



神奈川県

神奈川県医療費適正化計画

平成20年4月

はじめに



全ての国民が一定の負担により必要な医療を受けることができる国民皆保険制度の下、県では、いつでも、どこでも、誰もが等しく良質かつ適切な保健医療サービスを利用できる体制を整備するとともに、県民の健康づくりを社会全体で支援する環境づくりや、高齢者が安心して、元気に、生き生きと暮らせる社会づくりを進めてまいりました。

一方、本県の県民の医療費は増加の一途をたどっており、その約3割を老人医療費が占めています。今後、本県では、全国を上回る勢いで高齢化が進行することが予測されていることから、老人医療費を中心とした県民医療費のさらなる増加が予想されています。

国民皆保険制度を将来にわたり維持していくためには、県民生活の質の維持・向上とともに、医療費が過度に増大しない取組みが重要です。

そうした中、国の医療制度改革の一環として、「高齢者の医療の確保に関する法律」が改正され、都道府県は、住民の健康の保持と、医療の効率的な提供の推進についての取組みを示す「医療費適正化計画」を定めることとされました。

このたび策定した「神奈川県医療費適正化計画」では、本県の医療費をめぐる現状と課題の分析や取り組むべき施策、具体的な数値目標を示しており、県民の医療費の負担が将来的に過大とならずに、誰もが安心して医療サービスを受けられるよう、医療費の伸びの適正化を目指しています。

計画の策定に当たりましては、県民の皆様をはじめ、神奈川県医療費検討委員会委員の皆様、市町村の皆様から貴重なご意見を頂きました。皆様のご協力に深く感謝申し上げます。

今後、この計画を着実に推進することにより、県民の皆様が生涯を通じ、健やかに、安心して暮らせる社会を実現してまいりたいと考えておりますので、引き続き、ご理解とご協力をお願いいたします。

平成20年4月

神奈川県知事 松沢成文

目次

第1章 神奈川県医療費適正化計画策定の趣旨	1
1 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景	1
(1) 国における医療制度改革の動向	1
(2) 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景	3
2 計画の基本的考え方	6
(1) 基本理念	6
(2) 計画の位置付け	6
(3) 関連する計画等との調和	6
ア かながわ健康プラン21との調和	6
イ 神奈川県保健医療計画との調和	6
ウ かながわ高齢者保健福祉計画及び神奈川県地域ケア体制整備構想との調和	6
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	7
(1) 医療費の動向	7
ア 神奈川県の医療費	7
イ 神奈川県の老人医療費	8
ウ 県民所得と医療費の関係	9
エ 高齢化の見通し	10
オ 老人一人当たり医療費	10
(ア) 一人当たり医療費	10
(イ) 入院・入院外別の関係	11
(ウ) 日数と医療費の関係	12
(エ) 受診率と医療費の関係	14
カ 神奈川県における重複受診・頻回受診（単月多受診）の状況	16
(2) 生活習慣病を巡る状況	17
ア 神奈川県における疾病の状況	17
イ 生活習慣病の一人当たり費用額	19
ウ 生活習慣病の患者数	19
(ア) 疾病別患者数	19
(イ) 高齢化率と患者数の関係	22
エ 療養病床入院患者の疾病	24
(3) 医療の提供体制を巡る状況	25
ア 医療施設数の状況	25
イ 病床数の状況	26
ウ 医療施設数と一人当たり医療費の関係	27
エ 病床数と医療費の関係	27
オ 平均在院日数の状況	28
カ 平均在院日数と医療費の関係	30

キ	療養病床入院患者と対応が望ましい施設	30
ク	療養病床の医療区分、ADL区分	31
ケ	療養病床の平均在院日数と入院患者の状態	32
2	課題	33
(1)	神奈川県の特徴	33
(2)	重点的に取り組むべき課題	33
ア	健康の保持の推進	33
イ	効率的な医療の提供	34
ウ	適正な受診の促進	34
第3章	計画の目標と医療費の見通し	35
1	計画の目標	35
(1)	県民の健康の保持の推進に関する目標	35
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する目標	36
2	医療費の見通し	37
(1)	県民医療費の推計方法	37
(2)	計画策定時の医療費	37
(3)	計画終了時の医療費	37
ア	医療費適正化の取組みを行わなかった場合	37
イ	医療費適正化の目標を達成した場合	37
第4章	施策の展開	39
1	県民の健康の保持の推進のための取組み	39
(1)	保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進及びその支援	39
(2)	生活習慣病予防のための健康づくり	42
2	医療の効率的な提供の推進のための取組み	43
(1)	療養病床の転換の支援	43
(2)	医療機関の機能分担・連携の推進	45
(3)	在宅医療・地域ケアの推進	48
3	適正な受診の促進等の取組み	50
第5章	計画の進行管理と評価	52
1	計画の進行管理	52
(1)	神奈川県医療費検討委員会	52
(2)	医療費適正化計画調整会議	52
(3)	医療費適正化計画策定に係る市町村担当者会議	52
2	計画の評価	53
(1)	評価	53
ア	進捗状況の評価	53
イ	実績評価	53
(2)	評価方法	53
資料編		55

用語の説明について

一般的な用語や略語等については、本文で最初に記載されている箇所（図表のみに記載されている場合は、図表中の箇所）に「(*)」を付し、巻末に用語の説明としてまとめて記載しています。

第1章 神奈川県医療費適正化計画策定の趣旨

1 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

(1) 国における医療制度改革の動向

- 平成17年度の国民医療費(*)は33兆1,289億円で、経済の低成長時代を迎える中、バブル経済崩壊後の平成4年度以降では、介護保険制度(*)の導入された平成12年度と診療報酬(*)のマイナス改定のあった平成14年度を除き増加しており、しかも、国民所得(*)の伸びを上回る勢いとなっています。(表1-1)
- 平成17年度の国民医療費の3分の1以上を老人医療費(*)が占めており、同時期の全国の老人医療費は11兆6,443億円となっています。(表1-1)
- 平成19年1月1日現在の全国の総人口は1億2,777万人ですが、そのうち、65歳以上人口は2,681万人、75歳以上人口は1,226万人であり、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21.0%、75歳以上人口の占める割合は9.6%です。(表1-2)
- 今後、いわゆる団塊の世代(*) (昭和22年~24年生まれ) が高齢者(*)となることに伴い、平成27年には国民の約4人に1人が高齢者となり、さらに、平成47年には国民の約3人に1人が高齢者という超高齢社会(*)の到来が予想されています。(表1-3)
- 現在でも医療費に占める老人医療費の割合は3分の1以上と高くなっていますが、今後、高齢者の増加により、一層の医療費の増加が予想されます。
- こうした中、誰もが安心して医療を受けられる国民皆保険制度(*)を維持し、将来にわたり持続可能なものとするためには、国民の生活の質(QOL)(*)の維持及び向上を確保しつつ、医療費の伸びが過度に増大しないようにしていく必要があることから、平成18年度の医療制度改革(*)において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設されました。
- 国及び都道府県は平成20年度から5年を1期とする医療費適正化計画を定めることとされ、計画では、住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、目標の実現のために次の施策を展開し、その結果、目標の達成を通じて将来的な医療費の伸びの適正化を図っていくことが求められています。
 - ① 保険者(*)による健康診査・保健指導(*)の実施や健康づくり施策の推進
 - ② 療養病床(*)の再編成や医療機関の機能分担・連携(*)、在宅医療(*)・地域ケア(*)の推進

表 1-1 国民医療費・老人医療費の推移

	国民医療費		老人医療費		老人医療費の 国民医療費に 占める割合	国民医療費の 国民所得に 占める割合	国民所得	
	総額 (億円)	対前 年度 比	総額 (億円)	対前 年度 比			総額 (億円)	対前 年度 比
平成元年度	197,290	5.2%	55,578	7.7%	28.2%	6.12%	3,222,073	6.0%
平成2年度	206,074	4.5%	59,269	6.6%	28.8%	5.92%	3,483,454	8.1%
平成3年度	218,260	5.9%	64,095	8.1%	29.4%	5.88%	3,710,808	6.5%
平成4年度	234,784	7.6%	69,372	8.2%	29.5%	6.36%	3,693,236	-0.5%
平成5年度	243,631	3.8%	74,511	7.4%	30.6%	6.60%	3,690,327	-0.1%
平成6年度	257,908	5.9%	81,596	9.5%	31.6%	6.89%	3,740,795	1.4%
平成7年度	269,577	4.5%	89,152	9.3%	33.1%	7.20%	3,742,775	0.1%
平成8年度	284,542	5.6%	97,232	9.1%	34.2%	7.48%	3,806,211	1.7%
平成9年度	289,149	1.6%	102,786	5.7%	35.5%	7.57%	3,819,989	0.4%
平成10年度	295,823	2.3%	108,932	6.0%	36.8%	8.02%	3,689,215	-3.4%
平成11年度	307,019	3.8%	118,040	8.4%	38.4%	8.43%	3,643,409	-1.2%
平成12年度	301,418	-1.8%	111,997	-5.1%	37.2%	8.11%	3,718,039	2.0%
平成13年度	310,998	3.2%	116,560	4.1%	37.5%	8.61%	3,613,335	-2.8%
平成14年度	309,507	-0.5%	117,300	0.6%	37.9%	8.70%	3,557,610	-1.5%
平成15年度	315,375	1.9%	116,523	-0.7%	36.9%	8.81%	3,580,792	0.7%
平成16年度	321,111	1.8%	115,763	-0.7%	36.1%	8.85%	3,629,009	1.3%
平成17年度	331,289	3.2%	116,443	0.6%	35.1%	9.01%	3,676,303	1.3%

出典：厚生労働省 国民医療費(平成17年度)
厚生労働省 老人医療事業年報(平成17年度)

表 1-2 年齢階層別人口(*1)(*2)

(単位：千人)

	全 国		神奈川県	
総 人 口	127,765	(100.0%)	8,848	(100.0%)
0 ～ 1 4 歳	17,402	(13.6%)	1,188	(13.4%)
1 5 ～ 6 4 歳	83,557	(65.4%)	6,049	(68.4%)
6 5 歳 以 上	26,805	(21.0%)	1,573	(17.8%)
うち75歳以上	12,260	(9.6%)	641	(7.2%)

出典：総務省 人口推計月報(平成19年1月確定値)
神奈川県 神奈川県年齢別人口統計調査(平成19年1月1日現在)

- *1 県の総人口は年齢不詳を含むため内訳の計と一致しません。
*2 単位未満を四捨五入したため総人口と内訳の計が一致しません。

表 1-3 人口の将来推計

上段：人口(単位：千人) 下段：構成比

		平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
神奈川県	0 ～ 1 4 歳	1,190	1,152	1,049	931	843	796	770
		13.5%	12.9%	11.6%	10.4%	9.5%	9.1%	9.0%
	1 5 ～ 6 4 歳	6,115	5,983	5,786	5,707	5,628	5,399	5,036
		69.6%	66.8%	64.2%	63.5%	63.3%	61.8%	59.1%
	6 5 歳 以 上	1,487	1,828	2,182	2,354	2,426	2,542	2,718
		16.9%	20.4%	24.2%	26.2%	27.3%	29.1%	31.9%
うち75歳以上	601	793	1,001	1,232	1,466	1,533	1,523	
	6.8%	8.8%	11.1%	13.7%	16.5%	17.5%	17.9%	
合 計	8,792	8,962	9,018	8,993	8,896	8,737	8,525	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
全 国	0 ～ 1 4 歳	17,585	16,479	14,841	13,201	11,956	11,150	10,512
		13.8%	13.0%	11.8%	10.8%	10.0%	9.7%	9.5%
	1 5 ～ 6 4 歳	84,422	81,285	76,807	73,635	70,960	67,404	62,919
		66.1%	63.9%	61.2%	60.0%	59.5%	58.5%	56.8%
	6 5 歳 以 上	25,761	29,412	33,781	35,899	36,354	36,670	37,249
	20.2%	23.1%	26.9%	29.2%	30.5%	31.8%	33.7%	
うち75歳以上	11,639	14,222	16,452	18,737	21,667	22,659	22,352	
	9.1%	11.2%	13.1%	15.3%	18.2%	19.7%	20.2%	
合 計	127,768	127,176	125,430	122,735	119,270	115,224	110,679	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成18年12月推計/出生中位・死亡中位)
国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)

(2) 神奈川県医療費適正化計画の策定の背景

- 神奈川県の平成17年度の県民医療費(*)は、1兆9,524億円、同時期の県の老人医療費は5,550億円で、老人医療費の県民医療費に対する割合は28.4%と都道府県比較で最低となっています。(表1-5)
- 神奈川県の一人当たり県民医療費(*)は22万2,000円で全国の25万9,000円を下回り、また、神奈川県の老人一人当たり医療費(*)は76万2,934円で全国の82万1,403円を下回っています。(表1-5)
- 平成19年1月1日現在の神奈川県の総人口は885万人ですが、そのうち、65歳以上人口は157万人、75歳以上人口は64万人で、県総人口に占める割合はそれぞれ、17.8%、7.2%であり、全国値に比較して低くなっています。(表1-2)
- しかし、神奈川県は、全国を上回る勢いで高齢化が進行することが予測されるため、高齢者人口の増加に伴い、老人医療費を中心とした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。(表1-3、表1-4)
- 老人医療費の増加等により、県が負担する老人医療費法定負担金(*)も介護保険制度が導入された平成12年度と、平成15年度を除いて毎年増加し、平成18年度は約361億円と平成元年度の3倍以上の金額となっており、県財政に占める割合も徐々に増加しています。(表1-6)
- こうした中で、超高齢社会の到来に対応しながら、住民の健康の保持の推進のための目標と、医療の効率的な提供の推進のための目標を設定し、目標達成のための施策に取り組むことにより、住民の生活の質(QOL)の維持及び向上を目指し、その結果として医療費の伸びの適正化を行うという方針が、国の医療費適正化基本方針(*)において示されました。(図1-7)
- このため、高齢化が急速に進むという神奈川県の地域特性を踏まえ、県民の健康増進と生活の質(QOL)の向上も目指しながら、医療費の伸びの適正化を図るために神奈川県医療費適正化計画を策定します。

表1-4 平成17年=100とした場合の人口の将来推計

	平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
神奈川県	0～14歳	100.0	96.8	88.2	78.3	70.8	64.7
	15～64歳	100.0	97.8	94.6	93.3	92.0	88.3
	65歳以上	100.0	122.9	146.8	158.4	163.2	171.0
	うち75歳以上	100.0	132.0	166.6	205.0	244.0	255.2
	合計	100.0	101.9	102.6	102.3	101.2	99.4
全	0～14歳	100.0	93.7	84.4	75.1	68.0	59.8
	15～64歳	100.0	96.3	91.0	87.2	84.1	79.8
	65歳以上	100.0	114.2	131.1	139.4	141.1	142.3
国	うち75歳以上	100.0	122.2	141.4	161.0	186.2	192.0
	合計	100.0	99.5	98.2	96.1	93.3	90.2

出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成18年12月推計/出生中位・死亡中位)
 国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)

表 1 - 5 都道府県民医療費と老人医療費

都道府県	医療費	一人当たり医療費		老人医療費	老人一人当たり医療費		老人医療費の医療費 に対する割合	
	(億円)	(千円)	順位	(億円)	(円)	順位	(%)	順位
全 国	331,289	259	-	116,443	821,403	-	35.1%	-
北海道	17,729	315	5	6,610	1,001,110	2	37.3%	28
青 森	3,863	269	22	1,336	736,947	37	34.6%	38
岩 手	3,631	262	27	1,399	698,074	44	38.5%	23
宮 城	5,721	242	36	2,039	757,851	33	35.6%	33
秋 田	3,377	295	14	1,388	754,065	35	41.1%	10
山 形	3,177	261	28	1,333	695,675	45	42.0%	6
福 島	5,508	263	26	2,175	758,368	32	39.5%	19
茨 城	6,989	235	41	2,331	715,446	40	33.4%	40
栃 木	4,719	234	42	1,606	711,800	42	34.0%	39
群 馬	4,890	242	38	1,810	739,639	36	37.0%	30
埼 玉	15,064	214	47	4,288	773,832	29	28.5%	46
千 葉	13,163	217	46	3,756	713,452	41	28.5%	45
東 京	30,709	244	35	9,502	819,834	18	30.9%	44
神奈川	19,524	222	45	5,550	762,934	31	28.4%	47
新 潟	6,154	253	31	2,419	686,532	46	39.3%	20
富 山	2,988	269	23	1,220	779,596	27	40.8%	12
石 川	3,256	277	20	1,301	880,608	13	40.0%	17
福 井	2,190	267	24	918	800,434	25	41.9%	7
山 梨	2,258	255	30	861	732,378	38	38.1%	25
長 野	5,297	241	39	2,192	672,853	47	41.4%	9
岐 阜	5,281	251	33	1,925	755,321	34	36.5%	31
静 岡	8,864	234	43	3,117	709,284	43	35.2%	35
愛 知	17,155	236	40	5,317	812,369	21	31.0%	43
三 重	4,639	248	34	1,650	717,386	39	35.6%	34
滋 賀	3,143	228	44	1,131	779,963	26	36.0%	32
京 都	7,039	266	25	2,631	898,709	10	37.4%	27
大 阪	24,347	276	21	7,561	957,743	4	31.1%	42
兵 庫	14,533	260	29	5,062	838,112	17	34.8%	37
奈 良	3,564	251	32	1,244	802,521	23	34.9%	36
和歌山	3,038	293	16	1,201	807,744	22	39.5%	18
鳥 取	1,706	281	19	709	779,529	28	41.5%	8
島 根	2,205	297	12	981	763,848	30	44.5%	1
岡 山	5,684	290	17	2,209	853,358	16	38.9%	22
広 島	8,512	296	13	3,279	935,563	6	38.5%	24
山 口	4,615	309	7	1,946	869,150	14	42.2%	4
徳 島	2,508	310	6	948	813,568	20	37.8%	26
香 川	3,075	304	9	1,244	865,827	15	40.4%	15
愛 媛	4,305	293	15	1,730	813,630	19	40.2%	16
高 知	2,736	344	1	1,204	958,267	3	44.0%	2
福 岡	15,205	301	11	5,642	1,019,650	1	37.1%	29
佐 賀	2,657	307	8	1,084	915,370	8	40.8%	13
長 崎	4,756	322	2	1,943	944,440	5	40.8%	11
熊 本	5,561	302	10	2,336	887,101	12	42.0%	5
大 分	3,822	316	4	1,553	887,601	11	40.6%	14
宮 崎	3,262	283	18	1,270	800,823	24	38.9%	21
鹿児島	5,575	318	3	2,417	899,530	9	43.4%	3
沖 縄	3,292	242	37	1,078	918,828	7	32.8%	41

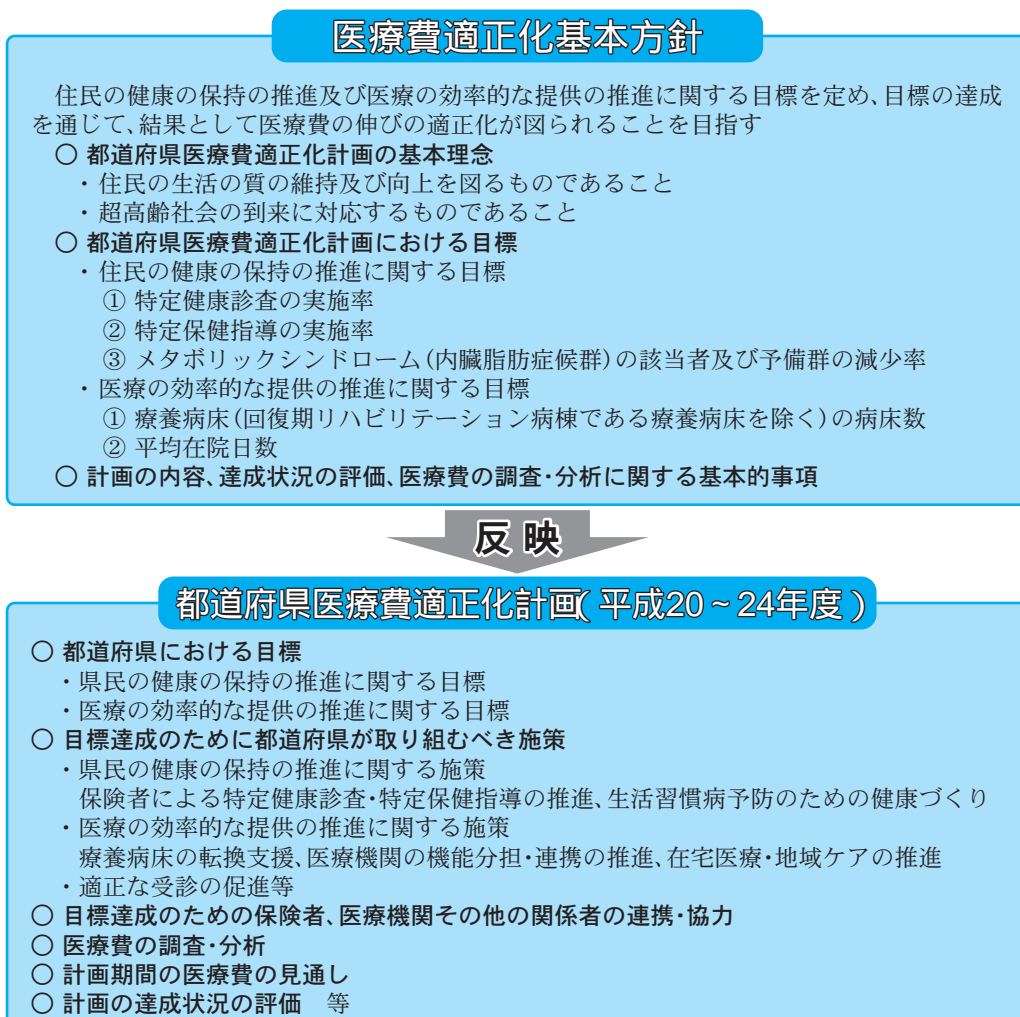
出典：厚生労働省 国民医療費（平成17年度）
厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

表 1 - 6 県老人医療費法定負担金の推移

	県老人医療費法定負担金			県一般会計決算額 (千円)	割 合
	決算額(千円)	対前年度比	平成元=100		
平成元年度	11,164,233	8.5%	100.0	1,434,404,636	0.78%
平成2年度	12,014,181	7.6%	107.6	1,551,874,192	0.77%
平成3年度	13,192,825	9.8%	118.2	1,632,217,397	0.81%
平成4年度	14,694,722	11.4%	131.6	1,736,849,666	0.85%
平成5年度	15,907,592	8.3%	142.5	1,803,935,934	0.88%
平成6年度	17,644,028	10.9%	158.0	1,852,458,741	0.95%
平成7年度	19,351,336	9.7%	173.3	1,818,674,015	1.06%
平成8年度	21,701,556	12.1%	194.4	1,759,490,462	1.23%
平成9年度	22,943,542	5.7%	205.5	1,740,132,870	1.32%
平成10年度	24,000,000	4.6%	215.0	1,746,387,431	1.37%
平成11年度	27,099,593	12.9%	242.7	1,744,232,086	1.55%
平成12年度	24,570,000	-9.3%	220.1	1,760,697,124	1.40%
平成13年度	25,600,000	4.2%	229.3	1,710,075,059	1.50%
平成14年度	26,425,230	3.2%	236.7	1,609,360,032	1.64%
平成15年度	25,707,000	-2.7%	230.3	1,522,572,002	1.69%
平成16年度	29,900,312	16.3%	267.8	1,605,096,459	1.86%
平成17年度	33,244,245	11.2%	297.8	1,606,190,994	2.07%
平成18年度	36,080,332	8.5%	323.2	1,645,732,657	2.19%

出典：県医療課調べ
県財政課調べ（神奈川県 県勢要覧各年度）

図 1 - 7 医療費適正化計画の仕組み



2 計画の基本的考え方

(1) 基本理念

- 本格的な高齢社会の到来に対応しながら、県民の健康の保持・増進と生活の質（QOL）の維持・向上に取り組むことにより、県民の医療費の負担が将来的に過大とならず、誰もが安心して医療サービスを受けられるよう医療費の伸びの適正化を目指します。

(2) 計画の位置付け

- 平成20年4月に施行される「高齢者の医療の確保に関する法律」第9条第1項の規定に基づき、県が策定する法定計画です。

(3) 関連する計画等との調和

ア かながわ健康プラン21との調和

- かながわ健康プラン21(*)の生活習慣病(*)予防に関する目標や取組みとの調和を図ります。

イ 神奈川県保健医療計画との調和

- 神奈川県保健医療計画(*)で定める医療機関の機能分担・連携、在宅医療に関する取組みとの調和を図ります。

ウ かながわ高齢者保健福祉計画及び神奈川県地域ケア体制整備構想との調和

- かながわ高齢者保健福祉計画(*)及び神奈川県地域ケア体制整備構想(*)における療養病床の再編成に関する取組み等との調和を図ります。

3 計画の期間

- 計画期間は、平成20年度から24年度までの5年間とします。

第2章 神奈川県医療費を巡る状況

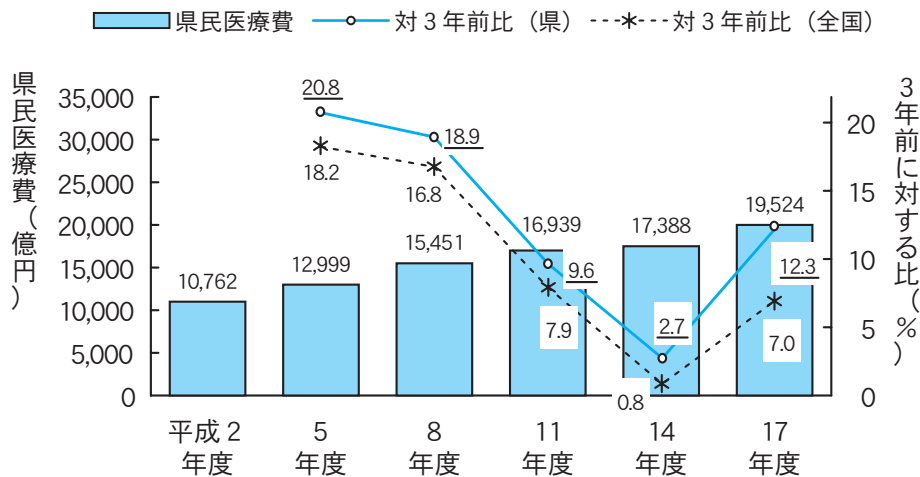
1 現状

(1) 医療費の動向

ア 神奈川県医療費

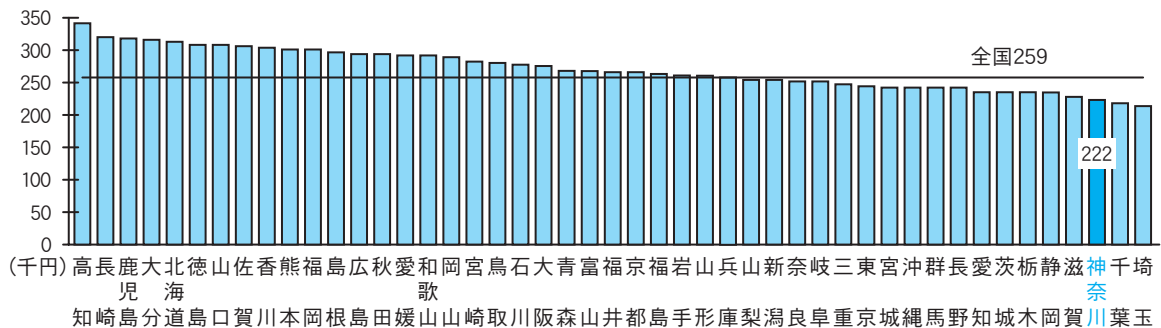
- 厚生労働省の「国民医療費」により都道府県別の医療費は3年に1回公表されますが、直近の統計である平成17年度の神奈川県の県民医療費は1兆9,524億円で、統計のある平成2年度以降、増加を続けています。(図2-1)
- 県民医療費の3年前に対する伸び率(比)は、平成14年度までは低下していましたが、平成17年度には増加に転じています。また、国民医療費の3年前に対する伸び率を上回って推移しており、平成14年度に対する平成17年度の伸び率は県民医療費が12.3%、国民医療費が7.0%です。(図2-1)
- 平成17年度の県民一人当たり医療費は、22万2,000円で全国の25万9,000円を下回っており、都道府県比較で低い方から3番目です。(図2-2)

図2-1 県民医療費と伸び率の推移



出典：厚生労働省 国民医療費（平成8、11、14、17年度）

図2-2 都道府県民一人当たり医療費

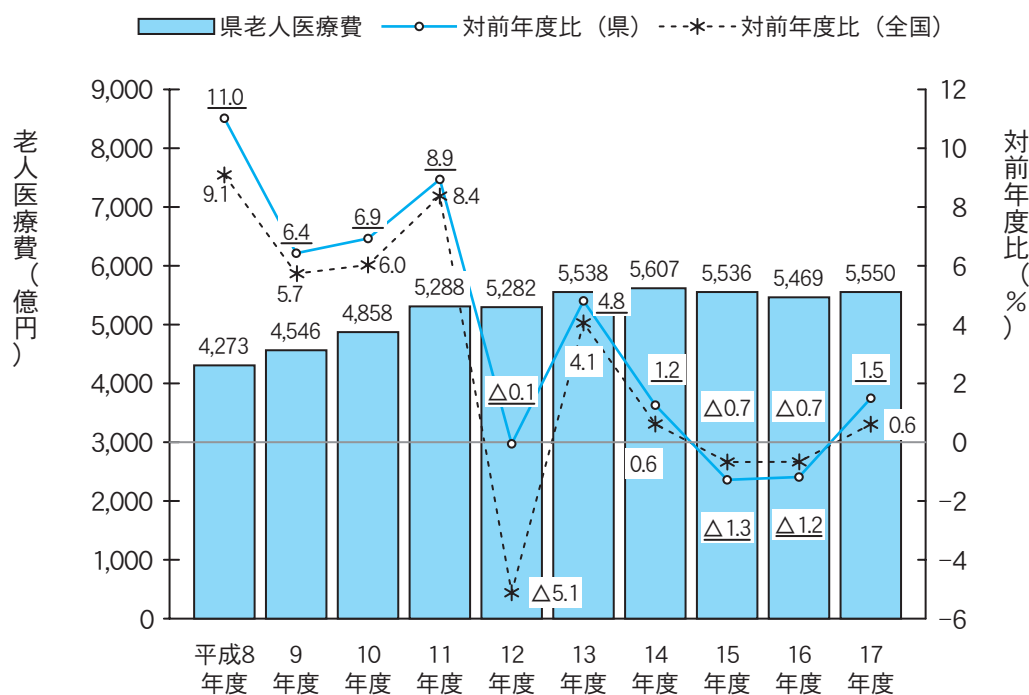


出典：厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

イ 神奈川県老人医療費

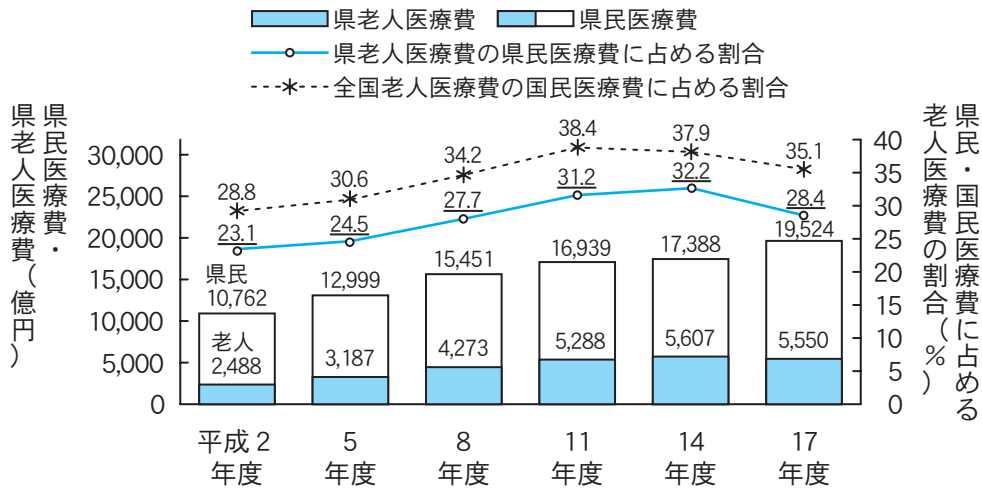
- 神奈川県老人医療費は、平成11年度までは前年度伸び率5%超の増加を続けていましたが、平成12年度の介護保険制度導入、平成14年度以降の診療報酬マイナス改定といった制度改正のあった影響で医療費が減少したことや、平成14年度からの老人医療受給対象年齢の段階的引き上げにより、老人医療受給対象者(*)が減少していることの影響を受け、結果として平成12年度以降は伸び率が低く推移しています。(図2-3)
- 神奈川県平成17年度の老人医療費は5,550億円、前年度比伸び率1.5%の増加で、全国の老人医療費の前年度比伸び率0.6%を上回っています。(図2-3)
- 神奈川県老人医療費の前年度比伸び率は、平成15、16年度を除き、全国の伸び率を上回って推移しています。(図2-3)
- 神奈川県老人医療費の県民医療費に占める割合は、平成2年度以降一貫して増加しておりましたが、平成14年度からの老人医療受給対象者の減少の影響を受け、平成17年度は28.4%と減少しています。また、平成2年度以降、全国の老人医療費の国民医療費に占める割合を下回って推移しています。(図2-4)

図2-3 老人医療費と伸び率の推移



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（各年度）

図2-4 医療費に占める老人医療費の割合の推移



出典：厚生労働省 国民医療費（平成8、11、14、17年度）
厚生労働省 老人医療事業年報（各年度）

ウ 県民所得と医療費の関係

- 神奈川県は、県民医療費・老人医療費の県民所得(*)に占める割合は、平成17年度の老人医療費を除き平成2年度以降一貫して増加し、平成17年度は県民医療費が6.93%、県老人医療費が1.97%となっていますが、国民所得に占める国民医療費の割合9.01%、全国老人医療費の割合3.17%を下回っています。（表2-5）
- 神奈川県は、県民医療費・老人医療費の3年前に対する伸び率（比）は、平成17年度の老人医療費を除き、県民所得の伸びを上回っています。（表2-5）

表2-5 県民所得と県民医療費・県老人医療費の推移(※1)

		平成2年度	5年度	8年度	11年度	14年度	17年度	
神奈川県	県民医療費 (億円)	10,762	12,999	15,451	16,939	17,388	19,524	
	県老人医療費 (億円)	2,488	3,187	4,273	5,288	5,607	5,550	
	県民所得 (億円)	256,853	275,022	297,127	281,501	274,011	281,710	
	対3年前比	県民医療費	-	20.8%	18.9%	9.6%	2.7%	12.3%
		老人医療費	-	28.1%	34.1%	23.8%	6.0%	-1.0%
		県民所得	-	7.1%	8.0%	-5.3%	-2.7%	2.8%
	県民所得に占める割合	県民医療費	4.19%	4.73%	5.20%	6.02%	6.35%	6.93%
老人医療費		0.97%	1.16%	1.44%	1.88%	2.05%	1.97%	
全国	国民医療費 (億円)	206,074	243,631	284,542	307,019	309,507	331,289	
	国老人医療費 (億円)	59,269	74,511	97,232	118,040	117,300	116,443	
	国民所得 (億円)	3,483,454	3,690,327	3,806,211	3,643,409	3,557,610	3,676,303	
	対3年前比	国民医療費	-	18.2%	16.8%	7.9%	0.8%	7.0%
		老人医療費	-	25.7%	30.5%	21.4%	-0.6%	-0.7%
		国民所得	-	5.9%	3.1%	-4.3%	-2.4%	3.3%
	国民所得に占める割合	国民医療費	5.92%	6.60%	7.48%	8.43%	8.70%	9.01%
老人医療費		1.70%	2.02%	2.55%	3.24%	3.30%	3.17%	

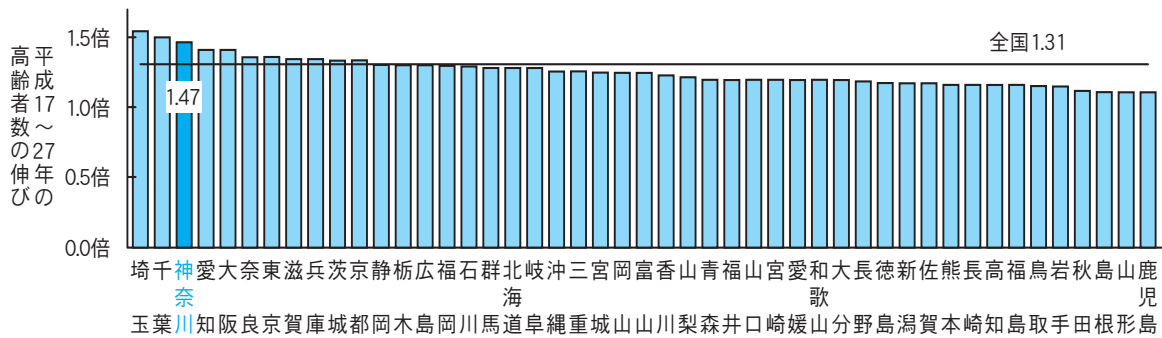
出典：厚生労働省 国民医療費（平成8、11、14、17年度）
厚生労働省 老人医療事業年報（各年度）
神奈川県 神奈川県県民経済計算（平成15、17年度）

※1 県民所得は、平成17年度県民経済計算において、最新のデータにより平成8年度まで遡って改定し、平成15年度県民経済計算において、平成2年度まで遡って改定しているため、平成8年度からとそれ以前を厳密に比較することはできません。よって、平成8年度の対3年前比は計算上の数値であり、正確な意味での対3年前比ではありません。

エ 高齢化の見通し

- 平成27年の神奈川県における65歳以上の高齢者数は、平成17年の高齢者数に対し1.47倍と全国の1.31倍を上回る伸びと推計されており、伸び率は都道府県比較で高い方から3番目です。(図2-6)

図2-6 平成17~27年における高齢者数の伸び(推計)



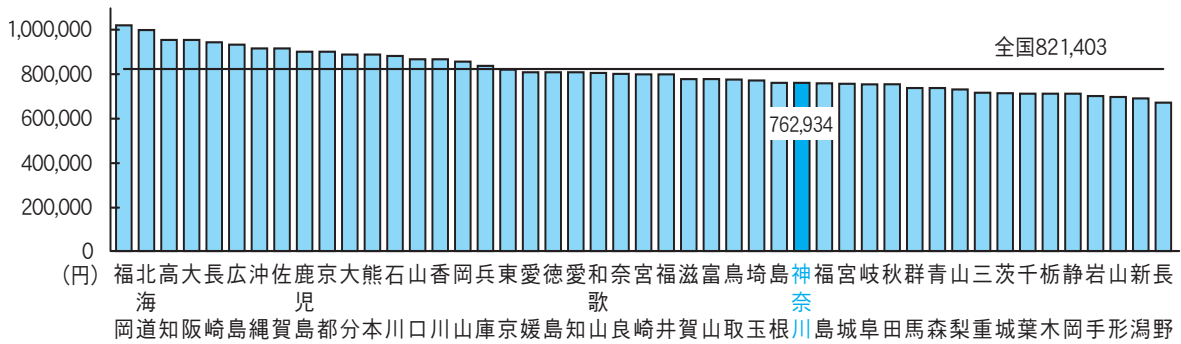
出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)

オ 老人一人当たり医療費

(ア) 一人当たり医療費

- 神奈川県の平成17年度の老人一人当たり医療費は、76万2,934円で全国の82万1,403円を下回っており、都道府県比較で低い方から17番目です。(図2-7)
- 神奈川県の平成17年度の老人一人当たり医療費を入院、入院外、歯科別(*)にみると、入院医療費は33万5,854円で全国の40万5,905円を下回っています。入院外医療費は38万2,076円で全国の37万7,413円を若干上回っています。歯科医療費は3万2,082円で全国の2万7,176円を上回っています。(図2-8)
- 各都道府県の老人一人当たり医療費について、入院、入院外、歯科ごとに全国値との差をとると、一人当たり医療費の都道府県ごとの差は入院医療費の差による影響が大きく、神奈川県は入院の一人当たり医療費が全国値を下回ることから一人当たり医療費が全国値を下回っています。(図2-8)

図 2-7 老人一人当たり医療費



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図 2-8 老人一人当たり医療費 [入院・入院外・歯科別の全国値に対する差] (※1)

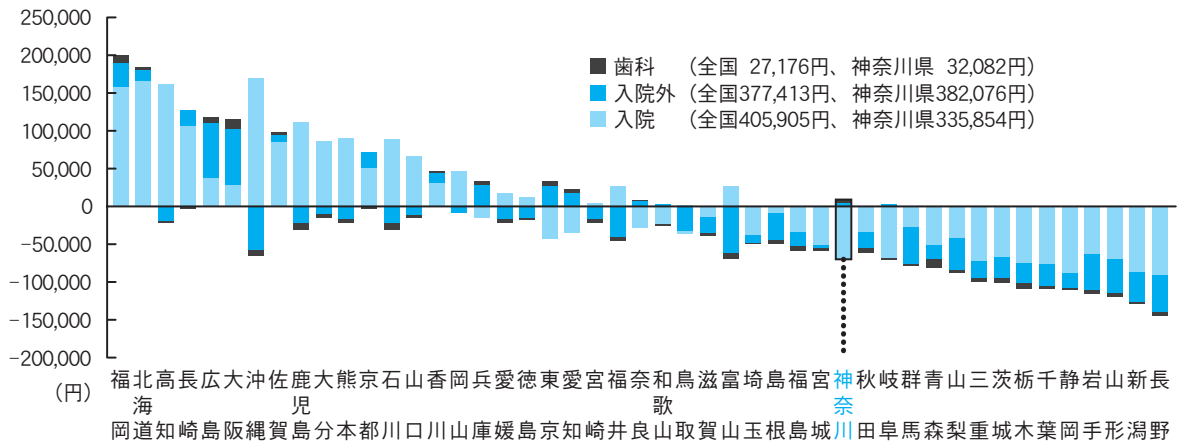
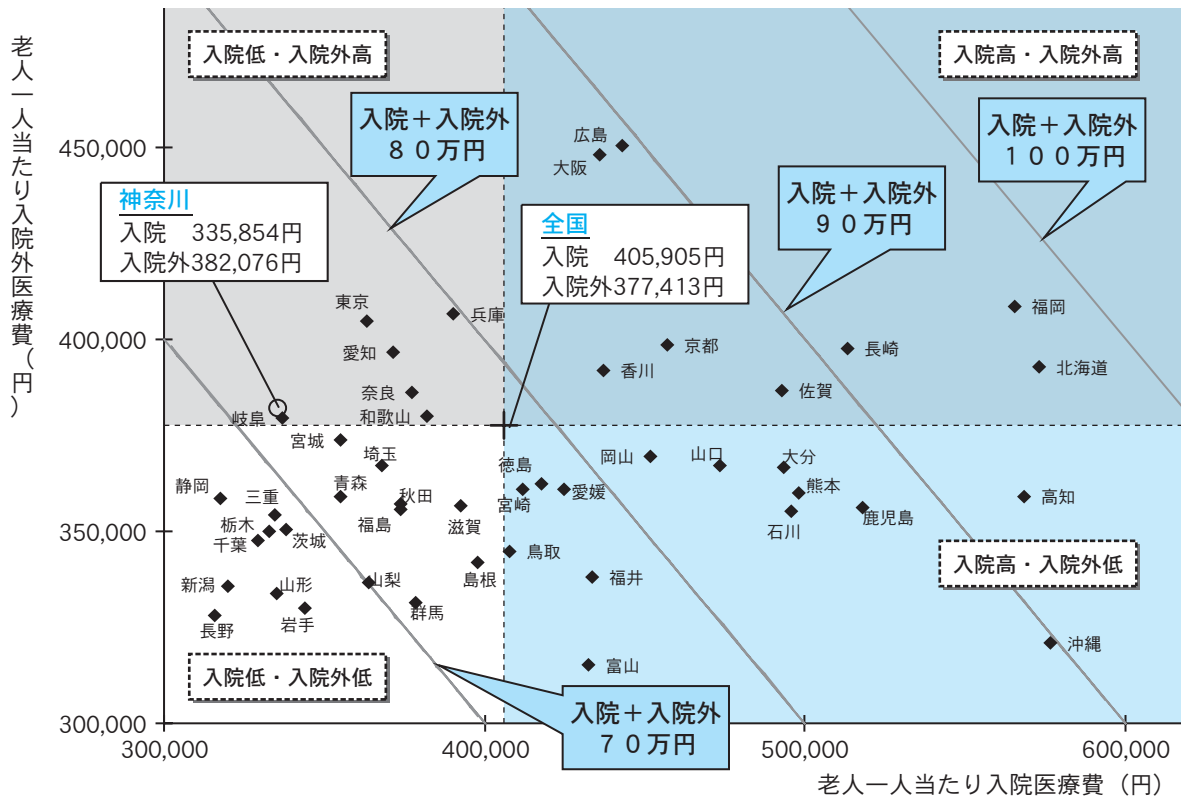


図2-9 老人一人当たり入院医療費と入院外医療費の分布

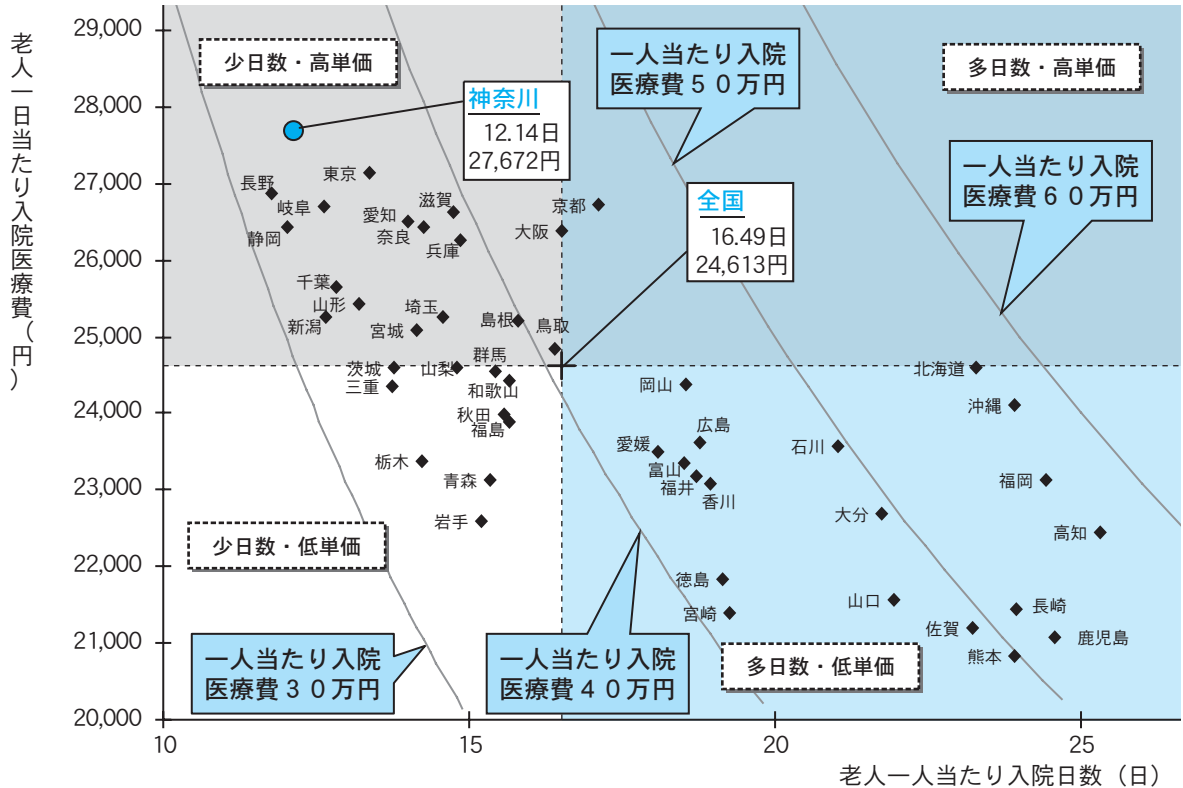


出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

(ウ) 日数と医療費の関係

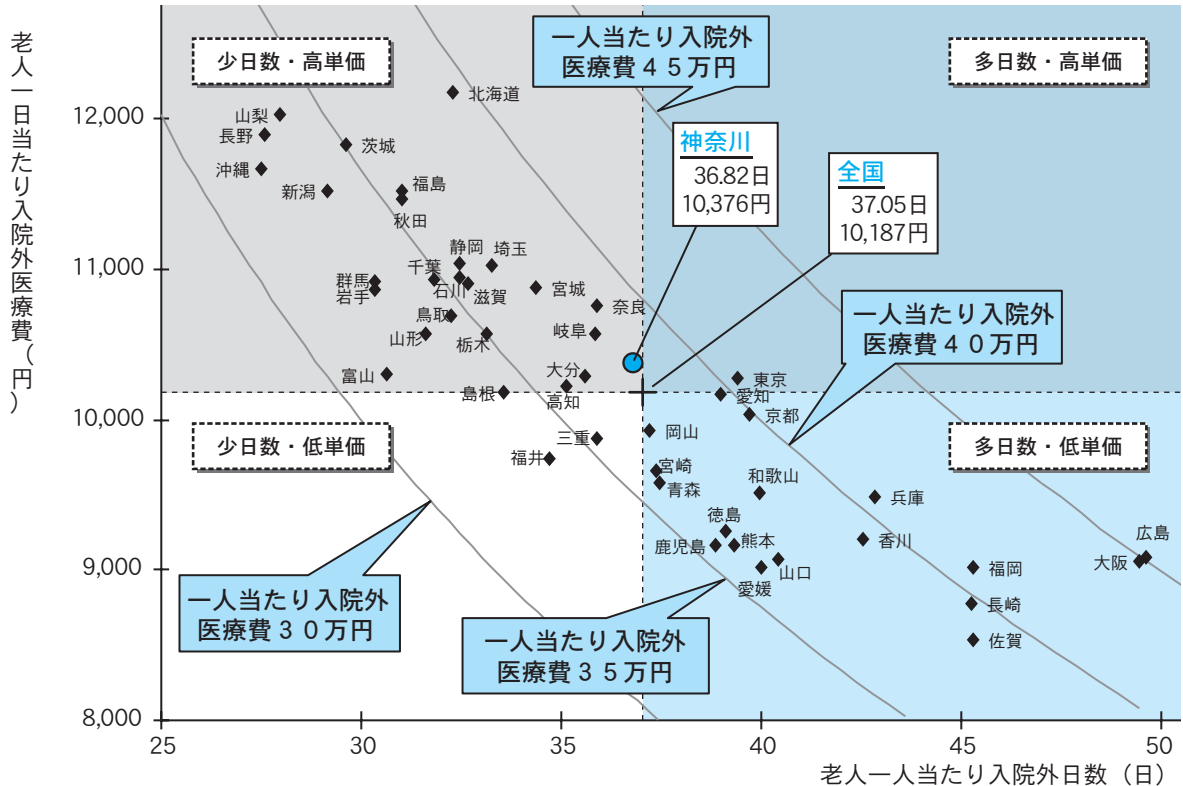
- 平成17年度の老人の入院医療における日数と費用の関係を都道府県比較すると、一人当たり日数(*)が短いほど一日当たり医療費(*)が高い傾向があり、神奈川県は一人当たり日数が12.14日で全国の16.49日を下回り、一日当たり医療費が2万7,672円で全国の2万4,613円を上回っています。(図2-10)
- 平成17年度の老人の入院外医療における日数と費用の関係を都道府県比較すると、こちらも一人当たり日数が短いほど一日当たり医療費が高い傾向があり、神奈川県は一人当たり日数が36.82日で全国の37.05日と同程度、一日当たり医療費が1万376円で全国が1万187円とこちらも同程度の水準です。(図2-11)
- 一人当たり日数と一日当たり医療費を掛け合わせると一人当たり医療費(**1)になることから、どちらも高い方が一人当たり医療費は高くなりますが、入院医療、入院外医療とも「少日数・高単価」よりも「多日数・低単価」に分類される都道府県の一人当たり医療費が高い傾向にあることから、一人当たり医療費の高さは一人当たり日数の長さにより強く影響されるものと考えられます。(図2-10、図2-11)

図2-10 老人一人当たり入院日数と一日当たり入院医療費の分布



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図2-11 老人一人当たり入院外日数と一日当たり入院外医療費の分布



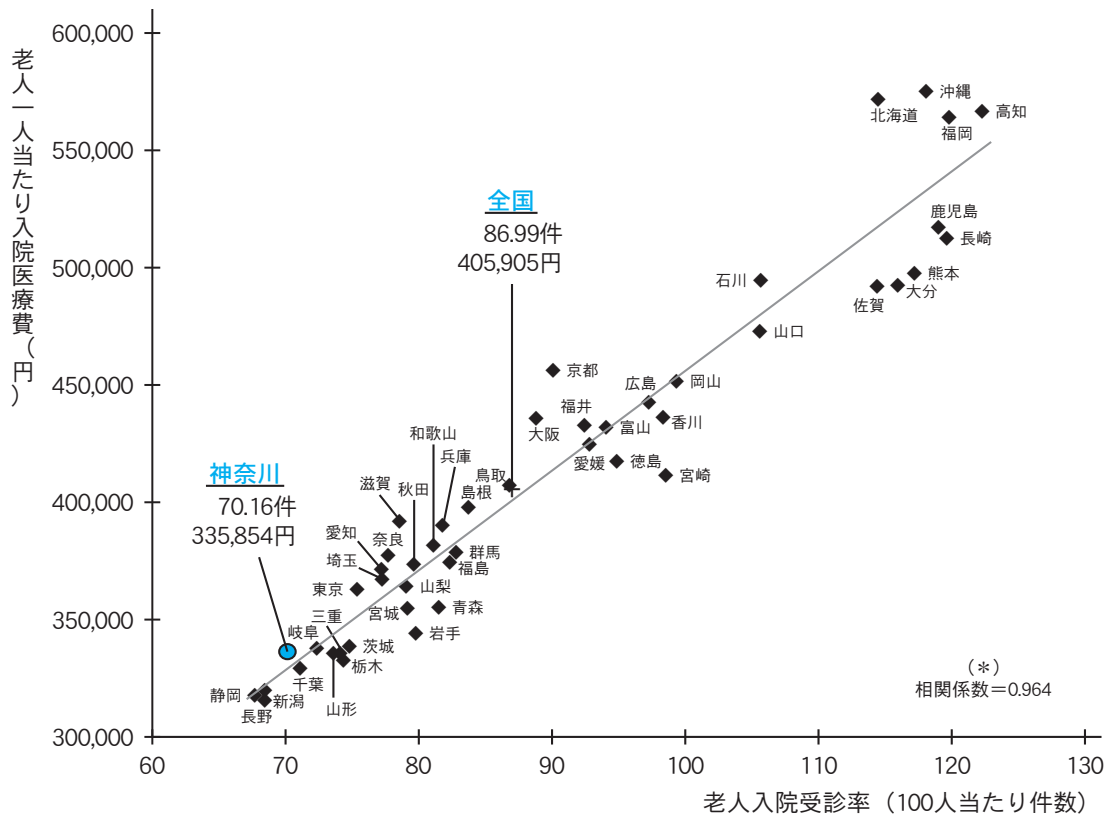
出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

※1 「一人当たり医療費」は、「医療費の3要素(*)」といわれる「受診率(*) (一人当たり)」「一件当たり日数(*)」「一日当たり医療費」に分けることができ、これらは医療費分析の基本となります。三つを掛け合わせると「一人当たり医療費」となり、「受診率 (一人当たり)」と「一件当たり日数」を掛け合わせると「一人当たり日数」となります。

(I) 受診率と医療費の関係

- 平成17年度の老人の医療費について、受診率と一人当たり医療費の関係を都道府県比較すると、受診率が高いほど一人当たり医療費が高くなる傾向があり、特に入院、歯科では一人当たり医療費と受診率の強い相関が見られます。(図2-12～図2-14)
- 神奈川県は平成17年度の老人の入院外受診率は1,686.89件で全国の1,600.46件を上回り、また、歯科受診率は190.26件で全国の157.56件を上回っており、神奈川県は入院外及び歯科の一人当たり医療費がどちらも全国値を上回る原因として、受診率が大きく影響を与えているものと考えられます。(図2-13、図2-14)

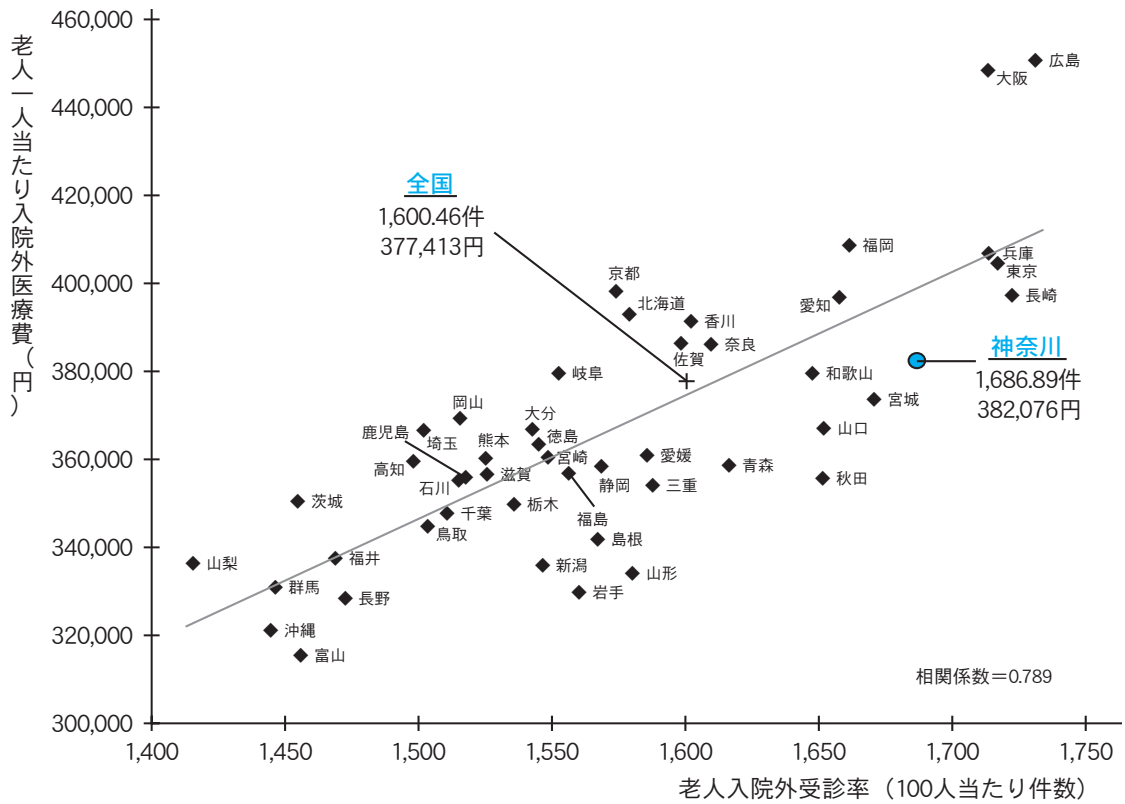
図2-12 老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係 (※1)



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

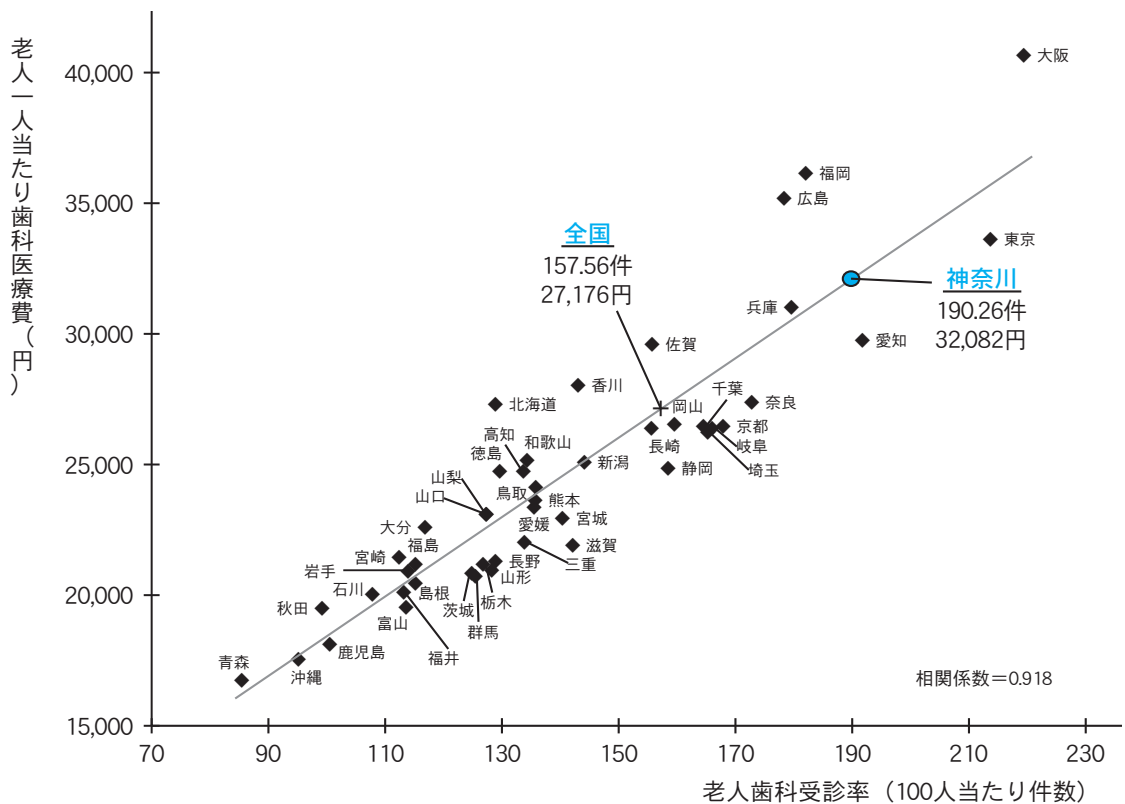
※1 グラフ中にある斜めの直線で表わされた補助線（回帰直線）は、各都道府県データ（全国値を含む48件）が示す点との距離の合計が最小となるよう（最小二乗法）に求めたものです。

図2-13 老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図2-14 老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

カ 神奈川県における重複受診・頻回受診（単月多受診）の状況

- 神奈川県国民健康保険団体連合会(*)の共同電算処理システムにより抽出されたレセプト(*)の平成19年4～6月診療分における重複受診(*)・頻回受診(*)※1)の状況をみると、国民健康保険(*)の被保険者(*)※2)の重複受診者は9,600人、頻回受診者は2万7,691人、老人医療受給対象者の重複受診者は6,169人、頻回受診者は2万5,651人です※3)。(表2-15)

表2-15 重複受診・頻回受診の該当者数

(単位：人)

	国民健康保険被保険者 (2,657,337) ※4)		老人医療受給対象者 (676,057) ※5)							
	重複 受診	頻回 受診	重複受診				頻回受診			
			合計	国民健康保険		被用者 保険	合計	国民健康保険		被用者 保険
	市町村	組 合		市町村	組 合					
該当者	9,600	27,691	6,169	5,545	92	532	25,651	22,355	404	2,892

出典：神奈川県国民健康保険団体連合会 共同電算処理システム（平成19年4～6月診療分）
 神奈川県医療課 国民健康保険毎月事業状況報告書（平成19年4～6月分）
 神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成19年4～6月分）

- ※1 共同電算処理システムにおける重複受診とは同一人物が外来で同一月に同一診療科の異なる医療機関を3か所以上受診した場合をいい、頻回受診（単月多受診）とは外来で1枚のレセプトの実日数が15日以上の場合をいいます。
- ※2 一般の被保険者と退職者医療制度(*)の被保険者で、老人医療受給対象者は含みません。
- ※3 重複受診・頻回受診の条件に該当する場合は、必要以上に医療機関を受診している可能性があります。表2-15に掲載されている人数は単純にシステム上で条件に該当する受診者を抽出したものであり、実際に必要以上の受診をしているかどうかは個々のレセプトの内容や、患者の健康状態等の総合的判断が必要となります。
- ※4 国民健康保険の被保険者数は国民健康保険毎月事業状況報告書における平成19年4～6月の被保険者数の平均です。
- ※5 老人医療受給対象者数は老人医療実施状況報告における平成19年4～6月の受給者数の平均です。

(2) 生活習慣病を巡る状況

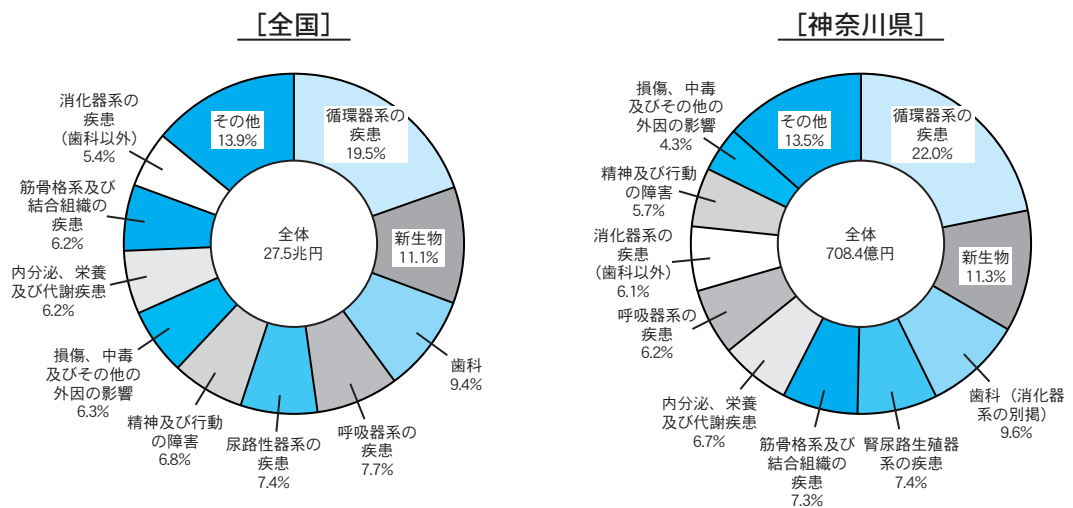
ア 神奈川県における疾病の状況

- 平成18年5月診療分の神奈川県の国民健康保険における19分類(*)の疾病別費用額をみると、循環器系の疾患が22.0%を占めています。119分類(*)の疾病別費用額をみると、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全の生活習慣と関連の深い疾病(※1)で、全体の約4分の1を占めています。(※2) (図2-16、図2-17)
- 神奈川県の国民健康保険被保険者一人当たり費用額の上位10の疾病(119分類)をみると、入院と入院外の合計では、高血圧性疾患、腎不全、糖尿病、脳梗塞、虚血性心疾患が6位までに含まれており、生活習慣病の占める割合が高くなっています。(表2-18)
- 生活習慣病について、入院では脳梗塞、虚血性心疾患、糖尿病、脳内出血が上位10位以内にあり、入院外では高血圧性疾患、腎不全、糖尿病、虚血性心疾患が上位10位以内にあります。(表2-18)

※1 この章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。腎不全は生活習慣が原因でない場合もありますが、糖尿病によって引き起こされる場合が多く、全体に占める費用額の割合が高いため、ここでは生活習慣病として扱います。悪性新生物も生活習慣病に分類されることがあり、全体に占める費用額の割合も高くなっていますが、別途「神奈川県がん対策推進計画」に基づいて対策を進めるのでここでは分析の対象に含めません。他の疾病で生活習慣が原因の疾患は、全体に占める費用額の割合が低いこと等により、ここでは生活習慣病としての分析の対象に含めません。

※2 疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されていません。このため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数や医療費において低い集計値となる可能性があります。

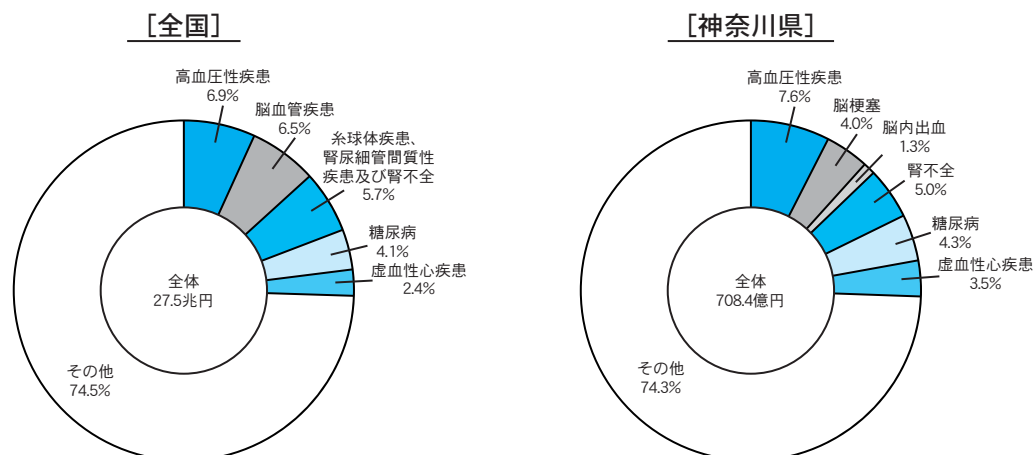
図2-16 19分類を中心にみた全国と県の費用額の構成(※6)



出典：左図 厚生労働省 国民医療費(平成17年度 一般診療医療費、歯科診療医療費)(※3)(※5)

右図 神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況(平成18年5月診療分)(※3)(※5)

図 2 - 1 7 119分類を中心にみた全国と県の費用額の構成^(※6)



出典：左図 厚生労働省 国民医療費（平成17年度 一般診療医療費、歯科診療医療費）^{(※3)(※4)}
 右図 神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況（平成18年5月診療分）^(※3)

- ※3 全国分は「国民医療費」が出典ですが、「国民医療費」には疾病分類のわかる都道府県別のデータがないため、神奈川県分は、平成18年5月診療分の国民健康保険(市町村・組合)のレセプト（一般の被保険者、退職者医療制度の被保険者及び老人医療受給対象者）を集計したデータを用いています。そのため、神奈川県分は、国民健康保険の加入者の年齢階層が県民全体よりも高いことの影響等を受けており、全国と神奈川県を厳密に比較することはできません。
- ※4 全国分の出典である「国民医療費」のデータでは、119分類別では掲載されていないので、この章でとりあげている六つの生活習慣病の中で、脳内出血、脳梗塞、腎不全の数値を個別に見ることができないため、主な傷病分類のうち、これらの生活習慣病が含まれる分類を示しています。
- ※5 19分類中「尿路器系の疾患」は平成18年から「腎尿路生殖器系の疾患」に表示が変更されました。
- ※6 図 2 - 1 6、2 - 1 7ともパーセントの小数第2位を四捨五入したため内訳の計は100%になりません。

表 2 - 1 8 一人当たり費用額上位10疾病【119分類（一部名称省略）】

(単位：円)

	入院＋入院外		入院		入院外	
1位	高血圧性疾患	1,704	脳梗塞	704	歯肉炎及び歯周疾患	1,595
2位	歯肉炎及び歯周疾患	1,597	統合失調症等	553	高血圧性疾患	1,446
3位	腎不全	1,120	虚血性心疾患	547	腎不全	888
4位	糖尿病	948	その他の心疾患	519	糖尿病	611
5位	脳梗塞	904	その他の悪性新生物	485	その他の内分泌等	386
6位	虚血性心疾患	778	骨折	458	その他の歯の障害等	324
7位	その他の悪性新生物	754	その他の消化器系	362	脊椎障害(脊椎症含む)	296
8位	その他の心疾患	711	糖尿病	337	その他の悪性新生物	268
9位	統合失調症等	681	肺炎	275	虚血性心疾患	232
10位	骨折	545	脳内出血	264	胃炎及び十二指腸炎	223
	全疾病合計	22,222	全疾病合計	10,011	全疾病合計	12,212

出典：厚生労働省 医療費適正化計画作成支援ツール：疾病特性・地域特性分析編^(※1)
 (神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年5月診療分)

- ※1 対象とするレセプトは、市町村国民健康保険（一般の被保険者、退職者医療制度の被保険者、老人医療受給対象者）の平成18年5月診療分（6月審査分）です。

イ 生活習慣病の一人当たり費用額

- 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の一人当たり費用額は、どの疾病も年齢層が上がるほど高くなり、60歳以上では高血圧性疾患の一人当たり費用額が生活習慣病の中で最も高く、75歳以上では4,547円と全疾病合計の9.2%を占めるまでになります。(表2-19)
- 脳梗塞の一人当たり費用額は70～74歳では1,419円ですが、75歳以上では3,414円と急激に増加し、生活習慣病の中で2番目に高くなります。(表2-19)

表2-19 年齢層別一人当たり費用額

(単位：円)

	～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75歳～
高血圧性疾患	39	364	1,039	1,630	2,250	3,147	4,547
虚血性心疾患	14	107	400	742	1,087	1,499	2,086
脳梗塞	9	57	214	482	794	1,419	3,414
脳内出血	11	107	328	290	317	465	724
糖尿病	69	378	813	1,110	1,390	1,817	1,932
腎不全	103	681	1,342	1,491	1,593	1,833	1,989
全疾病合計	6,624	10,869	16,557	20,945	25,811	35,770	49,304

出典：厚生労働省 医療費適正化計画作成支援ツール：疾病特性・地域特性分析編
(神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年5月診療分)

ウ 生活習慣病の患者数

(ア) 疾病別患者数

- 生活習慣病ごとに人口10万人当たりの総患者数(*)をみると、神奈川県は多くの疾患で全国の総患者数を大きく下回っていますが、腎不全の総患者数が全国値を上回っております。(図2-20～図2-25)
- 具体的には、都道府県比較で神奈川県が全国で最も少ないのが、高血圧性疾患(神奈川県3,901.5人、全国6,111.9人)と脳梗塞(神奈川県375.4人、全国823.4人)です。(図2-20、図2-22)
- 脳内出血(神奈川県68.2人、全国133.1人)と糖尿病(神奈川県1,182.9人、全国1,932.4人)が少ない方から2番目、虚血性心疾患(神奈川県568.7人、全国675.4人)が少ない方から8番目、腎不全(神奈川県216.1人、全国208.2人)は、多い方から23番目です。(図2-21、図2-23～図2-25)
- 生活習慣病について、神奈川県における人口10万人当たりの総患者数を年齢層別にみると、加齢とともに増加する傾向があり、脳梗塞は75歳以上(2,506.4人)において65～74歳(1,134.0人)の2倍以上に増加しています。(表2-26)

表 2 - 2 6 県の年齢層別総患者数（人口10万人当たり）

	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳～
高血圧性疾患	(※1)0	71.1	670.7	3,145.3	6,863.5	12,361.0	17,712.2
虚血性心疾患	0	0	74.5	185.0	857.9	2,154.7	2,840.6
脳梗塞	0	0	0	92.5	468.0	1,134.0	2,506.4
脳内出血	0	0	0	92.5	156.0	226.8	167.1
糖尿病	102.4	142.2	298.1	925.1	2,573.8	3,515.5	3,843.2
腎不全	0	71.1	149.1	185.0	390.0	680.4	501.3

出典：厚生労働省 患者調査（平成17年）
総務省 国勢調査（平成17年）

※1 出典である患者調査において、総患者数が千人単位で掲載されており、単位未満は四捨五入されています。実際に患者がいる場合でも、総患者数が500人未満の場合は資料上では把握することができないことから、表2-26では0と表示されています。

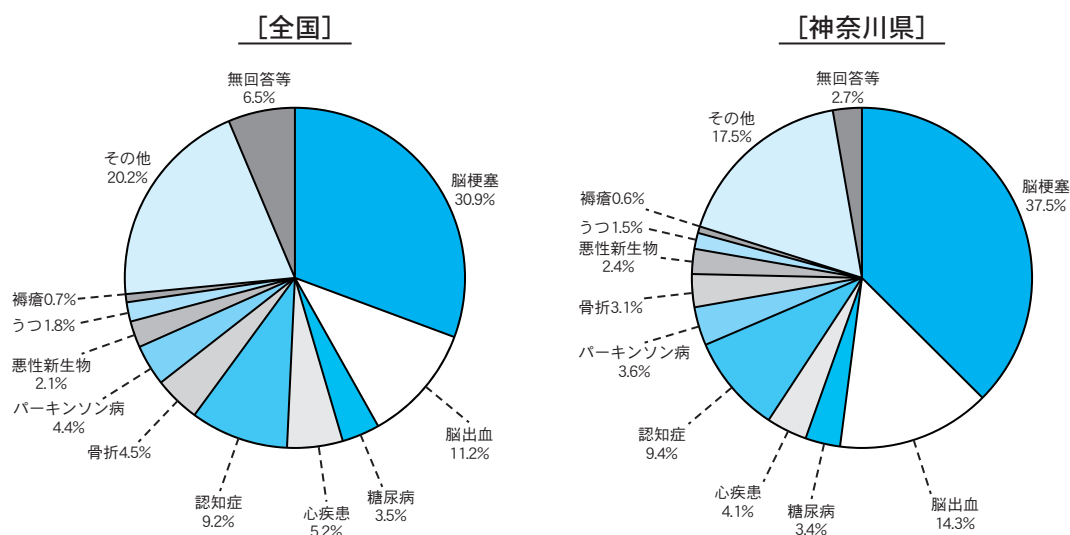
(イ) 高齢化率と患者数の関係

- 平成17年の高齢化率と人口10万人当たりの高血圧性疾患の総患者数の関係を都道府県比較すると、高齢化率が高いほど人口10万人当たりの高血圧性疾患の総患者数が多くなる傾向にあります。神奈川県は高齢化率が16.8%と低く、人口10万人当たりの高血圧性疾患の総患者数も3,901.5人と少なくなっています。（図2-27）
- 同様に、高齢化率と人口10万人当たりの脳梗塞の総患者数の関係を都道府県比較すると、高齢化率が高いほど人口10万人当たりの脳梗塞の総患者数が多くなる傾向にあります。神奈川県は高齢化率が16.8%と低く、人口10万人当たりの脳梗塞の総患者数も375.4人と少なくなっています。（図2-28）

エ 療養病床入院患者の疾病

- 神奈川県療養病床の入院患者の主傷病名(※1)をみると、脳梗塞(37.5%)・脳出血(14.3%)・糖尿病(3.4%)といった生活習慣病が占める割合が高くなっています。(図2-29)
- 全国の療養病床に入院している患者の主傷病名も同様の傾向ですが、脳梗塞や脳出血の割合が神奈川県よりも低くなっています。(図2-29)

図2-29 療養病床の患者の主傷病名(※2)



出典：厚生労働省 療養病床アンケート調査（平成18年10月）

※1 療養病床アンケート調査の主傷病名はグラフ中の11の分類から選択する形式でアンケートが実施されたため、この章でとりあげている生活習慣病の分類（119分類）とは完全には一致しません。

※2 パーセントの小数第2位未満を四捨五入したため内訳の計は100%になりません。

イ 病床数の状況

- 平成17年の人口10万人当たりの病床数をみると、一般病床(*)は神奈川県が544.9床に対し全国が707.7床で、都道府県比較では神奈川県が少ない方から3番目です。(図2-33)
- また、療養病床(神奈川県142.7床、全国281.2床)及び精神病床(*) (神奈川県165.4床、全国277.3床)は、都道府県比較で神奈川県が最も少なくなっています。(図2-34、図2-35)

図2-33 一般病床数(人口10万人当たり)

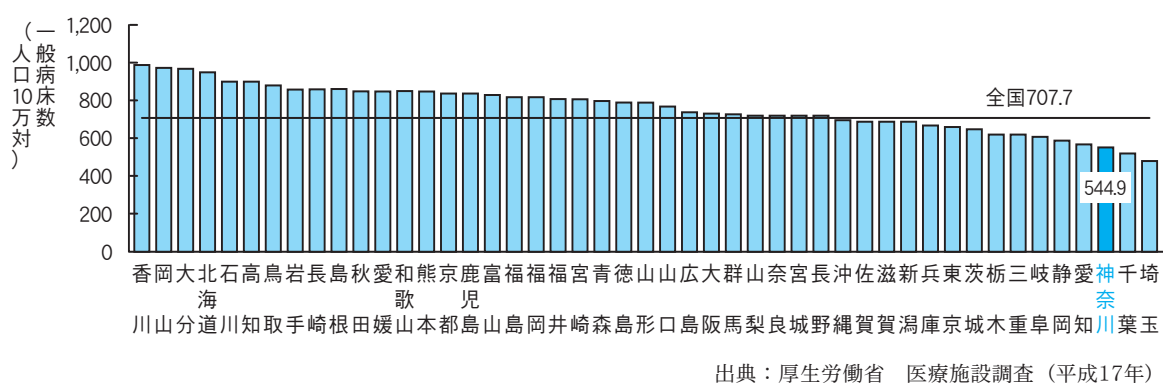


図2-34 療養病床数(人口10万人当たり)

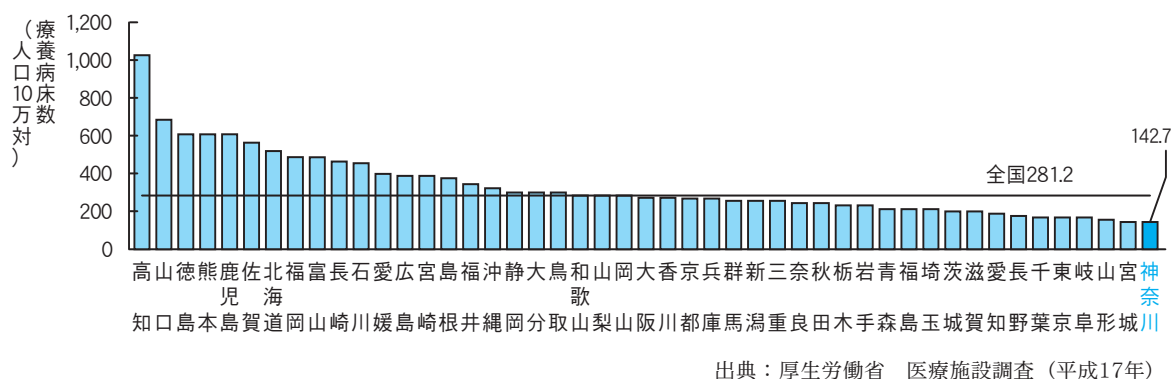
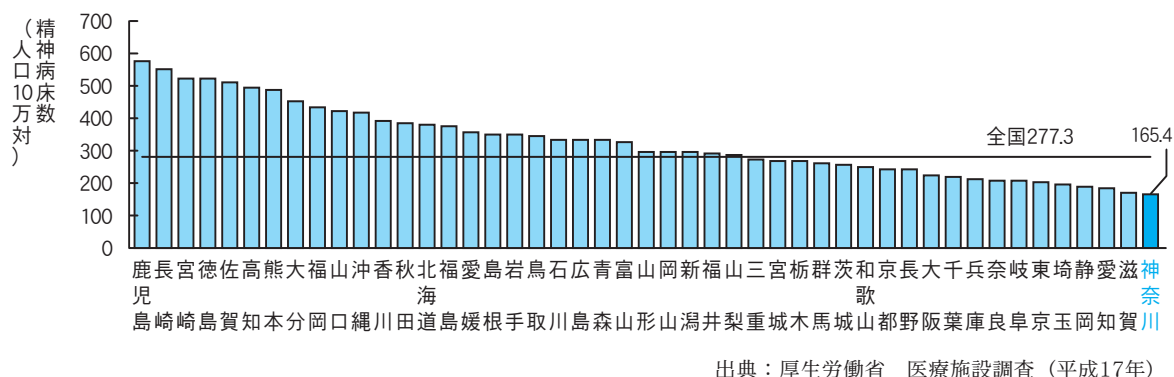


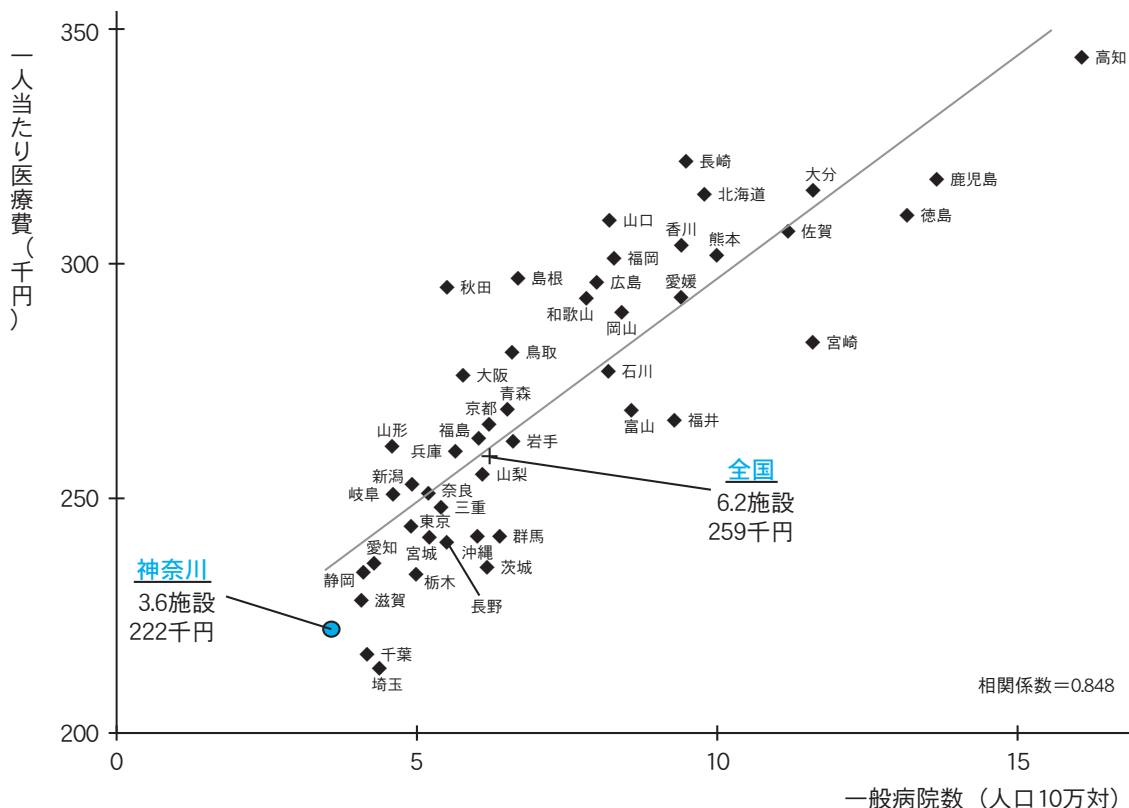
図2-35 精神病床数(人口10万人当たり)



ウ 医療施設数と一人当たり医療費の関係

- 人口10万人当たりの一般病院数と一人当たり医療費の関係を都道府県比較すると、人口10万人当たりの一般病院数が多いほど一人当たり医療費が高くなる傾向がありますが、神奈川県は、人口10万人当たりの一般病院数が3.6施設と少なく、一人当たり医療費は22万2,000円となっています。(図2-36)

図2-36 一般病院数（人口10万人当たり）と一人当たり医療費の関係

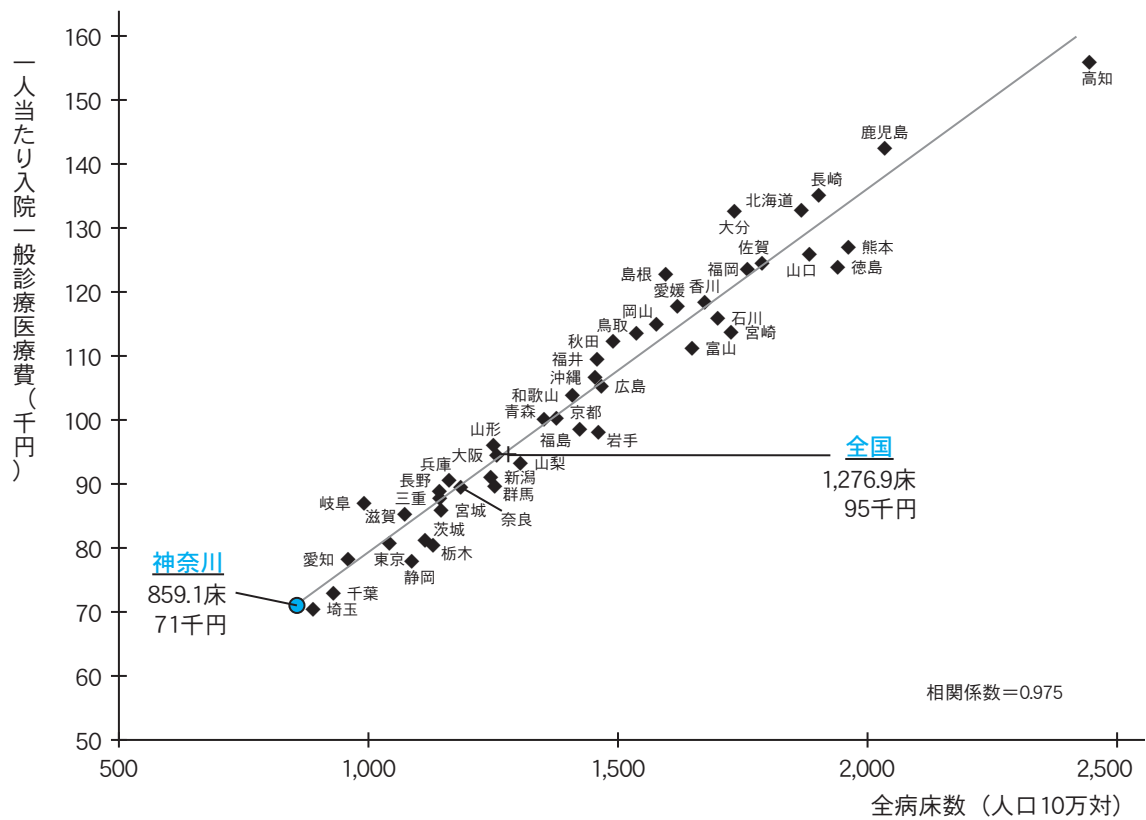


出典：厚生労働省 医療施設調査（平成17年）
厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

エ 病床数と医療費の関係

- 病床数は、医療費のうち入院医療費との関連が一番強いと考えられ、人口10万人当たりの全病床(*)数と一人当たり入院一般診療医療費(*)の関係を都道府県比較すると、人口10万人当たりの全病床数が多いほど一人当たり入院一般診療医療費が高くなるという強い相関関係が見られます。神奈川県の人口10万人当たり病床数は859.1床と少なく、一人当たり入院一般診療医療費は7万1,000円となっています。(図2-37)

図2-37 全病床数（人口10万人当たり）と一人当たり入院一般診療医療費の関係

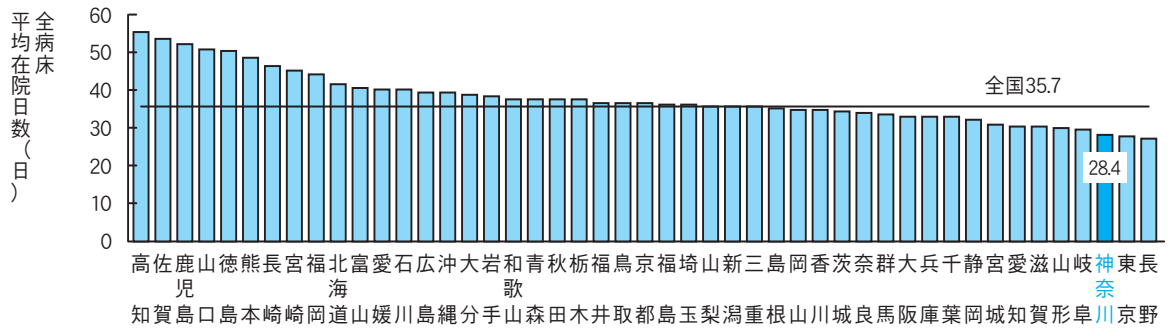


出典：厚生労働省 医療施設調査（平成17年）
厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

オ 平均在院日数の状況

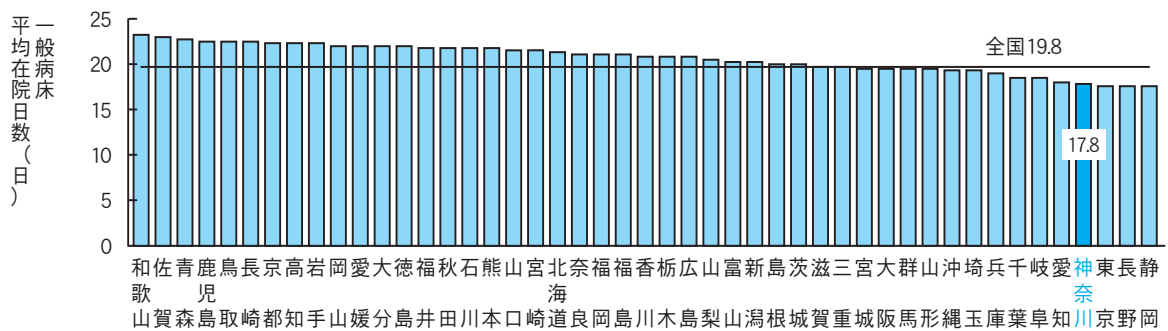
- 平成17年の平均在院日数(*)をみると、全病床では神奈川県が28.4日に対し全国が35.7日で、都道府県比較では神奈川県が短い方から3番目です。（図2-38）
- 同様に、一般病床（神奈川県17.8日、全国19.8日）は短い方から4番目、精神病床（神奈川県270.1日、全国327.2日）は短い方から8番目ですが、療養病床（神奈川県220.2日、全国172.8日）は長い方から5番目です。（図2-39～図2-41）

図 2 - 3 8 全病床の平均在院日数



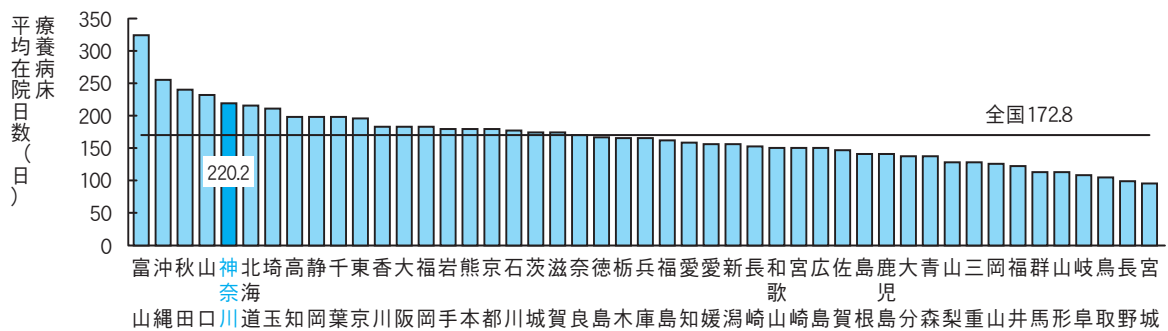
出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）

図 2 - 3 9 一般病床の平均在院日数



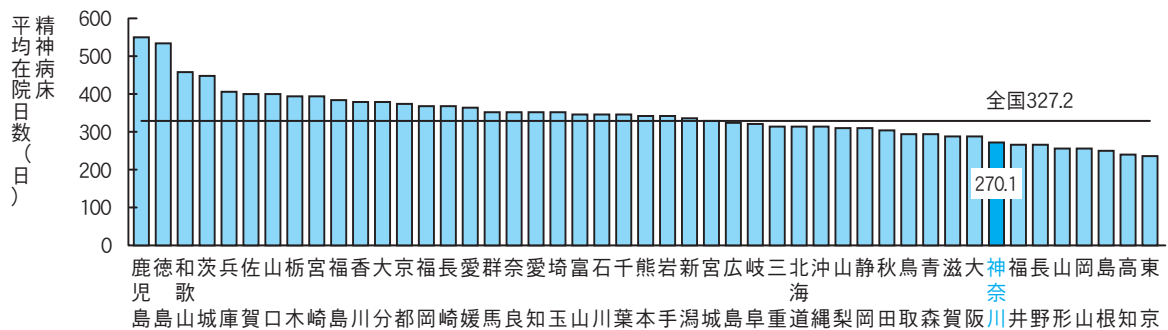
出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）

図 2 - 4 0 療養病床の平均在院日数



出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）

図 2 - 4 1 精神病床の平均在院日数

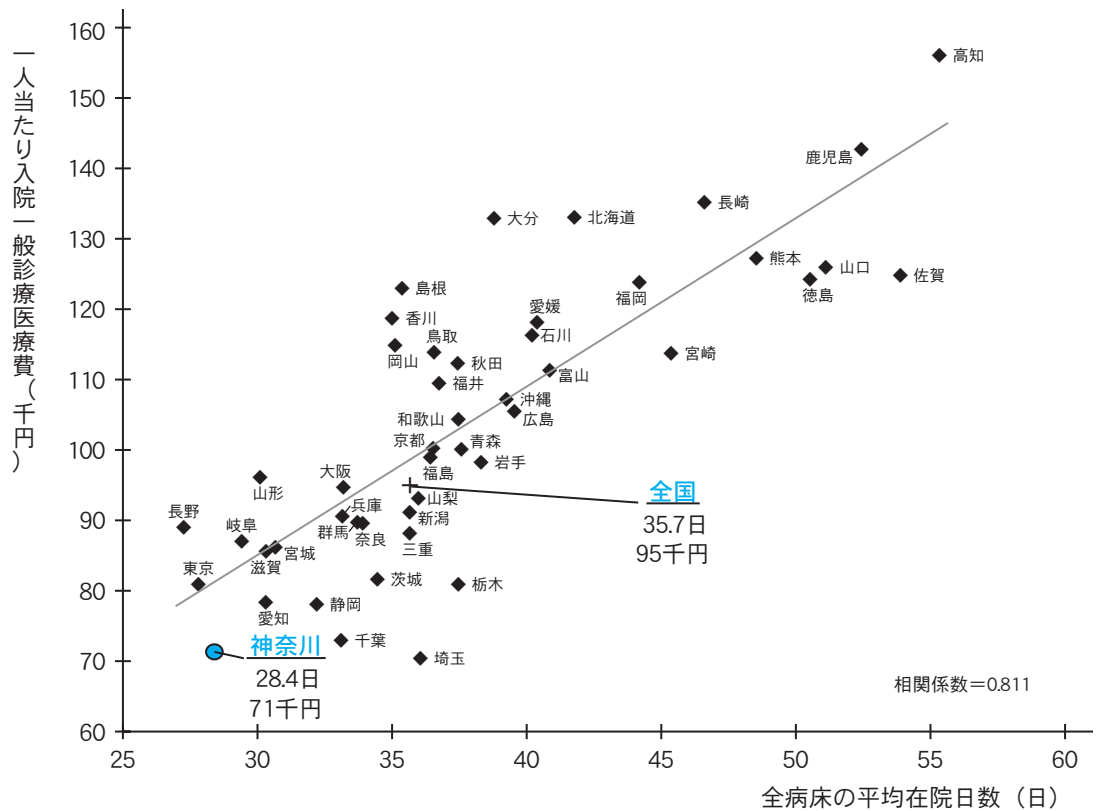


出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）

カ 平均在院日数と医療費の関係

- 平均在院日数は医療費のうち入院医療費との関連が一番強いと考えられ、平均在院日数（全病床）と一人当たり入院一般診療医療費の関係を都道府県比較すると、平均在院日数（全病床）が長いほど一人当たり入院一般診療医療費が高くなるという相関関係が見られます。神奈川県は平均在院日数（全病床）は28.4日と短く、一人当たり入院一般診療医療費は7万1,000円となっています。（図2-42）

図2-42 平均在院日数と一人当たり入院一般診療医療費の関係

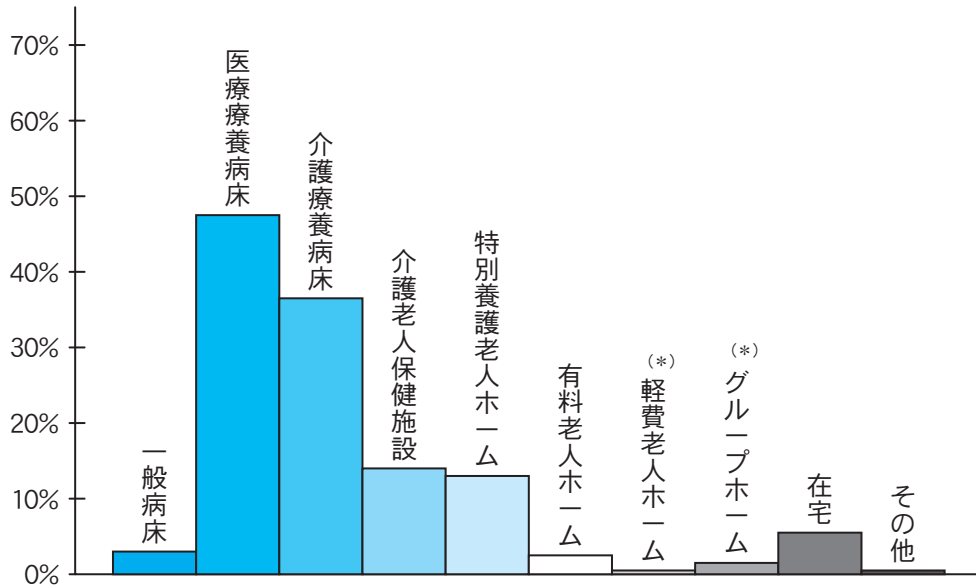


出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）
厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

キ 療養病床入院患者と対応が望ましい施設

- 神奈川県は療養病床の平均在院日数が長いという特徴がありますが、療養病床アンケート調査^(※1)によると、療養病床の入院患者について医療機関として対応が望ましいと考えられる施設は、医療療養病床(*)・介護療養病床(*)が多いものの、特別養護老人ホーム(*)や介護老人保健施設(*)等も挙げられています。（図2-43）

図2-43 県の療養病床の入院患者について対応が望ましいと考えられる施設等



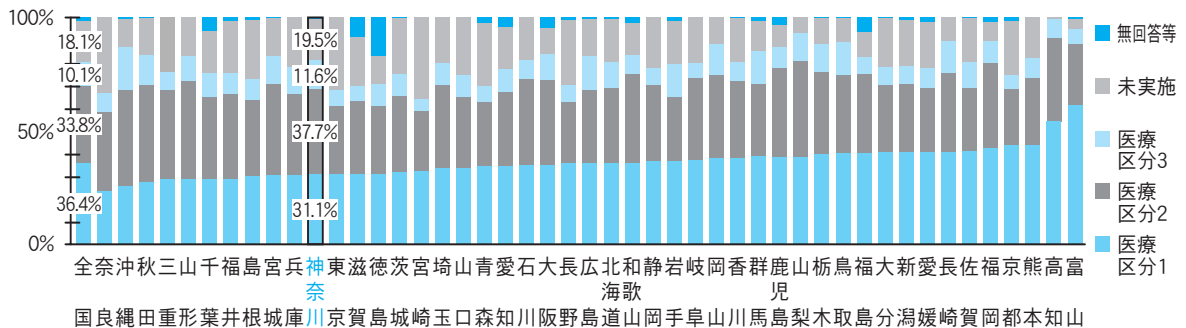
出典：厚生労働省 療養病床アンケート調査（平成18年10月）

※1 図2-43に掲載されているアンケート結果は、それぞれの施設等の機能や、患者本人の医療や介護の必要性等を踏まえ、医療機関として対応が望ましいと考えられる施設について回答してもらったものです。アンケートが複数回答設問であり、各項目の構成比は全体の数に占める割合であるため、各項目のパーセンテージを足し上げても100%にはなりません。

ク 療養病床の医療区分、ADL区分

- 神奈川県は療養病床の入院患者の状況をみると、医療区分(*)・ADL区分(*)とも区分1の割合が低く、ADL区分1の割合は全国で最も低くなっています。(図2-44、図2-45)

図2-44 療養病床の入院患者の医療区分別の構成 (※1)



出典：厚生労働省 療養病床アンケート調査（平成18年10月）

2 課題

(1) 神奈川県の特徴

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

(2) 重点的に取り組むべき課題

ア 健康の保持の推進

- 神奈川県における生活習慣病の人口当たりの総患者数は、高齢化が全国ほど進行していないことの影響等により、おおむね全国値を下回っています。
- しかし、生活習慣病患者は加齢とともに増加することから、今後の高齢化の進行により患者が増加することが予想されます。
- また、生活習慣病は一人当たり医療費が高額で、医療費に占める生活習慣病の割合は高くなっています。
- 今後の急速な高齢化に対し、医療費の伸びを適正化するためには老人医療費の伸びを適正化することが重要ですが、そのための取組みの一つとして、若年期からの疾病予防があり、毎日の生活習慣の積み重ねによって引き起こされる生活習慣病の予防対策は一定の効果が期待できます。
- そのため、県民の健康の保持の推進と、医療費の伸びの適正化のために生活習慣病予防対策に重点的に取り組む必要があります。
- また、神奈川県は歯科の一人当たり老人医療費が、全国で5番目に高くなっていますが、歯科疾病も日常生活における予防が重要な疾病であり、生活習慣が原因の疾病です。
- 生活の質（QOL）の維持・向上を図るためにも、健康診査・保健指導により生活習慣の改善を促す取組みや予防の重要性を普及・啓発する取組みを通じ、健康づくりを推進していくことが重要と考えられます。

イ 効率的な医療の提供

- 人口10万人当たりの病床数、平均在院日数は一人当たり医療費に影響を及ぼしていると考えられ、人口10万人当たりの病床数が多いほど、また、平均在院日数が長いほど一人当たり入院一般診療医療費が高くなる傾向があります。
- 神奈川県の人10万人当たりの病床数は一般病床、療養病床、精神病床のいずれにおいても全国値を大きく下回っており、平均在院日数も療養病床を除き全国値よりも短くなっていることから、一人当たり入院一般診療医療費が低くなっています。
- 一方、神奈川県の療養病床の平均在院日数は全国値を上回っていますが、平均在院日数と療養病床の入院患者に占める移乗について全介助が必要な人の割合にはある程度の相関関係が見られ、神奈川県は移乗について全介助が必要な人の割合が高くなっています。
- 療養病床の入院患者の中には、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等、療養病床以外での対応が望ましいとされる方がいることから、医療や介護の必要性を踏まえ、入院患者の病状や身体能力に応じたふさわしい施設や在宅で対応することが求められています。
- 以上の状況を踏まえ、効率的な医療の提供体制を維持しつつ急速な高齢化に対応するためには、介護サービス(*)や在宅医療も含めた地域ケアの体制づくりが重要と考えられます。

ウ 適正な受診の促進

- 老人の一人当たり医療費は、受診率が高くなるほど高くなる傾向が強く、神奈川県は入院外と歯科において受診率が全国値を上回っていることから、老人の一人当たり入院外医療費や一人当たり歯科医療費が全国値を上回っているものと考えられます。
- 医療機関の受診者のなかには、複数の医療機関での受診（重複受診）や毎日のように受診（頻回受診）する方が見受けられ、必要以上に受診率が高くなり医療費も高くなっている可能性があります。
- 必要な受診を抑制することはあつてはなりません、重複受診・頻回受診の状況をレセプト等から確認し適正な受診を促進していくことや医療費に関する意識を啓発していくことが重要であると考えられます。

第3章 計画の目標と医療費の見通し

1 計画の目標

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

- 虚血性心疾患、脳梗塞、糖尿病等の生活習慣病は、重症化や合併症の発症により長期の入院や人工透析(*)が必要になるなど、患者の生活の質(QOL)を悪化させ、医療費も高額に上る疾患ですが、同時に、若い頃からの生活習慣の改善に努めることで予防や重症化の防止ができる疾患であり、県民の健康の保持の推進のためには、生活習慣病予防対策に取り組むことが重要となっています。
- 生活習慣病予防には、生活習慣病発症前のメタボリックシンドローム*(内臓脂肪*)症候群)予備群の段階や重症化する前の生活習慣改善が重要であり、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。
- 生活習慣病予防のために平成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おいて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」を生活習慣病予防のための目標項目として設定します。
- また、生活習慣病予防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(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群(*1)の減少率」を目標項目として設定します。
- これらの目標値については、医療費適正化基本方針を参考にしながら、かながわ健康プラン21における目標値や、県民が加入する主要な保険者が特定健康診査等実施計画(*)において定める目標値(*2)を考慮して設定します。

県民の健康の保持の推進に関する目標

目 標 項 目	平成24年度目標値
特定健康診査の実施率(*3)	70%以上
特定保健指導の実施率(*4)	45%以上
メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群(*5)の減少率	平成20年度比10%以上

※1 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群はいわゆる8学会基準(*)ではなく、特定保健指導対象者を指します。なお、かながわ健康プラン21では、都道府県健康増進計画改定ガイドラインに示された方法に基づいて推計した40～74歳の平成18年度のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の予備群・該当者数を男性1,035,000人、女性191,000人としています。(メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の判定基準については、資料編7別表P108参照)

- ※2 特定健康診査等実施計画における目標値は、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(*)」に即して定めることとされ、同指針では医療費適正化基本方針と同じ目標値が掲げられていますが、特定健康診査の実施率は、保険者の区分に応じて市町村国民健康保険は65%、政府管掌健康保険等は70%、健康保険組合(単一型)等は80%等となっています。
- ※3 各保険者における特定健康診査の実施率は、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割り算して算出しますが、都道府県別の住所地による実施率も把握できるよう国が準備を進めています。
- ※4 各保険者における特定保健指導の実施率は、当該年度の保健指導利用者数(動機付け支援利用者数+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(動機付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)で割り算して算出しますが、都道府県別の住所地による実施率も把握できるよう国が準備を進めています。
- ※5 各保険者におけるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群の減少率の目標値は、平成20年度の特定健康診査の結果から推計した平成20年度のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群の推定数から、平成24年度と同推定数を引き算した数を平成20年度と同推定数で割り算して算出しますが、都道府県別の住所地による減少率についても把握できるよう、国が準備を進めています。なお、医療費適正化基本方針において、平成27年度末時点で平成20年度比25%減少という中長期的な目標を踏まえて、目標は24年度末時点で平成20年度比10%減少とされています。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- 療養病床等に長期間入院している高齢者等の中には、退院して在宅や介護保険施設(*)等において、医療・介護サービスを受けながら暮らしていくことを希望する高齢者もおり、また、症状から判断して入院していなくともその方にふさわしい医療・介護を受けられる患者もいます。
- こうした高齢者については、地域ケア体制(*)の充実により住み慣れた地域の在宅や介護保険施設などにおいて、必要な医療・介護サービスを受けながら暮らしていくことを目指しますので、入院によって医療サービスを受けることの高齢者等が入院するための「療養病床数」を目標項目として設定します。
- なお、療養病床のうち、回復期リハビリテーション病棟(*)(※1)である療養病床は、家庭復帰を目的としたリハビリテーション(*)を行うため、早期退院を図る上での役割が大きいと考えられることから、目標とは別に扱うこととします。
- また、入院により必要な医療・介護サービスを受けられることは重要なことですが、在宅医療や地域ケア体制の充実により、早期に退院して必要な医療サービスを受けながら在宅等で日常に近い生活を送っていることを把握する一つの指標として、「平均在院日数」を目標項目として設定します。
- 療養病床数の目標値については、医療費適正化基本方針に示されている入院患者の医療区分や後期高齢者(*)人口の伸び率を基に、神奈川県の人当たりの療養病床数が全国で最少であることにも考慮して設定します。
- 平均在院日数(※2)の目標値については、医療費適正化基本方針に即して設定します。

医療の効率的な提供の推進に関する目標

目 標 項 目	平成24年度目標値 ^(※3)	参考(平成18年度)
療養病床数(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)	10,355床	12,537床
目 標 項 目	平成24年目標値	参考(平成18年)
平均在院日数	25.3日	25.5日

※1 平成19年10月現在で回復期リハビリテーション病棟である療養病床は743床です。

※2 平均在院日数については、厚生労働省「病院報告」の介護療養病床を除く平均在院日数を使用することが、医療費適正化基本方針により示されております。また、医療費適正化基本方針において、平成17年度に示された医療制度改革大綱等で平成16年の「病院報告」の全国平均の平均在院日数と最も短い長野県の平均在院日数との差を平成27年度までに半分に短縮するという長期目標が設定されたことから、この長期目標に従い平均在院日数の目標は平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から同年の最短の都道府県の平均在院日数の差の9分の3の日数を減じるものとされております。

※3 神奈川県地域ケア体制整備構想では、回復期リハビリテーション病棟である療養病床1,145床を含む療養病床数の平成24年度の目標値を11,500床としております。

2 医療費の見通し

(1) 県民医療費の推計方法

- 国の医療費適正化基本方針において、各都道府県民の計画策定時の平成20年度の医療費と計画終了時の平成24年度の医療費について計画に示すこととされ、計画終了時の医療費については、医療費適正化の取組みを行わなかった場合と、医療費適正化の目標を達成した場合の医療費を示すこととされました。
- 国民健康保険の医療費や老人医療費以外は、具体的に県民の医療費をとらえる手段がないことから、国の医療費適正化基本方針において、標準的な都道府県医療費の推計方法として、医療機関の所在地別に集計された統計データをベースにして、患者の住所地を考慮して住所地別の医療費を計算し、それを基に過去の医療費の伸び率等から医療費適正化の取組みを行わなかった場合の医療費を推計する方法が示されています。
- 医療費適正化の目標を達成した場合の医療費の推計方法として、平均在院日数の目標値のみから医療費を推計する方法が、国の医療費適正化基本方針において示されており、他の目標項目や医療費適正化の取組みについては、本計画の医療費の見通しの中では考慮しないこととしております。

(2) 計画策定時の医療費

- 平成20年度の県民医療費の見通しは2兆929億円となります。(図3-1)

(3) 計画終了時の医療費

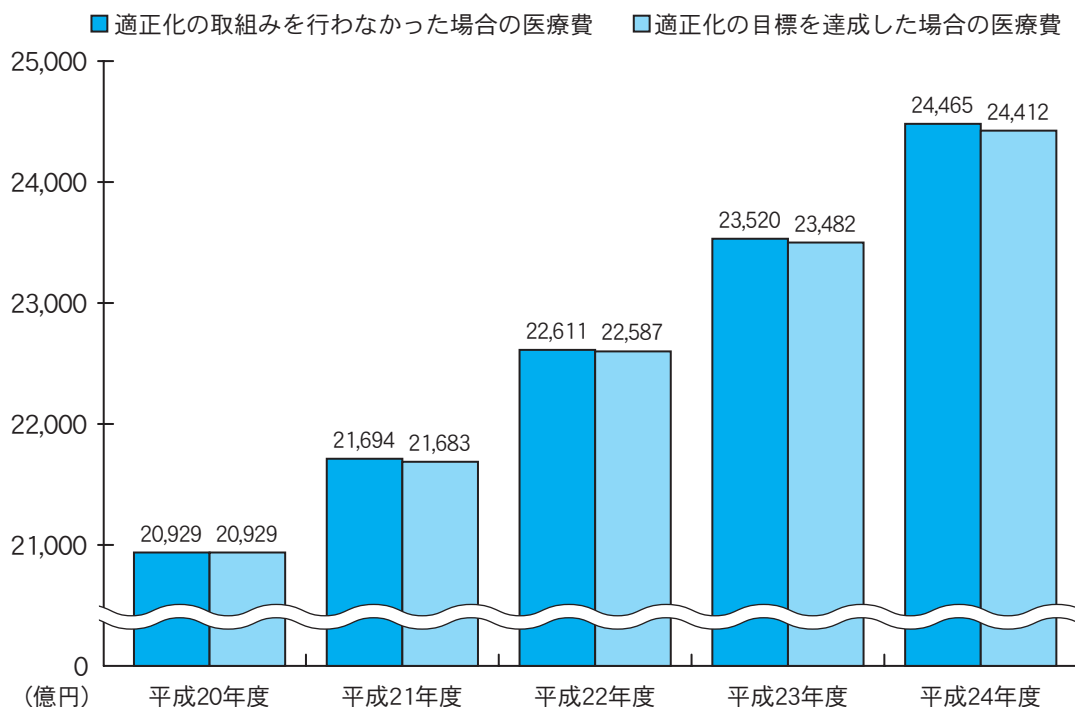
ア 医療費適正化の取組みを行わなかった場合

- 医療費適正化の取組みを行わなかった場合の平成24年度の県民医療費の見通しは2兆4,465億円となり、計画当初の平成20年度より約3,536億円の増加となります。(図3-1)

イ 医療費適正化の目標を達成した場合

- 医療費適正化の目標を達成した場合の平成24年度の県民医療費の見通しは2兆4,412億円となり、計画当初の平成20年度より約3,483億円の増加となりますが、医療費適正化の取組みを行わなかった場合よりも約54億円、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 県民医療費の見通し^(※1)



出典：厚生労働省 都道府県別の医療費の将来推計の計算ツール

	適正化の取組みを行わなかった場合の医療費(A)	適正化の目標を達成した場合の医療費(B)	B-A
平成20年度	2兆 929億円	2兆 929億円	—
平成21年度	2兆1,694億円	2兆1,683億円	△11億円
平成22年度	2兆2,611億円	2兆2,587億円	△23億円
平成23年度	2兆3,520億円	2兆3,482億円	△38億円
平成24年度	2兆4,465億円	2兆4,412億円	△54億円

※1 億円未満を四捨五入しています。

第4章 施策の展開

1 県民の健康の保持の推進のための取組み

(1) 保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進及びその支援

【現状と課題】

- これまでは40歳以上の住民を対象に市町村が健康診査や保健指導を実施していましたが、平成20年度からは保険者に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、保険者は実施方法の検討など円滑な実施に向けた準備が必要です。(図4-1)
- 全国一律の基準で特定健康診査や特定保健指導を行うために、厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、特定健康診査・特定保健指導の方向性や進め方、体制・基盤整備などを示しており、基準に合致した質の高い健康診査・保健指導を実施できる従事者を確保することが必要となっています。
- 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果のデータ分析や特定健康診査・特定保健指導の結果のデータとレセプトデータとの突き合わせにより、健康診査・保健指導の医療費への影響の調査などを行うことが可能になりますが、現状では電子化されたレセプトは限られていることから本格的な実施は難しくなっています。
- 各保険者に所属する医師・保健師等の数はそれほど多くはないことから、外部の健診機関や保健指導機関に委託して特定健康診査・特定保健指導が実施されることも予想されますが、特定健康診査・特定保健指導の効果について適切に評価して、委託していくことが保険者に求められています。
- 組合管掌健康保険(*)や共済組合(*)などの被用者保険(*)では、全国各地に受診対象者がいるため、事業者等による健康診断(*)が受けられない被扶養者が身近な場所で特定健康診査・特定保健指導を受診できるようなくみづくりが求められています。
- 都道府県単位に保険者が医療費の調査・分析や保健事業の推進について協議・調整等をするために保険者協議会(*)が設置されておりますが、平成20年10月から政府管掌健康保険(*)が公法人化され都道府県単位の財政運営が行われることから、保険者協議会の役割の重要性が増しています。
- 特定健康診査の結果等の個人情報については、事業者(雇用主)へのデータ流出による就業上の不利益な取り扱いの発生などがないよう、漏洩防止に細心の注意が必要です。

【施策】

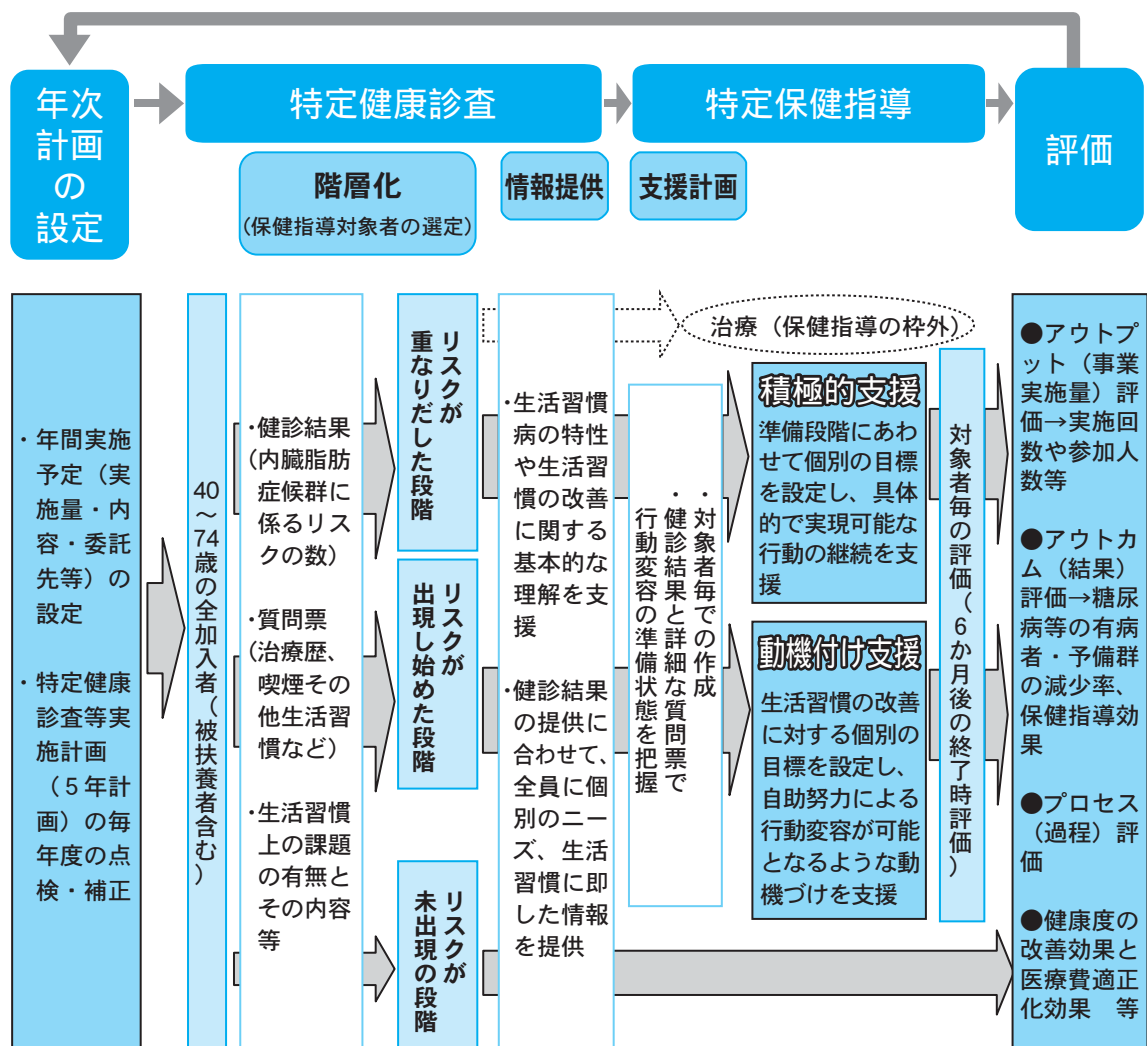
- ① 特定健康診査・特定保健指導に関する情報の収集・提供（県・市町村・保険者・保険者協議会等）
 - ・ 特定健康診査及び特定保健指導に関する情報を関係者がそれぞれ収集し、集めた情報を保険者協議会や市町村との各種会議等において提供することにより、情報・知識の共有化を図ります。
 - ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導を行うに当たり、実施方法や目標値などを記載した特定健康診査等実施計画を5年ごとに定める必要がありますが、保険者が計画を策定・改定する際に、県・保険者協議会から必要な情報を提供するなどの支援を行います。
- ② 特定健康診査・特定保健指導の従事者に対する人材育成（県・保険者・保険者協議会・関係団体等）
 - ・ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した特定健康診査・特定保健指導は新しい事業であることから、医師、保健師、管理栄養士(*)等をはじめとした特定健康診査等従事者が適切な知識、技術を習得できるように、県・保険者協議会・関係団体等において研修を行います。
 - ・ 県・保険者・関係団体等が行う特定健康診査・特定保健指導に関する研修の情報を保険者協議会に集め、市町村や保険者に所属する保健師等が参加できるしくみを充実します。
- ③ 特定健康診査・特定保健指導データ及び医療費分析の実施（県・市町村・保険者・保険者協議会）
 - ・ 保険者は、特定健康診査や特定保健指導の効果を測定するために、データの経年変化の把握などにより特定健康診査・特定保健指導データの分析に取り組みます。
 - ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果のデータとレセプトデータとの突き合わせに努めることにより、医療費の増減、患者の増減などを把握し特定健康診査・特定保健指導の効果を検討するとともに、医療機関への受診が必要な方への受診勧奨を行います。
 - ・ 平成23年度までにすべてのレセプトが電子データ化される予定であることから、特定健康診査・特定保健指導データとレセプトデータを電子的に突き合わせて、特定健康診査・特定保健指導の効果を評価していく方法について検討します。
- ④ 保険者協議会における保険者間の協議・調整（県・市町村・保険者・保険者協議会）
 - ・ 保険者協議会の場を活用して特定健康診査・特定保健指導の委託先の健診機関・保健指導機関に関する情報を交換し、保険者が適切な委託先を選択できるようにするための客観的な評価について協議、検討します。

- ・ 被用者保険の被扶養者が、身近な地域で特定健康診査・特定保健指導を受診できることを目指しながらも、保険者の特定健康診査・特定保健指導の委託契約が複雑にならないような方法を保険者協議会の場において、協議、検討し、保険者間の調整を行います。

⑤ 特定健康診査等に関する個人情報の保護（市町村・保険者・健診機関等）

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

図4-1 保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施



出典：厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き

(2) 生活習慣病予防のための健康づくり

【現状と課題】

- 特定健康診査の対象外である40歳未満及び75歳以上等^(※1)の県民や、特定健康診査においてメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群や該当者と判定されなかった県民も含めて、食生活の改善や運動の実施による生活習慣病予防の知識をひろめ、県民自らが健康づくりに取り組む体制づくりが必要です。
- 企業等は、従業員に対して健康診断を実施するなど、従業員の健康管理という観点から、特に壮年期・中年期の健康づくりに重要な役割を担っていますが、効果的な健康づくりのために企業等で行われる保健事業と地域住民に対して行われる保健サービスとの連携が必要です。
- 平成18年5月診療分の神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト(市町村国民健康保険分)によれば、歯肉炎及び歯周疾患(*)は119分類中2番目に件数、医療費の高い疾患であり、歯の健康づくりは、歯みがきなどの生活習慣の改善により予防効果が期待できるため、さらなる歯の健康づくりに向けた取組みが必要です。

【施策】

- ① 生活習慣病予防の重要性の普及啓発(県・市町村・企業・保険者・関係団体等)
 - ・ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した生活習慣病予防対策を進めるため、県、市町村、企業、保険者、関係団体等が連携・協力し、食と運動を組み合わせた生活習慣改善についての普及啓発を積極的に行います。
 - ・ 生活習慣病予防や健康づくりのための食生活の普及や、食生活・栄養に関する教育・指導を実施します。
- ② 地域保健と職域保健の連携(県・市町村・企業・保険者・関係団体等)
 - ・ かながわ健康プラン21推進会議の部会である地域・職域連携推進部会において、地域住民を対象に生涯を通じた健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスを提供する地域保健(*)と、就業者等の安全と健康の確保のために企業等において行われる職域保健(*)の連携と推進のための総合調整を行います。また、二次保健医療圏(*)ごとの地域保健と職域保健の連携と推進のための地域・職域連携推進協議会を設置します。
- ③ 歯の健康づくり(県・市町村・関係団体等)
 - ・ 「8020運動(*)」を推進するため、先駆的・モデル的な事業の検討や、フッ化物(*)の応用の普及を通じて、県民の歯の健康づくりを支援します。
 - ・ 歯の健康づくりを実施するために必要な情報提供、研修事業を実施するとともに、歯科疾患予防のための知識・技術の普及や歯周疾患検診などを行います。

※1 年齢による区分のほか、生活保護受給者や短期滞在の外国人などが特定健康診査の対象外となります。

2 医療の効率的な提供の推進のための取組み

(1) 療養病床の転換の支援

【現状と課題】

- 平成18年10月1日現在の療養病床アンケート調査では、療養病床に入院中の患者について、施設等の機能や患者本人の医療・介護の必要性等を踏まえ、医療機関として対応が望ましいと考えられる施設等としては、医療療養病床が47.7%、介護療養病床が36.3%、介護老人保健施設が14.3%、特別養護老人ホームが13.3%、在宅が5.8%などとなっています。（複数回答）
- 療養病床の転換に向けて、療養病床から転換した介護老人保健施設における一定の医療提供機能を付加する措置、転換に向けた経過的類型（介護保険移行準備病棟^(*)・経過型介護療養型医療施設^(*)）の創設、介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成などの支援措置を厚生労働省において講じています。
- 療養病床の入院患者やその家族等が、それぞれの病状や身体能力に応じて安心して治療や介護を受けることができるように、適切な情報提供や相談等を行う必要があります。
- 入院においても在宅においても医療・介護サービスの必要性については、個々の県民ごとに適切に判断する必要があり、また、それぞれにふさわしいサービスが提供されるよう医療・介護サービスの提供体制の整備が必要になります。
- 療養病床から転換した介護保険施設等に入所した方や退院して在宅で暮らしている方に医療・介護サービスが必要になった場合に、適切な医療・介護サービスが提供されるような体制を整備する必要があります。

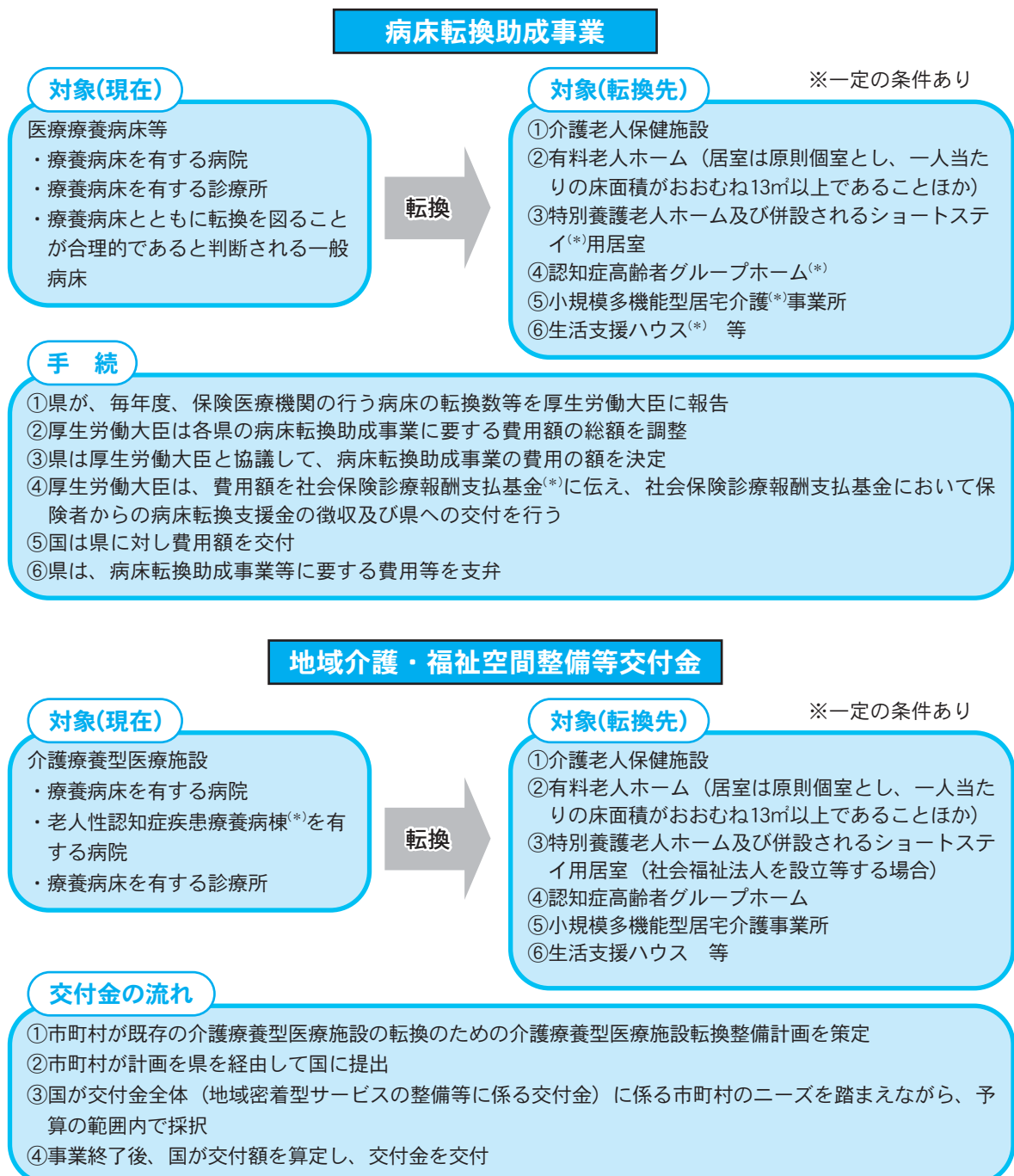
【施策】

- ① 介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成・支援（県・市町村）
 - ・ 医療保険財源を活用した「病床転換助成事業」により、医療療養病床やその他の医療保険適用の長期入院病床を介護老人保健施設や有料老人ホーム^(*)等に転換するための改修等の費用を県が助成します。
 - ・ 介護療養型医療施設^(*)を介護老人保健施設や有料老人ホーム等に転換することを支援するため、国の市町村交付金である「地域介護・福祉空間整備等交付金」により、転換に係る整備事業の経費について支援します。
- ② 医療機関や高齢者等への相談窓口の設置（県・市町村・医療機関）
 - ・ 県に療養病床の転換に関する医療機関への相談窓口を設置し、療養病床を介護保険施設等に転換するために活用できる支援措置等の相談に応じ、転換を支援します。
 - ・ 療養病床の入院患者やその家族等へは、各医療機関の医療ソーシャルワーカー^(*)や地域医療連携室^(*)等が対応していますが、県や市町村においても、相談窓口を設置しているほか、高齢者に対する総合相談窓口として地域包括支援センター^(*)を設置しています。

③ 療養病床を退院する利用者のための医療・介護サービス提供基盤整備の推進（県・市町村・介護サービス事業者・医療機関等）

- ・ 介護保険施設等は、療養病床を退院する方の受け皿としての役割もあることから、市町村等と連携を図り、計画的な整備に努めます。
- ・ 療養病床を退院された方が必要な医療・介護サービスを受けることができるように在宅医療支援体制の整備を推進するために医療機関相互の連携や医療・福祉の連携体制の構築を目指します。

図 4 - 2 介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成・支援の概要



(2) 医療機関の機能分担・連携の推進

【現状と課題】

- 医療法の改正により、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療(*)、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療(*)及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業ごとの医療連携体制(*)を構築するための方策を医療計画に定めることとされました。(神奈川県の場合、へき地はありません。)
- 県民一人一人に適切な医療サービスを提供するためには、日ごろ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)(*)の普及が必要ですが、平成17年12月の県政モニターアンケート調査では、かかりつけ医について「ある」は46.1%、「ない」は50.6%でした。
- 軽症患者も大きな病院へ集中する傾向にあるため、かかりつけ医と専門的な機能を持つ病院との機能分担と連携の推進が求められています。
- 限られた医療資源を有効に活用し、効率的な地域医療の供給システムを構築するためには、病院相互の機能分担と連携のもと、地域としての医療提供体制を整備する必要があります。
- 地域における第一線の医療機関であるかかりつけ医を支援するとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図ることにより地域医療の充実を図る役割を担う「地域医療支援病院(*)」について、各二次保健医療圏に整備することを目標にしているところです。
- 地域連携クリティカルパス(*) (診療計画表) は、急性期(*)病院から回復期(*)病院を経て自宅に戻るまでの疾病ごとの診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもので、診療に当たる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるなど、医療連携の方法の一つと考えられます。

【施策】

- ① がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の医療連携体制の構築(医療機関・医療関係機関、市町村、保険者、県等)

<がん>

- ・ たばこ対策や生活習慣の改善などがんの予防やがん検診による早期発見に努めるとともに、がん診療連携拠点病院(*)の連携を強化します。また、治療の初期段階からの緩和ケアの推進、緩和ケア病棟(*)の整備やターミナルケア(*)を担う人材育成を推進します。なお、がんに対応できる医療機関の医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

<脳卒中>

- ・ 健康づくりに取り組みやすい環境づくりや生活習慣病予防の普及啓発を行い、また、

生活習慣病の改善に向けた健診後の保健指導や受診奨励に努めます。さらに、急性期に対応できる医療機関を中心に、予防・健診から急性期治療、リハビリテーション、在宅医療に至る医療連携体制を整備します。なお、脳卒中治療に対応できる医療機関の対応するステージとその医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

<急性心筋梗塞>

- ・ 健康づくりに取り組みやすい環境づくりや生活習慣病予防の普及啓発を行い、また、生活習慣病の改善に向けた健診後の保健指導や受診奨励に努めます。さらに、急性期に対応できる医療機関を中心に、予防・健診から急性期治療、リハビリテーション、在宅医療に至る医療連携体制を整備します。なお、急性心筋梗塞治療に対応できる医療機関の対応するステージとその医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

<糖尿病>

- ・ 糖尿病やその合併症に関する正しい知識等を普及し、また、保健指導や受診奨励に努めます。長期にわたる継続治療とともに、緊急の場合の適切な専門医療が必要であるため、糖尿病の合併症に対応できる医療機関や糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

② 救急医療、精神科救急医療、小児医療、周産期医療及び災害時医療の医療連携体制の構築（医療機関、医療関係機関、関係団体、市町村、保険者、県等）

<救急医療>

- ・ 救命率の向上を図るためのプレホスピタル・ケア(*)や住民の身近なところでの初期・二次の救急医療の確保・充実を図るとともに、三次救急医療を担う大学病院や救命救急センター(*)の機能強化を図ります。また、ドクターヘリ(*)の安定的な運用を図ります。

<精神科救急医療>

- ・ 精神科救急医療(*)体制に参画する医療機関及び病床等について、整備拡充に努め、365日24時間体制の充実を図るとともに、精神科救急医療における薬物等依存症(*)の方の受入体制を整備します。

<小児医療>

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

<周産期医療>

- ・ 産科医師等の医療従事者の確保に向けた取組みを推進するとともに、助産師の活用や地域内診療所と病院との連携、医療資源の集約化・重点化など地域の実情に応じた体制を検討していきます。また、こうした取組みに加えNICU(*)等周産期設備の整備・充実等により、周産期救急医療体制の充実を図ります。

<災害時医療>

- ・ 八都県市間の相互応援協定に基づき、医療救護を含む応急活動マニュアル等の作成及び定期的な訓練を実施します。さらに、神奈川DMA T(*)指定病院を増やすとともに、国、搬送を担う関係機関等との連携体制の整備をより一層進め、広域医療搬送の具体化に向け課題等を整理します。

③ かかりつけ医（かかりつけ歯科医）を中心とした地域医療連携（県、市町村、医療提供者）

- ・ 県民一人一人に適切な医療サービスを提供するため、日ごろ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）の普及を図ります。
- ・ 地域の中心的な医療機関と開業医との間でネットワークを組み、高度医療機器等の共同利用等の実施により地域の医療機関相互の密接な機能連携と機能分担を図るとともに、病院への地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化(*)などを推進します。

④ 地域の中核病院を中心とした地域医療連携（県、市町村、医療提供者）

- ・ 各病院において地域医療に果たすべき役割や方向性を整理するとともに、病院相互の機能分担と連携の推進を図ります。
- ・ 地域医療支援病院を地域ごとに整備し、医療連携の推進や地域の医療従事者に対する研修の充実など、地域の中心的な医療機関としての役割を明確にします。
- ・ 地域連携クリティカルパス（診療計画表）は、患者の入院期間短縮や転院時等への不安解消などの効果が期待されており、地域の実情に応じた具体化を検討・協議し、普及を図ります。

(3) 在宅医療・地域ケアの推進

【現状と課題】

- 平成17年12月の県政モニターアンケート調査では、入院後、自宅で治療ができる程度に回復した場合、治療を受けたい場所として「自宅で生活しながら治療を受けたい」という回答が76.2%でしたが、一方で、療養生活を最期まで自宅で送ることになった場合、「介護してくれる家族の負担」「往診してくれる医師の存在」に不安があるという方がそれぞれ68.1%、50.3%（複数回答）でした。
- 在宅医療の推進のためには、病院の退院時における他の医療機関をはじめ保健福祉サービス等との連携も視野に入れた連絡調整や患者支援機関のネットワーク化が必要であり、また、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員（ケアマネジャー）^(*)などの多様な職種が協働で在宅医療を支える体制が必要となります。
- 口から食べるという機能の維持回復のため、訪問による摂食・嚥下^(*)リハビリテーションや口腔ケア^(*)などの普及を行う必要があります。
- 医療依存度の高い在宅療養者や、在宅ホスピス^(*)を含め、県民の多様なニーズに対応した質の高い訪問看護^(*)人材を育成していく必要があります。
- 市町村は、地域ケア体制の中核拠点として、介護予防^(*)のマネジメント、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援、権利擁護事業、介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援の4事業を地域において一体的に実施する役割を担う地域包括支援センターを設置しています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して元気に暮らせるよう、地域のさまざまな機関が連携を図りながら、ボランティアや高齢者自身なども参加して、地域で支え合う地域ケア体制を充実することが大切です。
- 高齢者の心身の状態などに応じたサービス提供ができるように、在宅での生活を継続するためのサービスや介護保険施設等のサービス提供基盤の整備を進めていく必要があります。
- 高齢者が地域において生活を継続できるようにするためには、高齢者に配慮した住まいの供給、高齢者に対応した公営住宅の整備、福祉サービスと連動した住宅供給など、住まいに対する施策も必要となります。

【施策】

- ① 在宅医療の推進（県・市町村・医療関係機関・介護関係機関）
 - ・ 病院の退院時において病院同士あるいは診療所との調整にとどまらず、地域の保健福祉サービス、リハビリテーション、かかりつけ薬局^(*)等との連携も視野に入れ、連絡調整に努めます。

- ・ 地域における患者支援機関のネットワーク化の推進を図るとともに、在宅療養支援診療所(*)や訪問看護ステーション(*)、症状急変時に受け入れる連携先病院の地域医療連携室等を中心とした多職種協働の在宅療養支援体制の整備を推進します。
- ・ 県民の多様なニーズに対応した質の高い訪問看護人材を育成するための研修事業等を推進します。

② 地域ケア体制の充実（市町村・介護事業者・関係団体・医療機関・県民等）

- ・ 地域包括支援センターにおいて、地域におけるさまざまな関係者とのネットワークの構築やサービスに関する情報提供などの高齢者や家族に対する総合相談や支援を行うとともに介護予防のマネジメントを包括的・継続的に実施します。
- ・ 地域において関係機関や地域住民が参加し、各種団体や施設等と連携を図りながら、共に支え合うふれあいのあるまちづくりを推進するとともに、NPO(*)・ボランティア及び高齢者自身らを含めた地域活動を行う個人やグループの活動環境を整備し、協働を進めます。
- ・ 介護保険の施設・居住系サービス(*)における緊急時の医療体制の確保を含め、保健・医療・福祉サービス全般にわたり有効に機能する地域ケア体制の構築に向けた取組みを推進します。

③ サービス提供基盤の整備と多様な住まいの普及（県・市町村・介護事業者等）

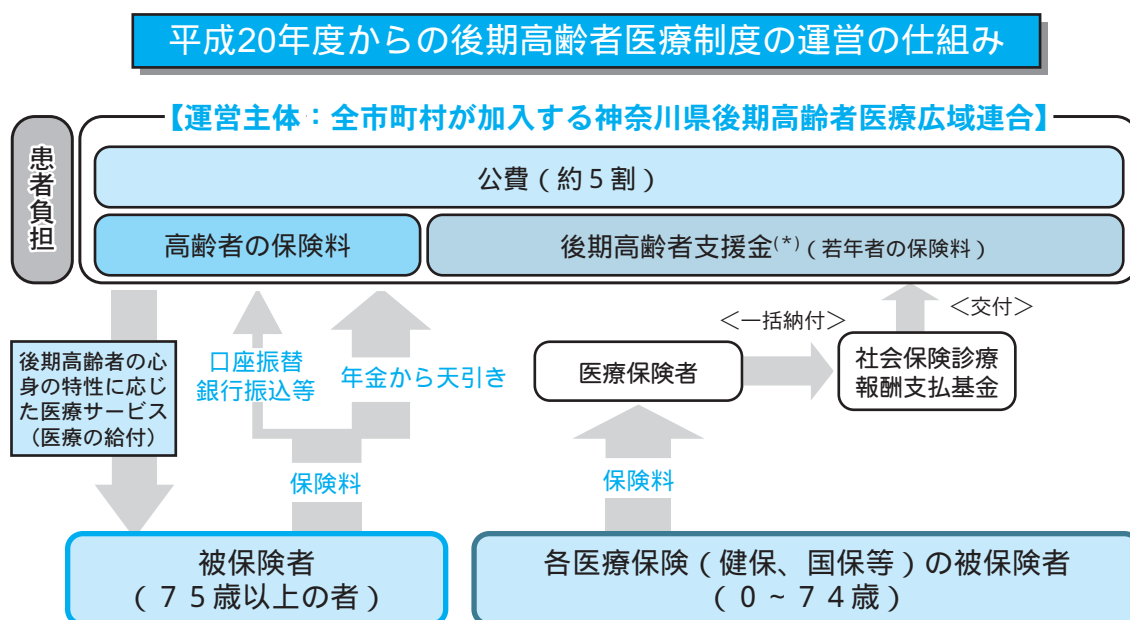
- ・ 日常生活圏域において、必要な地域密着型サービス(*)や介護予防拠点(*)などのサービス提供基盤の整備を進めるとともに、特別養護老人ホームなどの介護保険施設の計画的な整備を促進します。
- ・ 有料老人ホーム、ケアハウス(*)、賃貸事業者が一定の見守りサービス(*)を提供する高齢者専用賃貸住宅(*)や、生活援助員(*)が配置されたシルバーハウジング(*)など的高齢者向けの多様な住まいの普及を推進します。

3 適正な受診の促進等の取組み

【現状と課題】

- 平成20年4月から現行の老人保健制度(*)に代わり、75歳以上の後期高齢者と65～74歳の障害認定を受けられた方を対象とする後期高齢者医療制度(*)が施行され、都道府県の区域ごとに全ての市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合(*)」が制度の運営主体となります。
- 複数の医療機関での受診（重複受診）や、毎日のように受診（頻回受診）する方も見受けられますが、重複受診は薬剤の重複投与(*)につながる場合もあるので、県民自らが適正に受診するような指導や意識啓発が必要となっています。
- 市町村は老人保健制度の実施者や国民健康保険の保険者として、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が行うレセプト点検や、交通事故のような第三者の行為(*)によって生じた医療費の加害者への求償(*)事務に取り組んできました。
- このような医療費適正化の取組みについて、国民健康保険においては引き続き市町村において取り組まますが、後期高齢者医療制度においては神奈川県後期高齢者医療広域連合が中心となって市町村と協力しながら取り組むことが必要であり、これらに対する県の支援が必要です。

図4-3 後期高齢者医療制度の運営の仕組み



出典：厚生労働省 資料（一部変更）

【施策】

- ① 後期高齢者医療広域連合や市町村への技術的助言等（県）
 - ・ 後期高齢者医療や国民健康保険において、後期高齢者医療広域連合や市町村が行う取組みに対して、県として技術的助言(*)等を行い、円滑な実施を支援します。

- ② 重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
 - ・ 重複受診者・頻回受診者に対し健康管理や医療への知識を深めていただくことを目的として実施する訪問指導について、保健師の配置状況や他の保健事業との連携に考慮しながら、実施体制について検討し、実施に努めます。
 - ・ 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、効果的な訪問指導の方法について検討します。

- ③ 医療費に関する意識の啓発（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
 - ・ 健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために、受診者に医療費の額などについて通知する医療費通知について、回数を検討し、効果的に実施します。
 - ・ 医療費や医療保険について、住民の理解を深めてもらうために、広報紙やパンフレットなどによる広報活動の内容や回数を充実していきます。

- ④ レセプト点検の実施（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
 - ・ 国民健康保険団体連合会との連携の強化や、縦覧点検(*)の実施によりレセプト点検を効率的に実施します。

- ⑤ 第三者行為に係る求償等の充実（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
 - ・ 交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、加害者等への求償事務を充実します。

第5章 計画の進行管理と評価

1 計画の進行管理

(1) 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、医療費を巡る状況や医療費の伸びの適正化のための目標や取組みについて検討します。
- 神奈川県医療費適正化計画の策定や策定した計画の評価について専門的な意見をいただき、次期計画の改定に反映していきます。

(2) 医療費適正化計画調整会議

- 神奈川県医療費適正化計画の策定、療養病床の転換の推進及び保険者による特定健康診査等の実施に関して、本会議において庁内関係各課の連携を密にし、医療費適正化に関する業務の円滑な推進を図ります。

(3) 医療費適正化計画策定に係る市町村担当者会議

- 神奈川県医療費適正化計画の施策に関して、本会議において市町村との調整を図り、市町村の施策を反映していきます。

2 計画の評価

(1) 評価

ア 進捗状況の評価

- 計画期間の中間年度の平成22年度に進捗状況の評価を行い、その結果を公表します。
- 評価の結果、計画の見直しが必要な場合は、計画の見直しを行います。
- また、評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のために診療報酬の見直しが必要と判断した場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見を提出します。
- 計画の評価は、次期計画の改定に活用します。

イ 実績評価

- 計画期間の最終年度の翌年度の平成25年度に実績の評価を行い、その結果を公表します。
- また、評価の結果、医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成のために診療報酬の見直しが必要と判断した場合は、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見を提出します。
- 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成や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。
- 計画の実績の評価は、計画の改定に活用します。

(2) 評価方法

- 県民の健康の保持の推進の施策・目標に関しては、保険者から厚生労働大臣に対して提供される特定健康診査実施率等の情報に基づき厚生労働大臣が行う医療費等に関する調査・分析の結果や、厚生労働省の患者調査、人口動態統計等の統計資料を活用して評価します。
- 医療の効率的な提供の推進の施策・目標に関しては、厚生労働大臣が行う医療費や医療の提供に関する地域別の病床数等に関する調査・分析の結果や、厚生労働省の病院報告、医療施設調査等の統計資料を活用して評価します。
- 医療費の見通しに関しては、厚生労働大臣が行う医療費に関する地域別、年齢別、疾病別の状況等に関する調査・分析の結果や厚生労働省の国民医療費、老人医療事業年報等の統計資料を活用して評価します。

資料編

資料編目次

1	医療費の状況	57
2	生活習慣病を巡る状況	71
3	医療の提供体制を巡る状況	75
4	基礎データ	77
5	図表一覧	87
6	用語の説明	90
7	別表	106
8	関係法令	110
9	計画の策定経緯	115
10	神奈川県医療費検討委員会委員名簿	116

1 医療費の状況

図1 都道府県民医療費（総額）

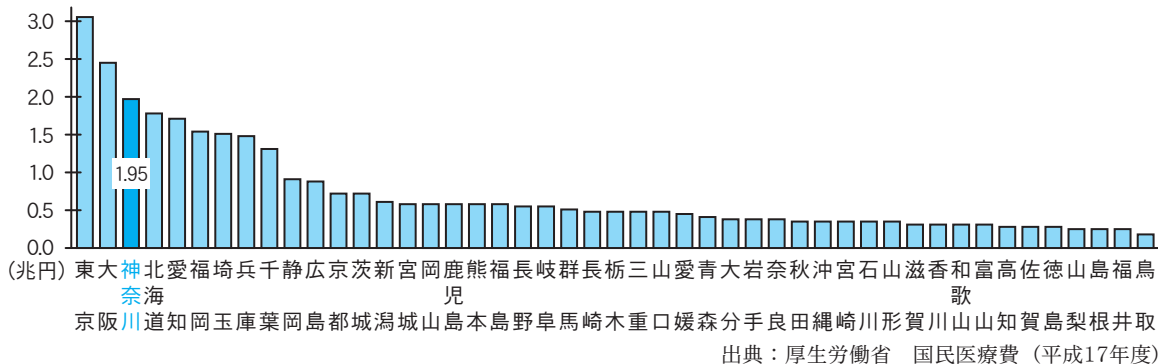


図2 一人当たり医療費の推移（県民医療費・国民医療費）

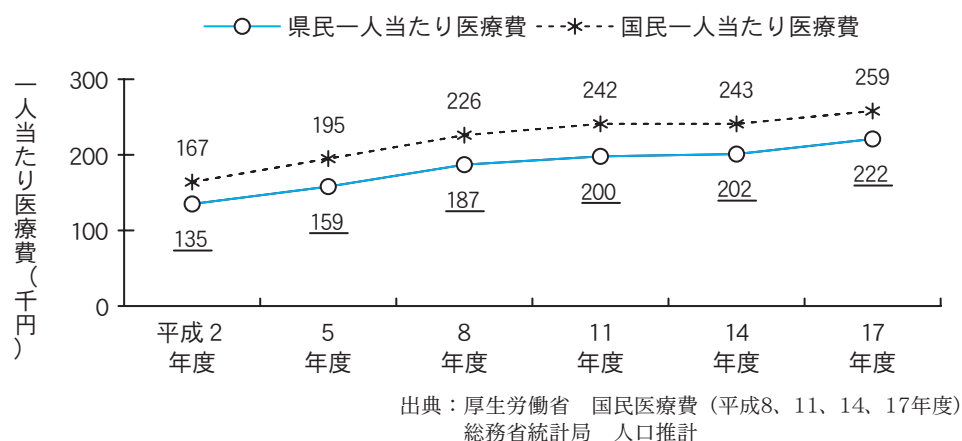
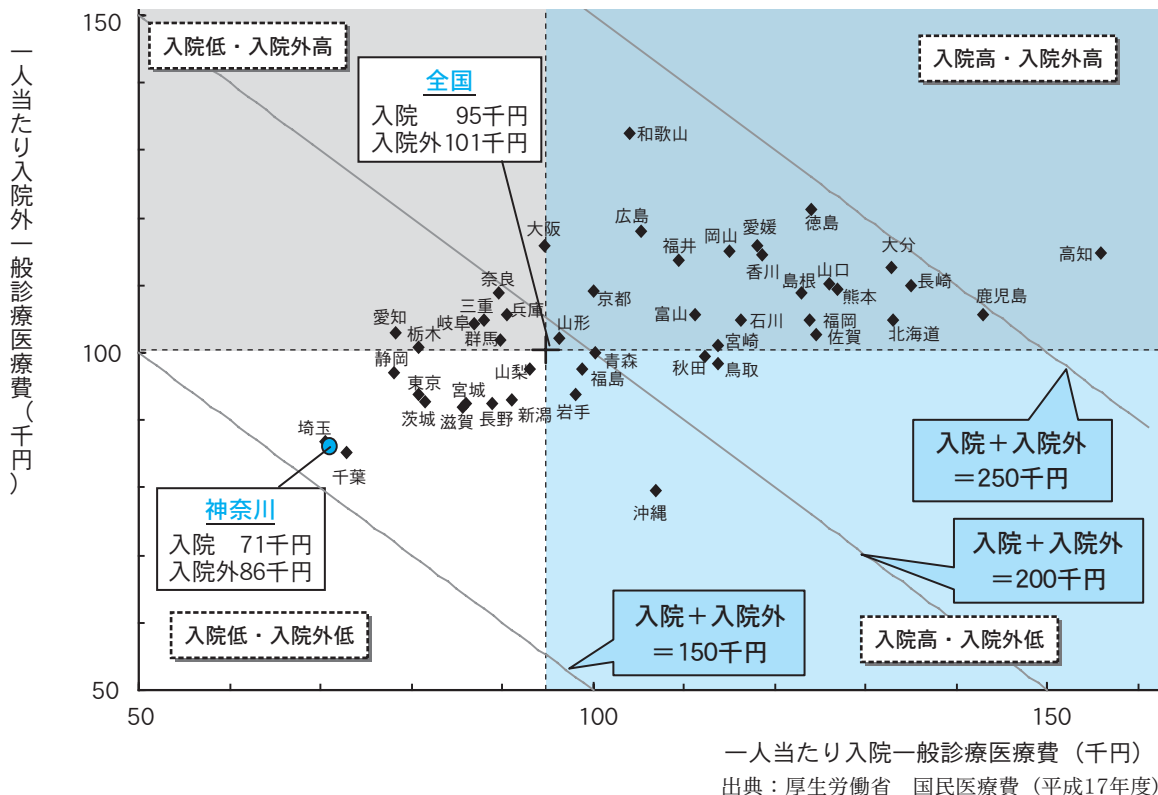


図3 一人当たり入院一般診療医療費と入院外一般診療医療費^(※1)の分布〔都道府県〕



※1 図3の入院外一般診療医療費は薬剤の支給を含まないため、医薬分業が進んでいる都道府県では入院外一般診療医療費が低くなります。

図4 高齢化率と一人当たり医療費の関係 [都道府県]

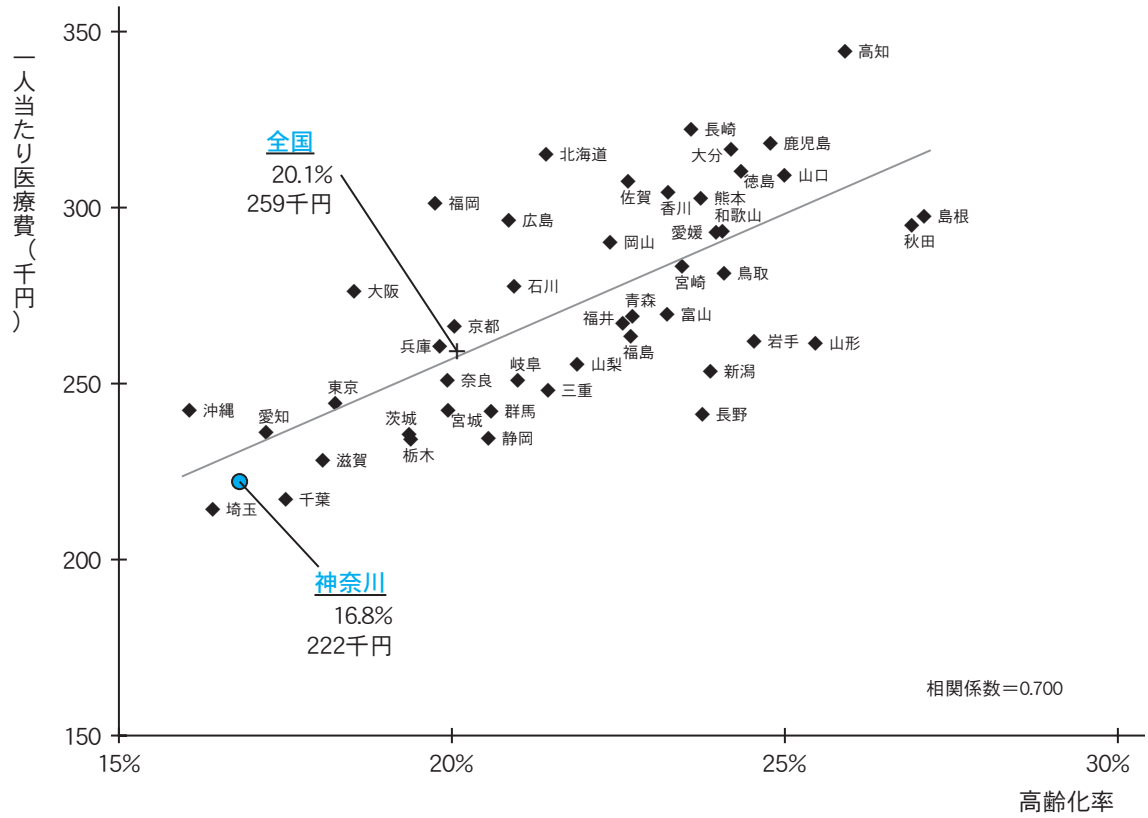


図5 老人医療受給対象者数の推移

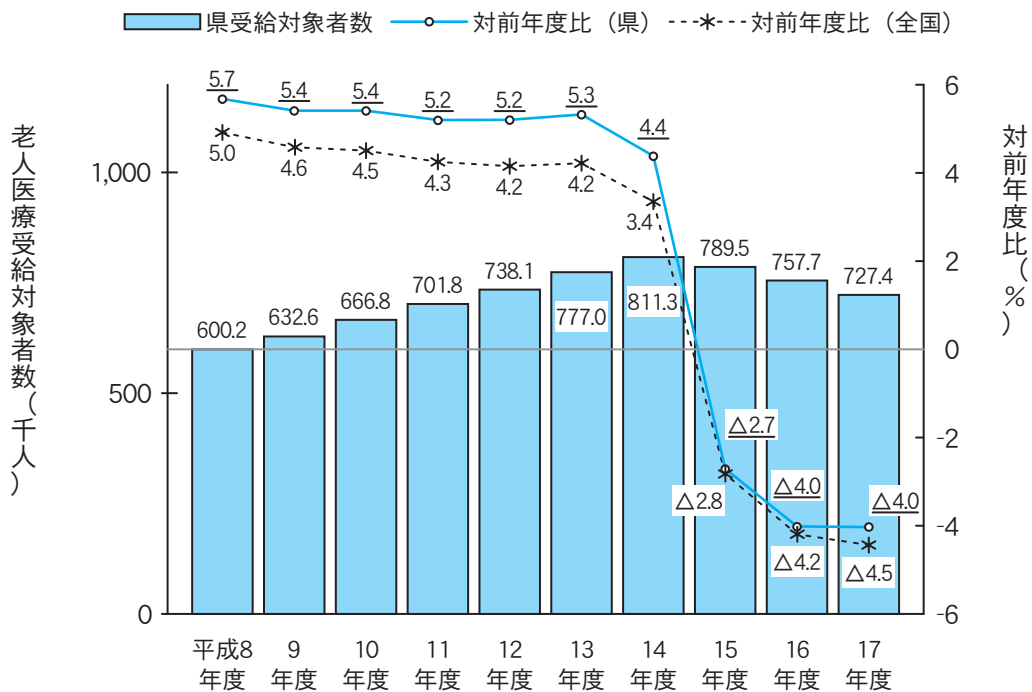


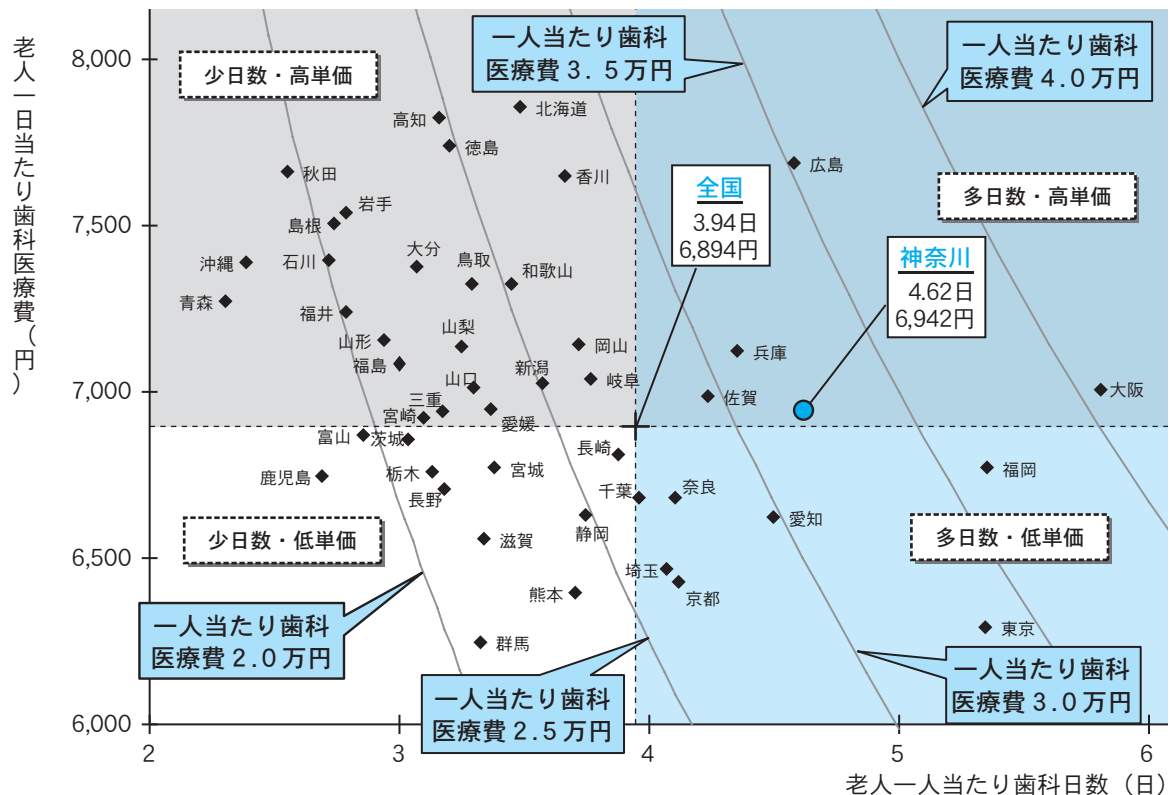
表6 県における老人一人当たり医療費と医療費の3要素の推移(※1)

		平成8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
一人当たり医療費(円)(※2)	入院	332,392	330,554	335,822	334,269	310,907	305,636	299,412	307,286	316,032	335,854
	入院外	330,094	334,849	333,183	348,917	358,538	362,625	347,827	350,795	361,760	382,076
	歯科	27,908	28,747	30,166	32,325	33,798	34,515	33,803	32,574	32,158	32,082
	老人保健施設療養費	10,388	12,889	16,690	23,462	2,321	14	-	-	-	-
	老人訪問看護費用額 医療費の支給等	2,477	3,523	4,633	6,223	1,361	892	809	757	946	1,108
	8,609	7,986	7,954	8,265	8,724	9,035	9,250	9,719	10,847	11,814	
受診率(100人当たり件数)	入院	76.25	74.43	75.31	73.69	67.27	65.59	64.64	64.81	66.66	70.16
	入院外	1,504.28	1,522.00	1,576.51	1,610.90	1,644.50	1,652.22	1,632.13	1,645.75	1,664.22	1,686.89
	歯科	139.55	145.13	151.24	159.87	166.43	169.22	175.81	180.26	185.23	190.26
一件当たり日数(日)	入院	20.21	20.03	19.53	19.32	18.20	17.92	17.51	17.35	17.30	17.30
	入院外	2.84	2.69	2.57	2.55	2.47	2.40	2.32	2.26	2.22	2.18
	歯科	2.90	2.80	2.72	2.71	2.67	2.61	2.57	2.54	2.49	2.43
一日当たり医療費(円)	入院	21,569	22,173	22,832	23,475	25,397	26,009	26,448	27,333	27,402	27,672
	入院外	7,732	8,166	8,224	8,503	8,824	9,147	9,199	9,451	9,810	10,376
	歯科	6,902	7,072	7,330	7,461	7,614	7,826	7,484	7,114	6,982	6,942

出典：厚生労働省 老人医療事業年報（各年度）

- ※1 医療費の3要素は、入院（診療費、食事療養費）、入院外（診療費、薬剤の支給）、歯科（診療費、食事療養費）を対象としています。
- ※2 一人当たり医療費は、入院、入院外等ごとに単位未満を四捨五入したため、これらの合計と老人医療事業年報における一人当たり医療費とが一致しない年度があります。

図7 老人一人当たり歯科日数と一日当たり歯科医療費の分布〔都道府県〕



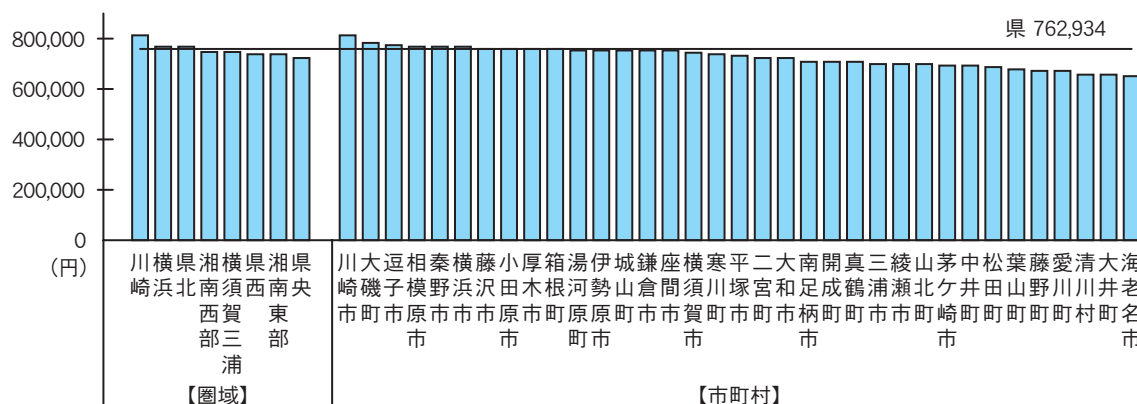
出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

表8 圏域・市町村の分類 (※1)

圏域【二次保健医療圏】	市 町 村
横浜【横浜北部・横浜南部・横浜西部】	横浜市
川崎【川崎北部・川崎南部】	川崎市
横 須 賀 三 浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘 南 東 部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘 南 西 部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県 央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
県 北	相模原市 (城山町、藤野町)
県 西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町

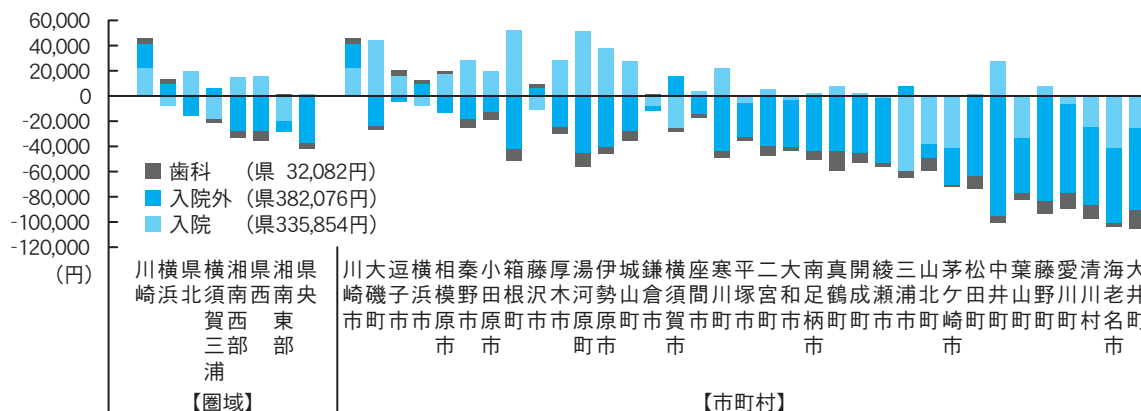
※1 神奈川県では「横浜市」に三つ、「川崎市」に二つの二次保健医療圏を設定していますが、老人医療については市町村単位のデータしかないため、ここでは、横浜・川崎を一つの圏域としてまとめて表示しています。また、旧城山町・藤野町は、出典資料作成の時期により、相模原市から別掲されています。なお、二次保健医療圏の「県北」は平成20年度から「相模原」に名称が変更されていますが、出典資料作成時点の名称を用いています。

図9 老人一人当たり医療費 [県内]



出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

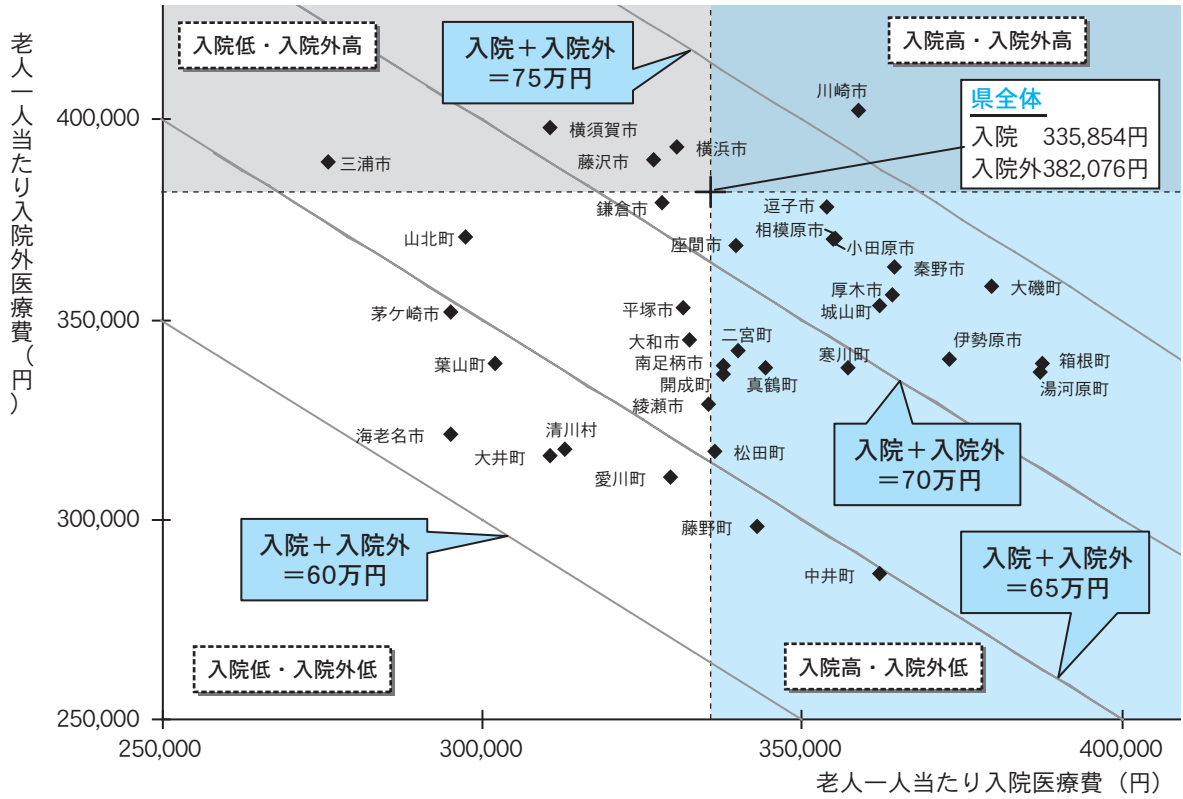
図10 老人一人当たり医療費 [県内：入院・入院外・歯科別の県全体に対する差] (※1)



出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

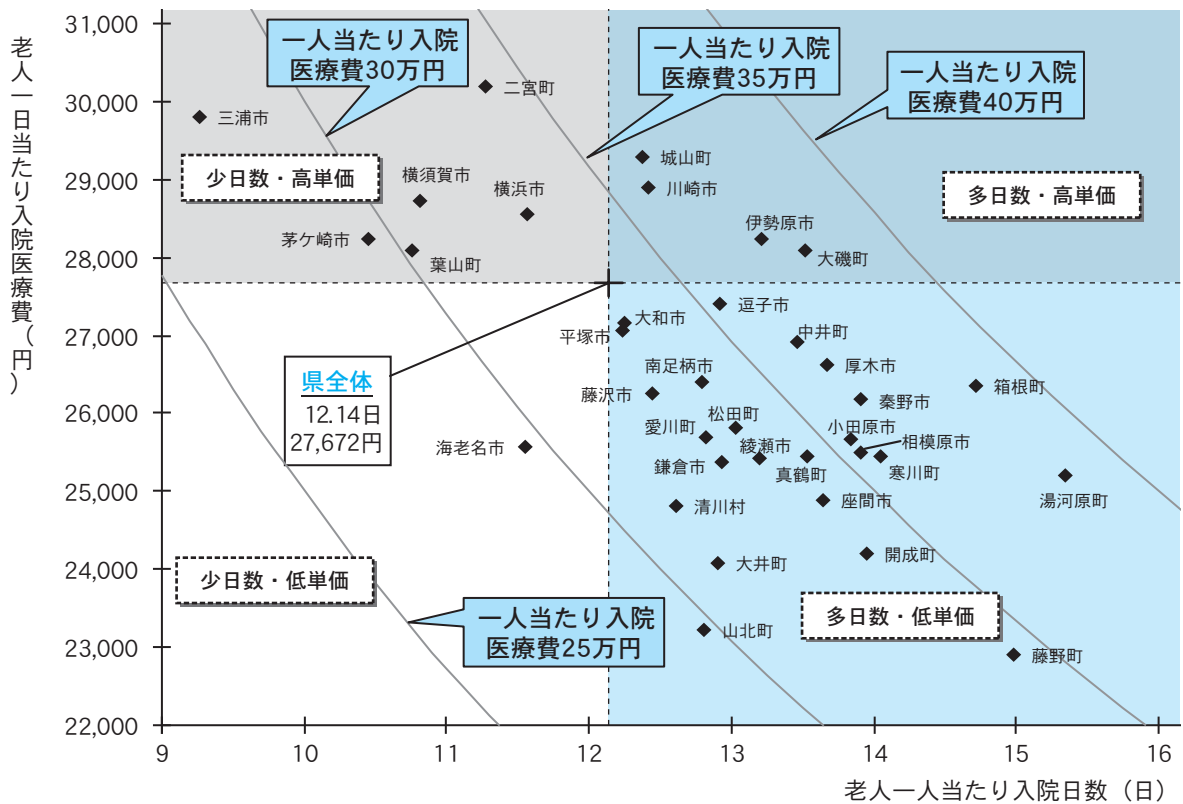
※1 図9では老人訪問看護費や医療費の支給等が含まれていますが、図10では含まれていないため、市町村順位が異なります。

図 1 1 老人一人当たり入院医療費と入院外医療費の分布 [市町村]



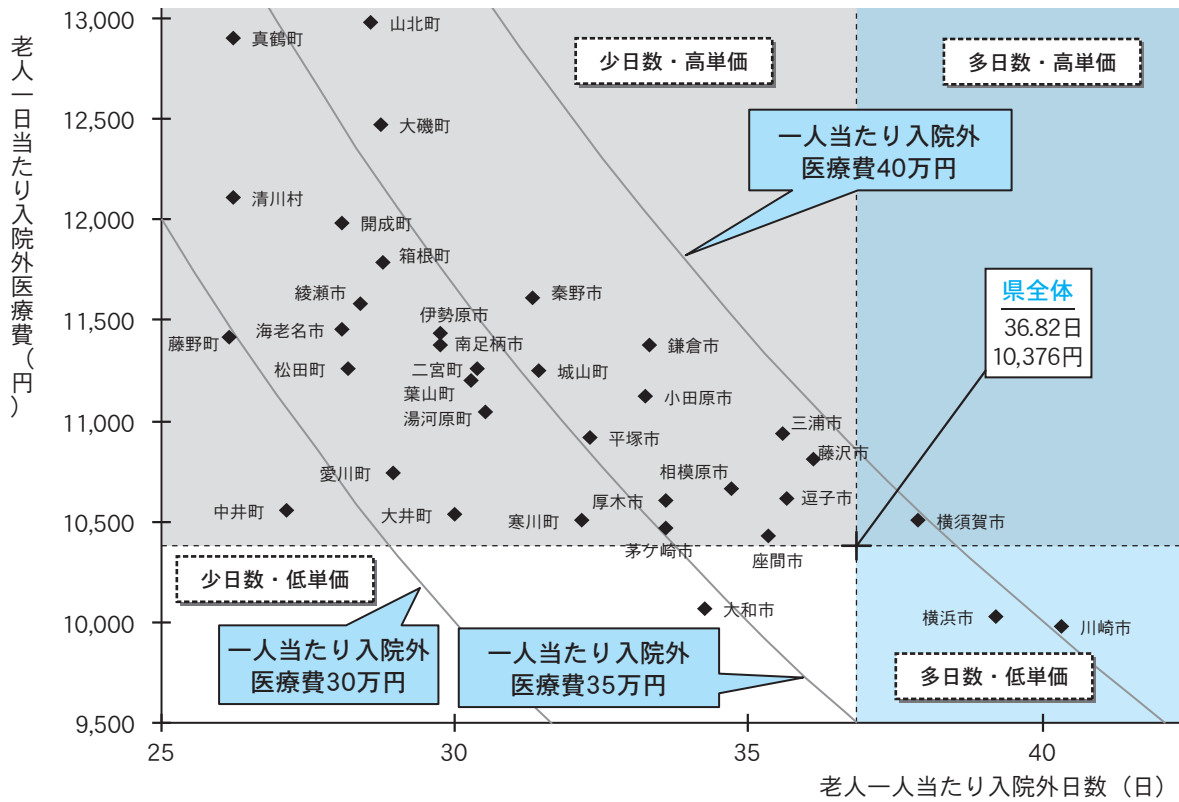
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成17年度）
 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告（平成17年度）

図 1 2 老人一人当たり入院日数と一日当たり入院医療費の分布 [市町村]



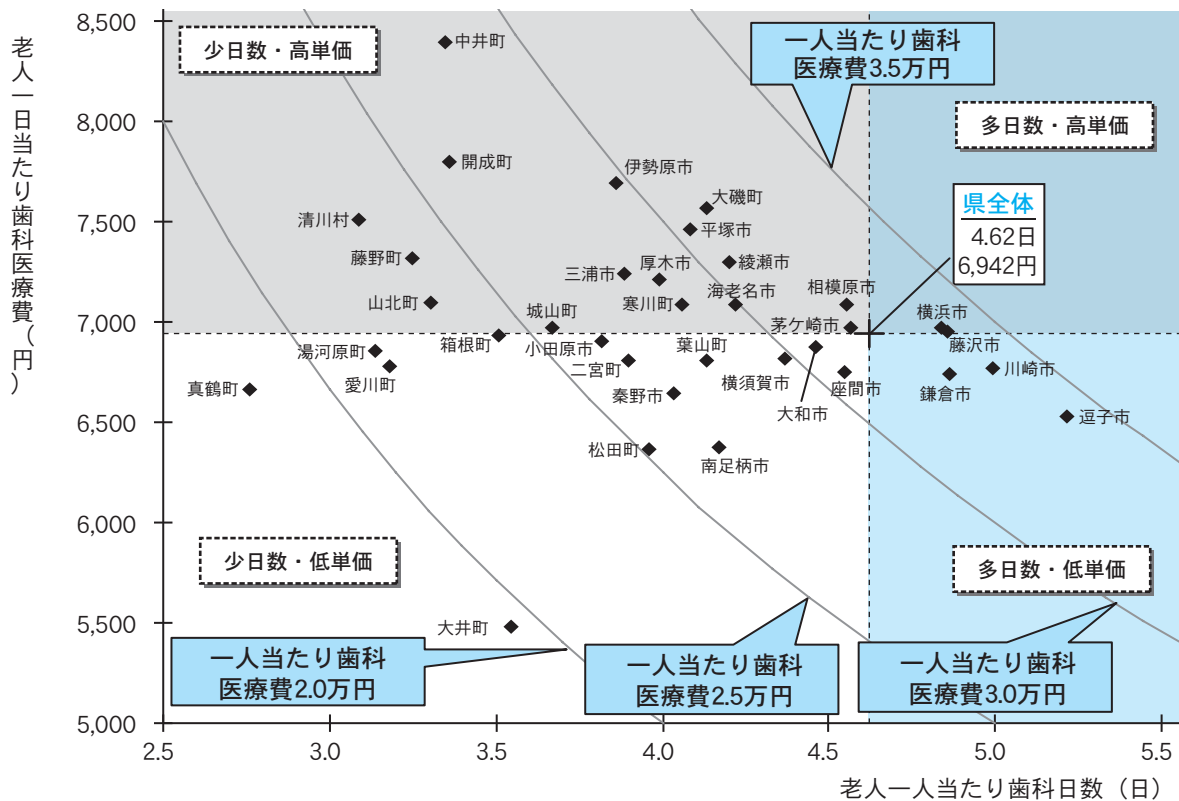
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成17年度）
 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告（平成17年度）

図 1 3 老人一人当たり入院外日数と一日当たり入院外医療費の分布 [市町村]



出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 1 4 老人一人当たり歯科日数と一日当たり歯科医療費の分布 [市町村]



出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

表 15 老人医療費の県内比較 (※1) [圏域・市町村]

	一人当たり 医療費		入院・入院外・歯科							
			一人当たり 医療費		受診率 (100人当たり)		一件当たり日数 (平均)		一日当たり 医療費	
	単位：円	(順位)	単位：円	(順位)	単位：件	(順位)	単位：日	(順位)	単位：円	(順位)
神奈川県	762,934	—	750,012	—	1,947.30	—	2.75	—	13,998	—

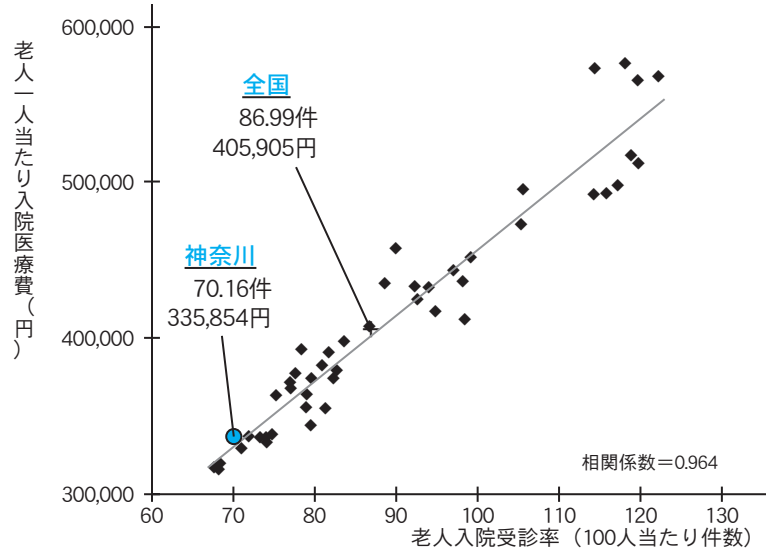
圏 域	横 浜	770,121	(2)	757,322	(2)	2,022.99	(1)	2.75	(5)	13,619	(8)
	川 崎	812,268	(1)	795,033	(1)	2,013.60	(2)	2.87	(2)	13,771	(7)
	横須賀三浦	744,900	(5)	735,068	(4)	1,964.75	(3)	2.64	(6)	14,153	(5)
	湘南東部	737,256	(7)	723,877	(7)	1,955.43	(4)	2.64	(7)	14,046	(6)
	湘南西部	747,576	(4)	732,856	(5)	1,840.45	(5)	2.62	(8)	15,226	(1)
	県 央	720,736	(8)	710,243	(8)	1,732.17	(8)	2.86	(3)	14,348	(3)
	県 北	768,014	(3)	754,100	(3)	1,826.15	(6)	2.89	(1)	14,302	(4)
県 西	740,606	(6)	730,885	(6)	1,744.43	(7)	2.80	(4)	14,989	(2)	

市 町 村	横 浜 市	770,121	(6)	757,322	(4)	2,022.99	(2)	2.75	(15)	13,619	(35)
	川 崎 市	812,268	(1)	795,033	(1)	2,013.60	(3)	2.87	(6)	13,771	(34)
	横 須 賀 市	747,485	(16)	738,599	(15)	1,977.56	(5)	2.68	(21)	13,917	(30)
	平 塚 市	729,595	(18)	714,600	(18)	1,832.70	(14)	2.65	(25)	14,696	(21)
	鎌 倉 市	750,916	(14)	740,085	(14)	1,962.60	(6)	2.60	(27)	14,481	(23)
	藤 沢 市	763,903	(7)	750,643	(9)	1,999.14	(4)	2.67	(22)	14,059	(28)
	小 田 原 市	760,677	(8)	751,358	(7)	1,793.09	(16)	2.84	(8)	14,761	(18)
	茅 ヶ 崎 市	691,779	(27)	678,736	(27)	1,926.49	(7)	2.52	(32)	13,963	(29)
	逗 子 市	777,959	(3)	766,279	(3)	2,024.35	(1)	2.66	(23)	14,248	(25)
	相 模 原 市	771,394	(4)	757,106	(5)	1,837.63	(13)	2.89	(5)	14,241	(26)
	三 浦 市	704,662	(24)	693,499	(25)	1,862.44	(10)	2.62	(26)	14,229	(27)
	秦 野 市	771,017	(5)	754,462	(6)	1,856.07	(11)	2.65	(24)	15,320	(11)
	厚 木 市	759,110	(9)	749,085	(10)	1,765.51	(18)	2.90	(4)	14,615	(22)
	大 和 市	721,072	(20)	708,020	(20)	1,754.25	(19)	2.91	(3)	13,892	(32)
	伊 勢 原 市	755,293	(12)	742,942	(12)	1,840.98	(12)	2.54	(30)	15,871	(4)
	海 老 名 市	654,448	(35)	646,623	(34)	1,699.50	(23)	2.58	(28)	14,750	(19)
	座 間 市	750,147	(15)	738,589	(16)	1,768.15	(17)	3.03	(1)	13,800	(33)
	南 足 柄 市	713,006	(21)	702,768	(21)	1,725.65	(21)	2.71	(19)	15,046	(14)
	綾 瀬 市	702,737	(25)	694,936	(24)	1,627.36	(31)	2.81	(9)	15,177	(13)
	葉 山 町	678,326	(30)	669,177	(30)	1,871.79	(8)	2.41	(35)	14,823	(17)
	寒 川 町	740,823	(17)	724,091	(17)	1,676.33	(26)	3.00	(2)	14,403	(24)
	大 磯 町	781,103	(2)	769,161	(2)	1,865.61	(9)	2.49	(34)	16,584	(1)
	二 宮 町	723,071	(19)	708,764	(19)	1,802.77	(15)	2.53	(31)	15,562	(7)
	中 井 町	691,692	(28)	676,644	(29)	1,622.27	(33)	2.71	(18)	15,399	(10)
	大 井 町	655,789	(34)	645,887	(35)	1,693.28	(24)	2.74	(16)	13,909	(31)
	松 田 町	689,176	(29)	678,424	(28)	1,669.51	(27)	2.70	(20)	15,028	(15)
	山 北 町	698,824	(26)	691,642	(26)	1,603.21	(35)	2.79	(13)	15,480	(8)
	開 成 町	710,754	(22)	700,154	(23)	1,623.80	(32)	2.79	(12)	15,428	(9)
	箱 根 町	758,817	(10)	750,876	(8)	1,653.85	(28)	2.84	(7)	15,984	(3)
	真 鶴 町	709,463	(23)	700,888	(22)	1,707.93	(22)	2.49	(33)	16,490	(2)
	湯 河 原 町	757,171	(11)	745,374	(11)	1,741.34	(20)	2.81	(10)	15,215	(12)
	愛 川 町	670,891	(32)	661,767	(32)	1,645.23	(29)	2.73	(17)	14,726	(20)
	清 川 村	656,922	(33)	653,612	(33)	1,630.05	(30)	2.57	(29)	15,591	(6)
	城 山 町	751,301	(13)	741,214	(13)	1,687.80	(25)	2.81	(11)	15,616	(5)
	藤 野 町	671,157	(31)	665,217	(31)	1,608.82	(34)	2.76	(14)	14,990	(16)

出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成17年度）
 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告（平成17年度）

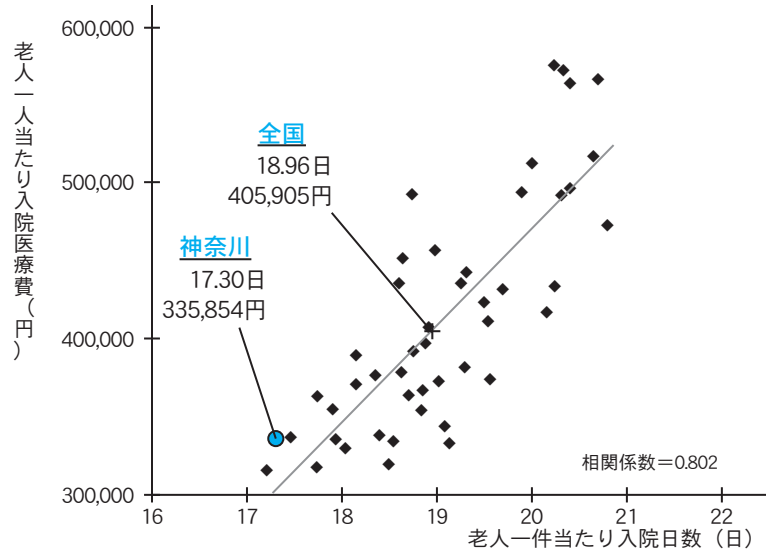
※1 圏域は最大値と最小値、市町村は最大値と最小値の各3位までに網かけをしています。

図 1 6 老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県]



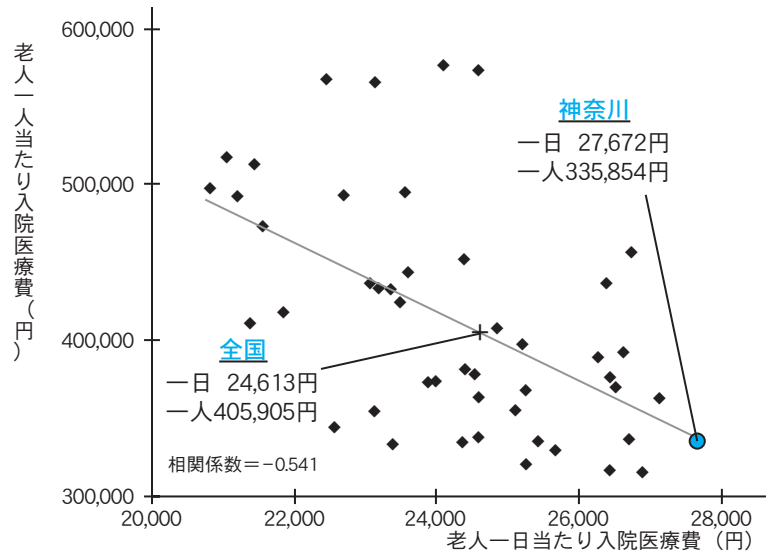
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 1 7 老人一件当たり入院日数と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県]



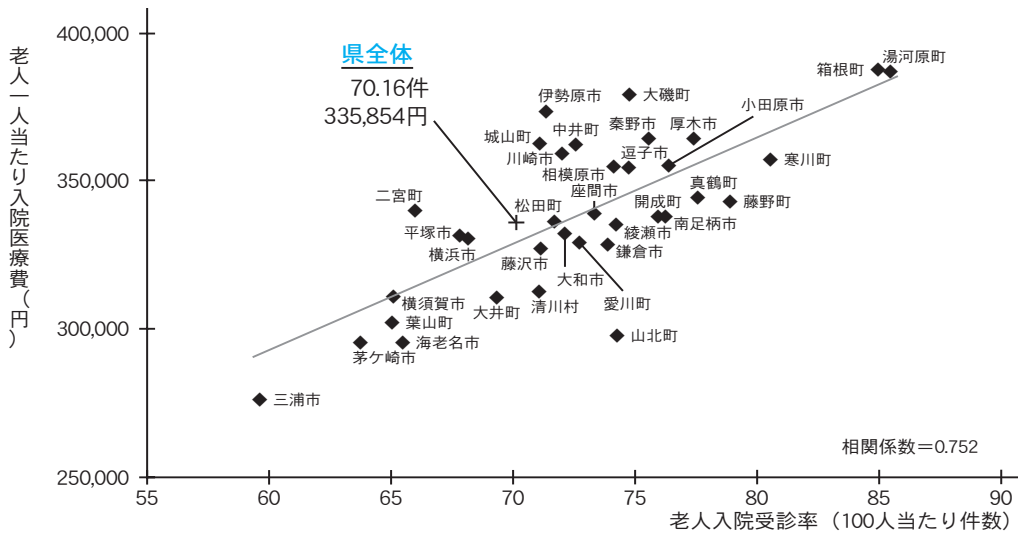
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 1 8 老人一日当たり入院医療費と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県]



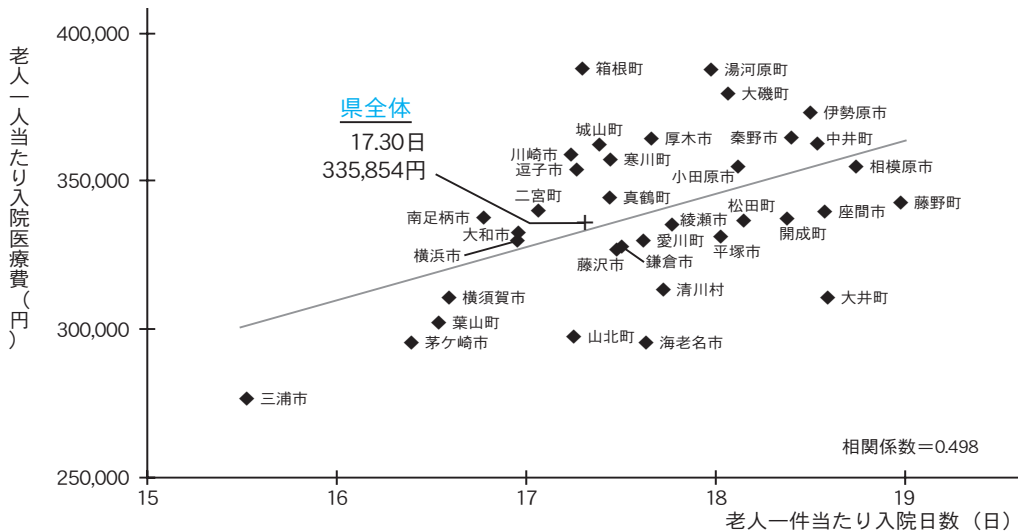
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 1 9 老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係 [市町村]



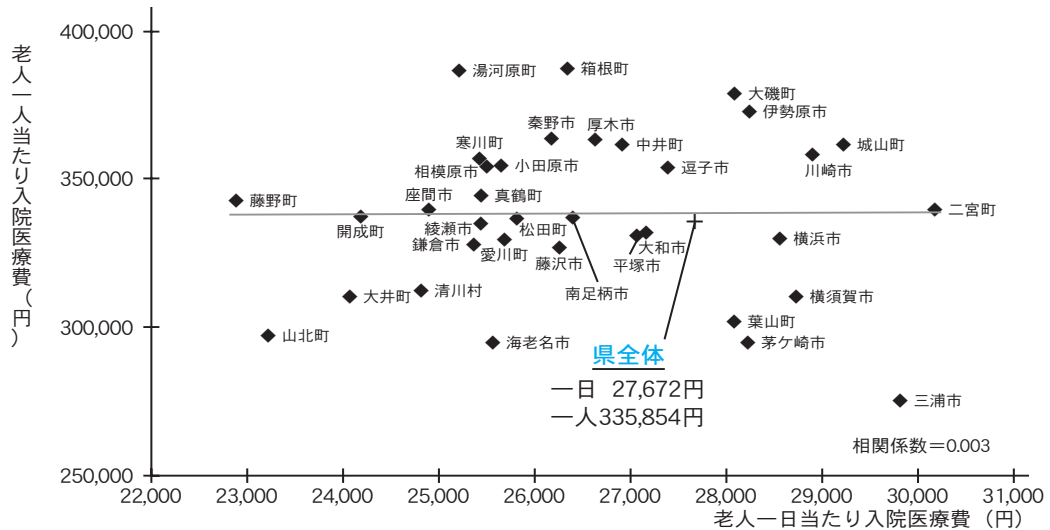
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 2 0 老人一件当たり入院日数と一人当たり入院医療費の関係 [市町村]



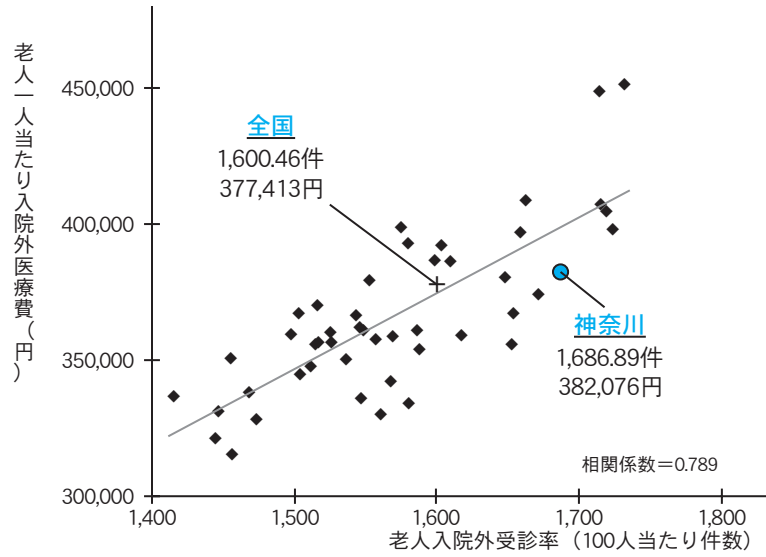
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 2 1 老人一日当たり入院医療費と一人当たり入院医療費の関係 [市町村]



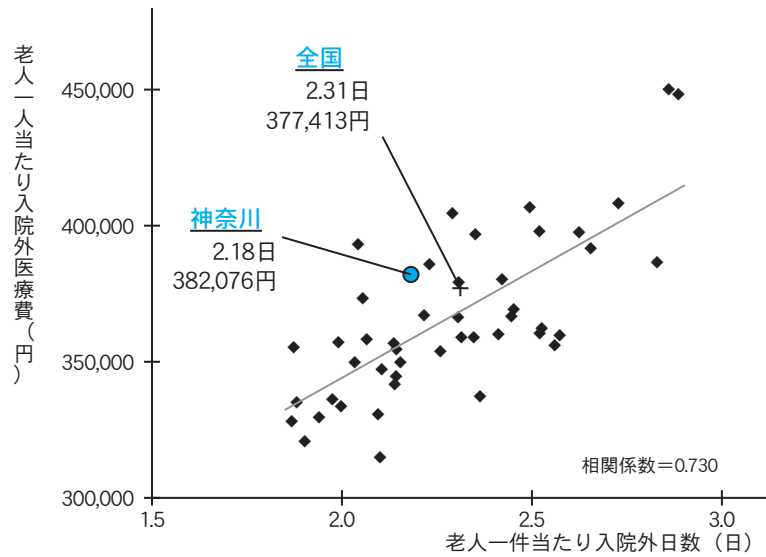
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 2 2 老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県]



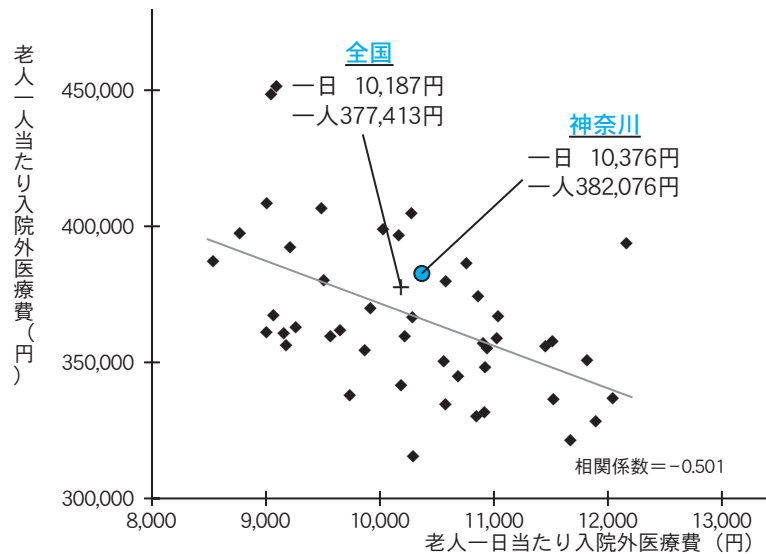
出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図 2 3 老人一件当たり入院外日数と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県]



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図 2 4 老人一日当たり入院外医療費と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県]



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）

図 2 5 老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村]

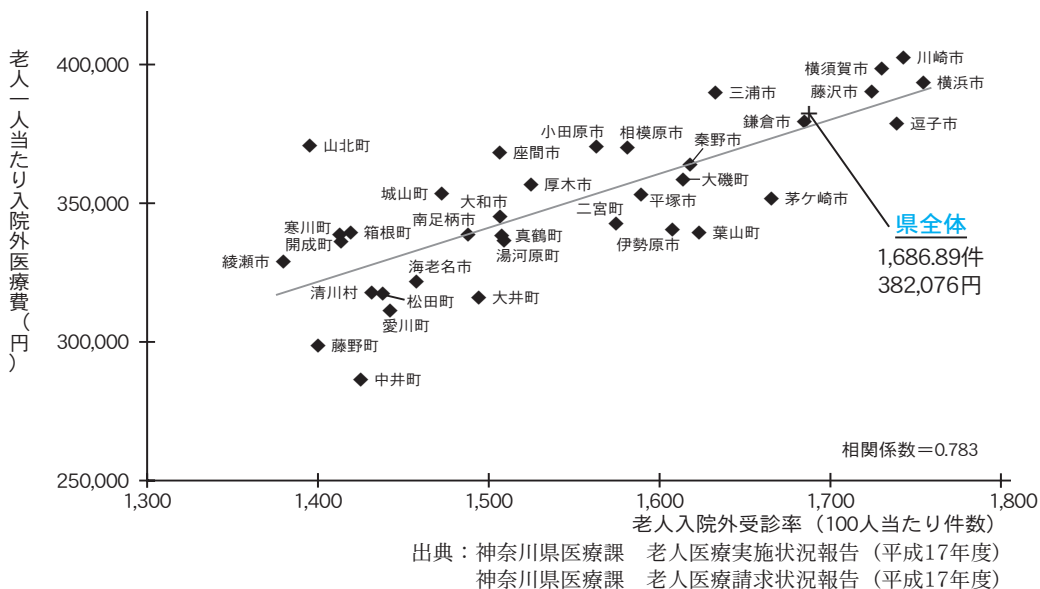


図 2 6 老人一件当たり入院外日数と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村]

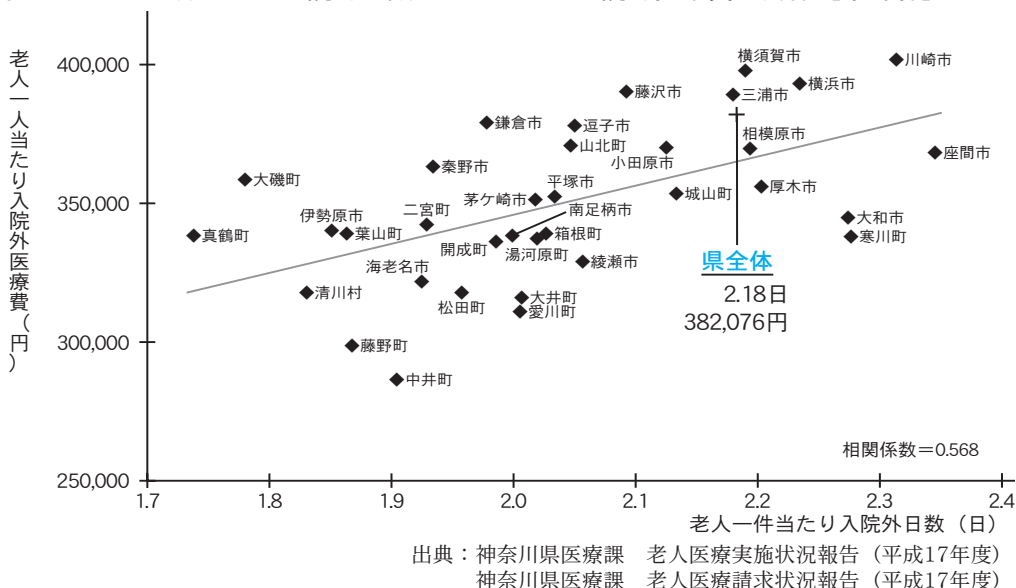


図 2 7 老人一日当たり入院外医療費と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村]

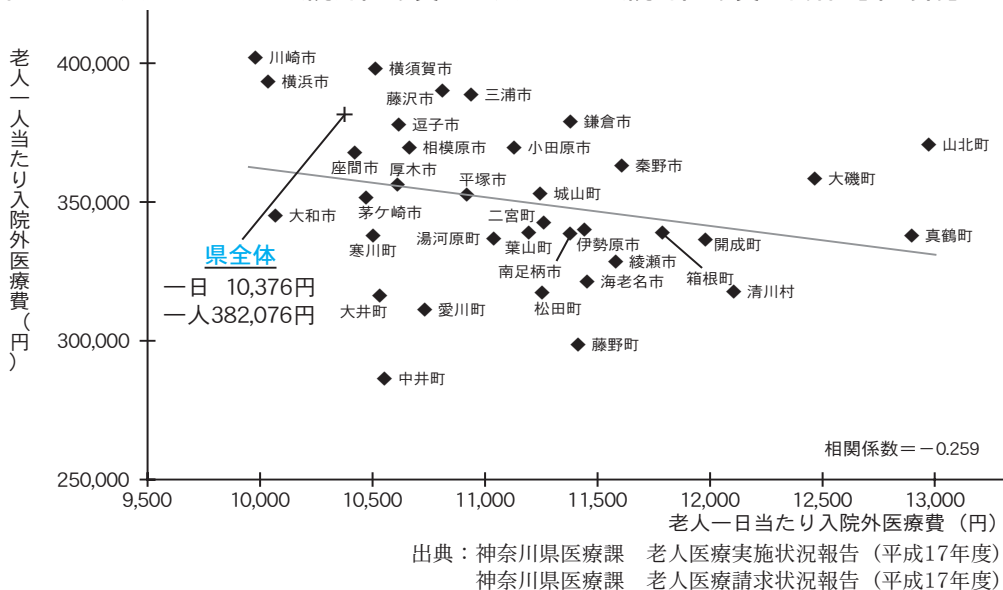
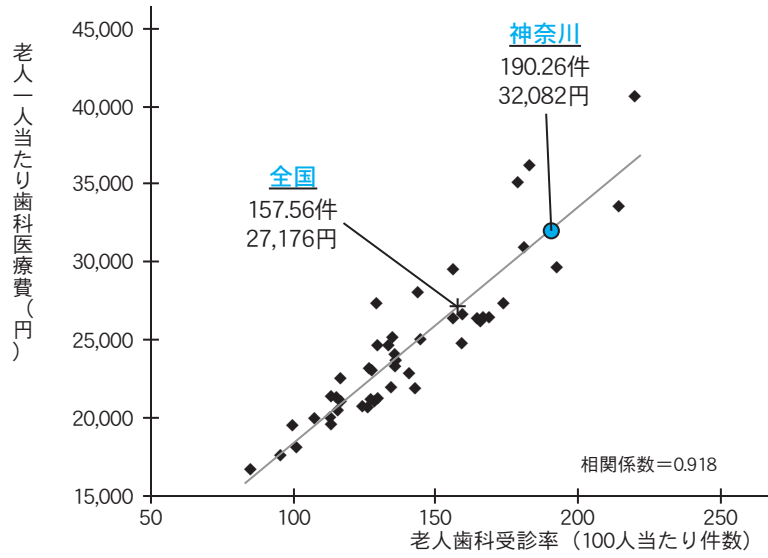
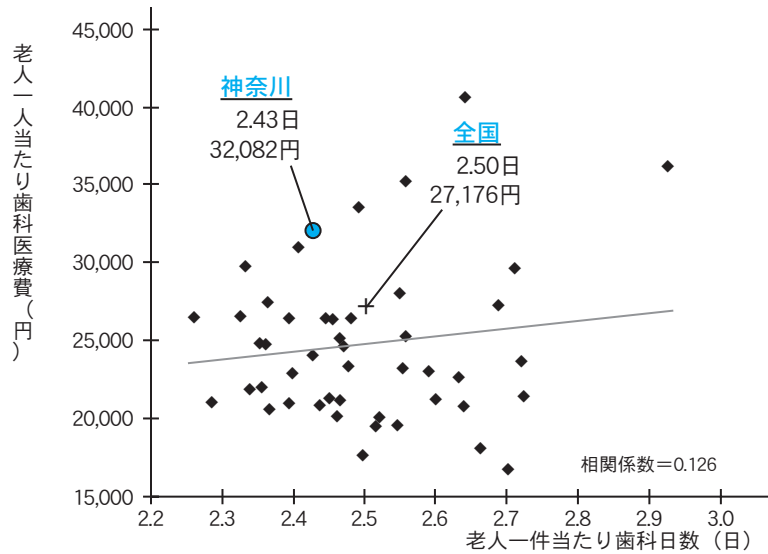


図 2 8 老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県]



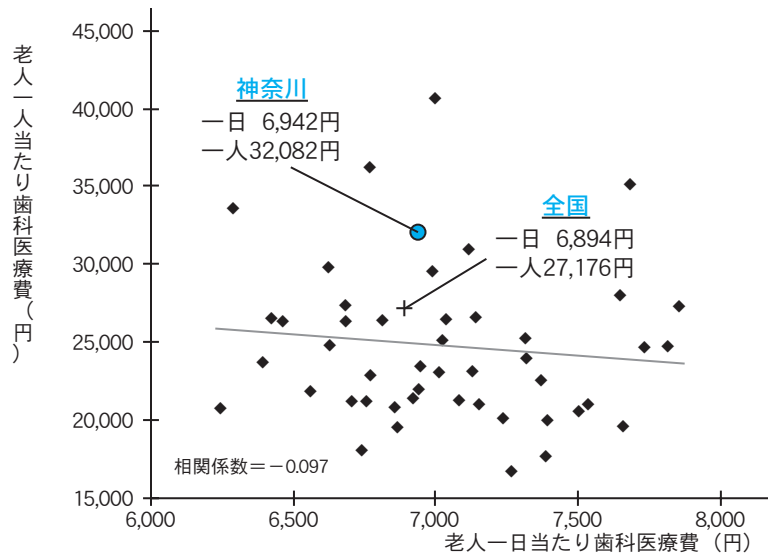
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 2 9 老人一件当たり歯科日数と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県]



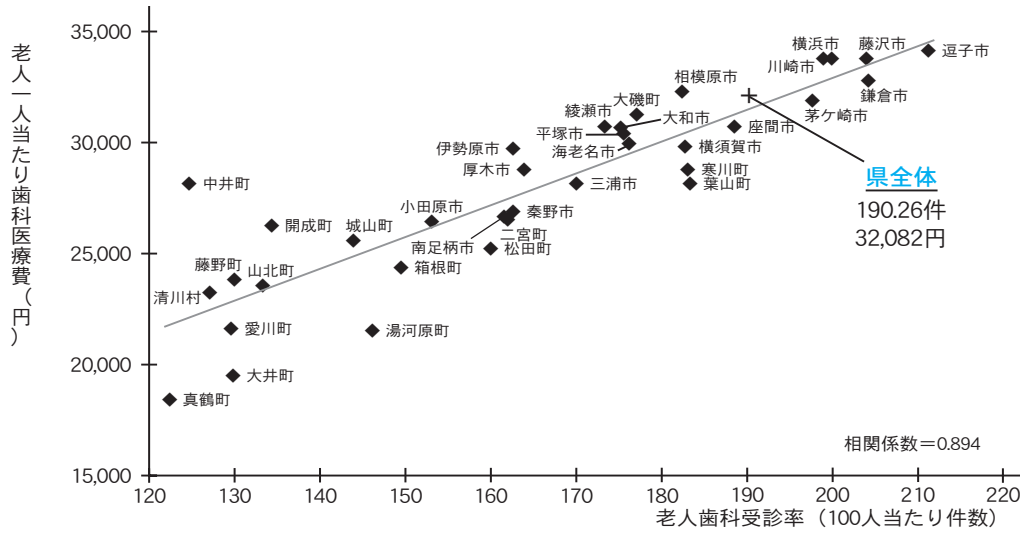
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 3 0 老人一日当たり歯科医療費と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県]



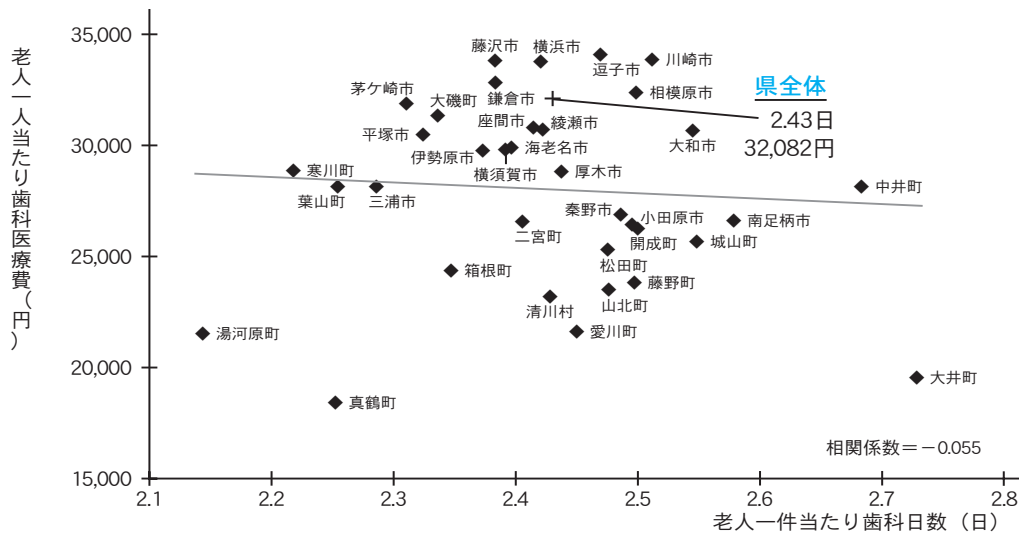
出典：厚生労働省 老人医療事業年報 (平成17年度)

図 3 1 老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村]



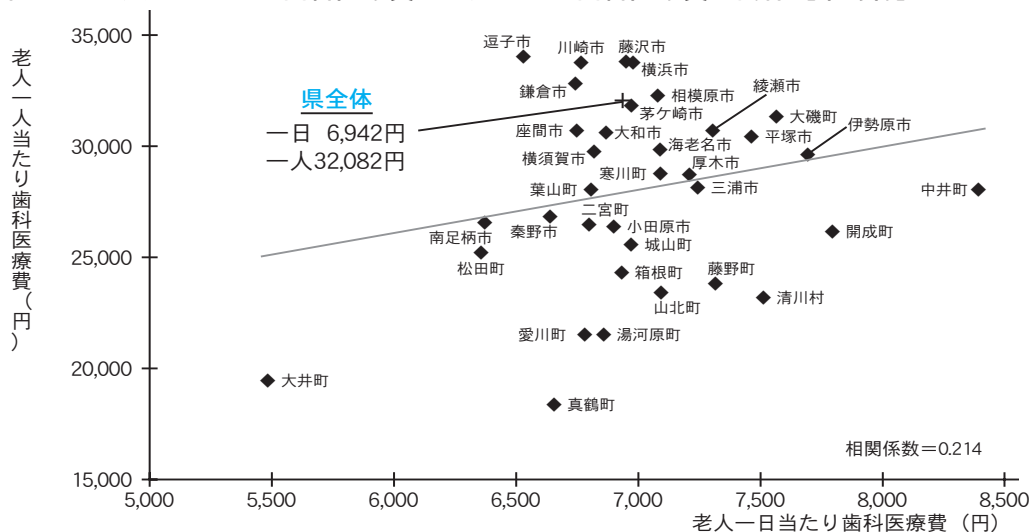
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 3 2 老人一件当たり歯科日数と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村]



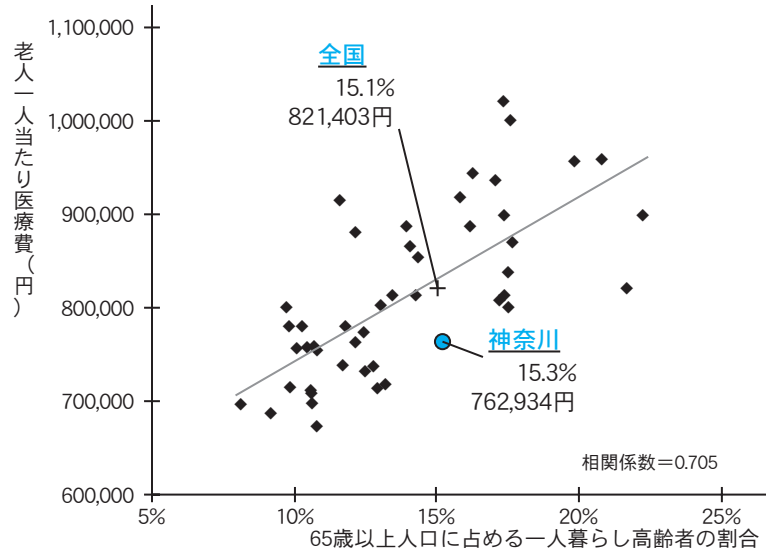
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図 3 3 老人一日当たり歯科医療費と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村]



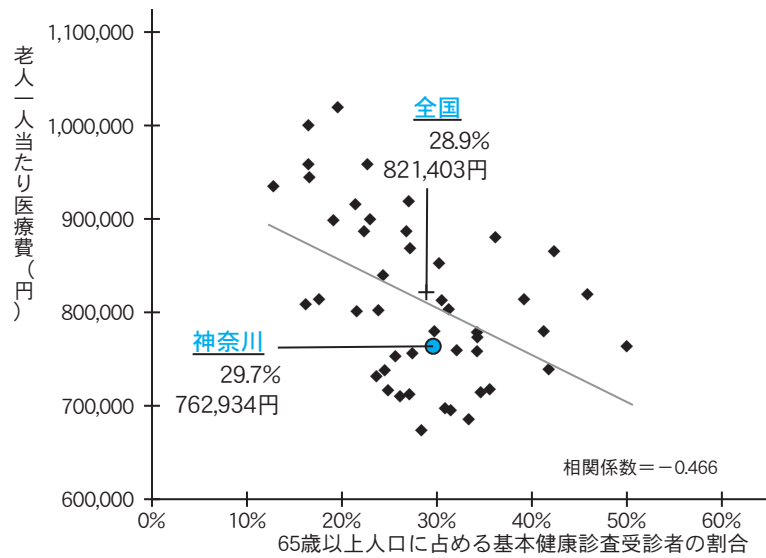
出典：神奈川県医療課 老人医療実施状況報告 (平成17年度)
神奈川県医療課 老人医療請求状況報告 (平成17年度)

図3-4 65歳以上人口に占める一人暮らし高齢者の割合と老人一人当たり医療費の関係 [都道府県]



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）
総務省 国勢調査（平成17年）

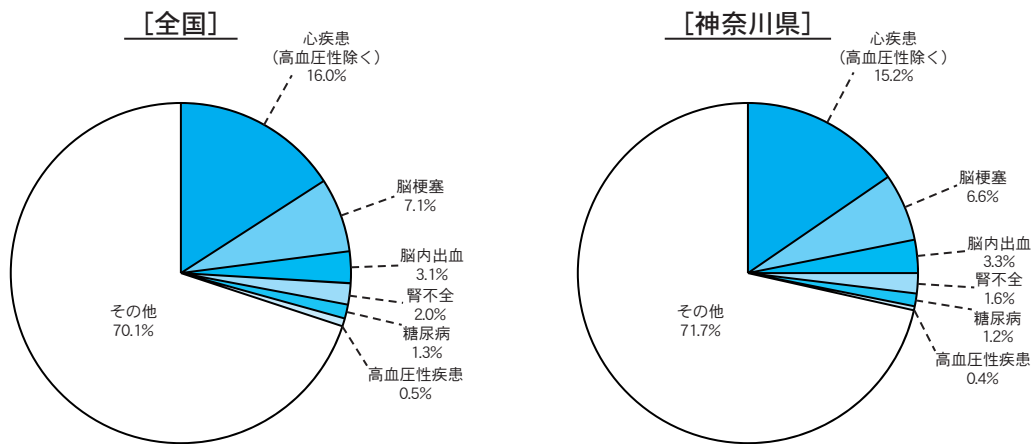
図3-5 65歳以上人口に占める基本健康診査(*)受診者の割合と老人一人当たり医療費の関係 [都道府県]



出典：厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）
厚生労働省 地域保健・老人保健事業報告（平成17年度）
総務省 国勢調査（平成17年）

2 生活習慣病を巡る状況

図3-6 死因簡単分類別死亡率（人口10万人当たり）でみる生活習慣病の割合（※1）（※3）



出典：厚生労働省 人口動態調査（平成18年）（※2）

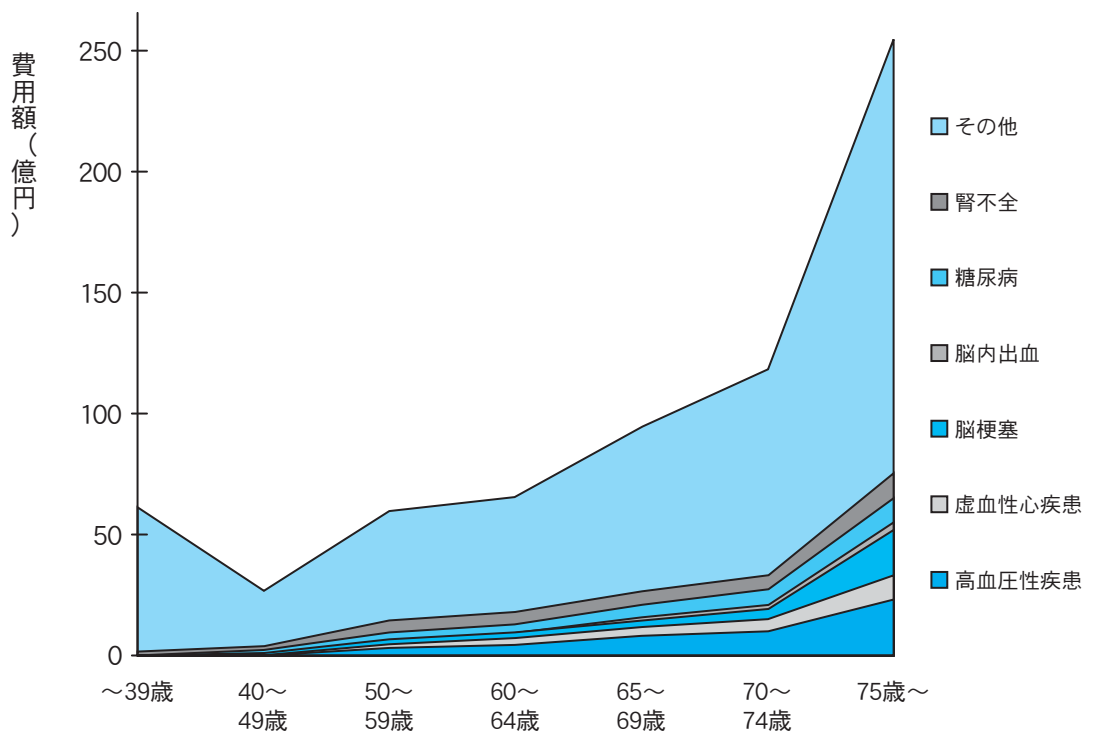
※1 死亡率は次のように計算しています。

$$\text{死亡率} = \frac{\text{年間死亡数}}{\text{10月1日現在人口}} \times 100,000$$

※2 出典である「人口動態調査」の死因簡単分類には虚血性心疾患の分類がないため、虚血性心疾患を含む「心疾患（高血圧性を除く）」の分類を掲載しています。

※3 パーセントの小数第2位を四捨五入したため内訳の計は100%になりません。

図3-7 県の国民健康保険における年齢層別費用額



出典：厚生労働省 医療費適正化計画作成支援ツール：疾病特性・地域特性分析編（神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年5月診療分）

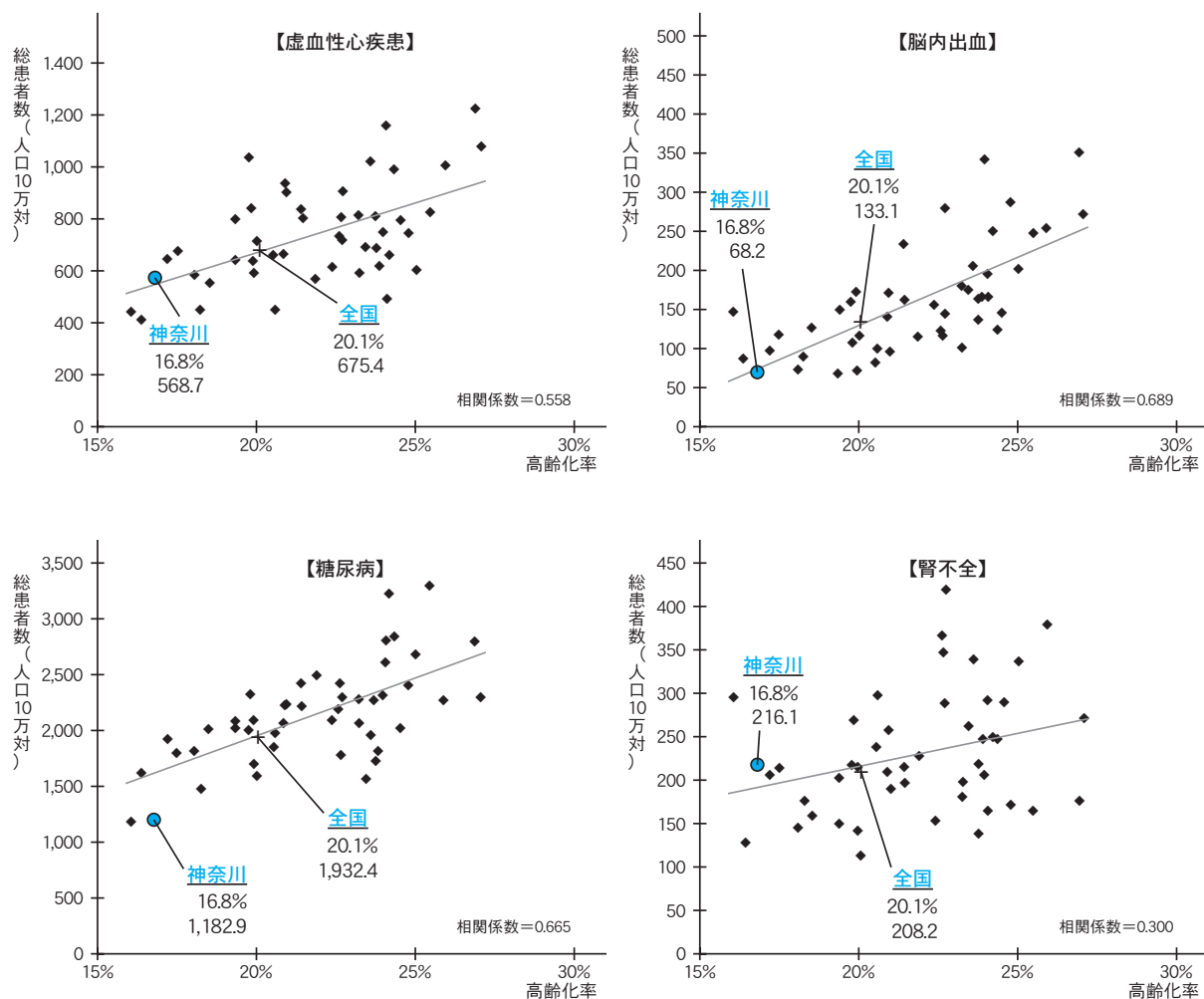
表 3 8 費用額と医療費の3要素の県内比較 [圏域] (※1)

		一人当たり費用額 (円)		受診率(100人当たり件数) (件)		一件当たり日数 (日)		一日当たり費用額 (円)	
		入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外
高血圧性疾患	神奈川県	258	1,446	0.06	11.96	16.35	1.75	26,070	6,909
	横浜	277 ③	1,480 ③	0.06 ⑤	12.18 ③	15.98 ⑤	1.78 ③	29,311 ①	6,812 ⑥
	川崎	254 ⑤	1,346 ⑥	0.06 ④	11.29 ⑥	16.99 ③	1.80 ①	25,118 ③	6,622 ⑧
	横須賀三浦	262 ④	1,686 ②	0.07 ②	13.31 ②	16.35 ④	1.73 ⑤	23,010 ⑥	7,317 ②
	湘南東部	205 ⑦	1,419 ④	0.06 ⑥	12.13 ④	15.85 ⑥	1.76 ④	23,125 ⑤	6,663 ⑦
	湘南西部	157 ⑧	1,375 ⑤	0.03 ⑧	11.78 ⑤	20.04 ①	1.64 ⑧	22,432 ⑦	7,100 ③
	県央	282 ②	1,283 ⑧	0.07 ③	10.35 ⑧	15.50 ⑦	1.69 ⑥	27,476 ②	7,347 ①
	県北	214 ⑥	1,302 ⑦	0.05 ⑦	11.27 ⑦	19.10 ②	1.65 ⑦	21,888 ⑧	7,004 ④
県西	366 ①	1,731 ①	0.11 ①	13.93 ①	14.34 ⑧	1.80 ②	24,251 ④	6,914 ⑤	
虚血性心疾患	神奈川県	547	232	0.08	1.55	9.69	1.58	71,317	9,476
	横浜	515 ⑥	223 ④	0.07 ⑥	1.61 ③	10.13 ④	1.57 ⑤	70,083 ④	8,802 ⑦
	川崎	528 ⑤	166 ⑧	0.07 ⑤	1.31 ⑥	9.46 ⑥	1.62 ③	75,327 ②	7,859 ⑧
	横須賀三浦	797 ①	349 ②	0.13 ①	1.98 ②	8.98 ⑦	1.50 ⑦	66,398 ⑦	11,797 ①
	湘南東部	642 ②	243 ③	0.10 ②	1.54 ④	7.05 ⑧	1.55 ⑥	94,321 ①	10,194 ④
	湘南西部	589 ③	209 ⑥	0.08 ④	1.53 ⑤	10.73 ②	1.49 ⑧	67,495 ⑥	9,179 ⑥
	県央	440 ⑦	204 ⑦	0.06 ⑦	1.23 ⑧	10.35 ③	1.61 ④	72,896 ③	10,365 ③
	県北	439 ⑧	215 ⑤	0.06 ⑧	1.30 ⑦	11.42 ①	1.72 ①	69,509 ⑤	9,655 ⑤
県西	538 ④	373 ①	0.09 ③	2.13 ①	10.04 ⑤	1.64 ②	59,657 ⑧	10,689 ②	
脳梗塞	神奈川県	704	200	0.15	1.42	21.90	1.77	21,433	7,974
	横浜	678 ⑥	217 ③	0.15 ⑦	1.50 ④	21.65 ⑦	1.72 ⑥	21,572 ⑤	8,401 ①
	川崎	728 ④	165 ⑦	0.15 ⑥	1.22 ⑦	22.58 ①	1.93 ①	21,942 ④	6,963 ⑧
	横須賀三浦	650 ⑦	246 ①	0.15 ⑤	1.75 ①	22.26 ③	1.81 ③	19,115 ⑧	7,774 ⑥
	湘南東部	725 ⑤	225 ②	0.16 ③	1.48 ⑤	21.81 ⑤	1.90 ②	20,827 ⑥	8,008 ③
	湘南西部	778 ②	195 ⑤	0.16 ④	1.50 ③	22.26 ④	1.66 ⑧	22,265 ②	7,780 ⑤
	県央	644 ⑧	151 ⑧	0.13 ⑧	1.05 ⑧	22.37 ②	1.71 ⑦	22,217 ③	8,393 ②
	県北	814 ①	170 ⑥	0.17 ②	1.23 ⑥	21.73 ⑥	1.75 ④	22,448 ①	7,922 ④
県西	740 ③	199 ④	0.18 ①	1.53 ②	20.49 ⑧	1.73 ⑤	20,181 ⑦	7,501 ⑦	
脳内出血	神奈川県	264	26	0.05	0.17	23.22	1.91	22,657	7,965
	横浜	237 ⑦	25 ⑥	0.05 ⑧	0.17 ④	22.86 ⑦	1.78 ⑦	22,287 ⑤	8,297 ③
	川崎	335 ①	26 ⑤	0.05 ②	0.17 ⑤	24.01 ②	2.09 ③	25,336 ①	7,308 ⑥
	横須賀三浦	232 ⑧	30 ③	0.05 ⑦	0.21 ②	22.29 ⑧	1.96 ⑤	21,953 ⑥	7,287 ⑦
	湘南東部	253 ⑤	29 ④	0.05 ⑤	0.16 ⑥	23.63 ③	2.25 ①	20,919 ⑦	8,124 ⑤
	湘南西部	250 ⑥	30 ②	0.05 ④	0.22 ①	23.09 ⑤	1.63 ⑧	20,809 ⑧	8,246 ④
	県央	266 ④	25 ⑦	0.05 ⑥	0.14 ⑦	22.93 ⑥	2.12 ②	22,894 ②	8,509 ②
	県北	300 ③	19 ⑧	0.05 ③	0.13 ⑧	24.07 ①	2.08 ④	22,750 ③	7,013 ⑧
県西	314 ②	33 ①	0.06 ①	0.21 ③	23.52 ④	1.82 ⑥	22,644 ④	8,808 ①	
糖尿病	神奈川県	337	611	0.09	3.59	15.63	1.59	25,347	10,729
	横浜	350 ⑤	614 ④	0.09 ⑤	3.65 ⑤	15.68 ⑤	1.58 ④	25,595 ④	10,673 ⑥
	川崎	401 ②	548 ⑧	0.09 ③	3.47 ⑥	16.27 ③	1.62 ③	27,158 ②	9,783 ⑧
	横須賀三浦	364 ③	681 ②	0.10 ②	3.94 ①	16.47 ②	1.56 ⑥	22,016 ⑧	11,067 ②
	湘南東部	262 ⑦	587 ⑥	0.07 ⑦	3.68 ③	15.02 ⑦	1.55 ⑦	25,184 ⑤	10,286 ⑦
	湘南西部	361 ④	655 ③	0.09 ④	3.83 ②	16.53 ①	1.58 ⑤	24,574 ⑥	10,844 ⑤
	県央	266 ⑥	608 ⑤	0.08 ⑥	3.07 ⑧	13.17 ⑧	1.63 ②	26,645 ③	12,139 ①
	県北	222 ⑧	571 ⑦	0.06 ⑧	3.42 ⑦	15.73 ④	1.53 ⑧	23,358 ⑦	10,932 ④
県西	427 ①	685 ①	0.10 ①	3.67 ④	15.10 ⑥	1.71 ①	27,204 ①	10,937 ③	
腎不全	神奈川県	232	888	0.04	0.34	18.34	8.74	31,290	29,623
	横浜	273 ②	1,015 ①	0.05 ③	0.39 ①	18.23 ⑤	8.80 ⑤	32,168 ③	29,438 ⑤
	川崎	204 ④	804 ⑥	0.03 ⑦	0.32 ③	18.39 ③	8.25 ⑦	34,327 ①	30,630 ①
	横須賀三浦	131 ⑧	653 ⑧	0.03 ⑧	0.28 ⑧	16.98 ⑧	7.64 ⑧	26,584 ⑧	30,043 ②
	湘南東部	269 ③	945 ②	0.05 ①	0.35 ②	19.71 ①	9.23 ③	27,332 ⑦	29,597 ④
	湘南西部	284 ①	778 ⑦	0.05 ②	0.31 ④	17.81 ⑥	8.51 ⑥	33,056 ②	29,083 ⑧
	県央	201 ⑤	818 ⑤	0.03 ⑤	0.31 ⑦	18.38 ④	8.97 ④	31,300 ④	29,707 ③
	県北	197 ⑥	867 ③	0.03 ⑥	0.31 ⑤	19.43 ②	9.57 ①	30,305 ⑤	29,221 ⑦
県西	178 ⑦	833 ④	0.04 ④	0.31 ⑥	17.64 ⑦	9.24 ②	28,792 ⑥	29,321 ⑥	

出典：厚生労働省 医療費適正化計画作成支援ツール：疾病特性・地域特性分析編 (神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年5月診療分)

※1 丸数字は、疾病ごとにみた各圏域の順位です。最大値(1位)と最小値(8位)に網かけをしています。

図39 高齢化率と総患者数（人口10万人当たり）の関係〔都道府県〕



出典：厚生労働省 患者調査（平成17年）
総務省 国勢調査（平成17年）

表 4 0 県の国民健康保険における合併症の状況（※1）

		合 併 症												
		虚血性心疾患等	脳血管疾患	腎疾患	動脈硬化	及糖 び尿 併症 病	(再掲)糖尿病合併症				及高 血圧 性疾 患 併症	高脂血症 (※2)	高尿酸血症	肝疾患
							透 析	腎 障 害	網 膜 症 等	神 経 障 害				
主 傷 病	虚血性心疾患等	—	15.0%	3.3%	9.7%	34.1%	0.1%	2.0%	1.1%	1.7%	67.4%	42.7%	10.1%	4.6%
	脳血管疾患	35.5%	—	2.0%	8.7%	29.9%	0.0%	1.9%	1.3%	1.8%	60.9%	36.5%	7.7%	3.6%
	腎疾患	49.5%	12.7%	—	12.5%	42.4%	1.8%	6.2%	3.9%	3.5%	75.1%	28.5%	28.0%	1.8%
	動脈硬化	37.3%	14.1%	3.2%	—	30.7%	0.1%	2.9%	2.5%	3.0%	50.5%	37.1%	7.7%	4.2%
	糖尿病及び合併症	32.9%	12.2%	2.7%	7.7%	—	—	—	—	—	58.4%	46.1%	9.1%	6.5%
	高血圧性疾患及び合併症	34.4%	13.1%	2.5%	6.7%	30.8%	0.1%	1.7%	1.0%	1.5%	—	43.0%	9.4%	4.7%
	高脂血症	32.3%	11.6%	1.4%	7.3%	36.1%	0.0%	2.2%	1.2%	1.9%	63.9%	—	10.4%	7.1%
	高尿酸血症	39.2%	12.6%	7.1%	7.7%	36.5%	0.1%	2.8%	1.0%	1.4%	71.7%	53.0%	—	7.7%
	肝疾患	31.2%	10.5%	0.8%	7.5%	46.0%	0.0%	3.7%	2.2%	3.0%	62.7%	64.1%	13.6%	—

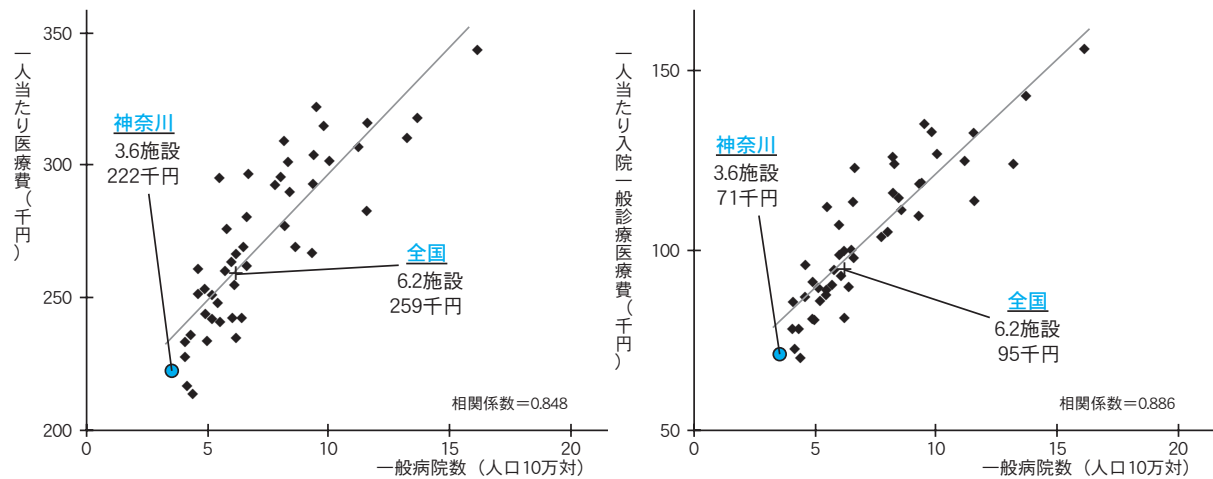
出典：生活習慣病の種類毎の合併症の状況分析
(神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年11月診療分)

※1 表40では、出典である「生活習慣病の種類毎の合併症の状況分析」で掲載されている疾病を全て生活習慣病として掲載しています。この表は、例えば、虚血性心疾患等が主傷病の患者のうち、脳血管疾患を合併症として持っている患者が15.0%、腎疾患を合併症として持っている患者が3.3%いると見ることができます。複数の疾病を合併症として持つ場合があるので、それぞれの行の合計は100%にはなりません。それぞれの主傷病に対する合併症の上位3位までに網かけをしています。

※2 日本動脈硬化学会が平成19年4月に公表した「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版」では「高脂血症」を「脂質異常症」に置き換えており、平成19年10月には日本医学会医学用語管理委員会が医学用語辞典の変更を行っております。

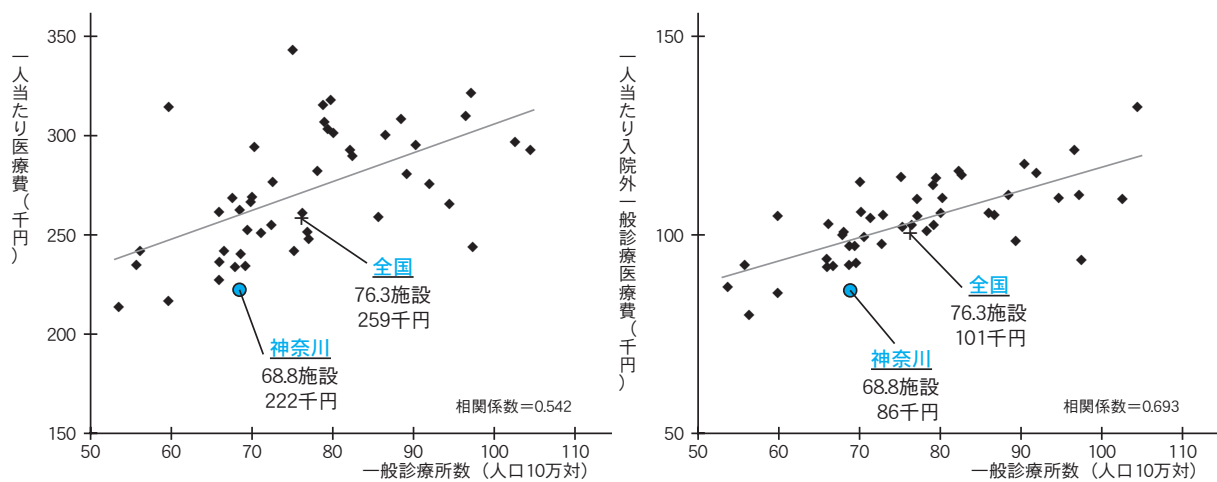
3 医療の提供体制を巡る状況

図 4 1 一般病院数（人口10万人当たり）と一人当たり医療費の関係〔都道府県〕（全体／入院）



出典：厚生労働省 医療施設調査（平成17年）
厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

図 4 2 一般診療所数（人口10万人当たり）と一人当たり医療費の関係〔都道府県〕（全体／入院外）



出典：厚生労働省 医療施設調査（平成17年）
厚生労働省 国民医療費（平成17年度）

表 4 3 平均在院日数の推移 (※1)

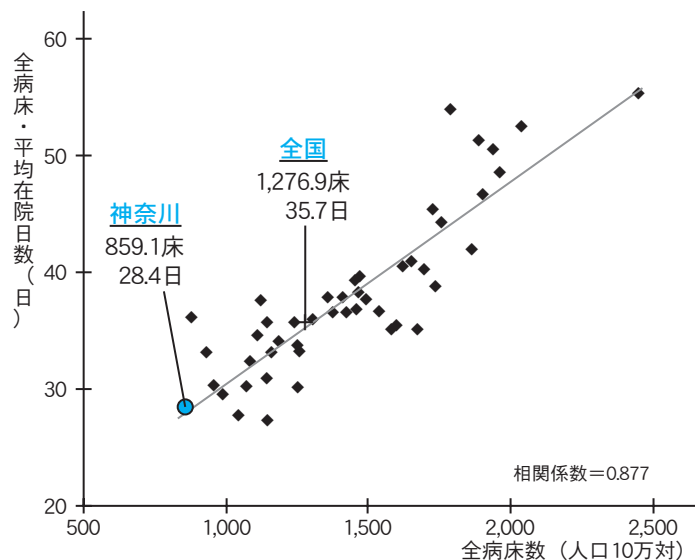
(単位：日)

		平成 11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年
全病床	全 国	39.8	39.1	38.7	37.5	36.4	36.3	35.7
	神奈川	32.2	31.5	30.9	29.9	29.1	28.9	28.4
一 般 病 床	全 国	27.2	24.8	23.5	22.2	20.7	20.2	19.8
	神奈川	24.8	23.0	21.6	20.2	18.9	18.2	17.8
療 養 病 床	全 国	165.3	171.6	183.7	179.1	172.3	172.6	172.8
	神奈川	188.2	207.6	240.8	249.4	231.1	223.8	220.2
精 神 病 床	全 国	390.1	376.5	373.9	363.7	348.7	338.0	327.2
	神奈川	327.0	324.6	314.8	309.8	292.1	285.5	270.1

出典：厚生労働省 病院報告（各年）

※1 病床の種類の分類方法を現行の方法で整理しているため、各年の報告書と不一致の部分があります。療養病床については、平成11、12年は療養型病床群、平成13、14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値です。一般病床については、平成11、12年はその他の病床（療養型病床群を除く）、平成13、14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く）の数値です。

図 4 4 全病床数（人口10万人当たり）と平均在院日数の関係 [都道府県]



出典：厚生労働省 病院報告（平成17年）
厚生労働省 医療施設調査（平成17年）

4 基礎データ

	都道府県民医療費				老人医療費							
	総医療費 (億円)	一人当たり 医療費 (千円)	一人当たり 入院一 般診療医 療費 (千円)	一人当たり 入院外 一般診療 医療費 (千円)	老人一人当たり医療費 (円)				老人受診率(100人当たり件数) (件)			
					全 体	入 院	入院外	歯 科	入 院	入院外	歯 科	
全 国	331,289	259	95	101	821,403	405,905	377,413	27,176	86.99	1,600.46	157.56	
北海道	17,729	315	133	105	1,001,110	572,884	393,057	27,353	114.49	1,579.72	129.54	
青 森	3,863	269	100	100	736,947	354,888	358,903	16,745	81.49	1,617.11	85.25	
岩 手	3,631	262	98	94	698,074	343,674	329,841	20,993	79.72	1,560.71	116.28	
宮 城	5,721	242	86	92	757,851	355,263	373,914	22,917	79.03	1,671.51	141.02	
秋 田	3,377	295	112	100	754,065	373,920	355,698	19,570	79.70	1,652.54	100.30	
山 形	3,177	261	96	102	695,675	335,405	334,041	21,050	73.53	1,580.38	128.61	
福 島	5,508	263	99	97	758,368	373,767	357,185	21,252	82.28	1,557.08	115.32	
茨 城	6,989	235	81	93	715,446	338,340	350,285	20,829	74.78	1,455.36	124.57	
栃 木	4,719	234	81	101	711,800	332,537	350,037	21,180	74.32	1,536.14	127.19	
群 馬	4,890	242	90	102	739,639	378,807	331,225	20,756	82.85	1,446.65	125.84	
埼 玉	15,064	214	71	87	773,832	367,742	367,024	26,341	77.20	1,502.42	165.82	
千 葉	13,163	217	73	85	713,452	329,257	347,850	26,439	71.15	1,511.05	165.12	
東 京	30,709	244	81	94	819,834	363,097	404,634	33,647	75.39	1,718.28	214.47	
神奈川	19,524	222	71	86	762,934	335,854	382,076	32,082	70.16	1,686.89	190.26	
新 潟	6,154	253	91	93	686,532	319,738	335,797	25,085	68.42	1,547.33	144.81	
富 山	2,988	269	111	106	779,596	432,668	315,438	19,600	94.05	1,456.19	113.35	
石 川	3,256	277	116	105	880,608	495,582	355,280	20,077	105.65	1,513.74	107.69	
福 井	2,190	267	110	114	800,434	433,658	337,860	20,165	92.39	1,468.97	113.13	
山 梨	2,258	255	93	98	732,378	364,014	336,703	23,152	79.09	1,415.84	127.07	
長 野	5,297	241	89	92	672,853	316,001	328,160	21,321	68.34	1,473.16	129.59	
岐 阜	5,281	251	87	104	755,321	337,030	379,331	26,488	72.22	1,553.19	166.40	
静 岡	8,864	234	78	97	709,284	317,709	358,406	24,844	67.73	1,569.10	159.14	
愛 知	17,155	236	78	103	812,369	371,320	396,787	29,783	77.22	1,658.13	192.45	
三 重	4,639	248	88	105	717,386	334,805	354,404	22,017	74.10	1,587.45	134.48	
滋 賀	3,143	228	86	92	779,963	392,391	356,567	21,909	78.54	1,526.06	142.66	
京 都	7,039	266	100	109	898,709	457,008	398,361	26,478	90.10	1,574.67	168.43	
大 阪	24,347	276	95	116	957,743	436,184	448,270	40,677	88.78	1,714.17	219.88	
兵 庫	14,533	260	91	106	838,112	390,278	406,670	30,995	81.86	1,715.23	180.79	
奈 良	3,564	251	90	109	802,521	377,066	386,239	27,415	77.72	1,609.61	173.45	
和歌山	3,038	293	104	133	807,744	382,128	379,985	25,225	81.10	1,648.66	134.68	
鳥 取	1,706	281	114	98	779,529	407,748	344,643	24,098	86.77	1,504.08	135.61	
島 根	2,205	297	123	109	763,848	398,020	342,119	20,553	83.66	1,567.87	115.70	
岡 山	5,684	290	115	115	853,358	452,016	369,383	26,577	99.40	1,516.36	159.87	
広 島	8,512	296	105	118	935,563	443,214	450,673	35,217	97.20	1,732.11	179.04	
山 口	4,615	309	126	110	869,150	473,355	367,097	23,109	105.57	1,652.98	127.21	
徳 島	2,508	310	124	121	813,568	417,815	362,416	24,749	94.90	1,545.89	129.53	
香 川	3,075	304	119	114	865,827	437,003	391,758	28,037	98.35	1,602.73	143.70	
愛 媛	4,305	293	118	116	813,630	424,795	360,778	23,378	92.76	1,586.16	135.79	
高 知	2,736	344	156	115	958,267	568,231	359,280	24,723	122.38	1,496.93	133.79	
福 岡	15,205	301	124	105	1,019,650	565,356	408,375	36,215	119.79	1,662.50	182.82	
佐 賀	2,657	307	125	103	915,370	492,578	386,550	29,618	114.39	1,599.07	156.27	
長 崎	4,756	322	135	110	944,440	513,333	397,499	26,419	119.73	1,723.77	156.17	
熊 本	5,561	302	127	109	887,101	498,177	360,221	23,686	117.29	1,525.69	136.15	
大 分	3,822	316	133	113	887,601	493,304	366,649	22,635	115.93	1,542.94	116.67	
宮 崎	3,262	283	114	101	800,823	411,838	360,892	21,427	98.57	1,548.47	113.59	
鹿児島	5,575	318	143	106	899,530	517,829	356,311	18,129	118.99	1,516.22	100.88	
沖 縄	3,292	242	107	80	918,828	576,575	321,060	17,620	118.15	1,445.11	95.44	
掲載 図表	本 編	表1-5	表1-5 図2-2 図2-36	図2-37 図2-42		表1-5 図2-7	図2-8 図2-9 図2-12	図2-8 図2-9 図2-13	図2-8 図2-14	図2-12	図2-13	図2-14
	資料編	図1	図4 図41 図42	図3 図41	図3 図42	図34 図35	図16 図17 図18	図22 図23 図24	図28 図29 図30	図16	図22	図28
出 典	厚生労働省 国民医療費（平成17年度）					厚生労働省 老人医療事業年報（平成17年度）						

	老人医療費									高齢者数の 伸び(倍)	高齢化率	
	老人一件当たり日数(日)			老人一日当たり医療費(円)			老人一人当たり日数(日)					
	入院	入院外	歯科	入院	入院外	歯科	入院	入院外	歯科			
全国	18.96	2.31	2.50	24,613	10,187	6,894	16.49	37.05	3.94	1.31	20.1%	
北海道	20.34	2.04	2.69	24,598	12,175	7,856	23.29	32.28	3.48	1.29	21.4%	
青森	18.83	2.32	2.70	23,129	9,578	7,271	15.34	37.47	2.30	1.20	22.7%	
岩手	19.08	1.94	2.40	22,589	10,868	7,538	15.21	30.35	2.78	1.15	24.5%	
宮城	17.91	2.06	2.40	25,095	10,882	6,775	14.16	34.36	3.38	1.26	19.9%	
秋田	19.55	1.88	2.55	23,994	11,470	7,661	15.58	31.01	2.55	1.11	26.9%	
山形	17.94	2.00	2.29	25,425	10,573	7,158	13.19	31.59	2.94	1.10	25.5%	
福島	19.02	1.99	2.60	23,888	11,519	7,086	15.65	31.01	3.00	1.16	22.7%	
茨城	18.40	2.04	2.44	24,587	11,827	6,857	13.76	29.62	3.04	1.34	19.4%	
栃木	19.13	2.16	2.46	23,385	10,565	6,760	14.22	33.13	3.13	1.30	19.4%	
群馬	18.63	2.10	2.64	24,549	10,921	6,249	15.43	30.33	3.32	1.29	20.6%	
埼玉	18.86	2.21	2.46	25,258	11,033	6,469	14.56	33.26	4.07	1.54	16.4%	
千葉	18.03	2.11	2.40	25,659	10,929	6,684	12.83	31.83	3.96	1.50	17.5%	
東京	17.75	2.29	2.49	27,138	10,273	6,295	13.38	39.39	5.34	1.36	18.3%	
神奈川	17.30	2.18	2.43	27,672	10,376	6,942	12.14	36.82	4.62	1.47	16.8%	
新潟	18.50	1.88	2.47	25,259	11,526	7,026	12.66	29.13	3.57	1.17	23.9%	
富山	19.69	2.10	2.52	23,361	10,301	6,871	18.52	30.62	2.85	1.25	23.2%	
石川	19.90	2.14	2.52	23,569	10,944	7,395	21.03	32.46	2.71	1.30	20.9%	
福井	20.24	2.36	2.46	23,188	9,735	7,238	18.70	34.70	2.79	1.20	22.6%	
山梨	18.71	1.98	2.55	24,598	12,037	7,133	14.80	27.97	3.25	1.22	21.9%	
長野	17.20	1.87	2.45	26,876	11,897	6,711	11.76	27.58	3.18	1.19	23.8%	
岐阜	17.47	2.31	2.26	26,705	10,578	7,036	12.62	35.86	3.76	1.28	21.0%	
静岡	17.75	2.07	2.35	26,431	11,035	6,630	12.02	32.48	3.75	1.32	20.5%	
愛知	18.14	2.35	2.34	26,502	10,176	6,625	14.01	38.99	4.50	1.41	17.2%	
三重	18.55	2.26	2.36	24,364	9,872	6,945	13.74	35.90	3.17	1.26	21.5%	
滋賀	18.76	2.14	2.34	26,628	10,909	6,561	14.74	32.68	3.34	1.35	18.1%	
京都	18.98	2.52	2.45	26,725	10,030	6,427	17.10	39.72	4.12	1.33	20.0%	
大阪	18.62	2.89	2.64	26,391	9,064	7,005	16.53	49.45	5.81	1.41	18.5%	
兵庫	18.15	2.50	2.41	26,268	9,492	7,121	14.86	42.84	4.35	1.35	19.8%	
奈良	18.36	2.23	2.37	26,432	10,763	6,682	14.27	35.89	4.10	1.36	19.9%	
和歌山	19.29	2.42	2.56	24,423	9,508	7,322	15.65	39.97	3.44	1.19	24.1%	
鳥取	18.91	2.14	2.43	24,848	10,691	7,322	16.41	32.24	3.29	1.15	24.1%	
島根	18.88	2.14	2.37	25,199	10,188	7,504	15.79	33.58	2.74	1.11	27.1%	
岡山	18.65	2.45	2.33	24,385	9,924	7,144	18.54	37.22	3.72	1.25	22.4%	
広島	19.31	2.86	2.56	23,617	9,082	7,687	18.77	49.62	4.58	1.30	20.9%	
山口	20.79	2.45	2.59	21,569	9,077	7,011	21.95	40.44	3.30	1.20	25.0%	
徳島	20.16	2.53	2.47	21,839	9,265	7,738	19.13	39.12	3.20	1.18	24.4%	
香川	19.26	2.65	2.55	23,071	9,209	7,652	18.94	42.54	3.66	1.23	23.3%	
愛媛	19.49	2.52	2.48	23,493	9,015	6,946	18.08	40.02	3.37	1.20	24.0%	
高知	20.69	2.35	2.36	22,440	10,224	7,824	25.32	35.14	3.16	1.16	25.9%	
福岡	20.39	2.73	2.93	23,141	9,013	6,771	24.43	45.31	5.35	1.30	19.8%	
佐賀	20.30	2.83	2.71	21,210	8,536	6,990	23.22	45.28	4.24	1.17	22.6%	
長崎	20.00	2.63	2.48	21,438	8,782	6,814	23.95	45.26	3.88	1.16	23.6%	
熊本	20.40	2.58	2.72	20,820	9,163	6,395	23.93	39.31	3.70	1.17	23.7%	
大分	18.74	2.31	2.63	22,702	10,295	7,373	21.73	35.61	3.07	1.19	24.2%	
宮崎	19.54	2.41	2.72	21,385	9,658	6,923	19.26	37.37	3.10	1.20	23.5%	
鹿児島	20.65	2.56	2.66	21,076	9,171	6,746	24.57	38.85	2.69	1.10	24.8%	
沖縄	20.24	1.90	2.50	24,106	11,670	7,388	23.92	27.51	2.38	1.27	16.1%	
掲載図表	本編				図2-10	図2-11		図2-10	図2-11		図2-6	図2-27 図2-28
	資料編	図17	図23	図29	図18	図24	図7 図30			図7		図4 図39
出典	厚生労働省 老人医療事業年報(平成17年度)									国立社会 保障・人口 問題研究所 日本の都道 府県別将来 推計人口 (平成19年 5月推計)	総務省 国勢調査 (平成17 年)	

	人口10万人当たりの総患者数						人口10万人当たりの医療施設数			
	高血圧性疾患 (人)	虚血性心疾患 (人)	脳梗塞 (人)	脳内出血 (人)	糖尿病 (人)	腎不全 (人)	一般病院 (施設)	一般診療所 (施設)	歯科診療所 (施設)	
全国	6,111.9	675.4	823.4	133.1	1,932.4	208.2	6.2	76.3	52.2	
北海道	6,983.3	835.1	1,155.0	231.0	2,221.1	195.5	9.8	59.8	53.8	
青森	7,865.5	904.9	1,600.9	278.4	2,297.0	417.6	6.5	67.7	40.0	
岩手	7,869.8	794.2	1,227.4	144.4	2,021.6	288.8	6.6	66.0	42.7	
宮城	6,143.5	593.2	762.6	169.5	2,076.1	211.8	5.2	66.7	43.8	
秋田	8,380.6	1,222.2	1,571.4	349.2	2,793.5	174.6	5.5	70.4	41.2	
山形	11,922.6	822.2	1,315.6	246.7	3,289.0	164.4	4.6	76.5	38.4	
福島	7,124.7	717.3	908.5	143.5	1,769.2	286.9	6.0	68.6	42.4	
茨城	7,192.9	638.6	705.8	67.2	2,016.7	201.7	6.2	55.8	45.0	
栃木	8,182.0	793.4	694.2	148.8	2,082.7	148.8	5.0	68.0	48.0	
群馬	7,855.2	444.6	889.3	98.8	1,976.2	296.4	6.4	75.4	46.0	
埼玉	4,961.6	411.1	467.8	85.1	1,616.0	127.6	4.4	53.6	45.5	
千葉	5,234.1	677.0	610.9	115.6	1,799.7	214.6	4.2	59.8	50.0	
東京	5,359.2	445.3	675.9	87.5	1,478.9	174.9	4.9	97.6	83.0	
神奈川	3,901.5	568.7	375.4	68.2	1,182.9	216.1	3.6	68.8	53.3	
新潟	8,636.8	616.9	1,069.3	164.5	1,809.6	246.8	4.9	69.6	47.9	
富山	5,666.8	809.5	899.5	179.9	2,068.8	179.9	8.6	70.3	42.0	
石川	6,814.2	936.9	936.9	170.4	2,214.6	255.5	8.2	72.8	39.9	
福井	5,598.9	730.3	852.0	121.7	2,190.9	365.1	9.3	70.1	33.3	
山梨	8,140.1	565.3	678.3	113.1	2,487.2	226.1	6.1	72.6	47.7	
長野	6,921.3	683.0	956.2	136.6	1,730.3	136.6	5.5	68.7	45.1	
岐阜	5,742.1	901.7	806.7	94.9	2,230.4	189.8	4.6	71.3	44.1	
静岡	5,458.3	659.2	712.0	79.1	1,845.8	237.3	4.1	69.3	45.4	
愛知	4,810.7	647.9	606.5	96.5	1,916.0	206.8	4.3	66.0	48.7	
三重	6,534.7	803.4	910.6	160.7	2,410.3	214.3	5.4	77.1	45.6	
滋賀	6,302.7	579.6	579.6	72.4	1,811.1	144.9	4.1	66.1	39.4	
京都	5,401.0	717.6	793.2	113.3	1,586.3	113.3	6.2	94.6	49.3	
大阪	5,727.5	555.7	589.8	124.8	2,007.4	158.8	5.8	92.0	60.1	
兵庫	5,831.2	840.7	590.3	107.3	2,325.3	268.3	5.7	85.9	51.2	
奈良	5,276.8	633.2	562.9	70.4	1,688.6	140.7	5.2	77.1	47.6	
和歌山	7,722.2	1,158.3	1,254.9	193.1	2,606.3	289.6	7.8	104.5	54.1	
鳥取	7,083.9	494.2	1,317.9	164.7	2,800.6	164.7	6.6	89.3	43.3	
島根	7,140.7	1,077.8	1,347.3	269.5	2,290.4	269.5	6.7	102.7	39.3	
岡山	5,824.5	613.1	970.7	153.3	2,094.8	153.3	8.4	82.6	50.7	
広島	5,110.1	660.5	799.5	139.1	2,051.0	208.6	8.0	90.5	52.5	
山口	7,436.7	603.0	1,473.9	201.0	2,679.9	335.0	8.2	88.5	45.7	
徳島	8,272.1	987.7	987.7	123.5	2,839.7	246.9	13.2	96.7	52.7	
香川	6,420.4	592.7	1,086.5	98.8	2,271.8	197.6	9.4	79.6	43.9	
愛媛	6,540.3	749.4	1,635.1	340.6	2,316.4	204.4	9.4	82.3	46.7	
高知	7,911.7	1,004.7	1,130.2	251.2	2,260.5	376.7	16.1	75.2	44.6	
福岡	6,455.6	1,029.7	1,148.5	158.4	2,000.0	217.8	8.3	86.6	58.4	
佐賀	7,271.7	808.0	1,038.8	115.4	2,423.9	346.3	11.2	79.2	46.5	
長崎	8,791.9	1,014.5	2,096.5	202.9	1,961.3	338.2	9.5	97.3	50.6	
熊本	7,762.3	814.2	1,085.6	162.8	2,279.8	217.1	10.0	80.3	43.8	
大分	7,275.3	661.4	1,322.8	248.0	3,224.3	248.0	11.6	79.0	44.9	
宮崎	7,978.9	693.8	780.5	173.5	1,561.1	260.2	11.6	78.3	44.8	
鹿児島	7,757.3	741.5	1,768.2	285.2	2,395.6	171.1	13.7	80.1	45.8	
沖縄	5,287.9	440.7	514.1	146.9	1,175.1	293.8	6.0	56.3	42.8	
掲載図表	本編	図2-20 図2-27	図2-21	図2-22 図2-28	図2-23	図2-24	図2-25	図2-30 図2-36	図2-31	図2-32
	資料編		図39		図39	図39	図39	図41	図42	
出典	厚生労働省 患者調査（平成17年） 総務省 国勢調査（平成17年）						厚生労働省 医療施設調査 （平成17年）			

	人口10万人当たりの病床数				平均在院日数				療養病床入院患者の医療区分				
	一般病床(床)	療養病床(床)	精神病床(床)	全病床(床)	全病床(日)	一般病床(日)	療養病床(日)	精神病床(日)	医療区分1	医療区分2	医療区分3	未実施	無回答等
全国	707.7	281.2	277.3	1,276.9	35.7	19.8	172.8	327.2	36.4%	33.8%	10.1%	18.1%	1.6%
北海道	954.5	513.5	382.5	1,863.9	41.8	21.2	218.3	314.1	36.2%	32.4%	11.3%	19.3%	0.8%
青森	802.5	210.3	330.6	1,354.0	37.6	22.7	137.4	292.6	34.1%	28.4%	7.5%	27.9%	2.2%
岩手	867.8	226.0	349.4	1,461.2	38.3	22.3	180.6	339.1	36.9%	27.8%	14.5%	18.8%	2.1%
宮城	723.6	145.5	264.6	1,141.3	30.7	19.6	98.0	327.1	30.5%	40.3%	11.9%	17.3%	0.1%
秋田	854.9	238.3	386.4	1,490.0	37.5	21.7	242.8	305.0	27.6%	42.6%	13.1%	16.6%	0.1%
山形	790.6	155.0	297.1	1,248.3	30.1	19.4	113.2	257.1	28.6%	43.1%	10.7%	17.7%	0.0%
福島	827.2	208.2	373.6	1,424.0	36.4	21.0	162.8	384.6	40.2%	34.8%	7.3%	10.6%	7.0%
茨城	649.1	197.9	257.5	1,113.4	34.5	19.9	174.1	443.9	31.6%	34.1%	9.4%	24.6%	0.3%
栃木	621.3	231.2	264.0	1,126.9	37.5	20.7	166.0	392.6	39.1%	36.4%	12.6%	11.6%	0.2%
群馬	732.2	253.2	260.9	1,253.6	33.7	19.5	115.5	351.5	38.6%	32.1%	14.6%	13.4%	1.3%
埼玉	480.1	204.2	197.4	886.2	36.1	19.2	212.3	348.0	33.5%	36.3%	10.3%	19.9%	0.0%
千葉	532.1	169.5	221.2	929.7	33.1	18.6	198.0	345.7	28.8%	35.8%	10.6%	18.8%	6.0%
東京	663.4	167.8	201.6	1,042.4	27.8	17.6	195.8	235.4	31.1%	29.4%	7.3%	32.2%	0.0%
神奈川	544.9	142.7	165.4	859.1	28.4	17.8	220.2	270.1	31.1%	37.7%	11.6%	19.5%	0.2%
新潟	686.5	250.6	296.1	1,240.6	35.7	20.2	156.7	333.7	40.7%	29.7%	7.6%	21.6%	0.4%
富山	832.8	481.0	323.7	1,649.3	40.9	20.3	325.4	347.3	61.3%	26.6%	6.1%	5.3%	0.6%
石川	908.2	446.1	331.3	1,699.1	40.2	21.7	178.9	346.2	35.1%	37.4%	8.7%	18.7%	0.0%
福井	811.7	336.4	292.7	1,456.4	36.8	21.8	123.4	265.3	28.9%	37.3%	8.7%	24.1%	1.0%
山梨	725.3	283.2	282.3	1,304.6	36.0	20.4	130.0	306.0	38.9%	41.6%	12.2%	7.4%	0.0%
長野	718.4	173.9	242.4	1,142.7	27.3	17.5	99.7	263.6	35.3%	27.3%	7.5%	28.9%	0.9%
岐阜	613.5	163.8	205.2	991.7	29.4	18.4	109.0	320.4	37.5%	35.5%	6.2%	20.8%	0.0%
静岡	588.9	296.5	192.2	1,084.1	32.2	17.4	199.0	305.6	36.9%	33.4%	7.0%	22.8%	0.0%
愛知	573.9	192.5	185.3	958.0	30.3	18.1	160.5	348.0	34.3%	32.7%	10.0%	18.8%	4.2%
三重	616.8	249.1	272.2	1,143.5	35.7	19.7	129.9	315.8	28.5%	39.5%	7.8%	24.2%	0.0%
滋賀	693.1	193.5	172.6	1,071.0	30.3	19.8	173.6	288.5	31.2%	32.2%	5.8%	22.1%	8.7%
京都	847.3	266.6	246.1	1,376.0	36.5	22.3	179.7	370.3	43.8%	24.2%	6.5%	24.6%	1.0%
大阪	736.2	278.3	224.9	1,255.2	33.2	19.5	183.8	288.1	35.2%	37.1%	11.8%	11.0%	5.0%
兵庫	675.9	262.4	213.8	1,161.0	33.2	19.1	164.7	401.6	30.6%	35.4%	11.9%	22.1%	0.0%
奈良	724.3	240.6	209.6	1,182.9	33.9	21.0	170.8	351.3	18.9%	39.4%	8.3%	33.4%	0.0%
和歌山	851.6	287.1	246.6	1,407.0	37.8	23.3	151.9	458.7	36.5%	38.2%	8.3%	14.4%	2.6%
鳥取	887.3	292.9	341.3	1,535.6	36.6	22.4	104.7	293.9	39.8%	35.4%	13.3%	11.2%	0.2%
島根	861.1	369.2	350.6	1,597.2	35.4	20.0	142.3	247.7	30.2%	33.8%	8.7%	26.6%	0.7%
岡山	980.3	281.8	296.3	1,576.7	35.1	22.1	127.9	255.2	38.0%	36.3%	13.6%	12.0%	0.1%
広島	741.9	384.6	331.1	1,466.8	39.6	20.7	150.3	324.9	35.6%	32.7%	14.3%	16.6%	0.8%
山口	769.5	680.0	421.9	1,885.4	51.2	21.6	232.4	396.2	34.0%	30.3%	10.2%	25.5%	0.0%
徳島	794.7	608.2	519.9	1,937.3	50.5	21.9	167.6	532.7	31.3%	30.0%	9.4%	12.4%	16.8%
香川	989.2	273.6	393.8	1,671.8	35.1	20.7	185.0	379.0	38.3%	33.4%	8.3%	19.8%	0.1%
愛媛	851.7	394.3	355.1	1,619.7	40.4	22.0	157.5	362.0	41.0%	27.7%	8.3%	21.3%	1.8%
高知	902.3	1,022.4	493.4	2,446.1	55.4	22.3	199.8	236.7	54.6%	35.8%	8.9%	0.7%	0.0%
福岡	821.8	488.4	433.9	1,758.5	44.2	21.0	182.8	366.6	41.8%	37.7%	9.6%	8.6%	2.2%
佐賀	695.1	564.3	512.8	1,787.2	53.9	22.9	148.3	397.1	41.5%	27.1%	11.5%	19.9%	0.1%
長崎	862.8	466.4	553.1	1,903.7	46.7	22.4	154.4	365.6	41.1%	33.8%	14.3%	10.8%	0.0%
熊本	850.4	605.0	488.8	1,962.8	48.6	21.7	180.1	340.4	44.0%	28.8%	9.2%	17.9%	0.0%
大分	971.7	293.3	451.4	1,734.2	38.8	21.9	138.1	377.9	40.3%	29.9%	8.2%	21.5%	0.1%
宮崎	808.8	383.5	521.4	1,725.9	45.4	21.5	151.5	391.9	32.4%	26.3%	5.1%	36.2%	0.0%
鹿児島	842.9	602.3	573.8	2,034.7	52.4	22.5	142.1	544.6	38.8%	39.0%	9.2%	9.2%	3.8%
沖縄	705.9	321.9	412.9	1,451.7	39.3	19.2	257.0	310.8	25.8%	41.7%	19.3%	12.5%	0.7%
掲載図表	本編	図2-33	図2-34	図2-35	図2-37	図2-38 図2-42	図2-39	図2-40 図2-46	図2-41	図2-44			
	資料編				図44	図44							
出典	厚生労働省 医療施設調査 (平成17年)				厚生労働省 病院報告 (平成17年)				厚生労働省 療養病床アンケート (平成18年10月)				
	※パーセントの小数第2位を四捨五入しているため、内訳の計が100%にはなっていない。												

	療養病床入院患者のADL区分					療養病床における移乗に関して全介助必要な入院患者の割合	65歳以上人口に占める一人暮らし高齢者の割合	65歳以上人口に占める基本健康診査受診者の割合	都道府県別平均在院日数(介護療養病床を除く)(日)
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	未実施	無回答等				
全国	17.8%	24.4%	38.7%	17.7%	1.5%	59.9%	15.1%	28.9%	32.2
北海道	17.5%	24.5%	39.2%	18.0%	0.8%	60.9%	17.6%	16.6%	37.1
青森	15.5%	16.8%	39.4%	26.3%	2.0%	61.2%	12.8%	24.6%	35.1
岩手	15.7%	21.3%	42.9%	18.8%	1.3%	70.1%	10.7%	30.8%	35.5
宮城	15.6%	19.4%	47.6%	17.4%	0.0%	60.5%	10.7%	34.2%	29.0
秋田	11.6%	19.9%	51.5%	16.9%	0.1%	69.1%	10.8%	25.6%	35.3
山形	14.7%	28.0%	37.6%	19.7%	0.0%	55.6%	8.1%	31.4%	28.9
福島	20.6%	27.8%	36.5%	8.0%	7.0%	61.9%	10.5%	32.1%	35.0
茨城	18.4%	22.2%	36.2%	22.8%	0.3%	61.4%	9.9%	25.0%	31.9
栃木	18.1%	29.5%	43.4%	8.8%	0.1%	58.9%	10.6%	27.2%	34.9
群馬	19.1%	23.6%	43.4%	12.7%	1.2%	54.3%	11.7%	41.7%	31.2
埼玉	15.7%	25.4%	42.5%	16.3%	0.0%	63.8%	12.4%	34.4%	33.3
千葉	12.2%	19.9%	43.0%	19.0%	6.0%	66.0%	12.9%	34.8%	30.4
東京	13.8%	21.9%	33.4%	30.9%	0.1%	61.8%	21.7%	45.8%	25.4
神奈川	9.5%	23.5%	48.9%	18.0%	0.1%	73.5%	15.3%	29.7%	25.5
新潟	14.7%	21.9%	41.6%	21.6%	0.2%	64.2%	9.2%	33.3%	32.1
富山	17.7%	28.0%	46.6%	7.0%	0.7%	68.1%	9.8%	41.3%	33.2
石川	19.7%	23.8%	37.4%	19.1%	0.0%	58.6%	12.2%	36.3%	35.3
福井	21.1%	23.2%	30.6%	24.0%	1.1%	50.4%	9.7%	21.7%	32.8
山梨	20.0%	26.9%	45.7%	7.4%	0.0%	51.0%	12.5%	23.6%	34.8
長野	13.3%	20.4%	36.4%	29.1%	0.8%	59.6%	10.8%	28.5%	25.0
岐阜	18.2%	27.5%	33.7%	20.7%	0.0%	54.0%	10.1%	27.5%	27.5
静岡	16.2%	24.1%	37.6%	22.1%	0.0%	59.9%	10.6%	26.2%	28.8
愛知	16.4%	21.8%	39.4%	19.0%	3.3%	59.6%	13.4%	30.6%	27.4
三重	19.7%	22.8%	33.2%	24.3%	0.0%	59.0%	13.2%	35.6%	32.9
滋賀	13.7%	23.0%	32.6%	22.0%	8.7%	61.2%	10.3%	34.3%	27.5
京都	14.8%	23.2%	36.3%	24.7%	1.0%	59.8%	17.4%	22.9%	31.3
大阪	17.9%	29.5%	36.9%	11.3%	4.4%	58.6%	20.9%	22.7%	29.6
兵庫	14.6%	24.2%	39.4%	21.8%	0.0%	57.8%	17.5%	24.4%	30.0
奈良	14.0%	21.4%	31.0%	33.6%	0.0%	48.0%	13.0%	31.4%	30.5
和歌山	17.2%	25.8%	40.3%	14.4%	2.4%	59.9%	17.2%	16.3%	34.2
鳥取	24.1%	21.5%	40.3%	14.1%	0.0%	55.2%	11.8%	29.7%	33.9
島根	11.7%	19.7%	44.0%	23.7%	0.9%	65.5%	12.2%	50.1%	32.6
岡山	20.2%	21.5%	46.8%	11.4%	0.1%	63.5%	14.3%	30.1%	32.1
広島	21.9%	20.6%	38.8%	18.0%	0.7%	55.6%	17.1%	12.8%	34.8
山口	19.9%	22.1%	33.1%	24.9%	0.0%	59.4%	17.7%	27.2%	42.8
徳島	18.0%	20.8%	32.0%	11.7%	17.5%	54.9%	14.2%	39.1%	43.2
香川	25.7%	24.2%	30.2%	20.0%	0.0%	53.8%	14.0%	42.4%	32.7
愛媛	22.2%	24.0%	30.6%	21.2%	2.0%	54.8%	17.4%	17.5%	35.9
高知	21.6%	31.4%	43.0%	3.9%	0.0%	54.4%	19.8%	16.5%	46.4
福岡	20.7%	29.5%	39.8%	7.9%	2.0%	57.0%	17.4%	19.6%	39.6
佐賀	25.2%	24.2%	29.6%	20.4%	0.6%	54.9%	11.6%	21.5%	48.5
長崎	22.2%	27.8%	39.8%	10.2%	0.0%	57.3%	16.3%	16.6%	42.4
熊本	20.8%	26.3%	35.5%	17.4%	0.0%	58.5%	14.0%	22.2%	42.1
大分	21.5%	22.3%	36.1%	20.0%	0.1%	55.4%	16.2%	26.8%	36.1
宮崎	16.4%	18.1%	30.1%	35.5%	0.0%	61.3%	17.5%	23.8%	40.5
鹿児島	26.5%	23.9%	36.8%	9.6%	3.2%	52.6%	22.2%	19.2%	47.7
沖縄	9.8%	24.0%	53.4%	12.1%	0.7%	70.8%	15.8%	27.1%	36.3
掲載図表	本編	図2-45				図2-46			第3章目標値
	資料編						図34	図35	
出典	厚生労働省 療養病床アンケート (平成18年10月) ※パーセントの小数第2位を四捨五入しているため、内訳の計が100%にはなっていない。					厚生労働省 患者調査 (平成17年)	総務省 国勢調査 (平成17年)	厚生労働省 地域保健・老人 保健事業報告 (平成17年度)	厚生労働省 病院報告 (平成18年) から 厚生労働省保険 局調査課作成

	老人医療費										
	一人当たり医療費(円)				老人受診率 (100人当たり件数)(件)			一件当たり日数(日)			
	全 体	入 院	入院外	歯 科	入 院	入院外	歯 科	入 院	入院外	歯 科	
神奈川県	762,934	335,854	382,076	32,082	70.16	1,686.89	190.26	17.30	2.18	2.43	
横浜市	770,121	330,289	393,299	33,734	68.22	1,754.95	199.82	16.95	2.23	2.42	
川崎市	812,268	358,840	402,428	33,765	72.04	1,742.84	198.72	17.23	2.31	2.51	
横須賀市	747,485	310,590	398,234	29,775	65.17	1,729.75	182.64	16.59	2.19	2.39	
平塚市	729,595	331,310	352,856	30,434	67.90	1,589.24	175.56	18.02	2.03	2.32	
鎌倉市	750,916	328,167	379,118	32,800	73.90	1,684.55	204.15	17.50	1.98	2.38	
藤沢市	763,903	326,855	390,003	33,785	71.20	1,724.04	203.90	17.48	2.09	2.38	
小田原市	760,677	355,093	369,908	26,357	76.39	1,563.63	153.07	18.11	2.13	2.49	
茅ヶ崎市	691,779	295,240	351,658	31,838	63.79	1,665.18	197.52	16.39	2.02	2.31	
逗子市	777,959	353,857	378,355	34,068	74.80	1,738.38	211.17	17.27	2.05	2.47	
相模原市	771,394	354,751	370,078	32,277	74.24	1,581.06	182.33	18.74	2.19	2.50	
三浦市	704,662	276,074	389,291	28,134	59.65	1,632.84	169.95	15.52	2.18	2.29	
秦野市	771,017	364,305	363,342	26,815	75.60	1,618.01	162.46	18.40	1.93	2.48	
厚木市	759,110	364,039	356,266	28,780	77.41	1,524.28	163.82	17.66	2.20	2.44	
大和市	721,072	332,427	344,949	30,643	72.18	1,506.83	175.23	16.96	2.27	2.54	
伊勢原市	755,293	372,992	340,262	29,687	71.41	1,606.97	162.61	18.49	1.85	2.37	
海老名市	654,448	295,229	321,503	29,892	65.52	1,457.92	176.06	17.63	1.93	2.40	
座間市	750,147	339,545	368,349	30,695	73.43	1,506.26	188.46	18.57	2.35	2.41	
南足柄市	713,006	337,652	338,531	26,585	76.21	1,487.69	161.75	16.78	2.00	2.58	
綾瀬市	702,737	335,518	328,745	30,672	74.27	1,379.69	173.40	17.77	2.06	2.42	
葉山町	678,326	302,139	338,935	28,103	65.06	1,623.49	183.23	16.54	1.86	2.25	
寒川町	740,823	357,265	338,067	28,759	80.54	1,412.87	182.92	17.44	2.28	2.22	
大磯町	781,103	379,533	358,339	31,289	74.81	1,613.82	176.98	18.06	1.78	2.34	
二宮町	723,071	340,136	342,118	26,510	66.07	1,574.77	161.94	17.06	1.93	2.41	
中井町	691,692	362,146	286,404	28,094	72.60	1,424.94	124.73	18.54	1.90	2.68	
大井町	655,789	310,607	315,835	19,444	69.43	1,493.96	129.90	18.59	2.01	2.73	
松田町	689,176	336,231	316,997	25,196	71.78	1,437.73	160.00	18.14	1.96	2.48	
山北町	698,824	297,425	370,790	23,427	74.25	1,395.63	133.33	17.25	2.05	2.48	
開成町	710,754	337,674	336,285	26,194	75.97	1,413.46	134.37	18.37	1.99	2.50	
箱根町	758,817	387,622	338,922	24,332	85.06	1,419.27	149.52	17.30	2.03	2.35	
真鶴町	709,463	344,418	338,089	18,380	77.60	1,507.87	122.46	17.44	1.74	2.25	
湯河原町	757,171	387,090	336,781	21,504	85.41	1,509.71	146.21	17.97	2.02	2.15	
愛川町	670,891	329,469	310,758	21,540	72.78	1,442.81	129.64	17.62	2.01	2.45	
清川村	656,922	312,838	317,597	23,177	71.15	1,431.88	127.03	17.72	1.83	2.43	
城山町	751,301	362,174	353,469	25,571	71.14	1,472.73	143.92	17.38	2.13	2.55	
藤野町	671,157	342,973	298,478	23,766	78.93	1,399.93	129.96	18.98	1.87	2.50	
【圏域】											
横浜	770,121	330,289	393,299	33,734	68.22	1,754.95	199.82	16.95	2.23	2.42	
川崎	812,268	358,840	402,428	33,765	72.04	1,742.84	198.72	17.23	2.31	2.51	
横須賀三浦	744,900	316,352	387,943	30,773	67.96	1,706.73	190.06	16.85	2.11	2.38	
湘南東部	737,256	317,457	373,603	32,817	69.13	1,685.83	200.48	17.12	2.08	2.35	
湘南西部	747,576	350,247	353,409	29,200	70.80	1,600.14	169.51	18.14	1.95	2.38	
県央	720,736	336,376	344,375	29,492	73.00	1,487.87	171.29	17.61	2.18	2.46	
県北	768,014	354,709	367,582	31,809	74.25	1,572.34	179.55	18.70	2.18	2.50	
県西	740,606	351,957	353,766	25,161	77.07	1,517.92	149.44	17.88	2.06	2.47	
掲載図表	資料編	図9 表15	図10 図11 図19 図20 図21	図10 図11 図25 図26 図27	図31 図32 図33	図19	図25	図31	図20	図26	図32
出典	神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成17年度） 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告（平成17年度）										

		老人医療費					
		一日あたり医療費(円)			一人あたり日数(日)		
		入院	入院外	歯科	入院	入院外	歯科
神奈川県		27,672	10,376	6,942	12.14	36.82	4.62
横浜市		28,556	10,032	6,975	11.57	39.20	4.84
川崎市		28,906	9,979	6,766	12.41	40.33	4.99
横須賀市		28,725	10,510	6,817	10.81	37.89	4.37
平塚市		27,075	10,922	7,458	12.24	32.31	4.08
鎌倉市		25,377	11,381	6,741	12.93	33.31	4.87
藤沢市		26,261	10,807	6,953	12.45	36.09	4.86
小田原市		25,661	11,127	6,902	13.84	33.24	3.82
茅ヶ崎市		28,236	10,469	6,973	10.46	33.59	4.57
逗子市		27,395	10,613	6,532	12.92	35.65	5.22
相模原市		25,502	10,666	7,085	13.91	34.70	4.56
三浦市		29,812	10,938	7,240	9.26	35.59	3.89
秦野市		26,193	11,608	6,642	13.91	31.30	4.04
厚木市		26,625	10,607	7,209	13.67	33.59	3.99
大和市		27,154	10,068	6,872	12.24	34.26	4.46
伊勢原市		28,244	11,439	7,692	13.21	29.75	3.86
海老名市		25,565	11,453	7,088	11.55	28.07	4.22
座間市		24,895	10,426	6,746	13.64	35.33	4.55
南足柄市		26,400	11,380	6,374	12.79	29.75	4.17
綾瀬市		25,425	11,580	7,301	13.20	28.39	4.20
葉山町		28,083	11,202	6,805	10.76	30.26	4.13
寒川町		25,437	10,509	7,088	14.04	32.17	4.06
大磯町		28,087	12,471	7,569	13.51	28.73	4.13
二宮町		30,184	11,262	6,803	11.27	30.38	3.90
中井町		26,909	10,554	8,394	13.46	27.14	3.35
大井町		24,071	10,532	5,484	12.90	29.99	3.55
松田町		25,818	11,257	6,362	13.02	28.16	3.96
山北町		23,225	12,977	7,095	12.81	28.57	3.30
開成町		24,195	11,982	7,795	13.96	28.07	3.36
箱根町		26,346	11,786	6,933	14.71	28.76	3.51
真鶴町		25,452	12,898	6,663	13.53	26.21	2.76
湯河原町		25,215	11,042	6,855	15.35	30.50	3.14
愛川町		25,698	10,737	6,778	12.82	28.94	3.18
清川村		24,813	12,108	7,513	12.61	26.23	3.08
城山町		29,283	11,247	6,971	12.37	31.43	3.67
藤野町		22,898	11,413	7,320	14.98	26.15	3.25
【圏域】							
横浜		28,556	10,032	6,975	11.57	39.20	4.84
川崎		28,906	9,979	6,766	12.41	40.33	4.99
横須賀三浦		27,625	10,790	6,791	11.45	35.96	4.53
湘南東部		26,819	10,678	6,966	11.84	34.99	4.71
湘南西部		27,277	11,305	7,247	12.84	31.26	4.03
県央		26,170	10,617	7,006	12.85	32.44	4.21
県北		25,549	10,700	7,086	13.88	34.35	4.49
県西		25,547	11,303	6,823	13.78	31.30	3.69
掲載図表	資料編	図12 図21	図13 図27	図14 図33	図12	図13	図14
出典		神奈川県医療課 老人医療実施状況報告（平成17年度） 神奈川県医療課 老人医療請求状況報告（平成17年度）					

	国民医療費・県民医療費の推移				老人医療費の推移				老人医療受給対象者の推移			
	国民医療費		県民医療費		全 国		神奈川県		全 国		神奈川県	
	費用 (億円)	対3年 前比	費用 (億円)	対3年 前比	費用 (億円)	対前年 度比	費用 (億円)	対前年 度比	対象者 (人)	対前年 度比	対象者 (人)	対前年 度比
平成2年度	206,074	-	10,762	-	59,269	6.6%	2,488	7.6%	9,732,390	3.9%	449,065	5.2%
平成3年度	218,260				64,095	8.1%	2,720	9.3%	10,112,208	3.9%	471,861	5.1%
平成4年度	234,784				69,372	8.2%	2,959	8.8%	10,487,959	3.7%	491,125	4.1%
平成5年度	243,631	18.2%	12,999	20.8%	74,511	7.4%	3,187	7.7%	10,883,514	3.8%	512,608	4.4%
平成6年度	257,908				81,596	9.5%	3,522	10.5%	11,344,692	4.2%	537,857	4.9%
平成7年度	269,577				89,152	9.3%	3,850	9.3%	11,852,647	4.5%	567,719	5.6%
平成8年度	284,542	16.8%	15,451	18.9%	97,232	9.1%	4,273	11.0%	12,439,506	5.0%	600,183	5.7%
平成9年度	289,149				102,786	5.7%	4,546	6.4%	13,013,328	4.6%	632,621	5.4%
平成10年度	295,823				108,932	6.0%	4,858	6.9%	13,604,750	4.5%	666,831	5.4%
平成11年度	307,019	7.9%	16,939	9.6%	118,040	8.4%	5,288	8.9%	14,185,625	4.3%	701,831	5.2%
平成12年度	301,418				111,997	-5.1%	5,282	-0.1%	14,778,127	4.2%	738,115	5.2%
平成13年度	310,998				116,560	4.1%	5,538	4.8%	15,405,438	4.2%	776,973	5.3%
平成14年度	309,507	0.8%	17,388	2.7%	117,300	0.6%	5,607	1.2%	15,926,449	3.4%	811,270	4.4%
平成15年度	315,375				116,523	-0.7%	5,536	-1.3%	15,480,275	-2.8%	789,513	-2.7%
平成16年度	321,111				115,763	-0.7%	5,469	-1.2%	14,837,542	-4.2%	757,703	-4.0%
平成17年度	331,289	7.0%	19,524	12.3%	116,443	0.6%	5,550	1.5%	14,176,160	-4.5%	727,421	-4.0%
掲載図表	本編 表1-1 図2-1 図2-4 表2-5				本編 表1-1 図2-3 図2-4 表2-5				資料編 図5			
出典	厚生労働省 国民医療費 (平成8,11,14,17年度)				厚生労働省 老人医療事業年報(平成2~17年度)							

	国民所得・県民所得の推移				国民所得に 占める割合		県民所得に 占める割合	
	全 国		神奈川県		国 民 医療費	全国老人 医療費	県 民 医療費	県老人 医療費
	国民所得 (億円)	対前年 度比	県民所得 (億円)	対前年 度比				
平成2年度	3,483,454	8.1%	256,853	8.4%	5.92%	1.70%	4.19%	0.97%
平成3年度	3,710,808	6.5%	270,078	5.1%	5.88%	1.73%		1.01%
平成4年度	3,693,236	-0.5%	273,272	1.2%	6.36%	1.88%		1.08%
平成5年度	3,690,327	-0.1%	275,022	0.6%	6.60%	2.02%	4.73%	1.16%
平成6年度	3,740,795	1.4%	276,390	0.5%	6.89%	2.18%		1.27%
平成7年度	3,742,775	0.1%	281,158	1.7%	7.20%	2.38%		1.37%
平成8年度	3,806,211	1.7%	297,127	5.7%	7.48%	2.55%	5.20%	1.44%
平成9年度	3,819,989	0.4%	293,104	-1.4%	7.57%	2.69%		1.55%
平成10年度	3,689,215	-3.4%	283,865	-3.2%	8.02%	2.95%		1.71%
平成11年度	3,643,409	-1.2%	281,501	-0.8%	8.43%	3.24%	6.02%	1.88%
平成12年度	3,718,039	2.0%	285,342	1.4%	8.11%	3.01%		1.85%
平成13年度	3,613,335	-2.8%	274,401	-3.8%	8.61%	3.23%		2.02%
平成14年度	3,557,610	-1.5%	274,011	-0.1%	8.70%	3.30%	6.35%	2.05%
平成15年度	3,580,792	0.7%	275,583	0.6%	8.81%	3.25%		2.01%
平成16年度	3,629,009	1.3%	276,356	0.3%	8.85%	3.19%		1.98%
平成17年度	3,676,303	1.3%	281,710	1.9%	9.01%	3.17%	6.93%	1.97%
掲載図表	本編 表1-1 表2-5							
出典	神奈川県 神奈川県県民経済計算 (平成11,15,17年度) 厚生労働省 国民医療費 (平成8,11,14,17年度) 厚生労働省 老人医療事業年報(平成2~17年度)							

※県民所得は、平成17年度県民経済計算において、最新のデータにより平成8年度まで遡って改定し、平成15年度県民経済計算において、平成2年度まで遡って改定し、平成11年度県民経済計算において、昭和50年度まで遡って改定しているため、平成8年度からとそれ以前を厳密に比較することはできない。よって、平成8年度及び平成2年度の対前年度比は計算上の数値であり、正確な意味での対前年度比ではない。

疾病別費用額		
19分類を中心に見た費用額		
全国 疾病	費用額 (億円)	割合
循環器系の疾患	53,792	19.5%
新生物	30,535	11.1%
歯科	25,766	9.4%
呼吸器系の疾患	21,329	7.7%
尿路器系の疾患	20,293	7.4%
精神及び行動の障害	18,863	6.8%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	17,405	6.3%
内分泌、栄養及び代謝疾患	17,153	6.2%
筋骨格系及び結合組織の疾患	17,148	6.2%
消化器系の疾患 (歯科以外)	14,838	5.4%
その他	38,320	13.9%
全体	275,443	100.0%
神奈川県 疾病	費用額 (円)	割合
循環器系の疾患	15,556,096,880	22.0%
新生物	8,006,914,120	11.3%
歯科 (消化器系の別掲)	6,821,916,220	9.6%
腎尿路生殖器系の疾患	5,239,613,720	7.4%
筋骨格系及び結合組織の疾患	5,142,329,270	7.3%
内分泌、栄養及び代謝疾患	4,771,869,330	6.7%
呼吸器系の疾患	4,376,033,700	6.2%
消化器系の疾患(歯科以外)	4,313,005,560	6.1%
精神及び行動の障害	4,005,229,910	5.7%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	3,012,142,740	4.3%
その他	9,596,231,860	13.5%
全体	70,841,383,310	100.0%
119分類を中心に見た費用額		
全国 疾病	費用額 (億円)	割合
高血圧性疾患	18,922	6.9%
脳血管疾患	17,953	6.5%
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全	15,682	5.7%
糖尿病	11,165	4.1%
虚血性心疾患	6,635	2.4%
その他	205,085	74.5%
全体	275,443	100.0%
神奈川県 疾病	費用額 (円)	割合
高血圧性疾患	5,386,331,030	7.6%
脳梗塞	2,839,914,450	4.0%
脳内出血	917,150,930	1.3%
腎不全	3,541,551,770	5.0%
糖尿病	3,027,739,270	4.3%
虚血性心疾患	2,466,690,600	3.5%
その他	52,662,005,260	74.3%
全体	70,841,383,310	100.0%
掲載図表	本編 図2-16 図2-17	
出典	厚生労働省 国民医療費 (平成17年度 一般診療医療費、歯科診療医療費) 神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川における疾病状況 (平成18年5月診療分)	

※費用額については、単位未満を四捨五入したため、内訳の計が全体と一致しない。
 ※割合については、パーセントの小数第2位を四捨五入したため、内訳の計が100%にはなっていない。
 ※19分類中、「尿路器系の疾患」は平成18年から「腎尿路生殖器系の疾患」に表示が変更された。

生活習慣病を中心にした死因単分類別死亡率				
疾 病	全 国		神奈川県	
	死亡率	割合	死亡率	割合
心疾患（高血圧性除く）	137.2	16.0%	102.5	15.2%
脳梗塞	61.0	7.1%	44.7	6.6%
脳内出血	26.4	3.1%	22.6	3.3%
腎不全	16.8	2.0%	10.8	1.6%
糖尿病	10.8	1.3%	8.3	1.2%
高血圧性疾患	4.6	0.5%	2.5	0.4%
その他	602.8	70.1%	484.8	71.7%
全 体	859.6	100.0%	676.2	100.0%
掲載図表	資料編 図36			
出 典	厚生労働省 人口動態調査（平成18年）			

※パーセントの小数第2位を四捨五入したため、内訳の計が100%にはなっていない。

県の国民健康保険における年齢層別費用額							
疾 病	費用額（百万円）						
	～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75歳～
高血圧性疾患	36	90	381	514	822	1,043	2,352
虚血性心疾患	13	26	147	234	397	497	1,079
脳内出血	10	26	120	91	116	154	375
脳梗塞	8	14	78	152	290	470	1,766
糖尿病	64	94	298	350	508	602	999
腎不全	96	168	492	470	582	608	1,029
その他	5,940	2,268	4,553	4,792	6,717	8,483	17,901
合 計	6,168	2,687	6,069	6,604	9,432	11,857	25,500
掲載図表	資料編 図37						
出 典	厚生労働省 医療費適正化計画作成支援ツール：疾病特性・地域特性分析編 （神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト 平成18年5月診療分）						

療養病床入院患者の主傷病名				
疾 病	全 国		神奈川県	
	回答数	割合	回答数	割合
脳梗塞	30,327	30.9%	1,351	37.5%
脳出血	10,990	11.2%	517	14.3%
糖尿病	3,441	3.5%	121	3.4%
心疾患	5,070	5.2%	147	4.1%
認知症	9,043	9.2%	340	9.4%
骨 折	4,383	4.5%	111	3.1%
パーキンソン病	4,277	4.4%	130	3.6%
悪性新生物	2,107	2.1%	85	2.4%
う つ	1,792	1.8%	54	1.5%
褥 瘡	662	0.7%	21	0.6%
その他	19,851	20.2%	629	17.5%
無回答等	6,344	6.5%	98	2.7%
合 計	98,287	100.0%	3,604	100.0%
掲載図表	本編 図2-29			
出 典	厚生労働省 療養病床アンケート（平成18年10月）			

※パーセントの小数第2位を四捨五入したため、内訳の計が100%にはなっていない。

神奈川県の療養病床入院患者について対応が望ましいと考えられる施設		
対応が望ましい施設	回答数	割合
一般病床	108	3.0%
医療療養病床	1,718	47.7%
介護療養病床	1,307	36.3%
介護老人保健施設	515	14.3%
特別養護老人ホーム	481	13.3%
有料老人ホーム	89	2.5%
軽費老人ホーム（ケアハウス）	17	0.5%
グループホーム	56	1.6%
在 宅	208	5.8%
その他	32	0.9%
無回答等	7	0.2%
合 計	3,604	100.0%
掲載図表	本編 図2-43	
出 典	厚生労働省 療養病床アンケート（平成18年10月）	

※アンケートが複数回答設問であり、各項目の構成比は全体の数に占める割合であるため、各項目のパーセンテージを足し上げても100%にならない。

5 図表一覧

(1) 本編

表1-1	国民医療費・老人医療費の推移	2
表1-2	年齢階層別人口	2
表1-3	人口の将来推計	2
表1-4	平成17年=100とした場合の人口の将来推計	3
表1-5	都道府県民医療費と老人医療費	4
表1-6	県老人医療費法定負担金の推移	5
図1-7	医療費適正化計画の仕組み	5
図2-1	県民医療費と伸び率の推移	7
図2-2	都道府県民一人当たり医療費	7
図2-3	老人医療費と伸び率の推移	8
図2-4	医療費に占める老人医療費の割合の推移	9
表2-5	県民所得と県民医療費・県老人医療費の推移	9
図2-6	平成17～27年における高齢者数の伸び（推計）	10
図2-7	老人一人当たり医療費	11
図2-8	老人一人当たり医療費 [入院・入院外・歯科別の全国値に対する差]	11
図2-9	老人一人当たり入院医療費と入院外医療費の分布	12
図2-10	老人一人当たり入院日数と一日当たり入院医療費の分布	13
図2-11	老人一人当たり入院外日数と一日当たり入院外医療費の分布	13
図2-12	老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係	14
図2-13	老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係	15
図2-14	老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係	15
表2-15	重複受診・頻回受診の該当者数	16
図2-16	19分類を中心にみた全国と県の費用額の構成	17
図2-17	119分類を中心にみた全国と県の費用額の構成	18
表2-18	一人当たり費用額上位10疾病【119分類（一部名称省略）】	18
表2-19	年齢層別一人当たり費用額	19
図2-20	高血圧性疾患の総患者数（人口10万人当たり）	20
図2-21	虚血性心疾患の総患者数（人口10万人当たり）	20
図2-22	脳梗塞の総患者数（人口10万人当たり）	20
図2-23	脳内出血の総患者数（人口10万人当たり）	21
図2-24	糖尿病の総患者数（人口10万人当たり）	21
図2-25	腎不全の総患者数（人口10万人当たり）	21
表2-26	県の年齢層別総患者数（人口10万人当たり）	22
図2-27	高齢化率と高血圧性疾患の総患者数（人口10万人当たり）の関係	23
図2-28	高齢化率と脳梗塞の総患者数（人口10万人当たり）の関係	23

図 2-29	療養病床の患者の主傷病名	24
図 2-30	一般病院数（人口10万人当たり）	25
図 2-31	一般診療所数（人口10万人当たり）	25
図 2-32	歯科診療所数（人口10万人当たり）	25
図 2-33	一般病床数（人口10万人当たり）	26
図 2-34	療養病床数（人口10万人当たり）	26
図 2-35	精神病床数（人口10万人当たり）	26
図 2-36	一般病院数（人口10万人当たり）と一人当たり医療費の関係	27
図 2-37	全病床数（人口10万人当たり）と一人当たり入院一般診療医療費の関係	28
図 2-38	全病床の平均在院日数	29
図 2-39	一般病床の平均在院日数	29
図 2-40	療養病床の平均在院日数	29
図 2-41	精神病床の平均在院日数	29
図 2-42	平均在院日数と一人当たり入院一般診療医療費の関係	30
図 2-43	県の療養病床の入院患者について対応が望ましいと考えられる施設等	31
図 2-44	療養病床の入院患者の医療区分別の構成	31
図 2-45	療養病床の入院患者のADL区分別の構成	32
図 2-46	療養病床の平均在院日数と移乗について 全介助が必要な入院患者の割合の関係	32
図 3-1	県民医療費の見通し	38
図 4-1	保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施	41
図 4-2	介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成・支援の概要	44
図 4-3	後期高齢者医療制度の運営の仕組み	50

(2) 資料編

図 1	都道府県民医療費（総額）	57
図 2	一人当たり医療費の推移（県民医療費・国民医療費）	57
図 3	一人当たり入院一般診療医療費と入院外一般診療医療費の分布〔都道府県〕	57
図 4	高齢化率と一人当たり医療費の関係〔都道府県〕	58
図 5	老人医療受給対象者数の推移	58
表 6	県における老人一人当たり医療費と医療費の3要素の推移	59
図 7	老人一人当たり歯科日数と一日当たり歯科医療費の分布〔都道府県〕	59
表 8	圏域・市町村の分類	60
図 9	老人一人当たり医療費〔県内〕	60
図 10	老人一人当たり医療費〔県内：入院・入院外・歯科別の県全体に対する差〕	60
図 11	老人一人当たり入院医療費と入院外医療費の分布〔市町村〕	61
図 12	老人一人当たり入院日数と一日当たり入院医療費の分布〔市町村〕	61
図 13	老人一人当たり入院外日数と一日当たり入院外医療費の分布〔市町村〕	62

図1 4	老人一人当たり歯科日数と一日当たり歯科医療費の分布 [市町村] ……	62
表1 5	老人医療費の県内比較 [圏域・市町村] ……	63
図1 6	老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県] (図2-12再掲) ……	64
図1 7	老人一件当たり入院日数と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県] ……	64
図1 8	老人一日当たり入院医療費と一人当たり入院医療費の関係 [都道府県] ……	64
図1 9	老人入院受診率と一人当たり入院医療費の関係 [市町村] ……	65
図2 0	老人一件当たり入院日数と一人当たり入院医療費の関係 [市町村] ……	65
図2 1	老人一日当たり入院医療費と一人当たり入院医療費の関係 [市町村] ……	65
図2 2	老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県] (図2-13再掲) ……	66
図2 3	老人一件当たり入院外日数と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県] ……	66
図2 4	老人一日当たり入院外医療費と一人当たり入院外医療費の関係 [都道府県] ……	66
図2 5	老人入院外受診率と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村] ……	67
図2 6	老人一件当たり入院外日数と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村] ……	67
図2 7	老人一日当たり入院外医療費と一人当たり入院外医療費の関係 [市町村] ……	67
図2 8	老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県] (図2-14再掲) ……	68
図2 9	老人一件当たり歯科日数と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県] ……	68
図3 0	老人一日当たり歯科医療費と一人当たり歯科医療費の関係 [都道府県] ……	68
図3 1	老人歯科受診率と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村] ……	69
図3 2	老人一件当たり歯科日数と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村] ……	69
図3 3	老人一日当たり歯科医療費と一人当たり歯科医療費の関係 [市町村] ……	69
図3 4	65歳以上人口に占める一人暮らし高齢者の割合と 老人一人当たり医療費の関係 [都道府県] ……	70
図3 5	65歳以上人口に占める基本健康診査受診者の割合と 老人一人当たり医療費の関係 [都道府県] ……	70
図3 6	死因簡単分類別死亡率 (人口10万人当たり) でみる生活習慣病の割合 ……	71
図3 7	県の国民健康保険における年齢層別費用額 ……	71
表3 8	費用額と医療費の3要素の県内比較 [圏域] ……	72
図3 9	高齢化率と総患者数 (人口10万人当たり) の関係 [都道府県] ……	73
表4 0	県の国民健康保険における合併症の状況 ……	74
図4 1	一般病院数 (人口10万人当たり) と 一人当たり医療費の関係 [都道府県] (全体/入院) ……	75
図4 2	一般診療所数 (人口10万人当たり) と 一人当たり医療費の関係 [都道府県] (全体/入院外) ……	75
表4 3	平均在院日数の推移 ……	76
図4 4	全病床数 (人口10万人当たり) と平均在院日数の関係 [都道府県] ……	76

6 用語の説明

【あ行】

移乗

「ベッドから車いすへ」、「畳からポータブルトイレへ」等、乗り移る動作のこと。

一日当たり医療費

診療日数当たりの医療費。当該年度の医療費を診療実日数で除したもの。

一件当たり日数

診療件数（レセプト件数）一件当たりの診療日数。当該年度の診療実日数を診療件数（レセプト件数）で除したもの。

一般診療医療費

医科診療に係る診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等。国民医療費で公表されている都道府県別の入院医療費は入院一般診療医療費に限られており、入院時食事療養費は含まれていない。また、国民医療費で公表されている都道府県別の入院外医療費は入院外一般診療医療費に限られており、薬剤の支給は含まれていない。

一般診療所

医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く。）であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

一般病院

病院とは、医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。そのうち一般病院とは、精神病床のみを有する精神病院と結核病床のみを有する結核療養所を除いた病院。

一般病床

精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。

なお、結核病床とは、結核の患者を入院させるための病床をいい、感染症病床とは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床をいう。

医療機関の機能分担・連携

医療機関の機能分担とは、地域の医療機関が救急医療、リハビリテーション、在宅等の機能を分担して提供できるよう専門性を高めること。

医療機関の連携とは、かかりつけ医機能を中心とした日常的な医療を基盤としながら、必要な時に機能分化した地域の医療機関などが役割を分担して、切れ目のない医療を提供すること。

医療区分

医療の必要性を療養病床の診療報酬において評価する区分。区分3が最も重症度が高くなる。（7別表 P106参照）

医療制度改革

平成18年6月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」による構造改革の一つで、生活習慣病予防、

医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもの。国民皆保険制度を堅持し、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するために、治療を重視した医療から疾病の予防を重視した保健医療への転換を図るとともに、医療提供体制、医療保険制度等の在り方等にまで踏み込んだ見直しを行い、結果として、医療費の伸びの適正化を実現することを目的とする。

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker）

主に病院の医療相談室などにおいて、患者や家族等が抱える心理的・社会的問題や退院、社会復帰などについて、社会福祉の立場から様々な助言や援助をする者。

医療費適正化基本方針

高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため定める医療費適正化に関する施策についての基本的な方針。

医療費の3要素

受診率・一件当たり日数・一日当たり医療費の三つのことで、医療費分析の基本となるもの。三つを掛け合わせると一人当たり医療費となり、受診率と一件当たり日数を掛け合わせると一人当たり日数となる。

医療療養病床

療養病床のうち、医療保険適用のもの。（→療養病床参照）

医療連携体制

一つの医療機関だけで完結する医療から、地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担、完結するという医療を推進するもの。

ADL区分

ADLとは、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動等、日常の生活を送るために必要な基本動作のこと。Activities of Daily Livingの略。

ADL区分は介護の必要性を、療養病床の診療報酬において評価する区分。区分3が最も重症度が高くなる。（7 別表 P107参照）

NICU

新生児集中治療室のこと。Neonatal Intensive Care Unitの略。

NPO

ボランティア活動を行う特定非営利活動法人（いわゆるNPO法人）及び法人格を持たない団体のこと。Non-Profit Organization（民間非営利団体）の略。

【か行】

介護サービス

広義には、自力で日常生活を送ることが困難な人々に対して、日常生活全体を支援するサービスのこと。狭義には、要介護状態にある介護保険被保険者（要介護者）に対する介護保険の保険給付のこと。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者等からの相談を受け、その心身の状況に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう、利用するサービスの種類や提供事業者を定める「居宅サービス計画」の作成及び施

設サービスを希望する場合の介護保険施設の紹介等を行うとともに、市町村、事業者、施設との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者。

介護保険移行準備病棟

病院の療養病棟の介護老人保健施設等への転換支援を円滑に進めるため、診療報酬において、医師・看護師職員等の配置等を緩和することで医療機関のコストを引き下げつつ報酬上評価するよう創設された類型。

介護保険施設

介護保険制度において介護保険の給付対象となるサービスを提供する施設である「指定介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「指定介護療養型医療施設」の3種類の施設のこと。

「指定介護老人福祉施設」は老人福祉法の規定による特別養護老人ホームが、都道府県知事の指定を受けることにより当該施設となる。

「指定介護療養型医療施設」は医療法の規定による療養病床等が都道府県知事の指定を受けることにより当該施設となる。

「介護老人保健施設」については、他の二つの介護保険施設とは異なり、介護保険法に根拠を有し、都道府県知事の開設許可を受けることにより当該施設となる。

介護保険制度

加齢に伴って要介護状態となった者等について、その能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な介護サービスを給付するため、国民の共同連帯の理念に基づき設けられた制度で、平成12年4月に施行された。

介護保険における被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者に分かれ、第2号被保険者については、特定疾病が原因となり要介護状態等になった場合、給付の対象になる。介護サービスの利用希望者は、市町村に申請を行い、市町村に設置されている介護認定審査会の審査、判定に基づき要介護・要支援の認定を受ける。

介護サービスの利用については、原則として費用の9割が介護保険から給付され、残り1割が自己負担となる。なお、法施行5年目には、制度の全般的な検証と見直しが行われ、制度の持続可能性を高めていく制度改革が、平成18年4月から本格的に実施された。

介護予防

高齢者ができる限り寝たきりなどの要介護状態に陥ったり、状態がさらに悪化することがないようにすること。

介護予防拠点

要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業を行う拠点。

介護療養型医療施設

介護療養病床、又は老人性認知症疾患療養病棟をもつ病院・診療所で、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設のこと。

介護療養病床

療養病床のうち、介護保険適用のもの。(→療養病床参照)

介護老人保健施設

要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うとともに、居宅における生活への復帰を目指すことを目的とする施設として、介護保険法に基づく都道府県知事の許可を受けて開設したもの。

回復期

生命の危機状態や激しく症状が変化する時期を脱し、日常生活への復帰に向けた準備の段階。

回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患等の患者に対し、寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを医師、看護師、理学療法士等により集中的に行うための病棟で、回復期リハビリテーションを要する患者が常時8割以上入院している病棟のこと。

かかりつけ医／かかりつけ歯科医

日常的な健康相談、一時的医療を行い、総合的・包括的に患者の健康を管理し必要に応じて専門医療機関との連携を行う医師又は医療機関。

歯科疾患において同様の機能を持つ歯科医師のことをかかりつけ歯科医という。

かかりつけ薬局

病院や診療所で院外処方が出た場合、すべての処方をその薬局で調剤してもらうと決めた薬局のこと。医薬品全般にわたって一元的管理を図ることができるため、医薬品の重複投与のチェックや、薬の飲み合わせなどが気軽に相談できる。

かながわ健康プラン 2 1

国の21世紀における国民健康づくり運動「健康日本21」を受けて、神奈川県が、平成13年2月に策定した計画。健康増進法の施行に伴い、同法第8条に規定する都道府県健康増進計画に位置付けられている。

働き盛りの人の死亡を減らすとともに、健康で元気に生活できる期間（健康寿命）を延ばし、生活の質の向上を図ることを目的に、県民の健康づくりを推進する計画である。

神奈川県地域ケア体制整備構想

厚生労働省の「地域ケア体制の整備に関する基本指針（平成19年6月29日付け厚生労働省医政局総務課長ほか通知）」に基づき、神奈川県が平成19年12月に策定した構想。今後の地域ケア体制を充実するための方策、課題を明らかにするとともに、医療機関が療養病床を介護保険施設等へ転換する場合に円滑に移行できるように、入院患者や医療機関を支援するための方策などを盛り込んでいる。

神奈川県保健医療計画

昭和60年12月の医療法改正で、医療を提供する体制を確保するため都道府県に医療計画を策定する規定が設けられたことに基づき神奈川県が策定した計画。昭和62年2月の策定当初は「神奈川県医療計画」であったが、その後、保健と医療は相互に連携をとって施策を推進する必要があることから、「神奈川県保健医療計画」と名称を改めた。

保健医療圏の設定、基準病床数の算定のほか、保健医療の基盤づくりを定めるとともに、保健・医療・福祉の総合的な取組み等を定めている。

かながわ高齢者保健福祉計画

老人保健法、老人福祉法及び介護保険法に基づく法定計画である「高齢者保健福祉計画」及び

「介護保険事業支援計画」を一体化したものとして、神奈川県が策定した計画。

本格的な高齢社会を迎え、高齢期の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みとして創設された介護保険制度の円滑な運営と合わせて、支援を必要とする高齢者への保健福祉サービスの提供や生きがい・健康づくりなど的高齢者全体への施策を推進する総合的な計画である。

がん診療連携拠点病院

全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を図るため、都道府県知事の推薦に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関。

二次保健医療圏に1か所程度整備することとされている地域がん診療連携拠点病院と、都道府県に概ね1か所整備することとされている都道府県がん診療連携拠点病院がある。

管理栄養士

栄養士法により、厚生労働大臣の免許を受けて傷病者の療養のための栄養指導や高度な専門的知識・技術を要する栄養指導及び特定多数人に継続的に食事を供給する施設のうち、特別な配慮が必要な施設の給食管理並びにこれら施設に対する影響改善上の指導等を行うことを業とする者。

緩和ケア病棟

がん等の末期患者とその家族を対象に、身体的、精神的、社会的側面などからサポートして苦痛を緩和し、人生の残された時間を人間として充実した生活が送れるように療養環境や体制を整備した病棟。

技術的助言

各大臣や都道府県知事等が、普通地方公共団体に対し、担当する事務に関して客観的に妥当性のある行為又は措置を実施するように促したり、又はそれを実施するために必要な事項を示したりすること。

基本健康診査

老人保健法に基づき40才以上の方を対象に、生活習慣病の早期発見などを目的として行われる健康診査。平成20年度から特定健康診査が導入されたことに伴い、平成19年度末で廃止された。

救急医療

急病・怪我・災害など急に身体の疾患や損傷を受けた人々を診断・治療すること。応急処置的な医療と比較的軽少な救急患者を対象とする初期救急、入院や手術が必要な患者を対象とする二次救急、より高度で特殊専門医療が必要な重症患者に対応する三次救急に大別される。

求償

損害を負担すべき者（債務者）に賠償又は償還を求めること。

急性期

急性とは、病気が急激に発症し、強くて激しい症状を伴い、しかも病気の進行が早い場合をいい、このような急性の状態にある時期を急性期という。

救命救急センター

より高度で特殊・専門医療が必要な重症救急患者を24時間体制で受け入れる三次救急医療施設。

共済組合

国家公務員・地方公務員・私立学校職員等が加入している健康保険・年金保険の保険者。

組合管掌健康保険

主に大手の会社などで働く人が加入する健康保険。企業単独、あるいはいくつかの企業でグループを

作って健康保険組合を設立し、保険料を徴収したり、保険給付を行ったり健康保険事業を運営している。

グループホーム

(→認知症高齢者グループホーム参照)

ケアハウス

(→軽費老人ホーム参照)

経過型介護療養型医療施設

療養病床の転換の支援のため介護療養型医療施設について、介護報酬において医師、看護職員等の配置等を緩和することで医療機関のコストを引き下げつつ報酬上評価するよう創設された類型。

軽費老人ホーム

老人福祉法に基づく老人福祉施設の一つで、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な高齢者が低廉な料金で利用でき、地方公共団体又は社会福祉法人（ケアハウスについては、都道府県知事の許可を受けた法人も可能）が設置できる。利用は、利用者と施設長との契約となる。

また、介護保険法に基づく都道府県知事の指定を受けて、指定居宅サービスである特定施設入居者生活介護の給付を受けることができる。

形態としては、軽費老人ホームA型、軽費老人ホームB型、ケアハウスがある。

軽費老人ホームA型は、身寄りがない、あるいは家庭の事情によって家族との同居が困難な60歳以上の者で、一定の低所得な高齢者を対象とし、食事の提供を行う。

軽費老人ホームB型は、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な60歳以上で自炊できる程度の健康状態の高齢者を対象とし、食事は原則として自炊となる。

ケアハウスは、自炊ができない程度の身体機能の低下が認められ、又は高齢等のため、独立して生活を営むには不安があり、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の高齢者を対象とし、食事の提供を行うが、家賃相当額の負担が必要である。

県民医療費

国民医療費の都道府県別のもの。

県民所得

県民の生産活動により新たに加えられた価値（付加価値）が、労働や資本などを提供した県民にどのように分けられたかを示すもの。

後期高齢者

(→高齢者参照)

後期高齢者医療広域連合

平成20年度から始まる後期高齢者医療制度を運営するために都道府県ごとに全市町村により設置された特別地方公共団体で、保険料の決定や医療を受けたときの給付を行う。

後期高齢者医療制度

後期高齢者を被保険者として保険料を徴収し、医療給付を行う仕組みであり、社会保険制度の一環として位置付けられる。保険料徴収は市町村が行い、財政運営は全市町村が加入する都道府県単位の後期高齢者医療広域連合が担当する。

後期高齢者支援金

平成20年度から始まる後期高齢者医療制度における後期高齢者の医療費について、法律に基づき各医療保険者がそれぞれの加入者数(0～74歳)に応じて負担する負担金のこと。

口腔ケア

口腔清掃(うがい、歯みがき、義歯の清掃、粘膜・舌の清掃)、口腔機能回復(摂食・嚥下訓練等)の総称。

高齢化率

総人口に占める65歳以上人口の割合。

高齢者

高齢者の明確な定義はなく、国連の定義では60歳以上、世界保健機構の定義では65歳以上の者となっている。65歳以上75歳未満の者を前期高齢者、75歳以上の者を後期高齢者という。なお、国勢調査等では、15歳未満の者を年少人口、15歳以上65歳未満の者を生産年齢人口、65歳以上の者を老年人口としている。

高齢者専用賃貸住宅

高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく高齢者円滑入居賃貸住宅(高齢であることを理由に入居を拒まない住宅)のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅として都道府県に登録された住宅。

国民医療費

当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したもの。診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される移送費等を含んでいるが、正常な妊娠や分娩等に要する費用、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は計上していない。

国民皆保険制度

国民が、いずれかの公的医療保険制度に加入し、保険料を納め、医療機関で被保険者証を提示することにより、一定の自己負担で必要な医療を受けることができる制度。

国民健康保険

国民健康保険法に基づき、相扶共済の精神により保険技術を用い、被用者保険の適用を受けない、主に農林漁業、自営業者等を対象として、疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行う医療保険のこと。

国民健康保険団体連合会

保険者が共同してその目的を達成するため、国民健康保険法に基づき都道府県ごとに設立される公法人で、国民健康保険にかかる診療報酬の審査及び支払等を行う。

国民所得

一国における国民全体が得る一年間の所得のこと。

個人情報保護法に基づくガイドライン

事業者における個人情報の取扱いに関する各事業分野に共通する必要最低限のルールを定めた個人情報保護法を踏まえ、それぞれの事業を所管する省庁が各事業分野の実情に応じて定めたガイドラインのこと。

【さ行】

在宅医療

在宅において行われる医療行為全般を指す。

在宅ホスピス

末期患者が、症状緩和や精神的な支援のための医療看護を自宅で受けること。

在宅療養支援診療所

必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ24時間往診と訪問看護等を提供できる在宅医療の拠点としての役割を期待されている診療所。

歯科診療所

歯科医師が歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

事業者等による健康診断

労働安全衛生法に基づき事業者が労働者に対して行う健康診断や学校保健法に基づき学校の設置者が職員に対して行う健康診断のこと。こうした高齢者の医療の確保に関する法律以外の法令に基づき行われる健康診断は、特定健康診査よりも実施を優先することとされており、保険者は事業者等から健康診断の結果を受領していれば、特定健康診査を実施したことに代えられる。

歯周疾患

歯肉、歯槽骨など歯を支持する歯周組織に発生する、疾患の総称。

施設・居住系サービス

介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）や居住系（認知症高齢者グループホーム、特定施設）によるサービス。この場合の特定施設とは、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、養護老人ホーム及び適高齢者専用賃貸住宅のうち、介護保険制度における特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けてサービスを提供する施設。要介護者のみが入居可能なタイプとして、定員30名以上の「介護専用型特定施設」と定員29名以下の「地域密着型特定施設」があるほか、要介護者でない者も入居可能な「混合型特定施設」がある。

社会保険診療報酬支払基金

国民健康保険、労災保険を除く医療保険の診療報酬（医療費）の支払業務とレセプトの審査を各保険者から委嘱されて行う機関。

19分類・119分類

社会保険表章用疾病分類表に基づく分類で、19項目の大分類と119項目の中分類からなる。（7別表 P109参照）

周産期医療

妊娠22週以降から生後7日（出生当日を第1日とする）までを周産期という。周産期医療は、出産前後の妊産婦（胎児を含む）の管理、新生児・未熟児の管理、ハイリスク母児の退院後の継続管理の三者を連続的に実践するもの。

縦覧点検

一人ごとにレセプトを数か月分並べて、点検をする方法。単月分の点検では見つけることのできない、検査の請求回数等を点検することができる。

受診率

医療保険加入者一人当たりの診療件数（レセプト件数）。当該年度の診療件数（レセプト件数）を当該年度の医療保険加入者数で除したものを。

老人医療費では、老人医療受給対象者数100人当たりの診療件数（レセプト件数）として表示しており、当該年度の診療件数を当該年度の老人医療受給対象者数で除したものを100倍したものを。

小規模多機能型居宅介護

通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせサービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するもの。

小児救急医療体制

小児科の縮小や小児科医の不足、一定の医療機関への小児救急患者の集中化を受け、時代と地域の実情に応じた小児救急医療の整備を総称する制度を指す。

小児救急電話相談事業

休日・夜間の急な子供の病気への対処法等について、小児科医師・看護師へ電話による相談ができるもの。

ショートステイ

在宅で介護を受けている人が一時的に介護保険施設などに入所して、日常の世話や機能訓練などを受けるサービス。特別養護老人ホームなど福祉系の施設に短期入所し、日常生活の介護を中心に機能訓練などを受ける「短期入所生活介護」と、介護老人保健施設や介護療養型医療施設など医療系の施設に短期入所し、医療的な観点から治療や看護、介護、機能訓練などを受ける「短期入所療養介護」がある。

職域保健

主に労働基準法、労働安全衛生法などの法令を基に事業者、就業者による就業者の安全と健康の確保のための方策の実践。

シルバーハウジング

住宅施策と福祉施策の密接な連携により、高齢者の生活特性に配慮したバリアフリー化された公営住宅等で、入居高齢者に対する日常生活相談、安否確認、緊急時における連絡等のサービスを提供する生活援助員（ライフサポートアドバイザー）を配置して、日常生活支援サービスを併せて行う高齢者向け公的賃貸住宅のこと。

人工透析

腎機能が極端に低下して腎不全状態におちいった患者に、半透膜物質を用いて人工的に血液中の老廃物や尿毒性物質を除去し、体液の電解質のバランスを調整する治療のこと。

診療機能のオープン化

病院の施設・設備を地域の開業医等に可能な限り開放していくこと。

診療報酬

医療機関が行った診療行為に対する報酬としての医療費のことで、社会保険の診療報酬は全て厚生労働大臣が定めた公定料金であり、単価点数制(1点=10円)になっている。

生活援助員（ライフサポートアドバイザー）

シルバーハウジング等に居住している高齢者に対して、相談、安否確認、緊急時対応等のサービスを行う人。

生活支援ハウス

独立して生活することに不安のある高齢者に対して、介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に提供することにより、高齢者が安心して健康で明るい生活を送ることができるよう支援する施設。

生活習慣病

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、発症・進行に関係する疾患群。

生活の質（QOL）

単なる生存にとどまらず精神的ニーズも満足させる生活。Quality Of Lifeの略。

精神科救急医療

精神疾患の急激な発症や精神状態の増悪などに対して早急に行われる医療をいう。この中には自傷、他害の恐れがあるものと恐れがないものがある。

精神病床

精神疾患を有する者を入院させるための病床。

政府管掌健康保険

主に中小企業を対象とした、政府が保険者として運営している健康保険。

摂食・嚥下

水分や食べ物を認識して口の中に取り込んで、歯で咀嚼して飲み込みやすい形にして、咽頭から食道・胃へと送り込むこと。

全病床

一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の合計。

相関係数

二つの指標（変数）の間で、一方が増加するにつれ、他方が、直線的に増加又は減少する関係の度合いを表す。数値は、-1から+1までの値をとり、0の場合は無相関、-1又は+1に近いほど相関が強いとされる。グラフで分布を表すとき、相関係数がマイナスのときは右肩下がり、プラスのときは右肩上がりの直線となる。

総患者数

厚生労働省「患者調査」調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者も含む。）の数を次の算式により推計したもの。

総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7）

【た行】

ターミナルケア

終末期の介護。今日の医学で治る見込みがない末期患者に対して積極的にケアと精神的支援を心がけ、人生最後の時をなるべく心身の苦痛や不安を少なく人間らしく意義深く送れるように援助するケア。

第三者行為

傷病のうち、交通事故、けんか及び犬にかまれたなど第三者の行為によるもの。第三者行為による傷病の治療費は、加害者(第三者)が支払うものであり、保険者が支払った医療費については加害者

にその費用を請求することとなっている。

退職者医療制度

サラリーマンが定年等で退職し再就職しない場合は、国民健康保険に加入することが義務付けられているが、その結果医療の必要性の高まる時期に給付水準が低下する一方、負担水準が上昇するので、その緩和策として昭和59年10月に創設された制度で、被保険者の在職中の被用者保険への貢献に着目し、医療費の一部を被用者保険等の拠出金から賄う。平成20年度から65～74歳までの前期高齢者について保険者間の財政調整制度が導入されたことに伴い、平成19年度末で廃止された（経過措置あり）。

団塊の世代

第2次世界大戦直後の昭和22～24年にかけての第一次ベビーブームで生まれた世代。

地域医療支援病院

かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援し、地域に必要な医療を確保する観点から地域の実情に併せて設立される病院のこと。医療法の改正により平成10年度から創設された。

地域医療連携室

地域の診療所や病院など多くの医療機関との連携を推進するために医療機関に設けられた組織で、外来から入院中及び退院後などの期間を通して、患者の相談等に応じている。

地域ケア／地域ケア体制

介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域において安心して生活を送ることができるよう構築された、ニーズに応じた保健・医療・福祉のサービス提供。その提供体制のことを地域ケア体制という。

地域包括支援センター

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、必要なサービスにつないだり、虐待防止などの権利擁護や、介護予防事業のマネジメントなどの機能を担う地域の中核機関。各市町村が設置。

地域保健

主に地域保健法や健康増進法、母子保健法などの法令を基に乳幼児、思春期、高齢者までの地域住民を対象として、生涯を通じてより健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスの提供。

地域密着型サービス

高齢者が要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から創設されたもので、市町村が主体となり地域の実情にあわせ、地域の特性をいかしたサービスを提供するもの。夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の6種類がある。

地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

超高齢社会

一般に、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、今後到来が予想される高齢化率の一段と高い社会を「超高齢社会」と呼んでいる。

「高齢化社会」という用語は、昭和31年の国連の報告書において、7%以上を「高齢化した(aged)」人口と呼んでいたことに由来するのではないかとされているが、必ずしも定かではない。「高齢社会」については、高齢化率が7%からその2倍の14%に到達するまでの期間が、高齢化の進展のスピードを示す指標として国際比較などでよく使われていることから、高齢化率14%を一つの基準として、これを超えたものを「高齢社会」と呼んでいるものと考えられる。「超高齢社会」という用語についても特に明確な定義があるわけではない。

重複受診

ある期間内に同一の疾病で複数の医療機関で受診すること。

重複投与

複数の医療機関にかかっている場合に、作用の同じ薬をそれぞれの医療機関から処方されること。

DMAT

災害急性期（災害発生48時間以内）に活動できる機動性と専門的な訓練を受けた医療チームのこと。Disaster Medical Assistance Teamの略。

ドクターヘリ

救急専用の医療機器等を装備したヘリコプターに救急医療の専門医と看護師が同乗し、消防機関等の要請に基づき救急現場から医療機関に搬送する間、患者に救命医療を行うことのできる救急専用ヘリコプターのこと。

特定健康診査

糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査を指し、保険者が40～74歳の加入者に対し実施することが義務付けられている。

特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針

高齢者の医療の確保に関する法律第18条第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るために定める指針。

特定健康診査等実施計画

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項の規定により、保険者が特定健康診査等基本指針に即して5年ごとに5年を1期として定める計画。特定健康診査等の具体的な実施方法・目標等を定める。

特定保健指導

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要があるとされた方に対し、専門的知識・技術を持つ者が行う保健指導を指し、保険者に実施が義務付けられている。腹囲（BMI）、追加リスク（血糖、脂質、血圧）の多少、喫煙歴、年齢から、生活習慣の改善のための取組みの動機付けに係る支援等を行う動機付け支援と、生活習慣の改善のための取組みに資する働きかけ等が相当な期間継続して行われる積極的支援に分けられる。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

老人福祉法に基づく老人福祉施設の一つで、地方公共団体又は社会福祉法人が設置できる。

介護保険法に基づく都道府県知事の指定を受け、指定介護老人福祉施設として、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。

【な行】

内臓脂肪

腹筋の内側の内臓の周りについている脂肪のこと。

認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

認知症の要介護者等が、共同生活を行いながら、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行う住居のこと。

【は行】

8 学会基準

平成17年4月に日本肥満学会、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会の8学会がまとめた日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準。（7 別表 P108参照）

8 0 2 0 運動

80歳で自分の歯を20本以上残そうという運動。20本以上の歯があるとほとんど何でも食べられ、より快適な食生活が営めるとされており、厚生省の成人歯科保健対策検討会中間報告の中で提唱された。

一人当たり医療費

当該年度の国民(県民)医療費を、当該年度の全国（都道府県）総人口で除したもの。

一人当たり日数

医療保険加入者一人当たりの診療日数。当該年度の診療実日数を当該年度の被保険者数で除したもの。

老人医療費では、老人医療受給対象者数一人当たりの診療日数。当該年度の診療実日数を当該年度の老人医療受給対象者数で除したもの。

被扶養者

本計画では、医療保険の被扶養者を指す。組合管掌健康保険や政府管掌健康保険等の被用者保険の被保険者の被扶養者のことで、被扶養者の傷病についても保険給付が行われる。

被保険者

本計画では、医療保険の被保険者を指す。医療保険に加入し、病気やけがをしたときなどに必要な給付を受けることができる人のこと。

119分類

(→19分類・119分類参照)

病院群輪番制

地域内の複数の病院群が協同連帯して輪番で診療を行うもので、夜間や休日の救急患者の受け入れのために医師、看護師、その他の職員を確保し、併せて空ベッドを用意して対応しようという救急医療確保対策の一方法で二次救急医療体制と呼ばれている。

被用者保険

政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険の総称。

標準的な健診・保健指導プログラム

医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施するために、標準的な健診・保健指導プロ

グラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方などについて、厚生労働省がまとめたもの。

頻回受診

過度に頻繁に医療機関を受診すること。

フッ化物

フッ素とほかの元素等とから構成される化合物。むし歯予防のために歯に塗ることや、フッ化物洗口（フッ化物液でのうがい）等が行われている。

プレホスピタル・ケア

病院前救護のことで、救急現場や搬送途上における救急処置等のケアをいう。

平均在院日数

平均すると患者がどのくらいの期間病院に入院していたかを表す指標。次の式により計算している。

平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔(年間新入院患者数＋年間退院患者数)÷2〕

ただし、療養病床の平均在院日数は次の式により計算している。

療養病床の平均在院日数＝年間在院患者延数÷〔(年間新入院患者数＋年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数＋年間退院患者数＋年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数)÷2〕

平均在院日数は病床の種類ごとに公表されているが、療養病床については平成18年から介護療養病床を分けて示されることとなり、介護療養病床を除いた全病床の平均在院日数を医療費適正化計画の目標項目とすることとされた。

訪問看護

保健師、助産師、看護師等看護職者が家庭や地域に出向いて看護サービスを提供すること。

訪問看護ステーション

老人訪問看護制度の中で、保健師、看護師や理学療法士、作業療法士が在宅介護に重点を置き、家庭における寝たきり等の高齢者に対する訪問看護サービスを提供する拠点のこと。

保健医療圏

神奈川県保健医療計画において定められている保健医療提供体制を整備する地域的単位。神奈川県では、平成14年の保健医療計画の改定により、医療圏を保健医療圏に改めた。

一次保健医療圏

住民に密着した保健・福祉サービスや初期医療を提供するための基礎的な単位であり、市区町村を区域とする。

二次保健医療圏

一般的な入院医療への対応と、保健・医療・福祉の総合的な取組みを行うための単位であり、神奈川県では11圏域を設定している。

三次保健医療圏

高度・特殊な専門的医療を提供するとともに、広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するための圏域で、県全域を区域としている。

保健指導

集団又は個人の健康保持・増進、疾病の予防・管理を目的として、保健医療従事者が専門的な助言や援助を与えること。

保険者

本計画では医療保険者を指す。健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のこと。

保険者協議会

都道府県内の各医療保険者を構成員とし、保険者による保健事業の共同実施主体として、医療費の分析・評価、被保険者教育・指導等の保健事業等を行う団体。事務局は各都道府県の国民健康保険団体連合会におかれている。

【ま行】

見守りサービス

安否確認、緊急時の対応、生活相談、配食サービスなどのこと。家族、近隣住民のほか、ボランティア、民間サービス、公的サービスなど多様な主体により重層的に提供されることが期待されている。

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

内臓脂肪が蓄積することによって、血圧、血糖が高くなったり、血中の脂質異常（LDL（悪玉）コレステロールや中性脂肪が高い、又はHDL（善玉）コレステロールが低いこと）を起こしたりして、食事や運動などの生活習慣を改善しなければ心筋梗塞や脳卒中が起こりやすくなる状態のこと。

【や行】

薬物等依存症

快感や幻覚を生じさせ、一度使うと繰り返し使いたくなる薬物等を繰り返し使うことにより精神依存等の症状が現れ、自分の意志では薬物の使用をコントロールできなくなる症状。

有料老人ホーム

高齢者を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又は洗濯、掃除等の家事又は健康管理の供与をする施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業、適合高齢者専用賃貸住宅でないものをいう。

介護の形態によって、①介護付(介護保険法の特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの)、②住宅型(介護が必要となった場合、訪問介護等の介護サービスを利用しながら有料老人ホームでの生活を続けるもの)、③健康型(介護が必要となった場合には契約を解除し退去しなければならないもの)の3類型に分類されている。

【ら行】

リハビリテーション

障害を受けた者を、その者の持つ身体的・精神的・社会的・職業的・経済的能力を最大限に回復させることであり、その人が再び人間らしく生きられるようになることで、「全人間的回復権」を目標とするものをいう。

療養病床

主として長期にわたり療養を必要とする患者が入院するための病床。医療保険適用、介護保険適用があり、提供されるサービスは実質的に同じだが、平成24年3月末で介護保険適用の療養病床は

廃止になる。

レセプト

患者の1か月分の診療内容と医療費を明記した診療報酬明細書のことで、保険医療機関等が保険者に請求する際に使われる。月ごとに患者一人一人に対して個別に作成され、傷病名などの情報が記載され、それらにかかった医療費を知ることができる。

老人医療受給対象者

各医療保険の加入者で、75歳以上の方（ただし平成14年9月30日までに70歳になられた方を含む）と、65～74歳の障害認定を受けられた方。

老人医療費

老人医療受給対象者にかかった医療費のこと。診療費、薬剤の支給、食事療養、老人訪問看護、医療費の支給の合計（平成13年度までは老人保健施設療養費も含む）。

老人医療費法定負担金

老人医療費は、老人本人の自己負担（1割又は3割）を除き、各保険者からの拠出金6/12、国庫負担金4/12、都道府県負担金1/12、市町村1/12で負担することが法律で定まっており、それに基づき国・都道府県・市町村が負担する老人医療費のこと。

老人性認知症疾患療養病棟

寝たきり等の状態にない、問題行動をもった認知症性高齢者で、自宅や他の施設で療養が困難な人に対して、入院加療を行う病棟。

老人一人当たり医療費

当該年度の老人医療費を当該年度の老人医療受給対象者数で除したもの。老人医療費には入院、入院外、歯科の医療費のほか、老人訪問看護、医療費の支給の費用額を含んでいる（平成13年度までは老人保健施設療養費も含む）ため、老人一人当たり入院・入院外・歯科医療費の合計とは一致しない。

老人一人当たり歯科医療費

当該年度の老人医療費のうち、歯科診療費と食事療養の費用額(歯科)の計を、当該年度の老人医療受給対象者数で除したもの。

老人一人当たり入院医療費

当該年度の老人医療費のうち、入院診療費と食事療養の費用額(医科)の計を、当該年度の老人医療受給対象者数で除したもの。

老人一人当たり入院外医療費

当該年度の老人医療費のうち、入院外診療費と薬剤の支給の費用額の計を、当該年度の老人医療受給対象者数で除したもの。

老人保健制度

国民の老後における健康の保持と適正な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上と老人福祉の増進を図ることを目的としており、原則75歳以上の者を対象とする老人医療と、40歳以上の者を対象とする保健事業がある。平成20年度からの後期高齢者医療制度の創設により、平成19年度末で廃止された。

7 別表

医療区分

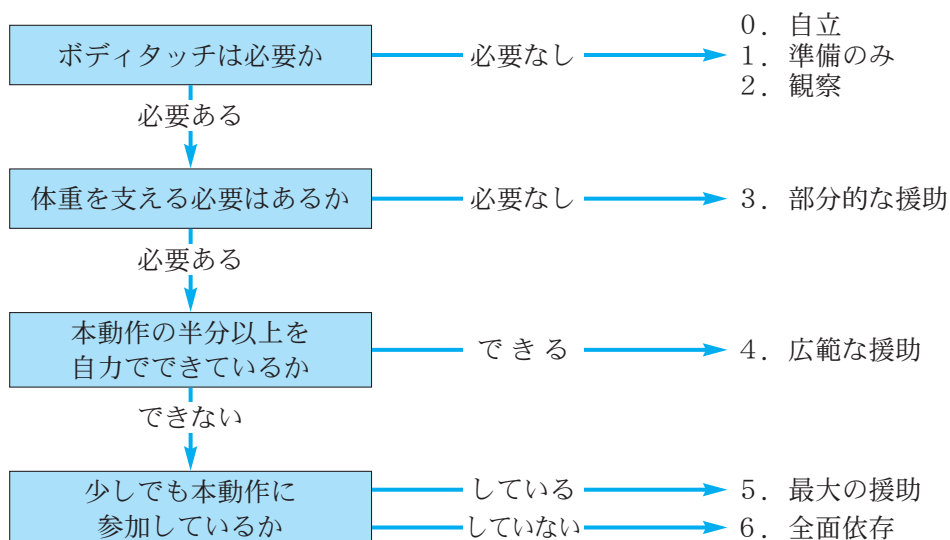
医療区分1	医療区分3、2に該当しない者
医療区分2	<p>一 対象疾患の名称</p> <p>筋ジストロフィー症</p> <p>多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）その他の難病（スモンを除く。）</p> <p>脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）</p> <p>慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）</p> <p>悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）</p> <p>二 対象となる状態</p> <p>肺炎に対する治療を実施している状態</p> <p>尿路感染症に対する治療を実施している状態</p> <p>傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）</p> <p>脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</p> <p>消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</p> <p>頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</p> <p>褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2箇所以上に認められる場合に限る。）</p> <p>末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態</p> <p>せん妄に対する治療を実施している状態</p> <p>うつ症状に対する治療を実施している状態</p> <p>他者に対する暴行が毎日認められる状態</p> <p>人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態</p> <p>経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態</p> <p>1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）</p> <p>頻回の血糖検査を実施している状態</p> <p>創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態</p>
医療区分3	<p>一 対象疾患の名称</p> <p>スモン</p> <p>二 対象となる状態</p> <p>医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</p> <p>中心静脈栄養を実施している状態</p> <p>24時間持続して点滴を実施している状態</p> <p>人工呼吸器を使用している状態</p> <p>ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態</p> <p>気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態</p> <p>酸素療法を実施している状態</p> <p>感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態</p>

ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a.～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。評価の合計点からADL区分を設定する。

項目	内 容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく) 経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
(合計点)		

0 自立	手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
ADL合計点	0～10点	11～22点	23～24点

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の診断基準

- 1 特定保健指導の対象者（本計画におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群）（※1）

腹 囲	追加リスク	喫煙歴	対象(※3)	
	①脂質 ②血圧 ③血糖(※2)		40～64歳	65～74歳
男性≥85cm 女性≥90cm 又は 内臓脂肪面積 男女とも≥100cm ²	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※1 脂質異常症、高血圧症、糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

※2

脂質	トリグリセライド（中性脂肪）≥150mg/dL 又は HDLコレステロール値<40mg/dL
血圧	収縮期血圧≥130mmHg 又は 拡張期血圧≥85mmHg
血糖	空腹時血糖値≥100mg/dL 又は HbA1c≥5.2%

※3 年齢区分は、実施年度中に達する年齢とする。

- 2 8学会基準

腹 囲	男性≥85cm 女性≥90cm (内臓脂肪面積 男女とも≥100cm ² に相当)	
腹囲に加え次の2項目以上該当(※4)	脂質	トリグリセライド（中性脂肪）≥150mg/dL かつ/又は HDLコレステロール値<40mg/dL
	血圧	収縮期血圧≥130mmHg かつ/又は 拡張期血圧≥85mmHg
	血糖	空腹時血糖値≥110mg/dL

※4 脂質異常症、高血圧症、糖尿病の治療に対して薬物治療を受けている場合にはそれぞれの項目に含める。

- 3 都道府県健康増進計画改定ガイドラインにおけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の定義

腹 囲	男性≥85cm 女性≥90cm	
腹囲に加え次の1項目以上該当(※5)	脂質	トリグリセライド（中性脂肪）≥150mg/dL(※6) 又は HDLコレステロール値<40mg/dL 若しくは コレステロールを下げる薬を服用
	血圧	収縮期血圧≥130mmHg かつ/又は 拡張期血圧≥85mmHg 若しくは 血圧を下げる薬を服用
	血糖	空腹時血糖値≥110mg/dL 又は HbA1c≥5.5%(※7) 若しくは インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用

※5 1項目該当する者を予備群、2項目以上該当する者を該当者とする。

※6 空腹時における採血が徹底できていない場合は、中性脂肪を用いない。

※7 空腹時血糖とHbA1cの両者を測定している場合は、空腹時血糖を用いる。

社会保険表章用疾病分類表（疾病大分類・中分類）

	感染症及び寄生虫症		呼吸器系の疾患
101	腸管感染症	1001	急性鼻咽頭炎[かぜ]
102	結核	1002	急性咽喉炎及び急性扁桃炎
103	主として性的伝播様式をとる感染症	1003	その他の急性上気道感染症
104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	1004	肺炎
105	ウイルス肝炎	1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎
106	その他のウイルス疾患	1006	アレルギー性鼻炎
107	真菌症	1007	慢性副鼻腔炎
108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎
109	その他の感染症及び寄生虫症	1009	慢性閉塞性肺疾患
		1010	喘息
	新生物	1011	その他の呼吸器系の疾患
201	胃の悪性新生物		
202	結腸の悪性新生物		消化器系の疾患
203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1101	う蝕
204	肝及び肝内胆管の悪性新生物	1102	歯肉炎及び歯周疾患
205	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害
206	乳房の悪性新生物	1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
207	子宮の悪性新生物	1105	胃炎及び十二指腸炎
208	悪性リンパ腫	1106	アルコール性肝疾患
209	白血病	1107	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
210	その他の悪性新生物	1108	肝硬変（アルコール性のものを除く）
211	良性新生物及びその他の新生物	1109	その他の肝疾患
		1110	胆石症及び胆のう炎
	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1111	瘰癧
301	貧血	1112	その他の消化器系の疾患
302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害		
			皮膚及び皮下組織の疾患
	内分泌、栄養及び代謝疾患	1201	皮膚及び皮下組織の感染症
401	甲状腺障害	1202	皮膚炎及び湿疹
402	糖尿病	1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
403	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患		
			筋骨格系及び結合組織の疾患
	精神及び行動の障害	1301	炎症性多発性関節障害
501	血管性及び詳細不明の認知症	1302	関節症
502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1303	脊椎障害（脊椎症を含む）
503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1304	椎間板障害
504	気分[感情]障害（躁うつ病を含む）	1305	頸腕症候群
505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	1306	腰痛症及び坐骨神経痛
506	知的障害<精神遅滞>	1307	その他の脊柱障害
507	その他の精神及び行動の障害	1308	肩の障害
		1309	骨の密度及び構造の障害
	神経系の疾患	1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
601	パーキンソン病		
602	アルツハイマー病	XIV	腎尿路生殖器系の疾患
603	てんかん	1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1402	腎不全
605	自律神経系の障害	1403	尿路結石症
606	その他の神経系の疾患	1404	その他の腎尿路系の疾患
		1405	前立腺肥大（症）
	眼及び付属器の疾患	1406	その他の男性生殖器の疾患
701	結膜炎	1407	月経障害及び閉経周辺期障害
702	白内障	1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患
703	屈折及び調節の障害		
704	その他の眼及び付属器の疾患		妊娠、分娩及び産じょく
		1501	流産
	耳及び乳様突起の疾患	1502	妊娠高血圧症候群
801	外耳炎	1503	単胎自然分娩
802	その他の外耳疾患	1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく
803	中耳炎		
804	その他の中耳及び乳様突起の疾患		周産期に発生した病態
805	メニエール病	1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害
806	その他の内耳疾患	1602	その他の周産期に発生した病態
807	その他の耳疾患		
			先天奇形、変形及び染色体異常
	循環器系の疾患	1701	心臓の先天奇形
901	高血圧性疾患	1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常
902	虚血性心疾患		
903	その他の心疾患		症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
904	くも膜下出血	1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
905	脳内出血		
906	脳梗塞		損傷、中毒及びその他の外因の影響
907	脳動脈硬化（症）	1901	骨折
908	その他の脳血管疾患	1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷
909	動脈硬化（症）	1903	熱傷及び腐食
910	痔核	1904	中毒
911	低血圧（症）	1905	その他の損傷及びその他の外因の影響
912	その他の循環器系の疾患		

8 関係法令

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

第一章 総則

（目的）

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

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、五年ごとに、五年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 医療費適正化基本方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成に当たつて指針となるべき基本的な事項
- 二 次条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的な事項
- 三 医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項
- 四 前三号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進に関する重要事項

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

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために必要な事項

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

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

7 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画の作成及び全国医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力

を求めることができる。

(都道府県医療費適正化計画)

第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、五年ごとに、五年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- 六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項
- 七 計画の達成状況の評価に関する事項
- 八 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために都道府県が必要と認める事項

3 都道府県医療費適正化計画は、医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画、介護保険法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。

4 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。

5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、公表するものとする。

6 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(厚生労働大臣の助言)

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

(計画の進捗状況に関する評価)

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の作成年度の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

(計画の実績に関する評価)

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

2 都道府県は、前項の評価を行ったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その内容を

厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表するものとする。

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

(診療報酬に係る意見の提出等)

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

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

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第二項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

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

(資料提出の協力及び助言等)

第十五条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

- 2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価に基づき、保険者又は医療機関に対し、必要な助言又は援助をすることができる。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

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

一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

- 2 保険者及び第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない

ない。

(支払基金等への委託)

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

(2) 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（抜粋）

第一章 医療費適正化計画

(都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する評価)

第一条 都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「法」という。）第十一条第一項の規定に基づき法第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）の進捗状況に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況の把握及び分析を行うものとする。

2 都道府県は、法第十一条第一項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する評価の結果を公表するに当たっては、その要旨及び内容をインターネットの利用、印刷物の配布その他の適切な方法により行うものとする。

(全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価)

第二条 厚生労働大臣は、法第十一条第二項の規定に基づき法第八条第一項に規定する全国医療費適正化計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）の進捗状況に関する評価を行うに当たっては、当該計画に掲げる目標の達成に向けた取組の進捗状況の把握及び分析を行うものとする。

2 前条第二項の規定は、法第十一条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価の結果の公表について準用する。

(都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価)

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

2 都道府県は、法第十二条第二項の規定に基づき都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果を、当該計画の終了する年度の翌年度の十二月末日までに厚生労働大臣に報告するものとする。

3 第一条第二項の規定は、法第十二条第二項の規定に基づき都道府県が行う都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

(全国医療費適正化計画の実績に関する評価)

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

2 厚生労働大臣は、法第十二条第三項の規定に基づき各都道府県における都道府県医療費適正

化計画の実績に関する評価を行うに当たっては、当該計画の達成状況及び当該計画に掲げる施策の実施状況に係る分析を行うものとする。

- 3 第一条第二項の規定は、法第十二条第四項の規定に基づき厚生労働大臣が行う全国医療費適正化計画及び各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果の公表について準用する。

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析)

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

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

- 3 法第十六条第二項の規定により、厚生労働大臣から同条第一項に規定する情報の提供を求められた場合には、保険者及び後期高齢者医療広域連合（法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）は、当該情報を、電子情報処理組織（保険者又は後期高齢者医療広域連合が使用する電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と社会保険診療報酬支払基金法（昭和三十二年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法（昭和三十二年法律第九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が使用する電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法又は当該情報を記録した光ディスクその他の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）を提出する方法により提出しなければならない。

9 計画の策定経緯

(1) 計画への県民意見の反映

神奈川県医療費適正化計画（仮称）素案に対するパブリックコメントの実施

ア 時期 平成19年12月18日～平成20年1月16日

イ 意見提出者数 7人・団体（個人 5人、団体 2団体）

ウ 意見総数 14件

エ 内容別の内訳

内 容	件数	内 容	件数
計画の基本的な考え方	5	施策の展開	5
医療費を巡る状況	1	その他	1
目標・医療費の見通し	2	合 計	14

オ 計画への反映状況

反映状況	件数	反映状況	件数
計画に反映したもの	3	計画へ反映できないもの	3
今後の取組み等の参考とするもの	3	その他	5
合 計			14

(2) 神奈川県医療費検討委員会（神奈川県老人医療費検討委員会）

平成18年2月14日 老人医療費の現状について

平成19年3月26日 神奈川県医療費検討委員会に改称
神奈川県医療費適正化計画(仮称)の基本的な枠組みについて

平成19年5月29日 医療費適正化基本方針（案）等について
神奈川県医療費適正化計画(仮称)の策定について

平成19年8月8日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)骨子案（案）について

平成19年12月7日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)素案（案）について

平成20年2月15日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)案（案）について

(3) 神奈川県医療費適正化計画調整会議

平成19年2月6日 医療費適正化計画の策定について

平成19年4月24日 医療費適正化基本方針（案）等について
神奈川県医療費適正化計画(仮称)基本方針（案）について

平成19年7月30日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)骨子案（案）について

(4) 医療費適正化計画策定に係る市町村担当者会議

平成19年5月7日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)の策定について

平成19年12月14日 神奈川県医療費適正化計画(仮称)素案について

10 神奈川県医療費検討委員会委員名簿

神奈川県立保健福祉大学教授	山崎泰彦	
神奈川県医師会理事	菊岡正和	
神奈川県病院協会副会長	近藤脩	平成18年3月31日まで
神奈川県病院協会副会長	八木伸一	平成18年4月1日から
神奈川県歯科医師会理事	大矢享	
神奈川県薬剤師会常務理事	信近理恵	平成18年3月31日まで
神奈川県薬剤師会副会長	相田邦彦	平成18年4月1日から
神奈川県看護協会常務理事	佐々木光子	平成19年6月30日まで
神奈川県看護協会常務理事	野地金子	平成19年7月1日から
神奈川県保健師協議会会長	星野ゆう子	平成19年4月19日まで
神奈川県保健師協議会会長	山口律子	平成19年4月20日から
神奈川県栄養士会会長	中丸ちづ子	
神奈川県老人クラブ連合会理事	高科嘉代子	
神奈川県老人クラブ連合会	石田和夫	
神奈川県国民健康保険団体連合会企画事業部長	神宮司弘和	
神奈川県社会保険事務局保険課長	笹川松敏	
小田原市福祉健康部保険課長	平井光男	平成19年3月31日まで
小田原市福祉健康部保険課長	波多野正一	平成19年4月1日から
湯河原町福祉健康部長	高橋茂雄	平成19年9月30日まで
湯河原町福祉健康部長	岩本知三	平成19年10月1日から



神奈川県からCO₂削減を呼びかけ「クール」な地球を取り戻そうという、地域から「地球復興」を目指す『クールネッサンス宣言』のロゴマーク



神奈川県

保健福祉部医療課

横浜市中区日本大通1 〒231-8588 電話(045)210-4884(直通)