

神奈川県医療費適正化計画

(令和6(2024)年度～令和11(2029)年度)

令和6年3月

神奈川県健康医療局

保健医療部医療保険課

はじめに



県では、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・介護サービスを受けられるよう、「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傾向が続いており、その約3割超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

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。

そこで県では、超高齢社会における医療費などの課題を整理し、県民や保険者協議会等の関係団体、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御審議いただき、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」をこのたび改定いたしました。

本改定計画では、「高齢者未病対策」や「医療資源の効果的・効率的な活用」などの新たな項目を加え、目標達成に向けた取組を推進するとともに、保険者協議会等を通じて、保険者・医療関係者等と連携・協力し、PDCAサイクルを効果的に回していくこととしています。

また、「神奈川県保健医療計画」などの県の関係計画等と調和を図りながら、未病を改善する取組をはじめとした様々な取組を推進することにより、健康寿命を延伸し、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、「いのちが輝き、誰もが元気で長生きできる神奈川」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。

令和6年3月

神奈川県知事 吉田祐治

目次

第1章 神奈川県医療費適正化計画改定の趣旨	1
1 神奈川県医療費適正化計画の改定の背景	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改定の背景	1
2 計画の基本的な考え方	4
(1) 基本理念	4
(2) 計画の位置付け	5
(3) データ分析による評価・改善	5
(4) 関連する計画等	5
3 計画の期間	6
第2章 神奈川県の医療費を巡る状況	7
1 現状と課題	7
(1) 医療費等の動向	7
ア 神奈川県の医療費	7
(ア) 人口・高齢化等の状況	7
(イ) 医療費等の状況	9
イ 生活習慣病の状況	19
(ア) 生活習慣病の医療費の構成比、推移（全国、県）	19
(イ) 年齢階級別一人当たり医療費	22
(ウ) 特定健康診査の受診回数別の医療費状況	22
(エ) 生活習慣病の総患者数	23
(2) 課題	27
第3章 医療費の見込みと計画の目標	28
1 医療費の見込み	28
(1) 県民医療費の推計方法	28
(2) 計画策定時の医療費	28
(3) 計画終了時の医療費の見込み	28
ア 医療費適正化の取組を行う前	28
イ 医療費適正化の取組を行った後	28
(4) 保険者種別医療費の見込み	29
(5) 市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)の試算	30
2 計画の目標	32
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標	32
ア 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	32
イ 生活習慣病等の重症化予防	32
ウ たばこ対策	33
エ がん検診	33

オ	予防接種	33
カ	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	33
キ	歯科保健	34
ク	未病対策	34
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	37
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合	37
イ	医薬品の適正使用の推進	37
ウ	適正受診の促進	37
エ	医療資源の効果的・効率的な活用	38
オ	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	38
第4章	計画の推進体制・役割	40
1	計画の推進体制・役割	40
(1)	計画の推進体制	40
(2)	関係機関及び団体等の役割	40
ア	県	40
イ	県民	40
ウ	国	41
エ	市町村	41
オ	保険者等	41
カ	医療機関・医療関係者	41
キ	神奈川県医療費検討委員会	42
ク	神奈川県保険者協議会	42
ケ	社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会	42
第5章	施策の展開	43
1	県民の健康の保持の推進のための取組	43
(1)	特定健康診査の推進	43
(2)	特定保健指導の推進	48
(3)	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）の減少の推進	51
(4)	生活習慣病等の重症化予防の推進	53
(5)	たばこ対策の推進	57
(6)	がん検診の推進	59
(7)	予防接種の推進	62
(8)	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	62
(9)	未病対策の推進	65
ア	ライフステージに応じた未病対策	65
(ア)	こども	66
(イ)	女性	68
イ	歯科保健対策	72
ウ	認知症未病対策	75
2	医療の効率的な提供の推進のための取組	76
(1)	病床機能の分化及び連携	76

ア	病床機能の分化及び連携	76
イ	疾病別の医療連携体制の構築	78
ウ	事業別の医療体制の整備・充実	82
エ	地域医療連携	84
(2)	地域包括ケアシステムの推進	85
(3)	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	92
(4)	医薬品の適正使用の推進	99
(5)	適正な受診の促進等の取組	100
(6)	医療資源の効果的・効率的な活用	101
(7)	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	102
第6章	評価	103
1	計画の評価	103
(1)	評価等	103
ア	進捗状況の公表	103
イ	進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）	103
ウ	実績の評価	103
エ	計画期間中の見直し及び次期計画への反映	103
(2)	評価方法	104
(3)	県が提供するデータの市町村における活用	104

第1章 神奈川県医療費適正化計画改定の趣旨

1 神奈川県医療費適正化計画の改定の背景

(1) 国における医療制度改革の動向

- 我が国は、国民皆保険制度の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等、医療を取り巻く様々な環境が変化してきています。
- 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=Quality Of Life）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（=医療費の適正化を図る）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。
- これを受け本県は、国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針¹」（以下、「基本方針」という。）に即して、平成20年4月に第一期神奈川県医療費適正化計画を策定し、平成25年3月に第二期、平成30年3月に第三期と、同計画を改定し、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、目標の実現のため計画に沿って必要な施策を展開し、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努めてきました。
- また、平成27年の国民健康保険法等の改正により、平成30年度からは都道府県が国民健康保険（以下、「国保」という。）の財政運営の責任主体となり、市町村とともに国保運営を担うこととなりました。
- それに伴い、医療費の適正化に関する支援策として国保の保険者努力支援制度が創設されました。この制度において、都道府県には、データに基づく分析や保健事業の企画・評価等を市町村が実施できる環境を整備する等、県が市町村支援として具体的支援を行うことが求められています。

(2) 神奈川県医療費適正化計画の改定の背景

- 平成30年3月に改定した第三期の神奈川県医療費適正化計画の計画期間は、令和5年度末をもって満了します。同計画に掲げた目標の直近の進捗状況では、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」や「後発医薬品の使用割合」は目標値を達成しましたが、「特定健康診査の実施率」や「特定保健指導の実施率」、「がん検診受診率」等は、目標値に達しない見込みです。（表1-1）

¹ 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針：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。

表1-1 第三期神奈川県医療費適正化計画の進捗状況

健康の保持の推進に関する目標

項目	令和5(2023)年度目標値	直近実績値
特定健康診査の実施率	70%以上	56.2% (令和3年度)
特定保健指導の実施率	45%以上	20.1% (令和3年度)
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	平成20年度比 25%以上	平成20年度比 19.3% (令和3年度)
生活習慣病等の重症化予防	糖尿病有病者数の増加の抑制 22万人 (令和4年度目標)	27万人 (令和2年度有病者数)
	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 (令和4年度目標)	883人 (令和3年度患者数)
80歳(75~84歳)で自分の歯を20本以上持つ人の割合	65% (令和4年度目標)	62.7% (平成29年度~令和元年度)
たばこ対策	成人喫煙率 男性21.5% 女性4.4% (令和4年度目標)	男性27.4% 女性9.3% (平成29年~令和元年)
	公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合 9.8%	15.5% (平成30年度)
がん検診	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) 50.0%	胃がん 42.7% 大腸がん 50.0% 肺がん 47.3% 乳がん 48.3% 子宮頸がん 43.7% (令和4年度)
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	—

医療の効率的な提供の推進に関する目標

項目	令和5(2023)年度目標値	直近実績値
後発医薬品の使用割合	80%以上	82.1% (令和5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	—

- 一方で、第三期計画策定時（平成29年度）には、令和3年度の医療費を医療費適正化前は3兆2,228億円、医療費適正化後は3兆1,977億円と推計し、251億円の医療費適正化効果を見込んでいましたが、実績は新型コロナウイルス感染症による受診抑制も少なからず影響し、2兆9,956億円で、医療費適正化前の推計を2,272億円下回る水準であり、医療費の適正化を大きく図ることができました。（図1-2）
- しかしながら、本県は今後も医療費の増加が見込まれるため、引き続き医療費適正化の取組を推進していく必要があります。

図1-2 第三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



神奈川県医療費適正化計画(平成30年度～令和5年度)
 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30年度、令和元～3年度)

- 国の基本方針(令和5年7月20日改正告示)においては、特定保健指導実施率向上のためのICT²の活用等、これまでの取組を効果的に推進していくことや、新たな目標として「高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進」、「医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサー

² ICT: Information and Communication Technologyの略称。情報や通信に関連する技術一般の総称のことで、一般的には「情報通信技術」と訳される。「IT (Information Technology: 情報技術)」とほぼ同様の意味で用いられているが、ITよりコミュニケーションを強調した表現。

ビスの提供の推進」等に取り組むとともに、医療DX³による医療情報の利活用を通じ、医療費の地域差について、その背景も含めたデータ分析により医療費適正化につなげ、地域差の縮小を目指して検討していくことが重要であるとされています。

- こうした状況を踏まえ、引き続き国の基本方針に基づき、本県の医療費適正化に向けた施策を着実に推進するための必要な見直しを行い、第四期神奈川県医療費適正化計画として取り組んでいくものです。

2 計画の基本的な考え方

(1) 基本理念

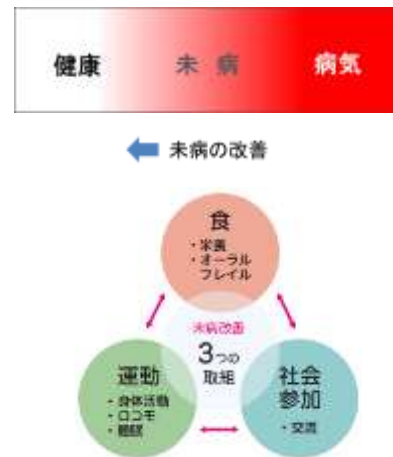
- 75歳以上人口の急速な増加による医療費の増大、またそれを支える生産年齢人口の減少に対応し、県民の医療費の負担が将来的に過大とならず、誰もが安心して医療・介護サービスを受けられるよう医療費の伸びの適正化を目指します。
- そのため、保険者等と連携して県民の健康の保持の推進・生活の質の維持・向上に取り組むとともに、限りある社会資源を効果的・効率的に活用し、取組が常に効果的なものとするよう努めます。
- また、全ての世代が未病を自分のこととして考え、「かながわ未病改善宣言」に基づき、「食・運動・社会参加」の3つを柱とする未病改善に取り組めるよう、市町村や企業等と連携しながら、様々な未病対策を推進します。
- 本計画は、市町村における人員不足や経費不足等の恒常的な課題を解決するためのICT技術の活用、EBPM⁴を実現するためのデータ分析、民間企業や大学等、多様な担い手との協働・連携（産官学連携）、市町村と協働・連携した実証等のアプローチを大切にします。

³ 医療DX：DXとは、Digital Transformationの略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）こととされている。医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくことをいう。

⁴ EBPM：Evidence-based Policy Makingの略称。証拠に基づく政策立案を指し、行政が事業を立案する際に、政策課題との関連性や期待される効果について、統計データなどを活用して丁寧に検討するとともに、事業の実施後にも同様の評価を行う一連のプロセスのこと。

「未病」「未病改善」とは？

心身の健康状態は、「ここまでは健康、ここからは病気」と明確に区別できるわけではなく、健康と病気の間で連続的に変化しています。神奈川県では、その状態を「未病」とし、病気になってから対処するのではなく、自分事として、普段の生活において心身を健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を推進しています。



(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) データ分析による評価・改善

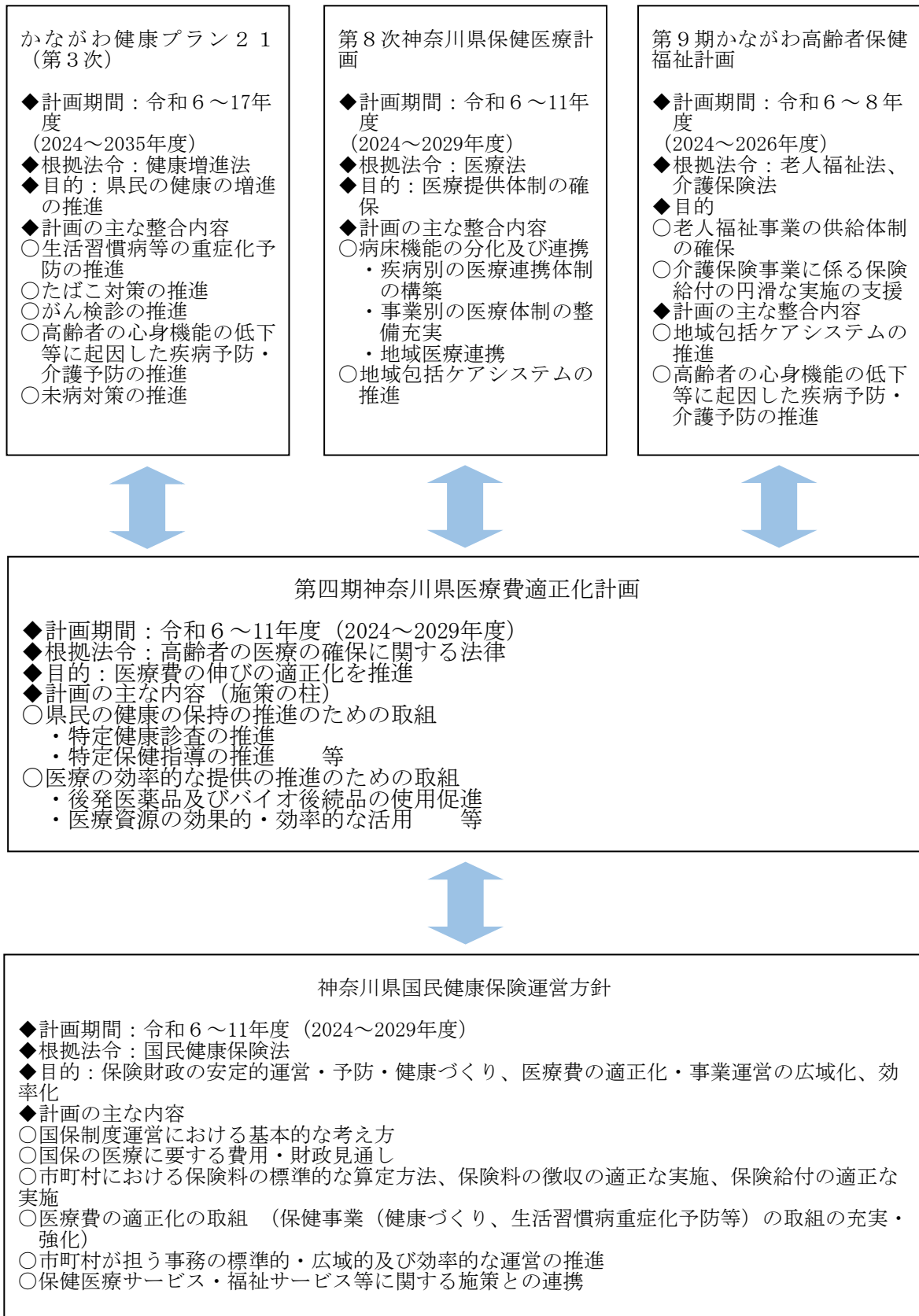
- 計画の実効性を高めるため、医療情報等のデータを分析し、計画を評価し、効果的かつ効率的な取組となるよう見直し、改善を行います。

(4) 関連する計画等

- 本計画は、次に掲げる県の主な計画や、その他の個別計画と調和等を図っています。
 - ・ 神奈川県総合計画
 - ・ 神奈川県まち・ひと・しごと創生総合戦略
 - ・ ヘルスケア・ニューフロンティア推進プラン
 - ・ 神奈川DX計画
 - ・ 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

医療費適正化計画と主な他計画との関係

図1-3 医療費適正化計画と他の計画との関係



3 計画の期間

- 令和6(2024)年度から令和11(2029)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 現状と課題

(1) 医療費等の動向

ア 神奈川県の医療費

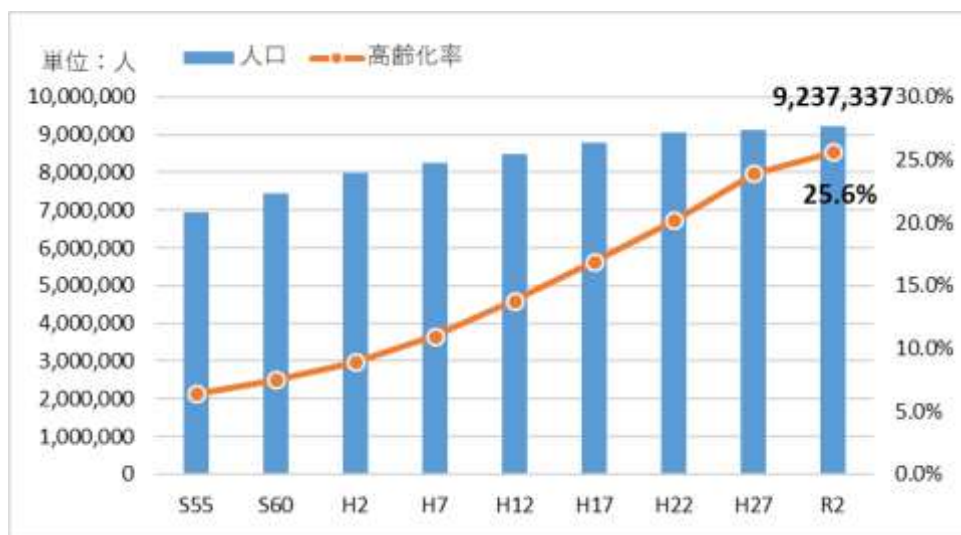
(7) 人口・高齢化等の状況

a 人口・高齢化率

○ 令和2年10月1日現在の本県の人口は、9,237,337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25.6%です。

(図2-1)

図2-1 神奈川県の人口の推移と高齢化率の推移



総務省 国勢調査 (平成2～令和2年)

b 将来推計人口、高齢者数の伸び率 (年齢階級別人口の割合)

○ 今後は全国的に、急速な高齢化の進行により高齢者人口が増加し、それに伴う医療費の増加が予想されています。本県は、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2-2～図2-4)

図2-2 神奈川県将来推計人口

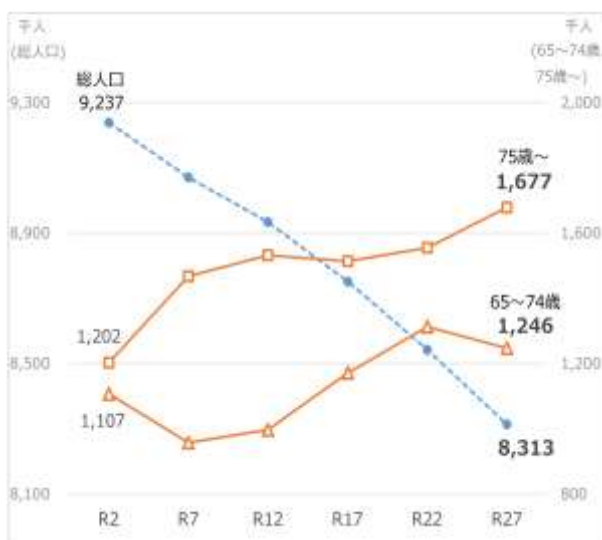


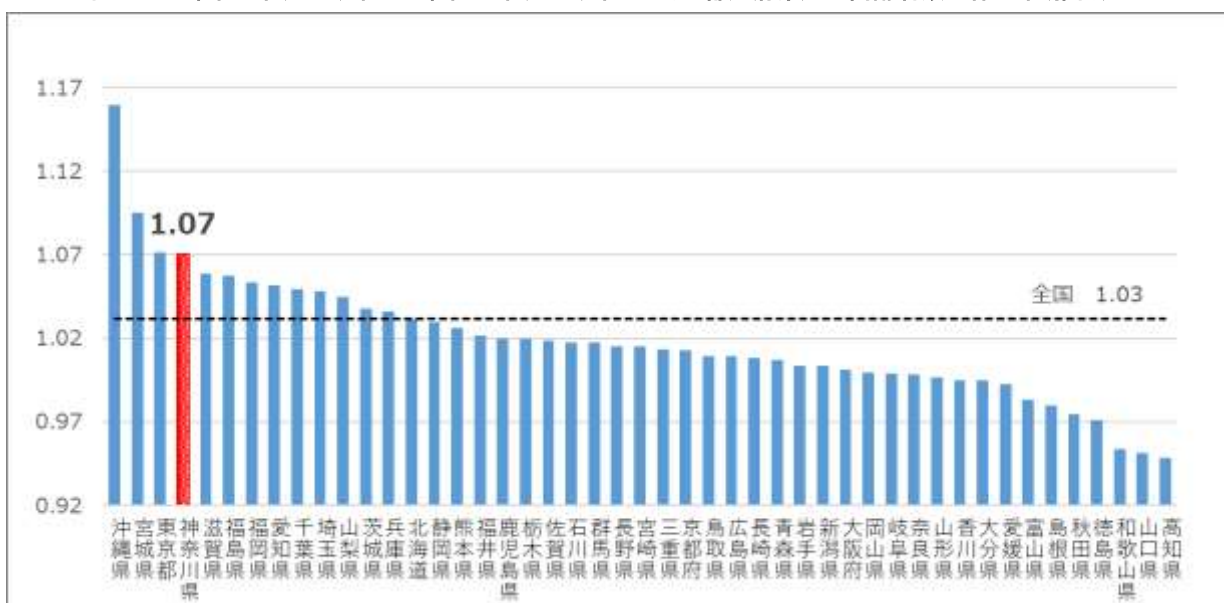
図2-3 高齢者の将来推計人口

(令和2年の人口を100とした場合の指数)



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30年推計)
 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 (令和5年推計)

図2-4 令和2年(2020)年～令和12年(2030)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30年推計)

c 平均寿命・健康寿命

- 本県の「健康寿命」は、令和元年において、男性は73.15年、女性は74.97年となりましたが、全国平均と比べ、男性は長く、女性は短くなっています。一方、同年における「平均寿命」は、男性は82.07年、女性は87.88年となり、全国平均と比べ、男女とも長くなっています。(表2-5)

表2-5 平均寿命・健康寿命の推移

		男性				女性			
		H25	H28	R 1	R 1 - H25	H25	H28	R 1	R 1 - H25
神奈川県	平均寿命	80.89	81.64	82.07	1.18	87.09	87.47	87.88	0.79
	健康寿命	71.57	72.30	73.15	1.58	74.75	74.64	74.97	0.22
	差	9.32	9.34	8.92	-0.40	12.34	12.83	12.91	0.57
全国	平均寿命	80.20	80.98	81.41	1.21	86.61	87.13	87.44	0.83
	健康寿命	71.19	72.14	72.68	1.49	74.21	74.79	75.38	1.17
	差	9.01	8.84	8.73	-0.28	12.40	12.34	12.06	-0.34

「橋本 修二. 健康寿命の算定・評価と延伸可能性の予測に関する研究. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書 健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究. 辻 一郎. 令和3年度総括研究報告書」（厚生労働科学研究成果データベース）（<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/156667>）をもとに県が作成

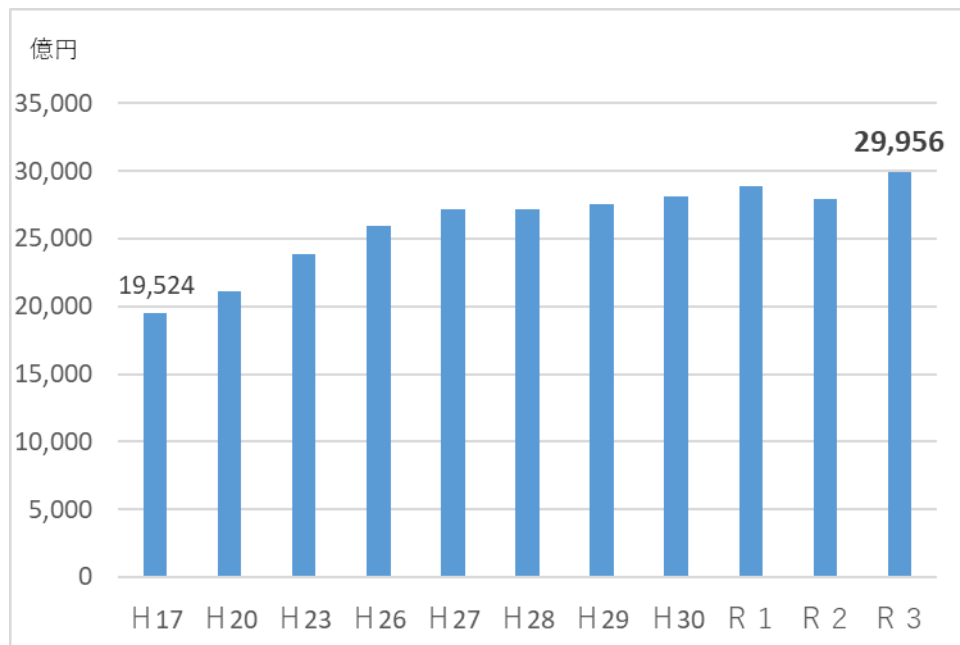
(I) 医療費等の状況

a 総医療費

- 令和3年度の県民医療費は2兆9,956億円で、年々増加傾向にあります。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響により減少しましたが、令和3年度は再び増加しました。

（図2-6）

図2-6 神奈川県の県民医療費の推移⁵



厚生労働省 国民医療費（平成17～令和3年度）

⁵ 厚生労働省「国民医療費」は、平成26年度までは3年毎に公表されており、平成27年度以降は毎年公表されている。

- 令和3年度の高齢者医療費（75歳以上後期高齢者医療費）は、1兆285億円で、年々増加傾向にあります。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響により減少しましたが、令和3年度は増加しました。

県民医療費に占める割合も増加傾向で、令和3年度は34.3%となっています。本県は今後、全国を上回る勢いで高齢化が進んでいくことが予想されるため、高齢者医療費は更に増加する可能性があります。（図2-7）

図2-7 神奈川県の後期高齢者医療費及び後期高齢者医療費の県民医療費に占める割合の推移



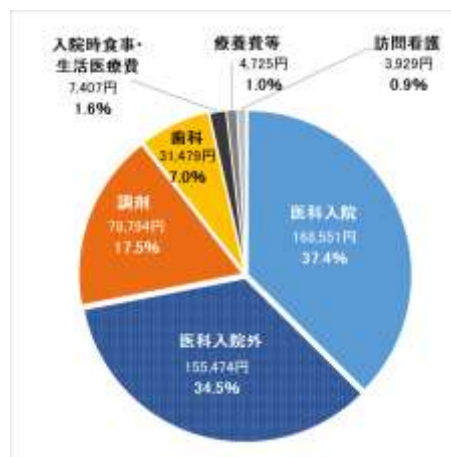
厚生労働省 国民医療費（平成17～令和3年度）

- 本県の令和3年度の診療種別医療費の内訳では、入院外が約36%、入院が約33%、調剤が約20%、歯科が約8%を占めており、全国平均より入院の占める割合が少ない一方、調剤の占める割合がやや大きくなっています。（図2-8、図2-9）

図2-8 神奈川県内の診療種別医療費の内訳



図2-9 全国の診療種別医療費の内訳



厚生労働省 国民医療費（令和3年度）

- また、概算医療費の構成比の推移は、平成29年度から令和4年度までの間、大きな変化はありませんが、診療種別概算医療費の推移は、全体的に上昇傾向にあります。（図2-10、図2-11）

図2-10 神奈川県概算医療費の構成比推移

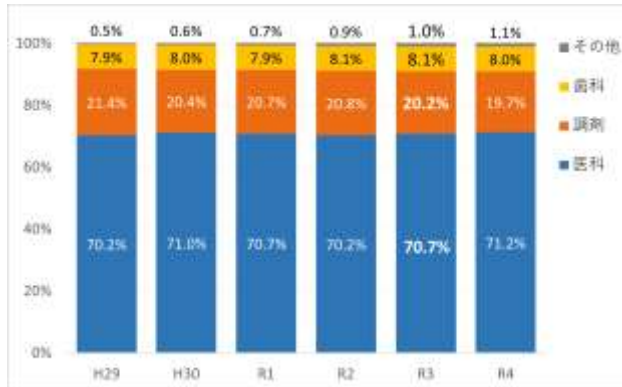
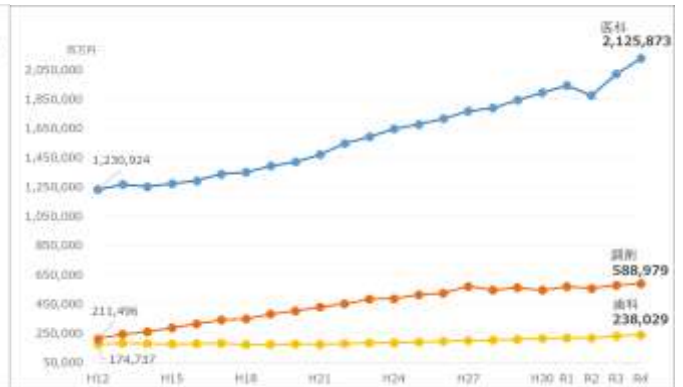


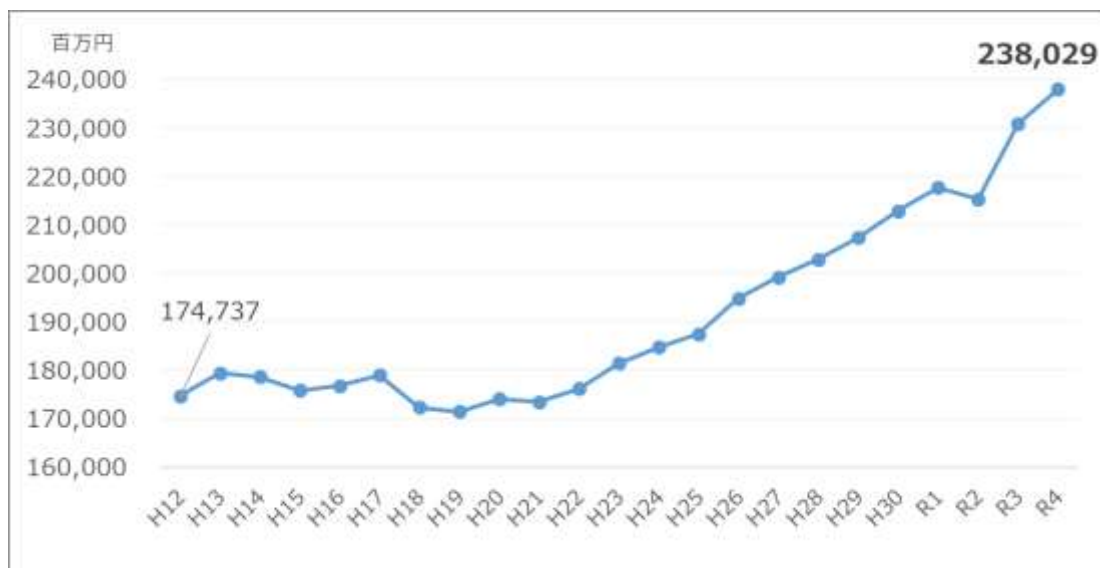
図2-11 神奈川県診療種別概算医療費の推移



厚生労働省 概算医療費データベース

- 本県の概算歯科医療費は、令和2年度には低下したものの、全体的に上昇傾向にあり、令和4年度には2,380億円を超えています。（図2-12）

図2-12 神奈川県概算歯科医療費の推移



厚生労働省 概算医療費データベース

- 本県の令和3年度の保険者種別の医療費の割合は、後期高齢者が約37%、組合・被用者保険が約39%、国保が約24%を占めており、全国平均よりやや組合・被用者保険の占める割合が大きくなっていますが、大きな差はありません。保険者種別ごとの一人当たり医療費については、後期高齢者が最も多くなっていますが、全国平均よりやや低い数値となっています。（図2-13～図2-18）

図2-13 神奈川県保険者種別医療費の割合

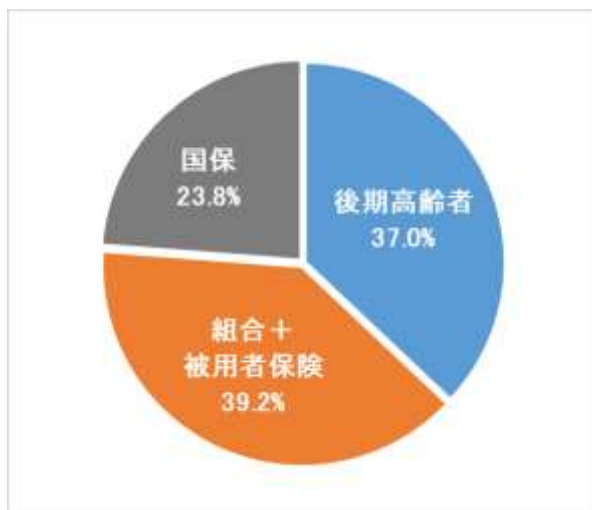
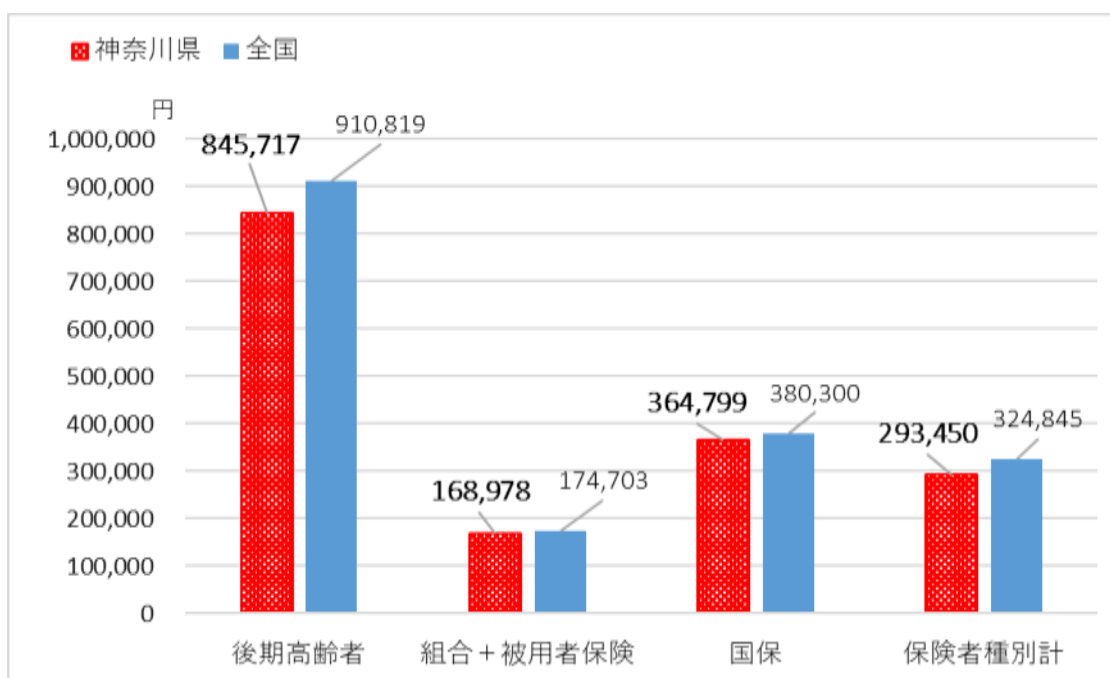


図2-14 全国の保険者種別医療費の割合



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

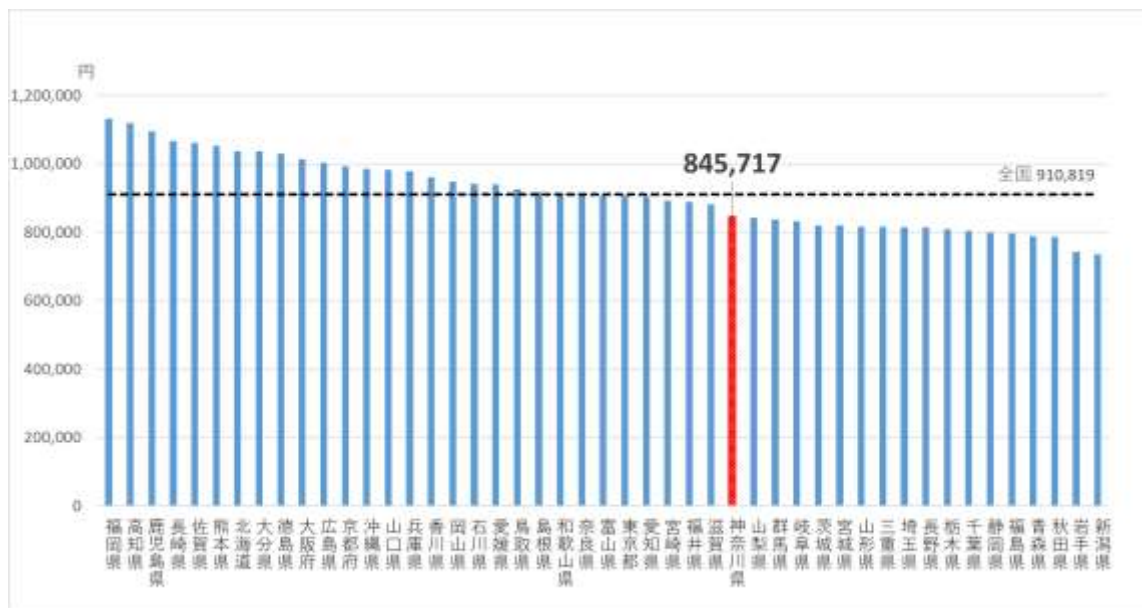
図2-15 保険者種別ごとの一人当たり医療費⁶



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

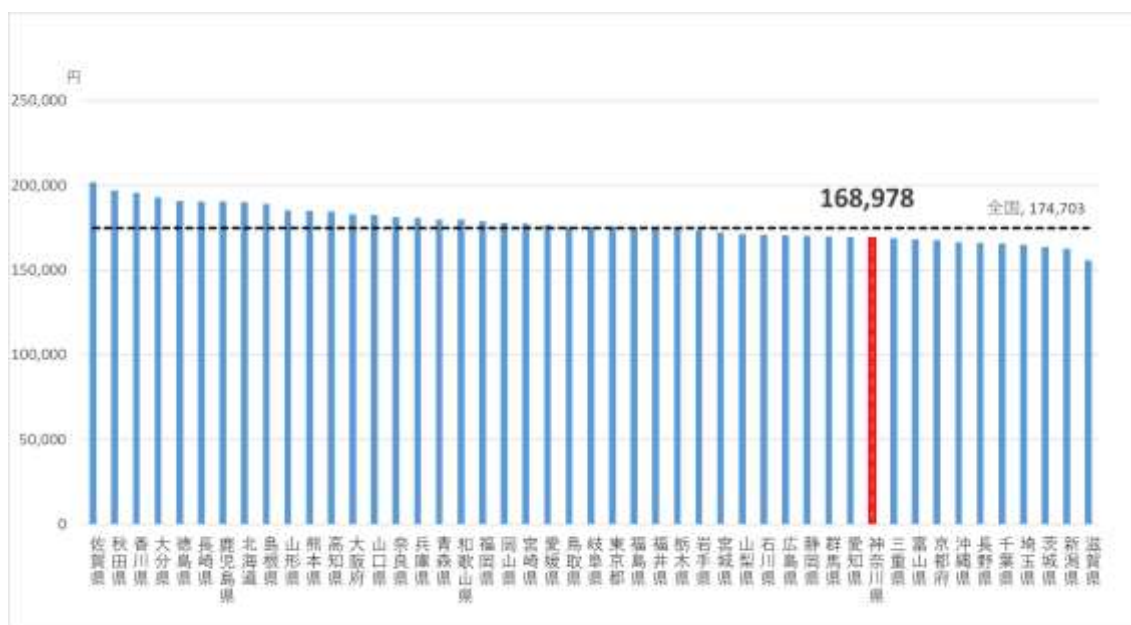
⁶ 計算方法の違いのため、保険者種別計は「図2-19 都道府県別の一人当たり医療費」と一致しません。

図2-16 都道府県別の被保険者一人当たり医療費(後期高齢者)



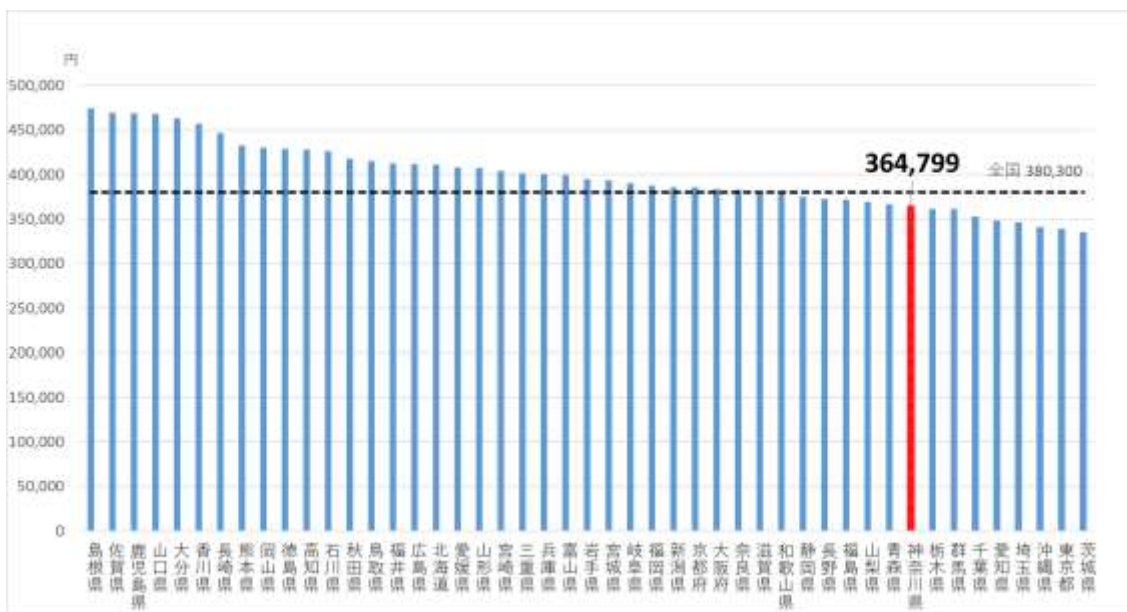
厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

図2-17 都道府県別の被保険者一人当たり医療費(被用者保険)



厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

図2-18 都道府県別の被保険者一人当たり医療費(市町村国保)

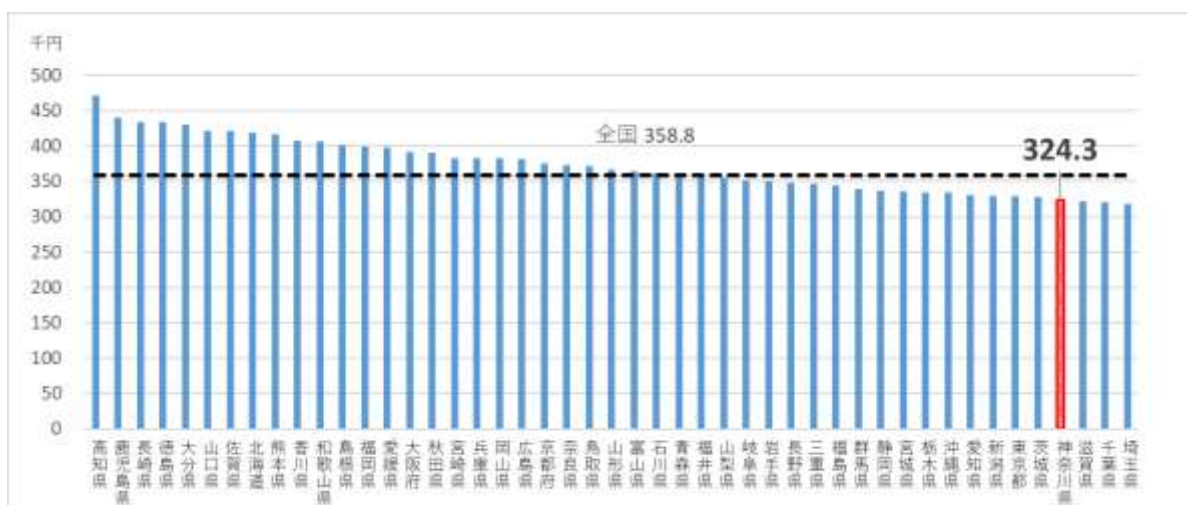


厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

b 一人当たり医療費

- 本県の令和3年度の一人当たり医療費は、約32万4千円と全国平均(約35万9千円)より低く、全国順位は44位です。(図2-19)
- また、令和3年度の一人当たり年齢調整後医療費は、約34万2千円と全国平均(約35万9千円)より低く、全国順位は28位です。
- 年齢調整後医療費の方が高いのは、全国平均より高齢化が進んでいないためですが、年齢調整後の医療費も全国平均より低く、高齢化率の低さによらず医療費は低い水準に抑えられていると言えます。(図2-20)

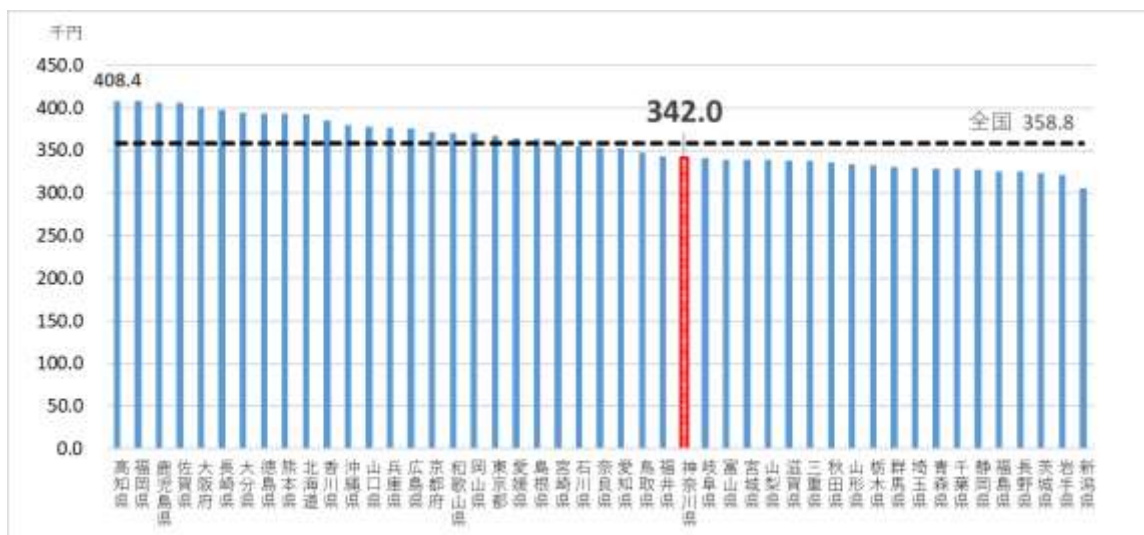
図2-19 都道府県別の一人当たり医療費⁷



厚生労働省「医療費の地域差分析(令和3年度)」

⁷ 計算方法の違いのため、「図2-15 保健者種別ごとの一人当たり医療費」の保険者種別計と一致しません。

図2-20 都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費

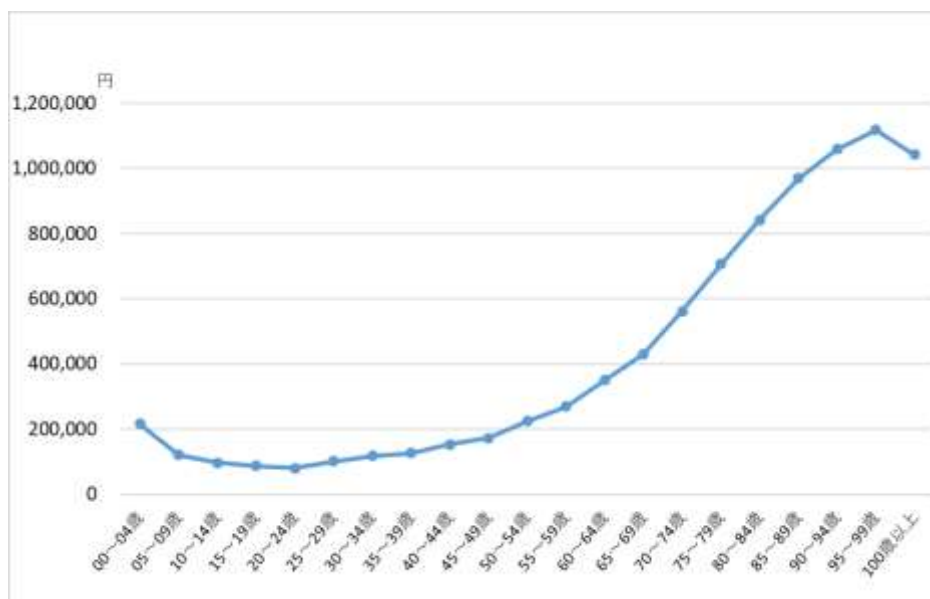


厚生労働省 医療費の地域差分析 (令和3年度)

c 年齢階級別医療費

- 本県の令和3年度の年齢階級別一人当たり医療費は、年齢が上がるにつれて上昇する傾向にあります。(図2-21)

図2-21 神奈川県内の年齢階級別一人当たり医療費



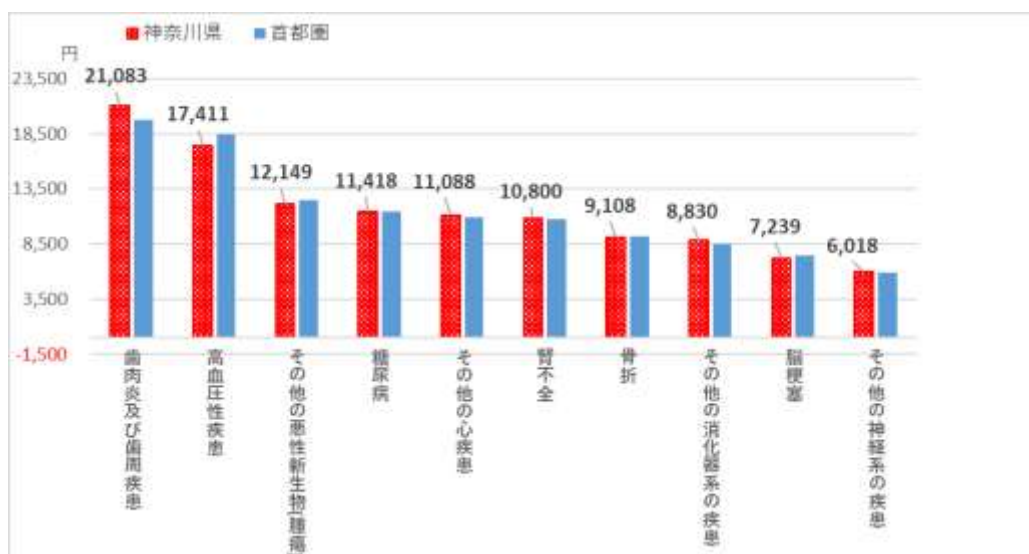
厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

d 疾病別医療費(上位10疾患)年齢階級別

- 本県の令和3年度の疾病別に見た一人当たり医療費は、「歯肉炎及び歯周疾患」が最も高く(約21,000円)、首都圏(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県の平均値。以下同じ。)との差も約1,300円高く、全疾病の中で一番大きくなっています。
- 次に首都圏との差が大きい疾病は、「その他の消化器系の疾患」(差:約300円高い)です。
- それに対し、「高血圧性疾患」や「その他の悪性新生物(腫瘍)」、

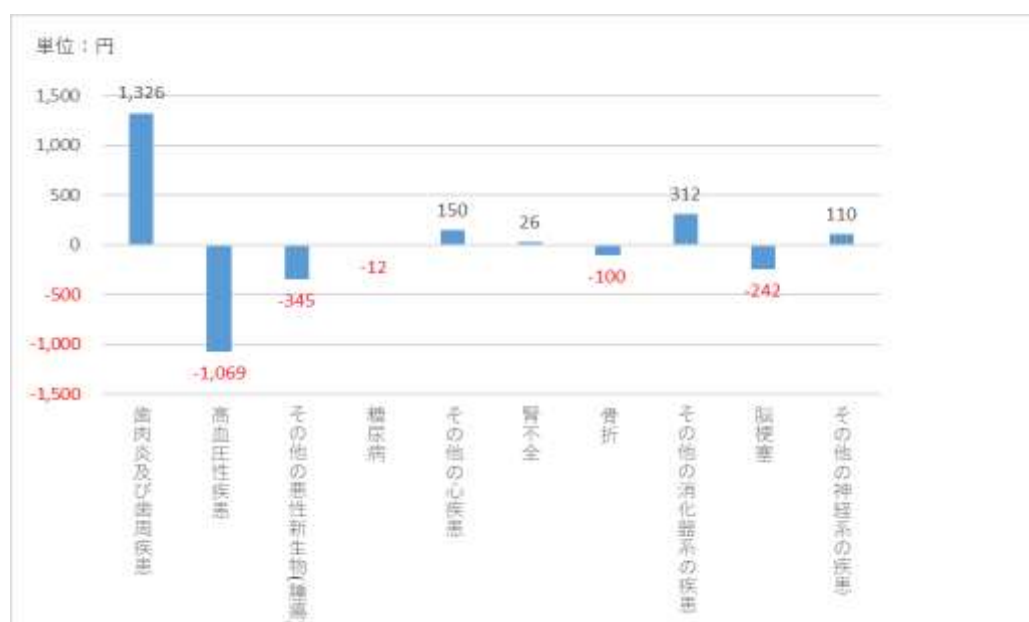
「糖尿病」、「骨折」、「脳梗塞」では、首都圏より低くなっています。（図2-22、図2-23）

図2-22 疾病別一人当たり医療費(上位10疾患)全年齢



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-23 疾病別一人当たり医療費の首都圏との差(上位10疾患)全年齢



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 本県の令和3年度の総医療費の約半数を占める65～89歳の疾病別に見た一人当たり医療費は、全ての年齢階級で高血圧性疾患が一番高くなっています。
- 年齢が上がるにつれ、骨折の疾病別一人当たり医療費の順位が上がっていき、85～89歳では2番目に高くなります。（表2-24）

表2-24 疾病別一人当たり医療費上位10疾患(年齢階級別)

	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～79歳	80歳～84歳	85歳～89歳
第1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患
第2位	歯肉炎及び歯周疾患	その他の悪性新生物(腫瘍)	その他の悪性新生物(腫瘍)	その他の心疾患	骨折
第3位	その他の悪性新生物(腫瘍)	歯肉炎及び歯周疾患	その他の心疾患	骨折	その他の心疾患
第4位	糖尿病	糖尿病	歯肉炎及び歯周疾患	その他の悪性新生物(腫瘍)	脳梗塞
第5位	腎不全	腎不全	糖尿病	腎不全	腎不全
第6位	その他の心疾患	その他の心疾患	腎不全	脳梗塞	その他の悪性新生物(腫瘍)
第7位	脂質異常症	気管, 気管支及び肺の悪性新生物(腫瘍)	脳梗塞	糖尿病	糖尿病
第8位	その他の消化器系の疾患	脳梗塞	骨折	歯肉炎及び歯周疾患	歯肉炎及び歯周疾患
第9位	気管, 気管支及び肺の悪性新生物(腫瘍)	虚血性心疾患	脊椎障害(脊椎症を含む)	脊椎障害(脊椎症を含む)	その他の呼吸器系の疾患
第10位	虚血性心疾患	その他の消化器系の疾患	虚血性心疾患	その他の消化器系の疾患	アルツハイマー病

厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

- 本県の令和3年度の疾病別一人当たり医療費上位10疾患を男女別に見ると、男性は生活習慣病に関わる疾患が高いのに対し、女性は骨折や関節症等の疾患も上位にあります。(表2-25)

表2-25 疾病別一人当たり医療費上位10疾患(男女別)

	男性	女性
第1位	歯肉炎及び歯周疾患	歯肉炎及び歯周疾患
第2位	高血圧性疾患	高血圧性疾患
第3位	その他の悪性新生物<腫瘍>	骨折
第4位	腎不全	その他の心疾患
第5位	糖尿病	糖尿病
第6位	その他の心疾患	その他の消化器系の疾患
第7位	その他の消化器系の疾患	その他の悪性新生物<腫瘍>
第8位	脳梗塞	腎不全
第9位	虚血性心疾患	乳房の悪性新生物<腫瘍>
第10位	その他の神経系の疾患	関節症

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 本県の令和3年度の疾病別一人当たり医療費上位10疾患を入院・入院外別で見ると、入院では骨折や循環器病疾患の医療費が高いのに対し、入院外では糖尿病や腎不全が高くなっています。
(表2-26)

表2-26 疾病別一人当たり医療費上位10疾患(入院・入院外別(歯科は除く))

	入院	入院外
第1位	骨折	高血圧性疾患
第2位	その他の心疾患	糖尿病
第3位	その他の悪性新生物<腫瘍>	腎不全
第4位	脳梗塞	その他の悪性新生物<腫瘍>
第5位	その他の消化器系の疾患	脂質異常症
第6位	その他の呼吸器系の疾患	その他の消化器系の疾患
第7位	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	屈折及び調節の障害(眼)
第8位	虚血性心疾患	喘息
第9位	脳内出血	その他の心疾患
第10位	その他の神経系の疾患	その他の神経系の疾患

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

イ 生活習慣病の状況

(7) 生活習慣病の医療費の構成比、推移（全国、県）

- 本県の令和3年度の疾病別医療費見ると、生活習慣と関連の深い疾病（高血圧性疾患、糖尿病、腎不全、脳梗塞、虚血性心疾患、脳内出血）が、全体の約5分の1を占めており、全国平均もほぼ同様の傾向です。（図2-27、図2-28）

図2-27 神奈川県医療費の構成

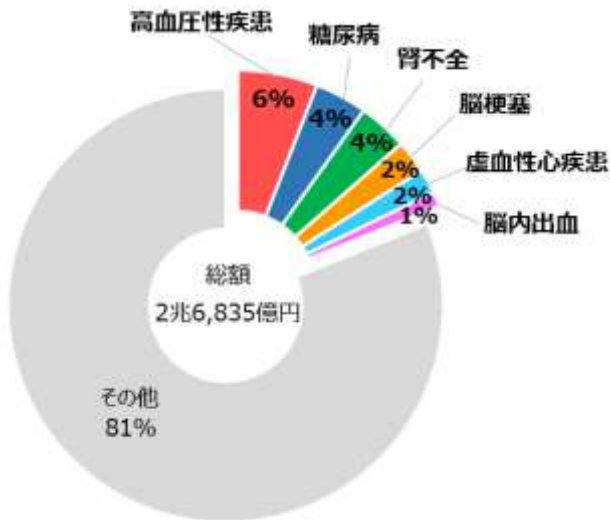
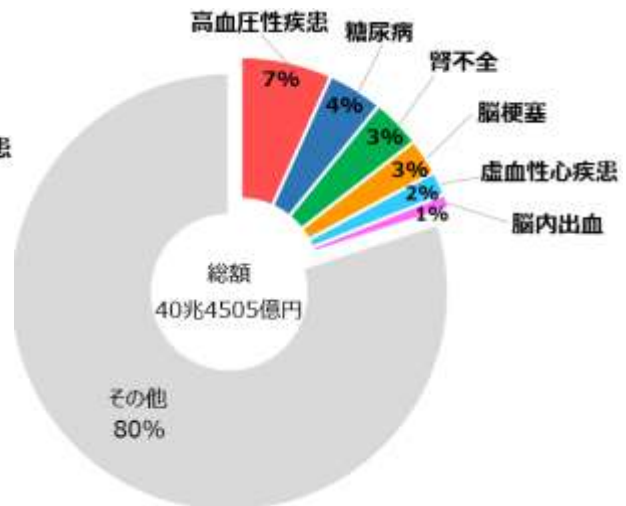


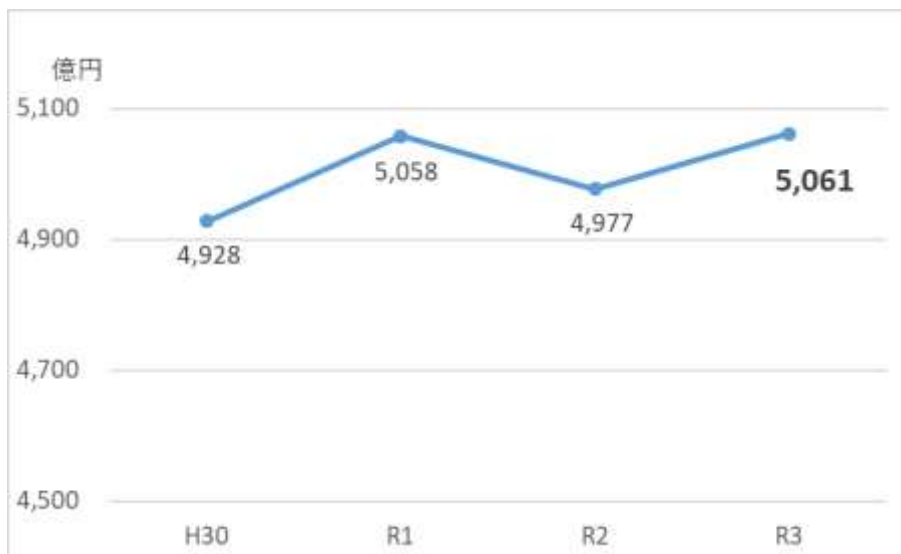
図2-28 全国の医療費の構成



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 本県の生活習慣病⁸の医療費は、平成30年度と令和3年度を比較すると、約130億円増加しています。（図2-29）

図2-29 神奈川県生活習慣病医療費の推移

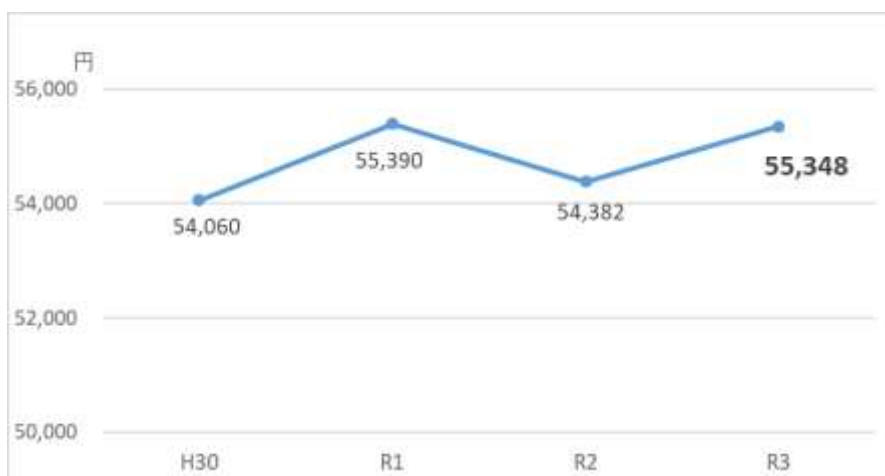


厚生労働省「H30（2018）年度～令和3（2021）年度NDBデータ」

⁸ 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、糖尿病、腎不全、脳梗塞、虚血性心疾患、脳内出血を中心に分析します。これらの疾病は、以降、「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。

- 生活習慣病の一人当たり医療費においても、平成30年度と令和3年度を比較すると、約1,300円増加しています。（図2-30）

図2-30 神奈川県的生活習慣病一人当たり医療費の推移



厚生労働省「平成30（2018）年度～令和3（2021）年度NDBデータ」

○ 本県の一人当たり医療費を疾患別に見ると、ほとんどの疾病で増加傾向にあります。高血圧性疾患では年度ごとのばらつきがあるものの、平成30年度と令和3年度を比較するとおおむね変わらず、虚血性心疾患では減少傾向にあります。（図2-31～図2-36）

図2-31 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費



図2-32 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

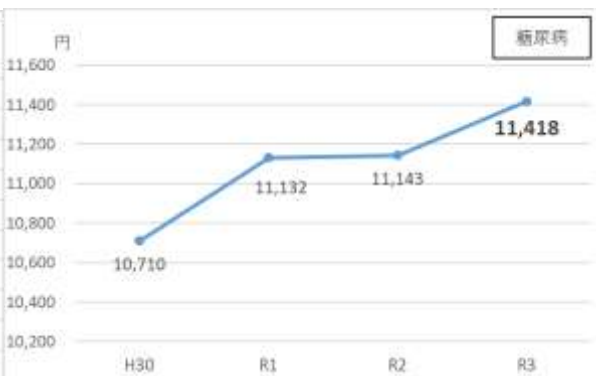


図2-33 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

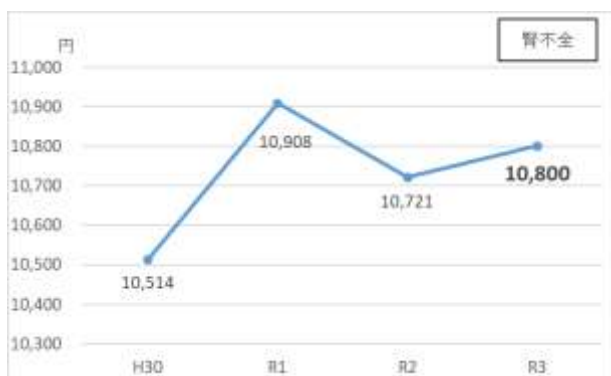


図2-34 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

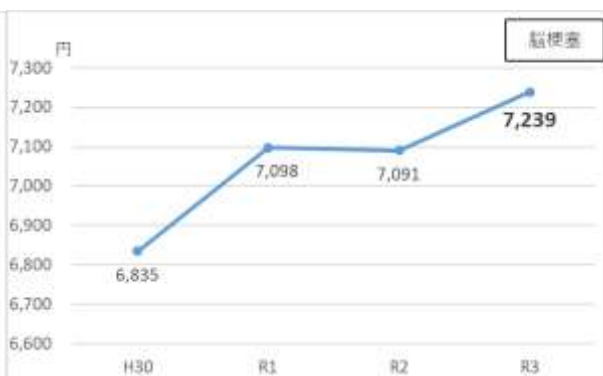


図2-35 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

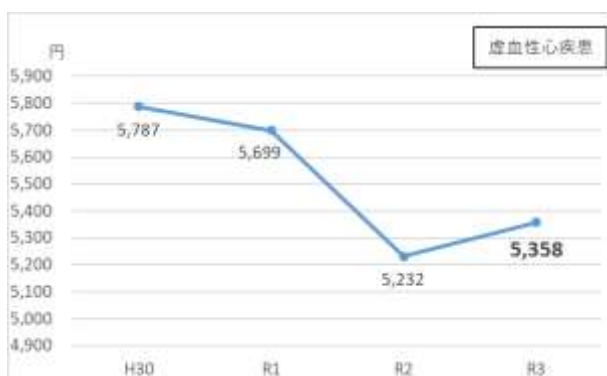
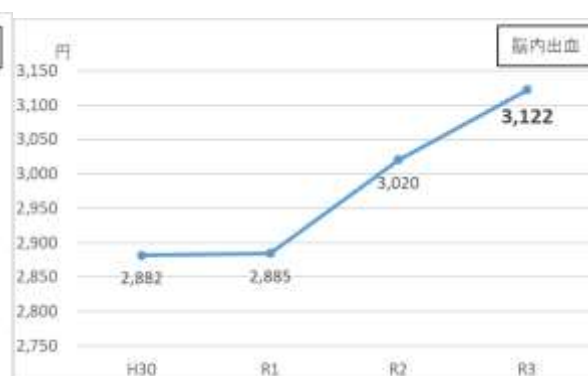


図2-36 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

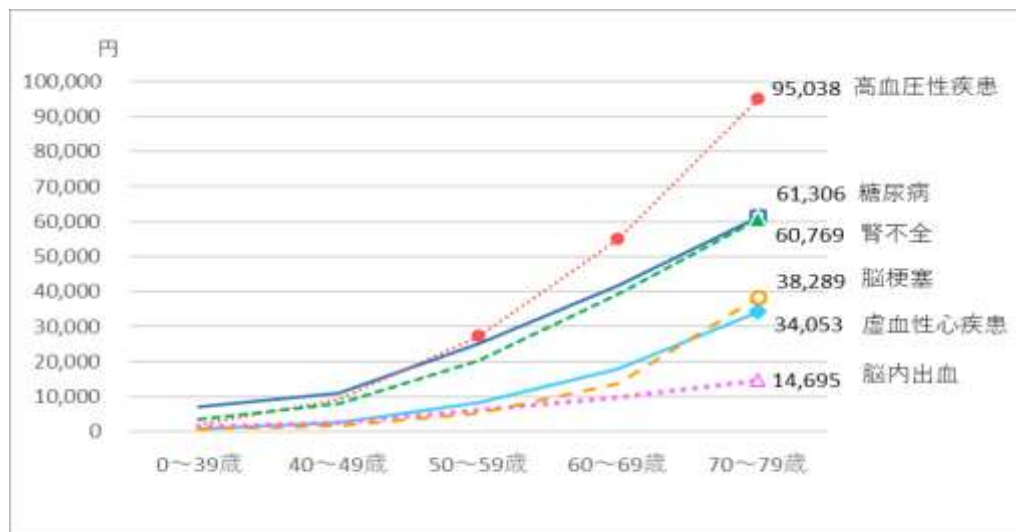


厚生労働省「平成30（2018）年度～令和3（2021）年度NDBデータ」

(イ) 年齢階級別一人当たり医療費

- 本県の国保における令和3年度の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、50歳以上の年齢階級では高血圧性疾患が最も高くなっています。（図2-37）

図2-37 神奈川県的生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費

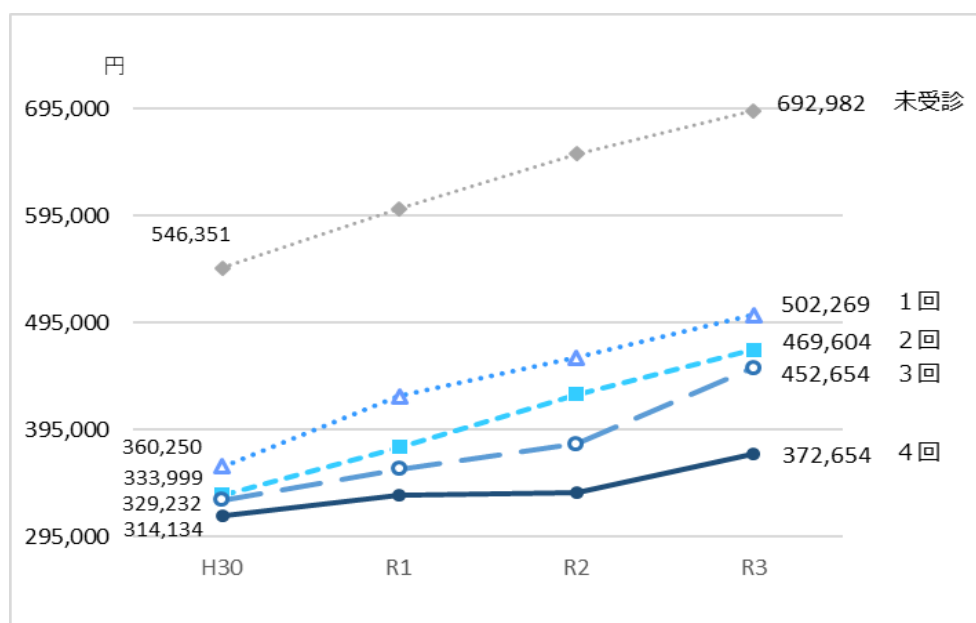


厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

(ウ) 特定健康診査の受診回数別の医療費状況

- 本県の国保における、生活習慣病の特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費は、受診回数が多いほど上昇幅が少なく、医療費も低くなる傾向があります。（図2-38）

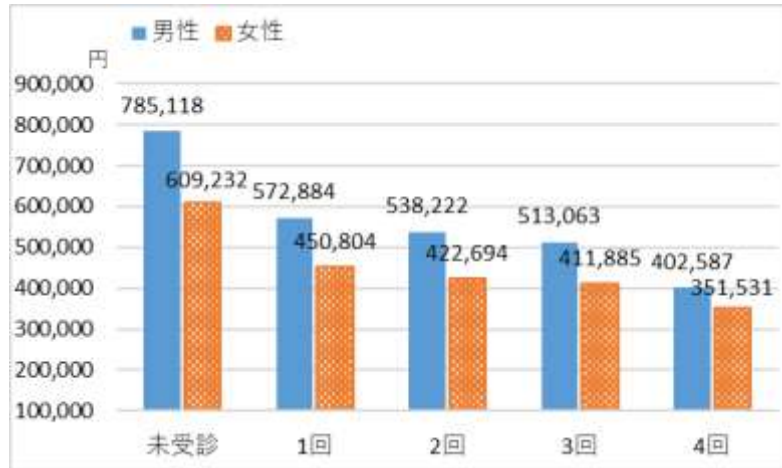
図2-38 国保における特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費の推移



神奈川県国民健康保険団体連合会資料
「平成30年度～令和3年度における特定健診受診回数別の医療費状況【KDB分析】」

- 本県の国保における、令和3年度の生活習慣病の特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費を男女別にみると、男性の方が、受診回数を問わず高い数字ですが、受診回数が増えるにつれ、その差は小さくなっていきます。（図2-39）

図2-39 国保における特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費(男女別)



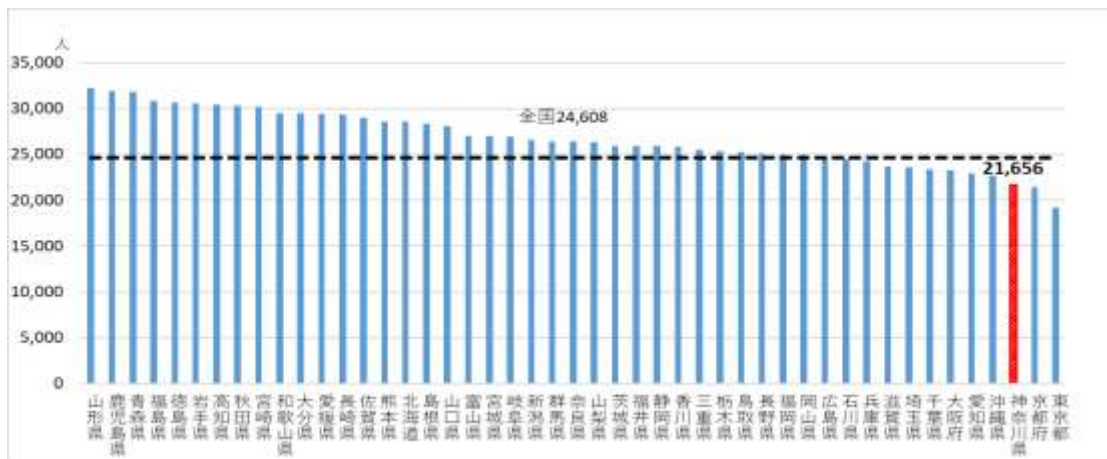
神奈川県国民健康保険団体連合会資料
「平成30年度～令和3年度における特定健診受診回数別の医療費状況【KDB分析】」

- 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、特定健康診査を受診し、特定保健指導の積極的支援に該当した者へ特定保健指導を実施した場合、実施しない場合と比較して、一人当たり入院外医療費及び外来受診率が低くなることが報告されています。

(I) 生活習慣病の総患者数

- 本県の令和3年度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、全国平均より低く、全国順位は44位です。（図2-40）

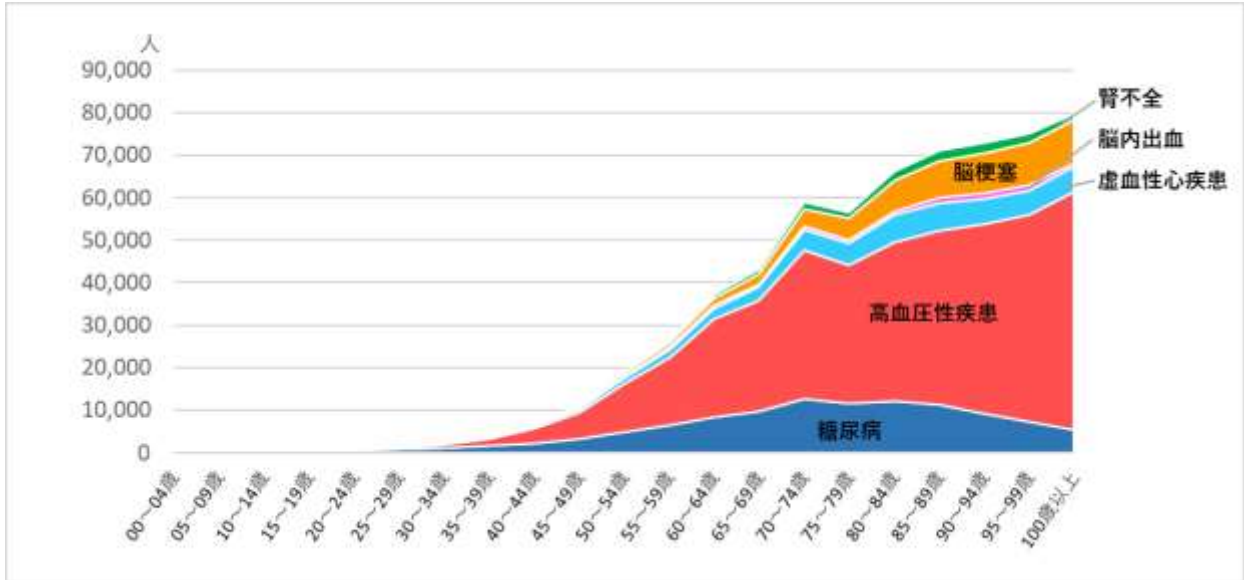
図2-40 生活習慣病の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 令和3年度の本県の人口10万人当たりの生活習慣病の年齢階級別総患者数を見ると、年齢が上がるにつれて増加する傾向があり、全ての年齢階級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2-41)

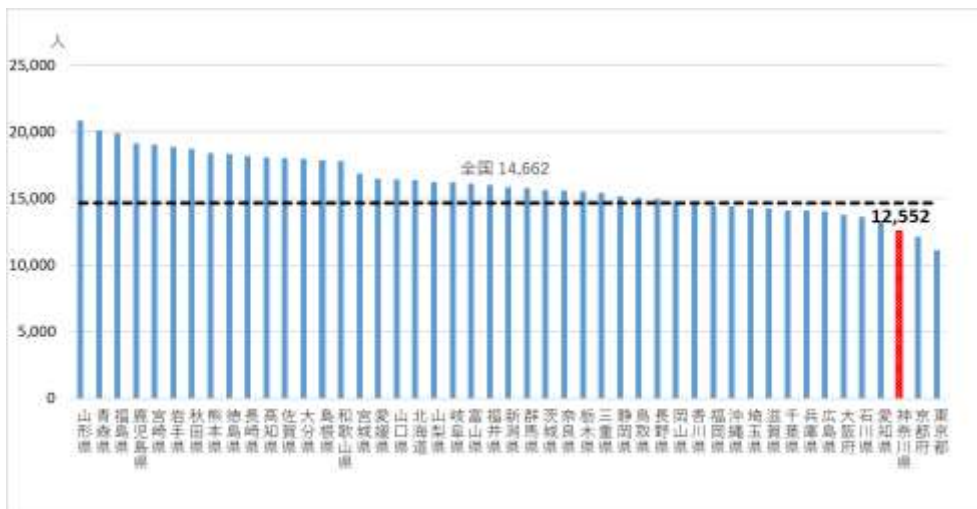
図2-41 神奈川県的生活習慣病の年齢階級別10万人当たりの患者数



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 生活習慣病について、令和3年度の人口10万人当たりの疾病別総患者数を見ると、本県は全ての疾病で全国平均を下回っていますが、虚血性心疾患については全国平均と近い数字になっています。(図2-42～図2-47)

図2-42 人口10万人当たりの疾患別総患者数(高血圧性疾患)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-46 人口10万人当たりの疾患別総患者数(虚血性心疾患)

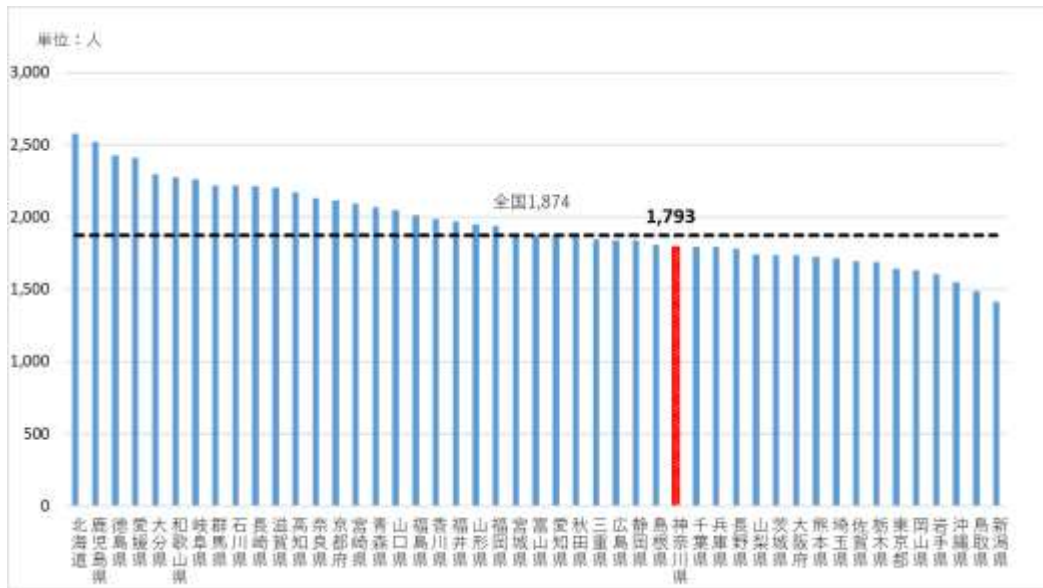
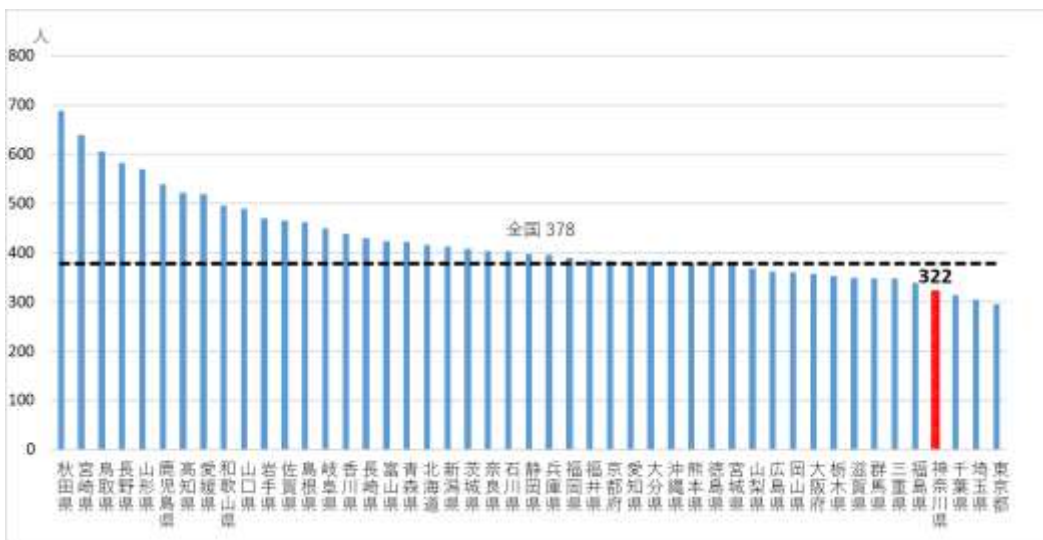


図2-47 人口10万人当たりの疾患別総患者数(脳内出血)



(2) 課題

- 本県の医療費を巡る状況の主な特徴として、全国平均と比べ、県民の一人当たり医療費が低いこと、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挙げられます。
- しかしながら、高齢化の伸び率は全国平均を上回っており、年齢階級別一人当たり医療費は年齢が上がるにつれて上昇することから、高齢化の伸び率が高い本県は、今後、県民医療費が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。
- また、高齢者の一人当たり医療費を疾病別に見ると、全ての年齢階級で高血圧性疾患が、年齢層が上がるにつれて骨折が高くなっています。
- 生活習慣病に係る一人当たり医療費は、年齢が上がるにつれて上昇する傾向にありますが、特定健康診査の受診回数が多いほど下がる傾向にあるため、特定健康診査受診率向上を目指すなどの取組を進めていく必要があります。
- 以上のように本県では、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ないよう、医療費の適正化を図る必要があります。

第3章 医療費の見込みと計画の目標

1 医療費の見込み

(1) 県民医療費の推計方法

- 国の基本方針において、都道府県は、各都道府県の医療費の現状に基づき、令和11(2029)年度の「医療費の見込み」を算出することとされています。
- 医療費適正化計画においては、「医療費の見込み」として、「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」を差し引いた、「医療費適正化の取組を行った後の医療費の見込み」を算出しています。
- 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、基準年度(令和元年度)の都道府県別の入院医療費と、入院外及び歯科別の国民医療費の合計額を都道府県別人口で除して算出した一人当たり医療費と、算出した一人当たり医療費の伸び率及び都道府県別将来推計人口を用いて、次式の考え方により算出します。

計算式：医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費＝令和元年度の一人当たり医療費×令和元年度から推計年度までの一人当たり医療費の伸び率×都道府県別将来推計人口(推計年度)

- また、「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、重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化、効果が乏しいというエビデンス(根拠)があることが指摘されている医療の適正化、医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化)」によって適正化される医療費を推計します。

(2) 計画策定時の医療費

- 基準年度である、令和元年度の県民医療費は2兆8,888億円^(※1)です。

(3) 計画終了時の医療費の見込み

ア 医療費適正化の取組を行う前

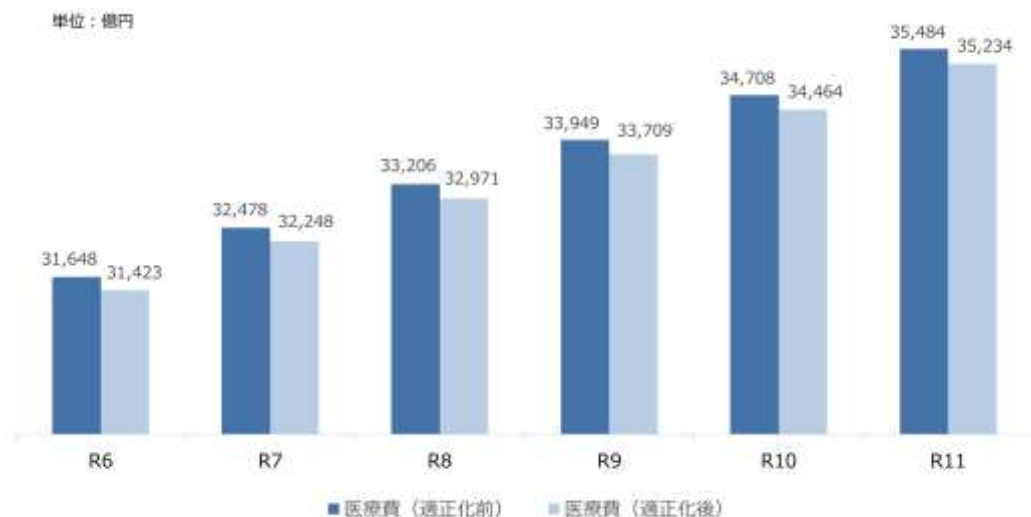
- 本県の医療費適正化の取組を行う前の、計画終了時である令和11年度の医療費の見込みは3兆5,484億円^(※2)となり、基準年度の令和元年度より約6,596億円増加します。

(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、計画終了時である令和11年度の医療費の見込みは3兆5,234億円^(※2)です。基準年度の令和元年度より約6,346億円増加しますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも約250億円、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



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

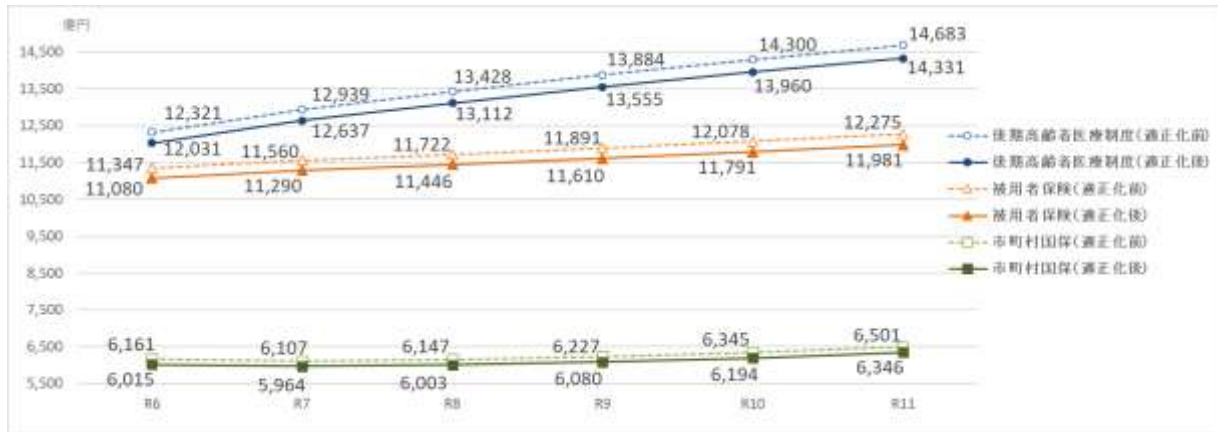
※1 厚生労働省「都道府県医療費推計ツール」より。

※2 億円未満を四捨五入しています。

(4) 保険者種別医療費の見込み

- 国の基本方針において、都道府県は、医療費の見込みの精緻化を図るため、医療費の見込みを保険者種別・年度別に算出することとされています。
- 本県の医療費適正化前の令和 11 年度の保険者種別医療費の見込みは、後期高齢者医療制度は 1 兆 4,683 億円、市町村国保は 6,501 億円、被用者保険は 1 兆 2,275 億円です。（図 3-2）
- また、医療費適正化後の令和 11 年度の医療費の見込みは、後期高齢者医療制度は 1 兆 4,331 億円、市町村国保は 6,346 億円、被用者保険は 1 兆 1,981 億円です。（図 3-2）
- なお、計画期間中においても、毎年度、保険者種別の医療費の実績や、各種取組、調査等を踏まえ、必要に応じて目標の達成に向け取組内容の見直しを行っていく予定です。

図3-2 保険者種別・年度別医療費の見込み（単位：億円）⁹



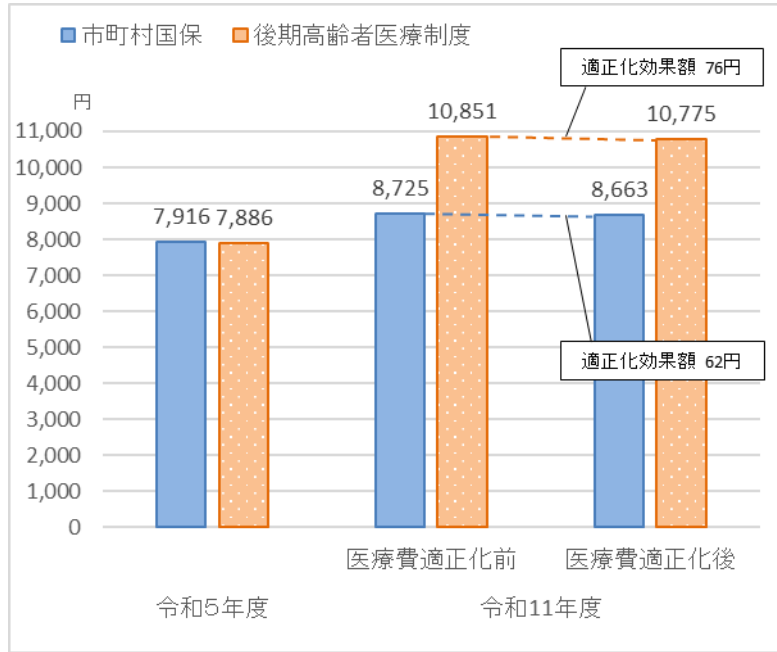
厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

(5) 市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)の試算

- 国の基本方針において、都道府県は、保険者等との連携を強化する観点から、(4)で算出した保険者種別・年度別医療費の見込みを基に、令和 11 年度の本県の市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)の機械的な試算をすることとされています。
- 市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)（月額）の試算については、各制度別に、令和 5 年度の一人当たり保険料(税)に、計画期間中に見込まれる一人当たり保険料(税)の伸び率の推計値を乗じ、制度改正による一人当たり保険料(税)への影響額を加えて算出します。
- 本県の令和 11 年度の市町村国保の一人当たり保険料(税)の試算は 8,663 円です。令和 5 年度の一人当たり保険料(税)より 747 円増加しますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも 62 円、一人当たり保険料(税)が低くなる見込みです。
- また、令和 11 年度の後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)の試算は 10,775 円です。令和 5 年度の一人当たり保険料(税)より 2,889 円増加しますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも 76 円、一人当たり保険料(税)が低くなる見込みです。（図 3-3）

⁹ 合計は、計算方法の違いのため、「図 3-1 県民医療費の見込み」と一致しません。

図3-3 市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料(税)(月額)の試算



2 計画の目標

- 医療費の伸びの適正化を図るため、国の基本方針に基づき、「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を定め、取組を推進していきます。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

ア 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等、患者の生活の質を低下させ、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、国の基本方針と同一の目標値とします。
- 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）の減少率」を目標項目として設定し、国の基本方針と同一の目標値とします。

イ 生活習慣病等の重症化予防

- 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」を目標項目として設定します。また、国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、かながわ健康プランと同一の目標値とします。

ウ 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です。
- また、受動喫煙により、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群等の疾患を発症するリスクが高まることが報告されています。
- 生活習慣病等が発症するリスクを減少させるため、引き続き、健康増進法や神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例に基づく取組を継続するとともに、望まない受動喫煙の機会を減らす環境づくりを推進することが重要です。
- こうしたことを踏まえ、たばこ対策として、「喫煙率の減少」を目標項目として設定します。国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、かながわ健康プランと同一の目標値とします。

エ がん検診

- 定期的ながん検診によりがんを早期発見し、早期治療につなげることで、治癒率も高くなり、がんによる死亡者数の増加を抑制できます。
- そのため、「がん検診の受診率」を目標項目として設定します。国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、神奈川県がん対策推進計画と同一の目標値とします。

オ 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。国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、神奈川県感染症予防計画と合わせた取組目標を設定します。

カ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

- 高齢者に対する疾病予防・介護予防の推進に当たっては、高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要です。
- 体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイル¹⁰等の対策が必要なことから、国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、かながわ健康プランと合わせた取組目標を設定します。

¹⁰ フレイル：加齢に伴って心と体の動きが弱くなってきた状態。健康な状態と要介護状態の中間の段階を指す。

キ 歯科保健

- 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・飲み込む等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重要です。
- 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、国の基本方針に基づく他計画との整合を踏まえ、かながわ健康プランと同一の目標値とします。

ク 未病対策

- ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）により、個人が抱える健康課題や取り巻く状況が異なるため、個人の特性や状況に応じた健康づくりをより一層推進することを目指し、性別やライフステージに特有の健康課題があること、健康状態は過去・現在・未来へと影響を与えながら連続して変化することを考慮し、ライフコースアプローチ¹¹を採り入れることで、個人の特性や状況に応じたきめ細かな健康づくりに取り組んでいくことが重要です。
- また、高齢期に多い認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣等の生活改善に取り組むことが重要です。
- 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。（再掲）
- 未病対策の取組は、生活習慣病予防に寄与することから、2（1）イの生活習慣病等の重症化予防に関する目標項目を設定します。（表3-4）

¹¹ ライフコースアプローチ：胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり。

表3-4 県民の健康の保持の推進に関する目標

目標項目	令和11(2029)年度目標	直近実績値
特定健康診査の実施率 ^(※1)	70%以上	56.2% (令和3年度) ^(※2)
特定保健指導の実施率 ^(※3)	45%以上	20.1% (令和3年度) ^(※4)
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 ^(※5)	平成20年度比 25%以上	平成20年度比 19.3% (令和3年度) ^(※6)
生活習慣病等の重症化予防 ^(※7)	糖尿病有病者数の増加の抑制 28万人以下	27万人 (令和2年度) ^(※8)
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 748人以下	883人 (令和3年) ^(※9)
たばこ対策 ^(※10)	20歳以上の者の喫煙率の減少 男性 22.9%以下 女性 5.6%以下	男性 27.4% 女性 9.3% (平成29年～令和元年) ^(※11)
がん検診	がん検診の受診率 (胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん) 60%以上 (令和10(2028)年度目標)	胃がん 42.7% 大腸がん 47.3% 肺がん 50.0% 乳がん 48.3% 子宮頸がん 43.7% (令和4年) ^(※12)
予防接種	ワクチン及び予防接種に関する正しい知識を普及	—
高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	・低栄養傾向の高齢者の減少 ・ロコモティブシンドロームの減少 ・社会活動を行っている高齢者の増加	—
歯科保健	40歳以上における歯周炎を有する者の割合の減少 55.0%以下	68.5% (令和2年) ^(※13)
未病対策	糖尿病有病者数の増加の抑制 28万人以下 (再掲)	27万人 (令和2年度) (再掲)
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 748人以下 (再掲)	883人 (令和3年) (再掲)

- ※1 特定健康診査の実施率は、国の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」という。）における特定健康診査の実施率の令和11（2029）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種別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70%以上、市町村国保は60%以上とされています。
- ※2 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」（令和3年度）より。
- ※3 特定保健指導の実施率は、国の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、基本指針における令和11（2029）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種別に応じて目標値が設定されています。市町村国保は60%以上、健康保険組合（単一型）は60%以上、共済組合は60%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。
- ※4 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」（令和3年度）より。
- ※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、基本指針において令和11（2029）年度における同減少率の目標値は25%以上とされており、保険者種別ごとの目標値は設定されていません。
- ※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」（令和3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。
- ※7 「糖尿病有病者数の増加の抑制」に係る目標値は、前回と同様に、有病率が今後と同じと仮定し、高齢化を加味した有病者数を算出しています。
- 「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。
- ※8 厚生労働省「NDBオープンデータ」より。
- ※9 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」（令和4年12月31日）より。
- ※10 現行計画で目標値を達成できなかったため、引き続き、現行計画の目標値の達成を目指します。
- ※11 平成29年～令和元年の3か年の平均値。県健康増進課「県民健康・栄養調査」（平成29年～令和元年）より。
- ※12 厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和4年）より。
- ※13 「県民歯科保健実態調査」（令和2年度）より。年齢調整をしていない値です。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 後発医薬品及びバイオ後続品¹²の使用割合

- 令和5年6月16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）2023」において、後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標が設定されています。
- これを踏まえ、本県では、数量ベースの使用割合を80%以上とする目標を令和5年3月時点で達成していますが、昨今の後発医薬品の不安定な供給状況を鑑み、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引き続き80%以上（数量ベース）とする目標を設定します。
- なお、上記の政府目標については、今後、金額ベース等の観点を踏まえて見直すこととしておりますので、新たな国の目標設定の考え方を踏まえ、必要に応じて目標を再設定することを検討します。
- バイオ後続品については、国の基本方針において、「令和11年度末までにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が、全体の成分数の60%以上にする」という目標が設定されたことを踏まえ、バイオ後続品に数量ベースで80%以上置き換わった成分数が、全体の成分数の60%以上とする目標を設定します。

イ 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、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」「医薬品の適正使用に係る理解と普及」「重複・多剤投与者への訪問指導等の実施」を図る取組目標を設定します。

ウ 適正受診の促進

- 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）を行うことが重要です。
- 重複受診や頻回受診に該当する被保険者に対し、適正な受診について指

¹² バイオ後続品：医薬品には、主に、「化学合成医薬品」と「バイオ医薬品」の2種類があり、「化学合成医薬品」が薬品を混ぜ合わせて合成・製造されるのに対し、「バイオ医薬品」は細胞や微生物が持つ力（タンパク質を作る力）を利用して製造され、タンパク質を有効成分とする。バイオ後続品は、バイオ医薬品（＝先行バイオ医薬品）の特許が切れた後に他の製薬会社から販売される、ほぼ同じ有効性、安全性を有する医薬品のことを指し、一般的に、新しい医薬品を作り出すよりも、研究開発に要する費用が安く抑えられることから、先行バイオ医薬品と比較して薬価が安くなっている。

導するとともに、効果的な医療費通知、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、これまでも加害者への求償事務を行っているところですが、更に取組を強化していくことが重要です。

- こうしたことを踏まえ、適正受診の促進に関する目標として、「重複受診者に対する訪問指導等の実施」「レセプト点検の実施」「医療費通知の効果的実施」「第三者行為に係る求償等の充実」を図る取組目標を設定します。

エ 医療資源の効果的・効率的な活用

- 急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方といった、効果が乏しいというエビデンスのあることが指摘されている医療や、白内障手術及び外来療法の実施状況など、医療資源の投入量に地域差がある医療について、個別の診療行為としては医師の判断に基づく必要性に留意しつつ、地域ごとに関係者が地域の実情を把握することが重要です。
- また、リフィル処方箋¹³については、分割調剤を含む長期処方とあわせて、地域の実情を把握することが重要です。
- こうしたことを踏まえ、医療資源の効果的・効率的な活用に関する目標として、「急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方や白内障手術・化学療法の外来実施、リフィル処方箋について、保険者協議会の場で情報共有」を図る取組目標を設定します。

オ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

- 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすくなります。
- そのため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を可能とする市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援・広域調整等の支援が重要です。
- また、急速な高齢化の進行に伴い、今後、更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折についても、骨折が原因で寝たきりや要介護状態になる方も多いため、地域の実態等を確認した上で、骨粗しょう症の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組が重要です。
- こうしたことを踏まえ、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進に関する目標として、「県域全体で、「地域包括ケア会議」を開催」「骨粗しょう症を早期に発見することの大切さの普及啓発」を図る取組目標を設定します。（表3-5）

¹³ リフィル処方箋：症状が安定している患者で、医師により長期処方が可能と判断した場合に、同じ処方箋で最大3回まで繰り返し使用できる処方箋のこと。

表3-5 医療の効率的な提供の推進に関する目標

目標項目	令和11(2029)年度目標	直近実績値
後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合	後発医薬品の数量シェア ※今後、金額ベース等の観点を踏まえた 目標値に見直される予定 80%以上	82.1% (※1) (令和5年3月) 75.0% (※2) (令和3年度)
	バイオ後続品の数量シェア80%以上に置き換わった成分数の割合 60%以上	18.8% (令和3年度)
医薬品の適正使用の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・重複・多剤投与者への訪問指導等の実施 	—
適正受診の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診者に対する訪問指導等の実施 ・レセプト点検の実施 ・医療費通知の効果的実施 ・第三者行為に係る求償等の充実 	—
医療資源の効果的・効率的な活用	<ul style="list-style-type: none"> ・急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方や白内障手術・化学療法の外来実施、リフィル処方箋について、保険者協議会の場で情報共有 	—
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・県域全体で、「地域包括ケア会議」を開催 ・骨粗しょう症を早期に発見することの大切さの普及啓発 	—

※1 厚生労働省「調剤医療費の動向」(令和5年3月)より

※2 厚生労働省「医療費適正化計画関係推計ツール」より。医療機関の入院患者を含めた数(厚生労働省からの聞き取り)。

第4章 計画の推進体制・役割

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、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解の醸成、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・見直し等に関する協議・検討を行うとともに、県が保険者等や医療関係者等の意見や協力を踏まえた取組ができるよう、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律(以下、「全社法」という。)」の改正(令和5年5月)により必置化された保険者協議会を活用する等、関係者それぞれが主体的に各施策に取り組む中で、新たな課題や好事例の収集に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

- 県は、本計画の目標・施策・医療費適正化に関するデータ分析について、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。
- 計画の着実な実施に当たっては、県が保険者や医療関係者等と協力しながら効果的なPDCA管理を実施する等中心的な役割を果たしていくことが重要です。そこで、県は、計画のPDCA管理を適切に実施するため、保険者等の医療費適正化の取組状況の把握や医療費の要因分析も含めたデータ分析を行う等、保険者等が主体的に医療費適正化に取り組めるよう支援していきます。
- 県は、神奈川県保険者協議会等を通じて、保険者や医療関係者等と共同で保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等について把握・検討し、必要に応じて関係機関へ協力を求めていきます。
- また、市町村における人員不足、経費不足等の恒常的な課題を解決するため、特定健康診査・特定保健指導をはじめとする未病改善の行動変容に繋げるためのICT技術活用の推進、EBPMの実現に資するデータ分析の推進をしていきます。

イ 県民

- 医療費の適正化には、県民自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、軽度な身体の不調を自ら手

当するため、OTC医薬品¹⁴の適切な使用等、症状や状況に応じた適切な行動をとることが重要です。

- そのため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により、自らの健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されています。また、医療機関等の機能に応じた医療を適切に受けるよう努めることも期待されています。

ウ 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。

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等、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等、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等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。
- また、神奈川県保険者協議会において、県や医療関係者等と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等について把握し、医療費適正化に関する目標達成に向けて必要な取組を検討するとともに、必要に応じて、本計画の作成等を行う際に保険者の立場から意見を出すことが期待されます。（関連項目：ク 神奈川県保険者協議会）

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、神奈川県栄養士会等の関連団体（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等の重症化予防等

¹⁴ OTC医薬品：OTCはOver The Counterの略称。医師の処方箋がなくても薬局等で購入できる医薬品のこと。

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等の医療の効率的な提供の推進に努めます。

- 医療の担い手等による医療の効率的な提供に向けた取組が進めやすくなるよう、保険者協議会への医療関係者の参画を促進することが重要です。なお、本県では、医療関係者の参画が進んでいます。

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・見直し等医療費の伸びの適正化に関する協議・検討を行います。

ク 神奈川県保険者協議会

- 令和5年5月の全社法改正により、県、保険者等、医療関係者その他関係者による医療費適正化のPDCAサイクルを強化するため、保険者協議会の必置化や本計画の実績の評価に関する調査及び分析に関する業務を行うとともに、本計画の実績評価に関して意見をすることとされ、本計画への関わりが強化されました。
- そのため、県、保険者等、医療関係者その他関係者が共同で保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等について把握・検討するとともに、本計画への意見の提出や必要な助言、協力を行います。
- また、健康の保持の推進に関する目標及び医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に向けて、地域の実情について把握、検討等を行うために、保険者協議会へ医療の担い手等の関係者の参画を促進していきます。

ケ 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会

- 全社法により、医療費適正化に資する診療報酬請求情報等の分析等が目的、業務等に明記されたことを踏まえ、計画の評価等において、評価に係る県民のライフステージ間の繋がりが分かるような分析結果を目指し県と連携を図ることが期待されます。

第5章 施策の展開

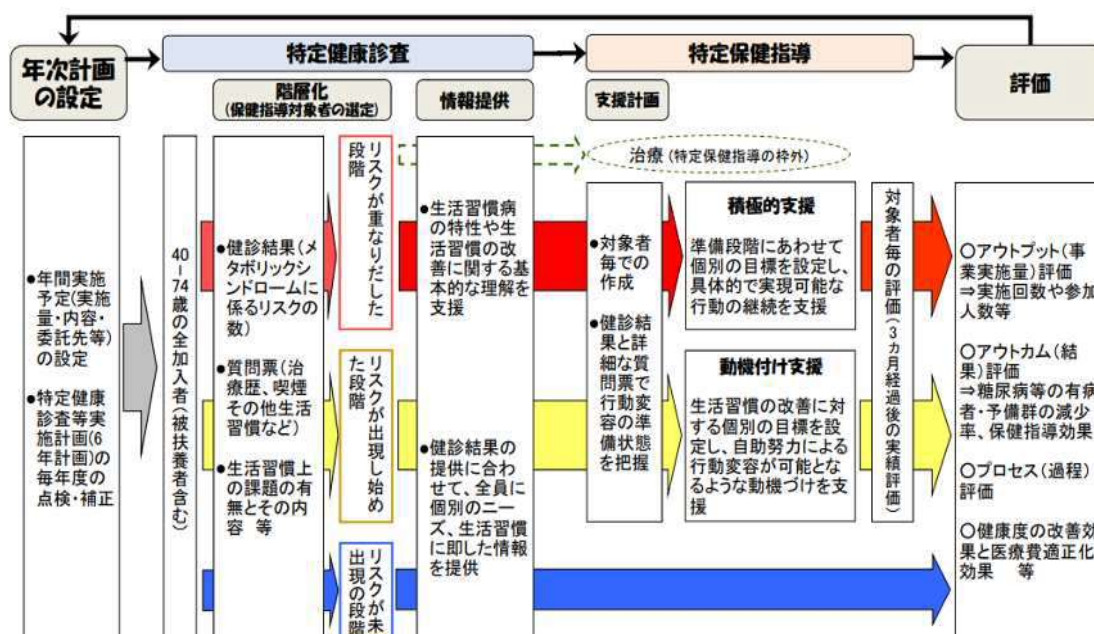
1 県民の健康の保持の推進のための取組

(1) 特定健康診査の推進

【現状と課題】

- 特定健康診査・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の予防を目的としており、メタボリックシンドロームに着目して生活習慣を改善する必要がある者を抽出し、保健指導を行うもので、平成20年度から、40～74歳の被保険者・被扶養者への実施が保険者に義務づけられています。
- 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定め、保険者の規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効果的・効率的に実施し、その実施状況の評価をしています。（図5-1）

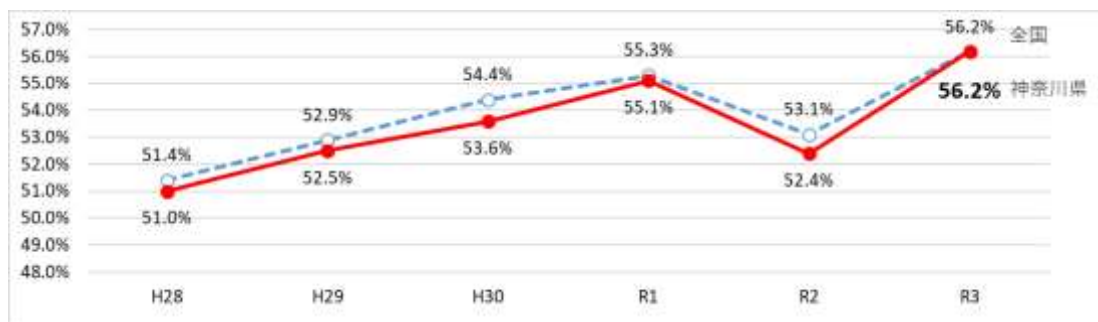
図5-1 特定健康診査・特定保健指導の基本的な流れ



厚生労働省 平成29年度ブロック会議資料

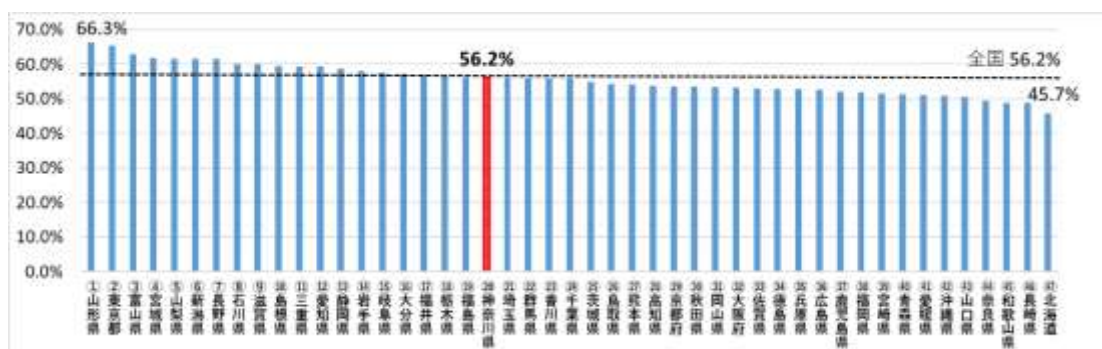
- 本県の特定健康診査の実施率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響もあり減少しましたが、増加傾向となっています。令和3年度は56.2%で、全国平均と同値になり、全国順位は20位です。（図5-2、図5-3）

図5-2 特定健康診査の実施率推移(全国・県)



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28年度～令和3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28年度～令和3年度)

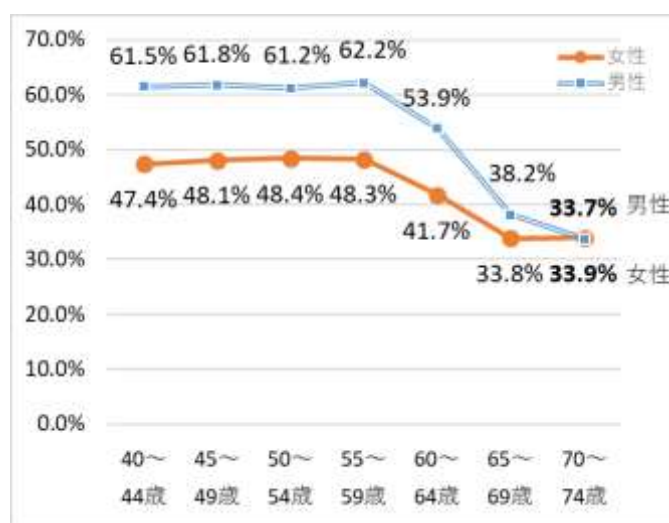
図5-3 特定健康診査の都道府県別実施率



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(令和3年度)

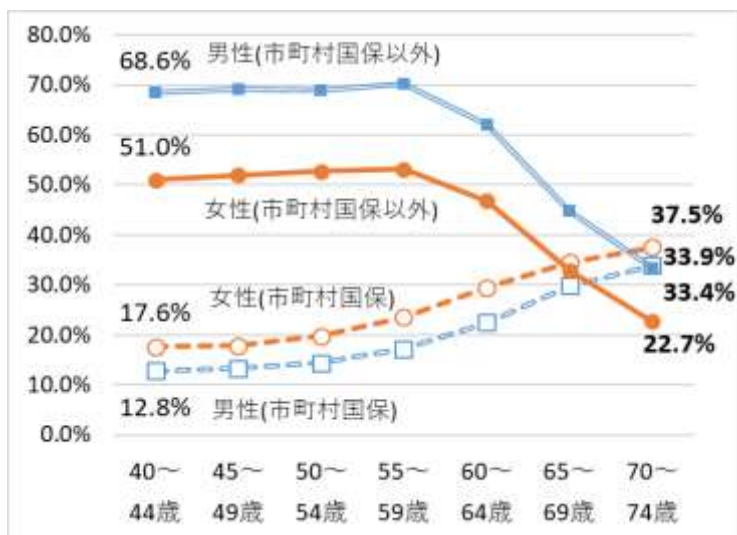
- 本県の令和3年度の特定健康診査の実施率を性・年齢階級別¹⁵に見ると、69歳までは男性が女性を上回っていますが、70歳以上になると、ほぼ同値となります(男性33.7%、女性33.9%)。(図5-4)

図5-4 神奈川県の特健康診査の性・年齢階級別の実施率



- これを市町村国保とそれ以外の健康保険に分け、実施率を性・年齢階級別に見ると、市町村国保においては、全ての年齢階級で女性が男性を上回っています。また、特に40歳代等の若年層の実施率が低くなっています。(図5-5)

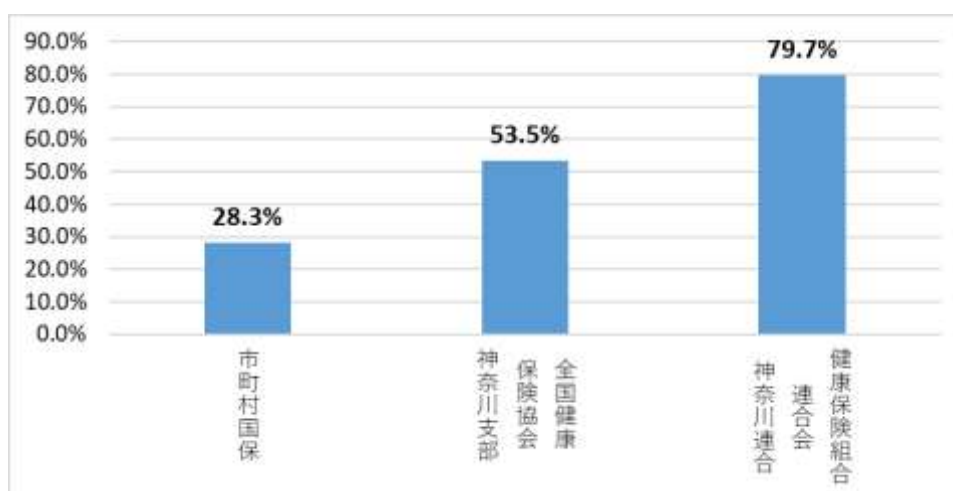
図5-5 神奈川県の実施者種別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率



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(令和3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(令和4年1月1日現在)

- 本県の保険者のうち、特定健康診査の対象者となる被保険者の大半が加入する市町村国保と、全国健康保険協会及び健康保険組合を比較すると、健康保険組合が最も高く、市町村国保が最も低くなっています。(図5-6)

図5-6 神奈川県の実施者種別の特定健康診査の実施率



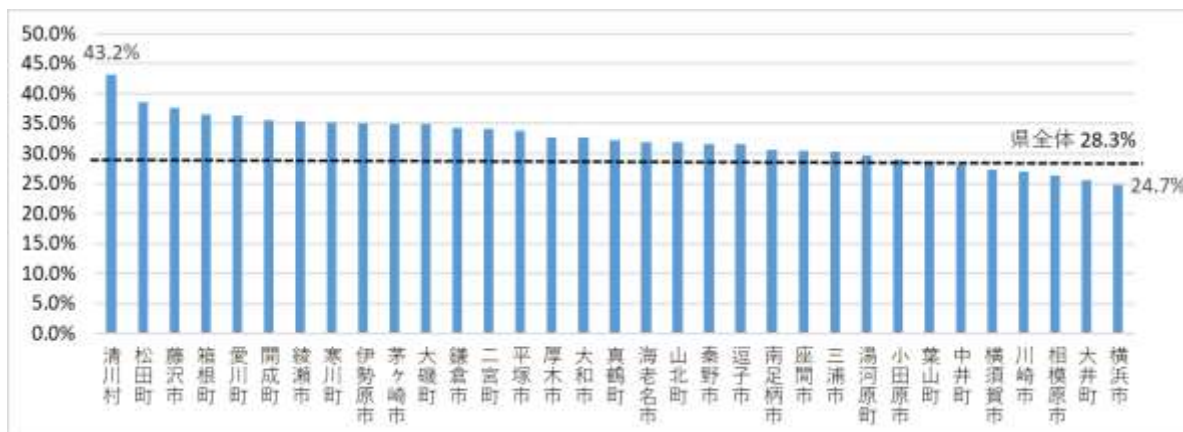
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(令和3年度)
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和4年1月1日現在)

- また、全国健康保険協会神奈川支部の令和3年度事業年報によると、被保険者の実施率(60.5%)に比べ、被扶養者の実施率(24.7%)が低い傾

向にあります。

- 本県の市町村国保における実施率を市町村別で見ると、最も高い市町村が43.2%、最も低い市町村が24.7%で、18.5%の開きがあります。
(図5-7)

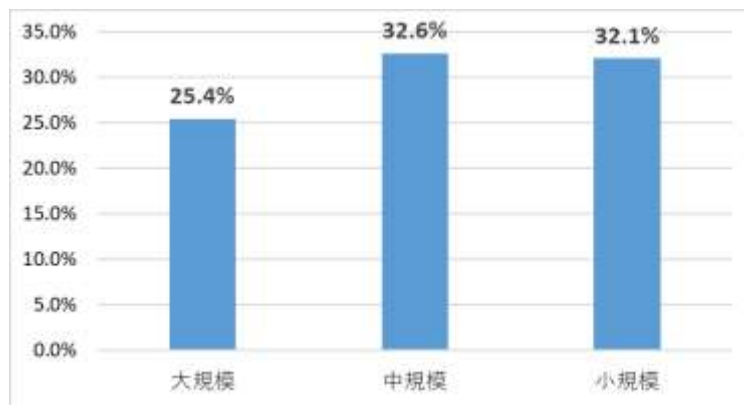
図5-7 神奈川県国保における市町村別特定健康診査の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(令和3年度)

- 本県の市町村は、規模差が大きいため、規模別¹⁶で実施率を比較してみると、中規模が32.6%で最も高く、大規模が25.4%で最も低くなっています。
(図5-8)

図5-8 神奈川県市町村国保における規模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ついて(令和3年度)

- 特定健康診査の実施率は全国平均と同程度で、上昇傾向ですが、目標値の70%以上とは乖離があり、引き続き実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があります。
- 全保険者の中でも市町村国保の実施率が低く、特に、40歳代の実施率が

¹⁶ 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

低いため、特定健康診査の始まる40歳前後の若年層や未受診等の健康に関心が薄い層に対する周知・啓発が必要です。

- また、がん検診との同時実施等、効果的・効率的な取組に係る情報の収集・展開により、全体的な実施率の向上が必要です。
- 被用者保険における被扶養者の受診率は低い傾向にあるため、特定健康診査の重要性の周知・啓発を行うとともに、自宅の近くで受診ができる環境整備も必要です。
- また、40歳から60歳の高い被用者保険の実施率に対し、60歳以上の市町村国保の実施率が低いことから、被用者保険から市町村国保に加入した健康診断の習慣のある対象者を特定健康診査に繋げることも必要です。

【目標】

- 特定健康診査の実施率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
56.2%	70%以上

<参考>

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における保険者種別ごとの特定健康診査実施率は、市町村国保60%、国民健康保険組合70%、全国健康保険協会（協会けんぽ）70%、単一健康保険組合90%、総合健康保険組合85%、共済組合90%が各目標値とされています。

【取組】

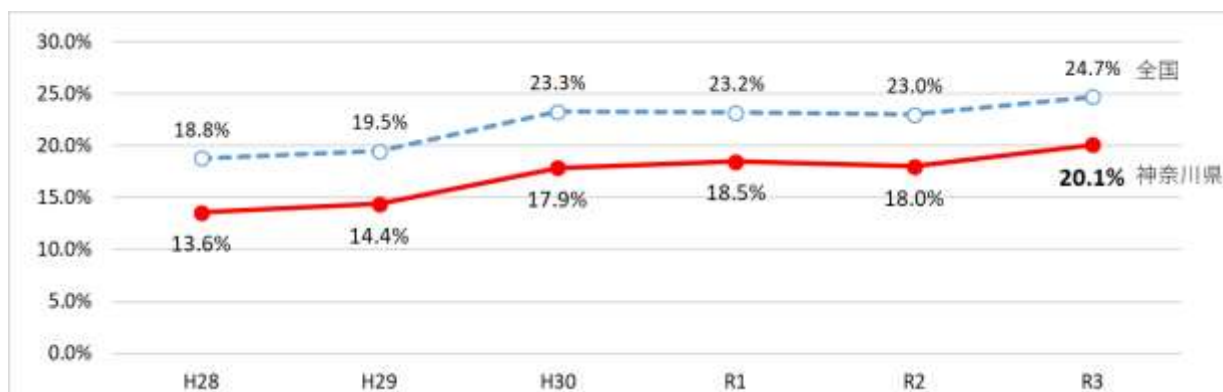
- 若年層や健康に関心が薄い層に対する効果的な普及啓発を実施します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 神奈川県保険者協議会を通じて、集合契約の実施や医療機関の調整等の支援を行います。
- 医療レセプトデータ、特定健康診査データ等の保健医療データを活用し、より効果的・効率的な取組となるように努めます。
- 更に、県のみではなく、市町村においてもデータに基づいた効果的・効率的な事業展開ができるよう、保健医療データの収集・分析・加工、地域の課題分析、市町村職員等を対象としたデータ活用研修、有識者による市町村の事業評価、保健医療データを活用したポータルサイト整備等、市町村の保健医療データ活用を支援します。

(2) 特定保健指導の推進

【現状と課題】

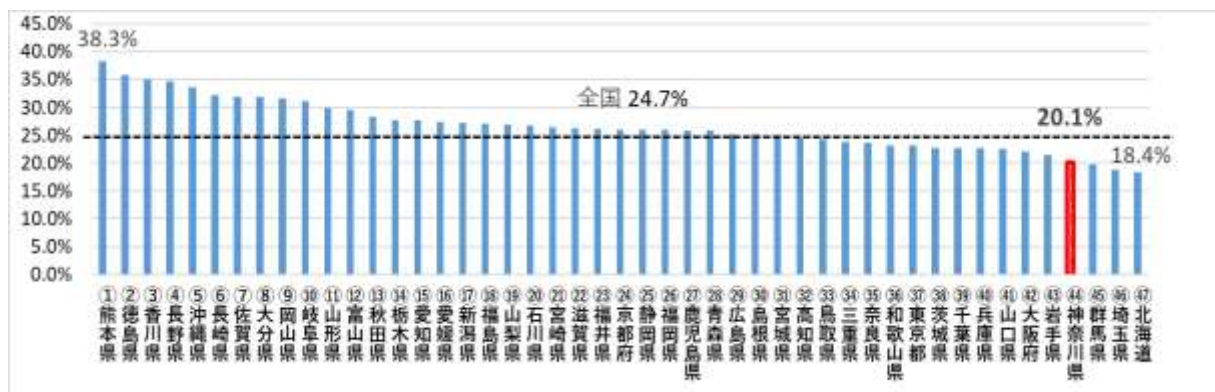
- 本県の特定保健指導の実施率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による現場の人員不足等の影響もあり減少しましたが、上昇傾向にあります。
- 全国の実施率と比較すると、平成28年度から令和3年度までの全ての年度において全国平均を下回っており、令和3年度の実施率は20.1%で、全国順位は44位です。（図5-9、図5-10）

図5-9 特定保健指導の実施率推移(全国・県)



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28年度～令和3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28年度～令和3年度)

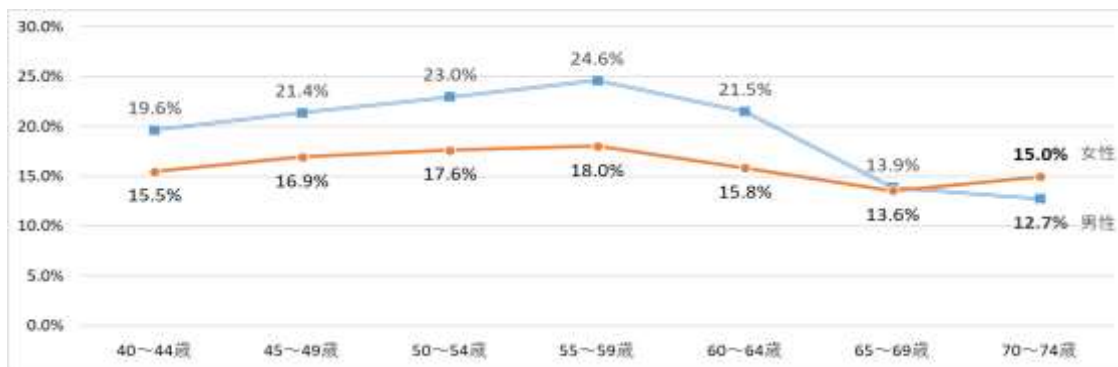
図5-10 特定保健指導の都道府県別実施率



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(令和3年度)

- 本県の令和3年度の実施率を性・年齢階級別に見ると、64歳までは男性が女性を上回っていますが、65歳～69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5-11）

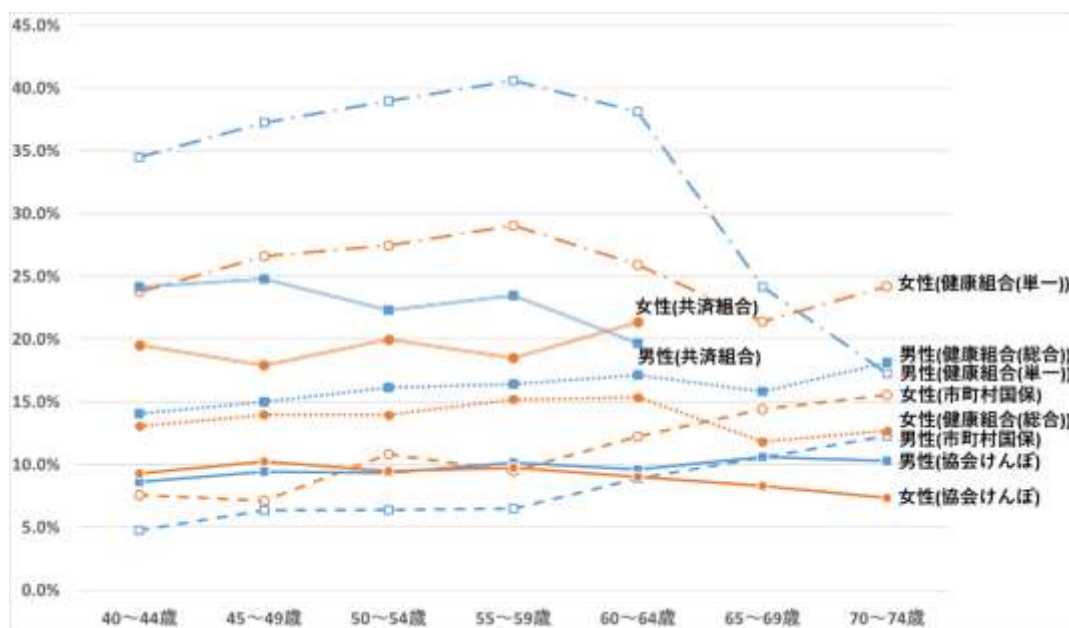
図5-11 神奈川県の特定保健指導の性・年齢別の実施率



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(令和3年度)

- 保険者別にみると、市町村国保を除き、全年齢階級で男性の実施率が、女性の実施率より高い傾向があります。
- また、市町村国保及び全国健康保険協会においては、実施率が一桁となっている年代があります。(図5-12)

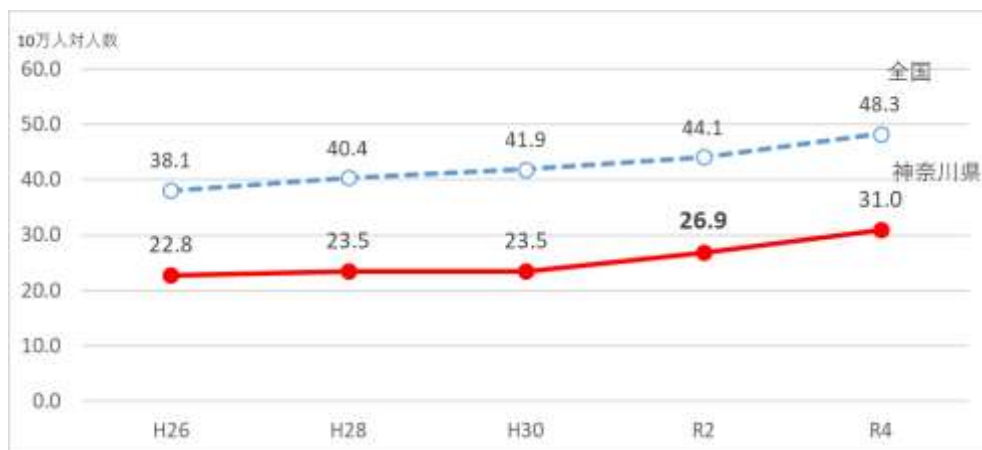
図5-12 神奈川県の実施率別 性・年齢階級別の特定保健指導の実施率



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(令和3年度)

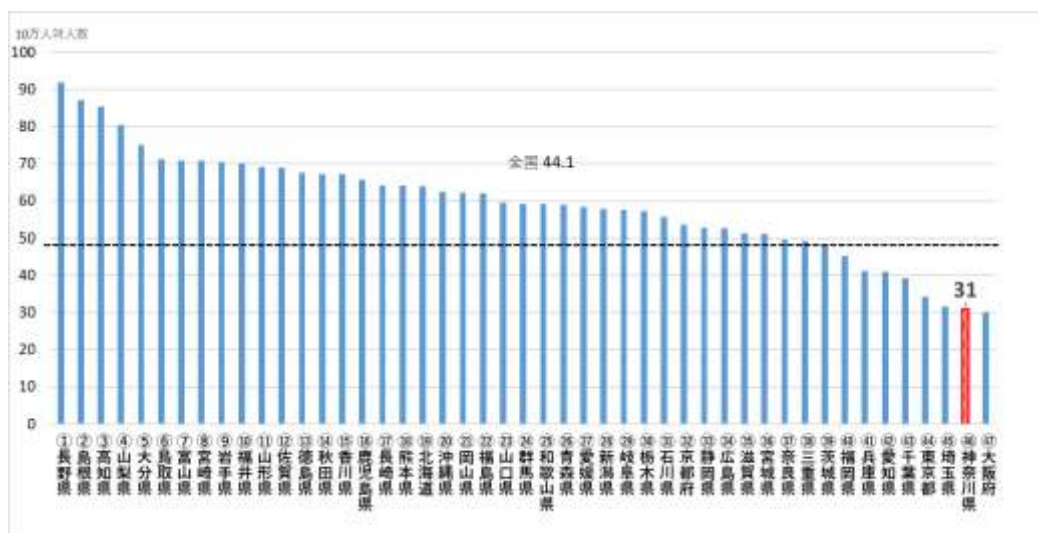
- 全国的にも特定保健指導実施率の目標値については、直近の実績と目標値との乖離があることから、特定保健指導の利便性を高めるため、令和6年度から始まる第四期特定健康診査等実施計画において、保健指導対象者と保健指導実施者双方にメリットがあるとされているICTの活用が推奨されています。
- また、本県は、特定保健指導の主な担い手となっている保健師の人口10万人対の人数が、令和4年度は31.0人で、全国平均の48.3人と17.3人の開きがあります。全国平均との差は徐々に拡大傾向にあり、全国順位も46位です。(図5-13、図5-14)

図5-13 人口10万人対就業保健師数(全国・県)



厚生労働省 衛生行政報告例（平成26、28、30年度、令和2、4年度）

図5-14 都道府県別人口10万人対就業保健師数



厚生労働省 衛生行政報告例（平成26、28、30年度、令和2、4年度）

- そのため、本県の特定保健指導の実施率を向上させていくためには、特定保健指導の必要性の周知・啓発及び、市町村国保の働く世代を筆頭に、特定保健指導の利便性を高めていくことが必要です。
- また、特定保健指導の担い手である保健師等の専門職の育成・確保も必要です。

【目標】

- 特定保健指導の実施率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
20.1%	45%以上

<参考>

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における保険者種別ごとの特定保健指導実施率は、市町村国保60%、

国民健康保険組合30%、全国健康保険協会35%、単一健康保険組合60%、総合健康保険組合30%、共済組合60%が各目標値とされています。

【取組】

- 若年層や健康に関心が薄い層に対する効果的な普及啓発を実施します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 市町村や被用者保険と連携し、保険者が行う各種健診や特定保健指導を充実させるための取組を支援します。
- 特定保健指導の実施率向上に資するICTの活用等を推進します。
- 行政保健師の育成・確保充実に向けて、関係職能団体や養成機関等とも連携しながら、保健師修学資金貸付事業の活用等効果的・効率的な取組を検討していきます。

(3) 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）の減少の推進

【現状と課題】

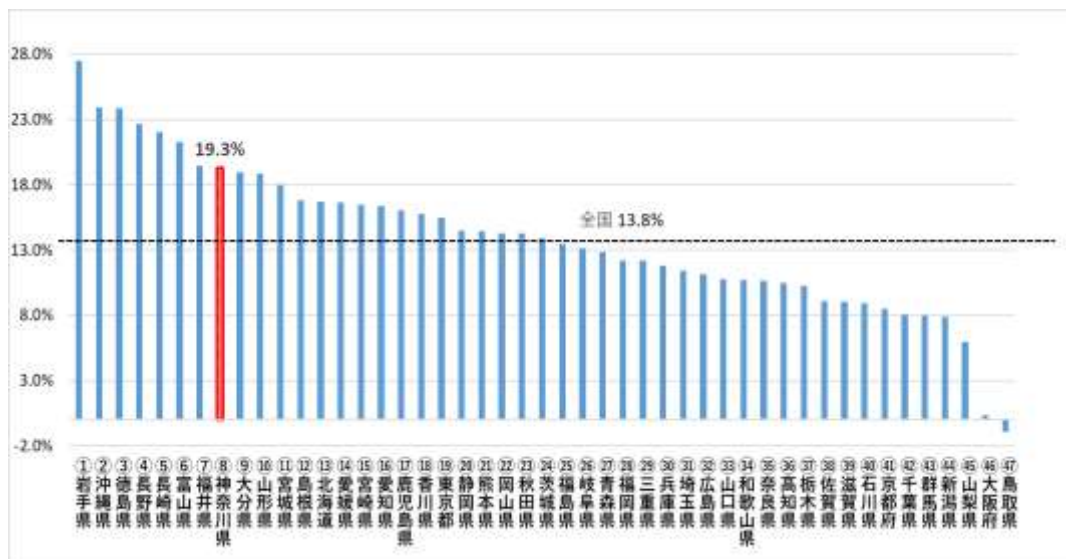
- 本県は、全国平均より高齢化率が低いものの、今後、年少人口は減少し、老年人口が増加すると予測されています。そのため、子どもの頃からの健康的な生活習慣により、高齢になっても元気で生き生きと生活し、自己実現を達成できる活力ある社会を実現していく必要があります。
- 本県の令和3年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率（平成20年度比）は、全国8位です。全国平均よりは高い水準で推移していますが、目標である25%には届いていません。（図5-15、図5-16）

図5-15 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（平成20年度比）の推移（全国・県）



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25年度～令和3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年度、平成25年度～令和3年）

図5-16 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)の都道府県別減少率(平成20年度比)



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(令和3年度)

- メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積により、高血圧、高血糖、脂質異常等を呈する状態であり、脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症の危険性を高めます。そのため、年に一度は特定健康診査を受け、特定保健指導を活用して生活習慣を見直す等、生活習慣病の発症予防を図ることや、早期発見・早期治療・適切な医療により、生活習慣病の重症化予防を図ることが必要です。
- 本県の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（平成20年度比）は、全国平均よりは高い水準で推移していますが、目標である25%には届いておらず、生活習慣病の発症予防のため、更なる減少率の向上が必要です。

【目標】

- 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

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
19.3%	25%以上

【取組】

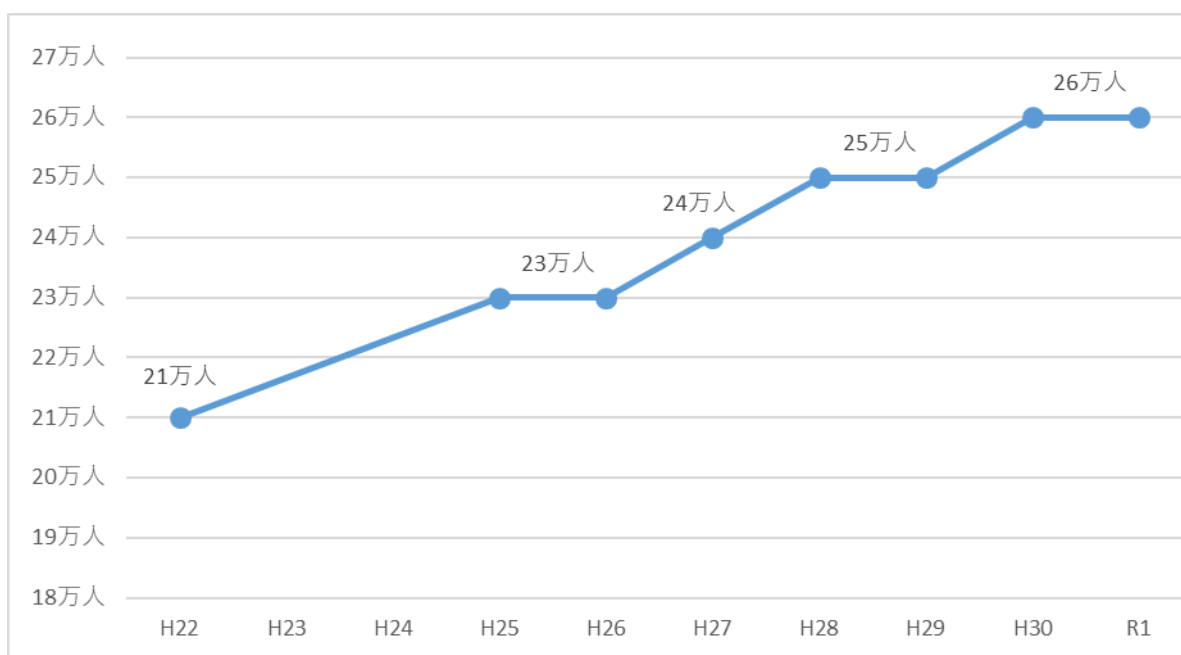
- 保険者が生活習慣病の予防対策として行う、特定健康診査等の各種健診や特定保健指導を充実させるための取組を、県・市町村や被用者保険等とも連携しながら支援し、健診受診率・事後指導実施率の向上を目指します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 未病指標等を活用し、未病の見える化（疾病リスク等）を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(4) 生活習慣病等の重症化予防の推進

【現状と課題】

- 食生活や運動等の生活習慣がその発症や重症化に大きく影響する2型糖尿病は、適切な治療や、食事や運動等の生活習慣改善を行わずに放置すると、腎症や網膜症、神経症状等の合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけでなく、医療経済上の負担を増加させます。
- そのため、県や市町村、糖尿病対策に取り組む関係団体は、これまでも糖尿病に係る知識の普及啓発や健康相談等により、住民の糖尿病リスクの低減に取り組んできました。
- 県、県医師会、県糖尿病対策推進会議¹⁷は、市町村や医療機関等と連携した糖尿病対策の取組を促進し、事業の円滑な実施を図るため、神奈川県糖尿病対策推進プログラムを協働で策定し、糖尿病対策を推進しています。
- 本県の糖尿病有病者数(40～74歳)は、平成22年度より増加傾向にあります。(図5-17)

図5-17 40～74歳の糖尿病有病者数(40～74歳)の推移

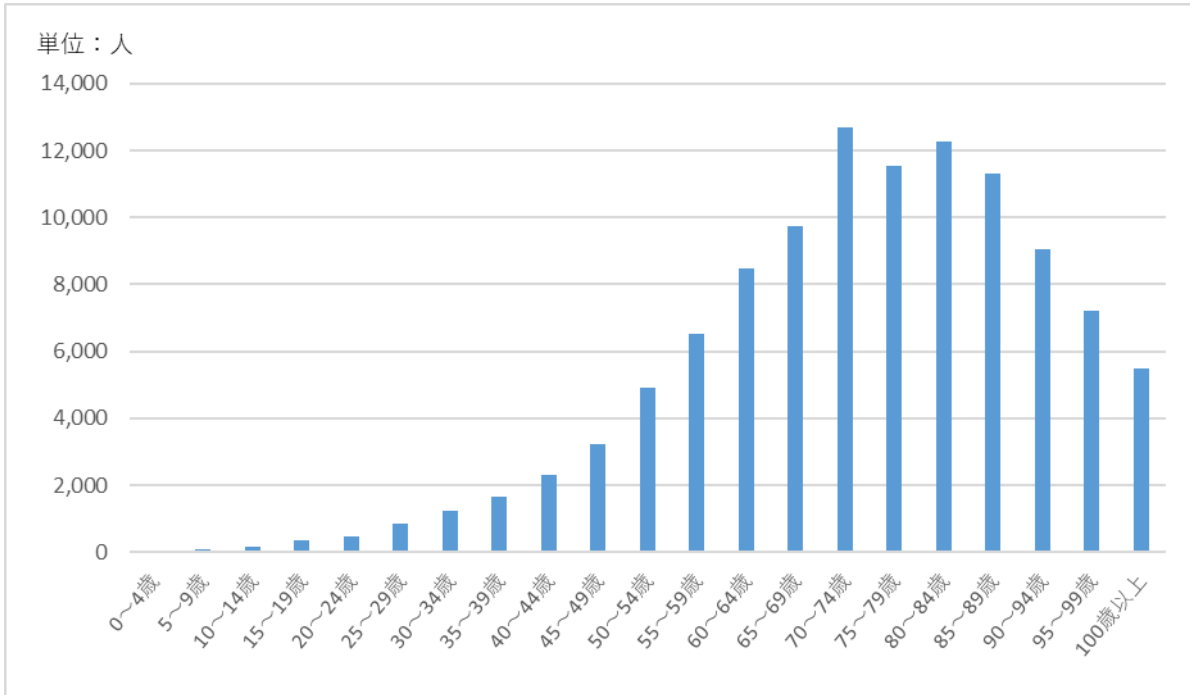


厚生労働省 NDBオープンデータより推計

¹⁷ 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。

- 本県の令和3年度の人口10万人当たり糖尿病有病者数を年齢階級別で見ると、70～74歳をピークに、高齢者に有病者数が多い傾向にあります。(図5-18)

図5-18 神奈川県の人10万人当たり糖尿病有病者数(年齢階級別)



厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

- 本県の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合は、全国平均に比べ低値で推移しています。(図5-19)
- また、本県の糖尿病治療継続者の割合は、平成22年度からおおむね増加傾向にあります。(図5-20)

図5-19 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の推移



厚生労働省 NDBオープンデータより推計

図5-20 糖尿病治療継続者の割合の推移



県民健康・栄養調査(平成29～令和元年)

- 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患であり、進行すると人工透析が必要になります。全人工透析患者のうち糖尿病性腎症が原因で人工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。
- 本県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、平成29年度から減少傾向にあります。（図5-21～図5-23）

図5-21 新規透析導入患者数の推移(県)

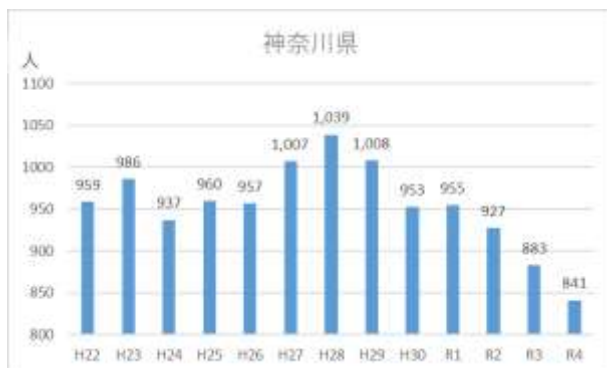


図5-22 新規透析導入患者数の推移(全国)

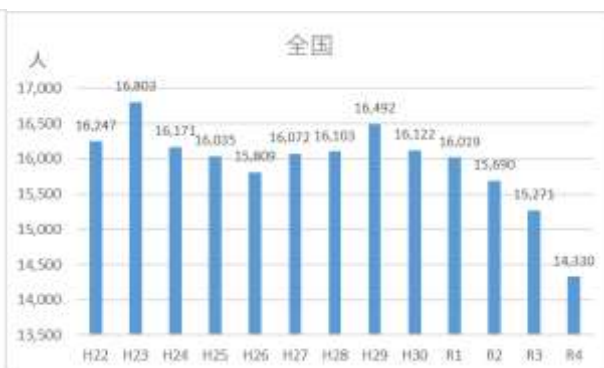


図5-23 人口10万人対新規透析導入患者数の推移(全国・県)



日本透析医学会 図説 わが国の慢性透析療法の現況 (2022年12月31日現在)

- 高齢化の進展により、更に糖尿病有病者数が増えることが想定されていることから、糖尿病の治療が必要な人を医療に繋げるため、引き続き、特定健康診査受診率の向上に取り組むことが必要です。
- また、糖尿病の発症予防・重症化予防には、血糖コントロールを良好に行い、適正体重を維持することが重要なため、引き続き、食生活の改善、適度な運動の実施、禁煙等の生活習慣改善を促すための知識の普及啓発に取り組むことが必要です。
- 更に、糖尿病の重症化予防には、治療の継続も欠かせないため、治療中断者や未治療者を医療に繋げる取組も必要です。

【目標】

- 糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値（40歳から74歳）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和11年度)
27万人	28万人以下

- 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
841人	748人以下

【参考指標】 かながわ健康プラン2.1より

- 糖尿病治療継続者の割合増加

直近実績値 (平成29～令和 元年度)	目標値 (令和14年度)
71.1%	80.0%

- HbA1c8.0%以上の者の割合（40歳から74歳）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
1.31%	1.0%

【取組】

- 県民へ糖尿病対策の重要性を伝えるため、糖尿病に関するリーフレットの配布、世界糖尿病デーに合わせて県庁をブルーにライトアップ¹⁸するイベントの開催等、普及啓発に取り組みます。
- 「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）」により、市町村及び他の保険者が、地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。
- 二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。

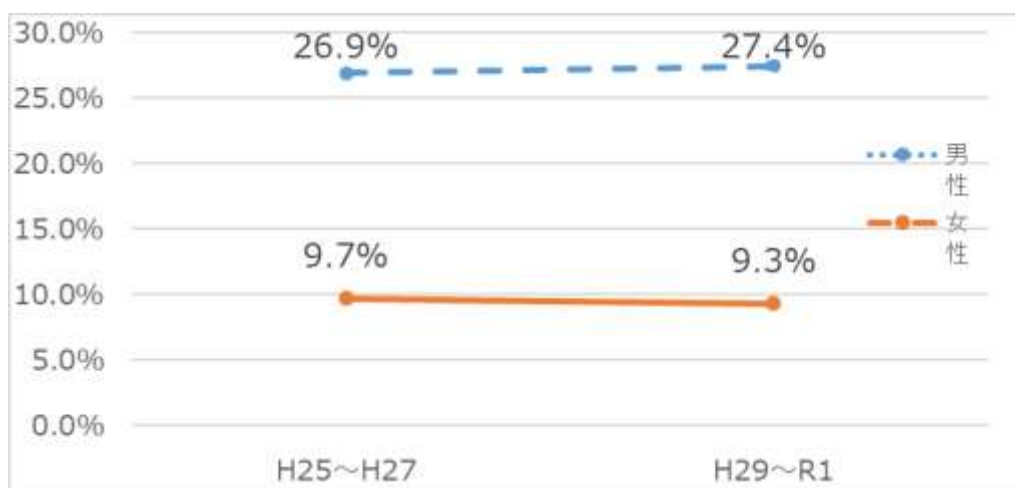
¹⁸ ブルーにライトアップ：世界糖尿病デーのキャンペーンに用いられる、青い丸をモチーフにしたシンボルマーク「ブルーサークル」は、国連のイメージカラーであり、どこまでも続く空を表す「ブルー」と、団結を表す「輪」をデザインしたもので、キャッチフレーズは”Unite for Diabetes”（糖尿病との闘いのため団結せよ）である。ブルーサークルに合わせて、県庁をブルーライトアップすることで、糖尿病について考えてもらうきっかけとしている。

(5) たばこ対策の推進

【現状と課題】

- 喫煙は、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）に共通した主なリスク要因です。
- また、受動喫煙は、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群等の発症リスクが高まることが報告されているため、健康増進法や神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例に基づく取組を継続するとともに、望まない受動喫煙の機会を減らす環境づくりを推進する必要があります。
- 本県の20歳以上の者の喫煙率は、平成25年～27年から平成29年～令和元年にかけて、男性は増加し、女性は減少していますが、ほぼ変化がない状況です。（図5-24）

図5-24 神奈川県の20歳以上の者の喫煙率の推移



県健康増進課 県民健康・栄養調査(平成25年度～令和元年度)

- 喫煙率を減少させるため、引き続き、各種キャンペーンでの普及啓発、禁煙サポート推進事業での教育、個別相談等の支援に取り組むことが必要です。
- また、各種キャンペーン等では、たばこの害（慢性閉塞性肺疾患（COPD）を含む。）もあわせて伝えていく必要があります。
- 20歳未満の者の喫煙は、身体等への健康影響が大きく、かつ、成人期を通じた喫煙継続につながりやすいため、引き続き、児童・生徒及び学生へ、たばこの害（慢性閉塞性肺疾患（COPD）を含む。）を伝えていく必要があります。
- 妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等のリスクを高めるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症等のリスクとなるため、引き続き、妊娠中の喫煙をなくすことを目指し、保健指導や情報提供等に取り組むことが必要です。

【目標】

- 20歳以上の者の喫煙率の減少

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和11年度)
男性 27.4%	男性 22.9%以下
女性 9.3%	女性 5.6%以下

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1より

- 20歳未満の喫煙者の割合の減少

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 15歳以上20歳未満の割合 3.2%	0%
女性 15歳以上20歳未満の割合 0%	0%

- 妊婦の喫煙率の減少

直近実績値 (令和3年度)	目標値
2.0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【取組】

- たばこをやめたい、減らしたい者への卒煙（禁煙）サポートとして、禁煙相談等、喫煙率の減少に向けた取組を行います。
- キャンペーンや県民向けイベント等を行い、たばこの害や受動喫煙防止について、広く普及啓発を図ります。
- 児童・生徒向けに、たばこの害を解説したリーフレットを作成し、県内全ての小学6年生を対象に配布する等、喫煙防止教育により広くたばこの害を周知するとともに、喫煙防止を呼び掛ける広告の配信等、喫煙防止対策に取り組みます。
- 喫煙に関する記事も掲載した「健康・未病学習教材（高校生向け副教材）」を県立高校1年生向けに作成し提供します。
- 生徒やPTAに対して、ハンドブックやホームページを通じて喫煙の危険性等を啓発します。
- 20歳未満の者へのたばこの販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づきたばこ販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への喫煙防止のため、ポスター等の啓発品をたばこ販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。
- 妊娠中の喫煙の有害性について、ホームページを活用し効率的に普及啓発を行うとともに、県保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教

育・健康相談事業を行います。

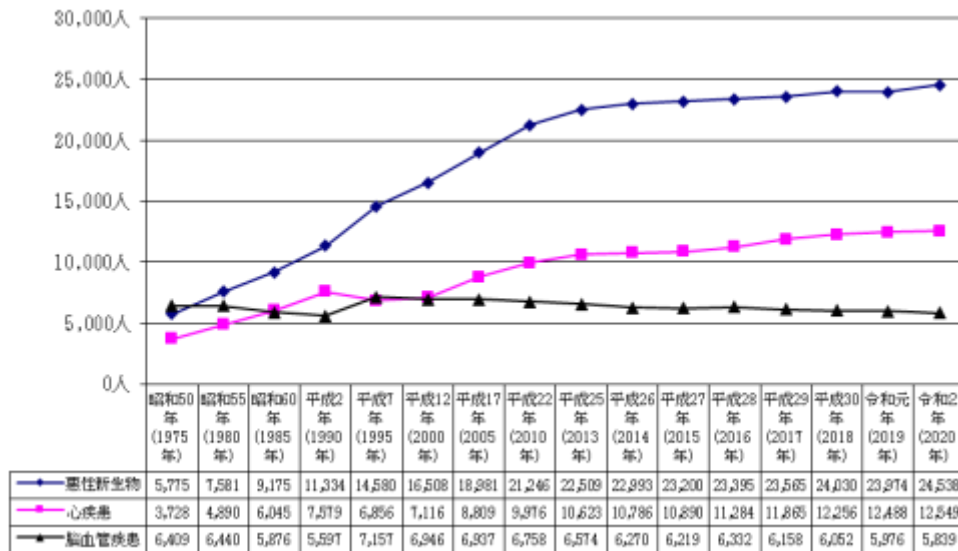
- 健康増進法や受動喫煙防止条例の概要をまとめたチラシやリーフレット、施設管理者向けのハンドブックを配布し、法や条例の内容を普及啓発します。
- 関係団体や市町村との連携によるポスター掲示や、WEBにおけるデジタル広告により、受動喫煙の健康への悪影響を普及啓発します。
- 職域関係機関（商工会）が実施する健診の場等を活用し、受動喫煙を防止することの重要性を普及啓発します。

(6) がん検診の推進

【現状と課題】

- 本県においては、がん（悪性新生物）が死亡原因の第1位となっています。（図5-25）

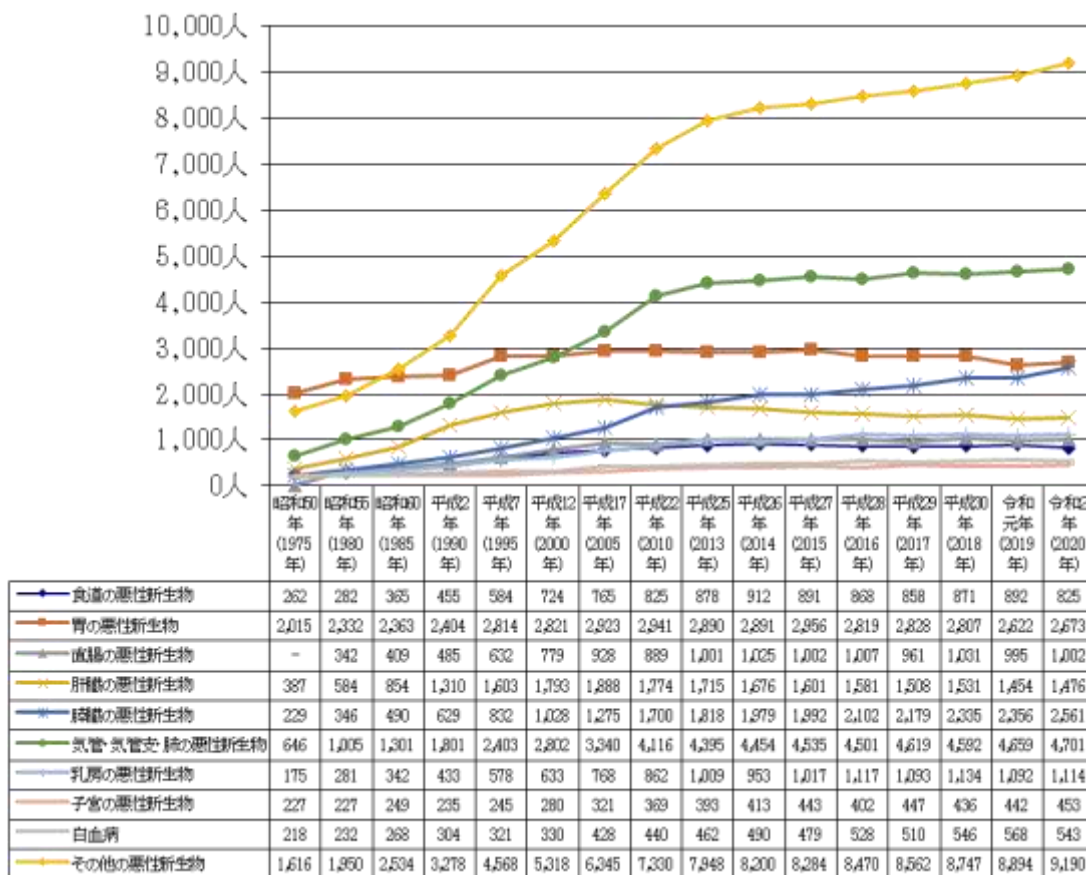
図5-25 神奈川県内の主要死因別死亡者数の推移



神奈川県衛生統計年報（昭和50、55、60年、平成2、7、12、17、22、25～令和2年）

- また、部位別死亡数では、その他を除くと、気管・気管支・肺が最も多く、次いで、胃、膵臓、肝臓の順となっています。（図5-26）

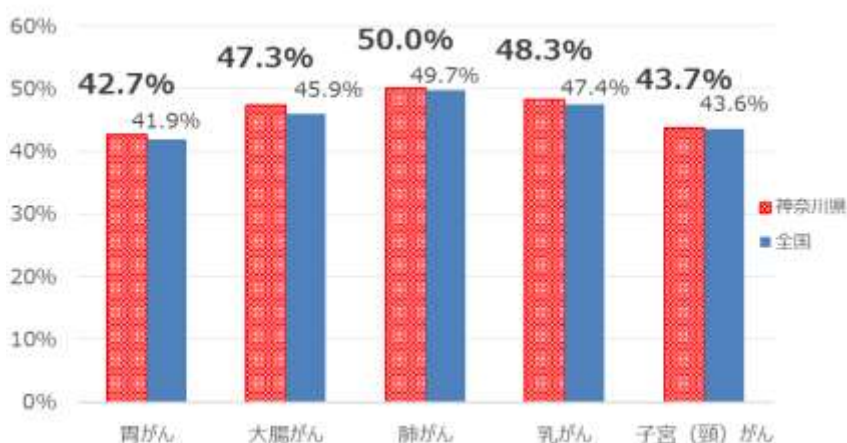
図5-26 神奈川県内の悪性新生物部位別死亡数の推移



神奈川県衛生統計年報（昭和50、55、60年、平成2、7、12、17、22、25～令和2年）

- 本県のがん検診受診率は、令和4年度において、全てのがん検診受診率が全国平均を上回っています。（図5-27）

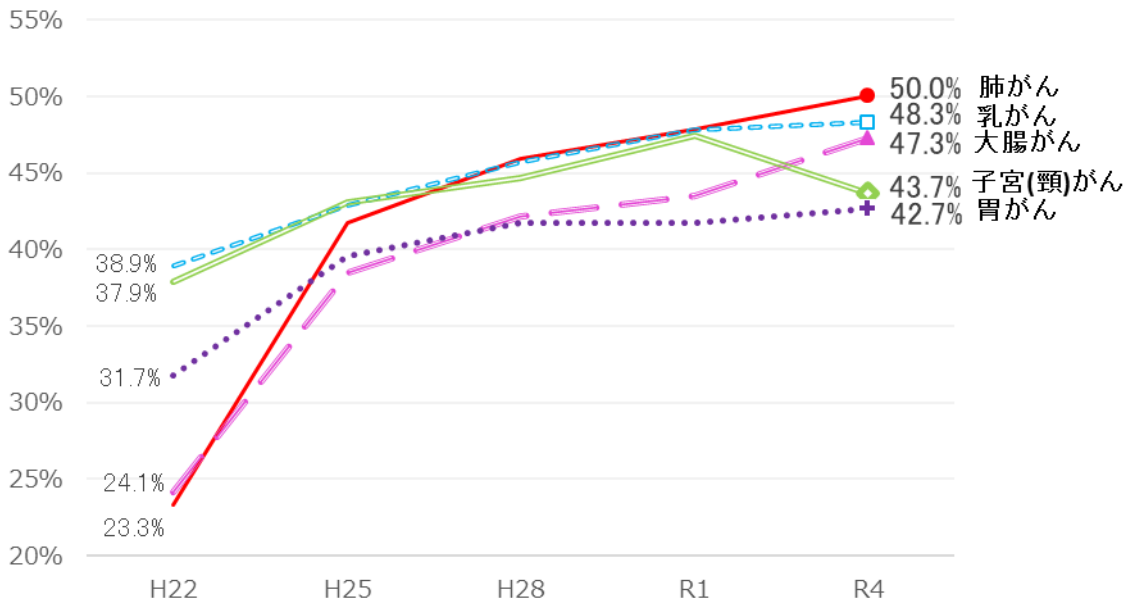
図5-27 がん検診受診率(全国・県)



厚生労働省 国民生活基礎調査(令和4年度)

- また、平成22年度から令和4年度にかけて、全てのがん検診の受診率が増加傾向にあります。（図5-28）

図5-28 神奈川県のがん検診受診率の推移



厚生労働省 国民生活基礎調査(平成22年度～令和4年度)

- がん検診でがんを早期に発見し、早期治療につなげることで、がんによる死亡者数の増加を抑制するため、引き続き、受診率の向上に取り組むことが必要です。
- また、がんの主要因子である喫煙や感染症への対策を推進するとともに、食生活改善や運動習慣を持つことの促進等、がんになるリスクを減らすための生活習慣改善にも取り組むことが必要です。

【目標】

- がん検診の受診率の向上

直近実績値 (令和4年)		目標値 (令和10年度)
胃がん	42.7%	胃がん・大腸がん・ 肺がん・乳がん・ 子宮頸がん 60%以上
大腸がん	47.3%	
肺がん	50.0%	
乳がん	48.3%	
子宮頸がん	43.7%	

【取組】

- 県民に広くがん検診の受診を呼びかけるため、がん検診受診促進リーフレットや広報誌等の配布、ピンクリボン運動と連携して県庁をピンクにライトアップするイベントの開催など、普及啓発に取り組みます。
- がん検診の受診率向上に向け、企業の健康づくり担当者に対する研修や県民への普及啓発活動等に地域・被用者保険と連携した取組を行います。

- 未病指標等を活用し、未病の見える化（疾病リスクなど）を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(7) 予防接種の推進

【現状と課題】

- 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ことが必要です。
- 県及び市町村は、県民が予防接種を受けようと希望する場合、予防接種を受けられる場所、医療機関等に関する情報等について正しい情報を得られるようにする必要があります。
- 市町村は、予防接種法に基づく定期予防接種の実施にあたり、地域の医師会等と十分な連携を図り、地域の実情に応じて個別接種の推進や対象者が予防接種をより安心して受けられるよう実施体制を整備しています。

【取組】

- ワクチン及び接種に関する正しい知識を普及することで、市町村及び各医療機関の円滑なワクチン接種をサポートし、VPD¹⁹対策の推進に努めます。
- 市町村における健康被害の救済の支援、副反応疑い報告制度の円滑な運用への協力を努めます。

(8) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

【現状と課題】

- 一人ひとりの高齢者が、健康でいきいきと自分らしい生活を送り続けるためには、生活習慣の改善に取り組むことが重要です。
- 一方、高齢期の健康は、それまでの健康状態の積み重ねにより形作られるもののため、高齢期から生活習慣の改善に取り組むのではなく、若年期から継続して生活習慣の改善に取り組むことが望ましいといえます。
- また、多くの人が高齢な状態から「フレイル」の段階を経て要介護状態に陥ると考えられています。フレイルには「可逆性」という特性があり、早い段階からの対応がより有効と言われていることから、フレイルの兆候を早期に発見することで、できる限り早い段階から生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

フレイル予防で掲げている柱は3つあります。まず、1日3食、多様な食品を組み合わせるバランスよく食事をし、水分も十分に摂取する等の「栄養」で、次に、歩いたり、筋力トレーニングをしたりする等の「身体活動・運動」、さらに、就労や余暇活動、ボランティア等に取り組む「社会参加」です。

¹⁹ VPD : Vaccine Preventable Diseasesの略称で、ワクチン接種により防ぎ得る病気のこと。

- なお、高齢者によく見られる健康課題として、社会参加する機会の減少に伴う健康状態の悪化が指摘されており、学びの場や活動の場など、個人の興味や状況に応じて社会参加できる機会を増やしていくことが求められています。
- また、高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれています。認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであり、発症の抑制や、進行を緩やかにするため、生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 「低栄養傾向の高齢者（65歳から74歳のBMI 20以下の割合）」は、17.4%（NDBオープンデータ(令和元年度)）です。
- 低栄養傾向の高齢者の減少は、可能性が高いと言われているため、健康寿命の延伸に向けて、引き続き、低栄養傾向の高齢者の減少に資する取組を推進していく必要があります。
- オーラルフレイル²⁰の人は、そうでない人に比べて、低栄養状態である割合が2倍であることが報告されているほか、フレイルやサルコペニア、要介護認定、死亡のリスクもおおよそ2倍高いという結果が示されており、オーラルフレイル対策を推進する必要があります。

イ ロコモティブシンドローム

- ロコモティブシンドロームは、運動器（身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経等の総称）の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。
- 運動器に痛みがあると、活動量が低下し、移動機能の低下につながるため、運動器の痛みはロコモティブシンドロームの発症や悪化の要因となります。
- また、運動器の痛みの改善がロコモティブシンドロームの減少に寄与すること、腰痛症や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性があることが示唆されていることから、足腰に痛みのある高齢者を減少させていくことが必要です。
- 本県における「足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65歳以上）」は、222人（令和4年度）であり、多くの方が足腰の痛みを抱えていることから、ロコモティブシンドロームの減少に向けて、引き続き、足腰の痛みの改善に資する取組を推進することが必要です。

ウ 社会活動を行っている高齢者の増加

- 社会参加や就労が健康増進につながることを示されており、就学・就労

²⁰ 「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音ははっきりしない」、「嚥めないものの増加」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。

を含めた社会活動へ参加することは、健康づくりにおいて重要です。

- 県民のうち、22.5%の方が健康に関するボランティア活動をされて（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）いますが、引き続き、ボランティア活動の輪が広がるよう取り組んでいくことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1より

- BMI 20以下の高齢者（65歳以上）の割合

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
16.7%	13.0%未満

- 足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65歳以上）

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和14年度)
222人	200人

- いずれかの社会活動（就労・就学を含む。）を行っている高齢者（65歳以上）の割合

直近実績値	目標値 (令和14年度)
—	10%増加

【取組】

- 市町村と神奈川県後期高齢者医療広域連合は、被保険者の健康診査や歯科健康診査、フレイル対策となる低栄養防止・重症化予防などの事業に取り組んでおり、県は助言するなど支援に努めます。

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 高齢者が、自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係機関と連携し、自己チェックの機会を提供するとともに、フレイル対策の重要性について啓発を図ります。
- 高齢者の社会参加・支え合い体制づくりや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等の取組等、近年の市町村介護予防事業に対応できる人材を養成します。
- 歯と口腔の健康づくりボランティアであるオーラルフレイル健口推進員（8020運動推進員）等を活用し、健口体操²¹など、口腔の健康づくりに関

²¹ 健口体操：口腔機能を維持・向上するための体操のこと。意識をはっきりさせ、顔の表情も豊かにする「顔面体操」、舌の動きを滑らかにする「舌体操」、唾液の分泌を促す「唾液腺マッサージ」などがあり、毎日続けると、口や舌の動きがなめらかになり、唾液も出やすくなる。

する普及を通じて8020運動及びオーラルフレイル対策を推進し、県民主体の歯と口腔の健康づくりに取り組みます。

- 高齢期においてもよく噛んで食べることができるなど、口腔機能の維持向上に係る取り組みが市町村等で実施できるよう、必要な支援を行います。

イ ロコモティブシンドローム

- 高齢者が無理なく楽しんで取り組める運動を普及します。
- ロコモティブシンドロームの早期発見・早期対応に関する知識の普及啓発を図るため、市町村と連携し、地域における「住民主体の通いの場」等の介護予防活動の育成・支援を行います。
- 高齢者の食事や栄養状態を改善するため、介護予防事業や栄養改善事業等で食生活の改善に関する知識の普及啓発や保健指導を行います。
- 認知症のリスク軽減に効果が期待されている、脳と体の機能を向上させる運動「コグニサイズ²²」の普及啓発と定着に取り組みます。

ウ 社会活動を行っている高齢者の増加

- 地域が主体となって実施する健康体操等、高齢者の「居場所」を確保する取組を支援するため、老人クラブとの連携、協働による事業を実施します。
- 県民のボランティア活動に対して、活動の場、情報等を提供することにより、ボランティア活動を総合的に支援します。
- 生涯学習情報サイト等の活用により、学習に関する情報を提供します。
- 市町村が高齢者を対象に行う介護予防教室等の開催を支援します。

(9) 未病対策の推進

ア ライフステージに応じた未病対策

【現状と課題】

- 健康づくりは、性別やライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じた特有の課題があるため、引き続き性別やライフステージに応じた取組を進めることが必要です。
- 現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点で「誰一人取り残さない健康づくり」に取り組むことが必要です。

²² 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。

(7) こども

【現状と課題】

- 幼少期の生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えるため、こどもの健康を支える取組を進める必要があります。

a 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

- こどもの運動習慣の減少は、抵抗力の低下や、将来の生活習慣病発症率の増加につながります。
- 本県における「運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの割合」は、13.8%（令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査）であり、全国平均の14.6%よりも低く、全国と比べて良い結果となっています。
- 運動やスポーツを習慣的に行うこどもを更に増やすため、運動嫌いやスポーツが苦手なこどもにも運動習慣を身に付けることができるよう、自由な時間にスポーツに親しめる場や、気軽に運動できるような仕組みを作る等、楽しみながら運動習慣を身に付けられる環境整備に取り組むとともに、運動習慣を身に付けることの重要性を保護者に対して普及啓発し、大人とこどもと一緒に体を動かすことの喜びを体験する機会の提供にも取り組んでいく必要があります。

b 児童・生徒における肥満傾向児の減少

- こどもの肥満とやせは、大人になってからの肥満とやせや、生活習慣病に移行する可能性があるため、こどもの頃から適正体重を維持し続けることが必要です。
- 本県における「小学校5年生の肥満傾向の割合」は、10.9%（令和3年度学校保健統計調査）であり、全国平均と同程度の割合となっています。
- そこで、引き続き、食生活の改善及び身体活動の増加の推進等、総合的な取組を行う必要があります。
- また、適正に栄養管理された給食の提供や、給食を提供する学校職員等の支援者を対象とした食事の摂り方と生活習慣病予防の知識に関する研修の実施等、こどもの食生活の改善に資する環境づくりに取り組むことが必要です。

c 20歳未満の飲酒をなくす

- 本県における「20歳未満の飲酒率」は、男性が16.1%、女性が13.9%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- 20歳未満の飲酒は、急性アルコール中毒や臓器障害等、身体に悪影響を及ぼすこと、法律で禁止されていることを踏まえ、20歳未満の飲酒をなくすことが必要です。

d 20歳未満の喫煙をなくす

- 本県における「20歳未満の者の喫煙率」は、男性が3.2%、女性が0%

(出典『県民健康・栄養調査報告書(平成29年から令和元年)』)です。

- 20歳未満の者の喫煙は、身体等への健康影響が大きく、かつ、成人期を通じた喫煙継続につながりやすいため、引き続き、児童・生徒及び学生へ、たばこの害(慢性閉塞性肺疾患(COPD)を含む。)を伝えていくことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン21より

- 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少
1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合

直近実績値 (令和4年度)	目標値
小学5年生女子 13.8%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【全国体力・運動能力、運動習慣等調査】

- 児童・生徒における肥満傾向児の減少
児童・生徒における肥満傾向児の割合
※評価には10歳(小学5年生)男女総計の割合を用いる予定

直近実績値 (令和3年度)	目標値
小学5年生 10.94%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【学校保健統計調査】

- 20歳未満の飲酒をなくす
20歳未満の飲酒者の割合
男性 女性 15歳以上20歳未満の割合

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 16.1%	男性 0%
女性 13.9%	女性 0%

【県民健康・栄養調査】

- 20歳未満の喫煙者の割合の減少(再掲)

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 15歳以上20歳未満の割合 3.2%	0%
女性 15歳以上20歳未満の割合 0%	0%

【取組】

a 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

- こどもや保護者が楽しみながら運動習慣を身に付けられるようなイベントやプログラムを実施します。

b 児童・生徒における肥満傾向児の減少

- 児童・生徒における肥満について、給食施設が、利用者に合わせた食事の提供や栄養成分表示等により肥満改善を支援できるよう、給食施設を指導します。また、給食を提供する学校職員等の支援者を対象とした研修を行います。

c 20歳未満の飲酒をなくす

- 生徒やP T Aに対して、ハンドブックやホームページを通じて飲酒の危険性等について啓発するとともに、教員等を対象とした研修を行います。
- 20歳未満の者への酒類の販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づき酒類販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への酒類の販売防止のため、ポスター等の啓発品を酒類販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。

d 20歳未満の喫煙をなくす

- 児童・生徒向けに、たばこの害を解説したリーフレットを作成し、県内全ての小学6年生を対象に配布する等、喫煙防止教育により広くたばこの害を周知するとともに、喫煙防止を呼び掛ける広告の配信等、喫煙防止対策に取り組みます。
- 喫煙に関する記事も掲載した「健康・未病学習教材（高校生向け副教材）」を県立高校1年生向けに作成し提供します。
- 20歳未満の者へのたばこの販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づきたばこ販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への喫煙防止のため、ポスター等の啓発品をたばこ販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。
- 生徒やP T Aに対して、ハンドブックやホームページを通じて喫煙の危険性等を啓発します。

(4) 女性

【現状と課題】

- 女性に特有の健康課題として、若年女性のやせ、月経困難症、更年期症状・更年期障害等が挙げられます。
- これらの健康課題は、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという女性の特性に加え、個人の特性や状況に応じて、その状態や症

状が変化していくため、ライフステージや個人の特性・状況を考慮したきめ細かな取組の展開が求められています。

a 若年女性のやせの減少

- 若年女性のやせは、排卵障害（月経不順）や女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連するため、その改善に取り組むことが必要です。
- 本県における「20歳代女性のやせの割合」は14.7%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- しかし、小中学生、高校生におけるやせが5%程度であるのと比べて、20歳代のやせの割合は高いため、若年女性のやせの減少に向けて、学齢期から成人期まで切れ目なく取り組んでいくことが必要です。

b 運動習慣者の増加

- 本県の働く世代の女性は、通勤・通学時間が全国で最も長く、家事関連時間も全国平均より長い（総務省統計局社会生活基本調査（令和3年））等、運動する時間が取りにくい状況にあり、また腰痛や肩こり等を訴える人が多い傾向にあります（厚生労働省国民生活基礎調査結果（令和4年））。加えて、運動実施率が同世代の男性と比較して低い状況にあると評価した調査もあります（神奈川県県民の体力・スポーツに関する調査（令和4年））。

c 骨粗鬆症検診受診率の向上

- 骨粗鬆症は、痛み等の症状がない場合が多く、重症化して骨折に至るまで気が付かないことの多い疾患のため、骨粗鬆症該当者及び予備群を早期に発見し、早期に介入することができれば、骨粗鬆症性骨折の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられます。
- 健康増進法に基づく健康増進事業の一環として、市町村は骨粗鬆症検診を行っていますが、「骨粗鬆症検診受診率」は0.9%（日本骨粗鬆症検診財団報告（令和3年度））であり、非常に低いことから、骨粗鬆症の減少に向けて、自身の骨量を知ることの重要性を普及啓発することが必要です。

d 生活習慣病（NCDs²³）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

- 女性は、男性に比べて、肝臓障害等の飲酒による臓器障害を起こしやすいこと、アルコール依存症に至るまでの期間が短いことが知られています。
- 本県における「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の割合」は、12.2%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- 適正飲酒量やアルコールに関する女性の特性が、多くの県民に知られていないことが考えられるため、引き続き、適正飲酒量やアルコールに関する女性の特性を普及啓発していくことが必要です。

²³ NCDs：世界保健機関（WHO: World Health Organization）の定義で、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染などにより引き起こされる、がん・糖尿病・循環器疾患・呼吸器疾患・メンタルヘルスをはじめとする慢性疾患をまとめて総称したものの。

e 妊娠中の喫煙をなくす

- 本県における「妊婦の喫煙率」は、2.0%（母子保健に関する実施状況等調査（令和3年度））です。
- 妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等のリスクを高めるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症等のリスクとなるため、引き続き、妊娠中の喫煙をなくすことを目指し、保健指導や情報提供等に取り組むことが必要です。

f 妊娠中の飲酒をなくす

- 本県における「妊婦の飲酒率」は1.5%（令和3年母子保健に関する実施状況調査）です。
- 引き続き、妊婦健診や母子保健事業等を通じて、飲酒が妊婦自身の健康や胎児に及ぼす影響等の知識の普及や保健指導に取り組むことが必要です。
- また、知識の普及や保健指導の実施に当たっては、妊娠中の喫煙に係る情報もあわせて提供する等、効果的・効率的に取り組むことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1 より

- 若年女性のやせの減少

BMI 18.5未満の20～30歳代女性の割合

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	12%未満

【国民健康・栄養調査】

- 骨粗鬆症検診受診率の向上

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	15%

【日本骨粗鬆症財団報告】

- 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少
1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	7.0%

【国民健康・栄養調査】

- 妊婦の喫煙率の減少（再掲）

直近実績値 (令和3年度)	目標値
2.0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

○ 妊婦の飲酒率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和14年度)
1.5%	0%

【こども家庭庁 母子保健課調査】※乳幼児健康診査問診回答状況

【取組】

a 若年女性のやせの減少

- 若年女性のやせをはじめとした、女性の幅広い健康課題の自分ごと化や改善に役立つ知識の普及啓発を図るため、ウェブサイト等のICTを用いた情報発信、企業と連携した普及啓発セミナーの開催等に取り組みます。

b 運動習慣者の増加

- 運動する時間が取りにくく、忙しい働く世代の女性でも未病改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

c 骨粗鬆症検診受診率の向上

- 県民に対して、自身の骨量を知ることの重要性や、骨粗鬆症を早期に発見することの大切さ等の普及啓発を行います。
- 骨粗鬆症検診は、健康増進法による健康増進事業に位置付けられているため、市町村が健康増進事業を効果的・効率的に実施できるよう、事業実施状況や成果等の情報を収集して市町村へ提供する等、市町村を支援します。
- ウェブサイトを活用し、骨粗鬆症のリスクや対策について、女性に向けて情報発信します。

d 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

- 酒害予防に関する講演会を実施するとともに、アルコール依存症に関する動画をインターネット、電車内広告で放映し、依存症の正しい知識の普及を図ります。
- 女性は「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合」が悪化しているため、例えば、女性ホルモンにはアルコールの分解を抑える働きがあり、適正飲酒量が男性の半分であること等、女性に特有の健康情報の普及啓発を図り、女性が自らのこととして未病改善に取り組むよう促します。

e 妊娠中の喫煙をなくす

- 妊娠中の喫煙の有害性について、ウェブサイトを活用し効率的な普及啓発を行うとともに、県保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教育・健康相談事業を行います。

f 妊娠中の飲酒をなくす

- 妊娠中の飲酒をなくすため、妊娠中の喫煙に係る情報と併せて、保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教育・健康相談事業を行います。

イ 歯科保健対策

【現状と課題】

(7) 歯及び口腔疾患対策

- 本県におけるこどものむし歯は経年的に減少傾向にあります。しかし、乳幼児期・学齢期にむし歯を経験しているこどもがいます。引き続き、こどものむし歯対策に取り組むことが必要です。
- 成人の未処置歯は、全ての年齢で約1本程度あります。むし歯（未処置歯と処置歯）は、50代になるまで増えています。
- フッ化物洗口をはじめとする、フッ化物応用について、むし歯を防ぐ効果やその利用方法等の普及啓発を行うことが必要です。
- 成人期から高齢期にかけて進行した歯周病が多くなります。
- 歯周病対策には、セルフケアとプロフェッショナルケアが重要です。かかりつけ歯科医を持つ者は年々増加していますが、歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、ライフコースアプローチの観点から、若い年齢からの適切な対策が必要です。
- 歯周病などで歯肉が退縮する（歯ぐきがやせる）ことにより歯の付け根の部分が露出し、根面むし歯にもなりやすくなります。
- 歯周病は糖尿病や心臓病等の全身の病気と関連があり、全身の健康のために歯周病対策や治療は大切です。歯周病と糖尿病等、全身の関わりを踏まえ、日常のセルフケアの重要性等について引き続き普及啓発が必要です。
- なんでも不自由なく食べるためには、自分の歯を20本以上保つことが必要と言われており、歯の本数はオーラルフレイル²⁴と密接に関係していると同時に、自分の歯が少なく入れ歯も使用していない場合は認知症の発症リスクを高めるという報告もあることから、歯の喪失を防ぐことが必要です。
- より多くの県民が80歳で20本の歯を保つことができるように、むし歯対策、歯周病対策に取り組むとともに、県民の歯科保健向上の目標として「8020運動²⁵」を今後も掲げ、継続して普及啓発を行う必要があります。
- むし歯や歯周病の発症は、生活習慣に密接に関係することから、ライフコースアプローチを踏まえ、こどもの頃から望ましい歯科保健行動を生活習慣として身につけ、生涯を通じて実践する体制を整備することが必要です。

²⁴ 「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「嚙めないものの増加」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。

²⁵ 8020運動：ハチマルニイマル運動と読む。80歳になっても自分の歯を20本以上保つための取組のこと。だいたい20本以上の歯があると、何でも不自由なく食べられることが科学的に明らかになっている。

(イ) 口腔機能の獲得・維持・向上

- 加齢とともに、咀嚼良好でない者やオーラルフレイルのリスクが高い者が多くなります。高齢者では特に生活意欲や社会参加への影響が大きいため、口腔機能の維持・向上のための対策が必要です。
- こどもの頃から「よく噛むこと」を習慣化する等、口腔機能の獲得について普及啓発を行うとともに、成人・高齢期には、口腔機能を維持・向上するために「オーラルフレイル」について知ってもらい、「健口体操」等のオーラルフレイル対策を定着させることが必要です。
- 高齢期では、オーラルフレイル対策を含む口腔機能の維持・向上が、むせや誤嚥、窒息等を防ぎ、おいしく楽しい食事や会話につながることにについて普及啓発が必要です。

(ウ) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者や要介護者は、自身の口腔衛生管理が困難な場合もあることから、日常的な口腔ケアや定期的な歯科検診を受けることが重要です。
- 本県の要介護者入所施設における口腔ケアの実施率は高く、施設職員の歯科保健に関する意識の高まりがみられました。
- 障がい児者や要介護者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域包括ケアシステムのもと切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、口腔ケアに関わる職種の人材育成や、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を進めることが必要です。

【目標】

- 40歳以上における歯周炎を有する者の割合の減少（年齢調整値）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
68.5% (年齢調整していない値)	55.0%

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1より

- 50歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
75.9% (年齢調整していない値)	90.0%

【県民歯科保健実態調査】

- 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
57.0%	85.0%

【県民歯科保健実態調査】

【取組】

- 市町村等に対する専門的な情報提供や歯科保健に携わる専門職の人材育成等を通じて、フッ化物洗口等のフッ化物応用も含めた、むし歯対策の支援を行います。
- 歯科検診等の結果を収集分析し、関係機関及び関係団体に情報提供するとともに、教育機関との連携を図り、地域の特性に合わせたむし歯対策を推進します。
- 歯肉炎対策の方法や、歯と歯肉の自己観察力を育てるために必要な情報提供を、県民や教育機関等に対して行います。
- 歯周病と糖尿病等、生活習慣病との関連性や、妊娠期における歯と口腔の健康づくりの重要性等、全身の健康と歯と口腔の健康づくりの関連性について普及啓発を行います。
- フッ化物洗口、フッ化物配合歯みがき剤の使用や、歯と歯肉の観察、歯間部清掃用具を使用する習慣等のセルフケアの実践に向けて、関係機関及び関係団体と連携し正しい知識の普及啓発を行います。
- 全ての県民が、定期的に歯科検診を受診できるよう、定期的に歯科検診を受けることの重要性や、かかりつけ歯科医を持つことの意義について普及啓発を行います。
- 関係機関、関係団体及び事業所等と連携し、県民向けに歯周病と全身疾患との関連性について情報提供を行い、歯科保健指導や適切な受診を推進します。
- 県民の口腔機能の獲得・維持・向上の普及啓発は、行政や歯科専門職のみならず、歯及び口腔の健康づくりを自主的に実施するボランティアであるオーラルフレイル健口推進員等とも連携して実施します。
- 口腔機能の獲得のために「よく噛むこと」を習慣化する等、食育と連携して、「噛ミング30」を推進します。
- 関係機関及び関係団体と連携し、口腔機能を維持・向上することにより未病を改善し、要介護状態とならないよう、引き続きオーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。
- 関係機関及び関係団体と連携し、歯科医師をはじめとする歯科保健・医療に係る専門職に対して、口腔機能の虚弱を早期に把握し、回復させる「オーラルフレイル改善プログラム」を地域に定着させるよう普及を行うとともに、県民からのオーラルフレイルに関する相談等に対応できるようにするため、オーラルフレイルの基礎知識、対策、改善方法について普及啓発を行います。
- 障がい児者及び要介護者の歯科疾患対策、口腔ケア、口腔機能の発達・維持・向上のため、口腔管理や歯科検診を受ける機会の提供について、各機関・関係機関が連携した支援を行います。
- 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、切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、関わる職種の人材育成、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を推進します。

ウ 認知症未病対策

【現状と課題】

- 認知症の人は、令和7（2025）年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い、あわせて認知症の人も増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣等の生活改善に取り組むことが必要です。

【目標】

- 認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。加えて、軽度認知障害（MCI）、初期の認知症の人等を重症化させないため、また、共生社会を推進するために取組を進めます。

【取組】

- 認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。
- 未病指標等を活用し、認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、生活習慣から軽度認知障害の段階における評価や介入等の実証等に関する産学公連携プロジェクトを推進します。

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、本県の令和7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」において次のとおり推計されています。

現状	区分	一般病床				療養病床	合計	備考
	高度急性期	急性期	回復期	小計	慢性期	合計		
	医療施設調査(平成28年)				46,287	13,462	59,729	
	既存病床数(平成28年3月31日現在)				46,951	14,500	61,451	保健医療計画上の数値(119.1許可病床の有床数を含まないことや修正の遅延から医療施設調査の結果と数値が異なる)
	病床機能報告制度(平成26年(2014年))	13,576	28,109	4,427	46,112	14,567	60,679	地域医療構想を策定にあたり、現状把握の指標として用いられるとされている数値。報告率94.2%・休養中等の病床を除く
	病床機能報告制度(平成27年(2015年))	12,137	28,658	4,958	45,753	14,487	60,240	同上。報告率97.6%・休養中等1,523床は除く
	平成25年(2013年)病床数(推計ツール)	7,914	19,923	15,261	43,098	13,613	56,711	将来の必要病床数の推計方法と同じ計算方法で算出した平成25年(2013年)の病床数
将来	平成37年(2025年)必要病床数	9,419	25,910	20,934	56,263	16,147	72,410	
参考	基準病床数						59,985	

<各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想>

本県では、9の構想区域(=二次保健医療圏)を設定

【神奈川県地域医療構想 構想区域】

- ・ 横浜構想区域・川崎北部構想区域・川崎南部構想区域・相模原構想区域
- ・ 横須賀・三浦構想区域・湘南東部構想区域・湘南西部構想区域
- ・ 県央構想区域・県西構想区域

令和7(2025)年の入院医療需要及び必要病床数

(単位：医療需要は人/日、必要病床数は床)

	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計	
	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数
神奈川県	7,064	9,419	20,209	25,910	18,842	20,934	14,855	16,147	60,970	72,410
横浜	3,140	4,187	8,336	10,687	7,995	8,883	5,886	6,398	25,357	30,155
川崎北部	515	687	1,410	1,808	1,293	1,437	1,077	1,171	4,295	5,103
川崎南部	642	856	1,815	2,327	1,412	1,569	526	572	4,395	5,324
相模原	606	808	1,798	2,305	1,539	1,710	2,220	2,413	6,163	7,236
横須賀・三浦	585	780	1,724	2,210	1,722	1,913	1,129	1,227	5,160	6,130
湘南東部	404	539	1,236	1,585	1,173	1,303	1,058	1,150	3,871	4,577
湘南西部	564	752	1,669	2,140	1,264	1,404	1,109	1,205	4,606	5,501
県央	406	541	1,615	2,071	1,667	1,852	1,140	1,239	4,828	5,703
県西	202	269	606	777	777	863	710	772	2,295	2,681

※推計された必要病床数については、次のことに留意する必要があります。

- ・「令和7（2025）年の必要病床数」は、医療法施行規則に基づき算出した令和7（2025）年の入院医療需要に対して、全国一律の病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）で除して算出した、2025年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素（例：交通網の発達、医療技術の進歩等）を全て勘案して算出したものではないこと
- ・必要病床数は、病床を整備する目標である基準病床数とは位置づけが異なること。

令和7(2025)年の在宅医療等の必要量

（単位：人/日）

	神奈川県	横浜	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西
在宅医療等の医療需要	138,718	56,388	13,599	8,131	10,008	14,055	11,403	9,068	10,525	5,541
在宅医療等のうち 訪問診療分	95,753	40,128	9,705	5,766	5,879	10,411	8,164	5,718	6,607	3,375

- 限られた医療資源を効果的・効率的に活用し、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、病床機能の確保とあわせて、異なる病床機能を持つ医療機関等の連携体制を構築することが必要です。
- 更に、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。

【取組】

(7) 不足する病床機能の確保

- 病床機能の転換・整備に係る技術的・財政的な支援等により、地域で不足する病床機能の確保を推進します。特に、本県では、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等、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、病床利用率の向上等に必要な取組を推進します。

(4) 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

- 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。

(ウ) 地域の医療・介護の連携体制構築

- 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】

(7) がん

- 本県において、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変化や高齢化の進行により、本県におけるがんのり患者数及び死亡者数の更なる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、高齢者のがん対策等、新たな課題が生じています。
- がん医療の提供については、2次医療圏に1カ所以上のがん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）が整備されていること等から、地域差はあるものの、標準的治療については均てん化²⁶が進んでいます。一方、ロボット支援手術のような高度ながん医療については、限られた病院でしか提供されていないため、集約化を図っていくことが必要です。
- がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるようにするには、拠点病院等のがん相談支援センターの役割が重要ですが、人材が不足していることから、ピア・サポーター（同じ悩みを持つ人たち同士で支え合う活動を行う人）等他の人材を活用していくことが必要です。

(4) 脳卒中

- 本県の脳卒中による年齢調整死亡率は減少傾向にあります。しかし、令和3年度における本県の死亡原因は脳卒中が第4位となっています。
- 死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害等の後遺症が残ることがあり、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第2位となっています。

²⁶ 均てん化：がん医療においては、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることを指す。

- 脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- 予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼ全ての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(ウ) 心筋梗塞等の心血管疾患

- 心筋梗塞等の心血管疾患は、本県の死亡原因の第2位となっています。
- 心血管疾患による年齢調整死亡率は、平成22年から令和2年までの10年間では一貫して減少しています。
- 心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- 予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼ全ての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(イ) 糖尿病

- 糖尿病は、生活習慣の改善により発症を抑制することができるとともに、発症した場合であっても適切な血糖コントロールを行うことにより重症化や合併症を予防することが可能な疾患です。
- また、本県における糖尿病の受療率は年齢とともに増加する傾向にあり、75歳～79歳の年齢階級の患者が最も多いです。
- そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。

(オ) 精神疾患

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行うことが必要です。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが必要です。
- 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も多いため、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。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。そのため、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にした上で、治療が担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていくことが必要です。
- 精神疾患と身体疾患の合併症患者は、精神科医療機関と身体科医療機

関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーションを受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に、受入先の医療機関が見つけれられずに調整が難航することがあります。

【取組】

(7) がんの医療連携体制の構築

- 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、県は、拠点病院である県立がんセンターと連携し、がん協議会を通じて、集約化に向けた拠点病院・指定病院の役割分担や連携体制の整備に取り組みます。
- 患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピア・サポーターの養成・認定に取り組みます。

(4) 脳卒中の医療連携体制の構築

- 脳卒中の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直し等を適切に行うとともに、CCUネットワーク²⁷等の構築による急性期医療の充実に努めます。
- 急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細かな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用等により、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。
- かかりつけ医等の日常の診療における脳卒中診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。
- 患者とその家族等に対して、適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実に努めるため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、脳卒中患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

²⁷ 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。

(ウ) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制の構築

- A E D²⁸の配置等による病院前救護体制の充実、CCU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。
- 運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進します。
- 多職種協働により早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実を図ります。
- 急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。
- 患者とその家族等に対して、適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、心血管疾患患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

(I) 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、保険者及び介護・福祉関係者は、「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）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）、保健指導等により、糖尿病の発症予防・重症化予防の取組を推進していきます。
- 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。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「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を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。

(オ) 精神疾患の医療連携体制の構築

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。
- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。

²⁸ 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）。

- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行う等、協力体制を充実していきます。
- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、地域での連携を促進する取組を検討します。

ウ 事業別の医療体制の整備・充実

【現状と課題】

(7) 救急医療

- 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが整備されたことから、今後は、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定等について、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点等を考慮した見直しを行うことが必要です。
- また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから、発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。
- 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化が課題です。

(4) 精神科救急医療

- 精神科救急医療体制は、平成19年10月から、初期救急、二次救急、三次救急について、24時間365日、医療機関が輪番で患者を受入れる体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県1圏域として受入体制を整備しています。
- 精神科救急医療体制を利用して入院した後、身体疾患の治療が必要になった場合に身体疾患の治療を行うため、平成19年度から身体合併症転院事業を実施し、受入体制を整備しています。
- 身体科治療、薬物依存症等の専門治療を行う医療機関が限られている

ため、受入れ先の調整が難航することがあります。そのため、身体科や依存症専門医療機関等と精神科救急の連携体制を構築していく必要があります。

(ウ) 小児医療

- 乳幼児の救急搬送において、入院に至らない軽症患者が大部分を占めており、県は全国平均に比べ、その割合が若干高い状況です。
- このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されており、軽症患者の救急受診が増加すると、中等症以上の患者の治療に支障が生じる等、小児救急医療提供体制のひっ迫にも繋がることから、県民への適正受診の啓発が必要です。
- また、患者の重症度・緊急度に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次救急医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。

(I) 周産期医療

- 県は「神奈川県周産期救急医療システム」を運用することで、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保しています。
- 県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱い施設数も減少しています。その一方で、今後もハイリスク分娩や医療的ケア児は一定数あることが見込まれます。
- 安心してこどもを産み、育てる環境づくりを推進するため、医師の働き方改革による影響も踏まえ、どのように周産期救急医療システムを安定的に運用させていくかが課題です。

【取組】

(7) 救急医療体制の整備・充実

- 全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、センター機能の質の充実に向けた取組について検討します。
- 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定等について、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点等を踏まえて見直しを検討します。
- 救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の連携強化に向けた取組を検討します。

(イ) 精神科救急医療体制の整備・充実

- 初期救急において、患者が身近な地域で受診できるようにするため、受入医療機関の拡大に向けた取組を進めています。
- 二次救急において、医療機関へ紹介しても、いずれの時間帯も一定数のキャンセルがあることから、適切に受診できていない患者がいます。患者を適切に医療へつなぐため、アクセスの向上に向けた輪番体制の見直しをしています。
- 時間帯を問わず、できるだけ多くの患者が迅速に受診できるような体制に向けて検討を進めています。
- 精神科救急体制において、身体合併症・薬物等依存症患者が早期治療を受けられるよう、オンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携に向けた取組を進めています。

(ウ) 小児医療提供体制の整備・充実

- 子ども医療電話相談体制を整備するとともに、救急車の適正利用等、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に実施し、軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入抑制を図ります。
- また、限りある医療資源の効果的・効率的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供される体制の整備に取り組みます。

(I) 周産期医療体制の整備・充実

- 出生数の減少や高齢出産の増加等、社会情勢が変化している中でも、安心して子どもを産み、育てる環境が整っているよう、引き続き周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、デジタル技術の導入等を検討し、効率的に情報を共有できる体制を整備していく等、周産期救急医療体制の充実を図ります。

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ことが必要です。
- 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。
- 専門医の偏在の解消や、増加する慢性疾患患者に対する慢性疾患コントロールの拡充等が求められており、直接の対面診療を行わずに、情報通信技術を用いた遠隔診療の普及・推進が必要です。
- 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である地域連携クリティカルパスを活用している地域もあります。

- 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、普及を進めていくことが必要です。
- 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等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。

【取組】

(7) 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

- 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。

(4) ICTを活用した医療情報の共有

- 安全・安心で質の高い医療提供体制を県民に提供するために、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、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。
- ICTにより、専門医の地域偏在の緩和や、患者や医療関係者の利便性を改善する遠隔診療の実用化について検討していきます。

(ウ) 地域連携クリティカルパスの普及

- 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。

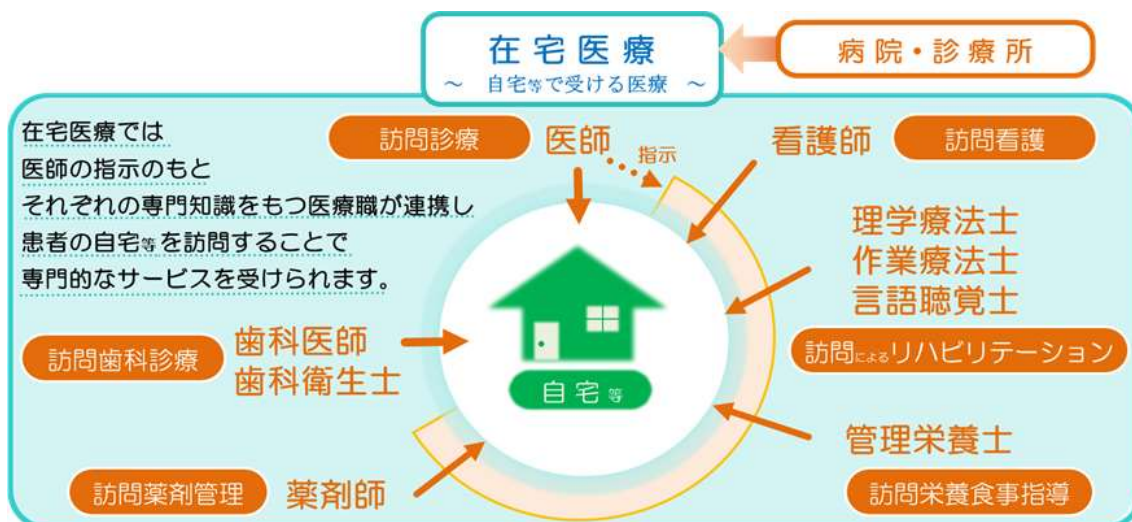
(2) 地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

ア 在宅医療

- 在宅医療は、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、“住み慣れた地域で誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える”という地域包括ケアシステムの理念を推進するためには、不可欠の構成要素です。（図5-29）

図5-29 地域包括ケアシステムのイメージ図



※本項目で「関係者」と記載のある場合は、このイメージ図における関係者を指します。

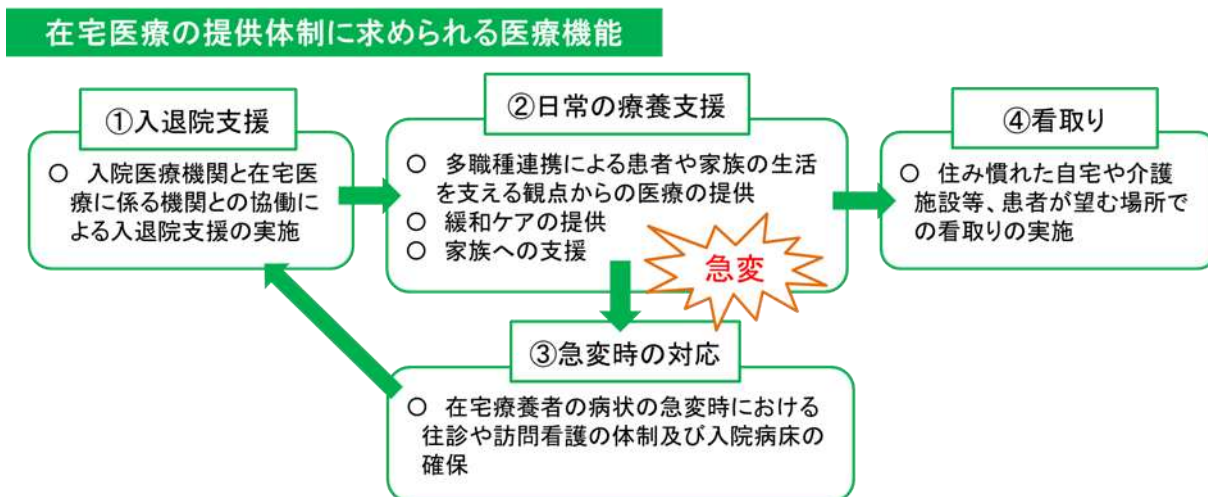
- 在宅医療は、患者のライフサイクルや健康状態の変化の中で起こりうる節目となる「4つの場面」を意識した取組や個別疾患への対応が必要であり、それぞれの現状と課題を整理し、対策を進めていくことが必要です。（表5-30）

表5-30 4つの場面

	場面	現状・課題
1	入退院支援	スムーズな入退院の移行を行う必要があることから、適切な入退院支援の実施促進が課題
2	日常の療養支援	住み慣れた場所での在宅療養を継続していく必要があることから、訪問診療等（薬剤・歯科含む）の促進が課題
3	急変時の対応	容態急変時対応を行う必要があることから、24時間の往診や緊急入院受入の体制を継続的に確保していくことが課題
4	看取り	人生の最終段階における望む場所での看取りを行う必要があることから、在宅・施設での看取り体制を確保していくことが課題

- また、今後更に増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の従事者を確保・養成していくことに加え、在宅医療を支える多職種連携体制の強化が必要です。（図5-31）

図5-31 在宅医療の提供体制に求められる医療機能



- これまで県及び市町村は、在宅療養後方支援病院及び在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携体制の構築やそれらを支える人材育成のため、検討体制の整備や研修事業等、地域における取組を支援してきました。

しかし、今後さらなる在宅医療の需要増が見込まれることから、関係者間の連携による切れ目のない継続的な医療提供体制構築を促進するため、前述の「4つの場面」及び「多職種連携」について、それぞれの課題を整理し、施策の方向性を反映することが必要です。

イ 高齢者対策

- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防事業、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めており、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づいて介護保険施設や地域密着型サービスの計画的な整備を進めています。
- 高齢者が、住み慣れた地域において安心して元気に暮らすことができるように、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターの機能を強化するとともに、地域の様々な機関やボランティア等が連携を図りながら、高齢者自らも参加し、包括的・継続的な支え合いを行う地域包括ケアシステムの構築を一層推進することが必要です。
- 医療や介護を必要とする高齢者については、心身の状態に即した適切なサービスの提供を切れ目なく行う必要があるため、医療と介護の連携を強化することが必要です。
- 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。また、地域包括ケアシステムの構築を進めつつ、常時介護を必要とする人

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等の介護保険施設等の整備を進めていくことが必要です。

ウ 障がい者対策

- 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に施設等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等とあわせて、訪問看護等の医療サービスや、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等の更なる整備が必要です。

エ 母子保健対策

- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担う子どもを健全に育てることにあります。
- 出産年齢が上昇すると、妊娠糖尿病や妊娠高血圧症等の合併症の発症のリスクが高くなります。また、妊娠中に特に重症化しやすい疾患があること、妊娠週数に応じた薬剤使用により胎児への影響があることから、妊娠週数に応じた妊婦健康診査や保健指導が必要です。
- 妊産婦は、妊娠・出産・産後の期間にホルモンバランスの乱れや環境の変化によるストレスなどで心身のバランスを崩しやすく、メンタルヘルスに関する問題が生じやすい状況にあります。産後うつ病の発症率は約10%とされ、産後うつ病の予防を図るため、妊娠期から産後早期の支援体制整備が必要です。
- 一般的に女性の年齢が上昇すると、妊娠・出産に至る確率が低下し不妊症・不育症の治療が必要になる場合があります。
- 体外受精等の生殖補助医療は、令和4年度から健康保険の適用となり、原則、患者は3割の自己負担で治療を受けられるようになりました。しかし、一部の治療方法は先進医療として、全額患者負担となっており経済的な負担が大きくなっています。
- 年齢の上昇や婦人科症状を放置することによって婦人科疾患が悪化した場合に、不妊症・不育症のリスクが高くなります。望んだ時期に妊娠・出産ができるように、ライフプランの形成や適切な相談・受診行動への支援が必要です。
- 10代等の若年世代に関しては、性や妊娠に関する基礎的な知識が欠けている場合があり、予期しない妊娠に繋がる可能性があります。誰にも相談できずに飛び込み出産・墜落出産に繋がることが無いように、相談窓口の整備や普及啓発が必要です。
- 医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児や小児慢性特定疾病児等の長期療養児が増加しています。長期療養児やその家族は心身の負担が大きいいため、関係機関と連携した継続的な支援を行い、健全育成及び自立促進を図ることが必要です。
- 全出生数中の低出生体重児の割合は増加傾向にありましたが、近年は

横ばい傾向にあります。低出生体重児の割合が増加する要因としては、医療技術の進歩により早産児や多胎児等の救命率が向上した面もありますが、母親の妊娠前のやせ（低栄養状態）や妊娠中の喫煙等の要因の軽減に向けた取組や、保護者の育児等への継続的な支援が必要です。

- こどもは、生まれた時は健康に見えても、放置すると障がいや発達の遅れが発生する可能性がある先天性代謝異常等がみられる場合があり、早期の発見と治療が必要です。
- 乳幼児期は、身体発育、精神発達の面で大きく変化する時期です。言語発達、運動機能、視聴覚等の障がい、疾病を早期に発見し、早期治療・早期療育を図ることが必要です。
- 感染症の発生・重症化予防、まん延防止を図るため、保護者へ予防接種の理解を促進し、予防接種率を維持することが必要です
- 乳幼児の生活習慣の自立、むし歯の予防、幼児の栄養及び育児に関する保護者への指導を行うことで、乳幼児の健康の保持及び増進を図ることが可能です。
- 妊産婦については、ホルモンバランスの変化、嗜好の変化等によって、むし歯や歯周病が進行しやすいため、口腔清掃がより重要です。
- 乳幼児については、むし歯の予防のみならず、食べる機能をはじめとした口腔機能獲得の観点からの取組等を行うことが重要です。保護者が乳幼児の歯と口の健康管理ができるように、歯みがき等の歯科保健指導や口腔機能発達に対する適切な支援を行うことが必要です。

オ 難病対策

- 難病は、長期の療養を必要とするものですが、疾病の適切な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もあり、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必要です。
- 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がわかりづらいため、県内における医療提供体制の整備と医療機関の更なる連携が必要です。

【取組】

ア 在宅医療の推進

- 退院元の医療機関と地域の在宅医療を担う関係者間の連携構築により、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。
- 入退院調整支援を担う人材の確保に向けた医療機関の取組に支援を行い、病院と在宅相互の円滑な移行を推進します。
- 医療・介護従事者を対象に、在宅医療及び訪問看護、在宅歯科医療、薬剤師の在宅医療への参画等に関する各種研修を実施し、医療・介護従事者のスキルの向上や多職種連携に寄与します。

- 在宅分野における多職種連携の推進に向け、医療機関が行うICT・デジタル技術を活用した取組を支援します。
- 急性期治療後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受入機能を担う回復期病床等の整備のため、病床機能の転換及び新規整備を支援し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、医療・介護従事者を対象に研修を行い、在宅での看取りや検案に対応できる医師を育成します。
- 市町村や医師会と連携し、ACP²⁹の普及啓発を進めます。

イ 高齢者対策

- 地域包括支援センターは、地域における見守り、保健・医療・福祉、権利擁護等についての関係機関や団体、ボランティア等の様々な活動との連携を図り、ネットワークの構築に取り組みます。
- 地域における医療と介護の連携における課題等の情報交換と検討を行うため、地域包括支援センターや医療・介護関係者、自治体職員等を構成員とする「地域包括ケア会議」を県が事務局となって地域別に開催する等、医療と介護の連携を推進します。
- 市町村は、地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業を実施し、地域の医療・介護サービス資源の把握、在宅医療・介護サービスの情報の共有支援、在宅医療・介護関係者の研修等に取り組みます。
- 市町村では、介護保険事業計画において、身近な日常生活圏域を定めることとし、その日常生活圏域において必要な地域密着型サービスや介護予防拠点等のサービス基盤の整備を進めます。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設の整備を促進するとともに医療的対応が必要な高齢者の受入への支援や、在宅と入所の計画的な相互利用の促進等に取り組みます。
- 市町村と調整の上、今後の高齢者数の推移、地域の実情、施設・居住系サービスの利用者数の推移、医療と介護の連携等による在宅ケアの利用者数の推移等を踏まえつつ、施設サービス及び居住系サービスの適切な整備を推進します。
- 在宅での生活を継続し、また、家族の負担を軽減する観点からも、短期入所サービスの適切な利用が重要であることから、市町村及び高齢者保健福祉圏域内において、地域の実情を考慮した必要な量を整備します。

ウ 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

- 訪問看護やホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、

²⁹ ACP：Advance Care Planningの略称。ACPとは、「人生会議」とも言われ、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取組のこと。

グループホーム等、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。

エ 母子保健対策

- 妊産婦が、居住する市町村によって妊娠期から子育て期の支援に差が生じない様に、市町村の母子保健事業や児童福祉との連携の状況を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による精度管理等の支援を行います。
- 市町村で妊娠・出産・産後までの一連の支援が行えるよう、妊婦健康診査や産後ケア等について、母子保健情報のデジタル化と利活用も踏まえた広域的な調整を行います。
- 市町村の保健師等の母子保健事業従事者に対して研修を実施し、相談支援等のスキルの向上に寄与します。
- 県民が不妊治療を一定の負担で受けられるよう、健康保険の適用範囲等について適切に見直し等を行うよう国に働きかけます。
- 不妊症・不育症の治療について、現在の自身の治療の必要性や、今後の治療等について悩む人を対象に「不妊・不育専門相談センター」を設置し、専門の医師、臨床心理士、助産師による専門相談を継続して実施していきます。
- 不妊症・不育症、予期せぬ妊娠、低出生体重児の出生要因の軽減のため、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を促すプレコンセプションケアの推進を図ります。保健福祉事務所等に設置する性と健康の相談センターでのライフステージに応じた健康教育・健康相談や、ウェブサイト「丘の上のお医者さん」等での普及啓発を行います。
- 不妊症・不育症に関しては「不妊・不育専門相談センター」、予期せぬ妊娠等に関しては「妊娠SOSかながわ」等の専門相談の窓口を設置し、継続的な支援が必要な場合には関係機関と連携した支援を行える様に体制整備を行います。
- 医療的ケア児・小児慢性特定疾病児等が、居住する地域にかかわらず、等しく適切な医療・保健・福祉サービスを受けられるよう「かながわ医療的ケア児支援センター」、医療的ケア児等コーディネーター、保育や教育等と連携した体制整備を行うとともに、長期療養児とその保護者に対して保健福祉事務所等で相談支援や自立支援、ピアサポートを行います。
- 市町村の低出生体重児の支援で活用できるツールとして、かながわりトルベビーハンドブックを作成し、市町村が担う保健師等による母子保健の取組と連携し、低出生体重児の保護者等への支援の促進を図ります。
- 先天性代謝異常等を発見し、適切な治療に繋ぐため新生児マススクリーニング検査を実施します。また、新生児聴覚スクリーニング検査、屈折検査機器による視覚検査等についての市町村の実施状況を確認し、受

検率の向上やフォローアップの推進を図ります。

- 市町村が実施している乳幼児健康診査で予防接種の状況の確認や精密検査受診者・未受診者のフォローアップが適切に行われているか市町村の状況を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。
- 妊婦を対象とした歯科検診と歯科保健指導を行うことにより、セルフケア技術や知識の普及を図ります。
- 保護者が乳幼児の歯と口の健康管理ができるように、歯みがき等の歯科保健指導や口腔機能発達に関する情報提供等を行います。

オ 難病の医療提供体制、相談支援体制の整備

- 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」としての役割を明確化するとともに広く周知し、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。
- 難病について、早期の診断、地域での適切な診療を行うために、県難病医療連携拠点病院及び県難病医療支援病院を指定するとともに、かながわ難病情報連携センターを中心として、難病医療提供状況に関する情報を集約し、県内の医療提供ネットワーク構築につなげます。

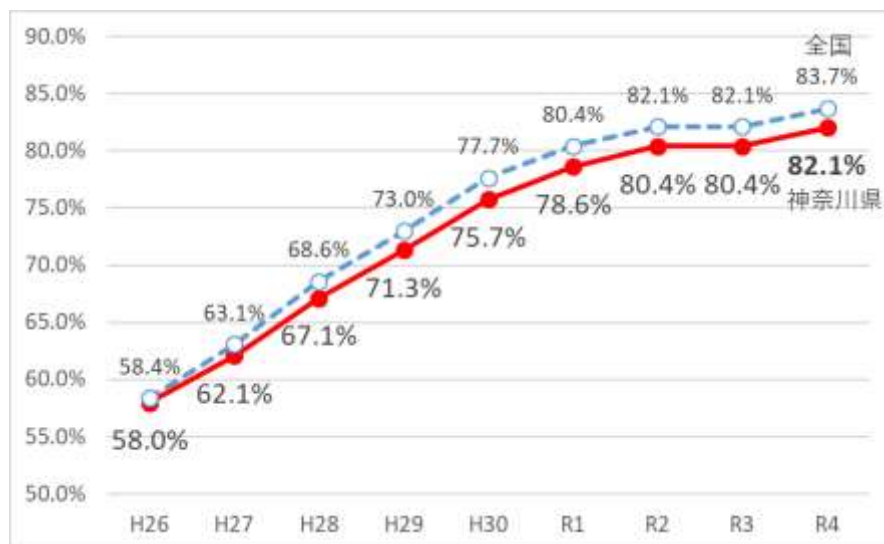
(3) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

【現状と課題】

ア 後発医薬品の使用促進

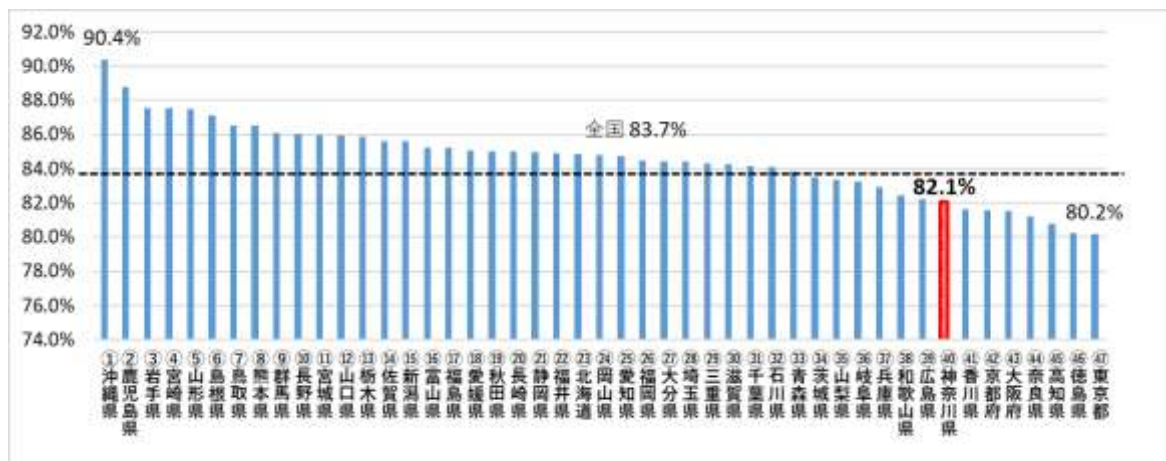
- 平成29年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2017」において、平成32（2020）年9月までに後発医薬品の使用割合を80%にする数値目標が示されました。
- 令和5年3月時点で、全国平均83.7%に対し、本県は82.1%であり、80%の数値目標は達成しましたが、平成27年3月（全国平均58.4%、神奈川県58.0%）と比較して全国平均との使用割合の差が拡大していることから、更なる取組が必要となっています。（図5-32、図5-33）

図5-32 後発医薬品使用割合(数量シェア)の推移(全国・県)



厚生労働省 調剤医療費の動向(平成26年度～令和4年度)

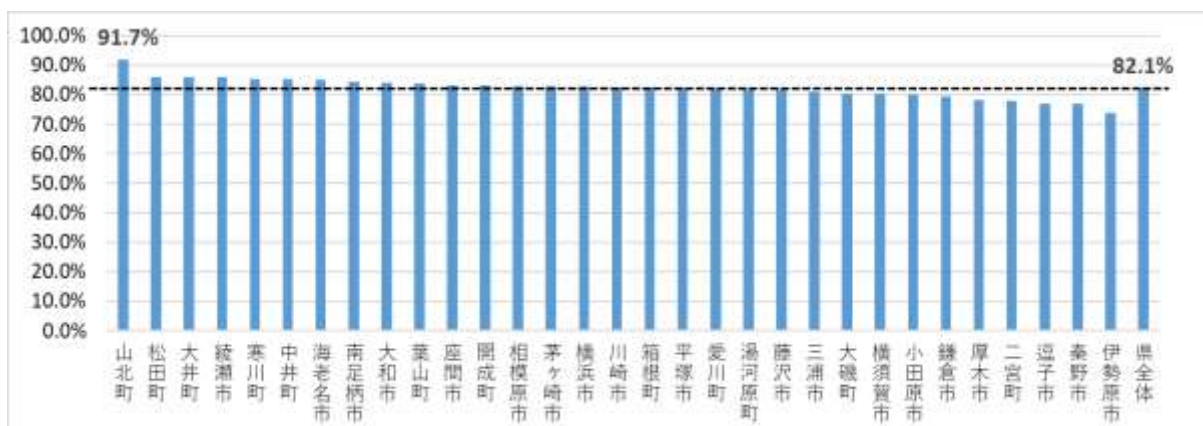
図5-33 後発医薬品の都道府県別使用割合(数量シェア)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

○ また、薬局の所在地別で見ると、市町村ごとに後発医薬品の使用割合に差があります。(図5-34)

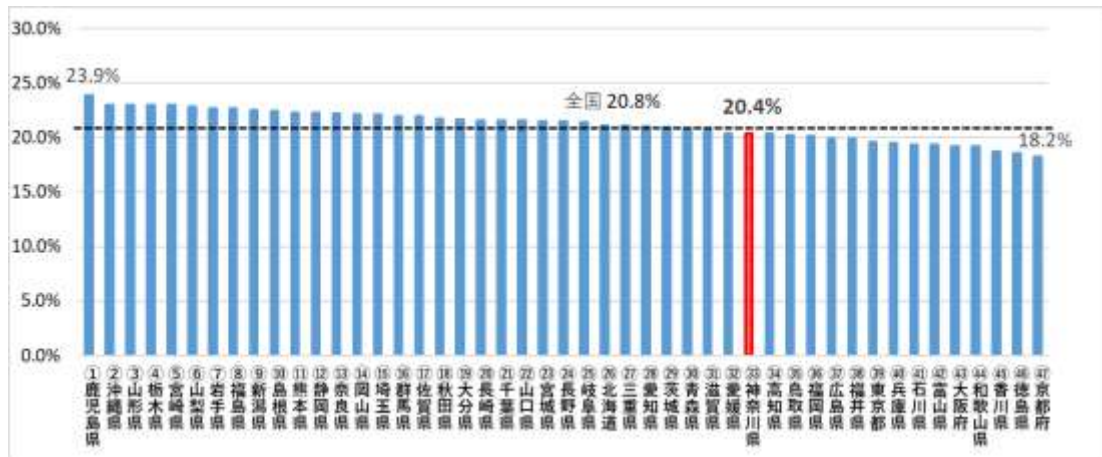
図5-34 後発医薬品の市町村別使用割合(保険請求のあった薬局の所在地)(数量シェア)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 後発医薬品については、国が「骨太の方針2021」において、数量シェアを令和5（2023）年度末までに全ての都道府県で80%以上とする数値目標を示しましたが、今後、金額ベース等の観点で踏まえた数値目標に見直すこととしています。
- 金額ベースの場合、令和4年3月時点で、全国20.8%に対し、本県は20.4%で、全国平均を下回っています。（図5-35）

図5-35 後発医薬品の都道府県別使用割合(金額ベース)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 令和4年度の使用割合を保険者別で見ると、大きな差異はありませんが、全ての保険者で、全国平均を下回っています。（表5-36）

表5-36 後発医薬品の保険者種別使用割合(数量シェア)

(単位:%)

割合	全国	総数										公費
		医療保険適用計										
		被用者保険計			国民健康保険計				後期高齢者			
		協会一般	共済組合	健保組合	市町村国保	国保組合						
全国	83.7	83.4	84.1	84.4	83.6	83.7	83.5	83.6	82.0	82.7	90.0	
神奈川県	82.1	81.6	82.8	83.0	82.1	82.8	81.6	81.6	81.7	80.2	90.5	

厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 処方箋発行元医療機関別で見ると、医科においては、病院では公的病院が、診療所では産婦人科を除いた医療機関が、全国平均を下回っています。また、歯科においては、病院が全国平均を下回っています。（表5-37）

表5-37 後発医薬品の処方箋発行元医療機関別使用割合(数量シェア)

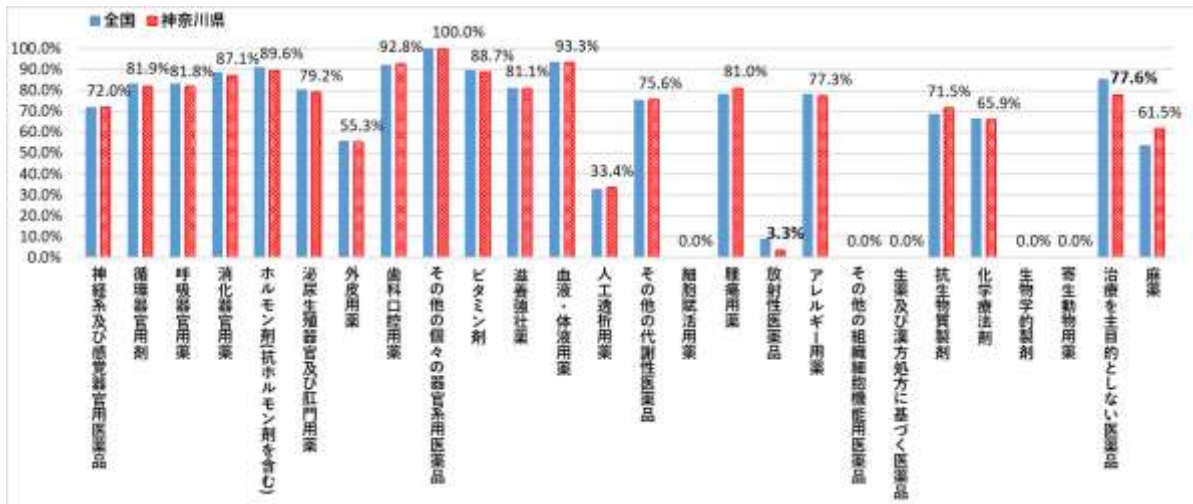
(単位:%)

割合	全国	総数																				
		医科																	歯科			
		病院							診療所										病院	診療所		
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	(再掲) 200床未満	(再掲) 200床以上	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他						
全国	83.7	83.7	83.9	76.4	84.3	85.0	82.1	85.1	82.9	83.7	84.8	82.4	84.7	81.7	80.9	89.1	77.0	85.7	81.1	88.8	91.0	86.3
神奈川県	82.1	82.1	83.1	78.2	82.7	85.1	86.5	85.0	82.2	81.7	83.2	80.7	83.0	78.1	79.5	89.1	71.6	84.0	79.2	88.6	90.9	87.2

厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 令和3年度の使用割合を薬効別で見ると、多くの薬効で全国平均とほぼ同水準ですが、放射性医薬品が5.2%、治療を主目的としない医薬品が7.6%、全国平均を下回っています。（図5-38）

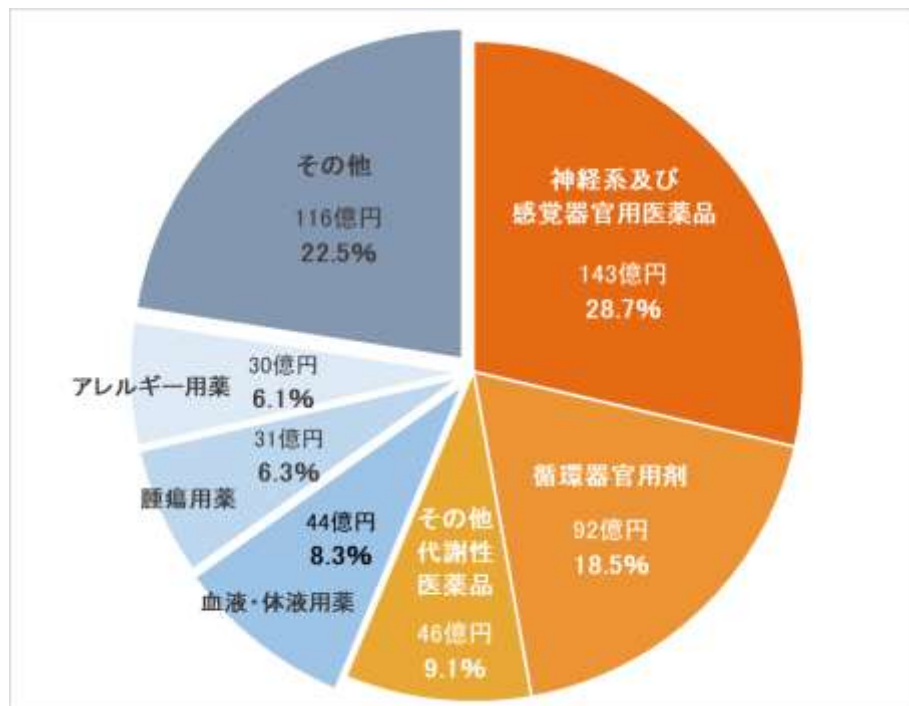
図5-38 後発医薬品の薬効別使用割合(数量シェア)(全国・県)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 現在使われている先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の効果額は、少なく見積もって、1年間あたり499億円となります。上位3位の神経系及び感覚器官用医薬品、循環器官用剤並びにその他の代謝性医薬品で半数以上を占めています。（図5-39）

図5-39 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合の効果額



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

イ バイオ後続品の使用促進

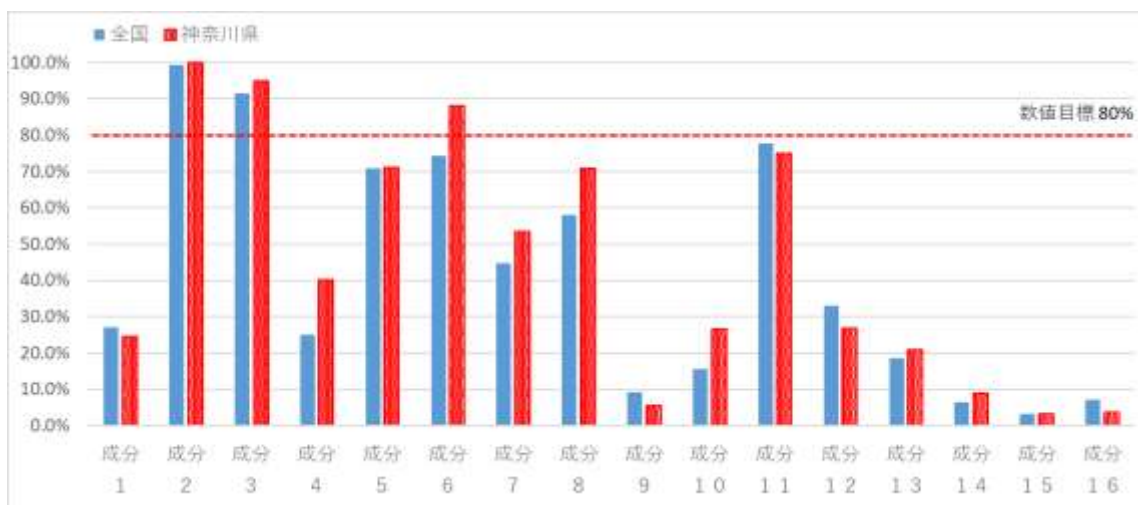
- バイオ医薬品とは、遺伝子組換え、細胞培養等のバイオテクノロジーを応用して製造された、ホルモン、酵素、抗体等のタンパク質を有効成分とする医薬品です。代表的なバイオ医薬品として、インスリン、エリスロポエチン、インターロイキン、インターフェロン、抗体等があります。
- バイオ医薬品の開発により、これまで治療が困難であった様々な病気の治療が飛躍的に進歩し、急速にその使用が伸びました。一方で、バイオ医薬品は開発や製造にコストがかかるため高価となり、医療費が高額になっています。
- そこで、国は、令和4年6月7日に閣議決定された「骨太の方針2022」において、令和11年度末までに、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とする数値目標を示しました。
- 令和3年度の成分はバイオ後続品の成分一覧（表5-40）のとおりで、令和3年度は、本県で18.8%（16成分中3成分）、全国平均で12.5%（16成分中2成分）が置き換わっています。（図5-41）

表5-40 バイオ後続品の成分一覧(令和3年度)

成分1	ソマトロピン	成分9	アガルシダーゼベータ
成分2	エポエチンアルファ	成分10	ベバシズマブ
成分3	フィルグラスチム	成分11	ダルベポエチンアルファ
成分4	インフリキシマブ	成分12	テリパラチド
成分5	インスリングルルギン	成分13	インスリンリスプロ
成分6	リツキシマブ	成分14	アダリムマブ
成分7	エタネルセプト	成分15	インスリンアスパルト
成分8	トラスツズマブ	成分16	ラニビズマブ

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

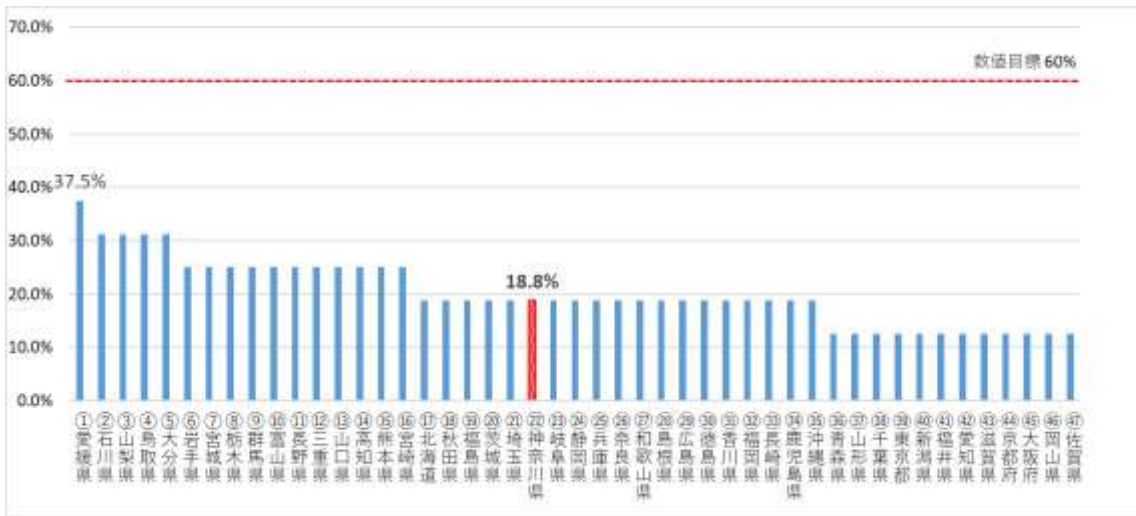
図5-41 バイオ後続品の成分別使用割合(全国・県)



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

- 全国では、愛媛県が37.5%（16成分中6成分）で1位ですが、国が目標として定めた60%とは大きな乖離があります。（図5-42）

図5-42 バイオ後続品の都道府県別使用割合



【取組】

ア 後発医薬品使用促進に係る理解促進

- 後発医薬品の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等について、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等の品質や安全性等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、後発医薬品等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。

イ 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」の配布等の実施

- 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」の配布等の被保険者等に対する使用促進を図ります。
- 「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、後発医薬品の使用状況等の分析等を行い、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、市町村等の国保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。

ウ 地域フォーミュラリ³⁰

- 地域フォーミュラリについて、令和4年度厚生労働科学特別研究事業で取りまとめられた「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月）等の情報を保険者協議会等において共有するとともに、国の動向を注視しながら、必要な対策を検討していきます。

エ バイオ後続品

- 国から提供されるデータを基に本県の状況を分析し、保険者協議会等において情報共有を図るとともに、国の動向を注視しながら、必要な対策を検討していきます。

³⁰ 地域フォーミュラリ：フォーミュラリとは、一般的に、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味する。本計画において、「地域フォーミュラリ」とは、地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収録されている地域における医薬品集及びその使用方針を指す。

(4) 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 患者本位の医薬分業を実現するため、平成27年10月に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」に則し、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、一層の普及啓発が求められています。
- また、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。
- 更に、国において取組を進めている電子処方箋³¹については、令和5年1月から開始され、保険医療機関等において導入を進めていくことが必要です。

【取組】

ア かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着

- 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等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、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等を通じ、かかりつけ薬剤師・薬局を持つきっかけ作りに努めます。
- また、県民が、かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶ際に活用できるよう、県「かながわ医療情報検索サービス」において、薬局の特徴や機能を分かりやすく情報提供します。なお、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット」へ移行しますが、引き続き適切な情報提供に努めます。

イ 医薬品の適正使用に関する意識の啓発

- 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の促進と普及を図ります。

ウ 重複投薬の該当者に対する訪問指導等の実施

- 保険者等は、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

³¹ 電子処方箋：これまで紙で発行していた処方箋を電子化したもの。「医療機関で患者さんが電子処方箋を選択」し、「医師・歯科医師・薬剤師が患者さんの薬の情報を参照することに対して同意」をすることで、複数の医療機関・薬局にまたがる薬の情報を医師・歯科医師・薬剤師に共有することができるようになる。医師・歯科医師・薬剤師は、今回処方・調剤する薬と飲み合わせの悪い薬を服用していないかなど確認できるようになり、薬剤情報にもとづいた医療を受けられるようになる。

報提供を行う等連携を図り、医薬品の適正使用の推進に努めます。県は、保険者等の課題を把握するため、取組状況の調査を実施するとともに、好事例の情報提供・助言など取組の推進に向けた支援に努めます。

- 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。

エ 電子処方箋

- 保険医療機関等への導入状況を踏まえながら、今後、必要に応じて取組内容を検討します。

(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ことが必要です。

【取組】

ア 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

- 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等、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。

イ 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等連携を図り、適正な受診の促進に努めます。県は、保険者等の課題を把握するため、取組状況の調査を実施するとともに、好事例の情報提供・助言など取組の推進に向けた支援に努めます。
- 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。

ウ 医療費に関する意識の啓発

- 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等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。

エ レセプト点検の実施

- 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。

オ 第三者行為に係る求償等の充実

- 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。

(6) 医療資源の効果的・効率的な活用

【現状と課題】

- 医療資源の効果的・効率的な活用については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると当該医療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが大変重要となります。
- 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療については、国において、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方 of 適正化に取り組んでいます。抗菌薬の適正使用については、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン³²（2016-2020）」に基づく取組によって使用量が減少しました。今後、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」（令和5年4月7日国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議決定）に基づき更なる取組が進められていくところです。

【取組】

- 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、医療資源の投入量に地域差のある医療については、国が提供するデータに加えて、国立国際医療研究センターによる「AMR（薬剤耐性）ワンヘルス動向調査」等の結果に基づき、必要に応じて保険者協議会等において情報共有を行い、必要な取組を検討していきます。
- リフィル処方箋については、必要に応じて保険者協議会等において、分割調剤を含むその他の長期処方等とあわせて、地域の実態等の情報共有等に努めてまいります。

³² 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン：薬剤耐性（AMR：Antimicrobial Resistance）に起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、薬剤耐性（AMR）の発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止するための対策をまとめたものこと。

(7) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

【現状と課題】

- 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいものです。
- そのため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- また、市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援、広域調整等も必要です。
- 今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折についても、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握、治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要です。

【取組】

ア 地域における連携強化の取組の推進

- 市町村は、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向けて、地域資源の把握、課題の抽出、地域住民への普及啓発、相談支援等に取り組めます。
- 県域全体等で、「地域包括ケア会議」を開催するとともに、市町村や関係機関との情報交換・好事例の紹介等により、医師会等とも連携しながら、市町村の取組を支援します。

イ ICTを活用した地域医療介護連携ネットワークの構築

- 地域医療介護連携ネットワークは、患者の同意を得た上で、医療介護の関係機関間において医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組みです。
- 適切な医療・介護サービスを県民に提供するために、地域医療介護連携ネットワークの構築による医療情報の共有や、在宅等における多職種連携の推進が有効です。
- 県では、国が今後、稼働を目指している全国的な保健医療情報ネットワークに接続可能な地域医療連携ネットワークとして、県内各地域への構築を目指していきます。

第6章 評価

1 計画の評価

(1) 評価等

ア 進捗状況の公表

- 計画の着実な実施につなげるために、本計画に掲げた目標及び施策について、年度ごとの進捗状況を把握し、評価、公表します。
- また、「第2章 神奈川県医療費を巡る状況」「第5章 施策の展開」にある保険者種別（市町村国保、後期高齢者医療制度、被用者保険）を中心とした各種図表等を可能な限り、年度ごとに更新し公表します。

イ 進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）

- 計画の最終年度に当たる令和11（2029）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、保険者協議会等の意見を踏まえその結果を公表します。
- 計画の中間年度に当たる令和8（2026）年度に、年度ごとの進捗状況の経年変化等を踏まえ、県や関係者が計画を推進する上での具体的な課題及び好事例について取りまとめ、最終年度の計画の進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）に効果的に繋げるよう努めます。
- 医療費適正化に係る県や関係者が進める上での具体的な課題及び好事例、また進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）は、次期計画の改定に活用します。

ウ 実績の評価

- 令和12（2030）年度に、進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）を活用し、目標の達成状況を中心に実績の評価を行い、県医療費検討委員会や県保険者協議会等の意見を踏まえ、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等制度の見直しが必要と判断した場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬等制度の改正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。

エ 計画期間中の見直し及び次期計画への反映

- 年度ごとの進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合、又は、医療費が医療費の見込みを著しく上回ると見込まれる場

合には、その要因を分析し、必要に応じ、当該要因を解消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。

- 目標の達成状況について経年的に評価を行い、その分析に基づいて計画期間内における取り組むべき施策等の改善を行うとともに、次期計画の改定に活用します。

(2) 評価方法

- 計画に掲げた目標については、厚生労働省から毎年配布されるNDBデータ³³を中心に、国の統計資料等を活用して、進捗状況を評価します。
- 市町村、保険者等の関係者ごとに、「第4章 推進体制・役割」における「役割」と、それに応じた「第5章 施策の展開」における「取組」の結果を整理した上で評価し、計画を推進していくための新たな具体的課題や好事例を収集し横展開に努めます。

(3) 県が提供するデータの市町村における活用

- 市町村においては、NDBデータ等の各種調査結果を反映した施策の推進が望まれますが、NDBデータの公表にはタイムラグ（約2年後の公表）があり、市町村独自でタイムリーに活用することは困難です。そこで、県が最新のKDBデータ³⁴から得られるデータを「市町村別の医療費に係る速報値」として取りまとめ、市町村が計画期間内に取り組む施策等へタイムリーに反映できるよう、効果的な情報提供に努めます。
- これらのデータを、医療費適正化に係る関係者が計画期間内に取り組むべき施策等の改善及び次期計画の改定に活用できるよう、県立保健福祉大学を始めとした関係者の支援を踏まえ、市町村に対して情報提供サイトの整備や分析研修を実施する等の継続的な環境整備に努め、PDCAサイクルに沿った取組の支援を行います。（図6-1）（図6-2）

³³ NDBデータ：NDBは、National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japanの（＝匿名医療保険等関連情報データベース）の略称。厚生労働省が、平成20年4月から施行されている「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報等を格納・構築しているもの。

³⁴ KDBデータ：KDBとは、国保データベースシステムを指す。国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保険事業の実施をサポートすることを目的として構築されたもの。

図6-1 適正化計画のPDCAサイクルイメージ

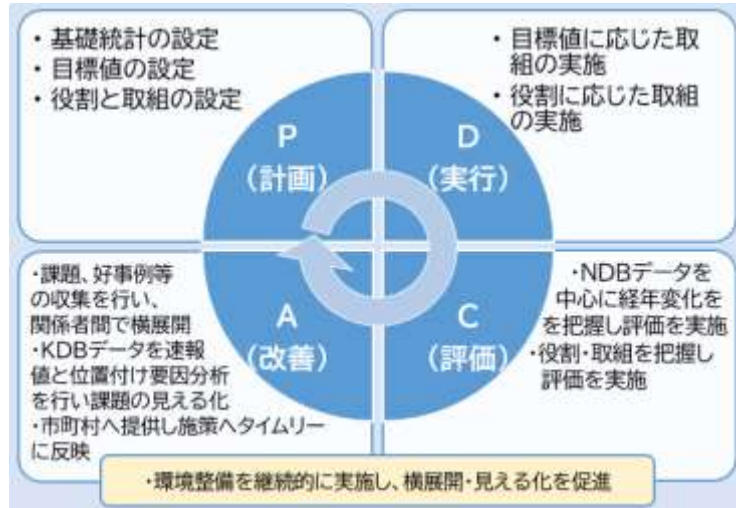
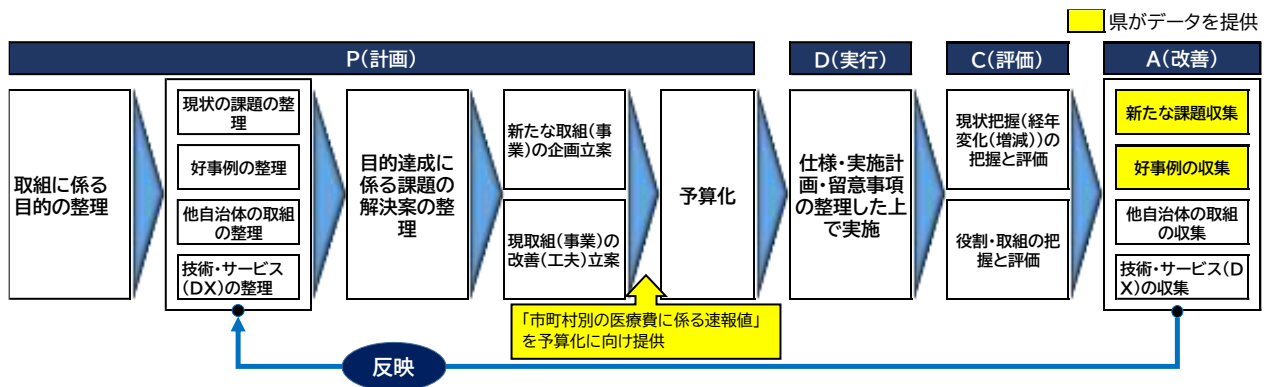


図6-2 市町村業務におけるPDCA活用イメージ



資料編

資料編目次

1	データ集	108
2	PDCA サイクル支援	138
3	関係法令	140
4	計画の策定経緯	148
5	神奈川県医療費検討委員会委員名簿（委員氏名五十音順）	149

1 データ集

医療費適正化計画本文の「図表」の詳細な内訳表として、「資料編・データ集」の「参考表」として、以下の図表一覧のとおり整理しました。

「第6章 評価」のP D C Aサイクル強化に基づき、保険者が実施する事業へ活かすべく、以下の図表一覧の「年次更新」の○△部分を更新し、医療費適正化検討委員会や保険者等へ提示します。

図表一覧

年次更新：「○」…毎年度更新、「△」…数年度ごと更新、「-」…計画掲載のみ

	医療費適正化計画本文			資料編・データ集	
	No.	目次	図表名	参考表No.	年次更新
1章	1	神奈川県医療費適正化計画の改定の背景 関連する計画等	第三期神奈川県医療費適正化計画の進捗状況	-	-
	2		第三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	-	-
	3		医療費適正化計画と他の計画との関係	-	-
2章	1	人口・高齢化等の状況	神奈川県の人口の推移と高齢化率の推移	1	-
	2		神奈川県の将来推計人口		-
	3		高齢者の将来推計人口（令和2年の人口を100とした場合の指数）	2	-
	4		令和2年（2020）年～令和12年（2030）年における都道府県別の高齢者数の伸び率（推計）	3	-
	5		平均寿命・健康寿命の推移	-	-
	6	総医療費	神奈川県の県民医療費の推移		○
	7		神奈川県の後期高齢者医療費及び後期高齢者医療費の県民医療費に占める割合の推移	4	○
	8		神奈川県の診療種別医療費の内訳	5	○
	9		全国の診療種別医療費の内訳		○
	10		神奈川県の概算医療費の構成比推移	6	○
	11		神奈川県の診療種別概算医療費の推移		○
	12		神奈川県の概算歯科医療費の推移		○
	13		神奈川県の保険者種別医療費の割合	7	○
	14		全国の保険者種別医療費の割合		○
	15		保険者種別ごとの一人当たり医療費		○
	16	都道府県別の被保険者一人当たり医療費（後期高齢者）	8	○	

17		都道府県別の被保険者一人当たり医療費（被用者保険）		○
18		都道府県別の被保険者一人当たり医療費（市町村国保）		○
19	一人当たり医療費	都道府県別の一人当たり医療費	9	○
20	医療費の地域差	都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費		○
21	年齢階級別医療費	神奈川県の高年齢階級別一人当たり医療費	10	○
22	疾病別医療費（上位10疾患）	疾病別一人当たり医療費（上位10疾患）全年齢	11	○
23		疾病別一人当たり医療費の首都圏との差（上位10疾患）全年齢	-	○
24		疾病別一人当たり医療費上位10疾患（年齢階級別）	-	○
25		疾病別一人当たり医療費上位10疾患（男女別）	-	○
26		疾病別一人当たり医療費上位10疾患（入院・入院外別（歯科は除く））	-	○
27	生活習慣病の医療費の推移（全国、県）構成比	神奈川県の医療費の構成	12	○
28		全国の医療費の構成	13	○
29		神奈川県の生活習慣病医療費の推移	14	○
30		神奈川県の生活習慣病一人当たり医療費の推移		○
31		神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移		○
32		神奈川県の糖尿病一人当たり医療費の推移		○
33		神奈川県の腎不全一人当たり医療費の推移		○
34		神奈川県の脳梗塞一人当たり医療費の推移		○
35		神奈川県の虚血性心疾患一人当たり医療費の推移		○
36		神奈川県の脳内出血一人当たり医療費の推移	○	
37	神奈川県の生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費	15	○	
38	特定健診受診回数別の医療費状況	国保における特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費の推移	16	△
39		国保における特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費（男女別）	17	△

	40		生活習慣病の都道府県別総患者数（人口10万人当たり）	18	○
	41		神奈川県的生活習慣病の年齢階級別10万人当たりの患者数	19	○
	42	生活習慣病の 総患者数	人口10万人当たりの疾患別総患者数（高血圧性疾患）	20	○
	43		人口10万人当たりの疾患別総患者数（糖尿病）		○
	44		人口10万人当たりの疾患別総患者数（腎不全）		○
	45		人口10万人当たりの疾患別総患者数（脳梗塞）		○
	46		人口10万人当たりの疾患別総患者数（虚血性心疾患）		○
	47		人口10万人当たりの疾患別総患者数（脳内出血）		○
3 章	1	計画終了時の医療費の見込み	県民医療費の見込み	21	-
	2	保険者種別医療費の見込み	保険者種別・年度別医療費の見込み（単位：億円）	-	-
	3	市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料（税）の試算	市町村国保及び後期高齢者医療制度の一人当たり保険料（税）（月額）の試算	-	-
	4	県民の健康の保持の推進に関する目標	県民の健康の保持の推進に関する目標	-	-
	5	医療の効率的な提供の推進に関する目標	医療の効率的な提供の推進に関する目標	-	-
5 章	1	特定健康診査の推進	特定健康診査・特定保健指導の基本的な流れ	-	-
	2		特定健康診査の実施率推移（全国・県）	22	○
	3		特定健康診査の都道府県別実施率	23	○
	4		神奈川県内の特定健康診査の性・年齢階級別の実施率	24	○
	5		神奈川県内の保険者種別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率	25	○

6		神奈川県保険者種別の特定健康診査の実施率	26	○
7		神奈川県国保における市町村別特定健康診査の実施率	27	○
8		神奈川県市町村国保における規模別の特定健康診査の実施率	28	○
9	特定保健指導の推進	特定保健指導の実施率推移(全国・県)	29	○
10		特定保健指導の都道府県別実施率	30	○
11		神奈川県特定保健指導の性・年齢別の実施率	31	○
12		神奈川県保険者別性・年齢別の特定保健指導の実施率	32	○
13		人口10万人対就業保健師数(全国・県)	33	△
14		都道府県別人口10万人対就業保健師数	34	-
15		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(平成20年度比)の推移(全国・県)	35	○
16	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)の減少の推進	36	○	
17	生活習慣病等の重症化予防の推進	40~74歳の糖尿病有病者数(40~74歳)の推移(全国・県)	37	○
18		神奈川県人口10万人当たり糖尿病有病者数(年齢階級別)	38	○
19		血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の推移	39	○
20		糖尿病治療継続者の割合の推移	40	△
21		新規透析導入患者数の推移(県)	41	△
22		新規透析導入患者数の推移(全国)		△
23		人口10万人対新規透析導入患者数の推移(全国・県)	42	△
24	たばこ対策の推進	神奈川県20歳以上の者の喫煙率の推移	-	△
25	がん検診の推進	神奈川県主要死因別死亡者数の推移	-	○
26		神奈川県悪性新生物部位別死亡数の推移	-	○
27		がん検診受診率(全国・県)	43	△
28		神奈川県のがん検診受診率の推移		△

	29	地域包括ケア	地域包括ケアシステムのイメージ図	-	-
	30	システムの推	4つの場面	-	-
	31	進	在宅利用の提供体制に求められる医療機能	-	-
	32	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	後発医薬品使用割合（数量シェア）の推移（全国・県）	44	○
	33		後発医薬品の都道府県別使用割合（数量シェア）	45	○
	34		後発医薬品の市町村別使用割合（保険請求のあった薬局の所在地）（数量シェア）		○
	35		後発医薬品の都道府県別使用割合（金額ベース）		○
	36		後発医薬品の保険者種別使用割合（数量シェア）	-	○
	37		後発医薬品の処方箋発行元医療機関別使用割合（数量シェア）	-	○
	38		後発医薬品の薬効別使用割合（数量シェア）（全国・県）	46	○
	39		先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合の効果額	47	○
	40		バイオ後続品の成分一覧（令和3年度）	-	-
	41		バイオ後続品の成分別使用割合（全国・県）	48	△
	42		バイオ後続品の都道府県別使用割合	49	△
6章	1		県が提供するデータの市町村における活用	適正化計画のP D C Aサイクルイメージ	-
	2	市町村業務におけるP D C A活用イメージ		-	-

【参考表】 (※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。

参考表1 神奈川県の人口の推移と高齢化率の推移【図2-1】

	S55	S60	H2	H7	H12	H17	H22	H27	R2
高齢化率	6.4%	7.5%	8.9%	11.0%	13.8%	16.9%	20.2%	23.9%	25.6%
人口【人】	6,924,348	7,431,974	7,980,391	8,245,900	8,489,974	8,791,597	9,048,331	9,126,214	9,237,337

総務省 国勢調査（昭和55年～令和2年）

参考表2 神奈川県将来推計人口、高齢者の将来推計人口（令和2年の人口を100とした場合の指数）【図2-2、3】

			R2	R7	R12	R17	R22	R27	
神奈川県	人口 (人)	総人口	9,237,337	9,069,562	8,933,474	8,750,958	8,541,016	8,312,524	
		うち	65～74歳	1,106,913	957,195	995,678	1,171,613	1,313,011	1,245,895
			75歳～	1,201,665	1,466,760	1,530,647	1,512,389	1,554,739	1,676,930
	65歳～		2,308,578	2,423,955	2,526,325	2,684,002	2,867,750	2,922,825	
	指数	総人口	100.0	98.2	96.7	94.7	92.5	90.0	
		うち	65～74歳	100.0	86.5	90.0	105.8	118.6	112.6
			75歳～	100.0	122.1	127.4	125.9	129.4	139.6
65歳～			100.0	105.0	109.4	116.3	124.2	126.6	
全国	人口 (人)	総人口	126,146,099	123,262,448	120,115,780	116,638,903	112,837,405	108,801,339	
		うち	65～74歳	17,424,824	14,982,342	14,348,996	15,348,382	17,010,015	16,679,991
			75歳～	18,601,808	21,546,558	22,612,950	22,383,775	22,274,970	22,771,502
	65歳～		36,026,632	36,528,900	36,961,946	37,732,157	39,284,985	39,451,493	
	指数	総人口	100.0	97.7	95.2	92.5	89.4	86.3	
		うち	65～74歳	100.0	86.0	82.3	88.1	97.6	95.7
			75歳～	100.0	115.8	121.6	120.3	119.7	122.4
65歳～			100.0	101.4	102.6	104.7	109.0	109.5	

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30年推計）
 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（令和5年推計）

参考表3 令和2（2020）年～令和12（2030）年における都道府県別の高齢者数の伸び率（推計）【図2-4】

	令和2年 (2020) [人]	令和12年 (2030) [人]	伸び率
全国	36,026,632	37,159,586	1.03
沖縄県	331,404	384,357	1.16
宮城県	647,640	709,347	1.10
東京都	3,194,751	3,422,328	1.07
神奈川県	2,360,820	2,526,325	1.07
滋賀県	371,668	393,510	1.06
福島県	580,272	613,459	1.06
福岡県	1,432,779	1,509,311	1.05
愛知県	1,907,392	2,005,589	1.05
千葉県	1,733,870	1,818,965	1.05
埼玉県	1,983,776	2,079,748	1.05
山梨県	249,808	260,999	1.04
茨城県	850,733	882,705	1.04
兵庫県	1,601,399	1,659,156	1.04
北海道	1,679,288	1,731,567	1.03
静岡県	1,092,750	1,124,828	1.03
熊本県	546,232	560,533	1.03
福井県	234,933	240,036	1.02
鹿児島県	516,756	527,104	1.02
栃木県	562,216	573,221	1.02
佐賀県	248,571	253,190	1.02
石川県	337,171	342,986	1.02
群馬県	584,738	594,800	1.02
長野県	654,562	664,417	1.02
宮崎県	348,873	354,112	1.02
三重県	529,549	536,566	1.01
京都府	756,404	765,958	1.01
鳥取県	178,577	180,269	1.01
広島県	823,098	830,586	1.01
長崎県	433,018	436,515	1.01
青森県	417,815	420,661	1.01
岩手県	407,015	408,444	1.00
新潟県	721,278	723,620	1.00
大阪府	2,441,984	2,444,697	1.00
岡山県	572,890	572,646	1.00
岐阜県	602,366	601,666	1.00
奈良県	420,123	419,512	1.00
山形県	361,178	359,905	1.00
香川県	302,018	300,481	0.99
大分県	373,886	371,904	0.99
愛媛県	443,190	439,957	0.99
富山県	336,851	331,141	0.98
島根県	229,554	224,967	0.98
秋田県	359,687	350,430	0.97
徳島県	245,983	238,831	0.97
和歌山県	307,774	293,472	0.95
山口県	464,633	442,004	0.95
高知県	245,359	232,761	0.95

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30年推計）

参考表 4 神奈川県 の 県民医療費、後期高齢者医療費、後期高齢者医療費の県民医療費に占める割合の推移【図 2－6、7】

	H17	H20	H23	H26	H27	H28	H29	H30	R 1	R 2	R 3
県民医療費 [億円]	19,524	21,073	23,859	25,989	27,186	27,172	27,584	28,081	28,889	27,925	29,956
高齢者医療費 [億円]	5,550	5,593	6,827	7,816	8,294	8,558	9,068	9,458	10,000	9,726	10,285
県民医療費に占める割合	28.4%	26.5%	28.6%	30.1%	30.5%	31.5%	32.9%	33.7%	34.6%	34.8%	34.3%

厚生労働省 国民医療費（平成17～令和3年度）

参考表 5 神奈川県・全国の診療種別医療費の内訳【図 2－8、9】

		総 数	医科入院外	医科入院	調剤	歯科	入院時食事・生活医療費	療養費等	訪問看護
県	金額 [千円]	29,956	10,612	9,979	5,956	2,423	364	356	266
	割合	100.0%	35.4%	33.3%	19.9%	8.1%	1.2%	1.2%	0.9%
全国	金額 [千円]	450,359	168,551	155,474	78,794	31,479	7,407	4,725	3,929
	割合	100.0%	37.4%	34.5%	17.5%	7.0%	1.6%	1.0%	0.9%

厚生労働省 国民医療費（令和3年度）

参考表 6 神奈川県 の診療種別概算医療費の推移【図 2-10~12】

単位：円

	総数	医科	歯科	調剤	その他
H12	1,618,692	1,230,924	174,737	211,496	1,534
H13	1,690,001	1,266,421	179,446	242,592	1,543
H14	1,691,124	1,251,438	178,637	259,409	1,640
H15	1,734,037	1,269,846	175,868	286,593	1,729
H16	1,781,686	1,291,528	176,843	311,266	2,049
H17	1,856,749	1,337,610	179,015	337,793	2,330
H18	1,872,230	1,349,182	172,325	348,028	2,695
H19	1,945,715	1,392,790	171,423	378,575	2,926
H20	1,997,103	1,419,275	174,091	400,330	3,407
H21	2,076,570	1,470,686	173,481	428,715	3,689
H22	2,174,858	1,546,045	176,204	448,478	4,130
H23	2,258,227	1,591,311	181,482	480,787	4,647
H24	2,320,214	1,644,300	184,748	485,800	5,367
H25	2,380,982	1,676,962	187,510	510,417	6,093
H26	2,438,535	1,715,147	194,858	521,064	7,465
H27	2,543,318	1,765,216	199,252	569,899	8,951
H28	2,545,729	1,788,112	202,916	543,973	10,729
H29	2,623,106	1,841,855	207,397	561,019	12,835
H30	2,665,225	1,892,238	212,858	544,763	15,365
R1	2,745,324	1,940,894	217,720	567,940	18,771
R2	2,668,357	1,873,493	215,334	556,171	23,359
R3	2,856,429	2,020,201	230,898	576,489	28,841
R4	2,986,513	2,125,873	238,029	588,979	33,633

厚生労働省 概算医療費データベース

参考表 7 神奈川県 の保険者種別医療費【図 2-13~15】

単位：円

	総数		一人当たり	
	神奈川	全国	神奈川県	全国
後期高齢者	994,224,183,285	16,526,905,612,483	845,717	910,819
組合+被用者保険	1,050,901,180,324	14,047,626,905,736	168,978	174,703
市町村国保	638,396,525,551	9,876,036,716,481	364,799	380,300
保険者種別計	2,683,521,889,160	40,450,569,234,700	293,450	324,845

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表 8 都道府県、保険者別の被保険者一人当たり医療費【図 2-16~18】

単位：円

市町村国保		組合+被用者保険		後期高齢者	
島根県	473,741	佐賀県	201,826	福岡県	1,131,762
佐賀県	468,990	秋田県	196,895	高知県	1,118,381
鹿児島県	468,787	香川県	195,493	鹿児島県	1,094,230
山口県	468,269	大分県	192,944	長崎県	1,066,409
大分県	462,684	徳島県	190,895	佐賀県	1,061,558
香川県	456,832	長崎県	190,370	熊本県	1,052,102
長崎県	446,152	鹿児島県	190,351	北海道	1,035,574
熊本県	432,686	北海道	189,992	大分県	1,035,415
岡山県	429,871	島根県	189,100	徳島県	1,028,996
徳島県	428,460	山形県	185,248	大阪府	1,012,490
高知県	428,072	熊本県	184,973	広島県	1,003,385
石川県	426,361	高知県	184,738	京都府	991,490
秋田県	417,611	大阪府	182,993	沖縄県	984,446
鳥取県	415,289	山口県	182,545	山口県	982,007
福井県	412,594	奈良県	181,242	兵庫県	978,154
広島県	411,951	兵庫県	180,854	香川県	960,774
北海道	410,775	青森県	179,801	岡山県	947,823
愛媛県	407,631	和歌山県	179,597	石川県	941,021
山形県	406,862	福岡県	178,753	愛媛県	938,925
宮崎県	403,760	岡山県	177,848	鳥取県	924,424
三重県	401,177	宮崎県	177,472	島根県	916,980
兵庫県	400,763	愛媛県	176,625	和歌山県	912,656
富山県	399,434	鳥取県	175,717	奈良県	910,457
岩手県	394,685	岐阜県	175,647	富山県	906,493
宮城県	393,306	東京都	175,645	東京都	905,235
岐阜県	390,143	福島県	175,052	愛知県	904,630
福岡県	387,596	福井県	174,753	宮崎県	891,428
新潟県	385,777	栃木県	174,202	福井県	888,821
京都府	385,220	岩手県	173,697	滋賀県	880,411
大阪府	383,406	宮城県	172,133	神奈川県	845,717
奈良県	382,802	山梨県	171,026	山梨県	842,732
滋賀県	380,932	石川県	170,970	群馬県	836,292
和歌山県	380,291	広島県	170,539	岐阜県	831,162
静岡県	375,083	静岡県	170,006	茨城県	819,907
長野県	372,709	群馬県	169,683	宮城県	818,702
福島県	371,837	愛知県	169,396	山形県	815,949
山梨県	368,939	神奈川県	168,978	三重県	815,103
青森県	366,475	三重県	168,589	埼玉県	813,816
神奈川県	364,799	富山県	167,900	長野県	813,330
栃木県	361,548	京都府	167,763	栃木県	808,050
群馬県	361,332	沖縄県	166,247	千葉県	803,331
千葉県	352,500	長野県	166,103	静岡県	797,852
愛知県	348,556	千葉県	165,719	福島県	796,603
埼玉県	346,128	埼玉県	164,903	青森県	788,510
沖縄県	340,903	茨城県	163,484	秋田県	785,720
東京都	339,081	新潟県	162,499	岩手県	742,222
茨城県	334,941	滋賀県	155,773	新潟県	734,462
全国	380,300	全国	174,703	全国	910,819

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表9 都道府県別の一人当たり医療費、都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費【図2-19、21】

単位：千円		単位：千円	
全国計	358.8	全国計	358.8
高知県	471.2	高知県	408.4
鹿児島県	440.3	福岡県	407.6
長崎県	433.6	鹿児島県	406.4
徳島県	433.4	佐賀県	406.2
大分県	430.9	大阪府	400.4
山口県	422.1	長崎県	397.7
佐賀県	421.8	大分県	394.8
北海道	419.0	徳島県	393.3
熊本県	416.7	熊本県	393.1
香川県	408.0	北海道	392.1
和歌山県	406.2	香川県	385.4
島根県	401.5	沖縄県	379.4
福岡県	398.8	山口県	378.3
愛媛県	397.5	兵庫県	377.1
大阪府	391.8	広島県	375.8
秋田県	389.8	京都府	371.2
宮崎県	383.5	和歌山県	370.4
兵庫県	382.9	岡山県	370.0
岡山県	382.4	東京都	367.0
広島県	381.2	愛媛県	364.6
京都府	375.9	島根県	363.4
奈良県	373.5	宮崎県	356.8
鳥取県	372.1	石川県	354.7
山形県	366.4	奈良県	353.7
富山県	364.6	愛知県	352.9
石川県	361.9	鳥取県	347.0
青森県	361.7	福井県	342.8
福井県	357.8	神奈川県	342.0
山梨県	355.9	岐阜県	340.7
岐阜県	352.2	富山県	339.2
岩手県	350.6	宮城県	338.9
長野県	348.4	山梨県	338.8
三重県	346.9	滋賀県	338.4
福島県	344.3	三重県	338.1
群馬県	339.7	秋田県	336.1
静岡県	337.5	山形県	334.1
宮城県	335.1	栃木県	333.2
栃木県	334.3	群馬県	330.9
沖縄県	334.1	埼玉県	330.0
愛知県	331.2	青森県	329.0
新潟県	329.6	千葉県	328.4
東京都	329.5	静岡県	327.6
茨城県	327.9	福島県	325.3
神奈川県	324.3	長野県	325.0
滋賀県	321.8	茨城県	323.3
千葉県	320.6	岩手県	321.2
埼玉県	318.1	新潟県	305.8

参考表10 神奈川県の子年齢階級別一人当たり医療費【図2-20】

単位：円

	神奈川県
00～04歳	216,707
05～09歳	120,969
10～14歳	97,956
15～19歳	87,418
20～24歳	80,320
25～29歳	101,439
30～34歳	118,969
35～39歳	126,104
40～44歳	152,619
45～49歳	172,832
50～54歳	224,494
55～59歳	268,931
60～64歳	350,644
65～69歳	430,339
70～74歳	562,163
75～79歳	706,908
80～84歳	842,004
85～89歳	969,872
90～94歳	1,059,197
95～99歳	1,118,421
100歳以上	1,042,321

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表11 疾病別一人当たり医療費（上位10疾患）全年齢【図2-22，23】

単位：円

	神奈川県	首都圏	差額
歯肉炎及び歯周疾患	21,083	19,757	1,326
高血圧性疾患	17,411	18,479	-1069
その他の悪性新生物(腫瘍)	12,149	12,494	-345
糖尿病	11,418	11,430	-12
その他の心疾患	11,088	10,937	150
腎不全	10,800	10,774	26
骨折	9,108	9,207	-100
その他の消化器系の疾患	8,830	8,518	312
脳梗塞	7,239	7,481	-242
その他の神経系の疾患	6,018	5,907	110

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表12 神奈川県・全国の医療費の構成【図2-27、28】

単位：円

	神奈川県	全国
高血圧性疾患	159,218,701,853	2,729,990,057,941
糖尿病	104,417,445,110	1,653,405,534,220
腎不全	98,767,140,565	1,478,385,199,613
脳梗塞	66,194,472,958	1,080,369,916,088
虚血性心疾患	48,997,557,440	719,045,680,478
脳内出血	28,552,485,707	417,077,017,603
その他	2,336,592,787,380	32,372,295,828,757
全疾病	2,683,521,889,160	40,450,569,234,700

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表13 神奈川県的生活習慣病医療費の推移【図2-29】

単位：円

	H30	R1	R2	R3
高血圧性疾患	157,977,650,867	161,340,272,808	157,173,364,639	159,218,701,853
糖尿病	97,627,111,068	101,657,012,412	101,977,498,222	104,417,445,110
腎不全	95,838,296,555	99,611,461,730	98,111,146,078	98,767,140,565
脳梗塞	62,297,807,929	64,817,182,541	64,888,752,530	66,194,472,958
虚血性心疾患	52,753,513,211	52,043,131,361	47,880,433,768	48,997,557,440
脳内出血	26,268,881,359	26,343,718,861	27,640,585,867	28,552,485,707
生活習慣病計	492,763,260,989	505,812,779,713	497,671,781,104	506,147,803,633

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表14 神奈川県的生活習慣病一人当たり医療費の推移【図2-30～36】

単位：円

	H30	R1	R2	R3
高血圧性疾患	17,331	17,668	17,175	17,411
糖尿病	10,710	11,132	11,143	11,418
腎不全	10,514	10,908	10,721	10,800
脳梗塞	6,835	7,098	7,091	7,239
虚血性心疾患	5,787	5,699	5,232	5,358
脳内出血	2,882	2,885	3,020	3,122
生活習慣病計	54,060	55,390	54,382	55,348

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表15 神奈川県的生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費【図2-37】

単位：円

	0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳
高血圧性疾患	2,159	9,117	27,141	55,000	95,038
糖尿病	7,249	10,934	25,017	41,614	61,306
腎不全	3,405	8,144	20,382	39,216	60,769
脳梗塞	873	1,850	5,468	13,762	38,289
虚血性心疾患	788	2,544	8,286	17,805	34,053
脳内出血	1,346	2,523	6,326	9,888	14,695

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表16 国民健康保険における生活習慣病の特定健診受診回数別の一人当たり医療費【図2-38】

単位：円

健診受診回数	該当者数	H30	R1	R2	R3
未受診	590,394	614,210	660,577	694,320	724,675
1回	113,804	353,119	409,476	434,228	452,115
2回	82,396	302,555	334,162	369,295	397,776
3回	84,206	271,219	289,076	309,478	362,848
4回	150,460	246,705	257,250	255,390	277,480

神奈川県国民健康保険団体連合会資料
「平成30年度～令和3年度における特定健診受診回数別の医療費状況【KDB分析】」

参考表17 生活習慣病の特定健診受診回数別の一人当たり医療費【図2-39】

単位：円

健診受診回数	男性	女性
未受診	829,033	615,859
1回	536,466	381,605
2回	477,174	336,682
3回	436,250	308,535
4回	321,989	244,350

神奈川県国民健康保険団体連合会資料
「平成30年度～令和3年度における特定健診受診回数別の医療費状況【KDB分析】」

参考表18 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】

単位：人

	患者数
全国	24,608
山形県	32,241
鹿児島県	31,902
青森県	31,803
福島県	30,806
徳島県	30,660
岩手県	30,559
高知県	30,416
秋田県	30,345
宮崎県	30,175
和歌山県	29,503
大分県	29,473
愛媛県	29,362
長崎県	29,290
佐賀県	28,967
熊本県	28,581
北海道	28,543
島根県	28,340
山口県	28,108
富山県	27,025
宮城県	26,980
岐阜県	26,911
新潟県	26,590
群馬県	26,384
奈良県	26,380
山梨県	26,336
茨城県	25,939
福井県	25,927
静岡県	25,874
香川県	25,870
三重県	25,472
栃木県	25,299
鳥取県	25,264
長野県	25,070
福岡県	24,903
岡山県	24,890
広島県	24,651
石川県	24,479
兵庫県	24,235
滋賀県	23,629
埼玉県	23,593
千葉県	23,331
大阪府	23,271
愛知県	22,912
沖縄県	22,653
神奈川県	21,656
京都府	21,397
東京都	19,196

参考表19 神奈川県的生活習慣病の年齢階級別10万人当たりの患者数【図2-41】

単位：人

	00～ 04歳	05～ 09歳	10～ 14歳	15～ 19歳	20～ 24歳	25～ 29歳	30～ 34歳	35～ 39歳	40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	75～ 79歳	80～ 84歳	85～ 89歳	90～ 94歳	95～ 99歳	100歳以上
高血圧性疾患	1	3	9	69	165	345	728	1,570	3,322	6,302	11,158	15,920	22,930	25,986	34,975	32,513	37,256	40,919	44,694	48,906	55,965
糖尿病	29	80	161	368	469	845	1,229	1,666	2,321	3,219	4,928	6,539	8,469	9,759	12,703	11,545	12,255	11,305	9,070	7,218	5,481
腎不全	5	6	14	27	31	48	70	119	183	268	425	566	822	1,017	1,486	1,548	2,067	2,377	2,331	2,041	1,290
脳梗塞	10	15	16	39	42	77	103	170	273	454	824	1,192	1,762	2,404	4,144	5,126	7,239	8,634	9,455	9,999	10,180
虚血性心疾患	6	19	43	141	159	247	288	371	567	785	1,306	1,819	2,659	3,232	4,815	5,193	6,418	6,594	6,047	5,562	5,873
脳内出血	27	24	37	51	47	55	66	77	121	174	305	409	550	557	733	737	961	1,103	1,252	1,238	806

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表20 人口10万人当たりの生活習慣疾患別総患者数【図2-42~47】

単位：人

	高血圧性疾患		糖尿病		腎不全		脳梗塞		虚血性心疾患		脳内出血
全国	14,662	全国	5,201	全国	614	全国	1,878	全国	1,874	全国	378
山形県	20,855	徳島県	6,633	鹿児島県	897	高知県	3,554	北海道	2,575	秋田県	688
青森県	20,124	岩手県	6,429	大分県	895	愛媛県	3,107	鹿児島県	2,522	宮崎県	640
福島県	19,908	青森県	6,394	徳島県	833	鹿児島県	3,006	徳島県	2,428	鳥取県	605
鹿児島県	19,140	秋田県	6,217	長崎県	786	山口県	2,972	愛媛県	2,412	長野県	582
宮崎県	19,086	香川県	6,139	熊本県	784	新潟県	2,750	大分県	2,296	山形県	570
岩手県	18,914	愛媛県	6,123	和歌山県	775	北海道	2,722	和歌山県	2,274	鹿児島県	539
秋田県	18,762	石川県	6,031	佐賀県	765	岩手県	2,522	岐阜県	2,261	高知県	522
熊本県	18,414	大分県	6,027	高知県	749	宮崎県	2,379	群馬県	2,221	愛媛県	519
徳島県	18,367	和歌山県	5,981	福岡県	726	長崎県	2,368	石川県	2,219	和歌山県	496
長崎県	18,208	山形県	5,890	鳥取県	710	山形県	2,362	長崎県	2,215	山口県	490
高知県	18,106	佐賀県	5,872	香川県	704	広島県	2,294	滋賀県	2,204	岩手県	470
佐賀県	18,057	福島県	5,868	奈良県	699	秋田県	2,266	高知県	2,172	佐賀県	465
大分県	17,985	静岡県	5,851	愛媛県	697	富山県	2,264	奈良県	2,133	島根県	462
島根県	17,917	富山県	5,811	宮崎県	697	青森県	2,200	京都府	2,114	岐阜県	449
和歌山県	17,864	岐阜県	5,803	静岡県	692	和歌山県	2,114	宮崎県	2,092	香川県	438
宮城県	16,881	鹿児島県	5,798	広島県	682	佐賀県	2,112	青森県	2,069	長崎県	430
愛媛県	16,504	北海道	5,748	群馬県	676	福岡県	2,073	山口県	2,048	富山県	423
山口県	16,431	岡山県	5,737	北海道	669	福島県	2,047	福島県	2,012	青森県	422
北海道	16,414	島根県	5,658	山口県	657	香川県	2,041	香川県	1,985	北海道	415
山梨県	16,251	茨城県	5,648	島根県	652	奈良県	2,039	福井県	1,970	新潟県	413
岐阜県	16,248	熊本県	5,611	山梨県	651	長野県	2,035	山形県	1,951	茨城県	407
富山県	16,133	新潟県	5,611	滋賀県	644	徳島県	2,021	福岡県	1,937	奈良県	404
福井県	16,042	三重県	5,605	福島県	632	鳥取県	2,018	宮城県	1,888	石川県	403
新潟県	15,874	山梨県	5,567	岡山県	628	兵庫県	2,017	富山県	1,871	静岡県	397
群馬県	15,803	奈良県	5,516	岩手県	618	静岡県	1,936	愛知県	1,869	兵庫県	395
茨城県	15,656	山口県	5,509	栃木県	617	茨城県	1,893	秋田県	1,869	福岡県	389
奈良県	15,590	宮城県	5,501	宮城県	616	大分県	1,888	三重県	1,843	福井県	385
栃木県	15,551	栃木県	5,485	山形県	613	群馬県	1,882	広島県	1,842	京都府	384
三重県	15,463	群馬県	5,455	京都府	600	島根県	1,841	静岡県	1,839	愛知県	382
静岡県	15,158	広島県	5,401	愛知県	600	埼玉県	1,811	島根県	1,811	大分県	381
鳥取県	15,096	鳥取県	5,346	兵庫県	600	大阪府	1,764	神奈川県	1,793	沖縄県	381
長野県	14,991	福井県	5,337	岐阜県	599	山梨県	1,760	千葉県	1,793	熊本県	379
岡山県	14,793	高知県	5,312	大阪府	599	岡山県	1,740	兵庫県	1,791	徳島県	378
香川県	14,563	兵庫県	5,308	茨城県	596	石川県	1,730	長野県	1,785	宮城県	374
福岡県	14,503	長崎県	5,284	青森県	594	宮城県	1,720	山梨県	1,740	山梨県	367
沖縄県	14,417	宮崎県	5,282	神奈川県	570	熊本県	1,667	茨城県	1,738	広島県	362
埼玉県	14,281	福岡県	5,275	埼玉県	565	三重県	1,666	大阪府	1,734	岡山県	359
滋賀県	14,278	愛知県	5,227	福井県	563	福井県	1,630	熊本県	1,726	大阪府	357
千葉県	14,131	長野県	5,147	千葉県	557	神奈川県	1,616	埼玉県	1,713	栃木県	352
兵庫県	14,123	大阪府	5,026	沖縄県	550	沖縄県	1,614	佐賀県	1,696	滋賀県	349
広島県	14,070	千葉県	5,003	三重県	549	栃木県	1,605	栃木県	1,689	群馬県	348
大阪府	13,791	滋賀県	4,984	東京都	545	京都府	1,563	東京都	1,642	三重県	347
石川県	13,623	埼玉県	4,919	秋田県	542	岐阜県	1,550	岡山県	1,632	福島県	338
愛知県	13,322	神奈川県	4,803	長野県	530	千葉県	1,533	岩手県	1,606	神奈川県	322
神奈川県	12,552	京都府	4,568	新潟県	527	愛知県	1,511	沖縄県	1,551	千葉県	314
京都府	12,168	沖縄県	4,141	富山県	522	東京都	1,433	鳥取県	1,489	埼玉県	304
東京都	11,147	東京都	4,135	石川県	474	滋賀県	1,171	新潟県	1,414	東京都	295

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表21 県民医療費の見込み【図3-1】

単位：億円

	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療費（適正化前）	29,488	30,065	30,837	31,648	32,478	33,206	33,949	34,708	35,484
医療費（適正化後）	29,276	29,851	30,617	31,423	32,248	32,971	33,709	34,464	35,234
入院（適正化前）	10,186	10,512	10,845	11,195	11,554	11,871	12,195	12,528	12,868
入院外（適正化前）	17,076	17,314	17,718	18,143	18,577	18,957	19,344	19,739	20,142
歯科（適正化前）	2,226	2,239	2,273	2,310	2,347	2,378	2,410	2,442	2,474

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

参考表22 特定健康診査の実施率推移(全国・県)【図5-2】

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	51.4%	52.9%	54.4%	55.3%	53.1%	56.2%
県	51.0%	52.5%	53.6%	55.1%	52.4%	56.2%

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28年度～令和3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28年度～令和3年度)

参考表23 特定健康診査の都道府県別実施率【図5-3】

山形県	66.3%
東京都	65.4%
富山県	62.9%
宮城県	61.7%
山梨県	61.6%
新潟県	61.5%
長野県	61.5%
石川県	60.0%
滋賀県	60.0%
島根県	59.5%
三重県	59.3%
愛知県	59.2%
静岡県	58.8%
岩手県	58.0%
岐阜県	57.5%
大分県	57.2%
福井県	57.0%
栃木県	56.5%
福島県	56.3%
神奈川県	56.2%
埼玉県	56.0%
群馬県	55.9%
香川県	55.8%
千葉県	55.8%
茨城県	54.8%
鳥取県	54.4%
熊本県	54.1%
高知県	53.7%
京都府	53.7%
秋田県	53.5%
岡山県	53.3%
大阪府	53.1%
佐賀県	52.9%
徳島県	52.8%
兵庫県	52.7%
広島県	52.5%
鹿児島県	52.0%
福岡県	51.9%
宮崎県	51.5%
青森県	51.4%
愛媛県	51.1%
沖縄県	50.9%
山口県	50.6%
奈良県	49.4%
和歌山県	48.9%
長崎県	48.8%
北海道	45.7%

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(令和3年度)

参考表24 神奈川県の特健康診査の性・年齢階級別の実施率【図5-4】

	40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳
男性	61.5%	61.8%	61.2%	62.2%	53.9%	38.2%	33.7%
女性	47.4%	48.1%	48.4%	48.3%	41.7%	33.8%	33.9%

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(令和3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(令和4年1月1日現在)

参考表25 神奈川県保険者種別 性・年齢階級別の特健康診査の実施率【図5-5】

	40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳
男性(市町村国保)	12.8%	13.3%	14.4%	17.3%	22.5%	29.8%	33.9%
女性(市町村国保)	17.6%	17.8%	19.8%	23.5%	29.5%	34.6%	37.5%
男性(市町村国保以外)	68.6%	69.1%	68.9%	70.2%	62.2%	44.8%	33.4%
女性(市町村国保以外)	51.0%	52.0%	52.7%	53.2%	46.8%	32.9%	22.7%

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(令和3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(令和4年1月1日現在)

参考表26 神奈川県保険者種別の特健康診査の実施率【図5-6】

市町村国保	28.3%
全国健康保険協会 神奈川支部	53.5%
健康保険組合連合会 神奈川連合	79.7%

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(令和3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(令和4年1月1日現在)

参考表27 神奈川県国保における市町村別特定健康診査の実施率【図5-7】

清川村	43.2%
松田町	38.5%
藤沢市	37.6%
箱根町	36.4%
愛川町	36.4%
開成町	35.5%
綾瀬市	35.4%
寒川町	35.3%
伊勢原市	35.1%
茅ヶ崎市	35.0%
大磯町	34.9%
鎌倉市	34.3%
二宮町	34.1%
平塚市	33.9%
厚木市	32.7%
大和市	32.6%
真鶴町	32.3%
海老名市	31.9%
山北町	31.9%
秦野市	31.6%
逗子市	31.5%
南足柄市	30.7%
座間市	30.5%
三浦市	30.2%
湯河原町	29.6%
小田原市	29.0%
葉山町	28.8%
県	28.3%
中井町	28.1%
横須賀市	27.3%
川崎市	27.0%
相模原市	26.4%
大井町	25.5%
横浜市	24.7%

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(令和3年度)

参考表28 神奈川県国保における市町村別規模別の特定健康診査の実施率【図5-8】

	受診率	対象者(人)	受診者(人)
大規模	25.4%	724,124	184,286
中規模	32.6%	444,062	144,904
小規模	32.1%	22,920	7,354

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(令和3年度)

参考表29 特定保健指導の実施率推移(全国・県)【図5-9】

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	18.8%	19.5%	23.3%	23.2%	23.0%	24.7%
県	13.6%	14.4%	17.9%	18.5%	18.0%	20.1%

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28年度～令和3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28年度～令和3年度)

参考表30 特定保健指導の都道府県別実施率【図5-10】

熊本県	38.3%
徳島県	35.8%
香川県	35.0%
長野県	34.7%
沖縄県	33.6%
長崎県	32.2%
佐賀県	31.9%
大分県	31.9%
岡山県	31.7%
岐阜県	31.1%
山形県	29.8%
富山県	29.6%
秋田県	28.3%
栃木県	27.8%
愛知県	27.7%
愛媛県	27.4%
新潟県	27.2%
福島県	27.1%
山梨県	26.9%
石川県	26.8%
宮崎県	26.5%
滋賀県	26.3%
福井県	26.1%
京都府	26.0%
静岡県	26.0%
福岡県	26.0%
鹿児島県	25.9%
青森県	25.8%
広島県	25.2%
島根県	25.2%
宮城県	25.1%
高知県	24.4%
鳥取県	24.3%
三重県	23.7%
奈良県	23.6%
和歌山県	23.2%
東京都	23.1%
茨城県	22.7%
千葉県	22.7%
兵庫県	22.7%
山口県	22.6%
大阪府	22.1%
岩手県	21.5%
神奈川県	20.1%
群馬県	19.7%
埼玉県	18.7%
北海道	18.4%

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(令和3年度)

参考表31 神奈川県の特定期保健指導の性・年齢別の実施率【5-11】

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
男性	19.6%	21.4%	23.0%	24.6%	21.5%	13.9%	12.7%
女性	15.5%	16.9%	17.6%	18.0%	15.8%	13.6%	15.0%

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(令和3年度)

参考表32 神奈川県の特定期保健指導の保険者別 性・年齢別の実施率【図5-12】

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
男性(市町村国保)	4.8%	6.3%	6.4%	6.5%	8.9%	10.6%	12.3%
女性(市町村国保)	7.6%	7.1%	10.9%	9.5%	12.2%	14.4%	15.6%
男性(協会けんぽ)	8.6%	9.4%	9.3%	10.2%	9.6%	10.6%	10.3%
女性(協会けんぽ)	9.3%	10.2%	9.5%	9.8%	9.0%	8.3%	7.4%
男性(健保組合(総合))	14.0%	15.0%	16.1%	16.4%	17.2%	15.8%	18.1%
女性(健保組合(総合))	13.1%	14.0%	13.9%	15.2%	15.4%	11.8%	12.7%
男性(健保組合(単一))	34.5%	37.2%	39.0%	40.6%	38.1%	24.2%	17.3%
女性(健保組合(単一))	23.8%	26.6%	27.5%	29.0%	25.9%	21.4%	24.2%
男性(共済組合)	24.2%	24.8%	22.3%	23.5%	19.7%	-	-
女性(共済組合)	19.5%	17.9%	20.0%	18.5%	21.4%	-	-

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(令和3年度)

参考表33 神奈川県の人10万人対就業保健師数(全国・県)【図5-13】

単位:人

	H26	H28	H30	R2	R4
全国	38.1	40.4	41.9	44.1	48.3
県	22.8	23.5	23.5	26.9	31

厚生労働省 衛生行政報告例(平成26、28、30年度、令和2年度)

参考表34 都道府県別人口10万人対就業保健師数【図5-14】

単位：人

長野県	91.9
島根県	87.1
高知県	85.5
山梨県	80.5
大分県	75
鳥取県	71.3
富山県	70.9
宮崎県	70.9
岩手県	70.4
福井県	70.1
山形県	69.2
佐賀県	68.9
徳島県	67.6
秋田県	67.2
香川県	67.2
鹿児島県	65.6
長崎県	64.2
熊本県	64.2
北海道	64
沖縄県	62.5
岡山県	62.2
福島県	62.1
山口県	59.6
群馬県	59.2
和歌山県	59.2
青森県	58.9
愛媛県	58.4
新潟県	57.9
岐阜県	57.7
栃木県	57.3
石川県	55.7
京都府	53.6
静岡県	52.8
広島県	52.7
滋賀県	51.3
宮城県	51.1
奈良県	49.6
三重県	49.3
茨城県	47.8
福岡県	45.2
兵庫県	41.2
愛知県	40.9
千葉県	39.3
東京都	34.3
埼玉県	31.5
神奈川県	31
大阪府	30.1

参考表35 特定保健指導対象者の減少率（平成20年度比）の推移(全国・県)

【図5-15】

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	16.3%	16.3%	16.7%	15.6%	14.5%	13.6%	13.4%	10.8%	13.8%
県	21.2%	21.1%	21.8%	20.7%	20.4%	19.9%	19.6%	16.2%	19.3%

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25年度～令和3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年度、平成25年度～令和3年)

参考表36 特定保健指導対象者の都道府県別減少率（平成20年度比） 【図5-16】

岩手県	27.5%
沖縄県	23.9%
徳島県	23.9%
長野県	22.6%
長崎県	22.0%
富山県	21.3%
福井県	19.5%
神奈川県	19.3%
大分県	19.0%
山形県	18.9%
宮城県	18.0%
島根県	16.8%
北海道	16.7%
愛媛県	16.6%
宮崎県	16.5%
愛知県	16.4%
鹿児島県	16.1%
香川県	15.8%
東京都	15.5%
静岡県	14.5%
熊本県	14.4%
岡山県	14.3%
秋田県	14.3%
茨城県	13.9%
福島県	13.4%
岐阜県	13.1%
青森県	12.9%
福岡県	12.2%
三重県	12.2%
兵庫県	11.8%
埼玉県	11.4%
広島県	11.2%
山口県	10.8%
和歌山県	10.7%
奈良県	10.6%
高知県	10.5%
栃木県	10.3%
佐賀県	9.1%
滋賀県	9.1%
石川県	8.9%
京都府	8.5%
千葉県	8.1%
群馬県	8.0%
新潟県	7.9%
山梨県	5.9%
大阪府	0.3%
鳥取県	-0.9%

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(令和3年度)

参考表37 40～74歳の糖尿病有病者数（40～74歳）の推移（全国・県）【図5-17】

単位：万人

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
神奈川県	21	-	-	23	23	24	25	25	26	26	27

厚生労働省 NDBオープンデータより推計

参考表38 神奈川県の人口10万人当たり糖尿病有病者数の年齢階級別【図5-18】

単位：人

00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳以上
29	80	161	368	469	845	1,229	1,666	2,321	3,219	4,928	6,539	8,469	9,759	12,703	11,545	12,255	11,305	9,070	7,218	5,481

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表39 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の推移【図5-19】

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0% (NGSP値8.4%以上)の者の割合の減少 (40～74歳))	神奈川県 1.1%	-	-	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%
	全国 1.2%	-	-	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%

厚生労働省 NDBオープンデータより推計

参考表40 糖尿病治療継続者の割合の推移【図5-20】

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
神奈川県（総数）	60.7%	56.4%	50.0%	68.6%	69.2%	68.1%	-	70.7%	67.6%	74.5%
神奈川県（年齢調）	55.4%	56.9%	50.9%	68.7%	67.6%	68.7%	-	63.2%	63.8%	79.1%

県民健康栄養調査

参考表41 新規透析導入患者数の推移（県・全国）【図5-21、22】

単位：人

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
全国	16,247	16,803	16,171	16,035	15,809	16,072	16,103	16,492	16,122	16,019	15,690	15,271	14,330
神奈川県	959	986	937	960	957	1,007	1,039	1,008	953	955	927	883	841

日本透析医学会「図説 わが国の慢性透析療法の現況（2022年12月31日現在）」

参考表42 人口10万人対新規透析導入患者数の推移（全国・県）【図5-23】

単位：人

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
全国	12.69	13.15	12.68	12.60	12.44	12.65	12.69	13.02	12.75	12.70	12.44	12.17	11.47
神奈川県	10.60	10.89	10.33	10.57	10.52	11.03	11.36	11.01	10.38	10.38	10.04	9.56	9.11

日本透析医学会「図説 わが国の慢性透析療法の現況（2022年12月31日現在）」

参考表43 神奈川県のがん検診受診率の推移【図5-28、29】

		H22	H25	H28	R1	R4
全国	胃がん	32.3%	39.6%	40.9%	42.4%	41.9%
	大腸がん	26.0%	37.9%	41.4%	44.2%	45.9%
	肺がん	24.7%	42.3%	46.2%	49.4%	49.7%
	乳がん	39.1%	43.4%	44.9%	47.4%	47.4%
	子宮（頸）がん	37.7%	42.1%	42.3%	43.6%	43.6%
神奈川県	胃がん	31.7%	39.5%	41.8%	41.7%	42.7%
	大腸がん	24.1%	38.5%	42.2%	43.5%	47.3%
	肺がん	23.3%	41.8%	45.9%	47.9%	50.0%
	乳がん	38.9%	42.9%	45.7%	47.8%	48.3%
	子宮（頸）がん	37.9%	43.0%	44.6%	47.4%	43.7%

厚生労働省 国民生活基礎調査(平成22年度～令和4年度)

参考表44 後発医薬品使用割合（数量シェア）の推移（全国・県）【図5-33】

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
神奈川県	58.0%	62.1%	67.1%	71.3%	75.7%	78.6%	80.4%	80.4%	82.1%
全国	58.4%	63.1%	68.6%	73.0%	77.7%	80.4%	82.1%	82.1%	83.7%

厚生労働省 調剤医療費の動向(平成26年度～令和4年度)

参考表45 後発医薬品の都道府県別使用割合（数量シェア）、後発医薬品の市町村別使用割合（保険請求のあった薬局の所在地）、後発医薬品の都道府県別使用割合（金額ベース）【図5-34～36】

沖縄県	90.4%
鹿児島県	88.8%
岩手県	87.6%
宮崎県	87.5%
山形県	87.5%
島根県	87.1%
鳥取県	86.5%
熊本県	86.5%
群馬県	86.1%
長野県	86.0%
宮城県	86.0%
山口県	85.9%
栃木県	85.9%
佐賀県	85.6%
新潟県	85.6%
富山県	85.2%
福島県	85.2%
愛媛県	85.1%
秋田県	85.0%
長崎県	85.0%
静岡県	85.0%
福井県	84.9%
北海道	84.9%
岡山県	84.8%
愛知県	84.7%
福岡県	84.5%
大分県	84.4%
埼玉県	84.4%
三重県	84.3%
滋賀県	84.3%
千葉県	84.2%
石川県	84.1%
青森県	83.8%
茨城県	83.5%
山梨県	83.4%
岐阜県	83.3%
兵庫県	82.9%
和歌山県	82.4%
広島県	82.2%
神奈川県	82.1%
香川県	81.6%
京都府	81.6%
大阪府	81.5%
奈良県	81.2%
高知県	80.7%
徳島県	80.2%
東京都	80.2%

山北町	91.7%
松田町	86.1%
大井町	85.8%
綾瀬市	85.8%
寒川町	85.3%
中井町	85.2%
海老名市	84.9%
南足柄市	84.5%
大和市	84.2%
葉山町	83.9%
座間市	83.2%
開成町	83.2%
相模原市	82.9%
茅ヶ崎市	82.8%
横浜市	82.7%
川崎市	82.6%
箱根町	82.6%
平塚市	82.1%
愛川町	81.9%
湯河原町	81.6%
藤沢市	81.4%
三浦市	81.0%
大磯町	80.4%
横須賀市	80.2%
小田原市	80.0%
鎌倉市	79.5%
厚木市	78.1%
二宮町	77.9%
逗子市	77.0%
秦野市	76.9%
伊勢原市	73.7%
県全体	82.1%

沖縄県	23.9%
鹿児島県	23.0%
岩手県	23.0%
宮崎県	23.0%
山形県	22.9%
島根県	22.8%
鳥取県	22.7%
熊本県	22.6%
群馬県	22.4%
長野県	22.4%
宮城県	22.3%
山口県	22.2%
栃木県	22.2%
佐賀県	22.1%
新潟県	22.1%
富山県	21.9%
福島県	21.9%
愛媛県	21.7%
秋田県	21.6%
長崎県	21.5%
静岡県	21.5%
福井県	21.5%
北海道	21.5%
岡山県	21.5%
愛知県	21.3%
福岡県	21.0%
大分県	21.0%
埼玉県	20.9%
三重県	20.9%
滋賀県	20.8%
千葉県	20.8%
石川県	20.4%
青森県	20.4%
茨城県	20.4%
山梨県	20.2%
岐阜県	20.1%
兵庫県	19.9%
和歌山県	19.9%
広島県	19.6%
神奈川県	19.5%
香川県	19.3%
京都府	19.3%
大阪府	19.1%
奈良県	19.1%
高知県	18.7%
徳島県	18.5%
東京都	18.2%

厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

参考表46 後発医薬品の薬効別使用割合（数量シェア）（全国・県）【図5-38】

	総数	神奈川県
神経系及び感覚器官用医薬品	71.5%	72.0%
循環器官用剤	83.2%	81.9%
呼吸器官用薬	83.1%	81.8%
消化器官用薬	88.5%	87.1%
ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	91.1%	89.6%
泌尿生殖器官及び肛門用薬	80.2%	79.2%
外皮用薬	55.6%	55.3%
歯科口腔用薬	92.1%	92.8%
その他の個々の器官系用医薬品	100.0%	100.0%
ビタミン剤	89.4%	88.7%
滋養強壮薬	80.9%	81.1%
血液・体液用薬	93.3%	93.3%
人工透析用薬	32.6%	33.4%
その他の代謝性医薬品	75.4%	75.6%
細胞賦活用薬	-	-
腫瘍用薬	78.2%	81.0%
放射性医薬品	8.5%	3.3%
アレルギー用薬	77.9%	77.3%
その他の組織細胞機能用医薬品	-	-
生薬及び漢方処方に基づく医薬品	-	-
抗生物質製剤	68.4%	71.5%
化学療法剤	66.3%	65.9%
生物学的製剤	-	-
寄生動物用薬	-	-
治療を主目的としない医薬品	85.1%	77.6%
麻薬	53.3%	61.5%

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表47 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合の効果額【図5-39】

	切替効果額（最小） [円]	割合
総計	49,962,241,008	100.0%
神経系及び感覚器官用医薬品	14,314,882,846	28.7%
循環器官用剤	9,253,847,262	18.5%
その他の代謝性医薬品	4,565,538,264	9.1%
血液・体液用薬	4,387,954,090	8.8%
腫瘍用薬	3,150,380,699	6.3%
アレルギー用薬	3,030,110,853	6.1%
消化器官用薬	2,272,545,979	4.5%
外皮用薬	2,266,022,891	4.5%
ビタミン剤	1,839,315,518	3.7%
泌尿生殖器官及び肛門用薬	1,379,945,651	2.8%
呼吸器官用薬	962,936,689	1.9%
化学療法剤	749,672,467	1.5%
ホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	679,265,257	1.4%
抗生物質製剤	481,194,296	1.0%
麻薬	345,036,139	0.7%
治療を主目的としない医薬品	213,483,939	0.4%
人工透析用薬	28,074,282	0.1%
滋養強壯薬	18,091,231	0.0%
歯科口腔用薬	12,911,191	0.0%
放射性医薬品	9,369,055	0.0%
その他の個々の器官系用医薬品	1,662,410	0.0%
細胞賦活用薬	0	0%
その他の組織細胞機能用医薬品	0	0%
生薬及び漢方処方に基づく医薬品	0	0%
生物学的製剤	0	0%
寄生動物用薬	0	0%

厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

参考表48 バイオ後続品の成分別使用割合（全国・県）【図5-44】

	成分 1	成分 2	成分 3	成分 4	成分 5	成分 6	成分 7	成分 8	成分 9	成分 10	成分 11	成分 12	成分 13	成分 14	成分 15	成分 16
全国	27.1%	99.4%	91.5%	25.1%	70.8%	74.2%	44.8%	58.1%	9.1%	15.6%	77.7%	33.1%	18.7%	6.5%	3.3%	7.1%
神奈川県	24.6%	100.0%	95.0%	40.2%	71.1%	88.0%	53.5%	70.9%	5.6%	26.7%	75.0%	27.0%	20.9%	9.0%	3.2%	3.7%

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

参考表49 バイオ後続品の都道府県別使用割合図【5-43】

北海道	18.8%
青森県	12.5%
岩手県	25.0%
宮城県	25.0%
秋田県	18.8%
山形県	12.5%
福島県	18.8%
茨城県	18.8%
栃木県	25.0%
群馬県	25.0%
埼玉県	18.8%
千葉県	12.5%
東京都	12.5%
神奈川県	18.8%
新潟県	12.5%
富山県	25.0%
石川県	31.3%
福井県	12.5%
山梨県	31.3%
長野県	25.0%
岐阜県	18.8%
静岡県	18.8%
愛知県	12.5%
三重県	25.0%
滋賀県	12.5%
京都府	12.5%
大阪府	12.5%
兵庫県	18.8%
奈良県	18.8%
和歌山県	18.8%
鳥取県	31.3%
島根県	18.8%
岡山県	12.5%
広島県	18.8%
山口県	25.0%
徳島県	18.8%
香川県	18.8%
愛媛県	37.5%
高知県	25.0%
福岡県	18.8%
佐賀県	12.5%
長崎県	18.8%
熊本県	25.0%
大分県	31.3%
宮崎県	25.0%
鹿児島県	18.8%
沖縄県	18.8%

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

2 PDCAサイクル支援

- 「第6章 評価」で取り上げている「市町村別の医療費に係る速報値」について、以下のイメージ表のように、神奈川県を100とした時の地域差指数や、一人当たり医療費、年齢調整を行った比較等、各市町村が地域の健康課題や特徴を見ることができる図や表を市町村等の保険者が確認可能な環境を整備し、提供します。

※イメージ表

KDB データ等を加工して作成

【入院・外来計】生活習慣病医療費 地域差指数		男性				女性			
		地域差指数(標準化医療費の比) ※県のみ全国=100、県下市町村は県=100				地域差指数(標準化医療費の比) ※県のみ全国=100、県下市町村は県=100			
市区町村コード	市区町村名	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	...	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	...
14000	神奈川県	95.1	93.4	113.2	...	92.4	89.6	107.7	...
14100	横浜市	100.2	101.0	99.4	...	95.0	99.0	101.5	...
14101	横浜市鶴見区	107.9	103.5	77.9	...	117.9	108.9	89.8	...
14102	横浜市神奈川区	102.6	107.8	107.3	...	95.3	101.2	109.2	...
14103	横浜市西区	100.7	101.5	102.3	...	77.8	96.1	184.9	...
14104	横浜市中区	102.6	91.7	113.1	...	95.1	90.3	106.6	...
14105	横浜市南区	104.5	103.0	102.5	...	101.0	103.9	98.2	...
14106	横浜市保土ヶ谷区	104.9	107.8	97.2	...	91.9	106.7	96.8	...
14107	横浜市磯子区	112.7	105.9	97.6	...	99.6	101.8	103.2	...
...

- 県は、医療費適正化計画において、全社法による高齢者の医療の確保に関する法律の改正や、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を踏まえ、PDCAサイクルの管理を行っていくことが求められています。実施に当たっては、広く保険者等との協力や、計画期間中も評価や進捗状況を踏まえた取組を実施していく等、具体的なPDCA管理の考え方等について、国から「第4期医療費適正化計画の作成及びPDCA管理等について」という通知が出されています。

「第4期医療費適正化計画の作成及びPDCA管理等について」

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たっての基本的な事項

1. 都道府県医療費適正化計画の作成及びPDCA管理の体制
 - (1) 都道府県庁における連携体制
 - (2) 地域の関係者との協力体制
 - (3) 保険者協議会の活用
2. 都道府県医療費適正化計画の作成等に関する留意事項
 - (1) 都道府県医療費適正化計画と各計画との一体的作成
 - (2) ロジックモデル等のツールの活用
 - (3) 第4期計画の計画期間中における記載事項の見直し

第2 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

1. 都道府県医療費適正化計画のPDCA管理
 - (1) 都道府県医療費適正化計画の達成状況に関する評価の仕組み

- (2) 活用するデータ及び分析単位・主体
 - (3) 期間中の毎年度の進捗の目安
 - (4) 進捗状況の把握を踏まえた取組の実施
2. 第3期医療費適正化計画の実績評価と第4期医療費適正化計画のPDCA管理の関係
3. 進捗状況の公表・提出

上記通知の主な内容は以下のとおりです。

- 県が市町村国保や後期高齢者医療広域連合、保険者協議会と連携しながら進捗を評価していくこと。
- 目標値や施策の進捗状況の把握・評価を行う際においても目標の達成状況とその要因の分析に資することから、ロジックモデル（施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものをいう。以下同じ。）等のツールの活用も検討すること。
- PDCA管理の実施に当たっては、前述した都道府県庁における連携体制及び地域の関係者との協力体制を活用し、関係者と協力しながら、当該計画の進捗状況を把握・公表し、それを踏まえた必要な対策の検討を行い、実施すること。
- データセットに収載されたNDBデータのほかには、例えば、「国民医療費」・「調剤医療費の動向」等の関係する統計の数値に加え、厚生労働省のホームページで公表している保険者別の特定健診・保健指導の実施率や後発医薬品の使用割合、都道府県内のKDBデータ、各保険者から提供される医療費関係データ等
- 取組の実施に当たっては、都道府県が自ら取組を実施するとともに、保険者協議会を通じて地域の関係者に協力を求めていくことが望ましい。

3 関係法令

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

「市町村別の医療費に係る速報値」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つ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、医療費適正化の推進のために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、医療費適正化の推進のために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、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 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を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能（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に関する事項

六 前号に掲げる事項、第一号及び第二号の目標を達成するための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（第十一条第七項において「国の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項

七 計画の達成状況の評価に関する事項

八 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並びに国民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供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、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために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、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項

三 当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項

四 前号に掲げる事項並びに第一号及び第二号の目標を達成するための住民の

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

- 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 前項第一号及び第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
 - 二 前項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
 - 三 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
 - 四 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県は、第二項第一号及び第二号並びに前項第一号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並びに住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。
- 5 都道府県は、第三項第三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、関係市町村及び第百五十七条の二第一項の保険者協議会（第十項及び第十二条第一項において「保険者協議会」という。）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 都道府県が、前項の規定により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、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（以下この項及び第四項において「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、第九条第二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よう努めるものとする。
 - 5 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。
 - 6 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。
 - 7 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、保険者協議会の意見を聴いて、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、前項の評価を行ったときは、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、第九条第二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二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五項の進捗状況若しくは同条第二項若しくは第六項の結果を公表し、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五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六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（以下「医療保険等関連情報」という。）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、医療保険等関連情報を、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、市町村その他厚生労働省令で定める者に対し、医療保険等関連情報を、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。

(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 医療費適正化計画等

（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、法第十一条第五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、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 死亡した者に関する性別、生年月、死亡の日、死亡の原因その他の死亡した者に関する情報
- 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、厚生労働大臣から医療保険等関連情報（同条第一項に規定する医療保険等関連情報をいう。以下同じ。）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。第十二条の二において同じ。）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（特別区を含む。以下同じ。）が、同条第一項に規定する調査及び分析に必要な情報（第一項第三号に掲げる情報を除く。）を提供する場合について準用する。
 - 5 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、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（第一項第三号に掲げる情報に限る。）を提供する場合においては、市町村（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市にあつては、区又は総合区とする。）は、これを都道府県の設置する保健所（地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）第五条第一項の政令で定める市又は特別区にあつては、当該市又は特別区の設置する保健所）に提供し、当該保健所は、これを審査し、都道府県に提供するものとする。
 - 6 前項の規定に基づき情報の提供を受けた都道府県は、これを審査し、厚生労働大臣に提供するものとする。

4 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（令和6（2024）年度～令和11（2029）年度）素案に対するパブリックコメントの実施

ア 時期 令和5年12月20日～令和6年1月19日

イ 意見提出者数 1人、7団体

ウ 意見総数 23件

エ 内容別の内訳

内 容	件 数
計画策定の趣旨	2件
医療費を巡る状況	2件
計画の目標と医療費の見込み	3件
計画の推進体制・役割	0件
施策の展開	16件
評価	0件
その他	0件
合 計	23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）	15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。	1件
今後の施策運営の参考とします。	7件
反映できません。	0件
その他（感想・質問等）	0件
合 計	23件

(2) 神奈川県医療費検討委員会における意見聴取

令和5年8月3日 神奈川県医療費適正化計画骨子（案）等について

令和5年11月28日 神奈川県医療費適正化計画素案について

5 神奈川県医療費検討委員会委員名簿（委員氏名五十音順・令和6年3月現在）

所属・役職	委員氏名	備考
川崎市立看護大学副学長・教授	荒木田 美香子	
神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局 企画課課長	海老塚 孝之	
公益社団法人神奈川県歯科医師会副会長	遠藤 則子	
山北町保険健康課課長	尾崎 雄一	
公益社団法人神奈川県看護協会常務理事	門根 道枝	
公益社団法人神奈川県薬剤師会副会長	後藤 知良	
相模原市健康福祉局生活福祉部保険企画 課課長	多賀 裕一	
神奈川県国民健康保険団体連合会事務局 次長兼企画事業部長	高塚 秀男	
全国健康保険協会神奈川支部企画総務部 部長	田島 哲也	
健康保険組合連合会神奈川連合会会長	奈良崎 修二	
公益社団法人神奈川県栄養士会会長	西宮 弘之	
東海大学健康学部健康マネジメント学科 教授	堀 真奈美	会長
公募構成員	山岸 香	
公益社団法人神奈川県病院協会会長	吉田 勝明	
公益社団法人神奈川県医師会理事	渡辺 雄幸	副会長

神奈川県医療費検討委員会設置要綱

(設置目的)

第1条 神奈川県は、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、神奈川県医療費検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(協議・検討事項)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事項について協議・検討する。

- (1) 医療費の現状把握及び分析に関すること
- (2) 県医療費適正化計画の策定に関すること
- (3) 策定した計画の評価・見直しに関すること

(組織)

第3条 委員会は、委員15名程度で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから健康医療局長が委嘱する。

(1) 学識経験者（2名）

医療政策に関し学識経験のある者

公衆衛生に関し学識経験のある者

(2) 医療関係者（医療保険担当）（5名）

公益社団法人神奈川県医師会役員

公益社団法人神奈川県歯科医師会役員

公益社団法人神奈川県薬剤師会役員

公益社団法人神奈川県病院協会役員

公益社団法人神奈川県看護協会役員

(3) 保健関係者（医療保険担当）（1名）

公益社団法人神奈川県栄養士会役員

(4) 医療保険関係者（4名）

神奈川県国民健康保険団体連合会企画事業部長

全国健康保険協会神奈川支部企画総務部長

神奈川県後期高齢者医療広域連合企画課長

健康保険組合連合会神奈川連合会会長

(5) 行政関係者（2名）

市部後期高齢者医療事務主管課長

町村部後期高齢者医療事務主管課長（町村会推薦）

(6) 公募により選任された者（1名）

3 委員会に、会長及び副会長を置き、委員の互選により選任する。

4 会長は、委員会の会務を総理し、委員会を代表する。

5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

6 委員の任期は3年とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

(会議)

第4条 委員会は必要に応じて会長が召集し、その議長となる。

2 会長が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させて説明又は意見を求めることができる。

(庶務)

第5条 委員会の庶務は、健康医療局保健医療部医療保険課において処理する。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は会長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成17年11月14日から施行する。

- 2 この要綱の施行の日以後最初に開かれる委員会は、第4条第1項の規定にかかわらず、保健福祉部長が召集する。

附 則

この要綱は、平成19年3月26日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年1月8日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に在職する神奈川県医療費検討委員会の委員の任期は、改正後の神奈川県医療費検討委員会設置要綱第3条第6項本文の規定にかかわらず、平成20年3月31日までとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年3月19日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に在職する神奈川県医療費検討委員会の委員の任期は、改正後の神奈川県医療費検討委員会設置要綱第3条第6項本文の規定にかかわらず、平成23年3月31日までとする。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年3月29日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に在職する神奈川県医療費検討委員会の委員の任期は、改正後の神奈川県医療費検討委員会設置要綱第3条第6項本文の規定にかかわらず、令和5年3月31日までとする。



神奈川県

健康医療局保健医療部医療保険課

〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話(045)210-1111 (代表)