

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

平成23年3月

佐賀県

< 目 次 >

第1章 進捗状況に関する評価の位置付け

1 評価の目的	1
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標値	1
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標値	2

第2章 佐賀県の医療費を取り巻く現状と課題

1 国民医療費	3
(1) 国民医療費の全国比較	3
2 老人医療費	4
(1) 老人医療費の全国比較	4
(2) 老人医療費の地域格差の比較	6
3 生活習慣病関連の受療率及び医療費	8
(1) 人口10万人当たり傷病別受療率（入院・外来）	8
(2) 生活習慣病関連の主な疾患の受療率	9
(3) 本県の国民健康保険における医療費（平成22年5月診療分）	10
ア 傷病別の医療費の割合	10
イ 疾病別の医療費	11
ウ 1人当たり医療費	11
エ 1件当たり医療費	12

第3章 目標の進捗状況及び分析

1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標の進捗状況	13
(1) 特定健康診査実施状況	13
ア 実施率の全国における位置付け	13
イ 県内の保険者の実施率の比較	14
ウ 県内の市町国保の実施率の比較	14
エ 県内の性・年齢別受診者割合	15
(2) 特定健康診査に関する取組	16
ア 県の取組	16
イ 保険者の取組	17
(3) 特定健康診査実施率に係る要因の分析	17

(4) 特定保健指導の実施率	19
ア 実施率の全国における位置付け	19
イ 県内の保険者の実施率の比較	20
ウ 県内の市町国保の実施率の比較	20
(5) 特定保健指導に関する取組	21
ア 県の取組	21
イ 保険者の取組	21
(6) 特定保健指導実施率に係る要因の分析	22
(7) メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の状況	23
2 医療の効果的な提供の推進に関する達成目標の進捗状況	25
(1) 療養病床の病床数の推移	25
ア 療養病床の状況	25
イ 評価について	25
(2) 平均在院日数の評価	26
ア 全国における位置付け	26
イ 2次医療圏域単位の平均在院日数	30
(ア) 病床の種別ごとの平均在院日数（平成20年）	30
(イ) 平均在院日数に関係すると考えられる要因の分析	33

第4章 今後の推進・方策について

1 評価時点における目標値の状況	36
(1) 県民の健康の保持の推進の状況	36
(2) 医療の効率的な提供の推進の状況	36
2 今後の推進・方策	37
(1) 県民の健康の保持の推進について	37
(2) 医療の効率的な提供の推進について	37

第1章 進捗状況に関する評価の位置付け

1 評価の目的

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、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。

そのような中、国民の安全・安心の基盤である国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながら、国民の健康の保持、良質かつ適切な医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの適正化を図ることが重要です。

このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、平成20年度から5年ごとに、5年を1期として医療費適正化を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）を国及び都道府県は作成することとされたため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）に基づき、平成20年10月に佐賀県医療費適正化計画（第1期）を策定しました。

計画では、保険医療を取り巻く現状と課題を分析し、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、医療そのものの効率化をめざすため、医療費適正化に向けた目標として、計画（平成20年度～平成24年度）の最終年度である平成24年度における、（1）県民の健康の保持の推進に関する目標値、（2）医療の効率的な提供の推進に関する目標値を設定しています。

（1）県民の健康の保持の推進に関する目標値

目標項目	目標値
①特定健康診査 ^{※1} の実施率	70%
②特定保健指導 ^{※2} の実施率	45%
③メタボリックシンドローム ^{※3} の該当者及び予備群の減少率（対平成20年度）	10%

※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(内臓脂肪症候群)

内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を併せもった状態のことをいう。

(出典：「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」)

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標値

目標項目	目標値	摘要
①療養病床 (回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)	3,385床	国の基本方針に示された参酌標準の考え方を基本としつつ、本県の地域実情を踏まえて算定。 (参考) 平成18年10月現在の療養病床数(回復期リハを除く)は4,932床
②平均在院日数	40.6日	平成18年の病院報告における本県の平均在院日数(介護療養病床を除く)48.5日から、最短の長野県との差の1/3の日数を減じたもの。

計画の中間年度である本年度(平成22年度)には、法第11条に基づき、計画の進捗状況に関する評価を行うこととされています。今年度、進捗状況に関する分析や評価を行い、それを踏まえた上で計画の目標達成に向けて、取組を推進していきます。

なお、計画の最終年度の翌年度には、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行うこととされています。

第2章 佐賀県の医療費を取り巻く現状と課題

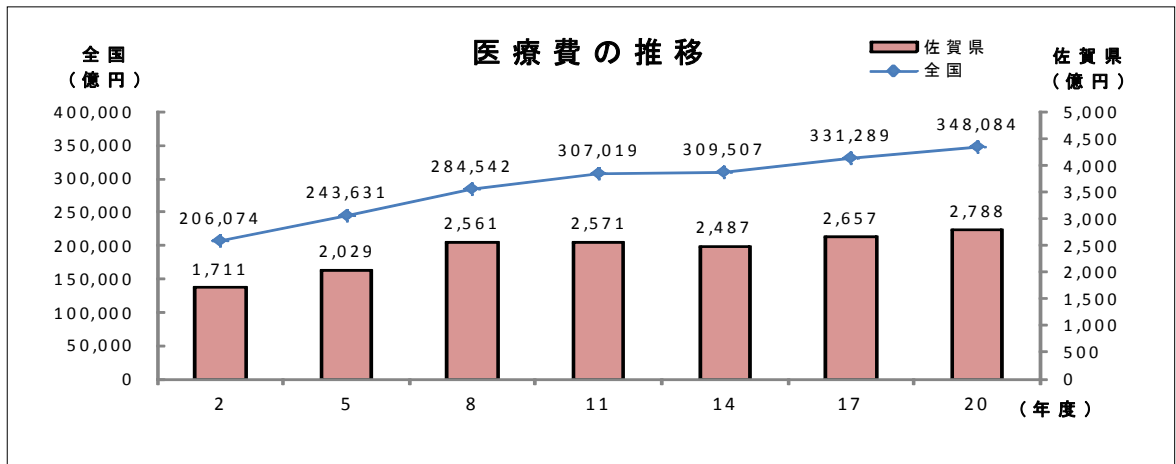
1 国民医療費

(1) 国民医療費の全国比較

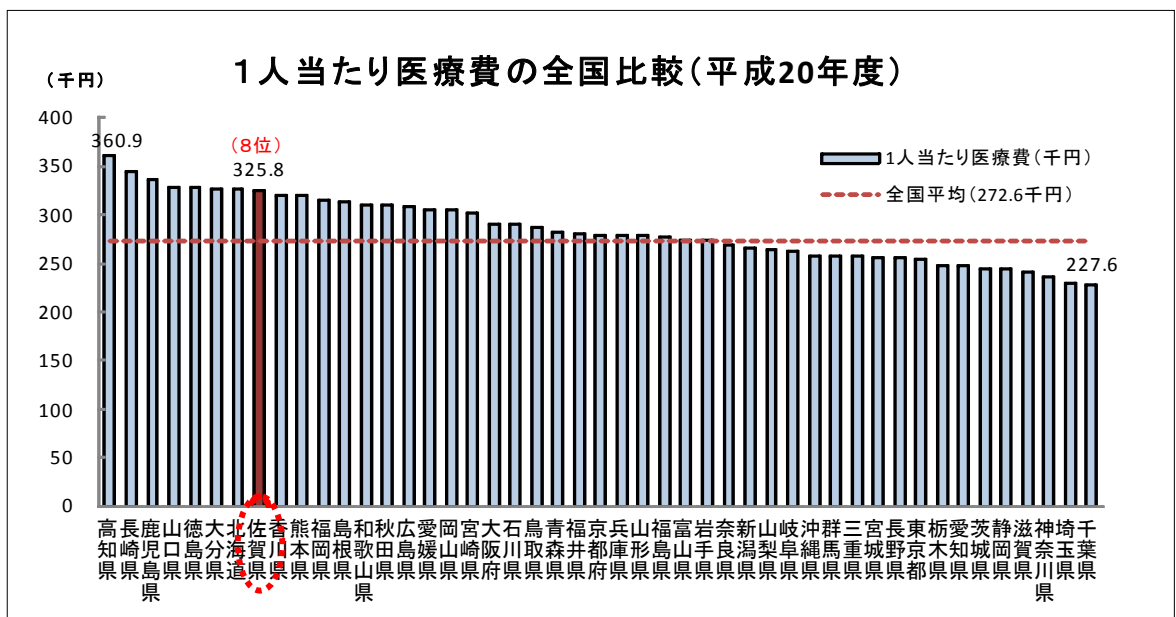
平成20年度の国民医療費（全国）は34兆8,084億円となっており、前年度の34兆1,360億円に比べて6,724億円、2.0%の増加（平成17年度比：5.1%増加）となっています。

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

また、本県の1人当たり医療費は平成20年度32万5,800円で、平成17年度（30万7,000千円）と同様に全国8位となっており、最も低い千葉県（22万7,600円）と比べると、本県は1.4倍となっています。



資料：厚生労働省「国民医療費」



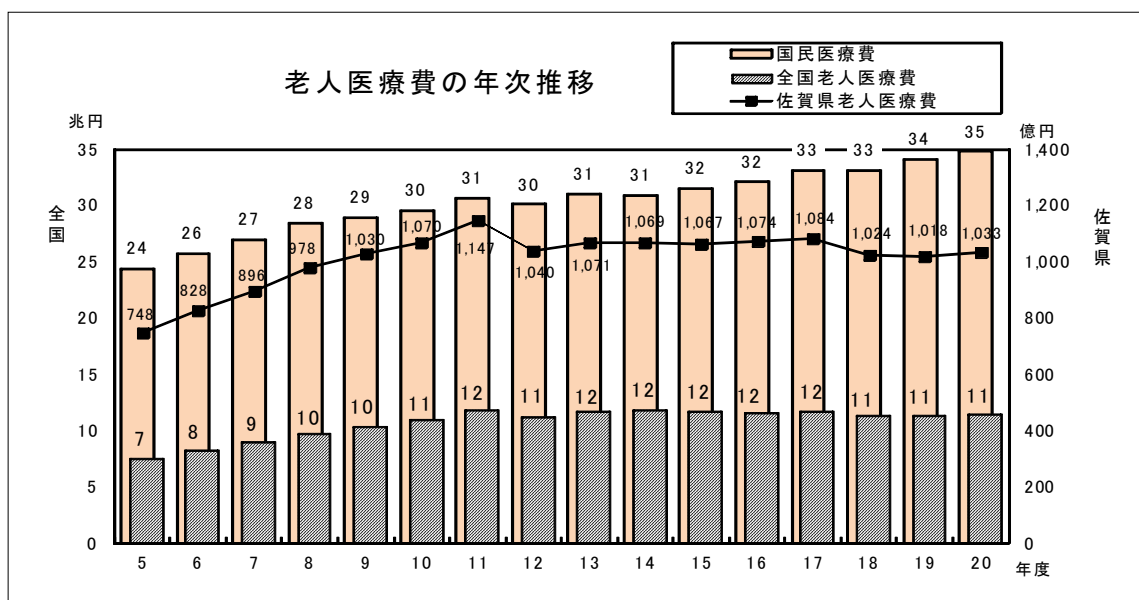
資料：厚生労働省「国民医療費」(平成20年度)

2 老人医療費

(1) 老人医療費の全国比較

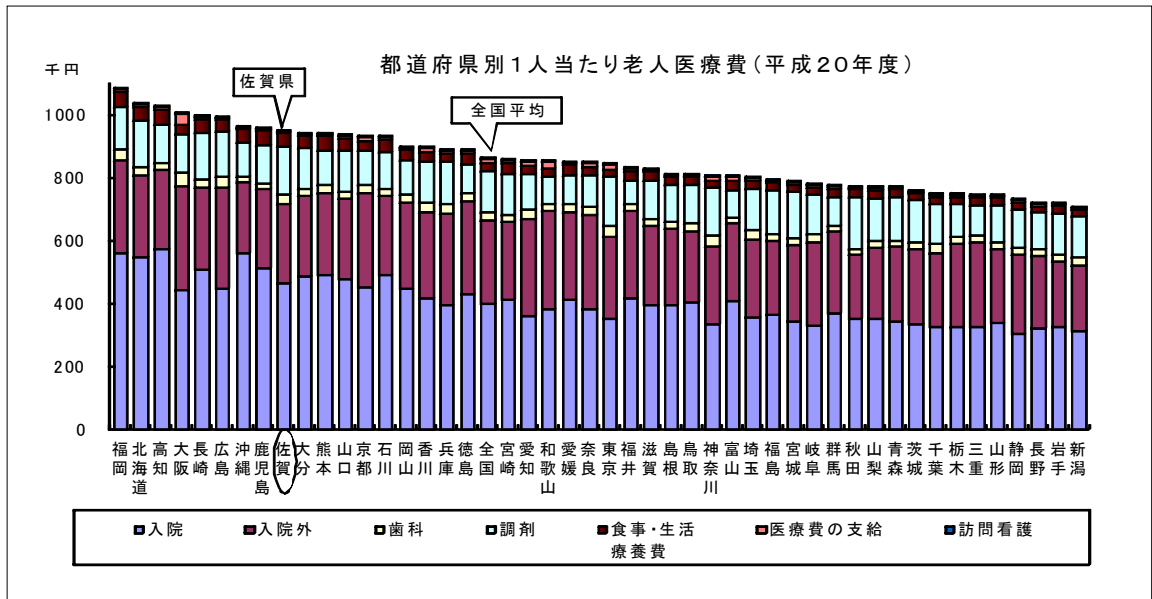
平成 20 年度の老人医療費（全国）は、11 兆 4,145 億円で総医療費の 32.8% を占めており、平成 19 年度の老人医療費（11 兆 2,753 億円）に比べ 1,392 億円、1.2% の増加となっています。（老人医療の対象年齢は順次引き上げられていること及び平成 20 年度と 19 年度以前とでは制度が異なることに留意。）

なお、本県の平成 20 年度の老人医療費（平成 20 年 4 月以降の後期高齢者医療費と、平成 20 年 3 月分及び平成 20 年 4 月から平成 21 年 2 月までの請求遅れの老人医療費の合計。以下同じ）は 1,033 億円で、総医療費（2,788 億円）の 37.1% を占めており、全国平均と比較して老人医療費の占める割合は高くなっています。制度が異なるため単純な比較は難しいものの、平成 19 年度の老人医療費約 1,018 億円と比較すると、前年度比 1.5% の増となっています。



資料：厚生労働省「老人医療事業年報」・「後期高齢者医療事業年報」

また、本県の 1 人当たり老人医療費は、平成 20 年度 95 万 1,965 円で、計画策定時（平成 17 年度）の 91 万 5,370 円に比べ 36,595 円、4.0% 増加しています。1 人当たり医療費が一番低い新潟県（71 万 0,146 円）の 1.3 倍で、全国で高い方から 9 位となっていますが、平成 17 年度（全国 8 位）よりも下がっています。



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」(平成20年度)

平成20年度の1人当たり老人医療費の入院診療費をみると、46万9,788円で全国平均の40万1,773円を6万円以上上回り、全国11位となっています。1件当たりの日数は19.93日で全国8位、受診率(100人当たり件数)は115.47件で、全国9位となっています。一方、1日当たりの入院診療費は20,410円で、全国45位となっています。

1人当たり入院診療費及び1件当たり日数の全国順位は、平成17年度よりも下がりましたが、入院日数が長く、入院の頻度が高い状況は変わっていません。

老人医療費のうち入院に係る診療諸率

入院		1人当たり入院診療費		受診率 (100人当たり件数)		1件当たり日数		1日当たり診療費	
		順位	実数(千円)	順位	実数	順位	実数(日)	順位	実数(千円)
平成17年度 (計画策定時)	全国		372.93		86.99		18.96		22.61
	佐賀県	10	445.32	9	114.39	7	20.3	45	19.18
平成20年度	全国		401.77		88.54		18.91		24.00
	佐賀県	11	469.79	9	115.47	8	19.93	45	20.41

資料：厚生労働省「老人医療事業年報」(平成17年度)

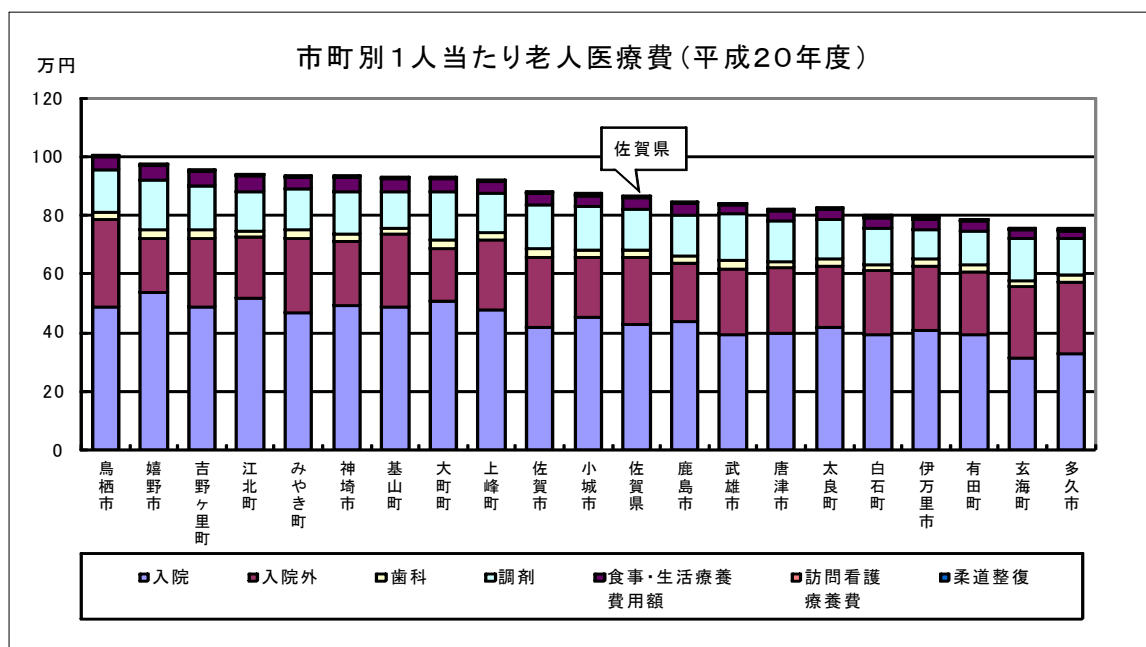
「後期高齢者医療事業年報」(平成20年度)

(2) 老人医療費の地域格差の比較

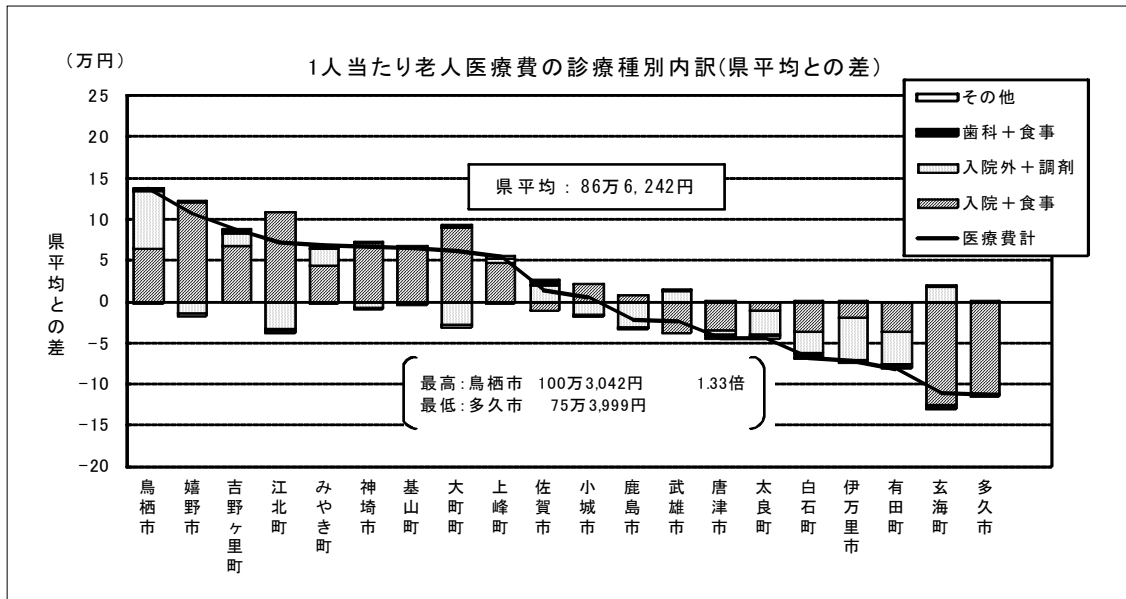
平成20年度の1人当たり老人医療費が最も高いのは、鳥栖市の100万3,042円（平成17年度：114万5,605円）、次いで嬉野市、吉野ヶ里町、江北町の順となっています。最も低いのは、多久市の75万3,999円（平成17年度：玄海町76万7,602円）、次いで玄海町、有田町、伊万里市の順となっています。最高額の鳥栖市と最低額の多久市の格差は1.3倍ですが、平成17年度（1.5倍）よりも格差はやや縮まっています。

なお、鳥栖市では入院外医療費（薬剤費含）が高くなっていますが、概ね入院医療費（食事療養費含）の県平均との差が、老人医療費の高低に影響しているようです。

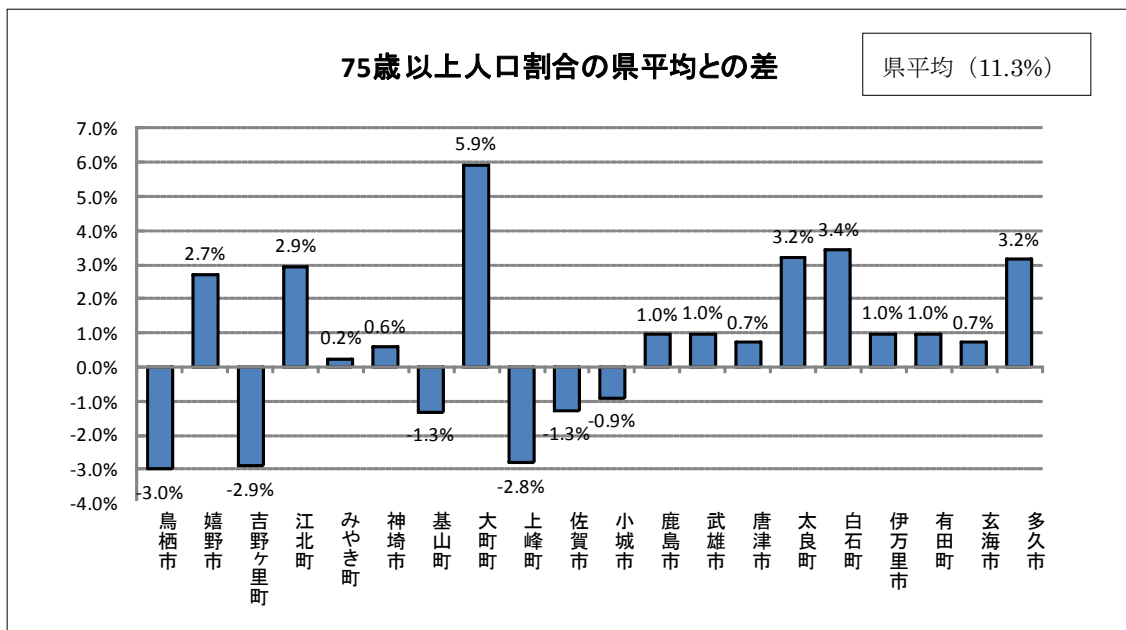
一方、75歳以上の人口割合が比較的高い西部地区（伊万里市、有田町）、南部地区（鹿島市、太良町、白石町）では、入院外医療費（薬剤費含）が低く、平均よりも医療費を押し下げています。



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」
（平成20年4月～平成21年2月診療分の現物給付のみ）



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「後期高齢者医療診療報酬等請求内訳書」
(平成20年4月～平成21年2月診療分の現物給付のみ)



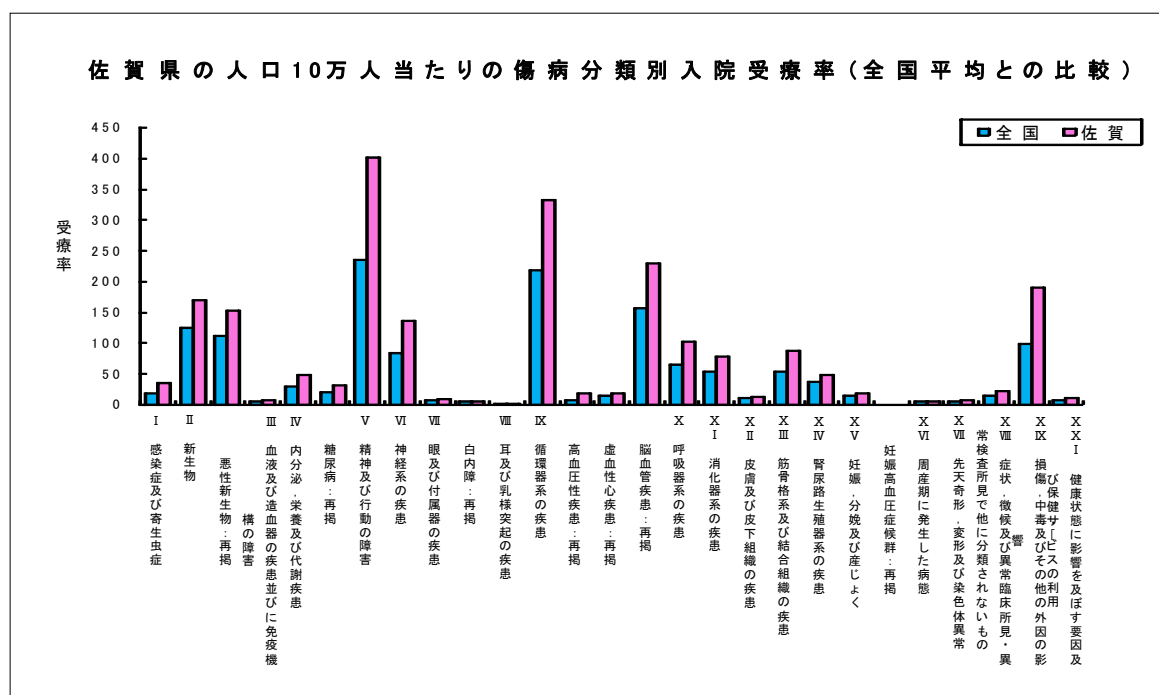
資料：総務省「国勢調査」(平成17年)

3 生活習慣病関連の受療率※4及び医療費

(1)人口 10 万人当たり傷病別受療率(入院・外来)

医療費と正の相関関係があると言われてしている受療率について、本県の人口 10 万人当たりの傷病分類別受療率をみると、入院・外来ともに、ほとんどの疾患において全国平均を上回っています。

平成 20 年の本県の人口 10 万人当たりの傷病分類別入院受療率をみると、高い方から「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「新生物」、「神経系の疾患」となっており、平成 17 年と同じ状況です。



資料：厚生労働省「患者調査」(平成 20 年度)

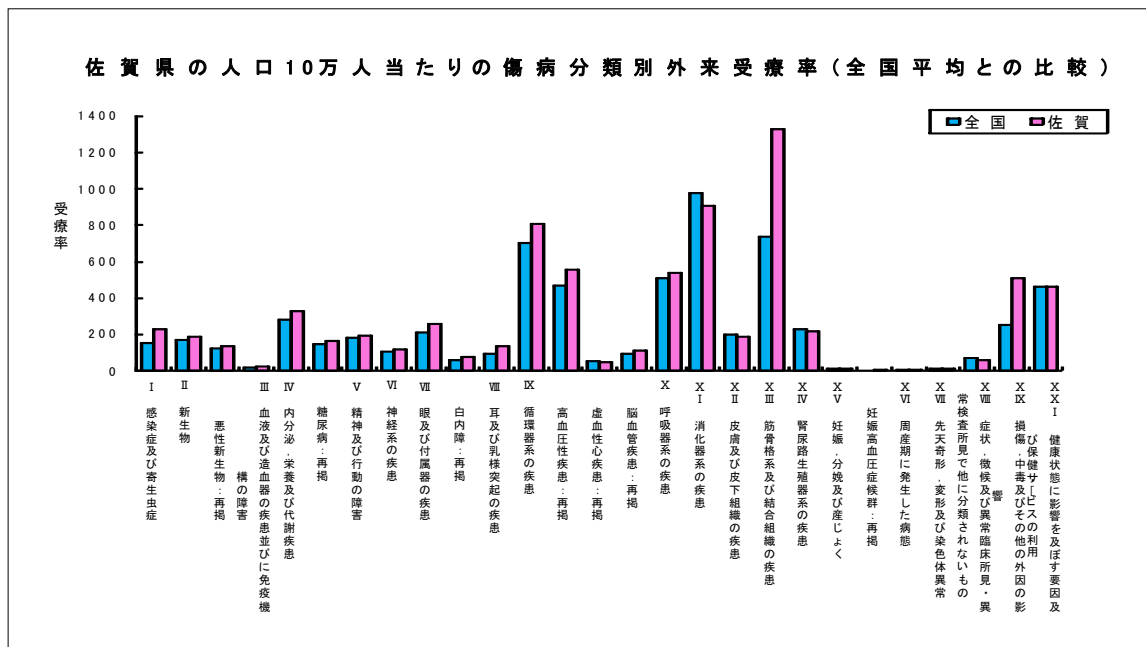
※4 受療率

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。

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

また、人口 10 万人当たりの傷病分類別外来受療率では、高い方から、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」となっており、これも平成 17 年と同じ状況となっています。

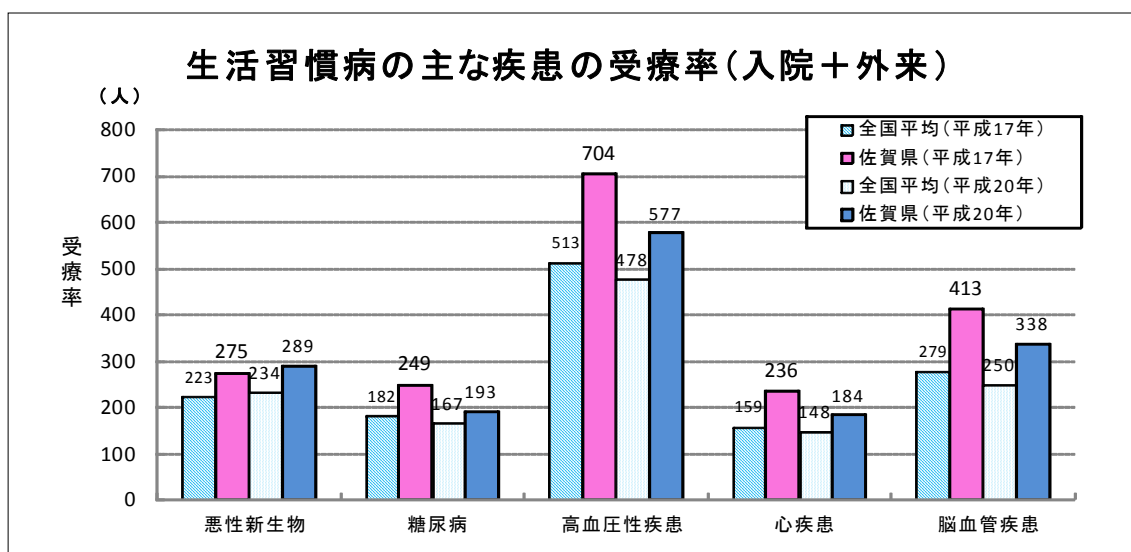


資料：厚生労働省「患者調査」（平成 20 年）

(2) 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）で見ると、すべての疾患で全国平均を上回っています。

しかし、悪性新生物以外の疾患は、平成 17 年よりも受療率は減少しており、全国平均よりも減少幅が大きくなっています。



資料：厚生労働省「患者調査」

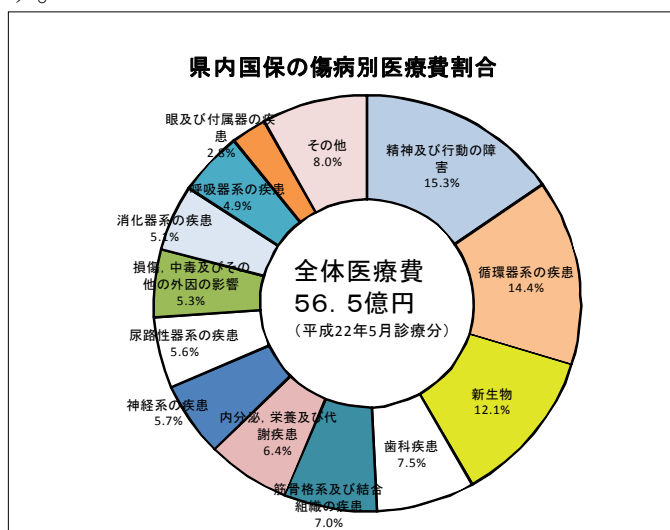
(3)本県の国民健康保険における医療費(平成 22 年 5 月診療分)

※以下、12 ページまでの留意点

- 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。

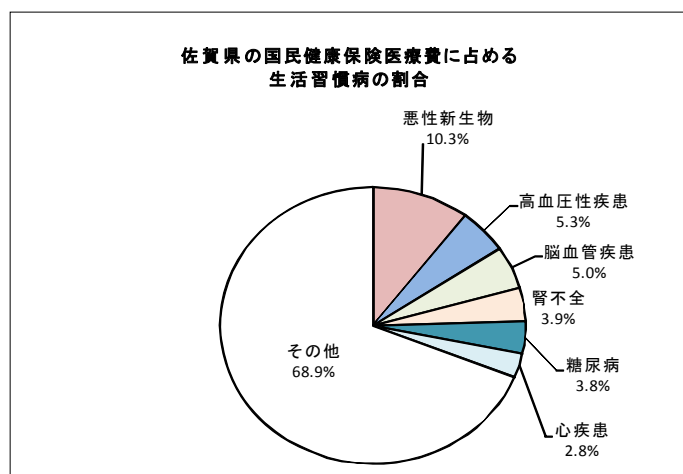
ア 傷病別の医療費の割合

本県の平成 22 年 5 月診療分の国民健康保険における 19 分類（大分類^{※5}）の傷病別医療費をみると、多い方から、「精神及び行動の障害（15.3%）」、「循環器系の疾患（14.4%）」、「新生物（12.1%）」、「歯科疾患（7.5%）」「筋骨格系及び結合組織の疾患（7.0%）」、「内分泌、栄養及び代謝疾患（6.4%）」となっています。



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会
「医療情報システム」
(平成 22 年 5 月診療分)

また、同医療費を 119 分類（中分類^{※6}）でみると、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 31.1%を占めています。これは、計画策定時に用いた平成 19 年 5 月分（33.7%：平成 20 年度から後期高齢者医療制度が開始されたため、74 歳以下の年齢分を抽出）より、2.6%少なくなっています。



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会
「医療情報システム」
(平成 22 年 5 月診療分)

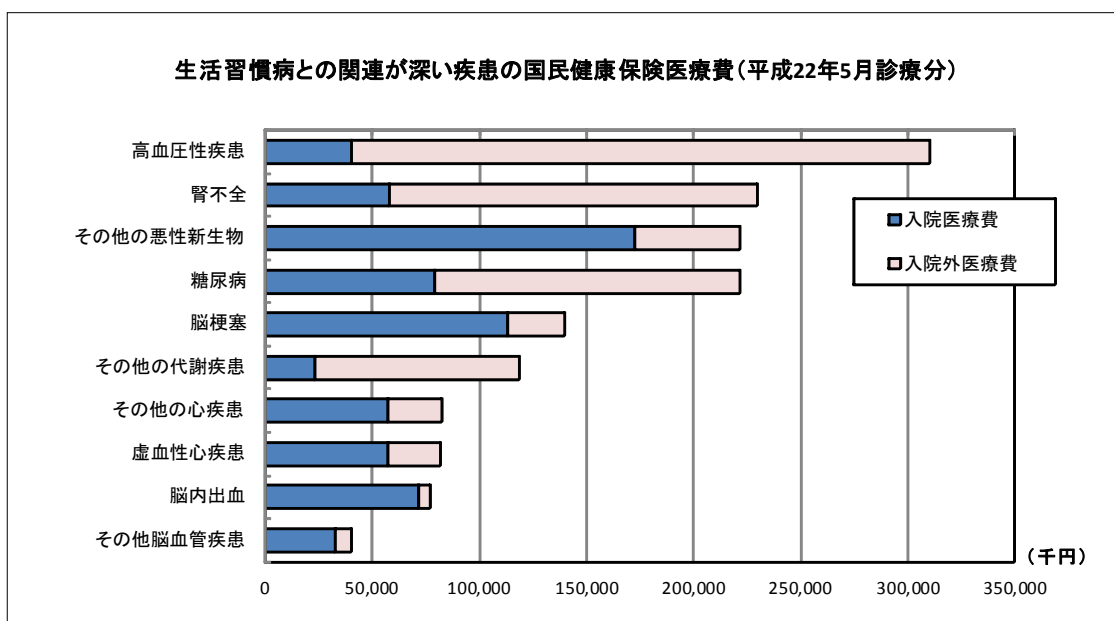
※5 19分類（大分類） ※6 119分類（中分類）

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

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

イ 疾病別の医療費

生活習慣病と関連が深いとされる疾病の国民健康保険医療費は、医療費が多い方から高血圧性疾患、腎不全、その他の悪性新生物、糖尿病、脳梗塞の順になっており、平成19年5月診療分（74歳以下を抽出）とほぼ同じ疾患の医療費が多くなっています。



資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」（平成22年5月診療分）

ウ 1人当たり医療費

本県の平成22年5月診療分の国民健康保険における疾病別費用額において、被保険者1人当たり医療費が多い疾病は、統合失調症等、高血圧性疾患、歯肉炎及び歯周疾患、腎不全、その他の悪性新生物の順となっており、平成19年5月診療分（74歳以下の年齢分を抽出）と概ね同様の疾患の医療費が多い状況です。

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

（計画策定時：平成19年5月診療分 74歳以下）（円）

（今回：平成22年5月診療分 74歳以下）（円）

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

疾病名	1人当たり医療費
統合失調症等	2,464
高血圧性疾患	1,286
歯肉炎及び歯周疾患	1,030
腎不全	953
その他の悪性新生物	919
糖尿病	917
その他の神経系の疾患	586
脳梗塞	579
骨折	578
その他の消化器系の疾患	563

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」
（※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患）

エ 1件当たり医療費

同疾病別医療費額を1件当たりの額で見ると、多い順に腎不全、白血病、頭蓋内損傷及び内臓の損傷、くも膜下出血、脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群となっており、平成19年5月診療分（74歳以下の年齢分を抽出）と概ね同様の疾患が多くなっています。

佐賀県の国民健康保険医療費の上位を占める疾病（1件当たり医療費）

（計画策定時：平成19年5月診療分 74歳以下）（円）

（今回：平成22年5月診療分 74歳以下）（円）

疾病名	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
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	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
統合失調症等	3,735	154,886

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

資料：佐賀県国民健康保険団体連合会「医療情報システム」
（※網掛け部分は、生活習慣病関連疾患）

第3章 目標の進捗状況及び分析

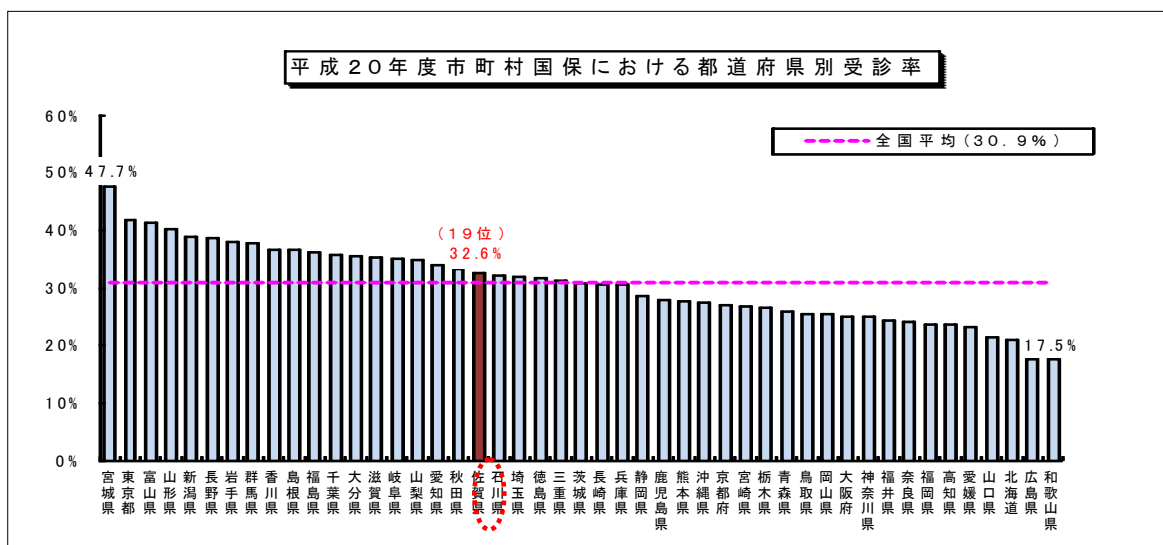
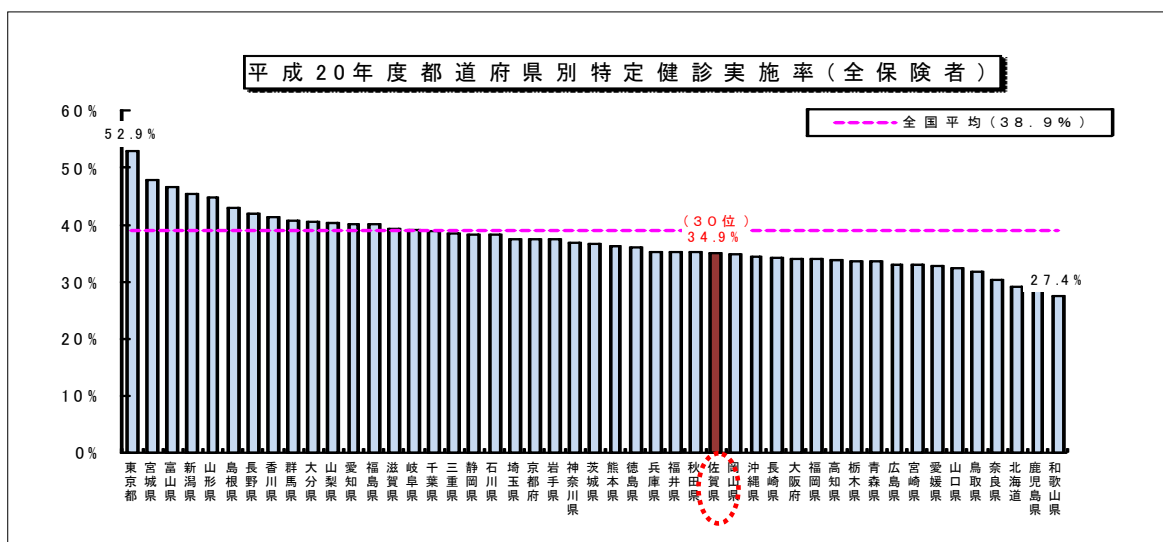
1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標の進捗状況

(1) 特定健康診査実施状況

ア 実施率の全国における位置付け

平成24年度に、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査（法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）を受診することを国において目標として定められています。平成20年度（全国）は、特定健康診査の対象者約5,190万人に対し受診者は約2,019万人であり、実施率は38.9%となっています。

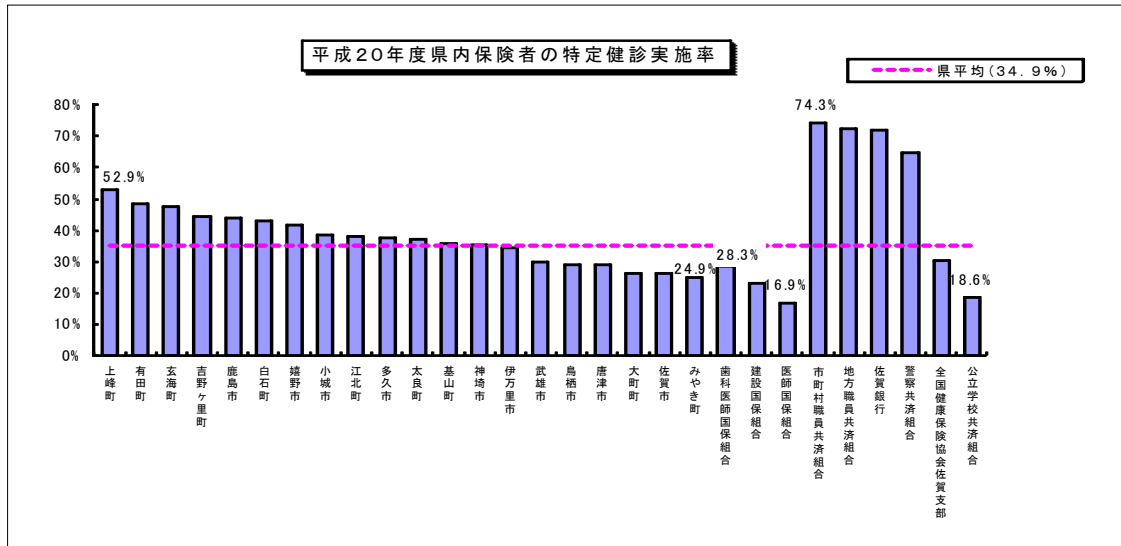
本県の平成20年度特定健康診査の実施率は34.9%（対象者339,359人、受診者118,580人）であり、全国30位となっています。これを、市町村国民健康保険（以下、「市町国保」）のみで比較すると19位（32.6%：対象者150,034人、受診者48,935人）となっています。



資料：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

イ 県内の保険者の実施率の比較

県内の保険者ごとの実施率は、被用者保険（国保保険者以外）の方が概ね高くなっており、特に、市町村職員共済組合（74.3%）、地方職員共済組合（72.5%）、健康保険組合（佐賀銀行 71.9%）が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、健診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す。

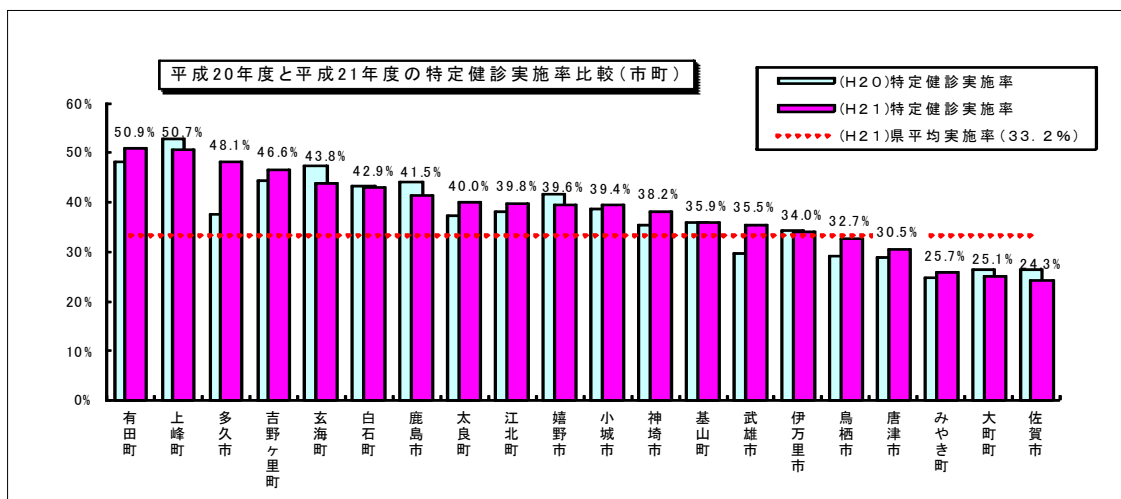


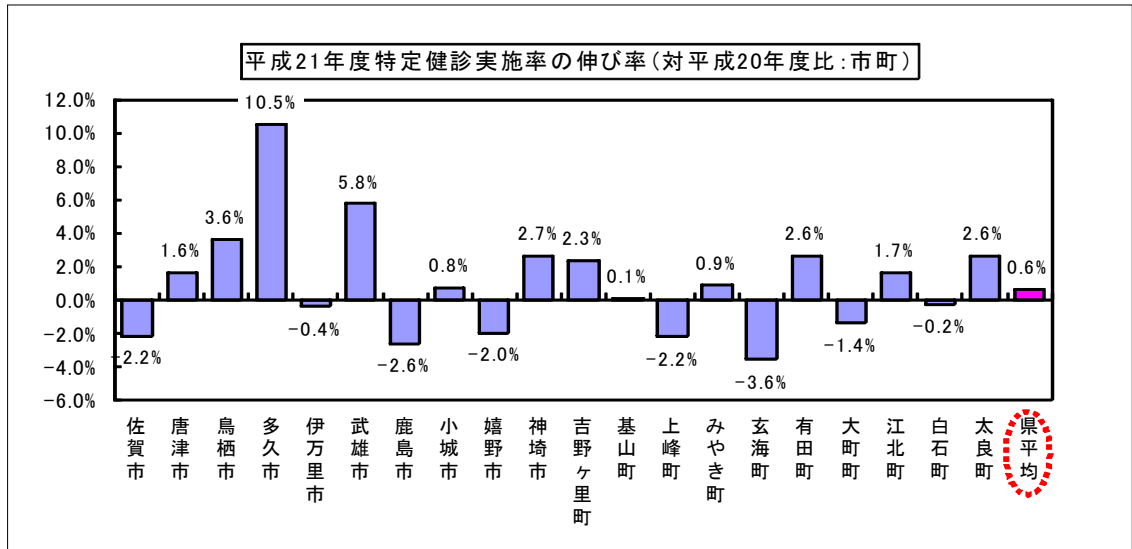
資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

ウ 県内の市町国保の実施率の比較

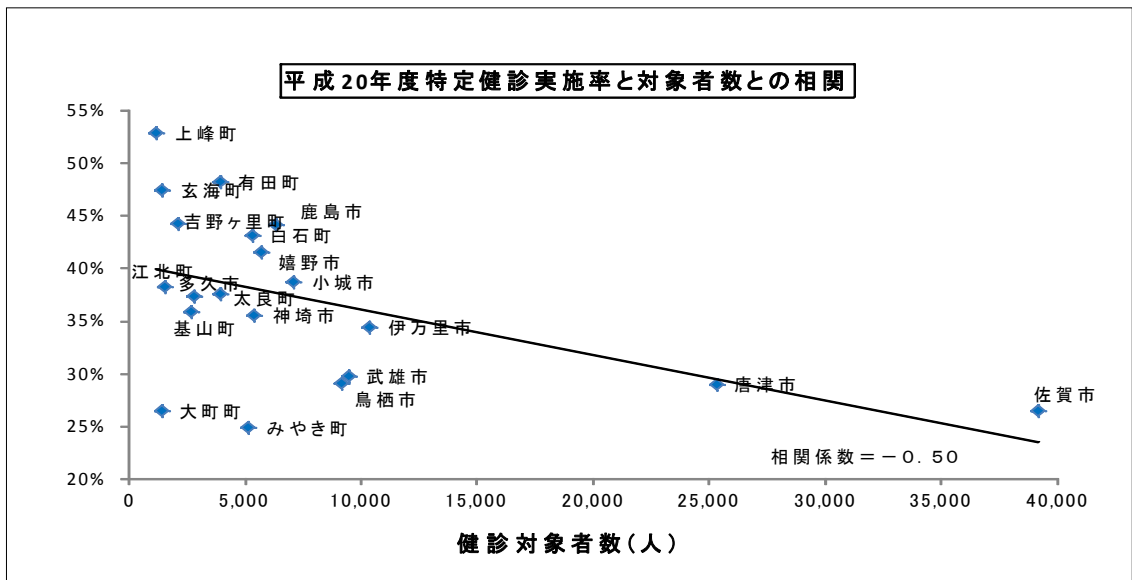
県内の市町国保の平均実施率は、平成20年度の32.6%が、平成21年度は33.2%（速報値）となり0.6%伸びています。これを、各市町の伸び率で見た場合、多久市、武雄市、神崎市、有田町、太良町など12市町が上昇し、玄海町、鹿島市など8市町が低下しています。

健診実施率は、健診対象者規模が大きい佐賀市や唐津市では低くなっています。





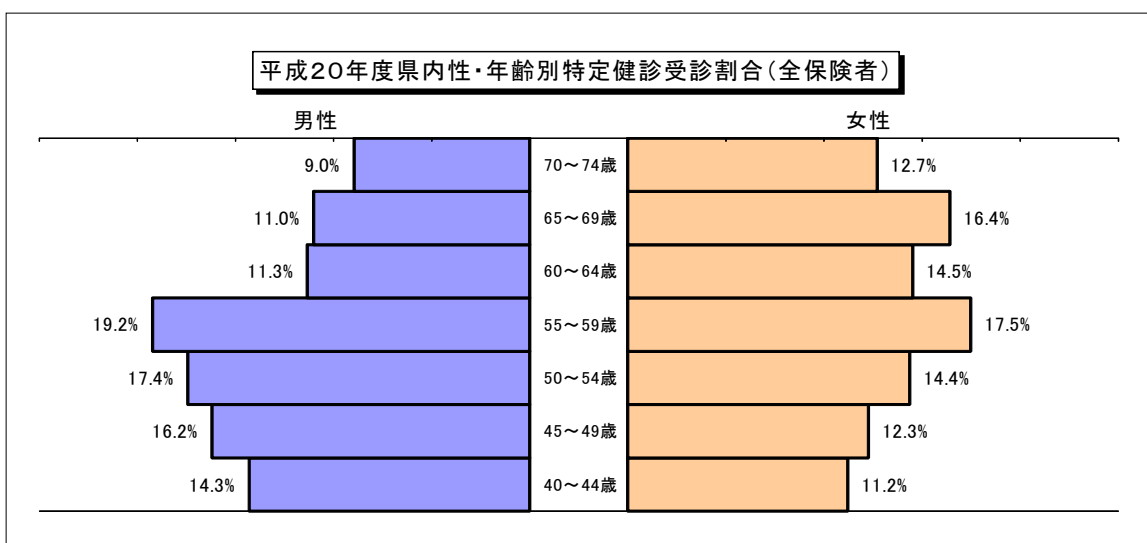
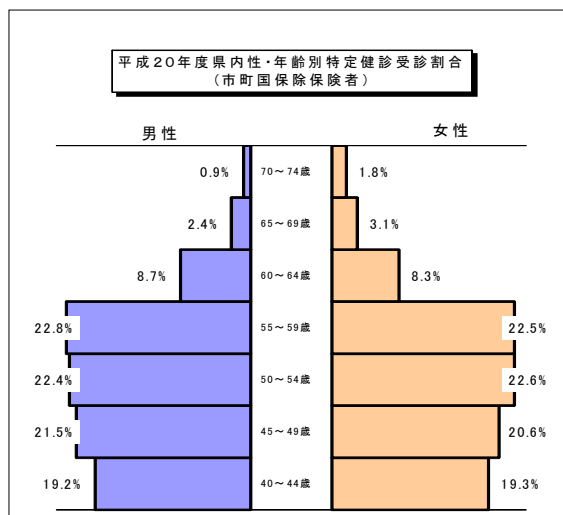
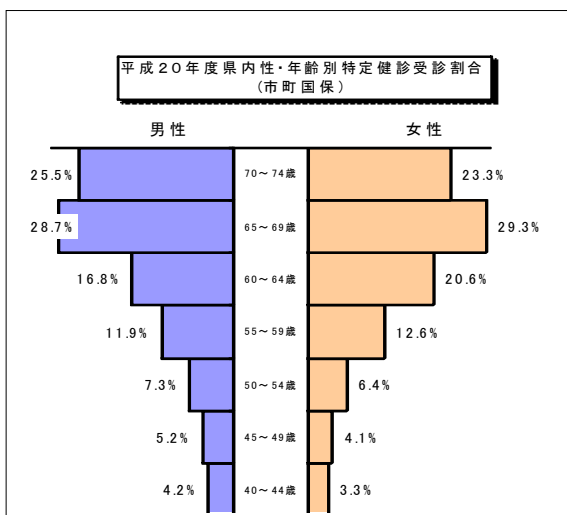
資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」



資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

エ 県内の性・年齢別受診者割合

平成20年度の特定健康診査受診者の性・年齢別割合は、市町国保においては、60歳以上の割合が高くなっていますが、県全体の保険者及び市町国保以外の保険者については、40歳～50歳代の割合が高くなっています。これは、事業主健診のデータを受領できる被用者保険の受診者数が、全体の約6割を占めているためと思われます。



資料：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

(2) 特定健康診査に関する取組

ア 県の取組

本県においては、特定健康診査の実施率の向上を図るため、主に次のような取組を行いました。

- (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「保険者情報交換会」の開催
(これにより、被用者保険の被扶養者の方も市町の集団健診を受診できるための体制整備に繋がった)
- (イ) 特定健康診査とがん検診の同時実施の推進(説明会)
- (ウ) 国民健康保険者を対象に実施率調査を実施し、その速報値や分析データを情報提供
- (エ) 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じた保険者支援
- (オ) 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

イ 保険者の取組

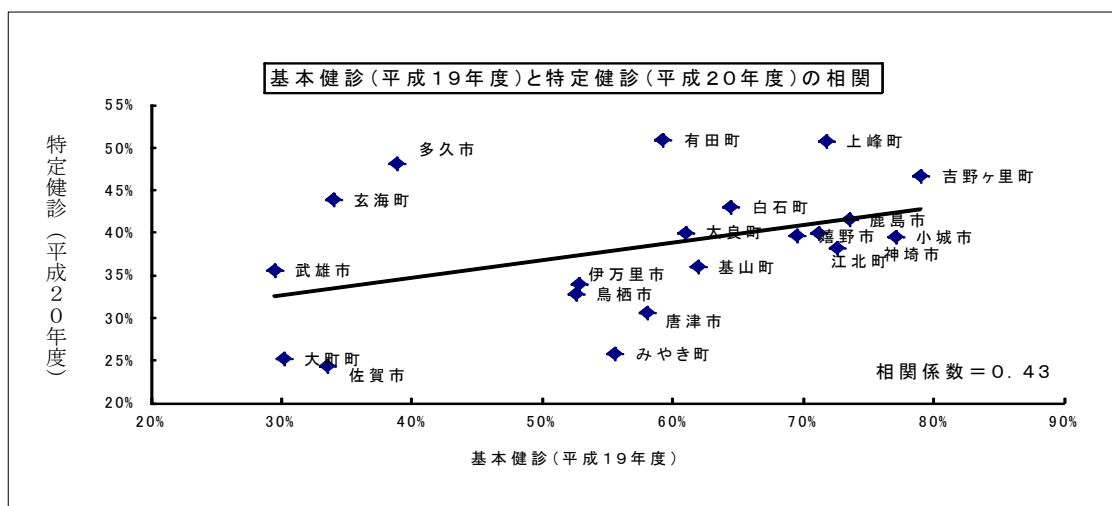
特定健康診査の実施率の向上を図るため、各保険者においては様々な工夫や取組をされています。健康保険組合（佐賀銀行）では、被扶養者が特定健診とがん検診を同時に受けてくれるよう、がん検診の費用補助をされています。

また、本県の市町国保においては、主に以下のような取組が行われています。

- (ア) 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、早朝や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
- (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) 市町の広報紙などを活用した制度周知
- (キ) 保険証と受診券を一体化した取組や毎日健診等の実施（佐賀市）

(3) 特定健康診査実施率に係る要因の分析

健診体制や実施期間、未受診者対策など、市町国保の実施率に影響していると思われる要因との相関について分析を行いました。老人保健法に基づく平成19年度の基本健康診査実施率と平成20年度の特定健康診査実施率にやや相関がみられた程度でした。



資料：県調査「基本健康診査実施率（平成19年度）」、「特定健康診査・保健指導実績」

また、平成21年度の実施率と、平成20年度から連続して健診を受けているリピーター率で相関があり、さらに、平成21年度のリピーター率と平成20年度の特定保健指導実施率でも相関がありました。取組が熱心な市町は、リピーター率が高い傾向にあります。

このことから、健診実施率を高めるためには、新たな受診者を増やすことと

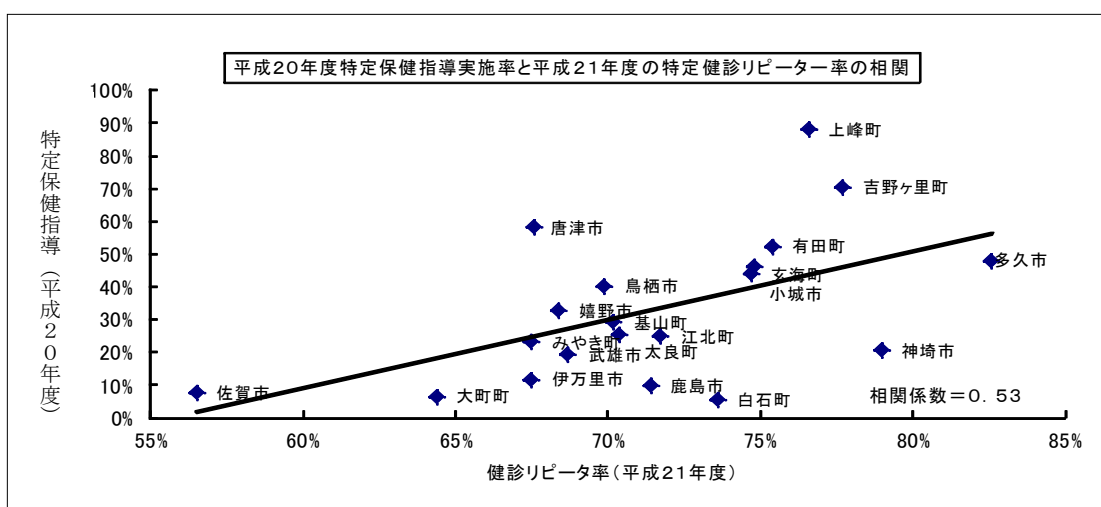
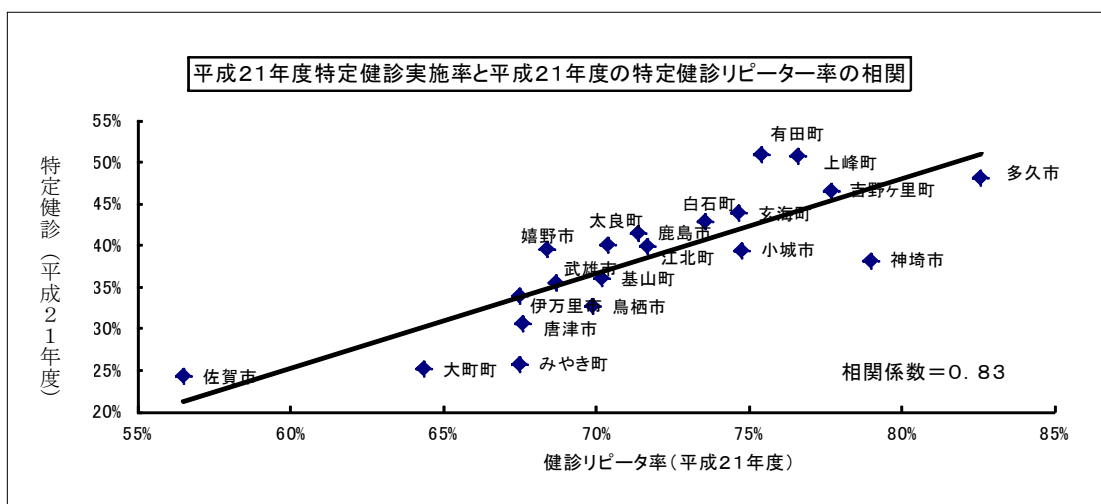
合わせて、当該年度の受診者が次年度も引き続き受診するような取組や、保健指導を行うことも重要と思われます。県としては、ポピュレーションアプローチ※7等により、県民全体の健康への関心を高める必要もあります。

なお、厚生労働省が全保険者を対象に実施した調査によると、県内の市町国保では、実施率を高めるために有効と思われる方法として、年度途中の未受診者への受診勧奨、個別訪問、受診券の送付、医師会との連携を挙げています。

具体的には、平成20年度よりも平成21年度の特定健康診査実施率が伸びた市町では、「集団健診に加え個別健診を導入した」「集団健診の実施期間を長くした」「受診者への個別通知や個別訪問を行った」「受診券発送の封筒に問診票と検尿容器を同封して送付した」「地域の会合や地区組織に出向き生活習慣病予防や健診の必要性について説明をした」等の取組を行っていました。

※7 ポピュレーションアプローチ

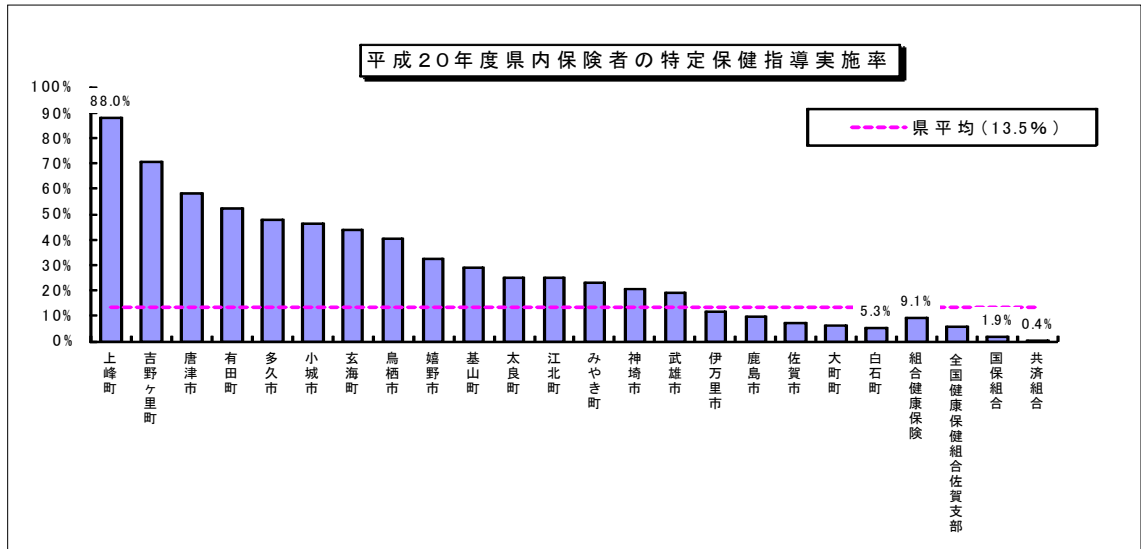
対象を限定しないで集団全体へ対策を実施して、全体としてリスクを下げていく方法



資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」、佐賀県国民健康保険団体連合会「特定健康診査リピーター率」

イ 県内の保険者の実施率の比較

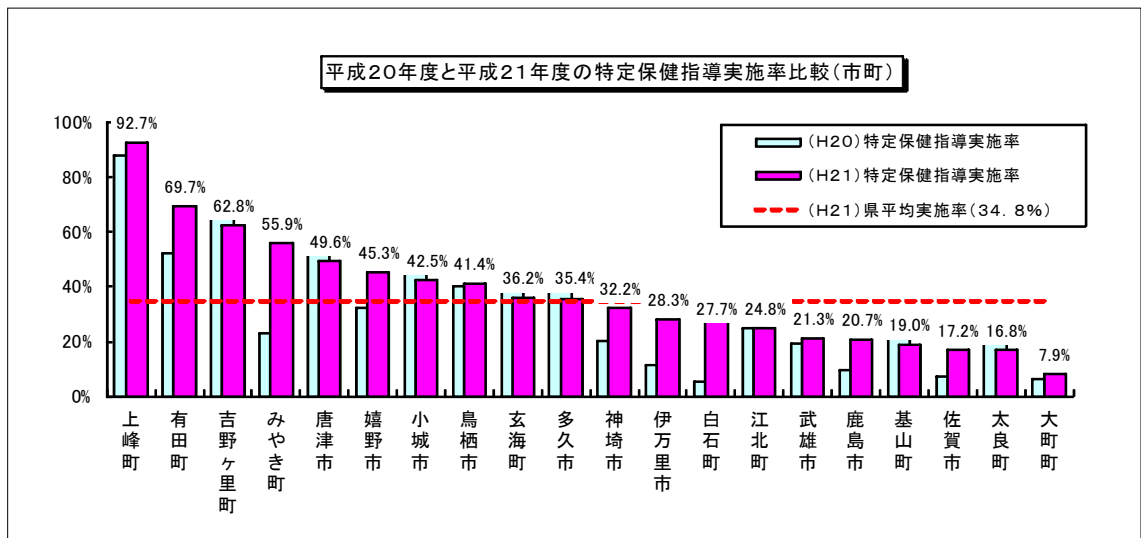
県内の保険者ごとの実施率は、特定保健指導を実施できる専門職である、保健師や管理栄養士を職員に持つ市町国保の実施率が高く、上位から上峰町（88.0%）、吉野ヶ里町（70.4%）、唐津市（58.2%）の順となっています。その他の保険者にあつては、保健指導実施機関への委託による実施がほとんどですが、初年度は、実施機関数が少なかったことや特定健診の体制整備を優先したこと等により、実施率が低くなったようです。

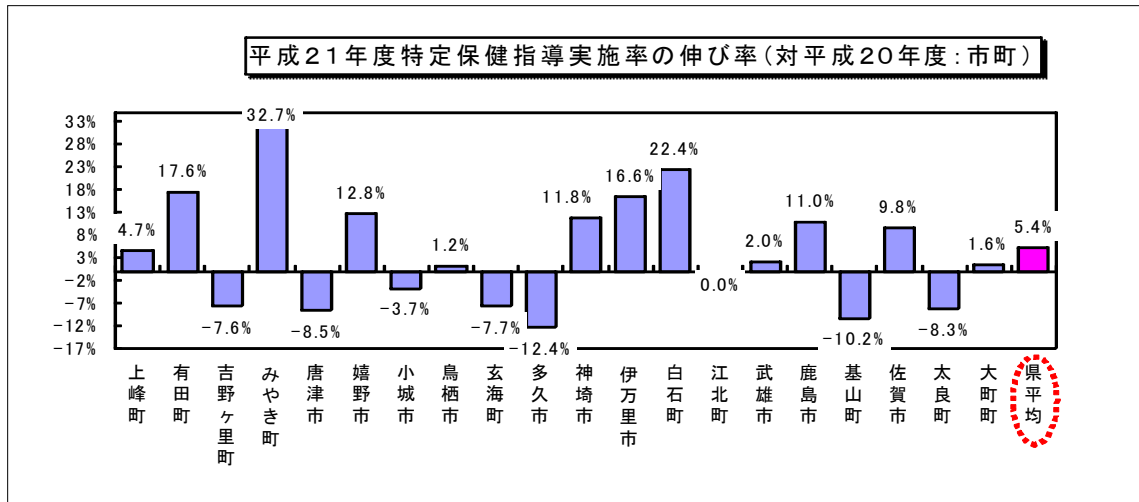


資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

ウ 県内の市町国保の実施率の比較

県内の市町国保の平成20年度特定保健指導平均実施率は29.4%、平成21年度（速報値）は34.8%となっており、前年度より5.4%伸びています。これを、各市町の伸び率でみた場合、みやき町、白石町、有田町、伊万里市、嬉野市など12市町が上昇し、多久市、基山町など7市町が低下しています。





資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

(5) 特定保健指導に関する取組

ア 県の取組

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

- (ア) 特定保健指導における課題の整理や、効果的な取組事例の情報共有等を図るための「保険者情報交換会」の開催
- (イ) 特定保健指導実施者の人材育成・資質向上研修の推進
- (ウ) 国民健康保険者を対象に実施率調査を実施し、その速報値や分析データを情報提供
- (エ) 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じた保険者支援
- (オ) 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

イ 保険者の取組

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

- (ア) 健康への関心が高い時期に特定保健指導を実施できるよう、特定健康診査の結果返却日に初回面接を実施（佐賀市においては医師会への委託分も含む）
- (イ) 利用者の都合に合わせた時間の設定（休日や夜間に特定保健指導を実施）
- (ウ) 保健指導の技量を高めるため、スタッフ間での事例検討や教材による学習
- (エ) 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

(6) 特定保健指導実施率に係る要因の分析

特定保健指導の実施率については、ほとんど委託で実施している被用者保険より、直営（職員）または一部委託で実施している市町国保の方が高い状況にあります。

特に実施率が高い市町国保では、特定健診の結果返却日に初回面接を実施しています。また、スタッフ間で、事例検討や教材による学習を重ね、健診結果を自分のものとして捉えることができるような媒体の活用や、その説明方法について知識や情報の共有化を図っています。さらに、対象者の都合（夜間・休日）に合わせた指導を行うなど、柔軟な対応を行っている保険者もあります。

一方、実施率が低かった保険者では、マンパワー不足の課題を挙げています。

また、2年目の課題としては、2年連続で特定保健指導の対象となり、2年目は保健指導を勧奨しても、「分かっている。自分で努力する。」と拒否をされるケースもあるようです。特定保健指導の脱落者の理由としては、治療が開始された、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。

実施率を高めるために、特定保健指導の該当者全員に特定保健指導を勧奨した保険者もありますが、今後は、対象者の選定において優先順位を付けたり、保健指導のメニューを変えたり、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と連動した取組を行うなど、事業評価を行いつつ、次年度の計画に活用することが必要だと思われます。

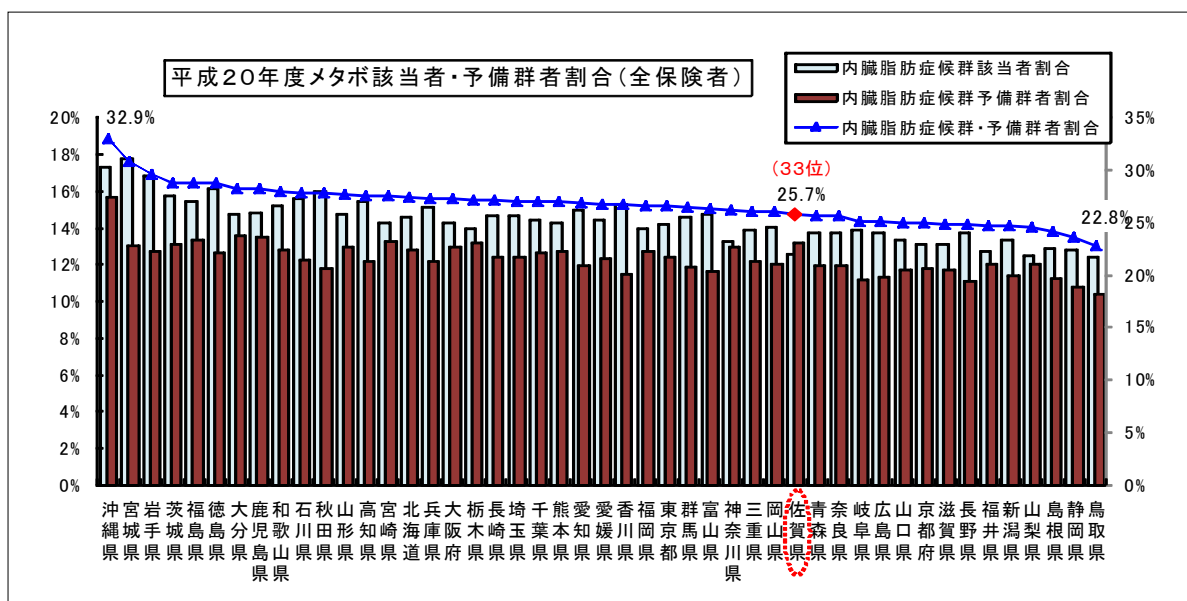
なお、市町国保においては、特定保健指導の対象にならなかった人でも、血糖値や血圧値が高い人、リスクが重なっている人については、重症化予防のため、受診勧奨等の保健指導を行っています。

(7)メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の状況

平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（平成22年厚生労働省公表）によると、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の全国平均割合は14.4%、予備群者の割合は12.4%となっています。

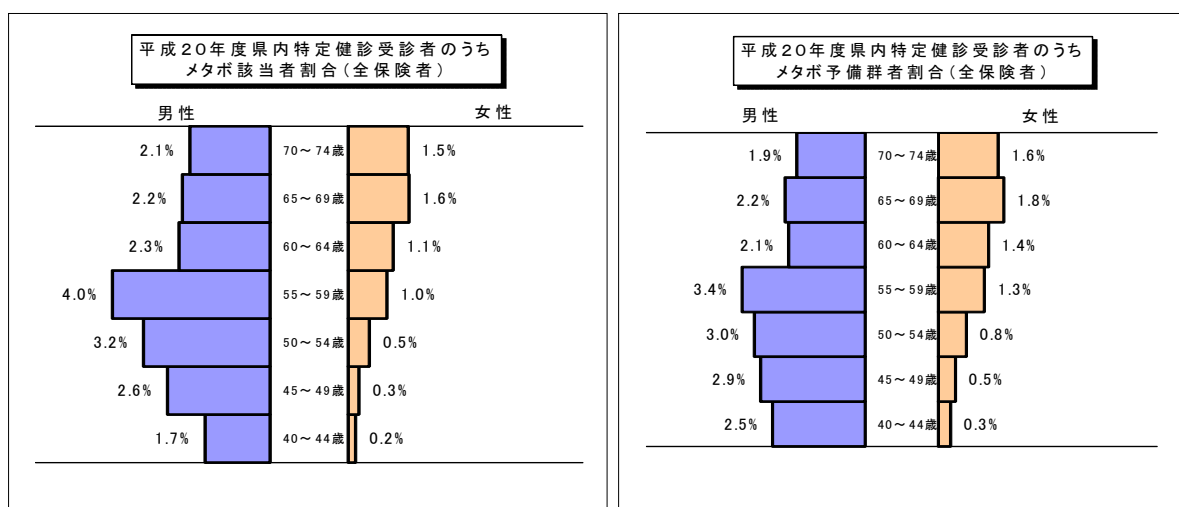
本県においては、メタボリックシンドローム該当者割合が12.5%（14,918人）、予備群者割合は13.2%（15,702人）、合わせて25.7%（30,620人）となっており、全国平均より低く33位となっています。

しかし、本県のみが、該当者割合よりも予備群者割合の方が多くなっており、今後も特定保健指導の推進等により、該当者割合を増加させないよう努力していく必要があります。



資料：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

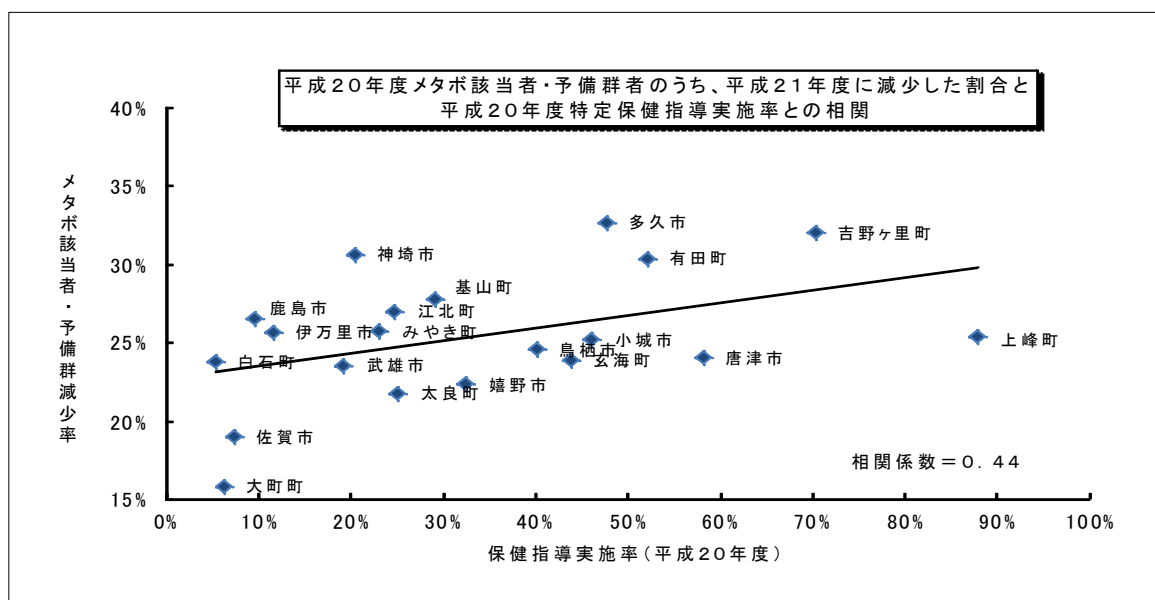
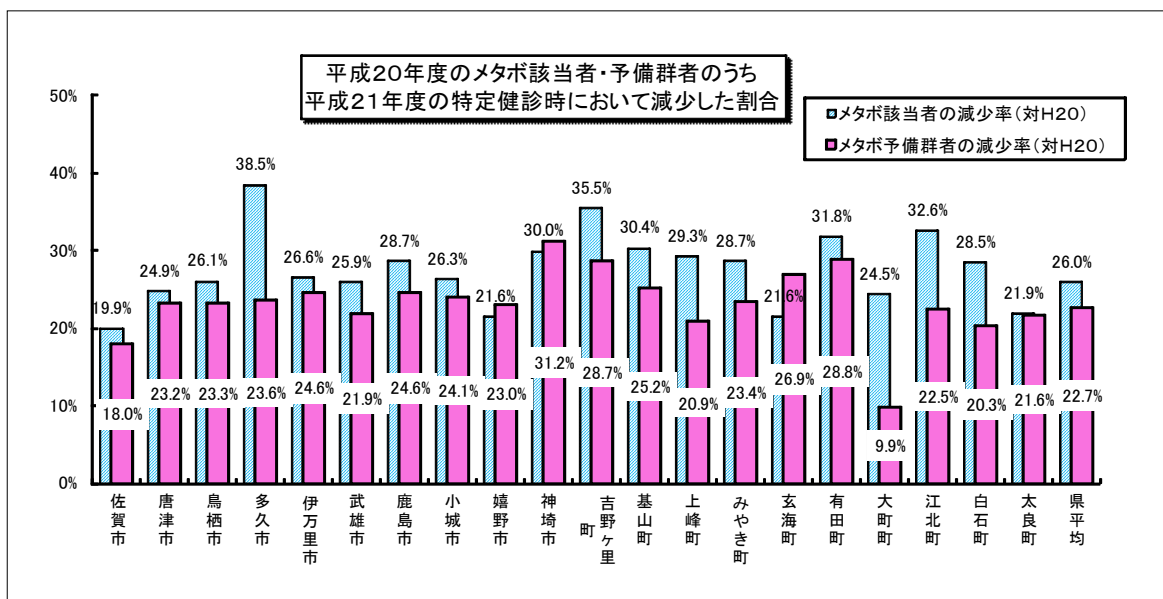
県内のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者を、性・年齢別割合で見ると、全保険者では、双方とも40歳～50歳代の男性に多い状況となっています。



資料：厚生労働省「特定健康診査・保健指導実績報告」

なお、県内市町国保の平成20年度の特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備群者と判断された人で、平成21年度の特定健康診査時において改善した人の割合（減少率）は、24.3%（該当者の減少率26.0%、予備群者の減少率22.7%）であり、平成20年度の特定保健指導実施率とやや相関がみられました。

今後、減少率を上げていくためには、特定保健指導の効果を上げていくことや、特定保健指導の対象外であっても、重症化予防のための保健指導等を行うことも考えられます。



資料：県調査「特定健康診査・保健指導実績」

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標の進捗状況

(1)療養病床の病床数の推移

ア 療養病床の状況

平成 21 年度末（平成 22 年 3 月）の療養病床数（回復期リハビリテーション病棟の病床を除く）は、4,418 床（医療療養病床：3,217 床、介護療養病床数：1,201 床）となっており、平成 18 年 10 月時点の療養病床数（4,932 床（医療療養病床数：3,407 床、介護療養病床数：1,525 床））より 514 床減少しています。

年度等	療養病床数 (回復期リハ除く)	摘 要
平成 18 年 10 月	4, 9 3 2 床	目標値の基準
平成 2 1 年度末	4, 4 1 8 床	△ 5 1 4 床
平成 2 4 年度	3, 3 8 5 床	目 標 値

イ 評価について

本計画においては、医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標として平均在院日数の短縮を掲げており、これを推進するための一施策として療養病床の再編成を掲げています。具体的には、平成24年度における療養病床の目標数（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）を3,385床としています。

県では、療養病床の転換意向調査（5回実施）により、転換を予定している医療機関を把握するとともに、病床転換助成事業（転換に係る資金面の支援）により、療養病床から介護老人保健施設等に転換を希望する医療機関の個別の相談に、丁寧に応じてきましたが再編成は進んでいません。

国においては、療養病床再編成をこのまま進めることが実態にそぐわないのではないかとの懸念があることから、これに係る計画を当面凍結し、目標に向けた機械的な病床削減は行わないこととされています。今後、施設ごとの転換意向や患者の状態像等について実態把握を進め、それを踏まえて計画の見直しを検討し、医療費適正化計画に揚げる療養病床に関する新たな方針が示されるまでは、評価も行わないこととするということです。

したがって、佐賀県医療費適正化計画においても、療養病床の病床数の評価は行わないこととします。

(2) 平均在院日数の評価

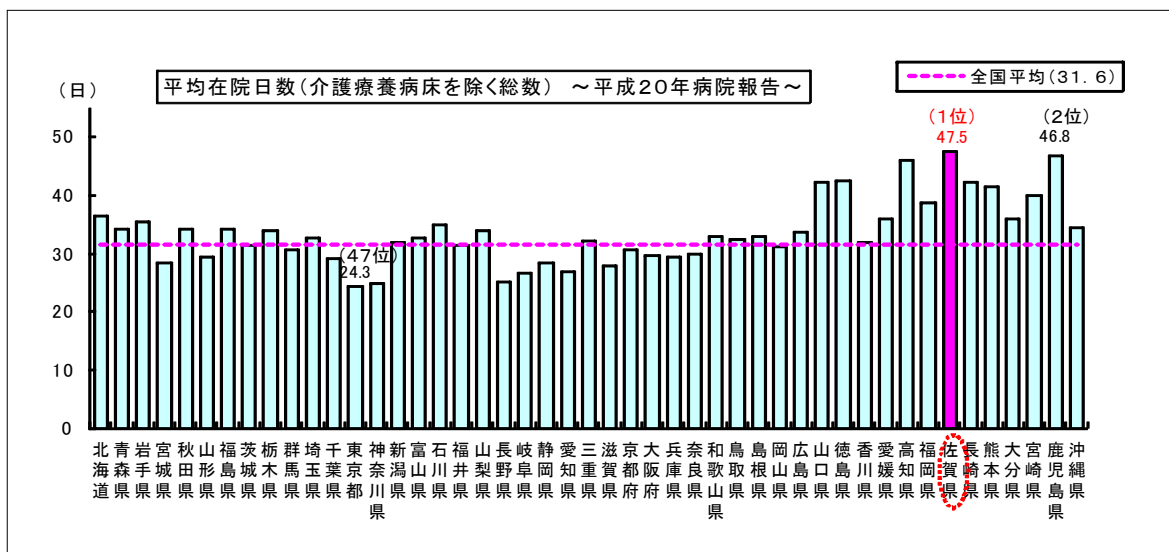
平均在院日数は、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すもので、その算出にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省において実施されている「病院報告」においては、次の算式により算出することとされていますので、本計画の評価では、この算式による数値を使います。

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

ア 全国における位置付け

平均在院日数については、近年、全国的に短縮傾向にあります。本県の平成20年の介護療養病床を含めた総数における平均在院日数は51.7日で、全国平均の33.8日より17.9日長く、最短の東京都(26.0日)のおよそ2倍で、最長の高知県(53.4日)に次いで、全国2位と長くなっています。

なお、介護療養病床を除く総数における平均在院日数(平成24年度の目標値40.6日)は47.5日となっており、計画策定時の最新のデータであった平成18年の病院報告より1.0日短くなっていますが、全国では最長となっています。

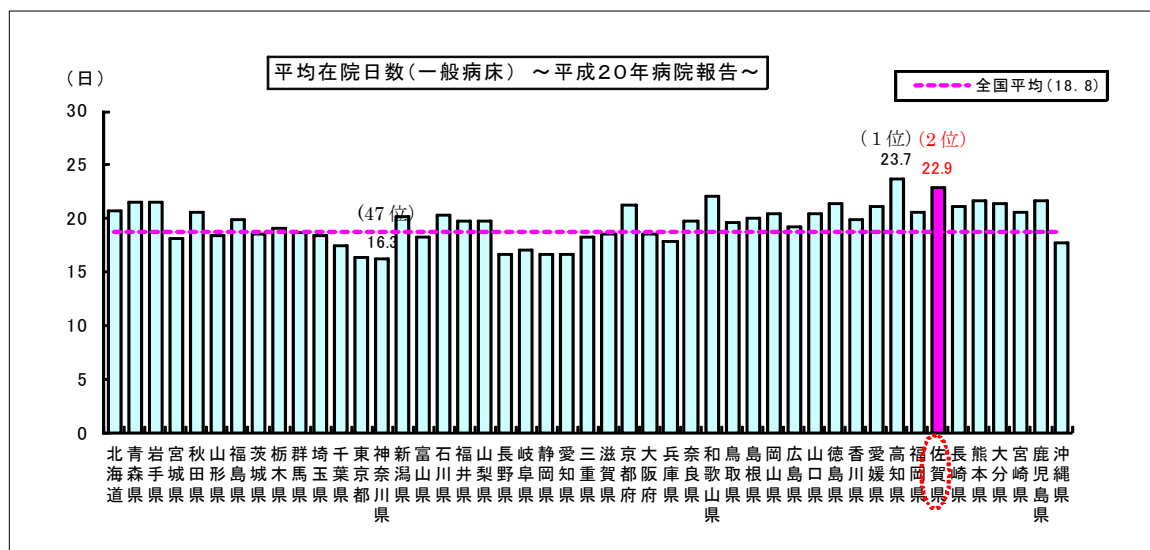
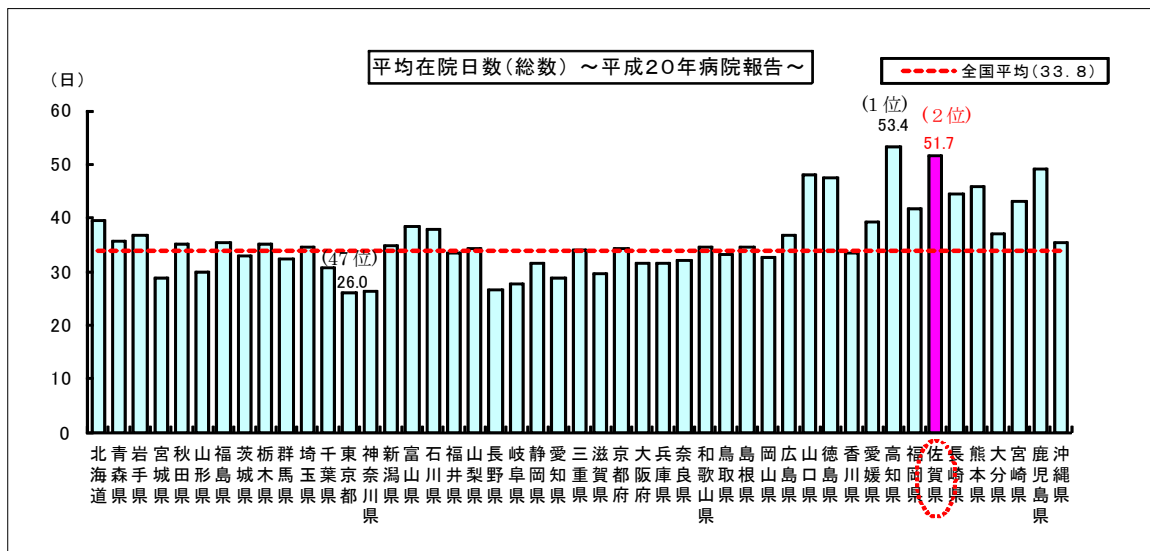


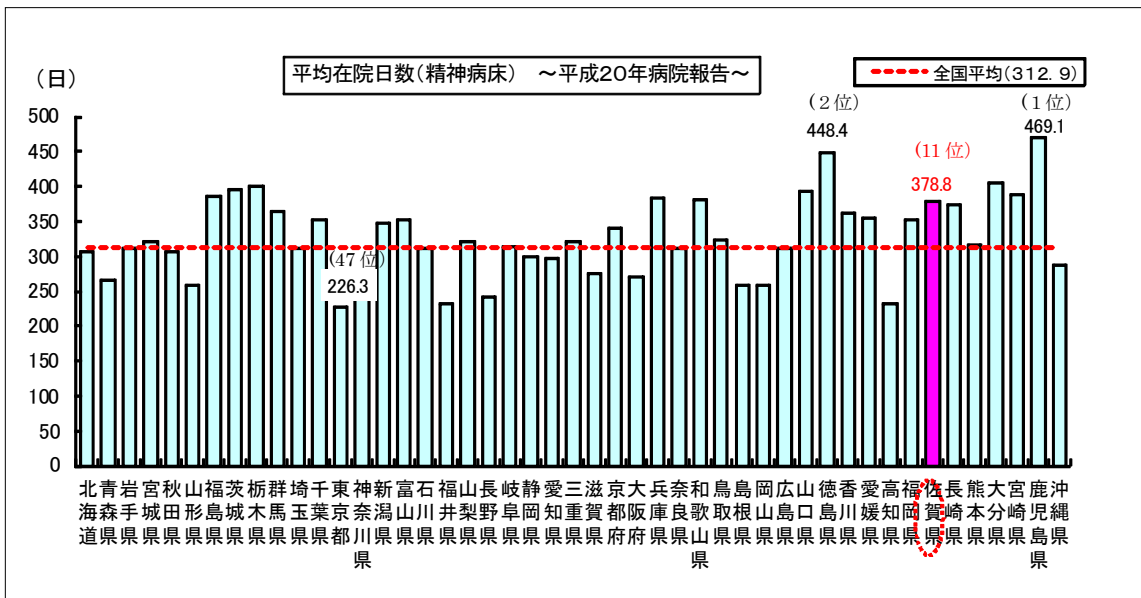
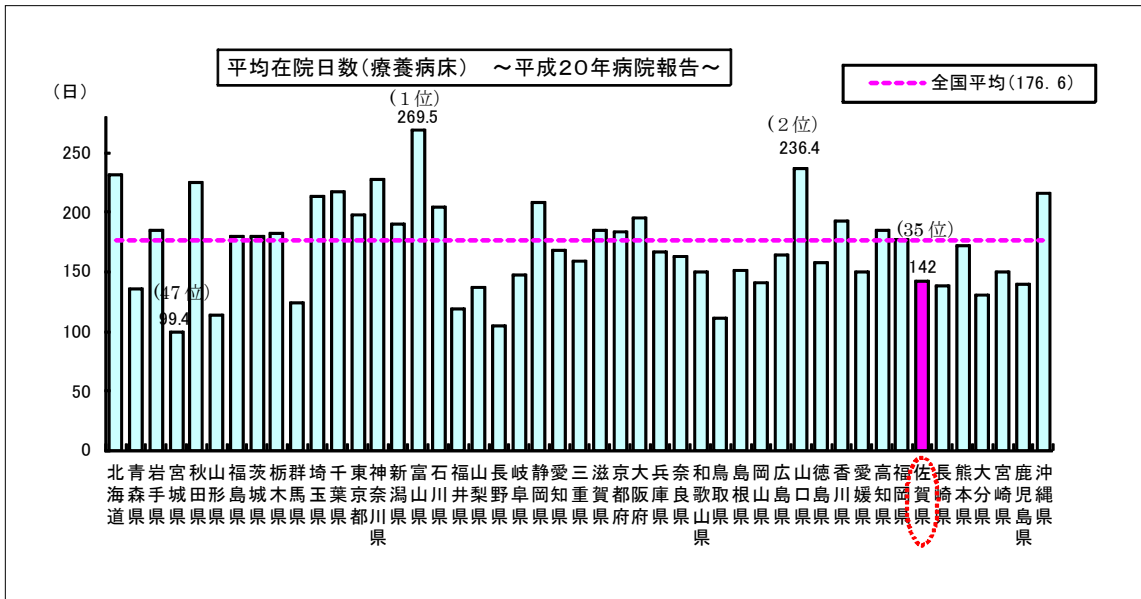
資料：厚生労働省「病院報告」(平成20年)

また、病床の種別ごとにみると、療養病床は全国平均と比べて短くなっていますが、一般病床と精神病床は、全国平均より長くなっており、計画策定時とほぼ同じ状況です。

	佐賀県		全国		最短県	
	平成17年	平成20年	平成17年	平成20年	平成17年 長野県	平成20年 東京都
総数	53.9日	51.7日	35.7日	33.8日	27.3日	26.0日
一般病床	22.9日	22.9日	19.8日	18.8日	17.5日	16.4日
療養病床	148.3日	142日	172.8日	176.6日	99.7日	197.3日
精神病床	397.1日	378.8日	327.2日	312.9日	263.6日	226.3日
介護療養病床 を除く総数 (対目標基準年)	平成18年	平成20年	平成18年	平成20年	平成18年 長野県	平成20年 東京都
	48.5日	47.5日	32.2日	31.6日	25.0日	24.3日

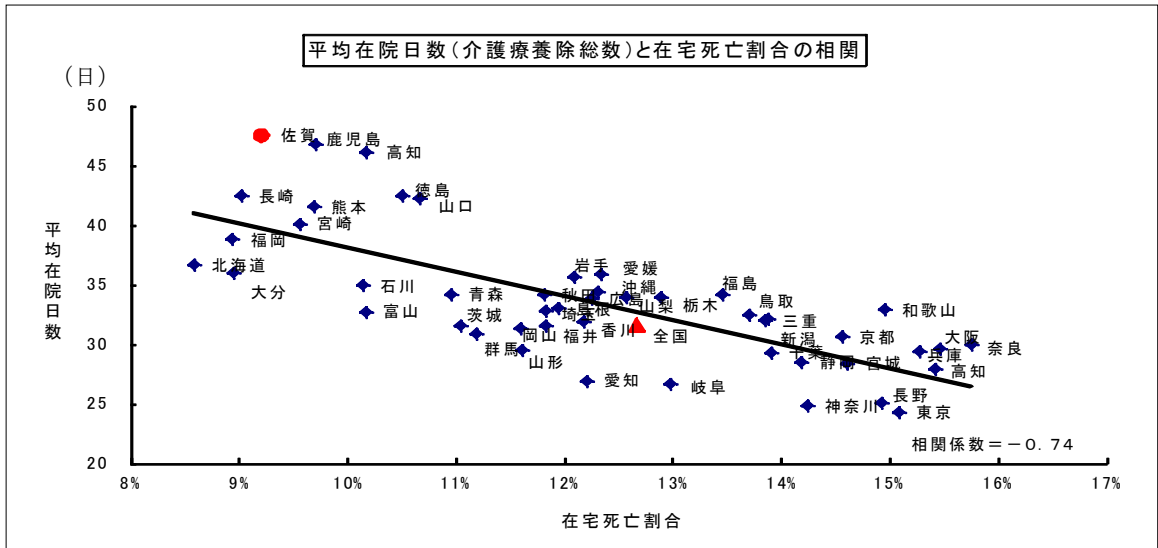
資料：厚生労働省「病院報告」（平成17年、平成18年、平成20年）





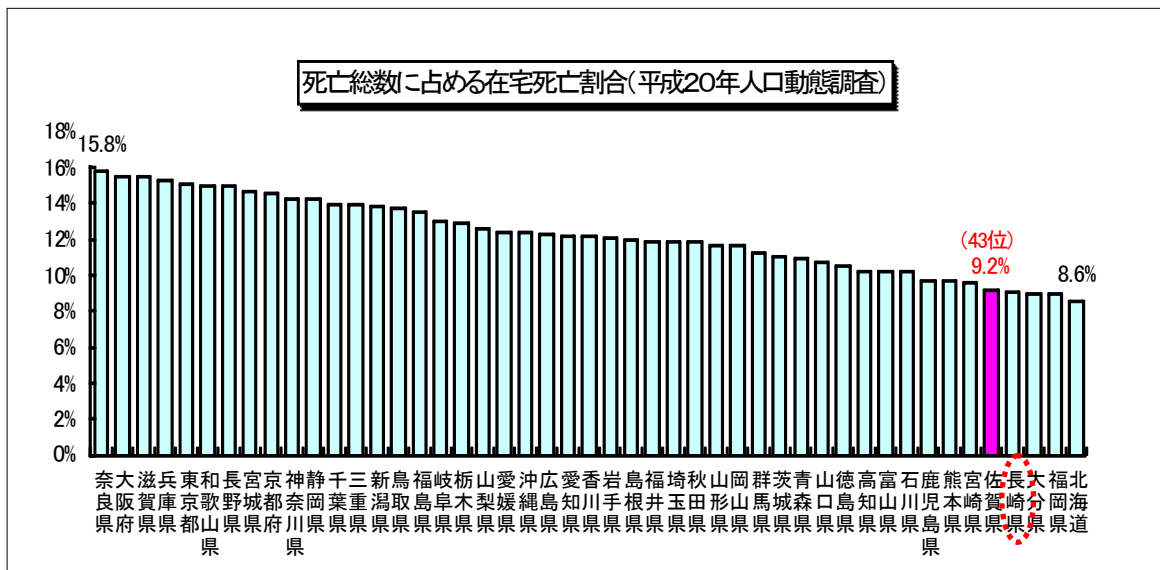
資料：厚生労働省「病院報告」(平成20年)

人口 10 万人対D P C 算定病床数や地域連携診療計画管理料等の医療機関の機能分化、在宅医療関係の訪問看護ステーション数、介護老人福祉施設数など、平均在院日数に関係すると考えられる要素についての相関をみましたが、在宅での看取りの数が全体に占める割合を除き、特に、平均在院日数との相関関係はみられませんでした。



資料：厚生労働省「病院報告」(平成 20 年)、「人口動態調査」(平成 20 年)

なお、本県の平成 20 年度の在宅死亡割合は 9.2%と、全国で 5 番目に低くなっており、計画策定時に用いた平成 17 年度の 10.2% (全国 39 位) よりも、さらに低くなっています。



資料：厚生労働省「人口動態調査」(平成 20 年)

イ 2次医療圏域単位の平均在院日数

※2次医療圏域

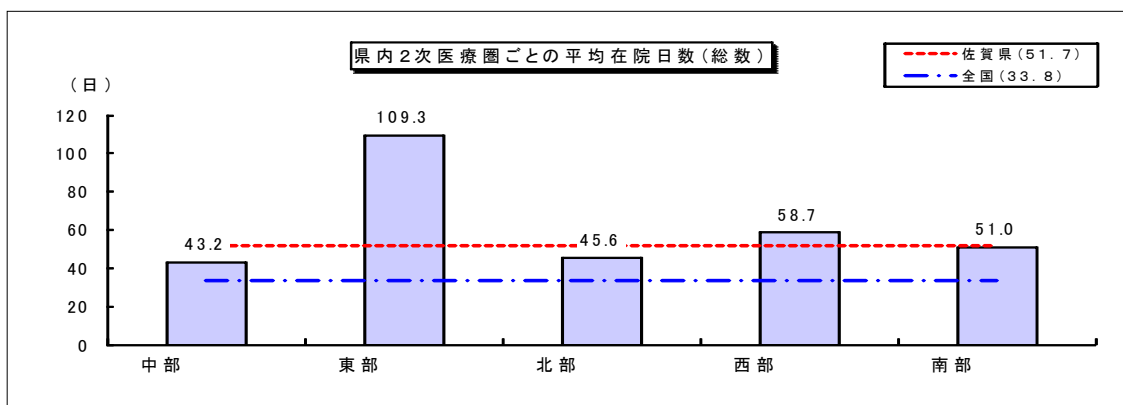
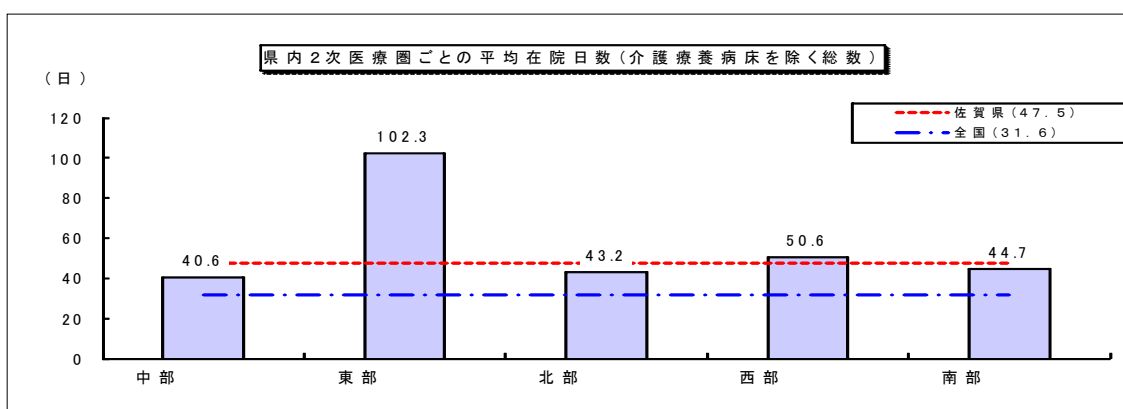
圏域名	市 群 名
中部保健医療圏	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、神埼郡（吉野ヶ里町）
東部保健医療圏	鳥栖市、三養基郡（基山町、みやき町、上峰町）
北部保健医療圏	唐津市、東松浦郡（玄海町）
西部保健医療圏	伊万里市、西松浦郡（有田町）
南部保健医療圏	武雄市、鹿島市、嬉野市、杵島郡（大町町、江北町、白石町） 藤津郡（太良町）

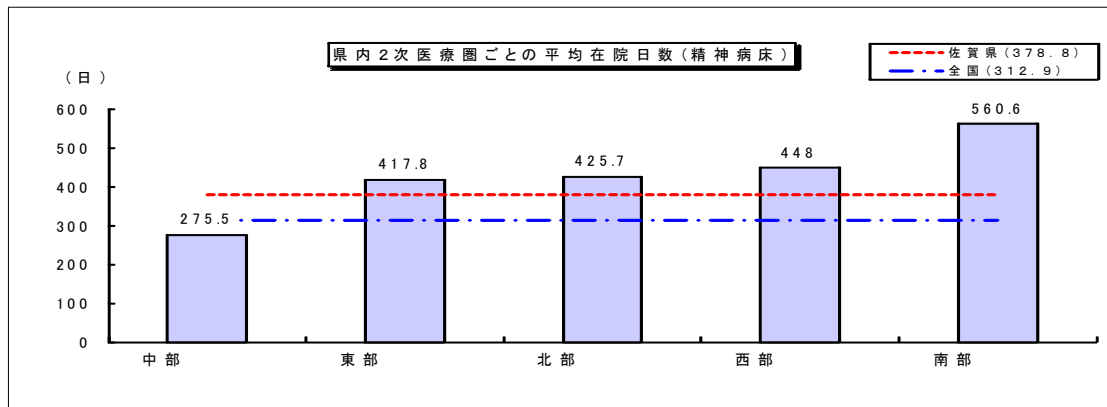
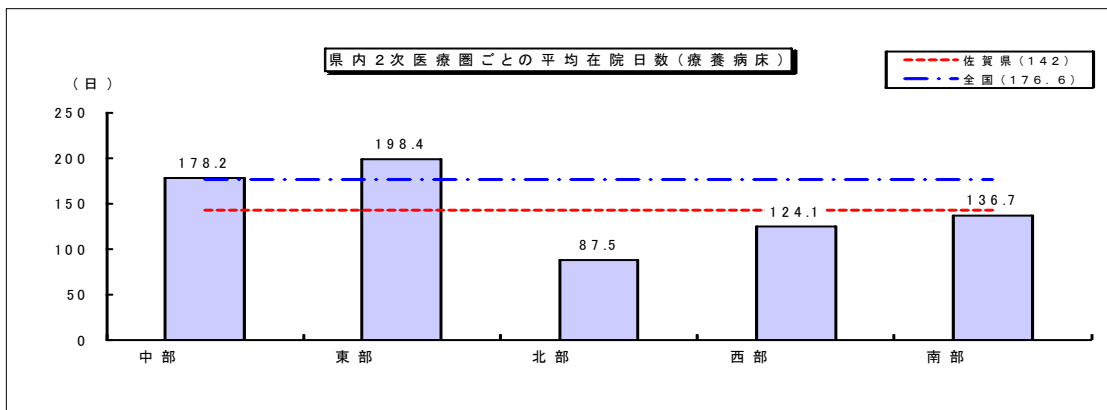
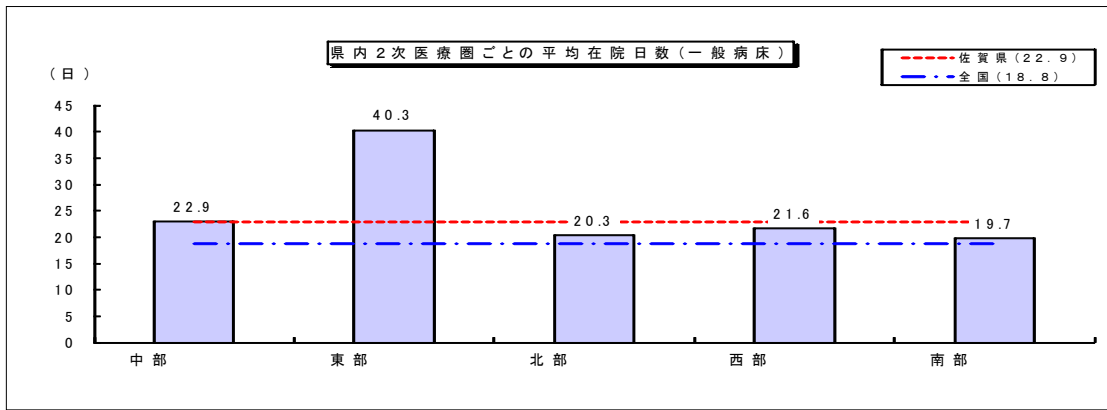
（ア）病床の種別ごとの平均在院日数（平成 20 年）

2次医療圏単位の平均在院日数は、総数、療養病床、一般病床、介護療養病床除総数ともに東部が長く、精神病床は南部が長い状況です。

一方、東部地区の病床種別ごとの人口10万人対病床数は、療養病床数と精神病床数がやや多い傾向にあります。

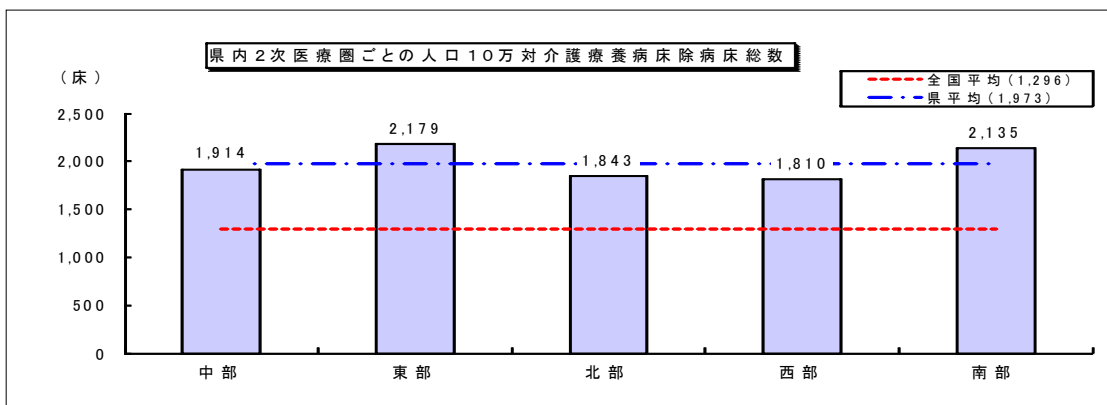
<病床種別ごとの平均在院日数>

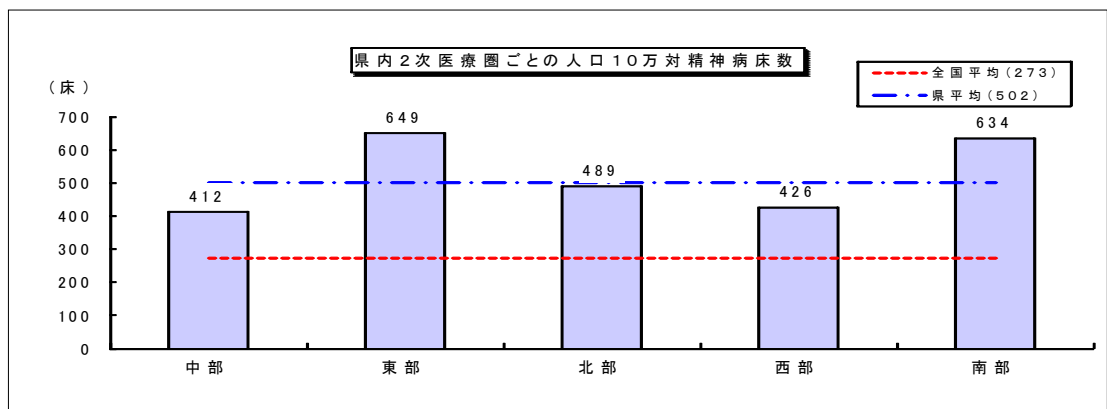
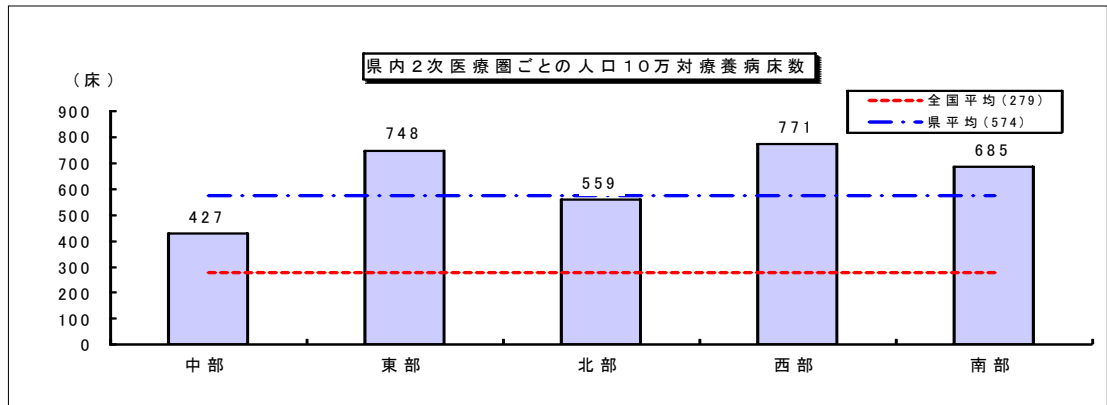
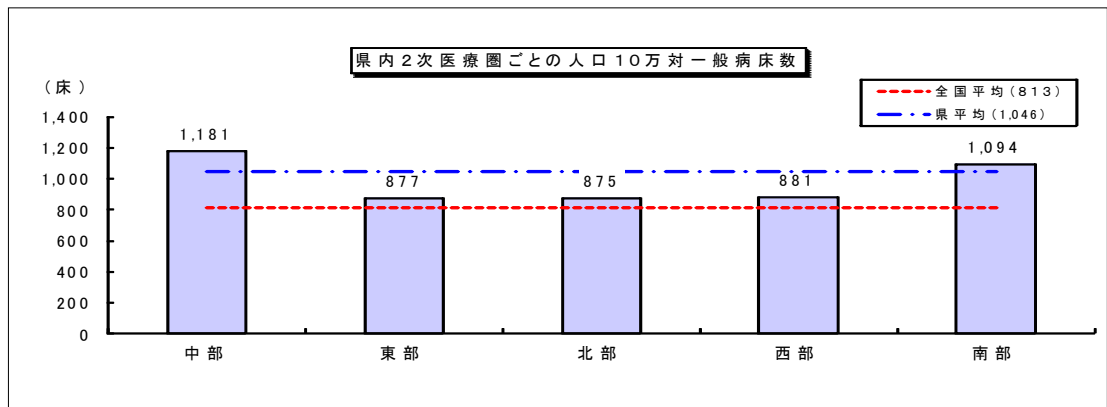
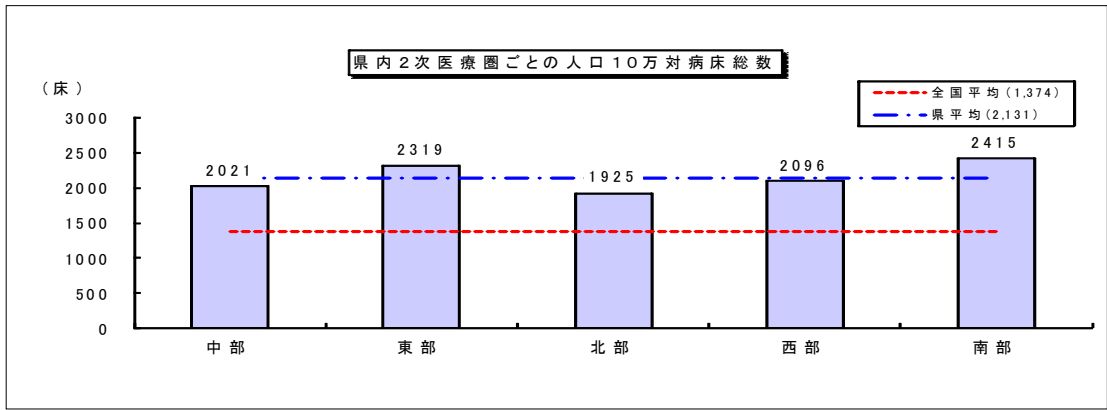




資料：厚生労働省「病院報告」(平成20年)

<病床種別ごとの人口10万人対病床数>



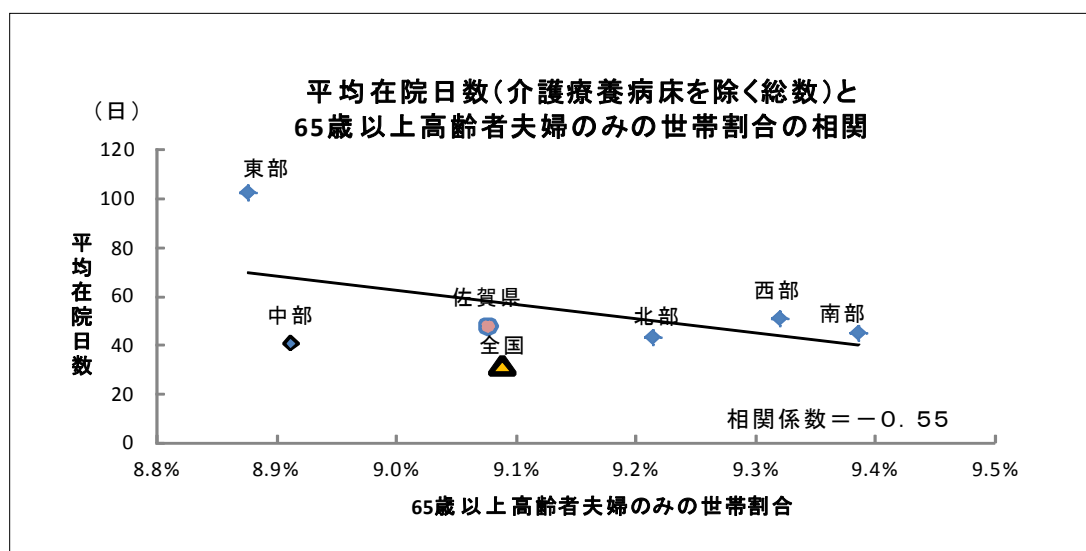
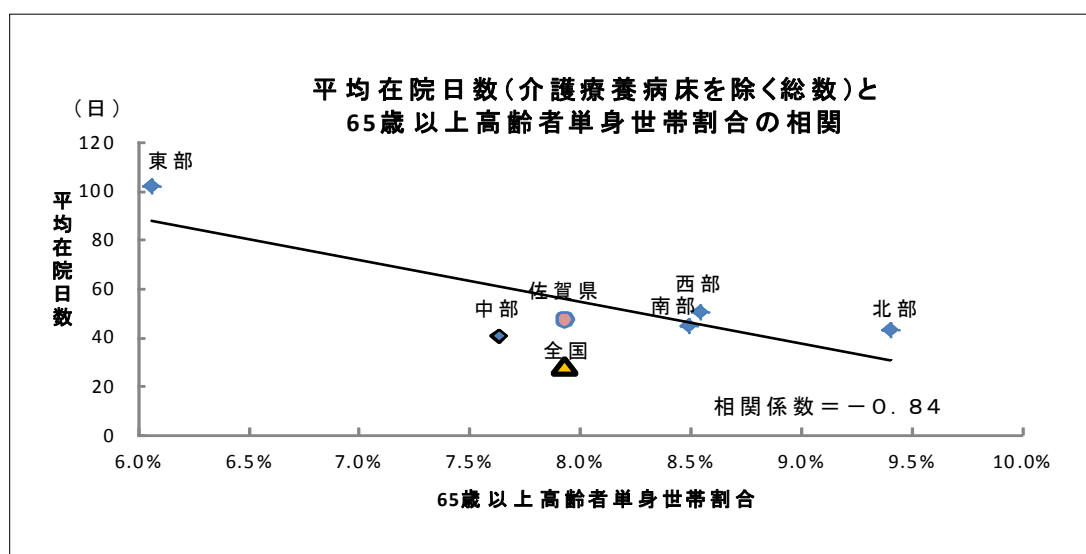


資料：九州厚生局佐賀事務所の資料（平成21年3月末現在）

(イ) 平均在院日数に関係すると考えられる要因の分析

- a 平均在院日数と、在宅での看取りの数が全体に占める割合に高い相関があったことから、本県の、在宅での療養を難しくしている要因に、高齢者の単独世帯や高齢者夫婦のみの世帯割合、共働き世帯割合等が関係しているのではないかと考え、2次医療圏単位の平均在院日数との関係をみましたが、相関はみられませんでした。

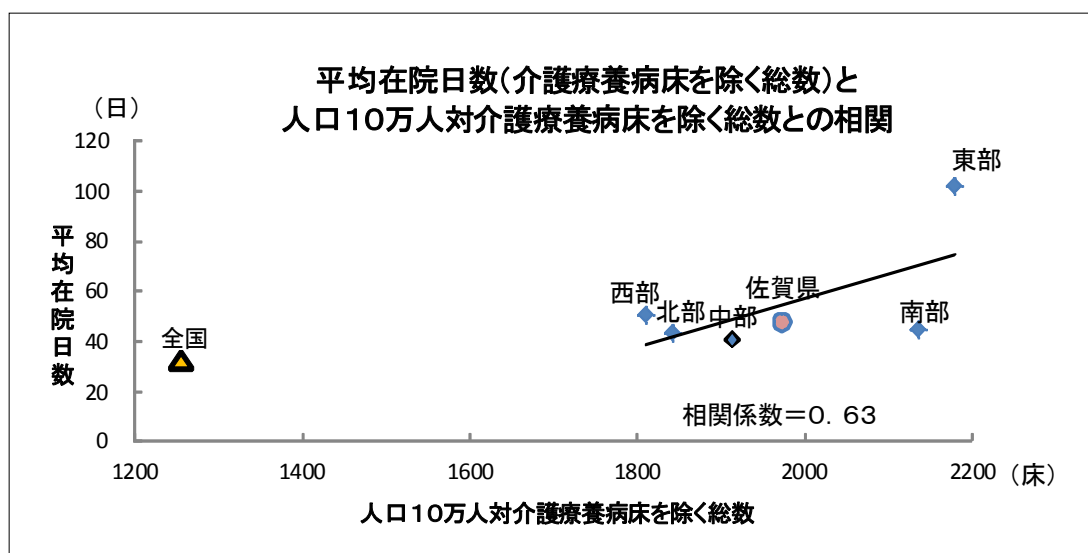
特に、東部地区は外れ値になっており、高齢化等の要因とは関係がないようです。



資料：厚生労働省「病院報告」(平成20年)、総務省「国勢調査」(平成17年)

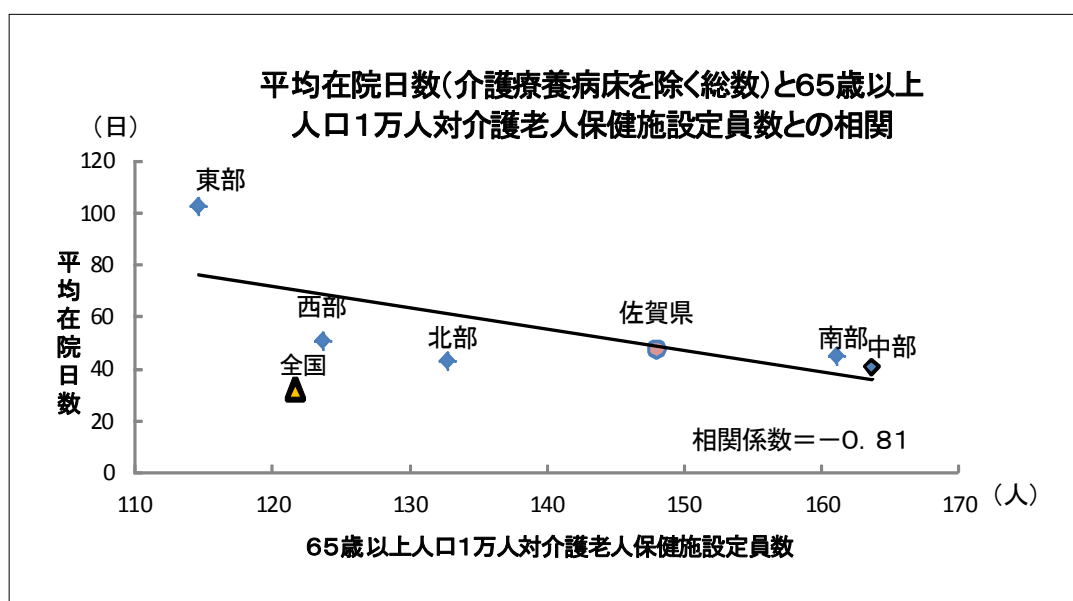
- b 平均在院日数（介護療養病床を除く総数）と、人口10万人対介護療養病床を除く病床数総数とは弱い相関関係があり、病床数が多い東部地区の方が平均在院日数が長くなっています。

また、全国平均（平均在院日数（介護療養病床を除く総数）31.6日、人口10万人対介護療養病床を除く病床数総数1,296床）と、佐賀県は大きな差があります。



資料：厚生労働省「病院報告」（平成20年）、保険局調べ

- c 65歳以上人口1万人対介護老人保健施設定員数が多い地区は、平均在院日数が短い傾向にあるため、今後、患者等の実態を踏まえた医療機関の意向により、療養病床の介護老人保健施設等への転換が進むと、平均在院日数の短縮に繋がることが考えられます。



資料：厚生労働省「病院報告」（平成20年）、介護サービス施設・事業所調査（平成20年）

- d この他、人口 10 万人対 D P C 算定病床数や地域連携診療計画管理料等の医療機関の機能分化、在宅医療関係の訪問看護ステーション数、介護老人福祉施設数などの要素についての相関もみましたが、特に関係があるものはみられませんでした。

第4章 今後の推進・方策について

1 評価時点における目標値の状況

(1) 県民の健康の保持の推進の状況

特定健康診査・特定保健指導の実施率については、平成21年度の速報値でみると、平成24年度目標値の約5割の達成状況ですが、実施体制の整備が進んでいることや、各年度の目標値を達成している保険者があることは一定の評価ができます。

このように取組が浸透しつつあることや、制度施行から2年しか経過していないことから、現時点において目標の見直しは行わないこととします。

目標項目	目標値 (平成24年度)	平成20年度 の状況	平成21年度 速報値
特定健康診査実施率	70%	34.9%	35.8%
特定保健指導実施率	45%	13.5%	20.5%
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(対平成20年度)	10% (※15.7%以下)	25.7% (※減少率の基準となる)	

※平成21年度の速報値は、佐賀県保険者協議会に参加している保険者のみの集計データである。

(2) 医療の効率的な提供の推進の状況

平均在院日数(介護療養病床を除く総数)については、1.0日の減少にとどまっていますが、平均在院日数が減少に転じたことは一定の評価ができます。

平成24年度の目標である40.6日までは、さらに6.9日短縮する必要がありますが、国において、平均在院日数の短縮に関係すると思われる療養病床数についての評価は行わないこととされているため、現時点において目標の見直しは行わないこととします。

目標項目	目標値 (平成24年度)	目標設定時の基準 (平成18年度)	平成20年度 の状況	増減
平均在院日数 (介護療養病床を 除く総数)	40.6日	48.5日	47.5日	△1.0日

※平均在院日数については、当該年度の1月～12月の「病院報告」による。

2 今後の推進・方策

佐賀県の医療費の状況及び本計画の進捗状況に関する分析結果から、医療費適正化に向けた目標を達成するためには、「佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）」、「佐賀県保健医療計画」及び「佐賀県地域ケア体制整備構想」等との整合を図りながら、本計画で定めた以下の施策を引き続き推進していきます。

(1) 県民の健康の保持の推進について

ア 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上のための支援

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

イ 健康づくりの推進

佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）に基づいて、「健康アクション佐賀21」を展開し、啓発活動に取り組むとともに、メタボリックシンドロームや脂質異常、高血糖、不健康な生活習慣など、集団全体に広く存在する疾病リスクを削減する対策として、健康者を含めた幅広い世代を対象に健康増進、疾病予防、介護予防活動を推進すること。

ウ がん対策の推進

傷病別分類等において、悪性新生物（がん）の受療率や医療費が高い状況から、がん予防推進事業（がん予防推進員の養成、県民公開講座の開催、がんの悩み相談ダイヤルの設置等）や、子宮頸がん予防ワクチン接種費の補助、肝がん緊急総合対策事業（医療機関での無料肝炎ウイルス検査、インターフェロン治療費助成事業）、がん診療連携拠点病院機能強化事業等を効果的に行うこと。

(2) 医療の効率的な提供の推進について

ア 医療機関の機能分化・連携

県が策定する「第5次佐賀県保健医療計画」において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病及び救急医療、災害時における医療、へき地におけ

る医療、周産期医療、小児医療の5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制を医療圏ごとに確立し、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を図ること。

イ 在宅医療・地域ケアの推進

「第5次佐賀県保健医療計画」において、在宅療養支援診療所などの在宅医療を担う医療機関、救急医療機関、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局、介護サービス事業者等の関係機関が在宅患者を中心として有機的につながる在宅医療のネットワーク化を構築し、在宅医療を推進する体制の普及を進めること。

また、「佐賀県地域ケア体制整備構想」を踏まえ、住宅政策との連携を図りつつ、地域における介護サービス整備や退院時の相談・支援の充実を図り、地域ケア体制を計画的に整備していくこと。

ウ その他の医療費適正化のための取組み

診療報酬支払いの適正化を図るために行われている診療報酬明細書（レセプト）の点検調査事務や医療費通知への取組の推進等が、的確に効率的に行われるよう関係団体等と連携を図りながら、後期高齢者医療広域連合及び国民健康保険者に対して助言を行っていくこと。