

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

1 現状・課題

【現状】

- ・地域包括ケアシステムの構築を目指し、第7次計画期間（平成30年度～令和5年度）までは、在宅医療の充実に向けて、地域の連携体制の促進や各種研修会の開催により、在宅医療の提供体制強化を行ってきました。
- ・しかし、第8次計画期間（令和6年度～11年度）及びそれ以降も、高齢化に伴い在宅医療の需要は増え続けることが見込まれています。

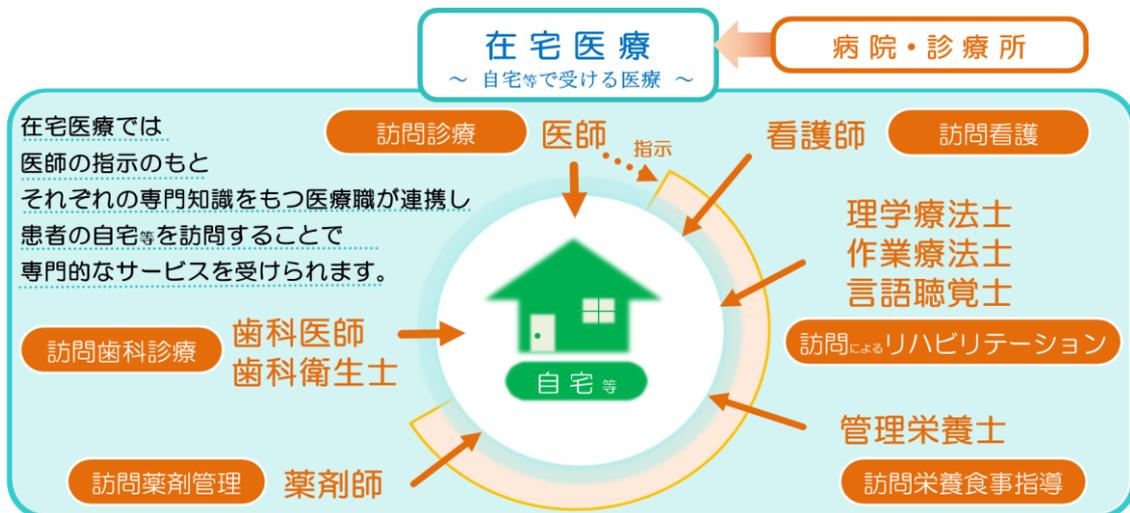
【課題】

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



(1) 在宅医療の需要

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



(出典) 厚生労働省ホームページ

※上記イメージ図のように、在宅医療では、様々な関係者による多職種連携が重要です。
当該節で「関係者」と記載のある場合は、このイメージ図における関係者を指します。

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

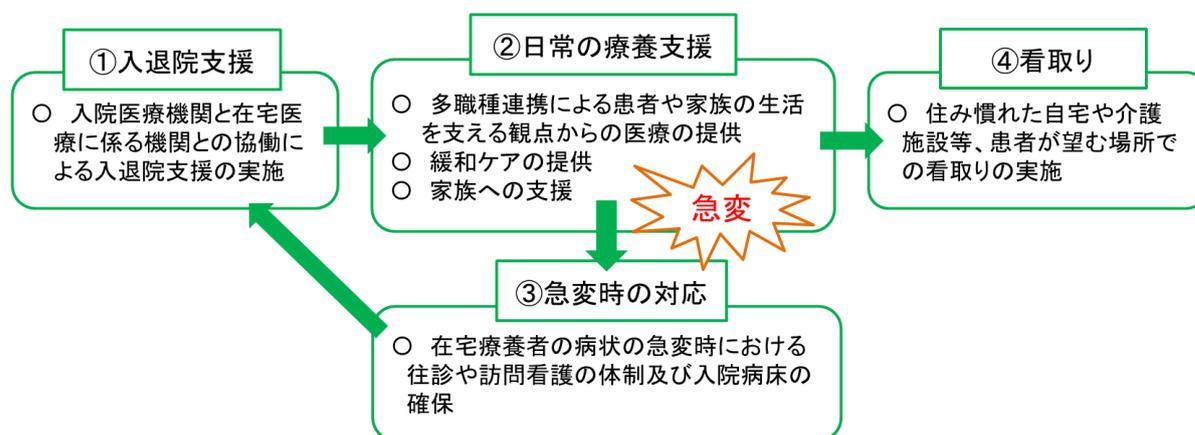
また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

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

【4つの場面】

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

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



(2) 在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

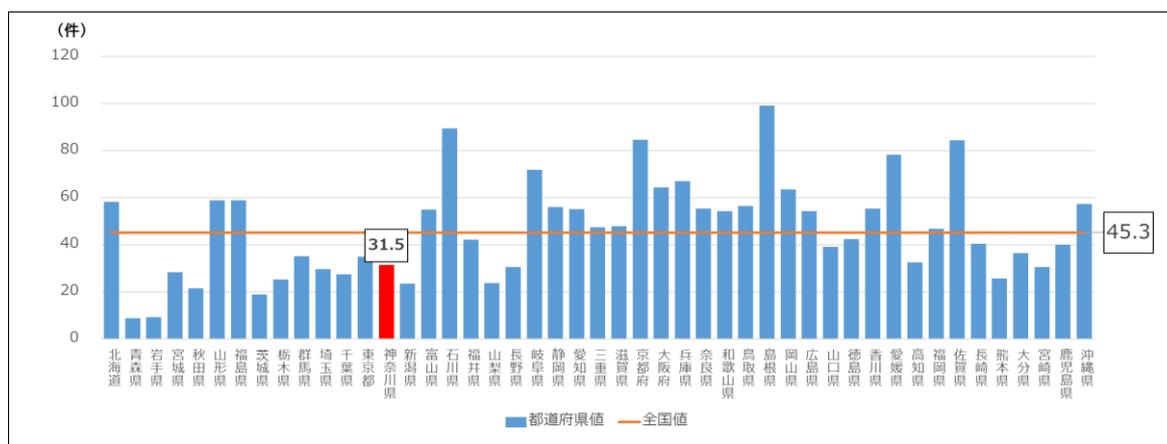
これまで、県及び市町村は、在宅療養後方支援病院及び在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携体制の構築やそれらを支える人材育成のため、検討体制の整備や研修事業など、地域における取組を支援してきました。

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

ア 入退院支援

- 円滑な在宅療養移行に向けた入退院支援の充実に当たっては、退院元の医療機関と在宅医療を担う関係者間を“つなぐ”役割を担っていただく部門の設置や職員の配置等、院内の体制整備が欠かせません。
- しかしながら、本県の退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口10万対）は、全国値を下回っており、円滑な在宅療養移行に向けた退院支援のさらなる取組が必要です。（図表2-4-1-1）

図表 2-4-1-1 退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）

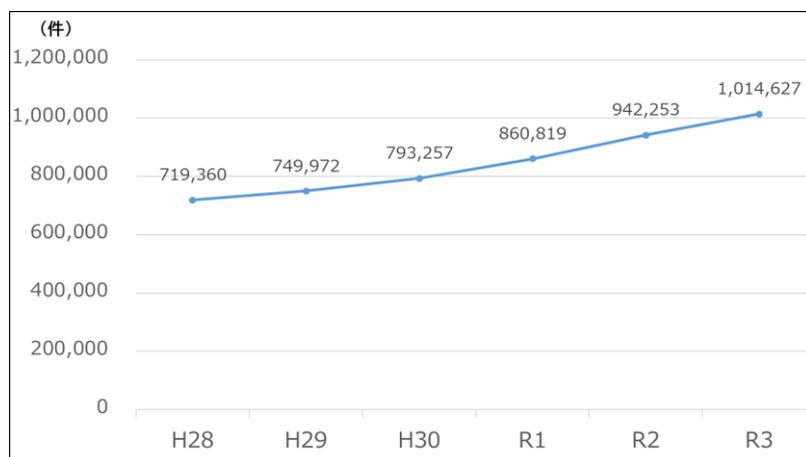


（出典）厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

イ 日常の療養支援

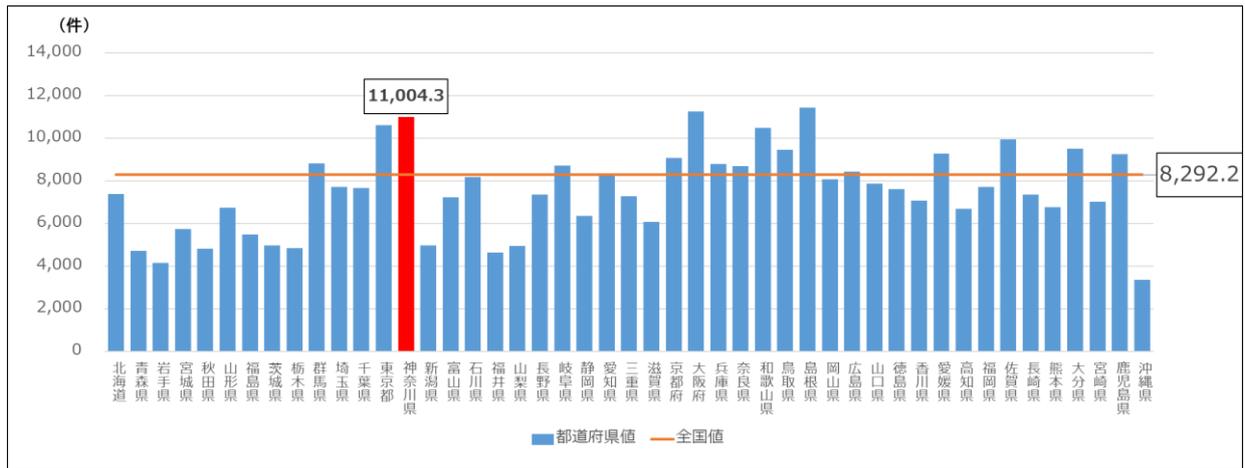
- 日常の療養支援に関する体制を構築するためには、患者の状態や地域の医療資源に応じた、訪問診療・訪問看護等の持続可能な仕組みや、患者やご家族の不安・負担を軽減するための、身近に相談できる体制の整備等が重要です。
- また、薬局では、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理や指導、薬物療法に関する情報共有や多職種との連携等、在宅医療において重要な役割を担っています。
- さらに、歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしています。
- 本県では、訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受けた患者数、訪問薬剤管理指導を受けている患者数ともに年々増加しており、人口 10 万対で比較するとすべてが全国平均を上回っています。（図表 2-4-1-2 ～ 2-4-1-7）
- しかしながら、今後は、在宅医療需要の一層の増加が見込まれることから、さらに在宅医療の取組を推進していく必要があります。

図表 2-4-1-2 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



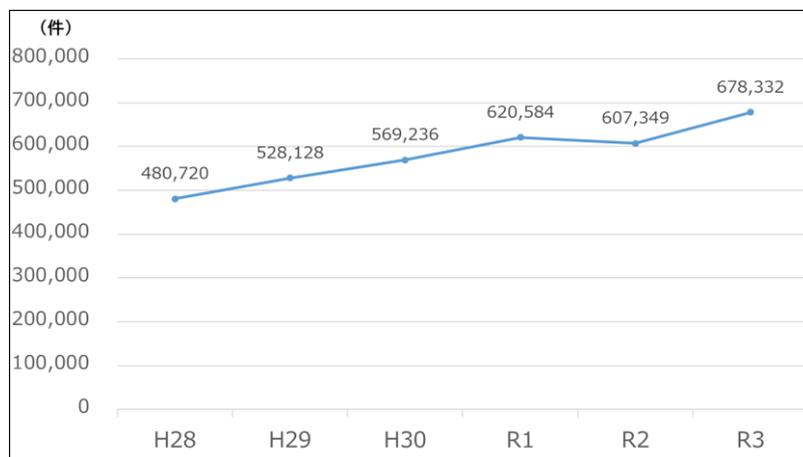
（出典）厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-3 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



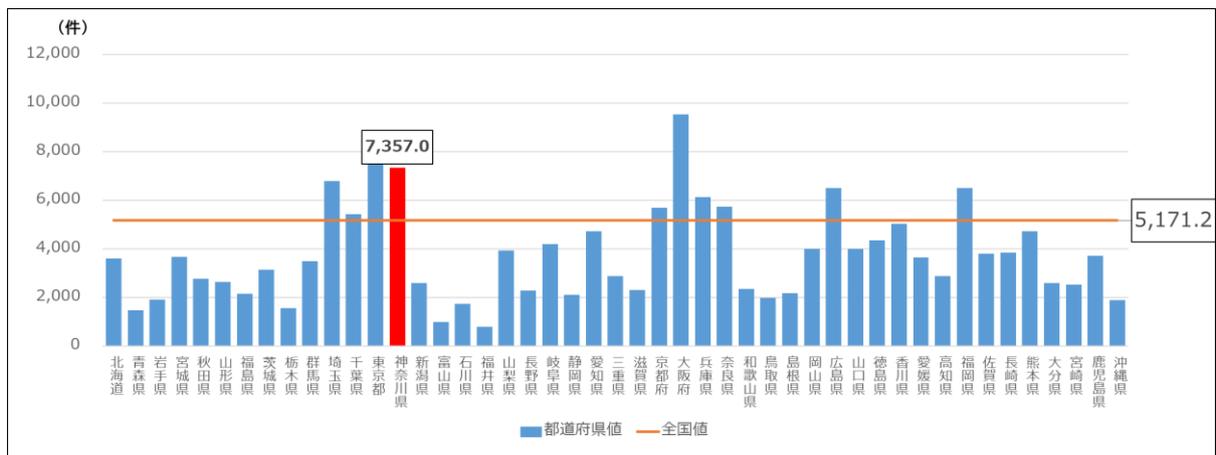
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-4 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



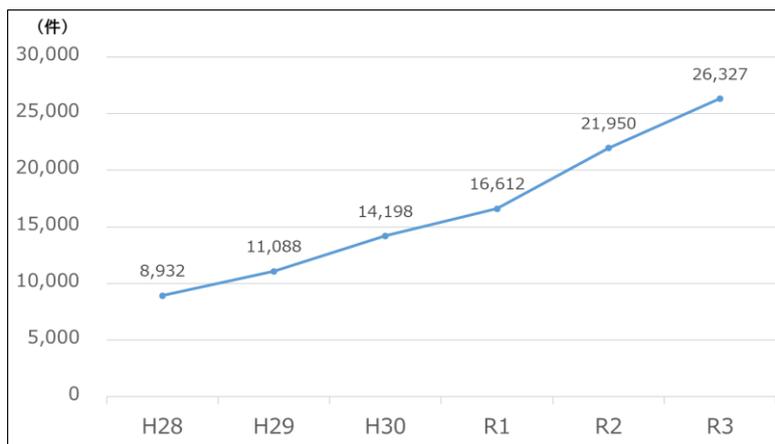
(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-5 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



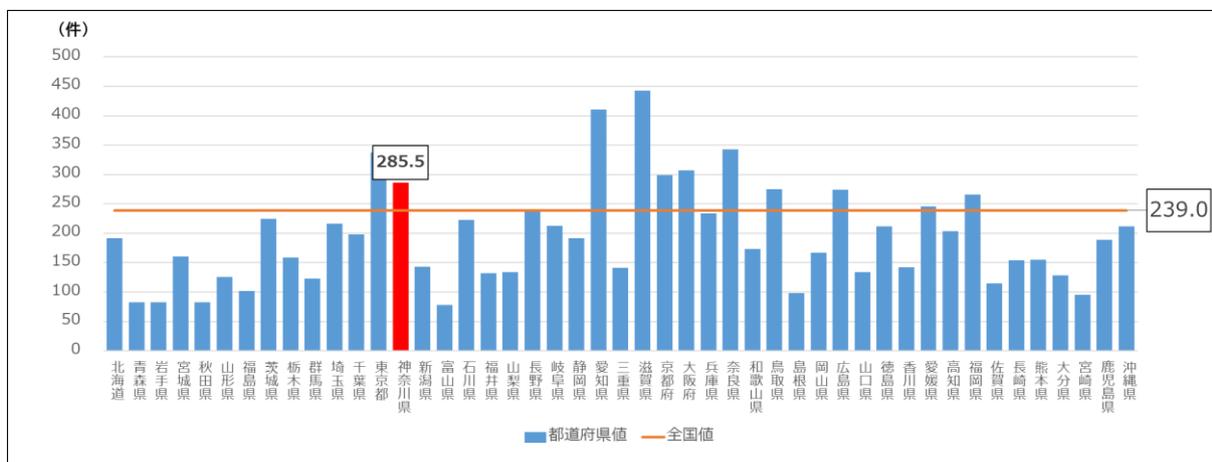
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-6 訪問薬剤管理指導を受けた患者数の推移（薬局）（レセプト件数）



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-7 訪問薬剤管理指導を受けた患者数（薬局）（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）

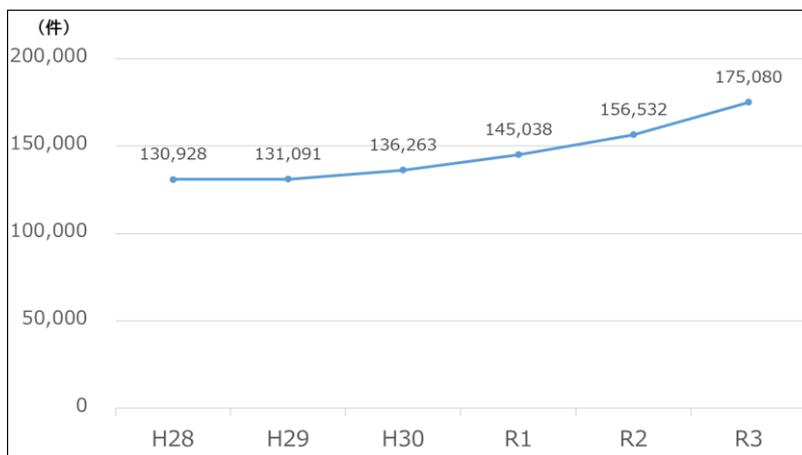


(出典) 厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

ウ 急変時の対応

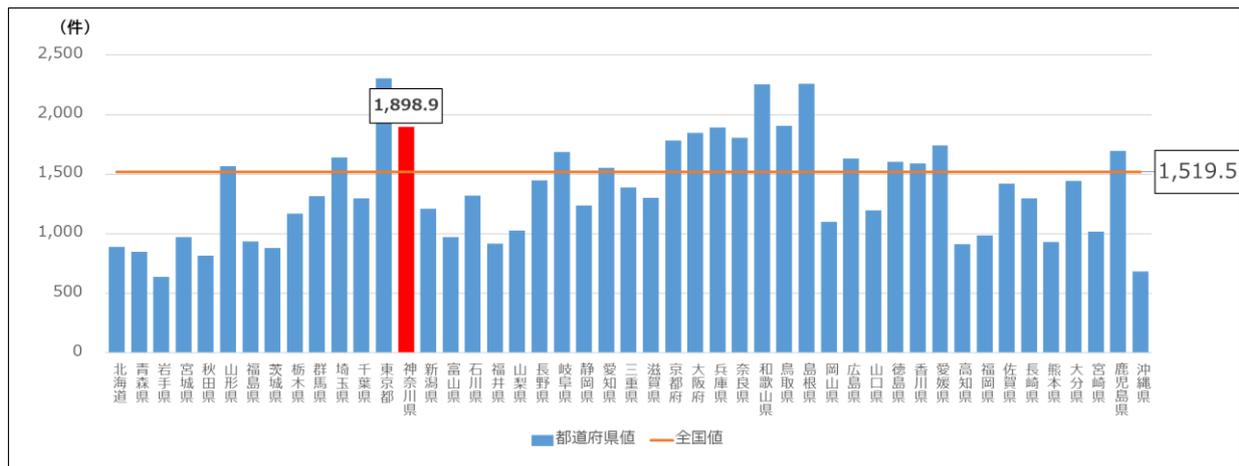
- 急変時の対応可能な体制を構築するためには、後方支援病院との連携を強化し、緊急往診・24 時間往診が可能な体制や、在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備することが重要です。

図表 2-4-1-8 往診を受けた患者数(レセプト件数)の推移



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-9 往診を受けた患者数(レセプト件数) (人口 10 万対) (R 3)

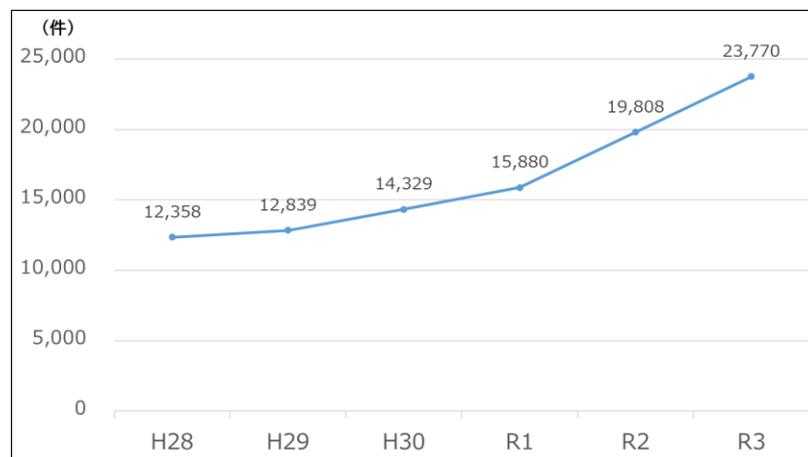


(出典) 厚生労働省「NDB」(令和 3 年)

エ 看取り

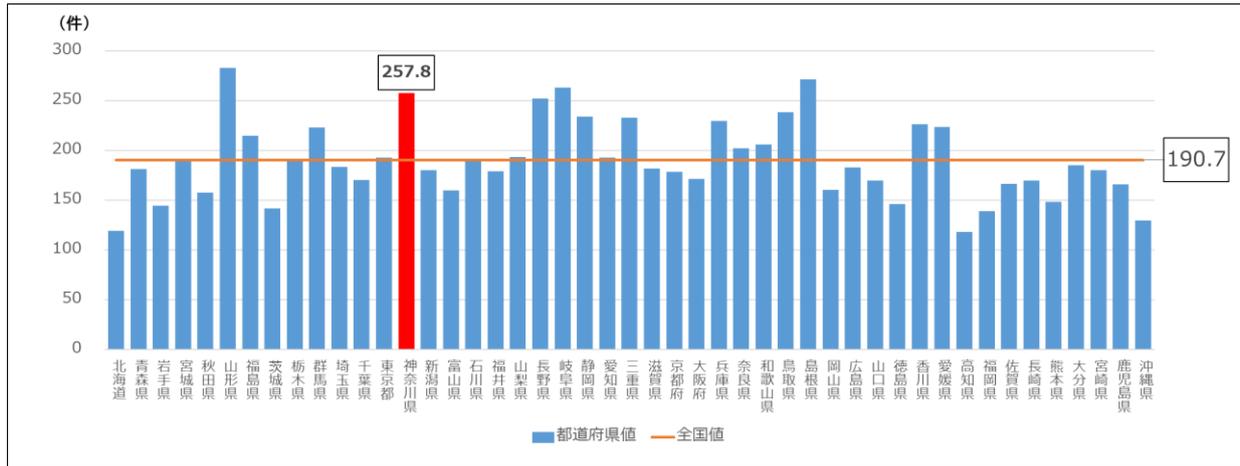
- 患者が望む場所での看取りに関する体制を構築するためには、患者本人の意思に寄り添いながら、医療・介護・救急の円滑な連携が行われることが必要です。そのためには、医療・介護関係者が在宅等での看取りについて十分な認識を持ち、理解を浸透させていくことが重要です。
- また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の取組も求められています。

図表 2-4-1-10 看取り数の推移 (死亡診断書のみを含む) (レセプト件数)



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-11 看取り数（死亡診断書のみを含む）（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

オ 在宅医療に係る人材の確保・育成及び多職種連携

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆円滑な在宅移行への支援の充実
 - ・円滑な在宅療養移行に向けての入退院支援に関する体制の構築ができていること
- ◆在宅医療提供体制の充実
 - ・日常の療養支援に関する体制の構築ができていること
- ◆急変時の対応体制の充実
 - ・急変時の対応可能な体制が構築できていること
- ◆患者が望む場所での看取りに関する体制の充実
 - ・患者が望む場所での看取りに関する体制の構築ができていること

(1) 円滑な在宅移行への支援の充実

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

(2) 在宅医療提供体制の充実

- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、その他医療・介護関係団体等は、互いに連携し、地域における在宅医療に係る課題の抽出や施策検討を行うための取組を推進します。
- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、その他医療・介護関係団体等は、医療・介護従事者を対象に、在宅医療及び訪問看護、在宅歯科医療、薬剤師の在宅医療への参画等に関する各種研修を実施し、医療・介護従事者のスキルの向上や多職種連携に寄与します。
- 県は、在宅医療の受け皿拡大に向け、在宅医療の提供に必要な設備整備等に対する支援を行います。
- 県は、在宅歯科医療の受け皿拡大に向け、県歯科医師会が統括する在宅歯科医療連携室と協力して人材の育成を含めた研修の実施、多職種との連携を進め、地域における在宅歯科診療の拡大に向けた取組を推進します。また、在宅療養高齢者が必要な口腔ケア・歯科治療を受ける機会を増やすための取組を推進します。
- 県は、在宅分野における多職種連携の推進に向け、医療機関が行うICT・デジタル技術を活用した取組を支援します。
- 県は、県医療審議会の意見を聞きながら医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所（※1）として、病床設置等について許可を要しない診療所と認めることにより、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所の整備を支援します。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指すとともに、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」（※2）を地域で育成することについての検討を進めます。
- 県は、県在宅医療推進協議会や県医師会等の意見を聞きながら、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を地域ごとに選定し、県民への情報提供を行います。

(3) 急変時の対応体制の充実

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

(4) 患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

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

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

=====

■用語解説

※1 医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所

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

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

※2 「かながわ地域看護師」

地域医療構想を実現し、地域包括ケアシステムを推進するために、地域の医療・介護資源や医療提供体制を十分に理解し、地域の医療と介護をつなぐ能力を持つ看護師を地域で育成・確保するとともに、看護職員の離職や地域からの流出を防ぐことを目的として、県と県看護師等養成実習病院連絡協議会が「県地域看護師養成事業検討会」において共同で検討している取組。

=====

【コラム】医療と介護の一体的な体制整備

1 総合確保方針等

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

2 協議の場

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

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

(1) 高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分）（人/日）

	平成 25 (2013) 年
患者数	56,304.96



各計画の終了年度へ比例推計（人/日）

	令和 7 (2025) 年
患者数	95,860.98

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

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

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

3 神奈川県の医療・介護需要

県と市町村及び「協議の場」の調整結果に基づき、県医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護保険施設等の整備目標をそれぞれ検討し、県医療計画、県高齢福祉計画及び市町村計画に反映しました。

※ 数値は、2025 年の介護施設・在宅医療等の追加的需要の機械的試算（平成 29 年 8 月 10 日厚生労働省医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）を使用しています。

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
初期	C101	退院調整支援担当者を配置している一般診療所・病院数	厚生労働省,医療施設調査	201 (R3)	現状より増加
	C102	退院時共同指導を実施している診療所数・病院数	厚生労働省,NDB	117 (R3)	現状より増加
	C201	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,452 (R3)	現状より増加
	C202	訪問看護ステーション数	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	877 (R3)	現状より増加
	C204	訪問歯科診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,420 (R3)	現状より増加
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C206	在宅療養後方支援病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加
	C207	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省,診療報酬施設基準	650 (R3)	現状より増加
	C208	情報通信機器を用いた診療を行う診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	826 (R4.8)	現状より増加
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,452 (R3)	現状より増加
	C302	訪問看護ステーション数【再掲】	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数	厚生労働省関東信越厚生局届出受理指定訪問看護事業所名簿	70 (R5)	現状より増加
	C304	訪問看護従事者数	厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査	4,989 (R3)	5,932
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数【再掲】	厚生労働省,NDB	877 (R3)	現状より増加
	C306	訪問歯科診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,420 (R3)	現状より増加
	C401	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C402	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加
	C403	在宅療養支援歯科診療所数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	650 (R3)	現状より増加
	C501	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,882 (R3)	現状より増加
	C502	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C503	訪問看護ステーション数【再掲】	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C504	24時間対応体制を実施している訪問看護ステーション数	厚生労働省,医療施設調査	757 (R3)	現状より増加
	C601	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C602	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
	C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	782 (R3)	現状より増加
中間	B101	退院支援を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	275,718 (R3)	361,190
	B102	退院時共同指導を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	2,900 (R3)	3,799
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,014,627 (R3)	1,329,161
	B202	訪問診療を受けた患者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	3,444 (R3)	4,511
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	35,065 (R3)	45,935
	B204	訪問看護利用者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	61 (R3)	79
	B205	訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (レセプト件数)(薬局)	厚生労働省,NDB	26,327 (R3)	34,554
	B206	訪問歯科診療を受けている患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	678,332 (R3)	888,614
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	175,080 (R3)	229,354
	B401	在宅での看取り件数	e-Stat 人口動態調査(在宅死亡数:自宅)	20,184 (R3)	現状より増加
	B402	施設での看取り件数	e-Stat 人口動態調査(在宅死亡数:老人ホーム)	12,719 (R3)	現状より増加
	B403	看取り数(死亡診断書のみの場合を含む) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	23,770 (R3)	現状より増加
	B404	地域看取り率(県全体) ※2	「令和2年神奈川県衛生統計年報統計表」「令和2年神奈川県警察死体取扱数」	20.82% (R2)	21.94%
	B404	地域看取り率(横浜)	同上	21.33% (R2)	22.45%
	B404	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36% (R2)	22.48%
	B404	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32% (R2)	20.44%
	B404	地域看取り率(相模原)	同上	17.09% (R2)	18.21%
	B404	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	28.49% (R2)	28.49%
	B404	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44% (R2)	20.56%
	B404	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20% (R2)	21.32%
	B404	地域看取り率(県央)	同上	14.90% (R2)	16.02%
	B404	地域看取り率(県西)	同上	21.59% (R2)	22.71%
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(横浜)	厚生労働省受療動向データ	78.6% (R3)	79.9%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎北部)	同上	54.6% (R3)	55.9%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎南部)	同上	56.9% (R3)	58.2%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(相模原)	同上	82.8% (R3)	84.1%

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(横須賀・三浦)	同上	66.5% (R3)	67.8%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南東部)	同上	75.8% (R3)	77.1%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南西部)	同上	62.3% (R3)	63.6%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県央)	同上	69.7% (R3)	71.0%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県西)	同上	73.9% (R3)	75.2%

※1 目標値

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

※2 地域看取り率

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

第2節 高齢者対策

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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

神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計

	2020年 (令和2年)	2025年 (令和7年)	2035年 (令和17年)	2040年 (令和22年)
総人口	923.7万人	920.0万人	901.1万人	886.9万人
うち65歳以上人口 (総人口に占める割合)	236.0万人 (25.6%)	243.4万人 (26.5%)	272.2万人 (30.2%)	291.9万人 (32.9%)
うち75歳人口 (総人口に占める割合)	123.1万人 (13.3%)	146.4万人 (15.9%)	151.6万人 (16.8%)	156.7万人 (17.7%)

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

(1) 要支援・要介護認定者数の増加

- 介護保険制度は保険料と公費を財源として運営され、保険料は65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が負担します。
- 県内の介護保険第1号被保険者のうち、要支援・要介護認定者数は、令和4年9月時点で446,945人となっており、10年前の平成24年9月の297,329人の1.5倍以上に増加しました。今後も75歳以上の高齢者の急速な増加に伴い、要支援・要介護認定者数が増加していくことが見込まれます。

表2-4-2-1 神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計

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

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

- 高齢者の増加とともに、ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎といった疾患が増加していくことも見込まれます。
- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける

ことができるよう、医療、介護、介護予防事業、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めており、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づいて介護保険施設や地域密着型サービスの計画的な整備を進めています。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(3) 認知症とともに生きる社会づくり

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

(4) 未病改善と健康づくりの推進

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

(5) 人材の養成、確保と資質の向上

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

福祉にかかわる人材の資質の向上に取り組むことが重要です。

(6) 介護保険サービス等の適切な提供

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

(7) サービス提供基盤の整備

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

(8) 高齢者救急【再掲】

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「高齢者が安心して、元気に、いきいきと暮らせる社会づくり」の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(2) 認知症とともに生きる社会づくり

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができ、家族が安心して暮らせる、総合的な認知症施策を推進します。
- 県は、当事者目線で認知症への理解を深めるため、「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）による本人発信支援を充実するとともに、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信等による普及啓発を進めます。
- 県は、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。
- 県は、若年性認知症支援コーディネーターの配置により、経済的問題等の課題を抱える若年性認知症の人の、居場所づくりや就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症介護の経験者等が、認知症の人や家族等からの介護の悩みなど認知症全般に関する相談を電話で行い、相談内容に応じた適切な関係機関へのつなぎを行うコールセンターを県が設置し、精神面も含めた様々な支援ができるよう、相談体制を充実します。
- 認知症の方やそのご家族が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症の人を地域で見守る認知症サポーターの活動を支援します。また、ボランティアや支援団体、企業などが連携し、ニーズに応じた支援を推進する「認知症オレンジパートナーネットワーク」を充実させ、市町村における支援の仕組である「チームオレンジ」の構築を支援します。

(3) 未病改善と健康づくりの推進

- 市町村は、地域支援事業として介護予防事業を実施します。県は、広域的な観点から介護予防事業を推進するため、人材の養成を行うとともに、地域支援事業及び介護予防サービスの効果的な実施が図られるよう、「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」や地域ケア会議、「住民主体の通いの場」など、市町村が行う未病改善の取組を支援します。
- 介護に至る要因となる「フレイル（虚弱）」対策に取り組みます。
- 市町村は、生活習慣病などの疾病予防の観点から、他に保健サービスを受ける機会のない40歳以上の方を対象に、健康診査、健康教育、健康相談などを実施します。
- 県民一人ひとりが歯及び口腔の健康を意識し、80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした8020運動や、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）の予防と改善に取り組みます。また、要介護者等が誤嚥性肺炎や低栄養状態になることを防ぐために、口腔ケアや口腔機能の維持・向上の充実を図ります。
- 高齢化の進んでいる県営住宅を健康で安心して住み続けられるよう、高齢者の支え合い活動や保健・医療・福祉サービスの拠点づくりを行い、「健康団地」として再生していきます。

(4) 人材の養成、確保と資質の向上

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

(5) 介護保険サービス等の適切な提供

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

(6) サービス提供基盤の整備

- 市町村では、介護保険事業計画において、身近な日常生活圏域を定めることとし、その日常生活圏域において必要な地域密着型サービスや介護予防拠点などのサービス基盤の整備を進めます。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設の整備を促進するとともに、医療的な対応が必要な高齢者の受入への支援や、在宅と入所の計画的な相互利用の促進などに取り組みます。
- 市町村と調整の上、今後の高齢者数の推移、地域の実情、施設・居住系サービスの利用者数の推移、医療と介護の連携などによる在宅ケアの利用者数の推移等を踏まえつつ、施設サービス及び居住系サービスの適切な整備を推進します。
- 在宅での生活を継続し、また、家族の負担を軽減する観点からも、短期入所サービスの適切な利用が重要であることから、市町村及び高齢者保健福祉圏域（※1）内において、地域の実情を考慮した必要な量を整備します。

(7) 高齢者救急【再掲】

- 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、県は、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 県は、在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。

- 県は、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

=====

■用語解説

※1 高齢者保健福祉圏域

保健・医療・福祉における広域的な連携を図る観点から、二次保健医療圏と同一の地域（ただし、川崎市は1圏域）を高齢者保健福祉圏域として設定し、圏域内における課題等の対応について、県及び構成市町村が協調して取組を進める。

=====

第3節 障がい者対策

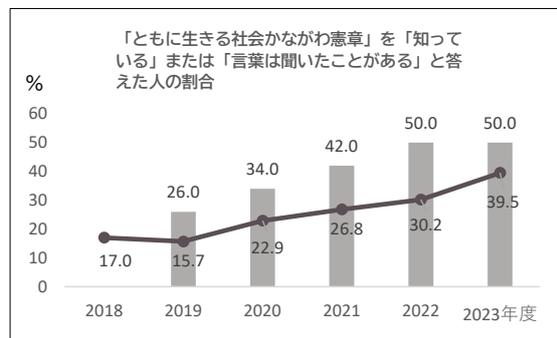
1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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



（出典）県情報公開広聴課「県民ニーズ調査」

（1）障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

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

（2）サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

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

（3）発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援

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

- (4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援
- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などを活用しながら取り組んでいく必要があります。
- (5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援
- 医療技術の進歩に伴い、NICU等を退院後、日常生活を営むために恒常的に医療的なケアを受ける必要がある「医療的ケア児（※1）」が増加していますが、障害福祉制度のような登録制度がないため、医療的ケア児の実態把握が全国的にも課題となっています。
 - 令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）」では、医療的ケア児やその家族に対して、医療、保健、福祉、教育などの関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことを求めています。支援に必要な人材など社会的資源は十分ではありません。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>
障がい者が身近な地域で適切に保健・医療を受けられることができる社会

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

- (1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備
- 県は、訪問看護やホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障がい者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備するための支援を行います。
- (2) サービス提供や相談支援のための専門人材の養成
- 県は、医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの養成に向けた取組を推進します。
 - 県は、障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成に向けた取組を推進します。
 - 県は、障がいがある方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成に向けた取組を推進します。
- (3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実
- 県は、「発達障害支援センターかながわA（エース）」において、福祉、保健、医療、教育、労働、民間支援団体と連携しながら発達障がいに関する相談支援等を行うとともに、身近な地域における発達障がいの支援体制の充実をめざし支援を行います。

- 県は、県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障がい者に対する支援拠点機関として位置づけ、専門的な相談支援や研修事業を通じ、医療と福祉が一体となった支援を行うとともに、地域支援ネットワークの充実を目指し支援を行います。

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 県は、知的障がい児者が、安心して適切な医療を受けられるよう、知的障がい児者の医療課題について医療、福祉両面から対策を検討する会議を設置し、検討していきます。
- 県は、障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、市町村とも連携しながら、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などにより、障がい者への医療費の助成を行います。
- また、身近な地域で専門的な歯科診療を受診できるよう、県心身障害児者歯科診療システムにおける医療の充実を図るとともに、一次、二次、三次の各医療機関の連携を推進します。

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

- 県は、医療的ケア児の登録フォームを活用して県内の医療的ケア児の実態（人数、居住地、必要となる医療的ケアの種別等）を把握するとともに、その情報を市町村と共有し、支援策の検討につなげます。
- 県は、支援の中核機関となる「かながわ医療的ケア児支援センター」において、医療的ケア児の家族や支援者からの相談等に応じるとともに、地域の支援機関と連携して支援体制の構築を進めます。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーター（※2）の養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及び家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。

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

=====
■用語解説

※1 医療的ケア児

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

※2 医療的ケア児等コーディネーター

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

=====

第4節 母子保健対策

1 現状・課題

【現状】

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

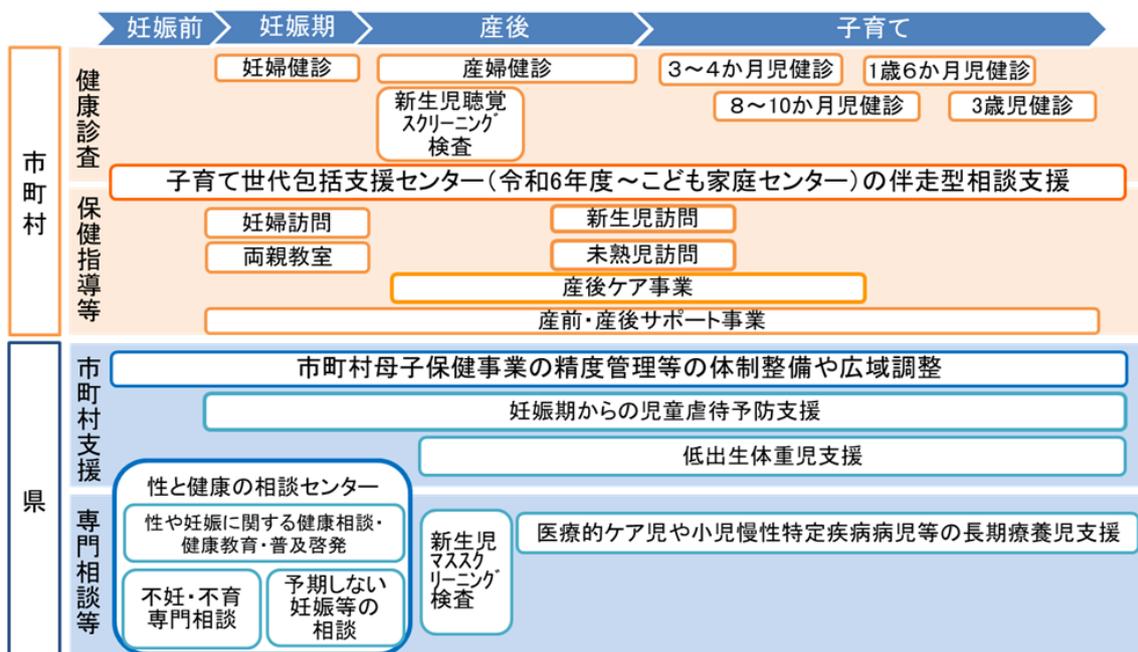
【課題】

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

(1) 母子保健の現状

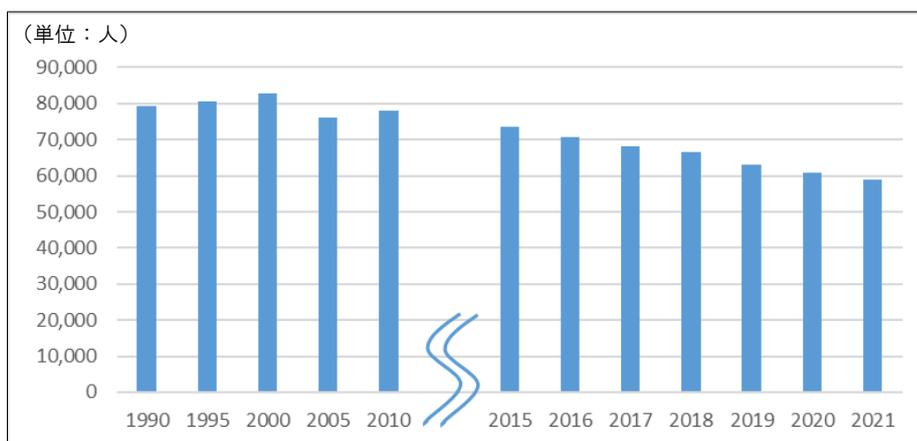
- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担うこどもを健全に育てることにあります。
- 市町村では、子育て世代包括支援センター（※1）等で妊産婦や乳幼児とその保護者に対して、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ伴走型相談支援を行います。（図表2-4-4-1）
- 県では、市町村の母子保健事業を確認し、サービスの精度管理等の支援や広域的な調整を行います。また、性や妊娠に関する相談支援や普及啓発、医療的ケア児等の長期療養児に対する相談支援や連携体制の構築を行います。（図表2-4-4-1）

図表 2-4-4-1 母子保健事業の体系図



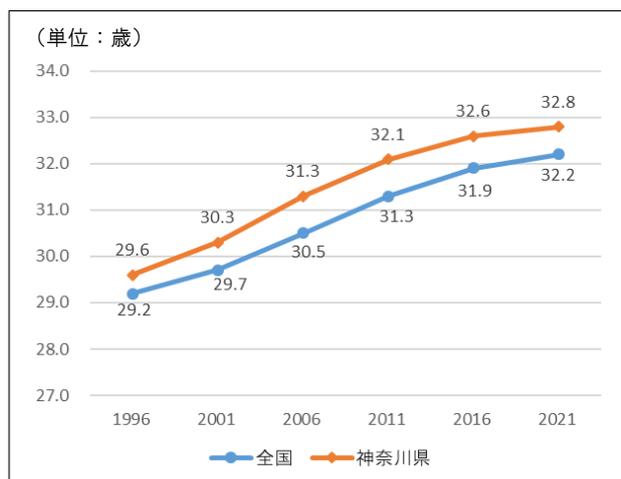
- 近年では、少子化の進展や出産年齢の高齢化により、神奈川県では急激に出生数が減少し、母の平均出産年齢は全国と比較して高くなっています。このような状況から、保護者ならびに妊産婦、成育過程にある子どもを取り巻く環境が変化し、次に掲げる課題があります。(図表2-4-4-2 ～ 図表2-4-4-4)

図表2-4-4-2 神奈川県の出生者数の推移



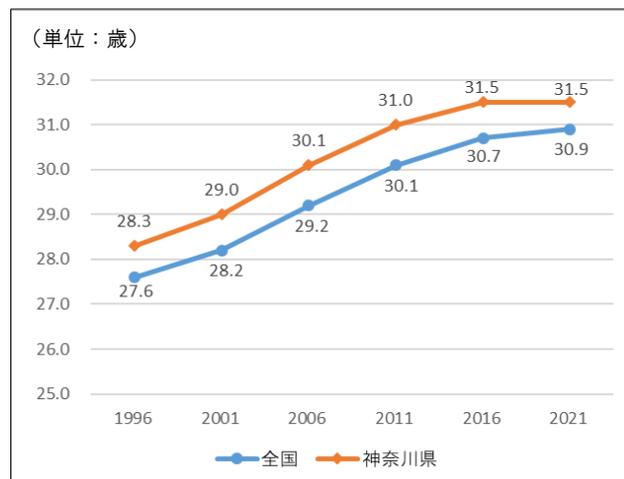
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-3 母の平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-4 母の第1子平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 妊産婦の健康管理

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

(3) 不妊症・不育症

- 一般的に女性の年齢が上昇すると、妊娠・出産に至る確率が低下し不妊症（※3）・不育症（※4）の治療が必要になる場合があります。
- 体外受精等の生殖補助医療は、令和4年度から健康保険の適用となり、原則、患者は3割の自己負担で治療を受けられるようになりました。しかし、一部の治療方法は先進医療として、全額患者負担となっており経済的な負担が大きくなっています。
- 不妊症・不育症の治療を続けている患者の中には、治療等に関する医学面での不安・悩みが生じることがあり、専門的な知識を踏まえた支援が必要です。

(4) 性や妊娠に関する知識

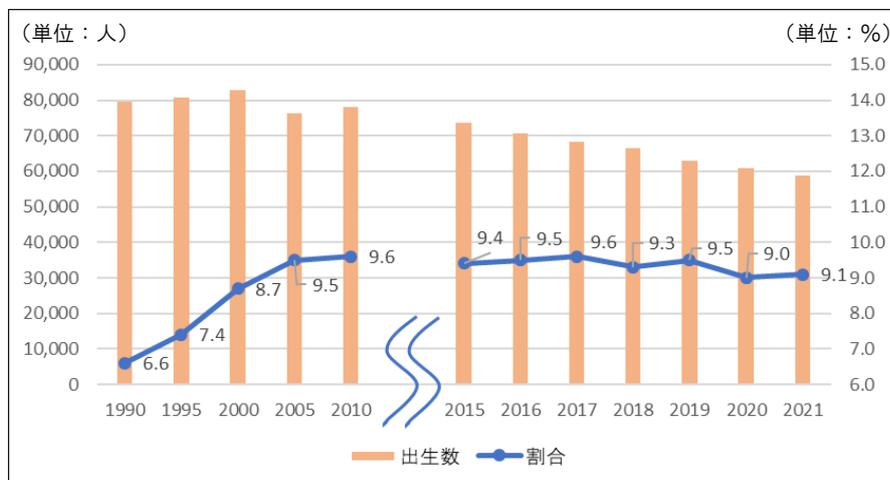
- 10代などの若年世代に関しては、性や妊娠に関する基礎的な知識が欠けている場合があります。誰にも相談できずに飛び込み出産（※5）・墜落出産（※6）に繋がることのないように、相談窓口の整備や普及啓発が重要です。
- 年齢の上昇や婦人科症状（※7）を放置することによって婦人科疾患が悪化した場合に不妊症・不育症のリスクが高くなります。望んだ時期に妊娠・出産ができるようにライフプランの形成や適切な相談・受診行動への支援が必要です。

(5) 医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児

- 医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児（※8）や小児慢性特定疾病児（※9）等の長期療養児が増加しています。長期療養児やその家族は心身の負担が大きいため、関係機関と連携した継続的な支援を行い、健全育成及び自立促進を図ることが重要です。
- 全出生数中の低出生体重児（※10）の割合は増加傾向にありましたが、近年は横ばい傾向にあります。（図表2-4-4-5）

低出生体重児の割合が増加する要因としては、医療技術の進歩により、早産児や多胎児等の救命率が向上した面もありますが、母親の妊娠前の痩せ（低栄養状態）や妊娠中の喫煙等の要因の軽減に向けた取組や、保護者の育児等への継続的な支援が必要です。

図表2-4-4-5 神奈川県の高出生体重児の割合



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(6) 乳幼児の障がい・疾病の発生予防・早期発見と健康管理

- こどもは生まれた時は健康に見えても、放置すると障がいや発達の遅れが発生する可能性がある先天性代謝異常等がみられる場合があります、早期の発見と治療が重要です。
- 乳幼児期は身体発育、精神発達の面で大きく変化する時期です。言語発達、運動機能、視聴覚等の障がい、疾病を早期に発見し、早期治療・早期療育を図る必要があります。
- 感染症の発生・重症化予防、まん延防止を図るため、保護者へ予防接種の理解を促進し、予防接種率を維持する必要があります。
- 乳幼児の生活習慣の自立、むし歯の予防、幼児の栄養及び育児に関する保護者への指導を行うことで、乳幼児の健康の保持及び増進を図ることが可能です。

(7) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理

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

(8) 児童虐待予防

- 妊産婦の心身の不調や家庭環境等はこどもの心身の発達に影響を及ぼし、児童虐待のリスクにもなり得るため、児童虐待予防の観点も踏まえて妊娠期からの支援体制整備が必要です。
- 妊産婦や乳幼児に対する健診等で、生活習慣の乱れや心身の状態等から児童虐待のリスクを判断する視点が重要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の充実

- 県は、妊産婦が居住する市町村によって妊娠期から子育て期の支援に差が生じないように、市町村の母子保健事業や児童福祉との連携の状況を確認し、必要に応じて体

制整備や事業評価による精度管理等の支援を行います。

- 県は、市町村で妊娠・出産・産後までの一連の支援が行えるよう、妊産婦健康診査や産後ケア等について、母子保健情報のデジタル化と利活用も踏まえた広域的な調整を行います。
- 県は、市町村の保健師等の母子保健事業従事者に対して研修を実施し、相談支援等のスキルの向上に寄与します。

(2) 不妊症・不育症への支援の充実

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

(3) 性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発の充実

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

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

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

(5) 乳幼児の障がい・疾病の発生予防のための検査体制の整備

- 県は、先天性代謝異常等を発見し、適切な治療に繋ぐため新生児マススクリーニング検査（※15）を実施します。また、新生児聴覚スクリーニング検査（※16）、屈折検査機器（※17）による視覚検査等についての市町村の実施状況を確認し、受検率の向上やフォローアップの推進を図ります。
- 県は、市町村が実施している乳幼児健康診査で予防接種の状況の確認や精密検査受

診者・未受診者のフォローアップが適切に行われているか市町村の状況の確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。

(6) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理の促進

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

(7) 児童虐待予防に係る体制整備

- 県や各市町村は、妊産婦のメンタルヘルスの観点も含め、妊産婦健康診査や乳幼児健康診査等で児童虐待のリスクを判断し、関係機関と連携し妊娠期からの児童虐待予防に資する適切な支援が行えるように、連絡票の活用等により連携を図ります。
- 県は、市町村、医療機関等に対して研修を実施し、相談支援等のスキルの向上や関係機関との連携を図ります。

=====

■用語解説

※1 子育て世代包括支援センター

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

※2 産後うつ病

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

※3 不妊症

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

※4 不育症

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

※5 飛び込み出産

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

※6 墜落出産

陣痛や破水後に急速に分娩が進行し、自宅や外で出産に至ってしまうこと。

※7 婦人科症状

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

※8 医療的ケア児

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

※9 小児慢性特定疾病児

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

※10 低出生体重児

出生体重が2,500g未満で出生した児のこと。

※11 プレコンセプションケア

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

※12 性と健康の相談センター

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

※13 ピアサポート

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

※14 かながわりトルベビーハンドブック

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

※15 新生児マススクリーニング検査(先天性代謝異常等検査)

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

※16 新生児聴覚スクリーニング検査

生まれて間もない赤ちゃんを対象とした「耳の聞こえ」の検査。出産した医療機関等で、退院までの間に検査を受けることが一般的。

※17 屈折検査機器

近視・遠視・乱視などの屈折異常や屈折の左右差、瞳孔不動、斜視などを発見することができる機器のこと。こどもの視力が発達する時期は3～5歳がピークで、この時期に屈折異常や斜視などの問題を早期に発見し、適切な治療をするため乳幼児健診での導入が進んでいる。

=====

第5節 難病対策

1 現状・課題

【現状】

- ・県は、厚生労働省が定めた 338 疾患（※令和 6 年 4 月 1 日から 341 疾患）を対象に指定難病患者に対する医療費の給付を行っており、県内の受給者数は現在 6 万人を超えており、今後も受給者数の増加が見込まれています。

【課題】

- ・難病患者の状況や必要とする支援も多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が課題です。

(1) 現状

- 県は、原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働省が定めた 338 疾患（※令和 6 年 4 月 1 日から 341 疾患）を対象に、医療費の給付を行っており、県内の受給者は令和 5 年 3 月末現在、6 万人を超えています。
- 難病は、長期の療養を必要とするものですが、疾病の適切な管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能であるものもあり、患者の状況や必要な状況が多様です。
- 県では、医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図るため、地域における訪問相談事業や医療相談事業等を実施しています。また、患者を多方面から支援するため、各地域に「難病対策地域協議会」を設置することにより、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図っています。

(2) 課題

- 難病の多様性、希少性のため、患者はもとより医療従事者であっても、どの医療機関を受診（紹介）すれば早期に正しい判断をつけられるかがわかりづらく、県内における医療提供体制の整備と医療機関のさらなる連携が必要です。
- 患者の状況や、必要とする支援も多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

難病患者及びその家族の日常生活上での悩みや不安等の解消が図られるとともに、関係各機関との連携を強化し、難病患者の様々なニーズに対応した支援が地域できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療提供体制、相談支援体制の整備
- ◆患者に対する支援の実施

(1) 医療提供体制、相談支援体制の整備（県、関係機関）

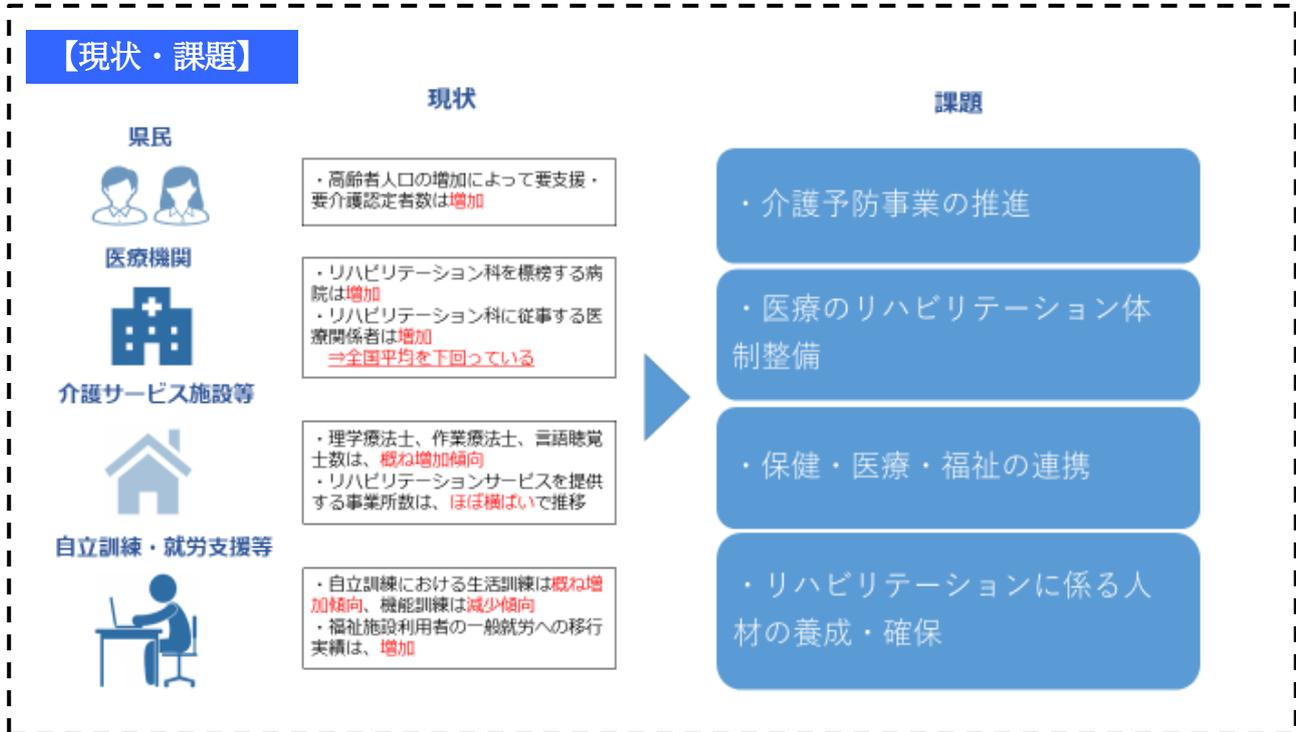
- 既存の難病治療研究センターを中心とする相談支援体制を再構築した医療提供体制の整備を図り、地域における受入医療機関と専門機関との連携、情報共有を進め、安定した療養生活の確保につなげます。
- 医療提供体制の整備と併せて「かながわ難病相談・支援センター」としての役割を明確化するとともに広く周知し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。
- 難病について、早期の診断、地域での適切な診療を行うために、県難病医療連携拠点病院及び県難病医療支援病院を指定するとともに、かながわ難病情報連携センターを中心として、難病医療提供状況に関する情報を集約し、県内の医療提供ネットワーク構築につなげます。

(2) 患者に対する支援の実施（県、関係機関）

- 引き続き、医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、地域における訪問相談事業及び医療相談事業等を実施することで、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図ります。また、患者を多方面から支援するため、各地域に設置された「難病対策地域協議会」により、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図ります。

第6節 地域リハビリテーション

1 現状・課題



(1) 地域リハビリテーションとは

- 子どもや成人・高齢者とその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め、生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行うすべての活動をいいます。
- 地域リハビリテーションの体制整備に当たっては、一人ひとりのライフステージに沿った支援を推進することが求められています。

(2) 地域リハビリテーションが必要な県民の状況

- 国立社会保障・人口問題研究所による人口推計によると、県の高齢者人口は、令和22(2040)年度に291.9万人となりピークを迎え、総人口の32.9%に達することが見込まれています。とりわけ、85歳以上の高齢者の増加傾向は著しく、令和22(2040)年度には、平成27年度の約2.6倍に達することが見込まれています。
- 厚生労働省の介護保険事業状況報告によると県の要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴い増加傾向にあり、今後も、さらに増加することが想定されます。
- 県の身体障害者手帳交付者は、令和4年度末時点で263,998人、知的障害児者把握数は84,406人、精神保健福祉手帳交付者数は107,828人で、合計456,232人です。

(3) 県内における地域リハビリテーションの体制

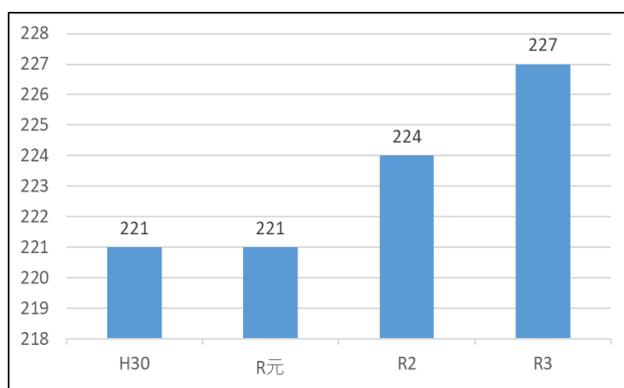
- 県内のリハビリテーション科を標榜する病院は、概ね増加傾向ですが、令和3年の

時点で、人口10万人当たりの病院数は、全国平均を下回っています。(図表2-4-6-1、図表2-4-6-2)

- 県のリハビリテーション科に従事する医師数、病院に従事する理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数は、概ね増加しておりますが、人口10万人当たりの数は、令和2年時点で全国平均を下回っています。(図表2-4-6-3、図表2-4-6-4、図表2-4-6-5)
- 県の介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数は、平成29年から令和3年まで概ね増加しています。(図表2-4-6-6)
- 県の介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所数は、平成30年から令和5年までほぼ横ばいで推移しています。(図表2-4-6-7)
- 県のリハビリテーションに関連する障害福祉サービス等の利用数について、平成29年から令和4年まででは、自立訓練(生活訓練)は概ね増加傾向にあり、自立訓練(機能訓練)は減少傾向にあります。また、就労移行支援(※1)及び就労継続支援B型(※2)は、緩やかに増加していますが、就労継続支援A型(※3)はほぼ横ばいで推移しています。(図表2-4-6-8、図表2-4-6-9)
- 県の福祉施設利用者の一般就労への移行実績は、平成29年から令和2年までは緩やかに増加、令和3年から令和4年にかけては著しく増加しています。(図表2-4-6-10)

図表2-4-6-1
リハビリテーション科を標榜する病院数推移

(単位：箇所)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表2-4-6-2
リハビリテーション科を標榜する病院数(R3)

(単位：箇所)

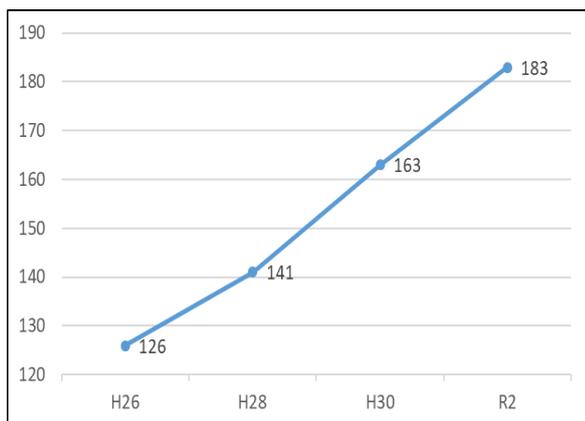
	リハビリテーション科を標榜する病院
県	227 (2.4)
全国	5,642 (4.5)

() は人口10万人対の施設数

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表2-4-6-3
リハビリテーション科に従事する医師数

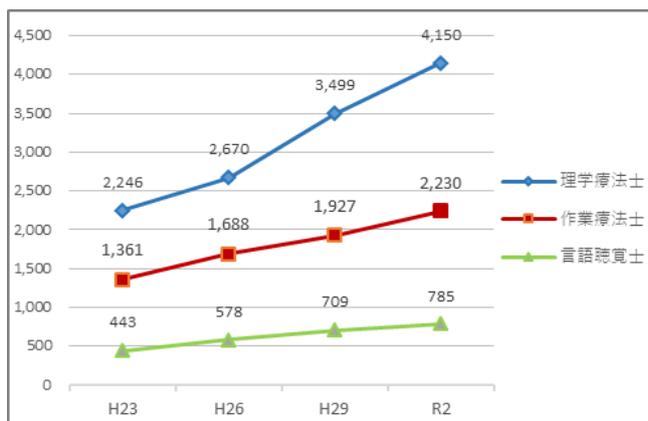
(単位：人)



(出典)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

図表2-4-6-4
病院従事理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数

(単位：人)



(出典)厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

図表2-4-6-5 医療施設におけるリハビリテーションに係る従事者 (単位：人)

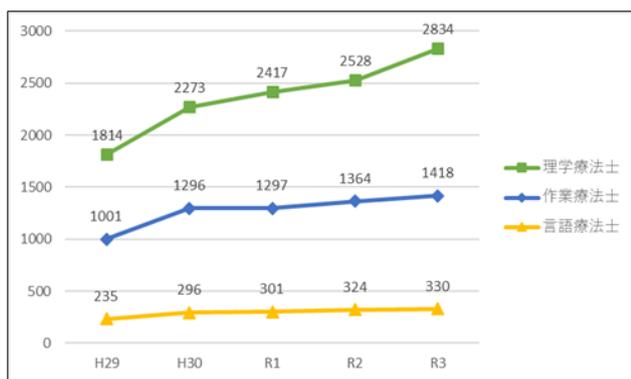
	リハビリテーション科に従事する医師 (R2)	理学療法士 (R2)	作業療法士 (R2)	言語聴覚士 (R2)
県	183 (2.0)	4,150 (44.9)	2,230 (24.1)	785 (8.5)
全国	2,903 (2.3)	84,459 (67.0)	47,854 (37.9)	16,799 (13.3)

() は人口10万人対の従事者数

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

図表2-4-6-6
介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数

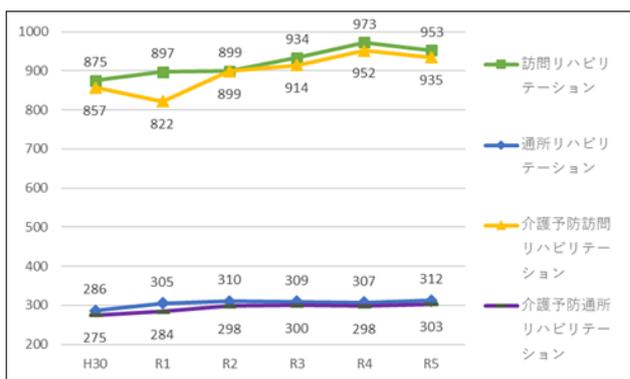
(単位：人)



(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

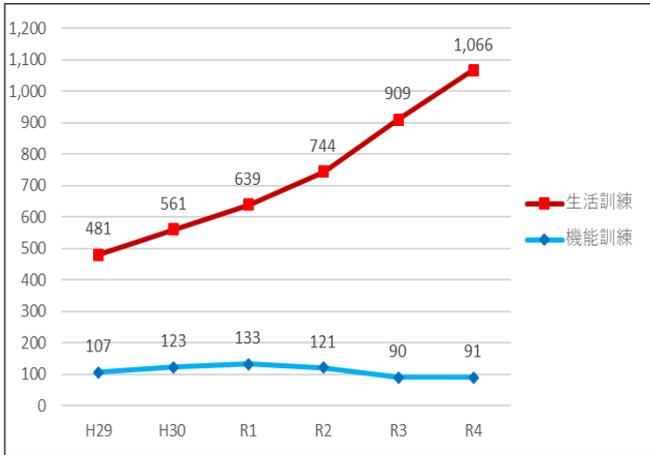
図表2-4-6-7
介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所の数

(単位：箇所)



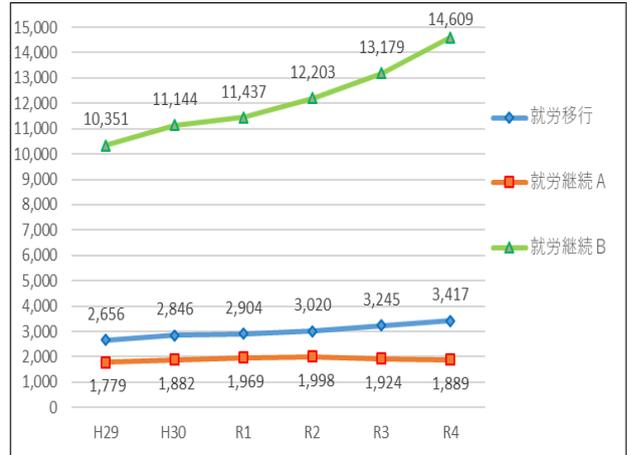
(出典)県高齢福祉課調べ

図表 2-4-6-8
自立訓練（機能訓練、生活訓練）の月間利用状況
(単位：人)



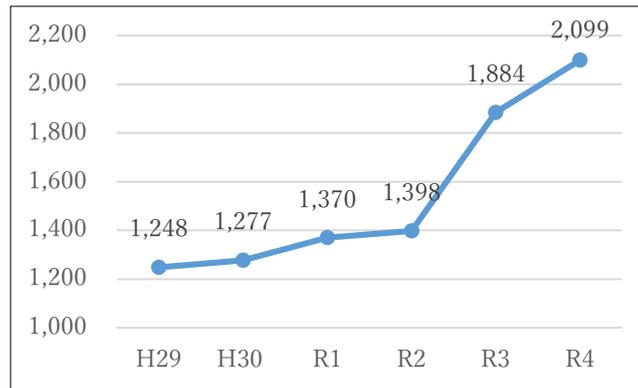
(出典) 県障害福祉課調べ

図表 2-4-6-9
就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）の月間利用状況
(単位：人)



(出典) 県障害福祉課調べ

図表 2-4-6-10 福祉施設利用者の一般就労への年間移行実績
(単位：人)



(出典) 県障害福祉課調べ

(4) 地域リハビリテーションにおける課題

ア 介護予防事業の推進

- 高齢者が健康で生き生きした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化防止を図っていくことが重要です。
- 高齢になっても元気で生き生きと暮らせるように介護予防の取組を機能強化するため、市町村が行う一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業を推進することが必要です。

イ 医療のリハビリテーション体制整備

- 急性期・回復期のリハビリテーションを担う一般医療機関や専門医療機関等の整備は進んでいますが、回復期病床の数は不足しています。今後、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを必要とする患者の増加が見込まれ、さらなる病床の不足が想定されることから、地域リハビリテーションの推進に当たっては、より一層の体制整備が必要です。

ウ 保健・医療・福祉の連携

- 県民が地域で安定した生活を送るため、かかりつけ医や訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問介護・通所リハビリテーション・通所介護等の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、障がい者相談支援事業所など、保健・医療・福祉の連携を強化し、心身の状態に即した適切な支援を切れ目なく行える地域づくりが必要です。
- エ リハビリテーションに係る人材の養成・確保
 - 資質の向上及び人材の確保・定着を図る必要があります。
 - リハビリテーション従事者が地域リハビリテーションを必要としている方やそれらの関係者に適切にリハビリテーションを提供できるようにするには、リハビリテーション技術の向上が必要です。
 - サービス等利用計画を、すべての障害福祉サービスを利用する障がい者等に作成する必要があるため、障がい者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康でいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉が連携し、地域で支えるための体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆介護予防事業における取組の充実やその取組に対する支援の充実
- ◆医療のリハビリテーション体制の充実
- ◆保健・医療・福祉の連携体制の充実
- ◆リハビリテーションに係る人材の養成・確保の取組の充実

(1) 介護予防事業の推進（県、市町村）

- 地域住民が、特に高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の予防を図っていくことが重要であるため、市町村及び県は、要支援者や要支援・要介護状態になるおそれのある人に対して、介護予防の取組を進めます。
- 市町村及び県は、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民が主体となって行う介護予防活動や地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職、その他関係職種を活かした自立支援に資する取組を推進します。
- 地域リハビリテーション活動支援事業の専門職の関わりについての実態をふまえ、今後の地域リハビリテーションを効果的に推進する市町村支援策を検討します。

(2) 医療のリハビリテーション体制整備（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、保健医療圏ごとに重層的なリハビリテーション体制の整備を進めるとともに、それぞれの役割を踏まえた病院と病院の連携、あるいは病院と診療所の連携を推進します。
 - 一次保健医療圏：かかりつけ医を中心としたリハビリテーション体制の整備
 - 二次保健医療圏：一般医療機関で発症直後からのリハビリテーションが実施できる体制とともに、さらに患者の状態に応じて、その地域が存在する病院等が連携してリハビリテーションを遅延なく適切に実施でき

る体制の整備

三次保健医療圏：二次保健医療圏で対応できない特殊・高機能なりハビリテーションを受け持つ体制の整備

- 県は、医療資源を有効に活用していくため、病床機能の分化・連携が進むよう、回復期病床等の不足している病床への転換及び新規整備や、回復期病床への転換等の準備に伴い、必要となる人材確保等を推進します。

(3) 保健・医療・福祉の連携（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、「県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、「神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会」で保健・医療・福祉の連携を図り、地域においてそれぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションサービスが円滑に提供されるように推進します。

(4) リハビリテーションに係る人材の養成・確保（県）

- 県は、修学資金の貸付を通じて、理学療法士等の確保・定着を推進します。
- 県は、「県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、指定した「県リハビリテーション支援センター」において、地域のリハビリテーションに関する情報の提供、専門相談、人材育成のための研修などを実施し、適切なリハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。
- 県は、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。
- 県は、障害を持つ方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成を推進します。

=====

■用語解説

※1 就労移行支援

就労を希望する障害者であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う障害福祉サービスのこと。

※2 就労継続支援B型

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う障害福祉サービスのこと。

※3 就労継続支援A型

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う障害福祉サービスのこと。

=====