

「神奈川県保健医療計画」素案
(第8次 令和6年度～令和11年度)

令和5年12月

目 次

第 1 部 総論	1
第 1 章 基本的事項	2
第 1 節 計画策定の趣旨	2
第 2 節 計画の性格	2
第 3 節 第 7 次計画の評価	3
第 4 節 計画の基本理念及び基本目標	4
第 5 節 計画期間	5
第 6 節 関連する計画等	5
第 2 章 神奈川県の実現医療の現状	6
第 1 節 人口	6
第 2 節 生活習慣病等の状況	9
第 3 節 受療状況	11
第 4 節 医療施設・保健医療従事者の状況	13
第 5 節 計画推進に向けた関係者の役割	16
第 3 章 保健医療圏と基準病床数	18
第 1 節 保健医療圏	18
第 2 節 基準病床数	21
第 3 節 医療と介護の一体的な体制整備	23
第 2 部 各論	25
第 1 章 事業別の医療体制の整備・充実	26
第 1 節 総合的な救急医療	26
第 2 節 精神科救急	45
第 3 節 災害時医療	56
第 4 節 周産期医療	67
第 5 節 小児医療	82
第 6 節 新興感染症	95
第 2 章 疾患別の医療連携体制の構築	101
第 1 節 がん	101
第 2 節 脳卒中	113
第 3 節 心筋梗塞等の心血管疾患	123
第 4 節 糖尿病	132
第 5 節 精神疾患	149
第 3 章 未病対策等の推進	174
第 1 節 未病を改善する取組の推進	174
第 2 節 こころの未病対策	180

第3節	歯科保健対策	182
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	185
第5節	健康・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こす ことができる人材の育成	187
第4章	地域包括ケアシステムの推進	189
第1節	在宅医療	189
第2節	高齢者対策	201
第3節	障がい者対策	206
第4節	母子保健対策	209
第5節	難病対策	216
第6節	地域リハビリテーション	218
第5章	医療従事者の確保・養成	224
第1節	医師	224
第2節	外来医療に係る医療体制の確保	246
第3節	看護職員	254
第4節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	265
第6章	総合的な医療安全対策の推進	273
第7章	県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	276
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	276
第2節	地域医療支援病院の整備	280
第3節	公的病院等の役割	282
第4節	歯科医療機関の役割	286
第5節	訪問看護ステーションの役割	288
第6節	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	293
第7節	病病連携及び病診連携	297
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	300
第9節	医療DXの推進	303
第8章	個別の疾病対策等	310
第1節	認知症施策	310
第2節	健康危機管理対策	314
第3節	感染症対策	316
第4節	肝炎対策	318
第5節	アレルギー疾患対策	321
第6節	血液確保対策と適正使用対策	324
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	327

第3部	地域医療構想	331
第4部	計画の推進	335
第1章	計画の推進体制等	336
第1節	計画策定の検討経緯	336
第2節	計画の推進体制	337
第3節	計画の進行管理	338
〔 第5部 別冊 〕		

第1部 総論

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 神奈川県では、すべての県民が健やかに安心してくらす社会の実現に向けて、総合的な保健医療施策を示した「神奈川県保健医療計画」を策定し、県民の生涯を通じた健康の確保や安心してくらしの重要な基盤となる保健医療提供体制の整備に努めており、平成30年3月に第7次神奈川県保健医療計画を策定しました。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大では、医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなりました。一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、地域医療構想を引き続き着実に推進し、人口構造の変化への対応を図っていくことが必要です。また、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められています。
- そこで、令和6年度から始まる第8次神奈川県保健医療計画では、これらの課題を踏まえて、国の医療計画策定指針等に基づき、地域の実情に応じて、地域の医療関係者や市町村、県民のみなさまのご意見をいただきながら、新たに次の項目について追加するなど、計画の見直しを行いました。
 - ・ 第8次計画から新たに事業として位置づけられることとなった「新興感染症」を項目として追加
 - ・ 令和6年4月から施行される「医師の働き方改革」を踏まえ、「医療従事者の確保・養成」の中で取組の方向性や数値目標等を整理
 - ・ 医師の働き方改革や生産年齢人口の減少により、今後は限られた医療資源を効率的・効果的に活用していく必要があることから「ICT、デジタル技術の活用」を推進していくこととし、新たに「医療DX」を項目として追加
 - ・ 計画策定後の進捗管理をより適切に行うため、達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」を導入
- なお、平成27年9月に国連本部で採択された「持続可能な開発目標」（Sustainable Development Goals 略称：SDGs）の17の目標のうち、「すべての人に健康と福祉を」の理念は本計画とも共通するため、第7次計画に引き続き、SDGsの趣旨も踏まえて保健医療提供体制の整備に取り組んでまいります。

第2節 計画の性格

- 本計画は、医療法第30条の4第1項の規定により策定する法定計画であり、県の保健医療システムの目指すべき目標と基本的方向を明らかにするものです。

また、県民が県の保健医療提供体制の実情を把握し、今後の施策の方向性について理解を深め、予防、治療や健康づくりに主体的に取り組むことを支援するものです。

第3節 第7次計画の評価

- 第7次計画では、同時改定となった県高齢者保健福祉計画との整合を図りながら、地域の実情に即した「救急」「がん」など疾病・事業ごとの医療連携体制の整備、共生社会を見据えた地域包括ケアシステムをより一層推進するための施策、健康寿命日本一と新たな市場・産業の創出を目指す「ヘルスケア・ニューフロンティア」に関する取組等を盛り込み、平成30年3月に策定しました。
- そうした中で、令和2年からの新型コロナウイルス感染症の感染拡大は県民生活に多大な影響を及ぼし、県の保健医療に係る取組について、対面での研修やイベントが開催できなかったり、普及啓発が限定的なものとなるなど、当初の計画にも大きな影響がありました。
- 例えば、疾病別の医療連携体制の構築に向け、「がん」の検診受診率は上昇傾向にありますが、精密検査受診率の目標が未達成の見込みであることや、「精神疾患」については医療・社会復帰（地域生活）に関して医療機関の整備や長期入院者の退院促進の取組が新型コロナウイルス感染症の影響もあり、十分な取組を進めることができませんでした。
- 一方で、コロナ禍においても、県民個人が自身の健康情報を一元的に管理するアプリ「マイME－BYOカルテ」について、県民の健康管理・未病の改善に活用するなど、ICTを活用した健康管理が進んだほか、公衆衛生学を基礎としたイノベーションの創出に取り組む教育・研究を継続することなどを通じて、未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成が進むなど、未病対策等の推進に一定の成果がありました。
- 本県は、高齢者人口の増加に伴い、医療需要が今後、一層伸びていくことが見込まれている中、令和6年度から始まる第8次計画においては、県民が安心して身近な地域で医療を受けられる医療提供体制の整備、多職種協働による地域包括ケアシステムのさらなる推進、医療提供体制を支えるICTのさらなる活用、医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の確保など、さまざまな課題の解決に向けて、一層の取組を進めていく必要があります。

7次神奈川県保健医療計画 総合評価一覧

計画項目	総合評価	計画項目	総合評価
第1章 事業別の医療体制の整備・充実		第5章 医療従事者の確保・養成	
第1節 総合的な救急医療	B	第1節 医師	B
第2節 精神科救急	C	第2節 外来医療に係る医療体制の確保	C
第3節 災害時医療	C	第3節 看護職員	B
第4節 周産期医療	B	第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	B
第5節 小児医療	B	第6節 総合的な医療安全対策の推進	B
第2章 疾病別の医療連携体制の構築		第7章 県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	
第1節 がん	C	第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	B
第2節 脳卒中	C	第2節 地域医療支援病院の整備	B
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	C	第3節 公的病院等の役割	B
第4節 糖尿病	B	第4節 歯科医療機関の役割	B
第5節 精神疾患	C	第5節 訪問看護ステーション役割	B
第3章 未病対策等の推進		第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	B
第1節 未病を改善する取組みの推進	B	第7節 病連携及び病診連携	B
第2節 こころの未病対策	A	第8節 最先端医療・技術の実用化促進	B
第3節 歯科保健対策	B	第8章 個別の疾病対策等	
第4節 ICTを活用した健康管理の推進	A	第1節 認知症施策	B
第5節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成	A	第2節 健康危機管理対策	B
第4章 地域包括ケアシステムの推進		第3節 感染症対策	A
第1節 在宅医療	B	第4節 肝炎対策	C
第2節 高齢者対策	B	第5節 アレルギー疾患対策	B
第3節 障がい者対策	B	第6節 血液確保対策と適正使用対策	B
第4節 母子保健対策	B	第7節 臓器移植・骨髄等移植対策	B
第5節 難病対策	B		
第6節 地域リハビリテーション	B		

A 順調に進捗している	B 概ね順調に進捗している
C やや進捗が遅れている	D 進捗が遅れている

全 41 項目中 A : 4 項目 B : 29 項目 C : 8 項目 D : 0 項目

第4節 計画の基本理念及び基本目標

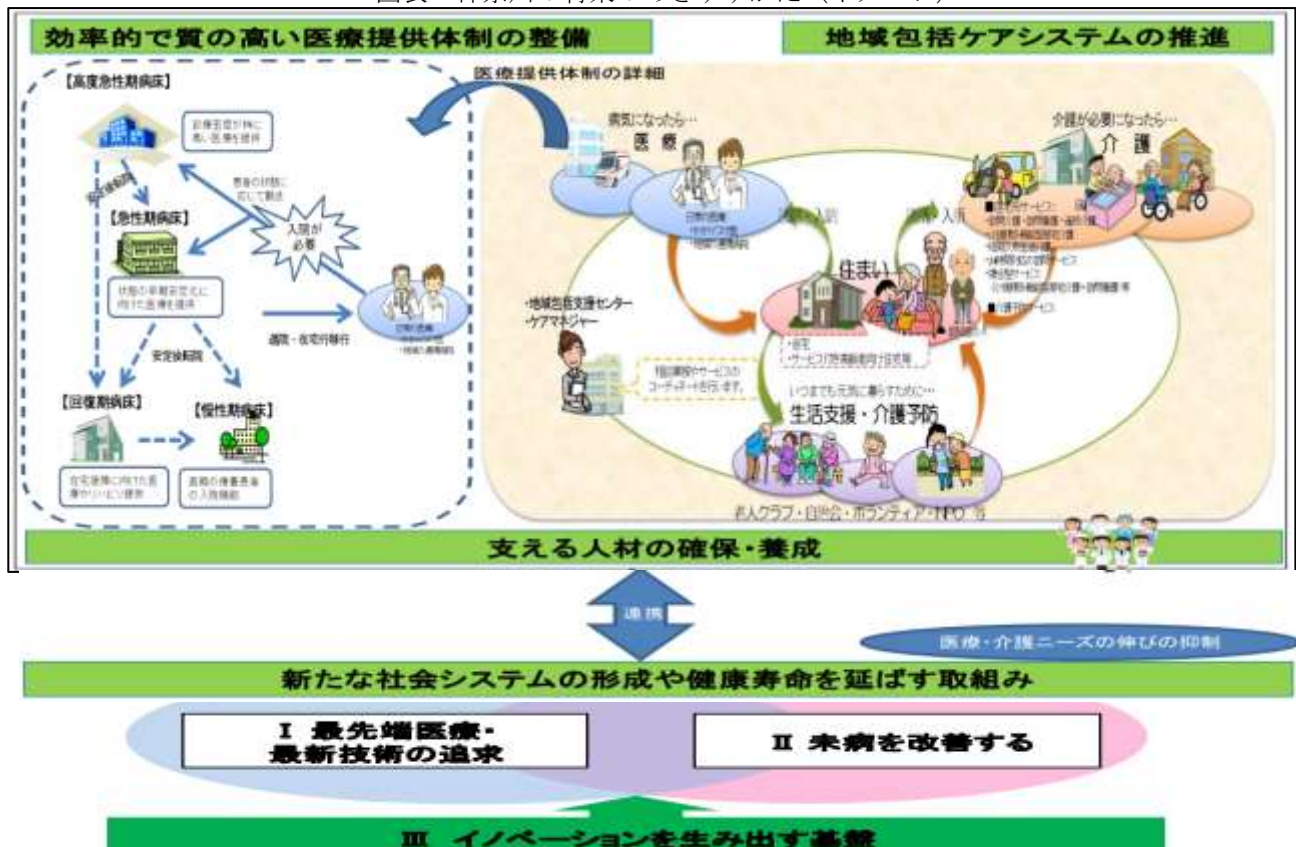
- すべての県民が健やかに安心してくらせる社会の実現に向けて、「誰でも等しく良質かつ適切な保健医療福祉サービスを受けられる」ことを基本理念として、保健医療提供体制を整備します。
- 県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、医療機関、介護事業者、行政、県民相互の連携の下で、切れ目のない保健医療福祉サービスを提供する体制を整備することを基本目標とします。

<神奈川のめざすがた>

誰もが元気で生き生きとくらしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川

- 誰もが高齢になっても元気で生き生きとくらしけるとともに、医療や介護が必要となった場合に、住み慣れた地域で安心して療養しながらくらしらせるよう、急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられる神奈川の実現を目指します。
- そのため、地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制の整備、地域包括ケアシステムの推進とともに、それらを支える人材の確保・養成を図ります。
- また、「最先端医療・最新技術の追求」、「未病を改善する取組」及び「イノベーションを生み出す基盤づくり」を通じた新たな社会システムの形成や健康寿命を延ばす取組とも連携し、健康な人を増やすなど、医療・介護ニーズの伸びの抑制を図ります。

図表 神奈川の将来のめざすがた（イメージ）



第5節 計画期間

- 本計画は、令和6（2024）年度を初年度とし、令和11（2029）年度までの6年間を計画期間とします。

第6節 関連する計画等

- 神奈川県保健医療計画は、県が策定した関連する次の計画等と整合を図っています。

- ・ ヘルスケア・ニューフロンティア推進プラン
- ・ 神奈川県総合計画
- ・ 神奈川県まち・ひと・しごと創生総合戦略
- ・ 神奈川県過疎地域自立促進方針
- ・ 神奈川県地域医療構想
- ・ 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画
- ・ 神奈川県医療費適正化計画
- ・ 神奈川県国民健康保険運営方針
- ・ 神奈川県保健医療救護計画
- ・ 神奈川県感染症予防計画
- ・ 神奈川県新型コロナウイルス等対策行動計画
- ・ 神奈川県アレルギー疾患対策推進計画
- ・ かながわ健康プラン21
- ・ 神奈川県食育推進計画
- ・ 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画
- ・ 神奈川県がん対策推進計画
- ・ 神奈川県肝炎対策推進計画
- ・ かながわ自殺対策計画
- ・ 神奈川県アルコール健康障害対策推進計画
- ・ 神奈川県地域福祉支援計画
- ・ かながわ高齢者保健福祉計画
- ・ 神奈川県障がい福祉計画
- ・ 神奈川県循環器病対策推進計画
- ・ 神奈川県ギャンブル等依存症対策推進計画

- なお、政令指定都市が策定する市独自の地域医療計画とも整合を図っています。

- ・ 横浜市：よこはま保健医療プラン
- ・ 川崎市：かわさき保健医療プラン
- ・ 相模原市：相模原市保健医療計画

第2章 神奈川県の実健医療の現状

第1節 人口

1 県の人口概況

全国的には、これまでの人口が増加する社会から、人口が減少する社会へと転換期を迎えています。県の人口は東京都に次ぐ全国第2位であり、平成21年7月には900万人を突破しました。平成27年には、913万人となり、令和2年以降徐々に減少することが見込まれています。

(1) 少子化の進行

合計特殊出生率は、全国的に低い水準にありますが、平成18年以降、上昇傾向にあります。

県でも、第二次ベビーブームの昭和48年の2.30をピークに低下傾向で、平成19年に1.19と最低値を記録し、その後はわずかに上昇傾向に転じましたが、令和2年は1.26となりました。

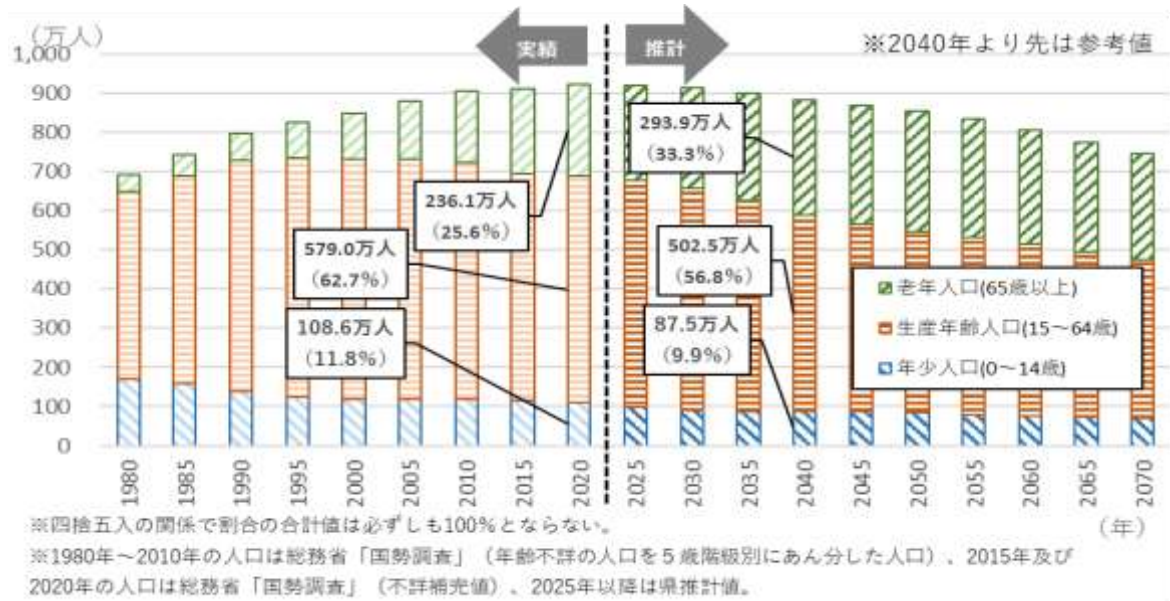
しかし、全国水準及び人口が安定的に維持される合計特殊出生率の水準（標準的には2.10前後）を大幅に下回っています。また、人口に占める年少人口の割合も低下し、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、今後も年少人口が減少することが予測されています。

(2) 高齢化の進展

県の高齢化率（65歳以上人口の占める割合）は平成27年には24.0%でしたが、令和2年には25.6%に上昇しており、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、令和7年には26.6%程度に達すると見込まれています。その後も上昇し、令和22年には33.3%に達する見込みです。

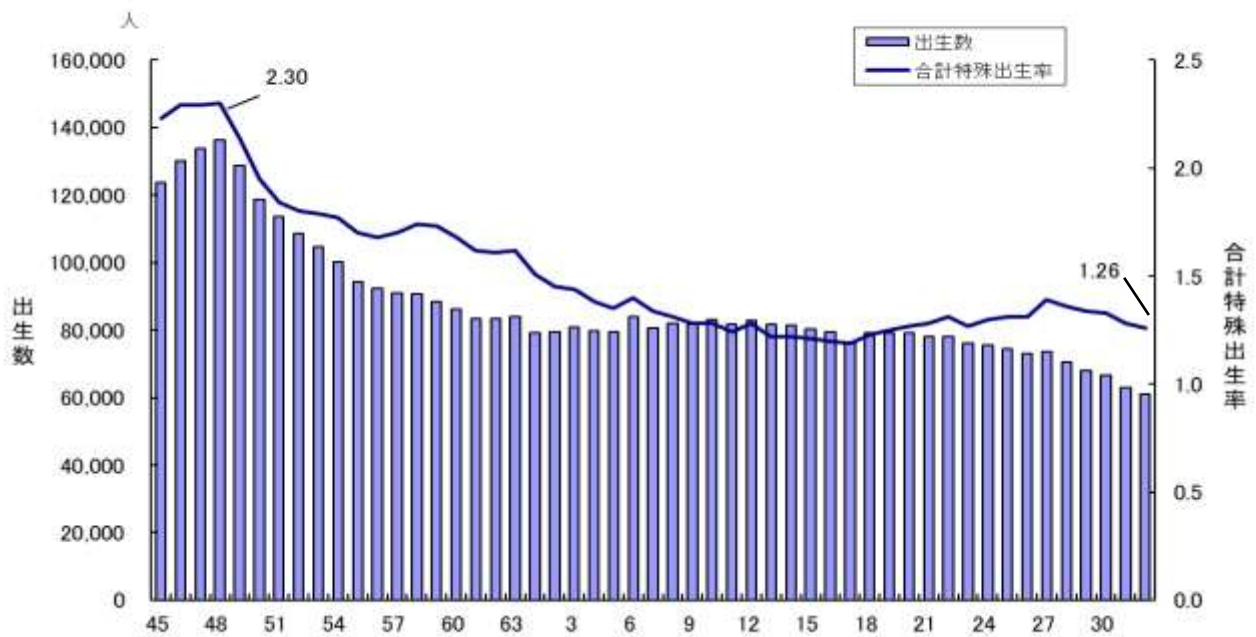
また、団塊の世代をはじめ、高度成長期に県に転入してきた世代の高齢化が進むため、現時点では全国に比べて県の高齢化率はまだ低いものの、今後、全国を上回るスピードで超高齢社会が進展することが予測されています。

図表 1-2-1-1 年齢3区分別人口及び高齢化率



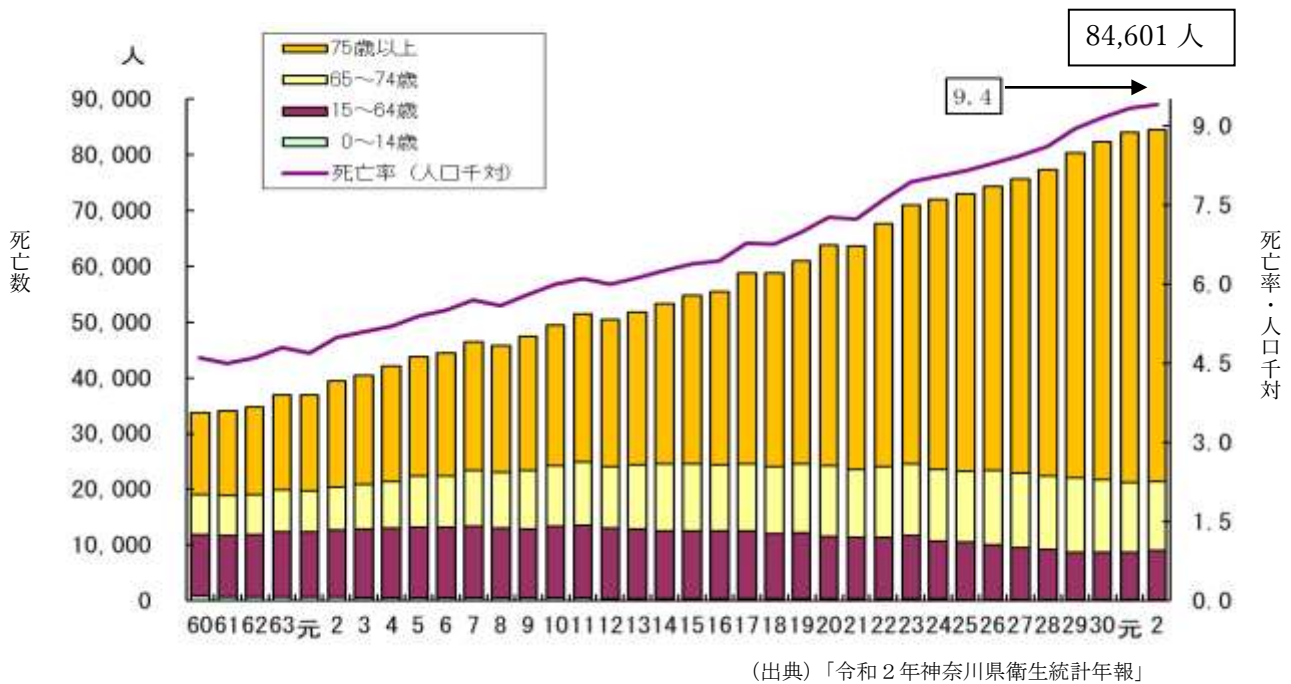
(出典) 神奈川県健康医療局保健医療部医療課作成

図表 1-2-1-2 出生数及び合計特殊出生率(国集計値)の年次推移



(出典) 「令和2年神奈川県衛生統計年報」

図表 1-2-1-3 死亡数及び死亡率の年次推移



(3) 年齢別人口構成比

県の令和5年1月1日現在の年齢（3区分）別人口の構成比は、年少人口は11.6%（全国と同じ）、生産年齢人口は62.6%（全国と比べて3.2ポイント高い）、老年人口は25.8%（全国と比べて3.2ポイント低い）となっています。

（単位：万人）

		総人数		年少人口 (0～14歳)		生産年齢人口 (15～64歳)		老年人口 (65歳以上)	
神奈川県	R5.1.1現在	923	(100.0)	105	(11.6%)	564	(62.6%)	233	(25.8%)
全国	R5.1.1現在	12,475	(100.0)	1,443	(11.6%)	7,415	(59.4%)	3,617	(29.0%)

※「総人数」について、四捨五入の関係で割合の合計値は必ずしも100%とならない。

（出典）「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告（令和5年度版）」

2 地域別の状況

県単位での人口は減少する一方、二次保健医療圏単位では地域偏在があります。令和4年中の人口増減を地域別にみると、川崎地域（1,691人増）、相模原地域（6人増）、湘南東部地域（2,645人増）、県央地域（3,498人増）の4地域で増加し、横浜地域（2,434人減）、横須賀・三浦地域（6,226人減）、湘南西部地域（663人減）、県西地域（1,793人減）の4地域で減少となっています。

（単位：人）

地域	横浜	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 西部	湘南 東部	県央	県西	計
R5.1.1 現在	3,769,595	873,689	666,827	726,031	679,613	578,860	736,758	864,241	332,287	9,227,901
R4.1.1 現在	3,772,029	872,786	666,039	726,025	685,839	579,523	734,113	860,743	334,080	9,231,177

（出典）「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告（令和5年度版）」

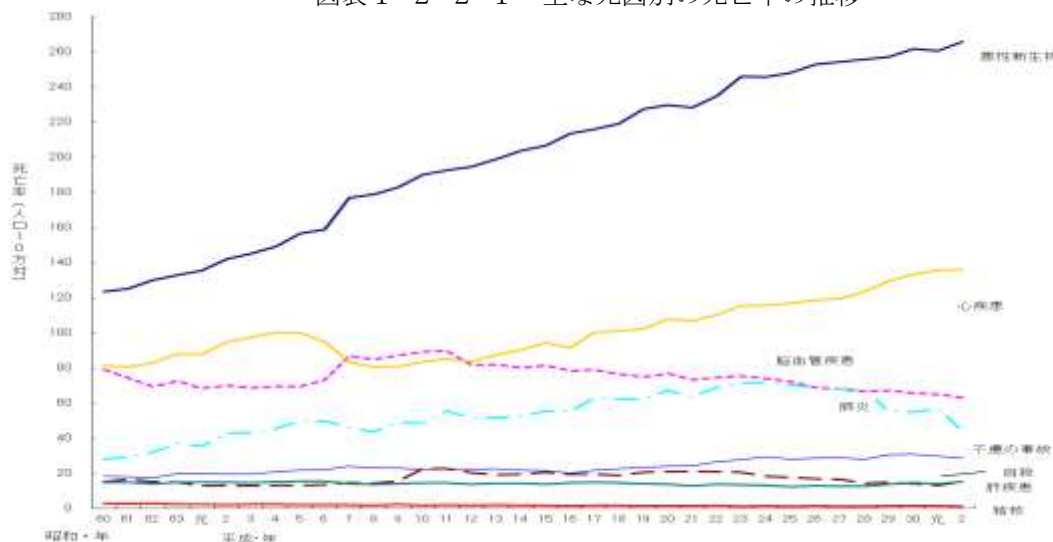
第2節 生活習慣病等の状況

1 主な死因別死亡率の推移

県における主な死因別の人口10万対死亡率の年次推移をみると、悪性新生物（がん）や心疾患（心筋梗塞等の心血管疾患）などのいわゆる生活習慣に起因する疾病が増加しています。また、脳血管疾患（脳卒中）による死亡の減少や、肺炎による死亡も平成24年をピークに減少するなど、疾病構造が大きく変化しています。

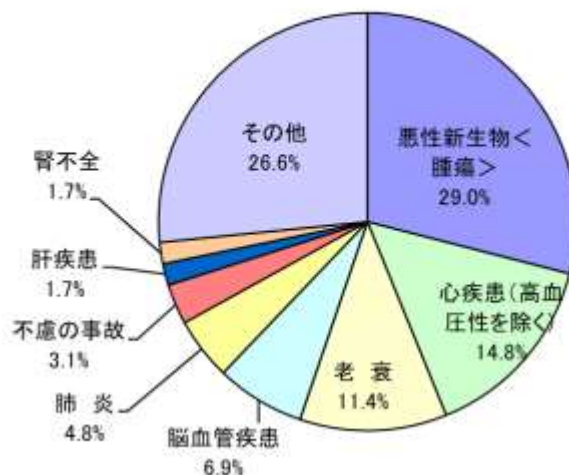
令和2年の主な死因別死亡数の割合をみると、悪性新生物29.0%、心疾患14.8%及び脳血管疾患6.9%の3大疾病で50.7%となるなど全体の約5割を占めており、全死亡者のおよそ3人に1人は悪性新生物で死亡している状況です。

図表 1-2-2-1 主な死因別の死亡率の推移



（出典）令和2年神奈川県衛生統計年報

図表 1-2-2-2 主な死因別死亡数の割合



（出典）令和2年神奈川県衛生統計年報

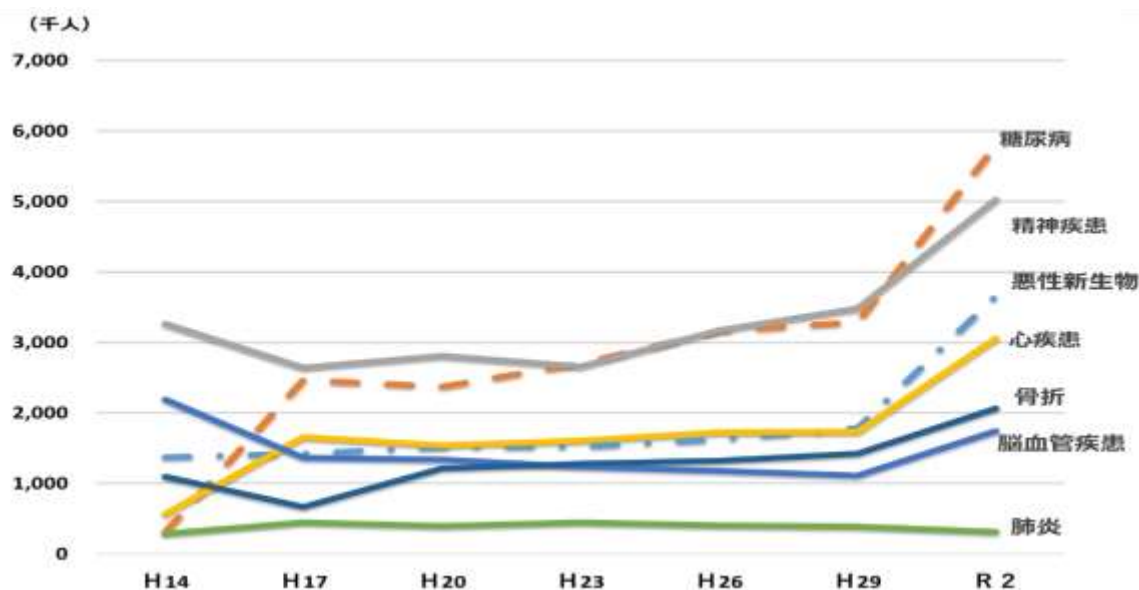
2 疾病別患者数の推移

悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病及び精神疾患の5つの疾病について、令和2年の患者数を見ると、県においても全国と同様に糖尿病の患者数が最も多くなっています。

出典である、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更（※）があったことから、令和2年の数値が過去の推移から大幅に増加していますが、年次推移患者数の推移を見ると、精神疾患及び糖尿病は県においても全国と同様に増加している傾向にあります。

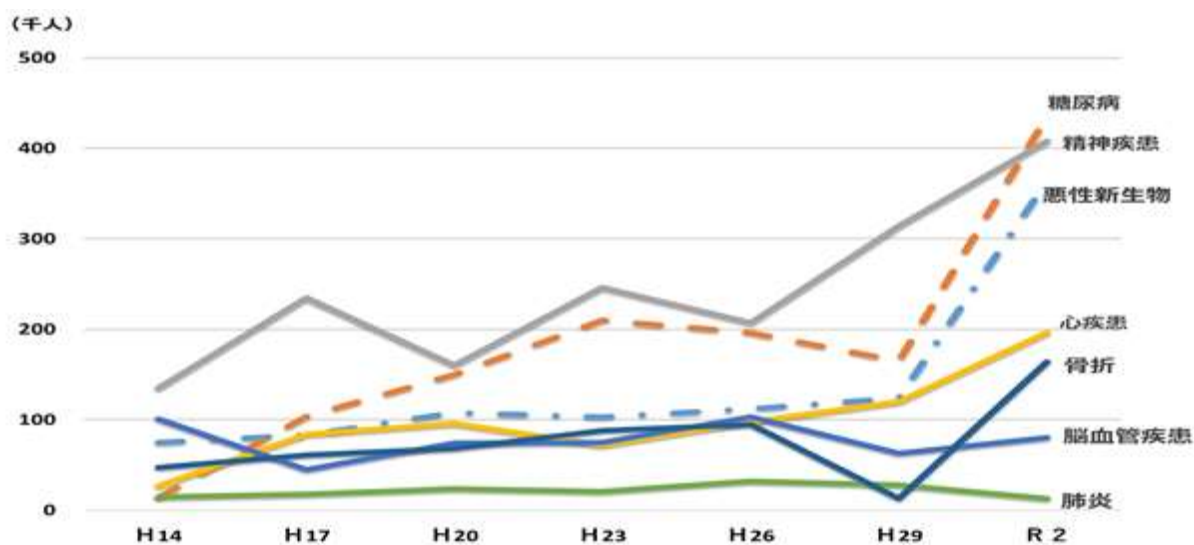
また、県における悪性新生物、脳血管疾患及び心疾患の患者の推移は、いずれも増加傾向にあります。

図表 1-2-2-3 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（全国）



（出典）厚生労働省「患者調査」

図表 1-2-2-4 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（神奈川県）



（出典）厚生労働省「患者調査」

※患者調査における「総患者数」の算出方法の変更について

「平均診療間隔」及び「総患者数」の算出方法の検討

現行の算出方法の課題

- 診療間隔の分布、平均診療間隔の推移を分析。
傷病による程度の差はあるが、診療間隔の長期化傾向は明らかであった。
- 現行方法の上限31日を見直すことが適切であると確認された。

新たな推計方法の検討＜審議協力者の研究報告発表内容及び検証結果＞

- 診療間隔の分布をみると、4週、8週、12・13週が山となっている。(①)
- 多くの傷病で、再来患者の累積割合は、診療間隔13週時点で95%程度またはそれ以上であった。(②)
- 平均診療間隔の算出対象を13週までとした結果を、各種調査等と比較して検証したところ、比較的一致することが確認できたため、その妥当性が検証された。

なお、本研究において算出したところ、2014年では現行方法と比較して13週（91日）以下を対象とした場合の総患者数は傷病別にして、1.09～2.34倍となった。（傷病により増加の程度は異なる）



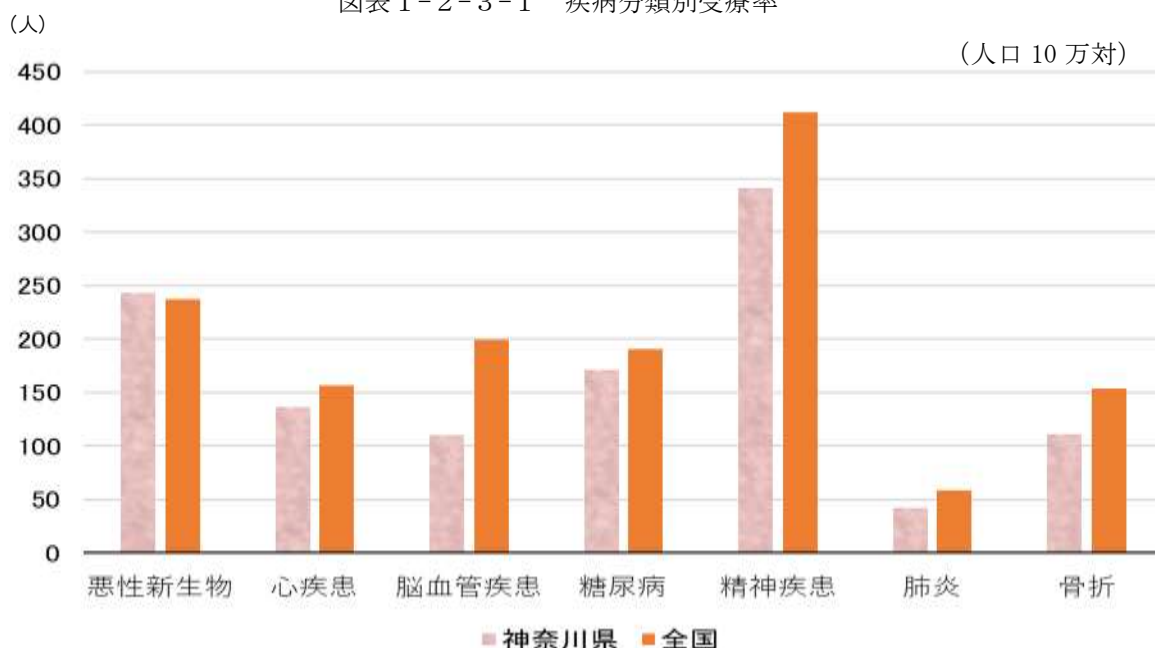
議論の過程で、臨床現場では3ヶ月目まで再来予定であった場合でも、実際は遅れて受診する場合が多いため、上限日数を14週（98日）以下としてはどうかという意見があった。これは13週と同様に上記検証においても妥当と言えることが確認された。

第3節 受療状況

1 疾病分類別受療率

全国の疾病（大分類）別受療率と比較すると、「悪性新生物」をのぞき全国と比較して低い受療率であり、「脳血管疾患」や「精神疾患」は全国平均を大きく下回っています。

図表 1-2-3-1 疾病分類別受療率



（出典）厚生労働省「令和2年患者調査」

【患者調査の疾病大分類】

- ・脳梗塞・脳出血・くも膜下出血は、「脳血管疾患」に分類されます。
- ・心不全・急性心筋梗塞・その他の虚血性心疾患・不整脈は「心疾患（高血圧性のものを除く）」に分類されます。
- ・肺炎は、「肺炎」及び「急性気管支炎及び急性細気管支炎」の2つを合計しています。
- ・骨折は、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」に分類されます。

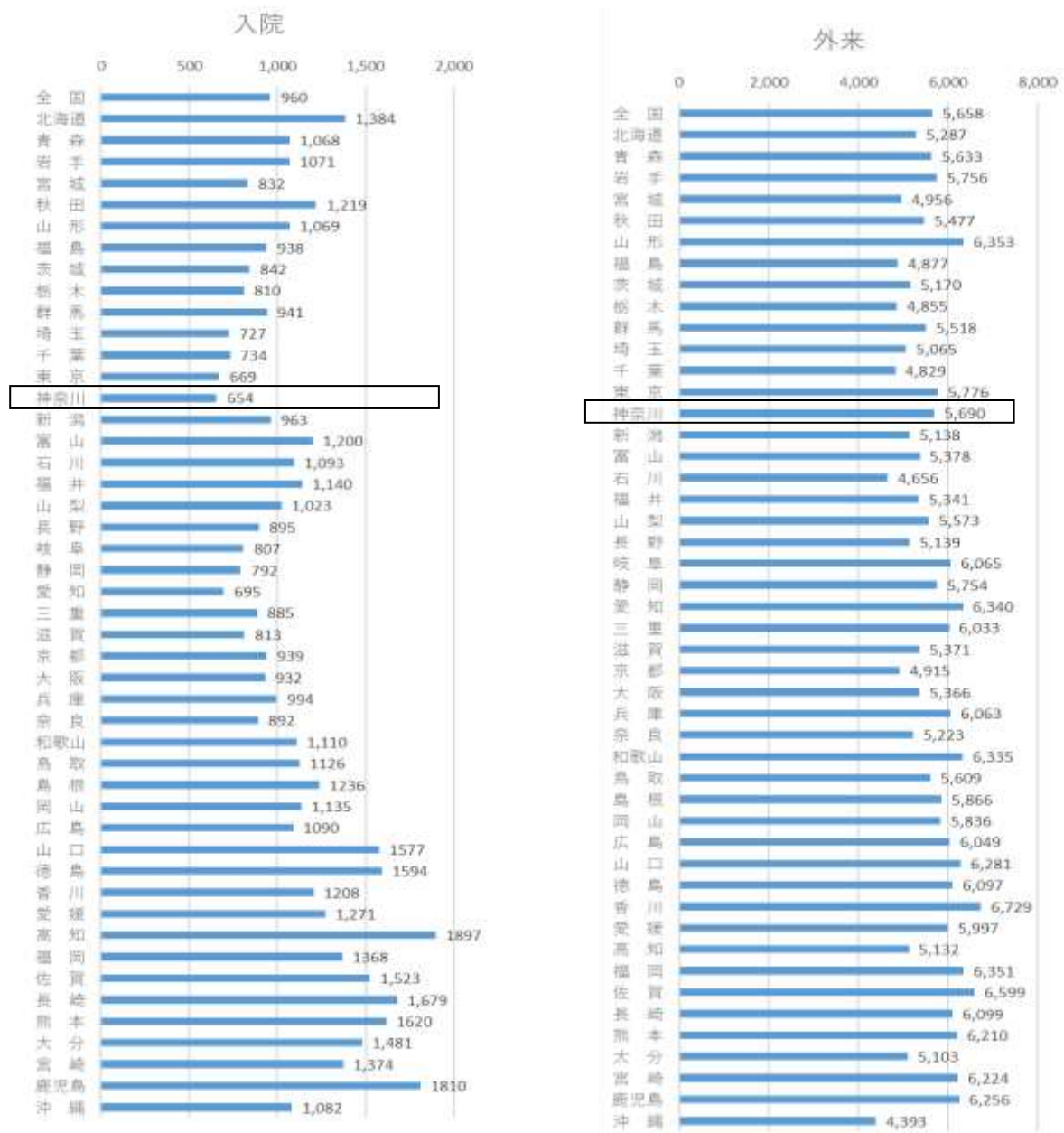
2 入院・外来受療率

県民の全疾病の受療率（患者調査の調査日に医療施設で診療を受けた患者数を人口10万人あたりで除した率）は、入院では654と全国で最も低くなっています。

また、外来では5,690で、全国で23番目に高く、全国平均と同程度となっています。

図表 1-2-3-2 都道府県（患者住所地）別にみた受療率（人口10万対）

令和2年10月



(出典) 厚生労働省「令和2年患者調査」

第4節 医療施設・保健医療従事者の状況

人口10万人あたりの病院などの医療施設数や病院病床数、医療施設従事医師数・看護師数・保健師数はいずれも全国平均を下回っています。

1 病院・診療所数

医療施設数を人口10万人あたりで比較すると、いずれも全国平均より低くなっています。

	施設数						人口10万対 (R4)	
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	神奈川県	全国
病院	338	340	336	336	336	336	3.6	6.5
うち精神科病院	47	47	47	47	46	45	0.5	0.8
一般診療所	6,661	6,739	6,820	6,907	6,996	7,093	76.8	84.2
有床診療所	219	201	194	185	182	176	1.9	4.8
歯科診療所	4,915	4,933	4,948	4,959	4,984	4,983	54	54.2

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

2 病院の病床数

病院の病床数を人口10万人あたりで比較すると、いずれも全国平均より低くなっています。

	病院の病床数						人口10万対 (R4)	
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	神奈川県	全国
一般病床	46,411	46,645	46,852	47,003	47,179	47,231	511.6	709.6
療養病床	13,318	13,757	13,143	13,086	12,915	12,820	138.9	223
精神病床	13,875	13,819	13,785	13,643	13,577	13,487	146.1	257.6
感染症病床	74	74	74	74	74	74	0.8	1.5
結核病床	166	166	166	166	146	146	1.6	3.1
総数	73,844	74,461	74,020	73,972	73,891	73,758	798.9	1194.9

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

3 病院の病床利用率

病床種別ごとの病床利用率は、精神病床を除いて全国平均より高くなっています。

	病床利用率(%)						全国 (R4)
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
一般病床	76.3	77.3	77.9	71.4	71	71.1	69
療養病床	88.5	87	87.9	88.3	87.5	87.2	84.7
精神病床	86.1	86.2	85.4	83.8	82.9	82.1	82.3
感染症病床	15.0	15.6	17.3	198.2	466.1	736.5	571.2
結核病床	48.7	46.5	46.1	37.7	28	27.9	27.4
全病床	80.2	80.6	81	76.8	76.4	76.5	75.3

(出典) 厚生労働省「病院報告」

4 病院の平均在院日数

病床種別ごとの平均在院日数ですが、一般病床及び精神病床は全国平均より短く、療養病床等は全国平均より長くなっています。

	平均在院日数(日)						全国(R4)
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
一般病床	13.7	13.7	13.8	14.3	14.1	14.2	16.2
療養病床	178.3	171.3	163.3	166.1	162.4	159.8	126.5
精神病床	227.5	233.2	230.2	239.9	237	246	276.7
感染症病床	20.8	20.4	22.3	11.6	10.8	10.8	10.5
結核病床	60.3	61.6	60.5	37.7	65.7	54.9	44.5
全病床	22.1	21.8	21.8	23	22.6	22.4	27.3

(出典) 厚生労働省「病院報告」

5 医師数

医師数は年々増加していますが、人口10万人あたりの医師数では全国平均より低くなっています。

		医 師 数 (人)				
		H24	H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	18,291	19,036	19,476	20,254	21,377
	人口10万対	201.7	209.3	213	220.7	231.4
全 国		237.8	244.9	251.7	258.8	269.2

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

6 主な診療科別にみた医療施設に従事する医師数

人口10万人あたりの医師数は、いずれも全国平均より低くなっています。

		総数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	脳神経内科	皮膚科	小児科	精神科	外科
神奈川県	実 数	20,596	3,565	423	766	980	388	710	1,187	1,079	590
	人口10万対	223	38.6	4.6	8.3	10.6	4.2	7.7	12.9	11.7	6.4
全 国		256.6	48.8	5.3	10.3	12.2	4.6	7.8	14.3	13.1	10.5

		心臓血管外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科・産科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科
神奈川県	実 数	193	486	440	1,455	902	648	794	183	430	698
	人口10万対	2.1	5.3	4.8	15.8	9.8	7	8.6	2	4.7	7.6
全 国		2.6	6.1	5.8	17.9	10.8	7.6	9.3	2.3	5.6	8.1

(出典) 厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査」

7 看護師数

看護師数は年々増加していますが、人口10万人あたりの看護師数では全国平均より低くなっています。

		看 護 師 数 (人)				
		H24	H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	56,774	61,164	62,794	67,763	73,139
	人口10万対	625.1	672.4	686.6	738.4	791.8
全 国		796.6	855.2	905.5	963.8	1,015.4

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

8 歯科医師数・歯科衛生士数・歯科技工士数

歯科衛生士数は年々増加しています。歯科医師数・歯科技工士数は横ばい・微増です。
人口10万人あたりの歯科医師数、歯科衛生士数、歯科技工士数は全国平均を下回っています。

		歯 科 医 師 数 (人)				
		H24	H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	7,126	7,414	7,298	7,365	7,605
	人口10万対	78.6	81.5	79.8	78.1	80.1
全 国		80.4	81.8	82.4	80.5	82.5

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

		歯 科 衛 生 士 数 (人)		
		H28	H30	R2
神奈川県	実 数	7,926	8,642	9,518
	人口10万対	86.7	94.2	103
全 国		97.6	104.9	113.2

		歯 科 技 工 士 数 (人)		
		H28	H30	R2
神奈川県	実 数	1,686	1,729	1,846
	人口10万対	18.4	18.8	20
全 国		27.3	27.3	27.6

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

9 薬剤師数

薬剤師数は年々増加しており、人口10万人あたりの薬剤師数でも全国平均を上回っています。

		薬 剤 師 数 (人)				
		H24	H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	20,212	21,541	22,104	22,913	23,872
	人口10万対	222.9	236.8	241.7	249.7	258.4
全 国		219.6	226.7	237.4	246.2	255.2

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

10 薬局数

薬局数は、年々増加していますが、人口10万対あたりの薬局数は全国平均を下回っています。

		薬 局 数				
		H29	H30	R1	R2	R3
神奈川県	実 数	3,836	3,888	3,952	4,009	4,093
	人口10万対	41.9	42.4	43	43.4	44.3
全 国		46.7	47.1	47.7	48.3	49.2

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

11 保健師数

保健師数は、年々増加していますが、人口10万対あたりの保健師数は全国平均を下回っています。

		保 健 師 数 (人)			
		H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	2,072	2,149	2,157	2,482
	人口10万対	22.8	23.5	23.5	26.9
全 国		38.1	40.4	41.9	44.1

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

第5節 計画推進に向けた関係者の役割

(県)

- ・ 市町村や保健・医療・福祉関係団体、県民等と連携の下で、質の高い医療提供体制を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組を支援し、これらを支える人材育成の取組を推進します。
- ・ 県医療審議会や県保健医療計画推進会議などの各種会議や地域医療構想調整会議等を運営し、地域医療構想も含めた保健医療計画の進行管理を行うとともに、計画達成に向けて「地域医療介護総合確保基金」を活用するなど、必要な財源確保に努めます。
- ・ 健康寿命日本一と新たな市場・産業の創出を目指すヘルスケア・ニューフロンティアを具体化するとともに、市町村の保健・医療・福祉にかかる取組を支援します。
- ・ 県民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

(市町村)

- ・ 県保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議に参画（政令指定都市については会議運営も含む）し、地域課題を共有するとともに、県や保健・医療・福祉関係団体と連携しつつ、地域特性に応じた医療提供体制の整備や地域包括ケアシステムを推進します。
- ・ 高齢者の居住にかかわる施策との連携や地域支援事業等の実施を通じて、介護予防及び自立した日常生活の支援を行うための体制整備を行います。
- ・ 関係団体と連携して市民の健康づくりを推進するとともに、誰もが健やかに安心してらせる地域社会づくりをめざします。
- ・ 市民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

(医療機関・医療関係者)

- ・ 県医療審議会や県保健医療計画推進会議などの各種会議や地域医療構想調整会議に参画し、地域課題を共有するとともに、自ら病床機能の分化に取り組むほか、他の医療機関や介護施設等との連携を強化するなど、将来の医療需要に対応した医療提供体制の整備に協力し、県民へ質の高い医療サービスを提供します。

(医療保険者)

- ・ 県医療審議会や県保健医療計画推進会議などの各種会議や地域医療構想調整会議に参画し、地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から効果的な施策を提言します。
- ・ 医療関係者等と連携し、加入者の健康づくりの啓発や適切な医療機関の選択及び受療の促進に向けて取り組みます。

(県民)

- ・ 県の保健医療提供体制の実情を把握し、予防、治療や健康づくりに主体的に取り組むよう努めます。
- ・ また、医療機関相互の役割分担等について理解を深め、適切な医療機関の選択や受療を行うよう努めます。

【コラム】医師の働き方改革を踏まえた関係者の役割について

～ 患者さんと医師のより良い将来のために ～

- 令和6年4月から、「医師の働き方改革」が本格的に始まり、いよいよ医師に関しても、勤務医の時間外労働を原則として年960時間までとする労働時間の上限規制が適用されます。
- 医学は高度に専門的であり、日進月歩の技術革新がなされています。医師は一人ひとりの患者さんに最善を尽くすために、新しい診断・治療法の追求やその活用といった研鑽を重ねており、こうした研鑽は、医療水準の維持・向上のために欠かせないものです。
- これまでの医療提供体制は、医療従事者のたゆまぬ努力と、なにより医師の長時間労働により維持されてきました。
- このような医師の業務の特殊性を踏まえて、医師に関しては、これまで5年間にわたって上限規制の適用が猶予されてきましたが、令和元年のデータでは、勤務医の少なくとも4割近くが年間で960時間を超える時間外・休日労働を行っていたと言われています（※）。
- 第8次計画では、第7次計画に引き続いて、県民が必要なときに身近なところで、質の高い医療を安心して受けられる体制を整備することを、基本目標としています。
- 第1節では、今後も本県において少子高齢化が進展していくことについて触れました。少子高齢化が進展していく中で、医療従事者全体のマンパワーが不足していくことが見込まれます。増加する高齢の患者さんの治療には、病気を治すことだけではなく、患者さんの生活や健康状態、取り巻く環境を踏まえて対応していく必要があり、時間と人手が必要です。
- もとより、医師は、医師である前に、一人の人間であり、長時間労働による健康への影響が懸念されています。一人ひとりの医師の健康確保のために、長時間労働を是正する必要があります。また、提供する医療の質や安全を確保し、将来にわたって持続可能な医療提供体制を維持し、社会全体の安全・安心を守る観点からも、医師が疲弊せずに働くことができることが重要です。
- そのためには、令和6年4月からはじまる医師の時間外・休日労働の上限規制に対応できるよう、単に医療機関と医師との間の労務管理の問題としてとらえるのではなく、将来に向けて「社会全体としてどのように考えるか」という観点で「医師の働き方改革」を進めていくことが不可欠です。
- 医療機関・県民（患者さん）・行政が一体となって、それぞれの立場で「医師の働き方改革」を推進し、より良い将来を実現していくための役割として、つぎのことが考えられます。

<医療機関>

- ・適切な労務管理の推進
- ・タスク・シフト／シェア、チーム医療の推進
- ・病床機能の分化・連携の推進など、将来の医療需要に対応した医療提供体制の整備への協力など

<県民（患者さん）>

- ・未病改善に向けた主体的な取組
- ・患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」などを持つこと
- ・医療機関相互の役割分担やチーム医療への理解
- ・適切な医療機関の選択や受療 など

<行政>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた医療機関への支援
- ・地域間・診療科間の医師偏在への対策
- ・地域の医療関係者等と協調して進める地域医療構想の推進
- ・県民が適切な医療機関の選択や受療を行えるようにするための普及啓発、相談体制の確保

※ 「令和元年 医師の勤務実態調査」より

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000652880.pdf>

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 保健医療圏

県民が住みなれた地域で健康に生活していくためには、誰もが、必要なときに身近な場所で適切な保健医療福祉サービスを受けられることが必要です。

本計画においても、こうした県民のニーズに対応するため、健康づくりから疾病の予防、治療、社会復帰までの総合的な保健医療体制を整備するための地域的単位として、一次、二次及び三次の保健医療圏を設定します。

(1) 一次保健医療圏

地域住民に密着した健康相談などの保健医療福祉サービスと日常の健康管理やかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局等による初期医療や在宅医療を提供していくための最も基礎的な地域単位として、市区町村を区域としています。

休日夜間急患センターなどによる初期救急医療や母子保健事業、介護保険制度など住民に身近なサービスは市町村が主体となって実施しており、市町村の役割は重要になっています。

(2) 二次保健医療圏

二次保健医療圏は、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院にかかる医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域と定義されており、一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取組を行うために市区町村域を超えて設定する圏域です。

保健・医療・福祉における広域的な連携を図る観点から、高齢者や障がい者の施策を実施するための高齢者保健福祉圏域及び障害保健福祉圏域と同一の圏域を設定し、圏域内における課題に、県（保健福祉事務所を含む）及び構成市町村の行政機関が協調して取り組んでいます。

【横浜構想区域の設定について】

○ 設定の経緯

横浜構想区域は、横浜地域地域医療構想調整会議における提案により、次の状況を踏まえ、3つの二次保健医療圏を合わせた一つの構想区域にしました。

- ① 二次保健医療圏を越えた市域内の医療機関へのアクセスが可能であり、将来（2025年）においても市域内への患者の流出入が相当の割合で生じることが想定されること
- ② 二次保健医療圏内で完結することが望ましい医療機能がすでに備わっており、将来的にもバランスよく整備されるようなしくみが認められること
- ③ 在宅医療の推進等を念頭に、高齢者保健福祉圏域と整合を図る必要があること

【横浜二次保健医療圏の統合後の運用について】

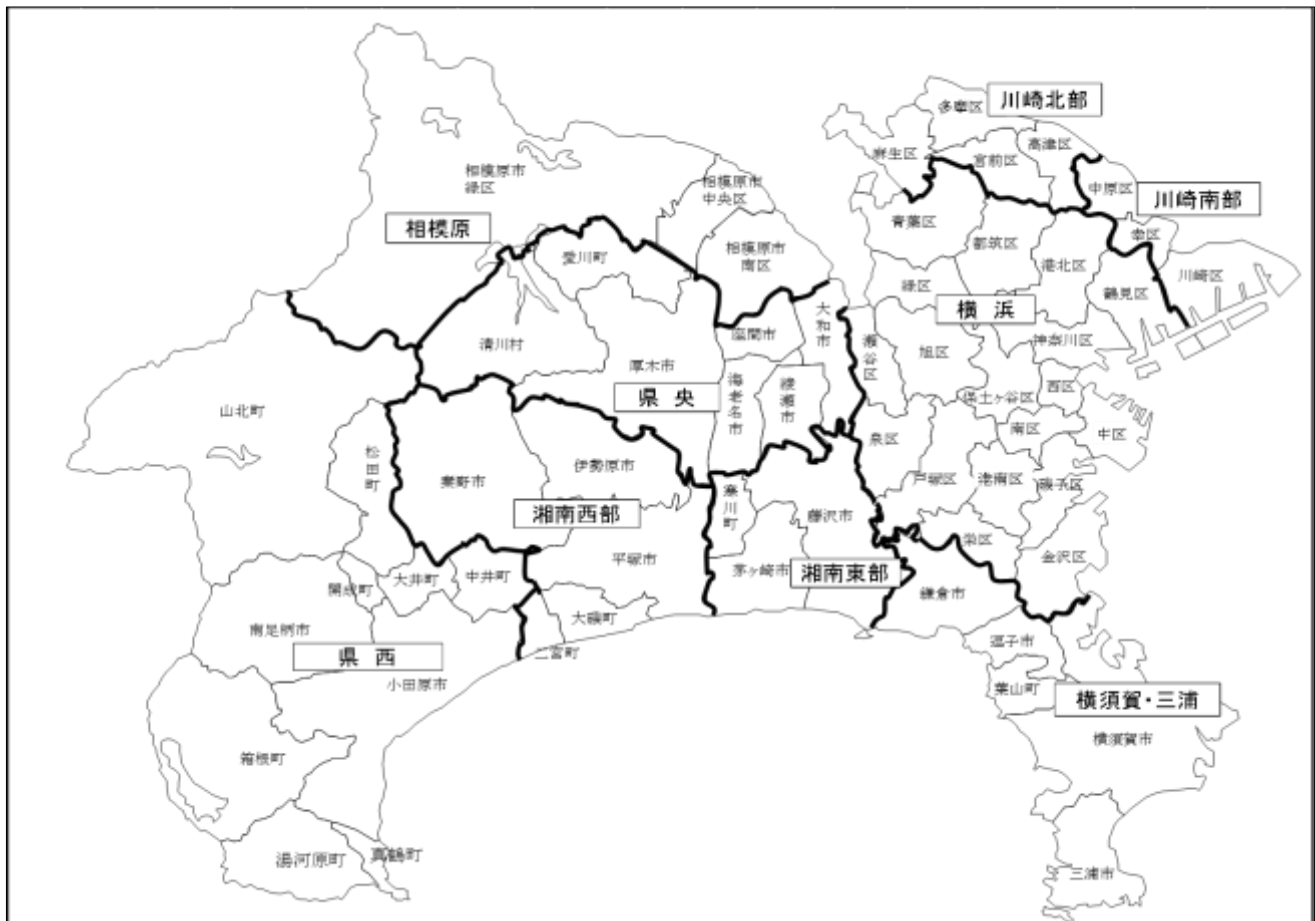
○ 地域医療構想調整会議の運用上の工夫

横浜地域では、市内を7つのエリアに分けて「地域医療検討会」を設置しており、地域単位で細分化した協議を行い、地域医療構想調整会議に意見を反映する体制を構築しています。

県内の二次保健医療圏は、次の市町村で構成される9圏域です。

※ 保健医療計画以外の計画（かながわ高齢者保健福祉計画等）では、川崎市域を1圏域としています。）

二次保健医療圏名	構成市（区）町村
横浜	横浜市
川崎北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎南部	川崎区、幸区、中原区
相模原	相模原市
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
計（9区域）	（19市13町1村）



(3) 三次保健医療圏

高度・特殊な専門的医療や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に設ける圏域で、県全域を範囲としています。

2 二次保健医療圏別の主な医療機能

保健医療サービスは、二次保健医療圏内で完結することが望ましいと考えられます。令和5年11月1日現在の二次保健医療圏別の主な医療機能（施設数）は次のとおりです。

二次保健医療圏	医療機能（施設数）						
	救命救急センター	救急告示病院	災害拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	緩和ケア病棟を有する病院	地域医療支援病院	分娩取扱施設
横浜	9	60	13	8	10	19	55
川崎北部	1	8	3	2	2	2	10
川崎南部	2	18	4	3	3	3	11
相模原	1	15	3	2	1	2	13
横須賀・三浦	3	18	3	2	1	4	13
湘南東部	1	14	2	1	3	2	13
湘南西部	2	9	3	1	2	5	8
県央	1	20	2	1	1	4	11
県西	1	13	2	1	1	2	4
合計	21	175	35	21	24	43	138

※ 救命救急センターの整備方針：原則として二次保健医療圏に1か所とする。ただし、地域の実情により、複数配置も考慮する。（平成21年2月10日神奈川県医療審議会承認）

※ 分娩取扱施設は、令和4年4月1日時点の数字。

※ 地域医療支援病院は、令和5年12月1日時点の数字。

第2節 基準病床数

基準病床数は、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的とするもので、病床を整備するための目標であるとともに、基準病床数を超える病床の増加を抑制する基準です。

保健医療計画では、医療法第30条の4第2項に基づき、国の定める算定方法により、療養病床及び一般病床は二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床、結核病床はそれぞれ県全域を範囲として基準病床数を定めます。

1 療養病床及び一般病床

「療養病床」は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院・治療させるための病床のことで、「一般病床」は、療養病床、精神病床、感染症病床及び結核病床を除いた病床をいいます。

医療法等の規定に基づき算定した「療養病床及び一般病床」の基準病床数は、次のとおりです。

<基本的な考え方>

- 地域医療構想で県は、今後の人口増加と急激な高齢化等により、令和7（2025）年に約1万1千床増加すると推計しましたが、この病床数は令和7（2025）年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来における変動要素（交通網の発達、医療技術の進歩等）を全て勘案して算出したものではありません。
- しかし、今後、高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、医療機関が病床利用率を上げるなど効率化に努める必要があります。加えて、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを考えると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床の検討が必要です。
- また、病床の整備にあたっては、人材の確保が必要であることに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた令和7（2025）年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります。
- 第8次計画策定後は、計画期間（2024～2029年）の中間年である2026年に、増加する医療需要に対する各医療機関の病床利用率向上への取組状況や将来推計との比較を行い、保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議で検証した上で、改めて基準病床数の見直しを検討することとします。

<第8次計画の基準病床数>

※今後、保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議で議論の上、決定するため、第8次計画策定までに変動することがあります。なお、考えられる変動幅は表記載のとおりです。

二次保健 医療圏名	基準病床数(素案) ＜考えられる変動幅＞	既存病床数B (R5. 4. 1現在)	(参考)現計画の基準 病床数
横浜	23,979 ～ 27,332	23,608	23,993
川崎北部	4,279 ～ 4,961	4,115	3,796
川崎南部	3,658 ～ 4,160	4,776	4,189
相模原	6,389 ～ 6,881	6,302	6,545
横須賀・三浦	4,961 ～ 5,519	5,098	5,307
湘南東部	4,726 ～ 5,412	4,417	4,064
湘南西部	4,360 ～ 5,272	4,638	4,635
県央	4,881 ～ 5,229	5,333	5,361
県西	2,504 ～ 2,678	3,092	2,809
合計(9圏域)	59,737 ～ 67,444	61,379	60,699

2 精神病床

精神病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

※今後、精神保健福祉審議会で審議の上、決定するため、第8次計画策定までに変動することがあります。

区域	基準病床数	既存病床数 (R5.4.1現在)
県全域	12,080	13,369

3 感染症病床

感染症病床の基準病床は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	既存病床数 (R5.4.1現在)
県全域	62	74

4 結核病床

結核病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	既存病床数 (R5.4.1現在)
県全域	(算定中)	146

第3節 医療と介護の一体的な体制整備

- 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成 26 年 9 月告示）、医療計画作成指針（令和 5 年 4 月改正医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（令和 6 年 1 月頃告示予定）において、県の「神奈川県保健医療計画」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画」及び市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。
- 具体的には、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置すること、本計画において掲げる在宅医療の整備目標と、市町村の介護保険事業計画（及び県の「かながわ高齢者保健福祉計画」）において掲げる介護施設等の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において協議を行うこととされています。（詳細は、P197 コラムを参照）

第2部 各論

第 1 章 事業別の医療体制の整備・充実

第 1 節 総合的な救急医療

1 現状・課題

【現状】

- ・供給側（医療体制）では、医師の高齢化、医師の働き方改革による勤務医の時間外労働の上限規制の適用開始、医師・診療科の偏在等により、救急医療を担う医師の絶対数が不足しています。
- ・需要側（患者・家族等）では、少子化、核家族化、夫婦共働き、高齢化といった社会情勢等の変化を背景に、より一層、地域で安心して生活するために必要な医療が必要なときに提供される医療環境へのニーズが高まっています。

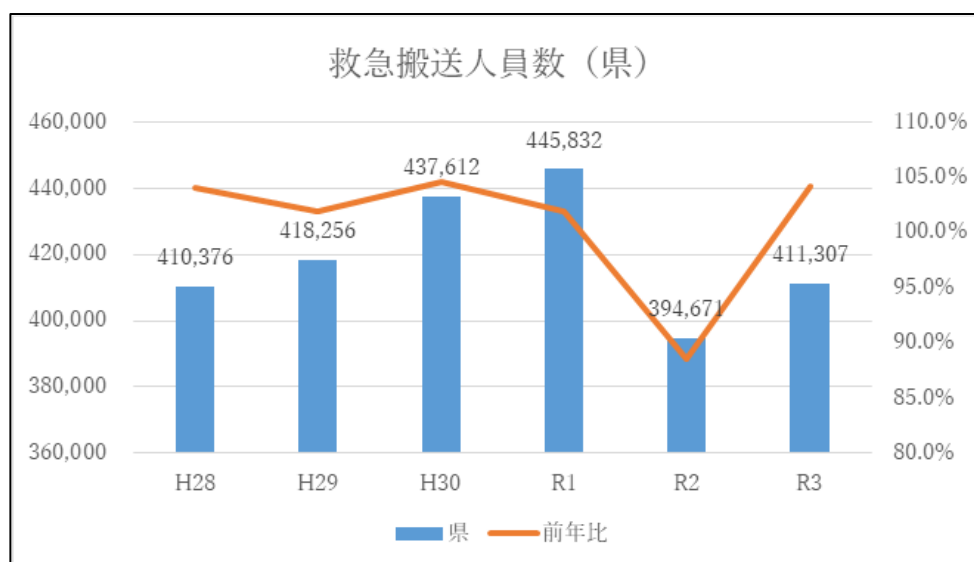
【課題】

- ・今後、さらに供給側と需要側間のミスマッチが拡大する懸念があることを踏まえ、県における救急医療体制を強化し、持続可能なものとするために、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の更なる機能分化・連携を推進し、病状に応じた適切な医療が必要なときに受けられる救急医療体制を確保する必要があります。

（1）救急搬送の状況

- 神奈川県内における令和 3 年の救急搬送人員数は、411,307 件と東京都、大阪府に次ぐ全国 3 位です。令和元年には、445,832 件となり、新型コロナウイルス感染症の流行以前は、救急搬送人員数が年々増加している状況です。（図表 2-1-1-1）

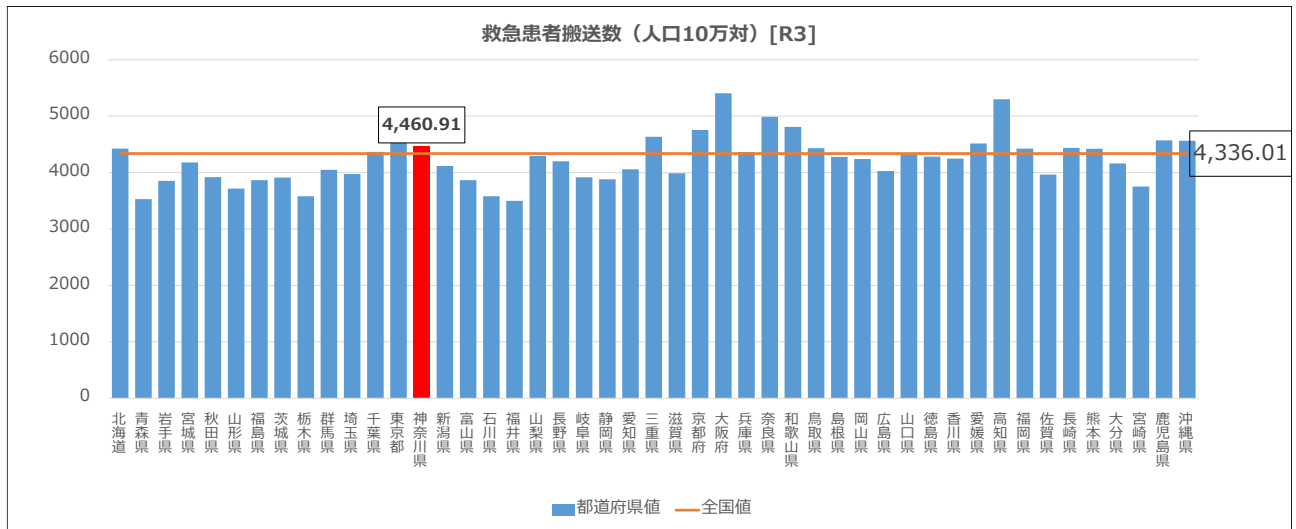
図表 2-1-1-1 救急搬送人員数



（出典）消防庁「救急救助の現況」

- 令和 3 年の救急患者搬送数を人口 10 万対の値で見ると、本県は 4,460 人で、全国平均である 4,336 人を大きく超えるものではありません。（図表 2-1-1-2）

図表 2-1-1-2 令和 3 年 救急搬送人員数（人口 10 万対）

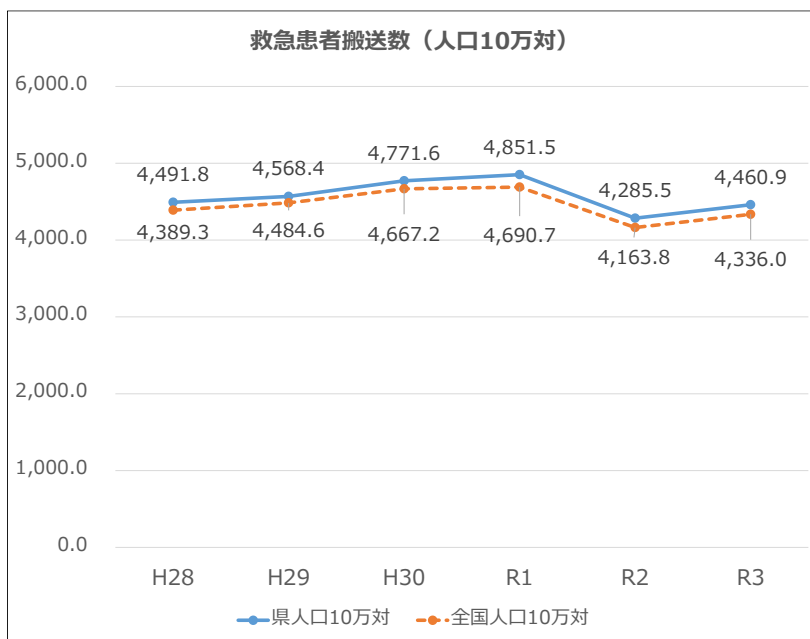


（出典）消防庁「救急救助の現況」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

- 救急搬送人員数の人口 10 万対の値については、全国と本県は、経時的にほぼ同様の傾向となっています。（図表 2-1-1-3）

図表 2-1-1-3 救急搬送人員数 全国との比較（人口 10 万対）

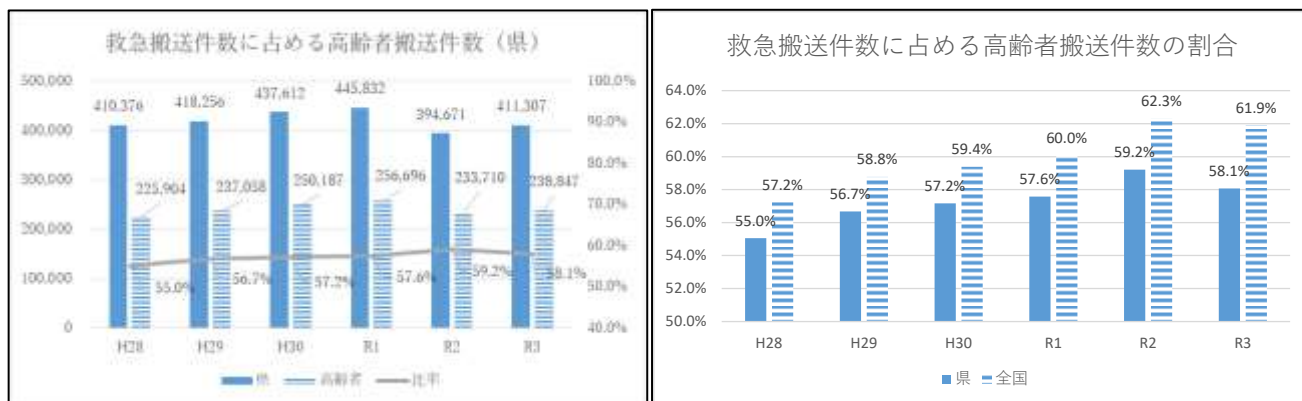


（出典）消防庁「救急救助の現況」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

- 令和 3 年の救急搬送件数に占める高齢者搬送件数は、238,847 件となっており、救急搬送人員数全体の 58.1%を占めています。全国では、高齢者搬送件数が 61.9%を占めており、高齢化の進展により高齢者搬送の割合が高まっています。（図表 2-1-1-4）

図表 2-1-1-4 救急搬送件数に占める高齢者搬送件数



(出典) 消防庁「救急救助の現況」

- 今後も、高齢化の進展で、救急搬送件数は増加し、救急搬送に占める高齢者の割合もさらに高まることが見込まれることから、救急搬送における高齢者への対応が必要となります。
- また、本県の令和3年中における傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症(※1)患者の割合が43.9%、中等(※2)症の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症の割合が90.6%を占めています。(図表2-1-1-5)

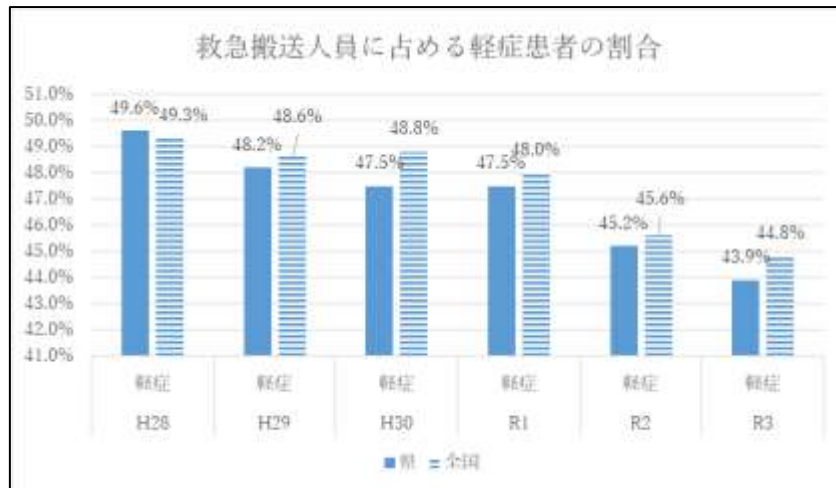
図表 2-1-1-5 傷病程度別搬送人員構成比



(出典) 消防庁「救急救助の現況」

- 救急搬送人員に占める軽症患者の割合は、神奈川県、全国ともに低下傾向にありますが、この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤(※3)・重症(※4)患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。(図表2-1-1-6)

図表 2-1-1-6 救急搬送人員に占める軽症患者の割合



(出典) 消防庁 「救急救助の現況」

- 本県では、救命救急センターへの患者搬送システムとして、平成 14 年 7 月からドクターヘリ（※5）を東海大学医学部附属病院に配備しています。平成 19 年 9 月からは高速道路における運用を開始するとともに、平成 26 年 8 月からは県と山梨県及び静岡県の 3 県で広域連携体制を構築し、互いの県境を越えて相互に支援を行っています。

【ドクターヘリ搬送実績】

(件)

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
212	213	222	217	176	172	170

(出典) 神奈川県独自調査

- ドクターヘリに関して、現状では、ヘリコプターの特性を活かした重篤・重症患者の搬送は適正に行われています。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ（※6）、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。

(2) 救急医療提供体制

ア 病院前救護活動

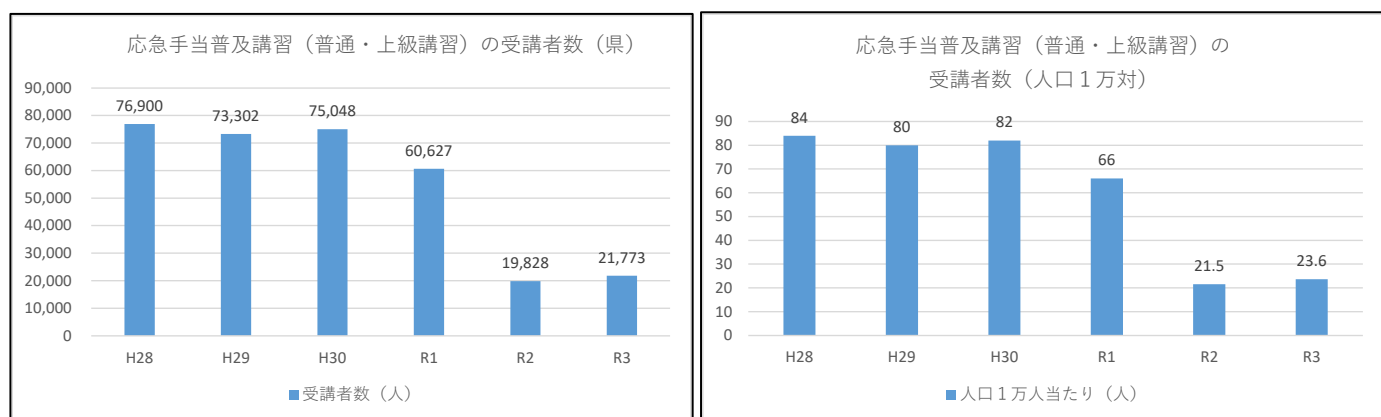
(イ) 救急蘇生法の普及

- 令和 3 年中の県内の応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数は 21,773 人で、人口 1 万人あたり 23.6 人が受講しており（図表 2-1-1-7）、令和 5 年 6 月現在、県内に設置された自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）は、19,644 台あります。

図表 2-1-1-7

応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数

受講者数（1万人対）

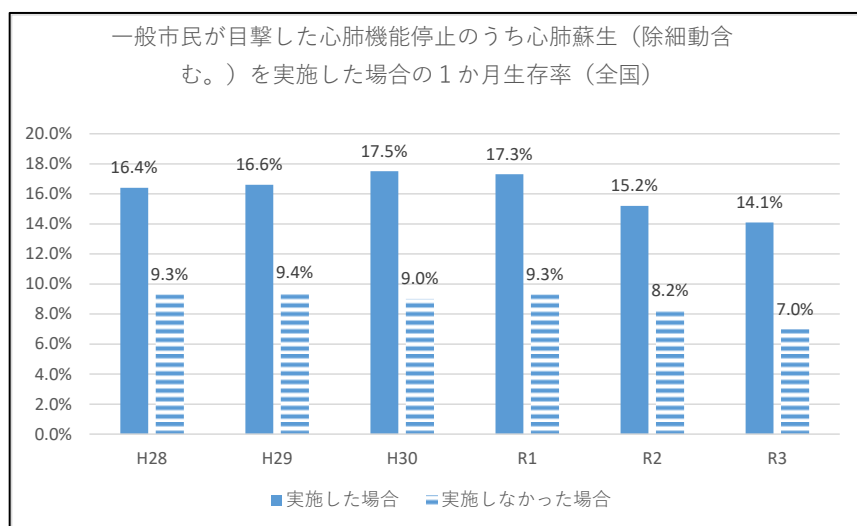


（出典）消防庁「救急救助の現況」

- 救命率の向上を図るため、県民による心肺蘇生など応急手当の実施や、自動体外式除細動器（AED）の使用方法的普及、設置場所の周知が必要となります。
- 令和3年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生（除細動含む。）を実施した場合の1か月生存率は14.1%、実施しなかった場合は7.0%と約2.0倍の差があり、現場に居合わせた人の心肺蘇生行為等が救命率の向上に大きく寄与しています。（図表2-1-1-8）

図表 2-1-1-8

一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生（除細動含む。）を実施した場合の1か月生存率（全国）

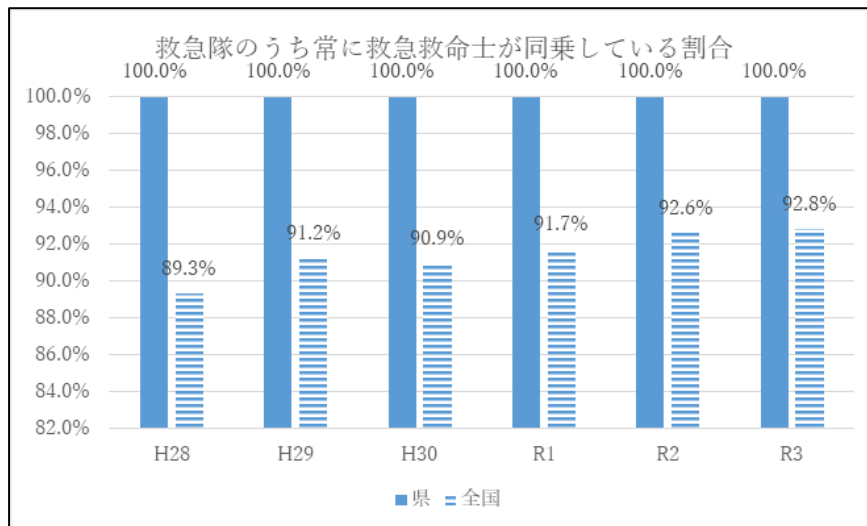


（出典）消防庁「救急救助の現況」

（イ）消防機関による救急搬送体制及びメディカルコントロール（※7）体制

- 令和3年4月1日現在、県内の救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合は100%であり、全国の92.8%よりも高い割合となっていますが、救急搬送件数が全国でも多い状況であるため、今後も消防機関による救急搬送体制をより一層強化する必要があります。（図表2-1-1-9）

図表 2-1-1-9 救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合



(出典) 消防庁「救急救助の現況」

- 病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール協議会と県内 5 地区に各地区メディカルコントロール協議会が設置されています。
- 今後、救急救命士の業務範囲の拡大や高度化への適切な対応や質の向上、救急救命士が適切な活動を実施するためのメディカルコントロール体制の強化・充実のための具体策についての検討が必要です。
- (イ) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定
 - 傷病者を受け入れる医療機関が速やかに決定されないことがある問題を解消するため、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を平成 23 年 3 月に策定し、平成 24 年 2 月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年 3 月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年 6 月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。
 - 高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、今後増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が必要となります。

イ 初期救急

- 比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療の体制については、休日夜間急患診療所等及び在宅当番医制（※ 8）により実施しており、医科で 17 市 1 町に所在しています。

休日夜間急患診療所 導入市町村数及び箇所数

市町村数	箇所数	患者数
17 市 1 町	47 箇所	149,770 人

(出典) 神奈川県独自調査（令和 4 年 4 月 1 日現在）

- 県内の救急医療体制を持続的に確保する観点から、救急搬送を必要としない軽症患者の診療を行っている休日夜間急患診療所等は重要ですが、医師の高齢化等により、輪番当直医の確保が困難になっており、また、今後、医師の働き方改革への対

応等により、医療資源の効率的な活用がより重要となることから、初期救急へのアクセスの公平性の観点から踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療提供体制の確保が課題です。

- また、本県では、内科・小児科を主体とする初期から二次までの救急医療体制では対応が難しい耳鼻咽喉科及び眼科救急患者に対応するため、県内を6ブロックに分け、休日（日中）において休日夜間急患診療所及び在宅当番医制による初期救急医療を独自に実施しています。
- しかし、医師の高齢化等により、耳鼻咽喉科及び眼科においても、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、持続的な初期救急医療体制の確保が課題となっています。

ウ 二次救急

- 緊急の入院や手術が必要な患者を対象とした二次救急医療の体制については、病院群輪番制（※9）（14ブロック）及び救急病院等の認定（※10）を受けた計187医療機関（令和5年4月1日現在）により実施しています。

二次救急医療機関数

（機関）

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
187	184	180	181	182	186	187	187

（出典）神奈川県独自調査

- 病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日でないにもかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴っていない地域もあります。医師の働き方改革への対応等により、医療資源の効率的な活用がより重要となることも踏まえ、今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要があると考えられます。
- また、地域完結型医療（※11）を推進していくため、三次救急医療機関との機能分化・連携を推進していくとともに二次救急医療体制を強化するための、二次救急医療機関の量的確保と質の充実（救急機能の底上げ）が課題です。
- 二次救急医療機関の「出口問題」（※12）については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化が課題です。

エ 三次救急

- 高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を対象とした三次救急医療の体制については、大学病院をはじめとする21箇所（令和5年4月1日現在）の救命救急センターで、24時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。
- 救命救急センターの整備方針としては、原則として二次保健医療圏に1箇所とし、地域の実情に応じて複数配置も考慮することとしており、平成29年4月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されています。

救命救急センター数

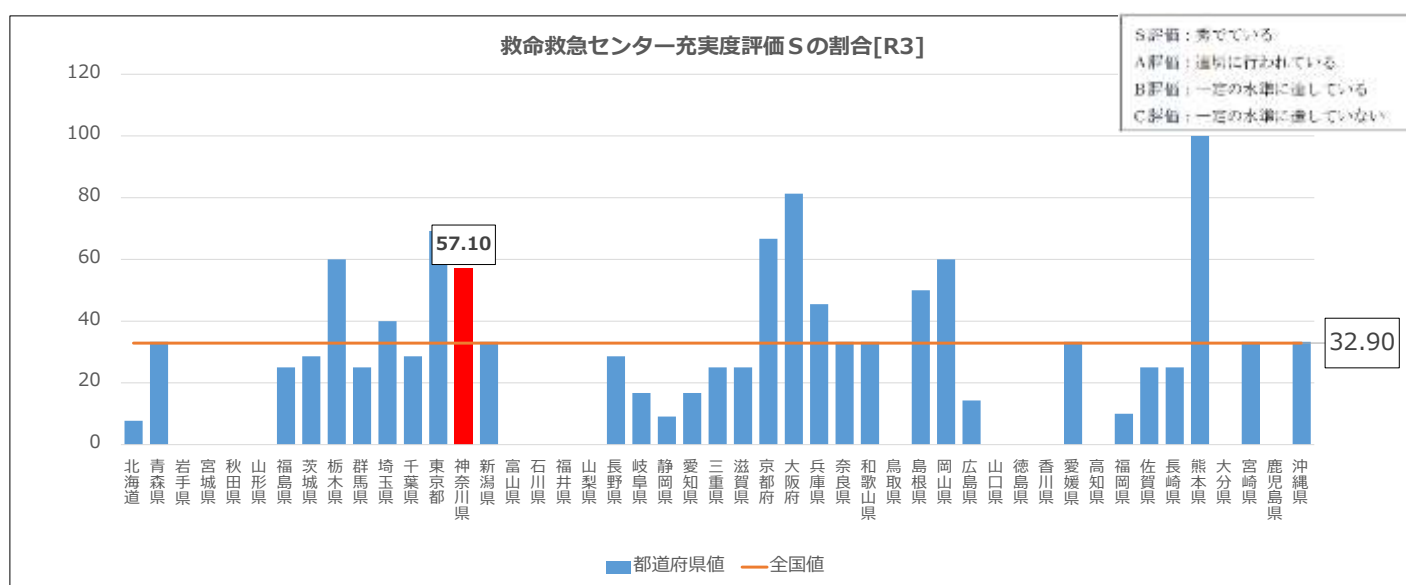
(箇所)

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
19	21	21	21	21	21	21

(出典) 神奈川県独自調査

- 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが配置されたことから、今後は、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを考慮した見直しを行うことが必要です。(図表 2-1-1-10)

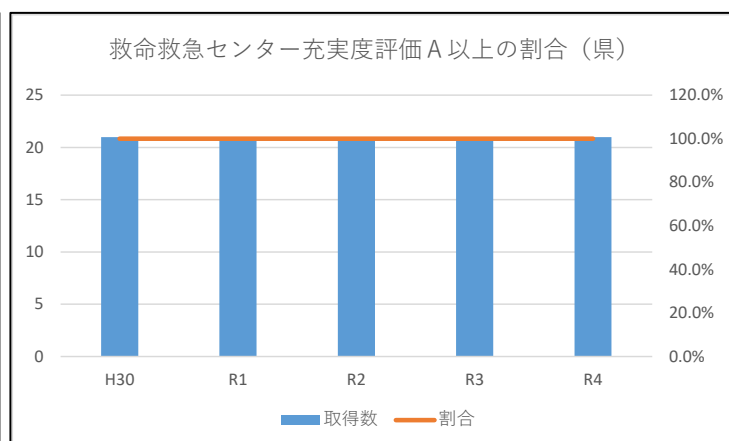
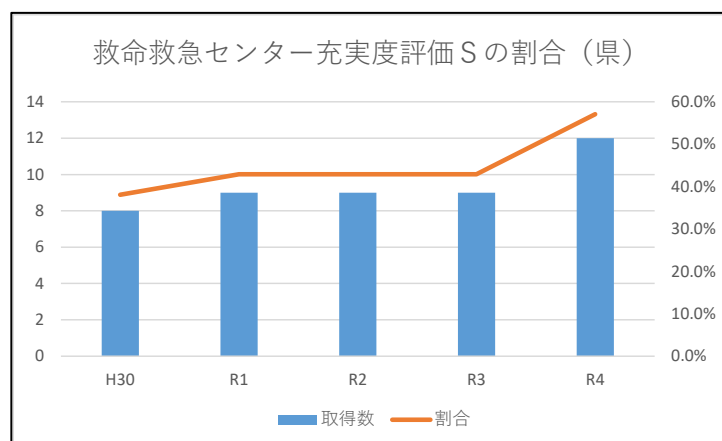
図表 2-1-1-10 救命救急センター充実度評価Sの割合



厚生労働省「救命救急センターの評価結果」(令和3年)

救命救急センター充実度評価Sの割合(県)

救命救急センター充実度評価A以上の割合(県)



(出典) 厚生労働省「救命救急センターの評価結果」

- また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾

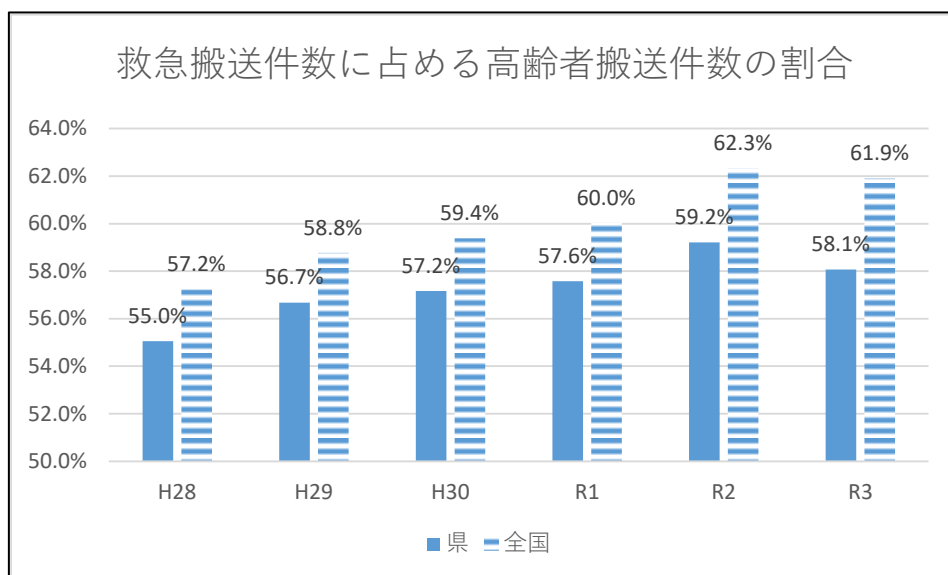
患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。

- 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化が課題です。

オ 高齢者救急

- 救急搬送された高齢者についてみると、令和3年には搬送件数が238,847件で、救急搬送件数全体の58.1%を占めています。（再掲）
- 全国の令和3年の高齢者搬送の平均割合は61.9%となっており、全国と比べると本県はやや低い割合となっていますが、平成29年の56.7%と比較すると、高齢者搬送の割合は高まっています。（図表2-1-1-11）

図表2-1-1-11 救急搬送人員に占める高齢者搬送件数の割合



（出典）消防庁「救急救助の現況」

- 高齢化の進展に伴い、今後も高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」(※13)の増加が見込まれます。そのため地域消防機関の救急搬送資源や、在宅療養（後方）支援病院(※14)などの緊急時の入院受入れに対応できる医療機関を確保していく必要があります。

（3）県民への普及啓発・情報システムの活用

ア 県民への普及啓発

- 令和3年中における県内傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症患者の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症患者の割合が90.6%を占めています。（再掲図表1-1-5）
- この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。【再掲】

- 医師の働き方改革への対応等により、医療資源の効率的な活用がより重要となることも踏まえ、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進（県民の意識の向上）が必要です。
- また、全ての県民が安心して地域で暮らせるよう、患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ 薬剤師・薬局」などを持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーション（※15）の必要性を認識してもらうことが課題です。

イ 情報システムの活用

- 本県では、救急関係機関（医療機関、消防本部（局）等）が常時、応需情報（※16）を閲覧できるよう、神奈川県救急医療情報システム（ウェブサイト）を運用しています。
- また、神奈川県救急医療中央情報センターにおいて、救急関係機関に対し、患者搬送に必要な情報を24時間体制で提供するとともに、救急患者搬送先選定の代行にも取り組んでいます。令和4年度の救急医療情報システム利用件数は144,867件で、神奈川県救急医療中央情報センターにおける令和4年度の電話照会受付件数は2,509件となっています。

救急医療情報システム利用件数

(件)

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
150,485	148,062	231,210	310,386	307,258	148,508	144,867

(出典) 神奈川県独自調査

電話照会受付件数

(件)

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
4,306	3,864	3,568	3,171	1,961	2,521	2,509

(出典) 神奈川県独自調査

- 神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターについては、救急患者の症状に応じた円滑な患者搬送に資するため、今後も精度の高い応需情報の収集・提供が必要となります。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞
救急患者の社会復帰率の向上

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞
◆円滑で適切な病院前救護活動が可能な体制
◆重症度などに応じた救急医療提供体制の整備
◆適切な救急利用の促進

(1) 円滑で適切な病院前救護活動が可能な体制

- 救急医療における応急手当は、救命率の向上につながります。そのため、県民による応急手当が救急現場において更に実施されるよう、自動体外式除細動器（AED）を用いた救急蘇生法講習会の実施や救急蘇生法の普及・啓発を行います。

- 救急救命士がより適切に活動できるよう救急救命士の業務範囲の拡大等、救急業務の高度化の対応のために、救急救命士の再教育の更なる検討を行い、適切な再教育を実施します。
- 医師による救急隊への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。
- 高齢化の進展に伴い増加する高齢者救急に適応した救急搬送体制や、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が適切に提供されるための救急搬送のあり方について、関係機関と検討します。
- ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。また、広域連携体制についても、効率的な運用を図るため、関係者と協議を行っていきます。

(2) 重症度などに応じた救急医療提供体制の整備

ア 初期救急

- 軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や、軽症患者の適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。
- 医師の働き方改革を進めつつ、休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- 耳鼻咽喉科救急・眼科救急については、現行の体制を維持しつつ、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療需要に適応した効率的な初期救急体制について検討します。

イ 二次救急

- 医師の働き方改革を進めつつ、病院群輪番制に参加する医療機関を市町村・地域単位で確保するための二次救急医療機関等に対する救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- 二次救急医療機関等に対する耐震整備事業等の国庫補助を活用し、二次救急機能の量的確保と質の充実を図ります。
- 二次救急医療機関の「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化に向けた取組を検討します。

ウ 三次救急

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

エ 高齢者救急

- 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。
- 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

(3) 適切な救急利用の促進

- 将来において質の高い医療を安心して受けられるようにするため、県民に、医師の働き方改革の必要性を認識してもらい、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進を図ります。
- 患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 二次・三次救急医療機関への軽症患者の受診を抑制し、休日夜間急患診療所等の初期救急機能が効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資する救急医療電話相談事業（＃7119）（※17）について、県が実施主体となって、市町村や関係団体と調整を行うことにより、早期の全県展開を目指します。
- 神奈川県救急医療情報システムを引き続き運用し、救急関係機関への応需情報の提供を続けるとともに、情報精度の向上など機能の充実に努めます。
- 県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。

■用語解説

※1 軽症

入院の必要がないもの。

※2 中等症

生命の危険はないが、入院の必要があるもの。

※3 重篤

生命の危険が切迫しているもの。

※4 重症

生命に危険があるもの。

※5 ドクターヘリ

医師、看護師が同乗し患者を搬送する救急専用のヘリコプターのこと。

※6 トリアージ

最善の治療を行うため、傷病者の緊急度に応じて、搬送や治療の優先順位を決めること。

※7 メディカルコントロール

救急現場から医療機関への搬送途上において、救急救命士を含む救急隊員の応急処置の質を医学的観点から保障すること。

※8 在宅当番医制

地区医師会に所属する医療機関等が、当該地区医師会の区域において、休日、夜間に交代で自院において初期救急患者の診療を行うこと。

※9 病院群輪番制

救急車による直接搬送や、かかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための制度。各市や地域単位で、休日や夜間に対応できる医療機関が日を決めて順番に担当する輪番制で対応。

※10 救急病院等の認定

医療機関（病院及び診療所）から都道府県知事に対して、救急業務に関し、協力する旨の申し出があったもののうち、「救急病院等を定める省令」に基づき、都道府県知事が認定・告示すること。

※11 地域完結型医療

医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制。

※12 「出口問題」

二次・三次救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長時間使用することで、新たな救急患者の受け入れが困難になること。具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害の後遺症がある場合や合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要であること等により、自宅への退院や他の病院への転院が困難となっている。

※13 時々入院

在宅療養の過程において、生活習慣病等に起因する心臓・肺・肝臓等の慢性疾患は、時々重症化しながら、徐々に機能が低下していくコースをたどるため、時々急性増悪による入院対応が求められる。

※14 在宅療養（後方）支援病院

在宅療養支援病院（許可病床 200 床未満）、在宅療養後方支援病院（許可病床 200 床以上）は、施設基準に位置付けられた病院で、在宅療養において、24 時間連絡を受ける体制、24 時間の往診・訪問看護体制（在宅療養後方支援病院を除く。）、緊急時の入院体制を確保するなど、在宅医療を担う診療所との病診連携が行われている医療機関。

※15 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること。

※16 応需情報

手術の可否、空床の有無等、診療依頼に応じられるか否かの情報。

※17 救急医療電話相談事業（＃7119）

総務省消防庁が推進する、共通の短縮ダイヤル「＃7119」を使用し、医師、看護師、相談員等が、すぐに救急車を呼ぶべきか、すぐに医療機関を受診すべきか等の医療相談、受診可能な医療機関案内等、判断に悩む住民（全年齢）からの相談に助言を行う 24 時間 365 日の救急電話サービス。

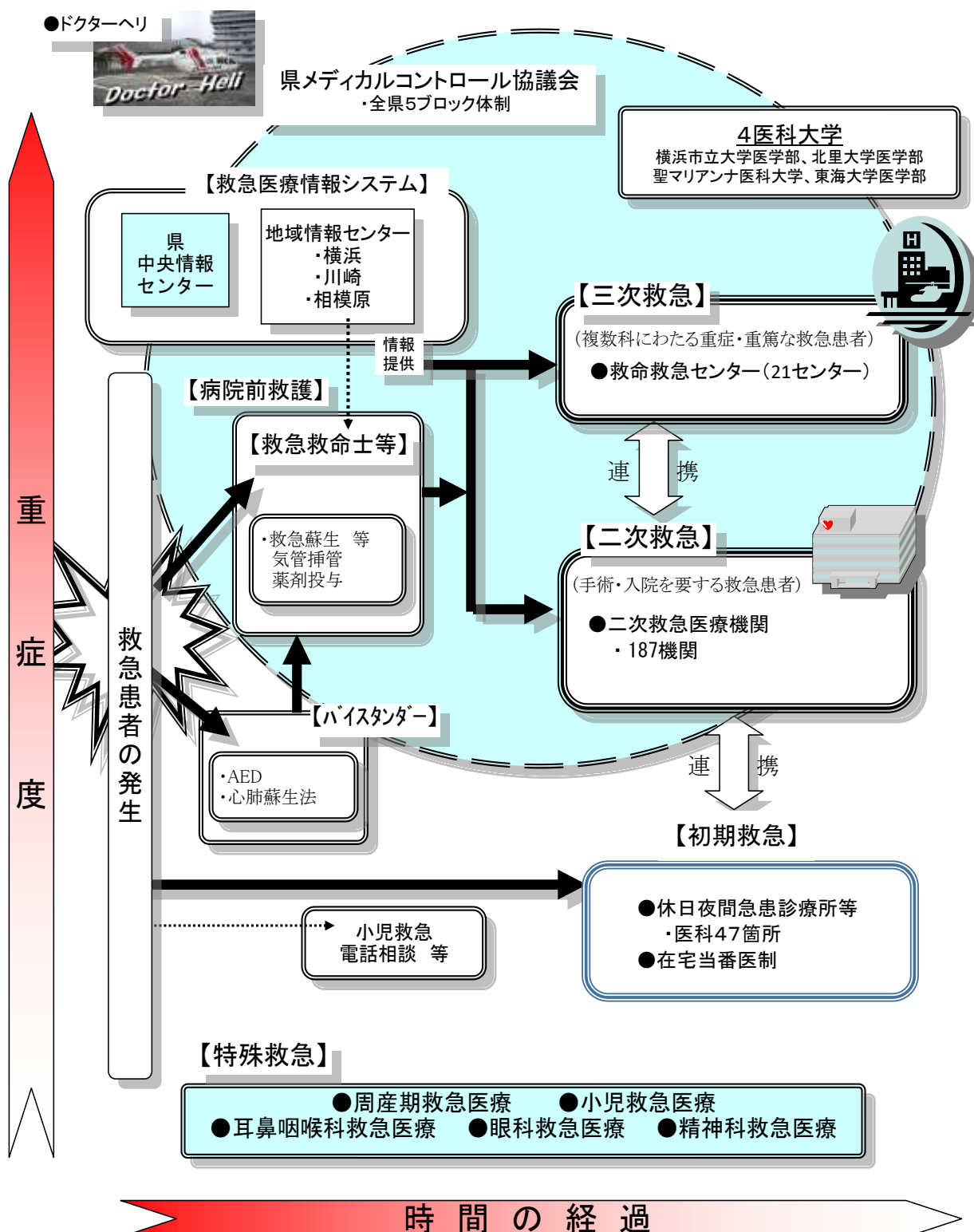
3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



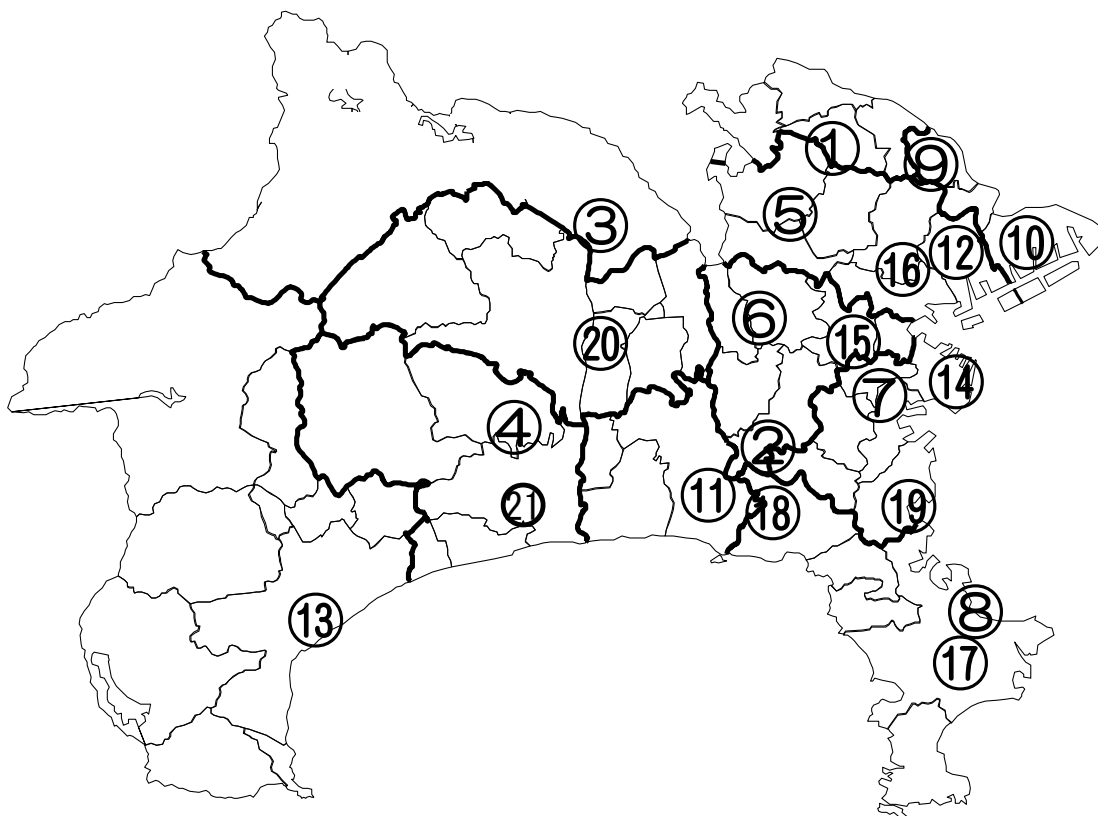
4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	応急手当普及講習(普通・ 上級講習)の受講者数(人 口1万人対)	消防庁「救急救助の 現況」	23.6 人(R3)	78 人
	C102	救急隊のうち常に救急救 命士が同乗している割合	消防庁「救急救助の 現況」	100%(R3)	100%
	C201	休日夜間急患診療所等導 入市町村数及び箇所数	県独自調査	17 市1町 47 箇所 (R4)	17 市1町 47 箇所
	C202	二次救急医療機関数	県独自調査	187 機関(R4)	187 機関
	C203	救命救急センター数	県ホームページ	21 箇所(R4)	21 箇所
	C204	救命救急センター充実度評 価Sの割合	厚生労働省「救命救 急センターの評価結 果」	57.1%(R4)	57.1%
	C205	救急搬送人員に占める高 齢者搬送件数の割合	消防庁「救急救助の 現況」	58.1%(R3)	57.3%
	C301	救急医療情報システム利用 件数	県独自調査	144,867 件 (R4)	229,480 件
	C302	電話照会受付件数	県独自調査	2,461 件(R4)	2,461 件以上
中間	B101	心肺機能停止傷病者全搬 送人員のうち、一般市民に より除細動が実施された 件数	消防庁「救急救助の 現況」	155 件(R3)	186 件以上
	B102	重症以上傷病者の搬送件 数全体に占める現場滞在 時間が 30 分以上の割合	消防庁「救急搬送に おける医療機関の受 入れ状況等実態調査 の結果」	12.9%(R3)	8.1%以下
	B201	二次救急を担う医療機関 に対する病院群輪番制参 加医療機関の割合	県独自調査	81.8%(R4)	80.0%以上
	B301	救急取扱い患者数におけ る軽症患者の割合	消防庁「救急救助の 現況」	43.9%(R3)	47.0%以下
最終	A101	心原性でかつ一般市民に より心肺機能停止の時点 が目撃された症例の 1 ヶ 月後社会復帰率	消防庁「救急救助の 現況」	8.2%(R3)	9.0%以上
	A102	心原性心肺停止機能傷病 者(一般市民が目撃した) のうち初期心電図波形が VF 又は無脈性 VT の一ヶ 月後社会復帰率	消防庁「救急救助の 現況」	19.7%(R3)	22.3%以上



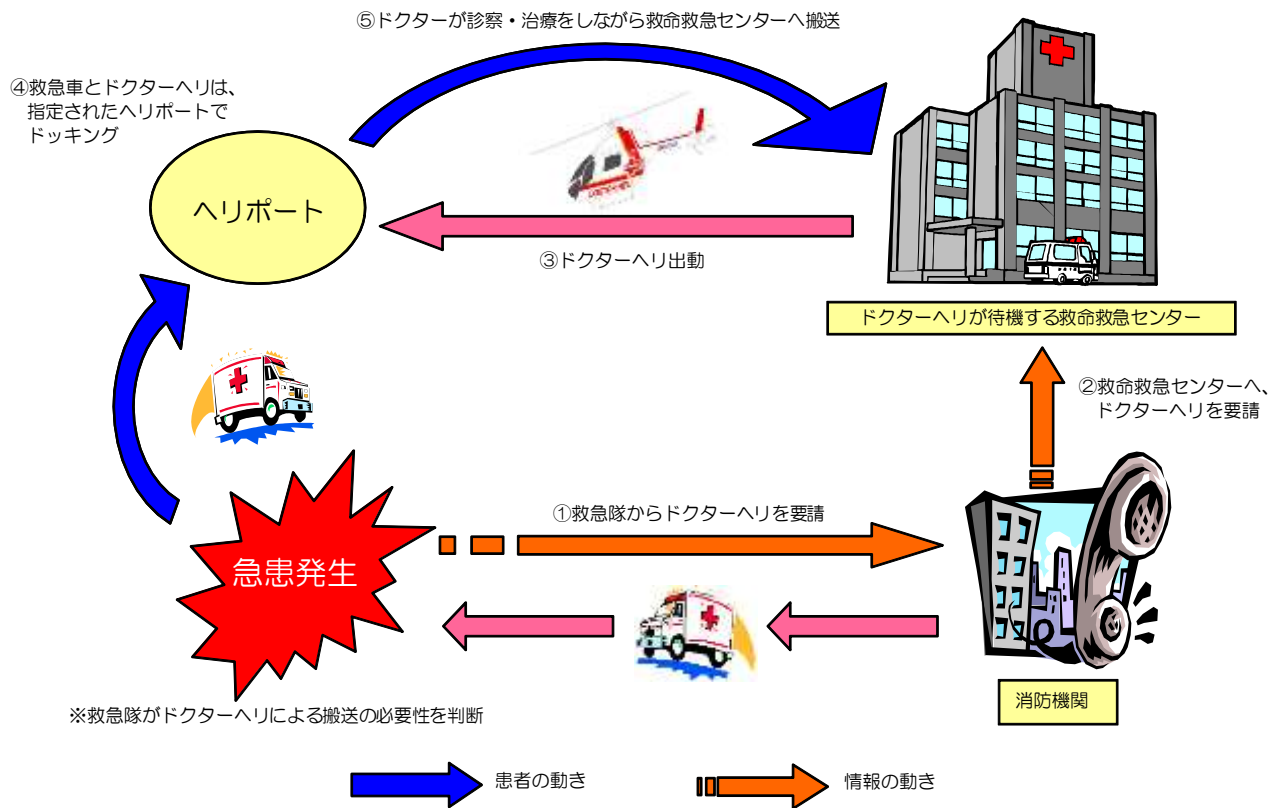
■救命救急センター設置状況（神奈川県が指定）

令和5年4月現在



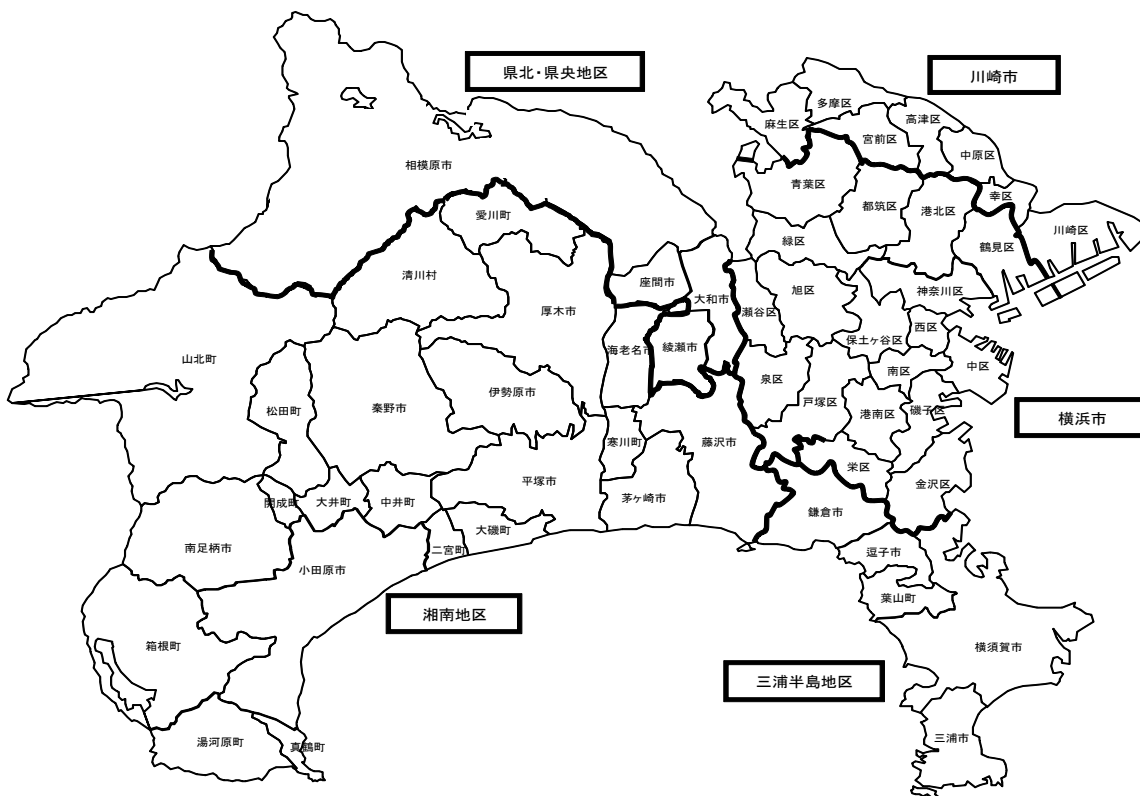
- ① 聖マリアンナ医科大学病院（川崎市宮前区）
- ② 国立病院機構横浜医療センター（横浜市戸塚区）
- ③ 北里大学病院（相模原市南区）
- ④ 東海大学医学部付属病院（伊勢原市）
- ⑤ 昭和大学藤が丘病院（横浜市青葉区）
- ⑥ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院（横浜市旭区）
- ⑦ 横浜市立大学附属市民総合医療センター（横浜市南区）
- ⑧ 横須賀共済病院（横須賀市）
- ⑨ 日本医科大学武蔵小杉病院（川崎市中原区）
- ⑩ 川崎市立川崎病院（川崎市川崎区）
- ⑪ 藤沢市民病院（藤沢市）
- ⑫ 済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区）
- ⑬ 小田原市立病院（小田原市）
- ⑭ 横浜市立みなと赤十字病院（横浜市中区）
- ⑮ 横浜市立市民病院（横浜市保土ヶ谷区）
- ⑯ 横浜労災病院（横浜市港北区）
- ⑰ 横須賀市立うわまち病院（横須賀市）
- ⑱ 湘南鎌倉総合病院（鎌倉市）
- ⑲ 横浜南共済病院（横浜市金沢区）
- ⑳ 海老名総合病院（海老名市）
- ㉑ 平塚市民病院（平塚市）

ドクターヘリ運用の流れ



地区メディカルコントロール協議会の区割り図

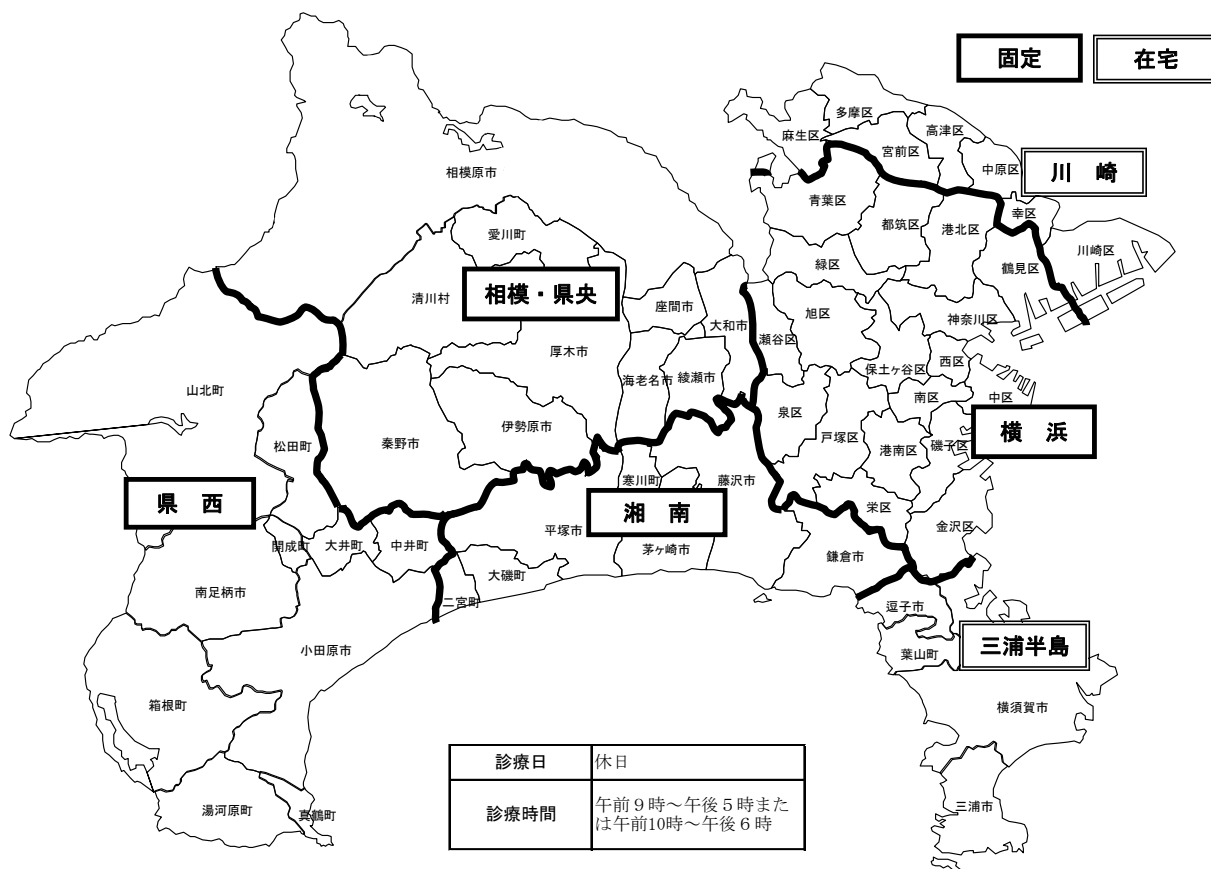
令和5年4月現在



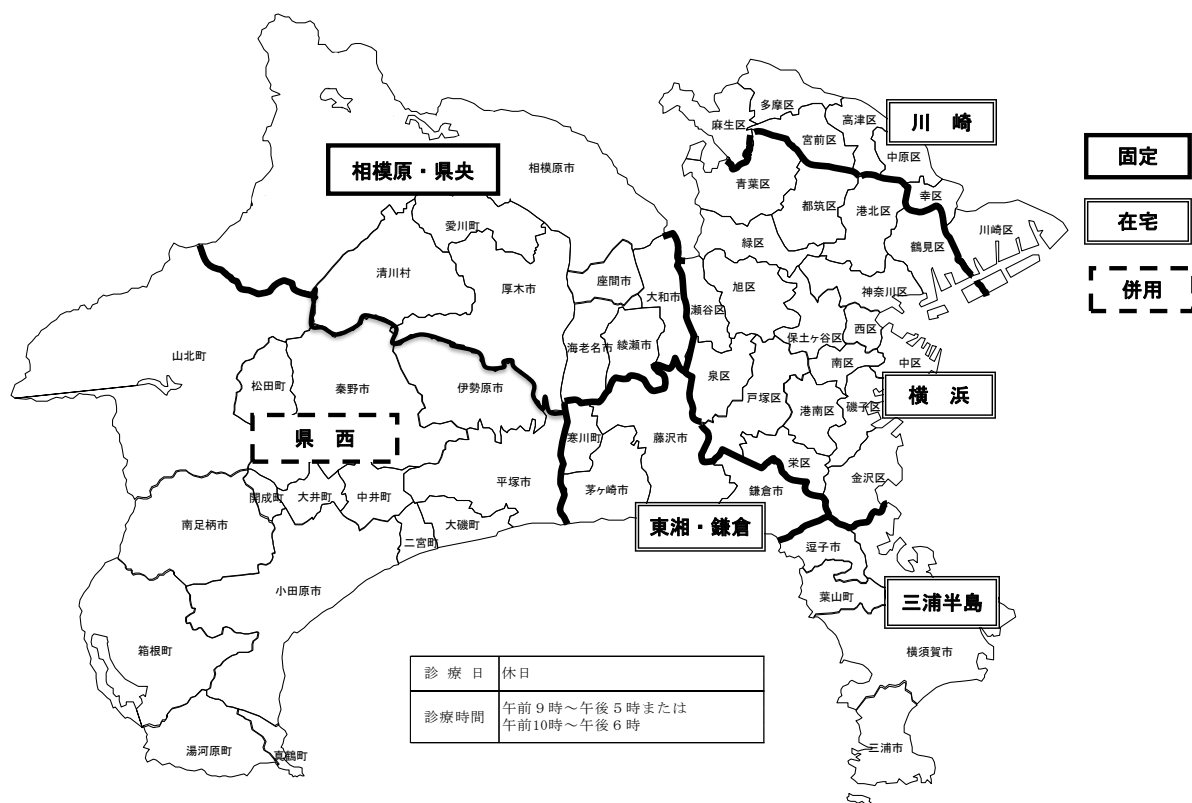
■耳鼻咽喉科救急・眼科救急医療システム体制図

令和5年4月現在

■耳鼻咽喉科救急システム体制図



■眼科救急医療システム体制図



第 2 節 精神科救急

1 現状・課題

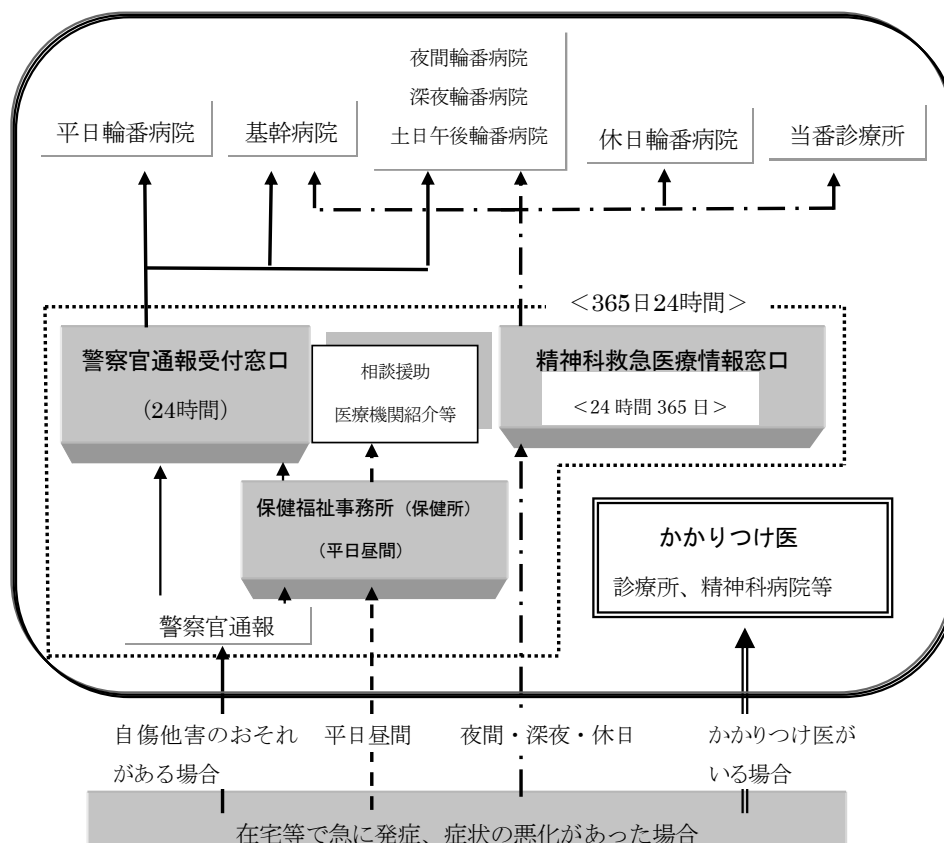
【現状】

- ・精神科救急医療体制は、急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合に、本人や家族からの相談に対応し医療機関につなげるとともに、精神保健福祉法に基づく診察等を行うものです。
- ・県と横浜市、川崎市及び相模原市が協調し、県内の精神科医療機関の協力を得て、精神科救急医療体制を整備しています。

【課題】

- ・精神障がい者の人権を尊重し、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるように、精神科救急医療体制のさらなる充実を図る必要があります。

神奈川県精神科救急医療体制



(1) 現状

ア 精神科救急医療体制

- 精神科救急医療体制は、平成 19 年 10 月から、初期救急（※ 1）、二次救急（※ 2）、三次救急（※ 3）について、24 時間 365 日、医療機関が輪番で患者を受入れる体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県 1 圏域として受入体制を整備しています。

○ 初期救急及び二次救急

- ・ 精神科救急医療相談窓口（開設時間：17：00～翌8：30）において、令和4年度は8,471件相談を受付け、そのうち初期救急として102件、二次救急として380件、医療機関へ紹介しました。

○ 三次救急

- ・ 精神保健福祉法の規定に基づく通報件数は、令和4年度は2,160件、そのうち措置診察の結果、881件が措置入院（※4）または緊急措置入院（※5）となりました。
- ・ 措置入院患者の入院先の選定については、受入病院以外の2名の精神保健指定医で措置診察するよう国から配慮を求められており、令和元年度から段階的に、緊急措置入院患者の再診察等について、受入病院以外の2名の精神保健指定医による診察を試行し、令和5年7月に本格実施へと移行しました。

図表2-1-2-1 精神科救急医療体制参加医療機関数（令和5年4月現在）

基幹病院（※6）	7病院	平日輪番病院（※7）	37病院
休日輪番病院（※8）	44病院	夜間輪番病院（※9）	29病院
土日午後輪番病院（※10）	44病院	深夜輪番病院（※11）	9病院
身体合併症転院受入病院（※12）	3病院		

図表2-1-2-2 精神科救急医療体制 受付状況 ※平日昼間を除く

年度	受付総件数	
	初期・二次救急 ※	警察官通報等
平成30年	8,921	2,205
令和元年	8,928	2,188
令和2年	8,377	2,185
令和3年	9,009	2,185
令和4年	8,471	2,160

図表2-1-2-3 措置診察件数及び措置入院件数 ※緊急措置入院を含む

年度	措置診察件数	措置入院件数※
平成30年	1,272	991
令和元年	1,195	926
令和2年	1,277	998
令和3年	1,210	947
令和4年	1,071	881

イ 身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制

- 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合、身体疾患の治療を行うため、平成19年度から身体合併症転院事業を実施し、受入体制を整備しています。

- また令和2年からは、精神疾患の症状が重く、かつ新型コロナウイルスに感染した方のために、「精神科コロナ重点医療機関」を設置しました。
- 薬物等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、依存症専門医療機関として、次の医療機関を選定しています。

また、依存症専門医療機関の中から、精神医療センター、北里大学病院の2医療機関を依存症治療拠点機関として選定し、依存症に関する専門的な相談支援、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-1-2-4 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関（令和5年3月31日現在）

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
医療法人社団祐和会 大石クリニック	横浜市 中区	○	○	○
<u>地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立精神医療センター</u>	横浜市 港南区	○	○	○
医療法人 誠心会 神奈川病院	横浜市 旭区	○	○	—
<u>学校法人北里研究所 北里大学病院</u>	相模原市 南区	○	○	○
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
医療法人財団 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

ウ 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要です。
- 措置入院患者が退院後により良い地域生活を送るため、保健所と医療機関とが連携し、入院中から積極的に、患者の意思に基づいた退院後支援を実施しています。

(2) 課題

ア 精神科救急医療体制

- 初期救急及び二次救急
 - ・ 初期救急患者の受入に協力している医療機関が少なく、偏在していることから、できる限り身近な地域で受診できるようにしていくことが必要です。
 - ・ 初期救急、二次救急ともに、受入病院までは家族等の付き添いにより患者の搬送を行うため、特に遠方からの搬送は家族等への大きな負担となっています。このことから、できる限り身近な地域で医療を受診できるようにしていくことが必要です。

○ 三次救急

- ・ 夜間から深夜にかけて、精神保健福祉法第 23 条の規定に基づく警察官の通報が複数件重なった場合、措置診察の実施が翌日まで持ち越されてしまうことがあり、迅速に受診できないケースも生じています。
- ・ 措置入院の運用については、より一層人権や安全に配慮することが必要です。

イ 身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制

- 身体科治療、薬物依存症等の専門治療を行う医療機関が限られているため、受入れ先の調整が難航することがあります。このため、身体科や依存症専門医療機関等と精神科救急の連携体制を構築していく必要があります。
- 精神科病院における感染症患者への対応は全ての精神科病院で行えるわけではないことから、新型コロナウイルスを含む感染症への対応ができる医療機関の整備が必要です。

ウ 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援

- 患者が短期間のうちに措置入院を繰り返さず、少しでも長く地域で安定した生活を送るための体制づくりが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

精神科救急患者が、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるような精神科救急医療体制を整備すること

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆精神科救急医療体制の充実
- ◆身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制の充実
- ◆精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援の充実

（１）精神科救急医療体制

○ 初期救急及び二次救急

- ・ 初期救急において、患者が身近な地域で受診できるようにするため、受入医療機関の拡大に向けた取組を進めていきます。
- ・ 二次救急において、医療機関へ紹介しても、いずれの時間帯も一定数のキャンセルがあることから、適切に受診できていない患者がいます。患者を適切に医療へつなぐため、アクセスの向上に向けた輪番体制の見直しをしていきます。

○ 三次救急

- ・ 時間帯を問わず、できるだけ多くの患者が迅速に受診できるような体制に向けて検討を進めていきます。
- ・ 措置入院患者について、政令市、医療機関をはじめとした関係機関と密な連携をとり、より人権や安全に配慮した運用に向けて検討します。

（２）身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制

- 精神科救急体制において、身体合併症・薬物等依存症患者が早期治療を受けられるよう、オンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携に向けた取組を進めていきます。

- 新型コロナウイルスを含む感染症の対応について、精神科病院と身体科病院の地域間連携事例の共有などを通じて、地域連携を促進していきます。さらに、連携先の医療機関からコンサルテーションを受けながら治療できるような体制づくりを進めていきます。

(3) 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援

- 患者が短期間での措置入院を繰り返すことを少なくするため、今後も継続して患者の意思に基づいた退院後支援を実施していきます。
- 630 調査（※13）や地域ごとの福祉サービス情報などの多様なデータをもとに、地域移行を進めるための課題を把握し、よりきめ細やかな支援を検討していきます。

■用語解説

※1 初期救急

外来診療のみで入院を要しない者に対応する精神科救急

※2 二次救急

精神症状により自身を傷つけたり、他者に危害を及ぼすおそれはないが、入院が必要と判断される場合に対応する精神科救急。患者の同意による任意入院、家族等の同意による医療保護入院により入院の受入を行う

※3 三次救急

精神保健福祉法の規定に基づき、精神症状により自身を傷つけたり、他者に危害を及ぼすおそれがある場合に対応する精神科救急

※4 措置入院

精神症状による自傷他害のおそれがあると認められた者に対して、行政の権限により強制的に入院させる入院形態

※5 緊急措置入院

通常の措置入院の手続きがとれず、しかも急速を要する場合、72 時間に限って入院措置を採ることができる入院形態

※6 基幹病院

休日・夜間・深夜の二次・三次救急の受入を行う病院

※7 平日輪番病院

輪番で平日昼間の三次救急の受入を行う精神科病院等

※8 休日輪番病院

輪番で休日昼間の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院

※9 夜間輪番病院

輪番で夜間の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院

※10 土日午後輪番病院

輪番で土日の 14 時から 20 時に初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院

※11 深夜輪番病院

輪番で深夜の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院

※12 身体合併症転院受入病院

精神科病院から身体合併症患者の転院を受入れる専用病床を持つ病院

※13 630 調査

厚生労働省が精神保健福祉施策推進のための資料として、毎年 6 月 30 日時点の精神科病院等を利用する患者の実態を把握する調査

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.89 回 (R2)	(検討中)
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保健・健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人 (R3)	(検討中)
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回 (R5)	126 回(R11)
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	527 人(累計) (R4)	(検討中)
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	(検討中)
	C202	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設) (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	0.62 機関 (R4)	0.63 機関 (R8)
	C204	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.22機関 (R2)	(検討中)
	C205	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.08機関 (R2)	(検討中)
	C206	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	6.79 機関 (R2)	(検討中)
	C207	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	3.02 施設 (R2)	(検討中)
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関	(検討中)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				摂食障害 0.49 機関 てんかん 0.76 機関 (R2)	
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.14 機関 知的障害 3.86 機関 発達障害 5.28 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.01 機関 (R2)	(検討中)
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 (R2)	0.58 施設 (R8)
	C305	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	(検討中)
	C306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	(検討中)
	C307	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 (R2)	(検討中)
	C308	認知症ケア加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 (R2)	(検討中)
	C309	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (R11)
	C401	てんかん支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01機関 (R11)
	C402	依存症専門医療機関の数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.07機関 (R2)	0.11 機関 (R11)
	C403	摂食障害支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.00 機関 (R2)	0.01機関 (R11)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	C404	指定通院医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 「指定通院医療機関 の指定状況」	1.13 機関 (R4)	(検討中)
	C405	高次脳機能障害支援拠点機 関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	(検討中)
中間	B101	保健所保健福祉サービス調 整推進会議の参加機関・団 体数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.46 機関・団体 (R2)	(検討中)
	B102	都道府県及び市町村におけ る精神保健福祉の相談支援 の実施件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保 健・健康増進事業報 告	1192.18 件 (R3)	(検討中)
	B103	心のサポーター養成研修の 修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	21.77 人 (R5)	(検討中)
	B104	かかりつけ医うつ病対応力 向上研修の修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	42.60 人 (R4)	60.86 人 (R11)
	B105	かかりつけ医認知症対応力 向上研修の修了者数	県独自調査	4,763 人(累 計)(R4)	(検討中)
	B201	精神科救急医療体制整備事 業における入院件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.20 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.16 件 ・措置入院 10.16 件 ・医療保護入院 3.80 件 (R9)
	B202	精神科救急医療体制整備事 業における受診件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	17.67 件 (R3)	17.93 件 (R9)
	B204	救命救急入院料精神疾患診 断治療初回加算を算定した 患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	(検討中)
	B205	在宅精神療法又は精神科在 宅患者支援管理料を算定し た患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5,026.18 人 (R2)	(検討中)
	B206	精神科訪問看護・指導料又 は精神科訪問看護指示料を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	78.31 人 (R2)	(検討中)
	B207	精神科救急における通報か ら診察までの搬送時間	神奈川県の警察官 通報の状況につい て	6時間 18 分 (R3)	6時間0分 (R9)
	B301	各疾患、領域【統合失調症、 うつ・躁うつ病、認知症、児 童・思春期精神疾患(知的障 害、発達障害含む)、アルコ ール・薬物・ギャンブル等依 存症、PTSD、摂食障害、て んかん】それぞれについての 入院患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.00 人 うつ・躁うつ病 103.75 人 認知症 57.86 人 知的障害 6.00 人 発達障害 8.32 人	(検討中)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				アルコール依存症 14.26 人 薬物依存症 1.83 人 ギャンブル等依存症 0.44 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.87 人 てんかん 42.61 人 (R2)	
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 1299.24 人 うつ・躁うつ病 2768.06 人 認知症 238.53 人 知的障害 109.07 人 発達障害 518.81 人 アルコール依存症 79.41 人 薬物依存症 10.48 人 ギャンブル等依存症 4.08 人 PTSD 11.60 人 摂食障害 23.15 人 てんかん 372.41 人 (R2)	(検討中)
	B303	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 (R2)	(検討中)
	B304	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 (R2)	(検討中)
	B305	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 (R2)	(検討中)
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 (R2)	(検討中)
	B307	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 (R2)	(検討中)
	B308	隔離指示件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630 調査	6.34 件 (R4)	8.44 件 (R11)
	B309	身体的拘束指示件数	厚生労働行政推進	9.77 件	7.67 件

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
		(人口 10 万人当たり)	調査事業研究班, 630 調査	(R4)	(R11)
	B310	児童・思春期精神科入退院 医療管理料を算定した患者 数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.15 人 (R2)	5.80 人 (R11)
	B311	統合失調症患者における治 療抵抗性統合失調症治療薬 の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% (R2)	0.83% (R11)
	B403	てんかん支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数及び逆紹介患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	検討中(令和6年 2月記載予定)	(検討中)
	B404	依存症専門医療機関にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数(人口 10 万人当たり)	県独自調査	検討中(令和6年 2月記載予定)	(検討中)
	B405	摂食障害支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	(検討中)
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12 ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	3 ヶ月:60.1% 6 ヶ月:80.2% 12 ヶ月: 89.4% (R4)	3 ヶ月:68.9% 6 ヶ月:84.5% 12 ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床か ら退院後 1 年以内の地域で の平均生活日数(地域平均 生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3 日 (R2)	331.5 日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回 復期・慢性期入院患者数 (65 歳以上・65 歳未満別)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	急性期 65 歳未満 1,663 人 65 歳以上 1,266 人 回復期 65 歳未満 864 人 65 歳以上 1,284 人 慢性期 65 歳未満 2,883 人 65 歳以上 3,710 人 (R4)	急性期 65 歳未満 1,688 人 65 歳以上 1,283 人 回復期 65 歳未満 968 人 65 歳以上 1,439 人 慢性期 65 歳未満 2,735 人 65 歳以上 3,362 人 (R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A104	精神病床における新規入院 患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報 告	246.0 日 (R4)	235.5日 (R11)

第3節 災害時医療

1 現状・課題

【現状】

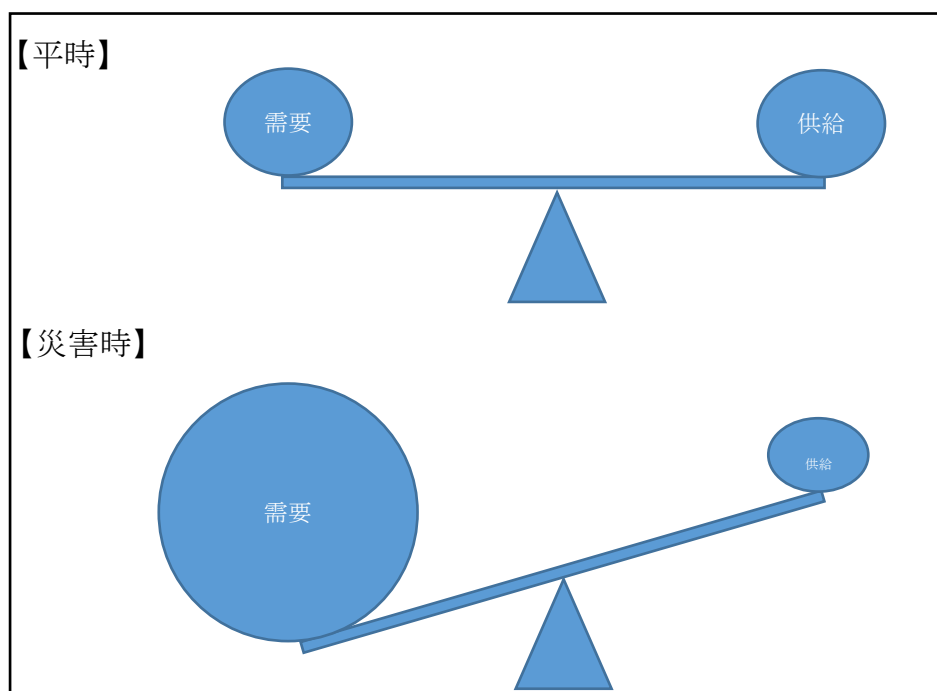
- ・県は、災害時の医療救護体制の整備について従前から継続的に取り組んできました。
- ・今後発生が予想される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する津波や浸水、土砂災害、火災等や、火山災害等の大規模な災害に備え、県民の生命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」(令和2年10月改定)に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。

【課題】

- ・令和2年1月以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応のために、訓練・研修等の中止を余儀なくされたことなどから、災害対応力の低下が懸念されます。

(1) 災害時医療

- 通常の救急医療では、医療の需要に応じた医療資源（スタッフ・医療機器・薬剤など）を投入することが可能ですが、災害時医療では、圧倒的に医療の需要が増大することにより供給とのバランスが崩れることから、災害時医療の体制や原則に則って、関係機関と連携しながら適切な調整を行った上で対応することが必要です。



- そのため、災害時のアウトカムをデータ等で定量的に評価することは極めて困難です。
- こうしたことから、県は今回の計画策定にあたって、最終アウトカムに「災害時医療が適切に提供できる」を設定し、災害時医療における主要なプレーヤーとなる「県」「地域」「医療機関」「保健医療関係団体」について、それぞれの役割と平時における必要な取組を整理するとともに、それらについての定量的な評価指標を設定することとしました。

(2) 県の現状と課題

【災害医療コーディネーター】

- 県は、災害時に迅速かつ的確な医療を確保するため、県災害対策本部の下に保健医療調整本部を設置するとともに、災害医療に精通した県内の複数の医師で構成される県災害医療コーディネーターを委嘱し、県医師会、災害拠点病院等の関係機関と連携した医療救護活動を実施します。

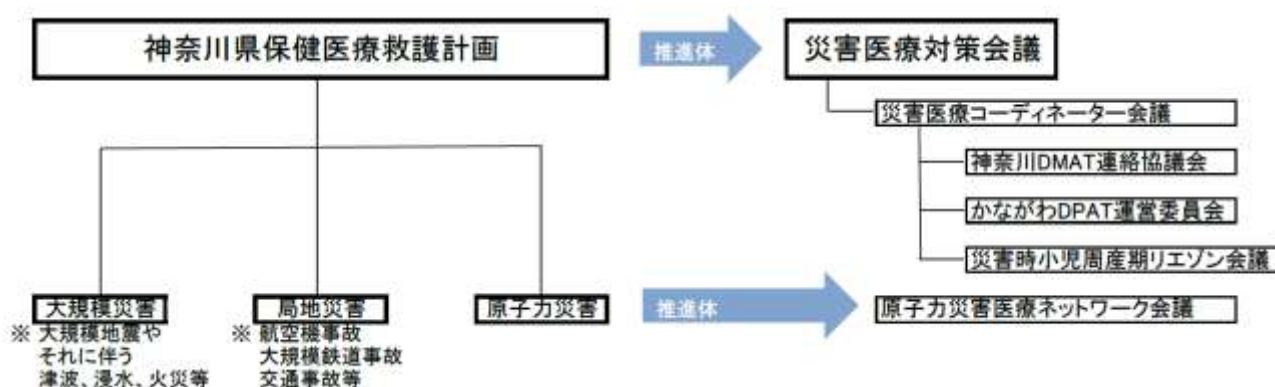
【災害時小児周産期リエゾン】

- 県は、災害時、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。
- 「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。

【平時の取組】

- 災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、DMAT（※1 DMAT：Disaster Medical Assistance Team）や保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高める必要があります。
- そのため、県は平時から災害医療コーディネーターをはじめとする災害医療の専門家等の助言を受けつつ、災害時の保健医療体制のあり方の検討、訓練・研修の企画、災害派遣医療チーム（DMAT）等の人材育成等に取り組んでいます。
- 県が災害医療の専門家等の助言を受ける機会として「神奈川県災害医療対策会議」をはじめとする各種会議体があります。今後もそれらの場を有効に活用し、県の取組をよりよいものとするように努める必要があります。

図表 2-1-3-1 災害医療に係る各種会議体の位置づけ



(3) 地域の現状と課題

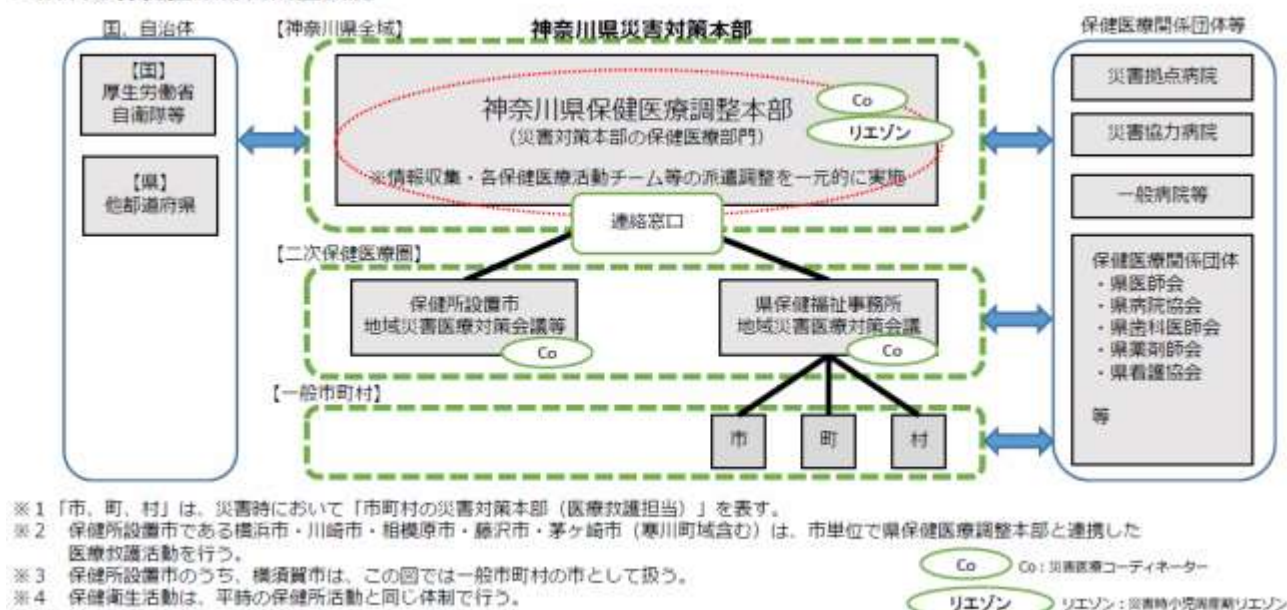
【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

- 各地域は、災害時に原則として二次保健医療圏ごとに地域災害医療対策会議を設置し、県保健福祉事務所が事務局となり、郡市医師会、災害拠点病院等の医療関係者、地域災害医療コーディネーター、市町村（政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町を除く）、消防等の行政関係者等と連携した医療救護活動を実施します。

- 政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市（寒川町含む）は、管轄区域単位で地域災害医療対策会議に相当する会議を設置し、県と連携して医療救護活動を実施します。

図表 2-1-3-2

三階層の保健医療総合調整機能



- 県内各地域に設置される地域災害医療対策会議については、所管区域内での連絡体制を整備し、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。
- また、災害時の公衆衛生の分野について、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備することが必要です。
- さらに、災害時における避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。
- 災害時に医療救護活動を円滑に実施するためには、平時から地域の関係者の連携が適切に図られている必要がありますが、令和2年1月以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応のために、地域災害医療対策会議が開催されないなど、災害対応力の低下が懸念されます。

【地域災害医療コーディネーター研修】

- 地域災害医療コーディネーター等を対象にコーディネーターとして活動するために必要な知識を習得していただくとともに、コーディネーター間等のコミュニケーションを図るために実施する地域災害医療コーディネーター研修も、令和4年度に令和元年度以来3年ぶりに開催しましたが、今後も継続的に開催する必要があります。

(4) 医療機関の現状と課題

【災害拠点病院、DMAT、DMAT-L】

- 災害拠点病院は、多発外傷（※2）、挫滅症候群（※3）、広範囲熱傷（※4）等、災害時に多発する重症者の救命医療を行うための高度な診療機能を有しています。
- また、災害派遣医療チーム（DMAT）等の活動拠点となるなど、被災地域の医療の

中心的な役割を果たしています。

- そのため、県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図る必要があります。
- また、「災害拠点病院指定要件の一部改正について」（平成 29 年 3 月 31 日付医政発第 0331 第 33 号）により、災害拠点病院の要件として、被災後、早期に診療機能を回復するための業務継続計画の整備及び同計画に基づく研修及び訓練の実施等が明記されていることから、引き続き業務継続計画の整備等に取り組んでいただく必要があります。
- 県が指定している災害拠点病院は、令和 6 年 3 月現在で 35 病院です。災害拠点病院は全て DMA T を保有しており、複数の DMA T を保有する災害拠点病院は令和 5 年 4 月現在で 19 病院です。
- また、県は、災害拠点病院に準ずる設備・機能を有する「災害協力病院」を指定するとともに連携を図ることで、医療救護体制の強化を図ります。
- 県内で発生した大規模災害を対象に活動する神奈川 DMA T－L（※ 5）を保有する災害拠点病院は令和 6 年 3 月現在で 33 病院です。
- 災害時には多数の傷病者の発生が見込まれることから、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成することが必要です。
- また、平常時から実践的な訓練を行い、災害急性期における対応力の充実強化を図ることが必要です。
- さらに、県外発災時における応援派遣について、その実施体制を整備することが必要です。

図表 2-1-3-3 災害拠点病院一覧

番号	医療圏	病院名	所在地
1	横浜	昭和大学藤が丘病院	横浜市青葉区藤が丘 1-30
2		横浜労災病院	横浜市港北区小机町 3211
3		昭和大学横浜市北部病院	横浜市都筑区茅ヶ崎中央 35-1
4		済生会横浜市東部病院	横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
5		聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	横浜市旭区矢指町 1197-1
6		けいゆう病院	横浜市西区みなとみらい 3-7-3
7		横浜市立市民病院	横浜市神奈川区三ツ沢 1-1
8		国立病院機構横浜医療センター	横浜市戸塚区原宿 3-60-2
9		横浜市立大学附属市民総合医療センター	横浜市南区浦舟町 4-57
10		済生会横浜市南部病院	横浜市港南区港南台 3-2-10
11		横浜市立大学附属病院	横浜市金沢区福浦 3-9
12		横浜南共済病院	横浜市金沢区六浦東 1-21-1
13		横浜市立みなと赤十字病院	横浜市中区新山下 3-12-1
14	川崎北部	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区菅生 2-16-1
15		帝京大学医学部附属溝口病院	川崎市高津区二子 5-1-1
16		川崎市立多摩病院	川崎市多摩区宿河原 1-30-37

番号	医療圏	病院名	所在地
17	川崎南部	川崎市立川崎病院	川崎市川崎区新川通 12-1
18		関東労災病院	川崎市中原区木月住吉町 1-1
19		日本医科大学武蔵小杉病院	川崎市中原区小杉町 1-383
20		川崎市立井田病院	川崎市中原区井田 2-27-1
21	横須賀・三浦	横須賀共済病院	横須賀市米が浜通 1-16
22		横須賀市立市民病院	横須賀市長坂 1-3-2
23		湘南鎌倉総合病院	鎌倉市岡本 1370-1
24	湘南	藤沢市民病院	藤沢市藤沢 2-6-1
25	東部	茅ヶ崎市立病院	茅ヶ崎市本村 5-15-1
26	湘南西部	東海大学医学部付属病院	伊勢原市下糟屋 143
27		平塚市民病院	平塚市南原 1-19-1
28		秦野赤十字病院	秦野市立野台 1-1
29	県央	厚木市立病院	厚木市水引 1-16-36
30		大和市立病院	大和市深見西 8-3-6
31	相模原	北里大学病院	相模原市南区北里 1-15-1
32		相模原協同病院	相模原市緑区橋本台 4-3-1
33		相模原赤十字病院	相模原市緑区中野 256
34	県西	県立足柄上病院	足柄上郡松田町惣領 866-1
35		小田原市立病院	小田原市久野 46

【災害拠点精神科病院、D P A T】

- 災害拠点精神科病院は、災害時において、被災した精神科病院からの患者の受入れや、患者搬送のための一時的避難所を運営するなど、精神科医療を行うための診療機能を有しています。
- 県は、令和2年4月に地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定しています。
- 災害拠点精神科病院の要件として、被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画が整備されていること及び同計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること、地域の精神科医療機関及び地域医師会等の医療関係団体とともに定期的な訓練や研修を実施することとされており、早急な体制整備が必要です。
- また、被災地域等における精神科医療及び精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）の派遣機能を有しています。
- 災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等により、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、県は災害派遣精神医療チーム「かながわD P A T（※6）」を整備しています。
- かながわD P A Tの構成員が現場において迅速にかつ適切に対応できるように人材

を育成することが必要です。そのために、平常時から研修等を行い、災害時における対応力の充実強化を図ることが必要です。

(5) 保健医療関係団体の現状と課題

- 災害時、県内の保健医療関係団体は保健医療調整本部と連携した医療救護活動を実施します。そのため平時から災害時の県との連絡・情報連携窓口を整備したり、県が実施する訓練に積極的に参加していただく必要があります。
- また、災害薬事コーディネーターや災害支援ナースの活用についても、県と関係団体で検討する必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

災害時医療が適切に提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆県の施策の方向性

・平時の取組の継続

◆地域の施策の方向性

・地域災害医療コーディネーター研修の実施

◆医療機関の施策の方向性

・研修や訓練への参加

◆保健医療関係団体の施策の方向性

・県との連携の強化

(1) 県の施策の方向性

【平時の取組】

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーター等を中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。

(2) 地域の施策の方向性

【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

- 各地域においては、発災時の円滑な情報伝達を確立するため、県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備します。
- 県は、災害時の公衆衛生の分野においても、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備します。
- 県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。

【地域災害医療コーディネーター研修】

- 県は、地域災害医療コーディネーターが円滑に活動できるようにするために、地域災害医療コーディネーター研修を実施します。

(3) 医療機関の施策の方向性

【災害拠点病院、DMAT、DMAT-L】

- 県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図ります。
- 県と災害拠点病院は、国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックDMAT訓練に参加し、他の都道府県DMATとの連携強化を図ります。
- 災害拠点病院は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

【災害拠点精神科病院、DPAT】

- 県は、災害拠点精神科病院との調整を進め、精神科医療において実効性のある災害対策を推進する体制整備を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。
- 県は、DMATや医療救護班、精神科病院協会、精神神経科診療所協会等、関係機関との連携強化を図り、災害時に円滑な精神科医療の提供や精神保健活動の支援ができるように調整を行います。
- 県は、災害が発生し、必要な場合には、県内外のDPATチームの受入・派遣調整等を行います。
- 県は、平時においても、災害時の精神医療について検討する会議体を通じて、災害派遣精神医療体制や人材育成、研修などのあり方を常に検討し、災害派遣精神医療体制の充実強化を図ります。
- 県は、平時から、DPATに関する研修会を開催するなど、災害時に適切な対応ができる人材育成を行います。
- 県は、保健医療救護計画に基づきかながわDPATの体制整備を推進するとともに、市町村、保健福祉事務所等と連携して災害時のこころのケア対策の体制整備を行います。

【共通】

- 県は、災害時に、病院の被害状況を迅速に把握するため、全病院を対象としたEMIS（※7）操作訓練を実施します。
- 医療機関は、県や市町村とともに「ビッグレスキューかながわ（県・市総合防災訓練）」等の訓練・研修に積極的に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化や災害対応力の向上を図ります。

（４）保健医療関係団体の施策の方向性

- 県は、保健医療関係団体との連携強化を図り、災害時に円滑な保健医療活動ができるように調整を行います。
- また、保健医療関係団体は県が実施する訓練に積極的に参加し、連携強化や災害対応力の向上を図ります。
- さらに、災害薬事コーディネーターや災害支援ナースの活用について、県と関係団体で検討します。

■用語解説

※1 災害派遣医療チーム（DMAT）

災害の急性期（災害発生から48時間以内）に活動できる機動性を持ち、厚生労働省が実施する「日本DMAT隊員養成研修」を受講した救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、「Disaster Medical Assistance Team」の略であり、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※2 多発外傷

生命にかかわるような重い外傷が、頭部と胸部、腹部と手足など身体の複数部分に同時にみられる状態。

※3 挫滅症候群

身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。

※4 広範囲熱傷

ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。

※5 神奈川DMAT-L

「神奈川Disaster Medical Assistance Team Local」の略であり、厚生労働省が認めた研修プログラムに基づいて、都道府県が実施する「DMAT隊員養成研修」を受講した神奈川県内を活動場所とする救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※6 かながわDPAT

「かながわDisaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、県が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、精神科医師、保健師又は看護師、業務調整員で編成されている。

※7 EMIS

広域災害・救急医療情報システム。「Emergency Medical Information System」の略であり、災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報の集約・提供を行うもの。最新の医療資源情報、超急性期の診療情報、急性期以降の患者受入情報、DMAT活動情報等を収集する。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。

評価指標		目標		初期アウトカム	
		【県】		【県】	
101-①	神奈川県災害医療対策会議の開催回数	毎年1回	独自	C101	計画の策定・改定を適時・適切に行っている
101-②	神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	毎年10回以上	独自	C102	県内の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している
101-③	保健医療救護計画に基づく訓練の実施回数（関東ブロックDMAT訓練、かながわビックレスキュー）	毎年1回以上	独自		
102-①	神奈川県災害医療対策会議の開催回数（再掲）	毎年1回	独自		
102-②	神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数（再掲）	毎年10回以上	独自		
102-③	保健医療救護計画に基づく訓練の実施回数（関東ブロックDMAT訓練、かながわビックレスキュー）（再掲）	毎年1回以上	独自		
		【地域】		【地域】	
201-①	地域災害医療対策会議の開催回数	毎年4回	独自	C201	地域の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している
202-①	地域災害医療コーディネーター研修の開催回数	毎年1回	独自	C202	地域の関係者への教育が適切に行われている
202-②	地域災害医療コーディネーター研修に受講生を出した医療圏の数	毎年9ヶ所	独自		
202-③	保健医療救護計画に基づく訓練の実施回数（関東ブロックDMAT訓練、かながわビックレスキュー）（再掲）	毎年1回以上	独自		
		【医療機関】		【医療機関】	
301-①	県が主催するEMIS操作研修の参加者数	毎年180人	独自	C301	災害時医療を担う、実効性のある人材の確保・育成が適切に行われている
301-②	DMAT隊員のうち、DMAT隊員感染症研修を修了した割合	100%	国	C302	災害時医療を担う施設が適切に維持・管理されている
301-③	県内のDMATインストラクターの人数	30人以上	独自	C303	災害時医療に係る情報が適切に把握・管理されている
301-④	かながわDPAT研修の受講者数	毎年35人	独自		
301-⑤	保健医療救護計画に基づく訓練の実施回数（関東ブロックDMAT訓練、かながわビックレスキュー）（再掲）	年1回以上 開催	独自		
302-①	災害時医療支援活動研修会の参加者数	毎年200人	独自		
302-②	DMAT-L研修の参加者数	毎年80人	独自		
303-①	災害拠点病院の耐震化率	100%	国		
		【保健医療関係団体】		【保健医療関係団体】	
401-①	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている団体数	11団体	独自	C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている
401-②	県が実施する訓練に参加した団体数	毎年5団体以上	独自		

中間アウトカム	
【県】	
B101	県の災害時医療体制を整理した計画を備えている
B102	県内の関係者との連携を適切に図っている

最終アウトカム

【地域】	
B201	地域の関係者の連携が適切に図られている
B202	関係者相互が地域内の災害時医療体制を理解している

A101	災害時医療が適切に提供できる
------	----------------

【医療機関】	
B301	災害時医療体制を実現するために必要な取組が講じられている

【医療連携関係団体】	
B401	災害時の役割が明確になっている

4 指標一覧

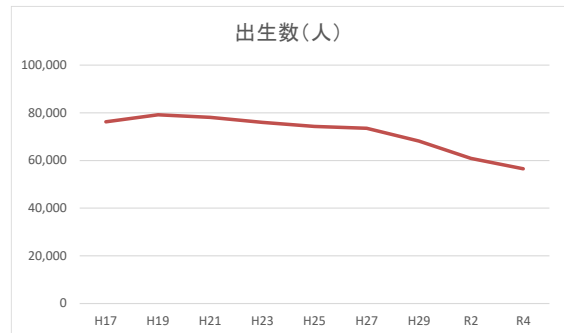
種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	—	神奈川県災害医療対策会議の開催回数	県独自調査	1回(R4)	毎年1回
	—	神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	県独自調査	14 回(R4)	毎年 10 回以上
	—	保健医療救護計画に基づく訓練の実施回数(関東ブロック DMAT 訓練、かながわビックレスキュー)	県独自調査	1回(R4)	毎年1回以上
	—	地域災害医療対策会議の開催回数	県独自調査	0回(R4)	毎年4回
	—	地域災害医療コーディネーター研修の開催回数	県独自調査	1回(R4)	毎年1回
	—	地域災害医療コーディネーター研修に受講生を出した医療圏の数	県独自調査	9カ所(R4)	毎年9カ所
	—	県が主催する EMIS 操作研修の参加者数	県独自調査	206 人(R4)	毎年 180 人
	03	DMAT 隊員のうち、DMAT 隊員感染症研修を修了した割合	都道府県調査	28.5%(R4)	100%
	—	県内の DMAT インストラクターの人数	県独自調査	24 人(R4)	30 人以上
	—	かながわ DPAT 研修の受講者数	県独自調査	38 人(R4)	毎年 35 人
	—	災害時医療救護活動研修会の参加者数	県独自調査	196 人(R5)	毎年 200 人
	—	DMAT-L 研修の参加者数	県独自調査	77 人(R4)	毎年 80 人
	03	災害拠点病院の耐震化率	病院の耐震改修状況調査	91.7%(R3)	100%
	—	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている団体数	県独自調査	9団体	11 団体以上
	—	県が実施する訓練に参加した団体数	県独自調査	5団体	毎年5団体

第4節 周産期医療

1 現状・課題

【現状】

- ・県は「神奈川県周産期救急医療システム」を運用することで、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保しています。
- ・県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱施設数も減少しています。その一方で、今後もハイリスク分娩や医療的ケア児は一定数あることが見込まれます。



【課題】

- ・安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進するため、医師の働き方改革による影響も踏まえ、どのように周産期救急医療システムを安定的に運用させていくかが課題です。

新生児死亡率(千対) 1.0人(全国 0.8人)

周産期死亡率(千対) 3.7人(全国 3.3人)

妊産婦死亡率(10万対) 6.9人(全国 4.2人)

周産期とは

周産期とは、主に妊娠22週から出生後7日未満の期間を指します。この期間は合併症の発症や分娩時の急変など、母子ともに身体・生命にかかわる事態が発生する可能性が高い期間であり、緊急時の医療体制の確保が特に必要とされています。

本県の周産期医療にかかわる計画について

県では、厚生労働省医政局通知「周産期医療対策事業等の実施について(平成21年3月30日付)」の周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に定める周産期医療体制整備指針(第1の3(3))「周産期医療の確保について(平成22年1月26日付)」に基づき、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の推進を図ってきましたが、同指針が、平成28年度末に廃止となるとともに、保健医療計画への一本化の方向性が示されたことを受け、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を第7次神奈川県保健医療計画から本計画に組み込むこととしました。

県は、出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中で、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していきます。

(1) 周産期医療をとりまく現状

ア 出生数

- 県の出生数は、平成24年に75,477人でしたが、令和4年には56,498人となり、減少傾向にあります。

また、周産期医療体制のブロック別に見ると、特に西湘ブロックの減少率が高くなっています。

図表 2-1-4-1 県の出生数

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
出生数（人）	75,477	74,320	72,997	73,476	70,649	68,133	66,564	63,035	60,865	58,836	56,498

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

イ 母親の年齢別出生数

- 母親の年齢別出生数から、35 歳以上の割合を見ると、ここ数年は横ばい傾向にあります。しかしながら、令和 4 年度から開始された不妊治療の保険適用にともない、今後ふたたび 35 歳以上の割合が変動する可能性があります。

図表 2-1-4-2 県における母親の年齢別出生数

年	総 数						35歳未満						35歳以上		不詳
		15歳未満	15－19歳	20－24歳	25－29歳	30－34歳			35－39歳	40－44歳	45－49歳	50歳以上			
							件数	割合					件数	割合	
H12	82,906	3	1,033	8,238	30,747	31,638	71,659	86.4%	10,115	1,101	29	0	11,245	13.6%	2
H17	76,196	5	880	6,869	21,806	31,433	60,993	80.0%	13,478	1,674	50	1	15,203	20.0%	0
H22	78,077	1	765	5,921	19,542	29,722	55,951	71.7%	18,903	3,145	76	2	22,126	28.3%	0
H27	73,476	1	685	4,641	16,736	27,733	49,796	67.8%	19,020	4,540	117	3	23,680	32.2%	0
H28	70,649	3	598	4,447	15,891	26,461	47,400	67.1%	18,415	4,702	128	4	23,249	32.9%	0
H29	68,133	3	524	4,416	15,371	25,773	46,087	67.6%	17,397	4,507	141	1	22,046	32.4%	0
H30	66,564	5	474	4,386	14,985	24,879	44,729	67.2%	17,292	4,379	161	3	21,835	32.8%	0
H31/R1	63,035	3	436	4,004	14,475	23,253	42,171	66.9%	16,370	4,329	165	0	20,864	33.1%	0
R2	60,865	2	393	3,800	14,416	22,545	41,156	67.6%	15,507	4,041	155	6	19,709	32.4%	0
R3	58,836	0	322	3,200	13,588	21,982	39,092	66.4%	15,541	4,055	147	1	19,744	33.6%	0
R4	56,498	1	233	2,776	13,317	21,385	37,712	66.7%	14,738	3,898	137	13	18,786	33.3%	0

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

ウ 体重別出生数

- 低出生体重児（※ 1）及び極(超)低出生体重児（※ 2）の出生割合は、ここ数年は横ばい傾向にあります。

図表 2-1-4-3 県における体重別出生数

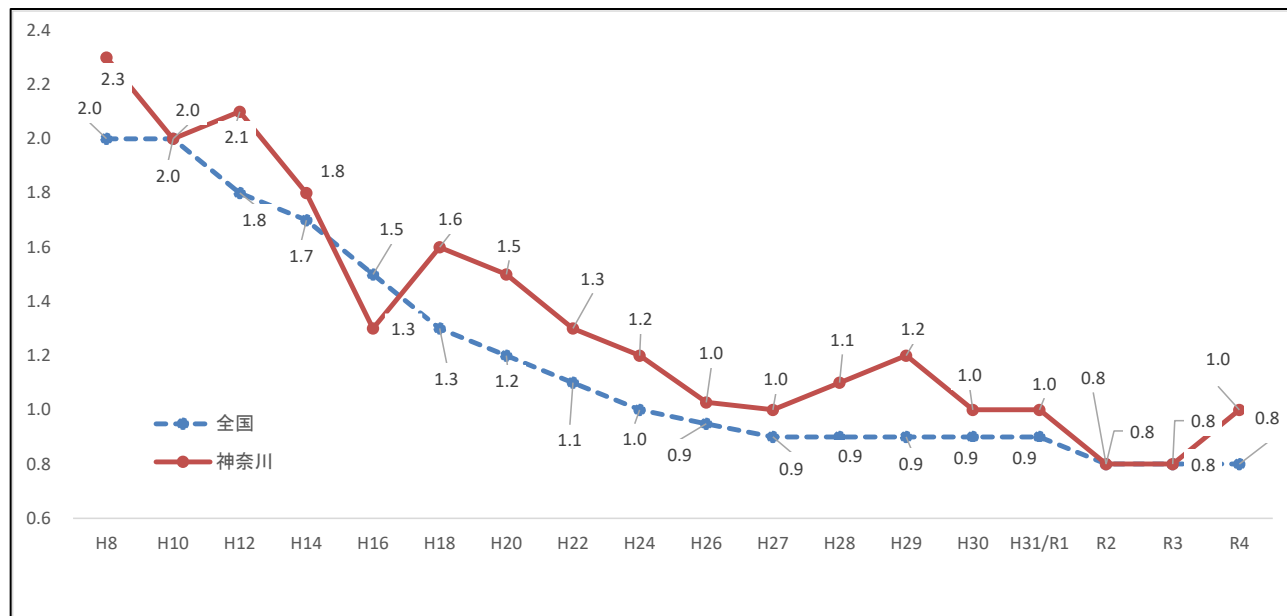
年	総数												2500g 以上	不詳
		超低出生					極低出生			低出生				
		500g 未満	500－ 999g	件数	割合	1,000－ 1,499g	件数	割合	1,500－ 1,999g	2,000－ 2,499g	件数	割合		
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75666	8
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68913	13
H22	78,077	18	218	236	0.30%	360	596	0.76%	885	6,027	7,508	9.62%	70555	14
H27	73,476	17	190	207	0.28%	276	483	0.66%	823	5,636	6,942	9.45%	66529	5
H28	70,649	16	189	205	0.29%	272	477	0.68%	868	5,349	6,694	9.48%	63945	10
H29	68,133	25	173	198	0.29%	284	482	0.71%	798	5,240	6,520	9.57%	61604	9
H30	66,564	32	200	232	0.35%	280	512	0.77%	788	4,900	6,200	9.31%	60349	15
H31/R1	63,035	22	167	189	0.30%	282	471	0.75%	757	4,737	5,965	9.46%	57061	9
R2	60,865	20	131	151	0.25%	207	358	0.59%	712	4,421	5,491	9.02%	55366	8
R3	58,836	21	173	194	0.33%	288	482	0.82%	676	4,208	5,366	9.12%	53462	8
R4	56,498	16	147	163	0.29%	233	396	0.70%	678	4,257	5,331	9.44%	51160	7

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

エ 新生児死亡率

- 新生児死亡（※3）率は、ここ数年横ばい傾向にあります。しかし、全国及び主要都道府県と比較すると高い傾向にあります。

図表 2-1-4-4 新生児死亡率の推移と全国との比較（出生千対）

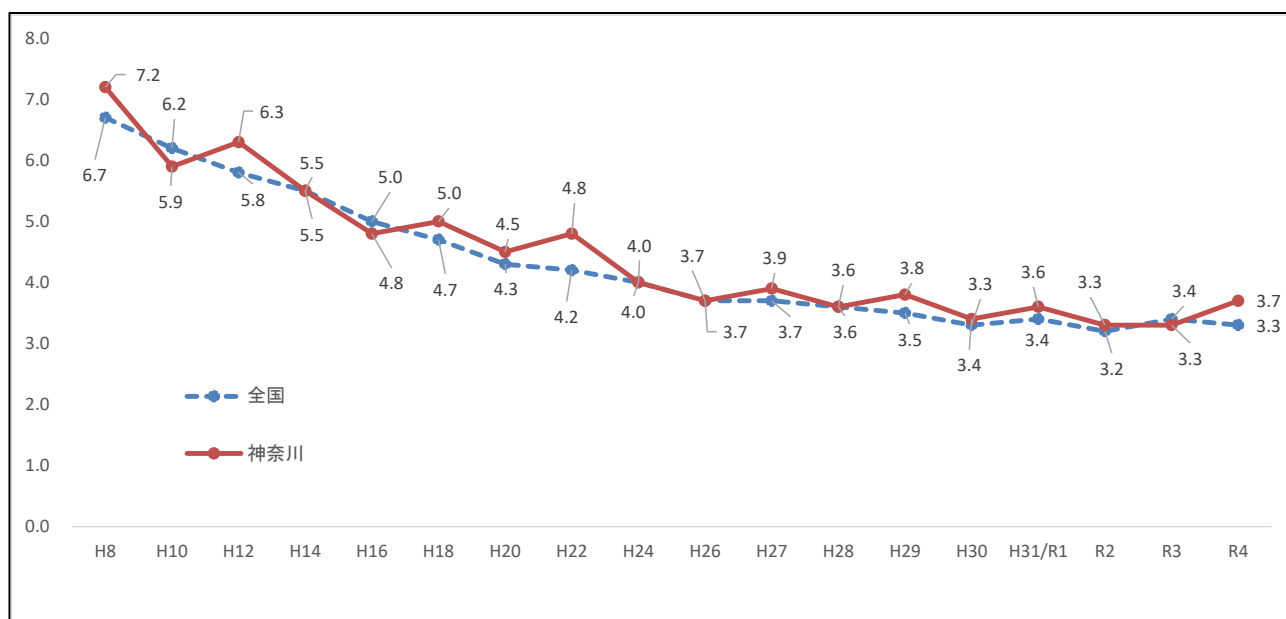


（出典）厚生労働省「人口動態調査」

オ 周産期死亡（※4）率

- 周産期死亡率は、ここ数年は横ばい傾向にあります。

図表 2-1-4-5 周産期死亡率の推移と全国との比較（出産千対）



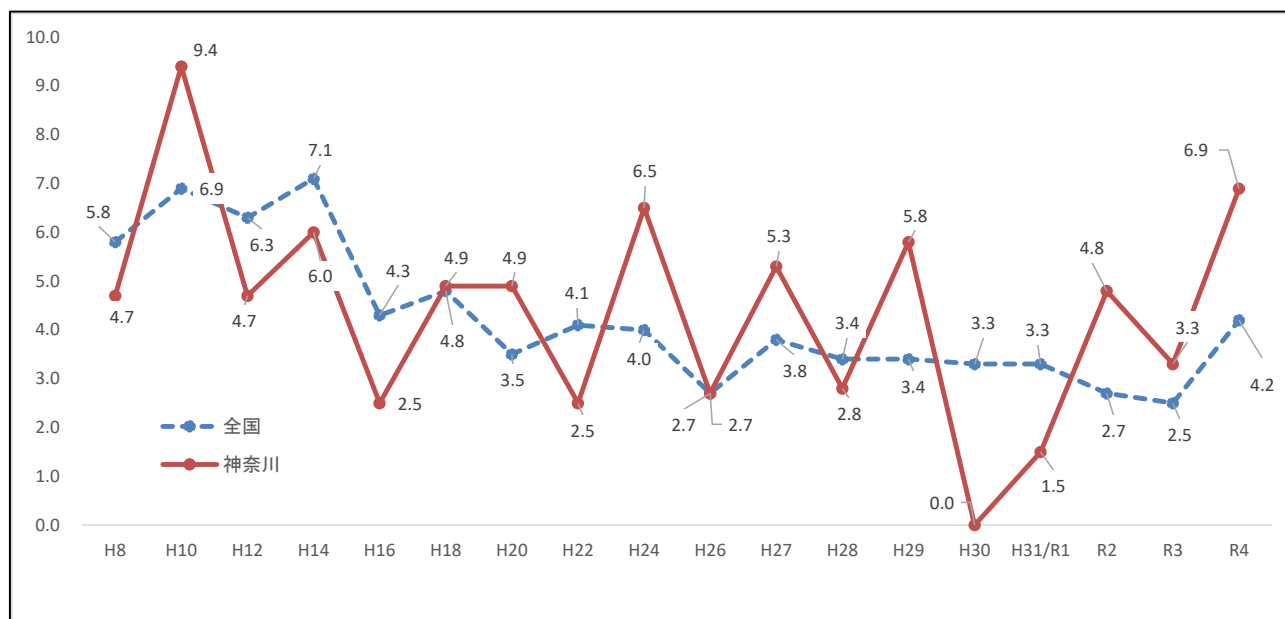
（出典）厚生労働省「人口動態調査」

カ 妊産婦死亡（※5）率

- 妊産婦死亡率は令和2年、令和3年、令和4年と全国平均を上回っており、注視

が必要です。

図表 2-1-4-6 妊産婦死亡率の推移と全国との比較（出産 10 万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 周産期救急医療システムの充実

- 県は、ハイリスク妊婦に対して、医療機関等の協力を得て、妊娠、出産から新生児に至る総合的な診療体制を確保し、母親と胎児・新生児の生命の安全と健康を守ることを目的に、昭和 60 年 6 月から、「神奈川県周産期救急医療システム」を運用しています。

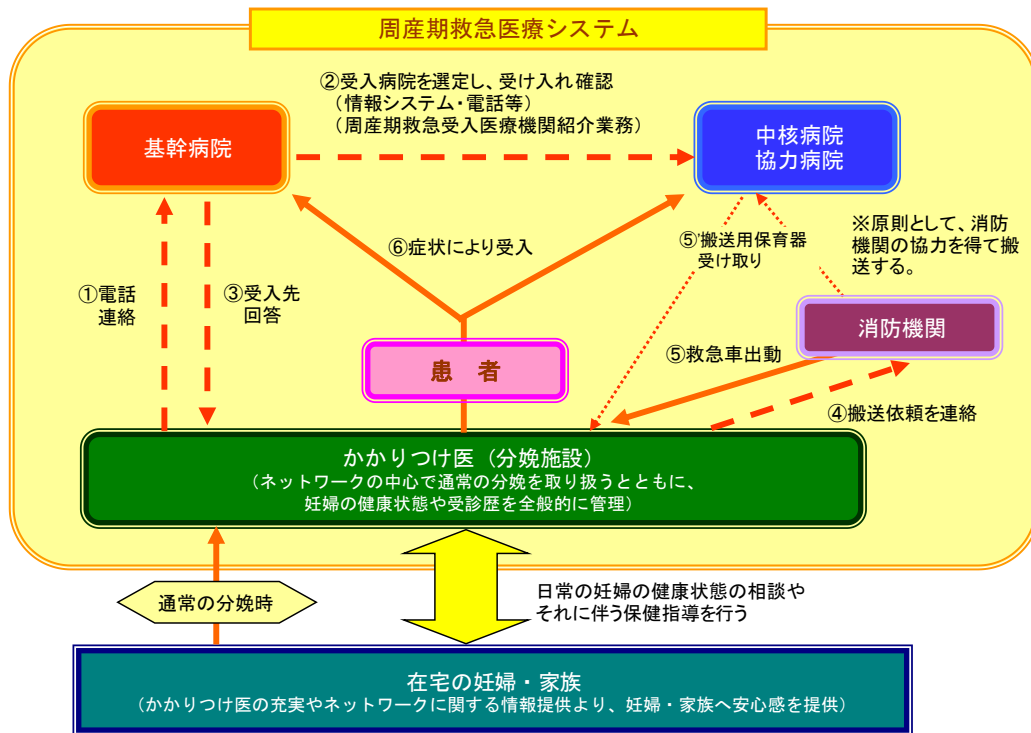
この「神奈川県周産期救急医療システム」とは、県内を 6 つのブロックに分け、機能別に位置づけた「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」を中心に、分娩時の予期できない急変等に対応し、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を 24 時間体制で確保するものです。

- また、県は平成 6 年 8 月から、「神奈川県周産期救急医療情報システム」を運用しており、県救急医療中央情報センター、県周産期救急医療システム受入病院（※ 6）、消防機関、県関係機関等が県周産期救急医療システム受入病院の状況を閲覧することができます。

本システムは、同じく県で運用している「神奈川県救急医療情報システム」と並行して閲覧できるように整備しており、総合周産期母子医療センターを筆頭とした周産期救急医療システム受入病院へ、産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊婦が救急搬送された際、迅速に対応可能病院を検索できるように配慮されています。

- 出生数減少や高齢出産割合の変動が見込まれること等を踏まえ、今後も継続的に周産期救急医療システムの安定的な運用を行うため、より効率的なシステムの構築や体制の見直しなども必要に応じて検討していく必要があります。

図表 2-1-4-7 神奈川県周産期救急医療システム概要図



ア 医師の勤務環境の改善が可能な体制

- 医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するためには、ハイリスク分娩を取り扱う周産期救急医療システム受入病院に負担を集中させないよう、周産期医療と母子保健を地域全体で支えることが重要です。
- 地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が出産に対応する仕組みであるオープンシステム（※7）や、地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組みであるセミオープンシステムなどを活用することが有効ですが、令和3年度にオープンシステムを導入している県の周産期母子医療センターは無く、また、セミオープンシステム（※8）を導入している県の周産期母子医療センターも59%に留まっています。
- そのため、まずはセミオープンシステムの導入促進などから、周産期医療と母子保健を地域全体で支える方法を検討していく必要があります。

イ 産科区域の特定

- 妊産婦のみを一般産科病床に入院させることにしている県の周産期母子医療センターは、令和3年度時点で45%となっており、半数以上の周産期母子医療センターが混合病棟となっています。
- 母子への感染防止や心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいですが、分娩数の減少や高齢者の増加などにより、妊産婦や産科に限定した病棟運営は難しいという声があります。こうした医療機関の実情を踏まえ、適切な対応を検討していく必要があります。

ウ 産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊産婦

- 産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊産婦について、周産期救急患者

受入病院で、精神疾患以外の合併症を有する妊娠や胎児・新生児異常などに対応できる医療機関は周産期医療体制のブロックごとに一定数ある一方で、精神疾患を有する妊婦に対応できる医療機関は、ブロックによっては対応できる医療機関がないところもあるため、精神科医療機関との連携など、体制の構築について検討する必要があります。

図表 2-1-4-8

周産期救急医療システム受入病院で産科合併症以外の合併症を有する妊産婦の受入が可能な病院割合
(令和 5 年 8 月 1 日現在)

脳血管障害	心疾患	精神疾患	外傷
79.3%	79.3%	41.3%	72.4%

(出典) 神奈川県医療課「神奈川県周産期救急医療情報システム調査」

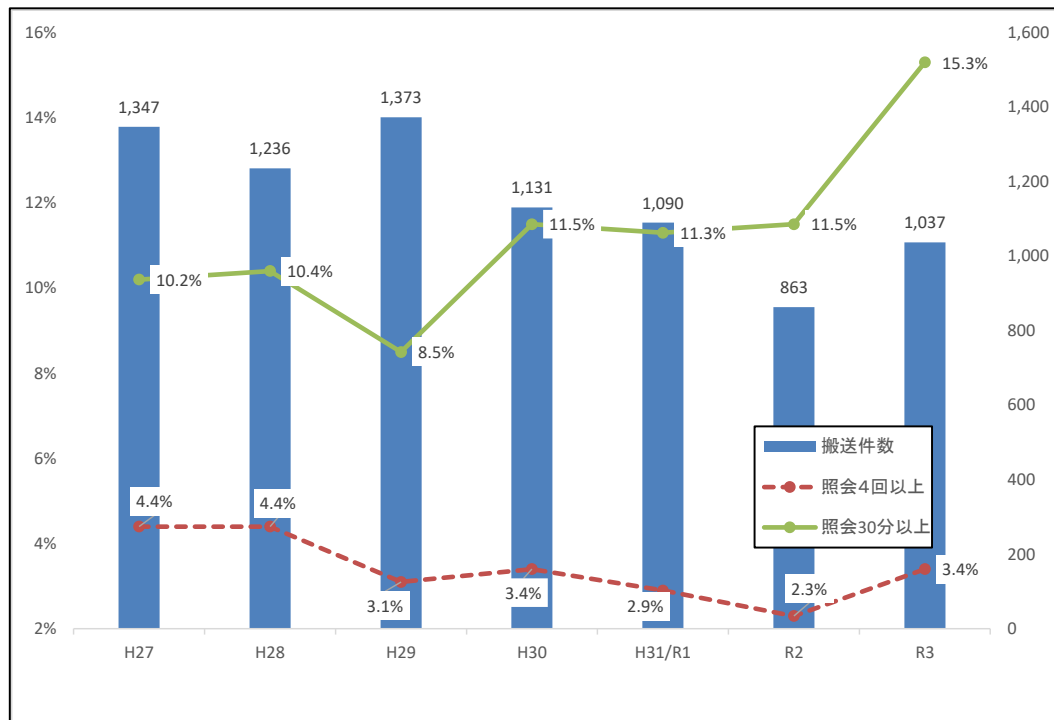
(3) 近隣都県との連携体制の構築

- 平成 24 年 1 月から、県内において受入病院が見つからず、やむを得ず県域を越えた搬送を行うに当たり、東京都との間で広域搬送連携体制を構築し、県外搬送の円滑化、搬送時間の短縮及び医師の負担軽減を図ることを目的に、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施しています。
- 今後も、セーフティーネットとして域外の搬送手段の確保は必要であることから、引き続き東京都と連携し、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施し、当該連携体制の強化に向けた検討を行う必要があります。

(4) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 救急隊から直接搬送される患者の円滑な受入れのため、平成 24 年度に、傷病者の搬送及び受入れにあたり、受入れ先が決定しない場合に受け入れる医療機関（受入医療機関確保基準病院）を設定しました。
- 受入医療機関確保基準病院は、陣痛のある未受診妊婦等に該当した傷病者で、「4 回以上受入照会を行っても受入れに至らない場合」又は「現場到着後 30 分以上経過した場合」に受け入れることとされています。
- 救急隊が病院に 4 回以上照会を行った割合は近年、おおむね横ばいとなっていますが、救急隊が病院に 30 分以上照会を行った割合は令和 3 年度に増加しています。増加原因の一つとして、新型コロナウイルス感染症の患者増加に伴い、医療全体がひっ迫したことが考えられます。
- 今後は、妊産婦の搬送件数や、救急隊が病院に 4 回以上照会を行った割合などの状況を注視し、救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入れ体制が堅持されるよう、消防機関等と連携して情報共有を図った上で、体制整備を進める必要があります。

図表 2-1-4-9 妊産婦の搬送件数と救急隊が病院に4回(30分)以上照会を行った割合



(出典) 消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

(5) NICU等周産期施設等の確保と環境整備

- NICU (Neonatal Intensive Care Unit) は新生児集中治療室ともよばれ、早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門です。
- 県におけるNICU設置数は、平成28年度では213床でしたが、令和3年度には、212床とほぼ横ばいで推移しています。
- 周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師について、3床に1名以上の看護師が勤務している割合は100%(令和3年度)となっており、NICU設置数増に伴う施設機能維持が図られています。
- NICUは24時間体制の医療現場であるとともに、専門知識や技術を要するため、継続的に勤務が出来るような環境の整備が求められています。
- 今後も、引き続きNICU等の周産期施設等の確保やNICU等で勤務する看護師等の確保を行っていく必要があります。

図表 2-1-4-10 県におけるNICU設置数の推移 (各年4月1日現在)

(単位: 床)

	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3
NICU設置数	213	213	207	206	212	212

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

図表 2-1-4-11

N I C Uがある周産期母子医療センターのうち、3床に1名以上の看護師がいる医療機関の割合

(各年4月1日現在)

	H29	H30	H31/R1	R2	R3
3床に1名以上の看護師がいる医療機関の割合	100%	100%	100%	100%	100%

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(6) 医療的ケア児の療養・療育環境の整備

- 県における周産期母子医療センターのN I C U等長期入院児の数は、平成28年度は17人であったのが、令和3年度は6人と減少傾向にあります。
- 低出生体重児等は、N I C U等を退院した後、医療的ケアが必要となる場合も多く、全国的に出生数は減少傾向ですが、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児（※9）は増加しています。
- 県では医療的ケア児等が、地域で安心して療養できるよう、国の日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施しています。
- N I C U等の退院後には、医療、保健、福祉、教育などの関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことが求められますが、支援に必要な人材など社会的資源は十分ではありません。
- N I C U等の円滑な運用に向けて、引き続き、医療的ケア児が地域で安心して療養できるように、長期入院患者の年齢相当の病床への移行、在宅療養への移行を支援する必要があります。

図表 2-1-4-12 県における周産期母子医療センターのN I C U(G C U)長期入院児数

(単位：人)

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31/R1年度	R2年度	R3年度
NICU長期入院児数	8	4	10	10	12	5	1	6	4	5
GCU長期入院児数	2	9	6	5	5	2	0	0	1	1

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

図表 2-1-4-13 在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）



(7) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

- 県における分娩取扱医師数は平成 25 年 4 月 1 日時点では 524 人でしたが、平成 28 年に 509 人、令和元年に 555 人、令和 4 年に 526 人と推移しています。
- 新生児医療担当医師については、小児科と新生児科を兼任する医師がいるなど、実態に即した数値を捉えることが難しいところですが、県内における日中に N I C U 等を担当する常勤医師等の数は、平成 27 年 4 月 1 日時点では 170 人であったのが、令和 3 年では 154 人と減少傾向にあります。
- 無痛分娩や帝王切開のより安全な実施に必要となる麻酔科医について、周産期母子医療センターに勤務する常勤の麻酔科医師数は、平成 28 年 4 月 1 日時点では 282 人であったのが、令和 4 年 3 月 31 日時点では 320 人となっています。
- 県は、県産科婦人科医会と連携して、産科志望者を対象とした研修会を実施するなど、一丸となって周産期関係医師の確保に取り組んでいます。
- 今後、医師の働き方改革と周産期救急医療システムの確保を両立させるためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用することが重要であり、医師確保についてもそうした観点で進めていく必要があります。
- 医師の働き方改革の影響により、ハイリスクな患者の分娩取扱いに対応する施設の医師確保はもとより、ローリスクな患者に対応する分娩取扱施設についても、大学病院等からの医師派遣が難しくなることが予想されるため、対応を検討していく必要があります。

図表 2-1-4-14 県における分娩取扱医師数の推移（各年 4 月 1 日現在）

（単位：施設）

分類	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
病 院	422	415	411	401	407	422	442	436	437	420
診療所	102	112	106	108	111	111	113	112	116	106
合 計	524	527	517	509	518	533	555	548	553	526

（出典）神奈川県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」

図表 2-1-4-15 県内における日中に NICU 等を担当する常勤医師等の数（各年 4 月 1 日現在）

（単位：人）

	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3
常勤医師数	170	187	172	162	152	165	154
周産期母子医療センター	109	136	118	112	114	140	130
その他の受入病院	61	51	54	50	38	25	24

※数値は日中に主に NICU・GCU を担当する小児科・新生児医師数（周産期母子医療センター）と初期研修医を除く新生児医療を担当する常勤医師数（周産期母子医療センター以外の周産期救急医療システム受入病院）の合計値です。

（出典）厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(8) 安心して出産できる環境の整備

- 県の分娩取扱数は、平成 30 年は 60,942 件でしたが、令和 3 年は 54,478 件となっており、また、分娩取扱施設数は平成 30 年 4 月 1 日時点には 145 施設でしたが、令和 4 年 4 月 1 日時点は 138 施設と、どちらも減少傾向にあります。
- ハイリスクな患者の分娩取扱いに対応する施設は一定程度の集約化が必要ですが、今後、ローリスクな患者に対応する分娩取扱施設については、少子化の影響によって

施設数が減少しないよう、分娩取扱施設の現状把握に努め、少子化のなかでも県民が居住地を問わず、安心して出産ができるよう、対応を検討する必要があります。

図表 2-1-4-16 県の分娩取扱施設数（各年4月1日現在）

（単位：施設）

分類	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
病 院	62	63	61	60	61	61	61	60	60	60
診療所	57	58	58	62	62	62	63	60	60	58
助産所	31	30	28	26	24	22	22	22	21	20
合 計	150	151	147	148	147	145	146	142	141	138

（出典）神奈川県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」

（９）周産期医療における災害対策

- 県は、災害時、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。
- 「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中でも、安心して子どもを産み、育てる環境が整っている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆周産期救急医療システムの充実
- ◆近隣都県との連携体制の構築
- ◆救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築
- ◆NICU等周産期施設等の確保と環境整備
- ◆医療的ケア児の療養・療育環境の整備
- ◆周産期関係医師の確保に向けた取組の推進
- ◆安心して出産できる環境の整備
- ◆周産期医療における災害対策

（１）周産期救急医療システムの充実

- 引き続き、周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、デジタル技術の導入などを検討し、効率的に情報を共有できる体制を整備します。
- 総合的な周産期医療体制の整備・推進に向け、引き続き、周産期医療協議会において協議を行っていきます。
- セミオープンシステムの導入促進など、周産期医療と母子保健を地域全体で支える方法を検討していきます。
- 母子への感染防止や心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定など、医療機関の実情を踏まえた適切な対応を検討していきます。
- 精神疾患を合併する妊婦については、対応できる医療機関が少ないことから、精神科医療機関との連携など、体制の構築について検討していきます。

(2) 近隣都県との連携体制の構築

- 引き続き、東京都との連携体制の強化に向けて、検討を進めていきます。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入れ体制が堅持されるよう、消防機関等と連携して情報共有を図った上で、体制を整備していきます。

(4) N I C U等周産期施設等の確保と環境整備

- 県は、引き続きN I C U等の周産期施設等を確保するほか、引き続きN I C U等で勤務する看護師等の確保を行っていくとともに、継続して勤務できるよう勤務環境を整備していきます。
- また、今後は新生児の発達支援やご家族への支援も含めた看護師の専門性向上を図る等、医師や看護師に向けた研修を充実させていきます。

(5) 医療的ケア児の療養・療育環境の整備

- 県では引き続き、国の日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施し、在宅療養へ移行した後の受入体制の確保を図ります。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーターの養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及びご家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。
- 県は、医療的ケア児とご家族が地域で安心して療養できるよう、県周産期救急医療システム受入病院、地域の医療機関、在宅医療機関、訪問看護、訪問歯科等における連携体制の強化及び人材養成を進めます。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

- 医療対策協議会等における協議を踏まえ、医師の確保を特に図るべき区域に地域枠医師等を優先的に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の是正に取り組むとともに、県内定着を図ります。
- また、引き続き周産期医療を志す医学生や臨床研修医に対する研修会を開催するとともに、産科・小児科等の魅力を伝える意識啓発セミナーを新たに実施します。
- 医師の労働時間の縮減や勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することにより、医師の県内定着を促進するとともに、周産期救急医療システムの確保と医師の働き方改革の両立を図ります。
- 併せて、今後は医師の働き方改革の影響も踏まえ、タスク・シフト／シェアの促進などについて、周産期医療協議会においても検討していきます。
- そのほか、今後の出生数の減少する中で、産科医師や新生児担当医師の技術を維持・向上させるため、研修等を引き続き行っていきます。

(7) 安心して出産できる環境の整備

- 県民が居住地を問わず安心して出産ができる環境を整備するため、地域の実情を把握したうえで市町村と連携し、必要な対応を検討するとともに、産科医療施設等を開

設する事業者の施設整備費などに対して補助を行います。

(8) 周産期医療における災害対策

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーター等を中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。

■用語解説

※1 低出生体重児

出生体重 2,500 g 未満の児

※2 極(超)低出生体重児

出生体重 1,500 g (1,000 g) 未満の児

※3 新生児死亡

人口動態調査上、生後 4 週未満の死亡をいう。

※4 周産期死亡

人口動態調査上、妊娠満 22 週 (154 日) 以後の死産に早期新生児死亡を加えたものをいう。

※5 妊産婦死亡

人口動態調査上、妊娠中又は妊娠終了後満 42 日未満 (1978 年 (昭和 53 年) までは「産後 90 日以内」とし、1979 年 (昭和 54 年) から 1994 年 (平成 6 年) までは「分娩後 42 日以内」としている。) の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。

※6 神奈川県周産期救急医療システム受入病院

神奈川県周産期救急医療システムにおいて、機能別に「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」と位置付けている病院の総称。分娩に関し地域の中心的な役割を果たす。

※7 オープンシステム

地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が、分娩時に連絡を受け、周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する仕組み

※8 セミオープンシステム

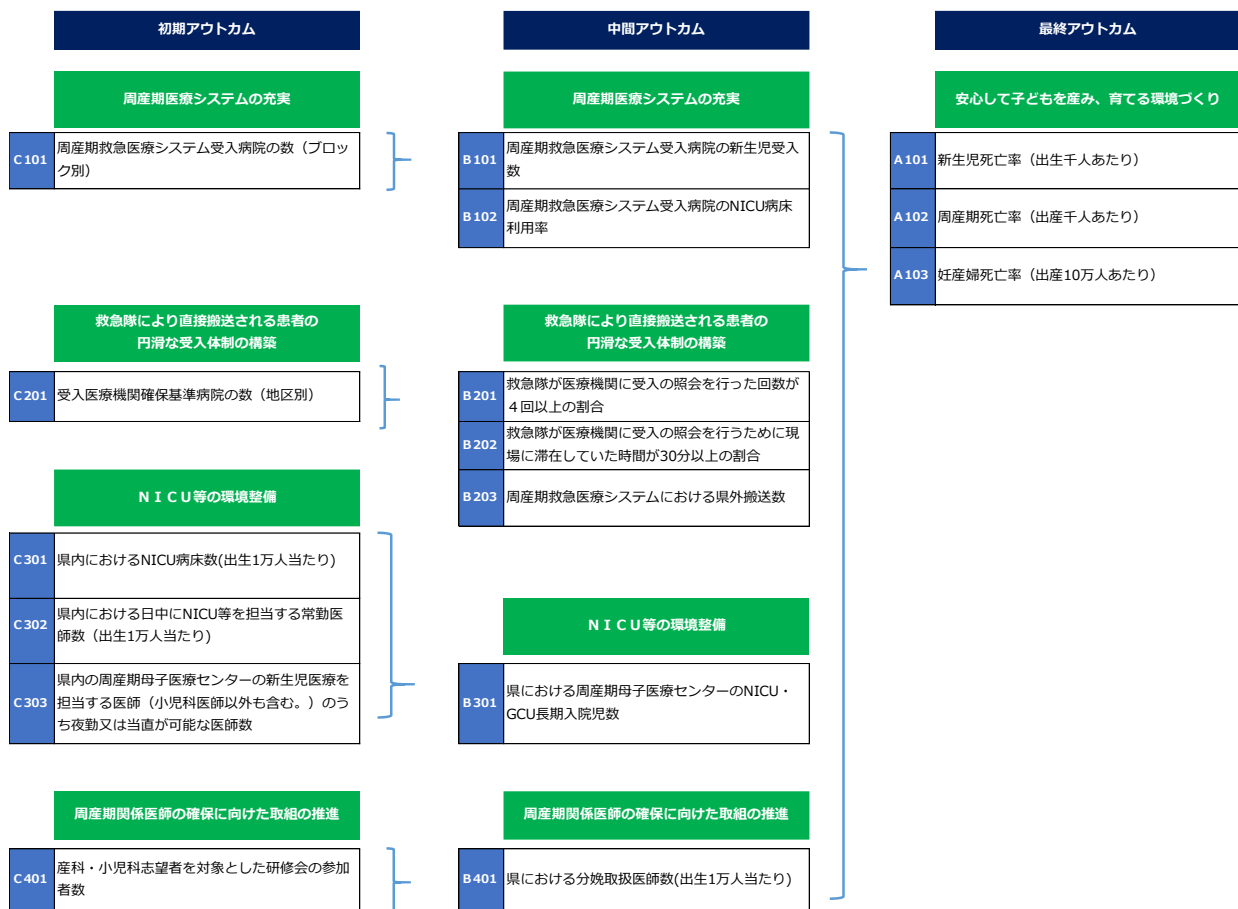
地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組み

※9 医療的ケア児

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア (人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為) を受けることが不可欠である、18 歳未満の児童 (18 歳以上の高校生を含む)

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	周産期救急医療システム受入病院の数	神奈川県ホームページ, 神奈川県の周産期医療体制について	横浜 15 川崎 3 三浦半島 2 湘南 4 西湘 1 県央北相 4 (R5.4.1)	横浜 15 川崎 3 三浦半島 2 湘南 4 西湘 1 県央北相 4
	C201	受入医療機関確保基準病院の数	神奈川県ホームページ, 神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準	横浜 9(輪番制) 川崎 3 三浦半島 1 湘南 1 西湘 1 県央・北相 1 (R5.4.1)	横浜 9(輪番制) 川崎 3 三浦半島 1 湘南 1 西湘 1 県央・北相 1
	C301	県内における NICU 病床数(出生 1 万人当たり)	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	36.0 病床 (R3.4.1)	36.0 病床
	C302	県内における日中に NICU 等を担当する常勤医師数(出生 1 万人当たり)	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	26.2 人 (R3.4.1)	26.2 人
	C303	県内の周産期母子医療センターの新生児医療を担当する医師(小児科医師以外も含む。)のうち夜勤又は当直が可能な医師数	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	186 人 (R4. 3. 31)	190 人
	C401	産科・小児科志望者を対象とした研修会への参加者数	がつつり新生児セミナー in 神奈川開催委員会報告及び神奈川県産科婦人科医会報告	129 人(R4)	135 人
中間	B101	周産期救急医療システム受入病院の新生児受入数	県独自調査	4,037 件	4,000 件
	B102	周産期救急医療システム受入病院の NICU 病床の病床利用率	県独自調査	75.3%	75.0%
	B201	医療機関に受入の照会を行った回数が 4 回以上の件数	消防庁, 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査	3.4%(R3)	3.0%以下
	B202	現場滞在時間が 30 分以上の件数	消防庁, 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査	15.3%(R3)	11.6%以下
	B203	周産期救急医療システムにおける県外搬送数	県調査, 周産期状況調査	16 件(R4)	37 件以下
	B301	県における周産期母子医療センターの NICU(GCU)長期入院児数	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	6 人(R3)	5 人以下
	B401	県における分娩取扱医師数	県調査, 産科医療及び分娩に関する調査	93 人 (R4.4. 1)	93 人以上
最終	A101	新生児死亡率	厚生労働省, 人口動態調査	1.0 人 (R4)	0.8 人以下

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	A102	周産期死亡率	厚生労働省,人口動態調査	3.7 人 (R4)	3.3 人以下
	A103	妊産婦死亡率	厚生労働省,人口動態調査	6.9 人 (R4)	4.2 人以下

第5節 小児医療

1 現状・課題

【現状】

- ・少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化などにより、子どもを育てる環境は大きく変化しています。

【課題】

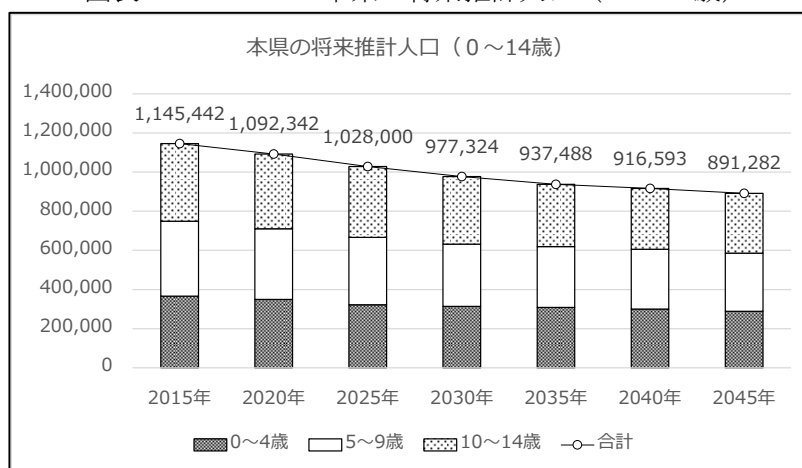
- ・安心して子育てが行える環境を整備するため、小児医療を担う人材の確保や、機能分化・関係機関間の連携等を推進し、小児患者に対し、その症状に応じた対応や支援が可能な体制を維持する必要があります。

(1) 小児医療をとりまく状況

ア 小児人口の状況

- 令和4年1月1日の県の人口は約921万人で、このうち小児（0～14歳）人口は約108万人であり、その割合は11.7%となっています。これは、全国の小児人口の割合（11.9%）と同程度です。
- 一方、出生率（※1）は年々減少傾向にあり、県の令和3年の出生率は6.5で、全国平均（6.6）を下回っています。
- また、県の小児人口は、平成21年以降緩やかに減少しており、将来推計では、令和27年に約89万人となり、今後も減少が続くことが予測されています。（図表2-1-5-1）

図表2-1-5-1 本県の将来推計人口（0～14歳）

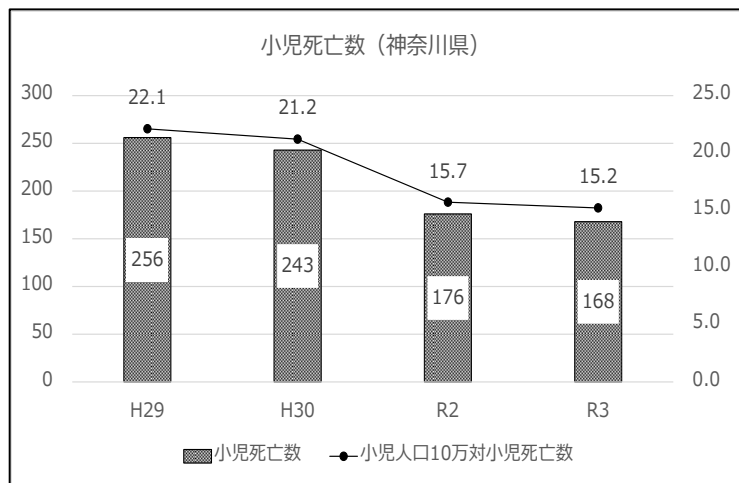


（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成30（2018）年推計

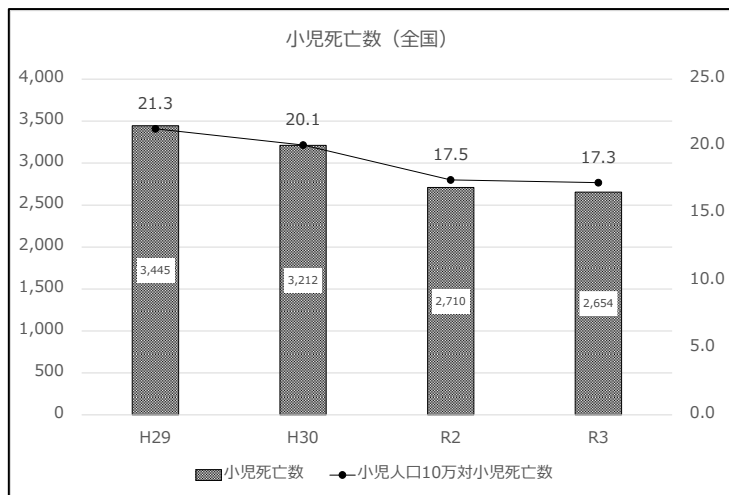
イ 小児患者の状況

- 県の小児死亡数は減少傾向にあり、令和2年以降、小児死亡数（小児人口10万対）は全国値を下回っています。（図表2-1-5-2、2-1-5-3）

図表 2-1-5-2 小児死亡数（神奈川県）



図表 2-1-5-3 小児死亡数（全国）



（出典）厚生労働省「人口動態調査」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

- また、令和2年の県の0～9歳の主な死因は「先天奇形、変形及び染色体異常」、「周産期に発生した病態」、「不慮の事故」、10～14歳は「悪性新生物」、「自殺」となっております。（図表2-1-5-4、2-1-5-5）

図表 2-1-5-4 主な死因（神奈川県）

年齢階級	第1位		第2位		第3位	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
0-4歳	先天奇形、変形及び染色体異常	55	周産期に発生した病態	24	不慮の事故	6
5-9歳	悪性新生物＜腫瘍＞／先天奇形、変形及び染色体異常／不慮の事故					3
10-14歳	悪性新生物＜腫瘍＞	11	自殺	8	心疾患（高血圧性を除く）	4

（出典）神奈川県「衛生統計年報」令和2年

図表 2-1-5-5 主な死因（全国）

年齢階級	第1位		第2位		第3位	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
0歳	先天奇形、変形及び染色体異常	544	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	232	乳幼児突然死症候群	92
1-4歳	先天奇形、変形及び染色体異常	86	悪性新生物＜腫瘍＞	61	不慮の事故	57
5-9歳	悪性新生物＜腫瘍＞	77	不慮の事故	49	先天奇形、変形及び染色体異常	31
10-14歳	自殺	122	悪性新生物＜腫瘍＞	82	不慮の事故	53

（出典）厚生労働省「人口動態調査」令和2年

- 県の令和2年の小児の1日の受療患者数（人口10万対）は、入院335人、外来9,105人となっており、入院、外来ともに全国値より少ない状況です。（図表2-1-5-6）

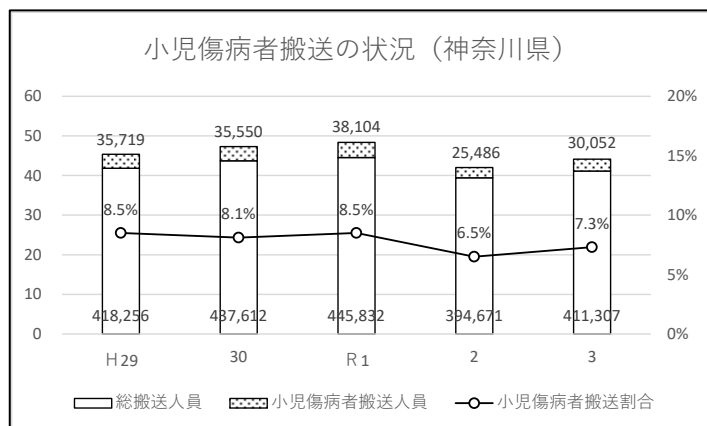
図表 2-1-5-6 受療率（※2）

	入院			外来		
	0～4歳	5～14歳	計	0～4歳	5～14歳	計
神奈川県	255	80	335	5,336	3,769	9,105
全国	306	86	392	6,505	4,046	10,551

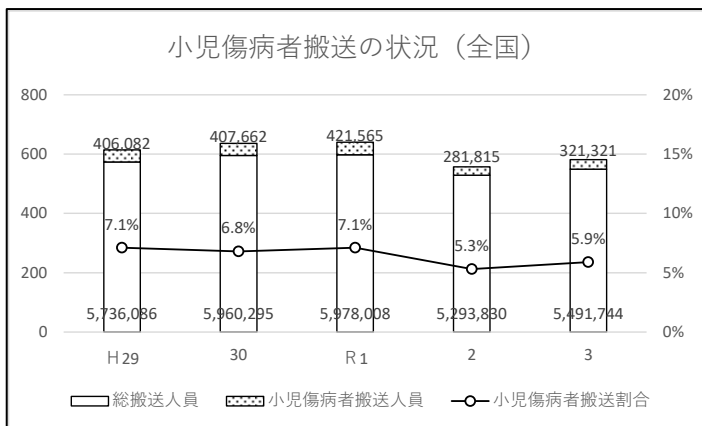
（出典）厚生労働省「患者調査」令和2年

- 県の令和3年中の小児傷病者搬送人員は30,052人で、総搬送人員の7.3%を占めており、全国と比べて小児の救急搬送割合が若干高くなっています。（図表2-1-5-7、2-1-5-8）

図表 2-1-5-7 小児傷病者搬送の状況 (神奈川県)



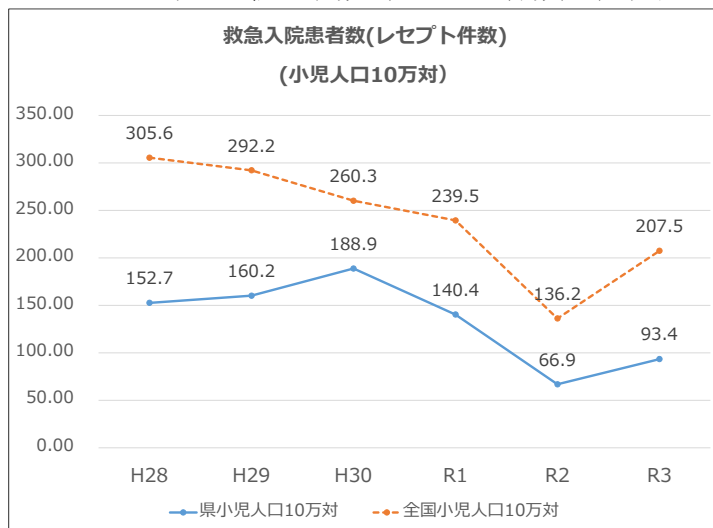
図表 2-1-5-8 小児傷病者搬送の状況 (全国)



(出典) 総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

- 一方、救急入院患者数は全国値より下回っていることがうかがえます。(図表 2-1-5-9)

図表 2-1-5-9 救急入院患者数 (レセプト件数) (小児人口 10 万対)



厚生労働省「NDB」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

- また、乳幼児の救急搬送において、入院に至らない軽症患者が大部分を占めており、県は全国に比べ、その割合が若干高い状況です。(図表 2-1-5-10)

図表 2-1-5-10 乳幼児の救急搬送における軽症の割合

		R 1		R 2		R 3	
		乳幼児搬送人員	構成比(%)	乳幼児搬送人員	構成比(%)	乳幼児搬送人員	構成比(%)
神奈川県	軽症	20,235	76.5	13,076	77.4	15,853	77.0
	総数	26,450		16,886		20,577	
全国	軽症	211,319	75.3	134,093	75.6	158,327	75.1
	総数	280,728		177,317		210,962	

(出典) 総務省消防庁「救急救助の現況」

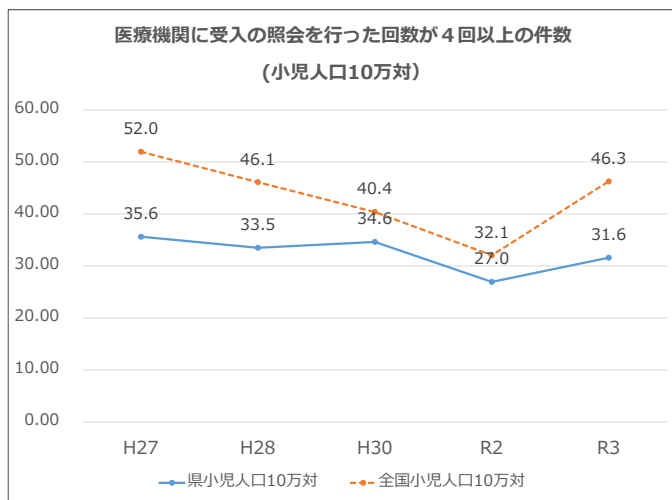
総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年令区分別傷病程度別搬送人員調」

- このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が大

きく影響していると指摘されています。

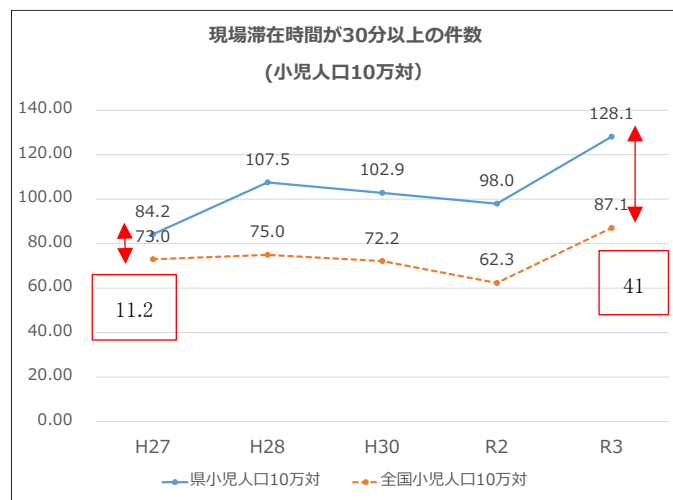
- 軽症患者の救急受診が増加すると、中等症以上の患者の治療に支障が生じるなど、小児救急医療提供体制のひっ迫にも繋がることから、県民への適正受診の啓発が必要です。
- さらに、小児救急搬送症例のうち受入困難事例とされる、医療機関への受入照会回数が4回以上となる件数は全国値を下回っていますが、現場滞在時間30分以上の件数は全国値を上回っており、その差は拡大傾向にあります。(図表2-1-5-11、2-1-5-12)

図表2-1-5-11 医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数（小児人口10万対）



厚生労働省「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

図表2-1-5-12 現場滞在時間が30分以上の件数（小児人口10万対）



厚生労働省「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

(2) 小児医療資源の状況

ア 一般小児医療提供体制

- 県の令和2年の小児科を標榜する病院数は104施設、小児科を標榜する診療所数は464施設です。令和5年8月1日現在、県内で小児入院医療管理料の施設基準を満たす病院数は41施設、病床数は1,570床となっています。(図表2-1-5-13)

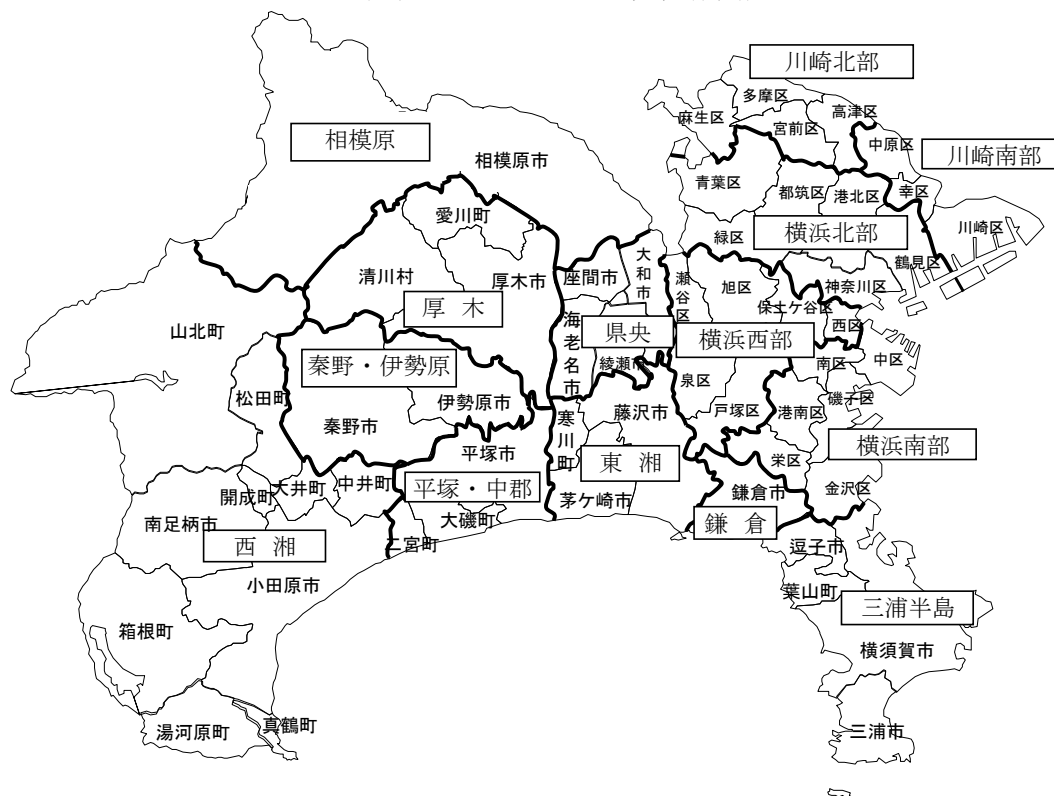
図表2-1-5-13 施設基準の届出受理状況（小児入院医療管理料）

小児医療圏	小児入院医療管理料	
	病院数	病床数
横浜北部	4	150
横浜西部	3	88
横浜南部	7	455
川崎北部	4	106
川崎南部	3	81
三浦半島	3	107
平塚・中郡	1	31
秦野・伊勢原	2	77
厚木	1	28
県央	2	68
相模原	4	147
西湘	2	75
東湘	4	145
鎌倉	1	12
合計	41	1,570

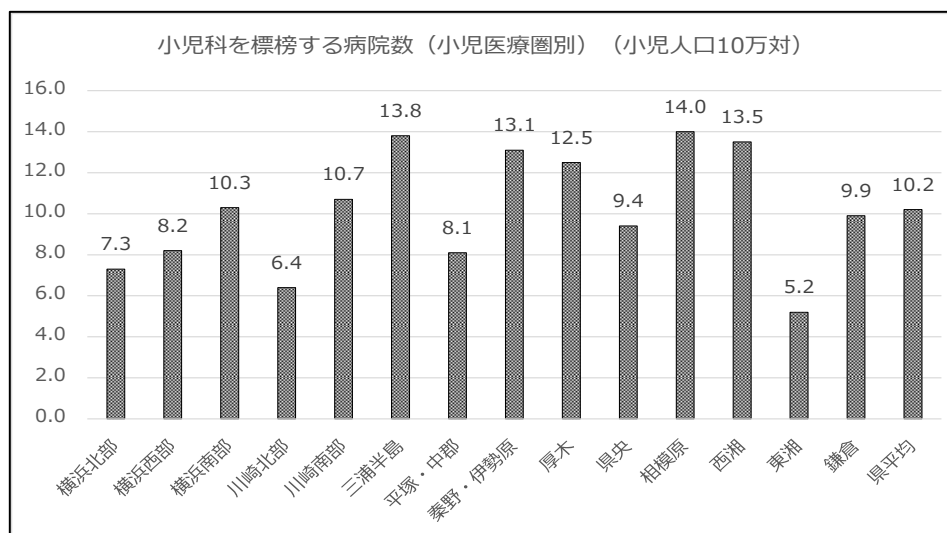
(出典) 関東信越厚生局
「届出受理医療機関名簿(届出項目別)」
令和5年8月1日現在

- 小児科を標榜する病院数（小児人口 10 万対）は、県内 14 の小児医療圏のうち、「横浜北部」「横浜西部」「川崎北部」「平塚・中郡」「県央」「東湘」「鎌倉」の 7 の医療圏で、県平均を下回っている状況です。（図表 2-1-5-14、2-1-5-15）

図表 2-1-5-14 小児医療圏図



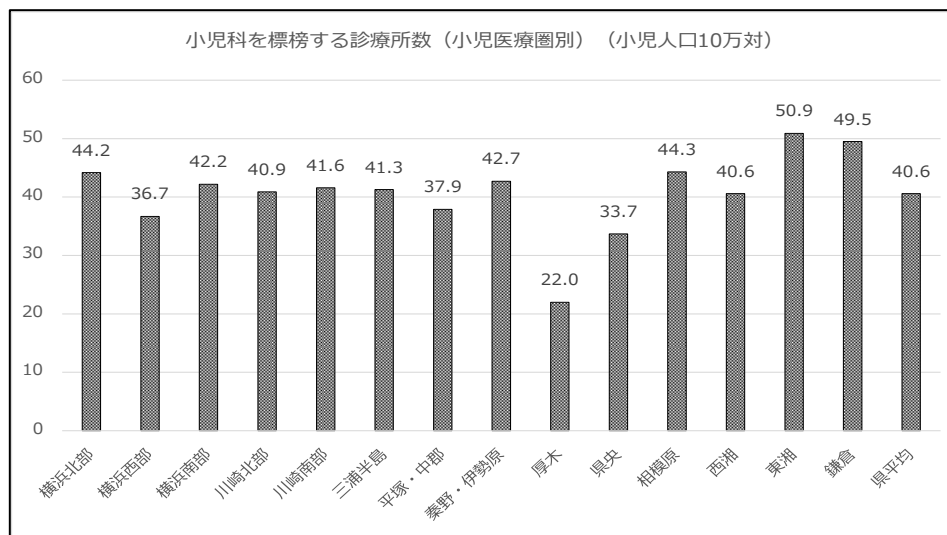
図表 2-1-5-15 小児科を標榜する病院数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



（出典）厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- また、小児科を標榜する診療所数（小児人口 10 万対）についても、「横浜西部」「平塚・中郡」「厚木」「県央」の 4 の医療圏で、県平均を下回っており、医療圏間に偏在が認められることから、県民が安心して子育てが行える環境整備が必要です。（図表 2-1-5-14、2-1-5-16）

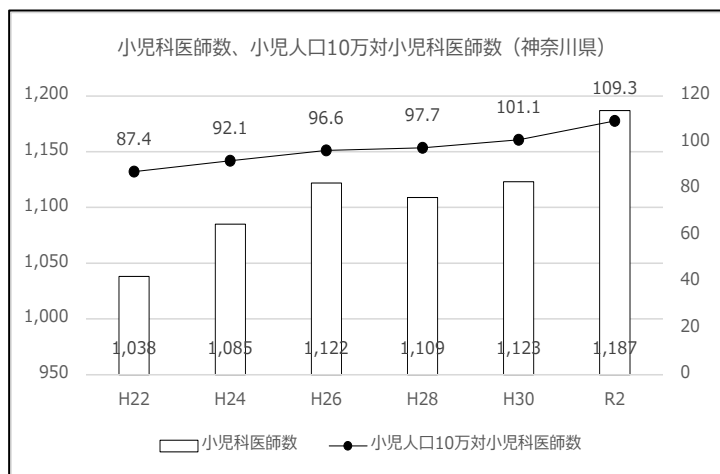
図表 2-1-5-16 小児科を標榜する診療所数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



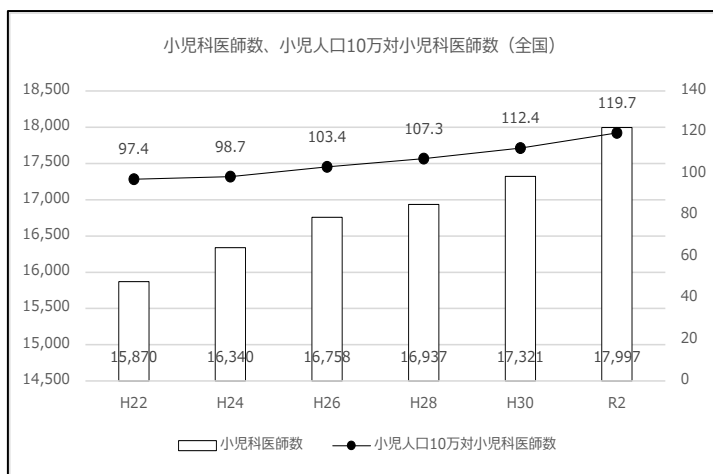
（出典）厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- 県内の小児科医師数は緩やかに増加し、令和 2 年では 1,187 人となっていますが、小児人口 10 万対では全国値を下回っています。（図表 2-1-5-17、2-1-5-18）

図表 2-1-5-17 小児科医師数、小児人口 10 万対小児科医師数（神奈川県）



図表 2-1-5-18 小児科医師数、小児人口 10 万対小児科医師数（全国）

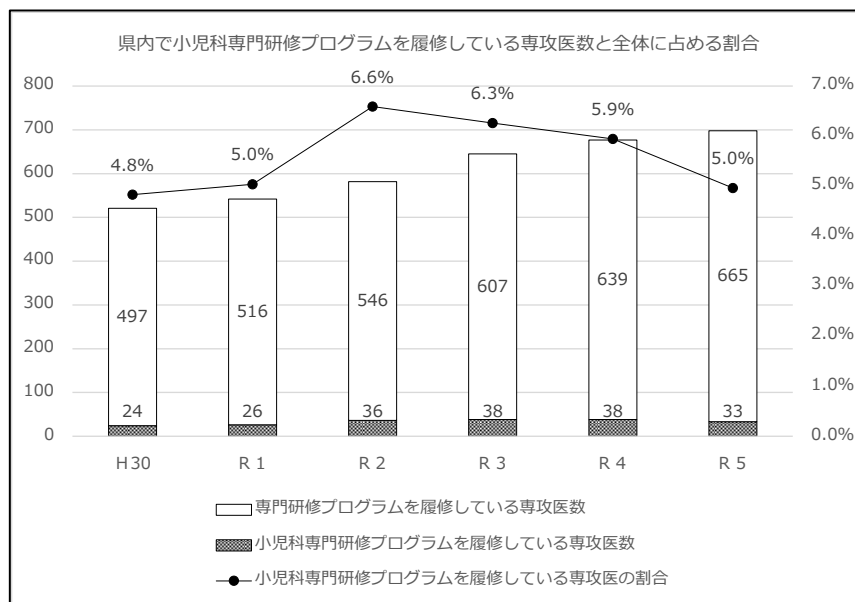


（出典）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
総務省統計局「人口推計」

- また、県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医の数は、令和 3 年度、令和 4 年度に増加していますが、専門研修プログラムを履修している専攻医数全体に占める割合は増えていないことから、引き続き小児科医を確保するための施策を進めていく必要があります。（図表 2-1-5-19）

- 医師の働き方改革を進めつつ、地域における小児医療の提供体制を維持するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用することが重要であり、医師等の確保についてもそうした観点で進めていく必要があります。

図表 2-1-5-19 県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医数と全体に占める割合



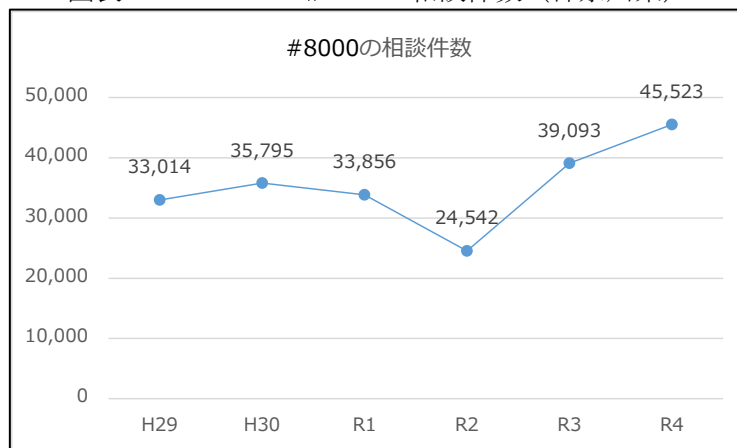
（出典）一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」

イ 小児救急医療提供体制

(ア) 子ども医療電話相談体制

- 県では、夜間等における子どもの体調や病状に関し、保護者等がすぐに医療機関を受診させた方がよいか判断に迷った場合に、電話により看護師等が必要な助言等を行う、かながわ小児救急ダイヤル（厚生労働省では「子ども医療電話相談」と呼称。以下「#8000」という。）を毎日 18 時から翌 8 時まで実施しています。
- 本県の#8000 は最大 3 回線に対応しており、令和 4 年度は 45,523 件の相談を受け付けました。（図表 2-1-5-20）
- 相談件数が年々増加傾向にあることから（令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により減少）、相談件数等を踏まえながら、今後の体制について検討する必要があります。

図表 2-1-5-20 #8000 の相談件数（神奈川県）



（出典）厚生労働省「都道府県調査」

(イ) 初期救急医療提供体制

- 初期救急医療（比較的軽症の小児救急患者への医療）については、各市町村又は複数の市町村を単位とした休日夜間急患診療所や在宅当番医制（令和5年3月31日現在、18市11町）で対応しています。
- 小児救急患者の大部分が軽症患者であることから、今後も初期救急医療提供体制の維持が求められます。
- また、患者の重症度・緊急度に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次救急医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。

(ロ) 二次救急医療提供体制

- 二次救急医療（緊急手術や入院を必要とする小児救急患者への医療）については、14の小児医療圏で病院群輪番制や小児救急医療拠点病院（令和5年4月1日現在、36病院参加）により、対応しています。（図表2-1-5-14）
- 輪番体制は各小児医療圏により差があり、複数の病院で輪番体制が組んでいる小児医療圏がある一方、1つの病院で担っている小児医療圏も存在します。

(ハ) 三次救急医療提供体制

- 三次救急医療（より高度で特殊・専門医療が必要な重症の小児救急患者への医療）については、こども医療センターと、21箇所（令和5年4月1日現在）の救命救急センターで対応しています。
- 三次救急医療を必要とする患者が、適切な治療を受けられるよう、受入先の医療機関を決定するまでの時間と搬送時間の短縮に努める必要があります。

(3) 小児在宅医療（医療的ケア児）をとりまく状況

- 医療技術の進歩に伴い、NICU等を退院後、日常生活を営むために恒常的に医療的なケアを受ける必要がある「医療的ケア児（※3）」が増加しています。（図表2-1-5-21）

図表2-1-5-21 在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）



- 医療的ケア児は全国で約2万人と推計されていますが、障害福祉制度のような登録制度がないため、医療的ケア児の実態把握が全国的にも課題となっています。
- また、NICU等の退院後には、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことが求められますが、支援に必要な人材など、社会的資源

は十分ではありません。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

小児死亡数（0～14歳）（小児人口10万対）が減少している

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆一般小児医療提供体制の充実
- ◆小児救急医療提供体制の充実
- ◆小児在宅医療（医療的ケア児）への支援

（１）一般小児医療提供体制の充実

- 県は、小児医療施設の開設に係る施設・設備整備に対して補助を行うことにより、県民が安心して子育てが行える環境整備を促進します。
- 県は、医療対策協議会等における協議を踏まえ、医師の確保を特に図るべき区域に地域枠（※４）医師等を優先的に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の是正に取り組むとともに、県内定着を図ります。
- また、県は、引き続き小児医療を志す医学生や臨床研修医に対する研修会を開催するとともに、小児医療の魅力を伝える意識啓発セミナーを新たに実施します。
- 県は、医師の労働時間の縮減や勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することにより、医師の県内定着を促進するとともに、地域における小児医療の提供体制の維持と医師の働き方改革の両立を図ります。

（２）小児救急医療提供体制の充実

ア 子ども医療電話相談体制

- 県は、引き続き子ども医療電話相談体制を整備することにより、保護者等の不安を軽減するとともに、不要不急な救急受診を抑制し、小児救急医療提供体制の維持を図ります。
- 県は、電話による相談機能の充実のため、各自治体の実施状況や相談件数等を踏まえ、各時間帯における回線数の増や相談受付時間の延長について検討するとともに、県民へのより一層の周知を図るため、＃8000の普及・啓発に取り組みます。
- また、県は、厚生労働省が実施する＃8000対応者研修事業を活用するなど、相談者への対応の質の向上を図ります。
- さらに、県は、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急等）についても周知を行います。

イ 初期救急医療提供体制

- 県及び市町村は、診療所の医師による、積極的な初期救急医療提供体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力等の連携を図ります。
- 県は、小児に対する初期救急医療提供体制を維持するため、引き続き、初期救急医療の提供に必要な支援を行います。
- また、救急車の適正利用など、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、県は、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に実施し、軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入抑制を図ります。

ウ 二次救急医療提供体制

- 県は、休日夜間急患診療所等では対応できない小児救急患者の診療体制を維持するため、引き続き市町村と連携し、医療機関への支援を行います。
- 県は、限りある医療資源の効率的・効果的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、小児地域医療センター（※5）や小児中核病院（※6）といった医療機能を明確化し、県民に分かりやすい周知に努めます。

エ 三次救急医療提供体制

- 県は、三次救急医療を必要とする患者が、適切な治療を受けられるよう、神奈川県救急医療情報システムを活用した、医療機関、消防機関等への小児救急患者の搬送に必要な情報の提供や、ドクターヘリ等を利用した小児救急患者の搬送体制の充実に向けた取組を進めます。
- 県は、二次救急医療提供体制と同様に、限りある医療資源の効率的・効果的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、小児地域医療センターや小児中核病院といった医療機能を明確化し、県民に分かりやすい周知に努めます。

（3）小児在宅医療（医療的ケア児）への支援

- 県は、医療的ケア児の登録フォームを活用して県内の医療的ケア児の実態（人数、居住地、必要となる医療的ケアの種別等）を把握するとともに、その情報を市町村と共有し、支援策の検討につなげます。また、支援策の検討にあたっては、母子保健の取組との連携を図っていきます。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーターの養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及びご家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。
- 県は、医療的ケア児とご家族が地域で安心して療養できるよう、県周産期救急医療システム受入病院（※7）、地域の医療機関、在宅医療機関、訪問看護、訪問歯科等における連携体制の強化及び人材養成を進めます。

■用語解説

※1 出生率

人口千人に対する出生数の割合。

※2 受療率

推計患者数を人口 10 万対であらわした数。

※3 医療的ケア児

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である、18 歳未満の児童（18 歳以上の高校生を含む）。

※4 地域枠

卒業後、県内での初期臨床研修及び医師の確保を特に図るべき区域や診療領域における従事義務を課すもの。

※5 小児地域医療センター

小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能。

※6 小児中核病院

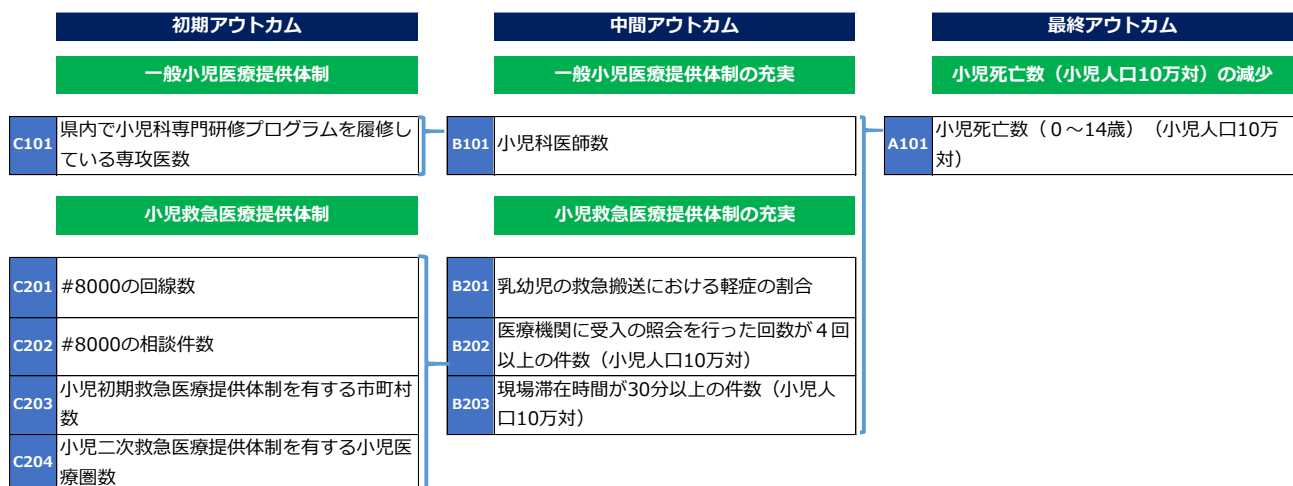
三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能。

※ 7 県周産期救急医療システム受入病院

神奈川県周産期救急医療システムにおいて、機能別に「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」と位置付けている病院の総称。分娩に関し地域の中心的な役割を果たす。

3 ロジックモデル

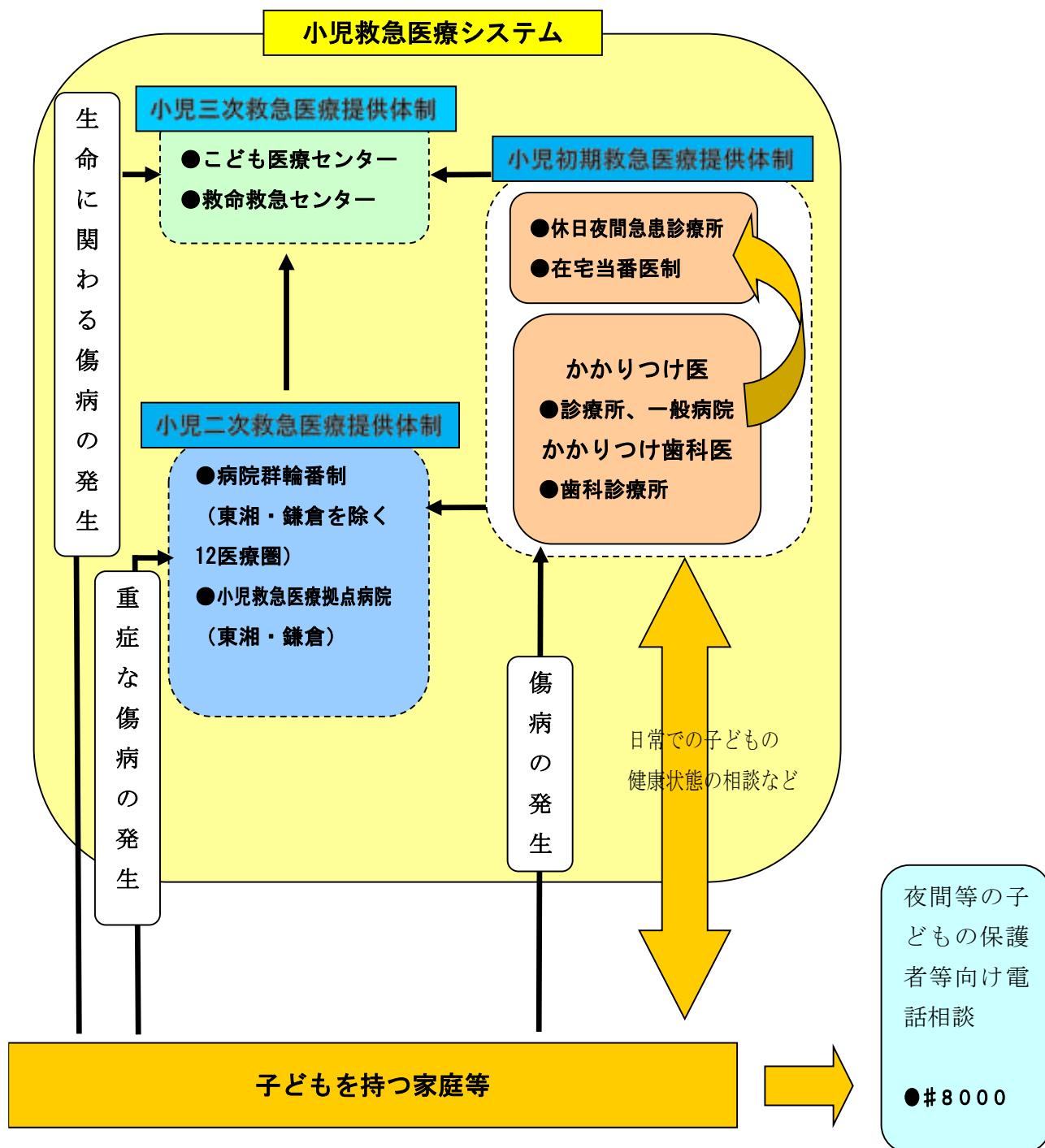
※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医数	一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」	33人 (R5)	34人以上
	C201	#8000の回線数	県独自調査	3回線 (R5)	3回線以上
	C202	#8000の相談件数	厚生労働省「都道府県調査」	45,523件 (R4)	69,000件以上
	C203	小児初期救急医療提供体制を有する市町村数	厚生労働省「小児救急医療体制の現況調べ」	18市11町 (R4)	18市11町
	C204	小児二次救急医療提供体制を有する小児医療圏数	県独自調査	14医療圏 (R5)	14医療圏
中間	B101	小児科医師数	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」	1,187人 (R2)	1,187人以上
	B201	乳幼児の救急搬送における軽症の割合	総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年令区分別傷病程度別搬送人員調」	77.0% (R3)	75.1%以下
	B202	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数(小児人口10万対)	厚生労働省「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」	31.6件 (R3)	31.6件以下
	B203	現場滞在時間が30分以上の件数(小児人口10万対)	厚生労働省「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」	128.1件 (R3)	※未取得のデータがあるため、後日設定予定
最終	A101	小児死亡数(0～14歳)(小児人口10万対)	厚生労働省「人口動態調査」	15.2人 (R3)	15.2人以下

■小児救急の医療提供体制



第6節 新興感染症

1 現状・課題

【現状】

- ・県の感染症対策は、「神奈川県感染症予防計画」（以下「予防計画」という。）に基づき、発生の予防やまん延防止等を図ることとしています。
- ・一方、新型コロナウイルス感染症では、予防計画の想定をはるかに上回る規模で感染が拡大し、特に医療提供体制の確保に困難を極めたことから、その対応の教訓を踏まえて、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。以下「感染症法」という。）が改正（令和4年法律第96号）されたことに伴い、医療法の規定に基づく医療提供体制の確保に関する基本方針が改定されました。

【課題】

- ・新型コロナウイルス感染症への対応に際し、通常医療を制限してコロナ患者を受け入れるための病床を確保する必要が生じ、国内の一部の地域によっては、感染症指定医療機関以外でコロナに対応する医療機関が明確ではなかったため、調整が困難でした。
- ・感染拡大する中で発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがありました。

（1）現状

- 原因不明の感染症が発生した場合に迅速かつ適切に対応できるよう、予防計画において、国や市町村、感染症指定医療機関や医師会などの医療関係団体との密接な連携を図ることとしています。
- また、同計画において、新型インフルエンザ等感染症や新感染症の患者の発生に備え、その発生のまん延を防止するため、患者が発生した場合の医療提供体制や移送、検査、消毒等必要な対策について、指針、マニュアル等で定めることとしています。
- 感染症対策にあたる人材の育成として、医療機関向けの研修や訓練を実施しています。

（2）課題

- 新型コロナウイルス感染症への対応に際し、予防計画の想定をはるかに上回る規模で感染が拡大し、全国的に、感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関のみでは新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れることができず、一般の病院が通常医療を制限してでも病床を確保する必要が生じました。また、感染拡大する中で、発熱外来等の医療体制が十分に確保できない状況がありました。
- そのほか、症状等に応じて自宅や宿泊療養施設等で療養する場合もありましたが、特に高齢者施設等と協力医療機関をはじめとする地域の医療機関との連携が十分ではない状況がありました。
- こうしたことから、事前に新興感染症（※1）の発生・まん延時において、病床や発熱外来等の医療体制、自宅療養者等への医療提供体制を確保するほか、医療機関向けの研修や訓練を充実する必要があります。
- なお、新興感染症対応の基盤となる考え方については、感染症法に基づく予防計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく新型インフルエンザ等対策行動計画との関係や整合に留意する必要があります。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

新興感染症の発生・まん延時の医療提供体制を構築する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆平時から、保健所設置市や関係団体等と適宜協議を行い、連携体制を確立する
- ◆病院や診療所、薬局及び訪問看護事業所の機能や役割に応じた内容の協定を締結する
- ◆新型コロナウイルス感染症対応で最も患者が多かった時の体制の構築を目標とする
- ◆継続的な訓練や研修等の実施により、感染症対策の質の向上と人材育成を図る

想定する新興感染症は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本とし、新興感染症の発生・まん延時に対する医療提供体制の準備を行います。

新興感染症発生時、厚生労働大臣の公表期間前においては、まずは感染症指定医療機関を中心に対応し、公表後流行初期には公立・公的医療機関等の協定指定医療機関（※2）が、流行初期以降にあつては、あらゆる協定指定医療機関が対応する体制を構築します。

そのため、協定指定医療機関における確保病床数等の目標数値を定め、病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所（以下「医療機関等」という。）と平時に協定を締結し、新興感染症の発生及びまん延に備えます。

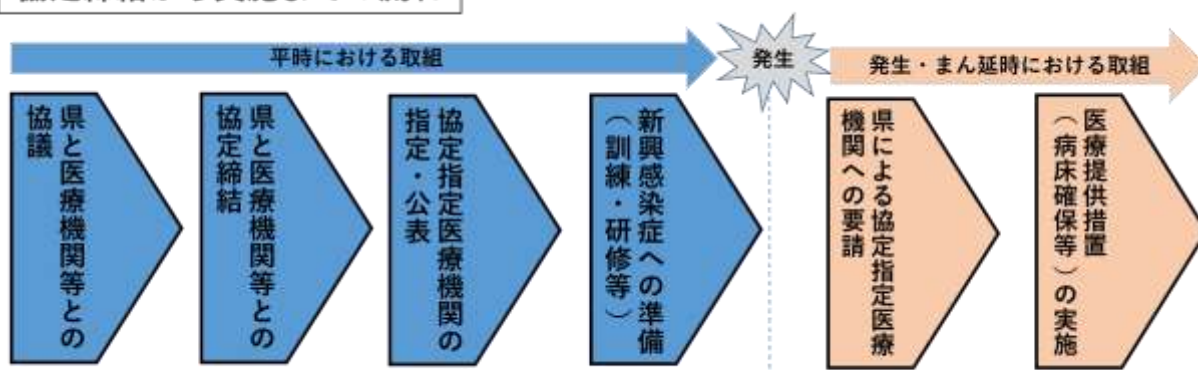
協定指定医療機関は、新興感染症発生時において県知事の要請により、協定締結した医療を提供します。

また、感染症指定医療機関や協定指定医療機関等と研修や訓練等を実施し、連携体制を構築、強化するとともに、保健所設置市と平時から新興感染症発生時の対応について協議を行い、機動的に対応できるよう準備します。

なお、医療提供以外の保健所体制、検査及び宿泊療養施設での対応等の感染症予防の全般は感染症予防計画で定めます。

図表 2-1-6-1

協定締結から実施までの流れ



(1) 県と医療機関等との協定締結に当たっての基本的方針

- 新型コロナウイルス感染症対応で最も患者が多かった時の体制を基準とした医療提供体制の構築を目指します。
- 想定を超えるような事態になった場合、国の判断の下、実効性の観点に留意しながら、協定内容の柔軟な変更等を検討します。

- 県は、関係団体等と協議を行い、各医療機関の機能や役割に応じた内容の協定を締結します。

(2) 県と医療機関等との協定締結項目

- 病床の確保
新興感染症の所見がある者を入院させるための病床を確保する医療機関とその確保病床数
- 発熱外来
新興感染症にかかっていると疑われる者（疑似症患者を含む）の診療や検査を行う医療機関等とその対応人数
- 自宅療養者等への医療の提供
外出自粛対象者（※3）や高齢者施設入所者等に対する往診や健康観察等が可能な医療機関等とその対応内容
- 後方支援
新興感染症の回復後に入院が必要な患者を受け入れる医療機関とその対応内容
- 医療人材派遣
感染症医療担当従事者若しくは感染症予防等業務関係者を確保する医療機関等と他の医療機関へ派遣可能な人数等
- 個人防護具
医療機関等が2ヶ月分を目安として備蓄に努める個人防護具の数量等

(3) 新興感染症の発生・まん延時の医療提供体制の目標設定の考え方

- 新型コロナウイルス感染症の対応の体制（最大値）を基に設定します。
- 病床確保と外来医療体制については、流行の段階に分けて設定します。

<流行の段階>

- ・ 流行初期（新興感染症が発生し、厚生労働大臣による公表後、3か月程度）
：令和2年冬の体制等を前倒しした体制を想定
- ・ 流行初期以降（公表後3か月程度以降）
：新型コロナウイルス感染症の対応で確保した最大値の体制を想定

※感染症指定医療機関、第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関の一覧については、県ウェブサイトに掲載します。

■用語解説

※1 新興感染症

県民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症（新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。）及び新感染症）

※2 協定指定医療機関

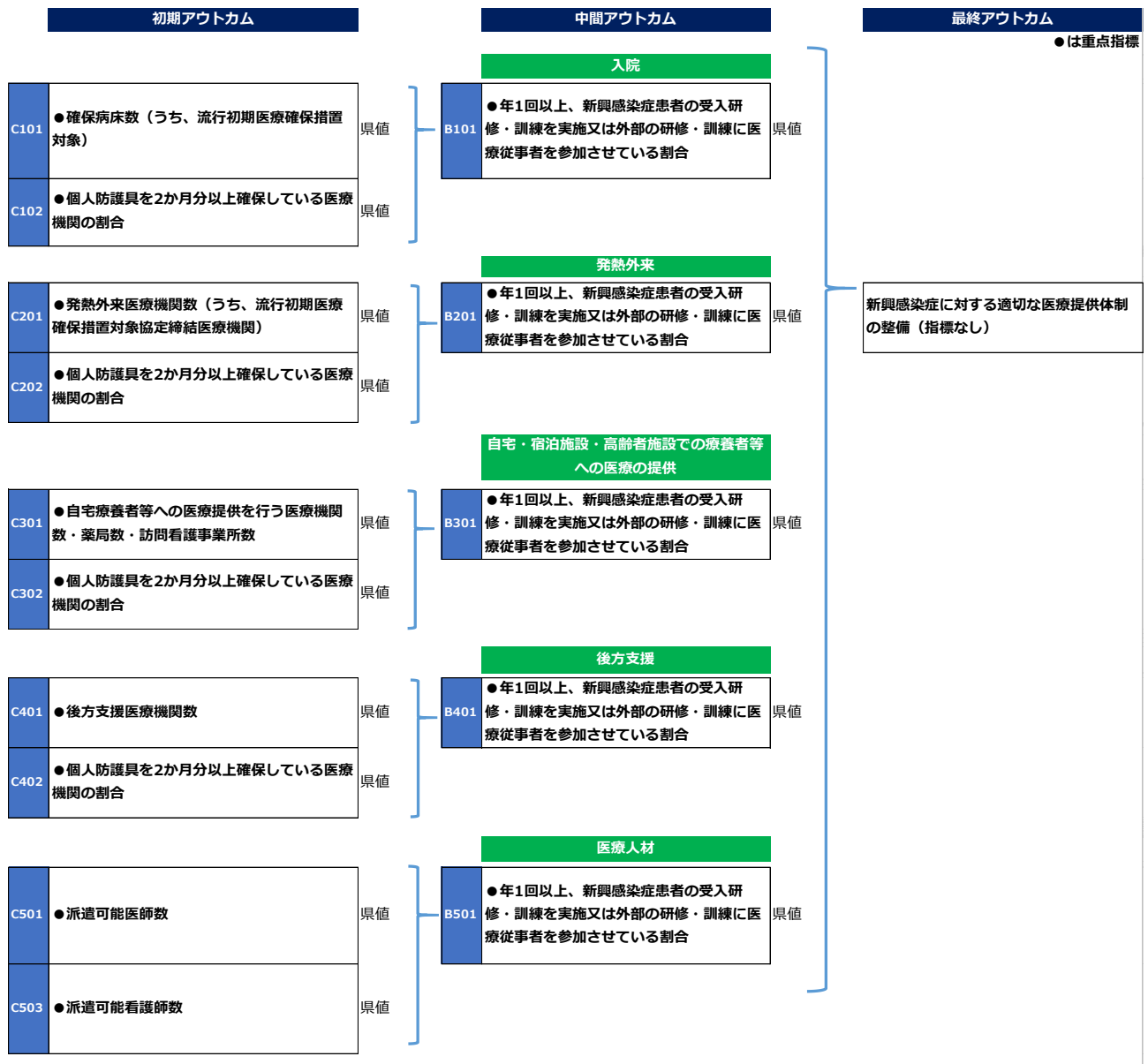
感染症法で規定される第一種協定指定医療機関（入院の医療提供）及び第二種協定指定医療機関（外来等の医療提供）

※3 外出自粛対象者

宿泊施設若しくは居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことの協力を求められた新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の患者

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	確保病床数(うち、流行初期医療確保措置対象)	県による調査	なし	2,200床 (流行初期 980床)
	C102	個人防護具を 2 か月分以上確保している医療機関の割合	県による調査	なし	8割以上
	C201	発熱外来医療機関数(うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関)	県による調査	なし	2,200機関 (流行初期 350機関)
	C202	個人防護具を 2 か月分以上確保している医療機関の割合	県による調査	なし	8割以上
	C301	自宅療養者等への医療提供を行う医療機関数・薬局数・訪問看護事業所数	県による調査	なし	医療機関 900機関 薬局 1,500機関 訪問看護事業所 200機関
	C302	個人防護具を 2 か月分以上確保している医療機関の割合	県による調査	なし	8割以上
	C401	後方支援医療機関数	県による調査	なし	69機関
	C402	個人防護具を 2 か月分以上確保している医療機関の割合	県による調査	なし	8割以上
	C501	派遣可能医師数	県による調査	なし	335人
	C503	派遣可能看護師数	県による調査	なし	485人
中間	B101	年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	県による調査	なし	8割以上
	B201	年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	県による調査	なし	8割以上
	B301	年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	県による調査	なし	8割以上
	B401	年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	県による調査	なし	8割以上
	B501	年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	県による調査	なし	8割以上

※割合で示している指標は原則として協定締結医療機関のうちの割合

第2章 疾病別の医療連携体制の構築

第1節 がん

1 現状・課題

【現状】

- ・がんは生涯のうちに2人に1人がかかると推計されており、県においてもがんは昭和53年に死因の第1位となってから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人が、がんで亡くなっています。
- ・ライフスタイルの変化や高齢化の進行に伴い、がんの罹患患者数及び死亡者数のさらなる増加が見込まれている一方で、がん医療の進歩により生存率が向上しています。

【課題】

- ・がん医療の提供については、二次保健医療圏に1カ所以上のがん診療連携拠点病院（※1、以下「拠点病院」という。）が整備されていること等から、地域差はあるものの、標準的治療については均てん化が進んでいます。一方、重粒子線治療や陽子線治療のような高度ながん医療については、限られた病院でしか提供されていないため、集約化を図っていく必要があります。
- ・がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるようにするには、拠点病院等のがん相談支援センターの役割が重要ですが、人材が不足していることから、ピアサポーター等他の人材を活用していく必要があります。

（1）がんの未病改善

ア がんの1次予防

- 県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に未病改善を実践することを目指し、関係団体等と連携しながら、がん予防のための生活習慣について、引き続き情報提供を行うことが必要です。
- 県民健康・栄養調査によると、喫煙者のうち男女とも半数以上がたばこをやめたい、又は本数を減らしたい」と回答しており、地域や職域で卒煙（禁煙）しやすい環境づくりをさらに進めることが必要です。

イ がんの2次予防（がん検診）

- 現在、対策型がん検診は市町村で実施していますが、市町村の中には、国が推奨する科学的根拠（がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添）以下「指針」という。）に基づく検診とは異なるがん検診を実施しているところがあります。指針に基づくがん検診は、がんの早期発見・早期治療につながることから、県としては、指針どおりのがん検診を実施するよう働きかけていく必要があります。
- 令和4年国民生活基礎調査によると、がん検診の受診率が肺がんを除く、4つのがん種（胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）において、県がん対策推進計画の目標である50%に達していないことから、がん検診受診率促進に向けて市町村と連携して取り組む必要があります。

図表 2-2-1-1 国民生活基礎調査によるがん検診受診率

	年	胃	大腸	肺	乳	子宮頸
神奈川県	R4	42.7%	47.3%	50.0%	48.3%	43.7%
	R1	41.7%	43.5%	47.9%	47.8%	47.4%
	H28	41.8%	42.2%	45.9%	45.7%	44.6%
	H25	39.5%	38.5%	41.8%	42.9%	43.0%
	H22	31.7%	24.1%	23.3%	38.9%	37.9%
全国平均	R4	41.9%	45.9%	49.7%	47.4%	43.6%
	R1	42.4%	44.2%	49.4%	47.4%	43.7%
	H28	40.9%	41.4%	46.2%	44.9%	42.3%
	H25	39.6%	37.9%	42.3%	43.4%	42.1%
	H22	32.3%	26.0%	24.7%	39.1%	37.7%

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※胃がん、大腸がん、肺がんは 40 歳～69 歳で過去 1 年に受診した者、乳がんは 40 歳～69 歳で過去 2 年に受診した者、子宮頸がんは 20 歳～69 歳で過去 2 年に受診した者を基に算出。

- 市町村が実施するがん検診における精密検査受診率が、県がん対策推進計画の目標である 90%に達していないことから、精密検査についても市町村と連携して受診促進の取組を進める必要があります。
- 市町村が実施するがん検診において、科学的根拠に基づくがん検診が正しく実施されるよう、がん検診担当医師・技師等の育成を行う必要があります。

(2) 患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

- 国は、令和 5 年 3 月時点で、県内の 22 病院を拠点病院に指定しており、県は、拠点病院に準ずる病院として、10 病院を県がん診療連携指定病院（以下「指定病院」という。）に指定しています。
- 国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、医療の質の向上や均てん化に向けて取組を進めてきました。
- 国は、令和 4 年 8 月に、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い、がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少などの状況を踏まえ、一定の集約化を求めることとしました。さらには、都道府県がん診療連携協議会（以下「がん協議会」という。）の体制の強化、拠点病院の役割分担や連携体制の構築等を新たな要件として追加しました。
- 県も、今後は、均てん化に加え、一定の集約化に向けて、がん協議会と連携しながら、役割分担や連携体制の構築に取り組む必要があります。
- がん治療中・治療後の口腔内トラブルを防ぐため、がん治療前に歯科診療を受けられるよう、医科と歯科との連携を強化する必要があります。

イ がん治療

- 拠点病院及び指定病院では、集学的治療を提供することを基本としていますが、さらに、新しい治療法であるロボット支援手術や、重粒子線や陽子線による高度な

放射線治療、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法を取り入れている病院もあります。

- 県は、地域の医療機関や患者に対して、科学的根拠に基づく高度な治療法がどこの病院で受けられるか等の情提を提供していくとともに、県内の医療機関の連携体制を整備していく必要があります。

ウ がんのリハビリテーション

- がん治療の影響や病状の進行に伴い、生活の質が著しく低下することがありますが、入院中はがんのリハビリテーションが提供されたとしても、退院後まで継続して提供されるとは限りません。

エ 緩和ケア

- 必要とする患者や家族が、いつでも適切な緩和ケアを受けられよう、拠点病院・指定病院等が、がん医療に携わるすべての医療従事者を対象に、国が指針を定める緩和ケア研修会を定期的開催しています。ただ、他の医療機関からの参加者が少ないことから、今後は、在宅緩和ケアの充実の観点からも、院外の医療従事者の受け入れを進めていく必要があります。

オ 妊孕性（にんようせい）温存療法（※2）

- がん治療によって妊孕性が低下する場合があることから、低下する可能性のある治療を開始する前に、受精卵、卵子、卵巣組織、精子を凍結保存する妊孕性温存療法がありますが、自費診療であるため、高額な費用がかかります。そこで、県では令和元年度に助成事業を開始し、令和3年度からは国の事業になりました。さらに、令和4年度からは、妊孕性温存のために凍結保存した受精卵等を用いた、妊娠のための生殖補助医療に係る費用も助成対象に追加されました。
- 治療開始前の患者に妊孕性温存療法を受けてもらうためには、がん治療医療機関と生殖補助医療機関との連携が欠かせないことから、県では、「K a n a O F - N e t（かなおふネット）」というネットワークを立ち上げ、がん治療医療機関としては、拠点病院・指定病院及び県立こども医療センターの全33病院が参加しています。
- 治療開始前の患者やその家族に妊孕性への影響について説明し、意思決定の支援をするためには、がん治療医をはじめとする医療従事者に妊孕性に関する理解を広める必要があります。

カ 小児及びAYA世代（※3）のがん対策

- 県には、国が全国で15カ所指定している小児がん拠点病院（※4）の1つである「県立こども医療センター」があり、小児及びAYA世代のがん患者とその家族が適切な医療や支援を受けることができます。小児がん患者は、成人後も長期フォローアップが必要であり、AYA世代のがん患者については、県立こども医療センターと拠点病院・指定病院との連携が必要になります。

キ 希少がん及び難治性がん対策

- 希少がんや難治性がんについては、対応できる病院が少ないことから、患者及びその家族に対して、全国レベルでの情報を提供できることが必要になります。

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

- 現在 32 病院の拠点病院・指定病院に小児がん拠点病院である県立こども医療センターを加えた 33 病院に設置されているがん相談支援センターにおいて、患者やその家族等からのがんに関する様々な相談に対応しています。しかし、がん相談支援センターの認知度が依然として低いことから、さらに周知していく必要があります。
- がん相談支援センターとは別に、がん患者やその家族が、同じような経験を持つピアサポーターに相談できる箇所が、現在県内には 14 カ所あります。ピアサポーターの認知度も低いことから、周知はもちろん、相談できる機会を増やすとともに、ピアサポーターの質の向上にも取り組む必要があります。

イ 情報発信

- がんに関する情報があふれる中で、がん患者やその家族等が、知りたいときに確実に必要な正しい情報にアクセスできることが重要であることから、患者目線に立った分かりやすい情報発信に取り組む必要があります。

ウ 地域連携による支援

- がん患者がいつでもどこに居ても、安心して自分らしい生活を送れるためには、拠点病院・指定病院と地域の医療機関とが連携して、積極的な患者支援を実践する必要があります。

エ 就労支援

- 働く世代にがん罹患する人が増える一方、がん医療の進歩により、働きながらがん治療を受けられることが可能になってきています。このため、働いているがん患者が早まって離職することがないように、また、治療と仕事を両立できる環境を整備した職場を増やすための取組が必要になります。

オ アピアランスケア（※5）

- がん医療の進歩により、学業や仕事との両立が可能になっている一方、がん治療による脱毛や爪の変化等により、社会生活を送る上で、苦痛を感じる患者が多いことから、医療現場におけるサポートが必要になります。

カ ライフステージに応じた支援

- がん患者への支援にあたっては、個々のライフステージに応じた支援が必要です。小児及びAYA世代であれば、教育支援、就労支援、在宅療養支援など、高齢者であれば、複数の慢性疾患や認知症にかかっている場合や介護を必要とする場合などの支援が考えられます。

キ がん教育

- 平成 29 年 3 月に小学校及び中学校、平成 30 年 3 月に高等学校の学習指導要領にがん教育が追加されましたが、国は、さらに医師やがん経験者等の外部講師を活用することが効果的だとしています。県でも、団体や企業との協力により、外部講師の育成を行っていますが、外部講師の活用実績を上げていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民一人一人が、がんについて正しく理解することで偏見をなくし、がん向き合い、支え合うことができる社会を構築し、がんを克服する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆がんの未病改善

◆患者目線に立ったがん医療の提供

◆それぞれの立場で進めるがんとの共生

（１）がんの未病改善

ア がんの１次予防

- 県は、がん予防の観点から、県民一人ひとりが取り組む健康づくりを支援することや健康づくりの推進を支える体制づくりを進めるほか、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発及び関係団体・企業との連携による卒煙（禁煙）サポートセミナーの開催等を行うほか、保健福祉事務所に於いて地域医療機関等と連携した禁煙相談・禁煙教育に取り組みます。
- 県は、未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

イ がんの２次予防（がん検診）

- 県は、市町村に対し、指針どおりのがん検診を実施するよう指導していきます。
- 県及び市町村は、国が作成した「受診率向上施策ハンドブック第３版」に基づき、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を連携しながら行います。
- 県は、包括協定等を締結した企業（以下、「協定企業」という。）の社員等のうち、県が指定する研修を修了した者を「神奈川県がん対策推進員」として認定し、認定された推進員は、県民に対して個別にがん検診の受診を勧めます。
- 県は、精密検査受診率の低い市町村に対して指導・助言等を行い、市町村は、県からの指導・助言等を踏まえ、精密検査受診率向上に取り組めます。
- 県は、精密検査受診率向上のため、がん検診の実施者から要精密検査とされた受診者に対して分かりやすい情報が提供されるよう取り組みます。
- 県は、精度管理の向上のため、関係学会や県医師会と連携し、がん検診従事者向けの講習会の開催に向け取り組みます。

（２）患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

- 県は、都道府県がん診療連携拠点病院である県立がんセンターと連携し、がん協議会を通じて、集約化に向けた拠点病院・指定病院の役割分担や連携体制の整備に取り組めます。
- 拠点病院・指定病院は、院内の歯科診療科及び地域の歯科診療所との連携に取り組めます。

イ がん治療

- 県は、患者の病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切ながん治療（手術療法、放射線療法、薬物療法）を提供できるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療の提供についても、医療機関間の役割分担や連携体制の整備に取り組みます。

ウ がんのリハビリテーション

- 県は、入院中に加え退院後も、効果的・継続的ながんのリハビリテーションを提供できる体制の整備に取り組みます。

エ 緩和ケア

- 県は、拠点病院等が、定期的開催している緩和ケア研修会への参加を院内にとどまらず、地域の医療機関にも積極的に呼びかけるよう指導していきます。

オ 妊孕性温存療法

- 県は、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報が、対象となるがん患者とその家族すべてに提供できるよう、K a n a O F - N e t、がん協議会、企業等と連携して、医療従事者向け及び県民向けのセミナー等を開催します。

カ 小児及びAYA世代のがん対策

- 県及びがん協議会は、小児がん患者へのきめ細かな長期フォローアップに向けて、県立こども医療センターと拠点病院等との連携を進めます。

キ 希少がん及び難治性がん対策

- 県立がんセンターは、都道府県がん診療連携拠点病院として、国立がん研究センターが運用している施設別がん登録件数検索システムを活用して、希少がん、難治性がん患者とその家族の病院探し等の相談に対応していきます。
- 県立がんセンターは、今後は、上記検索システムの活用について、拠点病院・指定病院にも周知して、広く利用してもらうようにします。

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

- 拠点病院・指定病院は、がん相談支援センターの認知度向上のため、院内一丸となって取り組みます。
- 県は、患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピアサポーターの養成・認定に取り組みます。

イ 情報発信

- 県及びがん協議会は、拠点病院・指定病院、関係機関、患者団体等と連携して、患者目線に立ったわかりやすい情報発信に取り組みます。

ウ 地域連携による支援

- 拠点病院・指定病院は、在宅緩和ケアや在宅医療等を行う地域の医療機関や施設等との連携や情報提供について取り組みます。

エ 就労支援

- 県、神奈川産業保健総合支援センター、神奈川県社会保険労務士会及び拠点病院・指定病院は連携して、患者とその家族を対象に、がん相談支援センターにおける社会保険労務士相談を継続していきます。また、事業者向けには、県及び神奈川産業保健総合支援センター、協定企業と協力して、事業者向けの講演会等を開催すると

ともに、「かながわ治療と仕事の両立推進企業（※6）」を増やしていきます。

オ アピアランスケア

- 県及び県立がんセンターは、がん患者及びその家族がアピアランスについての正しい知識を身につけられるよう、拠点病院・指定病院、自治体等と連携して、医療従事者を対象としたアピアランスケアに関する研修会等を開催します。

カ ライフステージに応じた支援

- 県、県教育委員会、拠点病院・指定病院、小児がん拠点病院は連携して、小児・AYA世代のがん患者に対する教育支援やライフステージに応じた切れ目のない相談支援体制の整備に取り組みます。
- 県及び拠点病院・指定病院は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、在宅緩和ケアや在宅医療に係わる医療機関や介護施設等と連携する関係を築いていきます。
- 県は、在宅で療養する若年の末期がん患者が、住み慣れた自宅で最後まで安心して自分らしい生活ができるよう、在宅生活に係る費用を助成する市町村に対して補助金を交付し、患者の経済的負担の軽減を図ります。

キ がん教育

- 県、県教育委員会、協定企業及び患者団体等は連携して、小学校、中学校及び高等学校のがん教育における外部講師の質の向上及び活用実績の向上に取り組みます。

■用語解説

※1 がん診療連携拠点病院

専門的ながん医療や緩和ケアの提供、地域のがん診療を担う医療機関との連携、がん患者への相談支援や情報提供などの質の高いがん医療を提供することができるよう、都道府県知事からの推薦に基づき厚生労働大臣が指定する病院。

※2 妊孕性温存療法

生殖機能が低下し、もしくは失われるおそれのあるがん治療等に際して精子、卵子、卵巣組織を採取し、凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し、受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為。

※3 AYA世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に15歳から30歳代までの世代を指す。

※4 小児がん拠点病院

小児及びAYA世代のがん患者とその家族が安心して適切な医療や支援が受けられるよう、厚生労働大臣が指定する病院。

※5 アピアランスケア

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア。

※6 かながわ治療と仕事の両立推進企業

県が、治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業として認定している企業。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
がんの未病改善					
中間	C101	食塩摂取量の平均値の減少	国民健康・栄養調査	—	7g未満(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C102	野菜摂取量の平均値の増加	国民健康・栄養調査	—	350g以上(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C103	1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g以上、女性 20g以上の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①15.0% ②7.0% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C104	運動習慣者(1回 30分以上の運動を週 2回以上実施し、1年以上継続している者)の増加 ①20～64歳 男性の割合 ② 女性の割合 ③65歳以上 男性の割合 ④ 女性の割合	国民健康・栄養調査	—	①、② 35% ③、④ 55% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C105	20歳以上の者の喫煙率の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①21.5% ②4.4% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C106	20歳未満の喫煙者の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①、② 0%(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C107	肝炎の認知度の向上	県民ニーズ調査	50.9%	60.0%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C108	肝炎ウイルス検査受検率の向上	県民ニーズ調査	—	33.2%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C109	がん検診受診率 ①胃がん②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	国民生活基礎調査	①42.7% ②47.3% ③50.0% ④48.3% ⑤43.7%	①～⑤ 60%(R10) ◎国民生活基礎調査
	C110	精密検査受診率 ①-1 胃がん/X線 ①-2 胃がん/内視鏡②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	地域保健・健康増進事業報告	①-1 65.9% ①-2 95.3% ② 59.6% ③ 84.2% ④ 87.2% ⑤ 63.3%	①～⑤ 90%
	C111	市町村の「事業評価のチェックリスト」全項目実施割合の増加	市町村チェックリスト実施率調査	①64.3% /65.6%(X線) 58.9%(内視鏡) ②63.2% /66.0% ③63.9% /62.1% ④63.8% /62.4%	①～⑤ すべて 80%

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
				⑤62.6% /63.4%	
分野別	B101	がん種別年齢調整罹患率	全国がん登録	—	現状より減少
	B102	検診がん種別早期がん割合	全国がん登録	—	現状より増加
	B103	検診がん種別進行がん罹患率	全国がん登録	—	現状より減少
がん医療の提供					
初期	D201	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	D202	拠点：指定病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	—	現状より増加
	D203	緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	—	現状より増加
	D204	緩和ケア研修修了者数	がん等における新たな緩和ケア研修等事業	—	現状より増加
中間	C201	担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C202	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C203	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C204	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C205	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C206	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C207	がん相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	—	現状より増加
	C208	日本・生殖医療登録システム JOFR への登録症例数	日本・がん生殖医療学会からのデータ提供	—	現状より増加
分野別	B201	がんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	—	現状より向上
	B202	若年がん患者のがんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	—	現状より増加
	B203	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B204	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
	B205	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B206	身体的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
	B207	精神心理的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
	B208	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けた患者・家族の割合	患者体験調査	—	現状より増加
がんとの共生					
初期	D301	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	—	現状より増加
	D302	社会保険労務士派遣回数	県事業	—	現状より増加
	D303	かながわ治療と仕事の両立推進企業認定件数	県事業	—	430 件 (R9)
	D304	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	—	現状より増加
	D305	退院調整支援担当者を配置している一般診療所数・病院数	厚生労働省、医療施設調査	—	現状より増加 (※2)
	D306	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	—	現状より増加(R8) (※2)
	D307	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	3,160 (R3)	現状より増加(※2)
	D308	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	782 (R3)	現状より増加(※2)
中間	C301	がん相談支援センターについて知っている患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C302	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C303	ピアサポーターについて知っている患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C304	治療開始前に、就労継続について説明を受けた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C305	がんと診断後も仕事を継続している患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C306	退職した患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
	C307	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C308	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされていた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C309	外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	C310	退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	27,571 件 (R3)	36,118 件(R8) (※2)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
	C311	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	1,014,627 件(R3)	1,329,161 件(R8)(※2)
	C312	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	17,508 件(R3)	22,935 件(R8)(※2)
分野別	B301	がん相談支援センターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B302	ピアサポーターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B303	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B304	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加
	B305	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念した患者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
	B306	金銭的負担が原因で生活に影響があった患者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
	B307	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合	患者体験調査	—	現状より減少
最終	A101	がんの年齢調整罹患率	全国がん登録	—	現状より減少
	A001	がんの年齢調整死亡数	人口動態統計	65.8 人(R3)	57.3 人
	A201	がん種別 5 年生存率	全国がん登録	—	現状より増加
	A301	現在自分らしい生活を送れていると感じる患者の割合	患者体験調査	—	現状より増加

※1 目標値欄における「◎」は、記載の関連計画で当該目標値及び目標年度を設定している場合、または記載の調査が実施される年度を目標年度としていることを示している。

※2 在宅治療においては、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、国の指針（在宅医療の体制構築に係る指針）において、令和 8 年度末までの 3 年間で目標値を設定することとされている。

第2節 脳卒中

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

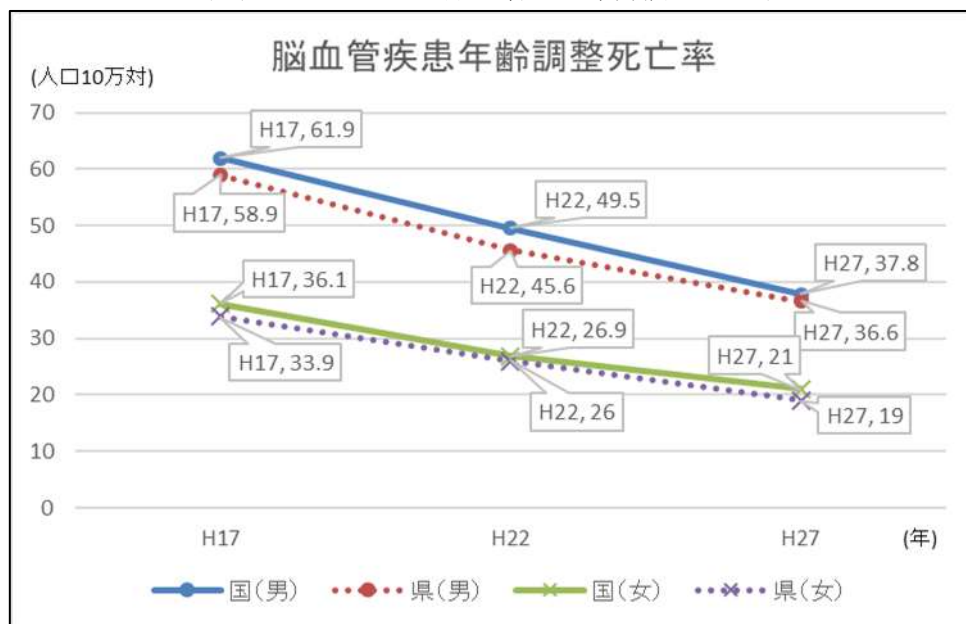
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万当たり）は、人口動態統計特殊報告によると、平成27年において男性36.6 女性19 と、全国平均の男性37.8 女性21を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。

図表 2-2-2-1 脳血管疾患年齢調整死亡率



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

しかし、脳卒中は、厚生労働省「人口動態調査」によると令和3年において本県の死亡原因の第4位となっており、令和4年国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第2位となっています。また、片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることもあります。

- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中

は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

イ 発症直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

ウ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、t-P A（tissue-type plasminogen activator）による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始すること、又は発症後16時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の適用患者への実施件数（人口10万人当たり）は、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。
- 脳出血では、血圧管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や、開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 急性期における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万人当たり）は、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）の令和3年度のデータによると、全国平均を下回っています。

エ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
 - ① 合併症の予防や患者の早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する急性期のリハビリ、
 - ② 身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ、
 - ③ 回復又は残存した機能を活用し、歩行能力や食事・排泄・入浴などの生活機能の維持・向上を目的に行う維持期・生活期のリハビリに分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。
- ただし、脳卒中の患者は、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、回復期リハビリを経て生活の場に復帰するという一般的な経過の他にも、急性期後に直接生活の場に戻り、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションを行うなど、個々の患者の状態に応じた対応が行われます。

オ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、

介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

(2) 課題

ア 脳卒中の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると、脳卒中の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均 (56.2%) と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均 (24.7%) を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。
- 脳血管障害の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内の清潔を保つことが必要です。

イ 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

(ア) 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」等に脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者がチェックし、すぐに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。脳卒中の初期症状を正しく見極めるためには、頒布物などによる正しい知識の普及啓発を進める必要があります。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救命処置を行うことが必要です。加えて、超急性期の再開通治療（t-P A など）の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用するなどにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

そのためには、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保等に取り組んでいく必要があります。

(イ) 急性期の医療

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、症状を早期に発見し、速やかに専門の医療施設を受診することが重要です。そのためには、県内のどこに住んでいても、どこで発症しても、適切な治療を受けられる体制の構築を進め、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めます。
- 急性期の脳梗塞に対しては t-P A による治療法（脳血栓溶解療法。脳の動脈をふさいでいるものを t-P A という薬で溶かす治療方法）が有効ですが、実施状況

に地域的な偏在が見られるため、その均てん化が必要です。

- 脳卒中は、急性期死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。

(ウ) 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。
- 脳卒中の患者は、回復期のリハビリテーションを行う際など、生活の場から離れた医療機関で医療が提供されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について、退院時の指導に加えて、訪問看護などによる生活の場での指導を行うことが重要です。

(エ) 医療提供体制の構築

- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。
- 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、それ以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（以下、「復職」という。）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障がい者就労支援等との適切な連携が求められています。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求めら

れています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びＱＯＬの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆脳卒中の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

（１）脳卒中の未病改善

- 「かながわ健康プラン２１（第３次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン２１推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県と神奈川県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催するとともに、普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。

（２）救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

ア 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。
- 県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

イ 急性期の医療

- 県及び医療機関・医療関係者は、脳梗塞に対するｔ-ＰＡによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院や、脳卒中集中治療室（ＳＣＵ）を備える病院など、急性期に対応できる医療機関を中心に急性期医療の充実に努めます。

ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に図ります。

エ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細やかな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期

治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。

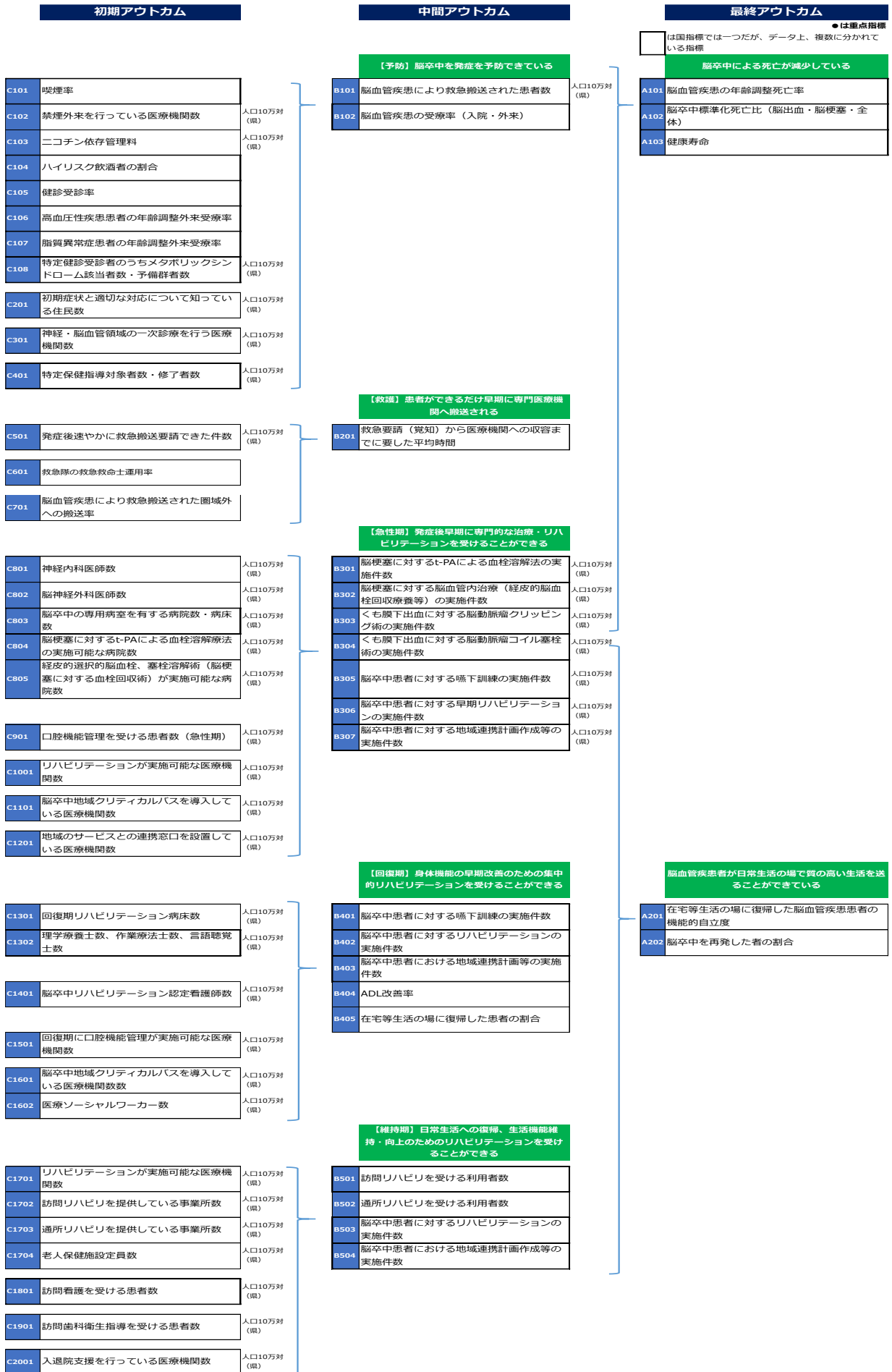
- 脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- リーフレット等の資料、SNSやマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活 基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理料を 算定する患者数	厚生労働省,NDB	116.8 人(R3)	309.7 人
	C104	ハイリスク飲酒者の割 合	厚生労働省,国民健 康・栄養調査	—	—
	C105	健診受診率	厚生労働省,国民生活 基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C108	特定健診受診者のうち メタボリックシンドローム 該当者数・予備群者 数	厚生労働省,特定健康 診査・特定保健指導に 関するデータ (10 万人当たり)	該当者数 :3,712 人 予備群者数 :3,003 人 (R3)	該当者数 :3,077.2 人 予備群者数 :2,554.1 人
	C401	特定保健指導対象者 数・修了者数	厚生労働省,特定健康 診査・特定保健指導に 関するデータ (10 万人当たり)	対象者数 :4,196 人 修了者数 :845 人 (R3)	対象者数 :4,668.8 人 修了者数 :914.6 人
	C601	救急隊の救急救命士運 用率	総務省消防庁,救急救 助の現況	100% (R3)	100%
	C803	脳卒中の専用病室を有 する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設 静態調査 (10 万人当たり)	病院数:0.2 院 病床数:1.3 床 (R2)	病院数:0.3 院 病床数:1.7 床
	C1302	1302 理学療養士数、 作業療法士数、言語聴 覚士数	厚生労働省,医療施設 静態調査 (10 万人当たり)	理学療養士数 :54.2 人 作業療法士数 :25.9 人 言語聴覚士数 :9.1 人 (R2)	理学療養士数 :64.9 人 作業療法士数 :34.6 人 言語聴覚士数 :11.8 人
	C1602	医療ソーシャルワーカー 数	厚生労働省,医療施設 静態調査 (10 万人当たり)	9.8 人(R2)	9.9 人
	C1801	訪問看護を受ける患者 数	厚生労働省,NDB/介 護保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人 (R3)	医療 :384.5 人 介護 :10,531.2 人
中間	B102	脳血管疾患の受療率 (入院・外来)	厚生労働省,患者調査	入院:77% 外来:32% (R2)	入院:70% 外来:45%
	B201	救急要請(覚知)から医 療機関への収容までに 要した平均時間	総務省消防庁,救急救 助の現況	41.7 分(R4)	39.4 分
	B301	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実 施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人 当たり)	算定回数 :10.0 件(R3) SCR :105.8(R2)	算定回数 :12.0 件 SCR :100 以上
	B302	脳梗塞に対する脳血管 内治療(経皮的脳血栓 回収療養等)の実施件 数	厚生労働省,NDB	SCR :142.7(R2)	SCR :100 以上

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	B303	くも膜下出血に対する 脳動脈瘤クリッピング 術の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :8.9 件(R3)	算定回数 :9.5 件
	B304	くも膜下出血に対する 脳動脈瘤コイル塞栓術 の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :13.4 件(R3)	算定回数 :18.4 件
	B305	脳卒中患者に対する嚥 下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :146.4(R2)	SCR :100 以上
	B306	脳卒中患者に対する早 期リハビリテーションの 実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人 当たり)	算定回数 :66,002.7 件 (R3) SCR :91(R2)	算定回数 :86,496.8 件 SCR :100
	B307	脳卒中患者に対する地 域連携計画作成等の実 施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人 当たり)	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 件 SCR :100.0
	B401	脳卒中患者に対する嚥 下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :80.6(R2)	SCR :100.0
	B402	脳卒中患者に対するリ ハビリテーションの実 施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :103,505.6 件 (R3)	算定回数 :134,991.4 件
	B403	脳卒中患者に対する地 域連携計画作成等の実 施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 件 SCR :100.0
	B405	在宅等生活の場に復帰 した患者の割合	厚生労働省,患者調査	57.3% (R2)	67.5 %
	B501	訪問リハビリを受ける 利用者数	厚生労働省,NDB/介 護保険事業状況報告」 (10 万人当たり)	医療 :65.4 人 介護 :774.1 人 (R3)	医療 :206.0 人 介護 :1,085.6 人
	B502	通所リハビリを受ける 利用者数	厚生労働省,介護保険 事業状況報告 (10 万人当たり)	2,756.8 人 (R3)	5,562.3 人
	B503	脳卒中患者に対するリ ハビリテーションの実 施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :103,505.6 件 (R3)	算定回数 :134,991.4 件
	B504	脳卒中患者における地 域連携計画作成等の実 施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 件 SCR :100.0
最終	A101	脳血管疾患の年齢調整 死亡率	厚生労働省,人口動態 特殊報告 ※最新データ(令和2 年度は令和5年度 12 月に公開予定)	男:36.6 女:19 (H27)	男:32.9 女:17.1
	A102	脳卒中標準化死亡比 (脳出血・脳梗塞・全体)	厚生労働省,人口動態 特殊報告 ※最新データ(令和2 年度は令和5年度 12 月に公開予定)	・全体 男:92.6 女:91.1 ・脳出血 男:101.8 女:100.2 ・脳梗塞 男:88.8 女:87.8 (H27)	・全体 男:90.1 女:82.3 ・脳出血 男:98.2 女:93.8 ・脳梗塞 男:85.4 女:77.1

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	A103	健康寿命	厚生労働科学研究成果データベース,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究	男性:73.15 歳 女性:74.97 歳 (R元)	男性:延伸 女性:延伸

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・心筋梗塞等の心血管疾患は、本県の死亡原因の第2位となっています。
- ・心血管疾患による年齢調整死亡率は、虚血性心疾患は全国平均を下回っており、心不全は全国平均を上回り、大動脈瘤及び解離は全国平均と同程度となっています。

【課題】

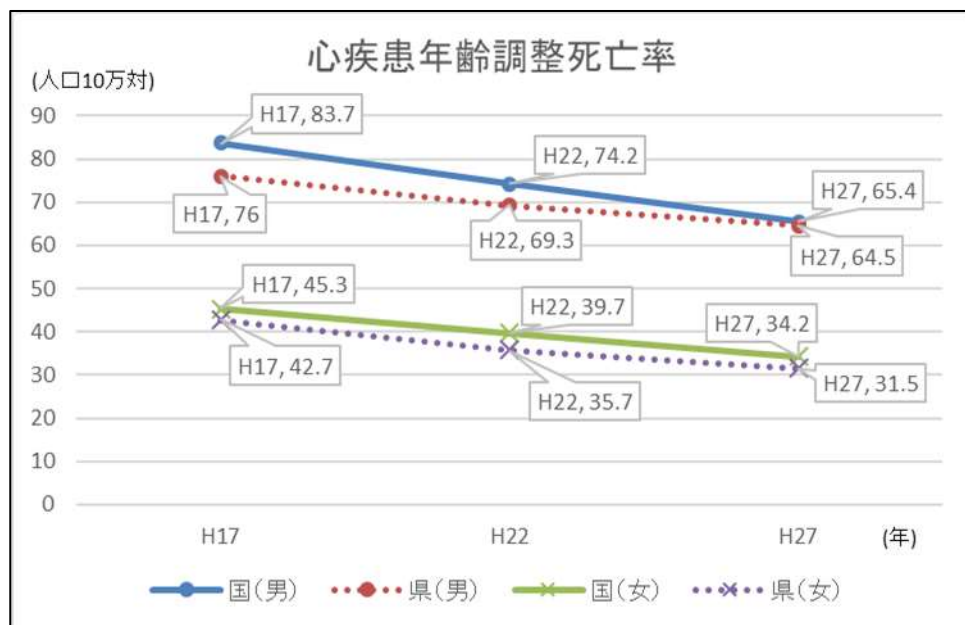
- ・心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 心血管疾患について

- 心疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、人口動態統計特殊報告によると、平成 27 年において男性 64.5 女性 31.5 と、全国平均の男性 65.4 女性 34.2 を下回っており、この 10 年間では一貫して減少しています。

図表 2-2-3-1 心疾患年齢調整死亡率



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

- 心血管疾患は、次のような疾患であり、脳卒中とともに循環器病を代表するものです。

- ① 虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）
- ② 心不全（急性心不全・慢性心不全）
- ③ 大動脈疾患（急性大動脈解離等）

- 県の心疾患（上記の①、②等）による死亡者数は、令和2年神奈川県衛生統計年報によると、平成27年には10,890人でしたが、令和2年には12,549人と増加傾向にあり、死亡原因の第2位となっています。
- また、大動脈瘤及び解離による死亡者数は、令和2年において1,126人であり、死亡原因の第38位となっています。
- 心血管疾患の患者数は、今後増加することが想定されますが、高齢化の進展を背景として、特に慢性心不全の増加率が高くなると考えられます。

イ 発病直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

なお、心原性心肺機能停止の時点が目撃された傷病者に対して、一般市民が除細動を行うと、行わなかった場合と比べて1箇月後生存率は約5.2倍高くなり、社会復帰率は約7.3倍高くなります。

また、県における心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数は、令和3年に155件であり、東京都の278件に次いで全国で2位となっています。

- 急性心血管疾患は、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション治療（P C I）に代表される低侵襲な治療、外科的治療など、疾患により主に必要とされる治療内容が異なっています。
- こうした治療は、高い専門性が必要とされるため、急性期心血管疾患が疑われる場合には、疾患に応じて、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（P C I）等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、P C I等に加えて外科的治療も行う「専門的医療を包括的に行う施設」で早期に対応することが適切です。

ウ 急性期の医療

- 循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人当たりの人数は、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万人当たり）についても、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。

エ リハビリテーション

- 慢性心不全の増悪予防のためには、薬物療法に加え、運動療法、患者教育等を含む「心血管疾患リハビリテーション」を、入院中から退院後まで継続して行うことが望まれます。
- 一般に「リハビリテーション」は運動療法を想定することが多いため、心血管疾患リハビリテーションに運動療法以外の幅広いプログラム内容が含まれているということは、心血管疾患リハビリテーションを専門としている医療職以外には充分知られていません。

オ 急性期後の医療・在宅療養

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、令和2年の患者調査によると、96.6%と、全国平均の93.4%を上回っています。
- 今後患者数の増加が予想される慢性心不全は、再発・増悪による再入院と寛解を

繰り返しながら徐々に身体機能が悪化するという特徴があります。

(2) 課題

ア 心血管疾患の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均(56.2%)と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均(24.7%)を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。

イ 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

(ア) 発症直後の救護、搬送等

- 急性期の心血管疾患は、突然死の原因となる危険性が高く、予後の改善には発症後、早急に適切な治療を開始する必要があります。
- 発症後、早急に適切な治療を開始するためには、まず、患者や周囲にいる者が発症を認識し、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる場合には、自動対外式除細動器（A E D : Automated External Defibrillator）の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが重要です。

(イ) 急性期の医療

- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる場合は、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できることが重要です。
- 家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる者に対して、A E Dの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが求められます。
- 医療機関到着後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に、経皮的冠動脈インターベンション（P C I）、冠動脈バイパス術（C A B G）、大動脈人工血管置換術などの専門的な治療の開始が求められます。

(ロ) 急性期後の医療・在宅療養

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度など、個々の患者の全体像を踏まえた上で適切に設定される必要があり、状況によっては、心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要となります。
- これらについての理解を深めながら、心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院とかかりつけ医、在宅医療・介護を担う医療機関、訪問看護ステーション等が連携した対応を図ることが必要です。
- また、心疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。

- 退院後も、患者が自宅等で安心して暮らし、再入院予防につなげていくためには、退院後の生活を見据えた退院調整を、早期から多職種により行うことが重要です。

(エ) 医療提供体制の構築

- 心血管疾患の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、それ以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 心血管疾患の患者は、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰（以下、「復職」という。）できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆心血管疾患の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

◆心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 心血管疾患の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県と神奈川県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催するとともに、普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづく

りの場である未病センターの設置や利用を促進します。

- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

ア 発病直後の救護、搬送等

- 県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携やAEDの配置等により、病院前救護体制の充実に努めます。
- 家族等周囲にいる者が、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施できるよう、県は、広く県民に啓発し、普及啓発を図ります。

イ 急性期の医療

- 心臓疾患専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク）等の構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。

ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進し、再発と増悪の予防を図ります。
- 多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に努めます。

エ 医療提供体制の構築

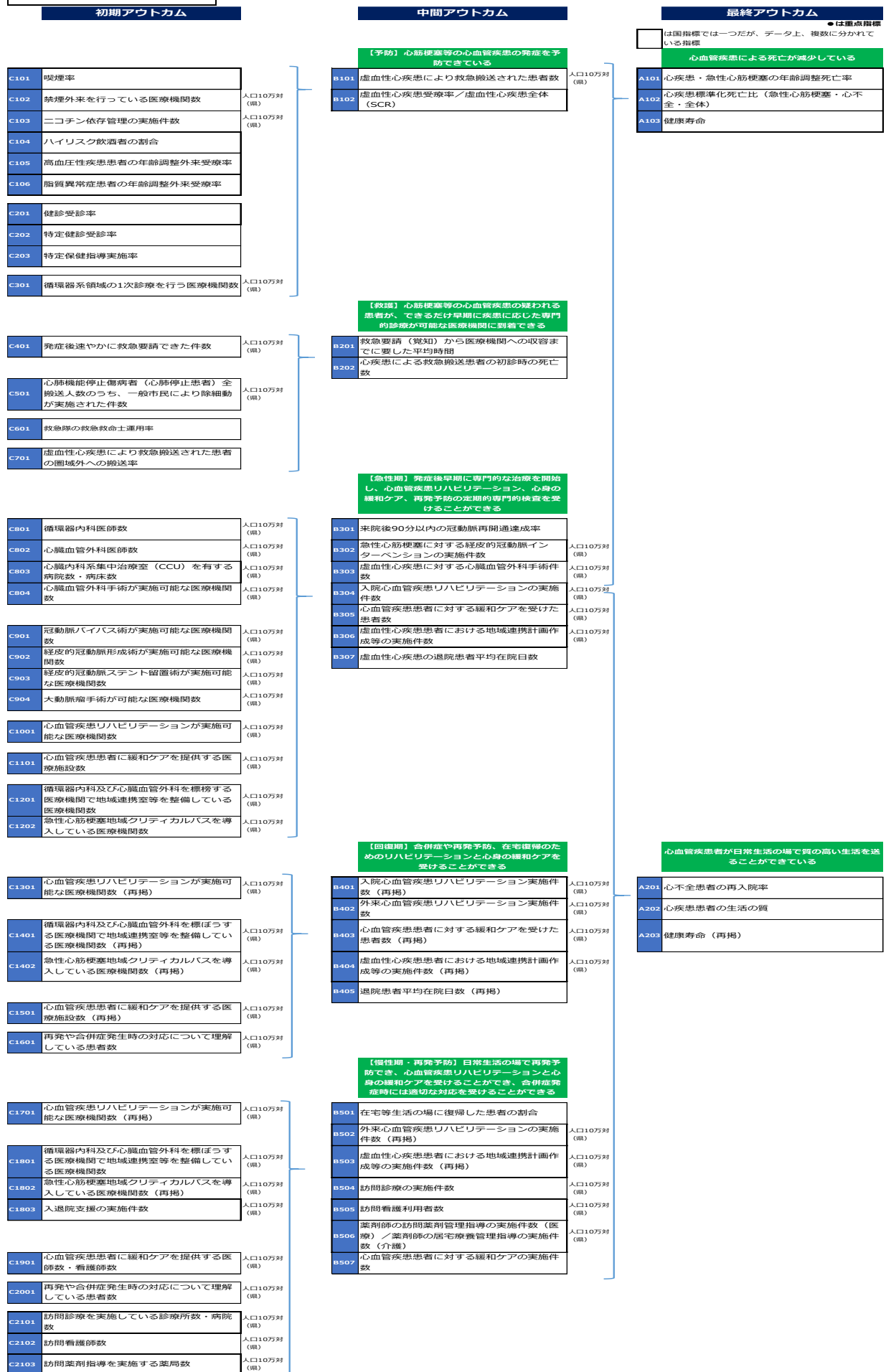
- 県は、心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

- リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実に努めるため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省,NDB	116.8 人(R3)	294.3 人
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省,国民健康・栄養調査	—	—
	C201	健診受診率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C501	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	総務省消防庁,救急救助の現況 (10 万人当たり)	1.7 件(R3)	1.9 件
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁,救急救助の現況	100%(R3)	100%
	C803	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	病院数:0.1 院 病床数:0.9 床 (R2)	病院数:0.2 院 病床数:1.3 床
	C904	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	かながわ医療情報検索サービス,医療機能情報 (10 万人当たり)	0.5 院(R3)	0.6 院
	C1803	入退院支援の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	・算定回数 加算1 :3,072.1 件 加算2 :144.7 件 (R3) ・SCR 加算1:115.7 加算2:66.4 (R2)	・算定回数 加算1 :5,159.0 件 加算2 :313.2 件 ・SCR 加算1: 100 以上 加算2: 100
	C2101	訪問診療を実施している診療所数・病院数	医療施設静態調査 (10 万人当たり)	診療所数: 10.9 軒 病院数:1.2 院 (R2)	診療所数: 15.8 軒 病院数:2.1 院
	C2102	訪問看護師数	厚生労働省,衛生行政報告例 (10 万人当たり)	35.0 人(R2)	48.4 人
中間	B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	厚生労働省,患者調査(10 万人当たり)	2.2 人(R2)	2.0 人
	B102	虚血性心疾患受療率	厚生労働省,患者調査	入院:8% 外来:62% (R2)	入院:7.1% 外来:45.5%
	B201	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	総務省消防庁,救急救助の現況	41.7 分(R4)	39.4 分
	B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :25.2 件(R3) SCR: —	算定回数 :30.8 件 SCR: —
	B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	10.5 件(R3)	12.3 件
	B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :4,458.4 件 (R3)	算定回数 :5,760.9 件 SCR

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				SCR :82.7(R2)	:100
	B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :441.6 人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2 人 SCR :100
	B306	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	厚生労働省,患者調査	4.5 日(R2)	3.3 日
	B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :4,458.4 件(R3) SCR :82.7(R2)	算定回数 :5,760.9 件 SCR :100
	B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :441.6 人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2 人 SCR :100
	B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B405	退院患者平均在院日数(再掲)	厚生労働省,患者調査	4.5 日(R2)	4.5 日
	B503	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B504	訪問診療の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	21,900.8 件(R3)	29,546.0 件
	B505	訪問看護利用者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人(R3)	医療 :358.8 人 介護 :10,531.2 人
	B506	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	医療:1.2 件(R3)	医療:3.8 件
最終	A101	心疾患・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態特殊報告 ※最新データ(令和 2 年度)は 12 月更新予定	・心疾患 男:64.5 女:31.5 ・急性心筋梗塞 男:16.2 女:4.8 (H27)	・心疾患 男:49.9 女:17.2 ・急性心筋梗塞 男:13.1 女:3.9
	A102	心疾患標準化死亡比(急性心筋梗塞・心不全・全体)	厚生労働省,人口動態特殊報告 ※最新データ(令和 2 年度)は 12 月更新予定	・全体 男:96.6 女:89.4 ・急性心筋梗塞 男:98.2 女:78.6 ・心不全 男:142.3 女:106.9 (H29)	・全体 男:84.5 女:86.2 ・急性心筋梗塞 男:94.2 女:64.7 ・心不全 男:100.0 女:92.8

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	A103	健康寿命	厚生労働省,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究	男:73.15 歳 女:74.97 歳 (R元)	男:延伸 女:延伸

第4節 糖尿病

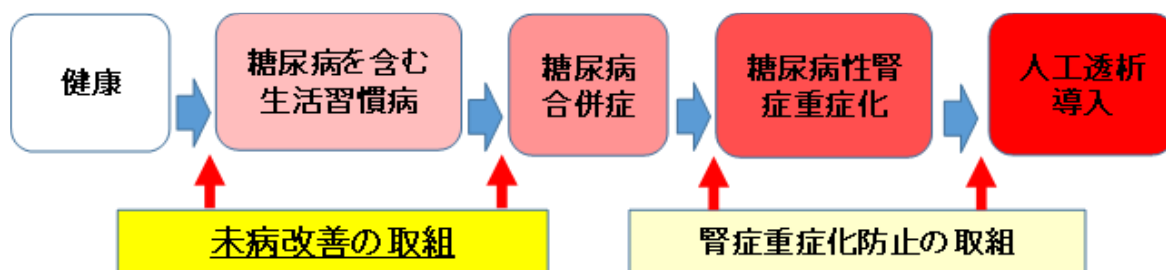
1 現状・課題

【現状】

- ・糖尿病は、生活習慣の改善により発症を予防することができるとともに、発症した場合であっても適切な血糖コントロールを行うことにより重症化や合併症を予防することが可能な疾患です。
- ・また、糖尿病の受療率は年齢とともに増加する傾向にあり、75歳～79歳の年齢階級の患者が最も多いです。

【課題】

- ・今後県では、高齢化に伴い、糖尿病の患者が令和__年には、令和2年比で約__倍に達する見込みです。（令和5年12月把握予定）
- ・そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。

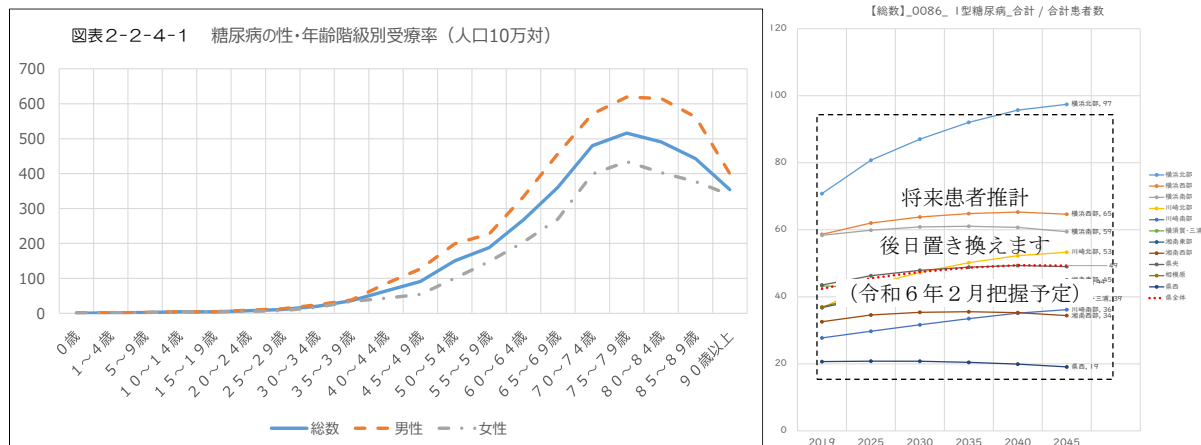


(1) 糖尿病について

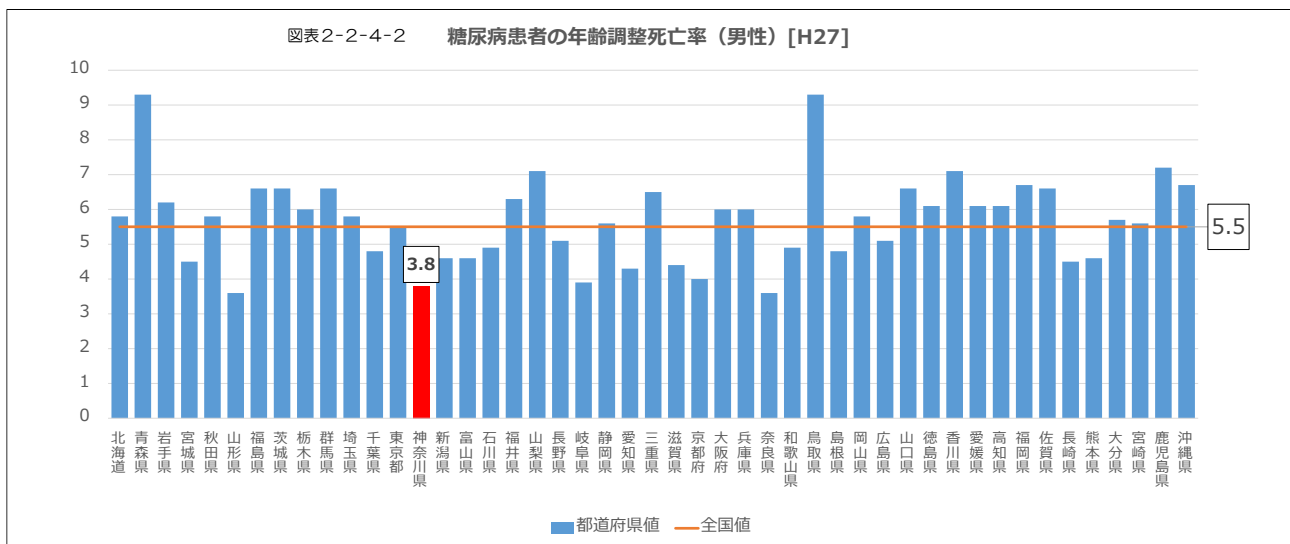
ア 患者数及び死亡率

- 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等の他の疾患の危険因子となるとともに、放置すると、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけではなく、医療費の負担を増加させる慢性疾患です。
- 医療施設（病院・診療所）で受療した患者をもとにした、令和2年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は43万5千人（全国では579万1千人）とされています。
- しかし、糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。
- 受療者以外も調査対象とした令和__年国民健康・栄養調査（令和__年）では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」（有病者）は全国で約__万人と推計されています。（令和6年2月把握予定）
- これらのことから、県の有病者は、患者調査による患者数よりも相当程度多いものと考えられ、特定健康診査の結果をもとにした40歳から74歳までの県の糖尿病有病数は、__万人と推計されています。（令和6年2月把握予定）
- また、全国の糖尿病の受療率（人口10万対）を見ると、男女ともに75歳～79歳の階級までは加齢とともに増加し、その後、減少に転じます。

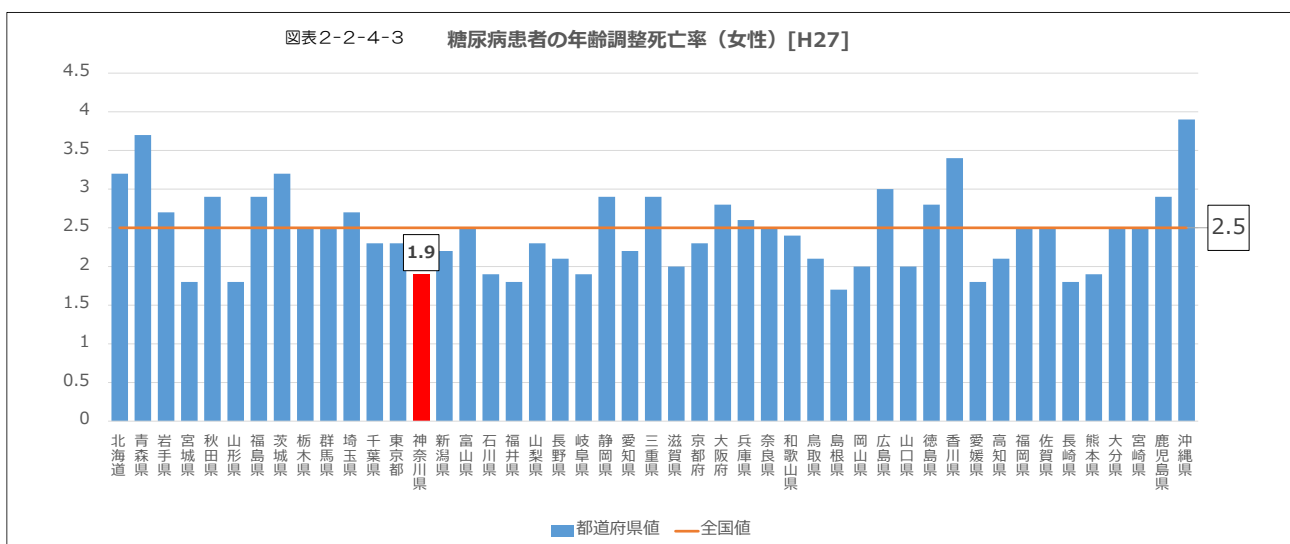
- 当該受療率を基に県の糖尿病の患者数を推計すると、令和__年までは患者数が__し、令和__年には令和2年比で約__倍になる見込みです。(令和6年2月把握予定)



- 県における平成27年の性別ごとの年齢調整死亡率は、男性で3.8、女性で1.8であり、ともに全国値を下回っています。



厚生労働省「人口動態特殊報告」（平成27年）



厚生労働省「人口動態特殊報告」（平成27年）

- このように、年齢調整死亡率は、全国と比較し、良好な水準ですが、県では今後、さらに高齢化が進むため、合併症も含めた予防や治療への対応が課題になってきます。

イ 連携体制

- 糖尿病治療にあたっては、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、さらに保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなど様々な職種の連携による、地域におけるチーム医療が大切です。
- 看護師・准看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士をはじめとした様々な職種が、日本糖尿病療養指導士（CDE J）、地域糖尿病療養指導士（CDE L）等の専門資格を取得し、他の関連職種と連携しながら糖尿病の予防活動や療養支援に当たっています。県内の有資格者数は、CDE J 1,000 人（令和 4 年 8 月時点：日本糖尿病療養指導士認定機構）、CDE L 504 人（令和 5 年 4 月時点：神奈川糖尿病療養指導士認定機構）となっています。

（図表作成中）

（2）糖尿病の予防

ア 総論

- 糖尿病には、自己免疫疾患が原因で先天性疾患である 1 型糖尿病と生活習慣が原因である後天性疾患の 2 型糖尿病があります。
- 2 型糖尿病は、生活習慣の改善により発症を予防すること（一次予防）が期待できます。また、2 型に限らず、糖尿病は、発症しても血糖コントロールを適切に行うことや、高血圧の治療など内科的治療を行うことなどにより、糖尿病性腎症などの合併症の発症を防ぎ、重症化による人工透析の導入を回避すること（二次予防）が可能です。
- そのため、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解を促進する必要がありますが、必ずしも十分とはいえません。

イ 生活習慣

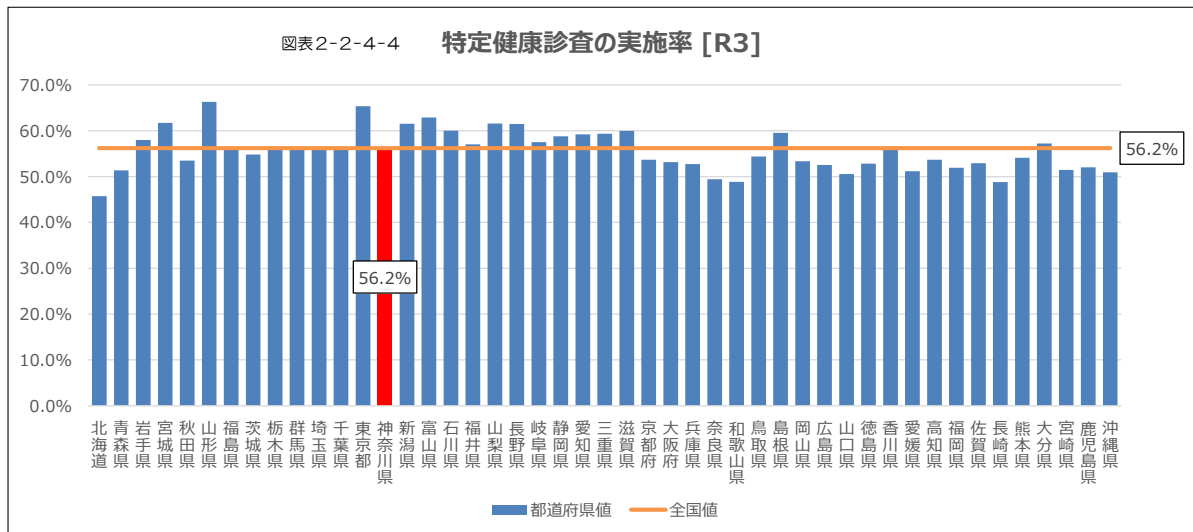
- 糖尿病を予防するには、適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善により、リスクを低減させることができます。
- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると糖尿病に関連する項目である「肥満者の割合」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「歩数や運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実践することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。

（図表作成中）

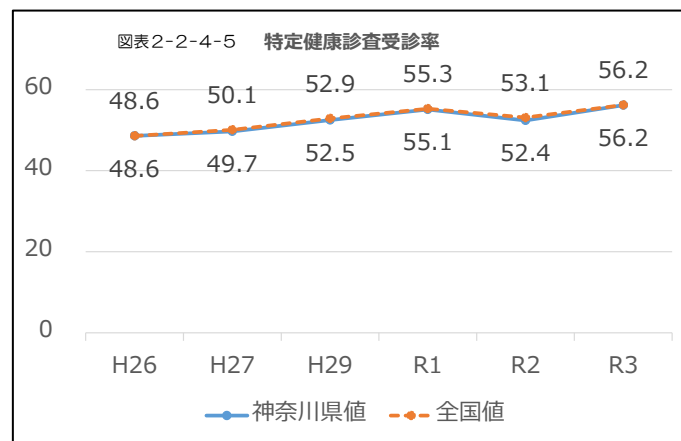
ウ 特定健診・特定保健指導

- 特定健康診査は、一次予防と二次予防につなげていく上で有効です。令和 3 年度の受診率は、全国・県ともに 56.2%となっています。
- また、県の受診率は、平成 26 年度から令和元年度まで増加傾向にあり、7.6 ポイ

ント増加しましたが、令和2年度には2.7%ポイント減少したものの令和三年には再び増加に転じました。

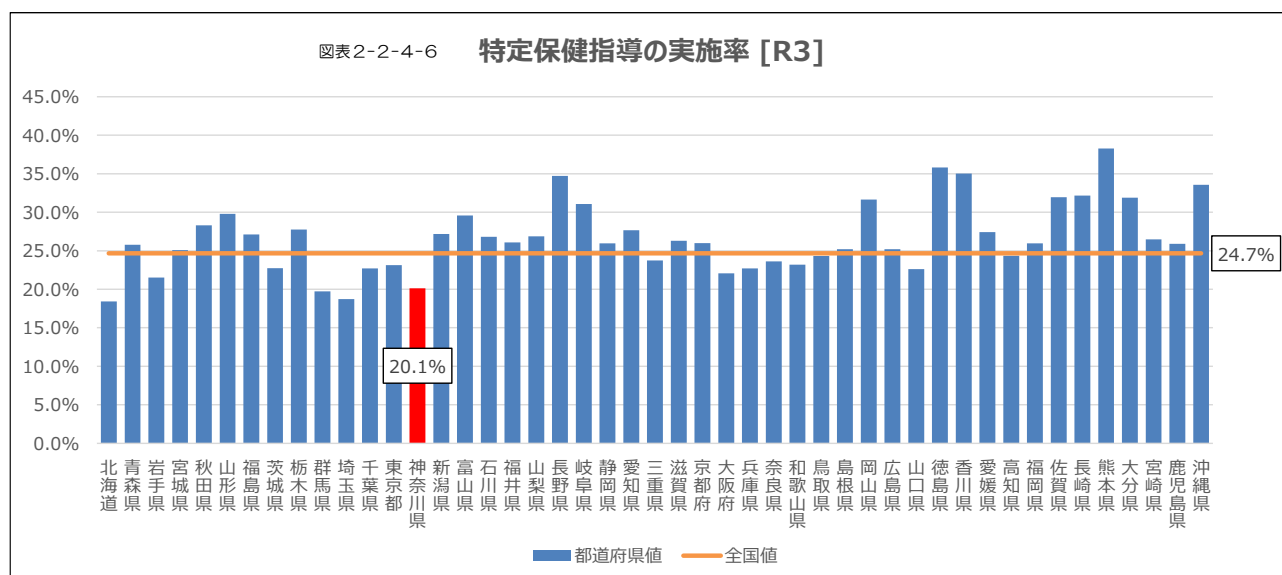


厚生労働省「特定健康診査の実施状況」（令和3年度）

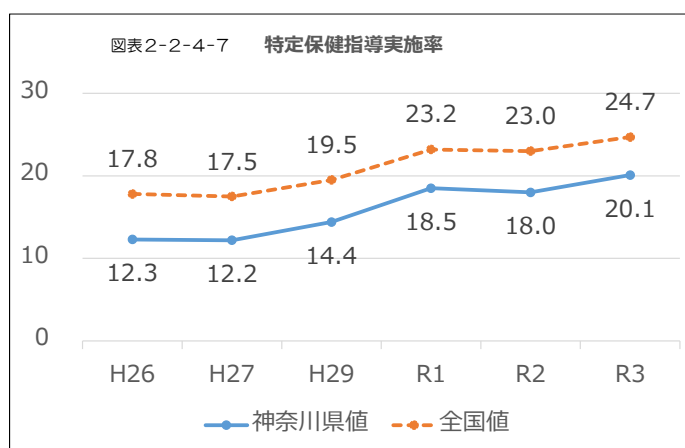


厚生労働省「特定健康診査の実施状況」

- 一方、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して特定保健指導を実施しますが、県の実施率は、20.1%と全国で44位と低く、全国値と4.6%ポイントの差があります。



厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3年度)



厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

- そのため、糖尿病のハイリスク者に対し、健康診断後の保健指導などにより、生活習慣を見直し、改善することが必要です。特に、特定保健指導の実施割合の向上が課題です。

(3) 医療

ア 総論

(ア) 初期・安定期治療

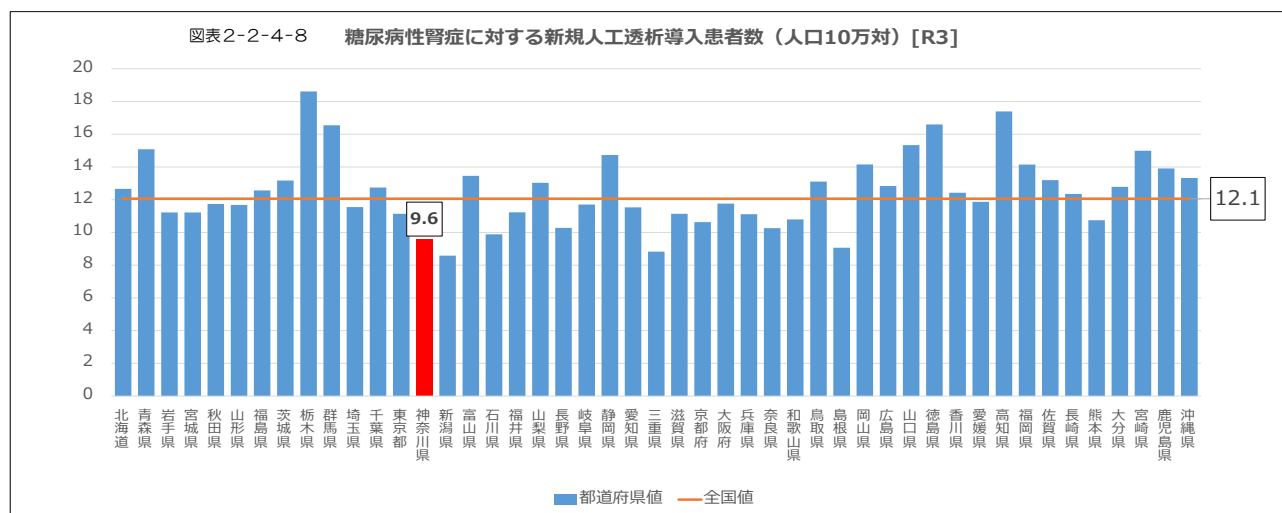
- 糖尿病を原因とした入院として、糖尿病ケトアシドーシス(DKA)、昏睡、低血糖などがあげられます。
- 令和__年度の当該原因により入院した患者数(糖尿病患者1年当たり)は、__人で、全国と比較し__です。(令和6年2月把握予定)
- また、令和__年度の重症低血糖患者数(糖尿病患者1年当たり)は、__人で、全国と比較し__です。(令和6年2月把握予定)
(図表作成予定)
- あわせて、糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いこ

とから、治療を継続することが重要です。

- そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。
- さらに特定健康診査等結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導により糖尿病とその合併症の発症予防・重症化予防を行うことが必要です。
- また、令和2年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、有意に歯周ポケットの重症度が高いことが示されています。
- 県民歯科保健実態調査によると、糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合の推移は、平成23年で55.2%、平成28年で56.2%、令和2年度で53.5%とほぼ横ばいとなっています。
- そのため、糖尿病と歯周病の関連性についての理解をさらに進めるために、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、歯科保健指導や適切な受診を推進していくことが必要です。

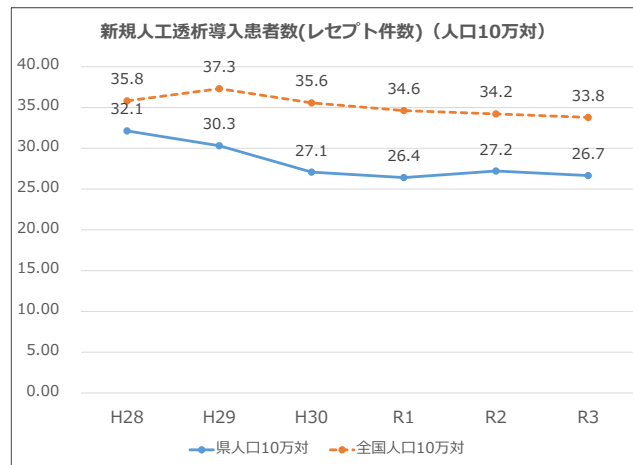
(イ) 重症化予防・合併症予防

- 糖尿病は、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの合併症を併発しやすく、腎症が重症化すると人工透析の導入が必要となるため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。
- 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）は、9.6人であり、全国値を2.5人下回っています。
- また、新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口10万対）を見ると、平成28年から令和3年にかけて減少傾向にあります。



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（令和3年）
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

図表2-2-4-9

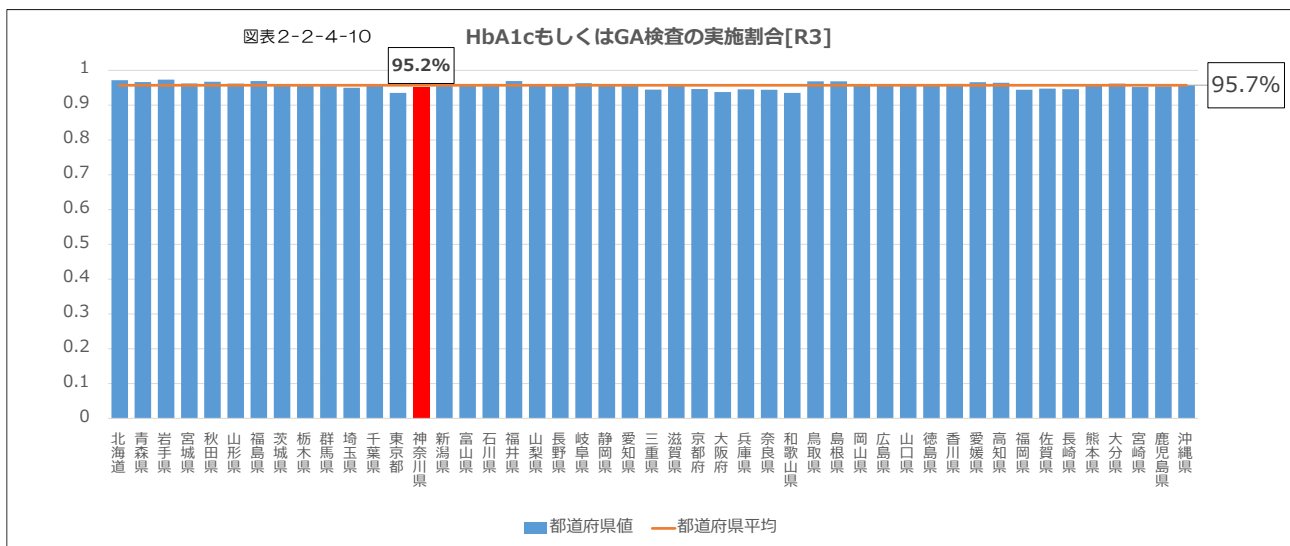


厚生労働省「NDB」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

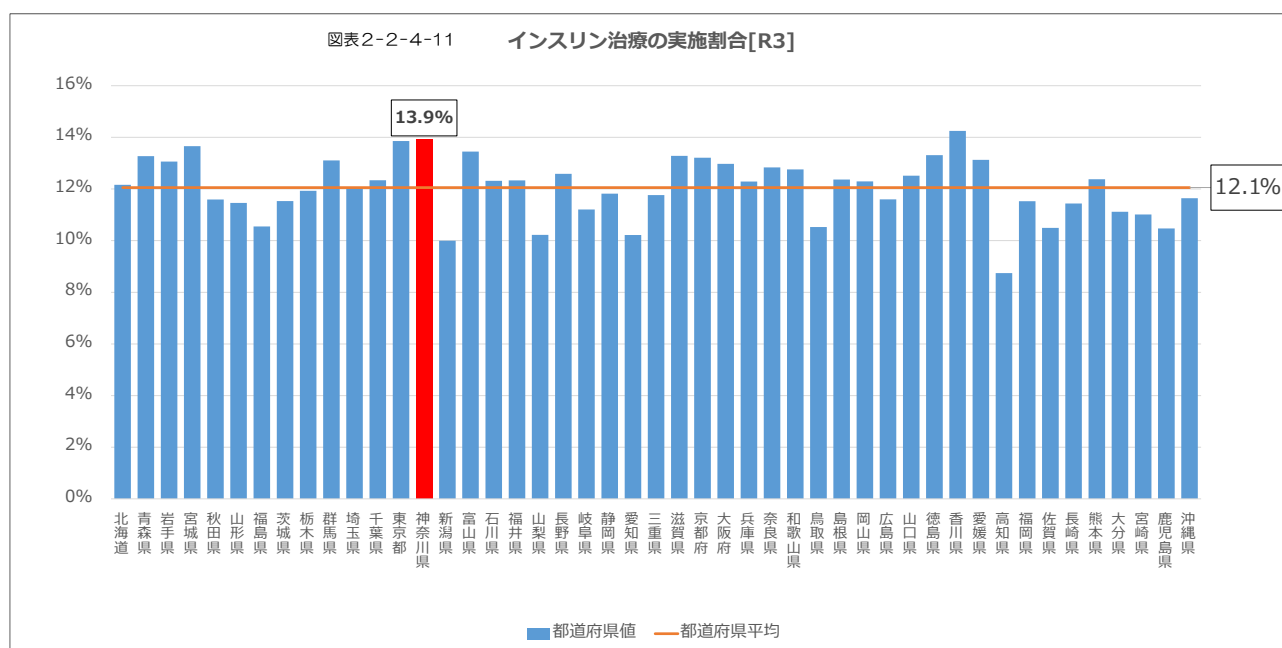
イ 治療

- 糖尿病の初期・安定期には適切な診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う必要があります。
- HbA1c もしくはG A検査は、糖尿病の評価に必要な血糖値を把握できるため、検査により適切な初期治療に結びつけ、重症化を予防することができます。
- 県の令和3年度の当該検査の実施割合を見ると、95.2%で、全国値 95.7%とほぼ同値となっています。なお、すべての都道府県が90%を越えており、高い水準となっています。



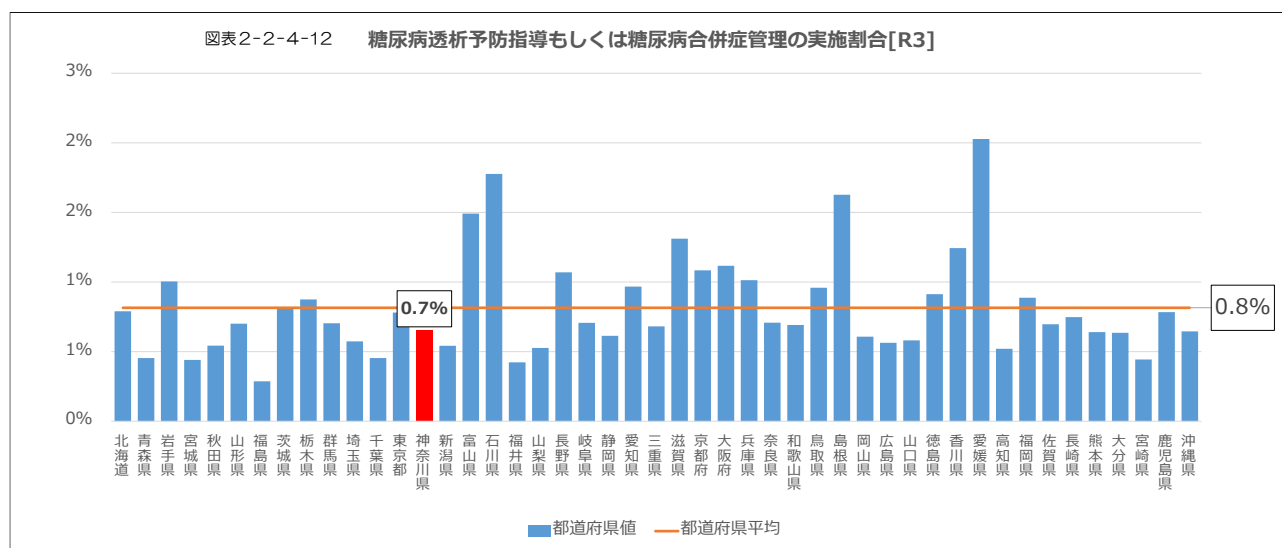
厚生労働省「NDB」(令和3年)

- また、適切な血糖コントロールを行うためには、主にインスリンによる治療を行う必要があります。県の令和3年度の当該治療の実施割合は、13.9%であり、都道府県平均を1.8%ポイント上回っています。



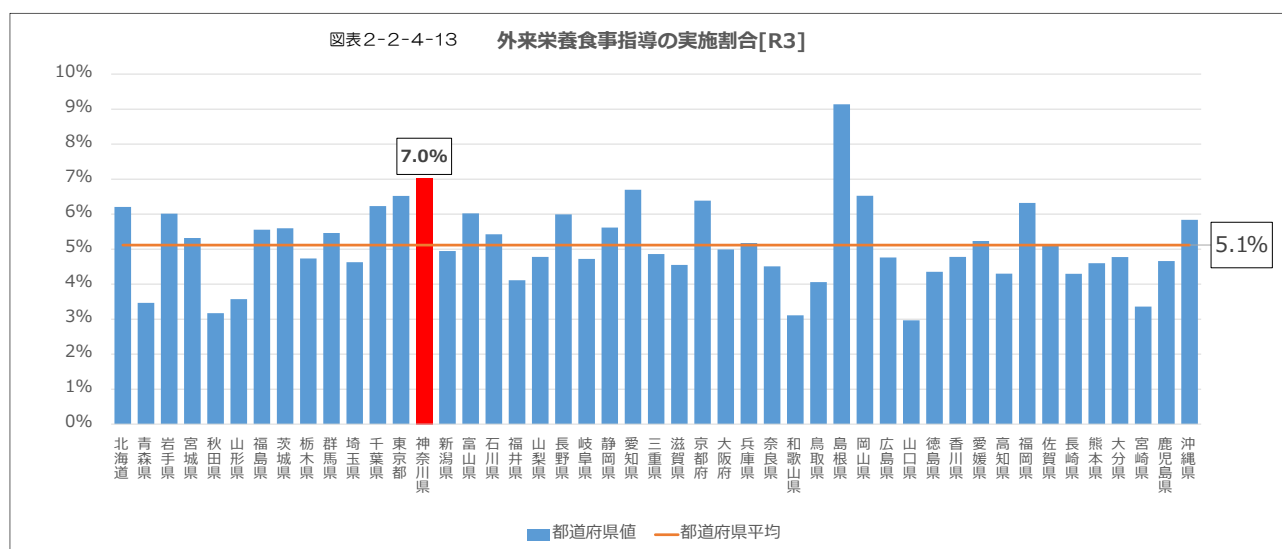
厚生労働省「NDB」（令和3年）

- 県の令和3年度の糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合は、0.7%であり、都道府県平均を0.1%ポイント下回りますが、多数の都道府県が1%未満となっています。



厚生労働省「NDB」（令和3年）

- あわせて、糖尿病の治療では、食習慣などの生活習慣の見直しが必要になります。
- 県の令和3年度の外来栄養食事指導料の実施割合は7.0%であり、全国値を1.9%ポイント上回っています。

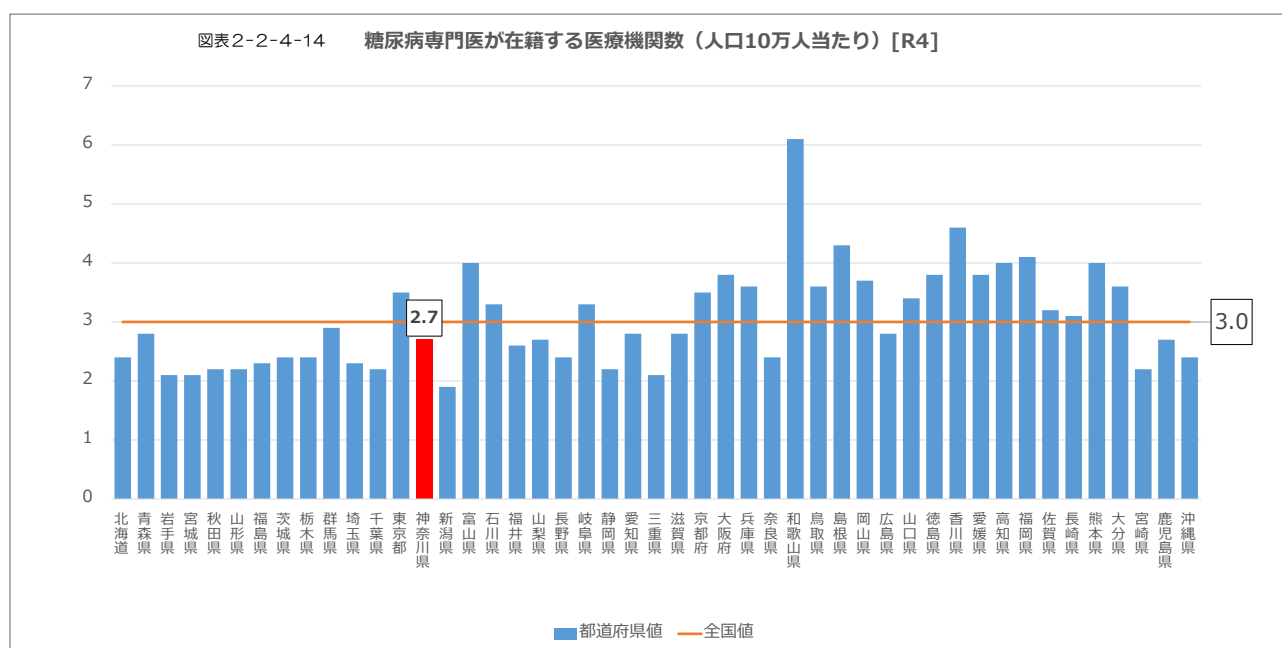


厚生労働省「NDB」（令和3年）

- このように、県における糖尿病の治療および重症化予防について、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。

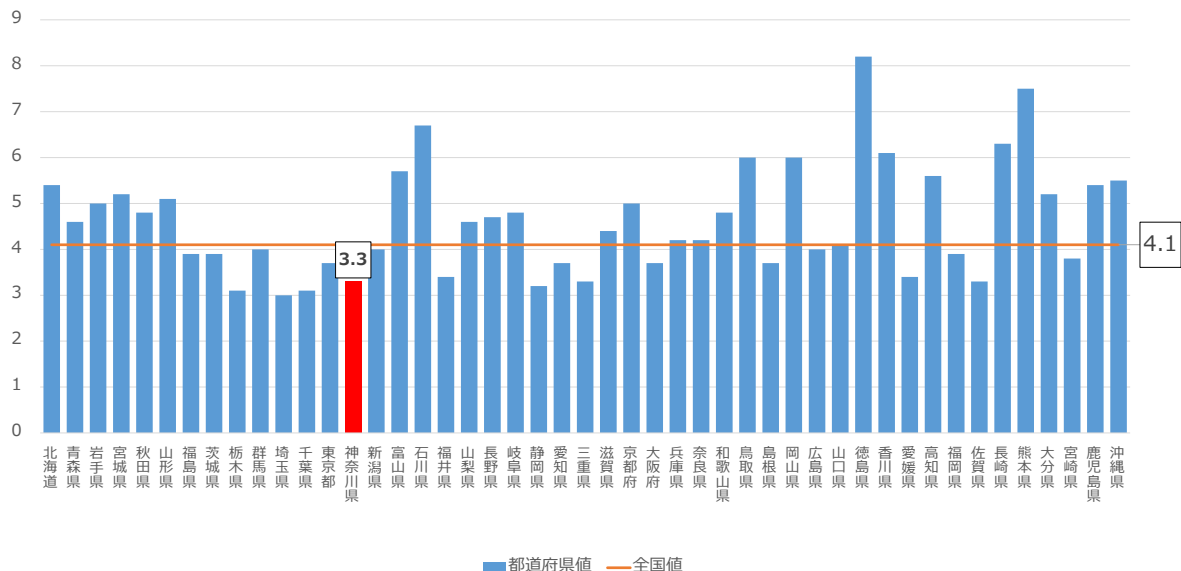
ウ 医療資源

- 糖尿病は治療の専門性が高いため、糖尿病専門医による治療や糖尿病療養指導士による指導が必要になります。
- 県の令和4年度の当該専門医及び療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人あたり）を見ると、全国値と比較し、専門医は0.3低く、療養指導士は0.8低くなっています。



日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会HP）」（令和4年）

図表2-2-4-15 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）[R4]



日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導士の状況（日本糖尿病療養指導士認定機構HP）」（令和4年）

- このように、県における専門医及び療養指導士が在籍する医療機関数は全国値を下回る傾向にあります。
- そのため、今後の高齢化に伴う患者数の増加に備え、効率的な医療資源の運用が求められます。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

未病の改善を進めることで糖尿病の発症を限りなく抑えられており、また糖尿病が発症した際にも健康な人と変わらない日常生活を送ることができるよう、合併症の発症や重症化を予防するための体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆糖尿病の予防に対する取組の充実
- ◆糖尿病治療に関する連携体制の充実
- ◆糖尿病の重症化予防・合併症予防に対する取組の充実

（1）糖尿病の予防

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）などにより、糖尿病の発症予防（一次予防）の取組を推進していきます。
- 県は、糖尿病を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・

特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会・普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。

- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病と歯周病の関連性について、県民に分かりやすい情報提供を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 糖尿病の医療

ア 糖尿病の治療

- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病治療の質の向上に向け、医療従事者に対する研修を実施するなど、人材の育成を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・福祉関係者は、多職種協働による在宅医療の支援体制の充実を図ります。

イ 糖尿病の重症化予防・合併症予防

- 県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム(神奈川県糖尿病対策推進プログラム)」により、市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。
- 県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 県は、市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、患者の治療中断を防止するため、地域の実情を踏まえた上で、患者教育、情報提供、受診勧奨などの取組を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

【コラム】慢性腎臓病（ＣＫＤ）とは

- 主に糖尿病や高血圧等の生活習慣病の悪化により発症し、重症化すると腎不全に至り、人工透析や腎移植が必要となることから、早期に発見し、治療につなげることが重要です。
- 日本人の成人の約８人に１人、約１,３００万人は慢性腎臓病と推計されています。
- また、神奈川県慢性腎臓病患者数は、９８万４,７００人と推計されています。

<これまでの取組>

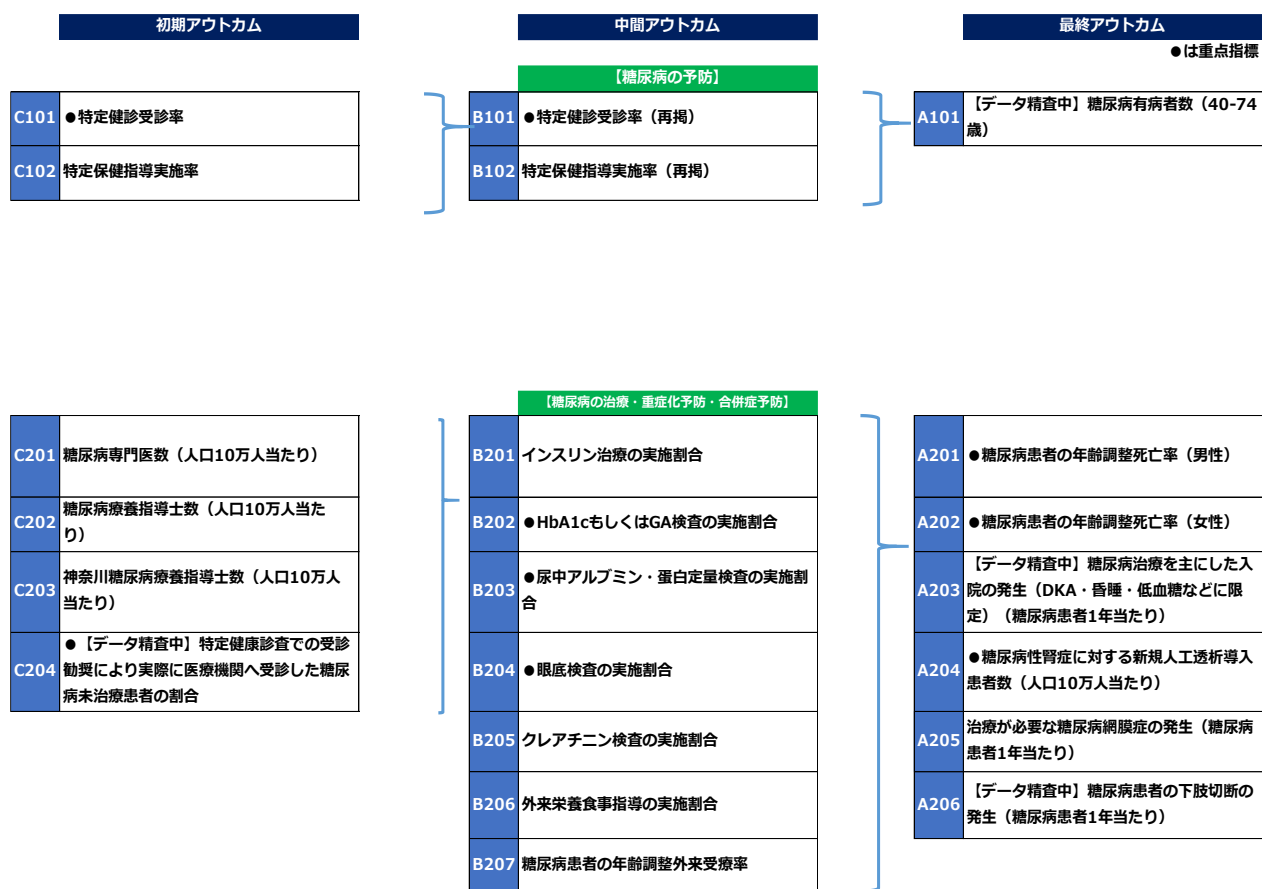
- 広く慢性腎臓病（ＣＫＤ）の普及啓発を目的とした県民向けリーフレット及び腎臓専門医への紹介の基準等について啓発を行うことを目的としたかかりつけ医向けリーフレットを作成、配布しています。
- また、県民向けの講演会や相談会、医療従事者向けの研修会を実施しています。
- さらに、医師会等の協力を得て、平成２９年に、県独自の「かながわ糖尿病未病改善プログラム」を作成し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する取組を行ってきました。

<今後の取組>

- 県内の腎臓専門医療機関や関係団体、保険者、行政と連携し、神奈川県慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策連絡協議会においては、普及啓発や人材育成等の包括的な腎疾患対策について、神奈川県慢性腎臓病（ＣＫＤ）診療連携構築協議会においては医療機関の診療連携の仕組みについて検討を進めていきます。
- また、かかりつけ医が、速やかに専門医に相談や紹介ができるよう、腎臓専門医療機関のリストを県ホームページ等で公開することも検討します。
- かながわ糖尿病未病改善プログラムによる医師会と行政の連携促進及び糖尿病治療中断者・未治療者への受診勧奨等を推進していきます。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	特定健診受診率	厚生労働省, 特定健康診査の実施状況	56.2%(R3)	70%
	C102	特定保健指導実施率	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1%(R3)	45%
	C201	糖尿病専門医数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 医療施設調査 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	4.5 人(R4)	4.9 人
	C202	糖尿病療養指導士数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	10.9 人(R4)	11.9 人
	C203	神奈川糖尿病療養指導士数(人口 10 万人当たり)	(令和6年2月把握予定)	(令和6年2月把握予定)	(検討中)
	C204	【データ精査中】 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	厚生労働省, NDB	(令和6年2月把握予定)	(検討中)
中間	B101	特定健診受診率(再掲)	厚生労働省, 特定健康診査の実施状況	56.2%(R3)	70%
	B102	特定保健指導実施率(再掲)	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1%(R3)	45%
	B201	インスリン治療の実施割合	厚生労働省, NDB	14%(R3)	14%以上
	B202	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	厚生労働省, NDB	95%(R3)	95%以上
	B203	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	厚生労働省, NDB	22.2%(R3)	22.2%以上
	B204	眼底検査の実施割合	厚生労働省, NDB	40.4%(R3)	40.4%以上
	B205	クレアチニン検査の実施割合	厚生労働省, NDB	92.7%(R3)	92.7%以上
	B206	外来栄養食事指導の実施割合	厚生労働省, NDB	7%(R3)	7%以上
	B207	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省, 患者調査	95%(R2)	95%以上
最終	A101	【データ精査中】 糖尿病有病者数(40～74 歳)	神奈川県, かながわ健康プラン 21	(令和6年2月把握予定)	(検討中)
	A201	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省, 人口動態特殊報告	3.8%(H27)	3.8%以下
	A202	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	厚生労働省, 人口動態特殊報告	1.9%(H27)	1.9%以下
	A203	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者 1 年当たり)	厚生労働省, NDB	(令和6年2月把握予定)	(検討中)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	A204	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数(人口 10 万人当たり)	日本透析医学会, わが国の慢性透析療法の現況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	9.6人(R3)	8.1 人
	A205	治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者 1 年当り)	厚生労働省, NDB	1.5%(R3)	1.5%以下
	A206	【データ精査中】 糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者 1 年当り)	(令和6年2月把握予定)	(令和6年2月把握予定)	(検討中)

5 参考指標一覧

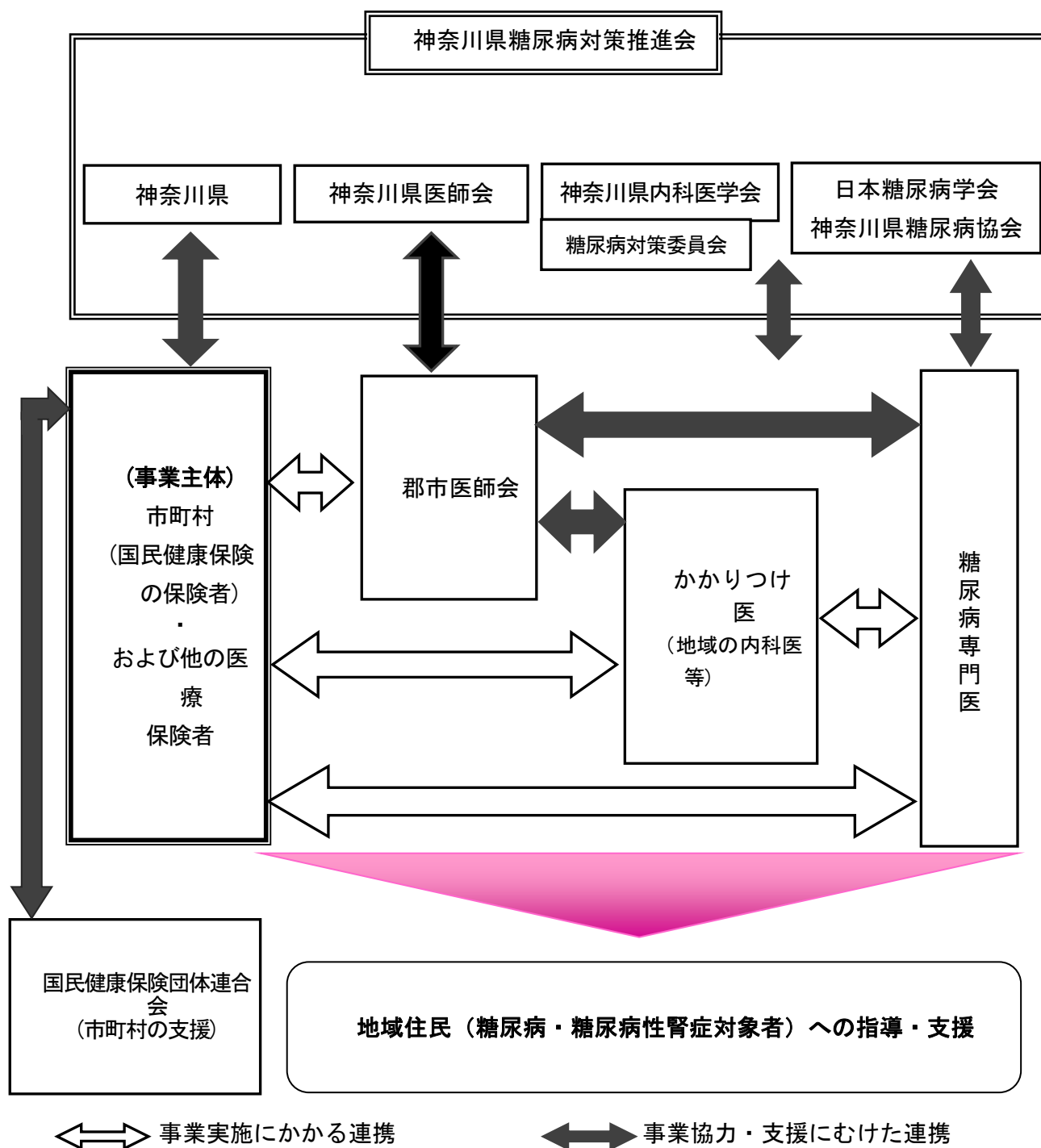
※目標値は掲げないものの、当該分野の進捗を確認するための指標として、数値を把握していきます。

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
1 型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	0.9 機関(R3)
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	1機関(R3)
腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本腎臓学会「腎臓専門医県別人数(日本腎臓学会 HP)」	2.5 機関(R4)
歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB 日本歯周病学会「歯周病専門医の認定状況」	0.7 機関(R4)
糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	4.7 機関(R3)
糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	0.5 機関(R3)
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	1.7機関(R3)
糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病学会, 糖尿病専門医の認定状況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	2.7 機関(R4)
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	3.3 機関(R4)
神奈川糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	(令和6年2月把握予定)	(検討中)
糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	厚生労働省, NDB	0.7%(R3)
治療継続者の割合	神奈川県, 県民健康栄養調査	71.1% (H29～R元)
重症低血糖症の発生(糖尿病患者 1 年当り)	厚生労働省, NDB	0.9%(R3)
糖尿病が強く疑われる者の数	厚生労働省, NDB	439,222 人(R3)
糖尿病予備群の者の数	厚生労働省, 国民健康・栄養調査	1,168,146人(R元)

■糖尿病の医療機能の連携体制 【医療保険課】

○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

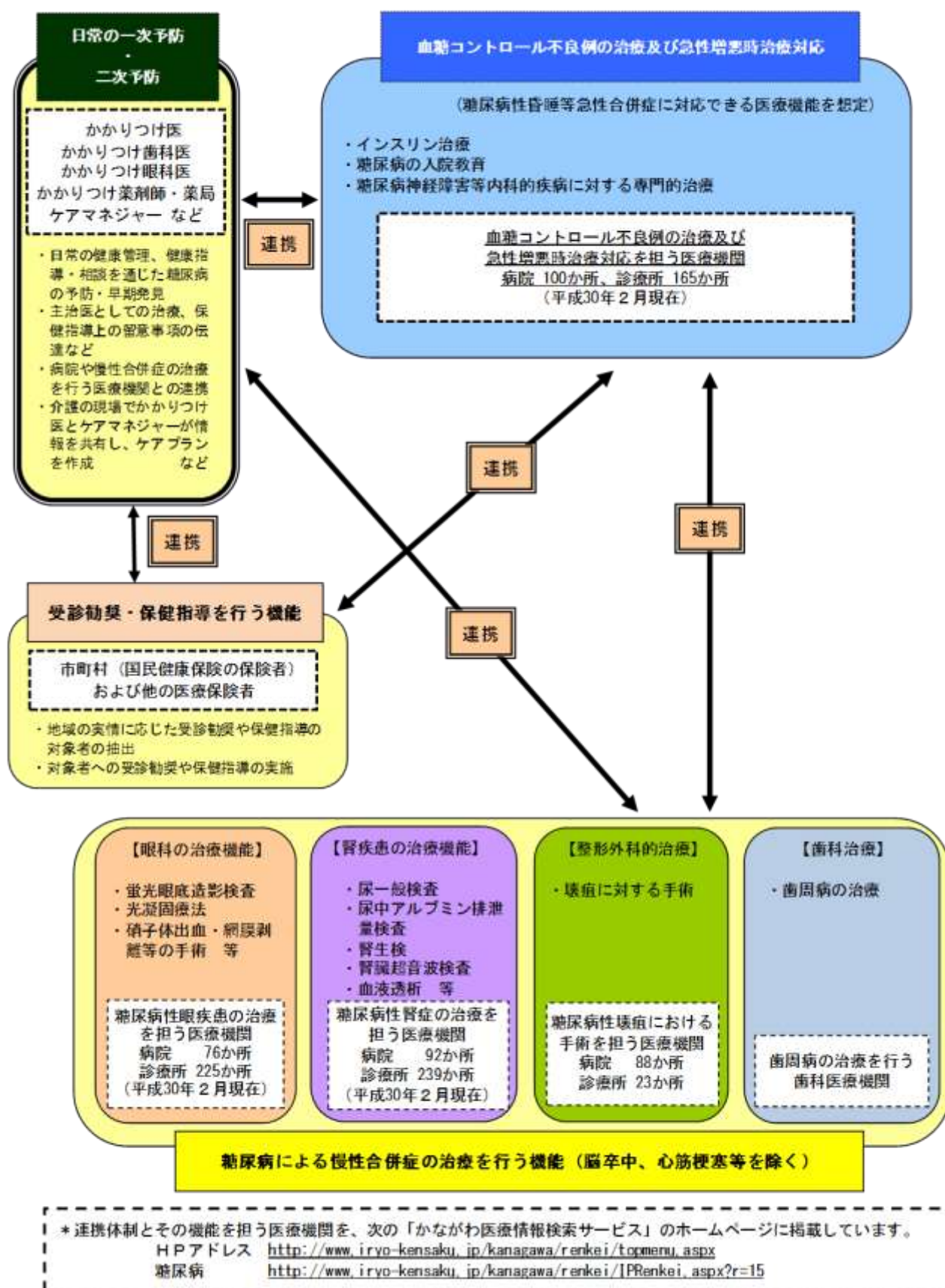
(=かながわ糖尿病未病改善プログラム(神奈川県糖尿病対策推進プログラム)の推進体制)



【参考】地域住民(糖尿病・糖尿病性腎症対象者)への指導・支援に関わることが想定される職種

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、臨床心理士、運動療法士、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、視能訓練士、言語聴覚士、柔道整復師、介護福祉士、ソーシャルワーカー、介護ヘルパー、ケアマネジャー、医療事務 など様々な職種が関わることが想定されます。

■ 糖尿病の医療の提供体制



第5節 精神疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・近年、精神疾患患者が増加しています。
- ・本県の人口当たりの入院患者は、全国平均よりも少なく、外来患者は全国平均よりも多くなっています。
- ・本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は全国平均よりも短くなっています。

【課題】

- ・メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防が必要です。
- ・適切な医療への早期アクセスが必要です。
- ・社会復帰・地域生活支援が必要です。

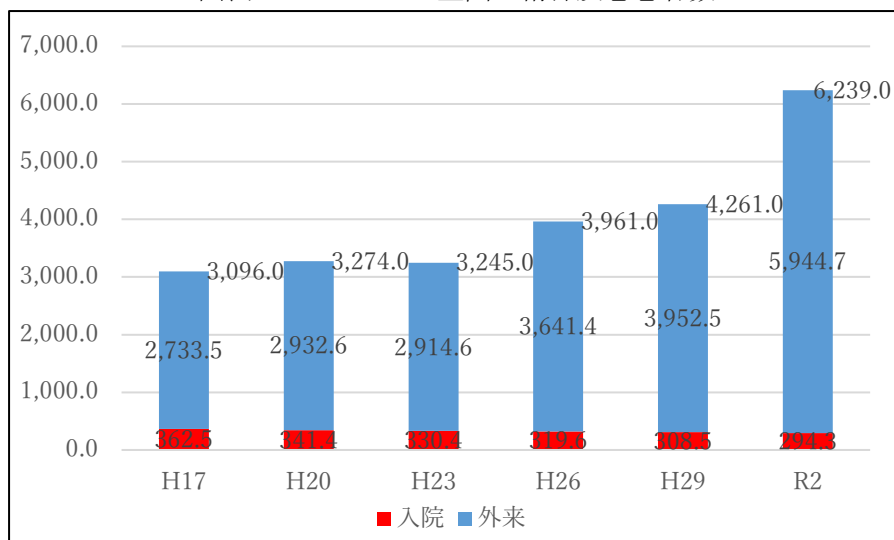


(1) 精神疾患について

ア 精神疾患の定義と医療体制の現状

- 精神疾患は、統合失調症、うつ・躁うつ病、不安障害等の神経症性障害、認知症、知的障害、発達障害、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD（※1）、摂食障害、てんかんなど、多種多様な疾患の総称です。
- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、令和2年患者調査によると、全国の総患者数は623万9千人で、平成29年の前回調査時の426万1千人から大きく増加しています。（図表2-2-5-1）

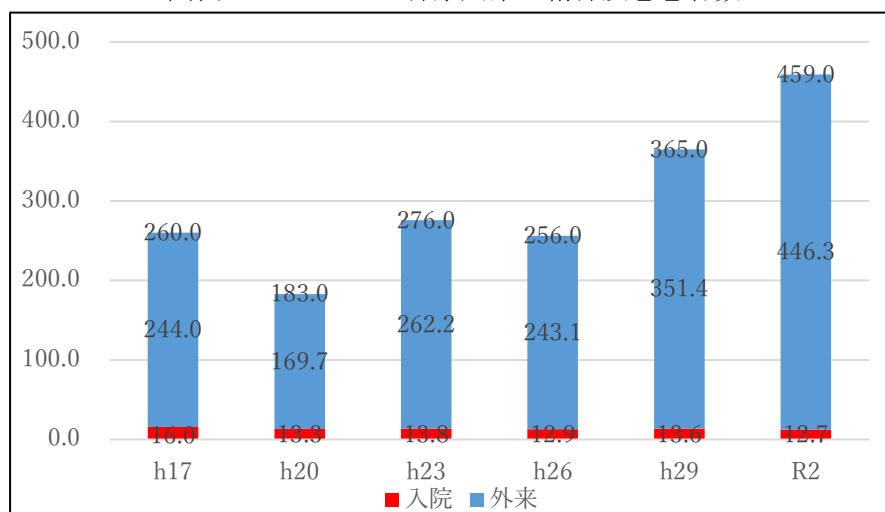
図表2-2-5-1 全国の精神疾患患者数



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 本県の総患者数（※2）は、令和2年患者調査によると45万9千人で、平成29年の36万5千人から増加しています。（図表2-5-2）

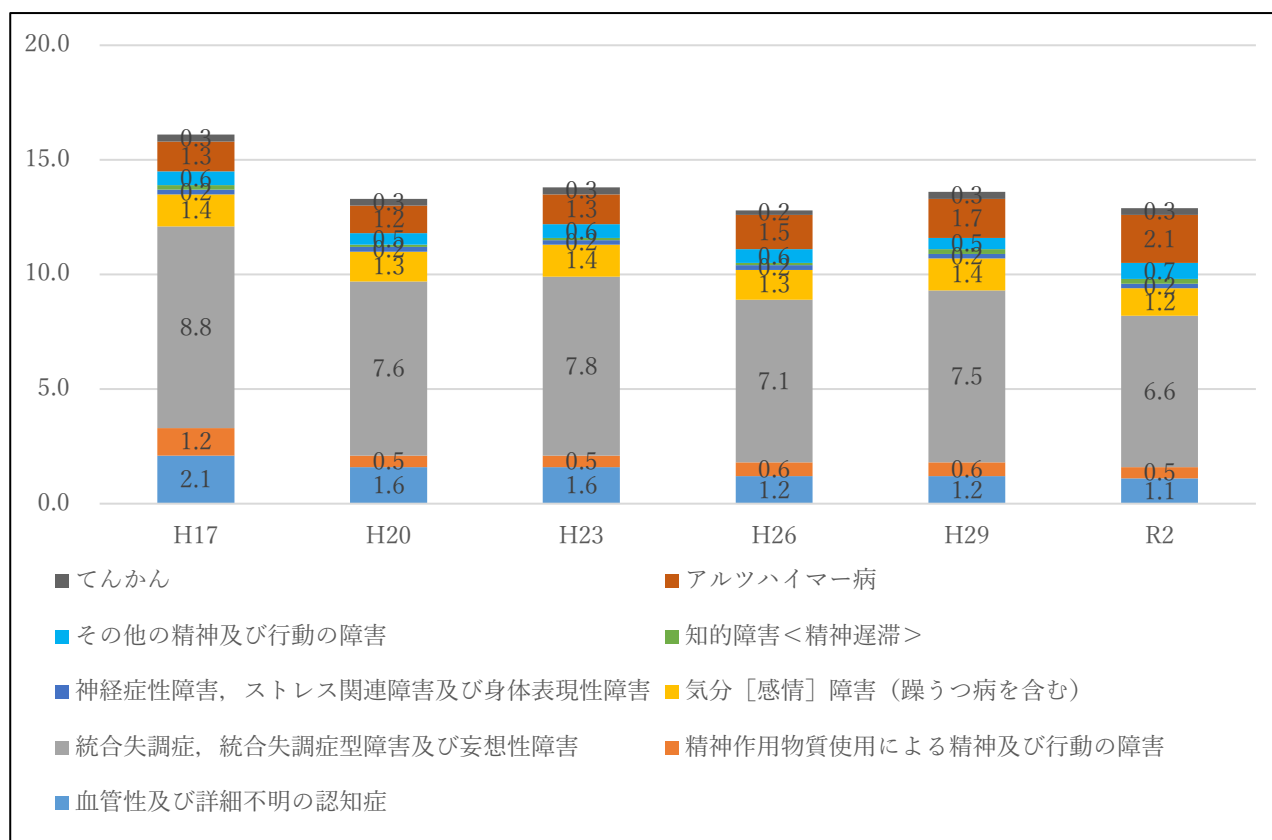
図表 2-2-5-2 神奈川県精神疾患患者数



(出典) 厚生労働省「患者調査」

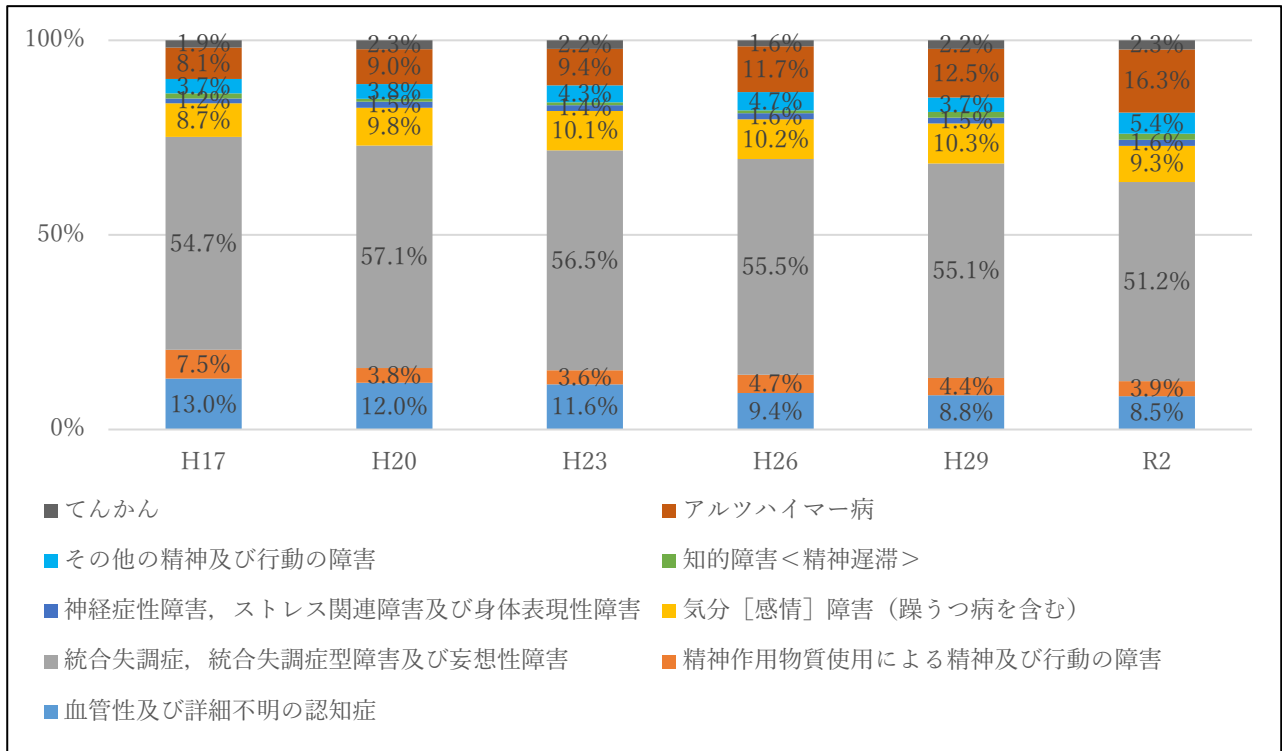
- 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害（うつ病など）が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。（図表2-2-5-3、図表2-2-5-4）

図表 2-2-5-3 神奈川県精神科入院患者数（疾患別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

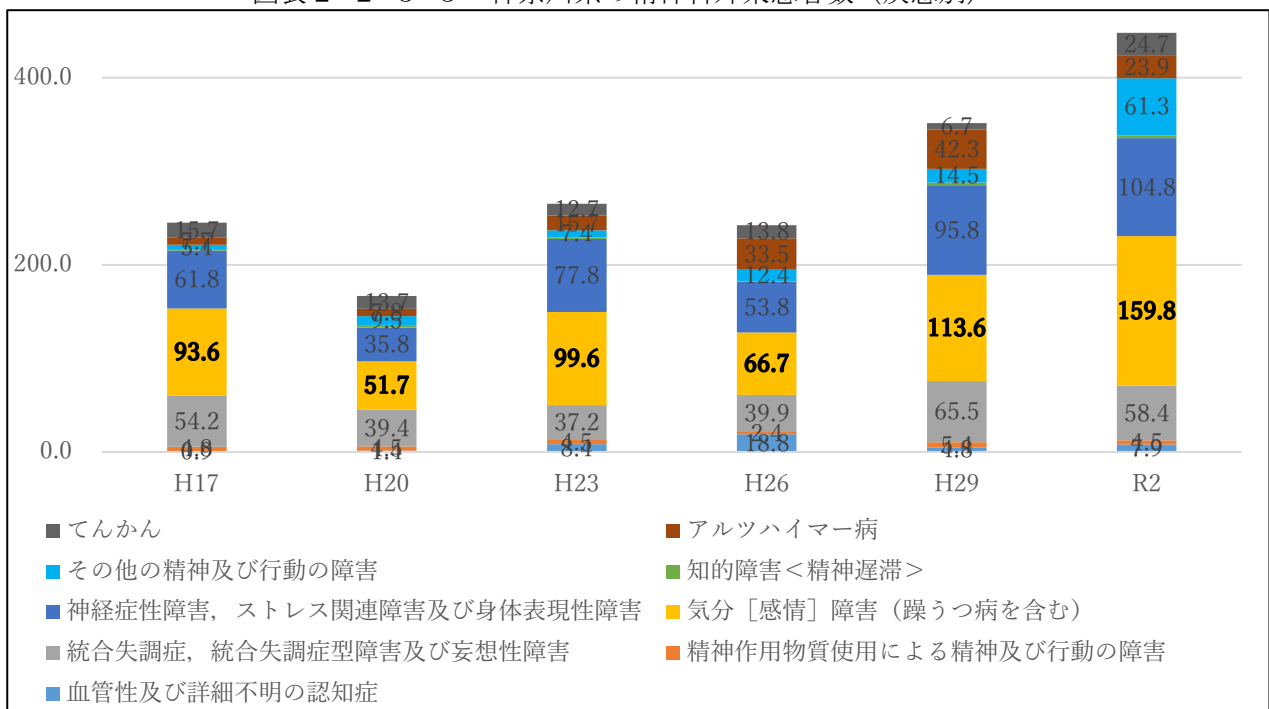
図表 2-2-5-4 神奈川県精神科入院患者の割合（疾患別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

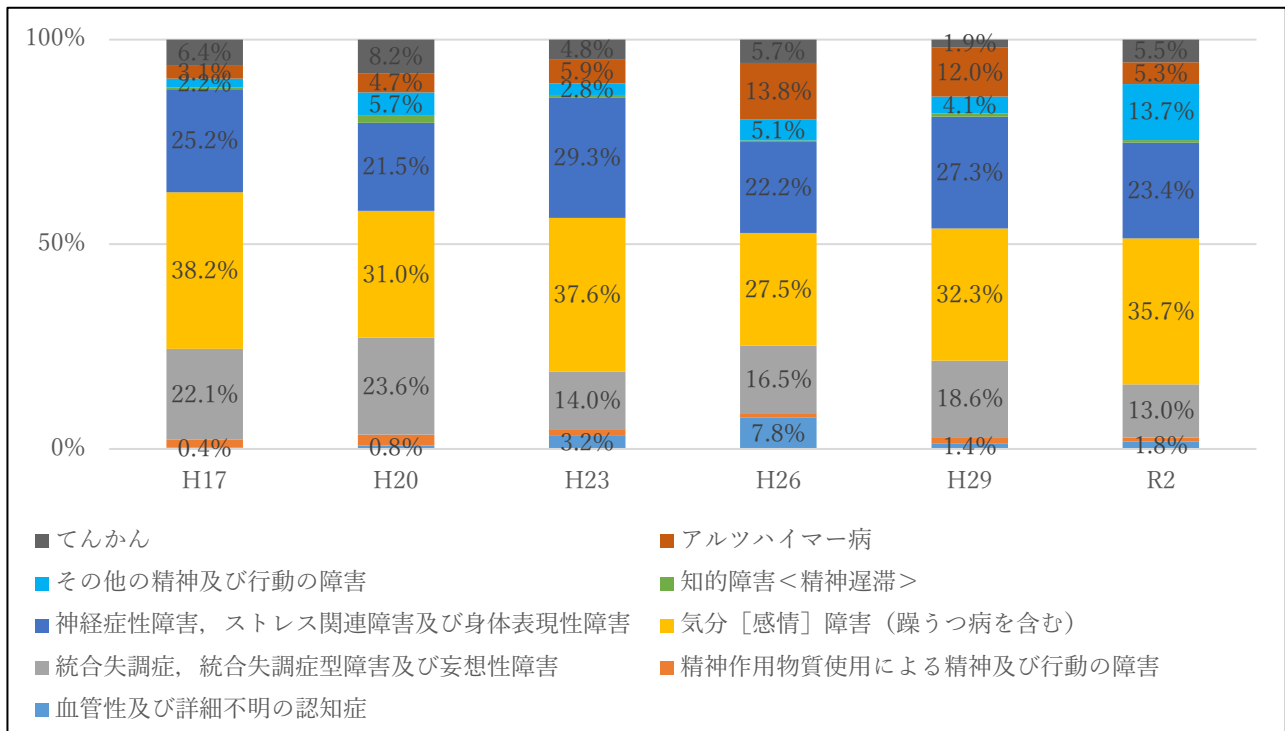
- 本県の外来患者数（※3）は、44万6千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害（うつ病など）が35.7%、神経症性障害（不安障害など）が23.4%、その他の精神及び行動の障害が13.7%の順となっています。（図表2-2-5-5、図表2-2-5-6）

図表 2-2-5-5 神奈川県精神科外来患者数（疾患別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

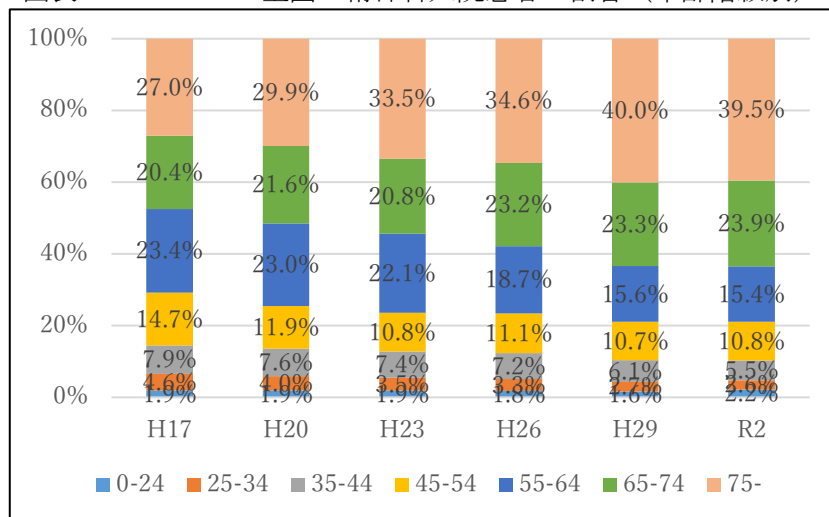
図表 2-2-5-6 神奈川県精神科外来患者の割合（疾患別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

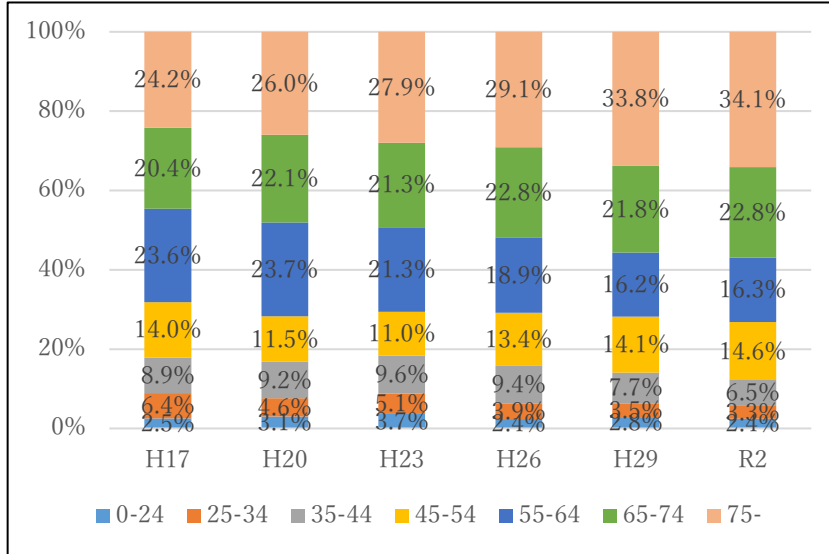
- 入院患者を年齢階級別で見ると、全国及び本県ともに 75 歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25 歳から 54 歳の占める割合が全国の 18.9% に対して 24.4% と高くなっています。（図表 2-2-5-7、図表 2-2-5-8）

図表 2-2-5-7 全国の精神科入院患者の割合（年齢階級別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

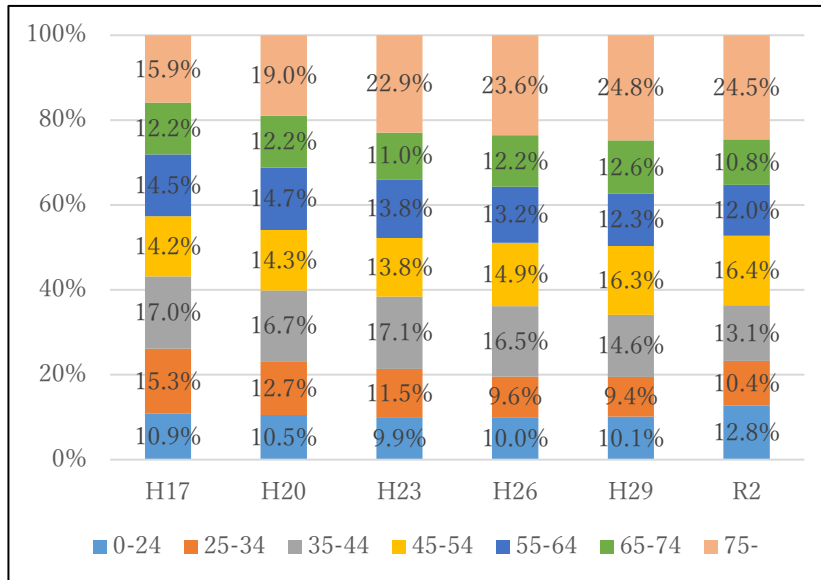
図表 2-2-5-8 神奈川県精神科入院患者の割合（年齢階級別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

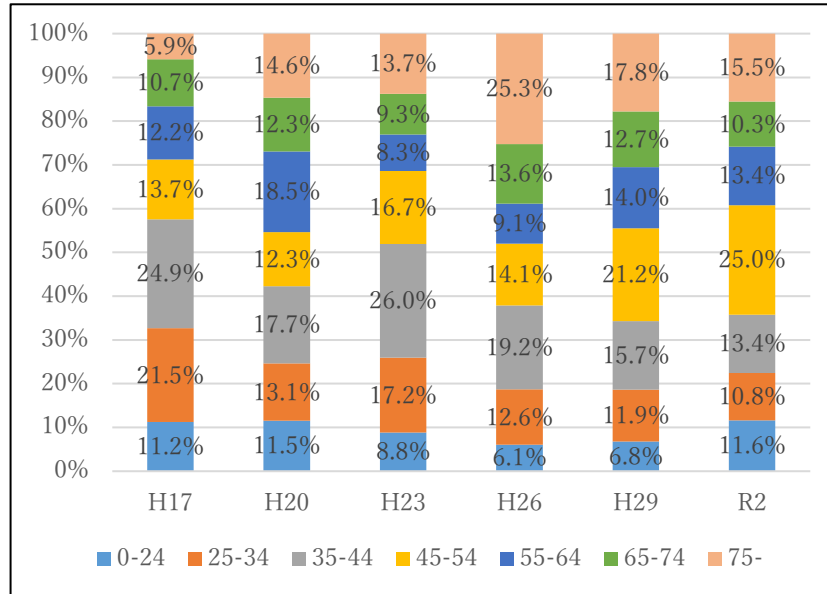
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。（図表2-2-5-9、図表2-2-5-10）

図表 2-2-5-9 全国精神科外来患者の割合（年齢階級別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

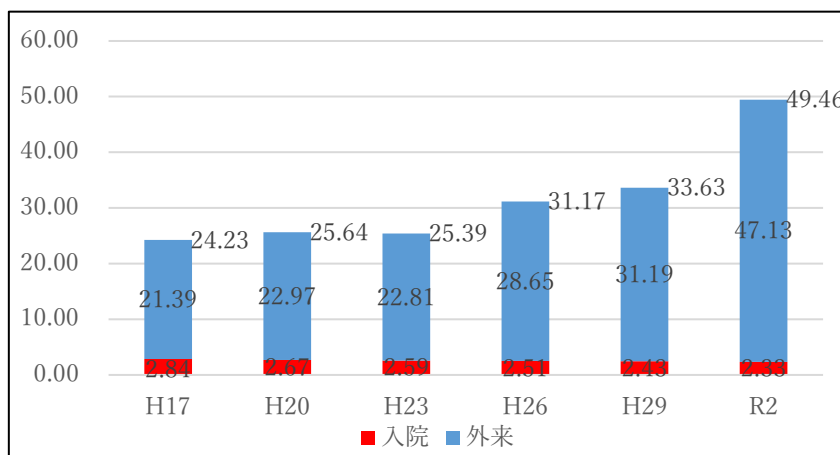
図表 2-2-5-10 神奈川県精神科外来患者の割合（年齢階級別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

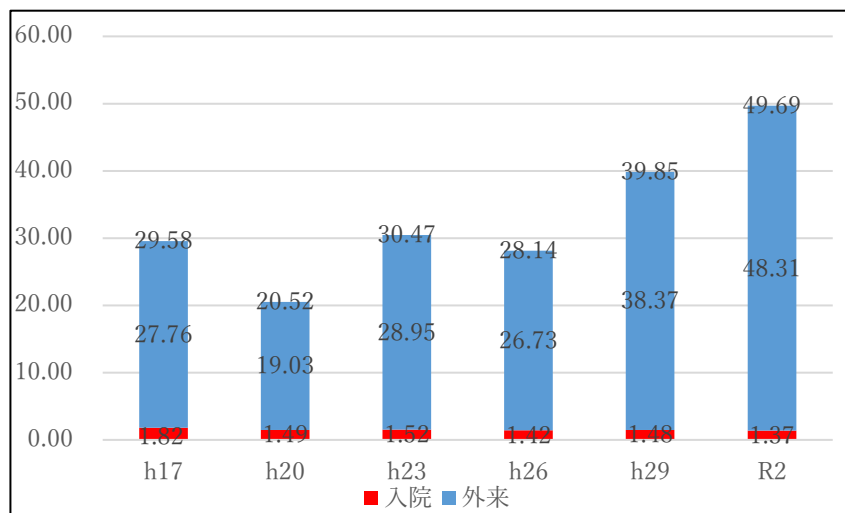
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの入院患者数は、全国の2.33人に対して、本県は1.37人で、0.96人少ない状況にあります。（図表2-2-5-11、図表2-2-5-12）
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの外来患者数は、全国の47.13人に対して、本県は48.31人で、1.18人多い状況にあります。（図表2-2-5-11、図表2-2-5-12）

図表 2-2-5-11 全国の人口千人当たり総患者数



（出典）厚生労働省「患者調査」

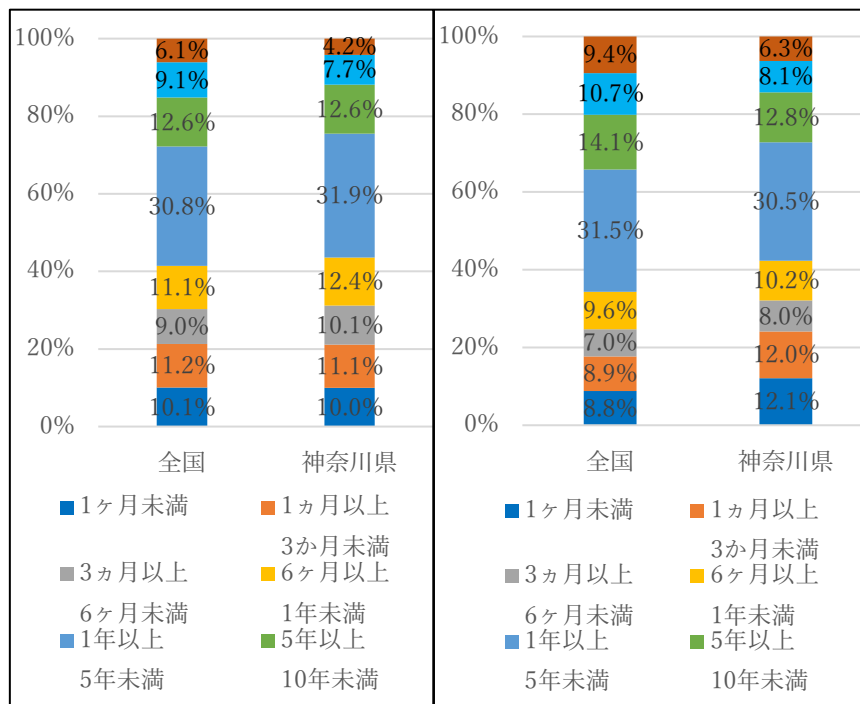
図表 2-2-5-12 神奈川県の人人口千人当たり総患者数



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年度の精神保健福祉資料 630 調査における入院患者を、入院形態別及び在院期間別にみると、医療保護入院、任意入院ともに1年未満の入院患者の占める割合は全国に比べて本県の方が高い状況にあります。また、10年以上の長期入院患者の占める割合は全国と比べて本県は医療保護入院、任意入院（※4）ともに少ない状況にあります。（図表 2-2-5-13）

図表 2-2-5-13 医療保護入院・任意入院患者の割合



(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630 調査」

- 令和4年度630調査において、6月30日時点で精神科医療機関に入院している患者のうち、精神症状から医師の判断により隔離が必要とされた患者は584人、身体的拘束が必要と判断された患者は900人となっています。
- 令和3年病院報告によると、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、全国平均が275.1日であるのに対し、本県の平均は237.0日と38日短くなっています。(図表2-2-5-14)

(作成予定) 図表2-2-5-14 精神病床における新規入院患者の平均在院日数

(出典) 厚生労働省「病院報告」

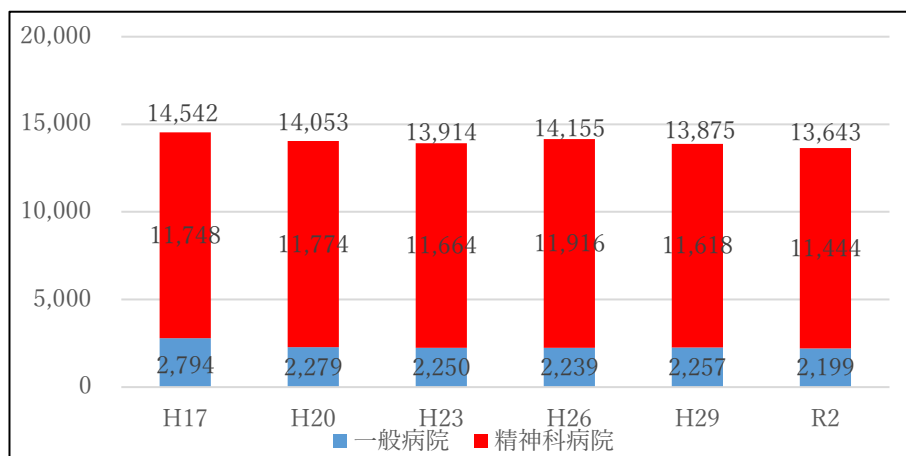
- 令和4年度精神保健福祉資料によると、県内に住所を有する在院期間1年以上の患者数は、令和4年6月末時点で6,593人となっています。(図表2-5-15)

(作成予定) 図表2-2-5-15 在院期間1年以上の患者数

(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630調査」

- 県内の精神病床を有する医療機関数は、令和5年4月1日現在、県域に27医療機関、横浜市に28医療機関、川崎市に9医療機関、相模原市に6医療機関の70医療機関となっています。
- 令和5年4月1日現在の本県の精神病床の許可病床数は、13,454床となっています。
- 本県の精神医療体制は、横浜市、川崎市、相模原市を含めた全県域を一圏域としています。
- 精神病床は、精神科以外の診療科も有する総合病院が開設している病床と、精神科のみを標榜する精神科単科病院が開設している病床があります。令和2年の医療施設調査では、県内の精神病床の83.9%は精神科単科病院が設置をしています。(図表2-5-16)

図表2-2-5-16 神奈川県精神病床数

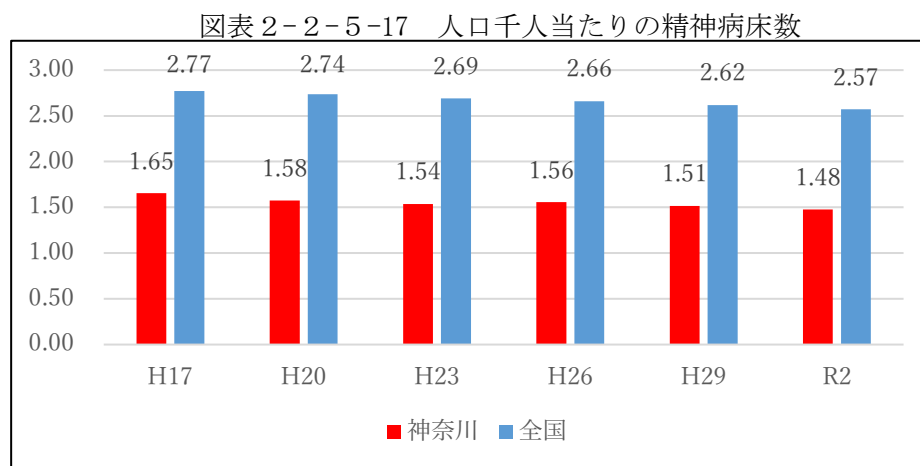


(出典) 厚生労働省「病院報告」

- 平成17年と令和2年の精神病床数の増減率を見ると、総合病院における精神病床

が 78.7%と減少した一方、精神科単科病院では 97.4%に留まっています。

- 令和 2 年の医療施設調査における人口千人当たりの精神病床数は、全国の 2.57 床に対して、本県は 1.48 床となっており、全国に比べて 1.09 床少なく、全国で人口千人当たりの精神病床が最も少ない状況となっています。(図表 2-2-5-17)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、依存症専門医療機関として、次の医療機関を選定しています。

また、依存症専門医療機関の中から、精神医療センター、北里大学病院の 2 医療機関を依存症治療拠点機関として選定し、依存症医療者や支援者、家族向けの研修、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-2-5-18 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関（令和 5 年 3 月 31 日現在）

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
(医) 祐和会 大石クリニック	横浜市中区	○	○	○
<u>(地独) 神奈川県立病院機構 精神医療センター</u>	横浜市港南区	○	○	○
(医) 誠心会 神奈川病院	横浜市旭区	○	○	—
<u>(学) 北里研究所 北里大学病院</u>	相模原市南区	○	○	○
(独法) 国立病院機構 久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
(医) 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

- 摂食障害の治療を行っている精神科、心療内科、小児科いずれかの外来を有し、救急医療体制と連携がとれる医療機関を、摂食障害支援拠点病院として指定することとされていますが、本県では指定されていません。
- 高次脳機能障害者への支援に関する取組を推進するため、神奈川県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障害支援拠点機関として指定し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、高次脳機能障害の正しい理解を促進するための普及・啓発事業、高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修等を実施しています。
- てんかん診療及び普及啓発を目的として、聖マリアンナ医科大学病院をてんかん支援拠点病院として指定し、てんかんに関する専門的な相談支援、医療機関、自治体等の関係機関、患者家族等の連携を図るほか、関係機関の医師等に対し、てんかんについての助言・指導や地域における普及啓発等を実施しています。
- 認知症の人は、令和7年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い併せて認知症の人も増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になると言われています。認知症疾患医療センターは、鑑別診断や初期対応、急性期治療や診断後の地域の支援など地域での認知症医療提供体制の拠点として重要な役割を担っています。令和5年4月現在、地域拠点型5か所、連携型5か所の計10か所の認知症疾患医療センターを設置しています。

イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体制の構築

- 本県では、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障がい福祉・介護、住まい、就労などの社会参加、地域の助け合い、普及啓発や教育などが包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進しています。このシステムは、精神障がい者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障がいを有する方等」という。）や地域住民の地域生活を支えるものです。

ウ 当事者目線の精神保健医療福祉体制の推進

- 本県では、「神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例 ～ともに生きる社会を目指して～」を策定し、障がい者に関係するすべての人が障がい者本人の気持ちになって考え、本人の望みと願いを大事にし、障がい者が自分の気持ちや考えで、必要なサポートを受けながら暮らせる社会を目指しています。
- 精神保健医療福祉体制についても、当事者目線の考え方に基づいて推進をしていく必要があります。

(2) 一次予防、二次予防、三次予防（※5）の視点で見た精神科医療における課題

ア メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん等について、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行う必要があります。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、

重症化予防、再発予防を図ることが重要です。県民にとって身近な市町村で精神保健福祉相談を受けられ、複雑困難な事例には県が実施している専門相談も活用するなどの、重層的な支援体制を構築する必要があります。

- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、県民一人一人がメンタルヘルスや精神疾患の正しい知識と理解を持ち、支えあうことが重要です。

イ 適切な医療への早期アクセス

- 精神疾患はすべての人にとって身近な疾患であり、その有無や症状の程度にかかわらず、誰もが地域で安心して自分らしく生活できるよう、精神障がいを有する方等や家族に対して適切な精神科医療等が提供できる体制を構築していく必要があります。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。例えば、児童・思春期精神疾患のように、専門的な治療を行っている医療機関数が少ないものもあり、治療を必要とする精神障がい者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にし、治療を担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要があります。
- うつ病や認知症の初期症状として出現した物忘れ等は、最初に一般内科等のかかりつけ医を受診すること多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- 精神疾患の中には、身体的な不調を訴えて、身体科の医療機関を受診することがあります。身体的な治療の必要がなく、精神疾患の治療が必要と思われる患者を適切に精神科医療につなげるように、身体科医療と精神科医療の連携を進めていく必要があります。
- 精神症状を急性発症した場合や、精神症状が悪化をした場合には、速やかに医療につながり、早期治療、早期の社会復帰ができる仕組みづくりが必要です。
- 精神病床の8割以上が精神科単科病院の開設する病床であることから、身体科の治療を要する病気を抱える身体合併症患者への医療提供体制の確保が課題となっています。
- 本県では摂食障害支援拠点病院を指定していないため、拠点病院の指定をする必要があります。
- 精神科医療機関に入院している患者が、身体疾患の治療が必要となった場合は、精神科医療機関と身体科医療機関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーション（※6）を受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に受入先の医療機関が見つけられずに、調整が難航することがあります。
- そのため、県では、精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に、身体疾患の治療を行うための受入医療体制として、精神科救急身体合併症転院事業を実施していますが、地域連携もより強化していく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、精神科医療機関に入院する患者の中でも感染者が増加しましたが、精神科医療機関の中では、身体症状の対応や感染

症防止対策の経験が乏しいことから、対応できる病院を確保することに苦慮しました。

- 入院期間が長期化している患者の中には、従来の向精神薬による治療では効果が十分でなく、長期の治療に関わらず、なお精神症状が顕在化している場合があります。こうした治療が難しい精神疾患の治療についても、疾患の特徴に合わせた効果的な治療を展開していく必要があります。
- 令和6年4月から、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」という。）の改正により、精神科病院の従事者が障がい者虐待を行っていることを発見した場合は、誰もが都道府県に通報することが義務付けられます。近年、精神科医療機関における虐待事件が続いて明らかになっており、入院者の人権に配慮した治療や、当事者目線における医療体制の構築を進めていく必要があります。

ウ 社会復帰・地域生活支援

- 入院者の早期退院を促進し、地域移行を進めていくためには、県、市町村、精神科医療機関、地域援助事業者等の障がい福祉サービス事業者が、連携して取り組む必要があります。また、地域移行を進める際には、入院者が退院後に地域で安定した生活を継続するという視点をもって支援を行う仕組みが必要です。
- 入院治療が必要となった場合も、症状が安定した後に速やかに退院することができるよう、精神科医療機関では家族やかかりつけ医療機関、地域援助事業者等と連携を図り、入院者一人一人に合わせた退院支援に努める必要があります。
- 精神障がい者が地域で生活するに当たっては、精神症状の再発や症状の悪化を予防することが重要です。統合失調症等では、活動性が低下し、ひきこもることもあることから、精神障がい者の病状を把握し、症状の悪化に早期に気づける支援体制が必要です。
- 県では、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向け、精神保健福祉に関する地域の拠点である保健所の機能を活用して、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、長期入院患者の退院に向けた個別ケースの検討や事例検討会の実施により、課題等の検討、情報共有などを行ってきました。
- 長期入院患者等が地域生活に円滑に移行できるように、精神障がいに対応した障がい福祉サービス等の従事者の養成や、障がい福祉サービス等の実施主体である市町村と連携し、精神障がい者を対象としたグループホームの充実等に取り組んできました。
- 入院患者数は減少傾向にありますが、入院中の精神障がい者の地域生活への移行を更に進めるためには、市町村を含めた、保健・医療・福祉の連携支援体制の強化を図り、よりきめ細かい支援の提供に向けて、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を更に促進していく必要があります。
- 精神病床における入院期間1年以上の患者の人数は、令和3年度から4年度にかけては減少傾向にあるものの、65歳以上の割合が増加していることから、地域移行や地域生活を考える上では、障がい分野と介護分野の連携が重要となります。
- 65歳以上の患者に多くなる認知症は、患者の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されるよう、体制を整

備する必要があるだけでなく、その家族等に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすることが重要になっています。

- 精神障がい当事者であるピアサポーターの養成や、ピアサポーターによる長期入院患者への地域生活移行に向けた働きかけ等を実施してきました。しかし、入院患者への退院意欲の喚起が、地域移行支援等の個別給付に直接的にはつながりづらい現状があり、入院患者を地域移行支援等へ結び付けていく積極的な働きかけが必要です。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」や「当事者目線の障害福祉推進条例」の理念に基づき、精神障がいを有する方等が地域で自分らしく生活することができる保健医療体制を整備する。

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防
- ◆適切な医療への早期アクセス
- ◆社会復帰・地域生活支援の充実

（１）メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病など）、神経症性障害（不安障害など）、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組めます。
- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組めます。
- 令和６年４月施行の「精神保健福祉法」の改正に伴い、市町村が行う精神保健に関する相談支援の対象者が精神障がい者のほか精神保健に課題を抱える者に拡大され、都道府県は市町村が行う相談支援に関して市町村への必要な援助を行うよう努めることとされました。
- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行うなど、協力体制を充実していきます。
- 県では、メンタルヘルスや精神疾患についての知識を有し、地域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して、傾聴を中心として支える人材として、心のサポーターの養成を進めていきます。
- 未病指標等を活用し、メンタルヘルスや認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

（２）適切な医療への早期アクセス

ア 各疾患の治療に対応した医療機関の明確化

- 多種多様な精神疾患に対応するため、県内の患者の動向、医療資源・連携等の現状把握に努め、県民にわかりやすい精神疾患の医療体制を整備します。

イ 精神科医療へ早期につなげる取組

- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、慢性疾患などの治療のために身近な主治医（かかりつけ医）の診断を受ける高齢者の中からも認知症が発症するケースの増加が予測されます。そうしたケースにおける早期発見、早期診断及び早期対応に資するため、かかりつけ医への助言やその他の支援を行う認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修を行います。
- 認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を受けられるようにすることが重要です。

ウ 専門治療医療機関の整備

- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 依存症の患者が地域で適切な医療が受けられるよう、「依存症専門医療機関」の選定を更に進めます。また、専門医療機関の取りまとめや情報発信、研修などを担う「依存症治療拠点機関」と連携し、医療提供体制の充実を図ります。
- 「てんかん支援拠点病院」を中心に、てんかんに関する専門的な相談支援、関係機関への助言や連携強化、普及啓発などを行い、てんかん診療における地域連携体制を整備します。
- 県では、摂食障害支援拠点病院の指定に向けて、対応可能な医療機関の選定や調整を進めていきます。
- 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供するため、「認知症疾患医療センター」を地域の認知症医療の拠点として認知症の人に対する必要な支援を提供できる体制の構築を更に推進していきます

エ 精神科救急を含めた精神医療体制による早期治療、早期退院の仕組みづくり

- うつ病や認知症等の精神疾患について、発症の初期段階にかかりつけ医を受診した際に、適切に精神科医療につなげられるよう、県では医師会等と連携しながら、かかりつけ医を対象としたうつ病対応力向上研修や認知症対応力向上研修を実施していきます。
- 精神疾患の症状により、身体の不調を訴えて身体科を受診した場合に、精神科医療につなげられるようにする一方、精神科医療機関に入院している患者が身体治療を要する場合に、近隣の身体科病院と連携した治療が行えるよう、県ではオンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携を進めていきます。
- 精神疾患の急性増悪により早急に精神科医療を要する場合に、必要な医療につなぐことができるよう、県では引き続き、精神科救急医療体制の充実を図っていきます。

オ 身体合併症患者の治療体制

- 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、県では地域での連携を促進する取組を検

討します。

- 県では精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策として、精神科医療機関と身体科医療機関が連携して、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症の病状に応じて受入先を決定し、連携している医療機関からのコンサルテーションを受けながら治療を行う精神科コロナ医療体制を整えました。この医療連携体制を、他の身体合併症や新興感染症の医療体制に活用することを検討していきます。

カ 治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気痙攣療法等の効果的な治療の展開

- 向精神薬による治療の効果が十分に得られない治療抵抗性統合失調症に対する治療薬（クロザピン）や、重度のうつ病、躁うつ病等に高い治療効果があるとされている修正型電気痙攣療法、うつ病や不安症等に治療効果があるとされる認知行動療法等の治療法について、県では既に導入している医療機関の治療方法を紹介するなど、県内の医療機関への展開に努めていきます。

キ 入院者の当事者目線による人権に配慮した治療の促進

- 精神科医療機関の管理者は、入院者に対する虐待や不適切な隔離・身体的拘束が行われることがないように、研修の実施等を通じて従事者の意識向上に努める必要があります。
- 県及び政令市では、精神科医療機関に赴き、診療録や病棟内の巡視を通じて、適正な医療が提供されているかを確認する精神科病院実地指導・実地審査を実施します。
- また、県では、精神科医療機関における虐待の通報窓口を設け、通報のあった事案に対して、精神科医療機関への聞き取りや随時の実地指導を実施し、事実確認と再発防止の指導を行います。
- さらに、県は精神科医療機関に対して、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止について啓発し、医療機関における自主的な取組を推奨していきます。

(3) 社会復帰・地域生活支援の充実

ア 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 令和6年3月に策定予定の「神奈川県障がい福祉計画（第7期令和6年度から令和8年度）」において、精神障がいを有する方等が地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について成果目標を掲げ、引き続き取組を推進します。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たって、保健福祉事務所及び同センターは、これまで地域において築いてきたネットワーク等を活かし、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設置し、精神障がいを有する方等のニーズや長期入院患者の状況把握、地域課題の共有のほか、関係機関を対象とした研修会などを行いながら、市町村（政令市を除く）の障がい福祉主管課等と医療機関との連携支援など、支援体制づくりを図ります。
- また、精神障がいを有する方等の日常生活圏域である市町村において、地域生活に関する相談支援が行われる必要があることから、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を県内全市町村に設置します。保健福祉事務所及び同センターの設置する協議の場と連携しながら、協議の場や個別支援における協働等を通じて、医療機

関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター等との重層的な連携による支援体制の構築を行います。

イ 早期退院及び地域定着に向けた退院支援

- 県、政令市及び保健所設置市では、措置入院者や支援が必要と認めた入院者に対して、入院中から入院者の同意を得て、希望する生活を聴きとりながら、退院後支援計画を策定し、退院後に速やかに支援を実施する措置入院者退院後支援を実施します。
- 患者や家族が安心して地域でくらすことができるよう、精神保健福祉センターの技術支援の機能を活用するなど、医療機関と地域精神保健福祉関係機関との連携強化を図り、相談支援に取り組みます。

ウ 地域生活を支える精神科訪問診療、訪問看護、訪問支援の充実

- 県は、訪問診療や訪問看護を行っている医療機関及び事業者の把握に努めるとともに、訪問診療や訪問看護の好事例を医療機関及び事業者に発信するなど、訪問診療、訪問看護の充実の取組を検討します。
- 県では、保健福祉事務所において、精神科の専門医による訪問指導及び福祉職や保健師による訪問支援を実施し、精神障がい有する方等の地域生活を支援します。

エ 長期入院者の地域移行の取組

- 長期入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を実施し、退院意欲喚起、退院に向けた個別支援、退院後の地域定着に向けた支援などを行います。併せて、病院職員や支援関係者、地域住民等に対する普及啓発を充実させます。
- 市町村と県は、長期入院患者の地域生活移行に向けた有効な支援策となる「地域相談支援」や「計画相談支援」の提供体制を計画的に整備していきます。
- 市町村は、サービス実施主体として、精神障がい者がライフステージに応じて多様な住まいの場を選択し、地域にある様々なサービスを組み合わせて利用できるよう、グループホーム等の充実や、訪問系サービス、日中活動系サービスを含めた障がい福祉サービスの基盤整備を図り、地域移行支援・地域定着支援などと合わせて、長期入院患者の地域生活への移行を支援します。
- また、長期入院患者の半数以上が65歳以上の高齢者であることから、高齢者施策の主管課や関係機関との連携を図りながら、地域生活への移行を支援します。

■用語解説

※1 PTSD

PostTraumatic Stress Disorder の略で心的外傷後ストレス障害のことをいいます。生死に関わるような体験をし、強い精神的な衝撃を受けた後に生じるストレス症候群を指す。

※2 総患者数

令和2年患者調査では、10月の3日間のうち医療施設ごとに定める1日の入院、外来、受療等の状況を調査しています。調査日に受診をしていない患者も含めて、継続的に医療を受けている患者を次の計算方法により推計している。

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

※3 外来患者数

外来患者数は、※2に記載した総患者数から推計入院患者数を除いた数で推計している。

※4 医療保護入院、任意入院

精神科医療機関に入院する場合には、精神保健福祉法により定められている次の入院形態により入院することとなっている。

医療保護入院は、精神科医療機関に入院をさせる判断ができる精神保健指定医が診察を行った結果、入院が必要と判定された者で、本人の入院の同意が得られない場合に、家族等の同意が得られたときに、本人の同意がなくとも入院させることができる入院形態。

任意入院は、精神科病院に入院しようとしている精神障がい者本人の同意に基づいて行われる入院です。精神科病院に入院をする場合には、任意入院による入院が行われるよう努めることとされている。

※5 一次予防、二次予防、三次予防

病気の発症を防いだり、発症した場合も治療が長引かないようにしたり、再発を防ぐ予防医学において用いられる考え方。

一次予防は、病気に罹らないことを目的としている。生活習慣の改善、健康教育等により健康増進を図る。

二次予防は、病気に罹った場合に、早期発見、早期治療を行うことで、重症化しないようにするもの。

三次予防は、治療過程においてリハビリテーション等を行うことにより、社会復帰を促したり、再発を防止する取組を指す。

※6 コンサルテーション

医療は、脳外科、呼吸器内科、循環器科、精神科のように専門性が分かれている。医療におけるコンサルテーションは、治療を要する患者が複数の疾患を合併している場合に、異なる専門の医療従事者が助言や相談をしながら、より適した治療を進めるために行われる。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.89 回 (R2)	(検討中)
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保健・健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人 (R3)	(検討中)
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回 (R5)	126 回(R11)
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	527 人(累計) (R4)	(検討中)
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	(検討中)
	C202	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設) (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	0.62 機関 (R4)	0.63 機関 (R8)
	C204	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.22機関 (R2)	(検討中)
	C205	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.08機関 (R2)	(検討中)
	C206	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	6.79 機関 (R2)	(検討中)
	C207	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	3.02 施設 (R2)	(検討中)
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関 摂食障害	(検討中)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				0.49 機関 てんかん 0.76 機関 (R2)	
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.14 機関 知的障害 3.86 機関 発達障害 5.28 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.01 機関 (R2)	(検討中)
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 (R2)	0.58 施設 (R8)
	C305	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	(検討中)
	C306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	(検討中)
	C307	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 (R2)	(検討中)
	C308	認知症ケア加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 (R2)	(検討中)
	C309	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (R11)
	C401	てんかん支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01機関 (R11)
	C402	依存症専門医療機関の数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.07機関 (R2)	0.11 機関 (R11)
	C403	摂食障害支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.00 機関 (R2)	0.01機関 (R11)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	C404	指定通院医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 「指定通院医療機関 の指定状況」	1.13 機関 (R4)	(検討中)
	C405	高次脳機能障害支援拠点機 関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	(検討中)
中間	B101	保健所保健福祉サービス調 整推進会議の参加機関・団体 数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.46 機関・団体 (R2)	(検討中)
	B102	都道府県及び市町村におけ る精神保健福祉の相談支援 の実施件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保 健・健康増進事業報 告	1192.18 件 (R3)	(検討中)
	B103	心のサポーター養成研修の 修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	21.77 人 (R5)	(検討中)
	B104	かかりつけ医うつ病対応力 向上研修の修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	42.60 人 (R4)	60.86 人 (R11)
	B105	かかりつけ医認知症対応力 向上研修の修了者数	県独自調査	4,763 人(累 計)(R4)	(検討中)
	B201	精神科救急医療体制整備事 業における入院件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月 報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.20 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.16 件 ・措置入院 10.16 件 ・医療保護入院 3.80 件 (R9)
	B202	精神科救急医療体制整備事 業における受診件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月 報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	17.67 件 (R3)	17.93 件 (R9)
	B204	救命救急入院料精神疾患診 断治療初回加算を算定した 患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	(検討中)
	B205	在宅精神療法又は精神科在 宅患者支援管理料を算定し た患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5,026.18 人 (R2)	(検討中)
	B206	精神科訪問看護・指導料又は 精神科訪問看護指示料を算 定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	78.31 人 (R2)	(検討中)
	B207	精神科救急における通報か ら診察までの搬送時間	神奈川県の警察官 通報の状況につい て	6時間 18 分 (R3)	6時間0分 (R9)
	B301	各疾患、領域【統合失調症、 うつ・躁うつ病、認知症、児 童・思春期精神疾患(知的障 害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存 症、PTSD、摂食障害、てん かん】それぞれについての入	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.00 人 うつ・躁うつ病 103.75 人 認知症 57.86 人 知的障害	(検討中)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
		院患者数 (人口 10 万人当たり)		6.00 人 発達障害 8.32 人 アルコール依存 症 14.26 人 薬物依存症 1.83 人 ギャンブル等依 存症 0.44 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.87 人 てんかん 42.61 人 (R2)	
	B302	各疾患、領域【統合失調症、 うつ・躁うつ病、認知症、児 童・思春期精神疾患(知的障 害、発達障害含む)、アルコー ル・薬物・ギャンブル等依存 症、PTSD、摂食障害、てん かん】それぞれについての外 来患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 1299.24 人 うつ・躁うつ病 2768.06 人 認知症 238.53 人 知的障害 109.07 人 発達障害 518.81 人 アルコール依存 症 79.41 人 薬物依存症 10.48 人 ギャンブル等依 存症 4.08 人 PTSD 11.60 人 摂食障害 23.15 人 てんかん 372.41 人 (R2)	(検討中)
	B303	精神科救急・合併症入院料又 は精神科身体合併症管理加 算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 (R2)	(検討中)
	B304	精神疾患診療体制加算又は 精神科疾患患者等受入加算 を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 (R2)	(検討中)
	B305	精神科リエゾンチーム加算を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 (R2)	(検討中)
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神 科電気痙攣療法を実施した 患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 (R2)	(検討中)
	B307	認知療法・認知行動療法を算 定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 (R2)	(検討中)
	B308	隔離指示件数	厚生労働行政推進	6.34 件	8.44 件

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
		(人口 10 万人当たり)	調査事業研究班, 630 調査	(R4)	(R11)
	B309	身体的拘束指示件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	9.77 件 (R4)	7.67 件 (R11)
	B310	児童・思春期精神科入退院医 療管理料を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.15 人 (R2)	5.80 人 (R11)
	B311	統合失調症患者における治 療抵抗性統合失調症治療薬 の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% (R2)	0.83% (R11)
	B403	てんかん支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数及び逆紹介患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B404	依存症専門医療機関におけ る紹介患者数及び逆紹介患 者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B405	摂食障害支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	(検討中)
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12 ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	3 ヶ月:60.1% 6 ヶ月:80.2% 12 ヶ月: 89.4%(R4)	3 ヶ月:68.9% 6 ヶ月:84.5% 12 ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床か ら退院後 1 年以内の地域で の平均生活日数(地域平均生 活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3 日 (R2)	331.5 日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回 復期・慢性期入院患者数(65 歳以上・65 歳未満別)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	急性期 65 歳未満 1,663 人 65 歳以上 1,266 人 回復期 65 歳未満 864 人 65 歳以上 1,284 人 慢性期 65 歳未満 2,883 人 65 歳以上 3,710 人 (R4)	急性期 65 歳未満 1,688 人 65 歳以上 1,283 人 回復期 65 歳未満 968 人 65 歳以上 1,439 人 慢性期 65 歳未満 2,735 人 65 歳以上 3,362 人 (R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A104	精神病床における新規入院 患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報 告	246.0 日(R4)	235.5日(R11)

入院病床を有する精神科医療機関における対応疾患一覧

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	P T S D	摂食障害	てんかん
鶴見西井病院	○	○	○	○	外来	ア	○	○	○
済生会横浜市東部病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	○
紫雲会横浜病院	○	○	○	○	発達				
横浜市立みなと赤十字病院	○	○	○	○	うつ				○
ワシン坂病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
横浜市立大学附属 市民総合医療センター	○	○	○	○	外来	外来	○	○	外来
こども医療センター	○	○	○		○			○	○
精神医療センター	○	○	○	○	○	○	○		○
横浜日野病院	○	○	○	○			○	○	
港北病院	○	○	○	○	う発		○	○	
常盤台病院	○	○	○	○	う発			○	
神奈川病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
あさひの丘病院	○	○	○	○					
日向台病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○
保土ヶ谷病院	○	○	○	○	う発		○		○
横浜ほうゆう病院	○			○					
横浜カメリアホスピタル	○	○	○		○		○	○	○
横浜市立大学附属病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
新横浜こころのホスピタル	○	○	○	○	う発		○	○	
元気会横浜病院				○					
江田記念病院	○	○	○	○	発達		○		
昭和大学横浜市北部病院	○	○	○	○	う発 ★		○	○	○
横浜医療センター	○	○	○					○	○
横浜丘の上病院	○	○	○		うつ		○	○	○
横浜舞岡病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
十愛病院					知				
栄聖仁会病院	○	○	○	○					
横浜相原病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
川崎市立川崎病院	○	○	○	○	う発		○	○	
栗田病院	○	○	○	○	うつ		○		
ハートフル川崎病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
聖マリアンナ医科大学病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
東横恵愛病院	○	○	○	○	○		○	○	○
かわさき記念病院				○					外来
生田病院	○	○	○	○	う発		○		○
武田病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
川崎田園都市病院	○			○					
北里大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
相模ヶ丘病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模病院	○								
相模原南病院	○			○					
相模湖病院	○	○	○	○		ア薬		○	
ふじの温泉病院	○		○	○	う発				
横須賀共済病院	○	○	○						○
久里浜医療センター	○	○	○	○	う発	アギ	○	○	

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	PTSD	摂食障害	てんかん
湘南病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
メンタルホスピタル かまくら山	○	○	○	○					
湘南鎌倉総合病院	外来	外来	外来	外来					
福井記念病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
藤沢病院	○	○	○	○					○
湘南敬愛病院	○	○	○	○		ア	○		
湘南東部総合病院	○	○	○	○	うつ			○	○
湘南さくら病院	○	○		○					
けやきの森病院	○	○	○	○			○		
平塚病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
富士見台病院	○	○	○	○	うつ			○	○
秦野病院	○	○	○	○	発達		○	○	○
丹沢病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
秦野厚生病院	○	○	○	○	うつ			○	
みくるべ病院	○	○	○	○		ア薬	○		○
愛光病院	○	○	○	○	○		○	○	○
相州病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模台病院	○	○	○	○					
清川遠寿病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
厚木佐藤病院	○	○		○					○
神奈川中央病院		○		○					
大和病院	○	○	○	○			○		○
国府津病院	○	○	○	○	う発		○	○	
曾我病院	○	○		○	うつ				
北小田原病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○

★対象は中学生以上

第3章 未病対策等の推進

第1節 未病を改善する取組の推進

1 現状・課題

【現状】

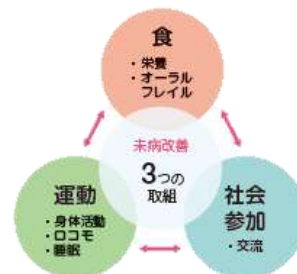
- ・県は、2013年1月に高齢化率21.7%を記録し超高齢社会へと突入しました。県が超高齢社会を乗り越えるためには、県民の健康に対する意識づけを強く促し行動変容に結び付けてくるとともに、県全体でそれを支えていくことが必要です。
- ・そのため、すべての世代が未病を自分のこととして考え、「かながわ未病改善宣言」に基づき、「食・運動・社会参加」の3つを柱とする未病改善に取り組むことが重要です。
- ・県では、企業や団体、市町村等と連携し、ライフステージに応じた対策、気軽に実践するための環境づくり、未病を見える化する取組などを推進しています。

～「未病」、「未病改善」について～

- ・人の心身の状態は「健康か病気か」といった明確に二分化できるものではなく、健康と病気の間で常に連続的に変化します。この状態のことを「未病」と言います。また「未病改善」とは、一人ひとりが生活習慣等の改善に主体的に取り組むことで、心身をより健康な状態に近づけていくことを指します。
- ・平成29年2月の「健康・医療戦略」で国の戦略に初めて「未病」が位置づけられ、また令和2年3月に閣議決定された「健康・医療戦略」でも引き続き「未病」の定義が盛り込まれています。



左図 「未病」と「未病の改善」の考え方



右図 かながわ未病改善宣言による（平成29年3月）
「食・運動・社会参加の3つの取組」

【課題】

- ・コロナ禍では「未病改善」の取組を行っている県民の割合の大幅な低下（県民ニーズ調査）や、外出自粛等による運動不足や人とのかかわりの減少などがみられました。
- ・そのため、企業や団体、市町村との連携を通じて、「食・運動・社会参加」の3つの取組を引き続き推進し、県民の意識変容、行動変容を一層加速させていくことが必要です。

（1）ライフステージに応じた未病対策

ア 子どもの未病対策

- 子どもは、食や運動等の基本的な生活習慣の土台となる大切な年齢期です。
- しかし、県内の朝食欠食率は、小学5年生は3.3%（令和4年度）、中学2年生は7.7%（令和4年度）であり、目標値（0%に近づける）に到達していません（神奈川県「第4次神奈川県食育推進計画」）。加えて、県内の小学生から高校生までのスポーツ非実施率も14.0%（令和3年度）にとどまり、平成22年度の14.1%と比較して

もほとんど変化がない状況です（神奈川県「かながわ健康プラン 21(第2次)最終結果報告書」）。

- したがって、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、子どもや保護者、また教育機関に対し未病改善の取組を促進させていく必要があります。

イ 未病女子対策

- 女性は、若い世代のやせ過ぎ、冷え性、生理不順、更年期を含む中高年女性の健康課題、高齢女性のフレイル対策など、性差によって生じる課題があります。
- 県内の女性の健康寿命（※1）は、平成28年以降、全国平均より短くなっています（神奈川県「かながわ健康プラン21(第2次)最終評価報告書」）。また、平均寿命と健康寿命の差（不健康期間）（※2）は、平成22年と令和元年を比べると男性は0.54年短縮しましたが、女性は0.53年長くなりました。
- したがって、各世代の女性の健康課題に焦点を当て、女性が自らのこととして未病改善に取り組むことができるよう普及啓発を行う必要があります。

ウ 働く世代の未病対策

- 就職や結婚、出産などで環境が多く変わり、「自立」や「自律」が求められるなか、健康に対しては無関心・無行動の人が多い世代です。
- 「かながわ健康プラン21(第2次)」に基づき、糖尿病対策の重要性の普及啓発など、生活習慣病対策を進めるなか、働く世代の健康づくりを推進するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行っています。また、地域の保険者、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組みの検討や調整を行っています。
- したがって、生活習慣病による医療費増大等の背景もあるなか、従業員の定期健診受診率が低い等の課題がある中小企業へ働きかけ、従業員の健康づくりへ積極的に取り組んでもらう必要があります。
- このほか、県内の働く世代の女性は、通勤・通学時間が全国で最も長く、家事関連時間も全国平均より長い（総務省統計局「令和3年社会生活基本調査」）など、運動する時間が取りにくい状況にあり、また腰痛や肩こり等を訴える人が多い傾向にあります（厚生労働省「国民生活基礎調査結果」）。加えて、この世代の女性は、運動実施率が男性と比較して低い状況です（神奈川県「令和4年度県民の体力・スポーツに関する調査」）。
- したがって、職場や日常生活において運動の機会を提供するなど、運動促進に取り組む必要があります。

エ 高齢者の未病対策

- 加齢によって心身の活力（筋力、認知機能、社会のつながり等）が低下する傾向にある世代です。高齢者が、要介護状態に至る過程においては、フレイル（※3）の段階を経ると言われています。フレイルの進行には、社会性の低下、認知機能の低下や、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）（※4）等の身体的な要素が複合的に影響すると考えられています。
- 県の要介護認定率は、65歳以上75歳未満で3.13%、75歳以上85歳未満で11.91%、85歳以上で44.23%となっています（神奈川県「介護保険事業状況報告（月報・暫定

版)」令和5年4月公表分より算出)。

- したがって、高齢になっても、健康で生き生きと自立した生活を続けるためには、フレイルやロコモティブシンドロームの兆候に早い段階で気付き、栄養・身体活動・社会参加といった多面的な取組により、進行の抑制や改善を図ることが必要です。
- このほか、認知症の人は2025年には全国で700万人前後（県は45～48万人）になり、その後も顕著な高齢化に伴い、併せて認知症の人も増加することが見込まれ、国および県では65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」、「国勢調査」及び「国立社会保障・人口問題研究所による推計」より算出、厚生労働省老健局「認知症施策・地域介護推進課 認知症施策の推進について」）。
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる認知症未病の改善に取り組む必要があります。
- したがって、今後認知症の人の増加が見込まれる中にあっては、認知症の発症の抑制を図る取組や、発症を遅らせる又は進行を緩やかにする取組等を着実に進めていく必要があります。

（2）未病改善の取組を支える環境づくり

ア 地域における未病改善を進める環境づくり

- 未病センターの設置や利用の促進及び、県の未病改善の取組に賛同する企業・団体による健康支援プログラムを、公設未病センターで展開しています。令和5年現在、86箇所の未病センターが設置され、26企業・団体による計40の健康支援プログラムが登録されています。
- したがって、県民だれもが身近な場所で、手軽に健康状態や体力等を継続的にチェックすることができるよう、引き続き未病センターの設置や利用を促進するとともに、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、企業・団体と連携し、プログラムの充実を図っていく必要があります。
- このほか、県西地域を訪れる人が気軽に立ち寄れる観光施設等で、「未病」に関する情報発信や普及啓発に協力する観光施設等を「未病いやしの里の駅」として登録し、「未病を改善する」取組に関する情報発信を進めています。
- したがって、引き続き、「未病」に関する情報発信や普及啓発を継続的に進めていくことが必要です。
- そのほか、市町村が保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく健康づくり事業をすすめるに当たり、客観的な分析や評価が求められています。
- したがって、広域的な視点から地域の健康データの分析や、効果的・効率的な解決策等を市町村とともに考えていく必要があります。また、地域全体の健康づくりを進めるには、市町村国民健康保険（国保）だけでなく、企業で働く方々の健康づくりを担う、他の医療保険者の持つデータを分析し、活用していくことが必要となります。

イ 職域における未病改善を進める環境づくり

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

(3) 未病改善が見える化する取組

- 生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、エビデンス(科学的な裏づけ)に基づき、自分の現在の未病の状態を数値で見える化する「未病指標」を「マイME-BYOカルテ」に実装しました。また、エビデンスに基づき、未病指標の現在の生活習慣を続けた場合に、将来の数値の変化を示す「未来予測機能」を追加するなど機能向上に向けた取組を進めており、未病指標を通じて行動変容の促進に取り組む必要があります。
- したがって、「未病指標」の活用を促進するとともに、操作性等の向上や、測定後の行動変容につながる仕組みづくりに取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向性(最終目標)>

かながわ未病改善宣言による3つの取組(食・運動・社会参加)のもと、人々の健康への関心を高め、県民一人ひとりが主体的に未病改善に取り組むとともに、社会全体でそれを支える仕組みが構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆ライフステージに応じた未病対策
- ◆未病改善の取組を支える環境づくり
- ◆未病改善が見える化する取組

(1) ライフステージに応じた未病対策

ア 子どもの未病対策

- 子どもが身近な場所で楽しみながら未病改善に取り組むことができるよう、親しみやすいキャラクターを用いたり、企業等と連携し適切な生活習慣の定着につながる出前講座を展開します。
- このほか、運動やスポーツに親しむ意欲や態度の育成に取り組み、子どもの運動を促進します。
- そのほか、高校生の健康リテラシーを高めることを目的とした、副教材の開発や指導者向けの研修を実施します。

イ 未病女子対策

- 女性の幅広い健康課題の自分ごと化や改善に役立つよう、ウェブサイトやLINEによる情報発信のほか、企業と連携した普及啓発セミナーの開催等を行います。

ウ 働く世代の未病対策

- 忙しい日常生活の中でも運動を習慣化できるよう、働く世代の運動を促進します。
- このほか、かながわ健康プラン 21 推進会議の地域・職域連携推進部会等で、地域保健と職域分野が連携を図り、働く世代の健康づくりの取組を推進します。特に中小企業の事業主に対し、従業員の健康づくりや健康管理体制の構築に向けた支援を行います。
- そのほか、女性の健康寿命の延伸に向けて、忙しい状況にある女性でも未病の改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

エ 高齢者の未病対策

- 高齢者が自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係団体等と連携しながら、高齢者に自己チェックの機会を提供し、栄養・身体活動・社会参加を通じた改善の取組を促進します。
- このほか、認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ（※5）等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。加えて、軽度認知障害（MCI）（※6）初期の認知症の人等を重症化させないため、共生社会を推進するため、取組を進めます。

（2）未病改善の取組を支える環境づくり

ア 地域における未病改善を進める環境づくり

- 身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。また、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、公設未病センターにおける食や運動などに関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。
- このほか、未病の戦略的エリアである県西地域において「未病いやしの里の駅」の登録施設数を増やします。また、未病バレー「ビオトピア」（※7）内の県の体験型施設「me-byo エクスプラザ」を運営することで、未病の普及啓発や、未病改善の実践の促進を行っていきます。
- そのほか、市町村の地域における健康づくり事業のより効果的・効率的な実施・検討を促進するため、県に導入した国民健康保険団体連合会が提供する国保データベースシステム（KDB）システム（※8）を活用し、国民健康保険の健診等のデータや人口動態統計等、地域の健康データの収集・分析・加工を行うとともに、市町村と連携した地域課題の分析や、有識者による事業評価等の支援を実施していきます。また、企業で働く方々の健康づくりを後押しするため、被用者保険の特定健康診査データ等の収集・分析等、各保険者と連携した取組を進めていきます。

イ 職域における未病改善を進める環境づくり

- 企業や団体のCHO構想（健康経営）の取組を支援するため、従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、県が開発・運営しているアプリ「マイME－BYOカルテ」を提供します。
- 県が「CHO構想推進事業所」として登録した事業所には、企業や団体のイメー

ジアップに活用できる登録証やステッカーを配布するほか、C H O構想や健康増進に係る情報を提供します。

- 企業や団体のC H O構想（健康経営）の取組を支援するため、経営者や企業の人事担当者向け健康経営セミナーを開催します。

（３）未病改善が見える化する取組

- 「未病指標」の機能の向上等により、未病指標の活用を促進します。未病指標を活用する実証事業の実施を通じて、企業や自治体等における未病指標の導入事例を増やし、未病改善行動につなげます。

■用語解説

※１ 健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

※２ 不健康期間

平均寿命と健康寿命の差で示される日常生活に制限のある期間のこと。

※３ フレイル

加齢により心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながり等）が低下した状態のこと。「虚弱」を意味する英語「frailty」を語源として作られた言葉。

※４ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）

運動器の障がいのために自立度が低下し、介護が必要となる危険性が高い状態のこと。

※５ コグニサイズ

国立長寿医療研究センターが開発した、認知機能の維持・向上に役立つ運動で、コグニション（認知）とエクササイズ（運動）を組み合わせた造語。運動と認知トレーニングを組み合わせることで、脳への刺激を促すことが期待できる。

※６ 軽度認知障害（M C I）

認知症は、認知機能が加齢とともに徐々に低下して生じ、認知症ではないものの、年齢相応より認知機能が低下した状態のこと。M C Iは認知症になりやすい反面、症状が軽度であれば、早期に発見して対策を講じることで正常な状態に回復することがある。

※７ 未病バレー「ビオトピア」

「県西地域活性化プロジェクト」に基づき、県西地域が「未病の戦略的エリア」であることをアピールする拠点施設として、（株）ブルックスホールディングスが県及び大井町との協定に基づき運営している施設。

※８ 国保データベースシステム（K D B）

国民健康保険保険者や後期高齢者医療広域連合における事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

第2節 こころの未病対策

1 現状・課題

【現状】

- ・こころの健康づくり、自殺予防に向けて、相談支援体制の充実や ICT を活用して普及啓発の強化を行ってきました。
- ・近年、自殺者数は減少傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年以降は増加傾向にあります。

【課題】

- ・メンタルヘルスの問題を身近な問題と捉え、地域でこころの不調を抱える人を支援していく必要があります。
- ・相談支援体制を拡充しているが、相談件数は増加し、自殺者数も増加傾向にあるため、今ある資源を効率的に活用できるよう工夫しながら、相談支援体制の更なる整備を図る必要があります。

(1) こころの健康づくり

- 現代社会では、ストレスで心や体のバランスを崩している人が多くなっています。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による社会環境や生活様式の変化に伴う大きなストレス等もあり、メンタルヘルスに関する理解が必要となっています。
- 令和4年の国民生活基礎調査では、県民で日常生活において「ストレスあり」と回答した人は46.2%で2人に1人がストレスを感じています。
- ストレスの原因は、「自分の仕事」1,038人、「収入・家計・借金」869人、「自分の病気や介護」770人が上位3つとなっていますが、「家族」や「家族以外の人間関係」など「人間関係」や「家族の病気や介護」についてもそれぞれ500人前後となっています。
- 休養や睡眠を含む生活習慣、ストレス解消等についての普及啓発を若年層・中高年・高齢者等の世代別に継続的に行うことが必要です。

(2) うつ病等精神疾患の予防

- ストレスを感じている人は多く、また、自殺者が増加傾向にあることから、精神疾患の予防や総合的な自殺対策の更なる推進が求められています。
- こころの不調で悩む人をサポートする心のサポーター（※1）を養成し、偏見のない社会を構築するための普及啓発が必要となっています。
- うつ病等精神疾患を予防するため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所の相談支援体制を充実させることが必要です。
- うつ病は精神症状の他に身体の不調を伴うことが多いことから、引き続き、内科等の身体科の医師が精神科医と連携して必要な医療につなぐことができるようにしていくことが必要です。

(3) 総合的な自殺対策の推進

- 自殺された方の多くが、健康問題や経済・生活問題、家庭問題等様々な状況や社会問題に直面し、追い込まれながらも、適切な支援につながない現状があります。
- 県では、平成10年以降の自殺者数が、年間1,600～1,800人前後で推移していたため、「かながわ自殺対策計画」等に基づき総合的に取組を進め、平成24年以降は減少傾

向が続いていました。

- しかし、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年以降は増加傾向となり、令和4年には平成27年以来の1,300人を超える自殺者数となっています。
- 特に10歳代、20歳代のこども・若者の死因の第1位が自殺であり、自殺者数は横ばい状態が続いていることから、若年者層に対する自殺予防にさらに取り組んでいく必要があります。
- 自殺予防の観点からゲートキーパー（※2）の人材養成を実施するとともに、ICTの活用や市町村と連携し、普及啓発や相談支援等、地域の実情に応じた自殺対策を進めています。
- 自殺対策の一環として、こころの悩みや不安に対応する様々な相談支援体制について、今ある資源を有効に活用できるよう工夫しながら充実を図ることが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民のこころの健康の保持増進を図り、地域で支える仕組みを構築することで自殺を防ぐことができる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆こころの健康づくりの推進
- ◆うつ病等精神疾患の予防の推進
- ◆自殺対策の更なる推進

（1）こころの健康づくりの推進（県、市町村、県民）

- 県は、心のサポーターの養成を進めるなど、より多くの県民に向けた普及啓発を継続して行います。

（2）うつ病等精神疾患の予防の推進（県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民）

- 県は、こころの健康保持・増進のため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所（保健所）における相談支援体制の充実を図り、市町村等と連携し、こころの健康に関する相談・訪問を継続的に行っていきます。
- 県は、内科等の身体科の医師がうつ状態にある人の診断や対応について、知識と理解を深め、精神科医と連携して必要な医療につなぐことができるよう研修を実施していきます。

（3）自殺対策の更なる推進（関係機関・団体、県、政令市、市町村）

- 県は、令和5年3月に改定した「かながわ自殺対策計画」に基づき、市町村や様々な関係機関と連携を図り、より実効性のある自殺対策を総合的に進めていきます。
- 県は、インターネットやSNS等を利用した普及啓発、相談窓口の充実、大学生や教職員に対するゲートキーパー養成研修の実施など、若年者層に対する取組を行っていきます。
- 県は、実施方法等を工夫しながら、相談支援体制の充実を図っていきます。

■用語解説

※1 心のサポーター

メンタルヘルスの基礎知識や悩みを聴くスキルを学び、地域でこころの不調に悩む人をサポートしてくれる人のこと。

※2 ゲートキーパー

悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のこと。

第3節 歯科保健対策

1 現状・課題

【現状】

- ・神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画に基づき、歯及び口腔の健康は健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることを踏まえた、歯及び口腔の健康づくりを進めています。

【課題】

- ・むし歯等の歯科疾患における健康格差は乳幼児期から高齢期までの全てのライフステージにおいて存在しています。健康格差が生じやすい環境にある地域等への支援を行い、歯及び口腔に関する健康づくりを推進する必要があります。

(1) 歯及び口腔疾患対策

- 子どものむし歯は経年的に減少傾向にあります。しかし、乳幼児期・学齢期にむし歯を経験している子どもがいます。引き続き、子どものむし歯対策に取り組む必要があります。
- 20代以上のむし歯は、40代までは、一人平均むし歯数が減ってきていますが、50代以降は変化がありません。
- フッ化物洗口をはじめとする、フッ化物応用について、むし歯を防ぐ効果やその利用方法等の普及啓発を行う必要があります。
- 成人期から高齢期にかけて進行した歯周病が多くなります。
- 歯周病対策には、セルフケアとプロフェッショナルケアが重要です。歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、かかりつけ歯科医を持つことは年々増加していますが、ライフコースアプローチの観点から、若い年齢からの適切な対策が必要です。
- 歯周病は糖尿病や心臓病などの全身の病気と関連があり、全身の健康のために歯周病対策や治療は大切です。歯周病と糖尿病など全身の関わりをふまえ、日常のセルフケアの重要性等について引き続き普及啓発が必要です。
- なんでも不自由なく食べるためには、自分の歯を20本以上保つことが必要といわれており、歯の本数はオーラルフレイルと密接に関係していることから、歯の喪失を防ぐことは重要です。
- より多くの県民が80歳で20本の歯を保つことができるように、むし歯対策、歯周病対策に取り組むとともに、県民の歯科保健向上の目標として「8020運動」を今後も掲げ、継続して普及啓発していく必要があります。
- かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科検診及び歯科保健指導を受けることは、自身の歯と口腔の健康状態を知るために重要です。全ての県民が、生涯にわたり切れ目なく歯科検診を受診し、歯科保健指導を受ける機会を持つことの普及啓発が必要です。

(2) 口腔機能の獲得・維持・向上

- 加齢とともに、咀嚼良好でない者やオーラルフレイル※1のリスクが高い者が多くなります。高齢者では特に生活意欲や社会参加への影響が大きいため、口腔機能の維持・向上のための対策が必要です。

- 子どもの頃から「よく噛むこと」を習慣化する等、口腔機能の発達について普及啓発を行うとともに、成人・高齢期には、口腔機能の維持・向上するために「オーラルフレイル」について知ってもらい、「健口体操」等のオーラルフレイル対策を定着させる必要があります。
- 高齢期では、オーラルフレイル対策を含む口腔機能の維持・向上が、むせや誤嚥、窒息などを防ぎ、おいしく楽しい食事や会話につながることにについて普及啓発が必要です。

(3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者入所施設において、利用者の歯と口腔の健康づくりのためにも定期的な歯科検診が受けられることが必要です。
- 要介護者入所施設における口腔ケアの実施率は高く、施設職員の歯科保健に関する意識の高まりがみられました。
- 障害児者や要介護者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域包括ケアシステムのもと切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、口腔ケアに関わる職種の人材育成や、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を進めることが必要です。

2 施策の方向性

<目指す方向(最終目標)>

歯及び口腔の健康づくりによる健康寿命の延伸や健康格差の縮小の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆歯及び口腔疾患の予防
- ◆口腔機能の獲得・維持・向上
- ◆障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

(1) 歯及び口腔疾患対策（県、市町村、学校、医療機関・医療関係者、事業所）

- 市町村等に対する専門的な情報提供や歯科保健に携わる専門職の人材育成などを通じて、フッ化物洗口等のフッ化物応用も含めた、むし歯対策の支援を行います。
- 歯科検診等の結果を収集分析し、関係機関及び関係団体に情報提供するとともに、教育機関との連携を図り、地域の特性に合わせたむし歯対策を推進します。
- 歯肉炎対策の方法や、歯と歯肉の自己観察力を育てるために必要な情報提供を、県民や教育機関等に対して行います。
- 歯周病と糖尿病など生活習慣病との関連性や、妊娠期における歯と口腔の健康づくりの重要性など、全身の健康と歯と口腔の健康づくりの関連性について普及啓発を行います。
- フッ化物洗口、フッ化物配合歯みがき剤の使用や、歯と歯肉の観察、歯間部清掃用具を使用する習慣等のセルフケアの実践に向けて、関係機関及び関係団体と連携し正しい知識の普及啓発を行います。
- 全ての県民が、定期的に歯科検診を受診できるよう、定期的に歯科検診を受けることの重要性や、かかりつけ歯科医をもつことの意義について普及啓発を行います。
- 関係機関、関係団体及び事業所等と連携し、県民向けに歯周病と全身疾患との関連

性について情報提供を行い、歯科保健指導や適切な受診を推進します。

(2) 口腔機能の獲得・維持・向上（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- 口腔機能の獲得のために「よく噛むこと」を習慣化するなど、食育と連携して、「噛ミング 30」を推進します。
- 関係機関及び関係団体と連携し、口腔機能を維持・向上することにより未病を改善し、要介護状態とならないよう、引き続きオーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。
- 関係機関及び関係団体と連携し、歯科医師をはじめとする歯科保健・医療に係る専門職に対して、口腔機能の虚弱を早期に把握し、回復させる「オーラルフレイル改善プログラム」を地域に定着させるよう普及を行うとともに、県民からのオーラルフレイルに関する相談等に対応できるようにするため、オーラルフレイルの基礎知識、対策、改善方法について普及啓発を行います。

(3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者及び要介護者の歯科疾患対策、口腔ケア、口腔機能の発達・維持・向上のため、口腔管理や歯科検診を受ける機会の提供について、各機関・関係機関が連携した支援を行います。
- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、関わる職種の人材育成、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を推進します。

■用語解説

※1 オーラルフレイル

「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「噛めない食品の増加」などのささいな口腔機能の低下のことで、これを放置すると、全身の筋力や心身の活力の衰え（フレイル）、しいては 介護が必要な状態となるリスクが高まります。

第4節 ICTを活用した健康管理の推進

1 現状・課題

【現状】

- ・県民個人が自身の健康情報を一元的に管理するしくみとして平成28年3月から「マイME－BYOカルテ（※1）」を運用しています。
- ・また、平成28年9月から、市町村との協業により、子どもの予防接種歴や健診結果等を簡単に記録できる母子健康アプリケーション（電子母子手帳（※2））との連携運用をしています。

【課題】

- ・県民の主体的な健康管理を推進するため、より一層の「マイME－BYOカルテ」の普及を図る必要があります。

（1）現状

- 県民の未病改善に向けては、県民自らが自身の健康状態を把握し、主体的に未病改善に取り組むことが重要です。
- 県では、県民個人が自身の健康情報を一元的に管理するしくみとして「マイME－BYOカルテ」を運用しています。平成28年3月のWEB版公開以降、スマホアプリ版、LINE公式アカウントを順次公開しているほか、未病指標の測定機能の追加や電子母子手帳（※2）、マイナポータル、地域医療介護連携ネットワーク「サルビアねっと」といったアプリケーションやサービスと連携し、県民の健康管理、未病の改善の取組を推進しています。

（2）課題

- 県民の主体的な健康管理を推進するため、市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと連携して、より一層の「マイME－BYOカルテ」の普及を図る必要があります。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

- ・生まれてから生涯にわたる個人の健康情報を記録できる情報基盤「マイME－BYOカルテ」を活用して、個人が自分の健康情報を自分で管理し、未病指標を活用しながら主体的に未病改善を実践している。
- ・行政や企業、アカデミア、医療機関などが個人の同意のもとで、「マイME－BYOカルテ」の健康情報を共有し、その情報を活用して、最適なサービスを生涯を通じて切れ目なく受けることができる。
- ・「マイME－BYOカルテ」の健康情報や支援が必要な方の情報を、災害時に行政や支援者が共有する仕組みができ、いざという時の県民の安心が確保されている。

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆市町村や企業・団体等との連携、ヘルスケアアプリ等との連携による普及推進
- ◆市町村や企業・団体等における健康増進事業への活用推進

（1）普及推進の取組

- 県民が、日々の健康管理に「マイME－BYOカルテ」を活用できるよう、市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと連携して、「マイME－BYOカルテ」

の普及を推進します。

- 市町村と連携した電子母子手帳の取組などにより、生まれてからの生涯にわたる個人の健康情報を「マイME－BYOカルテ」に記録・蓄積し、県民が自身の健康情報を自ら管理することを推進します。

(2) 市町村や企業における活用

- 市町村と連携し、ウォーキングなど健康増進に向けた取組への「マイME－BYOカルテ」の活用を推進します。
- 企業や団体の従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、「マイME－BYOカルテ」の活用を推進します。
- 「マイME－BYOカルテ」に蓄積された県民の健康情報を、市町村が取り組む健康増進施策や企業の健康経営などの目的で活用できる仕組みを整備します。

■用語解説

※1 マイME－BYOカルテ

県が開発・運用するアプリケーション。歩数、食事、体重などの日々の記録や、お薬、健診結果、母子健康手帳など、自身や家族の健康情報を一覧で管理できる。健康情報を「見える化」することで「未病の改善」に役立つ。

※2 電子母子手帳

子どもの予防接種歴、妊婦や乳幼児の健康結果等の母子の健康情報を記録できるほか、予防接種のスケジュール管理機能や市町村からの子育て情報の通知機能などがあるアプリケーション。電子母子手帳は「マイME－BYOカルテ」と連携しており、電子母子手帳に記録した健康情報をお薬情報やアレルギー情報などと合わせて一覧で管理できる。



<マイME－BYOカルテ>



<電子母子手帳>

第5節 健康・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こすことができる人材の育成

1 現状・課題

【現状】

- ・平成31年4月、保健福祉大学に大学院ヘルスイノベーション研究科（ヘルスイノベーションスクール）を開設しました。
- ・公衆衛生学を基盤に、保健・医療・福祉にイノベーションを起こす人材の育成や研究に取り組んでいます。

【育成する人材像(ヘルスイノベーションスクール 修士課程)】

モデル	人材像
リサーチャー	技術革新や、その基礎となる技術の研究・開発ができる人材
ビジネスパーソン	革新的な技術を具体的に産業化できる人材
アドミニストレータ	組織管理に革新を起こし、効果的・効率的な保健医療サービスの提供ができる人材
ポリシーメーカー	組織・人材などを繋ぎ、保健・医療・福祉課題の解決に資する革新的な社会システムを作る人材

【課題】

- ・超高齢社会の進展等とともに、昨今では感染症への対応も重要視されるなど、保健・医療・福祉分野を取り巻く環境はさらに変化しています。
- ・環境の変化に的確に対応しながら、イノベーションを担うマインドを持って地域や国際社会において活躍できる人材を継続的に育成、輩出していく必要があります。

(1) 保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科の開設

- 県が提唱する「未病」という新しい健康観を現実化していくため、平成31年4月、保健福祉大学に大学院ヘルスイノベーション研究科（ヘルスイノベーションスクール）を開設しました。
- 同研究科では、保健・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こすことができる人材の育成や研究を国内外の機関と連携して進めてきました。

(2) 社会環境の変化

- 超高齢社会が進展し、グローバル化及び情報化が急速に進む中で、個人の多様性が重視され、ライフスタイルを大切にする価値観が浸透し、昨今では感染症への対応も重要視されるなど、保健・医療・福祉分野を取り巻く環境は大きく変化しています。
- こうした環境の変化に的確に対応しながら、時代の変化を先取りするイノベーションを担うマインドを持って地域や国際社会において活躍できる人材を継続的に育成、輩出していくことがますます重要となっています。
- また、大学の知見・資源を生かした未病の改善による健康寿命の延伸や感染症等の研究、社会実装に向けた取組の推進も期待されています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民の健康と生活の向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆保健・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新（イノベーション）を起こすことができる人材の育成

◆県と連携し、大学の知見・資源を生かした未病の改善による健康寿命の延伸や感染症等の研究、社会実装に向けた取組を推進

◆上記の取組を通じた地域との連携強化や国際協働・交流の推進

（１）保健・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新（イノベーション）を起こすことができる人材の育成

（２）県と連携し、大学の知見・資源を生かした未病の改善による健康寿命の延伸や感染症等の研究、社会実装に向けた取組を推進

（３）上記の取組を通じた地域との連携強化や国際協働・交流の推進

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

1 現状・課題

【現状】

- ・地域包括ケアシステムの構築を目指し、7次計画期間まで在宅医療の充実に向けて、地域の連携体制の促進や各種研修会の開催により、在宅医療の提供体制強化を行ってきました。
- ・しかし、8次計画期間及びそれ以降も、在宅医療の需要は増え続けることが見込まれています。

【課題】

- ・医師、看護師等の医療従事者は年々増加しているものの、在宅医療の大幅な需要増と同じ割合で増やしていくことは困難です。
- ・提供体制を増やしていくだけではなく、多職種連携やICTの活用等により、今ある資源を効率的に活用できるかが課題です。



(1) 在宅医療の需要

- 在宅医療は、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、“住み慣れた地域で誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える”という地域包括ケアシステムの理念を推進するためには、不可欠の構成要素です。



(出典) 厚生労働省ホームページ

※上記イメージ図のように、在宅医療では、様々な関係者による多職種連携が重要です。

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

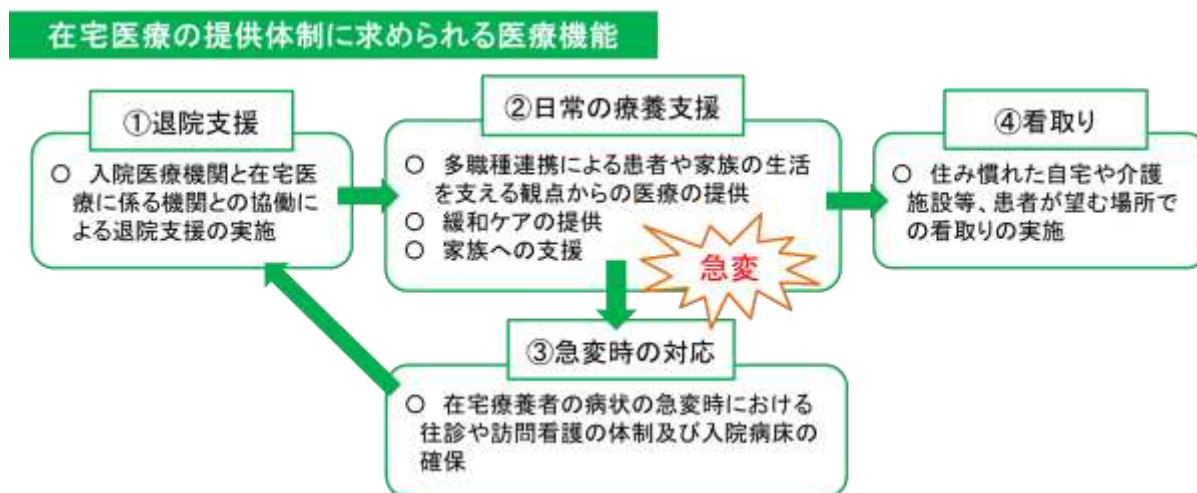
- 在宅医療は、患者のライフサイクルや健康状態の変化の中で起こりうる節目となる、以下の「4つの場面」を意識した取組や個別疾患への対応が必要であり、それぞれの現状と課題を整理し、対策を進めていくことが重要です。

また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の従事者を確保・養成していくことに加え、在宅医療を支える多職種の連携体制の強化が必要です。

【4つの場面】

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



（２）在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

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

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

ア 退院支援

- 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援の充実にあたっては、退院元の医療機関と在宅医療を担う関係者間を“つなぐ”役割を担っていただく部門の設置や職員の配置等、院内の体制整備が欠かせません。
- しかしながら、本県の退院時共同指導を受けた患者数（人口10万対）は、全国

平均を下回っており、円滑な在宅療養移行に向けた退院支援のさらなる取組が必要です。(図表 2-4-1-1)

図表 2-4-1-1 退院時共同指導を受けた患者数(人口 10 万対)



イ 日常の療養支援

- 日常の療養支援に関する体制を構築するためには、患者の状態や地域の医療資源に応じた、訪問診療・訪問看護等の持続可能な仕組みや、患者やご家族の不安・負担を軽減するための、身近に相談できる体制の整備等が重要です。
- 歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、薬局が行う服薬管理や患者の療養状態に応じた処方提案等による取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしていただいています。
- 本県では、訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受けた患者数、訪問薬剤管理指導を受けている患者数ともに年々増加しており、人口 10 万対で比較するとすべてが全国平均を上回っています。(図表 2-4-1-2 ～ 2-4-1-7)
- しかしながら、今後は、在宅医療需要の一層の増加が見込まれることから、さらに在宅医療の取組を推進していかなければなりません。

図表 2-4-1-2 訪問診療を受けた患者数の推移



図表 2-4-1-3 訪問診療を受けた患者数（人口 10 万対）



厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-4 訪問歯科診療を受けた患者数の推移

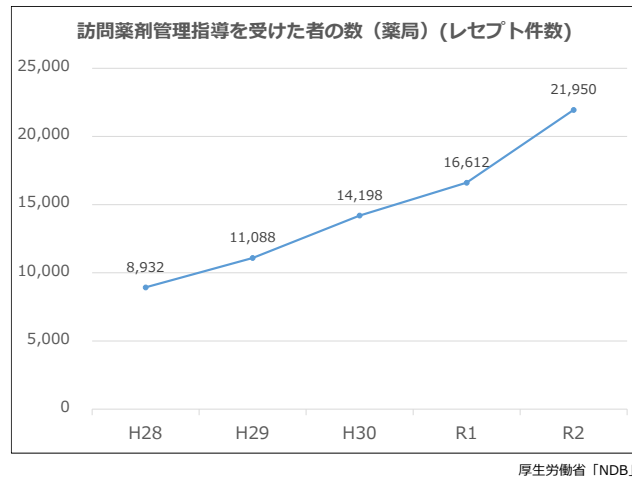


図表 2-4-1-5 訪問歯科診療を受けた患者数（人口 10 万対）

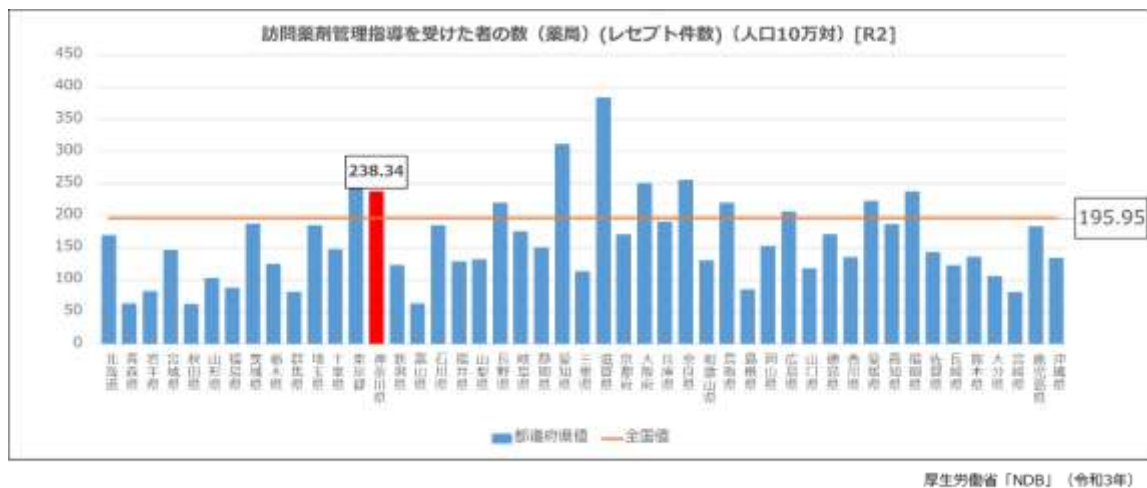


厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-6 訪問薬剤管理指導を受けた患者数の推移



図表 2-4-1-7 訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (薬局) (人口 10 万対)



ウ 急変時の対応

- 急変時の対応可能な体制を構築するためには、後方支援病院との連携を強化し、緊急往診・24 時間往診が可能な体制や、在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備することが重要です。

図表 2-4-1-8 往診を受けた患者数の推移



図表 2-4-1-9 往診を受けた患者数（人口 10 万対）



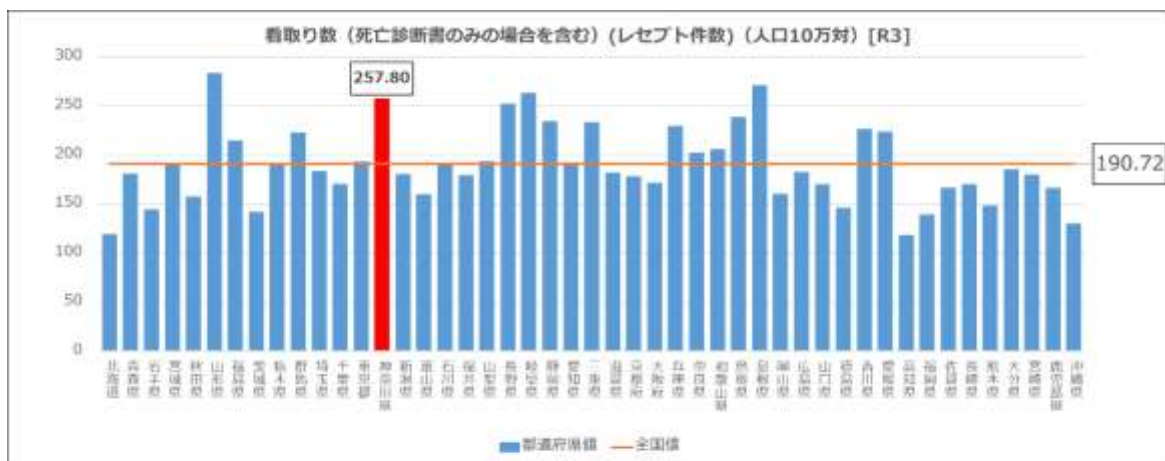
エ 看取り

- 患者が望む場所での看取りに関する体制を構築するためには、患者本人の意思に寄り添いながら、医療・介護・救急の円滑な連携が行われることが必要であり、その前提として、医療・介護関係者が在宅等での看取りについて十分な認識を持ち、理解を浸透させていくことが重要です。
- また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組も求められています。

図表 2-4-1-10 看取り数の推移



図表 2-4-1-11 看取り数（人口 10 万対）



オ 在宅医療に係る人材の確保・育成及び多職種連携

- 在宅医療需要の増加に伴い、患者が医療・介護関係者に求める事項も多様化が見込まれることから、様々な場面に対応できる人材を確保・育成することが求められています。
- 一方、本県のような都市部では人口当たりの医療資源が限られていることから、人材の確保だけではなく、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職等の関係者が、多職種連携により患者を支えることも検討する必要があります。
- なお、今後の在宅医療における多職種連携の推進に向けては、ICT やデジタル技術を活用した取組も進めていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える仕組みが構築できている（各地域における在宅医療の自己完結率の向上）

<目標>

◆円滑な在宅移行への支援の充実

- ・円滑な在宅療養移行に向けての退院支援に関する体制の構築ができていること

◆在宅医療提供体制の充実

- ・日常の療養支援に関する体制の構築ができていること

◆急変時の対応体制の充実

- ・急変時の対応可能な体制が構築できていること

◆患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

- ・患者が望む場所での看取りに関する体制の構築ができていること

（１）円滑な在宅移行への支援の充実

- 県及び市町村は、退院元の医療機関と地域の在宅医療を担う関係者間の連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。
- 県は、退院調整支援を担う人材の確保に向けた医療機関の取組に支援を行い、病院から在宅への円滑な移行を推進します。

（２）在宅医療提供体制の充実

- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等は、互いに連携し、地域における在宅医療に係る課題の抽出や施策検討を行うための取組を推進します。
- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等は、医療・介護従事者を対象に、在宅医療及び訪問看護、在宅歯科医療、薬剤師の在宅医療への参画等に関する各種研修を実施し、医療・介護従事者のスキルの向上や多職種の連携に寄与します。
- 県は、在宅医療の受け皿拡大に向け、在宅医療の提供に必要な設備整備等に対する支援を行うとともに、在宅歯科医療の受け皿拡大に向け、地域における訪問歯科診療の拡大に向けた取組を推進します。
- 県は、在宅分野における多職種連携の推進に向け、医療機関が行う ICT・デジタル技術を活用した取組を支援します。
- 県は、県医療審議会の意見を聞きながら医療法施行規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号の

診療所（※１）として、病床設置等について許可を要しない診療所と認めることにより、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所の整備を支援します。

- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員５人以上の訪問看護ステーションの増加を目指すとともに、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」を地域で育成することについての検討を進めます。

（３）急変時の対応体制の充実

- 県及び保健福祉事務所は、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、関係者間の連携構築等の地域の課題を踏まえた取組を推進します。
- 県は、急性期治療後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受入機能を担う回復期病床等の整備のため、病床機能の転換及び新規整備を支援し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。

（４）患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

- 県及び保健福祉事務所は、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、医療・介護従事者を対象に研修を行い、在宅での看取りや検案に対応できる医療従事者を育成します。
- 県及び保健福祉事務所は、市町村や医師会と連携し、ＡＣＰの普及啓発を進めます。
- 県は、医師会等と連携し、医療や介護の専門職等を対象に研修を行い、人生の最終段階における在宅医療・介護の多職種連携についての知識を深めます。

※ 医療的ケア児に関する事項については、「第１章第５節 小児医療」及び「第４章第３節 障がい者対策」に整理していますので、ご参照ください。

■用語解説

※１ 医療法施行規則第１条の１４第７項第１号の診療所

医療法第７条第３項の規定により、診療所に病床を設けようとするときは、厚生労働省令で定める場合を除き、知事又は保健所設置市の市長の許可が必要。

「厚生労働省令で定める場合」は、医療法施行規則第１条の１４第７項に規定されており、病床設置の許可を要さず、療養病床又は一般病床を設けることができます。その対象施設としては、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所などが記載されている。

1 総合確保方針等

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成 26 年 9 月告示）、医療計画作成指針（令和 5 年 4 月改正医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（令和 6 年 1 月頃告示予定）において、県の「神奈川県保健医療計画（県医療計画）」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画（県高齢福祉計画）」及び市町村の介護保険事業計画（市町村計画）を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。

2 協議の場

高齢化の影響による医療・介護需要の増は県・市町村でそれぞれ推計していますが、これに加えて、病床の機能分化・連携により生じる追加的な在宅医療・介護保険施設等の需要について、協議の場で調整・協議を行いました。

県医療計画と県高齢福祉計画及び市町村計画の整合性を確保するための協議の場は、二次医療圏単位（≡高齢者保健福祉圏域体）で設置されている「地域医療構想調整会議」を活用しました。

（１）高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分）（人/日）

	平成 25（2013）年
患者数	56,304.96



各計画の終了年度へ比例推計（人/日）

	令和 7（2025）年
患者数	95,860.98

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

（２）病床の機能分化・連携により生じる追加的な在宅医療・介護保険施設等の需要（人/日）

	令和 7（2025）年	
患者数	在宅医療	介護保険施設
	1,150.66	798.80

3 神奈川県の医療・介護需要

県と市町村及び「協議の場」の調整結果に基づき、県医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護保険施設等の整備目標をそれぞれ検討し、県医療計画、県高齢福祉計画及び市町村計画に反映しました。※数値は、2025 年の介護施設・在宅医療等の追加的需要の機械的試算（平成 29 年 8 月 10 日 厚生労働省医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）を使用しています。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	現状(年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
初期	C101	退院調整支援担当者を配置している一般診療所・病院数	厚生労働省,医療施設調査	168(R3)	現状より増加
	C102	退院時共同指導を実施している診療所数・病院数	厚生労働省,NDB	117(R3)	現状より増加
	C201	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,452(R3)	現状より増加
	C202	訪問看護ステーション数	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953(R5)	現状より増加
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	870(R3)	現状より増加
	C204	訪問歯科診療を実施している歯科診療所	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	現状より増加
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000(R3)	現状より増加
	C206	在宅療養後方支援病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	現状より増加
	C207	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)	現状より増加
	C208	情報通信機器を用いた診療を行う診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	826(R4.8)	現状より増加
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数(C201 再掲)	厚生労働省,NDB	1,452(R3)	現状より増加
	C302	訪問看護ステーション数(C202 再掲)	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953(R5)	現状より増加
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数	厚生労働省関東信越厚生局,届出受理指定訪問看護事業所名簿	70(R5)	現状より増加
	C304	訪問看護従事者数	厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査	4,989(R3)	5,932
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数(C203 再掲)	厚生労働省,NDB	870(R3)	現状より増加
	C306	訪問歯科診療を実施している歯科診療所(C204 再掲)	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	現状より増加
	C401	在宅療養支援診療所・病院数(C205 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000(R3)	現状より増加
	C402	在宅療養後方支援病院数(C206 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	現状より増加
	C403	在宅療養支援歯科診療所数(C207 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)	現状より増加
	C501	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	3,160(R3)	現状より増加
	C502	24 時間往診を実施している診療所・病院数	(検討中)	(検討中)	現状より増加
	C503	在宅療養支援診療所・病院数(C205 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000(R3)	現状より増加
	C504	訪問看護ステーション数(C202 再掲)	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953(R5)	現状より増加
	C505	24 時間対応体制を実施している訪問看護ステーション数	厚生労働省,医療施設調査	757(R3)	現状より増加
	C601	在宅療養支援診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000(R3)	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	現状(年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
		(C205 再掲)	酬施設基準		
	C602	在宅療養後方支援病院数 (C206 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	現状より増加
	C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	782(R3)	現状より増加
中間	B101	退院支援を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	27,571(R3)	36,118
	B102	退院時共同指導を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	2,900(R3)	3,799
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,014,627 (R3)	1,329,161
	B202	訪問診療を受けた患者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	3,444(R3)	4,511
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	164,292(R3)	215,222
	B204	訪問看護利用者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	61(R3)	79
	B205	訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	26,292(R3)	34,443
	B206	訪問歯科診療を受けている患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	1,860
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	175,08(R3)	22,935
	B401	在宅での看取り件数	(検討中)	(検討中)	(検討中)
	B402	施設での看取り件数	(検討中)	(検討中)	(検討中)
	B403	地域看取り率(県全体) ※2	「令和2年神奈川県衛生統計年報統計表」「令和2年神奈川県警察死体取扱数」	20.82%(R2)	21.94%
	B403	地域看取り率(横浜)	同上	21.33%(R2)	22.45%
	B403	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36%(R2)	22.48%
	B403	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32%(R2)	20.44%
	B403	地域看取り率(相模原)	同上	17.09%(R2)	18.21%
	B403	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	28.49%(R2)	28.49%
	B403	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44%(R2)	20.56%
	B403	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20%(R2)	21.32%
	B403	地域看取り率(県央)	同上	14.90%(R2)	16.02%
	B403	地域看取り率(県西)	同上	21.59%(R2)	22.71%
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完結率	(検討中)	(検討中)	(検討中)

※1 目標値

在宅医療においては、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、国の指針（「在宅医療の体制構築に係る指針」）において、令和8年度末までの3年間で目標値を設定することとされている。

※2 地域看取り率

県内の二次医療圏内における人口動態統計の死亡数から死体検案数を差し引いた値を「地域看取り数」と定義し、全体の死亡総数に占める「地域看取り数」の割合を示したものの。

第2節 高齢者対策

1 現状・課題

【現状】

- ・計画期間中に、団塊の世代が75歳以上となる2025年を迎える。さらに2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上となるなど、高齢者の増加に伴い、医療・介護サービス需要もさらに増加・多様化することが見込まれます。

【課題】

- ・高齢者が住み慣れた地域で安心して元気に暮らすことができるよう、様々な保健福祉サービスを効果的に提供するとともに、サービス提供基盤の整備を進める必要があります。

(神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計)

	2020年 (令和2年)	2025年 (令和7年)	2035年 (令和17年)	2040年 (令和22年)
総人口	923.7万人	906.9万人	875.0万人	854.1万人
うち65歳以上人口 (総人口に占める割合)	230.8万人 (25.0%)	242.3万人 (26.7%)	268.4万人 (30.7%)	286.7万人 (33.6%)
うち75歳人口 (総人口に占める割合)	120.1万人 (13.0%)	146.6万人 (16.2%)	151.2万人 (17.3%)	155.4万人 (18.2%)

出典: 令和2年は総務省「国勢調査」、推計値は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

(1) 要支援・要介護認定者数の増加

- 県内の介護保険第1号被保険者のうち、要支援・要介護認定者数は、令和4年9月時点で446,945人となっており、10年前の平成24年9月の297,329人の1.5倍以上に増加しました。今後も75歳以上の高齢者の急速な増加に伴い、要支援・要介護認定者数が増加していくことが見込まれます。

表2-4-2-1 神奈川県の高齢者の要支援・要介護認定者数の現状と将来推計

	2012年 (平成24年)	2022年 (令和4年)	2025年 (令和7年)
要支援・要介護認定者数	297,329人	446,945人	490,433人
うち65歳以上75歳未満の認定者数 (認定率)	43,692人 (4.1%)	48,162人 (4.6%)	40,407人 (4.2%)
うち75歳以上の認定者数 (認定率)	253,637人 (29.6%)	398,783人 (30.2%)	450,026人 (31.4%)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(各年度9月の認定者数)」
令和7年は市町村による推計の合計

- 高齢者の増加とともに、ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎といった疾患が増加していくことも見込まれます。
- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防事業、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めており、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づいて介護保険施設や地域密着型サービスの計画的な整備を進めています。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 高齢者が、住み慣れた地域において安心して元気にくらすことができるように、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターの機能を強化するとともに、地域の様々な機関やボランティア等が連携を図りながら、高齢者自らも参加し、包括的・継続的な支え合いを行う地域包括ケアシステムの構築を一層推進することが必要です。
- 医療や介護を必要とする高齢者については、心身の状態に即した適切なサービスの提供を切れ目なく行う必要があるため、医療と介護の連携を強化する必要があります。

(3) 認知症とともに生きる社会づくり

- 高齢者の急速な増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれており、誰もが認知症とともに生き、共生社会の実現を推進するために認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることが必要です。
- 認知症の人が早期にその症状に気づき、診断や早期対応を推進するため、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供できる総合的な支援を行うネットワークを構築する必要があります。
- 65歳未満で発症する若年性認知症については、多くが現役世代で就労や子育てもあり、また、認知症特有の初期症状ではないこともあるため、受診が遅れる傾向があります。経済的な問題など、高齢者の認知症の人とは異なる課題を抱えていることから、認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職なども含めた支援を総合的に講じる必要があります。

(4) 未病改善と健康づくりの推進

- 高齢者が健康で生き生きとした生活を送るためには、食事や運動などの生活習慣の改善に取り組むことが大切です。また、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の防止を図っていくことが重要です。

(5) 人材の養成、確保と資質の向上

- 保健・医療・福祉の各領域にわたる専門的な能力と、知識や技術の高度化にも対応できる高い資質を持った実践力のある人材の養成に取り組むことが重要です。
- サービス需要の増加に円滑に対応できるよう、保健・医療・福祉サービス事業への就労支援などに取り組むことにより、保健・医療・福祉人材の確保や定着を図ることが必要となっています。
- 高齢者一人ひとりの状況に応じた適切なサービスが提供できるよう、保健・医療・福祉にかかわる人材の資質の向上に取り組むことが重要です。

(6) 介護保険サービス等の適切な提供

- 介護や支援が必要な高齢者に対して、要支援・要介護状態に応じた介護保険サービスを提供できるよう、介護保険制度を円滑に運営することが必要です。
- サービスの質の確保や向上と併せて、利用者の選択を支援するための取組を進めることが大切です。

(7) サービス提供基盤の整備

- 高齢者一人ひとりができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、在宅での生活を支援する取組を充実していく必要があります。また、地域包括ケアシステムの構築を進めつつ、常時介護を必要とする人が自宅等でくらすことが困難な場合のために、引き続き特別養護老人ホームなどの介護保険施設等の整備を進めていく必要があります。

(8) 高齢者救急【再掲】

- 高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、今後増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が必要となります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「高齢者が安心して、元気に、いきいきと暮らせる社会づくり」の実現

<目標>

- ◆地域包括ケアシステムの深化・推進
- ◆認知症とともに生きる社会づくり
- ◆未病改善と健康づくりの推進
- ◆人材の養成、確保と資質の向上
- ◆介護保険サービス等の適切な提供
- ◆サービス提供基盤の整備
- ◆高齢者救急の推進

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 地域包括支援センターは、地域における見守り、保健・医療・福祉、権利擁護等についての関係機関や団体、ボランティア等の様々な活動との連携を図り、ネットワークの構築に取り組みます。
- 地域における医療と介護の連携における課題等の情報交換と検討を行うため、地域包括支援センターや医療・介護関係者、自治体職員等を構成員とする「地域包括ケア会議」を県が事務局となって地域別に開催するなど、医療と介護の連携を推進します。
- 市町村は、地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業を実施し、地域の医療・介護サービス資源の把握、在宅医療・介護サービスの情報の共有支援、在宅医療・介護関係者の研修などに取り組みます。

(2) 認知症とともに生きる社会づくり

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができ、家族が安心して暮らせる、総合的な認知症施策を推進します。
- 県は、当事者目線で認知症への理解を深めるため、「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）による本人発信支援を充実するとともに、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信等による普及啓発を進めます。
- 県は、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供

体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。

- 県は、若年性認知症支援コーディネーターの配置により、経済的問題等の課題を抱える若年性認知症の人の、居場所づくりや就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症介護の経験者等が、認知症の人や家族等からの介護の悩みなど認知症全般に関する相談を電話で行い、相談内容に応じた適切な関係機関へのつなぎを行うコールセンターを県が設置し、精神面も含めた様々な支援ができるよう、相談体制を充実します。
- 認知症の方やそのご家族が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症の人を地域で見守る認知症サポーターの活動を支援します。また、ボランティアや支援団体、企業などが連携し、ニーズに応じた支援を推進する「認知症オレンジパートナーネットワーク」を充実させ、市町村における支援の仕組である「チームオレンジ」の構築を支援します。

(3) 未病改善と健康づくりの推進

- 市町村は、地域支援事業として介護予防事業を実施します。県は、広域的な観点から介護予防事業を推進するため、人材の養成を行うとともに、地域支援事業及び介護予防サービスの効果的な実施が図られるよう、介護予防事業市町村支援委員会を開催するなど、市町村の支援を行います。
- 介護に至る要因となる「フレイル（虚弱）」対策に取り組みます。
- 市町村は、生活習慣病などの疾病予防の観点から、他に保健サービスを受ける機会のない40歳以上の方を対象に、健康診査、健康教育、健康相談などを実施します。
- 県民一人ひとりが歯及び口腔の健康を意識し、80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした8020運動や、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）の予防と改善に取り組みます。また、要介護者等が誤嚥性肺炎や低栄養状態になることを防ぐために、口腔ケアや口腔機能の維持・向上の充実を図ります。
- 高齢化の進んでいる県営住宅を健康で安心して住み続けられるよう、高齢者の支え合い活動や保健・医療・福祉サービスの拠点づくりを行い、「健康団地」として再生していきます。

(4) 人材の養成、確保と資質の向上

- 若者、中高年齢者、外国籍県民、潜在的有資格者など多様な人材層を対象に養成を図ります。
- 「かながわ福祉人材センター」や「神奈川県ナースセンター」を中心として、保健・医療・福祉分野での就業希望者に対する無料職業紹介や相談事業などを実施し、就労を支援する取組や、保健・医療・福祉に関する資格を持ちながら現在就業していない方や離職した方への再就職支援、仕事に関する理解促進などを通じて、保健・医療・福祉人材の確保・定着を図ります。
- 介護職員等に対して専門的知識の習得や技術の向上を目的とした研修を実施し、資質の向上を図ります。

(5) 介護保険サービス等の適切な提供

- 市町村は、保険者として、介護保険事業計画に基づく介護保険制度の健全かつ円滑な運営を行います。県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な指導及び適切な援助を行います。
- 介護サービス情報の公表制度による事業者情報をはじめ、介護保険サービスの利用者や家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が必要とする介護・福祉サービスに関する情報を迅速に提供し、サービスの選択を支援します。

(6) サービス提供基盤の整備

- 市町村では、介護保険事業計画において、身近な日常生活圏域を定めることとし、その日常生活圏域において必要な地域密着型サービスや介護予防拠点などのサービス基盤の整備を進めます。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設の整備を促進するとともに、医療的な対応が必要な高齢者の受入への支援や、在宅と入所の計画的な相互利用の促進などに取り組みます。
- 市町村と調整の上、今後の高齢者数の推移、地域の実情、施設・居住系サービスの利用者数の推移、医療と介護の連携などによる在宅ケアの利用者数の推移等を踏まえつつ、施設サービス及び居住系サービスの適切な整備を推進します。
- 在宅での生活を継続し、また、家族の負担を軽減する観点からも、短期入所サービスの適切な利用が重要であることから、市町村及び高齢者保健福祉圏域内において、地域の実情を考慮した必要な量を整備します。

(7) 高齢者救急【再掲】

- 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。
- 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

第3節 障がい者対策

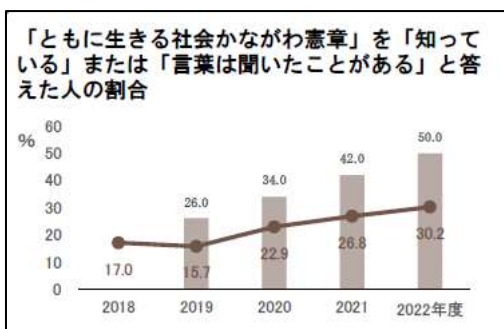
1 現状・課題

【現状】

- ・障がい者が自らの意思に基づいて必要な支援・サービスを受けながら、住み慣れた地域で安心してその人らしくいきいきと暮らすことのできる地域共生社会「ともに生きる社会かながわ」の実現を目指し、平成28年10月に「ともに生きる社会かながわ憲章」（以下、「憲章」という。）を策定し、令和5年4月に「当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～」（以下、「条例」という。）を施行しました。
- ・「憲章」や「条例」の理念が県民に深く浸透し、誰もが障がい者一人ひとりの立場や目線を意識しながら、障がい者の差別解消や権利擁護、自立及び社会参加の推進に向けて取り組んでいます。

【課題】

- ・「憲章」や「条例」の理念を普及するため、県のたよりやSNS等の様々な手法を活用した広報を推進するとともに、これまで以上に、国、県、市町村や企業・団体等の様々な主体が連携しながら、地域共生社会の実現に向けて取り組む必要があります。



（１）障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

- 障がい者が安心して地域で暮らしていくためには、ホームヘルプサービスや日中施設などで提供される生活介護、身体機能や生活能力の向上のための自立訓練などとあわせて、訪問看護等の医療サービスや、緊急時や家族のレスパイト（休息）のための短期入所、住まいの場であるグループホームなどの更なる整備が必要です。

（２）サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

- 医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの専門技術と知識を有する人材の確保が必要です。
- 障がい者の特性を理解し、適切な歯科診療ができる人材の育成・確保が必要です。
- サービス等利用計画を、すべての障害福祉サービスを利用する障がい者等に作成する必要があるため、障がい者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

（３）発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援

- 以前は、「制度のはざまの障害」といわれ、サービスが利用しにくかった発達障がいや高次脳機能障がいのある人に対し、専門的な支援を行う拠点機関が中心となって、医療、福祉などが連携した支援を行うとともに、支援技術の地域展開やネットワークづくりを進めていく必要があります。

（４）障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、自立支援医療制度や重度

障害者医療費助成制度などを活用しながら取り組んでいく必要があります。

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

- 医療技術の進歩に伴い、NICU等を退院後、日常生活を営むために恒常的に医療的なケアを受ける必要がある「医療的ケア児（※1）」が増加していますが、障害福祉制度のような登録制度がないため、医療的ケア児の実態把握が全国的にも課題となっています。
- 令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）」では、医療的ケア児やその家族に対して、医療、保健、福祉、教育などの関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことを求めています。支援に必要な人材など社会的資源は十分ではありません。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

障がい者が身近な地域で適切に保健・医療を受けることができる社会

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備
- ◆サービス提供や相談支援のための専門人材の養成
- ◆発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実
- ◆障がい者が安心して医療を受けられるための支援

(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

- 訪問看護やホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障がい者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備するための支援を行います。

(2) サービス提供や相談支援のための 専門人材の養成

- 医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの養成を推進します。
- 障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成を推進します。
- 障害がある方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成を推進します。

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実

- 発達障害支援センターかながわA（エース）において、福祉、保健、医療、教育、労働、民間支援団体と連携しながら発達障がいに関する相談支援等を行うとともに、身近な地域における発達障がいの支援体制の充実をめざし支援を行います。
- 神奈川県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障がい者に対する支援拠点機関として位置づけ、専門的な相談支援や研修事業を通じ、医療と福祉が一体となった支援を行うとともに、地域支援ネットワークの充実を目指し支援を行います。

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、市町村とも連携しながら、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などにより、障がい者への医療費の助成を行います。
- また、身近な地域で専門的な歯科診療を受診できるよう、神奈川県心身障害児者歯科診療システムにおける医療の充実を図るとともに、一次、二次、三次の各医療機関の連携を推進します。

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

- 県は、医療的ケア児の登録フォームを活用して県内の医療的ケア児の実態（人数、居住地、必要となる医療的ケアの種別等）を把握するとともに、その情報を市町村と共有し、支援策の検討につなげます。
- 県は、支援の中核機関となる「かながわ医療的ケア児支援センター」において、医療的ケア児の家族や支援者からの相談等に応じるとともに、地域の支援機関と連携して支援体制の構築を進めます。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーターの養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及び家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。

■用語解説

※1 医療的ケア児

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である、18歳未満の児童（18歳以上の高校生を含む）

「精神障がい」及び「高次脳機能障がい」に関する施策については、「第2章第5節 精神疾患」に、それぞれ施策の詳細を記載していますので、ご参照ください。

第4節 母子保健対策

1 現状・課題

【現状】

- ・母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担うこどもを健全に育てることにあります。少子化の進展や出産年齢の高齢化により、保護者ならびに妊産婦、成育過程にあるこどもを取り巻く環境が変化し、次に掲げる課題があります。

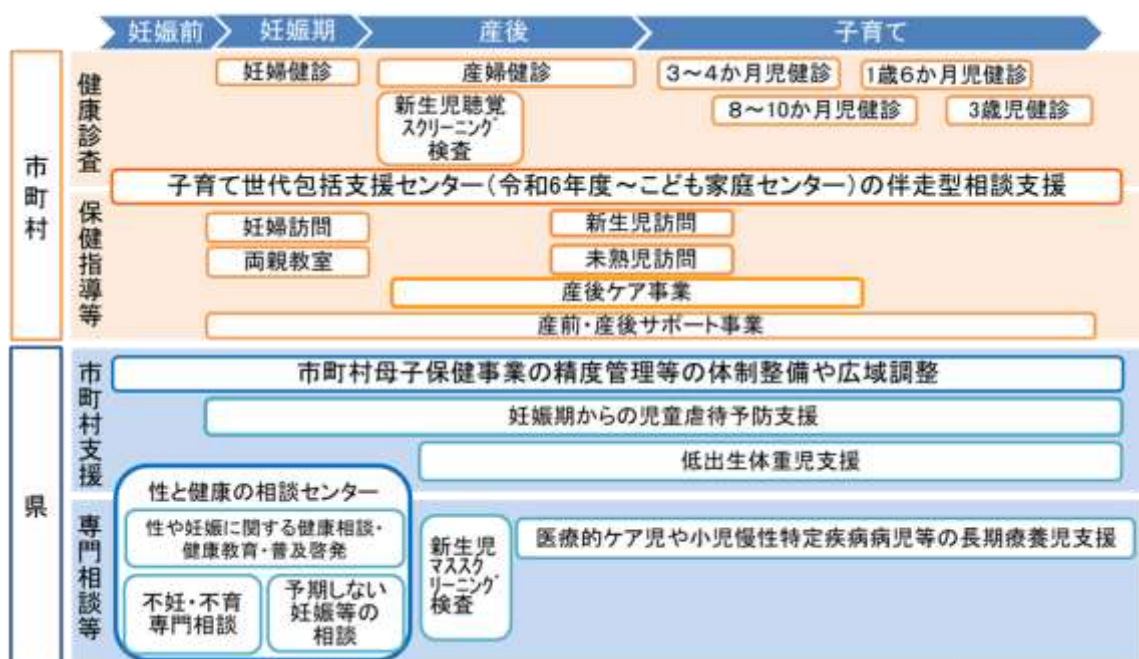
【課題】

- ・妊娠合併症や産後うつ等を予防するための妊娠・出産・産後までの支援体制整備
- ・不妊症・不育症に関する医学面での不安・悩みに対する支援
- ・性や妊娠に関する知識の不足による予期しない妊娠や不妊症・不育症のリスクの上昇
- ・医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児や低出生体重児への継続的な相談支援と自立促進
- ・乳幼児の障がい・疾病の発生予防・早期発見と健康管理
- ・妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理
- ・児童虐待予防の観点も踏まえた妊娠期からの支援体制整備

(1) 母子保健の現状

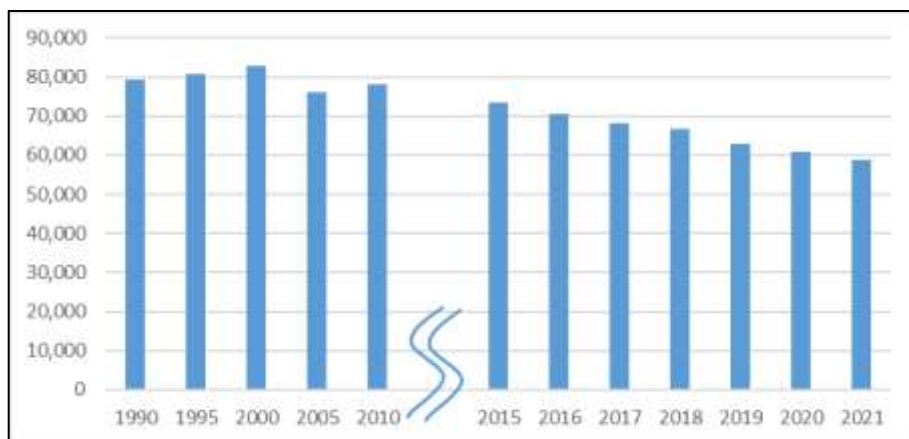
- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担うこどもを健全に育てることにあります。
- 市町村では、子育て世代包括支援センター（※1）等で妊産婦や乳幼児とその保護者に対して、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ伴走型相談支援を行います。
- 県では、市町村の母子保健事業を確認し、サービスの精度管理等の支援や広域的な調整を行います。また、性や妊娠に関する相談支援や普及啓発、医療的ケア児等の長期療養児に対する相談支援や連携体制の構築を行います。

図表 2-4-4-1 母子保健事業の体系図



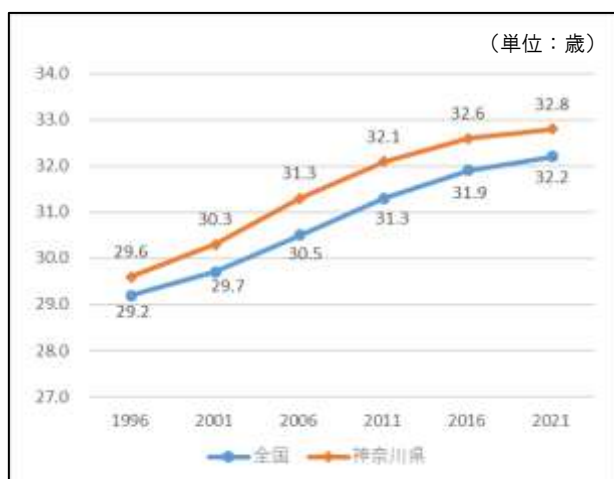
- 近年では、少子化の進展や出産年齢の高齢化により、神奈川県では急激に出生数が減少し、母の平均出産年齢は全国と比較して高くなっています。このような状況から、保護者ならびに妊産婦、成育過程にあるこどもを取り巻く環境が変化し次に掲げる課題があります。

図表 2-4-4-2 神奈川県の出生者数の推移



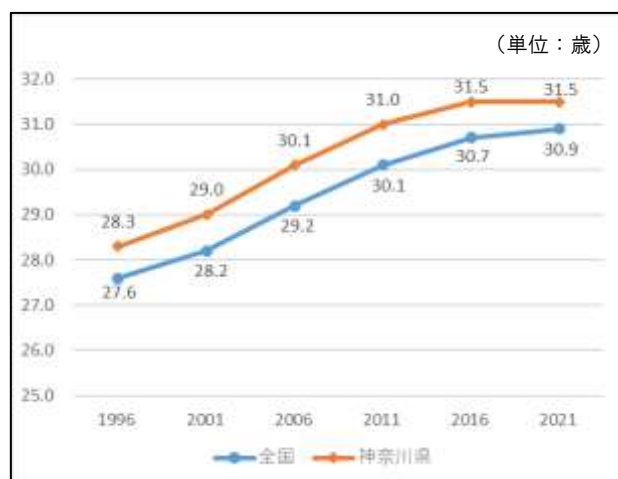
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図2-4-4-3 母の平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図2-4-4-4 母の第1子平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 妊産婦の健康管理

- 出産年齢が上昇すると、妊娠糖尿病や妊娠高血圧症等の合併症の発症のリスクが高くなります。また、妊娠中に特に重症化しやすい疾患があること、妊娠週数に応じた薬剤の胎児への影響があることから、妊娠週数に応じた妊婦健康診査や保健指導が必要です。
- 妊産婦は、妊娠・出産・産後の期間にホルモンバランスの乱れや環境の変化によるストレスなどで心身のバランスを崩しやすく、メンタルヘルスに関する問題が生じやすい状況にあります。産後うつ病（※2）の発症率は約10%とされ、産後うつ病の予防を図るため、妊娠期から産後早期の支援体制整備が必要です。

(3) 不妊症・不育症

- 一般的に女性の年齢が上昇すると、妊娠・出産に至る確率が低下し不妊症（※3）・

不育症（※4）の治療が必要になる場合があります。

- 体外受精等の生殖補助医療は、令和4年度から健康保険の適用となり、患者は3割の自己負担で治療を受けられるようになりました。しかし、一部の治療方法は先進医療として、全額患者負担となっており経済的な負担が大きくなっています。
- 不妊症・不育症の治療を続けている患者の中には、治療等に関する医学面での不安・悩みが生じることがあり、専門的な知識を踏まえた支援が必要です。

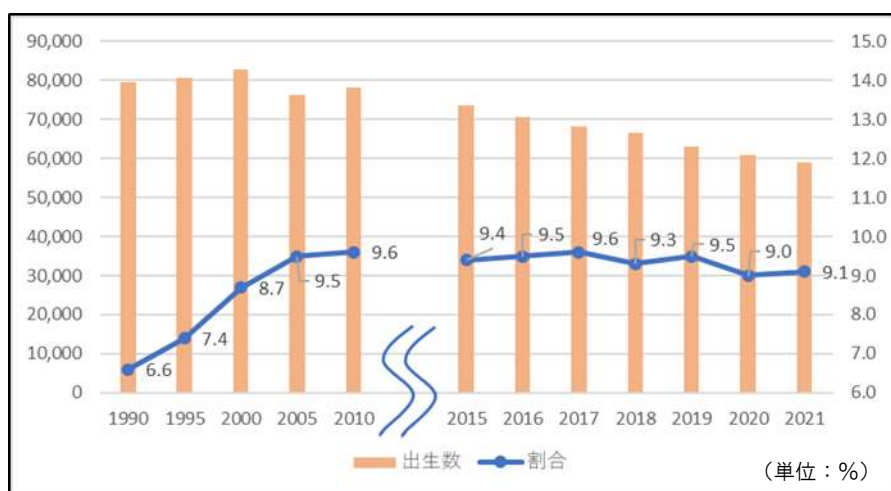
（4）性や妊娠に関する知識

- 10代などの若年世代に関しては、性や妊娠に関する基礎的な知識が欠けている場合があり、予期しない妊娠に繋がる可能性があります。誰にも相談できずに飛び込み出産（※5）・墜落出産（※6）に繋がることが無いように、相談窓口の整備や普及啓発が重要です。
- 年齢の上昇や婦人科症状（※7）を放置することによって婦人科疾患が悪化した場合に不妊症・不育症のリスクが高くなります。望んだ時期に妊娠・出産ができるようにライフプランの形成や適切な相談・受診行動への支援が必要です。

（5）医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児

- 医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児（※8）や小児慢性特定疾病児（※9）等の長期療養児が増加しています。長期療養児やその家族は心身の負担が大きいため、関係機関と連携した継続的な支援を行い、健全育成及び自立促進を図ることが重要です。
- 全出生数中の低出生体重児（※10）の割合は増加傾向にありましたが、近年は横ばい傾向にあります。低出生体重児の割合が増加する要因としては、医療技術の進歩により早産児や多胎児等の救命率が向上した面もありますが、母親の妊娠前の痩せ（低栄養状態）や妊娠中の喫煙等の要因の軽減に向けた取組や、保護者の育児等への継続的な支援が必要です。

図表 2-4-4-5 神奈川県の高出生体重児の割合



（出典）厚生労働省「人口動態調査」

（6）乳幼児の障がい・疾病の発生予防・早期発見と健康管理

- こどもは生まれた時は健康に見えても、放置すると障がいや発達の遅れが発生する可能性がある先天性代謝異常等がある場合があります、早期の発見と治療が重要です。

- 乳幼児期は身体発育、精神発達面で大きく変化する時期です。言語発達、運動機能、視聴覚等の障がい、疾病を早期に発見し、早期治療・早期療育を図る必要があります。
- 感染症の発生・重症化予防、まん延防止を図るため、保護者へ予防接種の理解を促進し、予防接種率を維持する必要があります。
- 乳幼児の生活習慣の自立、むし歯の予防、幼児の栄養及び育児に関する保護者への指導を行うことで、乳幼児の健康の保持及び増進を図ることが可能です。

(7) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理

- 妊産婦については、ホルモンバランスの変化、嗜好の変化等によって、むし歯や歯周病が進行しやすいため、口腔清掃がより重要です。
- 乳幼児については、むし歯の予防のみならず、食べる機能をはじめとした口腔機能獲得の観点からの取組等を行うことが重要です。保護者が乳幼児の歯と口の健康管理ができるように歯みがき等の歯科保健指導や口腔機能発達に対する適切な支援を行うことが必要です。

(8) 児童虐待予防

- 妊産婦の心身の不調や家庭環境等はこどもの心身の発達に影響を及ぼし、児童虐待のリスクにもなり得るため、児童虐待予防の観点も踏まえて妊娠期からの支援体制整備が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰もが安心して妊娠・出産ができ、すべてのこどもが健やかに成長できる地域の支援体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の充実
- ◆不妊症・不育症への支援の充実
- ◆性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発の充実
- ◆医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児への支援
- ◆乳幼児の障がい・疾病の発生予防のための検査体制の整備
- ◆妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理の促進
- ◆児童虐待予防に係る体制整備

(1) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の充実

- 県は、妊産婦が居住する市町村によって妊娠期から子育て期の支援に差が生じない様に、市町村の母子保健事業や児童福祉との連携の状況を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による精度管理等の支援を行います。
- 県は、市町村で妊娠・出産・産後までの一連の支援が行えるよう、妊産婦健康診査や産後ケア等について、母子保健情報のデジタル化と利活用も踏まえた広域的な調整を行います。
- 県は、市町村の保健師等の母子保健事業従事者に対して研修を実施し、相談支援等のスキルの向上に寄与します。

(2) 不妊症・不育症への支援の充実

- 県は、県民が不妊治療を一定の負担で受けられるよう、健康保険の適用範囲等について適切に見直し等を行うよう国に働きかけます。
- 県は、不妊症・不育症の治療について、現在の自身の治療の必要性や、今後の治療等について悩む人を対象に「不妊・不育専門相談センター」を設置し、専門の医師、臨床心理士、助産師による専門相談を継続して実施していきます。

(3) 性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発の充実

- 県は、不妊症・不育症、予期せぬ妊娠、低出生体重児の出生要因の軽減のため、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を促すプレコンセプションケア（※11）の推進を図ります。保健福祉事務所等に設置する性と健康の相談センター（※12）でのライフステージに応じた健康教育・健康相談や、Web サイト「丘の上のお医者さん」等での普及啓発を行います。
- 県は、不妊症・不育症に関しては「不妊・不育専門相談センター（後述）」、予期せぬ妊娠等に関しては「妊娠 SOS かながわ」等の専門相談の窓口を設置し、継続的な支援が必要な場合には関係機関と連携した支援を行える様に体制整備を行います。

(4) 医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児への支援

- 県は、居住する地域にかかわらず、等しく適切な医療・保健・福祉サービスを受けられるよう、保育や教育等と連携した体制整備を行うとともに、長期療養児とその保護者に対して保健福祉事務所等で相談支援や自立支援、ピアサポート（※13）を行います。医療的ケア児については「かながわ医療的ケア児支援センター」の地域相談窓口（ブランチ）（※『第4章第3節障がい者対策』参照）、医療的ケア児等コーディネーター（※14）と連携した支援を行います。
- 県は、市町村の低出生体重児の支援で活用できるツールとして、かながわりトルベビーハンドブック（※15）を作成し、市町村が担う保健師等による母子保健の取組と連携し、低出生体重児の保護者等への支援の促進を図ります。

(5) 乳幼児の障がい・疾病の発生予防のための検査体制の整備

- 県は、先天性代謝異常等を発見し、適切な治療に繋ぐため新生児マススクリーニング検査（※16）を実施します。また、新生児聴覚スクリーニング検査（※17）、屈折検査機器（※18）による視覚検査等の市町村の実施状況を確認し、受検率の向上やフォローアップの推進を図ります。
- 県は、市町村が実施している乳幼児健康診査で予防接種の状況の確認や精密検査受診者・未受診者のフォローアップが適切に行われているか市町村の状況の確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。

(6) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理の促進

- 県や各市町村は、妊婦を対象とした歯科検診と歯科保健指導を行うことによりセルフケア技術や知識の普及を図ります。
- 保護者が乳幼児の歯と口の健康管理ができるように歯みがき等の歯科保健指導や口

腔機能発達に関する情報提供等を行います。

(7) 児童虐待予防に係る体制整備

- 県は、妊産婦のメンタルヘルスの観点も含め、市町村が関係機関と連携し妊娠期からの児童虐待予防に資する適切な支援が行えるように、連絡票の活用等による連携を推進します。
- 県は、市町村、医療機関等に対して研修を実施し、相談支援等のスキルの向上や関係機関との連携を図ります。

■用語解説

※1 子育て世代包括支援センター

母子保健法に基づき市町村が設置するもので、保健師等の専門職が妊娠・出産・育児に関する様々な相談に対応し、必要に応じて支援プランの策定や地域の保健医療福祉の関係機関との連絡調整を行うなど、妊娠時から出産・子育てまでの切れ目のない支援を一体的に提供しています。令和6年度以降に、児童福祉法に基づき虐待や貧困などの問題を抱えた家庭に対応する「子ども家庭総合支援拠点」と一体化したこども家庭センターが設置される予定です。

※2 産後うつ病

産後数週から1年以内に発症し、気分の落ち込み、憂うつな気持ち、日々の生活で興味が減退したり、楽しめない感じを主症状に発症したうつ病のことです。公益社団法人日本産婦人科医会によると、発症率は約10%とされています。

※3 不妊症

妊娠を望む健康な男女が避妊をしないで性交をしているにもかかわらず、一定期間妊娠しないものをいいます。公益社団法人日本産科婦人科学会では、この「一定期間」について「1年というのが一般的である」と定義しています。

※4 不育症

妊娠はするけれども、流産、死産や早期新生児死亡などを繰り返し、結果的に子どもをもてない状態をいいます。

※5 飛び込み出産

妊娠しているにもかかわらず、産科医療機関や助産所への定期受診を行わず、かかりつけ医を持たない妊婦が、産気づいたときに初めて医療機関に受診し出産する事をいいます。

※6 墜落出産

陣痛や破水後に急速に分娩が進行し、自宅や外で出産に至ってしまうことをいいます。

※7 婦人科症状

妊娠・出産や生理（月経）に関する症状や、更年期障害のようなホルモンバランスが原因となっておこる症状、たとえば骨粗鬆症、頭痛、肩こり、めまい、のぼせ、手足の冷えなど、さまざまな女性特有の症状のことをいいます。

※8 医療的ケア児

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である、18歳未満の児童（18歳以上の高校生を含む）のことをいいます。

※9 小児慢性特定疾病児

小児慢性特定疾病にかかっている児のことをいいます。小児慢性特定疾病は、18歳未満の児童等に発症する疾病で、①慢性に経過する、②生命を長期にわたって脅かす、③症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる、④長期にわたって高額な医療費の負担が続く、の4要件を満たすもので、厚生労働大臣が定める疾病です。医療費の自己負担分の一部が助成されます。

※10 低出生体重児

出生体重が2,500g未満で出生した児のことをいいます。

※11 プレコンセプションケア

プレ (pre) は「～の前の」、コンセプション (conception) は「受精・懐妊」で、プレコンセプションケアは「妊娠前の健康管理」を意味します。つまり、プレコンセプションケアとは、若い世代（女性と夫・パートナー）のためのヘルスケアであり、現在のからだの状態を把握し、将来の妊娠やからだの変化に備えて、自分たちの健康に向き合うことです。

※12 性と健康の相談センター

プレコンセプションケアを含め、男女問わず性や生殖に関する健康支援を総合的に推進し、ライフステージに応じた切れ目のない健康支援を実施するセンターであり、性や妊娠に関する健康相談、健康教育、普及啓発等を行っています。

※13 ピアサポート

病気や障がいなど、同じ苦しみや生きづらさを抱える当事者や経験者が互いを支え合う活動のことをいいます。

※14 医療的ケア児等コーディネーター

医療的ケア児や重症心身障がい児等が、地域で安心して暮らしていけるよう、医療的ケア児等に対する支援を総合的に調整する者のことをいいます。

※15 かながわりトルベビーハンドブック

神奈川県にお住まいの低出生体重のお子さんご家族のための子育て手帳です。生まれた時から概ね6歳までの成長や医療の記録ができるようになっています。

※16 新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）

フェニルケトン尿症などの先天性代謝異常の病気を発見するための検査で、出産した医療機関等で、退院までの間に赤ちゃんの足の裏から血液をとって調べます。

※17 新生児聴覚スクリーニング検査

生まれて間もない赤ちゃんを対象とした「耳の聞こえ」の検査です。出産した医療機関等で、退院までの間に検査を受けることが一般的です。

※18 屈折検査機器

近視・遠視・乱視などの屈折異常や屈折の左右差、瞳孔不動、斜視などを発見することができる機器のことをいいます。こどもの視力が発達する時期は3～5歳がピークで、この時期に屈折異常や斜視などの問題を早期に発見し、適切な治療をするため乳幼児健診での導入が進んでいます。

第5節 難病対策

1 現状・課題

【現状】

- ・厚生労働省が定めた 338 疾患(※令和 6 年 4 月 1 日から 341 疾患)を対象に指定難病患者に対する医療費の給付を行っており、県内の受給者数は現在 6 万人を超えており、今後も受給者数の増加が見込まれています。

【課題】

- ・難病患者の状況や必要とする支援も多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が課題です。

(1) 現状

- 原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働省が定めた 338 疾患(※令和 6 年 4 月 1 日から 341 疾患)を対象に、医療費の給付を行っており、県内の受給者は令和 5 年 3 月末現在、6 万人を超えています。
- 難病は、長期の療養を必要とするものですが、疾病の適切な管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能であるものもあり、患者の状況や必要な状況が多様です。
- 県では、医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図るため、地域における訪問相談事業や医療相談事業等を実施しています。また、患者を多方面から支援するため、各地域に「難病対策地域協議会」を設置することにより、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図っています。

(2) 課題

- 難病の多様性、希少性のため、患者はもとより医療従事者であっても、どの医療機関を受診(紹介)すれば早期に正しい判断をつけられるかがわかりづらく、県内における医療提供体制の整備と医療機関のさらなる連携、医療提供体制の整備が必要です。
- 患者の状況や、必要とする支援も多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

難病患者及びその家族の日常生活上での悩みや不安等の解消を図られるとともに、関係各機関との連携を強化し、難病患者の様々なニーズに対応した支援が地域でできている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療提供体制、相談支援体制の整備
- ◆患者に対する支援の実施

(1) 医療提供体制、相談支援体制の整備（県、関係機関）

- 既存の難病治療研究センターを中心とする相談支援体制を再構築した医療提供体制の整備を図り、地域における受入医療機関と専門機関との連携、情報共有を進め、安定した療養生活の確保につなげます。
- 医療提供体制の整備と併せて「かながわ難病相談・支援センター」としての役割を明確化するとともに広く周知し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。
- 難病について、早期の診断、地域での適切な診療を行うために、神奈川県難病医療連携拠点病院及び神奈川県難病医療支援病院を指定するとともに、かながわ難病情報連携センターを中心として、難病医療提供状況に関する情報を集約し、県内の医療提供ネットワーク構築につなげます。

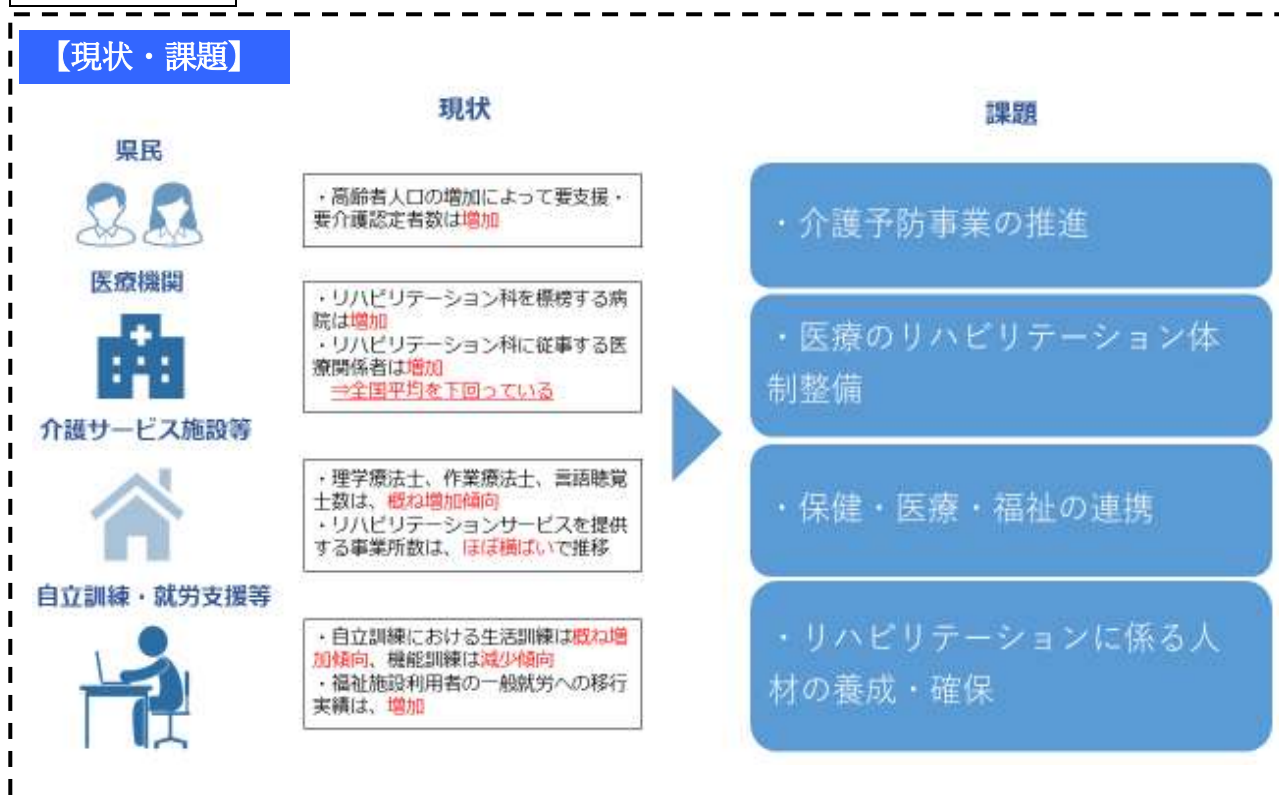
(2) 患者に対する支援の実施（県、関係機関）

- 引き続き、医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、地域における訪問相談事業及び医療相談事業等を実施することで、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図ります。また、患者を多方面から支援するため、各地域に設置された「難病対策地域協議会」により、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図ります。

第6節 地域リハビリテーション

1 現状・課題

【現状・課題】



(1) 地域リハビリテーションとは

- 子どもや成人・高齢者とその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、一生安全に、その人らしく生き生きとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいいます。
- 地域リハビリテーションの体制整備にあたっては、一人ひとりのライフステージに沿った支援を推進することが求められています。

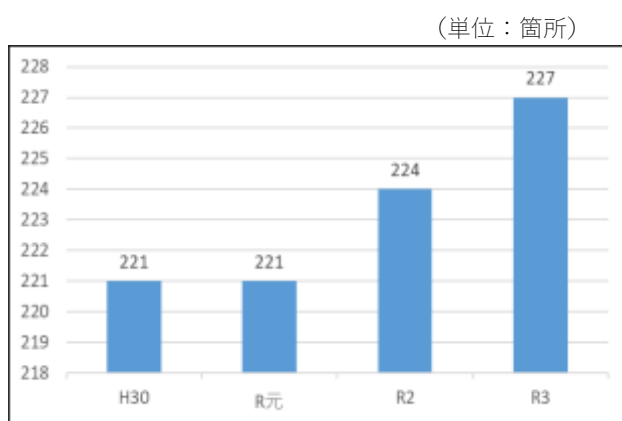
(2) 地域リハビリテーションを必要とされる県民の状況

- 国立社会保障・人口問題研究所による人口推計によると、県の高齢者人口は、令和22（2040）年度に286.7万人でピークを迎え、総人口の33.6%に達することが見込まれています。とりわけ、85歳以上の高齢者の増加傾向は著しく、令和22（2040）年度には、平成27年度の約2.6倍に達することが見込まれています。
- 県障害福祉課「統計調査」によると県の要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴い増加傾向にあり、今後も、さらに増加することが想定されます。
- 県の身体障害者手帳交付者は、令和4年度末時点で263,998人、知的障害児者把握数は84,406人、精神保健福祉手帳交付者数は107,828人で、合計456,232人です。

(3) 県内における地域リハビリテーションの体制

- 県内のリハビリテーション科を標榜する病院は、概ね増加傾向ではありますが、令和3年の時点で、人口10万人当たりの病院数は、全国平均を下回っています。
- 県のリハビリテーション科に従事する医師数、病院に従事する理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数は、概ね増加しておりますが、人口10万人当たりの数は、令和2年時点で全国平均を下回っています。
- 県の介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数は、平成29年から令和3年までで概ね増加しています。
- 県の介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所数は、平成30年から令和5年まででほぼ横ばいで推移しています。
- 県のリハビリテーションに関連する障害福祉サービス等の利用数について、平成29年から令和4年まででは、自立訓練（生活訓練）は概ね増加傾向にあり、自立訓練（機能訓練）は減少傾向にあります。また、就労移行支援及び就労継続支援B型は、緩やかに増加していますが、就労継続支援A型はほぼ横ばいで推移しています。
- 県の福祉施設利用者の一般就労への移行実績は、平成29年から令和2年までは緩やかに増加、令和3年から令和4年にかけては著しく増加しています。

図表2-4-6-1
リハビリテーション科を標榜する病院数推移



図表2-4-6-2
リハビリテーション科を標榜する病院数(R3)

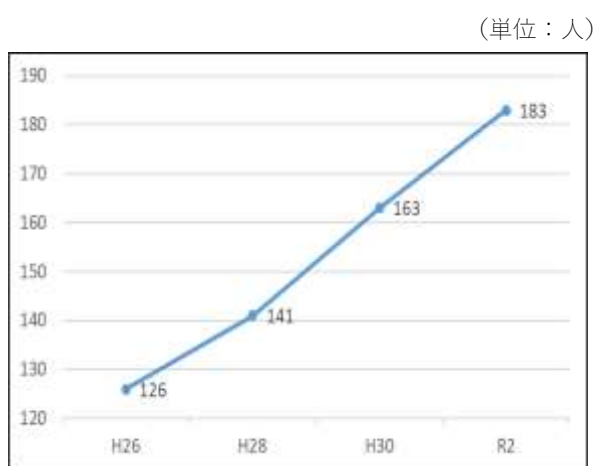
(単位：箇所)

	リハビリテーション科を標榜する病院
県	227 (2.4)
全国	5,642 (4.5)

() は人口10万人対の施設数

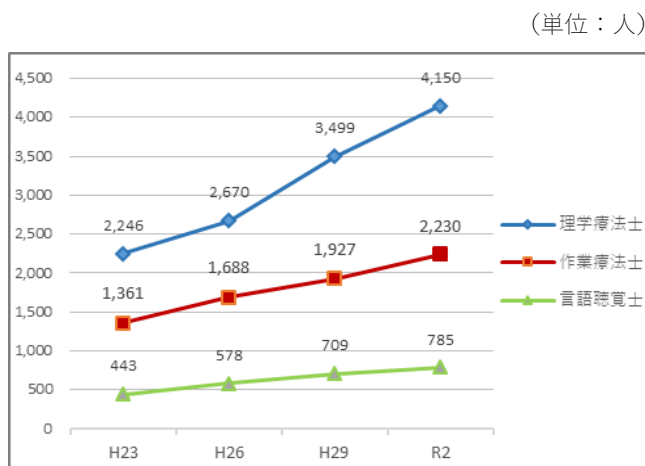
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表2-4-6-3
リハビリテーション科に従事する医師数



(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

図表2-4-6-4
病院従事理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数



(出典) 厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

図表 2-4-6-5 医療施設におけるリハビリテーションに係る従事者

(単位：人)

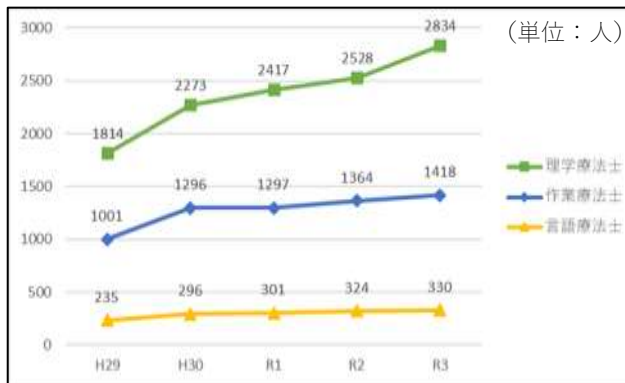
	リハビリテーション科 に従事する医師 (R2)	理学療法士 (R2)	作業療法士 (R2)	言語聴覚士 (R2)
県	183 (2.0)	4,150 (44.9)	2,230 (24.1)	785 (8.5)
全国	2,903 (2.3)	84,459 (67.0)	47,854 (37.9)	16,799 (13.3)

() は人口 10 万人対の従事者数

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

図表 2-4-6-6

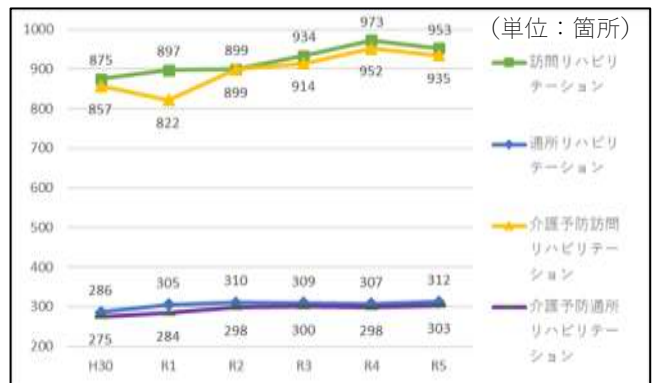
介護サービス施設・事業所に従事する
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-4-6-7

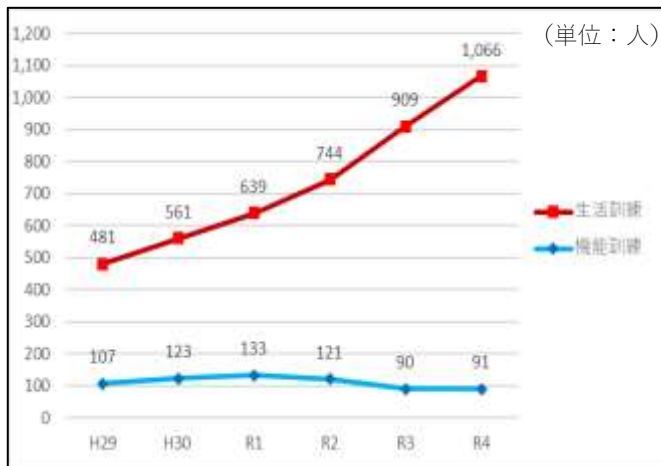
介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所の数



(出典) 県高齢福祉課調べ

図表 2-4-6-8

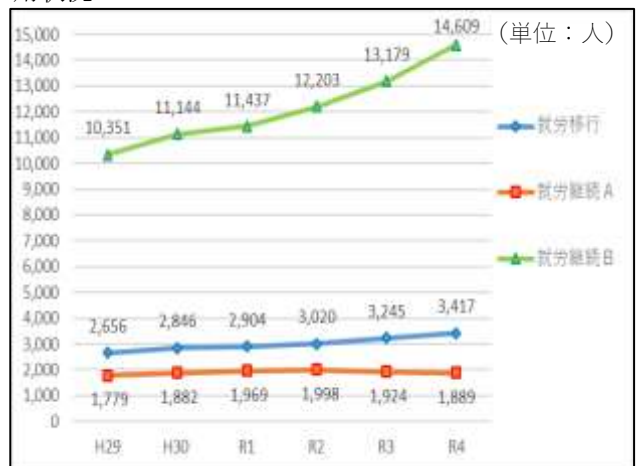
自立訓練（機能訓練、生活訓練）の月間利用状況



(出典) 県障害福祉課調べ

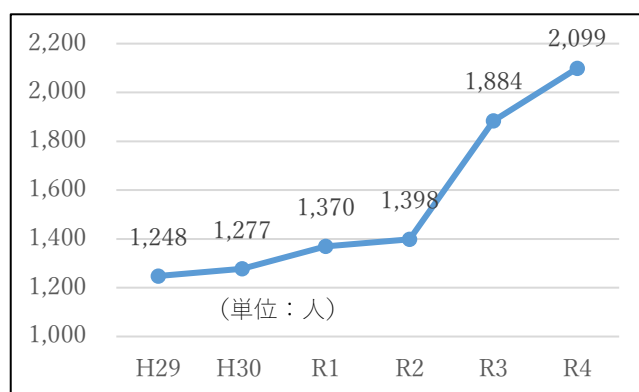
図表 2-4-6-9

就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）の月間利用状況



(出典) 県障害福祉課調べ

図表 2-4-6-10
福祉施設利用者の一般就労への年間移行実績



(出典) 県障害福祉課調べ

(4) 地域リハビリテーションにおける課題

ア 介護予防事業の推進

- 高齢者が健康で生き生きした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化防止を図っていくことが重要です。
- 高齢になっても元気で生き生きと暮らせるように介護予防の取組を機能強化するため、市町村が行う一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業を推進することが必要です。

イ 医療のリハビリテーション体制整備

- 急性期・回復期のリハビリテーションを担う一般医療機関や専門医療機関等の整備は進んでいますが、回復期病床の数は不足しており、今後、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを必要とする患者の増加が見込まれ、更なる病床の不足が想定されることから、地域リハビリテーションを推進するには、より一層の体制整備が必要です。

ウ 保健・医療・福祉の連携

- 県民が地域で安定した生活を送るため、かかりつけ医や訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問介護・通所リハビリテーション・通所介護等の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、障がい者相談支援事業所など、保健・医療・福祉の連携を強化し、心身の状態に即した適切な支援を切れ目なく行える地域づくりが必要です。

エ リハビリテーションに係る人材の養成・確保

- 資質の向上及び人材の確保・定着を図る必要があります。
- リハビリテーション従事者が地域リハビリテーションを必要としている方やそれらの関係者に適切にリハビリテーションを提供できるようにするには、リハビリテーション技術の向上が必要です。
- サービス等利用計画を、すべての障害福祉サービスを利用する障がい者等に作成する必要があるため、障がい者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

健康でいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉が連携し、地域で支えるための体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆介護予防事業における取組の充実やその取組に対する支援の充実
- ◆医療のリハビリテーション体制の充実
- ◆保健・医療・福祉の連携体制の充実
- ◆リハビリテーションに係る人材の養成・確保の取組の充実

（１）介護予防事業の推進（県、市町村）

- 地域住民が、特に高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の予防を図っていくことが重要であるため、市町村及び県は、要支援者や要支援・要介護状態になるおそれのある人に対して、介護予防の取組を進めます。
- 市町村及び県は、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民が主体となって行う介護予防活動や地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職、その他関係職種を活かした自立支援に資する取組を推進します。
- 地域リハビリテーション活動支援事業の専門職の関わりについての実態をふまえ、今後の地域リハビリテーションを効果的に推進する市町村支援策を検討します。

（２）医療のリハビリテーション体制整備（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、保健医療圏ごとに重層的なりハビリテーション体制整備を進めるとともに、それぞれの役割を踏まえた病院と病院の連携、あるいは病院と診療所の連携を推進します。

一次保健医療圏：かかりつけ医を中心としたリハビリテーション体制の整備

二次保健医療圏：一般医療機関で発症直後からのリハビリテーションが実施できる体制とともに、さらに患者の状態に応じて、その地域が存在する病院等が連携してリハビリテーションを遅延なく適切に実施できる体制の整備

三次保健医療圏：二次保健医療圏で対応できない特殊・高機能なりハビリテーションを受け持つ体制の整備

- 県は、医療資源を有効に活用していくため、病床機能の分化・連携が進むよう、回復期病床等の不足している病床への転換及び新規整備や、回復期病床への転換等の準備に伴い、必要となる人材確保等を推進します。

（３）保健・医療・福祉の連携（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、「神奈川県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、「神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会」において、保健・医療・福祉の連携を図り、地域においてそれぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションサービスが円滑に提供されるように推進します。

（４）リハビリテーションに係る人材の養成・確保（県）

- 県は、修学資金の貸付を通じて、理学療法士等の確保・定着を推進します。

- 県は、「神奈川県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、指定した「神奈川県リハビリテーション支援センター」において、地域のリハビリテーションに関する情報の提供、専門相談、人材育成のための研修などを実施し、適切なリハビリテーションの提供に向けた支援に取り組めます。
- 県は、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。
- 県は、障害を持つ方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等担う人材の養成を推進します。

第5章 医療従事者の確保・養成

第1節 医師

1 現状・課題

【現状】

- ・国が算定した直近の医師偏在指標によると、本県は医師が多数でも少数でもない都道府県に該当しますが、二次医療圏別では、県西医療圏が医師少数区域に該当し、県央及び湘南東部医療圏が、医師多数でも少数でもない区域に該当します。
- ・一方、8次計画期間及びそれ以降も、医療需要は増加することが見込まれています。

【課題】

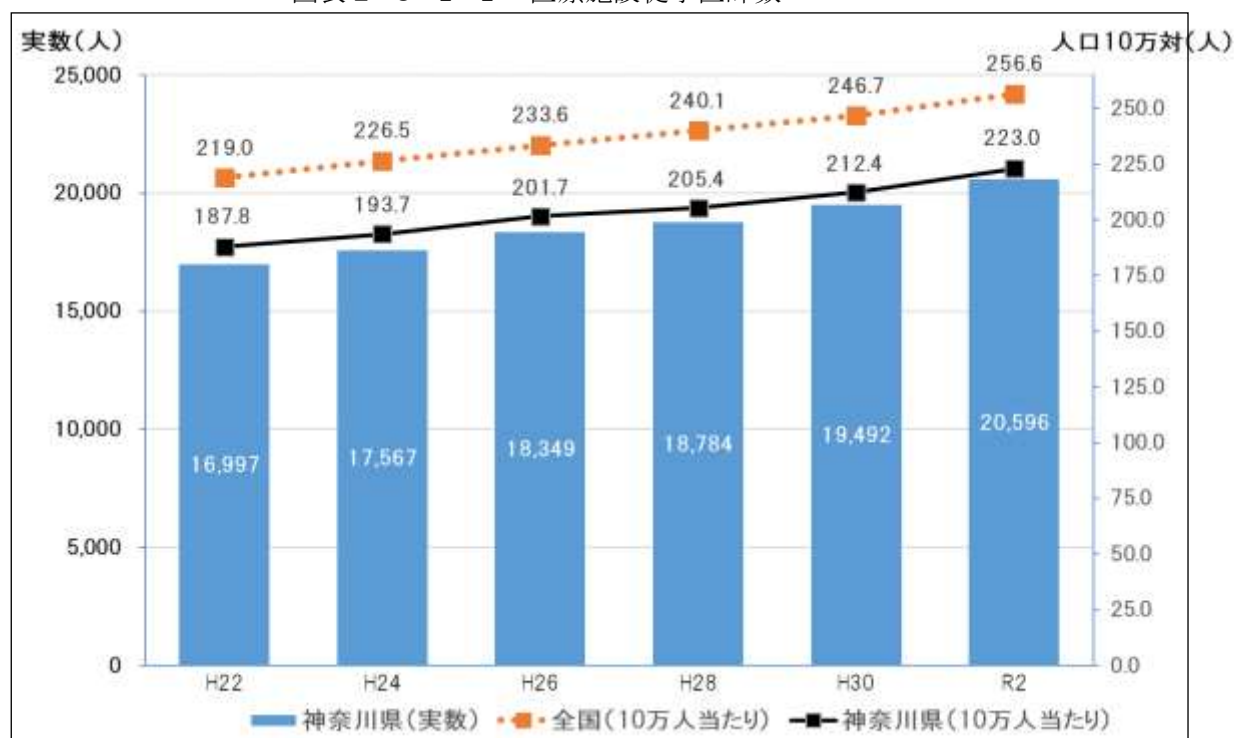
- ・引き続き県内の医師の確保に努めることはもとより、上記のような医師の地域偏在や診療科偏在の是正を図ることが課題です。
- ・また、今後は、医師の働き方改革の推進に伴い、限られた人材を効果的・効率的に活用することが重要になります。

(1) 医師数の現状と課題

ア 県全体医師数

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、県の令和2年12月末時点の医師数（医療施設従事医師数）は20,596人（全国3位）で、増加傾向にあります。人口10万人当たりでは全国の256.6人に対して223.0人（全国39位）となっています。（図表2-5-1-1）

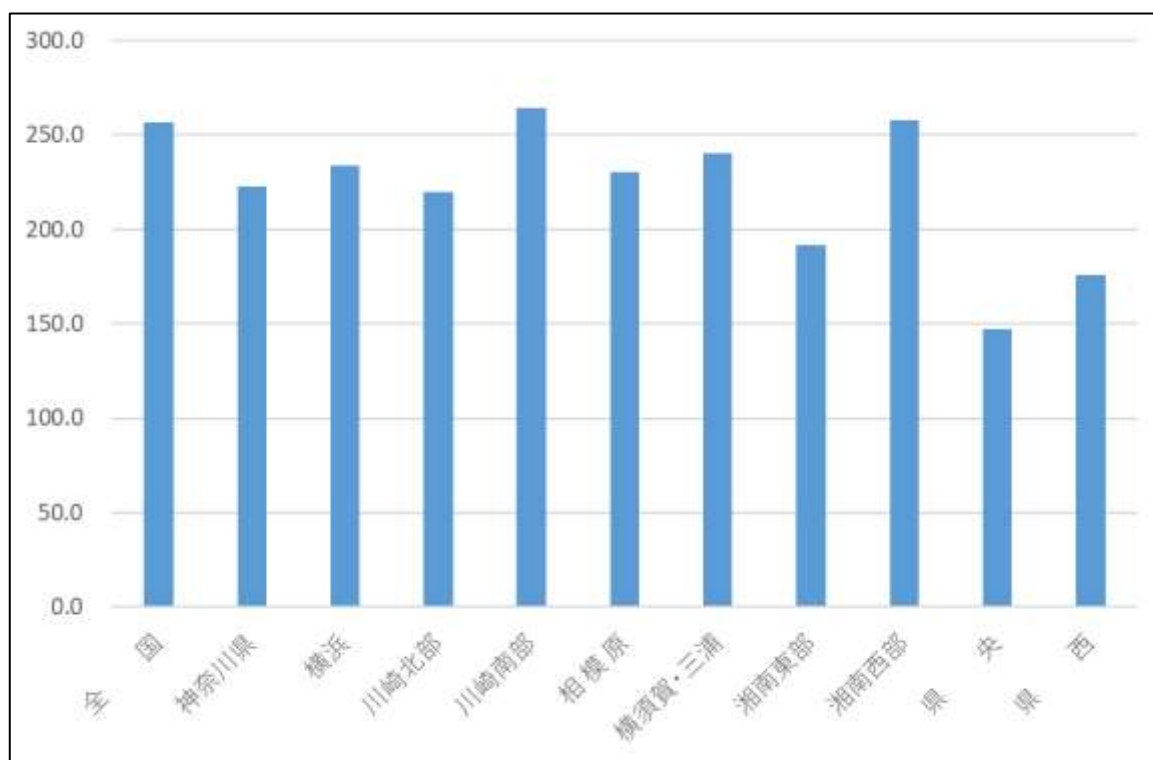
図表2-5-1-1 医療施設従事医師数



(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

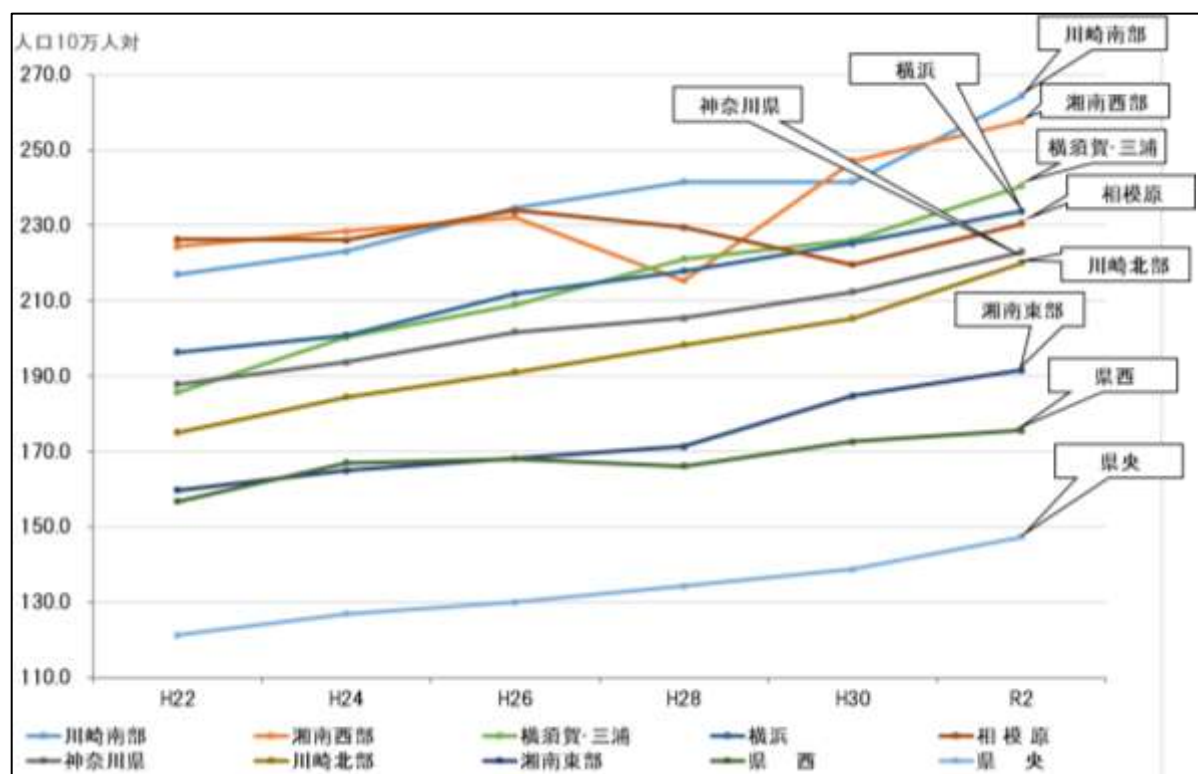
- 二次医療圏別の人口 10 万人当たり医師数を見ると、川崎南部及び湘南西部以外は全国値を下回っています。（令和 2 年 12 月末時点）（図表 2-5-1-2）

図表 2-5-1-2 二次医療圏別 人口 10 万人当たり医師数



（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

図表 2-5-1-3 二次医療圏別 人口 10 万人当たり医師数の推移



（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

イ 医師偏在指標

- 医師偏在指標（※１）は、厚生労働省が、全国ベースで医師の多寡を統一的、客観的に比較、評価する指標として、人口 10 万人対医師数を基に次の「５要素」を考慮して定めたもので、全国の三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を比較する「ものさし」となるものです。（※算定式は後述）

【５要素】

医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
患者の流出入等
へき地等の地理的条件
医師の性別・年齢分布
医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

- ただし、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。そのため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要があります。

ウ 医師偏在指標に基づく区域の設定

- 厚生労働省は、医師偏在指標を用いて、都道府県の上位 33.3%を医師多数都道府県、下位 33.3%を医師少数都道府県に区分しています。
- 同様に、全国 335 ある二次医療圏の上位 33.3%が医師多数区域、下位 33.3%が医師少数区域に区分されました。各都道府県は、この区分により医師少数区域及び医師多数区域を設定することとされています。



エ 県の医師偏在指標

- 県の医師偏在指標は 247.5 で、全国値の 255.6 を下回っており、47 都道府県中の順位は 23 位（医師多数でも少数でもない都道府県）です。
- 二次医療圏ごとの医師偏在指標を見ると、川崎南部、川崎北部及び横浜医療圏が全国値を上回っていますが、それ以外の二次医療圏は下回っており、こうした地域偏在を是正していく必要があります。（図表 2-5-1-4）
- そこで県は、厚生労働省の区分に従い、医師偏在指標に基づく区域を次のとおり

設定します。

- ・ 医師多数区域：川崎南部、川崎北部、横浜、湘南西部、横須賀・三浦、相模原
- ・ 医師多数でも少数でもない区域：湘南東部、県央
- ・ 医師少数区域：県西

図表 2-5-1-4 二次医療圏別 医師偏在指標
(令和 5 年暫定値)

圏域名	医師偏在指標	全国順位 (1~335位)	区域
川崎南部	347.3	16	医師多数
川崎北部	285.3	49	医師多数
横浜	260.8	66	医師多数
(全国)	255.6	—	
(神奈川県)	247.5	(23位/47)	(中間)
湘南西部	238.1	84	医師多数
横須賀・三浦	235.0	87	医師多数
相模原	217.7	111	医師多数
湘南東部	202.4	150	中間
県央	187.4	198	中間
県西	177.1	227	医師少数

(参考) 令和 2 年確定値

圏域名	医師偏在指標	全国順位 (1~335位)	区域
川崎南部	311.3	28	医師多数
川崎北部	270.9	50	医師多数
横浜	246.0	63	医師多数
(全国)	239.8	—	
(神奈川県)	230.9	(26位/47)	(中間)
相模原	225.0	78	医師多数
横須賀・三浦	217.5	83	医師多数
湘南西部	212.0	90	医師多数
湘南東部	176.9	171	中間
県央	165.1	212	中間
県西	164.8	214	中間

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」



図表 2-5-1-5 (参考) 病院医師・診療所医師偏在指標

圏域名	病院医師 偏在指標	全国順位 (1~335位)	圏域名	診療所医師 偏在指標	全国順位 (1~335位)
川崎南部	254.7	17	川崎南部	99.9	15
川崎北部	194.9	53	横浜	92.1	30
(全国)	175.9	—	川崎北部	90.7	34
横浜	168.7	81	横須賀・三浦	86.4	47
湘南西部	166.2	85	湘南東部	86.3	48
相模原	154.3	99	(全国)	79.7	—
横須賀・三浦	148.5	119	湘南西部	69.5	144
県央	121.9	206	県央	65.7	172
湘南東部	115.4	231	県西	64.7	181
県西	112.4	240	相模原	59.5	223

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

オ 医師少数スポット

- 厚生労働省の医師確保計画策定ガイドラインによると、医師確保計画では医師の確保方針を二次医療圏ごとに作成しますが、局所的に医師が少ない地域がある場合は「医師少数スポット」の設定ができます。
- 医師少数スポットの設定においては、「無医地区・準無医地区」のいわゆるへき地であっても、既に巡回診療の取組が行われているかどうか、また、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されているかどうか等を考慮することとされています。
- 神奈川県は、県内にはへき地がないこと等から医師少数スポットを設定しないこととしています。

カ 診療科別医師数

- 県の診療科ごとの医師数は、人口 10 万人当たりで見ると、多くの診療科で全国値を下回っており、特に内科、外科、産科・産婦人科、小児科といった科でその差は大きくなっています。(図表 2-5-1-6 ～ 図表 2-5-1-8)

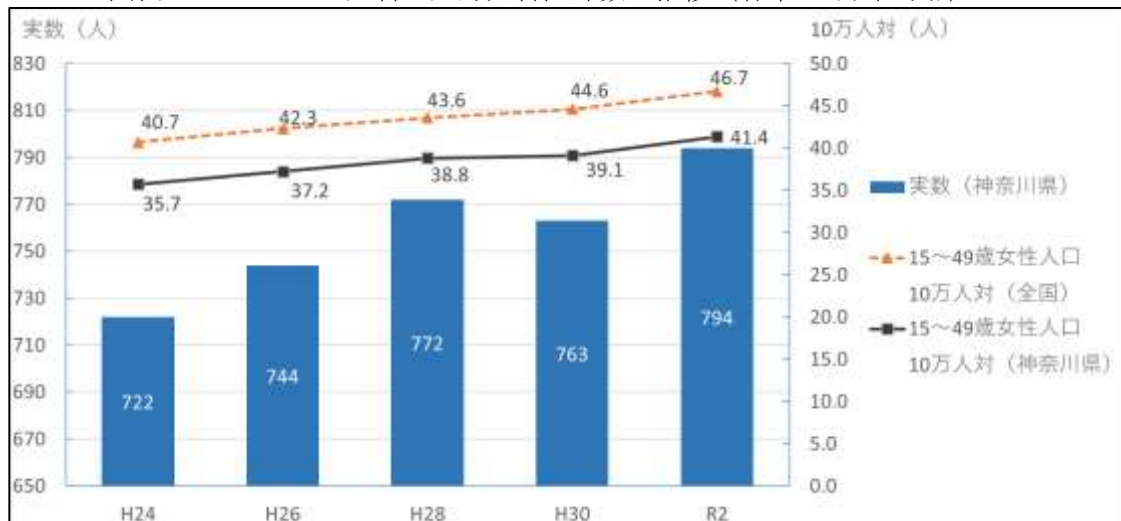
図表 2-5-1-6 診療科別 人口 10 万人当たり医師数の推移 (各年 12 月末時点)

区分		平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	人口10万人対医師数(令和2年)(※1)		
								神奈川県		全国
								順位	数値	数値
総数		16,997	17,567	18,349	18,784	19,492	20,596	39位	223.0	256.6
内 科 数	内科(※2)	3,834	3,955	4,173	4,141	4,349	4,541	41位	49.2	59.7
	外科(※3)	1,414	1,432	1,428	1,435	1,423	1,485	45位	16.1	22.2
	産科・産婦人科	699	722	744	772	763	794	43位	41.4	46.7
	小児科	1,038	1,085	1,122	1,109	1,123	1,187	33位	109.3	119.7
	麻酔科	504	548	584	617	649	698	33位	7.6	8.1
	救急科	216	229	253	248	312	328	15位	3.6	3.1
	皮膚科	565	602	618	642	675	710	16位	7.7	7.8
	精神科	893	934	976	989	1,036	1,079	35位	11.7	13.1
	泌尿器科	384	402	425	426	462	486	39位	5.3	6.1
	脳神経外科	387	397	424	438	443	440	40位	4.8	5.8
	整形外科	1,268	1,245	1,325	1,340	1,396	1,455	37位	15.8	17.9
	形成外科	165	165	175	199	227	235	13位	2.5	2.4
	眼科	809	836	838	842	894	902	30位	9.8	10.8
	耳鼻いんこう科	581	573	599	607	592	648	29位	7.0	7.6
	リハビリテーション科	120	128	126	141	163	183	34位	2.0	2.3
	放射線科	318	354	377	382	400	430	34位	4.7	5.6
	病理診断科	96	114	123	126	117	125	40位	1.4	1.7
	臨床検査科	23	30	32	35	43	41	27位	0.4	0.5

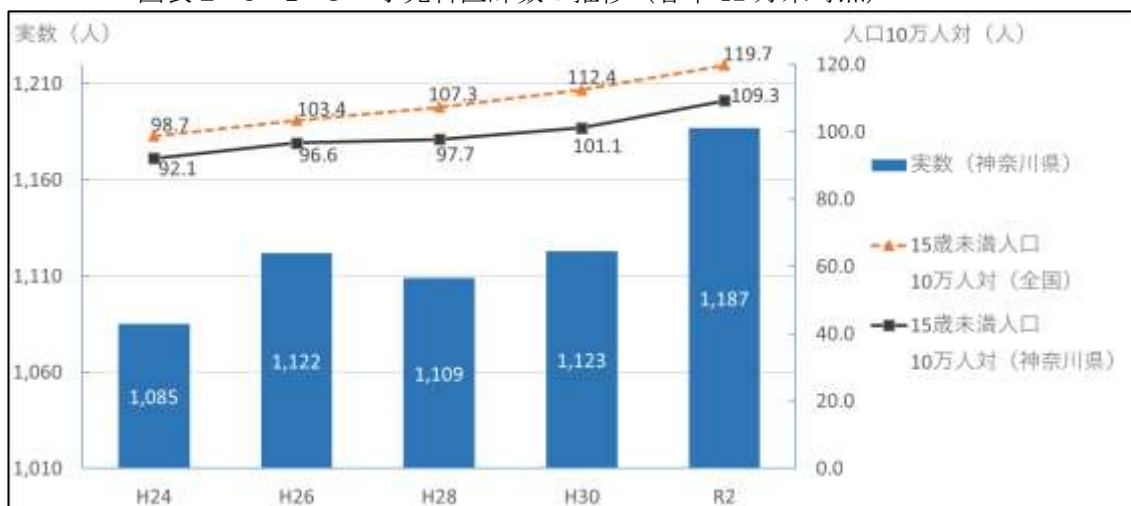
(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

- ※1 産科・産婦人科については15～49歳女性10万人当たり医師数、小児科については15歳未満人口10万人当たり医師数を記載
- ※2 内科は、内科・腎臓内科・糖尿病内科・血液内科で集計
- ※3 外科は、外科・呼吸器外科・心臓血管外科・乳腺外科・気管食道外科・消化器外科（胃腸外科）・肛門外科・小児外科で集計

図表2-5-1-7 産科・産婦人科医師数の推移（各年12月末時点）



図表2-5-1-8 小児科医師数の推移（各年12月末時点）



（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

キ 分娩取扱医師偏在指標（※2）・小児科医師偏在指標（※3）

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされています。
- ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあること等に留意する必要があります。
- 産科・小児科については、都道府県（3次医療圏）ごと及び2次医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位33.3%に該当する場合に、相

対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとされています。

- なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると、当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。

ク 県の分娩取扱医師・小児科医師偏在指標

- 県の分娩取扱医師偏在指標は 10.9 であり、県は相対的医師少数都道府県ではありません（全国 13 位）。
- また、県内の周産期医療圏も相対的医師少数区域には該当していませんが、医療圏間の偏在は認められます。（図表 2-5-1-9）

図表 2-5-1-9 周産期医療圏別 分娩取扱医師偏在指標
（令和 5 年暫定値）

圏域名	分娩取扱医師 偏在指標	全国順位 (1~284位)	相対的医師 少数区域※
川崎	11.6	77	
横浜	11.4	80	
(神奈川県)	10.9	(13位/47)	
(全国)	10.6	—	—
西湘	11.0	92	
湘南	10.1	106	
県央北相	10.0	107	
三浦半島	7.8	177	

（参考）産科医師偏在指標（令和 2 年確定値）

圏域名	産科医師 偏在指標	全国順位 (1~284位)	相対的医師 少数区域※
横浜	15.9	46	
川崎	14.2	72	
(神奈川県)	13.8	(10位/47)	
三浦半島	13.3	87	
(全国)	12.8	—	—
西湘	11.7	118	
県央北相	10.6	144	
湘南	10.0	159	

※相対的医師少数区域（＝全国下位順位1/3の周産期医療圏）を「少」と記載、その他の区域は空欄

（出典）厚生労働省「分娩取扱医師偏在指標作成支援データ集」



- 県の小児科医師偏在指標は 106.1 であり、県は相対的医師少数都道府県に該当している（全国 35 位）ことから、県の小児科医は不足していると認められます。
- また、県内の相対的医師少数区域には、横浜西部及び厚木小児医療圏が該当しており、医療圏間に少なからず偏在が認められます。（図表 2-5-1-10）
- ただし、医師確保計画策定ガイドラインでは、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとされています。

図表 2-5-1-10 小児医療圏別 小児科医師偏在指標

（令和 5 年暫定値）

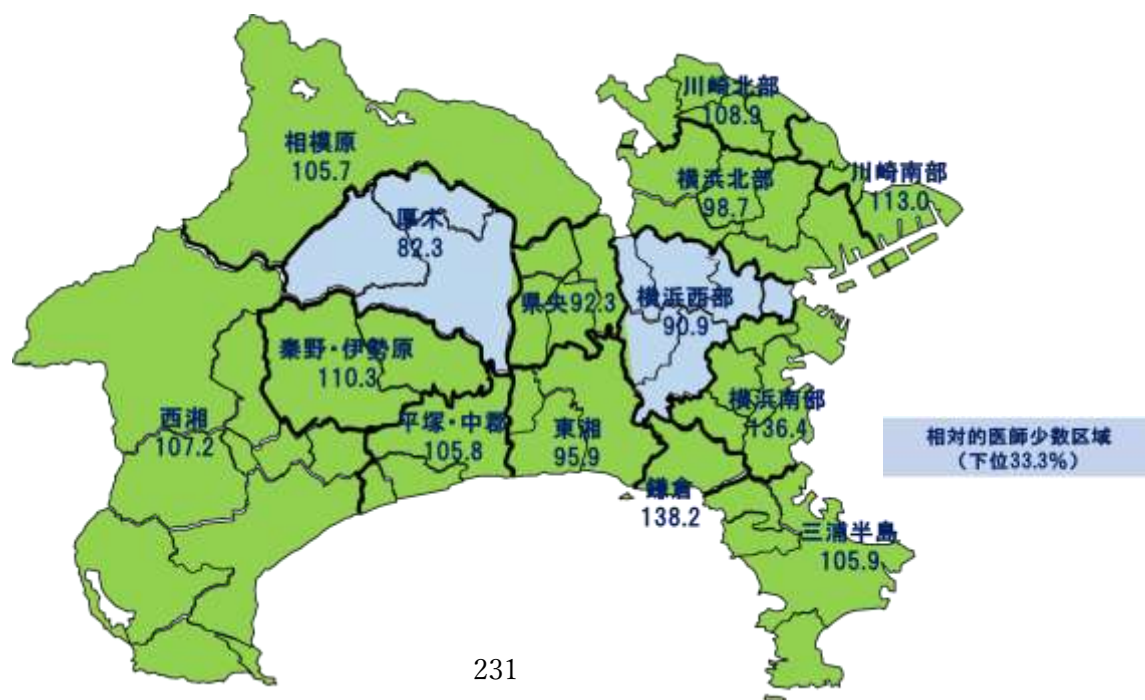
圏域名	小児科医師偏在指標	全国順位 (1~307位)	相対的医師少数区域※
鎌倉	138.2	43	
横浜南部	136.4	50	
(全国)	115.1	—	—
川崎南部	113.0	123	
秦野・伊勢原	110.3	133	
川崎北部	108.9	141	
西湘	107.2	150	
(神奈川県)	106.1	(35位/47)	(少)
三浦半島	105.9	156	
平塚・中郡	105.8	158	
相模原	105.7	159	
横浜北部	98.7	179	
東湘	95.9	190	
県央	92.3	205	
横浜西部	90.9	214	少
厚木	82.3	248	少

（参考）産科医師偏在指標（令和 2 年確定値）

圏域名	小児科医師偏在指標	全国順位 (1~307位)	相対的医師少数区域※
横浜南部	141.2	23	
秦野・伊勢原	110.6	96	
相模原	106.4	114	
(全国)	106.2	—	—
西湘	102.7	128	
川崎北部	98.9	145	
(神奈川県)	97.6	(33位/47)	(少)
三浦半島	95.2	167	
東湘	90.2	186	
横浜西部	88.4	192	
横浜北部	87.0	198	
県央	86.7	200	
川崎南部	85.6	205	
厚木	80.4	229	少
鎌倉	75.2	241	少
平塚・中郡	50.8	299	少

※相対的医師少数区域（＝全国下位順位1/3の小児医療圏）を「少」と記載、その他の区域は空欄

（出典）厚生労働省「小児科医師偏在指標作成支援データ集」



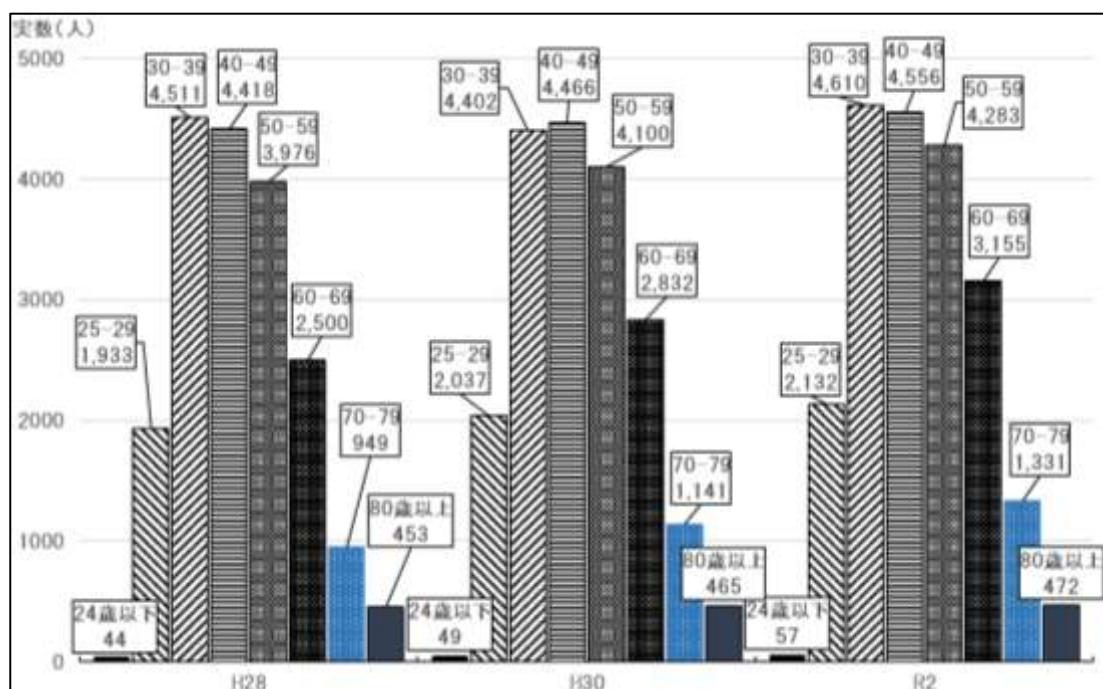
ケ 医師の働き方改革について

- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が、令和 6 年 4 月から適用されます。
- そのため、各医療機関において、タスクシフト・シェアの推進、ICT の導入による業務の合理化のほか、出産・育児、家族の介護等の様々なライフステージにおいて医師が離職せず、安心して働き続けることができる環境の整備、といった取組が求められています。
- 県としては、そうした個別の医療機関の取組を支援していくとともに、県全体の地域医療提供体制の確保のために、限られた医療資源の効果的・効率的な配置を進めていく必要があるため、医師の働き方改革に関する取組と、地域医療構想に関する取組を連動させ、医師確保対策を講じていくことが重要です。
- さらに、医師の負担軽減を進めるには、医療の上手なかかり方について、県民や患者に対する意識啓発を行っていくことも重要です。
- なお、時間外・休日労働時間の上限規制には、地域医療体制確保の観点から、救急医療機関や医師の派遣を行う医療機関を対象として、一定の要件のもとに緩和される特例がありますが、令和 17 年度末を目標に終了することとされている暫定的な措置であるため、令和 6 年 4 月以降も引き続き、特例の解消を見据えて、働き方改革の取組を推進していくことが必要です。

【参考】その他県の医師数の状況

○ 年齢階級別医師数

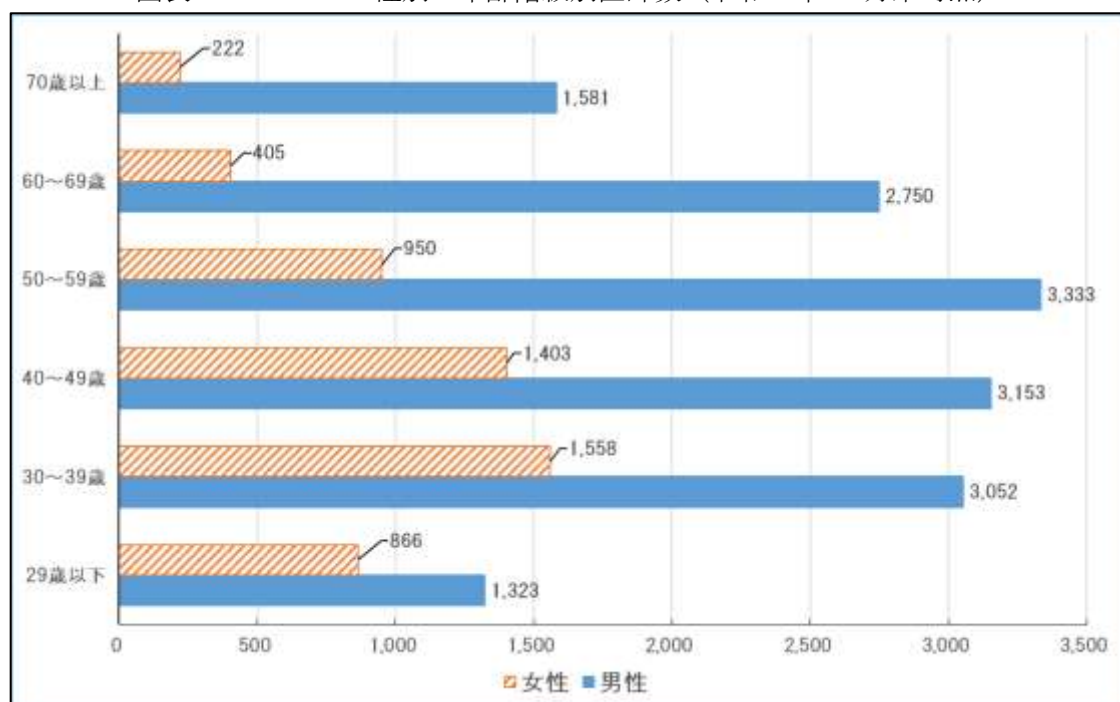
図表 2-5-1-11 年齢階級別医師数の推移（各年 12 月末時点）



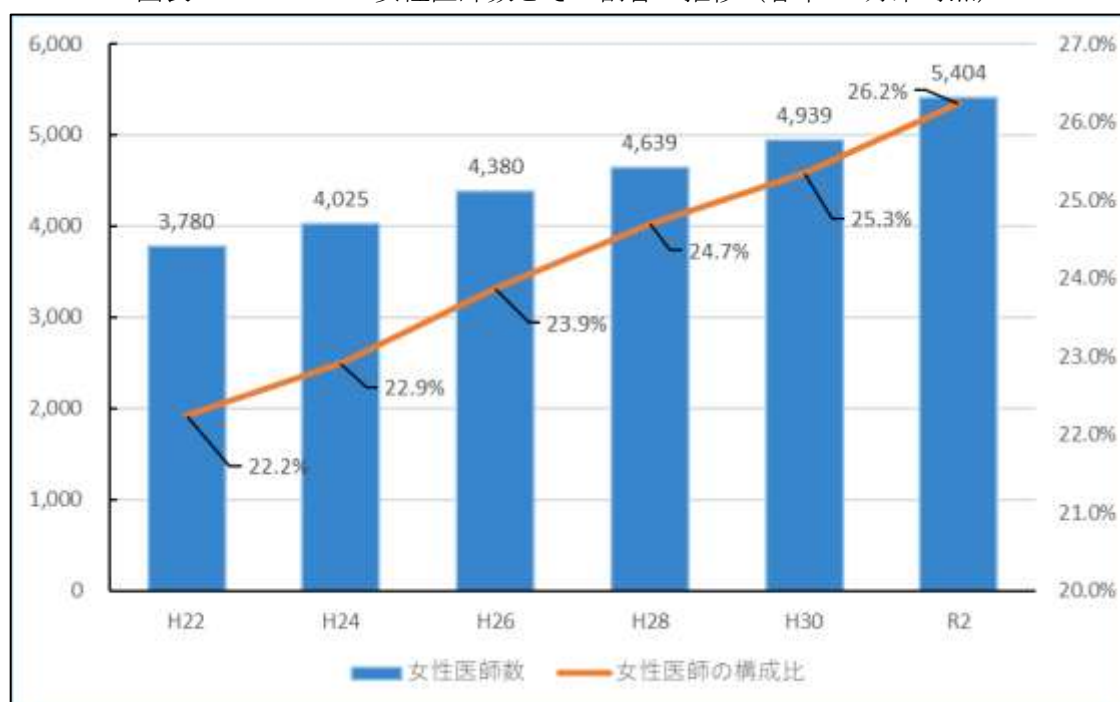
（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

○ 女性医師数

図表 2-5-1-12 性別・年齢階級別医師数（令和 2 年 12 月末時点）



図表 2-5-1-13 女性医師数とその割合の推移（各年 12 月末時点）



（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

(2) 医師の養成・育成の現状と課題

ア 県内医学部の定員

- 県には4つの大学（横浜市立大学、聖マリアンナ医科大学、東海大学及び北里大学）に医学部が設置されており、令和5年度入学定員は合計で448人となっています。（図表2-5-1-16）

イ 臨床研修医

- 県では、59施設（令和5年10月1日現在）が臨床研修病院に指定されており、令和5年度の総定員は650人で、採用された研修医数は641人（全国2位）となっています（マッチング率98.6%）。（図表2-5-1-14）

図表2-5-1-14 初期臨床研修医の採用実績の推移（単位：人）

研修開始年度		令和元 (平成31)	令和2	令和3	令和4	令和5
全国	定員	11,253	11,109	11,007	10,904	10,844
	採用	8,986	8,869	9,023	9,165	9,388
	採用率	79.9%	79.8%	82.0%	84.1%	86.6%
神奈川県	定員	715	695	662	659	650
	採用	633	652	642	630	641
	採用率	88.5%	93.8%	97.0%	95.6%	98.6%

（出典）定員数：厚生労働省 医師臨床研修マッチング結果の報道発表資料

（医師臨床研修マッチング協議会提供）

採用数：厚生労働省 医政局医事課調べ

ウ 専攻医（専門研修）

- 県では、64施設が令和5年度の専門研修プログラムの承認を一般社団法人日本専門医機構から受けており、令和5年度に採用された専攻医数は665人（全国3位）となっています。（図表2-5-1-15）

図表2-5-1-15 専攻医の採用実績の推移（単位：人）

診療科		内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科
全国	令和3年度採用	2,977	546	303	551	904	623	475	329	217	312
	令和4年度採用	2,915	551	326	571	846	644	517	343	256	310
	令和5年度採用	2,855	526	348	562	835	651	481	310	203	338
神奈川県	令和3年度採用	215	38	14	45	53	49	24	19	8	16
	令和4年度採用	196	38	15	45	42	39	34	19	11	19
	令和5年度採用	216	33	16	44	68	31	29	24	7	15

診療科		脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療	総計
全国	令和3年度採用	255	268	463	95	21	325	209	104	206	9,183
	令和4年度採用	237	299	494	99	22	370	253	145	250	9,448
	令和5年度採用	217	341	466	93	36	408	234	136	285	9,325
神奈川県	令和3年度採用	8	20	36	6	0	26	14	7	9	607
	令和4年度採用	13	28	44	3	2	43	28	6	14	639
	令和5年度採用	9	31	46	7	1	47	19	6	16	665

（出典）一般社団法人日本専門医機構による専攻医の採用実績に関する報道発表資料

エ 地域枠医師

- 地域枠は、卒業後、県内での初期臨床研修及び医師の確保を特に図るべき区域や診療領域における従事義務を課すもので、県が二次医療圏間や診療科間の偏在対策として設けているものです。
- 県の医学部定員の増員を伴う地域枠は、臨時定員増の「地域枠（指定診療科枠）」と恒久定員増の「地域医療枠」（横浜市立大学のみ）の2つがあります。
- 令和5年度の県内地域枠定員は4大学20名、地域医療枠定員は25名で（図表2-5-1-16）、令和5年4月までに627名が入学しています。

図表2-5-1-16 県内医学部の入学定員及び神奈川県地域枠定員の推移（単位：人）

年度		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
全国		9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384
神奈川県		442	442	442	441	443	448
内 数	地域枠						
	臨時定員増	20	20	20	20	20	20
	地域医療枠	25	25	25	25	25	25
	（他県地域枠）	（7）	（7）	（7）	（7）	（9）	（14）

（出典）全国定員：文部科学省医学教育課調べ

- 令和5年4月時点の地域枠の指定診療科は、医師が不足している8診療科（産科、小児科、麻酔科、外科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科）あり、同時点で75名の臨床研修を終えた医師が、8診療科のいずれかに従事しています。
- 一方、地域枠医師が従事している地域については、具体的に「医師の確保を特に図るべき区域」を設けていないことから、効果的に地域偏在の是正を図っているとは認められない状況にあります。
- 県では、急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズが今後も増大すると見込まれているため、地域枠医師が果たす役割はさらに重要となることから、長期的に地域枠医師を養成し、県内の医療機関に効果的に配置することにより、医師の地域偏在と診療科偏在の是正に取り組み、県への定着を図る必要があります。

オ 自治医科大学卒業医師

- 自治医科大学は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進を図るため、昭和47年に全国47都道府県が共同で設立した大学で、入学定員は、各都道府県で2名から3名までとなっています。
- 県の自治医科大学卒業医師は、義務年限期間中に県の保健福祉事務所において公衆衛生行政を担うとともに、県立煤ヶ谷診療所、真鶴町国民健康保険診療所等の県内の公立・公的医療機関に勤務し地域貢献を担っています。
- 県では、急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズは今後も増大すると見込まれているため、自治医科大学卒業医師が総合医として果たす役割はさらに重要となることから、県内の医療機関に効果的に配置することにより、医師の地域偏在の是正に取り組み、県への定着を図る必要があります。

カ 総合診療を担う医師

- 県では、急速な高齢化が進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総

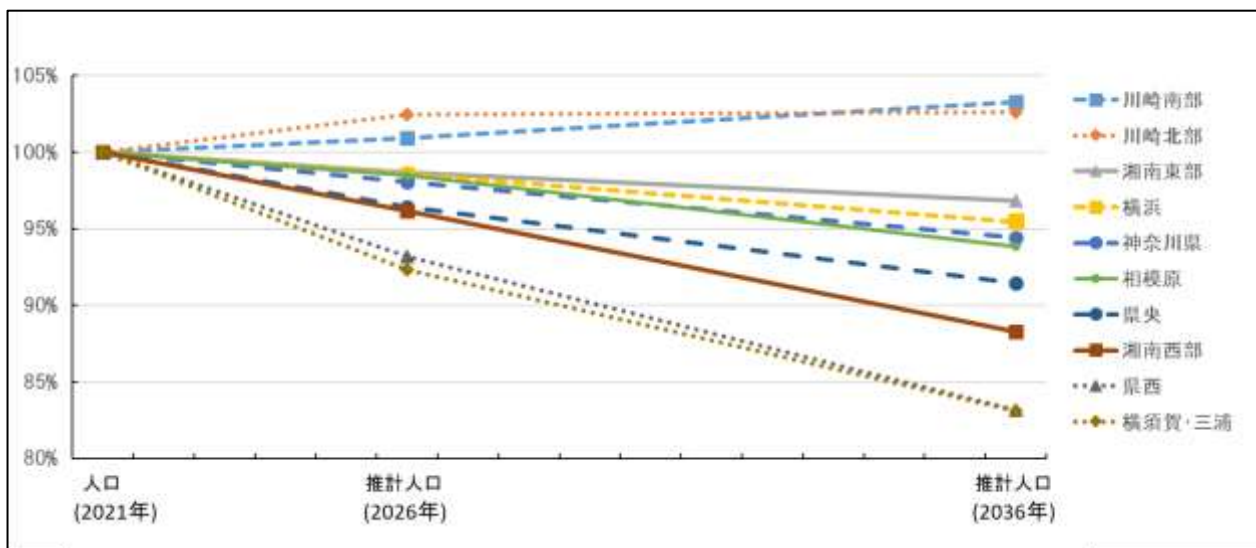
合的に診ることができる医師が求められていることから、地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師を確保することが重要です。

(3) 将来人口と医療需要の見通し

ア 将来人口

- 2021年の各二次医療圏の人口を100とすると、2036年に向けて、川崎南部及び川崎北部を除いた二次医療圏で、人口が減少すると推測されます。(図表2-5-1-17)

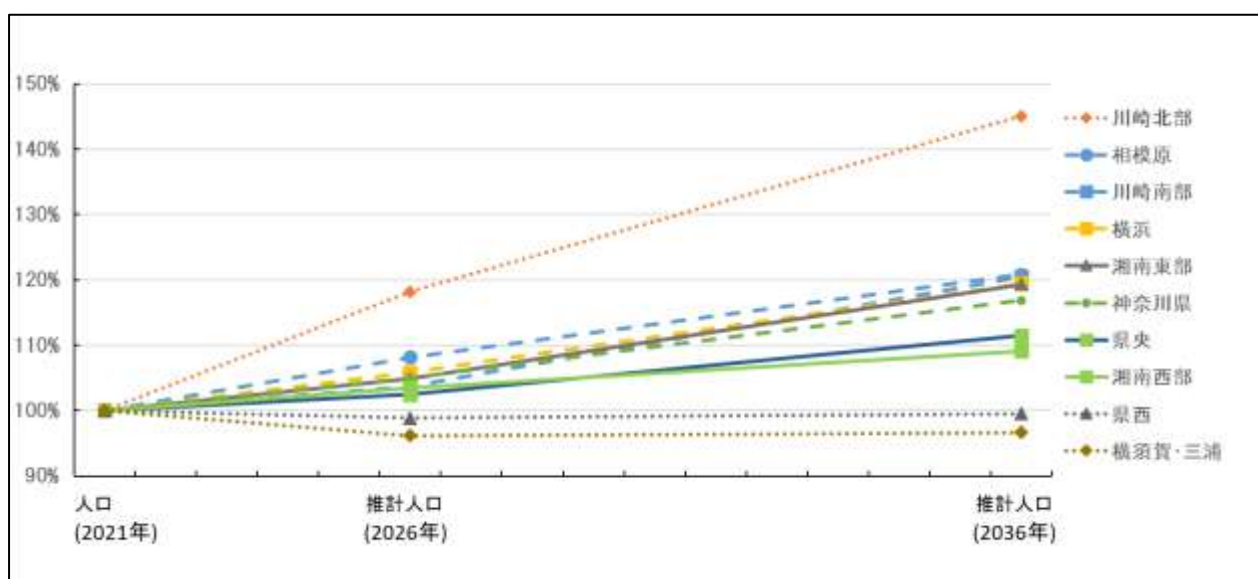
図表2-5-1-17 将来人口の推移(推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 二次医療圏ごとの老年人口(65歳以上)の推移を示します。多くの医療圏で高齢者の増加が見込まれます。(図表2-5-1-18)

図表2-5-1-18 将来老年人口の推移(推計)

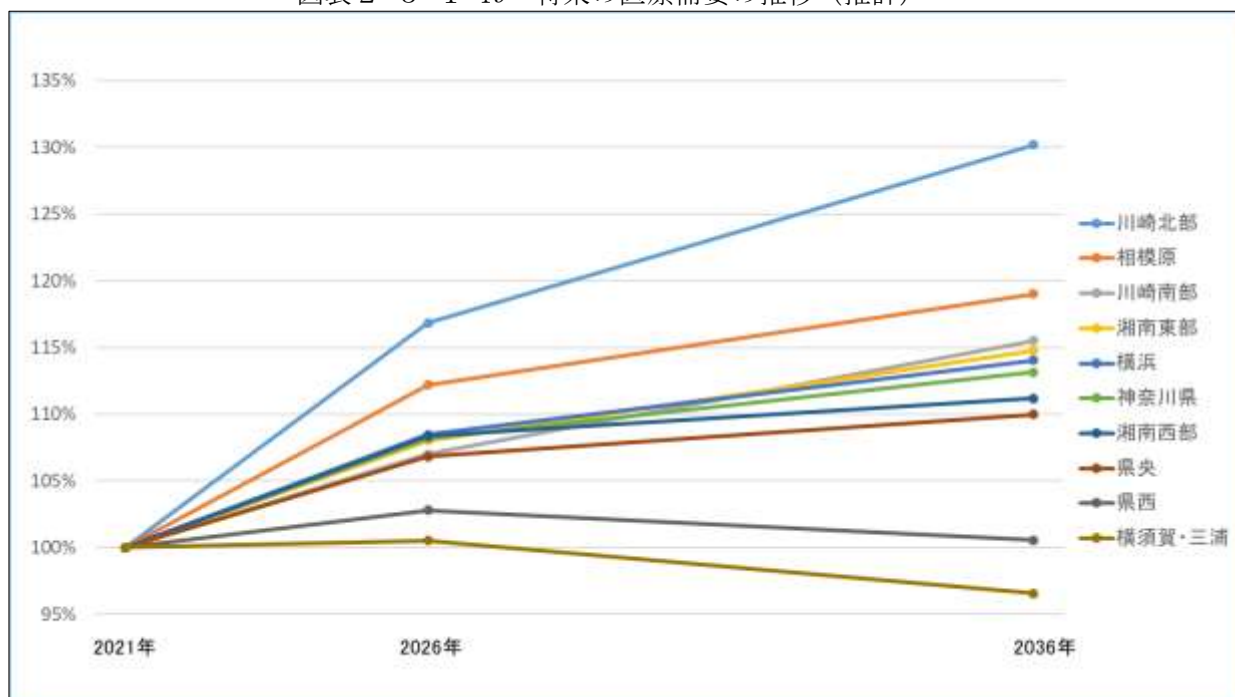


(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

イ 医療需要

- 2021 年の各二次医療圏の医療需要を 100 とすると、2026 年に向けて全ての二次医療圏で増加すると見込まれ、また、2036 年に向けては、県西及び横須賀・三浦を除いた二次医療圏で増加し、県全体として約 13%の増加が見込まれます。(図表 2-5-1-19)

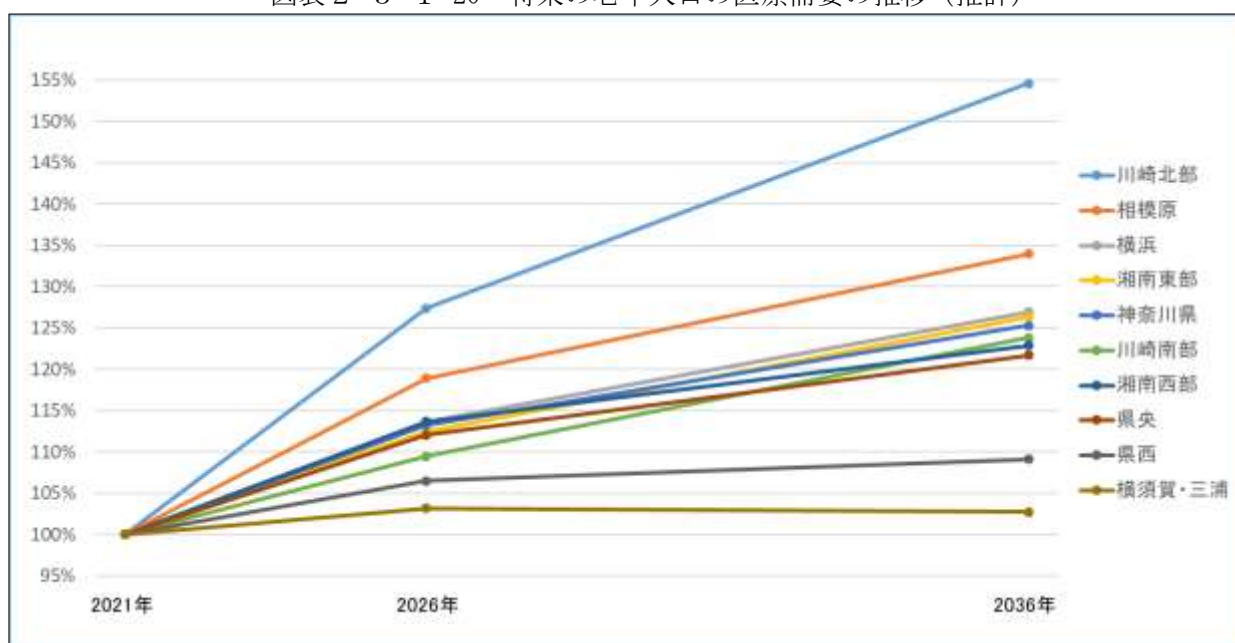
図表 2-5-1-19 将来の医療需要の推移 (推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 二次医療圏ごとの老年人口（65 歳以上）の医療需要の推移を示します。全ての医療圏で高齢者の医療需要が増加すると見込まれ、県全体として約 25%の増加が見込まれます。(図表 2-5-1-20)

図表 2-5-1-20 将来の老年人口の医療需要の推移 (推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- このように、県では、医療需要が今後も増大すると見込まれているため、長期的に医師を養成し、県内の就業医師の確保・定着を図るとともに、地域偏在と診療科偏在の是正に取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

医師の育成・確保と働きやすい環境づくりを通して、地域において持続的に質の高い医療を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆地域枠医師、自治医科大学卒業医師等の派遣による偏在対策
- ◆初期臨床研修医・専門研修医の確保
- ◆学生等に対する地域医療や不足診療科等についての意識啓発
- ◆勤務環境改善の支援

（１）医師確保の方針

ア 国ガイドラインの考え方

- 従来、地域ごとの医師数を比較する際には、一般的に人口 10 万人当たりの医師数が用いられていましたが、地域ごとの医療ニーズや人口構成等が反映されていなかったため、厚生労働省が、全国ベースで医師数の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための指標として、医師偏在指標を算定しました。
- 医師確保計画策定ガイドラインによると、医師偏在指標により設定された区域ごとに、医師確保の方針を定めることとなりますが、ガイドラインが示す医師確保の方針と本県の状況は、次のとおりです。

類型	順位	都道府県	二次医療圏（区域）
医師少数	下位 1/3	医師の増加を基本とする	医師の増加を基本とする ➡県西
中間	中位 1/3	都道府県内に医師少数区域が存在する場合、必要に応じて医師多数都道府県から医師の確保ができる。 ➡神奈川県	必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える。 ➡県央、湘南東部
医師多数	上位 1/3	・当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。 ・なお、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することは可能。	・他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。 ・なお、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することは可能。 ➡上記以外の二次医療圏

イ 県の医師確保の方針

- 短期的には、3 年ごとに更新される医師偏在指標を踏まえて方針を定め、長期的には、国が定める 2036 年を目標年として、医師確保対策を実施します。
- 本県は、中間県に該当し、県内に医師少数区域が 1 区域（県西）あることから、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができます。

- 県内には医師多数区域も6区域ありますが、今後、急激な高齢化が進み医療需要も増加することや、医師の働き方改革が及ぼす影響を踏まえる必要があることから、地域の医療提供体制を維持できるよう、短期的だけでなく長期的にも医師確保対策を行う必要があります。
- また、県内には医師の診療科偏在が存在することから、神奈川県医療対策協議会の協議に基づき、指定診療科（産科、小児科、麻酔科、外科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科）を中心に、そうした偏在の是正に一層取り組みます。

ウ 県内二次医療圏

- 県西
 - ・ 医師少数区域に該当するため、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。
 - ・ 神奈川県医療対策協議会における協議結果に基づき、地域枠医師等を医師少数区域に優先的に配置するなど、医師偏在対策に取り組みます。
- 湘南東部、県央
 - ・ 医師少数でも多数でもない区域に該当するため、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行うことができます。
 - ・ 当該地域は、将来の医療需要の増加が見込まれていること、また、県内の2次医療圏の医師偏在指標と比較すると相対的に低いことから、医師が充足しているとは言えない状況です。
 - ・ そのため、神奈川県医療対策協議会における協議結果に基づき、医師多数区域の水準に至るまでは、地域枠医師等を優先的に配置するなど、医師偏在対策に取り組みます。
- 湘南西部、横須賀・三浦、相模原
 - ・ 医師多数区域に該当しますが、全国及び県の医師偏在指標を下回っていること、また、域内に大学病院等を有するために医師偏在指標が高くなっていることを踏まえて医師偏在対策に取り組みます。
 - ・ また、相模原医療圏については、中山間地域を有していること、医師多数区域と中間区域のボーダーライン上にあること、及び診療所医師偏在指標が県内最下位であることに留意します。
- 川崎南部、川崎北部、横浜
 - ・ 医師多数区域に該当するため、他の二次医療圏からの積極的な医師の確保は行わず、域内の医療施設に従事する医師の定着を促進するとともに、医師の働き方改革や医療提供体制の検討を踏まえた医師確保に取り組んでいきます。

(2) 目標医師数

ア 国ガイドラインの考え方

- ガイドラインが示す目標医師数の考え方と本県の状況は次のとおりです。

類型	順位	都道府県	二次医療圏（区域）
医師 少数	下位 1/3	・計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位33.3%相当に達するために必要な医師数とする。	・計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位33.3%相当に達するために必要な医師数とする。 ・ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。
中間	中位 1/3	・目標医師数を既に達成しているものとして扱う。 ・自県の二次医療圏の目標医師設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計≦都道府県の計画開始時の医師数となるよう、二次医療圏の目標医師数を設定する。	・原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。 ・ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。
医師 多数	上位 1/3		

イ 県全体

- 県全体としては、医師少数都道府県ではないことから、ガイドラインに基づき、目標医師数を既に達成しているものとします。（ただし、県内の医師の配置状況は、医師多数区域であっても診療科により医師が不足する地域が見られるため、県内の地域及び診療科の偏在対策に一層取り組みます。）

ウ 県内二次医療圏

- 目標医師数の設定について、次のとおり用いる数値が国から示されています。

（単位：人）

圏域名	少数・多数の分類	標準化医師数 （計画開始時 医師数） （2022年）	下位33.3%に 達するための 目標医師数 （2026年）	2022年の医師 偏在指標を維持 するための医師 数（2026年）
神奈川県	中間	20,710	18,931	20,485
横浜	多数	8,851	6,039	8,778
川崎北部	多数	1,867	1,253	1,994
川崎南部	多数	1,791	905	1,752
横須賀・三浦	多数	1,678	1,177	1,542
湘南西部	多数	1,511	1,128	1,497
相模原	多数	1,711	1,446	1,755
湘南東部	中間	1,403	1,228	1,385
県央	中間	1,302	1,217	1,272
県西	少数	598	569	562

（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 医師多数・中間区域は原則、計画開始時医師数が設定上限数となりますが、川崎北部、相模原は、「計画開始時医師数」＜「2022年の医師偏在指標を維持するための医師数」であるため、後者が設定上限数となります。
- 医師少数区域は原則、計画期間開始時の医師偏在指標の下位 33.3%に達する目標医師数を設定することになりますが、県西は、「計画開始時医師数」＞「下位 33.3%に達するための目標医師数」であるため、前者が設定上限数となります。
- しかしながら、「県の計画開始時医師数(20,710人)」＜「各二次医療圏の目標医師数上限の合計(20,892人)」となるため、各二次医療圏の目標医師数上限を県の計画開始時医師数に収まる範囲で設定しなければなりません。
- したがって、全ての医療圏で、計画開始時医師数を目標数とすることとします。

(単位：人)

圏域名	少数・多数区域 の分類	目標医師数 (2026年) ①	医師数 (2020年) ②	差 ①－②
横浜	多数	8,851	8,832	19
川崎北部	多数	1,867	1,915	▲ 48
川崎南部	多数	1,791	1,765	26
横須賀・三浦	多数	1,678	1,663	15
湘南西部	多数	1,511	1,499	12
相模原	多数	1,711	1,672	39
湘南東部	中間	1,403	1,394	9
県央	中間	1,302	1,265	37
県西	少数	598	591	7

(3) 目標医師数を達成するための施策

ア 短期的な効果が期待される施策

- キャリア形成プログラム
 - ・ 「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としたキャリア形成プログラムについて、県医療対策協議会等での議論も踏まえ、令和6年7月までに、より効果的に地域偏在の是正を可能とするプログラムとなるよう見直します。
- 地域枠医師、自治医科大学卒業医師等の派遣による偏在対策
 - ・ 県医療対策協議会において、主として派遣調整を行う対象となる「キャリア形成プログラムの適用を受ける地域枠医師」について、医師の確保を特に図るべき区域へ優先して派遣することにより、必要な医師の確保並びに医師の地域偏在の是正を図ります。
 - ・ 横浜市立大学の地域医療枠医師についても、県内の従事が要件になっていることから、地域枠と同様のキャリア形成プログラムの適用対象とし、県医療対策協議会における派遣調整の対象とすることを検討します。
 - ・ 自治医科大学卒業医師は、より地域医療への貢献、総合医としての活躍が期待されているため、当該医師に適したキャリア形成プログラムを策定し、必要な医師の確保並びに医師の地域偏在の是正を図ります。

- キャリアコーディネーター
 - ・ 地域枠医学生及び医師が、義務年限期間において、地域医療と専門医療の両面のキャリア形成を図ることができるよう、県内4大学にもキャリアコーディネーターを配置し、身近な場所でのキャリア相談やロールモデルの提示等により、キャリア形成支援を強化します。
- 初期臨床研修・専門研修
 - ・ 引き続き初期臨床研修医の確保を図るため、県内の臨床研修病院等と連携し、医学生に向けた合同説明会の開催など、若手医師の県内定着に向けた取組を進めます。
 - ・ 県が臨床研修病院ごとに定める募集定員の配分方法について、医師の確保を特に図るべき区域へ多く配分するルールを取り入れることにより、医師不足地域における従事を促します。
 - ・ 専攻医は全体として増加傾向にありますが、県の医師不足診療科（産科（産婦人科）、小児科、外科、麻酔科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科の8診療科）に専攻医数の少ない診療科があることから、初期臨床研修医等を対象に、医師不足診療科の業務内容やその魅力、研修施設等の情報発信を行います。
 - ・ また、初期臨床研修医や医学部生を対象に、学会等関係団体や専門研修プログラム基幹病院と連携し、合同説明会の開催など専攻医の確保に向けた取組を進めます。
- 地域医療支援センター
 - ・ 地域医療支援センターにおいて、県内の医師不足状況等の把握・分析に努め、医師のキャリア形成支援、情報発信等の事業を継続します。

イ 長期的施策

- 地域枠医師等の養成
 - ・ 急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズが今後も増大すると見込まれているため、地域枠医師が果たす役割はさらに重要となることから、長期的に地域枠医師等を養成します。
 - ・ 地域枠による臨時定員増は令和6年度まで認められていますが、令和7年度以降も各大学に臨時定員を設置できるよう国に要望します。
 - ・ 地域枠医師等が、義務年限終了後も県内に定着するよう、義務年限期間中のキャリア形成支援や意識啓発を充実させるなど、長期的な視点で地域枠医師等の育成を図っていきます。
- 上記（地域枠医師等）以外の医師の派遣による偏在対策
 - ・ 今後は、県医療対策協議会における派遣調整の対象となっていない医師についても、医師多数区域等の医療機関が、医師少数区域等の医療機関へ医師を派遣することにインセンティブが働く支援等について、検討を行っていきます。
- キャリア形成卒前支援プラン
 - ・ キャリア形成卒前支援プラン（ガイダンス、交流会等）により、医学生の段階から地域枠医師等としての役割の認識を強め、県内の地域医療への意識の醸成を図ります。
- 医師不足診療科の医師の育成

- ・ 地域卒医学生・医師等を対象に、地域医療や医師不足診療科に対する意識の涵養を図るセミナー等を開催することにより、地域医療や医師不足診療科への従事に対する関心を高めます。

○ 総合診療を担う医師の育成

- ・ 臨床研修医や若手医師等に対し、総合診療科の専門研修施設の情報発信を行ったり、自治医科大学卒業医師や地域卒医師等に対し、より総合診療の能力向上を図るキャリアパスを示すなどして、総合診療を担う医師を育成します。
- ・ また、ベテラン医師のセカンドキャリアとして、内科医や外科医、「がん」を担当している医師等が、在宅医療・緩和医療にかかわる総合診療医へのキャリア転換の促進について検討します。

○ 将来医師を志す生徒等への啓発

- ・ 医学部進学セミナーの開催など、高校生等を対象とした医学部進学に向けた啓発活動の推進について検討します。

ウ 医師の働き方改革の推進に向けた施策

○ 勤務環境改善の支援

- ・ 医療勤務環境改善支援センターを中心に、医師等の業務にかかる負担を軽減するための勤務環境改善に向けた県内の医療機関の取組を支援します。
- ・ 県医療勤務環境改善支援センターを通じ、勤怠管理システム等の ICT や医師事務作業補助者等の導入経費への補助、交代制勤務や変形労働時間制、タスクシフト・シェア等に係る技術的支援など、医師の労働時間縮減の取組を支援します。
- ・ 病院内保育所の運営費に対する補助を行います。

○ 働き続けることができる職場環境の整備

- ・ 女性医師数及び比率の増加も踏まえて、女性医師等のキャリア継続を支援するために、職場を離れた女性医師等の復職に対する支援、短時間勤務等を取り入れる医療機関への助成など、男女がともに仕事と育児や介護等を両立できる環境づくりの支援について検討します。

○ 県民への普及啓発

- ・ 医師の負担軽減のためには、医療機関側の取組だけでなく、救急車の適正利用など、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に推進します。

(4) 産科・小児科における医師確保

ア 産科・小児科における医師確保の方針

- 小児科については、県は相対的医師少数県であり、横浜西部・厚木が相対的医師少数区域であること、また、医師の働き方改革が及ぼす影響を慎重に見極める必要があることから、引き続き小児科医を確保するための施策を行います。
- ただし、小児科医が相対的に少なくない医療圏においても、医師の働き方改革が及ぼす影響や全国的に小児科医の確保が困難である状況を踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより、小児科医の地域偏在の解消を目指すことは、適当ではないと考えられます。
- そのため、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、

医療圏を越えた連携によって、小児科医の地域偏在の解消を図ることも、併せて検討することとします。

- 産科については、県は相対的医師少数県ではなく、周産期医療圏においても相対的医師少数区域はありません。
- しかし、医師の働き方改革が及ぼす影響や全国的に産科医の確保が困難である状況を踏まえ、引き続き産科医を確保するための施策を行います。
- ただし、小児科医の確保と同様の対応を行うこととします。

イ 産科・小児科の医師確保策

- キャリア形成プログラムを見直し、医師の確保を特に図るべき区域へ、地域枠の産科医・小児科医を配置することにより、必要な医師の確保及び医師の地域偏在の是正を図ります。
- 地域枠(指定診療科枠)による臨時定員増は令和6年度まで認められていますが、令和7年度以降も各大学に臨時定員を設置できるよう国に要望します。
- 近年は新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため中止していましたが、産科を希望する医師を対象とした研修会(県産科婦人科医会との共催)を令和5年度から再開しましたので、これを継続します。
- 医学生や臨床医研修医を対象に、産科・小児科に対する意識の涵養を図るセミナー等を開催し、業務内容やその魅力、研修施設等の情報発信を行います。
- 県医療勤務環境改善支援センターを中心に、産科医・小児科医の負担軽減に向けた県内の医療機関の取組を支援します。
- 産科・小児科は、比較的女性医師が多い状況を踏まえて、女性医師等のキャリア継続を支援するために、職場を離れた女性医師等の復職に対する支援、短時間勤務等を取り入れる医療機関への助成など、男女がともに仕事と育児や介護等を両立できる環境づくりの支援について検討します。
- 厳しい就業環境にある産科医等に対する処遇を改善するため、分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する医療機関に対し助成します。
- 県民が安心して妊娠・出産・子育てが行える環境整備を促進するため、産科・小児医療施設等の開設に係る施設・設備整備に対して補助する事業を、令和5年度6月補正予算で新たに実施することとしたので、これを継続します。

■用語解説

※1 医師偏在指標

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数（※1）}}{\text{地域の人口} \div 10 \text{ 万} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$\text{（※1）標準化医師数} = \Sigma \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率（※3）} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{（※3）地域の期待受療率} = \frac{\Sigma \left(\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right)}{\text{地域の人口}}$$

※2 分娩取扱医師偏在指標

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※4）}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{ 件}}$$

$$\text{（※4）標準化分娩取扱医師数} = \Sigma \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※3 小児科医師偏在指標

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※5）}}{\text{地域の年少人口} \div 10 \text{ 万} \times \text{地域の標準化受療率比（※6）}}$$

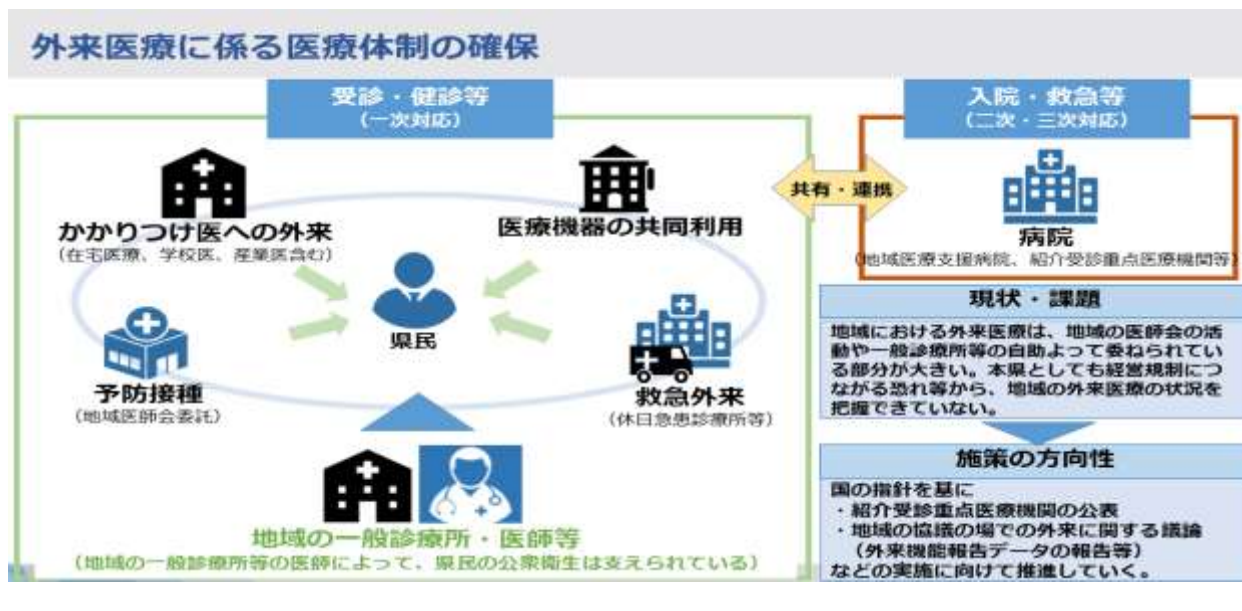
$$\text{（※5）標準化小児科医師数} = \Sigma \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※6）地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率（※7）} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{（※7）地域の期待受療率} = \frac{\Sigma \left(\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口} \right)}{\text{地域の年少人口}}$$

第2節 外来医療に係る医療体制の確保

1 現状・課題



(1) 本県における外来機能等の状況

ア 診療所数の推移と医師偏在

- 時間外の外来診療、在宅医療（訪問診療）、産業医、学校医による住民の医療保健の提供など地域における外来医療については、地域の一般診療所医師等によって支えられています。
- 下記表の通り、本県における診療所数の推移を見ると年々微増しており、平均年齢が高く推移していることが確認できます。

図表 2-5-2-1

診療所数の推移

(単位：診療所数)

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	増減
【全体】神奈川県	6,556	6,648	6,711	6,661	6,739	6,820	6,907	6,996	440
横浜	2,915	2,946	2,970	2,977	3,003	3,036	3,058	3,100	185
川崎北部	501	518	527	517	523	533	536	547	46
川崎南部	438	449	465	461	464	478	487	510	72
横須賀・三浦	588	595	597	531	547	552	601	599	11
湘南東部	539	548	557	569	588	598	600	606	67
湘南西部	387	385	384	385	393	396	395	391	4
県央	523	528	535	541	540	543	542	543	20
相模原	407	415	413	419	420	422	428	437	30
県西	258	264	263	261	261	262	260	263	5

(出典) 厚生労働省「令和3年医療施設調査」

- また、厚生労働省が用いる指標「医師偏在」では、医師多数区域は、横浜、川崎北部、川崎南部、相模原、横須賀・三浦、湘南西部の6区域、医師少数区域は、県西の1区域という結果となり、地域によって医師確保の差が表れる結果となっています。

図表 2-5-2-2

県の二次医療圏別 医師偏在指標（令和5年暫定値）

区分	医師偏在指標		医師多数 区域	医師少数 区域
		全国順位 (全335医療圏)		
全国	255.6			
県内二次医療圏	横浜	260.8	66位	○
	川崎北部	285.3	49位	○
	川崎南部	347.3	16位	○
	相模原	217.7	112位	○
	横須賀・三浦	235.0	88位	○
	湘南東部	202.4	154位	
	湘南西部	238.1	85位	○
	県央	187.4	199位	
	県西	177.1	227位	○

（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

イ 夜間・休日等の初期救急医療の提供体制

- 本県における夜間・休日等の初期救急医療については、県が認定する病院が主に担い、休日においては、医師会等が運営する休日急患診療所が各二次保健医療圏に配置され、支えられています。

図表 2-5-2-3

本県における夜間・休日等の初期救急医療の提供体制

令和4年4月30日現在

連番	二次保健医療圏	夜間や休日等の初期救急医療の提供体制	
		救急医療を行う 診療所数	休日急患診療所数
1	横浜	0	19
2	川崎北部	1	4
3	川崎南部	2	3
4	相模原	1	4
5	横須賀・三浦	0	3
6	湘南東部	0	3
7	湘南西部	0	3
8	県央	1	5
9	県西	1	2

（出典）神奈川県「神奈川県医療機関名簿」

- しかし、その他一般診療所の夜間・休日及び時間外の診療については、経営規制につながる恐れがあることから、現状、県では把握しておらず、診療所ごとの自助、自主的な経営判断に委ねている状況です。厚生労働省のガイドライン「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次（前期）～」(以下「ガイドライン」とする)でもある地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議をさらに進めていく必要があります。

ウ 在宅医療の提供体制

- 県民の地域生活を支える在宅医療の提供体制については、訪問診療を実施する在宅療養支援診療所が主に担います。その診療所数の推移を見ると、直近の令和4年度は微減しており、今後も増大する在宅医療需要への対応について検討が必要です。

図表 2-5-2-4



(出典) 関東厚生局神奈川事務所「診療報酬施設基準」(R5. 3/31)

(2) 外来医療機能の偏在

ア 外来医師偏在指標の設定

- これまでは、医師偏在の状況を表す指標として、主に人口 10 万人対医師数が用いられてきました。

しかし、人口 10 万人対医師数は医師の偏在の状況が地域ごとの医療ニーズや人口構成等の項目を十分に反映された指標でなかったため、厚生労働省は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の 5 要素を考慮した「医師偏在指標」が設定されました。(算定式は頁参照。)

- | | |
|-------------------|---------------------|
| ①医療ニーズ及び人口構成とその変化 | ④医師の性別・年齢分布 |
| ②患者の流入 | ⑤医師偏在の種別（区域、病院/診療所） |
| ③へき地等の地理的条件 | |

- 厚生労働省のガイドラインでは、大半の診療所が 1 人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は 1 : 1 に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在状況を示す指標としても使用可能としています。

イ 外来医師多数区域の設定

- 上記の外来医師偏在指標の値が、全二次医療圏の上位 33.3% (1/3) に該当する二次医療圏が「外来医師多数区域」に設定されます。
- 本県の外来医師偏在指標の状況は下記表のとおりで、横浜、川崎北部、川崎南部、

横須賀・三浦、湘南東部の **5 区域** が外来医師多数区域となります。

なお、外来医師偏在指標は医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表す性質のものです。

図表 2-5-2-5

県の二次医療圏別 外来医師偏在指標（令和 4 年度）

区分		外来医師偏在指標		外来医師多数 区域有無
			全国順位 (全335医療圏)	
全国		112.2		
県内 二次医療圏	横浜	115.6	77位	○
	川崎北部	114.6	80位	○
	川崎南部	120.3	61位	○
	相模原	82.2	274位	
	横須賀・三浦	109.6	105位	○
	湘南東部	111.8	94位	○
	湘南西部	95.0	197位	
	県央	83.8	270位	
	県西	87.0	249位	

（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

（3）医療機器に関する状況

- 医療機器ごとに地域差の状況は異なります。今後の人口動態の変化にそなえ、本県における医療機器に関する状況を詳細に把握して、地域の関係者の方々と協議・検討し、効率的な活用、医療提供体制を構築する必要があります。

図表 2-5-2-6 医療機器の配置状況

（単位：台）

		CT		MRI		PET		マンモグラフィー		放射線治療器 (リニアック・ガンナイフ)	
		調整人口 あたり台数	(実台数)	調整人口 あたり台数	(実台数)	調整人口 あたり台数	(実台数)	調整人口 あたり台数	(実台数)	調整人口 あたり台数	(実台数)
	全国	11.5	(14,595)	5.7	(7,240)	0.5	(594)	3.4	(4,261)	0.8	(1,044)
	神奈川県	7.2	(627)	4.0	(350)	0.3	(28)	2.5	(230)	0.7	(57)
県内 二次医療圏	横浜	6.7	(236)	4.3	(154)	0.4	(14)	2.5	(93)	0.6	(22)
	川崎北部	6.8	(49)	3.3	(25)	0.4	(3)	2.1	(18)	0.7	(5)
	川崎南部	8.7	(47)	4.8	(27)	0.2	(1)	3.4	(21)	0.8	(4)
	相模原	7.7	(53)	3.6	(25)	0.3	(2)	2.8	(20)	0.9	(6)
	横須賀・三浦	6.5	(51)	3.5	(27)	0.0	(0)	2.8	(20)	0.8	(6)
	湘南東部	7.5	(52)	3.7	(26)	0.4	(3)	2.6	(19)	0.7	(5)
	湘南西部	7.3	(43)	3.7	(22)	0.2	(1)	2.3	(13)	0.8	(5)
	県央	7.8	(63)	3.6	(30)	0.2	(2)	2.3	(19)	0.4	(3)
	県西	8.9	(33)	3.8	(14)	0.5	(2)	2.0	(7)	0.3	(1)

※表記の「-」は台数が無い場合、「0」は台数があっても検査件数が無い場合。「*」はデータ秘匿マーク。

（出典）令和 5 年度 厚生労働省「医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ」

図表 2-5-2-7 医療機器の稼働状況

(単位：件数／台)

		CT		MRI		PET		マンモグラフィー		放射線治療器 (リニアック・ガンマナイフ)	
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
	全国	2,188	*	1,814	*	*	*	*	*	2,718	6,925
	神奈川県	2,823	900	2,173	2,863	891	1,410	558	681	4,002	312
県内 二次 医療 圏	横浜	2,961	807	2,218	3,183	1,037	1,586	517	697	3,992	312
	川崎北部	3,021	938	2,549	2,698	422	-	637	889	3,933	-
	川崎南部	3,254	1,902	2,101	3,412	775	-	246	547	3,865	-
	相模原	2,598	275	2,643	1,914	1,812	-	592	1,021	5,708	-
	横須賀・三浦	3,028	677	1,903	3,085	-	-	1,176	581	4,402	-
	湘南東部	2,774	726	2,275	2,354	830	0	371	572	2,377	-
	湘南西部	3,633	657	2,709	1,160	2,044	-	988	335	4,708	-
	県央	1,801	1,273	1,271	2,404	390	-	284	296	1,510	-
	県西	1,731	754	1,743	4,129	283	-	208	-	4,519	-

※表記の「-」は台数がない場合、「0」は台数があっても検査件数がない場合。「*」はデータ秘匿マーク。

(出典) 令和5年度 厚生労働省「医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ」

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

地域包括ケアシステム構築に資するよう、県内における外来医療に係る医療提供体制を整備していく

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆外来医療に関する協議の場について
- ◆紹介受診重点医療機関の公表
- ◆不足する外来医療機能
- ◆新規開業者等に対する情報提供について
- ◆医療機器の効率的な活用

(1) 外来医療に関する協議の場について

- 厚生労働省のガイドラインでは、二次保健医療圏を区域単位として想定しているため、本県では引き続き、地域医療構想調整会議を外来医療に関する協議の場とします。

(2) 紹介受診重点医療機関の公表

ア 外来機能報告制度

- 医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能分化及び連携の推進のため、令和4年4月から導入された制度です。
- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化します。

イ 紹介受診重点医療機関の役割

- 原則として、紹介患者への外来を基本とし、より専門的な治療や検査を重点的に実施する、その地域における外来の基幹的な役割を担います。
- また、国は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についての検討会による

議論のとりまとめの中で、かかりつけ医機能報告制度の創設や、かかりつけ医機能の定義を法定化、医療機能情報提供制度の刷新等についても言及しており、今後、地域の外来受診に係る整備が考えられます。

- こうした背景から、紹介受診重点医療機関は地域外来の中軸として、かかりつけ医など近隣の診療所・病院との役割分担を明確にし、地域の効率的な外来医療提供体制の確保に寄与する役割が期待されています。

ウ 紹介受診重点医療機関の公表基準

- 国は、外来機能報告で報告される医療資源を重点的に活用する外来の実施状況（高額等の医療機器・設備を必要とする外来や特定領域に特化した機能を有する外来など）を基に定める基準又は水準を満たすことを参考に、地域の協議の場にて協議を行い、その地域の実情を踏まえて「紹介受診重点医療機関」の公表を決定していくとしており、基準又は水準は下記のとおりです。

《「紹介受診重点医療機関」の公表に向けての基準》

基準：下記①、②いずれも満たすこと

- ① 紹介受診重点医療機関となる意向があること
- ② 医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）状況について、
 - ・初診に占める重点外来の割合 40%以上
 - ・再診に占める重点外来の割合 25%以上の両方を満たすこと

《「紹介受診重点医療機関」の公表に向けての水準》

基準を満たさない場合、下記の水準項目両方を満たすこと

- ① 紹介患者数における、初診患者数の占める割合が 50%以上
- ② 逆紹介患者数における、初診患者数の占める割合が 40%以上

- 本県としても、国のこの指針に則り、地域の協議の場を「地域医療構想調整会議」と定め、その会議での協議の上「紹介受診重点医療機関」を決定していきます。

エ 神奈川県「紹介受診重点医療機関」の公表について

- 「外来機能報告」の結果から、国の指針にある基準・水準値を満たすことや地域の協議の場「地域医療構想調整会議」における協議のもと、「紹介受診重点医療機関」は公表します。（県ホームページにて随時掲載）
- なお、外来機能報告については、令和4年度より毎年実施していく予定となっており、今後もその報告結果を踏まえ、毎年、各地区の地域医療構想調整会議で紹介受診重点医療機関の公表に向けて協議を行います。

(3) 不足する外来医療機能

- 国は、今後、少子高齢化による人口構成の変化に伴い、外来医師の偏在状況を踏まえ、当該地域において不足する外来医療機能を把握し、二次医療圏ごとに外来医療提

供体制が確保されていくよう取組を進めることとしています。

- 今後は、二次保健医療圏ごとに設置する「地域医療構想調整会議」にて当該地域で課題となる外来医療機能の把握やその課題の議論・検討に向けて取り組んでいきます。

(4) 新規開業者等に対する情報提供について

- 今後、少子高齢化による人口構成の変化によって、これから新しく診療所等医療機関を開業する方の開業希望場所にも変化が発出します。それによりますます外来医師の偏在が進み、地域での外来医療機能の状況変化や新たな課題発生が見込まれます。
- 新規開業者に対する情報提供に関して、厚生労働省のガイドラインでは次の通り示されています。
 - ・ 二次医療圏ごとに外来医療提供体制を確保することを進めるべく、各地域での不足する外来医療機能を把握し、当該地域の外来機能の可視化を図るよう進めていく
 - ・ 外来医療機能の可視化により、新規開業者等へその地域で必要とする外来医療等情報を取得し判断できるように、不足する外来医療機能の新たな担い手となるよう行動変容を促すよう情報提供をしていく
 - ・ 特に、既に診療所医師数が一定程度充足していると考えられる外来医師多数区域での新規開業については、新規開業希望者に対して地域で不足する外来医療機能を担うことを求めている
- 当該地域において不足する外来医療を新規開業者等にも役割を求めるという考え方は理解できますが、開業規制にもつながる恐れがあるため慎重な議論を要します。
- しかし、人口構成の変化による外来医療機能の変化、新しい課題発生へ適切に対応していく必要もあるため、新規開業者等への情報提供に向けて、本県における外来医療機能の状況を正確に把握するべく、地域の協議の場である地域医療構想調整会議にて必要に応じ状況確認を行い、議論・検討を進めます。

(5) 医療機器の効率的な活用

- 少子高齢化による人口減少や都市部集中などにより、今後ますます地域の医療資源の正確な把握、効率的な活用が課題となっています。
- 人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、医療設備・機器等の情報の可視化を行い、その情報を新規購入希望者へ提供するのみならず、医療機器に関する地域の協議の場において、医療設備・機器等の共同利用の方針及び具体的な計画について協議を行っていく必要があると厚生労働省のガイドラインでは示しています。
- 本県では、地域医療支援病院の施設や医療機器などの設備の共同利用の取組を含め、協議の場である「地域医療構想調整会議」において検討していきます。

■用語解説（計算式等補足）

○ 外来医師偏在指標の計算式

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※4）}}$$

$$\begin{aligned} \text{（※1）標準化診療所医師数} &= \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \\ &\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}} \end{aligned}$$

$$\text{（※2）地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※3）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

（※3）地域の外来期待受療率＝

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

（※4）地域の診療所の外来患者対応割合＝

$$\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$$

第3節 看護職員

1 現状・課題

【現状】

- ・本県の就業看護職員数は年々増加しており、令和2年12月末時点で86,360人となっていますが、本県の人口10万人当たりの就業看護職員数は、全国の1,315.2人に対し、本県は934.9人であり、全国47位となっています。

【課題】

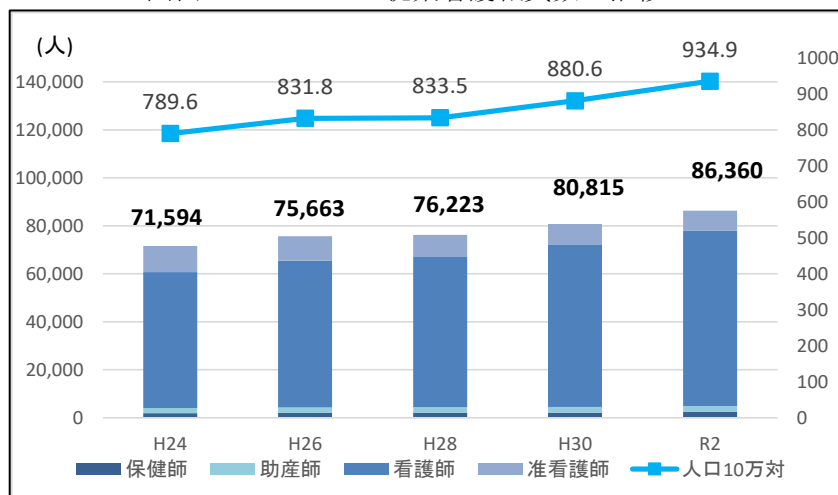
- ・高齢化の進展や医療技術の高度化・専門化等に加え、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携に伴い、看護職員の需要は一層増加しています。
- ・一方、令和元年度に厚生労働省が公表した看護職員の需給推計では、本県の令和7年の必要看護職員数は109,970人であり、看護職員不足数は24,886人と推計されています。
- ・看護職員のさらなる確保が必要であり、看護師等学校養成所における新規養成に加え、復職支援、離職防止等の定着促進の取組を行うことが必要です。

(1) 現状

ア 看護職員数について

- 本県の就業看護職員数は、令和2年12月末時点で86,360人となっています。(図表2-5-3-1)
- 人口10万人当たりの就業看護職員数は、全国の1,315.2人に対し、本県は934.9人であり、全国47位となっています。(図表2-5-3-2)
- 人口10万人当たりの就業看護職員数は、二次保健医療圏別に偏在があり、県央、川崎北部、湘南東部及び横浜で県平均を下回っています。(図表2-5-3-3)
- 就業看護職員全体の年齢構成は、40歳代が27.4%と最も多く、次いで20歳代が21.4%と多くなっています。就業看護職員数は平成28年から令和2年の4年間で10,137人増加していますが、この間、50歳代、60歳以上の割合が増加している一方で、30歳代、40歳代の割合は減少しており、就業看護職員の高年齢化が進んでいます。(図表2-5-3-4)

図表2-5-3-1 就業看護職員数の推移



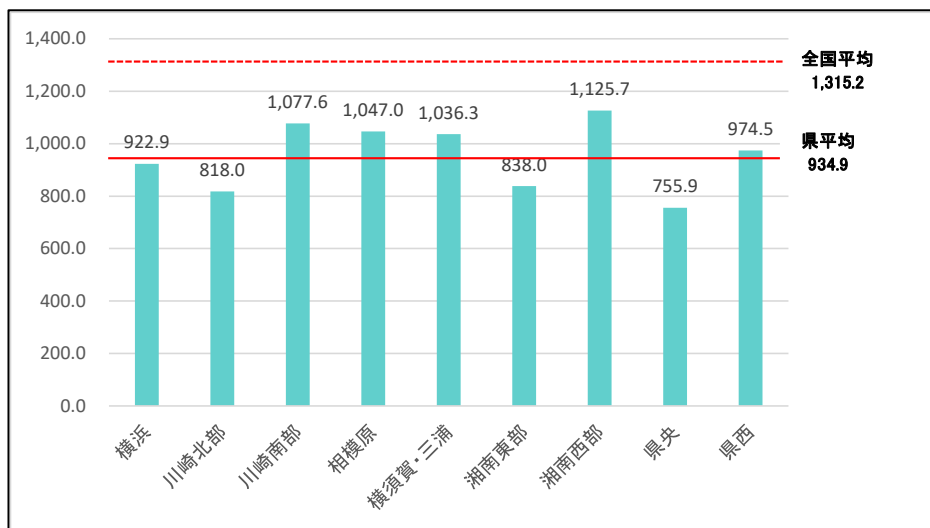
(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例(就業医療関係者)」

図表 2-5-3-2 人口 10 万対就業看護職員数（令和 2 年 12 月時点）



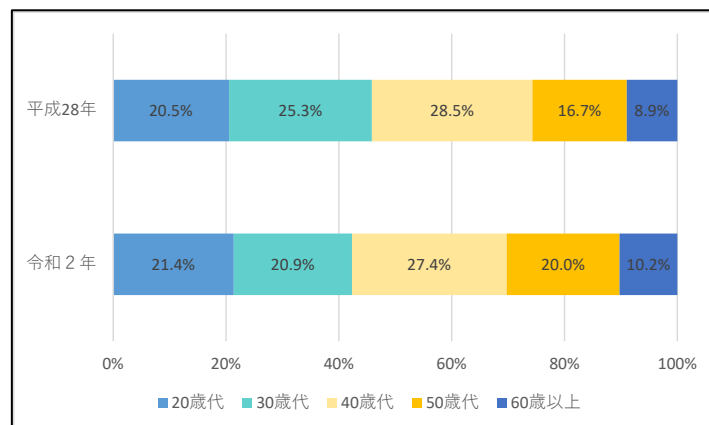
（出典）厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例（就業医療関係者）」

図表 2-5-3-3 人口 10 万対二次保健医療圏別就業看護職員数（令和 2 年 12 月時点）



（出典）厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例（就業医療関係者）」

図表 2-5-3-4 看護職員の年齢構成（4 年前との比較）

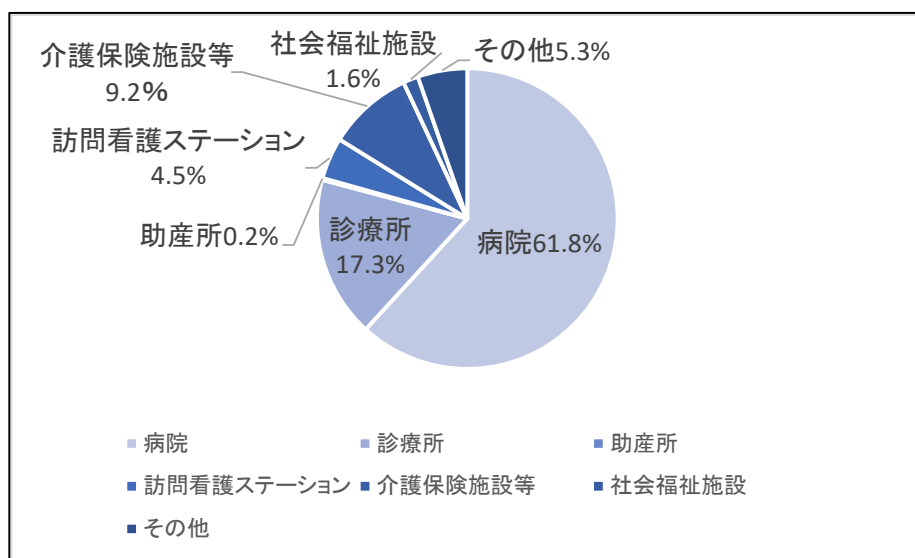


（出典）厚生労働省「衛生行政報告例（就業医療関係者）」

イ 就業の状況について

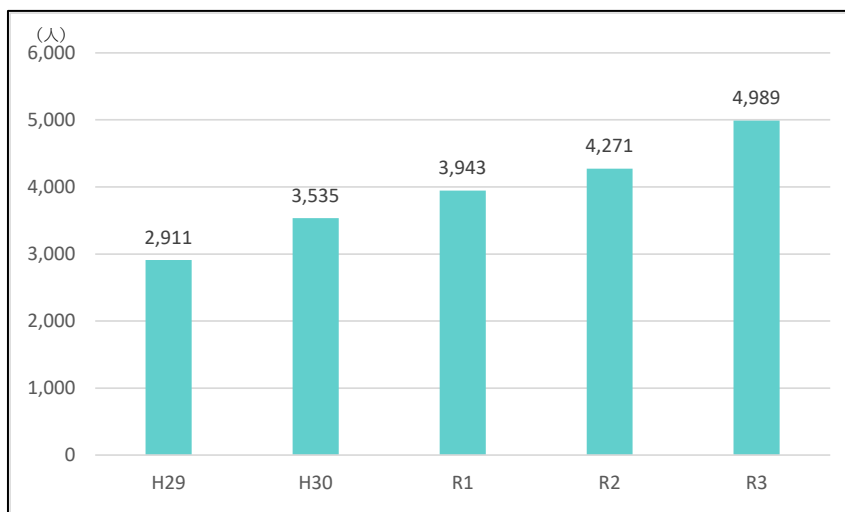
- 就業場所別の看護職員数を見ると、病院が 53,385 人(61.8%)、診療所が 14,980 人(17.3%)となっています。(図表 2-5-3-5)
- 訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数は、4,989 人となっています。(図表 2-5-3-6)
- 年齢階級別の就業場所では、若年層のほとんどが病院に就業しており、年齢階級が上がるにつれて就業場所は多様化しています。(図表 2-5-3-7)

図表 2-5-3-5 就業場所別従事状況（令和 2 年 12 月時点）



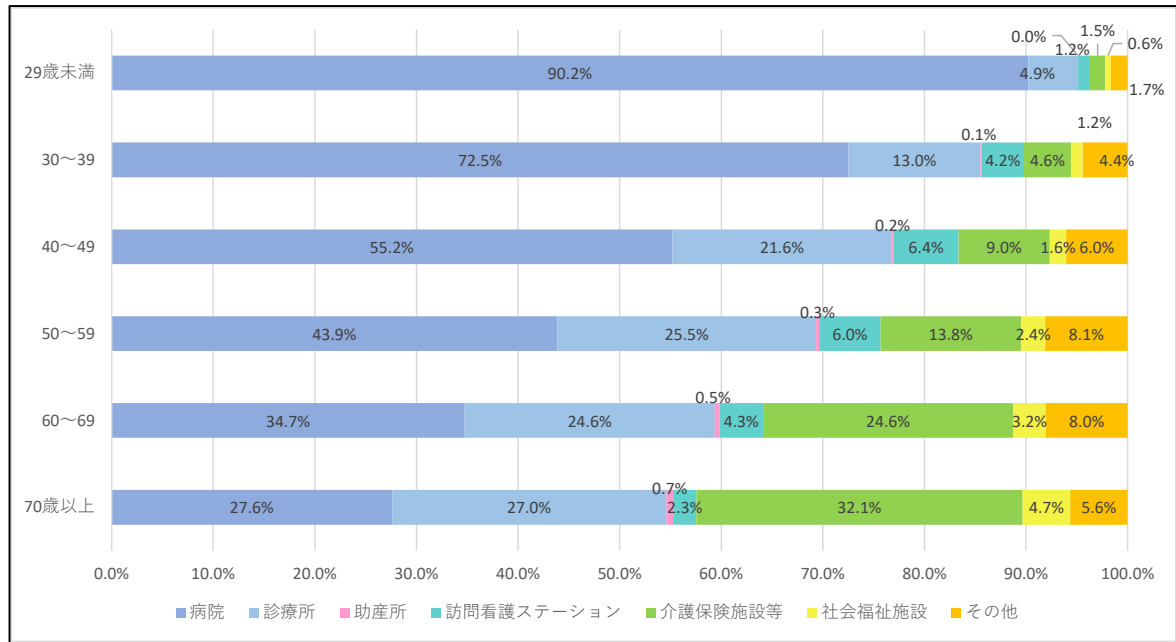
（出典）厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)」

図表 2-5-3-6 訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数の推移



（出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-5-3-7 年齢階級別就業場所（令和 2 年 12 月時点）

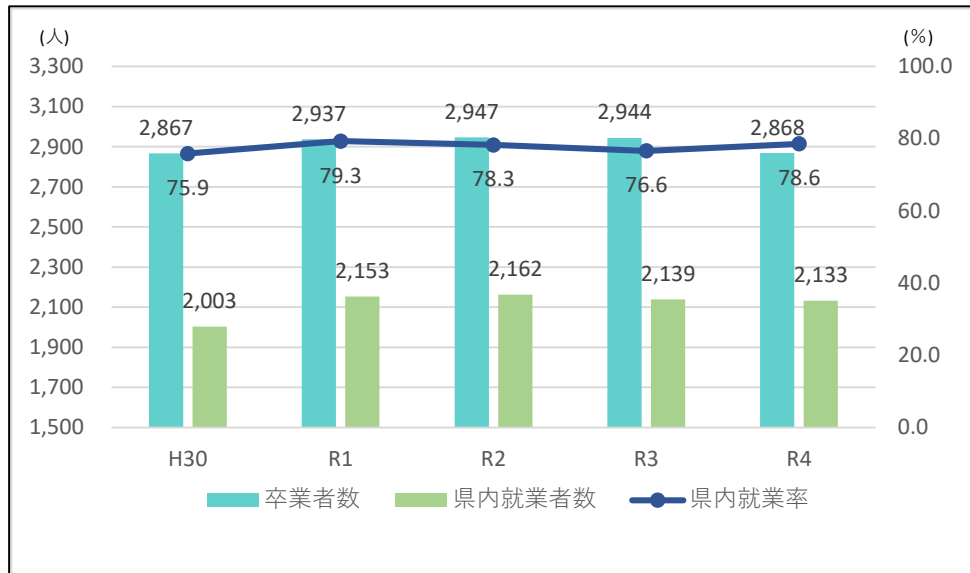


（出典）厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例（就業医療関係者）」

ウ 看護職員の養成について

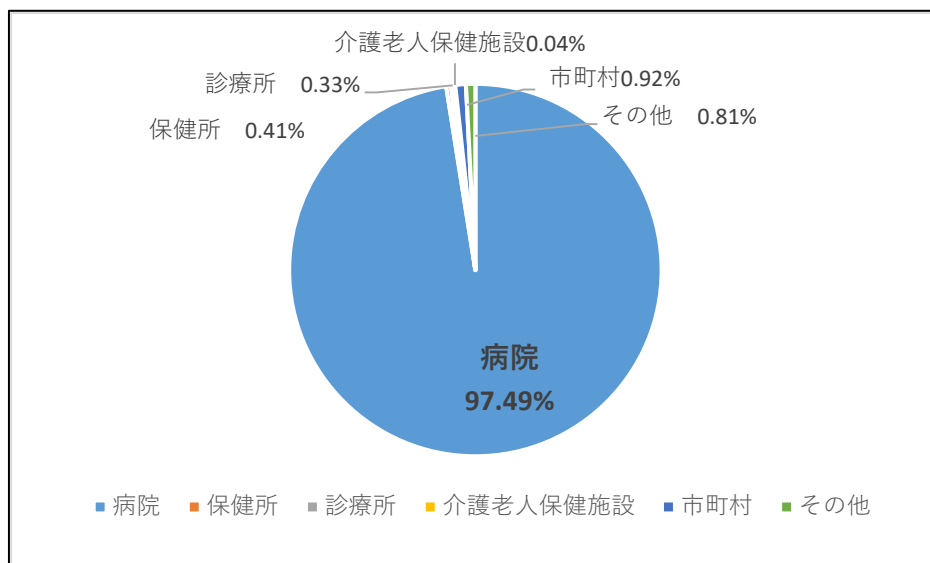
- 本県では年間 2,900 人前後の看護職員を養成しており、うち約 2,100 人が県内に就業しています。新卒看護職員の就業先は、病院が 97%以上を占めています。（図表 2-5-3-8、図表 2-5-3-9）

図表 2-5-3-8 県内看護師等学校養成所の卒業者数及び県内就業率



（出典）厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

図表 2-5-3-9 新卒看護職員の就業先

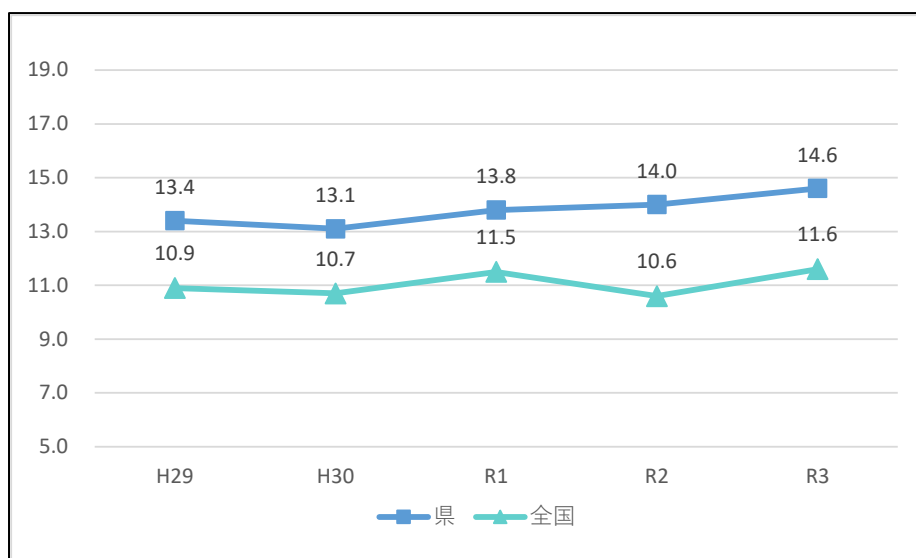


(出典) 厚生労働省「令和5年度看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

エ 看護職員の離職率について

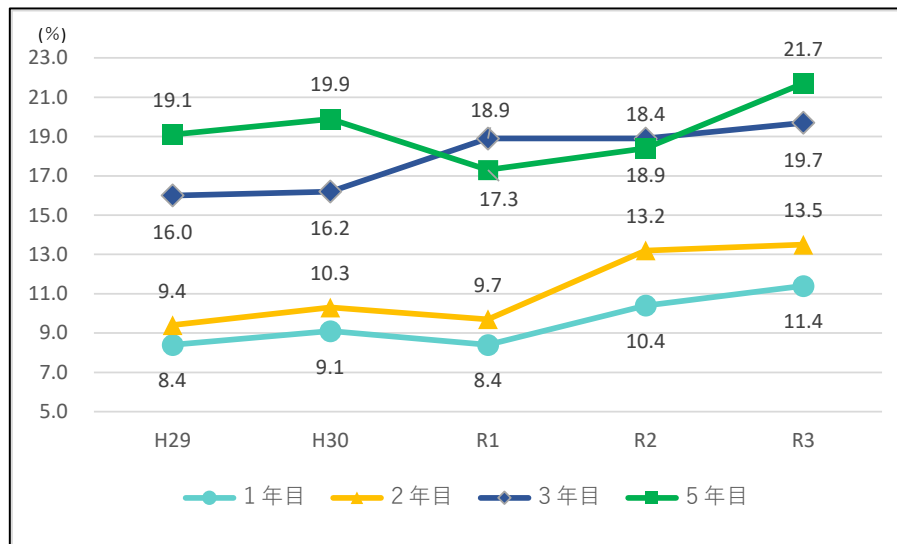
- 本県の看護職員の離職率は、近年 14%前後で推移しており、全国平均を上回っています。(図表 2-5-3-10)
- 1 年目（新卒）から 5 年目までの経験年数別離職率は、3 年目以降の離職率が特に高い傾向にあります。(図表 2-5-3-11)
- 離職理由は、1 年目（新卒）から 2 年目では「心身の不良」、3 年目以降では、「心身の不良」に加え、結婚等のライフステージの変化に伴う理由が主なものとなっています。(図表 2-5-3-12)

図表 2-5-3-10 看護職員の離職率の推移



(出典) 公益社団法人日本看護協会「病院看護実態調査」

図表 2-5-3-11 経験年数別（1年目から5年目）の離職率の推移



（出典）神奈川県「看護職員就業実態調査（病院）」

図表 2-5-3-12 経験年数別の離職理由

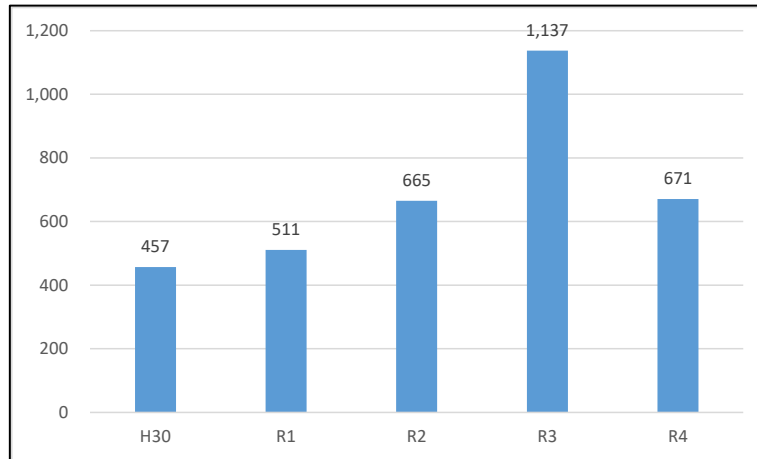
	経験年数					
	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	全体
1位	本人の心身の不良	本人の心身の不良	本人の心身の不良	転居	転居	本人の心身の不良
2位	看護職以外に転職	転居	転居	結婚	本人の心身の不良	転居
3位	勤務負担の重さ	結婚	結婚	本人の心身の不良	結婚	家族の健康・介護
4位	家族の健康・介護	家族の健康・介護	家族の健康・介護	看護職以外に転職	家族の健康・介護	結婚
5位	職場の人間関係	看護職以外に転職	看護職以外に転職	勤務負担の重さ	勤務負担の重さ	出産・育児

（出典）神奈川県「令和3年度看護職員就業実態調査（病院）」

オ 復職の状況について

- 県ナースセンターを通じた就職者数は、年間 600 人程度となっています。（図表 2-5-3-13）
- 令和3年度は、新型コロナウイルス感染症ワクチン接種業務を担う看護職員を確保するため、国と県が、ナースセンターへの登録を要件として就業準備金等の支給を実施した特殊要因があります。
- 病院や訪問看護ステーション等の求人数の多い施設には求職者が集まらず、事業所等の求人数の少ない施設に集まる傾向にあり、求人と求職のアンマッチが生じています。このことは、求職者が働く場所として勤務時間の安定している事業所等を選択する傾向にあることが要因の一つです。

図表 2-5-3-13 県ナースセンターを通じた就職者数の推移



(出典)「NCCS(ナースセンター・コンピュータ・システム)」より神奈川県ナースセンターにて作成

カ 特定行為研修について

- 本県における特定行為研修を行う指定研修機関は、令和 5 年 6 月時点で 23 機関であり、年間 100 人程度が修了しています。そのうち、50%～60%が県内で就業しています。
- 特定行為研修の修了者数は、令和 2 年 12 月末時点で 336 人となっています。

(2) 課題

ア 看護職員の需要

- 高齢化の進展や医療技術の高度化・専門化など、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携に伴い、看護職員の需要は一層増加しています。
- 令和元年度に厚生労働省が公表した看護職員の需給推計では、本県の令和 7 年の必要看護職員数は 109,970 人、供給推計値は 85,084 人であり、令和 7 年の看護職員不足数は 24,886 人と推計されています。
- さらなる看護職員の確保のためには、看護師等学校養成所における新規養成に加え、復職支援、離職防止等の定着促進の取組を行うことが必要です。
- また、少子化により生産年齢人口が減少する中、増大する看護ニーズに対応するために看護職員を安定的に確保するには、看護職の資格を持ちながらも看護職員としての業務に従事していない潜在看護職員の再就業を促進することが重要です。
- 定年退職した看護職員が定年後も看護職員として働き続けられる職場環境づくりや、限られたマンパワーの中で看護職員がその専門性をより発揮するため、看護補助者との協働の推進や ICT 等の活用による業務の省力化・効率化が必要です。
- 特に令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大により行政保健師の不足が課題となりました。多発する自然災害、新興・再興感染症について、平時から危機管理体制の構築等が求められており、行政保健師の確保が必要です。

イ 働き続けられる職場環境の整備

- 経験年数 3 年目以降は、結婚等のライフステージの変化に伴う離職が多くなるため、看護職員が長く働き続けられるように、ライフステージの変化やライフスタイルに合わせた柔軟な働き方を可能とする職場環境の整備や、地域の中で働く場所や

領域等を円滑に移動することができる仕組みの検討が必要です。

- 医療技術の高度化や専門化等に対応するため、看護職員の資質の向上を図ることが必要です。また、生涯にわたり継続的に看護職として働き続けられるよう、新人時代から高齢世代までを通じたキャリアの継続支援が必要です。
- 看護職員の就業継続のためには、メンタルヘルス対策の着実な実施が重要です。また、看護職員が働きやすい環境を整備するために、職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要です。

ウ 訪問看護の需要の増大

- 病院完結型から地域完結型へと医療提供体制の移行が進められている中、医療・介護需要を併せ持つ高齢者等が在宅で療養生活を送る上で、地域における訪問看護の需要は増大すると見込まれています。この需要に対応するため、訪問看護に従事する看護職員の確保を図る必要があります。
- 訪問看護ステーションには小規模な事業所が多く、人手不足から研修に参加できない、最新の看護技術情報を入手しにくい、といった課題があります。また、小規模事業所は経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。

エ 専門性の高い看護職員の需要

- 在宅医療の推進や、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者など、高度な知識と技術を身につけた看護職員が必要とされています。
- また、特定行為研修修了者が就業先で特定行為を実施できる体制の整備が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

看護職員を十分に確保し、看護職員が働きやすい環境の中でいきいきと活躍することで、質の高い看護を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆看護職員の確保（新規養成、県ナースセンターによる復職支援、離職防止等の定着促進）

◆訪問看護の充実

◆専門性の高い看護職員の養成・確保

(1) 看護職員の確保

ア 新規養成

- 県は、県立看護専門学校を運営するとともに、看護師等養成所の運営支援、修学資金貸付け、実習施設への支援、看護教員の養成など、看護職員の着実な養成に取り組めます。
- 県及び県ナースセンターは、看護職員が魅力的な進路として中・高校生に選択されるよう、看護職員の資格取得方法等の理解を深めるリーフレット等を発行し、看護に対する興味や関心を高めます。
- 県立保健福祉大学において、地域及び職域のリーダーとなる看護師等を養成します。

イ 県ナースセンターによる復職支援

- 県ナースセンターは、看護職員の再就業に向けた就業相談や情報提供を行うとと

もに、個々の状況に合わせた求人・求職間のあっせんを行います。

- 県ナースセンターは、看護職員が安心して復職できるよう、最近の医療・看護技術等に関する研修を実施します。

ウ 離職防止等の定着促進

- 県は、看護職員の定着に向けて、院内保育施設の運営等の取組への支援を行うとともに、新人看護職員の研修実施に対する支援を行い、新人看護職員の早期の離職防止を図ります。
- 県は、関係団体等と連携し、出産や育児、介護等のライフステージに応じた柔軟な働き方や、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」を地域で育成することについての検討を進めます。
- 県は、各専門分野や課題等に対応した研修やキャリアに応じた研修の充実等を図り、長く働き続けられる質の高い看護職員の育成に取り組みます。
- 県は、関係団体等と連携し、定年退職した看護職員が活躍できる職場環境づくりや看護補助者との協働の推進、ICT等の活用による業務の省力化・効率化についての検討を進めます。
- 県ナースセンターは、看護職員の確保が困難な医療機関等を対象に、求人情報登録等の支援を行うことにより、県ナースセンターを通じた就職者数の増加を図るとともに、看護職員のメンタルヘルス等の相談にきめ細やかに対応します。
- 県医療勤務環境改善支援センターは、看護職員の離職防止・定着促進を図ることを目的として、勤務環境改善に主体的に取り組む医療機関等を支援します。
- 県は、行政保健師の確保・育成の充実に向けて、関係職能団体や学術機関等とも連携しながら、効果的・効率的な取組を検討していきます。

(2) 訪問看護の充実

- 県は、訪問看護に関する研修事業を実施し、訪問看護に従事する職員の確保・定着を図ります。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指します。
- 県は、訪問看護ステーションの安定的な運営のため、訪問看護ステーションの管理者の経営力向上のための支援を行います。

(3) 専門性の高い看護職員の養成・確保

- 県は、在宅医療の推進や、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進のため、特定行為研修の受講支援を行うなど、特定行為研修修了者の増加を図ります。
- 県は、特定行為研修修了者が就業先で特定行為を実施できるよう、特定行為研修制度について、広く周知します。
- 県立保健福祉大学実践教育センターにおいて、急激な社会環境の変化に適応するために必要とされるスキルの習得を目指す新たなニーズに対応できる現任者教育の在り方を検討します。

■用語解説

※1 ナースセンター

看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、高度な専門知識と技能をもつ看護職を確保し、国民の保健医療の向上に役立つことを活動の目的として設置されている。神奈川県知事の指定を受け、神奈川県看護協会が運営しており、無料職業紹介事業などによる看護職員の確保に加え、離職防止や潜在化予防のために就業相談を実施し、職場定着の促進に取り組んでいる。

※2 特定行為研修

特定行為は、看護職員が医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書により行う診療の補助であり、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 行為のことをいう。

特定行為研修は、看護職員が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であり、厚生労働大臣が指定した指定研修機関で受講する。

※3 看護職員の需給推計

令和7年における看護職員の需要と供給について、医療機能の分化・連携や在宅医療の推進等による将来の変化や、将来推計人口など既に得られているエビデンスデータを勘案しつつ、法律や法令に基づく計画など既に内容が固まっており客観的に影響を考慮することができるものは反映させて推計したもの。国が設計した推計ツールを用いて都道府県が算定し、それを国が全国ベースに集約して推計されている。

※4 看護補助者

看護が提供される場において、看護チームの一員として看護職員の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者をいう。

※5 タスク・シフト／シェア

従来、ある職種が担っていた業務を他職種に移管すること又は他職種と共同化することをいう。

※6 「かながわ地域看護師」

地域医療構想を実現し、地域包括ケアシステムを推進するために、地域の医療・介護資源や医療提供体制を十分に理解し、地域の医療と介護をつなぐ能力を持つ看護師を地域で育成・確保するとともに、看護職員の離職や地域からの流出を防ぐことを目的として、県と神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会が「神奈川県地域看護師養成事業検討会」において共同で検討している取組。

3 指標一覧

指標名		出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
就業 看護 職員 数	全県	厚生労働省,衛生行政報告例	86,360(R2)	97,038
	横浜	厚生労働省,衛生行政報告例	34,863(R2)	39,682
	川崎北部	厚生労働省,衛生行政報告例	7,121(R2)	9,145
	川崎南部	厚生労働省,衛生行政報告例	7,196(R2)	7,015
	相模原	厚生労働省,衛生行政報告例	7,596(R2)	7,621
	横須賀・三浦	厚生労働省,衛生行政報告例	7,167(R2)	7,265
	湘南東部	厚生労働省,衛生行政報告例	6,098(R2)	7,644
	湘南西部	厚生労働省,衛生行政報告例	6,550(R2)	6,112
	県央	厚生労働省,衛生行政報告例	6,490(R2)	9,019
	県西	厚生労働省,衛生行政報告例	3,279(R2)	3,535
	訪問看護に従事する常勤換算看護職員数	厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査	4,989(R3)	5,932
看護職員5人以上の訪問看護ステーション数		神奈川県,看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション)	224(R3)	464
特定行為研修修了者の就業者数		神奈川県,看護職員就業実態調査(病院,訪問看護ステーション)	286(R3)	680
県内保健所及び市町村常勤保健師数		厚生労働省,地域保健・健康増進事業報告	1,211(R3)	1,751

第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者

1 現状・課題

【現状】

(1) 歯科医師

- ・ 歯科診療所数及び歯科医師数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。
- ・ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

(2) 薬剤師

- ・ 県内の人口 10 万人当たりの薬剤師数は、全国平均を上回っています。
- ・ 薬剤師偏在指標（薬局と病院）では、業態別に見ると、薬局薬剤師が薬剤師多数県、病院薬剤師が薬剤師少数県となっています。

(3) その他の医療・介護従事者

- ・ 県における介護人材については、今後さらなる不足が見込まれています。
- ・ 県内における 1 施設あたりの歯科衛生士の人数は、全国平均を下回っています。

【課題】

(1) 歯科医師

- ・ 歯科医師や歯科衛生士による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実を図る必要があります。
- ・ オーラルフレイルに対応できる歯科医師が求められています。

(2) 薬剤師

- ・ 県内の現在の薬剤師の偏在状況を評価するために各地域の薬剤師の就労状況の実態を把握し、薬剤師の確保施策等を検討する必要があります。
- ・ 入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識及び専門性の向上が必要です。

(3) その他の医療・介護従事者

- ・ 急速な高齢化に伴う保健・医療・福祉サービスの需要の増加に対処していくため、人材の計画的な養成・確保・定着に加え資質・専門性の向上を図ることが必要です。
- ・ 居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が必要です。
- ・ 地域における在宅歯科医療の口腔ケアの充実のため、歯科衛生士の養成確保を支援していく必要があります。
- ・ 結婚や出産を機に離職する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

(1) 歯科医師

- 県内の人口 10 万人あたりの歯科診療所数は 54.0 施設で、全国平均の 54.2 施設を下回っており、歯科医師数についても 82.3 人で全国平均の 85.2 人を下回っています（図表 2-5-4-1、2-5-4-2）。
- 訪問歯科診療を実施している歯科診療所の県内の人口 10 万人あたりの施設数は 15.3 施設で、全国平均の 17.1 施設を下回っています（図表 2-5-4-3）。
- 県では、高齢化に伴い増加が見込まれる在宅療養患者等の訪問歯科診療に対応するため、在宅歯科医療連携室の設置により、在宅歯科提供体制の充実に取り組んでいます。
- 今後、高齢化に伴い需要が予想される在宅医療における、誤嚥性肺炎等の予防、口から食べることによる生活の質の確保などのため、歯科医師や歯科衛生士による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実を図る必要があります。
- フレイルから続く要介護状態に陥ることなく、健康で自立した生活を長く保つために、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）に対応

できる歯科医師が求められています。

図表 2-5-4-1 歯科診療所数

	H30	R1	R2	R3	R4	人口 10 万対 (R4)	
						神奈川県	全国
歯科診療所	4,933	4,948	4,959	4,984	4,983	54.0	54.2

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表 2-5-4-2 歯科医師数

歯科医師数 (人)		H26	H28	H30	R2
神奈川県	総数	7,414	7,298	7,365	7,605
	人口 10 万対	81.5	79.8	80.3	82.3
全国	人口 10 万対	81.8	82.4	83.0	85.2

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 2-5-4-3 歯科訪問診療を実施している診療所数 (人口 10 万対)



厚生労働省「NDB」(令和3年)

(2) 薬剤師

ア 薬剤師数について

(ア) 県内の薬剤師数の状況

- 県内には、23,872 人 (令和 2 年) の薬剤師が勤務等しています。人口 10 万人あたりでみると、258.4 人で、全国平均の 255.2 人を上回っています。

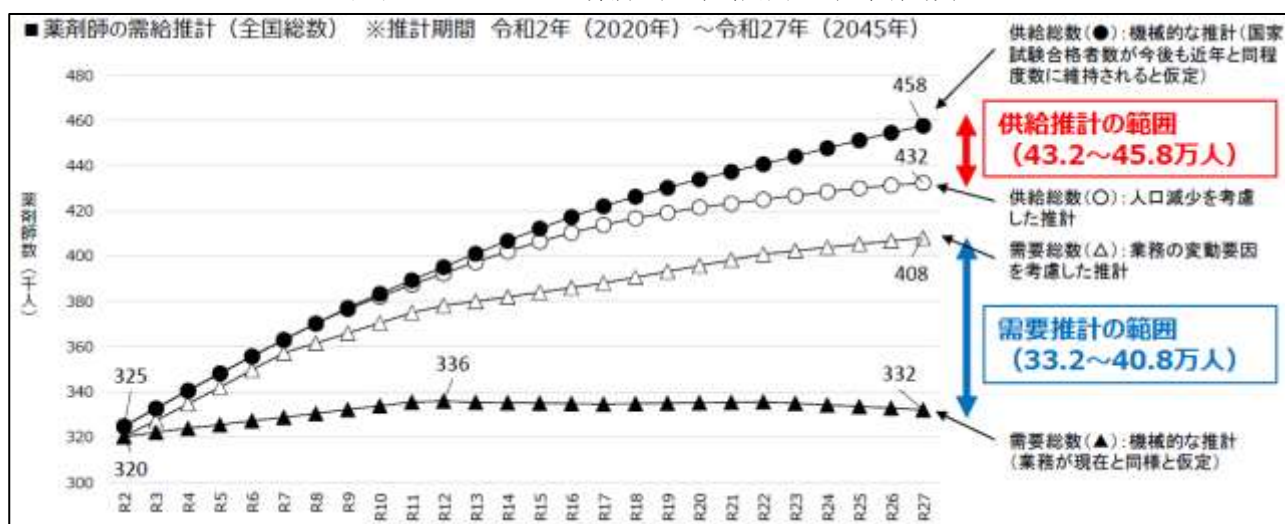
図表 2-5-4-4 薬剤師数

薬剤師数 (人)		H26	H28	H30	R2
神奈川県	総数	21,541	22,104	22,913	23,872
	人口 10 万対	236.8	241.7	249.7	258.4
全国	人口 10 万対	226.7	237.4	246.2	255.2

(出典) 厚生労働省「医薬・歯科医師・薬剤師統計」

- 国の需給推計によると、薬剤師の全国総数は、現在から概ね今後 10 年間は、需要と供給は同程度で推移します。また、将来的に、薬剤師の担う業務の充実により需要要因が増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回るため、薬剤師が不足することはないと推計されています。

図表 2-5-4-5 薬剤師の需給推計 (全国総数)



(出典) 厚生労働省「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」

(イ) 県内の薬剤師の業態や地域における偏在

- 国検討会によると、全国における薬剤師の従事先には地域偏在や業態（病院と薬局）偏在があり、特に病院薬剤師の確保が課題であると指摘されています。
- 県内の状況は、国が令和5年6月に示した薬剤師偏在指標によると、県全体では指標1を超えており、薬剤師多数県となりますが、業態別（薬局・病院別）では、薬局薬剤師が薬剤師多数県、病院薬剤師が薬剤師少数県となっています。（図表 2-5-4-6）。
- また、二次保健医療圏別では地域ごとに差がありますが、薬局薬剤師は全て指標1を超えており、薬剤師多数区域となっています。（図表 2-5-4-7）
- 一方、病院薬剤師は3つの二次保健医療圏で薬剤師少数区域となっています。（図表 2-5-4-8）

図表 2-5-4-6 薬剤師偏在指標と薬剤師多数・少数区域の設定について

		薬剤師偏在指標 (現在) ※1	区域の別 ※2	薬剤師偏在指標 (令和 18 年) ※3	区域の別 ※3
全国	合計	0.99		1.09	
	薬局	1.08		1.22	
	病院	0.80		0.82	
神奈川県	合計	1.12	多	1.16	多
	薬局	1.25	多	1.32	多
	病院	0.80	少	0.76	少

※1 薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率
1.0 未満の場合、需要が供給を上回っている状態

※2 薬剤師多数区域を「多」、薬剤師少数区域を「少」と記載

少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.85、医療圏別 0.74（現在）

※3 薬剤師確保計画ガイドラインにおける目標年次（令和 18 年）での推計

少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.80、医療圏別 0.77（令和 18 年）

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

図表 2-5-4-7 二次保健医療圏別の薬局薬剤師の偏在指標と区域の設定について

	薬剤師偏在指標 (現在) ※1	区域の別 ※2	薬剤師偏在指標 (令和 18 年) ※1	区域の別 ※2
横浜	1.32	多	1.38	多
川崎北部	1.32	多	1.23	多
川崎南部	1.48	多	1.42	多
相模原	1.11	多	1.41	多
横須賀・三浦	1.24	多	1.28	多
湘南東部	1.08	多	1.22	多
湘南西部	1.06	多	1.15	多
県央	1.20	多	1.26	多
県西	1.08	多	1.33	多

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

図表 2-5-4-8 二次保健医療圏別の病院薬剤師の偏在指標と区域の設定について

	薬剤師偏在指標 (現在) ※1	区域の別 ※2	薬剤師偏在指標 (令和 18 年) ※1	区域の別 ※2
横浜	0.81		0.77	少
川崎北部	0.82		0.68	少
川崎南部	1.08	多	1.03	多
相模原	0.71	少	0.80	
横須賀・三浦	0.68	少	0.64	少
湘南東部	0.74		0.72	少
湘南西部	0.84		0.81	
県央	0.76		0.70	少
県西	0.62	少	0.67	少

(出典) 厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

(ウ) 薬剤師確保についての検討

- 薬剤師確保にあたっては、少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少が予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制の視点も重要になります。
- 国が示した薬剤師偏在指標は、一定の条件や推計により算出されていることから、県内の現在の薬剤師の偏在状況を評価し、地域の実情に応じた必要な取組を検討するためには、県は、関係団体と連携して各地域の薬剤師の就労状況の実態を把握していく必要があります。
- なお、国は令和 5 年 6 月に「薬剤師確保計画ガイドライン」を作成し、薬剤師の偏在状況を示す指標（薬剤師偏在指標）と、薬剤師確保計画の考え方が示されました。今後、県はガイドラインを基に本県の薬剤師の確保施策等を検討します。

イ 薬剤師の養成

- 患者本位の医薬分業を実現するため、薬局薬剤師が、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握するとともに、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアシステムの一翼を担うための取組を推進し、かかりつけ薬剤師・薬局を定着させる必要があります。
- 入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、地域の薬局等の関連機関や機能の異なる医療機関間との連携にかかる業務、例えば、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識及び専門性の向上が必要です。
- 医師のタスク・シフト／シェア等、薬剤師を取り巻く様々な変化に対応していくには、常に自己研鑽に努めて専門性を高めていくことも必要です。

(3) その他の医療・介護従事者

- 県立保健福祉大学において地域の保健・医療・福祉を支える質の高い人材の養成に取り組んでいます。
- 専門領域の人材育成や、職域の拡大に対応した現任者教育を行っています。
- 急速な高齢化に伴う保健・医療・福祉サービスの需要の増加に対処していくため、

人材の計画的な養成・確保・定着を図ることが必要です。

- 県における介護人材にかかる需給推計では、令和 7（2025）年度は、約 17 万人の需要に対して供給が約 15.4 万人となり、約 1.6 万人の不足が生じる見込みですが、令和 22（2040）年度には、さらなる人材確保対策を講じなければ、約 20.3 万人の需要に対して供給が約 15.7 万人となり、約 4.6 万人の差が生じる見通しとなっています。この差を解消するため、人材確保に係る具体的な方策をさらに講じていく必要があります（出典：厚生労働省「第 8 期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について（令和 3 年 7 月 9 日）」）。
- 介護従事者等は、今後、高齢者や要介護者が増加する中、心身の状況等に応じた適切なサービスを提供できるよう安定的な人材の確保と資質・専門性の向上が求められます。
- 介護従事者等については、多様化・複合化するニーズに対応するため、人材養成による量的確保とともに、資質や専門性の向上、現任者に対する教育を充実する取組が必要です。
- 理学療法士等の資質の向上及び人材の確保・定着を図るため、理学療法士等修学資金の貸付を行っています。
- 歯科衛生士は、全国的に人手不足の状況であり、特に県は 1 施設あたりの歯科衛生士の人数が全国平均を下回っています。

図表 2-5-4-9 1 施設あたりの歯科衛生士数

歯科診療所数		歯科診療所に就業している 歯科衛生士数		1 施設あたりの 歯科衛生士数	
全国	神奈川県	全国	神奈川県	全国	神奈川県
67,899	4,984	142,760	9,518	2.1	1.9

（出典）（歯科診療所数）厚生労働省「医療施設動態調査（令和 3 年）」

（歯科診療所に就業している歯科衛生士数）厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例」

- 在宅医療を推進するにあたり、居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が重要です。
- 地域における在宅歯科医療の口腔ケアの充実のため、歯科衛生士の養成確保を支援していく必要があります。
- 結婚や出産を機に離職する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

今後の高齢化により生じる多様なニーズに対応できる人材が確保、養成されている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆歯科医師

- ・在宅歯科医療やオーラルフレイル対策に係る歯科医師向け研修の実施

◆薬剤師

- ・薬剤師の確保に係る課題の整理、施策の検討及び実施
- ・地域医療を担う薬剤師の養成

◆その他の医療・介護従事者

- ・各種教育・研修等の実施を通じた保健・医療・福祉人材の養成及び資質向上
- ・在宅歯科医療等に対応できる歯科衛生士の確保・育成及び離職した歯科衛生士の復職支援の実施

（１）歯科医師

- 県は、在宅歯科医療地域連携室を設置し、医科や介護との連携の相談、在宅歯科医療に係る研修等を行うなど、地域の在宅歯科医療を担う歯科医師を支援します。
- 県は、オーラルフレイル対策に係る研修を実施します。

（２）薬剤師

ア 薬剤師の確保について

- 県は関係団体と連携し、まずは特に不足が懸念される病院薬剤師の就労状況を把握し、課題の整理、施策の検討及び実施をしていきます。
- 検討にあたっては、医師のタスク・シフト等に関する議論を参考にしながら、求められる薬剤師の確保に関する視点も考慮に入れます。

イ 薬剤師の養成について

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、「患者のための薬局ビジョン」に則した取組を行うことにより、地域医療を担う薬剤師を養成し、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着を図ります。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、地域包括ケアシステムや麻薬調剤などの在宅医療に関する研修などを推進します。

（３）その他の医療・介護従事者

ア 人材の養成・確保・定着の促進

- 県立保健福祉大学は、ヒューマンサービスの実現を目指した教育と知識や技術の専門職（管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・理学療法士・作業療法士）の教育を行い、地域及び職域のリーダーとなる質の高い保健・医療・福祉の人材の養成を図ります。

イ 人材の現任者教育の充実と専門性の向上

- 県は、実践教育センターなどにおける現任者教育・研修を通じて、保健・医療・福祉人材の資質向上を図ります。
- 県立保健福祉大学は、施設や機能の活用により、地域社会への貢献の充実を図ります。
- 県は、介護支援専門員をはじめ介護従事者等の人材養成による量的確保とともに、

資質と専門性を高めるため、研修実施機関の連携による研修受講環境等の向上、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

- 県は、修学資金の貸付を通して、理学療法士等の確保・定着を推進します。
- 県及び医療機関・医療関係者は、学生及び現任者に対し、研修の実施を通じて、在宅歯科医療に対応できる歯科衛生士の育成を支援します。
- 県及び医療機関・医療関係者は、離職期間における技術力の低下が歯科衛生士の復職の阻害要因となっているため、歯科医療に関する最新の知識や手技を習得する機会を提供することで、復職を支援します。

■用語解説

※1 薬剤師偏在指標

薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率であり、全国的に統一的な尺度を用いて地域別及び薬局・病院別の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標。

※2 かかりつけ薬剤師・薬局

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師・薬局（日本薬剤師会）。

※3 患者のための薬局ビジョン

患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年、更に10年後の2035年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示したもの（平成27年10月、厚生労働省策定）。

第6章 総合的な医療安全対策の推進

1 現状・課題

【現状】

- ・医療機関は、適切な医療を提供するうえで、医療安全を確保することが求められています。県は、患者などから医療に対する相談を受け付けるとともに、医療機関などにおける安全管理体制を確認・指導しています。

【課題】

- ・「神奈川県医療安全相談センター」の円滑な運営のため、関係機関・団体などと更なる連携・協力をしていくことが課題となります。また、医療安全対策の重要性について、継続的に普及啓発していくことが必要です。

(1) 医療に関する相談体制

- 県は、医療の安全確保のため、「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者やその家族などからの医療に関する苦情、相談に応じています。
- 医療に関する相談窓口は、保健所を設置している横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市及び茅ヶ崎市にも設置され、県と各市が分担して応じています。
- 県は、「神奈川県医療安全相談センター」の円滑な運営のため、関係機関・団体等と連携・協力していくことが必要です。

(2) 医療機関等における安全管理体制の確保、立入検査による確認

- 医療機関における医療安全を確保するため、各保健福祉事務所は定期的に病院等への立入検査を実施し、医療安全管理や院内感染対策の体制の確保等について確認・指導を行っています。
- 医療機関は、医療の安全と信頼を更に高めるため、各医療機関の特性に応じた医療安全管理体制や院内感染防止対策の確保に今後とも十分に努めることが必要です。
- 薬局等は、医薬品の適正使用による医療安全を確保するため、適正な業務体制を整備することが必要です。また、各保健福祉事務所は定期的に薬局等への立入検査を実施することにより、医薬品の適正使用に係る業務体制の整備について確認・指導を行っています。
- 臨床検査の精度向上のため、県は所管の衛生検査所に対して共通の試料を用いた精度管理調査及び立入検査を実施し、適正な検査業務について確認・指導を行っています。
- 臨床検査は診断の基礎となり、県民に良質かつ適切な医療を提供するために重要であることから、衛生検査所は常に検査精度の向上に取り組むことが必要です。
- なお、保健所設置市内に所在する医療機関や薬局、衛生検査所の立入検査については、各市が実施しています。

(3) 医療安全対策の普及啓発

- 県、県医師会、県病院協会、県看護協会、県薬剤師会及び県歯科医師会は、「神奈川

県医療安全対策事業実行委員会」を構成し、医療従事者を対象に医療安全に関する研修及び普及啓発を行っています。

- 医療安全対策の重要性がますます増しており、県は、継続的に普及啓発していくことが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰もが安心して医療を受けられる体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療に関する相談体制
- ◆医療機関等における安全管理体制の確保
- ◆医療安全対策の普及啓発

（１）医療に関する相談体制（県、保健所設置市、医療関係者）

- 県は、引き続き「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者やその家族などからの医療に関する相談に応じ、問題解決に向けた助言を行うことで患者の適切な受診などにつなげていきます。
- 県は、保健所設置市の各相談センターとの連絡会を開催し、連携を強化するほか、よりの確な相談対応を行うため、法律の専門家を医療安全相談アドバイザーとして置いて助言を得るなど、適切な相談体制を確保します。

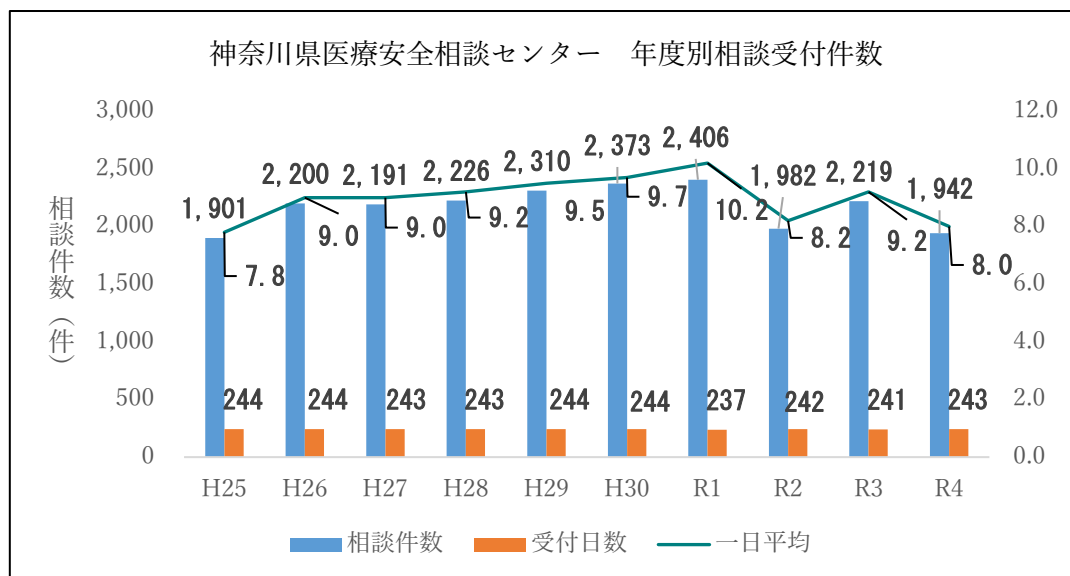
（２）医療機関等における安全管理体制の確保（県、保健所設置市、医療関係者）

- 県及び保健所設置市は、医療機関における医療安全を確保するため、引き続き定期的に病院等への立入検査を実施し、医療安全管理や院内感染対策の体制の確保等について確認・指導を行います。
- 県及び保健所設置市は、医薬品の適正使用による医療安全を確保するため、薬局等に対し、引き続き定期的に立入検査を実施し、適正な業務体制の確認・指導を行います。
- 県及び保健所設置市は、臨床検査の精度の向上を図るため、引き続き定期的に衛生検査所に対する精度管理調査及び立入検査を実施し、適正な検査業務の確認・指導を行います。

（３）医療安全対策の普及啓発（県、医療機関・医療関係者）

- 県、県医師会、県病院協会、県看護協会、県薬剤師会及び県歯科医師会は、「神奈川県医療安全対策事業実行委員会」を構成して医療安全推進セミナーを開催し、県内医療従事者に対する医療安全の知識の向上及び意識啓発を図ります。

図表 2-6-1



第7章 県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備

第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援

1 現状・課題

【現状】

- ・医療を実際に受ける患者の立場に立った医療体制の構築のために、安心して医療が受けられるよう、医療提供施設に関する機能を公表し、医療連携体制の構築を推進しています。

【課題】

- ・かながわ医療情報検索サービスが国の統一システムである「医療情報ネット（仮）」に移行後も適切な情報提供に努めるとともに、病床機能についても多くの情報をより効果的に分析をする必要があります。

(1) 医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援

- 医療提供施設（病院、診療所、助産所及び薬局）は、医療・薬局機能に関する情報を県に報告し、県は報告された事項を公表する義務があります。
- 令和5年度までは県が「かながわ医療情報検索サービス」によって県民に医療提供施設の医療・薬局情報を公表していましたが、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット（仮）」へ移行することとなりました。
- 県内医療提供施設からの令和4年度報告率は、医療は75.9%、薬局は88.3%となっており、県は、県民が保健医療サービスの選択を適切に行えるよう、「医療情報ネット（仮）」に移行後も医療提供施設からの報告率の向上を図り、適切な情報提供に努める必要があります。

(2) 病床機能報告

- 療養病床又は一般病床を有する病院及び診療所は平成26年度から、現在（毎年7月1日時点）と将来（2025年7月1日時点）の病棟単位の病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能）、構造設備、人員配置などについて県に毎年報告をし、県は報告された事項を公表する義務（医療法30条の13）があります。
- 県内約460の医療機関が報告対象であり、県は未報告の医療機関に対する督促やデータのチェックを行い、ホームページ上で取りまとめた結果を公表しています。令和4年度の県内医療機関の報告率は、99.1%です。
- データ量が膨大であるためとりまとめに時間を要しますが、地域医療構想推進の検討の基礎となることから、県は速やかな対応が求められます。また、病床機能の定量的な基準がない中で、各医療機関が自主的に報告をした内容ではあるものの、多くの情報が集積していることから、県は効果的な分析を行い、地域医療構想の推進などに活用をしていくことが必要です。

(3) 外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応について

- 神奈川県「県内外国人統計（外国人登録者統計）」によると、県内に住む外国籍県民の人口（住民基本台帳上の外国人数）は増加傾向にあり、令和4年度には過去最高の239千人となりました。これは、県の総人口の2.6%になります。国・地域別では、中国が29%を占めており、ベトナム、韓国、フィリピン、ネパールと続いています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

公表された医療情報の活用により、誰もが医療の選択を主体的に考え自己決定できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援
 - ・医療提供施設からの報告率向上
- ◆病床機能報告
 - ・集積された情報を効果的に分析し、有益な情報を提供
- ◆外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応
 - ・NPOなどと連帯し、医療通訳を養成・派遣するシステムの推進

(1) 医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援

- 県は、県内の全ての医療提供施設に対し、年に1回定期的な医療・薬局機能報告を求めるほか、名称や所在地、診療科目などの基本情報に変更があった場合は速やかに報告をするように指導をします。
- 県は、未報告の医療提供施設に対して指導を行い、報告率の向上を図ります。
- 県は、「神奈川県医療安全相談センター」などにおいて、患者が医療機関から提供される情報を理解し、主体的に考えて自己決定できるように支援します。

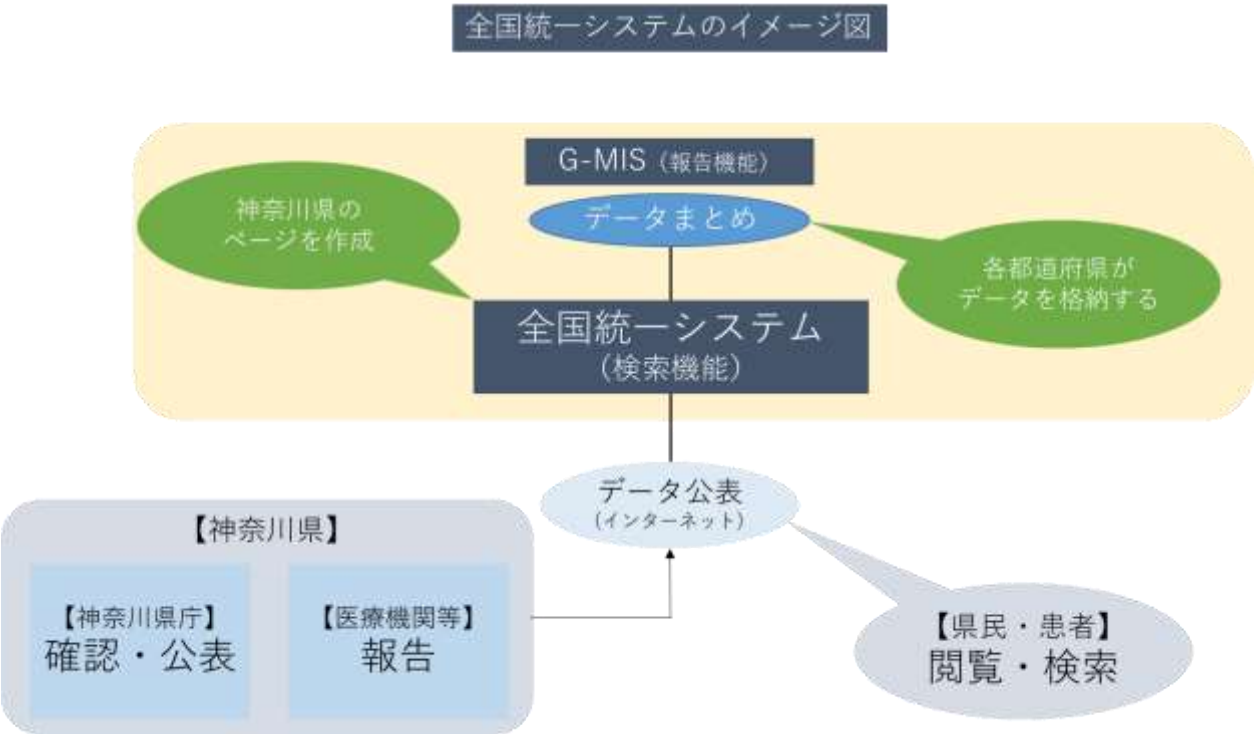
(2) 病床機能報告

- 毎年実施する病床機能報告について、県は、未報告医療機関への督促、データのチェック及び補正を着実にを行い、できるだけ速やかに集計結果を公表していきます。
- 病床機能報告により集積された情報をより一層活用するため、県は効果的な分析方法を検討し、有益な情報提供に努めます。

(3) 外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応について（県、医療機関、医療関係者）

- 県は、外国籍県民等が安心して適切な医療を受けられるように、NPOなどと連帯し、医療通訳を養成・派遣するシステムの推進を図ります。

図表 2-7-1-1 医療情報ネット（仮）イメージ図



図表 2-7-1-2 令和4年度病床機能報告

(単位：床)

No	二次保健医療圏		上段は2022年7月1日時点、下段は2025年7月1日時点の予定							
			全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (今後再開 する予定)	休棟中 (今後廃止 する予定)	介護保険 施設等へ 移行予定
			全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	
1	横浜圏域	横浜市	23,668	4,587	10,801	3,600	4,457	216	7	
			23,553	4,562	10,740	3,682	4,411	158	0	0
2	川崎北部圏域	高津区、宮前区、多摩区、麻生区	4,549	130	3,042	426	883	48	20	-
			4,482	130	3,035	426	843	48	0	0
3	川崎南部圏域	川崎区、幸区、中原区	4,805	270	3,650	300	454	131	0	-
			4,756	270	3,648	299	454	85	0	0
4	相模原圏域	相模原市	6,135	944	2,304	451	2,324	72	40	-
			6,046	944	2,254	456	2,320	72	0	0
5	横須賀・三浦圏域	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町	5,362	1,493	1,725	950	995	142	57	-
			5,277	1,543	1,720	928	995	91	0	0
6	湘南東部圏域	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町	4,297	604	2,034	644	966	30	19	-
			4,069	640	2,028	567	804	30	0	0
7	湘南西部圏域	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町	4,647	1,201	1,546	603	1,181	116	0	-
			4,643	1,182	1,548	603	1,241	69	0	0
8	県央圏域	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村	5,442	97	3,135	1,200	1,004	6	0	-
			5,535	101	3,125	1,254	1,043	12	0	0
9	県西圏域	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	3,012	374	1,252	275	1,056	55	0	-
			3,021	374	1,246	281	1,116	4	0	0
計			61,917	9,700	29,489	8,449	13,320	816	143	-
			61,382	9,746	29,344	8,496	13,227	569	0	0

第2節 地域医療支援病院の整備

1 現状・課題

【現状】

- ・医療の提供は、患者に身近な地域で行われることが望ましいという観点から、地域医療支援病院制度が創設されており、県内全ての二次保健医療圏に整備されています。

【課題】

- ・関係法令の改正により役割が増す中、地域医療支援病院は地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進し、法の求める役割を果たすことが必要です。

- 医療の提供は、患者に身近な地域で行われることが望ましいという観点から、地域医療支援病院制度が創設され、同病院は第一線で地域医療を担う「かかりつけ医」などを支援し、他の医療機関と適切な連携を図り、地域医療の充実を図る役割を果たしています。
- 患者紹介率や地域の医師との医療機器共同利用、地域医療従事者に対する研修の実施等の一定の要件を満たすことにより、知事又は保健所設置市の市長から名称使用を承認されることで、地域医療支援病院となることができます。
- 県内の地域医療支援病院は、令和5年12月1日現在で43病院あり、県内全ての二次保健医療圏に整備されています。
- 地域医療支援病院は、令和4年度の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の改正により、医療の提供に関して感染症発生・まん延時に講ずべき措置が義務付けられました。
- 地域医療支援病院は地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進し、法の求める役割を果たすことが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

地域医療支援病院がかかりつけ医を支援することで、患者の身近な地域で医療の提供が行われている。

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆地域医療支援病院の確保
- ◆地域医療支援病院の経営の透明性の確保

- 県及び保健所設置市は、医療連携を推進する地域の中心的な医療機関として重要な役割を果たしている地域医療支援病院の確保に努めます。
- 新たに地域医療支援病院の名称使用の承認申請があった場合、県及び保健所設置市は、当該病院が所在する二次保健医療圏の地域医療構想調整会議等において協議し、県医療審議会の意見を聴いたうえで承認手続きを行います。
- 県及び保健所設置市は、毎年提出される地域医療支援病院の業務報告書により、承認要件の充足状況等を確認します。
- 承認要件を満たしていないことが確認されたときは、県及び保健所設置市は、原因や

事情などを確認したうえで、承認要件を満たし地域医療支援病院として適切な役割を果たすよう指導します。

- 県及び保健所設置市は、地域医療支援病院の業務報告書をホームページで公表するとともに、必要に応じて県医療審議会に業務実績の概要を報告し、地域医療支援病院の経営の透明性を確保します。
- 県は、医療法施行規則で規定する「地域における医療の確保を図るために当該病院が行うことが特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項」を定める際には、地域医療構想調整会議等において協議するとともに、県医療審議会において審議して決定します。

図表 2-7-2-1 県内の地域医療支援病院

二次保健医療圏名	施設名
横 浜	社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市南部病院
	一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院
	横浜市民病院
	独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院
	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター
	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター
	社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市東部病院
	横浜市立みなと赤十字病院
	国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院
	県立こども医療センター
	県立循環器呼吸器病センター
	菊名記念病院
	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	昭和大学横浜市北部病院
	国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院
	昭和大学藤が丘病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構横浜保土ヶ谷中央病院
	社会福祉法人親善福祉協会国際親善総合病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院
川 崎 北 部	川崎市立多摩病院
	医療法人社団三成会新百合ヶ丘総合病院
川 崎 南 部	関東労災病院
	社会医療法人財団石心会川崎幸病院
	川崎市立川崎病院
相 模 原	神奈川県厚生農業協同組合連合会相模原協同病院
	独立行政法人国立病院機構相模原病院
横須賀・三浦	国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院
	横須賀市立市民病院
	横須賀市立うわまち病院
	医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院
湘 南 東 部	藤沢市民病院
	茅ヶ崎市立病院
湘 南 西 部	国家公務員共済組合連合会平塚共済病院
	独立行政法人国立病院機構神奈川病院
	平塚市民病院
	神奈川県厚生農業協同組合連合会伊勢原協同病院
	秦野赤十字病院
県 央	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院
	東名厚木病院
	厚木市立病院
	大和市立病院
県 西	小田原市立病院
	県立足柄上病院

(令和5年12月1日現在 43病院)

第3節 公的病院等の役割

1 現状・課題

【現状・課題】

公立・公的病院は、地域の基幹病院として、高度専門医療や救急医療等の政策的な医療を提供します

→ 民間病院との役割分担が今後も課題



地域医療構想調整会議等で役割分担を協議



各地域で役割を整理

(1) 公的病院等

- 県内の公立・公的病院は、各二次保健医療圏における基幹病院としての役割を果たすだけでなく、高度専門医療や救急医療、がん医療、小児医療、周産期医療、リハビリテーション医療、災害拠点病院等の中心的な役割を果たしています。
- また、結核・感染症の入院治療施設、エイズ拠点病院等、民間病院だけでは担うことが難しい政策的な医療を提供しています。
- 地域医療構想の実現に向けて、各公立・公的病院が作成した「具体的対応方針」※1を地域で共有し、公的病院等と民間病院との役割を明確化するなど、効果的・効率的な地域医療提供体制を構築していく必要があります。

(2) 県立病院

- 県立病院は、それぞれの病院の特性に応じて①高度・専門医療の提供、研究開発、②広域的な対応が必要な救急医療、災害時医療、感染症医療、③地域の特殊性などから地域だけでは実施が困難な医療、④医師・看護師等医療従事者の人材育成などの基本的な役割・機能を担っています。
- その上で、地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想を踏まえた対応などの医療を取り巻く状況に機敏に対応することが求められています。
- 地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するためにも、それらを支える人材の確保・養成を図っていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の構築

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆地域医療構想調整会議等の場において、病床機能分化・連携に向けた協議を継続し、公的病院等の担うべき役割等について更に検討

◆県立病院の特性を生かした良質な医療を継続的に提供するとともに、医療機能の最適化に努め、高度・専門医療などの政策医療を担っていく

（１）公的病院等（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 地域医療構想調整会議等の場で、公的病院等や地域医療支援病院・特定機能病院について、具体的対応方針（※１）に基づき、2025年を見据えた構想区域（＝二次保健医療圏）において担うべき役割や対応方針などについて協議を進めます。
- また、公的病院等と民間病院の役割分担についても更に検討を進め、公的病院等の機能強化を支援していきます。
- なお、地域医療構想の目標年である令和7年（2025年）が本計画期間中に到来することから、国の動向も注視しながら、新たな地域医療構想の策定に向け、公的病院等の担うべき役割等についても更なる検討を進めます。

（２）県立病院

- 各病院の特性を生かした良質な医療を継続的に提供するとともに、医療機能の最適化に努め、県立病院に求められる機能を果たしていきます。
- 医療の安全を確保するとともに、患者の視点に立った医療の提供に努めます。
- 高度化、多様化する県民の医療ニーズに対応するため、新たな治療法の研究開発に積極的に取り組むための体制の強化を行います。
- 人材育成機能を充実し、効率的かつ効果的な業務運営体制の強化の推進に努めます。

① 足柄上病院（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

県西医療圏の中核的な総合医療機関として、救急医療、第二種感染症指定医療機関、災害拠点病院、臨床研修指定病院などの役割を担うとともに、看護師の特定行為研修については、地域の医療機関を対象とした研修を実施します。

また、地域包括ケアシステムの推進を支援するため、地域の医療機関との連携を強化するとともに、急性期から専門的リハビリテーション提供による機能回復支援、在宅医療の後方支援までをシームレスに対応できるよう、回復期医療の充実を図ります。

さらに、災害への対応力強化や新興感染症に対応するため、2号館建替等の再整備事業に取り組みます。

② こども医療センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

小児専門総合医療機関として、難易度の高い手術や難治性疾患、希少疾患等に対する高度・専門医療、こどものこころのケアを積極的に実施するとともに、小児がん拠点病院や総合周産期母子医療センター、小児救急システム三次救急医療機関としての役割を果たしていきます。

③ 精神医療センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

精神科救急の基幹病院として、精神科救急・急性期医療の充実を図るほか、思春期医療、ストレスケア医療、依存症医療、医療観察法医療等の高度・専門医療を推進します。

また、行政機関や他医療機関と連携し、訪問看護等の強化により患者の地域移行を推進します。

さらに、災害拠点精神科病院として、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担います。

④ がんセンター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を果たし、手術療法、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療のさらなる質の向上に努めるとともに、より高度な医療を提供するため、特定機能病院の承認を目指します。

また、緩和ケアや漢方薬などの支持療法、がんリハビリテーションの提供など、患者の生活の質を高める取組やアピアランスケアなどの患者支援機能を充実していきます。

さらに、がんゲノム医療や重粒子線治療など、高度で先進的ながん医療を提供します。

⑤ 循環器呼吸器病センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

循環器及び呼吸器の専門病院としての医療を提供するとともに、結核指定医療機関として、結核医療を実施します。

また、呼吸器に係る新興感染症の対応を図ります。

⑥ 神奈川リハビリテーション病院（県）

脊髄障害、脳血管障害等のリハビリテーション医療の拠点施設として、多職種のチームによる早期社会復帰を目指したリハビリテーション医療及び福祉と連携した障がい者医療を実施します。

■用語解説

※1 具体的対応方針

厚生労働省等からの通知に基づき、公立病院設置市及び県立病院が策定している「公立病院経営強化プラン」や「公的医療機関等 2025 プラン」のこと。

図表 2-7-3-1 公立・公的病院一覧

二次保健医療圏	病院名	使用許可病床数 (R5.4.1現在)					救急医療		災害拠点	地域医療支援病院	地域がん診療連携拠点病院	周産期救急医療システム受入病院	感染症指定医療機関	エイズ拠点病院
		一般	療養	精神	結核	感染症	救命救急センター	救急告示						
横浜	済生会横浜市東部病院	512		50			○	○	○	○	○	○		
	済生会神奈川県病院	199												
	済生会東神奈川リハビリテーション病院	106												
	横浜市立みなと赤十字病院	584		50			○	○	○	○	○	○		○
	地域医療機能推進機構横浜中央病院	306						○						
	横浜市立大学附属市民総合医療センター	676		50			○		○	○	○	○		○
	神奈川県立こども医療センター	390		40					○	○		○		○
	済生会横浜市南部病院	500						○	○	○		○		
	神奈川県立精神医療センター			323										
	横浜州市立市民病院	624				26	○	○	○	○	○	○	○	○
	地域医療機能推進機構横浜保土ヶ谷中央病院	236						○						
	神奈川県立がんセンター	415									○			
	横浜州市立脳卒中・神経脊椎センター	300						○						
	神奈川県立循環器呼吸器病センター	179			60			○		○				
	済生会若草病院	177						○						
	横浜市立大学附属病院	632		26	16			○	○		○	○		○
	横浜南共済病院	565					○	○	○	○				
	横浜労災病院	650					○	○	○	○	○	○		
	国立病院機構横浜医療センター	470		20			○	○	○	○		○		○
	横浜栄共済病院	430						○		○				
川崎北部	虎ノ門病院分院	300						○						
	川崎市立多摩病院	376						○	○	○				
川崎南部	川崎市立川崎病院	683		38		12	○	○	○			○	○	○
	川崎市立井田病院	343			40			○	○		○			○
	関東労災病院	610						○	○	○				○
相模原	相模原赤十字病院	132						○	○					○
	相模原協同病院	394				6		○	○	○	○	○	○	
	地域医療機能推進機構相模野病院	212						○				○		
	国立病院機構相模原病院	458						○		○				○
横須賀三浦	横須賀市立うわまち病院	367	50				○	○		○		○		
	自衛隊横須賀病院	100						○						
	横須賀市立市民病院	476				6		○	○	○			○	
	国立病院機構久里浜医療センター	45		232										
	横須賀共済病院	730		10			○	○	○	○	○	○		
	三浦市立病院	136						○						
湘南東部	藤沢市民病院	530				6	○	○	○	○	○	○	○	
	茅ヶ崎市立病院	401						○	○	○		○		
湘南西部	平塚共済病院	441						○		○				
	済生会湘南平塚病院	176						○						
	平塚市民病院	410				6	○	○	○	○		○	○	
	国立病院機構神奈川病院	300			30			○		○				
	秦野赤十字病院	320						○	○					○
	伊勢原協同病院	350						○		○				
県央	神奈川リハビリテーション病院	324												
	厚木市立病院	341				6		○	○	○			○	○
	大和市立病院	403						○	○	○	○	○		
県西	国立病院機構箱根病院	199												
	小田原市立病院	417					○	○	○	○	○	○		
	地域医療機能推進機構湯河原病院	150												
	神奈川県立足柄上病院	290				6		○	○	○			○	○
(合計 50病院)		18,365	50	839	146	74	13	40	25	28	13	19	8	14

※公立・公的病院：医療法第7条の2第1項各号に定める者及び国（医療法施行令第4条の6に掲げる独立行政法人を含む）が開設する病院

第4節 歯科医療機関の役割

1 現状・課題

【現状】

- ・地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携を推進することが必要です。
- ・歯科訪問サービスを実施している歯科診療所の県内の人口10万人あたりの施設数は、15.4施設で全国平均の18.6施設を下回っています。（厚生労働省「令和2年医療施設調査」）

【課題】

- ・障がい児者、要介護者の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。

(1) 全てのライフステージ

- 県民が生涯にわたり生活の質の向上を図るために重要な、良質かつ適切な歯科医療の提供及び「食べる」「話す」などの口腔機能の維持・向上に歯科医療機関は努める必要があります。
- 地域包括ケアシステム推進のため、保健・医療・福祉等の多職種連携による、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケア等が必要です。

(2) 在宅歯科医療における役割

- 在宅医療に関する知識や経験がない患者や家族が在宅歯科医療を選択できないケースがあり、患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。
- 厚生労働省「医療施設調査」によると、県内の人口10万人あたりの歯科訪問サービスを実施している歯科診療所の施設数は、15.4施設で全国平均の18.6施設を下回っており、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。
- 誤嚥性肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図るうえで、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション、難病患者や障がい児者、要介護者の在宅歯科医療及び医科や介護との連携体制の強化が必要です。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携を推進

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆全てのライフステージ

- ・ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケアの提供を促進
- ・一般の歯科医療機関では治療が困難な障がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を確保

◆在宅歯科医療における役割

- ・医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備を推進
- ・人材育成を行い、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を確保

(1) 全てのライフステージ（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）

- 良質かつ適切な歯科医療及び口腔機能の維持・向上を行うとともに、県、市町村、関係団体及び機関と連携し、8020 運動などの地域の普及活動とも連携した生涯にわたる県民の歯と口腔の健康づくりの取組を推進します。
- 保健・医療・福祉等との多職種連携により、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケアの提供ならびに県や市町村が実施する歯科保健医療施策への協力を促進し、県民の健康の保持増進を図ります。
- 地域で療養する患者（要介護者及び障がい児者等）の歯科医療及び口腔ケアニーズに対応できるよう、医療及び福祉分野との情報共有及び連携強化を図ります。
- 一般の歯科医療機関では治療が困難な障がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を、県、市町村、関係団体及び機関と連携し、確保します。

(2) 在宅歯科医療における役割（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）

- 県は、市町村、関係団体と連携して在宅歯科医療に対応できる歯科医療機関について、情報提供を行います。
- 県は、市町村、関係団体及び機関と連携して、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ歯科医」を持つことの普及啓発に取り組むほか、在宅歯科医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の不安や負担軽減に向けた取組を推進します。
- 県は、市町村、関係団体及び機関と共に、医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種における口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。
- 県は、在宅歯科医療の需要の増加に対応するため、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を十分確保する必要があることから、在宅歯科医療を担う歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の人材育成を行います。

第5節 訪問看護ステーションの役割

1 現状・課題

【現状】

- ・県内の訪問看護ステーション及び訪問看護職員数は年々増加しており、令和3年10月時点の訪問看護職員数（常勤換算）は4,989人となっていますが、本県の人口10万人当たりの訪問看護職員数は、全国の60.5人に対し、本県は54.0人（全国32位）と全国平均を下回っています。
- ・県内の訪問看護ステーションは、約60%が5人未満の看護職員で運営している小規模事業所となっています。

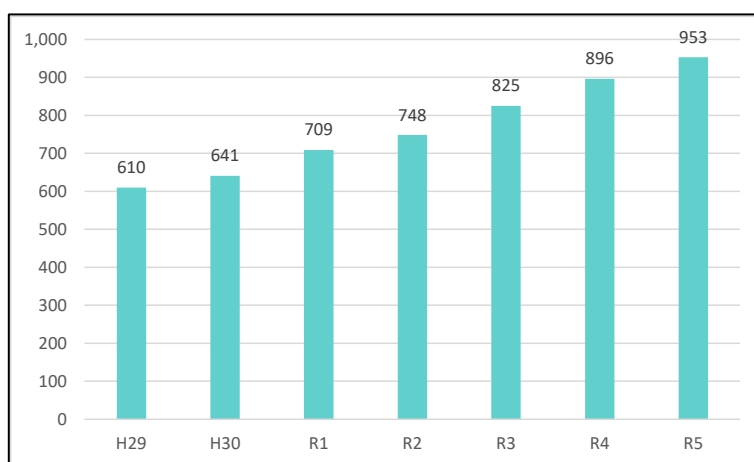
【課題】

- ・病院完結型から地域完結型への医療提供体制の移行に伴い、訪問看護ステーションに一層のサービス提供が求められるため、訪問看護を担う看護職員のさらなる確保・育成・定着に取り組む必要があります。
- ・小規模事業所は、5人以上の看護職員で運営している事業所と比較して経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。

(1) 現状

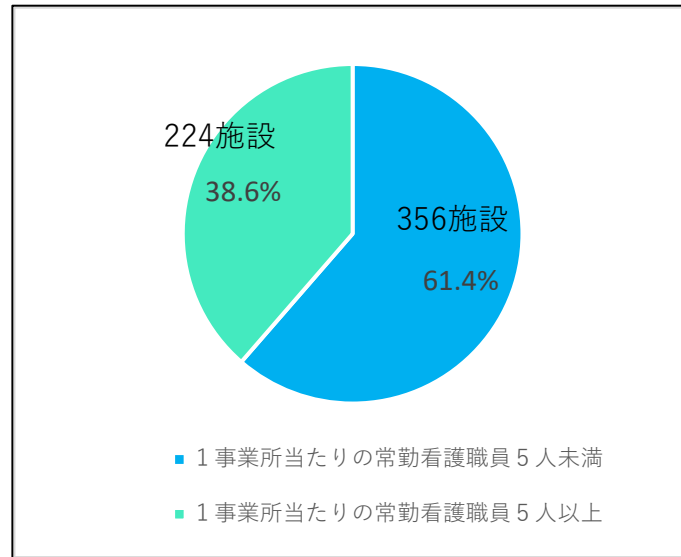
- 県内の訪問看護ステーションは年々増加し、平成29年の610事業所から令和5年には953事業所に増えています。（図表2-7-5-1）
- 県内の訪問看護ステーションの約60%が、1事業所当たり看護職員数5人未満で運営している小規模事業所となっています。（図表2-7-5-2）
- 在宅医療を担う訪問看護ステーションには、看護職員をはじめ理学療法士や作業療法士等の様々な職種が就業していますが、中心となる看護職員の就業者数（常勤換算）は4,989人で、人口10万人当たりでは全国の60.5人に対し、本県は54.0人（全国32位）と全国平均を下回っています。（図表2-7-5-3、図表2-7-5-4）
- 訪問看護サービスの利用者数は増加しており、緊急時の訪問対応や24時間対応、ターミナルケアの実施等の需要が高まっています。（図表2-7-5-5 ～ 図表2-7-5-8）

図表2-7-5-1 訪問看護ステーション数の推移



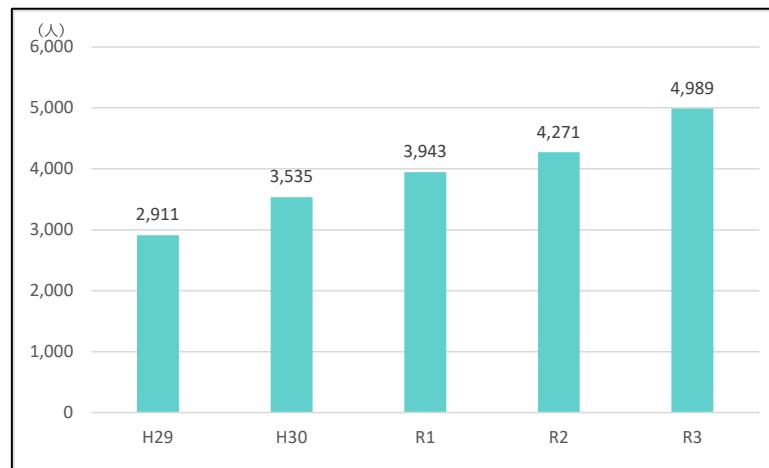
（出典）神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数より医療課にて作成

図表 2-7-5-2 常勤看護職員数別事業所数



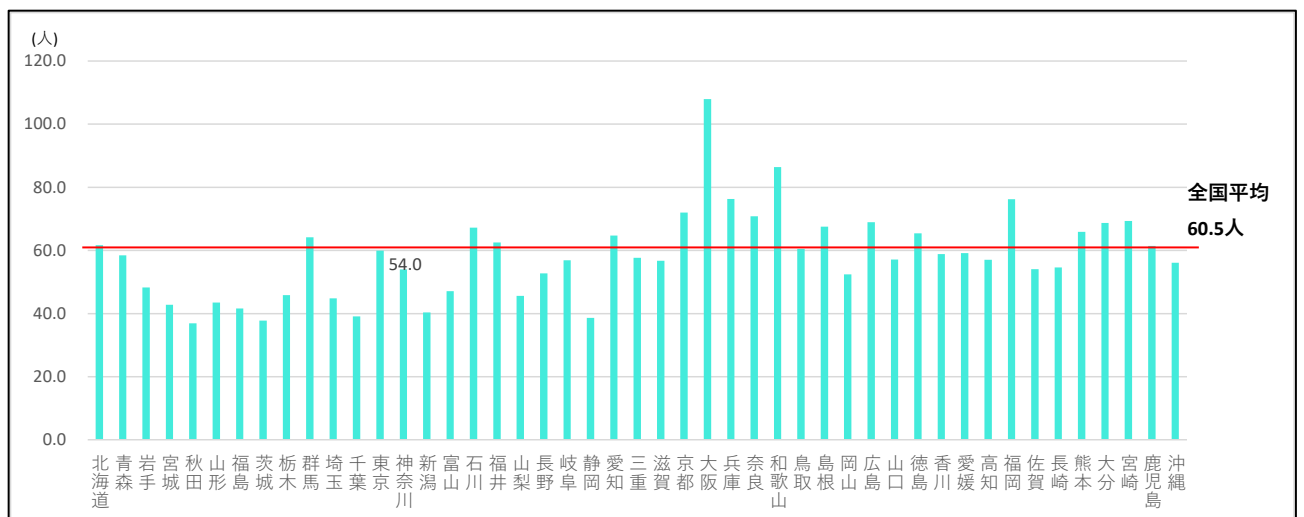
(出典) 神奈川県「令和4年度神奈川県看護職員就業実態調査（訪問看護ステーション）」

図表 2-7-5-3 訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数の推移



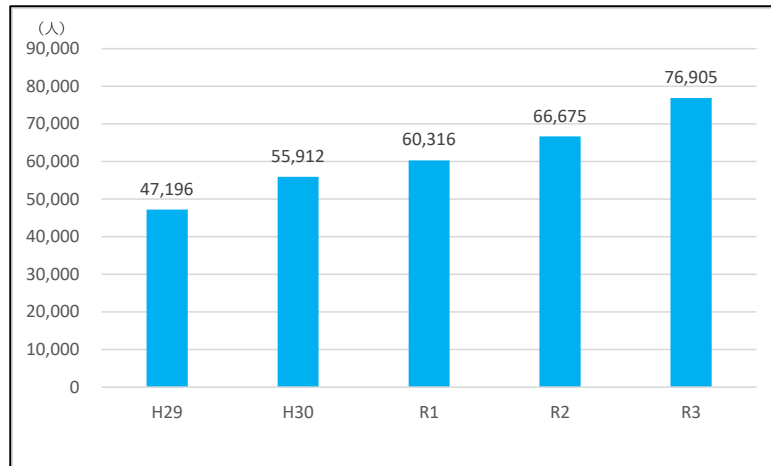
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-4 人口10万対訪問看護ステーション常勤換算看護職員数



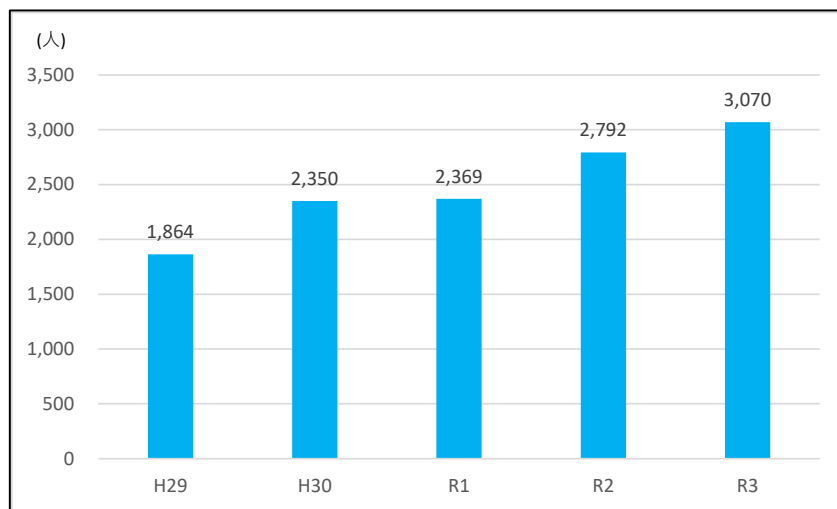
(出典) 厚生労働省「令和3年度介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-5 訪問看護サービス利用者数の推移



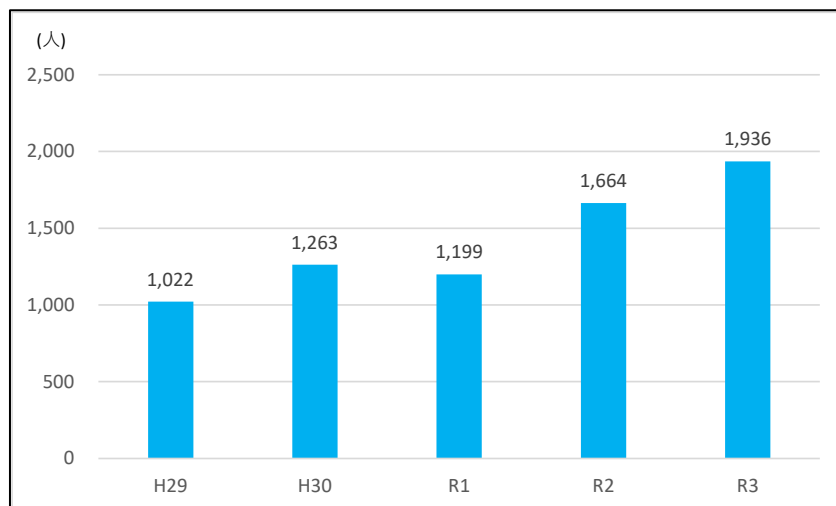
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-6 緊急時訪問看護加算利用実人員数の推移



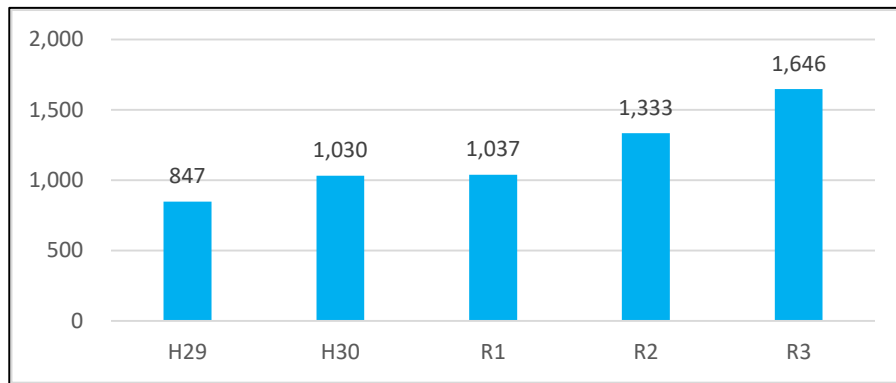
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-7 24 時間対応体制加算利用実人員数の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-8 ターミナルケア実施件数の推移（各年9月分）



（出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

（２）課題

- 病院完結型から地域完結型への医療提供体制の移行に伴い、訪問看護ステーションに一層のサービス提供が求められるため、訪問看護を担う看護職員のさらなる確保・育成・定着に取り組む必要があります。
- 高齢多死社会を迎え、緊急時の訪問対応や 24 時間対応、ターミナルケアの実施等が求められていますが、「厚生局届出受理指定訪問看護事業所名簿（令和 5 年 4 月 1 日時点）」によると、これらの機能を備えた機能強化型訪問看護ステーション数は 70 施設にとどまっています。
- 訪問看護ステーションでは、患者の状況に合ったサービスを提供するために、看護職員自らが利用者やその家族と相談の上で看護方針を決定するなど、一人ひとりの看護職員に適切な判断が求められますが、小規模な事業所が多く、人手不足から研修に参加できない、最新の看護技術情報を入手しにくい、といった課題があります。また、神奈川県「看護職員就業実態調査（訪問看護ステーション）」によれば、小規模事業所は、5 人以上の看護職員で運営している事業所と比較して経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。
- 地域で患者・家族を支えていくために、在宅医療・介護に従事する他の職種や、地域の訪問看護ステーション、医療・介護の関係機関等との連携が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

訪問看護ステーションの経営が安定し、すべての利用者に質の高い訪問看護を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆訪問看護ステーションで働く職員の確保・育成・定着
- ◆訪問看護ステーションの経営の安定化
- ◆機能強化型訪問看護ステーションの充実

- 県は、在宅医療への従事を希望する看護職員や在宅医療に従事している看護職員に対して研修を行うことにより、訪問看護ステーションで働く職員の確保・育成・定着を図ります。
- 県は、訪問看護ステーションの安定的な運営のため、訪問看護ステーションの管理者の経営力向上のための支援を行います。【再掲】

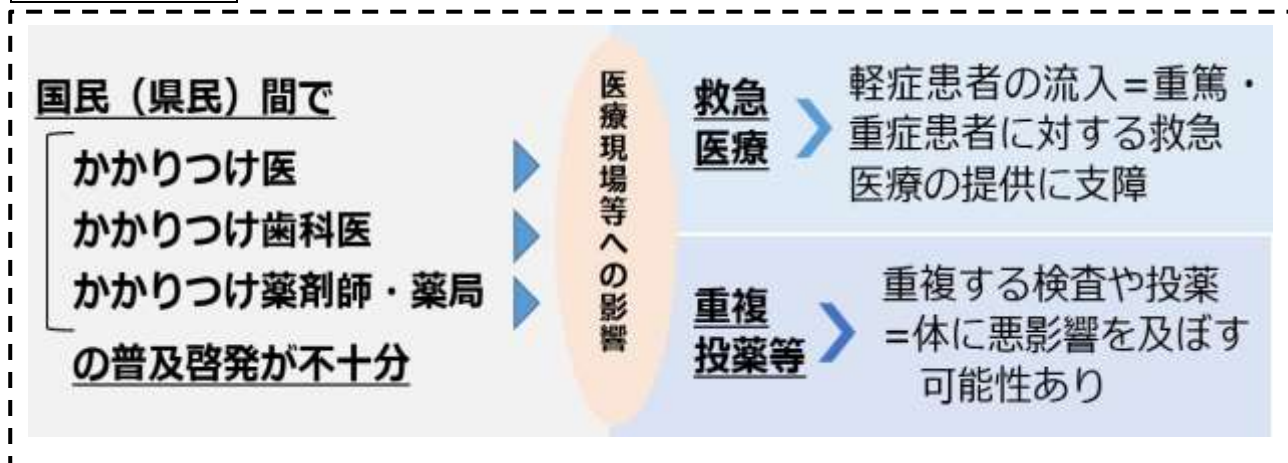
- 県は、関係団体等と連携して、訪問看護ステーションの看護職員が、常に利用者の状況に合ったサービスを提供できるよう、各地域の事業所が連携して効果的な研修を行う仕組みづくりを支援します。
- 県は、訪問看護ステーションの看護職員が、在宅医療・介護に従事する他の職種とともにチームとして患者・家族を支えていくために、地域における訪問看護ステーション間や医療・介護の関係機関等、多職種との連携強化を図ります。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指します。【再掲】
- 県は、訪問看護の利用者の重度化・多様化・複雑化に対応するため、緊急時の訪問対応や24時間対応、看取りへの対応、ターミナルケアの実施、医療的ケア児等の受入れ等の機能を備えた機能強化型訪問看護ステーションの充実を図ります。

3 指標一覧【再掲】

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
訪問看護に従事する常勤換算看護職員数(再掲)	厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査	4,989(R3)	5,932
看護職員5人以上の訪問看護ステーション数(再掲)	神奈川県,看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション)	224(R3)	464

第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、 かかりつけ薬剤師・薬局の普及

1 現状・課題



(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及啓発について

- 限りある医療資源の有効活用及び患者一人ひとりに適切な医療サービスを提供するため、日頃から身近なところで健康管理を行う「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」（※1、2）の普及が必要ですが、第7回日本の医療に関する調査（日本医師会総合政策研究機構 令和2年7月）では、「かかりつけ医がいる」と答えた国民は全体の5割強ほどです。
- また、同調査によると、「かかりつけ医がいない」者について、その理由は「あまり病気にならないので必要ないから」が7割程度となっている一方、「どのような医師がかかりつけ医に適しているか分からない」が2割弱、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足しているから」が2割弱、「探す方法が分からない」が1割強となっていることから、積極的な周知が必要です。
- かかりつけ医等の普及啓発の遅れは、医療現場へ様々な影響を及ぼしています。

ア 救急医療への影響

令和3年中における県内傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症の割合が90.6%を占めています。

軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者（重篤から中等症まで）の円滑な救急入院の受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進（県民の意識の向上）が必要です。【第2部第1章P9、10再掲】

イ 重複受診への影響

同一疾病で、複数の医療機関を受診する、いわゆる「重複受診」により、重複する検査や投薬によって、かえって体に悪影響を与えることがあるといわれています。神奈川県患者総数に占める重複受診者の割合は__%で、全国の__%を上回っています。（令和5年12月頃把握予定 出典：NDBデータブック）

- 上記ア・イの状況を解消するためにも、医療機関及び専門医とかかりつけ医の適切な役割分担を進め、初期医療や在宅医療を担う「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を定着させる必要があります。
- また、国は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についての検討会による議論のとりまとめを行っており、その中で、かかりつけ医機能報告制度の創設やかかりつけ医機能の定義を法定化、医療機能情報提供制度の刷新等の内容も言及されていることから、動向を注視していく必要があります。

(2) かかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発について

- かかりつけ薬剤師・薬局（※3）とは、患者一人ひとりの服薬情報を一元的・継続的に把握し、他の薬との飲み合わせや副作用などの相談対応など、患者にとって適切な医療サービスを提供する薬剤師・薬局です。
- 県内には薬局が4,156施設ありますが、その中で、かかりつけ薬剤師・薬局の役割を担う薬局として認定・届出を行った「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」制度（※4）は、延べ537施設あります。

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
県内全薬局数		3,952	4,009	4,093	4,156
	健康サポート薬局	119	143	183	194
	地域連携薬局	—	—	201	334
	専門医療機関連携薬局	—	—	9	9

- しかしながら、薬局の利用に関する世論調査（内閣府 令和3年2月）では、「かかりつけ薬剤師・薬局を決めている」と答えた国民は7.6%であり、薬局を一つに決めていると答えた国民と合わせても26.0%に留まっています。
- そこで、県民に「かかりつけ薬剤師・薬局」を持っていただけよう、より一層の普及・啓発に取り組む必要があります。
- さらに、患者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしができることを目指した地域包括ケアシステムの構築が推進されていることを踏まえ、在宅医療等における服薬管理等も担える「かかりつけ薬剤師・薬局」を定着させる必要があります。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

県民やその家族が、自ら適切に選択をして、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持ち、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談ができる体制が構築できている

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

◆普及啓発に関する取組

・「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性についての普及啓発

◆かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

・「かかりつけ医」の育成に向けた、教育の機会の確保

◆かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

・「患者のための薬局ビジョン」に則した取組により、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及・定着

（１）普及啓発に関する取組

- 令和５年度までは県が「かながわ医療情報検索サービス」によって県民に医療提供施設の医療・薬局情報公表していましたが、令和６年度からは国が運営する「医療情報ネット（仮）」へ移行することとなりました。【再掲】
- 県は、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性について、広域的な普及啓発を行うとともに、「医療情報ネット（仮）」の周知により、県民の医療機関の適切な選択に資するよう努めます。
- 医療機関・医療関係者は、かかりつけ医機能の充実・強化を目指した日本医師会かかりつけ医機能研修制度へ参加します。
- 県及び市町村は、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関・薬局の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーション（※５）の大切さを認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 県は、かかりつけ医機能等に関連した新たな国施策について、必要な情報収集や適切な対応を行ってまいります。

（２）かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

- 在宅医療トレーニングセンターなどでの研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、かかりつけ医として地域の診療体制を担う医師を育成します。

（３）かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者、薬剤師会等は連携し、「患者のための薬局ビジョン（※６）」に則した取組により、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及・定着を図ります。
- 県は、薬剤師会等が行う、かかりつけ機能を有する薬局を推進する取組に協力し、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及・定着を図ります。
- 国では、電子処方箋、オンライン服薬指導等のデジタル化を推進しており、これらの薬局薬剤師DX（デジタル・トランスフォーメーション）は、今後の服薬指導等の在り

方や、かかりつけ薬剤師・薬局の普及にも影響することから、その動向を注視してまいります。

■用語解説

※1 かかりつけ医の定義

何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会）

※2 かかりつけ歯科医の定義

「患者さんのライフサイクル」に沿って、継続的に口と歯に関する保健・医療・介護・福祉を提供し、地域に密着した幾つかの必要な役割を果たすことができる歯科医師（日本歯科医師会）

※3 かかりつけ薬剤師・薬局の定義

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師・薬局（日本薬剤師会）

※4 「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」制度

医薬品医療機器等法に基づき、一定の基準を満たしている薬局として届出や認定を受けている薬局

・健康サポート薬局

：地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局

・地域連携薬局

：外来受診時だけでなく、在宅医療への対応や入退院時を含め、他の医療提供施設との服薬情報の一元的・継続的な情報連携に対応できる薬局

・専門医療機関連携薬局

：がん等の専門的な薬学管理が必要な利用者に対して、他の医療提供施設との密な連携を行いつつ、より高度な薬学管理や、高い専門性が求められる特殊な調剤に対応できる薬局

※5 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること（WHO：世界保健機関の定義）。例えば、適度な運動、バランスの取れた食事、十分な睡眠・休息を心がけ、体調管理（体温・体重・血圧等の測定、健康診断受診等）を継続する等、日頃から健康を意識すること。

※6 患者のための薬局ビジョン

患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年、更に10年後の2035年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示したもの（平成27年10月、厚生労働省策定）

【かかりつけ薬剤師・薬局の機能】

- ① 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的・管理指導
- ② 24時間対応・在宅対応
- ③ かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化
- ④ 健康サポート機能
- ⑤ 高度薬学管理機能

※④⑤は患者等のニーズに応じて充実・強化する機能

第7節 病病連携及び病診連携

1 現状・課題

【現状・課題】



(1) 本県における病病連携及び病診連携の状況

- 神奈川県の高齢化率は、神奈川県「かながわ高齢者保健福祉計画」によれば、平成27年は23.9%でしたが、令和7（2025）年には26.7%になることが見込まれています。
- 医療需要についても、県の入院及び在宅医療等の医療需要は、神奈川県「地域医療構想（2）医療需要の将来推計」によれば、平成25（2013）年の131,513人/日と比較すると、令和7（2025）年には、199,633人/日（1.73倍）に、令和22（2040）年には、227,513人/日（1.73倍）に増加することが見込まれています。
- 患者の検査データや処方薬歴等の医療情報については、各医療提供施設が個別に管理していますが、複数の医療機関を受診する場合、医療情報が医療機関間で共有されていないため、重複した検査や投薬が行われることがあり、効率的ではなく、患者の負担が増加することがあります。
- さらに、専門医療の分化が進み、専門医の地域偏在や、高齢化による慢性疾患患者の増加が見込まれています。
- また、近年の新生児医療の発達により、都市部を中心にNICU（新生児集中治療室）が増設された結果、超未熟児や先天的な疾病を持つ子どもなど、以前なら出産直後に亡くなっていたケースであっても助かることが多くなってきました。その結果、医療的ケアを必要とする子どもの数が増加傾向にあるなど、医療需要が多様化しています。
- 多様化する医療需要等に対応するため、ある疾患に罹患した患者さんを中心として、地域で医療・介護にかかわる人々がそれぞれの役割分担を行い、お互いに情報共有をすることにより、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者を支えていくためのしくみである地域連携クリティカルパスを活用している地域もあります。

(2) 地域医療連携の推進

- 超高齢社会が進展する中、疾病構造の変化や、地域で生活していきたいという患者のニーズなどの課題に対応していくためには、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携し、患者が急性期から回復期を経て自宅に戻った後の療養までを含めて、切れ目なく、医療を受けることができる連携体制の構築が求められています。
- また、切れ目のない医療連携体制の構築を進めるには、地域連携クリティカルパスを普及させていく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症の発生及びまん延に備えるため、県、市町村、医療機関・関係機関が連携し、医療人材や感染症対策物資の確保の強化、情報基盤の整備等に関する医療措置協定の締結が求められています。

(3) 情報通信技術（ICT）等を活用した医療情報の共有

- 重複検査・投薬による非効率な医療サービスの提供を防ぎ、患者の状態にあった質の高い医療サービスや、効率的な検査、診断、治療を提供するためには、情報通信技術を活用し、患者の同意を得た上で、診療上必要な医療情報を、情報通信技術（ICT）を活用して共有するネットワークを構築し、関係医療機関間の連携を図ることが必要です。
- 障がい児者や医療的ケア児は、家族のレスパイト（休息）時等に限らず、外出先でも安心して適切な処置が受けられるよう、家族が医療データを常に持ち歩いたり、事前に病院情報を調べたりする必要があるなど、家族に大きな負担がかかっており、情報通信技術（ICT）を利用した患者情報の共有による負担の軽減が求められています。
- また、予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、処置に必要な患者情報を迅速に共有することで、どのような状況下においても、患者に対して適切な治療等を遅滞なく提供できるようにすることが必要です。
- 専門医の偏在の解消や、増加する慢性疾患患者に対する慢性疾患コントロールの拡充などが求められており、直接の対面診療を行わずに、情報通信技術を用いた遠隔診療の普及・推進が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

病病・病診連携が必要な課題に対して、地域医療連携の推進および情報通信技術（ICT）を活用した医療情報の共有を行い、効率的な医療提供体制を構築する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆地域医療連携の推進

◆情報通信技術（ICT）等を活用した医療情報の共有

(1) 地域医療連携の推進（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、急性期や回復期・慢性期の病院に加え、在宅医療を担う診療所までの切れ目ない連携の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた病病連携、病診連携をより一層進めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、医療機関や介護事業

所における地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、利用患者およびその家族に対して、パスの内容や効果について啓発していきます。

- 県、市町村、医療機関・医療関係者は、新興感染症医療と通常医療の連携を促進するために、感染症法に基づく医療措置協定について協議を行い、協定の締結を目指します。

(2) 情報通信技術（ＩＣＴ）等を活用した医療情報の共有

（県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者、介護・福祉関係者、関係機関）

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、安全・安心で質の高い医療提供体制の整備を県民に提供するために、情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した患者・医療情報の共有を進めていきます。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、医療機能の分化・連携を促進するため、情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した地域医療情報ネットワークの構築を進めていきます。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、情報通信技術（ＩＣＴ）により、専門医の地域偏在の緩和や、患者や医療関係者の利便性を改善する遠隔診療の実用化について検討していきます。

■用語解説

※１ 地域連携クリティカルパス

地域内で各医療機関が共有する各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画のこと。急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、連携医療機関に関わるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものとなる。（神奈川県立循環器呼吸器病センター）

※２ レスパイト

「小休止」、「ひと休み」、「息抜き」という意味。ここでは、介護者が肉体的・精神的な負担を軽減するために休むことを指す。

第 8 節 最先端医療・技術の実用化促進

1 現状・課題

【現状】

- ・県では、平成 23 年 12 月に京浜臨海部を中心とする「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」が、平成 25 年 2 月に県中央部の地域を中心とする「さがみロボット産業特区」が、また、平成 26 年 5 月には「国家戦略特区」に全県域が指定されました。
- ・再生・細胞医療産業は、次世代の医療や新たな産業分野としても高い成長が期待されており、県ではその産業化に向けた取組を促進するため、平成 28 年 4 月に、再生・細胞医療の産業拠点「ライフイノベーションセンター（L I C）」を公民共同で整備するとともに、企業や大学等の多様な主体の連携を進めるため、同年 10 月に産学公ネットワークである「かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク（R I N K）」を設立しました。なお、令和 5 年 1 月に一般社団法人 R I N K が設立されました。
- ・最先端の医療技術の実用化に向け、県では、主な取組として、令和 4 年 3 月策定の「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、ヘルスケア・ニューフロンティア施策における循環器病の研究を推進しています。

【課題】

- ・県では、世界最高水準の高度な医療を提供するための「病床規制の特例」等の規制緩和メニューを活用し、病床の整備等を図ってきましたが、最先端の医療・技術を県民にいち早く提供するため、高度な治療の提供や臨床研究を行いやすい環境を、引き続き整備していく必要があります。
- ・再生・細胞医療の産業化における各工程を担う企業や大学等が共通に抱えている課題に着目し、R I N K 会員同士の意見交換を行い、議論を深めながら、課題解決に向けた取組を進めることが必要です。
- ・最先端の医療技術の実用化に向けて推進している循環器病研究の実証試験において、引き続きエビデンスを蓄積するとともに、将来的な臨床試験の枠組み等について検討するほか、把握した課題の解決等を進めながら、県内の医療機関において継続的に実施できる体制についても検討する必要があります。

(1) 特区制度の活用

- 我が国の経済社会の活力の向上及び持続的発展を図るため、平成 23 年に「総合特区」が創設され、県では、平成 23 年 12 月に横浜市、川崎市の臨海部を中心とする「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」が、平成 25 年 2 月には県中央部の地域を中心とする「さがみロボット産業特区」が指定されました。
- さらに、産業の国際競争力の強化、国際的な経済活動の拠点の形成を促進するため、規制改革を総合的・集中的に推進する「国家戦略特区」が創設され、平成 26 年 5 月に本県は全県域が特区として指定されました。
- 県では、世界最高水準の高度な医療を提供するための「病床規制の特例（※1）」や臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、迅速に先進医療を提供できるようにするための「保険外併用療養の特例（※2）」といった規制緩和メニューを活用し、病床の整備等を図ってきましたが、最先端の医療・技術を県民にいち早く提供するため、高度な治療の提供や臨床研究を行いやすい環境を、引き続き整備していく必要があります。

(2) 再生・細胞医療の産業化に向けた取組

- 再生・細胞医療産業は、例えば自分や他人の細胞から皮膚や神経を再生するなど、根本治療の可能性を秘めた次世代の医療として、また、新たな産業分野としても高い成長が期待されています。
- 県ではその産業化に向けた取組を促進するため、ライフサイエンス産業の集積が進む川崎市殿町地区に、平成 28 年 4 月に、再生・細胞医療の産業化拠点「ライフイノベ

ーションセンター（L I C）」を公民共同で整備しました。

- また、県は、L I C入居事業者を中心に、平成 28 年 10 月に産学公ネットワークである「かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク（R I N K）（※ 3）」を設立し、細胞の培養、加工、輸送など、様々な事業者がそれぞれの役割を果たすバリューチェーンの確立を目指しており、令和 5 年 9 月末現在 187 機関が加入し、再生・細胞医療の産業化を実現する多様なプレイヤーが揃いつつあります。
- 今後は、各工程のプレイヤーが共通に抱えている、具体的な課題に着目し、テーマ別に R I N K 会員同士の意見交換を行うことで、議論をさらに深めながら課題解決に向けた取組を進める必要があります。
- なお、令和 5 年 1 月に、再生・細胞医療等の実用化・産業化を促進するため、業界団体や関係機関と連携し、再生・細胞医療産業のイノベーション促進を目的とした一般社団法人 R I N K が設立されました。

（3）最先端の医療技術の実用化に向けた取組

- 最先端の医療技術の実用化に向け、県では、主な取組として、令和 4 年 3 月策定の「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、ヘルスケア・ニューフロンティア施策における循環器病の研究を推進しているところです。
- 主な研究・実証として、「①水素ガス吸入による t-P A 治療の予後改善効果の実証（※ 5）」や「②心電図の A I 解析による『隠れ心房細動』診断の実証（※ 6）」などを実施しています。
- 今後は、上記①については、引き続きエビデンスを蓄積するとともに、将来的な臨床試験の実施の枠組み等についても検討するほか、上記②については、実証試験で把握した課題解決等を進めながら、県内の医療機関において、継続的に実施できる体制についても検討する必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

再生・細胞医療や最先端の医療技術が実用化され、多くの患者の治療が実現される

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆再生・細胞医療の実用化

◆最先端の医療技術を実用化するための研究促進

（1）特区制度の活用

- 県では、引き続き、国家戦略特区等の取組を推進し、規制緩和のメニューを活用した高度な治療の提供や臨床研究を行いやすい環境の整備に取り組めます。

（2）再生・細胞医療の実用化の取組

- 県では、再生・細胞医療の産業化に向け、細胞の「製造」「輸送」「評価」など、課題別の議論の場としてワーキンググループ等において、R I N K 会員同士の議論を深めていきます。
- また、羽田・殿町地区を拠点とした、東日本における再生・細胞医療の実用化に向けて、一般社団法人 R I N K と緊密な連携を図りながら、いち早い治療が地域で展開

できるよう支援していきます。

(3) 最先端の医療技術の実用化に向けた取組

- 県では、本県における医療的課題をイノベーションやテクノロジーで解決するため、大学等が保有する有望シーズを支援するとともに、テクノロジーの実証フィールドとして、県内医療機関や県内市町村等との連携が必要な場合は、県が調整を行うことで、最先端の医療技術の実用化に向けた取組を推進します。
- 当面の具体的な研究課題としては、「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、循環器病の研究促進を継続します。

■用語解説

※1 病床規制の特例

世界最高水準の高度の医療を提供する事業を実施する医療機関から病院の開設・増床の許可申請があった場合、都道府県が当該事業に必要な病床数を既存の基準病床数に加えて許可することを可能とする特例。

※2 保険外併用療養の特例

臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、医療水準の高い国で承認されている医薬品等であって国際未承認のもの又は海外承認済みか否かに関わらず国内承認済みの医薬品等を適応外使用するものについて、保険外併用の希望がある場合に、速やかに評価を行うことを可能とする特例。

※3 かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク（RINK）

再生・細胞医療等の実用化・産業化を促進するため、ライフイノベーション センター入居企業を中心に、業界団体や関係機関など多様な主体が参加するネットワークを構築し、企業等によるイノベーションの創出を図ることを目的に平成28年10月に設立。

※4 水素ガス吸入による t-PA 治療の予後改善効果の実証

脳梗塞患者に対する、t-PA による脳血栓溶解療法の予後改善効果を検証するため、脳梗塞を発症させたマウスに、抗酸化物質として注目される水素ガスを事前吸入させることで、t-PA 投与の副作用である脳出血の抑制効果が得られるかを検証。

※5 心電図の AI 解析による『隠れ心房細動』診断の実証

脳梗塞には、不整脈の一種である心房細動により、突然に血の塊ができて脳血管を詰まらせるケースがあります。心房細動は日常的に発生しているものではないため、心電図の検査では見逃されるケースが多く、一方で、この心電図データには、心房細動の兆候が少なからず存在していることがわかっています。そこで、健康診断で来院した方の心電図データを AI 解析することで、人の目では見逃されていた心房細動の可能性を把握し、心房細動の可能性のある方が確認されれば、詳細な検査や治療につなげるという実証を、AI 解析の技術を有する大学や県内医療機関等と連携して実証を行っている。

第9節 医療DXの推進

1 現状・課題

【現状】

- ・近年、新型コロナウイルス感染症の発生により、オンライン診療が拡大されたほか、遠隔での対応を可能にする様々な先端技術の実装や、蓄積されるビッグデータを活用した未病改善等、デジタル技術を活用した取組が進展しています。
- ・一方、行政と医療機関の連携における課題が浮き彫りになるとともに、危機対応を行う医師や保健師等が不足する状況が生じました。

【課題】

- ・高齢者人口の増加に伴い、医療需要が今後、一層伸びていくことが見込まれている中、生産年齢人口の減少や医師の働き方改革等により、医療人材の確保と医療の効率的な提供が課題です。
- ・ICTやデジタル技術を活用し、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務の効率化、データ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、新興感染症の感染拡大時において迅速に対応可能な体制を構築するなど、医療DXの取組の推進が必要です。



(出典)内閣官房「第1回医療DX推進本部」令和4年10月12日資料より抜粋

- 近年、AIやロボットなど最先端技術の社会実装が進展する中、医療に関わるインベーションが活発化しています。例えば、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により人との接触回避が求められる中、オンライン診療が拡大されましたが、そうした遠隔での対応を可能にする様々な先端技術の実装や、蓄積されるビッグデータを活用した未病改善等、デジタル技術を活用した取組が進められています。

また、県民自らが、過去の検査結果やアレルギー情報などの自身の保健医療情報を把握する個人情報管理（Personal Health Record）（※1）の取組も進んでいます。

- 一方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、行政と医療機関の連携における課題を浮き彫りにするとともに、危機対応を行う医師や保健師等が不足する状況が生じました。本県においても、高齢者人口の増加に伴い、医療需要が今後、一層伸びてい

くことが見込まれる中、生産年齢人口の減少や医師の働き方改革等により、医療人材の確保が大きな課題となっています。

- 将来の医療提供体制を維持していくためには、限られた医療資源の効率的な活用が欠かせません。また、グローバル化が進展し、国を越えた人の移動が日常化した現代では、新興感染症の発生によるパンデミックは、将来にわたり何度も起こる可能性があることに留意し、コロナ禍で顕在化した課題に対処していくことが不可欠です。
- 今後は、医療情報システムのセキュリティ対策に配慮した上で、ICTやデジタル技術を活用し、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務の効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、医療の効率的な提供とあわせて、新たな感染症が発生した際にも迅速に対応可能な体制を構築するなど、医療DX（※2）の取組により、いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現に向けた取組を進めていくことが必要です。

【コラム】医療DXに関する国の動向

- 国は、2022年10月に「医療DX推進本部」を立ち上げ、医療DXが日本の医療の将来を大きく切り開いていくものとして、省庁横断的に取組を進め、その実現に全力を挙げていくこととしています。
- 2023年6月に開催された第2回医療DX推進本部において、全国の医療機関や薬局で電子カルテの情報を共有できるシステムを2030年までに普及させることなどを盛り込んだ「医療DXの推進に関する工程表」が決定されました。
- 工程表では、医療DXの施策を推進することにより、次の5点の実現を目指していく、としています。
 - ① 国民のさらなる健康増進
 - ② 切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供
 - ③ 医療機関等の業務効率化
 - ④ システム人材等の有効活用
 - ⑤ 医療情報の二次利用の環境改善
- また、工程表では、医療DXの具体的な施策として、次の項目を掲げています。
 - ① 全国医療情報プラットフォームの構築（2024年度中の電子処方箋の普及促進、介護保険や予防接種等に係るマイナンバーカードを活用した情報連携の実現）
 - ② 電子カルテ情報の標準化等（透析情報などの標準規格化を推進するとともに、標準型電子カルテの開発を2024年度中に着手）
 - ③ 診療報酬改定DX（2024年度に診療報酬算定と患者の窓口負担金計算を行う全国統一のプログラムである共通算定モジュールの開発を進め、2026年度の本格提供等を通じて医療機関の間接コストを極小化）
- 県としても、こうした国の動きを踏まえつつ、医療機関や民間事業者等と連携し、いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現に向け、取組を進めていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現

<目標の達成にむけた施策の方向性>

◆オンライン診療の推進

◆医療現場における業務の効率化、人材の有効活用

◆医療機関等による診療情報の共有化

◆P H Rの推進

◆その他、医療情報の利活用の環境整備

（１）オンライン診療の推進

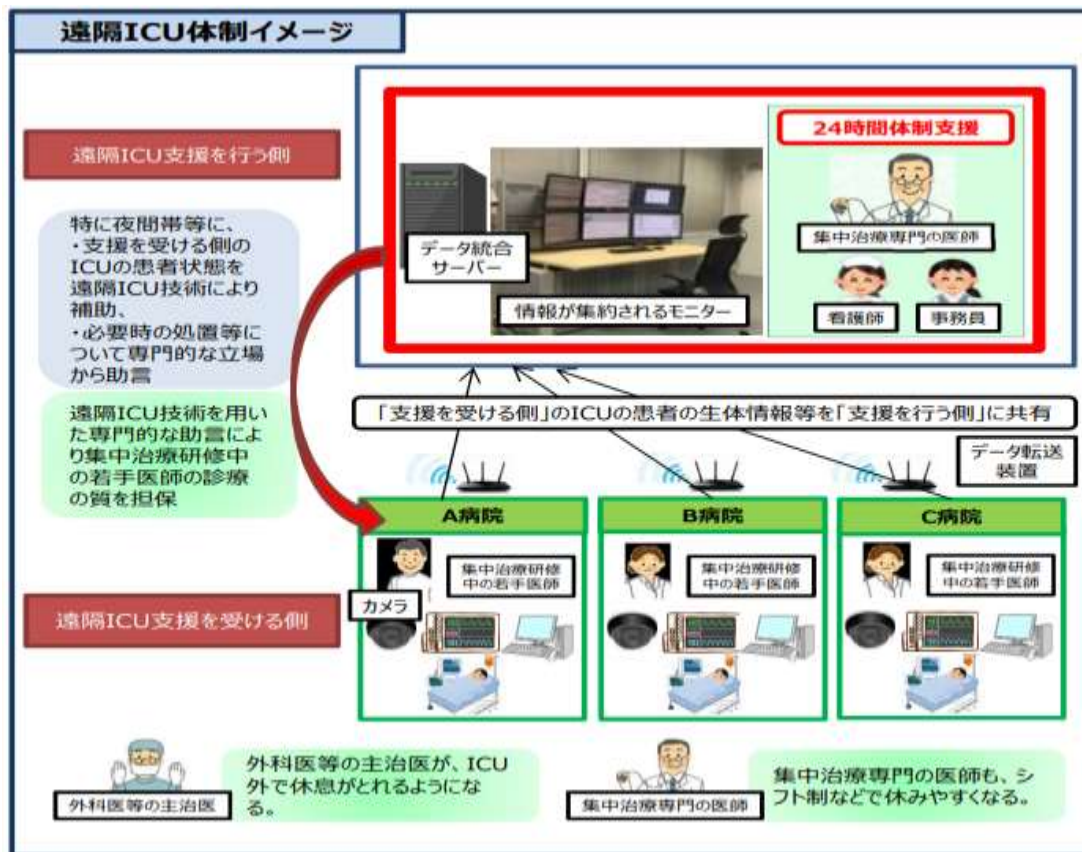
- オンライン診療とは、遠隔医療のうち、医師－患者間（Doctor to Patient）において、情報通信機器を通し、患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムに行うものです。
- オンライン診療は、次の目的を踏まえて推進することが必要です。
 - ・ 患者の日常生活の情報も得ることにより、医療の質のさらなる向上に結び付けていくこと
 - ・ 医療を必要とする患者に対して、医療に対するアクセシビリティ（アクセスの容易性）を確保し、よりよい医療を得られる機会を増やすこと
 - ・ 患者が治療に能動的に参画することにより、治療の効果を最大化すること
- 県では、これまで、新型コロナウイルス感染症対策の一つとして、「かながわコロナオンライン診療センター」の開設など、オンライン診療の推進に努めてきましたが、今後は在宅医療をはじめとした平時の医療においても、コロナ禍での経験を生かし、オンライン診療の積極的な活用を推進します。

（２）医療現場における業務の効率化、人材の有効活用

ア 遠隔 I C Uの体制整備

- 厚生労働省「医療施設調査」によると、令和２年に県内には集中治療室（I C U）が 393 床ある中、専門医が十分でない医療機関では、外科・内科系医師が重症患者に対応しながら成り立っている状況です。集中治療室における重症入院患者の治療は、昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、医師の長時間労働や精神的負担の一因となっています。
- そこで、集中治療専門医が常駐する支援センターと複数の医療機関の I C Uをネットワークで接続し、患者のバイタル情報やリアルタイム映像、電子カルテ情報を共有することで、遠隔での診療を支援する遠隔 I C Uの取組を進め、若手医師等、現場の医師をサポートし、医師の勤務環境の改善を図ります。

図表 2-7-9-1 遠隔 I C U体制イメージ



(出典) 厚生労働省「第5回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」資料より抜粋

イ ローカル 5 G の医療現場への活用

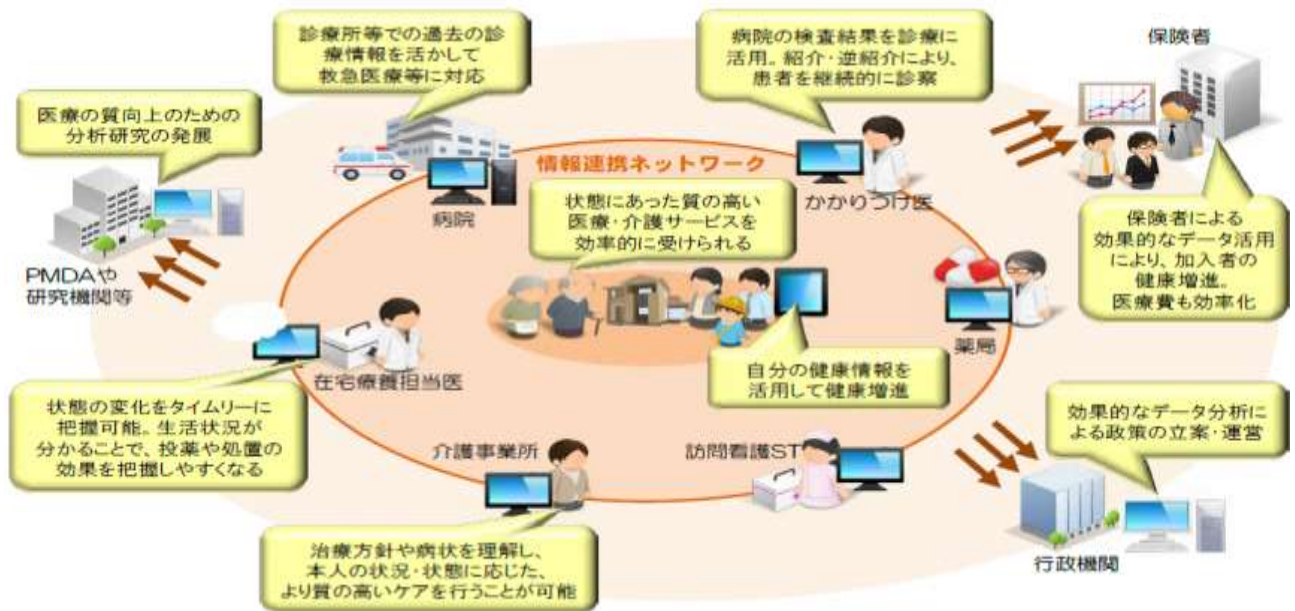
- 総務省が公募した、次世代情報通信技術であるローカル 5 G (※3) により社会課題の解決を図る実証事業に県内の医療機関が採択され、医師や看護師の負荷軽減等を目的に令和 4 年に実証実験に取り組んでいます。
- 実証実験では、救急隊員が小型カメラをつけて、患者の映像をリアルタイムで病院に届け、病院にいる医師がその場で患者を診断するとともに、搬送前に病院で受入のための準備を開始するといった取組が行われています。
- こうしたローカル 5 G などの先進技術を活用した取組は、医療の効率化や高度化、医師・看護師等の働き方改革を通じた質の高い医療体制の構築につながるものであることから、県としても実証実験に参加するなど、研究を進めていきます。

(3) 医療機関等による診療情報の共有化

- 本県は、県内人口に占める高齢者の割合が全国平均を上回る伸び率となっており、高齢化社会に対応した、安全・安心な医療の提供体制や地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっています。
- そこで、県民の医療情報・介護情報を地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係機関で共有する地域医療介護連携ネットワーク (※4) の構築に向けた取組を進めます。
- 具体的には、各医療機関に分散している当該患者の医療情報をサーバに集約し、医療を提供する医療機関が随時参照できる環境を構築することで、他の医療機関で撮影

された画像の参照や、同一の患者に出されている処方情報の共有化を図るとともに、急性期の病院からリハビリ専門の病院に転院する際などの入退院調整の円滑化等を通じて、より安全・安心で効率的・効果的な医療・介護の提供、病床機能の分化・連携を推進します。

図表 2-7-9-2 地域医療介護連携ネットワークのイメージ図



(出典) 厚生労働省作成資料

(4) PHRの推進

県民の生涯にわたる健康情報を県民自ら一元的に把握・管理し、未病改善の取組に活用いただくマイME - BYOカルテの普及推進等を進めることなどを通じて、医療・健康サービスの向上・効率化を図ります。

ア 普及推進の取組【再掲】

- 県民が、日々の健康管理に「マイME - BYOカルテ」を活用できるよう、市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと連携して、「マイME - BYOカルテ」の普及を推進します。
- 市町村と連携した電子母子手帳の取組などにより、生まれてからの生涯にわたる個人の健康情報を「マイME - BYOカルテ」に記録・蓄積し、県民が自身の健康情報を自ら管理することを推進します。

イ 市町村や企業における活用【再掲】

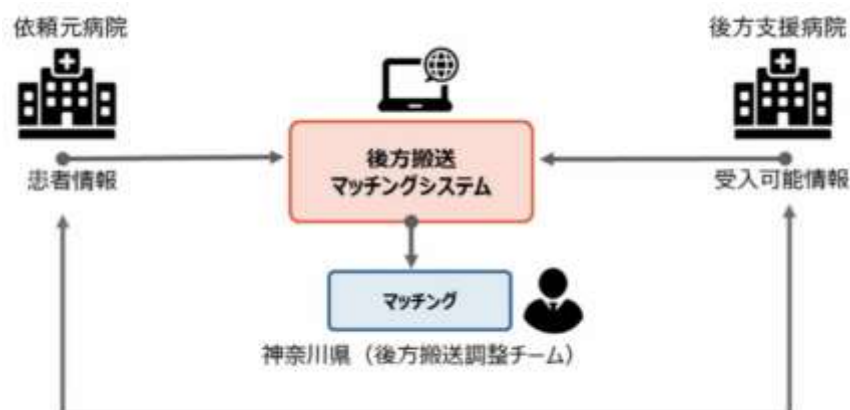
- 市町村と連携し、ウォーキングなど健康増進に向けた取組への「マイME - BYOカルテ」の活用を推進します。
- 企業や団体の従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、「マイME - BYOカルテ」の活用を推進します。
- 「マイME - BYOカルテ」に蓄積された県民の健康情報を、市町村が取り組む健康増進施策や企業の健康経営などの目的で活用できる仕組みを整備します。

(5) その他、医療情報の利活用の環境整備

ア 民間クラウドサービスを活用した取組の推進

- 県では、令和2年3月、新型コロナウイルス関連の情報を一元的に管理・共有するための仕組みとして、民間クラウドサービスを活用し、医療機関、市町村、保健所などと情報を共有し、連携を図ってきました。
- 例えば、新型コロナウイルス感染症が軽快したものの引き続き入院が必要な患者の転院を円滑に進め、同感染症患者に対応する病床を有効に活用していくため、「後方搬送の神奈川モデル」を構築し、「後方搬送マッチングシステム」を稼働させましたが、その情報基盤として、民間クラウドサービスを活用しています。このシステムを活用することにより、依頼元となる医療機関が性別、年齢、転院を希望する市区町村などの患者情報を、受け入れ先となる後方支援病院が受入可能病床数や診療科などを登録し、互いに照合が可能となることで、効率的な転院調整ができるようになりました。
- 県では、今後もICT（情報通信技術）を活用し、業務の効率化や見える化に向けた取組を進めます。

図表 2-7-9-3 後方搬送マッチングシステム

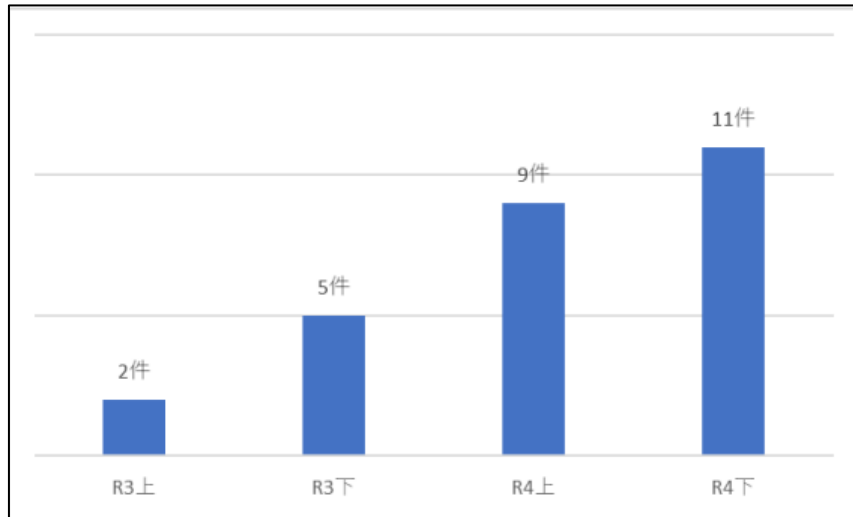


(出典) 神奈川県作成資料

イ サイバーセキュリティ対策に向けた取組

- 昨今、医療機関を狙ったサイバー攻撃が増加しています。
警察庁によれば、令和4年の医療・福祉分野におけるランサムウェア（※5）被害の届出件数は20件と前年の7件から2倍以上に増加しています。（図表7-9-4）
令和4年10月には、大阪府の医療機関でサイバー攻撃によって電子カルテが使用できなくなり、診療に影響が出るといった被害が生じました。

図表 2-7-9-4 医療・福祉分野におけるランサムウェア被害件数



(出典)警察庁サイバー警察局「サイバー事案の被害の潜在化防止に向けた検討会報告書 2023」

- 厚生労働省では、こうした状況を踏まえ、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の改定を進めるとともに、脆弱性が指摘されている危機・ソフトウェアの確実なアップデートの働きかけ、医療分野におけるサイバーセキュリティに関する情報共有体制の構築に向けた取組など、医療情報システムのサイバーセキュリティの強化を進めています。
- 県においても、サイバー攻撃発生事例や適切な対策方法等について、地域医療構想調整会議等を通じて地域の医療関係者に周知するなど、医療機関におけるセキュリティ対策の強化を進めます。

■用語解説

※1 個人健康情報管理 (Personal Health Record)

個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組み。

※2 医療DX (Digital Transformation)

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診療・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生するデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

※3 ローカル5G

地域の企業や自治体等の様々な主体が、限定されたエリアでスポット的に柔軟に構築できる5Gシステム（超高速、超低遅延、多数同時接続）。

※4 地域医療介護連携ネットワーク (EHR (Electronic Health Record))

ICTを活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み。

※5 ランサムウェア

感染すると端末等に保存されているデータを暗号化して使用できない状態にした上で、そのデータを復号する対価（金銭や暗号資産）を要求する不正プログラムのこと。

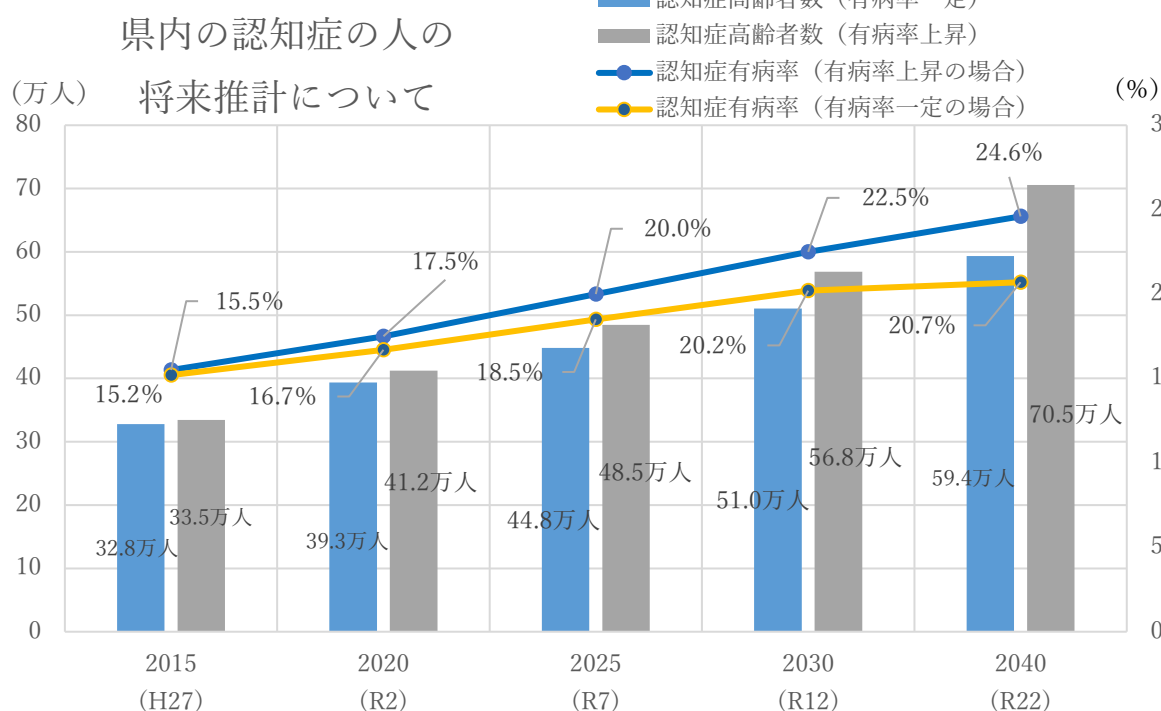
第8章 個別の疾病対策等

第1節 認知症施策

1 現状・課題

【現状】

- ・認知症の人は、2025年には全国で700万人前後となり、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になると見込まれています。その後も高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれています。



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業九州大学二宮教授）と国勢調査および国立社会保障・人口問題研究所による推計から算出。

①各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率

②各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/率

*久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定。

【課題】

- ・認知症施策の推進にあたっては、ひとりひとりが当事者目線で認知症について理解し、正しい知識を得ることが重要です。
- ・県では国が令和元（2019）年6月に策定した「認知症施策推進大綱」に基づき、取組を進めてきました。令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、これに基づいた取組が求められています。

（1）認知症とともに生きる社会づくり

- 高齢者の急速な増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれており、誰もが認知症とともに生き、共生社会の実現を推進するために認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることが必要です。

- さらに、認知症の人が早期にその症状に気づき、診断や早期対応を推進するため、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供できる総合的な支援を行うネットワークを、認知症疾患医療センター（※１）や地域包括支援センター、市町村に設置される認知症初期集中支援チーム（※２）、認知症地域支援推進員（※３）を中心に構築する必要があります。
- また、認知症の人が、地域において尊厳を保ちながら希望を持って暮らすことができるよう、相談体制の充実や認知症に対する地域の方々の理解と協力など、地域全体で認知症の人と家族を支援する体制を構築していくことが必要です。
- 65歳未満で発症する若年性認知症については、多くが現役世代で就労や子育てもあり、また、認知症特有の初期症状ではないこともあるため、受診が遅れる傾向があります。経済的な問題など、高齢者の認知症の人とは異なる課題を抱えていることから、認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職なども含めた支援を総合的に講じる必要があります。
- 認知症の人または家族等が孤立することがないように地域で安心して暮らすための、見守り体制の充実などの施策に努めます。

（２）認知症未病対策【再掲】

- 認知症の人は、2025年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い、併せて認知症の人も増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。（資料提供：厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「認知症施策の推進について」）
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる認知症未病の改善に取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

認知症とともに生きる社会、共生社会の実現に向けた取組が推進できている

<目標達成に向けた施策の方向性>

◆認知症とともに生きる社会づくりの推進

◆認知症未病対策の充実

（１）認知症とともに生きる社会づくりの推進

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができ、家族が安心して暮らせる、総合的な認知症施策を推進します。
- 当事者目線で認知症への理解を深めるため、「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）による本人発信支援を充実するとともに、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信等による普及啓発を進めます。
- 個々の認知症の状況に応じ認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組めます。

- 若年性認知症支援コーディネーター（※４）の配置により、経済的問題等を抱える若年性認知症の人の、意欲・能力に応じた就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症介護の経験者等が、認知症の人や家族等からの介護の悩みなど認知症全般に関する相談を電話で行い、相談内容に応じた適切な関係機関へのつなぎを行うコールセンターを設置し、精神面も含めた様々な支援ができるよう、相談体制を充実します。
- 認知症の方やその家族が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症の人を地域で見守る認知症サポーターの活動を支援します。また、ボランティアや支援団体、企業などが連携し、ニーズに応じた支援を推進する「認知症オレンジパートナーネットワーク」を充実させ、市町村における支援の仕組である「チームオレンジ」の構築を支援します。

（２）認知症未病対策の充実

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

図表 2-8-1-1 認知症の治療を行う医療機関

	横浜	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	合計
病院数	41	9	3	12	12	13	11	12	11	124
診療所数	258	58	57	30	43	50	35	34	29	594

（出典）かながわ医療情報検索サービス（令和５年７月２４日時点）

■用語解説

※１ 認知症疾患医療センター

認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

※２ 認知症初期集中支援チーム

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

※３ 認知症地域支援推進員

医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援を行う。

※４ 若年性認知症支援コーディネーター

本人や家族等からの若年性認知症に関する困り事や悩み事等の相談に対して、解決に向けた支援を行うとともに、自立支援に関わる関係者のネットワークの調整を行う。

※５ コグニサイズ

国立長寿医療研究センターが開発した、認知機能の維持・向上に役立つ運動で、コグニション（認知）

とエクササイズ（運動）を組み合わせた造語。運動と認知トレーニングを組み合わせることで、脳への刺激を促すことが期待できる。

第2節 健康危機管理対策

1 現状・課題

【現状】

- ・健康危機管理事案が発生した場合は、その事例に応じた体制が整備されています。

【課題】

- ・引き続き他自治体及び保健福祉事務所との連携強化や意見交換を実施するなど、より一層の整備の強化に努める必要があります。

(1) 現状

- 食中毒や、感染症等原因が特定されている事例については、個別に情報の収集及び分析等に係る体制が整備されています。
- 原因が特定されていない健康危機事例に対しては、「神奈川県保健福祉局健康危機管理指針（※1）」（県指針）に基づいて対応を行います。

(2) 課題

ア 健康危機管理体制の整備及び充実強化

- 県は、健康危機事案の発生時に市町村と有機的に連携した対応ができるよう、日ごろから市町村と密接な連携体制を整えることが必要です。
- 複数の都道府県に及ぶ発生に備えて、地方自治体間で保健活動や情報収集・情報提供体制などの連携体制を強化することが必要です。
- 健康危機の発生時に地域住民が状況を的確に認識した上で行動ができるよう、関係者との相互の情報及び意見の交換（「リスクコミュニケーション（※2）」）の実施などにより健康危機管理に関する情報を分かりやすく提供し共有するよう努めることが必要です。

イ 保健福祉事務所における機能強化

- 健康危機管理に対する住民意識を高めるためリスクコミュニケーションに努めることが必要です。
- 保健福祉事務所では、地域における健康危機管理体制の確保のため、健康危機事例に対して専門的に判断できる人材を育成する必要があります。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

平時から関係機関や地域住民と連携し、あらゆる災害に対応できる体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆他の都道府県、警察や医療機関等との連携体制の強化
- ◆関係者間におけるリスクコミュニケーションの充実
- ◆平時における健康危機管理の専門的人材の育成
- ◆地域住民とのリスクコミュニケーションの活発化

(1) 健康危機管理体制の整備及び充実強化（県、市町村、医療関係者）

- 県指針に基づき、警察、消防、医療機関及び関係団体等との連携体制や情報提供などの健康危機管理体制の充実強化を図るとともに、他都道府県との連携体制の充実強化を図ります。
- 関係者間でのリスクコミュニケーションに努め、健康危機管理に関するわかりやすい情報提供を図ります。

(2) 保健福祉事務所における機能強化（県）

- 県指針に基づき、平常時からの研修・訓練等により健康危機管理に係る専門的人材の育成を図ります。
- 住民意識を高めるため、地域住民とのリスクコミュニケーションを図ります。

■用語解説

※1 「神奈川県保健福祉局健康危機管理指針」

健康危機事案が発生した場合に必要な応じて設置される健康危機管理対策本部の役割や地域の健康危機に対して、保健福祉事務所を含む関係機関が連携して取り組む際の基本的な考え方をまとめたもの。（平成26年4月改定）

※2 リスクコミュニケーション

リスク分析の全過程において、リスク評価者、リスク管理者、消費者、事業者、研究者、その他の関係者の間で、情報および意見を相互に交換すること。リスク評価の結果およびリスク管理の決定事項の説明を含みます。

第3節 感染症対策

1 現状・課題

【現状】

- ・県の感染症対策は、「神奈川県感染症予防計画」に基づき、予防、まん延防止、医療体制の確保等を推進しています。
- ・結核の新登録者数は減少傾向にあります。
- ・HIV感染者報告数、エイズ患者報告数は近年横ばいが続いており、性別では男性が94%、感染経路別では同性間性的接触が65%を占めています。

【課題】

- ・結核について、正しい知識の普及、患者の早期発見、早期治療が大変重要であるとともに、多剤耐性結核（※1）の発生を防止するために、服薬継続支援が必要です。
- ・エイズについて、中・高・大学生やハイリスク者である男性同性愛者への重点的な予防啓発と、男性同性愛者等が気軽に検査を受けられる体制や広報が必要です。

（1）結核対策

- 結核の新登録患者数は減少化傾向にあり、令和2年の県内新登録患者数は808人で、全国の減少率11.9%に対し18.1%と高くなっています。
- 結核患者を減らすため、結核に対する正しい知識の普及、患者の早期発見、早期治療が大変重要であるとともに、多剤耐性結核の発生を防止するために服薬継続支援が必要です。

図表2-8-3-1 神奈川県新登録結核患者数（年次推移）

年次	新登録患者数（人）	減少率（%）
平成28年	1,192	9.1
平成29年	1,143	4.1
平成30年	1,024	10.4
令和元年	987	3.6
令和2年	808	18.1

（出典）神奈川県衛生研究所「令和2（2020）年版 神奈川県結核の現状」

（2）エイズ対策

- HIV感染者報告数は平成19年以降横ばいが続いており、エイズ患者報告数も平成22年度以降横ばいが続いています。県の令和3年の新規報告数は、HIV感染者報告数が全国4位、エイズ患者報告数が全国5位と、依然として多くの感染者等が確認されています。
- 累計報告数の割合では、30歳代が多く、性別では男性が94%を占めています。感染経路別では、同性間性的接触が65%を占めています。
- 中・高・大学生やハイリスク者である男性同性愛者への重点的な予防啓発と、男性同性愛者等が気軽に検査を受けられる体制や広報が必要です。

図表 2-8-3-2 神奈川県HIV感染者・AIDS患者新規報告数（年次推移）



(出典) 神奈川県「HIV感染者・AIDS患者統計」

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

結核、エイズに対する予防意識や理解が醸成され、早期発見、早期治療の支援体制が維持できている

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆県民や医療従事者に対する普及啓発
- ◆学校や施設が行う結核に係る定期的健康診断実施の促進と患者の接触者に対する検査の強化
- ◆エイズの予防啓発や検査体制の維持

(1) 結核対策

- 県は、県民や医療従事者に対する普及啓発や、学校や施設が行う結核に係る定期的健康診断の実施を促進するとともに、患者の接触者に対する検査を強化することで、患者の早期発見、早期治療を推進し、二次感染や集団感染の防止に努めます。
- 県は、医療機関や薬局等との連携により、治療中断者を早期に発見し、受診勧奨及び服薬継続支援などの保健指導を行うことで、多剤耐性結核の発生、まん延防止を図ります。

(2) エイズ対策

- 県は、教育機関等と連携し、中・高・大学生やハイリスク者である男性同性愛者への予防啓発活動を行います。
- ハイリスク者である男性同性愛者が気軽に検査を受けられる体制として、対象者を男性同性愛者に限定した匿名での検査を実施するほか、誰でも匿名で受けることができる検査を実施します。

■用語解説

※1 多剤耐性結核

最も強力な第一選択薬であるイソニアジドとリファンピシンに耐性を示す結核の病態。

第4節 肝炎対策

1 現状・課題

【現状】

- ・わが国の肝炎ウイルス持続感染者は、B型肝炎ウイルス性肝炎（※1）が110万人～120万人、C型肝炎ウイルス性肝炎（※2）が90万人～130万人存在すると推定されており、長期間の経過後に肝がん等を引き起こす危険性が指摘されています。
- ・肝炎は、自覚症状がほとんどないことから、気が付くと重症化していたという事例が多く、感染者を早期に発見し、適切な治療を行う必要がありますが、肝炎ウイルス検査の件数は推計感染者数に比して少なく、その内容が広く県民に理解されているとはいえない状況です。

肝炎ウイルス持続感染者数（2015年の推計）

	全 国	神奈川県
B型肝炎ウイルス	110～120万人	7～8万人
C型肝炎ウイルス	90～130万人	6～9万人

（注）神奈川県感染者数は全国推計値に
神奈川県人口比率7%を乗じて算出

- ・県では、平成25年3月に「神奈川県肝炎対策推進計画」を策定し、医療や検査体制の充実や、普及啓発活動の実施等、総合的な肝炎対策に取り組んでいます。県推進計画は、国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」の改正などを踏まえ、2度改定しています。現行の令和5年3月改定（計画期間：令和5年度～令和9年度）計画により、さらに取組を進めていきます。

【課題】

- ・ウイルス性肝炎に関する正しい知識をすべての県民が持つことができるよう、普及啓発に取り組むことが必要です。
- ・すべての県民が少なくとも1回は肝炎ウイルス検査を受けるよう体制整備や受検勧奨を強化するとともに、陽性と分かった方が自ら行動することができるよう促すしくみづくりが必要です。
- ・肝炎医療の水準を高めるための取組を行うとともに、県民一人ひとりが肝炎患者等の人権を尊重し、肝炎患者等が安心して暮らせる環境づくりが必要です。

（1）肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発

- 県及び市町村では、肝炎に対する正しい知識の普及啓発や感染予防の注意喚起を行っていますが、肝炎ウイルスの感染経路等についての知識や、肝炎ウイルス検査を受検する必要性の認識は、県民に十分浸透しているとはいえず、さらなる広報活動の充実に努める必要があります。

（2）肝炎ウイルス検査の受検の促進

- 県及び市町村では受検勧奨に努めていますが、受検率は依然として高いとはいえないため、市町村と連携しながら取組を進めていく必要があります。また、職域における受検勧奨を強化する必要があります。

（3）肝炎医療を提供する体制の確保

- 県では、肝疾患診療連携拠点病院（※3）（以下、「肝疾患医療センター」という。）と肝臓専門医療機関を指定し、かかりつけ医と連携することで、適切な肝炎医療を受けることができる体制を整備しています。
- 肝炎ウイルス陽性者を適切に医療につなげるための体制の構築が必要です。

(4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成

- 治療薬の進捗は目覚ましく、日本肝臓学会の治療ガイドラインも改定が頻回になされていることから、継続して県内の肝臓専門医療機関をはじめとする医療機関の医療従事者のレベルアップを図る必要があります。
- 地域や職域、医療機関において、ウイルス検査の受検促進や専門医療機関への受診勧奨、正しい知識の啓発を担う肝疾患コーディネーターの更なる育成を進めるとともに、配置の均てん化や活動しやすくなるよう環境整備等の支援が必要です。

(5) 肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

- 県では、県内5か所の肝疾患医療センターに相談窓口を設置しており、また、地域や職域で肝炎患者等及びその家族等への情報提供等の支援を行う肝疾患コーディネーターの養成等を行っています。
- 抗ウイルス療法による医療費負担は大きいため、県では、肝炎治療医療費の助成や肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の助成を行っています。
- 相談先の認知度向上や医療費助成制度のより一層の周知が必要です。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

正しい知識で肝臓を守り、いのちをつなぐ・ささえる神奈川づくり

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発
- ◆肝炎ウイルス検査の受検の促進
- ◆肝炎医療を提供する体制の確保
- ◆肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成
- ◆肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

(1) 肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発

- 県及び、政令指定都市、中核市、保健所設置市（以下、「保健所設置市等」という。）は、全ての県民を対象に、肝炎の予防、病態及び治療に係る正しい理解が進むよう、メディア等を活用した広報や、医療機関等に対して標準的な感染予防策の重要性についての周知を行います。
また、肝炎患者等に対する偏見や差別の防止に向け普及啓発を行います。
- 市町村は、引き続き、B型肝炎ワクチンの定期接種を着実に実施し、県は、C型肝炎患者のインターフェロンフリー治療（※4）等を推進します。

(2) 肝炎ウイルス検査の受検の促進

- 県及び市町村は、すべての県民が少なくとも1回は肝炎ウイルス検査を受検するよう、普及啓発を強化します。
- 県は、健診機関と連携した啓発を引き続き実施します。
- 県及び保健所設置市等は、職域における肝炎ウイルス検査の受検の促進を図るため、事業主等関係者に対して検査実施や受検を働きかけます。

(3) 肝炎医療を提供する体制の確保

- 県は、本県の状況に応じた望ましい肝疾患診療ネットワークのあり方について引き続き検討を行うなど、肝疾患診療ネットワークの充実強化を図ります。
- 県及び市町村は、互いに連携して、肝炎ウイルス検査陽性者に対して、受診を勧奨し、適切な治療につなげることのできるフォローアップ体制を充実します。

(4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成

- 県及び肝疾患医療センターは、医療従事者向けの研修会を開催するなど、肝炎対策に従事する者のスキルアップに引き続き取り組みます。
- 県及び肝疾患医療センターは、肝疾患コーディネーターの養成に引き続き取り組むとともに、コーディネーターを県内全市町村に配置し、コーディネーター間の情報共有や連携がしやすい環境の整備などに取り組みます。

(5) 肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

- 県及び肝疾患医療センターは、肝疾患医療センターにおける相談事業について、引き続き適切に実施するとともに、周知を強化します。また、身近な相談先としての肝疾患コーディネーターを周知するとともに、肝疾患コーディネーターによる相談窓口の案内が適切かつ効果的に行われるよう支援します。
- 県は、肝炎治療医療費助成制度等の更なる周知を図ります。

■用語解説

※1 B型ウイルス性肝炎

B型肝炎はB型肝炎ウイルスが血液・体液を介して感染することで起きる。B型肝炎ウイルスの感染経路は、垂直感染（出生時の母子感染）と水平感染（傷のある皮膚への血液・体液の付着、不衛生な器具によるピアスの穴あけや入れ墨の施術、無防備な性交渉等）がある。日常生活（会話、握手、一緒に食事をする等）において感染することはない、空気感染もない。また、B型肝炎ウイルスはワクチンの接種によって感染を予防することができる。2016年4月1日以降に生まれたすべての0歳児にはワクチンの定期接種が行われている。

※2 C型ウイルス性肝炎

C型肝炎はC型肝炎ウイルスに感染することで起きます。C型肝炎ウイルスは、感染者の血液を介して感染するため、不衛生な器具によるピアスの穴あけや入れ墨の施術等で感染する可能性がある。日常生活（会話、握手、一緒に食事をする等）において感染することはない、空気感染もない。現在は経口薬（直接作用型抗ウイルス剤）による抗ウイルス療法の治療効果が上がり、高い確率でC型肝炎ウイルスを排除することができる。ウイルスが排除されれば肝がんが発生する頻度は低下しますが、肝がん発生の可能性はゼロではないため、継続して定期的な検査を受ける必要がある。

※3 肝疾患診療連携拠点病院

県の中で肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす医療機関であり、地域の肝炎対策を担うものとして、専門医療機関やかかりつけ医との連携を行うとともに、肝疾患相談支援センターを設置し、肝炎患者等への支援を行う。

※4 インターフェロンフリー治療

インターフェロン製剤を用いない、経口薬のみの治療。C型肝炎ウイルスに対する抗ウイルス治療で行われる。インターフェロン治療に比べて副作用が少なく、近年治療効果が高くなっている。

第5節 アレルギー疾患対策

1 現状・課題

【現状】

- ・アレルギー疾患はその原因や症状が様々であり、中には急激な症状の悪化を繰り返すものや、重症化により死に至るものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼしています。
- ・国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患があると言われており、一部の疾患で減少が見られるものの、食物アレルギー等は増加傾向にあります。
- ・県では、平成27年に施行された「アレルギー疾患対策基本法」及び国が策定した「アレルギー疾患対策基本指針(令和4年3月改正)」に即し、「県アレルギー疾患対策推進計画(令和5年3月改定)」を策定し、総合的なアレルギー疾患対策の推進を図っています。

【課題】

- ・近年の医療の進歩に伴い、科学的知見に基づく適切な医療を受けることにより、症状のコントロールがおおむね可能となってきたものの、すべての患者がその恩恵を受けているわけではないという現状も指摘されており、診療・管理ガイドラインに即した医療のさらなる普及が望まれます。
- ・県民が医学的知見に基づく適切な情報を入手でき、患者が疾患の症状に応じた適切な自己管理を行えるとともに、その家族や関係者が適切な支援を行えるよう、正しい情報を入手しやすい体制を整備していくことも必要です。

(1) アレルギー疾患の発症・重症化の予防や症状の軽減

- インターネット等には、アレルギー疾患に関する膨大な情報があふれています。そのような中で、患者やその家族、支援する関係機関等がアレルギー疾患の正しい知識を入手できるよう、情報の提供や普及啓発を行うことが必要です。
- アレルギー疾患の発症や重症化を予防し、症状を軽減するためには、アレルギーの原因となるアレルギー物質であるアレルゲンに曝露しないようにすることが有効と言われています。そのためにも、自然環境や居住環境など、患者を取り巻く環境の改善を図ることが必要です。
- アレルギーの悪化要因を取り除くためには、規則正しい生活を送ることや受動喫煙を防ぐことなど、生活スタイルの改善を図ることが必要です。

(2) アレルギー疾患医療の適切な医療を受けられる体制の整備

- 医療の進歩に伴い、適切な治療を受けることで、症状のコントロールがおおむね可能となっていますが、すべての患者が住む地域や年代に関わらず、等しく適切な治療を受けるためには、医療提供体制を整備していく必要があります。
- 患者やその家族が、住む地域や年代に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療を受けられるためには、身近にアレルギー疾患の専門的な知識と技能を有する医療関係者が必要です。そのためにも、医療関係者が知識・技能の向上に向けて、最新の科学的知見に基づく医療情報や研修等の情報を、入手しやすい方法で提供していくことが必要です。

(3) アレルギー疾患患者等を支援する環境づくり

- 患者に対する支援は、正しい知識に基づき適切に行われることが肝要です。そのた

めにも、患者に関わる保健福祉関係者や学校、保育所等の施設の職員等に対し、アレルギー疾患の必要な知識、発症予防、緊急時の対応に関する知識の習得を図る研修の受講機会の確保が必要です。

- 患者が、職場や学校等でアナフィラキシーショック（※1）を引き起こした際の緊急対応ができるよう、患者やその家族、職場や学校等と、医療機関や消防機関等との連携協力体制が必要です。
- 災害時に患者やその家族が適切な対応を行うことができるよう、日頃からの備えの周知や、避難所の運営者等が適切な支援を行えるよう、情報提供や、アナフィラキシー等の重症化を予防するための周知が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

患者が疾患の症状に応じた適切な自己管理を行えるとともに、その家族や関係者が適切な支援を行えるよう、医学的知見に基づく適切な情報を入手しやすい体制を整備する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆発症・重症化の予防や症状の軽減のための取組の推進
- ◆適切な医療を受けられる体制の整備
- ◆アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

（1）発症・重症化の予防や症状の軽減のための取組の推進

- 県は、医療機関・医療関係者と連携して、アレルギー疾患に関する正しい知識、医療機関の情報等について、患者やその家族、支援者等にホームページや研修会等の様々な機会を通じて情報提供や普及啓発に取り組めます。
- 県は、アレルギー疾患の発症・重症化予防や症状の軽減を図るため、大気中や室内環境におけるアレルゲンや増悪因子の軽減や回避のための対策に取り組めます。
- 県は、アレルギー疾患の悪化要因の軽減を図るため、喫煙の防止や乳幼児へのスキンケアの実施等生活スタイルの改善に関する周知や普及啓発に取り組めます。

（2）適切な医療を受けられる体制の整備

- 県は、アレルギー疾患対策推進協議会を通じて地域の実情を把握し、医療機関・医療関係者と連携して、アレルギー疾患患者が居住する地域や年代に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療を受けることができるよう体制を整備していきます。
- 県は、患者が居住する地域や年代に関わらず、等しくそのアレルギーの状態に応じて適切な医療を受けることができるよう、医療関係者の知識・技術の向上に向けての研修実施を支援するとともに、最新の科学的知見に基づく医療情報や研修等の情報を入手しやすい方法で提供します。

（3）アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

- 県は、医療機関・医療関係者と連携して、保健福祉関係者、学校、保育所等の施設の職員など、アレルギー疾患患者に関わる者に対して、アレルギー疾患の必要な知識、発症予防、乳幼児に係る保健指導、緊急時の対応に関する知識の習得を図る研修を実施し、関係者の資質向上に取り組めます。

- 県は、患者やその家族、患者に関わる者等に対し、適切な相談窓口の案内をします。
- 県は、災害時の患者の自己管理や避難所等での対応について情報提供を行います。

■用語解説

※1 アナフィラキシーショック

食物、薬物、ハチの毒等が原因で起こるアレルギー反応により、皮膚、呼吸器、消化器等複数の臓器に同時又は急激に症状が現われることをアナフィラキシーと呼ぶ。アナフィラキシーに血圧の低下や意識の低下がある場合を、アナフィラキシーショックといい、生命の危機に関わるため、直ちに適切な対応、治療が必要となる。

第 6 節 血液確保対策と適正使用対策

1 現状・課題

【現状】

- ・輸血用血液製剤や血漿分画製剤などの血液製剤は、献血により得られる血液を原料としていることから、血液製剤を安定的に供給するためには、血液を十分に確保することが求められています。
- ・一人あたりの献血量の増加などにより、以前と比べて少ない人数で必要な献血量を確保できていますが、今後、高齢化の進展による年齢構成の変化や人口減少により、献血可能人口の減少が見込まれます。

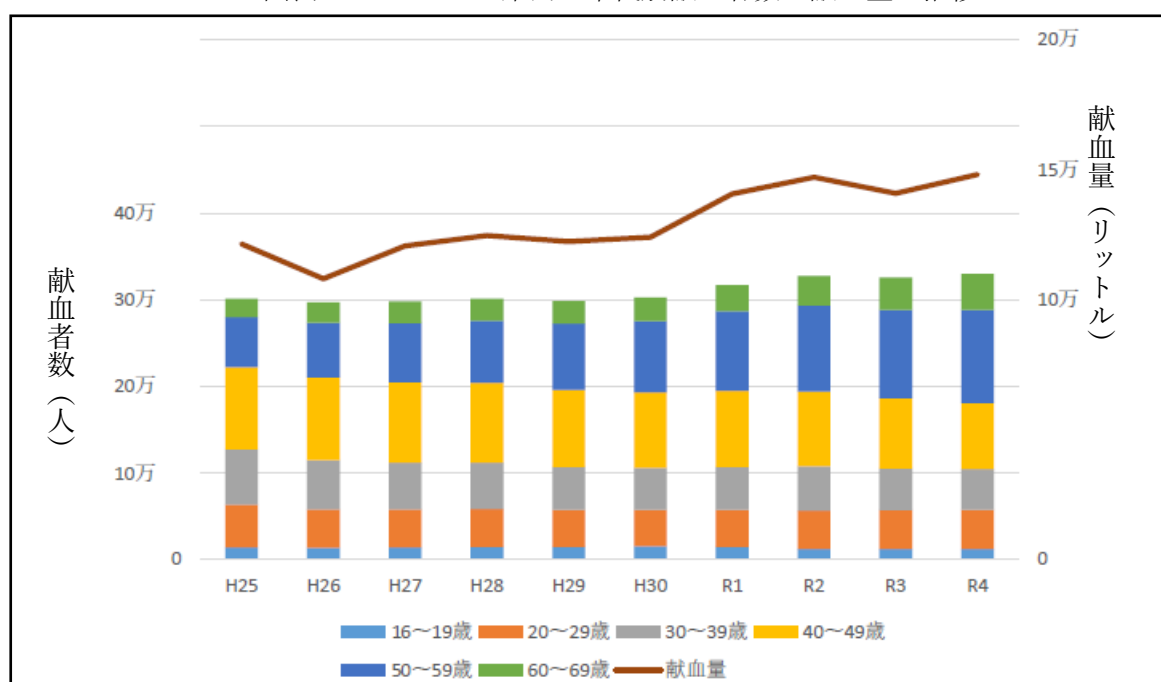
【課題】

- ・10 歳代～30 歳代は、献血者数及び全献血者数に占める割合がともに減少しています。
- ・血液製剤の適正使用については、最新の知見に基づいて検討していく必要があります。

(1) 血液確保対策

- 輸血用血液製剤や血漿分画製剤などの血液製剤は、献血により得られる血液を原料としているため、医療機関に安定的に血液製剤を供給するためには、血液を十分に確保する必要があります。
- 県では、国が定める献血推進計画に基づき、献血の受入れが円滑に実施されるよう、県、市町村及び県赤十字血液センター等が取り組むべき献血推進施策を、毎年度、神奈川県献血推進計画として定め、必要な献血量を確保しています。
- 厚生労働省令和 4 年度薬事・食品衛生審議会調査会資料によれば、近年、一人あたりの献血量の増加などにより、以前と比べて少ない人数で必要な献血量を確保することができています。
- 一方で、10 代から 30 代の献血者数は、この 10 年で約 2 割減少しており、全献血者に占める若い世代の割合は減少しています。

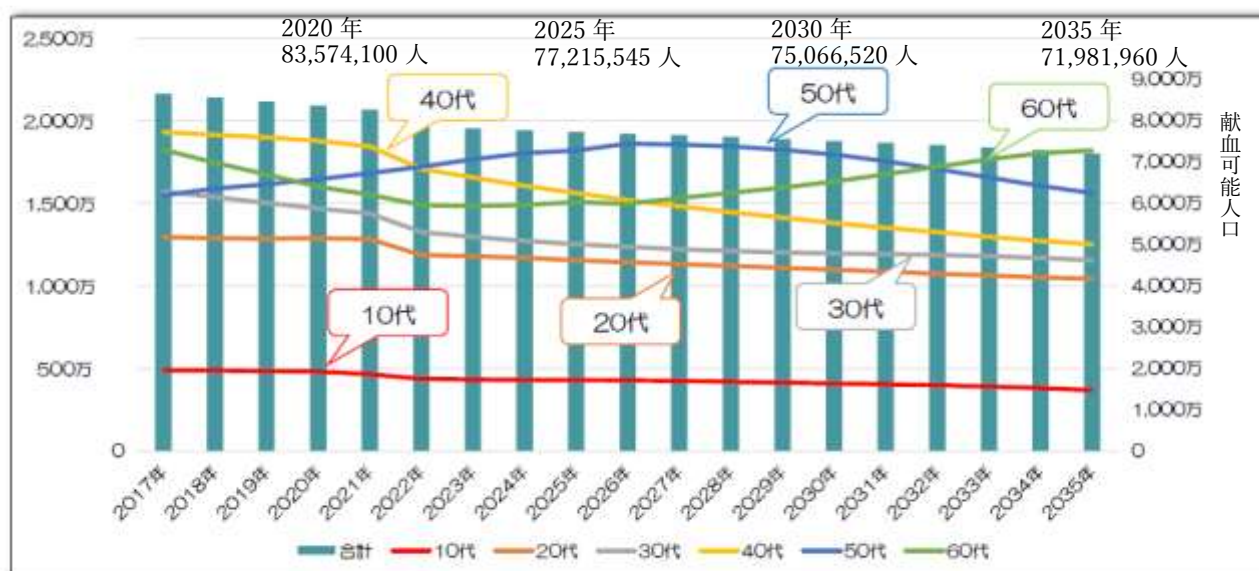
図表 2-8-6-1 県内の年代別献血者数と献血量の推移



(出典) 神奈川県赤十字血液センター資料より県作成

- さらに、国検討会（厚生労働省令和4年度薬事・食品衛生審議会調査会）における資料によると、全国における今後の献血可能人口の予測については、令和2（2020）年の約8,357万人から、15年後の2035年には、約7,198万人と、約13.9%減少すると予測されています。

図表2-8-6-2 献血可能人口の推移（全国）



出典：「令和2年国勢調査 人口等基本集計（総務省統計局）」（主な内容：男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態、母子・父子世帯、国籍など）

- そのため、将来にわたり安定的に血液を確保するためには、若年層を中心とした幅広い世代への理解と協力が不可欠になっています。

（2）血液製剤の適正使用対策

- 近年、血液製剤の安全性は格段に向上してきましたが、免疫性、感染性輸血副作用や合併症が生じるリスクは完全に排除できないことから、より適正な使用を推進する必要があります。
- 血液製剤の適正使用を推進するため、医療機関や採血事業者等の関係者が参加して、血液製剤の適正使用を推進する上での課題の認識や手法の検討、実施等の取組を行う神奈川県合同輸血療法委員会（※1）を設置しています。
- 血液製剤の適正使用にかかる様々な取組は、常に最新の知見に基づき検討していく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

安定的に必要な量の血液を確保し、安全な血液製剤を必要とされる人に供給できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆血液確保対策

- ・ 関係機関との連携による献血者の確保及び若年層への普及啓発

◆血液製剤の適正使用対策

- ・ 血液製剤の使用状況や課題等の共有による適正使用の推進

(1) 血液確保対策

- 県は、県赤十字血液センター及び市町村と緊密な連携を図り、企業・団体における集団献血を推進し、献血者の確保に取り組みます。
- 県、市町村及び県赤十字血液センターは、広く県民が献血の意義を理解し、献血行動につなげるよう、効果的な普及啓発を促進します。
- 特に、若年層への普及啓発の強化として、献血 Web 会員サービス「ラブラッド」(※2) の活用を促すなど、献血を体験した方に、長期にわたり複数回献血に協力してもらえるような普及啓発を実施します。

(2) 血液製剤の適正使用対策

- 血液製剤の適正使用を進めるため、神奈川県合同輸血療法委員会(※1)において、血液製剤の使用状況や輸血療法にかかる最新事例や課題等を共有するなどして、血液製剤の適正使用を推進していきます。

■用語解説

※1 神奈川県合同輸血療法委員会

血液製剤の適正使用を推進することを目的に、各医療機関の輸血療法委員会の委員長や輸血責任医師、輸血業務担当者等を構成員として設置。

※2 献血 Web 会員サービス「ラブラッド」

日本赤十字社が運営している Web 会員サービスで、会員登録を行った献血者は、献血の予約、事前問診回答、血液検査(献血記録)の確認などを行うことができる。

第7節 臓器移植・骨髄等移植対策

1 現状・課題

【現状】

- ・国内で臓器提供を待っている人は約 16,000 人である一方、移植を受けられる人は、年間約 400 人で約 3%という状況です。
- ・国内で角膜提供を待っている人は約 1,900 名である一方、提供者数は年間約 600 人という状況です。
- ・令和5年4月現在、全国の骨髄ドナー登録者数は 545,422 人であり、患者登録後、最初の適合検索で一人以上のHLA適合ドナー※が見つかる確率は 95.8%となっています。

【課題】

- ・各移植待機者が多く、提供数の拡大が必要です。
- ・造血幹細胞移植のドナー登録には 54 歳までという年齢制限があり、毎年約 2.8 万人の登録が抹消されていることから、若い世代への啓発が必要です。

(1) 臓器移植

ア 臓器移植に係る県取組

- 「臓器の移植に関する法律」及び「都道府県臓器移植連絡調整者設置事業の推進について（臓器移植対策室長通知）」に基づき、県臓器移植コーディネーターを設置し、臓器あっせん業務及び臓器移植の普及啓発を行っています。
- 本県、県臓器移植コーディネーター及び県内医療機関等が協力し、県民への普及啓発や医療機関の体制整備に取り組んでいます。

イ 提供数拡大の必要

- 普及啓発については、運転免許証や保険証等の裏面にある臓器提供に関する意思表示欄への記入を促進する等の取組を進めているものの、国内で臓器提供を待っている人は、公益社団法人日本臓器移植ネットワークによると、約 16,000 人である一方、移植を受けられる人は、年間約 400 人で約 3%という状況であり、提供数の拡大が必要です。

(2) 角膜移植

ア 角膜移植に係る県取組

- 角膜提供・移植等に関し、角膜あっせん業務及び角膜移植の普及啓発を行う角膜移植コーディネーターを設置しています。

イ 提供数拡大の必要

- 厚生労働省「臓器移植の実施状況等に関する報告書（令和5年6月8日）」によると、令和5年3月時点で、全国で移植を待機している患者は 約 1,900 名である一方、提供者数は年間約 600 人という状況であり、提供数の拡大が必要です。

(3) 造血幹細胞移植

ア 造血幹細胞移植に係る県取組

- 令和5年4月現在、全国の骨髄ドナー登録者数は 545,422 人であり、患者登録後、最初の適合検索で一人以上のHLA適合ドナー※が見つかる確率は 95.8%となつて

います。

- 現在、県内の骨髄ドナー登録受付窓口は、日本赤十字社の献血ルーム8箇所、県保健福祉事務所等2箇所及び横須賀市保健所に設置されており、また常設の登録窓口の他に、県や日本骨髄バンク、日本赤十字社等が連携し、ドナー登録会を随時実施しています。

- 全国で事業を行っているさい帯血バンク（日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク、東海大学さい帯血バンク等）がそれぞれの提供施設（産科病院）で採取された、さい帯血の検査、分離、保存及び公開を行っています。

イ 提供数拡大の必要

- 令和5年4月末で骨髄移植を希望されている患者が全国で1,723人おり、移植を受けられない患者が多いことから、ドナー登録者の拡大が必要です。
- 骨髄移植のドナーには54歳までという年齢制限があり、毎年約2.8万人の登録が抹消されていることから、若い世代への啓発が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

臓器・角膜・造血幹細胞移植を必要とする人に、提供できる環境が整備されている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆臓器移植
- ◆角膜移植
- ◆造血幹細胞移植

（1）臓器移植

- 移植待機者の減少及び待機期間の短縮化を図るため、引き続き、県臓器移植コーディネーター及び県内医療機関と協力し、県民への普及啓発や医療機関の体制整備への取組を強化します。
- 各医療機関で臓器移植の窓口となる院内コーディネーターを養成し、臓器提供発生時の連絡調整が円滑に進むよう取り組みます。

（2）角膜移植

- 移植待機者の減少及び待機期間の短縮化を図るため、普及啓発を強化することにより、角膜提供に関する意思表示の理解・促進を図ります。

（3）造血幹細胞移植

- 引き続き、常設のドナー登録受付窓口を設置するとともに、ドナー登録会を適宜実施し、ドナー登録の拡充を図ります。
- 若い世代のドナー登録者数を増やすため、県内大学でのドナー登録会の実施や普及啓発を実施します。
- 「神奈川県造血幹細胞移植推進協議会」において、骨髄・さい帯血移植の登録者数の増加について協議していきます。

■用語解説

※1 HLA適合ドナー

赤血球にA・B・O・ABの血液型があるように、白血球にも型があり、HLA型といわれるこの型は、ヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen）の略で、その組合せには数万通りがある。骨髄または末梢血幹細胞移植のためには、骨髄等提供者（ドナー）と患者のHLAが適合することが必要。

第3部 地域医療構想

- 平成 26 年 6 月に「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が制定され、同法により改正された医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定により、都道府県には、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を示す「地域医療構想」の策定が義務付けられました。
- 県では、平成 28 年 10 月に 2025 年までを対象期間とする「神奈川県地域医療構想」を策定しました。
- 国は、「2025 年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる 2040 年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある」として、スケジュールを示しています。
- 今後、国が行う新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討の結果を踏まえて、本県でも 2025 年に新たな地域医療構想を策定する予定です。

【基本的事項】

- 地域医療構想は、高齢化の進展に伴い、医療ニーズが増大する中において、地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制を構築することを目的として、2025 年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示すものです。

＜策定根拠＞

医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号及び第 8 号

＜記載事項＞

- 1 構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された以下の数値
 - ア 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
 - イ 将来の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量
- 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項

【地域医療構想の基本方針】

- 神奈川県地域医療構想では、県全体や県内の 9 つの地域における 2025 年に向けた取組の方向性を示しています。県や各地域では、地域の病院・診療所関係者や医療保険者などと話し合いながら、それぞれの地域で必要な病床機能の確保、在宅医療の充実、医療従事者の確保に向けた取組などを推進します。また、未病を改善する取組など、健康寿命を延ばす取組とも連携し、医療・介護ニーズの伸びの抑制を図ります。

＜施策の方向性＞

- 1 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制構築に向けた取組
- 2 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る取組
- 3 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に向けた取組

＜神奈川の将来をめざすがた＞

誰もが元気でいきいきとくらしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川をめざします。

＜各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想＞

本県では、9の構想区域（＝二次保健医療圏）を設定しており、各地域の特性、課題等に応じた施策を進めています。

【神奈川県地域医療構想 構想区域】

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

なお、横浜市では「よこはま保健医療プラン」、川崎市では「かわさき保健医療プラン」、相模原市では「相模原市保健医療計画」を独自に作成し、詳細を記載していますので、参照してください。

図表 3-1 令和 7 年（2025 年）の入院医療需要及び必要病床数

（単位：医療需要は人/日、必要病床数は床）

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

※推計された必要病床数については、次のことに留意する必要があります。

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

図表 3-2 令和 7 年（2025 年）の在宅医療等の必要量

（単位：人/日）

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

第4部 計画の推進

第1章 計画の推進体制等

第1節 計画策定の検討経緯

- 医療法では、医療計画の作成に当たっては、診療又は調剤に関する学識経験者の団体や医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴かなければならないとされています。
- 8次計画の策定に当たり、医療を提供する立場の者、医療を受ける立場の者、学識経験者、保健者協議会などの関係者からなる「神奈川県保健医療計画推進会議」を中心に検討を進めました。

年	月 日	会議名
令和5年	5月30日	第1回保健医療計画推進会議
	7月28日	第2回保健医療計画推進会議
	7～8月	地域医療構想調整会議（県内8地域）
	10月3日	第3回保健医療計画推進会議
	10月	地域医療構想調整会議（県内8地域）
	10月20日	第1回医療審議会
	11月6日	第4回保健医療計画推進会議
	12月4日	第5回保健医療計画推進会議
	12月20日～	パブリック・コメント（意見募集）
令和6年	1月19日	
	1～2月	
	2月__日	
	3月__日	第2回医療審議会

【神奈川県保健医療計画推進会議】

〔所掌事項〕

- ・保健医療計画の再検討
- ・保健医療計画達成の推進
- ・その他計画の再検討及び推進に必要な事項

〔構成員〕

- ・医療を提供する立場にある者
- ・医療を受ける立場にある者
- ・学識経験者
- ・医療保険者
- ・保健医療行政に携わる者

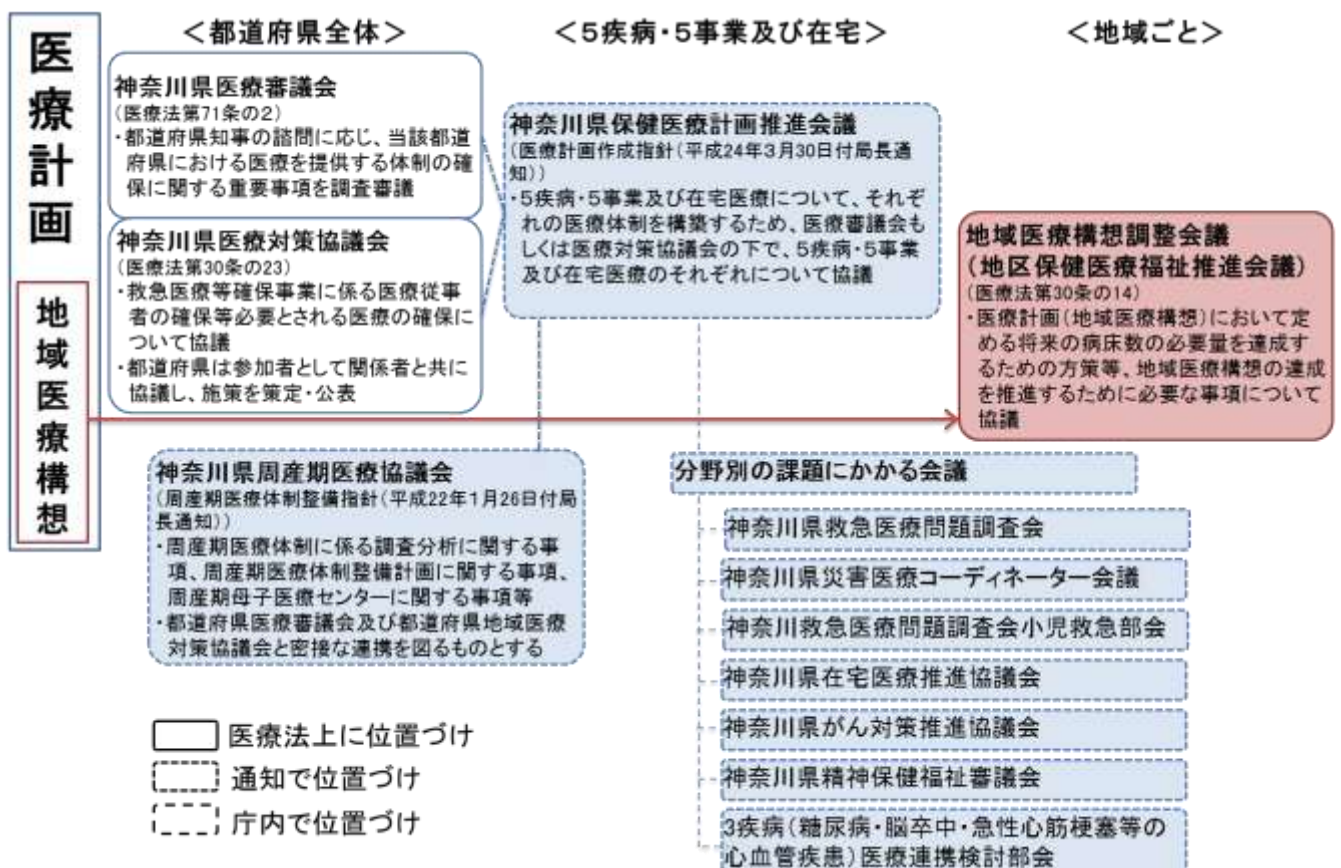
第2節 計画の推進体制

1 全県の推進体制

- 県では、医療を提供する立場の者、医療を受ける立場の者、学識経験者、医療保険者などの関係者からなる「神奈川県保健医療計画推進会議」を設けており、引き続き、同会議により計画の円滑な推進を図ります。
- また、医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため「神奈川県医療審議会」を、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保に関する事項等を協議するため「神奈川県医療対策協議会」を設けています。
- 今後も、神奈川県保健医療計画推進会議を中心として、個別課題については各分野の協議会、部会等を活用しながら、計画の円滑な推進に努めます。

2 各地域の推進体制

- 各二次保健医療圏については、政令指定都市を除く圏域では、各地区保健医療福祉推進会議等により、保健福祉事務所等が中心となって地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」に基づく施策を推進します。
- 各政令指定都市においても、地域医療構想調整会議等を通じた地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」及び各市の計画に基づく施策を推進します。



第3節 計画の進行管理

- 6事業・5疾病及び在宅医療の医療体制を構築するにあたっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などで施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要です。
- 施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、PDCAサイクルを通じた見直しを含めた改善を行います。
- 評価にあたっては、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものであるロジックモデルを導入し、PDCAの管理を行います。
- 医療体制の構築にあたっては、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要があるため、指標をストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類し、活用することが有効とされています。

・ストラクチャー指標（S）

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

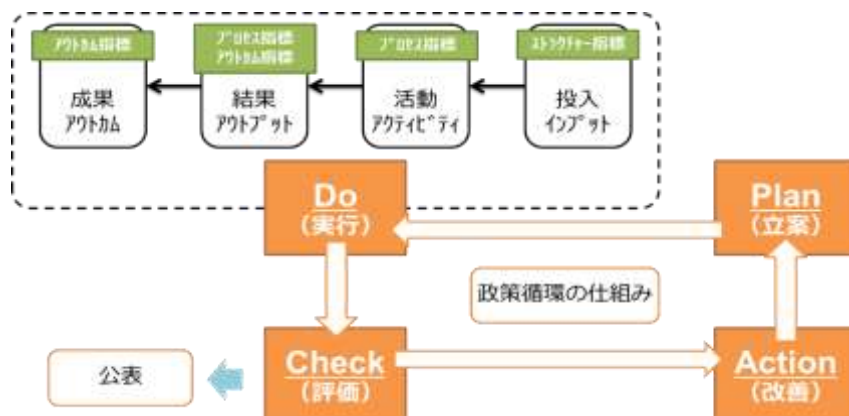
・プロセス指標（P）

実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

・アウトカム指標（O）

住民の健康状態や患者の状態を測る指標

- 保健医療計画の進捗状況については、設定した数値目標の達成度等について、ロジックモデルも用いながら、県が定期的に把握します。
- 計画の評価にあたっては、神奈川県保健医療計画推進会議、あるいは個別分野に関して設置されている協議会等の意見を聴きながら評価を行い、必要に応じて見直しを行うなどにより、計画を推進していきます。また、評価結果については、県ホームページにより公表します。
- なお、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更することとされています（法第30条の6）。



〔 第5部 別冊 〕