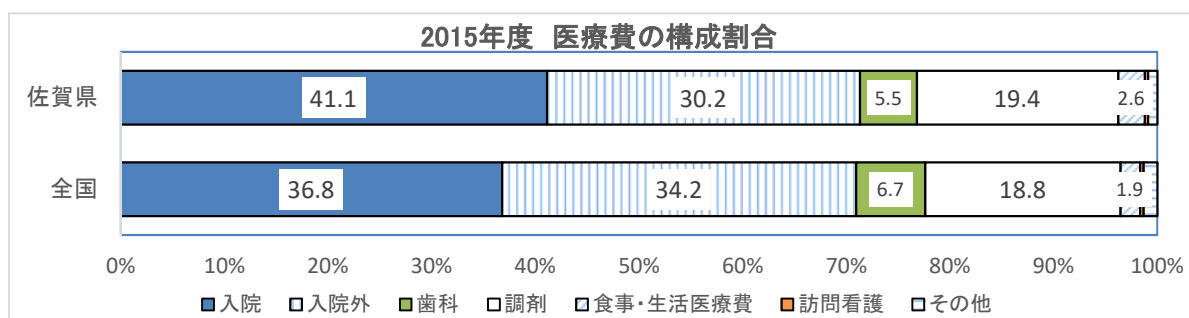


※後期高齢者医療費は、2008(平成20)年3月以前は老人医療受給対象者に係るものである。

(出典) 厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業状況報告(年報)」

② 医療費の受療形態別の構成割合

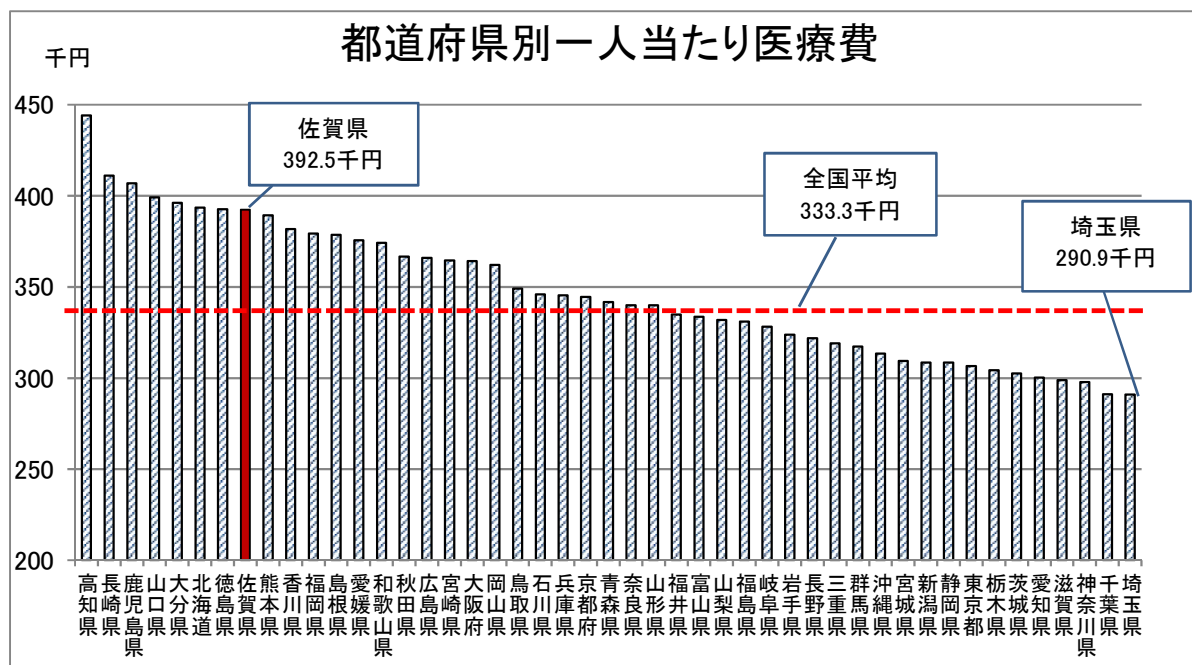
2015（平成27）年度の医療費の構成を、入院、入院外、歯科、調剤、食事・生活療養費、訪問看護、その他と、受療形態別に全国平均と比べると、入院、調剤、食事・生活療養費は全国より高く、入院外、歯科は全国より低くなっています。また、後期高齢者医療費でも同様の傾向がみられます。



(出典) 厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業状況報告(年報)」

③ 佐賀県の一人当たり医療費の状況

本県の 2015（平成 27）年度の 1 人当たり医療費は 39 万 2,500 円で、全国では徳島県と並んで 7 番目に高くなっており、最も低い埼玉県（29 万 900 円）の 1.34 倍となっています。

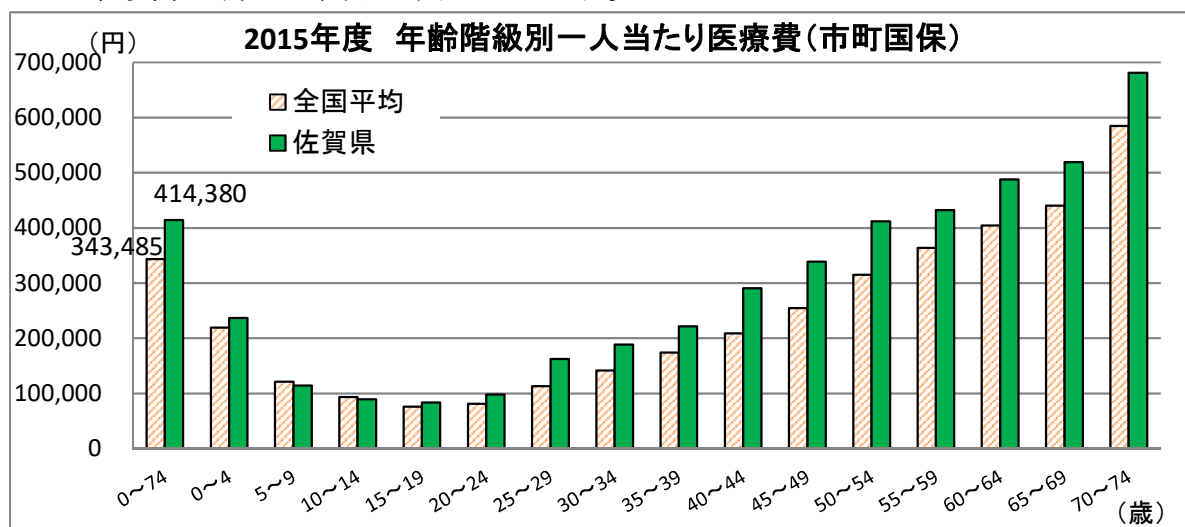


(出典) 厚生労働省「国民医療費」2015（平成27）年度

ア 佐賀県と全国との比較（市町国保）

2015（平成27）年度の佐賀県の市町国保の一人当たり医療費を全国と比較すると、佐賀県は414,380円で全国平均の343,485円よりも、約7万円高くなっています。

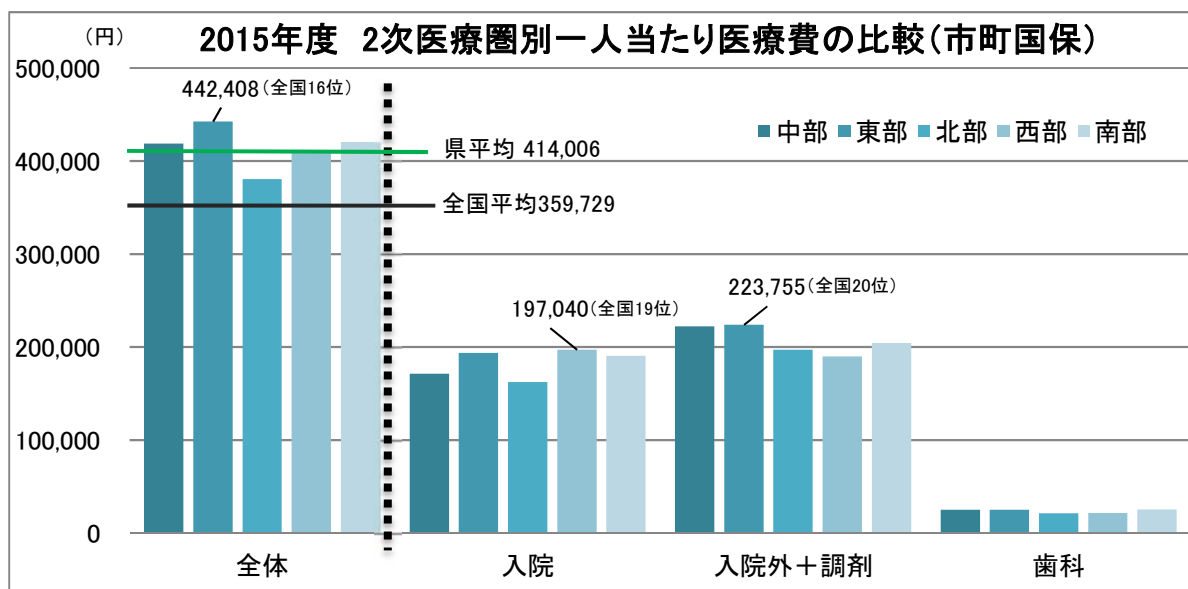
一人当たり医療費の年齢別の傾向としては、全国と同様に、10代後半を底にして年代が上がるにつれ高くなっています。また、5～14歳を除く各年代で佐賀県の方が全国を上回っています。



(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」2015(平成27)年度

イ 二次医療圏別の一人当たり医療費（市町国保）

二次医療圏別一人当たり医療費は、東部、南部、中部医療圏の順に高くなっています。全国の二次医療圏（344 医療圏）と比較すると、二次医療圏別全体一人当たり医療費は東部医療圏が全国 16 位、入院のみでは西部医療圏が全国 19 位、入院外＋調剤では東部医療圏が全国 20 位と高い水準になっています。



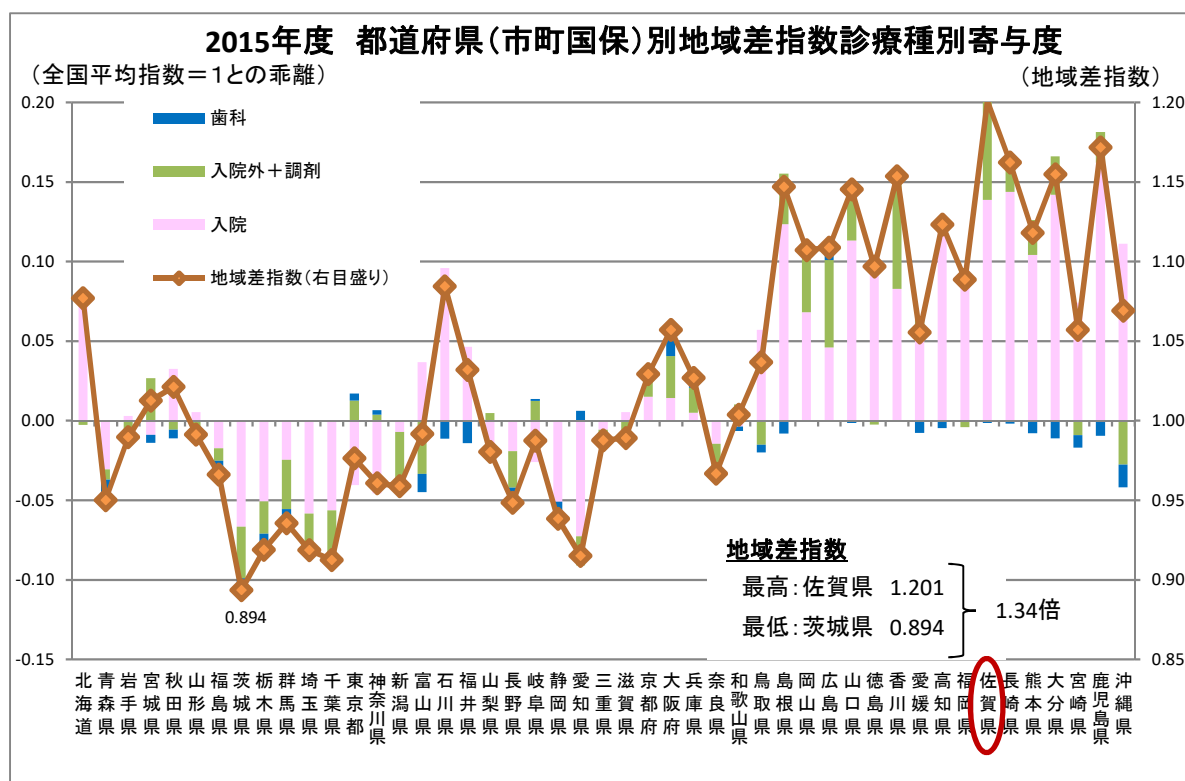
（出典）厚生労働省「医療費の地域差分析」2015（平成 27）年度

④ 地域差指数（年齢補正後）の状況

ア 佐賀県と全国との比較（市町国保）

2015（平成 27）年度の佐賀県の市町国保の地域差指数は 1.201 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(1.162)であり、地域差指数が最も低い県は茨城県(0.894)となっています。



(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」2015（平成27）年度

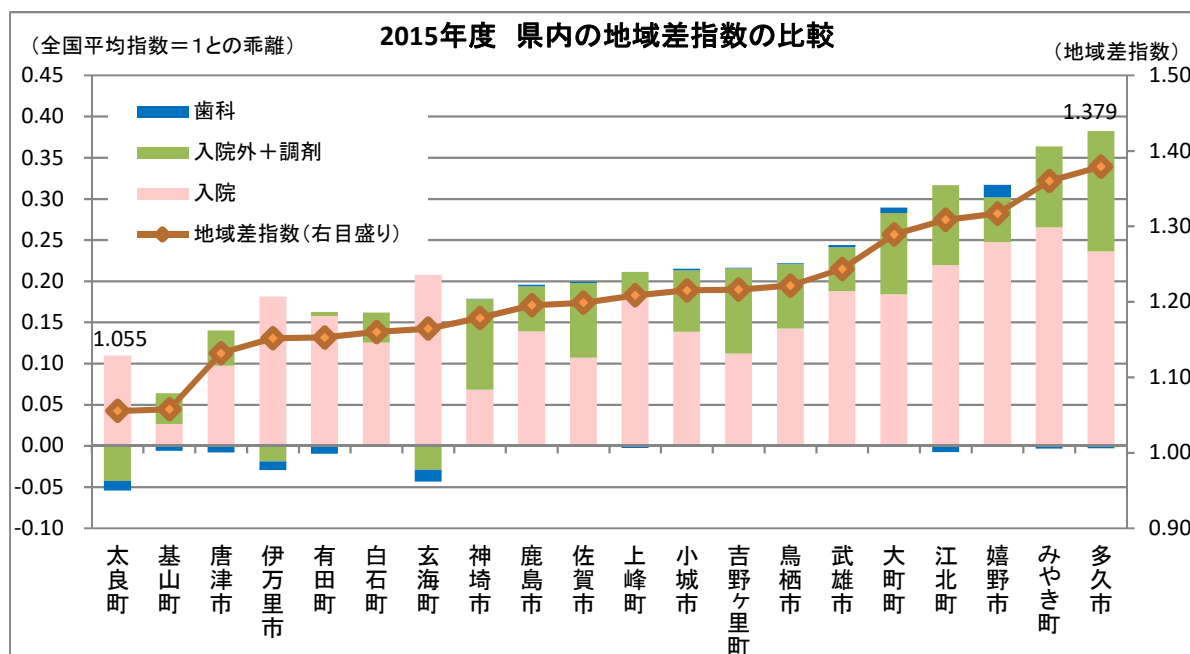
○ 地域差指数とは

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。

2010～2015（H22～27）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。

イ 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市町村は順に多久市、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。

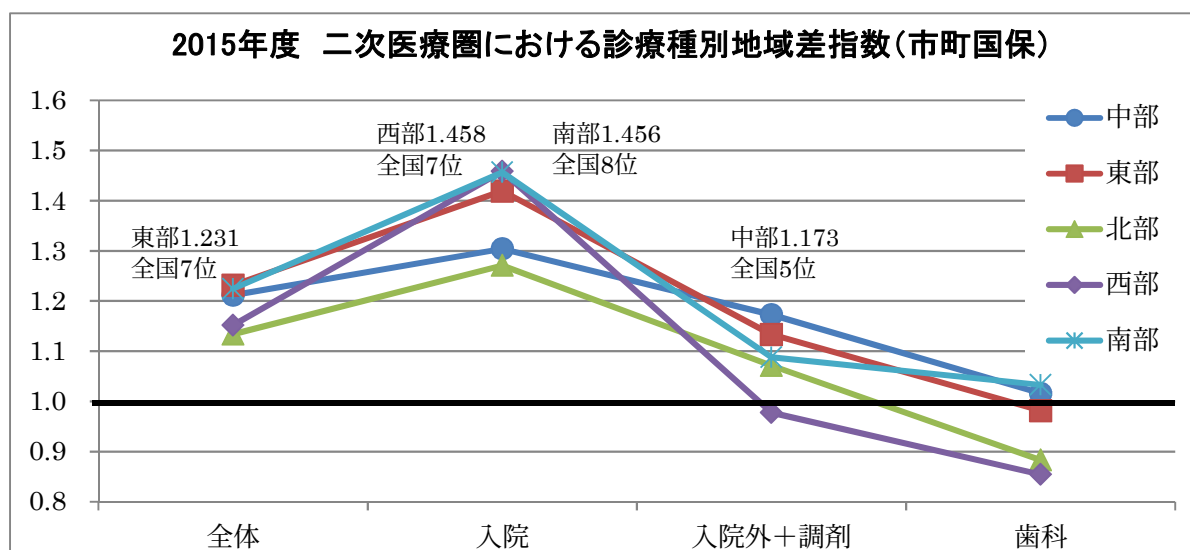


(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」2015（平成27）年度

ウ 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、入院では西部医療圏が全国7位、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5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的と比較して高い状況でいずれも入院医療費の寄与度が大きい状況です。



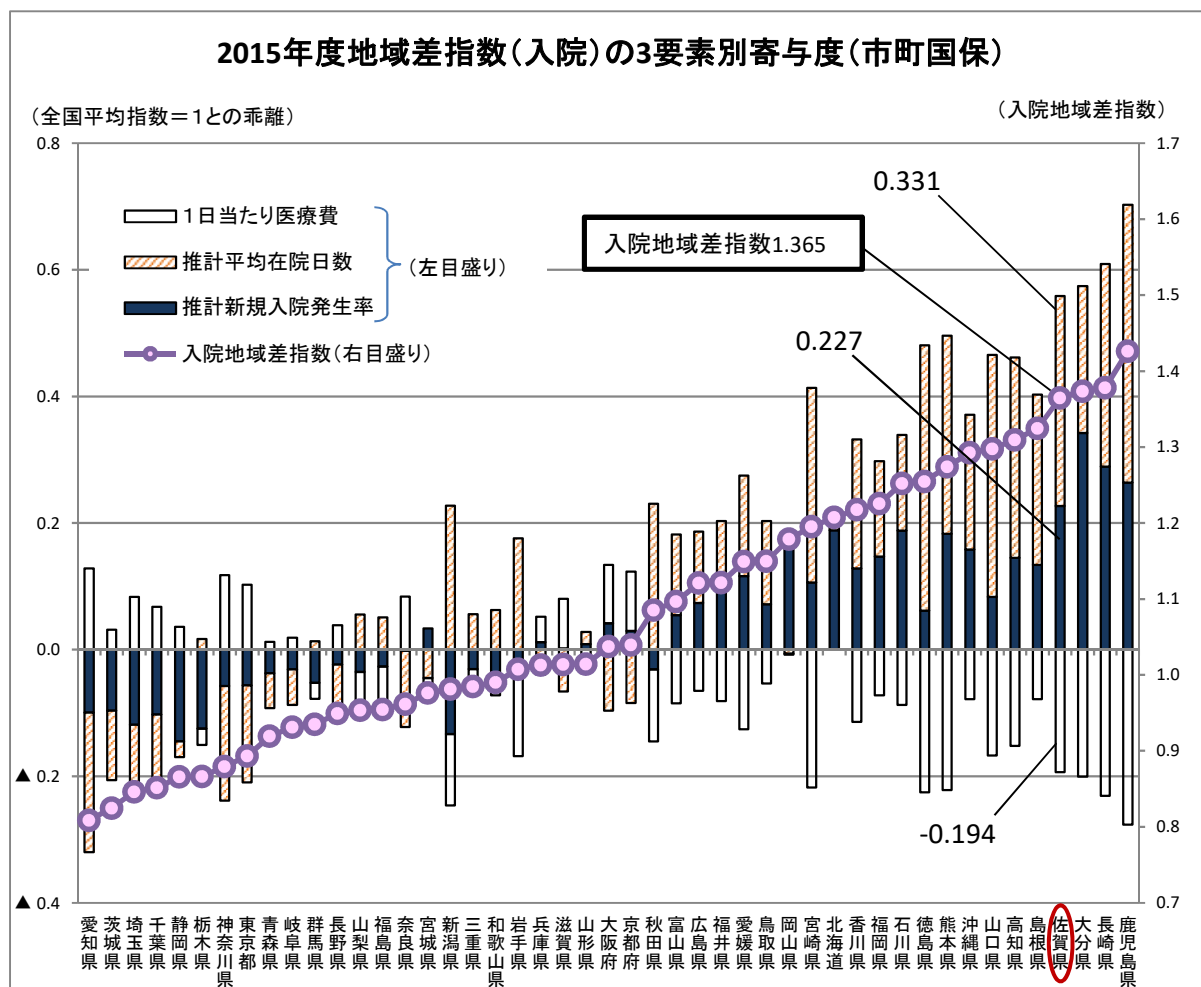
(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」2015（平成27）年度

エ 入院の要素別分析

佐賀県市町村国保の2015（平成27）年度入院地域差指数は1.365であり、全国で4番目に高くなっています。

その要因として、本県の入院地域差指数の高さに最も影響を与えているのは「入院の長さ」（+0.331）であり、次に寄与しているのが「新しく入院する患者の発生率」（+0.227）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）（-0.194）となっています。



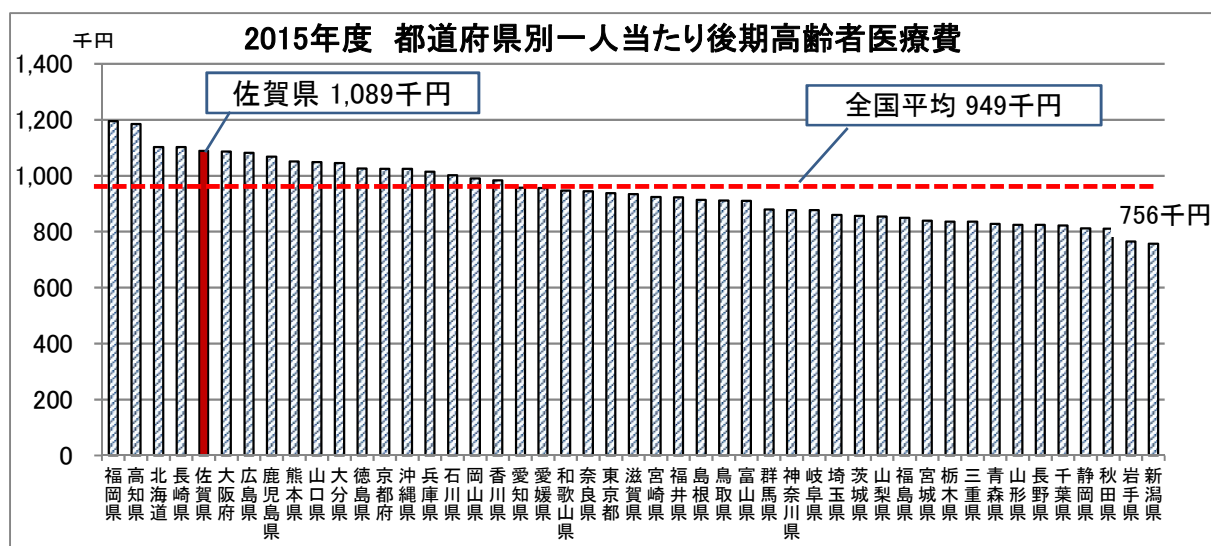
(出典) 厚生労働省「医療費の地域差分析」2015（平成27）年度

(4) 佐賀県の後期高齢者医療費

① 一人当たり後期高齢者医療費

2015（平成 27）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、佐賀県は 1,089 千円で、高い方から 5 位となっています。

一方、最も低いのは新潟県の 756 千円で、佐賀県の 1 人当たり後期高齢者医療費は、新潟県の約 1.44 倍となっています。

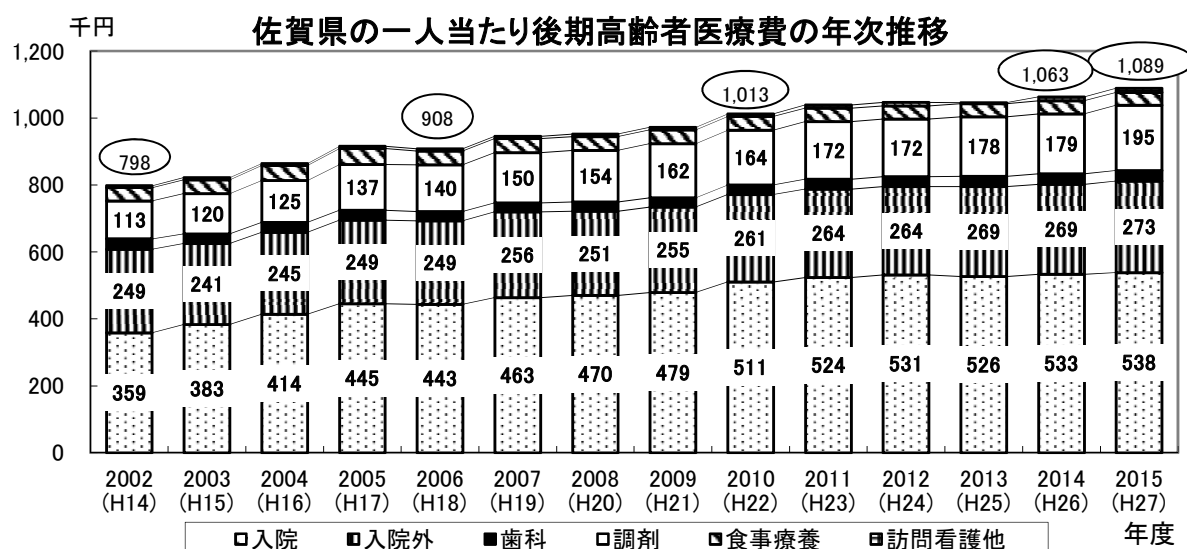


(出典) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」

② 佐賀県の一人当たり後期高齢者医療費の推移

本県の一人当たり後期高齢者医療費は、2006（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が、2007（平成 19）年度以降は、引き続き増加傾向にあります。

2015 年度一人当たり後期高齢者医療費は 1,088,747 円で、2014（平成 26）年度の 1,062,933 円に比べ 25,814 円（2.4%）増加しています。

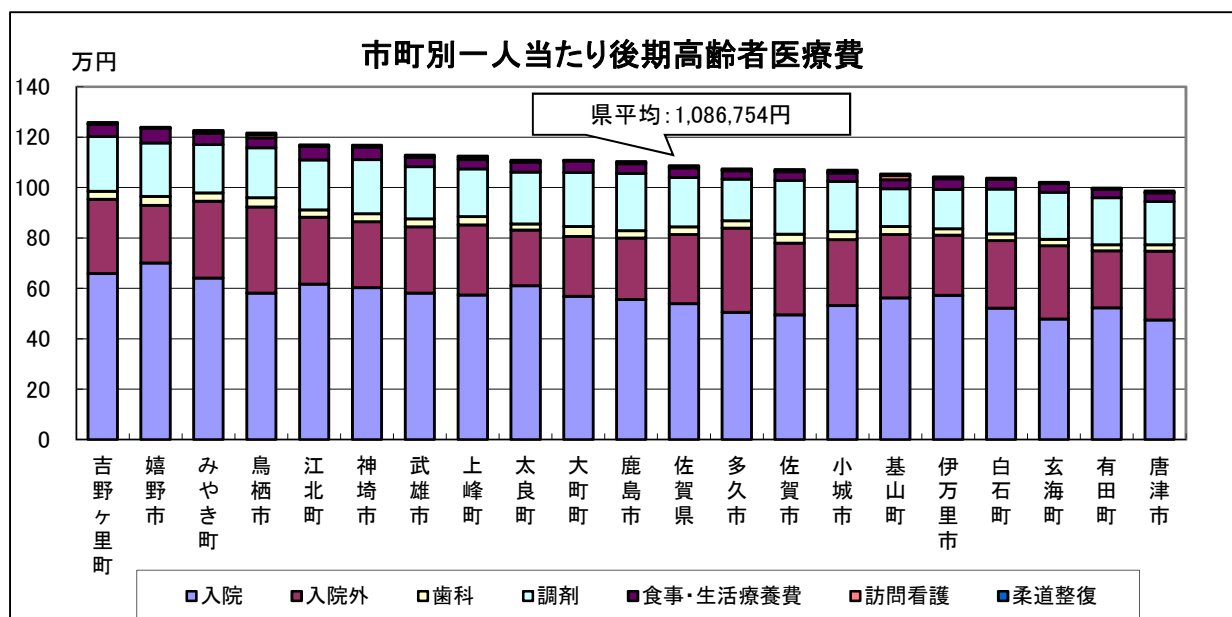


(出典) 厚生労働省「老人医療事業報告」「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」

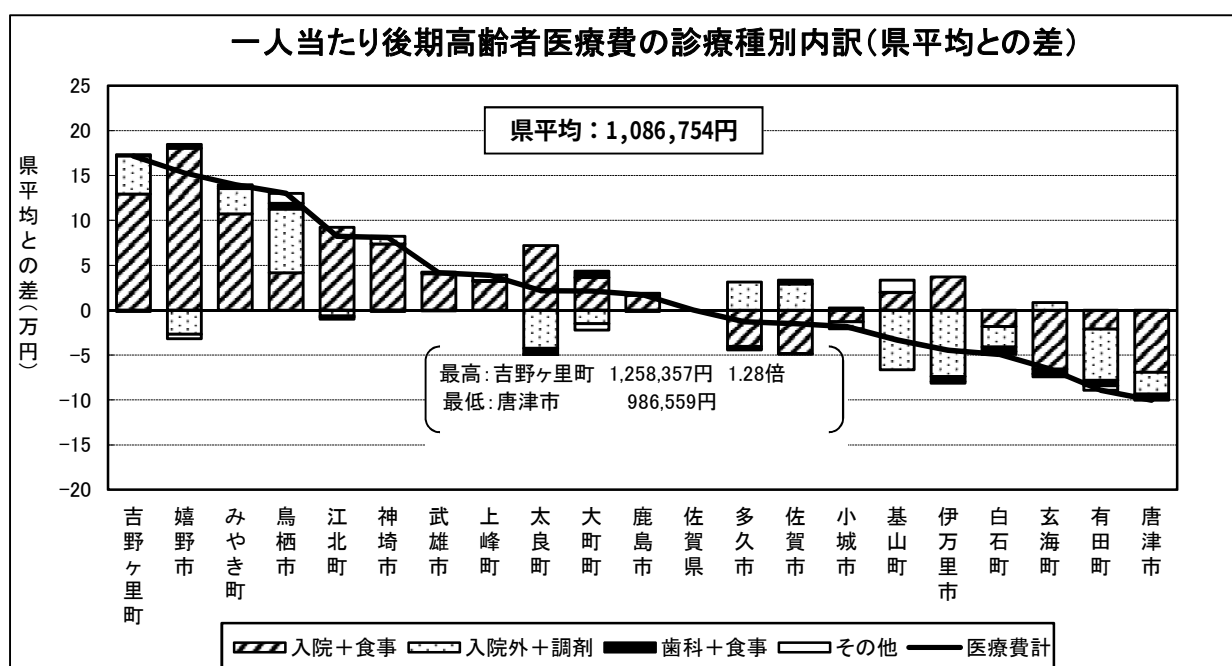
③ 後期高齢者医療費の県内市町の比較

2015（平成27）年度の一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、2015年3月から2016（平成28）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、吉野ヶ里町が1,258,357円で最も高く、次いで嬉野市、みやき町、鳥栖市、江北町の順で高くなっています。

最も低いのは、唐津市の986,559円で、次いで有田町、玄海町、白石町、伊万里市の順になっており、最高額の吉野ヶ里町と最低額の唐津市の格差は1.28倍ですが、2010（平成22）年度（1.36倍）よりも格差はやや縮まっています。



（出典）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」2015（平成27）年度



（出典）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」2015（平成27）年度

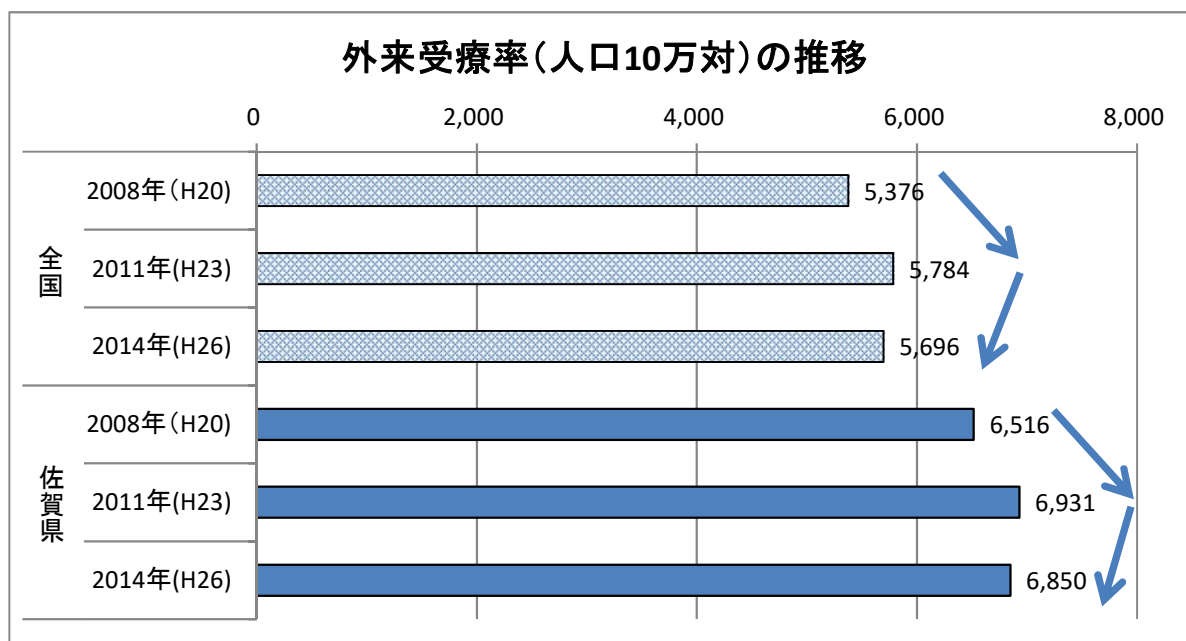
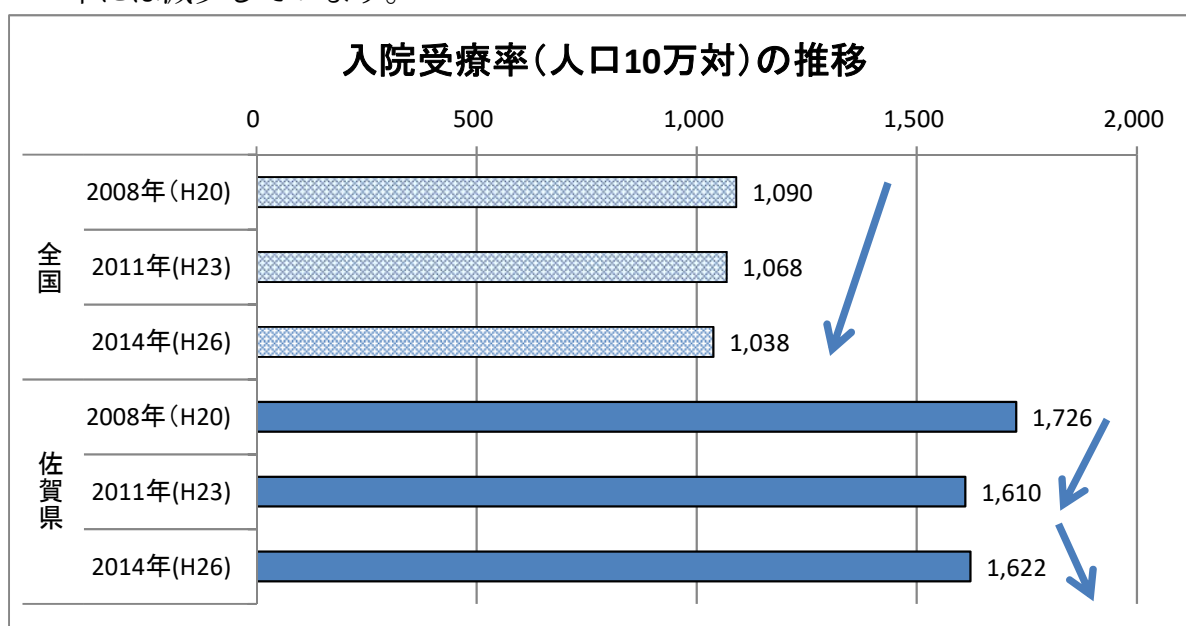
(5) 受療状況

① 入院・外来受療率の推移

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、2014(平成26)年の厚生労働省患者調査によると、本県の受療率は、入院 1,622 と全国平均(1,038)の1.56倍、外来6,850と全国平均(5,696)の1.2倍で、ともに全国の受療率を大きく上回っています。

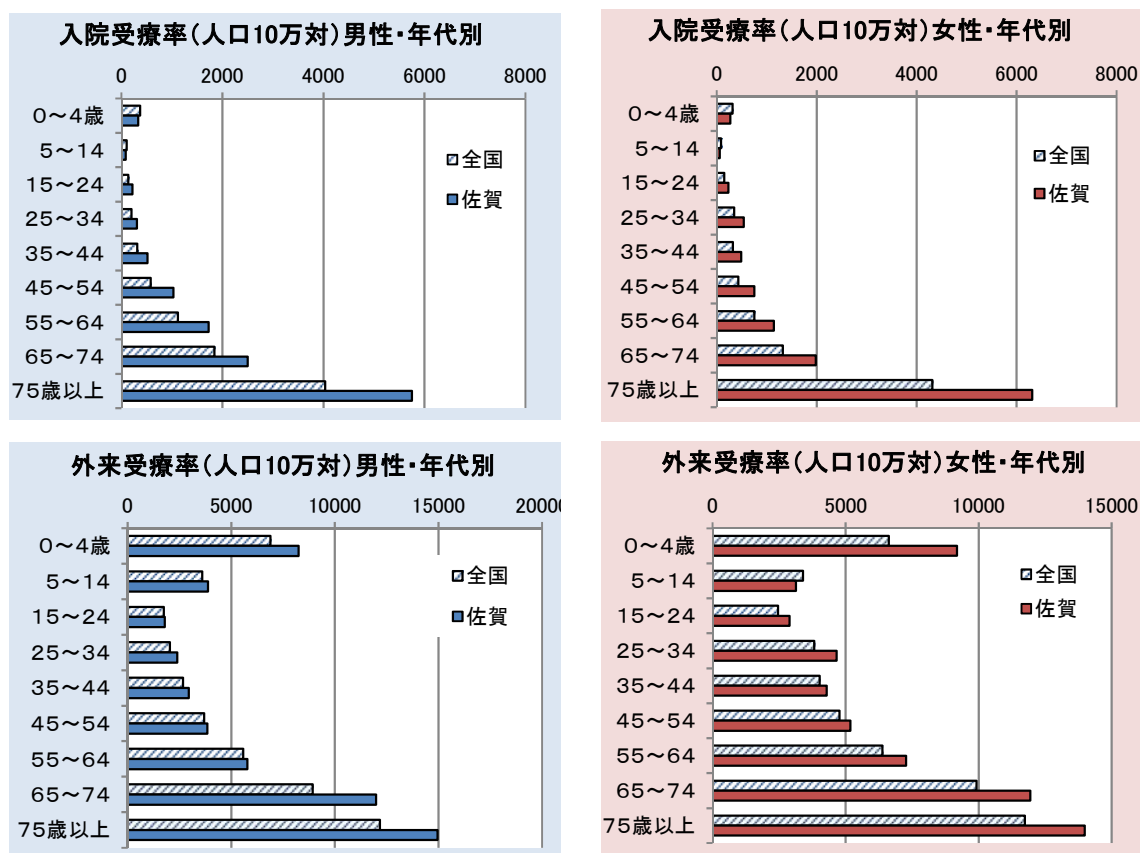
2008(平成20)年から2014年の受療率の推移を全国平均と比べると、入院受療率では全国は減少していますが、本県は2011(平成23)年は減少したものの、2014年は再び増加しています。

外来受療率については、全国、本県ともに2008年から2011年は増加し、2014年には減少しています。



(出典) 厚生労働省「患者調査」

また、性・年齢階級別においても入院・外来ともに全国の受療率を上回っています。



(出典) 厚生労働省「患者調査」2014(平成26)年

○ 受療率とは

ある特定の日に疾病治療のために、すべ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。

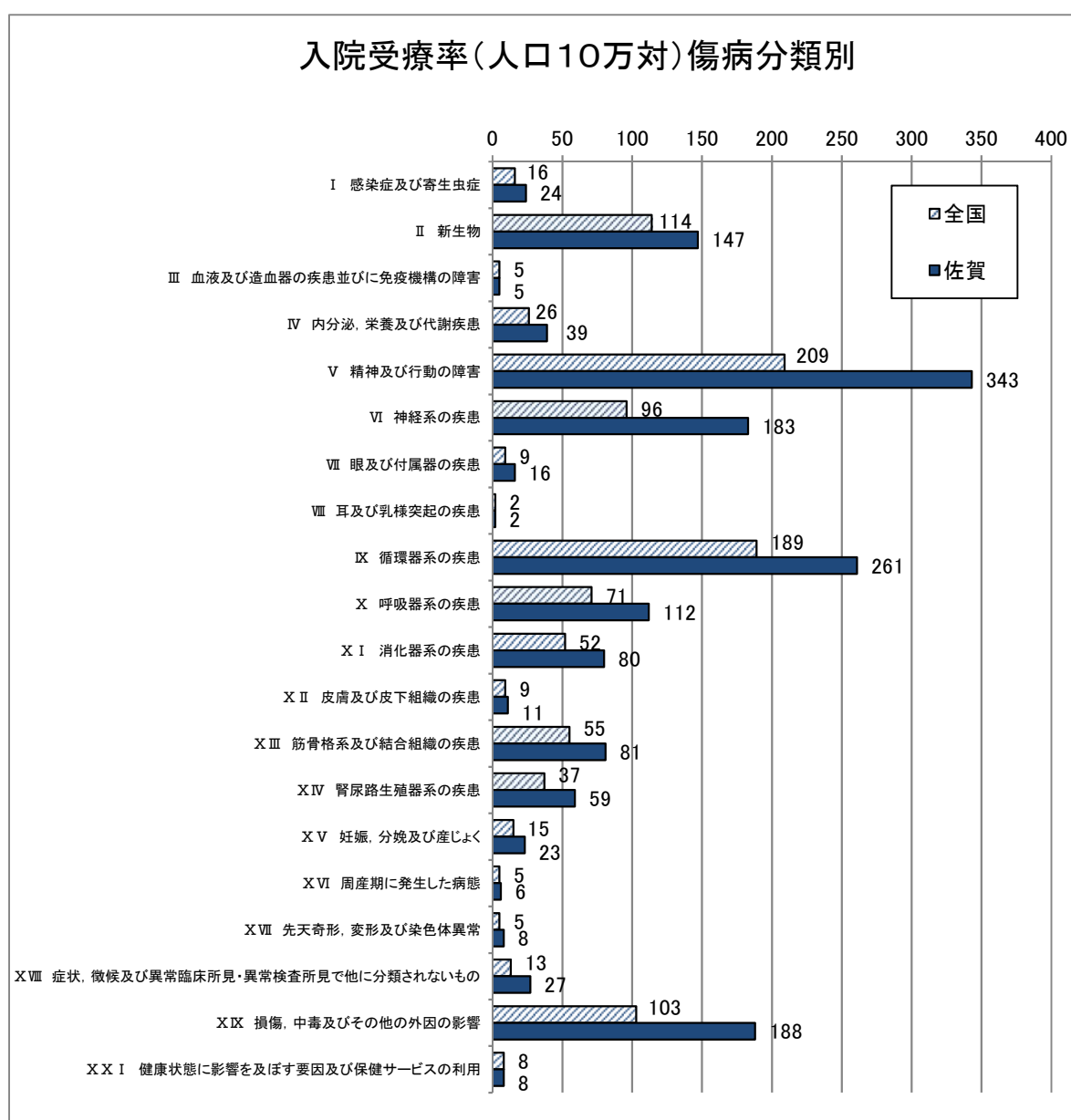
$$\text{受療率} = \frac{\text{1日の推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口}} \times 100,000$$

② 傷病分類別の受療率（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ほぼ同じですが、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。

2014（平成26）年の本県の傷病分類別の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」となっています。

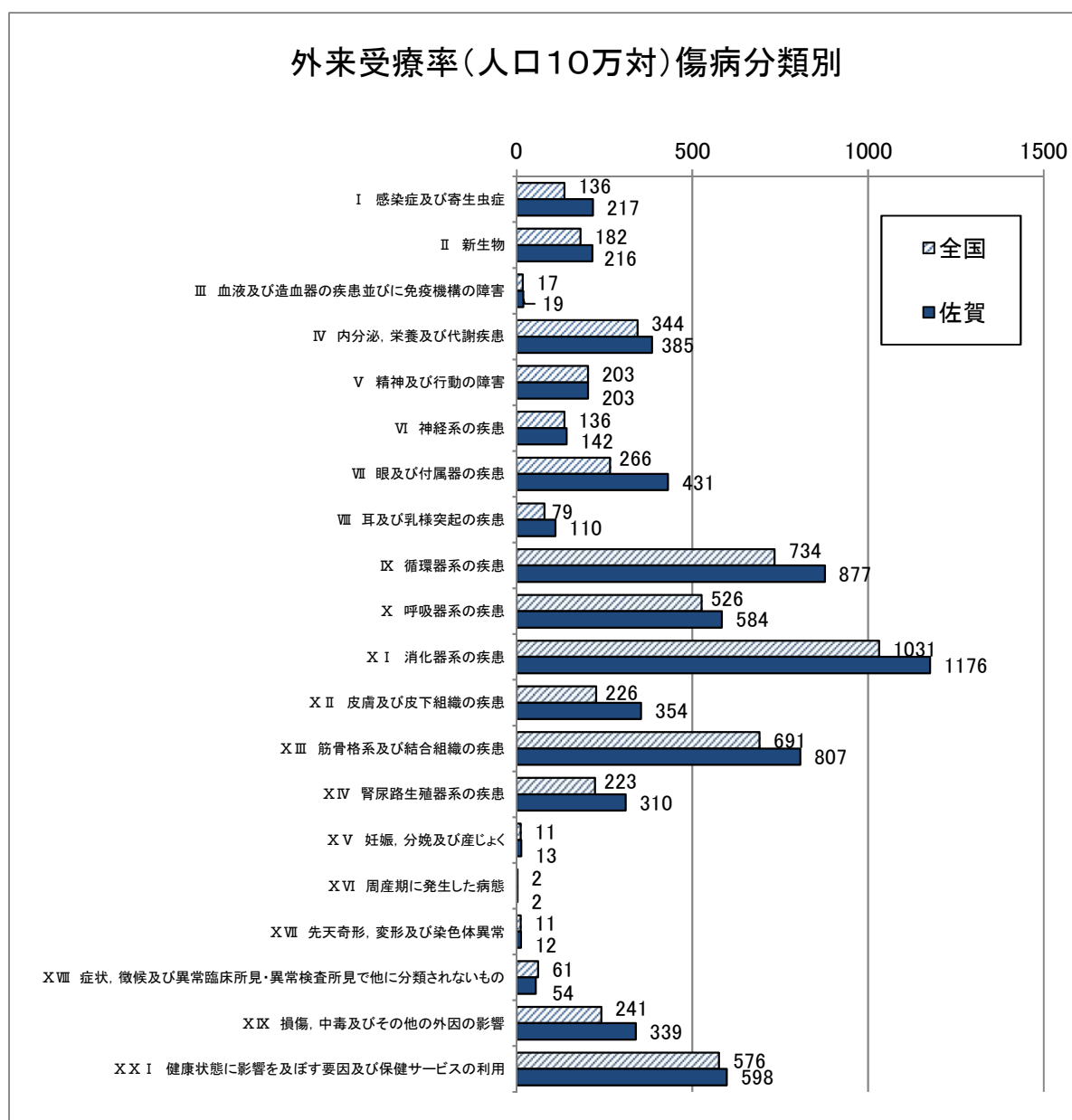
特に、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」が全国平均に比べ1.6倍、1.9倍であり、「眼及び付属器の疾患」及び骨折等の外傷が含まれる「損傷、中毒及びその他の外因の影響」は、全国平均に比べともに1.8倍と、全国との差が目立っています。



（出典）厚生労働省「患者調査」2014（平成26）年

傷病分類別の外来受療率では、高い方から「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」、「呼吸器系の疾患」となっています。

また、「眼及び付属器の疾患」、「感染症及び寄生虫症」、「皮膚及び皮下組織の疾患」は、全国平均に比べおよそ1.6倍の状況です。

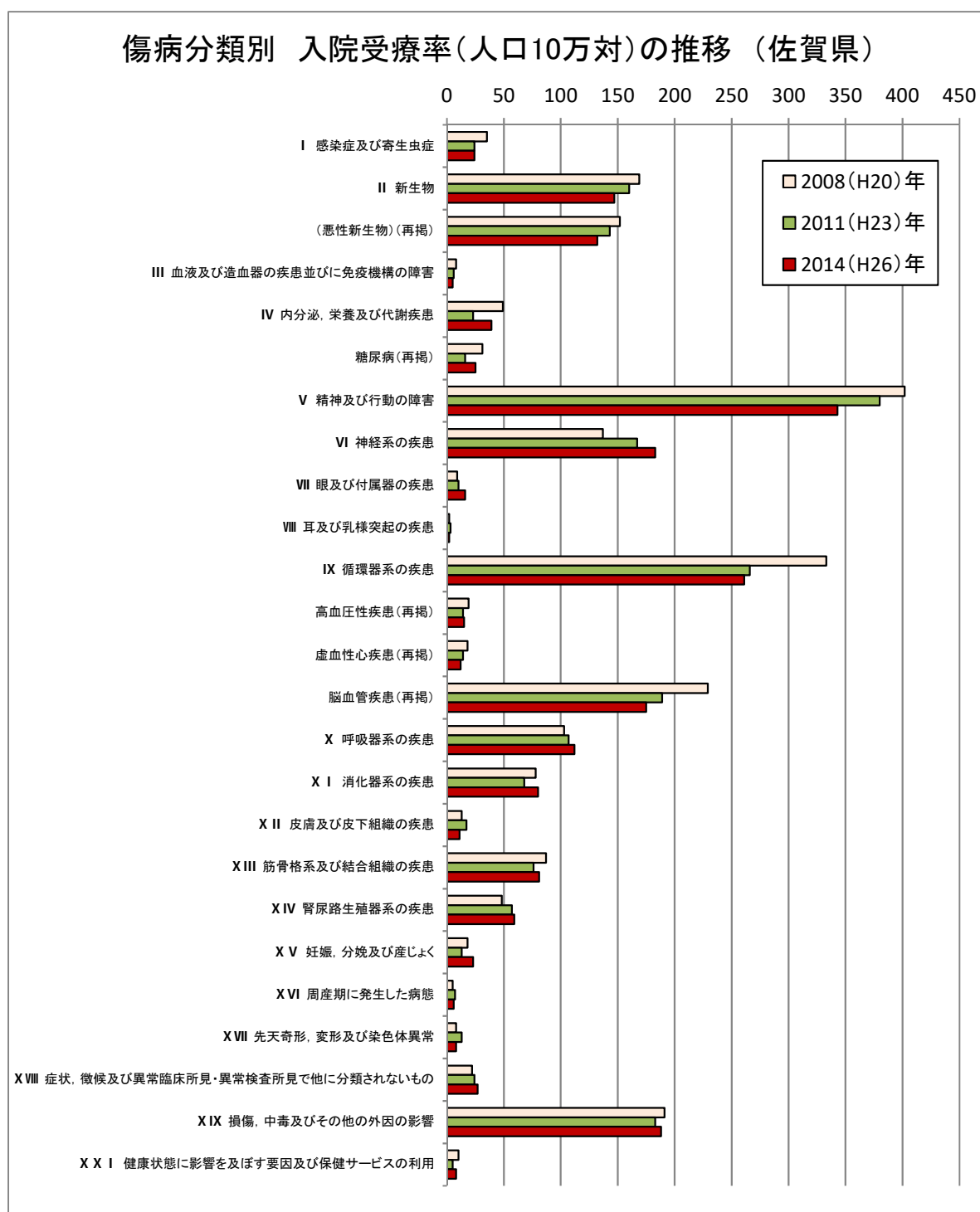


(出典) 厚生労働省「患者調査」2014(平成26)年

③ 傷病分類別入院・外来受療率の推移

本県の2008（平成20）年から2014（平成26）年の受療率の推移をみると、入院受療率は多くの疾患が減少傾向ですが、「神経系」「眼及び付属器の疾患」「呼吸器系」は増加しています。

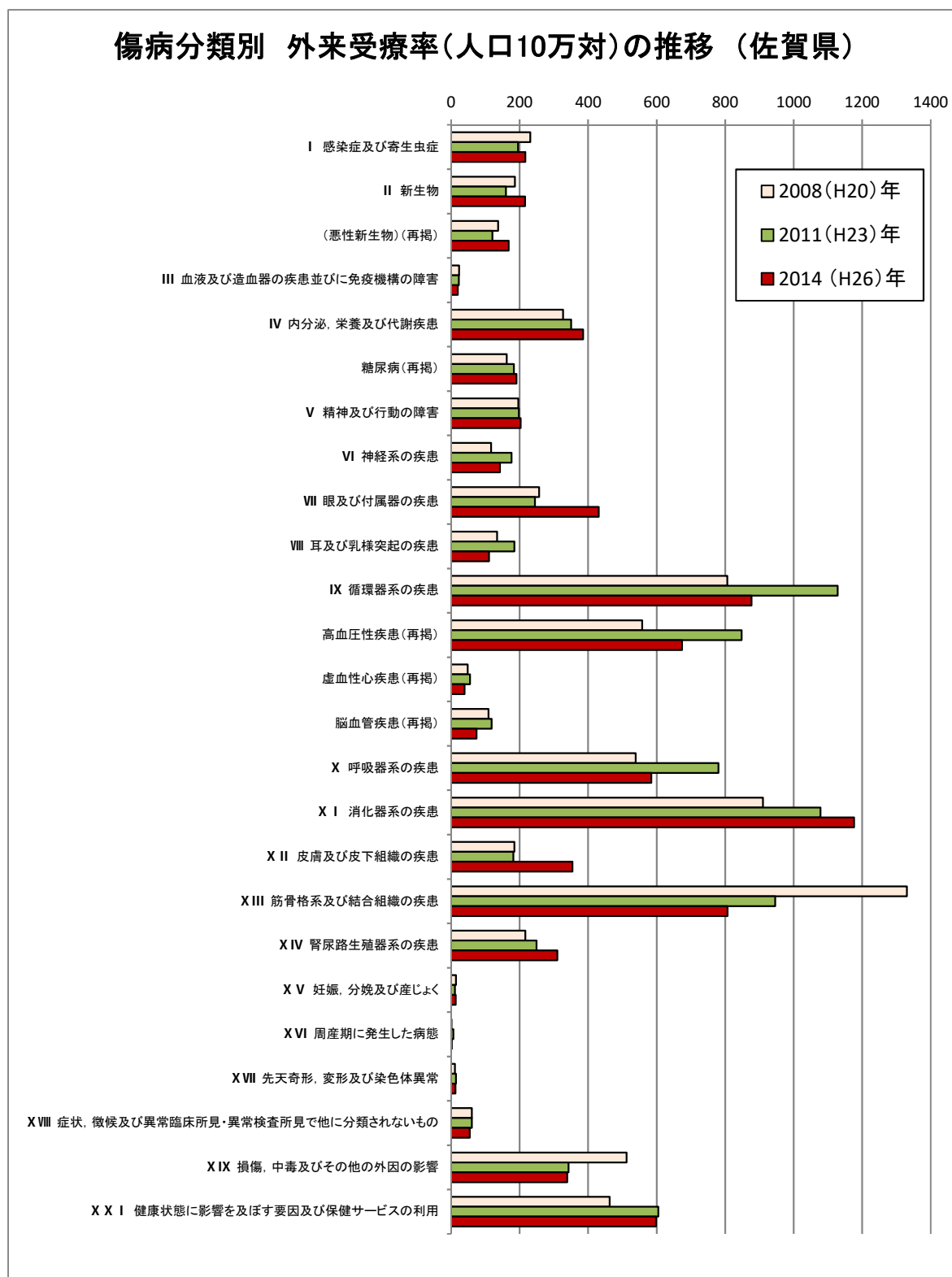
また、糖尿病が含まれる「内分泌・栄養及び代謝疾患」や「消化器系」「筋骨格系及び結合組織の疾患」では、2011（平成23）年より増加又は横ばい状態です。



(出典) 厚生労働省「患者調査」

本県の外来受療率では、ほとんどの傷病分類で2011（平成23）年より増加しており、特に「眼及び付属器の疾患」の伸びが大きくなっています。

「循環器系の疾患」「呼吸器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」では減少しています。



（出典）厚生労働省「患者調査」

2 生活習慣病に分類される疾患の状況

(1) 死因別死亡割合

2016（平成28）年の死因別割合では、「悪性新生物」が28.3%で1位、次いで「心疾患」が13.6%、「肺炎」が10.5%、「脳血管疾患」が8.5%となっており、死因の約5割を生活習慣病関連疾患が占めています。

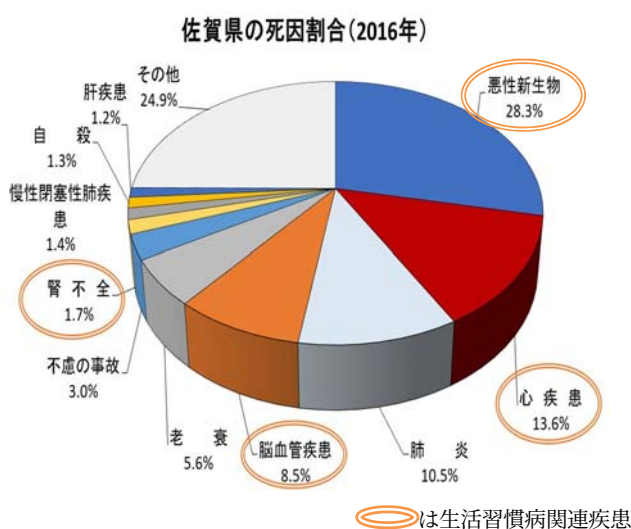
2007（平成19）年以降、1位「悪性新生物」、2位「心疾患」に順位の変動はなく、3位、4位は2010（平成22）年以降、「肺炎」、「脳血管疾患」となっています。

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(2016)		全国(2016)	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全死因	9,725	1,180.2	1,307,748	1,046.0
悪性新生物	2,755	334.3	370,346	298.3
心疾患	1,326	160.9	196,113	158.4
肺炎	1,022	124.0	120,953	95.4
脳血管疾患	825	100.1	111,973	87.4
不慮の事故	289	35.1	38,306	30.6
老衰	546	66.3	84,810	74.2
腎不全	169	20.5	24,560	19.7
自殺	127	15.4	23,152	16.8
慢性閉塞性肺疾患	140	17.0	15,756	12.5
肝疾患	112	13.6	15,659	12.6
その他	2,414	293.0	306,120	240.1

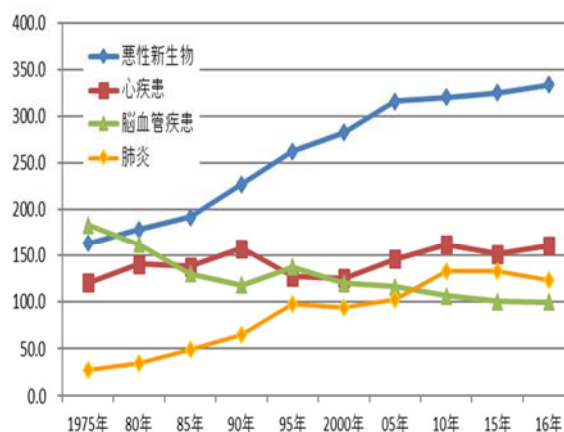
（厚生労働省「人口動態統計」）



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	肺炎	脳血管疾患
1975年	163.5	120.8	27.5	183.7
80年	178.9	141.0	35.0	162.0
85年	192.2	138.2	49.4	130.8
90年	227.3	157.8	65.6	118.2
95年	262.9	127.5	98.4	137.6
2000年	282.9	125.8	94.7	120.1
05年	316.5	146.3	103.3	116.7
10年	320.7	162.0	133.0	106.6
15年	325.5	152.1	133.1	100.9
16年	334.3	160.9	124.0	100.1

（厚生労働省「人口動態統計」）



(2) 疾病別の医療費の状況

① 疾病別の医療費の割合

本県の国民健康保険における 2017（平成 29）年 5 月診療分の傷病別医療費を 119 分類（中分類※）でみると、高い方から、「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」、「その他の悪性新生物」、「糖尿病」となっています。

※ 119 分類（中分類）とは

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	495,404,840	3,674	8.7	11	その他の心疾患	122,639,920	1,693	2.2
2	高血圧性疾患	300,741,420	28,106	5.3	12	その他の代謝疾患	122,129,320	10,232	2.2
3	歯肉炎及び歯周疾患	287,508,600	23,400	5.1	13	その他の消化器系の疾患	116,067,560	3,099	2
4	腎不全	281,858,140	808	5	14	気管支肺の悪性新生物	110,593,670	537	2
5	その他の悪性新生物	244,752,570	1,861	4.3	15	脳性麻痺と他の症候群	107,301,130	324	1.9
6	糖尿病	234,862,250	9,636	4.1	16	脳梗塞	103,890,010	1,696	1.8
7	骨折	153,222,830	1,559	2.7	17	良性新生物及びその他	98,607,700	1,701	1.7
8	他の損傷及び他の外因	138,331,500	5,144	2.4	18	気分感情障害躁鬱病	96,441,880	2,731	1.7
9	その他の神経系の疾患	133,567,040	2,785	2.4	19	脳内出血	85,929,410	372	1.5
10	関節症	130,040,880	3,792	2.3	20	他の眼及び付属器疾患	85,707,240	5,543	1.5

全県国保医療費(円)
2017(H29)年5月診療分

5,662,846,150

(出典)佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

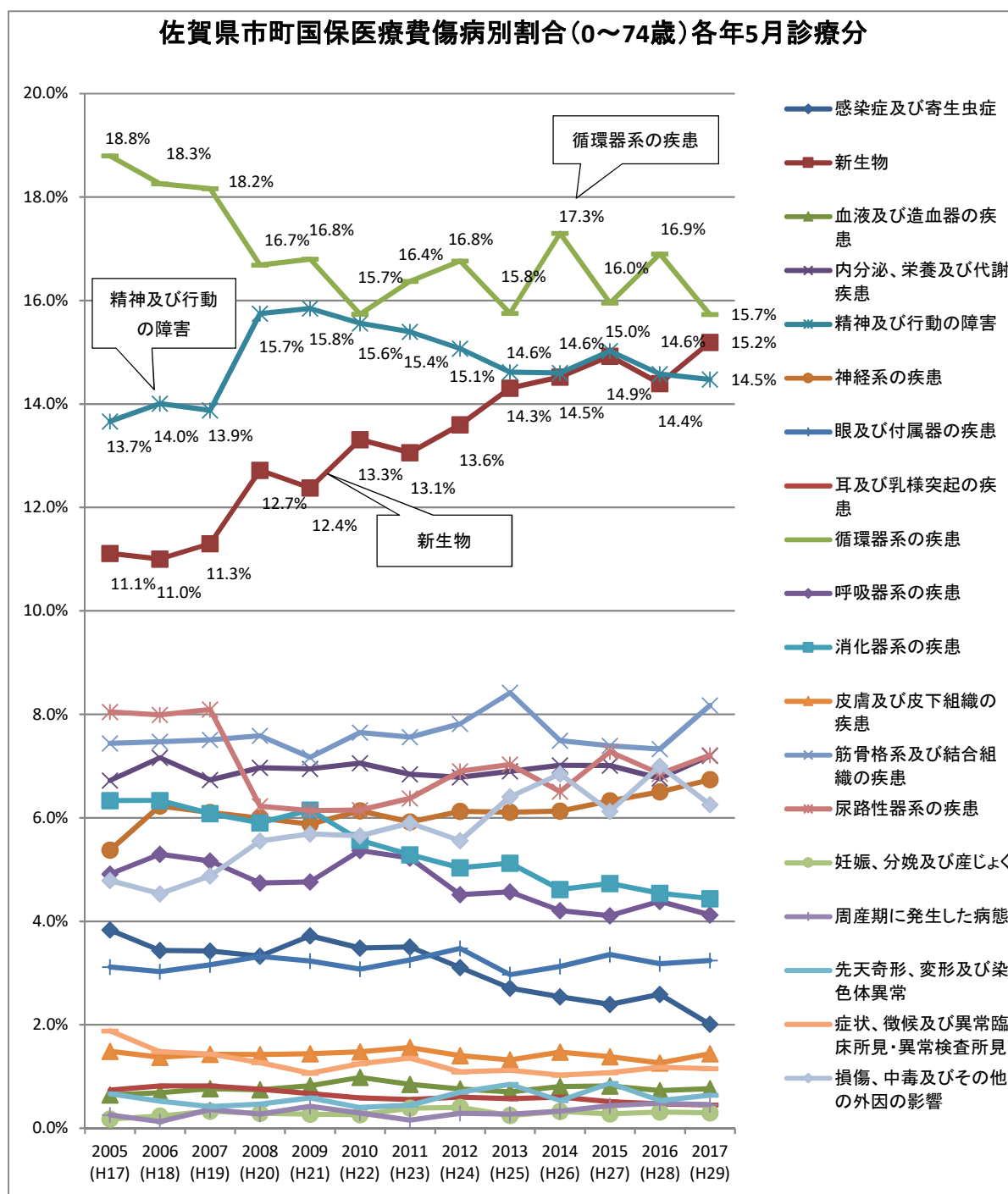
※ 佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」の留意点

- 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。

② 佐賀県市町国保医療費に占める疾病の状況

全疾患の中で、「循環器系の疾患」の寄与度が最も大きいものの、2005（平成17）年からの推移をみると減少傾向にあり、反対に「新生物」が増加しています。

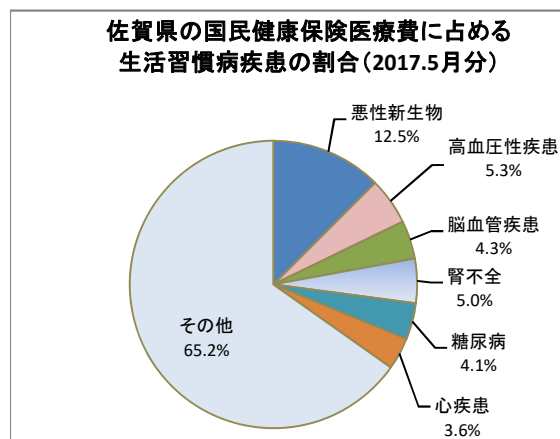
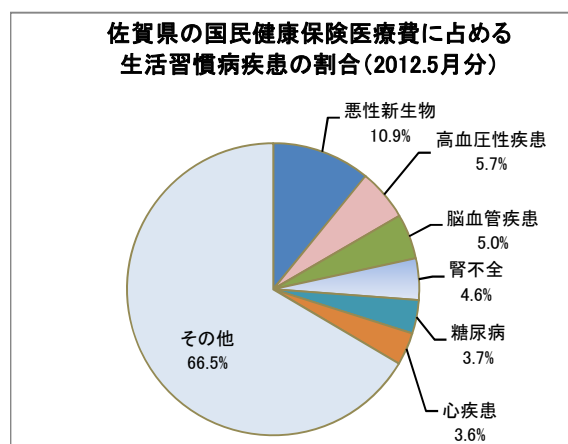
2008（平成20）年以降の変化をみると、「精神及び行動の障害」が徐々に減少しており、2015（平成27）年は一旦増加したものの、2016（平成28）年以降は再び減少しています。



（出典）佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」各年5月診療分

また、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34.8%を占めています。これは、第2期計画策定時の2012（平成24）年5月分より1.3%多くなっています。

そのうち、悪性新生物、腎不全、糖尿病の医療費の割合は増加（悪性新生物1.6%、腎不全0.4%、糖尿病0.4%の増加）し、高血圧性疾患、脳血管疾患の割合は減少（高血圧性疾患0.4%、脳血管疾患0.7%減少）しています。



（出典）佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

③ 一人当たりの医療費が高い疾病

2017（平成29）年5月診療分の疾病別医療費額を被保険者1人当たり医療費が高い疾病でみると、高い順に「統合失調症等」、「高血圧性疾患」、「歯肉炎及び歯周疾患」、「腎不全」、「その他の悪性新生物」、「糖尿病」の順となっており、2012年5月診療分と概ね同様の疾患の医療費が高い状況です。

統合失調症等以外の疾病では、いずれも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)

1期策定時:2007年(H19)5月診療分(円)		2期策定時:2012年(H24)5月診療分(円)		今回:2017年(H29)5月診療分(円)	
疾病分類名称	1人当たり医療費	疾病分類名称	1人当たり医療費	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	統合失調症(精神分裂病)妄想性障害	2,585	統合失調症(精神分裂病)妄想性障害	2,471
高血圧性疾患	1,360	高血圧性疾患	1,446	高血圧性疾患	1,500
腎不全	1,272	歯肉炎及び歯周疾患	1,203	歯肉炎及び歯周疾患	1,434
歯肉炎及び歯周疾患	957	腎不全	1,170	腎不全	1,406
糖尿病	915	その他の悪性新生物	944	その他の悪性新生物	1,221
虚血性心疾患	595	糖尿病	941	糖尿病	1,172
その他の悪性新生物	581	その他の神経系の疾患	663	骨折	764
その他の神経系の疾患	570	脳梗塞	617	他の損傷及び他の外因	690
その他の消化器系の疾患	563	骨折	581	その他の神経系の疾患	666
歯及び支持組織の障害	561	その他の消化器系の疾患	537	関節症	649

※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患

（出典）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

2017（平成29）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「妊娠および胎児発育の障害」、「腎不全」、「脳性麻痺と他の症候群」、「頭蓋内損傷及び内臓の障害」となっており、いずれの疾病も1件当たりの医療費が増加しています。

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）

1期策定時：2007年（H19）5月診療分（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
肝及び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

2期策定時：2012年（H24）5月診療分（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
肝及び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

今回：2017年（H29）5月診療分（円）

疾病分類名称	件数	1件当たり医療費
妊娠及び胎児発育の障害	52	365,369
腎不全	808	348,834
脳性麻痺と他の症候群	324	331,176
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	113	303,104
白血病	100	258,538
悪性リンパ腫	188	246,044
脳内出血	372	230,993
気管支肺の悪性新生物	537	205,947
くも膜下出血	91	196,903
直腸S状結腸悪性新生物	236	181,854

※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患

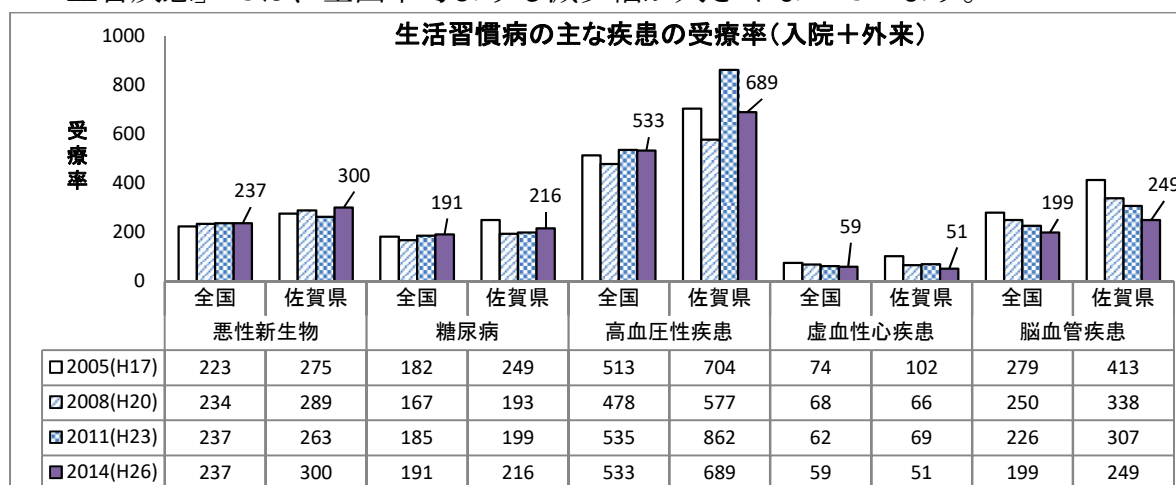
（出典）佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

（3）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、「悪性新生物」、「糖尿病」、「高血圧性疾患」、「脳血管疾患」は全国平均を上回っており、中でも、「悪性新生物」、「高血圧性疾患」、「脳血管疾患」は、全国平均と比べて約1.3倍と高くなっています。

「糖尿病」については、徐々に増加しています。

一方、「虚血性心疾患」は年々減少し、全国平均を下回っています。また、「脳血管疾患」では、全国平均よりも減少幅が大きくなっています。



（出典）厚生労働省「患者調査」

(4) 生活習慣病と重症化の状況

① 高血圧

「最高血圧 140mmHg 以上、最低血圧 90mmHg 以上」の者の割合は、全国平均を上回っており、県民の約3割が「高血圧」の状態にあります。

最高血圧140mmHg 以上、
最低血圧 90mmHg以上の者の割合(%) (※20歳以上)

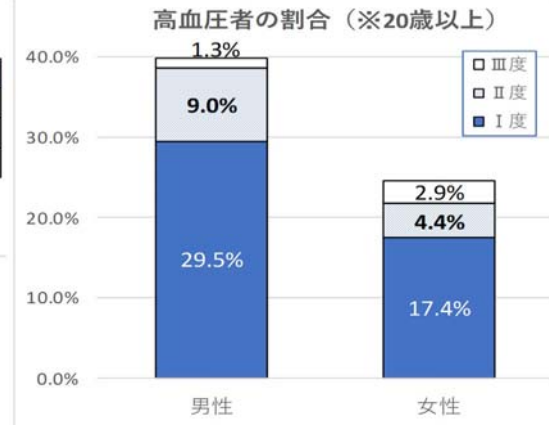
	佐賀県	全国
総数	30.09	27.63
男性	39.74	34.85
女性	24.64	23.05

(出典) 2016(H28)国民健康・栄養調査

※佐賀県のデータは県健康増進課で集計

※日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2014」
成人における血圧値の分類より

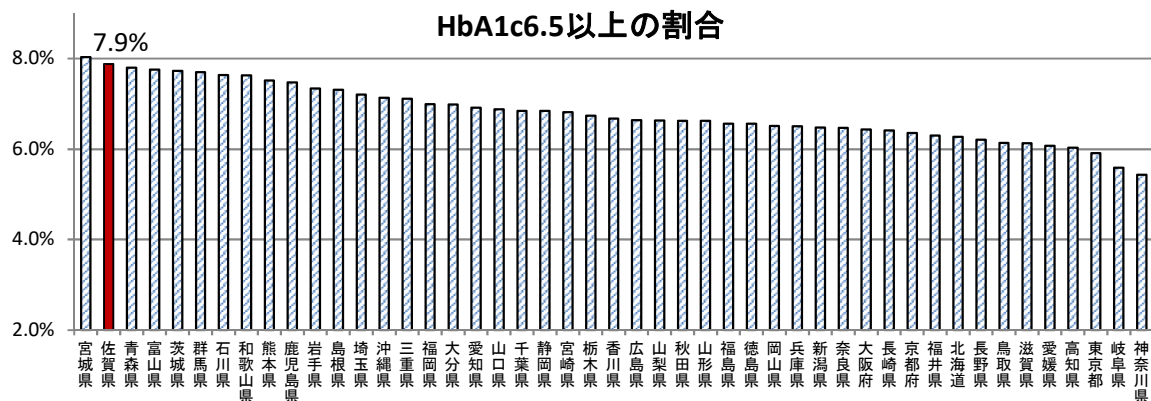
分類	収縮期血圧	拡張期血圧
I 度高血圧	140~159	かつ又は 90~99
II 度高血圧	160~179	かつ又は 100~109
III 度高血圧	≥ 180	かつ又は ≥ 110



(出典) 2016 (H28) 国民健康・栄養調査

② 糖尿病

特定健診受診者のうち、医療機関受診勧奨判定値以上となる HbA1c6.5 以上の者の割合は、全国でも高位の状況です。



(出典) 第2回 NDB オープンデータ 特定健診検査項目 2014 (H26) 実施分

国の推計値をもとに佐賀県の糖尿病患者数を推計したところ、糖尿病を「強く疑われる者」が約6.7万人、「糖尿病の可能性を否定できない者」が約6.8万人で、合わせて13.5万人でした。

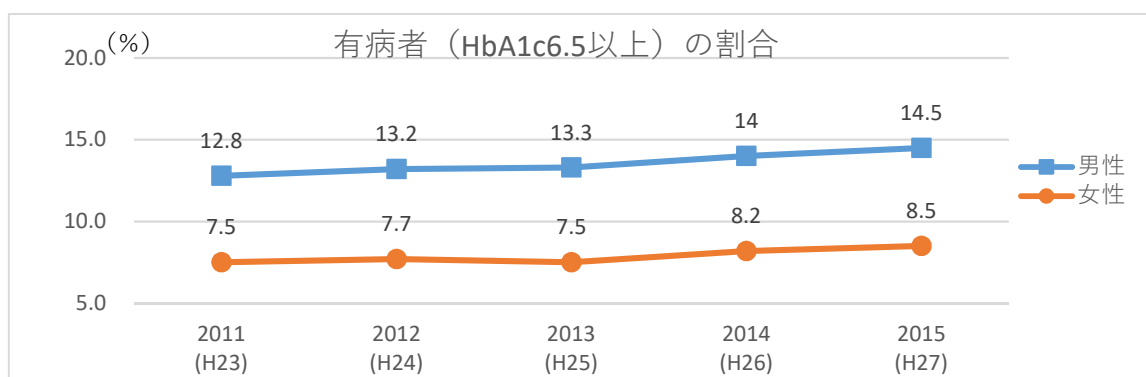
(人)	性別	20代	30代	40代	50代	60代	70代	計
強く疑われる者	男性	0	599	1,934	6,199	13,737	14,817	37,286
	女性	436	330	956	3,212	7,975	17,199	30,108
可能性を 否定できない者	男性	245	691	2,392	5,461	7,877	12,007	28,673
	女性	0	330	2,709	5,109	10,102	20,680	38,930

(出典) 2016 (平成 28) 年度国民健康・栄養調査による性年代別患者数割合をもとに、2016 年 10 月時点の人口で佐賀県健康増進課にて算出

※「糖尿病が強く疑われる者」とは、HbA1c が 6.5%以上、または医療機関や健診で糖尿病と言われたことがあって糖尿病治療を今後も継続的に受けているか、中断したことがあるが現在も治療中の人

※「糖尿病の可能性が否定できない者」とは、HbA1c が 6.0%以上 6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる者」以外

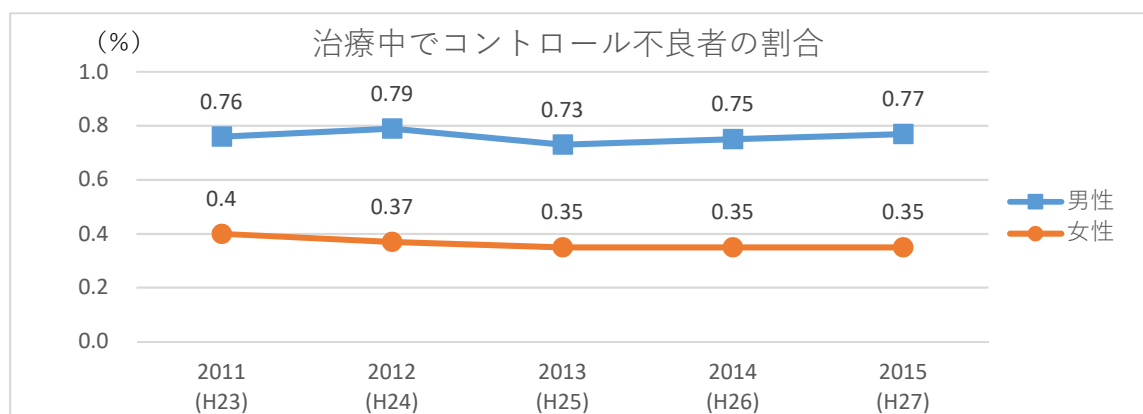
特定健診受診者のうち、糖尿病有病者の割合は、2011（平成 23）年には、男性 12.8%、女性 7.5%であったものが、2015（平成 27）年には、男性 14.5%、女性 8.5%と増加しています。



※ 有病者率＝HbA1c（NGSP 値 6.5%以上＋服薬者／血液検査実施者数）

（出典）佐賀県健康増進課調べ（保険者協議会加入保険者データ。ただし協会けんぽデータは含まず。）

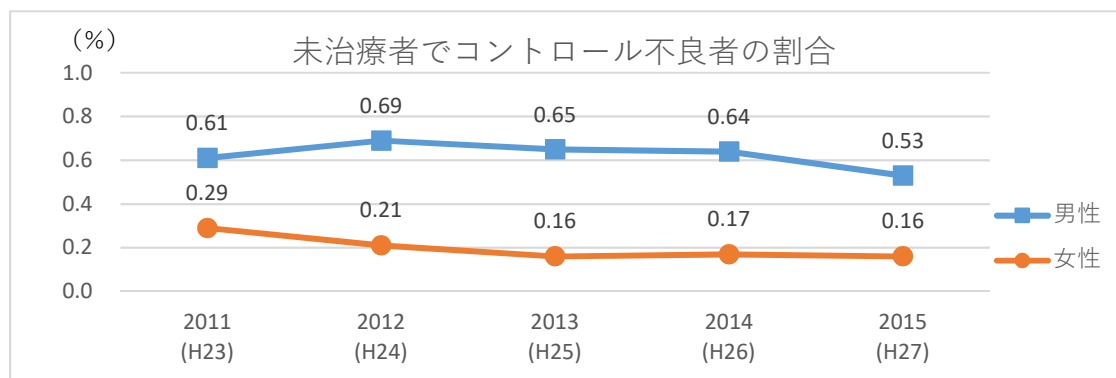
特定健診受診者のうち、治療中でコントロールが悪い人の割合は横ばい状態です。



※ 治療中でコントロール不良者％＝HbA1c8.4%以上で治療中／血液検査実施総数

（出典）佐賀県健康増進課調べ（保険者協議会加入保険者データ。ただし協会けんぽデータは含まず。）

特定健診受診者のうち、未治療でコントロール不良者は、割合、実数とともに減少しています



※ 未治療者でコントロール不良者％＝HbA1c8.4%以上で未治療／血液検査実施総数

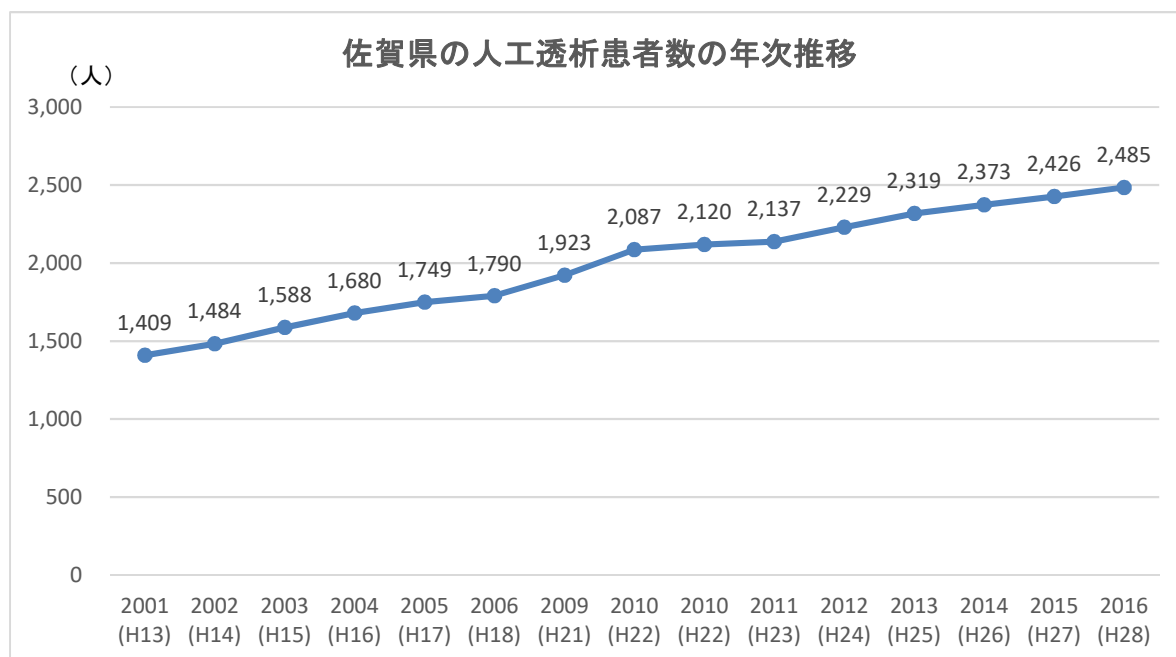
（出典）佐賀県健康増進課調べ（保険者協議会加入保険者データ。ただし協会けんぽデータは含まず。）

③ 人工透析患者数の状況

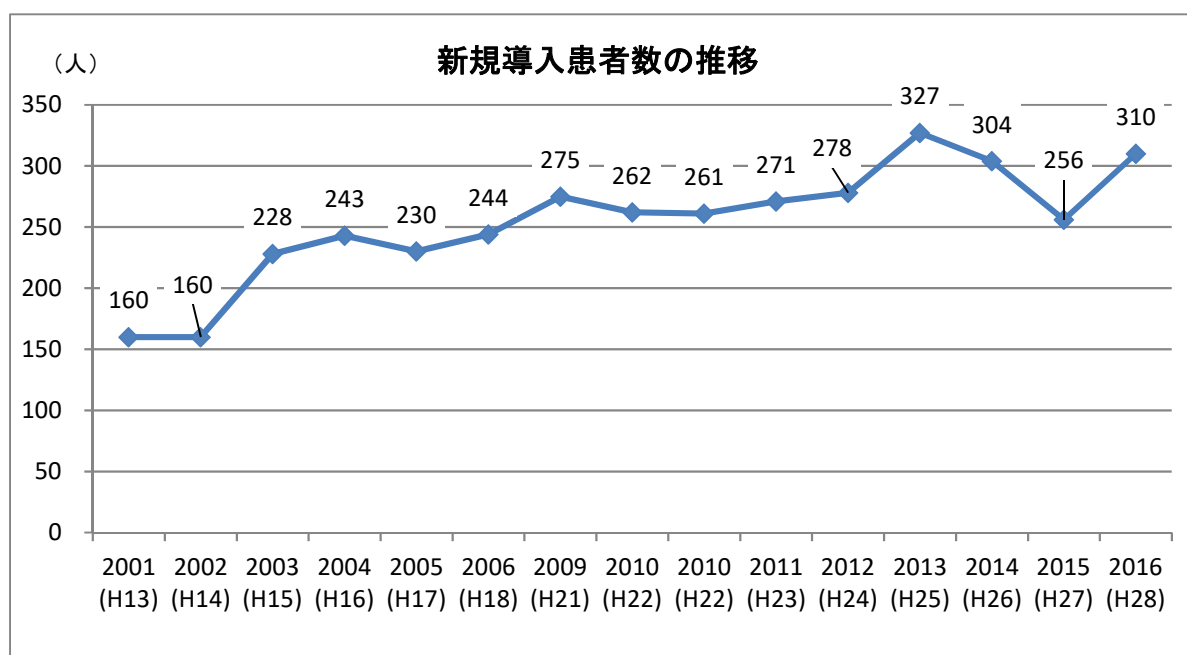
ア 人工透析患者数

本県の人工透析患者数は年々増加しており、2016（平成28）年の患者数は、2,485人となっています。

また、新規導入患者数は、2013（平成25）年の327人をピークに、2014（平成26）年と2015年（平成27）年は減少していましたが、2016年は再び増加に転じ310人となっています。



（出典）2016（平成28）年12月31日現在 佐賀県健康増進課調べ



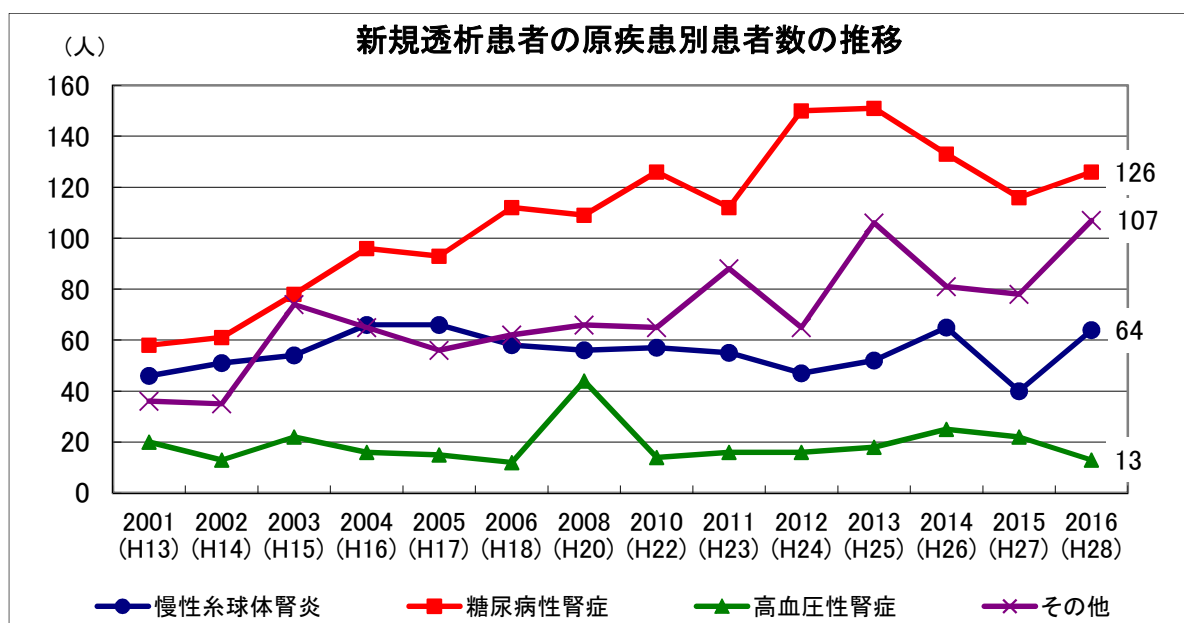
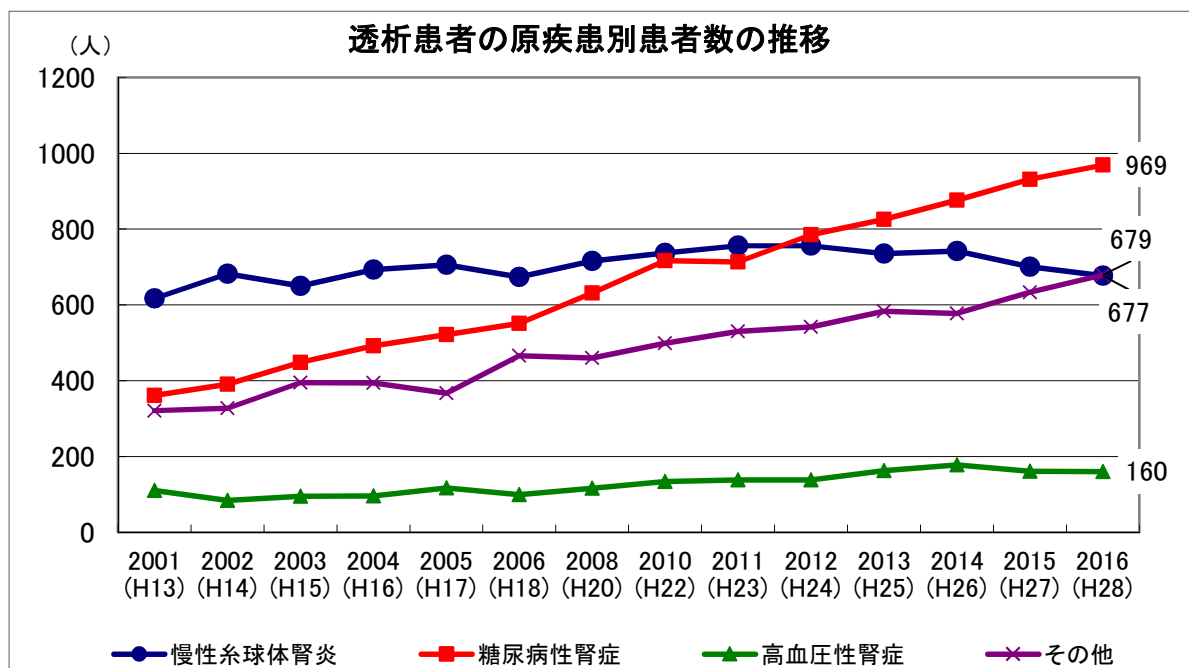
（出典）2016（平成28）年12月31日現在 佐賀県健康増進課調べ

イ 原疾患別の人工透析者数

透析患者を原疾患別にみると、糖尿病性腎症によるものが最も多く 969 人と全体の約 4 割を占めています。新規導入患者においても糖尿病性腎症が最も多く、約 4 割の 126 人となっています。

高血圧性腎症は横ばい状態で、新規透析患者数においては減少しています。

また、その他に分類される者が徐々に増加していますが、その他の分類の中には薬剤性の腎障害が含まれており、慢性腎臓病の重症化予防に向けた課題の一つと考えられます。



参考：本県の国民健康保険におけるレセプト当たり医療費状況（2016（H28）年度）

入院（歯科含む）	件数（件）		医療費（万円）	
		割合(%)		割合(%)
100万円未満	62,745	90.20	2,662,233	69.9
100万円以上 ～ 200万円未満	5,547	8.00	757,850	19.9
200万円以上 ～ 300万円未満	932	1.30	221,596	5.8
300万円以上 ～ 500万円未満	281	0.40	105,293	2.8
500万円以上	97	0.10	63,341	1.7
合計	69,602	100.00	3,810,313	100.0

入院外	件数（件）		医療費（万円）	
		割合(%)		割合(%)
10万円未満	1,852,951	98.5	1,872,675	69.0
10万円以上 ～ 20万円未満	12,651	0.7	179,457	6.6
20万円以上 ～ 30万円未満	3,073	0.2	75,272	2.8
30万円以上 ～ 40万円未満	8,555	0.5	309,316	11.4
40万円以上 ～ 50万円未満	2,872	0.2	123,078	4.5
50万円以上 ～ 60万円未満	434	0	23,640	0.9
60万円以上 ～ 70万円未満	345	0	22,577	0.8
70万円以上 ～ 80万円未満	254	0	18,939	0.7
80万円以上 ～ 100万円未満	218	0	19,182	0.7
100万円以上	412	0	70,344	2.6
合計	1,881,765	100.0	2,714,480	100.0

（出典）佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」

1 か月に 100 万円を超える入院医療費の件数は、全体の約 10%ですが、その医療費で入院医療費全体の約 30%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 30%を占めています。

1 件当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 万円とされています。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。

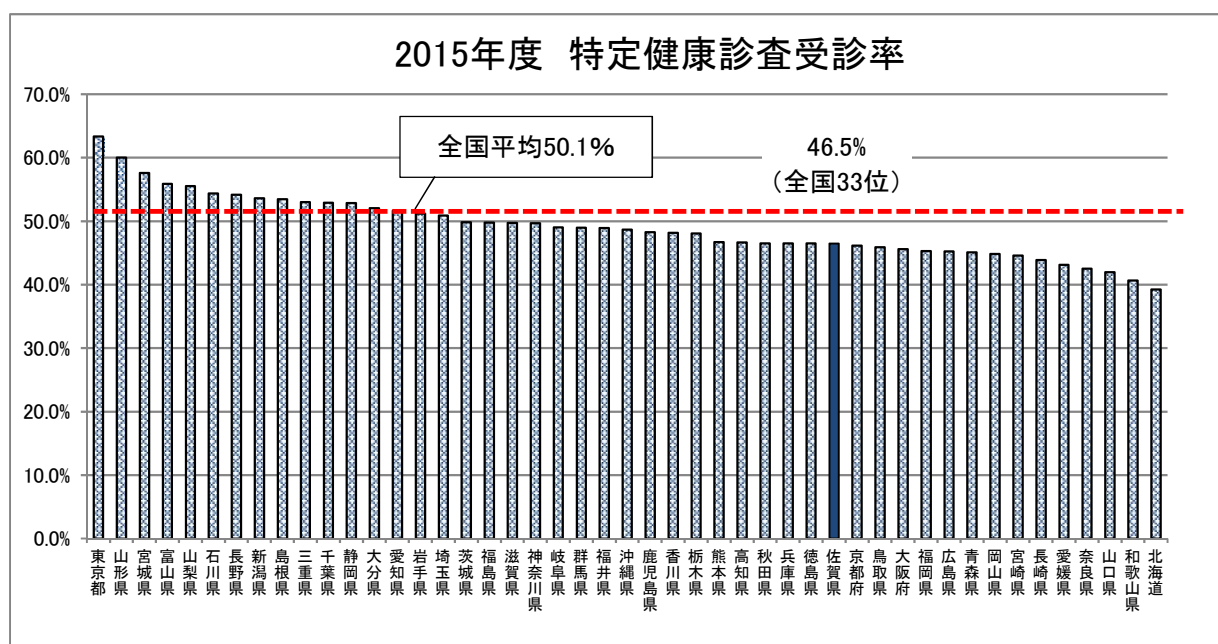
(5) 健診（検診）等の実施状況

① 特定健康診査の実施状況

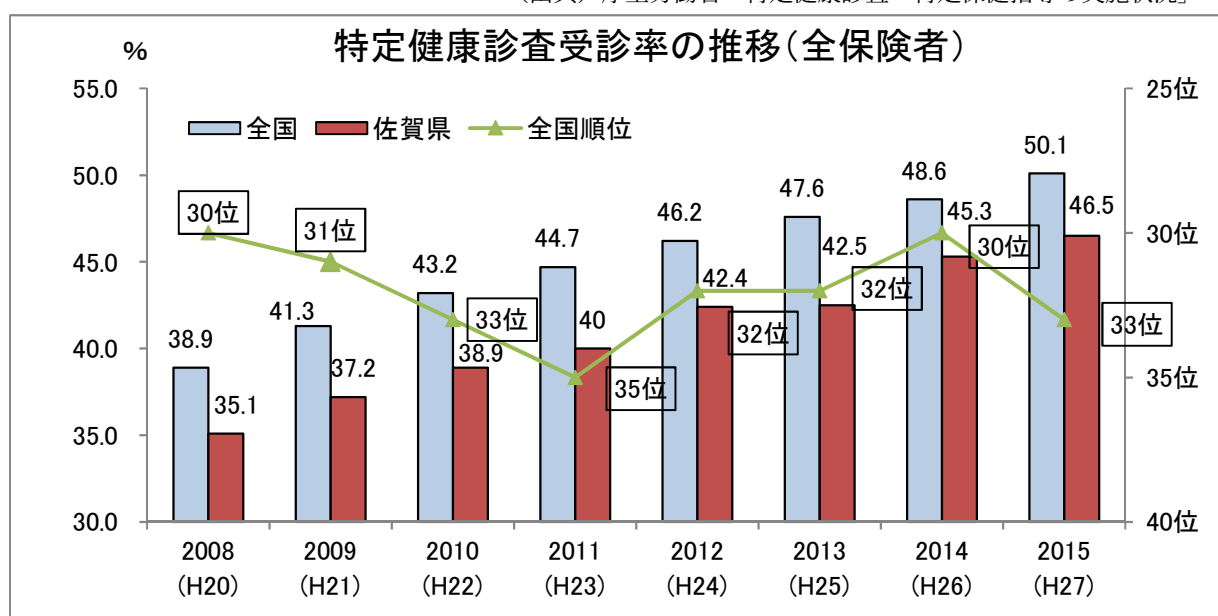
2008（平成20）年度から、40歳から74歳の人を対象とした「特定健康診査・特定保健指導」が導入され、医療保険者にその実施が義務付けられています。

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。

本県の2015（平成27）年度の特定健康診査の実施率は46.5%（全国33位）で、実施率は年々向上しているものの、全国平均の50.1%を下回っています。



（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

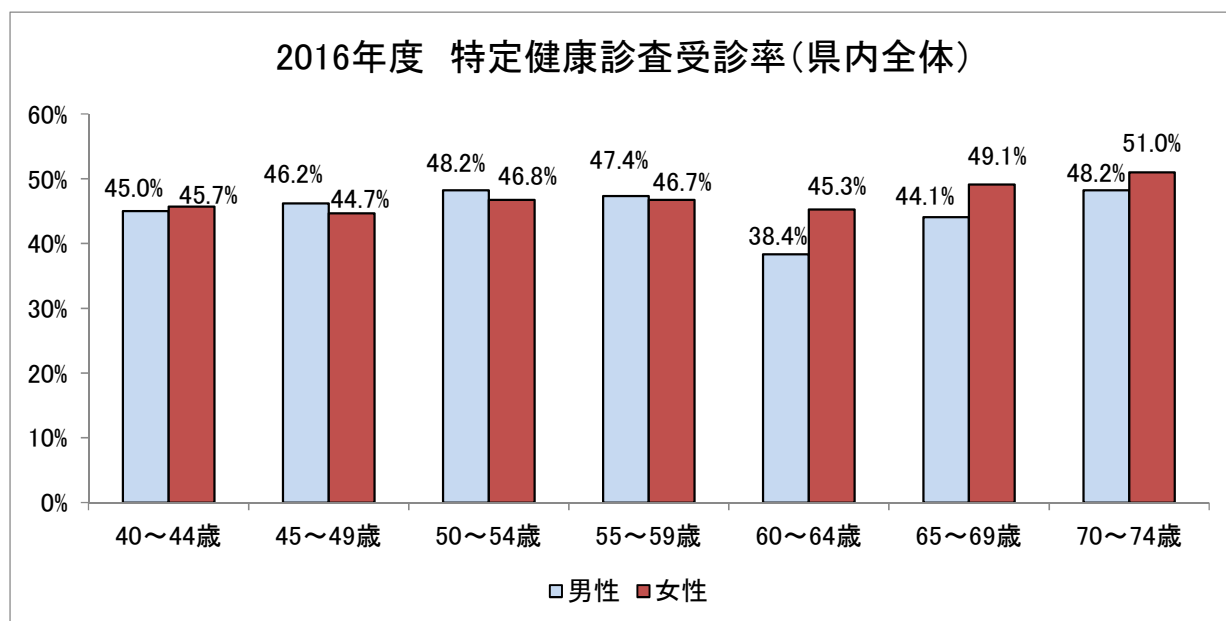


（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

ア 県内の性・年齢別受診割合

2016（平成28）年度の性・年齢別受診割合をみると、全体では40%台の受診率であり、残る約6割の人が未受診の状況にあり、受診率を向上させる取組が必要です。

特に、定年後の60～64歳の年代の男性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重要と言えます。



（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。

イ 保険者種類別の特定健康診査受診率

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、年々受診率が伸びる傾向にあり、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。

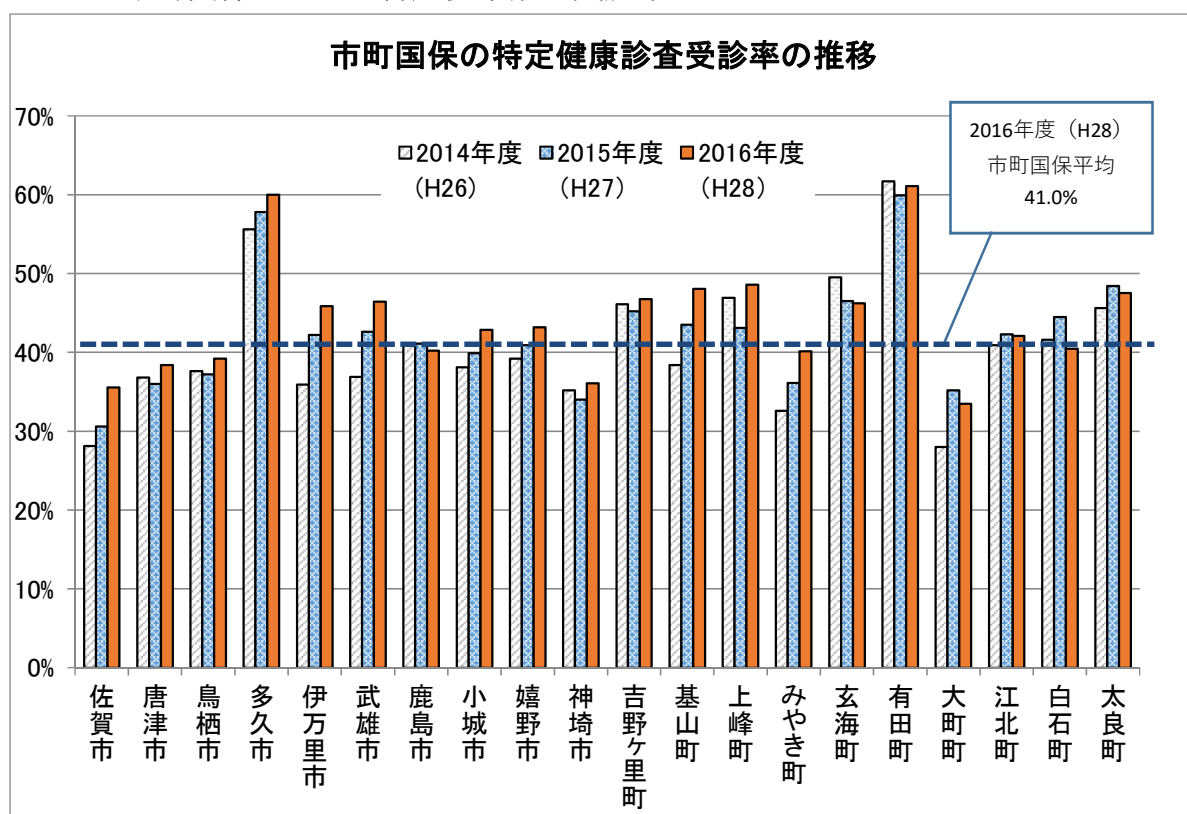
一方、市町国保や、中小企業の従業員等が加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）といった対象者数が多い保険者で受診率が低くなっています。

県内保険者種類別特定健康診査受診率(法定報告値)

年度	市町国保	国保組合	全国健康保険協会 佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
2013(H25)	35.4%	38.6%	44.6%	77.3%	80.8%	79.8%	80.9%	66.2%
2014(H26)	36.4%	38.2%	47.3%	78.9%	86.7%	79.7%	79.5%	67.3%
2015(H27)	38.2%	38.6%	48.8%	82.5%	85.9%	81.3%	80.0%	75.4%
2016(H28)	41.0%	37.8%	50.7%	82.6%	91.5%	81.1%	84.9%	78.6%

（出典）佐賀県国民健康保険課調べ

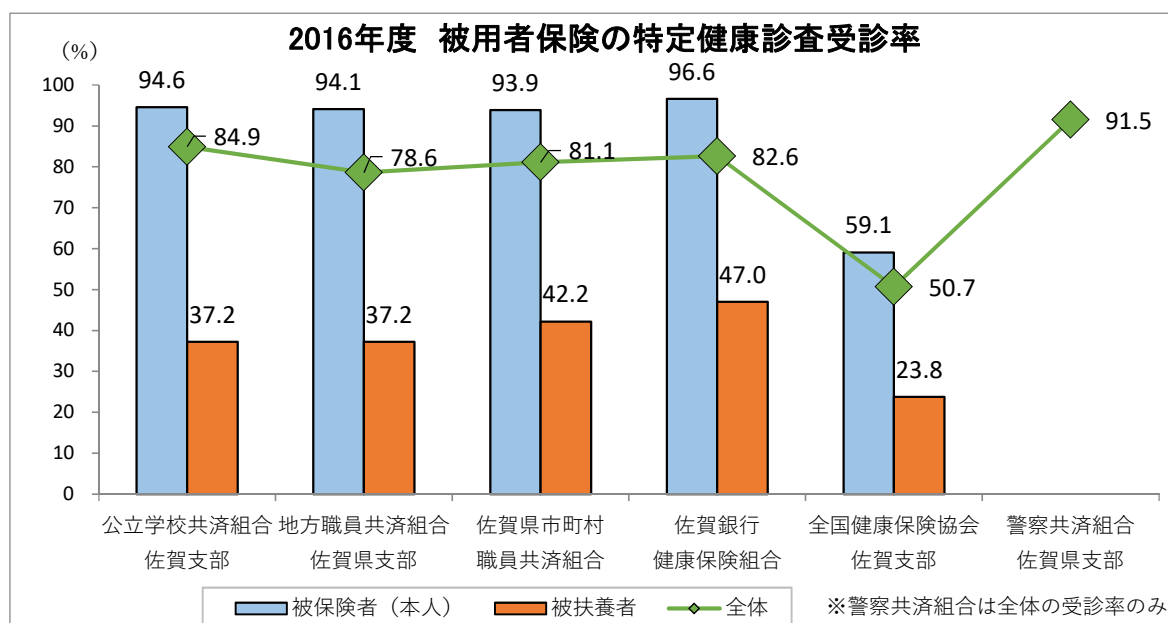
ウ 市町国保における特定健康診査実施率



（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

エ 被用者保険における特定健康診査実施率

県内の被用者保険における受診率をみると、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。



（出典）佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）2016（H28）年度

オ 特定健診受診と医療機関受診の関係

医療機関通院中の方も特定健診の対象者ですが、県内の市町国保の特定健診対象者 145,725 人のうち、医療機関に受診有で特定健診未受診の者は 71,462 人と 49.0%を占めており、そのうち、生活習慣病を保有している者は 46,928 人（65.7%）であり、医療機関と連携した健診受診率の向上が課題です。

また、医療機関にも受診しておらず、特定健診も未受診であるため、健康状態が把握できていない者が 21,365 人（14.7%）となっています。

		医療機関受診			
		あり	なし	合計	
特定健診の受診	あり	受診者数 (健診対象者に占める割合)	33.6% (49,028人) (A)	2.7% (3,870人) (B)	36.3% (52,898人) (A+B)
		うち生活習慣病有 (受診者数に占める割合)	70.7% (34,674人) (E) (E/A) %		65.5% (34,674人) (E) E/(A+B) %
	なし	未受診者数 (健診対象者に占める割合)	49.0% (71,462人) (C)	14.7% (21,365人) (D)	63.7% (92,827人) (C+D)
		うち生活習慣病有 (未受診者数に占める割合)	65.7% (46,928人) (F) (F/C) %	医療にも健診にもかかっていない者	50.6% (46,928人) (F) F/(C+D) %
	合計	合計人数 (健診対象者に占める割合)	82.7% (120,490人) (A+C)	17.3% (25,235人) (B+D)	100.0% (145,725人) (A+B+C+D)
		うち生活習慣病有 (合計人数に占める割合)	67.7% (81,602人) (E+F)/(A+C) %		56.0% (81,602人) (E+F)/(A+B+C+D) %

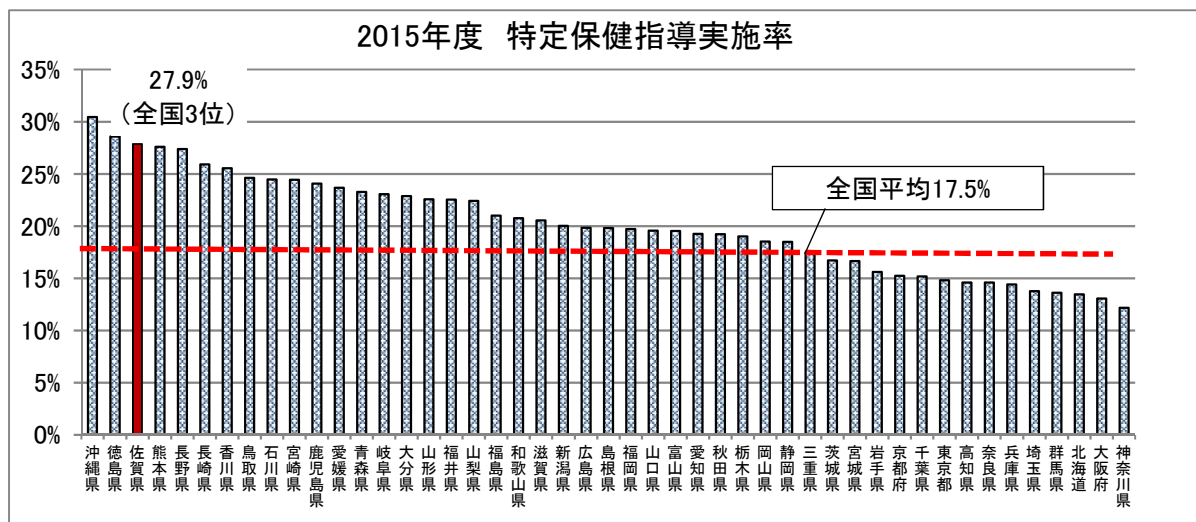
医療機関受診者

（出典）国保中央会提供「市町村国保の特定健診対象者における特定健診受診と医療機関受診の関係図（2015（平成27）年度市町村別）都道府県内保険者一覧

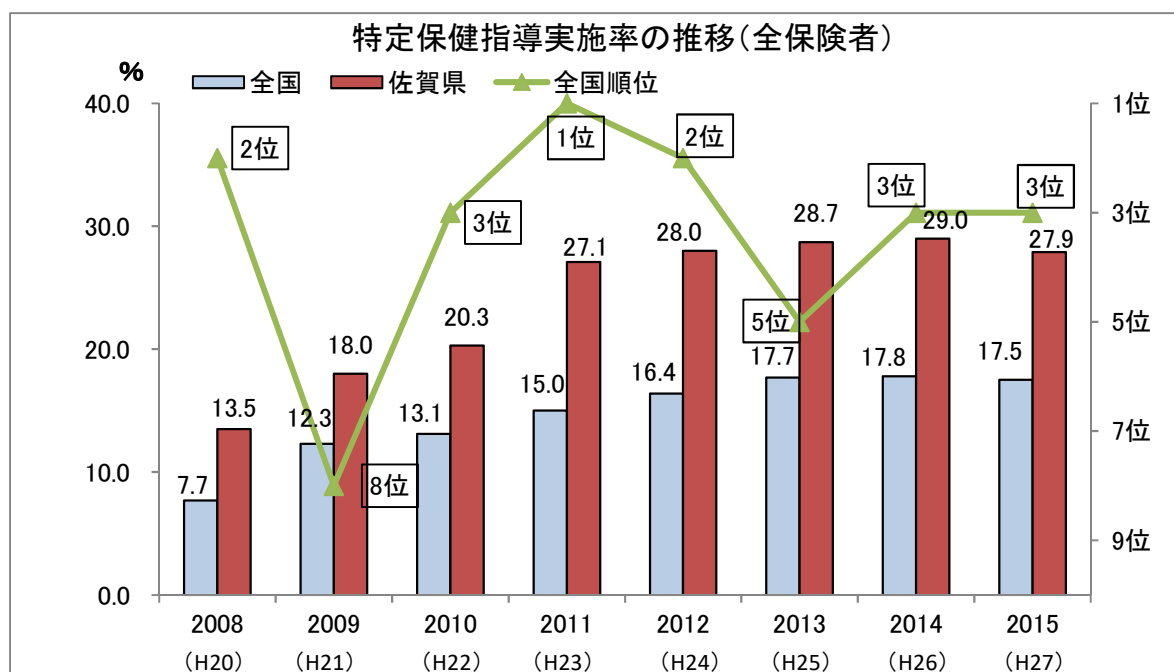
② 特定保健指導の実施状況

本県の 2015（平成27）年度の特定保健指導実施率は、27.9%（全国3位）で、全国平均の 17.5%を大きく上回っています。

特定健診受診者数が年々増加していることに伴って、特定保健指導対象者数も増加している中、特定保健指導実施率はほぼ横ばいと現状を維持しています。



（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」

ア 保険者種類別の特定保健指導実施率

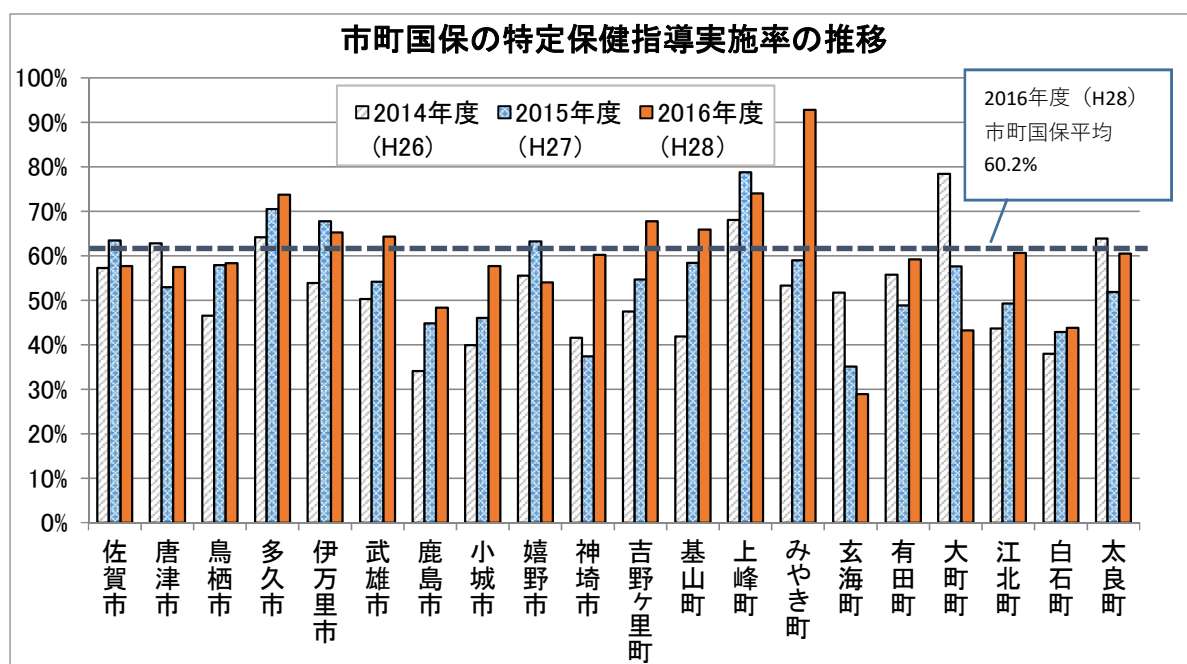
2016（平成 28）年度の県内の保険者種類別実施率を見ると、特定保健指導が実施できる専門職員（保健師や管理栄養士）を配置している市町国保の実施率が 60.2%と高く、次いで公立学校共済組合佐賀支部 58.1%、警察共済組合佐賀支部 51.6%と高い実施率の保険者がある反面、実施率が低調な保険者との格差が大きい状況となっています。

県内保険者種類別特定保健指導実施率(法定報告値)

年度	市町国保	国保組合	全国健康保険協会佐賀支部	佐賀銀行健康保険組合	警察共済組合佐賀県支部	佐賀県市町村職員共済組合	公立学校共済組合佐賀支部	地方職員共済組合佐賀県支部
2013 (H25)	44.6%	19.7%	28.3%	20.7%	67.2%	14.6%	4.3%	14.2%
2014 (H26)	53.3%	11.8%	22.9%	32.6%	42.7%	20.3%	22.8%	8.2%
2015 (H27)	56.1%	9.8%	23.8%	18.6%	50.3%	18.4%	39.5%	2.0%
2016 (H28)	60.2%	12.7%	21.1%	25.7%	51.6%	26.3%	58.1%	2.4%

(出典) 佐賀県国民健康保険課調べ

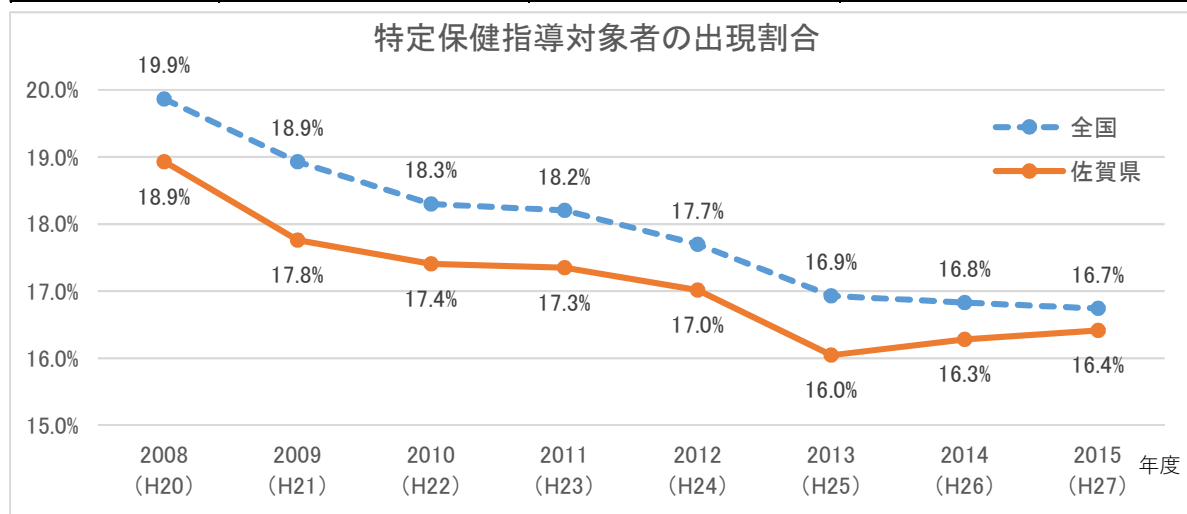
イ 市町国保の特定保健指導実施率



(出典) 佐賀県国民健康保険課調べ（法定報告値）

ウ 特定保健指導対象者の出現割合

	特定健康診査受診者数(人) (A)		特定保健指導対象者数(人) (B)		特定保健指導対象者の出現割合 (B/A) (%)	
	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県
2008年度(H20)	20,192,502	119,118	4,010,717	22,548	19.9%	18.9%
2009年度(H21)	21,588,883	127,883	4,086,952	22,711	18.9%	17.8%
2010年度(H22)	22,546,778	132,260	4,125,690	23,026	18.3%	17.4%
2011年度(H23)	23,465,995	135,765	4,271,235	23,553	18.2%	17.3%
2012年度(H24)	24,396,035	143,117	4,317,834	24,351	17.7%	17.0%
2013年度(H25)	25,374,874	147,279	4,295,816	23,633	16.9%	16.0%
2014年度(H26)	26,163,456	157,521	4,403,850	25,647	16.8%	16.3%
2015年度(H27)	27,058,105	161,586	4,530,158	26,525	16.7%	16.4%



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

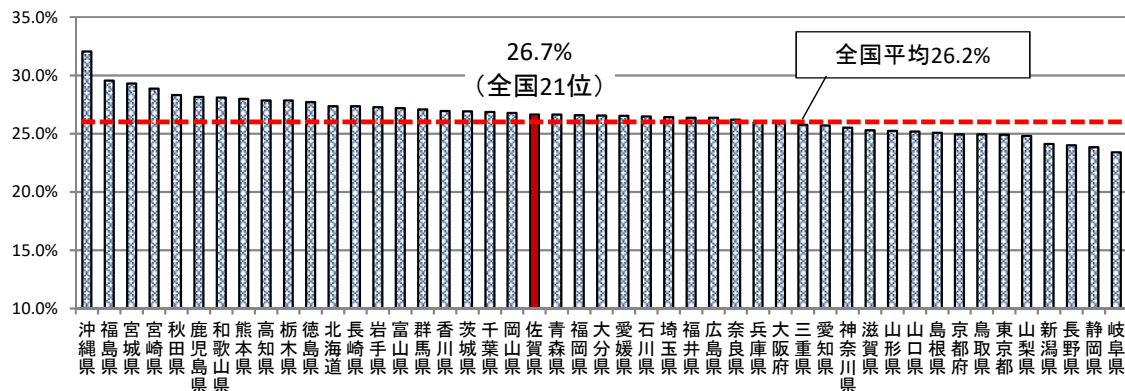
厚生労働省提供 都道府県における医療費適正化計画策定に係る参考データ

③ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

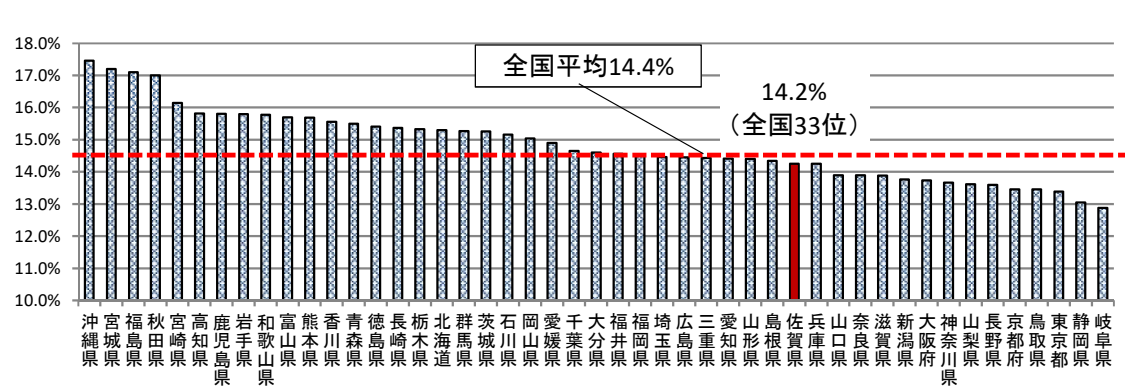
2015年度の特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドローム(以下「メタボ」という。)該当者及び予備群の割合は、全国平均 26.2%に対し、本県は 26.7% (21位) と、全国平均よりやや高くなっています。内訳として、メタボ該当者が 14.2%で全国 33位に対し、メタボ予備群は 12.4%で全国 5位であり、メタボ予備群の割合が他県に比べると多いというのが本県の特徴です。

また、メタボ予備群が横ばいであるのに対し、メタボ該当者が増加傾向にあり、全体としてメタボ該当者及び予備群の割合が、徐々に増加しています。

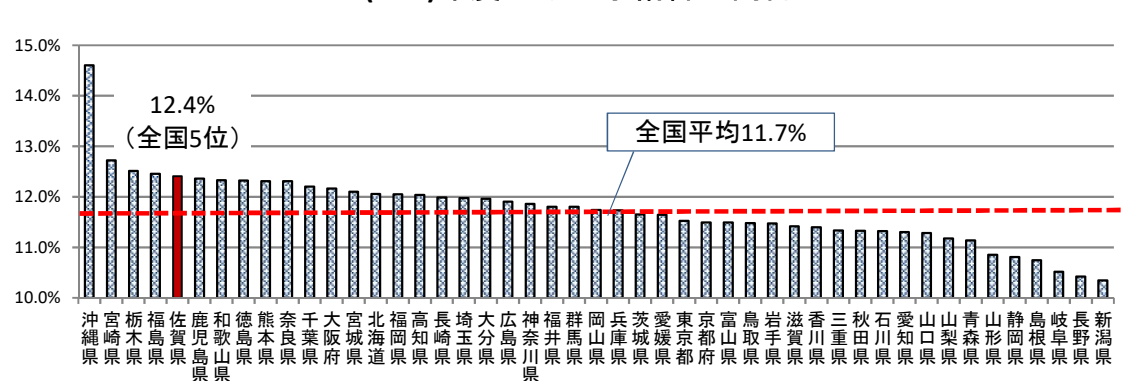
2015(H27)年度 メタボ該当者及び予備群の割合



2015(H27)年度 メタボ該当者の割合

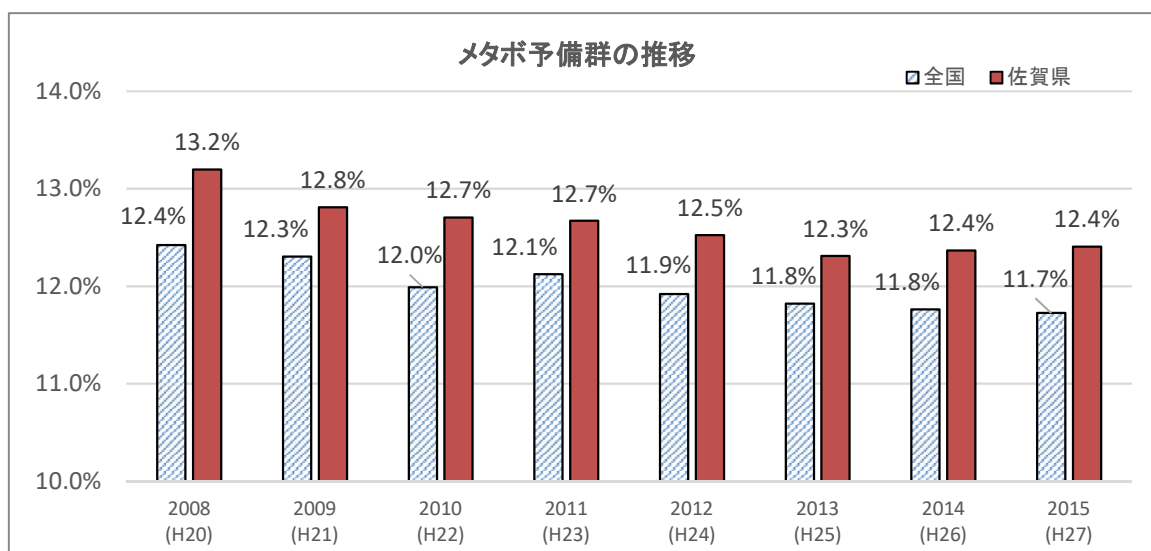
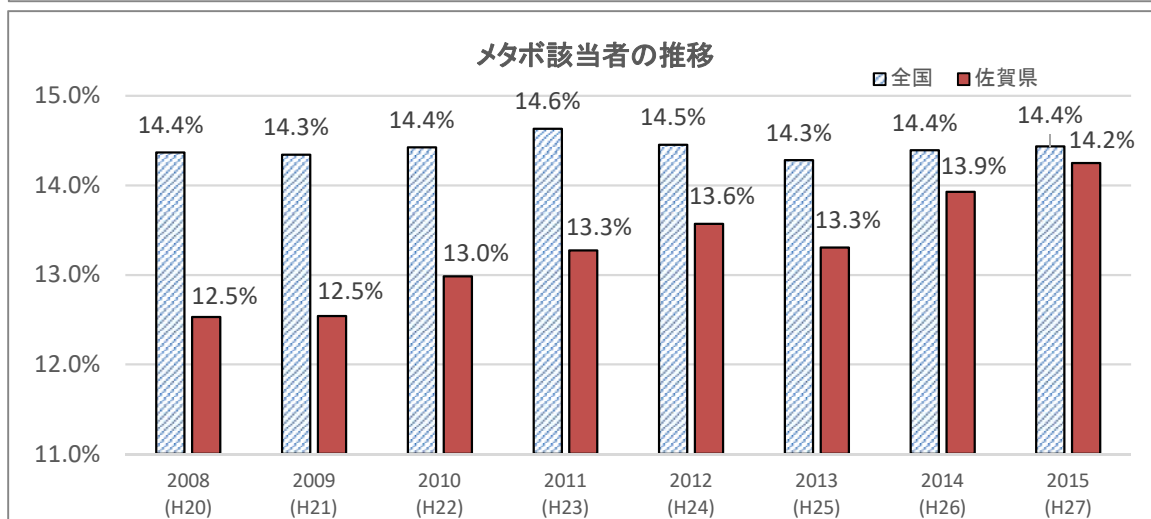
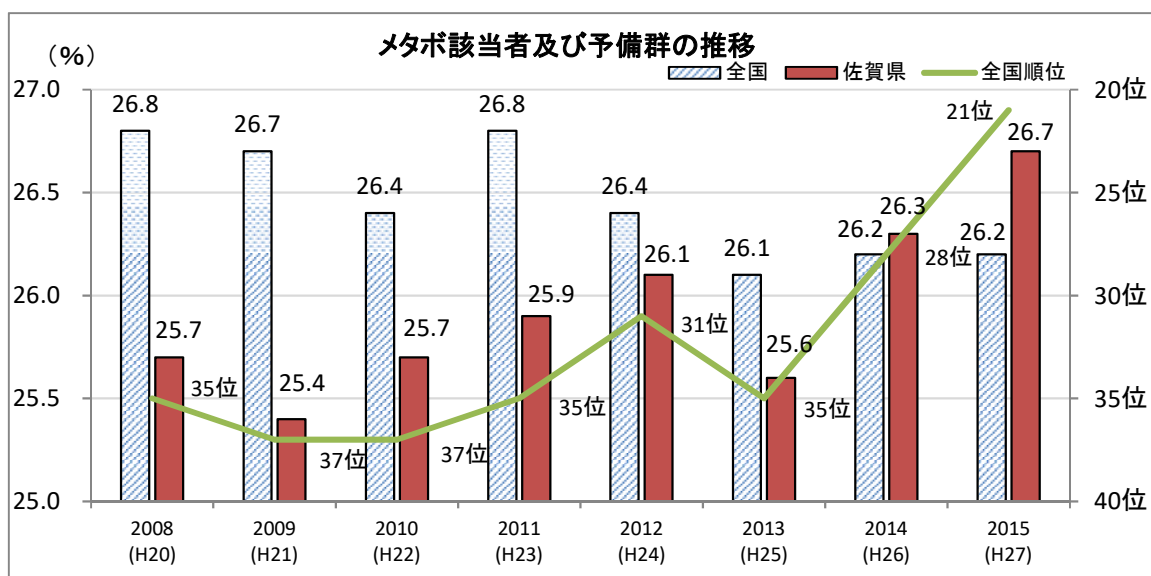


2015(H27)年度 メタボ予備群の割合



(出典) 厚生労働省提供 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

第2章 佐賀県の医療費を取り巻く現状と課題



(出典) 厚生労働省提供 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

※メタボリックシンドローム該当者：腹囲＋追加リスク（高血圧・高血糖・高血清脂質）が2つ以上ある者
メタボリックシンドローム予備群：腹囲＋追加リスクが1つの者

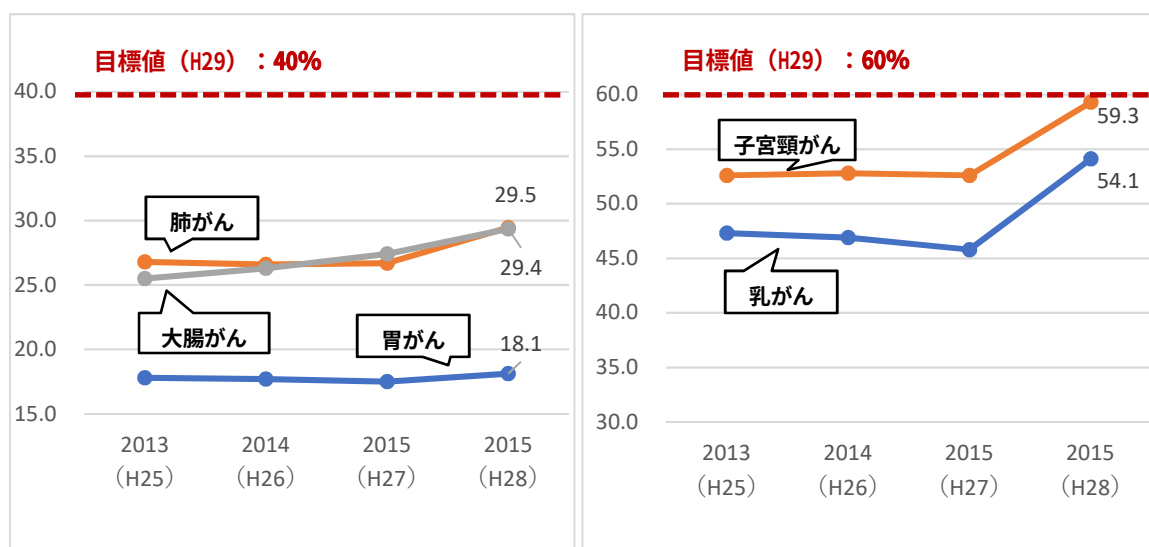
④ がん検診実施状況

ア がん検診受診率

本県のがん検診受診率は、総じて向上してきており、また、全国平均よりはやや高い状況にあります。が、「第2次佐賀県がん対策推進計画」において掲げた目標は達成できておらず、十分とは言えない状況です。

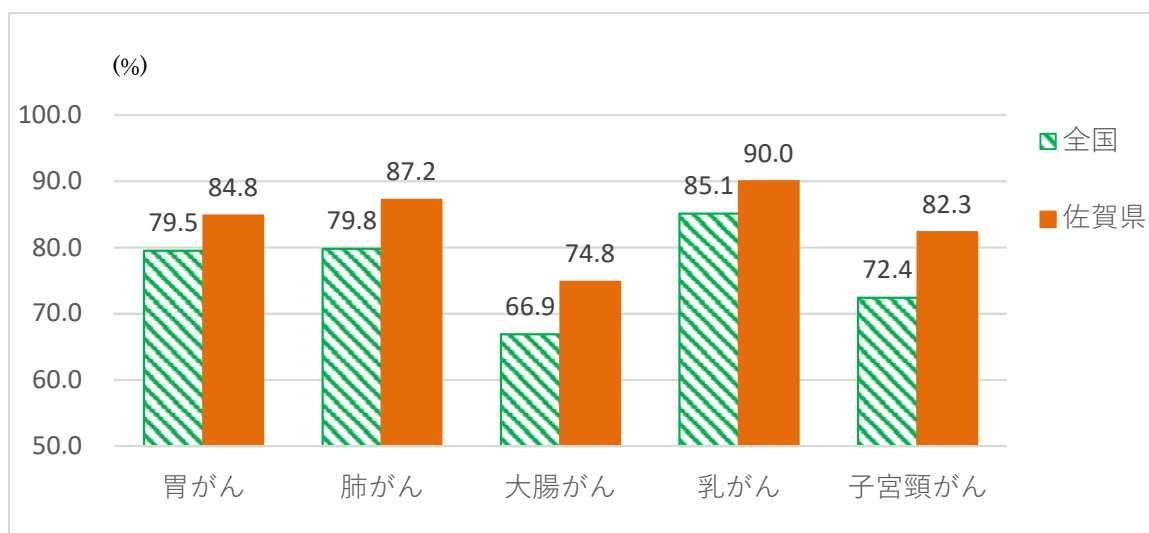
また、がん検診の精密検査受診率は大腸がんを除いて8～9割と、全国平均よりもやや高い状況にあります。

がん検診の受診率（佐賀県）



（出典）地域保健・健康増進事業報告及び佐賀県健康増進課調べ

がん検診の精密検査受診率（2014（H26））



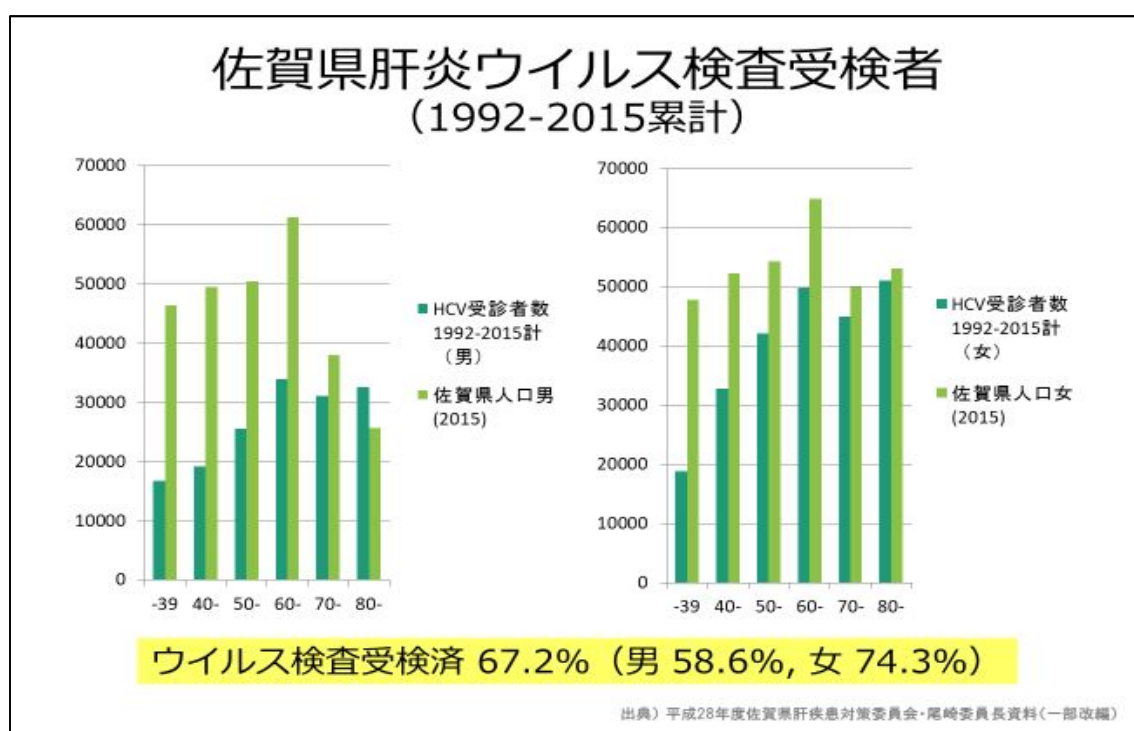
（出典）地域保健・健康増進事業報告

イ 肝疾患補助申請件数等

本県は、肝がんの死亡率が長年高い数値で推移してきており、肝がん発症の主要な原因であるB型・C型ウイルス性肝炎への対応が重要な課題となっています。

このため、B型・C型肝炎ウイルスの感染の有無を検査し、ウイルスに感染している場合は、適切な治療につなげることで等により肝がんの予防、肝疾患の重症化予防を図ることが重要です。

本県における肝炎ウイルス検査実施率は67.2%となっており、全国平均（50%程度）より高いですが、30～60歳代・男性の受検率が低い状況にあります。

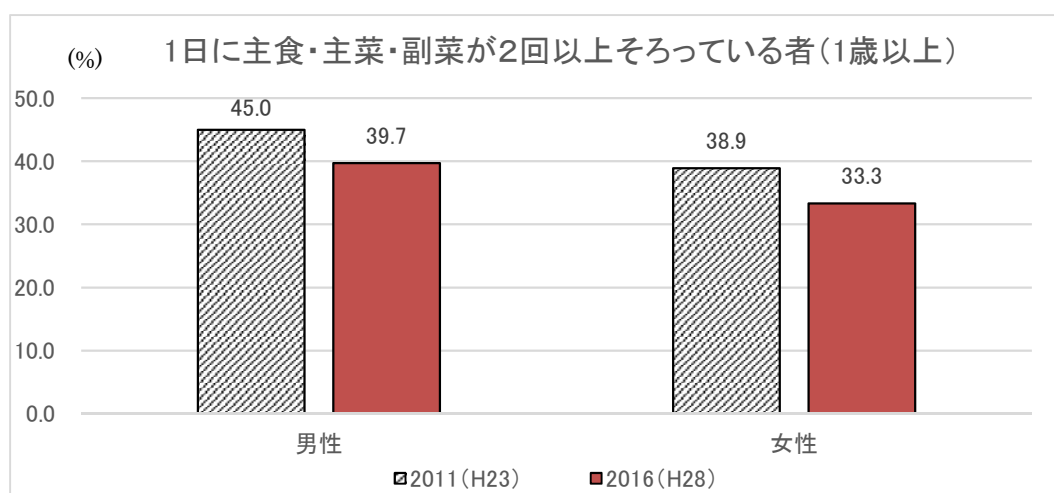


(6) 生活習慣の状況

① 栄養・食生活習慣

ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をする者

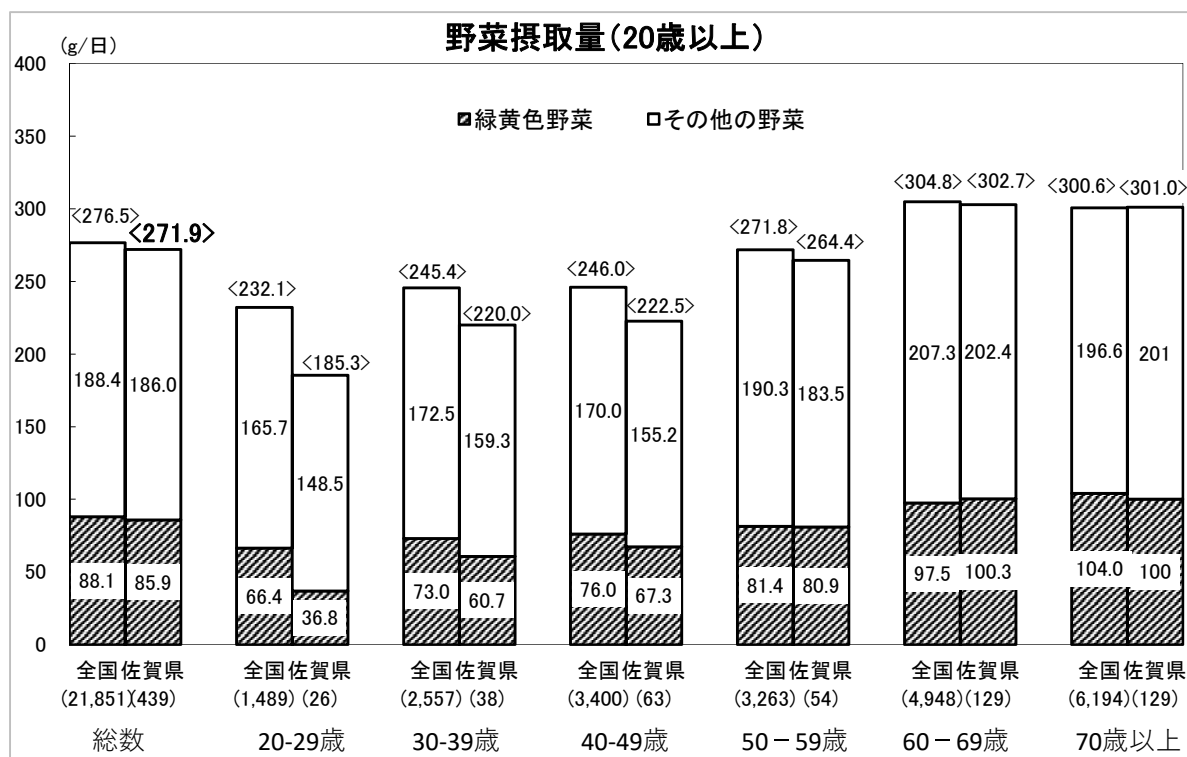
栄養・食生活の状況を、2016（平成 28）年国民健康・栄養調査結果（佐賀県集計）からみると、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上する人の割合は、男性 39.7%、女性 33.3%でした。



（出典）2011 年（H23）は県民健康・栄養調査、2016 年（H28）は国民健康・栄養調査

イ 野菜の摂取量

野菜の摂取量は 271.9 g と、1 日の摂取目標である 350 g よりも約 80 g 不足していました。



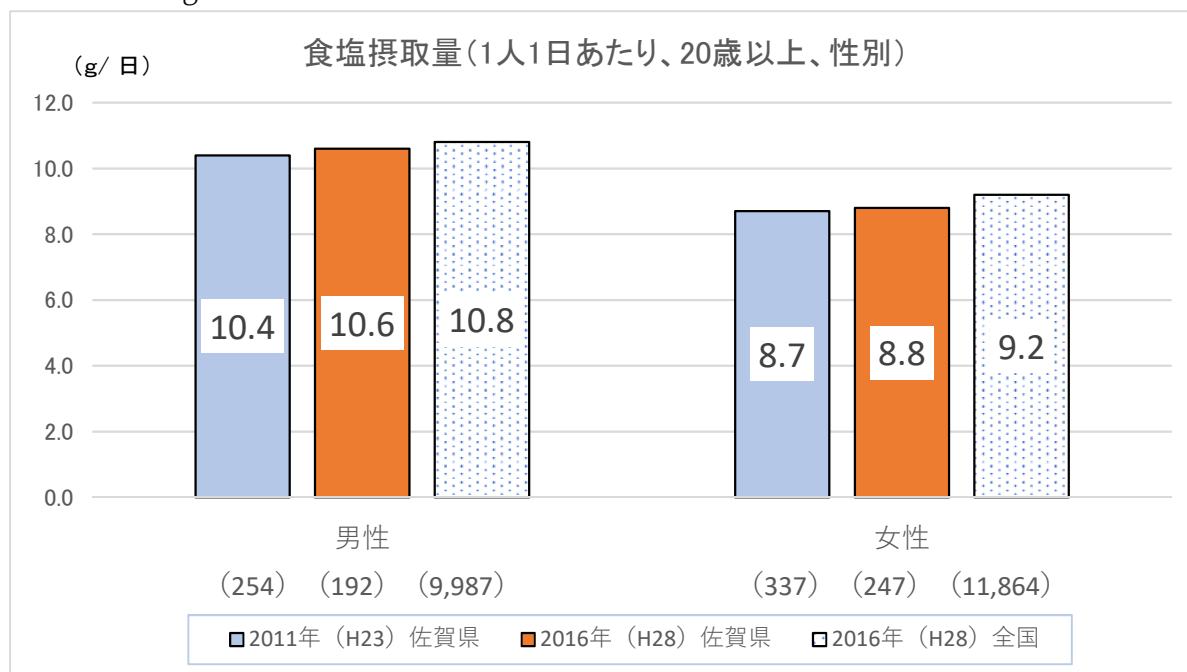
※（ ）内の数字は各調査の回答者数

（出典）2016 年（H28）国民健康・栄養調査

ウ 食塩の摂取量

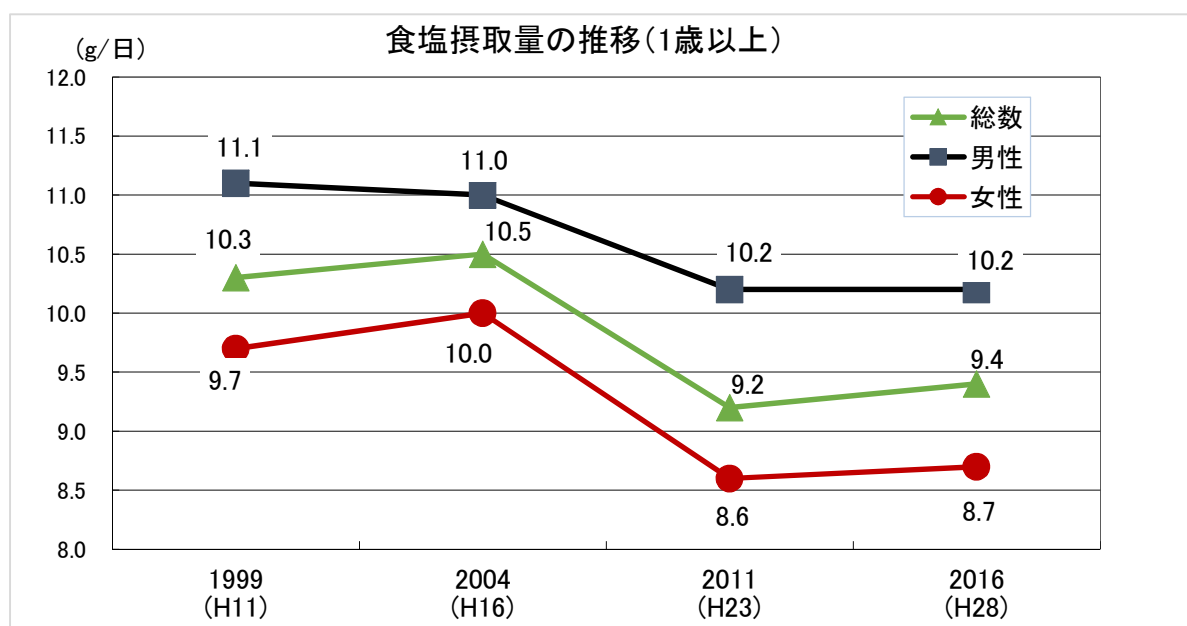
20歳以上の成人の食塩の摂取量は、男性で10.6g、女性8.8gでした。全国平均値よりは低いものの、「日本人の食事摂取基準 2015」による目標値の男性8g、女性7gを上回っています。

1歳以上の食塩摂取量では、2004（平成16）年と比べて男性で0.8g、女性で1.3g減少しています。



※ () 内の数字は各調査の回答者数

(出典) 2011年 (H23) の佐賀県は県民健康・栄養調査、2016年 (H28) は国民健康・栄養調査

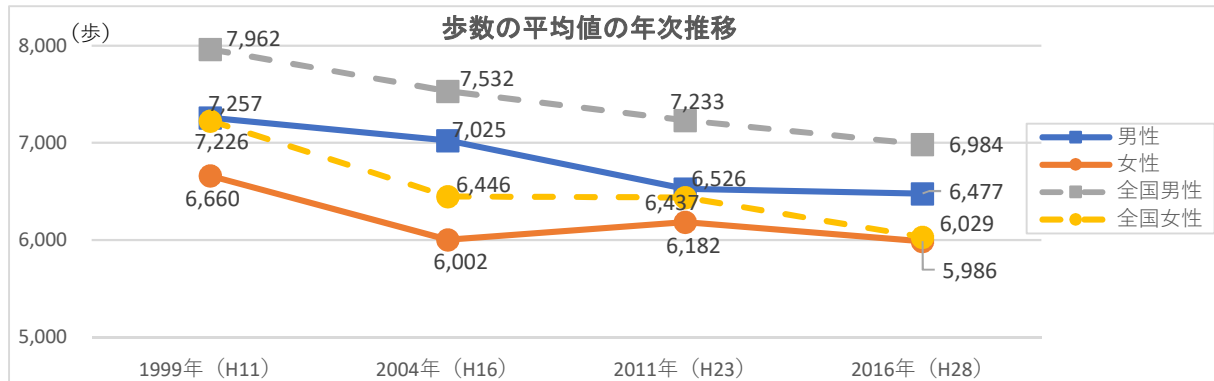


(出典) 1999年 (H11)、2004年 (H16)、2011年 (H23) は県民健康・栄養調査、2016年 (H28) は国民健康・栄養調査

② 身体活動・運動

ア 歩数の状況

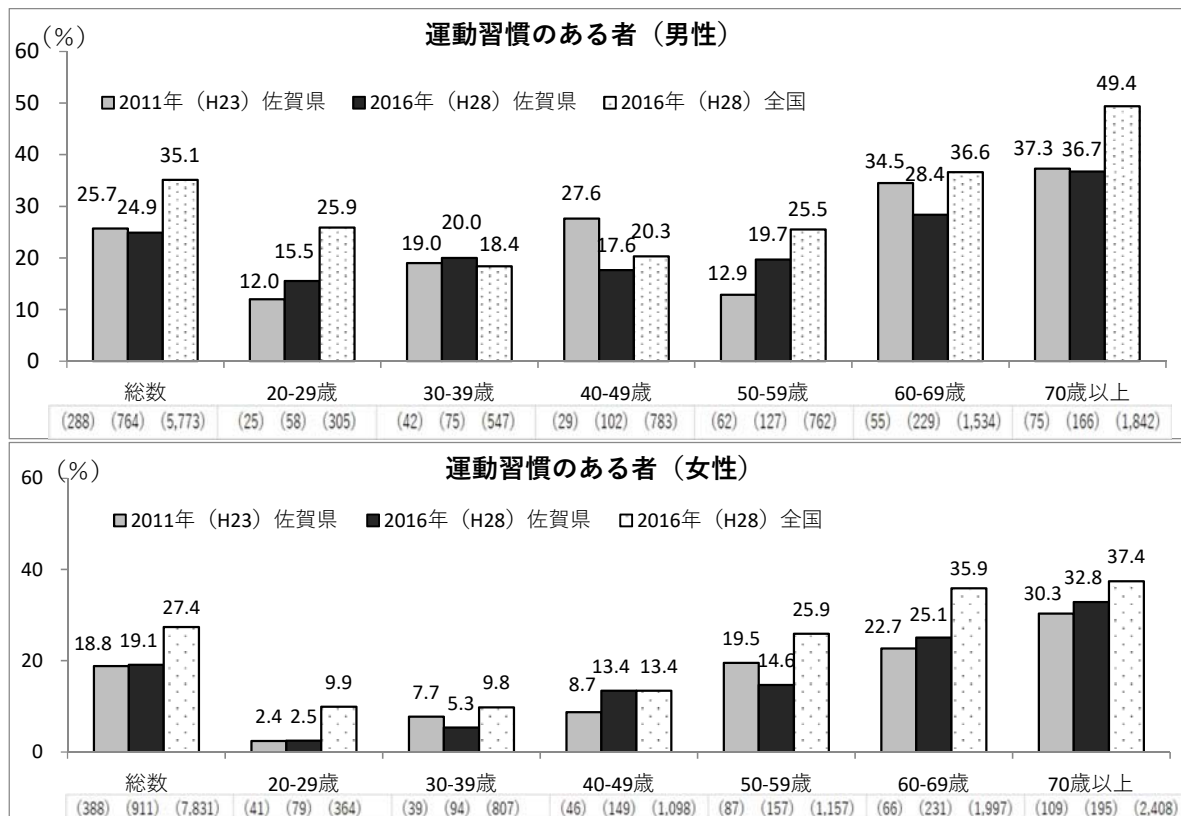
歩数の状況は、男性 6,477 歩、女性 5,986 歩でした。前回 2011 年（平成 23）調査と比較すると、ほぼ横ばいですが、1999（平成 11）年からは減少傾向です。



（出典）1999 年（H11）、2004 年（H16）、2011 年（H23）の佐賀県データは、県民健康・栄養調査
2016 年（H28）の佐賀県データ及び全国データは、国民健康・栄養調査
（※2016 年（H28）の国データは 100 歩未満または 5 万歩以上の者除く）

イ 運動習慣

運動習慣の状況は、運動習慣のある者は、男性 24.9%、女性 19.1%といずれも全国よりも低い状況でした。男女とも、年代があがるほど運動習慣がある者の割合が高くなっています。



※（ ）内の数字は各調査の回答者数

※「運動習慣のある者」とは、1 回 30 分以上の運動を週 2 日以上、1 年以上継続している者をいう。

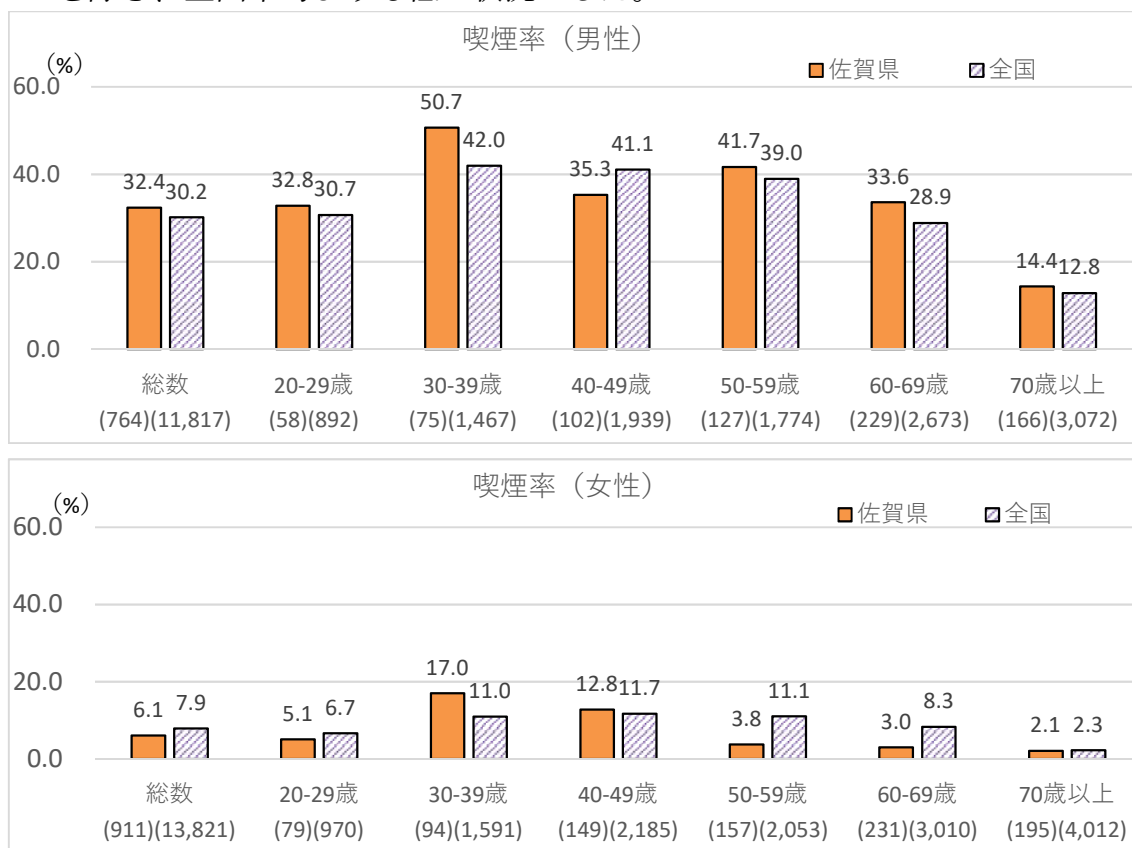
（出典）2011 年（H23）の佐賀県は県民健康・栄養調査、

2016 年（H28）の佐賀県は県民健康意識調査、全国は国民健康・栄養調査

③ 喫煙の状況

ア 喫煙率

喫煙習慣がある者の割合は、男性 32.4%、女性 6.1%でした。男性は 40 歳代を除き、どの年代においても全国平均よりも高く、女性は 30 歳代、40 歳代を除き、全国平均よりも低い状況でした。

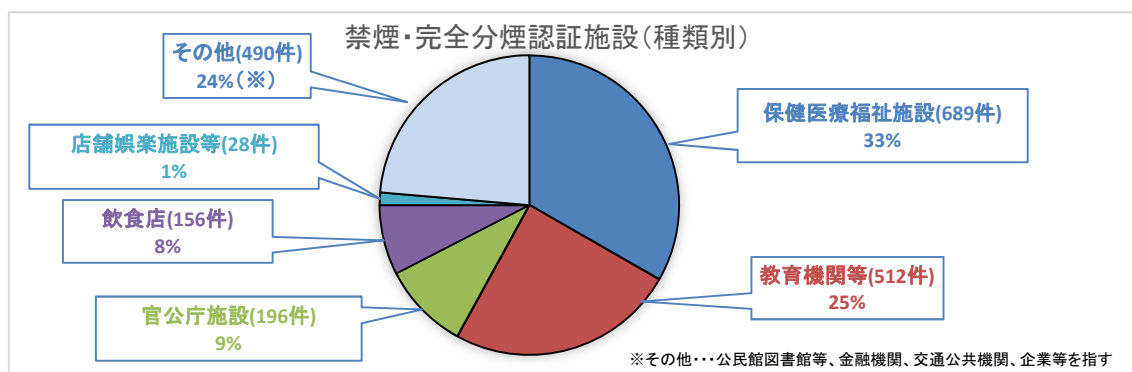


※（ ）内の数字は各調査の回答者数

（出典）全国は 2016 年（H28）国民健康・栄養調査、佐賀県は 2016 年（H28）県民健康意識調査

イ 禁煙・完全分煙認証施設の状況

施設を「禁煙」または「完全分煙」にする施設は、2,044 施設（2016(平成 28)年度末）であり、「保健医療福祉施設」が最も多く 689 件、「教育機関等」が 512 件でした。

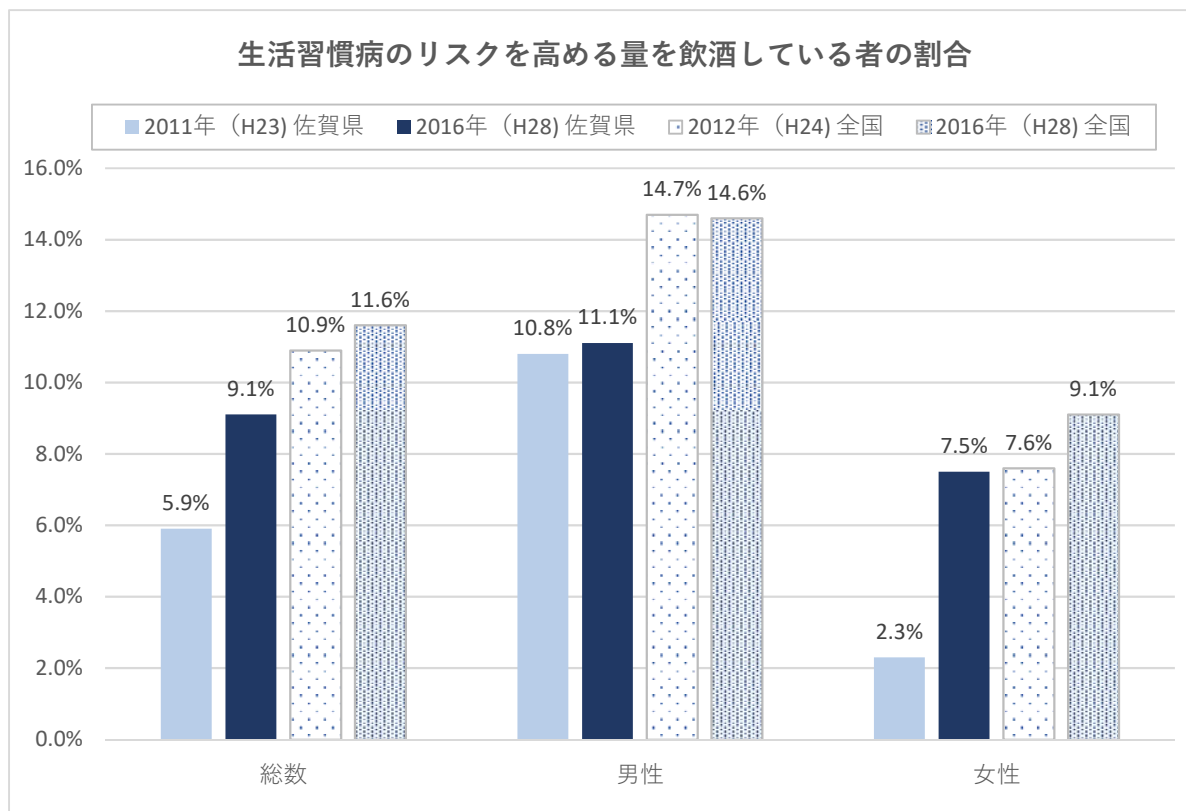


（出典）佐賀県健康増進課調べ

④ 飲酒の状況

飲酒の状況は、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は、男性で11.1%、女性で7.5%と、全国よりも低い割合でした。

女性は2011（平成23）年度の前回調査より大幅に増加しています。



＊生活習慣病のリスクを高める量の飲酒 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上
質問の選択肢のうち、下記のいずれかに該当するものとした

男性：週5日～毎日×2合以上、週3～4日×3合以上、週1～2日または月1～3日×5合以上

女性：週3日～毎日×1合以上、週1～2日×3合以上、月1～3日×5合以上

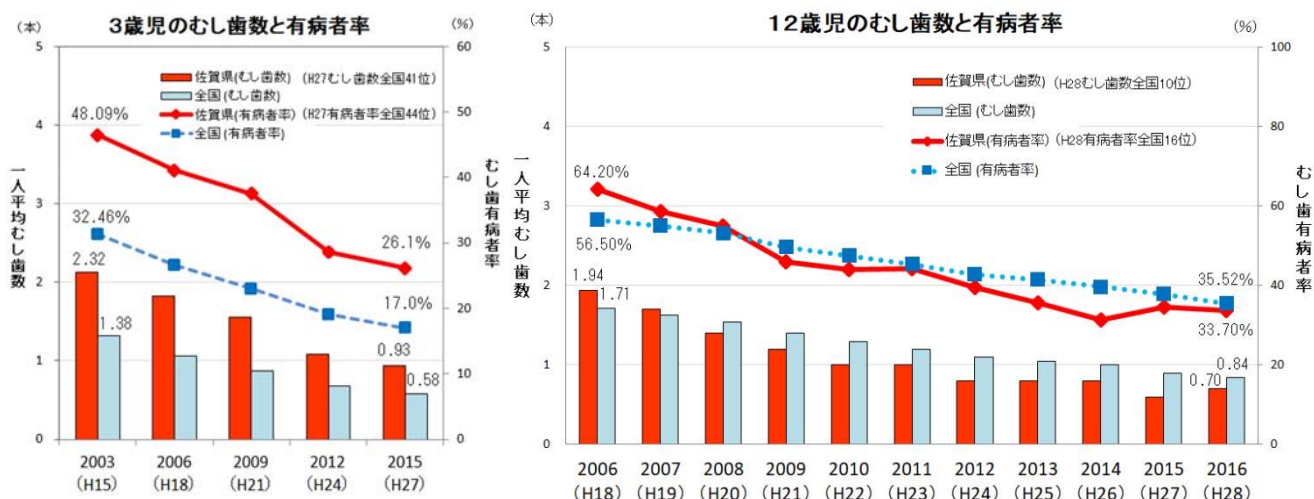
（出典）2011年（H23）の佐賀県は県民健康・栄養調査、2016年（H28）の佐賀県は県民健康意識調査
2012年（H24）、2016年（H28）の全国は国民健康・栄養調査

⑤ 歯科保健の状況

ア むし歯の状況

1999（平成11）年度からフッ化物を応用したう蝕予防事業を推進し、むし歯は着実に減少しています。その成果は、12歳児の一人平均むし歯数と有病者率に現れ、いずれも年々減少し全国平均を下回っています。

しかし、3歳児の一人平均むし歯数及び有病者率は減少はしているものの、全国平均をいまだ上回っている状況です。



（出典）厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

（出典）文部科学省「学校保健統計調査」

イ 歯周病の状況

進行した歯周病に罹患している者は、2016（平成28）年において、佐賀県では40歳代で30.3%、60歳代で49.5%と、2011（平成23）年から改善傾向にあります。

	調査年度	2011年 (H23)	2016年 (H28)
40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	佐賀県	37.0%	30.3%
	全国	28.0%	—
60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	佐賀県	55.7%	49.5%
	全国	51.6%	—

（出典）佐賀県「県民歯科疾患実態調査」、厚生労働省「健康日本21」

ウ 8020達成状況

80歳になっても自分の歯が20本以上ある8020（ハチマルニイマル）を達成した人の割合は、2016（平成28）年において全国では51.2%、佐賀県では49.1%と増加し、改善傾向にあります。

	調査年度	2011年 (H23)	2016年 (H28)
80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合 (※80歳：75歳～84歳)	佐賀県	41.0%	49.1%
	全国	40.2%	51.2%

（出典）佐賀県「県民歯科疾患実態調査」、厚生労働省「歯科疾患実態調査」

(7) 予防接種の状況

麻しん及び風しんにおいては、国の指針（麻しんに関する特定感染症予防指針・風しんに関する特定感染症予防指針）に基づき、定期予防接種の第Ⅰ期（1歳児）、第Ⅱ期（就学前）のそれぞれの接種率が95%以上となることを目標としています。

2016（平成28）年度は、第Ⅰ期、第Ⅱ期ともに目標値を満たしています。

● 麻しん接種率の推移 ※各接種率は、小数点第2位以下を四捨五入

	2014年度（H26）		2015年度（H27）		2016年度（H28）	
	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅰ期	第Ⅱ期
佐賀県平均	94.1%	92.9%	95.7%	94.3%	97.5%	95.0%
全国平均	96.4%	93.3%	96.2%	92.9%	97.2%	93.1%

（出典）厚生労働省健康局健康課、国立感染症研究所感染症疫学センター

● 風しん接種率の推移 ※各接種率は、小数点第2位以下を四捨五入

	2014年度（H26）		2015年度（H27）		2016年度（H28）	
	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅰ期	第Ⅱ期
佐賀県平均	94.0%	92.9%	95.7%	94.3%	97.5%	95.0%
全国平均	96.4%	93.3%	96.2%	92.9%	97.2%	93.1%

（出典）厚生労働省健康局健康課、国立感染症研究所感染症疫学センター

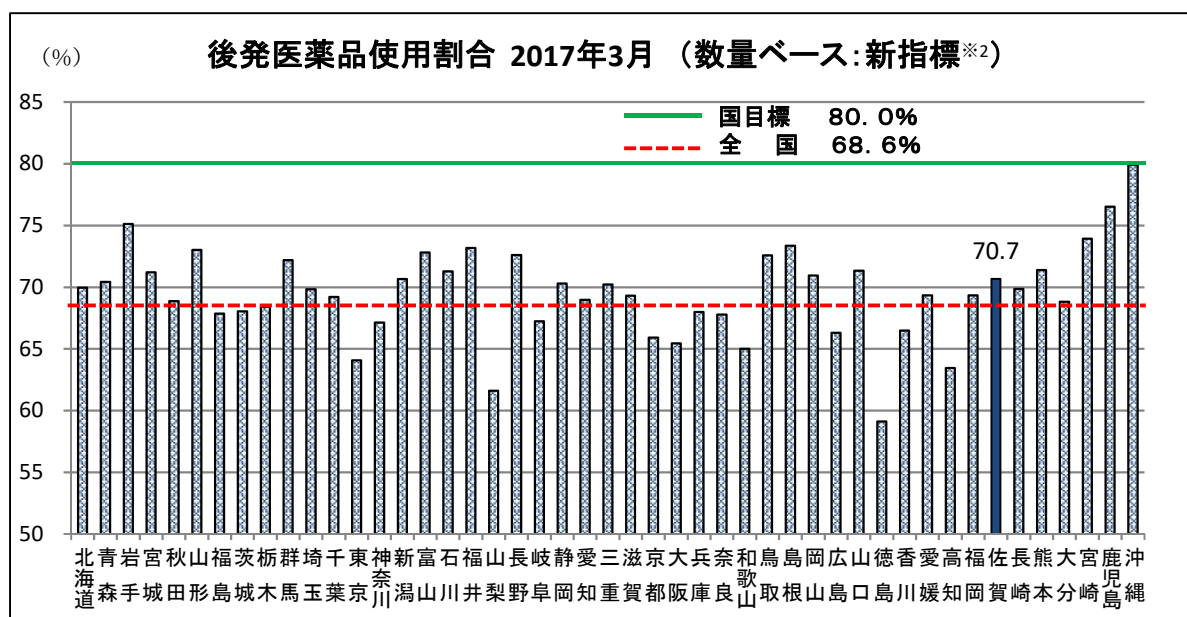
（参考）予防接種法に基づく「定期の予防接種」

区 分	疾病（予防接種）名	対 象 者
A類疾病	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎（ポリオ） 破傷風	第1期：生後3月から生後90月に至るまで 第2期：11歳以上13歳未満 （第2期はジフテリア、破傷風のみ）
	麻しん 風しん	第1期：生後12月から生後24月に至るまで 第2期：5歳以上7歳未満のうち、就学前1年
	日本脳炎	第1期：生後6月から生後90月に至るまで 第2期：9歳以上13歳未満
	結核（BCG）	生後1歳に至るまで
	Hib感染症	生後2月から生後60月に至るまで
	小児の肺炎球菌感染症	生後2月から生後60月に至るまで
	ヒトパピローマウイルス感染症	小学6年から高校1年生相当の女子
	水痘	生後12月から生後36月に至るまで
	B型肝炎	生後1歳に至るまで
	痘そう	定期の予防接種は実施していない
B類疾病	インフルエンザ	① 65歳以上 ② 60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等
	高齢者の肺炎球菌感染症	① 65歳以上 ② 60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等

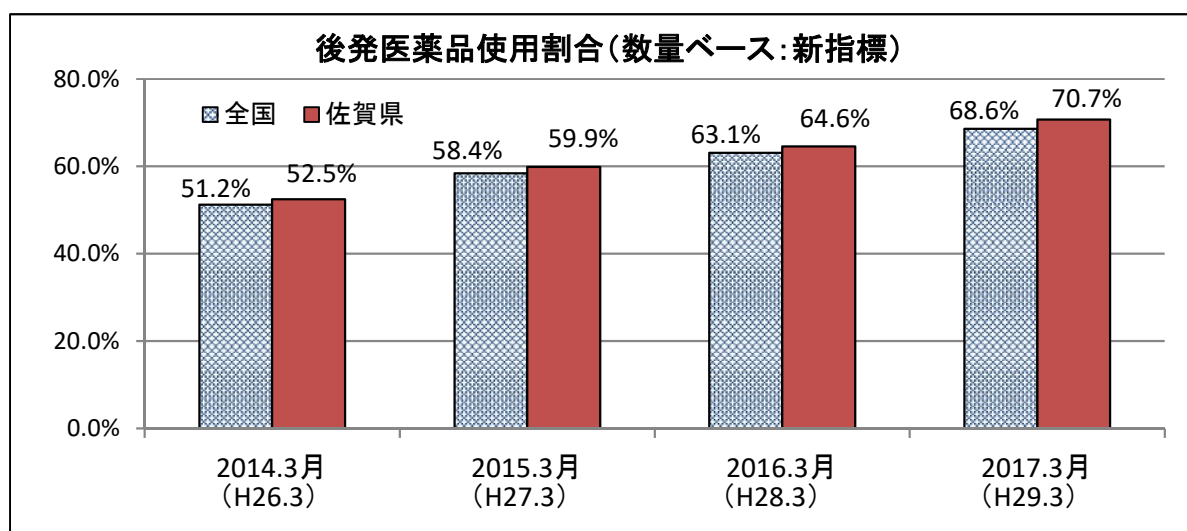
3 医薬品の使用状況

(1) 後発医薬品^{※1}の使用状況

本県における保険薬局において使用された医薬品のうち、後発医薬品の使用割合（数量ベース）は年々上昇しており、2017（平成29）年3月現在70.7%と、全国の68.6%を2.1%上回っています。



（出典）厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」

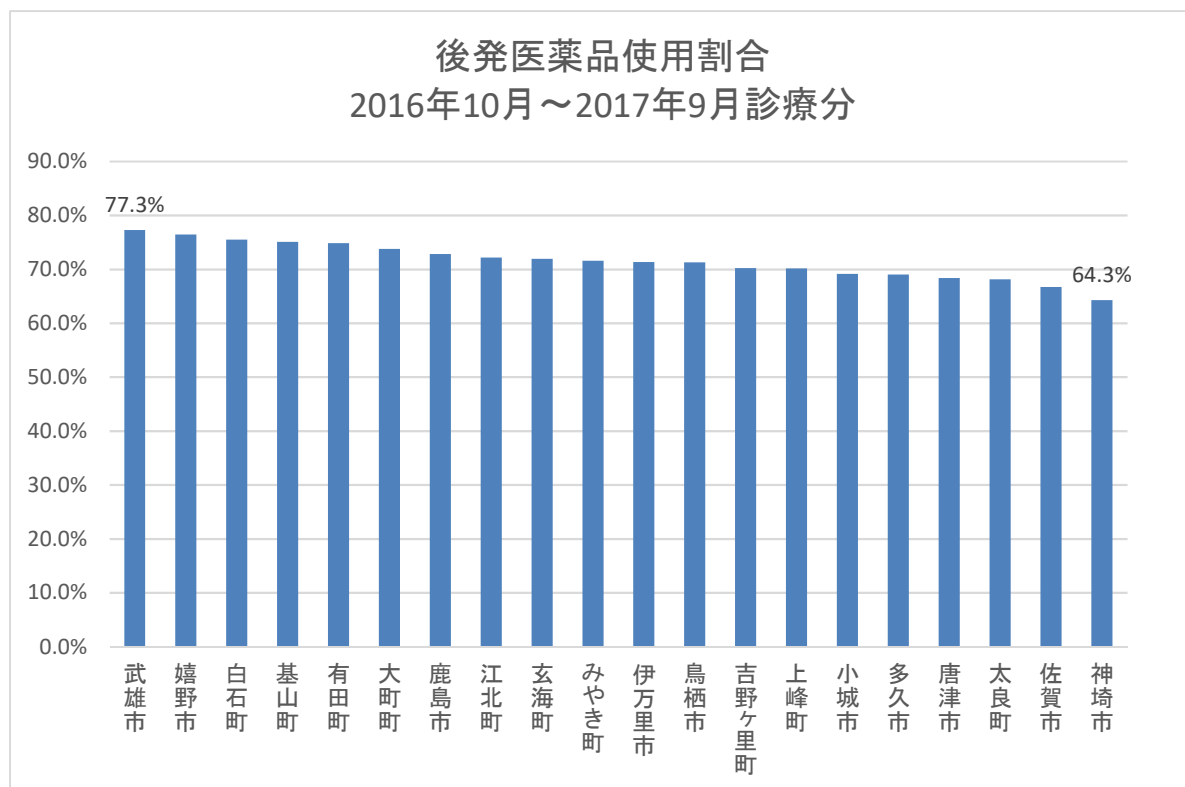


（出典）厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」

※1 後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは
新医薬品等とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有するものとして承認された医薬品

※2 新指標とは
後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア（「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標）

2016（平成28）年10月から2017（平成29）年9月診療分の市町国保での使用割合（数量ベース）では、最も高い武雄市で77.3%、最も低い神埼市で64.3%となっています。



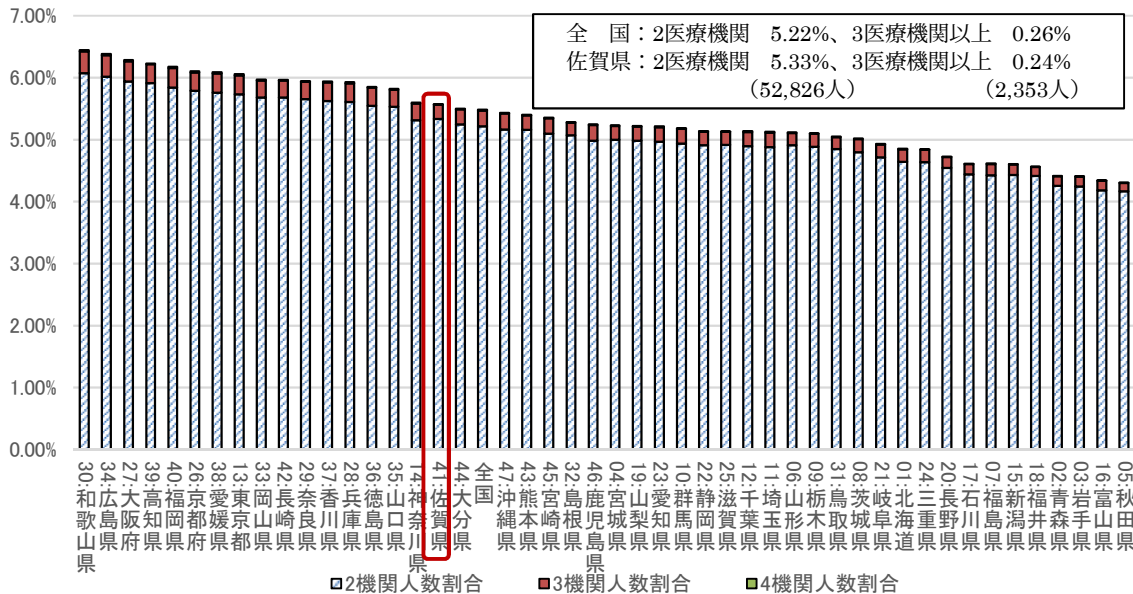
（出典）佐賀県国民健康保険団体連合会 市町国保レセプトデータ

(2) 受診行動や医薬品の適正使用

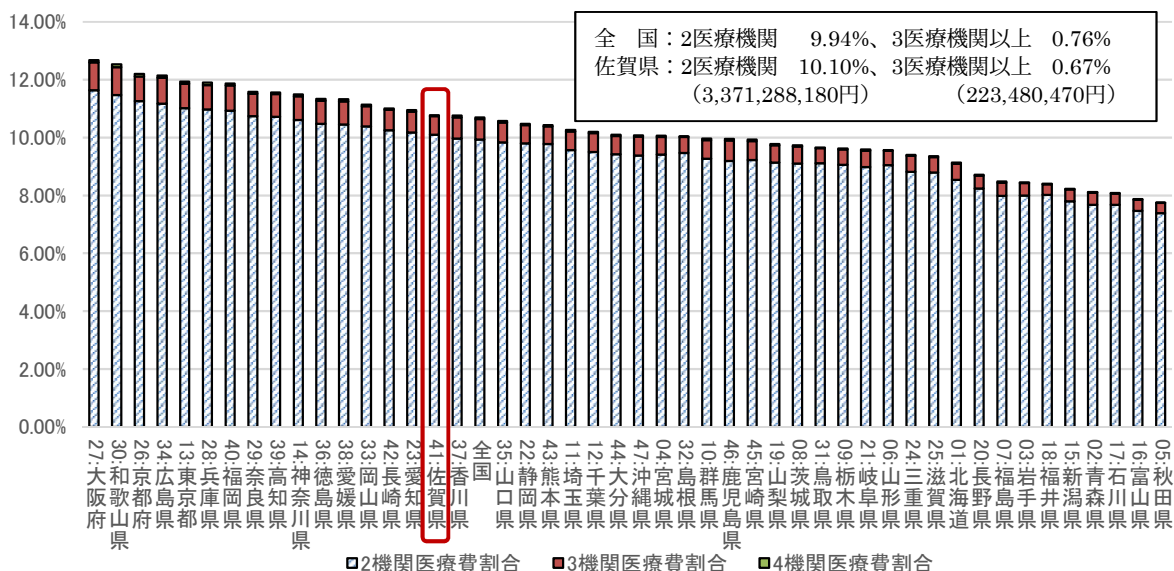
① 重複受診の状況

2013（平成25）年10月に、外来において重複受診（同一疾患により同一月に複数の医療機関を受診）している患者の割合は佐賀県5.57%（全国5.48%）、医療費の総医療費に占める割合は10.77%（全国10.70%）と、全国に比べてやや高くなっています。

2医療機関以上の重複受診（患者数割合）



2医療機関以上の重複受診（医療費割合）



（出典）厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」（診療年月が2013年10月に該当するレセプト）

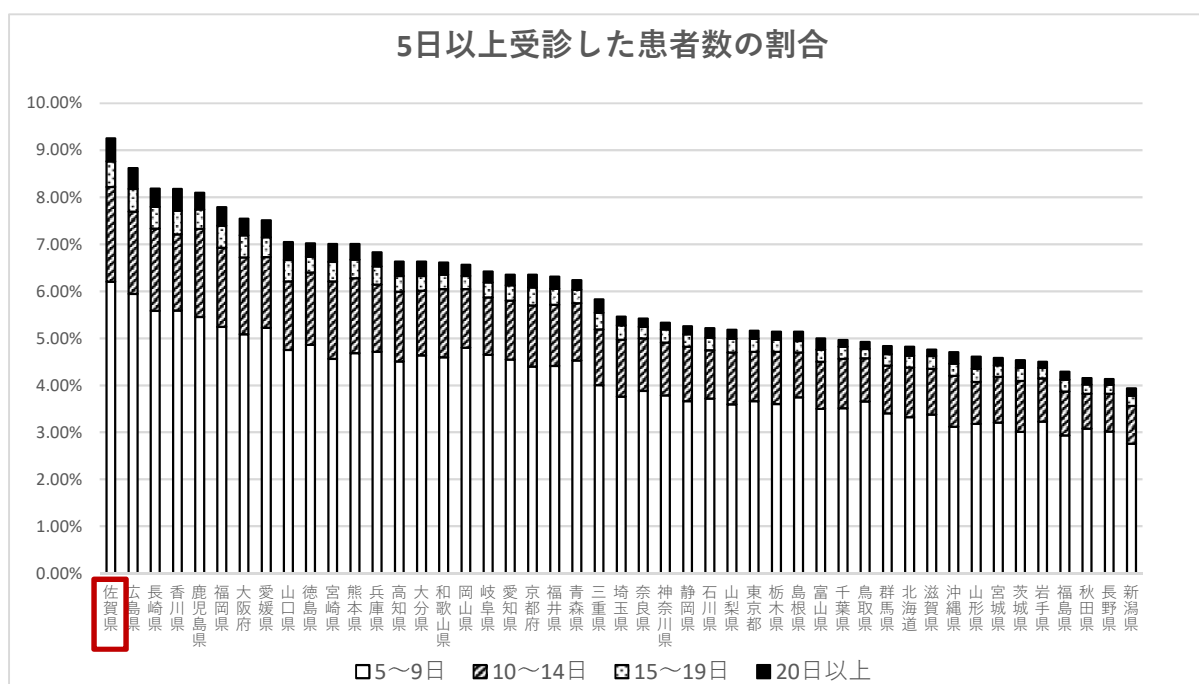
注）医科入院外（外来）レセプトのうち、次の疾患に該当する傷病名が記載されたレセプト、および医科レセプト（外来）に紐づく調剤レセプトを対象：胃の悪性新生物、結腸及び直腸の悪性新生物、気管、気管支及び肺の悪性新生物、乳房の悪性新生物、糖尿病、脂質異常症、血管性認知症、気分障害、アルツハイマー病、眼及び付属器の疾患、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、急性上気道感染症、肺炎、急性気管支炎及び急性細気管支炎、慢性閉塞性肺疾患、喘息、食道、胃及び十二指腸の疾患、皮膚及び皮下組織の疾患、下関節障害、骨粗しょう症、糸球体疾患、腎尿細管性疾患及び腎不全

② 頻回受診の状況

2013（平成25）年10月に、外来において同一疾患により同一の医療機関を同一月内に繰り返し受診している患者の割合は、5日以上で9.25%であり、総医療費に占める割合は約26%となっています。

また、患者数の割合では、全国で最も高い状況です。

	0～4日		5～9日		10～14日		15～19日		20日以上	
	人数	医療費	人数	医療費	人数	医療費	人数	医療費	人数	医療費
佐賀県	90.75%	73.83%	6.20%	10.73%	2.02%	11.77%	0.54%	1.83%	0.49%	1.84%
全 国	94.10%	80.61%	4.11%	7.95%	1.24%	9.10%	0.32%	1.39%	0.23%	0.95%



（出典）厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」

（注）診療年月が2013年10月に該当する、医科入院外（外来）レセプト、調剤レセプトを対象とする。

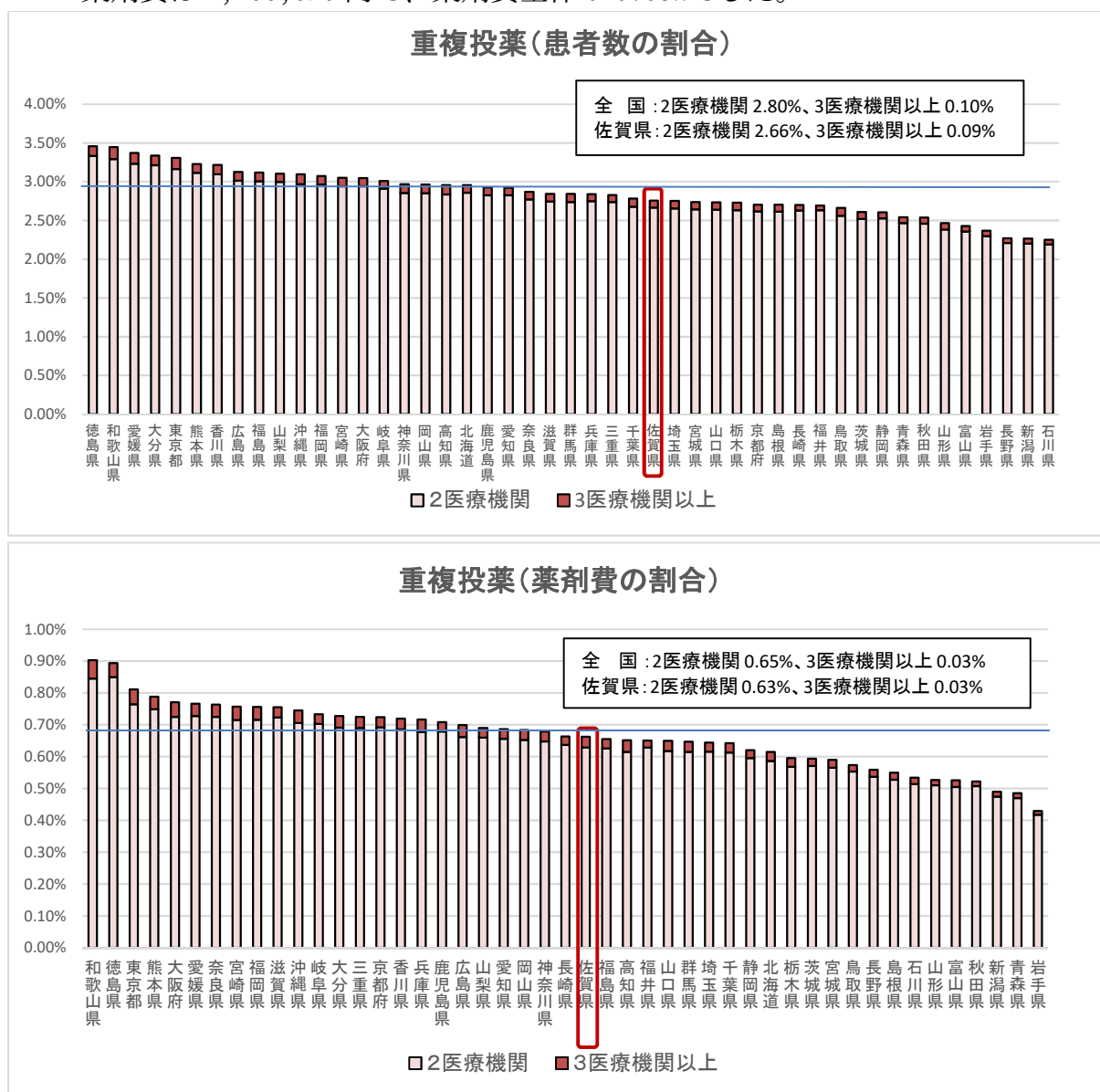
患者ごとに受診日数が一番多いレセプトのみを採用し、次の集計処理を行っている。

- ① 受診日数が一番多いものを採用する。
- ② 受診日数が一番多いものが複数存在する場合、受診日数が一番多いものの中で医療費が一番高いものを採用する。
- ③ 一番多い受診日数、一番高い医療費が同一の場合、二次医療圏コードが若いものを採用する。

③ 重複投薬

2013（平成25）年10月に、外来において、同一成分の薬剤を投与（重複投薬）された患者について、2医療機関からの投薬を受けた患者は9,507人で、患者総数の2.66%を占め、薬剤費は22,325,812円で、薬剤費全体の0.63%でした。

3医療機関以上では、患者総数の0.09%（331人）の患者が重複投薬を受け、薬剤費は1,206,690円で、薬剤費全体の0.03%でした。



（出典）厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」

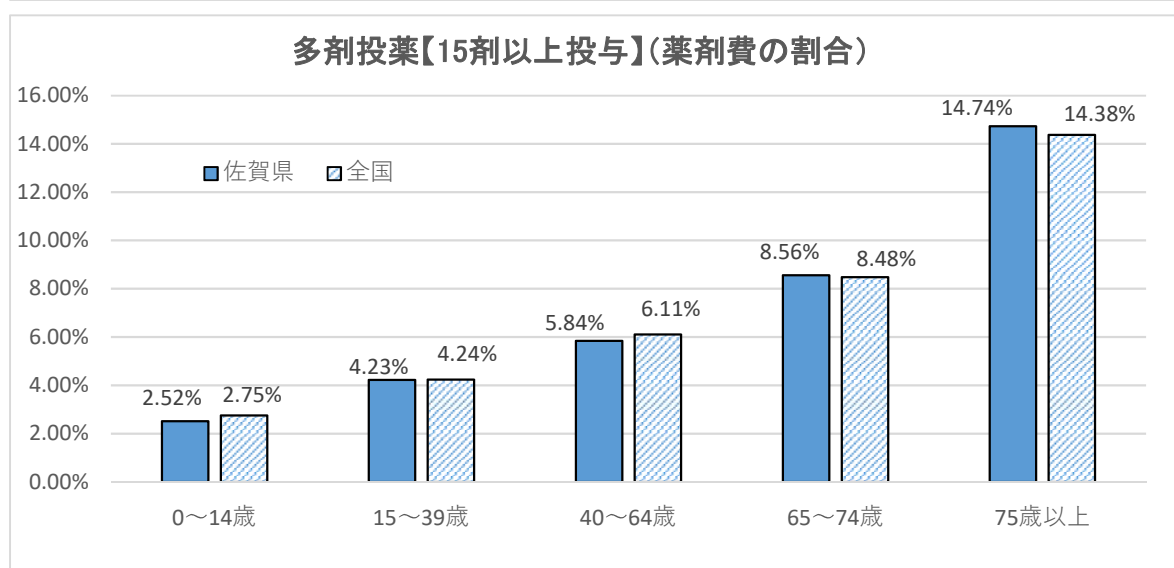
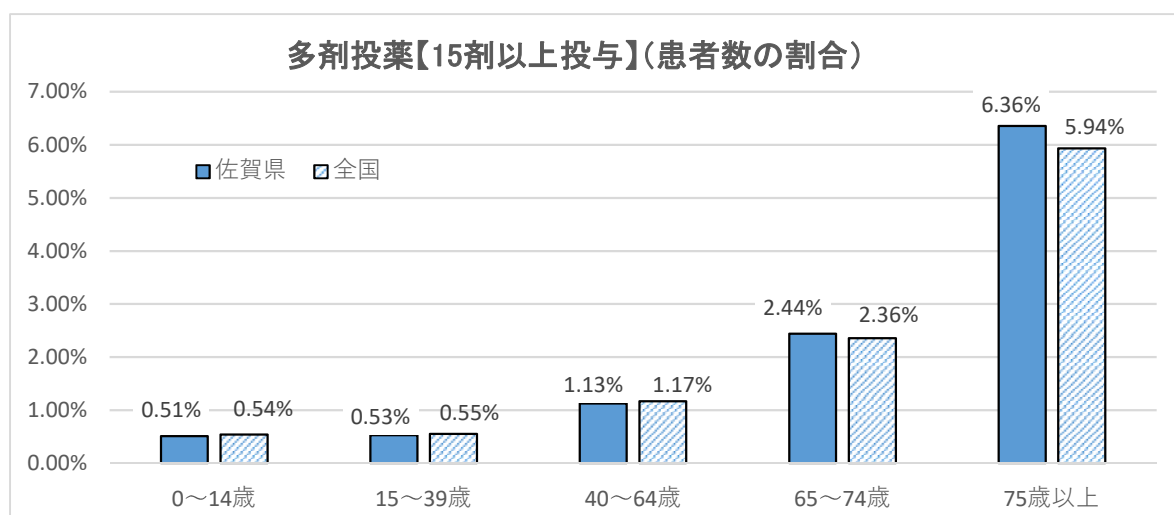
- （注1）2013年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。
 ※患者の割合：患者Aがaという薬剤を2医療機関から、bという薬剤を3医療機関から投与されている場合は、3医療機関として計上。
 ※薬剤費の割合：複数医療機関から投与された同一成分の薬剤の金額の合計。ただし、患者Aがaという薬剤を2医療機関から、bという薬剤を3医療機関から投与されている場合は、後者のみを計上。

- （注2）処方日数は考慮していないため、例えば、1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から投与されている場合も含まれる。また、例えば、夜間に救急で診療を受けて薬をもらい、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬をもらう場合や、医療機関が連携して患者の治療を行うため、患者紹介を行った場合等も含まれる。

④ 多剤投薬

2013（平成25）年10月に、外来において、15剤以上の医薬品を投与（多剤投薬）されている患者が全患者数に占める割合は、2.47%（9,774人）で、総薬剤費に占める割合は9.91%（346,741,378円）と全国より高くなっています。

特に、75歳以上では患者数は6.36%、総薬剤費に占める割合は14.74%と、74歳以下と比べて全体に占める割合が高くなっています。



佐賀県	人数（人）				薬剤費			
	患者総数	15剤以上投与	（割合）	（全国）	患者総数	15剤以上投与	（割合）	（全国）
0～14歳	54,287	279	0.51%	0.54%	149,013,930	3,754,389	2.52%	2.75%
15～39歳	57,967	305	0.53%	0.55%	230,658,535	9,756,516	4.23%	4.24%
40～64歳	117,090	1,321	1.13%	1.17%	889,672,701	51,956,100	5.84%	6.11%
65～74歳	70,460	1,719	2.44%	2.36%	770,131,597	65,935,182	8.56%	8.48%
75歳以上	96,337	6,123	6.36%	5.94%	1,459,653,460	215,093,951	14.74%	14.38%
全年齢	396,325	9,774	2.47%	2.22%	3,500,398,606	346,741,378	9.91%	9.42%

注）患者の状態が不明であるため、投与された種類数の適否を一概に判断することはできないことに留意が必要。

（出典）厚生労働省「医療費適正化計画関係データセット」（診療年月が2013年10月に該当するレセプト）

⑤ かかりつけ薬剤師・薬局等の状況

2017（平成 29）年 4 月時点の佐賀県内の全保険薬局 519 薬局のうち、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準の届け出を行っている保険薬局は 330 薬局（63.6%）です。

定期的に通院治療を受けている被保険者が多いと思われる国民健康保険及び後期高齢者医療での、2017 年 10 月調剤分の、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定しているレセプト件数は 3,977 件（223 薬局）と、届出薬局 330 薬局中の約 7 割で実施されていました。

また、国民健康保険及び後期高齢者医療での、2018（平成 30）年 1 月調剤分の、重複投薬・相互作用等防止加算を算定しているレセプト件数は 2,083 件（298 薬局）でした。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準届出薬局

	薬局数	二次医療圏別
佐賀市	109	152
多久市	5	
小城市	19	
神埼市	15	
吉野ヶ里町	4	
鳥栖市	32	43
基山町	4	
みやき町	5	
上峰町	2	
唐津市	50	
玄海町	1	51
伊万里市	20	26
有田町	6	58
武雄市	18	
鹿島市	10	
嬉野市	12	
大町	3	
江北町	3	
白石町	10	
太良町	2	
合 計	330	330

（出典）九州厚生局 保険医療機関・保険薬局の届出状況（2017 年 4 月 3 日現在）

		薬局件数（実）	レセプト件数	全レセプト件数（割合）
かかりつけ薬剤師指導料及び かかりつけ薬剤師包括管理料 ※	国保・後期	223 薬局	3,977 件	254,151 件（1.56%）
	協会けんぽ 佐賀支部	123 薬局	797 件	93,787 件（0.85%）

※厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に算定される。

（出典）国保・後期：国保連合会 2017 年 10 月調剤（11 月審査分）に係るレセプト（佐賀県国保連提供）

協会けんぽ佐賀支部：2017 年 9 月調剤（10 月審査分）に係るレセプト（協会けんぽ佐賀支部提供）

		薬局件数（実）	レセプト件数
重複投薬・相互作用等防止加算※	国保・後期	298 薬局	2,083 件

※薬剤服用歴に基づき、重複投与、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に加算される。

（出典）国保・後期：国保連合会 2018 年 1 月調剤（2 月審査分）に係るレセプト（佐賀県国保連提供）

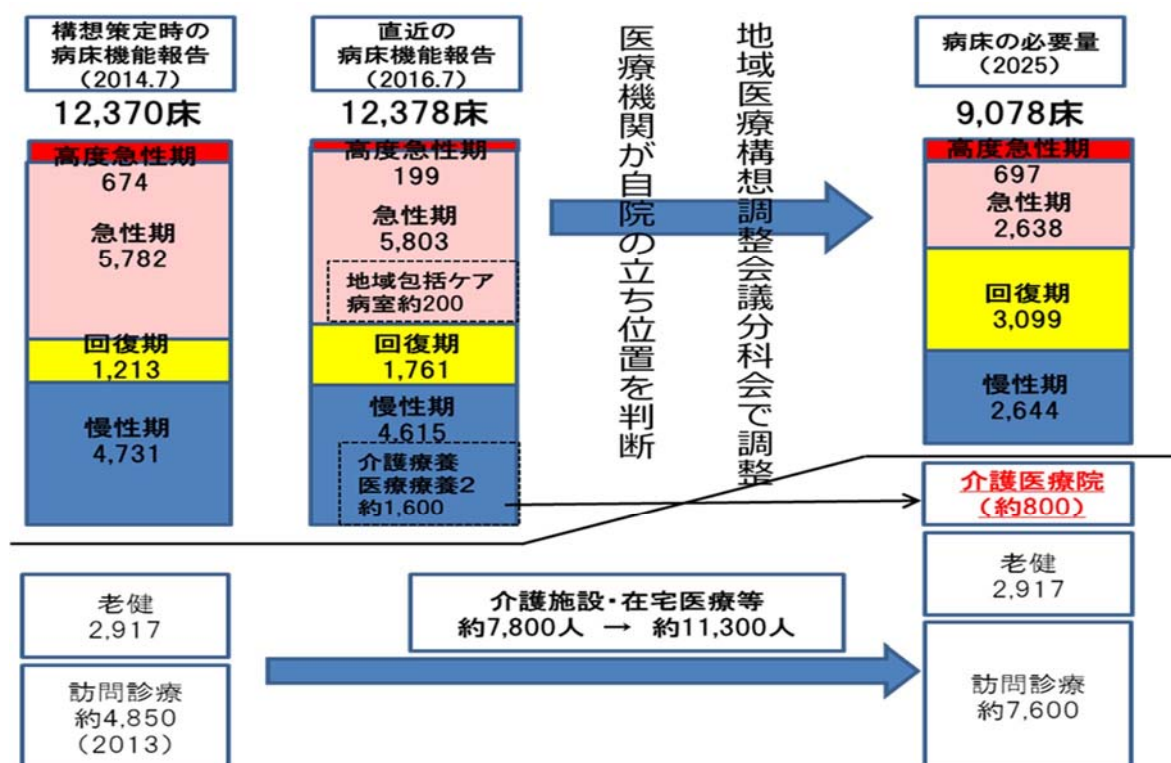
4 医療需要

(1) 医療需要（地域医療構想）

2016（平成28）年3月に策定した佐賀県地域医療構想において、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに将来の医療需要及び病床の必要量を推計しています。

推計した医療需要を基に算出した2025（平成37）年の本県の病床の必要量は、高度急性期697床、急性期2,638床、回復期3,099床、慢性期2,644床となっています。

病床機能報告の推移と病床の必要量を比較すると、単純な比較はできませんが、病床機能ごとの病床数は必要量に向かって収れんが進んでいます。



※図は県単位で便宜上示したイメージであり、実際の機能分化は医療圏単位に行うものである

2025年（平成37年）の病床の必要量

	県全体	中部	東部	北部	西部	南部
高度急性期	697	372	31	101	32	161
急性期	2,638	1,168	286	378	171	635
回復期	3,099	1,430	472	269	244	684
慢性期	2,644	855	559	437	272	521
合計	9,078	3,825	1,348	1,185	719	2,001

(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 病院病床数

2016（平成 28）年厚生労働省医療施設調査によると、本県の病院病床数は14,990床で、人口10万人当たり1,810.4床となっています。これは、全国平均の1,229.8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6,391床（42.6%）が最も多く、次いで、療養病床4,322床（28.8%）、精神病床4,223床（28.2%）、結核病床30床（0.2%）、感染症病床24床（0.2%）となっています。

※ 2017（平成 29）年12月31日現在の病院病床数概数は14,934床で、一般病床6,355床、療養病床4,336床、精神病床4,189床、結核病床30床、感染症病床24床となっています。

病床種別ごとの人口10万人当たりの病床数は、一般病床771.9床（全国平均702.3床）、療養病床522.0床（全国平均258.5床）、精神病床は510.0床（全国263.3床）、結核病床3.6床（全国平均4.2床）、感染症病床2.9床（全国平均1.5床）となっています。

② 一般診療所病床数

本県の一般診療所の病床数は2,414床で、人口10万人当たり291.5床となっています。これは、全国平均の81.5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352床（14.6%）で、人口10万人当たり42.5床となっています。これは、全国平均の7.8床の5倍を超えています。

※ 2017（平成 29）年12月31日現在の一般診療所病床数は、2,365床で、うち療養病床数は362床となっています。

医療施設病床数

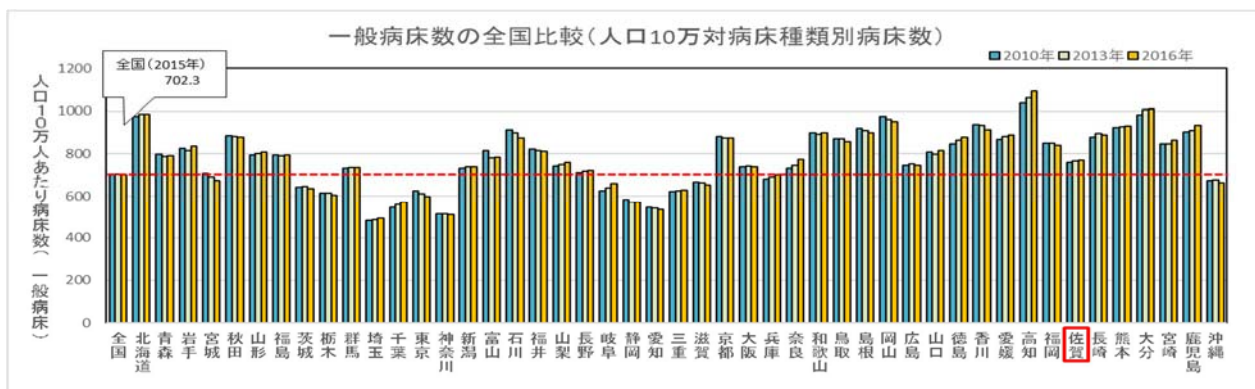
2016年10月1日現在

		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
実 数	全国	1,561,005	891,398	328,161	334,258	5,347	1,841	103,451	9,906
	佐賀県	14,990	6,391	4,322	4,223	30	24	2,414	352
	中部	5,865	3,101	1,287	1,469	—	8	919	114
	東部	2,404	707	891	772	30	4	275	38
	北部	2,192	846	643	611	—	4	352	85
	西部	1,294	484	476	330	—	4	256	53
	南部	3,323	1,253	1,025	1,041	—	4	612	62
人口 10万対	全国	1,229.8	702.3	258.5	263.3	4.2	1.5	81.5	7.8
	佐賀県	1,810.4	771.9	522.0	510.0	3.6	2.9	291.5	42.5

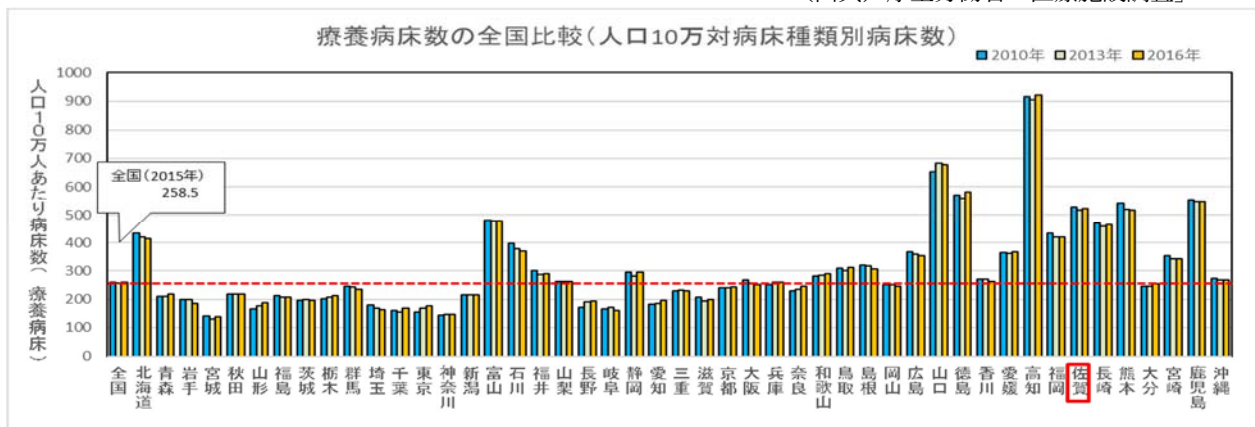
※計数のない場合－

(厚生労働省「医療施設調査」)

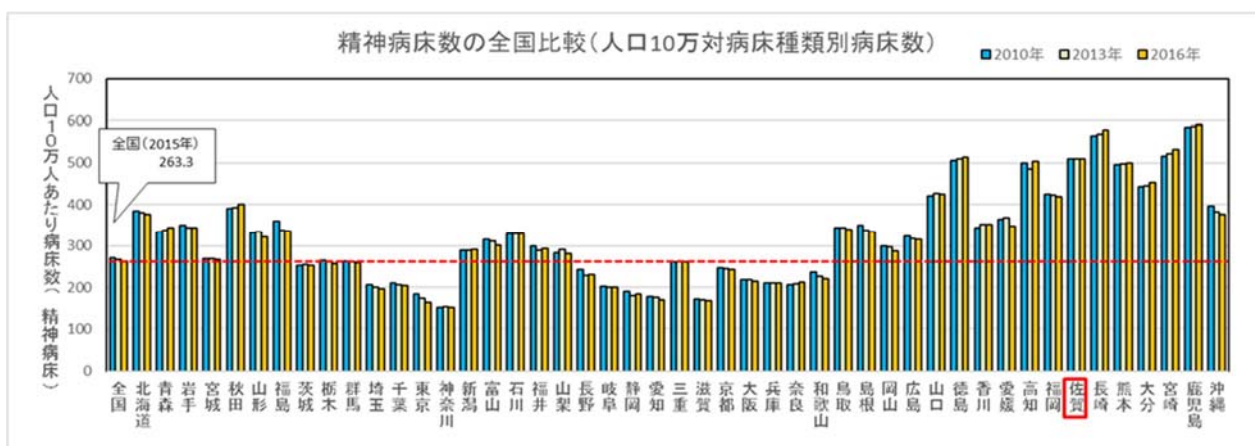
第2章 佐賀県の医療費を取り巻く現状と課題



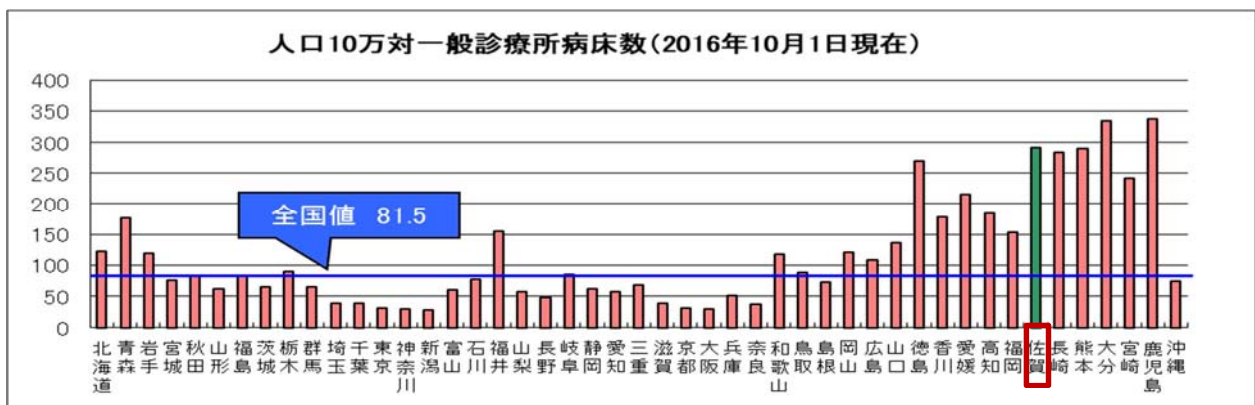
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

③ 療養病床の状況

本県における2017（平成29）年10月現在の療養病床数は、4,710床（医療保険適用：3,911床、介護保険適用：799床）となっており、2012（平成24）年10月時点の療養病床数4,769床（医療保険適用：3,755床、介護保険適用：1,014床）より59床減少しています。

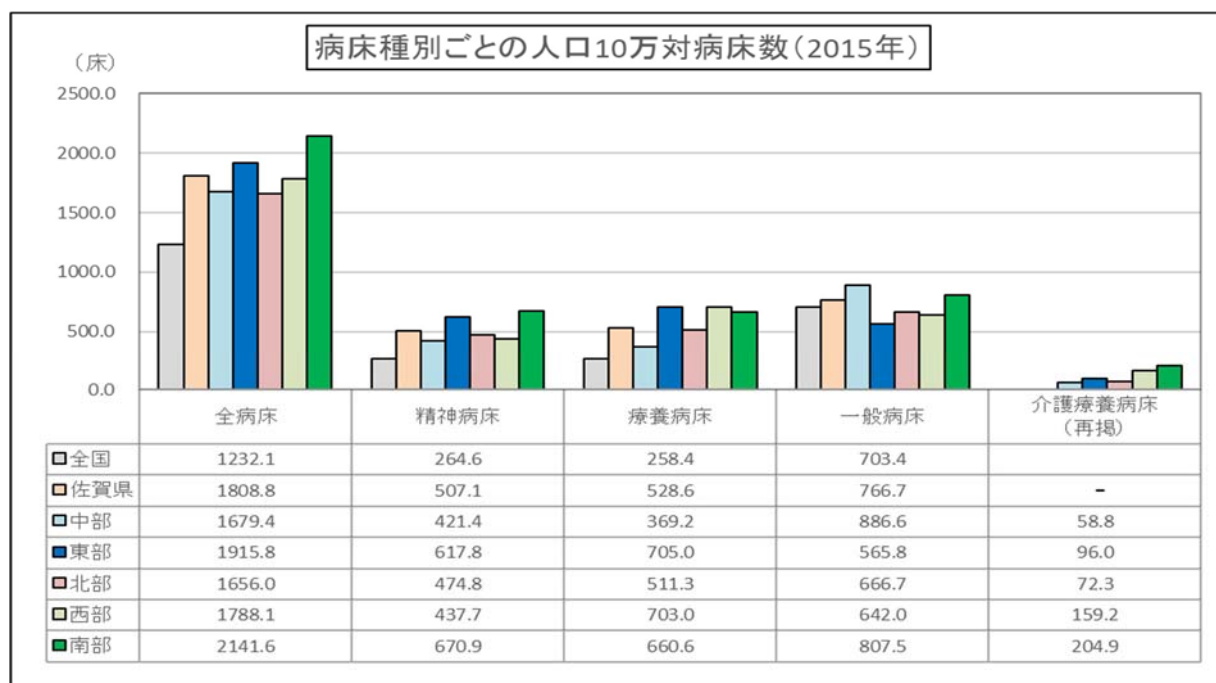
療養病床の病床数

区 分	病床数	
	2012年10月	2017年10月
医療保険適用	3,755床	3,911床
介護保険適用	1,014床	799床
合 計	4,769床	4,710床

④ 二次医療圏ごとの病床種類別人口10万対病床数

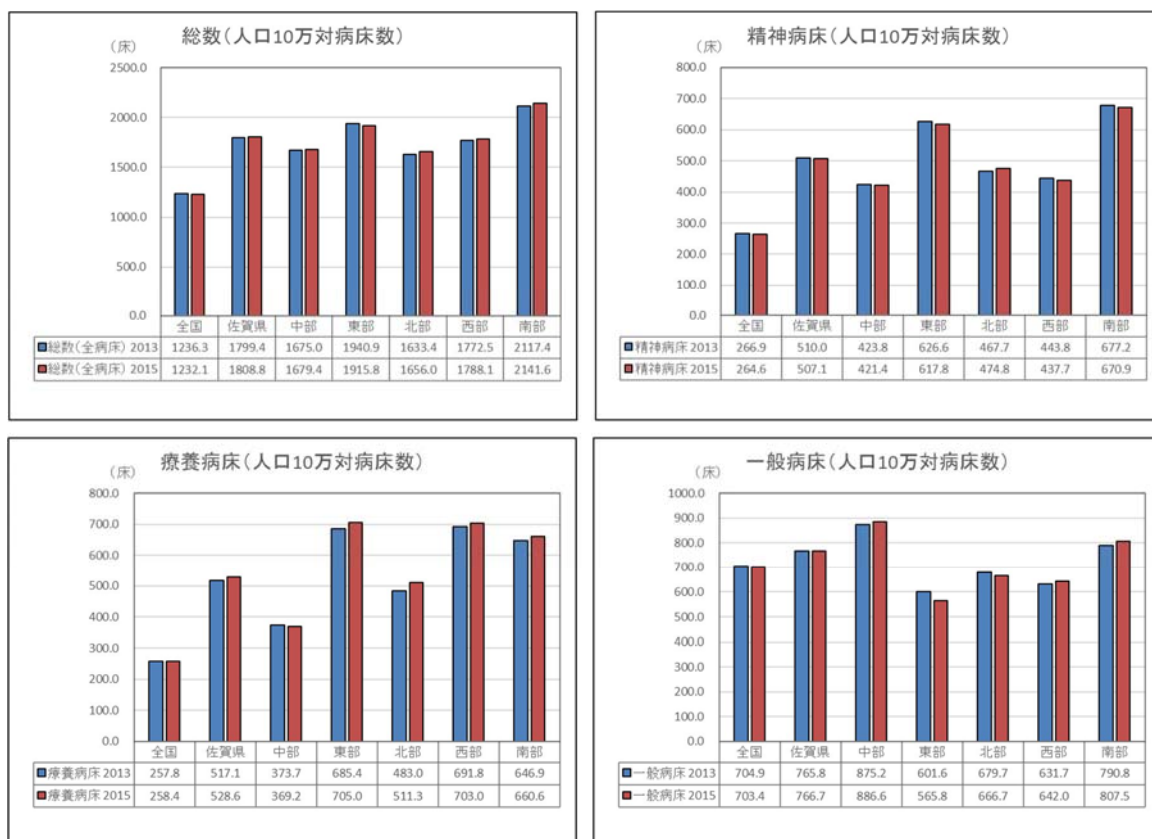
病床種別ごとの人口10万対病床数を二次医療圏ごとにみると、全病床及び精神病床では、東部医療圏と南部医療圏が多く、療養病床では、東部、西部、南部医療圏が多く、一般病床は、中部医療圏が多くなっています。

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。



資料：厚生労働省「医療施設調査」
佐賀県「病院報告」

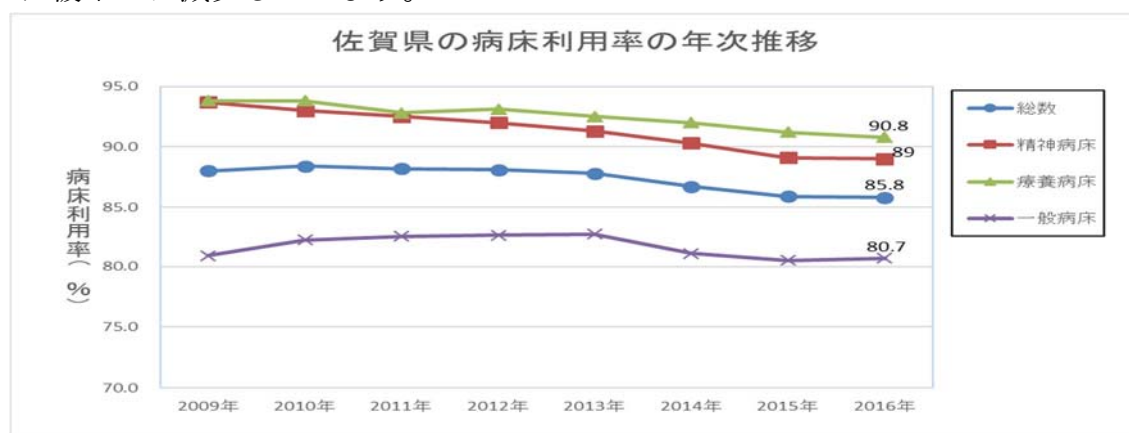
全国では、全病床の総数で人口10万対病床数が減少していますが、本県全体ではわずかながら増加しています。しかし、東部医療圏においては減少しており、特に一般病床が大きく減少しています。



(3) 病床の利用状況

本県の2016(平成28)年の病床利用率[※]は、一般病床が80.7%(全国75.2%)、療養病床90.8%(全国88.2%)、精神病床89.0%(全国86.2%)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一般病床は横ばい、精神病床及び療養病床は緩やかに減少しています。



〔参考〕

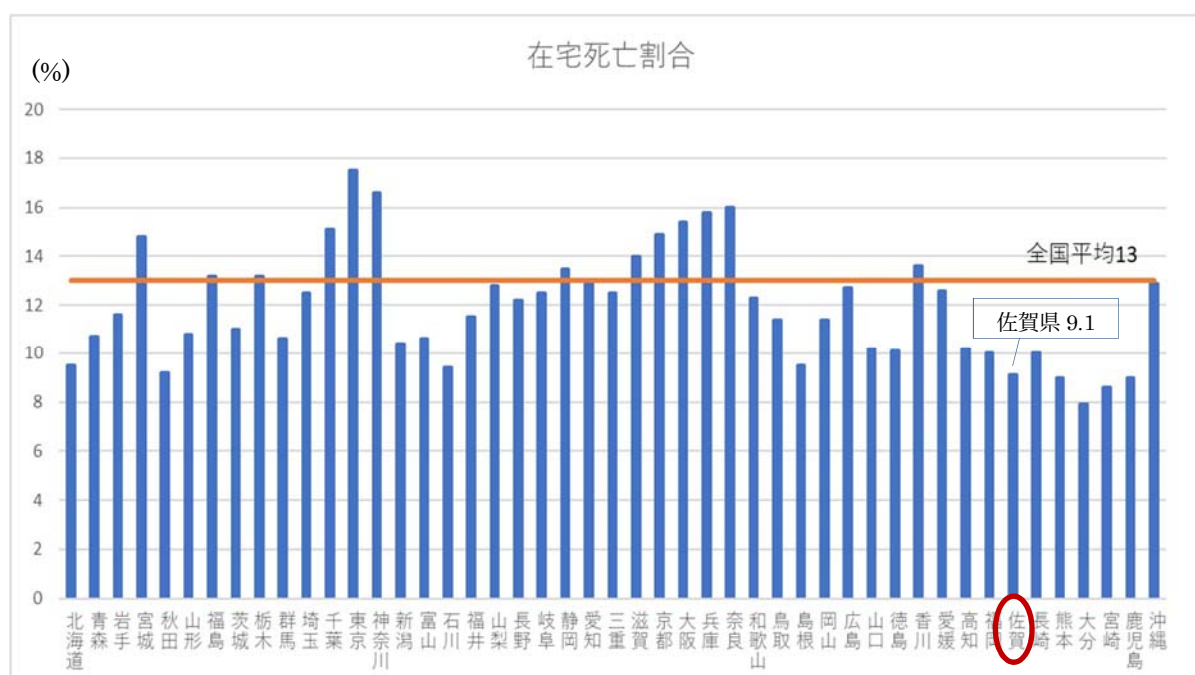
$$\text{病床利用率} = \frac{\text{月間在院患者延べ数の1月～12月の合計}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の1月～12月の合計}} \times 100$$

(4) 在宅医療提供体制等の状況

① 在宅死亡率の状況

本県における2016(平成28)年の在宅死亡割合は9.1%(全国平均13%)で、全国でも低い状況にあります。

この背景には、在宅医療そのものの認知度が低いことや、本県においては、人口10万人当たりの病床数(1,810.4床)が全国平均(1,229.8床)を大きく上回っている状況であり、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。



(%)

	2012(H24)		2013(H25)		2014(H26)		2015(H27)		2016(H28)	
	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀	全国	佐賀
総数	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
施設内総数	85	89.3	85	89.5	85.1	89.9	85.2	89.3	85	88.9
病院	76.3	79.1	75.6	78	75.2	78	74.6	77.5	73.9	77.1
診療所	2.3	4.1	2.2	4.6	2.1	4.8	2	4.2	1.9	3.8
介護老人保健施設	1.7	1.9	1.9	2	2	2.2	2.3	2.5	2.3	2.5
助産所	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-
老人ホーム	4.6	4.2	5.3	4.9	5.8	5	6.3	5	6.9	5.4
施設外総数	15	10.7	15	10.5	14.9	10.1	14.8	10.7	15	11.1
自宅	12.8	8.7	12.9	8.7	12.8	8.1	12.7	8.5	13	9.1
その他	2.2	2	2.2	1.8	2.2	2	2.1	2.2	2.1	2

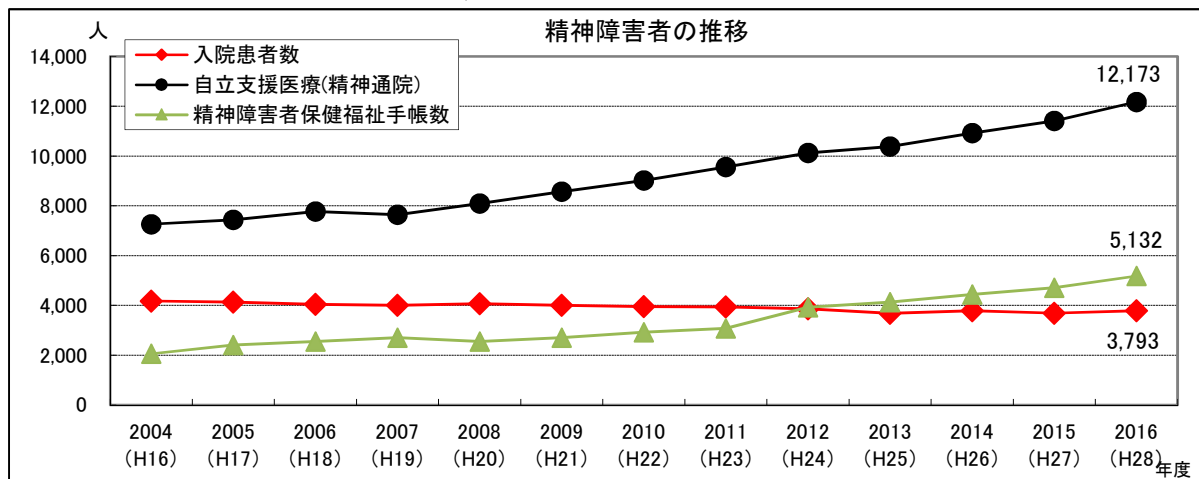
資料：厚生労働省「人口動態調査」

② 精神疾患患者の状況

ア 概況

県内の精神科病院に入院している人は、2016年度末現在3,793人で、5年前（2011年度末現在4,033人）と比べると、グループホーム等の受け皿整備を図り地域移行が進んだ結果、減少傾向にあります。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、2016年度末現在12,173人であり、5年前（2011年度末9,559人）と比べ27.3%増加しています。

また、精神障害者保健福祉手帳の取得者は、2016年度末現在5,132人で、5年前（2011年度末現在3,620人）と比べ、41.8%増加しています。



(出典) 精神科病院月報・精神障害福祉センター調べ

イ 在院患者の状況

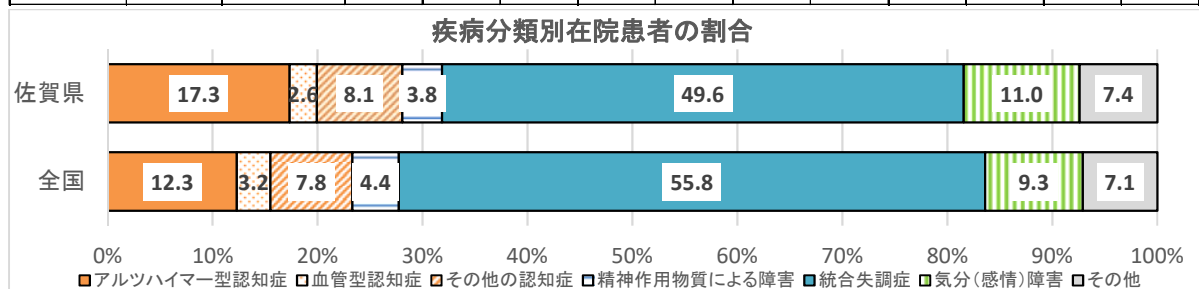
疾患別では、2015年6月30日現在の在院患者3,782人のうち、統合失調症1,882人(49.6%)、アルツハイマー病型認知症656人(17.3%)、気分(感情)障害416人(11.0%)で78.1%を占めています。

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。

疾病分類別在院患者数

2015(平成27)年6月30日現在

		器質性精神障害				精神作用物質による障害				統合失調症	気分(感情)障害	その他	合計
		計	アルツハイマー型認知症	血管型認知症	左記以外	計	アルコール	覚せい剤	アルコール覚醒剤以外				
佐賀県	人数	1,060	656	98	306	144	126	7	11	1,882	416	280	3,782
	割合(%)	28.0	17.3	2.6	8.1	3.8	3.3	0.2	0.3	49.6	11.0	7.4	100.0
全国	人数	64,251	33,911	8,888	21,452	12,225	10,901	577	747	153,975	25,573	19,682	275,706
	割合(%)	23.3	12.3	3.2	7.8	4.4	4.0	0.2	0.3	55.8	9.3	7.1	100.0



(出典) 2015年精神保健福祉資料(2015年6月30日現在)

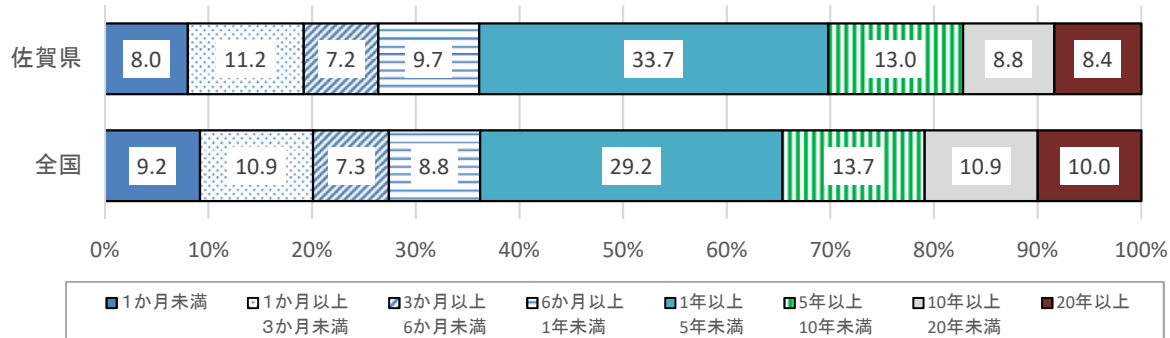
2015（平成27）年6月30日現在で、3,782人が入院していますが、うち、5年以上の長期入院患者は1,140人で、全体の30.1%を占めています。

精神科病院在院患者の状況（在院期間）

2015（平成27）年6月30日現在

		1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	合計
佐賀県	在院患者数	303	423	273	368	1,275	492	331	317	3,782
	割合(%)	8.0	11.2	7.2	9.7	33.7	13.0	8.8	8.4	100.0
全国	在院患者数	25,356	29,848	20,086	24,024	80,152	37,714	29,805	27,506	274,491
	割合(%)	9.2	10.9	7.3	8.8	29.2	13.7	10.9	10.0	100.0

精神科病院在院患者の状況（在院期間）



(出典) 2015年精神保健福祉資料（2015年6月30日現在）

ウ 退院患者の状況

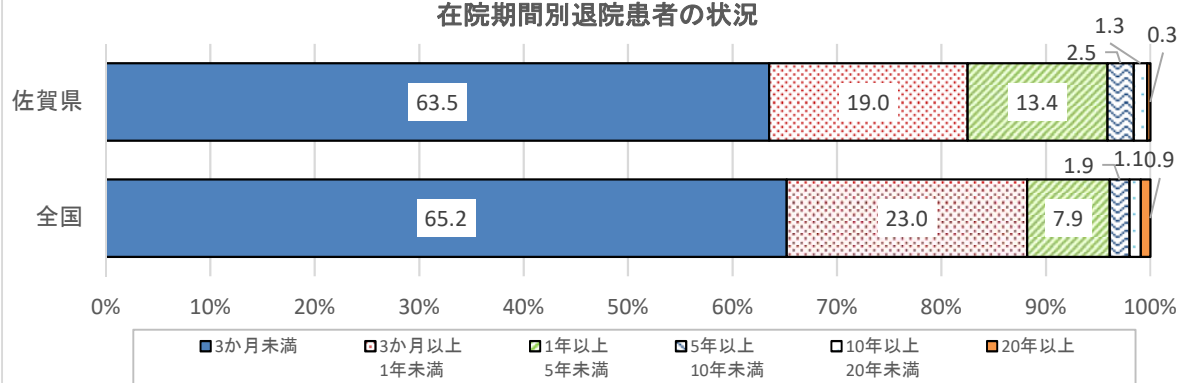
在院期間別の退院患者数(2015年6月の1か月間)では、3か月未満で63.5%（全国：65.2%）が、1年未満では82.5%（全国：88.1%）が退院しており、8割以上が1年以内に退院ができています。

在院期間別退院患者の状況

2015（平成27）年6月30日現在

		在院期間別						計
		3か月未満	3か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	
佐賀県	人数	251	75	53	10	5	1	395
	割合(%)	63.5	19.0	13.4	2.5	1.3	0.3	100.0
全国	人数	20,558	7,246	2,502	609	354	286	31,555
	割合(%)	65.2	23.0	7.9	1.9	1.1	0.9	100.0

在院期間別退院患者の状況



(出典) 2015年精神保健福祉資料（2015年6月30日現在）

第3章 医療費適正化に向けた目標と取組

1 県民の健康の保持の推進

(1) 特定健康診査・特定保健指導

■ 現状の取組

<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、次のような取組の工夫が行われています。

□ 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を自宅へ直接送付、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、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ています。

- 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）

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 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値に達していない
- 健診未受診者のうち 77.0%が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
- 市町国保においては、働き盛りの 40～50 歳代と定年後の 60 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
- メタボ予備群の割合が全国 5 位と高く、該当者及び予備群の割合も全国平均より高い

■ 今後の県の取組の方向性

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
- 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

※ ポピュレーションアプローチとは、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

■ アウトカム目標

引き続き、実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、下表のとおり第2期計画の目標を維持します。

目 標 項 目	現状 2015(H27)	目標値 2023(H35)
特定健康診査の実施率 ※1	46.5%	70%
特定保健指導の実施率 ※2	27.9%	45%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率※3	13.43%※4	25%減 (対平成20年度比)

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次のような取組を行っていきます。

- 健診受診率向上策の一つとして、医療機関での健診受診勧奨への協力依頼を行うとともに、医療機関での検査データが活用できる取組が全市町で開始できるような体制整備
- 各保険者が行っている効果的な取組を横展開するため「保険者情報交換会」を開催し、情報共有を行うとともに保険者の取組の推進に向けた支援の実施
- 人材育成研修事業の実施による、特定保健指導を行える人材の確保・育成
- 「地域・職域連携推進事業」を通じた保険者と職域との連携の推進
- 健康への無関心層が健診受診や保健指導の利用につながるよう、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ための啓発

《参考》 国における保険者種別ごとの目標値設定

国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下「基本指針」という。）において特定健康診査実施率の2023（平成35）年度における目標値は70%以上ですが、その全国目標を保険者全体で達成するため、各保険者が実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準にして、各保険者区分に応じて下表の通り目標値が設定されています。各保険者はその値に即して各保険者の実情を踏まえて目標値を設定することとされています。

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	船員保険	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合 (私学除く)
特定健診の 実施率	70%	60%	70%	65%	65%	90%	85%	90%
特定保健指 導の実施率	45%	60%	30%	35%	30%	55%	30%	45%

（※すべて標記の値以上）

- ※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は、第2期計画（平成25～29年度）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。第3期では、特定保健指導対象者の減少率を指す。
- ※4 減少率の基準となる平成20年度の特定保健指導対象者の特定健診対象者総数に占める割合から算出した特定保健指導対象者の推定数

《メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率の算定式》

$$\begin{array}{lcl}
 \text{A} & \boxed{\text{平成20年度特定保健指導対象者の推定数}} & = \boxed{\text{平成20年度3月31日現在住民基本台帳人口}} \times \boxed{\text{平成20年度特定保健指導対象者が含まれる割合}} \\
 \text{B} & \boxed{\text{平成35年度特定保健指導対象者の推定数}} & = \boxed{\text{平成20年度3月31日現在住民基本台帳人口}} \times \boxed{\text{平成35年度特定保健指導対象者が含まれる割合}} \\
 \text{メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう）} & & = \frac{\text{A（平成20年度推定数）} - \text{B（平成35年度推定数）}}{\text{A（平成20年度推定数）}}
 \end{array}$$

(2) たばこ対策

■ 現状の取組

たばこの害は、がん、循環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、かつ成人期を通じ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、出生時の児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群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。

未成年期及び妊娠中の喫煙の防止と、受動喫煙の機会を低下させるため、県においては、次のような取組を行っています。

- 「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
- 教育委員会と協働した、県内すべての中学1年生及び小学6年生への防煙教育の実施
- 乳幼児及び妊産婦への防煙・受動喫煙防止の啓発
- 働き盛り世代への喫煙・受動喫煙防止の啓発
- たばこをやめたい人へ、保険適用できる医療機関の情報提供
- 禁煙治療が行える医療機関の周知

※ 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

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 2016（平成28）年の喫煙率は、男性32.4%、女性6.1%であり、男性においては全国平均よりも高い。
- 「禁煙・完全分煙認証施設」は、2,044施設（2017（平成29）年3月末現在）であり、官公庁や教育施設、医療機関等の保健施設は登録が進んでいるが、それ以外の飲食店や事業所等では全体の約14%にあたる294施設であり、取組が進んでいない。

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、未成年期及び妊娠中の喫煙の防止と、受動喫煙の機会を低下させるよう努めます。

- 喫煙・受動喫煙が体に与える害に対する普及啓発
- 保健事業の場を利用した禁煙を希望する人への禁煙方法等の助言及び情報提供
- 禁煙治療を希望する人への保険適用できる医療機関の情報提供
- 受動喫煙対策としての、「禁煙・完全分煙認証施設」の拡大
- 県内すべての中学1年生及び小学6年生への防煙教育の実施

■ アウトカム目標

成人の喫煙率（※毎年の値把握は不可能）の低下を目標とします。

目 標 項 目	現状 2016(H28)	目標値 2022(H34)
成人（20 歳以上） の喫煙率	総数 18.1% 男性 32.4% 女性 6.1%	総数 15.7% 男性 29.8% 女性 4.6%

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次のような取組を行います

- 喫煙・受動喫煙が体に与える害についての普及啓発
 - 県内すべての中学1年生及び小学6年生への防煙教育の実施
 - 妊娠中の喫煙の影響について啓発を実施
 - 禁煙治療を希望する人への保険適用できる医療機関の情報提供
 - さまざまな保健事業の場を利用した禁煙方法等の助言及び情報提供
 - 受動喫煙対策として「禁煙・完全分煙認証施設数」の拡大を図る
- また、健康増進法改正後は、国の受動喫煙防止強化策に沿った対策の実施

(3) 生活習慣病等の重症化予防

■ 現状の取組

<県の取組>

糖尿病については、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あり、血糖コントロールにより合併症の予防が可能です。

県においては、行政、医療機関の連携強化を図り、生活習慣病の重症化予防を進めるため、次のような取組を行っています。

- 佐賀県「ストップ糖尿病」対策事業
 - ・ 県会議の開催
 - ・ 2次医療圏ごとの会議の開催
 - ・ 基幹病院を中心とした連絡会の開催
 - ・ 普及啓発
 - ・ 糖尿病コーディネート看護師の活動支援
- コメディカルのための外来糖尿病セミナー
 - ・ 医療機関のコメディカルスタッフを対象とした研修会の実施
- 糖尿病コーディネート看護師の育成と活動支援
 - ・ 糖尿病患者治療のため、基幹病院（8施設）と病院・診療所をつなぐ看護師の養成とその活動支援
- 糖尿病病態調査分析事業（2016～2017（H28～H29））
 - ・ 重症化予防のために保健や医療が介入することが効果的なポイントを検証するための糖尿病性腎症で新規透析導入患者の後ろ向き調査の実施

<保険者の取組>

県内の保険者では、次のような取組を行っています。

- 保険者ごとの糖尿病性腎症重症化予防の取組
 - 「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、市町国保では2016（平成28）年度から、全国健康保険協会佐賀支部では、2017（平成29）年度から取組を開始
- CKD（慢性腎臓病）対策として、特定健診受診者のうち、高血圧や高血糖、脂質異常等のハイリスク者に対する、医療機関への受診勧奨や保健指導の実施

<医療関係者の取組>

県内の医療関係者では、次のような取組を行っています。

- 糖尿病コーディネート看護師や、糖尿病療養指導士等による、糖尿病治療が継続できるような患者療養支援
- かかりつけ医と専門医（糖尿病、腎臓病等）との連携強化
- 地域連携パスである「佐賀県糖尿病連携手帳」の活用

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 特定健診の受診率が全国平均より低い
- 佐賀県「ストップ糖尿病」対策事業や、佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、関係者が連携した重症化予防の取組を開始したばかりであり、取組実績がまだ少ない
- 県内保険者では、重症化予防への取組に着手できていない保険者がある

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、生活習慣病の重症化予防を推進します。

- 未治療者や治療中断者の把握を行い、介入することによる特定健康診査受診率の向上
- かかりつけ医が、適切な時期に専門医へ受診させること
- 糖尿病療養を支援するマンパワー（糖尿病療養指導士、糖尿病コーディネーター看護師等）の増加
- 「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、保険者による、未治療者や糖尿病治療中断者への受診勧奨、ハイリスク者へのかかりつけ医と連携した保健指導の実施
- 「佐賀県糖尿病連携手帳」の連携ツールを活用し、かかりつけ医と基幹病院（専門医）及びかかりつけ医と各保険者との連携の強化
- 既に取組を開始している保険者の実践を通じて、関係者による連携体制を県内に広く波及させることで、県内全ての保険者で取り組む体制の構築

■ アウトカム目標

糖尿病は発症予防と重症化予防が重要であることから、下記をアウトカム目標とします。

目 標 項 目	現 状	目標値 2022(H34)
糖尿病有病者(HbA1c6.5以上)の増加の抑制	男性 14.5% 女性 8.5% (2015(H27))	現状維持
糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	126 人 (2016(H28))	68 人

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次のような取組を行います

- 未治療者や治療中断者の把握を行い、介入するため、特定健康診査受診率向

上のための支援

- かかりつけ医が適切な時期に専門医へ受診させる病診連携を推進
- 糖尿病療養を支援するマンパワーが必要なことから、糖尿病コーディネート看護師の養成やコメディカルへの研修の実施
- 「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく、保険者による以下の取組への支援
 - ・ 抽出したすべての未治療者や糖尿病治療中断者への受診勧奨の実施
 - ・ かかりつけ医と連携したハイリスク者への保健指導の実施
- 「佐賀県糖尿病連携手帳」の連携ツールを活用し、かかりつけ医、基幹病院（専門医）、保険者、医療関係者等との連携をスムーズにする体制整備
 - ・ 佐賀県「ストップ糖尿病」対策会議へのかかりつけ医の参加に向けた働きかけ
 - ・ 佐賀県糖尿病連携手帳の対象者への配布及び活用の推進
- 各保険者における取組の横展開のための情報提供や情報交換の機会の提供

- 「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の目的
糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して保険者が医療と連携した保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、県民の健康増進及び医療費の適正化を図る。
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の条件
 - ① 対象者の抽出基準が明確であること
 - ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
 - ④ 事業の評価を実施すること
 - ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

(4) がん対策**■ 現状の取組**

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っています。

<県の取組>

- 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

<市町の取組>

- がん予防にかかる普及啓発
- 特定健診と同時に肝炎ウイルス検査を実施、精密検査未受診者に対する受診勧奨、肝疾患患者に対する生活習慣の改善指導
- 普及啓発、効果的な個別勧奨等の実施など、がん検診受診率向上の取組
- 「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

<医療機関、検診機関の取組>

- 肝疾患診療連携体制の充実・運用、肝疾患患者に対する生活習慣の改善指導、肝がん早期発見のための定期検査の受診勧奨
- 「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評価

● 県のがん検診受診率、精密検査受診率

	がん検診受診率		精密検査受診率	
	2016 (H28)	2017 (H29) 目標	2014 (H26)	2017 (H29) 目標
胃 (40～69 歳)	18.1%	40%	84.8%	85%
肺 (40～69 歳)	29.5%	40%	87.2%	
大腸 (40～69 歳)	29.4%	40%	74.8%	
乳 (40～69 歳)	54.1%	60%	90.0%	
子宮 (20～69 歳)	59.3%	60%	82.3%	

(出典) 地域保健・健康増進事業報告及び佐賀県健康増進課調べ

●肝炎ウイルス検査件数

:2013～2016(H25～28)で80,061件【目標:2013～2017(H25～29)で89,000件】

●要精密検査（肝炎ウイルス検査陽性判定）者の精密検査受診率

:2016(H28)で53.0% 【2017(H29)目標:80%】

●インターフェロン等肝炎治療費助成制度利用者数

:2016(H28)までの累計6,908人 【目標:2017(H29)までの累計6,700人】

■ 現状の取組における課題

がん検診の受診率は、向上してきてはいますが、目標は達成できておらず、引き続き受診率向上に取り組む必要があります。

また、職域におけるがん検診、肝炎ウイルス検査については、その実施状況が十分把握できておらず、精度管理、受診勧奨等に取り組む必要があります。

肝疾患対策については、着実に取組を進めているものの、依然として肝がんの死亡率は全国高位（粗死亡率については全国ワーストの状況が継続）にあり、特に精密検査の受診率が低調です。

■ 今後の県の取組の方向性

2018（平成30）年度から新たな計画期間に入る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、課題を踏まえた取組を行い、引き続きがん予防（罹患率の減少）や早期発見の促進に努めることとします。

- 引き続き喫煙対策や感染症対策を推進
- がん検診の受診率を向上させるとともに、職域で実施されるものも含め、がん検診の精度管理の取組の推進
- 「予防」から「フォローアップ」まで肝疾患連携エコシステムの円滑な循環を図り、特に「受診勧奨」、「職域対策」、「確実なフォローアップ」に重点的に取り組む

■ アウトカム目標

課題及び「今後の県の取組の方向性」を踏まえ、下表の目標を設定することとします。

目 標 項 目		現状 2016 (H28)	目標値 2023 (H35)
がん検診受診率 (国民生活基礎調査)	胃	43.0%	50%
	肺	47.4%	50%
	大腸	38.3%	50%
	乳	42.5%	50%
	子宮	42.0%	50%

目 標 項 目		現状 2014 (H26)	目標値 2023 (H35)
がん検診の精密検査受診率 (地域保健・健康増進事業報告)	胃	84.8%	90%
	肺	87.2%	
	大腸	74.8%	
	乳	90.0%	
	子宮	82.3%	

目 標 項 目	現状 2016 (H28)	目標値 2023 (H35)
肝炎ウイルス検査の精密検査受診率	53.0%	90%
C型慢性肝炎等で治療費助成を受けた県民の 肝疾患定期検査費助成事業の助成利用率	30%	50%

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次のような取組を行っていきます。

- 感染症対策の推進
 - ・ HPV（子宮がんの主な原因）、HTLV-1（成人T細胞白血病の主な原因）にかかるとの国の対策を踏まえた取組
 - ・ ピロリ菌（胃がんの主な原因）の検査・除菌の普及啓発、若年層への対策
- 正しいがん検診受診の推進
 - ・ 市町が実施する受診勧奨・再勧奨への支援を行い、がん検診受診率を向上
 - ・ 市町及び検診機関に対し精度管理の取組及び指導を徹底することにより、精密検査受診率等を向上
 - ・ 国のマニュアル（検討中）に基づく、職域におけるがん検診の精度管理
- 肝疾患・肝がん対策の推進
 - ・ 市町や保険者と連携して情報を精査し、精密検査受診率を向上
 - ・ 職域への出前講座等による理解啓発、職場健診と肝炎ウイルス検査の同時実施の方法検討
 - ・ C型慢性肝炎等で治療費助成を受けた県民を対象として、定期検査費助成の利用率を向上

(5) 予防接種

■ 現状の取組

<県の取組>

予防接種は、県民の健康や次世代の健康を守るために重要な感染症予防対策であり、予防接種で獲得した免疫によって、感染症の予防や発症しても重症化を防止します。

県においては、次のような取組を行っています。

- テレビやラジオ、ホームページ等による予防接種の普及啓発
- 県民の利便性と接種率の向上を図るための「定期予防接種」の広域化（市町を超えた県内全域のかかりつけ医で予防接種が受けられる制度）の実施
- 麻しん風しんのまん延防止のため、市町等関係者による麻しん風しん対策会議の開催及び学校や行政関係者等を対象とした研修会の開催
- 季節性インフルエンザワクチンの予防接種時期に合わせたインフルエンザ感染予防及び高齢者等への早めの予防接種の広報の実施

<市町の取組>

市町においては、次のような取組を行っています。

- 予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく「定期予防接種」の実施
- 接種率向上のための個別通知、広報、電話等による接種勧奨

■ 現状の取組における課題

近年、日本では輸入例による麻しん、風しんの集団感染が散発しており、県内発生に備えて県民全体の免疫水準を維持する必要があります。

2016（平成28）年度は、第Ⅰ期、第Ⅱ期ともに目標値を満たしており、引き続き目標である95%以上を維持する必要があります。

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、予防接種で防ぐことのできる感染症の予防策を推進します。

- 県民が予防接種を受けやすい環境づくり
- 県民への予防接種の普及啓発や予防接種に関する情報の提供
- 麻しん風しんのまん延防止のため、麻しん風しん対策会議及び研修会の開催による、関係者の情報共有や研修の機会の確保

■ アウトカム目標

県内における麻しん風しんワクチン第Ⅰ期及び第Ⅱ期の接種率 95%以上を維持します。

目 標 項 目	現状 2016(H28)	目標値 2023 (H35)
麻しん風しんワクチン第Ⅰ期 及び第Ⅱ期の接種率	第Ⅰ期 97.5% 第Ⅱ期 95.0%	95.0%以上を維持

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次のような取組を行っていきます。

- 市町や医師会等と協力して、県民が予防接種を受けやすい環境づくりの推進
- 県民に対する予防接種の普及啓発や予防接種に関する積極的な情報提供
- 麻しん風しん対策推進会議及び学校、行政関係者等への研修会の開催による情報提供とともに、市町への働きかけにより接種率の向上を図る

(6) その他予防・健康づくりの推進

■ 現状の取組

第2次佐賀県健康プランでは、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣の社会環境の改善を通じて、「共に支えあい、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を目指しています。

そのための基本的な方向を下記5項目としています。

- ① 健康寿命の延伸・健康格差の縮小
- ② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 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

また、第2次佐賀県健康プランを推進していくために、市町等の行政機関、医師会などの医療関係団体、食生活改善推進協議会等のCSO、マスメディア、企業等が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推進しています。

ここでは、主に、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒及び歯・口腔の健康に関する取組について記述します。

□ 栄養・食生活

- 生活習慣病を防ぐための食生活の普及
- ヘルシーメニュー（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷり等）の提供に取り組む「健康づくり協力店」の普及

□ 身体活動・運動

- 「健康づくりのための身体活動指針」の普及啓発
- 特定保健指導での運動指導担当者の資質向上のための研修会の実施

□ 飲酒

- 飲酒の健康影響や「節度ある適度な量の飲酒」（純アルコールで1日20g程度）の周知

□ 歯・口腔の健康

- フッ化物を応用したむし歯予防の実施
- 市町による歯周病検診の実施及び受診のための普及啓発
- 「かかりつけ歯科医」の普及

■ 現状の取組における課題

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒及び歯・口腔の健康に関する課題は次のとおりです。

□ 栄養・食生活

- 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の者の割合が低い
(男性 39.7%、女性 33.3% *1歳以上)
- 野菜の摂取量が少ない (271.9g *20歳以上)
- 塩分摂取量が多い (男性 10.6g、女性 8.8g *20歳以上)

□ 身体活動・運動

- 1日の歩数が全国平均よりも少ない (男性 6,477 歩、女性 5,986 歩*20歳以上)
- 運動習慣がある者の割合が全国よりも低い
(男性 24.9%、女性 19.1% *20歳以上)

□ 飲酒

- 生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣がある者の割合が増加している
(男性 11.1%、女性 7.5% *20歳以上)

□ 歯・口腔の健康

- 3歳児のむし歯が多い
(2015 (平成 27) 年度有病者率 26.1%、1人当たりむし歯本数 0.93 本)
- 市町における歯周病検診の受診率が低い

■ 今後の県取組の方向性

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒及び歯・口腔の健康の取組の方向性は次のとおりです。

□ 栄養・食生活

- 適切な量と質の食事は、生活習慣病予防の基本の1つであり、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の普及
- 野菜の摂取不足の改善や食塩の摂取量の減少
- 今後、高齢期の心身機能の低下に起因した疾病予防も重要であることから、低栄養状態によるフレイルを予防するための普及啓発

□ 身体活動・運動

- 身体活動・運動は、生活習慣病予防のほか、ロコモ予防にも重要であることから、余暇時間の少ない働き盛りの世代においては、運動に限らず、仕事や家事などで身体活動を増加させ、歩数の増加や身体活動の増加を目指す

□ 飲酒

- 飲酒は、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの生活習慣病等のリスク要因となり得るため、飲酒の健康影響や生活習慣病のリスクを高めない「節度ある適度な量の飲酒」についての情報提供の推進
- 未成年や妊産婦の飲酒が及ぼす影響についての普及啓発

□ 歯・口腔の健康

- 乳幼児から効果的なむし歯予防を推進するため、正しい情報の普及啓発
- 歯周病検診の受診率の向上
- ライフステージごとに切れ目のない歯科保健の継続のため、「かかりつけ歯科医」の普及

■ アウトカム目標

□ 栄養・食生活

- 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
- 野菜摂取量の増加
- 食塩摂取量の減少
- 健康づくり協力店の数の増加

目 標 項 目	現状 2016(H28)	目標値 2022(H34)
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	男性 39.7% 女性 33.3%	男性 60.0% 女性 60.0%
野菜の摂取量 (成人1人1日あたり)	271.9g	350.0g
食塩の摂取量 (成人1人1日あたり)	男性 10.6g 女性 8.8g	男性 8.0g 未満 女性 7.0g 未満
健康づくり協力店の数	1,058 店	1,100 店

□ 身体活動・運動

- 日常生活における歩数の増加
- 運動習慣がある者の割合の増加

目 標 項 目	現状 2016(H28)	目標値 2022(H34)
1日の歩数	男性 6,477 歩 女性 5,986 歩	男性 9,000 歩 女性 8,500 歩
運動習慣がある者の割合	男性 24.9% 女性 19.1%	男性 35.0% 女性 27.0%

□ 飲酒

- 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

目 標 項 目	現状 2016(H28)	目標値 2022(H34)
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	総数 9.1% 【参考】男性 11.1% 女性 7.5%	総数 5.0%

□ 歯・口腔の健康

目 標 項 目	現 状	目 標 値 2022 (H34)
3歳児でのむし歯のない者の割合	73.9% (2015(H27))	86.0%
「かかりつけ歯科医」を持っている者の割合	34.9% (2013(H25))	50.0%
80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合	49.1% (2016(H28))	55.0%

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次の取組を行っていきます。

□ 栄養・食生活

- 適切な量と質の食事をとれるよう主食・主菜・副菜がそろった食事をとること、野菜の摂取を増やすこと及び減塩の必要性や具体的方法についての普及啓発
- 食べる人の健康づくりを応援するために、メニューへの栄養成分の表示や、バランスのとれたメニューを提供する「健康づくり協力店」の登録推進
- 健康づくり協力店と連携した減塩メニューの提供や食品製造事業者との減塩商品の開発、ヘルシーメニュー（さが菜食健美メニュー）の創設やコンビニエンスストアなどの「野菜＋1皿シール」など、食環境を整備する取組の実施
- 高齢者の適切な栄養・食生活に関する普及啓発の実施（低栄養の予防・骨粗しょう症の予防等）
- 高齢者の特性に応じた栄養指導を推進するため、佐賀県後期高齢者医療広域連合と市町が連携した保健事業の実施に向け保険者協議会を通じた支援の実施

□ 身体活動・運動

- 生活習慣病予防のため、どれだけの運動が必要かを示した「健康づくりのための身体活動指針」の普及啓発
- 運動したい人の支援として、運動施設の情報提供
- 「歩く」を推進する体制づくり

□ 飲酒

- 飲酒の健康への影響や生活習慣病のリスクを高める飲酒量についての情報提供

□ 歯・口腔の健康

- フッ化物を応用したむし歯予防の推進
- 市町への歯周病検診受診率向上のための働きかけ及び普及啓発の実施
- 歯科医師会と連携した「かかりつけ歯科医」の普及を推進

2 医療の効率的な提供の推進

(1) 後発医薬品の使用促進

■ 現状の取組

<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っています。

- 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）を開催、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、次のような取組を行っています。

- 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

<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、次のような取組を行っています。

- 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

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 2017(平成 29)年 3 月現在の佐賀県の後発医薬品使用割合は 70.7%であり、全国平均の 68.6%を上回っているが、国において 2020(平成 32)年 9 月までの目標とされている後発医薬品使用割合を数量ベースで 80%とする目標値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

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、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

■ アウトカム目標

後発医薬品の使用割合を数量ベースで 80%以上とする。

目 標 項 目	現 状 2017 年 (H29) 3 月	目 標 値 2024 年 (H36) 3 月
後発医薬品の使用割合 (数量ベース)	70.7%	80%以上

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次の取組を行っていきます。

- 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開催
- 後発医薬品の啓発のため、県内の薬局や医療機関などの関係機関に住民向けポスターやリーフレットを配布
- 「くすりと健康の週間」などの薬や健康に関するイベントなどの機会を利用したリーフレットの配布などの啓発活動の実施
- 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
- 地域医療機関の後発医薬品採用の参考とするため、県ホームページに県内の広域病院における後発医薬品採用リストを掲載
- 市町国保における後発医薬品の差額通知の通知回数、差額及び対象薬効を県内 20 市町で統一し、対象薬効の範囲が広がる市町の使用割合を向上させる取組

《参考》

後発医薬品の使用促進について、国においては、2013(平成 25)年 4 月に『後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ』を策定し、2017(平成 29)年 6 月の閣議決定において、「2020(平成 32)年 9 月までに、後発医薬品の使用割合を 80%とし、できる限り早期に達成できるよう、さらなる使用促進策を検討する。」とされています。

(2) 医薬品の適正使用の推進

■ 現状の取組

<県の取組>

医薬品の適正使用の促進を図るため、県では、次のような取組を行っています。

- 県民に対し、「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など啓発資材の配布

<保険者の取組>

保険者においては、次のような取組を行っています。

- 県内の医療保険者が実施する重複・頻回受診者への訪問指導における適切な受診や服薬についての助言

<薬局の取組>

県内の薬局においては、次のような取組を行っています。

- 「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進
- 薬局窓口での服薬状況及び残薬の確認
- おくすり手帳による重複投薬の確認
- 「おくすり整理そうだんバッグ」を活用した、残薬の確認及び整理
- 在宅訪問での服薬状況の確認
- 「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

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 複数の医療機関を受診し、重複投薬を受ける患者や多剤投薬されている患者が一定割合存在し、とくに75歳以上の高齢者に多い状況であり、副作用の発現や医薬品の飲み残しなどにつながる恐れ
- 県内は、各医療機関近隣に開設している薬局で薬を受け取る患者が多く、「かかりつけ薬剤師・薬局」による薬の一元管理が十分には進んでいない恐れ

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、医薬品の適正使用を推進します。

- 重複投薬や多剤投薬による弊害を防ぎ、残薬による医療費の無駄を防ぐため、「かかりつけ薬剤師・薬局」や「おくすり手帳」の普及による医薬品の適正使用を推進
- 重複投薬については、現状を把握し、全市町で取り組むことができるような体制づくり

■ アウトカム目標

- 複数の医療機関から同一成分の薬剤を投与された患者数割合の減少
- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準の届け出を行っている薬局の増加
- 薬剤師居宅療養管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導料請求薬局の増加

目 標 項 目	現 状	目 標 2023 (H35)
複数の医療機関から同一成分の薬剤を投与された患者数割合	2.75% (2013 年 (H25) 10 月)	減少させる
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料届出薬局	330 薬局 (2017 年 (H29) 4 月)	増加させる
薬剤師居宅療養管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導料請求薬局数	181 薬局 [※] (2017 年 (H29)) ※県薬務課調べ	250 薬局

■ 目標に向けた取組施策

「今後の県の取組の方向性」に従い、次の取組を行っていきます。

- 「くすりと健康の週間」などの薬や健康に関するイベントなどの機会を利用し、医薬品の適正使用に関するリーフレットの配布
- 重複投薬や多剤投薬による弊害を防ぐため、県内の薬局など関係機関に住民向けポスターやリーフレットを配布するなど、「かかりつけ薬剤師・薬局」や「おくすり手帳」の普及啓発の取組
- 国保データベースシステム等を活用して、重複投薬の現状分析を行い、分析結果を市町国保に情報提供し、市町国保における対象者への適正受診を促す取組を支援
- 残薬抑制のため、薬局における患者への残薬の確認に対する支援
- 地域包括ケアシステムの構築と在宅医療の推進の観点から、今後、薬局薬剤師は在宅患者の服薬状況や残薬確認を行い、医薬品の残薬調整を行うこととなるため、県では、薬剤師の在宅医療が円滑に進むための支援を実施

(3) 病床の機能分化・連携の推進及び地域包括ケアシステムの深化・推進

① 病床の機能分化・連携の推進

■ 現状の取組

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。

■ 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。
- 2018（平成 30）年に介護医療院の創設、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が予想されることから、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。
- 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。

■ 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 地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 現状の取組

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、地域包括ケアシステムの構築を推進するための基盤整備を進めています。

■ 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。

■ 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

■ 現状の取組

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相談事業の拡充が求められています。

また、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できるものの、退院後の住まいが見つからないことなどの理由により地域移行が一層困難になっています。

そこで、精神障害者の地域移行推進のため、次のような取組を行いました。

- 住民に対する心の健康づくりのための普及啓発
- 精神障害者への差別偏見解消のための普及啓発
- 精神保健福祉センターや保健福祉事務所等における相談体制の充実
- 精神障害者の地域移行を推進するための関係機関との連携
- 精神障害者の早期退院、地域定着を支援するための支援
- 24時間365日対応できる精神科救急情報センターを開設
- 地域の住まいの場として、グループホームの設置を促進

■ 現状の取組における課題

現状から見える課題としては、次のようなことが考えられます。

- 精神疾患の通院医療を受けている人は年々増加
- 精神科病院に入院している患者数は微減しているが、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ない

■ 今後の県の取組の方向性

課題を踏まえた取組を行い、さらなる地域移行の推進に努めます。

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
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る。
 - ・ 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構築
- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
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、各医療機関の医療機能を明確化する。
 - ・ 医療機関の連携体制の整備
 - ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及
 - ・ 精神科救急の相談、受け入れ体制整備

(4) その他医療費の適正化に向けた取組の推進

■ 現状の取組

<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っています。

- 医療費に関する意識の啓発
 - ・ 医療費や医療保険に関する広報の実施
- 保険医療機関等の不正請求への対応【九州厚生局と共同】
 - ・ 保険医療機関等に対する指導の実施
 - ・ 診療報酬の請求等に不正又は著しい不当が疑われる場合には監査を実施
- 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
 - ・ 市町事務打合せでの、県医療給付専門指導員による点検実務に係る助言
 - ・ レセプト点検研修会の実施（佐賀県国民健康保険団体連合会と共催）
 - ・ 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レセプト点検の充実、受診の適正化に係る取組及び受診者へ医療費の額等について通知する医療費通知の実施に対する支援

<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ています。

- 医療費に関する意識の啓発
 - ・ 医療費や医療保険に関する広報の実施
 - ・ 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、受診者へ医療費の額等について通知する医療費通知を実施
- 保険者による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（必要以上の多数回受診）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）では、健康経営実践企業への表彰制度を実施

■ 現状の取組における課題

現状からみえる課題としては、次のようなことが考えられます。

- 本県の一人当たり医療費は、全国7位（2015（平成27）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。

■ 今後の県の取組の方向性

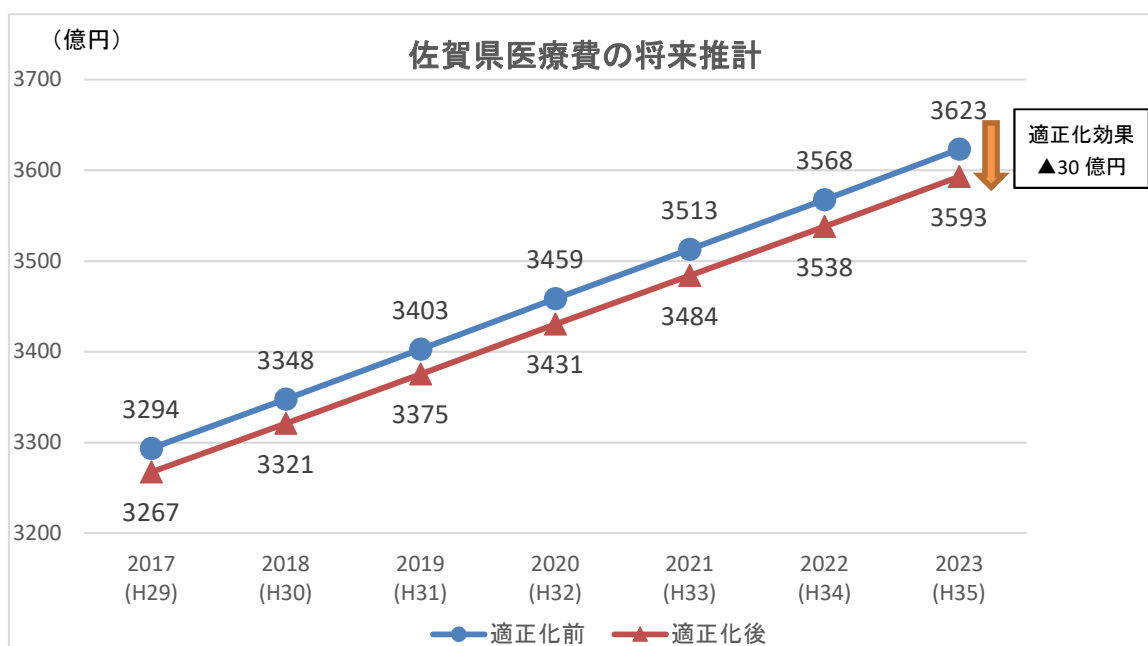
課題を踏まえ、次のような取組を行い、医療保険者を支援します。

- 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で、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が連携した取組を推進

3 適正化策の実施による医療費の見込み

本県における総医療費は、現状のまま推移すれば、本計画の最終年度である2023（平成35）年度には3,623億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「特定健診等の実施率の達成」「生活習慣病の重症化予防」「重複投薬の適正化」「複数種類医薬品の適正化」及び「後発医薬品の普及」等の目標を達成した場合には、2023年度の医療費の見込みは、3,593億円となり、約30億円の医療費適正化効果が得られると推計されます。



※厚生労働省提示による「医療費適正化計画関係推計ツール」により試算。

※2014年度を基準年度として、自然増を加味した医療費の見込み（自然体の医療費の見込み）から、下記の取組による目標達成による適正化効果額を先引いた額を医療費の見込み額とする。

※入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果として、適正化前の額にすでに含まれています。

（億円）

年度	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)
自然体の医療費の見込み(入院外、歯科)+病床機能の分化及び連携の推進の成果	3,293.73	3,347.85	3,402.88	3,458.82	3,512.87	3,567.74	3,623.45
効果額							
後発医薬品の普及による適正化効果	▲20.83	▲21.36	▲21.90	▲22.45	▲22.99	▲23.54	▲24.10
特定健診等の実施率の達成による適正化効果	▲0.75	▲0.77	▲0.79	▲0.81	▲0.82	▲0.84	▲0.86
生活習慣病(糖尿病)に関する重症化予防の取組効果	▲1.06	▲1.09	▲1.12	▲1.15	▲1.17	▲1.20	▲1.23
重複投薬の適正化効果	▲0.03	▲0.03	▲0.04	▲0.04	▲0.04	▲0.04	▲0.04
複数種類医薬品の適正化効果	▲3.58	▲3.67	▲3.77	▲3.86	▲3.95	▲4.05	▲4.15
医療費の見込み	3,267.47	3,320.93	3,375.27	3,430.51	3,483.89	3,538.07	3,593.07

効果額の内訳としては、後発医薬品の普及に係る額が最も大きな割合を占めており、2023年度においては、24.1億円の効果が見込まれます。

第4章 計画の推進

1 関係者の役割と連携

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、県等の関係者全て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) 県民の役割

県民一人ひとりが、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚し、常に健康の保持増進に努めることが必要です。若い時から健康に留意することにより、生活習慣病を引き起こす要因を防ぎ、そのことが結果として医療費の伸びの抑制につながって行くと考えられます。

このため、特定健康診査やがん検診等を含めた定期的な健康診査を積極的に受診し、健診結果等の健康情報の把握に努め、保険者等が実施する特定保健指導等の支援も受けながら、積極的に生活習慣を見直すとともに、疾病の早期発見、早期治療に努めることが期待されています。

(2) 保険者の役割

各保険者は保健事業の実施主体として、特定健康診査等の実施のほか、加入者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、データヘルス計画に基づき加入者の健康課題も踏まえ、より効果的かつ効率的に保健事業を実施することが期待されています。

さらに、医療関係者と連携した重症化予防の取組や、加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組など、効果的な取組を各保険者の実情に応じて推進していくことが期待されています。

(3) 医療機関・医療関係者の役割

医療の担い手（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）は、特定健康診査等の実施や医療の提供等に際して、質が高く効率的な医療を提供する役割があります。

また、保険者が重症化予防等の保健事業を実施するに当たって、保険者等と連携した取組を進めていくことや、医薬品の処方医とかかりつけ薬剤師、薬局等との連携の下、一元的・継続的な薬学的管理を通じた重複投薬等の是正等の取組を行うことなどが期待されています。

(4) 事業者・企業の役割

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、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、効率的に実施することが期待されています。

また、従業員の健康の保持増進は、仕事の効率を維持・向上させる上で重要な要素であるとの認識のもと、従業員の健康管理や健康づくりに対してより一層積極的に取り組むなど、健康経営を実践していくことが期待されています。

(5) 行政機関の役割

① 国の役割

医療費適正化の取組に当たっては、医療保険と介護保険の制度全般を所管する国がその役割と責任を果たすことが前提であり、国は、都道府県及び保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行うとともに、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な推進を図る施策を推し進めていく役割があります。

② 市町の役割

地域住民の健康増進に関する責任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を積極的に推進することが期待されています。

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ていくことが期待されています。

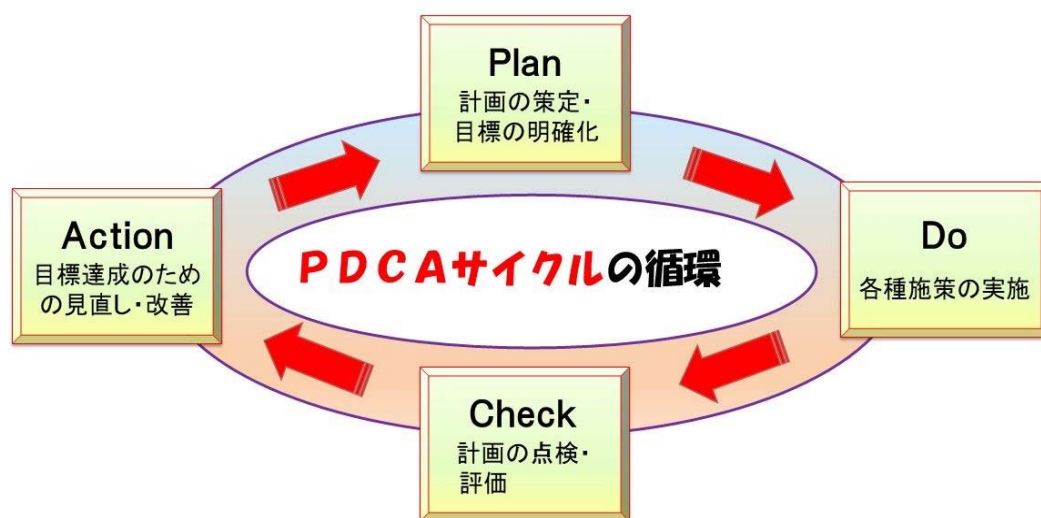
③ 県の役割

県は、佐賀県保健医療計画に基づき、地域の関係者と合意形成を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を推進します。

さらに、2018（平成30）年度からは国民健康保険の財政運営を担うとともに、保険者として保険者協議会の構成員にも位置付けられることから、保険者等の取組の進捗状況を踏まえて保険者協議会を通じて必要な協力を求めるなど、計画の推進に関し、目標達成に向け主体的な取組を行います。

2 計画の進行管理

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



(1) 進捗状況の公表

計画の初年度と最終年度を除く毎年度、計画の進捗状況について、県のホームページ等にて公表するとともに、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行ったうえで、必要な対策を講ずるよう努めます。

(2) 進捗状況に関する調査及び分析

計画期間の最終年度である2023（平成35）年度に、計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を県のホームページ等にて公表するとともに、第四期医療費適正化計画の策定に反映させることとします。

(3) 実績評価

計画期間終了の翌年度である2024（平成36）年度に、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等にて公表します。