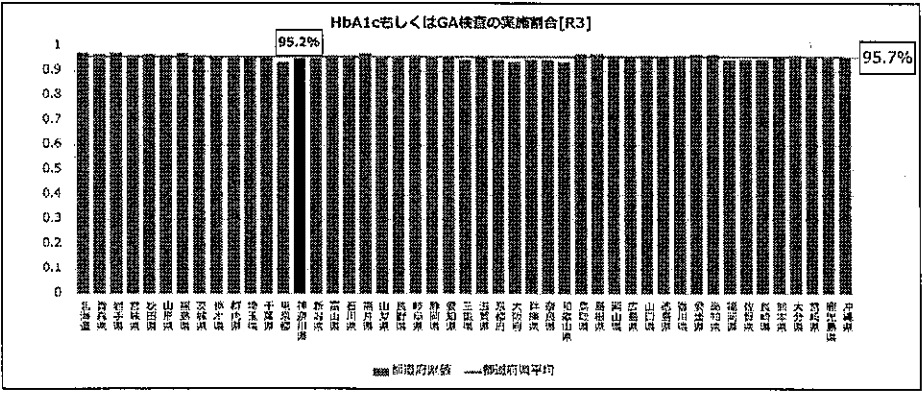


厚生労働省「NDB」  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

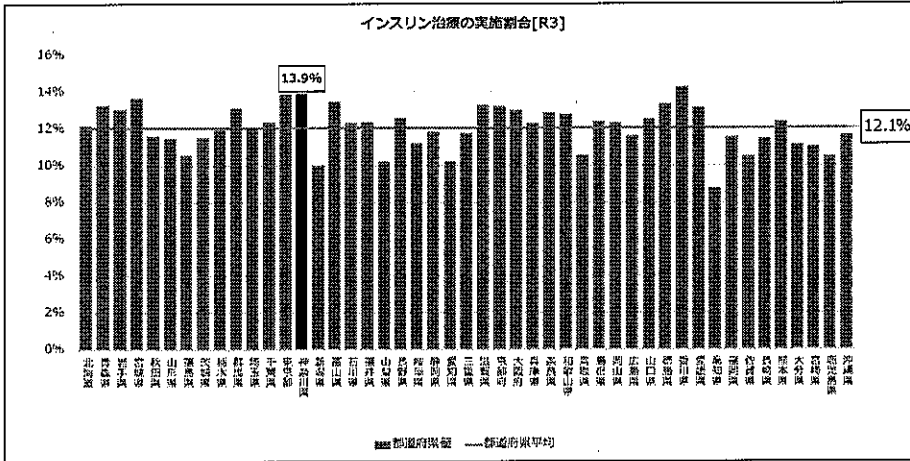
イ 治療

- 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GA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。



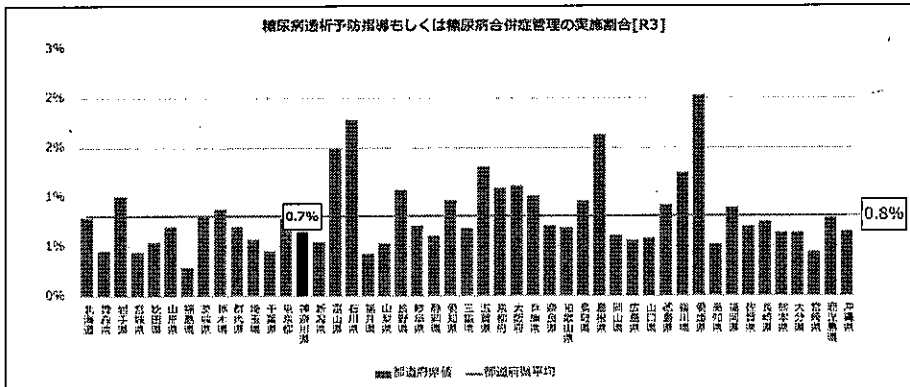
厚生労働省「NDB」(令和3年)

- 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。



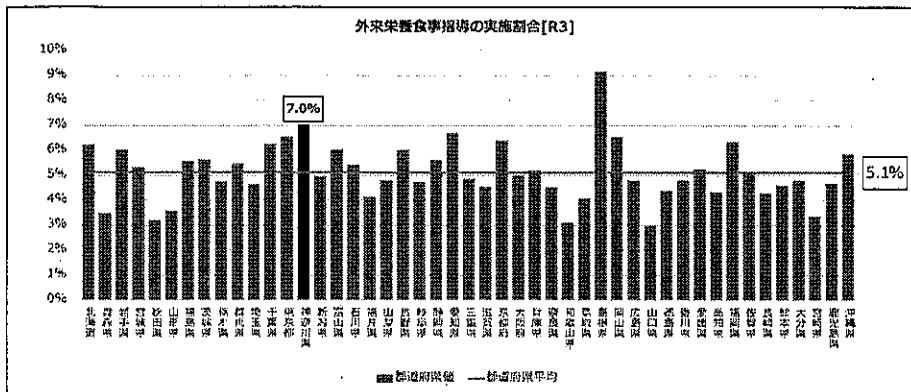
厚生労働省「NDB」(令和3年)

- 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。

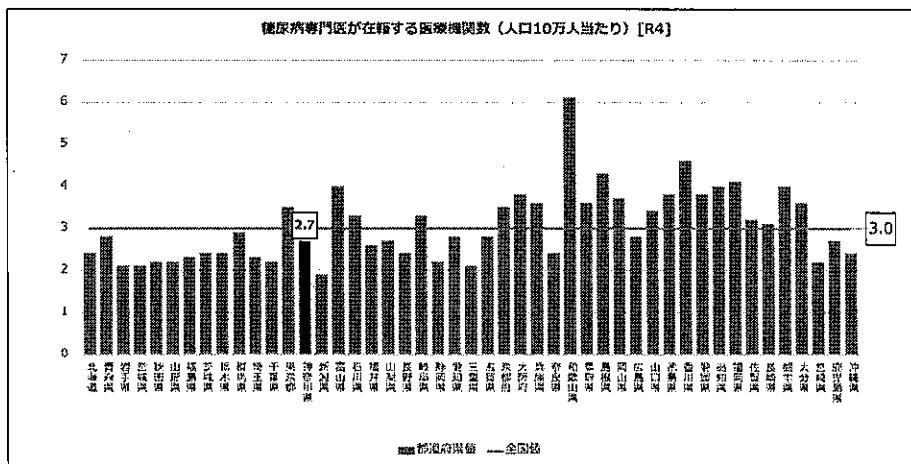


厚生労働省「NDB」（令和3年）

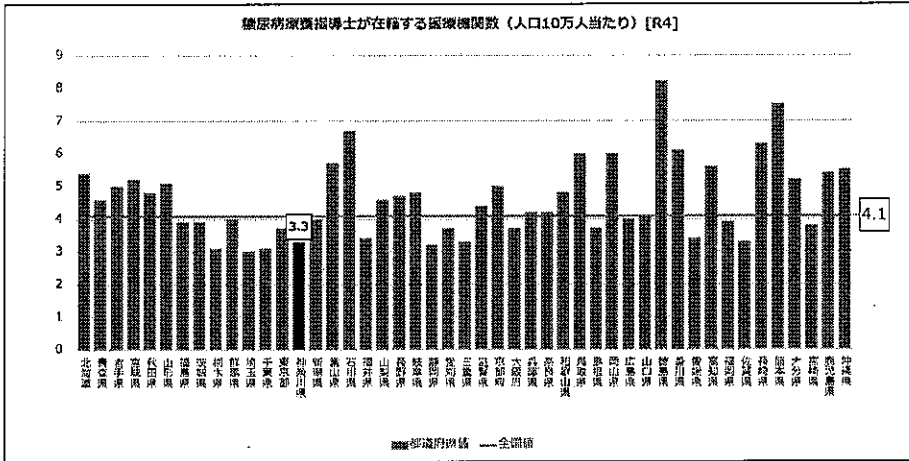
- このように、県における糖尿病の治療および重症化予防について、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。
- 一方で、糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合は低値となっているため、割合の向上に向けた取組が必要です。

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）



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

### (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。

### (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、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。
- 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。

**コラム** ～ 慢性腎臓病（CKD）とは ～

- 主に糖尿病や高血圧など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>

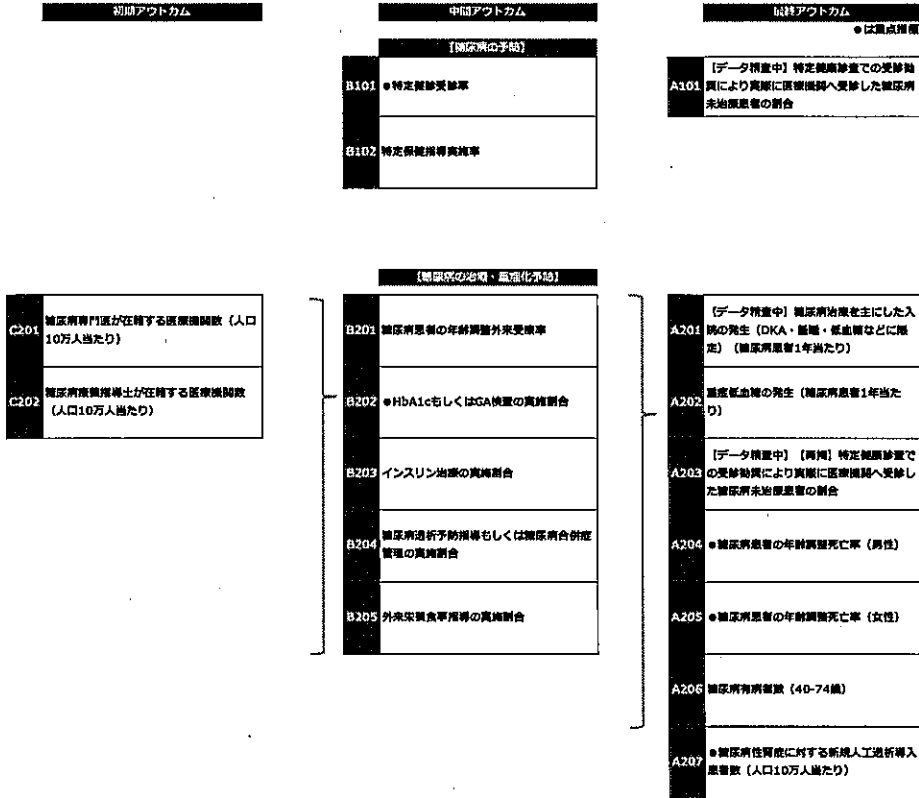
- 広く慢性腎臓病（CKD）の普及啓発を目的とした県民向けリーフレット及び腎臓専門医への紹介の基準などについて啓発を行うことを目的としたかかりつけ医向けリーフレットを作成、配布しています。
- また、県民向けの講演会や相談会、医療従事者向けの研修会を実施しています。
- さらに、医師会などの協力を得て、平成29年に、県独自の「かながわ糖尿病未病改善プログラム」を作成し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する取組を行ってきました。

<今後の取組>

- 県内の腎臓専門医療機関や関係団体、保険者、行政が集まる会議において、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など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

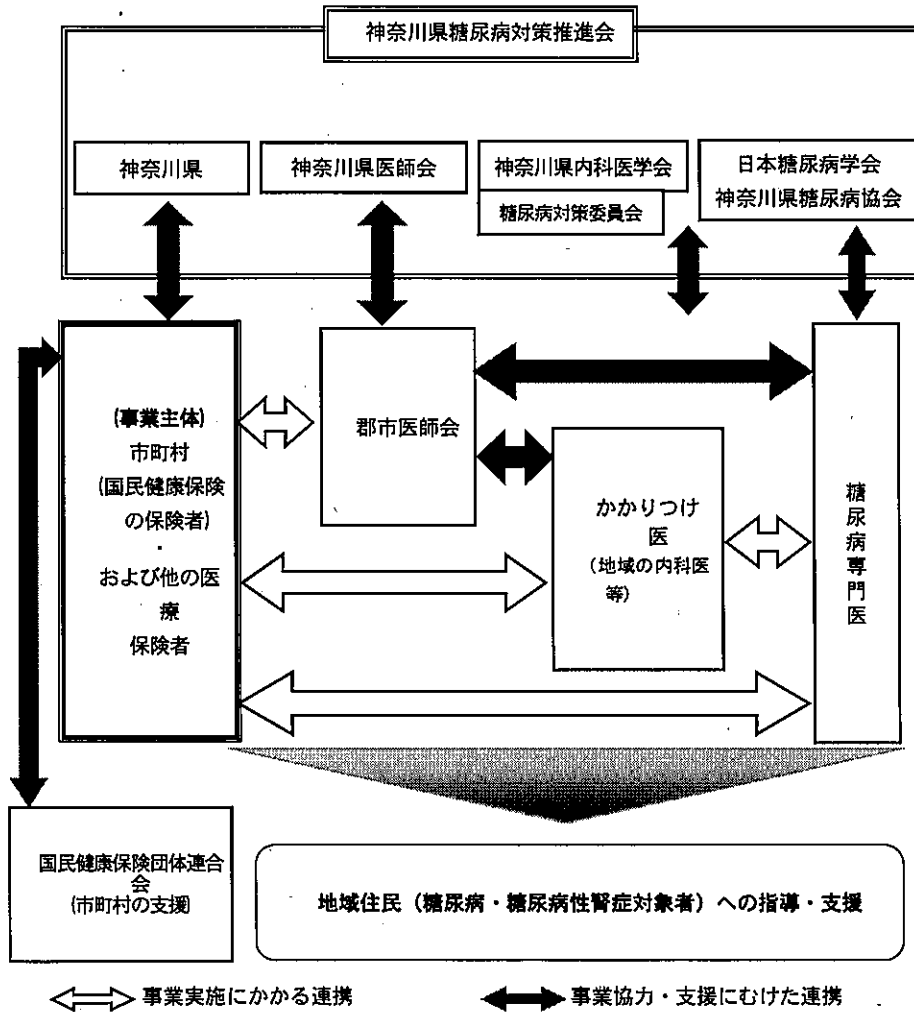
種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB	2.7(R4)	
	C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB	3.3(R4)	
中間	B101	特定健診受診率	厚生労働省, NDB	52.4(R2)	
	B102	特定保健指導実施率	厚生労働省, NDB	18.0(R2)	
	B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省, NDB	95.0(R2)	
	B202	HbA1cもしくはGA検査の実施割合	厚生労働省, NDB	95%(R3)	
	B203	インスリン治療の実施割合	厚生労働省, NDB	14%(R3)	
	B204	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)	
	B205	外来栄養食事指導の実施割合	厚生労働省, 国民健康・栄養調査	7%(R3)	
	A101	【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5年12月把握予定)	
最終	A201	【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5年12月把握予定)	
	A202	重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)	厚生労働省, NDB	0.01(R3)	
	A203	【データ精査中】【再掲】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5年12月把握予定)	
	A204	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	総務省, 人口動態特殊報告	3.80(H27)	
	A205	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	総務省, 人口動態特殊報告	1.90(H27)	
	A206	糖尿病有病者数(40-74歳)	厚生労働省、特定保健審査の結果をもとに推計	(令和5年12月把握予定)	
	A207	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)	厚生労働省, NDB	9.58(R3)	



■糖尿病の医療機能の連携体制 【医療保険課】

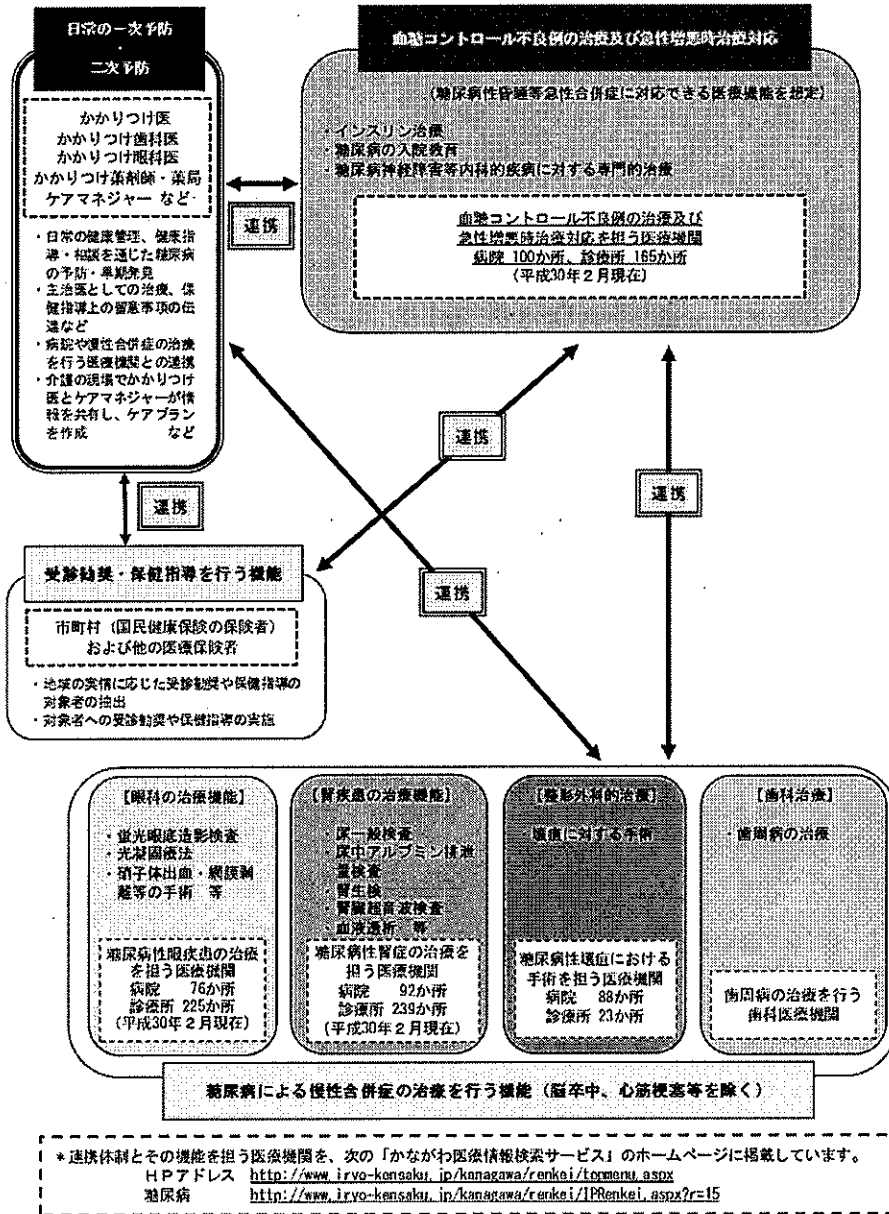
○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

(=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

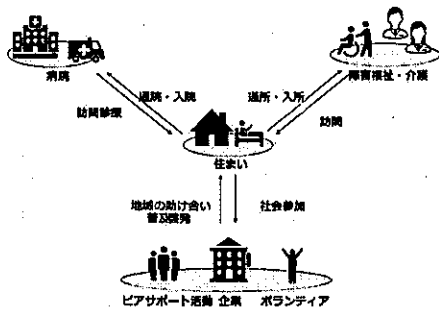
### 1 現状・課題

#### 【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。

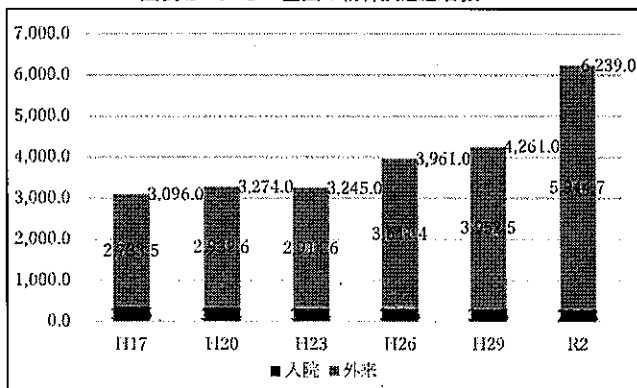


#### (1) 精神疾患について

##### 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2-5-1）

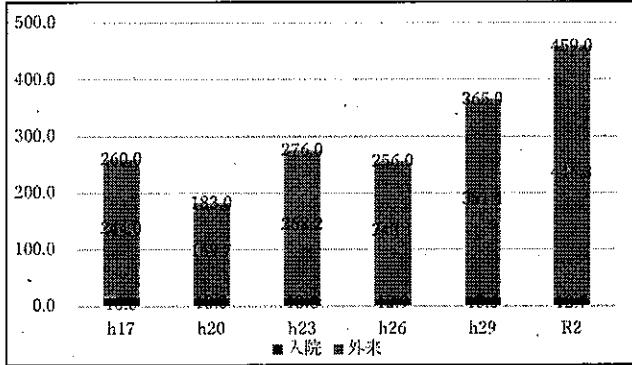
図表2-5-1 全国の精神疾患患者数



（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）

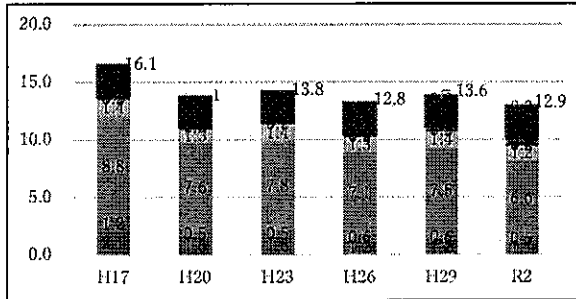
図表 2-5-2 神奈川県精神疾患患者数



(出典) 厚生労働省「患者調査」

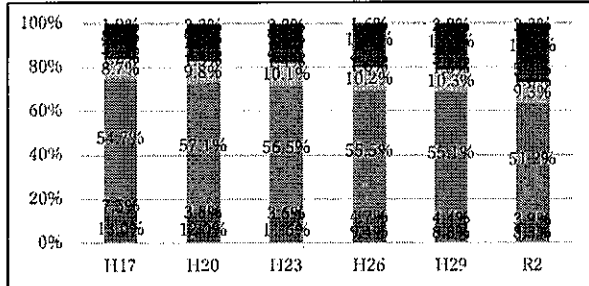
- 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害（うつ病など）が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。（図表2-5-3）（図表2-5-4）

図表 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」

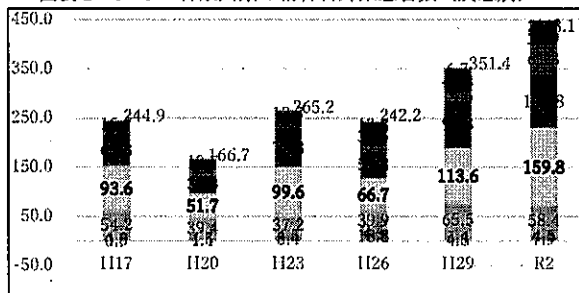
図表 2-5-4 神奈川県精神科入院患者の割合（疾患別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

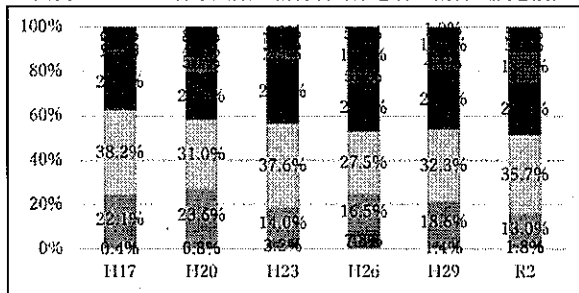
- 本県の外来患者数（※3）は、44万6千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害（うつ病など）が35.7%、神経症性障害（不安障害など）が23.4%、その他の精神及び行動の障害が13.7%の順となっています。（図表2-5-5）（図表2-5-6）

図表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」

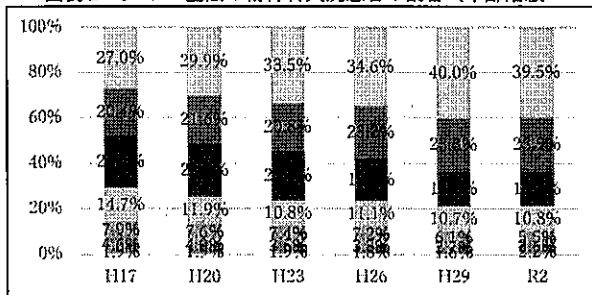
図表2-5-6 神奈川県精神科外来患者の割合（疾患別）



（出典）厚生労働省「患者調査」

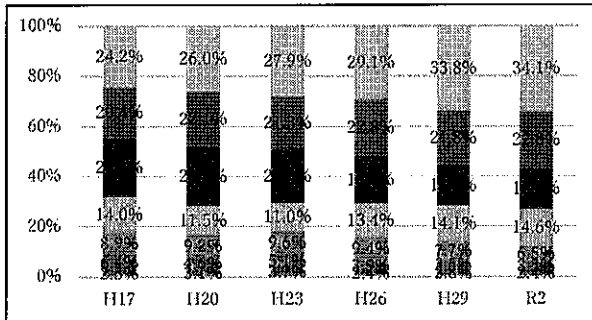
- 入院患者を年齢階級で見ると、全国及び本県ともに75歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25歳から54歳の占める割合が全国の18.9%に対して24.4%と高くなっています。（図表2-5-7）（図表2-5-8）

図表2-5-7 全国精神科入院患者の割合（年齢階級）



（出典）厚生労働省「患者調査」

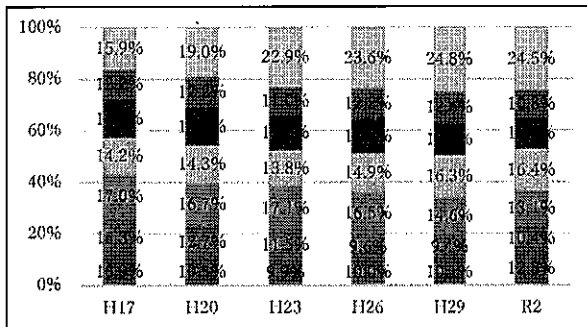
図表 2-5-8 神奈川県精神科入院患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

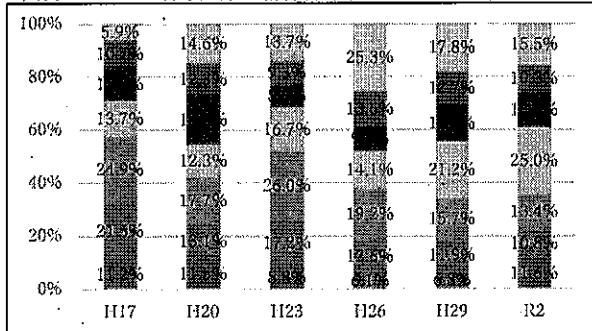
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。(図表2-5-9) (図表2-5-10)

図表 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」

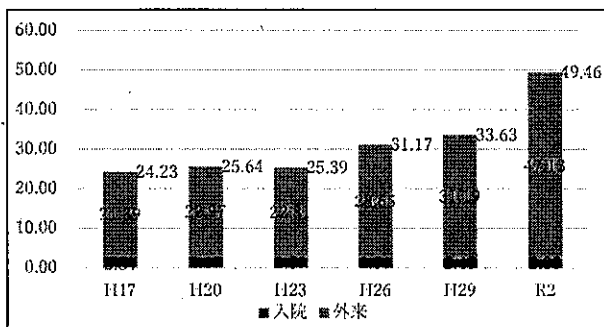
図表 2-5-10 神奈川県精神科外来患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

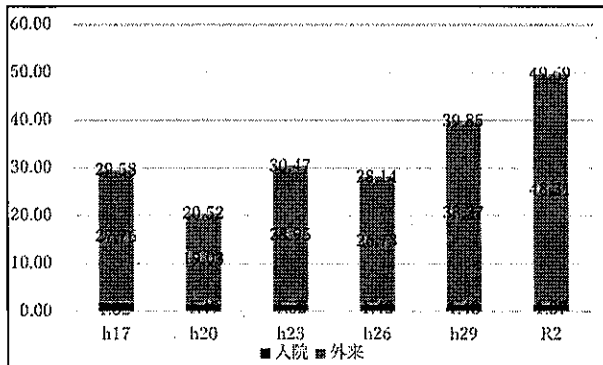
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの入院患者数は、全国の2.33人に対して、本県は1.37人で、0.96人少ない状況にあります。(図表2-5-11)(図表2-5-12)
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの外来患者数は、全国の47.13人に対して、本県は48.31人で1.18人多い状況にあります。(図表2-5-11)(図表2-5-12)

図表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」

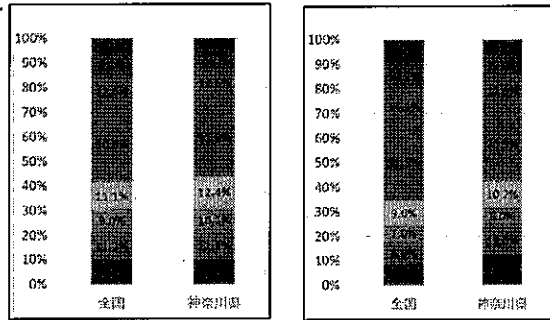
図表2-5-12 神奈川県人口千人当たり総患者数



(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2-5-13)

図表 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 2-5-14)

(作成予定) 図表 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)

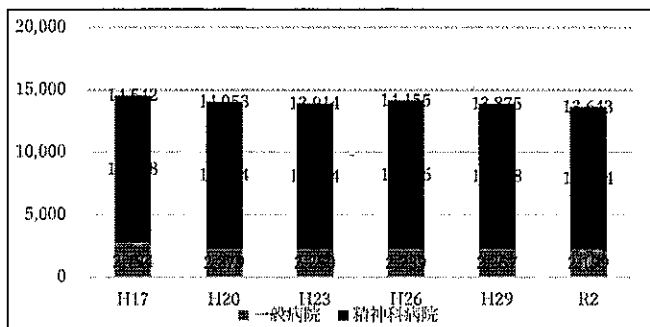
(作成予定) 図表 2-5-15 在院期間 1 年以上の患者数

(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)



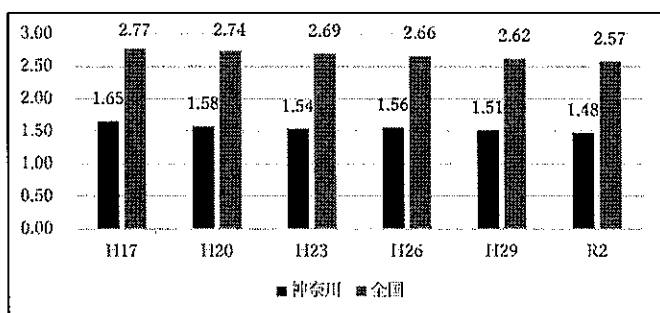
図表 2-5-16 神奈川県内の精神病床数



(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 2-5-17)

図表 2-5-17 人口千人当たりの精神病床数



(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。

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	○	○	○
(地独) 神奈川県立病院機構 精神医療センター	横浜市港南区	○	○	○
(医) 誠心会 神奈川病院	横浜市旭区	○	○	—
(学) 北里研究所 北里大学病院	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、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。治療を必要とする精神障がい者が、どの医療機関を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も多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- 精神疾患の中には、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れず、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。
- 精神障がいの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

### (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みます。
- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。
- 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。
- 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。
- 未病指標及び未病ブランド等の地域展開で、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・サービス等の介入で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 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。

### ウ 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

ることができるよう、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。

#### エ 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。

#### オ 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。

#### カ 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ないよう、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

#### 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、精神障がい者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られた入院者に対して、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、相談支援に取り組めます。

#### 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、精神障がい者を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×平均診察間隔）×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。

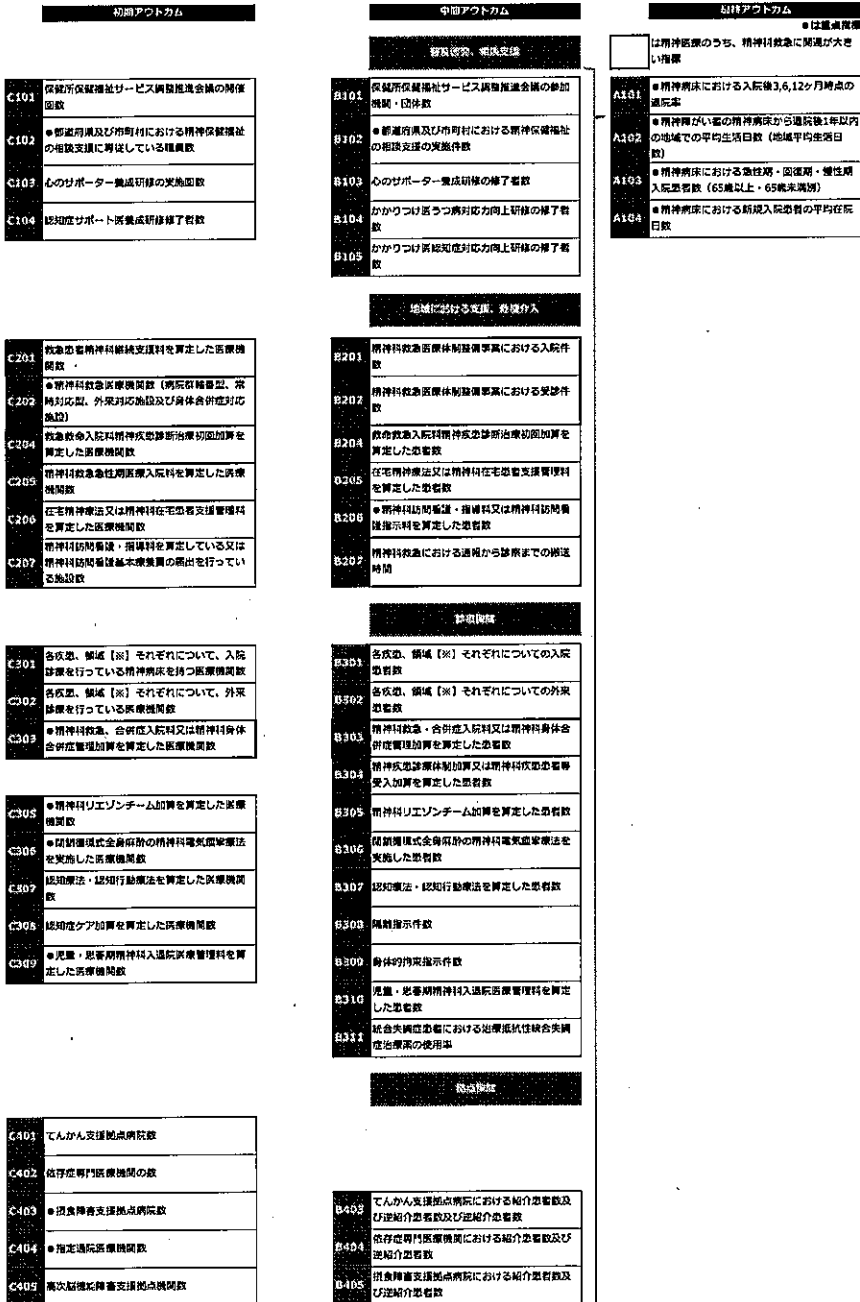
三次予防は、治療過程においてリハビリテーション等を行うことにより、社会復帰を促したり、再発を防止する取組を指す。

### ※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)	
	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)	
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県HP「皆さんも「こころサポーター」になりませんか？」	10回(R4)	
	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)	
	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)	
	C202	精神科救急医療機関数(病群輪番型、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	0.60機関 (R4)	
	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)	
	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)	
	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)	
	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)	
	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 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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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		アルコール依存症 0.07機関 薬物依存症 0.04機関 ギャンブル等依存症 0.04機関 (R2)

	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)
	C404	指定通院医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, HP 「指定通院医療機関 の指定状況」	1.13 機関 (R4)
	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)
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)
	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)
	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	13.11 人 (R4)
	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)
	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)
	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	10.98 件 ・措置入院 7.58 件 ・医療保護入院 3.39 件 (R3)
	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	13.76 件 (R3)
	B204	救命救急入院科精神疾患診 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)
	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)
	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)
	B207	精神科救急における通報か ら診察までの搬送時間	神奈川県のパトロール官 通報の状況につい て	6時間18分 (R3)
	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	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

		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)		57.86人 知的障害 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)	
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)	
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)	
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)	
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)	
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)	
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,	6.34件 (R4)	

			630 調査	
	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)
	B310	児童・思春期精神科入院医 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)
	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)
	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	(令和5年12月 把握予定)
	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	(令和5年12月 把握予定)
	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
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)
	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	331.7 日(R2)
	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)
	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	237.0 日(R3)

### 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】

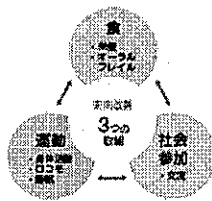
- ・県は、2013年1月に高齢化率21.7%を記録し超高齢社会へと突入しました。県が超高齢社会を乗り越えるためには、県民の健康に対する意識づけを強く促し行動変容に結び付けてくるとともに、県全体でそれを支えていく必要があります。
- ・そのため、すべての世代が未病を自分のこととして考え、「かながわ未病改善宣言」に基づき、「食・運動・社会参加」の3つを柱とする未病改善に取り組むことが重要です。
- ・県では、企業・団体、学校、市町村等と連携し、ライフステージに応じた対策、気軽に実践するための環境づくり、未病を見える化する取組などを推進しています。
- ・新型コロナウイルス感染症による外出制限に伴う「未病改善に係る取組」のオンライン化は、今までアプローチできなかった層への周知・啓発に繋がっています。また引き続きWithコロナに向け、県民が身近な場所で手軽に未病改善に係るアドバイスが受けられるよう環境づくりに努めています。

###### ～「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。



← 未病の改善



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】

- ・「未病改善」の取組を行っている県民の割合が大幅に低下し、コロナ禍による外出自粛等による運動不足や人のかかわりの減少など、未病改善の重要性が改めて認識されています。
- ・そのため、市町村や企業等との連携を通じて、「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必要があります。

##### (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%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づき、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であっては、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等及び、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を認証し、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) 未病改善を見える化する取組

- 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

### (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。
- 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

- 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。
- このほか、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、企業間連携による就業時間内でのプログラムや、買い物をするしながらのウォーキングなど、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「ピオトピア」（※7）内の県の体験型施設「me-hyo 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、CHO構想や健康増進に係る情報を提供します。
- 企業や団体のCHO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）未病改善を見える化する取組

- 「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（MCI）

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。MCI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「ピオトピア」

「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（KDB）

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ったが、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ってい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。
- 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

### (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、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

悩んでいる人に気付き、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、ライフステージに応じた歯及び口腔の健康づくりを進めています。

##### 【課題】

・8020運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保つための取組）に代表されるように、歯と口腔の健康づくりは、生涯にわたる健康の保持増進に寄与するとともに、生活の質の向上にも影響するため、保健、医療、福祉等の多職種連携による、ライフステージに応じた継続的な歯科保健対策が必要です。

#### (1) 乳幼児期・学齢期

- 幼児期及び学齢期のむし歯の罹患状況は改善傾向にあります。しかしながら、地域によって、むし歯の罹患状況は差がありますので、さらに細かい地域別データで検討するとともに、地域差に対応した対策の検討も必要です。
- むし歯を防ぐ効果が示されているフッ化物洗口などのフッ化物応用の実施や、歯と歯肉を観察、歯間部清掃用具を使用する習慣等のセルフケアの実践などに向けて、関係機関及び団体と連携し正しい知識の普及啓発が必要です。

#### (2) 成人期

- 歯の喪失につながる主な疾患である、むし歯や歯周病に罹患する者は一定数おり、成人期の歯周病に罹患する者の割合は変わらない状況です。歯科疾患に対する正しい知識と予防方法等についての普及啓発とともに、かかりつけ歯科医を持ち定期的にプロフェッショナルケアを受けることの重要性や、歯及び口腔の健康づくりの関心を高めるための普及啓発が引き続き必要です。
- 歯周病は、糖尿病をはじめ様々な疾患等や全身の健康と関係があります。歯と口腔の健康づくりと全身の健康との関連性について、引き続き普及啓発の取組が必要です。
- 働き盛りの成人期の健康管理のためにも、関係機関・団体等と連携し、地域や職場における歯と口腔の健康づくりの取組を強化していくことが必要です。
- かかりつけ歯科医を持つなど、県民の行動変容を促し受診率向上につながる対策の検討が必要です。

#### (3) 高齢期

- 本県の高齢期の歯周病に罹患する者や、60歳（55歳～64歳）で24本以上の自分の歯を有する者の割合について平成28年度と直近の令和2年度を比べると、変わらない状況です。歯の喪失につながる、むし歯、歯周病対策を行うとともに、口腔機能を維持するためにも、かかりつけ歯科医を持ち定期的なプロフェッショナルケアを受けることの重要性や、歯及び口腔の健康づくりの関心を高めることが必要です。
- 高齢期に特徴的な根面むし歯等にも対応していくため、ライフステージに応じたむし歯対策が引き続き必要です。



- 高齢期の口腔機能を維持向上することにより要介護状態とならないよう、引き続きオーラルフレイル※1対策に取り組んでいく必要があります。
- 高齢者の誤嚥性肺炎には、口腔機能と口腔衛生状態が関係しています。歯及び口腔の健康づくりが全身の健康づくりにも影響することを踏まえて、医科歯科連携をはじめ他職種との連携を引き続き進めていく必要があります。

(4) 障がい児者及び要介護者

- 摂食機能発達には、関係機関及び関係団体と連携した支援体制を充実させるためにも、関係者への普及啓発が必要です。
- 障がい者や要介護者の口腔機能が維持向上するためには、定期的な歯科検診が受けられるような取組や要介護者のオーラルフレイル対策が必要です。

## 2 施策の方向性

(1) 乳幼児期・学齢期（県、市町村、学校、医療機関・医療関係者）

- 地域のむし歯の現状や要因及びフッ化物を利用したむし歯予防方法等、歯と口腔の健康づくりに関する情報提供を行います。
- 子どもの歯と口腔の健康づくりに関する相談窓口や、子どもとのふれあいを重視した歯みがき指導など、子育て支援に資する歯科保健相談及び指導体制の充実を図ります。
- むし歯予防、摂食機能発達支援及び食育など、健全な歯と口腔の育成支援体制の充実に取り組みます。
- 市町村や学校等で、むし歯及び歯肉炎の予防のための歯科保健指導及び歯科保健教育を受ける機会の充実を図り、自己観察の習慣や口腔衛生用具等の活用など、セルフケア能力を高めるための教育指導を充実させます。

(2) 成人期（県、市町村、医療機関・医療関係者、事業所）

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

(3) 高齢期（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- いつまでも自分の歯でしっかり噛んで食べることができるよう、かかりつけ歯科医を持ち、定期的な歯科検診や歯科保健指導を受けるなど、咀嚼機能の維持と歯を喪失しないための歯科疾患予防の必要性について普及啓発します。
- 高齢者の口腔機能が維持・向上するよう、早期からのオーラルフレイル予防の普及啓発とオーラルフレイル改善プログラムの定着化を図ります。

(4) 障がい児者及び要介護者

- 障がい児者や要介護者の歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や生活の自立を促すための歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上等の支援に取り組みます。
- 障がい児者及び要介護者の生活の質の向上や自立を図るため、施設入所者や在宅療養者に対して、保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制づくりを推進します。

■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」などの小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

#### (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。

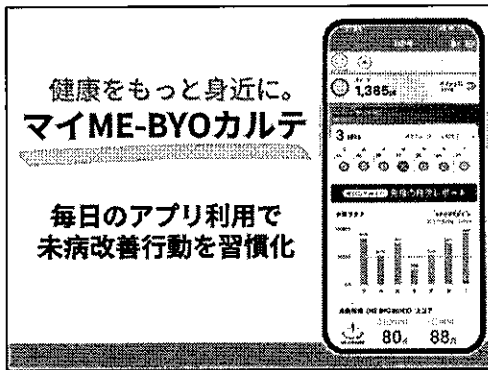
■用語解説

※1 マイME-BYOカルテ

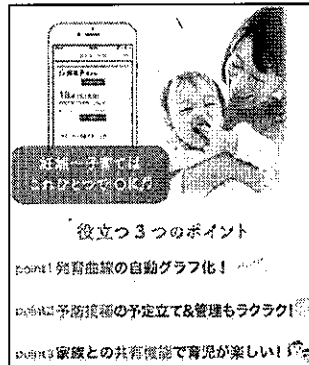
県が開発・運用するアプリケーション。歩数、食事、体重などの日々の記録や、お薬、健診結果、母子健康手帳など、自身や家族の健康情報を一覧で管理できる。健康情報を「見える化」することで「未病の改善」に役立つ。

※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

保健福祉大学において、次の取組を引き続き進め、県民の保健福祉の向上に寄与する。

- (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他、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。

(図表作成予定)

※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。

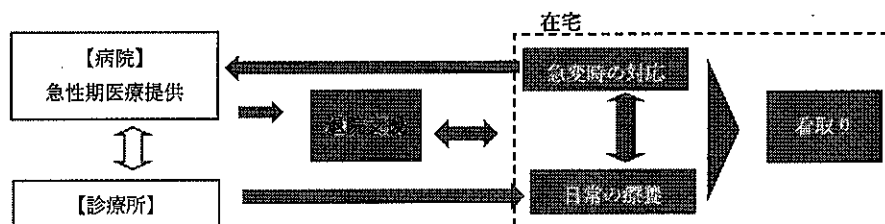
- 今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療を支える多職種の連携体制の強化の他、在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の従事者の確保・養成していくことが必要です。

また、在宅医療には、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場面を意識した取組や個別疾患への対応が必要であることから、それぞれの現状と課題を把握し、対策を進めていくことが必要です。

#### 【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

【4つの場面のイメージ】



- 加えて、小児在宅医療は、人工呼吸器や胃ろう等の使用、たんの吸引や経管栄養などの日常的に医療的ケアを必要とする医療的ケア児（※1）に対して行われるものですが、県内で在宅患者を受け入れる小児科診療所は、令和3年時点では、66箇所にとどまるなど、受入環境は十分とは言えません。

また、障がい者を対象とした在宅医療についても、医療と介護の連携強化などを図る視点が重要です。

これらの課題に対する対策については、こども家庭庁設置に伴い策定予定の次期計画及び神奈川県障がい福祉計画と整合性を図ることが必要です。

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

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

ア 多職種連携

- 在宅医療に必要な連携体制については、介護保険による在宅医療・介護連携推進事業に位置付けられ、市町村が主体となり郡市医師会等と連携しつつ取り組むこととされています。
- しかし、地域により医療資源に差があることなどから、市区町村よりも大きな範囲での連携拠点や、地域において在宅医療を積極的に担う医療機関を計画に位置付けることで、多職種連携を促進していく必要があります。

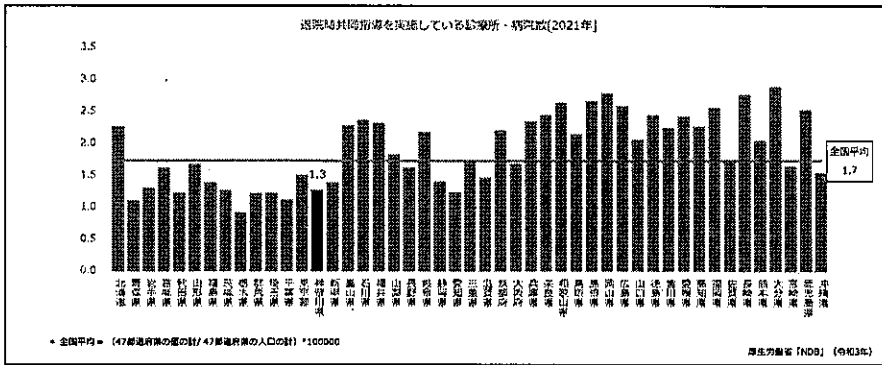
イ 退院支援

- 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、本県の退院時共同指導を実施している病院数（人口10万対）は、全国平



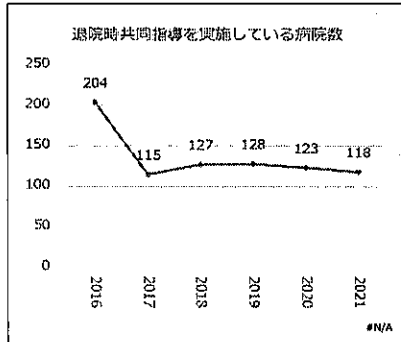
均を下回っており、全国で39番目です。(図表4-1-1)

図表4-1-1 本県の退院時共同指導を実施している病院数(人口10万対)



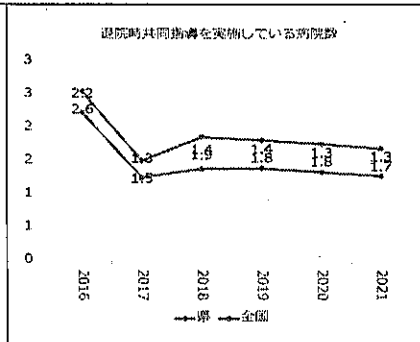
- さらに、本県の退院時共同指導を実施している病院数の推移を見ると、平成24年から翌年にかけて半減した以降は、ほぼ横ばいです。(図表4-1-1)
- また、人口10万対の値を見ると、全国と県は、経時的にほぼ同様の傾向となっています。(図表4-1-3)

図表4-1-2 病院数の推移



(出典) 厚生労働省「NDB データブック」

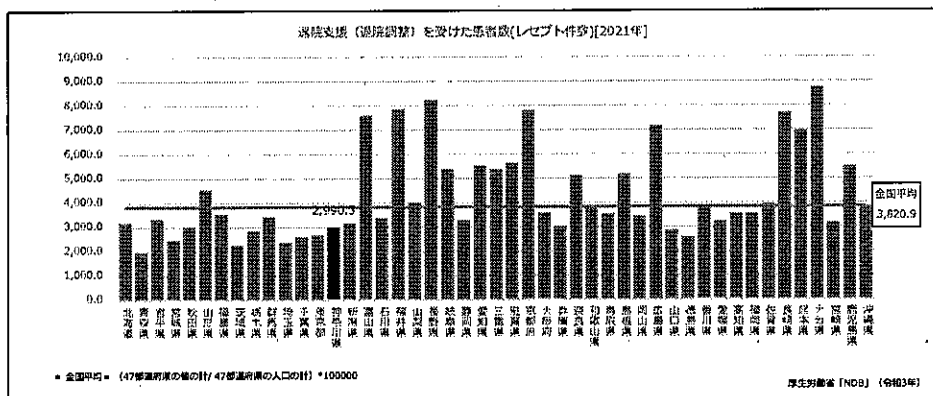
図表4-1-3 全国との比較



(出典) 厚生労働省「NDB データブック」

- 加えて、退院支援を受けた患者数(レセプト件数)は、全国平均を下回っており、全国で37番目です。(図表4-1-4)

図表 4-1-4 退院支援を受けた患者数（レセプト件数）

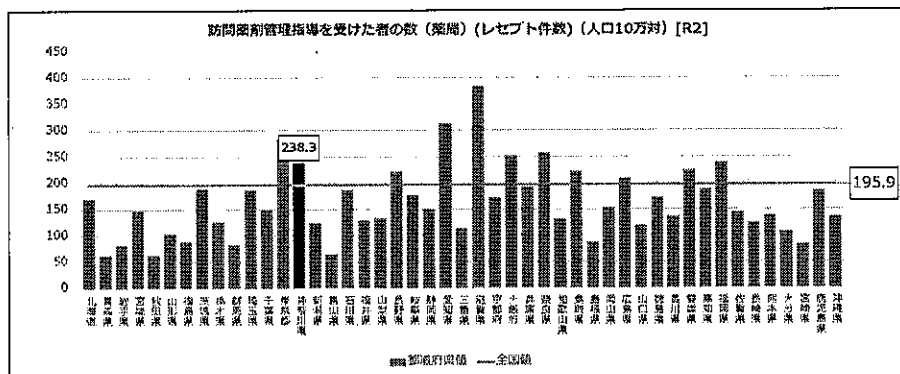


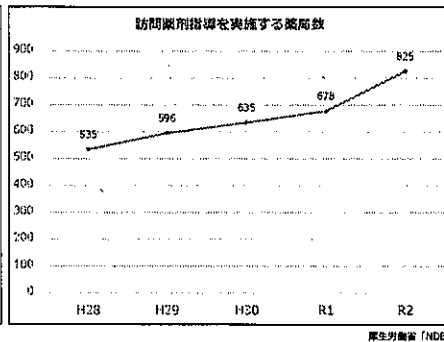
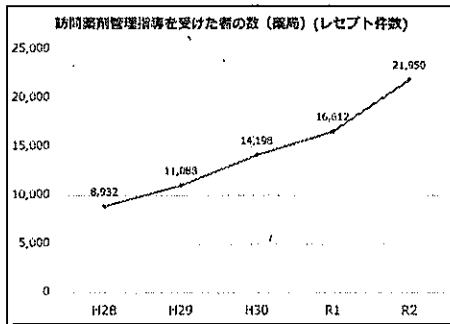
○ このように、体制構築は進んでいるものの、退院時共同指導を実施している病院数、退院支援を受けた患者数ともに、全国平均を下回っていることから、更なる取組が必要です。

ウ 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、特に、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・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を検討していくことが重要です。
- また、歯科診療所においては、口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、薬局においては、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などの、在宅医療における重要な役割を担っていただいています。
- 訪問薬剤管理指導を受けている患者数（レセプト件数）は全国平均を上回りますが、今後さらに在宅医療の需要の増加が見込まれることから、引き続き在宅医療の取組を促進していく必要があります。

図表 4-1-5 訪問薬剤管理指導





## エ 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、緊急往診や後方支援病院との連携を強化する必要があり、24時間往診等が可能な体制・在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備していくことが重要です。

(図表作成予定)

## オ 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、在宅等での看取りについて十分な認識・理解を浸透させていくことが重要です。

(図表作成予定)

## 2 施策の方向性 (県、市町村、医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関)

### (1) 在宅医療の拠点、積極的な役割を担う医療機関の位置づけ・公表

- 体制の強化及び多職種連携の強化のため、\_\_における協議の結果、在宅拠点の拠点は、\_\_に、積極的な役割を担う医療機関は、\_\_から推薦を受けたもしくは県から指定を受けた、県内の\_\_箇所の病院・診療所に担っていただき、県及び市町村はこれを支援する体制を整備していきます。(令和6年2月把握予定)

(図表作成予定)

### (2) 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。

→ 上記取組により、退院調整支援担当者等の増 ⇒ 退院支援を受けた患者数の増を目指します。

### (3) 在宅医療提供体制の充実

- 県や各保健福祉事務所、各市町村、各郡市医師会等は、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。

- 県や各保健福祉事務所、各市町村、各郡市医師会・県薬剤師会等は、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連携に寄与します。
- 県は、在宅医療における ICT の活用に向けて、医療機関に対する支援を行います。
- 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（※ 2）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。

→ 上記取組により、在宅療養支援診療所・病院、訪問診療を実施している診療所・病院及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局の増加等により ⇒ 訪問診療等を受けた患者数の増を目指します。

- 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（仮称）」を地域で育成することについての検討を進めます。

→ 上記取組により、訪問看護従事者数の増 ⇒ 訪問看護利用者数の増を目指します。

#### (4) 急変時の対応体制の充実

- 県は、郡市医師会及び市町村と連携し、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。

→ 上記取組により、往診を実施している診療所・病院数の増 等⇒ 往診を受けた患者数の増を目指します。

#### (5) 患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

- 県は、郡市医師会及び市町村と連携し、医療・介護従事者を対象に研修を行い、在宅での看取りや検案に対応できる医師を育成します。
- 終末期の在宅医療・介護における多職種連携について必要な知識の習得、向上を図ります。

→ 上記取組により、在宅看取りを実施している診療所・病院や介護施設等を増やし、在宅・施設での看取り件数の増加につなげて地域看取り率の増加を目指します。

## ■ 用語解説

### ※1 医療的ケア児

医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、たんの吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障がい児をいう。

歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障がい児（重度の知的障がいと重度の肢体不自由が重複している子ども）までいる。

平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の中間報告によると、全国の医療的ケア児は平成27年5月時点で約1.7万人と推計されている。

平成28年に改正された児童福祉法では、地方公共団体に対して、医療的ケア児が、心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努力義務を規定している。

さらに令和3年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、地方公共団体に対して国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を実施する責務を有することを規定している。

### ※2 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。

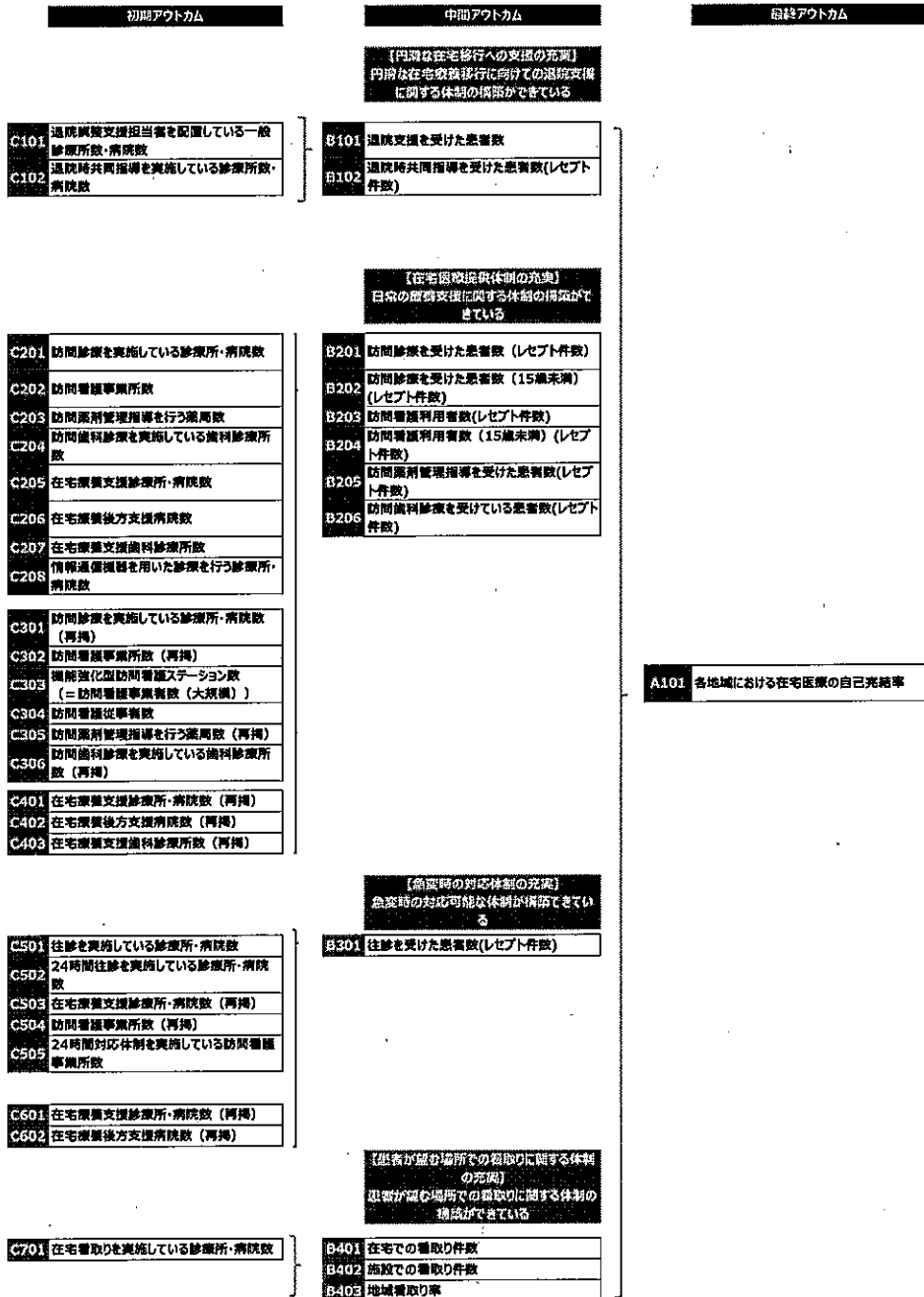
「厚生労働省令で定める場合」は、医療法施行規則第1条の14第7項に規定されており、病床設置の許可を要さず、療養病床又は一般病床を設けることができます。その対象施設としては、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所などが記載されている。

### ※3 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。

### 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 (令和11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	201(R2)	
	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)	
	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)	
	C202	訪問看護事業所数	(調整中)		
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	825(R2)	
	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)	
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	(調整中)		
	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)	
	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)	
	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)	
	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)	
	C302	訪問看護事業所数(C202再掲)	(調整中)		
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数(=訪問看護事業者数(大規模))	(調整中)		
	C304	訪問看護従事者数	(調整中)		
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数(C203再掲)	厚生労働省,NDB	825(R2)	
	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)	
	C401	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)		
	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)	
	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)	
	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)	
	C502	24時間往診を実施している診療所・病院数	(調整中)		
	C503	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)		
	C504	訪問看護事業所数(C202再掲)	(調整中)		
	C505	24時間対応体制を実施している訪問看護事業所	厚生労働省,医療施設調査	757(R3)	
	C601	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)		
	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)	
	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)	
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)	

種別	コード	指標名	出典	現状 (年度)	目標値 (令和11年度)
	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)	
	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)	
	B202	訪問診療を受けた患者数(15歳 未満)(レセプト件数)	(調整中)		
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	(調整中)		
	B204	訪問看護利用者数(15歳未満)(レ セプト件数)	(調整中)		
	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	21,950(R2)	
	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)	
	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)	
	B401	在宅での看取り件数	(調整中)		
	B402	施設での看取り件数	(調整中)		
	B403	地域看取り率(県全体)	「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)	
	B403	地域看取り率(横浜)	同上	21.33%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32%(R2)	
	B403	地域看取り率(相模原)	同上	17.09%(R2)	
	B403	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	28.49%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20%(R2)	
	B403	地域看取り率(県央)	同上	14.90%(R2)	
	B403	地域看取り率(県西)	同上	21.59%(R2)	
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完 結率	(調整中)		



## 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4-2-1 神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計

	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**

(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みである「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

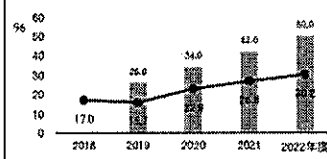
##### 【現状】

- 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、県のとよりや 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。

「ともに生きる社会かながわ憲章」を「知っている」または「言葉は聞いたことがある」と答えた人の割合



#### (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に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。

## 2 施策の方向性

- (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。
  - サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援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。

※ 「医療的ケア児」に関する施策については、「第4章第4節 母子保健対策」に、「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、母と子どもの心身の健康を守り、次世代を担う子どもを健全に育てることにあります。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、成育過程にある子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。

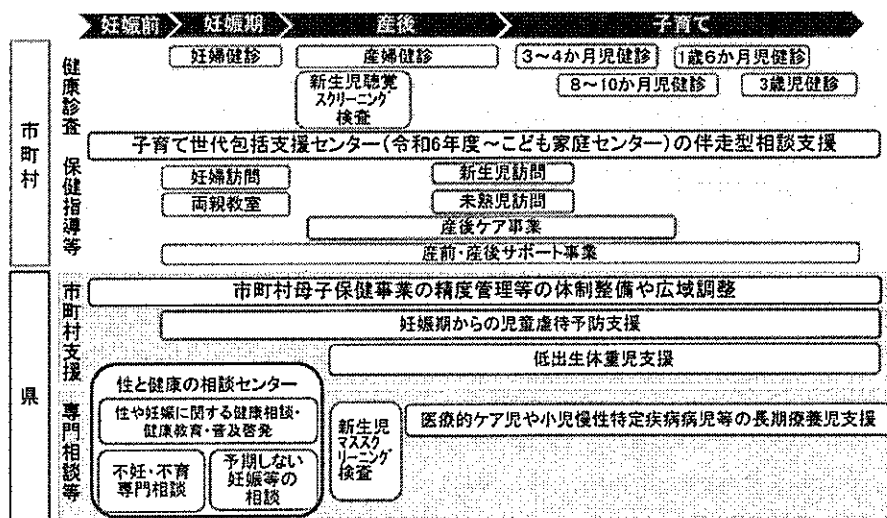
#### 【課題】

- ・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、母と子どもの心身の健康を守り、次世代を担う子どもを健全に育てることにあります。
- 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。

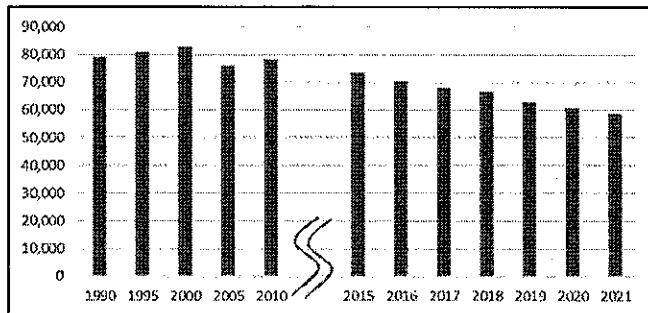
図表4-4-1 母子保健事業の体系図





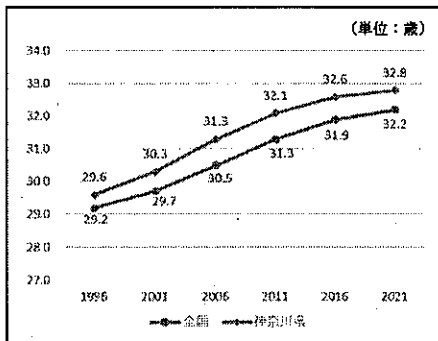
- 近年では、少子化の進展や出産年齢の高齢化により、神奈川県では急激に出生数が減少し、母の平均出産年齢は全国と比較して高くなっています。このような状況から、保護者ならびに妊産婦、成育過程にある子どもを取り巻く環境が変化し次に掲げる課題があります。

図表 4-4-2 神奈川県の出生者数の推移



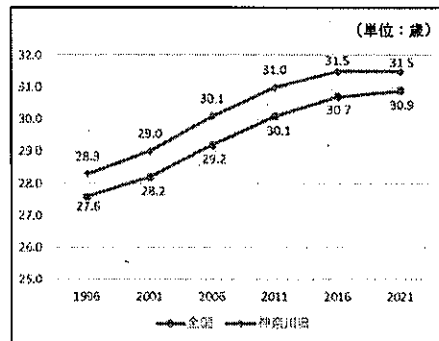
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

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。

- 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。

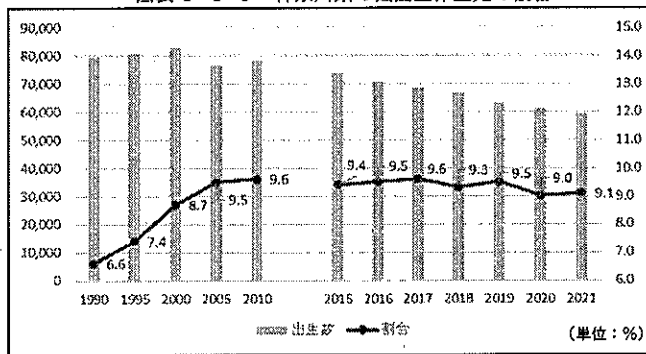
（4）性や妊娠に関する知識

- 10代などの若年代代に関しては、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）に繋がることなく、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）医療的ケア児等の長期療養児・低出生体重児

- 医学の進歩により医療的ケア児（※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。
- 医療・福祉サービスなどの地域資源の拡充や切れ目のない支援を提供するため、「かながわ医療的ケア児支援センター」を設置し、地域のニーズに合わせた機能の拡充を図るため、地域相談窓口（プランチ）を設置して、医療的ケア児に対する支援の推進に取り組んでいます。今後、さらなる支援の拡充を図る必要があります。
- 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、医学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 4-4-5 神奈川県低出生体重児の割合



(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、早期の発見と治療が重要です。

- 乳幼児期は身体発育、精神発達の中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。
- 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

### (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ように、市町村の母子保健事業の状況を確認し、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

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

(3) 性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発

- 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) 医療的ケア児等の長期療養児・低出生体重児への支援の充実

- 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。
- 県は、医療的ケア児やその家族等、継続した支援が必要な場合には、かながわ医療的ケア児支援センターを中核として、保育や教育、医療的ケア児等コーディネーター（※14）等の関係機関と連携し体制整備を進めます。
- 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、かながわりトルベピーハンドブック（※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の精度管理や精密検査受診者・未受診者のフォローアップが適切に行われているか市町村の状況を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。

(6) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理

- 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、市町村が関係機関と連携し、妊娠期から児童虐待予防の観点も踏まえた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を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

気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、たんの吸引、在宅酸素療法、経管栄養、中心中脈栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障がい児のことをいいます。

### ※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、児童期に発症する疾病で、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、医療機関の全国的な連携、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

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

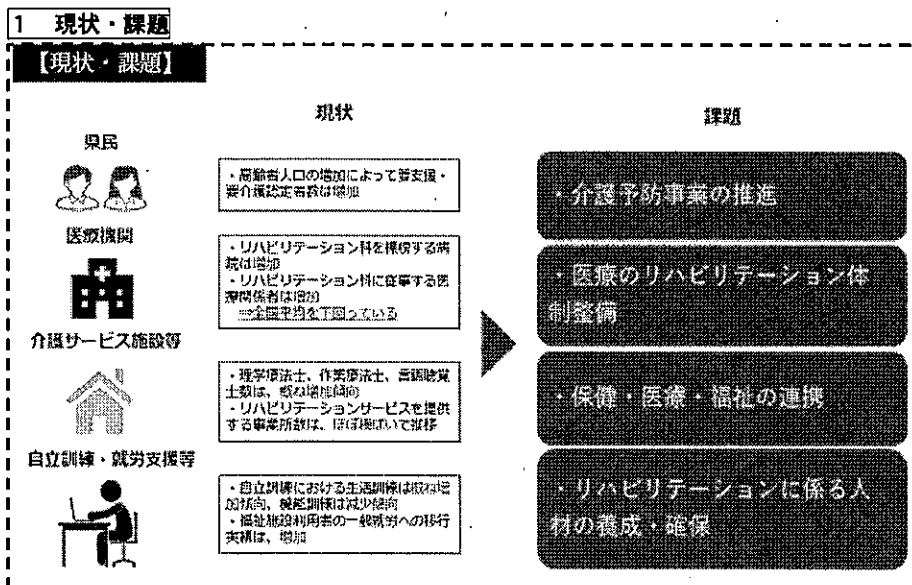
トワーク構築につなげます。

(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、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) 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

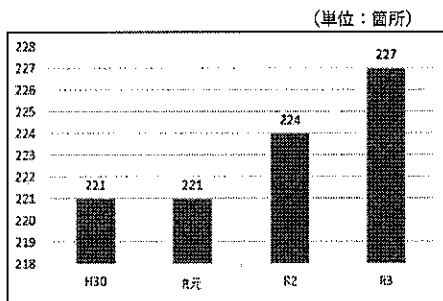
- 国立社会保障・人口問題研究所による人口推計によると、県の高齢者人口は、令和22(2040)年度に286.7万人でピークを迎え、総人口の33.6%に達することが見込まれています。とりわけ、85歳以上の高齢者の増加傾向は著しく、令和22(2040)年度には、平成27年度の約2.6倍に達することが見込まれています。
- 県障害福祉課「統計調査」によると県の要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴い増加傾向にあり、今後も、さらに増加することが想定されます。
- 県の身体障害者手帳交付者は、令和4年度末時点で263,998人、知的障害児者把握数は84,406人、精神保健福祉手帳交付者数は107,828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A型は、緩やかに増加していますが、就労継続支援B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)

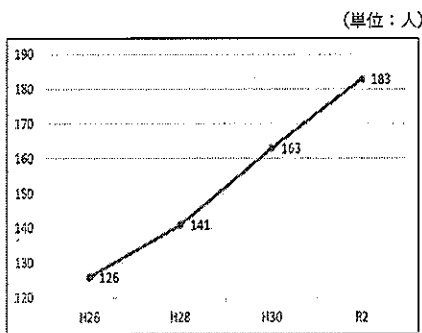
(単位：箇所)

	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

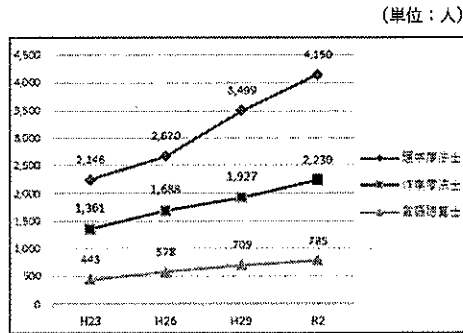
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

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 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

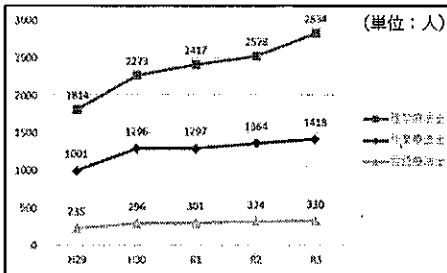
(単位：人)

	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

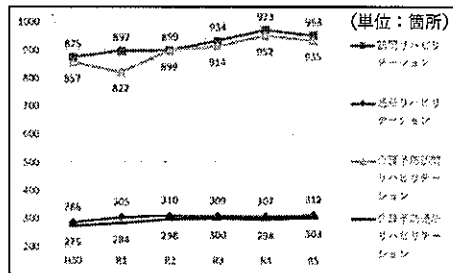
(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」  
厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

図表 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



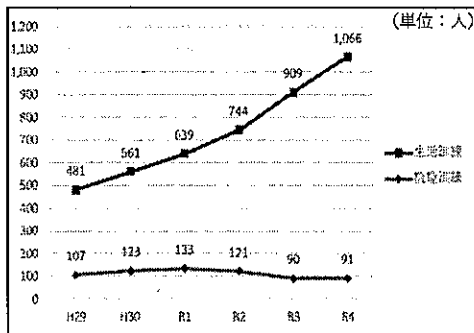
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 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



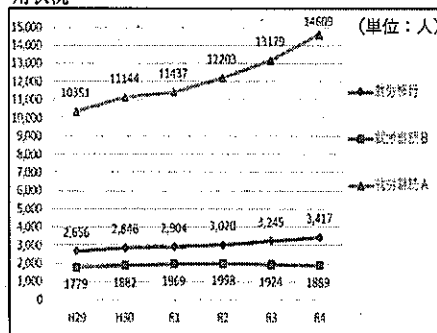
(出典) 県高齢福祉課調べ

図表 4-6-8  
自立訓練（機能訓練、生活訓練）の月間利用状況



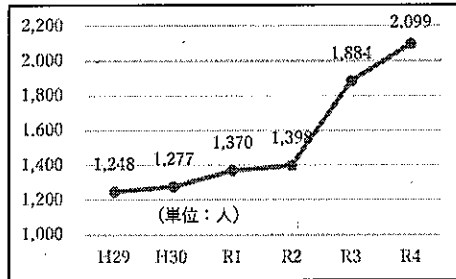
(出典) 県障害福祉課調べ

図表 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

### (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リ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・高機能なリ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の経費を支援します。

### (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みます。
- 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、サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援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するが、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。

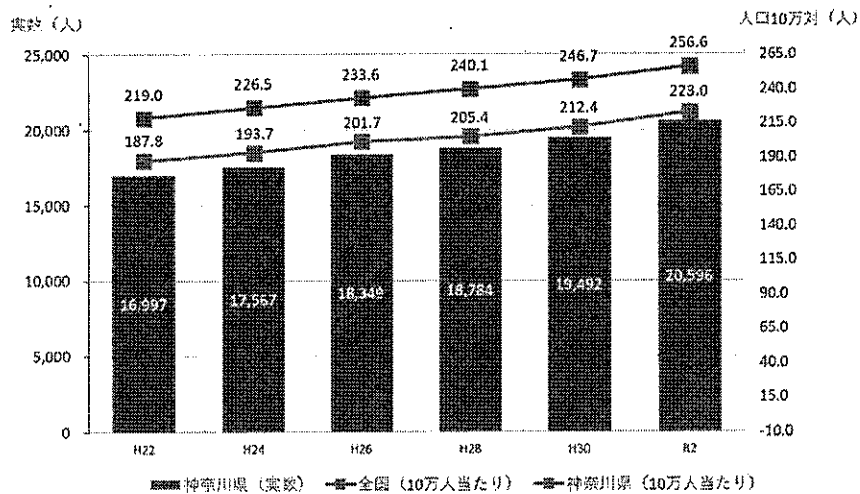
##### 【課題】

- ・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。
- ・特に、地域偏在に対する効果的な対策については、7次計画期間の最終年度において検討中であるため、8次計画期間の早い段階で実現する必要があります。

#### (1) 医師数の現状と課題

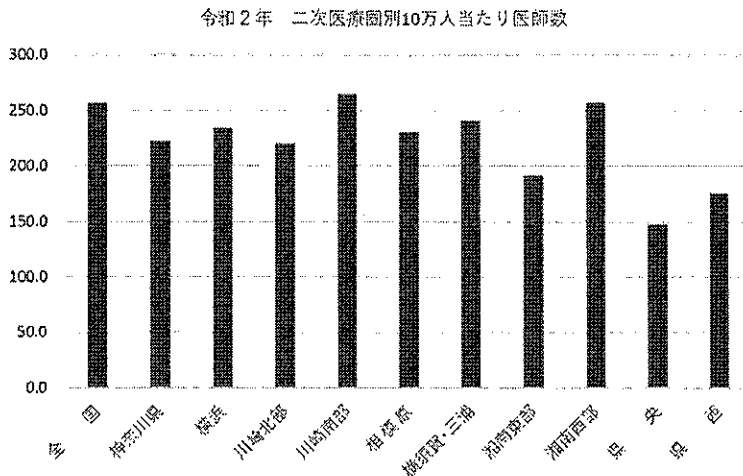
##### ア 県全体医師数

- 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月末時点の医療施設従事は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。

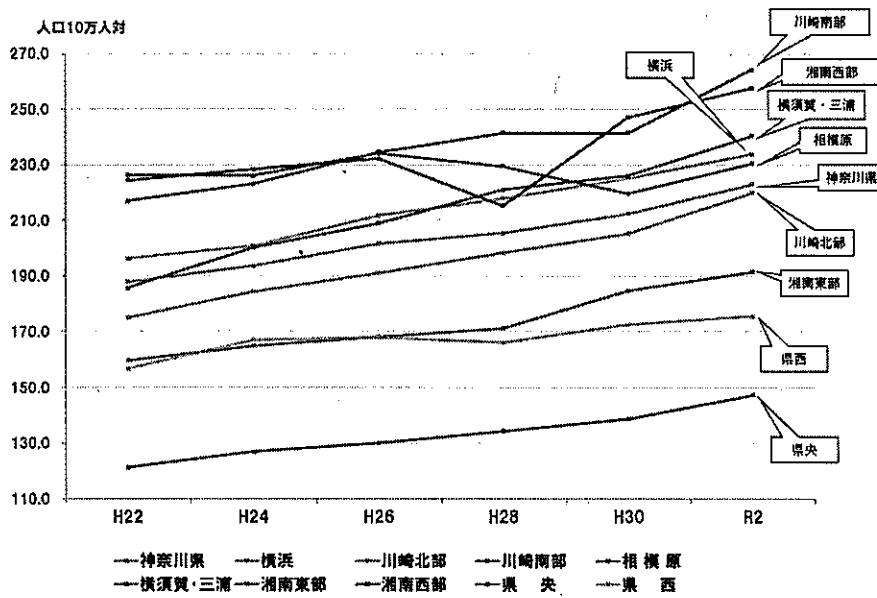


(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」  
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

○ 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)



(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」



(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）

<p>【5要素】</p> <p>医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化</p> <p>患者の流出入等</p> <p>へき地等の地理的条件</p> <p>医師の性別・年齢分布</p> <p>医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）</p>
---

- 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。

47都道府県/全国335医療圏			
医師偏在指標	下位1/3 ⇒医師少数県(区域)	中間県(区域)	上位1/3 ⇒医師多数県(区域)
都道府県の順位	47位・・・32位	31位・・・17位	16位・・・1位
医療圏の順位	335位・・・224位	223位・・・113位	112位・・・1位



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います。
- 医師偏在指標に基づく区域設定は、次のとおりとなっており、地域偏在を是正していく必要があります。
  - ・ 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

県の二次医療圏別 医師偏在指標(令和5年暫定値)

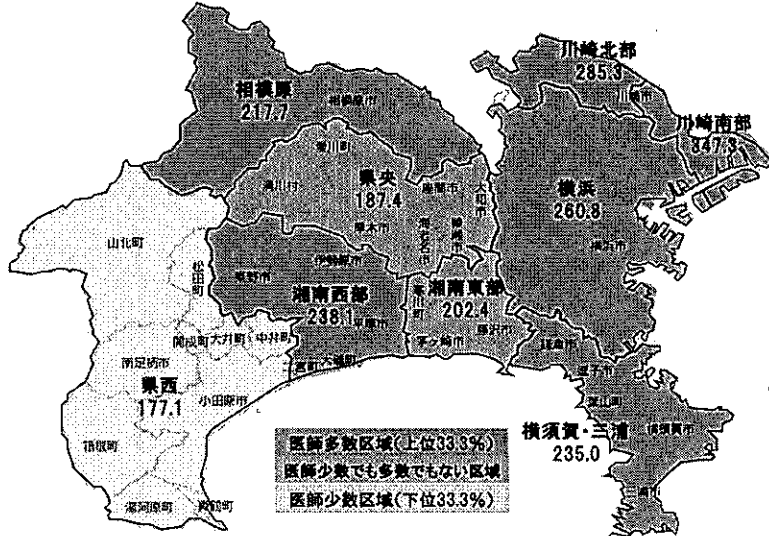
圏域名	医師偏在指標	全国順位 (1~335位)	区域
川崎南部	347.3	16	医師多数
川崎北部	285.3	49	医師多数
横浜	260.8	66	医師多数
(全国)	255.6	—	
(神奈川県)	247.5	(23位/47)	(中間)
湘南西部	238.1	84	医師多数
横須賀・三浦	235.0	87	医師多数
相模原	217.7	111	医師多数
湘南東部	202.4	150	中間
県央	187.4	198	中間
県西	177.1	227	医師少数

(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」

県の二次医療圏別 医師偏在指標 (令和5年暫定値)



(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)
川崎南部	254.7	17
川崎北部	194.9	53
(全国)	175.9	—
横浜	168.7	81
湘南西部	166.2	85
相模原	154.3	99
横須賀・三浦	148.5	119
県央	121.9	206
湘南東部	115.4	231
県西	112.4	240

圏域名	診療所医師 偏在指標	全国順位 (1~335位)
川崎南部	99.9	15
横浜	92.1	30
川崎北部	90.7	34
横須賀・三浦	86.4	47
湘南東部	86.3	48
(全国)	79.7	—
湘南西部	69.5	144
県央	65.7	172
県西	64.7	181
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 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と比較し、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。