

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。

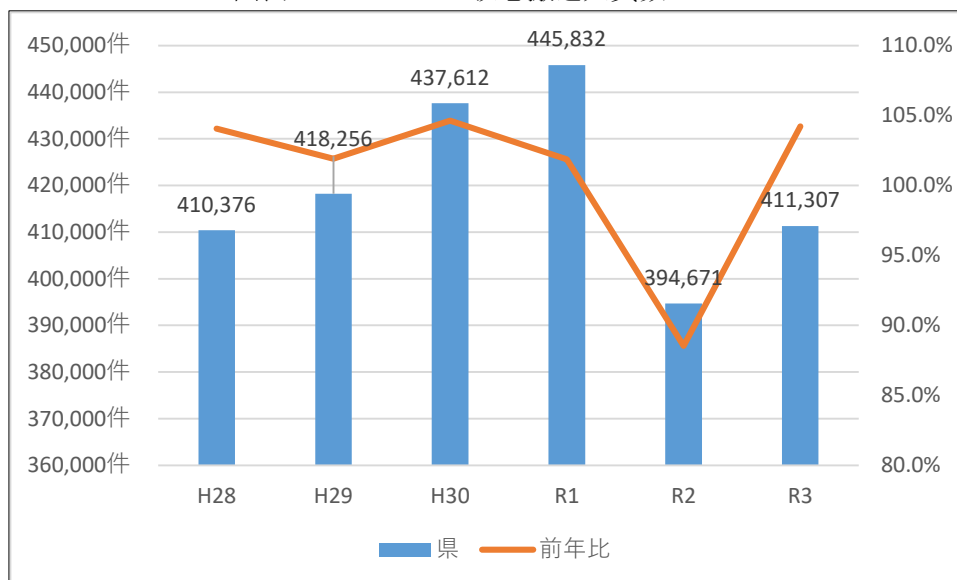
【課題】

- ・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、三次救急医療のさらなる機能分化・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）

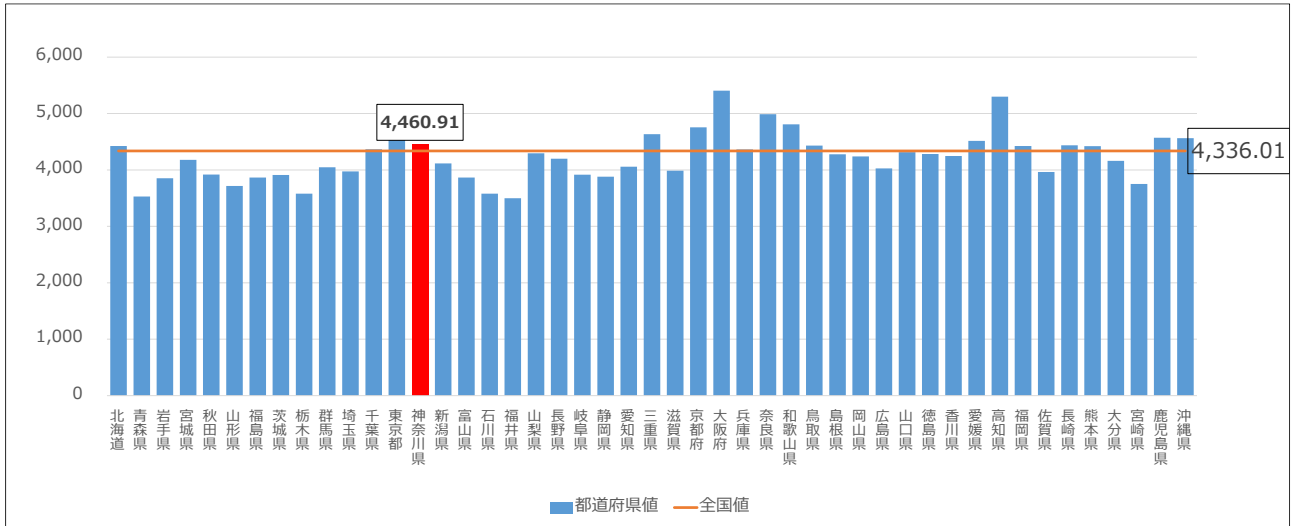
図表2-1-1-1 救急搬送人員数



(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）

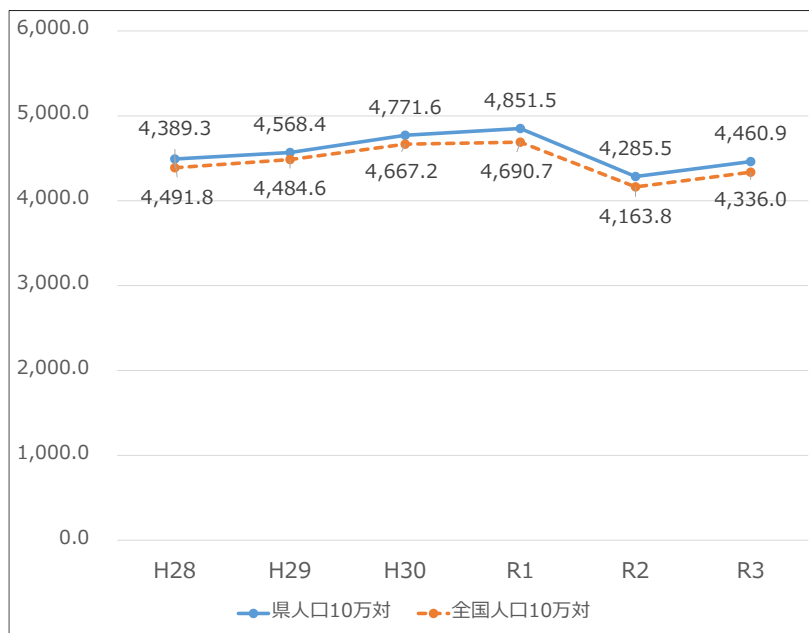
図表 2-1-1-2 令和3年 救急患者搬送数（人口10万対）



（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、経時的にはほぼ同様の傾向となっています。（図表 2-1-1-3）

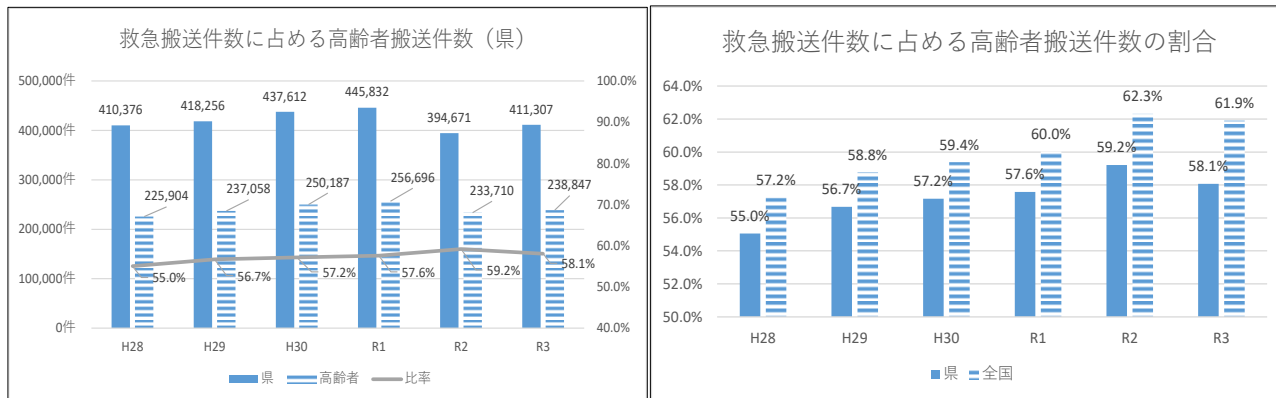
図表 2-1-1-3 救急搬送人員数 全国との比較（人口10万対）



（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）

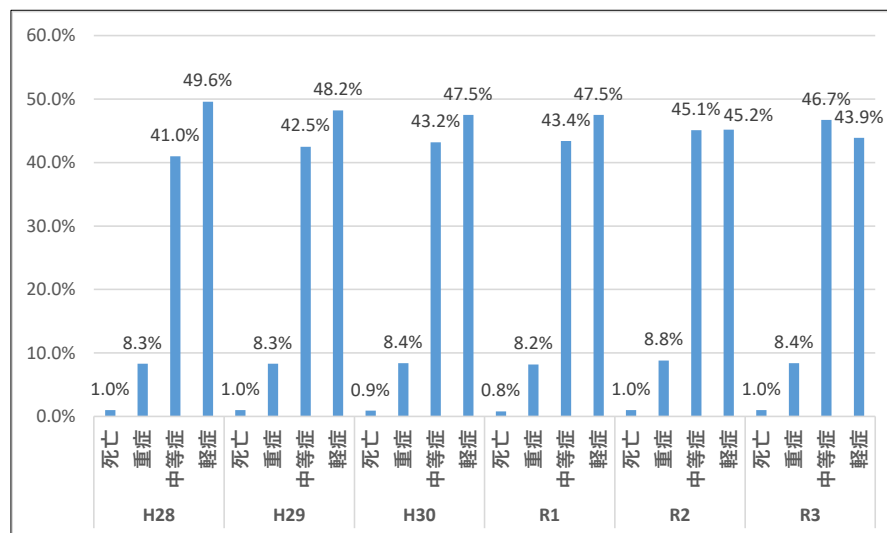
図表 2-1-1-4 救急搬送件数に占める高齢者搬送件数と高齢者搬送件数の割合



(出典) 消防庁 「救急救助の現況」

- 本県は、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を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%、中等症（※2）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）

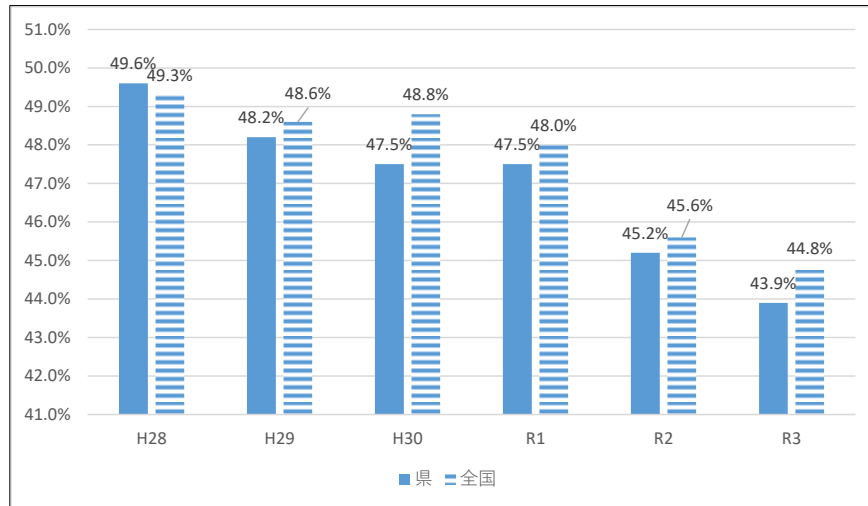
図表 2-1-1-5 傷病程度別搬送人員構成比



(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、本県、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との 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) 県医療課調査

- 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。さら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。

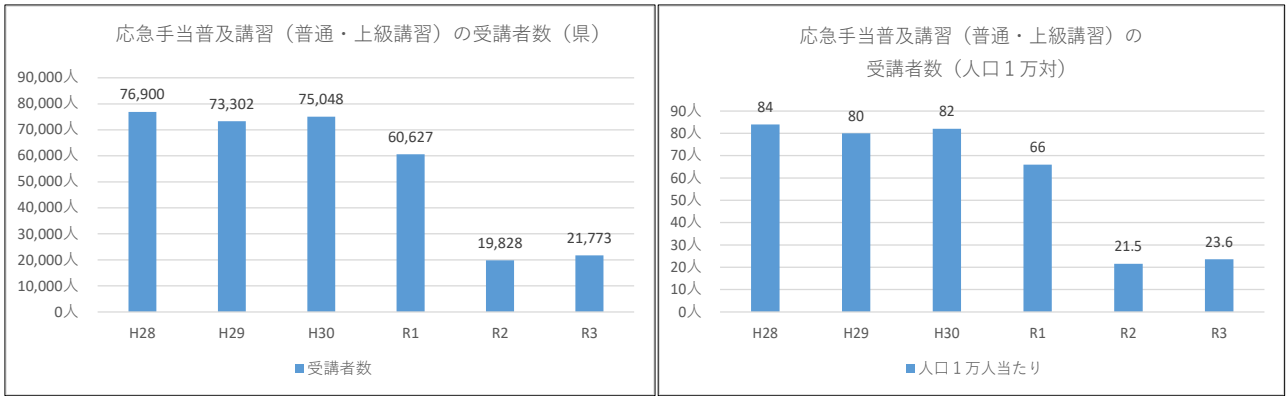
(2) 救急医療提供体制

ア 病院前救護活動

(ア) 救急蘇生法の普及

- 令和 3 年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 万人当たり 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

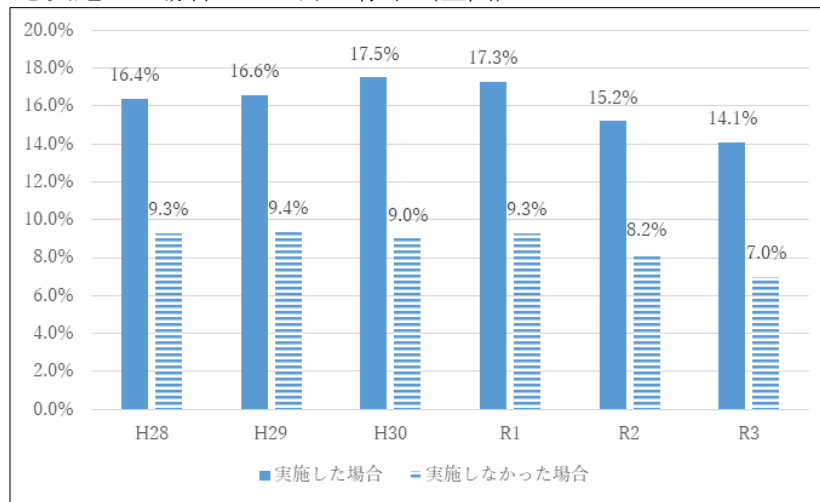


（出典）消防庁「救急救助の現況」

- 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）の使用法の普及、設置場所の周知が必要となります。
- 全国における令和3年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）

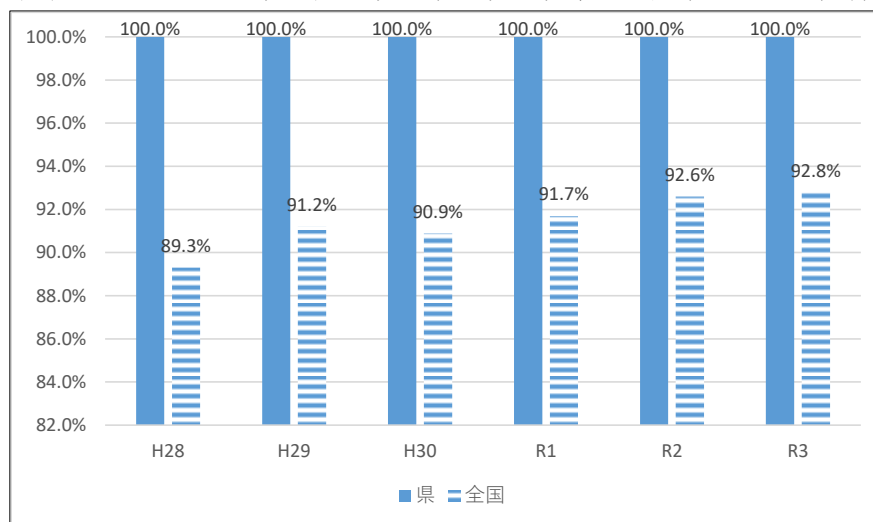


（出典）消防庁「救急救助の現況」

(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、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。

(ウ) 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」を策定しました。
- 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) 県医療課調査(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います。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、対応が必要な方のアクセスを考慮した市町村・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）県医療課調査

- 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、輪番制の実態が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配置されています。

救命救急センター数

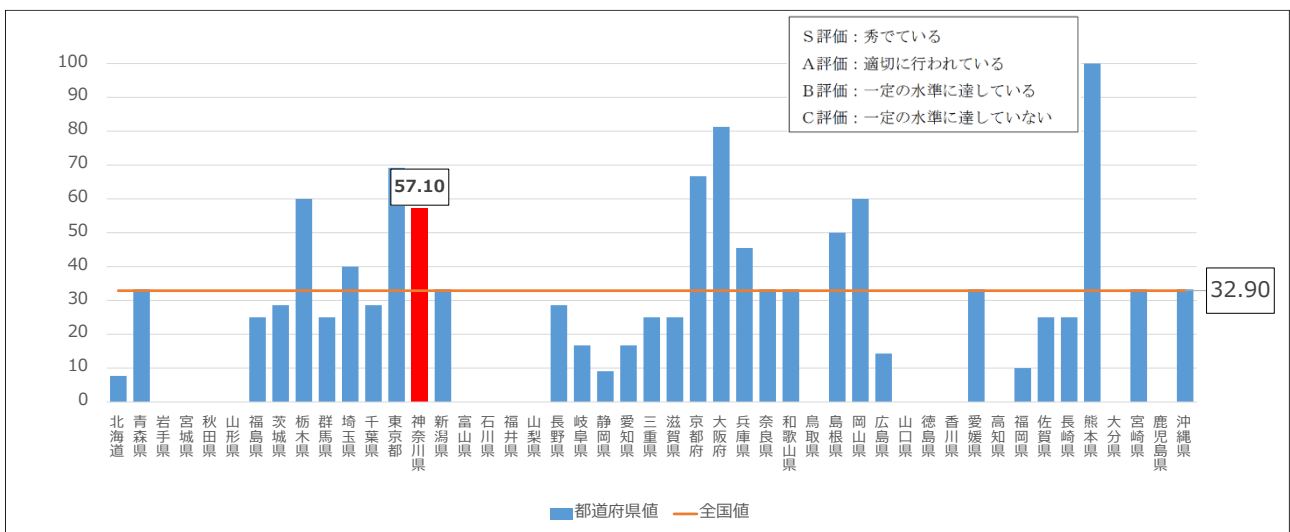
(箇所)

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

(出典) 県医療課調査

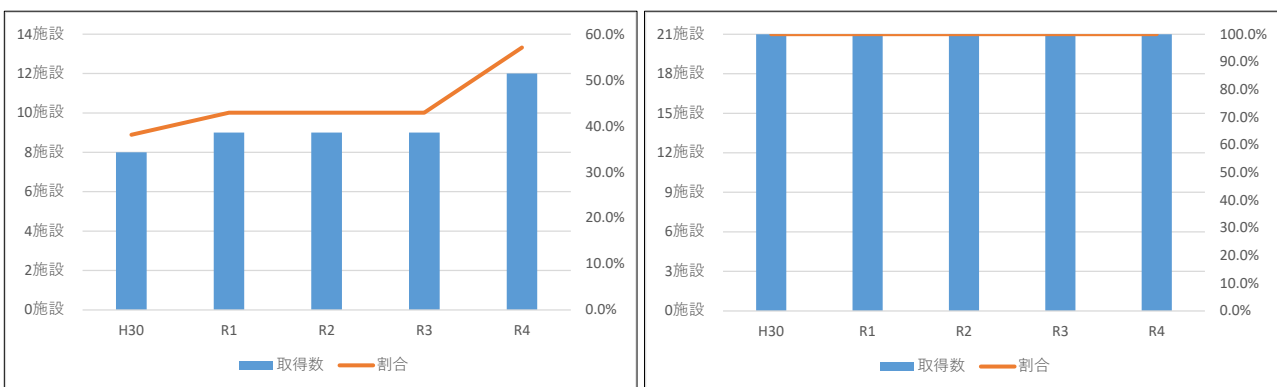
- 現在、全ての二次保健医療圏に救命救急センターが配置されているため、今後は、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを考慮した見直しを行うことが必要です。(図表 2-1-1-10)

図表 2-1-1-10 救命救急センター充実段階評価Sの割合 (人口10万対)



(出典) 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段階評価Sの割合(県) 救命救急センター充実段階評価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」

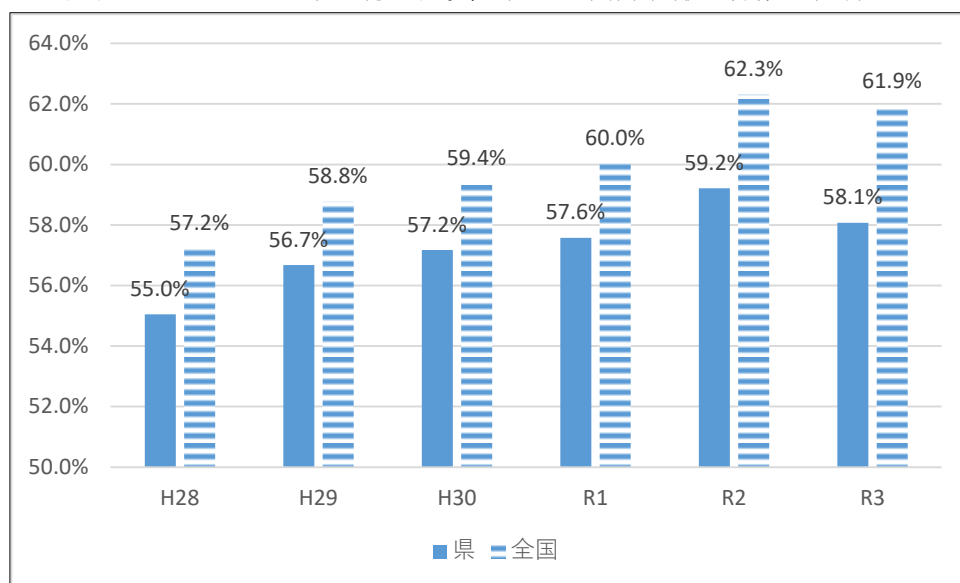
- また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから、発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。
- 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強

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年における県内傷病程度別の搬送人員の構成比は、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全体の90.6%を占めています。(参照：図表2-1-1-5)
- 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) 県医療課調査

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) 県医療課調査

- 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）>
心肺機能停止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さらに実施されるよう、県は、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。
- 県は、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さらなる検討を行い、適切な再教育を実施します。
- 県は、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さらなる充実を図ります。

- 県は、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、県は、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、県は、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、県は、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。
- 県は、耳鼻咽喉科救急・眼科救急について、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

- 県は、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。
- 県は、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。
- 県は、二次救急医療機関の「出口問題」について、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。

ウ 三次救急

- 現在、全ての二次保健医療圏で救命救急センターが配置されているため、今後県では、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。
- 県は、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。
- 県は、救命救急センターの「出口問題」について、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、県は、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。

- 県は、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。
- 県は、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

- 県は、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。
- 県は、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。
- 県は、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。
- 県内の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、県は、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。

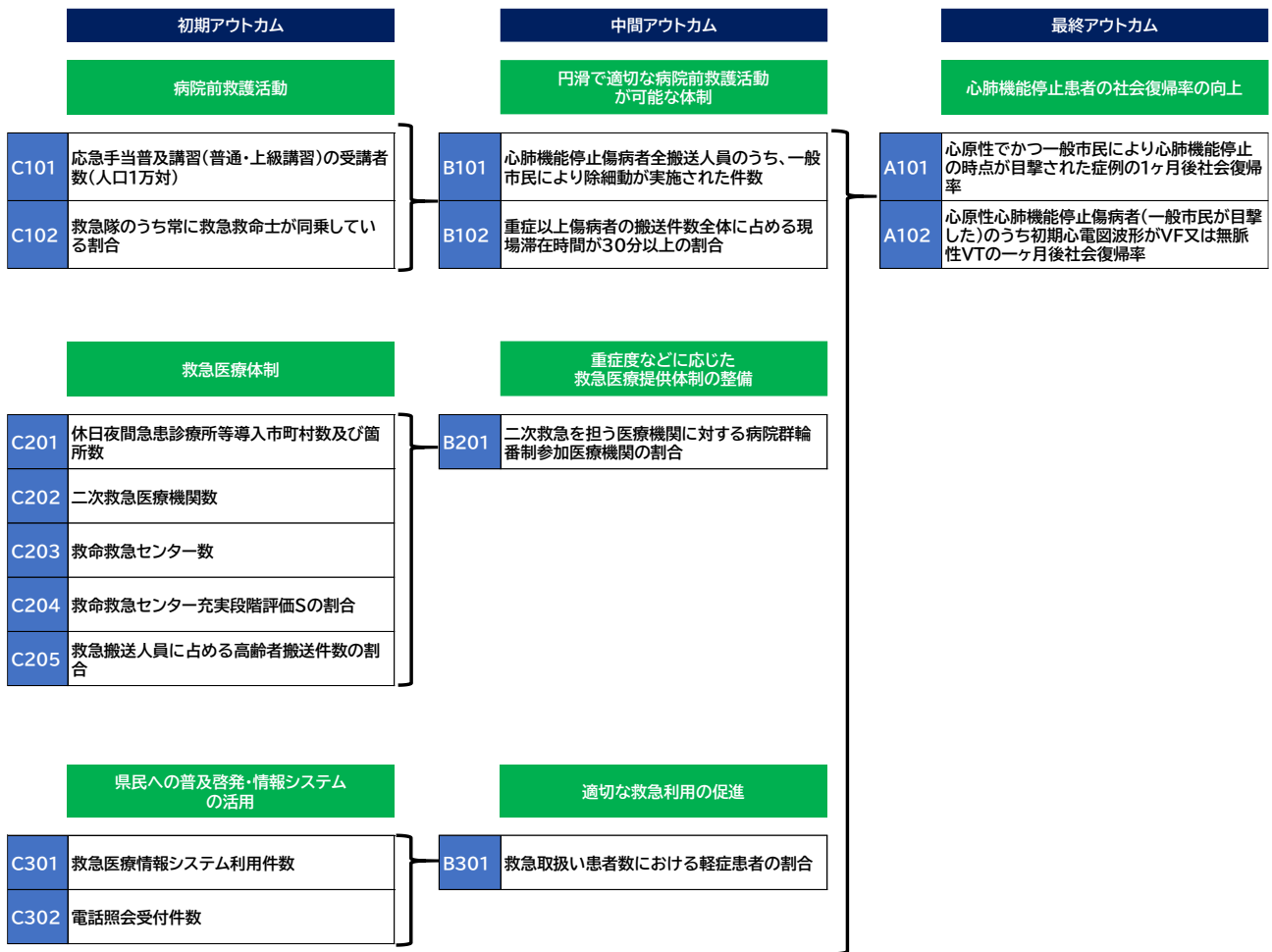
※17 救急医療電話相談事業（#7119）

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。

=====

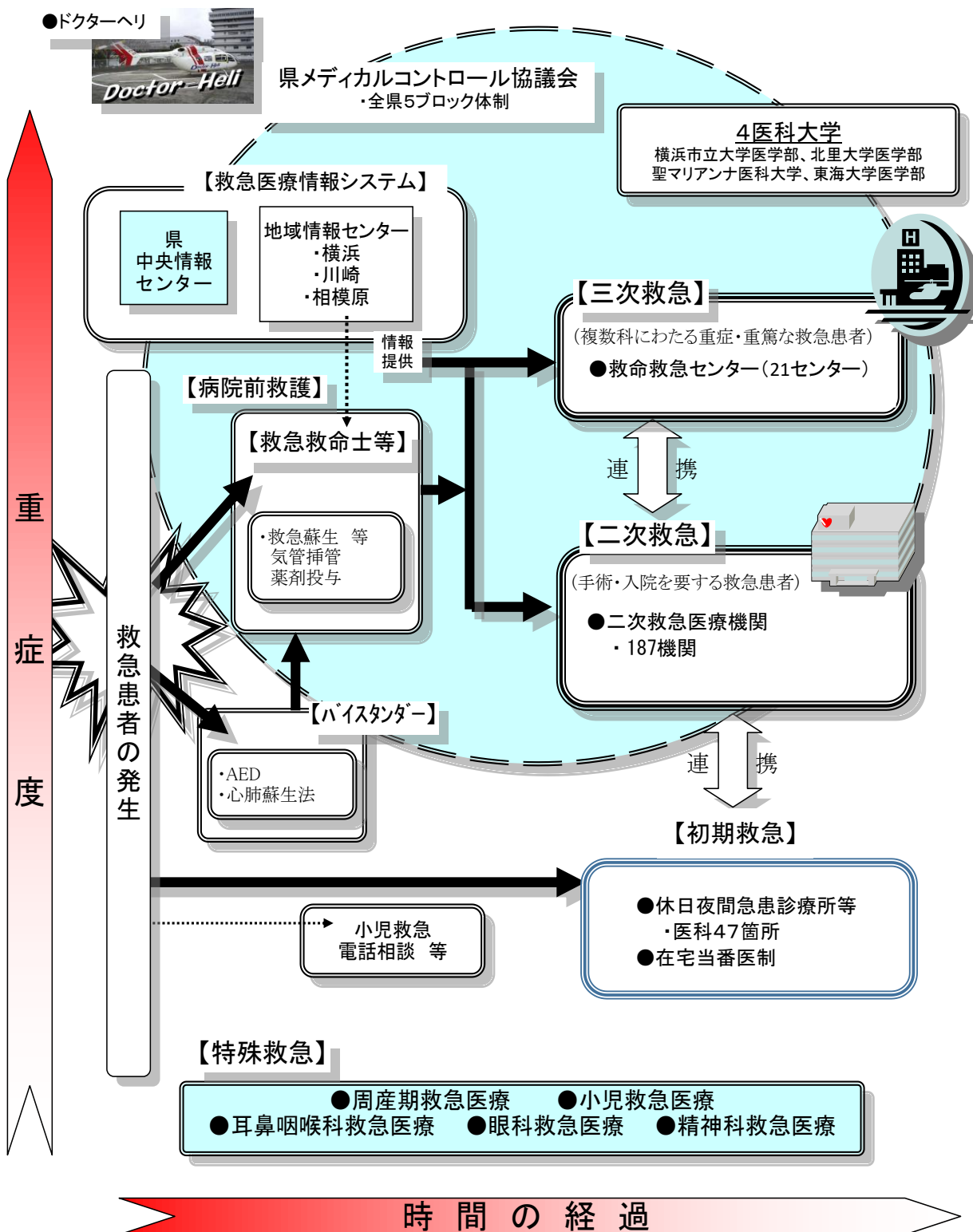
3 ロジックモデル

※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。



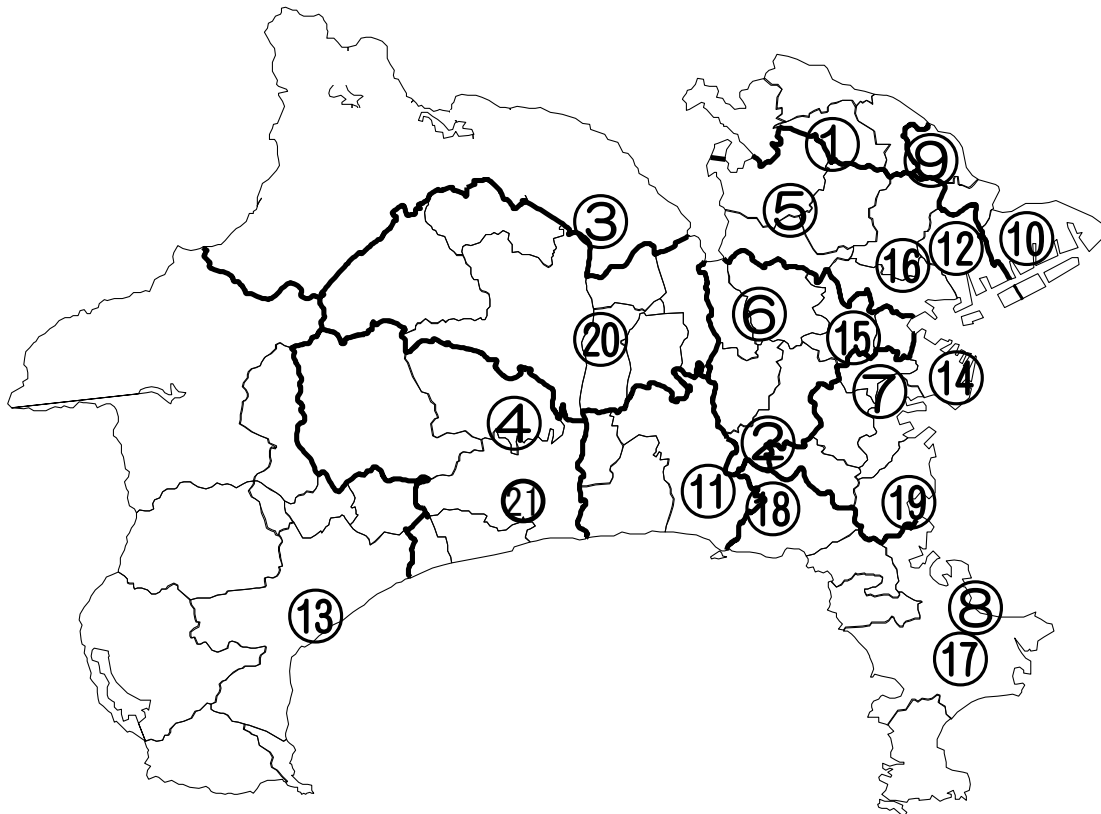
4 指標一覧

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	県医療課調査	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	県医療課調査	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段階 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	県医療課調査	144,867 件 (R4)	229,480 件
	C302	電話照会受付件数	県医療課調査	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	県医療課調査	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	心原性心肺機能停止傷病 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



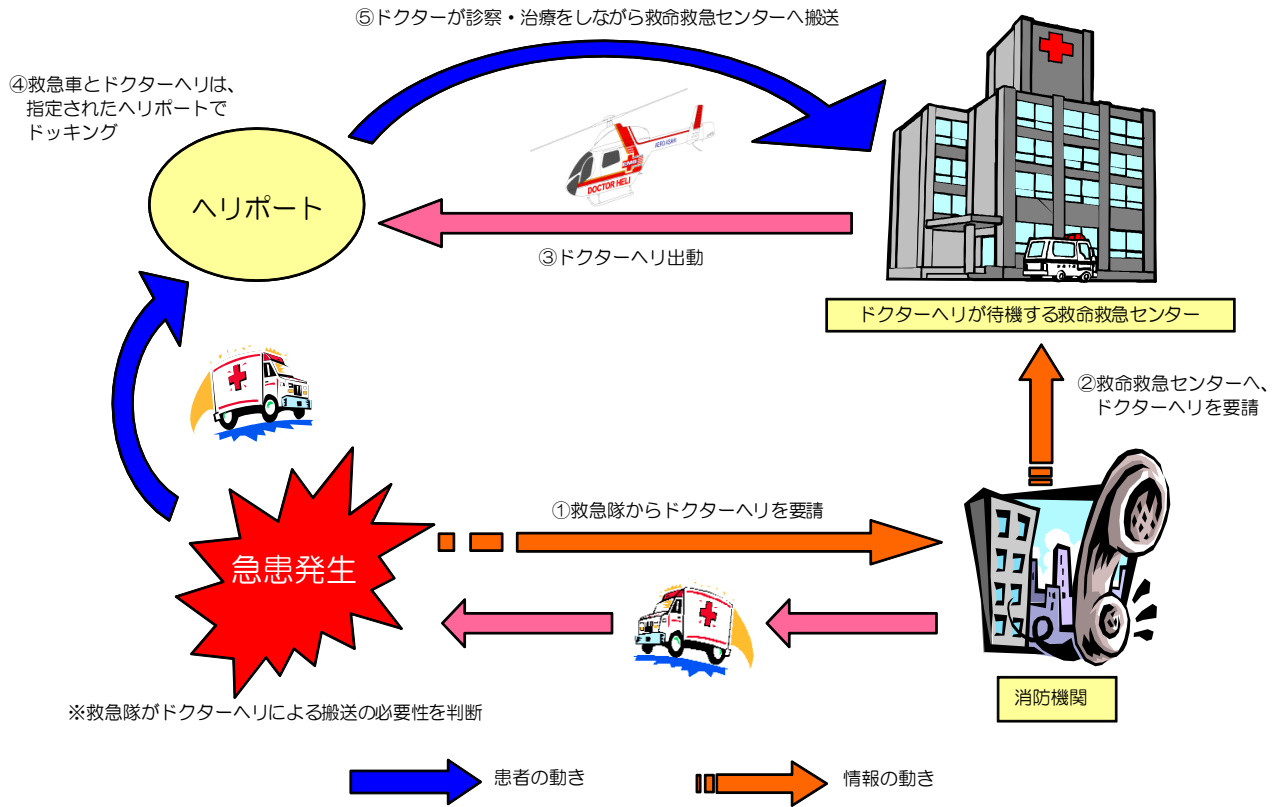
■救命救急センター設置状況（神奈川県が指定）

令和5年4月現在



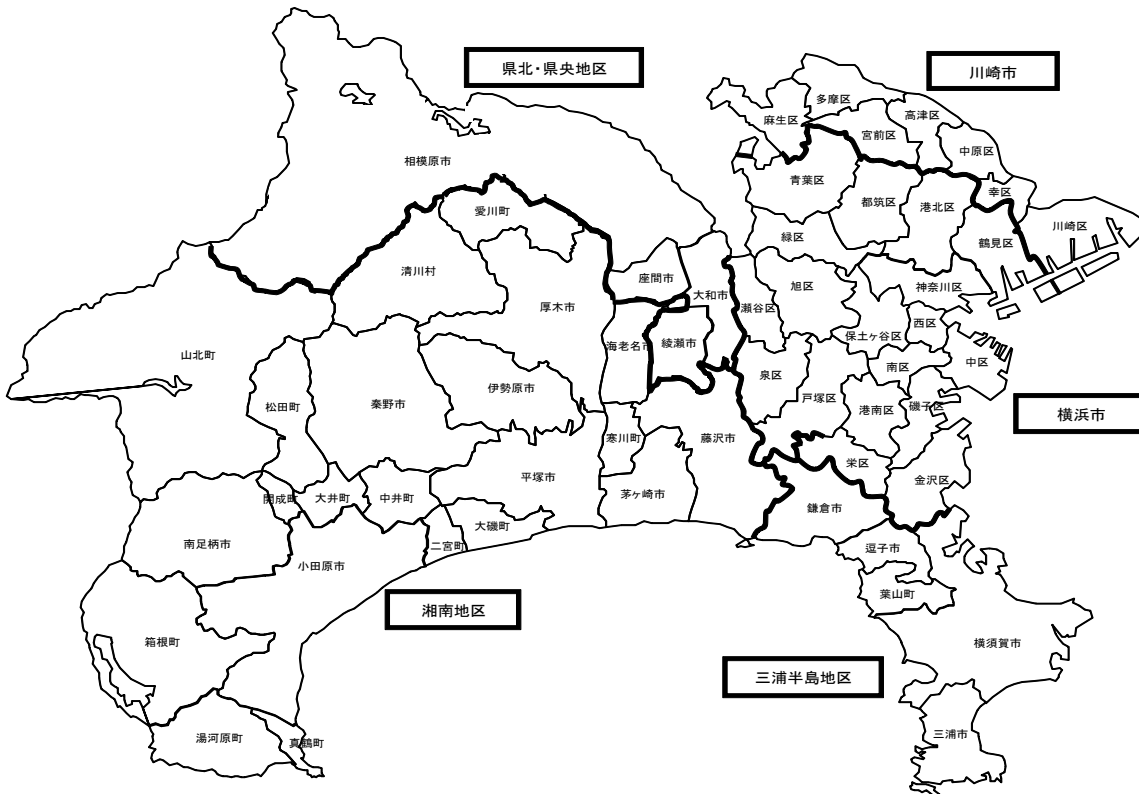
- ① 聖マリアンナ医科大学病院（川崎市宮前区）
- ② 国立病院機構横浜医療センター（横浜市戸塚区）
- ③ 北里大学病院（相模原市南区）
- ④ 東海大学医学部付属病院（伊勢原市）
- ⑤ 昭和大学藤が丘病院（横浜市青葉区）
- ⑥ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院（横浜市旭区）
- ⑦ 横浜市立大学附属市民総合医療センター（横浜市南区）
- ⑧ 横須賀共済病院（横須賀市）
- ⑨ 日本医科大学武蔵小杉病院（川崎市中原区）
- ⑩ 川崎市立川崎病院（川崎市川崎区）
- ⑪ 藤沢市民病院（藤沢市）
- ⑫ 済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区）
- ⑬ 小田原市立病院（小田原市）
- ⑭ 横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（横浜市神奈川区）
- 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

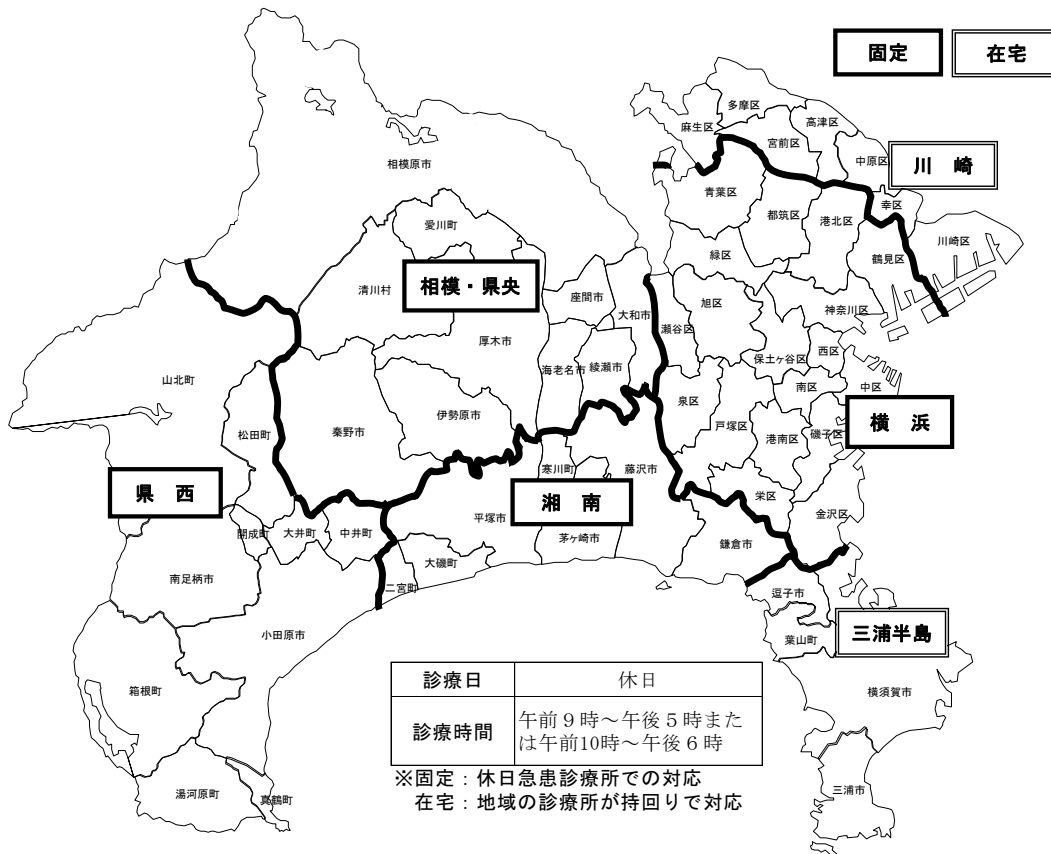
令和5年4月現在



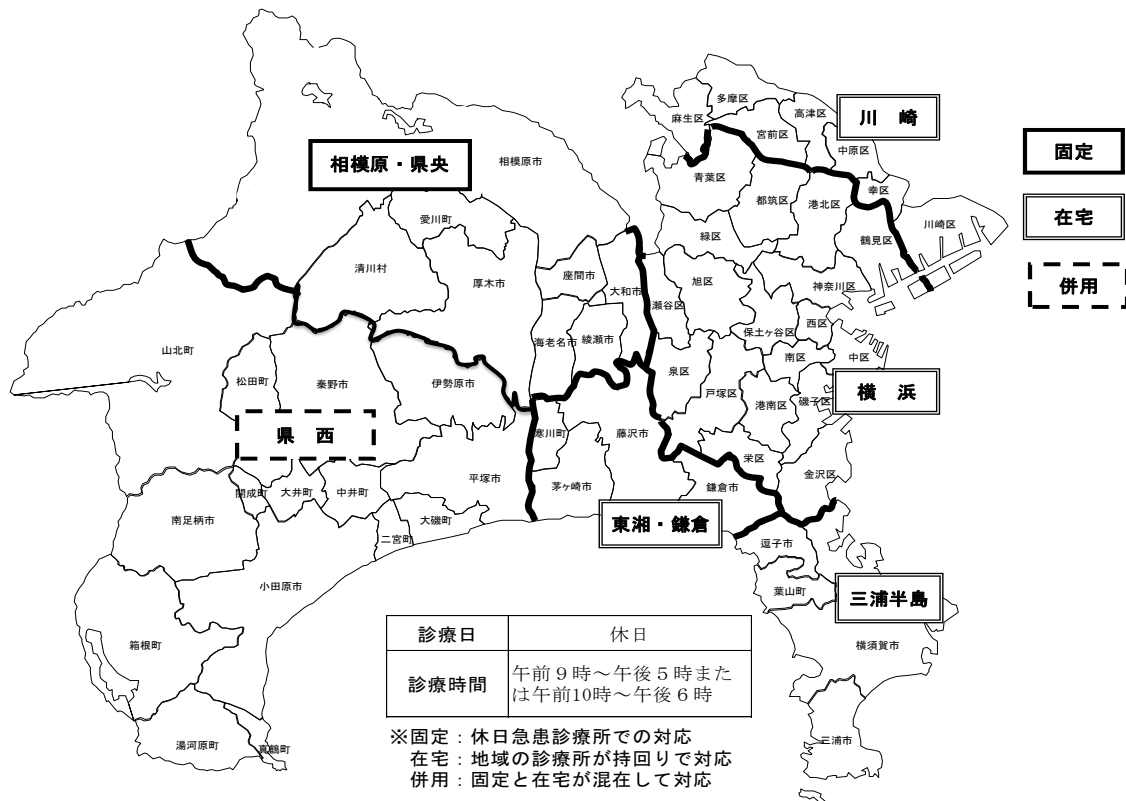
■耳鼻咽喉科救急・眼科救急医療システム体制図

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

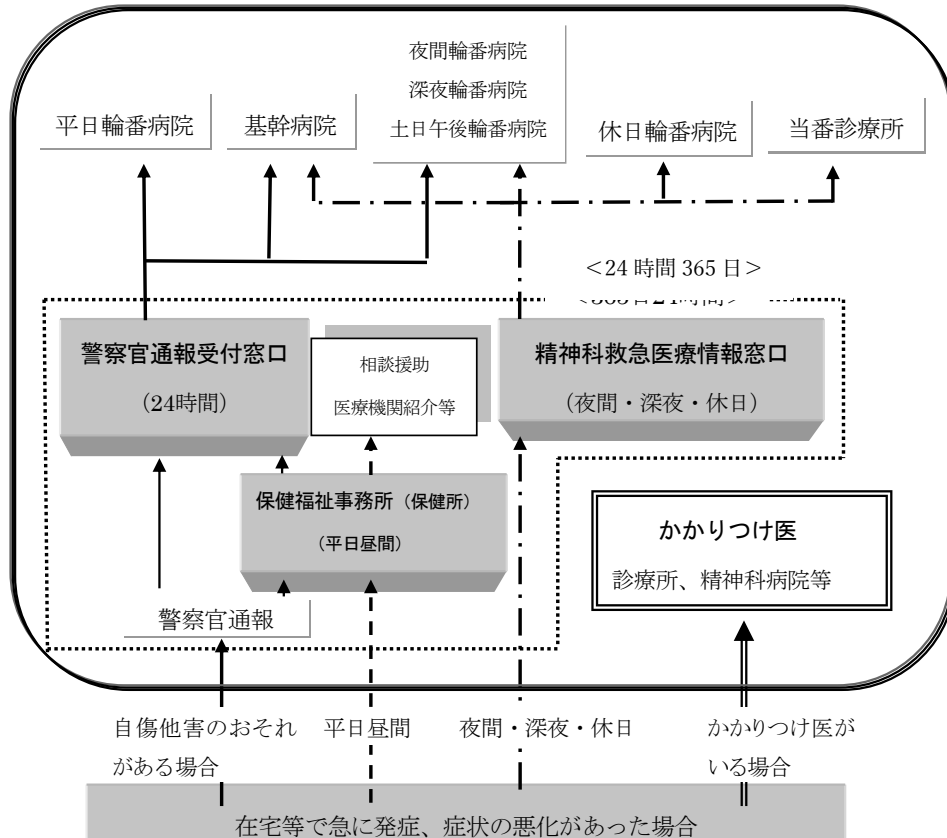
【現状】

- 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。（図表2-1-2-2）

○ 三次救急

- ・ 精神保健福祉法第22条から第27条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、874件が措置入院（※4）または緊急措置入院（※5）となりました。（図表2-1-2-3）
- ・ 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		

（出典）県がん・疾病対策課調べ

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

（出典）県がん・疾病対策課調べ

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	1,194	924
令和2年	1,277	998
令和3年	1,204	936
令和4年	1,071	874

（出典）県がん・疾病対策課調べ

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。(図表2-1-2-4)

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いたり、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いたり、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

通常の場合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)	0.89回 (R9)
	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)	2.42人 (R9)
	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	5.72人(累計) (R4)	7.65人(累計) (R11)
	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)	0.03機関 (R8)
	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)
	C203	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)	0.25機関 (R8)
	C204	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)	0.09機関 (R8)
	C205	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)	7.78施設 (R8)
	C206	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)	4.55施設 (R8)
	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	統合失調症 0.76機関 うつ・躁うつ病 0.76機関 認知症 0.76機関 知的障害 0.68機関 発達障害 0.68機関 アルコール依存症 0.75機関 薬物依存症 0.49機関 ギャンブル等依存症 0.05機関 PTSD 0.29機関 摂食障害

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)	0.59 機関 てんかん 0.76 機関 (R8)
	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 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 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 6.02 機関 (R2)	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 (R8)
	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)
	C304	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)	0.27 機関 (R8)
	C305	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)	0.20 機関 (R8)
	C306	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)	0.18 機関 (R8)
	C307	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)	3.44 機関 (R8)
	C308	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 (R8)
	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)
	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」	0.36 機関 (R4)	0.43 機関 (R10)

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)
	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)	0.01 機関 (R11)
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)	8.49 機関・団体 (R9)
	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	1,192.18 件 (R3)	1,316.13 件 (R9)
	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)	548.37 人 (R11)
	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)	61.23 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	51.69 人 (累計)(R4)	63.35 人 (累計)(R11)
	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 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 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)	17.98 件 (R9)
	B203	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)	9.65 人 (R8)
	B204	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)	5,756.47 人 (R8)
	B205	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)	112.81 人 (R8)
	B206	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 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人 発達障害 8.33 人 アルコール依存症 14.27 人	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人 発達障害 12.54 人 アルコール依存症 16.47 人

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)
				薬物依存症 1.84人 ギャンブル等依存症 0.45人 PTSD 0.48人 摂食障害 3.88人 てんかん 42.64人 (R2)	薬物依存症 2.13人 ギャンブル等依存症 0.75人 PTSD 0.61人 摂食障害 4.96人 てんかん 42.70人 (R8)
	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 1,300.06人 うつ・躁うつ病 2,769.80人 認知症 238.68人 知的障害 109.14人 発達障害 519.14人 アルコール依存症 79.46人 薬物依存症 10.49人 ギャンブル等依存症 4.08人 PTSD 11.61人 摂食障害 23.16人 てんかん 372.64人 (R2)	統合失調症 1,530.17人 うつ・躁うつ病 3,327.82人 認知症 498.50人 知的障害 161.45人 発達障害 790.23人 アルコール依存症 102.22人 薬物依存症 14.03人 ギャンブル等依存症 7.19人 PTSD 18.81人 摂食障害 27.18人 てんかん 436.60人 (R8)
	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)	20.17人 (R8)
	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)	8.70人 (R8)
	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)	39.21人 (R8)
	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)	6.20人 (R8)
	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)	3.26人 (R8)
	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)	8.47件 (注) (R10)
	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)	7.71件 (R10)

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)
	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)	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	紹介4.43人 逆紹介2.24人(R4)	紹介4.69人 逆紹介2.83人(R11)
	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	紹介28.46人 逆紹介11.62人(R4)	紹介39.85人 逆紹介16.38人(R11)
	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	紹介4.39人 逆紹介1.73人(R11)
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)	228.3日(R11)

(注) 「隔離指示件数」の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組により身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

第3節 災害時医療

1 現状・課題

【現状】

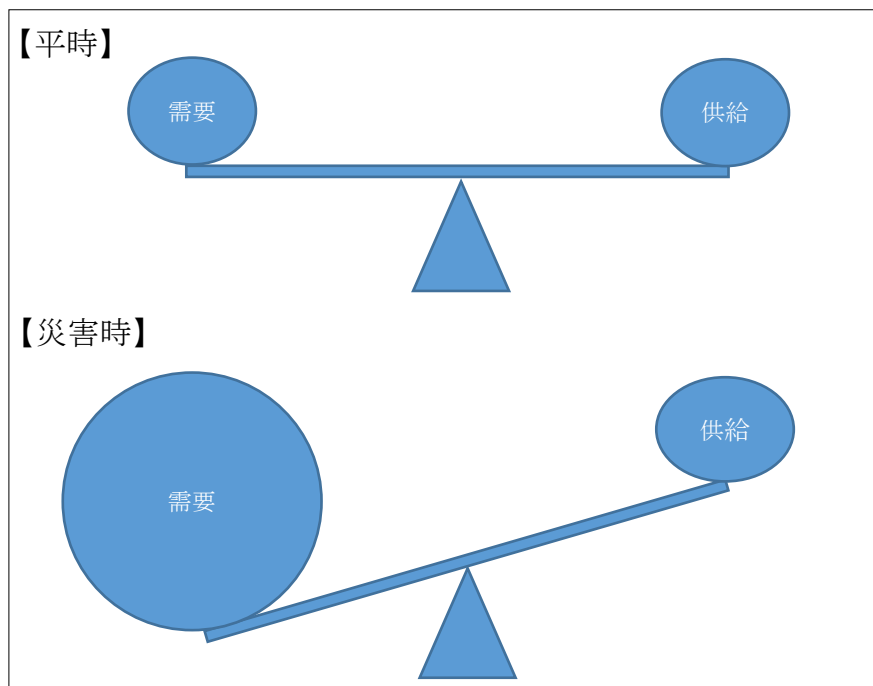
- ・県は、災害時の医療救護体制の整備について従前から継続的に取り組んできました。
- ・今後発生が予想される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する津波や浸水、土砂災害、火災等や、火山災害等の大規模な災害に備え、県民の生命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」（令和2年10月改定）に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。

【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当たって、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。

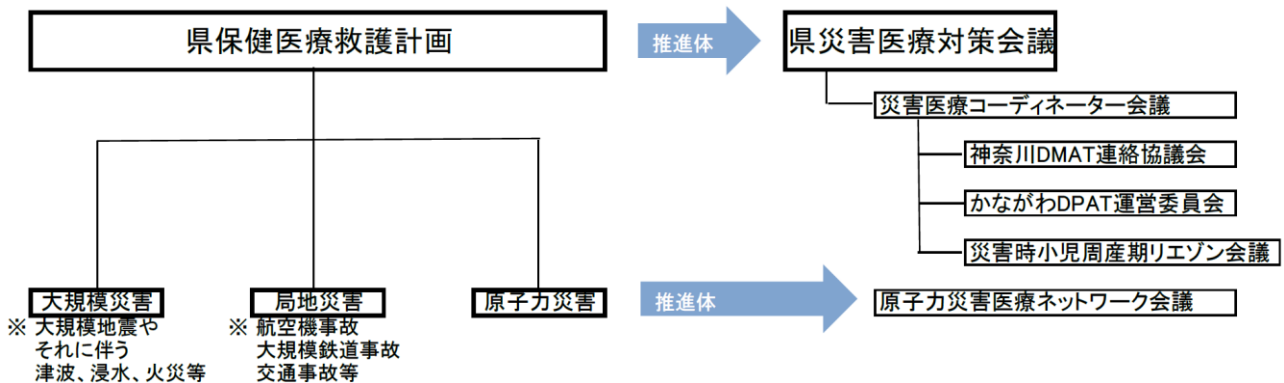
【DHEAT】

- 県は、災害時、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整が円滑に行われるようにするために、平成31年4月に「神奈川県災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）運用要綱」を策定しました。
- そのうえで、今後も継続してDHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team）（※1）の運用体制の整備等に取り組む必要があります。

【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（Disaster Medical Assistance Team）（※2）や保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高めることが必要です。
- 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「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

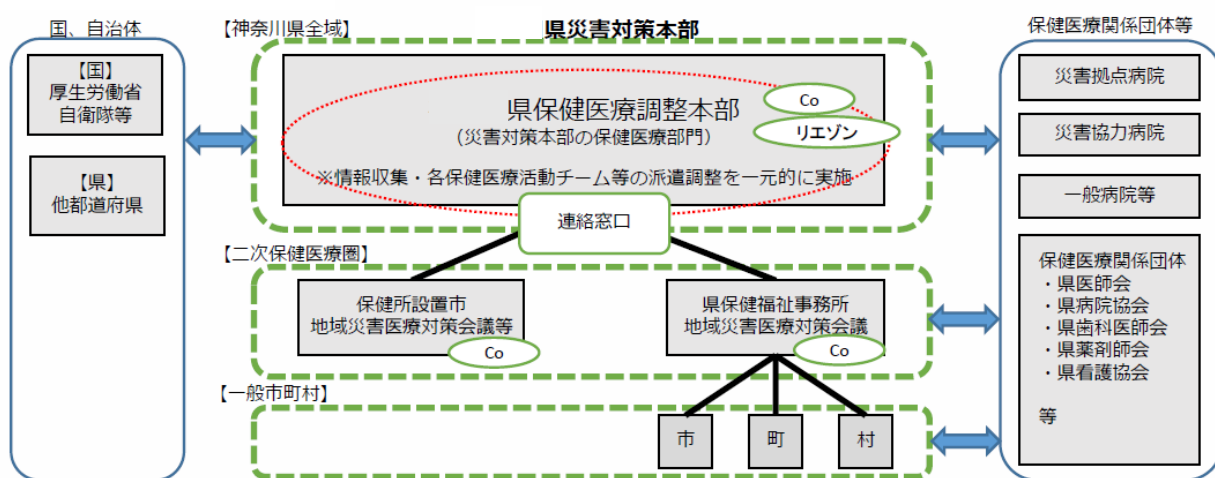


(3) 地域の現状と課題

【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



※1 「市、町、村」は、災害時において「市町村の災害対策本部（医療救護担当）」を表す。

※2 保健所設置市である横浜市・川崎市・相模原市・藤沢市・茅ヶ崎市（寒川町域含む）は、市単位で県保健医療調整本部と連携した医療救護活動を行う。

※3 保健所設置市のうち、横須賀市は、この図では一般市町村の市として扱う。

※4 保健衛生活動は、平時の保健所活動と同じ体制で行う。

Co Co：災害医療コーディネーター

リエゾン リエゾン：災害時小児周産期リエゾン

- 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（※3）、挫滅症候群（※4）、広範囲熱傷（※5）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。
- さらに、令和4年2月には日本DMAT活動要領が改正され、新興感染症まん延時におけるDMATの活動が明確化されました。
- 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5年4月現在で35病院です。災害拠点病院は全てDMATを保有しており、複数のDMAT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DMAT-L（※6）を保有する災害拠点病院は令和5年4月現在で17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

(令和5年4月1日現在)

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

番号	医療圏	病院名	所在地
10	横浜	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
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 東部	藤沢市民病院	藤沢市藤沢 2-6-1
25		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（※7）」を整備しています。
- さらに、令和5年3月には災害派遣精神医療チーム（D P A T）活動要領が改正され、新興感染症まん延時におけるD P A Tの活動が明確化されました。
- 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（※8）や災害支援ナース（※9）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。
- また、県は厚生労働省が主催するD H E A T研修や近隣他都県とのD H E A T協議会などに参加することで、D H E A Tの運用体制の整備等を図ります。

（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、県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（※10）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・市町村合同総合防災訓練）」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 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）

都道府県及び保健所を設置する市の職員等によって組織される専門的な研修・訓練を受けたチームであり、自然災害等により重大な健康危機事態が発生した場合、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整機能を補佐するものである。

※2 DMAT（災害派遣医療チーム）

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。

※3 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。

※4 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。

※5 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。

※6 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。

※7 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。

※8 災害薬事コーディネーター

都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、保健医療調整本部等において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行う薬剤師。

※9 災害支援ナース

災害支援ナースとは、都道府県が協定を締結している医療機関等から被災地等に派遣され、地域住民の健康維持・確保に必要な看護を提供するとともに、看護職員の心身の負担を軽減し支えること（看護支援活動）を行う看護職員のことであり、厚生労働省医政局が実施する災害支援ナース養成研修を終了し、厚生労働省医政局に登録されたものの総称である。

※10 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
【県】	
神奈川県災害医療対策会議の開催回数	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	毎年10回以上
神奈川県が主催または参加する訓練の回数 (関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど)	毎年2回以上

【地域】	
地域災害医療対策会議の開催回数	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	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	毎年9カ所
神奈川県が主催または参加する訓練の回数 (関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど)【再掲】	毎年2回以上

【医療機関】	
県が主催するEMIS操作研修の参加者数	毎年180人
DMAT隊員のうち、DMAT隊員感染症研修を修了した割合	100%
県内のDMATインストラクターの人数	30人以上
かながわDPAT研修の受講者数	毎年35人
神奈川県が主催または参加する訓練の回数 (関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど)【再掲】	毎年2回以上
災害時医療救護活動研修会の参加者数	毎年200人
DMAT-L研修の参加者数	毎年80人
災害拠点病院の耐震化率	100%

【保健医療関係団体】	
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団体以上
県が実施する訓練に参加した団体数	毎年5団体以上

初期アウトカム	
【県】	
C101	計画の策定・改定を適時・適切に行っている
C102	県内外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

【地域】	
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
C202	地域の関係者への教育が適切に行われている

【医療機関】	
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
C302	災害時医療を担う施設が適切に維持・管理されている
C303	災害時医療に係る情報が適切に把握・管理されている

【保健医療関係団体】	
C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている

中間アウトカム

最終アウトカム

【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	県内外の関係者との連携を適切に図っている

【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
------	------------------------------

【保健医療関係団体】

B401	災害時の役割が明確であり、そのために必要な取組が講じられている
------	---------------------------------

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	C101 C102	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
	C101 C102	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
	C101 C102 C202 C301	神奈川県が主催または参加する訓練の回数(関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど)	県独自調査	1回 (R4)	毎年2回以上
	C201	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
	C202	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
	C202	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
	C301 C303	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
	C301	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%
	C301	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
	C301	かながわ DPAT 研修の受講者数	県独自調査	38人 (R4)	毎年35人
	C301	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
	C301	DMAT-L 研修の参加者数	県独自調査	77人 (R4)	毎年80人
	C302	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%
	C401	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	11団体 (R5)	11団体以上
	C401	県が実施する訓練に参加した団体数	県独自調査	5団体 (R5)	毎年5団体以上

第4節 周産期医療

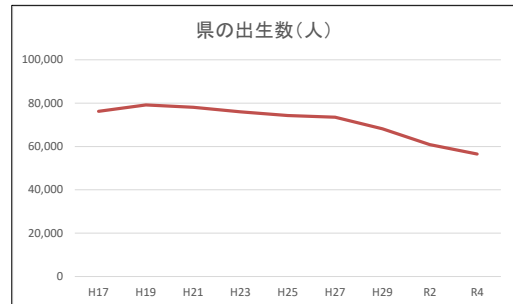
1 現状・課題

【現状】

- ・県は「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、どのように県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。



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

新生児死亡率(千対) 1.0(全国0.8)

周産期死亡率(千対) 3.7(全国3.3)

妊産婦死亡率(10万対) 6.9(全国4.2)

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、「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、「県周産期医療体制整備計画」を第7次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人となっており、減少傾向にあります。(図表2-1-4-1)

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、横ばい傾向にあります。(図表 2-1-4-2)

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歳未満		35-39歳	40-44歳	45-49歳	50歳以上	35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、横ばい傾向にあります。(図表 2-1-4-3)

図表 2-1-4-3 県における体重別出生数

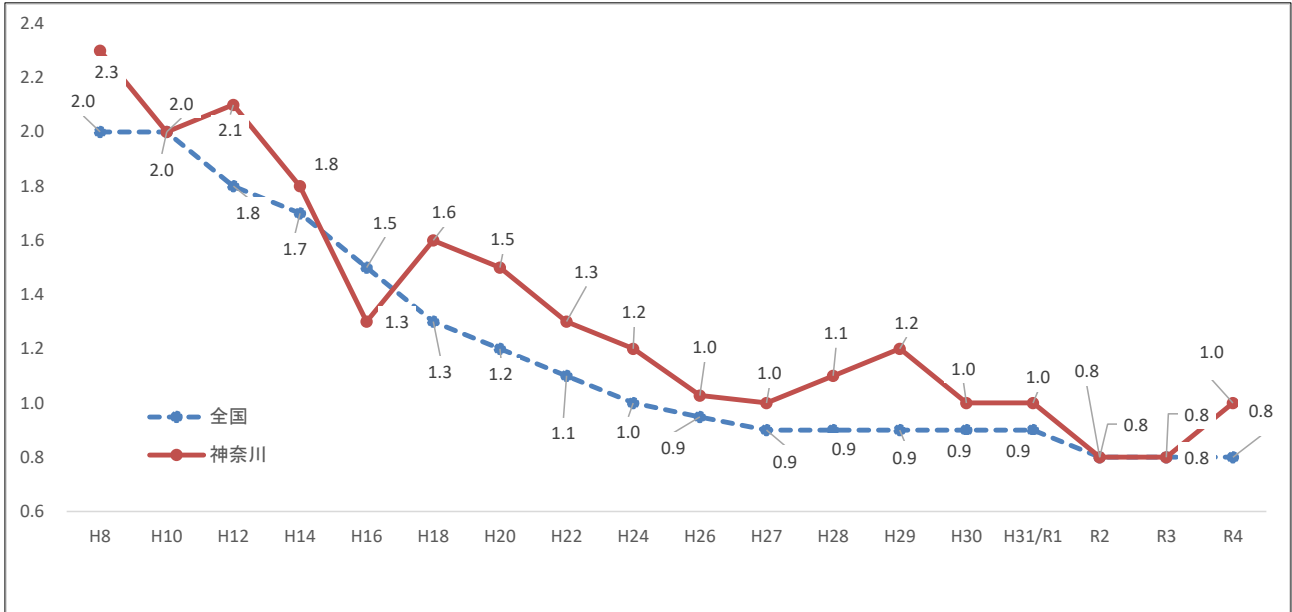
年	総数	出生体重別										2,500g以上	不詳	
		超低出生		極低出生		低出生		1,500-1,999g	2,000-2,499g	件数	割合			
		500g未満	500-999g	件数	割合	1,000-1,499g	件数							割合
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75,666	8
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68,913	13
H22	78,077	18	218	236	0.30%	360	596	0.76%	885	6,027	7,508	9.62%	70,555	14
H27	73,476	17	190	207	0.28%	276	483	0.66%	823	5,636	6,942	9.45%	66,529	5
H28	70,649	16	189	205	0.29%	272	477	0.68%	868	5,349	6,694	9.48%	63,945	10
H29	68,133	25	173	198	0.29%	284	482	0.71%	798	5,240	6,520	9.57%	61,604	9
H30	66,564	32	200	232	0.35%	280	512	0.77%	788	4,900	6,200	9.31%	60,349	15
H31/R1	63,035	22	167	189	0.30%	282	471	0.75%	757	4,737	5,965	9.46%	57,061	9
R2	60,865	20	131	151	0.25%	207	358	0.59%	712	4,421	5,491	9.02%	55,366	8
R3	58,836	21	173	194	0.33%	288	482	0.82%	676	4,208	5,366	9.12%	53,462	8
R4	56,498	16	147	163	0.29%	233	396	0.70%	678	4,257	5,331	9.44%	51,160	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、平成26年以降は横ばい傾向にあります。しかし、全国及び主要都府県と比較すると高い傾向にあります。（図表2-1-4-4、別冊図表5-2-9）

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）

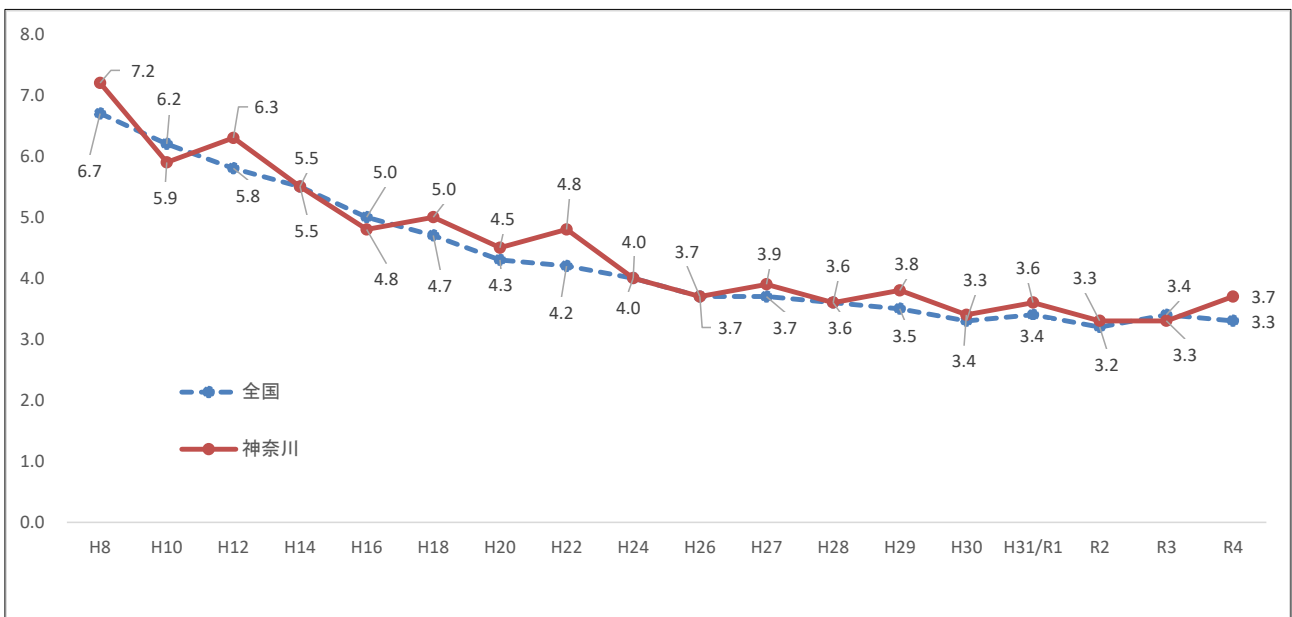


（出典）厚生労働省「人口動態調査」

オ 周産期死亡率

- 周産期死亡（※4）率は、平成26年以降は横ばい傾向にあります。（図表2-1-4-5）

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）

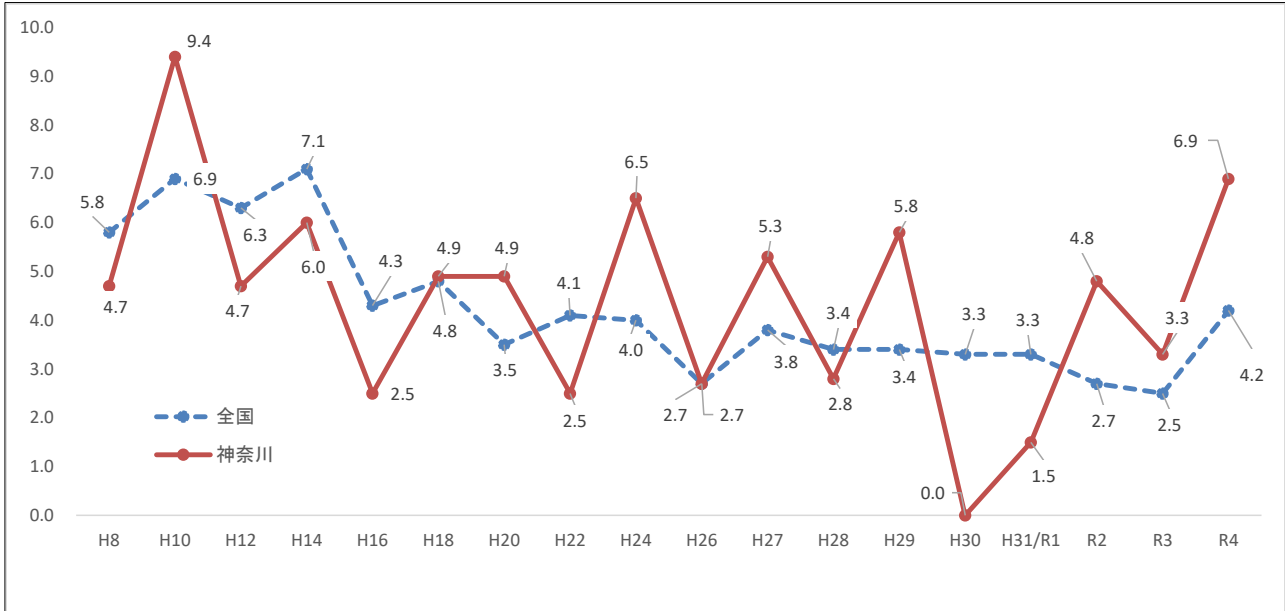


（出典）厚生労働省「人口動態調査」

カ 妊産婦死亡率

- 妊産婦死亡（※5）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）

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）県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、「県周産期救急医療システム」を運用しています。

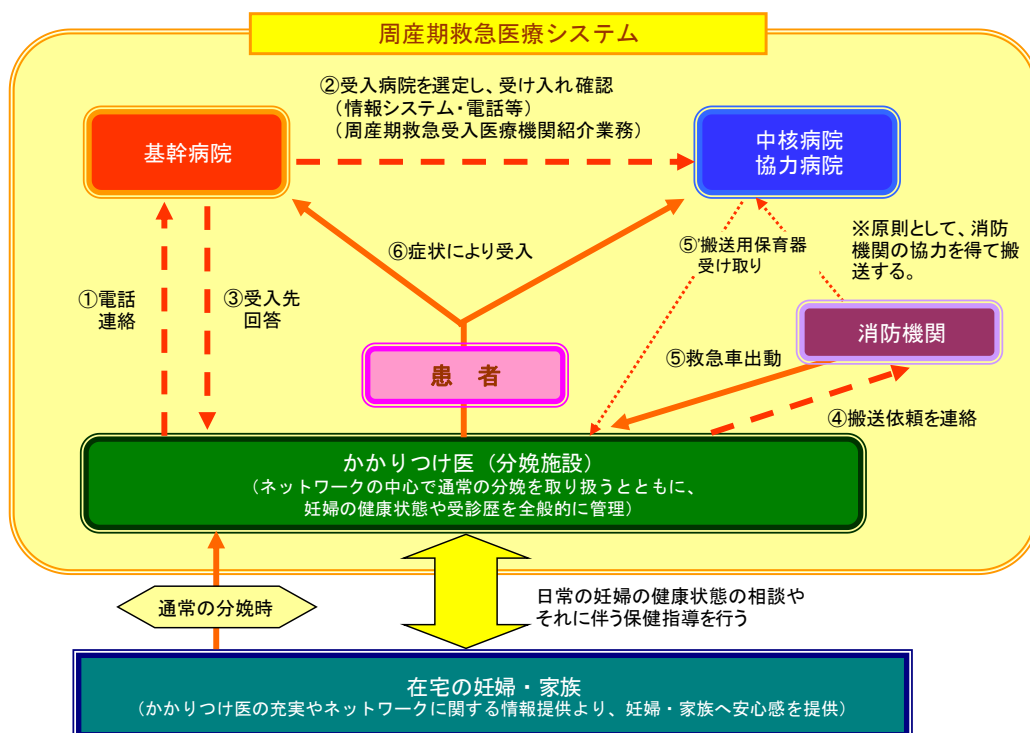
この「県周産期救急医療システム」とは、県内を6つのブロックに分け、機能別に位置づけた「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」を中心に、分娩時の予期できない急変等に対応し、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保するものです。

- また、県は平成6年8月から、「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「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県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しています。

- 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、今後も継続的に県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 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県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（※8）などを活用することが有効です。しかし、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。
- また、周産期医療と母子保健を地域全体で支えるため、周産期医療や院内助産・助産師外来の担い手である助産師の積極的な活用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産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ります。そのため、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)

図表 2-1-4-8

県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) 県医療課「県周産期救急医療情報システム調査」

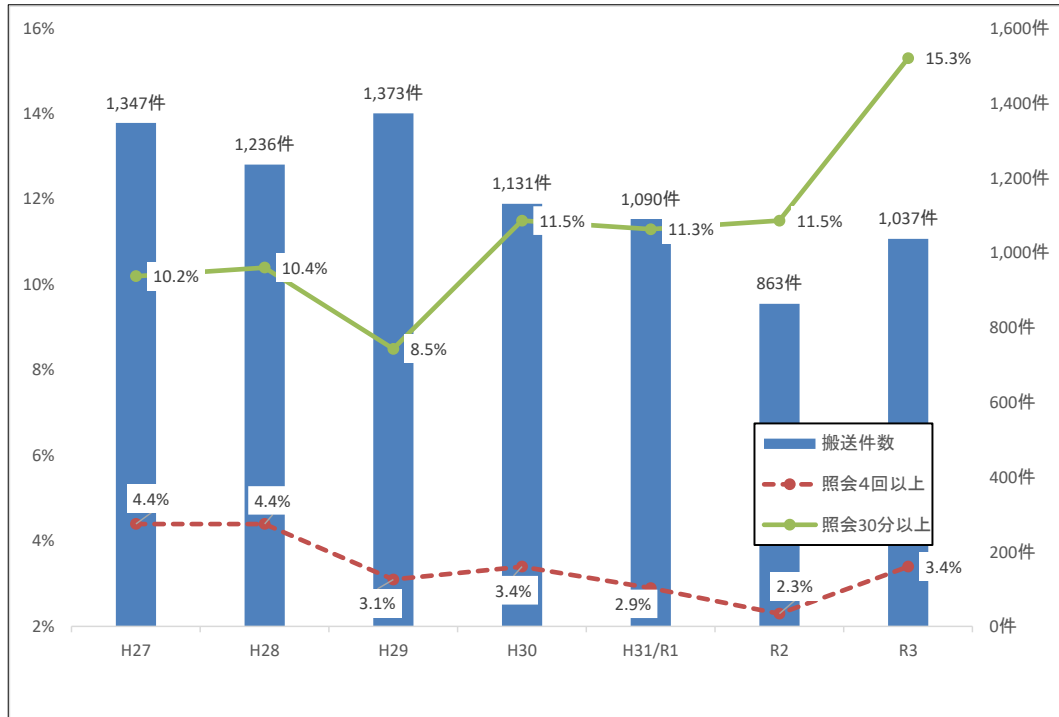
(3) 近隣都県との連携体制の構築

- 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当たり、受入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平成 29 年以降、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。(図表 2-1-4-9)
- 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呼ばれ、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年度は213床で、令和3年度は、212床とほぼ横ばいで推移しています。(図表2-1-4-10)
- 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。(図表2-1-4-11)
- 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

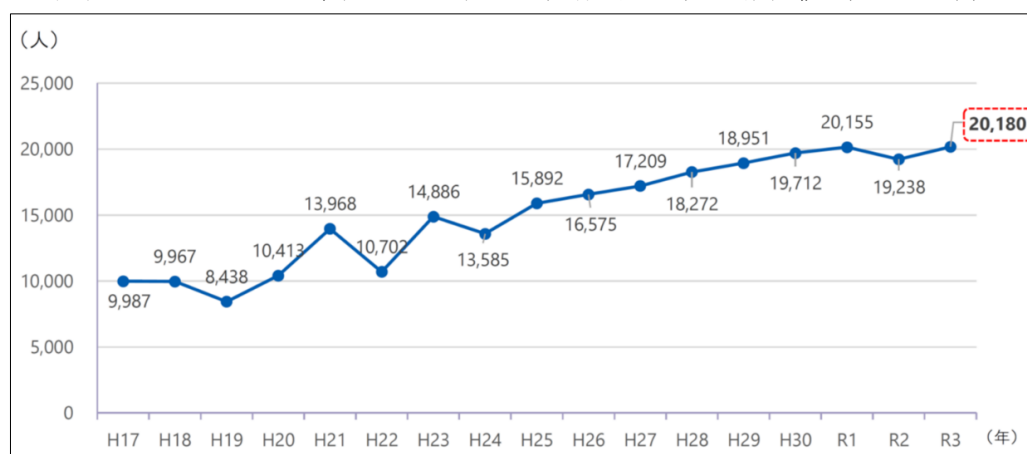
- 県における周産期母子医療センターのN I C U等長期入院児の数は、平成28年度は17人であったのが、令和3年度は6人と減少傾向にあります。(図表2-1-4-12)
- 低出生体重児等は、N I C U等を退院した後、医療的ケアが必要となる場合も多く、全国的に出生数は減少傾向ですが、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児(※9)は増加しています。(図表2-1-4-13)
- 県では医療的ケア児等が、地域で安心して療養できるよう、国の日中一時支援事業を活用し、保護者のレスパイト(休息)等の支援を実施しています。
- N I C U等の退院後には、医療、保健、福祉、教育などの関係機関が連携して、切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
N I C U長期入院児数	8	4	10	10	12	5	1	6	4	5
G C U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 全国における在宅の医療的ケア児の推計値(0~19歳)



(出典) 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・教育等の連携に関する研究(田村班)」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

(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。(図表 2-1-4-14)
- 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NICU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、令和 3 年では 154 人と減少傾向にあります。(図表 2-1-4-15)
- 無痛分娩や帝王切開のより安全な実施に必要な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 人でしたが、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県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)

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

(単位:人)

(出典) 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)

	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

(単位:人)

※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県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 件となっています。また、分娩取扱施設数は平成 30 年 4 月 1 日時点は 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。(図表 2-1-4-16)
- 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）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>

- ◆県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）県周産期救急医療システムの充実

- 県は、引き続き、県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。
- 県は、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。
- 県は、セミオープンシステムや院内助産、助産師外来の導入促進など、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。
- 県は、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。
- 県は、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

- 県は、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

- 県は、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、保護者のレスパイト（休息）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、地域の歯科医療機関、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

- 県は、県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。
- 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、県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、県は、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

- 県は、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 県周産期救急医療システム受入病院

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。

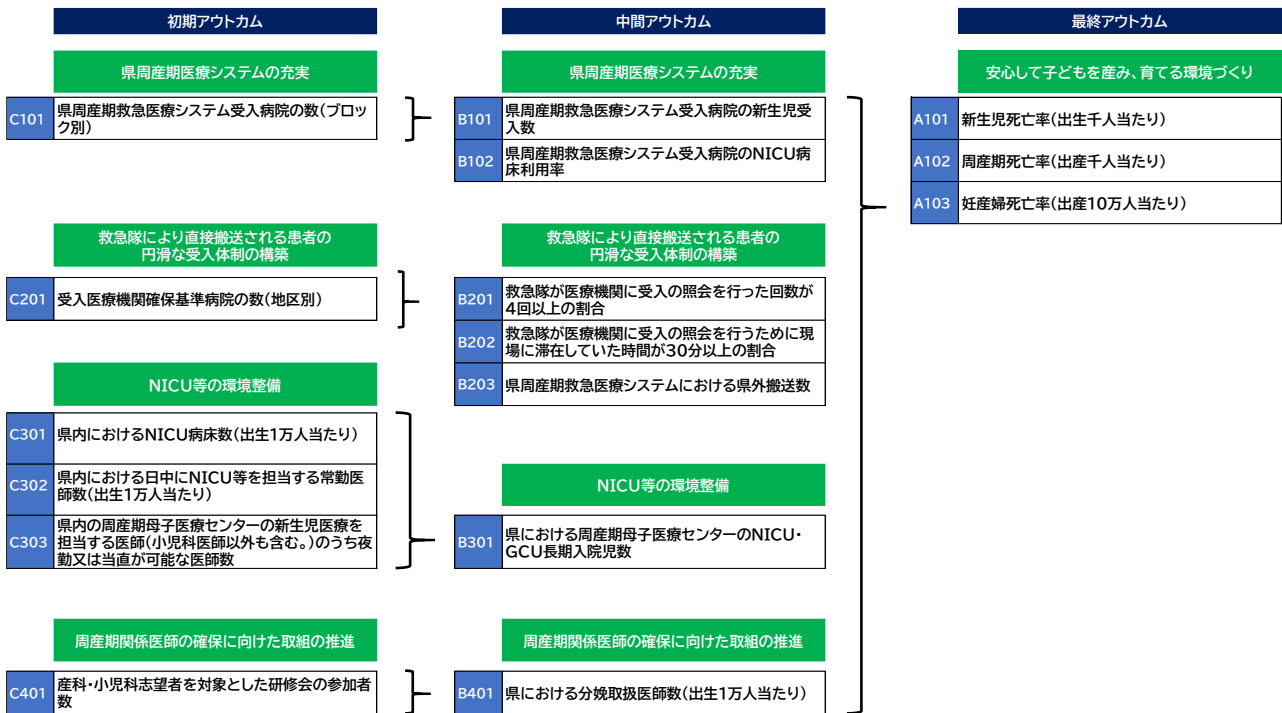
※9 医療的ケア児

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	県周産期救急医療システム受入病院の数(ブロック別)	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(地区別)	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の参加者数	がっ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	県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 (R4)	4,000 件
	B102	県周産期救急医療システム受入病院の NICU 病床利用率	県独自調査	75.3% (R4)	75.0%
	B201	救急隊が医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の割合	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	3.4% (R3)	3.0%以下
	B202	救急隊が医療機関に受入の照会を行うために現場に滞在していた時間が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	15.3% (R3)	11.6%以下
	B203	県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(出生1万人当たり)	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(出生千人当たり)	厚生労働省, 人口動態調査	1.0 (R4)	0.8 以下
	A102	周産期死亡率(出産千人当たり)	厚生労働省, 人口動態調査	3.7 (R4)	3.3 以下
	A103	妊産婦死亡率(出産 10 万人当たり)	厚生労働省, 人口動態調査	6.9 (R4)	4.2 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】

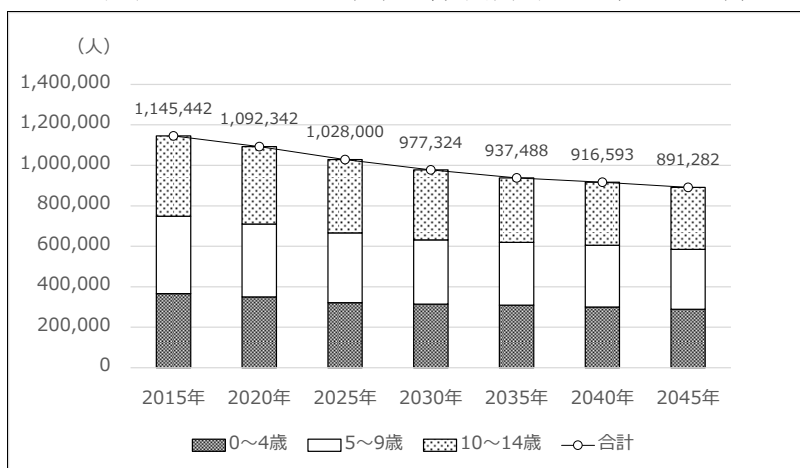
- ・安心して子育てが行える環境を整備するため、小児医療を担う人材の確保や、機能分化・関係機関間の連携等を推進し、小児患者に対し、その重症度に応じた対応や支援が可能な体制を維持する必要があります。

(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日の本県の人口は約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、本県の令和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、本県の小児人口は、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）

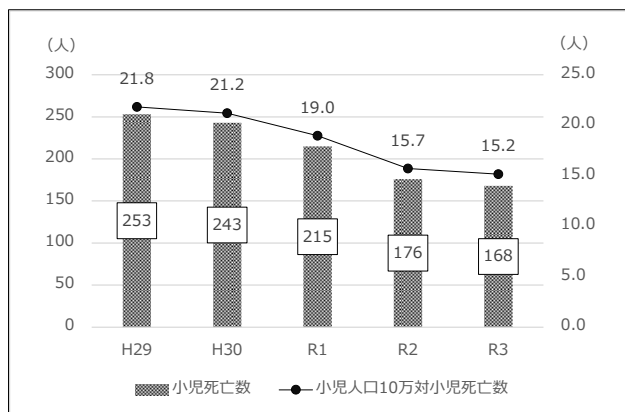


（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成30（2018）年推計
※平成27（2015）年の国勢調査を基に、平成27（2015）年10月1日から令和27（2045）年10月1日までの30年間（5年ごと）について、将来人口を推計。

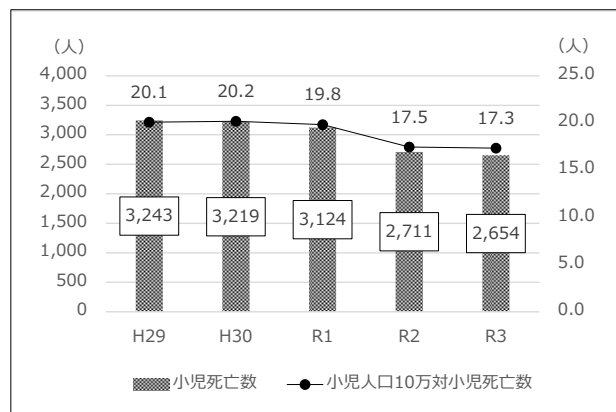
イ 小児患者の状況

- 本県の小児死亡数は減少傾向にあり、令和元年以降、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（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年の本県の0～4歳及び5～9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＜腫瘍＞」、「自殺」となっています。（図表2-1-5-4、2-1-5-5）

図表 2-1-5-4 主な死因（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）県健康増進課「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

- 本県の令和2年の小児の1日の受療率（※2）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）

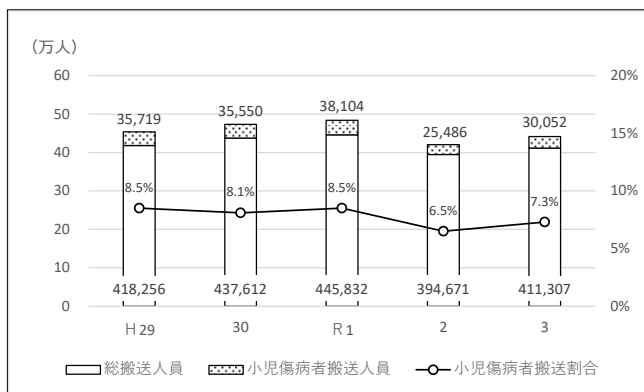
図表 2-1-5-6 受療率

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

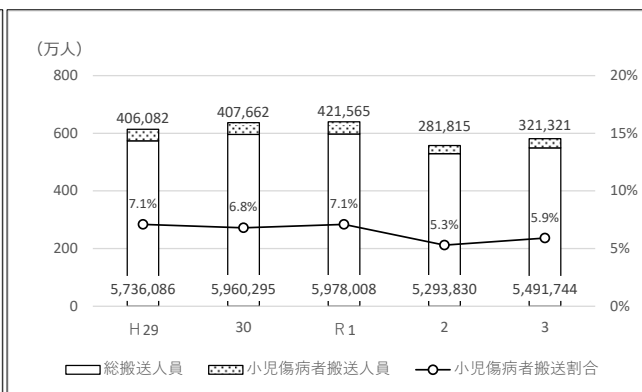
（出典）厚生労働省「患者調査」令和2年

- 本県の令和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(県)



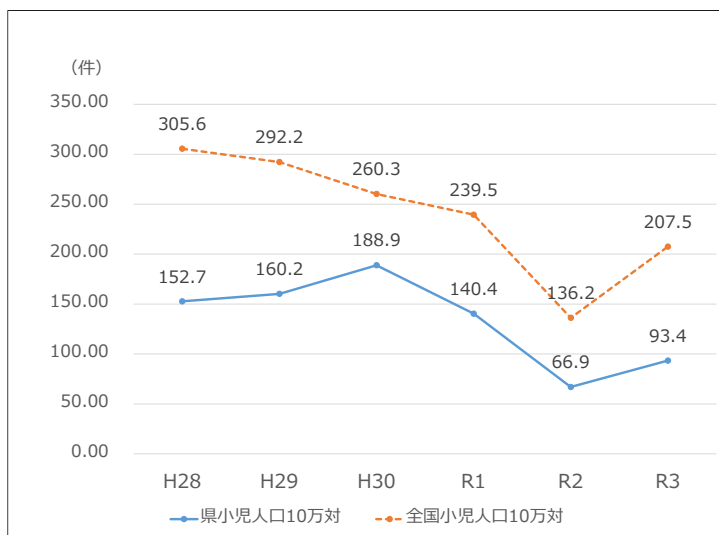
図表2-1-5-8 小児傷病者搬送の状況(全国)



(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（レセプト件数）（小児人口10万対）は全国値より下回っています。（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）



(出典) 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(%)
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	

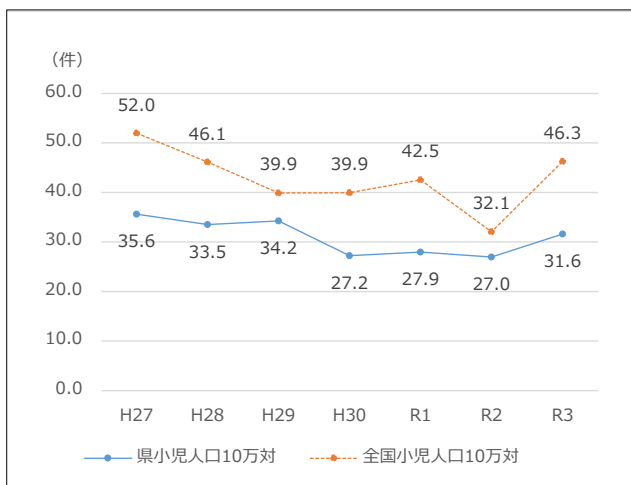
(出典) 総務省消防庁「救急救助の現況」
総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年令区分別傷病程度別搬送人員調」

○ 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

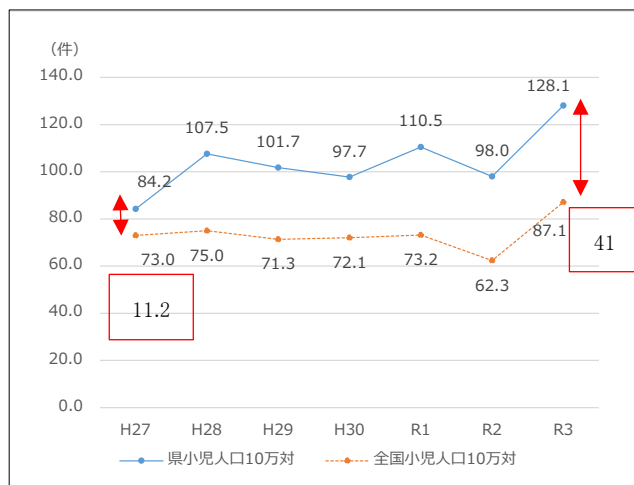
大きく影響していると指摘されています。

- 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（小児人口10万対）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（小児人口10万対）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）



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）



（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」
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

- 本県の令和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）

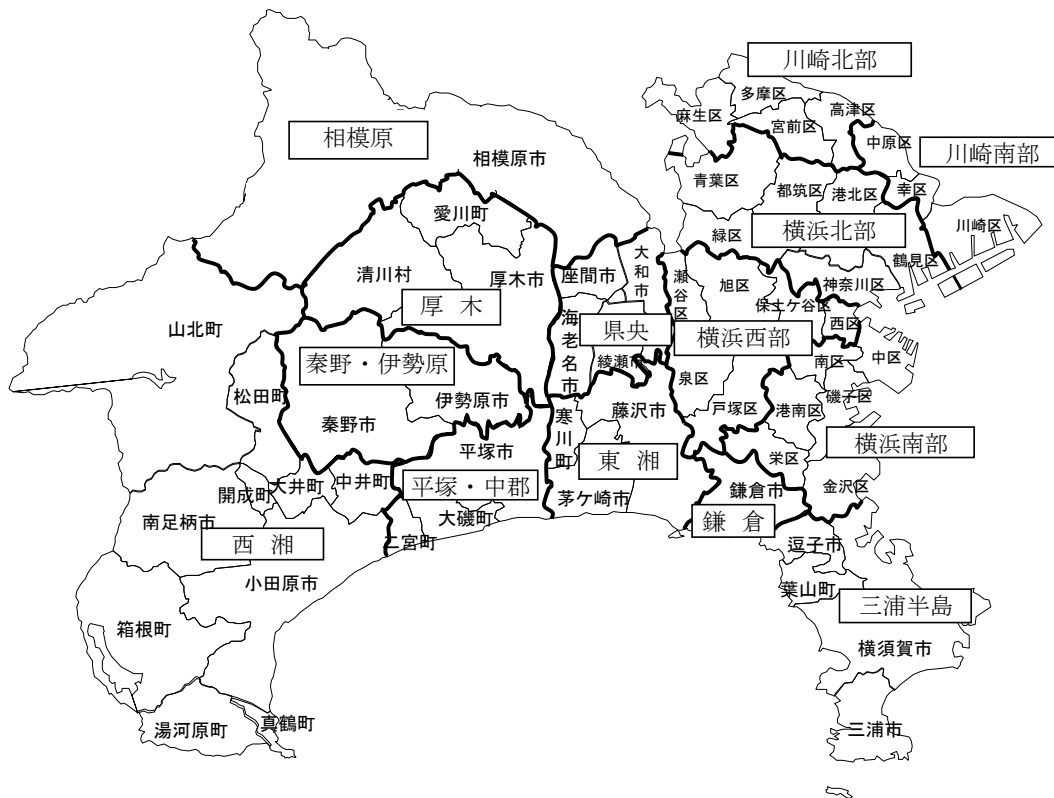
図表2-1-5-13 施設基準の届出受理状況（小児入院医療管理料）

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

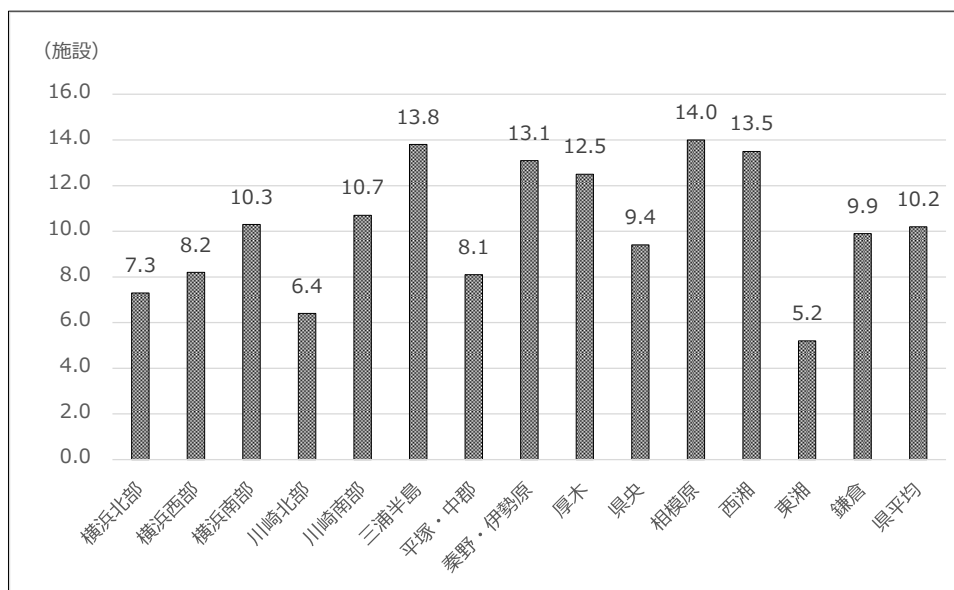
（出典）関東信越厚生局
「届出受理医療機関名簿（届出項目別）」
令和5年8月1日現在

- 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



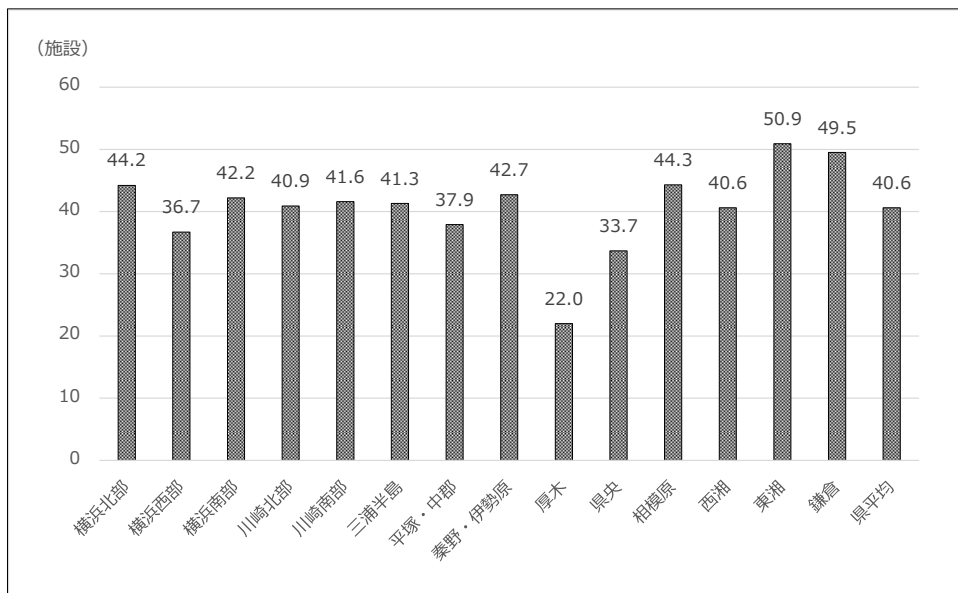
図表 2-1-5-15 小児科を標榜する病院数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



（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（小児医療圏別）（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）

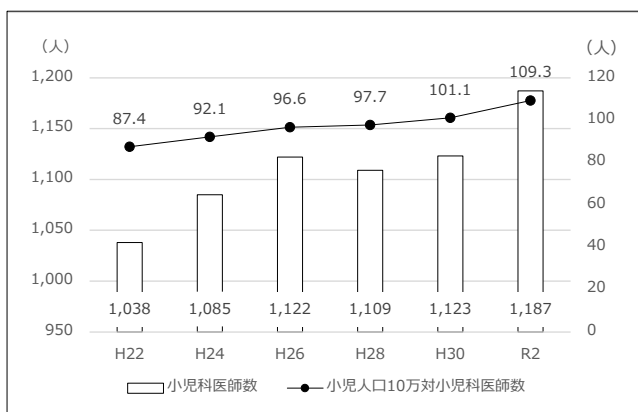
図表 2-1-5-16 小児科を標榜する診療所数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



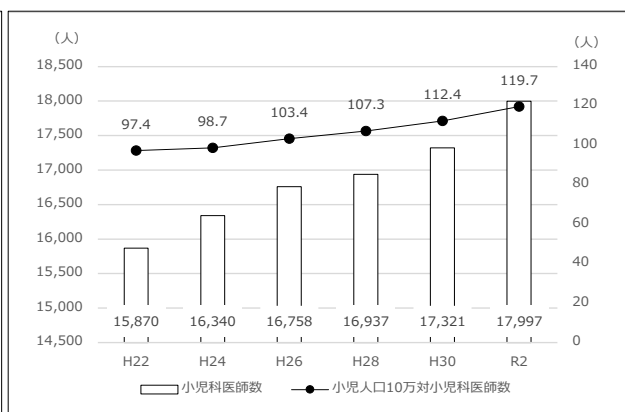
（出典）厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- 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(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)

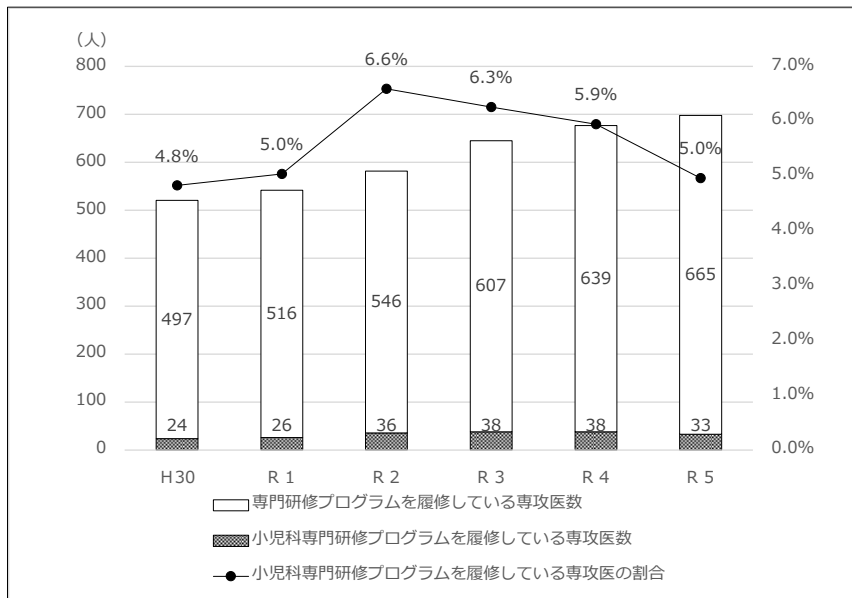


（出典）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、総務省統計局「人口推計」

- 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



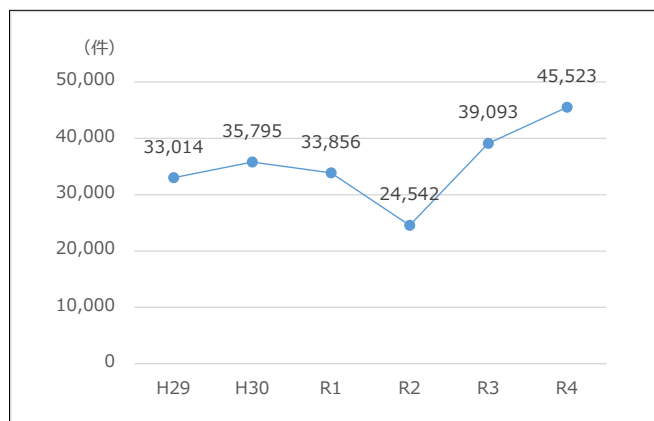
(出典) 一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」

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(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。

(ウ) 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。

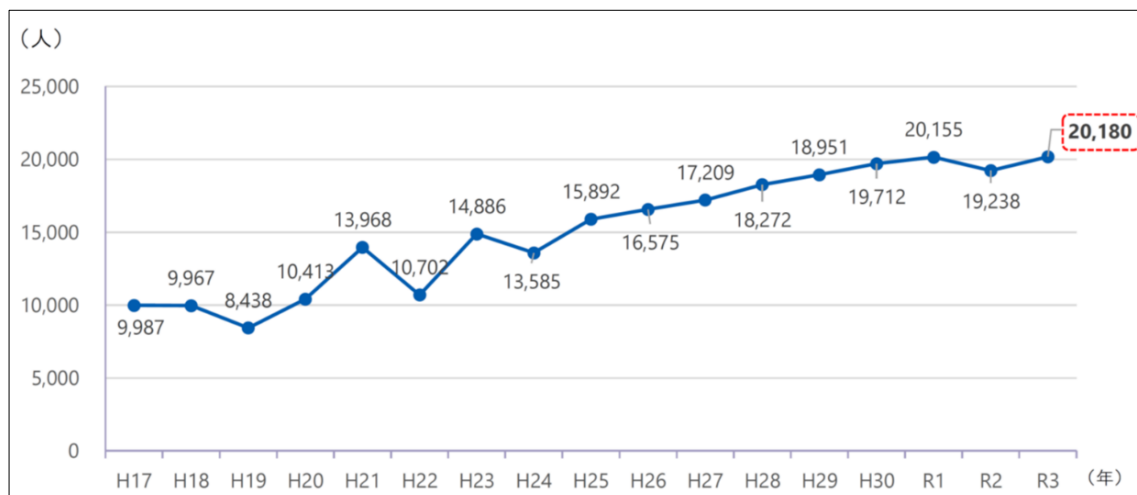
(エ) 三次救急医療提供体制

- 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 全国における在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）



（出典）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）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

- 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、県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、相談員に対し、厚生労働省が実施する#8000対応者研修の受講を推奨するなど、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、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。

○ なお、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命措置を行うため、小児救命救急センター（※7）を設置している都府県もあることから、本県においても、医療機能の明確化に関する議論とあわせて、小児救命救急センターを小児中核病院の機能の1つとして整理するか検討を進めていきます。

(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、支援策の検討に当たっては、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（※8）、地域の医療機関、在宅医療機関、訪問看護、地域の歯科医療機関、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。

※ 発達障害等を含む児童・思春期精神疾患に関する事項については、「第2章第5節 精神疾患」に、若年者層の自殺対策に関する事項については、「第3章第2節 こころの未病対策」に整理していますので、ご参照ください。

=====

■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 小児救命救急センター

小児救命救急センターは、原則として、診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れる医療機関。

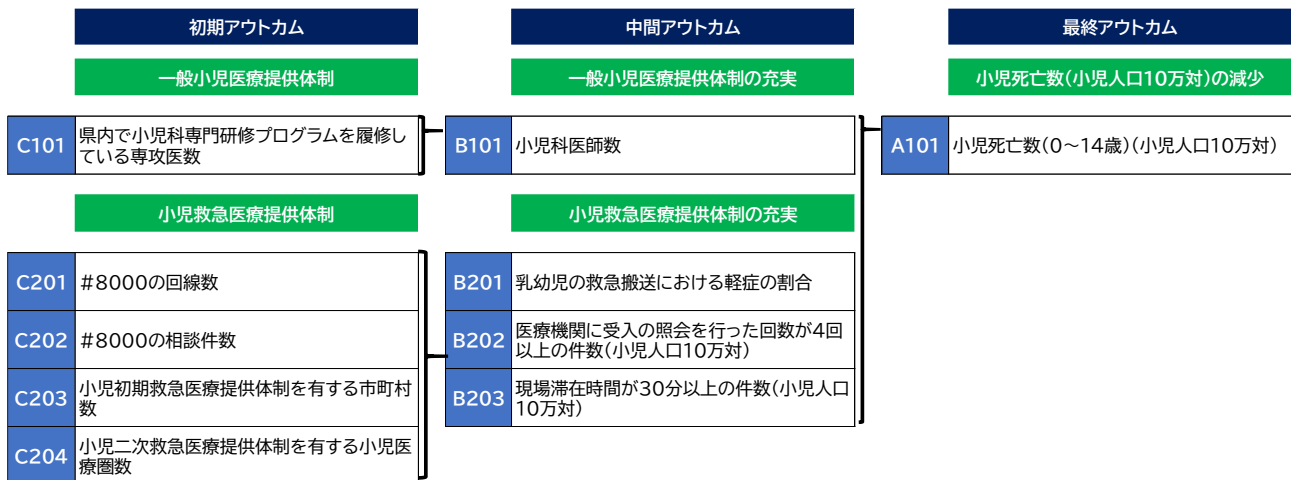
※8 県周産期救急医療システム受入病院

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

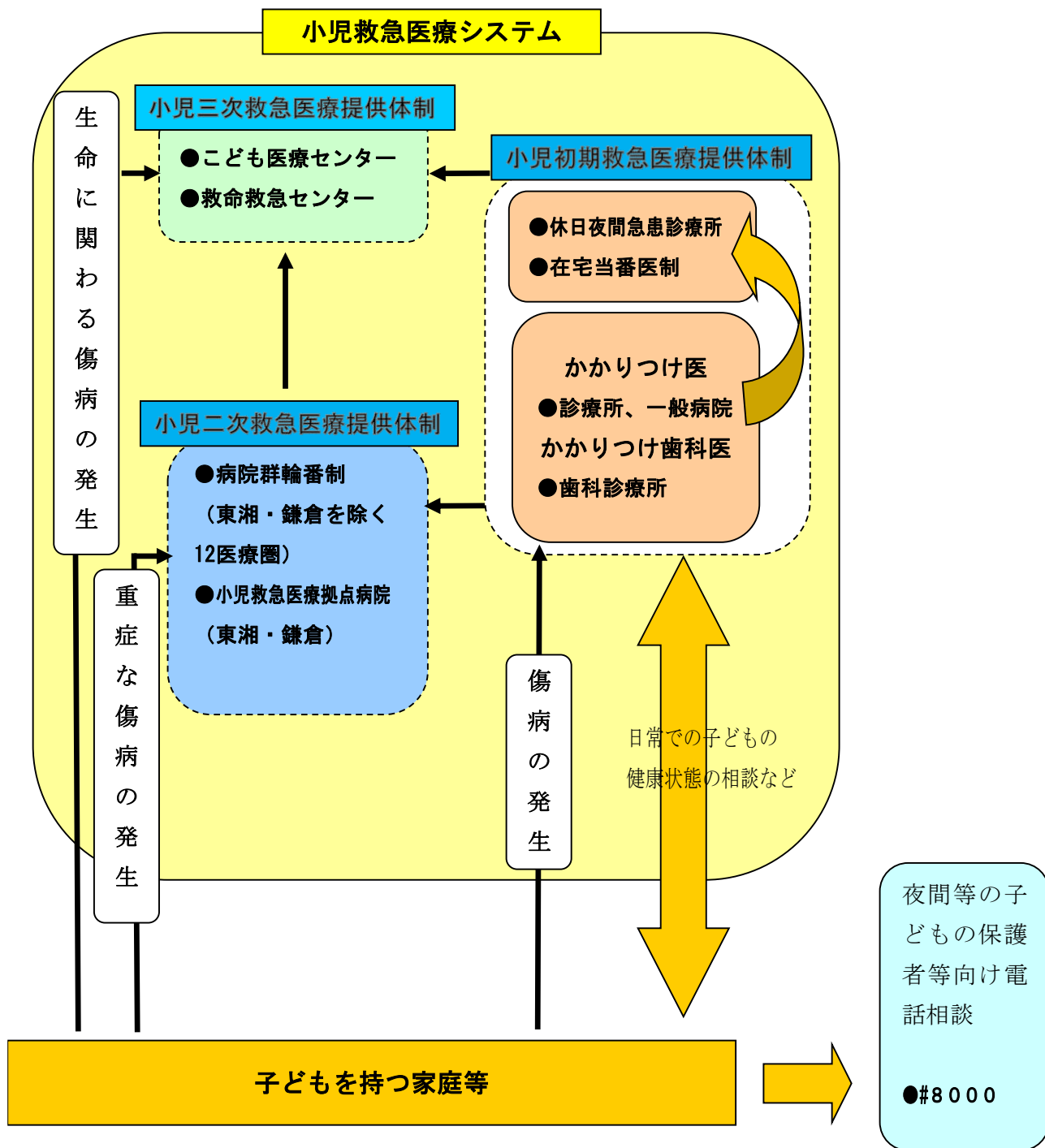
※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



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	県医療課調査	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	県医療課調査	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)	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」	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)	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」	128.1件 (R3)	100.3件以下
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、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、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

<めざす方向（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、厚生労働大臣の新型インフルエンザ等感染症等発生等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、流行初期以降にあっては、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。（図表2-1-6-1）

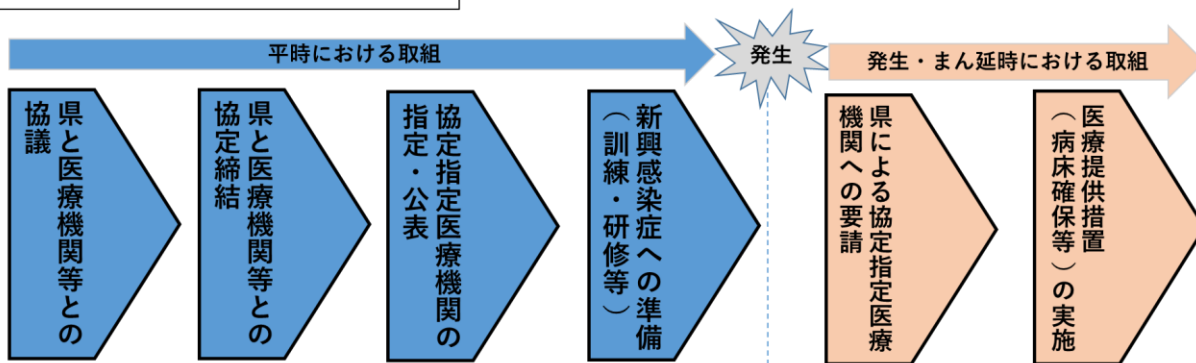
協定指定医療機関は、新興感染症発生時において県知事の要請により、協定締結した医療を提供します。

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新型インフルエンザ等感染症等発生等の公表後、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）。

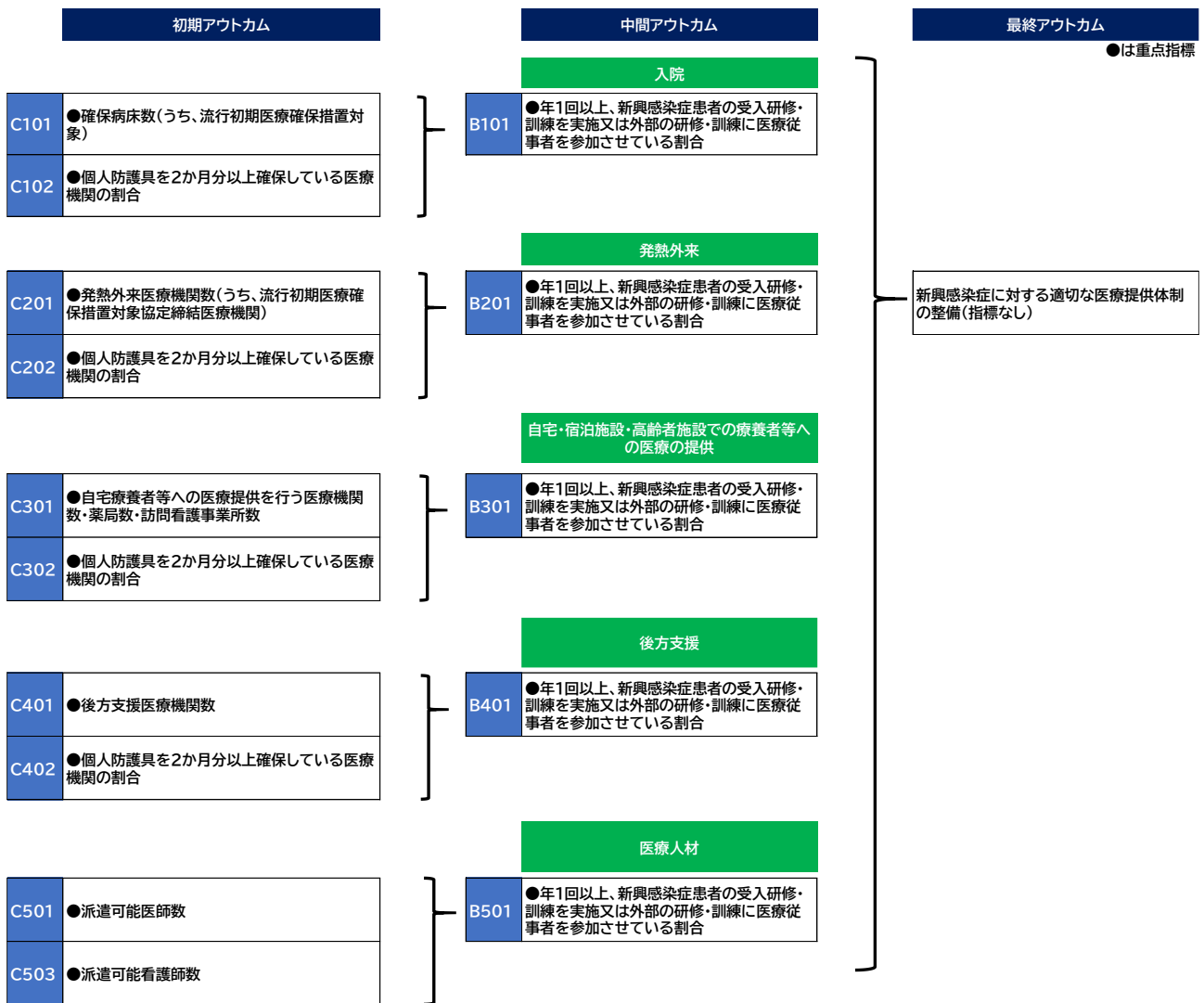
※3 外出自粛対象者

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)	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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)	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	8割以上
	C401	後方支援医療機関数	県独自調査	—	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	県独自調査	—	8割以上
	C501	派遣可能医師数	県独自調査	—	335人
	C503	派遣可能看護師数	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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	県独自調査	—	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