

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)

令和5年12月

神奈川県健康医療局

保健医療部医療保険課

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	4
(3) データ分析による評価・改善	4
(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推移（全国、県）構成比	19
(イ) 年齢階級別	21
(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	22
(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1人当たり保険料(税)の試算	30
2 計画の目標	31
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標	31
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	31
イ 生活習慣病（糖尿病）の重症化予防	31
ウ たばこ対策	31
エ がん検診	32

オ	予防接種	32
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	32
キ	歯科保健	32
ク	未病対策	33
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	36
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合	36
イ	医薬品の適正使用の推進	36
ウ	適正受診の促進	36
エ	医療資源の効果的・効率的な活用	37
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	37
第4章	計画の推進体制・役割	39
1	計画の推進体制・役割	39
(1)	計画の推進体制	39
(2)	関係機関及び団体等の役割	39
ア	県	39
イ	県民	39
ウ	国	40
エ	市町村	40
オ	保険者等	40
カ	医療機関・医療関係者	40
キ	神奈川県医療費検討委員会	41
ク	神奈川県保険者協議会	41
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	41
第5章	施策の展開	42
1	県民の健康の保持の推進のための取組	42
(1)	特定健康診査の推進	42
(2)	特定保健指導の推進	47
(3)	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少の推進	50
(4)	生活習慣病等の重症化予防の推進	52
(5)	たばこ対策の推進	56
(6)	がん検診の推進	58
(7)	予防接種の推進	61
(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	61
(9)	未病対策の推進	64
ア	ライフステージに応じた未病対策	64
(ア)	こども	64
(イ)	女性	67
イ	歯科保健対策	70
ウ	認知症未病対策	73
2	医療の効率的な提供の推進のための取組	74
(1)	病床機能の分化及び連携	74
ア	病床機能の分化及び連携	74

イ	疾病別の医療連携体制の構築	76
ウ	事業別の医療体制の整備・充実	80
エ	地域医療連携	82
(2)	地域包括ケアシステムの推進	83
(3)	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	90
(4)	医薬品の適正使用の推進	97
(5)	適正な受診の促進等の取組	98
(6)	医療資源の効果的・効率的な活用	99
(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	100
第6章	評価	101
1	計画の評価	101
(1)	評価等	101
ア	進捗状況の公表	101
イ	進捗状況に関する調査及び分析（暫定評価）	101
ウ	実績の評価	101
エ	計画期間中の見直し及び次期計画への反映	101
(2)	評価方法	102
(3)	県が提供するデータの市町村における活用	102

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」（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。
- 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等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）

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

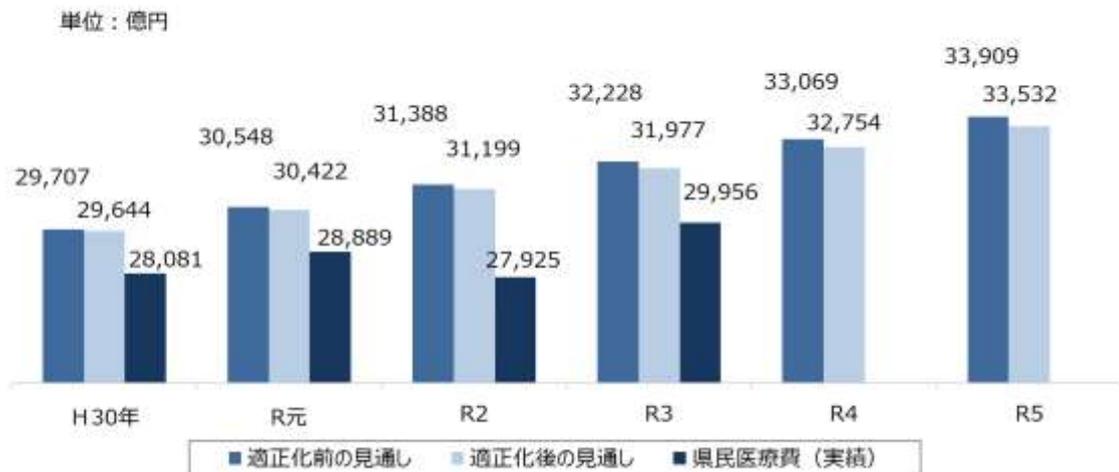
項目	令和5(2023)年度目標値	直近実績値
特定健康診査の実施率	70%以上	56.2%(令和3年度)
特定保健指導の実施率	45%以上	20.1%(令和3年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の減少率	平成20年度比 25%以上	平成20年度比 19.3% (令和3年度)
生活習慣病(糖尿病)の重症化予防	糖尿病有病者数の増加の抑制 22万人 (令和4年度目標)	27万人 (令和2年度有病者数)
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 925人(令和4年度目標)	883人 (令和3年度患者数)
80歳(75~84歳)で自分の歯を20本以上持つ人の割合	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%	公共的施設で受動喫煙を経験した人の割合 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 47.3% 肺がん 50.0% 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、平成29年度に推計した医療費の見込みは、令和3年度医療費適正化前の見通しは3兆2,228億円、医療費適正化後の見通しは3兆1,977億円と、251億円の医療費適正化効果が見込まれておりましたが、令和3年度の実績は2兆9,956億円と、医療費適正化前の見通しを2,272億円下回る水準で推移しており、医療費適正化が大きく図れました。急速な少子高齢化が進む本県は、医療費の増加も見込まれるため、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)

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



出典：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)

- こうした状況を踏まえると、国の基本方針(令和5年7月20日改正告示)に基づき、特定保健指導実施率向上のためのICT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・効率的なサービスの提供の推進」等に取り組む必要があります。
- また、国は、上記取組において、医療DXによる医療情報の利活用を通じ、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を図るとともに、医療・介護サービスを効果的かつ効率的に組み合わせた提供の重要性に留意し

た計画目標の設定や、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を重要としています。

- 保険者・医療関係者等との取組の方向性の共有や連携のため、県内の医療保険の各保険者からなる神奈川県保険者協議会の機能強化を図ることや、県が医療費適正化の目標達成に向けて中心的な役割を果たすこと等、引き続き、医療費適正化に向けた施策を着実に推進するため、第四期神奈川県医療費適正化計画として改定するものです。

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、全ての世代が健康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に新たなサービスを実現する場合は、ICT技術の活用、EBPM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、アプローチを大切にします。

(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。

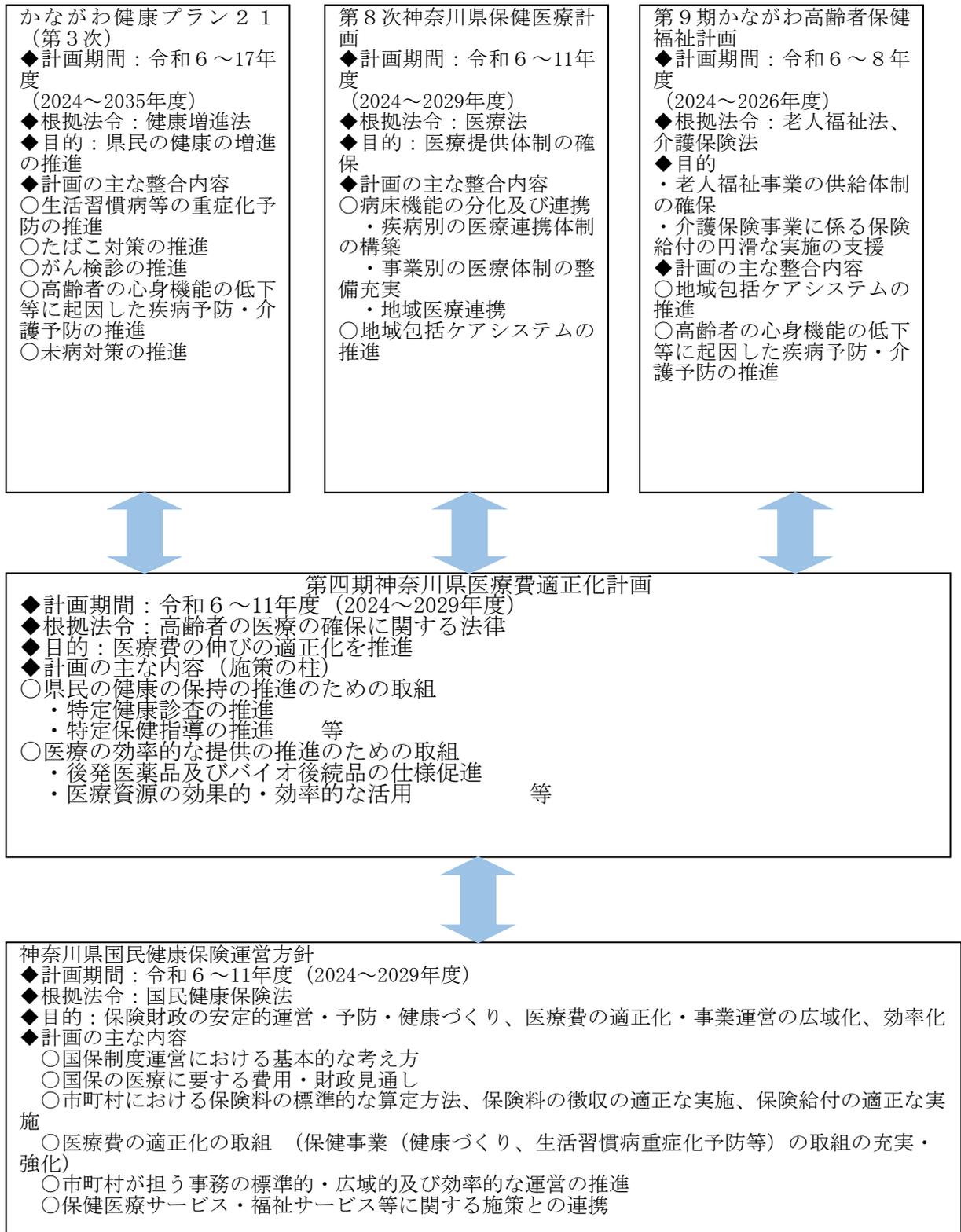
(4) 関連する計画等

○ 本計画は、次に掲げる県の関連計画等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
- ・ 神奈川県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

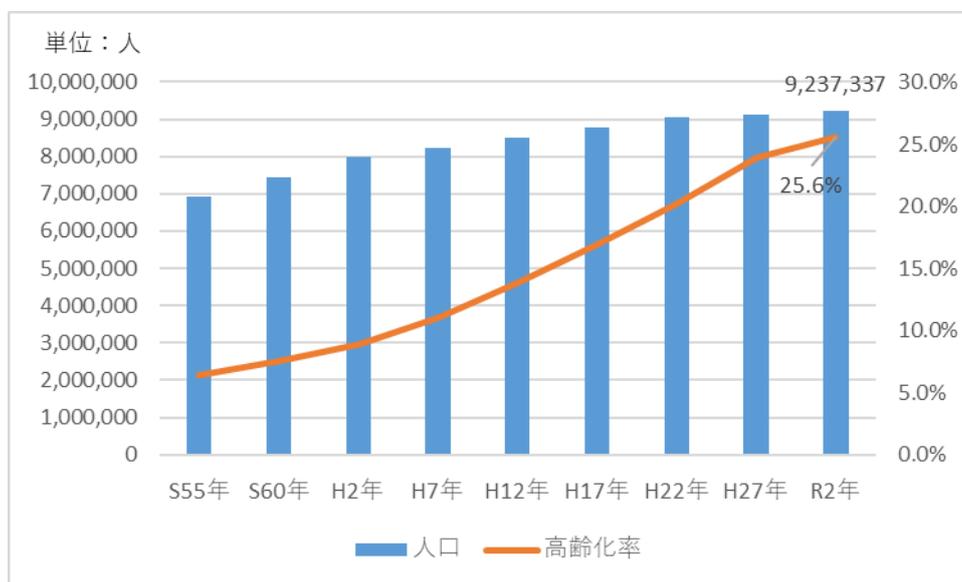
(7) 人口・高齢化等の状況

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。本県においては、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

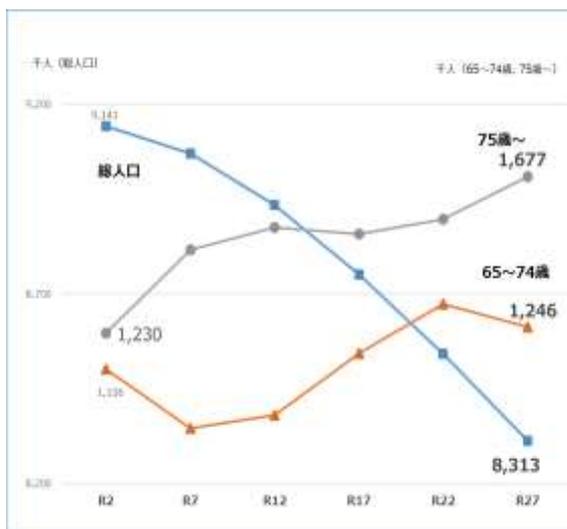
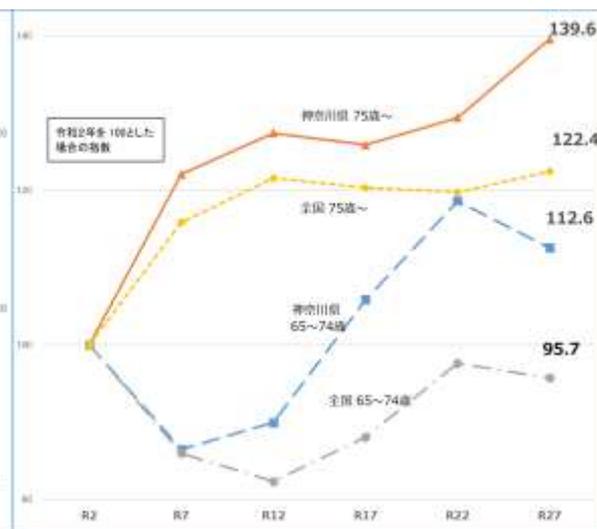


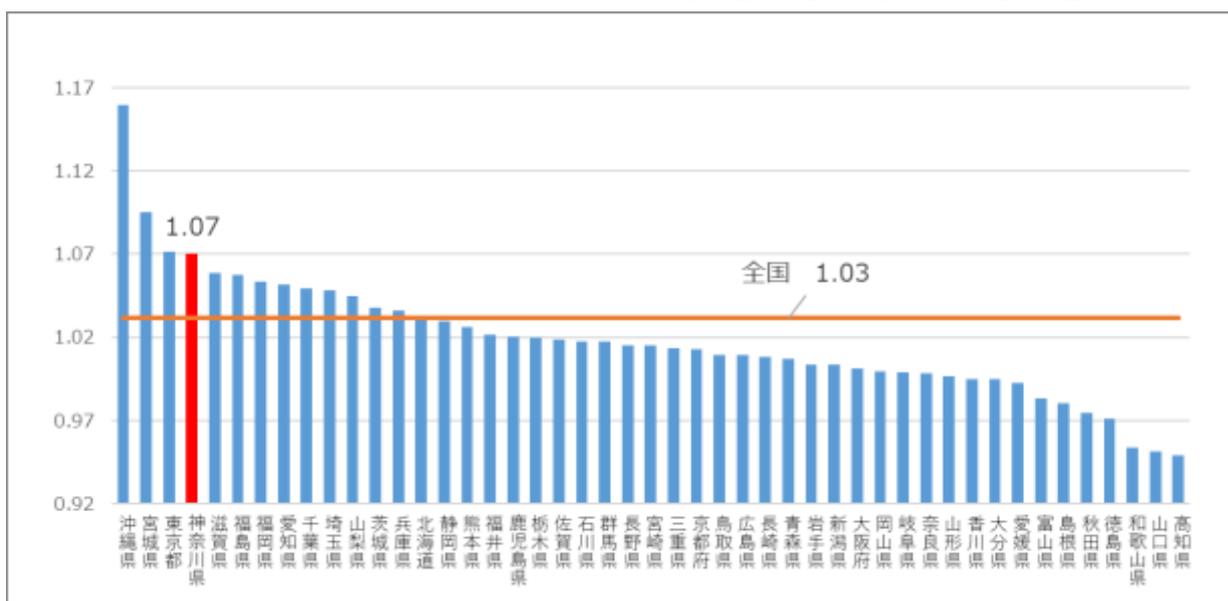
図2-3 高齢者の将来推計人口

(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			
		2013 H25	2016 H28	2019 R元	2019年 - 2013 年	2013 H25	2016 H28	2019 R元	2019年 - 2013 年
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

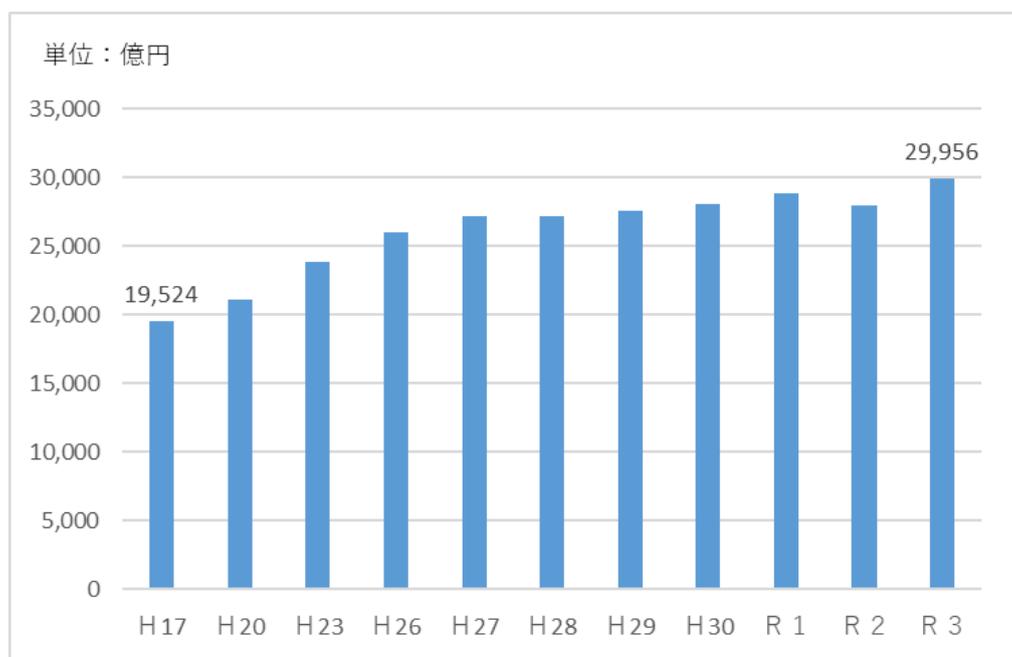
(1) 医療費等の状況

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 神奈川県県の県民医療費の推移

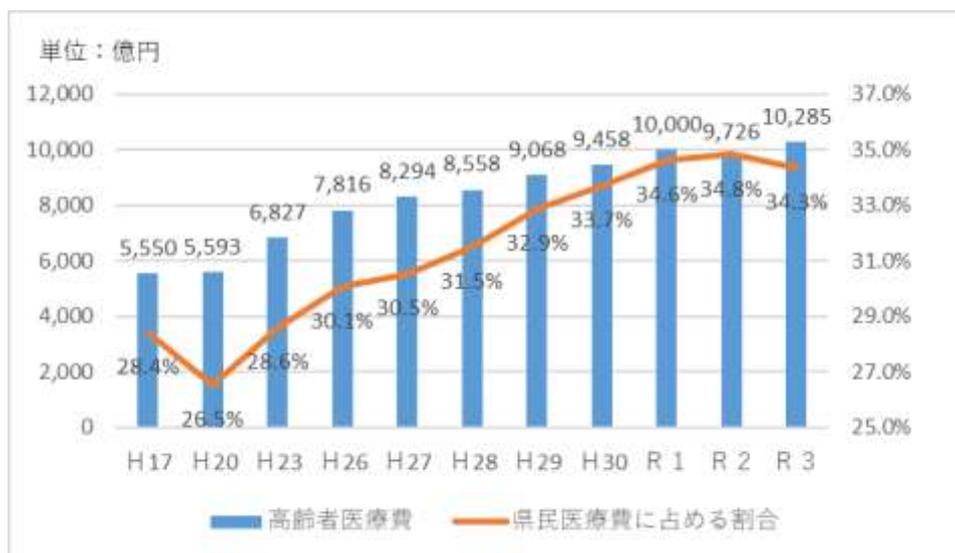


厚生労働省 国民医療費（平成17～令和3年度）

- 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、高齢者医療費はさら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(老人医療費)及び後期高齢者医療費(老人医療費)の県民医療費に占める割合の推移



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、入院が約36%、入院外が約33%、調剤が約20%、歯科が約8%を占めており、全国平均よりやや調剤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。（図2-8、図2-9）

図2-8 神奈川県の診療種別医療費の内訳

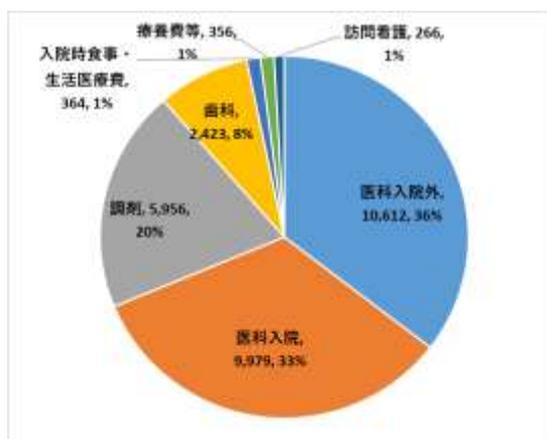
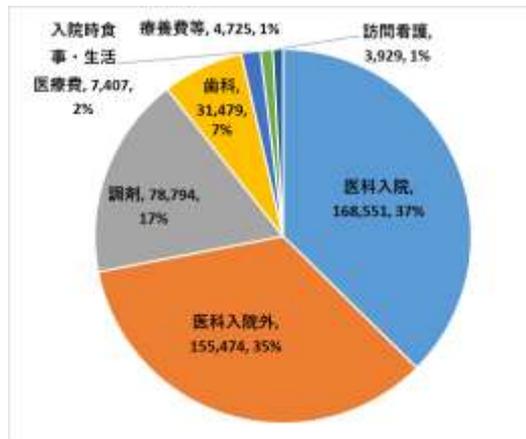


図2-9 全国の診療種別医療費の内訳



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を見ると、平成29年度から大きくは変わっていません。しかし、診療種別概算医療費の推移を見ると、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

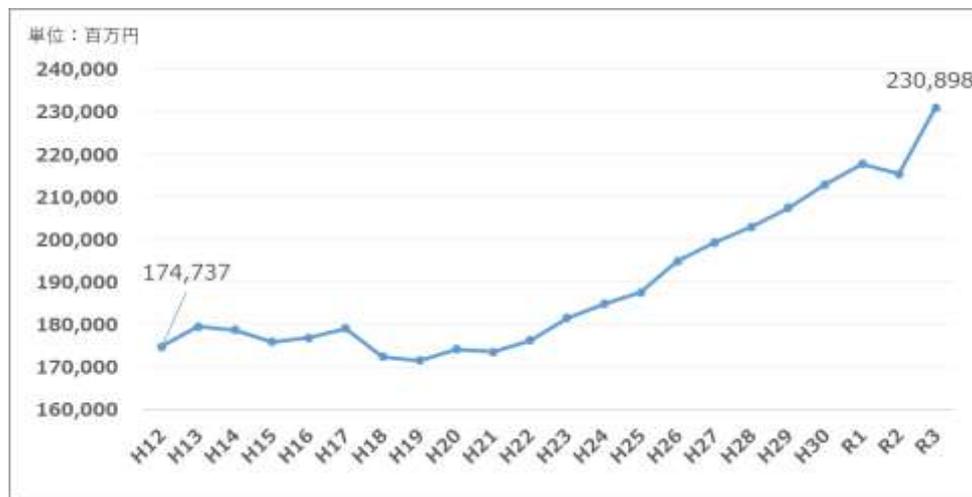
図2-11 神奈川県診療種別概算医療費の推移



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3年度には2,300億円を超えています。（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いたが、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

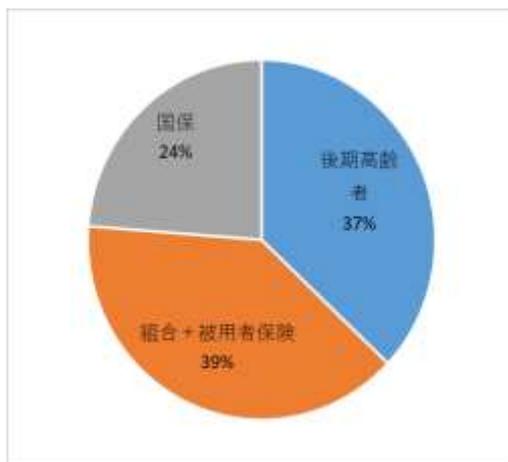
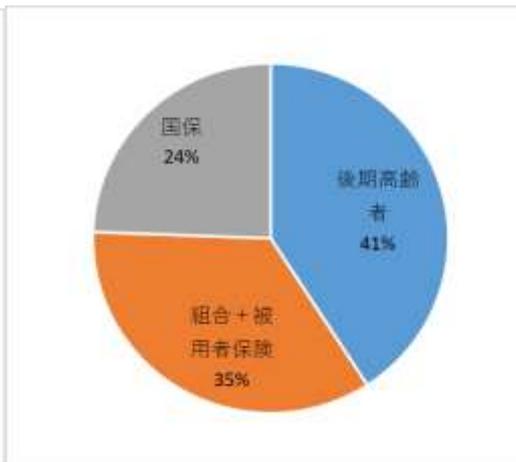
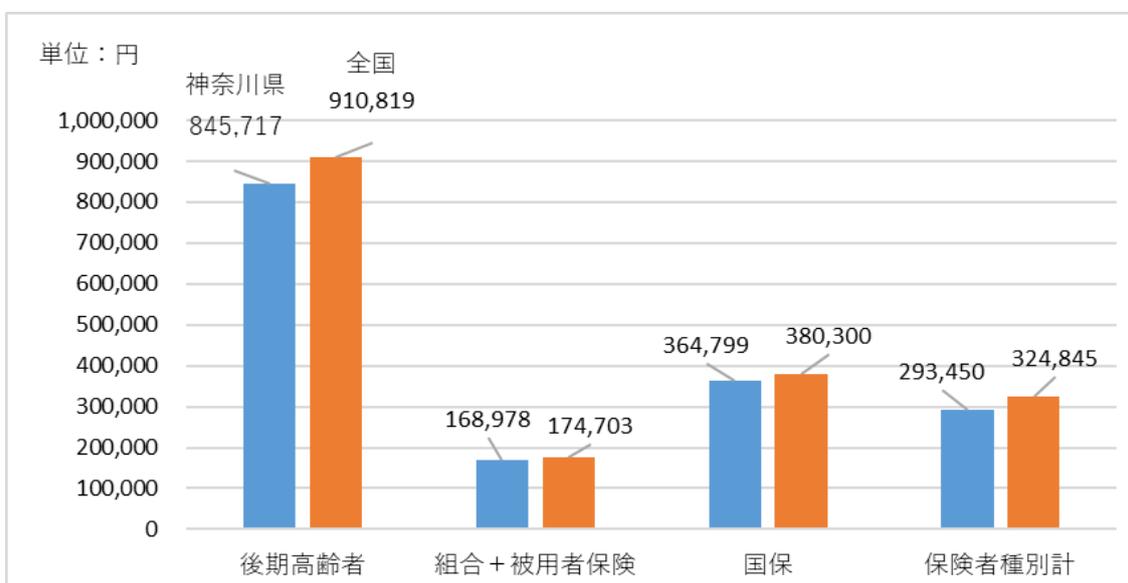


図2-14 全国の保険者種別医療費の割合



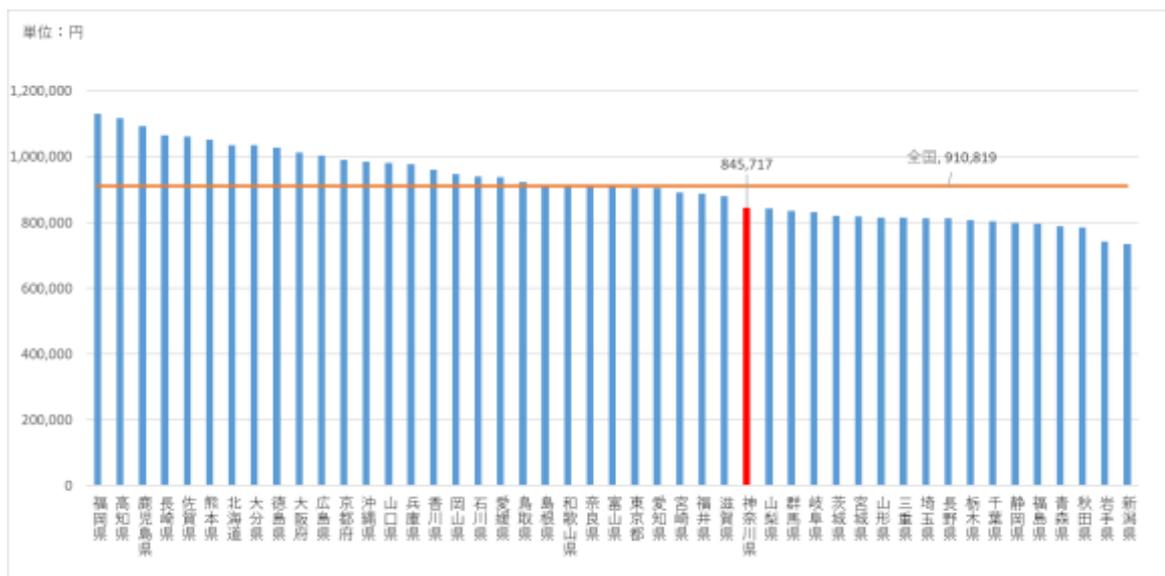
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-15 保険者種別ごとの一人当たり医療費



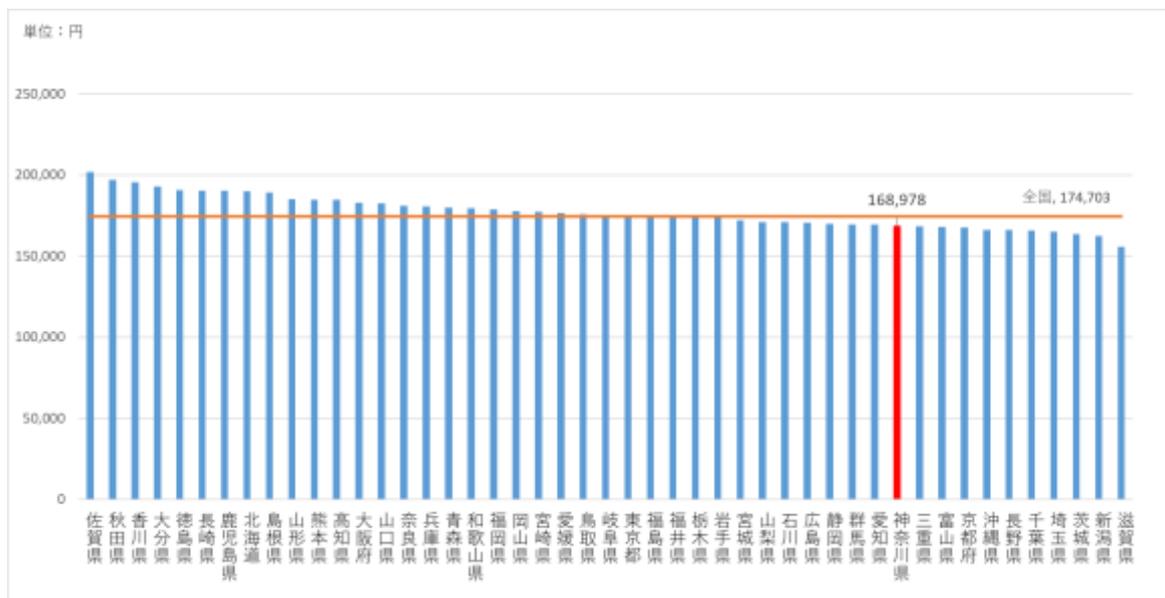
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-16 都道府県別の後期高齢者被保険者一人当たり医療費



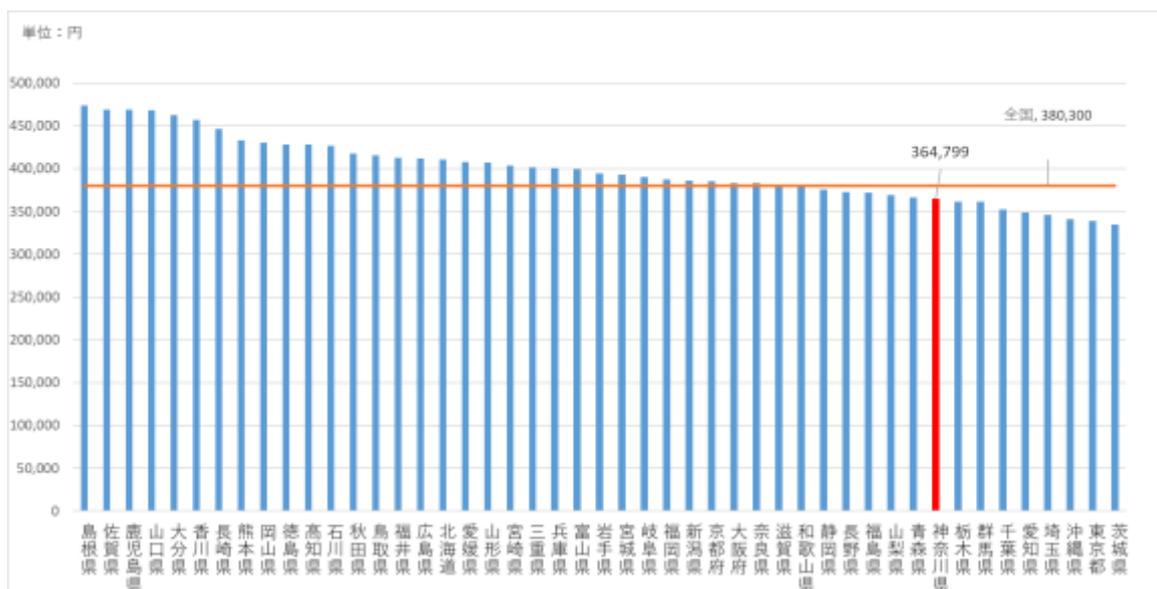
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ

図2-17 都道府県別の被用者保険被保険者一人当たり医療費



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ

図2-18 都道府県別の市町村国保被保険者一人当たり医療費

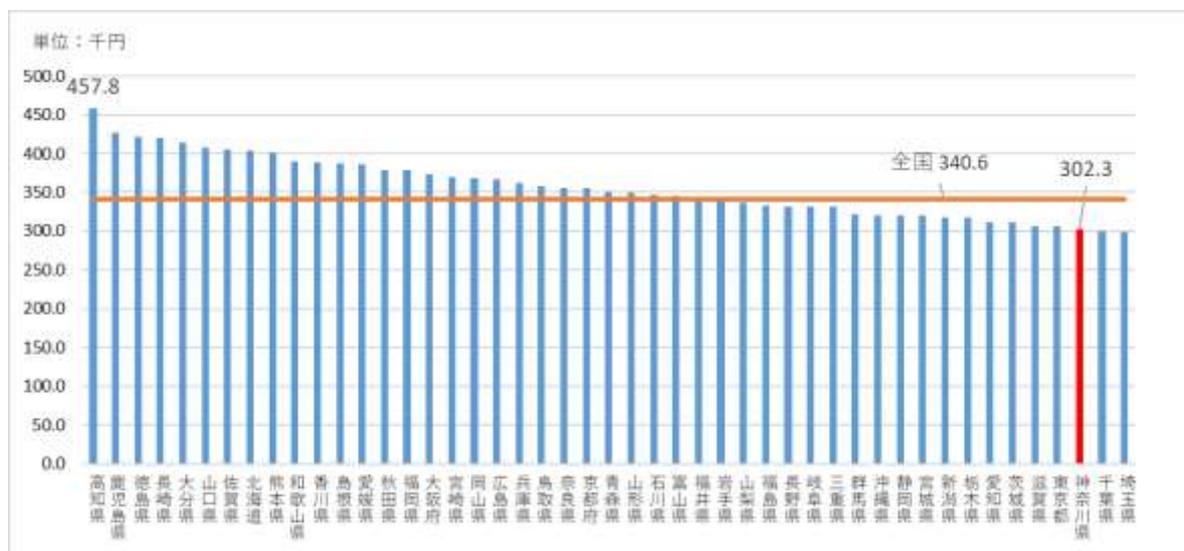


厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ

b 人口一人当たり医療費

- 本県の令和3年度の人口一人当たり実績医療費は、約30万2千円と全国平均（34万円）より低く、全国45番目の値です。（図2-19）

図2-19 都道府県別の一人当たり医療費

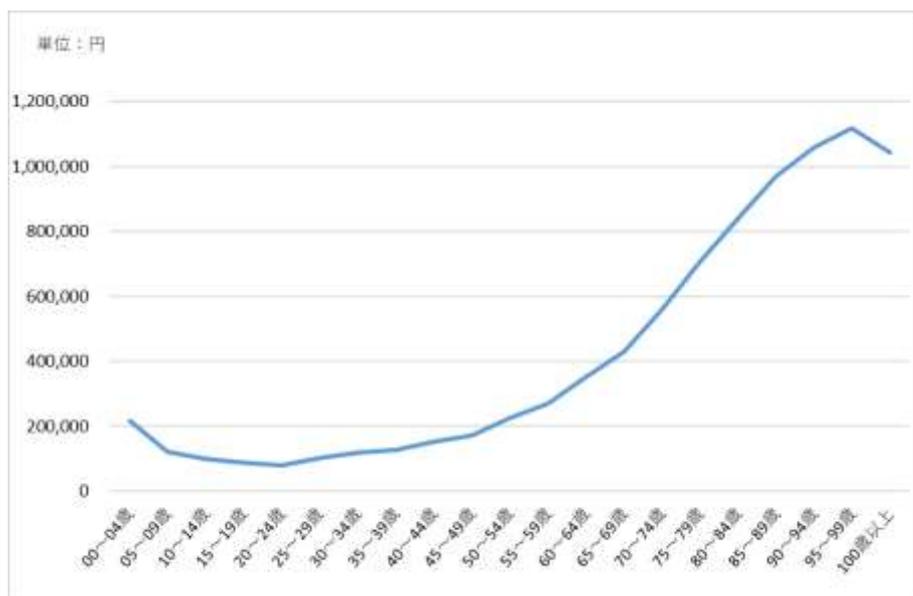


厚生労働省 医療費の地域差分析（令和3年度）

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2-20）

図2-20 神奈川県内の年齢階級別一人当たり医療費



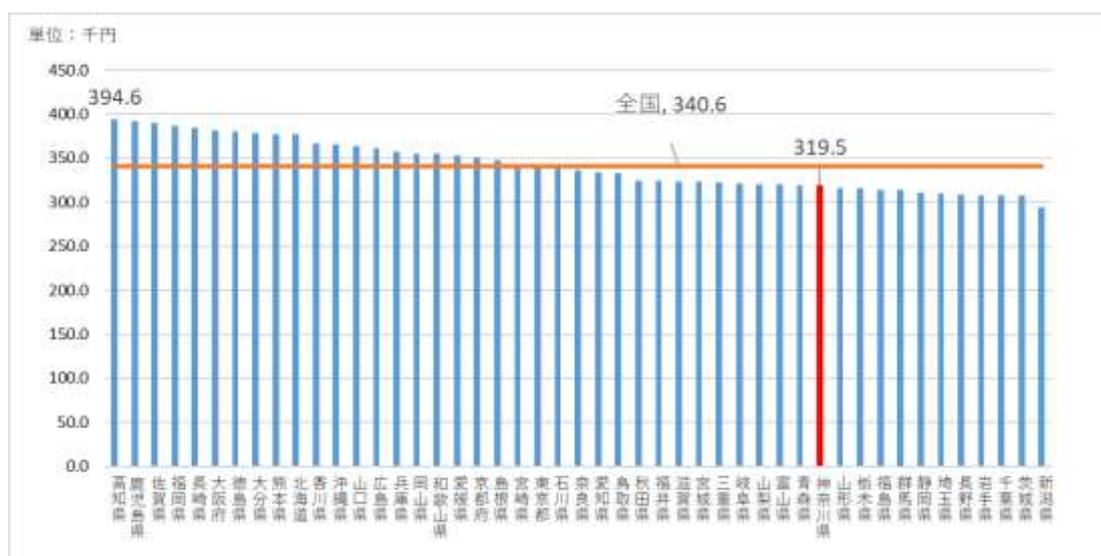
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

d 医療費の地域差

- 本県の令和3年度の一人当たり年齢調整後医療費※は、約31万9千円で、全国36番目の値です。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2-21）

※年齢調整後医療費：仮に当該地域の加入者の年齢構成が全国平均と同じだとした場合の一人当たり医療費

図2-21 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）

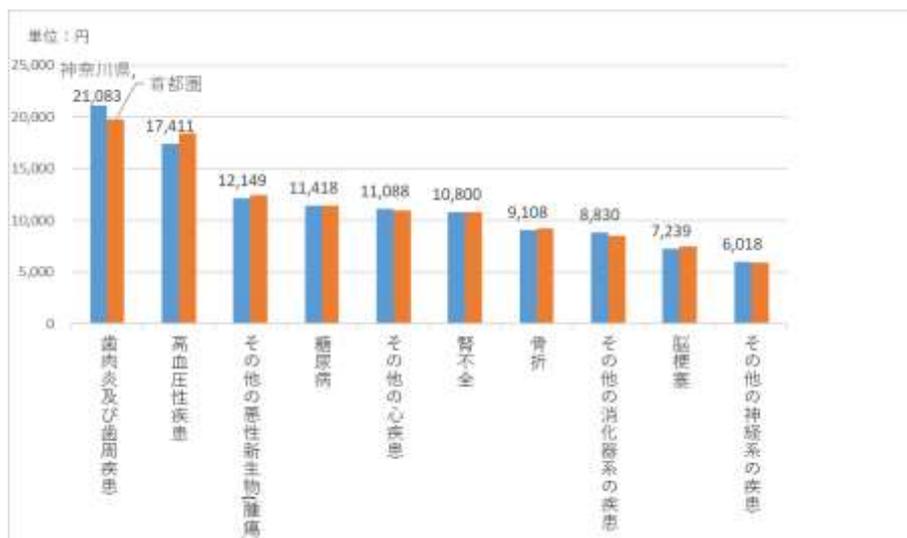
e 疾病別医療費（上位10疾患）年齢階級別

- 本県の令和3年度の疾病別に見た人口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。

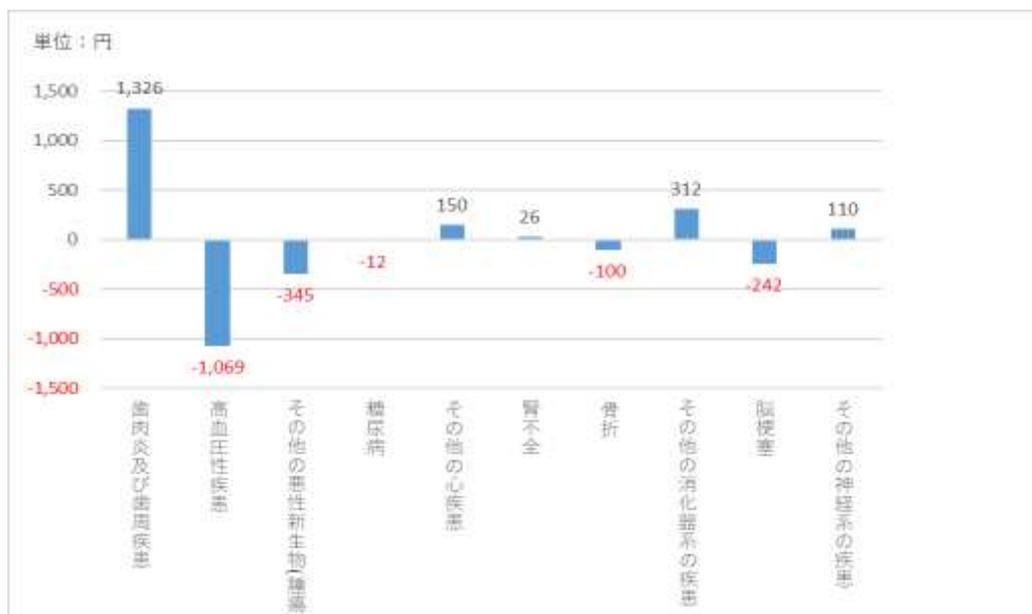
- 次に首都圏との差が大きい疾病は、「その他の消化器系の疾患」(差：約300円高い)です。
- それに対し、「高血圧性疾患」や「その他の悪性新生物(腫瘍)」、「糖尿病」、「骨折」、「脳梗塞」では、首都圏より低くなっています。(図2-22、図2-23)

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年度の総医療費全体の約半数を占める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、入院では骨折や精神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(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
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推移（全国、県）構成比

- 本県の令和3年度の疾病別費用額を見ると、生活習慣と関連の深い疾病（高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全）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

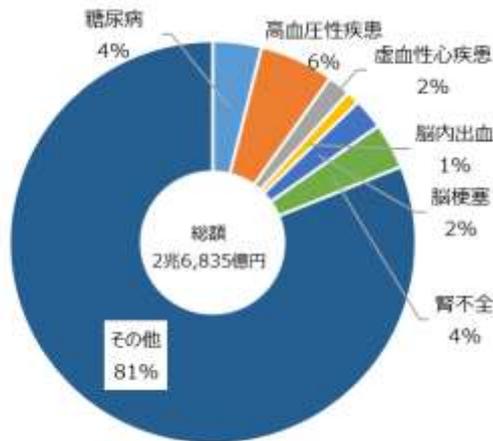
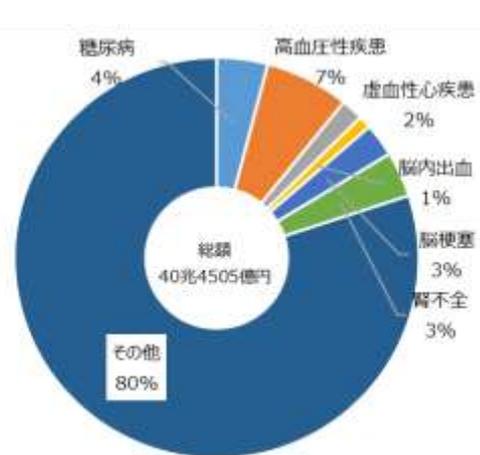


図2-28 全国の医療費の構成

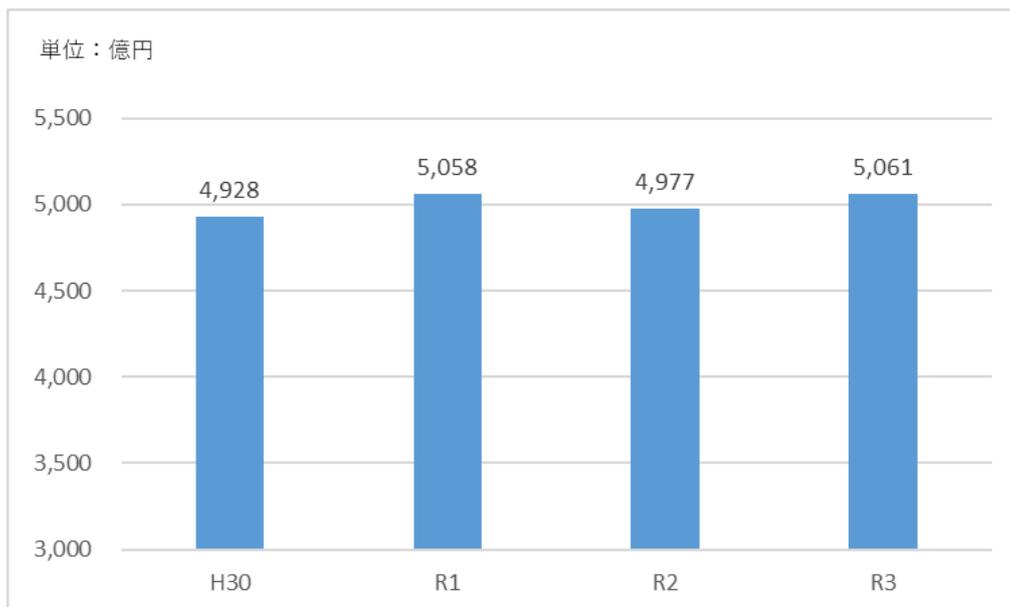


厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 本県の生活習慣病*1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）

*1 ここでは生活習慣と関連の深い疾病として、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全を中心に分析します。これらの疾病は以下「生活習慣病」という表現をします。これらの疾病は生活習慣が原因でない場合もありますが、各統計データにおいて除外することはできないため、生活習慣が原因でない場合も当該疾患の数値に含まれていることに留意する必要があります。

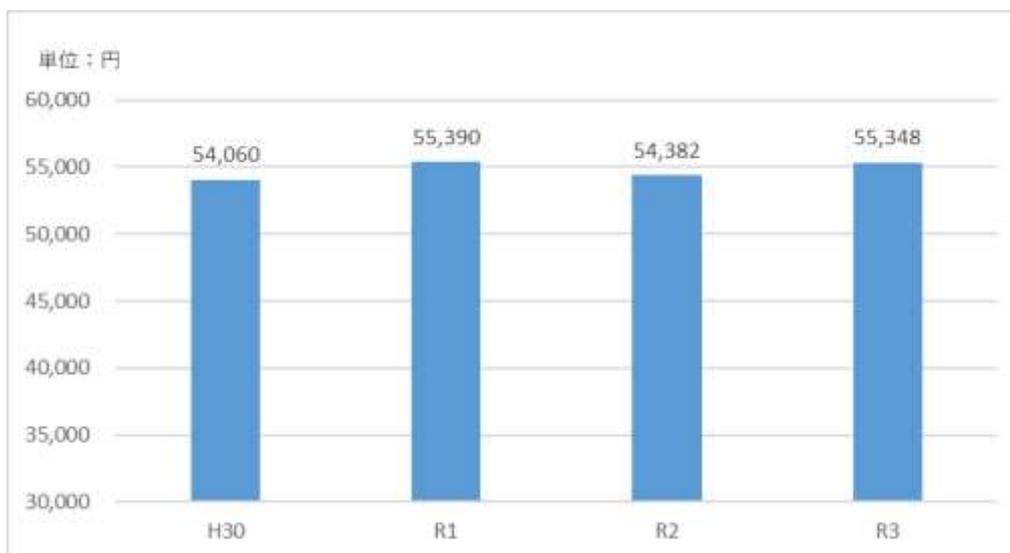
図2-29 神奈川県的生活習慣病医療費の推移



厚生労働省「H30（2018）年度～令和3（2021）年度NDBデータ」

- 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年度を比較すると概ね変わらず、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の推移

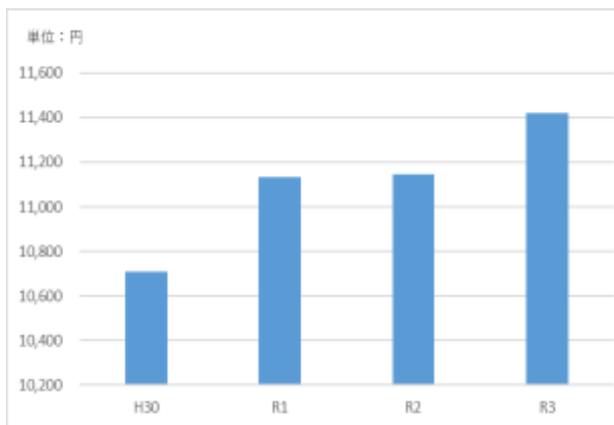


図2-32 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

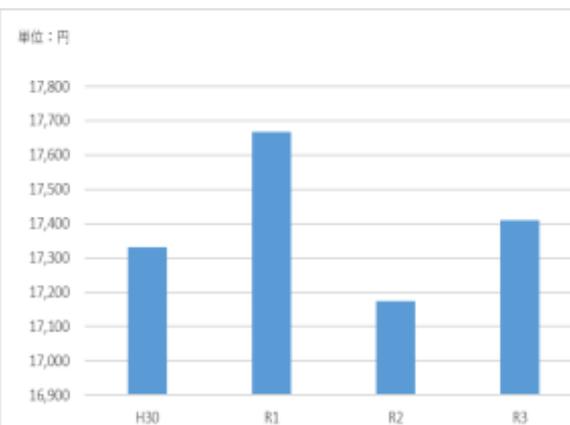


図2-33 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

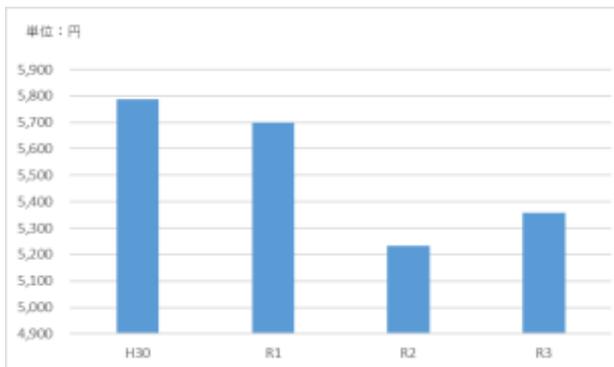


図2-34 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

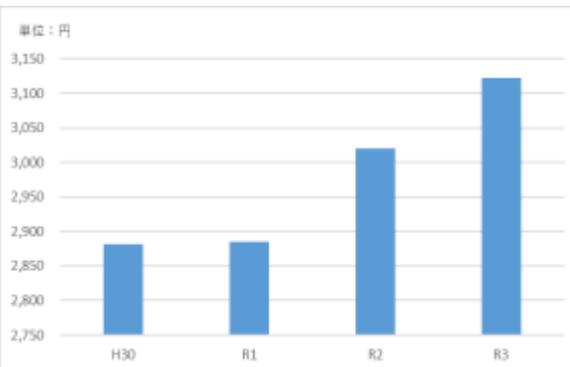


図2-35 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

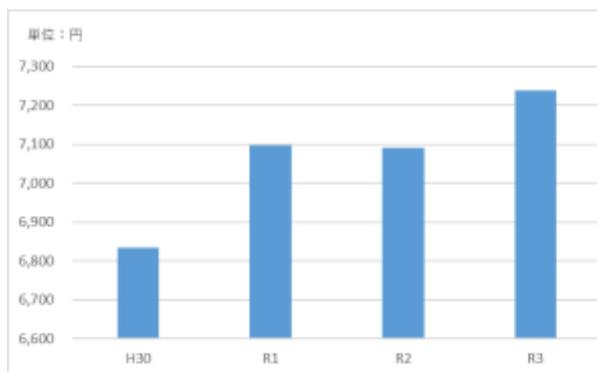
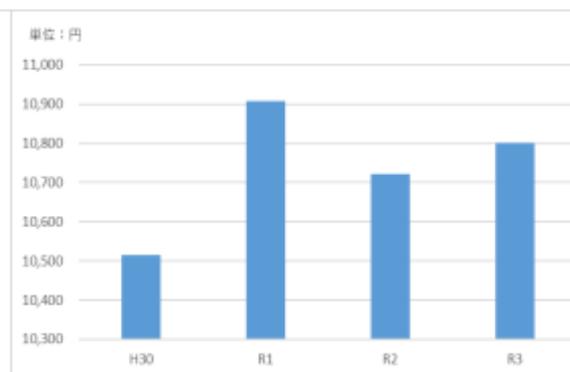


図2-36 神奈川県の高血圧性疾患一人当たり医療費の推移

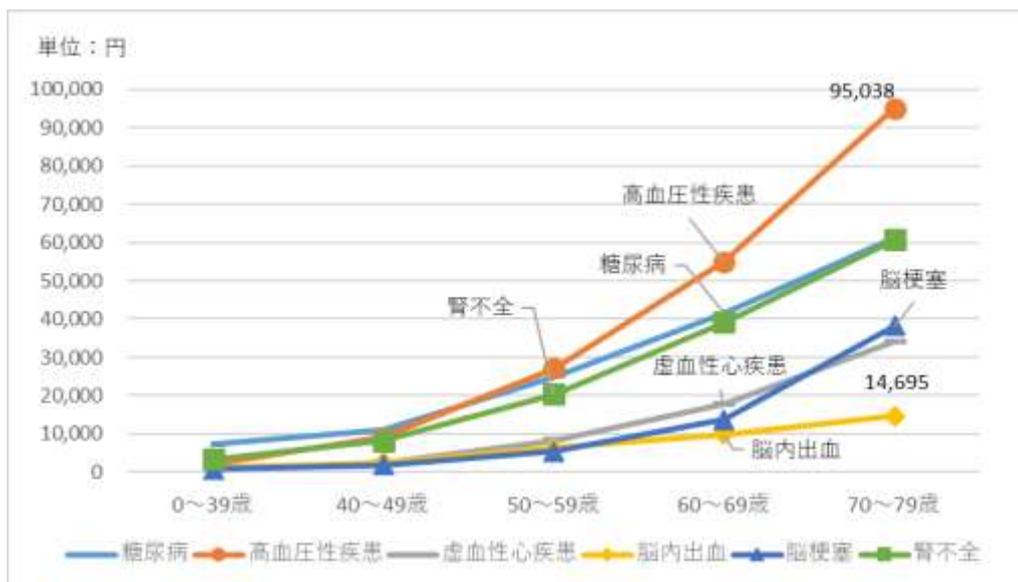


厚生労働省「平成30（2018）年度～令和3（2021）年度NDBデータ」

(1) 年齢階級別

- 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。
- また、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、受診の回数を問わず高いですが、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2-38、図2-39）

図2-38 国保における一人当たり医療費の推移

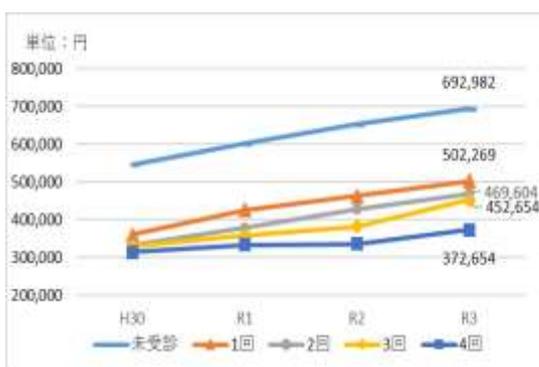


図2-39 国保における特定健康診査受診回数別の一人当たり医療費



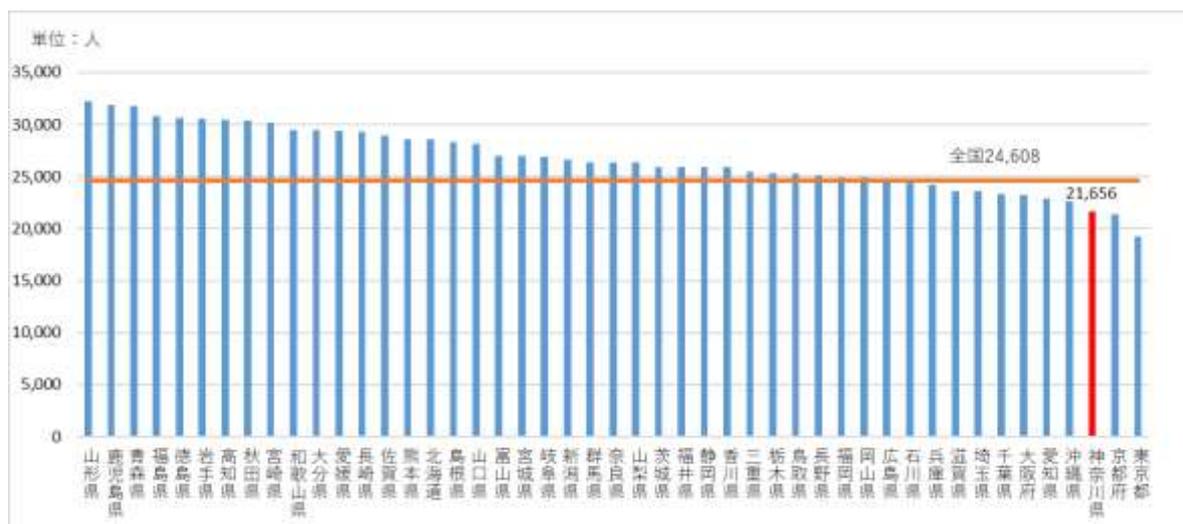
神奈川県国民健康保険団体連合会資料

「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】」

(I) 生活習慣病の総患者数

- 令和3年の生活習慣病の人口10万人当たりの都道府県別総患者数を見ると、本県は全国で低い方から3番目です。（図2-40）

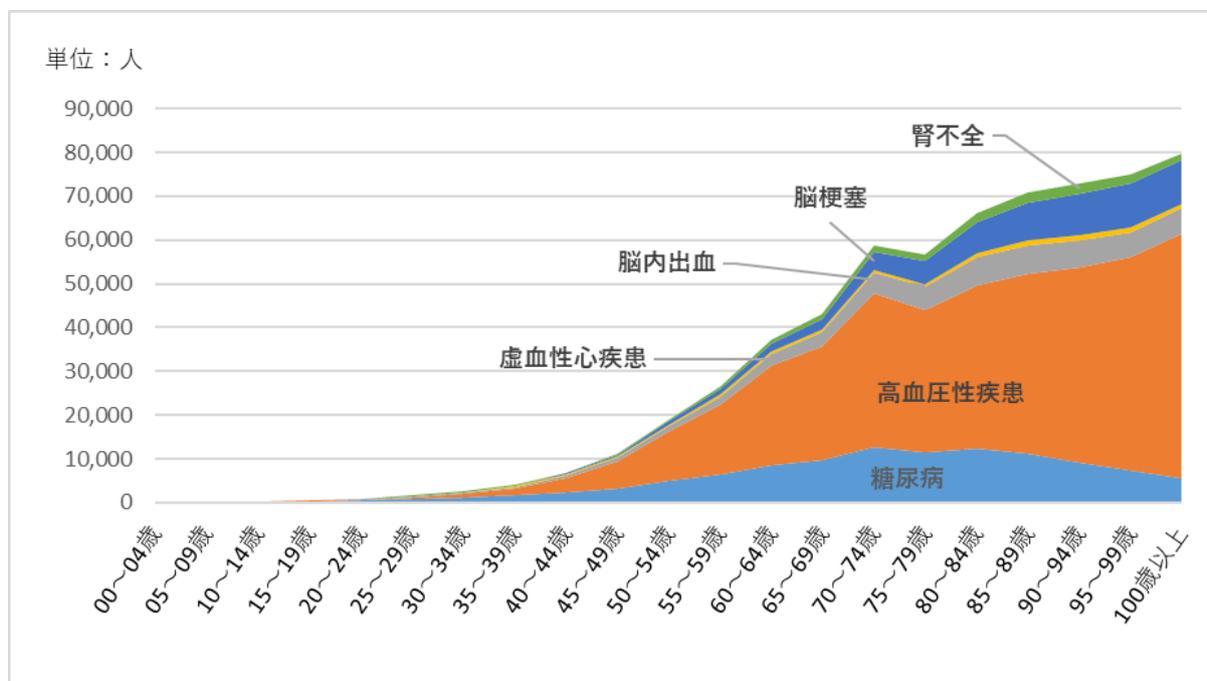
図2-40 生活習慣病の都道府県別総患者数(人口10万人当たり)



厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

- 生活習慣病について、令和3年度の本県の人口10万人当たりの生活習慣病の総患者数を年齢階級別に見ると、年齢が上がると増加する傾向があり、全ての年齢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)

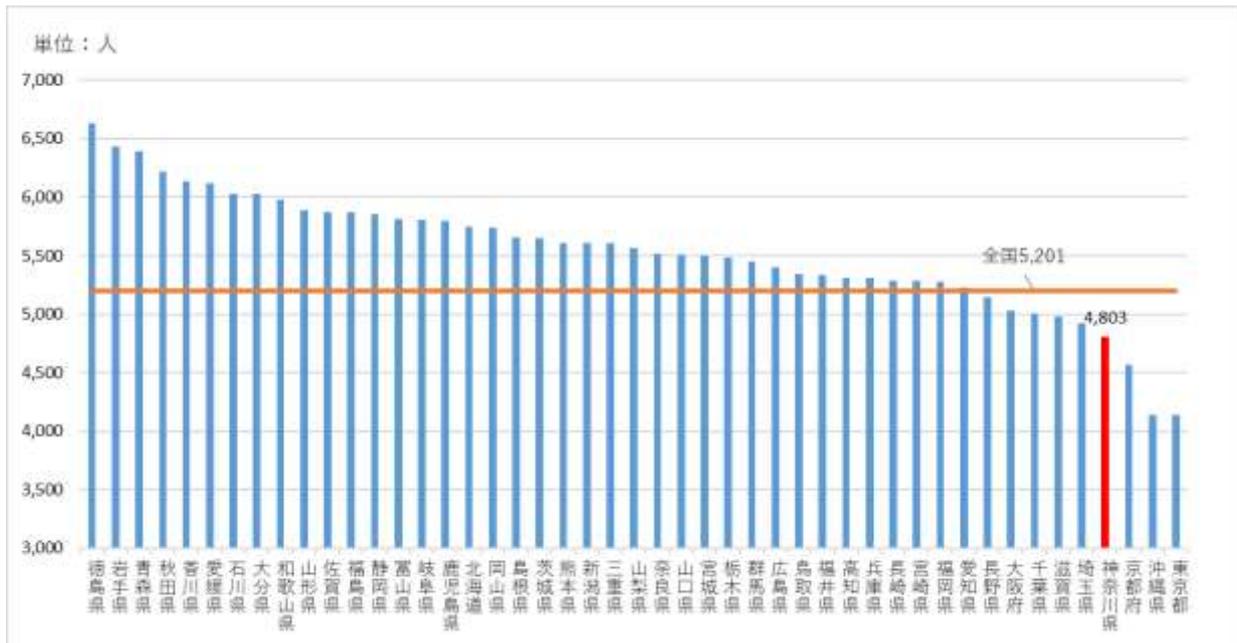
図2-41 神奈川県的生活習慣病の年齢階級別10万人当たりの患者数



厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

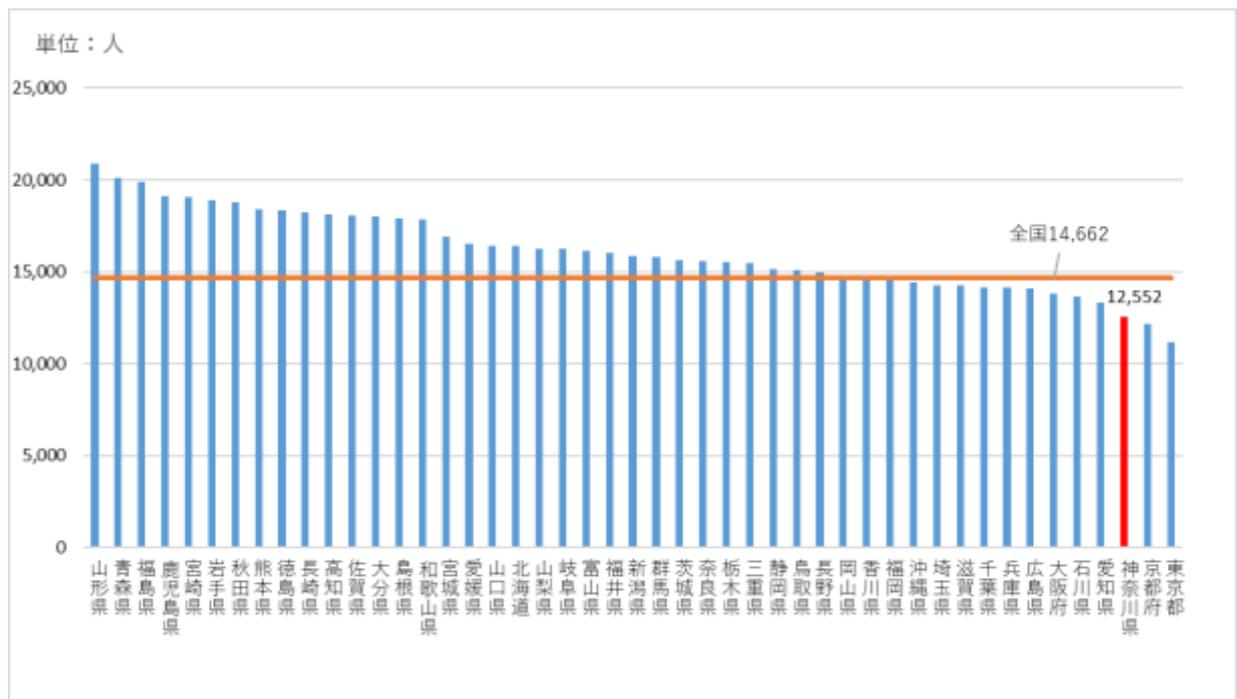
- 生活習慣病について、令和3年の人口10万人当たりの疾病別総患者数を見ると、本県はすべての疾病で全国平均を下回っていますが、虚血性心疾患、腎不全については全国平均と近い数字になっています。(図2-42~図2-47)

図2-42 人口10万人当たりの疾患別総患者数(糖尿病)



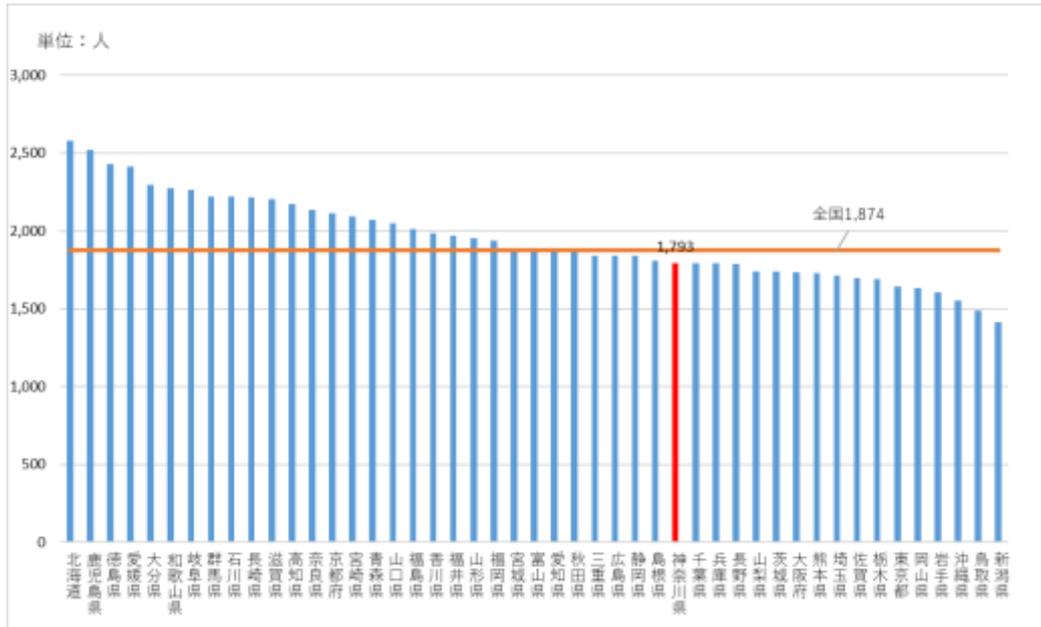
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-43 人口10万人当たりの疾患別総患者数(高血圧性疾患)



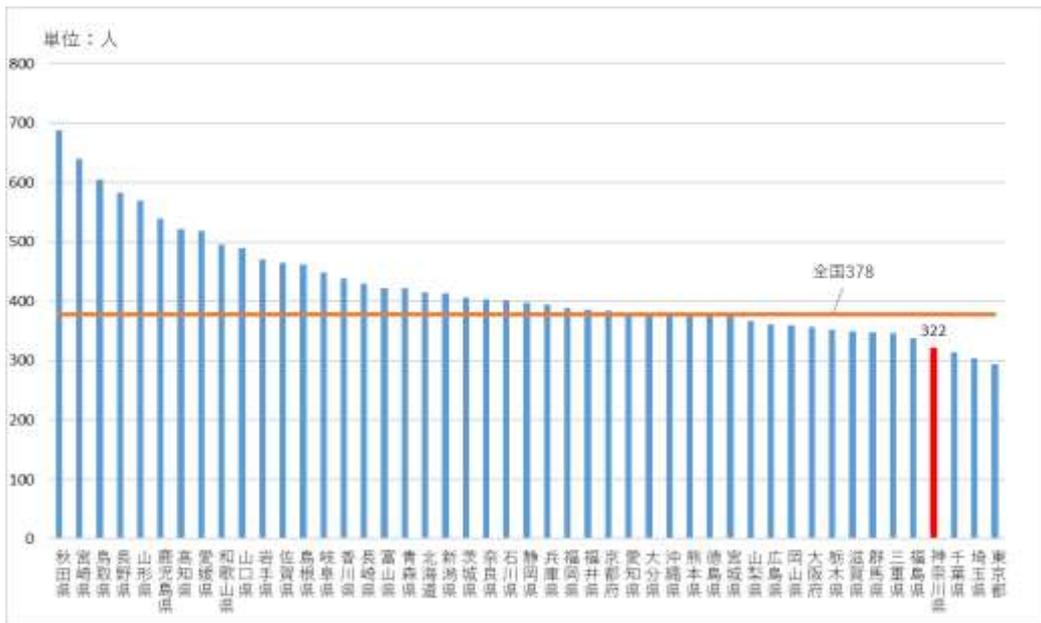
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-44 人口10万人当たりの疾患別総患者数(虚血性心疾患)



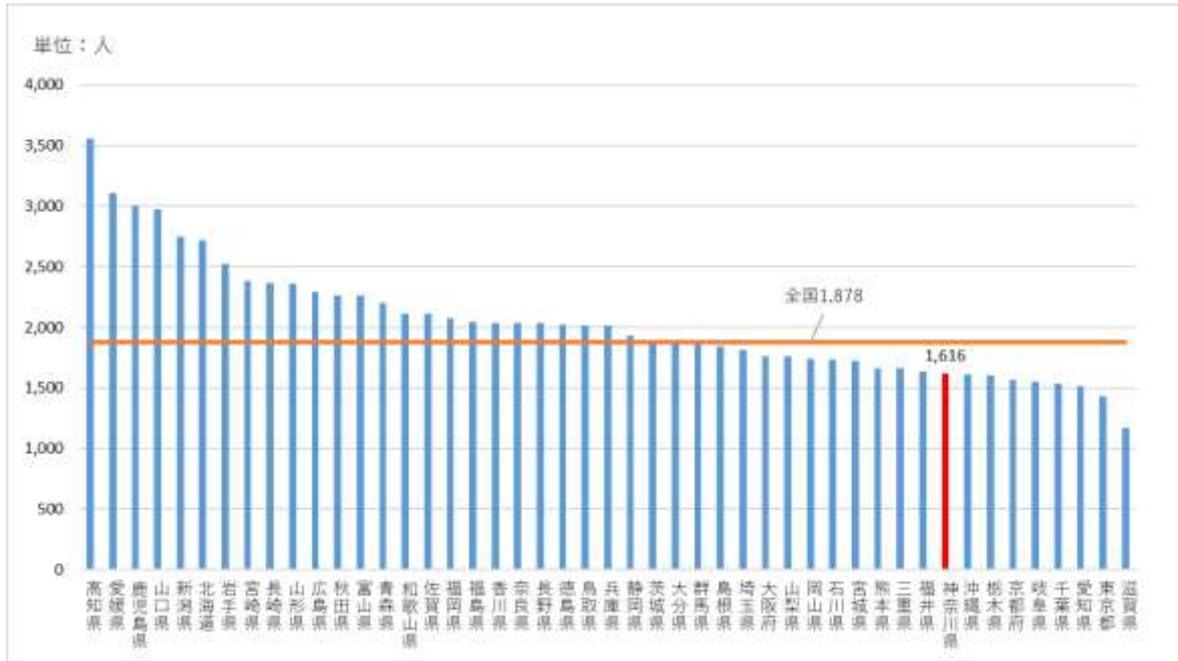
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-45 人口10万人当たりの疾患別総患者数(脳内出血)



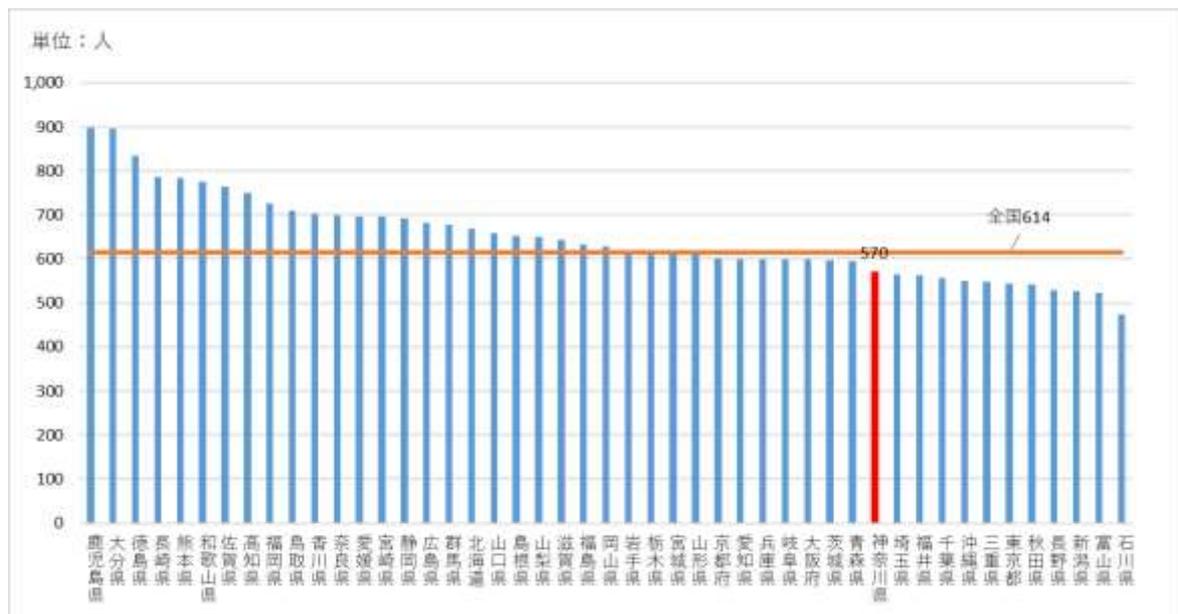
厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-46 人口10万人当たりの疾患別総患者数(脳梗塞)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

図2-47 人口10万人当たりの疾患別総患者数(腎不全)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

(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。
- また、全国平均を上回る主な指標としては、高齢化の伸び率が挙げられます。
- 年齢階級別一人当たり医療費については、年齢が上がるにつれて上昇するため、高齢化の伸び率が高い本県は、今後、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。
- 高齢者の疾病別医療費を見ると、首都圏の平均と比較して、高血圧性疾患は一人当たり医療費が低い一方で、歯肉炎及び歯周疾患は一人当たり医療費が高いことが挙げられます。
- 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、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し、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現状に基づき、令和 11 (2029) 年度の「医療費適正化の取組を行った後の医療費の見込み」を推計することとされています。
- この医療費の見込みの算出方法は、「医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込み」から、「医療費適正化の目標達成による効果額の見込み」を差し引いて算出するものです。
- このうち、「医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込み」は、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

- 直近の公表値である、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

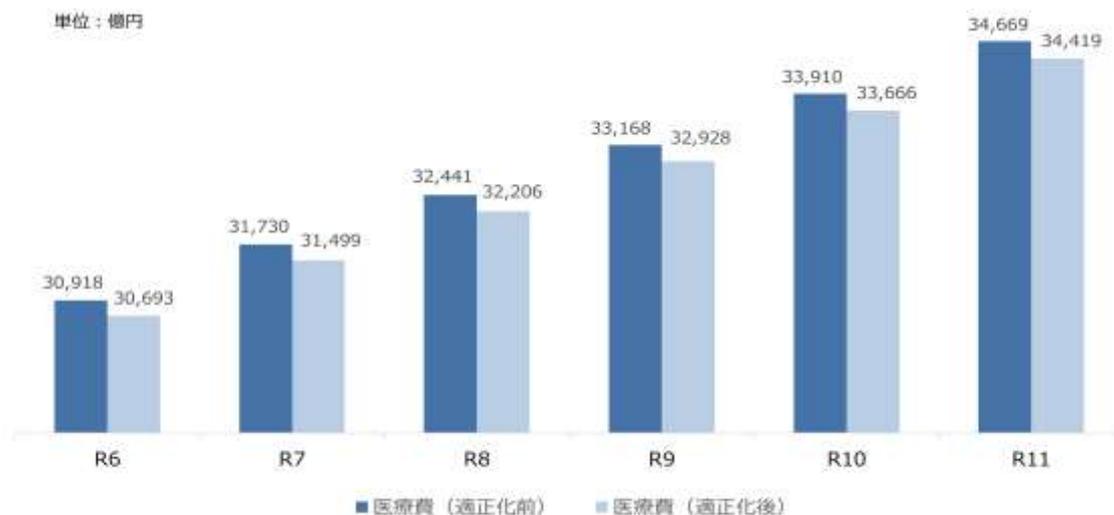
ア 医療費適正化の取組を行う前

- 医療費適正化の取組を行う前の医療費の見込みは3兆4,669億円^(※2)となり、基準年度の令和元年度より約5,781億円の増加となります。
(図3-1)

イ 医療費適正化の取組を行った後

- 医療費適正化の取組を行った後の医療費の見込みは3兆4,419億円^(※2)となり、基準年度の令和元年度より約5,531億円の増加となりますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも約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

- 国の基本方針により、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・年度別に算出します。
- 医療費適正化前の令和 11 年度の保険者種別医療費は、後期高齢者医療制度では 1 兆 4,101 億円、市町村国保では 6,244 億円、被用者保険では 1 兆 1,789 億円になる見込みです。（表 3-2）

表3-2 (医療費適正化前)保険者種別・年度別医療費の見込み (単位:億円)

医療費適正化前	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
後期高齢者医療制度	11,838	12,434	12,901	13,338	13,736	14,101
市町村国保	5,919	5,868	5,906	5,982	6,095	6,244
被用者保険	10,902	11,109	11,263	11,424	11,601	11,789

※合計は、計算方法の違いのため、図3-1の県民医療費の見込と一致しません。

- 医療費適正化後の令和 11 年度の医療費は、後期高齢者医療制度では 1 兆 4,000 億円、市町村国保では 6,199 億円、被用者保険では 1 兆 1,704 億円になる見込みです。（表 3-3）

表3-3 (医療費適正化後)保険者種別・年度別医療費の見込み(単位:億円)

医療費適正化後	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
後期高齢者医療制度	11,752	12,343	12,808	13,241	13,637	14,000
市町村国保	5,876	5,826	5,864	5,939	6,051	6,199
被用者保険	10,822	11,028	11,181	11,341	11,518	11,704

※合計は、計算方法の違いのため、図3-1の県民医療費の見込と一致しません。

- 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きます。

(5) 市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(税)の試算

- 国の基本方針により、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年度の本県における市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(税)の機械的な試算をします。
- 市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(税)(月額)の試算については、各制度について、令和5年度の1人当たり保険料(税)に、計画期間中に見込まれる1人当たり保険料(税)の伸び率の推計値を乗じた額に、制度改正による1人当たり保険料への影響額を加えて算出をしたものです。
- 令和11年度の市町村国保の1人当たり保険料(税)の試算は8,663円となり、令和5年度の1人当たり保険料(税)より、747円の増加となりますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも63円、1人当たり保険料(税)が低くなる見込みです。
- 令和11年度の後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(税)の試算は10,775円となり、令和5年度の1人当たり保険料(税)より、2,966円の増加となりますが、医療費適正化の取組を行わなかった場合よりも77円、1人当たり保険料(税)が低くなる見込みです。(表3-4)

表3-4 市町村国保及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料(税)(月額)の試算(単位:円)

	1人当たり保険料(税)			1人当たり 適正化 効果額
	令和5年度	令和11年度		
		医療費適正化前	医療費適正化後	
市町村国保	7,916	8,726	8,663	63
後期高齢者医療制度	7,886	10,852	10,775	77

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（糖尿病）の重症化予防

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

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。
- 生活習慣病等を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の早期発見・早期治療ができれば、がんになっても治る可能性が高くなるだけでなく、症状が出てから治療するより身体面でも費用面でも負担が少なく、生活の質を維持することもできます。
- そのため、「がん検診の受診率」を目標項目として設定します。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。

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合わせた取組目標を設定します。

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（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）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、いわゆる認知症未病の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（糖尿病）の重症化予防に関する目標項目を設定します。
（表3-5）

表3-5 県民の健康の保持の推進に関する目標 ※目標について、関係課と協議中

目標項目	令和11(2029)年度目標	直近現状値
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(糖尿病)の重症化予防 ^(※7)	糖尿病有病者数の増加の抑制 〇万人以下 (令和5年度中に把握)	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)	喫煙率の減少(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 ^(※12)	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 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) ^(※13)
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	※	※
未病対策	糖尿病有病者数の増加の抑制 〇万人以下(再掲) (令和5年度中に把握)	27万人(再掲) (令和2年度)
	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(再掲) (令和3年)

- ※1 特定健康診査の実施率は、国の医療費適正化基本方針と同値を設定しています。当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数（他者が実施した健診のデータを保管しているものも含む）を当該年度末の40～74歳の被保険者数及び被扶養者数で除して算出します（妊産婦等の除外規定に該当するとして報告された者を除く）。なお、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下、「基本指針」といいます。）における特定健康診査の実施率の令和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、国の医療費適正化基本方針と同値を設定しています。当該年度の保健指導利用者数（動機づけ支援^{*}利用者数＋積極的支援利用者数）を、当該年度の健診受診者のうち、階層化により保健指導の対象となった者の数（動機づけ支援の対象とされた者の数＋積極的支援の対象とされた者の数）で除して算出します（妊産婦等の除外規定に該当したとして報告された者、服薬中の者を除く。）。
- なお、基本指針における令和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、令和〇年度を基準時点（〇万人）として、国と同様に有病率が今後も同じと仮定し、高齢化を加味した有病者数を算出しています。
- 「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 平成〇年度の成人喫煙率から、平成〇年度における成人喫煙者のうち禁煙希望者が令和〇年度に禁煙したと仮定し、その禁煙希望者の割合を減じた令和〇年度の成人喫煙率を目標値として算出しています。
- ※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 「神奈川県がん対策推進計画」に掲げている目標値を再掲しています。
- ※13 厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和4年）より。

(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が80%以上を達成していますが、昨今の後発医薬品の供給不安定を鑑み、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。
- 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%以上に到達することを目標項目として設定します。

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て、適正な受診について指導するとともに、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、加害者への求償事務を行っていますが、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があることが指摘されている医療や、白内障手術及び化学療法の外来での実施状況等の、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き必要な場合があることに留意しつつ、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、リフィル処方箋については、分割調剤を含む長期処方と併せて、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。
- このため、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・介護を提供することが重要であることから、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、「県全体等で、「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3-6）

表3-6 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	直近現状値
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 80% 以上 ※今後、金額シェアの目標値 が示される予定	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・化学療法の外來実施、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"> ・県全体等で、「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。
- 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・特定保健指導や、その先の高齢者の未病改善の行動変容に繋げるためのICT技術活用の推進、または、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（医師の処方箋がなくても薬局等で購入できる医薬品）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。

- このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により、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。
- 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。

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（糖尿病）の重症化予防等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。

- 医療の担い手等が取組を進めやすいよう、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。
- このため、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

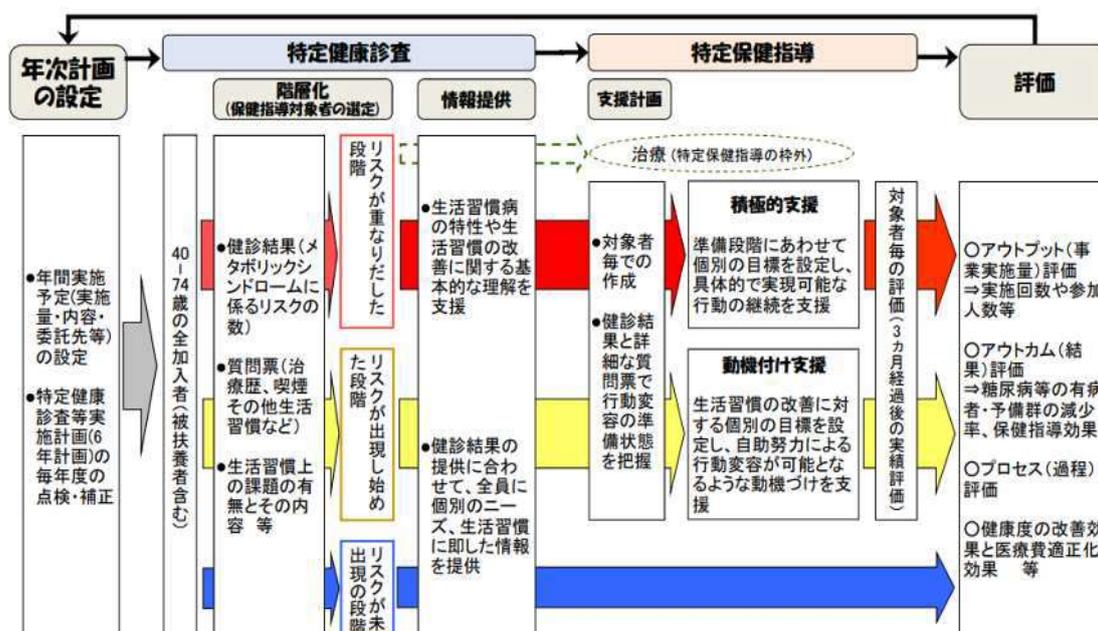
1 県民の健康の保持の推進のための取組

(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）

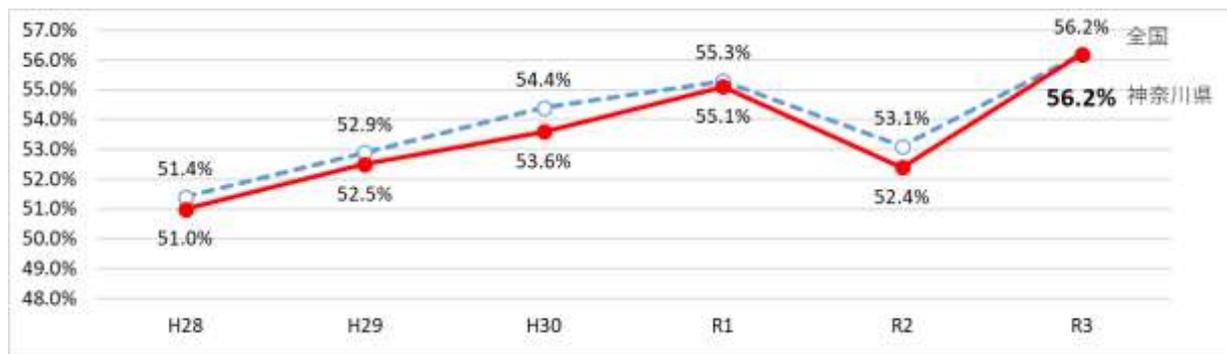
図5-1 特定健康診断・特定保健指導の基本的な流れ



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、全国で20番目となります。（図5-2、図5-3）

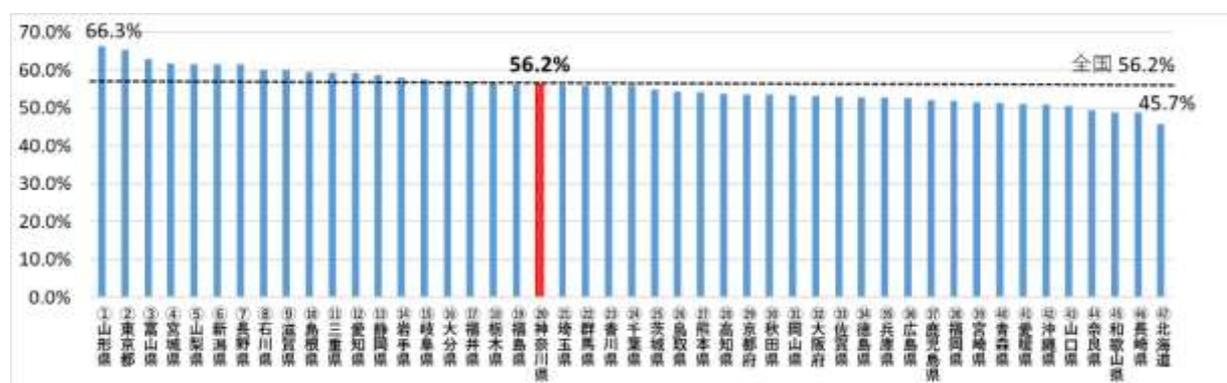
図5-2 特定健康診査の実施率推移(全国・県)



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^(※1)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 神奈川県内の特定健康診査の性・年齢階級別の実施率

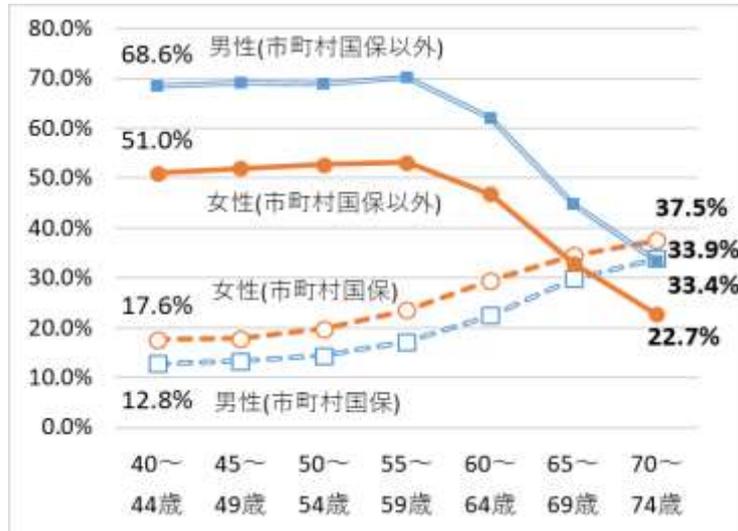


厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

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)

- 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、すべ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)

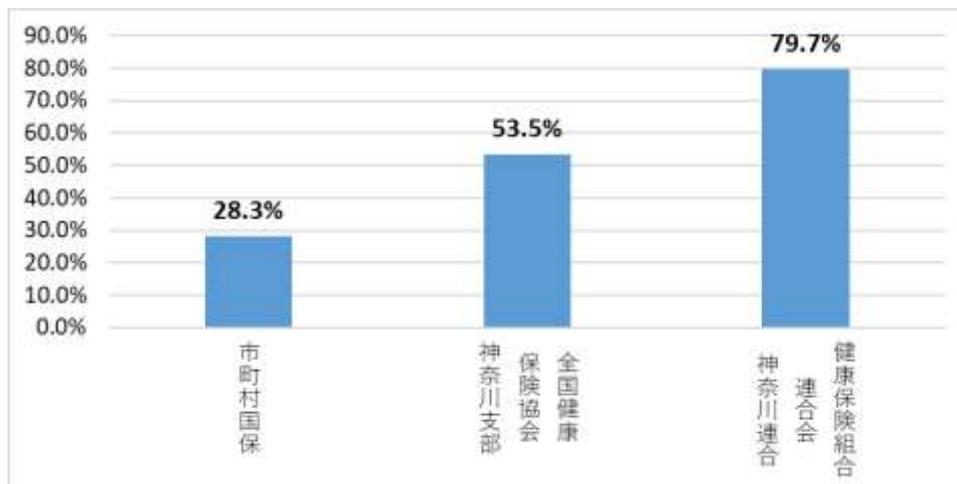
図5-5 神奈川県保険者種別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率



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)

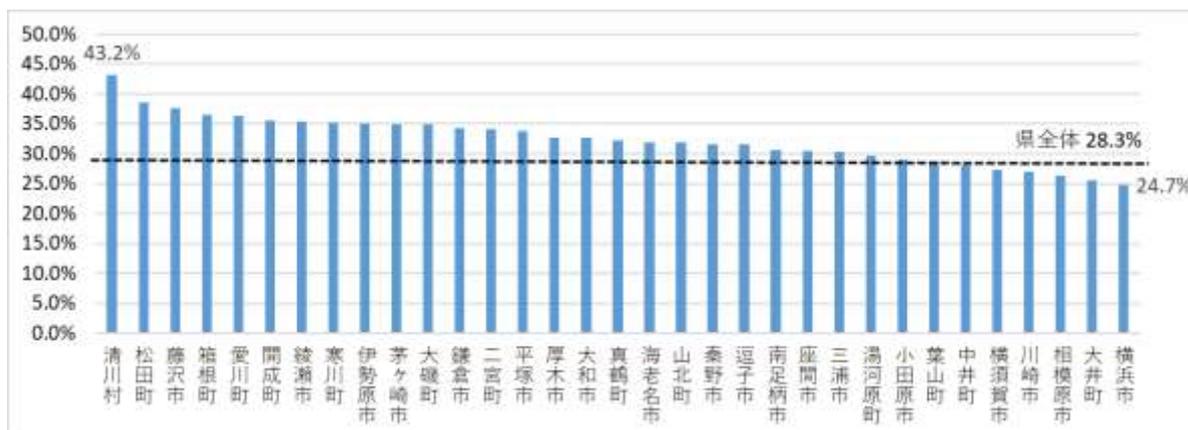
図5-6 神奈川県保険者種別の特定健康診査の実施率



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）

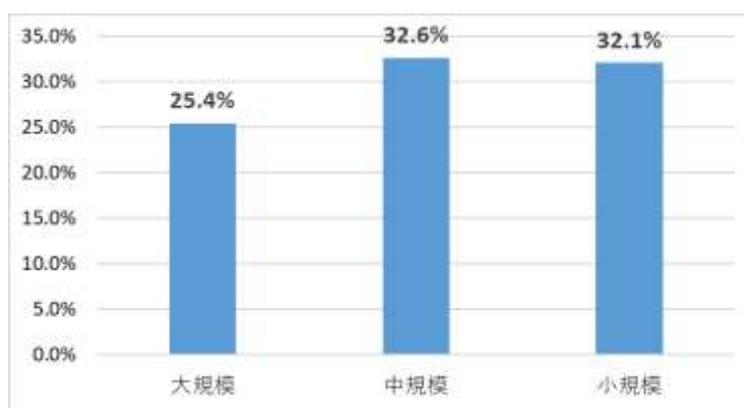
図5－7 神奈川県国保における市町村別特定健康診査の実施率



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、規模別で実施率^(※2)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)

※1 対象者については、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」に性・年齢階級別の特定健康診査対象者数が公表されていないことから、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」における人口を対象者として代用しているため留意が必要です。

※2 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

- 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%以上の乖離があり、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】

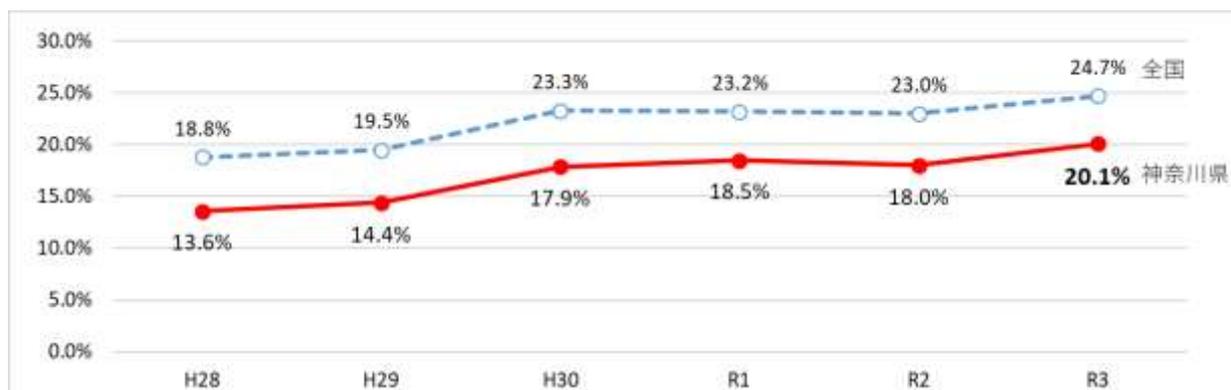
- 若年層や健康に関心が薄い層に対する効果的な普及啓発を実施します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 県は神奈川県保険者協議会を通じて、集合契約の実施や医療機関の調整等の支援を行います。
- 医療レセプトデータ、特定健康診査データ等の保健医療データを活用し、より効果的・効率的な取組となるように努めます。
- さらに、県のみではなく、市町村においてもデータに基づいた効果的・効率的な事業展開ができるよう、保健医療データの収集・分析・加工、地域の課題分析、市町村職員等を対象としたデータ活用研修、有識者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、全国で44番目なっています。（図5-9、図5-10）

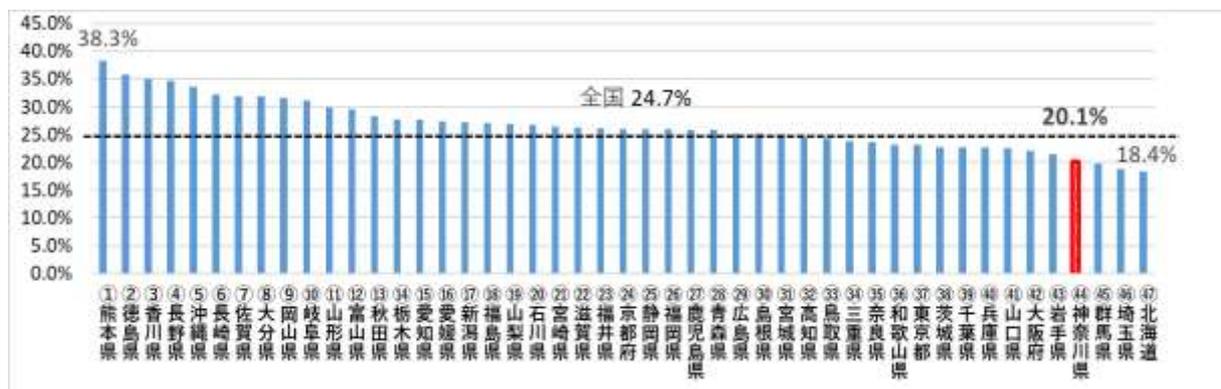
図5-9 特定保健指導の実施率推移(全国・県)



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)

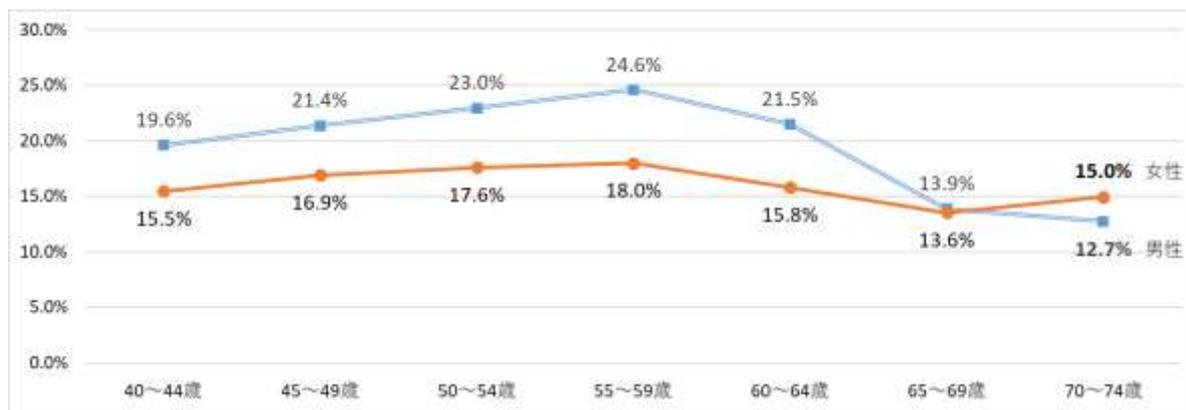
図5-10 特定保健指導の都道府県別実施率



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）

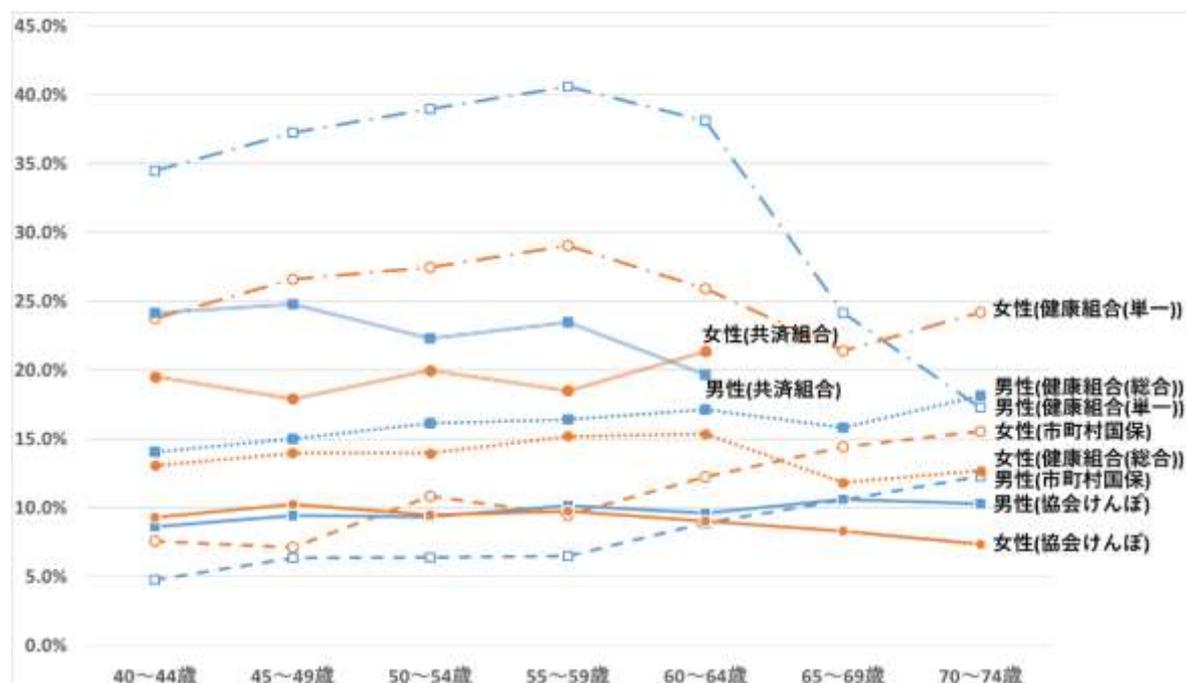
図5-11 神奈川県の特定保健指導の性・年齢別の実施率



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)

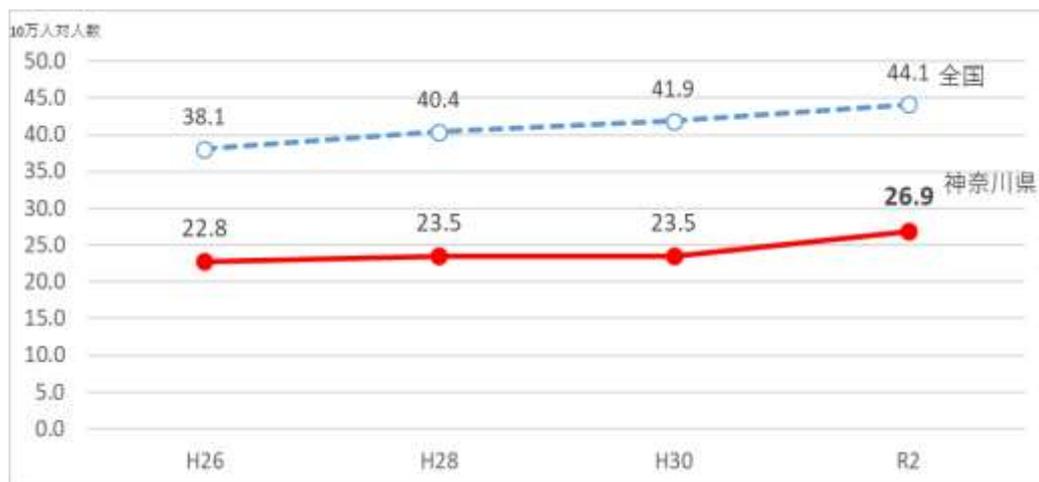
図5-12 神奈川県の実施者別 性・年齢階級別の特定保健指導の実施率



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)

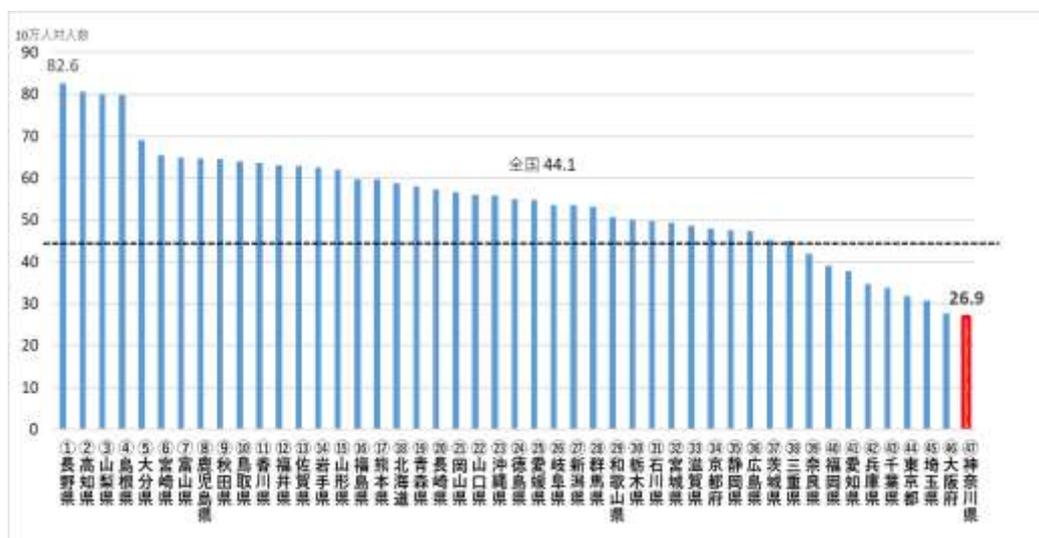
- 特定保健指導の利便性を高めるため、令和6年度から始まる第四期特定健康診査等実施計画において、保健指導対象者と保健指導実施者双方にメリットがあるとされているICTの活用が推進されています。
- また、本県は、特定保健指導の主な担い手となっている保健師の人口10万人対の人数が、令和2年度は26.9人となっており、全国平均の44.1人と17.2人の開きがあります。全国平均との差は徐々に拡大傾向にあり、順位も全国最下位となっています。(図5-13、図5-14)

図5-13 神奈川県の人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年度)

- 本県の特定保健指導の実施率は、上昇傾向にあるとはいえ、全国平均を下回っており、特定保健指導の必要性の周知・啓発が必要です。
- 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も必要です。
- 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・確保も必要となります。

【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。
- 県は、市町村や職域と連携し、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。
- 県は、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】

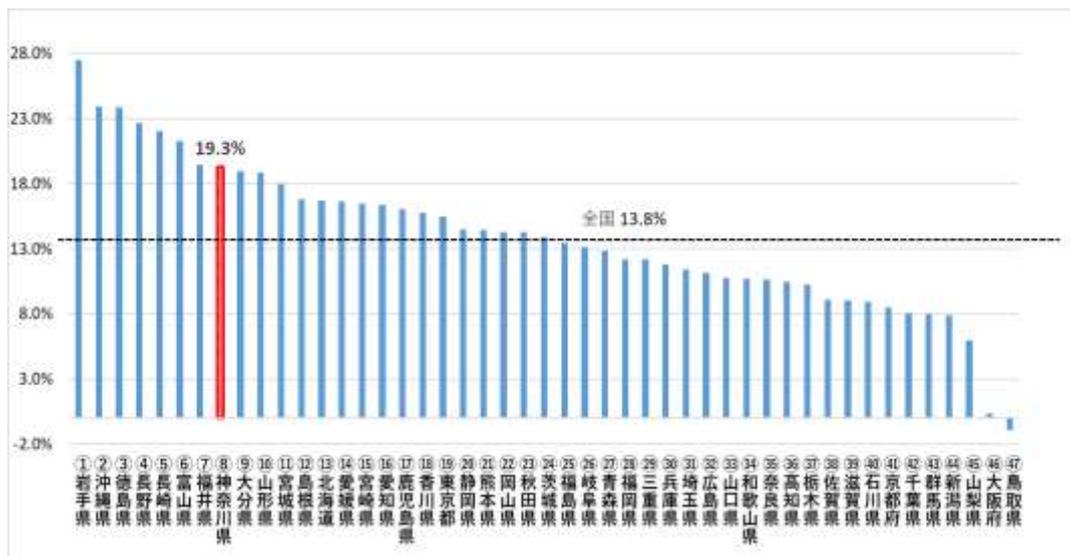
- 本県は、全国平均より高齢化率が低いものの、今後、年少人口は減少し、老年人口が増加すると予測されています。そのため、子どもの頃からの健康的な生活習慣により、高齢になっても元気で生き生きと生活し、自己実現を達成できる活力ある社会を実現していく必要があります。
- 本県の令和3年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（平成20年度比）は、全国8位です。全国平均よりは高い水準で推移していますが、目標である25%には届いていません。（図5-15、図5-16）

図5-15 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 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・市町村や職域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

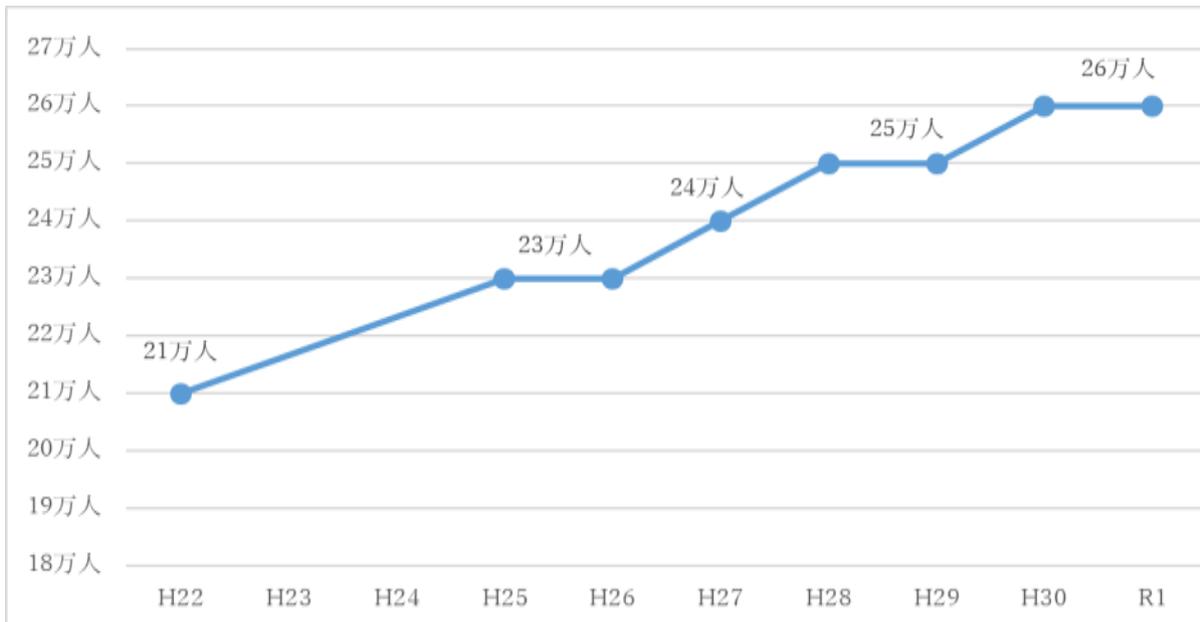
- に、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
 - 市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、公設未病センターにおける食や運動等に関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。

(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。
- このため、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)

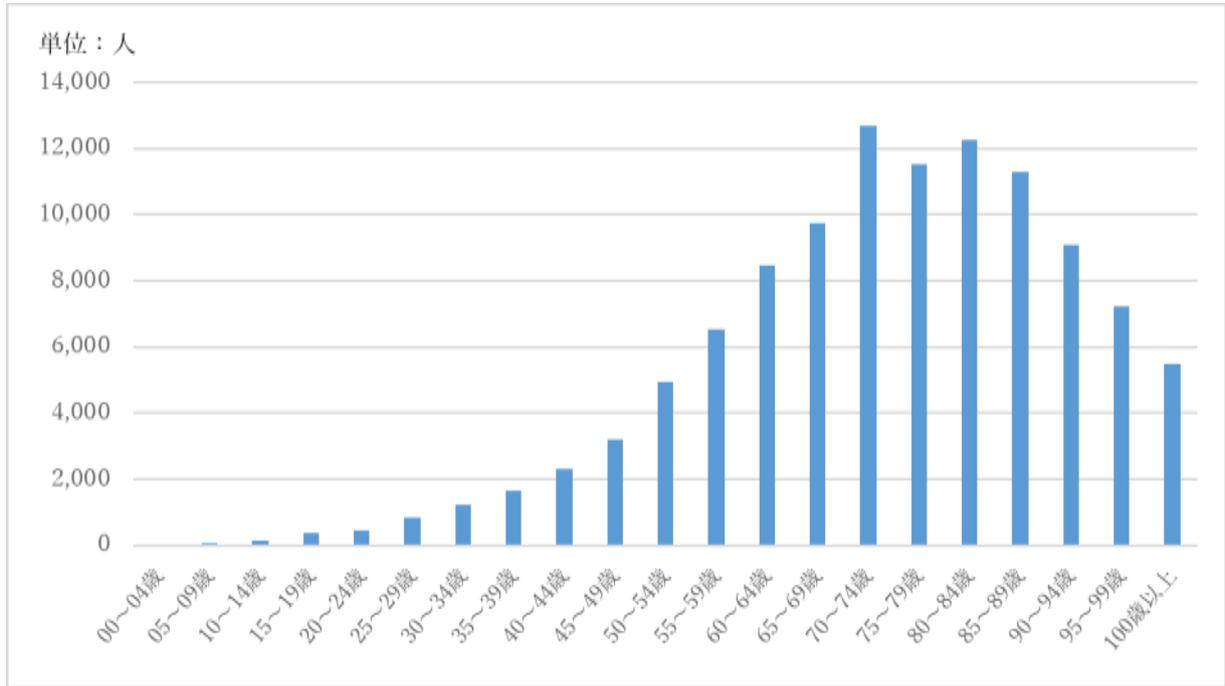
図5-17 40～74歳の糖尿病有病者数(40～74歳)の推移



厚生労働省 NDBオープンデータより推計

- 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、有病者数が多い傾向にあります。（図5-18）

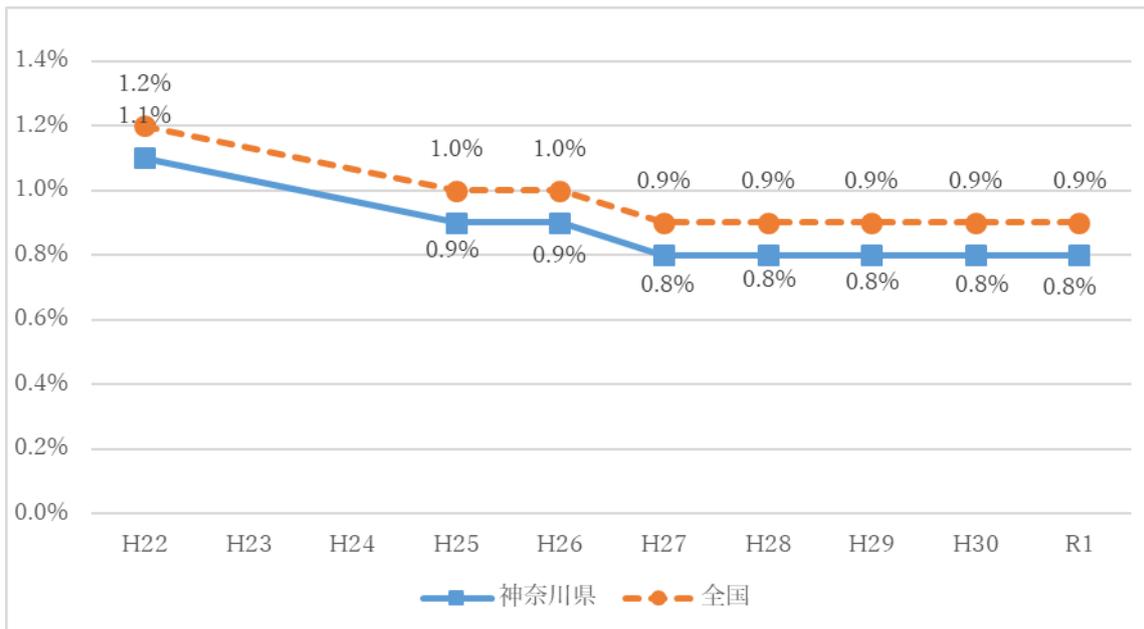
図5-18 神奈川県の人10万人当たり糖尿病有病者数の年齢階級別



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。

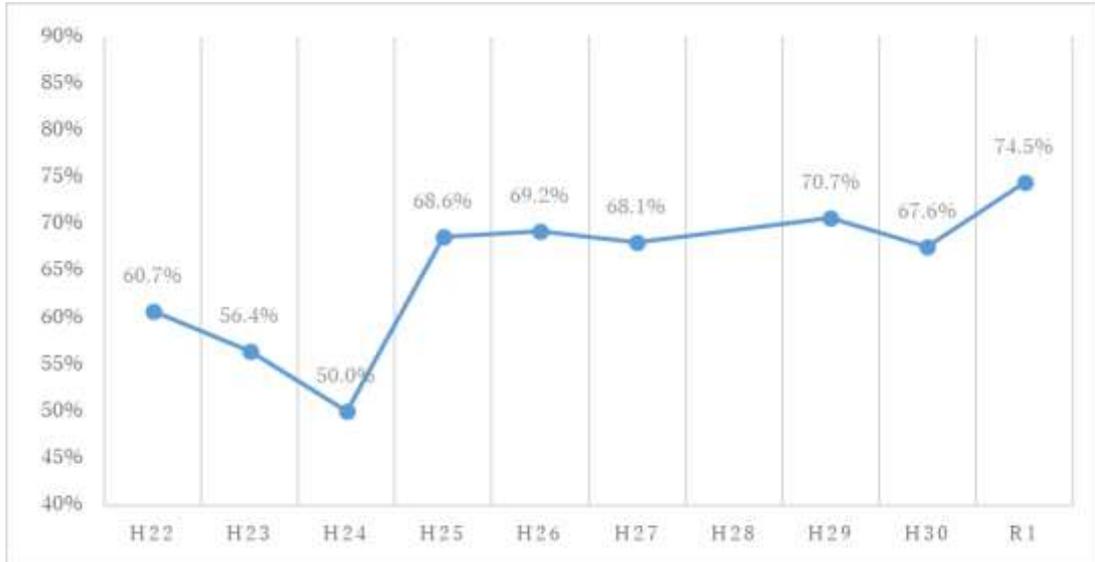
図5-19 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の推移



厚生労働省 NDBオープンデータより推計

- 本県の糖尿病治療継続者の割合は、平成22年度から増加傾向にあります。

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

- 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)

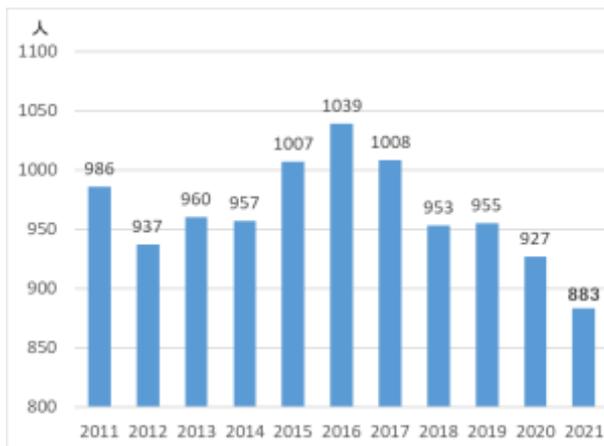


図5-22 新規透析導入患者数の推移(全国)

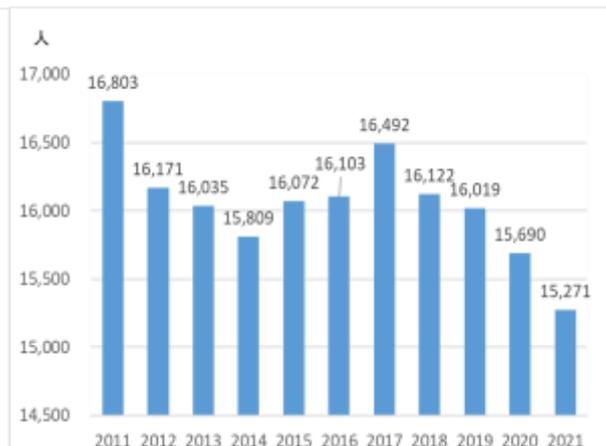
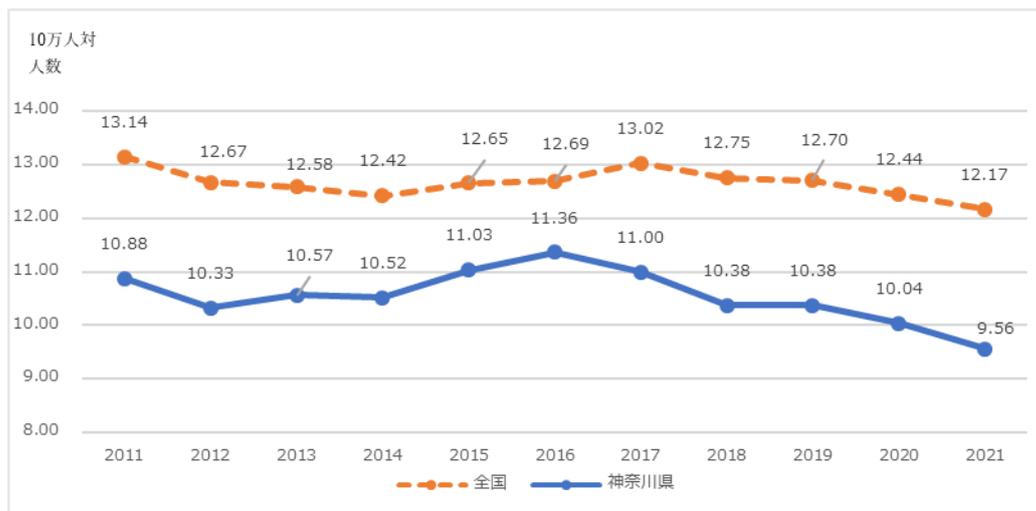


図5-23 人口10万人対新規透析導入患者数の推移(全国・県)



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。
- さらに、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	○万人以下 ※最新値の把握が令和5年度中の予定

- 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3年度)	目標値 (令和11年度)
883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】

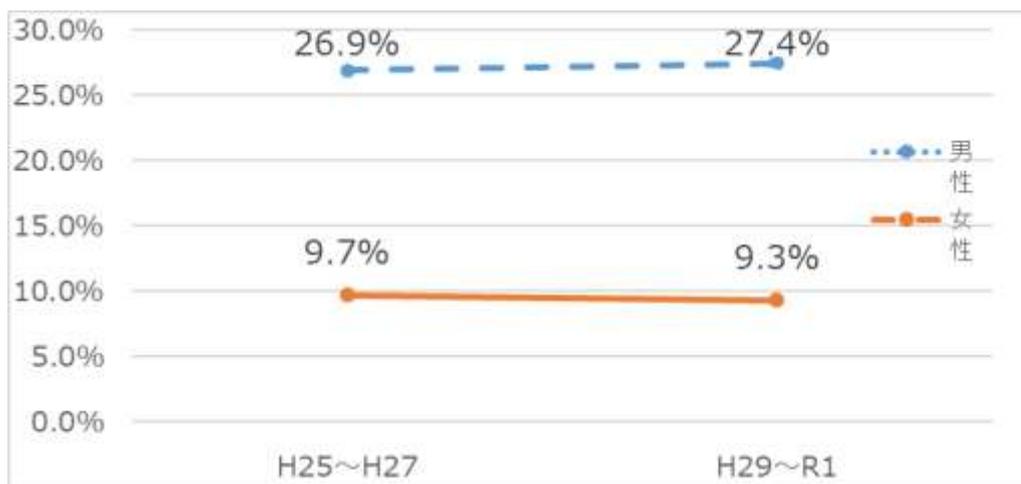
- 県民へ糖尿病対策の重要性を伝えるため、糖尿病に関するリーフレットの配布、世界糖尿病デーに合わせて県庁をブルーにライトアップするイベントの開催等、普及啓発に取り組みます。
- 県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、市町村及び他の保険者が、地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。
- 県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 県は、市町村が糖尿病治療中断者・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。

(5) たばこ対策の推進

【現状と課題】

- 喫煙者は、がんや循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等の呼吸器疾患、糖尿病、周産期における異常等を生じる割合が非喫煙者より高くなります。
- 特に、受動喫煙は、虚血性心疾患、肺がん、乳幼児の喘息や呼吸器感染、乳児突然死症候群等の原因となることから、受動喫煙防止対策が必要となります。
- 本県の成人喫煙率は、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、女性は減少している状況です。（図5-24）

図5-24 神奈川県成人喫煙率の推移



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。）も合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年度～令和元年度)	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21より

- 20歳未満の喫煙者の割合の減少

直近実績値 (平成29年度～令和元年度)	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 (令和14年度)
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】

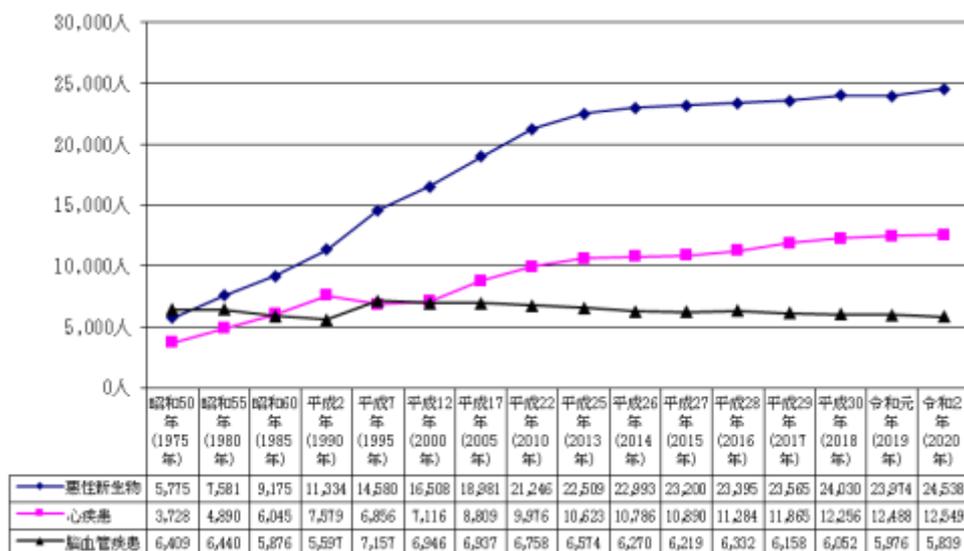
- たばこをやめたい、減らしたい者への卒煙（禁煙）サポートとして、禁煙相談等、喫煙率の減少に向けた取組を行います。
- キャンペーンや県民向けイベント等を行い、たばこの害や受動喫煙防止について、広く普及啓発を図ります。
- 児童・生徒向けに、たばこの害を解説したリーフレットを作成し、県内すべての小学6年生を対象に配布する等、喫煙防止教育により広くたばこの害を周知するとともに、喫煙防止を呼び掛ける広告の配信等、喫煙防止対策に取り組みます。
- 生徒やP T Aに対して、ハンドブックやホームページを通じて喫煙の危険性等を啓発します。
- 妊娠中の喫煙の有害性について、ホームページを活用し効率的に普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。

(6) がん検診の推進

【現状と課題】

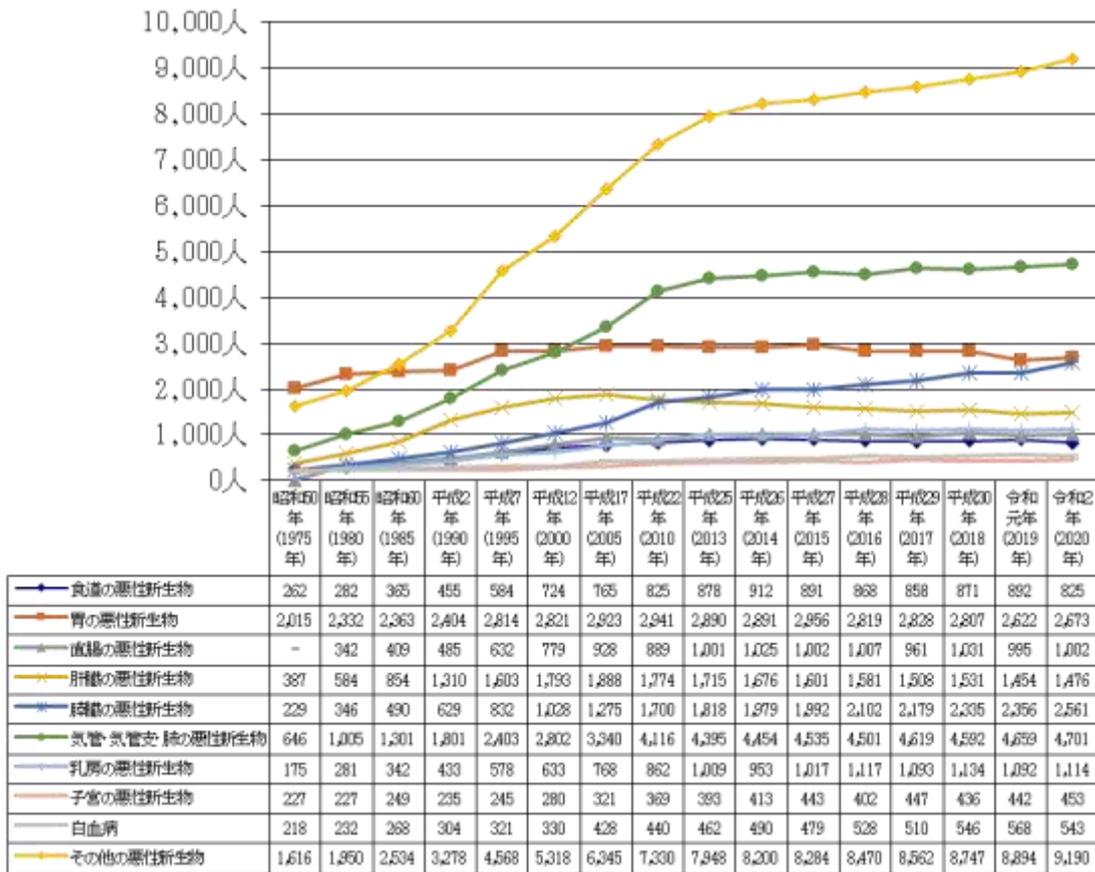
- 本県においては、がんが死亡原因の第1位となっています。
(図5-26)

図5-26 神奈川県的主要死因別死亡者数の推移



- また、部位別死亡数では、肺が最も多く、次いで大腸（直腸、結腸）、胃、膵臓、肝臓の順となっています。（図5-27）

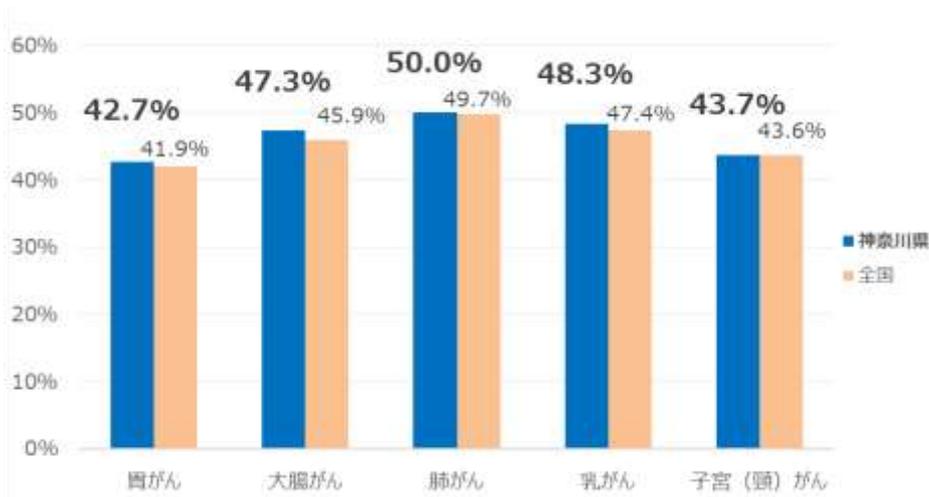
図5-27 神奈川県内の悪性新生物部位別死亡数の推移



神奈川県衛生統計年報

- 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5-28）

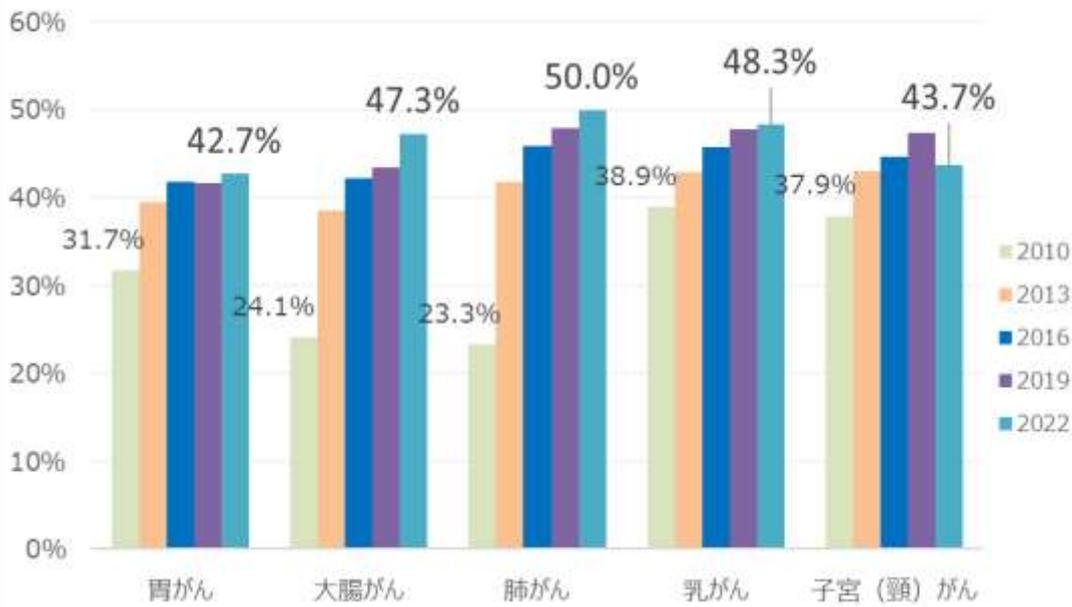
図5-28 がん検診受診率(全国・県)



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、全てのがん健診の受診率が増加しています。

図5-29 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。
- 生活習慣の改善等によるがんの予防及びがんの早期発見の取組等を推進することにより、最終的には、がんによる死亡者数の増加を抑制させることが必要です。

【目標】

- がん検診受診率の向上

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】

- がん検診受診促進リーフレットの配布や、ピンクリボン等のイベントの実施、その他広報誌等により、県民に広くがん検診の受診を呼びかけていきます。
- 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、地域・職域と連携した取組を行います。

(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】

- 県は、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、V P D（Vaccine Preventable Diseases：ワクチン接種により防ぎ得る病気）対策の推進に努めます。
- 県は、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に努めます。

(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】

- 今後、これまで以上に高齢化が進むことが予測されており、高齢者の健康の保持・増進、要介護状態の予防や社会参加による活動等を実現するために、身体活動や運動・体力の低下を防ぎ、高齢者が元気に生き生きとした生活をおくれるようにしていくことが必要です。
- 健康づくりを推進するうえで、集団・個人の特性をより重視しつつ行うことが重要です。高齢者は、健康課題として、社会参加する機会の減少に伴い健康が悪化する点が挙げられています。

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 低栄養傾向とは、要介護や総死亡リスクが統計的に有意に高くなるBMI 20未満を低栄養傾向の指標としています。

- 厚生労働省保険局医療費適正化推進室提供データから、令和元年度の特定健康診査の結果によると、本県の65歳～74歳のBMI20未満の割合は17.4%です。
- 低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸に寄与するもので、地域の食生活改善や口腔機能の維持・向上の取組が低栄養防止につながります。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の中で活用が進む、通いの場等も利用しながら、普及啓発、情報発信を進めることが必要です。

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とは、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の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、22.4%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21より

- BMI 20未満の高齢者（65歳以上75歳未満）の割合

直近実績値 (平成29年度～令和元年度)	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)	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 (平成29年度～令和元年度)	目標値 (令和14年度)
—	10%増加

【取組】

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 高齢者が、自らフレイル（加齢により心身が老い衰えた状態）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、市町村や関係団体等と連携しながら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した人材を養成します。

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」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、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。

(7) こども

【現状と課題】

- 幼少期から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ことが必要です。

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ことが必要です。

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ことが必要です。
- 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 未成年者の喫煙をなくす

- 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
小学生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歳未満の者の飲酒をなくす

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 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
男性 ー%	男性 0%
女性 ー%	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年度～令和元年度)	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プログラムやイベントを実施します。

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の情報提供を行えるよう、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PTA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、県内すべての小学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。

(イ) 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、次世代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。しかし、「骨粗鬆症検診受診率」は0.8%（令和2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（NCDs^(※1)）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

※1 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、大気汚染等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

- 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。

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。
- 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併せて提供する等、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21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

直近現状値 (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

直近現状値 (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

直近現状値 (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 (令和14年度)
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】

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

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。

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。
- 20代以上のむし歯は、40代までは、一人平均むし歯数が減ってきていますが、50代以降は変化がありません。
- 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。歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、かかりつけ歯科医を持つ者は年々増加していますが、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。
※各ライフステージを対象にした対策にとどまらず幼児期から高齢期に至るまで人の一生を通して 継続した対策を講じること。
- 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と密接に関係していることから、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」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。

(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、口腔機能の発達について普及啓発を行うとともに、成人・高齢期には、口腔機能の維持・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

- 障がい児者入所施設において、利用者の歯と口腔の健康づくりのためにも定期的な歯科検診が受けられることが必要です。
- 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。

神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画
から目標を表すグラフを抜粋予定

【参考指標】 かながわ健康プラン21より

- 40歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）

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

- 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)	目標値 (令和14年度)
75.9% (年齢調整していない値)	90.0%

- 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%

【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、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、併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、いわゆる認知症未病の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、共生社会を推進するため、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年度の病床数は、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。

<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年(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)をすべ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年(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
(再掲)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、病床機能の確保と併せて、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。
- さらに、各地域に設置する地域医療構想調整会議等において、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保及び連携に係る支援施策等について情報共有し、医療機関や関係団体による取組を推進するほか、県民に対しても、分かりやすい情報提供を行うことで、医療提供体制に対する理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療につなげてもらうことが必要です。

【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位となつてから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人ががんで亡くなっています。がんのり患者数も年々増加しており、生涯のうちに2人に1人がかかると推計されています。
- 今後もライフスタイルの多様化や高齢化の進行により、本県におけるがんのり患者数及び死亡者数の増加が見込まれる一方、がん医療の進歩による生存率の向上等により、治療と仕事の両立、高齢者のがん対策等、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。
- 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、関連するほぼすべ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ことが必要です。

(7) 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、虚血性心疾患は全国平均を下回っており、心不全は全国平均を上回り、大動脈瘤及び解離は全国平均と同程度となっています。
- 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、関連するほぼすべ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予防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がりを行い、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障がい者が、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。
- 県は、ピア・サポーターの養成を行い、県がピア・サポーターを認定

します。拠点病院・指定病院等は、認定されたピア・サポーターが患者やその家族を支援できる機会を確保します。

(イ) 脳卒中の医療連携体制の構築

- 発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進します。
- 医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実や、急性期医療の充実に努めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、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・介護の充実に図ります。
- 口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことを推進します。
- 県は、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や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。
- 脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。
- 県は、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、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

(ウ) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制の構築

- AED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。
- 心臓リハビリテーションや摂食・嚥下リハビリテーション、口腔内を清潔に保つこと等を推進します。
- 多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に努めます。
- 県は、心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

- 県は、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、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

(イ) 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。

(ロ) 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。
- 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、精神科医療につながるようなことができるよう、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、県では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。

(1) 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。このため、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。

(I) 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きます。
- 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きます。
- 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きます。

- 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めます。

(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】

(7) 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5-30）

図5-30 地域包括ケアシステムのイメージ図



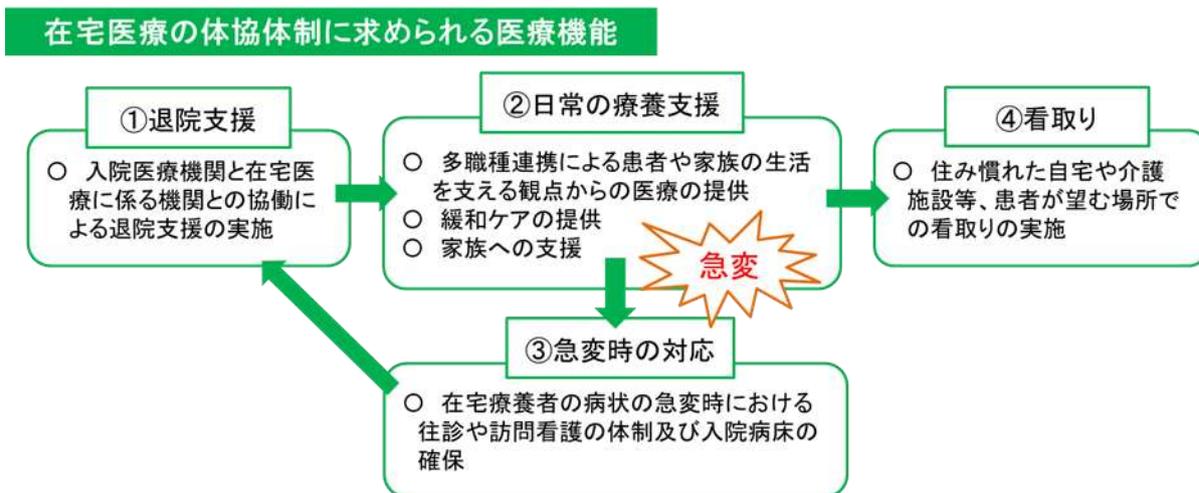
※本項目で「関係者」と記載のある場合は、このイメージ図における関係者を指します。

- 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」（表5-31）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。
- また、今後さら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の連携体制の強化が必要です。（図5-32）

表5-31 4つの場面

	場面	現状・課題
1	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

図5-32 在宅利用の体協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、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。

(1) 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

が自宅等でく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

- 障害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。
- 施設や病院から地域生活へ移行するための支援や、移行した後の地域生活を定着させるための支援も重要です。

(I) 母子保健対策

- 母子保健の目的は、母と子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の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等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。不妊症・不育症の治療を続けている患者の中には、治療等に関する医学面での不安・悩みが生じることがあり、専門的な知識を踏まえた支援が必要です。
- 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、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。
- 不妊症・不育症の治療を続けている患者の中には、治療等に関する医学面での不安・悩みが生じることがあり、専門的な知識を踏まえた支援が必要です。
- 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。

- 年齢の上昇や婦人科症状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。
- 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ある場合があり、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、適切な疾病の管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能であるものや、長期の入院や在宅での療養を必要とするもの等、患者の状況や必要な対応が多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が望まれています。
- 難病の多様性、希少性のため、患者はもとより、医療従事者であっても、どの医療機関を受診（紹介）すれば、早期に正しい診断をつけられ

るかが、わかりづらいため、医療機関の全国的な連携、医療提供体制の整備が望まれています。

【取組】

(7) 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。
- 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、病院から在宅へ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。
- 県は、在宅分野における多職種連携ICTの活用に向け、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、ACP※の普及啓発を進めます。

※ ACP (Advance Care Planning) とは、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り組みのことです。

(1) 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確保と地域生活への移行・定着への支援

- 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、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。
- 施設や精神科病院から地域生活に円滑に移行するための「地域移行支援」と、一人暮らしに移行した障がい者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の支援を行う「地域定着支援」の利用促進を図ります。

(I) 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。
- 県は、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」の役割を明確化し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。

(3) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

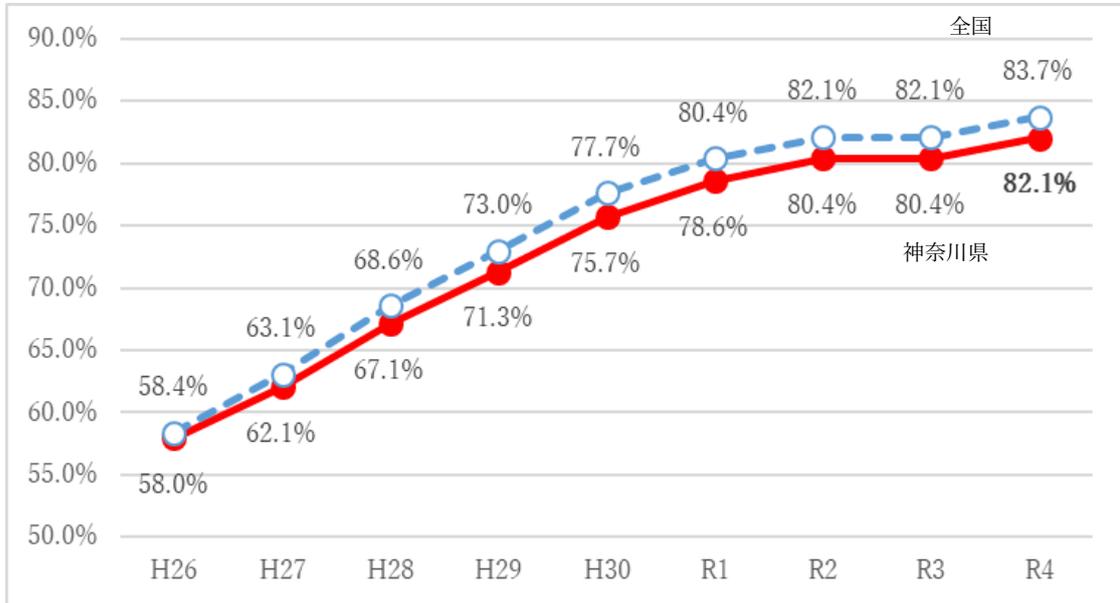
【現状と課題】

(7) 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、

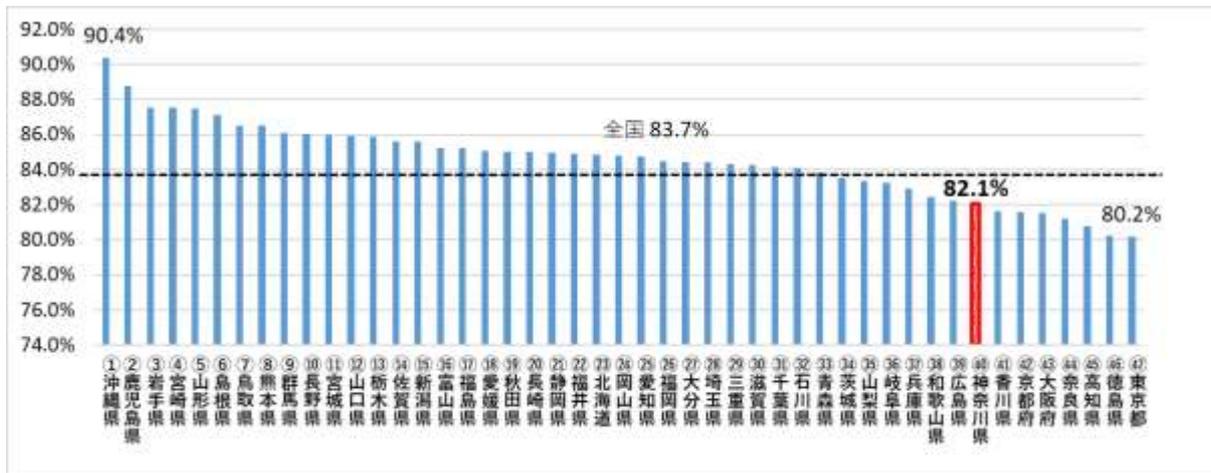
80%の数値目標は達成しましたが、平成27年3月（全国平均58.4%、神奈川県58.0%）と比較して全国平均との使用割合の差が拡大していることから、更なる取組が必要となっています。（図5-33、図5-34）

図5-33 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)

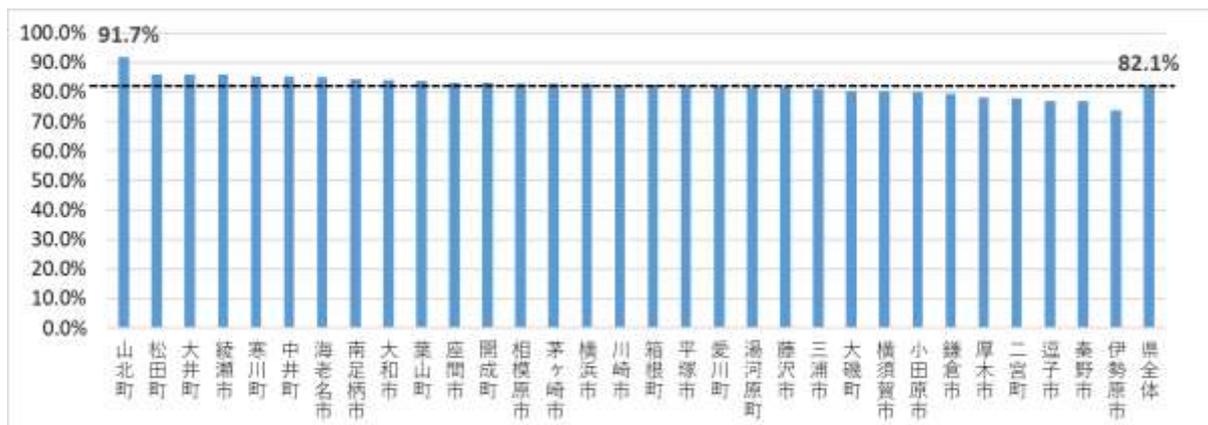
図5-34 後発医薬品の都道府県別使用割合(数量シェア)



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5-35）

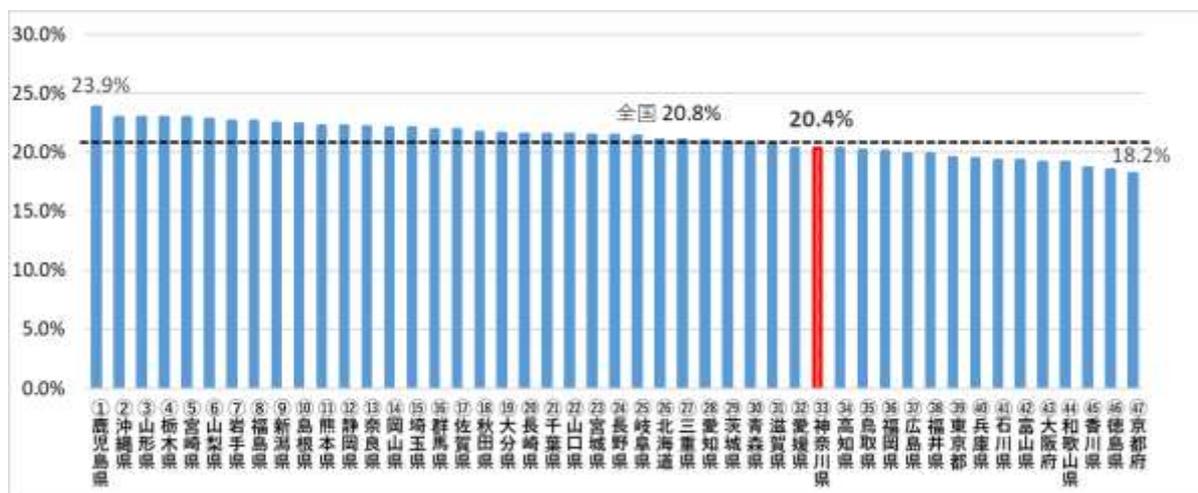
図5-35 後発医薬品の市町村別使用割合(保険請求のあった薬局の所在地)(数量シェア)



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、令和5年度に新たに金額（薬剤料）ベースでの数値目標に見直すことを検討するとしています。
- 現状、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%であり、全国平均を下回っている状況です。（図5-36）

図5-36 後発医薬品の都道府県別使用割合(金額シェア)



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、すべての保険者で、全国平均を下回っています。（表5-37）

表5-37 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										
		医療保険適用計										公費
		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	国保組合							
		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	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5-38)

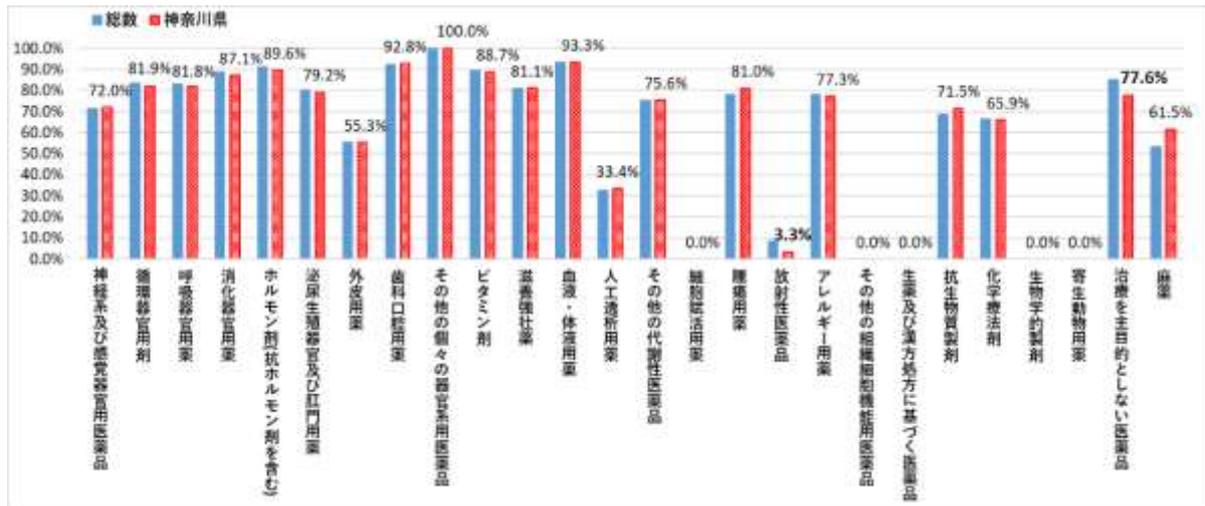
表5-38 後発医薬品の処方箋発行元医療機関別使用割合(数量シェア)

		総数																	歯科				
		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		病院	診療所			
割合	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5-39)

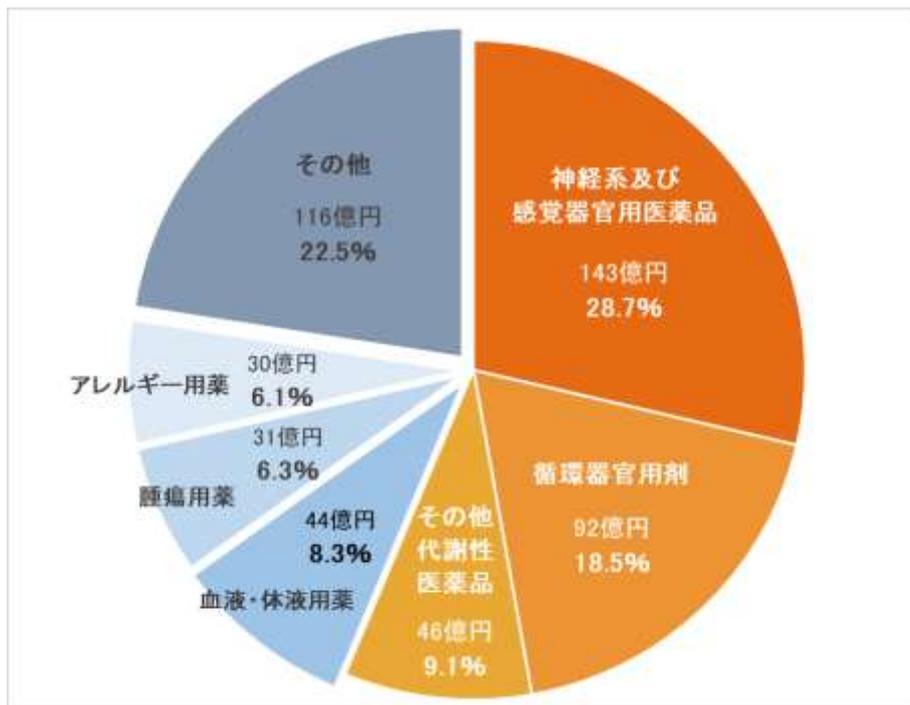
図5-39 後発医薬品の薬効別使用割合(数量シェア)(全国・県)



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5-40)

図5-40 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

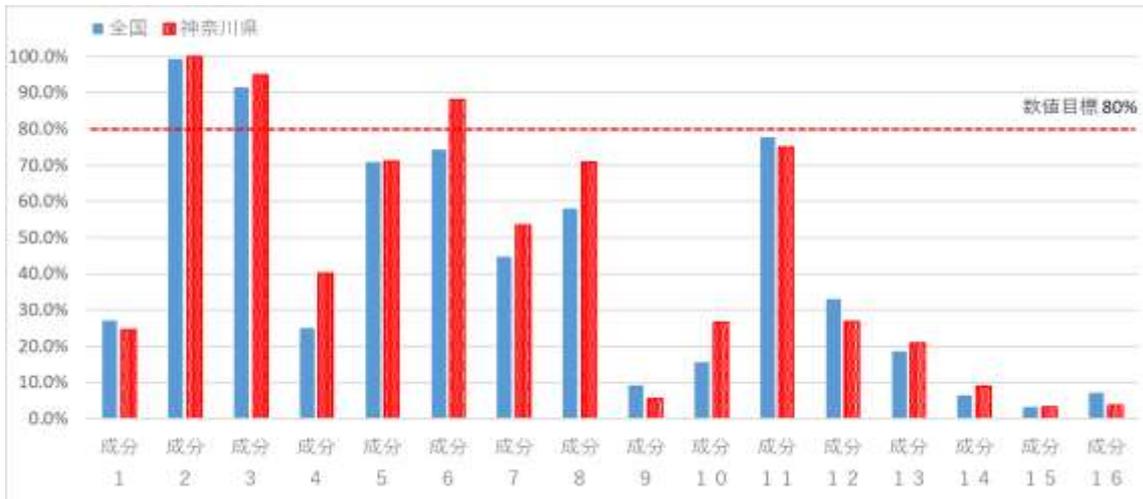
- バイオ医薬品とは、遺伝子組換え、細胞培養等のバイオテクノロジーを応用して製造された、ホルモン、酵素、抗体等のタンパク質を有効成分とする医薬品です。代表的なバイオ医薬品として、インスリン、エリスロポエチン、インターロイキン、インターフェロン、抗体等があります。
- バイオ医薬品の開発により、これまで治療が困難であった様々な病気の治療が飛躍的に進歩し、急速にその使用が伸びました。一方で、バイオ医薬品は開発や製造にコストがかかるため高価となり、医療費が高額になっています。
- そこで、国は、令和4年6月7日に閣議決定された「骨太の方針2022」において、令和11年度末までに、バイオ後続品に80%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5-41）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5-42）

表5-41 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	インスリンラルギン	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

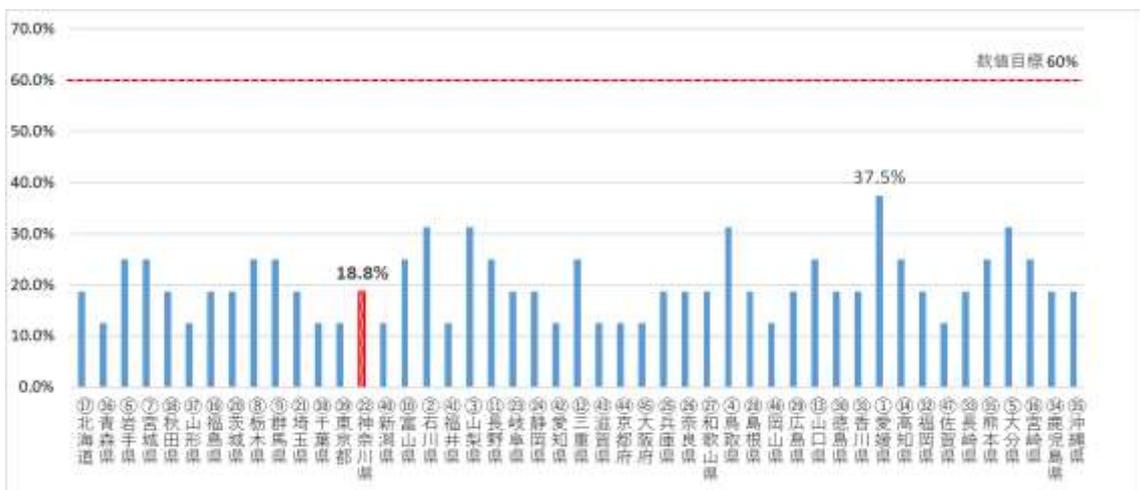
図5-42 バイオ後続品の成分別使用割合(全国・県)



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5-43）

図5-43 バイオ後続品の都道府県別使用割合



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

- 国も、今後調査を進め、具体的な方策等を検討していくとしているため、慎重に検討していく必要があります。
- また、保険者等は被保険者等に対して「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」や「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知」等を送付していますが、引き続き取り組んでいくことが必要です。
- バイオ後続品については、国の動向を注視した上で、使用割合等の現状を関係者と共有するため、国から提供されるデータの分析が必要です。

【目標】

- 後発医薬品の数量シェア

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
82.1% (参考) 75.0% ^(※1) (令和3年度)	80%以上

※1 国の医療費適正化計画関係推計ツールによると、本県は75.0%
(入院患者の使用割合を含めた使用割合)

- 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が全体の成分数の60%以上

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
18.8%	60%以上

【取組】

(7) 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。

(4) 「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、市町村等の国保の被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

- 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）等について、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。

(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。

(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の普及啓発がさらに求められています。
- 保険者等は、医薬品の適正使用についての広報や重複投薬者に対する文書通知、訪問指導等を実施していますが、引き続き取組を推進していく必要があります。
- 国において取組を進めている電子処方箋については、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】

(7) 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。

(I) 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。

(II) 重複投薬の該当者に対する訪問指導等の実施

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

(III) 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】

(7) 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医療保険事務改革検討協議会において、レセプト点検、医療費通知、保健事業の効果的な実施方法等、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。

(I) 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。

- 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（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合わせて、地域の実態等の情報共有等に努めてまいります。

(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。
- このため、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】

(7) 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

- 計画期間（令和6（2024）年度～令和11（2029）年度）の間、年度ごとの進捗状況として、「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及び評価指標を可能な限り、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纏めを行い、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。
- これら、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、または、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更新し配布されるNDBデータを中心に、それらに加えて厚生労働省の国民医療費、特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ、患者調査、国民生活基礎調査等の国の統計資料等のほか、本県が実施する県民健康・栄養調査等の資料を活用して、年度ごとの進捗状況から評価を行います。
- 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」としてとりまとめ、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）

図6-1 適正化計画のPDCAサイクルイメージ

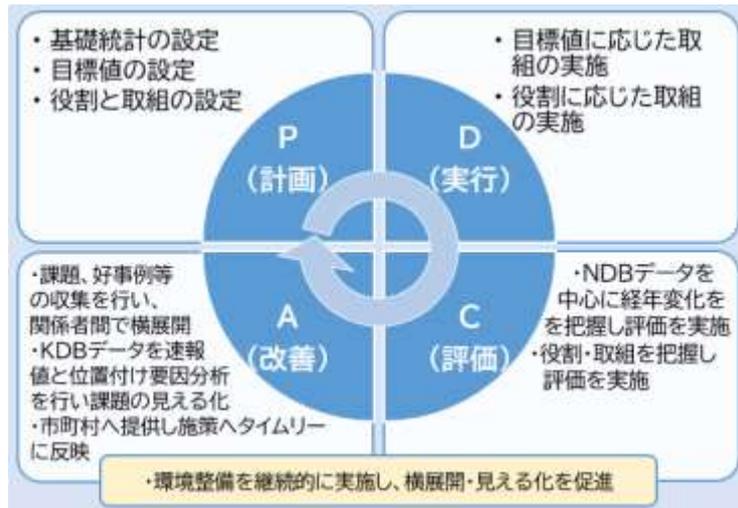


図6-2 市町村業務におけるPDCA活用イメージ

