

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

#### 1 県民の健康保持の推進に関して

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

##### （1）特定健康診査

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

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

図表3-1 佐賀県（全保険者）における特定健康診査受診率

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

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

①特定健康診査実施状況

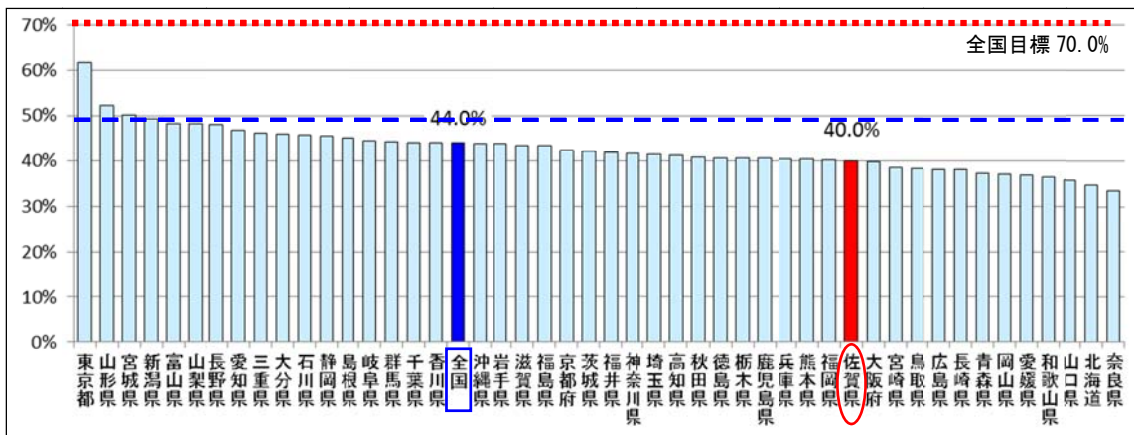
ア 全国における位置付け

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

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

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

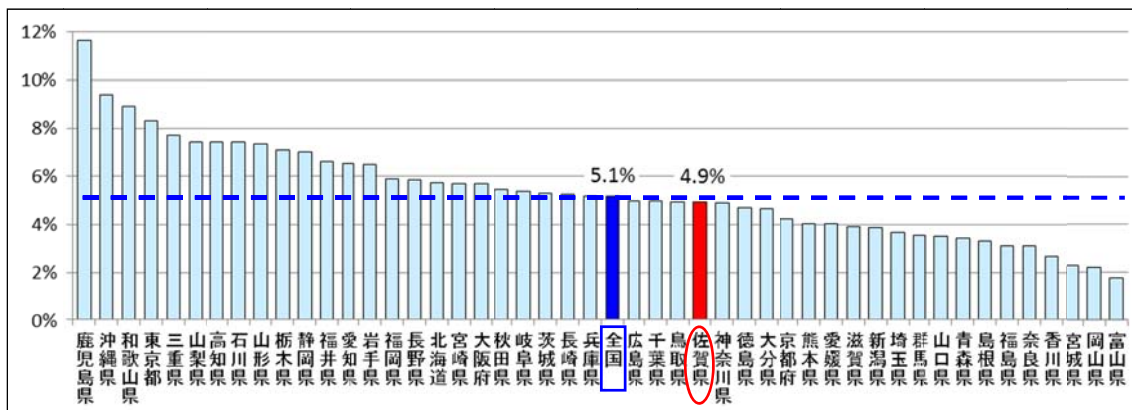
図表3-2 平成23年度都道府県別特定健康診査受診率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

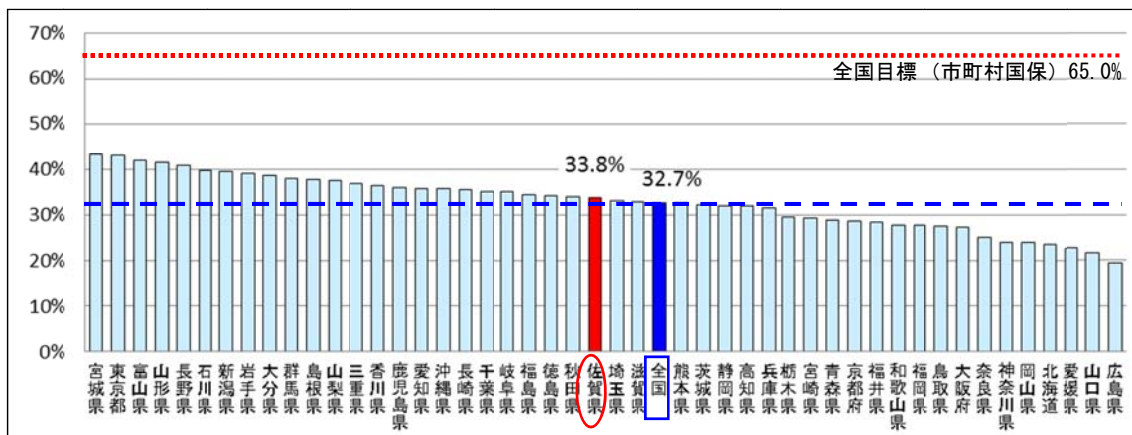


出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

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

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

図表3-4 市町国保における平成23年度都道府県別特定健康診査受診率



出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

イ 佐賀県内の保険者の比較

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

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

図表3-5 佐賀県内の保険者の特定健康診査受診率

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

出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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

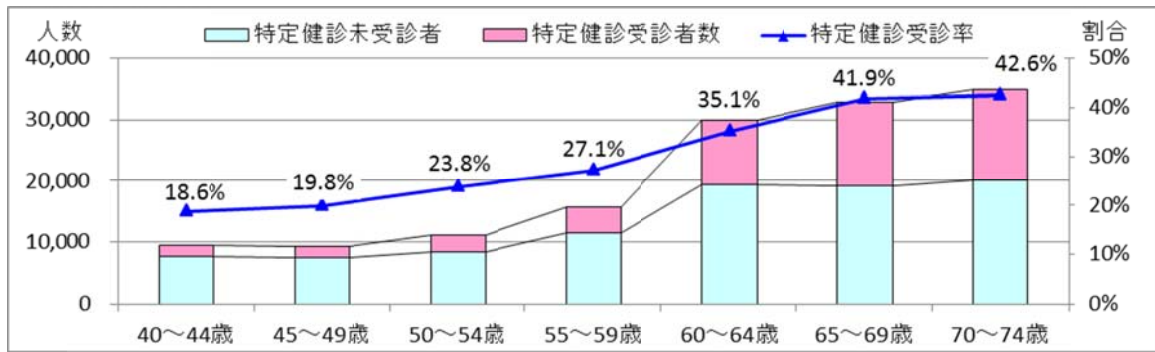
市町国保では、被保険者の年代が上がるにつれ、特定健康診査受診者数は増加しており、70～74歳の特定健康診査受診率は42.6%と全年代のうち最も高くなっている状況です。対して、被用者保険の被保険者では特定健康診査対象者のうち40～59歳が占める割合が多く、特定健康診査受診率も50%以上と高い水準になっています。

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

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

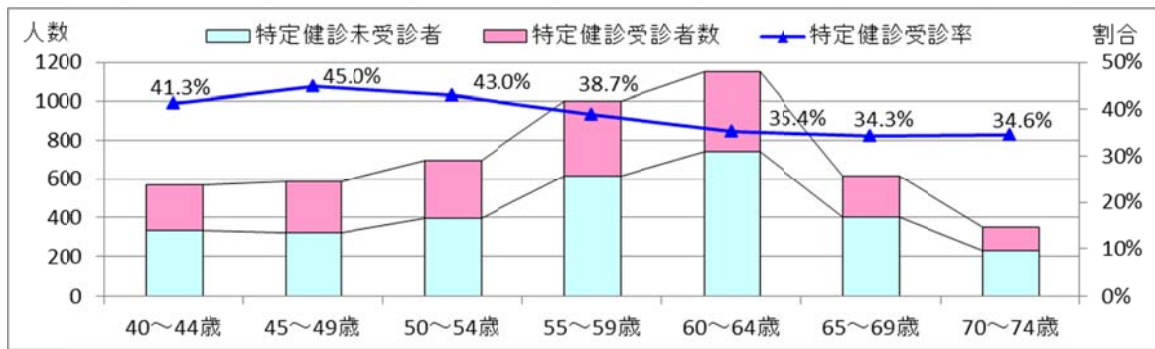
### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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



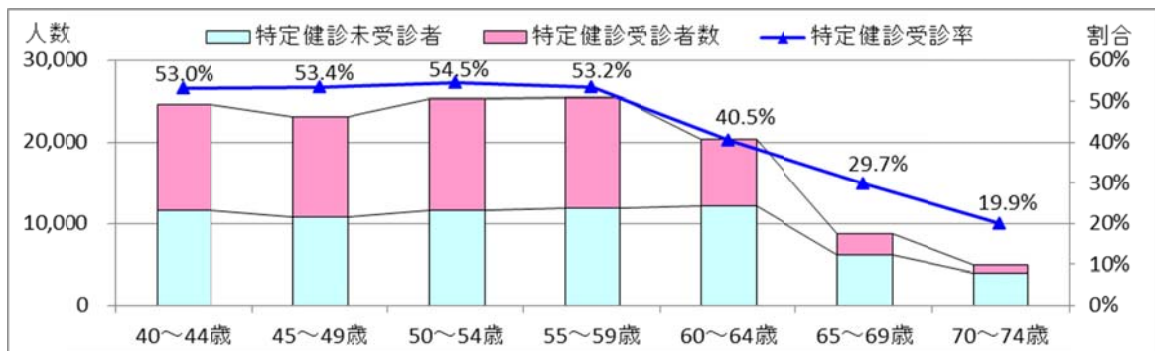
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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

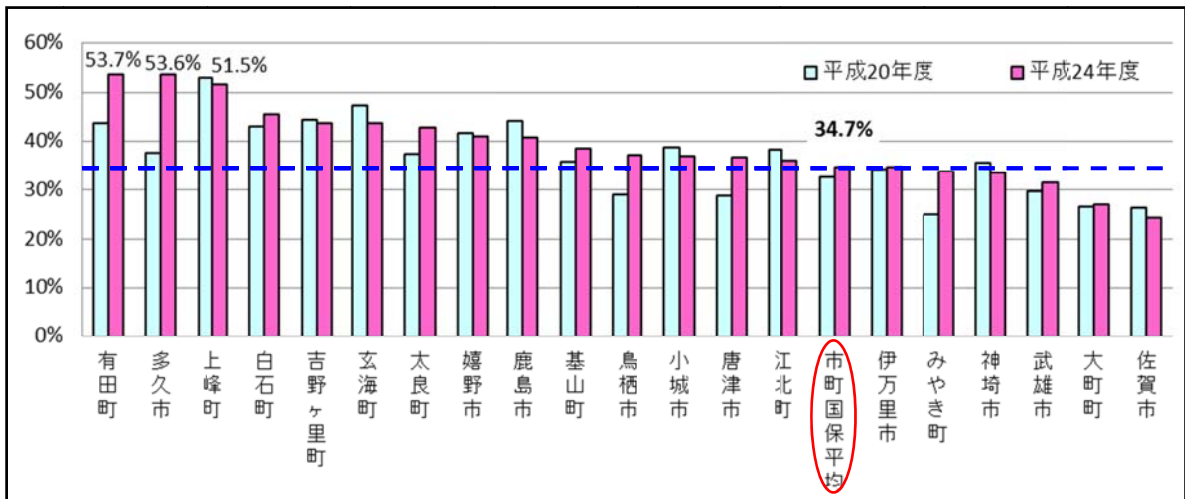


出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

ウ 佐賀県市町国保の比較

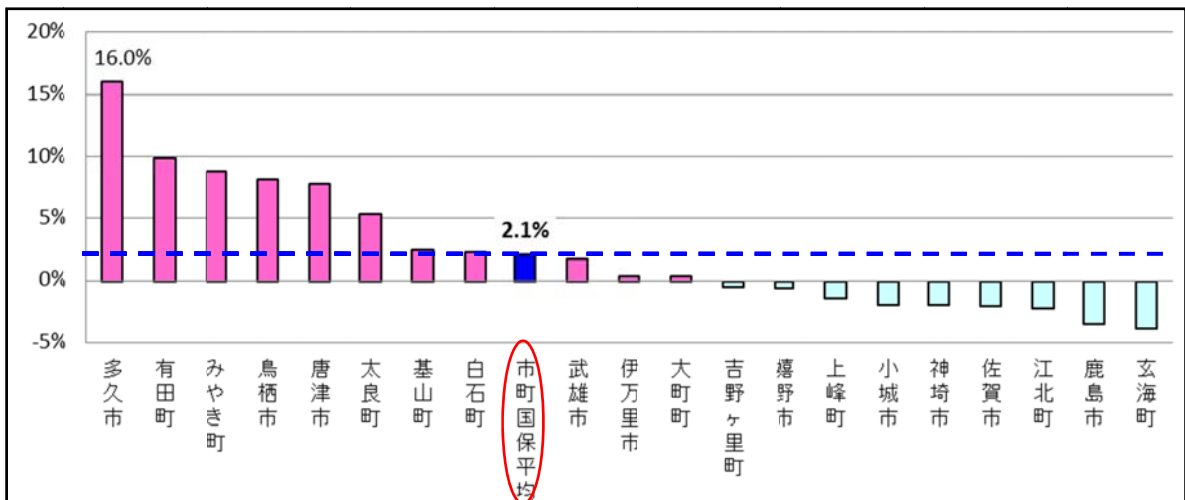
佐賀県市町国保の平均受診率は、平成20年度の32.6%が、平成24年度は34.7%となり2.1ポイント伸びており、各市町国保の受診率（図表3-9）は有田町、多久市、上峰町が50%を超える受診率になっています。また、平成24年度と平成20年度の受診率の伸び（図表3-10）でみた場合、有田町、多久市、太良町、鳥栖市、唐津市など11市町が上昇し、玄海町、鹿島市など9市町が低下した状況です。

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

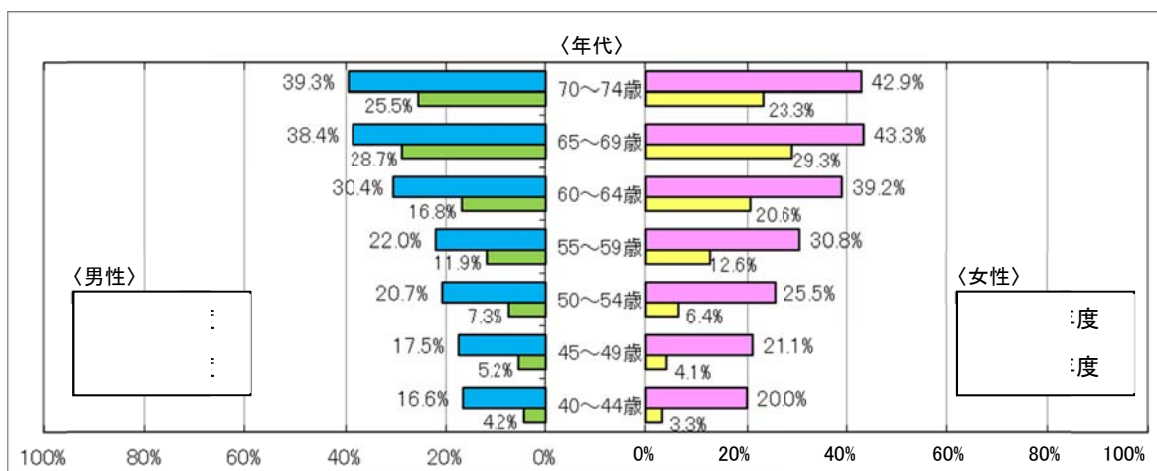
エ 佐賀県の性・年齢別受診者割合

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

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

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

図表3-11 佐賀県市町国保における性・年齢別特定健康診査受診率



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

#### ②特定健康診査に関する取組み

##### ア 県の取組み

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

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

##### イ 保険者の取組み

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

また、佐賀縣市町国保においては、主に以下のような取組が行われています。

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



### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

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

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

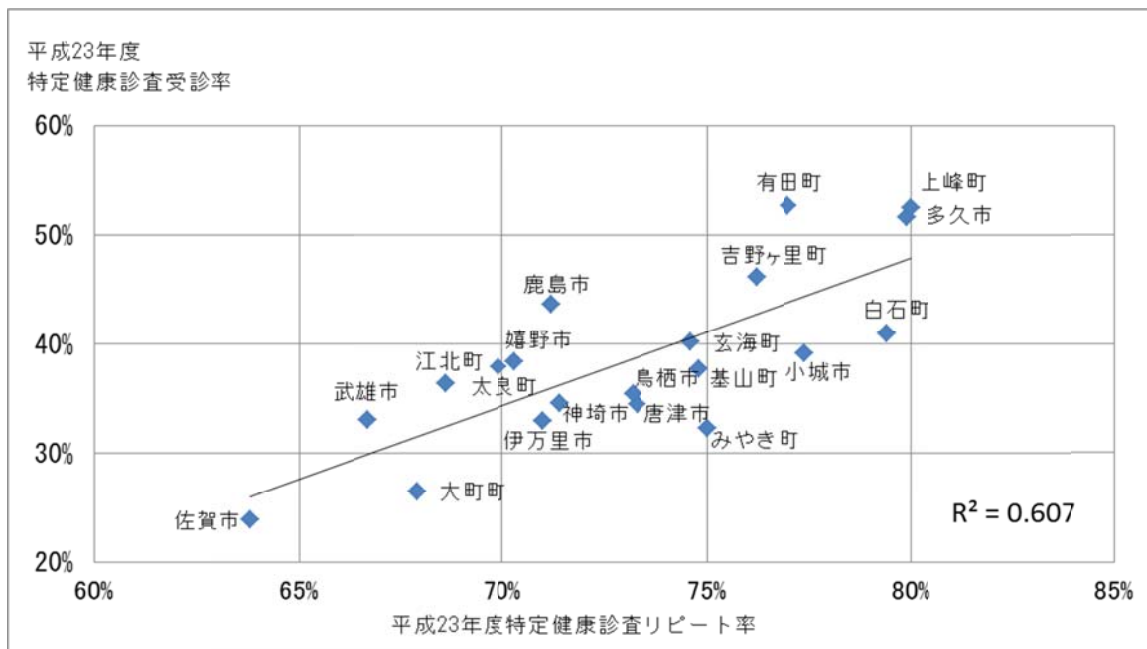
③特定健康診査受診率に係る要因の分析

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

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

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

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(2) 特定保健指導

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

図表3-13 佐賀県(全保険者)における特定保健指導実施率

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

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

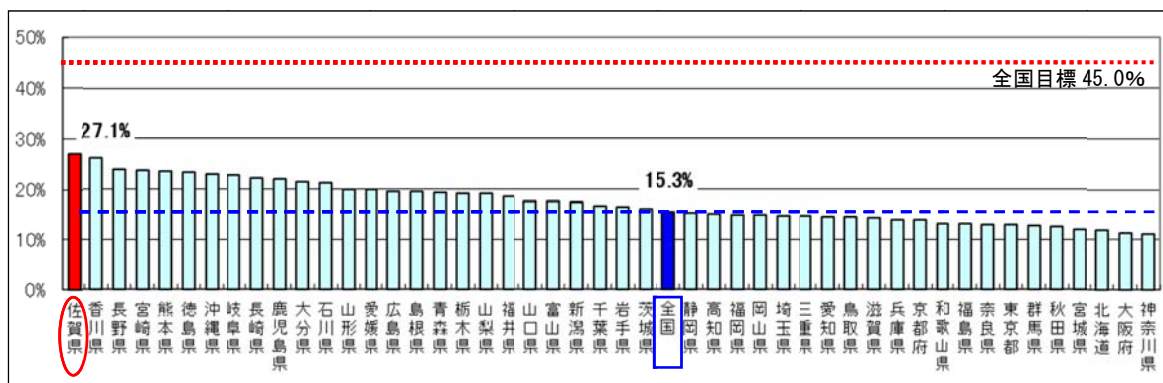
①特定保健指導実施状況

ア 全国における位置付け

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

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

図表3-14 平成23年度都道府県別特定保健指導実施率

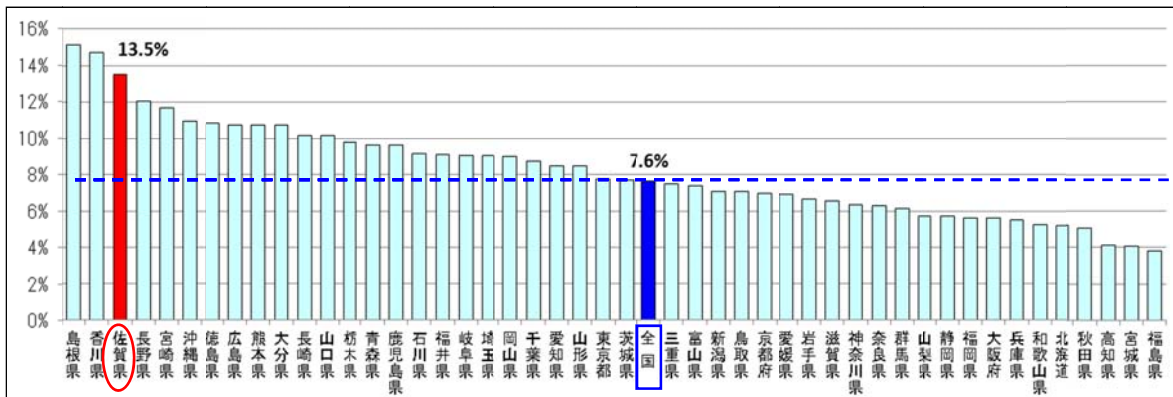


出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

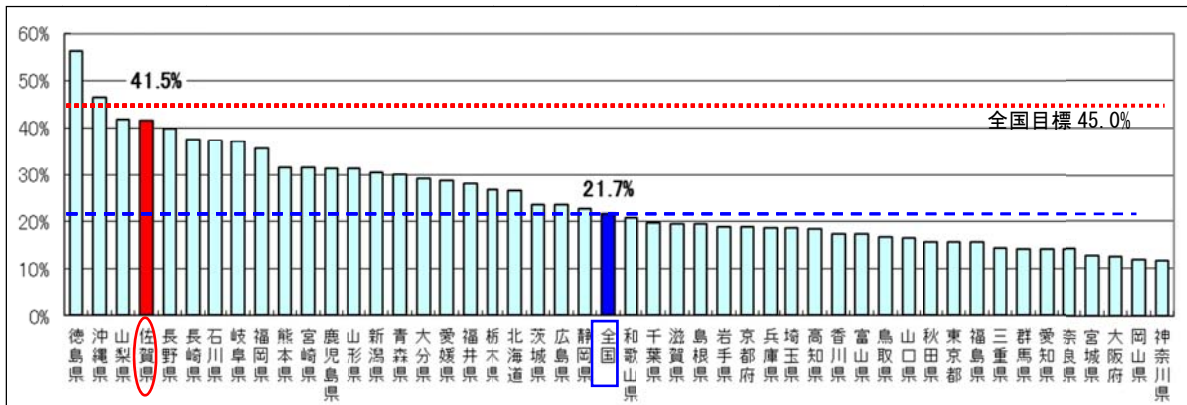
図表3-15 都道府県別特定保健指導実施率の伸び（平成20年度対平成23年度）



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

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

図表3-16 市町国保における平成23年度都道府県別特定保健指導実施率



出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

イ 佐賀県内の保険者の比較

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

図表3-17 佐賀県内の保険者の特定保健指導実施率

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

出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

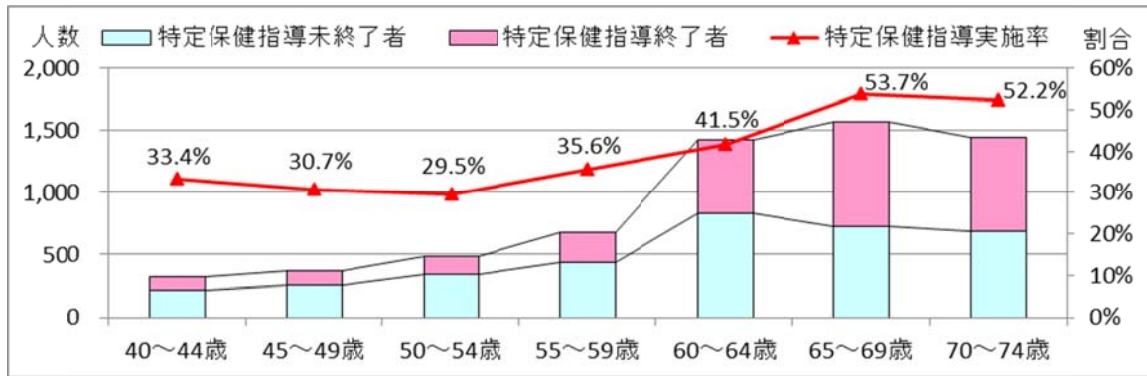
また、図表3-18～20のとおり、保険者において年代別に特定保健指導対象者における終了者数と実施率をみると、その特徴が異なっています。特定健康診査は特定保健指導対象者を抽出することを目的の一つとしているため、特定健康診査受診者が多い年代ほど特定保健指導対象者数が多くなっている状況です。

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

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

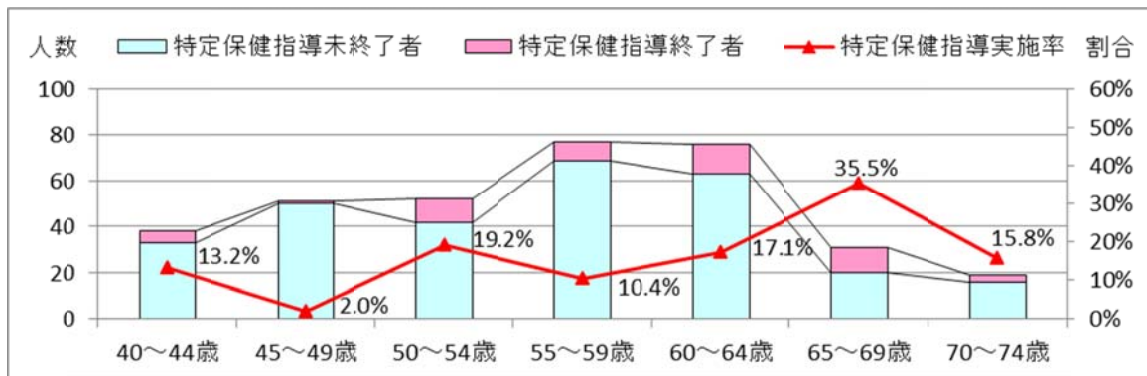
### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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



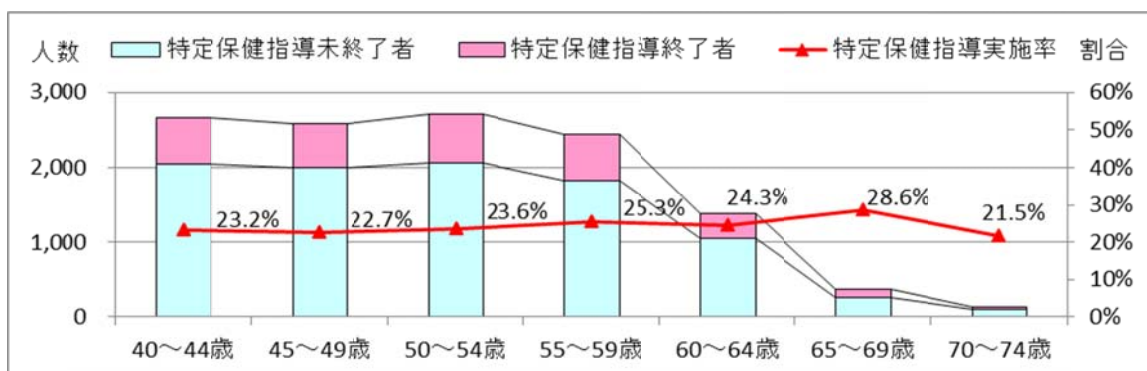
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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

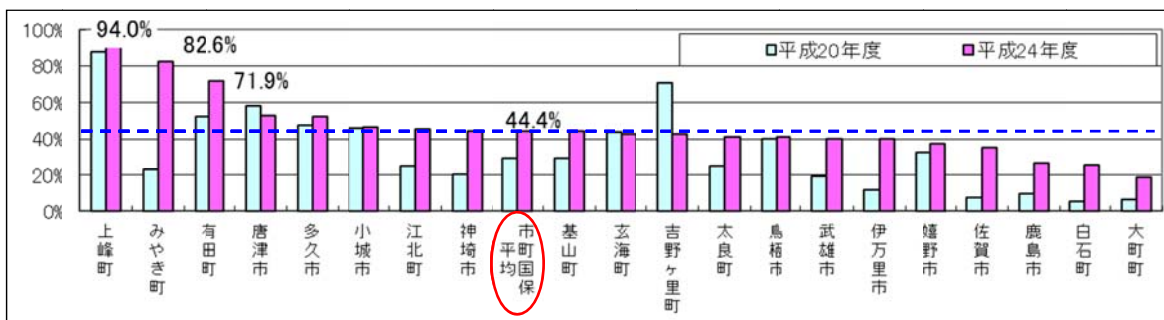


出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

ウ 佐賀県市町国保の比較

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

図表3-21 佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施率

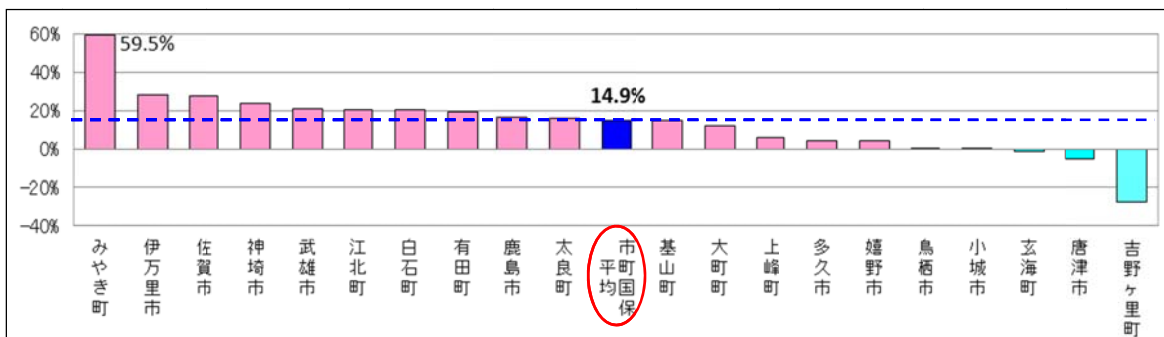


出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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

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

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

エ 特定保健指導対象者

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

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

図表3-23 特定保健指導対象者の選定基準

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

出所：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

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

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

<sup>21</sup> 特定保健指導選定基準値：空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c5.6%（NGSP 値）以上  
<sup>22</sup> 特定保健指導選定基準値：中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満  
<sup>23</sup> 特定保健指導選定基準値：収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上

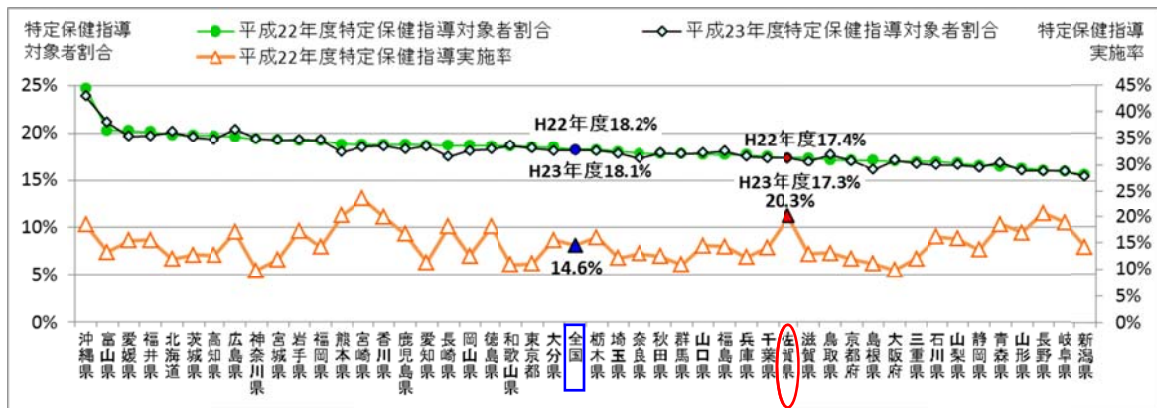


a 全国における位置付け

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

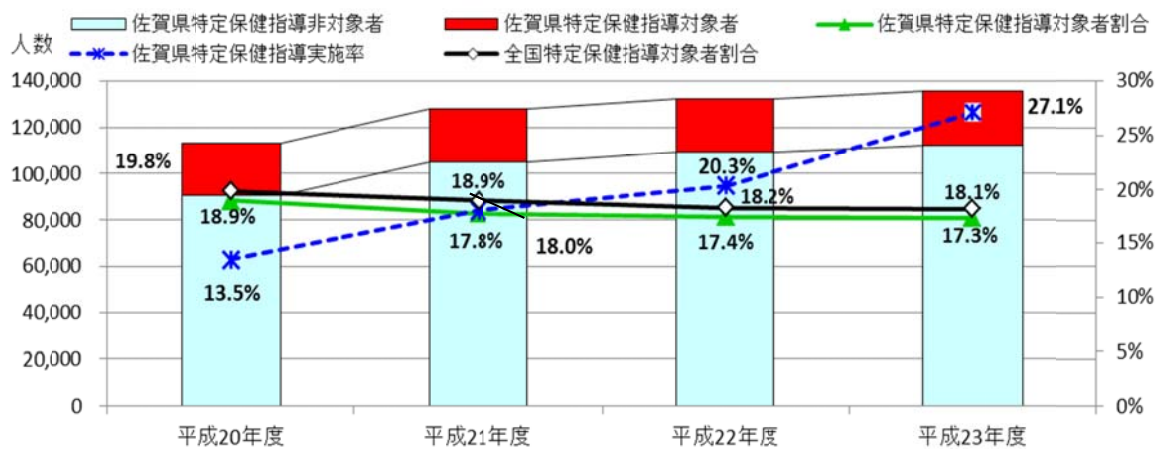
佐賀県における特定保健指導対象者の推移(図表3-25)からみると、平成23年度は平成20年度より1.6ポイント減少していますが、全国と同様、緩やかな減少にとどまっています。

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



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-25 全国及び佐賀県における特定保健指導対象者割合の推移



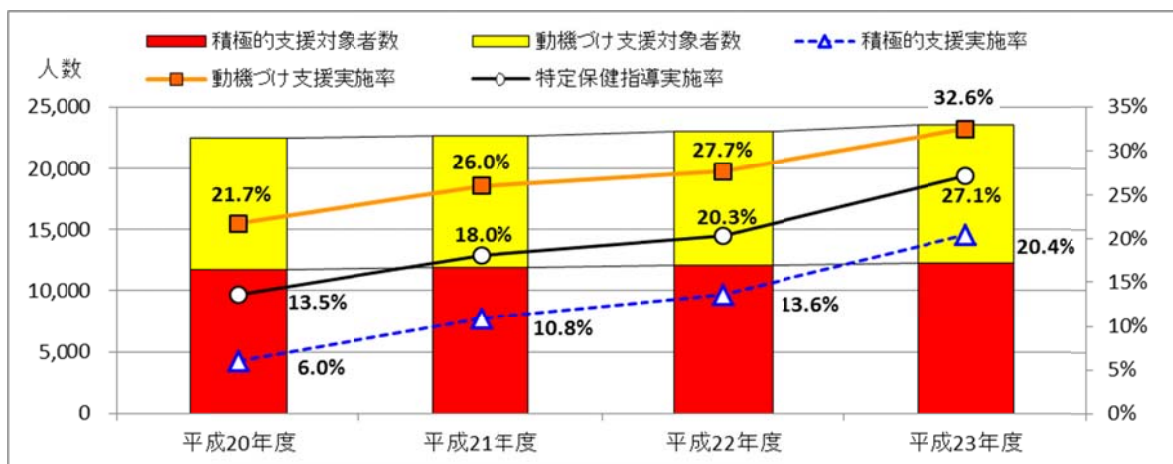
出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

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

図3-26 佐賀県における特定保健指導の内訳



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

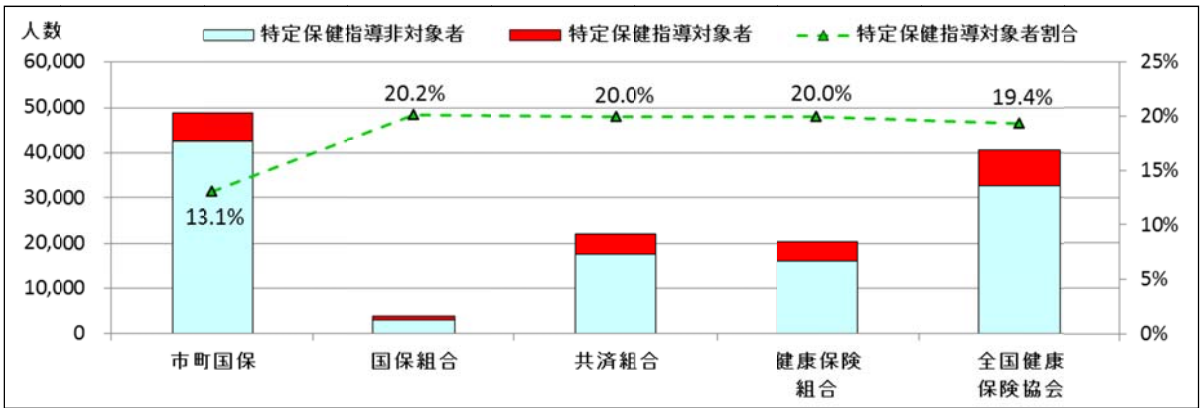
佐賀県の特定保健指導実施率は年々高くなっており、動機づけ支援実施率や積極的支援実施率も高くなってきています。特定保健指導を受けた対象者が翌年度の特定保健指導対象に該当しない、または特定保健指導レベルが改善するように特定保健指導を実施していくことが大切です。今後も実施率向上に努めるとともに、特定保健指導の効果をみていくためにも、特定健康診査の受診率

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

b 佐賀県内の保険者の比較

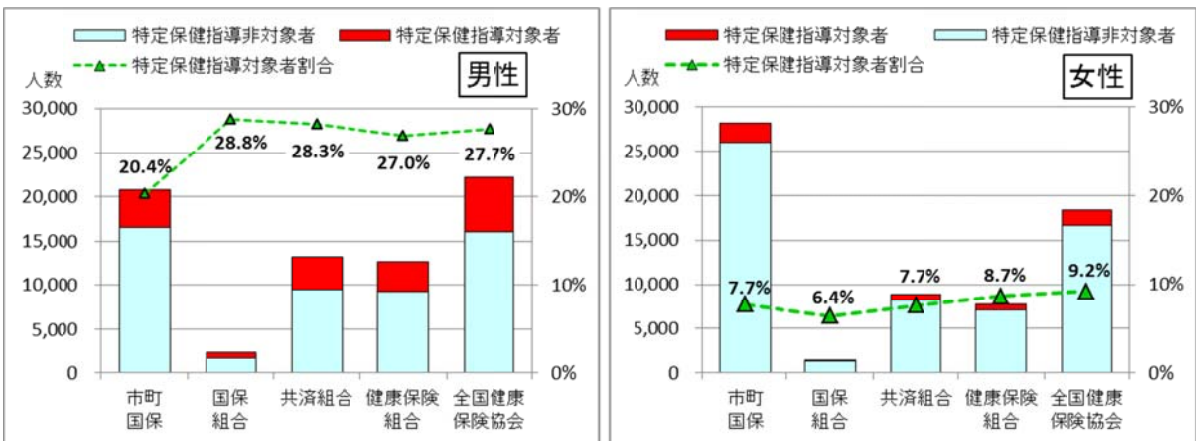
佐賀県における平成23年度保険者別特定保健指導対象者割合（図表3-27）は市町国保が13.1%と低く、一方で国保組合や被用者保険が約20%と高い状況です。また、男女で比較（図表3-28）すると、全ての保険者において、男性が高い割合となっており、男性の特定健康診査受診率を向上させるとともに、特定保健指導を確実に実施していく必要があります。

図表3-27 佐賀県における平成23年度保険者別特定保健指導対象者



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-28 佐賀県における平成23年度保険者別、性別特定保健指導対象者



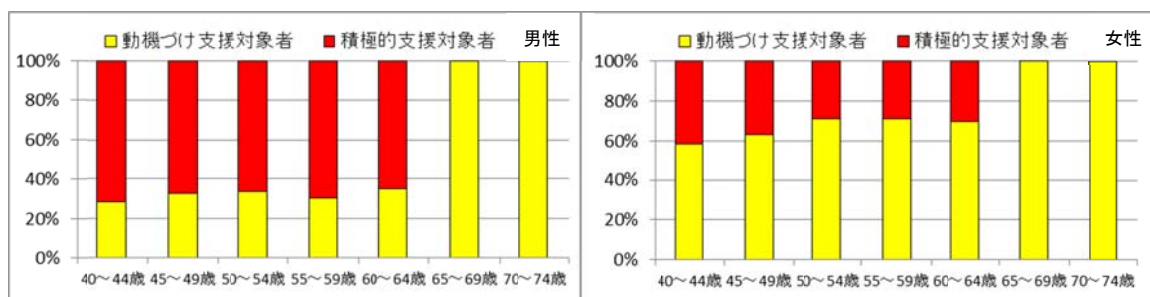
出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

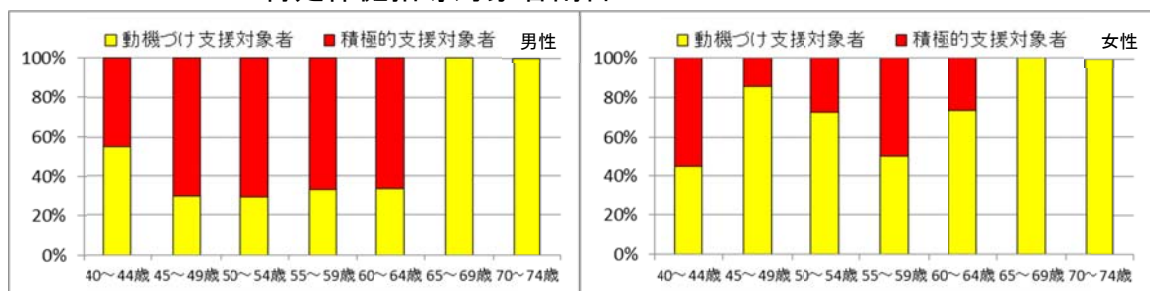
さらに、年代別にみても、男女問わず65歳以上の者については、図表3-24の特定保健指導対象者の選定基準により、動機づけ支援対象のみとされており、図表3-29～31においても65歳以上は同様の特定保健指導対象割合として表れていますが、64歳までの特定保健指導支援レベルの傾向をみると、積極的支援レベル対象者が相当数いることから、実際には65歳以上であっても同様の状況があることが考えられるため、必要に応じて、健康的な行動変容への支援を行っていくことが重要と考えられます。

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



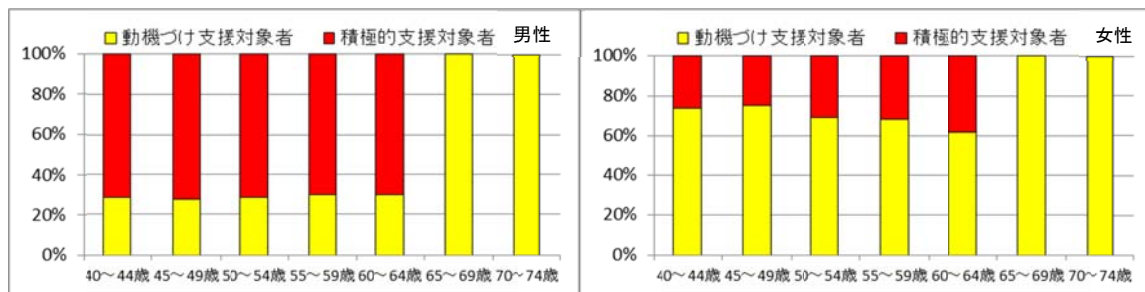
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

図表3-3-1 佐賀県被用者保険における平成24年度支援レベル及び年代別特定保健指導対象者割合



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

オ 特定保健指導実施率（終了率）及び途中終了率、完了率

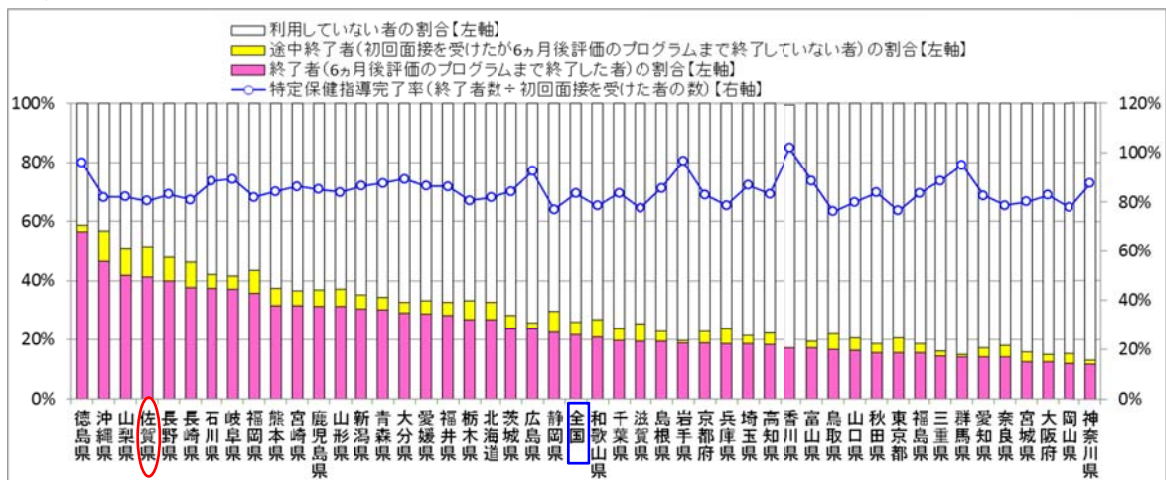
特定保健指導実施状況では、特定保健指導を利用し6ヵ月後評価のプログラムまで終了した者（以下、「終了者」と）と、特定保健指導の初回面接を受けたが6ヵ月後評価のプログラムまで終了しなかった者（以下、「途中終了者」と）に分けられ、特定保健指導実施率は特定保健指導対象者に対する終了者の割合を示しています。

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

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

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

図表3-32 市町村国保における平成23年度特定保健指導実施状況

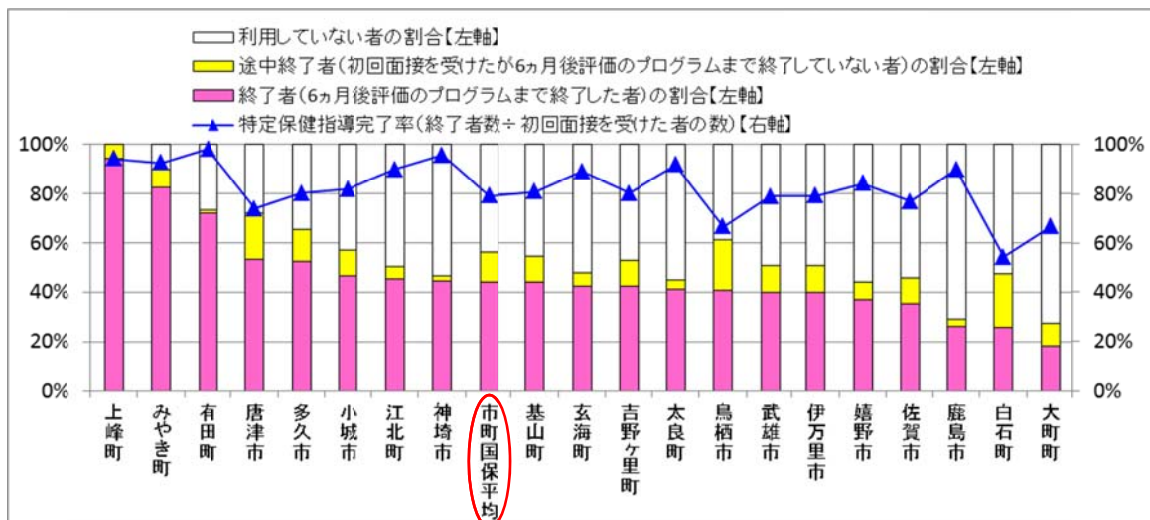


出所：国民健康保険中央会「平成23年度市町村国保特定健康診査等実施状況」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

図表3-33 佐賀県市町国保における平成24年度特定保健指導実施状況



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

カ 特定保健指導による医療費削減効果の推計

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

<p>&lt;特定保健指導のメタボリックシンドローム減少効果&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成20年度の特定健診結果に基づく特定保健指導を終了した者で、平成21年度の特定健診結果がある者について、メタボリックシンドローム該当者及び予備群数が約3割減少した</li> </ul>	
<p>&lt;メタボリックシンドローム該当者・予備群と年間医療費の関係&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成21年度の特定健診結果でメタボリックシンドローム該当及び予備群となった者の平成22年度のレセプトにおける年間医療費は、メタボリックシンドローム非該当者と比較して、約9万円高くなっている</li> </ul>	

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

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

図表3-34 平成24年度までの特定保健指導実施に係る費用対効果

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

出所：厚生労働省「特定保健指導費用対効果推計ツール<sup>24</sup>」

<sup>24</sup> 推計ツールの算出式：

- ③ 費用（特定保健指導の実施に係る費用）＝（動機づけ支援利用者数×動機づけ支援に係る集合契約の平均単価）＋（積極的支援利用者数×積極的支援に係る集合契約の平均単価）
- ④ 効果（医療費削減効果）＝平成20～23年度特定保健指導終了者数の合計×1/3×9万円



#### ②特定保健指導に関する取組み

##### ア 県の取組み

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

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

##### イ 保険者の取組み

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

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

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

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

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

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

### ③特定保健指導実施率に係る要因の分析

#### ア 保健師数

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

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

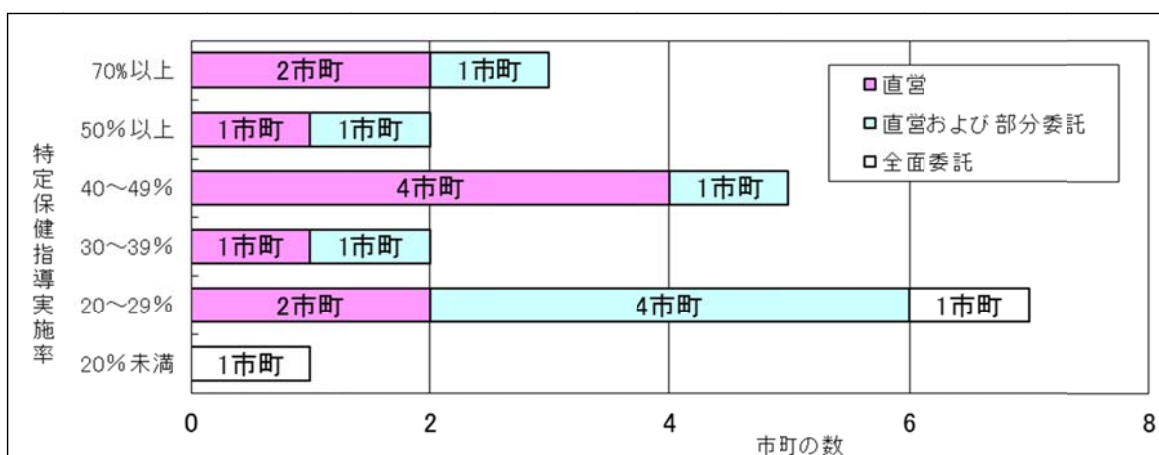
イ 実施形態

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

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

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

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



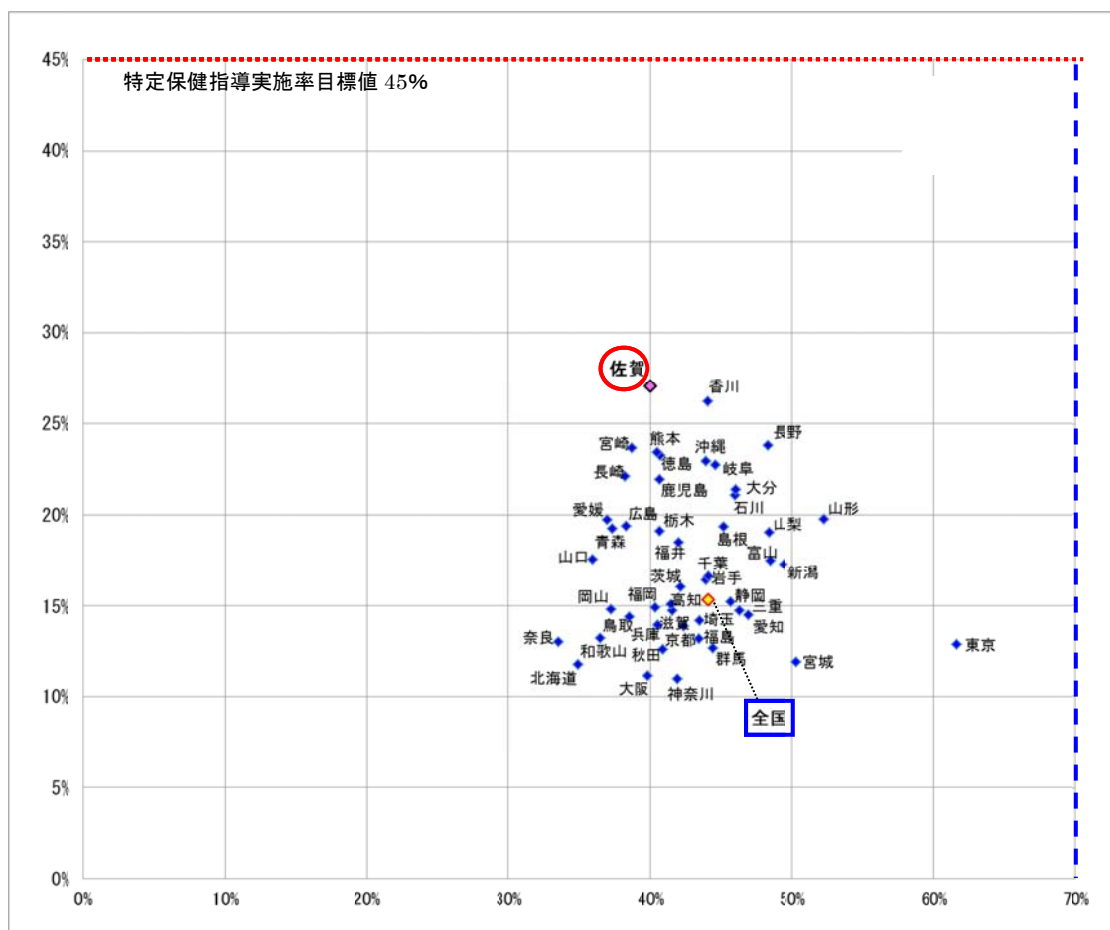
出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(3) 特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の現状

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

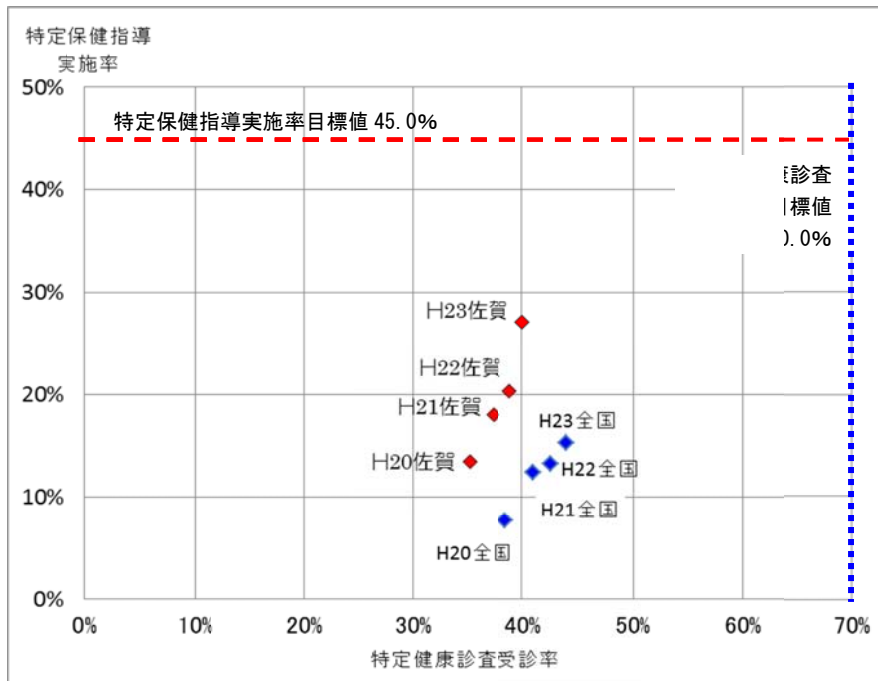
さらに、市町村国保の現状（図表3-38）として、佐賀県の特定保健指導実施率は全国平均より高く、全国目標値をほぼ達成しています。一方で佐賀県の特定健診受診率は全国平均より高いものの全国目標より低い水準にあります。

図表3-36 平成23年度都道府県別特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



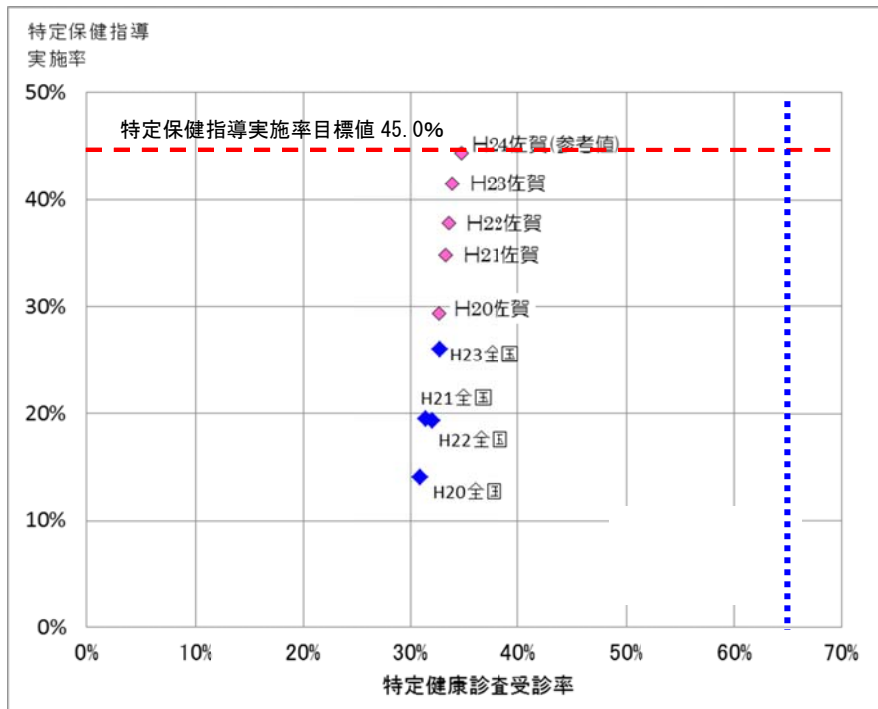
出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-37 全保険者における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

図表3-38 市町村国保における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率



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

(4) 重症化予防のための保健指導

第2章第4節で、市町村国保で比較すると、佐賀県における一人あたり生活習慣病医療費が全国よりも約700円高い現状について述べましたが、保険者は生活習慣病の重症化を防ぐための保健指導を行っています。佐賀県においては、特定保健指導の対象外でも、血圧が高い者、血糖値の推移を示すHbA1c<sup>26</sup>（ヘモグロビン・エーワンシー）が高い者、慢性腎臓病の重症度が高い者、血清尿酸値<sup>27</sup>が高い者等、重症化予防のための保健指導を必要とする対象者を抽出するためのデータを把握しています。特に佐賀県市町国保では、これらのデータを用い、医療機関での治療の有無に関わらず、受診勧奨や疾病管理等の保健指導を行っています。以下に佐賀県市町国保における現状について、記載します。

①血圧

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

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

図表3-39 血圧分類

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

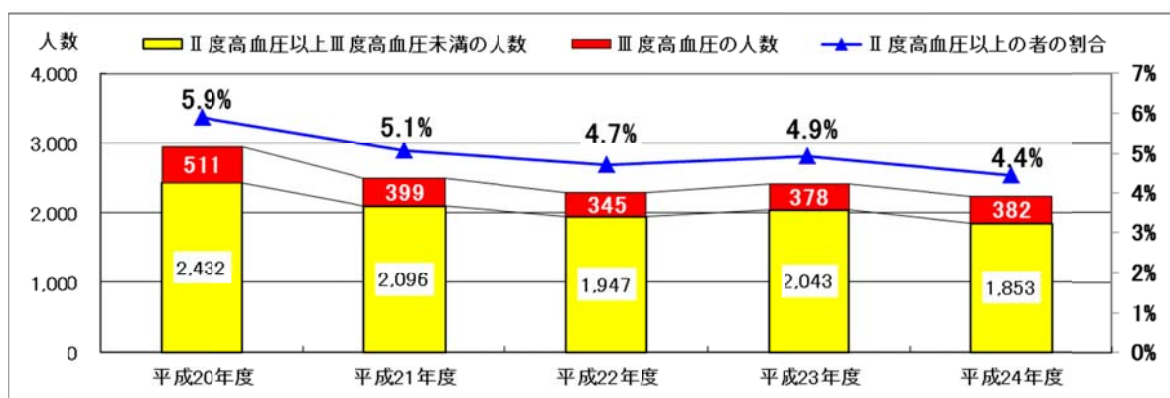
出所：日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」

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

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

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

図表3-40 佐賀県市町国保におけるⅡ度高血圧以上の者の人数と割合



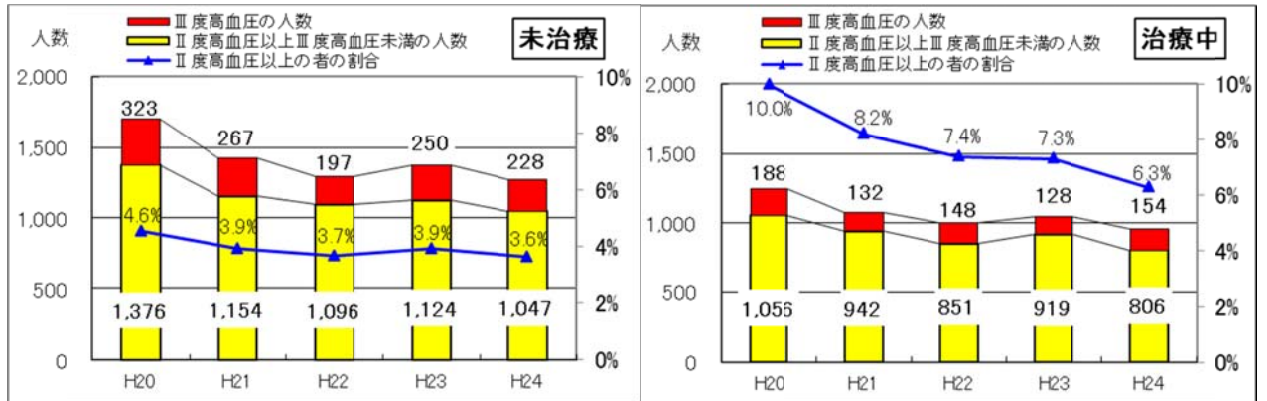
出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

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

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

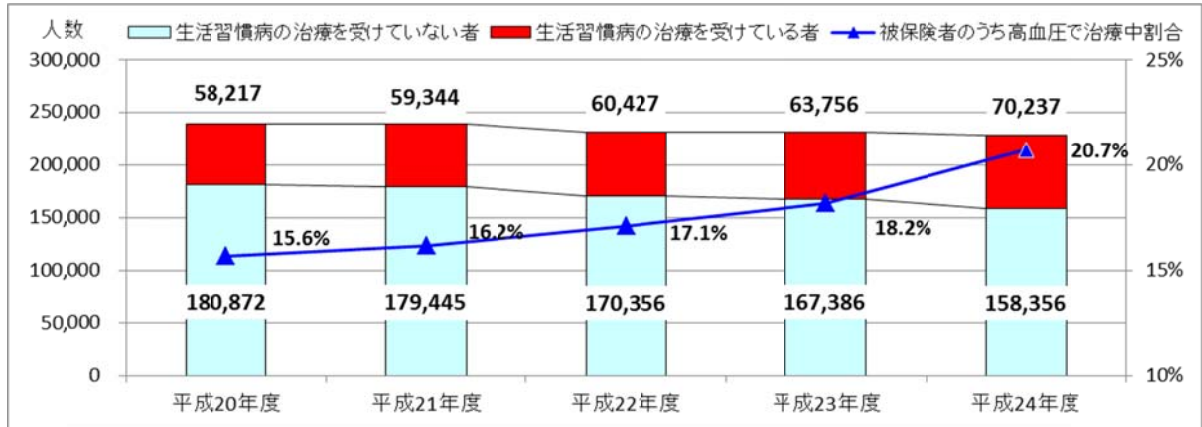
佐賀県市町国保において、被保険者のうち生活習慣病の治療を受けている者の人数は、平成20年度58,217名（24.3%）でしたが、平成24年度は70,237名（30.7%）に増加しています。また、被保険者のうち高血圧症の治療を受けている者の割合は平成20年度15.6%（37,417人）でしたが、平成24年度では20.7%（47,343人）と5.0ポイント増加している状況です（図表3-4-2）。

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

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



図表3-42 佐賀縣市町国保における高血圧症の受療状況（各年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「生活習慣病に係るレセプト分析」

## ②糖尿病及び慢性腎臓病

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

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

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

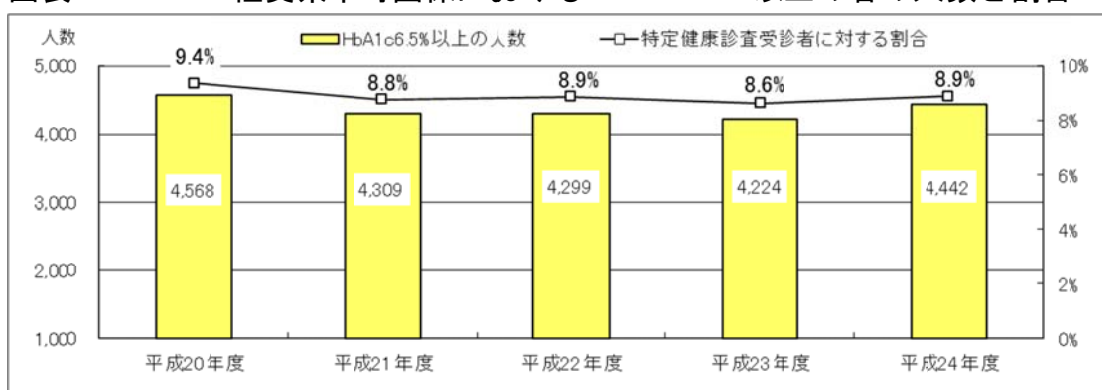
<sup>29</sup> 尿潜血：尿に血液（赤血球）が混じっている状態。尿潜血が陽性といわれた場合、尿の通り道である腎臓、尿管、膀胱、尿道の何処かの部位で血液が混じった可能性がある。

ア HbA1c

HbA1cの値（全てNGSP値<sup>30</sup>で表示）は過去1～2か月の血糖値の推移を評価でき、HbA1c5.6%以上は保健指導の対象となります。HbA1c6.5%を超えると糖尿病領域と判定され、受診勧奨の対象者となり、HbA1c8.4%以上はさらに重症で糖尿病性合併症の症状が出現するといわれています。

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

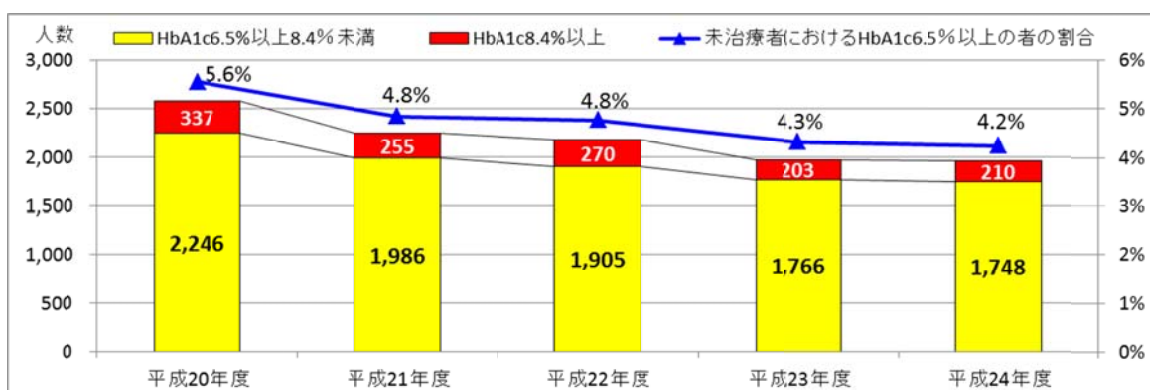
図表3-4-3 佐賀縣市町国保におけるHbA1c6.5%以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

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

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



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

<sup>30</sup> NGSP 値：HbA1c 国際標準化指標。

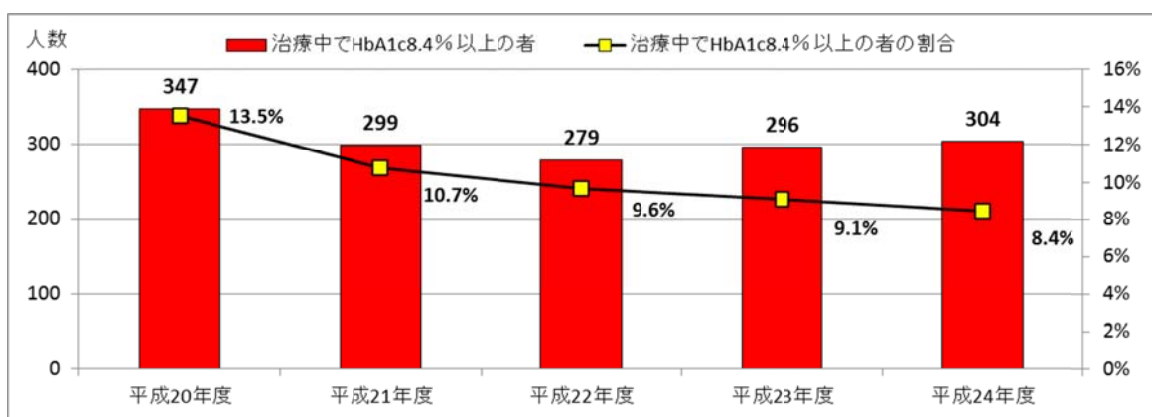
### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

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

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

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



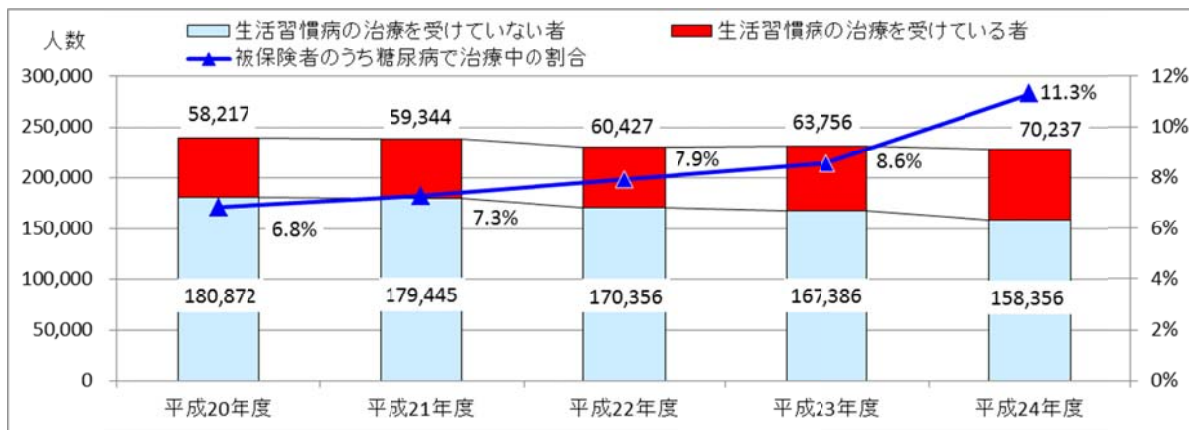
出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

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

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

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

図表3-46 佐賀縣市町国保における糖尿病の受療状況（各年5月診療分）



出所：佐賀県国民健康保険団体連合会「生活習慣病に係るレセプト分析」

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

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

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



イ 慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney disease）

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

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

図表3-47 CKD重症度分類

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

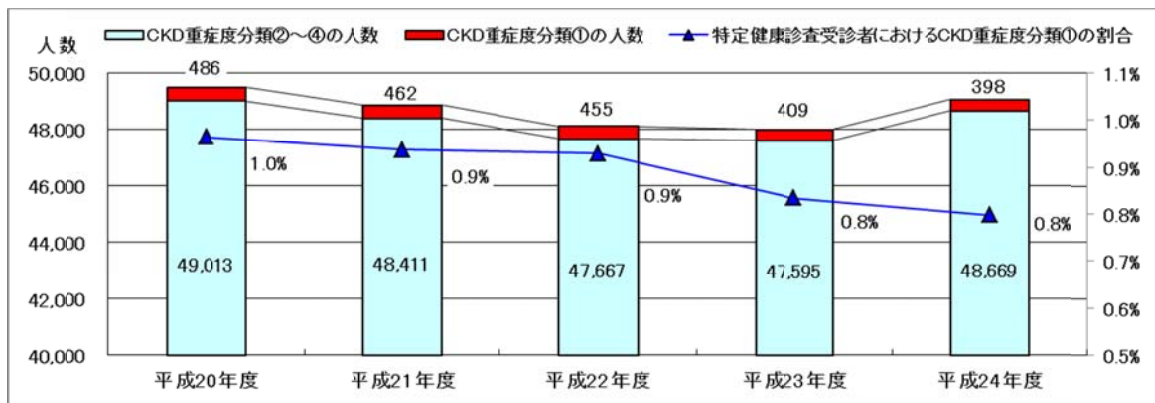
-  重症度分類①グループ・・・保健指導優先順位第1位
  -  重症度分類②グループ・・・保健指導優先順位第2位
  -  重症度分類③グループ
  -  重症度分類④グループ
  -  尿蛋白(+)のみより、尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上が重症
- CKD重症度④、③、②、①の順にステージが上昇するほど死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクが上昇する。(CKD診療ガイド2012より)

出所：日本腎臓病学会「CKD重症度分類2012」一部改変

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

図表3-48 佐賀県市町国保におけるCKD重症度分類①の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

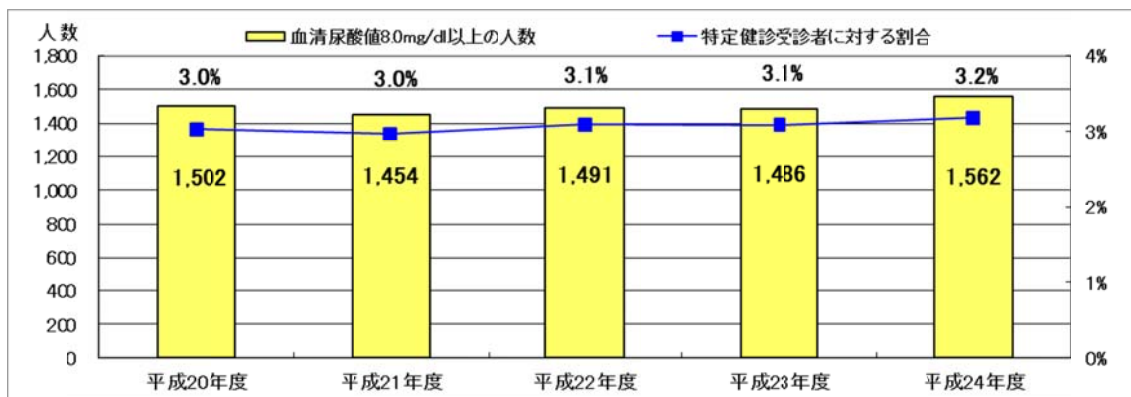
③血清尿酸値

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

佐賀縣市町国保における血清尿酸値 8.0mg/dl 以上の者の人数と割合（図表 3-49）は微増しており、平成 24 年度は最も多い 1,562 人（3.2%）となっている状況です。

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

図表 3-49 佐賀縣市町国保における血清尿酸値 8.0mg/dl 以上の者の人数と割合



出所：県調査「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業第1期報告」

(5) メタボリックシンドローム該当者及び予備群

①メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

厚生労働省告示第442号に基づき、医療費適正化計画（第1期）では特定保健指導対象者推定数より算出したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を用いて評価を行いました。

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

全国のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（図表3-50, 51）と比較すると、全保険者では佐賀県が全国よりも0.7ポイント低くなっています。市町村国保と国保組合は全国平均よりも高くなっているものの、全国健康保険協会は2.4ポイント、共済組合は2.5ポイント、健康保険組合は13.7ポイント、全国平均よりも低くなっています。

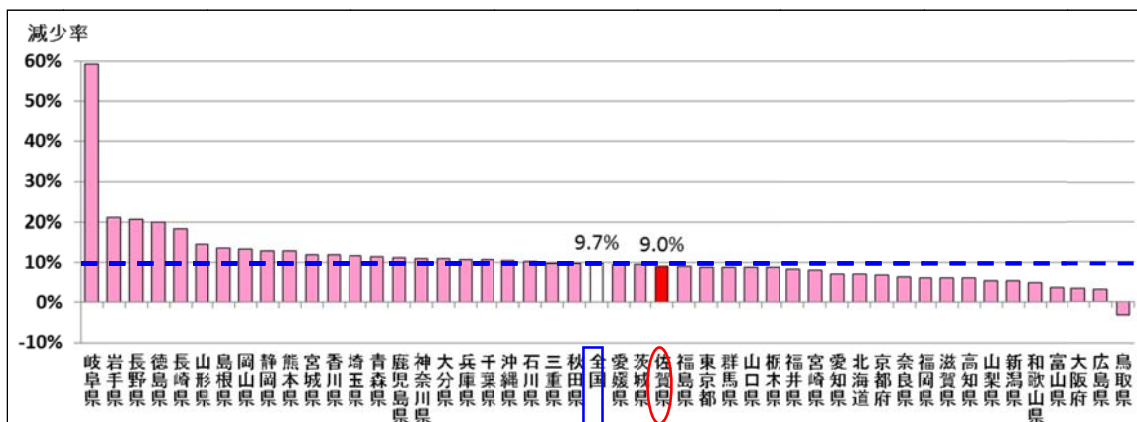
図表3-50 平成23年度保険者別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率  
（特定保健指導対象者推定数による算出）

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

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」



図表3-5-1 平成23年度都道府県別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率  
(特定保健指導対象者推定数による算出)



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

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

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

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

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

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

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

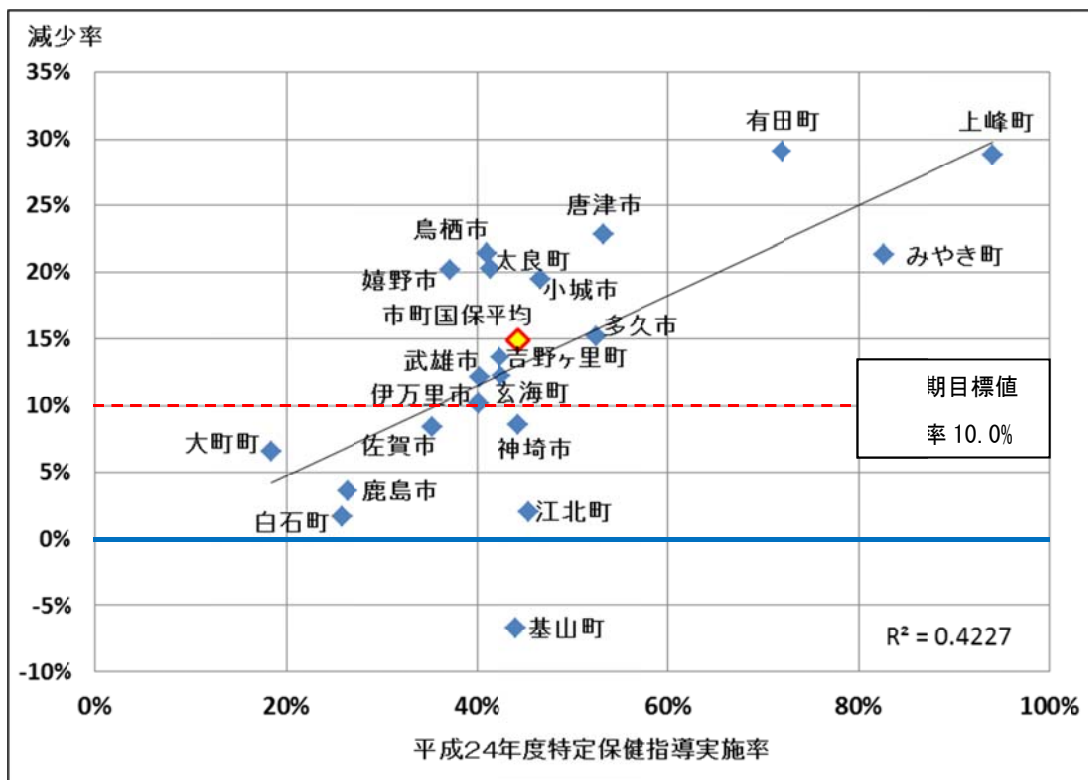
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

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

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



出所：県調査「特定健康診査・特定保健指導実績」

【参考】

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

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

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

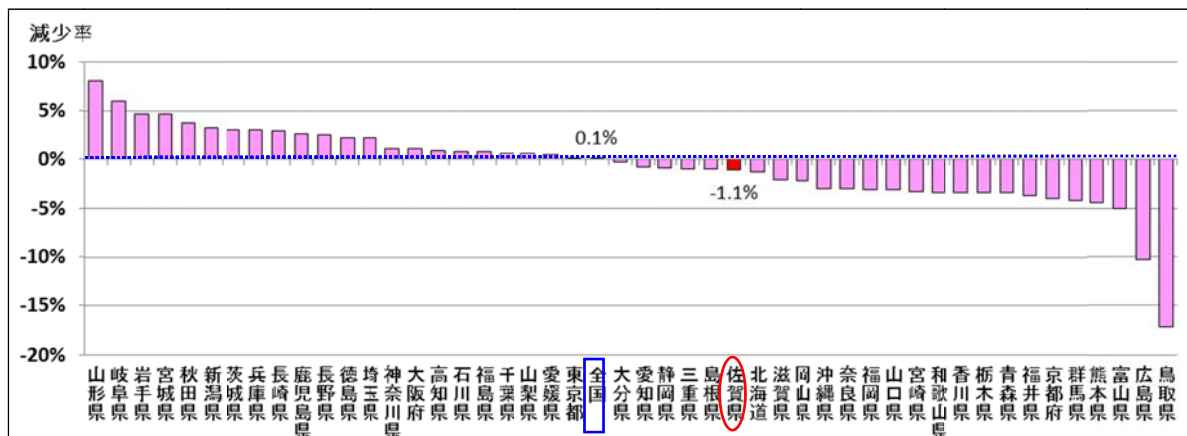
図表3-53 平成23年度保険者別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率  
（メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数による算出）

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

出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

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

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

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

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

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

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

出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

②メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合

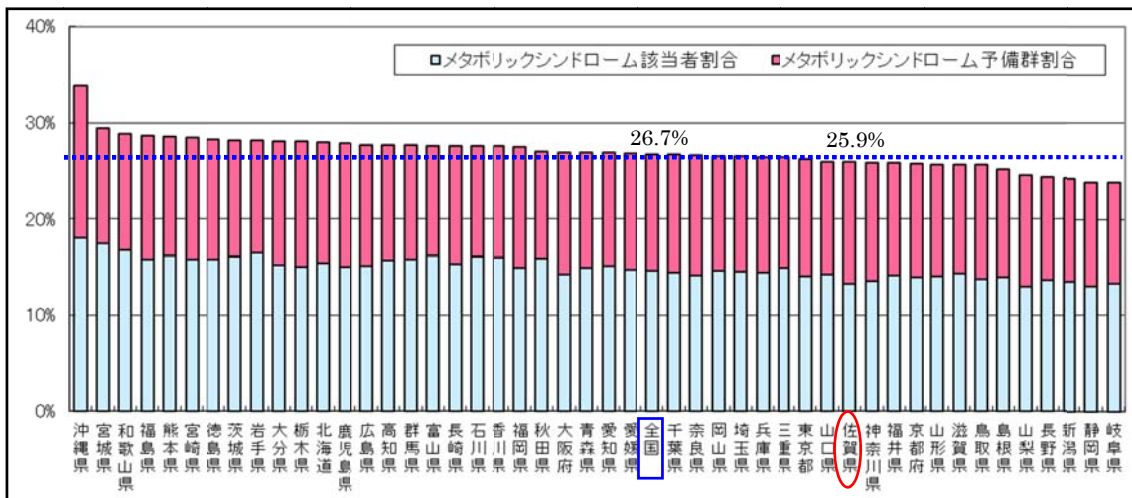
平成23年度特定健康診査受診者のうち、全国におけるメタボリックシンドローム該当者の割合は14.6%、予備群の割合は12.1%となっています。

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

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

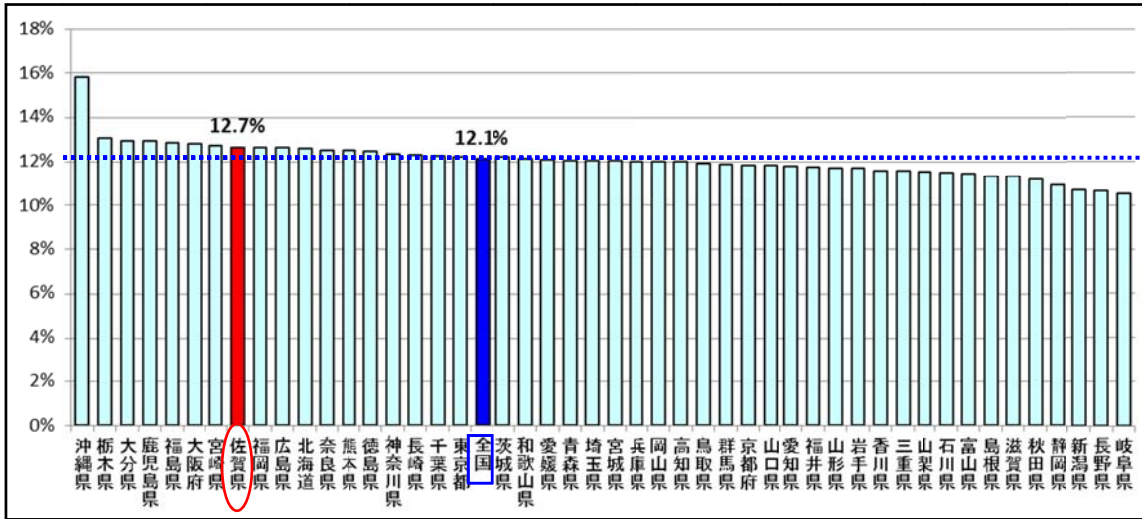
今後も特定保健指導の推進を行い、特定保健指導対象者の特定保健指導への参加を増やし、合わせて特定保健指導の効果を上げていく取組みが求められます。そして、特定保健指導の評価や効果を判定していく上で、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少等について、経年的にみていくとともに取組みを強化していくことが必要といえます。

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



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

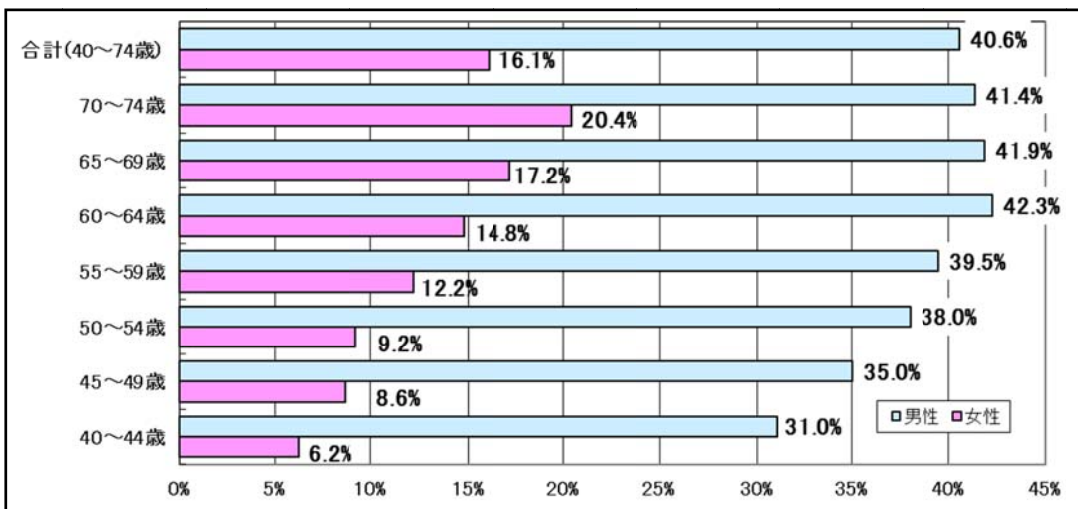
図表3-56 平成23年度都道府県別メタボリックシンドローム予備群割合



出所：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

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

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



出所：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

#### (6) 県民の健康に資するその他の取組み

##### ① 健康づくりの普及啓発

第1次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）において、県民の健康的な生活習慣の形成を積極的に進める健康づくり運動「健康アクション佐賀21」、「ヘルシースマイル佐賀21（佐賀県歯科保健計画）」を展開し、啓発活動の推進及び生活習慣病予防の徹底を図りました。

##### a メタボリックシンドローム概念の普及啓発

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

##### b 栄養・食生活の対策（食育を含む）

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

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

##### c 身体活動・運動の対策

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

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

#### d 喫煙・飲酒の対策

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

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

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

#### e 健康づくり対策の総合的な推進

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

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

#### f 歯科保健の推進

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

#### ②がん対策の推進

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

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



### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

行いました。

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

---

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

2 医療の効率的な提供の推進に関する評価

(1) 療養病床の状況

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

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

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

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

図表3-58 佐賀県における療養病床数の推移

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

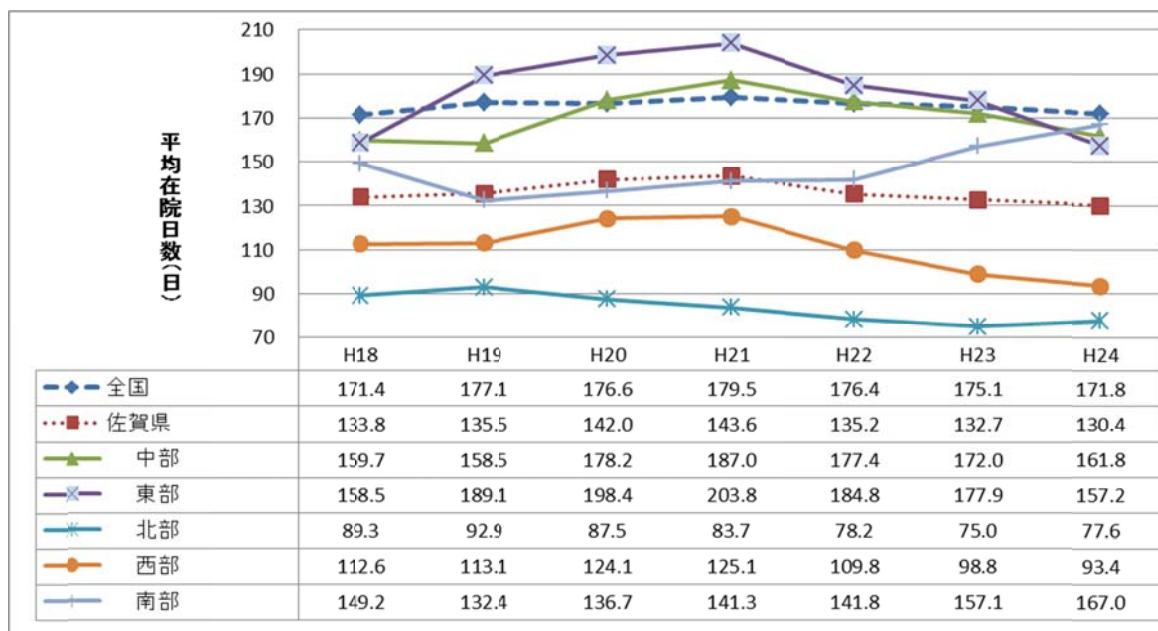
注：回復期リハビリテーション療養病床（H24年10月1日現在598床）を除く。

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

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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



出所：厚生労働省「病院報告」

(2) 平均在院日数の状況

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

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

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

図表3-60 佐賀県における平均在院日数の推移と評価

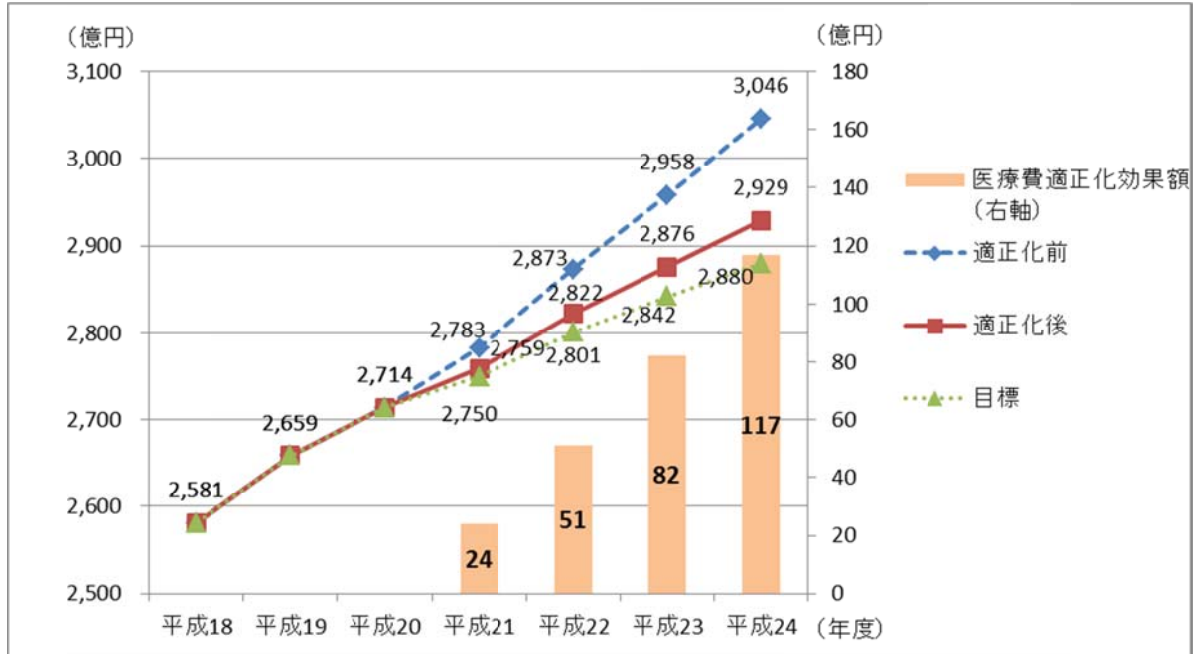
	平成18年度 (目標値の基準)	平成20年度 (中間評価時)	平成24年度 (実績評価値)	目標値	評価 (H18⇒H24)	目標との差
平均在院日数 (介護療養病床除く全病床)	48.5日	47.5日	42.9日	40.6日	△5.6日	2.3日

出所：厚生労働省「病院報告」

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-61 佐賀県における医療費（推計）の推移



出所：厚生労働省「都道府県別の医療費の将来見通しの計算方法ツール」

《参考》 各種病床の平均在院日数の推移（日） 上段：佐賀県 下段：（全国）

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

出所：厚生労働省「病院報告」

### (3) 医療の効率的な提供のための取組み

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

#### ①医療機関の機能分化・連携

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

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

#### ②在宅医療・地域ケアの推進

##### ア 在宅医療の推進

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

<sup>35</sup> 地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関でその診療計画を共有して用いることです。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示し説明することにより、患者は安心して医療を受けることができるようになります。

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

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

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

#### イ 地域ケアの推進

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

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

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

#### ウ 精神疾患対策の充実

##### ・地域保健活動の実施

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

及び電話) を開設し個別に対応しました。

保健福祉事務所における対面相談の実施延人数は、概ね 600 人台で推移しており(図表3-62)、電話により相談される方は、3,000 人前後となっています。いずれの形態の相談においても、ひきこもりや自殺関連の相談内容が多くなっている状況です。また、精神保健福祉センターにおいては、300~500 人(延)の方が相談のために来所されており(図表3-63)、心の健康づくりや思春期に関する相談が多数を占めています。

また、家庭訪問や各種教室を開催し、在宅生活のための支援に努めています。精神保健福祉センターにおいては、薬物関連問題や精神障害者を家族に持つ方のための、交流会や教室を開催しました(図表3-64)。

図表3-62 佐賀県の保健福祉事務所における精神保健福祉相談 (人)

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

出所：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

図表3-63 佐賀県精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談 (人)

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

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

図表3-64 佐賀県精神保健福祉センターにおけるこころの健康づくりに関する普及啓発

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

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」



#### ・精神疾患により入院している患者の状況

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

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

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

#### ・精神疾患患者の地域生活への移行

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

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

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

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

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

図表3-65 佐賀県における在院期間1年以上かつ65歳以上の退院者数（人）

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

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表3-66 1年未満入院者の平均退院率

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

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

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表3-67 佐賀県における3か月以内再入院率

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

出所：厚生労働省「精神保健福祉資料」

#### ③その他の取組み

##### ア 保険者のレセプト点検充実による診療報酬支払の適正化

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

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

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

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

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

出所：佐賀県国民健康保険課調べ。

#### イ 重複受診・多受診（頻回受診）の是正

佐賀県の受診率の高さは第2章でみたところですが（図表2-24, 25, 30, 31）、県では保険者が行う重複受診（一疾病で複数の医療機関を受診）者や多受診（必要以上の多数回受診）者に対する訪問指導等、受診の適正化に係る取組みを促進してきました。また、市町国民健康保険者に対しては、県調整交付金による財政支援を行いました。

#### ウ 医療費に対する意識の啓発

医療費に対する住民の認識、医療費の適正化への関心を高めるために、県では、保険者が受診者に医療費の額等について通知する医療費通知の取組みを促進してきました。また、医療費や医療保険についての広報を、県及び各医療保険者等が行いました。

#### エ 後発医薬品<sup>36</sup>（ジェネリック医薬品）の使用促進

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

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

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

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

---

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

### 第3章 目標の達成状況とこれまでの取組み

図表3-69 後発医薬品の使用割合（平成21～24年度）

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

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

注2：「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいいます。

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

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

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

出所：厚生労働省「調剤医療費の動向調査」