

長崎県医療費適正化計画（第四期）

（令和 6 年度～令和 11 年度）

令和 6 年 3 月

令和 6 年 12 月一部改正



目 次	頁
第 1 章 計画の基本的事項	
第 1 節 計画策定の背景	1
第 2 節 計画の基本理念	1
第 3 節 計画の内容	2
第 4 節 計画の位置づけ	2
第 5 節 計画の期間	2
第 2 章 医療費を取り巻く現状と課題	3
第 1 節 医療費の推移	
第 1 項 我が国の医療費の推移	4
第 2 項 本県の医療費の推移	5
第 2 節 本県の医療費の状況	
第 1 項 高齢化の進展	
1 高齢化の進展と高齢者の医療費の関係	6
2 前期高齢者医療費（国民健康保険）の概況	7
3 後期高齢者医療費の概況	9
第 2 項 医療費の地域差要因	
1 医療費の地域差指数	10
2 医療施設の状況	14
3 平均在院日数の状況	15
4 在宅死亡率の状況	17
5 原爆被爆者医療費の状況	18
第 3 項 県民の健康及び受療状況	
1 平均寿命、健康寿命	19
2 受療状況	20
3 疾病別医療費の状況	21
4 死亡の状況	23
第 3 章 計画の目標と取組	
第 1 節 住民の健康の保持の推進	25
第 1 項 特定健康診査の推進	25
第 2 項 特定保健指導の推進	28
第 3 項 メタボリックシンドローム対策の推進	30
第 4 項 たばこ対策の推進	32
第 5 項 予防接種の促進	34
第 6 項 生活習慣病の発症予防と重症化予防の推進	35
第 7 項 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護 予防の推進	39
第 8 項 その他予防・健康づくりの推進	
1 がん医療	40
2 肝炎対策	42

目 次	頁
第 2 節 医療の効率的な提供の推進	4 3
第 1 項 後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品の使用促進	4 4
第 2 項 医薬品の適正使用の推進	4 6
第 3 項 医療資源の効果的・効率的な活用	4 8
第 4 項 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	
1 市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業	5 1
2 高齢者の骨折対策	5 2
第 5 項 病床機能の分化及び連携	5 5
第 6 項 地域包括ケアシステムの深化等	
1 地域包括ケアシステムの深化	5 6
2 在宅医療の推進	5 7
3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、推進	5 9
第 4 章 計画期間における医療費等の見込み	
第 1 節 本県の医療費の見込み	6 3
第 2 節 医療費の見込みの推計方法	6 3
第 1 項 外来医療費	6 3
1 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上による適正化効果額	6 4
2 後発医薬品の使用促進による適正化効果額	6 4
3 バイオ後続品の使用促進による適正化効果額	6 4
4 人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組による適正化効果額	6 4
第 2 項 入院医療費	6 5
第 3 節 一人当たり保険料の見込み	6 5
第 5 章 計画の推進	
第 1 節 計画の推進体制	
第 1 項 保険者等、医療機関その他の関係者との連携及び協力	6 6
第 2 項 県や関係者の役割	6 6
第 3 項 長崎県保健医療対策協議会医療費あり方検討部会	6 7
第 2 節 計画の進行管理	6 7
第 1 項 進捗状況の公表	6 7
第 2 項 進捗状況に関する調査及び分析	6 7
第 3 項 実績の評価	6 7

第1章 計画の基本的事項

第1節 計画策定の背景

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。しかしながら、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様々な環境が変化してきており、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必要があります。

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、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設されました。

これを受けて、本県でも平成20年度から3期にわたって取り組んできましたが、現行計画が令和5年度末で終了することから、国が定める「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、また、これまでの取組状況を踏まえ、第四期の長崎県医療費適正化計画を策定し、更なる医療費適正化の取組を推進するものです。

第2節 計画の基本理念

第1項 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、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目指すものとし、

第2項 今後の人口構成の変化に対応するものであること

全国で見れば、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口（15歳～64歳）は、令和7年以降更に減少が加速します。

本県は全国に比べ早く高齢化が進んでおり、令和7年には65歳以上の人口がピークの約44万人、構成比は35.6%（全国29.6%）に、令和22年には65歳以上の人口が約42万人と減少するものの、医療や介護ニーズが高い85歳以上の人口はピークの約12万人となり、65歳以上の構成比は40.9%（全国34.8%）に達すると推測されています。

また、本県の生産年齢人口は、令和2年の約72万人から令和7年には約65万人に、令和22年には約50万人に減少することが想定されています。

こうした中で、人口減少に対応した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していくことが必要であり、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高め、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものとし、

第3節 計画の内容

医療費適正化計画の策定にあたっては、国が定める基本方針に即して、県民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標等を定めることが求められています。

この計画は、目標の達成を通じて、結果的に医療費の伸びの適正化を図ることを目指すものです。具体的には、国や市町、関係団体等と連携を図りながら、地域の実情に応じた総合的な取組を進めることとなります。

また、健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画、国民健康保険運営方針等の具体的な取組との調和を保ち、当該計画等と整合性を図っています。

第4節 計画の位置づけ

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)第9条に規定する「都道府県医療費適正化計画」として、また、本県の総合計画である「長崎県総合計画」及び「長崎県福祉保健総合計画」を補完する個別計画として、本県が今後進める医療費適正化施策の指針となります。

第5節 計画の期間

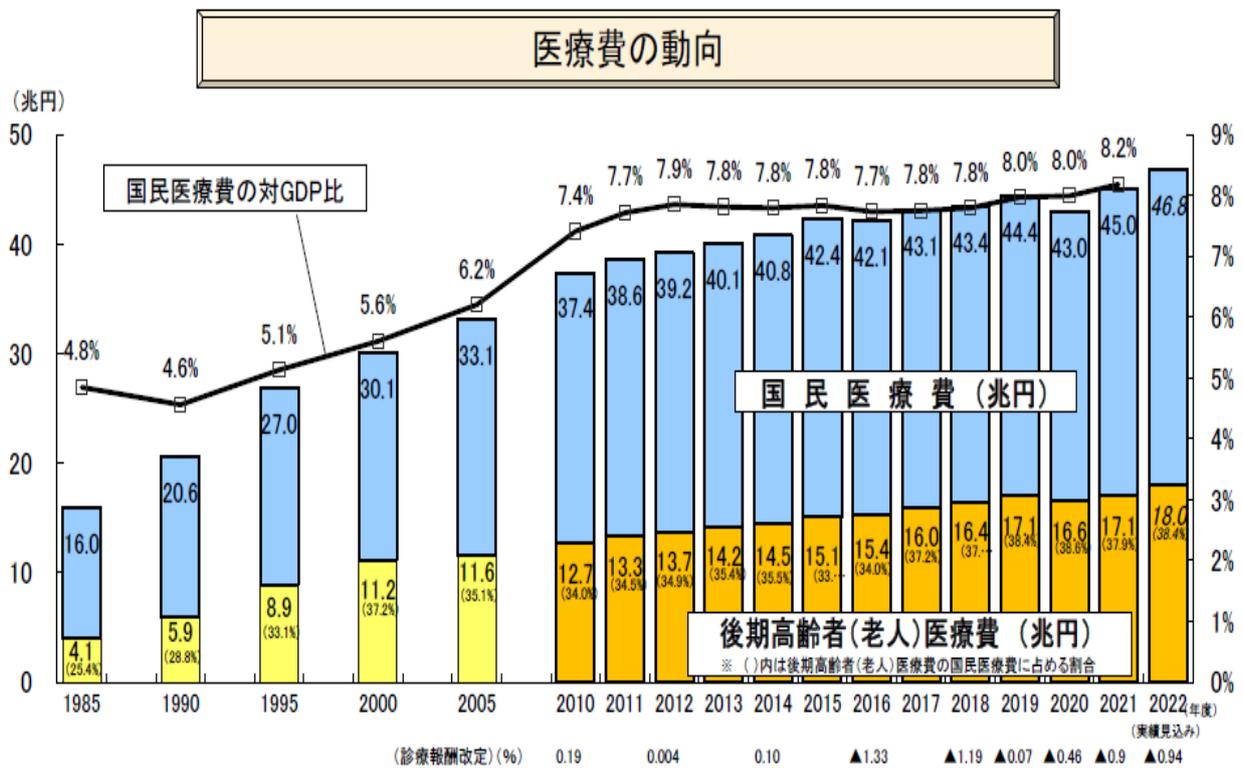
法第9条の規定により、令和6年度から令和11年度までを本計画の第四期計画期間とします。

第2章 医療費を取り巻く現状と課題

医療費の動向を見ると、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響による一時的な医療費の減少がありました。経年的に増加しています。

国民医療費の増加要因として、後期高齢者（75歳以上）の医療費の占める割合が増加してきていることから、今後、少子高齢化の一層の進展と相まって、社会保障を支える国の財政は極めて厳しい状況となることが見込まれ、国民皆保険を堅持し、国民が必要とする医療を確保していくためには、医療費の伸びの適正化が必要とされています。

医療費の増加は、疾病構造の変化や医療技術の高度化、超高齢化の進展など社会的要因を含めた数々の要因により生じると考えられていますが、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要があります。こうした中で、国民一人一人が生きがいを持ち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりも重要です。



(主な制度改正) 2000年以降

- ・介護保険制度施行 (2000)
- ・高齢者1割負担導入 (2000)
- ・高齢者1割負担導入 (2002)
- ・高齢者1割負担導入 (2002)
- ・高齢者1割負担導入 (2002)
- ・老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
- ・利用者本人3割負担等 (2003)
- ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
- ・現役並み所得高齢者2割負担 (2008)
- ・未就学児 (2008)
- ・70~74歳2割負担(※1) (2014)

<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	4.0
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	5.3
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.5	2.4	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者(老人)医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2022年度の国民医療費(及び2022年度の後期高齢者医療費、以下同じ。)は実績見込みである。2022年度分は、2021年度の国民医療費に2022年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

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

第1節 医療費の推移

第1項 我が国の医療費の推移

我が国の医療費は、令和3年度の国民医療費によると、45兆359億円であり、前年度と比べて2兆694億円、4.8%増加しています。人口一人当たりでは35万8,800円であり、前年度と比べて1万8,200円、5.3%増加しています。

制度区分別に見ると、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療ともに令和3年度の国民医療費は前年度と比べて増加しています。また、国民医療費全体に占める後期高齢者医療の割合は高く、令和3年度の国民医療費に占める後期高齢者医療の割合は、34.9%となっています。

国民医療費及び人口一人当たり国民医療費の推移

全 国				
年度	国民医療費		人口一人当たり 国民医療費	
	(億円)	対前年度 増減率 (%)	(円)	対前年度 増減率 (%)
平成28年度	421,381	0.5	332,000	0.4
平成29年度	430,710	2.2	339,900	2.4
平成30年度	433,949	0.8	343,200	1.0
令和1年度	443,895	2.3	351,800	2.5
令和2年度	429,665	3.2	340,600	3.2
令和3年度	450,359	4.8	358,800	5.3

出典：国民医療費

制度区分別(被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療) 国民医療費の推移

全 国							
制度区分	総数	被用者保険		国民健康保険		後期高齢者医療	
年度	国民医療費 (億円)	国民 医療費 (億円)	構成 割合 (%)	国民 医療費 (億円)	構成 割合 (%)	国民 医療費 (億円)	構成 割合 (%)
平成28年度	421,381	97,210	23.1	95,404	22.6	141,731	33.6
平成29年度	430,710	100,970	23.4	93,301	21.7	147,805	34.3
平成30年度	433,949	103,110	23.8	90,957	21.0	150,576	34.7
令和1年度	443,895	106,624	24.0	90,639	20.4	156,596	35.3
令和2年度	429,665	102,934	24.0	87,628	20.4	152,868	35.6
令和3年度	450,359	111,508	24.8	91,060	20.2	157,246	34.9

制度区分別(被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療)のほか、国民医療費の総数に含まれているものとして、「公費負担医療給付分」「患者等負担分」などがある。

出典：国民医療費

第2項 本県の医療費の推移

本県の医療費は、令和3年度の国民医療費によると、5,623億円であり、新型コロナウイルス感染症の影響があった前年度と比べて100億円、1.8%増加していますが、全国の伸び率4.8%よりは低くなっています。

一方、人口一人当たりで見ると、本県は43万3,500円で、前年度と比べて1万2,500円、3.0%増加していますが、全国の伸び率5.3%よりは低くなっています。全国順位は3位と高く、全国平均(35万8,800円)の約1.21倍高い状況となっています。

都道府県別国民医療費及び人口一人当たり都道府県別国民医療費の推移

長 崎 県					
年度	都道府県別国民医療費		人口一人当たり都道府県別国民医療費		
	(億円)	対前年度増減率 (%)	(円)	対前年度増減率 (%)	全国順位 (位)
平成28年度	5,607	1.0	410,200	0.2	2
平成29年度	5,685	1.4	419,900	2.4	2
平成30年度	5,682	0.1	423,700	0.9	2
令和1年度	5,754	1.3	433,600	2.3	2
令和2年度	5,523	4.0	421,000	2.9	3
令和3年度	5,623	1.8	433,500	3.0	3

出典：国民医療費

本県の一人当たり医療費を協会けんぽ、国民健康保険、後期高齢者医療で比較すると、令和3年度はそれぞれ、20万7,095円(全国6位)、45万7,611円(全国7位)、108万8,251円(全国4位)となっています。

後期高齢者医療の一人当たり医療費は、協会けんぽの約5.3倍、国民健康保険の約2.4倍となっています。なお、全国平均では、協会けんぽは約4.8倍、国民健康保険は約2.5倍となっています。

本県の一人当たり医療費(被用者保険(協会けんぽ)、国民健康保険、後期高齢者医療)の推移

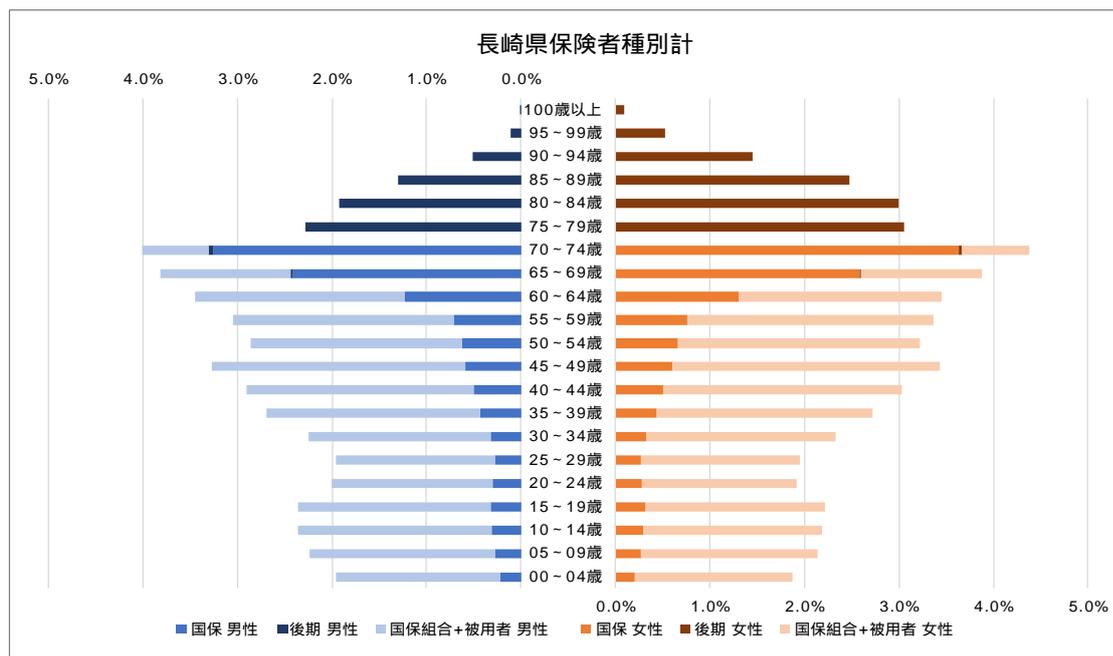
長 崎 県									
年度	被用者保険(協会けんぽ)			国民健康保険			後期高齢者医療		
	(円)	対前年度増減率 (%)	全国順位 (位)	(円)	対前年度増減率 (%)	全国順位 (位)	(円)	対前年度増減率 (%)	全国順位 (位)
平成28年度	198,639	1.3	1	413,257	0.5	7	1,088,149	1.3	3
平成29年度	188,896	4.9	7	427,253	3.4	7	1,097,576	0.9	3
平成30年度	191,730	1.5	8	434,336	1.7	7	1,102,137	0.4	3
令和1年度	199,744	4.2	4	444,604	2.4	7	1,109,121	0.6	4
令和2年度	195,730	2.0	5	440,871	0.8	7	1,073,446	3.2	4
令和3年度	207,095	5.8	6	457,611	3.8	7	1,088,251	1.4	4

出典：都道府県支部別医療費データ(全国健康保険協会)

国民健康保険事業年報、後期高齢者医療事業状況報告(厚生労働省)

令和3年度のNDBデータによる保険者種別の割合を見ると、国保組合+被用者保険 58.9%、国民健康保険 24.2%、後期高齢者医療 16.9%となっています。

令和3年度 年齢階層別人口【保険者種別計 人口割合】



出典：NDBデータ（令和3年度）

第2節 本県の医療費の状況

第1項 高齢化の進展

1 高齢化の進展と高齢者の医療費の関係

我が国の令和3年度の人口一人当たり国民医療費は、全体では、35万8,800円となっていますが、65歳未満（19万8,600円）と65歳以上（75万4,000円）を比較すると約3.8倍となっており、65歳未満（19万8,600円）と75歳以上（92万3,400円）を比較すると約4.6倍の開きがあります。

また、高齢化の進展に伴い、今後も高齢者に係る医療費の国民医療費に占める割合は増加すると見込まれており、令和3年度では65歳以上の構成割合は、60.6%となっています。

年齢階級別国民医療費（令和3年度）

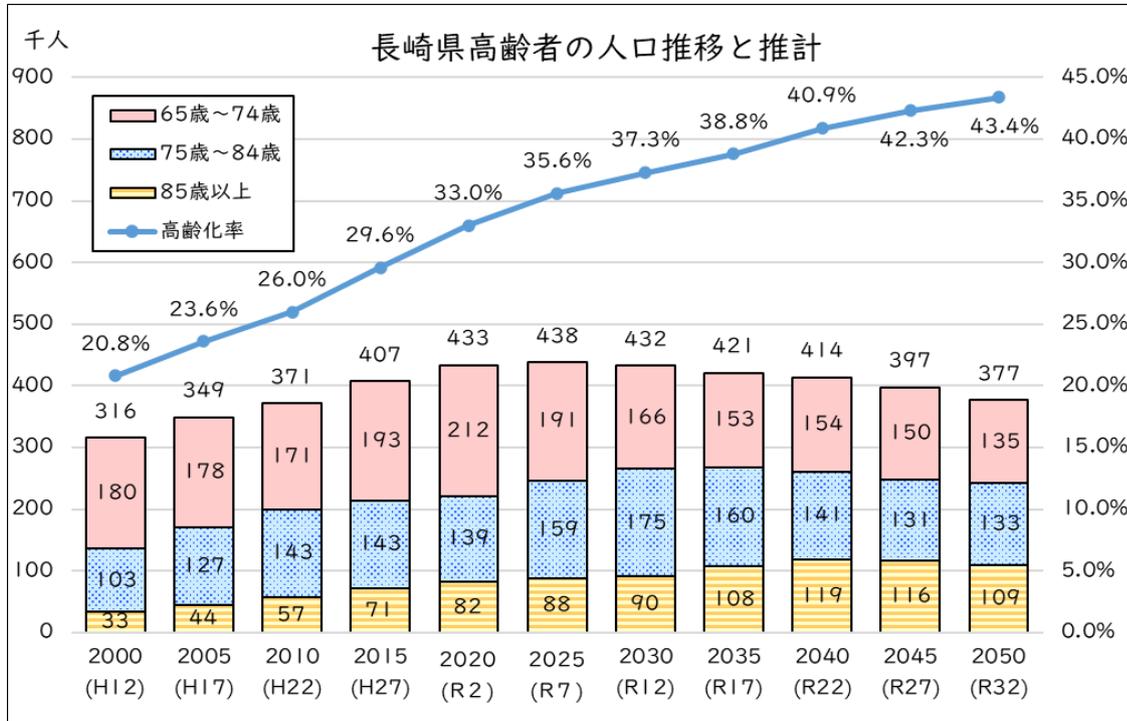
年齢階級	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)
総数	450,359	100.0	358.8
65歳未満	177,323	39.4	198.6
0～14歳	24,178	5.4	163.5
15歳～44歳	53,725	11.9	133.3
45歳～64歳	99,421	22.1	290.7
65歳以上	273,036	60.6	754.0
70歳以上（再掲）	233,696	51.9	824.5
75歳以上（再掲）	172,435	38.3	923.4

出典：国民医療費

本県の65歳以上の人口は、2025年(令和7年)頃に約44万人(総人口比35.6%)のピークを迎え、以降は減少すると推測されています。

75歳以上の人口は、その後も一定期間増加を続け、2035年(令和17年)頃にピークの約27万人(総人口比24.7%)に達すると見込まれています。

また、介護ニーズが高い85歳以上の人口は、2040年(令和22年)頃にピークの約12万人(総人口比11.8%)に達すると見込まれています。



(単位：千人、%)

		2000年 (H12)	2005年 (H17)	2010年 (H22)	2015年 (H27)	2020年 (R2)	2025年 (R7)	2030年 (R12)	2035年 (R17)	2040年 (R22)	2045年 (R27)	2050年 (R32)
高齢者人口	長崎県	316 (20.8)	349 (23.6)	371 (26.0)	407 (29.6)	433 (33.0)	438 (35.6)	432 (37.3)	421 (38.8)	414 (40.9)	397 (42.3)	377 (43.4)
	全国	22,005 (17.3)	25,672 (20.1)	29,484 (23.0)	33,790 (26.6)	36,027 (28.6)	36,529 (29.6)	36,962 (30.8)	37,732 (32.3)	39,285 (34.8)	39,451 (36.3)	38,878 (37.1)
上記の内 75歳以上	長崎県	136 (9.0)	171 (11.6)	200 (14.0)	214 (15.5)	221 (16.9)	247 (20.1)	266 (23.0)	268 (24.7)	260 (25.7)	247 (26.3)	242 (27.9)
	全国	8,999 (7.1)	11,602 (9.1)	14,194 (11.1)	16,271 (12.8)	18,602 (14.7)	21,547 (17.5)	22,613 (18.8)	22,384 (19.2)	22,275 (19.7)	22,772 (20.9)	24,332 (23.2)
上記の内 85歳以上	長崎県	33 (2.2)	44 (3.0)	57 (4.0)	71 (5.2)	82 (6.3)	88 (7.1)	90 (7.8)	108 (10.0)	119 (11.8)	116 (12.4)	109 (12.5)
	全国	2,233 (1.8)	2,927 (2.3)	3,795 (3.0)	4,923 (3.9)	6,133 (4.9)	7,073 (5.7)	8,121 (6.8)	9,810 (8.4)	10,060 (8.9)	9,583 (8.8)	9,612 (9.2)

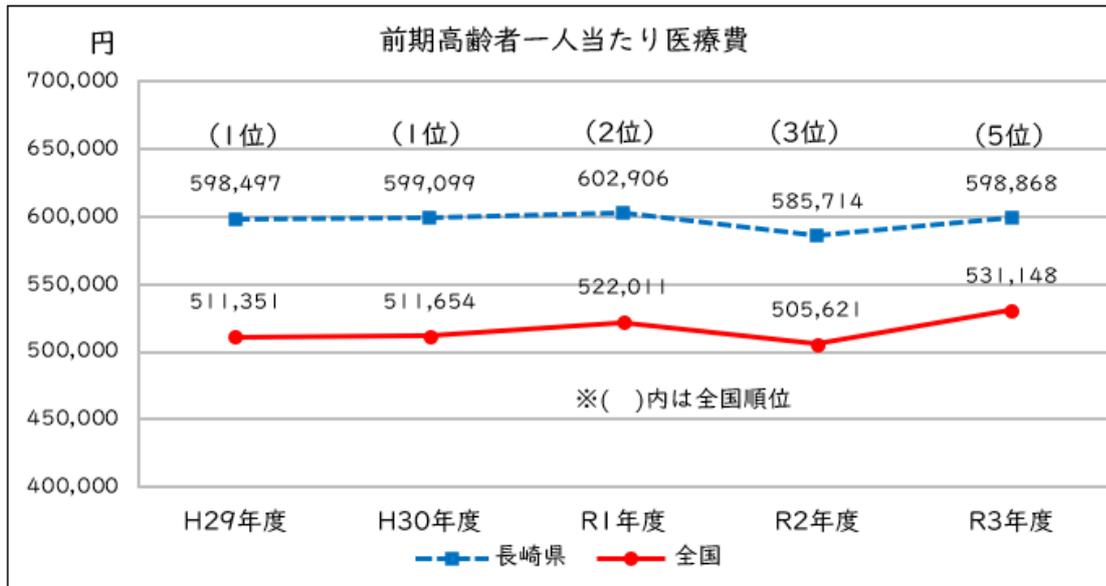
出典：平成12年～令和2年は国勢調査（平成27年及び令和2年は不詳補完値による）、令和7年以降は令和2年国勢調査を基にした

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

()は総人口に占める割合

2 前期高齢者医療費（国民健康保険）の概況

令和3年度の本県の一人当たり前期高齢者医療費（65歳～74歳）は、59万8,868円であり、全国平均の53万1,148円に対し、約1.1倍となっています。これは、全国で5番目に高く、九州では4番目に高くなっています。



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

本県の一人当たり前期高齢者医療費を入院医療費、入院外医療費、歯科医療費の3つの区分で全国平均と比較すると、令和3年度の入院医療費は、全国平均の1.29倍で全国4位、入院外医療費は、全国平均の0.97倍で全国29位、歯科医療費は、全国平均の1.04倍で全国13位となっています。

このことから、入院医療費が本県の前期高齢者医療費全体を引き上げている大きな要因と言えます。

前期高齢者一人当たり医療費

単位：円

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
入院	全国	187,085	190,217	193,981	188,514	196,936
	長崎県	251,816	256,043	257,932	251,294	253,736
		1位	2位	2位	3位	4位
入院外	全国	180,553	181,921	185,824	178,441	190,203
	長崎県	183,591	185,097	186,532	177,838	184,690
		21位	21位	22位	23位	29位
歯科	全国	32,588	32,631	33,125	31,357	33,360
	長崎県	33,262	33,818	34,065	33,427	34,684
		12位	11位	13位	10位	13位

長崎県の順位は全国順位

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

入院医療費を受診率（被保険者100人当たり受診件数）、1件当たり日数、1日当たり診療費の3つの要素で全国平均と比較すると、令和3年度を受診率は、全国平均の1.45倍で全国3位、1件当たり日数は、全国平均の1.18倍で全国4位、1日当たり診療費は、全国平均を大きく下回り全国45位となっています。

受診率は入院の頻度、1件当たり日数は1ヶ月間の入院日数を表すことから、本県の場合、入院頻度の高さ、入院期間の長期化が前期高齢者医療費全体に大きく影響を与えていると考えられます。

前期高齢者の入院医療費に係る3要素分析

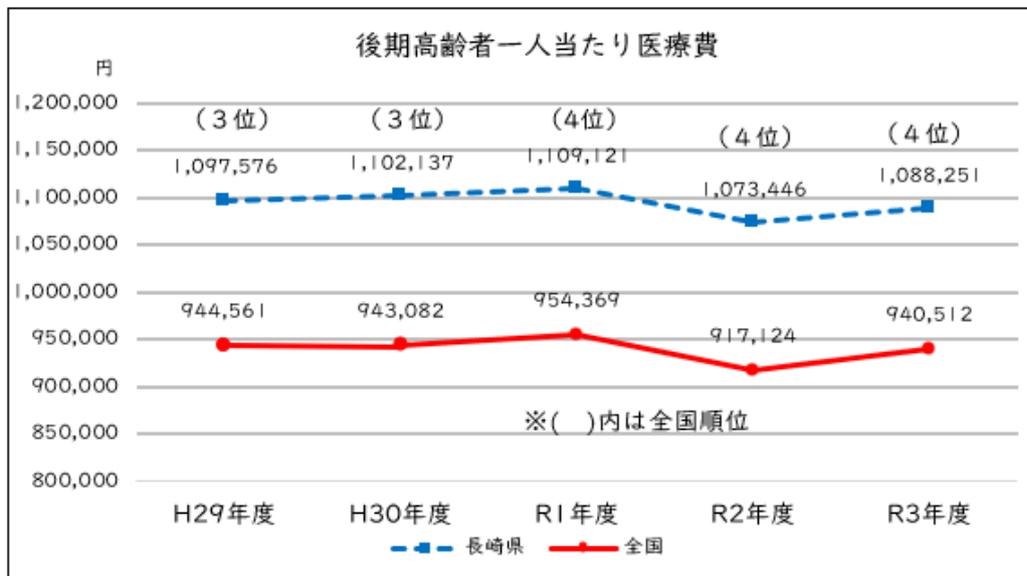
		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
受診率（被保険者100人当たり受診件数）	全 国	32.09	32.03	32.04	30.41	30.63
	長崎県	47.64	47.27	47.10	45.22	44.28
		2位	2位	3位	3位	3位
1件当たり日数	全 国	14.32	14.30	14.36	14.44	14.41
	長崎県	16.83	16.67	16.77	16.94	16.96
		3位	3位	3位	5位	4位
1日当たり診療費（円）	全 国	40,707	41,534	42,169	42,941	44,613
	長崎県	31,414	32,485	32,665	32,802	33,784
		45位	44位	45位	46位	45位

長崎県の順位は全国順位

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

3 後期高齢者医療費の概況

令和3年度の本県の一人当たり後期高齢者医療費（75歳以上）は、108万8,251円であり、全国平均の94万512円に対し、約1.2倍となっています。これは、全国で4番目に高く、九州では3番目に高くなっています。



出典：後期高齢者医療事業状況報告(厚生労働省)

本県の一人当たり後期高齢者医療費を入院医療費、入院外医療費、歯科医療費の3つの区分で全国平均と比較すると、令和3年度の入院医療費は全国平均の1.30倍で全国5位、入院外医療費は全国平均を下回り全国29位、歯科医療費は全国平均の1.01倍で全国12位となっています。

このことから、前期高齢者医療費と同様、入院医療費が本県の後期高齢者医療費全体を引き上げている大きな要因と言えます。

後期高齢者一人当たり医療費

単位：円

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
入院	全国	441,567	446,060	450,864	435,454	444,753
	長崎県	574,623	585,278	587,736	573,705	579,720
		5位	4位	4位	4位	5位
入院外	全国	269,376	269,412	272,452	259,773	270,618
	長崎県	263,259	261,978	263,849	249,553	255,840
		21位	22位	24位	26位	29位
歯科	全国	34,029	35,062	36,166	34,033	36,335
	長崎県	32,716	34,505	35,629	34,402	36,703
		16位	15位	15位	13位	12位

長崎県の順位は全国順位

出典：後期高齢者医療事業状況報告（厚生労働省）

入院医療費を受診率（100人当たり受診件数）、1件当たり日数、1日当たり診療費の3つの要素で全国平均と比較すると、令和3年度の実績は、全国平均の1.45倍で全国3位、1件当たり日数は、全国平均の1.09倍で全国7位、1日当たり診療費は、全国平均を大きく下回り全国43位となっています。

前期高齢者医療費と同様、入院頻度の高さ、入院期間の長期化が後期高齢者医療費全体に大きく影響を与えていると考えられます。

このように、65歳以上の高齢者の入院医療費の高さが、本県の医療費が全国平均より高く、全国上位となっている要因の一つと言えます。

後期高齢者の入院医療費に係る3要素分析

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
受診率（被保険者100人当たり受診件数）	全国	81.76	80.82	79.77	75.33	74.12
	長崎県	116.69	116.08	114.05	108.41	107.24
		3位	3位	3位	3位	3位
1件当たり日数	全国	17.59	17.53	17.51	17.46	17.49
	長崎県	18.86	18.79	18.84	19.01	19.09
		8位	8位	8位	8位	7位
1日当たり診療費（円）	全国	30,713	31,483	32,279	33,115	34,306
	長崎県	26,111	26,838	27,347	27,836	28,311
		43位	43位	43位	43位	43位

長崎県の順位は全国順位

出典：後期高齢者医療事業状況報告（厚生労働省）

第2項 医療費の地域差要因

1 医療費の地域差指数

医療費は、人口の年齢構成、病床数等の医療供給体制、健康活動の状況、健康に対する意識、受診行動、住民の生活習慣、医療機関側の診療パターンなどの要因によって地域差が生じます。

上記人口の年齢構成については、相違を補正した「1人当たり年齢調整後医療費（仮に本県加入者の年齢構成が全国平均と同じとした場合の1人当たり医療費）」と、それを全国平均の1人当たり医療費で指数化した「地域差指数」を用いて地域差の比較を行うことができます。

令和3年度の市町村国民健康保険における本県の地域差指数は、1.128 で全国7位と高く、診療種別に見ると、入院による影響が比較的大きく、1.316 で全国7位、入院外は1.007 で全国17位、歯科は1.013 で全国15位となっています。

市町村国民健康保険の地域差（1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数）

	計			入院			入院外			歯科		
	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位
全国平均	386,610	1.000	—	151,415	1.000	—	208,247	1.000	—	26,949	1.000	—
北海道	406,123	1.050	15	173,933	1.149	16	205,381	0.986	27	26,809	0.995	16
青森県	361,229	0.934	43	137,360	0.907	41	202,258	0.971	34	21,610	0.802	46
岩手県	383,927	0.993	31	154,464	1.020	26	204,932	0.984	28	24,531	0.910	32
宮城県	391,385	1.012	25	150,339	0.993	31	216,788	1.041	10	24,257	0.900	35
秋田県	394,478	1.020	24	165,379	1.092	19	203,948	0.979	30	25,151	0.933	28
山形県	388,961	1.006	26	155,994	1.030	24	207,637	0.997	21	25,329	0.940	25
福島県	363,086	0.939	41	140,279	0.926	38	199,313	0.957	41	23,493	0.872	39
茨城県	339,710	0.879	47	123,399	0.815	46	192,653	0.925	47	23,657	0.878	38
栃木県	362,340	0.937	42	137,471	0.908	40	201,577	0.968	36	23,293	0.864	40
群馬県	363,097	0.939	40	147,040	0.971	32	192,800	0.926	46	23,258	0.863	41
埼玉県	354,859	0.918	46	128,994	0.852	45	200,910	0.965	38	24,955	0.926	29
千葉県	358,260	0.927	44	133,414	0.881	44	198,947	0.955	42	25,898	0.961	20
東京都	384,891	0.996	30	138,715	0.916	39	218,299	1.048	7	27,877	1.034	11
神奈川県	376,498	0.974	35	134,912	0.891	42	213,549	1.025	13	28,038	1.040	10
新潟県	366,246	0.947	39	145,914	0.964	33	194,469	0.934	44	25,862	0.960	21
富山県	380,035	0.983	33	164,257	1.085	21	192,809	0.926	45	22,969	0.852	43
石川県	411,001	1.063	13	182,473	1.205	11	205,794	0.988	25	22,734	0.844	44
福井県	394,870	1.021	23	168,165	1.111	18	204,404	0.982	29	22,301	0.828	45
山梨県	370,156	0.957	37	142,908	0.944	37	201,537	0.968	37	25,710	0.954	22
長野県	370,443	0.958	36	145,812	0.963	35	199,941	0.960	40	24,691	0.916	30
岐阜県	386,872	1.001	29	145,527	0.961	36	212,346	1.020	16	28,999	1.076	8
静岡県	367,517	0.951	38	134,880	0.891	43	208,842	1.003	19	23,795	0.883	37
愛知県	356,890	0.923	45	123,358	0.815	47	203,704	0.978	31	29,828	1.107	3
三重県	387,833	1.003	27	153,062	1.011	28	209,104	1.004	18	25,667	0.952	23
滋賀県	383,181	0.991	32	150,572	0.994	30	208,272	1.000	20	24,337	0.903	34
京都府	396,654	1.026	22	154,563	1.021	25	214,418	1.030	12	27,673	1.027	12
大阪府	413,231	1.069	12	157,648	1.041	23	222,475	1.068	3	33,108	1.229	1
兵庫県	401,807	1.039	19	152,910	1.010	29	219,175	1.052	5	29,721	1.103	5
奈良県	378,332	0.979	34	145,866	0.963	34	205,774	0.988	26	26,691	0.990	17
和歌山県	386,889	1.001	28	153,332	1.013	27	207,464	0.996	22	26,093	0.968	18
鳥取県	399,279	1.033	20	173,611	1.147	17	200,328	0.962	39	25,341	0.940	24
島根県	447,422	1.157	3	202,816	1.339	4	219,341	1.053	4	25,265	0.938	26
岡山県	423,684	1.096	10	174,940	1.155	15	218,999	1.052	6	29,745	1.104	4
広島県	405,197	1.048	17	162,509	1.073	22	213,504	1.025	15	29,184	1.083	7
山口県	444,884	1.151	5	199,816	1.320	6	217,694	1.045	8	27,375	1.016	14
徳島県	420,906	1.089	11	189,027	1.248	9	203,563	0.978	32	28,316	1.051	9
香川県	441,540	1.142	6	181,171	1.197	12	230,815	1.108	1	29,555	1.097	6
愛媛県	396,933	1.027	21	164,888	1.089	20	206,842	0.993	23	25,204	0.935	27
高知県	431,879	1.117	9	201,098	1.328	5	206,425	0.991	24	24,357	0.904	33
福岡県	409,807	1.060	14	178,047	1.176	13	201,671	0.968	35	30,090	1.117	2
佐賀県	466,529	1.207	1	211,310	1.396	2	227,772	1.094	2	27,447	1.018	13
長崎県	436,176	1.128	7	199,245	1.316	7	209,620	1.007	17	27,311	1.013	15
熊本県	435,034	1.125	8	195,490	1.291	8	213,522	1.025	14	26,022	0.966	19
大分県	445,702	1.153	4	205,737	1.359	3	216,974	1.042	9	22,991	0.853	42
宮崎県	403,232	1.043	18	175,861	1.161	14	202,769	0.974	33	24,603	0.913	31
鹿児島県	458,327	1.186	2	218,248	1.441	1	215,920	1.037	11	24,159	0.896	36
沖縄県	405,991	1.050	16	186,226	1.230	10	198,854	0.955	43	20,911	0.776	47

出典：令和3年度医療費の地域差分析（厚生労働省）

令和3年度の後期高齢者医療制度における本県の地域差指数は、1.155 で全国4位と高く、診療種別に見ると、入院による影響が比較的大きく1.284 で全国4位、入院外は1.023 で全国11位、歯科は1.029 で全国12位となっています。

後期高齢者医療制度の地域差（1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数）

	計			入院			入院外			歯科		
	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位
全国平均	922,373	1.000	—	466,848	1.000	—	419,170	1.000	—	36,355	1.000	—
北海道	1,020,996	1.107	9	580,355	1.243	8	408,402	0.974	23	32,239	0.887	21
青森県	774,025	0.839	45	372,032	0.797	45	381,202	0.909	39	20,791	0.572	47
岩手県	746,114	0.809	46	359,776	0.771	47	359,229	0.857	46	27,110	0.746	42
宮城県	833,487	0.904	37	394,084	0.844	39	408,892	0.975	22	30,511	0.839	27
秋田県	790,610	0.857	43	390,298	0.836	40	372,518	0.889	44	27,794	0.765	39
山形県	807,470	0.875	41	400,293	0.857	36	378,350	0.903	42	28,827	0.793	36
福島県	781,606	0.847	44	373,228	0.799	44	380,913	0.909	40	27,465	0.755	41
茨城県	807,328	0.875	42	381,621	0.817	42	395,761	0.944	31	29,946	0.824	31
栃木県	813,555	0.882	40	389,929	0.835	41	395,630	0.944	32	27,996	0.770	38
群馬県	839,395	0.910	34	432,237	0.926	28	378,275	0.902	43	28,883	0.794	35
埼玉県	851,215	0.923	33	409,760	0.878	33	405,638	0.968	26	35,817	0.985	15
千葉県	837,614	0.908	35	409,367	0.877	34	392,278	0.936	33	35,970	0.989	14
東京都	931,711	1.010	20	432,065	0.925	29	456,939	1.090	3	42,708	1.175	4
神奈川県	876,581	0.950	30	398,083	0.853	37	436,583	1.042	9	41,914	1.153	6
新潟県	743,654	0.806	47	362,196	0.776	46	349,191	0.833	47	32,267	0.888	20
富山県	881,698	0.956	29	493,014	1.056	19	363,036	0.866	45	25,648	0.705	43
石川県	937,043	1.016	18	520,826	1.116	14	391,746	0.935	34	24,471	0.673	45
福井県	896,129	0.972	27	488,006	1.045	20	382,646	0.913	38	25,476	0.701	44
山梨県	852,653	0.924	31	428,857	0.919	30	391,650	0.934	35	32,146	0.884	22
長野県	829,276	0.899	38	412,137	0.883	32	386,387	0.922	36	30,751	0.846	26
岐阜県	851,327	0.923	32	396,151	0.849	38	417,477	0.996	17	37,700	1.037	10
静岡県	813,669	0.882	39	379,137	0.812	43	405,048	0.966	28	29,484	0.811	32
愛知県	898,085	0.974	26	422,751	0.906	31	433,644	1.035	10	41,690	1.147	7
三重県	835,753	0.906	36	400,344	0.858	35	404,378	0.965	29	31,031	0.854	24
滋賀県	903,396	0.979	25	468,933	1.004	24	405,287	0.967	27	29,176	0.803	34
京都府	1,013,814	1.099	10	535,232	1.146	12	440,980	1.052	6	37,601	1.034	11
大阪府	1,050,509	1.139	6	529,946	1.135	13	468,896	1.119	1	51,667	1.421	1
兵庫県	994,499	1.078	14	500,126	1.071	18	452,338	1.079	5	42,035	1.156	5
奈良県	919,657	0.997	21	458,299	0.982	26	425,572	1.015	12	35,786	0.984	16
和歌山県	917,570	0.995	22	466,124	0.998	25	421,362	1.005	13	30,085	0.828	29
鳥取県	917,558	0.995	23	501,756	1.075	17	385,606	0.920	37	30,196	0.831	28
島根県	915,346	0.992	24	479,609	1.027	22	405,750	0.968	25	29,986	0.825	30
岡山県	962,719	1.044	17	512,362	1.097	15	412,009	0.983	20	38,348	1.055	9
広島県	1,009,130	1.094	11	505,404	1.083	16	458,489	1.094	2	45,237	1.244	2
山口県	1,000,729	1.085	13	560,855	1.201	10	406,801	0.970	24	33,073	0.910	19
徳島県	1,002,799	1.087	12	548,688	1.175	11	417,893	0.997	15	36,218	0.996	13
香川県	972,872	1.055	16	476,929	1.022	23	456,610	1.089	4	39,334	1.082	8
愛媛県	934,882	1.014	19	484,078	1.037	21	419,524	1.001	14	31,281	0.860	23
高知県	1,133,857	1.229	1	690,970	1.480	1	412,043	0.983	19	30,844	0.848	25
福岡県	1,115,191	1.209	2	634,312	1.359	2	437,079	1.043	8	43,800	1.205	3
佐賀県	1,051,750	1.140	5	578,597	1.239	9	438,067	1.045	7	35,086	0.965	17
長崎県	1,065,784	1.155	4	599,573	1.284	4	428,820	1.023	11	37,391	1.029	12
熊本県	1,044,119	1.132	7	598,379	1.282	5	411,603	0.982	21	34,137	0.939	18
大分県	1,035,124	1.122	8	589,204	1.262	6	417,684	0.996	16	28,236	0.777	37
宮崎県	885,970	0.961	28	456,231	0.977	27	400,431	0.955	30	29,308	0.806	33
鹿児島県	1,072,214	1.162	3	632,207	1.354	3	412,354	0.984	18	27,653	0.761	40
沖縄県	984,525	1.067	15	581,879	1.246	7	378,834	0.904	41	23,813	0.655	46

出典：令和3年度医療費の地域差分析（厚生労働省）

令和3年度の国民医療費ベースにおける本県の地域差指数は、1.108で全国6位と高く、診療種別に見ると、入院による影響が比較的大きく、1.286で全国4位、入院外は0.993で全国18位、歯科は1.006で全国12位となっています。

全国における本県の医療費を考える場合、人口の年齢構成の相違を補正しても医療費が高い状況が見られます。

国民医療費ベースの地域差（1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数）

	計			入院			入院外			歯科		
	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位	円	地域差指数	順位
全国平均	358,846	1.000	—	140,203	1.000	—	193,560	1.000	—	25,082	1.000	—
北海道	392,060	1.093	10	172,681	1.232	9	195,101	1.008	13	24,278	0.968	18
青森県	329,049	0.917	40	125,221	0.893	36	184,255	0.952	32	19,572	0.780	47
岩手県	321,160	0.895	46	123,008	0.877	41	176,360	0.911	43	21,792	0.869	37
宮城県	338,861	0.944	31	126,258	0.901	35	190,374	0.984	21	22,229	0.886	29
秋田県	336,107	0.937	35	132,565	0.946	28	180,729	0.934	38	22,813	0.910	26
山形県	334,118	0.931	36	128,934	0.920	32	182,269	0.942	34	22,914	0.914	22
福島県	325,297	0.907	43	122,364	0.873	42	181,581	0.938	36	21,353	0.851	41
茨城県	323,330	0.901	45	119,547	0.853	45	182,179	0.941	35	21,605	0.861	39
栃木県	333,230	0.929	37	124,557	0.888	37	186,886	0.966	28	21,787	0.869	38
群馬県	330,930	0.922	38	130,036	0.927	31	179,339	0.927	41	21,556	0.859	40
埼玉県	329,984	0.920	39	121,374	0.866	43	184,768	0.955	31	23,842	0.951	20
千葉県	328,431	0.915	41	124,048	0.885	39	179,521	0.927	40	24,862	0.991	15
東京都	366,962	1.023	19	131,608	0.939	29	209,024	1.080	2	26,330	1.050	11
神奈川県	341,968	0.953	28	120,460	0.859	44	194,758	1.006	14	26,750	1.066	7
新潟県	305,758	0.852	47	116,288	0.829	47	167,055	0.863	47	22,415	0.894	27
富山県	339,249	0.945	30	145,953	1.041	24	172,441	0.891	46	20,856	0.831	43
石川県	354,750	0.989	23	152,153	1.085	15	182,546	0.943	33	20,051	0.799	44
福井県	342,823	0.955	27	146,010	1.041	23	176,782	0.913	42	20,031	0.799	45
山梨県	338,782	0.944	32	130,625	0.932	30	185,289	0.957	30	22,868	0.912	24
長野県	324,992	0.906	44	127,244	0.908	34	175,880	0.909	44	21,869	0.872	36
岐阜県	340,651	0.949	29	123,560	0.881	40	190,426	0.984	20	26,664	1.063	9
静岡県	327,626	0.913	42	118,575	0.846	46	186,955	0.966	27	22,097	0.881	33
愛知県	352,899	0.983	25	124,550	0.888	38	200,109	1.034	8	28,240	1.126	2
三重県	338,090	0.942	34	127,614	0.910	33	187,607	0.969	25	22,869	0.912	23
滋賀県	338,356	0.943	33	135,054	0.963	27	181,084	0.936	37	22,218	0.886	30
京都府	371,248	1.035	16	149,060	1.063	19	197,693	1.021	11	24,495	0.977	17
大阪府	400,395	1.116	5	153,272	1.093	13	215,400	1.113	1	31,723	1.265	1
兵庫県	377,137	1.051	14	144,980	1.034	25	204,922	1.059	5	27,234	1.086	5
奈良県	353,738	0.986	24	136,458	0.973	26	192,387	0.994	17	24,893	0.992	14
和歌山県	370,401	1.032	17	146,021	1.041	22	200,650	1.037	7	23,730	0.946	21
鳥取県	347,044	0.967	26	149,920	1.069	17	175,052	0.904	45	22,072	0.880	34
島根県	363,375	1.013	21	153,896	1.098	12	187,465	0.969	26	22,015	0.878	35
岡山県	370,047	1.031	18	153,163	1.092	14	189,816	0.981	22	27,068	1.079	6
広島県	375,755	1.047	15	148,391	1.058	20	200,689	1.037	6	26,676	1.064	8
山口県	378,262	1.054	13	164,302	1.172	11	189,425	0.979	24	24,534	0.978	16
徳島県	393,347	1.096	8	168,702	1.203	10	198,137	1.024	10	26,509	1.057	10
香川県	385,377	1.074	11	149,927	1.069	16	208,132	1.075	3	27,318	1.089	4
愛媛県	364,587	1.016	20	149,171	1.064	18	192,576	0.995	16	22,839	0.911	25
高知県	408,350	1.138	1	196,709	1.403	1	189,439	0.979	23	22,202	0.885	31
福岡県	407,564	1.136	2	180,738	1.289	3	198,866	1.027	9	27,960	1.115	3
佐賀県	406,173	1.132	4	175,506	1.252	8	205,676	1.063	4	24,991	0.996	13
長崎県	397,718	1.108	6	180,339	1.286	4	192,143	0.993	18	25,237	1.006	12
熊本県	393,077	1.095	9	178,190	1.271	6	190,633	0.985	19	24,254	0.967	19
大分県	394,801	1.100	7	176,668	1.260	7	197,215	1.019	12	20,918	0.834	42
宮崎県	356,837	0.994	22	148,045	1.056	21	186,648	0.964	29	22,143	0.883	32
鹿児島県	406,404	1.133	3	190,759	1.361	2	193,330	0.999	15	22,316	0.890	28
沖縄県	379,403	1.057	12	179,568	1.281	5	180,169	0.931	39	19,666	0.784	46

出典：令和3年度医療費の地域差分析（厚生労働省）

2 医療施設の状況

令和4年10月1日現在の医療施設の状況では、本県の病院数は147病院で、人口10万人当たり11.5となっており、全国の6.5を上回っています。また、病院の病床数は25,292床で、人口10万人当たり1,971.3となっており、全国の1,194.9を上回っています。

本県の一般診療所についても病院と同様の傾向が見られ、人口10万人当たり診療所数及び病床数ともに全国を上回っています。

人口10万対病床数と一人当たり入院医療費は、非常に強い相関関係があります。

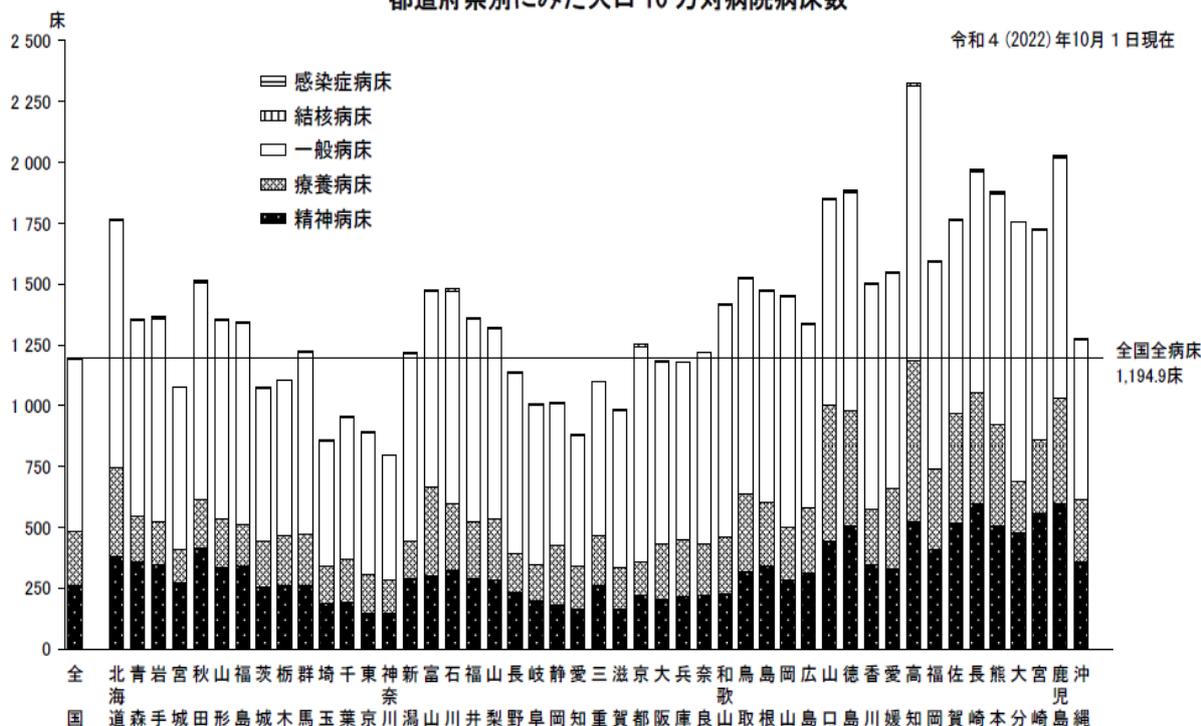
医療施設の状況

(令和4年10月1日)

	施設数					人口10万対施設数					病床数		人口10万対病床数	
	病院	一般診療所		歯科診療所	病院	一般診療所		歯科診療所	病院	一般診療所	病院	一般診療所		
		有床	無床			有床	無床							
全国	8,156	105,182	5,958	99,224	67,755	6.5	84.2	4.8	79.4	54.2	1,492,957	80,436	1,194.9	64.4
長崎県	147	1,336	202	1,134	703	11.5	104.1	15.7	88.4	54.8	25,292	2,921	1,971.3	227.7

出典：医療施設動態調査・病院報告(厚生労働省)

都道府県別にみた人口10万対病院病床数



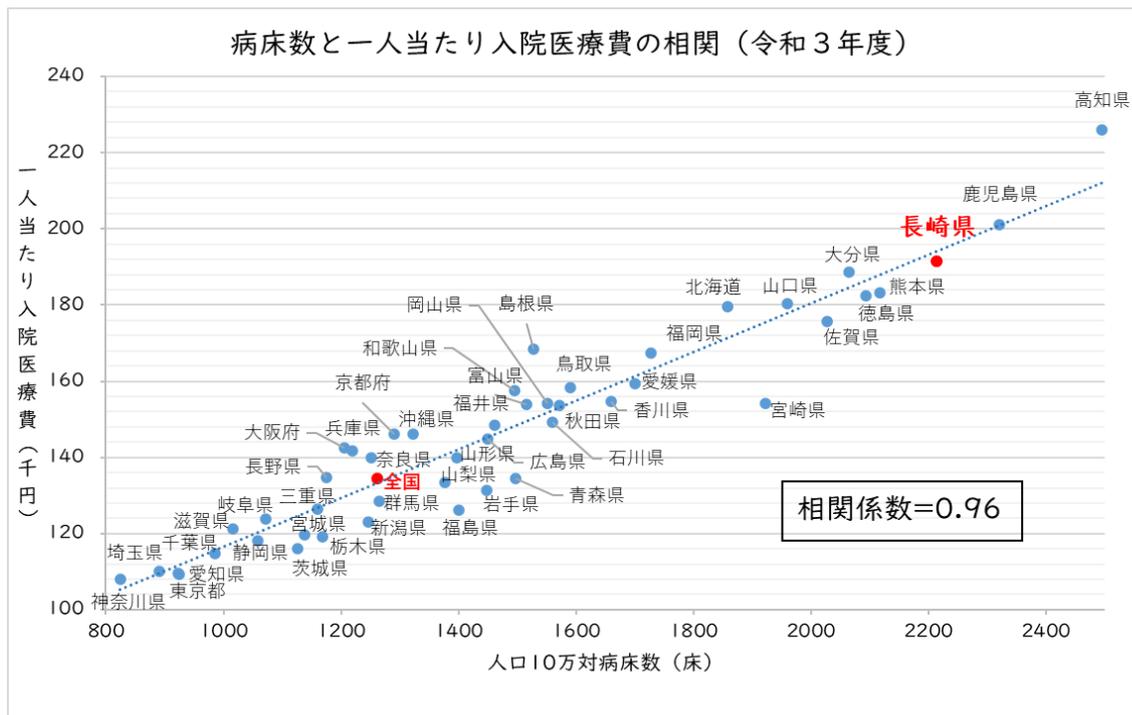
人口 10 万対病院病床数

令和4(2022)年10月1日現在

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	
全 国	1,194.9	257.6	1.5	3.1	223.0	709.6	
多い県	1 高 知	2,328.1	長 崎 598.7	島 根 4.6	高 知 11.1	高 知 659.9	高 知 1,130.6
	2 鹿 児 島	2,026.4	鹿 児 島 597.6	大 分 3.6	岩 手 7.7	山 口 559.4	大 分 1,063.0
	3 長 崎	1,971.3	宮 崎 554.7	和 歌 山 3.5	石 川 7.3	徳 島 471.2	北 海 道 1,017.0
	4 徳 島	1,885.9	高 知 524.9	山 梨 3.5	京 都 7.2	佐 賀 453.6	鹿 児 島 985.5
	5 熊 本	1,878.5	佐 賀 514.0	秋 田 3.4	宮 崎 6.7	長 崎 453.1	和 歌 山 954.8
	6			長 崎 3.3	長 崎 6.5		熊 本 948.4
	7						岡 山 947.4
	8						香 川 927.3
	9						長 崎 909.8
	少ない県	43 千 葉	954.4	静 岡 181.5	兵 庫 1.0	島 根 1.5	埼 玉 151.2
44 東 京		891.5	愛 知 164.3	千 葉 1.0	愛 知 1.5	岐 阜 147.2	東 京 582.6
45 愛 知		879.7	滋 賀 161.2	愛 知 0.9	宮 城 1.4	京 都 139.5	愛 知 536.8
46 埼 玉		857.2	東 京 148.6	大 阪 0.9	新 潟 1.4	宮 城 139.3	埼 玉 515.9
47 神 奈 川		798.9	神 奈 川 146.1	神 奈 川 0.8	大 分 1.1	神 奈 川 138.9	神 奈 川 511.6
比(倍) (最大/最小)		2.9	4.1	5.7	10.2	4.8	2.2

注：1) 小数点第1位の数値は、小数点第2位を四捨五入して表示している。
 2) 数値が同率であった場合、四捨五入する前の数値を基に表示している。
 3) 比(倍)(最大/最小)は、四捨五入する前の数値を基に表示している。

出典：医療施設動態調査・病院報告(厚生労働省)



3 平均在院日数の状況

令和4年の本県の平均在院日数は、36.4日であり、これは全国平均より9.1日、全国で6番目に長くなっています。
 最短の東京都(21.6日)との差は、14.8日となっています。特に、精神病床の日数が多く、経年的に増加しています。

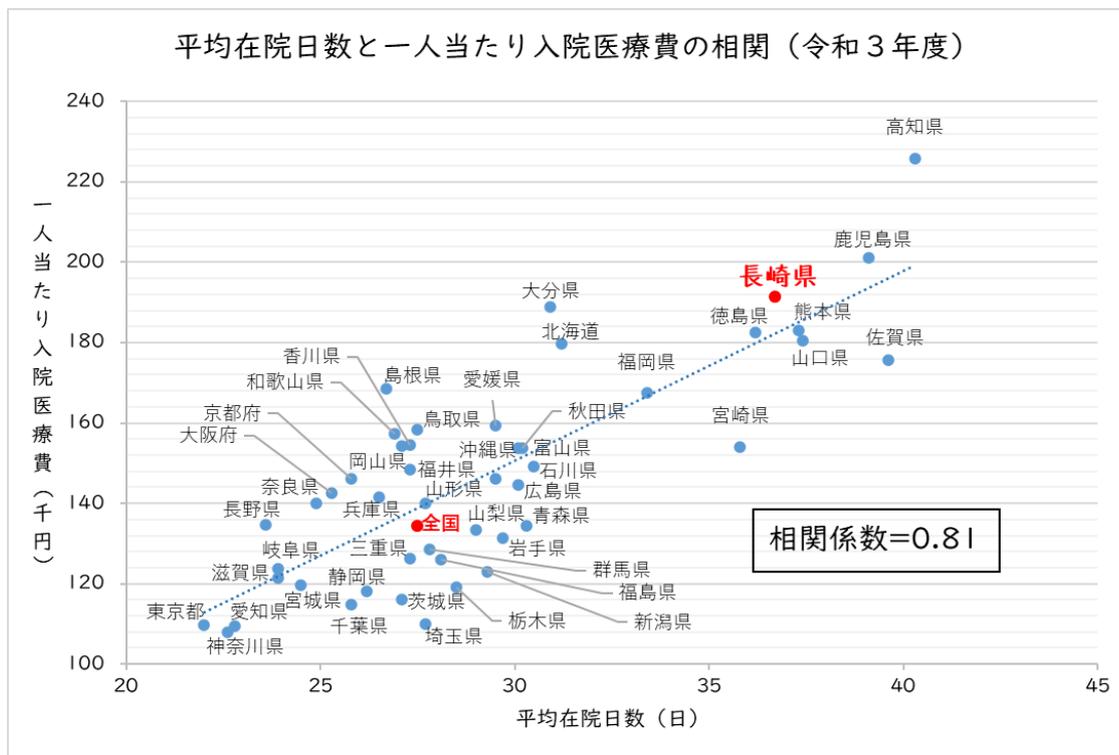
平均在院日数と一人当たり入院医療費には、一定の相関関係が認められます。
 また、人口 10 万対病床数と平均在院日数とは、非常に強い相関関係があります。

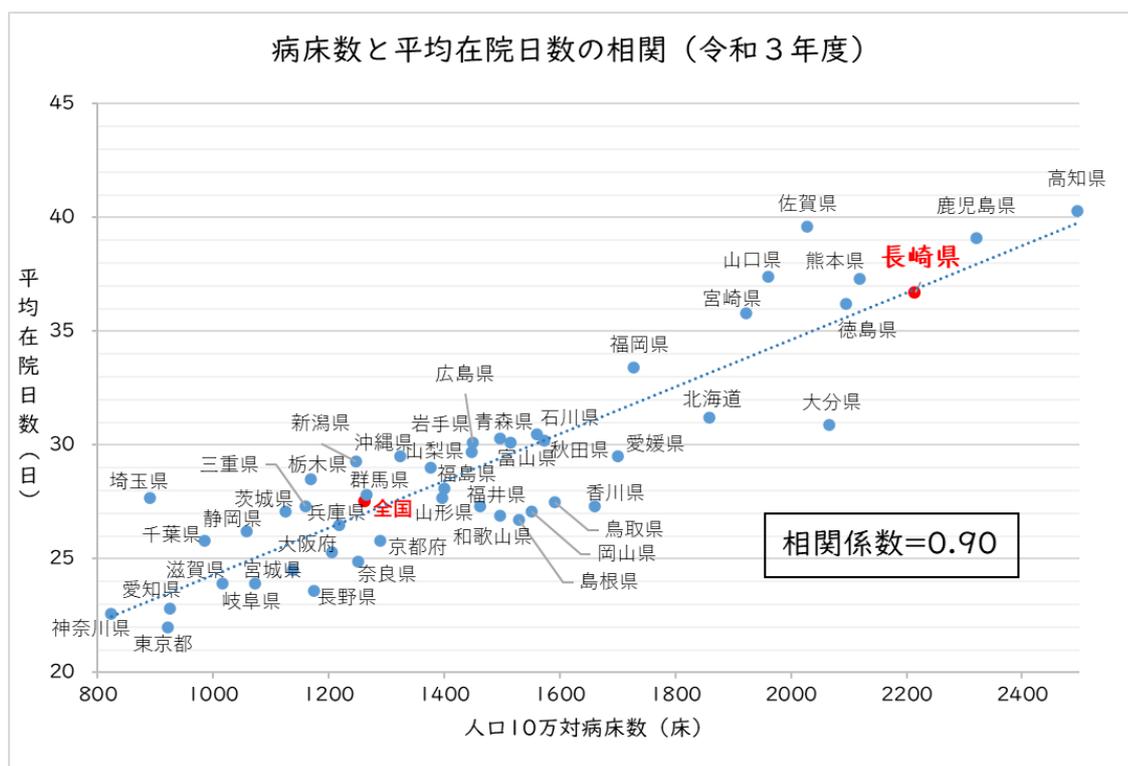
平均在院日数の推移

(単位：日)

	長 崎 県						全 国					
	総数	精神 病床	感染症 病 床	結核 病床	療養 病床	一般 病床	総数	精神 病床	感染症 病 床	結核 病床	療養 病床	一般 病床
平成30年	35.5	357.1	11.6	49.9	92.9	17.4	27.8	265.8	8.3	65.6	141.5	16.1
令和1年	35.1	368.7	11.1	46.3	88.2	17.3	27.3	265.8	8.5	64.6	135.9	16.0
令和2年	36.3	367.0	8.7	41.8	90.7	17.7	28.3	277.0	9.8	57.2	135.5	16.5
令和3年	36.7	376.3	10.2	30.6	90	17.7	27.5	275.1	10.1	51.3	131.1	16.1
令和4年	36.4	395.4	8.5	22.9	87.7	17.6	27.3	276.7	10.5	44.5	126.5	16.2
令和4年－平成30年	0.9	38.3	▲ 3.1	▲ 27.0	▲ 5.2	0.2	▲ 0.5	10.9	2.2	▲ 21.1	▲ 15.0	0.1

出典：医療施設（動態）調査・病院報告(厚生労働省)





医療施設の状況及び平均在院日数の状況を見ると、病床数等の医療供給体制が全国と比べ充実しており、また、平均在院日数も長いいため、本県の医療費、特に全国と比較して高い入院医療費に大きな影響を与えていると考えられます。

4 在宅死亡率の状況

令和4年の本県における在宅死亡率は、26.0%で、全国平均の32.3%を下回っており、全国42位と低い状況にあります。

また、一人当たり医療費との相関関係では、在宅死亡率が低い都道府県では一人当たり医療費は高い傾向にあります。

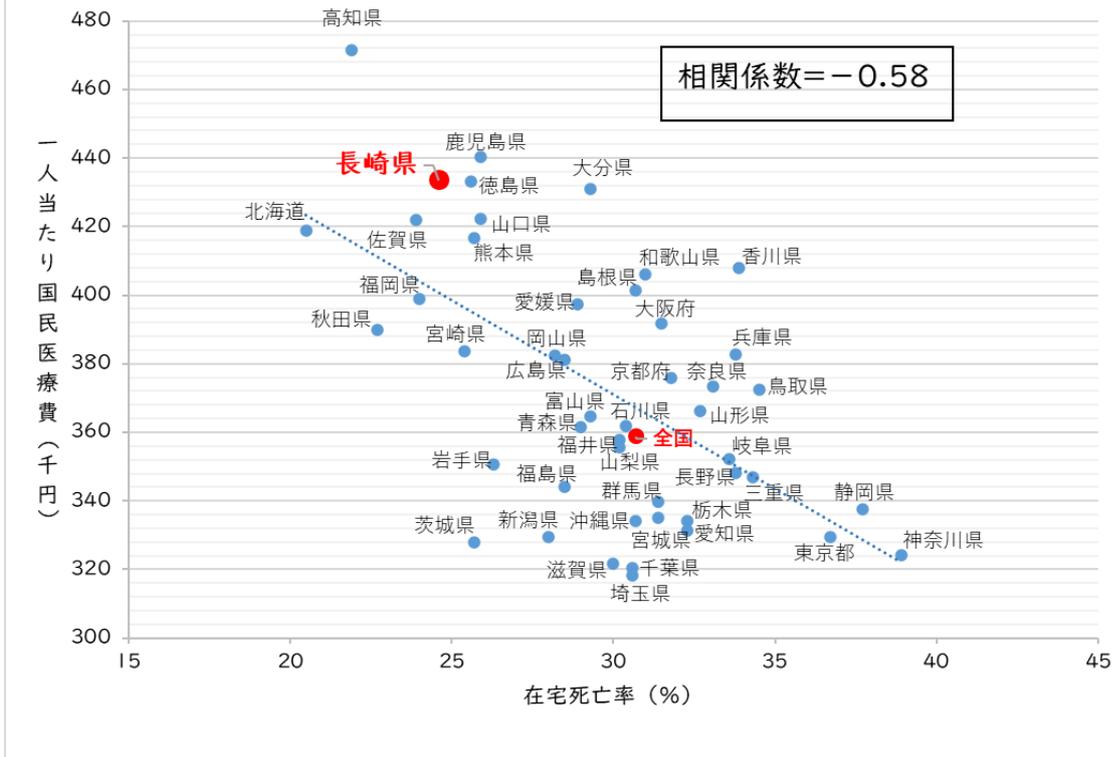
在宅死亡率の推移

	長崎県		全 国
		全国順位	
平成24年	16.2%	42位	19.1%
平成28年	18.6%	39位	22.2%
令和2年	22.2%	42位	28.2%
令和3年	24.6%	42位	30.7%
令和4年	26.0%	42位	32.3%

人口動態統計における、全死亡者のうち、自宅、老人ホーム等高齢者施設で死亡した者の割合

出典：人口動態調査(厚生労働省)

在宅死亡率と一人当たり国民医療費の相関（令和3年度）



5 原爆被爆者医療費の状況

原爆被爆者医療費の状況を令和3年度の後期高齢者医療で見ると、原爆被爆者及び被爆体験者に係る医療費(診療費)は、後期高齢者診療費全体の20.3%を占めています。

また、一人当たり診療費では、非被爆者が78万6,032円であるのに対し、原爆被爆者は107万8,368円で、非被爆者の約1.4倍高くなっています。なお、令和3年度においては、一番若い原爆被爆者は昭和21年生まれの胎内被爆者で75歳となりますが、今後は年々、後期高齢者医療との比較においては、年齢構成の差による医療費の相違が生じる点に留意が必要です。

原爆被爆者医療費の状況（後期高齢者医療費（診療費）比較）

年度		被保険者数 (人)	診療費 (千円)	件数	日数	受診率	1件当たり 日数	1日当たり 診療費 (円)	一人当たり 診療費 (円)
R 3	原爆被爆者（被爆者健康手帳所持者）	30,634 (13.83%)	33,034,739 (18.04%)	726,218	2,139,533	2,370.63	2.95	15,440	1,078,368
	被爆体験者（被爆体験者精神医療受給者証所持者）	5,094 (2.30%)	4,146,033 (2.26%)	98,593	311,374	1,935.47	3.16	13,315	813,905
	上記以外の者	185,724 (83.87%)	145,984,928 (79.70%)	3,364,000	8,932,175	1,811.29	2.66	16,344	786,032
	合計	221,452 (100%)	183,165,700 (100%)	4,188,811	11,383,082	1,891.52	2.72	16,091	827,112
	(参考) 全国	16,908,206	12,815,707,638	310,088,478	734,825,519	1,833.95	2.37	17,440	757,958

長崎県後期高齢者医療広域連合調べ

- 1 医療費の内訳は、入院+入院外+歯科で、食事・生活療養費、調剤費、訪問看護費、療養費等は含まない。
- 2 受診率は、件数(レセプト枚数)÷被保険者数×100で医療機関にかかった者の割合を示す。
- 3 1件当たり日数は、日数÷件数(レセプト枚数)
- 4 1日当たり診療費は、診療費÷日数
- 5 一人当たり診療費は、診療費÷被保険者数

第3項 県民の健康及び受療状況

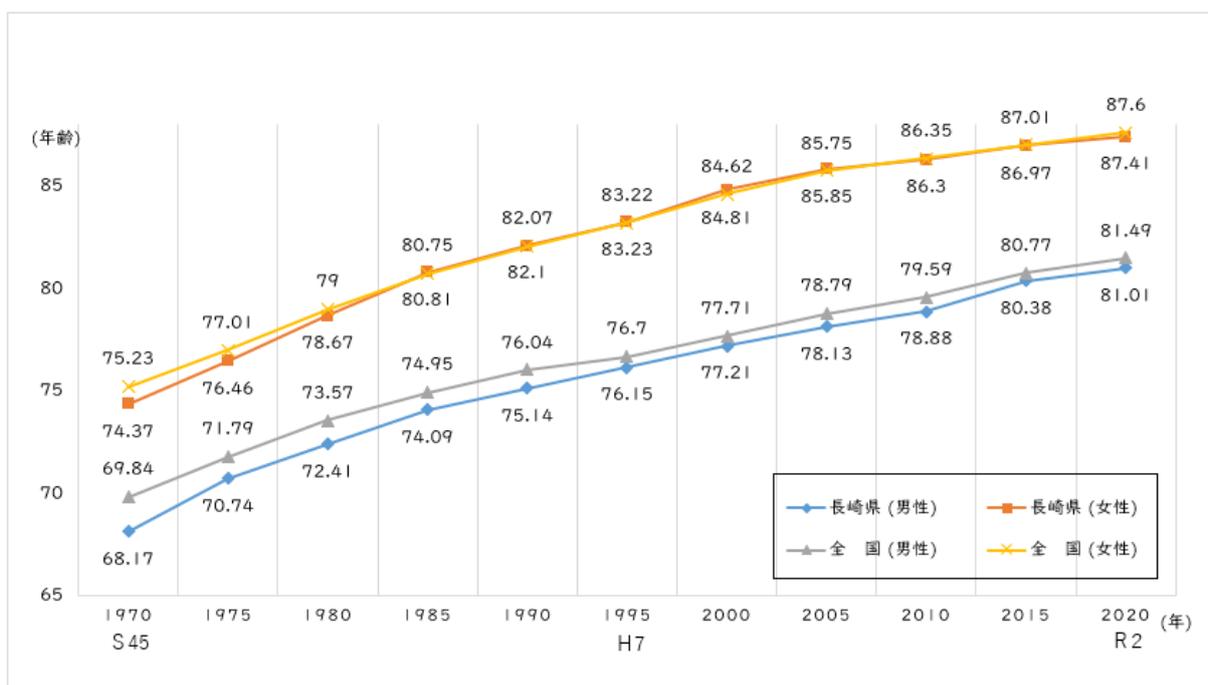
1 平均寿命、健康寿命

本県の平均寿命は男女とも延伸傾向にあります。令和2年を見ると、男性は81.01歳、女性は87.41歳でともに全国平均を下回っています。

本県の健康寿命は男女とも延伸傾向にあります。令和元年を見ると、男性は72.29歳で全国平均を下回りますが、女性は75.42歳で全国平均を上回っています。

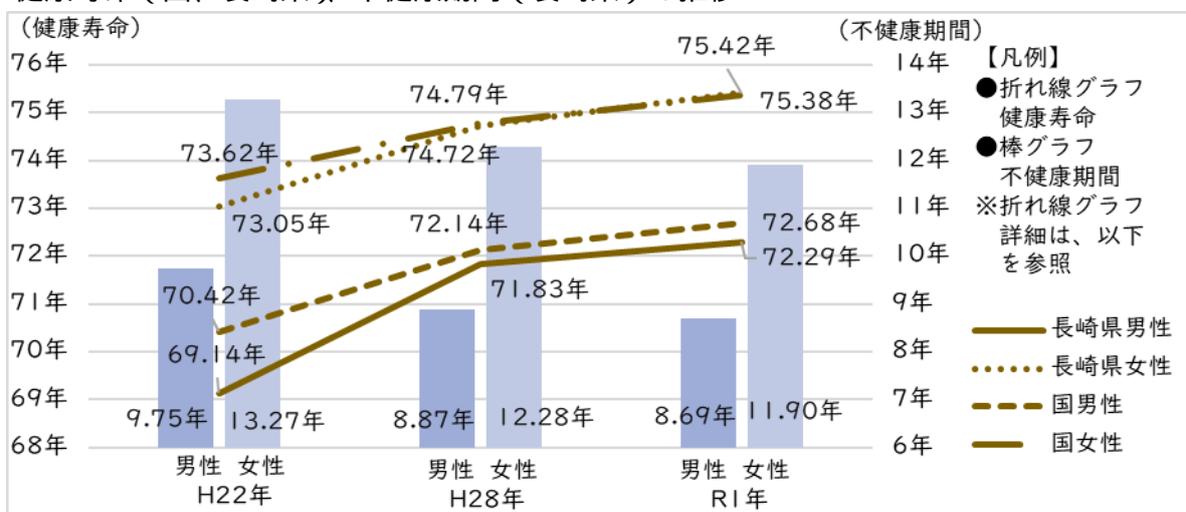
本県の令和2年の平均寿命と令和元年の健康寿命の差（不健康な期間）については、男性は8.69年、女性は11.90年となっています。

平均寿命の推移



出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

健康寿命（国、長崎県）、不健康期間（長崎県）の推移



出典：厚生労働省公表（R3.12.20公表）資料

健康寿命（国、長崎県） 不健康期間（長崎県）の推移

指 標	国 / 長崎県	H22	H28	R1
健康寿命	国男性	70.42 年	72.14 年	72.68 年
	国女性	73.62 年	74.79 年	75.38 年
	長崎県男性	69.14 年 (全国 45 位)	71.83 年 (全国 30 位)	72.29 年 (全国 34 位)
	長崎県女性	73.05 年 (全国 39 位)	74.72 年 (全国 27 位)	75.42 年 (全国 29 位)
不健康期間	長崎県男性	9.75 年	8.87 年	8.69 年
	長崎県女性	13.27 年	12.28 年	11.90 年

出典：厚生労働省公表（R3.12.20 公表）資料

2 受療状況

令和2年の患者調査によれば、本県では生活習慣に起因するとされる疾患の患者数が全国と比べて多く、特に高血圧性疾患（外来）については全国ワースト2位となっています。

受療状況（人口10万人当たり患者数の全国順位：全国ワースト順位）

疾 患 名	入院	外来
心疾患、脳血管疾患などの循環器系疾患	6位	3位
高血圧性疾患	5位	2位
糖尿病	10位	4位
悪性新生物（気管、気管支及び肺）	6位	10位
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	25位	2位
骨折	1位	23位

出典：患者調査（令和2年）

3 疾病別医療費の状況

令和3年度のNDBデータによれば、本県の医療費上位の10疾病を全国と比較すると、骨折は全国7位ですが、長崎県では3位となっています。

また、骨折の伸び率は他の疾病と比べて大きな伸びとなっています。

凡例

分類名	該当疾病分類番号(中分類)
新生物	新生物:0201～0210
生活習慣病(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)が含まれる分類	糖尿病:0402、脂質異常症:0403、高血圧性疾患:0901
精神・神経系の疾患	精神及び行動の障害:0501～0507、神経系の疾患:0601～0606
生活習慣病が重症化した疾患が含まれる分類(脳・心血管疾患及び腎不全)	脳・心血管疾患:0902～0909、腎不全:1402
ロコモティブシンドローム関連疾患	筋骨格系疾患:1302～1305及び1309、骨折:1901
要注意疾患(肝炎、COPD、肺炎)	ウイルス性肝炎:0105、肺炎:1004、慢性閉塞性肺疾患:1009

全国 令和3年度

被保険者数(人)	124,522,868
医療費総計(円)	40,450,569,234,700

順位	疾病分類	医療費 (円)	医療費 構成比 (%)	患者数 (人)	有病率 (%)	患者一人 当たり 医療費 (円)	被保険者 一人当 り医療費 (円)
1	0901 高血圧性疾患	2,729,990,057,941	6.7%	18,257,897	14.7%	149,524	21,924
2	1102 歯肉炎及び歯周疾患	2,315,508,614,055	5.7%	53,336,233	42.8%	43,413	18,595
3	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	1,730,231,642,949	4.3%	3,287,802	2.6%	526,258	13,895
4	0402 糖尿病	1,653,405,534,220	4.1%	6,475,947	5.2%	255,315	13,278
5	0903 その他の心疾患	1,573,141,000,589	3.9%	3,828,762	3.1%	410,875	12,633
6	1402 腎不全	1,478,385,199,613	3.7%	765,012	0.6%	1,932,499	11,872
7	1901 骨折	1,431,688,257,631	3.5%	4,101,325	3.3%	349,079	11,497
8	1113 その他の消化器系の疾患	1,139,519,758,133	2.8%	9,296,199	7.5%	122,579	9,151
9	0906 脳梗塞	1,080,369,916,088	2.7%	2,338,867	1.9%	461,920	8,676
10	0503 統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想性障害	847,639,041,940	2.1%	1,041,000	0.8%	814,255	6,807

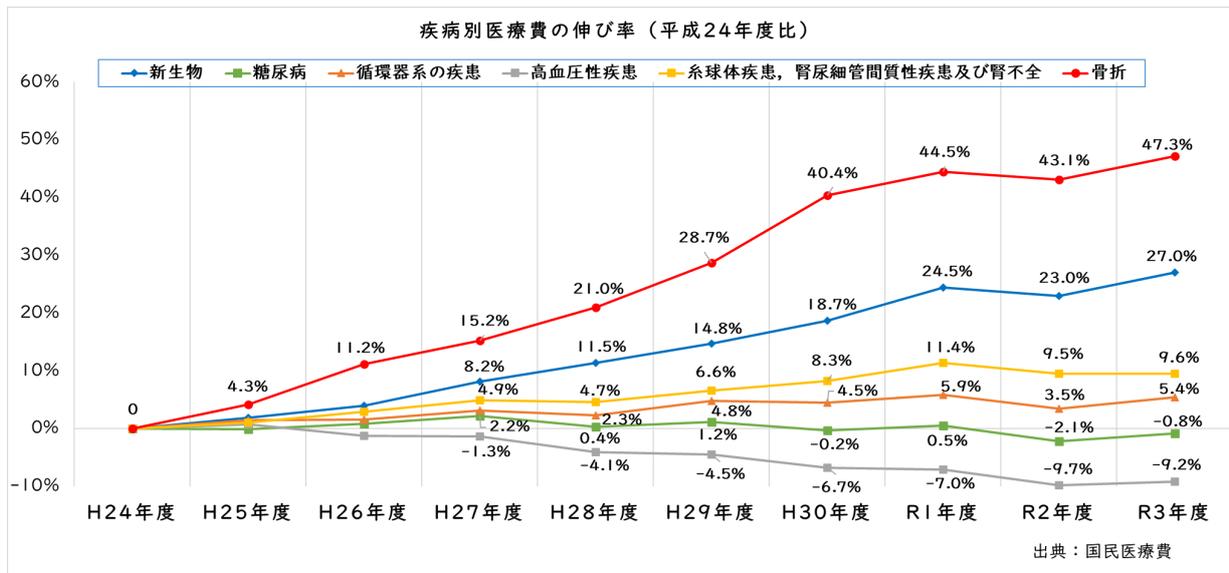
出典:NDBデータ(令和3年度)

長崎県 令和3年度

被保険者数(人)	1,282,758
医療費総計(円)	465,327,874,894

順位	疾病分類	医療費 (円)	医療費 構成比 (%)	患者数 (人)	有病率 (%)	患者一人 当たり 医療費(円)	被保険者 一人当 り医療費 (円)
1	0901 高血圧性疾患	35,082,513,657	7.5%	207,611	16.2%	168,982	27,349
2	1102 歯肉炎及び歯周疾患	23,586,864,485	5.1%	528,888	41.2%	44,597	18,388
3	1901 骨折	20,208,999,620	4.3%	47,949	3.7%	421,466	15,754
4	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	18,679,349,816	4.0%	33,654	2.6%	555,038	14,562
5	0402 糖尿病	16,976,143,139	3.6%	62,356	4.9%	272,244	13,234
6	0903 その他の心疾患	16,319,384,372	3.5%	38,342	3.0%	425,624	12,722
7	1402 腎不全	15,391,999,792	3.3%	9,019	0.7%	1,706,587	11,999
8	0503 統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想性障害	14,914,842,899	3.2%	12,900	1.0%	1,156,173	11,627
9	1113 その他の消化器系の疾患	13,428,636,016	2.9%	101,576	7.9%	132,203	10,469
10	0906 脳梗塞	12,192,202,354	2.6%	26,430	2.1%	461,295	9,505

出典:NDBデータ(令和3年度)



なお、本県の精神入院医療費の状況が全国並みとなった場合の1人当たり全疾病医療費における精神入院医療費の割合の差の縮小は1.37%でした。

- ・長崎県と全国の1人当たり全疾病医療費の差：75,176円
- ・長崎県と全国の1人当たり精神科入院医療費の差：5,558円
- ・差の縮小

R3実績 県1人当たり精神入院医療費/県1人当たり全疾病医療費
10,800円 / 400,021円 2.70%

仮定医療費 県1人当たり精神入院医療費/県1人当たり全疾病医療費
5,242円 / 394,463円 1.33%

令和3（2021）年度 保険者種別計 精神疾病入院医療費分析（年齢調整前）

全国 被保険者数 124,522,868人

疾病分類コード	疾病分類名	2021年度医療費合計(百万円)	構成比	1人当たり医療費(円)	85歳以上医療費の割合	2021年度入院医療費(百万円)	構成比	入院医療費の割合	1人当たり医療費(円)
		①	②	③		④		④/①	⑤
0000	全疾病 診療種別構成比	40,450,569	100.0%	324,845	15.8%	15,736,610	100.0%	38.9%	126,375
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	847,639	2.1%	6,807	4.3%	652,731	4.1%	77.0%	5,242

長崎県 被保険者数 1,282,758人

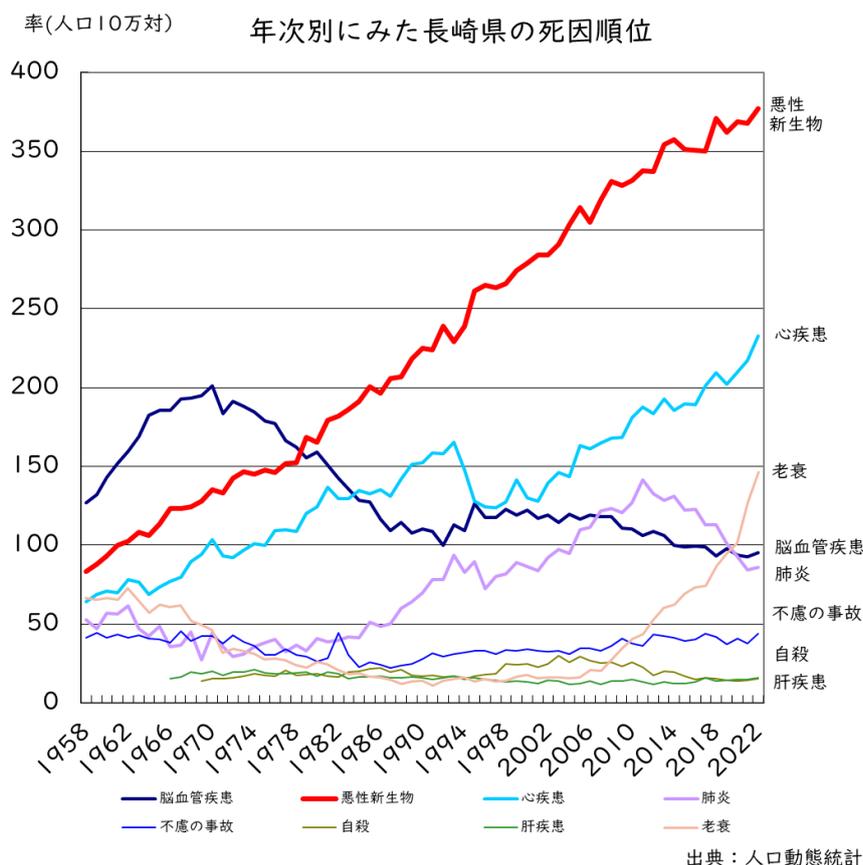
疾病分類コード	疾病分類名	2021年度医療費合計(百万円)	構成比	構成比の差	1人当たり医療費(円)	1人当たり医療費の比較	85歳以上医療費の割合	2021年度入院医療費(百万円)	構成比	構成比の差	入院医療費の割合	1人当たり医療費(円)	1人当たり医療費の比較
		①	②	②-②	③	③/③		④		④-④	④/①	⑤	⑤/⑤
0000	全疾病 診療種別構成比	513,130	100.0%	0.0%	400,021	23.1%	20.5%	239,178	100.0%	0.0%	46.6%	186,456	47.5%
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	15,822	3.1%	1.0%	12,334	81.2%	5.9%	13,854	5.8%	1.6%	87.6%	10,800	106.0%

出典：NDBデータ（令和3年度）

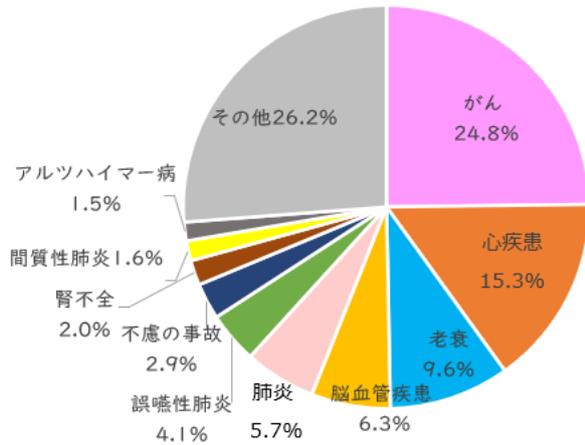
4 死亡の状況

令和4年の本県における主な死因の順位1位であるがんの割合は、24.8%で全国平均の24.6%を上回っています。順位2位の心疾患の割合は、15.3%で全国平均の14.8%を上回っています。なお、第4位の脳血管疾患については、6.3%と全国平均の6.9%より低くなっています。

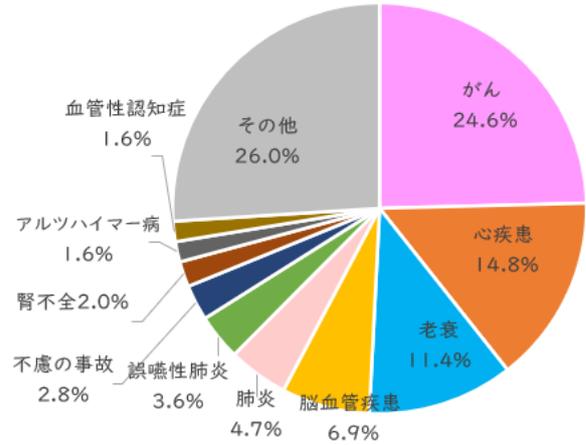
年齢を調整して全国を100とした標準化死亡比を見ると、急性心筋梗塞が男性(136.9)、女性(130.4)ともに高くなっています。



死因別死亡割合 長崎県(R4年)

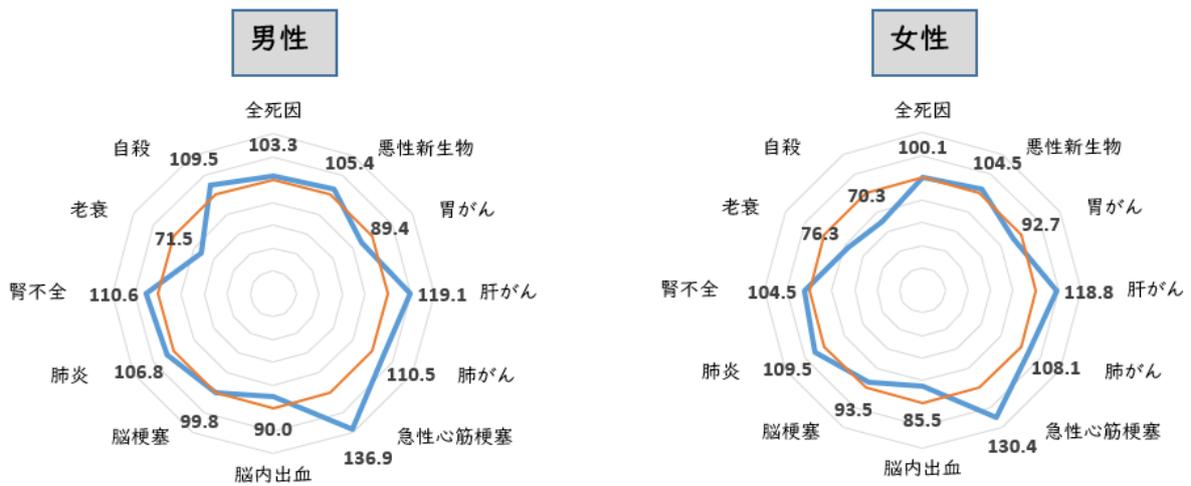


死因別死亡割合 全国 (R4年)



出典：人口動態統計

標準化死亡比 (長崎県)



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）（平成25年～29年）

第3章 計画の目標と取組

第1節 住民の健康の保持の推進

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。不適切な食生活や運動不足等の生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このことから、医療費の急増を抑えていくために重要な政策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策です。予防・健康づくりには、健康の改善により生活の質（以下、「QOL」という。）を向上させ、健康寿命を延ばすだけでなく、健康に働く者を増やすことで、社会保障の担い手を増やすこと、健康格差の拡大を防止することといった多面的な意義があります。例えば糖尿病が重症化して人工透析に移行した場合、頻回な治療等のためQOLが低下することに加え、多額の医療費が必要になります。生活習慣病の発症予防として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることや重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対して医療機関の受診を勧奨し、必要な治療を行うことなど、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

生活習慣病予防の対策のため、平成20年度から、特定健康診査等（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。）及び特定保健指導（法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）をいう。以下同じ。）の実施が保険者に義務付けられています。特定健康診査等の実施率は、年々向上してきているとはいえ、依然として目標との乖離が大きい状況にあり、実施率を向上させるための取組を進めることが必要です。引き続き、この取組を中心とした住民の健康の保持の推進を図ります。

第1項 特定健康診査の推進

【現状と課題】

<現状>

- ・本県の特定健康診査の実施率は、全国順位が下位の状況が続いており、令和3年度は48.8%で、全国平均の56.5%を7.7ポイント下回り、全国46位となっています。

長崎県の特定健診の実施率の推移

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
長崎県	46.1%	47.5%	48.7%	46.1%	48.8%
全国平均	53.1%	54.7%	55.6%	53.1%	56.5%
全国順位	43位	42位	45位	45位	46位

出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

- ・本県の医療保険者別の特定健康診査の実施率を見ると、被保険者数が多い全国健康保険協会や共済組合は、全国平均より4ポイント前後高く、市町国民健康保険も全国平均に少し届いていない状況で、全国平均より著しく低い状況ではありません。
- ・本県の特定健康診査の実施率が低い要因の一つは、受診が法律上義務化されており、受診環境が整っている健康保険組合の特定健診対象者数が、全国の23.1%と比べ本県は0.5%と非常に少ないことです。

令和3年度 医療保険者別 特定健康診査の実施率

	市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	共済組合	健康保険 組合
長 崎 県	36.1%	39.3%	60.8%	84.3%	75.8%
全 国 平 均	36.4%	49.0%	55.9%	80.8%	80.5%

出典:長崎県は長崎県国保・健康増進課調査

全国平均は特定健康診査・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)

令和3年度 医療保険者別 特定健診対象者数

		市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	共済組合	健康保険 組合	船員保険	計
長崎県	人数(人)	221,679	10,703	235,837	32,082	2,662	0	502,963
	割合(%)	44.1	2.1	46.9	6.4	0.5	0.0	100.0
全 国	人数(人)	17,865,900	1,404,686	18,617,548	3,455,973	12,413,143	44,726	53,801,976
	割合(%)	33.2	2.7	34.6	6.4	23.1	0.1	100.0

出典:長崎県は長崎県国保・健康増進課調査

全国は特定健康診査・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)

< 第3期における取組内容 >

- ・県内医療保険者、関係団体及び行政機関が連携・協力し、地域や職域を超えて特定健康診査等を円滑・効率的に実施することにより実施率の向上を図るための「長崎県特定健診推進会議」を開催し、それぞれの保険者の現状や課題を確認しました。
- ・特定健康診査等データ管理システムを利用したデータの分析を行い、医療保険者へ提供することで事業の推進を支援しました。
- ・令和3年度からICTを用いて特定健康診査等データを分析し、未受診者の特性に合わせたナッジ理論を取り入れたメッセージの送り分けにより、受診率の向上を図る事業に取り組んでいます。参加市町は、令和3年度11市町、令和4年度15市町、令和5年度17市町と増加しています。
- ・保険者協議会では、特定健康診査に関する知識・技術の向上のために、医療保険者等に所属する保健師、管理栄養士、事務職員等を対象とし、「標準的な健診・保健指導プログラムに関する研修会」及び「特定健診・特定保健指導に関わる実務者研修会」を開催しました。
- ・保険者協議会と連携し、9月を特定健康診査受診強化月間と位置づけ、TV番組や雑誌、CM、街頭キャンペーン等により多くの県民に対して健康への関心を持っていただくとともに、特定健康診査等の重要性の広報活動を実施しました。
- ・県と全国健康保険協会が共同で実施する健康経営宣言事業に積極的に取り組んでいます。事業所による健康経営推進企業の認定を目指した、健診実施率向上や保健指導の活用など5つの認定基準の達成に向けた活動を促し、健診実施率向上等を推進しました。

- ・市町国民健康保険では、近隣市町でも受診を可能とすることや夜間・休日健診を実施するなど受診機会の拡充を進めました。

< 第 4 期に向けた課題 >

- ・市町国保では、実施率 60%を超える町がある一方、人口が多い市では 30%前半と地域差が生じています。各保険者における実施率向上に向けた取組により、年々実施率は伸びているものの全国平均より低く、目標値 70.0%を達成するためには、更なる取組の強化が必要です。
- ・特定健康診査実施率向上のため、特に実施率が伸び悩んでいる被用者保険被扶養者の受診のための環境整備を行うなどの対策を実施していますが、目標達成には至っていない状況にあります。
- ・全国健康保険協会では、事業者へ健診結果データの取得勧奨を実施していますが、同意を得られない場合は健診実施率に反映されません。

令和 3 年度 被用者保険の被扶養者の特定健康診査実施率

		被用者 保険全体	全国健康 保険協会	共済組合	健康保険 組合
長崎県	対象数(人)	57,197	48,835	7,534	828
	受診者数(人)	15,905	11,646	3,917	342
	実施率(%)	27.8	23.8	52.0	41.3
全 国	対象数(人)	8,037,819	3,855,517	814,217	3,368,085
	受診者数(人)	2,955,519	991,683	350,459	1,613,377
	実施率(%)	36.8	25.7	43.0	47.9

出典:長崎県は長崎県国保・健康増進課調査

全国は特定健康診査・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)

【目標】

項 目	令和 1 1 年度 (2029 年度) 目標	参考(現状)
特定健康診査の実施率	70.0%	48.8% (令和 3 年度)

第 4 期医療費適正化基本方針で示された医療保険者別の特定健康診査の目標値

種 別	全国	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健康 保険組合	総合健康 保険組合	共済組合
第 4 期	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	85%以上	90%以上
(参考) 第 3 期	70%以上	60%以上	70%以上	65%以上	90%以上	85%以上	90%以上

出典:厚生労働省

【目標達成に向けた取組】

- ・「長崎県特定健診推進会議」において、引き続き特定健康診査等の取組の情報共有や連携、協力、評価を行うとともに、市町会議や保険者協議会等を活用して好事例の横展開などを行い、実施率の底上げを図ります。
- ・県と全国健康保険協会が共同で実施する健康経営宣言事業において、引き続き事業所による健康経営推進企業の認定を目指した、健診実施率向上、保健指導の活用など5つの認定基準の達成に向けた活動を促し、健診実施率向上等を推進します。
- ・事業者に対し、労働局、全国健康保険協会、長崎県連名で、事業者健診のデータ提供を依頼します。
- ・ICTを活用した特定健康診査未受診者対策事業など、市町が行う実施率向上に向けた取組を支援します。
- ・保険者協議会では、特定健康診査に関する知識・技術の向上のために、医療保険者等に所属する保健師、管理栄養士、事務職員等を対象とし、「標準的な健診・保健指導プログラムに関する研修会」及び「特定健診・特定保健指導に関わる実務者研修会」を開催します。
- ・保険者協議会と連携し、9月を特定健康診査受診強化月間と位置づけ、TV番組や雑誌、CM等により多くの県民に対して健康への関心を持っていただくとともに、特定健康診査等の重要性の広報活動を実施します。

第2項 特定保健指導の推進

【現状と課題】

<現状>

- ・本県の特定保健指導の実施率は、全国順位は上位を維持しており、令和3年度は32.2%で、全国平均の24.6%を7.6ポイント上回り、全国6位となっています。

長崎県の特定保健指導の実施率の推移

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
長崎県	28.0%	32.6%	30.5%	29.3%	32.2%
全国平均	19.5%	23.2%	23.2%	23.0%	24.6%
全国順位	8位	6位	8位	9位	6位

出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

- ・本県の医療保険者別の特定保健指導の実施率を見ると、被保険者数が多い全国健康保険協会や共済組合で10ポイント程度高く、市町国民健康保険では2倍近く高くなっています。

令和3年度 医療保険者別特定保健指導実施率

	市町国保	国保組合	全国健康保険協会	共済組合	健康保険組合
長崎県	55.3%	0.9%	26.8%	41.5%	13.9%
全国平均	27.9%	13.2%	16.5%	31.4%	31.1%

出典：長崎県国保・健康増進課調査

令和3年度 医療保険者別 特定保健指導対象者数

		市町国保	国保組合	全国健康 保険協会	共済組合	健康保険 組合	船員保険	計
長崎県	人数(人)	8,083	576	25,436	4,809	388	0	39,292
	割合(%)	20.6	1.5	64.7	12.2	1.0	0.0	100.0
全 国	人数(人)	746,177	133,229	2,027,409	495,283	1,852,432	7,735	5,262,265
	割合(%)	14.2	2.7	38.5	9.4	35.2	0.1	100.0

出典:長崎県国保・健康増進課調査

< 第3期における取組内容 >

- ・県内医療保険者、関係団体及び行政機関が連携・協力し、地域や職域を超えて特定健康診査等を円滑・効率的に実施することにより実施率の向上を図るための「長崎県特定健診推進会議」を開催し、それぞれの保険者の現状や課題を確認しました。
- ・保険者協議会では、特定保健指導実施に関する知識・技術の向上のために、医療保険者等に所属する保健師、管理栄養士、事務職員等を対象とし、「標準的な健診・保健指導プログラムに関する研修会」及び「特定健診・特定保健指導に関わる実務者研修会」を開催しました。
- ・保険者協議会と連携し、9月を特定健康診査受診強化月間と位置づけ、TV番組や雑誌、CM、街頭キャンペーン等により多くの県民に対して健康への関心を持っていただくとともに、特定健康診査等の重要性の広報活動を実施しました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・特定保健指導の実施率は全国平均より高いものの、目標値45.0%を達成するためには、更なる取組の強化が必要です。
- ・第4期特定健康診査・特定保健指導の見直しに沿って、「成果を重視した特定保健指導」、「特定保健指導の見える化」、「ICT活用の推進」を行う必要があります。
- ・県及び保険者協議会は、データの分析・提供、普及・啓発などの取組に加えて、医療保険者が行う特定保健指導の推進を支援するための「地域・職域を超えたデータ分析」(疾病マップ作成)を実施していますが、各医療保険者における活用が進んでいない現状があることから、更なる周知を図り、疾病マップの活用を推進する必要があります。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標	参考(現状)
特定保健指導の実施率	45.0%	32.2% (令和3年度)

第4期医療費適正化基本方針で示された医療保険者別の特定保健指導の目標値

種別	全国	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	単一健康保険組合	総合健康保険組合	共済組合
第4期	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上	60%以上	30%以上	60%以上
(参考)第3期	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上	55%以上	30%以上	45%以上

出典:厚生労働省

【目標達成に向けた取組】

- ・第4期特定健康診査・特定保健指導において、成果を重視した評価体系などの見直しがされたことから、各保険者に対する研修会等を開催し、円滑な実施を支援していきます。
- ・ビデオ通話システムを使った遠隔面接やアプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導など、市町が行うICTを活用した特定保健指導を支援していきます。
- ・マンパワーの確保や、効果的な特定保健指導の実施方法等について、長崎県保険者協議会や長崎県特定健診推進会議などで好事例の紹介や検討を行います。
- ・県及び保険者協議会は、データの分析・提供、普及・啓発などの取組に加えて、医療保険者が行う特定保健指導の推進を支援するための「地域・職域を超えたデータ分析」(疾病マップ作成)の更なる活用を支援していきます。

第3項 メタボリックシンドローム対策の推進

【現状と課題】

<現状>

- ・本県のメタボリックシンドローム該当者の割合は、全国の割合よりも高く、順位も下位の状況が続いており、令和3年度は18.0%で、全国割合の16.6%を1.4ポイント上回り、全国ワースト12位となっています。
- また、メタボリックシンドローム予備群の割合も、全国割合より高く、順位も下位の状況が続いており、令和3年度は13.2%で、全国割合の12.5%を0.7ポイント上回り、全国ワースト5位となっています。

長崎県のメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
メタボリックシンドローム該当者	長崎県 総数	44,710	46,602	49,169	48,227	51,172
	長崎県 割合	16.3%	16.6%	17.1%	17.7%	18.0%
	全国 割合	15.1%	15.5%	15.9%	16.8%	16.6%
	全国順位(ワースト)	11位	14位	15位	17位	12位
メタボリックシンドローム予備群	長崎県 総数	33,793	34,598	36,635	35,956	37,485
	長崎県 割合	12.3%	12.3%	12.8%	13.2%	13.2%
	全国 割合	12.0%	12.2%	12.3%	12.7%	12.5%
	全国順位(ワースト)	14位	17位	10位	8位	5位

出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

- ・第3期医療費適正化計画では、平成20年度（2008年度）と比較して、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率を25%以上とすることを目標としていましたが、令和3年度は22.0%で、全国5位となっています。

長崎県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の推移

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
平成20年度と比較した減少率	長崎県	23.4%	22.2%	21.6%	21.0%	22.0%
	全国平均	14.2%	13.7%	13.5%	10.9%	13.8%
	全国順位	4位	5位	4位	4位	5位

出典：厚生労働省の計算シートに基づき、長崎県国保・健康増進課作成

< 第3期における取組内容 >

- ・広報誌など各種広報媒体を活用した生活習慣病に関する正しい知識の普及啓発を行いました。
- ・保健事業支援システムを活用し、特定健康診査で医療機関による治療が必要とされた人を確実に医療機関につなげることや、生活習慣病の治療中断者を把握し、特定健康診査を経た適切な保健指導や治療再開が行えるよう、市町等と連携して体制整備を推進しました。
- ・保険者協議会と連携し、9月を特定健康診査受診強化月間と位置づけ、TV番組や雑誌、CM、街頭キャンペーン等により多くの県民に対して健康への関心を持っていただくとともに、特定健康診査等の重要性の広報活動を実施しました。
- ・保険者協議会では、生活習慣病予防に関する研修会「標準的な健診・保健指導プログラム研修」を実施しました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるために、特定保健指導を行なっていく必要がありますが、対象者を抽出するために行う特定健康診査の実施率を更に向上させていく必要があります。
- ・第4期特定健康診査・特定保健指導の見直しに沿って、「成果を重視した特定保健指導」、「特定保健指導の見える化」、「ICT活用の推進」を行う必要があります。
- ・県及び保険者協議会は、データの分析・提供、普及・啓発などの取組に加えて、医療保険者が行う特定保健指導の推進を支援するための「地域・職域を超えたデータ分析」（疾病マップ作成）を実施していますが、各医療保険者における活用が進んでいない現状があることから、更なる周知を図り、疾病マップの活用を推進する必要があります。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標	参考(現状)
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率	平成20年度(2008 年度)と比較して、 25.0%以上	22.0% (令和3年度)

【目標達成に向けた取組】

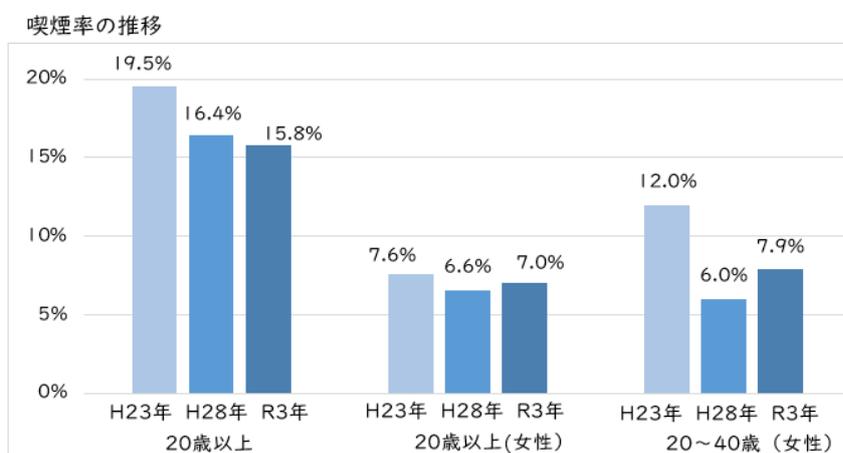
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるために、特定健康診査等の実施率向上の取組支援を行います。
- ・第4期特定健康診査・特定保健指導において、成果を重視した評価体系などの見直しがされたことから、各保険者に対する研修会等を開催し、円滑な実施を支援していきます。
- ・ビデオ通話システムを使った遠隔面接やアプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導など、市町が行うICTを活用した特定保健指導を支援していきます。
- ・県及び保険者協議会は、データの分析・提供、普及・啓発などの取組に加えて、医療保険者が行う特定保健指導の推進を支援するための「地域・職域を超えたデータ分析」(疾病マップ作成)の更なる活用を支援していきます。
- ・保険者協議会と連携し、広報誌等広報媒体については、対象者や目的、伝えたい内容等を十分に検討し効果的なものとなるように努めます。

第4項 たばこ対策の推進

【現状と課題】

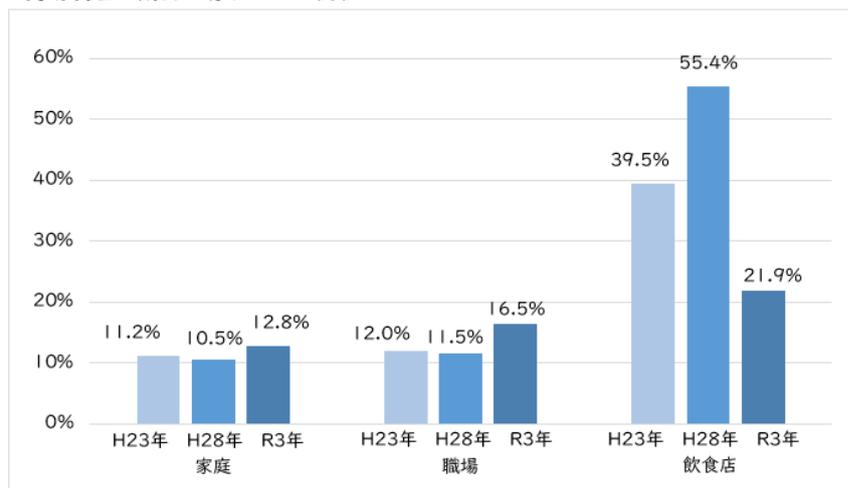
<現状>

- ・本県の20歳以上の喫煙率は、年々減少傾向にありますが、女性の喫煙率は、平成28年と比較すると令和3年では増加しています。また、受動喫煙に関して、健康増進法の改正等により「飲食店」で受動喫煙を受ける人の割合は減少したものの、「家庭」や「職場」と比較すると依然高い状況にあります。さらに、「家庭」や「職場」で受動喫煙を受ける人の割合は増加しています。



出典：長崎県生活習慣状況調査

受動喫煙の機会を有する人の割合



出典：長崎県健康・栄養調査（H23）長崎県生活習慣状況調査（H28、R3）

< 第3期における取組内容 >

- ・喫煙の害や健康増進法の内容などを世界禁煙デー関連イベントや健康まつり等の場を活用し周知・啓発を行い、特に、職場向けには、受動喫煙対策や禁煙支援等健康増進に関する情報共有等を目的に職場の健康づくり応援事業を実施しました。
- ・禁煙希望者向けには、禁煙外来にかかりやすい環境を整えるために、禁煙支援医療機関に対し、受付時間や予約方法などの実態把握調査を実施して県公式ウェブサイトに掲載し、よりアクセスしやすい環境を整備しました。
- ・20歳未満の者の喫煙は、健康影響が大きく、かつ20歳以降の喫煙につながりやすいことから、20歳未満の者に対する喫煙防止・健康教育として、薬物乱用防止教室や薬物乱用防止教室の講師向けの研修会の実施及び学校イベントでの周知・啓発を行いました。
- ・県民の方々の禁煙を推進するためには、県庁職員が自ら率先して禁煙に取り組むことが重要であるとし、地方機関を含む県庁舎の完全敷地内禁煙を実施しました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・喫煙の害や改正健康増進法の内容などを引き続き周知・啓発していくこととしていますが、現状、健康増進法の内容が十分に認知されていません。
- ・保健指導等を行う指導者の加熱式たばこや新型たばこに関する知識が不足している等の課題があります。
- ・20歳未満の者の喫煙防止・健康教育の実施に向けては、啓発資材の不足や喫煙習慣がある母親の割合の増加等の課題があります。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標 (1)	参考(現状)
喫煙率(20歳以上)	12.0% (令和14年度)	15.8% (令和3年度)
望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和14年度)		(2) 家庭 9.5% 職場 35.3% 飲食店18.3% (令和3年度)

- 1 健康ながさき21(第3次)目標年度令和14年度(2032年度)から引用
- 2 望まない受動喫煙の機会を有する人の割合(非喫煙者のみを対象)
健康ながさき21(第3次)の指標に合わせ再計算した値

【目標達成に向けた取組】

- ・各種健康イベント、広報媒体及び特定健康診査等の機会を活用し、加熱式たばこや新型たばこの害を含めたたばこの健康被害に関する周知、啓発を行います。禁煙を希望する者を増やすため、地域・職域連携推進協議会等と連携を図り、事業所へ専門家を派遣する出前講座を行います。
また、禁煙を希望される方々が、より医療機関にかかりやすいように禁煙支援医療機関の実態把握調査及び調査結果の公開を県ウェブサイトにて行います。
- ・妊婦の喫煙をなくす取組として、妊婦及び授乳中の母親だけでなくパートナーにも、喫煙、受動喫煙の害に関する周知、啓発を行います。
また、早い時期からの喫煙は、ニコチン依存になりやすい傾向があるため、20歳未満の者の喫煙をなくすために県内の小中学校、高校及び特別支援学校における薬物乱用防止教室等の場を活用し、たばこの害等に関する周知、啓発を行います。
- ・改正健康増進法に定められた各施設種別に応じ受動喫煙防止のために講ずべき措置について、普及啓発し実施していきます。

第5項 予防接種の促進

【現状と課題】

<現状>

- ・市町単位で実施されていた定期予防接種においては、平成18年から始まった予防接種広域化により、接種希望者は県内どこの医療機関でも接種ができます。
- ・定期予防接種では、高齢者肺炎球菌ワクチン(H26)、水痘ワクチン(H26)、B型肝炎ウイルスワクチン(H28)、ロタウイルス感染症ワクチン(R2)が追加されています。

<第3期における取組内容>

- ・風しんの拡大を防止する観点から、平成30年度から開始されている、抗体保有率の少ない昭和37年度～昭和53年度生まれの男性に対する抗体検査と第5期定期接種

受診の無料クーポン配布に係る周知活動を市町と連携しながら継続的に実施しました。

- ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う外出自粛や受診控えで、予防接種自体を控える行動が見られたため、国の通知を基に、実施主体である市町や医療機関に対し、被接種者に向けて予防接種控えを行わないよう働きかけを依頼する通知を行いました。
- ・令和2年10月からロタウイルスワクチンが定期予防接種に追加されたことに伴い、円滑な実施に向けて、市町への説明会を実施しました。
- ・HPV（ヒトパピローマウイルス）の感染を防ぎ、将来の子宮頸がんの発症を抑制できるHPVワクチン接種の積極的勧奨の再開やキャッチアップ接種等について、市町や医師会への通知や個別に説明を行い、接種対象者に向けた情報提供を確実に行うよう促しました。

また、HPV ワクチン接種に係る診療・相談体制について関係機関と協議を行い、ワクチン接種医療機関等へ周知を行いました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・風しんの第5期定期接種受診率が伸び悩んでいます。
- ・県内市町が HPV ワクチン接種対象者へ確実に情報提供を実施するよう働きかけが必要です。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標
予防接種に関する正しい知識の普及を進め、市町や医師会、教育関係者等と十分連携し、県民の理解を得つつ、接種率の向上に向けて取り組みます。

【目標達成に向けた取組】

- ・令和6年度末までの風しんの第5期定期接種について、引き続き、接種対象者への周知活動を市町と連携しながら継続的に実施していきます。
- ・HPV ワクチン接種の積極的勧奨の再開やキャッチアップ接種、9価ワクチン（シルガード9）の定期接種導入等について、市町や医師会に対して、接種対象者に向けた情報提供を確実に行うよう促していきます。

第6項 生活習慣病の発症予防と重症化予防の推進

【現状と課題】

< 現状 >

- ・生活習慣病は自覚症状が現れないうちに発症し、そのまま放置すると合併症を併発するなどして重症化し、生活の質を大きく低下させます。糖尿病、高血圧、循環器疾患（虚血性心疾患及び脳血管疾患）などの生活習慣病予防として、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防や特定健康診査受診等による早期発見、早期治療

による二次予防を推進するとともに、重症化予防に重点をおいた対策を推進してきましたが、県内の血糖コントロール不良者の割合は依然として高い状態にあります。

- ・特定健康診査受診者のうち HbA1c 8.0%以上の血糖コントロール不良者の割合は、令和2年度全国 1.46%、長崎県 1.32%と全国より低い状況ですが、増加傾向にあります。

糖尿病性腎症による年間新規導入患者数の推移

	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年
新規導入患者数	186	201	153	183	165

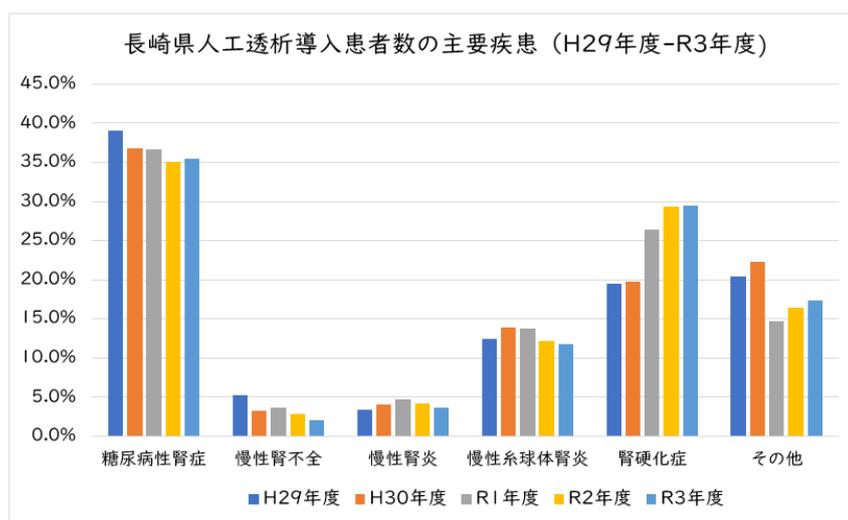
出典：日本透析医学会 我が国の慢性透析療法の現況

HbA1c8.0%以上の者の割合（長崎県、全国）

	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
長崎県	1.16%	1.15%	1.27%	1.24%	1.27%	1.32%
全国	1.27%	1.28%	1.31%	1.31%	1.32%	1.46%

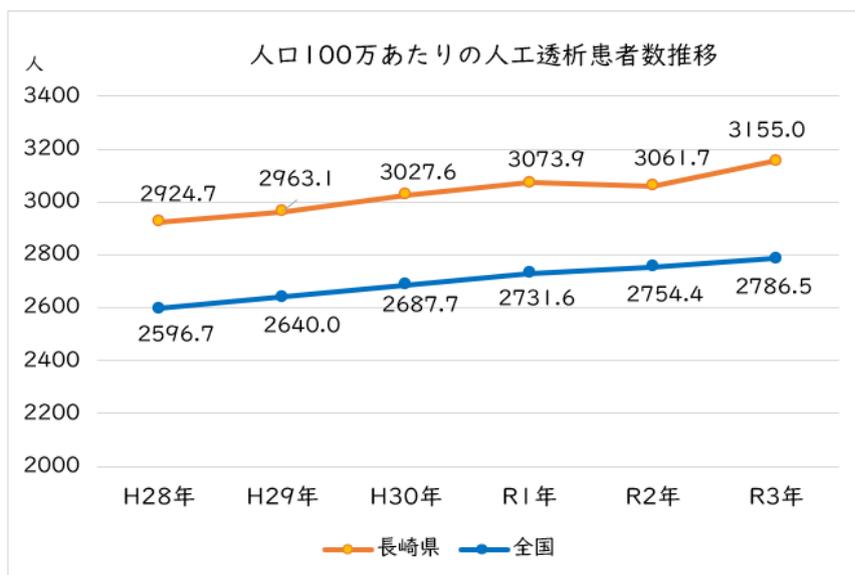
出典：（HbA1c）NDBオープンデータ NGSP値で算出

- ・健康の保持増進には、日頃から生活習慣に気を配り、定期的に健診を受けることが重要であり、特定健康診査等の実施率の向上等に取り組んでいます。
 - ・健康ながさき 21 では、生活習慣及び社会環境の改善として、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ対策を中心に健康づくり施策に取り組んでいます。
 - ・長崎県の人工透析患者数は増加傾向にあり、令和3年度末時点は、4,317 人となっています。（長崎県腎不全対策協会調べ）
- また、人工透析新規導入患者の主要疾患では糖尿病性腎症が最も多くなっており、腎硬化症は増加傾向にあります。



出典：長崎県腎不全対策協会

- ・令和3年の日本透析医学会の調査によると、人工透析の人口100万対患者数は、全国 2,786.5 人、長崎県 3,155.0 人となっており全国より多い状況です。
- また、新規の人工透析導入患者は、全国で 40,511 人ですが、長崎県腎不全対策協会によると長崎県では 492 人となっています。



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

< 第3期における取組内容 >

- ・糖尿病性腎臓病重症化予防については、平成29年度に策定（令和元年10月、令和5年3月改定）した長崎県版「糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」について、医師会と連携し、各市町で事業を実施しました。
- ・特定健康診査等の結果から、基準値を超える者を抽出し、医療機関への受診勧奨を実施しました。
また、かかりつけ医と連携し、医療機関受診中の患者に保健指導を実施しました。
- ・糖尿病の基準値となるHbA1c6.5%以上の者を抽出し、数値の経年変化を把握するために糖尿病管理台帳ツールの活用を図りました。
また、活用状況や問題点等を把握し改善に取り組みました。
- ・保健指導従事者のスキルアップを図り効果的な保健指導につなげていくためセミナーを開催しました。
- ・長崎県版糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムについての理解と、行政が行う保健指導への協力を得るため、かかりつけ医等を対象とした研修会を実施しました。
- ・繁忙な働き盛り世代や健康無関心層を含め、より多くの県民が主体的に気軽に楽しく健康づくりに取り組めるよう、ポイント付与によるインセンティブを設けた、ながさき健康づくりアプリ「歩こーで！」を令和4年度に導入し、活用を呼び掛けました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・受診勧奨候補者の抽出においては、主に特定健康診査の結果から基準値を超える者の抽出を行っていますが、特定健康診査の実施率自体が低いいため、特定健康診査の実施率を上げていく必要があります。
- ・また、保健指導においては保健指導対象者の同意率は微増していますが、同意率は約3割と低い状況です。対象者へ保健指導の必要性についての理解を深めていくこと、かかりつけ医の理解、協力が得られるような取組を継続して行うことが必要です。
- ・令和2年度までの実績からHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上の者の割合、未治療者、治療中断者の割合が減少傾向にありましたが、令和3年度は増加しています。

- ・事業を実施している各市町において、治療中断者への受診勧奨の実施の有無など取組状況に差が認められます。効果検証等を行い、効果的な取組を推進するなど要因分析が必要です。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標()	参考(現状)
糖尿病性腎症による新規 透析導入患者数	129人 (令和14年度)	165人 (令和3年度)

健康ながさき21(第3次)目標年度令和14年度(2032年度)から引用

【目標達成に向けた取組】

- ・県は市町・医療保険者・地域、学校等の機関、団体等と連携・協力し、県民の健康づくり支援のための計画である「健康ながさき21(第3次)」に基づき、生活習慣病の予防のため、食生活、身体活動・運動、たばこ、飲酒、休養・睡眠の基本的な方向に沿った目標を達成することにより、生活習慣病対策を推進します。
- ・ながさき健康づくりアプリのアンケート機能を活用し、当該アプリの活用による歩数や健康づくり意識にどのような影響を与えているのか等のアンケートを実施し、分析した結果を今後の施策展開に活用します。
また、毎年調査をすることで経年変化を追っていき、生活習慣の改善に取り組む人の割合を増やしていきます。
- ・保険者は、特定健康診査等について情報を提供するとともに健診受診を促します。
また、健診未受診者及び精密検査の必要な方の受診を勧奨します。
- ・保険者は、特定健康診査での脂質異常症、高血圧、糖尿病等治療を中断している人への治療継続を呼び掛けます。
- ・糖尿病に関わる関係団体、ボランティアグループは、医療機関との連携の下、糖尿病患者の生活指導等、普及啓発に努めます。
- ・糖尿病及び合併症に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- ・取組の差を平準化していくため、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づく各市町における実施状況を把握し、健診結果等のデータを評価し、課題を明確化していきます。
- ・医療保険者とかかりつけ医、専門医との連携を図るため研修会等の取組を推進していきます。二次医療圏ごとのデータをまとめ、課題等の整理を行い関係機関とも共有していきます。
- ・糖尿病性腎臓病重症化予防(慢性腎臓病(CKD)重症化予防を含む)については、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの取組を継続し、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止し、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ります。

- ・また、長崎県版糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムについての理解と、行政が行う保健指導への協力を得るためかかりつけ医等を対象とした研修会を開催していますが、今後はより連携強化を図るため二次医療圏単位での取組を推進していきます。

第7項 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

【現状と課題】

<現状>

- ・高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町が連携し、市町において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施できるよう、「高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施」(以下、「一体的実施」という。)が制度化され、令和2年4月から取組が開始されました。
- ・一体的実施については、令和6年度までに全ての市町村に展開することが目標とされています。本県では、令和2年度7市町、令和3年度17市町、令和4年度17市町、令和5年度20市町が実施しています。
- ・住民主体の通いの場は、高齢者の可能な限り健康な状態の維持(セルフマネジメント)を図る「介護予防」に高い効果があります。しかし、近年、新型コロナウイルス感染症の影響や担い手・後継者不足により、通いの場の数は減少傾向にあります。
- ・通いの場を地域の介護予防の拠点として広く周知し、内容の充実を図っていく必要がありますが、体操や趣味活動などの多岐にわたる通いの場の実態の把握、活動内容の固定化・専門職等の効果的な関与等にも課題を感じている市町が多い状況です。
- ・介護予防を推進するためには、高齢者の状況を踏まえ、運動、栄養、口腔、社会面の機能を向上させ、高齢者の自立支援、健康の維持向上が図られるよう専門職の関与等を行っていくとともに、高齢者自身がフレイルの要因等を理解し心身の状況を把握することが重要です。

<これまでの取組内容>

- ・県では、一体的実施を推進するため、健診・医療・介護データ連結分析、専門職の人材確保による保健事業構築支援、好事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価などの必要な支援を行いました。
- ・一体的実施に係る市町担当者との意見交換会を実施し、庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との情報共有を行いました。
- ・フレイル・介護予防の取組強化に向け、市町・地域包括支援センター職員等を対象とした人材養成講座及び市町の課題に応じた個別的支援として現地支援を行いました。
- ・2月1日フレイルの日に合わせて、フレイルの概要や要因を認識してもらい、フレイルへの理解を深めることや自身の状況を把握してもらうこと、相談窓口があることなど、メディアを活用した啓発を行いました。

<課題>

- ・一体的実施について、1市が未実施となっています。
- ・一体的実施を進めるにあたって、「人材不足、人材確保」「庁内連携」を課題と挙げる市町が多く、特に人口規模が大きい市では庁内連携体制づくり、専門職の確保が最大の課題です。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標	参考(現状)
住民主体の通いの場の参加 率	8.0% (令和8年度)()	6.29% (令和3年度)
全ての市町で一体的実施を行うとともに、取組 内容の充実を推進します。		20市町実施 (令和5年度)

() 長崎県老人福祉計画及び長崎県介護保険事業支援計画
(令和6年度～令和8年度)から引用

【目標達成に向けた取組】

- ・引き続き一体的実施を推進するため、健診・医療・介護データ分析、専門職の人材確保による保健事業構築支援、好事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価、医療関係団体への援助の要請などの必要な支援を行います。
- ・自立支援型ケアマネジメントを推進するため、人材養成講座の開催などによる市町支援を行うとともに、地域の高齢者が、通いの場など身近な場所でリハビリテーション専門職の支援を受けることができるよう、地域密着型リハビリテーション体制の構築を推進します。

第8項 その他予防・健康づくりの推進

1 がん医療

【現状と課題】

<現状>

- ・本県では、昭和54年にがんが死亡原因の1位となり、昭和60年には、がん死亡率が全国ワースト1位となりました。令和4年においては、本県の死亡者数19,309人のうち、がんによる死亡者数は4,795人(約4人に1人)で、75歳未満年齢調整死亡率は全国ワースト11位となっています。
- ・国民生活基礎調査によると、令和4年の本県のがん検診受診率は全体的に下位にあることがわかります。

長崎県のがん検診受診率

	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
	順位	受診率	順位	受診率	順位	受診率	順位	受診率	順位	受診率
令和4年 (2022年)	41位	44.9%	44位	39.5%	40位	44.9%	44位	41.5%	40位	39.7%

国が推奨するがん検診対象者の受診率

(国民生活基礎調査)

<第3期における取組内容>

- ・がん検診受診の啓発に係る動画を作成し、テレビCMやYouTube、SNS広告等を活

用し県民への周知を図りました。

- ・がん検診の推進に関する協力協定締結企業等と連携した講演会等の実施や、がん検診に係る普及啓発チラシを配布しました。(10万部)
- ・国及び県の推奨するがん検診について、がん種ごとに、大学や医師会の医師等の専門家で構成された委員会を開催し、県、市町、検診実施機関の精度管理体制について助言を受けました。
- ・がん検診に従事する医療者の資質向上を図るため、がん種ごとに、がん検診従事者研修会を実施しました。
- ・市町のがん検診担当者を対象に、がん検診の精度管理及びナッジ理論を用いたがん検診受診勧奨に係る研修会の開催や、事業評価のためのチェックリストを活用し、県、市町、検診実施機関の精度管理体制、検診実施体制の充実を図りました。
- ・がん検診の精度管理の維持・向上と精密検査を受けやすい体制を整えるために、精密検査を実施する医療機関について、一定の要件を満たす医療機関の登録制度導入に向けた調査等を実施しました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・がん検診受診率向上のためには、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解することが重要であり、職域も含めた検診実施者は、がん検診について正しくわかりやすい情報提供を実施し、受診しやすい体制づくりをする必要があります。
- ・がんによる死亡者を減らすべく、科学的根拠に基づいたがん検診が実施されるよう、がん検診実施機関等の精度管理を徹底する必要があります。

【目標】

項目	令和11年度 (2029年度)目標	参考(現状)
75歳未満 がん年齢調整死亡率	57.2	72.5 (令和4年)
がん検診受診率	60.0%	胃がん 44.9% 大腸がん 39.5% 肺がん 44.9% 乳がん 41.5% 子宮頸がん 39.7% (令和4年)

【目標達成に向けた取組】

- ・職域におけるがん検診受診率向上のため、県内企業が行っている取組や工夫等を紹介したリーフレットを作成し、事業所に対し配布を行います。
- ・医療機関や企業等と連携し、女性のがんに対する啓発を含めた、がん関係のイベントを実施します。
- ・市町の検診担当者向けの研修会の中で、各自治体の取組を共有、検討できる場を設けます。

- ・精密検査を実施する医療機関について、一定の要件を満たす医療機関の登録制度を導入し、県ホームページで公表を行います。

2 肝炎対策

【現状と課題】

<現状>

- ・本県では、「長崎県肝疾患診療連携に関するガイドライン」及び国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」を踏まえた総合的な肝炎対策を推進しています。
- ・県内全保健所及び委託医療機関などでのB型・C型肝炎ウイルス無料検査の実施や、市町による健康増進法に基づく検査等も行われていますが、まだ多くの未受検者がいると推定され、県や市町が実施する肝炎ウイルス検査はもちろんのこと、職域においても肝炎ウイルス検査を受検できる機会の周知が必要です。
- ・肝炎は、病状が進行しても自覚症状に乏しく、治療せず放置すれば、肝硬変、肝がんと重症化しますが、治療介入することで、肝がん・肝硬変への進展が抑制されることが報告されています。そのため、肝炎ウイルス検査の陽性者に対しては、専門医療機関の受診勧奨などその後のフォローアップが重要です。
- ・平成20年4月からB型・C型ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療、平成22年4月から核酸アナログ製剤治療、平成26年10月からC型肝炎ウイルスに対するインターフェロンフリー治療の医療費助成を行っています。B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変についても、平成30年12月から医療費助成を行っています。
- ・肝炎ウイルス感染者の重症化予防を図るため、肝炎ウイルス検査陽性者が受けた精密検査費及び経過観察期間等に受けた定期検査費の助成を行っています。
- ・県民一人一人が、自身の肝炎ウイルス感染の有無を確認すること及び感染の可能性がある行為を知り、新たな感染が生じないように適切に行動することが重要であり、また、肝炎患者等に対し不当な差別が生じることのないようにするため、県民に対し肝炎の正しい知識の普及・啓発を行う必要があります。

<第3期における取組内容>

- ・肝炎ウイルス検査の受検促進を図るため、県立保健所における無料検査のほか、合計399の民間医療機関に無料検査を委託し、受検体制の整備を図りました。

<第4期に向けた課題>

- ・肝炎の重症化予防を図るため、無料検査体制を継続するとともに、引き続き、肝炎医療コーディネーターの養成に取り組む必要があります。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標

陽性者の早期発見につながる肝炎ウイルス検査の受検促進を図ります。
また、肝炎ウイルス検査陽性者が医療機関を受診するよう勧奨し、適切な肝炎治療につなげます。
肝炎医療コーディネーターの養成を推進します。

【目標達成に向けた取組】

- ・ 保健所や委託医療機関、市町での肝炎ウイルス検査を引き続き行い、県全体の検査状況を把握するとともに、広報媒体や市民公開講座等の活用や、職域も含めた肝炎ウイルス検査の受検促進を図ります。
- ・ 肝硬変、肝がんへの重症化を予防するため、保健所・市町と連携し、肝炎ウイルス検査の陽性者に対して受診勧奨・情報提供等を行い、重症化予防に努めます。
- ・ 肝炎医療費及び検査費助成を引き続き実施し、肝炎の早期かつ適切な治療を推進するとともに、肝炎患者等の経済的負担の軽減を図ります。
- ・ 肝炎の正しい知識の普及・啓発や情報提供に取り組むとともに、肝炎医療コーディネーター研修等の実施により、コーディネーターの育成を推進し、県民への受検勧奨や、肝炎患者等からの相談体制を強化します。

第2節 医療の効率的な提供の推進

要介護認定率が著しく上昇する85歳以上の人口は、令和7年以降も引き続き増加し、医療・介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれています。高齢期には生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病に対する保健指導や栄養指導等を含む予防の重要性も指摘されています。

特に、発症後に介護ニーズが増大する可能性のある大腿骨骨折等の入院患者数・手術件数は、高齢者人口が減少する局面においても増加することが指摘されています。医療費適正化のための取組は、医療と介護の両方に対するアプローチの重要性や心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性を踏まえたものとすることも必要です。

また、今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中であっては、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すことが必要であり、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要です。このため、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を通じ、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築を目指すこととします。

上記に加え、後発医薬品やバイオ後続品¹の使用促進の取組を進めることとし、重複投薬の是正や医薬品の適正使用の推進等についても、引き続き取り組みます。
また、医療と介護の連携の推進などに取り組みます。

第1項 後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品の使用促進

【現状と課題】

<現状>

- ・患者負担の軽減や健全化を図るため、先発医薬品に比べて薬価の安い後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を促進することが求められています。
- ・国は、「後発医薬品の数量シェアを2023年度末までにすべての都道府県で80%以上とする」という目標を掲げており、本県でも後発医薬品の使用促進を図っています。
- ・本県の令和4年度の後発医薬品の使用割合（電算処理分）は84.3%で、目標の80%を達成しています。

後発医薬品の使用割合（数量ベース）

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
達成率	73.1% (計画足下値)	77.7%	80.7%	82.5% (調剤医療費)	83.2% (調剤医療費)	84.3% (調剤医療費)
目標	-	73.3%	76.6%	80%	80%	80%

出典：NDBデータ（厚生労働省）

（調剤医療費）と記載のあるもの：調剤医療費の動向調査（電算処理分）（厚生労働省）

<第3期における取組内容>

- ・後発医薬品の普及促進策を協議する、有識者、関係団体、県民代表等による「長崎県ジェネリック医薬品使用促進協議会」を開催し、協議を行いました。
- ・隔年で実施した県民や医療機関を対象としたアンケート結果から後発医薬品使用促進のための課題を洗い出し、次年度の活動の参考としました。
- ・国が選定した後発医薬品を県内の医薬品卸売販売業から収去し、国立医薬品食品衛生研究所にて溶出試験等を実施し、品質の確認を行なうとともに、その結果を公表しました。
- ・県内の主要医療機関に対して後発医薬品採用リストの調査を行い、県ホームページに公表して情報発信を行いました。

1 バイオ後続品（バイオシミラー）

国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（先行バイオ医薬品）と同等、同質の品質、安全性及び有効性を有し、異なる製造販売業者により開発される医薬品

- ・医療機関及び薬局に向けた啓発用資材を作成し配布しました。
また、各種イベント等での資材配布や各種媒体を活用した広告を実施し、県民を対象にした後発医薬品の普及啓発を行いました。
- ・医療従事者を対象とした、後発医薬品普及のための研修会を開催しました。
- ・県内の後発医薬品の使用割合の低い医療機関を対象として、更なる使用促進策を講じるよう求めるとともに、具体的促進策を提案し、地域の普及率向上に取り組みました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・県民に後発医薬品、バイオ後続品についてより正しく理解してもらう必要があります。
- ・先発医薬品との同等性（品質に対する信頼性）や製造販売業者による安定供給に関して、医療従事者（医師、薬剤師等）が不安を抱いています。
- ・後発医薬品企業による不祥事により後発医薬品の安定供給に支障をきたす状況が続いています。
- ・国において、令和11年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で80%以上とする主目標並びにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とする副次目標及び後発医薬品の金額シェアを65%以上とする副次目標が設定されたことから、目標達成に向けた取組が求められています。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標	参考(現状)
後発医薬品の数量シェア	80.0% 以上を維持	84.3% (令和4年度)
バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数の割合	60.0%	18.8% (令和3年度)
後発医薬品の金額シェア	65.0%	54.3% (令和4年度)

【目標達成に向けた取組】

- ・県民や医療従事者に対するアンケート調査結果などから事業推進のための新たな課題を把握し、協議会での協議により課題克服のための効果的な事業を展開します。
- ・後発医薬品の品質や安定供給について、情報の収集や発信に努めます。
- ・有識者で組織された「長崎県ジェネリック医薬品使用促進協議会」において、バイオ後続品を含めた後発医薬品の使用促進について使用実態調査や県民への普及啓発、医

療従事者に向けた情報提供など効果的な施策を企画・検討し、事業計画を策定したうえで各施策を実施します。

また、各年度の事業結果については、厳正な評価を行い、より効果の高い施策を再構築し、次年度以降実施していくことで、後発医薬品の使用促進を図ります。

- ・フォーミュラリ¹の基本的な考え方や運用方法に関して、関係機関への周知や必要な取組等の検討を行います。

第2項 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

<現状>

- ・医療機関の外来で処方せんを受け取った患者が、薬局等において薬剤師の十分な説明を受けたうえで医薬品を受け取り、薬剤師が適切な管理を行う「医薬分業」の仕組みが定着しています。今後も、医薬分業の割合を示す「処方せんの受取率」の向上を図るとともに、重複投与のチェック、医薬品の減量、後発医薬品の使用促進や患者の待ち時間の減少など、患者にとって医薬分業のメリットを一層実感できるための取組が求められています。
- ・患者本位の医薬分業を更に促進していくため、地域包括ケアシステムに関わる多職種の一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服薬について一元的、継続的な薬学的管理を実施していく必要があります。これにより、重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上します。

<第3期における取組内容>

- ・10月の「くすりと健康の週間」等において「かかりつけ薬剤師・薬局」や「健康サポート薬局」等を県民に広く周知するため、薬剤師会等の薬業関係団体との協議会を年1回開催し、実施事項について協議を行いました。
- ・「かかりつけ薬剤師・薬局」や「健康サポート薬局」等を県民に広く周知するため、県広報媒体を活用した広報活動を実施しました。
- ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律で新設された認定制度（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の普及促進を図るための研修会を開催したほか、地域包括ケアシステムへの薬剤師の積極的な参画のため、多職種連携研修会等を開催しました。
- ・市町国保支援として、市町に対する薬剤に関する研修会の実施、派遣を希望する市町へ県薬剤師会から薬剤師の派遣を行いました。
また、向精神薬の重複処方者に対する市町からの通知等の取組を支援し、対象被保険者の健康被害の防止と医療費の適正化に取り組みました。

<第4期に向けた課題>

- ・「処方せんがないと薬局には行けない」という意識が大半であり、健康相談や一般薬の相談等の取組が浸透しておらず、かかりつけ薬局本来の機能が発揮できていません。
- ・地域包括ケアシステムへの薬剤師の参画が更に重要となってきますが、薬剤師が在宅医療に取り組むための体制整備が十分に確立されていません。

1 フォーミュラリ

医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針

- ・医薬品の使用については、処方された薬を大量に飲み残す残薬や自己判断による服薬中止、多種類の薬を処方される多剤併用、同じ効用の薬を重複して処方される重複投薬などの問題が指摘されています。
- ・市町国保においては、マンパワー不足、職員の服薬に関する専門的な知識の不足により、重複・頻回受診者抽出や訪問等に多くの時間を要する場合があります。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標
県民に対する医薬品に関する適正使用についての普及啓発や重複投薬等の是正などを推進します。

【目標達成に向けた取組】

- ・県民に対し、「医薬品の適正使用」に関するより効果的な普及啓発を展開します。
 - ・患者の服薬情報の一元的かつ継続的の把握とそれに基づく薬学的管理や指導、在宅対応、医療機関との連携などを行う「かかりつけ薬剤師・薬局」について広く周知し、患者に適した薬局を選択できるような環境を整備します。
 - ・県薬剤師会と連携し、地域包括ケアシステムへの薬剤師の積極的な参画につながる多職種連携研修会や在宅医療に対応できる薬剤師の資質向上研修会の充実を図ります。
 - ・「薬と健康の週間」事業の実施により、キャンペーンや広報媒体を活用した医薬品等の正しい使い方など正しい知識の普及啓発を行います。
 - ・服用薬の一元的かつ継続的な把握ができるよう、保険者協議会を通じて保険者等による重複投薬の是正に向けた取組の支援を行います。
 - ・医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋のメリットや、電子版お薬手帳との連携による情報の電子化のメリットについて、普及啓発を行います。
 - ・患者の服薬情報の一元的かつ継続的の把握とそれに基づく薬学的管理や指導、在宅対応、医療機関との連携などを行う「かかりつけ薬剤師・薬局」による取組を推進します。
 - ・薬局・医療機関等において、患者等に対し、適切な情報提供や薬剤管理指導等を行うことにより、医薬品の適正使用を推進するとともに安全性の確保を図ります。
 - ・市町支援として、市町に対する薬剤に関する研修会の実施、希望する市町へ県薬剤師会から薬剤師の派遣を行います。
- また、向精神薬の重複処方者に対する市町からの通知等の取組を支援し、対象被保険者の健康被害の防止と医療費の適正化に取り組みます。

- ・薬剤に関する知識の向上、ポリファーマシー¹に関する理解の深化、保険者間の情報共有等を目的として、重複・多剤服薬者対策に係る市町国保担当者向けの研修会を実施します。

第3項 医療資源の効果的・効率的な活用

【現状と課題】

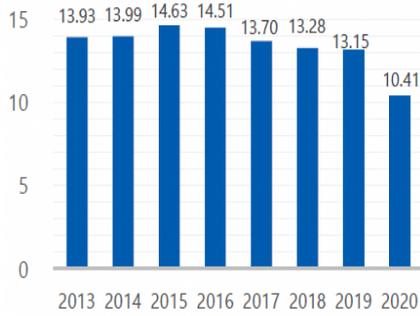
<現状>

- ・国内では、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用については、AMR アクションプランや「抗微生物薬適正使用の手引き」の策定等の関係者の取組を通じて、使用量が減少してきています。
- ・白内障の手術については、OECD 加盟国のうち、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されています。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮による院内感染リスクの減少など患者安全にも寄与するとされています。
日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々となっています。
- ・がんの化学療法についても、諸外国では外来での実施が基本とされています。質の高い新薬開発の恩恵等により、日本でも副作用のコントロールをしつつ、外来で治療を行うケースが増えています。入院で化学療法を実施するケースが一定存在します。
- ・本県では、化学療法を外来で受ける患者は増加していることから、県内のがん診療連携拠点病院等を中心に、外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置に努めてきました。医療機関の薬物療法部門では、化学療法に関する十分な説明や、副作用対策、新規薬剤への対応等が求められています。
- ・慢性疾患など症状が安定している患者について、医師が長期処方が可能と判断した場合に、医師及び薬剤師の適切な連携の下、同じ薬を最大3回まで繰り返しもらうことができるリフィル処方箋の発行が、令和4年4月から可能となっています。リフィル処方箋を使用することにより、患者にとって通院にかかる時間や費用の軽減ができるメリットなどがあります。

1 ポリファーマシー

単に服用する薬剤数が多いのみならず、多くの薬剤を服用しているために、副作用を起こしたり、きちんと薬剤が服用できなくなったりしている状態

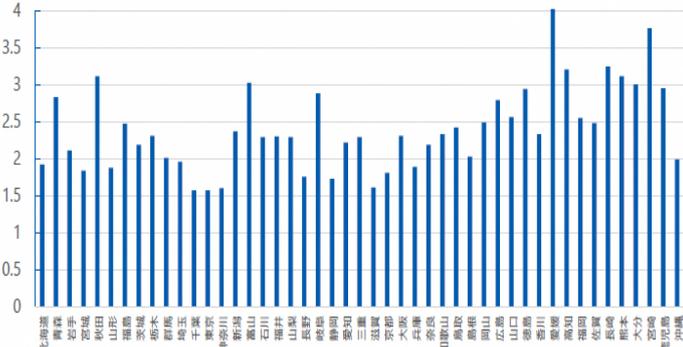
抗菌薬の使用動向 (DID)



※経口および注射用抗菌薬合計

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021

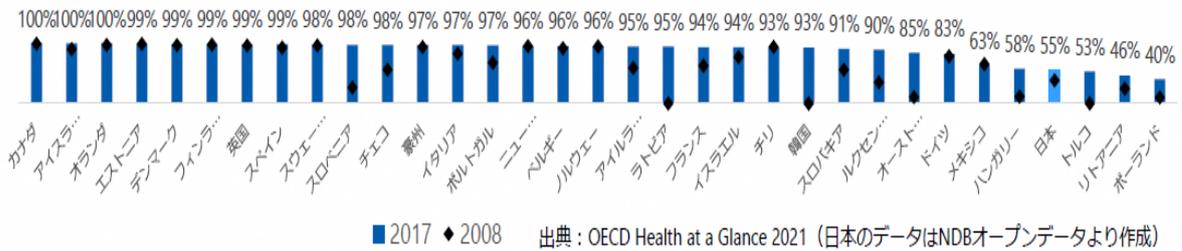
都道府県ごとの抗菌薬使用状況 (DID)



※15歳未満の第3世代セファロスポリン系のデータ

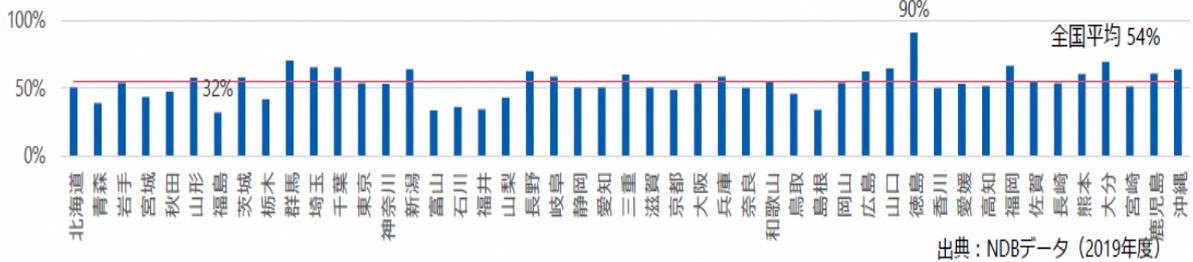
出典：薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

○白内障手術の外来実施割合 (OECD加盟国及び日本)



出典：OECD Health at a Glance 2021 (日本のデータはNDBオープンデータより作成)

○白内障手術 (水晶体再建術) の外来での実施割合 (都道府県別)



出典：NDBデータ (2019年度)

○悪性新生物 (腫瘍) の入院患者・外来患者数の推移



出典：患者調査 (各年度)

○諸外国の状況

【ASCO (アメリカ臨床腫瘍学会)】

- 治療期間はさまざまな要因で決定される。数分～数時間の治療もあれば、持続注入化学療法と呼ばれる数日～数週間となるものもある。治療のために病院や診療所に泊まる必要はない。代わりに薬物は持ち運び可能な小さなポンプから注入される。

【Canadian Cancer Society (カナダがん学会)】

- ほとんどの化学療法は外来で行われ、診療所や病院で泊まる必要はない。24時間以上にわたり治療が行われる場合は病院に泊まる必要がある場合もある。一部では、化学療法を導入する場合、副作用を観察するため病院に泊まることがある。

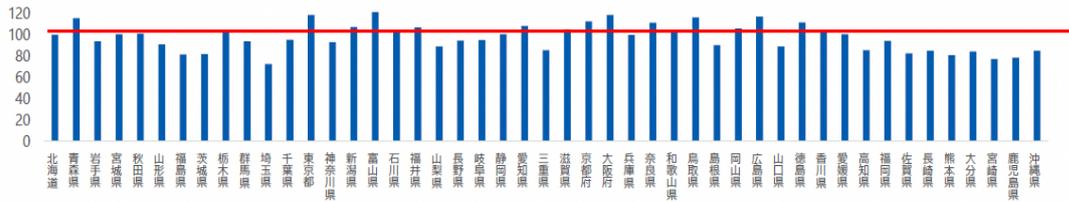
○人口千人当たりの入院での化学療法の件数



※ 年齢構成は未調整

出典：化学療法の件数はDPCデータ、人口は人口推計 (2019年)

外来化学療法加算（※1）の算定回数の地域差（※2）



（※1）「外来化学療法加算」は、外来化学療法を適切に実施するための設備や人員を有した施設が、外来で化学療法を実施した場合に算定する診療報酬。算定するためには、がん治療に必要な外来化学療法室、緊急時に対応出来る人員の体制、適切な治療内容を設定するためのがんの化学療法を専門に行う医師等の整備が必要。

（※2）SCR（Standardized Claim data Ratio）
 全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域の性・年齢階級別人口に当てはめた場合に期待されるレセプト件数を100とし、それと実際のレセプト件数を比較したものの、性・年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合、該当するレセプト件数が全国平均よりも多いとされる。

出典：NDBデータ（2019年度）

人口あたりのがん薬物療法専門医数



日本臨床腫瘍学会HPより作成

がん薬物療法専門医は日本臨床腫瘍学会が認定する専門医であり、今後、日本専門医機構の制度下において腫瘍内科専門医へ移行予定。ほかに、血液内科専門医等臓器別の専門医により化学療法を実施されている。

化学療法に関する有資格者の配置状況

令和5年9月1日 現在

	長崎大学病院	長崎みなとメディカルセンター	日本赤十字社 長崎原爆病院	佐世保市総合医療センター	長崎医療センター	長崎県島原病院	佐世保中央病院	諫早総合病院	計
がん薬物療法専門医	7	1	1	1	1	2	0	0	13
がん専門薬剤師	1	0	0	0	1	0	1	0	3
がん薬物療法認定薬剤師	0	0	3	2	0	1	0	2	8
外来がん治療認定薬剤師	0	0	1	0	0	0	0	1	2
がん薬物療法看護認定看護師またはがん化学療法看護認定看護師	2	2	1	2	2	1	1	0	11
計	10	3	6	5	4	4	2	3	37

【長崎県医療政策課調べ】

< これまでの取組内容 >

- ・県は長崎大学病院に委託し実施している「質の高い看護師育成支援事業」に「化学療法コース」を設け、化学療法提供体制の充実に努めました。
- ・がん診療連携拠点病院等は、外来化学療法をより安全に提供するため、院内で多職種による横断的な検討の場を設け、化学療法に携わる院内の医療従事者に対し、適切な薬剤の服薬管理や副作用等の外来化学療法に関する情報共有や啓発等を行いました。
- ・県は「専門医療機関連携薬局推進事業」を開始し、がん専門薬剤師等の資格取得支援を行いました。

< 課題 >

- ・化学療法の外来実施体制を推進するため、専門的知識を持つ人材の育成が必要です。
- ・医療機関間の役割分担を明確化し、連携体制の整備を引き続き行っていきます。

- ・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる「専門医療機関連携薬局」の整備が進んでいません。
- ・効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療について、医療費適正化の観点から取り組むことが重要です。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標
がん診療連携拠点病院等において、最新の治験に基づく適切な化学療法の迅速・安全な実施ができていることを目指します。

【目標達成に向けた取組】

- ・化学療法の進歩と多様性に対応し、専門性が高く安全で効果的な化学療法を提供するため、各関係団体が認定する資格を有する人材育成に努めます。
化学療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、がん診療連携拠点病院等間や、地域の医療機関、薬局等との連携体制を強化します。
- ・がん患者の医療を支える「専門医療機関連携薬局」を整備するため、地域薬学ケア専門薬剤師等の資格取得の支援を行っていきます。
- ・地域における医療サービスの提供状況を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組を行っていきます。
- ・医療保険者における被保険者へのリフィル処方箋の周知等を支援します。

第4項 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

1 市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業

【現状と課題】

<現状>

- ・高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいため、医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続ける地域づくりを進めていく必要があります。
- ・このため、市町では、介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業において、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識しながら、連携の取組が進められています。
- ・地域における医療と介護の連携を推進するためには、市町の積極的な取組が不可欠ですが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、県が中心となって対応してきたため、医療側との連携に課題を感じている市町が多く見られます。
また、医療機関や介護事業所などの地域資源の偏在があるため、市町が事業を進めていく際の課題も一律ではありません。

< これまでの取組内容 >

- ・在宅医療・介護連携推進体制の構築を図るため、在宅医療圏域等を単位として保健所や市町、職能団体等との在宅医療に関する検討会や多職種研修会等の開催、市町職員等と情報共有を図る意見交換会等を開催しました。
- ・KDB などのデータを活用した市町別の在宅医療・介護サービス需給分析や、医療機関等関係機関の連携状況の把握に取り組みました。

< 課題 >

- ・在宅医療・介護連携推進事業において医療との連携に課題を感じている市町に対し、支援を行う必要があります。
- ・地域資源の偏在等を考慮したうえで、市町の実情に応じた在宅医療・介護連携推進体制を構築していく必要があります。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標

市町の課題に応じた後方支援や広域調整等の支援を行い、地域における在宅医療・介護連携の推進を図ることで、医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができます。

【目標達成に向けた取組】

- ・介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の事業主体である市町を、医療計画における在宅医療に必要な連携を担う拠点に位置付け、地域課題把握や課題解決に向けた取組を支援します。
- ・保健所とともに、課題把握、データ分析・活用支援、好事例の横展開、郡市医師会等関係団体や圏域をまたぐ自治体との調整など、在宅医療・介護連携推進事業に係る市町支援に取り組みます。
- ・市町、職能団体や保健所を対象とした医療介護連携推進に関する検討会や多職種研修会等を開催し、在宅医療・介護連携推進事業に携わる人材の育成に取り組みます。

2 高齢者の骨折対策

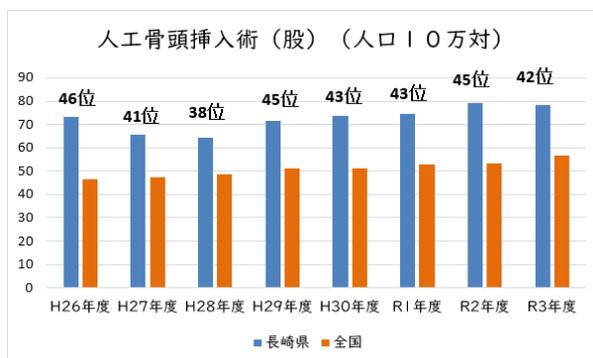
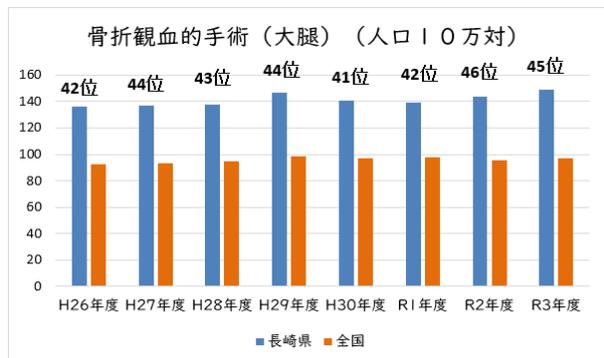
【現状と課題】

< 現状 >

- ・本県の疾病別医療費の平成24年度から令和3年度までの伸び率をみると、骨折47.3%、悪性新生物27.0%と、骨折が他疾患に比べ最も伸び率が大きくなっています。（22ページ「疾病別医療費の伸び率（平成24年度比）」を参照）
- ・本県における新規介護認定申請ケースのレセプト分析により、介護が必要になった急性期疾患（新規申請月前6か月に発症が無く申請月に発症している疾病）では、要支援1から要介護4までは骨折が最も多く、要介護5では脳梗塞が最も多く、次いで骨

折が多くなっています。

- 骨折の手術件数（NDB オープンデータ）においても大腿骨の骨折観血的手術、股関節の人工骨頭挿入術では本県は全国と比べて件数がとても多くなっています。



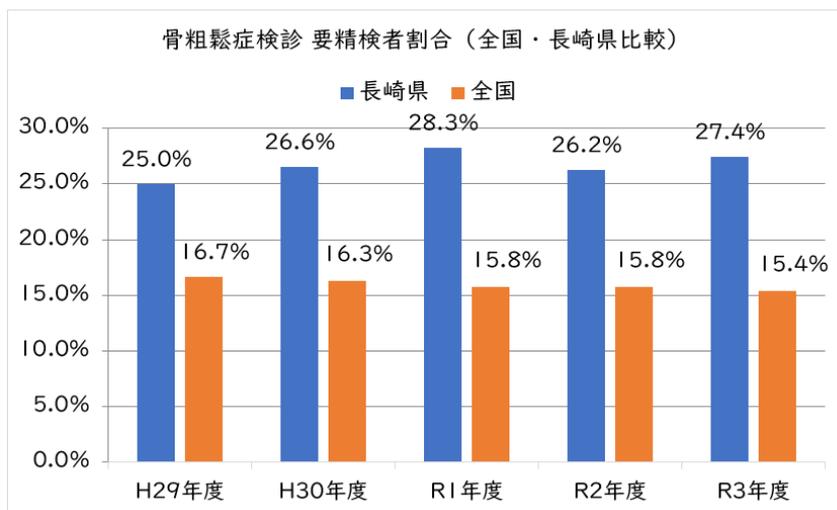
出典：NDB オープンデータ

- 令和3年度の骨粗鬆症検診受診率は、全国平均が5.3%ですが、本県は3.5%と全国平均以下となっています。



令和3年度 地域保健・健康増進事業報告 / 公益財団法人 骨粗鬆症財団調査より作成

- 令和3年度に骨粗鬆症検診を実施しているのは16市町です。骨粗鬆症検診の結果、異常なし50.1%(全国57.1%)、要精検者27.4%(全国15.4%)、要指導者22.5%(全国27.5%)と要精検者の割合が全国平均よりも高い状況です。



出典：地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)

<これまでの取組内容>

- 健康教室での啓発やリーフレットの配布により骨折予防のための運動や食事について、県民向けの普及啓発を行いました。

- ・骨粗鬆症検診に携わる専門職、関係団体を対象に人材育成のための研修会を実施しました。
- ・骨粗鬆症検診後等の場を活用して専門職と連携し理学療法士による運動指導、管理栄養士の栄養指導を実施しました。
- ・レセプトを活用した要精検者や治療中断者、過去に骨折歴がある者への受診勧奨を行いました。
- ・長崎県骨粗鬆症ネットワーク検討会を開催し、県内の骨折の現状を多職種で共有し、課題に対する取組として、骨粗鬆症検診後の要精検者や治療中断者を必要な治療等につなげていくために、県内の骨粗鬆症診療に関する調査を実施し、骨密度測定紹介可能医療機関リストを作成しました。

< 課題 >

- ・骨粗鬆症検診を実施していない市町があることから骨粗鬆症の早期発見、早期治療の体制を整備するために、未実施市町への支援、働きかけが必要です。
- ・研修会等を通じて、骨折予防対策の重要性を伝え、取組への意識向上を図る必要があります。
- ・治療中断者や骨折既往歴がある方など二次骨折リスクが高い方へのアプローチが重要であり、今後は受診勧奨等の取組を進めていく必要があります。

【目標】

項 目	令和11年度 (2029年度)目標()	参考(現状)
骨粗鬆症検診受診率	15.0% (令和14年度)	3.5% (令和3年度)

健康ながさき21(第3次)目標年度令和14年度(2032年度)から引用

【目標達成に向けた取組】

- ・県民全体に向けた骨粗鬆症、骨折に関する正しい理解を促す普及啓発を継続して実施します。
- ・骨粗鬆症検診に携わる関係者を対象とした研修会を継続して実施し、取組事例やリーフレットの活用方法等を紹介します。
- ・骨粗鬆症検診未実施市町に実施に向けて働きかけるとともに、骨密度測定紹介可能医療機関リストや啓発チラシを活用し、検診対象者や要精密者等への受診勧奨の取組支援を行い、受診率向上を目指します。
医療機関リストや啓発チラシを活用し、検診対象者や要精密者等への受診勧奨の取組支援を行い、受診率向上を目指します。
- ・理学療法士等による運動指導及び栄養士による栄養指導など、専門職と連携した取組を行います。
- ・長崎県骨粗鬆症ネットワーク検討会を開催し、保健事業における取組や、介護予防事業との一体的な実施における骨折予防対策について多職種間で情報を共有し、効果的な事業について協議しながら事業を展開していきます。

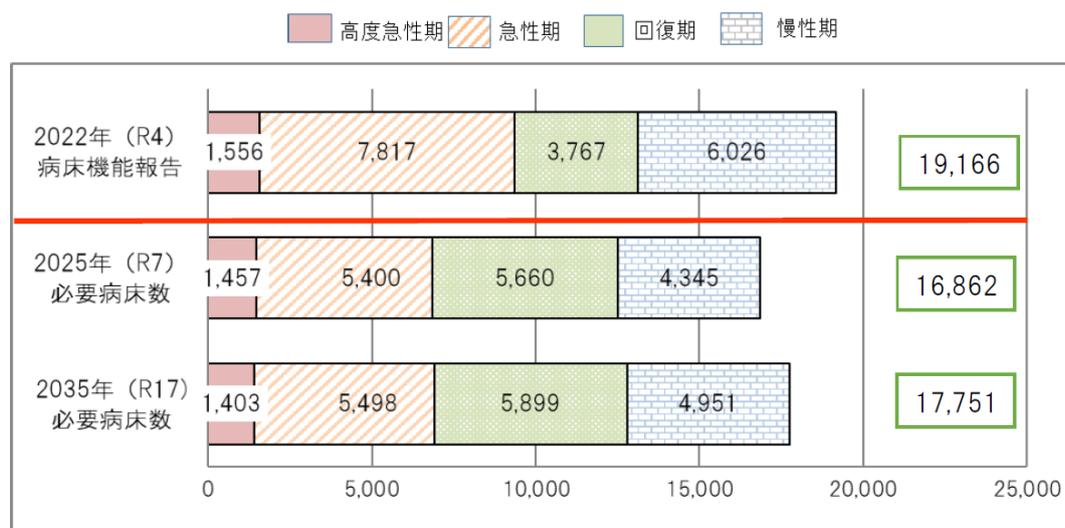
第5項 病床機能の分化及び連携

【現状と課題】

< 現状 >

- ・ 県は平成 28 年 11 月に「長崎県地域医療構想」を策定し、医療機関における診療内容等のデータの分析を行い、診療内容に応じた機能区分ごとに、2025 年に入院や在宅医療等に対応すべき患者数（医療需要）を推計しました。
- ・ 推計結果を医療機関からの現状の報告内容と比較すると、今後は、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが必要な患者（回復期）に対する機能の充実や、慢性期の患者について、施設を含めた在宅医療等で支えていくことが必要になっています。

R 4 年の病床機能報告と将来の必要病床数との比較



< 第3期における取組内容 >

- ・ 地域の実情に応じた医療提供体制の構築に向け、二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議や少人数の病院関係者等による同専門部会・ワーキングを設置し、公的医療機関等が担うべき役割や医療機関間の機能分化・連携等について協議を行いました。
- ・ 医療機関における地域医療構想の達成に向けた病床機能の転換等の取組に対して支援を行ったほか、医師、看護師等の人材確保や在宅医療に関する人材育成等に取り組みました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・ 地域医療構想については 2025 年までの取組となっていますが、少子高齢化の進展や医師・看護師等の偏在等を踏まえると、限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用する取組を更に進める必要があります。
- ・ そのため、現在国において進められている新たな地域医療構想の策定に向けた動きを注視しつつ、関係者との協議の活性化を図りながら、地域の実情を踏まえた医療提供体制の構築に向けた取組を促進する必要があります。

【目標】

令和11年度(2029年度)目標
質の高い医療を効率的に提供できる体制構築のための医療機関の機能分化・連携を推進します。

【目標達成に向けた取組】

- ・地域医療構想の進捗状況の検証を行うとともに、病床に加え外来においても機能分化・連携に向けた関係者との協議を行います。
- ・地域医療構想を推進するため、引き続き地域医療介護総合確保基金による支援を行います。
- ・病床機能報告上の病床数と将来の病床必要量の差異に係る分析・評価を実施し、地域医療構想調整会議で協議を行います。
- ・高齢化の進展により医療需要の増加が見込まれる在宅医療の充実に向け、市町と連携した取組を推進します。

第6項 地域包括ケアシステムの深化等

1 地域包括ケアシステムの深化

【現状と課題】

<現状>

- ・本県の65歳以上の人口は、2025年(令和7年)頃に約44万人(総人口比35.6%)のピークを迎え、以降は減少すると推測されます。75歳以上の人口は、その後も一定期間増加を続け、2035年(令和17年)頃にピークの約27万人(総人口比24.7%)に達すると見込まれています。また、介護ニーズが高い85歳以上の人口は、2040年(令和22年)頃にピークの約12万人(総人口比11.8%)に達すると見込まれています。
- ・そのため、高齢者がいくつになっても一人一人の健康状況や生活の実態に応じて医療・介護などの必要な支援が切れ目なく受けられ、できる限り住み慣れた地域で最期まで安心して暮らしていくことができるよう、地域包括ケアシステムの深化を図る必要があります。
- ・令和22年(2040年)に向け、本県の生産年齢人口の減少は更に深刻になることが見込まれており、介護人材の確保・定着の取組を引き続き強化する必要があります。

<第3期における取組内容>

- ・各市町の状況を継続的に把握しながら、抽出された課題に対する市町の具体的な取組を支援していくことにより、地域包括ケアシステムの早期構築に向けて取り組みました。
- ・地域医療介護総合確保基金等を活用しながら、介護サービス基盤の整備を図りました。

- ・「参入促進」「環境改善・資質向上」の観点から関係機関・団体と連携し、介護職員の確保等の取組を行いました。

< 第4期に向けた課題 >

- ・市町において地域包括ケアシステムの基盤整備が行われてきましたが、今後は、住民が最期まで住み慣れた地域で暮らし続けることができる実感できるよう、PDCAサイクルに基づく取組の改善を続け、システムのステップアップを図っていく必要があります。
- ・在宅で暮らす高齢者の多様なニーズに対応するため、医療行為も含めたサービスの一体的な提供や24時間対応など、複合的なサービスの提供体制の整備が求められています。
- ・介護職員は増加しているものの、事業所の求人ニーズに対し、介護職を希望する求職者が少ない状況があり、介護職員を始め、様々な職種で人材不足を感じている事業所が増えています。

【目標】

令和11年度(2029年度)目標
<p>高齢者が、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らし続けることができます。</p> <p>高齢者が、尊厳が保持され快適な環境において、必要とする医療・介護サービスを利用できます。</p> <p>地域包括ケアシステムを支える介護人材が確保されています。</p>

【目標達成に向けた取組】

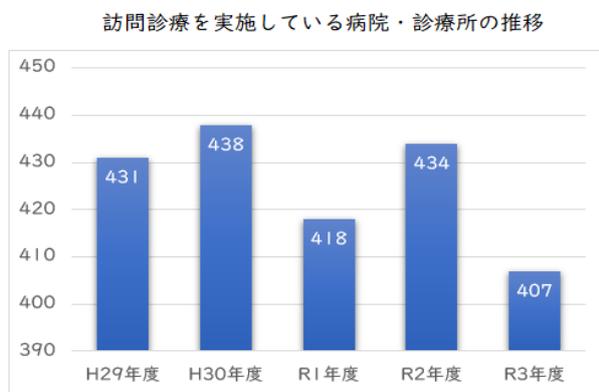
- ・「取組改善の促進」「課題解決に向けた課題の明確化」「多職種連携強化」「推進状況の住民への周知」を柱とした、新しい「長崎県版地域包括ケアシステム評価基準」を活用し、市町における地域包括ケアシステムの深化に向けた取組を支援します。
- ・介護保険施設等について、地域の実情に応じて適切に中長期的なサービス需要を見込み、既存施設の活用なども含め、計画的に介護サービス基盤を確保します。施設における医療連携の強化等に取り組むことで、口腔機能・栄養改善・運動器の機能向上に資するケアの向上を図ります。
- ・若者等への介護の仕事に対する理解促進や、高校生、介護福祉士養成施設学生、離職者、元気高齢者、外国人材など、多様なターゲットの確保に取り組むとともに、介護職員が働きやすい職場環境づくりを支援します。

2 在宅医療の推進

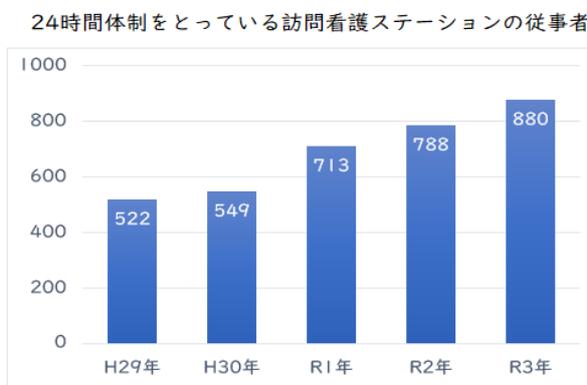
【現状と課題】

< 現状 >

- ・高齢化の進展により医療需要の増加が見込まれる在宅医療の充実に向け、市町を中心として、地域の関係機関の連携、医療・介護等の連携体制づくりに取り組んでいます。今後は、退院支援の充実、訪問診療や訪問看護などの日常の療養支援、急変時の対応、看取りの体制整備や県民への在宅医療の周知・啓発が求められています。



出典：NDB



出典：介護サービス施設・事業所調査

< これまでの取組内容 >

- ・地域の実情に応じた医療提供体制の構築に向け、二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議の開催や市町ごとに在宅医療・介護連携推進事業を実施し、県や保健所は支援しました。
- ・訪問看護師等在宅医療に関する人材育成等に取り組みました。

< 課題 >

- ・在宅医療資源の地域偏在や訪問診療医の高齢化などに対応するため、訪問診療・訪問看護の体制強化が必要です。
- ・在宅（自宅や施設等）での看取りを増やすため、医療と介護の連携強化が必要です。
- ・人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及啓発が必要です。
- ・口腔・栄養管理など更なる多職種連携の強化が必要です。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標

最期まで、住み慣れた地域で自分らしく安心して医療や介護、福祉サービスが24時間体制で提供される体制の構築、推進をします。

- 在宅療養に向けた入退院支援
- 日常の療養生活の支援
- 急変時の対応
- 望む場所での看取りの実施

【目標達成に向けた取組】

- ・在宅医療に係る現状把握や将来の需給分析を行うため、在宅医療等実態調査に取り組みます。
- ・市町における在宅医療・介護連携事業を支援し、充実を図ります。
- ・市町単位での在宅医療圏域の設定を行います。
- ・「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」を位置づけ、役割を明確化します。
- ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置づけます。
- ・4つの機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）の連携と体制整備を推進します。
- ・施設の医療機能強化、在宅医療・介護連携及び多職種連携を推進します。
- ・ICT（あじさいネット）の活用を推進します。
- ・在宅医療に係る人材育成・確保（訪問看護師の確保、育成）を行います。
- ・在宅医療に係る県民への周知・啓発を行います。

3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、推進

【現状と課題】

<現状>

- ・本県の精神科病院入院患者の状況として、人口当たりの精神科病床数は全国平均の2倍以上であり全国1位と多く、人口当たりの外来患者数は全国平均の1.4倍程度ですが、入院患者数は全国平均の2倍以上、全国2位と非常に多い状況です。
- ・入院形態別の状況としては、入院患者の約8割が任意入院患者であり全国平均と比較しても多く、年齢構成別では、65歳以上の入院患者が約7割と高齢化している状況です。
- ・また、入院後3か月、6か月、12か月時点での退院率としては、いずれも全国平均を下回っており、早期退院率が低いことから平均在院日数も全国平均と比較して長く、精神医療が高齢の方の長期入院に偏っているという特徴があります。
- ・また、令和6年4月に施行される改正精神保健福祉法には、入院を長期化させないための取組として、医療保護入院期間の法定化や医療保護入院者の退院促進措置等の充実が規定されています。
- ・精神障害を有する者などが必要な際には精神科医療機関に入院するものの、できる限り早い時期に退院し、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、地域の様々な職種や関係機関が連携して「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

外来、入院患者数等の状況

()内は全国順位

	手帳所持者数 (1万人対) 1	外来患者数 (1万人対) 2	精神科病床数 (1万人対) 3	入院患者数 (1万人対) 3
長崎県	108人	286人	58.4(1位)	47.5(2位)
全国平均	105人	199人	24.5	20.5

1 出典：令和3年度衛生行政報告例

2 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成28年6月30日現在）

3 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

形態別 入院患者の状況

	総数	任意入院	医療保護入院	措置入院	その他	不明
長崎県	6,235 人	5,110 人 (82%)	1,088 人 (17%)	19 人 (0.3%)	18 人	0 人
全 国	258,920 人	125,459 人 (48%)	130,490 人 (50%)	1,546 人 (0.5%)	900 人	525 人

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

入院患者年齢別構成

	～19 歳	20～39 歳	40～64 歳	65 歳～
入院者数	48 人	231 人	1,572 人	4,384 人
構 成 比	0.8%	3.7%	25.2%	70.3%

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

退院率の状況

	入院後 3 か月	入院後 6 か月	入院後 12 か月	平均在院日数
長崎県	58.2%(43 位)	74.6%(43 位)	82.2%(44 位)	127.9 日
全 国	62.8%	79.8%	87.8%	111.1 日

出典：令和2年度レセプト情報・特定健診等情報データベース

1年以上の長期入院患者数

人口 10 万人対 長期入院患者数	65 歳未満	65 歳以上
長崎県	90.5 人	237.5 人
全 国	44.0 人	83.1 人

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

< これまでの取組内容 >

- ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築については、日常生活圏域を基本とし、基礎自治体である市町を基盤に取り組みを進める必要があります。
- ・このため、県において、システム構築に係る基盤整備の目安を定める評価指標¹を作成し各市町及び保健所に配布しました。各地域に設置している協議の場において、保健・医療・福祉関係者等により、評価指標を用いた地域課題の抽出や基盤整備状況の把握等を行いました。

1 評価指標

「推進体制」、「医療」、「障害・介護」、「保健・予防」、「住まい」、「住民参画」、「社会参加」の7分野について基盤整備の目安を定めるものです。

- ・また、地域住民に対する精神障害に関する正しい知識の普及啓発、入院患者に対する退院促進のための病院学習会等を行うとともに、住民に身近な市町において、精神保健に関する相談支援を受けられる体制整備に向け、市町を対象とした実態調査を行いました。

< 課題 >

- ・システム構築に際しては、基礎自治体である市町において取組を進める必要がありますが、市町によっては対応する職員のマンパワーが不足しています。
- ・精神障害を有する者などが地域の一員として生活するためには、地域住民に対する精神障害に関する普及啓発の更なる促進が必要です。
- ・令和6年4月に施行される改正精神保健福祉法に則り、精神科病院においては、法に定められた医療保護入院期間の遵守や、市町と連携した地域援助事業者の紹介等の退院促進支援の充実に取り組む必要があります。
- ・市町における精神保健に関する相談支援体制整備に向け、実態調査結果も踏まえ、研修会等を実施し人材育成を行う必要があります。
- ・入院患者に対する退院後の生活をイメージできるようなピアサポーターによる講話や地域での利用可能な福祉サービスに関する説明などにより、早期退院に向けた積極的な働きかけが必要です。

【目標】

令和11年度（2029年度）目標
精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築します。

【目標達成に向けた取組】

- ・保健・医療・福祉等関係者による協議の場でのシステム構築に向けた協議を行います。
- ・精神疾患に対する偏見をなくし、精神疾患や精神障害に関する正しい知識の普及啓発を図るため心のサポーター養成事業¹を実施します。

1 心のサポーター養成事業

心のサポーターとは、メンタルヘルスや精神疾患への正しい知識を持ち、地域や職域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族などに対する傾聴を中心とした支援ができる人を指し、各地域で養成することで、地域における普及啓発に寄与するとともに、メンタルヘルス不調等の予防、早期介入につながることを期待されています。

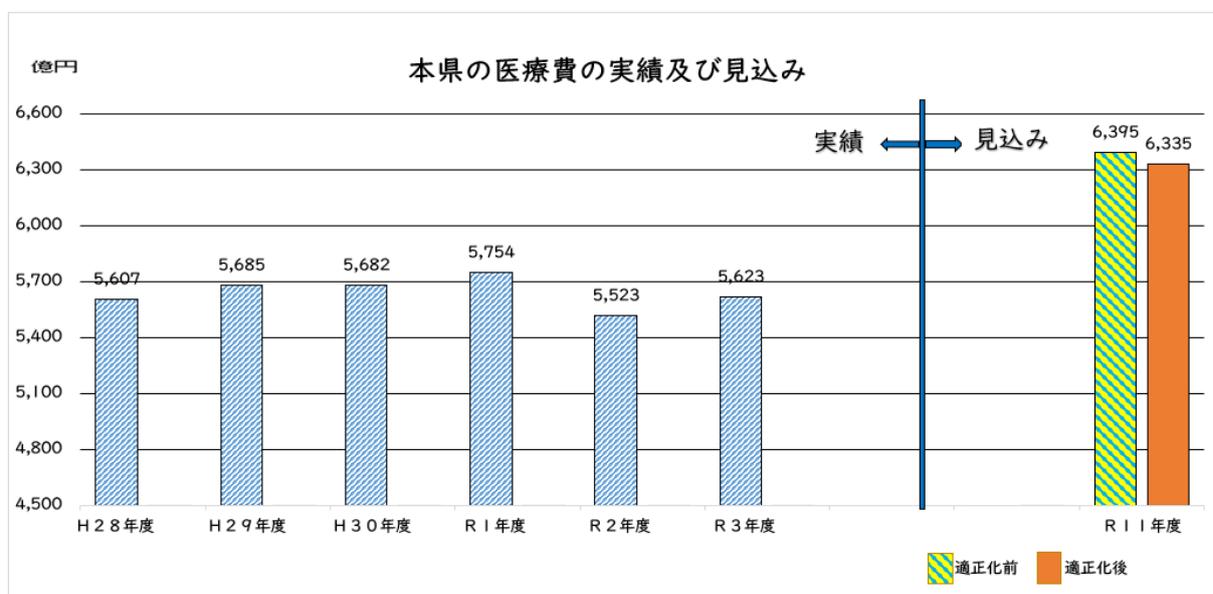
- ・長期入院によって、患者本人の退院の意思が弱まっていることが考えられるため、精神科病院、市町及び保健所が連携し、ピアサポーターを活用した退院意欲喚起のための病院学習会の積極的な実施を図ります。
- ・令和6年4月に施行される改正精神保健福祉法に規定された入院を長期化させないための取組が精神科病院において確実に実施されているか、精神科病院実地指導時において確認するとともに、必要な指導を行います。
- ・市町における精神保健に関する相談支援体制整備に向け、研修会等を実施し人材育成を行います。

第4章 計画期間における医療費等の見込み

第1節 本県の医療費の見込み

本県の令和3年度の国民医療費は約5,623億円ですが、このまま推移すると、令和11年度には約6,395億円になることが見込まれます。

医療費適正化計画に掲げる目標を達成した場合の令和11年度医療費は、約6,335億円となり、医療費適正化の効果額は、約60億円と見込んでいます。



※R3年度までの実績額は、厚生労働省「国民医療費」による。R11年度の推計額は、厚生労働省「将来推計ツール」により推計した。

第2節 医療費の見込みの推計方法

基本方針において、「都道府県は、各都道府県の医療費の現状に基づき、令和11年度の医療費の見込みを算出する。」こととなっています。

医療費の見込みの算出に当たっては、厚生労働省において作成された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて推計しています。

第1項 外来医療費

外来医療費については、自然体の医療費見込みから、計画最終年度（令和11年度）に特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上による適正化効果額、後発医薬品・バイオ後続品の使用促進による適正化効果額、一人当たり外来医療費の地域差縮減に向けた取組（生活習慣病等の重症化予防の推進、医薬品の適正使用の推進、医療資源の効果的・効率的な活用の推進）による適正化効果額を織り込んで算出します。

1 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上による適正化効果額

- 平成 25～令和元年度の NDB データにおける、特定保健指導対象者の入院外一人当たり医療費の経年的推移を分析した結果を用いて、特定健康診査の実施率 70%、特定保健指導の実施率 45%を達成した場合の効果額を推計しています。(特定保健指導の対象者割合 17%、特定保健指導による効果一人当たり 6,000 円として算出)

令和 11 年度の適正化効果額 約 1.1 億円

2 後発医薬品の使用促進による適正化効果額

- 令和 3 年度の NDB データにおける、後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額を推計し、この結果を用いて、数量ベース及び金額ベースでの効果額を算定し、適正化効果額の大きい金額シェア 65%を達成した場合の効果額により推計しています。

令和 11 年度の適正化効果額 約 16.6 億円

3 バイオ後続品の使用促進による適正化効果額

- 令和 3 年度の NDB データにおける、成分ごとに、先発品を全てバイオ後続品に置き換えた場合の効果額を推計し、この結果を用いて、バイオ医薬品のうち 80%以上をバイオシミラーに置き換える品目割合の目標を 60%とし、目標を達成した場合の効果額を推計しています。

令和 11 年度の適正化効果額 約 6.3 億円

4 人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組による適正化効果額

(1) 生活習慣病等の重症化予防の推進、医薬品の適正使用の推進

- 生活習慣病等の重症化予防の推進については、生活習慣病(糖尿病)の 40 歳以上の人口一人当たり医療費の全国平均との差を半減した場合の効果額としています。
- 医薬品の適正使用の推進について、重複投薬の適正化は、3 医療機関以上の重複投薬患者が半減した場合の効果額とし、複数種類の医薬品の投与の適正化は、9 種類以上投薬された患者(65 歳以上)が半減した場合の効果額としています。

令和 11 年度の適正化効果額 約 32 億円

(2) 医療資源の効果的・効率的な活用の推進

- 第 4 期医療費適正化計画の新たな目標として、医療資源の効率的・効果的な活用が位置づけられ、以下のような医療の適正化に向けた取組について、医療費適正化効果額を推計しています。

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療
急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方については、抗菌薬処方の薬剤料を半減した場合の効果額としています。

医療資源の投入量に地域差がある医療
白内障手術については、白内障レセプト件数に占める入院レセプト割合を用いて、全国平均との差を半減した場合の効果額としています。

がん化学療法の外来での実施については、外来化学療法の標準化レセプト出現比率(SCR)を用いて、全国平均との差を半減した場合の効果額としています。

令和 11 年度の適正化効果額 約 3.9 億円

第2項 入院医療費

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を踏まえ推計しています。具体的な算出方法は、地域医療構想の病床機能別の一人当たり医療費に病床機能別の患者数の見込みを乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えて算出します。

ただし、地域医療構想は第四期医療費適正化計画の計画期間中（令和6～11年度）の令和7年に向けて策定されていることを踏まえ、当面の間、令和11年度の病床機能別の患者数の見込みは、地域医療構想における令和7年時点の医療需要を基に機械的に算出することとした上で、同年以降に係る検討状況を踏まえ、入院医療費の推計方法を見直します。

第3節 一人当たり保険料の見込み

本県の令和11年度の一人当たり保険料（年額）は、次のとおり見込まれています。

市町国保 88,896円（89,736円）

後期高齢 85,332円（86,124円）

（ ）内は医療費適正化の取組を行わなかった場合

令和11年度の制度別の医療費の見込み及び一人当たり保険料（年額）の機械的な試算

	令和11年度				参考：令和5年度 一人当たり保険料
	医療費の見込み		一人当たり保険料の機械的な試算		
	医療費適正化の取組前	医療費適正化の取組後	医療費適正化の取組前	医療費適正化の取組後	
全 体	6,395億円	6,335億円			
市町村国保	1,234億円	1,222億円	89,736円	88,896円	82,380円
後期高齢者医療	3,049億円	3,020億円	86,124円	85,332円	62,988円
被用者保険等	2,112億円	2,093億円			

保険料の算出に当たっては、厚生労働省において作成された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて機械的に試算しています。具体的には、以下の計算式で算出しています。

$$(\text{令和5年度一人当たり保険料} \times \text{一人当たり保険料の推計伸び率}) + \text{制度改正による一人当たり保険料への影響額 (出産育児一時金)}$$

令和5年度一人当たり保険料は、市町村国民健康保険については、当該都道府県における令和5年度の保険料額（医療分）を、後期高齢者医療制度については、当該都道府県における令和4年度及び令和5年度の一人当たり平均保険料額を用いています。

実際の保険料は、医療費の動向や財政状況（保健事業・積立費など）などの要因に大きく影響を受ける点に留意が必要です。

被用者保険については、加入者が都道府県をまたいで所在することが多いため、算出していません。

第5章 計画の推進

第1節 計画の推進体制

第1項 保険者等、医療機関その他の関係者との連携及び協力

1 医療費適正化の取組を円滑に進めていくために、住民の健康の保持に関しては保険者等及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては、医療機関及び介護サービス事業者等と普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行うことが必要です。

こうした情報交換の場として、保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、また各種審議会等を活用するとともに、必要に応じて協議の場を持つこととします。

2 保険者協議会やその他の機会を活用して、必要に応じて、保険者等が行う保健事業の実施状況等を把握したり、保険者等が把握している加入者のニーズ等を聴取するなど、積極的に保険者等と連携することとします。

また、医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して、保険者等に対して必要に応じ、保険者協議会を通じて施策の推進に対する協力を求めることにより、保険者等と一層の連携を図ります。

第2項 県や関係者の役割

医療費適正化に向けた取組を円滑に進めるためには、県や関係者がそれぞれの役割のもと、相互に連携しながら推進していく必要があります。

1 県の役割

県は、この計画の策定主体として、第3章に定めた目標の達成に向けて、保険者等、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たし、必要な施策を推進することが求められます。

2 保険者等の役割

保険者等は、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行うなど、保険者機能の強化を図ることが重要です。

具体的には、保健事業の実施主体として、特定健康診査等について、効果的かつ効率的な実施を図るほか、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く事業を実施します。

3 医療の担い手等の役割

医療の担い手等は、国、地方公共団体及び保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する役割を担います。

4 県民の役割

県民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要です。このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により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

行うことや、医療機関等の機能に応じ、医療を適切に受けるよう努めることが期待されています。

第3項 長崎県保健医療対策協議会医療費あり方検討部会（以下、「部会」という。）

計画の推進に当たって関係者の意見を十分反映するため、計画の進捗状況について、部会に報告を行うとともに、計画の効果的な推進について意見を求めることとします。

また、計画の進捗状況に関する評価及び実績評価を部会の意見を踏まえて行うこととします。

第2節 計画の進行管理

医療費適正化計画の実効性を高めるため、PDCA サイクル（計画作成（Plan）、実施（Do）、点検・評価（Check）、見直し・改善（Action））の一連の循環により、進行管理を行っていきます。

第1項 進捗状況の公表

計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、計画の進捗状況を県のホームページに公表します。

第2項 進捗状況に関する調査及び分析

計画の最終年度である令和11年度に、進捗状況の調査及び分析を行い、次期計画に適切にその結果を反映させるとともに、県のホームページに公表します。

第3項 実績の評価

計画の最終年度の翌年度の令和12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に公表します。