

(未定稿)

参考資料 1

「神奈川県保健医療計画」(案)
(第8次 令和6年度～令和11年度)

令和6年2月

目次

第1部 総論	1
第1章 基本的事項	2
第1節 計画策定の趣旨	2
第2節 計画の性格	2
第3節 第7次計画の評価	3
第4節 計画の基本理念及び基本目標	4
第5節 計画期間	5
第6節 関連する計画等	5
第2章 神奈川県の実況	6
第1節 人口	6
第2節 生活習慣病等の状況	9
第3節 受療状況	11
第4節 医療施設・保健医療従事者の状況	13
第5節 計画推進に向けた関係者の役割	16
第3章 保健医療圏と基準病床数	18
第1節 保健医療圏	18
第2節 基準病床数	21
第3節 医療と介護の一体的な体制整備	24
第2部 各論	25
第1章 事業別の医療体制の整備・充実	26
第1節 総合的な救急医療	26
第2節 精神科救急	45
第3節 災害時医療	56
第4節 周産期医療	67
第5節 小児医療	81
第6節 新興感染症	94
第2章 疾患別の医療連携体制の構築	100
第1節 がん	100
第2節 脳卒中	113
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	124
第4節 糖尿病	135
第5節 精神疾患	153
第3章 未病対策等の推進	179
第1節 未病を改善する取組の推進	179
第2節 こころの未病対策	185

第3節	歯科保健対策	188
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	191
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	193
第4章	地域包括ケアシステムの推進	195
第1節	在宅医療	195
第2節	高齢者対策	209
第3節	障がい者対策	215
第4節	母子保健対策	218
第5節	難病対策	225
第6節	地域リハビリテーション	227
第5章	医療従事者の確保・養成	233
第1節	医師	233
第2節	外来医療に係る医療体制の確保	255
第3節	看護職員	264
第4節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	275
第6章	総合的な医療安全対策の推進	282
第7章	県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	285
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	285
第2節	地域医療支援病院の整備	289
第3節	公的病院等の役割	291
第4節	歯科医療機関の役割	295
第5節	訪問看護ステーションの役割	297
第6節	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	302
第7節	病病連携及び病診連携	306
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	309
第9節	医療DXの推進	312
第8章	個別の疾病対策等	319
第1節	認知症施策	319
第2節	健康危機管理対策	323
第3節	感染症対策	325
第4節	肝炎対策	327
第5節	アレルギー疾患対策	330
第6節	血液確保対策と適正使用対策	333
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	336

第3部	地域医療構想	339
第4部	計画の推進	343
第1章	計画の推進体制等	344
第1節	計画策定の検討経緯	344
第2節	計画の推進体制	345
第3節	計画の進行管理	346
第5部	別冊	347
第1章	人口、医療資源等	349
第2章	周産期医療における現状と連携体制	381

第1部 総論

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

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

第2節 計画の性格

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

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

第3節 第7次計画の評価

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

第7次計画 総合評価一覧

計画項目	総合評価
第1章 事業別の医療体制の整備・充実	
第1節 総合的な救急医療	B
第2節 精神科救急	C
第3節 災害時医療	C
第4節 周産期医療	B
第5節 小児医療	B
第2章 疾病別の医療連携体制の構築	
第1節 がん	C
第2節 脳卒中	C
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	C
第4節 糖尿病	B
第5節 精神疾患	C
第3章 未病対策等の推進	
第1節 未病を改善する取組みの推進	B
第2節 こころの未病対策	A
第3節 歯科保健対策	B
第4節 ICTを活用した健康管理の推進	A
第5節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成	A
第4章 地域包括ケアシステムの推進	
第1節 在宅医療	B
第2節 高齢者対策	B
第3節 障がい者対策	B
第4節 母子保健対策	B
第5節 難病対策	B
第6節 地域リハビリテーション	B

計画項目	総合評価
第5章 医療従事者の確保・養成	
第1節 医師	B
第2節 外来医療に係る医療体制の確保	C
第3節 看護職員	B
第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	B
第6章 総合的な医療安全対策の推進	
第7章 県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	
第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	B
第2節 地域医療支援病院の整備	B
第3節 公的病院等の役割	B
第4節 歯科医療機関の役割	B
第5節 訪問看護ステーション役割	B
第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	B
第7節 病連携及び病診連携	B
第8節 最先端医療・技術の実用化促進	B
第8章 個別の疾病対策等	
第1節 認知症施策	B
第2節 健康危機管理対策	B
第3節 感染症対策	A
第4節 肝炎対策	C
第5節 アレルギー疾患対策	B
第6節 血液確保対策と適正使用対策	B
第7節 臓器移植・骨髄等移植対策	B

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

全41項目中 A：4項目 B：29項目 C：8項目 D：0項目

第4節 計画の基本理念及び基本目標

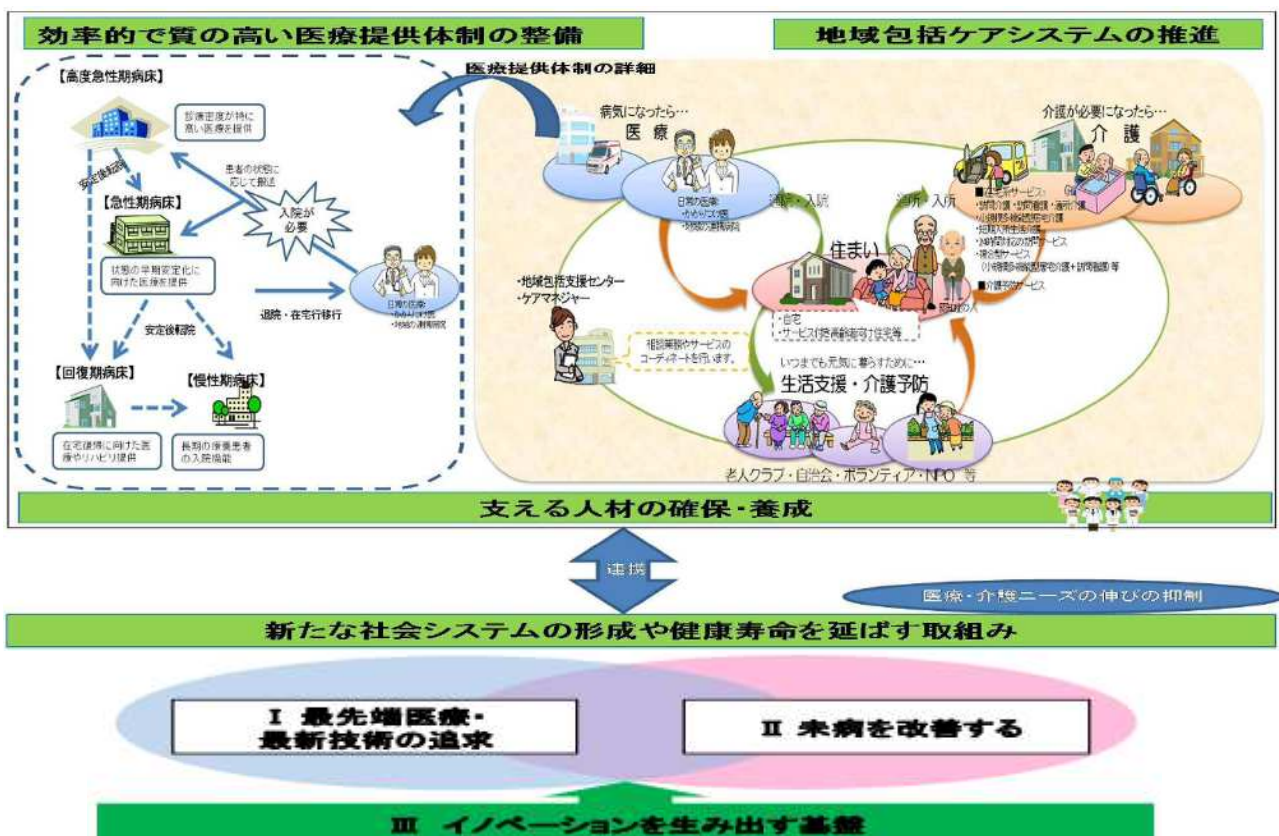
- すべての県民が健やかに安心してくらする社会の実現に向けて、「誰でも等しく良質かつ適切な保健医療福祉サービスを受けられる」ことを基本理念として、保健医療提供体制を整備します。
- 県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、医療機関、介護事業者、行政、県民相互の連携の下で、切れ目のない保健医療福祉サービスを提供する体制を整備することを基本目標とします。

<神奈川のめざすすがた>

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

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

図表 神奈川の将来のめざすすがた（イメージ）



第5節 計画期間

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

第6節 関連する計画等

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

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

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

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

第2章 神奈川県の実保健医療の現状

第1節 人口

1 県の人口概況

全国的には、これまでの人口が増加する社会から、人口が減少する社会へと転換期を迎えています。県の人口は東京都に次ぐ全国第2位であり、平成21年7月には900万人を突破しました。平成27年には、913万人となり、令和2年以降徐々に減少することが見込まれています。(図表1-2-1-1)

(1) 少子化の進行

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

県でも、第二次ベビーブームの昭和48年の2.30をピークに低下傾向で、平成17年に1.19と最低値を記録し、その後はわずかに上昇傾向に転じましたが、令和2年には1.26となりました。

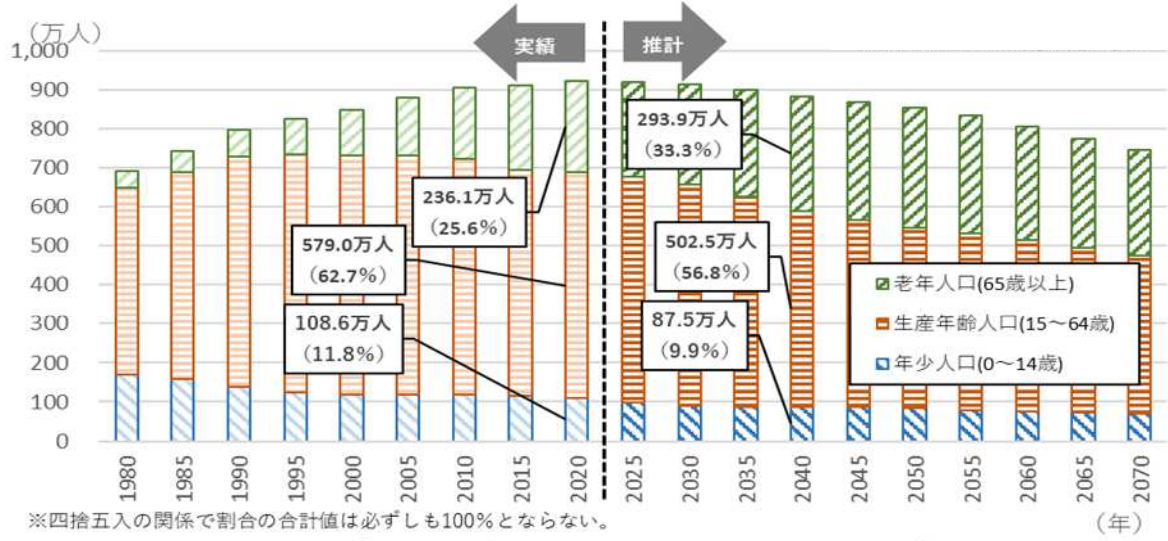
しかし、全国水準及び人口が安定的に維持される合計特殊出生率の水準(標準的には2.10前後)を大幅に下回っています。また、人口に占める年少人口の割合も低下し、今後も年少人口が減少することが予測されています。(図表1-2-1-2)

(2) 高齢化の進展

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

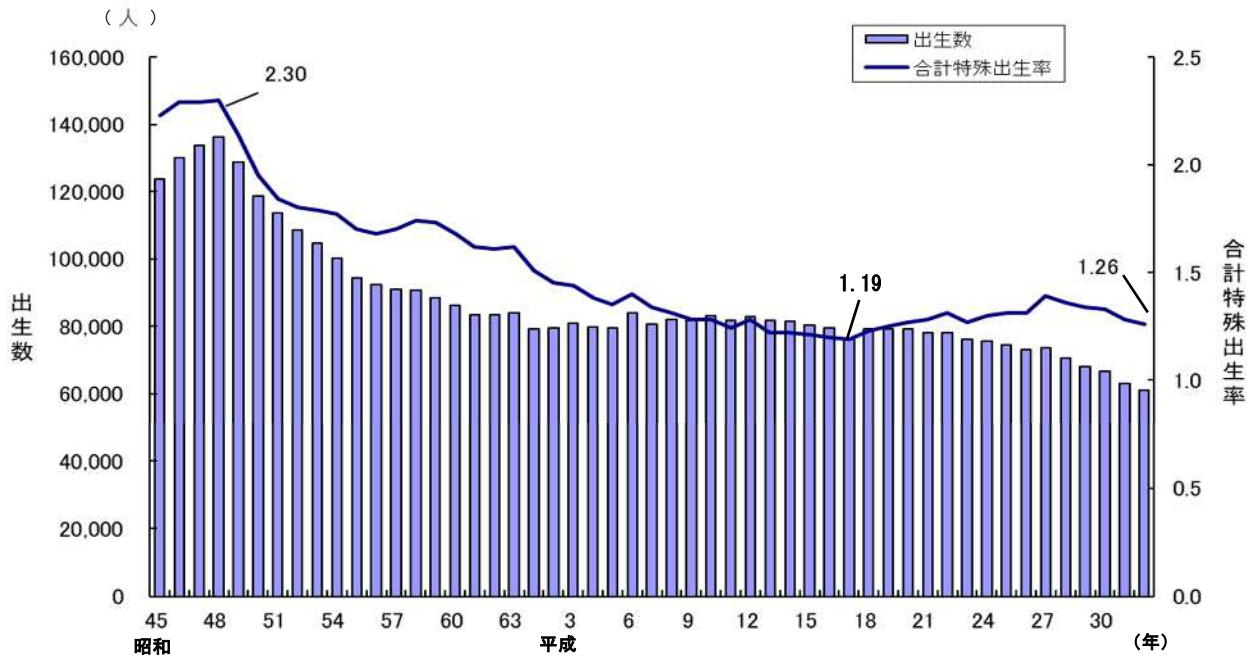
また、団塊の世代をはじめ、高度成長期に県に転入してきた世代の高齢化が進むため、現時点では全国に比べて県の高齢化率はまだ低いものの、今後、全国を上回るスピードで超高齢社会が進展することが予測されています。

図表 1-2-1-1 本県の年齢3区分別人口及び高齢化率



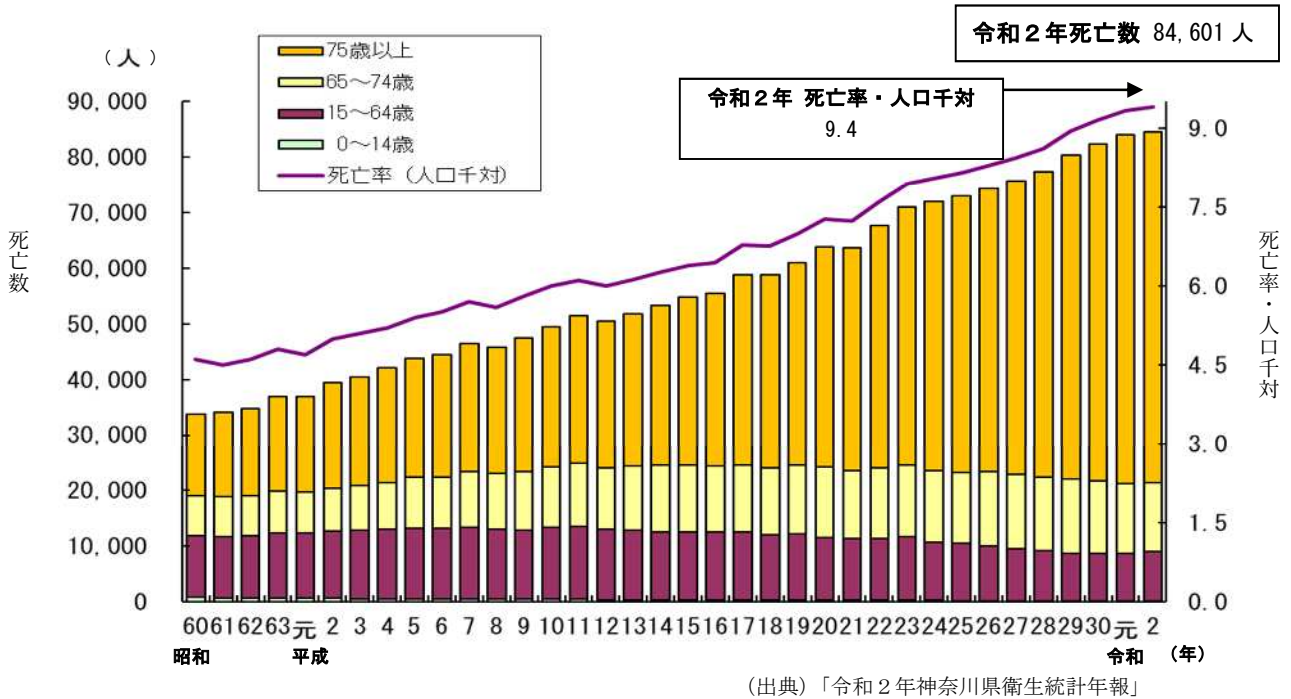
(出典) 県政策局総合政策課調べ

図表 1-2-1-2 本県の出生数及び合計特殊出生率(国集計値)の年次推移



(出典) 「令和2年神奈川県衛生統計年報」

図表 1-2-1-3 本県の死亡数及び死亡率の年次推移



(3) 年齢別人口構成比

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

(単位：万人)

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

※「総人数」について、四捨五入の関係で割合の合計値は必ずしも100%とならない。
(出典)「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告(令和5年度版)」

2 地域別の状況

県単位での人口は減少する一方、二次保健医療圏単位では地域偏在があります。令和4年中の人口増減を地域別にみると、川崎北部地域(903人増)、川崎南部地域(788人増)、相模原地域(6人増)、湘南東部地域(2,645人増)、県央地域(3,498人増)の4地域で増加し、横浜地域(2,434人減)、横須賀・三浦地域(6,226人減)、湘南西部地域(663人減)、県西地域(1,793人減)の5地域で減少となっています。

(単位：人)

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

(出典)「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告(令和5年度版)」

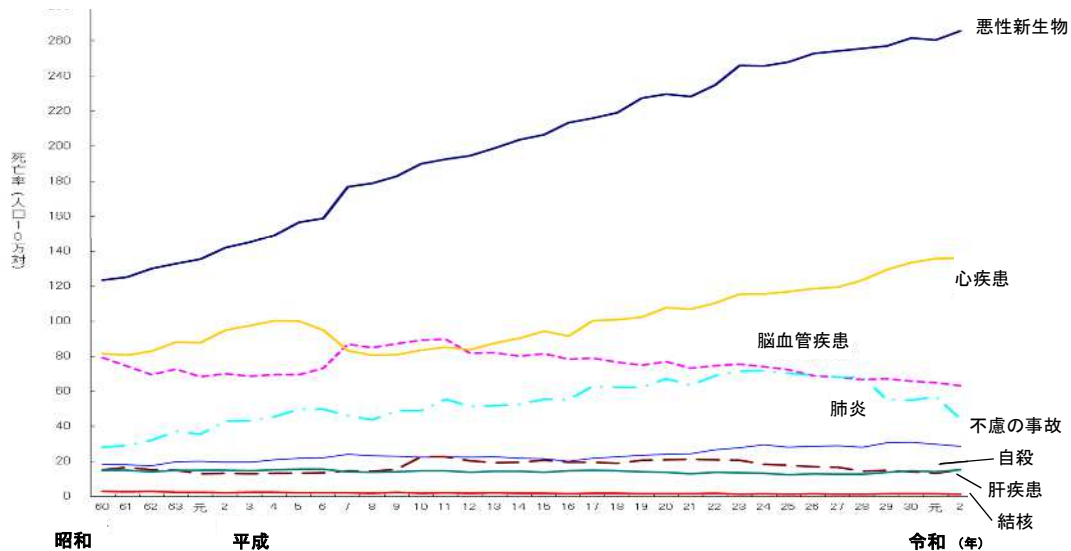
第2節 生活習慣病等の状況

1 主な死因別死亡率の推移

県における主な死因別の死亡率（人口10万対）の年次推移をみると、悪性新生物（がん）や心疾患（心筋梗塞等の心血管疾患）などのいわゆる生活習慣に起因する疾病が増加しています。一方、脳血管疾患（脳卒中）による死亡の減少や、肺炎による死亡は平成24年をピークに減少するなど、疾病構造が大きく変化しています。（図表1-2-2-1）

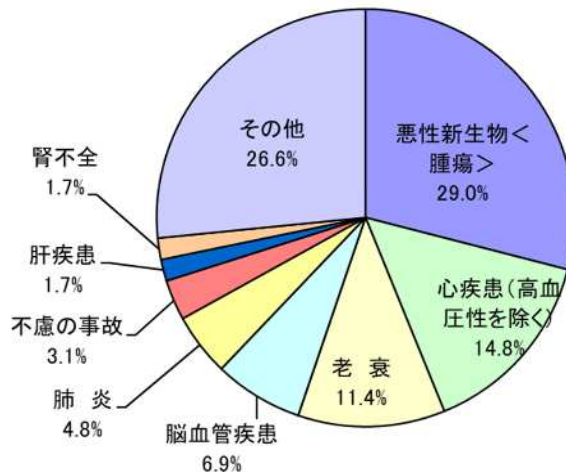
令和2年の主な死因別死亡数の割合をみると、悪性新生物29.0%、心疾患14.8%及び脳血管疾患6.9%の3大疾病で50.7%となるなど全体の約5割を占めており、全死亡者のおよそ3人に1人は悪性新生物で死亡している状況です。（図表1-2-2-2）

図表1-2-2-1 本県の主な死因別の死亡率の推移



(出典)「令和2年神奈川県衛生統計年報」

図表1-2-2-2 本県の主な死因別死亡数の割合



(出典)「令和2年神奈川県衛生統計年報」

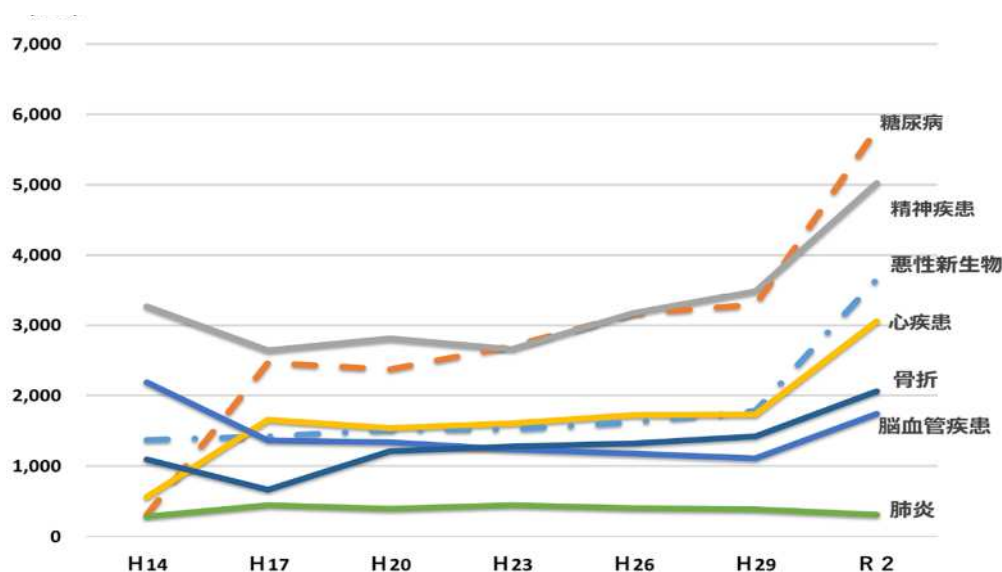
2 疾病別患者数の推移

悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病及び精神疾患の5つの疾病について、令和2年の患者数を見ると、全国と同様に、県においても糖尿病の患者数が最も多くなっています。(図表1-2-2-3、図表1-2-2-4)

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

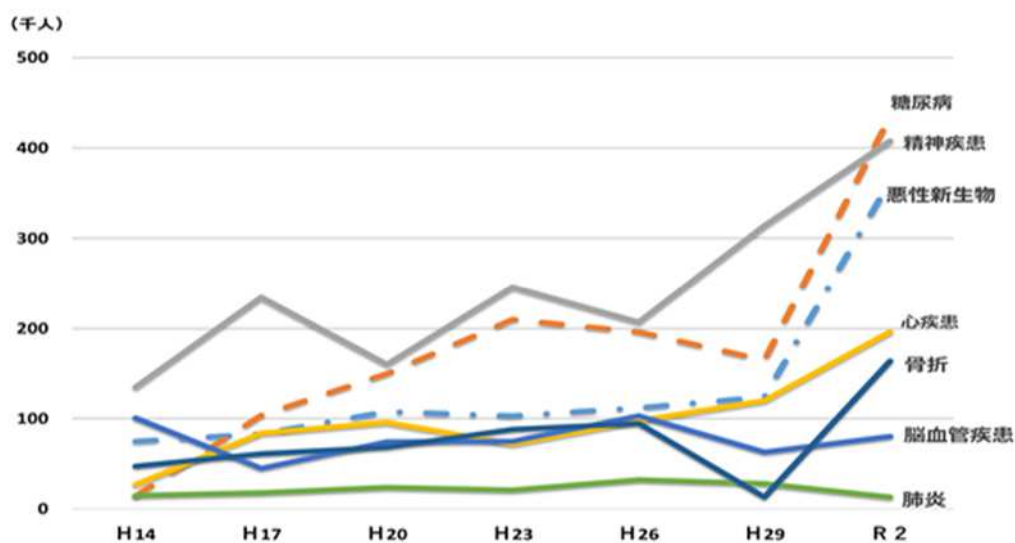
また、県における悪性新生物、脳血管疾患及び心疾患の患者数の推移は、いずれも増加傾向にあります。

図表1-2-2-3 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（全国）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表1-2-2-4 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（神奈川県）



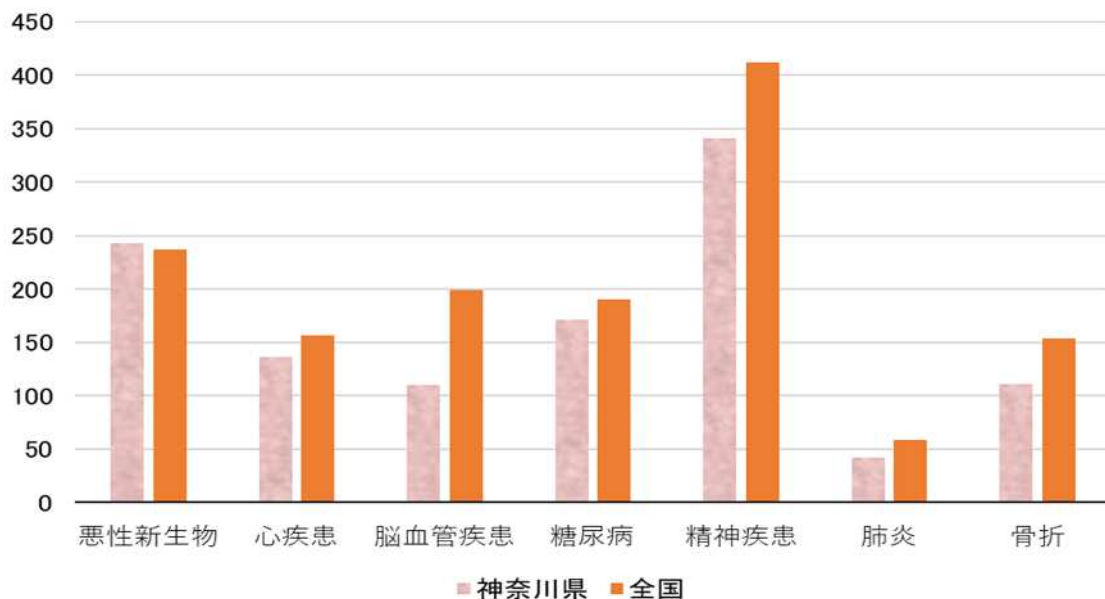
(出典) 厚生労働省「患者調査」

第3節 受療状況

1 疾病分類別受療率

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

図表1-2-3-1 疾病分類別受療率（人口10万対）



【患者調査の疾病大分類】

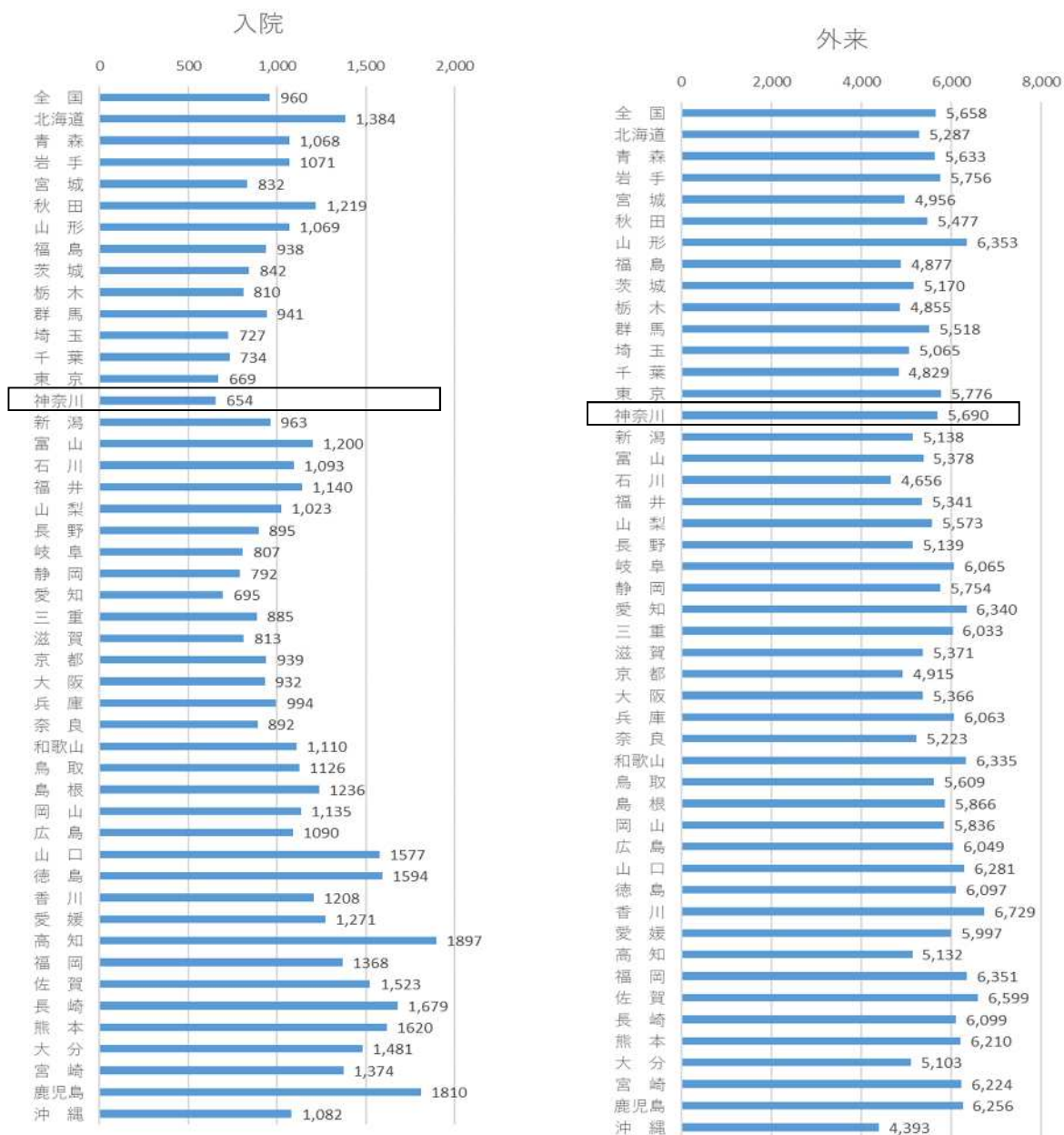
- ・脳梗塞・脳出血・くも膜下出血は、「脳血管疾患」に分類されます。
- ・心不全・急性心筋梗塞・その他の虚血性心疾患・不整脈は「心疾患（高血圧性のものを除く）」に分類されます。
- ・肺炎は、「肺炎」及び「急性気管支炎及び急性細気管支炎」の2つを合計しています。
- ・骨折は、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」に分類されます。

2 入院・外来受療率

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

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

図表1-2-3-2 都道府県（患者住所地）別にみた受療率（人口10万対）* 令和2年10月時点



(出典) 厚生労働省「令和2年患者調査」

第4節 医療施設・保健医療従事者の状況

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

1 病院・診療所数

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

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

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

2 病院の病床数

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

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

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

3 病院の病床利用率

病床種別ごとの病床利用率は、精神病床を除いて全国平均より高くなっています。

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

(出典) 厚生労働省「病院報告」

4 病院の平均在院日数

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

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

(出典) 厚生労働省「病院報告」

5 医師数

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

		医 師 数 (人)				
		H24	H26	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	18,291	19,036	19,476	20,254	21,377
	人口10万対	201.7	209.3	213.0	220.7	231.4
全 国		237.8	244.9	251.7	258.8	269.2

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

6 主な診療科別にみた医療施設に従事する医師数

人口10万人あたりの医師数は、いずれの診療科でも全国平均より低くなっています。

		総数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	脳神経内科	皮膚科	小児科	精神科	外科
神奈川県	実 数	20,596	3,565	423	766	980	388	710	1,187	1,079	590
	人口10万対	223.0	38.6	4.6	8.3	10.6	4.2	7.7	12.9	11.7	6.4
全 国		256.6	48.8	5.3	10.3	12.2	4.6	7.8	14.3	13.1	10.5

		心臓血管外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科・産科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科
神奈川県	実 数	193	486	440	1,455	902	648	794	183	430	698
	人口10万対	2.1	5.3	4.8	15.8	9.8	7.0	8.6	2.0	4.7	7.6
全 国		2.6	6.1	5.8	17.9	10.8	7.6	9.3	2.3	5.6	8.1

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

7 看護師数

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

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

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

8 歯科医師数・歯科衛生士数・歯科技工士数

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

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

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医師・歯科医師・薬剤師統計」

歯 科 衛 生 士 数 (人)				歯 科 技 工 士 数 (人)					
		H28	H30	R2			H28	H30	R2
		神奈川県	実 数	7,926			8,642	9,518	神奈川県
全 国	人口10万対	86.7	94.2	103.0	全 国	人口10万対	18.4	18.8	20.0
		97.6	104.9	113.2				27.3	27.3

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

9 薬剤師数

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

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

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医師・歯科医師・薬剤師統計」

10 薬局数

薬局数は、年々増加していますが、人口10万人あたりの薬局数は全国平均を下回っています。

		薬 局 数				
		H29	H30	R1	R2	R3
神奈川県	実 数	3,836	3,888	3,952	4,009	4,093
	人口10万対	41.9	42.4	43.0	43.4	44.3
全 国		46.7	47.1	47.7	48.3	49.2

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

11 保健師数

保健師数は、年々増加していますが、人口10万人あたりの保健師数は全国平均を下回っています。

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

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

第5節 計画推進に向けた関係者の役割

(県)

- ・ 市町村や保健・医療・福祉関係団体、県民等と連携の下で、質の高い医療提供体制を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組を支援し、これらを支える人材育成の取組を推進します。
- ・ 県医療審議会や県保健医療計画推進会議などの各種会議や地域医療構想調整会議を運営し、地域医療構想も含めた保健医療計画の進行管理を行うとともに、計画達成に向けて「地域医療介護総合確保基金」を活用するなど、必要な財源確保に努めます。
- ・ 県民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

(市町村)

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

(医療機関・医療関係者)

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

(医療保険者)

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

(県民)

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

【コラム】医師の働き方改革を踏まえた関係者の役割について
～ 患者さんと医師のより良い将来のために ～

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

<医療機関>

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

<県民（患者さん）>

- ・未病改善に向けた主体的な取組
- ・「上手な医療のかかり方」、みんなで支える神奈川の医療への理解・協力
 - ① 平日・日中の診療時間内の受診・病状説明への協力
 - ② ”いつもの先生”以外の医療スタッフの対応があることの理解
 - ③ 医療機関相互の役割分担の理解、身近な医療機関への受診や転院への協力

<行政>

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

※ 「令和元年 医師の勤務実態調査」より

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

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 保健医療圏

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

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

(1) 一次保健医療圏

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

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

(2) 二次保健医療圏

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

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

【横浜構想区域の設定について】

○ 設定の経緯

第6次神奈川県保健医療計画（以下「第6次計画」と言う。）では、横浜北部、横浜南部、横浜西部の3つの二次保健医療圏を設定していましたが、横浜地域地域医療構想調整会議での提案を踏まえ、平成28年に策定した地域医療構想で、3つの二次保健医療圏を合わせた一つの構想区域にしました。その後、第7次計画でも地域医療構想との整合を図る観点から一つの二次保健医療圏としました。第8次計画でも、次の状況を踏まえ、引き続き、横浜医療圏は一つの構想区域とします。

- ① 第6次計画における3つの二次保健医療圏を越えた市域内の医療機関へのアクセスが可能であり、将来（2025年）においても市域内への患者の流出入が相当の割合で生じることが想定されること
- ② 二次保健医療圏内で完結することが望ましい医療機能がすでに備わっており、将来的にもバランスよく整備されるようなしくみが認められること
- ③ 在宅医療の推進等を念頭に、高齢者保健福祉圏域と整合を図る必要があること

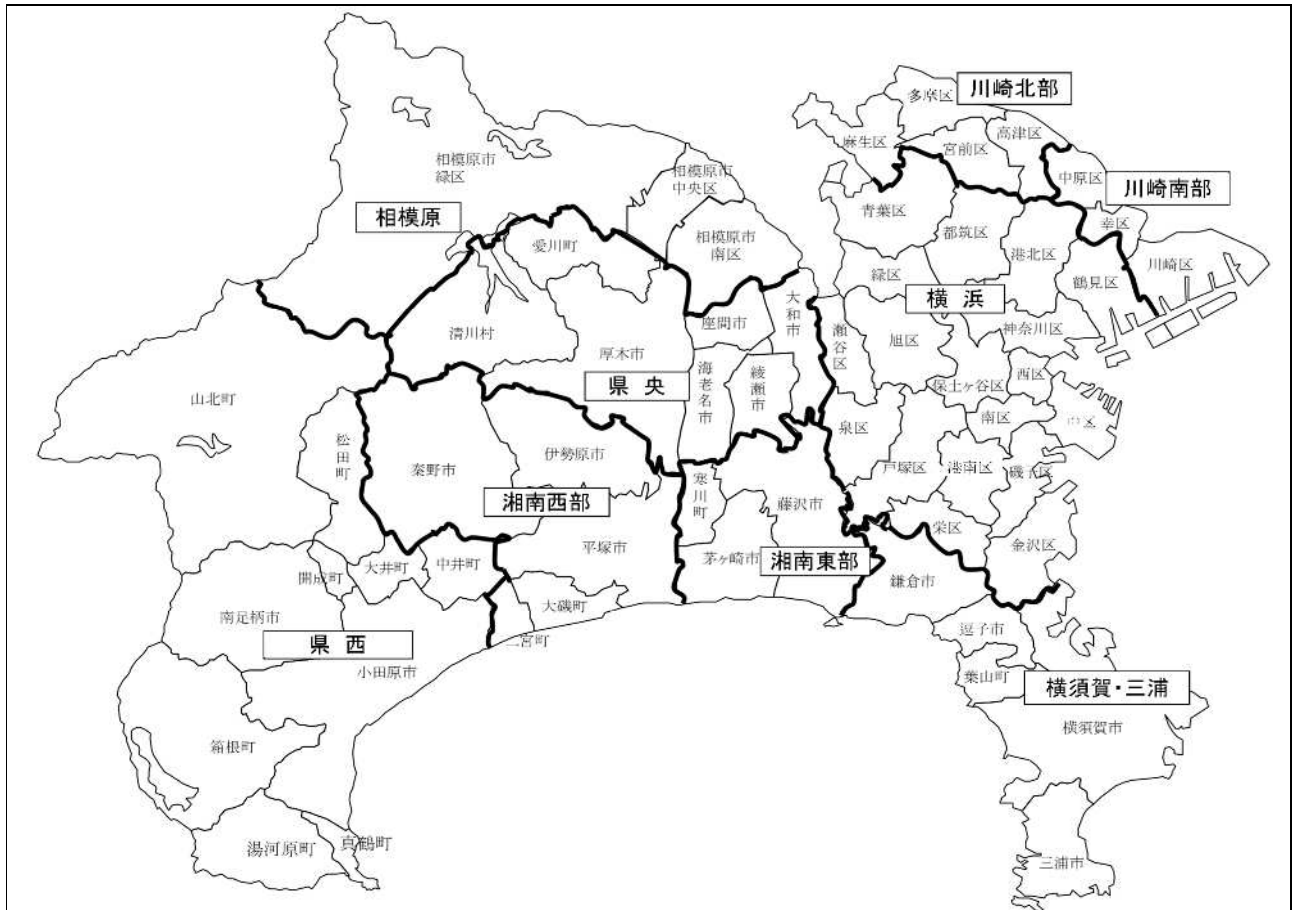
【横浜二次保健医療圏の統合後の運用について】

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

県内の二次保健医療圏は、次の市区町村で構成される9圏域です。

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

二次保健医療圏名	構成市（区）町村
横浜	横浜市
川崎北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎南部	川崎区、幸区、中原区
相模原	相模原市
横須賀・三浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
県西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
計（9区域）	（19市13町1村）



(3) 三次保健医療圏

高度・特殊な専門的医療や広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために設ける圏域で、県全域を範囲としています。

2 二次保健医療圏別の主な医療機能

保健医療サービスは、二次保健医療圏内で完結することが望ましいと考えられます。令和5年12月1日現在の二次保健医療圏別の主な医療機能（施設数）は次のとおりです。

二次保健医療圏	医療機能（施設数）						
	救命救急センター	救急告示病院	災害拠点病院	がん診療連携拠点病院	緩和ケア病棟を有する病院	地域医療支援病院	分娩取扱施設
横浜	9	60	13	9	10	19	55
川崎北部	1	8	3	2	2	2	10
川崎南部	2	18	4	3	3	3	11
相模原	1	15	3	2	1	2	13
横須賀・三浦	3	18	3	2	1	4	13
湘南東部	1	14	2	1	3	2	13
湘南西部	2	9	3	1	2	5	8
県央	1	20	2	1	1	4	11
県西	1	13	2	1	1	2	4
合計	21	175	35	22	24	43	138

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

※ 分娩取扱施設は、令和4年4月1日時点の数字。

第2節 基準病床数

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

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

1 療養病床及び一般病床

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

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

<基本的な考え方>

- 地域医療構想で県は、今後の人口増加と急激な高齢化等により、令和7（2025）年に約1万1千床増加すると推計しましたが、この病床数は令和7（2025）年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来における変動要素（交通網の発達、医療技術の進歩等）を全て勘案して算出したものではありません。
- しかし、今後、高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、医療機関が病床利用率を上げるなど効率化に努めることが必要です。加えて、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを考えると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床の検討が必要です。
- また、病床の整備にあたっては、人材の確保が必要であることに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた令和7（2025）年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります。
- 第8次計画策定後は、計画期間（令和6（2024）年～令和11（2029）年）の中間年である令和8（2026）年に、増加する医療需要に対する各医療機関の病床利用率向上への取組状況や将来推計との比較を行い、保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議で検証した上で、改めて基準病床数の見直しを検討することとします。

<第8次計画の基準病床数>

二次保健 医療圏名	基準病床数 A	【参考】既存病床数 B(R5.4.1現在)	【参考】過不足 病床数B-A
横浜	25,209	23,608	▲1,601
川崎北部	4,279	4,115	▲164
川崎南部	3,658	4,776	1,118
相模原	6,389	6,302	▲87
横須賀・三浦	5,238	5,098	▲140
湘南東部	4,726	4,417	▲309
湘南西部	4,360	4,638	278
県央	5,229	5,333	104
県西	2,678	3,092	414
合計(9圏域)	61,766	61,379	▲387

※ 病床整備は、基準病床数を上限として、毎年度の地域医療構想調整会議において病床配分数やその他の要件等について協議を行い、決定します。なお、横浜地域及び湘南東部地域については、基準病床数の範囲内で整備の目標数を設定し、計画的な病床整備に取り組むこととしています。

2 精神病床

精神病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

3 感染症病床

感染症病床の基準病床は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	【参考】既存病床数 (R5.4.1現在)
県全域	62	74

4 結核病床

結核病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	【参考】既存病床数 (R5.4.1現在)
県全域	124	146

【コラム】基準病床制度について
～ 医療の地域的偏在をなくすために ～

<基準病床制度とは>

- 基準病床制度は、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的として、国が定めた制度です。
- 各都道府県は、国の定める算定式により「基準病床数」を算出し、保健医療計画に記載することが医療法等で規定されています。

<基準病床数について>

- 基準病床数は「療養病床」「一般病床」「精神病床」「感染症病床」「結核病床」に分類されており、「療養病床及び一般病床」は二次保健医療圏ごとに、「精神病床」「感染症病床」「結核病床」は県全域を範囲として定めます。
- 基準病床数を超過して病床を整備することは原則として認められておらず、基準病床数がそれぞれの地域における「病床整備の上限」となります。
- なお、基準病床数は、「人口」や「平均在院日数」、「流入・流出患者数」などを用いて算出することとされています。

〔例〕一般病床の算定式

$$\frac{\text{性別・年齢階級別人口} \times \text{性別・年齢階級別一般病床退院率} \times \text{平均在院日数} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数}}{\text{病床利用率}}$$

<基準病床数と既存病床数の推移（療養病床及び一般病床）>

- 既存病床数とは、すでに整備されている病床数のことをいいます。既存病床数と基準病床数を比較し、既存病床数が下回る地域は、基準病床数を上限として病床の整備が可能です。
- また、基準病床数は、保健医療計画を策定する際など、定期的に見直しを行っています。
(単位：床)

二次保健医療圏	既存病床数 (R5.4.1)	基準病床数の推移							
		第8次	第7次	第6次	第5次	第4次	第3次	第2次	第1次
横浜	23,608		23,993	22,190	22,318	22,320	23,060	22,379	27,800～30,100
川崎北部	4,115		3,796	4,353	4,011	4,187	3,904		
川崎南部	4,776		4,189	4,059	3,998	3,629	4,719		
相模原	6,302		6,545	6,494	4,545	5,498	5,322		
横須賀三浦	5,098		5,307	5,334	3,873	3,810	3,476	5,197	7,500～8,400
湘南東部	4,417		4,064	4,394	4,838	4,402	5,383		
湘南西部	4,638		4,635	4,996	4,750	5,430	4,735		
県央	5,333		5,361	5,252	6,625	5,857	6,859		
県西	3,092		2,809	2,913	2,445	2,855	3,606	3,672	4,800
県 合計	61,379		60,699	59,985	57,403	57,988	61,064	60,046	76,500～80,800

- なお、既存病床数が基準病床数を上回っている地域がありますが、これは過去の基準病床数に基づいて病床整備を進めたことによるものです。

<協議の場での議論>

- 基準病床数の検討をはじめとして、病床の整備に関する事項は、県だけではなく地域の医療関係者や市町村等と協議することが重要です。そのため、本県では「地域医療構想調整会議」及び「県保健医療計画推進会議」を協議の場として位置づけ、議論を行っています。

第3節 医療と介護の一体的な体制整備

- 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成26年9月告示）、医療計画作成指針（令和5年4月改正医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（令和6年1月頃告示予定）において、県の「神奈川県保健医療計画」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画」及び市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。
- 具体的には、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置すること、本計画において掲げる在宅医療の整備目標と、市町村の介護保険事業計画（及び県の「かながわ高齢者保健福祉計画」）において掲げる介護施設等の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において協議を行うこととされています。（詳細は、「第4章 地域包括ケアの推進 第1節 在宅医療 【コラム】医療と介護の一体的な連携」を参照）

○ 厚生労働省「NDB」における値の取扱いについて

本計画の図表に用いている当該NDBデータについて、「令和2年10月 匿名レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じ、次のとおり秘匿（マスキング）がされた状態で厚生労働省からデータの提供を受けています。

そのため、本計画では、マスキングされた値を次のとおり読み替えてデータをお示ししています。

区分	集計項目	秘匿値	本計画における読み替え後の値
都道府県、 二次医療圏	医療機関数	3未満を秘匿	1
	レセプト件数	10未満を秘匿	5
市区町村	医療機関数	3未満を秘匿	1

第2部 各論

第1章 事業別の医療体制の整備・充実

第1節 総合的な救急医療

1 現状・課題

【現状】

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

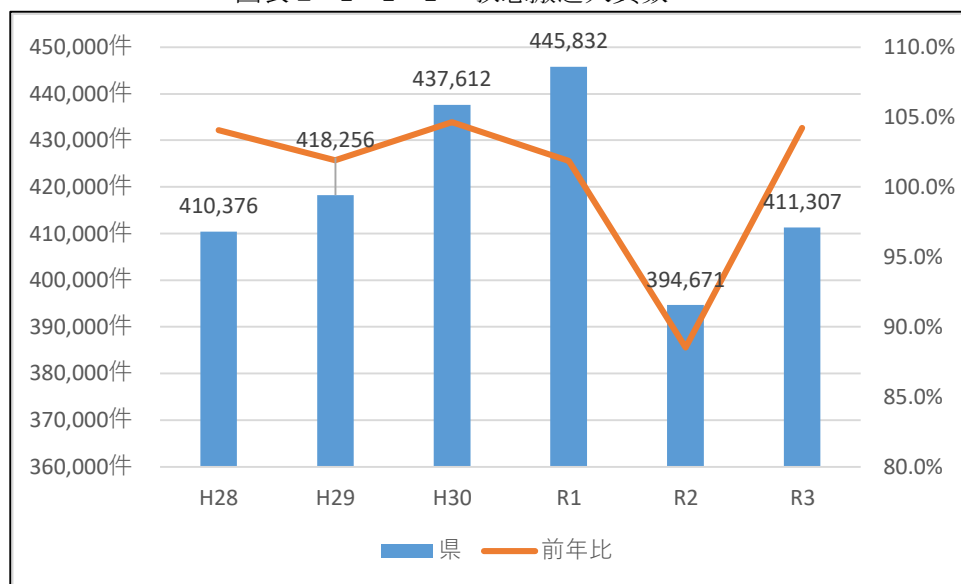
【課題】

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

(1) 救急搬送の状況

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

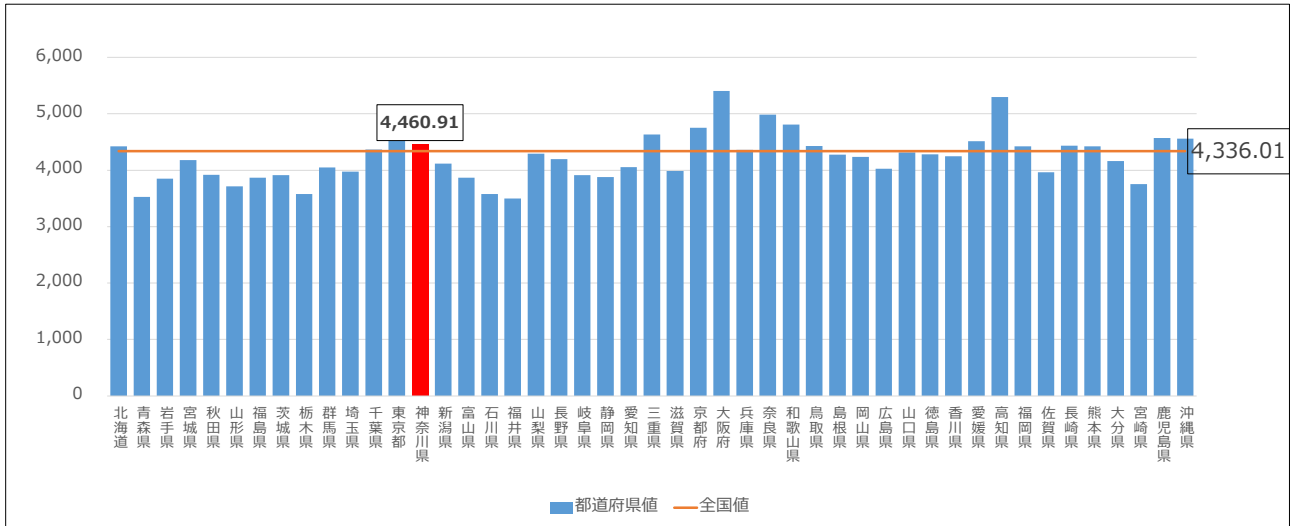
図表2-1-1-1 救急搬送人員数



(出典) 消防庁「救急救助の現況」

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

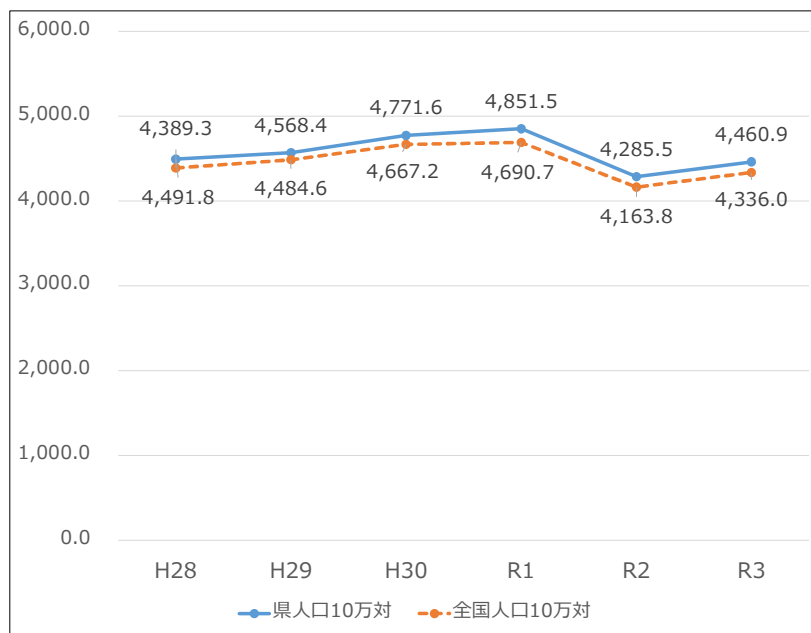
図表 2-1-1-2 令和3年 救急患者搬送数（人口10万対）



(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)

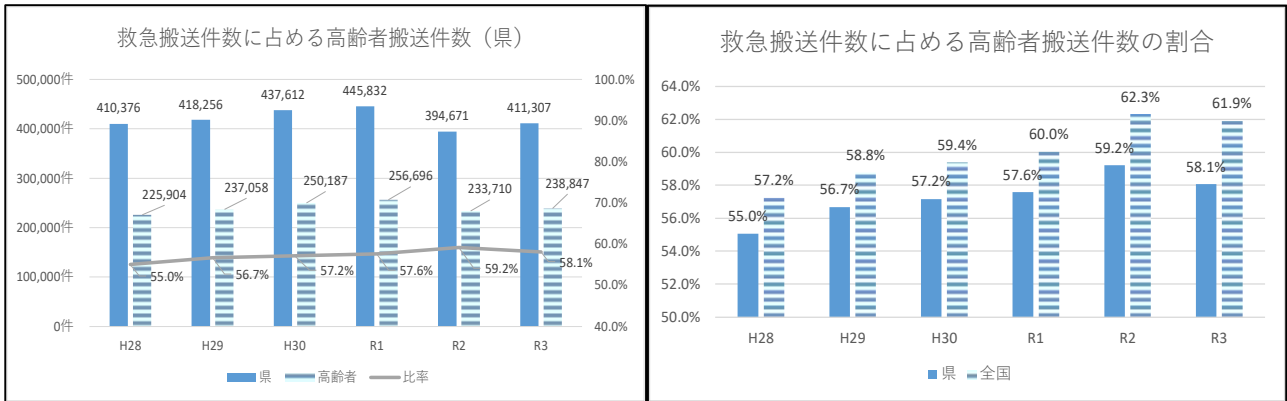
図表 2-1-1-3 救急搬送人員数 全国との比較（人口10万対）



(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)

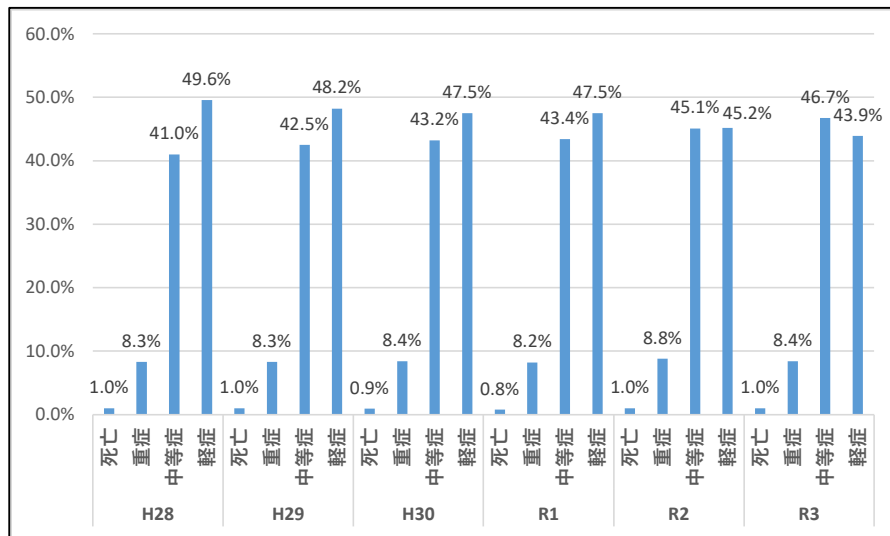
図表 2-1-1-4 救急搬送件数に占める高齢者搬送件数と高齢者搬送件数の割合



(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が見込まれることから、救急搬送における高齢者への対応が必要となります。
- また、本県の令和3年中における傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症（※1）患者の割合が43.9%、中等症（※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）

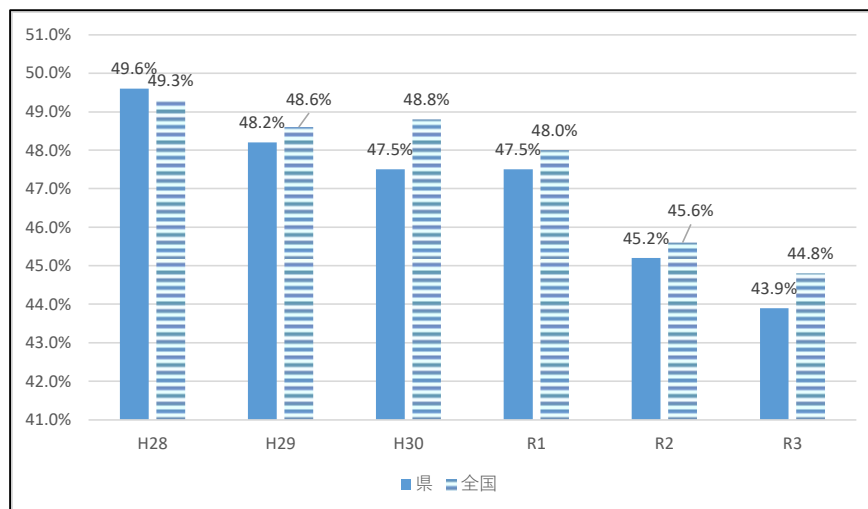
図表 2-1-1-5 傷病程度別搬送人員構成比



(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。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ（※6）、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。

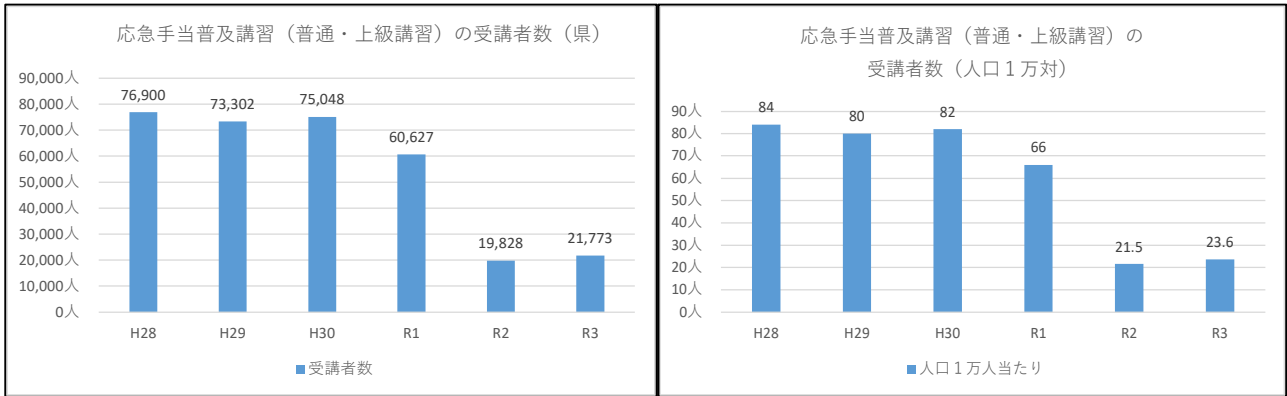
(2) 救急医療提供体制

ア 病院前救護活動

(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 万人あたり 23.6 人が受講しており（図表 2-1-1-7）、令和 5 年 6 月現在、県内に設置された自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）は、19,644 台あります。

図表 2-1-1-7 応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数

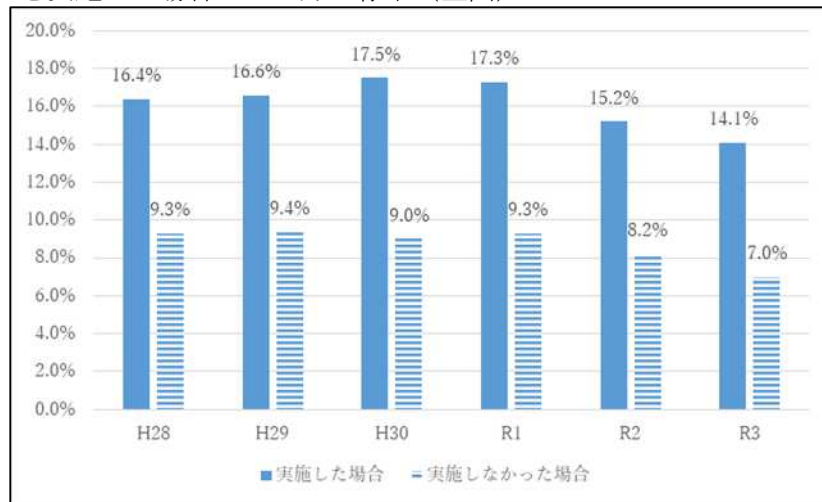


（出典）消防庁「救急救助の現況」

- 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）

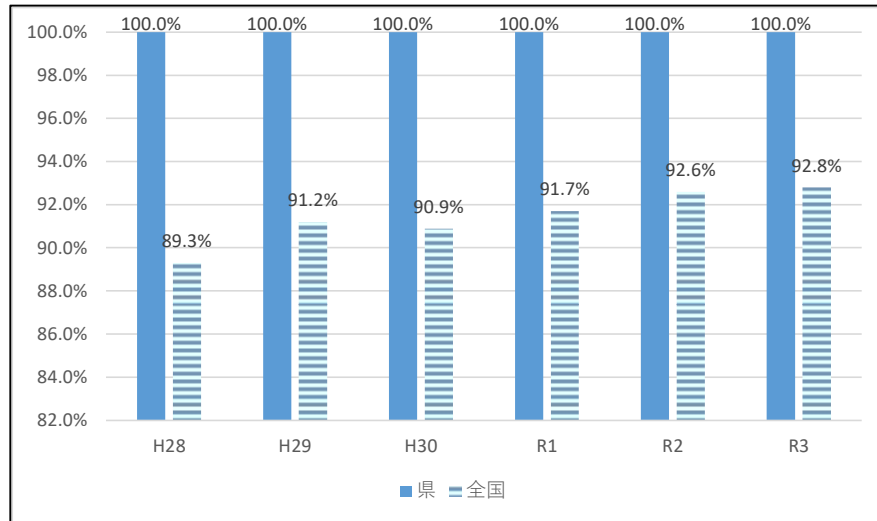


（出典）消防庁「救急救助の現況」

(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

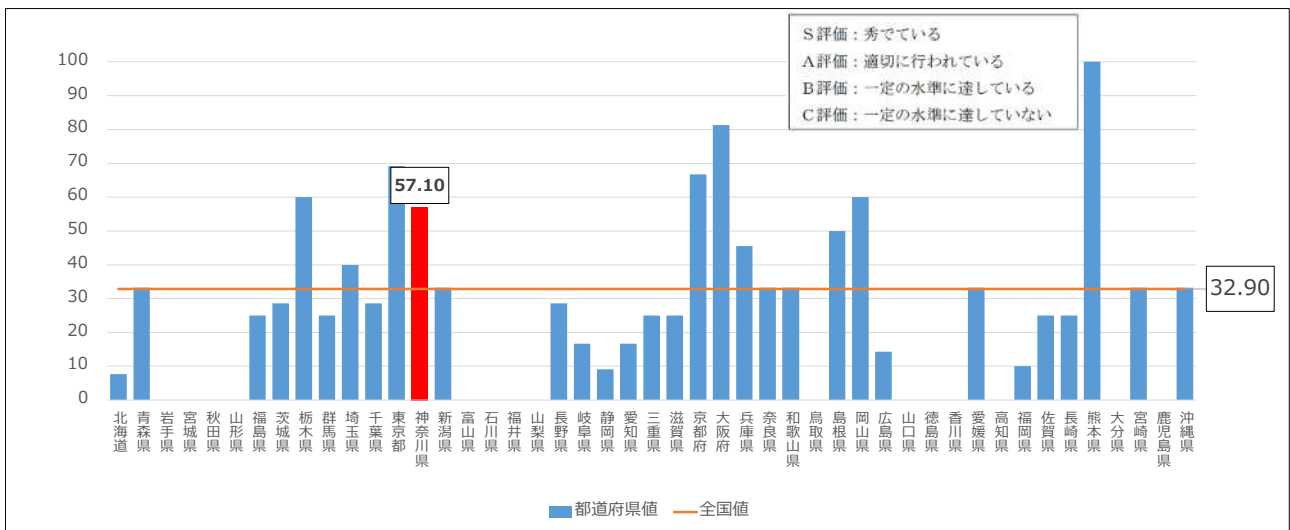
(箇所)

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

(出典) 県医療課調査

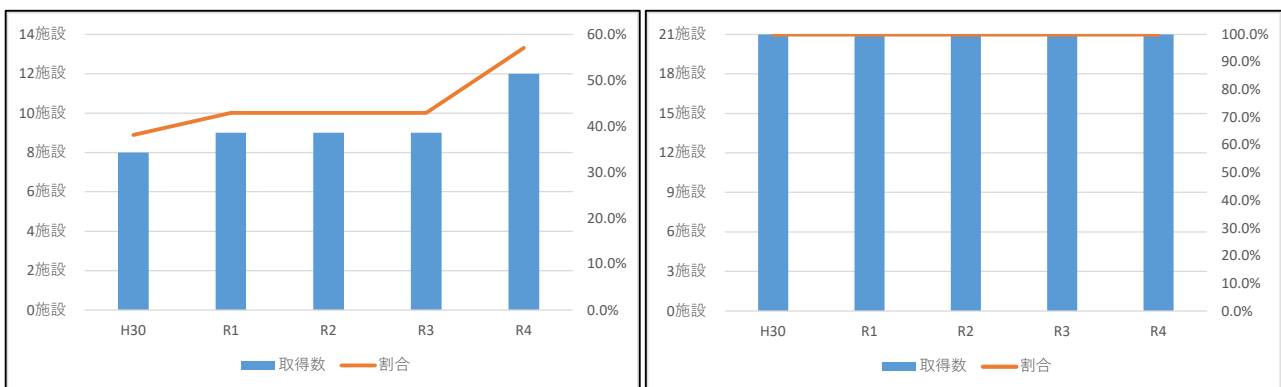
- 現在、全ての二次保健医療圏に救命救急センターが配置されているため、今後は、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを考慮した見直しを行うことが必要です。(図表 2-1-1-10)

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」

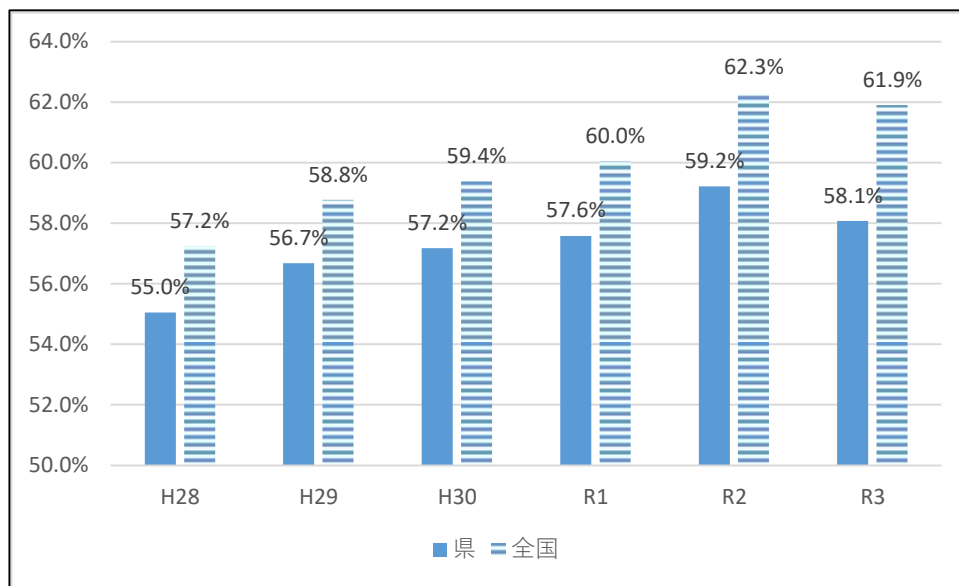
- また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから、発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。
- 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強

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け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更に実施されるよう、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更なる検討を行い、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更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更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化に向けた取組を検討します。

ウ 三次救急

- 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、緊急時の入院受け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。

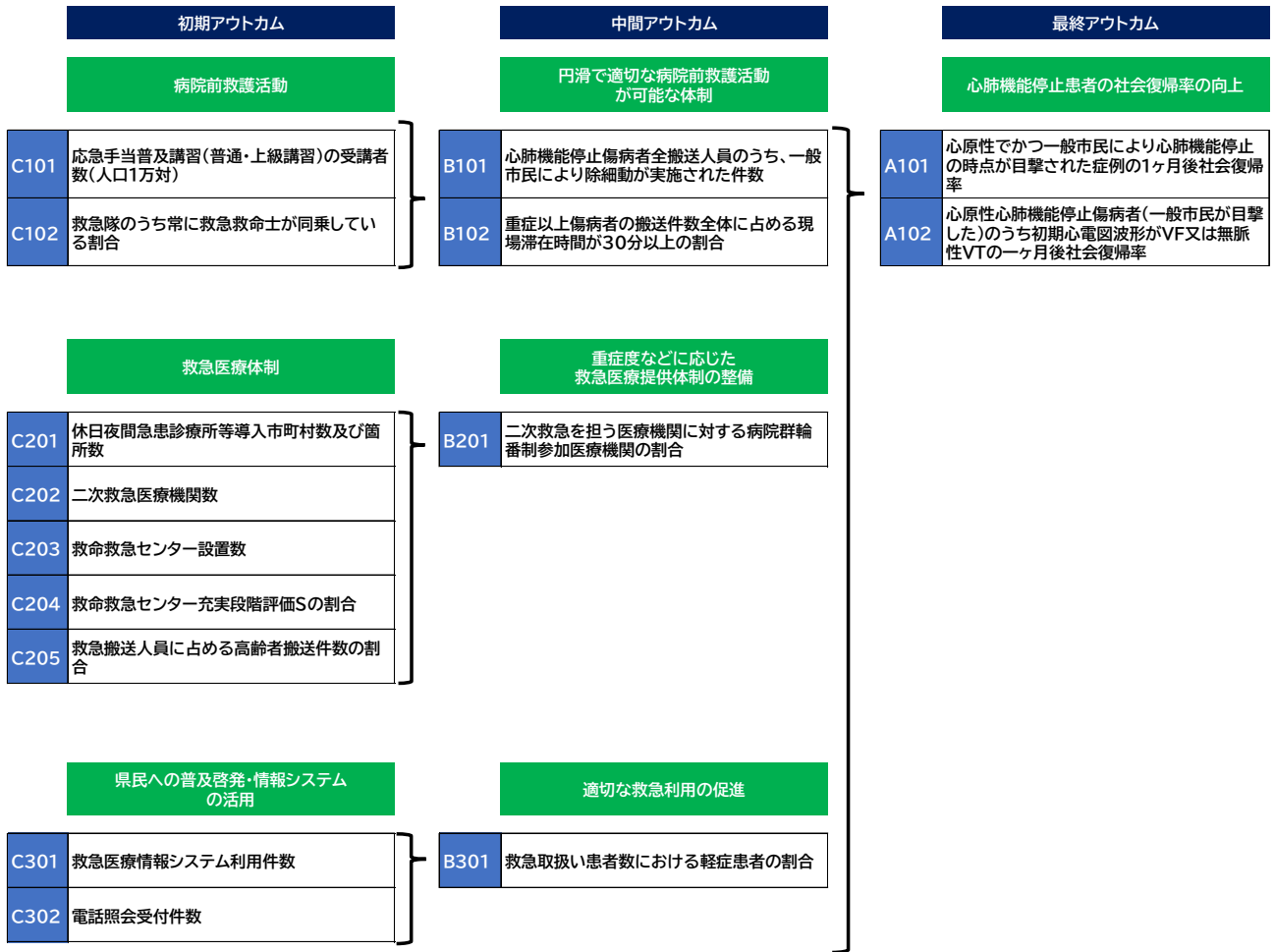
※17 救急医療電話相談事業（＃7119）

総務省消防庁が推進する、共通の短縮ダイヤル「＃119」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。

=====

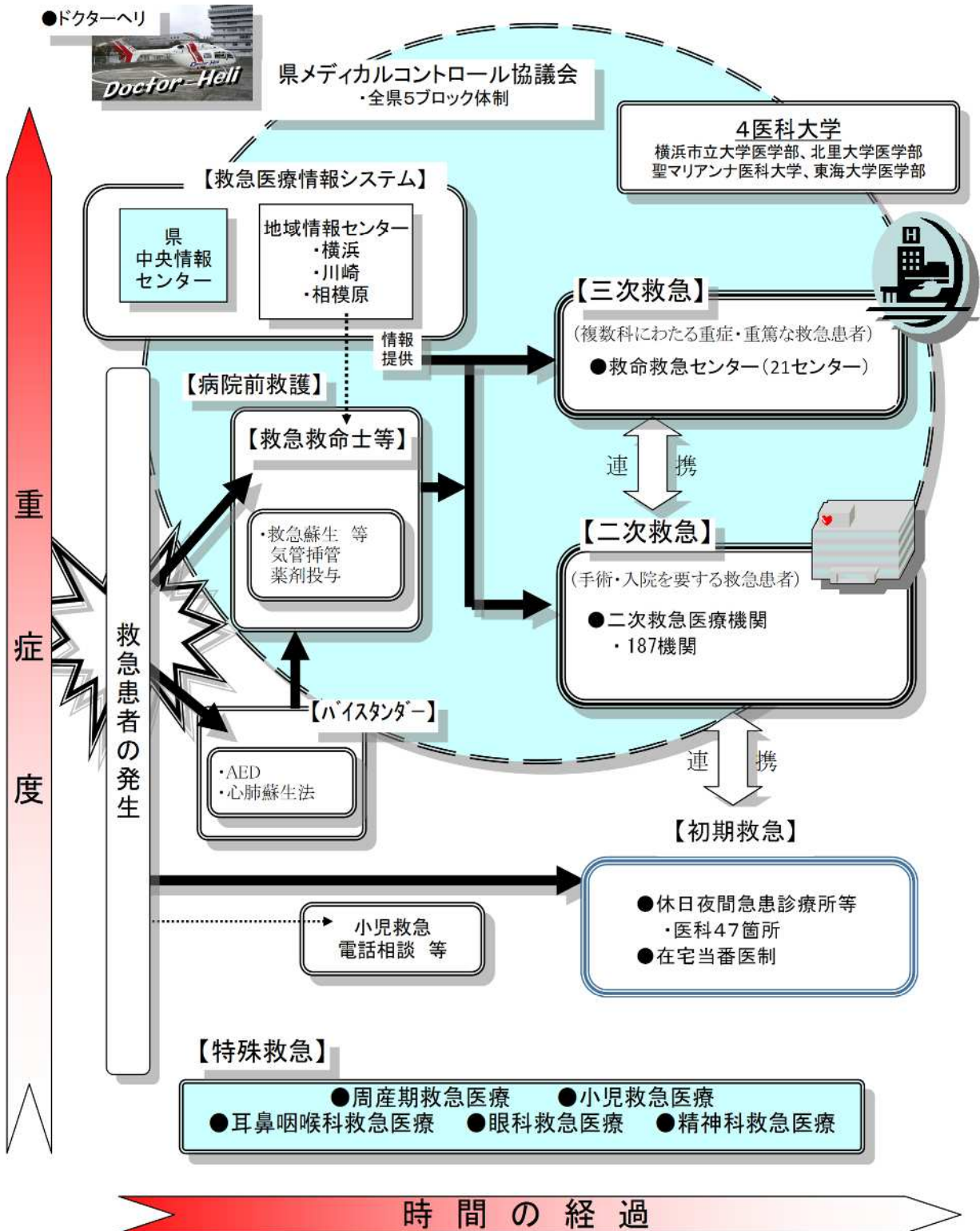
3 ロジックモデル

※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。



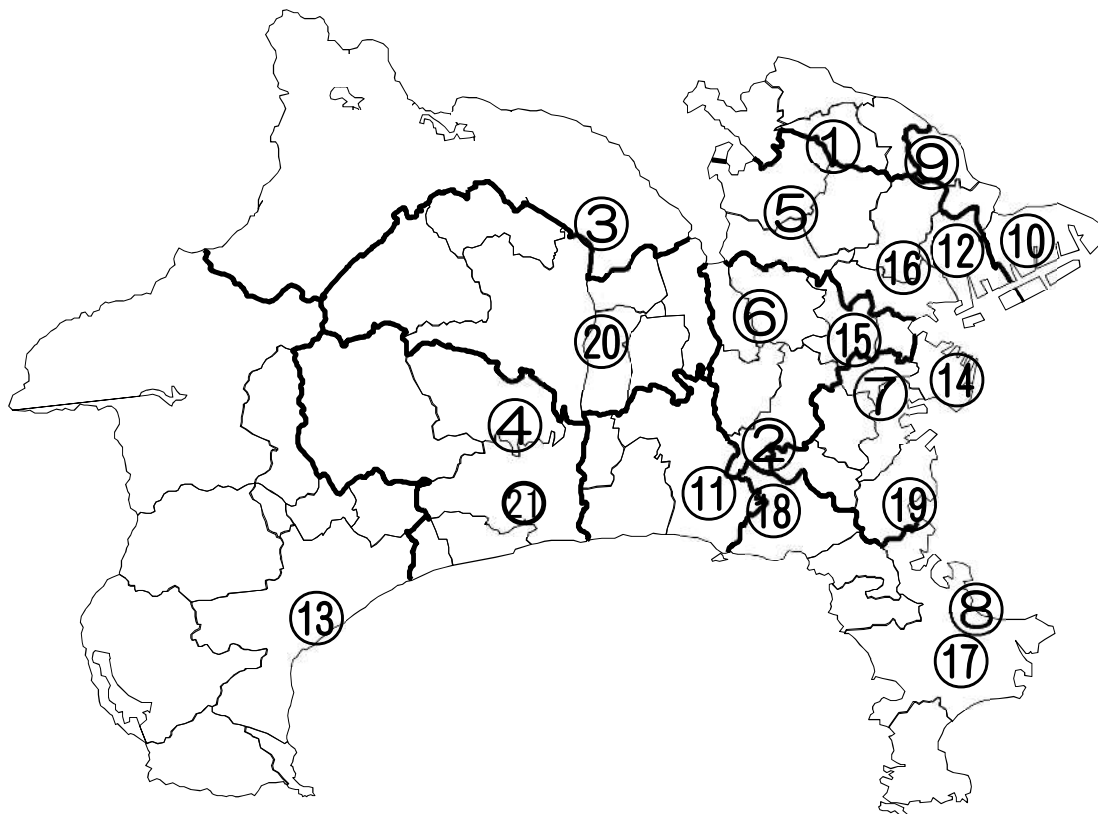
4 指標一覧

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



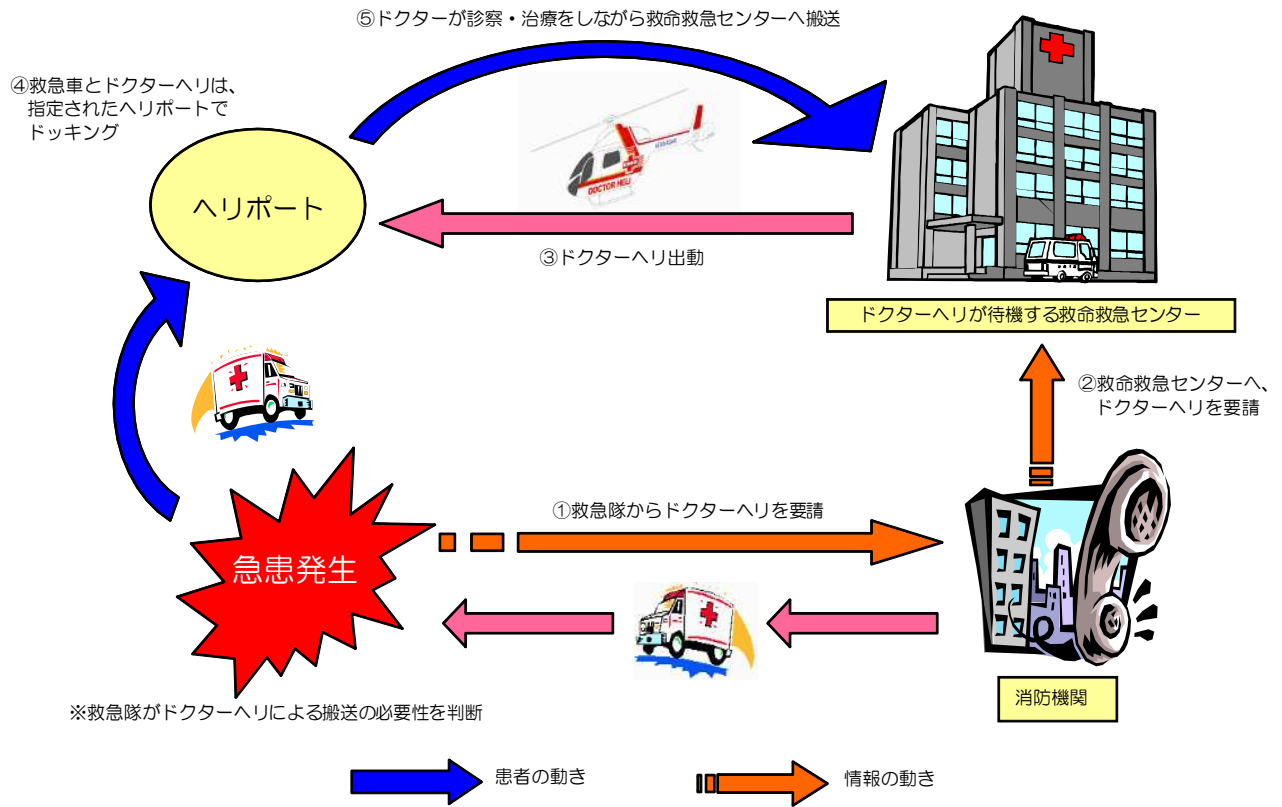
■救命救急センター設置状況（神奈川県が指定）

令和5年4月現在



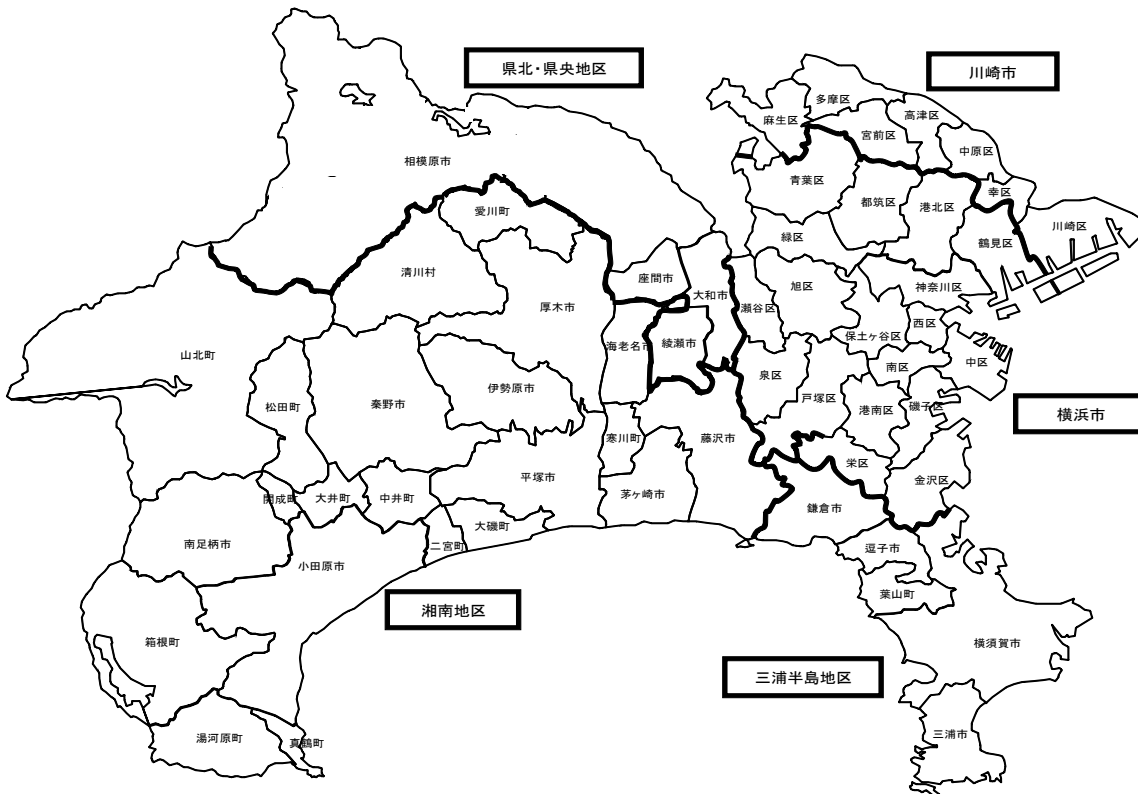
- ① 聖マリアンナ医科大学病院（川崎市宮前区）
- ② 国立病院機構横浜医療センター（横浜市戸塚区）
- ③ 北里大学病院（相模原市南区）
- ④ 東海大学医学部付属病院（伊勢原市）
- ⑤ 昭和大学藤が丘病院（横浜市青葉区）
- ⑥ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院（横浜市旭区）
- ⑦ 横浜市立大学附属市民総合医療センター（横浜市南区）
- ⑧ 横須賀共済病院（横須賀市）
- ⑨ 日本医科大学武蔵小杉病院（川崎市中原区）
- ⑩ 川崎市立川崎病院（川崎市川崎区）
- ⑪ 藤沢市民病院（藤沢市）
- ⑫ 済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区）
- ⑬ 小田原市立病院（小田原市）
- ⑭ 横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

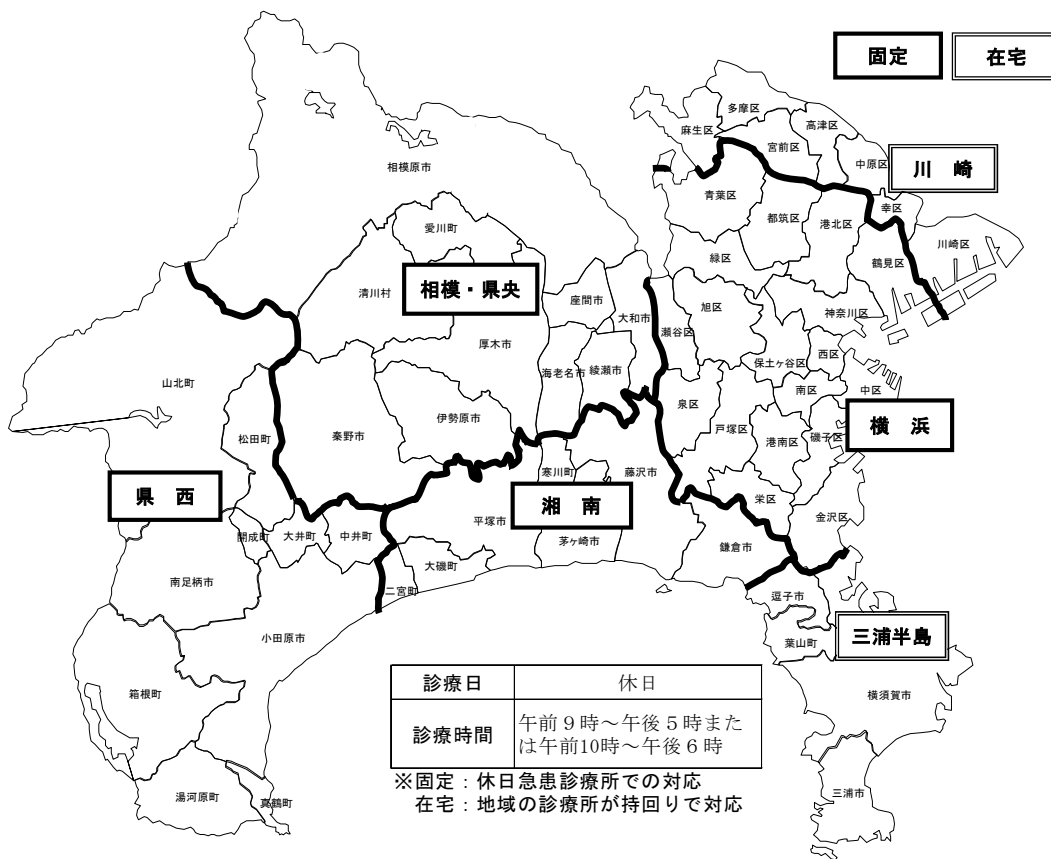
令和5年4月現在



■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

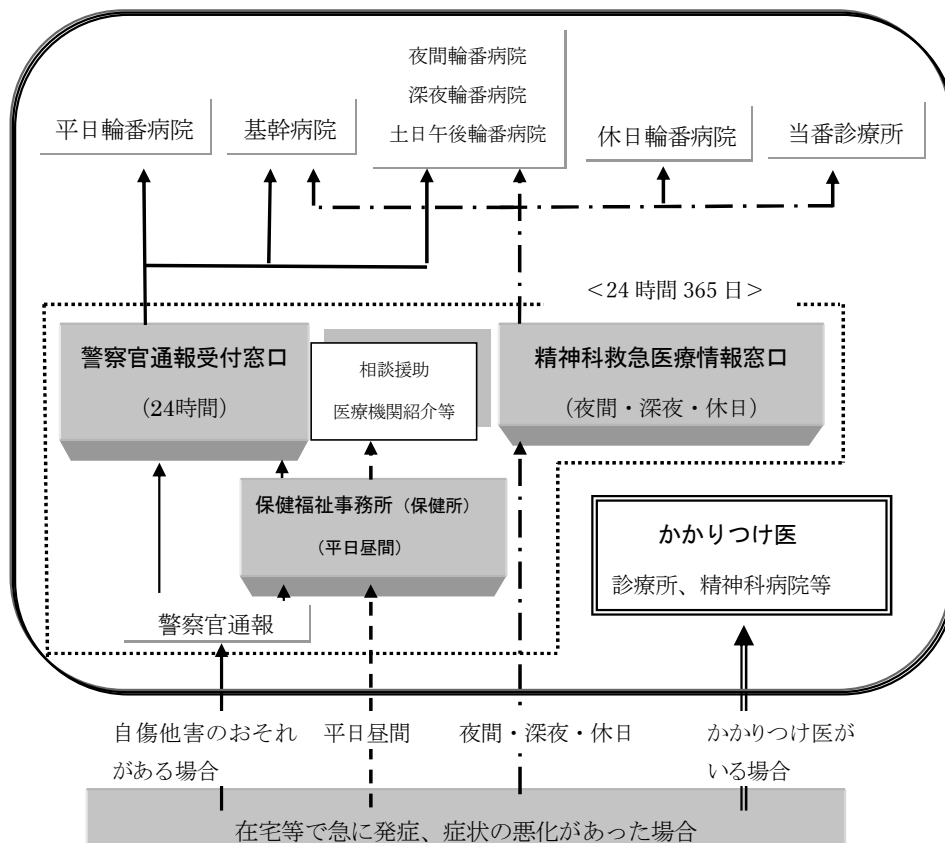
【現状】

- 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、881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	1,195	926
令和2年	1,277	998
令和3年	1,210	947
令和4年	1,071	881

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

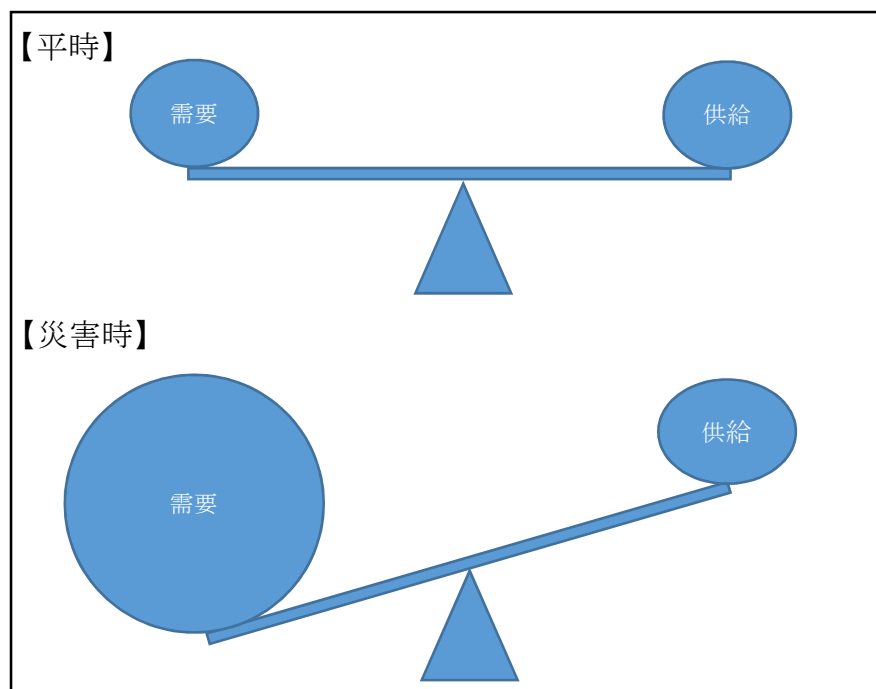
- ・県は、災害時の医療救護体制の整備について従前から継続的に取り組んできました。
- ・今後発生が予想される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する津波や浸水、土砂災害、火災等や、火山災害等の大規模な災害に備え、県民の生命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」(令和2年10月改定)に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。

【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あたって、最終アウトカムに「災害時医療が適切に提供できる」を設定し、災害時医療における主要なプレーヤーとなる「県」「地域」「医療機関」「保健医療関係団体」について、それぞれの役割と平時における必要な取組を整理するとともに、それらについての定量的な評価指標を設定することとしました。

(2) 県の現状と課題

【災害医療コーディネーター】

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

【災害時小児周産期リエゾン】

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

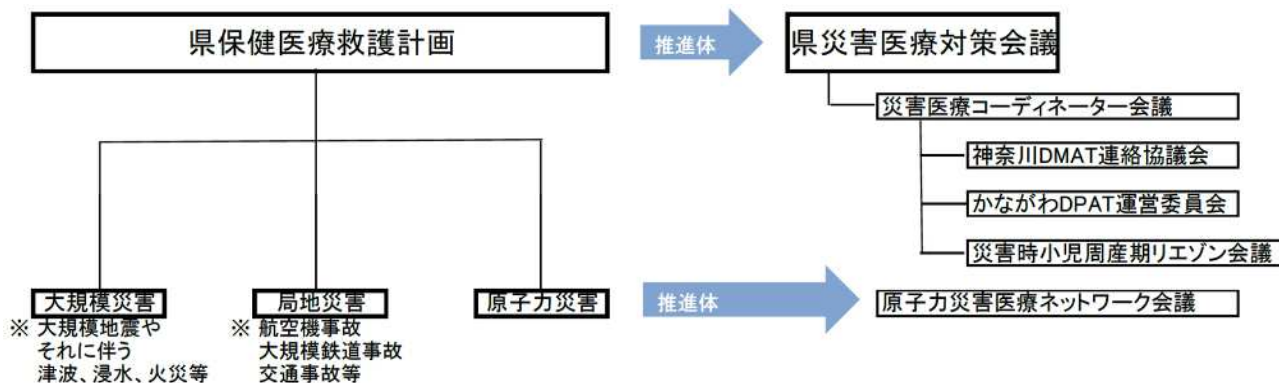
【DHEAT】

- 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

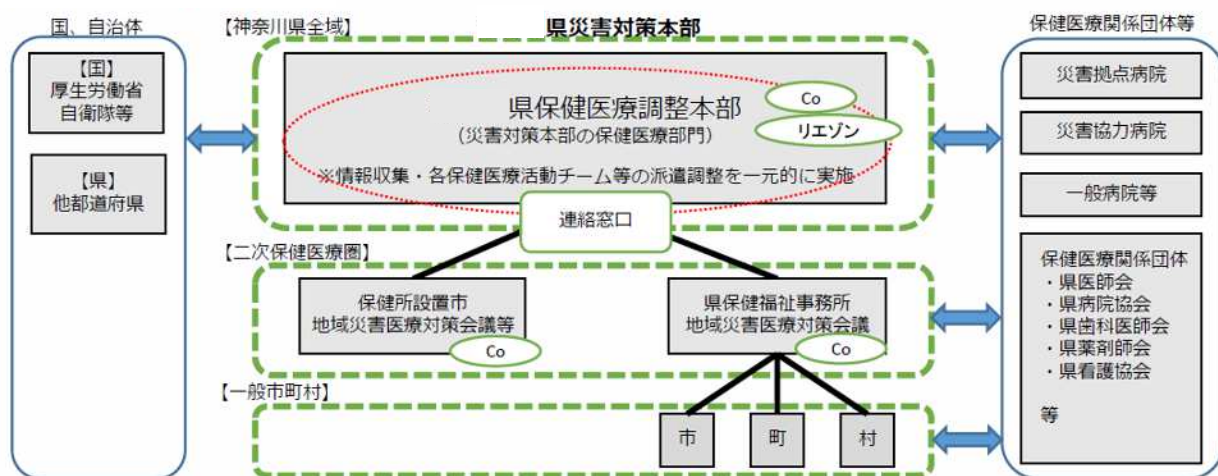


(3) 地域の現状と課題

【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	初期アウトカム	
【県】			【県】	
神奈川県災害医療対策会議の開催回数	毎年1回	C101	計画の策定・改定を適時・適切に行っている	
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	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	
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】	
地域災害医療対策会議の開催回数	毎年4回	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	
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	C202	地域の関係者への教育が適切に行われている	
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】			【医療機関】	
県が主催するEMIS操作研修の参加者数	毎年180人	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	
DMAT隊員のうち、DMAT隊員感染症研修を修了した割合	100%	C302	災害時医療を担う施設が適切に維持・管理されている	
県内のDMATインストラクターの人数	30人以上	C303	災害時医療に係る情報が適切に把握・管理されている	
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】			【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	C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている	
県が実施する訓練に参加した団体数	毎年5団体以上			

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

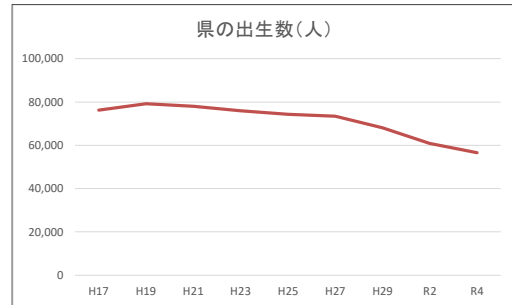
種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101 C102	神奈川県災害医療対策会議 の開催回数	県独自調査	1回 (R4)	毎年1回
	C101 C102	神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	県独自調査	14回 (R4)	毎年10回以上
	C101 C102 C202 C301	神奈川県が主催または参加する訓練の回数(関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど)	県独自調査	1回 (R4)	毎年2回以上
	C201	地域災害医療対策会議の開催回数	県独自調査	0回 (R4)	毎年4回
	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。



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

【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。

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

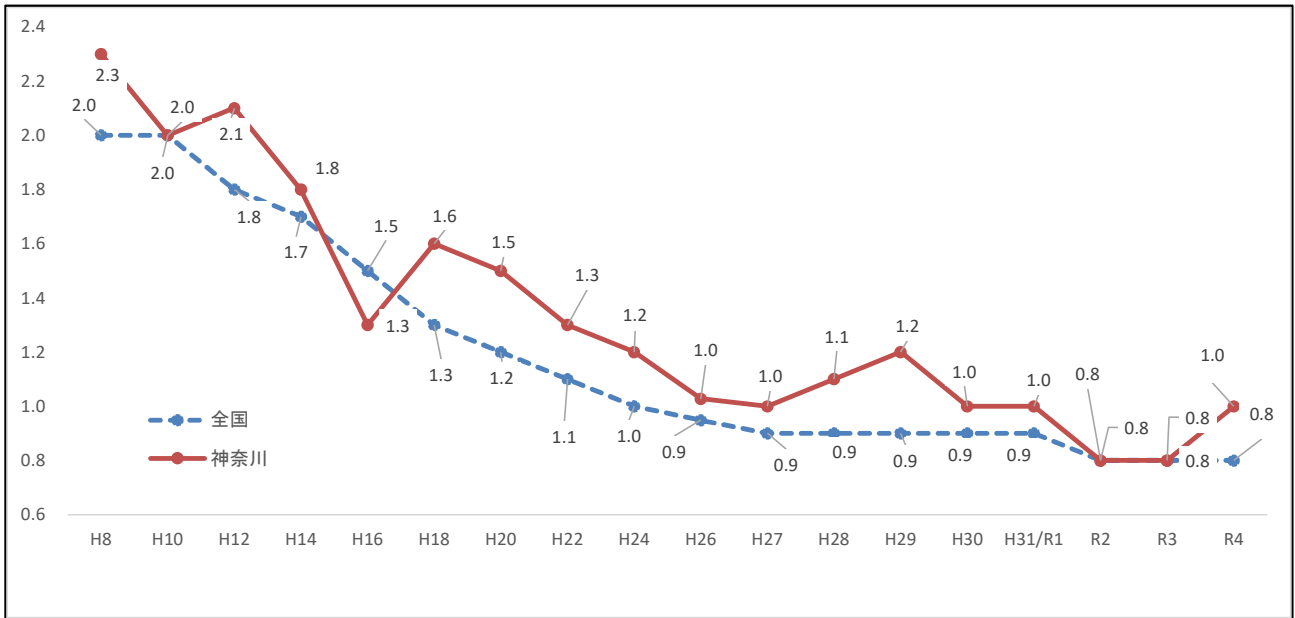
年	総数	出生体重別												不詳
		超低出生		極低出生		低出生				2,500g以上				
		500g未満	500-999g	1,000-1,499g	1,500-1,999g	2,000-2,499g	件数	割合	2,500g以上					
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75,666	8
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68,913	13
H22	78,077	18	218	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）

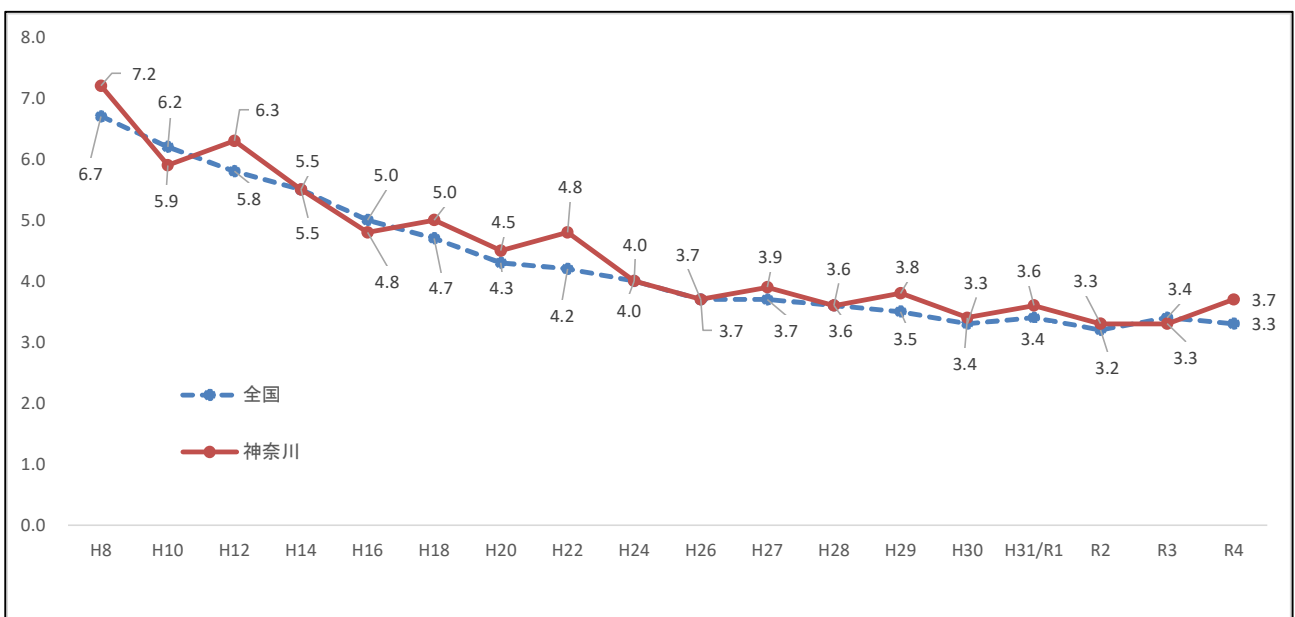


（出典）厚生労働省「人口動態調査」

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）

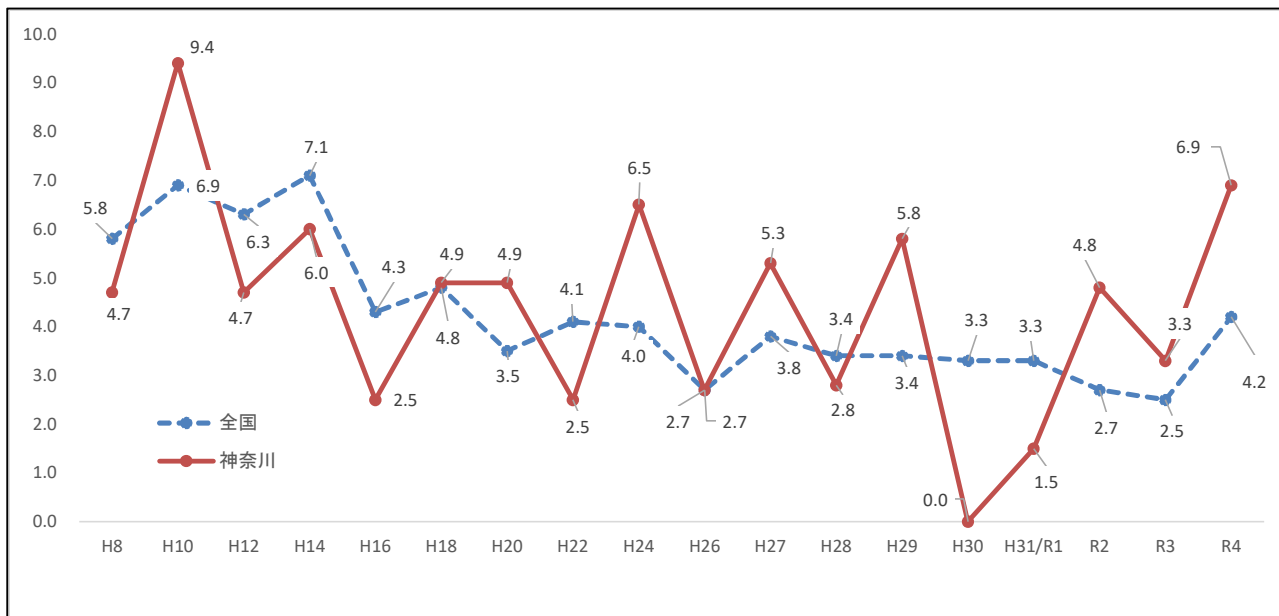


（出典）厚生労働省「人口動態調査」

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。

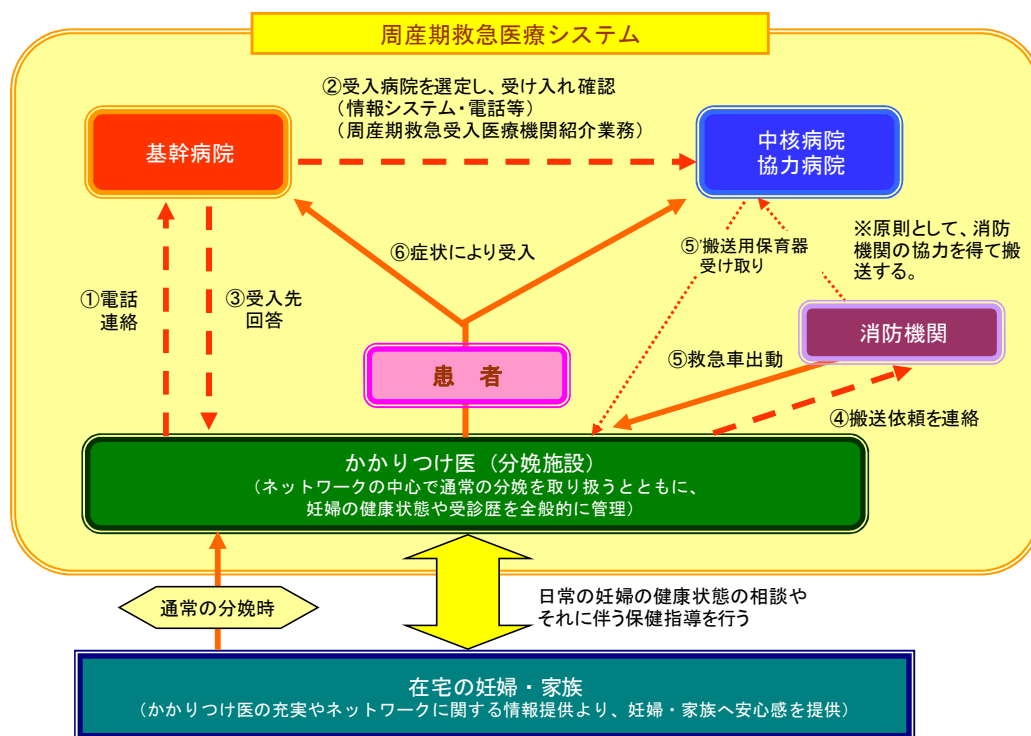
この「県周産期救急医療システム」とは、県内を6つのブロックに分け、機能別に位置づけた「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」を中心に、分娩時の予期できない急変等に対応し、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保するものです。

- 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（※8）を導入している県の周産期母子医療センターも59%に留まっています。
- そのため、まずはセミオープンシステムの導入促進などから、周産期医療と母子保健を地域全体で支える方法を検討していく必要があります。
- 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」

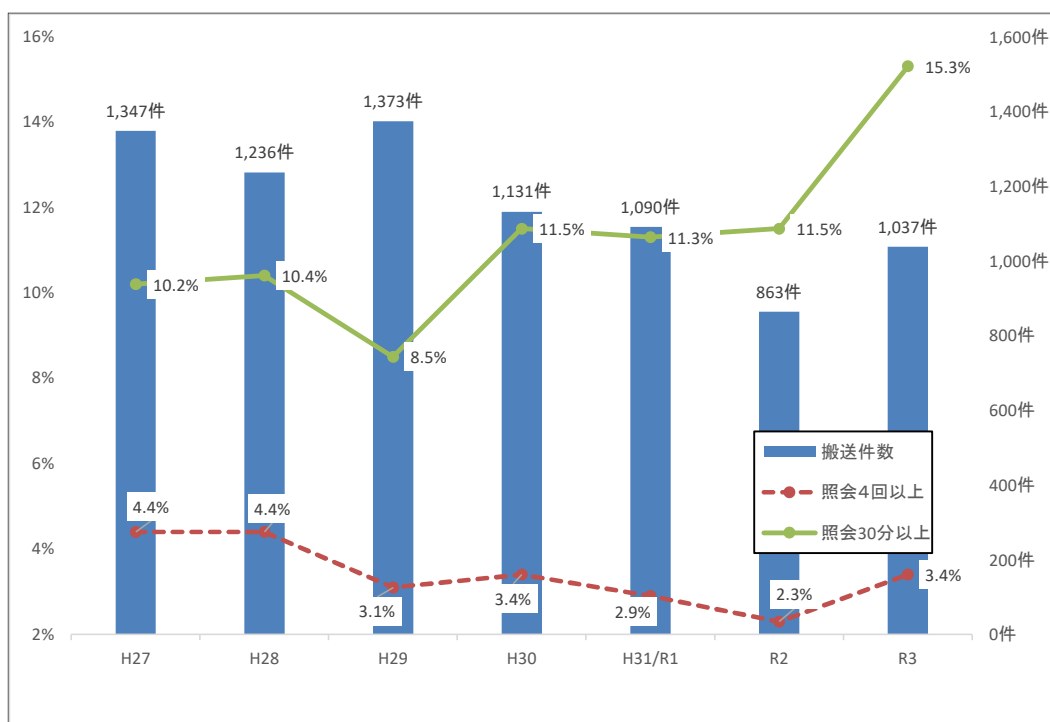
(3) 近隣都県との連携体制の構築

- 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あたり、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れ体制が堅持されるよう、消防機関等と連携して情報共有を図った上で、体制整備を進める必要があります。

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



(5) NICU等周産期施設等の確保と環境整備

- NICU (Neonatal Intensive Care Unit) は新生児集中治療室ともよばれ、早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門です。
- 県におけるNICU設置数は、平成28年度は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。

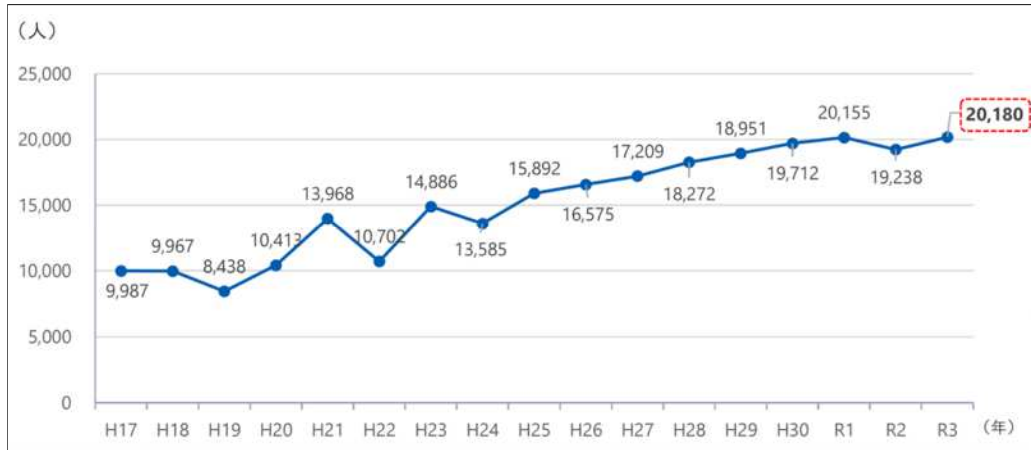
図表 2-1-4-12 県における周産期母子医療センターのN I C U(G C U)長期入院児数

(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）

（単位：人）

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

（出典）県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」

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

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

※数値は日中に主にNICU・GCUを担当する小児科・新生児医師数（周産期母子医療センター）と初期研修医を除く新生児医療を担当する常勤医師数（周産期母子医療センター以外の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) NICU等周産期施設等の確保と環境整備

- 県は、引き続きNICU等の周産期施設等を確保するほか、引き続きNICU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。

=====

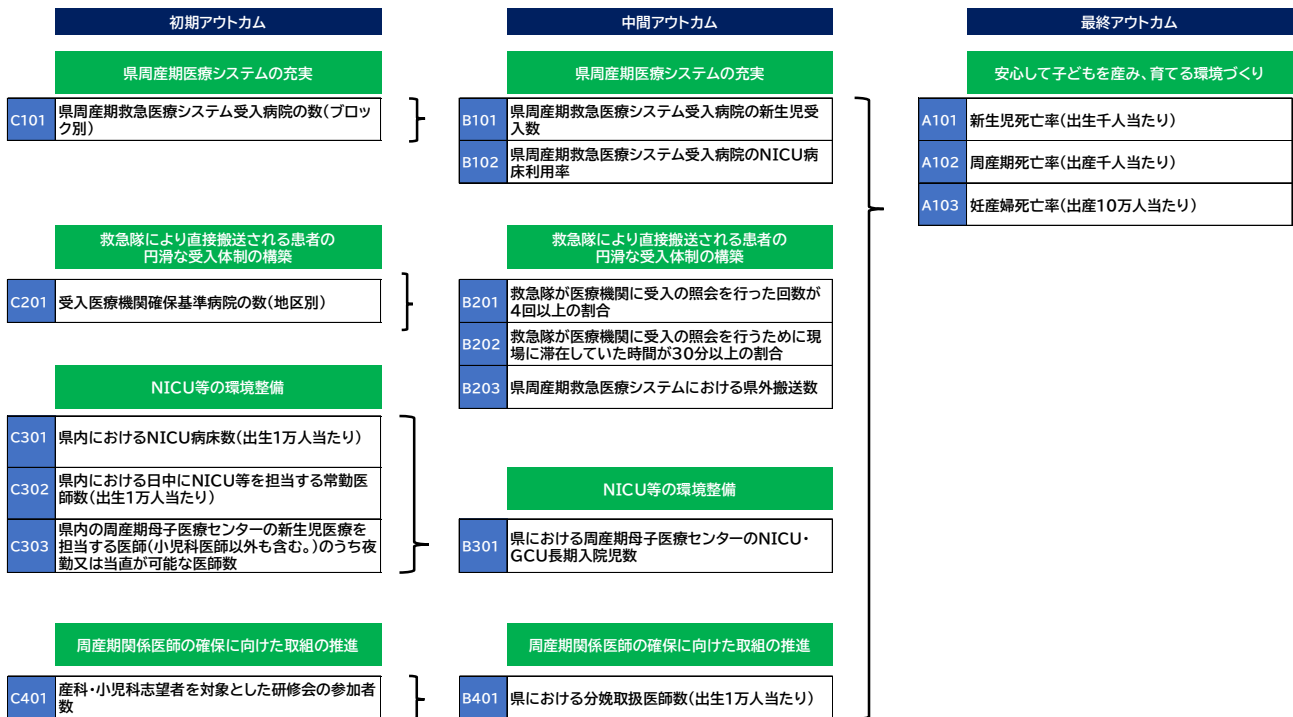
■用語解説

- ※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	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%	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(出生千人当たり)	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(出生 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】

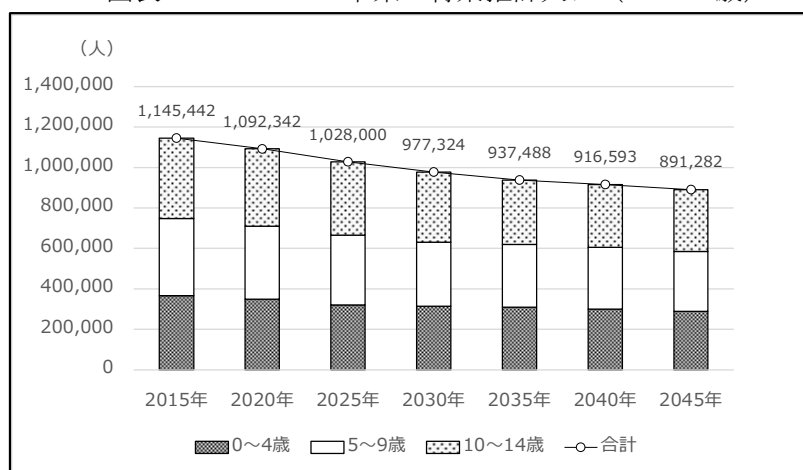
- ・安心して子育てが行える環境を整備するため、小児医療を担う人材の確保や、機能分化・関係機関間の連携等を推進し、小児患者に対し、その症状に応じた対応や支援が可能な体制を維持する必要があります。

(1) 小児医療をとりまく状況

ア 小児人口の状況

- 令和4年1月1日の本県の人口は約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）

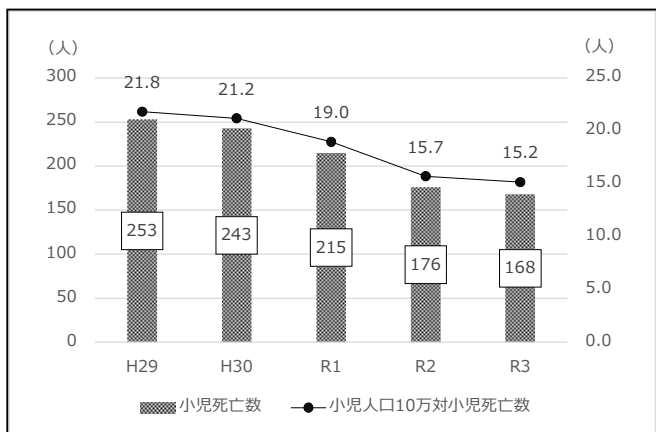


（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成30（2018）年推計
※平成27（2015）年の国勢調査を基に、平成27（2015）年10月1日から令和27（2045）年10月1日までの30年間（5年ごと）について、将来人口を推計。

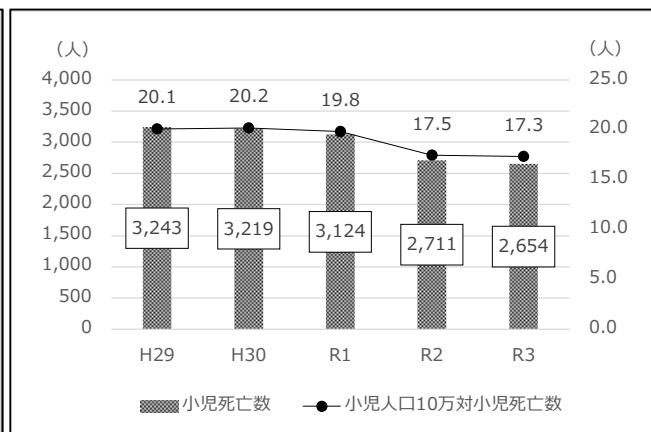
イ 小児患者の状況

- 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					
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）

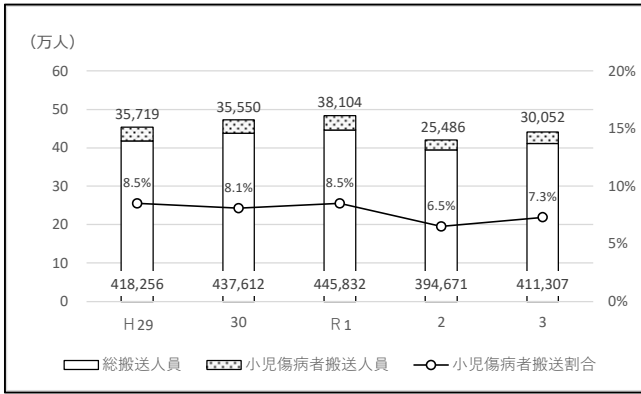
図表 2-1-5-6 受療率

	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

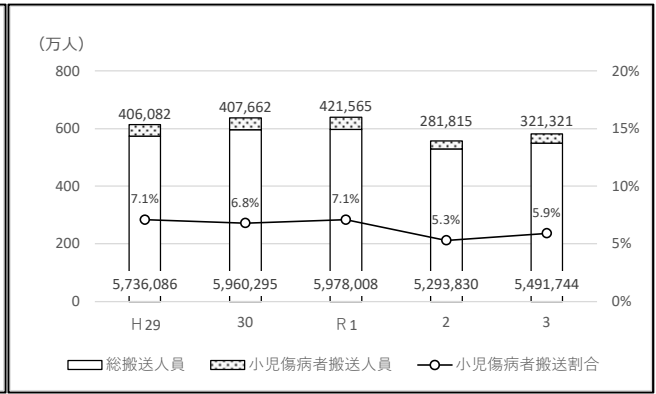
（出典）厚生労働省「患者調査」令和2年

- 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)



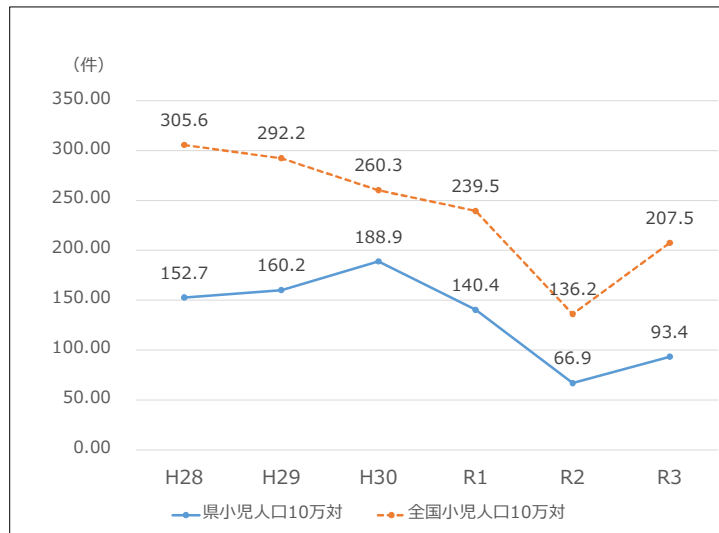
図表2-1-5-8 小児傷病者搬送の状況(全国)



(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	

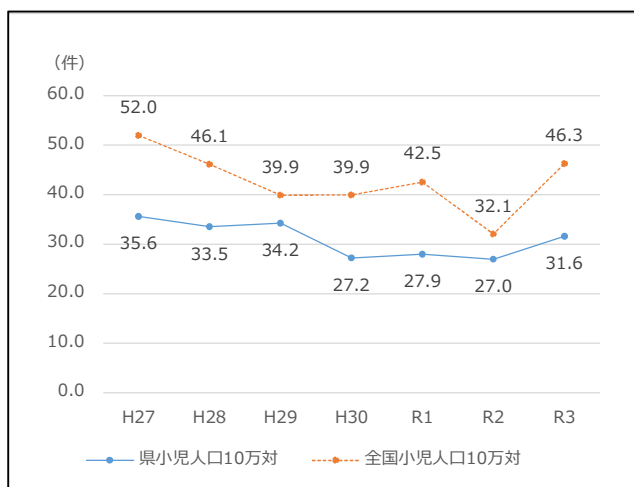
(出典) 総務省消防庁「救急救助の現況」
総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年齢区分別傷病程度別搬送人員調」

○ 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

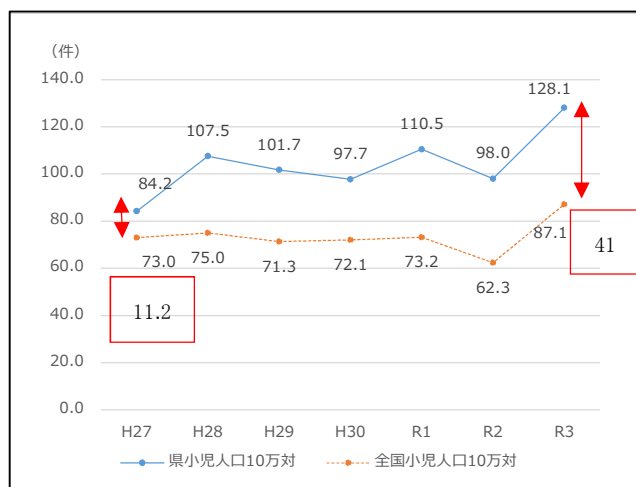
大きく影響していると指摘されています。

- 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）

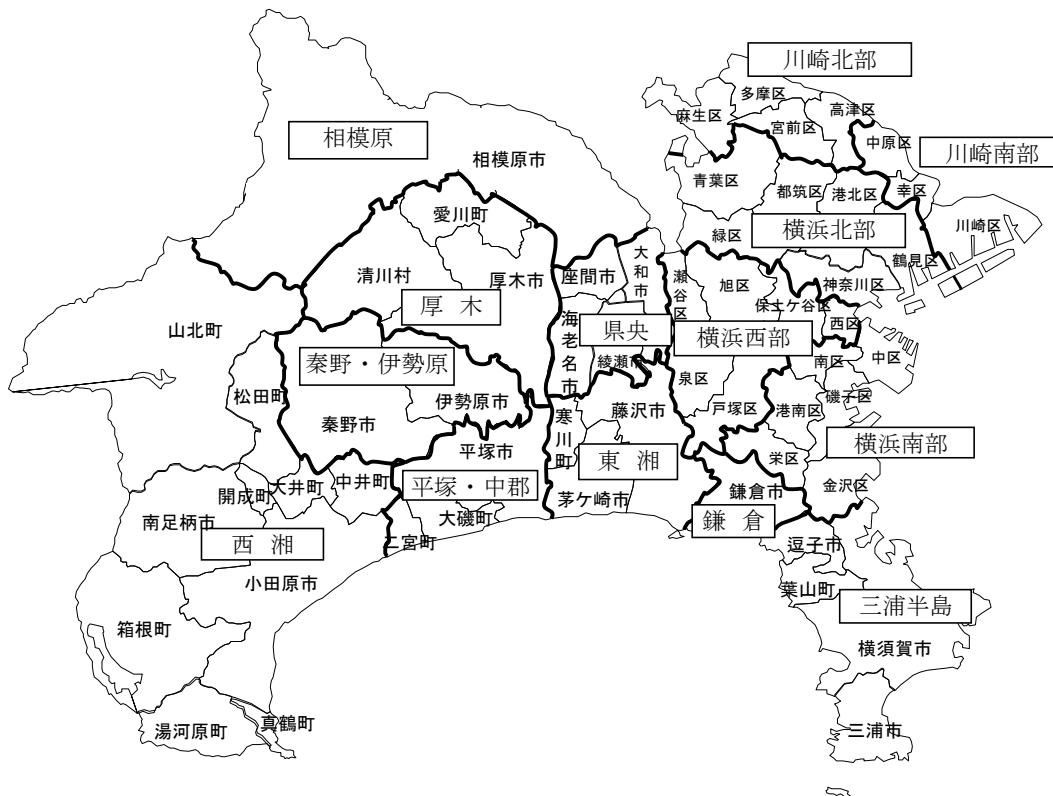
図表2-1-5-13 施設基準の届出受理状況（小児入院医療管理料）

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

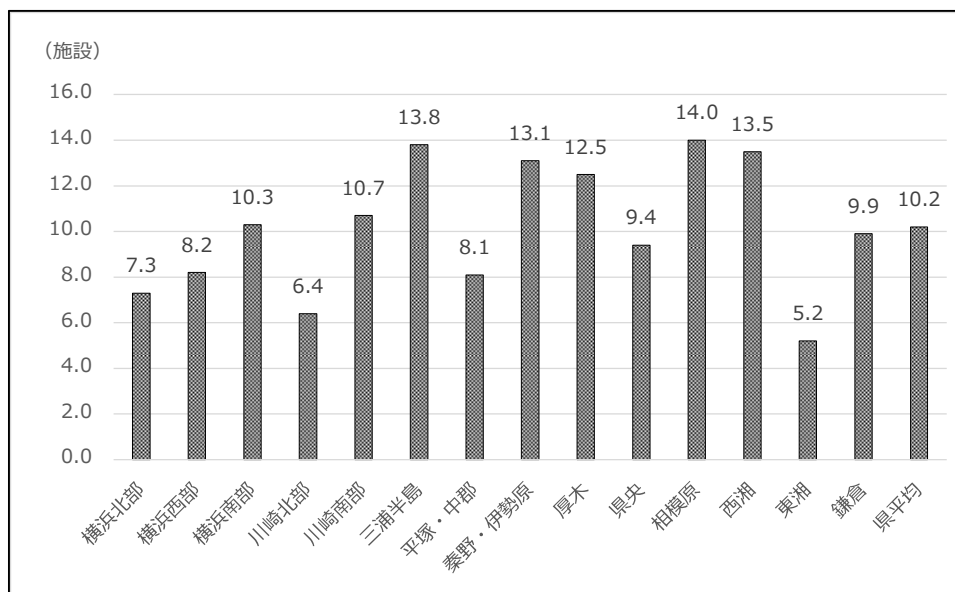
（出典）関東信越厚生局
「届出受理医療機関名簿（届出項目別）」
令和5年8月1日現在

- 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



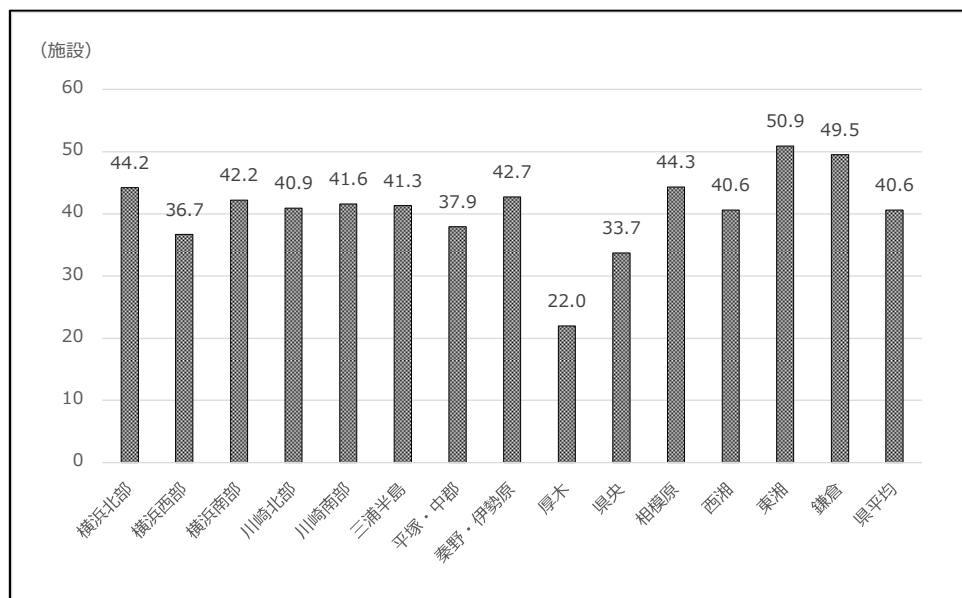
図表 2-1-5-15 小児科を標榜する病院数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



（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）

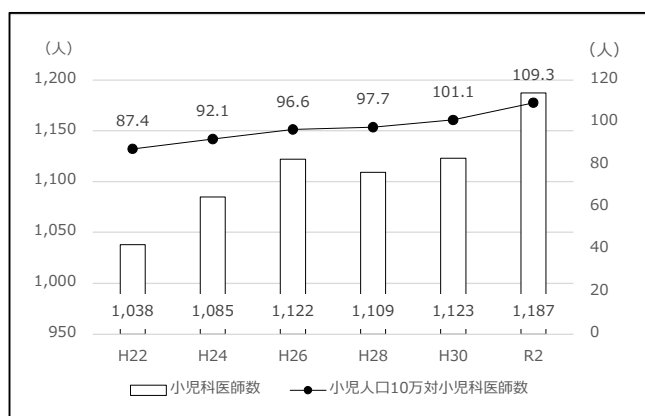
図表 2-1-5-16 小児科を標榜する診療所数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



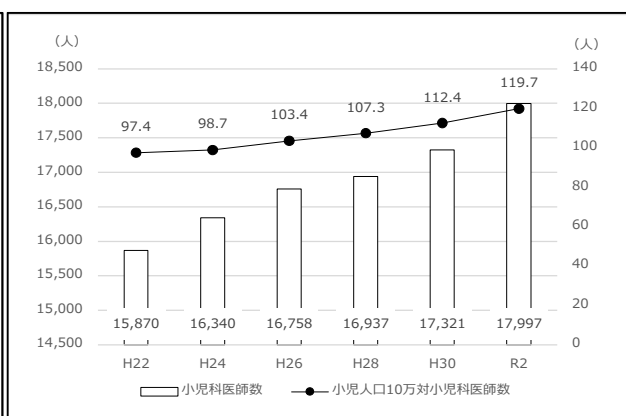
（出典）厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- 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)



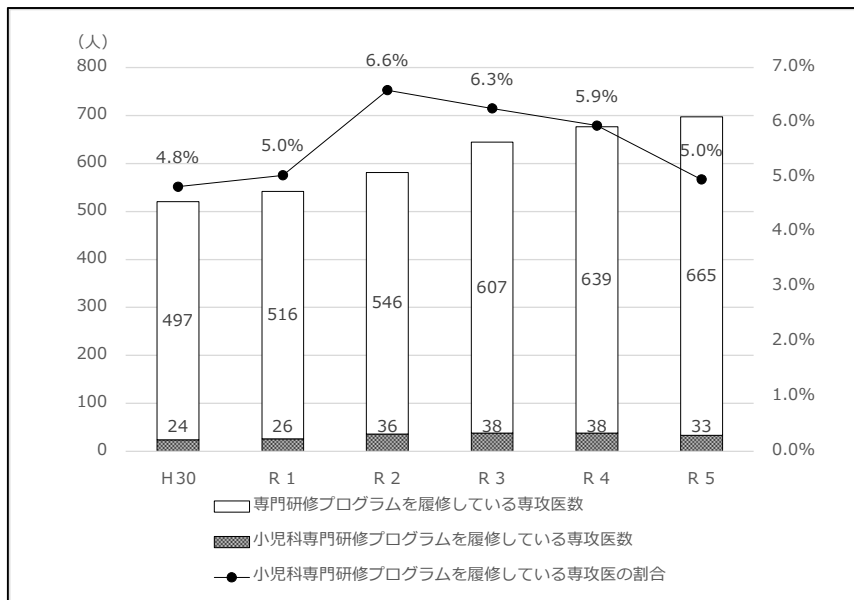
（出典）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、総務省統計局「人口推計」

- 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



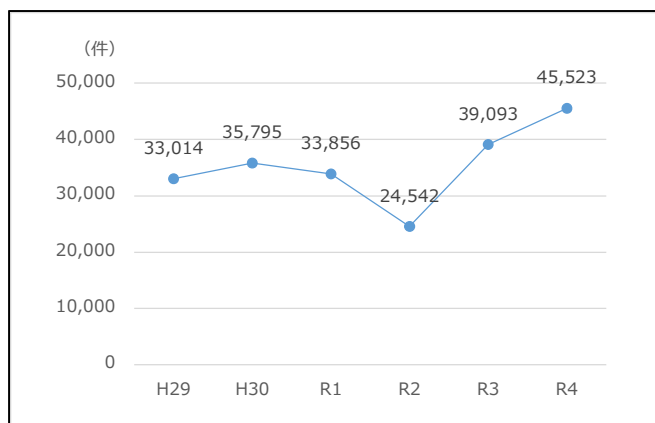
(出典) 一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」

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、厚生労働省が実施する#8000対応者研修事業を活用するなど、相談者への対応の質の向上を図ります。
- さらに、県は、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急等）についても周知を行います。

イ 初期救急医療提供体制

- 県及び市町村は、診療所の医師による、積極的な初期救急医療提供体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力等の連携を図ります。
- 県は、小児に対する初期救急医療提供体制を維持するため、引き続き、初期救急

医療の提供に必要な支援を行います。

- また、救急車の適正利用など、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、県は、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に実施し、軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入抑制を図ります。

ウ 二次救急医療提供体制

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

エ 三次救急医療提供体制

- 県は、三次救急医療を必要とする患者が、適切な治療を受けられるよう、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、支援策の検討にあたっては、母子保健の取組との連携を図っていきます。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーターの養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及びご家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。
- 県は、医療的ケア児とご家族が地域で安心して療養できるよう、県周産期救急医療システム受入病院（※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

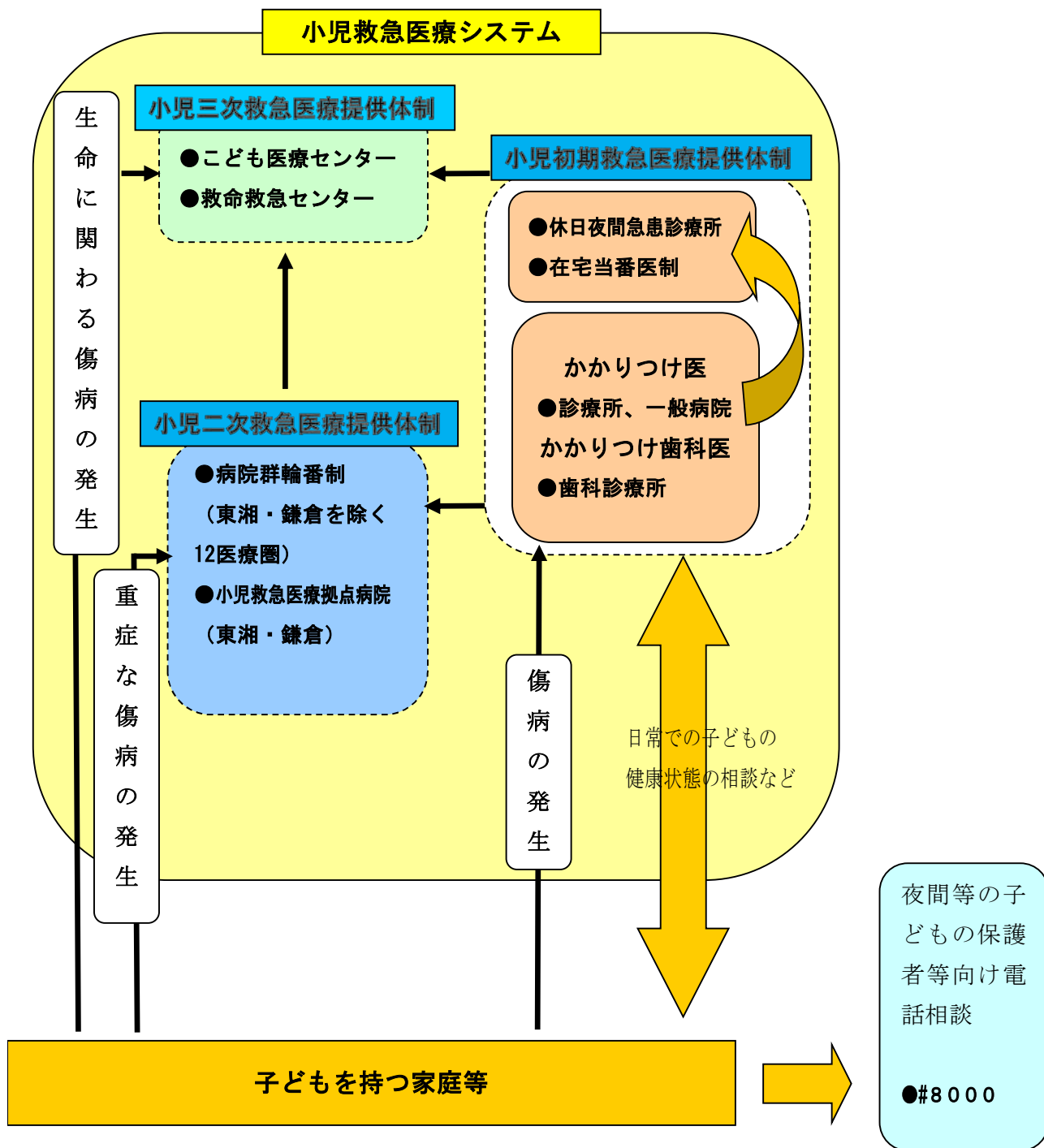
※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



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以上4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、予防計画の想定をはるかに上回る規模で感染が拡大し、特に医療提供体制の確保に困難を極めたことから、その対応の教訓を踏まえて、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）が改正（令和4年法律第96号）されたことに伴い、医療法の規定に基づく医療提供体制の確保に関する基本方針が改定されました。

【課題】

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

(1) 現状

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

(2) 課題

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

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>
新興感染症の発生・まん延時の医療提供体制を構築する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

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

新興感染症発生時、厚生労働大臣の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、流行初期以降にあつては、あらゆる協定指定医療機関が対応する体制を構築します。

そのため、協定指定医療機関における確保病床数等の目標数値を定め、病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所（以下「医療機関等」という。）と平時に協定を締結し、新興感染症の発生及びまん延に備えます。（図表2-1-6-1）

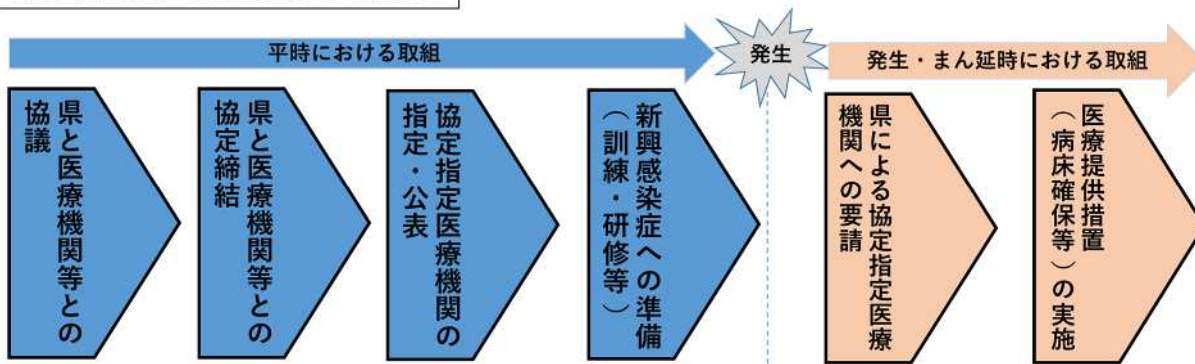
協定指定医療機関は、新興感染症発生時において県知事の要請により、協定締結した医療を提供します。

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

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）。

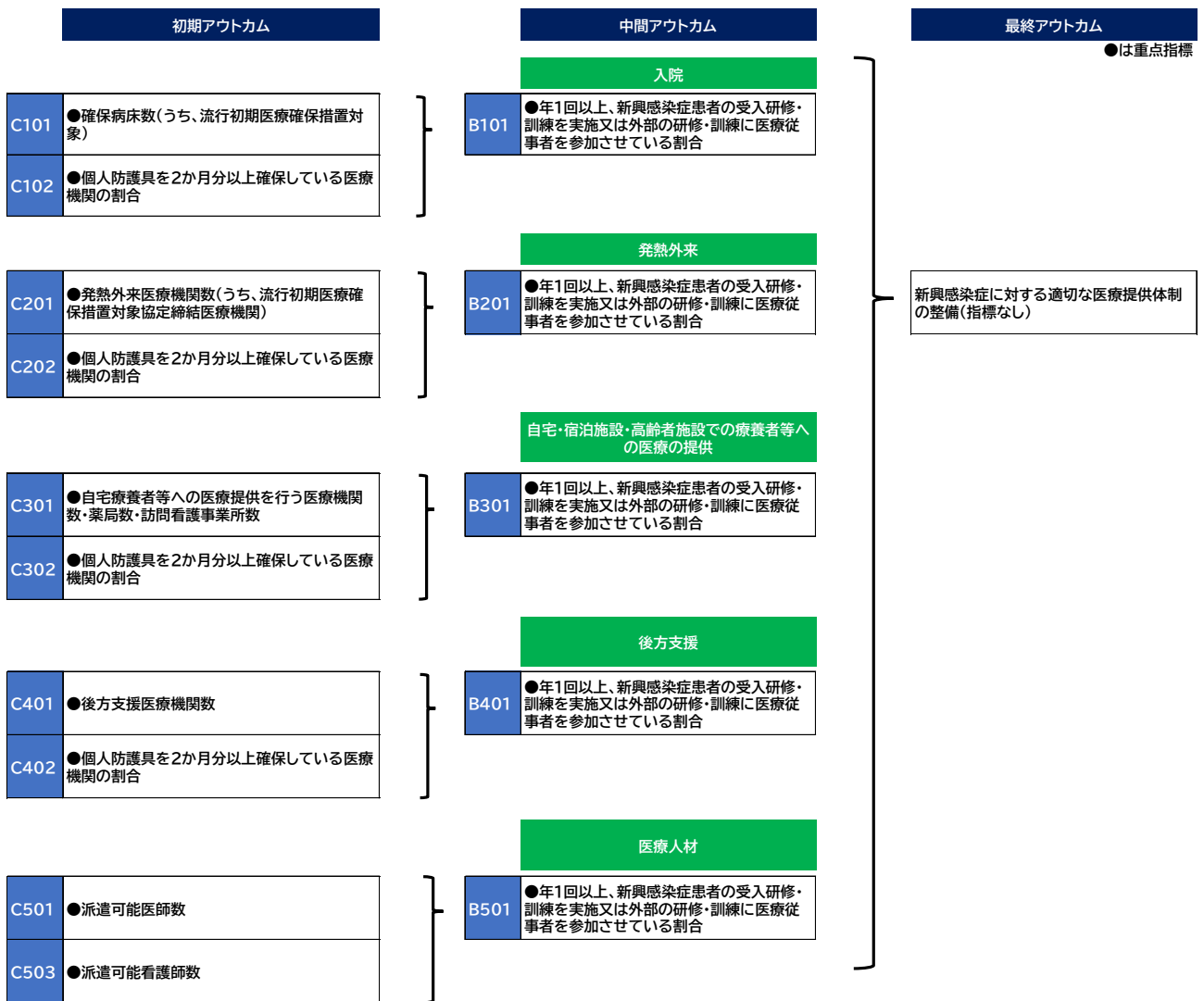
※3 外出自粛対象者

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

第2章 疾病別の医療連携体制の構築

第1節 がん

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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

(1) がんの未病改善

ア がんの1次予防

- 県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に未病改善を実践することを目指し、関係団体等と連携しながら、がん予防のための生活習慣について、引き続き情報提供を行うことが必要です。
- 県民健康・栄養調査によると、喫煙者のうち男女とも半数以上がたばこをやめたい、又は本数を減らしたい」と回答しており、地域や職域で卒煙（禁煙）しやすい環境づくりをさらに進めることが必要です。
- がんに罹患する原因の一つに、ウイルスや細菌の感染があります。たとえば、肝がんは肝炎ウイルス、子宮頸がんはヒトパピローマウイルス（HPV）、胃がんはヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）の感染が主な原因とされていますので、がん予防のために、そのことを理解していただく必要があります。

イ がんの2次予防（がん検診）

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

目標である 50%に達していないことから、がん検診受診率向上に向けて市町村と連携して取り組む必要があります。(図 2-2-1-1)

図表 2-2-1-1 国民生活基礎調査によるがん検診受診率

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

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

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

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

(2) 患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

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

イ がん治療

- 拠点病院及び指定病院では、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療を提供することを基本としていますが、さらに、新しい治療法であるロボット支援手術や、重粒子線や陽子線による高度な放射線治療、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法を取り入れている病院もあります。
- 県は、地域の医療機関や患者に対して、科学的根拠に基づく高度な治療法がどこの病院で受けられるか等の情提を提供していくとともに、県内の医療機関の連携体制を整備していく必要があります。

ウ がんのリハビリテーション

- 入院中はがんのリハビリテーションが提供されたとしても、退院後まで継続して提供されるとは限りません。そのため、退院後も継続して提供できるよう、地域でリハビリテーションを実施している施設等への引継ぎができる連携体制を整備する必要があります。

エ 緩和ケア

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

オ 妊孕性（にんようせい）温存療法（※2）

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

カ 小児及びAYA世代（※4）のがん対策

- 県には、国が全国で15カ所指定している小児がん拠点病院（※5）の1つである「県立こども医療センター」があり、小児及びAYA世代のがん患者とその家族が適切な医療や支援を受けることができます。小児がん患者は、成人後も長期フォローアップが必要であり、AYA世代のがん患者については、県立こども医療センターと拠点病院・指定病院との連携が必要になります。

キ 希少がん及び難治性がん対策

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

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

- 現在 32 病院の拠点病院・指定病院に小児がん拠点病院である県立こども医療センターを加えた 33 病院に設置されているがん相談支援センターにおいて、患者やその家族等からのがんに関する様々な相談に対応しています。しかし、がん相談支援センターの認知度が依然として低いことから、さらに周知していく必要があります。
- がん相談支援センターとは別に、がん患者やその家族が、同じような経験を持つピアサポーターに相談できる箇所が、現在県内には 14 カ所あります。しかし、ピアサポーターの認知度も低いことから、周知はもちろん、相談できる機会を増やすとともに、ピアサポーターの質の向上にも取り組む必要があります。
- がん患者及びその家族に、日本癌治療学会が認定するがん医療ネットワークナビゲーター等の資格を有するがん体験者の存在を知ってもらう必要もあります。

イ 情報提供

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

ウ 地域連携による支援

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

エ 就労支援

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

オ アピアランスケア（※6）

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

カ ライフステージに応じた支援

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

キ がん教育

- 平成 29 年 3 月に小学校及び中学校、平成 30 年 3 月に高等学校の学習指導要領にがん教育が追加されましたが、国は、さらに医師やがん経験者等の外部講師を活用

することが効果的だとしています。県でも、団体や企業との協力により、外部講師の育成を行っていますが、外部講師の活用実績を上げていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰一人取り残さないがん対策を推進し、県民一人ひとりが、がんについて正しく理解することで偏見をなくすとともに、がんと向き合い、支え合うことができる社会を構築し、全ての県民とがんの克服を目指す

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆がんの未病改善

◆患者目線に立ったがん医療の提供

◆それぞれの立場で進めるがんとの共生

(1) がんの未病改善

ア がんの1次予防

- 県は、がん予防の観点から、県民一人ひとりが取り組む健康づくりを支援することや健康づくりの推進を支える体制づくりを進めます。
- 県は、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発及び関係団体・企業との連携による卒煙（禁煙）サポートセミナーの開催等を行うほか、保健福祉事務所において地域医療機関等と連携した禁煙相談・禁煙教育に取り組みます。
- 県は、未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 県は、市町村、関係学会、関係団体、県医師会、学識者等と連携して、県ホームページや広報媒体等を活用して、子宮頸がんとHPV、胃がんとヘリコバクター・ピロリ菌、肝がんと肝炎ウイルスなどに関する正しい情報を発信していきます。

イ がんの2次予防（がん検診）

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

(2) 患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

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

イ がん治療

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

ウ がんのリハビリテーション

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

エ 緩和ケア

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

オ 妊孕性温存療法

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

カ 小児及びAYA世代のがん対策

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

キ 希少がん及び難治性がん対策

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

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

- 拠点病院・指定病院は、がん相談支援センターの認知度向上のため、院内一丸となって取り組めます。
- 県は、患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピアサポーターの養成・認定に取り組めます。
- 県は、がん医療ネットワークナビゲーターの効果的な周知について検討を進めます。

イ 情報提供

- 県及びがん協議会は、拠点病院・指定病院、関係機関、患者団体等と連携して、

患者目線に立ったわかりやすい情報発信に取り組みます。

ウ 地域連携による支援

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

エ 就労支援

- 県、神奈川産業保健総合支援センター、神奈川県社会保険労務士会及び拠点病院・指定病院は連携して、患者とその家族を対象に、がん相談支援センターにおける社会保険労務士相談を継続していきます。また、事業者向けには、県及び神奈川産業保健総合支援センター、協定企業と協力して、事業者向けの講演会等を開催するとともに、「かながわ治療と仕事の両立推進企業（※7）」を増やしていきます。

オ アピアランスケア

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

カ ライフステージに応じた支援

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

キ がん教育

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

=====

■用語解説

※1 がん診療連携拠点病院

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

※2 妊孕性温存療法

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

※3 生殖補助医療

妊孕性温存療法により凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、胚（受精卵）を用いた、妊娠のための治療。

※4 AYA世代

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

※5 小児がん拠点病院

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

※6 アピアランスケア

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

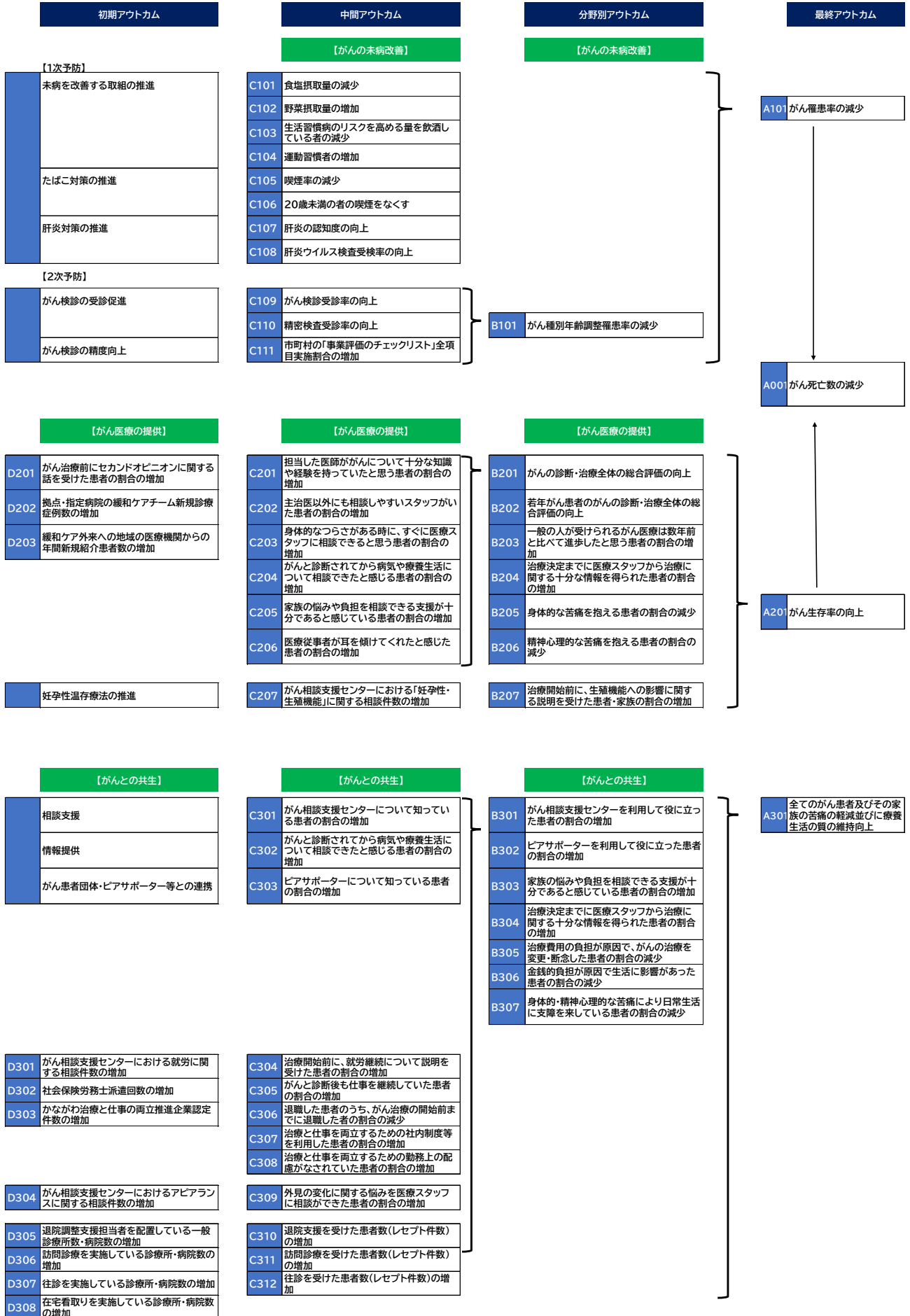
※7 かながわ治療と仕事の両立推進企業

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

=====

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
がんの未病改善					
中間	C101	食塩摂取量の平均値の減少	国民健康・栄養調査	—	7g未満(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C102	野菜摂取量の平均値の増加	国民健康・栄養調査	—	350g以上(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C103	1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g以上、女性 20g以上の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①15.0% ②7.0% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C104	運動習慣者(1回 30分以上の運動を週 2回以上実施し、1年以上継続している者)の増加 ①20～64歳 男性の割合 ② 女性の割合 ③65歳以上 男性の割合 ④ 女性の割合	国民健康・栄養調査	—	①、② 35% ③、④ 55% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C105	20歳以上の者の喫煙率の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①21.5% ②4.4% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C106	20歳未満の喫煙者の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①、② 0%(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C107	肝炎の認知度の向上	県民ニーズ調査	50.9% (R4)	60.0%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C108	肝炎ウイルス検査受検率の向上	県民ニーズ調査	25.5% (R4)	33.2%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C109	がん検診受診率 ①胃がん②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	国民生活基礎調査	①42.7% ②47.3% ③50.0% ④48.3% ⑤43.7% (R4)	①～⑤ 60%(R10) ◎国民生活基礎調査
	C110	精密検査受診率 ①-1 胃がん/X線 ①-2 胃がん/内視鏡②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	地域保健・健康増進事業報告	①-1 65.9% ①-2 95.3% ② 59.6% ③ 84.2% ④ 87.2% ⑤ 63.3% (R1)	①～⑤ 90%
	C111	市町村の「事業評価のチェックリスト」全項目実施割合の増加	市町村チェックリスト実施率調査	①64.3% /65.6%(X線) 58.9%(内視鏡) ②63.2% /66.0% ③63.9% /62.1%	①～⑤ すべて 80%

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和8～14年度)
				④63.8% /62.4% ⑤62.6% /63.4% (R4)	
分野別	B101	がん種別年齢調整罹患率 ①胃がん②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	全国がん登録	①38.5 ②58.1 ③39.8 ④107.4 ⑤33.2 (R1)	現状より減少
がん医療の提供					
初期	D201	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合	患者体験調査	34.9% (H30) ※全国データ	現状より増加
	D202	拠点:指定病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	5,257件 (R3)	現状より増加
	D203	緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	660件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
中間	C201	担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	患者体験調査	78.7% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C202	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	患者体験調査	48.8% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C203	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合	患者体験調査	46.5% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C204	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	76.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C205	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	47.7% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C206	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	患者体験調査	71.9% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C207	がん相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	67件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
分野別	B201	がんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	7.9% (H30) ※全国データ	現状より向上
	B202	若年がん患者のがんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	7.8% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B203	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	患者体験調査	75.6% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B204	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	75.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B205	身体的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	55.4% (H30) ※全国データ	現状より減少

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和8～14年度)
	B206	精神心理的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	62.0% (H30) ※全国データ	現状より減少
	B207	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けた患者・家族の割合	患者体験調査	52.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
がんと共生					
初期	D301	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	689件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
	D302	社会保険労務士派遣回数	県事業	134回 (R4)	現状より増加
	D303	かながわ治療と仕事の両立推進企業認定件数	県事業	194件 (R4)	430件 (R9)
	D304	がん相談支援センターにおけるアピランスに関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	6,065件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
	D305	退院調整支援担当者を配置している一般診療所数・病院数	厚生労働省、医療施設調査	168 (R3)	現状より増加
	D306	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	1,452 (R3)	現状より増加(R8) (※2)
	D307	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	3,160 (R3)	現状より増加(※2)
	D308	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	782 (R3)	現状より増加(※2)
中間	C301	がん相談支援センターについて知っている患者の割合	患者体験調査	66.4% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C302	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	76.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C303	ピアサポーターについて知っている患者の割合	患者体験調査	27.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C304	治療開始前に、就労継続について説明を受けた患者の割合	患者体験調査	39.5% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C305	がんと診断後も仕事を継続している患者の割合	患者体験調査	26.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C306	退職した患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	患者体験調査	16.5% (H30) ※全国データ	現状より減少
	C307	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	患者体験調査	36.1% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C308	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされていた患者の割合	患者体験調査	65.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C309	外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できた患者の割合	患者体験調査	28.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C310	退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	27,571件 (R3)	36,118件(R8) (※2)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和8～14年度)
	C311	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	1,014,627件 (R3)	1,329,161件(R8) (※2)
	C312	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	17,508件 (R3)	22,935件(R8) (※2)
分野別	B301	がん相談支援センターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	73.0% (H30) ※ 全国データ	現状より増加
	B302	ピアサポーターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	73.6% (H30) ※ 全国データ	現状より増加
	B303	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	47.7% (H30) ※ 全国データ	現状より増加
	B304	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	75.0% (H30) ※ 全国データ	現状より増加
	B305	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念した患者の割合	患者体験調査	4.9% (H30) ※ 全国データ	現状より減少
	B306	金銭的負担が原因で生活に影響があった患者の割合	患者体験調査	26.9% (H30) ※ 全国データ	現状より減少
	B307	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合	患者体験調査	69.2% (H30) ※ 全国データ	現状より減少
最終	A101	がんの年齢調整罹患率	全国がん登録	386.1 (R1)	現状より減少
	A001	がんの年齢調整死亡数	人口動態統計	65.8人 (R3)	57.3人 (R9)
	A201	がん種別5年生存率 ①胃がん(男性/女性)②大腸がん(男性/女性)③肺がん(男性/女性)④乳がん(女性)⑤子宮頸がん(女性)	全国がん登録	①62.9% /59.4% ②69.3% /67.7% ③93.5% /93.9% ④69.8% ⑤75.4%	現状より増加
	A301	現在自分らしい生活を送れていると感じる患者の割合	患者体験調査	70.5% (H30) ※ 全国データ	現状より増加

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

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

第2節 脳卒中

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

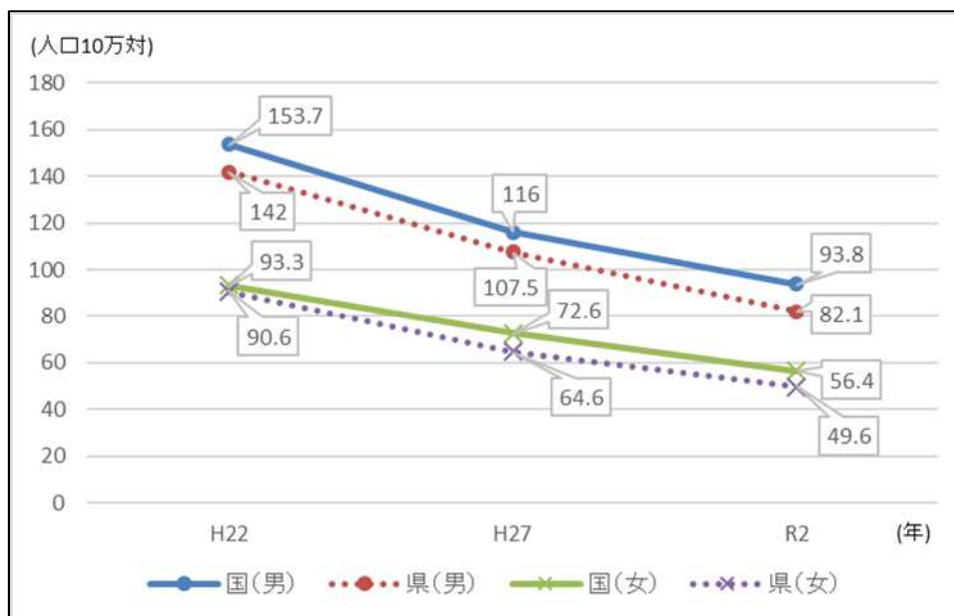
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、人口動態統計特殊報告によると、令和2年において男性82.1 女性49.6と、全国平均の男性93.8 女性56.4を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。（図表2-2-2-1）

図表2-2-2-1 脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）



（出典）厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年モデル人口）

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

- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過として、疾患の再発

や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

イ 発症直後の救護、搬送等

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

ウ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、t-P A（tissue-type plasminogen activator）による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始すること、又は発症後16時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の年齢調整標準化レセプト比は、全国平均を上回っています。
- 脳出血では、血压管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や、開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 地域連携計画作成等の年齢調整標準化レセプト比は、令和2年度時点で全国平均を下回っています。

エ リハビリテーション

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

オ 急性期後の医療・在宅療養

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

(2) 課題

ア 脳卒中の未病改善

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

イ 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

(ア) 発症直後の救護、搬送等

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

(イ) 急性期の医療

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

(ウ) リハビリテーション

- 脳卒中は、急性期死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。
- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期病院を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

(エ) 急性期後の医療・在宅療養

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

(オ) 医療提供体制の構築

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

ウ 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

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

れています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆脳卒中の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 脳卒中の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（KDB）及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。
- 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。
- 県民は、脳卒中に関する正しい知識を持ち、脳卒中の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

(2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

ア 発症直後の救護、搬送等

- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、脳卒中の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村、消防機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適切に行います。
- 県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が脳卒中を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものと

します。

イ 急性期の医療

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

ウ リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、医療関係者及び介護・福祉関係者等が在宅における摂食嚥下障害に適切に対応できるよう、団体が実施する人材育成研修を支援します。
- 県は、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。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

エ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。
- 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。

オ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 県は、急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細やかな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパス（※1）の普及を図ります。
- 県は、かかりつけ医等の日常の診療における脳卒中診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、脳卒中に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。
- リーフレット等の資料、SNSやマスメディアを効果的に用いて、脳卒中における必要な情報提供を円滑に行います。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、脳卒中に

関する研修会を開催します。

- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 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、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。
- 県は、脳卒中の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、脳卒中患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者へのサポート体制の構築を推進します。
- 県は、かながわ健康プラン21 地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

=====

■用語解説

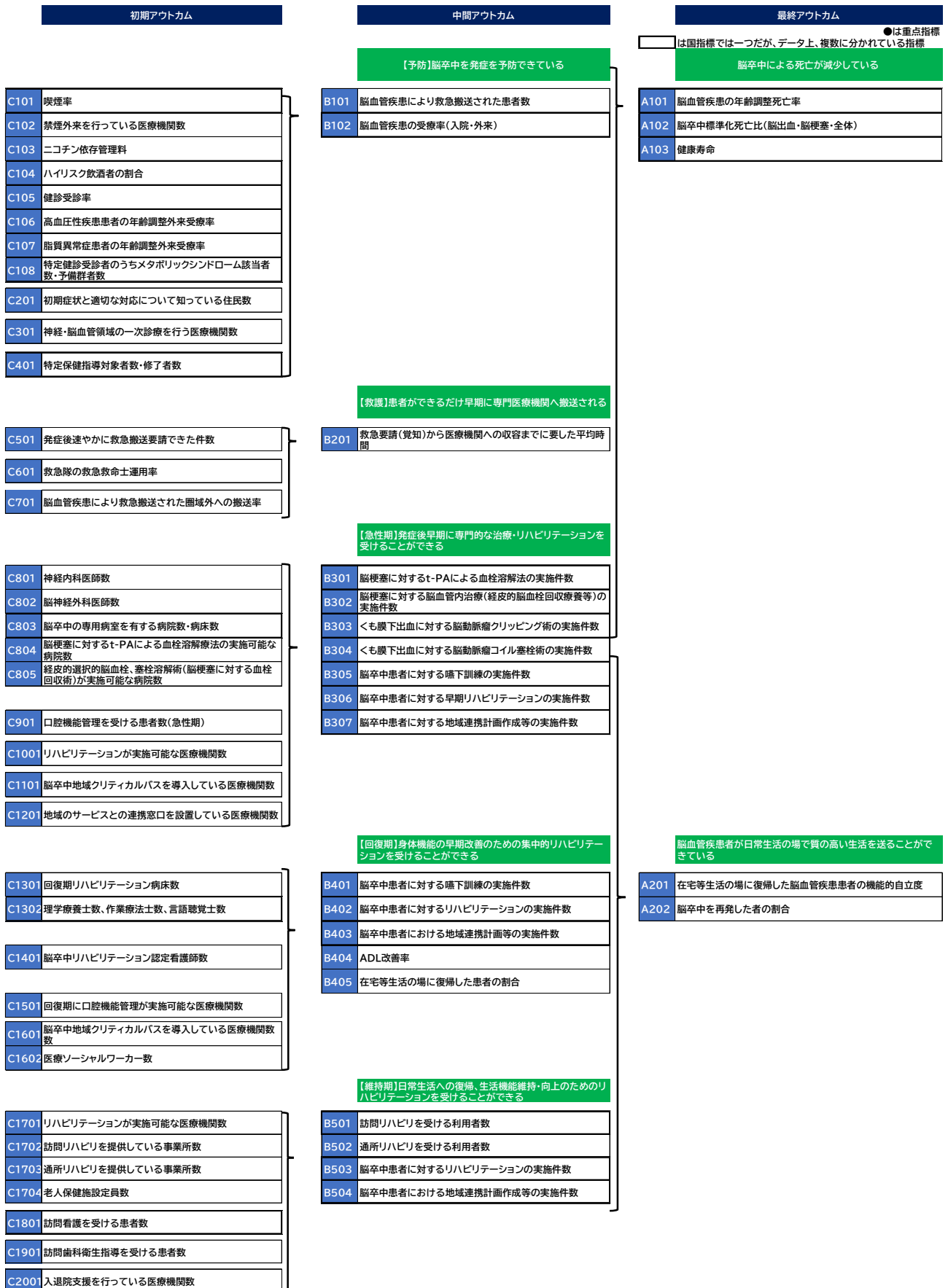
※1 地域連携クリティカルパス

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

=====

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省,NDB	116.8 人 (R3)	309.7 人
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省,国民健康・栄養調査	—	—
	C105	健診受診率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C108	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	該当者数 :3,712 人 予備群者数 :3,003 人 (R3)	該当者数 :3,077.2 人 予備群者数 :2,554.1 人
	C401	特定保健指導対象者数・修了者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	対象者数 :4,196 人 修了者数 :845 人 (R3)	対象者数 :4,668.8 人 修了者数 :914.6 人
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁,救急救助の現況	100% (R3)	100%
	C803	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	病院数:0.2 院 病床数:1.3 床 (R2)	病院数:0.3 院 病床数:1.7 床
	C1302	1302 理学療養士数、作業療法士数、言語聴覚士数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	理学療養士数 :54.2 人 作業療法士数 :25.9 人 言語聴覚士数 :9.1 人 (R2)	理学療養士数 :64.9 人 作業療法士数 :34.6 人 言語聴覚士数 :11.8 人
	C1602	医療ソーシャルワーカー数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	9.8 人 (R2)	9.9 人
	C1801	訪問看護を受ける患者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人 (R3)	医療 :384.5 人 介護 :10,531.2 人
中間	B102	脳血管疾患の受療率(入院・外来)	厚生労働省,患者調査	入院:77% 外来:32% (R2)	入院:70% 外来:45%
	B201	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	総務省消防庁,救急救助の現況	41.7 分 (R4)	39.4 分
	B301	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :10.0 件(R3) SCR :105.8(R2)	算定回数 :12.0 件 SCR :100 以上
	B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :142.7 (R2)	SCR :100 以上
	B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :8.9 件 (R3)	算定回数 :9.5 件

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)
	B304	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :13.4件 (R3)	算定回数 :18.4件
	B305	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :146.4 (R2)	SCR :100以上
	B306	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :66,002.7件 (R3) SCR :91(R2)	算定回数 :86,496.8件 SCR :100
	B307	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B401	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :80.6(R2)	SCR :100.0
	B402	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B403	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省,患者調査	57.3% (R2)	67.5%
	B501	訪問リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告」(10万人当たり)	医療 :65.4人 介護 :774.1人 (R3)	医療 :206.0人 介護 :1,085.6人
	B502	通所リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,介護保険事業状況報告 (10万人当たり)	2,756.8人 (R3)	5,562.3人
	B503	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
最終	A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	男:82.1 女:49.6 (R2)	男:66.5 女:40.2
	A102	脳卒中標準化死亡比(脳出血・脳梗塞・全体)	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・全体 男:92.6 女:91.1 ・脳出血 男:101.8 女:100.2 ・脳梗塞 男:88.8 女:87.8 (H27)	・全体 男:90.1 女:82.3 ・脳出血 男:98.2 女:93.8 ・脳梗塞 男:85.4 女:77.1
	A103	健康寿命	厚生労働科学研究成果データベース,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関	男性:73.15歳 女性:74.97歳 (R元)	男性:延伸 女性:延伸

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)
			する研究		

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・心疾患は、令和3年度において本県の死亡原因の第2位となっています。
- ・心疾患による年齢調整死亡率は、平成22年から令和2年までの10年間では一貫して減少しています。

【課題】

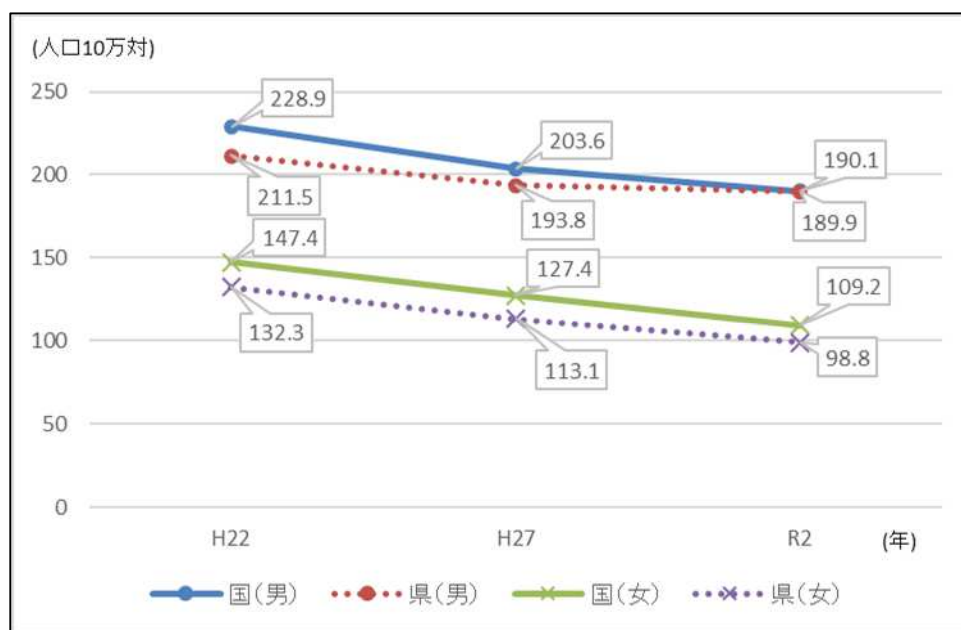
- ・心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 心血管疾患について

- 心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)は、人口動態統計特殊報告によると、令和2年において男性189.9 女性98.8と、全国平均の男性190.1 女性109.2を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。(図表2-2-3-1)

図表2-2-3-1 心疾患年齢調整死亡率(人口10万対)



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」(平成27年モデル人口)

- 心血管疾患は、次のような疾患であり、脳卒中とともに循環器病を代表するものです。
 - ① 虚血性心疾患(急性心筋梗塞、狭心症等)
 - ② 心不全(急性心不全・慢性心不全)
 - ③ 大動脈疾患(急性大動脈解離等)
- 県の心疾患(上記の①、②等)による死亡者数は、令和2年神奈川県衛生統計年

報によると、平成27年には10,890人でしたが、令和2年には12,549人と増加傾向にあり、死亡原因の第2位となっています。

- 心血管疾患の患者数は、今後増加することが想定され、高齢化の進展を背景として、特に慢性心不全の増加率が高くなると考えられます。

イ 発病直後の救護、搬送等

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

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

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

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

ウ 急性期の医療

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

エ リハビリテーション

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

オ 急性期後の医療・在宅療養

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、令和2年の患者調査によると、96.6%と、全国平均の93.4%を上回っています。
- 今後、患者数の増加が予想される慢性心不全は、再発・増悪による再入院と寛解を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化するという特徴があります。

(2) 課題

ア 心血管疾患の未病改善

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

イ 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

(ア) 発症直後の救護、搬送等

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

(イ) 急性期の医療

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

(ウ) リハビリテーション

- 入院及び外来心大血管疾患リハビリテーションの年齢調整標準化レセプト比は、全国平均を下回っている。
- 10 万人当たりの心大血管疾患リハビリテーション届出施設数は、主要都道府県で最下位です。
- また、県内でも、県央地域や湘南東部地域、横須賀・三浦地域、川崎北部地域が届出施設数少なく、地域に偏りがあります。
- 心大血管疾患リハビリテーションの実施件数を地域別に見ると、入院と外来の実施件数の差が顕著で、入院中から退院後まで継続した心血管疾患リハビリテーションの実施が進んでいないのが現状です。
- 患者に心血管疾患リハビリテーションの必要性について、知識の普及啓発が必

要です。あわせて、心血管疾患リハビリテーションの必要性について、県民が正しく理解する必要があります。

※「心大血管疾患リハビリテーション」は、診療報酬上の名称であり、心血管疾患リハビリテーションのことです。

(エ) 急性期後の医療・在宅療養

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度など、個々の患者の全体像を踏まえた上で適切に設定される必要があります。状況によっては、心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要となります。
- これらについての理解を深めながら、心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院とかかりつけ医、在宅医療・介護を担う医療機関、訪問看護ステーション等が連携した対応を図ることが必要です。
- また、心血管疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。
- 退院後も、患者が自宅等で安心して暮らし、再入院予防につなげていくためには、退院後の生活を見据えた退院調整を、早期から多職種により行うことが重要です。

(オ) 医療提供体制の構築

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

ウ 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、心疾患の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆心血管疾患の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

◆心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 心血管疾患の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（KDB）及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。
- 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。
- 県は、心不全の予防のため、早期発見に重要な基準になる血液検査「NT-proBNP/BNP」について、リーフレット等を活用し、普及啓発を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 県民は、心血管疾患に関する正しい知識を持ち、心血管疾患の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

(2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

ア 発病直後の救護、搬送等

- 県、市町村、消防機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適切に行います。
- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、心血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が心血管疾患を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

イ 急性期の医療

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

ウ リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、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、患者が地域で、心血管疾患リハビリテーションを入院中から退院後まで継続して行うことができるよう、実態を把握し、実施医療機関の設備を整備するとともに、地域連携の強化や医療従事者の人材育成を行い、円滑な心血管疾患リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 県は、心血管疾患リハビリテーションが包括的に提供されるよう、心血管疾患リハビリテーションに関わる医療従事者等を対象とする研修会等を開催し、資質の向上及び多職種連携の促進を図ります。
- 県は、心血管疾患リハビリテーションの必要性やその効果等について、リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、県民に正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進し、再発と増悪の予防を図ります。

エ 急性期後の医療・在宅療養

- 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。

オ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 県は、かかりつけ医等の日常の診療における心血管疾患診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

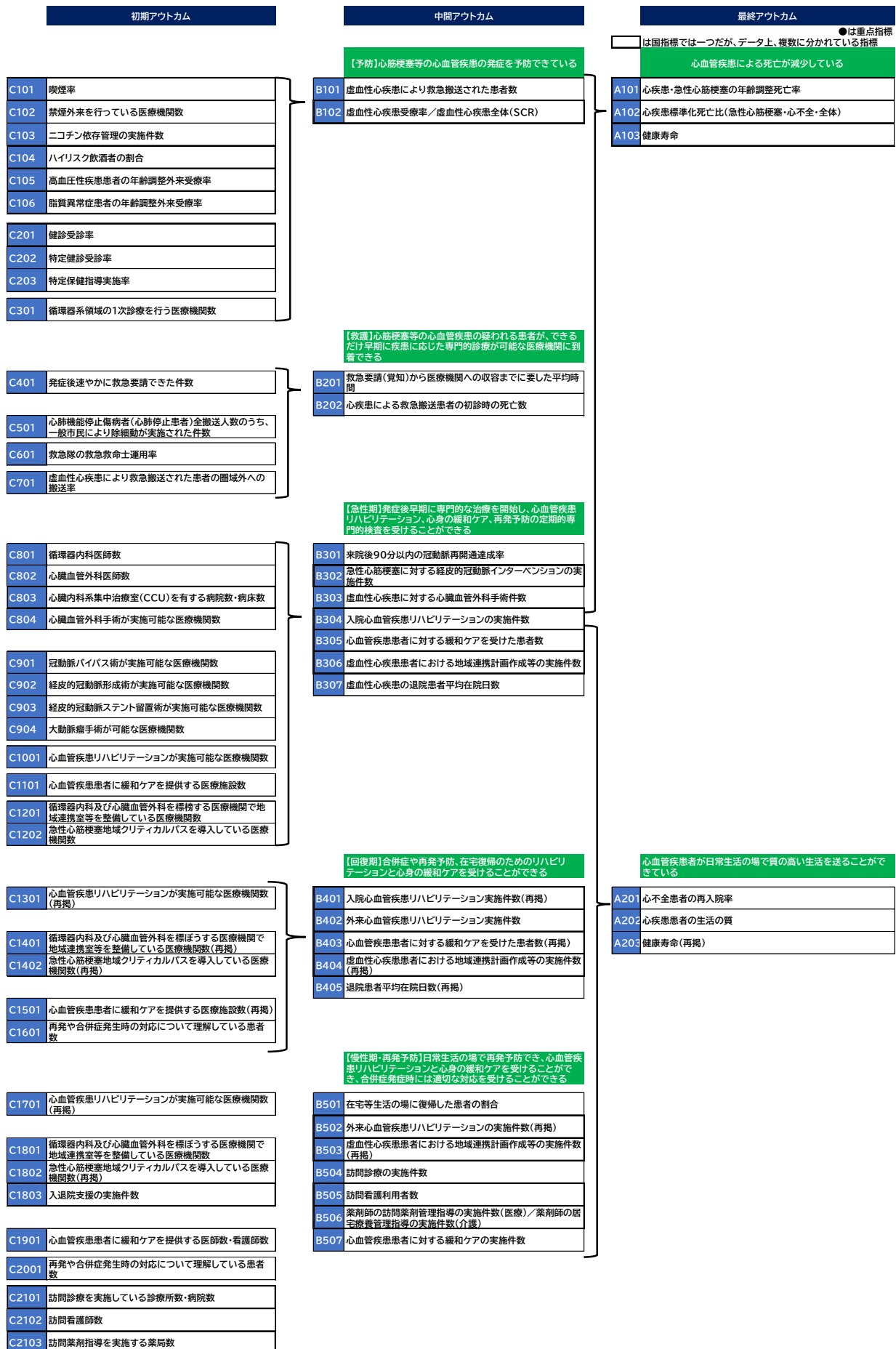
- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、心血管疾患に関する科学的根拠

に基づいた正しい情報提供を行います。

- リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、心血管疾患における必要な情報提供を円滑に行います。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、心血管疾患に関する研修会を開催します。
- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 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、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。
- 県は、心血管疾患の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、心血管疾患患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者へのサポート体制の構築を推進します。
- 県は、かながわ健康プラン21地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

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

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)
				:82.7 (R2)	
	B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :441.6 人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2 人 SCR :100
	B306	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	厚生労働省,患者調査	4.5 日 (R2)	3.3 日
	B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :4,458.4 件 (R3) SCR :82.7 (R2)	算定回数 :5,760.9 件 SCR :100
	B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :441.6 人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2 人 SCR :100
	B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B405	退院患者平均在院日数(再掲)	厚生労働省,患者調査	4.5 日 (R2)	4.5 日
	B503	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :34.9 件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B504	訪問診療の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	21,900.8 件 (R3)	29,546.0 件
	B505	訪問看護利用者数	厚生労働省,NDB/介護 保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人 (R3)	医療 :358.8 人 介護 :10,531.2 人
	B506	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	医療:1.2 件 (R3)	医療:3.8 件
最終	A101	心疾患・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・心疾患 男:189.9 女:98.8 ・急性心筋梗塞 男:28.7 女:9.2 (R2)	・心疾患 男:153.8 女:80.0 ・急性心筋梗塞 男:23.2 女:7.5
	A102	心疾患標準化死亡比(急性心筋梗塞・心不全・全体)	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・全体 男:96.6 女:89.4 ・急性心筋梗塞 男:98.2 女:78.6 ・心不全 男:142.3	・全体 男:84.5 女:86.2 ・急性心筋梗塞 男:94.2 女:64.7 ・心不全 男:100.0

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)
				女:106.9 (H29)	女:92.8
	A103	健康寿命	厚生労働省,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究	男:73.15 歳 女:74.97 歳 (R元)	男:延伸 女:延伸

第4節 糖尿病

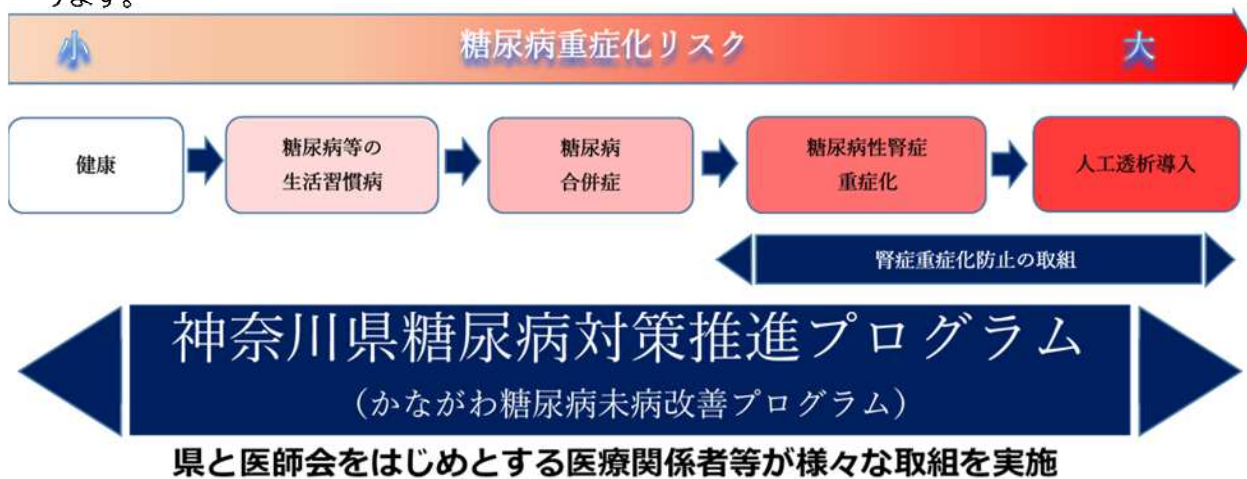
1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

- ・今後県では、高齢化に伴い、糖尿病の患者が令和27年には、令和2年比で約1.13倍に達する見込みです。
- ・そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。



※未病とは

心身の健康状態は、「ここまでは健康、ここからは病気」と明確に区別できるわけではなく健康と病気の間で連続的に変化しています。その状態を「未病」とし、病気になってから対処するのではなく、自分事として、普段の生活において心身を健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を推進しています。(第3章 第1節「未病を改善する取組の推進」 1 現状・課題 参照)

(1) 糖尿病について

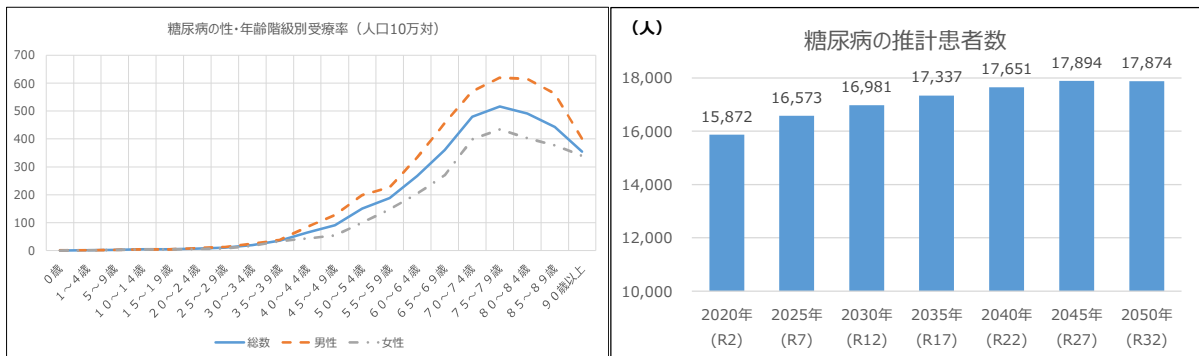
ア 患者数及び死亡率

- 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等の他の疾患の危険因子となるとともに、放置すると、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけではなく、医療費の負担を増加させる慢性疾患です。
- 医療施設（病院・診療所）で受療した患者をもとにした、令和2年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は43万5千人（全国では579万1千人）とされています。
- しかし、糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。
- 受療者以外も調査対象とした令和元年国民健康・栄養調査では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」（有病者）は全国で1,150万人（国参考値）と推計されています。

ます。

- これらのことから、県の有病者は、患者調査による患者数よりも相当程度多いものと考えられ、令和2年度特定健康診査の結果をもとにした40歳から74歳までの県の糖尿病有病数は、27万人と推計されています。
- また、全国の糖尿病の受療率（人口10万対）を見ると、男女ともに75歳～79歳の階級までは加齢とともに増加し、その後、減少に転じます。
- 当該受療率を基に県の糖尿病の患者数を推計すると、令和27年（2045年）までは患者数が増加し、令和2年比で約1.13倍になる見込みです。（図表2-2-4-1）

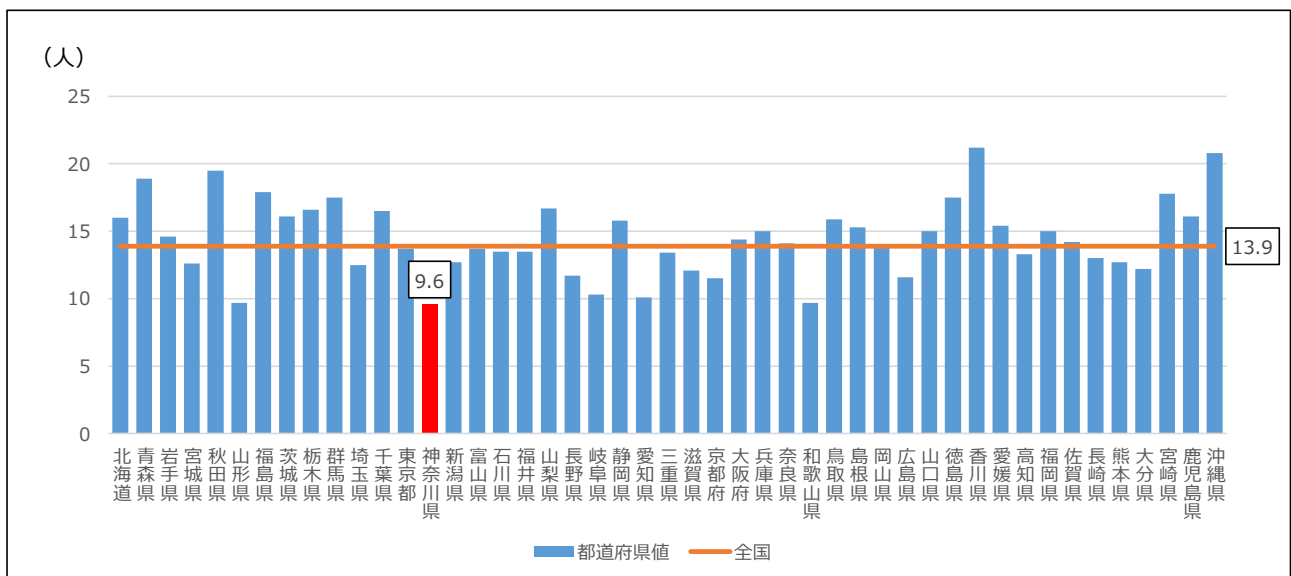
図表2-2-4-1 糖尿病の性・年齢階級別受療率（人口10万対）、糖尿病の推計患者数



（出典）厚生労働省「患者調査」
 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（令和5年（2023）年推計）」

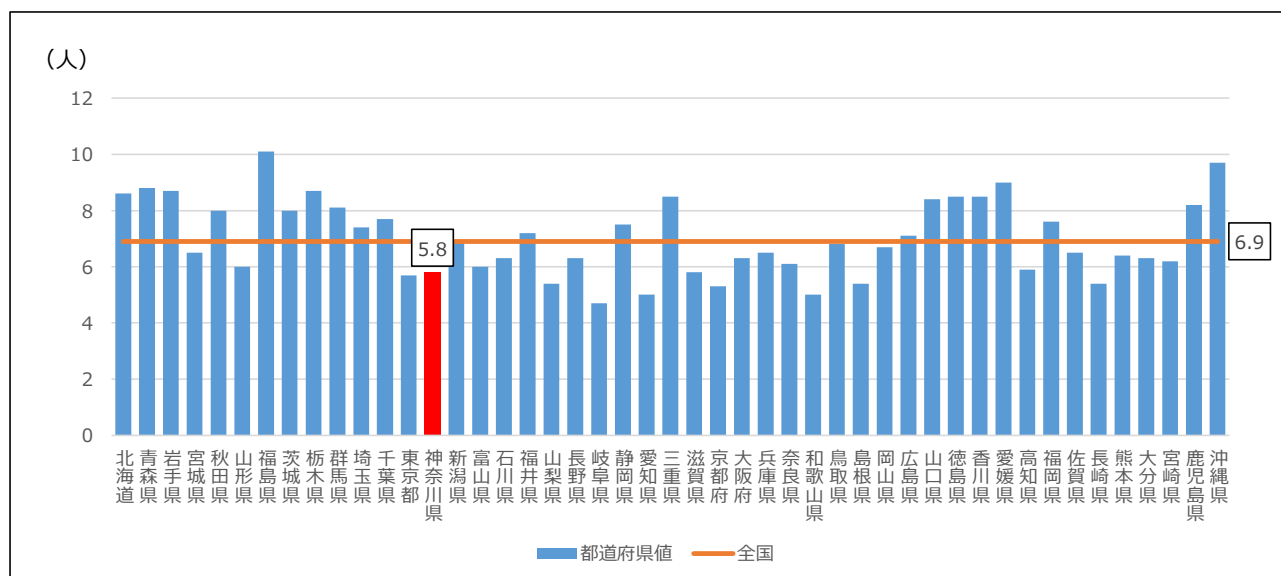
- 県における令和2年の性別ごとの年齢調整死亡率は、男性で9.6、女性で5.8であり、ともに全国値を下回っています。（図表2-2-4-2、図表2-2-4-3）

図表2-2-4-2 年齢調整死亡率（男性・人口10万対）



（出典）厚生労働省「人口動態特殊特報告」（令和2年）

図表 2-2-4-3 年齢調整死亡率（女性・人口 10 万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態特殊特報告」(令和 2 年)

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

イ 連携体制

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

(2) 糖尿病の予防

ア 総論

- 糖尿病には、膵β細胞の破壊が見られ、絶対的インスリン欠乏に至ることも多い 1 型糖尿病と複数の遺伝因子に過食、運動不足などの環境因子が加わって発症する 2 型糖尿病があります。
- 2 型糖尿病は、生活習慣の改善により発症を予防すること (一次予防) が期待できます。また、2 型に限らず、糖尿病は、発症しても血糖コントロールを適切に行うことや、高血圧の治療など内科的治療を行うことなどにより、糖尿病性腎症などの合併症の発症を防ぎ、重症化による人工透析の導入を回避すること (二次予防) が可能です。
- また、歯周病の治療をすると血糖コントロールが改善するといわれています。

- そのため、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解を促進する必要がありますが、必ずしも十分とはいえません。

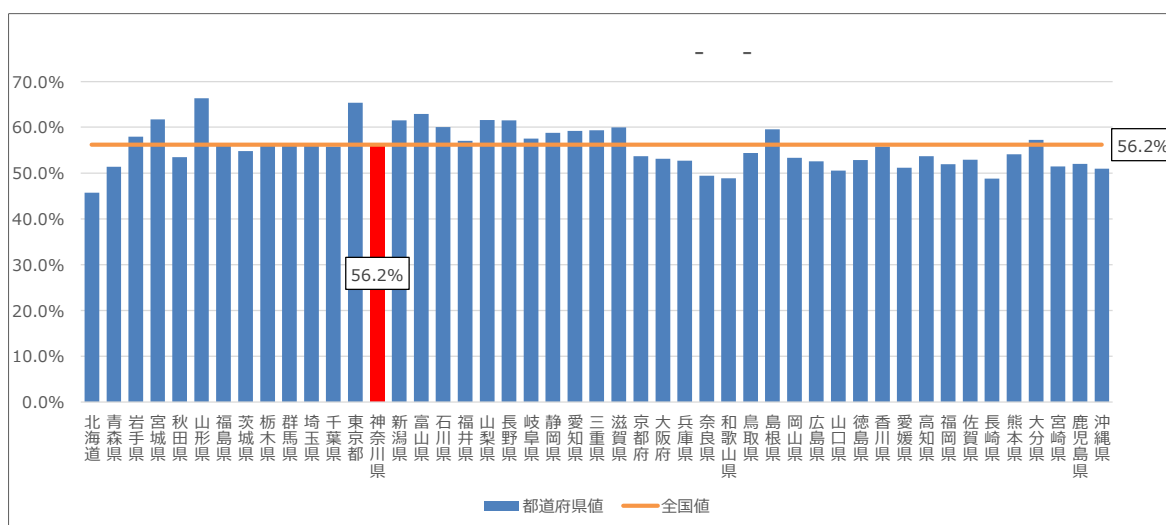
イ 生活習慣

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

ウ 特定健診・特定保健指導

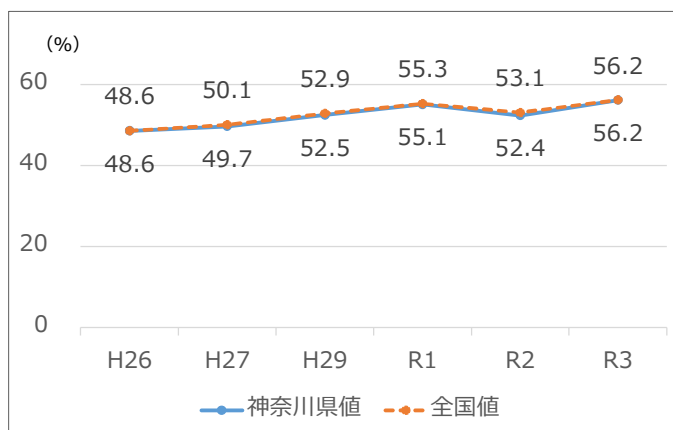
- 特定健康診査は、一次予防と二次予防につなげていく上で有効です。令和 3 年度の受診率は、全国・県ともに 56.2%となっています。(図表 2-2-4-4)
- また、県の受診率は、平成 26 年度から令和元年度まで増加傾向にあり、6.5%ポイント増加しましたが、令和 2 年度には 2.7%ポイント減少したものの令和 3 年には再び増加に転じました。(図表 2-2-4-5)

図表 2-2-4-4 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査の実施状況」(令和 3 年度)

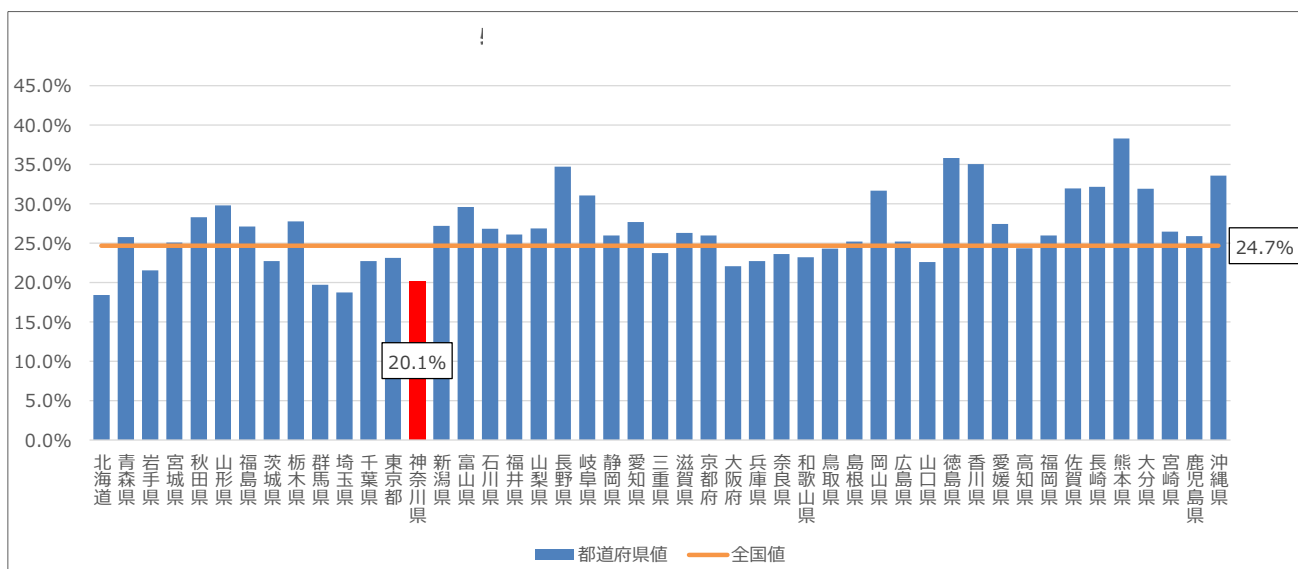
図表 2-2-4-5 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査の実施状況」

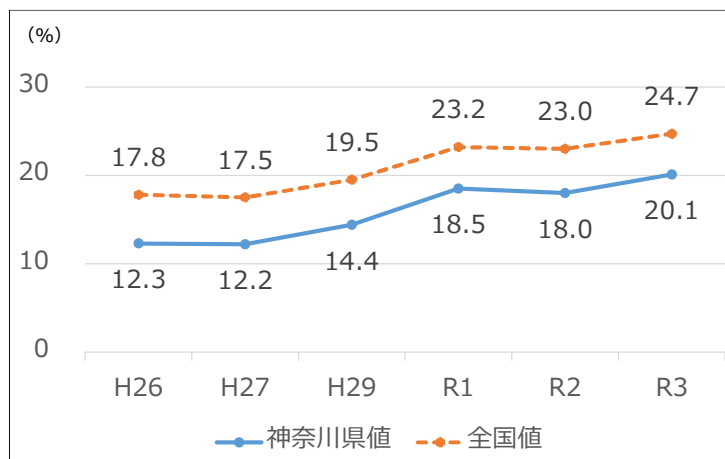
- 一方、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して特定保健指導を実施しますが、県の実施率は、20.1%と全国で44位と低く、全国値と4.6%ポイントの差があります。(図表 2-2-4-6、図表 2-2-4-7)

図表 2-2-4-6 特定保健指導の実施率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3年度)

図表 2-2-4-7 特定保健指導の実施率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

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

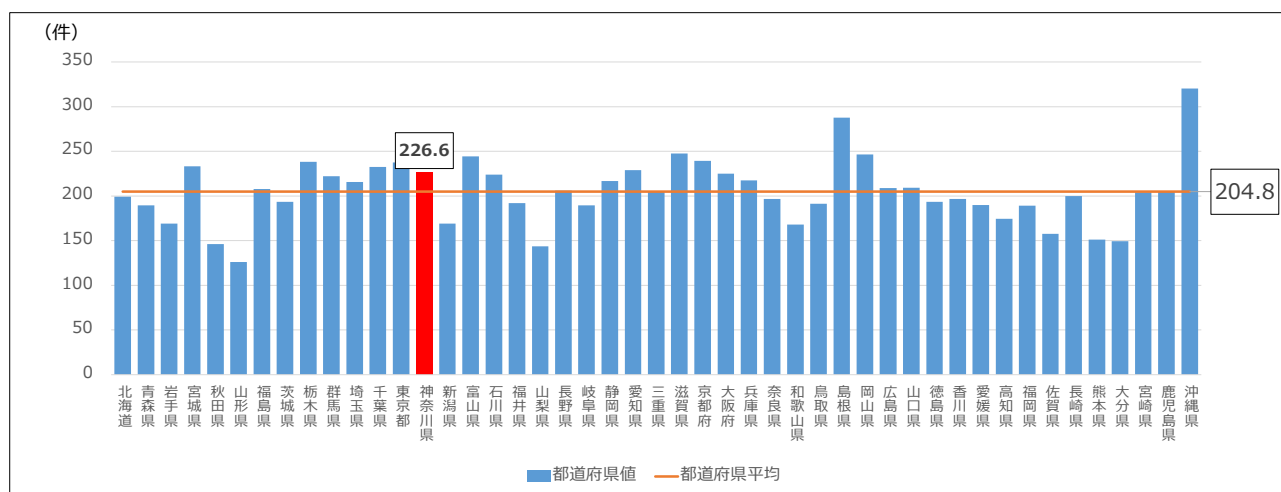
(3) 医療

ア 総論

(ア) 初期・安定期治療

- 糖尿病を原因とした入院として、糖尿病ケトアシドーシス (DKA)、昏睡、低血糖などがあげられます。
- 令和3年度の当該原因により入院した患者数(糖尿病患者1年あたり)は、226.6件で、全国と比較し21.8件多いです。(図表2-2-4-8)

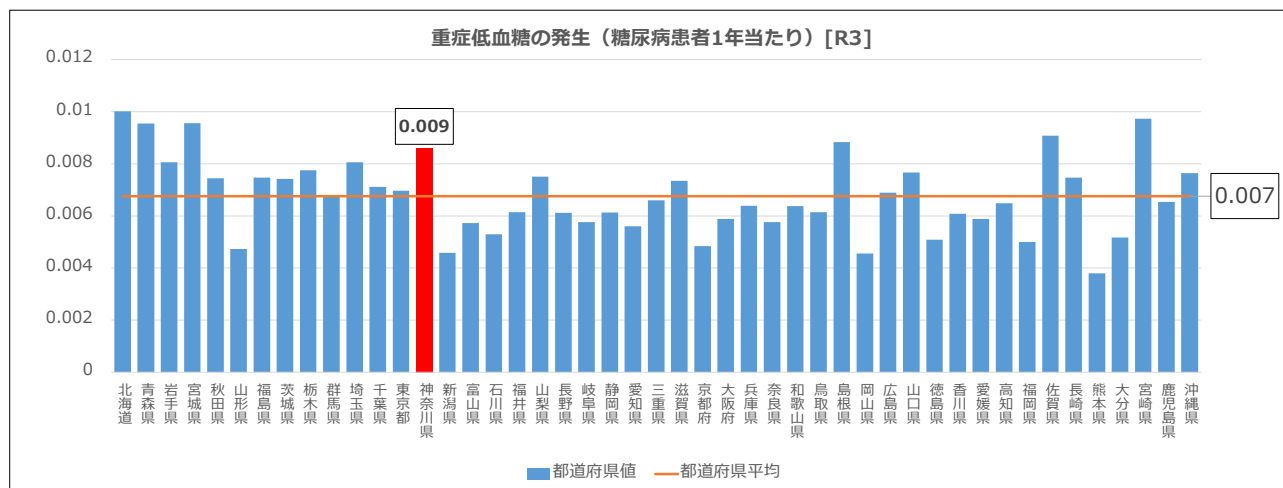
図表 2-2-4-8 糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年あたり)



厚生労働省「NDB」(令和3年)

- また、令和3年度の重症低血糖患者数(糖尿病患者1年あたり)は、0.009件で、ほぼすべての都道府県で0.01件を下回っています。(図表2-2-4-9)

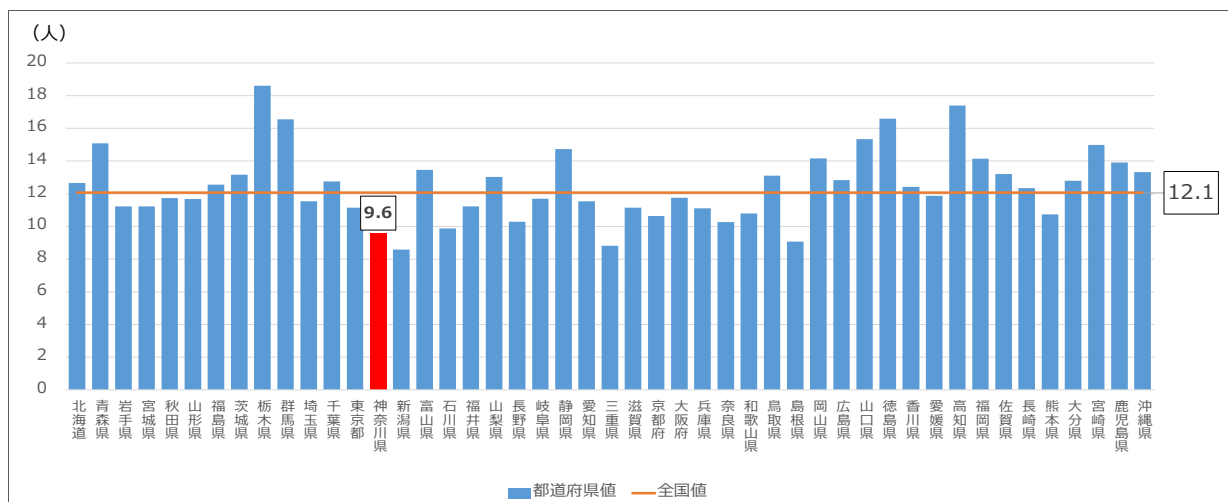
図表 2-2-4-9 重症低血糖の発生者件数（糖尿病患者1年あたり）



厚生労働省「NDB」（令和3年）

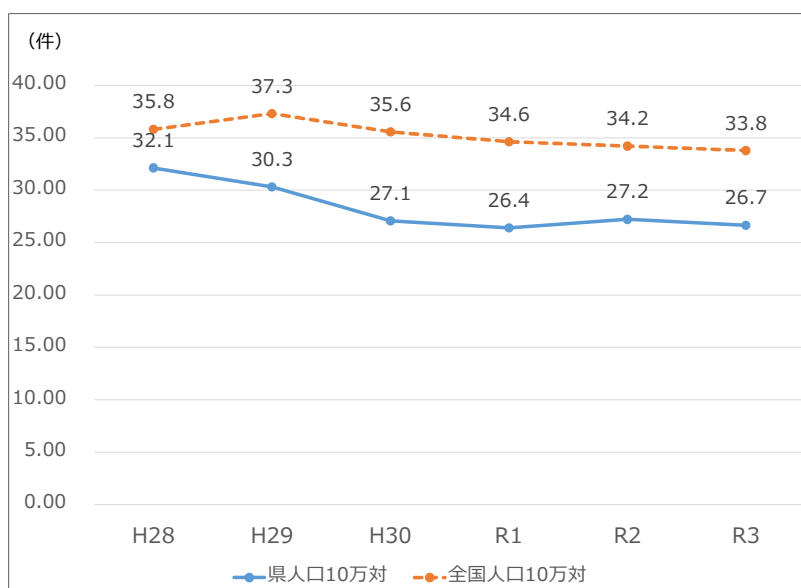
- あわせて、糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いことから、治療を継続することが重要です。
 - そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。
 - さらに特定健康診査等結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導により糖尿病とその合併症の発症予防・重症化予防を行うことが必要です。
 - また、令和2年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、有意に歯周ポケットの重症度が高いことが示されています。
 - 県民歯科保健実態調査によると、糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合の推移は、平成23年で55.2%、平成28年で56.2%、令和2年度で53.5%とほぼ横ばいとなっています。
 - そのため、糖尿病と歯周病の関連性についての理解をさらに進めるために、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、歯科保健指導や適切な受診を推進していくことが必要です。
- (イ) 重症化予防・合併症予防
- 糖尿病は、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの合併症を併発しやすく、腎症が重症化すると人工透析の導入が必要となるため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。
 - 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）は、9.6人であり、全国値を2.5人下回っています。（図表2-2-4-10）
 - また、新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口10万対）を見ると、平成28年から令和3年にかけて減少傾向にあります。（図表2-2-4-11）

図表 2-2-4-10 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万対）



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

図表 2-2-4-11 新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）

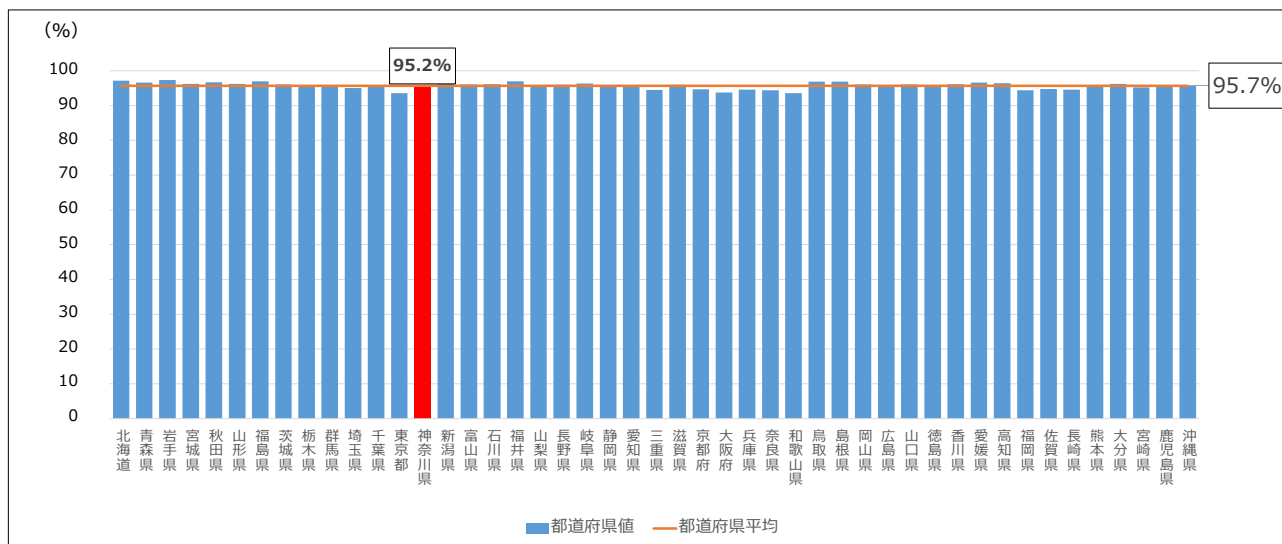


(出典) 厚生労働省「NDB」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

イ 治療

- 糖尿病の初期・安定期には適切な診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う必要があります。
- HbA1c もしくはG A検査は、糖尿病の評価に必要な血糖値を把握できるため、検査により適切な初期治療に結びつけ、重症化を予防することができます。
- 県の令和3年度の当該検査の実施割合を見ると、95.2%で、全国値 95.7%とほぼ同値となっています。なお、すべての都道府県が90%を越えており、高い水準となっています。(図表 2-2-4-12)

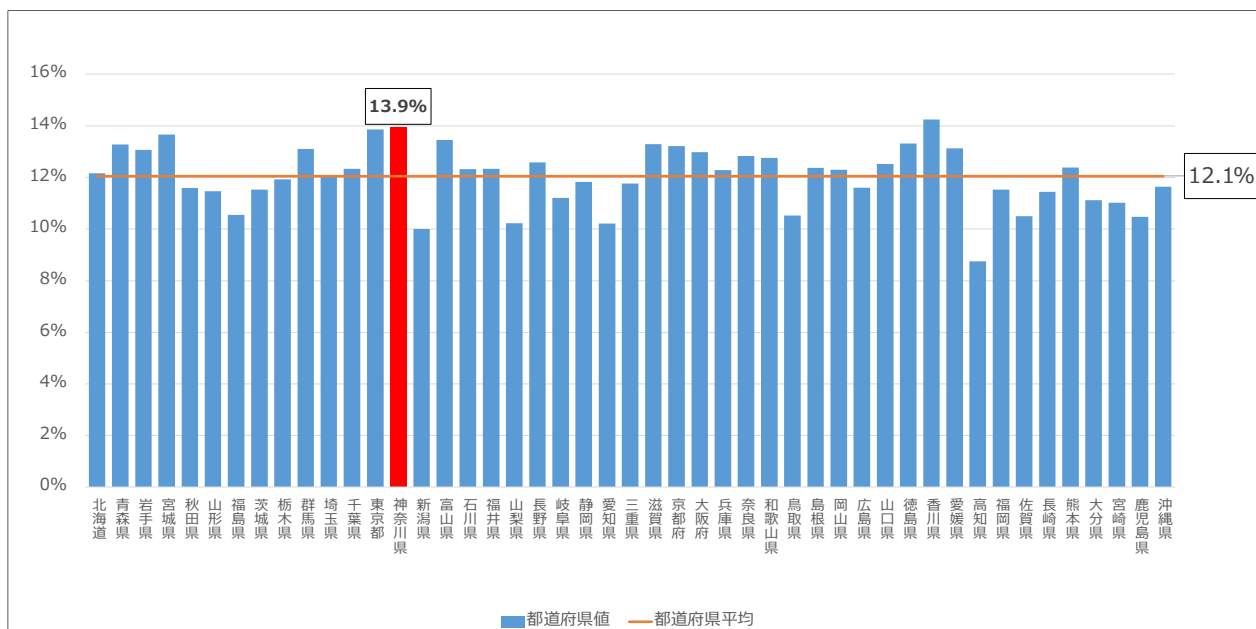
図表 2-2-4-12 HbA1c もしくは GA 検査の実施割合



(出典) 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。(図表 2-2-4-13)

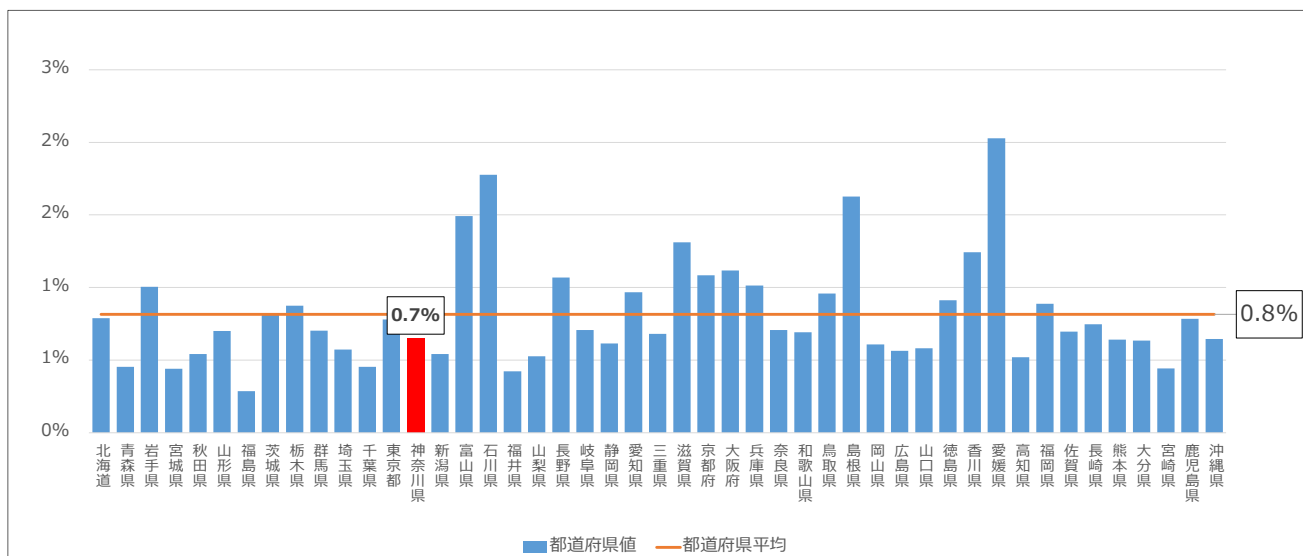
図表 2-2-4-13 インスリン治療の実施割合



(出典) 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。(図表 2-2-4-14)

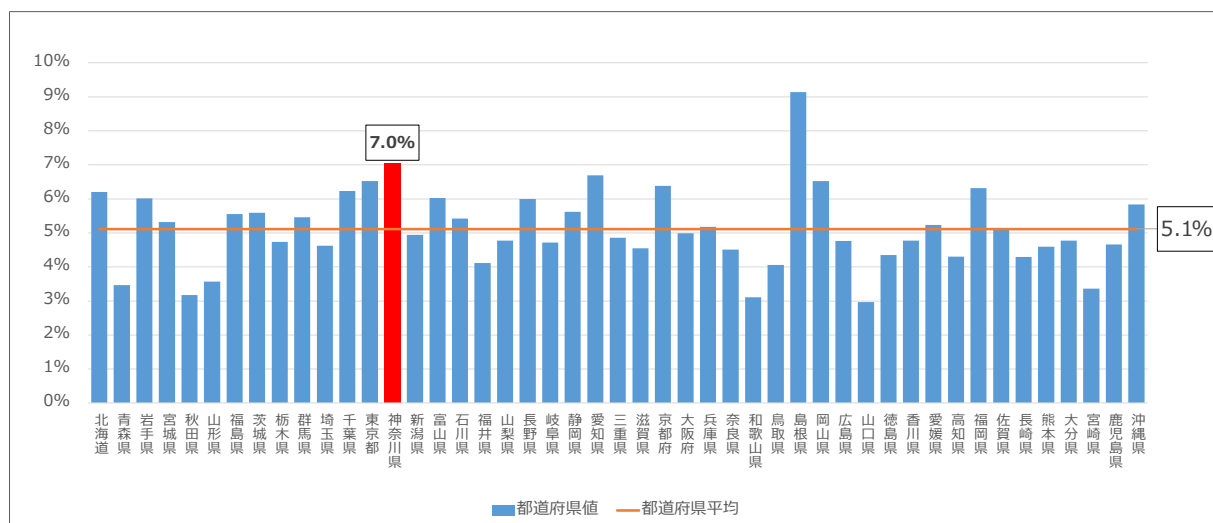
図表 2-2-4-14 糖尿病透析予防もしくは糖尿病合併症管理の実施割合



(出典) 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。(図表2-2-4-15)

図表 2-2-4-15 外来食事栄養指導の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

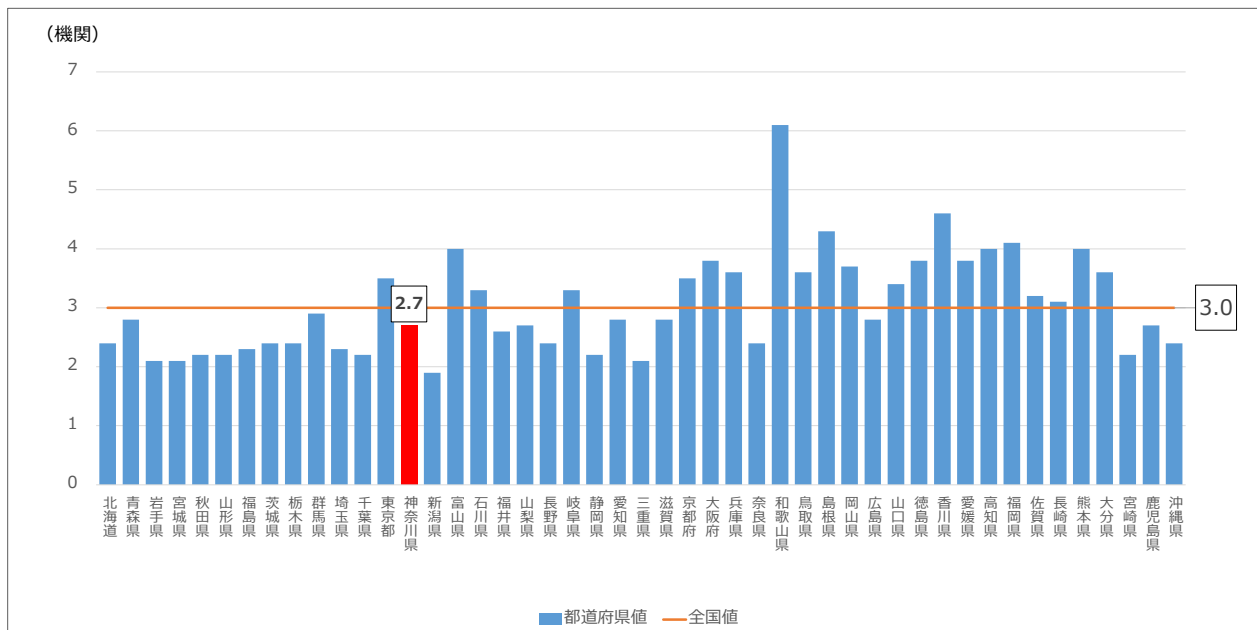
- このように、県における糖尿病の治療および重症化予防について、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。

ウ 医療資源

- 糖尿病は治療の専門性が高いため、糖尿病専門医による治療や日本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日本糖尿病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

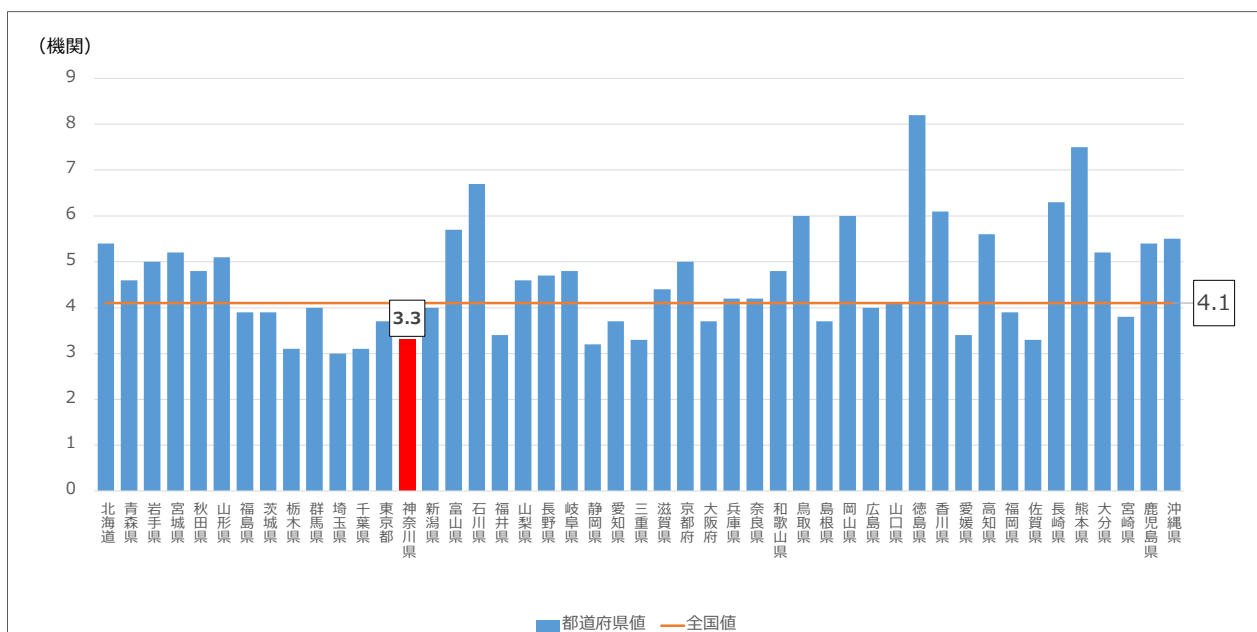
は0.8低くなっています。(図表2-2-4-16、図表2-2-4-17)

図表2-2-4-16 糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人あたり)



(出典) 日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会HP)」(令和4年)

図表2-2-4-17 日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人あたり)



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

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

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 糖尿病の予防

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、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（県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）などにより、糖尿病の発症予防（一次予防）の取組を推進していきます。
- 県は、糖尿病を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会・普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病と歯周病の関連性について、県民に分かりやすい情報提供を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 糖尿病の医療

ア 糖尿病の治療

- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、かかりつけ医だけでなく、病院、糖尿病専門、かかりつけ歯科医、かかりつけ眼科医、かかりつけ薬剤師・薬局をはじめ、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病治療の質の向上に向け、医療従事者に対する研修を実施するなど、人材の育成を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・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（県糖尿病対策推進プログラム）」により、市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施す

る受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。

- 県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 県は、市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、患者の治療中断を防止するため、地域の実情を踏まえた上で、患者教育、情報提供、受診勧奨などの取組を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

【コラム】慢性腎臓病（CKD）とは

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

<これまでの取組>

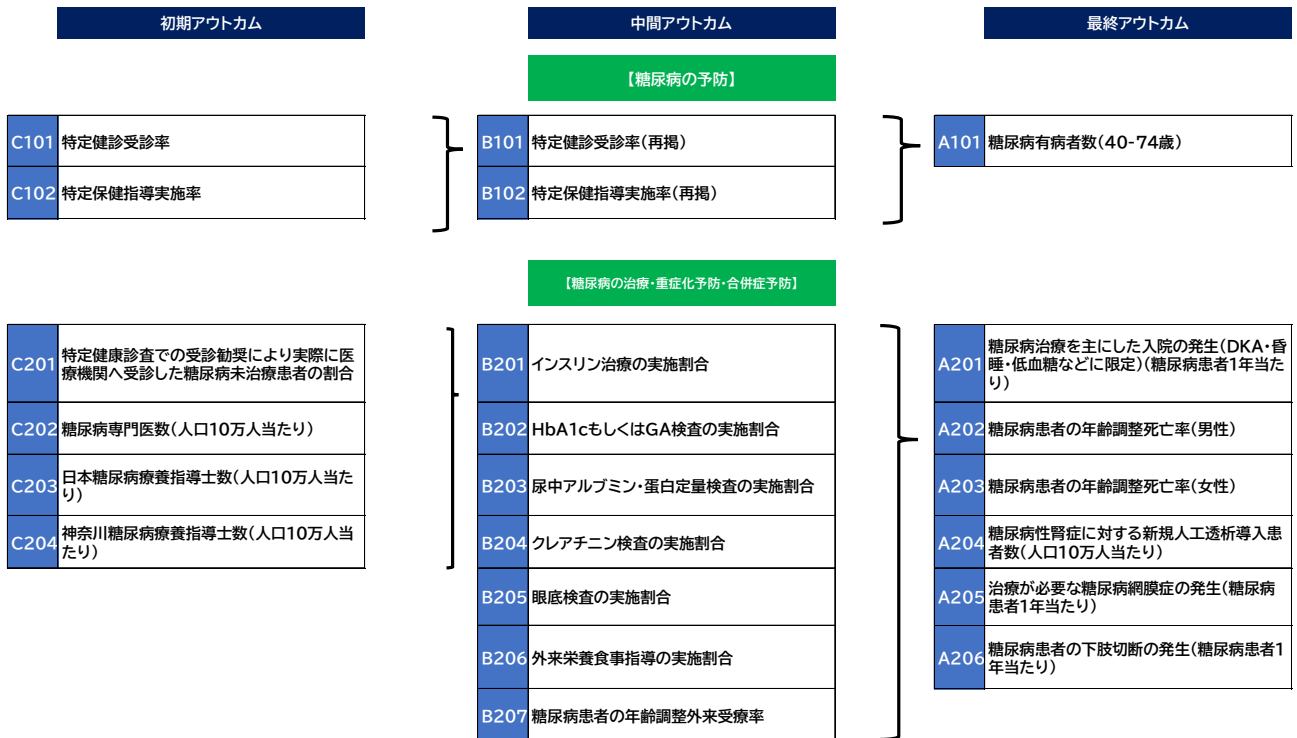
- 広く慢性腎臓病（CKD）の普及啓発を目的とした県民向けリーフレット及び腎臓専門医への紹介の基準等について啓発を行うことを目的としたかかりつけ医向けリーフレットを作成、配布しています。
- また、県民向けの講演会や相談会、医療従事者向けの研修会を実施しています。
- さらに、医師会等の協力を得て、平成29年に、県独自の「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」を作成し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する取組を行ってきました。

<今後の取組>

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

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	特定健診受診率	厚生労働省, 特定健康診査の実施状況	56.2% (R3)	70%
	C102	特定保健指導実施率	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1% (R3)	45%
	C201	糖尿病専門医数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 医療施設調査 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	4.5 人 (R4)	4.9 人
	C202	糖尿病療養指導士数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	10.9 人 (R4)	11.9 人
	C203	神奈川糖尿病療養指導士数(人口 10 万人当たり)	神奈川糖尿病療養指導士認定機構提供データ 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	5.5 人 (R5)	6.0 人
	C204	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	—	—
中間	B101	特定健診受診率(再掲)	厚生労働省, 特定健康診査の実施状況	56.2% (R3)	70%
	B102	特定保健指導実施率(再掲)	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1% (R3)	45%
	B201	インスリン治療の実施割合	厚生労働省, NDB	14% (R3)	14%以上
	B202	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	厚生労働省, NDB	95% (R3)	95%以上
	B203	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	厚生労働省, NDB	22.2% (R3)	22.2%以上
	B204	クレアチニン検査の実施割合	厚生労働省, NDB	92.7% (R3)	92.7%以上
	B205	眼底検査の実施割合	厚生労働省, NDB	40.4% (R3)	40.4%以上
	B206	外来栄養食事指導の実施割合	厚生労働省, NDB	7% (R3)	7%以上
	B207	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省, 患者調査	95% (R2)	95%以上
最終	A101	糖尿病有病者数(40~74 歳)	神奈川県, かながわ健康プラン 21	27 万人 (R2)	28 万人
	A201	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省, 人口動態特殊報告	9.6% (R2)	9.6%以下
	A202	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	厚生労働省, 人口動態特殊報告	5.8% (R2)	5.8%以下
	A203	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	226.6 (R3)	226.6 以下

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	A204	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数(人口 10 万人当たり)	日本透析医学会, わが国の慢性透析療法の現況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	9.6人 (R3)	8.1 人
	A205	治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者 1 年当り)	厚生労働省, NDB	1.5 件 (R3)	1.5 件以下
	A206	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者 1 年当り)	厚生労働省, NDB	59.1 件 (R3)	59.1 件以下

5 参考指標一覧

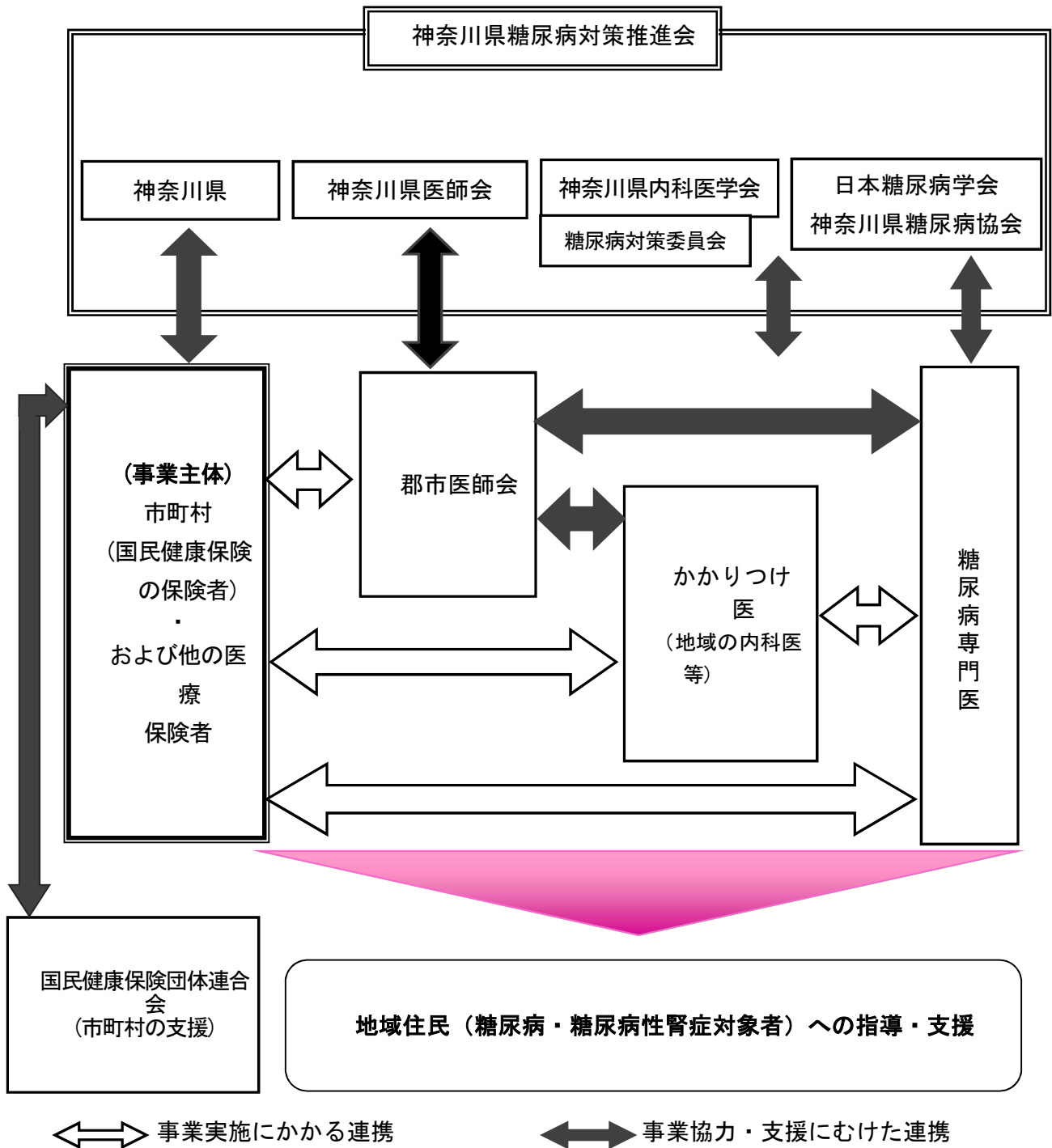
※目標値は掲げないものの、当該分野の進捗を確認するための指標として、数値を把握していきます。

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
1 型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	0.9 機関 (R3)
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	1機関 (R3)
腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本腎臓学会「腎臓専門医別人数(日本腎臓学会 HP)」	2.5 機関 (R4)
歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 日本歯周病学会「歯周病専門医の認定状況」	0.7 機関 (R4)
糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	4.7 機関 (R3)
糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	0.5 機関 (R3)
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	1.7機関 (R3)
糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病学会, 糖尿病専門医の認定状況, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	2.7 機関 (R4)
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	3.3 機関 (R4)
神奈川糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	神奈川糖尿病療養指導士認定機構提供データ, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数	4.0 (R5)
糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	厚生労働省, NDB	0.7% (R3)
治療継続者の割合	神奈川県, 県民健康栄養調査	71.1% (H29~R元)
重症低血糖症の発生(糖尿病患者 1 年当り)	厚生労働省, NDB	0.9% (R3)
糖尿病が強く疑われる者の数	厚生労働省, NDB	439,222 人 (R3)
糖尿病予備群の者の数	厚生労働省, 国民健康・栄養調査	1,168,146人 (R元)

■糖尿病の医療機能の連携体制 【医療保険課】

○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

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



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

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

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

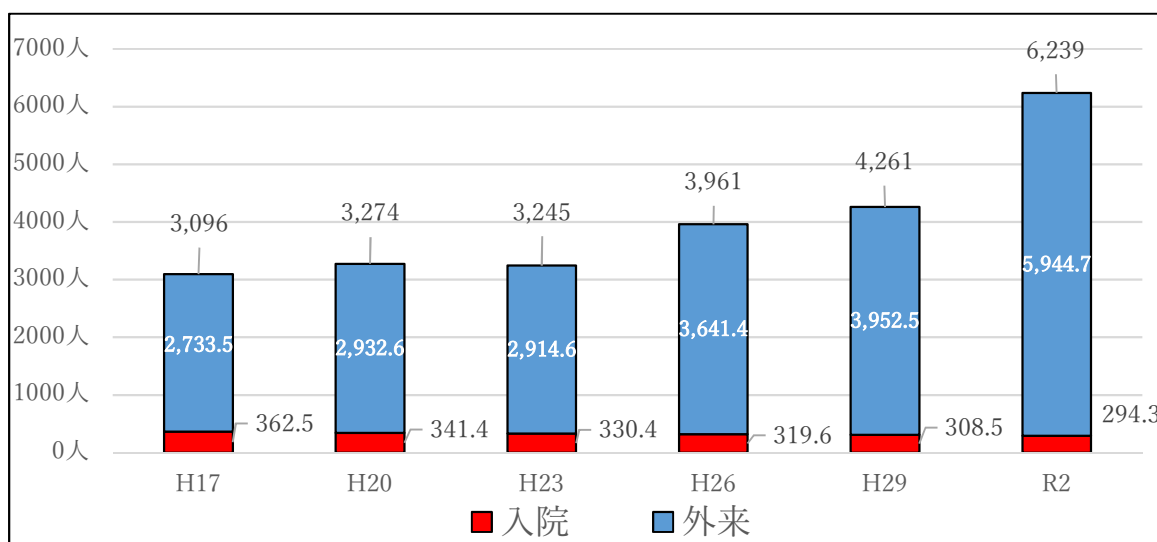
ア 精神疾患の定義と医療体制の現状

(イ) 精神疾患の定義と患者の現状

- 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（※2）は623万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、前回調査時である平成29年の426万1千人から大きく増加しています。（図表2-2-5-1）

図表2-2-5-1 全国の精神疾患患者数（総患者数）

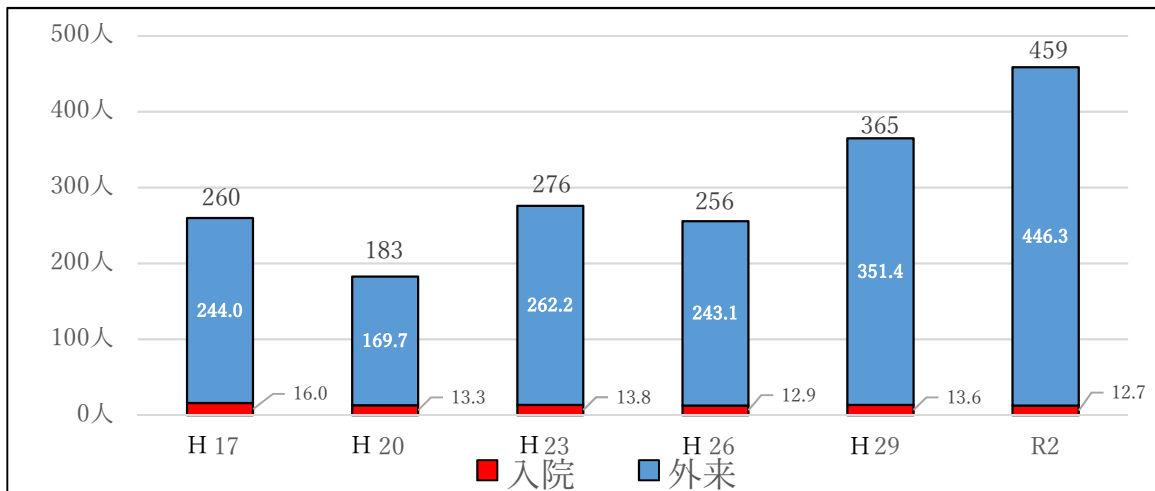
（千人）



（出典）厚生労働省「患者調査」

○ 本県の精神疾患の総患者数は、令和2年患者調査によると45万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、平成29年の36万5千人から増加しています。(図表2-2-5-2)

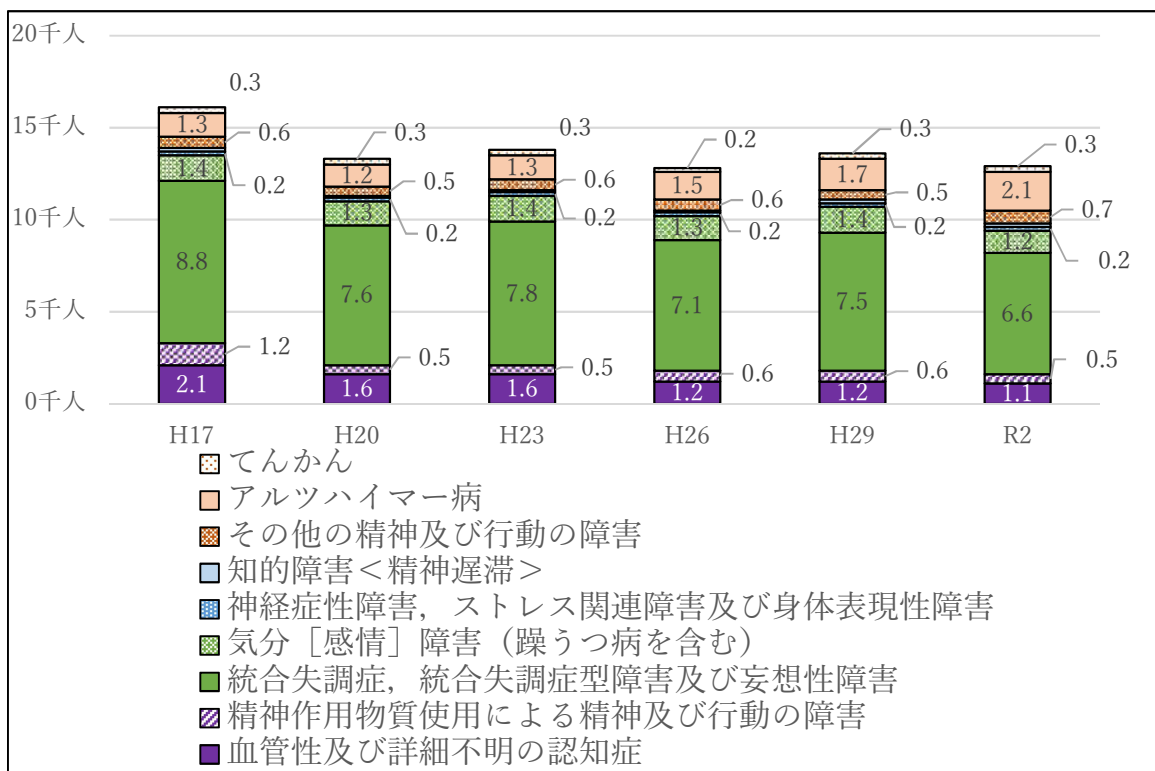
図表2-2-5-2 本県の精神疾患患者数 (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

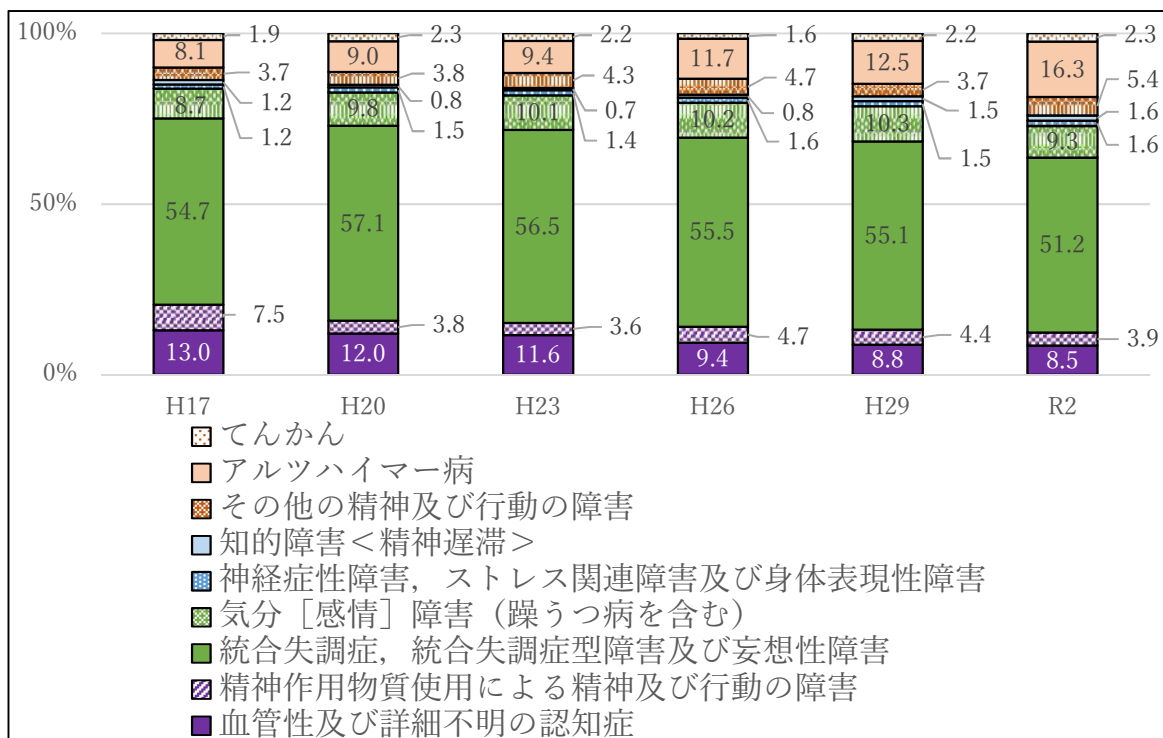
○ 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害(うつ病など)が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。(図表2-2-5-3、図表2-2-5-4)

図表2-2-5-3 本県の精神科入院患者数(疾患別) (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

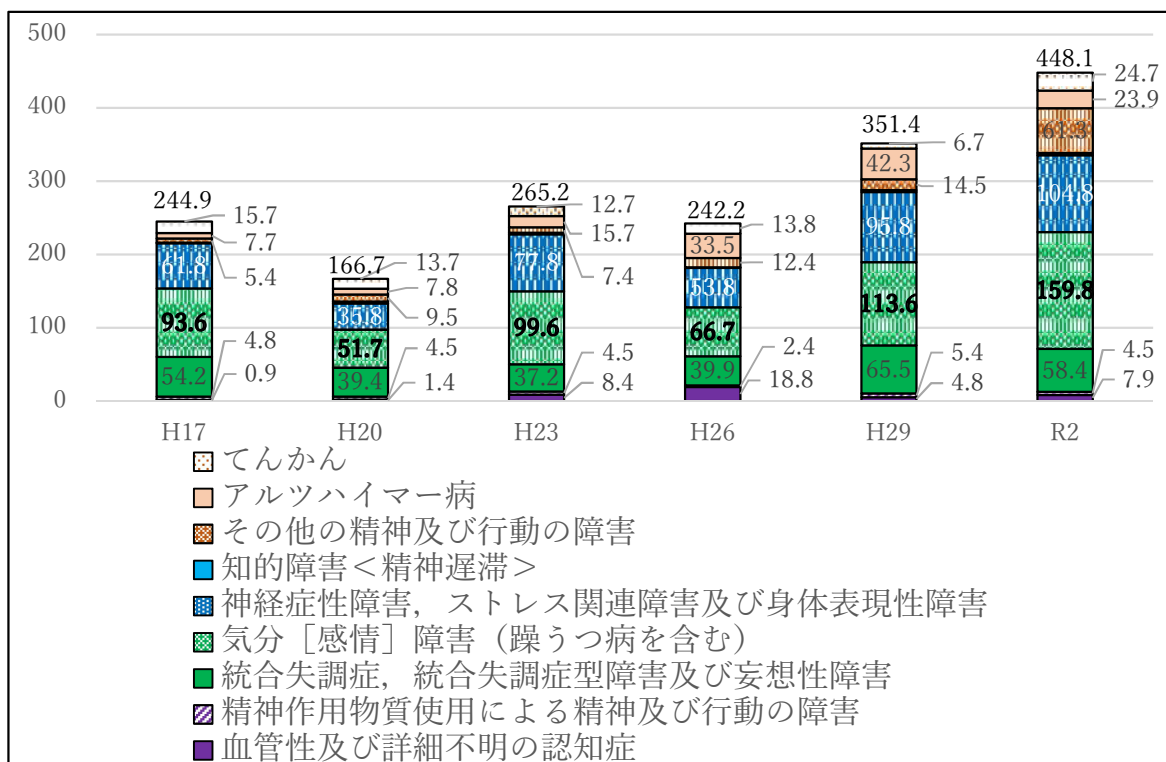
図表 2-2-5-4 本県の精神科入院患者の割合 (疾患別) (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

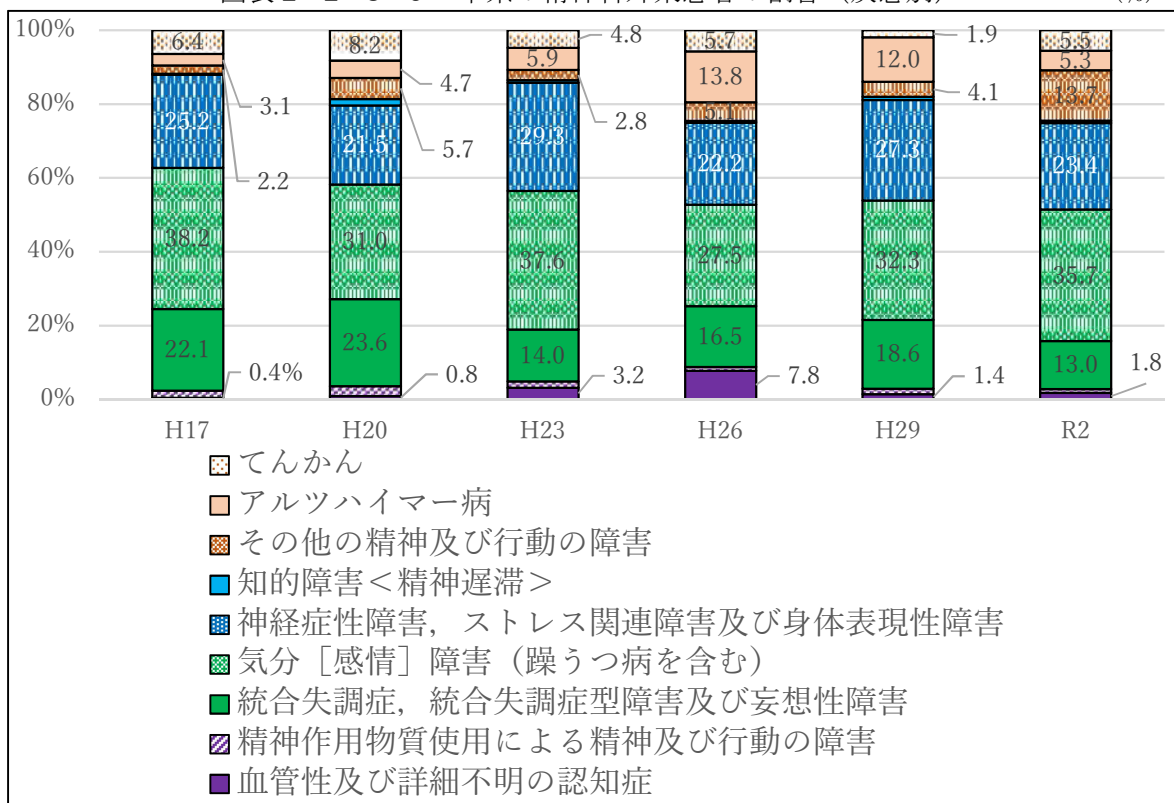
○ 本県の外来患者数(※3)は、44万6千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害(うつ病など)が35.7%、神経症性障害(不安障害など)が23.4%、その他の精神及び行動の障害が13.7%の順となっています。(図表2-2-5-5、図表2-2-5-6)

図表 2-2-5-5 本県の精神科外来患者数 (疾患別) (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

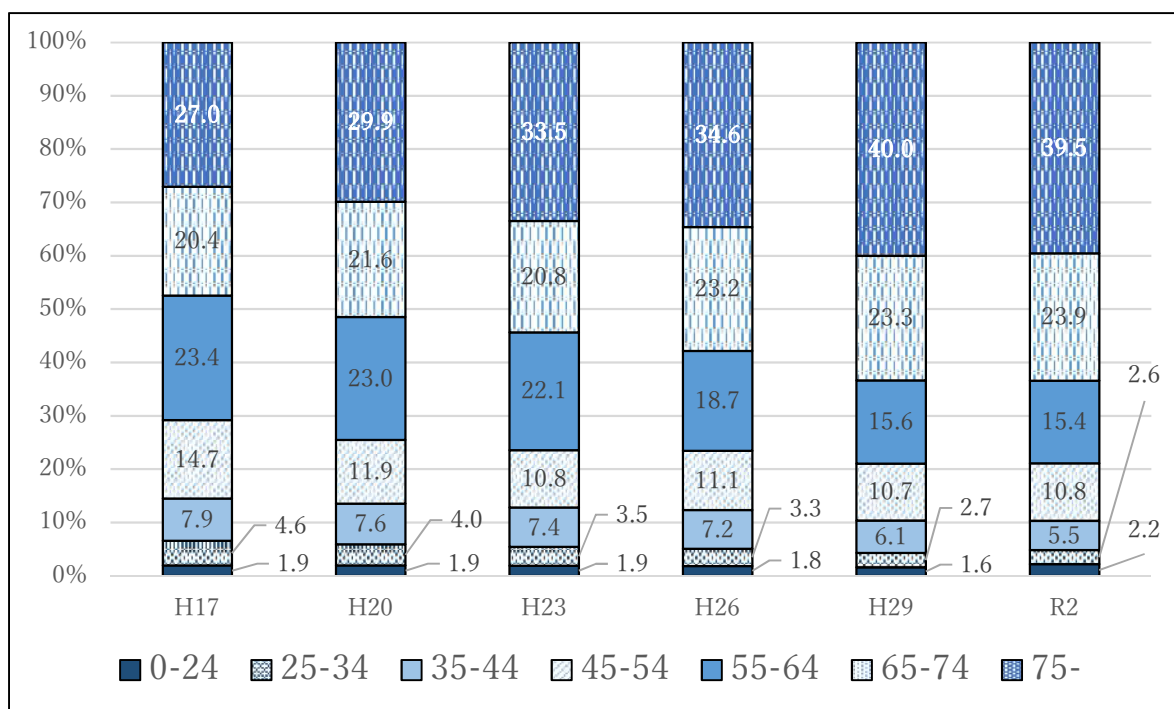
図表 2-2-5-6 本県の精神科外来患者の割合（疾患別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

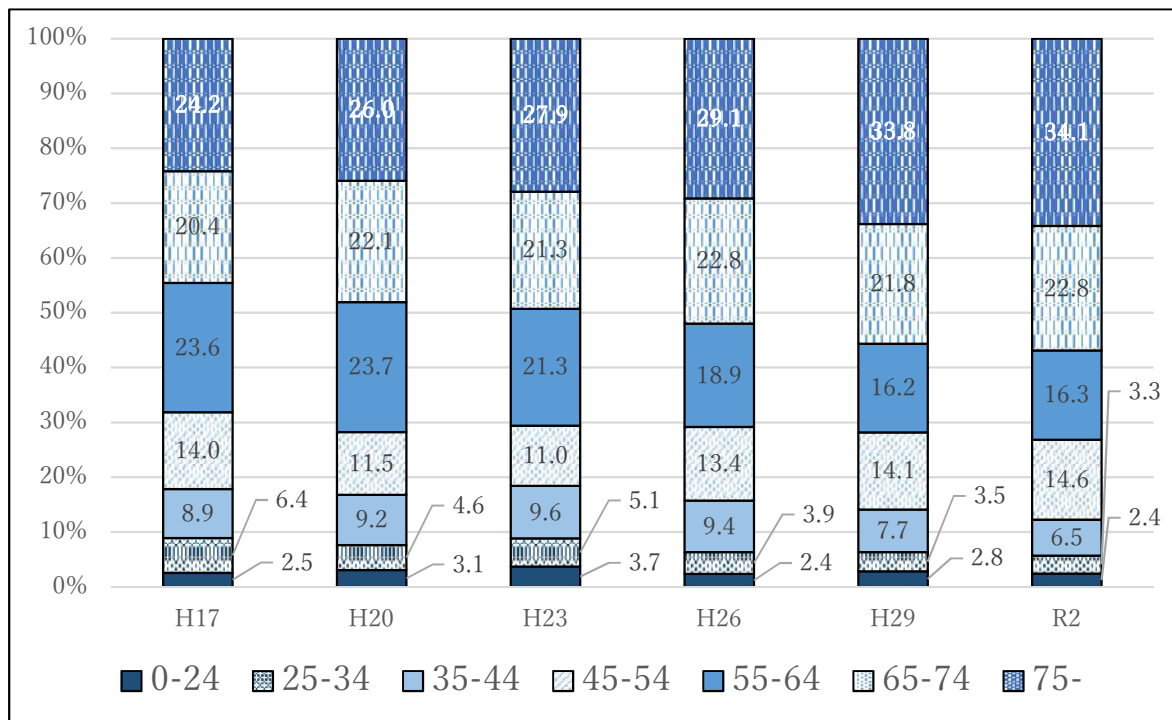
○ 入院患者を年齢階級別で見ると、全国及び本県ともに 75 歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25 歳から 54 歳の占める割合が全国の 18.9% に対して 24.4% と高くなっています。(図表 2-2-5-7、図表 2-2-5-8)

図表 2-2-5-7 全国の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

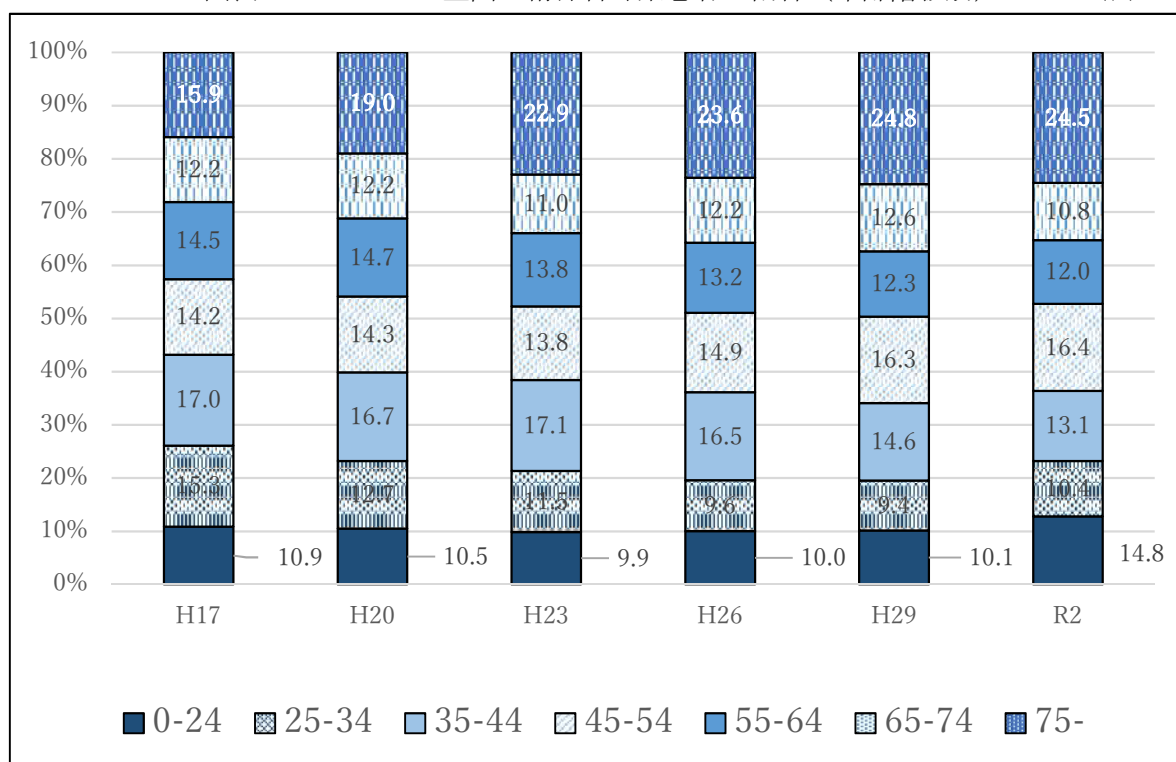
図表 2-2-5-8 本県の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

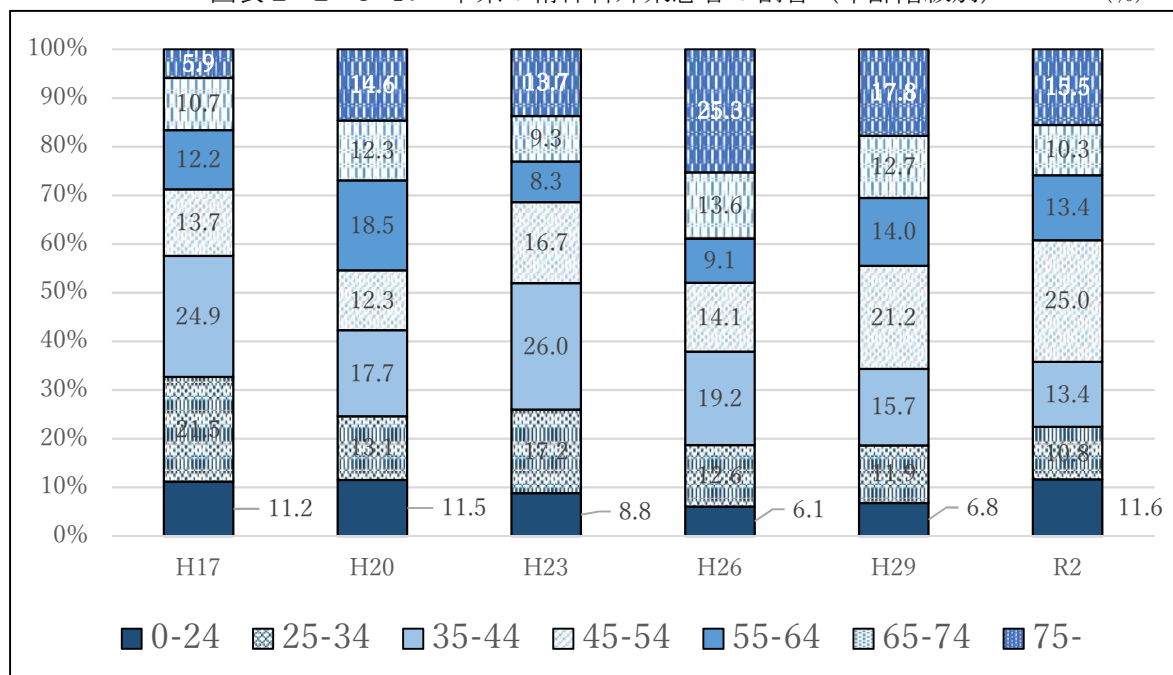
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。(図表 2-2-5-9、図表 2-2-5-10)

図表 2-2-5-9 全国の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

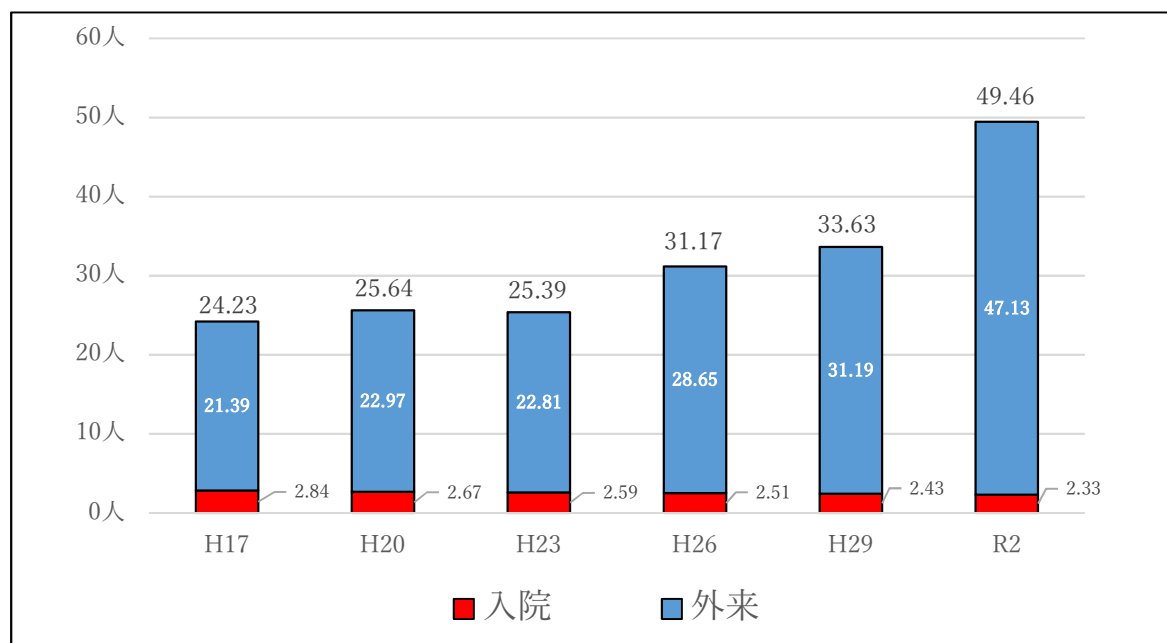
図表 2-2-5-10 本県の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

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

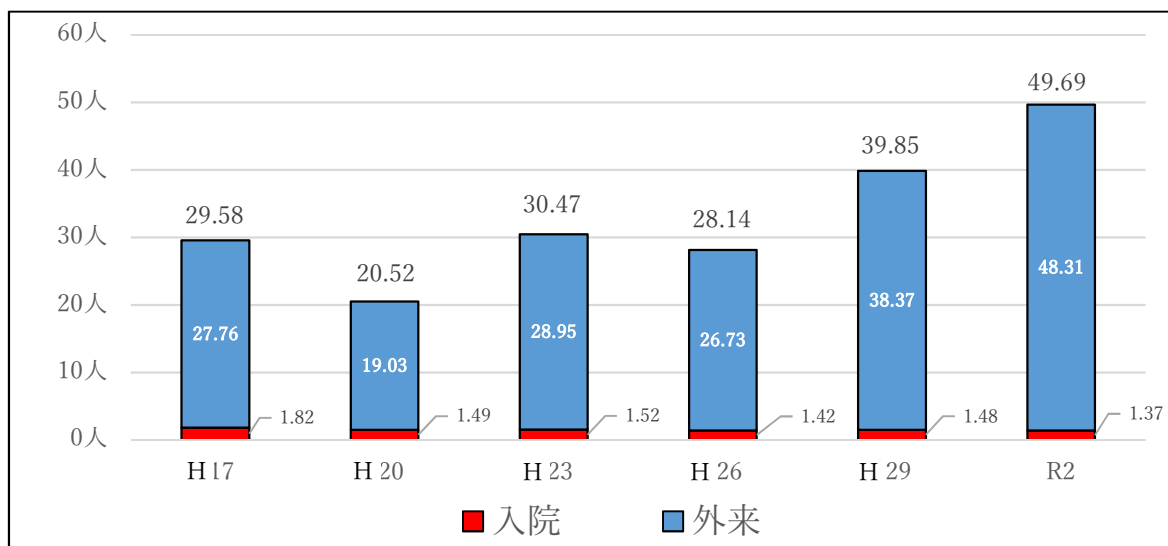
図表 2-2-5-11 全国の人口千人当たり総患者数 (人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 2-2-5-12 本県の人口千人当たり総患者数

(人)

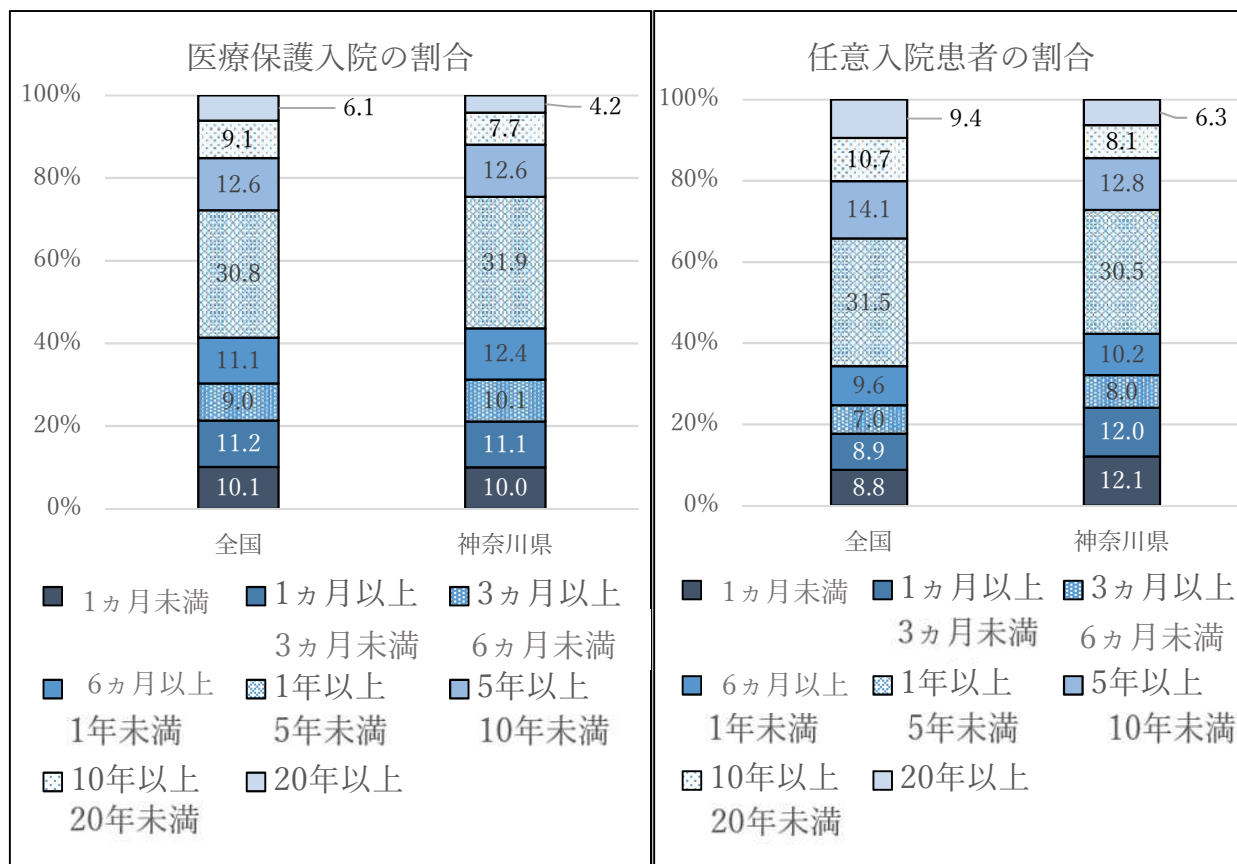


(出典) 厚生労働省「患者調査」

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

図表 2-2-5-13 医療保護入院・任意入院患者の割合

(%)

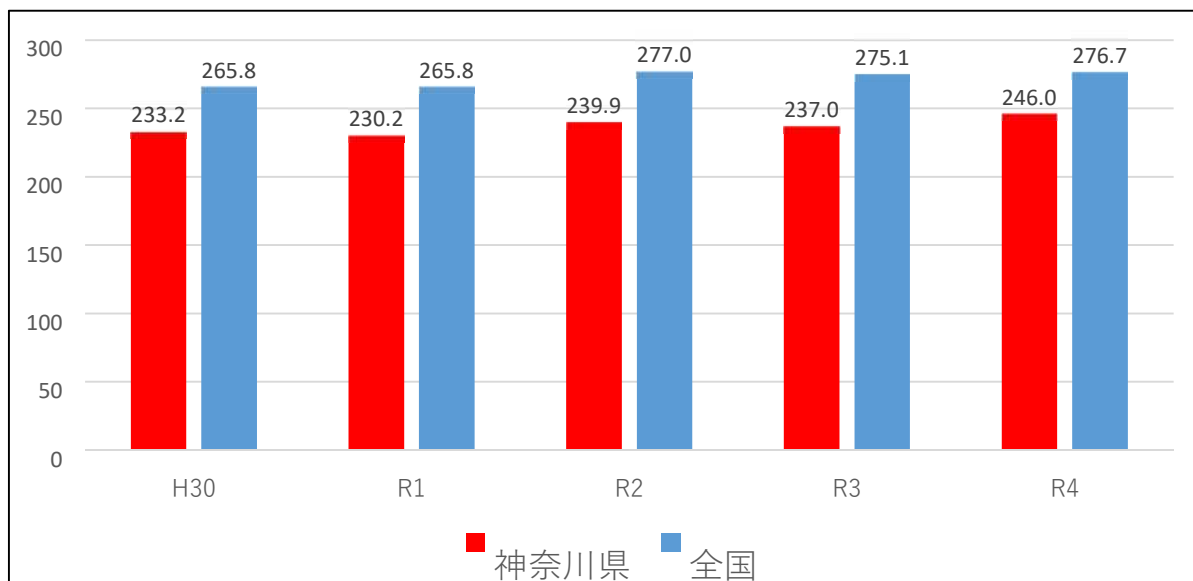


(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630 調査」

(イ) 医療体制

- 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4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276.7日であるのに対し、本県の平均は246.0日と30.7日短くなっています。(図表2-2-5-14)

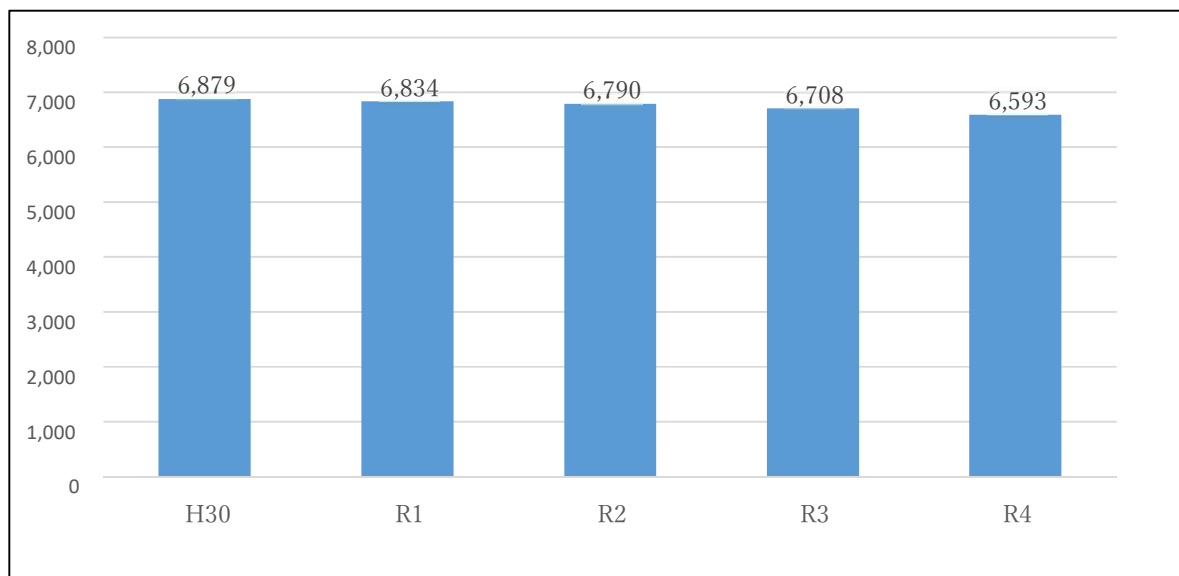
図表2-2-5-14 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 (日)



(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2-2-5-15)

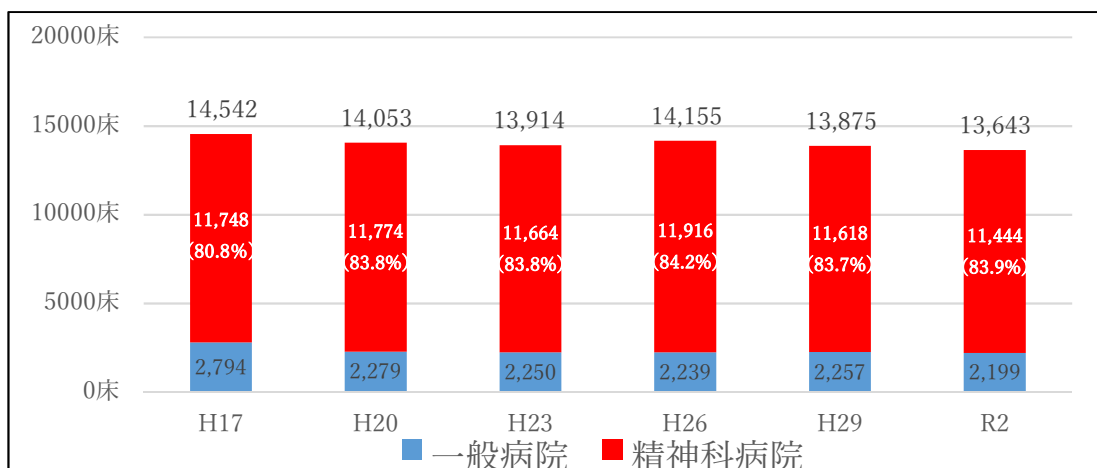
図表2-2-5-15 在院期間1年以上の患者数 (人)



(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（県独自調査）となっています。
- 本県の精神医療体制は、横浜市、川崎市、相模原市を含めた全県域を一圏域としています。
- 精神病床は、精神科以外の診療科も有する総合病院が開設している病床と、精神科のみを標榜する精神科単科病院が開設している病床があります。令和2年の医療施設調査では、県内の精神病床の83.9%は精神科単科病院が設置をしています。（図表2-2-5-16）

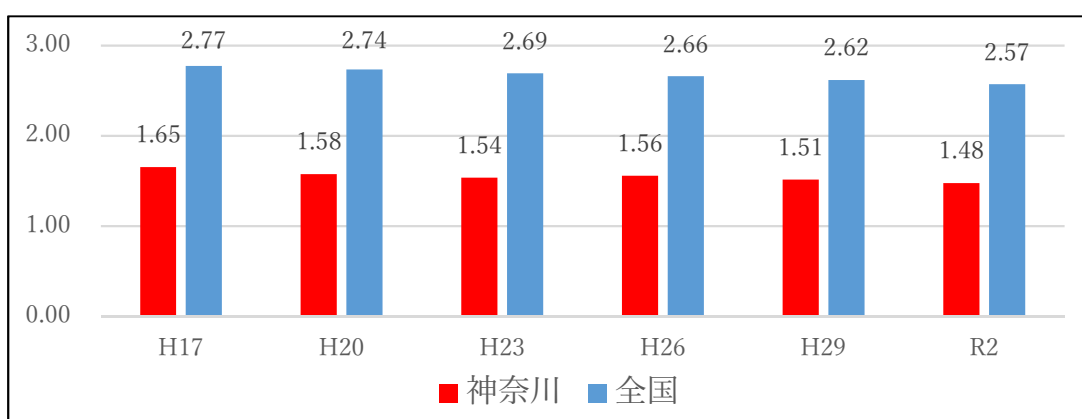
図表2-2-5-16 本県の精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- 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、全国で最も少ない状況となっています。（図表2-2-5-17）

図表2-2-5-17 人口千人当たりの精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

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

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

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

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

※下線は依存症治療拠点機関

- 摂食障害の治療を行っている精神科、心療内科、小児科いずれかの外来を有し、救急医療体制と連携がとれる医療機関を、「摂食障害支援拠点病院」(※5)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に、聖マリアンナ医科大学病院を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかんに関する専門的な相談支援、医療機関、自治体等の関係機関、患者家族等の連携を図るほか、関係機関の医師等に対し、てんかんについての助言・指導や地域における普及啓発等を実施しています。
 - 認知症の人は、令和7年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い併せて認知症の人数が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、県と政令市で25か所の認知症疾患医療センターを設置しています。
- イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体制の構築
- 本県では、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮

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

ウ 当事者目線の精神保健医療福祉体制の推進

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

(2) 一次予防、二次予防、三次予防（※6）の視点で見た精神科医療における課題

ア メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん等について、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行う必要があります。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが重要です。県民にとって身近な市町村で精神保健福祉相談を受けられ、複雑困難な事例には県が実施している専門相談も活用するなどの、重層的な支援体制を構築する必要があります。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、県民一人一人がメンタルヘルスや精神疾患の正しい知識と理解を持ち、支えあうことが重要です。

イ 適切な医療への早期アクセス

- 精神疾患はすべての人にとって身近な疾患であり、その有無や症状の程度にかかわらず、誰もが地域で安心して自分らしく生活できるよう、精神障がいを有する方等や家族に対して適切な精神科医療等が提供できる体制を構築していく必要があります。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。しかし、児童・思春期精神疾患のように、専門的な治療を行っている医療機関数が少ないものもあり、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にし、治療を担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要があります。
- うつ病や認知症の初期症状として出現する物忘れ等は、最初に一般内科など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、一般内科などの身体科の医療機関を

受診することがあります。身体的な治療の必要がなく、精神疾患の治療が必要と思われる患者を適切に精神科医療につなげるように、身体科医療と精神科医療の連携を進めていく必要があります。

- 精神症状を急性発症した場合や、精神症状が悪化をした場合には、速やかに医療につながり、早期治療、早期の社会復帰ができる仕組みづくりが必要です。
- 精神病床の8割以上が精神科単科病院の開設する病床であることから、身体科の治療を要する病気を抱える身体合併症患者への医療提供体制の確保が課題となっています。
- 本県では摂食障害支援拠点病院を指定していないため、拠点病院の指定をする必要があります。
- 精神科医療機関に入院している患者が、身体疾患の治療が必要となった場合は、精神科医療機関と身体科医療機関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーション（※7）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、身体疾患及び精神疾患両面の治療を行うための受入医療体制として、精神科を有する総合病院において受入を行う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には、身体症状への対応や感染症防止対策の経験が乏しい医療機関が多いことから、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、長期の治療を行っても、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。
- 精神障がいの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。
- 県では、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

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病など）、神経症性障害

(不安障害など)、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。

- 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。
- 未病指標等を活用し、メンタルヘルスや認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 適切な医療への早期アクセス

ア 各疾患の治療に対応した医療機関の明確化

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

イ 精神科医療へ早期につなげる取組

- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医(身近な主治医)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かかりつけ医の診断を受ける高齢者の中からも認知症が発症するケースの増加が予測されます。そうしたケースにおける早期発見、早期診断及び早期対応に資するため、かかりつけ医への助言やその他の支援を行う認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修を行います。
- 認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を受けられるようにすることが重要です。

ウ 専門治療医療機関の整備

- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 依存症の患者が地域で適切な医療が受けられるよう、「依存症専門医療機関」の選定を更に進めます。また、専門医療機関の取りまとめや情報発信、研修などを担う「依存症治療拠点機関」と連携し、医療提供体制の充実を図ります。
- 「てんかん支援拠点病院」を中心に、てんかんに関する専門的な相談支援、関係機関への助言や連携強化、普及啓発などを行い、てんかん診療における地域連携体制

を整備します。

○ 県では、摂食障害支援拠点病院の指定に向けて、対応可能な医療機関の選定や調整を進めていきます。

○ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供するため、「認知症疾患医療センター」を地域の認知症医療の拠点として認知症の人に対する必要な支援を提供できる体制の構築を更に推進していきます

エ 精神科救急を含めた精神医療体制による早期治療、早期退院の仕組みづくり

○ うつ病や認知症等の精神疾患について、発症の初期段階にかかりつけ医等を受診した際に、適切に精神科医療につなげられるよう、県では医師会と連携して、かかりつけ医を対象としたうつ病対応力向上研修及び医師会等と連携して、医療従事者を対象とした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、必要な医療につながるができるよう、県では引き続き、精神科救急医療体制の充実を図っていきます。

オ 身体合併症患者の治療体制

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

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

カ 治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気痙攣療法等の効果的な治療の展開

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

キ 入院者の当事者目線による人権に配慮した治療の促進

○ 市町村長同意により医療保護入院した入院患者等に対して、訪問支援員が精神科病院を訪問し、入院患者の不安や気持ちを傾聴する中で、自尊心の向上や孤立感の低減に努めます。さらに、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通じた退院意欲喚起を行うなど、医療と福祉が連携した切れ目のない支援を提供していきます。

○ 精神科医療機関の管理者は、入院者に対する虐待や不適切な隔離・身体的拘束が行われることがないよう、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、県及び政令市では、精神科医療機関における虐待の通報窓口を設け、通報のあった事案に対して、精神科医療機関への聞き取りや随時の実地指導を実施し、事実確認と再発防止の指導を行います。
- さらに、県は精神科医療機関に対して、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止について啓発し、医療機関における自主的な取組を推奨していきます。

(3) 社会復帰・地域生活支援の充実

ア 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

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

イ 早期退院及び地域定着に向けた退院支援

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

ウ 地域生活を支える精神科訪問診療、訪問看護、訪問支援、精神科デイケア等の充実

- 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。
- 精神科医療機関を退院した精神障がい者が通う外来精神科作業療法や精神科デイ

ケアも作業や余暇プログラムを通じて社会復帰に向けた支援を担っています。訪問看護や訪問看護と同様に開設している医療機関及び事業者の把握に努め、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

- 県は、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、退院意欲の喚起、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う。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る。調査日に受診をしていない患者も含めて、継続的に医療を受けている患者を次の計算方法により推計している。

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

この節における精神疾患の総患者数には、傷病中分類「5 精神及び行動の障害」に「6 神経系の疾患（アルツハイマー病）」及び「6 神経系の疾患（てんかん）」を加えている。

※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 摂食障害支援拠点病院

摂食障害に関する専門的相談や治療及び回復支援、医療従事者や摂食障害患者及び家族等に対する研修の実施、普及啓発の実施等を役割とした専門治療機関

※6 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。

※7 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 【再掲】

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連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 【再掲】

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 (人口 10 万人当たり)	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)
	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)	0.25 機関 (R8)
	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)	0.09 機関 (R8)
	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)	7.78 機関 (R8)
	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)	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)
	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)	0.27 機関 (R8)
	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)	0.20 機関 (R8)
	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)	0.18 機関 (R8)
	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)	3.44 機関 (R8)
	C309	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (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 (人口10万人当たり)	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)
	B204	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	9.65 人 (R8)
	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)	5,756.47 人 (R8)
	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)	112.81 人 (R8)
	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	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

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)
				症 14.27 人 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)	症 16.47 人 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	(検討中)	(検討中)
	B404	依存症専門医療機関における紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B405	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	(検討中)
最終	A101	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630調査	3ヶ月:60.1% 6ヶ月:80.2% 12ヶ月: 89.4%(R4)	3ヶ月:68.9% 6ヶ月:84.5% 12ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3日 (R2)	331.5日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630調査	急性期 65歳未満 1,663人 65歳以上 1,266人 回復期 65歳未満 864人 65歳以上 1,284人 慢性期 65歳未満 2,883人 65歳以上 3,710人 (R4)	急性期 65歳未満 1,688人 65歳以上 1,283人 回復期 65歳未満 968人 65歳以上 1,439人 慢性期 65歳未満 2,735人 65歳以上 3,362人 (R7) ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A104	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報告	246.0日(R4)	235.5日(R11)

(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。

5 参考指標一覧

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

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
精神科デイケアを算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	2,486.75 日 (R2)
精神科作業療法を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	10,685.61 日 (R2)

入院病床を有する精神科医療機関における対応疾患一覧

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

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	PTSD	摂食障害	てんかん
かわさき記念病院				○					外来
生田病院	○	○	○	○	う発		○		○
武田病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
川崎田園都市病院	○			○					
北里大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
相模ヶ丘病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模病院	○								
相模原南病院	○			○					
相模湖病院	○	○	○	○		ア薬		○	
ふじの温泉病院	○		○	○	う発				
横須賀共済病院	○	○	○						○
久里浜医療センター	○	○	○	○	う発	アギ	○	○	
湘南病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
メンタルホスピタル かまくら山	○	○	○	○					
湘南鎌倉総合病院	外来	外来	外来	外来					
福井記念病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
藤沢病院	○	○	○	○					○
湘南敬愛病院	○	○	○	○		ア	○		
湘南東部総合病院	○	○	○	○	うつ			○	○
湘南さくら病院	○	○		○					
けやきの森病院	○	○	○	○			○		
平塚病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
富士見台病院	○	○	○	○	うつ			○	○
秦野病院	○	○	○	○	発達		○	○	○
丹沢病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
秦野厚生病院	○	○	○	○	うつ			○	
みくるべ病院	○	○	○	○		ア薬	○		○
愛光病院	○	○	○	○	○		○	○	○
相州病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模台病院	○	○	○	○					
清川遠寿病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
厚木佐藤病院	○	○		○					○
神奈川中央病院		○		○					
大和病院	○	○	○	○			○		○
国府津病院	○	○	○	○	う発		○	○	
曾我病院	○	○		○	うつ				
北小田原病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○

★対象は中学生以上

第3章 未病対策等の推進

第1節 未病を改善する取組の推進

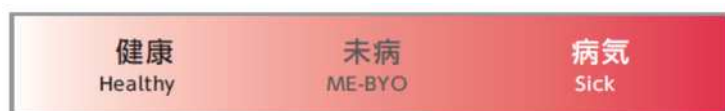
1 現状・課題

【現状】

- ・県は、平成25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、企業や団体、市町村等と連携し、ライフステージに応じた対策、気軽に実践するための環境づくり、未病を見える化する取組などを推進しています。

～「未病」、「未病改善」について～

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



左図 「未病」と「未病の改善」の考え方



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

【課題】

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

(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(「第4次県食育推進計画」)。加えて、県内の小学生から高校生までのスポーツ非実施率も14.0%(令和3年度)にとどまり、平成22年度の14.1%と比較してもほとんど変化

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

- したがって、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、県は、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し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に関する普及啓発など、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、社会性や認知機能の低下、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、認知症の人は令和7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、認知症の人も増加することが見込まれます。また、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（※5）の設置や利用の促進及び、県の未病改善の取組に賛同する企業・団体による健康支援プログラムを、公設未病センターで展開しています。令和5年現在、86箇所の未病センターが設置され、26企業・団体による計40の健康支援プログラムが登録されています。
- したがって、県民だれもが身近な場所で、手軽に健康状態や体力等を継続的にチェックすることができるよう、引き続き未病センターの設置や利用を促進するとともに、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、企業・団体と連携し、プログラムの充実を図っていく必要があります。
- このほか、県西地域を訪れる人が気軽に立ち寄れる観光施設等で、「未病」に関する情報発信や普及啓発に協力する観光施設等を「未病いやしの里の駅」として登録し、「未病を改善する」取組に関する情報発信を進めています。
- したがって、引き続き、「未病」に関する情報発信や普及啓発を継続的に行っ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」(CHO: Chief Health Officer)を設置し、従業員とその家族の健康づくりを企業経営の一環として行う健康経営に積極的に取り組んでいく「CHO構想」を進めており、さらなる普及を進める必要があります。

- したがって、企業や団体が健康経営に取り組む「CHO構想」の普及にあたっては、特に人員や資金に余裕のない中小企業に対して、健康経営のメリット(労働生産性の向上、医療コストの削減、企業イメージの向上等)を示すとともに、企業や団体の取組を支援するツールの提供等により、健康経営の取組を支援する必要があります。

(3) 未病改善が見える化する取組

- 生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、エビデンス(科学的な裏づけ)に基づき、自分の現在の未病の状態を数値で見える化する「未病指標」を、県が開発・運営し、自身や家族の健康情報を一覧で管理できるアプリケーション「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」の活用の促進や、測定後の行動変容につながる仕組みづくりに取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向性(最終目標)>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) ライフステージに応じた未病対策

ア 子どもの未病対策

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

イ 未病女子対策

- 女性の幅広い健康課題の自分ごと化や改善に役立つよう、ウェブサイトやLINE(※6)による情報発信のほか、企業と連携した普及啓発セミナーの開催等を行い

ます。

ウ 働く世代の未病対策

- 忙しい日常生活の中でも運動を習慣化できるよう、働く世代の運動を促進します。
- また、かながわ健康プラン2 1 推進会議の地域・職域連携推進部会等で、地域保健と職域分野が連携を図り、働く世代の健康づくりの取組を推進します。特に中小企業の事業主に対し、従業員の健康づくりや健康管理体制の構築に向けた支援を行います。
- そのほか、女性の健康寿命の延伸に向けて、忙しい状況にある女性でも未病の改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

エ 高齢者の未病対策

- 高齢者が自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係団体等と連携しながら、高齢者に自己チェックの機会を提供し、栄養・身体活動・社会参加を通じた改善の取組を促進します。
- このほか、認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ（※7）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）（※8）初期の認知症の人等を重症化させないため、共生社会を推進するため、取組を進めます。

(2) 未病改善の取組を支える環境づくり

ア 地域における未病改善を進める環境づくり

- 身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。また、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、公設未病センターにおける食や運動などに関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。
- このほか、未病の戦略的エリアである県西地域において「未病いやしの里の駅」の登録施設数を増やします。また、未病バレー「ビオトピア」（※9）内の県の体験型施設「me-byo エクスプラザ」を運営することで、未病の普及啓発や、未病改善の実践の促進を行っていきます。
- そのほか、市町村の地域における健康づくり事業のより効果的・効率的な実施・検討を促進するため、県に導入した国民健康保険団体連合会が提供する国保データベース（KDB）システム（※10）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、ナショナルデータベース（NDB）等を活用し、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、「マイMEー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) 未病改善が見える化する取組

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

=====

■用語解説

※1 健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

※2 不健康期間

平均寿命と健康寿命の差で示される日常生活に制限のある期間のこと。

※3 フレイル

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

※4 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）

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

※5 未病センター

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、その結果に基づく専門的なアドバイスや「未病改善」に関する情報を受けられる場。市町村や企業等が設置・運営し、県が認証を行う。

※6 未病女子 navi（ウェブサイト）、未病女子 LINE かながわ

未病女子 navi は、神奈川県が運営する女性に向けた未病関連情報の総合サイト。女性特有の健康課題に関する基礎知識や具体的な対策等を掲載している。未病女子 LINE かながわは、未病女子 navi の情報更新のお知らせや県内で行われる未病女子のためのイベント情報等を配信している。

※7 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。

※8 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るが、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。

※9 未病バレー「ビオトピア」

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

※10 国保データベース（KDB）システム

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

=====

第2節 こころの未病対策

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

- ・メンタルヘルスの問題を身近な問題と捉え、地域でこころの不調を抱える人を支援していく必要があります。
- ・相談支援体制を拡充していますが、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、おおよそ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、総数6,646人に対して、「自分の仕事」1,038人(15.6%)、「収入・家計・借金」869人(13.1%)、「自分の病気や介護」770人(11.6%)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(7.5%)前後となっています。
- 休養や睡眠を含む生活習慣、ストレス解消等についての普及啓発を若年層・中高年・高齢者等の世代別に継続的に行うことが必要です。

(2) うつ病等精神疾患の予防

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

(3) 総合的な自殺対策の推進

- 自殺された方の多くが、健康問題や経済・生活問題、家庭問題等様々な状況や社会問題に直面し、追い込まれながらも、適切な支援につながない現状があります。

- 県では、平成10年以降の自殺者数が、年間1,600～1,800人前後で推移していましたが、「かながわ自殺対策計画」等に基づく総合的な取組などにより、平成24年以降は減少傾向が続いていました。
- しかし、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年以降は増加傾向となり、令和4年には平成27年以来の1,300人を超える自殺者数となっています。
- 特に10歳代、20歳代のこども・若者の死因の第1位が自殺であり、自殺者数は横ばい状態が続いていることから、若年者層に対する自殺予防にさらに取り組んでいく必要があります。
- 自殺予防の観点からゲートキーパー（※2）の人材養成を実施するとともに、ICTの活用や市町村と連携し、普及啓発や相談支援等、地域の実情に応じた自殺対策を進めています。
- 自殺対策の一環として、こころの悩みや不安に対応する様々な相談支援体制について、今ある資源を有効に活用できるよう工夫しながら充実を図ることが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) こころの健康づくりの推進（県、市町村、県民）

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

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

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

(3) 自殺対策の更なる推進（関係機関・団体、県、政令市、市町村）

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

=====

■用語解説

※1 心のサポーター

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

※2 ゲートキーパー

悩んでいる人に気付き、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、歯及び口腔の健康は健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることを踏まえた、歯及び口腔の健康づくりを進めています。

【課題】

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

(1) 歯及び口腔疾患対策

- 子どものむし歯は経年的に減少傾向にあります。しかし、乳幼児期・学齢期にむし歯を経験している子どももいることなどから、引き続き、子どものむし歯対策に取り組む必要があります。
- 20代以上のむし歯は、40代までは、一人平均のむし歯数が減ってきていますが、50代以降は変化がありません。
- フッ化物洗口（※1）をはじめとする、フッ化物応用について、むし歯を防ぐ効果やその利用方法等の普及啓発を行う必要があります。
- 成人期から高齢期にかけて進行した歯周病が多くなります。
- 歯周病対策には、セルフケアとプロフェッショナルケアが重要です。歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、かかりつけ歯科医を持つ人は年々増加していますが、ライフコースアプローチの観点から、若い年齢からの適切な対策が必要です。
- 歯周病は糖尿病や心臓病などの全身の病気と関連があり、全身の健康のために歯周病対策や治療は大切です。歯周病と糖尿病など全身の関わりをふまえ、日常のセルフケアの重要性等について引き続き普及啓発が必要です。
- なんでも不自由なく食べるためには、自分の歯を20本以上保つことが必要といわれており、歯の本数はオーラルフレイル（※2）と密接に関係していることから、歯の喪失を防ぐことは重要です。
- より多くの県民が80歳で20本の歯を保つことができるように、むし歯対策、歯周病対策に取り組むとともに、県民の歯科保健向上の目標として「8020運動」を今後も掲げ、継続して普及啓発していく必要があります。
- かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科検診及び歯科保健指導を受けることは、自身の歯と口腔の健康状態を知るために重要です。全ての県民が、生涯にわたり切れ目なく歯科検診を受診し、歯科保健指導を受ける機会を持つことについての普及啓発が必要です。

(2) 口腔機能の獲得・維持・向上

- 加齢とともに、咀嚼良好でない者やオーラルフレイルのリスクが高い者が多くなり

ます。高齢者では特に生活意欲や社会参加への影響が大きいので、口腔機能の維持・向上のための対策が必要です。

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

(3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

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

2 施策の方向性

<目指す方向(最終目標)>

歯及び口腔の健康づくりによる健康寿命の延伸や健康格差の縮小の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

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

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

との重要性や、かかりつけ歯科医をもつことの意義について普及啓発を行います。

- 関係機関、関係団体及び事業所等と連携し、県民向けに歯周病と全身疾患との関連性について情報提供を行い、歯科保健指導や適切な受診を推進します。

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

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

(3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

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

=====

■用語解説

※1 フッ化物洗口

フッ化ナトリウムの水溶液でブクブクうがいを行い、フッ素イオンによる歯質の耐酸性の向上や、むし歯の原因となる口腔内細菌の酸生産の抑制等によりむし歯を防ぐ方法。

※2 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る。

=====

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、マイナポータル、地域医療介護連携ネットワーク「サルビアねっと」といったアプリケーションやサービスと連携し、県民の健康管理、未病の改善の取組を推進しています。

(2) 課題

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 普及推進の取組

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

の普及を推進します。

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

(2) 市町村や企業における活用

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

■用語解説

※1 マイME－BYOカルテ

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

※2 電子母子手帳

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



<マイME－BYOカルテ>



<電子母子手帳>

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

1 現状・課題

【現状】

- ・平成31年4月、県立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) 県立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、県立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、研究成果の社会実装に向けた取組の推進も期待されています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民の健康と生活の向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

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

◆地域との連携強化や国際協働・交流の推進

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

○ 大学院ヘルスイノベーション研究科では、公衆衛生学を基盤とした専門人材教育により、イノベーションを担うマインドをもって、社会的課題の解決にあたる人材を育成します。

○ また、社会の変化を先取りし、実践につなげるアントレプレナーシップ教育（起業家教育）、社会の新たなルールづくりを学ぶレギュラトリーサイエンス（※1）や県の行政課題に対応した政策立案・提言スキルを醸成する科目の一層の充実・強化を図ります。

(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（県立保健福祉大学）

○ 未病の改善など人生100年時代に向けて重要となる新たな学問分野を構築し、健康寿命の延伸等、県民のQOLの向上に寄与する政策立案・提言を行うとともに、研究成果の社会実装を推進します。

○ 特に、感染症等に対する県の対応力の強化に資するための研究活動に取り組みます。

(3) 地域との連携強化や国際協働・交流の推進（県立保健福祉大学）

① 地域との連携強化

県が対応を必要とする未病改善や次世代社会の課題などの解決に資する研究に取り組み、その知見や成果を県や地域に提供します。

② 国際協働・交流の推進

海外大学等との学生交流や研究者との共同研究等を実施し、教育や研究の質の向上と国際的なネットワークの強化を図ります。

■用語解説

※1 レギュラトリーサイエンス

科学技術の成果を人と社会に役立てることを目的に、根拠に基づく的確な予測、評価、判断を行い、科学技術の成果を人と社会との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学。