

神奈川県医療費適正化計画

(平成30(2018)年度～平成35(2023)年度)

平成30年3月

は じ め に



県は、平成 20 年 4 月に「神奈川県医療費適正化計画」を策定し、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を柱とした様々な取組を進めてきました。

しかしながら、県民の医療費は増加の一途をたどっており、その約 3 割を後期高齢者医療費が占めています。今後、本県では全国を上回る勢いで高齢化が進行することが予測されていることから、県民医療費は他の都道府県を上回る伸び率で増加することが予想されます。

こうした中、未病の改善による健康寿命の延伸を目指し、人生 100 歳時代に県民一人ひとりが充実した人生を送ることが出来るよう、取り組んでいくことが重要です。

そこで、県では、来るべき超高齢社会における医療費などの課題を整理し、県民や団体、市町村などの皆様からいただいた意見を反映させながら、神奈川県医療費検討委員会でご審議をいただき、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「神奈川県医療費適正化計画」をこのたび策定しました。

本改定計画では、「生活習慣病（糖尿病）の重症化予防」や「医薬品の適正使用」などの新たな項目を加え、本県の医療費を巡る現状と課題の分析や取り組むべき施策、具体的な数値目標についてお示ししています。そして、県民の医療費の負担が将来的に過大とならずに、誰もが安心して医療サービスを受けられるよう、医療費の伸びの適正化を目指すこととしています。

また、今年 4 月から国民健康保険の制度改革が施行され、県も市町村とともに国民健康保険を運営していくこととなりますが、医療費の適正化は、国民健康保険をはじめとした公的医療保険制度の安定的・持続的な運営にとっても重要な課題です。県としては、「神奈川県保健医療計画」などの県の関係計画と整合を図りながら、本改定計画の目標達成に向け、未病を改善する取組をはじめとした様々な取組をより一層進めてまいります。

県民の皆様や市町村、保険者、医療機関、関係団体等が相互に連携しながらこの計画を着実に推進し、「いのち輝くマグネット神奈川」「子どもたちが 100 歳までスマイルで過ごせる持続可能な社会」を皆様とともに創り上げていけるよう、全力で取り組んでまいりますので、引き続き、皆様の御理解と御協力をお願いいたします。

平成 30 年 3 月

神奈川県知事 黒岩祐治

目 次

第1章 神奈川県医療費適正化計画策定の趣旨	1
1 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景	1
(1) 国における医療制度改革の動向	1
(2) 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景	3
2 計画の基本的な考え方	7
(1) 基本理念	7
(2) 計画の位置付け	7
(3) 関連する計画等	7
3 計画の期間	7
第2章 神奈川県の医療費を巡る状況	8
1 現状	8
(1) 医療費の動向	8
ア 神奈川県の医療費	8
イ 神奈川県の後期高齢者の医療費	10
ウ 県民所得と医療費の関係	11
エ 高齢化の見通し	12
オ 医療費の地域差	14
(ア) 一人当たり概算医療費の地域差	14
(イ) 国民健康保険（市町村）における一人当たり医療費の地域差	16
(ウ) 後期高齢者医療制度における一人当たり医療費の地域差	18
(2) 健康の保持の推進	21
ア 生活習慣病の状況	21
(ア) 疾病別医療費の状況	21
(イ) 生活習慣病の費用額	24
(ウ) 生活習慣病の総患者数	26
(エ) 生活習慣病の疾病別総患者数	27
イ 特定健康診査・特定保健指導の状況	30
(ア) 特定健康診査の実施状況	30
(イ) 特定保健指導の実施状況	32
(ウ) 特定健康診査・特定保健指導と医療費の関係	35
ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の状況	36
エ 糖尿病の状況	37
(ア) 糖尿病の医療費	37
(イ) 糖尿病の総患者数	38
(ウ) 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	39
オ 高齢者の歯科の状況	40
(ア) 歯科医療費の状況	40
(イ) 歯の本数の状況	40
カ 喫煙等の状況	41
(ア) 喫煙の状況	41

(イ) 喫煙に起因する疾病の状況	42
キ がん検診の状況	44
(7) 悪性新生物（がん）の状況	44
(イ) がん検診の状況	46
ク 予防接種の状況	47
(3) 医療の効率的な提供	48
ア 医療施設の状況	48
(7) 医療施設の状況	48
(イ) 在宅医療施設の状況	49
イ 医薬品を巡る状況	50
(7) 調剤医療費の状況	50
(イ) 後発医薬品の状況	51
(ウ) 重複投薬の状況	53
(エ) 複数種類の医薬品の投与の状況	55
ウ 受診を巡る状況	57
(7) 受診の状況	57
(イ) 重複受診の状況	57
(ウ) 頻回受診の状況	59
2 課題	60
(1) 神奈川県の特徴	60
(2) 重点的に取り組むべき課題	60
ア 健康の保持の推進	60
イ 医療の効率的な提供	61
第3章 計画の目標と医療費の見込み	62
1 計画の目標	62
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標	62
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	66
2 医療費の見込み	67
(1) 県民医療費の推計方法	67
(2) 計画策定時の医療費	67
(3) 計画終了時の医療費	67
ア 医療費適正化の取組を行う前	67
イ 医療費適正化の取組を行った後	67
第4章 施策の展開	69
1 県民の健康の保持の推進のための取組（未病対策等の推進）	69
(1) 未病対策等の推進	69
ア 未病を改善する取組の推進	69
(7) ライフステージに応じた未病対策	69
(イ) 未病改善の取組を支える環境づくり	72
(ウ) 未病を見える化する取組	73
イ 糖尿病の重症化予防	74
ウ 認知症未病対策	74

エ	歯科保健対策	75
オ	たばこ対策	78
カ	がん検診の受診促進	78
(2)	保険者等による健康づくりの推進	80
ア	特定健康診査・特定保健指導の推進及びその支援	80
イ	効果的・効率的な保健事業の実施	83
(3)	予防接種の推進	84
2	医療の効率的な提供の推進のための取組	85
(1)	病床機能の分化及び連携	85
ア	病床機能の分化及び連携	85
イ	疾病別の医療連携体制の構築	86
ウ	事業別の医療体制の整備・充実	88
エ	地域医療連携	91
(2)	地域包括ケアシステムの推進	92
(3)	後発医薬品の使用促進	95
(4)	医薬品の適正使用の推進	96
(5)	適正な受診の促進等の取組	97
第5章 計画の推進体制・役割と評価		98
1	計画の推進体制・役割	98
(1)	計画の推進体制	98
(2)	関係機関及び団体等の役割	98
ア	県民	98
イ	国	98
ウ	県	98
エ	市町村	98
オ	保険者等	99
カ	医療機関・医療関係者	99
キ	神奈川県医療費検討委員会	99
ク	神奈川県保険者協議会	99
2	計画の評価	100
(1)	評価等	100
ア	進捗状況の公表	100
イ	進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）	100
ウ	実績の評価	100
(2)	評価方法	100
資料編		102

■ 用語の説明について

本文で最初に記載されている箇所（図表のみに記載されている場合は、図表中の箇所）に「＊」を付してある用語の説明は、巻末にまとめて記載しています。

■ 本計画で使用するデータについて

計画において引用する各種統計・データは、平成30年1月末現在で確定・公表されている最新のデータを使用しています。

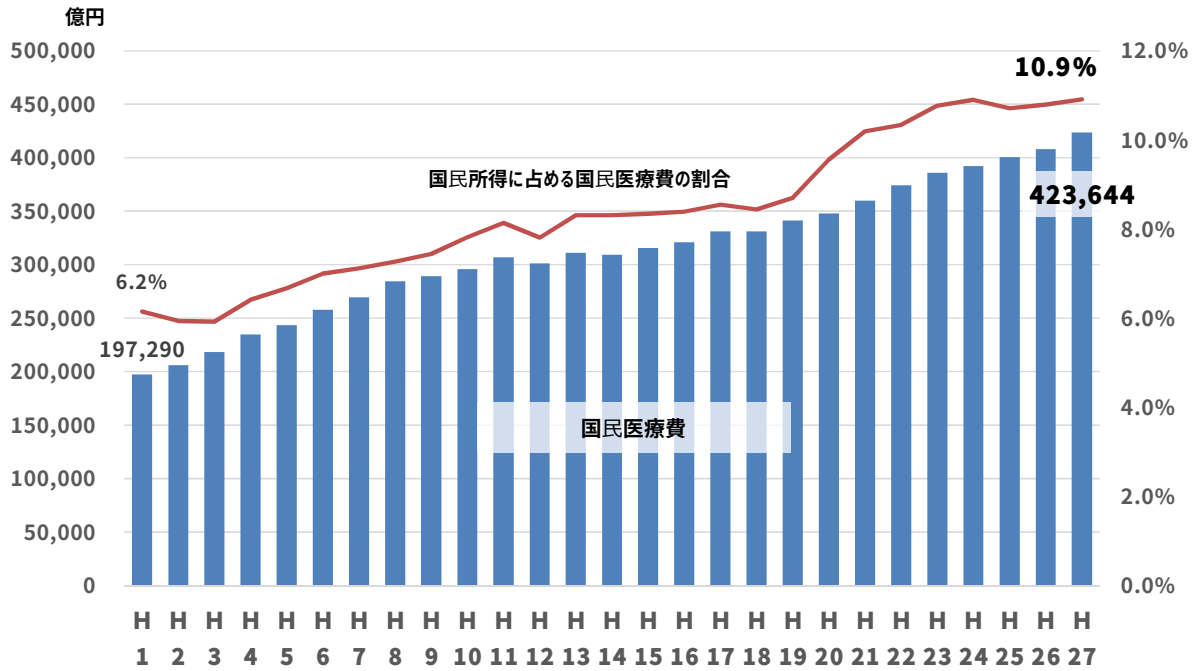
第1章 神奈川県医療費適正化計画策定の趣旨

1 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

(1) 国における医療制度改革*の動向

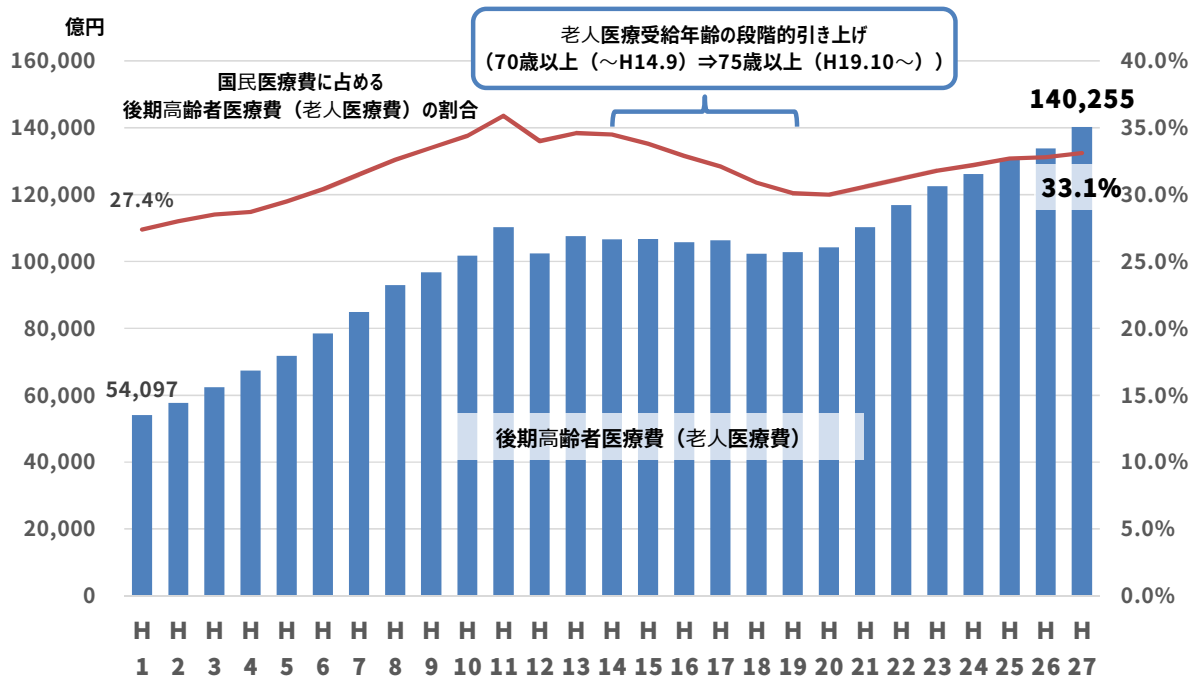
- 平成27年度の国民医療費*は42兆3,644億円で、介護保険制度*が導入された平成12年度と診療報酬*のマイナス改定のあった平成14年度、平成18年度を除き増加しており、また、国民所得*に占める国民医療費の割合は増加傾向にあります。（図1－1）
- 平成27年度の全国の後期高齢者医療費*は14兆255億円と、国民医療費の約3分の1を占めています。（図1－2）
- 後期高齢者医療費（老人医療費*）は、介護保険制度の導入及び診療報酬のマイナス改定に加え、平成14年度からの老人医療*受給対象年齢の段階的引き上げにより老人医療受給対象者が減少していることの影響を受け、結果として、平成12年度以降は国民医療費に占める割合が減少傾向にありましたが、平成21年度以降は同割合が再び増加傾向にあります。（図1－2）
- 平成27年10月1日現在の全国の総人口*は、1億2,709万人で、65歳以上人口の総人口に占める割合、いわゆる高齢化率*は26.3%、75歳以上人口の総人口に占める割合は12.7%です。（図1－3）
- また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成29年推計）」によれば、平成52（2040）年には国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者*となることが予想されています。（図1－3）
- 現在でも、国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は約3分の1となっていますが、今後、高齢者の増加により、一層の医療費の増加が予想されます。
- こうした中、誰もが安心して医療を受けられる「国民皆保険制度*」を維持し、将来にわたり持続可能なものとするためには、国民の生活の質（QOL）*の維持及び向上を確保しつつ、医療費の伸びが過度に増大しないようにしていく必要があることから、平成18年度の医療制度改革において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設されました。
- 国及び都道府県は、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、平成20年度から5年を1期とする医療費適正化計画を定めることとされました。同計画では、住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を定め、目標の実現のために講ずることが必要な施策を展開し、その結果、目標の達成を通じて将来的な医療費の伸びの適正化を図っていくことが求められており、都道府県医療費適正化計画については、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、「医療費適正化基本方針」といいます。）に即して定めることとされています。
- また、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、医療費適正化計画の計画期間は、5年間から6年間に変更されました。

図1－1 国民医療費及び国民所得に占める国民医療費の割合の推移



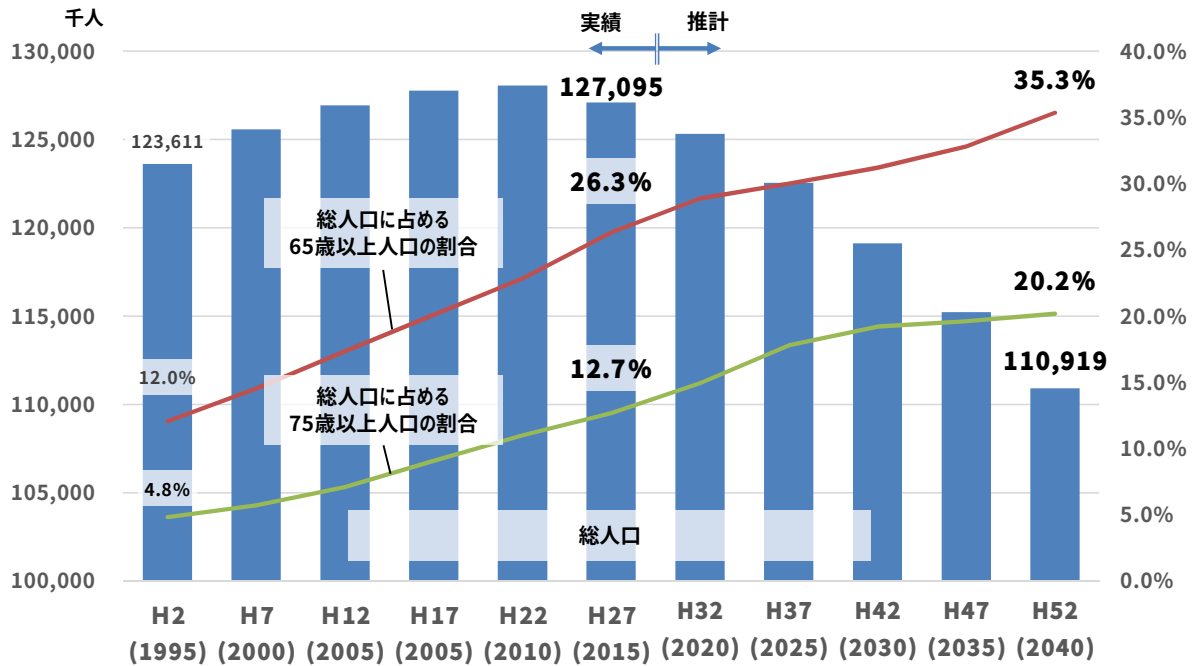
厚生労働省 国民医療費（平成27年度）

図1－2 国の後期高齢者医療費（老人医療費）及び国民医療費に占める後期高齢者医療費（老人医療費）の割合の推移



厚生労働省 国民医療費（平成27年度）

図1-3 総人口並びに総人口に占める65歳以上及び75歳以上人口の割合の推移と将来推計



総務省 国勢調査（平成2～27年）
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成29年推計）

(2) 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

- 平成27年度の県民医療費*（※1）は2兆7,186億円で、うち、30.5%を後期高齢者医療費が占めています。（図1-4、図1-5）
- 急速な高齢化*の進行により、今後、高齢者人口が増加し、それに伴い、医療費の増加が予想されますが、神奈川県は、全国を上回る勢いで高齢化が進行するため、医療費も全国を上回る勢いで増加することが予想されます。（図1-6、図1-7）
- 高齢化が急速に進むという神奈川県の特徴を踏まえ、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を目指しながら、医療費の伸びの適正化を図るため、平成20年度より神奈川県医療費適正化計画を策定し、保険者*（※2）及び後期高齢者医療広域連合*（以下、「保険者等」といいます。）、市町村、医療機関*、関係団体等と連携しながら取組を進めてきました。
- 平成25年4月に策定した第二期の神奈川県医療費適正化計画の計画期間は、平成29年度末をもって満了します。同計画の目標に掲げた直近の進捗状況は、「平均在院日数*」は目標を達成しており、県民医療費の実績は、適正化後の見通しを下回る水準で推移しています。（表1-8、図1-9）
- 一方で、例えば「特定健康診査*・特定保健指導*」の実施率は、目標値に達しない見込みで、実施率向上のために、受診・利用勧奨や広報、通知方法の改善など更なる取組を行う必要があるといった課題があります。（表1-8）
- こうした状況を踏まえ、これまでの施策の状況や課題を反映するとともに、平成28年3月に告示された国の医療費適正化基本方針（平成29年12月19日一部改正）を基に、平成30（2018）年度からの第三期の計画を策定します。（図1-10）

図1-4 神奈川県民医療費の推移

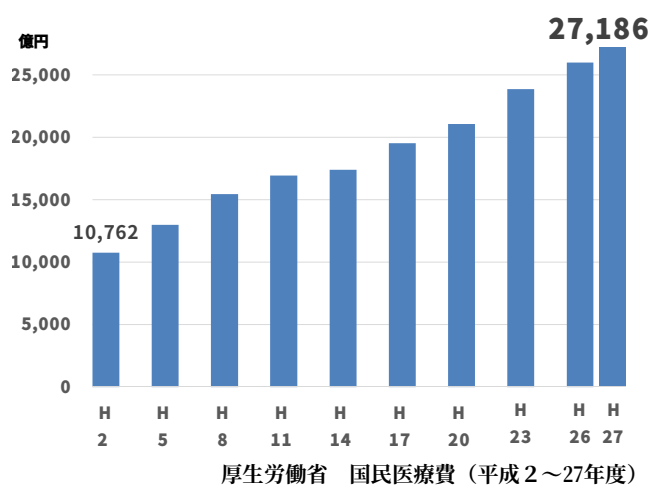


図1-5 神奈川県の後期高齢者医療費 (老人医療費) 及び後期高齢者医療費 (老人医療費) の県民医療費に占める割合の推移

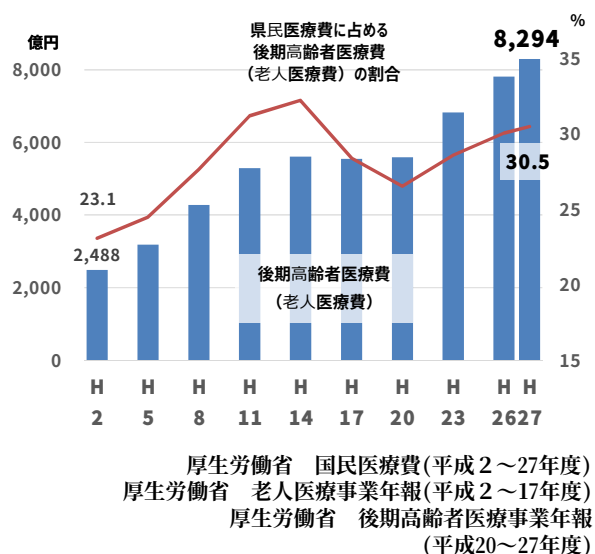


図1-6 神奈川県民の将来人口推計

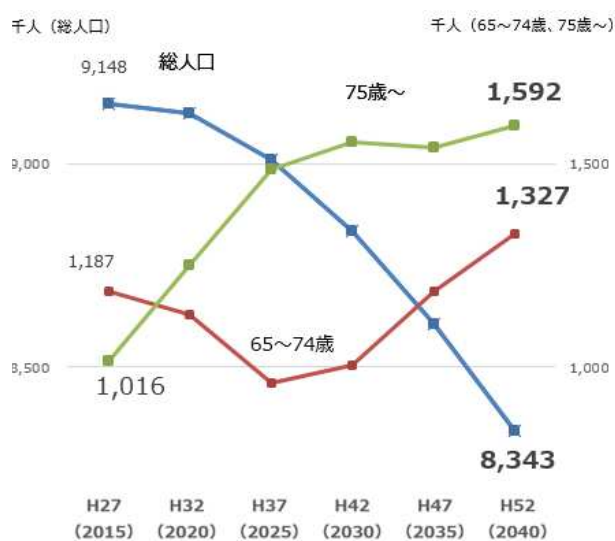
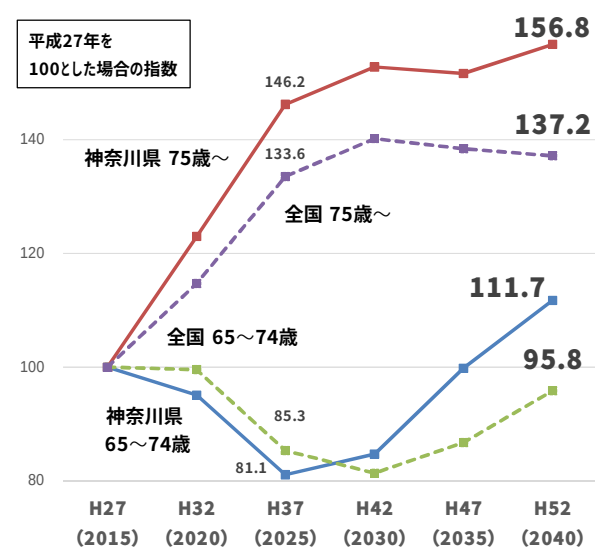


図1-7 高齢者の将来推計人口



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 (平成25年3月推計)
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 (平成29年推計)

表1-8 第二期神奈川県医療費適正化計画の進捗状況

県民の健康の保持の推進に関する目標

目標項目	平成29年度目標	直近実績値
特定健康診査の実施率	70%以上	49.7% (平成27年度)
特定保健指導の実施率	45%以上	12.2% (平成27年度)
メタボリックシンドローム*の該当者及び予備群の減少率(※3)	平成20年度比25%以上	平成20年度比0.8% (平成27年度)
たばこ対策	成人喫煙率 男性25% 女性6% 未成年者の喫煙をなくす 受動喫煙*の遭遇機会を減らす	成人喫煙率 男性26.9% 女性9.7% (平成25～27年度)
80歳(75～84歳)で自分の歯を20本以上持つ人の割合	65% (平成34年度目標)	44.7% (平成25～27年度)

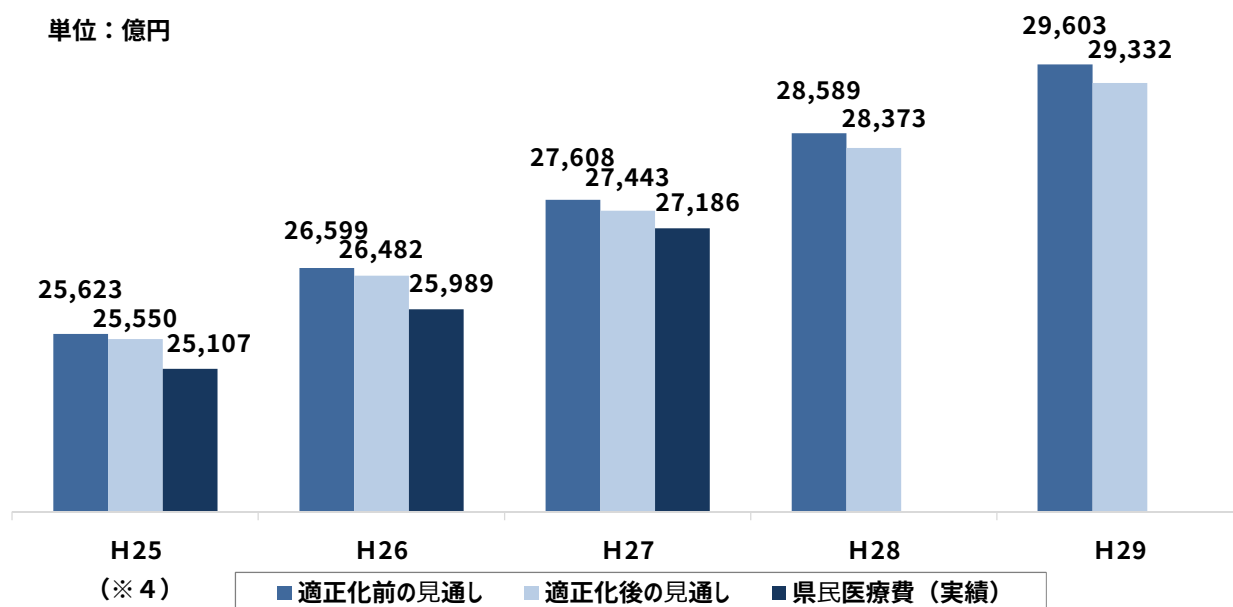
医療の効率的な提供の推進に関する目標

目標項目	平成29年度目標	直近実績値
平均在院日数	23.7日 (平成29年目標)	21.7日 (平成28年)
後発医薬品*の使用促進	後発医薬品の安心使用に係る理解と普及	

神奈川県医療費適正化計画(平成25年度～平成29年度)
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(平成27年度)
 総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成28年1月1日現在)
 県健康増進課 県民健康・栄養調査
 厚生労働省 病院報告(平成28年)

図1-9 第二期神奈川県医療費適正化計画における県民医療費の見通しと実績の推移

単位：億円



神奈川県医療費適正化計画(平成25年度～平成29年度)
 厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
 厚生労働省 国民医療費(平成26、27年度)

図1-10 医療費適正化基本方針と神奈川県医療費適正化計画との関係

**「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」
(平成28年3月31日厚生労働省告示第128号)**

住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を定め、目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの適正化が図られることを目指す。

- 都道府県医療費適正化計画の基本理念
 - ・ 住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
 - ・ 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - ・ 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること
- 都道府県医療費適正化計画における目標
 - ・ 住民の健康の保持の推進に関する目標
 - ① 特定健康診査の実施率
 - ② 特定保健指導の実施率
 - ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
 - ④ たばこ対策
 - ⑤ 予防接種
 - ⑥ 生活習慣病等の重症化予防の推進
 - ⑦ その他予防・健康づくりの推進
 - ・ 医療の効率的な提供の推進に関する目標
 - ① 後発医薬品の使用促進
 - ② 医薬品の適正使用の推進
- 計画の内容、達成状況の評価、医療費の調査・分析に関する基本的事項

反映

**神奈川県医療費適正化計画
(平成30(2018)～35(2023)年度)**

- 神奈川県医療費適正化計画策定の趣旨
 - ・ 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景
 - ・ 計画の基本的な考え方
 - ・ 計画の期間
- 神奈川県の医療費を巡る状況
 - ・ 現状
 - ・ 課題
- 計画の目標と医療費の見込み
 - ・ 計画の目標
 - ・ 医療費の見込み
- 施策の展開
 - ・ 県民の健康の保持の推進のための取組
 - ・ 医療の効率的な提供の推進のための取組
- 計画の推進体制・役割と評価
 - ・ 計画の推進体制・役割
 - ・ 計画の評価

- ※1 都道府県別に見た国民医療費（都道府県民医療費）は、平成26年度までは3年に1回公表されていましたが、平成27年度からは毎年度公表するようになりました。そのため、図1-4及び図1-5は平成26年度までは3年間隔で表記しています。
- ※2 本計画では、健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする「医療保険者」（市町村国民健康保険^{*}、国民健康保険組合^{*}、全国健康保険協会（協会けんぽ）^{*}、健康保険組合^{*}、共済組合^{*}等）を指します。
- ※3 内科系8学会^{*}が策定した、いわゆる「8学会基準^{*}」に該当する者を指します。
- ※4 平成25年度の県民医療費は、厚生労働省「国民医療費」に公表されていないため、厚生労働省から提供された推計値を使用しています。

2 計画の基本的な考え方

(1) 基本理念

- 本格的な高齢社会の到来に対応しながら、県民の健康の保持・増進と生活の質の維持・向上に取り組むことにより、県民の医療費の負担が将来的に過大とならず、誰もが安心して医療サービスを受けられるよう医療費の伸びの適正化を目指します。
- なお、当計画は、国連が採択した「持続可能な開発目標」(Sustainable Development Goals 略称SDGs)の趣旨を踏まえて取り組んでまいります。

SDGsとは

平成27年9月、ニューヨークの国連本部において「持続可能な開発目標」(Sustainable Development Goals 略称SDGs)を含む「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。日本政府も平成28年5月20日に内閣総理大臣を本部長、全閣僚を本部員とする「持続可能な開発目標推進本部」を設置、同12月22日には「SDGs実施指針」を策定し、8つの優先課題を設定しましたが、課題の1つとして、「健康・長寿の達成」が含まれています。また、同指針では、各地方自治体に「各種計画や戦略、方針の策定や改訂に当たってはSDGsの要素を最大限反映することを奨励」しています。

(2) 計画の位置付け

- 高齢者の医療の確保に関する法律第9条の規定に基づき、県が策定する法定計画です。

(3) 関連する計画等

- 本計画は、次に掲げる県の関連計画等と整合を図っています。
 - ・ 神奈川県保健医療計画*
 - ・ 神奈川県国民健康保険運営方針*
 - ・ 神奈川県感染症予防計画*
 - ・ かながわ健康プラン21*
 - ・ 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画*
 - ・ 神奈川県がん対策推進計画*
 - ・ かながわ自殺対策計画*
 - ・ 神奈川県地域福祉支援計画*
 - ・ かながわ高齢者保健福祉計画*
 - ・ 神奈川県障がい福祉計画*

3 計画の期間

- 平成30(2018)年度から平成35(2023)年度までの6年間とします。

第2章 神奈川県医療費を巡る状況

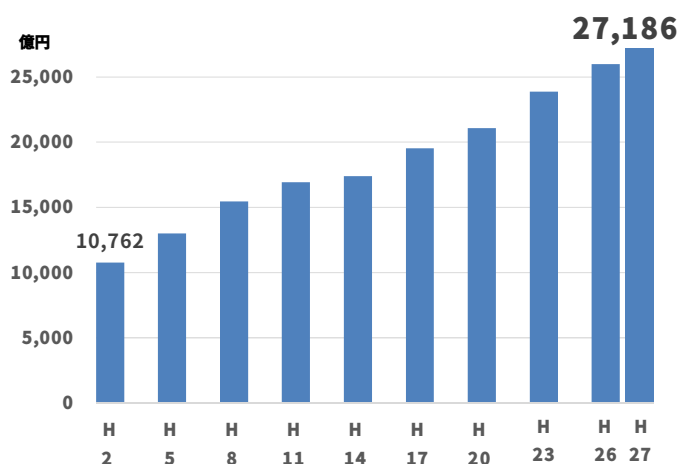
1 現状

(1) 医療費の動向

ア 神奈川県の医療費

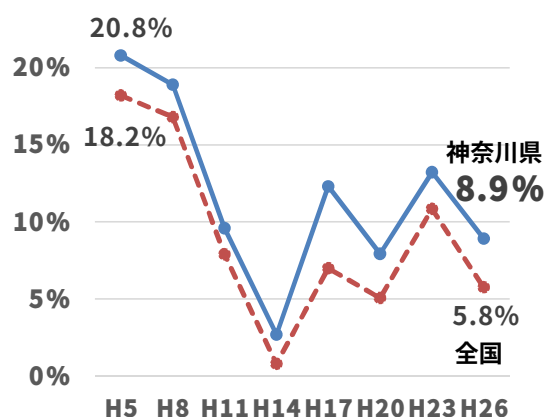
- 平成27年度の神奈川県の県民医療費は2兆7,186億円で、統計のある平成2年度以降、増加を続けています。(図1-4)
- 県民医療費の3年前に対する伸び率(比)は、平成14年度までは低下していましたが、平成17年度から平成26年度にかけては、増加と減少を繰り返しています。また、全ての年度において県民医療費の3年前に対する伸び率(比)は、国民医療費の3年前に対する伸び率(比)を上回って推移しています。(図2-1)
- 神奈川県の診療種(医科*・歯科*・調剤*)別の概算医療費*は、平成12年度と平成28年度を比較すると、全ての診療種別で増加しています。(図2-2)
- 神奈川県の概算医療費の構成比は、平成12年度から平成27年度までは、医科及び歯科が年々減少しているのに対し、調剤医療費が年々増加していましたが、平成28年度は医科が増加し、調剤医療費が減少しました。(図2-3)
- 神奈川県の調剤医療費の内訳の推移を見ると、薬剤料*が最も高くなっています。(図2-4)
- 平成27年度の一人当たり県民医療費は、29万7,900円で全国の33万3,300円を下回っており、都道府県比較で低い方から3番目です。(図2-5)

図1-4 神奈川県の県民医療費の推移(再掲)



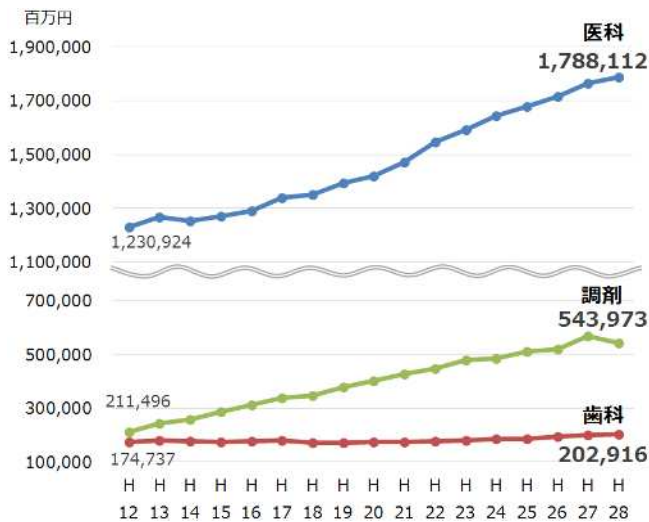
厚生労働省 国民医療費(平成2~27年度)

図2-1 県民(国民)医療費の対3年前比の推移



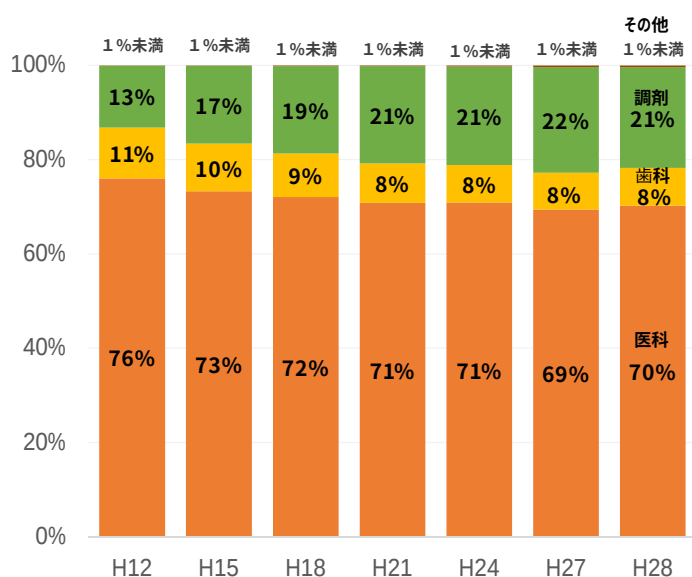
厚生労働省 国民医療費(平成5~26年度)

図2-2 神奈川県診療種別概算医療費の推移



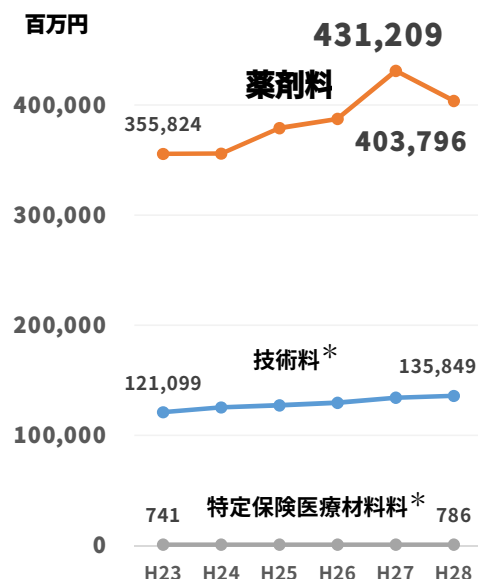
厚生労働省 概算医療費データベース（平成12～28年度）

図2-3 神奈川県概算医療費の構成比推移



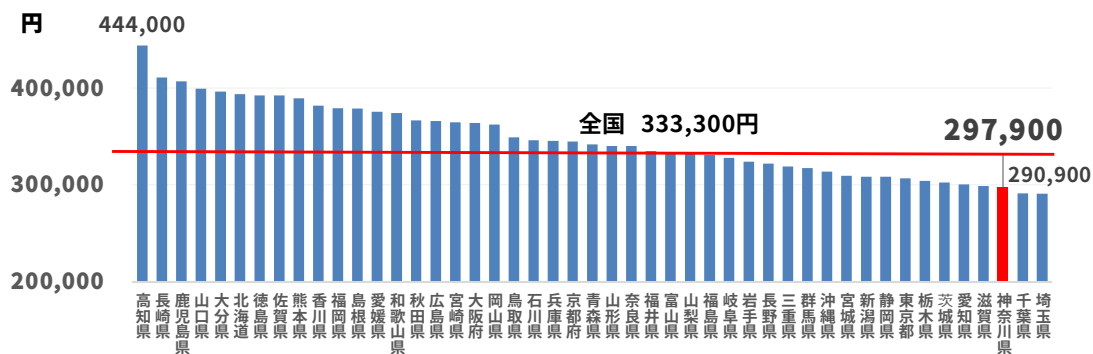
厚生労働省 概算医療費データベース
(平成12～28年度)

図2-4 神奈川県調剤医療費の内訳



厚生労働省 調剤医療費（電算処理分）の動向
（平成23～28年度）

図2-5 都道府県別の一人当たり都道府県民医療費



厚生労働省 国民医療費(平成27年度)

イ 神奈川県の後期高齢者*の医療費

- 神奈川県の後期高齢者医療費（老人医療費）は、平成2年度以降、ほぼ一貫して、増加しています。（図1－5）
- 神奈川県の後期高齢者医療費（老人医療費）の県民医療費に占める割合は、平成2年度以降一貫して増加していましたが、平成14年度からの老人医療受給対象年齢の段階的引き上げによる受給対象者の減少の影響を受け、平成17、20年度と減少しました。しかし、平成20年度以降、再び増加し、直近の平成27年度は30.5%となっています。（図1－5）
- 神奈川県の後期高齢者医療費（老人医療費）の3年前に対する伸び率（比）は、平成8年度から平成17年度にかけて低下していましたが、平成20年度及び平成23年度は増加し、直近の平成26年度は再び低下しています。また、県民医療費同様、全ての年度において全国の後期高齢者医療費（老人医療費）の3年前に対する伸び率を上回って推移しています。（図2－6）
- 神奈川県の一人大たり後期高齢者医療費（老人医療費）は、平成15年度以降は、ほぼ一貫して増加し続けており、全国も同様の傾向です。（図2－7）

図1－5 神奈川県の後期高齢者医療費（老人医療費）及び後期高齢者医療費（老人医療費）の県民医療費に占める割合の推移（再掲）

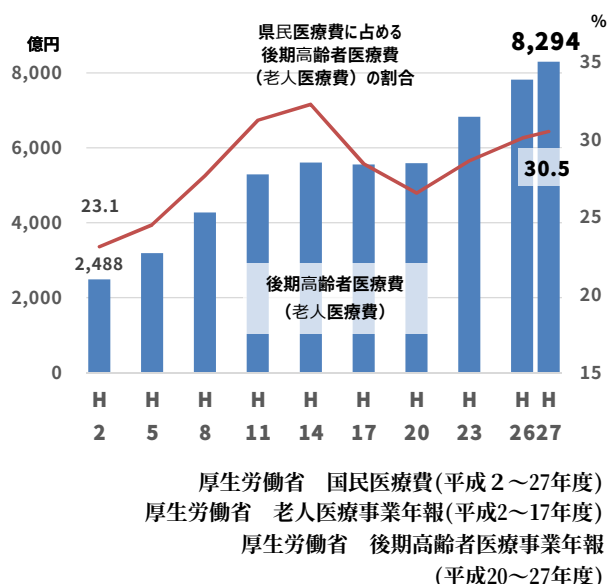


図2－6 後期高齢者医療費（老人医療費）の対3年前比推移

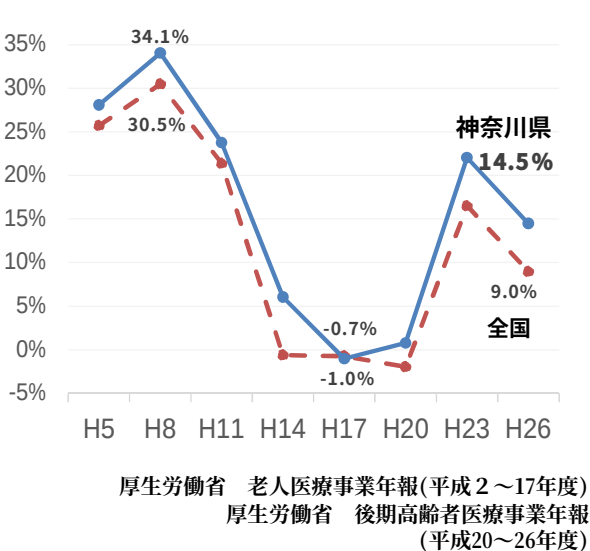
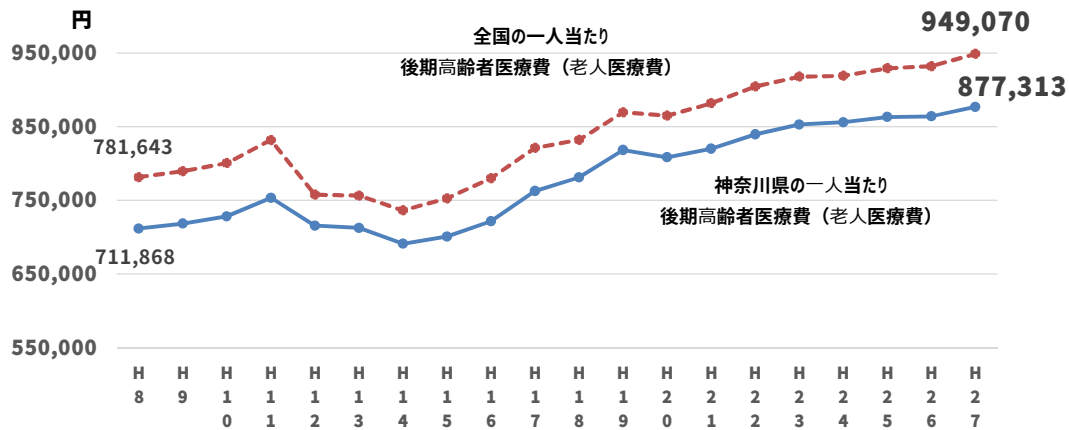


図2-7 一人当たり後期高齢者医療費(老人医療費)の推移

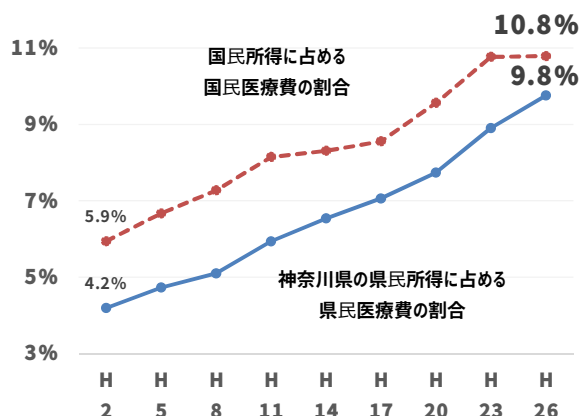


厚生労働省 老人医療事業年報(平成8～19年度)
厚生労働省 後期高齢者医療事業年報(平成20～27年度)

ウ 県民所得と医療費の関係

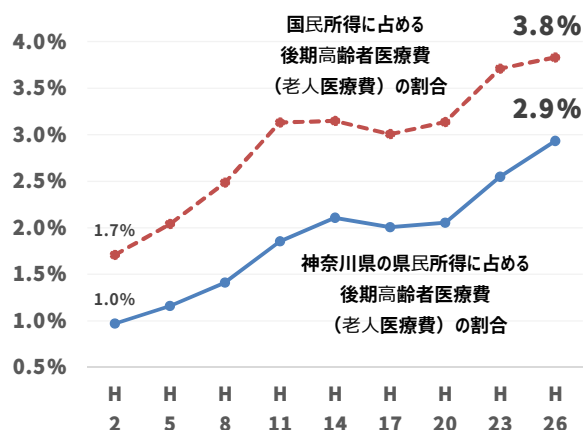
- 神奈川県は県民所得*に占める県民医療費の割合は、平成2年度以降、一貫して増加し続けており、平成2年度から平成26年度にかけて2倍以上に増加しています。(図2-8)
- そのうち、神奈川県は県民所得に占める後期高齢者医療費(老人医療費)の割合は、平成17年度を除き平成2年度以降、一貫して増加し続けています。(図2-9)
- また、どちらも全ての年度において、国民所得に占める国民医療費・後期高齢者医療費(老人医療費)に占める割合を下回っています。(図2-8、図2-9)
- 神奈川県は県民所得及び県民医療費の対3年前伸び率(比)を全国と比較すると、全ての年度において、県民医療費が国民医療費を上回っています。一方、所得は平成8年度までは県民所得が国民所得を上回っていたものの、平成11年度以降は、ほぼ一貫して国民所得が県民所得を上回っています。(図2-10)

図2-8 県民(国民)所得に占める
県民(国民)医療費の割合



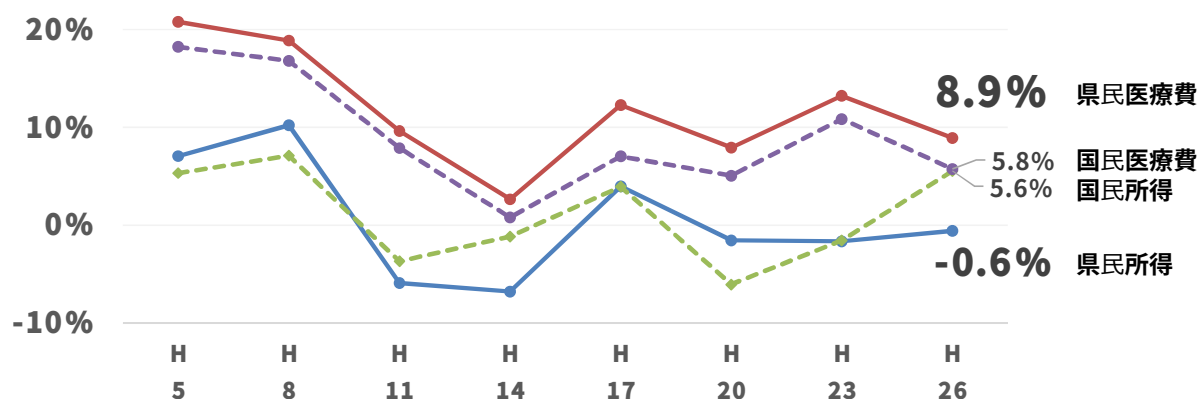
厚生労働省 国民医療費（平成2～26年度）
神奈川県 神奈川県県民経済計算（平成26年度）
内閣府 国民経済計算（平成26年度）

図2-9 県民(国民)所得に占める
後期高齢者(老人)医療費の割合



厚生労働省 老人医療事業年報（平成2～17年度）
厚生労働省 後期高齢者医療事業年報（平成20～26年度）
神奈川県 神奈川県県民経済計算（平成26年度）
内閣府 国民経済計算（平成26年度）

図2-10 県民(国民)所得及び県民(国民)医療費の対3年前比の推移

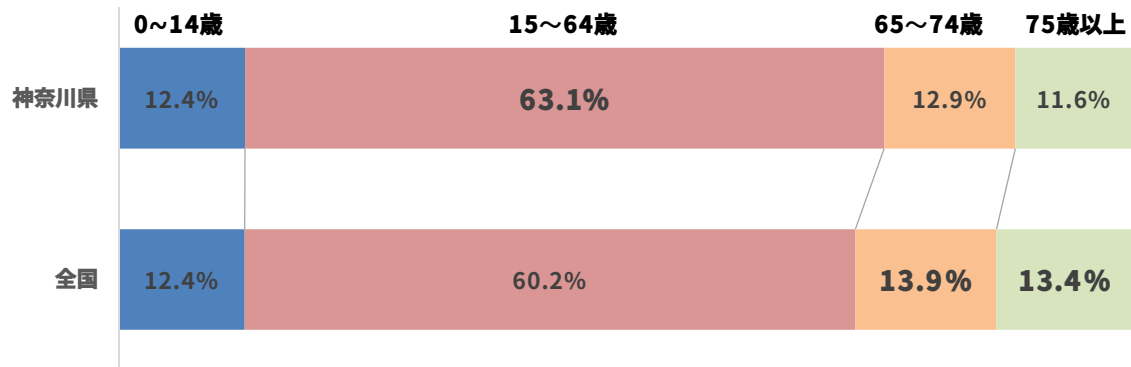


厚生労働省 国民医療費（平成5～26年度）
神奈川県 神奈川県県民経済計算（平成15,21,26年度）

エ 高齢化の見通し

- 神奈川県の平成29年1月の年齢階級別人口は、全国に比べ15～64歳の人口の割合が高く、65歳以上の人口の割合が低くなっています。（図2-11）
- 神奈川県の将来推計人口において、総人口は、年々減少する一方で、75歳以上の人口は、ほぼ一貫して増加し続ける見込みです。（図1-6）
- 神奈川県の高齢者の将来推計人口は、全国と比較すると平成27年以降、75歳以上の人口は全国を上回る勢いで増加し、65～74歳以上の人口についても平成42（2030）年以降、全国を上回る勢いで増加する見込みです。（図1-7）
- 平成37（2025）年の神奈川県の65歳以上の高齢者数は、平成27年の高齢者数に対し1.13倍と全国の1.09倍を上回る伸びと推計されており、伸び率は都道府県比較で高い方から6番目です。（図2-12）

図2-11 年齢階級別人口の割合



総務省 人口推計（平成29年1月）
神奈川県年齢別人口統計調査（平成29年1月）

図1-6 神奈川県の将来推計人口（再掲）

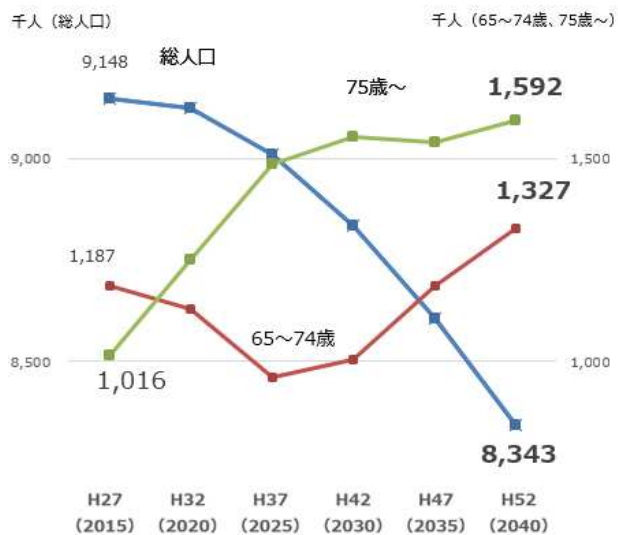
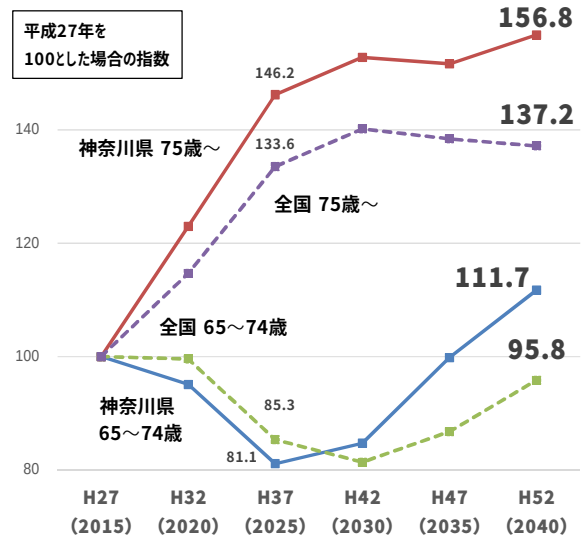
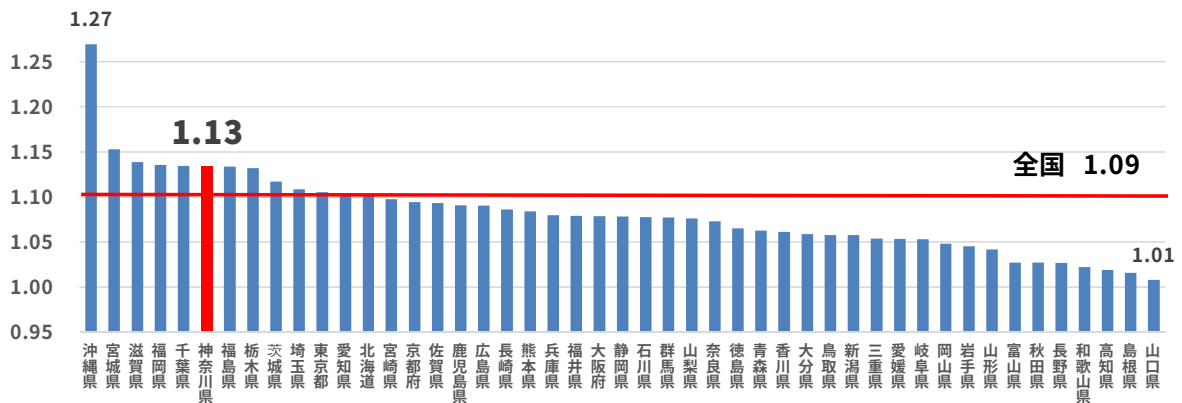


図1-7 神奈川県の高齢者の将来推計人口（再掲）



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（平成25年3月推計）
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成29年推計）

図2-12 平成27(2015)年～平成37(2025)年における都道府県別の高齢者数の伸び率（推計）



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（平成25年3月推計）

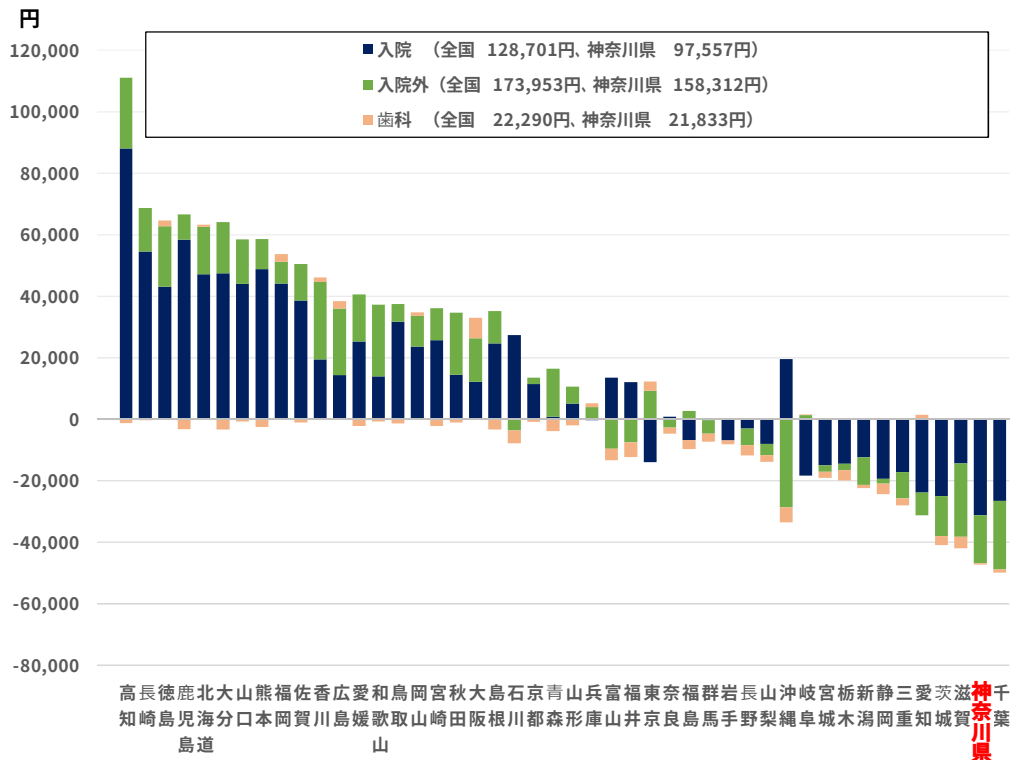
オ 医療費の地域差

(7) 一人当たり概算医療費の地域差

- 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（※1,※2）を見ると、神奈川県は入院、入院外及び歯科の全ての医療費において全国を下回っています。中でも、入院医療費は全国を大きく下回っています。

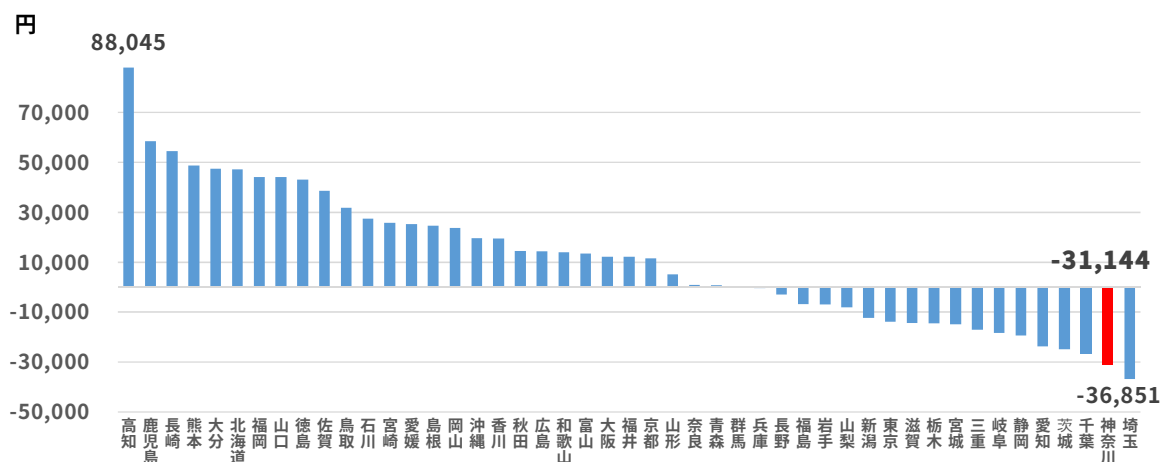
（図2-13～図2-16）

図2-13 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院・入院外・歯科別の全国値に対する差）



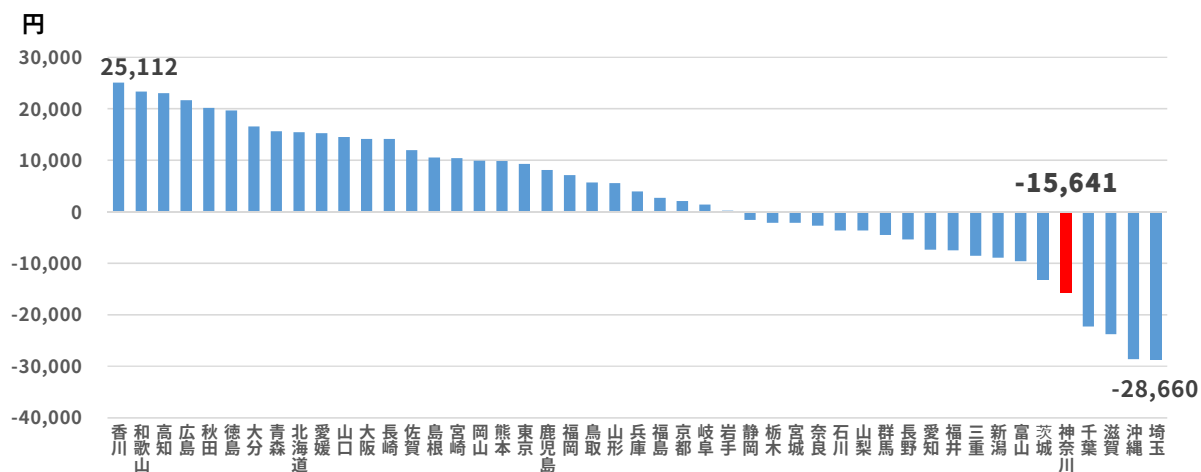
厚生労働省 概算医療費データベース（平成27年度）
総務省 国勢調査（平成27年10月）

図2-14 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院の全国値に対する差）



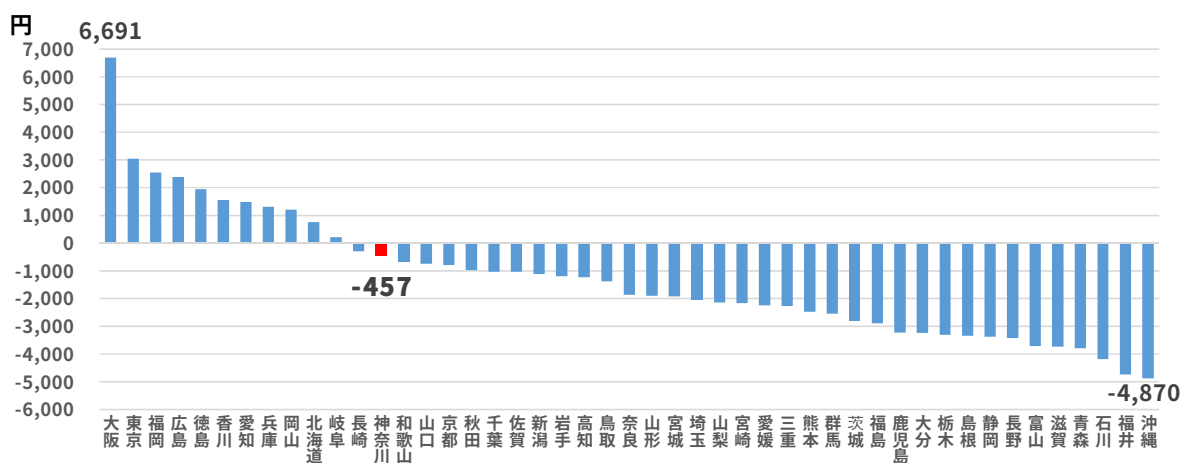
厚生労働省 概算医療費データベース（平成27年度）
総務省 国勢調査（平成27年10月）

図2-15 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差 (入院外の全国値に対する差)



厚生労働省 概算医療費データベース (平成27年度)
総務省 国勢調査 (平成27年10月)

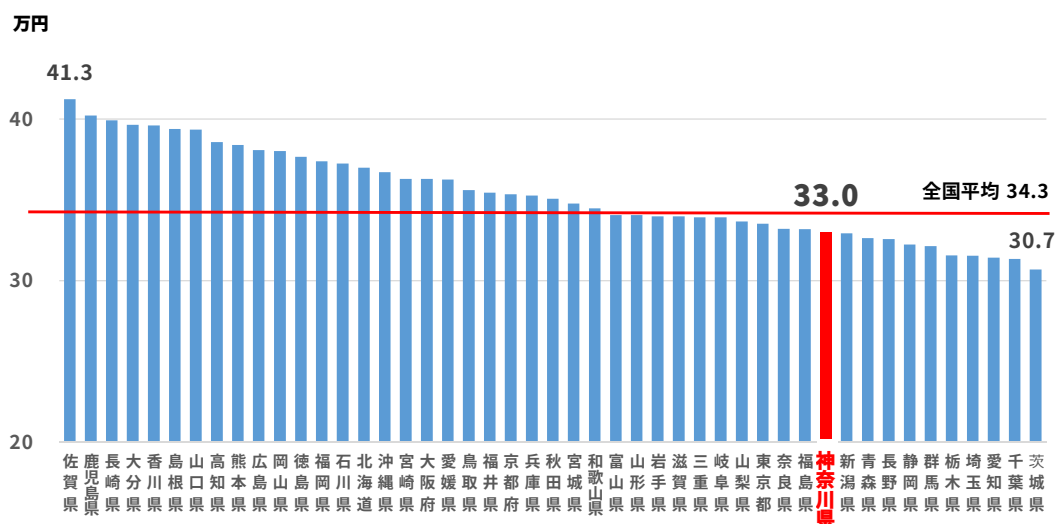
図2-16 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差 (歯科の全国値に対する差)



(1) 国民健康保険*（市町村）における一人当たり医療費*の地域差

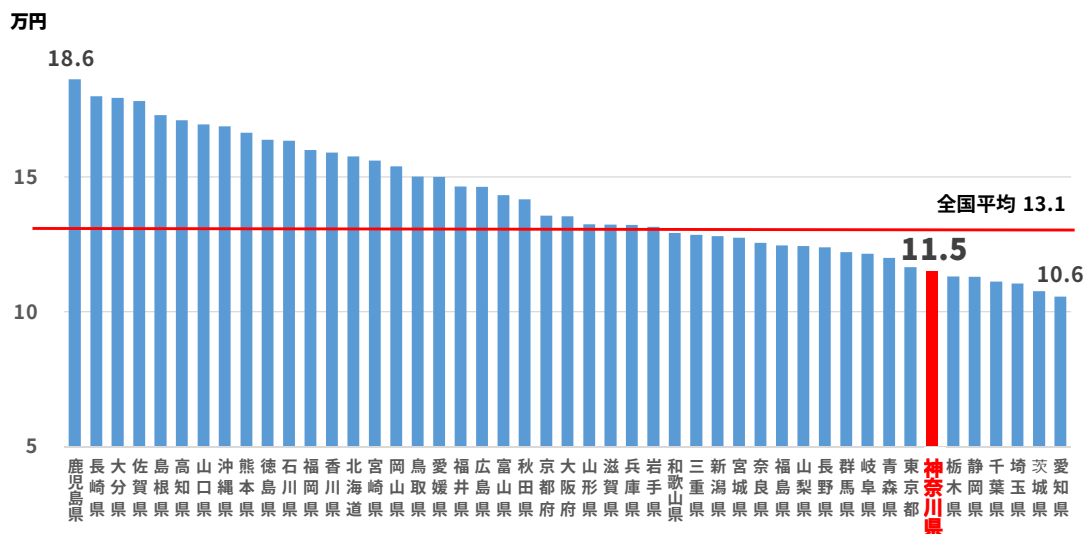
- 国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（※1）を見ると、診療種別全体では神奈川県は全国平均を下回っています。（図2-17）
- 診療種別ごとに見ると、「入院」は全国平均を下回っていますが、「入院外+調剤」及び「歯科」が全国平均を上回っています。（図2-18～図2-20）
- 全国平均を上回っている要因として、「入院外+調剤」では「1日当たり医療費*」が、「歯科」では「受診率*」及び「1日当たり医療費」の影響があります。（図2-21、図2-22）

図2-17 国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（診療種別全体）



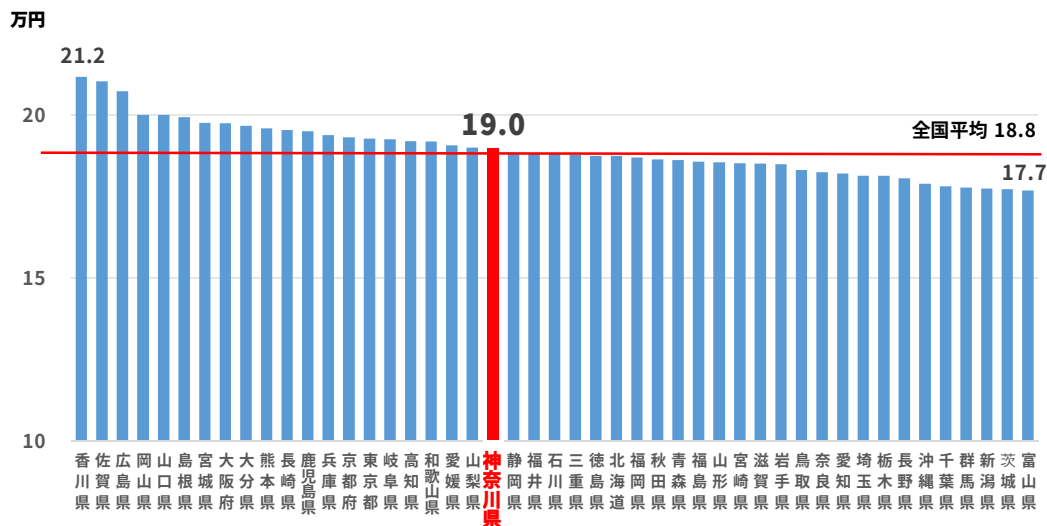
厚生労働省 医療費の地域差分析（平成27年度）

図2-18 国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（入院）



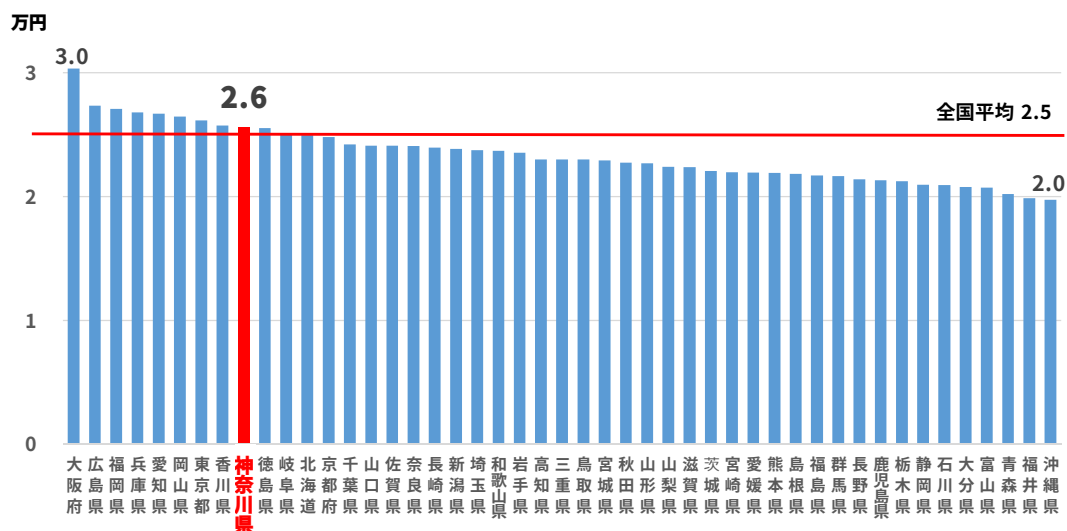
厚生労働省 医療費の地域差分析（平成27年度）

図2-19 国民健康保険(市町村)における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(入院外+調剤)



厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-20 国民健康保険(市町村)における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(歯科)

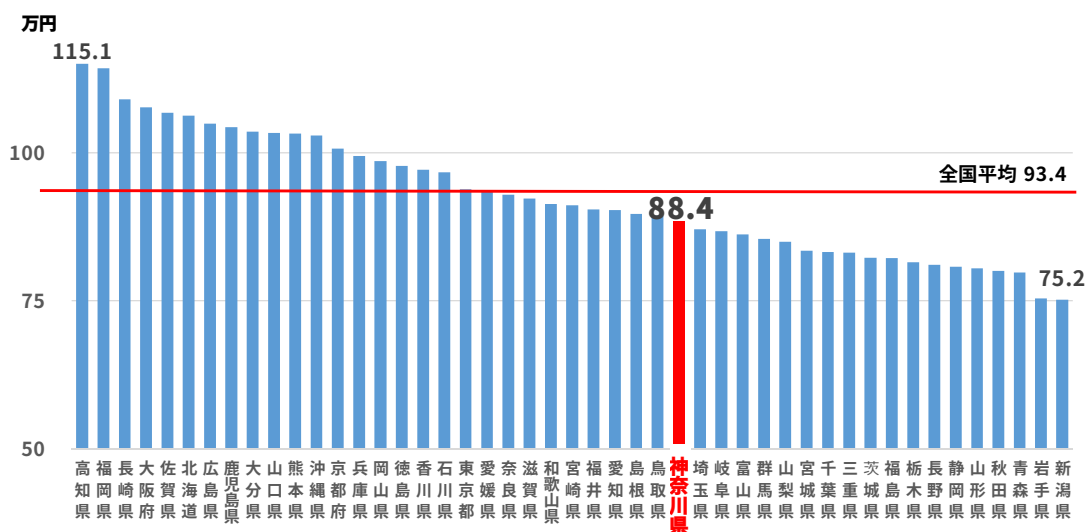


- ※1 年齢調整後医療費とは、都道府県ごとの人口の年齢構成の相違による分を補正した医療費です。
- ※2 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したものです。
- ※3 寄与度とは、あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ全体にどのくらい影響を与えているかを示す指標です。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいほど影響が大きくなっています。
- ※4 医療費の地域差分析は、国民健康保険と後期高齢者医療制度のみ公表されているため、被用者保険分については含まれていません。

(ウ) 後期高齢者医療制度*における一人当たり医療費の地域差

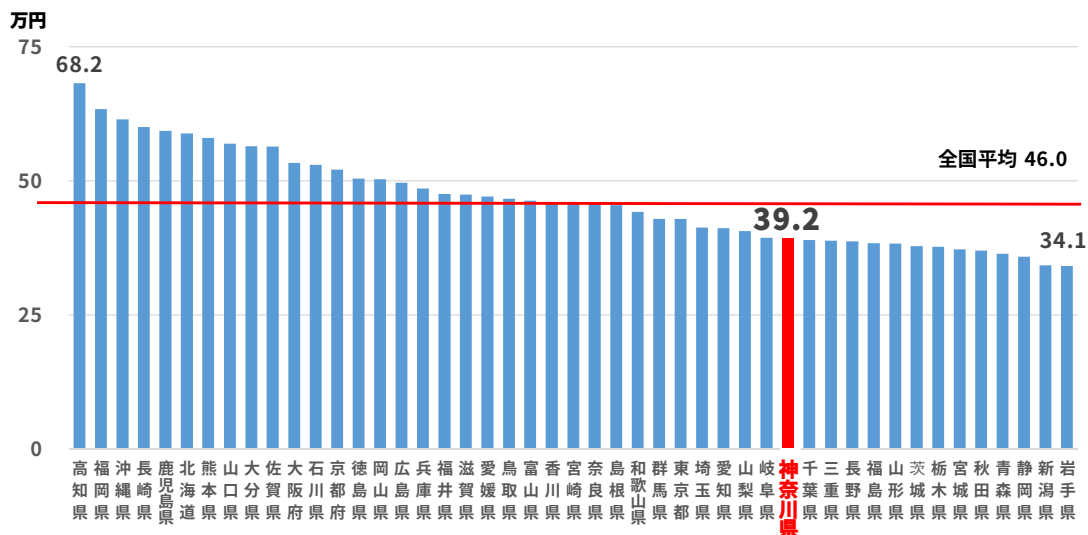
- 後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費^(※1)を見ると、神奈川県は全国平均を下回っています。(図2-23)
- 診療種別ごとに見ると、「入院」は全国を下回っていますが、「入院外+調剤」及び「歯科」は全国平均を上回っています。(図2-24～図2-26)
- 全国平均を上回っている要因として、「入院外+調剤」では「受診率」及び「1日当たり医療費」が、「歯科」では「受診率」の影響があります。(図2-27、図2-28)

図2-23 後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(診療種別全体)



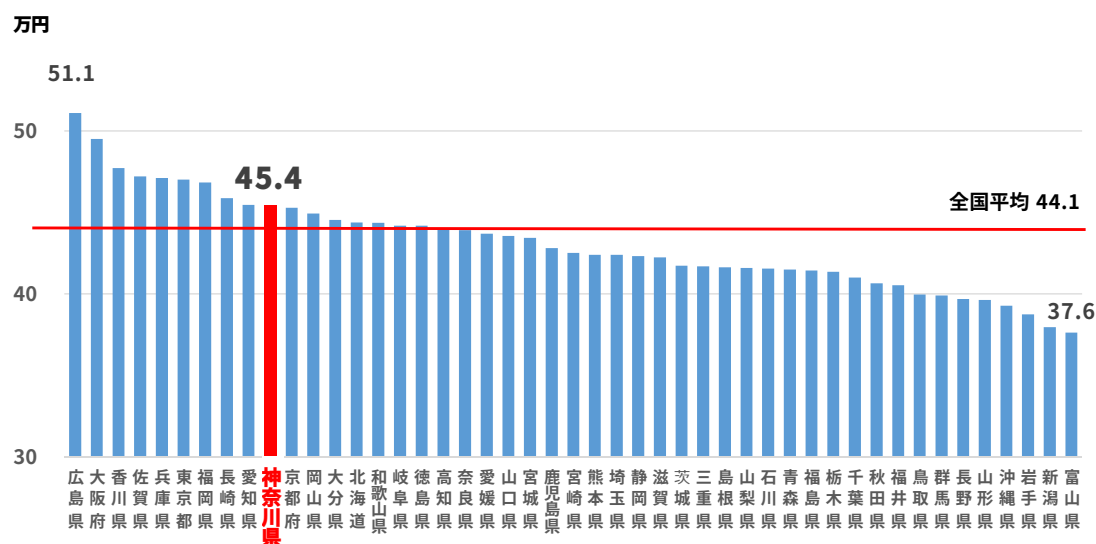
厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-24 後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(入院)



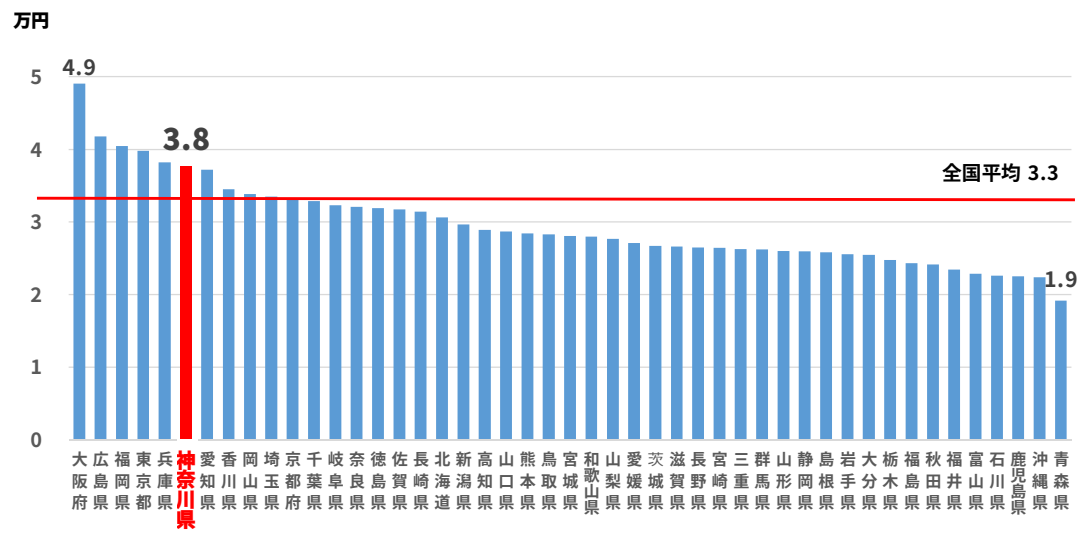
厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-25 後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(入院外+調剤)



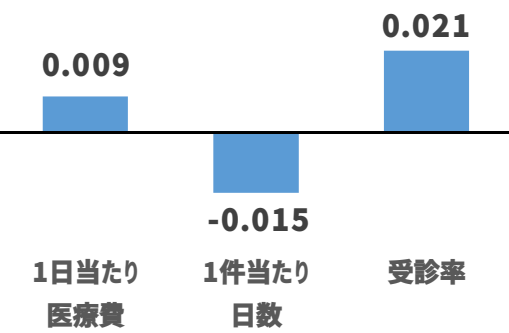
厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-26 後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費(歯科)



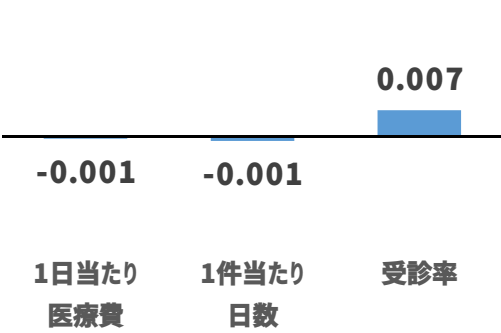
厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-27 後期高齢者医療制度における都道府県別
一人当たり年齢調整後医療費の地域差指数の
三要素別寄与度(入院外+調剤) ※2,※3



厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

図2-28 後期高齢者医療制度における都道府県別
一人当たり年齢調整後医療費の
地域差指数の三要素別寄与度(歯科) ※2,※3



厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

※1 年齢調整後医療費とは、都道府県ごとの人口の年齢構成の相違による分を補正した医療費です。
 ※2 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したものです。
 ※3 寄与度とは、あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ全体にどのくらい影響を与えているかを示す指標です。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいほど影響が大きいです。
 ※4 医療費の地域差分析は、国民健康保険と後期高齢者医療制度のみ公表されているため、被用者保険分については含まれていません。

(2) 健康の保持の推進

ア 生活習慣病*の状況^(※1)

(7) 疾病別医療費の状況

- 平成27年5月診療分の神奈川県国民健康保険及び後期高齢者医療制度における20分類*の疾病別費用額^(※2～5)を見ると、ともに循環器系の疾病が最も高い割合を占めており、全国も同様の傾向です。（図2-29、図2-30）
- また、121分類*の疾病別費用額^(※2～5)を見ると、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全の生活習慣と関連の深い疾病が、全体の5分の1以上を占めており、全国もほぼ同様の傾向です。（図2-31、図2-32）
- 神奈川県の国民健康保険における被保険者*一人当たり費用額の上位5疾病（121分類）を見ると、上位3疾病が、腎不全、糖尿病及び高血圧性疾患と生活習慣病が占めています。中でも腎不全は、他の疾病に比べて高い費用となっています。（図2-33）

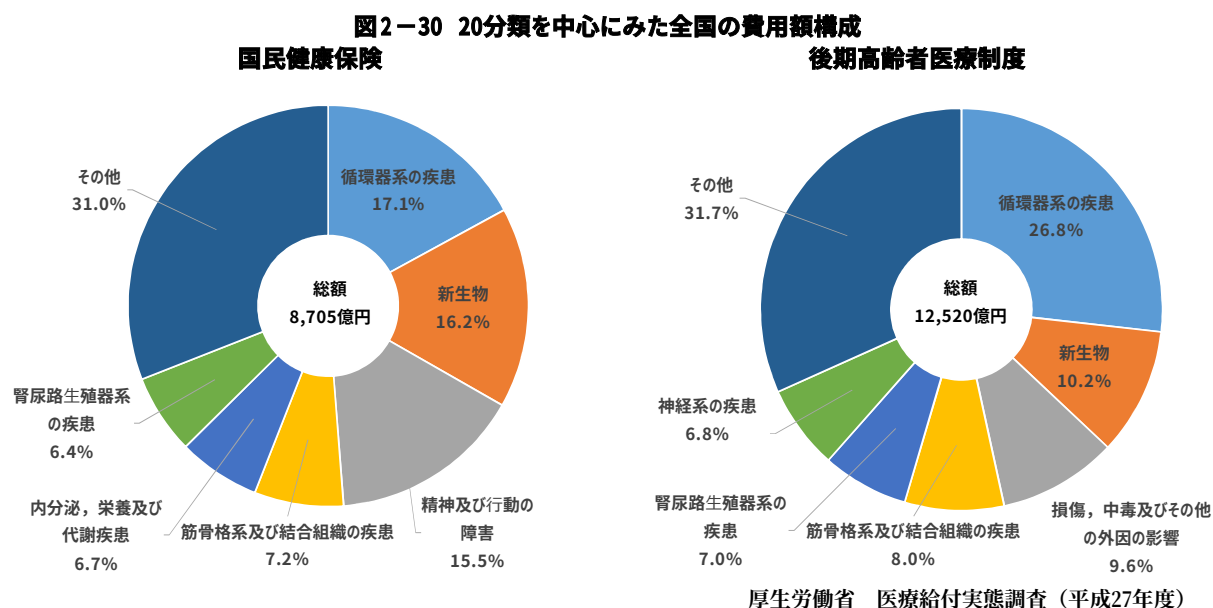
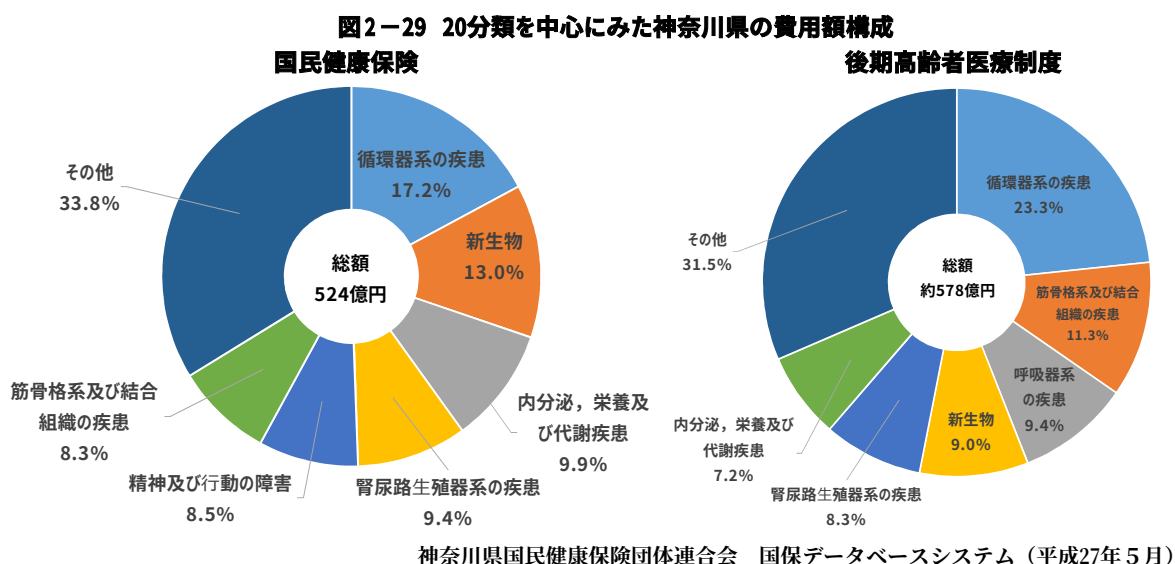
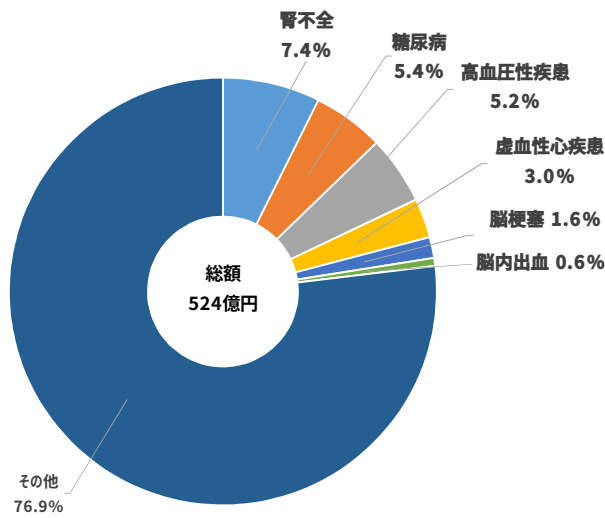
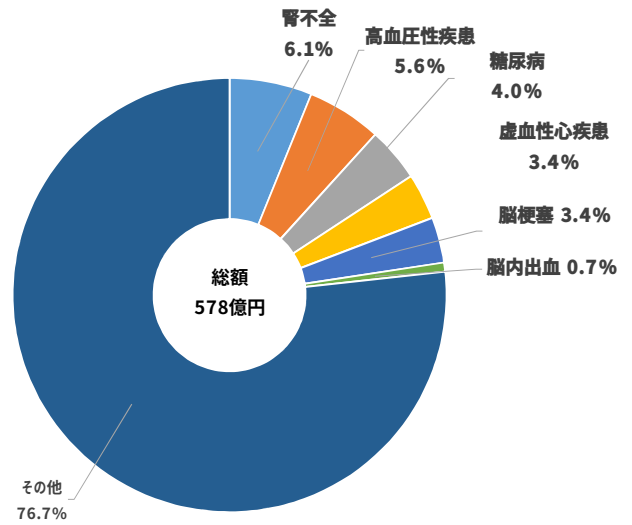


図2-31 121分類を中心にした神奈川県費用額構成

国民健康保険



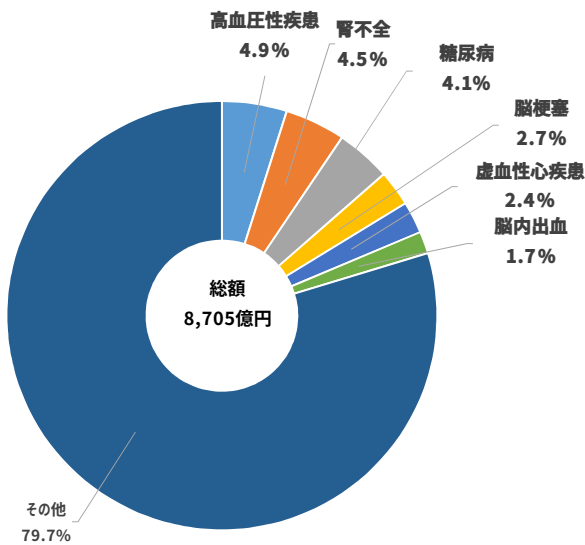
後期高齢者医療制度



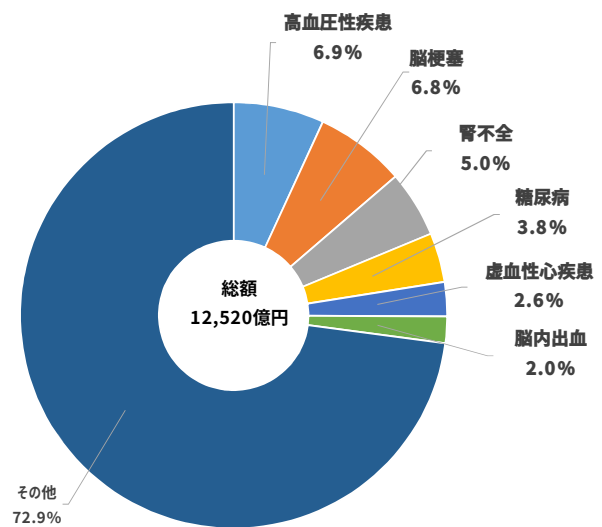
神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

図2-32 121分類を中心にした全国の費用額構成

国民健康保険

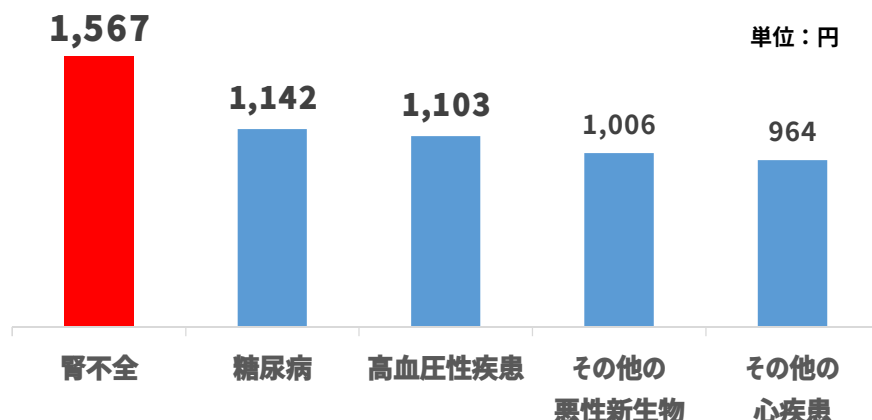


後期高齢者医療制度



厚生労働省 医療給付実態調査（平成27年度）

図2-33 神奈川県国民健康保険における一人当たり費用額の上位5疾病(121分類)



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成27年5月)

- ※1 ここでは生活習慣と関連の深い疾病として、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全を中心に分析します。これらの疾病は以下「生活習慣病」という表現をします。これらの疾病は生活習慣が原因でない場合もありますが、各統計データにおいて除外することはできないため、生活習慣が原因でない場合も当該疾患の数値に含まれていることに留意する必要があります。
- ※2 疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されていません。このため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数や医療費において低い集計値となる可能性があります。
- ※3 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムでは、歯科の医療費を集計していないため、歯科の医療費は含まれていません。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は、歯科医療費が含まれた数値になります。
- また、国保データベースシステムでは、レセプトデータから最も医療資源を要した傷病名を当該レセプトの費用として計上しているのに対し、医療給付実態調査はレセプトに記載されている主傷病のうち一番上に記載されている疾病を当該レセプトの費用として計上しています。そのため、図2-29と図2-30、図2-31と図2-32は一概に比較できないことに留意する必要があります。
- ※4 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムは、平成27年5月のレセプトを集計したデータを用いています。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は12か月分のデータを用いています。そのため、神奈川県のデータにあわせるため、国の数値は医療給付実態調査における値を12か月で割った数値を用いています。
- ※5 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。

(1) 生活習慣病の費用額^(※)

- 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の医療費は、平成 20 年 5 月診療分と平成 26 年 5 月診療分を比較すると、約 6 億円増加しています。（図 2－34）
- また、生活習慣病の一人当たりの医療費を見ると、平成 20 年から平成 26 年にかけて、ほぼ一貫して増加しています。（図 2－35）
- 後期高齢者医療制度における生活習慣病の医療費は、平成 23 年から平成 26 年にかけて、一貫して増加しています。（図 2－36）
- 国民健康保険における生活習慣病の医療費の構成は、平成 20 年から平成 26 年にかけて、他の疾患と比べて、高血圧性疾患が減少する一方で、腎不全が増加しています。（図 2－37）
- 国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費は、ほぼ一貫して年齢が上がると増加し、全ての年齢階級で腎不全が最も高くなっています。（図 2－38）
- 国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一件当たり医療費は、全ての年齢階級で腎不全が 300,000 円以上となっています。（図 2－39）

図 2－34 神奈川県国民健康保険における
生活習慣病の医療費の推移

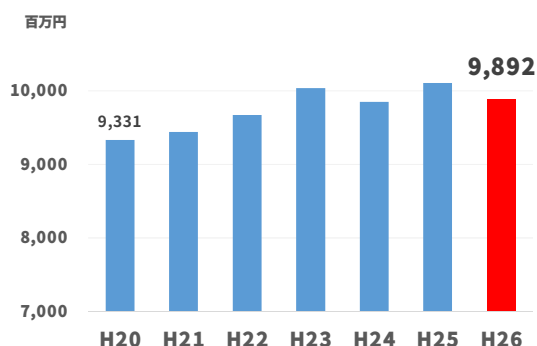
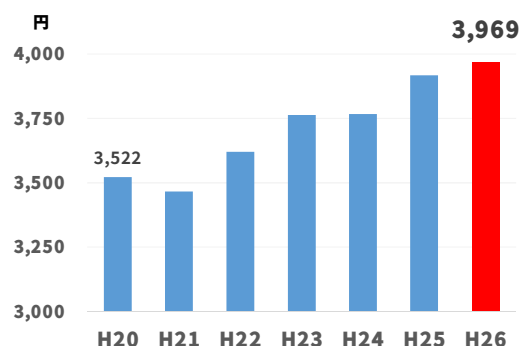
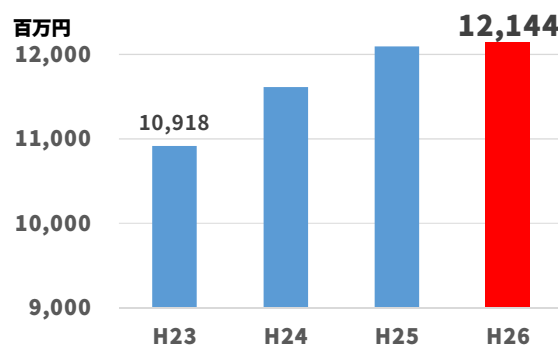


図 2－35 神奈川県国民健康保険における
生活習慣病の一人当たり医療費の推移



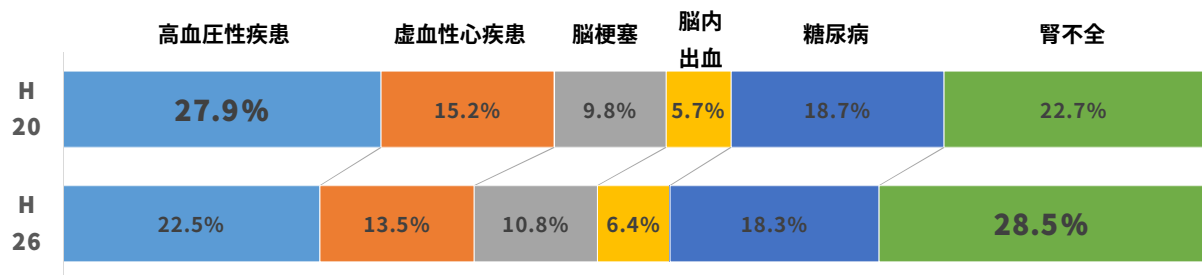
神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20～23年の各年の5月）
神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成24～26年の各年の5月）

図 2－36 神奈川県の後期高齢者医療制度における生活習慣病の医療費の推移



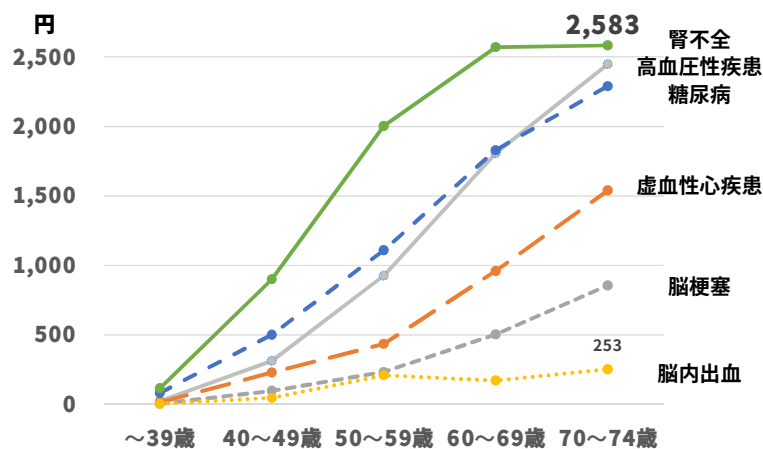
神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム（平成23～26年の各年の5月）

図2-37 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の医療費の構成比推移



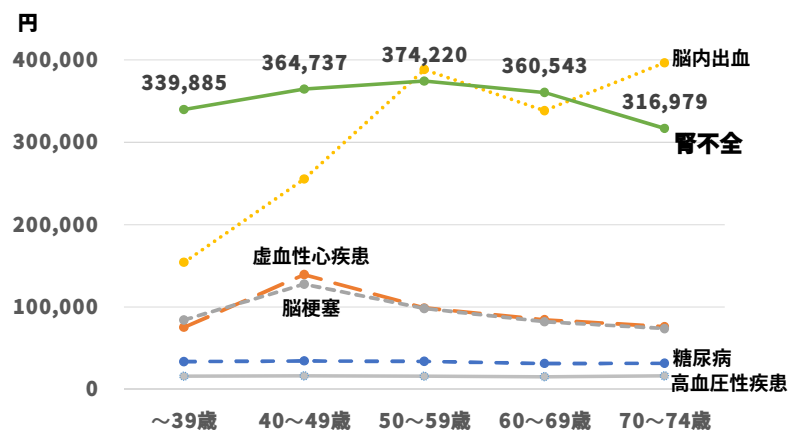
神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20年5月）
 神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成26年5月）

図2-38 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

図2-39 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別1件当たり医療費



レセプト件数（件）	高血圧性疾患	1,118	6,064	15,534	81,402	65,970
	虚血性心疾患	146	529	1,188	7,947	8,947
	脳梗塞	48	245	642	4,290	5,131
	脳内出血	25	59	146	357	283
	糖尿病	1,768	4,634	8,771	40,670	31,902
	腎不全	251	792	1,445	4,997	3,612

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

※ 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。

(ウ) 生活習慣病の総患者数*

- 平成26年の生活習慣病の人口10万人当たりの都道府県別総患者数を見ると、神奈川県は全国で低い方から8番目です。（図2－40）
- 神奈川県の生活習慣病の総患者数は、平成11年から平成17年にかけて減少していましたが、平成20年以降は増加し続けています。平成26年は、94万3,000人に達し、平成11年と比較し、約1.4倍に増加しています。（図2－41）
- 生活習慣病について神奈川県の人口10万人当たりの生活習慣病の総患者数を年齢階級別に見ると、年齢が上がると増加する傾向があり、全ての年齢において高血圧性疾患が最も高い割合を占めています。（図2－42）

図2－40 生活習慣病の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）

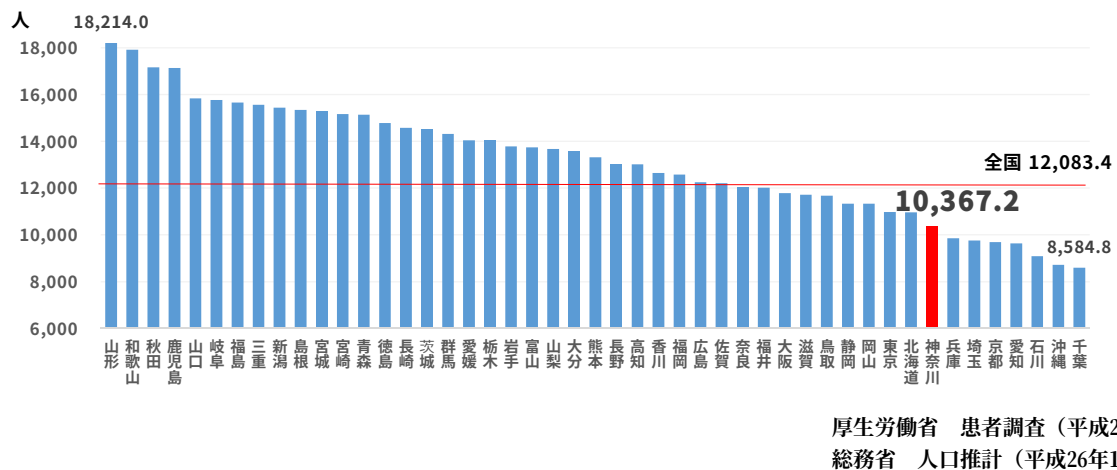
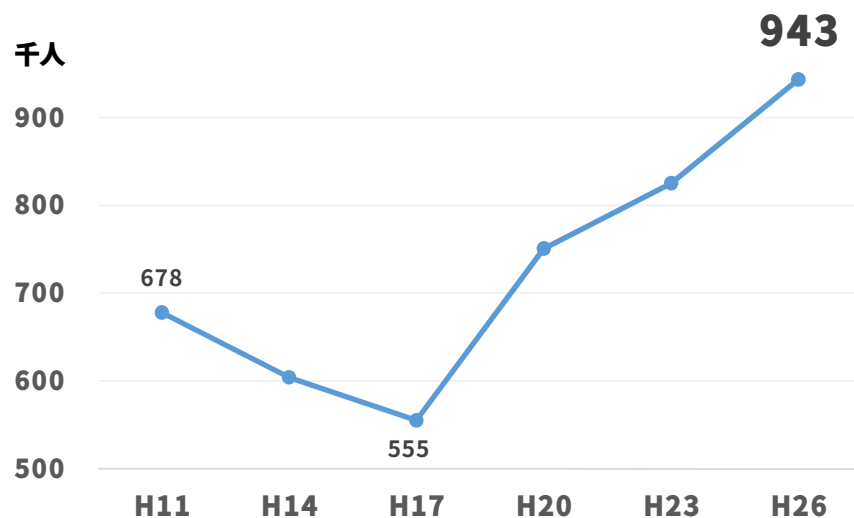
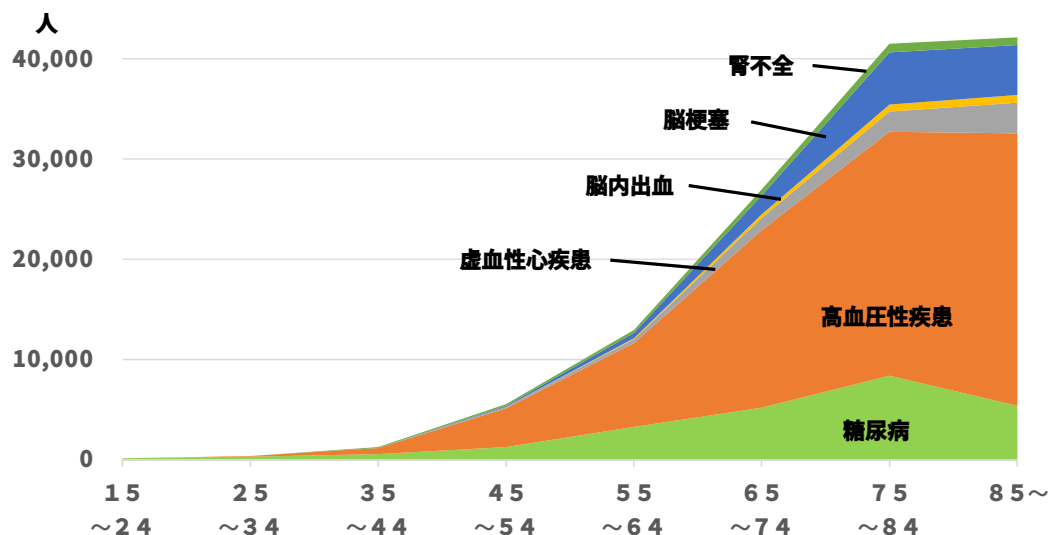


図2－41 神奈川県の生活習慣病の総患者数の推移



厚生労働省 患者調査（平成11～26年）

図2-42 神奈川県の人10万人当たりの生活習慣病の年齢階級別総患者数



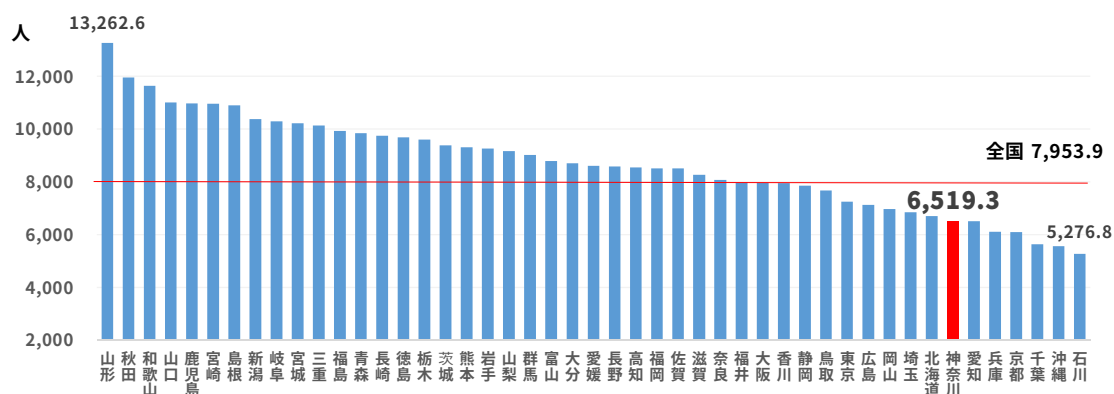
厚生労働省 患者調査（平成26年）
総務省 人口推計（平成26年10月）

(I) 生活習慣病の疾病別総患者数

- 平成26年の生活習慣病の人口10万人当たりの疾病別総患者数を見ると、神奈川県は高血圧性疾患、虚血性心疾患、糖尿病、腎不全の総患者数が全国を下回っていますが、脳梗塞と脳内出血の総患者数が全国を上回っています。（図2-43～図2-48）

疾病名	順位	神奈川県	全国値
高血圧性疾患	少ない方から7番目	6,519.3人	7,953.9人
虚血性心疾患	少ない方から6番目	472.7人	613.0人
脳梗塞	高い方から17番目	846.5人	676.7人
脳内出血	高い方から15番目	142.9人	108.6人
糖尿病	少ない方から6番目	2,154.8人	2,491.3人
腎不全	少ない方から20番目	230.9人	240.0人

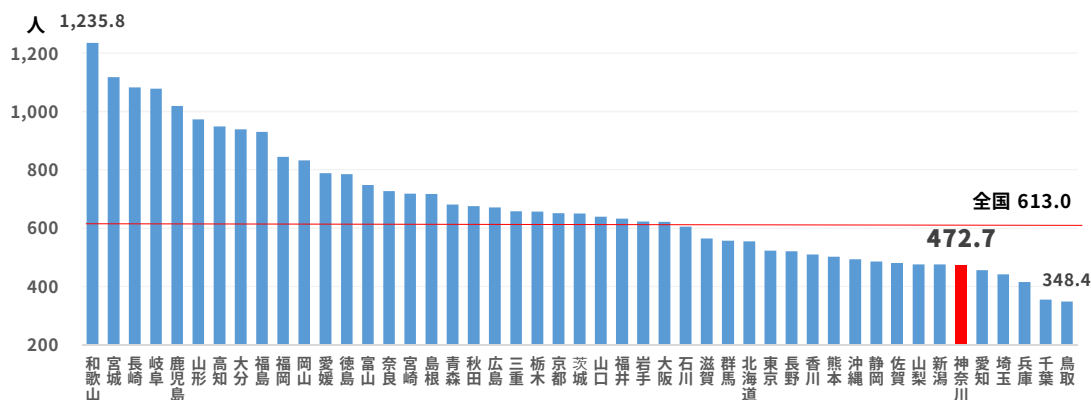
図2-43 高血圧性疾患の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省 患者調査（平成26年）

総務省 人口推計（平成26年10月）

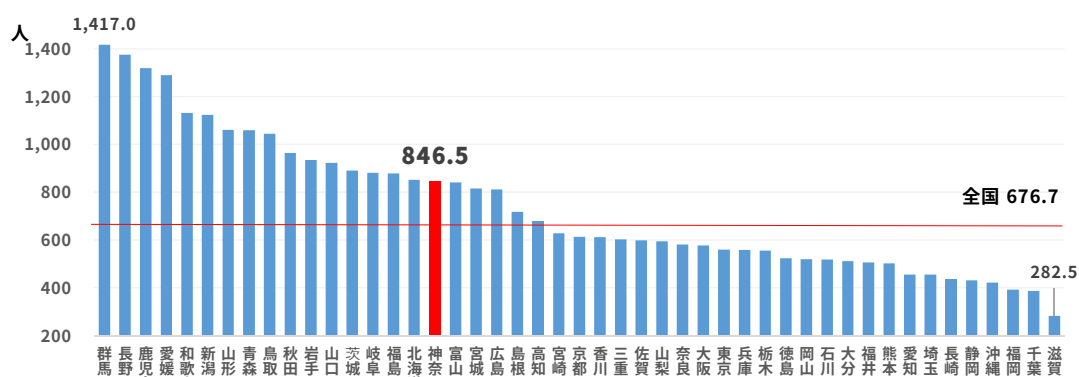
図2-44 虚血性心疾患の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省 患者調査（平成26年）

総務省 人口推計（平成26年10月）

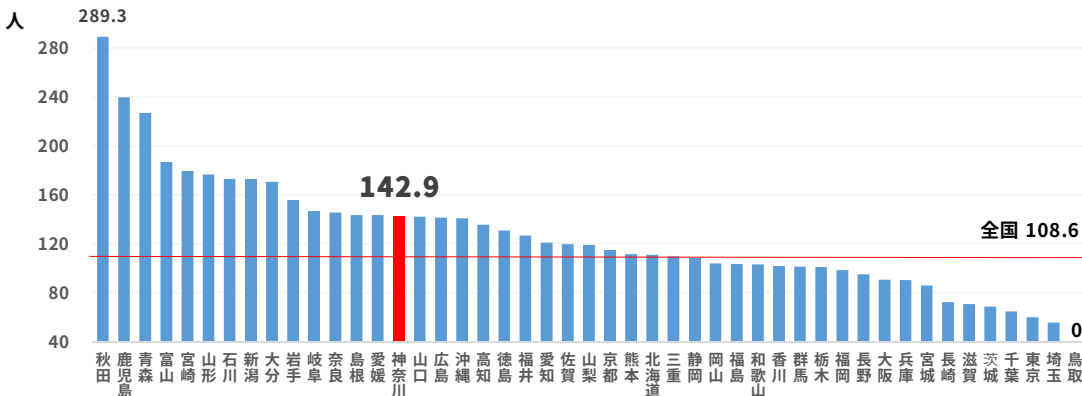
図2-45 脳梗塞の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省 患者調査（平成26年）

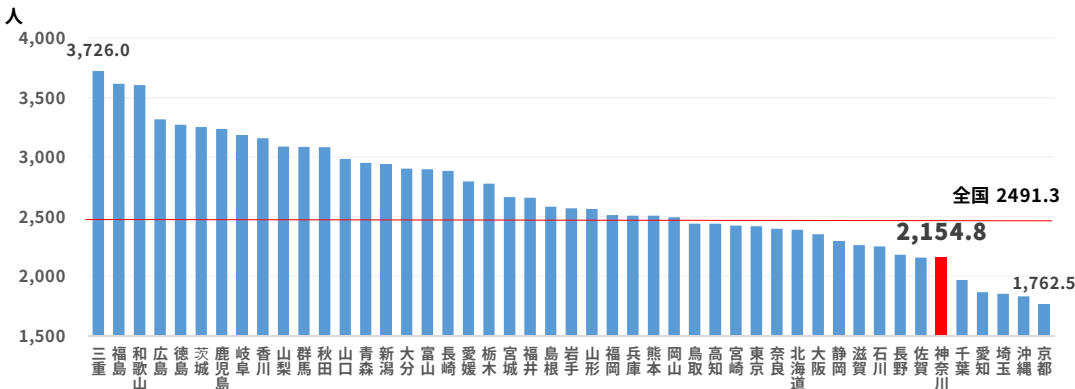
総務省 人口推計（平成26年10月）

図2-46 脳内出血の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



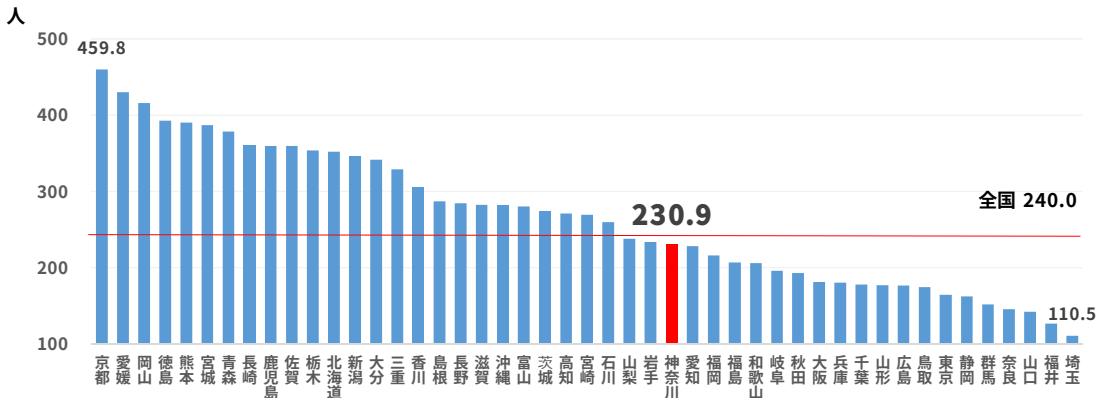
厚生労働省 患者調査（平成26年）
総務省 人口推計（平成26年10月）

図2-47 糖尿病の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省 患者調査（平成26年）
総務省 人口推計（平成26年10月）

図2-48 腎不全の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



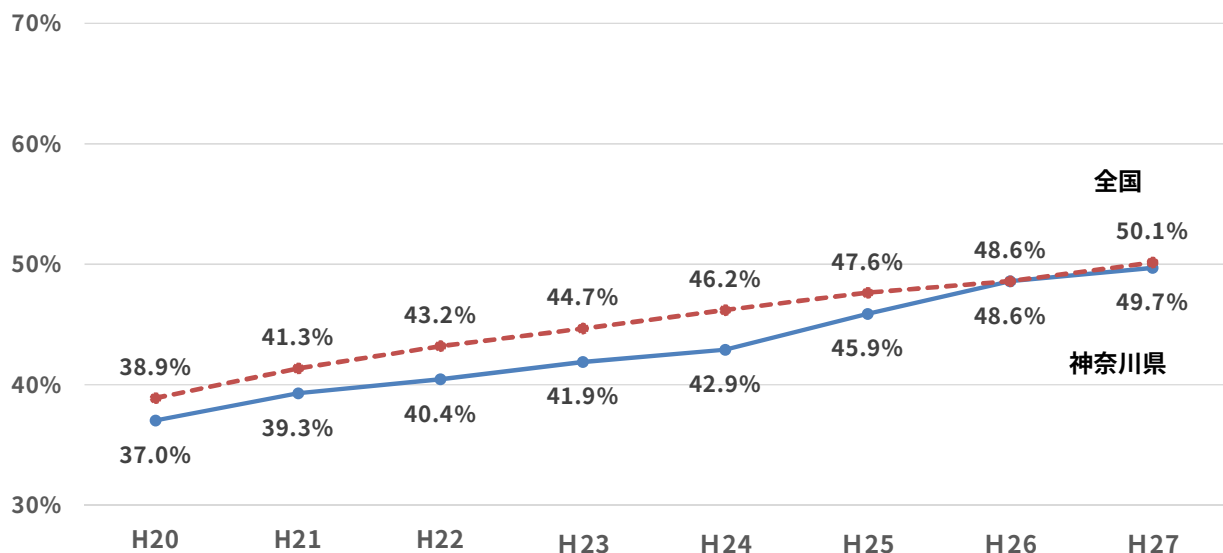
厚生労働省 患者調査（平成26年）
総務省 人口推計（平成26年10月）

イ 特定健康診査・特定保健指導の状況

(7) 特定健康診査の実施状況

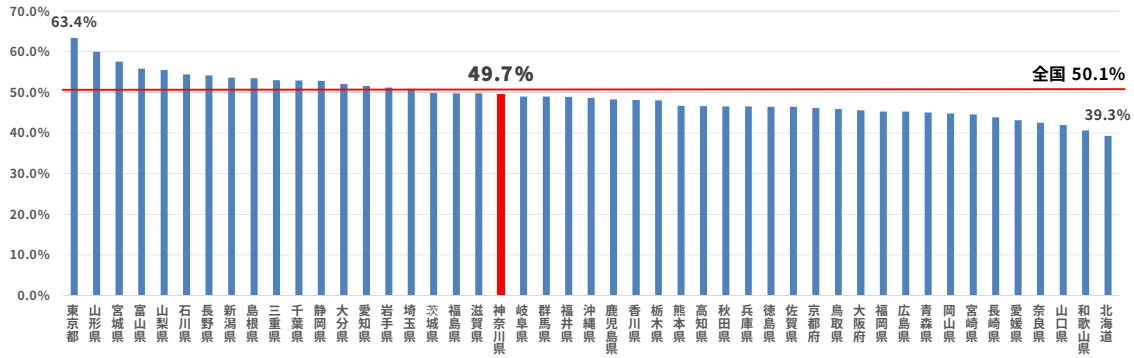
- 神奈川県の特健康診査の実施率は、平成20年度から平成27年度にかけて一貫して増加しています。平成25年度までは全国を下回っていましたが、平成27年度は49.7%になり全国とほぼ同値になり、全国で20番目になりました。（図2-49、図2-50）
- 実施率を性・年齢階級別^(※1)に見ると、64歳までは男性が女性を上回っていますが、65歳以上になるとほぼ同値となり（男性32.8%、女性33.2%）、70歳以上になると、女性が男性を上回ります。（図2-51）
- 県内保険者別の性・年齢階級別の実施率では、市町村国保を除く全保険者で全年齢を通じて男性が高く、市町村国保で全年齢を通じて女性が高くなっており、男女の乖離幅は市町村国保を除く全保険者の方が大きくなっています。（図2-52）
- 県内保険者別の実施率は、その他^(※2)が最も高く、市町村国保が最も低くなっています。（図2-53）
- 市町村国保の規模別実施率^(※3)は、中規模の市町村国保が33.2%で最も高く、大規模の市町村国保が23.3%で最も低くなっています。（図2-54）
- 国民健康保険における市町村別実施率を見ると、最も高い市町村が44.9%、最も低い市町村が21.4%で、23.5%の開きがあります。（図2-55）

図2-49 特定健康診査の実施率推移



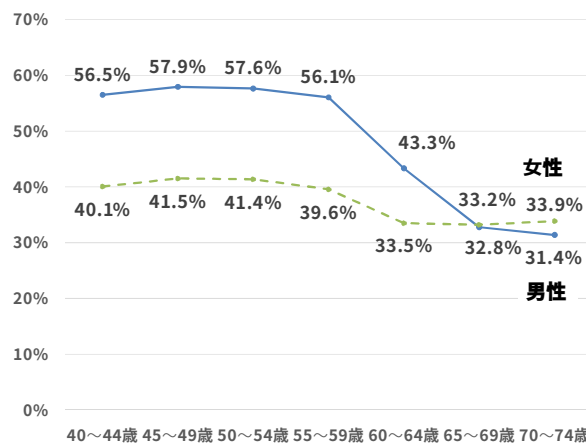
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成20～27年度）
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について（平成20～27年度）

図2-50 特定健康診査の都道府県別実施率



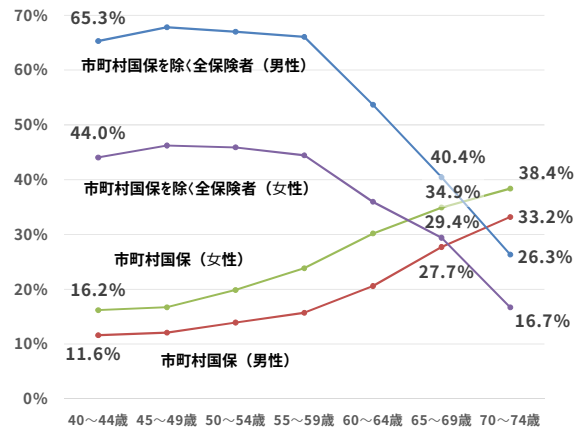
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

図2-51 神奈川県の特健康診査の性・年齢階級別の実施率



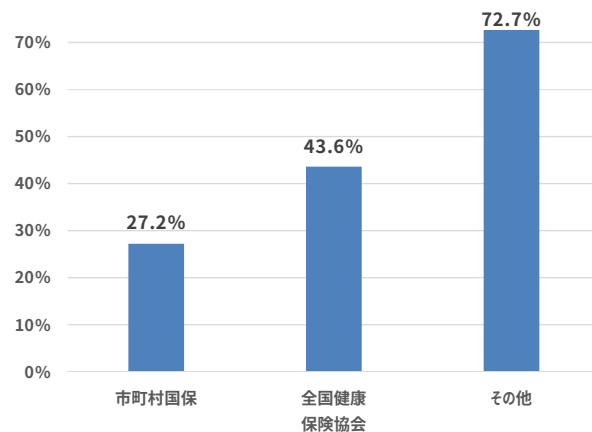
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）

図2-52 神奈川県保険者別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率



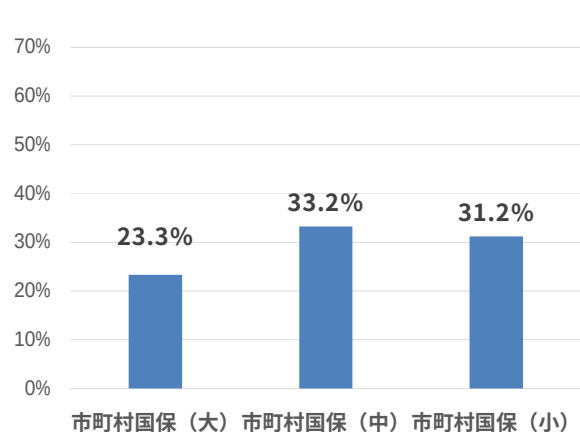
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）
神奈川県法定報告（平成27年度）

図2-53 神奈川県保険者別の特定健康診査の実施率



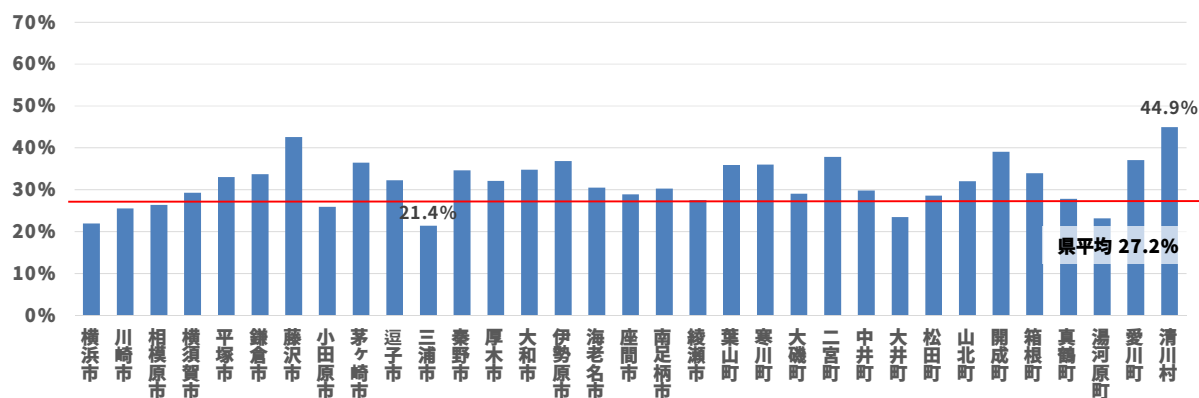
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）

図2-54 神奈川県市町村国民健康保険における規模別の特定健康診査実施率



神奈川県法定報告（平成27年度）

図2-55 国民健康保険における市町村別特定健康診査の実施率



神奈川県法定報告（平成27年度）

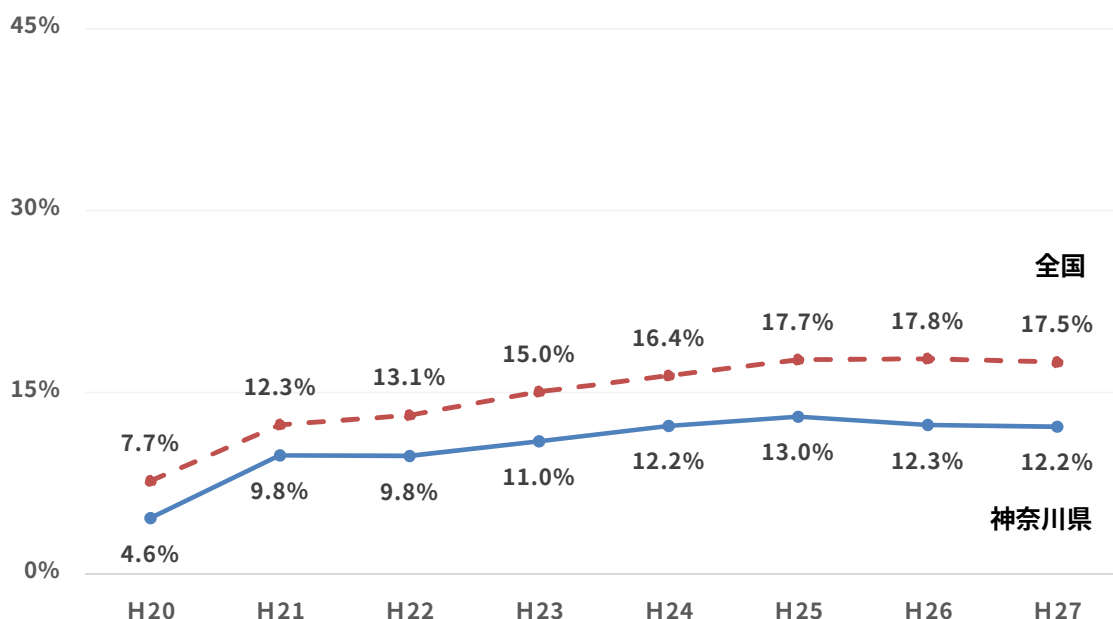
- ※1 対象者については、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」に性・年齢階級別の特定健康診査対象者数が公表されていないことから、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」における人口を対象者として代用しているため留意が必要です。
- ※2 「その他」は、国民健康保険組合、共済組合、健康保険組合、船員保険*の計になります。
- ※3 各市町村国保の特定健康診査対象者数に応じた規模別に集計したもので、分類は次のとおりです。
- 「大」：特定健康診査対象者数が10万人以上の保険者
- 「中」：特定健康診査対象者数が5千人以上10万人未満の保険者
- 「小」：特定健康診査対象者数が5千人未満の保険者

(1) 特定保健指導の実施状況

- 神奈川県の特設保健指導の実施率は、平成20年度から平成25年度にかけてほぼ一貫して増加していましたが、平成26年度から減少しています。また、平成20年度から平成27年度までの全ての年度において全国を下回っており、平成27年度の実施率は12.2%で、全国で最も低くなっています。（図2-56、図2-57）
- 実施率を性・年齢階級別に見ると、59歳までは男性が女性を上回っていますが、60歳～64歳ではほぼ同値となり、65歳以上になると、女性が男性を上回ります。（図2-58）
- 県内保険者別の性・年齢階級別の実施率では、市町村国保を除く全保険者は全年齢を通じて男性が高く、市町村国保では全年齢を通じて女性が高くなっています。また、54歳までは男女ともに、市町村国保を除く全保険者が市町村国保を上回っていますが、55歳以降はその乖離幅が少なくなり、65歳以上になると市町村国保が市町村国保を除く全保険者を上回ります。（図2-59）
- 県内保険者別の実施率は、その他^(※1)が最も高く、全国健康保険協会が最も低くなっています。（図2-60）
- 市町村国保の規模別実施率^(※2)は、規模が小さくなるほど実施率が高く、小規模の市町村国保が32.9%、大規模の市町村国保が8.3%で、約4倍の差があります。（図2-61）

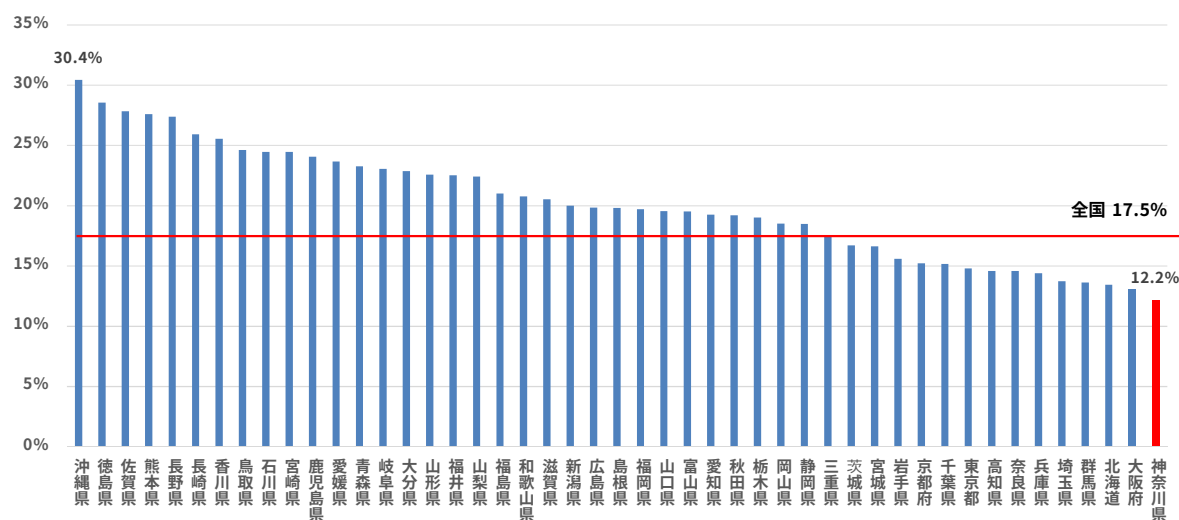
- 国民健康保険における市町村別実施率を見ると、最も高い市町村が82.4%、最も低い市町村が5.0%で、77.4%の開きがあります。（図2-62）

図2-56 特定保健指導の実施率推移



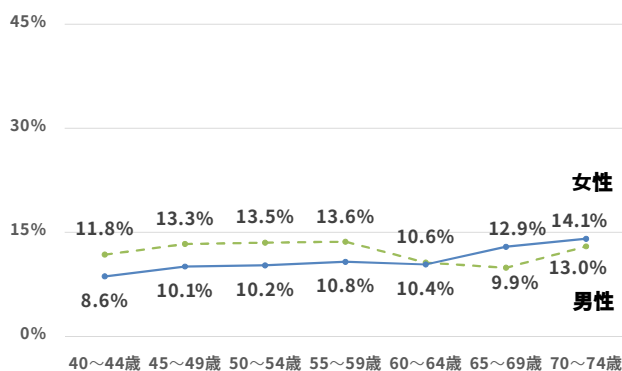
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成20～27年度）
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について（平成20～27年度）

図2-57 特定保健指導の都道府県別実施率



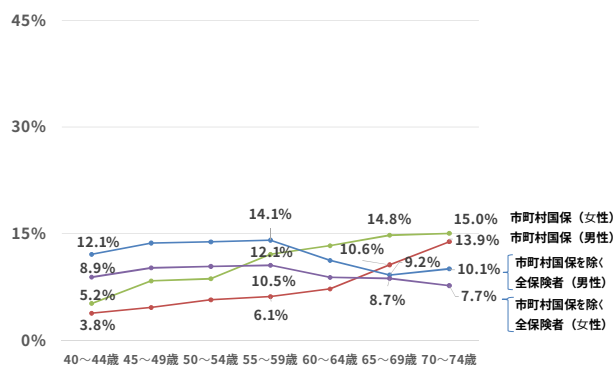
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

図2-58 神奈川県の特定保健指導の性・年齢別の実施率



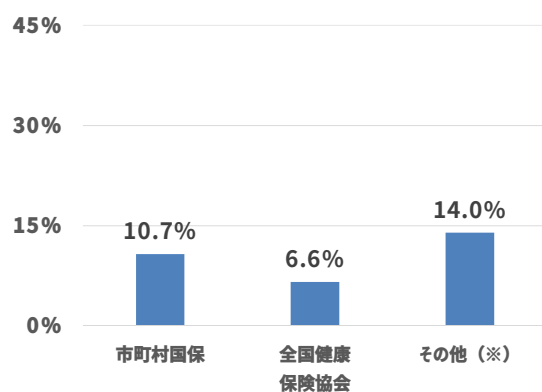
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

図2-59 神奈川県保険者別 性・年齢別の特定保健指導の実施率



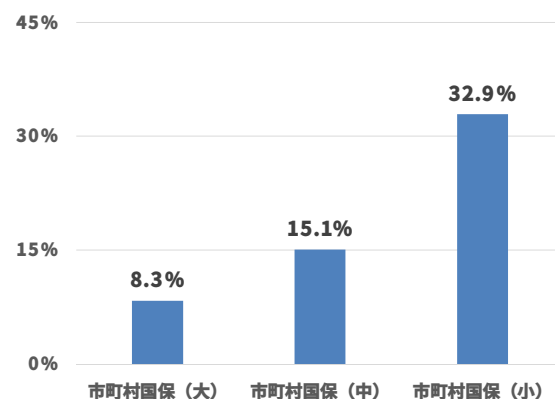
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

図2-60 神奈川県保険者別の特定保健指導の実施率



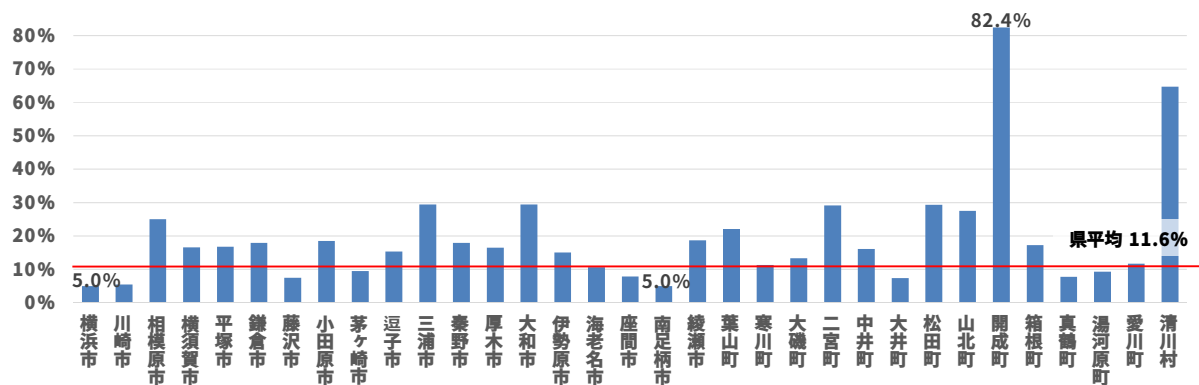
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

図2-61 神奈川県市町村国民健康保険における規模別の特定保健指導実施率



神奈川県法定報告（平成27年度）

図2-62 国民健康保険における市町村別特定保健指導の実施率



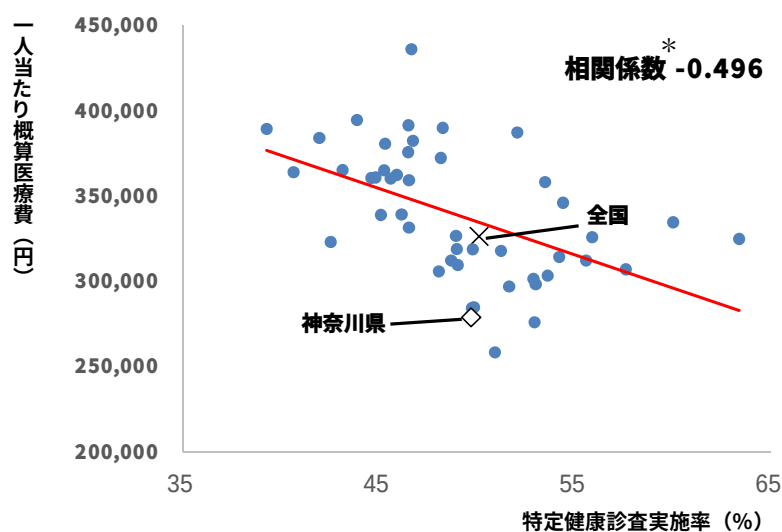
神奈川県法定報告（平成27年度）

- ※1 「その他」は、国民健康保険組合、共済組合、健康保険組合、船員保険の計になります。
- ※2 各市町村国保の特定健康診査対象者数に応じた規模別に集計したもので、分類は次のとおりです。
- 「大」：特定健康診査対象者数が10万人以上の保険者
- 「中」：特定健康診査対象者数が5千人以上10万人未満の保険者
- 「小」：特定健康診査対象者数が5千人未満の保険者

(ウ) 特定健康診査・特定保健指導と医療費の関係

- 平成27年度の概算医療費について、特定健康診査実施率と一人当たり概算医療費の関係を都道府県別で比較すると、特定健康診査実施率が高いほど、一人当たり概算医療費が低くなる傾向が見られます。（図2-63）
- また、国が実施した特定健康診査・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループでは、特定保健指導について積極的支援*をした場合に、不参加者と比較すると1人当たり入院外医療費及び外来受診率について低くなることが報告されています。

図2-63 特定健康診査実施率と一人当たり概算医療費の関係

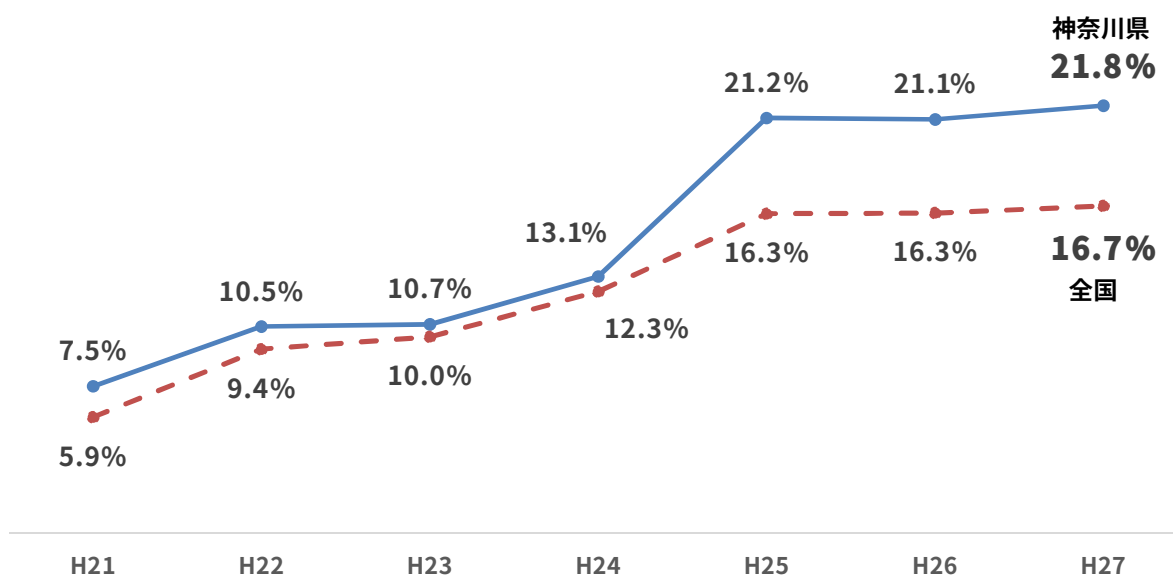


厚生労働省 概算医療費データベース（平成27年度）
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
 総務省 国勢調査（平成27年10月）

ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の状況

- 神奈川県メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率（平成20年度比）は、平成21年度からほぼ一貫して増加し続けており、全ての年度において全国を上回っています。（図2－64）

図2－64 特定保健指導対象者の減少率(平成20年度比)の推移



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成21～27年度）

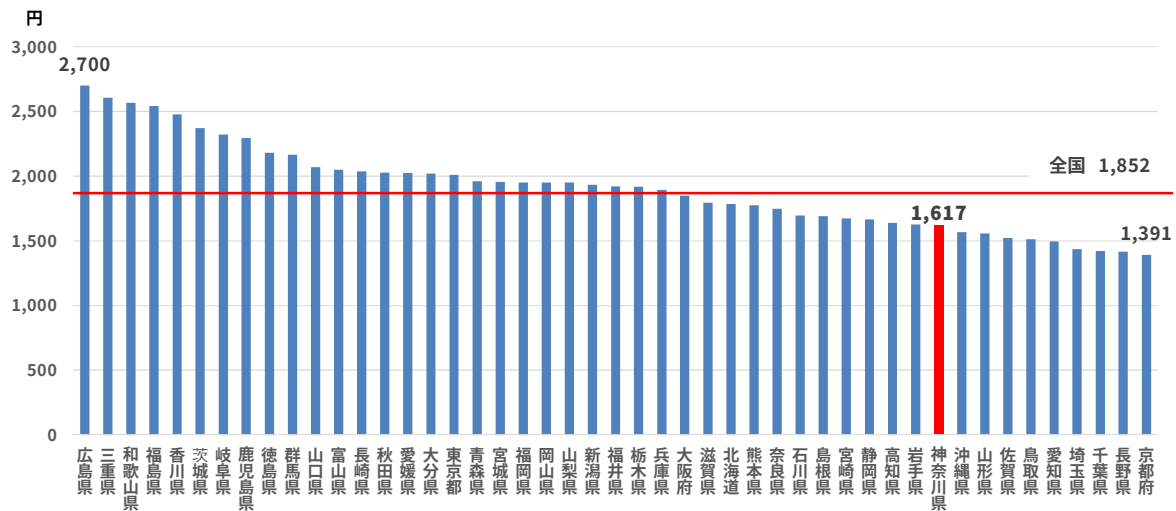
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成20～27年）

エ 糖尿病の状況

(7) 糖尿病の医療費

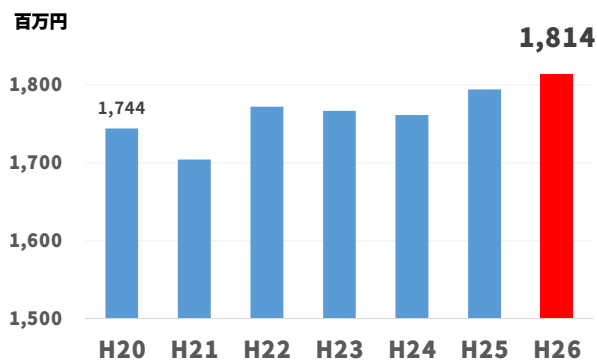
- 糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費を見ると、神奈川県は1,617円で、全国の1,852円を下回っており、低い方から10番目です。（図2-65）
- 神奈川県の国民健康保険における糖尿病の医療費は、平成20年から平成26年の5月診療分を見ると、減少している年はあるものの、増加傾向にあります。（図2-66）
- 神奈川県の後期高齢者医療制度における糖尿病の医療費は、平成23年から平成26年にかけて一貫して増加しています。（図2-67）

図2-65 糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費（平成25年10月診療分）



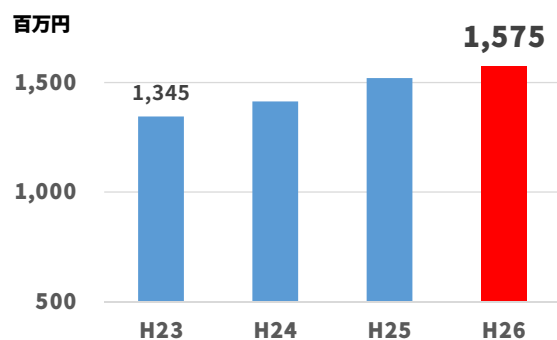
厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

図2-66 神奈川県の国民健康保険における糖尿病の医療費の推移



神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況
（平成20～23年の各年の5月）
神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム
（平成24～26年の各年の5月）

図2-67 神奈川県の後期高齢者医療制度における糖尿病の医療費の推移

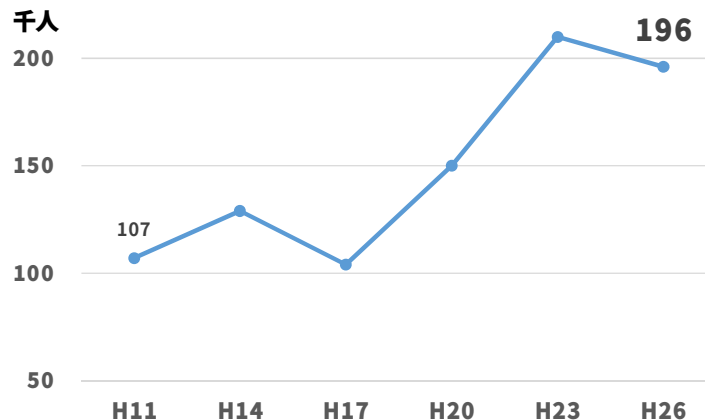


神奈川県後期高齢者医療広域連合
後期高齢者医療広域連合電算処理システム
（平成23～26年の各年の5月）

(1) 糖尿病の総患者数

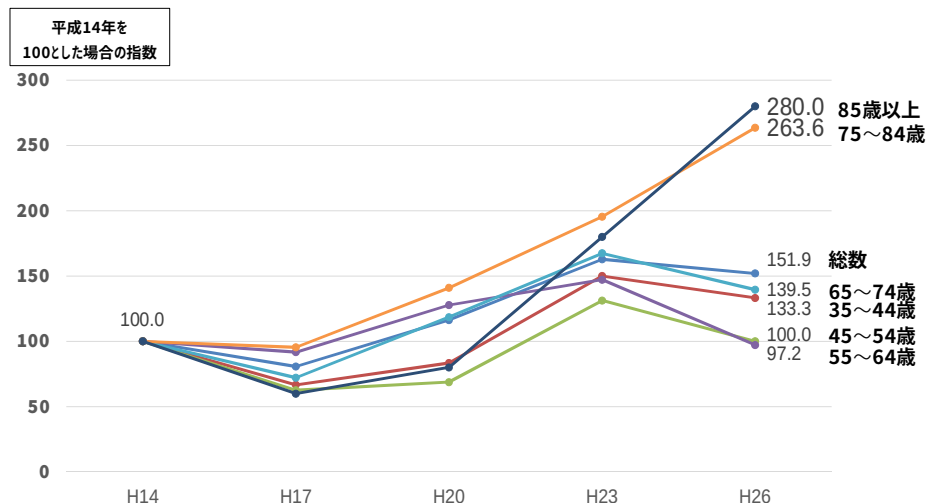
- 神奈川県は糖尿病の総患者数は、平成11年から平成26年にかけて、平成17年を除き、平成23年までは増加し続けていましたが、平成26年は減少しました。（図2-68）
- また、年齢階級別の総患者数の推移を見ると、多くの年齢で増加傾向にあり、特に75歳以上は、平成14年から平成26年にかけて2.5倍以上に増加しています。（図2-69）

図2-68 神奈川県は糖尿病の総患者数の推移



厚生労働省 患者調査（平成11～26年）

図2-69 神奈川県は年齢階級別の糖尿病総患者数の推移



厚生労働省 患者調査（平成14～26年）

※ 図2-68及び図2-69で使用している患者調査は、医療施設（病院・診療所）を利用する患者を対象としています。このほか、糖尿病に関する調査として、医療施設利用者以外も調査対象とした国民健康・栄養調査があります。

患者調査（平成26年）では、糖尿病の総患者数は全国で約317万人と推計されています。一方、国民健康・栄養調査（平成28年）では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」は全国で約1,000万人と推計されています。

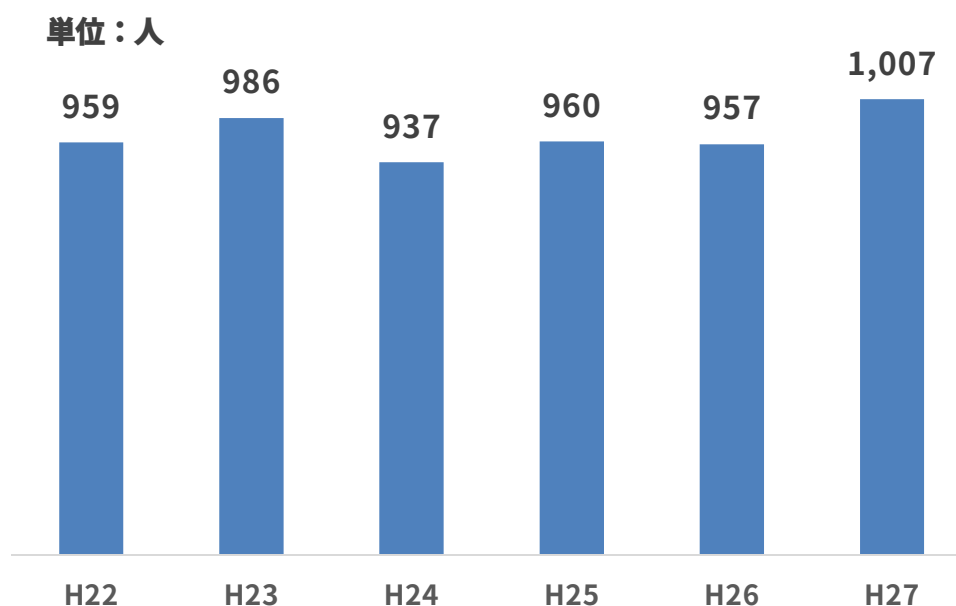
糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。

このことから、本県の有病者は、患者調査による患者数よりも多い可能性があることに留意する必要があります。

(ウ) 糖尿病性腎症による年間新規透析*導入患者数

- 糖尿病性腎症は糖尿病の合併症で、段階を経て進行する疾病です。進行すると透析が必要になり、全透析患者のうち糖尿病性腎症が原因で透析を受けることになった人が最も高い割合を占めています。
- 神奈川県は糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、平成22年以降、900人以上で推移していましたが、平成27年には1,000人を超えました。（図2－70）

図2－70 神奈川県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数



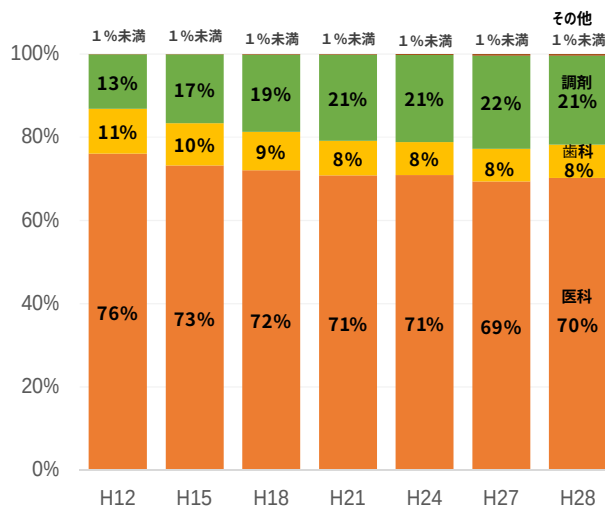
一般社団法人 日本透析医学会 図説 わが国の慢性透析療法の現況（平成22～27年）

オ 高齢者の歯科の状況

(7) 歯科医療費の状況

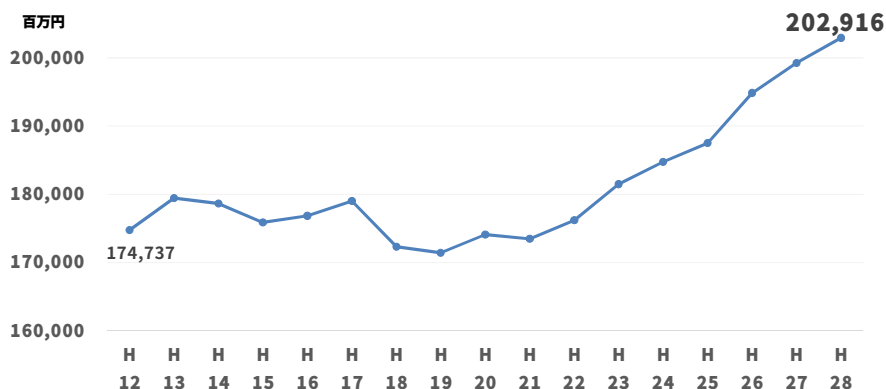
- 神奈川県のご算医療費の構成比を見ると、平成12年度から平成28年度にかけて、歯科医療費は減少傾向にあります。（図2－3）
- 歯科医療費は、平成12年度から平成28年度にかけて、減少している年度はあるものの、増加傾向にあります。（図2－71）

図2－3 神奈川県の概算医療費の構成比推移（再掲）



厚生労働省 概算医療費データベース（平成12～28年度）

図2－71 神奈川県の歯科医療費の推移



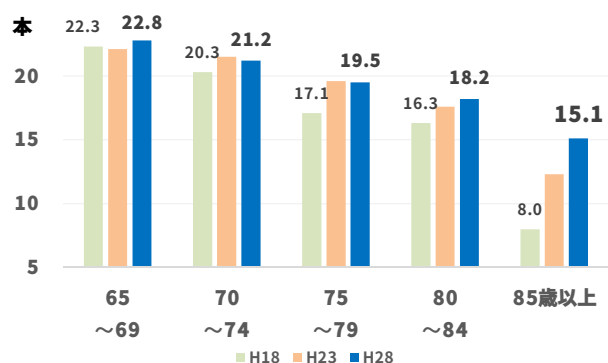
厚生労働省 概算医療費データベース（平成12～28年度）

(1) 歯の本数の状況

- 歯周病は、糖尿病などの生活習慣病と関連がある疾患です。また、歯の喪失や、口腔機能*の低下は、低栄養*や誤嚥*性（ごえんせい）肺炎を誘発し、全身の健康状態を妨げます。
- 神奈川県の高齢者の歯の本数は、平成18年度から平成28年度にかけて全ての年齢階級で増加しています。また、歯の本数は、加齢とともに減少しています。（図2－72）

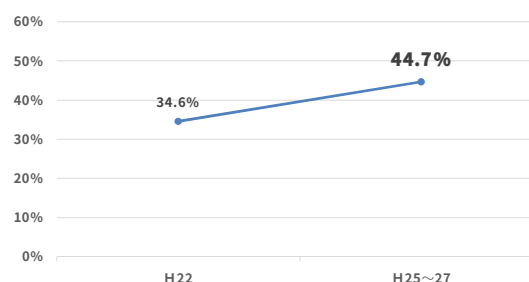
- 80歳（75歳～84歳）で20本以上の自分の歯を有する者の割合^{（※）}は、平成22年度から平成27年度にかけて増加しています。（図2－73）

図2－72 神奈川県の高齢者の歯の本数推移



県成人歯科保健実態調査（平成18年度）
県民歯科保健実態調査（平成23、28年度）

図2－73 神奈川県の80歳（75歳～84歳）で20本以上の自分の歯を有する者の割合



県健康増進課 県民健康・栄養調査
（平成22、25～27年度）

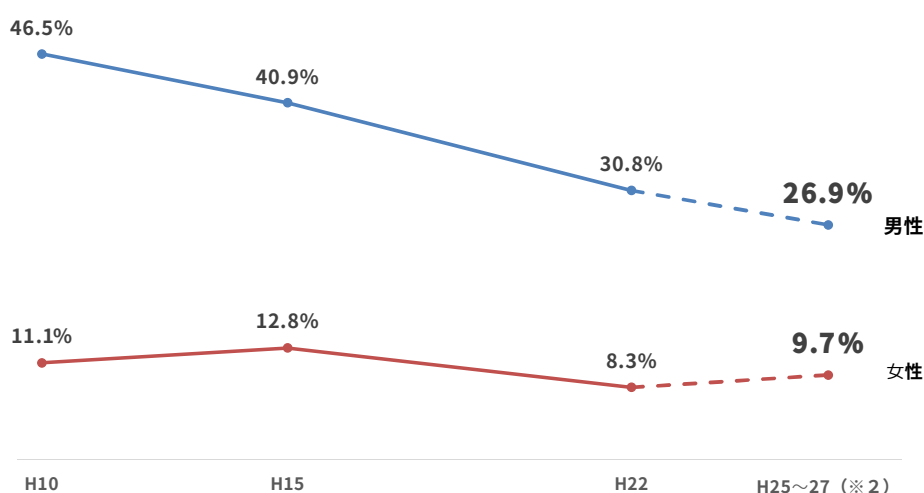
※ 平成25年度から平成27年度は3か年の平均値を示します。

カ 喫煙等の状況

(7) 喫煙の状況

- 神奈川県の成人喫煙率^{（※1）}は、平成10年度から平成25～27年度にかけて、男性は一貫して減少し続けており、女性は横ばいの状況です。
- 全ての年度において女性の方が男性より低い喫煙率となっていますが、年々、乖離幅は小さくなってきています。（図2－74）

図2－74 神奈川県の成人喫煙率の推移



県健康増進課 県民健康・栄養調査（平成10～27年度）

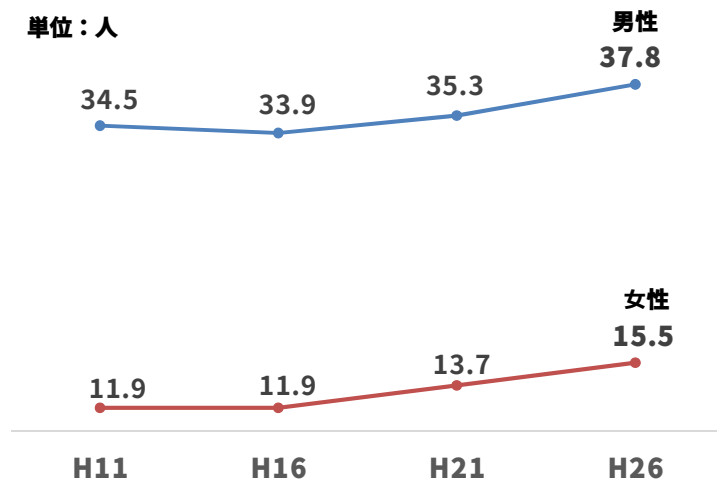
※1 平成25年度以降は、調査の設問方法が変更されているため、一概に比較できないことに留意が必要です。

※2 平成25年度から平成27年度の3か年の平均値を示します。

(1) 喫煙に起因する疾病の状況

- 喫煙は、肺がんや口腔・咽頭がん、喉頭がんなどのリスクを高めることが科学的根拠をもって示されています。
- ほかに、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の原因の90%以上は喫煙であるという研究もあります。慢性閉塞性肺疾患（COPD）とは、主に慢性気管支炎と肺気腫を指し、進行すると呼吸不全や心不全を起こす疾病で、一度かかると肺機能が元に戻らなくなります。
- 神奈川県の人10万人当たりの肺がんの年齢調整率^(※1)は、平成11年から平成26年にかけて全ての年において、男性の方が女性より高くなっています。（図2-75）
- 国民健康保険における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費^(※2)は、平成20年から平成26年の5月診療分を見ると、毎年、1億円以上かかっています。（図2-76）
- また、後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費^(※2)は、平成23年から平成26年の5月診療分を見ると、毎年、3億円以上かかっています。（図2-77）
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）のレセプト^{*}1件当たりの年齢階級別医療費^(※2,※3)を見ると、加齢とともに増加しています。（図2-78）

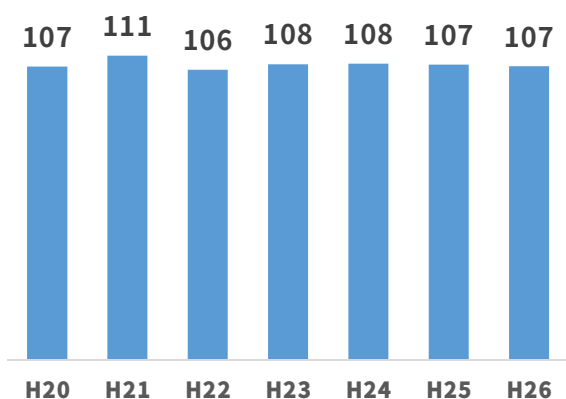
図2-75 神奈川県の人口10万人当たりの肺がんの年齢調整率の推移



神奈川県悪性新生物登録事業年報 第41報

図2-76 神奈川県国民健康保険における
慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の医療費の推移

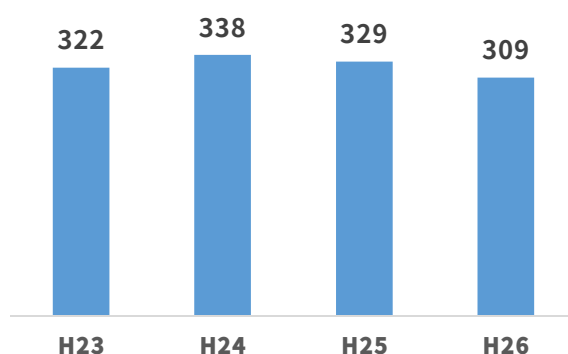
単位：百万円



神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況
(平成20～23年の各年の5月)
神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム
(平成24～26年の各年の5月)

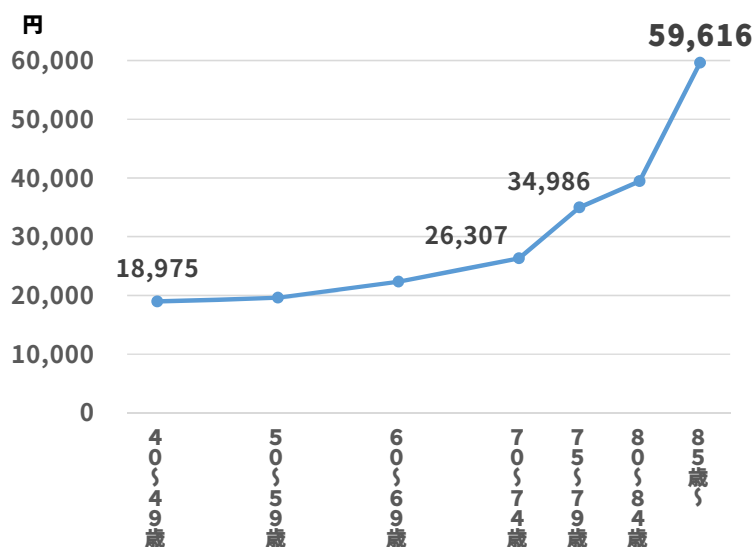
図2-77 神奈川県の後期高齢者医療制度における
慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の医療費の推移

単位：百万円



神奈川県後期高齢者医療広域連合
後期高齢者医療広域連合電算処理システム
(平成23～26年の各年の5月)

図2-78 神奈川県国民健康保険及び後期高齢者医療制度における
慢性閉塞性肺疾患 (COPD) のレセプト1件当たりの年齢階級別医療費



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム (平成26年5月)
神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム (平成26年5月)

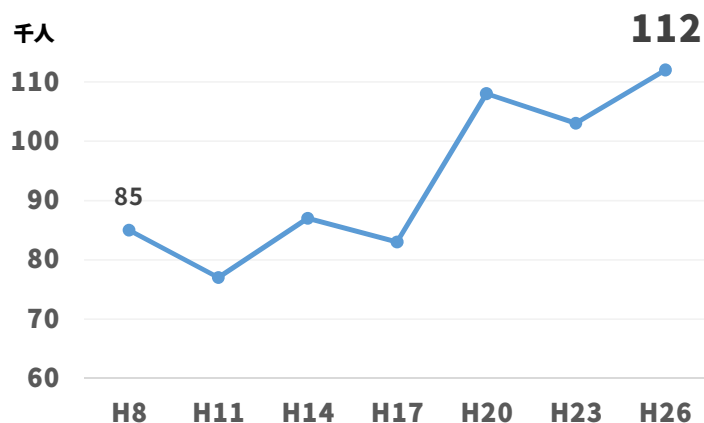
- ※1 年齢構成が異なる集団間でのり患率の比較や、同じ集団でり患率の年次推移を見るために調整されたり患率のことで、集団全体のり患率を、基準となる人口の年齢構成に合わせた形で算出されます。
- ※2 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。
- ※3 40歳～74歳は「神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム」のデータを、75歳以上は「神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム」のデータを使用しているため、74歳までの階級と75歳以上の階級を単純に比較できないことに留意する必要があります。
また、このことから、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、65歳から74歳までの者のデータが含まれていないことに留意する必要があります。

キ がん検診の状況

(7) 悪性新生物（がん）の状況

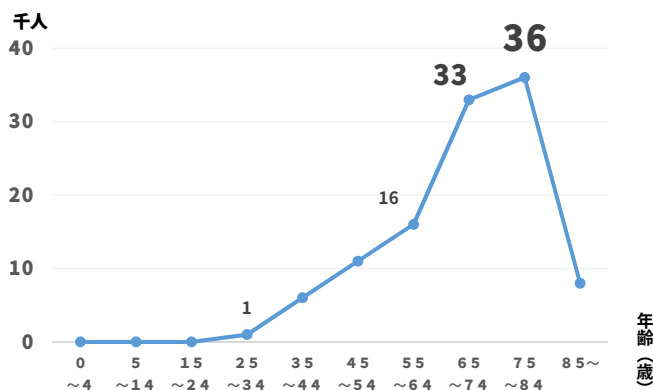
- 神奈川県が悪性新生物の総患者数は、平成8年から平成26年にかけて増加傾向にあります。（図2-79）
- また、年齢別に見ると35歳以降から増加し、55歳～64歳と65歳～84歳にかけて2倍以上に増加しています。（図2-80）
- 人口10万人当たりのがんの年齢調整率^(※1)は、平成11年から平成26年にかけて、一部のがんを除いて男女ともに増加傾向にあります。男性では肝・肝内胆管がんが減少していますが、大腸がん等は増加しています。女性では胃がんが減少していますが、乳がん、子宮がん等は増加しています。（図2-81）
- 国民健康保険における悪性新生物の医療費^(※2)は、平成20年から平成26年にかけて、約20%増加しています。（図2-82）
- 後期高齢者医療制度における悪性新生物の医療費^(※2)は、平成23年から平成26年にかけて、20%以上増加しています。（図2-83）

図2-79 神奈川県が悪性新生物の総患者数の推移



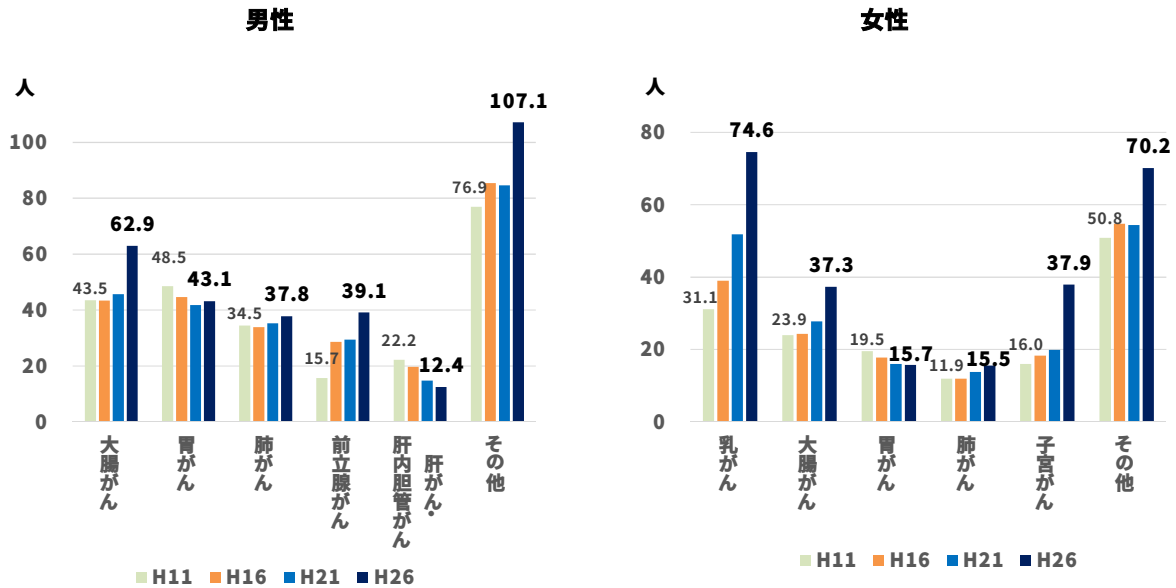
厚生労働省 患者調査（平成8～26年）

図2-80 神奈川県が悪性新生物の年齢別患者数



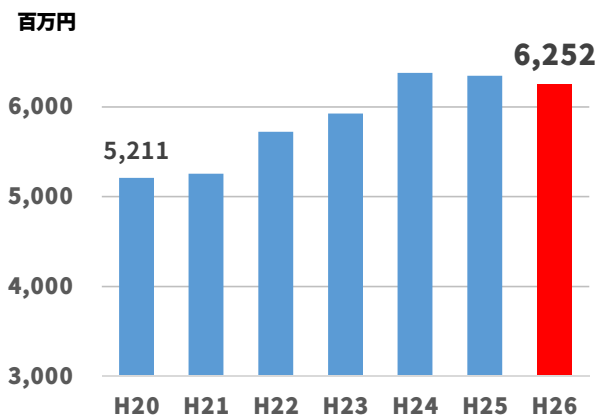
厚生労働省 患者調査（平成26年）

図2-81 神奈川県人口10万人当たりのがんの年齢調整率の推移



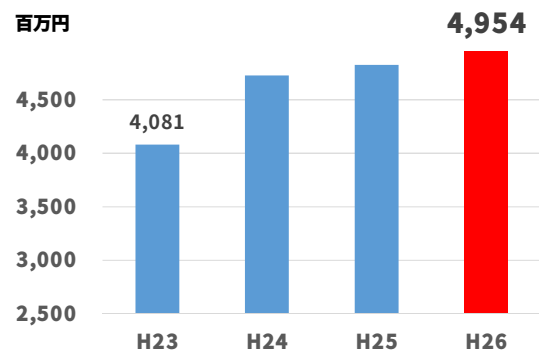
神奈川県悪性新生物登録事業年報 第41報

図2-82 神奈川県国民健康保険における悪性新生物の医療費の推移



神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況
(平成20～23年の各年の5月)
神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム
(平成24～26年の各年の5月)

図2-83 神奈川県の後期高齢者医療制度における悪性新生物の医療費の推移



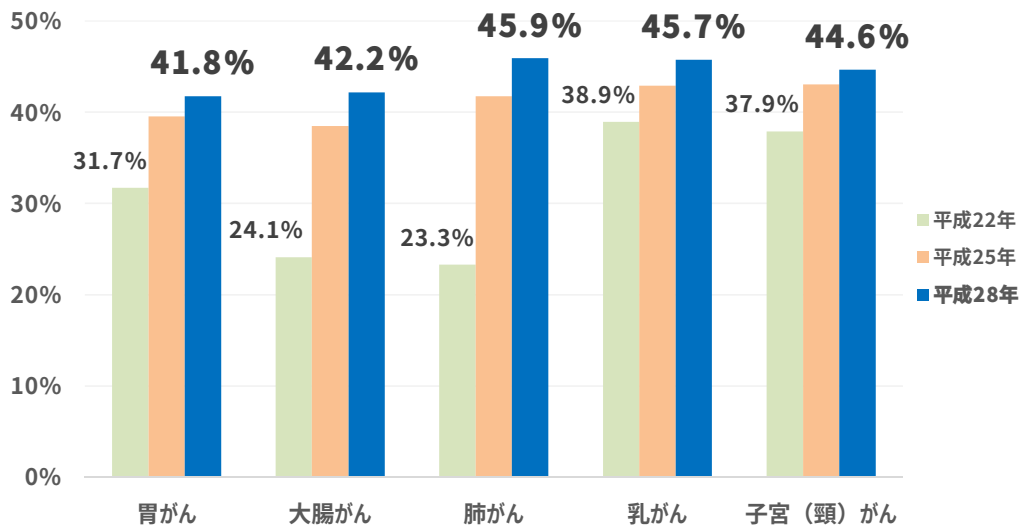
神奈川県後期高齢者医療広域連合
後期高齢者医療広域連合電算処理システム
(平成23～26年の各年の5月)

- ※1 年齢構成が異なる集団間でのり患率の比較や、同じ集団でり患率の年次推移を見るために調整されたり患率のことで、集団全体のり患率を、基準となる人口の年齢構成に合わせた形で算出されます。
- ※2 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。

(1) がん検診の状況

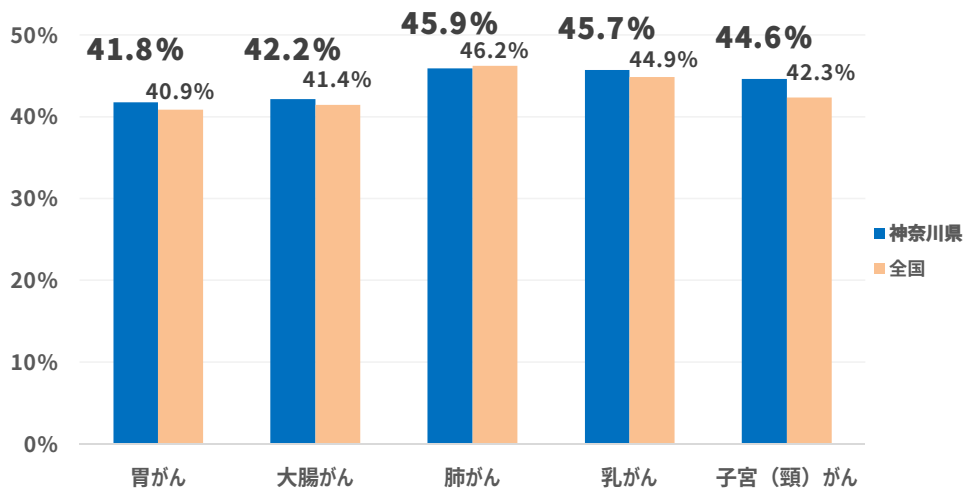
- 神奈川県のがん検診の受診率は、平成22年から平成28年にかけて、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮（頸）がんを見ると、全て増加しています。そのうち、肺がんを除いた全てのがん検診の受診率が、全国を上回っています。（図2－84、図2－85）

図2－84 神奈川県のがん検診受診率推移



厚生労働省 国民生活基礎調査（平成22～28年）

図2－85 全国と神奈川県のがん検診受診率

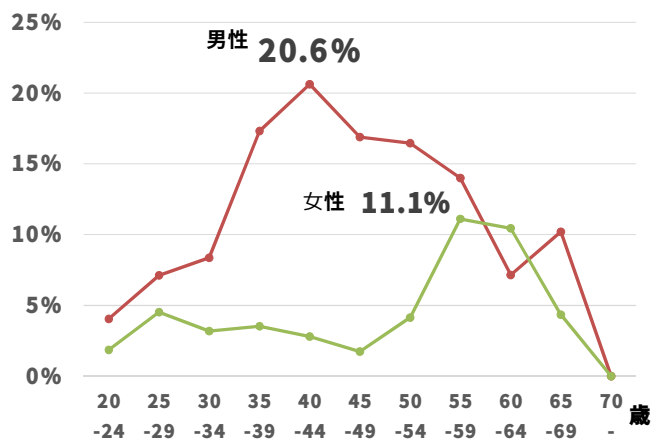


厚生労働省 国民生活基礎調査（平成28年）

ク 予防接種の状況

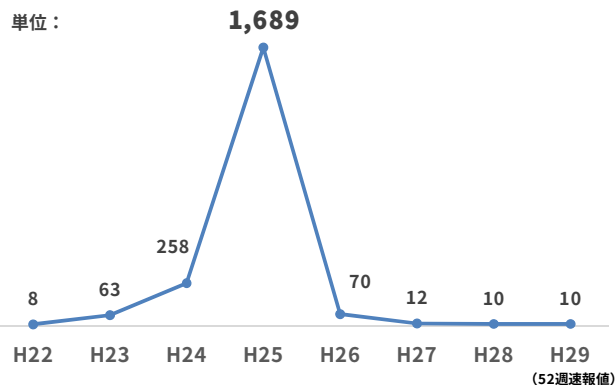
- 神奈川県感染症対策は、「神奈川県感染症予防計画」等に基づき、予防、まん延防止、医療体制の確保等の推進を図っており、予防接種は、感染症予防対策の中で重要なものです。
- 特に風しんは、平成25年の大規模な全国流行を受けて、国が「風しんに関する特定感染症予防指針*」を策定し、早期に先天性風しん症候群*の発生をなくすとともに、平成32（2020）年度までに風しんを排除すること等の目標を定めています。
- 全国における成人の風しんの抗体を有していない者の割合を見ると、女性に比べて男性の割合が高く、40歳～44歳の男性の20%以上が抗体を保有していません。（図2－86）
- 神奈川県風しんの報告件数は、平成22年から平成24年にかけて徐々に増加し、平成25年に前年比で6.5倍以上に増加しました。その後、平成27年以降は落ち着きを取り戻しています。しかし、風しんは周期的に大きな流行となる場合があるため、日頃からの予防に向けた取組が重要です。（図2－87）

図2－86 全国における風しんの抗体を有していない者の割合



国立感染症研究所 感染症流行予測調査（平成28年度）

図2－87 神奈川県の風しん報告件数の推移



国立感染症研究所公表資料（平成22～24年）
感染症サーベイランスシステム（NESID）（平成25～29年）

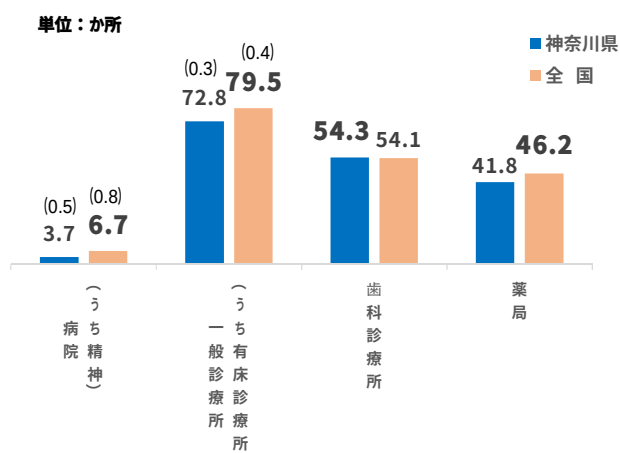
(3) 医療の効率的な提供

ア 医療施設の状況

(7) 医療施設の状況

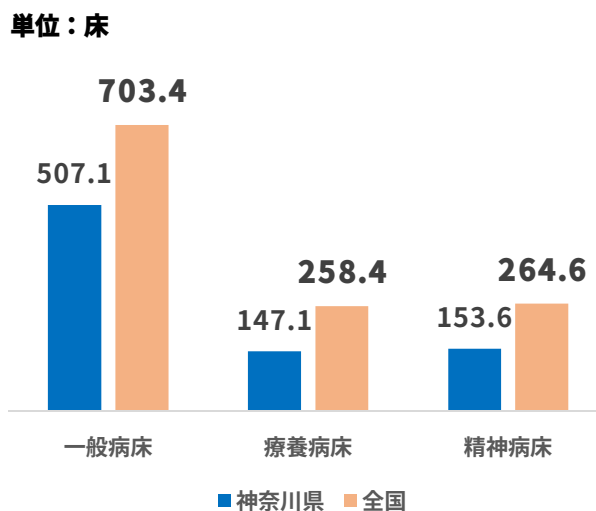
- 平成27年の神奈川県の実業機関の人口10万人当たりの施設数^(※1)は、全国と比べて、病院*、一般診療所*及び薬局数が少なく、歯科診療所*数が多くなっています。(図2-88)
- 平成27年の神奈川県の実業機関の人口10万人当たりの病床*数は、一般病床*数、療養病床*数及び精神病床*数のいずれも全国を下回っています。(図2-89)
- 平成28年度の神奈川県の実業機能*別の病床数^(※2~3)は、全国と比べて高度急性期*の割合が高く、回復期*及び慢性期*の割合が低くなっています。(図2-90)

図2-88 医療機関の人口10万人当たりの施設数



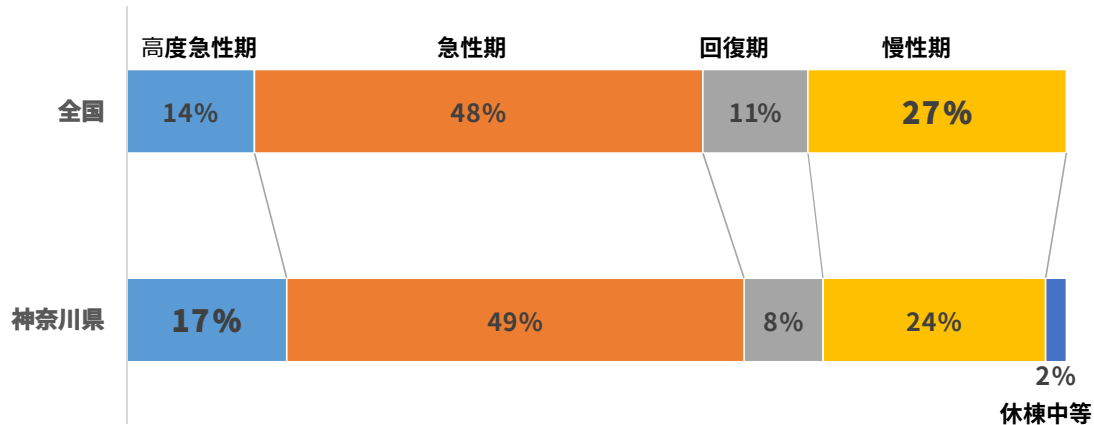
厚生労働省 医療施設調査(平成27年)
厚生労働省 衛生行政報告例(平成28年度)

図2-89 人口10万人当たりの病床数



厚生労働省 医療施設調査(平成27年)

図2-90 病床機能別病床数の割合



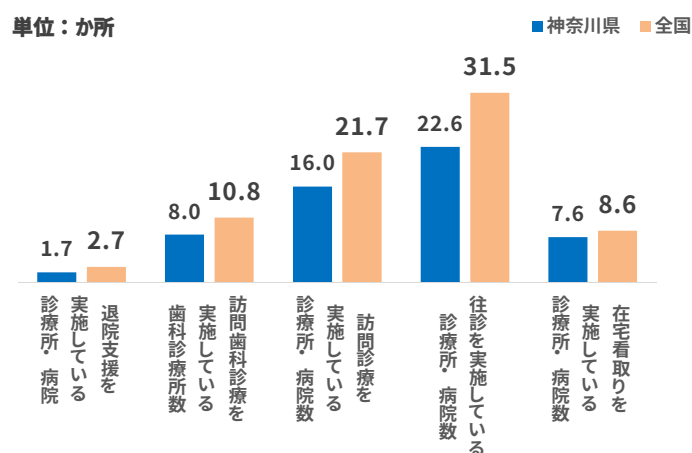
神奈川県 病床機能報告（平成28年度）

- ※1 薬局数のみ、衛生行政報告例（平成28年度）の数値を使用しています。
- ※2 休棟中等には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択の病棟の病床数を含んでいます。
- ※3 休棟中等については、病床機能報告（平成28年度）には、全国値は掲載されていないため、神奈川県のみ掲載しています

(1) 在宅医療施設*の状況

- 平成27年度の神奈川県の人口10万人当たりの在宅医療施設数（※）は、退院支援*を実施している診療所・病院、訪問歯科診療を実施している歯科診療所数、訪問診療*を実施している診療所・病院数、往診*を実施している診療所・病院数、在宅看取り*を実施している診療所・病院数のいずれも、全国を下回っています。（図2-91）

図2-91 人口10万人当たりの在宅医療施設数



厚生労働省 医療施設調査（平成26年）

厚生労働省 NDB（平成27年度）

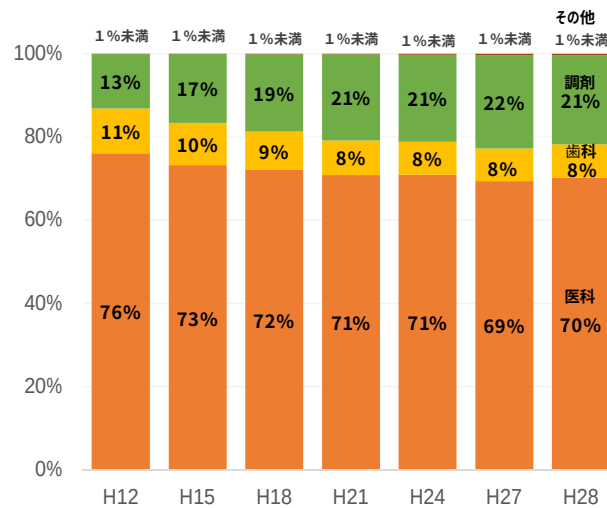
- ※ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数については、NDB（平成27年度）に掲載がないため、医療施設調査（平成26年）の数値を使用しています。

イ 医薬品を巡る状況

(7) 調剤医療費の状況

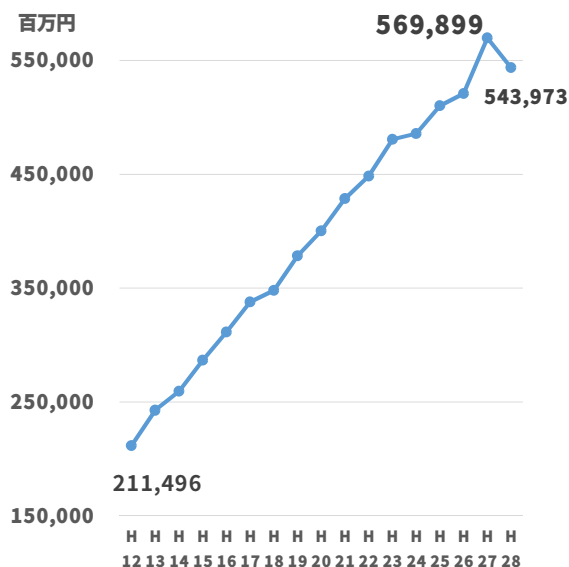
- 神奈川県のご算医療費の構成比を見ると、調剤医療費は平成12年度から平成27年度まで年々増加していましたが、平成28年度は減少しました。（図2-3）
- 調剤医療費は、平成12年度から平成27年度にかけて一貫して増加していましたが、平成28年度は減少しました。（図2-92）
- 調剤医療費の内訳を見ると、薬剤料が最も高くなっており、平成28年度の調剤医療費の減少の要因は、薬剤料の減少が大きく影響しています。（図2-4）

図2-3 神奈川県の概算医療費の構成比推移（再掲）



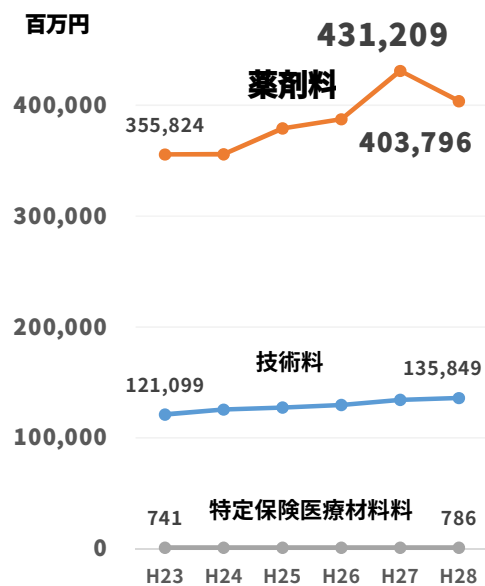
厚生労働省 概算医療費データベース（平成12～28年度）

図2-92 神奈川県の調剤医療費の推移



厚生労働省 概算医療費データベース（平成12～28年度）

図2-4 神奈川県の調剤医療費の内訳（再掲）

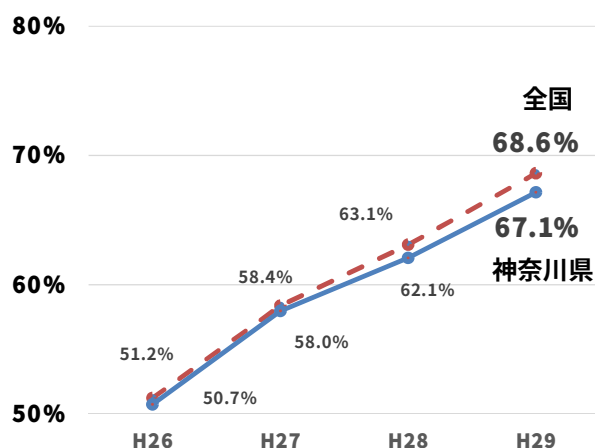


厚生労働省 調剤医療費（電算処理分）の動向（平成23～28年度）

(1) 後発医薬品の状況

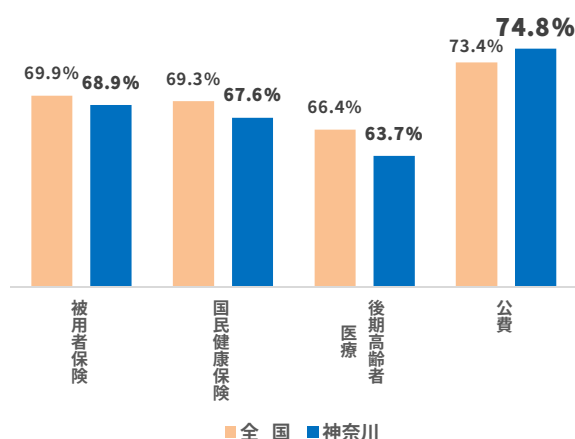
- 神奈川県の後発医薬品の使用割合^(※1)は、平成26年3月から平成29年3月にかけて一貫して増加し続けていますが、全ての年において全国を下回っており、年々その幅が開いています。(図2-93)
- 制度別に見ると、全国及び神奈川県ともに、公費^(※2)が最も高く、後期高齢者医療制度が最も低くなっています。(図2-94)
- また、平成29年3月における神奈川県の後発医薬品の使用割合は、全国で低い方から10番目です。(図2-95)
- 神奈川県国民健康保険における平成28年12月の市町村別の後発医薬品の使用割合^(※3)は、県平均が67.2%となっています。(図2-96)

図2-93 神奈川県の後発医薬品の使用割合(新指標)



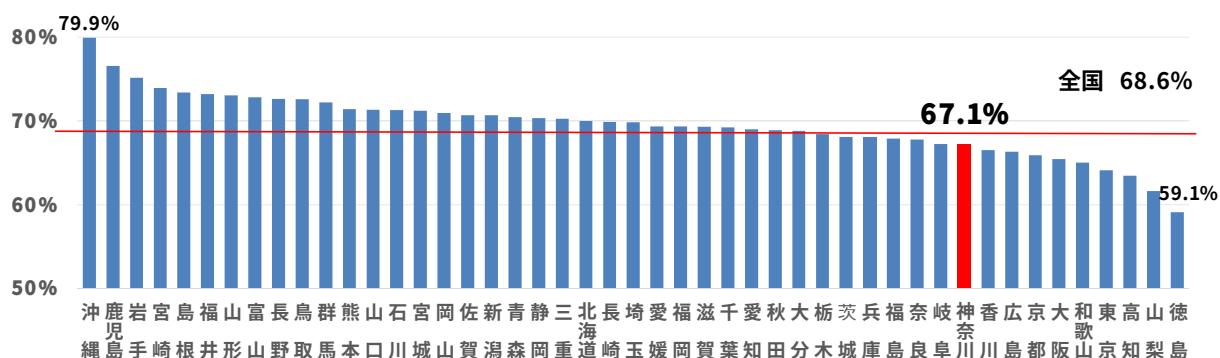
厚生労働省 調剤医療費(電算処理分)の動向
(平成26~29年の各年の3月)

図2-94 後発医薬品の制度別使用割合(新指標)



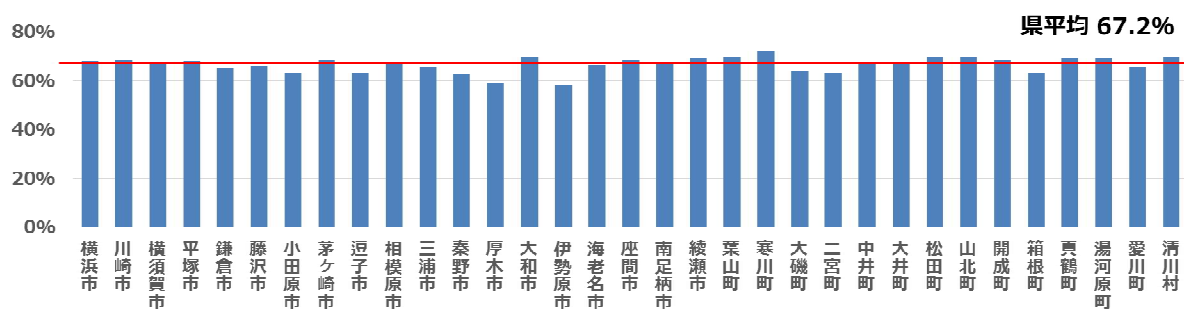
厚生労働省 調剤医療費(電算処理分)の動向
(平成29年3月)

図2-95 都道府県別の後発医薬品の使用割合(新指標)



厚生労働省 調剤医療費(電算処理分)の動向(平成29年3月)

図2-96 神奈川県国民健康保険における市町村別の後発医薬品使用割合（新指標）



神奈川県国民健康保険団体連合会集計資料（平成28年12月）

※1 後発医薬品の使用割合の数量ベース（新指標）の算出方法は次のとおりです。

$$\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品}^* \text{の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$$

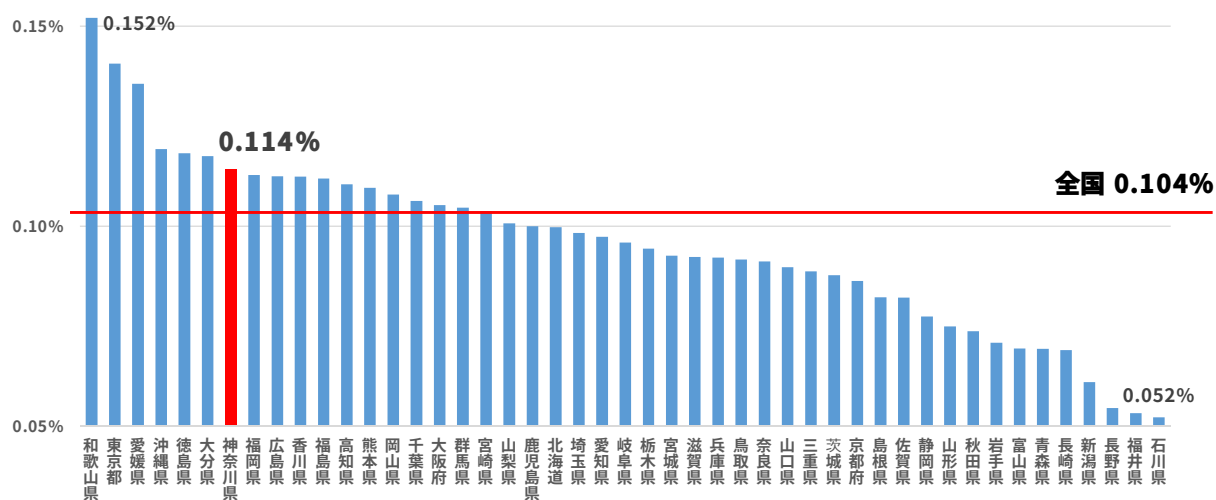
※2 公費とは、生活保護法や戦傷病者特別援護法、原爆援護法等、個々の法律に基づき特定の者を対象に、国又は地方公共団体が医療給付を行うものです。

※3 国民健康保険のみとなっており、後期高齢者医療制度など他の制度分が含まれていないことに留意する必要があります。

(ウ) 重複投薬の状況^(※1)

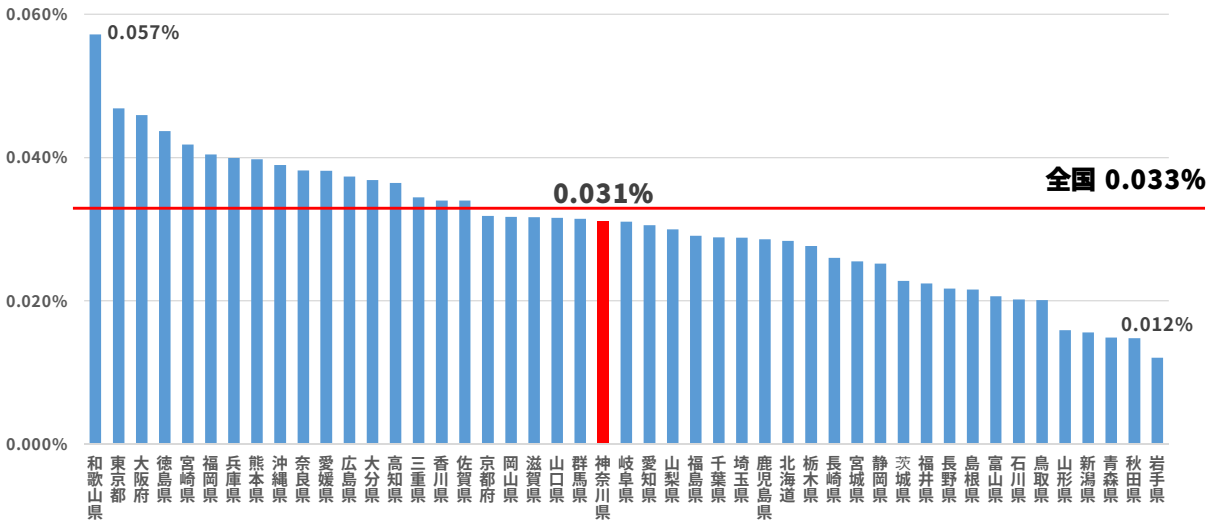
- 重複投薬とは、複数の医療機関を受診し、作用が同じ薬をそれぞれの医療機関から処方を受けることで、それによって多量服用が起き、健康被害を引き起こしてしまうことがあるといわれています。
- 神奈川県患者総数に占める重複投薬該当者の割合^(※2)は0.114%で、全国の0.104%を上回っています。(図2-97)
- 神奈川県薬剤料に占める重複投薬に係る薬剤料の割合^(※2)は0.031%で、全国の0.033%を下回っています。(図2-98)
- 保険者種別に見ると、患者総数に占める重複投薬該当者数の割合^(※2)は、全国健康保険協会が最も高く、後期高齢者医療広域連合が最も低くなっています。(図2-99)
- 薬剤料に占める重複投薬に係る薬剤料の割合^(※2)は、同様に全国健康保険協会が最も高く、後期高齢者医療広域連合が最も低くなっています。(図2-100)

図2-97 都道府県別の患者総数に占める重複投薬該当者の割合



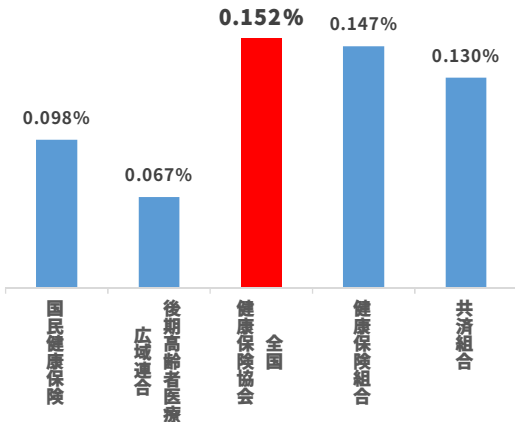
厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
(平成25年10月診療分)

図2-98 都道府県別の薬剤料に占める重複投薬に係る薬剤料の割合



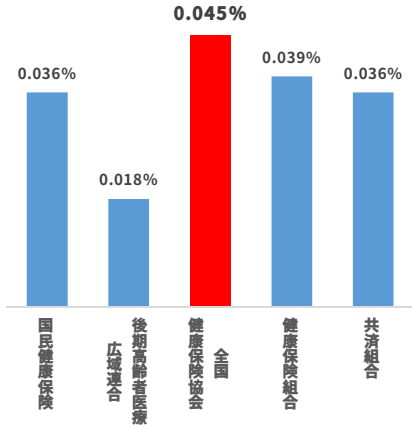
厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
(平成25年10月診療分)

図2-99 神奈川県の保険者種別の患者総数
に占める重複投薬該当者数の割合



該当者数 (人)	1,029	457	714	1,361	214
患者総数 (人)	1,053,330	677,326	471,270	925,805	164,073

図2-100 神奈川県の保険者種別の
薬剤料に占める重複投薬に係る
薬剤料の割合



該当者の 薬剤料 (千円)	4,202	2,096	1,570	2,341	374
総薬剤料 (千円)	11,714,537	11,607,822	3,454,984	6,078,567	1,043,511

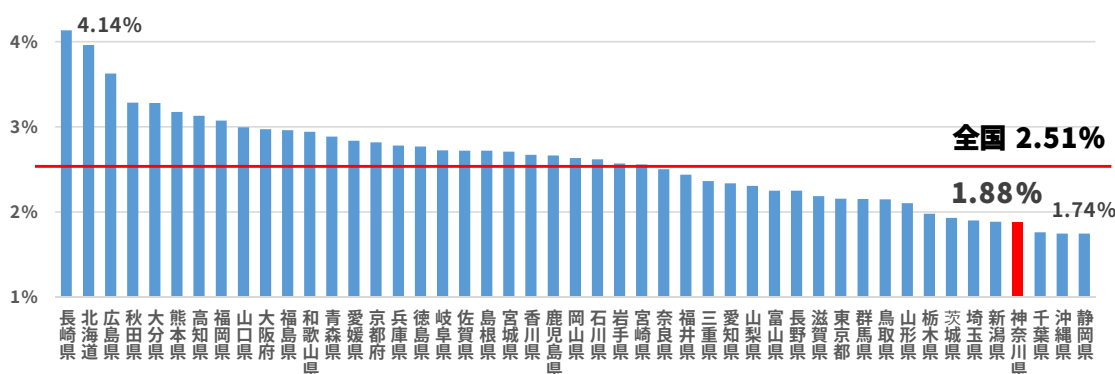
厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
(平成25年10月診療分)

- ※1 ここでは、同一成分の薬剤を投与された医療機関数について、3医療機関以上の患者を重複投薬の該当者として分析を行います。
- ※2 患者で複数の同一成分の薬剤で2医療機関、3医療機関の医療機関数がある場合は、医療機関数が最大の同一成分の薬剤、薬剤料が最大の同一成分の薬剤、最小の二次（保健）医療圏コード、の順で集計される医療機関数を1つに絞り集計しています。
- 従ってこの場合、3医療機関に該当した同一成分の薬剤について患者数、薬剤料を集計していますが、2医療機関の患者数、薬剤料は集計されません。
- ただし2医療機関の患者数、薬剤料は「患者総数」には含んでいます。

(I) 複数種類の医薬品の投与の状況 (※1,2)

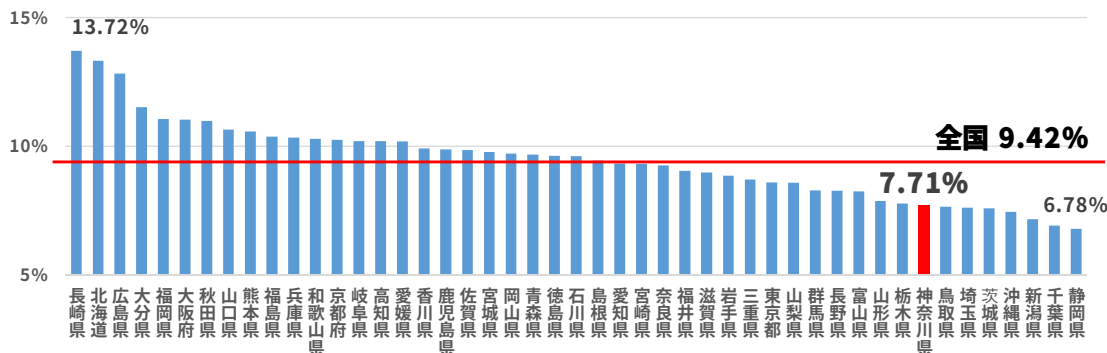
- 複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受ける可能性が高く、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているといわれています。
- 神奈川県患者総数に占める複数種類の医薬品の投与該当者の割合は1.88%で、全国の2.51%を下回っています。(図2-101)
- 神奈川県の薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤料の割合は7.71%で、全国の9.42%より低くなっています。(図2-102)
- 年齢階級別に見ると、神奈川県の患者総数に占める複数種類の医薬品の投与に係る該当者の割合及び薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤料の割合は、ともに加齢により増加し、75歳以上になると急激に増加しています。(図2-103、図2-104)
- 保険者種別に見ると、神奈川県の患者総数に占める複数種類の医薬品の投与に係る該当者の割合及び薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤料の割合は、ともに後期高齢者医療広域連合が最も高くなっています。(図2-105、図2-106)

図2-101 都道府県別の患者総数に占める複数種類の医薬品の投与該当者の割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

図2-102 都道府県別の薬剤費に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤費の割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

図2-103 神奈川県の実患者総数に占める
複数種類の医薬品の投与に係る
該当者の年齢階級別割合

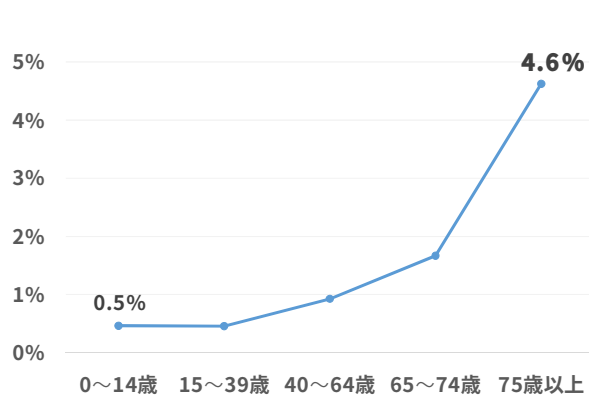
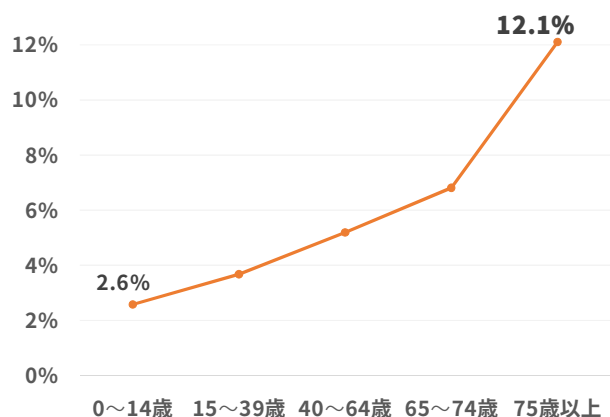


図2-104 神奈川県の実薬剤料に占める
複数種類の医薬品の投与に係る
薬剤料の年齢階級別割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

図2-105 神奈川県の実患者総数に占める複数種類の医薬品投与と該当者数の割合

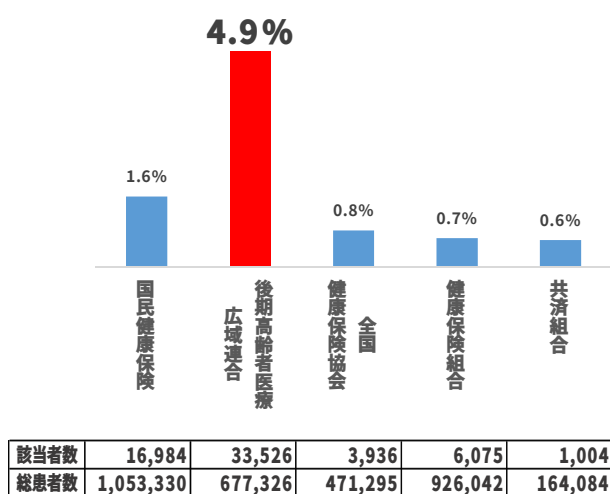
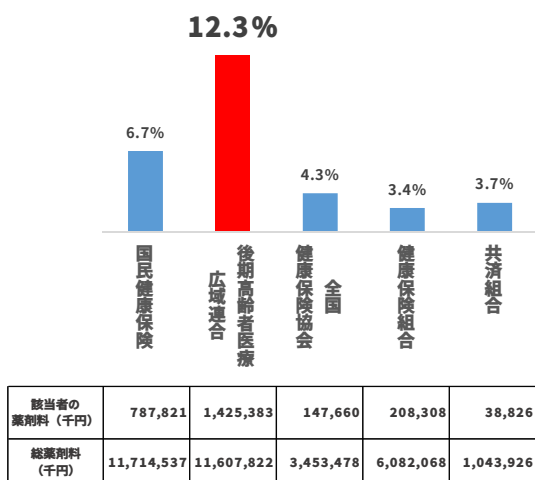


図2-106 神奈川県の実薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与
に係る薬剤料の割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

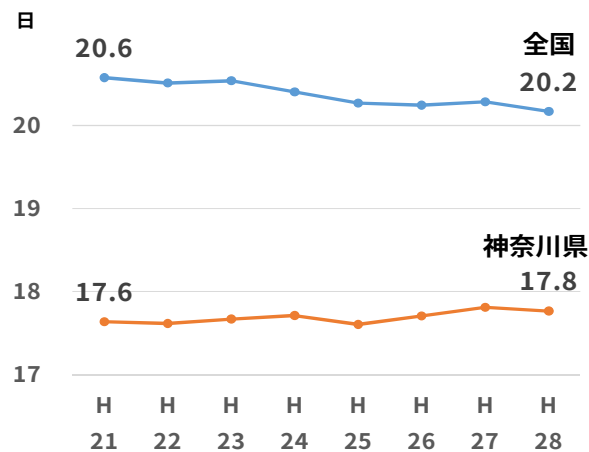
- ※1 複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できないことに留意が必要です。
- ※2 ここでは、投与された薬剤の種類数が15剤以上の患者を複数種類の医薬品の投与の該当者として分析します。

ウ 受診を巡る状況

(7) 受診の状況

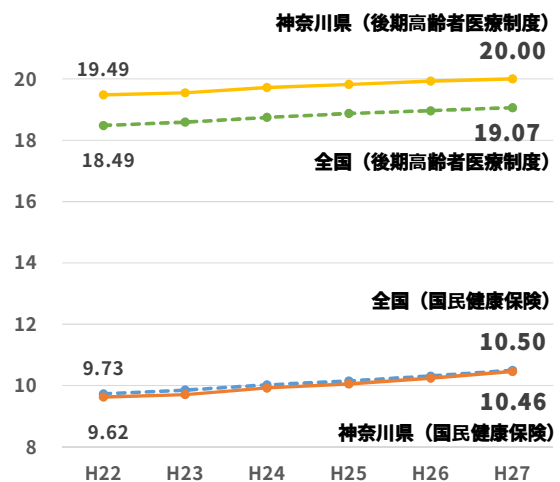
- 神奈川県の一人生あたり受診延べ日数^(※1)は、平成21年度から平成28年度にかけて、ほぼ横ばいです。また、全ての年度において全国を下回っています。(図2-107)
- 神奈川県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度における受診率^(※2)は、平成22年度から平成27年度にかけて、ほぼ横ばいです。また、全ての年度において、国民健康保険は、神奈川県と全国はほぼ同値で、後期高齢者医療制度は、神奈川県が全国を上回っています。(図2-108)

図2-107 一人当たり受診延べ日数の推移



厚生労働省 医療費の動向(平成21～28年度)
総務省 人口推計(平成21、23～26、28年の各年の10月)
総務省 国勢調査(平成22、27年の各年の10月)

図2-108 国民健康保険及び後期高齢者医療制度における受診率の推移



厚生労働省 医療費の地域差分析(平成22～27年度)

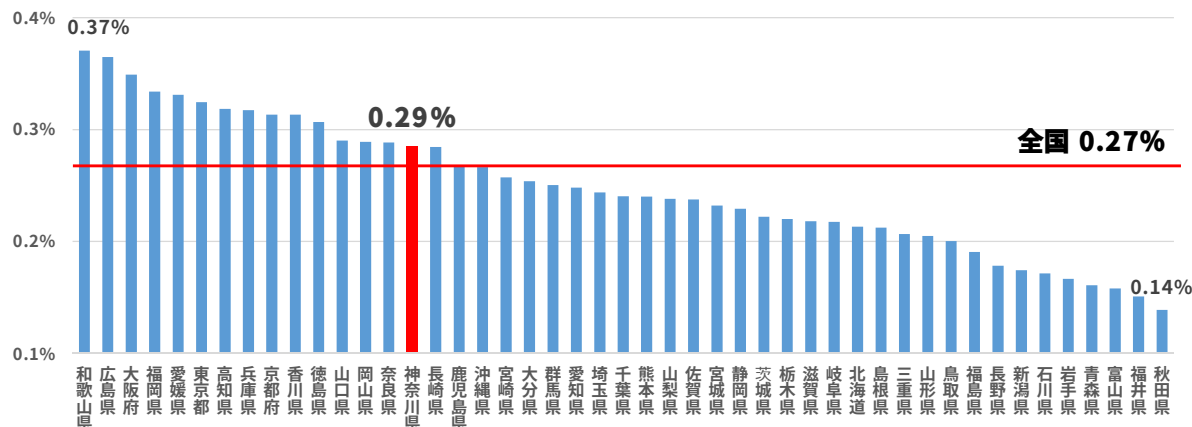
※1 平成21、23～26、28年は、国勢調査による補間補正人口^{*}を用いています。

※2 医療費の地域差分析は、国民健康保険と後期高齢者医療制度のみ公表されているため、被用者保険分については含まれていません。

(1) 重複受診の状況^(※1)

- 同一疾病で、複数の医療機関を受診する、いわゆる「重複受診」により、重複する検査や投薬によって、かえって体に悪影響を与えることがあるといわれています。
- 神奈川県の患者総数に占める重複受診者の割合^(※2、※3)は0.29%で、全国の0.27%を上回っています。(図2-109)
- 神奈川県の国民健康保険における重複受診者数^(※4)は、平成22年から平成29年にかけて減少しています。(図2-110)

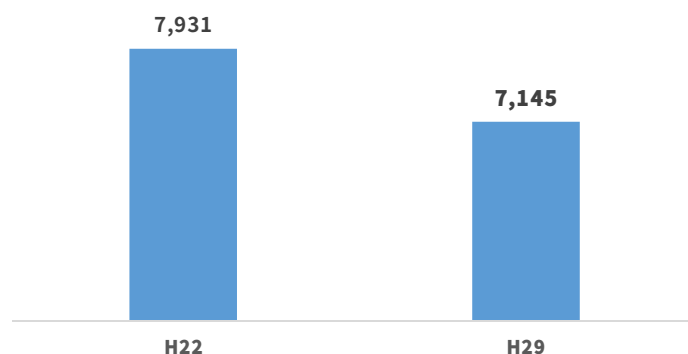
図2-109 都道府県別の患者総数に占める重複受診者の割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

図2-110 神奈川県の国民健康保険における重複受診者数の推移

単位：人



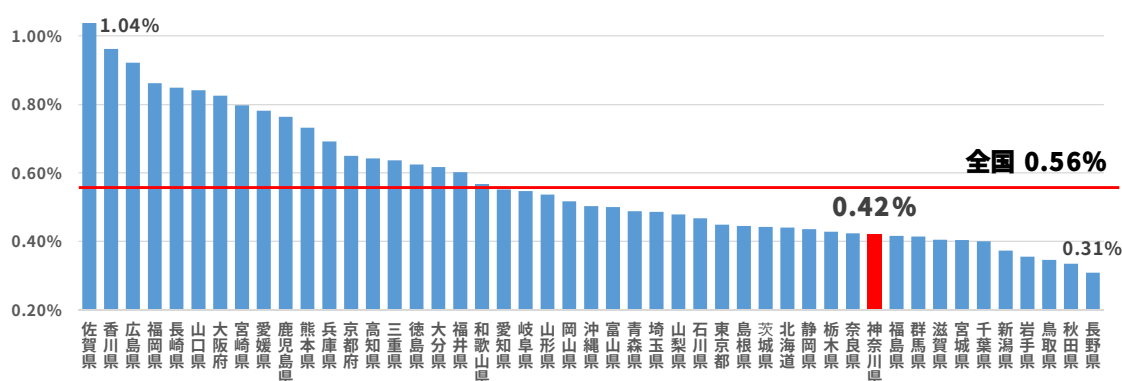
神奈川県国民健康保険団体連合会 共同電算処理システム（平成22年の4～6月分）
 神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成29年の4～6月分）

- ※1 ここでは、同一人物が同一疾病により異なる医療機関を3か所以上受診している場合を、重複受診として分析します。
- ※2 対象となる範囲は、医科入院外(外来)レセプトのうち、以下の疾患に該当する傷病名が記載されたレセプト、及び医科入院外(外来)レセプトに紐づく次の調剤レセプトです。
- 【対象となるレセプト】
- ・胃の悪性新生物、・アルツハイマー病、・慢性閉塞性肺疾患、・結腸及び直腸の悪性新生物、・眼及び付属器の疾患、・喘息、・気管、気管支及び肺の悪性新生物、・高血圧性疾患、・食道、胃及び十二指腸の疾患、・乳房の悪性新生物、・虚血性心疾患、・皮膚及び皮下組織の疾患、・糖尿病、・脳梗塞、・下肢関節障害、・脂質異常症、・急性上気道感染症、・骨粗しょう症、・血管性認知症、・肺炎、・糸球体疾患、腎尿細管性疾患及び腎不全、・気分障害、・急性気管支炎及び急性細気管支炎
- ※3 二次保健医療圏の割当は、医療機関（医科入院外レセプトは医療機関、調剤レセプトは処方せん発行元医療機関）に基づく二次保健医療圏としています。
- また、二次保健医療圏の割り当てを医療機関で行っているため1患者が二次保健医療圏の異なる医療機関を受診している場合、複数の二次保健医療圏が割り当てられるため、1患者につき1二次保健医療圏とするため次の処理を行っています。
- ① 「二次保健医療圏の割当」において、割り当てられた二次保健医療圏の数が一番多いものを採用する。
 - ② 割り当てられた二次保健医療圏の数が一番多いものが複数存在する場合、二次保健医療圏数が一番多いものの中から医療費が一番高い二次保健医療圏を採用する。
 - ③ 一番多い二次保健医療圏の数、一番高い医療費が同一の場合、二次保健医療圏コードが若いものを採用する。
- ※4 同一人物が外来で同一月に同一疾病により異なる医療機関を3か所以上受診した場合を該当条件として抽出した各年4～6月分の平均値です。

(ウ) 頻回受診の状況 (※1)

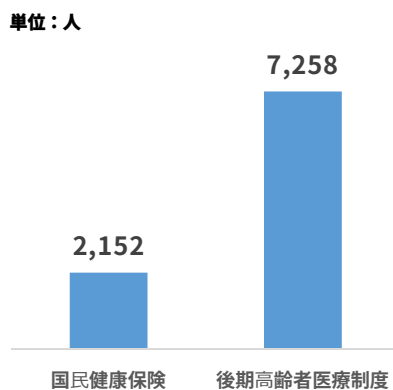
- 頻回受診とは、同一医療機関での受診が多数ある場合のことで、検査や投薬が多数・重複となる傾向があるといわれています。
- 神奈川県患者総数に占める頻回受診者の割合 (※2) は0.42%で、全国の0.56%を下回っています。(図2-111)
- 神奈川県の頻回受診の該当者数 (※3) を国民健康保険と後期高齢者医療制度で比較すると、後期高齢者医療制度の方が多くなっています。(図2-112)

図2-111 都道府県別の患者総数に占める頻回受診者の割合



厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ (平成25年10月診療分)

図2-112 神奈川県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度における頻回受診の該当者数



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム (平成29年4～6月)
 神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム (平成29年4～6月)

- ※1 ここでは、同一人物が同一月に医療機関を15回以上受診している場合を、頻回受診として分析します。
- ※2 患者ごとに受診日数が一番多いレセプトのみを採用しており、次のとおり集計処理を行っています。
- ① 受診日数が一番多いものを採用する。
 - ② 受診日数が一番多いものが複数存在する場合、受診日数が一番多いものの中で医療費が一番高いものを採用する。
 - ③ 一番多い受診日数、一番高い医療費が同一の場合、二次保健医療圏コードが若いものを採用する。
- ※3 次のとおり抽出した4～6月分の平均値になります。
- 国民健康保険：外来で2枚以上のレセプトの実日数の合計が15日以上
 後期高齢者医療制度：外来で1枚以上のレセプトの実日数が15日以上

2 課題

(1) 神奈川県の特徴

- 神奈川県の医療費を巡る状況の主な特徴として、全国値と比べ、県民の一人当たり医療費が低いこと、所得に占める医療費の割合が低いこと、人口10万人当たりの生活習慣病の患者数が少ないことがあります。
- 一方、全国値を上回る主な指標としては、医療費の対3年前伸び率、後期高齢者の一人当たり入院外医療費、後期高齢者の一人当たり歯科医療費が挙げられます。
- 神奈川県の高齢化率は全国値と比べ低くなっていますが、今後は急速な高齢化が進むと推計されています。
- 県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は約3割ですが、今後、他の都道府県を上回る急速な高齢化が見込まれることから、一人当たり医療費の高い後期高齢者医療費の割合も増加し、神奈川県の県民医療費は他の都道府県を上回る伸び率で増加することが予想されます。

(2) 重点的に取り組むべき課題

ア 健康の保持の推進

- 今後の急速な高齢化に対し、医療費の伸びを適正化するためには高齢者の医療費の伸びを適正化することが重要ですが、そのための取組の一つとして、若年期からの疾病予防があり、毎日の生活習慣の積み重ねによって引き起こされる生活習慣病対策は一定の効果が期待できます。
- そのため、県民の健康の保持の推進と、医療費の伸びの適正化のために、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上により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など、生活習慣病対策に重点的に取り組む必要があります。
- あわせて、生活習慣病になった者への対策にも取り組む必要があります。例えば、糖尿病が重症化し、人工透析に移行した場合、患者の生活の質（QOL）が著しく低下するだけでなく、多額の医療費がかかることが指摘されています。
- また、神奈川県は歯科の一人当たり後期高齢者医療費は全国に比べ高くなっています。歯科疾病の多くは生活習慣が原因であるため、日常生活における予防が重要です。
- さらに、喫煙に対する取組や、予防接種の推進、がん検診の受診促進等、各疾病の対策が医療費の伸びの適正化だけではなく、県民の健康の保持の観点からも重要となってきます。
- 生活の質（QOL）の維持・向上を図るためにも、生活習慣の改善を促す取組や予防の重要性を普及・啓発する取組を通じ、健康づくりを推進していくことが重要と考えられます。

イ 医療の効率的な提供

- 神奈川県の人10万人当たりの病床数は一般病床、療養病床、精神病床のいずれにおいても全国値を大きく下回っています。
- また、人口10万人当たりの在宅医療施設数についても神奈川県は、全国平均を下回っています。
- 今後は急速な高齢化が進む中で、65歳以上の高齢者単独世帯の大幅な増加も予測されています。（図2-113、図2-114）
- 以上の状況を踏まえ、急速な高齢化に対応するためには、病床機能の分化及び連携*による限られた医療資源の有効活用や、介護サービス*や在宅医療*も含めた地域包括ケアシステム*の体制づくりが重要と考えられます。

図2-113 神奈川県の高齢者単独世帯の推計

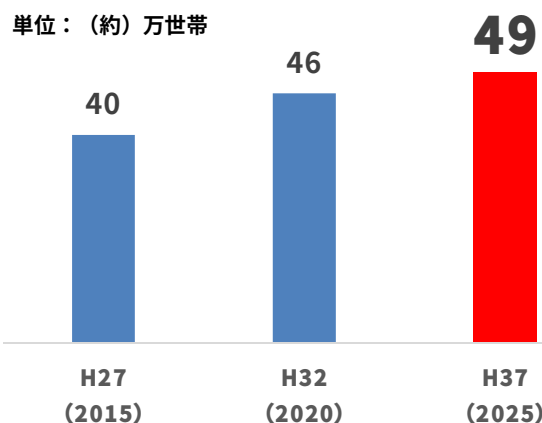
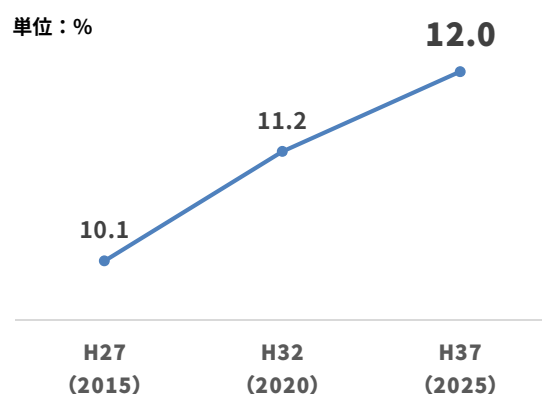


図2-114 神奈川県の総世帯数に占める
高齢者単独世帯の割合の推計



国立社会保障・人口問題研究所 日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)(平成26年4月推計)

- また、神奈川県調剤医療費のうち、薬剤料が最も高くなっています。
- 後発医薬品の使用を促進することにより、医療費にかかる患者負担の軽減や医療保険*財政の改善に資するため、今後、品質に対する信頼性の確保、県民や医療関係者への情報提供の強化、使用促進に係る環境整備といった後発医薬品の普及に係る更なる取組が必要となります。
- 他にも、重複投薬の是正や複数種類の医薬品の投与の適正化は、医療費の適正化だけではなく、医薬品の適正使用の観点からも必要となります。
- なお、複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できないことにも留意が必要です。
- さらに、医療機関の受診者のなかには、複数の医療機関での受診（重複受診）や毎日のように受診（頻回受診）する方が見受けられ、必要以上に受診率が高くなり医療費も高くなっている可能性があります。
- 必要な受診を抑制することはあってはなりません。重複受診・頻回受診の状況をレセプト等から確認し、適正な受診を促進していくことや医療費に関する意識を啓発していくことが重要であると考えられます。

第3章 計画の目標と医療費の見込み

1 計画の目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

【特定健康診査・特定保健指導の実施率・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率】

- 糖尿病等の生活習慣病は、重症化や合併症の発症により長期の入院や人工透析が必要になるなど、患者の生活の質（QOL）を悪化させ、医療費も高額に上る疾病ですが、同時に、若い頃からの生活習慣の改善に努めることで発症の予防や重症化の防止ができる疾病であることから、生活習慣病対策に取り組むことが重要となっています。
- 生活習慣病対策には、生活習慣病発症前のメタボリックシンドローム予備群の段階や重症化する前の生活習慣の改善が重要で、そのためには予備群等の早期発見を行う健康診査や、生活習慣の改善を指導する保健指導*の役割が大きくなっています。
- 生活習慣病対策のために平成20年度から保険者に40～74歳の被保険者・被扶養者*を対象とした特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられ、全国一律の基準で特定健康診査や特定保健指導を行うために、国は「標準的な健診・保健指導プログラム*」を策定しています。
- このことから、全国で標準化された基準により広く県民に対して行われる「特定健康診査の実施率」と「特定保健指導の実施率」を目標項目として設定します。
- また、生活習慣病対策の効果を見るための指標として、特定健康診査の結果により把握することの可能な「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）^{（※1）}の減少率」を目標項目として設定します。

【生活習慣病（糖尿病）の重症化予防】

- 生活習慣病対策として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることに併せ、生活習慣病となった場合には、速やかに医療機関の受診を勧奨するとともに、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。
- そのため、糖尿病の重症化予防に関する目標として、「糖尿病有病者数の増加の抑制」や「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」に関する目標を設定します。

【80歳（75～84歳）で自分の歯を20本以上持つ人の割合】

- 歯周病は、歯を失うだけではなく、糖尿病、動脈硬化等様々な全身の健康への影響が研究・報告されています。また、食べる・飲み込むなどの口腔機能が低下すると、誤嚥性肺炎を起こしたり、栄養が十分に摂取できなくなったりします。生涯にわたり、健康を保持増進するには、歯周病予防や口腔機

能の維持・向上等、歯と口腔の健康づくりが大切です。

- 歯及び口腔の健康づくりが生活習慣病対策等に重要な役割を果たすことから、「80歳（75～84歳）で自分の歯を20本以上持つ人の割合」を目標項目として位置付けます。

【たばこ対策】

- がんや慢性閉塞性肺疾患（COPD）等の疾病の発症予防のためには、たばこによる健康被害を回避することが重要とされています。また、受動喫煙については、神奈川県は平成22年4月に全国に先駆けて「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例*」（以下、「受動喫煙防止条例」といいます。）を施行し、受動喫煙防止対策に取り組んできたところですが、平成27年度に県が実施した「受動喫煙に関する県民意識調査」において、公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合が25.5%となっています。
- こうしたことを踏まえ、たばこ対策として、成人喫煙率や公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合を目標項目として位置づけます。

【がん検診】

- 定期的ながん検診によりがんの早期発見・早期治療ができれば、がんになっても治る可能性が高くなるだけでなく、症状が出てから治療するより身体面でも費用面でも負担が少なく、生活の質（QOL）を維持することもできます。そのため、「がん検診の受診率」を目標項目として位置付けます。

【予防接種】

- 生活習慣病に限らず疾病予防という公衆衛生の観点や県民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要です。
- 特に風しんについては、平成25年に大流行し、現在は表面上、沈静化していますが、今後とも周期的に流行する可能性が高く、平成32（2020）年の東京オリンピック・パラリンピックなど、多くの人が訪れる際に感染が拡大されることが懸念されています。
- このような状況から、神奈川県では東京オリンピック・パラリンピックまでに、「神奈川県から風しんの流行を発生させない」、「今後、妊娠する人から先天性風しん症候群を出さない」ことを目指し、平成26年度から「風しん撲滅作戦*」を開始しました。こうしたことを踏まえ、予防接種に関する目標として、「風しんに係る普及啓発及び大人の風しん予防接種*の推奨」とする行動目標を設定します。

県民の健康の保持の推進に関する目標

目標項目	平成35(2023)年度目標	参考
特定健康診査の実施率 ^(※2)	70%以上	49.7% (平成27年度) ^(※3)
特定保健指導の実施率 ^(※4)	45%以上	12.2% (平成27年度) ^(※5)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率 ^(※6)	平成20年度比 25%以上	平成20年度比 21.8% (平成27年度) ^(※7)
生活習慣病（糖尿病）の重症化予防 ^(※8)	糖尿病有病者数の増加の抑制 22万人 (平成34(2022)年度目標)	23万人 (平成25年度) ^(※9)
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 925人 (平成34(2022)年度目標)	1,007人 (平成27年) ^(※10)
80歳(75～84歳)で自分の歯を20本以上持つ人の割合 ^(※11)	65% (平成34(2022)年度目標)	44.7% (平成25～27年度) ^(※12)
たばこ対策 ^(※13)	成人喫煙率 男性 21.5% 女性 4.4% (平成34(2022)年度目標)	男性 26.9% 女性 9.7% (平成25～27年度) ^(※14)
	公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合 9.8%	公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合 25.5% (平成27年度) ^(※15)
がん検診 ^(※16)	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 50%	胃がん 41.8% 大腸がん 42.2% 肺がん 45.9% 乳がん 45.7% 子宮頸がん 44.6% (平成28年) ^(※17)
予防接種	風しんに係る普及啓発及び大人の風しん予防接種の推奨	

- ※1 第三期医療費適正化計画におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の定義は、国の医療費適正化基本方針において、第二期医療費適正化計画と異なり、特定保健指導対象者とするものとされました。
- ※2 特定健康診査の実施率は、国の医療費適正化基本方針と同値を設定しています。当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数（他者が実施した健診のデータを保管しているものも含む）を当該年度末の40～74歳の被保険者数及び被扶養者数で除して算出します（妊産婦等の除外規定に該当するとして報告された者を除く）。なお、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針^{*}」（以下、「基本指針」といいます。）における特定健康診査の実施率の平成35（2023）年度における目標値は70%以上ですが、その達成のため保険者区分に応じて目標値が設定されています。健康保険組合・共済組合（いずれも単一型）は90%以上、健康保険組合（単一型以外）・私学共済^{*}は85%以上、国民健康保険組合は70%以上、全国健康保険協会・船員保険は65%以上、市町村国民健康保険は60%以上とされています。
- ※3 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27年度）より。
- ※4 特定保健指導の実施率は、国の医療費適正化基本方針と同値を設定しています。当該年度の保健指導利用者数（動機づけ支援^{*}利用者数＋積極的支援利用者数）を、当該年度の健診受診者のうち、階層化により保健指導の対象となった者の数（動機づけ支援の対象とされた者の数＋積極的支援の対象とされた者の数）で除して算出します（妊産婦等の除外規定に該当したとして報告された者、服薬中の者を除く）。
 なお、基本指針における平成35（2023）年度の特定保健指導の実施率の目標値は45%以上ですが、特定健康診査と同様に、その達成のため保険者区分に応じて目標値が設定されています。市町村国民健康保険は60%以上、健康保険組合（単一型）は55%以上、共済組合は45%以上、全国健康保険協会は35%以上、健康保険組合（単一型以外）・船員保険・国民健康保険組合・私学共済は30%以上とされています。
- ※5 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27年度）より。
- ※6 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率は、国の医療費適正化基本方針と同値を設定しています。平成20年度の特定健康診査の結果から推計した平成20年度の特定保健指導の対象者の推定数を求め、その数から当該年度における同推定数を引いた数を減少数とし、減少数を平成20年度の同推定数で除して算出します。
 なお、基本指針において平成35（2023）年度における同減少率の目標値は25%以上とされており、保険者区分ごとの目標値は設定されていません。
- ※7 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27年度）及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成28年1月1日現在）より。
- ※8 「糖尿病有病者数の増加の抑制」に係る目標値は、平成22年度を基準時点（21万人）として、国と同様に有病率が今後も同じと仮定し、高齢化を加味した有病者数を算出しています。
 また、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」に係る目標値は、生活習慣を改善することにより、期待される県の血圧の低下を算出し、国と同じ透析導入者の低下率を用いて、目標値を算出しています。
- ※9 厚生労働省「第1回NDBオープンデータ」より。
- ※10 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成27年）より。
- ※11 国の策定した「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項^{*}」の考え方と同様に、経年データから算出した推計値に、神奈川県では取組の進捗を見越し、15ポイント加算した目標値を「神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画」において、独自に設定しています。ここに掲げる目標値は「神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画」から再掲しており、同計画の計画期間が平成34（2022）年度までであるため、平成34（2022）年度の目標を再掲しています。
- ※12 平成25～27年度の3か年の平均値。県健康増進課「県民健康・栄養調査」（平成25～27年度）より。
- ※13 平成22年度の成人喫煙率から、平成22年度における成人喫煙者のうち禁煙希望者が平成34（2022）年度に禁煙したと仮定し、その禁煙希望者の割合を減じた平成34（2022）年度の成人喫煙率を目標値として算出しています。
 また、公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合は、「受動喫煙に関する県民意識調査」の公共的施設において受動喫煙を経験した人の割合について、平成25年度（29.4%）から平成27年度（25.5%）の減少率を基に毎年度の減少率を6.65%として、平成35年度の目標値を算出しています。
- ※14 平成25～27年度の3か年の平均値。県健康増進課「県民健康・栄養調査」（平成25～27年度）より。
- ※15 平成27年度の公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合。県健康増進課「受動喫煙に関する県民意識調査」（平成27年度）より。
- ※16 「神奈川県がん対策推進計画」に掲げている目標値を再掲しています。
- ※17 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成28年）より。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

【後発医薬品の使用割合】

- 平成29年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2017」において、後発医薬品の使用割合を平成32（2020）年9月までに80%とする目標が位置付けられています。
- これを踏まえ、県として、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、普及啓発施策等の充実を図り、後発医薬品の使用割合を80%以上とする目標を位置付けます。

【医薬品の適正使用の推進】

- 今後、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要です。
- 複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高く、一概に判断はできないものの、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しにつながっていることが指摘されています。
- こうしたことを踏まえ、保険者等、薬局、医療機関その他関係者と連携協力して取り組む医薬品の適正使用の推進に関する目標として、「かかりつけ薬剤師・薬局*の普及・定着」及び「医薬品の適正使用に係る理解と普及」を図る行動目標を位置付けます。

医療の効率的な提供の推進に関する目標

目標項目	平成35(2023)年度目標	参考
後発医薬品の使用割合	80%以上	67.1% ^(※) (平成29年3月)
医薬品の適正使用の推進	・ かかりつけ薬剤師・ 薬局の普及・定着 ・ 医薬品の適正使用に 係る理解と普及	

※ 厚生労働省「調剤医療費の動向」（平成28年度）より。なお、本データは、調剤レセプトの電算処理分に限るデータであることに留意する必要があります。

2 医療費の見込み

(1) 県民医療費の推計方法

- 県民医療費の見込みについては、国の医療費適正化基本方針において、平成35（2023）年度の「医療費適正化の取組を行った後の医療費の見込み」を推計することとされています。
- この医療費の見込みの推計方法は、「医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込み」から、「医療費適正化の目標達成による効果額の見込み」を差し引いて算出するものです。
- このうち、医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込みは、入院医療費と入院外及び歯科医療費を合算しますが、それぞれ算出方法が異なります。入院医療費については、平成37（2025）年度に見込まれる病床機能区分ごとの患者数と平成26年度における同区分ごとの一人当たり医療費等を基に推計しています。入院外及び歯科医療費については、平成26年度を基準年度として、平成21年度から平成25年度の医療費の動向を基に算出した医療費の伸び率から推計しています。
- 医療費適正化の目標達成による効果額の見込みは、「特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上」、「後発医薬品の使用促進」、「地域差の縮減に向けた取組（糖尿病に関する取組の推進、かかりつけ医*、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮及び病院と診療所の連携の推進による重複投薬・複数種類の医薬品の投与の適正化）」によって適正化される医療費を推計したものです。

(2) 計画策定時の医療費

- 直近の公表値である、平成27年度の県民医療費は2兆7,186億円^(※1)となります。

(3) 計画終了時の医療費

ア 医療費適正化の取組を行う前

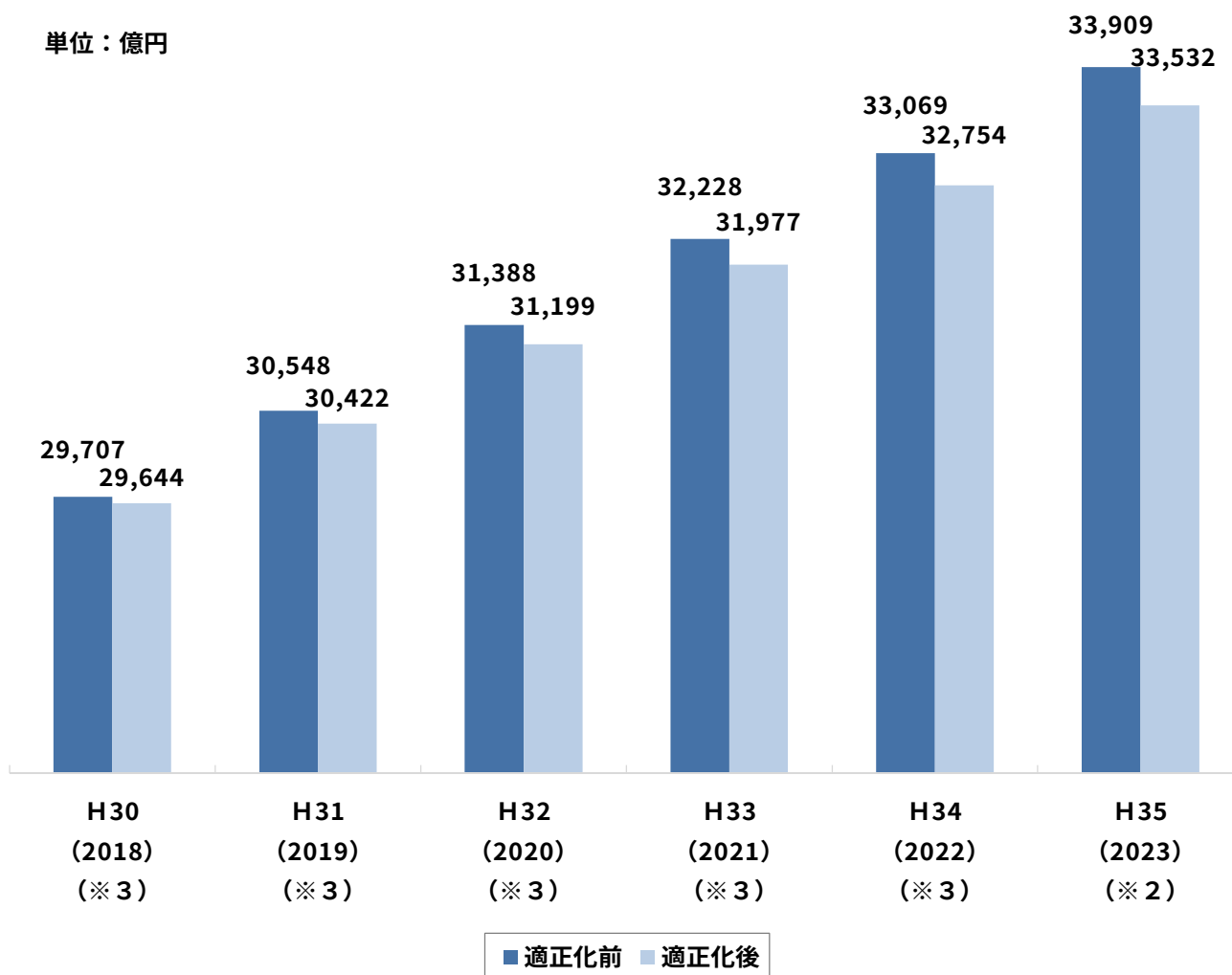
- 医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込みは3兆3,909億円^(※2)となり、平成27年度より約6,723億円の増加となります。（図3－1）

イ 医療費適正化の取組を行った後

- 医療費適正化の取組を行った後の医療費の見込みは3兆3,532億円^(※2)となり、平成27年度より約6,346億円の増加となりますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも約377億円、医療費の伸びの適正化が図られる見込みです。（図3－1）

図3-1 県民医療費の見込み

単位：億円



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール
厚生労働省 国民医療費（平成26、27年度）

※1 厚生労働省「国民医療費」（平成27年度）より。

※2 億円未満を四捨五入しています。

平成29年5月23日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室事務連絡「医療費適正化計画の策定に関する留意事項」において、厚生労働省の「国民医療費（平成26年度）」における県民医療費と同省の医療費適正化計画関係推計ツールにより推計した同年度の県民医療費の比を用いて、平成35（2023）年度の医療費の見込みを調整できるという考え方が示されています。神奈川県の場合、「国民医療費（平成26年度）」の県民医療費と同年度の医療費の推計値には約2%の乖離があることから、本文中に示している平成35（2023）年度の県民医療費の見込みは同事務連絡の考え方に沿って調整を行っています。

なお、調整を行う前の平成35（2023）年度における県民医療費の見込みは、医療費適正化の取組を行う前が3兆3,359億円、医療費適正化の取組を行った後が3兆2,987億円となっています。

※3 億円未満を四捨五入しています。

平成30（2018）年度～平成34（2022）年度の県民医療費の見込みについて、医療費適正化の取組を行う前の医療費は、厚生労働省の「国民医療費（平成27年度）」における県民医療費と平成35（2023）年度の医療費適正化の取組を行う前の医療費（※2により調整を行った医療費）を用いて、同じ伸び率で医療費が増加した場合の数値を参考として記載しています。

また、医療費適正化の取組を行った後の医療費は、上記の方法により算出した平成29年度の県民医療費の見込みと平成35（2023）年度の医療費適正化の取組を行った後の医療費（※2により調整を行った医療費）を用いて、同じ伸び率で医療費が増加した場合の数値を参考として記載しています。

第4章 施策の展開

1 県民の健康の保持の推進のための取組（未病対策等の推進）

(1) 未病対策等の推進

ア 未病を改善する取組の推進

(7) ライフステージ*に応じた未病対策

【現状と課題】

- 人の心身の状態は「健康か病気か」といった明確に二つに分けられるものではなく、健康と病気の間で常に連続的に変化しており、この状態を「未病」と言います。（図4－1）
- 県では、こうした心身の状態の変化の中で、特定の疾患の予防にとどまらず、心身をより健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を進めています。
- 1970年に25.6万人であった65歳以上の老年人口は、2050年には約295万人と10倍以上になり、1970年に4.7%であった高齢化率は、2050年には36.4%まで進むなど、神奈川県は全国と比べても速いスピードで高齢化が進むと見込まれています。
- 超高齢社会*を乗り越えるためには、人々の健康に対する意識づけを強く促し、行動に結び付けていくとともに、社会全体でそれを支えていくことが必要であるため、「かながわ未病改善宣言*」に基づき、「食・運動・社会参加」を中心とした未病改善の取組を進めています。（図4－2）
- 未病改善は、一人ひとりが生活習慣等の改善に主体的に取り組むことで、心身をより健康な状態に近づけていくことです。そのため県では、全ての世代の方々が「未病」を自分のこととして考え、行動していくよう、子どもから高齢者まで、ライフステージに応じた未病対策に取り組んでいます。
- なお、健康増進法に基づき平成25年3月に策定した「かながわ健康プラン21」では、「平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命*の延伸」と「県内の各地域の健康格差の縮小」による健康寿命日本一を掲げるとともに、未病改善の考え方が盛り込まれています。
- 健康寿命の延伸に向けて、未病概念の一層の浸透と、未病改善の実践の普及を図るため、健康に関心な層や、忙しくて未病改善に取り組めない県民等に対するアプローチなどを中心に、効果的な取組を進める必要があります。
- そのため、市町村等の関係機関、関連団体等で健康施策や健康課題の情報を共有するなど連携し、栄養・食生活や運動など生活習慣の改善に向けた取組を進めていくことが必要です。

＜子どもの未病対策＞

- 乳幼児期や学齢期などの子どもの時期は、将来にわたる健康の土台づくりをする大切な時期ですが、近年、食生活の欧米化や食習慣の乱れ、運動不足と運動過多の二極化といった課題も見られます。このため、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることの大切さについて普及啓発を行うとともに、未病改善の取組を実践できるよう支援するため、リーフレットの配布や指導者向けの研修などを実施しています。
- 引き続き、子どもや保護者に対して普及啓発を行うとともに、未病改善を実践できるよう支援を行う必要があります。

＜未病女子対策＞

- 近年、初産年齢の上昇や少産化など、女性のライフスタイル等を背景に、女性特有の疾患の若年化傾向が見られるほか、多くの若い女性に「やせ願望」があると言われる中、やせ過ぎの女性は、低出生体重児*を出産するリスクが高いと報告されています。また、低出生体重児については、成人後は生活習慣病を発症しやすいことが分かっています。
- このため、若い世代を中心とする幅広い世代を対象に、女性の健康・未病課題とその適切な対処法について普及啓発を行うため、イベントの開催やウェブサイトによる情報発信等を行っています。
- 引き続き、若い世代を中心とする幅広い世代を対象に正しい知識の普及を図る必要があります。

＜働く世代の未病対策＞

- 「かながわ健康プラン21」に基づき、糖尿病対策の重要性の普及啓発などの生活習慣病対策を進めています。
- 働く世代の生活習慣病対策を強化するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行っています。
- 地域の保険者、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組の検討や調整を行っています。
- 今後は、生活習慣病による医療費の増大等の背景も受け、従業員の定期健診の受診率が低いなどの課題がある中小企業への働きかけや、生活習慣病予防への積極的な取組を充実させる必要があります。

＜高齢者の未病対策＞

- 高齢になっても、健康でいきいきと自立した生活が続けることができるよう、運動器の障害により要介護になるリスクの高い状態であるロコモティブシンドロームや加齢により心身の活力（筋力や認知機能等）が低下した状態であるフレイル（虚弱）の対策を進めています。
- 今後も引き続き、これらの兆候に早い段階で気づき、進行の抑制や改善を図ることが必要です。

【施策】

- 全ての世代の方々が「未病」を自分のこととして考え、行動していくよう、子どもから高齢者まで、ライフステージに応じた未病対策を、県民、企業、学校、行政や関係機関、関連団体等が連携して取組を推進します。

① 子どもの未病対策（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ 子どもが楽しく運動や食などの未病改善に取り組めるよう、企業等のノウハウや人材を活かした「子どもの未病対策応援プログラム*」の幼稚園や保育所等における提供や、高校生の健康リテラシーを高めることを目的とした、高校における未病学習などを実施します。

② 未病女子対策（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ 女性特有の健康課題に関する正しい知識や適切な対処法について理解を促すため、「かながわ女性の健康・未病Week*」における普及啓発イベントの開催や、ウェブサイトによる情報発信等を進めます。

③ 働く世代の未病対策（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ かながわ健康プラン21推進会議*の地域・職域連携推進部会*等で、地域保健*と職域分野が連携を図り、働く世代の健康づくりの取組を推進します。
- ・ 働く世代の生活習慣病対策を強化するため、特に中小企業の事業主に対し、従業員の健康づくりや健康管理体制の構築に向けた支援体制の整備を行います。

④ 高齢者の未病対策（県、市町村、県民、関係機関等）

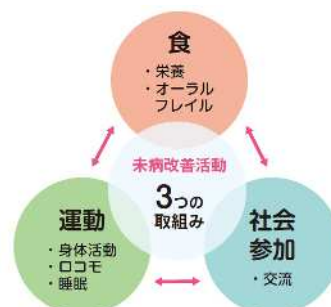
- ・ 介護予防*・軽度認知障害*対策として、ロコモ・フレイルを早期に発見し、対処するための自己チェックの機会の提供やセミナーの開催などの取組を推進します。

図4-1 「未病」の考え方



県健康増進課作成

図4-2 「かながわ未病改善宣言」(平成29年3月)による「食・運動・社会参加」の3つの取組



県健康増進課作成

(1) 未病改善の取組を支える環境づくり

【現状と課題】

<地域における未病改善を進める環境づくり>

- 「食・運動・社会参加」を中心とした未病改善に県民が主体的に取り組めるよう、未病センター*の設置促進や未病サポーター*の養成など、地域において未病改善の取組を支える環境づくりを進めています。さらに充実を図る必要があります。
- 市町村が、保健事業実施計画（データヘルス計画）*に基づく健康づくり事業を進めるにあたり、これまで以上に客観的な分析や評価が求められるようになる中、県として、広域的な視点から地域の健康データの分析や、効果的な解決策等を市町村とともに考えていく枠組みを整えていく必要があります。
- また、地域全体の健康づくりを進めるには、市町村国保だけでなく、企業で働く方々の健康づくりを担う、他の保険者の持つデータを分析し活用する取組も大切です。

<職域における未病改善を進める環境づくり>

- 企業や団体においても従業員の健康管理に積極的に取り組み、職場での従業員の未病対策を進めていくことが重要です。
- 県では、企業や団体が「健康管理最高責任者」（Chief Health Officer）を設置し、従業員とその家族の健康づくりを企業経営の一環として行う健康経営に積極的に取り組んでいく「CHO構想*」を進めています。
- 企業や団体が健康経営に取り組む「CHO構想」の普及にあたっては、特に人員や資金に余裕のない中小企業に対して、健康経営のメリット（労働生産性の向上、医療コストの削減、企業イメージの向上など）を示すとともに、企業や団体の取組を支援するツールの提供などにより、健康経営の取組を支援する必要があります。

【施策】

① 地域における未病改善を進める環境づくり（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ 地域における健康づくり事業のより効果的な実施を促進するため、県に国民健康保険団体連合会が提供する国保データベースシステム（KDB）を導入し、国民健康保険の健診等のデータや人口動態統計など、地域の健康データの収集・分析・加工を行うとともに、市町村と連携した地域の課題分析や、有識者による事業評価等を実施していきます。
- ・ また、企業で働く方々の健康づくりを後押しするため、国民健康保険以外の特定健康診査データ等の分析など、各保険者と連携した取組などを進めていきます。

- ・ 身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置を促進します。
- ・ 市町村の健康づくりの取組をサポートするため、未病センターにおける食や運動などに関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。
- ・ 未病改善の取組の重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成を行います。こうした取組を、県民や市町村、企業・団体と連携して進めることにより、未病改善の取組を支える環境づくりを一層推進します。

② 職域における未病改善を進める環境づくり（県、関係機関等）

- ・ 企業や団体のCHO構想（健康経営）の取組を支援するため、従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、県が開発・運用しているアプリ「マイME-BYOカルテ*」を提供します。
- ・ また、県が「CHO構想推進事業所」として登録した事業所に、企業や団体のイメージアップに活用できる登録証やステッカーを配布するほか、「マイME-BYOカルテ」に入力された従業員の健診データを基に、事業所の健康課題が見える化して提供します。

（ウ）未病が見える化する取組

【現状と課題】

- 生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、科学的なエビデンス（裏づけ）に基づき、未病が見える化する取組を進めています。
- 自分の現在の未病の状態や将来の疾病リスクを数値で見える化する「未病指標」を構築するとともに、未病指標の活用促進に向けた取組を進める必要があります。

【施策】

① 未病が見える化する取組（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ 一人ひとりの行動変容を促進し、健康寿命の延伸につなげるため、未病指標の第一弾として、生活習慣病の早期発見・介入に向けたメタボリスク指標*及び改善プログラムを構築し、市町村及び県民への普及を図ります。
- ・ また、WHOやアカデミア等と連携し、生活機能やストレス等に関する未病指標についても検討を進めます。

～国の戦略に「未病」が位置づけられています～

平成29年2月、「未病」の定義が新たに盛り込まれた国の「健康・医療戦略*」が閣議決定されました。

「健康・医療戦略」には、「健康か病気かという二分論ではなく健康と病気を連続的に捉える『未病』の考え方などが重要になると予想される。その際には、健康・医療関連の社会制度も変革が求められ、その流れの中で、新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待される」とあり、国の戦略に初めて「未病」が位置づけられたことになります。

イ 糖尿病の重症化予防

【現状と課題】

- 糖尿病については、放置すると網膜症・腎症・神経障害等の合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療費にも大きな影響を与えます。
- こうしたことを踏まえ、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議*及び厚生労働省により、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする「糖尿病性腎症重症化予防プログラム*」が策定されました。
- 都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、各都道府県で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、市町村における取組が円滑に実施できるよう支援することが求められています。

【施策】

- ① **かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）*に基づく糖尿病の重症化予防等の取組の推進（県、市町村、保険者等、医療機関・医療関係者、関係機関）**
 - ・ 平成29年度に、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく糖尿病性腎症の重症化予防に加え、神奈川県独自に腎症以外の合併症対策や「かながわ方式保健指導*」のインターグループワーク*等の手法などを盛り込み、神奈川県医師会、神奈川県糖尿病対策推進会議等と連携して策定した「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」に基づき、保険者と地域の医師会や医療機関等が連携して実施する未治療者・治療中断者への受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援します。

ウ 認知症未病対策

【現状と課題】

- 認知症の人は平成37（2025）年には全国で約700万人前後になると見込まれています。また、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になるといわれています。
- 認知症の中には、健康な状態からすぐに発症するのではなく、長い歳月をかけて徐々に進行するものがあると言われており、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる未病の改善に取り組むことにより、認知症の発症リスクを軽減できると言われています。

- そこで、県では認知症の発症リスクを軽減するための未病改善の取組として、コグニサイズ*や、認知症に対する理解を深めるための普及啓発を進めています。
- 高齢化が進み、将来的な患者数の急増が見込まれる中にあっては、認知症の発症リスク軽減を図る取組などを着実に進めていく必要があります。

【施策】

① 認知症未病対策（県、市町村、県民、関係機関等）

- ・ 「未病を改善する」観点からも認知症を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、認知症のリスクを軽減するためのコグニサイズなどの普及定着や、早期に発見し、早期に治療につなげるための取組を進めます。

エ 歯科保健対策

【現状と課題】

- 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画に基づき、ライフステージに応じた歯及び口腔の健康づくりを進めています。
- 8020運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保つための取組）に代表されるように、歯と口腔の健康づくりは、生涯にわたる健康の保持増進に寄与するとともに、生活の質の向上にも影響するため、保健、医療、福祉等の多職種連携による、ライフステージに応じた継続的な歯科保健対策が必要です。
- 平成26年5月診療分の神奈川県の国民健康保険における121分類の疾病別（年齢階層別）受診率、医療費及び一人当たり医療費の上位10疾病に、歯肉炎及び歯周病が含まれています。歯みがき及び歯間清掃などの生活習慣の改善や、かかりつけ歯科医*による定期的な歯科検診及び歯科保健指導による予防効果が期待できるため、歯及び口腔の健康づくりの更なる取組が必要です。

<乳幼児期・学齢期>

- むし歯を有する幼児、児童、生徒は年々減少していますが、地域のむし歯の現状や要因を考慮したむし歯予防対策の充実が必要です。
- 乳幼児期には、むし歯が生じないように、フッ化物*を利用した早期からの専門的な予防処置と子育て支援や食育*を含む多角的な歯科保健対策が必要です。
- 学齢期には、主体的にむし歯や歯肉炎予防に取り組めるよう、歯と歯肉の自己観察の習慣や口腔衛生用具*等の活用など、セルフケア能力を高めるための支援が必要です。

＜成人期＞

- 成人における歯の本数は年々増加していますが、進行した歯周病を有する者の割合も加齢とともに増加しています。
- むし歯及び歯周病が進行する前に歯と歯肉の変化に気づくための自己観察の習慣を持つとともに、かかりつけ歯科医を持つことが必要です。
- 歯周病と糖尿病など生活習慣病との関連性や、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性など、歯と口腔の健康づくりと全身の健康との関連性についての普及啓発が必要です。
- 喫煙は歯周病を悪化させることから、喫煙が口腔内に与える影響についての普及啓発が必要です。

＜高齢期、障がい児者及び要介護者＞

- 80歳（75～84歳）で自分の歯を20本以上有する人の割合及び高齢者の一人当たりの歯の本数は、年々増加傾向にありますが、咀嚼*（そしゃく）や嚥下*（えんげ）などの口腔機能が低下する傾向にあるため、咀嚼機能の維持と歯の喪失予防のための歯周病等の歯科疾患予防対策の充実が必要です。
- 高齢者におけるオーラルフレイル*（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）の該当者の割合は、自立者で約2割、要支援者で約5割、要介護者では約8割であることから、オーラルフレイル対策を含めた口腔機能の維持・向上対策の推進が必要です。
- 障がい児者及び要介護者は、口腔衛生や口腔機能の管理が難しく、誤嚥性肺炎等の発症リスクが高い状況にあることから、歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や、生活の自立を促すため、歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上を含む口腔ケア*に取り組むことが必要です。
- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、要介護者に対する保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制が必要です。

【施策】

① 乳幼児期・学齢期における歯科保健対策の推進（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関等）

- ・ 地域のむし歯の現状や要因及びフッ化物を利用したむし歯予防方法等、歯と口腔の健康づくりに関する情報提供を行います。
- ・ 子どもの歯と口腔の健康づくりに関する相談窓口や、子どもとのふれあいを重視した歯みがき指導など、子育て支援に資する歯科保健相談及び指導体制の充実を図ります。
- ・ むし歯予防、摂食*機能発達支援及び食育など、健全な歯と口腔の育成支援体制の充実に取り組みます。

- ・ 市町村や学校等で、むし歯及び歯肉炎の予防のための歯科保健指導及び歯科保健教育を受ける機会の充実を図り、自己観察の習慣や口腔衛生用具等の活用など、セルフケア能力を高めるための教育指導を充実させます。

② 成人期における歯科保健対策の推進（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関等）

- ・ 口腔内の自己観察の習慣、歯間部の清掃を重視したセルフケアの大切さなどについて普及啓発を行います。
- ・ かかりつけ歯科医による定期的な歯科検診、歯科保健指導の実施の充実を図ります。
- ・ 関係機関、関係団体及び事業所等が連携し、地域や職場において全身の健康と歯と口腔の健康づくりとの関連性、糖尿病や喫煙と歯周病との関連性、妊娠期の口腔ケアの重要性などに関する普及啓発を行います。

③ 高齢期、障がい児者及び要介護者における歯科保健対策の推進（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関等）

- ・ いつまでも自分の歯でしっかり噛んで食べることができるよう、かかりつけ歯科医を持ち、定期的な歯科検診や歯科保健指導を受けるなど、咀嚼機能の維持と歯を喪失しないための歯科疾患予防の必要性について普及啓発します。
- ・ 高齢者の口腔機能が維持・向上するよう、早期からのオーラルフレイル予防の普及啓発とオーラルフレイル改善プログラムの定着化を図ります。
- ・ 障がい児者や要介護者の歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や生活の自立を促すための歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上等の支援に取り組めます。
- ・ 障がい児者及び要介護者の生活の質の向上や自立を図るため、施設入所者や在宅療養者に対して、保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制づくりを推進します。

④ 歯科保健医療サービス提供のための環境整備（県）

- ・ 地域における歯科保健事業の評価及び地域特有の課題抽出等の指標となるよう、歯科保健データの収集、分析、評価、提供を行い、地域歯科保健対策の推進を支援します。
- ・ 8020運動をはじめとする歯と口腔の健康づくりを推進するため、口腔機能向上等の重要性について普及啓発を主体的に実施する県民ボランティア（8020運動推進員）の養成及び育成に取り組み、その活動支援を行います。

オ たばこ対策

【現状と課題】

- たばこ対策については、神奈川県がん対策推進計画に定める成人喫煙率の目標値（平成29年度までに男性25%、女性6%）に達していません。更なる喫煙率低下を図るため、地域や職域で卒煙（禁煙）しやすい環境づくりを進める必要があります。
- 未成年者等の喫煙防止対策を推進するため、喫煙防止教育を進めるとともに、妊産婦及びその家族を対象に、たばこの健康への悪影響を周知していく必要があります。
- また、受動喫煙防止条例に基づき、施設管理者に対する戸別訪問による指導等を行うことにより、受動喫煙を防止する環境の整備は図られていますが、訪問した施設のうち900件を超える施設が条例未対応（平成29年3月末現在）となっているため、条例未対応施設等への戸別訪問による指導等を行う必要があります。

【施策】

① たばこ対策の推進（県）

- ・ 喫煙や受動喫煙によるがん等の健康への悪影響から県民を守るため、神奈川県がん対策推進計画などに、「たばこ対策の推進」を位置付けており、卒煙（禁煙）サポート*の推進、未成年者等の喫煙防止対策、条例に基づく受動喫煙防止対策の3つの柱によりたばこ対策を推進します。

カ がん検診の受診促進

【現状と課題】

- がん検診は、健康増進法及び国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針*」に基づき市町村が行っている検診のほか、職域での健康診断に、事業者や保険者が自主的にがん検診を加えて行っている場合や、個人の負担で受診する人間ドックで行う場合があります。市町村が行うがん検診の受診促進に加えて、職域におけるがん検診についても受診促進の取組を進める必要があります。
- 平成28年国民生活基礎調査によると、胃がん、大腸がん、肺がんでは「神奈川県がん対策推進計画」（平成25～29年度）の目標（平成29年度までに、胃がん、大腸がん、肺がんは40%以上、乳がん、子宮がん^(※)は50%以上）を達成していますが、乳がん、子宮頸がん^(※)は目標を達成できていないことから、特に女性特有のがんについては、よりきめ細かな受診促進の取組が必要です。

【施策】

① がん検診の受診促進（県、市町村、保険者等、関係機関）

- ・ 県及び市町村は、特定健康診査との同時実施を推進するなど、がん検診を受診しやすい環境整備を図ります。
- ・ 神奈川県がん対策推進計画に基づき、企業内で従業員にがん検診を働きかける「健康づくり担当者」や各地域における事業主等に、がん検診の必要性や正しい知識を普及啓発するといった職域における受診促進に取り組みます。
- ・ 地域や職域が連携したがん検診の受診促進として、乳がん検診受診促進のための「ピンクリボン活動*」を実施するなど、がん検診の必要性や正しい知識について普及啓発を行います。

※ 「子宮がん」と「子宮頸がん」の表記について、「神奈川県がん対策推進計画」策定当時（平成25年）は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）において「子宮頸がん」と「子宮体がん」を併せて「子宮がん」としていましたが、平成26年に同指針の一部改正があり、「子宮頸がん」のみががん検診の対象とされました。

上記計画の目標は本文を抜粋しているため、「子宮がんは50%以上」と表記していますが、目標の達成状況の判断については、「子宮頸がん」を対象にしている平成28年国民生活基礎調査を使用していることから「子宮頸がんは目標を達成できていない」と表記しています。

(2) 保険者等による健康づくりの推進

ア 特定健康診査・特定保健指導の推進及びその支援

【現状と課題】

- 特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善する必要のある者を抽出して、生活習慣を改善するための指導を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として、平成20年度から40～74歳の被保険者・被扶養者を対象として行うことが保険者の義務として位置づけられました。
- 全国一律の基準で特定健康診査や特定保健指導を行うために、厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、特定健康診査・特定保健指導の内容・体制・基盤整備等を示しており、各保険者はこの基準に沿って特定健康診査・特定保健指導を実施しています。
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率は、国民健康保険や被用者保険*等、保険者の種別により差はあるものの、いずれも平成29年度末時点において達成すべき県の目標値（特定健康診査の実施率：70%、特定保健指導の実施率：45%）には達しない見込みです。実施率向上のため、受診・利用勧奨や広報、通知方法の改善、実施体制の整備、従事する人材の育成などの更なる取組が必要です。
- 全国的にも特定健康診査・特定保健指導の実施率が目標に達しない見込みである中、保険者ごとに策定することとされている「特定健康診査等の実施に関する計画*」（以下、「特定健康診査等実施計画」という。）の第三期計画期間（平成30（2018）～35（2023）年度）より、①厚生労働省において、平成29年度の実績から各保険者別に特定健康診査・特定保健指導の実施率を公表すること、②特定保健指導の運用ルールを大幅に見直すこと、③特定健康診査の項目の追加、④その他運用の改善等の制度の変更を行うこととされました。
- 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果データ分析による効果の確認や、特定健康診査・特定保健指導の結果データとレセプトデータとの突合により、被保険者の健康状態や医療費の状況を分析することが可能であり、地域や事業所等での保健事業*等への活用が求められています。
- 特定保健指導については、保険者が効果や実績などを適切に評価して、事業を推進することが求められていますが、実施に当たっては、人材の確保が課題となっています。
- 健康保険組合や共済組合等の被用者保険では、全国各地に受診対象者がいるため、事業者等による健康診断*が受けられない被扶養者が、身近な場所で特定健康診査や特定保健指導を受けられるよう、地域の医療機関等との集合契約*が行われていますが、被扶養者の実施率は低い傾向があり、市町村等と連携した取組が求められています。
- 高齢者の医療の確保に関する法律では、保険者等が共同で都道府県ごと

に「保険者協議会*」を組織するよう努めることとされており、①特定健康診査・特定保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等に関する情報についての調査及び分析の業務を行うこととされています。

- 平成27年5月に高齢者の医療の確保に関する法律が改正されたことに伴い、平成28年度からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、あらかじめ保険者協議会に協議しなければならないこととされるとともに、②計画に基づく施策の実施に関して保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができることとされました。
- 特定健康診査のデータ等に関する個人情報については、個人情報保護法における要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきであり、漏洩防止に細心の注意が必要です。

【施策】

① 特定健康診査・特定保健指導に関する情報の収集・提供等（県、保険者、保険者協議会）

- ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施に関し必要な情報を収集するとともに、保険者間で情報交換を行います。
- ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導を行うに当たり、実施方法や目標値等を記載した特定健康診査等実施計画を6年ごとに定め、この計画に沿って取組を実施します。保険者が計画を策定・改定する際に、県は、必要な情報を提供するなどの支援を行います。
- ・ 県は、情報交換会を開催し、保険者間の情報共有の場を設けるほか、各保険者の取組事例についての情報提供等を行い、受診・利用勧奨や広報、通知方法の改善、実施体制の整備等の特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けた取組の情報・知識の共有化を図ります。

② 特定健康診査・特定保健指導の従事者等に対する人材育成（県、保険者、保険者協議会）

- ・ 医師、歯科医師、看護師、保健師、管理栄養士*をはじめとした特定健康診査等の従事者が適切な知識、技術を習得できるように、県・保険者協議会において研修を行います。
- ・ 県立保健福祉大学・大学院において質の高い保健・医療・福祉の人材の養成を図ります。

③ 特定健康診査・特定保健指導データ及び医療費分析の実施（県、保険者）

- ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果のデータと電子化されたレセプトデータとの突合などにより、医療費の増減、患者の増減などを把握し、特定健康診査・特定保健指導の効果を検証するとともに、保健指導等に活用します。

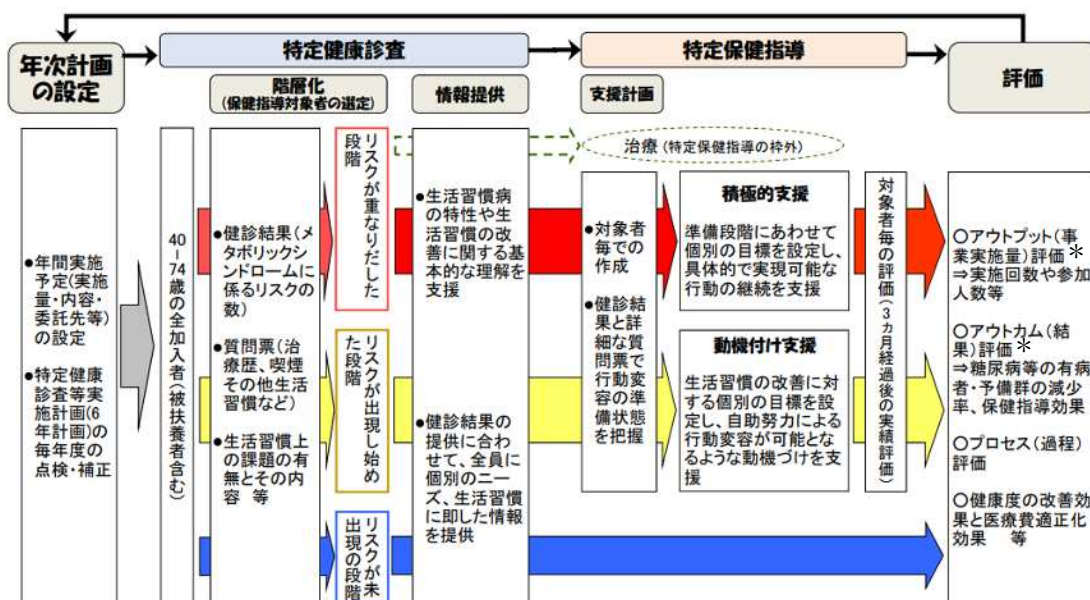
④ 保険者協議会における保険者間の連携（県、市町村、保険者、保険者協議会）

- ・ 保険者協議会において、保険者が連携して、特定健康診査の受診や特定保健指導の利用に係る勧奨、実施環境の向上、関係機関との連携等に関する情報を交換し、実施率の向上を図るとともに、がん検診等との同時実施の推進などを通じて、地域保健の向上に努めます。
- ・ 保険者協議会が中心となって、医師会等と調整を行い、集合契約方式により被用者保険の被扶養者が、身近な地域で特定健康診査や特定保健指導を受けることができるような取組を進めます。

⑤ 特定健康診査等に関する個人情報の保護（保険者、医療機関・医療関係者）

- ・ 保険者は、特定健康診査等に関する個人情報の取扱いに関して、個人情報保護法に基づくガイドライン*を遵守し、職員等の義務の周知徹底、委託の際の個人情報の厳重な管理等を契約書に定めるなど適切な対応を行います。

図4-3 特定健康診査・特定保健指導の基本的な流れ



厚生労働省 平成29年度ブロック会議資料

イ 効果的・効率的な保健事業の実施

【現状と課題】

＜保険者等による効果的・効率的な保健事業の実施＞

- 保険者等は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクル*に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）を作成した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行っていくことが求められています。

＜高齢者の特性を踏まえた保健事業＞

- 国が作成した「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン*暫定版」においては、後期高齢者の特性として、①前期高齢者*と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行するほか、②複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群*の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要であること、③医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいこと、④健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大といった特性があると考えられることとされています。
- こうした高齢者の特性を踏まえた保健事業は、後期高齢者医療広域連合と市町村が緊密に連携を図り、実施することが求められています。

【施策】

① データヘルス計画策定とP D C Aサイクルに基づく効果的・効率的な保健事業の実施に向けた取組（県、保険者等、関係機関）

- ・ 保険者等は、データを活用し効果的かつ効率的な保健事業を実施するためにデータヘルス計画を策定し、特定健康診査・特定保健指導の実施率等向上事業、糖尿病等の生活習慣病重症化予防事業、分かりやすい情報の提供やインセンティブ提供による予防・健康づくりなど、地域の課題に応じた保健事業をP D C Aサイクルに基づき実施します。
- ・ 県は、保健事業支援評価委員会*に参加し、市町村への支援を行うとともに、神奈川県国民健康保険団体連合会*とともに、市町村間の情報共有や好事例の展開を図るため、研修会等を実施します。

② 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施（後期高齢者医療広域連合、市町村）

- ・ 平成29年度中に国が作成する「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を踏まえ、神奈川県後期高齢者医療広域連合は、市町村と緊密な連携を図り、後期高齢者に対する生活習慣病の重症化予防やフレイル対策等を実施します。

(3) 予防接種の推進

【現状と課題】

<予防接種の推進>

- 予防接種は、感染症の発生や重症化の予防、まん延防止等において、重要な役割を担っており将来的な医療費負担の軽減が期待されるため、適正な実施を推進していく必要があります。

<風しん撲滅作戦の推進>

- 平成25年に風しんが大流行したことを受け、神奈川県では平成26年度から風しん撲滅作戦に取り組んでいます。
- 20代後半から40代の方は、予防接種制度*の変遷のため、他の年齢層に比べて、予防接種法に基づく風しんの定期予防接種*を受ける機会がなかった方の割合が高く、風しんのり患者と接することで感染する可能性が比較的高くなっています。
- 風しんは周期的に流行しており、また、平成32（2020）年の東京オリンピック・パラリンピックなど、多くの人を訪れる際に感染が拡大する可能性があることから、引き続き、風しんに係る普及啓発や大人の風しん予防接種の推奨に取り組んでいく必要があります。

【施策】

① 予防接種の推進（県、市町村、保険者等、医療機関・医療関係者）

- ・ 予防接種は、感染症に対する抵抗力を増すために重要なものであるため、接種率の向上とV P D（Vaccine Preventable Diseases：ワクチン接種により防ぎ得る病気）予防推進のため、ワクチンに関する正しい知識の普及及び接種の啓発・勧奨に努めます。

② 風しん撲滅作戦の推進（県、市町村）

- ・ 妊娠を希望する女性や妊婦のパートナー等を対象に、市町村が実施する風しん予防接種助成事業*に対する補助を行います。
- ・ 県のホームページやスポーツコンテンツ*広告などの広報を実施します。

2 医療の効率的な提供の推進のための取組

(1) 病床機能の分化及び連携

ア 病床機能の分化及び連携

【現状と課題】

- 高齢化の進展に伴い、神奈川県は平成37（2025）年の病床数は、平成27年の病床数と比較すると回復期を中心に不足することが「神奈川県地域医療構想」において推計されています。
- 限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、こうした医療需要の増加に対応するためには、地域の医療需要を踏まえた必要な病床機能を明らかにした上で、医療機関、地域の関係団体、行政、県民が一体となって、地域の医療需要を適切に受け止められるよう病床機能を確保していくことが必要です。
- また、急性期*から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられるよう、病床機能の確保と併せて、異なる病床機能を持つ医療機関などの連携体制を構築することが必要です。
- さらに、各地域に設置する地域医療構想調整会議*等において、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保及び連携に係る支援施策等について情報共有し、医療機関や関係団体による取組を推進するほか、県民に対しても、分かりやすい情報提供を行うことで、医療提供体制に対する理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療につなげてもらうことが必要です。

【施策】

① 不足する病床機能の確保（県、医療機関等）

- ・ 病床機能の転換・整備に係る技術的・財政的な支援などにより、地域で不足する病床機能の確保を推進します。特に、神奈川県では、回復期病床の不足が見込まれることから、回復期リハビリテーション*病棟や地域包括ケア病棟*など、回復期機能を担う病床への転換等を推進します。
- ・ また、将来の医療需要の増加に向けた対応として、入院医療の効率化を図り、より多くの患者の受入を可能にするため、病床利用率の向上などに必要な取組を推進します。

② 病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保・養成（県、医療機関、医療関係者等）

- ・ 不足する病床機能を確保する上で、必要となる医療従事者の確保・養成に向けた取組を推進します。

③ 地域の医療・介護の連携体制構築（県、医療機関、医療関係者、介護・福祉関係者、市町村等）

- ・ 地域の慢性期の医療需要に対応するための取組については、介護医療院*などの新たなサービス提供類型が創設されることから、介護療養型医療施設や医療療養病床からの円滑な転換を支援します。
- ・ 急性期や回復期・慢性期の病院に加え、在宅医療を担う診療所までの切れ目のない連携の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた病病連携・病診連携*、医療と介護等との連携をより一層進めます。

イ 疾病別の医療連携体制*の構築

【現状と課題】

<がん>

- 神奈川県において、がんは昭和53年に死因の第1位となってから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人ががんで亡くなっています。がんのり患者数も年々増加しており、生涯のうちに2人に1人がかかると推計されています。
- 今後もライフスタイルの多様化や高齢化の進行により、神奈川県におけるがんのり患者数及び死亡者数の増加が見込まれる一方、がん医療の進歩による生存率の向上等により、治療と仕事の両立、高齢者のがん対策など、新たな課題が生じています。

<脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病>

- 神奈川県の死因別死亡割合で心血管疾患は第2位、脳血管疾患は第3位を占めています。
- 脳卒中は、近年の治療法のめざましい進歩により、死亡割合は減少傾向にありますが、要介護の原因の第1位となっています。
- 脳卒中及び心血管疾患は、早期に発見し、適切な治療を開始することが、後遺症を残さないためにも重要です。また、急性期での死亡を免れても、再発と増悪を繰り返し徐々に身体機能を低下させるケースがあるため、疾病の特徴と患者の状態に応じて、急性期、回復期、維持期*の医療機関が連携し、再発予防と適切な介入を行う体制を充実させる必要があります。
- 糖尿病は、患者数が多く、自覚症状が無いまま重症化し、網膜症や腎症、神経障害など重篤な合併症を起こしやすい疾病であり、今後、未病を改善する観点や、医療費適正化の観点からも、多職種連携による重症化予防の取組を充実させる必要があります。
- 地域連携クリティカルパス（診療計画表）*は、急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るなどの疾病ごとの診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもので、診療に当たる複数の医療

機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるなど、医療連携の方法の一つと考えられます。

＜精神疾患＞

- うつ病等の精神疾患は、最初に一般内科等のかかりつけ医を受診すること多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- 救命救急医療機関*において相談専門職を配置し、搬送された自殺未遂者及びその家族への相談支援等を実施したり、救急医療機関*と保健福祉事務所等の連携を強化し、救急搬送された自殺未遂者やその家族の相談支援を行い、再度の自殺企図を未然に防いでいますが、引き続き、自殺未遂者の支援が必要です。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療*体制については、一般救急での受入体制の強化、後方受入れ病院*の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。

【施策】

① がんの医療連携体制の構築（医療機関、医療関係機関、市町村、保険者、県等）

- ・ がんに対する1次予防、2次予防の取組を進めるとともに、がん診療連携拠点病院*及び県がん診療連携指定病院*を中心とした地域の医療機関との連携を推進します。また、就労を含めた社会的な問題やライフステージに応じた対策について、医療機関等と連携しながら取組を進めます。

② 脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病の医療連携体制の構築（県、市町村、医療機関・医療関係者、保険者等、介護事業者、関係機関、県民）

＜共通＞

- ・ 会議等を活用して、市町村、関係機関等と協力して健康づくりを推進します。
- ・ 各疾患に対応できる医療機関とその機能について、わかりやすい情報提供を行い、連携を推進します。
- ・ 地域連携クリティカルパスの活用などにより医療連携を推進するとともに、多職種協働による在宅医療の支援体制の構築を図ります。

＜脳卒中＞

- ・ 発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進します。

- ・ 医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制*の充実や、急性期医療の充実に努めます。
- ・ 口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことを推進します。
- ・ 脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、わかりやすい情報提供を推進します。

＜心筋梗塞等の心血管疾患＞

- ・ A E D*の配置等による病院前救護体制の充実、C C Uネットワーク*等の構築による急性期医療の充実に努めます。
- ・ 心臓リハビリテーションや摂食・嚥下リハビリテーション、口腔内を清潔に保つことなどを推進します。

＜糖尿病＞

- ・ 各保険者、市町村等が連携して健診受診の症例や生活習慣改善に向けた保健指導と健康教育を実施します。
- ・ 糖尿病と歯周病との関連性について、県民にわかりやすい情報提供を行います。
- ・ 糖尿病の医療連携体制の構築を図るため、かかりつけ医、糖尿病専門医*、かかりつけ歯科医、かかりつけ眼科医*、かかりつけ薬剤師・薬局、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー*等の関係職種間の連携や地域連携クリティカルパスの活用・普及を図ります。

③ 精神疾患の医療連携体制の構築（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ うつ病患者への対応力向上等を目的としたかかりつけ医の研修の充実を図り、受講を促進します。
- ・ 自殺未遂者の再企図を防ぐため、自殺未遂者支援事業*に取り組みます。
- ・ 精神疾患と身体疾患合併症患者の救急医療体制の充実に取り組みます。

ウ 事業別の医療体制の整備・充実

【現状と課題】

＜救急医療＞

- 救命救急センター*の整備方針としては、原則、二次保健医療圏*に1か所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平

成29年4月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されました。

- 地域の二次・三次救急医療機関*の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保とセンター機能の質の充実が課題です。

<精神科救急医療*>

- 県西部における精神疾患を伴う救急患者の受入れを拡充するため、平成28年度から2年間で県域の救命救急センター2か所において、精神疾患対応救急医の人材養成を行いました。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療体制については、一般救急での受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。

<小児医療>

- 小児医療は需要が多い一方、供給(特に二次救急*に係る医療資源)が不十分な上、軽症患者が多く二次・三次医療機関に流入しており、少ない供給を更に圧迫している状況です。
- 夜間や休日の小児救急医療体制*や重篤な小児救急患者の医療提供体制を安定的に確保するためには、小児救急医療*の供給量の維持・充実に努めるとともに、小児救急に係る医療資源の効率的な活用を進める必要があります。

<周産期医療*>

- 神奈川県における母親の年齢別出生数を見ると、35歳未満の割合が減少し、35歳以上の割合が増加しています。
- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩*や低出生体重児及び極(超)低出生体重児*の増加が見込まれることから、今後も周産期救急医療*体制の安定的な運用に努める必要があります。

<災害時医療*>

- 災害拠点病院*の指定要件として業務継続計画*の整備並びに同計画に基づく研修及び訓練実施が追加され、早急な対応が求められています。
- 災害時の現場対応力の充実強化を図るため、災害拠点病院に複数のDMAT*の整備が必要です。

【施策】

① 救急医療体制の整備・充実（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ 三次救急医療*を担う救命救急センターについては、全ての二次保健医療圏で整備されたことから、今後は、地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保を図るとともに、救命救急センターの国の充実段階評価の見直しを踏まえ、センター機能の質の充実に向けた取組を検討します。

② 精神科救急医療体制の整備・充実（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に、転院する事業を、県西部でも実施できるよう、受入医療機関の整備を行います。
- ・ 精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、関係機関との相互理解を深め、一般救急での受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携を推進します。

③ 小児医療体制の整備・充実（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ 小児救急電話相談事業*を周知するとともに、休日夜間急患診療所や病院群輪番制*等による救急医療体制の安定的な確保を目指します。また、地域内の診療所医師による病院における救急診療への協力などの連携方策や医療資源の集約化・重点化等、地域の実情に応じた小児救急医療体制を検討します。

④ 周産期医療体制の整備・充実（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ 救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備するとともに、長期入院児の抑制に向け、NICU*や小児病棟から在宅へ移行した後の受入体制を整備することで、周産期救急医療体制の充実を図ります。

⑤ 災害時医療体制の整備・充実（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関）

- ・ 災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の機能強化を図るとともに業務継続計画の整備や同計画に基づく研修及び訓練に取り組みます。また、災害拠点病院に複数のDMATの整備を進め、国主催の大規模災害時医療活動訓練*等に参加し、他の都道府県のDMATとの連携強化を図ります。

エ 地域医療連携

【現状と課題】

- 患者一人ひとりに適切なサービスを提供するため、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局を普及させるとともに、その診療を支援する地域医療体制を整備する必要があります。
- 病床機能の分化及び連携を推進するためにも、医療機関の適切な役割分担が求められています。
- 多様化する医療需要等に対応するため、ある疾患に罹患した患者を中心として、地域で医療・介護に関わる人々がそれぞれの役割分担を行い、お互いに情報共有をすることにより、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者を支えていくための仕組みが、地域連携クリティカルパスです。
- 地域連携クリティカルパスの利用を増やしていくためには、その有効性について、医療関係者、介護関係者だけでなく、患者自身やその家族への啓発を図り、普及を進めていく必要があります。
- 地域医療支援病院*の承認要件が平成26年度に見直されたため、紹介率・逆紹介率*の基準値の改正など新たな要件を満たした上で、地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進することが必要です。

【施策】

- ① **かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及（県、市町村、医療関係機関）**
 - ・ 患者一人ひとりに適切な医療サービスを提供するため、日頃から身近なところで健康管理を行うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を推進します。
- ② **情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した医療情報の共有（県、市町村、医療関係機関、介護関係機関）**
 - ・ 安全・安心で質の高い医療提供体制の整備を県民に提供するために、情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した患者・医療情報の共有を進めます。
 - ・ 医療機能の分化及び連携を促進するため、情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した地域医療情報ネットワーク*の構築を進めます。
- ③ **地域連携クリティカルパスの普及（県、市町村、医療関係機関、県民）**
 - ・ 医療機関における地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、利用患者及びその家族に対して、パスの内容や効果について啓発します。

(2) 地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

<在宅医療>

- 在宅医療は、高齢化の進展によってそのニーズが高まるとともに、慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されます。
- 在宅医療の推進のためには、退院支援から、日常の療養支援、急変時の対応、看取りまで切れ目のない継続的な医療提供体制が確保されるよう、病院の退院時における退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター*、居宅介護支援事業所*、訪問看護ステーション*、訪問介護事業所*等の連携構築が必要となります。
- 在宅医療に関する知識や経験がないために、患者や家族が在宅医療を選択できないケースがあり、患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。
- 市町村は、郡市医師会等関係団体と連携しつつ、在宅医療・介護連携推進事業*（介護保険の地域支援事業）に位置付けられた取組を推進しています。
- しかし、医療資源に地域差があることなどを踏まえ、市町村と県が連携を図りながら地域の課題に対応していくことが必要です。
- 小児在宅医療については、NICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器等の使用やたんの吸引などの医療的ケアを必要とする障がい児（医療的ケア児）が生活の場に移行する場合、小児の在宅医療を受け入れる医療機関が少ないことなどから、地域における受け入れ体制を確保する必要があります。
- 障がい児者、要介護者等の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、県では、医科や介護サービスと歯科医療との連携推進のための在宅歯科医療中央連携室*及び在宅歯科医療地域連携室*を設置し、また、歯科診療所の在宅歯科医療用の機器等の整備に対し支援を行っていますが、更に連携体制を強化する必要があります。

<高齢者対策>

- 介護サービス提供基盤の整備については、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づき、着実な整備を進めてきましたが、サービス利用者の需要の増加や認知症高齢者の増加に対応するため、引き続き適切なサービス提供基盤の整備が求められています。
- 介護が必要になった時でも、多くの人は、可能な限り在宅で暮らすことを望んでいることから、高齢者一人ひとりができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、在宅での生活を支援する取組を充実していく必要があります。
- 在宅サービスの充実を図った上で、常時介護を必要とする方が自宅等で

暮らすことが困難な場合のために、引き続き特別養護老人ホーム*などの介護保険施設*等の整備を進めていく必要があります。

＜障がい者対策＞

- 障害福祉サービスの利用は、着実に増加していますが、障がい者が安心して地域で暮らしていくためには、ホームヘルプサービス*や日中、施設などで提供される生活介護*、身体機能や生活能力の向上のための自立訓練*、緊急時や家族のレスパイト*（休息）のための短期入所、住まいの場であるグループホーム*などをさらに整備していく必要があります。
- 施設や病院から地域生活へ移行するための支援や、移行した後の地域生活を定着させるための支援も重要です。

＜母子保健対策＞

- 居住する地域にかかわらず、等しく適切な医療を受けられるよう体制整備を行うとともに、市町村等関係機関との連携のもと、小児慢性特定疾病児等の長期療養が必要な児とその保護者に対して相談等支援が必要です。

＜難病対策＞

- 難病は、長期の療養を必要とするものですが、適切な疾病の管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能であるものや、長期の入院や在宅での療養を必要とするものなど、患者の状況や必要な対応が多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が望まれています。
- 難病の多様性、希少性のため、患者はもとより、医療従事者であっても、どの医療機関を受診（紹介）すれば、早期に正しい診断をつけられるか、わかりづらく、医療機関の全国的な連携、医療提供体制の整備が望まれています。

【施策】

① 在宅医療の推進（県、市町村、医療関係機関、介護関係機関）

- ・ 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援から、日常の療養支援、急変時の対応、患者が望む場所での看取りまで継続して医療が行われるよう、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。
- ・ 医療、介護に従事する多職種が専門知識を活かし、チームとして患者・家族を支えていくための人材育成や、在宅医療を提供する機関等の連携体制の整備を行い、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築します。
- ・ 医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。
- ・ 医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種における口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。

② 地域包括ケアの推進（市町村、介護事業者、関係団体、医療機関、県民、県等）

- ・ 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等が地域住民からの相談等を受け、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた対応を行うことができるよう、市町村は、在宅医療・介護連携推進事業を推進します。
- ・ 県は、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及啓発に取り組むとともに、医師会等と連携し、保健所を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援します。
- ・ 個々の市町村では解決が困難な課題を共有し、検討を行うため、保健福祉事務所圏域ごとに地域包括ケア会議*を開催し、保健・医療・福祉の関係機関や団体等の多職種による連携・協働体制の強化を図ります。

③ 介護サービス提供基盤の整備（県、市町村、介護事業者等）

- ・ 市町村による日常生活圏域における必要な地域密着型サービス施設*等の整備について、地域医療介護総合確保基金*を活用して支援します。
- ・ 特別養護老人ホームなどの介護保険施設の整備に対して補助します。

④ 障がい者の地域生活を支えるサービス等の確保と地域生活への移行・定着への支援（県、市町村、医療機関、サービス提供事業者等）

- ・ ホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障がい者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備するための支援を行います。
- ・ 施設や精神科病院から地域生活に円滑に移行するための「地域移行支援」と、一人暮らしに移行した障がい者などを対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の支援を行う「地域定着支援」の利用促進を図ります。

⑤ 長期療養が必要な児等への支援（県、市町村、医療機関、関係団体等）

- ・ 長期療養が必要な児やその保護者等に対して、市町村をはじめとする関係機関と連携を図り、相談等支援や体制整備の推進を図ります。

⑥ 難病の医療提供体制、相談支援体制の整備（県、市町村、医療機関、関係団体等）

- ・ 既存の難病治療研究センター*を中心とする相談支援体制を再構築した医療提供体制の整備を図り、地域における受入れ医療機関と専門機関との連携、情報共有を進め、安定した療養生活の確保につなげます。
- ・ 医療提供体制の整備に併せ、「かながわ難病相談・支援センター*」の役割を明確化し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。

(3) 後発医薬品の使用促進

【現状と課題】

- 平成29年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2017」において、平成32（2020）年9月までに後発医薬品の使用割合を80%にする数値目標が示されました。しかしながら、平成29年3月の全国の普及率が68.6%であるのに対し、神奈川県は67.1%であり、平成27年3月（全国58.4%、神奈川県58.0%）と比較して全国の普及率との差が拡大していることから、目標値の達成に向けて更なる取組が必要となっています。
- 平成27年度に神奈川県後発医薬品使用促進協議会*が実施した「後発医薬品に関するアンケート」では、県民においては後発医薬品に漠然とした不安を抱き、また、医療関係者においては後発医薬品の使用を否定している状況ではないが後発医薬品に関する情報の不足を感じている結果であったことから、県民や医療関係者に対して、後発医薬品の品質など安心して使用できる情報を分かりやすく提供することが必要となっています。
- また、保険者等は「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望カード*」や「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知*」などを送付していますが、引き続き取り組んでいく必要があります。

【施策】

- ① **後発医薬品使用促進に係る理解促進（県、医療関係団体）**
 - ・ 後発医薬品の使用割合を80%以上とする目標の達成を目指し、県民や医療関係者が求める情報内容の把握や効率的な情報提供の方法などについて、神奈川県後発医薬品使用促進協議会で検討します。
 - ・ 県民に対して、「薬と健康の週間*」や「お薬の基礎知識に関する出前講座*」等の機会を活用して後発医薬品の品質や安全性などを説明するとともに、医療関係者に対して、品質に関する最新情報を発信し、後発医薬品の理解促進に取り組みます。
 - ・ 市町村ごとの実情を把握し、関係団体との連携強化を図り重点的な取組を行うことで、県全体の使用割合の向上を目指します。
- ② **「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望カード」の配布等の実施（県、市、保険者等）**
 - ・ 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望カード」の配布等の被保険者等に対する利用勧奨を行います。
 - ・ 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知」により軽減可能な自己負担額を被保険者に通知し、後発医薬品の使用促進に取り組みます。
 - ・ このほか、被保険者等に対する効果的な後発医薬品の使用促進の方法について検討します。
 - ・ あわせて、県は後発医薬品の使用促進について市町村等の国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合に対して指導・助言を行います。

(4) 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 厚生労働省は、平成27年10月に患者本位の医薬分業*の実現に向けて、「患者のための薬局ビジョン*」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立ち、現在の薬局をかかりつけ薬局へ再編する道筋を示しました。
- 患者本位の医薬分業を目指すためには、県民がかかりつけ薬剤師・薬局の役割や機能を十分理解し、かかりつけ薬剤師・薬局を持つメリットを実感できるようにするための普及啓発が必要です。
- 保険者等は、医薬品の適正使用についての広報や重複投薬者に対する文書通知、訪問指導等を実施していますが、引き続き取組を推進していく必要があります。

【施策】

① かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着（県、医療関係団体）

- ・ 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、重複投薬の是正や副作用の発生の防止、飲み残しによる残薬の調整などを適切に行うために、「患者のための薬局ビジョン」に則した取組により、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着を図ります。
- ・ 県民自らがかかりつけ薬剤師・薬局を持つメリットを実感できるよう、県ホームページや「お薬の基礎知識に関する出前講座」において周知を図るほか、薬剤師による薬相談会や健康相談会などを通じ、かかりつけ薬剤師・薬局を持つきっかけ作りに努めます。
- ・ 県ホームページで公表している薬局の機能に関する情報を拡充するなど、県民が、信頼のおける薬局を選ぶ際に活用できるよう、県内の薬局の特徴や機能を分かりやすく情報提供します。

② 医薬品の適正使用に関する意識の啓発（保険者等）

- ・ 啓発チラシやパンフレット、広報紙、ホームページ等を活用した広報を実施し、医薬品の適正使用に関する理解と普及を図ります。

③ 重複投薬の該当者に対する訪問指導等の実施（保険者等）

- ・ 重複投薬に該当する被保険者に対して、文書通知や電話・訪問等による指導を行うとともに、必要に応じて医療関係団体に情報提供を行うなど連携を図り、医薬品の適正使用の推進に努めます。
- ・ レセプトから指導後の医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導の方法について検討します。

(5) 適正な受診の促進等の取組

【現状と課題】

- 保険者等は、医療機関から請求のあったレセプトについて、受給資格や請求内容に誤りがないか、専門知識を持った職員等による点検（レセプト点検）を行っています。
- 重複受診や頻回受診に該当する被保険者に対して、適正な受診について指導するとともに、交通事故のような第三者の行為*によって生じた医療費について、加害者への求償*事務を行っています。取組を強化していく必要があります。

【施策】

① 国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合への指導・助言（県）

- ・ 国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合に対して、制度の運営が健全に行われるよう指導・助言を行います。
- ・ 県・市町村・後期高齢者医療広域連合医療保険事務改革検討協議会*において、レセプト点検、医療費通知、保健事業の効果的な実施方法など、医療費適正化に結びつく取組を関係機関が連携して実施するための方策を具体的に検討します。

② 重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導等の実施（保険者等）

- ・ 保険者等は、重複受診者・頻回受診者に対して、文書通知や電話・訪問等による指導を行うとともに、必要に応じて医療関係団体に情報提供を行うなど連携を図り、適正な受診の促進に努めます。
- ・ レセプトから指導後の受診行動や医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導等の方法について検討します。

③ 医療費に関する意識の啓発（保険者等）

- ・ 健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために、受診者に医療費の額などについて通知する医療費通知について、効果的に実施します。

④ レセプト点検の実施（保険者等）

- ・ 国民健康保険団体連合会との更なる連携の強化や、縦覧点検*の実施によりレセプト点検を効率的に実施します。

⑤ 第三者行為に係る求償等の充実（保険者等）

- ・ 交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、加害者等への求償事務を充実します。

第5章 計画の推進体制・役割と評価

1 計画の推進体制・役割

(1) 計画の推進体制

- 医療費の適正化を進めるためには、県民一人ひとりの理解と実践はもとより、県、市町村、保険者等、医療機関、関係団体等の関係者が自らの役割を十分認識し、相互に連携・協力していく必要があります。
- 本計画の推進に当たり、学識経験者や医療関係者等からなる神奈川県医療費検討委員会*において、医療費の現状把握、本計画の評価・見直しなどに関する協議・検討を行うとともに、関係者それぞれが主体的に各施策に取り組むよう努めながら計画の推進を図ります。

(2) 関係機関及び団体等の役割

ア 県民

- 医療費の適正化には、県民自身の健康づくりに向けた取組をはじめ、適正な受診行動など、それぞれのライフステージの県民一人ひとりの理解と協力が不可欠であることから、可能な取組に努めることが期待されます。

イ 国

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

ウ 県

- 医療費の現状分析をはじめ、医療費の適正化のための基礎情報を集約するとともに、その内容や本計画の目標・施策について、ホームページ等を活用しながら積極的に情報発信し、県民をはじめ関係機関等への本計画の周知に努めます。
- 本計画に基づく施策の実施について、保険者等、医療機関その他の関係者と連携しながら計画の推進に努めます。

エ 市町村

- 市町村は、住民に直接保健サービスを提供し、地域団体等と連携して住民の健康づくりを推進する役割を担っています。同時に、保険者としての機能を踏まえ、本計画の推進に努めます。また、地域包括支援センターの機能充実を図るなど、医療と介護の連携を推進しながら本計画の推進に努めます。

オ 保険者等

- 加入者の資格管理や保険料の徴収など、医療保険を運営する主体としての役割に加え、特定健康診査等実施計画やデータヘルス計画などに基づく保健事業等を通じた加入者の健康の保持の推進や、医療の効率的な提供の推進に向けた取組を推進します。

カ 医療機関・医療関係者

- 神奈川県医師会、神奈川県歯科医師会、神奈川県薬剤師会、神奈川県病院協会、神奈川県看護協会、神奈川県栄養士会などの関連団体（県内各地域の団体を含む）は、その専門性を活かして県や市町村、保険者等と連携し、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上や生活習慣病（糖尿病）の重症化予防などの県民の健康の保持の推進及び後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用の推進などの医療の効率的な提供の推進に努めます。

キ 神奈川県医療費検討委員会

- 学識経験者や医療関係者等からなる本会議において、医療費の現状把握、本計画の評価・見直しなどに関する協議・検討を行います。

ク 神奈川県保険者協議会

- 本計画の施策に関して、保険者等の施策等に係る情報の把握と共有を図ります。
- 本計画に基づく施策の実施について、必要に応じて、保険者等に対して協力を求めます。

2 計画の評価

(1) 評価等

ア 進捗状況の公表

- 平成31（2019）年度～平成34（2022）年度の年度ごとに計画の進捗状況を公表します。
- 計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めます。
- 進捗状況の確認の結果は、次期計画の改定に活用します。

イ 進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）

- 平成35（2023）年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）を行い、その結果を公表します。
- 調査及び分析の結果は、次期計画の改定に活用します。

ウ 実績の評価

- 平成36（2024）年度に進捗状況に関する調査及び分析の結果を活用し、目標の達成状況を中心に実績の評価を行い、その結果を公表します。
- 評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のために診療報酬の見直しが必要と判断した場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見を提出します。
- 医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために、神奈川県内における診療報酬の特例を定めるに当たっての厚生労働大臣からの協議があった場合は、実績の評価の結果を活用して対応します。

(2) 評価方法

- 計画に掲げた目標については、厚生労働省の国民医療費、特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ、患者調査、国民生活基礎調査等の国の統計資料などのほか、神奈川県が実施する県民健康・栄養調査などの資料を活用して評価します。

資 料 編

資料編目次

1	データ集	104
2	図表一覧	153
3	用語の説明	160
4	別表	186
5	関係法令	191
6	計画の策定経緯	199
7	神奈川県医療費検討委員会委員名簿	200

1 データ集 (※1,2)

※1 表の表題の横に掲載している【 】内の図番号は、本編に掲載している図表番号になります。
 ※2 掲載している表の構成比について、端数を四捨五入により処理しているため、各項目の構成比の合計が100%とならない場合があります。

(1) 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

ア 国における医療制度改革の動向

表 1 国民医療費、国民所得及び後期高齢者医療費(老人医療費)の推移 [図1-1、図1-2]

	国民医療費 (億円)	国民所得 (億円)	国民所得に対する 国民医療費の比率	後期高齢者医療費 (老人医療費) (億円)	国民医療費に対する 後期高齢者医療費 (老人医療費) の比率
平成1年度	197,290	3,208,020	6.2%	54,097	27.4%
平成2年度	206,074	3,468,929	5.9%	57,646	28.0%
平成3年度	218,260	3,689,316	5.9%	62,305	28.5%
平成4年度	234,784	3,660,072	6.4%	67,343	28.7%
平成5年度	243,631	3,653,760	6.7%	71,778	29.5%
平成6年度	257,908	3,683,506	7.0%	78,412	30.4%
平成7年度	269,577	3,784,796	7.1%	84,877	31.5%
平成8年度	284,542	3,913,605	7.3%	92,898	32.6%
平成9年度	289,149	3,884,837	7.4%	96,762	33.5%
平成10年度	295,823	3,782,396	7.8%	101,737	34.4%
平成11年度	307,019	3,770,032	8.1%	110,275	35.9%
平成12年度	301,418	3,859,685	7.8%	102,399	34.0%
平成13年度	310,998	3,743,078	8.3%	107,641	34.6%
平成14年度	309,507	3,726,487	8.3%	106,652	34.5%
平成15年度	315,375	3,779,521	8.3%	106,686	33.8%
平成16年度	321,111	3,826,819	8.4%	105,730	32.9%
平成17年度	331,289	3,873,557	8.6%	106,353	32.1%
平成18年度	331,276	3,923,513	8.4%	102,325	30.9%
平成19年度	341,360	3,922,979	8.7%	102,785	30.1%
平成20年度	348,084	3,639,913	9.6%	104,273	30.0%
平成21年度	360,067	3,534,222	10.2%	110,307	30.6%
平成22年度	374,202	3,619,241	10.3%	116,876	31.2%
平成23年度	385,850	3,584,029	10.8%	122,533	31.8%
平成24年度	392,117	3,598,267	10.9%	126,209	32.2%
平成25年度	400,610	3,740,063	10.7%	130,821	32.7%
平成26年度	408,071	3,783,183	10.8%	133,900	32.8%
平成27年度	423,644	3,884,604	10.9%	140,255	33.1%

表 2 総人口並びに総人口に占める65歳以上及び75歳以上人口の割合の推移と将来推計 [図1-3]

年度	総数 (人)	65歳以上 (人)	75歳以上 (再掲) (人)	65歳以上割合	75歳以上割合
平成2 (1995)年	123,611,167	14,894,595	5,973,485	12.0%	4.8%
平成7 (2000)年	125,570,246	18,260,822	7,169,577	14.5%	5.7%
平成12 (2005)年	126,925,843	22,005,152	8,998,637	17.3%	7.1%
平成17 (2005)年	127,767,994	25,672,005	11,601,898	20.1%	9.1%
平成22 (2010)年	128,057,352	29,245,685	14,072,210	22.8%	11.0%
平成27 (2015)年	127,094,745	33,465,441	16,125,763	26.3%	12.7%
平成32 (2020)年	125,324,842	36,191,978	18,719,899	28.9%	14.9%
平成37 (2025)年	122,544,102	36,770,849	21,799,724	30.0%	17.8%
平成42 (2030)年	119,125,137	37,159,585	22,884,331	31.2%	19.2%
平成47 (2035)年	115,215,698	37,816,602	22,597,261	32.8%	19.6%
平成52 (2040)年	110,918,554	39,205,714	22,391,806	35.3%	20.2%

総務省 国勢調査 (平成2～27年)
 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 (平成29年推計)

イ 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

表 3 神奈川県の県民医療費、後期高齢者医療費(老人医療費)及び

後期高齢者医療費(老人医療費)の県民医療費に占める割合の推移^(※) [図1-4、図1-5]

	平成2 年度	平成5 年度	平成8 年度	平成11 年度	平成14 年度	平成17 年度	平成20 年度	平成23 年度	平成26 年度	平成27 年度
県民医療費(億円)	10,762	12,999	15,451	16,939	17,388	19,524	21,073	23,859	25,989	27,186
県後期高齢者医療費 (老人医療費)(億円)	2,488	3,187	4,273	5,288	5,607	5,550	5,593	6,827	7,816	8,294
県後期高齢者医療費 (老人医療費)の 県民医療費に占める割合	23.1%	24.5%	27.7%	31.2%	32.2%	28.4%	26.5%	28.6%	30.1%	30.5%

厚生労働省 国民医療費(平成2～27年度)

厚生労働省 老人医療事業年報(平成2～17年度)

厚生労働省 後期高齢者医療事業年報(平成20～27年度)

※ 都道府県別に見た国民医療費(都道府県民医療費)は、平成26年度までは3年に1回公表されていましたが、平成27年度からは毎年度公表するようになりました。そのため、平成26年度までは3年間隔で表記しています。

表 4 将来人口推計 [図1－6、図1－7]

			平成27 (2015) 年	平成32 (2020) 年	平成37 (2025) 年	平成42 (2030)年	平成47 (2035) 年	平成52 (2040) 年	
神 奈 川 県	人 口 (人)	総人口	9,147,970	9,122,193	9,009,667	8,833,192	8,606,856	8,343,495	
		う ち	65～74歳	1,187,374	1,128,913	962,560	1,005,489	1,185,293	1,326,557
			75歳～	1,015,703	1,249,233	1,485,344	1,552,374	1,540,445	1,592,350
			65歳～	2,203,077	2,378,146	2,447,904	2,557,863	2,725,738	2,918,907
	指 数	総人口	100.0	99.7	98.5	96.6	94.1	91.2	
		う ち	65～74歳	100.0	95.1	81.1	84.7	99.8	111.7
			75歳～	100.0	123.0	146.2	152.8	151.7	156.8
			65歳～	100.0	107.9	111.1	116.1	123.7	132.5
全 国	人 口 (人)	総人口	127,094,745	125,324,842	122,544,102	119,125,137	115,215,698	110,918,554	
		う ち	65～74歳	17,545,732	17,472,079	14,971,125	14,275,254	15,219,341	16,813,908
			75歳～	16,322,237	18,719,899	21,799,724	22,884,331	22,597,261	22,391,806
			65歳～	33,867,969	36,191,978	36,770,849	37,159,585	37,816,602	39,205,714
	指 数	総人口	100.0	98.6	96.4	93.7	90.7	87.3	
		う ち	65～74歳	100.0	99.6	85.3	81.4	86.7	95.8
			75歳～	100.0	114.7	133.6	140.2	138.4	137.2
			65歳～	100.0	106.9	108.6	109.7	111.7	115.8

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（平成25年3月推計）

国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成29年推計）

(2) 医療費の動向

ア 神奈川県医療費

表 5 県民(国民)医療費の推移 [図2-1]

	神奈川県		全国	
	県民医療費(億円)	対3年(1年)前比	国民医療費(億円)	対3年(1年)前比
平成2年度	10,762	-	206,074	-
平成5年度	12,999	20.8%	243,631	18.2%
平成8年度	15,451	18.9%	284,542	16.8%
平成11年度	16,939	9.6%	307,019	7.9%
平成14年度	17,388	2.7%	309,507	0.8%
平成17年度	19,524	12.3%	331,289	7.0%
平成20年度	21,073	7.9%	348,084	5.1%
平成23年度	23,859	13.2%	385,850	10.8%
平成26年度	25,989	8.9%	408,071	5.8%
平成27年度	27,186	4.6%	423,644	3.8%

厚生労働省 国民医療費(平成2～27年度)

表 6 神奈川県の診療種別概算医療費の推移 [図2-2、図2-71、図2-92]

単位:円

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
医科	1,230,924,405,218	1,266,420,522,726	1,251,438,290,587	1,269,846,050,930	1,291,527,641,148	1,337,610,364,500
歯科	174,737,394,050	179,445,702,640	178,636,889,190	175,868,440,040	176,843,318,920	179,015,273,780
調剤	211,495,556,980	242,591,637,750	259,408,801,940	286,593,475,420	311,266,068,430	337,793,485,380

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
医科	1,349,182,060,709	1,392,790,149,615	1,419,275,434,837	1,470,686,226,096	1,546,045,480,110	1,591,311,474,205
歯科	172,324,605,270	171,423,018,446	174,090,768,436	173,480,629,800	176,203,939,620	181,481,690,042
調剤	348,027,664,610	378,575,307,070	400,329,554,320	428,714,716,980	448,478,340,840	480,786,973,580

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医科	1,644,299,661,987	1,676,961,787,602	1,715,146,944,782	1,765,215,774,462	1,788,111,520,412
歯科	184,747,753,612	187,510,291,246	194,858,279,052	199,251,902,022	202,916,185,991
調剤	485,799,528,950	510,417,127,750	521,064,401,590	569,899,187,250	543,972,505,240

厚生労働省 概算医療費データベース(平成12～28年度)

表 7 神奈川県のご算医療費の構成比推移 [図2-3]

	平成12年度	平成15年度	平成18年度	平成21年度	平成14年度	平成27年度	平成28年度
医科	76.0%	73.2%	72.1%	70.8%	70.9%	69.4%	70.2%
歯科	10.8%	10.1%	9.2%	8.4%	8.0%	7.8%	8.0%
調剤	13.1%	16.5%	18.6%	20.6%	20.9%	22.4%	21.4%
その他	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.4%	0.4%

厚生労働省 概算医療費データベース(平成12～28年度)

表 8 神奈川県の調剤医療費の内訳 [図2-4]

単位：百万円

	技術料	薬剤料	特定保険 医療材料料
平成23年度	121,099	355,824	741
平成24年度	125,407	355,964	736
平成25年度	127,340	379,192	737
平成26年度	129,658	387,423	760
平成27年度	134,394	431,209	789
平成28年度	135,849	403,796	786

厚生労働省 調剤医療費（電算処理分）の動向（平成23～28年度）

表 9 都道府県別の一人当たり都道府県民医療費 [図2-5]

単位：円

全 国	333,300
北海道	393,600
青森県	341,700
岩手県	323,800
宮城県	309,400
秋田県	366,600
山形県	340,000
福島県	331,000
茨城県	302,600
栃木県	304,300
群馬県	317,300
埼玉県	290,900
千葉県	291,100
東京都	306,600
神奈川県	297,900
新潟県	308,600
富山県	333,700
石川県	346,000
福井県	334,800
山梨県	332,000
長野県	321,900
岐阜県	328,100
静岡県	308,500
愛知県	300,300
三重県	319,100
滋賀県	298,800
京都府	344,600
大阪府	364,200
兵庫県	345,300
奈良県	340,000
和歌山県	374,200
鳥取県	349,100
島根県	378,700
岡山県	362,100
広島県	366,000
山口県	399,200
徳島県	392,500
香川県	381,800
愛媛県	375,600
高知県	444,000
福岡県	379,300
佐賀県	392,500
長崎県	411,100
熊本県	389,300
大分県	396,200
宮崎県	364,600
鹿児島県	406,900
沖縄県	313,500

厚生労働省 国民医療費(平成27年度)

イ 神奈川県の後期高齢者の医療費

表 10 後期高齢者医療費 (老人医療費) の推移 【図2－6】

	全国		神奈川県	
	後期高齢者医療費 (老人医療費) (億円)	対3年(1年) 前比	後期高齢者医療費 (老人医療費) (億円)	対3年(1年) 前比
平成2年度	59,269	-	2,488	-
平成5年度	74,511	25.7%	3,187	28.1%
平成8年度	97,232	30.5%	4,273	34.1%
平成11年度	118,040	21.4%	5,288	23.8%
平成14年度	117,300	-0.6%	5,607	6.0%
平成17年度	116,443	-0.7%	5,550	-1.0%
平成20年度	114,145	-2.0%	5,593	0.8%
平成23年度	132,991	16.5%	6,827	22.1%
平成26年度	144,927	9.0%	7,816	14.5%
平成27年度	151,323	4.4%	8,294	6.1%

厚生労働省 老人医療事業年報(平成2～17年度)
厚生労働省 後期高齢者医療事業年報(平成20～27年度)

表 11 一人当たり後期高齢者医療費 (老人医療費) の推移 【図2－7】

	県一人当たり 後期高齢者医療費 (老人医療費) (円)	全国一人当たり 後期高齢者医療費 (老人医療費) (円)
平成8年度	711,868	781,643
平成9年度	718,546	789,853
平成10年度	728,448	800,694
平成11年度	753,461	832,108
平成12年度	715,649	757,856
平成13年度	712,717	756,618
平成14年度	691,100	736,512
平成15年度	701,131	752,721
平成16年度	721,744	780,206
平成17年度	762,934	821,403
平成18年度	781,401	832,373
平成19年度	818,704	869,604
平成20年度	808,764	865,146
平成21年度	820,437	882,118
平成22年度	839,844	904,795
平成23年度	853,262	918,206
平成24年度	856,200	919,452
平成25年度	863,346	929,573
平成26年度	864,268	932,290
平成27年度	877,313	949,070

厚生労働省 老人医療事業年報(平成8～19年度)
厚生労働省 後期高齢者医療事業年報(平成20～27年度)

ウ 県民所得と医療費の関係

表 12 県民(国民)医療費、県民(国民)所得、

対3年前比、県民(国民)所得に占める割合の推移 [図2-8～図2-10]

		平成2年度	平成5年度	平成8年度	平成11年度	平成14年度
県民医療費(億円)		10,762	12,999	15,451	16,939	17,388
県後期高齢者医療費 (老人医療費)(億円)		2,488	3,187	4,273	5,288	5,607
県民所得(億円)		256,853	275,022	303,144	285,322	266,031
対3年前比	県民医療費	-	20.8%	18.9%	9.6%	2.7%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	-	28.1%	34.1%	23.8%	6.0%
	県民所得	-	7.1%	10.2%	-5.9%	-6.8%
県民所得に 占める割合	県民医療費	4.2%	4.7%	5.1%	5.9%	6.5%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	1.0%	1.2%	1.4%	1.9%	2.1%
国民医療費(億円)		206,074	243,631	284,542	307,019	309,507
国後期高齢者医療費 (老人医療費)(億円)		59,269	74,511	97,232	118,040	117,300
国民所得(億円)		3,468,929	3,653,760	3,913,605	3,770,032	3,726,487
対3年前比	国民医療費	-	18.2%	16.8%	7.9%	0.8%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	-	25.7%	30.5%	21.4%	-0.6%
	国民所得	-	5.3%	7.1%	-3.7%	-1.2%
国民所得に 占める割合	国民医療費	5.9%	6.7%	7.3%	8.1%	8.3%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	1.7%	2.0%	2.5%	3.1%	3.1%

		平成17年度	平成20年度	平成23年度	平成26年度
県民医療費(億円)		19,524	21,073	23,859	25,989
県後期高齢者医療費 (老人医療費)(億円)		5,550	5,593	6,827	7,816
県民所得(億円)		276,627	272,368	267,931	266,425
対3年前比	県民医療費	12.3%	7.9%	13.2%	8.9%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	-1.0%	0.8%	22.1%	14.5%
	県民所得	4.0%	-1.5%	-1.6%	-0.6%
県民所得に 占める割合	県民医療費	7.1%	7.7%	8.9%	9.8%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	2.0%	2.1%	2.5%	2.9%
国民医療費(億円)		331,289	348,084	385,850	408,071
国後期高齢者医療費 (老人医療費)(億円)		116,444	114,146	132,991	144,927
国民所得(億円)		3,873,557	3,639,913	3,584,029	3,783,183
対3年前比	国民医療費	7.0%	5.1%	10.8%	5.8%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	-0.7%	-2.0%	16.5%	9.0%
	国民所得	3.9%	-6.0%	-1.5%	5.6%
国民所得に 占める割合	国民医療費	8.6%	9.6%	10.8%	10.8%
	後期高齢者医療費 (老人医療費)	3.0%	3.1%	3.7%	3.8%

厚生労働省 国民医療費(平成2～26年度)

厚生労働省 老人医療事業年報(平成2～17年度)

厚生労働省 後期高齢者医療事業年報(平成20～26年度)

神奈川県 神奈川県民経済計算(平成15,21,26年度)

内閣府 国民経済計算(平成26年度)

エ 高齢化の見通し

表 13 年齢階級別人口 [図2-11]

神奈川県			全国		
年齢	総数（人）	構成比	年齢	総数（人）	構成比
0～14歳	1,128,426	12.4%	0～14歳	15,738,000	12.4%
15～64歳	5,715,800	63.1%	15～64歳	76,385,000	60.2%
65～74歳	1,172,144	12.9%	65～74歳	17,664,000	13.9%
75歳以上	1,048,104	11.6%	75歳以上	17,035,000	13.4%

総務省 人口推計（平成29年1月）

神奈川県年齢別人口統計調査（平成29年1月）

表 14 平成27 (2015) 年～平成37 (2025) 年における都道府県別の高齢者数の伸び率 (推計) [図2-12]

	平成27 (2015) 年 (人)	平成37 (2025) 年 (人)	伸び率
全国	33,465,441	36,573,488	1.09
北海道	1,558,387	1,716,195	1.10
青森県	390,940	415,361	1.06
岩手県	386,573	404,081	1.05
宮城県	588,240	678,155	1.15
秋田県	343,301	352,577	1.03
山形県	344,353	358,808	1.04
福島県	542,384	614,859	1.13
茨城県	771,678	862,048	1.12
栃木県	508,392	575,477	1.13
群馬県	540,026	581,686	1.08
埼玉県	1,788,735	1,982,496	1.11
千葉県	1,584,419	1,797,765	1.13
東京都	3,005,516	3,322,479	1.11
神奈川県	2,158,157	2,447,904	1.13
新潟県	685,085	724,601	1.06
富山県	322,899	331,731	1.03
石川県	317,151	341,797	1.08
福井県	222,408	239,967	1.08
山梨県	234,544	252,457	1.08
長野県	626,085	642,920	1.03
岐阜県	567,571	597,834	1.05
静岡県	1,021,283	1,101,284	1.08
愛知県	1,760,763	1,943,329	1.10
三重県	501,046	527,989	1.05
滋賀県	337,877	384,696	1.14
京都府	703,419	769,725	1.09
大阪府	2,278,324	2,457,235	1.08
兵庫県	1,481,646	1,599,663	1.08
奈良県	388,614	417,066	1.07
和歌山県	296,239	302,906	1.02
鳥取県	169,092	178,855	1.06
島根県	222,648	226,144	1.02
岡山県	540,876	566,939	1.05
広島県	774,440	844,283	1.09
山口県	447,862	451,470	1.01
徳島県	230,914	245,950	1.07
香川県	286,296	303,780	1.06
愛媛県	417,186	439,582	1.05
高知県	237,012	241,572	1.02
福岡県	1,304,764	1,481,415	1.14
佐賀県	229,335	250,735	1.09
長崎県	404,686	439,564	1.09
熊本県	511,484	554,404	1.08
大分県	351,745	372,463	1.06
宮崎県	322,975	354,500	1.10
鹿児島県	479,734	523,361	1.09
沖縄県	278,337	353,379	1.27

オ 医療費の地域差

(7) 一人当たり概算医療費の地域差

表 15 都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差

(入院・入院外・歯科別の全国値に対する差) (※)

[図2-13～図2-16]

	全国との差			
	入院 (円)	入院外 (円)	歯科 (円)	入院、入院外、歯科 の計 (円)
北海道	47,151	15,428	757	63,336
青森	820	15,610	-3,792	12,639
岩手	-6,875	195	-1,198	-7,879
宮城	-14,946	-2,136	-1,919	-19,001
秋田	14,450	20,192	-975	33,668
山形	5,130	5,548	-1,905	8,773
福島	-6,792	2,726	-2,896	-6,962
茨城	-24,938	-13,113	-2,808	-40,859
栃木	-14,451	-2,133	-3,305	-19,889
群馬	-220	-4,495	-2,542	-7,256
埼玉	-36,851	-28,660	-2,049	-67,560
千葉	-26,539	-22,253	-1,030	-49,822
東京	-13,923	9,287	3,052	-1,584
神奈川	-31,144	-15,641	-457	-47,243
新潟	-12,380	-8,909	-1,112	-22,401
富山	13,484	-9,571	-3,715	198
石川	27,362	-3,604	-4,187	19,571
福井	12,104	-7,502	-4,736	-134
山梨	-8,038	-3,645	-2,145	-13,828
長野	-2,976	-5,389	-3,416	-11,781
岐阜	-18,344	1,414	210	-16,721
静岡	-19,363	-1,560	-3,370	-24,293
愛知	-23,790	-7,349	1,481	-29,658
三重	-17,151	-8,509	-2,270	-27,930
滋賀	-14,404	-23,796	-3,737	-41,937
京都	11,486	2,082	-799	12,768
大阪	12,201	14,144	6,691	33,037
兵庫	-320	3,956	1,313	4,949
奈良	883	-2,712	-1,870	-3,699
和歌山	13,973	23,343	-670	36,645
鳥取	31,797	5,712	-1,372	36,137
島根	24,611	10,549	-3,338	31,822
岡山	23,656	9,901	1,208	34,765
広島	14,362	21,646	2,387	38,395
山口	44,048	14,531	-739	57,841
徳島	43,087	19,664	1,941	64,692
香川	19,525	25,112	1,551	46,188
愛媛	25,325	15,245	-2,243	38,327
高知	88,045	23,041	-1,228	109,858
福岡	44,086	7,120	2,546	53,753
佐賀	38,603	11,919	-1,038	49,483
長崎	54,610	14,138	-296	68,452
熊本	48,784	9,838	-2,472	56,150
大分	47,520	16,608	-3,237	60,890
宮崎	25,798	10,375	-2,160	34,012
鹿児島	58,447	8,164	-3,218	63,393
沖縄	19,591	-28,611	-4,870	-13,890

厚生労働省 概算医療費データベース (平成27年度)

総務省 国勢調査 (平成27年10月)

※ 入院、入院外、歯科には、それぞれ次の医療費が含まれます。
「入院」：診療費、入院時食事療養費、入院時生活療養費
「入院外」：診療費、調剤医療費
「歯科」：診療費、入院時食事療養費、入院時生活療養費

(1) 国民健康保険（市町村）における一人当たり医療費の地域差

表 16 国民健康保険（市町村）における都道府県別、

診療種別、1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数^(※1、2)

[図2-17～図2-20]

	計			入院			入院外+調剤			歯科		
	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位
全国計	34.3	1.000	—	13.1	1.000	—	18.8	1.000	—	2.5	1.000	—
北海道	37.0	1.077	15	15.8	1.207	14	18.7	0.995	27	2.5	1.013	12
青森県	32.6	0.950	39	12.0	0.919	39	18.6	0.988	30	2.0	0.821	45
岩手県	34.0	0.990	29	13.2	1.008	28	18.5	0.982	35	2.4	0.956	22
宮城県	34.8	1.013	25	12.7	0.976	32	19.7	1.049	7	2.3	0.931	26
秋田県	35.1	1.021	24	14.2	1.085	22	18.6	0.990	29	2.3	0.923	27
山形県	34.1	0.991	28	13.2	1.014	25	18.5	0.985	32	2.3	0.922	28
福島県	33.2	0.966	36	12.5	0.954	34	18.6	0.986	31	2.2	0.881	36
茨城県	30.7	0.894	47	10.8	0.825	46	17.7	0.941	46	2.2	0.896	31
栃木県	31.6	0.919	43	11.3	0.866	42	18.1	0.963	40	2.1	0.862	40
群馬県	32.1	0.936	42	12.2	0.935	37	17.8	0.944	44	2.2	0.879	37
埼玉県	31.6	0.919	44	11.0	0.846	45	18.1	0.963	39	2.4	0.965	20
千葉県	31.3	0.912	46	11.1	0.851	44	17.8	0.946	43	2.4	0.983	14
東京都	33.5	0.976	34	11.7	0.893	40	19.3	1.023	15	2.6	1.062	7
神奈川県	33.0	0.961	37	11.5	0.879	41	19.0	1.007	21	2.6	1.041	9
新潟県	32.9	0.959	38	12.8	0.981	31	17.7	0.942	45	2.4	0.969	19
富山県	34.1	0.992	27	14.3	1.097	21	17.7	0.939	47	2.1	0.841	44
石川県	37.2	1.084	14	16.3	1.252	11	18.8	0.999	24	2.1	0.850	42
福井県	35.4	1.032	21	14.6	1.122	19	18.8	0.999	23	2.0	0.807	46
山梨県	33.7	0.981	33	12.4	0.953	35	19.0	1.009	20	2.2	0.910	29
長野県	32.6	0.949	40	12.4	0.949	36	18.1	0.959	41	2.1	0.869	38
岐阜県	33.9	0.987	32	12.2	0.931	38	19.3	1.022	16	2.5	1.018	11
静岡県	32.2	0.938	41	11.3	0.866	43	18.8	1.000	22	2.1	0.851	41
愛知県	31.4	0.915	45	10.6	0.809	47	18.2	0.967	38	2.7	1.084	5
三重県	33.9	0.988	31	12.9	0.985	30	18.8	0.997	25	2.3	0.933	24
滋賀県	34.0	0.989	30	13.2	1.014	26	18.5	0.983	34	2.2	0.909	30
京都府	35.4	1.029	22	13.6	1.039	23	19.3	1.025	14	2.5	1.007	13
大阪府	36.3	1.057	18	13.5	1.037	24	19.7	1.048	8	3.0	1.231	1
兵庫県	35.3	1.027	23	13.2	1.013	27	19.4	1.029	13	2.7	1.088	4
奈良県	33.2	0.967	35	12.6	0.962	33	18.2	0.969	37	2.4	0.978	17
和歌山県	34.5	1.004	26	12.9	0.990	29	19.2	1.019	18	2.4	0.962	21
鳥取県	35.6	1.037	20	15.0	1.150	17	18.3	0.972	36	2.3	0.933	25
島根県	39.4	1.147	6	17.3	1.324	5	19.9	1.058	6	2.2	0.887	35
岡山県	38.0	1.107	11	15.4	1.179	16	20.0	1.062	4	2.6	1.075	6
広島県	38.1	1.109	10	14.6	1.121	20	20.7	1.100	3	2.7	1.111	2
山口県	39.3	1.145	7	16.9	1.298	7	20.0	1.062	5	2.4	0.979	15
徳島県	37.7	1.097	12	16.4	1.255	10	18.7	0.995	26	2.6	1.037	10
香川県	39.6	1.154	5	15.9	1.218	13	21.2	1.124	1	2.6	1.045	8
愛媛県	36.3	1.056	19	15.0	1.149	18	19.1	1.012	19	2.2	0.891	33
高知県	38.6	1.123	8	17.1	1.310	6	19.2	1.019	17	2.3	0.934	23
福岡県	37.4	1.089	13	16.0	1.225	12	18.7	0.993	28	2.7	1.099	3
佐賀県	41.3	1.201	1	17.8	1.365	4	21.0	1.116	2	2.4	0.979	16
長崎県	39.9	1.162	3	18.0	1.378	2	19.5	1.037	11	2.4	0.972	18
熊本県	38.4	1.118	9	16.6	1.274	9	19.6	1.040	10	2.2	0.890	34
大分県	39.7	1.155	4	17.9	1.373	3	19.7	1.044	9	2.1	0.843	43
宮崎県	36.3	1.057	17	15.6	1.195	15	18.5	0.983	33	2.2	0.892	32
鹿児島県	40.2	1.172	2	18.6	1.426	1	19.5	1.035	12	2.1	0.866	39
沖縄県	36.7	1.069	16	16.9	1.292	8	17.9	0.949	42	2.0	0.802	47

厚生労働省 医療費の地域差分析（平成27年度）

- ※1 年齢調整後医療費とは、都道府県ごとの人口の年齢構成の相違による分を補正した医療費です。
 ※2 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したものです。

表 17 国民健康保険(市町村)における都道府県別、地域差指数の

三要素(1日当たり医療費、1件当たり日数、受診率) 別寄与度^(※3)

[図2-21、図2-22]

	計	受診率 (入院)	受診率 (入院外+調剤)	受診率 (歯科)	1件当たり 日数 (入院)	1件当たり 日数 (入院外+調剤)	1件当たり 日数 (歯科)	1日当たり 医療費 (入院)	1日当たり 医療費 (入院外+調剤)	1日当たり 医療費 (歯科)
北海道	0.077	0.073	-0.040	-0.013	0.001	-0.041	0.008	0.004	0.078	0.006
青森県	-0.050	-0.024	0.007	-0.024	-0.011	-0.010	0.009	0.005	-0.003	0.002
岩手県	-0.010	0.028	0.001	-0.009	0.027	-0.040	0.000	-0.052	0.029	0.007
宮城県	0.013	0.003	0.038	0.000	-0.007	-0.031	-0.003	-0.005	0.020	-0.002
秋田県	0.021	0.039	-0.012	-0.015	0.037	-0.045	0.003	-0.043	0.051	0.007
山形県	-0.009	0.010	0.035	0.000	0.000	-0.007	-0.005	-0.005	-0.036	0.000
福島県	-0.034	0.001	0.009	-0.010	0.008	-0.040	0.002	-0.026	0.024	-0.001
茨城県	-0.106	-0.055	-0.036	-0.005	-0.023	-0.033	0.000	0.012	0.037	-0.002
栃木県	-0.081	-0.044	-0.004	-0.006	0.003	-0.016	0.001	-0.010	0.000	-0.005
群馬県	-0.064	-0.015	-0.008	-0.006	0.000	-0.016	0.004	-0.010	-0.007	-0.007
埼玉県	-0.081	-0.068	-0.027	0.003	-0.022	-0.003	-0.001	0.032	0.010	-0.004
千葉県	-0.088	-0.062	-0.037	0.003	-0.020	-0.009	-0.003	0.026	0.016	-0.001
東京都	-0.024	-0.053	0.009	0.009	-0.026	0.003	-0.001	0.039	0.001	-0.003
神奈川県	-0.039	-0.058	0.000	0.003	-0.033	-0.005	-0.001	0.045	0.009	0.001
新潟県	-0.041	0.000	-0.018	-0.002	0.036	-0.042	-0.001	-0.043	0.028	0.001
富山県	-0.008	0.055	-0.029	-0.008	0.014	-0.023	-0.001	-0.032	0.018	-0.002
石川県	0.084	0.104	-0.031	-0.014	0.025	-0.006	0.003	-0.033	0.036	0.000
福井県	0.032	0.063	-0.032	-0.016	0.015	0.007	0.001	-0.031	0.024	0.001
山梨県	-0.019	-0.003	-0.020	-0.009	0.011	-0.016	0.003	-0.025	0.041	-0.001
長野県	-0.051	-0.021	-0.024	-0.005	-0.013	-0.036	-0.001	0.015	0.038	-0.003
岐阜県	-0.013	-0.021	0.008	0.009	-0.013	0.010	-0.007	0.007	-0.005	0.000
静岡県	-0.062	-0.060	-0.004	-0.006	-0.004	-0.016	-0.001	0.014	0.020	-0.004
愛知県	-0.085	-0.076	0.015	0.010	-0.046	0.003	-0.006	0.049	-0.035	0.001
三重県	-0.012	0.002	0.033	0.004	0.008	0.000	-0.007	-0.015	-0.035	-0.002
滋賀県	-0.011	-0.012	-0.013	0.000	-0.013	-0.015	-0.005	0.030	0.018	-0.002
京都府	0.029	-0.007	-0.010	0.001	-0.013	0.021	-0.002	0.036	0.003	0.001
大阪府	0.057	-0.005	0.015	0.009	-0.016	0.039	0.002	0.035	-0.027	0.006
兵庫県	0.027	-0.003	0.028	0.004	-0.008	0.014	-0.002	0.015	-0.025	0.004
奈良県	-0.033	-0.024	0.002	0.005	-0.022	-0.017	-0.004	0.032	-0.002	-0.002
和歌山県	0.004	-0.003	0.041	-0.006	0.010	-0.003	0.002	-0.011	-0.028	0.001
鳥取県	0.037	0.056	-0.022	-0.005	0.021	-0.015	-0.001	-0.020	0.021	0.001
島根県	0.147	0.112	0.018	-0.008	0.041	-0.018	-0.003	-0.030	0.031	0.003
岡山県	0.107	0.071	0.009	0.005	-0.002	0.009	-0.005	-0.001	0.016	0.006
広島県	0.109	0.053	0.033	0.003	0.017	0.041	-0.001	-0.025	-0.020	0.005
山口県	0.145	0.118	0.035	-0.005	0.059	0.016	0.002	-0.064	-0.017	0.001
徳島県	0.097	0.120	0.020	-0.003	0.062	0.003	0.003	-0.086	-0.025	0.003
香川県	0.154	0.094	0.018	-0.003	0.032	0.049	0.001	-0.044	0.001	0.005
愛媛県	0.056	0.077	0.008	-0.004	0.027	0.020	0.000	-0.048	-0.021	-0.004
高知県	0.123	0.121	-0.022	-0.008	0.055	-0.001	0.001	-0.058	0.033	0.002
福岡県	0.089	0.088	0.020	0.002	0.025	0.029	0.009	-0.028	-0.053	-0.004
佐賀県	0.201	0.159	0.040	-0.001	0.053	0.065	0.005	-0.074	-0.041	-0.005
長崎県	0.162	0.178	0.038	0.001	0.053	0.031	-0.001	-0.088	-0.049	-0.002
熊本県	0.118	0.136	0.034	-0.006	0.053	0.018	0.005	-0.084	-0.031	-0.007
大分県	0.155	0.180	-0.001	-0.018	0.038	0.005	0.008	-0.076	0.020	-0.001
宮崎県	0.057	0.105	-0.009	-0.017	0.052	0.018	0.009	-0.083	-0.018	0.000
鹿児島県	0.172	0.196	0.015	-0.011	0.071	0.024	0.007	-0.105	-0.020	-0.006
沖縄県	0.069	0.102	-0.060	-0.020	0.039	-0.013	0.004	-0.030	0.045	0.001

厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

※3 寄与度とは、あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ全体にどのくらい影響を与えているかを示す指標です。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいくほど影響が大きくなっています。

(ウ) 後期高齢者医療制度における一人当たり医療費の地域差

表 18 後期高齢者医療制度における都道府県別、

診療種別、1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数^(※1、2)

【図2-23～図2-26】

	計			入院			入院外+調剤			歯科		
	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位	万円	地域差指数	順位
全国計	93.4	1.000	—	46.0	1.000	—	44.1	1.000	—	3.3	1.000	—
北海道	106.3	1.138	6	58.8	1.280	6	44.4	1.006	14	3.1	0.934	18
青森県	79.8	0.855	45	36.4	0.792	44	41.5	0.940	34	1.9	0.584	47
岩手県	75.4	0.808	46	34.1	0.742	47	38.7	0.878	45	2.6	0.780	37
宮城県	83.5	0.894	35	37.2	0.810	42	43.4	0.984	22	2.8	0.856	24
秋田県	80.1	0.858	44	37.0	0.805	43	40.7	0.922	38	2.4	0.738	41
山形県	80.5	0.862	43	38.3	0.833	39	39.6	0.898	43	2.6	0.793	34
福島県	82.2	0.881	39	38.4	0.835	38	41.4	0.939	35	2.4	0.742	40
茨城県	82.3	0.881	38	37.9	0.824	40	41.7	0.946	29	2.7	0.814	28
栃木県	81.5	0.873	40	37.7	0.820	41	41.4	0.937	36	2.5	0.756	39
群馬県	85.4	0.915	33	42.9	0.934	28	39.9	0.904	41	2.6	0.800	33
埼玉県	87.1	0.933	30	41.3	0.899	30	42.4	0.961	26	3.3	1.022	10
千葉県	83.2	0.892	36	38.9	0.847	35	41.0	0.930	37	3.3	1.002	12
東京都	93.9	1.005	19	42.9	0.933	29	47.0	1.066	6	4.0	1.215	4
神奈川県	88.4	0.947	29	39.2	0.853	34	45.4	1.030	10	3.8	1.148	6
新潟県	75.2	0.805	47	34.3	0.745	46	38.0	0.861	46	3.0	0.906	19
富山県	86.2	0.923	32	46.3	1.007	22	37.6	0.853	47	2.3	0.698	43
石川県	96.8	1.036	18	52.9	1.152	12	41.6	0.942	33	2.3	0.690	44
福井県	90.4	0.969	25	47.5	1.034	18	40.5	0.919	39	2.3	0.715	42
山梨県	85.0	0.910	34	40.6	0.884	32	41.6	0.943	32	2.8	0.844	26
長野県	81.1	0.869	41	38.7	0.843	37	39.7	0.900	42	2.6	0.808	30
岐阜県	86.8	0.930	31	39.4	0.856	33	44.2	1.002	16	3.2	0.986	13
静岡県	80.8	0.865	42	35.9	0.781	45	42.3	0.959	27	2.6	0.792	35
愛知県	90.3	0.968	26	41.1	0.895	31	45.5	1.031	9	3.7	1.135	7
三重県	83.1	0.890	37	38.8	0.845	36	41.7	0.945	30	2.6	0.802	32
滋賀県	92.3	0.989	22	47.4	1.032	19	42.2	0.957	28	2.7	0.811	29
京都府	100.7	1.079	13	52.1	1.133	13	45.3	1.027	11	3.3	1.014	11
大阪府	107.7	1.154	4	53.3	1.160	11	49.5	1.122	2	4.9	1.496	1
兵庫県	99.5	1.066	14	48.5	1.056	17	47.1	1.068	5	3.8	1.166	5
奈良県	92.9	0.995	21	45.8	0.997	25	43.9	0.996	19	3.2	0.979	14
和歌山県	91.4	0.979	23	44.2	0.962	27	44.4	1.005	15	2.8	0.854	25
鳥取県	89.4	0.958	28	46.6	1.015	21	40.0	0.906	40	2.8	0.863	23
島根県	89.7	0.961	27	45.5	0.990	26	41.6	0.944	31	2.6	0.788	36
岡山県	98.6	1.056	15	50.3	1.095	15	44.9	1.018	12	3.4	1.033	9
広島県	104.9	1.124	7	49.6	1.080	16	51.1	1.159	1	4.2	1.275	2
山口県	103.4	1.107	10	57.0	1.239	8	43.6	0.987	21	2.9	0.875	21
徳島県	97.8	1.047	16	50.4	1.097	14	44.2	1.001	17	3.2	0.974	15
香川県	97.2	1.041	17	46.0	1.001	23	47.7	1.082	3	3.4	1.053	8
愛媛県	93.4	1.001	20	47.0	1.023	20	43.7	0.991	20	2.7	0.827	27
高知県	115.1	1.232	1	68.2	1.484	1	44.0	0.997	18	2.9	0.882	20
福岡県	114.3	1.224	2	63.4	1.379	2	46.9	1.062	7	4.0	1.234	3
佐賀県	106.8	1.144	5	56.4	1.227	10	47.2	1.070	4	3.2	0.968	16
長崎県	109.0	1.168	3	60.0	1.306	4	45.9	1.040	8	3.1	0.958	17
熊本県	103.2	1.106	11	58.0	1.262	7	42.4	0.961	25	2.8	0.868	22
大分県	103.6	1.109	9	56.5	1.229	9	44.5	1.010	13	2.5	0.777	38
宮崎県	91.1	0.976	24	46.0	1.000	24	42.5	0.964	24	2.6	0.806	31
鹿児島県	104.4	1.118	8	59.3	1.290	5	42.8	0.970	23	2.3	0.688	45
沖縄県	103.0	1.103	12	61.4	1.337	3	39.3	0.890	44	2.2	0.684	46

厚生労働省 医療費の地域差分析（平成27年度）

- ※1 年齢調整後医療費とは、都道府県ごとの人口の年齢構成の相違による分を補正した医療費です。
 ※2 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したものです。

表 19 後期高齢者医療制度における都道府県別、地域差指数の

三要素(1日当たり医療費、1件当たり日数、受診率)別寄与度^{※3}

[図2-27、図2-28]

	計	受診率 (入院)	受診率 (入院外+調剤)	受診率 (歯科)	1件当たり 日数 (入院)	1件当たり 日数 (入院外+調剤)	1件当たり 日数 (歯科)	1日当たり 医療費 (入院)	1日当たり 医療費 (入院外+調剤)	1日当たり 医療費 (歯科)
北海道	0.138	0.127	-0.034	-0.009	0.038	-0.053	0.003	-0.028	0.090	0.004
青森県	-0.145	-0.068	-0.007	-0.019	-0.008	-0.016	0.002	-0.027	-0.005	0.002
岩手県	-0.192	-0.084	-0.020	-0.010	-0.004	-0.070	-0.001	-0.039	0.033	0.003
宮城県	-0.106	-0.064	0.022	-0.002	-0.024	-0.045	-0.003	-0.005	0.015	-0.001
秋田県	-0.142	-0.088	-0.033	-0.013	0.010	-0.059	0.000	-0.019	0.055	0.003
山形県	-0.138	-0.068	0.009	-0.005	-0.011	-0.051	-0.003	-0.004	-0.006	0.001
福島県	-0.119	-0.065	-0.015	-0.010	-0.008	-0.055	0.001	-0.009	0.042	0.000
茨城県	-0.119	-0.073	-0.048	-0.006	-0.021	-0.035	-0.001	0.007	0.057	0.000
栃木県	-0.127	-0.079	-0.018	-0.007	-0.003	-0.025	0.000	-0.007	0.014	-0.002
群馬県	-0.085	-0.026	-0.021	-0.006	-0.007	-0.038	0.002	0.000	0.013	-0.003
埼玉県	-0.067	-0.060	-0.023	0.004	-0.007	-0.014	-0.001	0.016	0.019	-0.002
千葉県	-0.108	-0.077	-0.033	0.003	-0.026	-0.030	-0.002	0.027	0.030	-0.001
東京都	0.005	-0.050	0.021	0.011	-0.032	-0.001	0.000	0.049	0.011	-0.003
神奈川県	-0.053	-0.090	0.021	0.007	-0.043	-0.015	-0.001	0.060	0.009	-0.001
新潟県	-0.195	-0.106	-0.028	-0.004	0.002	-0.063	-0.001	-0.022	0.025	0.001
富山県	-0.077	0.016	-0.060	-0.010	0.017	-0.027	0.000	-0.029	0.018	0.000
石川県	0.036	0.085	-0.058	-0.013	0.021	-0.024	0.001	-0.031	0.054	0.001
福井県	-0.031	0.046	-0.050	-0.011	0.004	0.011	0.001	-0.033	0.000	0.000
山梨県	-0.090	-0.042	-0.032	-0.007	-0.004	-0.041	0.001	-0.011	0.046	0.000
長野県	-0.131	-0.088	-0.036	-0.006	-0.045	-0.065	0.000	0.055	0.054	-0.001
岐阜県	-0.070	-0.070	-0.012	0.002	-0.033	0.008	-0.004	0.032	0.005	0.001
静岡県	-0.135	-0.113	-0.001	-0.004	-0.015	-0.033	-0.001	0.019	0.016	-0.002
愛知県	-0.032	-0.060	0.013	0.007	-0.027	0.012	-0.003	0.035	-0.010	0.001
三重県	-0.110	-0.067	0.008	-0.003	-0.012	-0.007	-0.003	0.003	-0.028	-0.001
滋賀県	-0.011	-0.016	-0.031	-0.004	0.010	-0.014	-0.002	0.022	0.026	-0.001
京都府	0.079	0.035	-0.017	0.001	-0.003	0.032	-0.001	0.034	-0.002	0.001
大阪府	0.154	0.043	0.036	0.012	0.005	0.076	0.003	0.030	-0.054	0.002
兵庫県	0.066	0.010	0.038	0.004	-0.013	0.026	0.000	0.031	-0.031	0.002
奈良県	-0.005	-0.020	0.007	0.003	-0.024	-0.019	-0.002	0.042	0.009	-0.002
和歌山県	-0.021	-0.019	0.025	-0.007	0.001	0.010	0.001	0.000	-0.032	0.001
鳥取県	-0.042	-0.003	-0.033	-0.006	0.006	-0.035	-0.001	0.005	0.023	0.002
島根県	-0.039	-0.004	-0.007	-0.008	-0.001	-0.038	-0.002	0.001	0.019	0.002
岡山県	0.056	0.059	-0.014	0.000	-0.016	0.012	-0.002	0.004	0.011	0.003
広島県	0.124	0.051	0.034	0.005	0.007	0.077	0.000	-0.019	-0.036	0.005
山口県	0.107	0.130	0.023	-0.006	0.066	0.012	0.001	-0.078	-0.041	0.001
徳島県	0.047	0.076	-0.007	-0.005	0.033	0.036	0.001	-0.061	-0.028	0.003
香川県	0.041	0.024	0.005	-0.002	-0.002	0.067	0.001	-0.022	-0.033	0.003
愛媛県	0.001	0.041	0.003	-0.005	0.010	0.028	0.000	-0.039	-0.036	-0.001
高知県	0.232	0.223	-0.032	-0.007	0.067	0.000	-0.001	-0.052	0.031	0.003
福岡県	0.224	0.181	0.039	0.005	0.045	0.048	0.005	-0.040	-0.058	-0.002
佐賀県	0.144	0.147	0.037	-0.001	0.033	0.070	0.002	-0.068	-0.074	-0.001
長崎県	0.168	0.188	0.045	0.000	0.040	0.044	-0.002	-0.077	-0.070	0.000
熊本県	0.106	0.171	0.013	-0.004	0.055	0.022	0.002	-0.098	-0.053	-0.002
大分県	0.109	0.155	-0.005	-0.012	0.007	0.000	0.003	-0.050	0.009	0.001
宮崎県	-0.024	0.055	0.002	-0.010	0.030	0.010	0.003	-0.085	-0.029	0.001
鹿児島県	0.118	0.185	0.003	-0.011	0.060	0.031	0.002	-0.102	-0.048	-0.002
沖縄県	0.103	0.134	-0.029	-0.012	0.011	-0.048	0.001	0.021	0.024	0.000

厚生労働省 医療費の地域差分析(平成27年度)

※3 寄与度とは、あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ全体にどのくらい影響を与えているかを示す指標です。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいくほど影響が大きくなっています。

(3) 健康の保持の推進

ア 生活習慣病の状況

(7) 疾病別医療費の状況 (※1)

表 20 20分類を中心にみた神奈川県国民健康保険における費用額 (※2, 3) [図2-29]

疾病分類	費用 (円)	構成比
感染症及び寄生虫症	1,317,449,920	2.5%
新生物	6,834,217,990	13.0%
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	572,348,860	1.1%
内分泌、栄養及び代謝疾患	5,162,711,900	9.9%
精神及び行動の障害	4,466,415,330	8.5%
神経系の疾患	2,208,059,370	4.2%
眼及び付属器の疾患	2,214,926,840	4.2%
耳及び乳様突起の疾患	323,979,430	0.6%
循環器系の疾患	8,996,015,900	17.2%
呼吸器系の疾患	3,814,511,060	7.3%
消化器系の疾患	3,380,172,210	6.5%
皮膚及び皮下組織の疾患	1,147,199,360	2.2%
筋骨格系及び結合組織の疾患	4,341,384,580	8.3%
腎尿路生殖器系の疾患	4,907,079,270	9.4%
妊娠、分娩及び産じょく	153,377,570	0.3%
周産期に発生した病態	91,697,490	0.2%
先天奇形、変形及び染色体異常	92,380,190	0.2%
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	853,994,840	1.6%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	1,521,210,370	2.9%
特殊目的用コード	0	0.0%
全疾病	52,399,132,480	100.0%

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成27年5月)

表 21 20分類を中心にみた神奈川県の後期高齢者医療制度における費用額 (※2, 3) [図2-29]

疾病分類	費用 (円)	構成比
感染症及び寄生虫症	944,909,830	1.6%
新生物	5,223,480,650	9.0%
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	439,317,880	0.8%
内分泌、栄養及び代謝疾患	4,140,743,470	7.2%
精神及び行動の障害	1,864,466,730	3.2%
神経系の疾患	3,739,381,930	6.5%
眼及び付属器の疾患	2,561,133,070	4.4%
耳及び乳様突起の疾患	183,227,490	0.3%
循環器系の疾患	13,486,736,840	23.3%
呼吸器系の疾患	5,425,983,890	9.4%
消化器系の疾患	3,686,172,020	6.4%
皮膚及び皮下組織の疾患	738,982,190	1.3%
筋骨格系及び結合組織の疾患	6,529,117,860	11.3%
腎尿路生殖器系の疾患	4,790,342,850	8.3%
妊娠、分娩及び産じょく	730	0.0%
周産期に発生した病態	0	0.0%
先天奇形、変形及び染色体異常	23,355,320	0.0%
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1,063,651,090	1.8%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2,938,670,130	5.1%
特殊目的用コード	0	0.0%
全疾病	57,779,673,970	100.0%

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成27年5月)

表 22 20分類を中心にみた全国の国民健康保険における費用額^(※2, 3)

[図2-30]

疾病分類	費用（円）	構成比
感染症及び寄生虫症	19,736,317,786	2.3%
新生物	140,602,907,050	16.2%
血液及び造血系の疾患並びに 免疫機構の障害	6,346,702,993	0.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	57,953,378,088	6.7%
精神及び行動の障害	135,187,096,794	15.5%
神経系の疾患	49,549,533,770	5.7%
眼及び付属器の疾患	29,377,670,560	3.4%
耳及び乳様突起の疾患	4,502,872,880	0.5%
循環器系の疾患	148,731,304,778	17.1%
呼吸器系の疾患	38,942,961,043	4.5%
消化器系の疾患	45,596,112,648	5.2%
皮膚及び皮下組織の疾患	11,661,510,468	1.3%
筋骨格系及び結合組織の疾患	62,675,467,513	7.2%
腎尿路生殖器系の疾患	55,703,711,401	6.4%
妊娠、分娩及び産じょく	3,799,372,180	0.4%
周産期に発生した病態	3,160,526,708	0.4%
先天奇形、変形及び染色体異常	14,785,765,705	1.7%
症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されないもの	0	0.0%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	42,140,052,534	4.8%
特殊目的用コード	1,507,948	0.0%
全疾病	870,454,772,848	100.0%

厚生労働省 医療給付実態調査（平成27年度）

表 23 20分類を中心にみた全国の後期高齢者医療制度における費用額^(※2, 3)

[図2-30]

疾病分類	費用（円）	構成比
感染症及び寄生虫症	21,932,149,776	1.8%
新生物	128,165,035,815	10.2%
血液及び造血系の疾患並びに 免疫機構の障害	8,318,293,984	0.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	73,263,728,708	5.9%
精神及び行動の障害	77,264,867,816	6.2%
神経系の疾患	84,728,053,873	6.8%
眼及び付属器の疾患	35,322,550,179	2.8%
耳及び乳様突起の疾患	3,482,620,903	0.3%
循環器系の疾患	335,366,896,472	26.8%
呼吸器系の疾患	84,194,403,836	6.7%
消化器系の疾患	61,404,340,950	4.9%
皮膚及び皮下組織の疾患	11,866,106,328	0.9%
筋骨格系及び結合組織の疾患	99,820,711,978	8.0%
腎尿路生殖器系の疾患	87,064,688,370	7.0%
妊娠、分娩及び産じょく	3,241,062	0.0%
周産期に発生した病態	2,455,453	0.0%
先天奇形、変形及び染色体異常	20,144,765,242	1.6%
症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されないもの	0	0.0%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	119,665,904,415	9.6%
特殊目的用コード	2,458,500	0.0%
全疾病	1,252,013,273,658	100.0%

厚生労働省 医療給付実態調査（平成27年度）

表 24 121分類を中心にみた神奈川県国民健康保険における費用額^(※2, 3)

【図2-31】

疾病分類	費用（円）	構成比
高血圧性疾患	2,719,668,490	5.2%
虚血性心疾患	1,557,357,830	3.0%
脳梗塞	830,747,350	1.6%
脳内出血	308,710,680	0.6%
糖尿病	2,816,193,180	5.4%
腎不全	3,861,493,510	7.4%
その他	40,304,961,440	76.9%
全疾病	52,399,132,480	100.0%

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

表 25 121分類を中心にみた神奈川県の後期高齢者医療制度における費用額^(※2, 3)

【図2-31】

疾病分類	費用（円）	構成比
高血圧性疾患	3,228,702,590	5.6%
虚血性心疾患	1,987,516,920	3.4%
脳梗塞	1,956,019,570	3.4%
脳内出血	389,226,180	0.7%
糖尿病	2,332,205,040	4.0%
腎不全	3,551,781,900	6.1%
その他	44,334,221,770	76.7%
全疾病	57,779,673,970	100.0%

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

表 26 121分類を中心にみた全国の国民健康保険における費用額^(※2, 3) 【図2-32】

	費用（円）	構成割合
高血圧性疾患	42,447,011,130	4.9%
虚血性心疾患	20,916,592,053	2.4%
脳梗塞	23,424,439,748	2.7%
脳内出血	14,367,306,446	1.7%
糖尿病	35,964,141,834	4.1%
腎不全	39,457,369,789	4.5%
その他	693,877,911,847	79.7%
全疾病	870,454,772,848	100.0%

厚生労働省 医療給付実態調査（平成27年度）

表 27 121分類を中心にみた全国の後期高齢者医療制度における費用額^(※2, 3) 【図2-32】

	費用（円）	構成割合
高血圧性疾患	85,945,357,543	6.9%
虚血性心疾患	32,357,038,267	2.6%
脳梗塞	85,564,950,745	6.8%
脳内出血	25,194,904,727	2.0%
糖尿病	47,048,746,796	3.8%
腎不全	63,066,454,328	5.0%
その他	912,835,821,253	72.9%
全疾病	1,252,013,273,658	100.0%

厚生労働省 医療給付実態調査（平成27年度）

表 28 神奈川県国民健康保険における一人当たり費用額の上位10疾病(121分類) 【図2-33】

全年齢合計		一人当たり医療費(円)
1位	腎不全	1,567
2位	糖尿病	1,142
3位	高血圧性疾患	1,103
4位	その他の悪性新生物	1,006
5位	その他の心疾患	964
6位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	949
7位	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	862
8位	その他の消化器系の疾患	723
9位	虚血性心疾患	632
10位	その他の眼及び付属器の疾患	578
全疾病合計		21,257

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

- ※1 疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されていません。このため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数や医療費において低い集計値となる可能性があります。
- ※2 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムでは、歯科の医療費を集計していないため、歯科の医療費は含まれていません。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は、歯科医療費が含まれた数値になります。
- また、国保データベースシステムでは、レセプトデータから最も医療資源を要した傷病名を当該レセプトの費用として計上しているのに対し、医療給付実態調査はレセプトに記載されている主傷病のうち一番上に記載されている疾病を当該レセプトの費用として計上しています。そのため、表 20及び表 21と表 22及び表 23、表 24及び表 25と表 26及び表 27は一概に比較できないことに留意する必要があります。
- ※3 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムは、平成27年5月のレセプトを集計したデータを用いています。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は12か月分のデータを用いています。そのため、神奈川県の数値にあわせるため、国の数値は医療給付実態調査における値を12か月で割った数値を用いています。

(1) 生活習慣病の費用額

表 29 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の医療費の推移 [図2-34、図2-66]

上：医療費(円) 下：対前年度比	平成20年 5月	平成21年 5月	平成22年 5月	平成23年 5月	平成24年 5月	平成25年 5月	平成26年 5月
高血圧性疾患	2,601,570,040 -51.6%	2,492,071,780 -4.2%	2,487,180,500 -0.2%	2,533,836,680 1.9%	2,263,682,380 -10.7%	2,306,667,080 1.9%	2,227,127,460 -3.4%
虚血性心疾患	1,417,819,310 -44.9%	1,327,331,290 -6.4%	1,319,476,540 -0.6%	1,434,603,020 8.7%	1,377,640,620 -4.0%	1,493,620,600 8.4%	1,340,288,780 -10.3%
脳梗塞	914,430,220 -68.7%	945,634,220 3.4%	968,234,590 2.4%	1,032,844,840 6.7%	1,085,452,580 5.1%	1,089,121,440 0.3%	1,067,481,420 -2.0%
脳内出血	530,888,710 -41.1%	568,933,150 7.2%	591,994,450 4.1%	592,434,900 0.1%	632,855,020 6.8%	633,784,320 0.1%	628,892,920 -0.8%
糖尿病	1,743,990,840 -42.9%	1,703,860,280 -2.3%	1,772,066,300 4.0%	1,766,602,090 -0.3%	1,761,055,920 -0.3%	1,794,228,750 1.9%	1,813,856,420 1.1%
腎不全	2,122,263,940 -43.8%	2,401,274,450 13.1%	2,530,798,890 5.4%	2,675,375,740 5.7%	2,730,017,870 2.0%	2,790,981,370 2.2%	2,814,371,050 0.8%
合計	9,330,963,060 -49.8%	9,439,105,170 1.2%	9,669,751,270 2.4%	10,035,697,270 3.8%	9,850,704,390 -1.8%	10,108,403,560 2.6%	9,892,018,050 -2.1%

神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20～23年の各年の5月）

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成24～26年の各年の5月）

表 30 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の一人当たり医療費の推移 [図2-35]

上：一人当たり医療費(円) 下：対前年度比	平成20年 5月	平成21年 5月	平成22年 5月	平成23年 5月	平成24年 5月	平成25年 5月	平成26年 5月
高血圧性疾患	982 -40.0%	915 -6.8%	931 1.7%	950 2.0%	866 -8.9%	894 3.3%	894 -0.1%
虚血性心疾患	535 -31.6%	488 -8.9%	494 1.3%	538 8.9%	527 -2.1%	579 9.9%	538 -7.1%
脳梗塞	345 -61.1%	347 0.6%	363 4.4%	387 6.8%	415 7.2%	422 1.7%	428 1.5%
脳内出血	200 -26.9%	209 4.3%	222 6.1%	222 0.2%	242 8.9%	246 1.5%	252 2.7%
糖尿病	658 -29.2%	626 -4.9%	664 6.0%	663 -0.2%	673 1.7%	695 3.3%	728 4.6%
腎不全	801 -30.3%	882 10.1%	948 7.4%	1,003 5.9%	1,044 4.1%	1,082 3.6%	1,129 4.4%
合計	3,522 -37.8%	3,467 -1.6%	3,621 4.4%	3,764 3.9%	3,767 0.1%	3,918 4.0%	3,969 1.3%

神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20～23年の各年の5月）

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成24～26年の各年の5月）

表 31 神奈川県の後期高齢者医療制度における生活習慣病の医療費の推移 [図2-36、図2-67]

単位：円

疾病名	平成23年 5月	平成24年 5月	平成25年 5月	平成26年 5月
糖尿病	1,345,199,810	1,414,574,930	1,520,140,300	1,575,260,560
高血圧性疾患	2,780,074,160	2,992,745,320	3,198,292,520	3,120,354,320
虚血性心疾患	1,371,938,160	1,452,542,340	1,511,770,380	1,500,402,320
脳内出血	650,438,180	689,655,460	734,639,080	799,981,090
脳梗塞	2,537,819,830	2,680,728,550	2,697,283,170	2,658,723,390
腎不全	2,232,806,590	2,382,676,690	2,434,288,170	2,489,173,830
合計	10,918,276,730	11,612,923,290	12,096,413,620	12,143,895,510

神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム（平成23～26年の各年の5月）

表 32 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の医療費及び構成比の推移 [図2-37]

疾病名	平成20年 5月		平成26年 5月	
	費用（円）	構成比	費用（円）	構成比
高血圧性疾患	2,601,570,040	27.9%	2,227,127,460	22.5%
虚血性心疾患	1,417,819,310	15.2%	1,340,288,780	13.5%
脳梗塞	914,430,220	9.8%	1,067,481,420	10.8%
脳内出血	530,888,710	5.7%	628,892,920	6.4%
糖尿病	1,743,990,840	18.7%	1,813,856,420	18.3%
腎不全	2,122,263,940	22.7%	2,814,371,050	28.5%
合計	9,330,963,060	100.0%	9,892,018,050	100.0%

神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20年5月）

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成26年5月）

表 33 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費 [図2-38]

単位：円

	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳梗塞	脳内出血	糖尿病	腎不全
～39歳	24	15	6	5	82	117
40～49歳	314	230	98	47	501	901
50～59歳	926	436	234	210	1,109	2,003
60～69歳	1,807	960	504	172	1,829	2,571
70～74歳	2,447	1,539	856	253	2,289	2,583

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

表 34 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別1件当たり医療費 [図2-39]

単位：円

	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳梗塞	脳内出血	糖尿病	腎不全
～39歳	15,921	75,482	84,313	154,328	33,778	339,885
40～49歳	16,604	139,518	127,827	255,449	34,666	364,737
50～59歳	16,090	98,971	98,313	388,408	34,140	374,220
60～69歳	15,557	84,647	82,251	338,506	31,514	360,543
70～74歳	16,445	76,256	73,945	396,561	31,807	316,979

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

(ウ) 生活習慣病の総患者数

表 35 生活習慣病の都道府県別総患者数 (人口10万人当たり) [図2-40、図2-43～図2-48]

単位：人

	生活習慣病	高血圧性疾患	虚血性心疾患	脳梗塞	脳内出血	糖尿病	腎不全
北海道	10,963.0	6,703.7	555.6	851.9	111.1	2,388.9	351.9
青森	15,140.0	9,841.0	681.3	1,059.8	227.1	2,952.3	378.5
岩手	13,785.0	9,267.9	623.1	934.6	155.8	2,570.1	233.6
宮城	15,292.1	10,223.4	1,116.8	816.2	85.9	2,663.2	386.6
秋田	17,164.9	11,957.6	675.0	964.3	289.3	3,085.8	192.9
山形	18,214.0	13,262.6	972.6	1,061.0	176.8	2,564.1	176.8
福島	15,658.9	9,922.5	930.2	878.6	103.4	3,617.6	206.7
茨城	14,525.5	9,386.8	650.9	890.7	68.5	3,254.5	274.1
栃木	14,040.4	9,596.0	656.6	555.6	101.0	2,777.8	353.5
群馬	14,321.9	9,008.1	556.7	1,417.0	101.2	3,087.0	151.8
埼玉	9,752.7	6,838.0	442.1	455.9	55.3	1,851.1	110.5
千葉	8,584.8	5,631.8	355.0	387.3	64.5	1,968.7	177.5
東京	10,970.9	7,244.2	522.8	560.1	59.7	2,419.7	164.3
神奈川	10,367.2	6,519.3	472.7	846.5	142.9	2,154.8	230.9
新潟	15,434.5	10,376.1	475.6	1,124.1	172.9	2,939.9	345.9
富山	13,738.3	8,785.0	747.7	841.1	186.9	2,897.2	280.4
石川	9,083.0	5,276.8	605.5	519.0	173.0	2,249.1	259.5
福井	12,025.3	7,974.7	632.9	506.3	126.6	2,658.2	126.6
山梨	13,674.2	9,155.8	475.6	594.5	118.9	3,091.6	237.8
長野	13,039.4	8,582.3	521.6	1,375.1	94.8	2,181.1	284.5
岐阜	15,776.6	10,289.1	1,077.9	881.9	147.0	3,184.7	196.0
静岡	11,336.0	7,854.3	485.8	431.8	108.0	2,294.2	161.9
愛知	9,631.1	6,505.7	456.1	456.1	120.7	1,864.5	228.0
三重	15,561.6	10,137.0	657.5	602.7	109.6	3,726.0	328.8
滋賀	11,723.2	8,262.7	565.0	282.5	70.6	2,259.9	282.5
京都	9,693.5	6,092.0	651.3	613.0	114.9	1,762.5	459.8
大阪	11,792.7	7,967.4	622.5	577.2	90.5	2,354.0	181.1
兵庫	9,853.8	6,100.0	415.1	559.5	90.2	2,508.6	180.5
奈良	12,064.0	8,066.9	726.7	581.4	145.3	2,398.3	145.3
和歌山	17,919.7	11,637.5	1,235.8	1,132.9	103.0	3,604.5	206.0
鳥取	11,672.5	7,665.5	348.4	1,045.3	0.0	2,439.0	174.2
島根	15,351.5	10,903.9	717.4	717.4	143.5	2,582.5	286.9
岡山	11,330.6	6,964.7	831.6	519.8	104.0	2,494.8	415.8
広島	12,248.5	7,130.3	670.7	811.9	141.2	3,318.0	176.5
山口	15,838.1	11,008.5	639.2	923.3	142.0	2,983.0	142.0
徳島	14,790.6	9,685.9	785.3	523.6	130.9	3,272.3	392.7
香川	12,640.2	7,951.1	509.7	611.6	101.9	3,160.0	305.8
愛媛	14,050.2	8,602.2	788.5	1,290.3	143.4	2,795.7	430.1
高知	13,008.1	8,536.6	948.5	677.5	135.5	2,439.0	271.0
福岡	12,571.2	8,505.2	844.6	392.9	98.2	2,514.2	216.1
佐賀	12,215.6	8,503.0	479.0	598.8	119.8	2,155.7	359.3
長崎	14,574.3	9,740.3	1,082.3	432.9	72.2	2,886.0	360.8
熊本	13,322.2	9,308.8	501.7	501.7	111.5	2,508.4	390.2
大分	13,578.1	8,710.5	939.4	512.4	170.8	2,903.5	341.6
宮崎	15,170.6	10,951.5	718.1	628.4	179.5	2,423.7	269.3
鹿児島	17,146.3	10,971.2	1,019.2	1,318.9	239.8	3,237.4	359.7
沖縄	8,726.2	5,559.5	492.6	422.2	140.7	1,829.7	281.5
全国	12,083.4	7,953.9	613.0	676.7	108.6	2,491.3	240.0

厚生労働省 患者調査（平成26年）

総務省 人口推計（平成26年10月）

表 36 神奈川県的生活習慣病の総患者数の推移 [図2-41、図2-68]

単位：千人

	平成11年	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
糖尿病	107	129	104	150	210	196
高血圧性疾患	429	345	343	470	487	593
虚血性心疾患	65	50	50	56	32	43
脳内出血	8	9	6	8	6	13
脳梗塞	55	57	33	52	62	77
腎不全	14	14	19	15	28	21
合計	678	604	555	751	825	943

厚生労働省 患者調査（平成11～26年）

表 37 神奈川県の人10万人当たりの生活習慣病の年齢階級別総患者数 [図2-42]

単位：人

	総数	0 ～4歳	5 ～14歳	15 ～24歳	25 ～34歳	35 ～44歳	45 ～54歳	55 ～64歳	65 ～74歳	75 ～84歳	85～歳
糖尿病	2,155	0	0	111	274	548	1,242	3,259	5,168	8,357	5,364
高血圧性疾患	6,519	0	0	0	91	616	3,882	8,380	17,743	24,352	27,203
虚血性心疾患	473	0	0	0	0	0	155	372	1,206	2,017	3,065
脳内出血	143	0	0	0	0	0	0	93	345	720	766
脳梗塞	847	0	0	0	0	0	78	559	1,895	5,187	4,981
腎不全	231	0	0	0	0	68	155	279	603	865	766

厚生労働省 患者調査（平成26年）

総務省 人口推計（平成26年10月）

イ 特定健康診査・特定保健指導の状況

(7) 特定健康診査の実施状況

表 38 特定健康診査の実施率推移 [図2-49]

	神奈川県			全 国		
	対象者数（人）	受診者数（人）	実施率	対象者数（人）	受診者数（人）	実施率
平成20年度	3,647,889	1,350,811	37.0%	51,919,920	20,192,502	38.9%
平成21年度	3,717,288	1,460,402	39.3%	52,211,735	21,588,883	41.3%
平成22年度	3,737,453	1,511,783	40.4%	52,192,070	22,546,778	43.2%
平成23年度	3,818,360	1,599,248	41.9%	52,534,157	23,465,995	44.7%
平成24年度	3,840,145	1,647,234	42.9%	52,806,123	24,396,035	46.2%
平成25年度	3,732,697	1,712,727	45.9%	53,267,875	25,374,874	47.6%
平成26年度	3,798,485	1,845,399	48.6%	53,847,427	26,163,456	48.6%
平成27年度	3,818,126	1,897,594	49.7%	53,960,721	27,058,105	50.1%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成20～27年度）

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について（平成20～27年度）

表 39 特定健康診査の都道府県別実施率 [図2－50]

	対象者数（人）	受診者数（人）	実施率
北海道	2,350,032	922,700	39.3%
青森県	595,994	268,699	45.1%
岩手県	557,451	285,497	51.2%
宮城県	974,459	561,160	57.6%
秋田県	464,384	216,038	46.5%
山形県	482,012	289,226	60.0%
福島県	840,256	418,275	49.8%
茨城県	1,276,424	636,193	49.8%
栃木県	861,134	413,788	48.1%
群馬県	866,354	424,215	49.0%
埼玉県	3,108,260	1,582,268	50.9%
千葉県	2,645,989	1,400,292	52.9%
東京都	5,470,987	3,466,537	63.4%
神奈川県	3,818,126	1,897,594	49.7%
新潟県	1,003,950	538,130	53.6%
富山県	477,372	266,700	55.9%
石川県	500,464	272,148	54.4%
福井県	338,269	165,479	48.9%
山梨県	367,002	203,887	55.6%
長野県	906,675	491,303	54.2%
岐阜県	896,444	439,385	49.0%
静岡県	1,612,803	852,695	52.9%
愛知県	3,120,031	1,611,190	51.6%
三重県	781,152	413,973	53.0%
滋賀県	577,626	287,284	49.7%
京都府	1,086,395	501,359	46.1%
大阪府	3,729,686	1,700,300	45.6%
兵庫県	2,366,766	1,101,017	46.5%
奈良県	597,066	253,968	42.5%
和歌山県	432,368	175,696	40.6%
鳥取県	243,173	111,613	45.9%
島根県	294,217	157,303	53.5%
岡山県	803,606	360,190	44.8%
広島県	1,208,282	546,760	45.3%
山口県	610,992	256,354	42.0%
徳島県	330,213	153,535	46.5%
香川県	428,981	206,545	48.1%
愛媛県	610,560	263,397	43.1%
高知県	317,589	148,141	46.6%
福岡県	2,089,860	946,910	45.3%
佐賀県	347,651	161,586	46.5%
長崎県	596,719	261,784	43.9%
熊本県	747,187	349,147	46.7%
大分県	497,130	258,714	52.0%
宮崎県	474,944	211,850	44.6%
鹿児島県	693,963	334,845	48.3%
沖縄県	559,721	272,435	48.7%
全 国	53,960,721	27,058,105	50.1%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

表 40 神奈川県の特健康診査の性・年齢階級別の実施率^(※1) [図2-51]

[男性]

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
対象者数 (人)	405,265	383,795	327,453	262,046	266,108	316,848	248,346	2,209,861
受診者数 (人)	229,026	222,401	188,763	146,903	115,300	103,834	77,967	1,084,194
実施率	56.5%	57.9%	57.6%	56.1%	43.3%	32.8%	31.4%	49.1%

[女性]

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
対象者数 (人)	381,537	350,618	296,945	246,462	264,995	334,829	279,469	2,154,855
受診者数 (人)	152,875	145,550	122,830	97,533	88,767	111,194	94,651	813,400
実施率	40.1%	41.5%	41.4%	39.6%	33.5%	33.2%	33.9%	37.7%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）

表 41 神奈川県保険者別 性・年齢階級別の特健康診査の実施率 [図2-52]

[男性]

		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
全体	対象者数 (人)	405,265	383,795	327,453	262,046	266,108	316,848	248,346	2,209,861
	受診者数 (人)	229,026	222,401	188,763	146,903	115,300	103,834	77,967	1,084,194
	実施率	56.5%	57.9%	57.6%	56.1%	43.3%	32.8%	31.4%	49.1%
市町村 国保	対象者数 (人)	66,336	67,884	57,756	52,055	83,367	190,906	183,625	701,929
	受診者数 (人)	7,697	8,187	8,047	8,170	17,168	52,908	60,940	163,117
	実施率	11.6%	12.1%	13.9%	15.7%	20.6%	27.7%	33.2%	23.2%
市町村 国保を除く 全保険者	対象者数 (人)	338,929	315,911	269,697	209,991	182,741	125,942	64,721	1,507,932
	受診者数 (人)	221,329	214,214	180,716	138,733	98,132	50,926	17,027	921,077
	実施率	65.3%	67.8%	67.0%	66.1%	53.7%	40.4%	26.3%	61.1%

[女性]

		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
全体	対象者数 (人)	381,537	350,618	296,945	246,462	264,995	334,829	279,469	2,154,855
	受診者数 (人)	152,875	145,550	122,830	97,533	88,767	111,194	94,651	813,400
	実施率	40.1%	41.5%	41.4%	39.6%	33.5%	33.2%	33.9%	37.7%
市町村 国保	対象者数 (人)	54,522	56,027	51,621	58,178	112,659	230,528	221,393	784,928
	受診者数 (人)	8,825	9,371	10,255	13,871	34,004	80,522	84,958	241,806
	実施率	16.2%	16.7%	19.9%	23.8%	30.2%	34.9%	38.4%	30.8%
市町村 国保を除く 全保険者	対象者数 (人)	327,015	294,591	245,324	188,284	152,336	104,301	58,076	1,369,927
	受診者数 (人)	144,050	136,179	112,575	83,662	54,763	30,672	9,693	571,594
	実施率	44.0%	46.2%	45.9%	44.4%	35.9%	29.4%	16.7%	41.7%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）
神奈川県法定報告（平成27年度）

表 42 神奈川県保険者別の特定健康診査の実施率^(※2) [図2-53]

	全保険者	市町村国保	全国健康 保険協会	その他
対象者数（人）	3,818,126	1,486,857	689,957	1,641,312
受診者数（人）	1,897,594	404,597	300,527	1,192,470
実施率	49.7%	27.2%	43.6%	72.7%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日現在）

表 43 国民健康保険における市町村別特定健康診査の実施率^(※3) [図2-54、図2-55]

	対象者数（人）	受診者数（人）	実施率
横浜市	565,185	123,502	21.9%
川崎市	202,258	51,515	25.5%
相模原市	129,521	34,251	26.4%
横須賀市	79,431	23,276	29.3%
平塚市	47,843	15,810	33.0%
鎌倉市	32,737	11,025	33.7%
藤沢市	67,672	28,850	42.6%
小田原市	35,432	9,179	25.9%
茅ヶ崎市	41,209	15,059	36.5%
逗子市	11,202	3,615	32.3%
三浦市	11,418	2,438	21.4%
秦野市	31,676	10,956	34.6%
厚木市	41,203	13,246	32.1%
大和市	40,589	14,126	34.8%
伊勢原市	17,654	6,491	36.8%
海老名市	22,871	6,970	30.5%
座間市	23,396	6,764	28.9%
南足柄市	7,675	2,327	30.3%
綾瀬市	6,665	1,831	27.5%
葉山町	8,955	3,218	35.9%
寒川町	16,538	5,952	36.0%
大磯町	6,754	1,958	29.0%
二宮町	5,686	2,148	37.8%
中井町	2,185	651	29.8%
大井町	3,208	754	23.5%
松田町	2,286	653	28.6%
山北町	2,410	772	32.0%
開成町	2,666	1,042	39.1%
箱根町	2,602	883	33.9%
真鶴町	1,978	549	27.8%
湯河原町	6,247	1,449	23.2%
愛川町	8,952	3,325	37.1%
清川村	753	338	44.9%
市町村国保（大）	896,964	209,268	23.3%
市町村国保（中）	571,805	190,013	33.2%
市町村国保（小）	18,088	5,642	31.2%
計	1,486,857	404,923	27.2%

神奈川県法定報告（平成27年度）

- ※1 対象者については、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」に性・年齢階級別の特定健康診査対象者数が公表されていないことから、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」における人口を対象者として代用しているため留意が必要です。
- ※2 「その他」は、国民健康保険組合、共済組合、健康保険組合、船員保険の計になります。
- ※3 各市町村国保の特定健康診査対象者数に応じた規模別に集計したもので、分類は次のとおりです。
- 「大」：特定健康診査対象者数が10万人以上の保険者
- 「中」：特定健康診査対象者数が5千人以上10万人未満の保険者
- 「小」：特定健康診査対象者数が5千人未満の保険者

(1) 特定保健指導の実施状況

表 44 特定保健指導の実施率推移 [図2-56]

	神奈川県			全国		
	対象者数（人）	終了者数（人）	実施率	対象者数（人）	終了者数（人）	実施率
平成20年度	288,666	13,371	4.6%	4,010,717	308,222	7.7%
平成21年度	292,213	28,657	9.8%	4,086,952	503,712	12.3%
平成22年度	293,044	28,572	9.8%	4,125,690	540,942	13.1%
平成23年度	310,126	34,017	11.0%	4,271,235	642,819	15.0%
平成24年度	310,039	37,940	12.2%	4,317,834	707,558	16.4%
平成25年度	298,270	38,762	13.0%	4,295,816	759,982	17.7%
平成26年度	321,479	39,605	12.3%	4,403,850	783,118	17.8%
平成27年度	326,465	39,729	12.2%	4,530,158	792,655	17.5%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成20～27年度）

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について（平成20～27年度）

表 45 特定保健指導の都道府県別実施率 [図2-57]

	対象者数（人）	終了者数（人）	実施率
北海道	171,323	23,046	13.5%
青森県	41,796	9,726	23.3%
岩手県	50,685	7,915	15.6%
宮城県	101,769	16,946	16.7%
秋田県	36,737	7,062	19.2%
山形県	43,093	9,727	22.6%
福島県	69,486	14,595	21.0%
茨城県	115,576	19,303	16.7%
栃木県	69,834	13,284	19.0%
群馬県	71,731	9,775	13.6%
埼玉県	267,716	36,833	13.8%
千葉県	242,489	36,794	15.2%
東京都	568,641	84,172	14.8%
神奈川県	326,465	39,729	12.2%
新潟県	78,175	15,647	20.0%
富山県	45,143	8,818	19.5%
石川県	43,567	10,656	24.5%
福井県	27,981	6,308	22.5%
山梨県	31,589	7,084	22.4%
長野県	75,342	20,636	27.4%
岐阜県	65,794	15,174	23.1%
静岡県	128,466	23,759	18.5%
愛知県	259,954	50,095	19.3%
三重県	65,015	11,375	17.5%
滋賀県	45,191	9,285	20.5%
京都府	79,984	12,179	15.2%
大阪府	287,513	37,533	13.1%
兵庫県	182,230	26,281	14.4%
奈良県	41,001	5,981	14.6%
和歌山県	29,418	6,111	20.8%
鳥取県	18,187	4,478	24.6%
島根県	23,546	4,668	19.8%
岡山県	62,679	11,614	18.5%
広島県	100,232	19,887	19.8%
山口県	42,019	8,218	19.6%
徳島県	26,765	7,648	28.6%
香川県	35,477	9,063	25.5%
愛媛県	46,303	10,965	23.7%
高知県	26,604	3,886	14.6%
福岡県	166,964	32,912	19.7%
佐賀県	26,525	7,390	27.9%
長崎県	41,806	10,837	25.9%
熊本県	60,336	16,654	27.6%
大分県	42,235	9,660	22.9%
宮崎県	36,123	8,834	24.5%
鹿児島県	56,017	13,481	24.1%
沖縄県	54,636	16,631	30.4%
全 国	4,530,158	792,655	17.5%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

表 46 神奈川県の特任保健指導の性・年齢別の実施率 【図2-58】

[男性]

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
対象者数（人）	63,485	63,588	50,217	34,302	24,164	18,233	10,983	264,972
終了者数（人）	7,472	8,469	6,779	4,678	2,569	1,801	1,425	33,193
実施率	11.8%	13.3%	13.5%	13.6%	10.6%	9.9%	13.0%	12.5%

[女性]

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
対象者数（人）	10,946	12,368	10,868	8,223	6,871	7,094	5,123	61,493
終了者数（人）	946	1,244	1,113	884	712	916	721	6,536
実施率	8.6%	10.1%	10.2%	10.8%	10.4%	12.9%	14.1%	10.6%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

表 47 神奈川県保険者別 性・年齢別の特任保健指導の実施率 【図2-59】

[男性]

		40 ～44歳	45 ～49歳	50 ～54歳	55 ～59歳	60 ～64歳	65 ～69歳	70 ～74歳	合計
全体	対象者数（人）	63,485	63,588	50,217	34,302	24,164	18,233	10,983	264,972
	終了者数（人）	7,472	8,469	6,779	4,678	2,569	1,801	1,425	33,193
	実施率	11.8%	13.3%	13.5%	13.6%	10.6%	9.9%	13.0%	12.5%
市町村 国保	対象者数（人）	2,348	2,480	2,148	1,923	3,592	8,983	8,426	29,900
	終了者数（人）	89	114	122	118	259	953	1,168	2,823
	実施率	3.8%	4.6%	5.7%	6.1%	7.2%	10.6%	13.9%	9.4%
市町村 国保を除く 全保険者	対象者数（人）	61,137	61,108	48,069	32,379	20,572	9,250	2,557	235,072
	終了者数（人）	7,383	8,355	6,657	4,560	2,310	848	257	30,370
	実施率	12.1%	13.7%	13.8%	14.1%	11.2%	9.2%	10.1%	12.9%

[女性]

		40 ～44歳	45 ～49歳	50 ～54歳	55 ～59歳	60 ～64歳	65 ～69歳	70 ～74歳	合計
全体	対象者数（人）	10,946	12,368	10,868	8,223	6,871	7,094	5,123	61,493
	終了者数（人）	946	1,244	1,113	884	712	916	721	6,536
	実施率	8.6%	10.1%	10.2%	10.8%	10.4%	12.9%	14.1%	10.6%
市町村 国保	対象者数（人）	658	792	890	1,142	2,346	4,929	4,459	15,216
	終了者数（人）	34	66	77	138	312	728	670	2,025
	実施率	5.2%	8.3%	8.7%	12.1%	13.3%	14.8%	15.0%	13.3%
市町村 国保を除く 全保険者	対象者数（人）	10,288	11,576	9,978	7,081	4,525	2,165	664	46,277
	終了者数（人）	912	1,178	1,036	746	400	188	51	4,511
	実施率	8.9%	10.2%	10.4%	10.5%	8.8%	8.7%	7.7%	9.7%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

表 48 神奈川県保険者別の特定保健指導の実施率^(※1) [図2-60]

	全保険者	市町村国保	全国健康 保険協会	その他
対象者数（人）	326,465	45,116	60,202	221,147
終了者数（人）	39,729	4,848	3,973	30,908
実施率	12.2%	10.7%	6.6%	14.0%

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成27年度）

表 49 国民健康保険における市町村別特定保健指導の実施率^(※2) [図2-61、図2-62]

	対象者数（人）	終了者数（人）	実施率
横浜市	14,241	717	5.0%
川崎市	6,274	344	5.5%
相模原市	3,865	966	25.0%
横須賀市	2,364	393	16.6%
平塚市	1,706	286	16.8%
鎌倉市	1,176	212	18.0%
藤沢市	2,845	214	7.5%
小田原市	807	149	18.5%
茅ヶ崎市	1,584	150	9.5%
逗子市	367	56	15.3%
三浦市	296	87	29.4%
秦野市	1,127	203	18.0%
厚木市	1,332	220	16.5%
大和市	1,403	412	29.4%
伊勢原市	582	88	15.1%
海老名市	854	91	10.7%
座間市	862	68	7.9%
南足柄市	222	11	5.0%
綾瀬市	155	29	18.7%
葉山町	338	75	22.2%
寒川町	724	82	11.3%
大磯町	218	29	13.3%
二宮町	182	53	29.1%
中井町	62	10	16.1%
大井町	68	5	7.4%
松田町	99	29	29.3%
山北町	80	22	27.5%
開成町	102	84	82.4%
箱根町	75	13	17.3%
真鶴町	77	6	7.8%
湯河原町	182	17	9.3%
愛川町	368	43	11.7%
清川村	51	33	64.7%
市町村国保（大）	24,380	2,027	8.3%
市町村国保（中）	19,694	2,968	15.1%
市町村国保（小）	614	202	32.9%
計	44,688	5,197	11.6%

神奈川県法定報告（平成27年度）

- ※1 「その他」は、国民健康保険組合、共済組合、健康保険組合、船員保険の計になります。
- ※2 各市町村国保の特定健康診査対象者数に応じた規模別に集計したもので、分類は次のとおりです。
- 「大」：特定健康診査対象者数が10万人以上の保険者
- 「中」：特定健康診査対象者数が5千人以上10万人未満の保険者
- 「小」：特定健康診査対象者数が5千人未満の保険者

(ウ) 特定健康診査・特定保健指導と医療費の関係

表 50 特定健康診査実施率と一人当たり概算医療費の関係 [図2-63]

	特定健康診査 実施割合 (%)	一人当たり 概算医療費 (円)
全国	50.1	326,234
北海道	39.3	389,403
青森	45.1	338,860
岩手	51.2	317,867
宮城	57.6	306,955
秋田	46.5	359,198
山形	60.0	334,570
福島	49.8	318,691
茨城	49.8	284,743
栃木	48.1	305,737
群馬	49.0	318,789
埼玉	50.9	258,278
千葉	52.9	275,976
東京	63.4	324,751
神奈川	49.7	278,683
新潟	53.6	303,198
富山	55.9	325,836
石川	54.4	345,937
福井	48.9	326,636
山梨	55.6	312,170
長野	54.2	314,184
岐阜	49.0	309,543
静岡	52.9	301,326
愛知	51.6	296,856
三重	53.0	298,234
滋賀	49.7	284,266
京都	46.1	339,173
大阪	45.6	360,291
兵庫	46.5	331,409
奈良	42.5	322,969
和歌山	40.6	363,989
鳥取	45.9	362,330
島根	53.5	358,245
岡山	44.8	360,859
広島	45.3	364,970
山口	42.0	384,029
徳島	46.5	391,448
香川	48.1	372,232
愛媛	43.1	365,189
高知	46.6	436,145
福岡	45.3	380,525
佐賀	46.5	375,759
長崎	43.9	394,601
熊本	46.7	382,346
大分	52.0	387,262
宮崎	44.6	360,571
鹿児島	48.3	389,882
沖縄	48.7	312,217

厚生労働省 概算医療費データベース (平成27年度)
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ (平成27年度)
 総務省 国勢調査 (平成27年10月)

ウ 糖尿病の状況

(7) 糖尿病の医療費

表 51 糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費(平成25年10月診療分) [図2-65]

	1人当たり医療費 (円)
全 国	1,852
北海道	1,785
青森県	1,961
岩手県	1,627
宮城県	1,954
秋田県	2,027
山形県	1,557
福島県	2,542
茨城県	2,372
栃木県	1,919
群馬県	2,165
埼玉県	1,437
千葉県	1,422
東京都	2,011
神奈川県	1,617
新潟県	1,933
富山県	2,049
石川県	1,697
福井県	1,921
山梨県	1,950
長野県	1,416
岐阜県	2,321
静岡県	1,666
愛知県	1,495
三重県	2,606
滋賀県	1,794
京都府	1,391
大阪府	1,848
兵庫県	1,894
奈良県	1,747
和歌山県	2,566
鳥取県	1,514
島根県	1,691
岡山県	1,950
広島県	2,700
山口県	2,069
徳島県	2,181
香川県	2,476
愛媛県	2,024
高知県	1,638
福岡県	1,951
佐賀県	1,524
長崎県	2,036
熊本県	1,776
大分県	2,018
宮崎県	1,673
鹿児島県	2,295
沖縄県	1,566

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

(1) 糖尿病の総患者数

表 52 神奈川県の高齢者の歯の本数推移 (※1、2) [図2-69]

	総数	35～44	45～54	55～64	65～74	75～84	85歳以上
平成14年	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平成17年	80.6	66.7	62.5	91.7	72.1	95.5	60.0
平成20年	116.3	83.3	68.8	127.8	118.6	140.9	80.0
平成23年	162.8	150.0	131.3	147.2	167.4	195.5	180.0
平成26年	151.9	133.3	100.0	97.2	139.5	263.6	280.0

厚生労働省 患者調査（平成14～26年）

※1 平成14年を100とした場合の指数になります。

※2 表 52で使用している患者調査は、医療施設（病院・診療所）を利用する患者を対象としています。このほか、糖尿病に関する調査として、医療施設利用者以外も調査対象とした国民健康・栄養調査があります。

患者調査（平成26年）では、糖尿病の総患者数は全国で約317万人と推計されています。一方、国民健康・栄養調査（平成28年）では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」は全国で約1,000万人と推計されています。

糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。

このことから、本県の有病者は、患者調査による患者数よりも多い可能性があることに留意する必要があります。

エ 高齢者の歯の状況

表 53 神奈川県の高齢者の歯の本数推移 [図2-72]

単位：本

	65 ～69歳	70 ～74歳	75 ～79歳	80 ～84歳	85歳以上
平成18年度	22.3	20.3	17.1	16.3	8.0
平成23年度	22.1	21.5	19.6	17.6	12.3
平成28年度	22.8	21.2	19.5	18.2	15.1

県成人歯科保健実態調査（平成18年度）

県民歯科保健実態調査（平成23、28年度）

オ 喫煙等の状況

＜喫煙に起因する疾病の状況＞

表 54 神奈川県国民健康保険における慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の医療費の推移 [図2-76]

単位：円

平成20年5月	平成21年5月	平成22年5月	平成23年5月	平成24年5月	平成25年5月	平成26年5月
106,650,850	110,718,140	105,584,590	107,505,040	107,753,980	107,340,390	106,732,900

神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20～23年の各年の5月）
 神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成24～26年の各年の5月）

表 55 神奈川県の後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の医療費の推移 [図2-77]

単位：円

平成23年5月	平成24年5月	平成25年5月	平成26年5月
321,563,420	338,000,000	329,464,180	308,805,610

神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム（平成23～26年の各年の5月）

表 56 神奈川県国民健康保険及び後期高齢者医療制度における

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) のレセプト1件当たりの年齢階級別医療費^(※1, 2)

【図2-78】

単位：円

0～39歳	14,435
40～49歳	18,975
50～59歳	19,617
60～69歳	22,334
70～74歳	26,307
75～79歳	34,986
80～84歳	39,450
85歳～	59,616

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成26年5月）

神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム（平成26年5月）

- ※1 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。
- ※2 40歳～74歳は「神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム」のデータを、75歳以上は「神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム」のデータを使用しているため、74歳までの階級と75歳以上の階級を単純に比較できないことに留意する必要があります。
また、このことから、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、65歳から74歳までの者のデータが含まれていないことに留意する必要があります。

カ がん検診の状況

(7) 悪性新生物の状況

表 57 神奈川県悪性新生物の患者数の推移

【図2-79】

単位：千人

平成8年	85
平成11年	77
平成14年	87
平成17年	83
平成20年	108
平成23年	103
平成26年	112

厚生労働省 患者調査（平成8～26年）

表 58 神奈川県悪性新生物の年齢別患者数

【図2-80】

単位：千人

総数	0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳～
112	0	0	0	1	6	11	16	33	36	8

厚生労働省 患者調査（平成26年）

表 59 神奈川県の人10万人当りのがんの年齢調整率の推移^(※) [図2-75、図2-81]

[男性]

	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年
大腸がん	43.5	43.4	45.7	62.9
胃がん	48.5	44.6	41.8	43.1
肺がん	34.5	33.9	35.3	37.8
前立腺がん	15.7	28.6	29.4	39.1
肝がん・ 肝内胆管がん	22.2	19.7	14.7	12.4
その他	76.9	85.5	84.6	107.1

[女性]

	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年
乳がん	31.1	39.0	51.8	74.6
大腸がん	23.9	24.3	27.7	37.3
胃がん	19.5	17.7	16.0	15.7
肺がん	11.9	11.9	13.7	15.5
子宮がん	16.0	18.3	19.8	37.9
その他	50.8	54.7	54.4	70.2

神奈川県悪性新生物登録事業年報 第41報

表 60 神奈川県国民健康保険における悪性新生物の医療費の推移 [図2-82]

単位：円

平成20年5月	平成21年5月	平成22年5月	平成23年5月	平成24年5月	平成25年5月	平成26年5月
5,210,691,260	5,258,069,840	5,722,654,290	5,926,543,200	6,377,098,190	6,348,112,560	6,251,507,480

神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成20～23年の各年の5月）

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成24～26年の各年の5月）

表 61 神奈川県後期高齢者医療制度における悪性新生物の医療費の推移 [図2-83]

単位：円

平成23年5月	平成24年5月	平成25年5月	平成26年5月
4,080,583,180	4,728,219,630	4,825,445,430	4,954,415,880

神奈川県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者医療広域連合電算処理システム（平成23～26年の各年の5月）

※ 年齢構成が異なる集団間でのり患率の比較や、同じ集団でり患率の年次推移を見るために調整されたり患率のことで、集団全体のり患率を、基準となる人口の年齢構成に合わせた形で算出されます。

(1) がん検診の状況

表 62 がん検診受診率推移 [図2-84、図2-85]

		平成22年	平成25年	平成28年
全国	胃がん	32.3%	39.6%	40.9%
	大腸がん	26.0%	37.9%	41.4%
	肺がん	24.7%	42.3%	46.2%
	乳がん	39.1%	43.4%	44.9%
	子宮（頸）がん	37.7%	42.1%	42.3%
神奈川県	胃がん	31.7%	39.5%	41.8%
	大腸がん	24.1%	38.5%	42.2%
	肺がん	23.3%	41.8%	45.9%
	乳がん	38.9%	42.9%	45.7%
	子宮（頸）がん	37.9%	43.0%	44.6%

厚生労働省 国民生活基礎調査（平成22～28年）

キ 予防接種の状況

表 63 全国における風しんの抗体を有していない者の割合 [図2-86]

	男性	女性
20-24歳	4.0%	1.9%
25-29歳	7.1%	4.5%
30-34歳	8.4%	3.2%
35-39歳	17.3%	3.5%
40-44歳	20.6%	2.8%
45-49歳	16.9%	1.7%
50-54歳	16.5%	4.1%
55-59歳	14.0%	11.1%
60-64歳	7.1%	10.4%
65-69歳	10.2%	4.3%
70-歳	0.0%	0.0%

国立感染症研究所 感染症流行予測調査（平成28年度）

(4) 医療の効率的な提供

ア 医薬品を巡る状況

(7) 後発医薬品の状況 (※1)

表 64 都道府県別の後発医薬品の使用割合 (新指標) [図2-95]

全 国	68.6%
北海道	70.0%
青 森	70.4%
岩 手	75.1%
宮 城	71.2%
秋 田	68.9%
山 形	73.0%
福 島	67.9%
茨 城	68.1%
栃 木	68.4%
群 馬	72.2%
埼 玉	69.8%
千 葉	69.2%
東 京	64.1%
神奈川	67.1%
新 潟	70.7%
富 山	72.8%
石 川	71.3%
福 井	73.2%
山 梨	61.6%
長 野	72.6%
岐 阜	67.3%
静 岡	70.3%
愛 知	69.0%
三 重	70.2%
滋 賀	69.3%
京 都	65.9%
大 阪	65.5%
兵 庫	68.0%
奈 良	67.8%
和歌山	65.0%
鳥 取	72.6%
島 根	73.4%
岡 山	70.9%
広 島	66.3%
山 口	71.3%
徳 島	59.1%
香 川	66.5%
愛 媛	69.3%
高 知	63.5%
福 岡	69.3%
佐 賀	70.7%
長 崎	69.9%
熊 本	71.4%
大 分	68.8%
宮 崎	73.9%
鹿児島	76.5%
沖 縄	79.9%

厚生労働省 調剤医療費（電算処理分）の動向（平成29年3月）

表 65 神奈川県国民健康保険における市町村別の後発医薬品使用割合（新指標）^{（※2）} 【図2－96】

横浜市	68.0%
川崎市	68.3%
横須賀市	66.8%
平塚市	67.9%
鎌倉市	65.1%
藤沢市	65.9%
小田原市	63.2%
茅ヶ崎市	68.3%
逗子市	62.9%
相模原市	67.2%
三浦市	65.6%
秦野市	62.8%
厚木市	58.9%
大和市	69.9%
伊勢原市	58.3%
海老名市	66.1%
座間市	68.4%
南足柄市	66.8%
綾瀬市	68.9%
葉山町	69.5%
寒川町	72.0%
大磯町	64.0%
二宮町	63.1%
中井町	67.7%
大井町	67.3%
松田町	70.0%
山北町	69.9%
開成町	68.3%
箱根町	63.1%
真鶴町	69.1%
湯河原町	69.1%
愛川町	65.8%
清川村	69.4%
県平均	67.2%

神奈川県国民健康保険団体連合会集計資料（平成28年12月）

※1 後発医薬品の使用割合の数量ベース（新指標）の算出方法は次のとおりです。

〔後発医薬品の数量〕／（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）

※2 国民健康保険のみとなっており、後期高齢者医療制度など他の制度分が含まれていないことに留意する必要があります。

(1) 重複投薬の状況

表 66 都道府県別の重複投薬に係る該当者及び薬剤料 ※ 【図2-97、図2-98】

都道府県	患者総数		受診医療機関数 3 医療機関以上			
	人数（人）	薬剤料（円）	人数（人）	割合	薬剤料（円）	割合
全国	50,743,806	544,254,204,614	52,651	0.104%	179,355,998	0.033%
北海道	2,137,909	28,057,758,675	2,133	0.100%	7,962,250	0.028%
青森県	587,258	6,672,191,347	407	0.069%	990,610	0.015%
岩手県	554,477	6,406,705,039	393	0.071%	770,605	0.012%
宮城県	970,673	10,348,513,242	899	0.093%	2,638,466	0.025%
秋田県	487,150	6,243,043,884	359	0.074%	921,428	0.015%
山形県	533,855	5,428,871,101	400	0.075%	862,291	0.016%
福島県	862,740	9,816,143,650	966	0.112%	2,851,732	0.029%
茨城県	1,137,594	12,784,703,251	998	0.088%	2,910,953	0.023%
栃木県	836,826	8,797,221,680	790	0.094%	2,429,696	0.028%
群馬県	831,311	8,235,879,941	870	0.105%	2,589,380	0.031%
埼玉県	2,620,041	26,422,227,696	2,575	0.098%	7,607,150	0.029%
千葉県	2,228,562	23,420,549,603	2,369	0.106%	6,757,551	0.029%
東京都	5,573,526	58,891,366,029	7,836	0.141%	27,608,263	0.047%
神奈川県	3,308,142	34,178,157,218	3,780	0.114%	10,620,366	0.031%
新潟県	990,096	11,070,089,957	604	0.061%	1,725,380	0.016%
富山県	442,374	4,701,714,937	307	0.069%	970,239	0.021%
石川県	453,492	5,264,530,125	237	0.052%	1,061,822	0.020%
福井県	319,362	3,479,727,493	170	0.053%	780,382	0.022%
山梨県	341,717	3,874,677,557	344	0.101%	1,160,446	0.030%
長野県	867,776	9,453,781,796	473	0.055%	2,050,855	0.022%
岐阜県	868,503	9,013,745,402	833	0.096%	2,796,763	0.031%
静岡県	1,515,322	15,799,702,373	1,173	0.077%	3,980,698	0.025%
愛知県	2,961,519	30,083,424,237	2,883	0.097%	9,191,809	0.031%
三重県	763,194	7,690,396,904	677	0.089%	2,649,917	0.034%
滋賀県	517,980	5,356,661,604	478	0.092%	1,696,357	0.032%
京都府	953,128	10,859,434,672	822	0.086%	3,457,321	0.032%
大阪府	3,276,712	35,875,801,421	3,451	0.105%	16,469,051	0.046%
兵庫県	2,194,983	22,915,785,303	2,023	0.092%	9,147,181	0.040%
奈良県	524,049	5,742,186,457	478	0.091%	2,193,089	0.038%
和歌山県	429,473	4,587,200,341	653	0.152%	2,623,570	0.057%
鳥取県	247,627	2,565,310,036	227	0.092%	514,994	0.020%
島根県	318,706	3,479,242,353	262	0.082%	749,911	0.022%
岡山県	809,159	8,752,772,285	873	0.108%	2,778,128	0.032%
広島県	1,168,011	13,194,726,908	1,314	0.112%	4,926,404	0.037%
山口県	611,488	6,798,311,838	549	0.090%	2,146,037	0.032%
徳島県	329,037	3,548,871,420	389	0.118%	1,550,954	0.044%
香川県	420,075	4,736,803,940	472	0.112%	1,610,351	0.034%
愛媛県	584,848	6,538,861,778	793	0.136%	2,495,268	0.038%
高知県	301,430	3,657,505,776	333	0.110%	1,332,380	0.036%
福岡県	1,980,116	19,804,104,706	2,234	0.113%	8,003,320	0.040%
佐賀県	356,849	3,552,225,299	293	0.082%	1,206,690	0.034%
長崎県	601,563	6,664,747,386	415	0.069%	1,734,310	0.026%
熊本県	778,205	7,777,539,932	853	0.110%	3,091,024	0.040%
大分県	501,304	5,484,235,468	589	0.117%	2,021,056	0.037%
宮崎県	468,391	4,766,764,626	486	0.104%	1,993,638	0.042%
鹿児島県	711,038	7,109,216,458	711	0.100%	2,031,203	0.029%
沖縄県	466,215	4,350,771,472	556	0.119%	1,694,708	0.039%

厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

※ 患者で複数の同一成分の薬剤で2 医療機関、3 医療機関の医療機関数がある場合は、医療機関数が最大の同一成分の薬剤、薬剤料が最大の同一成分の薬剤、最小の二次（保健）医療圏コード、の順で集計される医療機関数を1 つに絞り集計しています。
従ってこの場合、3 医療機関に該当した同一成分の薬剤について患者数、薬剤料を集計していますが、2 医療機関の患者数、薬剤料は集計されません。
ただし2 医療機関の患者数、薬剤料は「患者総数」には含んでいます。

(ウ) 複数種類の医薬品の投与の状況

表 67 都道府県別の複数種類の医薬品の投与に係る該当者及び薬剤料 [図2-101、図2-102]

都道府県	患者総数		処方薬剤種類数			
			15剤以上			
	人数（人）	薬剤料（円）	人数（人）	割合	薬剤料（円）	割合
全国	50,743,806	544,254,204,614	1,275,958	2.51%	51,262,056,189	9.42%
北海道	2,137,870	28,056,968,763	84,688	3.96%	3,738,560,205	13.32%
青森県	587,254	6,671,953,992	16,937	2.88%	645,572,245	9.68%
岩手県	554,454	6,404,575,655	14,243	2.57%	566,860,058	8.85%
宮城県	970,684	10,350,553,926	26,283	2.71%	1,012,187,412	9.78%
秋田県	487,167	6,243,152,321	16,005	3.29%	685,169,326	10.97%
山形県	533,845	5,428,263,932	11,221	2.10%	427,452,620	7.87%
福島県	862,767	9,816,063,256	25,536	2.96%	1,018,115,916	10.37%
茨城県	1,137,606	12,783,443,630	21,966	1.93%	968,649,712	7.58%
栃木県	836,790	8,796,592,455	16,575	1.98%	682,984,347	7.76%
群馬県	831,232	8,235,267,229	17,886	2.15%	682,424,646	8.29%
埼玉県	2,620,101	26,413,308,816	49,791	1.90%	2,009,500,936	7.61%
千葉県	2,228,404	23,417,275,742	39,227	1.76%	1,617,377,262	6.91%
東京都	5,573,180	58,899,333,321	120,150	2.16%	5,056,579,259	8.59%
神奈川県	3,308,415	34,180,597,708	62,069	1.88%	2,635,168,974	7.71%
新潟県	990,088	11,070,347,757	18,646	1.88%	791,929,103	7.15%
富山県	442,367	4,701,237,103	9,964	2.25%	387,899,322	8.25%
石川県	453,483	5,265,358,932	11,874	2.62%	506,220,552	9.61%
福井県	319,385	3,479,200,151	7,786	2.44%	314,209,486	9.03%
山梨県	341,716	3,875,153,679	7,884	2.31%	332,537,606	8.58%
長野県	867,790	9,454,178,909	19,527	2.25%	781,646,730	8.27%
岐阜県	868,597	9,014,935,223	23,656	2.72%	919,658,334	10.20%
静岡県	1,515,329	15,800,732,679	26,430	1.74%	1,072,013,013	6.78%
愛知県	2,961,462	30,083,398,674	69,202	2.34%	2,805,167,671	9.32%
三重県	763,232	7,689,757,494	18,035	2.36%	669,625,290	8.71%
滋賀県	517,983	5,356,793,075	11,334	2.19%	481,269,327	8.98%
京都府	953,084	10,859,972,310	26,857	2.82%	1,111,861,924	10.24%
大阪府	3,276,704	35,877,979,206	97,404	2.97%	3,955,772,400	11.03%
兵庫県	2,195,083	22,915,646,305	61,026	2.78%	2,367,260,178	10.33%
奈良県	524,056	5,742,430,350	13,112	2.50%	531,116,297	9.25%
和歌山県	429,489	4,586,480,592	12,646	2.94%	471,640,560	10.28%
鳥取県	247,562	2,564,350,051	5,318	2.15%	195,966,721	7.64%
島根県	318,758	3,479,822,511	8,668	2.72%	328,335,115	9.44%
岡山県	809,153	8,753,735,360	21,295	2.63%	849,621,457	9.71%
広島県	1,168,040	13,195,187,581	42,369	3.63%	1,692,201,964	12.82%
山口県	611,502	6,798,222,693	18,316	3.00%	723,393,082	10.64%
徳島県	329,012	3,548,831,607	9,109	2.77%	341,692,482	9.63%
香川県	420,047	4,736,091,462	11,213	2.67%	469,263,465	9.91%
愛媛県	584,907	6,539,824,921	16,586	2.84%	666,008,966	10.18%
高知県	301,420	3,656,875,947	9,432	3.13%	372,800,781	10.19%
福岡県	1,980,065	19,803,569,309	60,892	3.08%	2,189,111,023	11.05%
佐賀県	356,865	3,551,979,029	9,711	2.72%	349,880,511	9.85%
長崎県	601,609	6,665,326,492	24,882	4.14%	914,201,517	13.72%
熊本県	778,292	7,778,499,090	24,699	3.17%	822,243,370	10.57%
大分県	501,331	5,484,535,161	16,447	3.28%	631,173,449	11.51%
宮崎県	468,400	4,766,791,247	11,982	2.56%	443,783,496	9.31%
鹿児島県	711,032	7,109,000,348	18,931	2.66%	702,182,668	9.88%
沖縄県	466,194	4,350,608,618	8,148	1.75%	323,765,411	7.44%

表 68 神奈川県の数種類の医薬品の投与に係る該当者及び薬剤料の年齢階級別割合 [図2-103、図2-104]

	患者総数		処方薬剤種類数			
			15剤以上合計			
年齢	人数（人）	薬剤料（円）	人数（人）	割合	薬剤料（円）	割合
0～14歳	525,579	1,496,315,039	2,441	0.5%	38,571,071	2.6%
15～39歳	683,273	3,020,639,792	3,119	0.5%	111,207,646	3.7%
40～64歳	1,181,768	9,584,806,514	10,931	0.9%	497,819,667	5.2%
65～74歳	722,933	8,287,886,956	12,052	1.7%	564,999,536	6.8%
75歳以上	710,620	11,419,419,932	32,852	4.6%	1,382,930,103	12.1%

厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

イ 受診を巡る状況

(7) 受診の状況

表 69 一人当たり受診延べ日数の推移^(※) [図2-107]

単位：日

	全国	神奈川県
平成 21年度	20.6	17.6
平成 22年度	20.5	17.6
平成 23年度	20.5	17.7
平成 24年度	20.4	17.7
平成 25年度	20.3	17.6
平成 26年度	20.2	17.7
平成 27年度	20.3	17.8
平成 28年度	20.2	17.8

厚生労働省 医療費の動向（平成21～28年度）

総務省 人口推計（平成21、23～26、28年の各年の10月）

総務省 国勢調査（平成22、27年の各年の10月）

表 70 国民健康保険及び後期高齢者医療制度における受診率の推移 [図2-108]

		平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
国民健康保険	全国	9.73	9.85	10.02	10.15	10.31	10.50
	神奈川県	9.62	9.71	9.92	10.05	10.24	10.46
後期高齢者医療制度	全国	18.49	18.59	18.75	18.88	18.97	19.07
	神奈川県	19.49	19.55	19.73	19.82	19.94	20.00

厚生労働省 医療費の地域差分析（平成22～27年度）

※ 平成21、23～26、28年は、国勢調査による補間補正人口を用いています。

(1) 重複受診の状況

表 71 都道府県別の重複受診者数^(※1, 2) [図2-109]

	患者総数	3 医療機関以上	
	人数 (人)	人数 (人)	割合
北海道	6,171,749	13,166	0.21%
青森県	1,596,431	2,567	0.16%
岩手県	1,462,432	2,436	0.17%
宮城県	2,553,098	5,932	0.23%
秋田県	1,425,348	1,979	0.14%
山形県	1,511,366	3,098	0.20%
福島県	2,398,150	4,571	0.19%
茨城県	3,053,911	6,784	0.22%
栃木県	2,321,755	5,107	0.22%
群馬県	2,256,515	5,649	0.25%
埼玉県	6,520,282	15,895	0.24%
千葉県	5,823,904	14,003	0.24%
東京都	14,191,725	46,054	0.32%
神奈川県	8,384,812	23,917	0.29%
新潟県	2,696,530	4,700	0.17%
富山県	1,201,926	1,900	0.16%
石川県	1,305,093	2,237	0.17%
福井県	878,909	1,326	0.15%
山梨県	946,489	2,254	0.24%
長野県	2,394,864	4,272	0.18%
岐阜県	2,366,632	5,149	0.22%
静岡県	4,039,648	9,262	0.23%
愛知県	7,615,834	18,900	0.25%
三重県	1,963,181	4,058	0.21%
滋賀県	1,401,710	3,060	0.22%
京都府	2,804,707	8,792	0.31%
大阪府	9,005,805	31,437	0.35%
兵庫県	5,864,247	18,608	0.32%
奈良県	1,505,134	4,343	0.29%
和歌山県	1,234,851	4,576	0.37%
鳥取県	678,923	1,361	0.20%
島根県	932,153	1,981	0.21%
岡山県	2,348,877	6,789	0.29%
広島県	3,512,620	12,811	0.36%
山口県	1,756,721	5,098	0.29%
徳島県	1,009,581	3,099	0.31%
香川県	1,232,021	3,862	0.31%
愛媛県	1,751,962	5,803	0.33%
高知県	923,846	2,941	0.32%
福岡県	5,424,906	18,112	0.33%
佐賀県	990,094	2,353	0.24%
長崎県	1,809,961	5,148	0.28%
熊本県	2,085,494	5,009	0.24%
大分県	1,406,325	3,569	0.25%
宮崎県	1,271,746	3,272	0.26%
鹿児島県	1,934,482	5,174	0.27%
沖縄県	1,187,294	3,164	0.27%
全国	137,154,044	365,578	0.27%

厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

表 72 神奈川県国民健康保険における重複受診者数の推移^(※3、4) [図2-110]

単位：人

平成22年	7,931
平成23年	7,925
平成27年	7,390
平成28年	7,422
平成29年	7,145

神奈川県国民健康保険団体連合会 共同電算処理システム（平成22～23年の各年の4～6月分）

神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム（平成27～29年の各年の4～6月分）

※1 対象となる範囲は、医科入院外(外来)レセプトのうち、以下の疾患に該当する傷病名が記載されたレセプト、及び医科入院外(外来)レセプトに紐付く次の調剤レセプトです。

【対象となるレセプト】

・胃の悪性新生物、・アルツハイマー病、・慢性閉塞性肺疾患、・結腸及び直腸の悪性新生物、・眼及び付属器の疾患、・喘息、・気管、気管支及び肺の悪性新生物、・高血圧性疾患、・食道、胃及び十二指腸の疾患、・乳房の悪性新生物、・虚血性心疾患、・皮膚及び皮下組織の疾患、・糖尿病、・脳梗塞、・下肢関節障害、・脂質異常症、・急性上気道感染症、・骨粗しょう症、・血管性認知症、・肺炎、・糸球体疾患、腎尿細管性疾患及び腎不全、・気分障害、・急性気管支炎及び急性細気管支炎

※2 二次保健医療圏の割当は、医療機関（医科入院外レセプトは医療機関、調剤レセプトは処方せん発行元医療機関）に基づく二次保健医療圏としています。

また、二次保健医療圏の割り当てを医療機関で行っているため1患者が二次保健医療圏の異なる医療機関を受診している場合、複数の二次保健医療圏が割り当てられるため、1患者につき1二次保健医療圏とするため次の処理を行っています。

- ① 「二次保健医療圏の割当」において、割り当てられた二次保健医療圏の数が一番多いものを採用する。
- ② 割り当てられた二次保健医療圏の数が一番多いものが複数存在する場合、二次保健医療圏数が一番多いものの中から医療費が一番高い二次保健医療圏を採用する。
- ③ 一番多い二次保健医療圏の数、一番高い医療費が同一の場合、二次保健医療圏コードが若いものを採用する。

※3 同一人物が外来で同一月に同一疾病により異なる医療機関を3か所以上受診した場合を該当条件として抽出した各年4～6月分の平均値です。

※4 平成24～26年の各年の4～6月分は重複受診と頻回受診の合計の数値での集計となっており、重複受診単独での集計を行っていないため、表 71には掲載していません。

(ウ) 頻回受診の状況

表 73 都道府県別の頻回受診者数^(※) [図2-111]

	患者総数	15日以上	
	人数(人)	人数(人)	割合
北海道	2,389,582.00	10,538	0.44%
青森県	638,043.00	3,117	0.49%
岩手県	605,289.00	2,151	0.36%
宮城県	1,062,005.00	4,290	0.40%
秋田県	526,419.00	1,762	0.33%
山形県	582,467.00	3,129	0.54%
福島県	938,601.00	3,911	0.42%
茨城県	1,245,058.00	5,506	0.44%
栃木県	919,581.00	3,940	0.43%
群馬県	935,040.00	3,876	0.41%
埼玉県	2,826,787.00	13,751	0.49%
千葉県	2,488,566.00	9,962	0.40%
東京都	6,060,129.00	27,219	0.45%
神奈川県	3,673,598.00	15,502	0.42%
新潟県	1,094,752.00	4,084	0.37%
富山県	497,518.00	2,491	0.50%
石川県	515,636.00	2,414	0.47%
福井県	358,241.00	2,158	0.60%
山梨県	374,433.00	1,791	0.48%
長野県	973,309.00	3,006	0.31%
岐阜県	963,790.00	5,271	0.55%
静岡県	1,681,281.00	7,328	0.44%
愛知県	3,314,646.00	18,271	0.55%
三重県	839,515.00	5,344	0.64%
滋賀県	580,620.00	2,352	0.41%
京都府	1,088,956.00	7,072	0.65%
大阪府	3,685,136.00	30,431	0.83%
兵庫県	2,438,218.00	16,882	0.69%
奈良県	584,079.00	2,474	0.42%
和歌山県	482,287.00	2,737	0.57%
鳥取県	279,829.00	969	0.35%
島根県	345,236.00	1,538	0.45%
岡山県	897,911.00	4,638	0.52%
広島県	1,302,847.00	12,005	0.92%
山口県	668,885.00	5,630	0.84%
徳島県	371,384.00	2,318	0.62%
香川県	469,269.00	4,516	0.96%
愛媛県	652,243.00	5,101	0.78%
高知県	337,646.00	2,171	0.64%
福岡県	2,207,933.00	19,032	0.86%
佐賀県	387,050.00	4,018	1.04%
長崎県	650,735.00	5,522	0.85%
熊本県	848,982.00	6,217	0.73%
大分県	550,672.00	3,398	0.62%
宮崎県	518,293.00	4,136	0.80%
鹿児島県	772,474.00	5,900	0.76%
沖縄県	523,336.00	2,633	0.50%
全国	56,148,307.00	312,502	0.56%

厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ（平成25年10月診療分）

※ 患者ごとに受診日数が一番多いレセプトのみを採用しており、次のとおり集計処理を行っています。

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

2 図表一覧

【本編】

図1-1	国民医療費及び国民所得に占める国民医療費の割合の推移	2
図1-2	国の後期高齢者医療費（老人医療費）及び国民医療費に占める後期高齢者医療費（老人医療費）の割合の推移	2
図1-3	総人口並びに総人口に占める65歳以上及び75歳以上人口の割合の推移と将来推計	3
図1-4	神奈川県 of 県民医療費の推移	4
図1-5	神奈川県 of 後期高齢者医療費（老人医療費）	4
図1-6	神奈川県 of 将来人口推計	4
図1-7	高齢者の将来推計人口	4
表1-8	第二期神奈川県医療費適正化計画の進捗状況	5
図1-9	第二期神奈川県医療費適正化計画における県民医療費の見通しと実績の推移	5
図1-10	医療費適正化基本方針と神奈川県医療費適正化計画との関係	6
図2-1	県民（国民）医療費の対3年前比の推移	8
図2-2	神奈川県 of 診療種別概算医療費の推移	9
図2-3	神奈川県 of 概算医療費の構成比推移	9
図2-4	神奈川県 of 調剤医療費の内訳	9
図2-5	都道府県別の一人当たり都道府県民医療費	9
図2-6	後期高齢者医療費（老人医療費）の対3年前比推移	10
図2-7	一人当たり後期高齢者医療費（老人医療費）の推移	11
図2-8	県民（国民）所得に占める県民（国民）医療費の割合	12
図2-9	県民（国民）所得に占める後期高齢者（老人）医療費の割合	12
図2-10	県民（国民）所得及び県民（国民）医療費の対3年前比の推移 ...	12
図2-11	年齢階級別人口の割合	13
図2-12	平成27（2015）年～平成37（2025）年における都道府県別の高齢者数の伸び率（推計）	13
図2-13	都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院・入院外・歯科別の全国値に対する差）	14
図2-14	都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院の全国値に対する差）	14
図2-15	都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院外の全国値に対する差）	15
図2-16	都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（歯科の全国値に対する差）	15
図2-17	国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（診療種別全体）	16
図2-18	国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（入院）	16

図 2-19	国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（入院外+調剤）	17
図 2-20	国民健康保険（市町村）における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（歯科）	17
図 2-21	国民健康保険（市町村）における都道府県別一人当たり年齢調整後医療費の地域差指数の三要素別寄与度（入院外+調剤）	17
図 2-22	国民健康保険（市町村）における都道府県別一人当たり年齢調整後医療費の地域差指数の三要素別寄与度（歯科）	17
図 2-23	後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（診療種別全体）	18
図 2-24	後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（入院）	19
図 2-25	後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（入院外+調剤）	19
図 2-26	後期高齢者医療制度における都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費（歯科）	20
図 2-27	後期高齢者医療制度における都道府県別一人当たり年齢調整後医療費の地域差指数の三要素別寄与度（入院外+調剤）	20
図 2-28	後期高齢者医療制度における都道府県別一人当たり年齢調整後医療費の地域差指数の三要素別寄与度（歯科）	20
図 2-29	20分類を中心にみた神奈川県費用額構成	21
図 2-30	20分類を中心にみた全国費用額構成	21
図 2-31	121分類を中心にみた神奈川県費用額構成	22
図 2-32	121分類を中心にみた全国費用額構成	22
図 2-33	神奈川県の国民健康保険における一人当たり費用額の上位 5 疾病（121分類）	23
図 2-34	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の医療費の推移	24
図 2-35	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の一人当たり医療費の推移	24
図 2-36	神奈川県の後期高齢者医療制度における生活習慣病の医療費の推移	24
図 2-37	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の医療費の構成比推移	25
図 2-38	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費	25
図 2-39	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別 1 件当たり医療費	25
図 2-40	生活習慣病の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	26
図 2-41	神奈川県の生活習慣病の総患者数の推移	26
図 2-42	神奈川県の人口10万人当たりの生活習慣病の年齢階級別総患者数	27
図 2-43	高血圧性疾患の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	28
図 2-44	虚血性心疾患の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	28
図 2-45	脳梗塞の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	28
図 2-46	脳内出血の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	29

図 2-47	糖尿病の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	29
図 2-48	腎不全の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	29
図 2-49	特定健康診査の実施率推移	30
図 2-50	特定健康診査の都道府県別実施率	31
図 2-51	神奈川県の特健康診査の性・年齢階級別の実施率	31
図 2-52	神奈川県の保険者別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率	31
図 2-53	神奈川県の保険者別の特定健康診査の実施率	31
図 2-54	神奈川県の市町村国民健康保険における規模別の特定健康診査実施率	31
図 2-55	国民健康保険における市町村別特定健康診査の実施率	32
図 2-56	特定保健指導の実施率推移	33
図 2-57	特定保健指導の都道府県別実施率	33
図 2-58	神奈川県の特健康指導の性・年齢別の実施率	34
図 2-59	神奈川県の保険者別 性・年齢別の特定保健指導の実施率	34
図 2-60	神奈川県の保険者別の特定保健指導の実施率	34
図 2-61	神奈川県の市町村国民健康保険における規模別の特定保健指導実施率	34
図 2-62	国民健康保険における市町村別特定保健指導の実施率	34
図 2-63	特定健康診査実施率と一人当たり概算医療費の関係	35
図 2-64	特定保健指導対象者の減少率（平成20年度比）の推移	36
図 2-65	糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費（平成25年10月診療分）	37
図 2-66	神奈川県の国民健康保険における糖尿病の医療費の推移	37
図 2-67	神奈川県の後期高齢者医療制度における糖尿病の医療費の推移	37
図 2-68	神奈川県の糖尿病の総患者数の推移	38
図 2-69	神奈川県の年齢階級別の糖尿病総患者数の推移	38
図 2-70	神奈川県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	39
図 2-71	神奈川県の歯科医療費の推移	40
図 2-72	神奈川県の高齢者の歯の本数推移	41
図 2-73	神奈川県の80歳（75歳～84歳）で20本以上の自分の歯を有する者の割合	41
図 2-74	神奈川県の成人喫煙率の推移	41
図 2-75	神奈川県の人口10万人当たりの肺がんの年齢調整り患率の推移	42
図 2-76	神奈川県の国民健康保険における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費の推移	43
図 2-77	神奈川県の後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費の推移	43
図 2-78	神奈川県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患（COPD）のレセプト1件当たりの年齢階級別医療費	43
図 2-79	神奈川県の悪性新生物の総患者数の推移	44
図 2-80	神奈川県の悪性新生物の年齢別患者数	44
図 2-81	神奈川県の人口10万人当たりのがんの年齢調整り患率の推移	45

図 2－82	神奈川県国民健康保険における悪性新生物の医療費の推移	45
図 2－83	神奈川県の後期高齢者医療制度における悪性新生物の医療費の推移	45
図 2－84	神奈川県のがん検診受診率推移	46
図 2－85	全国と神奈川県のがん検診受診率	46
図 2－86	全国における風しんの抗体を有していない者の割合	47
図 2－87	神奈川県風しん報告件数の推移	47
図 2－88	医療機関の人口10万人当たりの施設数	48
図 2－89	人口10万人当たりの病床数	48
図 2－90	病床機能別病床数の割合	49
図 2－91	人口10万人当たりの在宅医療施設数	49
図 2－92	神奈川県調剤医療費の推移	50
図 2－93	神奈川県後発医薬品の使用割合（新指標）	51
図 2－94	後発医薬品の制度別使用割合（新指標）	51
図 2－95	都道府県別の後発医薬品の使用割合（新指標）	51
図 2－96	神奈川県国民健康保険における市町村別の後発医薬品使用割合（新指標）	52
図 2－97	都道府県別の患者総数に占める重複投薬該当者の割合	53
図 2－98	都道府県別の薬剤料に占める重複投薬に係る薬剤料の割合	54
図 2－99	神奈川県保険者種別の患者総数に占める重複投薬該当者数の割合	54
図 2－100	神奈川県保険者種別の薬剤料に占める重複投薬に係る薬剤料の割合	54
図 2－101	都道府県別の患者総数に占める複数種類の医薬品の投与該当者の割合	55
図 2－102	都道府県別の薬剤費に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤費の割合	55
図 2－103	神奈川県患者総数に占める複数種類の医薬品の投与に係る該当者の年齢階級別割合	56
図 2－104	神奈川県薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤料の年齢階級別割合	56
図 2－105	神奈川県保険者種別の患者総数に占める複数種類の医薬品投与該当者数の割合	56
図 2－106	神奈川県保険者種別の薬剤料に占める複数種類の医薬品の投与に係る薬剤料の割合	56
図 2－107	一人当たり受診延べ日数の推移	57
図 2－108	国民健康保険及び後期高齢者医療制度における受診率の推移	57
図 2－109	都道府県別の患者総数に占める重複受診者の割合	58
図 2－110	神奈川県国民健康保険における重複受診者数の推移	58
図 2－111	都道府県別の患者総数に占める頻回受診者の割合	59
図 2－112	神奈川県国民健康保険及び後期高齢者医療制度における頻回受診の該当者数	59
図 2－113	神奈川県の高齢者単独世帯の推計	61
図 2－114	神奈川県総世帯数に占める高齢者単独世帯の割合の推計	61

図 3－1	県民医療費の見込み	68
図 4－1	「未病」の考え方	71
図 4－2	「かながわ未病改善宣言」（平成29年 3 月）による「食・運動・社会参加」の 3 つの取組	71
図 4－3	特定健康診査・特定保健指導の基本的な流れ	82

【資料編】

表 1	国民医療費、国民所得及び後期高齢者医療費（老人医療費）の推移 .	104
表 2	総人口並びに総人口に占める65歳以上及び75歳以上人口の割合の推移と将来推計	105
表 3	神奈川県 of 県民医療費、後期高齢者医療費（老人医療費）及び後期高齢者医療費（老人医療費）の県民医療費に占める割合の推移	106
表 4	将来人口推計	107
表 5	県民（国民）医療費の推移	108
表 6	神奈川県の診療種別概算医療費の推移	108
表 7	神奈川県の概算医療費の構成比推移	109
表 8	神奈川県の調剤医療費の内訳	109
表 9	都道府県別の一人当たり都道府県民医療費	110
表 10	後期高齢者医療費（老人医療費）の推移	111
表 11	一人当たり後期高齢者医療費（老人医療費）の推移	111
表 12	県民（国民）医療費、県民（国民）所得、対 3 年前比、県民（国民）所得に占める割合の推移	112
表 13	年齢階級別人口	113
表 14	平成27（2015）年～平成37（2025）年における都道府県別の高齢者数の伸び率（推計）	114
表 15	都道府県別の一人当たり概算医療費の地域差（入院・入院外・歯科別の全国値に対する差）	115
表 16	国民健康保険（市町村）における都道府県別、診療種別、1 人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数	116
表 17	国民健康保険（市町村）における都道府県別、地域差指数の三要素（1 日当たり医療費、1 件当たり日数、受診率）別寄与度	117
表 18	後期高齢者医療制度における都道府県別、診療種別、1 人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数	118
表 19	後期高齢者医療制度における都道府県別、地域差指数の三要素（1 日当たり医療費、1 件当たり日数、受診率）別寄与度	119
表 20	20分類を中心にみた神奈川県の国民健康保険における費用額	120
表 21	20分類を中心にみた神奈川県の後期高齢者医療制度における費用額 .	120
表 22	20分類を中心にみた全国の国民健康保険における費用額	121
表 23	20分類を中心にみた全国の後期高齢者医療制度における費用額	121
表 24	121分類を中心にみた神奈川県の国民健康保険における費用額	122

表 25	121分類を中心にみた神奈川県の後期高齢者医療制度における費用額	122
表 26	121分類を中心にみた全国の国民健康保険における費用額	123
表 27	121分類を中心にみた全国の後期高齢者医療制度における費用額	123
表 28	神奈川県の国民健康保険における一人当たり費用額の上位10疾病（121分類）	123
表 29	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の医療費の推移	124
表 30	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の一人当たり医療費の推移	124
表 31	神奈川県の後期高齢者医療制度における生活習慣病の医療費の推移	125
表 32	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の医療費及び構成比の推移	125
表 33	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費	125
表 34	神奈川県の国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別1件当たり医療費	125
表 35	生活習慣病の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	126
表 36	神奈川県の生活習慣病の総患者数の推移	127
表 37	神奈川県の人口10万人当たりの生活習慣病の年齢階級別総患者数	127
表 38	特定健康診査の実施率推移	128
表 39	特定健康診査の都道府県別実施率	129
表 40	神奈川県の特定健康診査の性・年齢階級別の実施率	130
表 41	神奈川県の保険者別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率	130
表 42	神奈川県の保険者別の特定健康診査の実施率	131
表 43	国民健康保険における市町村別特定健康診査の実施率	131
表 44	特定保健指導の実施率推移	132
表 45	特定保健指導の都道府県別実施率	133
表 46	神奈川県の特定保健指導の性・年齢別の実施率	134
表 47	神奈川県の保険者別 性・年齢別の特定保健指導の実施率	134
表 48	神奈川県の保険者別の特定保健指導の実施率	135
表 49	国民健康保険における市町村別特定保健指導の実施率	136
表 50	特定健康診査実施率と一人当たり概算医療費の関係	137
表 51	糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費（平成25年10月診療分）	138
表 52	神奈川県の年齢階級別の糖尿病総患者数の推移	139
表 53	神奈川県の高齢者の歯の本数推移	139
表 54	神奈川県の国民健康保険における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費の推移	140
表 55	神奈川県の後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療費の推移	140
表 56	神奈川県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度における慢性閉塞性肺疾患（COPD）のレセプト1件当たりの年齢階級別医療費	141
表 57	神奈川県の悪性新生物の患者数の推移	141

表 58	神奈川県が悪性新生物の年齢別患者数	141
表 59	神奈川県の人10万人当たりのがんの年齢調整率の推移	142
表 60	神奈川県国民健康保険における悪性新生物の医療費の推移	142
表 61	神奈川県後期高齢者医療制度における悪性新生物の医療費の推移 ..	142
表 62	がん検診受診率推移	143
表 63	全国における風しんの抗体を有していない者の割合	143
表 64	都道府県別の後発医薬品の使用割合（新指標）	144
表 65	神奈川県国民健康保険における市町村別の後発医薬品使用割合（新指標）	145
表 66	都道府県別の重複投薬に係る該当者及び薬剤料	146
表 67	都道府県別の複数種類の医薬品の投与に係る該当者及び薬剤料	147
表 68	神奈川県複数種類の医薬品の投与に係る該当者及び薬剤料の年齢階級別割合	148
表 69	一人当たり受診延べ日数の推移	149
表 70	国民健康保険及び後期高齢者医療制度における受診率の推移	149
表 71	都道府県別の重複受診者数	150
表 72	神奈川県国民健康保険における重複受診者数の推移	151
表 73	都道府県別の頻回受診者数	152

3 用語の説明

【あ行】

用 語	説 明
アウトカム評価	対象者の行動（態度、記録、満足度）、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものである。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査等の健診結果の変化、生活習慣病の有病者や予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等がある。さらに、職域では休業日数、長期休業率等がある。
アウトプット評価	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものである。具体的な評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等がある。
医科（診療）医療費	医科診療にかかる診療費。
維持期	急性期、回復期を経て、症状並びに障害の状態が安定した後、在宅や施設で生活している時期。
1日当たり医療費	診療日数当たりの医療費。
1件当たり日数	診療件数（レセプト件数）1件当たりの診療日数。
一般病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。 なお、結核病床とは、結核の患者を入院させるための病床をいい、感染症病床とは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）に規定する一類感染症、二類感染症（結核を除く）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症並びに新感染症の患者を入院させるための病床をいう。
医薬分業	医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図るもの。
医療機関	医療法で定められた医療提供施設のこと。
医療制度改革	平成18年6月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」による構造改革の一つで、生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもの。国民皆保険制度を堅持し、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するために、治療を重視した医療から疾病の予防を重視した保健医療への転換を図るとともに、医療提供体制、医療保険制度等の在り方等にまで踏み込んだ見直しを行い、結果として、医療費の伸びの適正化を実現することを目的とする。
医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（医療費適正化基本方針）	高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため定める方針。

用 語	説 明
医療保険（医療保険制度）	（→「国民皆保険制度」を参照）
医療連携体制	一つの医療機関だけで完結する医療から、地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担、完結する医療を推進するもの。
インターグループワーク	複数の小グループで参加者同士が交流、情報交換したことを、参加者全体で共有して深めることにより、自分の生活習慣に対する課題を「意識化」し、自発的な生活改善を「習慣化」できるように支援する保健指導の一手法。
A E D	自動体外式除細動器のこと。 A：Automated（自動化された）、E：External（体外式の）、 D：Defibrillator（除細動器）
N I C U	新生児集中治療室のこと。Neonatal Intensive Care Unitの略。
嚥下	かみくだいた食べ物が、口腔内から咽頭、食道を経て胃の中に送り込まれるまでの一連の過程。
往診	通院できない患者の要請を受けて、医師がその都度、診療を行うこと。
オーラルフレイル	「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「噛めないものの増加」などのささいな口腔機能の低下から始まる、心身の機能低下につながる口腔機能の虚弱な状態。
お薬の基礎知識に関する出前講座	医薬品の適正使用や後発医薬品の使用促進を目的とした講習会。老人クラブや消費者団体等の会合に薬剤師を派遣して行う。
大人の風しん予防接種	予防接種制度の変遷に伴い、平成2年4月2日以前に生まれた者の場合、風しんの予防接種の機会が十分でなく、風しんの抗体を獲得していない者の割合が高いため、大人を対象とした予防接種の啓発を行い、大人の風しん抗体獲得を支援する取組。

【か行】

用 語	説 明
介護医療院	平成 29 年の介護保険法改正により、平成 30（2018）年度から新たに設けられた施設類型。長期にわたり療養を必要とする要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。
介護サービス	広義には、自立で日常生活を送ることが困難な人々に対して、日常生活全体を支援するサービスのこと。狭義には、介護保険制度において要介護・要支援の認定を受けた者への保険給付のこと。
介護保険（介護保険制度）	加齢に伴って要介護状態となった者等について、その能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な介護サービスを給付するため、国民の共同連帯の理念に基づき設けられた制度で、平成12年4月に施行された。 介護保険における被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者に分かれ、第2号被保険者については、特定疾病が原因となり要介護状態等になった場合、給付の対象になる。介護サービスの利用希望者は、市町村に申請を行い、市町村に設置されている介護認定審査会の審査、判定に基づき要介護・要支援の認定を受ける必要がある。 介護サービスの利用については、原則として費用の9割が介護保険から給付され、残り1割が自己負担となる。（一部の高額所得者の自己負担は2割又は3割）
介護保険施設	介護保険制度において介護保険の給付対象となるサービスを提供する施設である「指定介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「指定介護療養型医療施設」及び「介護医療院」の4種類の施設のこと。 「指定介護老人福祉施設」は老人福祉法の規定による特別養護老人ホームが、介護保険法に基づく都道府県知事(指定都市・中核市に所在する事業所については当該市長)の指定を受けることにより当該施設となる。 「指定介護療養型医療施設」は医療法の規定による療養病床等が介護保険法に基づく都道府県知事の指定を受けることにより当該施設となる。なお、平成35（2023）年度末に廃止される。 「介護老人保健施設」と「介護医療院」は、介護保険法に基づき都道府県知事の開設許可を受けることにより当該施設となる。
介護予防	高齢者ができる限り寝たきりなどの要介護状態に陥ったり、状態がさらに悪化することがないようにすること。

用 語	説 明
概算医療費	診療報酬明細書（レセプト）の集計で、医療費総額には、医科入院、医科入院外、歯科及び調剤の医療費並びに入院時食事療養及び訪問看護療養の費用額が含まれ、平成18年10月以降分は、入院時生活療養の費用額も含む。一方、現物給付でない分（はり・きゅう、保険証忘れ等による全額自費による支払い分、労災医療費等）は含まれていない。 なお、都道府県別データは、医療機関所在地の都道府県別データであり、（都道府）県民医療費とは異なる。
回復期	生命の危機を脱し、患者の日常生活復帰に向けて、リハビリテーションを行う。
かかりつけ医／ かかりつけ歯科医／ かかりつけ眼科医	身近なところで日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる医師のこと。 歯科・眼科疾患において同様の機能を持つ歯科医師・眼科医師のことを、それぞれかかりつけ歯科医・かかりつけ眼科医という。
かかりつけ薬剤師・ 薬局	患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師・薬局。
神奈川県医療費検討 委員会	神奈川県の医療費の伸びの適正化について、必要な事項を検討するために設置した委員会で、医療費の現状把握及び分析に関すること、県医療費適正化計画の策定に関すること、策定した計画の評価・見直しに関することについて協議・検討を行う。
神奈川県感染症予防 計画	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」第10条第1項に基づき、感染症の発生予防及びまん延防止を目的に、人権を尊重しつつ総合的かつ計画的な感染症対策を推進するために策定された計画（平成29年3月改定）。
神奈川県がん対策推進 計画	がん対策基本法第12条第1項に基づく法定計画である都道府県がん対策推進計画であって、本県のがん対策を総合的に推進するための計画。（計画期間：平成30～35年度）
かながわ健康プラン 21	国の「健康日本21」を受け、本県が平成25年度、健康増進法第8条に規定する都道府県健康増進計画として策定した。 計画に基づき、県民が健康で元気に生活できる期間、いわゆる「健康寿命」を延ばし、また、あらゆる世代が健やかな暮らしを送ることができる良好な社会環境を構築することにより、健康格差を縮小し、誰もが健康でいきいきと自分らしい生活を送れることを目的に、県民の健康づくりを推進している。
かながわ健康プラン 21 推進会議	県における県民健康づくり運動の指針である「かながわ健康プラン 21」を県民、企業、学校、行政が一体となり、円滑に推進するための会議。

用 語	説 明
神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例	平成22年4月から施行している、不特定または多数の人が出入りすることができる空間（公共的空間）を有する施設（公共的施設）において、受動喫煙を防止するためのルールを定めた条例。
神奈川県後発医薬品使用促進協議会	平成19年10月に厚生労働省が策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」において、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、使用促進にかかる環境整備等に関する検討を行う場として都道府県に設置が位置づけられたもので、神奈川県では平成20年11月に設置し検討を行っている。
神奈川県国民健康保険運営方針	国民健康保険法第82条の2に基づき、県が県内市町村とともに行う国民健康保険の安定的な財政運営並びに県内市町村の国保事業の広域的及び効率的な運営の推進を確保するために策定する県内国保の運営に関する方針。
神奈川県障がい福祉計画	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条第1項に基づく法定計画である都道府県障害福祉計画及び児童福祉法第33条の22第1項に基づく都道府県障害児福祉計画を一体として策定するものであり、各市町村を通ずる広域的な見地から、障がい者及び障がい児の地域生活を支える障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制を確保するための計画。
神奈川県地域福祉支援計画	社会福祉法第108条第1項に規定された「都道府県地域福祉支援計画」として、広域的観点から、地域福祉推進のために市町村が策定する「地域福祉計画」の達成を支援するために策定する計画。 誰もが住み慣れた地域の中で、地域の支え合いにより安心して暮らせる地域社会づくりを目指し、地域福祉の担い手の育成や地域における支え合いの推進などに取り組むための計画である。
神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画	神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進条例に基づき、県民の歯及び口腔の健康づくりに関する総合的かつ計画的な推進を図るために平成25年3月に策定した計画。
神奈川県保健医療計画	すべての県民が健やかに安心してくらせる社会の実現に向けて、「誰でも等しく良質かつ適切な保健医療サービスを受けられる」ことを基本理念として、保健医療サービスを提供する体制の整備を図ることなどを盛り込んだ、保健医療施策の総合的な計画。保健医療圏の設定、基準病床数の算定のほか、保健医療の基盤づくりを定めるとともに、保健・医療・福祉の総合的な取組等を定めている。
かながわ高齢者保健福祉計画	老人福祉法及び介護保険法に基づく法定計画である「老人福祉計画」及び「介護保険事業支援計画」を一体化したものとして、神奈川県が策定した計画。 介護保険制度や高齢者保健福祉施策を円滑に実施することを目的として、取り組むべき課題を明らかにするとともに、将来の高齢者を取り巻く状況を見据えた介護サービス量等の目標を設定した計画である。

用 語	説 明
かながわ自殺対策計画	自殺対策基本法第13条第1項に基づく法定計画である都道府県自殺対策計画であって、県の自殺対策を総合的に推進するための計画。 (計画期間：平成30～34年度)
かながわ女性の健康・未病 Week	国の定める「女性の健康週間」に合わせて、毎年3月1日～8日を「かながわ女性の健康・未病Week」とし、この期間を中心に、民間の様々な主体と連携しながら女性の未病改善に関する普及啓発を集中的に展開している。
かながわ糖尿病未病改善プログラム (神奈川県糖尿病対策推進プログラム)	日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が作成した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の神奈川県版プログラムとして、各市町村や各保険者と県内医療機関とが連携した糖尿病重症化予防の取組が推進されることを目的に、神奈川県医師会、神奈川県糖尿病対策推進会議の連携のもと、作成したプログラム。
かながわ難病相談・支援センター	地域で生活する難病患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援などを行う拠点機関。難病患者等の療養上、日常生活上での悩みや不安等の解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応するためのきめ細やかな相談や支援を行う神奈川県の機関。
かながわ方式保健指導	平成25年度から平成27年度に3市町（海老名市、大磯町、寒川町）と協働実施した「かながわ保健指導モデル事業」により構築された生活習慣病重症化予防のための保健指導の一手法。初回の個別保健指導（主に家庭訪問）と集団保健指導（インターグループワーク）を組み合わせて実施する。
かながわ未病改善宣言	全ての世代の方々が未病を自分のこととして考え、行動していけるよう、「食（栄養・オーラルフレイル）」、「運動（身体活動・ロコモ・睡眠）」、「社会参加（交流）」を中心とする未病改善の考え方への賛同と、未病改善活動への参画を呼びかける宣言。
患者のための薬局ビジョン	患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる平成37（2025）年、更に10年後の平成47（2035）年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示したもの（平成27年10月、厚生労働省策定）。
がん診療連携拠点病院	全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、都道府県知事からの推薦に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関。都道府県において中心的な役割を担う「都道府県がん診療連携拠点病院」と、各地域における拠点となる「地域がん診療連携拠点病院」がある。
がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針	行政が実施する対策型検診として有効性が確立されたがん検診について、その実施方法等を定めた指針。

用 語	説 明
管理栄養士	栄養士法により、厚生労働大臣の免許を受けて傷病者の療養のための栄養指導や高度な専門的知識・技術を要する栄養指導及び特定多数人に継続的に食事を供給する施設のうち、特別な配慮が必要な施設の給食管理並びにこれら施設に対する栄養改善上の指導等を行うことを業とする者。
技術料	調剤医療費のうち、調剤技術料（調剤基本料、調剤料、加算料）と薬学管理料の合計。
救急医療	急病・怪我・災害など急に身体の疾患や損傷を受けた人々を診断・治療すること。入院治療を必要としない比較的軽症な救急患者を対象とする初期救急、入院や手術が必要な患者を対象とする二次救急、より高度で特殊専門医療が必要な重症患者に対応する三次救急に大別される。
救急医療機関	急病・怪我・災害など急に身体の疾患や損傷を受けた人々に対して診断・治療を行う医療機関。
求償	損害を負担すべき者（債務者）に賠償または償還を求めること。
急性期	急な病気や怪我により緊急に治療が必要な時期。容態の早期安定化に向けて、入院や手術、投薬、検査などを行う。
救命救急医療機関	高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者に対して診断・治療を行う医療機関。
救命救急センター	より高度で特殊・専門医療が必要な重症救急患者を24時間体制で受け入れる三次救急医療施設。
共済組合	共済各法に基づき、国家公務員や地方公務員、私立学校教職員等を対象として設立された保険者。
業務継続計画	事故や災害が発生した際、その業務への影響を極力小さくし平常業務に戻るまでの時間を極力短くするために多面的に手段・対応策をまとめた計画。
居宅介護支援事業所	介護保険サービス利用者が介護サービスを適切に利用できるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアプラン作成等の居宅介護支援を行う事業所。
薬と健康の週間	医薬品を正しく使用することの大切さ、そのために薬剤師が果たす役割の大切さを一人でも多くの方に知ってもらうために、ポスターなどを用いて積極的な啓発活動を行う週間。
グループホーム	障害者総合支援法に位置づけられた障害福祉サービス事業であり、共同生活住居において、相談、入浴、排せつ又は食事の介護、その他の必要な日常生活上の援助を行うサービスである。

用 語	説 明
ケアマネジャー	要介護者等からの相談を受け、その心身の状況に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう、利用するサービスの種類や提供事業者を定める「居宅サービス計画」の作成及び施設サービスを希望する場合の介護保険施設の紹介等を行うとともに、市町村、事業者、施設との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者。
軽度認知障害	認知症には至っていないが、記憶などの能力が低下している状態のこと。
県・市町村・後期高齢者医療広域連合医療保険事務改革検討協議会	少子・高齢化や価値観の多様化等時代の変化が急速に進む中で、国民健康保険等医療保険制度の安定的な運営を図る見地から、県と市町村及び神奈川県後期高齢者医療広域連合が共通の認識に立って、21世紀の医療保険制度の在り方を研究するとともに、団体間の相互理解と自助努力の原則の下で、医療保険事務の検討課題について協議し、その改善策を具体化するために設置した協議会。
県がん診療連携指定病院	厚生労働大臣が指定する地域がん診療連携拠点病院と同等の機能を有する医療機関として神奈川県知事が独自に指定する医療機関。
健康・医療戦略	平成26年7月22日に閣議決定された世界最高水準の技術を用いた医療の提供及び経済成長への寄与を基本理念とする戦略。世界最高水準の医療の提供に資する医療分野の研究開発等に関する施策や健康・医療に関する新産業創出及び国際展開の促進等に関する施策などが位置づけられている。
健康寿命	健康問題で日常生活が制限されることがなく生活できる期間。
健康保険組合	健康保険法に基づき、健康保険事業を行う公法人。1企業により組織された組合である単一組合と、同種同業の事業主等で組織された組合である総合組合がある。
県民医療費	国民医療費の都道府県別のもの。
県民所得	県の居住者（県民）及び県内事業所が、労働や資本を生産活動に対し提供することによって、県内外から受け取る現金・現物などの所得の総額。県民雇用者報酬、財産所得、企業所得からなる。
後期高齢者	（→「高齢者」を参照）
後期高齢者医療広域連合	平成20年度から開始された後期高齢者医療制度を運営するために都道府県ごとに全市町村により設置された特別地方公共団体で、保険料の決定や医療を受けたときの給付を行う。
後期高齢者医療制度	75歳以上の人と障害認定を受けた65歳以上75歳未満の人が、病気・けがなどをしたときに必要な給付を受けるための医療制度。都道府県ごとに全市町村が参加する後期高齢者医療広域連合が運営している。
後期高齢者医療費	後期高齢者医療制度の被保険者にかかった医療費のこと。診療費、調剤、食事療養・生活療養、訪問介護、療養費等の合計。

用 語	説 明
口腔衛生用具	歯ブラシやデンタルフロス、歯間ブラシなど口腔の清掃に用いる道具。
口腔機能	咀嚼（かみ砕く）・嚥下（飲み込む）・発音・唾液の分泌などに関わる機能。
口腔ケア	口腔内の歯や粘膜、舌などの汚れの除去及び口腔機能の維持・回復を目的とした措置の総称。自分自身で行うケア、歯科医師・歯科衛生士によるアドバイス・専門的歯面清掃・口腔機能訓練、要介護者に対する介護職や看護職によるケアがある。
高度急性期	急な病気や怪我により緊急に治療が必要な時期。患者の状態が刻一刻と変わり、生命の危機がある。容態の早期安定化に向けて、入院や手術、投薬、検査などを行う。
後発医薬品	先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分の医薬品。「ジェネリック医薬品」とも呼ばれる。
後発医薬品 （ジェネリック医薬品） 希望カード	後発医薬品（ジェネリック医薬品）を利用したい場合等に被保険者証等とともに医療機関や薬局等に提示することにより、円滑に後発医薬品（ジェネリック医薬品）が処方されるよう、「適正なジェネリック医薬品をお願いします。」、「私は、ジェネリック医薬品を希望します。」等と記載されたカードのこと。
後発医薬品 （ジェネリック医薬品） 利用差額通知	被保険者に後発医薬品（ジェネリック医薬品）を利用した場合の費用の軽減について周知するため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えた場合の自己負担額の差額を通知するもの。
後方受入れ病院	救命救急センター等で必要な病床を確保するため、急性期から回復期へ移行した患者の受入れを行う病院。（主として精神科病院）
高齢化	総人口に占める高齢者の割合が高まっていくこと。
高齢化率	総人口に対する65歳以上人口の割合。
高齢者	高齢者の明確な定義はないが、国連の世界保健機関（WHO）の定義では65歳以上の者となっている。65歳以上75歳未満の者を前期高齢者、75歳以上の者を後期高齢者という。
高齢者の特性を 踏まえた保健事業 ガイドライン	後期高齢者医療広域連合と構成市町村が連携しながら実施する高齢者の特性を踏まえた保健事業のあり方を示すとともに、国、都道府県、関係機関・団体の役割を明らかにするため、国が策定するガイドラインのこと。広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の内容・手順や、市町村が実施する場合の留意点などが示されている。
誤嚥	飲食物、食べかす、唾液、細菌などが誤って気道に入ること。
コグニサイズ	国立長寿医療研究センターが開発した、認知機能の維持・向上に役立つ運動で、コグニション(認知)とエクササイズ(運動)を組み合わせた造語。運動と認知トレーニングを組み合わせることで、脳への刺激を促すことが期待できる。

用 語	説 明
国民医療費	当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したもの。診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される移送費等を含んでいるが、正常な妊娠や分娩等に要する費用、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は計上していない。
国民皆保険制度	国民が、いずれかの公的医療保険制度に加入し、保険料を納め、医療機関で被保険者証を提示することにより、一定の自己負担で必要な医療を受けることができる制度。
国民健康保険	国民健康保険法に基づき、相扶共済の精神により保険技術を用い、被用者保険の適用を受けない、主に農林漁業、自営業者等を対象として、疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行う医療保険のこと。市町村が運営する市町村国民健康保険と、当該組合の地区内に住所を有する者を対象とする国民健康保険組合がある。
国民健康保険組合	(→「国民健康保険」を参照)
国民健康保険団体連合会	保険者が共同してその目的を達成するため、国民健康保険法に基づき都道府県ごとに設立される公法人で、国民健康保険にかかる診療報酬の審査及び支払等を行う。
国民所得	一国の居住者主体（個人、企業等）によって受け取られた賃金や利潤等の所得の総額。
個人情報保護法に基づくガイドライン	個人情報保護委員会が作成した「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」や、同委員会と厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等のこと。 法に基づく個人情報の取扱いについて事業者の理解を助けるため、これらガイドライン等により具体例が示されている。
子どもの未病対策応援プログラム	子どもが楽しく運動や食などの未病改善に取り組めるよう、企業等のノウハウや人材を活かしたプログラム（例：体操・ダンス教室、食育教室など）を県が登録し、幼稚園や保育所等の希望に応じて提供するしくみ。

【さ行】

用 語	説 明
災害拠点病院	病院などの後方医療機関として、地域の医療機関を支援する機能を有する病院で、重症・重篤な傷病者を受け入れるなど、災害時の医療救護活動において中心的な役割を担う病院。
災害時医療	災害または大規模な事故等が発生した際に行われる医療活動。
在宅医療	高齢になっても病気になっても障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素とされている。
在宅医療・介護連携推進事業	地域における在宅医療と介護の連携体制を構築し、住民に在宅医療サービスと介護サービスを一体的に提供するために、市町村が郡市医師会等関係団体と連携しつつ、介護保険法に基づく地域支援事業として実施する次の取組のこと。 ① 地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案 ② 地域の関係者との関係構築・人材育成 ③ ①、②に基づいた取組の実施
在宅医療施設	訪問診療、往診などにより在宅医療を提供する医療施設（病院、診療所、歯科医療機関）。
在宅歯科医療地域連携室	在宅歯科医療に関する相談対応業務、在宅歯科医療に関するコーディネート、広報活動、講習会・研修会の開催、高度な歯科医療機器の貸出等を実施する各地域での拠点のこと。
在宅歯科医療中央連携室	在宅歯科医療に関する各種会議の開催、地域連携室の統括に関する業務等を実施する拠点のこと。
三次救急医療	高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を診断・治療すること。
三次救急医療機関	高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者に対して診断・治療を行う医療機関。
三要素	本計画では、「医療費の三要素」を指す。 受診率・1件当たり日数・1日当たり診療費の3つのことで、医療費分析の基本となるもの。3つを掛け合わせると一人当たり医療費となり、受診率と1件当たり日数を掛け合わせると一人当たり日数となる。
CHO構想	企業や団体が、CHO（Chief Health Officer：健康管理最高責任者の略語）を設置し、従業員やその家族の健康づくりを企業経営の一環として行う、いわゆる健康経営を進める取組。
CCUネットワーク	救急病院と消防機関が連携し、心血管疾患患者の迅速な救急搬送と専門施設への受入を目的として構築された、関係機関間のネットワークのこと。
歯科（診療）医療費	歯科診療にかかる診療費のこと。

用 語	説 明
私学共済（日本私立学校振興・共済事業団）	共済組合のうち、私立学校教職員共済法の規定による共済制度を運営する保険者。
歯科口腔保健の推進に関する基本的事項	国が、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持に関する国及び地方公共団体の施策等を総合的に推進するために、平成24年7月に策定した計画。
歯科診療所	歯科医師が歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。
事業者等による健康診断	労働安全衛生法に基づき事業者が労働者に対して行う健康診断や学校保健法に基づき学校の設置者が職員に対して行う健康診断のこと。こうした高齢者の医療の確保に関する法律以外の法令に基づき行われる健康診断は、特定健康診査よりも実施を優先することとされており、保険者は事業者等から健康診断の結果を受領していれば、特定健康診査を実施したことに代えられる。
自殺未遂者支援事業	救命救急センター等に社会福祉士等の専門職を配置し、病院に搬送された精神的問題を抱える自殺未遂者及び家族に対して、関係機関と連携して支援を行う事業。
市町村国民健康保険（市町村国保）	（→「国民健康保険」を参照）
集合契約	本計画では、特定健康診査・特定保健指導に関する集合契約を指す。保険者と健診・保健指導機関が多対多もしくは1対多（あるいは多対1）で契約する形態のこと。
周産期医療	妊娠22週以降から生後7日（出生当日を第1日とする）までを周産期という。周産期医療は、出産前後の妊産婦（胎児を含む）の管理、新生児・未熟児の管理、ハイリスク母児の退院後の継続管理の三者を連続的に実践するもの。
周産期救急医療	周産期に対する救急医療。 （→「周産期」については「周産期医療」、「救急医療」については「救急医療」を参照）
縦覧点検	一人ごとにレセプトを数か月分並べて、点検をする方法。単月分の点検では見つけることのできない、検査の請求回数等を点検することができる。
受診率	医療保険加入者一人当たりの診療件数（レセプト件数）。当該年度の診療件数（レセプト件数）を当該年度の医療保険加入者数で除したものの。
受動喫煙	室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこ（たばこ事業法（昭和59年法律第68号）第2条第3号に規定する製造たばこ（喫煙用に供し得る状態に製造されたものに限る。）をいう。）の煙を吸わされること。

用 語	説 明
紹介率・逆紹介率	紹介率とは、その病院を受診した患者のうち、他の医療機関から紹介され来院した患者の割合のこと。また、逆紹介率とは、その病院から他の医療機関に紹介した患者の割合を示す数字のこと。
小児救急医療	小児に対する救急医療。 (→「救急医療」については、「救急医療」を参照)
小児救急医療体制	小児科の縮小や小児科医の不足、一定の医療機関への小児救急患者の集中化を受け、社会情勢と地域の実情に応じた小児救急医療の整備を総称する制度を指す。
小児救急電話相談事業	休日・夜間の急な子供の病気への対処法等について、小児科医師・看護師へ電話による相談ができるもの。
食育	生きる上での基本であって、知育・徳育・体育の基礎となるものであり、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること。
自立訓練	障害者総合支援法に位置づけられた障害福祉サービス事業であり、自立訓練（機能訓練）と自立訓練（生活訓練）がある。 自立訓練（機能訓練）は、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問することによって、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行うサービスである。 自立訓練（生活訓練）は、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問することによって、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行うサービスであり、一定期間、夜間の居住の場を提供する宿泊型もある。
診療所	医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所で、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもののこと。このうち、病床を有する診療所を「有床診療所」という。
診療報酬	医療機関が行った診療行為に対する報酬としての医療費のことで、社会保険の診療報酬は全て厚生労働大臣が定めた公定料金であり、単価点数制(1点=10円)になっている。
スポーツコンテンツ	スポーツ競技場において、サイネージなどの媒体を活用して広報を実施すること。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、発症・進行に関係する疾患群。
生活の質（QOL）	単なる生存にとどまらず精神的ニーズも満足させる生活。Quality of Lifeの略。

用 語	説 明
生活介護	障害者総合支援法に位置づけられた障害福祉サービス事業であり、障害者支援施設等において、主として昼間に、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行うサービスである。
精神科救急医療	精神疾患の急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合に、本人や家族からの相談に対応して医療機関に繋げるとともに、精神保健福祉法に基づく診察等を行うもの。
精神病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床。
積極的支援	(→「特定保健指導」を参照)
摂食	食べ物を認知し、口に入れ、咀嚼（そしゃく）し、唾液と混和して食塊とするまでの一連の過程。
船員保険	船員保険法に基づき、船員等及び被扶養者を対象として全国健康保険協会が運営する制度。 船員（船員であった人）の職務外の病気やけが、出産、死亡についての保険給付や、労働者災害補償保険による保険給付と併せて、職務上の事由又は通勤による病気やけが、障害又は死亡についての保険給付を行うほか、被扶養者の病気やけが、出産又は死亡についての保険給付を行う。
前期高齢者	(→「高齢者」を参照)
全国健康保険協会 (協会けんぽ)	主に中小企業等で働く従業員やその家族が加入している健康保険を運営する保険者のこと。各都道府県に設置される全国健康保険協会支部が保険料の徴収や、保険給付を行い、健康保険事業を運営している。
先天性風しん症候群	妊婦が風しんに罹患した場合、胎児が引き起こす可能性のある障がい。主な症状は、難聴、心疾患、白内障などで、現在「先天性風しん症候群」自体の治療法はない。
先発医薬品	新しい効能や効果を有し、臨床試験（いわゆる治験）等により、その有効性や安全性が確認され、承認された医薬品。
相関係数	二つの指標（変数）の間で、一方が増加するにつれ、他方が直線的に増加又は減少する関係の度合いを表す。数値は、－１から＋１までの値をとり、０の場合は無相関、－１又は＋１に近いほど相関が強いとされる。グラフで分布を表すとき、相関係数がマイナスのときは右肩下がり、プラスのときは右肩上がりの直線となる。
総患者数	厚生労働省「患者調査」調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者も含む。）の数を次の算式により推計したもの。 総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7）

用 語	説 明
総人口	人口（国内に居住する日本人・外国人）の総数。
咀嚼	食べ物をかみくだくこと。
卒煙（禁煙）サポート	たばこによる健康への悪影響についての普及啓発や、保健福祉事務所での禁煙相談、禁煙教育、禁煙治療を実施している医療機関及び禁煙相談を実施している薬局の情報提供など、卒煙（禁煙）したい人をサポートするための取組。

【た行】

用 語	説 明
退院支援	円滑な退院と、退院後に本人や家族が安心して生活が送れるよう、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供が行われるように支援すること。
大規模災害時医療活動訓練	南海トラフの地震を想定し、南海トラフ地震における具体的な応急対策活動に関する計画(平成27年3月策定)等に基づく大規模地震時医療活動に関する総合的な実動訓練。
第三者の行為	傷病のうち、交通事故、けんか及び犬にかまれたなど第三者の行為によるもの。第三者行為による傷病の治療費は、加害者(第三者)が支払うものであり、保険者が医療費を支払った場合は、被保険者を通じて加害者にその費用を請求することとなっている。
地域医療構想調整会議	医療法第30条の14に基づき、将来の病床数の必要量を達成するための方策等について医療関係者、医療保険者等と協議することを目的に都道府県が原則、構想区域ごとに設置する会議体のこと。
地域医療支援病院	他医療機関から紹介された患者に医療を提供し、また、他医療機関の医師等医療従事者が診療、研究又は研修を行う体制並びに救急医療を提供し得る病院として知事が承認した病院。(「医療法」(昭和23年法律第205号)第4条)
地域医療情報ネットワーク	患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報(患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等)を電子的に共有・閲覧出来る仕組みで、関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になる。
地域医療介護総合確保基金	病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善などを行うことにより、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を目指すため、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づき、消費税の増収分を活用して各都道府県に設置した財政支援制度。
地域・職域連携推進部会	県内における地域と職域の連携を図り、生涯を通じた継続的な保健サービスの提供・健康管理体制を整備、構築するための会議。
地域包括ケア会議	地域包括ケアシステムの構築や医療と介護の連携について広域的な課題の抽出やその対応策等の検討を行い、各市町村の地域包括ケアシステムの構築を支援するため、県全体及び県保健福祉事務所等圏域単位で設置している会議体のこと。
地域包括ケアシステム	高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活圏域単位で医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスが包括的に確保される体制。

用 語	説 明
地域包括ケア病棟	平成26年度診療報酬改定で新設された、病院からの在宅復帰や、在宅患者の支援など、地域包括ケアシステムにおける中核的な役割を担う機能を持つ病棟のこと。
地域包括支援センター	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、必要なサービスにつないだり、虐待防止などの権利擁護や、介護予防事業のマネジメントなどの機能を担う地域の中核機関。各市町村が設置。
地域保健	日常生活の主要な場である地域社会を中心として展開される保健活動。主に地域保健法や健康増進法、母子保健法などの法令を基に乳幼児、思春期、高齢者までの地域住民を対象として、生涯を通じてより健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスの提供。
地域密着型サービス施設	住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当な地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び看護小規模多機能型居宅介護）を提供する施設。
地域連携クリティカルパス（診療計画表）	患者を中心として、地域で医療・介護に関わる人々が役割分担を行い、お互いに情報共有をすることで、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者を支えていくための仕組み（診療計画）をいう。
超高齢社会	一般に、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、今後到来が予想される高齢化率の一段と高い社会を「超高齢社会」と呼んでいる。 「高齢化社会」という用語は、昭和31年の国連の報告書において、7%以上を「高齢化した（aged）」人口と呼んでいたことに由来するのではないかとされているが、必ずしも定かではない。「高齢社会」については、高齢化率が7%からその2倍の14%に到達するまでの期間が、高齢化の進展のスピードを示す指標として国際比較などでよく使われていることから、高齢化率14%を一つの基準として、これを超えたものを「高齢社会」と呼んでいるものと考えられる。「超高齢社会」という用語についても特に明確な定義があるわけではない。
調剤医療費	処方せんにより保険薬局を通じて支給される薬剤等の額。
DMA T	災害の発生直後の急性期に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームのこと。原則として、厚生労働省等が実施する「日本DMA T隊員養成研修」を修了し、厚生労働省にDMA T会員として登録された医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職又は事務職員）で構成される。
低栄養	健康的に生きるために必要な量の栄養素が摂れていない状態を指す。

用 語	説 明
定期予防接種	予防接種法第 5 条第 1 項の規定により、市町村長が実施する予防接種のこと。
低出生体重児／ 極（超）低出生体重児	出生体重2,500 g 未満の児／出生体重1,500 g (1,000 g) 未満の児
動機づけ支援	（→「特定保健指導」を参照）
透析（人工透析）	腎機能が極端に低下して腎不全状態におちいった患者に、半透膜物質を用いて人工的に血液中の老廃物や尿毒性物質を除去し、体液の電解質のバランスを調整する治療のこと。
糖尿病性腎症重症化 予防プログラム	日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的として、策定したプログラム。先行して実施している自治体の取組の全国での横展開等を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的取組例が示されている。
糖尿病専門医	日本糖尿病学会が認定する資格、及びその資格を有する医師。 内科あるいは小児科で規定の研修を終えそれぞれの学会の認定医や専門医の資格を持った医師が、糖尿病に関する専門的な研修を 3 年以上受けて、経験症例のレポートを提出し、専門医試験（筆記と面接）に合格すると資格を取得することができる。 専門的知識をもとに質の高い糖尿病の診療や患者への指導を自ら行うだけでなく、糖尿病診療チームのリーダーとしても病院等で活動するとともに、糖尿病を専門としないかかりつけ医と連携して患者の診療や診療に関する助言を行うことで、地域の糖尿病診療においても重要な役割を担っている。
糖尿病対策推進会議	糖尿病の啓発、発症予防、合併症防止等の糖尿病対策をより一層推進し、県民の健康の増進と福祉の向上を図ることを目的とする、各都道府県医師会等関係団体を構成員とする会議。
特定健康診査	糖尿病等の生活習慣病予防や重症化予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を指し、保険者が40～74歳の加入者に対し実施することが義務付けられている。
特定健康診査及び特定 保健指導の適切かつ 有効な実施を図るため の基本的な指針	高齢者の医療の確保に関する法律第18条第 1 項の規定に基づき、厚生労働大臣が特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るために定める指針。
特定健康診査等の実施 に関する計画（特定 健康診査等実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定により、保険者が特定健康診査等基本指針に即して 6 年ごとに 6 年を 1 期として定める計画。特定健康診査等の具体的な実施方法・目標等を定める。

用 語	説 明
特定保険医療材料料	在宅での自己注射が認められた注射薬などの医療材料の料金。
特定保健指導	特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要があるとされた人に対し、専門的知識・技術を持つ者が行う保健指導を指し、保険者に実施が義務付けられている。腹囲（BMI）、追加リスク（血糖、脂質、血圧）の多少、喫煙歴、年齢から、生活習慣の改善のための取組の動機付けに係る支援等を行う動機づけ支援と、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけ等が相当な期間継続して行われる積極的支援に分けられる。 （4 別表 186ページ参照）
特別養護老人ホーム	老人福祉法に基づく老人福祉施設の一つで、地方公共団体又は社会福祉法人が設置できる。 介護保険法に基づく都道府県知事(指定都市・中核市に所在する事業所については当該市長)の指定を受け、指定介護老人福祉施設として、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。

【な行】

用 語	説 明
内科系 8 学会	日本肥満学会、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会の総称。
難病治療研究センター	地域で生活する難病患者に対し、総合的な相談・支援や地域における受入病院の確保を図るとともに、在宅療養上の適切な支援を行うことにより、安定した療養生活の確保と、難病患者及びその家族の生活の質の向上を図ることを目的とした事業を実施する、神奈川県が指定した機関。
二次救急（医療）	緊急の入院や手術が必要な患者を対象とする医療。
二次救急医療機関	病院群輪番制に参加、または救急病院等の認定を受け、緊急の入院や手術が必要な患者を取り扱う医療機関。
二次保健医療圏	神奈川県保健医療計画において定めている保健医療提供体制を整備する地域的単位。一般的な入院医療への対応と、保健・医療・福祉の総合的な取組を行うための単位であり、神奈川県では 9 圏域を設定している。
20 分類	社会保険表章用疾病分類表に基づく分類のこと。 （ 4 別表 187～190ページ参照）

【は行】

用 語	説 明
ハイリスク分娩	40 歳以上の初産婦など、母子の健康等に重大な影響を与える可能性のある分娩。
8 学会基準	平成17年 4 月に日本肥満学会、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会の 8 学会がまとめた日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準。（4 別表 186ページ参照）
P D C A サイクル	事業を計画する（Plan）、それに沿って事業を実施する（Do）、事業を実施する中で得られる各種データや翌年度以降の特定健診等のデータ分析に基づいて、事業の効果を測定・評価する（Check）、次のサイクルに向けて計画の修正・改善を図る（Act）という一連のサイクルのこと。
一人当たり医療費	医療費を人口で除したもの。
一人当たり日数	医療保険加入者一人当たりの診療日数。
被扶養者	本計画では、医療保険の被扶養者を指す。被用者保険における被保険者の被扶養者のことで、被扶養者の疾病についても保険給付が行われる。
被保険者	本計画では、医療保険の被保険者を指す。健康保険に加入し、病気やけがをしたときなどに必要な給付を受けることができる人のこと。
121 分類	社会保険表章用疾病分類表に基づく分類のこと。 （4 別表 187～190ページ参照）
病院	医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの。
病院群輪番制	地域内の複数の病院群が協同連帯して輪番で診療を行うもので、夜間や休日の救急患者の受け入れのために医師、看護師、その他の職員を確保し、併せて空ベッドを用意して対応しようという救急医療確保対策の一方法で二次救急医療体制と呼ばれている。
病院前救護体制	急病人などを病院に運び込む前に行う応急手当。主として、救急車内で行うものをいう。病院前救護体制を担う代表的な職種が救急救命士であり、救急救命士の業務として、救急救命処置を行う。
被用者保険	全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合などの総称。
標準的な健診・ 保健指導プログラム	医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施するための標準的な健診・保健指導プログラム。健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方などについて、厚生労働省がまとめたもの。
病床	病院や診療所に設けられた、入院者用のベッドのこと。

用 語	説 明
病床機能（区分）	医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）が担っている医療機能のこと。 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能がある。
病床機能の分化及び連携	限られた医療資源を有効に活用するため、各医療機関の持つ医療機能を医療需要に応じて機能分化し、どの地域の患者もその状態に即した適切な場所で医療を受けられることを目指し、医療機関同士が互いに連携すること。
病病連携・病診連携	初めての診療や、慢性期の継続的な病気については、診療所や一般病院等が受け持ち、入院が必要な場合や、より専門的な治療（検査・手術など）については中核病院が受け持つこと。
ピンクリボン活動	乳がんの早期発見・早期治療及び、がん検診の大切さの普及啓発を図る活動。
風しんに関する特定感染症予防指針	感染症法、予防接種法に基づき策定される国の指針であり、早期に先天性風しん症候群の発生をなくすとともに、東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会のある平成32（2020）年度までに風しんの排除を達成することが目標とされている。（平成26年4月1日適用）
風しん撲滅作戦	平成25年の全国的な風しん流行をうけ、東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会までに、(1)「神奈川県から風しんの流行を発生させない」、(2)「今後、妊娠する人から先天性風しん症候群を出さない」ことを目指す取組。具体的には、無料の抗体検査や、市町村の予防接種費用助成事業に対する補助、啓発キャンペーンの実施等。
風しん予防接種助成事業	市町村が実施する、大人を対象とした風しん予防接種費用助成事業に対して、県が補助を行うもの。
フッ化物	フッ化ナトリウムやモノフルオロリン酸ナトリウムなど、むし歯予防に利用される、フッ素を含む化合物のこと。
平均在院日数	平均すると患者がどのくらいの期間病院に入院していたかを表す指標。次の式により計算している。 $\text{平均在院日数} = \text{年間在院患者延数} \div [(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \div 2]$ ただし、療養病床の平均在院日数は次の式により計算している。 $\text{療養病床の平均在院日数} = \text{年間在院患者延数} \div [(\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}) \div 2]$ 平均在院日数は病床の種類ごとに公表されているが、介護療養病床を除いた全病床の平均在院日数を第二期の医療費適正化計画（平成25年度～平成29年度）においては、目標項目とすることとされていた。

用 語	説 明
訪問介護事業所	利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行う訪問介護を行う事業所。
訪問看護ステーション	介護保険法や健康保険法等により指定を受け、訪問看護を行う事業所のこと。
訪問診療	自宅や介護老人施設、老人ホームで療養する通院困難な患者を医師が定期的に訪問し、計画的に診療・治療・健康管理等を行うもの。
補間補正人口	国勢調査の人口（確定値）を基準として、補正された人口。
保健事業	健康の保持増進のために行われる事業。
保健事業支援評価委員会	都道府県国民健康保険団体連合会に設置された委員会で、国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施、評価等の支援を行う。
保健事業実施計画（データヘルス計画）	健診・レセプトデータの分析に基づいて保健事業をP D C Aサイクルに沿った効果的・効率的に実施するための事業計画。
保健指導	集団又は個人の健康保持・増進、疾病の予防・管理を目的として、保健医療従事者が専門的な助言や援助を与えること。
保険者	本計画では医療保険者を指す。健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のこと。
保険者協議会	高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2に基づき、保険者等が共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のために都道府県ごとに組織する団体で、特定健康診査等の実施等に関する保険者その他の関係者間の連絡調整、保険者に対する必要な助言又は援助、医療費等の調査・分析に関する業務を行う。
ホームヘルプサービス	障害者総合支援法に位置づけられた障害福祉サービス事業である居宅介護をいい、居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言、その他の生活全般にわたる援助を行うサービスである。

【ま行】

用 語	説 明
マイME－BYO カルテ	パソコンやスマートフォンを通じて、自分自身の健康情報やお薬情報が一覧できる、県が開発して運用を行っているアプリケーション。
慢性期	病状は比較的安定しているが、長期にわたる療養が必要な場合に、再発の予防を目指し、定期的に治療を続ける時期。
看取り	近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最終段階まで尊厳ある生活を支援すること。
未病サポーター	未病サポーター養成研修を受講し、地域において、家族や友人などに未病概念の説明や「未病を改善する」取組を実践することを働きかけるサポーター。
未病センター	県民が手軽に健康状態や体力等をチェックして、「見える化」し、その結果に基づくアドバイスや未病改善に関する情報提供を受けられる場として、市町村や民間事業者が設置・運営する施設で県が認証したもの。
メタボリスク指標	未病指標の第一弾として取組む、メタボリックシンドロームに関する現在の状態と3年後のリスクを指標化したもの。
メタボリック シンドローム	内臓脂肪が蓄積することによって、血圧、血糖が高くなったり、血中の脂質異常（LDL（悪玉）コレステロールや中性脂肪が高い、またはHDL（善玉）コレステロールが低いこと）を起こし、食事や運動などの生活習慣を改善しなければ心筋梗塞や脳卒中が起こりやすくなる状態のこと。

【や行】

用 語	説 明
薬剤料	調剤医療費のうち、内服薬薬剤料、屯服薬他薬剤料、注射薬薬剤料、外用薬薬剤料の合計。
予防接種制度	予防接種法に基づき、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、公衆衛生の見地から予防接種を行う制度。

【5行】

用 語	説 明
ライフステージ	人生の各段階のこと。
り患	疾病にかかること。
リハビリテーション	身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることによって、各個人がみずからの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセス。
療養病床	病院又は診療所のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床で、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床のことをいう。 療養病床には、医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床（指定介護療養型医療施設）がある。
レスパイト	在宅で障がい児・者などを介護する家族の支援を目的として、一時的に介護を代替し、当該家族がリフレッシュを図るためのサービスをレスパイト（休息）ケアという。 レスパイトのために、主に活用される、障害者総合支援法に位置づけられた障害福祉サービス事業は、短期入所（ショートステイ）である。 短期入所（ショートステイ）は、居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設等への短期間の入所により、入浴、排せつ及び食事の介護、その他の必要な支援を行うサービスである。
レセプト	患者の1か月分の診療内容と医療費を明記した診療報酬明細書のこと。で、保険医療機関等が保険者に請求する際に使われる。月ごとに患者一人一人に対して個別に作成され、傷病名などの情報が記載され、それらにかかった医療費を知ることができる。
老人医療 （老人医療制度）	国民の老後における健康の保持と適正な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上と老人福祉の増進を図ることを目的としており、原則75歳以上の者を対象とする老人医療と、40歳以上の者を対象とする保健事業がある。平成20年度からの後期高齢者医療制度の創設により、平成19年度末で廃止された。
老人医療費	老人医療受給対象者にかかった医療費のこと。診療費、薬剤の支給、食事療養、老人訪問看護、医療費の支給の合計（平成13年度までは老人保健施設療養費も含む）。
老年症候群	認知機能障害や摂食・嚥下障害、体重減少など、フレイルなどを要因とする症状のこと。

4 別表

(1) メタボリックシンドロームの診断基準

特定保健指導の対象者^(※1) (本計画におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群)

腹囲	追加リスク	喫煙歴 (※3)	対象 ^(※4)	
	①血糖 ②脂質 ③血圧 ^(※2)		40～64歳	65～74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $\text{BMI}^{(※5)} \geq 25\text{kg/m}^2$	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

※1 糖尿病、脂質異常症又は高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

※2 追加リスクの判定基準は次のとおり。

血糖：空腹時血糖 $\geq 100\text{mg/dl}$ 、HbA1c (NGSP値) $\geq 5.6\%$ 又は 随時血糖 $\geq 100\text{mg/dl}$

脂質：中性脂肪 $\geq 150\text{mg/dl}$ 又は HDLコレステロール $< 40\text{mg/dl}$

血圧：収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ 又は 拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$

※3 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※4 年齢区分は、実施年度中に達する年齢とする。

※5 Body Mass Index (肥満指数) の略。体重 $[\text{kg}] / (\text{身長}[\text{m}])^2$ で算定する。

(参考) 内科系8学会によるメタボリックシンドロームの判定基準

腹囲	追加リスク	
	①血糖 ②脂質 ③血圧 ^(※6、7)	
$\geq 85\text{cm}$ (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム該当者
$\geq 90\text{cm}$ (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群

※6 追加リスクの判定基準は次のとおり。

血糖：空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$

脂質：中性脂肪 $\geq 150\text{mg/dl}$ かつ/又は HDLコレステロール $< 40\text{mg/dl}$

血圧：収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ かつ/又は 拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$

※7 糖尿病、脂質異常症又は高血圧症に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

(2) 社会保険表章用疾病分類表（疾病大分類・中分類）

I	感染症及び寄生虫症
101	腸管感染症
102	結核
103	主として性的伝播様式をとる感染症
104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患
105	ウイルス性肝炎
106	その他のウイルス性疾患
107	真菌症
108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
109	その他の感染症及び寄生虫症
II	新生物＜腫瘍＞
201	胃の悪性新生物＜腫瘍＞
202	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞
203	直腸状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞
204	肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞
205	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞
206	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞
207	子宮の悪性新生物＜腫瘍＞
208	悪性リンパ腫
209	白血病
210	その他の悪性新生物＜腫瘍＞
211	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
301	貧血
302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患
401	甲状腺障害
402	糖尿病
403	脂質異常症
404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
V	精神及び行動の障害
501	血管性及び詳細不明の認知症
502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）
505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
506	知的障害＜精神遅滞＞
507	その他の精神及び行動の障害

VI	神経系の疾患
601	パーキンソン病
602	アルツハイマー病
603	てんかん
604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
605	自律神経系の障害
606	その他の神経系の疾患
VII	眼及び付属器の疾患
701	結膜炎
702	白内障
703	屈折及び調節の障害
704	その他の眼及び付属器の疾患
VIII	耳及び乳様突起の疾患
801	外耳炎
802	その他の外耳疾患
803	中耳炎
804	その他の中耳及び乳様突起の疾患
805	メニエール病
806	その他の内耳疾患
807	その他の耳疾患
IX	循環器系の疾患
901	高血圧性疾患
902	虚血性心疾患
903	その他の心疾患
904	くも膜下出血
905	脳内出血
906	脳梗塞
907	脳動脈硬化（症）
908	その他の脳血管疾患
909	動脈硬化（症）
911	低血圧（症）
912	その他の循環器系の疾患
X	呼吸器系の疾患
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症
1004	肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006	アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎

1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息
1011	その他の呼吸器系の疾患
X I	消化器系の疾患
1101	う蝕
1102	歯肉炎及び歯周疾患
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎
1106	痔核
1107	アルコール性肝疾患
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）
1110	その他の肝疾患
1111	胆石症及び胆のう炎
1112	膵疾患
1113	その他の消化器系の疾患
X II	皮膚及び皮下組織の疾患
1201	皮膚及び皮下組織の感染症
1202	皮膚炎及び湿疹
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患
1301	炎症性多発性関節障害
1302	関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）
1304	椎間板障害
1305	頸腕症候群
1306	腰痛症及び坐骨神経痛
1307	その他の脊柱障害
1308	肩の傷害＜損傷＞
1309	骨の密度及び構造の障害
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
X IV	腎尿路生殖器系の疾患
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1402	腎不全
1403	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患
1405	前立腺肥大（症）
1406	その他の男性生殖器の疾患

1407	月経障害及び閉経周辺期障害
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患
X V	妊娠、分娩及び産じょく
1501	流産
1502	妊娠高血圧症候群
1503	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく
X VI	周産期に発生した病態
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害
1602	その他の周産期に発生した病態
X VII	先天奇形、変形及び染色体異常
1701	心臓の先天奇形
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常
X VIII	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
X IX	損傷、中毒及びその他の外因の影響
1901	骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1903	熱傷及び腐食
1904	中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響
X X II	特殊目的用コード
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]
2220	その他の特殊目的用コード

5 関係法令

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、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「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、六年ごとに、六年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

二 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項

三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項

四 前三号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項

3 医療費適正化基本方針は、医療法第三十条の三第一項に規定する基本方針、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百十六条第一項に規定する基本指針及び健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項に規定する基本方針と調和が保たれたものでなければならない。

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

三 前二号の目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項

四 第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合（以下この条から第十六条までにおいて「後期高齢者医療広域連合」という。）、医療機関その他の関係者の連

携及び協力に関する事項

五 各都道府県の医療計画（医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）に基づく事業の実施による病床の機能（同法第三十条の三第二項第六号に規定する病床の機能をいう。以下同じ。）の分化及び連携の推進の成果、国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より達成が見込まれる医療費適正化の効果その他厚生労働省令で定める事項を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第八項において「国の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項

六 計画の達成状況の評価に関する事項

七 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

5 厚生労働大臣は、前項第一号から第三号までに掲げる事項を定めるに当たっては、病床の機能の分化及び連携の推進並びに地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第二条第一項に規定する地域包括ケアシステム（次条第四項において「地域包括ケアシステム」という。）の構築に向けた取組の重要性に留意するものとする。

6 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

7 厚生労働大臣は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

8 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

（都道府県医療費適正化計画）

第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住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より達成が見込まれる医療費適正化の効果等を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項を定めるものとする。

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - 四 第一号及び第二号の目標を達成するための保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
 - 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 - 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県は、前項第一号から第三号までに掲げる事項を定めるに当たっては、地域における病床の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に向けた取組の重要性に留意するものとする。
 - 5 都道府県は、第三項第五号に掲げる事項を定めるに当たっては、当該都道府県以外の都道府県における医療に要する費用その他厚生労働省令で定める事項を踏まえるものとする。
 - 6 都道府県医療費適正化計画は、医療計画、介護保険法第百十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
 - 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村（第百五十七条の二第一項の保険者協議会（以下この項及び第十項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）に協議しなければならない。
 - 8 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。
 - 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。
 - 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

（厚生労働大臣の助言）

第十条 厚生労働大臣は、都道府県に対し、都道府県医療費適正化計画の作成の手法その他都道府県医療費適正化計画の作成上重要な技術的事項について必要な助言をすることができる。

（計画の進捗状況の公表等）

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）（次項の規定によ

- る結果の公表及び次条第一項の評価を行つた年度を除く。) ごとに、都道府県医療費適正化計画の進捗状況を公表するよう努めるものとする。
- 2 都道府県は、次期の都道府県医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間（以下この項から第五項までにおいて「計画期間」という。）の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するよう努めるものとする。
 - 3 都道府県は、医療費適正化基本方針の作成に資するため、前項の調査及び分析を行つたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その結果を厚生労働大臣に報告するよう努めるものとする。
 - 4 都道府県は、計画期間において、当該都道府県における医療に要する費用が都道府県の医療に要する費用の目標を著しく上回ると認める場合には、その要因を分析するとともに、当該都道府県における医療提供体制（医療法第三十条の三第一項に規定する医療提供体制をいう。）の確保に向けて、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講ずるよう努めるものとする。
 - 5 都道府県は、計画期間において、第九条第三項第一号及び第二号の目標を達成できないと認める場合には、その要因を分析するとともに、同項第一号及び第二号の目標の達成のため、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講ずるよう努めるものとする。
 - 6 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、年度（次項の規定による結果の公表及び次条第三項の評価を行つた年度を除く。）ごとに、全国医療費適正化計画の進捗状況を公表するものとする。
 - 7 厚生労働大臣は、次期の全国医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間（以下この項及び次項において「計画期間」という。）の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該全国医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するものとする。
 - 8 厚生労働大臣は、計画期間において、第八条第四項第一号及び第二号の目標を達成できないと認める場合又は国における医療に要する費用が国の医療に要する費用の目標を著しく上回ると認める場合には、その要因を分析するとともに、当該要因の解消に向けて、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講ずるものとする。

（計画の実績に関する評価）

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

- 2 都道府県は、前項の評価を行つたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その結果を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告す

るものとする。

- 3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。
- 4 厚生労働大臣は、前項の評価を行つたときは、その結果を公表するものとする。

（診療報酬に係る意見の提出等）

第十三条 都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

（資料提出の協力及び助言等）

第十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第六項の進捗状況若しくは同条第二項若しくは第七項の結果を公表し、又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

- 2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第六項の規定により公表した進捗状況、同条第二項若しくは第七項の結果又は第十二条第一項若しくは第三項の評価の結果を踏まえ、保険者、後期高齢者医療広域連合又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

- 一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項
 - 二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項
- 2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、都道府県及び市町村に対し、第一項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供するよう求めることができる。

(支払基金等への委託)

第十七条 厚生労働大臣は、前条第一項に規定する調査及び分析に係る事務の一部を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）その他厚生労働省令で定めるものに委託することができる。

(2) 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（抜粋）

第一章 医療費適正化計画

(全国医療費適正化計画の医療に要する費用の見込みの算定方法)

第一条 全国医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「法」という。）第八条第一項に規定する全国医療費適正化計画をいう。以下同じ。）の当該計画の期間における医療に要する費用の見込みは、全ての都道府県医療費適正化計画（法第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。）の当該計画の期間における医療に要する費用の見込みの総額を基礎として算定するものとする。

(都道府県医療費適正化計画の医療に要する費用の見込みの算定方法)

第一条の二 都道府県医療費適正化計画の当該計画の期間における医療に要する費用の見込みは、医療費適正化基本方針（法第八条第一項に規定する医療費適正化基本方針をいう。）に従って算定するものとする。

(法第九条第五項の厚生労働省令で定める事項)

第一条の三 法第九条第五項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 医療に要する費用並びに診療の件数及び日数に関する地域別、年齢別、疾病別、診療内容別、男女別及び医療機関の種類別の状況に関する情報
- 二 法第十八条第一項に規定する特定健康診査及び同項に規定する特定保健指導の実施状況に関する情報
- 三 医療の提供に関する地域別、病床の種類別及び医療機関の種類別の病床数並びに地域別及び医療機関の種類別の医療機関数の推移の状況に関する情報
- 四 その他必要な事項

(都道府県医療費適正化計画の進捗状況の公表等)

第一条の四 都道府県は、法第十一条第一項の規定に基づく都道府県医療費適正化計画の進捗状況の公表並びに同条第二項の規定に基づく都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果の公表を行うに当たっては、その要旨及び内容をインターネットの利用、印刷物の配布その他の適切な方法により行うものとする。

- 2 都道府県は、法第十一条第三項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を厚生労働大臣に報告するに当たっては、当該計画の期間の終了する日の属する年度の六月末日までにするものとする。

(全国医療費適正化計画の進捗状況の公表等)

第二条 前条第一項の規定は、法第十一条第六項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画の進捗状況の公表並びに同条第七項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果の公表について準用する。

(都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価)

第三条 都道府県は、法第十二条第一項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画の目標の達成状況並びに当該計画の施策の実施状況及び当該施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものとする。

- 2 都道府県は、法第十二条第二項の規定に基づき、都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果を、当該計画の終了する年度の翌年度の十二月末日までに厚生労働大臣に報告するものとする。
- 3 第一条の四第一項の規定は、法第十二条第二項の規定に基づき都道府県が行う都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

(全国医療費適正化計画の実績に関する評価)

第四条 厚生労働大臣は、法第十二条第三項の規定に基づき全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成状況並びに当該計画に掲げる施策の実施状況及び当該施策に要した費用に対する効果に係る調査及び分析を行うものとする。

2 厚生労働大臣は、法第十二条第三項の規定に基づき各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画の達成状況及び当該計画に掲げる施策の実施状況に係る分析を行うものとする。

3 第一条の四第一項の規定は、法第十二条第四項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画及び各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析)

第五条 法第十六条第一項第一号の厚生労働省令で定める事項は、医療に要する費用並びに診療の件数及び日数に関する地域別、年齢別、疾病別、診療内容別、男女別及び医療機関の種類別の状況に関する情報並びに法第十八条第一項に規定する特定健康診査及び同項に規定する特定保健指導の実施状況に関する情報とする。

2 法第十六条第一項第二号の厚生労働省令で定める事項は、医療の提供に関する地域別、病床の種類別及び医療機関の種類別の病床数並びに地域別及び医療機関の種類別の医療機関数の推移の状況に関する情報とする。

3 法第十六条第二項の規定により、厚生労働大臣から同条第一項に規定する情報の提供を求められた場合には、保険者及び後期高齢者医療広域連合（法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）は、当該情報を、電子情報処理組織（保険者又は後期高齢者医療広域連合が使用する電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が使用する電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法又は当該情報を記録した光ディスクその他の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）を提出する方法により提出しなければならない。

4 前項の規定は、法第十六条第三項に規定する厚生労働大臣からの求めに応じ、都道府県及び市町村が、同条第一項に規定する調査及び分析に必要な情報を提供する場合について準用する。

6 計画の策定経緯

(1) 計画への県民意見の反映

神奈川県医療費適正化計画（平成30（2018）年度～平成35（2023）年度）素案
に対するパブリックコメントの実施

ア 時期 平成29年12月20日～平成30年1月21日

イ 意見提出者数 3人、6団体

ウ 意見総数 39件

エ 内容別の内訳

内 容	件 数
計画策定の趣旨	1件
医療費を巡る状況	9件
計画の目標と医療費の見込み	5件
施策の展開	16件
計画の推進体制・役割と評価	6件
その他	2件
合 計	39件

オ 計画への反映状況

内 容	件 数
新たな計画案に反映しました。（一部反映を含む）	22件
新たな計画案には反映していませんが、ご意見のあった施策等は既に取り組んでいます。	2件
今後の施策運営の参考とします。	9件
反映できません。	3件
その他（感想・質問等）	3件
合 計	39件

(2) 神奈川県医療費検討委員会における意見聴取

平成29年7月21日 神奈川県医療費適正化計画骨子（案）等について

平成29年11月21日 神奈川県医療費適正化計画素案（案）について

平成30年2月8日 神奈川県医療費適正化計画（案）について

7 神奈川県医療費検討委員会委員名簿 (委員氏名五十音順)

所属・役職	委員氏名	備考
神奈川県老人クラブ連合会副理事長	安藤 正義	
神奈川県医師会副会長	池上 秀明	
清川村保健福祉課長	伊従 利希	平成 29 年 10 月 23 日まで
全国健康保険協会神奈川支部企画総務部長	内田 浩	
神奈川県歯科医師会副会長	鴨志田 義功	
清川村総括参事兼保健福祉課長	川瀬 佳正	平成 29 年 10 月 24 日から
健康保険組合団体連合会神奈川連合会会長	木村 文裕	
神奈川県薬剤師会副会長	後藤 知良	
東京大学大学院医学系研究科教授	小林 廉毅	
神奈川県国民健康保険団体連合会企画事業部長	佐藤 泰輔	
秦野市福祉部国保年金課長	陶山 茂	
神奈川県栄養士会副会長	西宮 弘之	
神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局給付課長	村田 典久	
公募構成員	山岸 香	
神奈川県病院協会副会長	吉田 勝明	
神奈川県看護協会専務理事	渡邊 二治子	

