

参考資料 1

9月14日時点

神奈川県保健医療計画 素案たたき台

平成29年 9 月

目 次

| | |
|----------------------------------|----|
| 第1部 総論 | 1 |
| 第1章 基本的事項 | |
| 第1節 計画改定の趣旨 | 1 |
| 第2節 計画の基本理念及び基本目標 | 1 |
| 第3節 計画の性格 | 1 |
| 第4節 計画期間 | 2 |
| 第5節 関連する計画等 | 2 |
| 第2章 神奈川県 <small>の保健医療の現状</small> | |
| 第3章 保健医療圏と基準病床数 | |
| 第2部 各論 | |
| 第1章 未病対策等の推進 | 3 |
| 第1節 未病を改善する取組の推進 | 3 |
| 第2節 こころの未病対策 | 6 |
| 第3節 ICTを活用した健康管理の推進 | 9 |
| 第4節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の養成 | 10 |
| 第2章 事業別の医療体制の整備・充実 | 11 |
| 第1節 総合的な救急医療 | 11 |
| 第2節 精神科救急 | 20 |
| 第3節 災害時医療 | 23 |
| 第4節 周産期医療 | 27 |
| 第5節 小児医療 | 31 |
| 第3章 疾病別の医療連携体制の構築 | 34 |
| 第1節 がん | 34 |
| 第2節 脳卒中 | 36 |
| 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患 | 38 |
| 第4節 糖尿病 | 40 |
| 第5節 精神疾患 | 43 |
| 第4章 地域包括ケアシステムの推進 | 46 |
| 第1節 在宅医療 | 46 |
| 第2節 高齢者対策 | 51 |
| 第3節 障害者対策 | 53 |
| 第4節 母子保健対策 | 55 |

| | | |
|-----|--------------------------------|----|
| 第5節 | 難病対策 | 58 |
| 第6節 | 地域リハビリテーション | 59 |
| 第5章 | 医療従事者の確保・養成 | 61 |
| 第1節 | 医師 | 61 |
| 第2節 | 看護職員 | 64 |
| 第3節 | 歯科関係職種、薬剤師、その他の医療・介護従事者 | 66 |
| 第6章 | 総合的な医療安全対策の推進 | 69 |
| 第7章 | 患者の視点に立った安全・安心で質の高い 医療体制の整備 | 71 |
| 第1節 | 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援 | 71 |
| 第2節 | かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及 | 73 |
| 第3節 | 地域医療支援病院の整備 | 74 |
| 第4節 | 公的病院の役割 | 75 |
| 第5節 | 病病連携及び病診連携 | 77 |
| 第6節 | 歯科医療機関の役割 | 80 |
| 第7節 | かかりつけ薬局の役割及び医薬品の安全確保対策 | 82 |
| 第8節 | 訪問看護ステーションの役割 | 84 |
| 第9節 | 最先端医療・技術の実用化促進 | 85 |
| 第8章 | その他の疾病対策等 | 87 |
| 第1節 | 健康危機管理体制 | 87 |
| 第2節 | 感染症対策 | 89 |
| 第3節 | 肝炎対策 | 91 |
| 第4節 | アレルギー疾患対策 | 93 |
| 第5節 | 血液確保対策と適正使用対策 | 94 |
| 第6節 | 臓器移植・骨髄等移植対策 | 96 |

第3部 地域医療構想

第4部 計画の推進

第5部 参考資料

第1部 総論

第1章 基本的事項

第1節 計画改定の趣旨

神奈川県では、すべての県民が健やかに安心してくらす社会の実現に向けて、総合的な保健医療施策を示した「神奈川県保健医療計画」を策定し、県民の生涯を通じた健康の確保や安心してくら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、第6次神奈川県保健医療計画を平成25年3月に策定しました。

その後、平成26年6月に「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(以下、「医療介護総合確保推進法」という。)が制定され、本県では、2025年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示した「神奈川県地域医療構想」を平成28年10月に策定しました。

今回の計画の改定にあたっては、平成28年12月に改正された「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」(以下「総合確保方針」という。)において、今後、計画作成・見直しのサイクルが一致することとなる医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の整合性を確保するとともに、地域包括ケアシステムの構築を推進することが求められています。

また、本県では、必要なときに身近な地域で質の高い医療や介護を受けられるだけでなく、超高齢社会を乗り越えるため、健康寿命の延伸と新たな市場・産業の創出を目指すヘルスケア・ニューフロンティアを推進しており、その中で、高齢になっても元気にいきいきとくらすように、健康寿命の延伸を目的とした「かながわ未病改善宣言」を公表し、「食・運動・社会参加」を中心とする県民運動としてライフステージに応じた未病を改善する取組みを進めているところです。

こうした動きや、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、本県の実情に即した効率的で質の高い保健医療提供体制を整備するため、第7次神奈川県保健医療計画を策定することとしました。

第2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。

第3節 計画の性格

この計画は、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。

この計画は、県民が本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もあります。

第4節 計画期間

この計画は、平成30(2018)年度を初年度とし、平成35(2023)年度までの6年間を計画期間とします。

第5節 関連する計画等

第2章 神奈川県の保健医療の現状

第1節 人口

第2節 生活習慣病の状況

第3節 受療状況

第4節 医療施設・医療従事者の状況

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

第2節 基準病床数

第2部 各論

第1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

(1) かながわ未病改善宣言

昭和45年に25.6万人であった65歳以上の老年人口は、平成62年には約295万人と10倍以上になり、昭和45年に4.7%であった高齢化率（老年人口が全人口に占める割合）は、平成62年には36.4%まで進むなど、神奈川県は全国と比べても速いスピードで高齢化が進むと見込まれています。

また、超高齢社会を乗り越えるためには、従来の施策を強化するだけでなく、人々の健康への意識づけを強く促し、社会全体でそれを支える仕組みづくりが必要であることから、平成26年1月に「未病を治すかながわ宣言」を発表し、食・運動・社会参加を中心とした未病対策の取組みをスタートさせました。

その後、平成27年10月の「未病サミット神奈川宣言」を受け、ライフステージに応じた未病対策を展開し、この取組みを一層進めるため、平成29年3月にはバージョンアップした「かながわ未病改善宣言」を発表して「未病改善活動」を展開しています。

(2) かながわ健康プラン21

本県では、健康増進法に基づき、平成25年3月に「かながわ健康プラン21（第2次）」を策定し、「平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸」と「県内の各地域の健康格差の縮小」の2つの全体目標を掲げ、健康づくりを推進しています。

(3) 歯科保健対策

神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画に基づき、ライフステージに応じた歯及び口腔の健康づくりを進めています。

(4) 認知症戦略

2025年には、認知症高齢者は全国で約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達すると見込まれており、その対策は喫緊の課題となっています。現在、本県では、認知症疾患医療センターの設置、人材育成研修の実施、コールセンターの設置など、平成27年1月に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）等に基づく取組みを進めています。

2 課題

(1) かながわ未病改善宣言

「健康寿命の延伸を目指す上で未病の改善の取組みを重要だと思ふ」割合が約8割となるなど、県民への未病改善の取組みの浸透が図られつつある一方、特に健康に無関心な層や、忙しくて未病改善に取り組めない県民等に対するアプローチは十分とは言えないことから、これまで以上に市町村、企業・団体等との連携・協力を図り、未病改善の取組みの、啓発・情報提供、

機会の提供等を効果的に推進していく必要があります。

(2) かながわ健康プラン 2 1

ア 県民が自ら取り組む健康づくり

野菜類の一日あたりの摂取量が依然として目標数値に達していないことや、適正体重の維持など栄養・食生活の改善に向けた取組みを進めていくことが必要です。

県民運動として展開していくために、行政や関係機関、関連団体等で健康施策や健康課題の情報を共有し、健康づくりを推進していくことが必要です。

イ 生活習慣病の発症と重症化対策

生活習慣病を引き起こす多量飲酒を含む食生活の改善や、身体活動・運動の習慣化など、生活習慣の改善に関する取組みを行うことが必要です。

(3) 歯科保健対策

歯と口腔の健康は、生涯における健康の保持増進に寄与するとともに、生活の質の向上にも影響するため、保健、医療、福祉等の多職種連携による、ライフステージに応じた継続的な歯科保健対策が必要です。

高齢者のオーラルフレイル(口腔機能の虚弱化)対策を進めるとともに、オーラルフレイルの認知度を高める必要があります。

(4) 認知症戦略

今後の超高齢社会における将来的な患者数の急増に対応するためには、現在、主として進めている、認知症の人が安心して自分らしく暮らしていけるための取組みだけでなく、認知症になる前の人を対象とした取組みも含め、総合的に進めていく必要があります。

3 施策

(1) かながわ未病改善宣言(県、市町村、企業、関係団体、県民)

全ての世代の方々が未病を自分のこととして考え行動していけるよう、ライフステージに応じた未病対策として、「子どもの未病対策」「未病女子対策」「働きざかりのこころの未病対策」「糖尿病など生活習慣病対策」「介護予防・軽度認知障害対策」に取り組めます。

また、県民が身近なところで未病改善を実践できる機会や情報提供の充実を図るため、企業・団体などに未病改善の普及啓発などに協力いただく「かながわ未病改善協力制度」の推進や、県民の未病改善の実践を図る「未病センター」の設置、健康支援プログラムの実施など、企業・団体や市町村などと連携・協力した社会環境づくりを推進します。

(2) かながわ健康プラン 2 1(県、市町村、企業・保険者、学校、健康関連団体、地域団体、県民)

平成 25 年度から 10 年間、「かながわ健康プラン 2 1(第 2 次)」に基づき、健康づくりを推進します。

県民、企業、学校、行政や関係機関、関連団体等が連携して健康づくり運

動を推進します。

生活習慣病の発症と重症化対策の推進のため、生活習慣の改善に関する普及を行うとともに、特定保健指導を担う人材の資質向上のために研修等を行います。

国民健康保険等の保険者は、被保険者・被扶養者に対する健康保持・増進のために必要な 40 歳以上の特定健康診査・特定保健指導など、様々なサービスの提供を行います。

(3) 歯科保健対策(県、市町村、学校、医療提供者、介護・福祉関係者)

保健、医療、福祉等の多職種連携及び医科歯科連携によるライフステージに応じた継続的な歯科保健対策を進めます。

本県は、県民に対して広くオーラルフレイルについての普及啓発を進めるとともに、健口体操の普及等による予防やオーラルフレイル改善プログラムの定着化に取り組みます。

(4) 認知症戦略(県、市町村、関係団体、県民)

認知症に対する正しい理解を浸透させるための普及啓発など、市町村等と連携した取組を推進していきます。

第2節 こころの未病対策

1 現状

(1) こころの健康づくり

めまぐるしく状況が変化する現代社会では、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。神奈川県では、日常生活におけるストレスの原因別人数(国民生活基礎調査 平成28年)において「ストレスあり」とする割合が全国(47.7%)と比べて49.5%と高い状況にあります。

こうしたことから、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。

精神保健福祉センターや保健福祉事務所では、電話、面接、訪問等により、こころの健康や精神疾患に関する専門相談を受け付けています。

社会環境の変化に伴う課題への対応の中で、ひきこもり、うつ病、薬物及びアルコール依存症等の本人及び家族への支援や関係機関との連携に努めています。

(2) 自殺対策

県では、平成10年以降の自殺者数が、年間1,600～1,800人前後で推移していたため、自殺対策を社会全体で取り組む喫緊の課題として捉え、平成23年3月に策定した「かながわ自殺総合対策指針」に基づいて取り組みを進めた結果、平成24年以降減少傾向が続いています。しかし、依然として1,200人もの方が自殺により亡くなっている深刻な状況が続いています。

具体的な取り組みは、自殺予防の観点から、ゲートキーパー等の人材養成を実施するとともに、自殺が多い地域や再び自殺する危険が高い自殺未遂者等への対策及び自死遺族支援に取り組んでいます。また、市町村と連携し、地域の実情にあった自殺対策を進めています。

(3) 災害時の精神医療対策

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、災害派遣精神医療チーム「かながわDPA T 1」を整備しています。(再掲)

2 課題

(1) こころの健康づくりと相談体制の充実

こころの健康づくりに関連して、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者・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) 自殺対策の更なる推進

自殺対策や精神疾患の予防として、こころの悩みや不安に対応する相談機関の充実や周知、相談担当者の資質を向上することが必要です。

自殺を図った人の多くは、直前に精神疾患にかかっており、中でもうつ病

の割合が高いことから、普及啓発や人材養成等のうつ病対策を進めることが必要です。

自殺者数は、減少傾向にあるものの、若年者層の自殺者数が減少していないことから、小中高等学校での予防教育や若者の就職支援対策を充実することが必要です。

自殺者の男女比はほぼ7:3で男性が多く、中高年男性の自殺が多い傾向が続いていることから、これらの年齢層への働きかけや職場におけるメンタルヘルス対策が必要です。

引き続き、様々な関係機関・団体が自殺対策についての認識を共有し、相互に連携して総合的な対策を推進する必要があります。また、これまでの自殺対策の取組みを振り返り、より効果的な自殺予防対策及び自殺未遂者支援、自死遺族支援に取り組むことが必要です。

一人ひとりが思いやりの心を持ち、安心して生活できる地域づくりをすることが必要です。

(3) 災害時の精神医療対策の充実

災害の規模や程度に応じた被災者への専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行うために、DPA Tの体制整備の推進を図ることが必要です。

かながわDPA 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、平常時から実践的な訓練を行い、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。(再掲)

3 施策

(1) こころの健康づくりと相談体制の充実(県、市町村、県民)

こころの健康の保持・増進のため、県民に向けた普及啓発を継続して行います。また、精神保健福祉センターや保健福祉事務所において市町村と連携し、こころの健康に関する相談・訪問・普及啓発活動を継続的に行うとともに、充実していきます。

(2) 自殺対策の更なる推進(関係機関・団体、県、政令市、市町村)

国が定める自殺対策基本法の中で、都道府県、市町村は、自殺対策計画を策定することが義務づけられたことから、県においても自殺対策計画を策定するとともに、市町村が計画を策定するための支援を行います。また、教育・労働等の分野とさらに協力して自殺対策を総合的に進めます。具体的には、自殺予防対策、うつ病対策、自殺未遂者や自死遺族への支援、ゲートキーパーの養成に引き続き取り組みます。

(3) 災害時の精神医療対策の充実(医療機関、県、市町村)

DMA Tや医療救護班等、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。

災害が発生し、必要な場合には、県内外のDPA Tチームの受入・派遣調整等を行います。

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。

平時から、D P A T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。

保健医療救護計画に基づきかながわD P A T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。(再掲)

用語解説

ゲートキーパー

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

D P A T

「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、都道府県と政令指定都市が、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、看護師、調整員で構成されている。

第3節 ICTを活用した健康管理の推進

1 現状

県民個人が自身の健康情報を一元的に管理する仕組みとして、本県では、平成28年3月から、パソコンやスマートフォンでお薬情報や健康情報の記録・管理ができるアプリケーション「マイME-BYOカルテ」を提供しています。

2 課題

県民の主体的な健康管理を推進するため、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。

3 施策（県、市町村、民間事業者、県民）

市町村とも連携し、健康増進に向けた取組みへの「マイME-BYOカルテ」の活用や、「マイME-BYOカルテ」と連携した電子母子手帳の取組みを推進します。

また、企業や団体がCHO構想（ ）に取り組む際、その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」の活用を図ります。

用語解説

CHO構想

企業や団体が、健康管理最高責任者（CHO：Chief Health Officer）を設置し、従業員やその家族の健康づくりを企業経営の一環とする、いわゆる健康経営を進める取組み。

第4節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の養成

1 現状

圧倒的なスピードで進む高齢化や少子化により人口構造が変化しており、新しい社会システムの構築など新たな課題が発生しています。

さらに、グローバル化や個別化医療の進展等、現代社会特有の新たな動きが生じています。

2 課題

超高齢社会を乗り越える、持続可能な新たな社会システムを構築するために本県が取り組むヘルスケア・ニューフロンティアを推進する人材育成が必要です。

保健医療に関わる社会制度や自然環境が人々の健康や安全に及ぼす影響を体系的に理解する、次世代社会を見据えたグローバルに活躍できる人材の養成が求められています。

3 施策（県）

技術や社会システムの革新を起こすことができる人材を育成する大学院研究科を平成31年に開設します。

この研究科では、WHOを始めとする国際機関や国内外の大学、研究機関と連携した教育研究の実現を目指します。

- さらに、県施策に関するシンクタンク機能や、学生以外に対する公開講座の開催等により、県民の健康への関心を高め、行動変革の促進につながるよう機能も併せ持たせます。

第2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

救急医療は、昼夜の区別なく急病や事故等から県民の生命を守る使命を担っています。

本県では、比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療、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、そして高度で特殊・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と、役割分担と連携のもと病状に応じた適切な医療が受けられるよう救急医療体制の体系的な整備を進めています。

現在、救急医療をめぐる状況は、総じて、供給側（医療体制）では、医師の高齢化、女性勤務医の増加、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減少し、当直医の勤務負担が増大する一方、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おり、今後、更に医療体制と医療ニーズの間のミスマッチが拡大する懸念があります。

このことを踏まえ、本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します。

また、県民が迅速で適切な救急医療が受けられるよう、バイスタンダー（ 1 ）による応急手当てや救急救命士によるプレホスピタル・ケア（ 2 ）を推進します。

1 現状

(1) 病院前救護

平成 27 年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生（除細動含む。）を実施した場合の1か月生存率は16.1%、実施しなかった場合は9.2%と約1.8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。

平成 27 年中の県内の応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数は82,464人で、人口1万人あたり90人が受講しています。

平成 29 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、17,898台あります。

平成 27 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、全国で唯一100%であり、全国の87.7%よりも高い割合となっています。

病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール（ 3 ）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。

傷病者を受入れる医療機関が速やかに決定されない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 年度 2 月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年 3 月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年 6 月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。

(2) 初期救急

初期救急医療体制については、休日夜間急患診療所等（平成 29 年 4 月 1 日現在、医科：48 か所、歯科：20 か所）及び在宅当番医制（ 4 ）により実施しており、休日夜間急患診療所等は、医科で 17 市 1 町、歯科で 17 市に所在しています。

休日夜間急患診療所等の平成 27 年度診療患者数は、医科 397,360 人、歯科 11,242 人となっており、医科の診療患者数では、49%が小児科を受診、36%が内科を受診しています

(3) 二次救急

二次救急医療体制については、病院群輪番制（ 5 ）（14 ブロック）及び救急病院等の認定（ 6 ）を受けた計 183 医療機関（平成 29 年 4 月 1 日現在）により実施していますが、この体制に参加する医療機関数は、平成 26 年度は 187 機関、平成 27 年度は 188 機関、平成 28 年度は 183 機関と横ばいに推移しています。

(4) 三次救急・ドクターヘリ

三次救急体制については、大学病院をはじめとする 21 か所（平成 29 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 か所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平成 29 年 4 月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されました。

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（ 7 ）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、また平成 26 年 8 月からは本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。

ドクターヘリの直近 3 か年の搬送実績は、平成 26 年度は 253 件、平成 27 年度は 281 件、平成 28 年度は 212 件であり、平成 14 年度から平成 28 年度末までの搬送延実績は 4,624 件です。

平成 27 年度実績における重症度の内訳は予後効果の検証対象 224 件中、重篤 46 件（ 8 ）（20.5%）、重症 113 件（ 9 ）（50.5%）、中等症（ 10 ）63 件（28.1%）、軽症（ 11 ）2 件（0.9%）です。

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急

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

医療を本県独自に実施しています。

耳鼻咽喉科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、10,818 人で、内、102 人(0.9%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は、救命救急センター設置病院で全体の 6 割を占めています。また、休日診療を実施する一般の耳鼻咽喉科診療所が少なく、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。

眼科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、3,136 人で、内、34 人(1.1%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は特定機能病院(12)などの大学附属病院で全体の 6 割を占めています。また、休日診療を実施する一般の眼科診療所は都市部を中心に散在しているものの、コンタクトレンズ装着等の特定目的の診療が多く、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。

(6) 高齢者救急

神奈川県内における平成 27 年の救急搬送件数は、394,313 件と東京都、大阪府に次ぐ全国 3 位で平成 23 年(372,909 件)比 5.7%増。なお、高齢者搬送件数は、217,734 件と救急搬送件数全体の 55%(平成 23 年では 50%)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。

(7) 情報システム

神奈川県救急医療情報システム(ウェブサイト)において、救急関係機関(医療機関、消防本部(局)等)が常時、応需情報(13)の閲覧ができる運用体制となっています。

また、神奈川県救急医療中央情報センターでは、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。

救急関係機関による平成 28 年度の救急医療情報システム利用件数は 150,485 件、また、神奈川県救急医療中央情報センターにおける平成 28 年度の電話照会受付件数は 4,306 件となっています。

(8) 適正受診の促進

平成 27 年度における二次救急医療機関に救急受診した患者数の内、軽症患者の割合が 73%、三次救急医療機関では、中等症・軽症患者の割合が 92%を占めており、また、二次・三次救急医療機関に救急受診した小児患者の内、中等・軽症患者が 99.6%を占めています。このことから、軽症患者の流入により、二次・三次救急医療機関に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。

2 課題

(1) 病院前救護

救命率の向上を図るため、県民による救急法など応急手当ての実施や、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です。

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

実が必要です。

高齢化の進展に伴い救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、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課題です。

(2) 初期救急

救急医療体制を持続的に確保する観点から、初期救急へのアクセスが要請される軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者（重篤から中等症まで）の円滑な受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進（県民の意識の向上）が必要です。

医師の高齢化等により、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、初期救急へのアクセスの公平性の観点を踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。

(3) 二次救急

二次救急医療における平成 27 年度の救急取扱い患者数の内訳をみると、死亡 2,409 人(0.4%)、重症 30,395 人(5.0%)、中等症 127,220 人(20.8%)、軽症 450,434 人(73.8%)となっており、軽症患者が二次救急医療機関へと流入していることから、二次救急医療機関に搬送される患者（中等症）の円滑な受入れに支障が生じています。

高齢化の進展に伴い、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や、在宅高齢者の急病による「時々入院」の増加により、二次救急に搬送される救急患者が増加すると考えられます。

地域完結型医療（14）を推進していくため、三次救急との機能分化・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。

(4) 三次救急・ドクターヘリ

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が必要です。

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整備されたことから、今後は、地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保とセンター機能の質の充実が課題です。

救命救急センターの国の充実段階評価が見直されることから、本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すことが必要です。

救命救急センターの「出口問題」（15）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・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。

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症・重篤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（16）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。
- (5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急
医師の高齢化等により、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、県内6ブロックでの持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。
- (6) 高齢者救急
今後、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高齢者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と受入れ医療機関の確保が課題です。
- (7) 情報システム
神奈川県救急医療情報システムは、救急患者の症状に応じた適切な医療機関への迅速な患者搬送に資するため、精度の高い応需情報の収集・提供が求められます。
横浜市が平成28年1月から開始した救急安心センター事業(#7119)(17)の全県化を検討した場合、神奈川県救急医療情報システムが収集している応需情報と、神奈川県救急医療中央情報センターが持つ医療機関検索等の医療資源の有効活用も含めた検討が必要です。
- (8) 適正受診の促進
軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。
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(18)の必要性を認識してもらうことが課題です。

3 施策

- (1) 病院前救護(県、市町村、消防機関、関係団体、医療提供者、県民)
県民による応急手当てが救急現場において更に実施されるよう、自動体外式除細動器(AED)を用いた救急法講習会の実施や救急蘇生法の普及・啓発を行ないます。
救急救命士がより適切に活動できるよう救急救命士の業務範囲の拡大等、救急業務の高度化の対応のために、救急救命士の再教育の更なる検討を行い、適切な再教育を実施します。
医師による救急隊への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。
高齢化の進展に伴い増加する高齢者救急に適応した救急搬送体制や患者の意思を尊重した終末期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。

- (2) 初期救急（市町村、県、消防機関、関係団体、医療提供者、県民）
軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や軽症患者の適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。
休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な運営費等の支援を行います。
また、休日夜間急患診療所等による初期救急機能（患者トリアージ機能）が、更に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ための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス（救急電話相談・医療機関案内）の段階的な導入について検討します。
- (3) 二次救急（市町村、県、消防機関、関係団体、医療提供者）
引き続き、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運営費等の支援を行います。
引き続き、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。
地域完結型医療を推進していくため、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（ポストアキュート）や在宅急病時の入院受入れ機能（サブアキュート）を担う回復期病床等への転換を促進し、増加する高齢者救急における切れ目のない医療提供体制の構築を図ります。
- (4) 三次救急・ドクターヘリ（県、市町村、消防機関、関係団体、医療提供者）
全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、地域の二次・三次救急医療機関の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保を図るとともにセンター機能の質の充実に向けた取組みについて検討します。
救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、本県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直しを検討します。
救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の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・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。
ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。
- (5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急（県、市町村、関係団体、医療提供者）
引き続き 6 ブロック体制を維持することにより、休日の重症患者発生時の円滑な高次医療機関への救急受入れを確保するとともに、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療ニーズに適応した効率的な初期救急体制について検討します。
- (6) 高齢者救急（県、市町村、消防機関、関係団体、医療提供者、県民）

高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受け入れ機能を担う回復期病床等への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。

患者の意思を尊重した終末期医療が患者・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。

(7) 情報システム（県、市町村、消防機関、医療提供者）

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。

本県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。

(8) 適正受診の促進（県、市町村、消防機関、関係団体、医療提供者、県民）

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、並びに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抑制と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ための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス（救急電話相談・医療機関案内）の段階的な導入について検討します。

用語解説

1 バイスタンダー

救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等）のこと。

2 プレホスピタル・ケア

急病人などを病院に運び込む前に行う応急手当。主として、救急車内で行うものをいう。病院前救護。

プレホスピタル・ケアを担う代表的な職種が救急救命士であり、救急救命士の業務として、救急救命処置を行います。救急救命士の処置範囲の拡大と業務の高度化を図るため、平成 15 年以降心肺機能停止傷病者に対する除細動、気管挿管、薬剤（アドレナリン）投与が認められました。さらに平成 21 年には心肺機能停止前の傷病者に対し、アドレナリン製剤の使用、平成 23 年には気管挿管においてビデオ喉頭鏡の使用、平成 26 年には静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が認められています。

3 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。

4 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。

5 病院群輪番制

地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日夜間の診療体制を整備し、原則、初期救急医療施設からの転送患者の診療を行うこと。

6 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。

7 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。

8 重篤

生命の危険が切迫しているもの。

9 重症

生命に危険があるもの。

10 中等症

生命の危険はないが、入院の必要があるもの。

11 軽症

入院の必要がないもの。

12 特定機能病院

高度の医療の提供、高度の医療に関する開発・評価及び研修を行う能力を備える病床数400床以上の大学病院の本院等が承認の対象。本県では、公立大学法人横浜市立大学附属病院、聖マリアンナ医科大学病院、北里大学病院、東海大学医学部附属病院が指定を受けている。

13 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。

14 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。

15 「出口問題」

救急医療機関（主に救命救急センター）に搬入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。

16 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。

17 救急安心センター事業（#7119）

総務省消防庁が推進する、共通の短縮ダイヤル「#7119」を使用し、医師、

看護師、相談員等が、すぐに救急車を呼ぶべきか、すぐに医療機関を受診すべきか等の医療相談、受診可能な医療機関案内等、判断に悩む住民（全年齢）からの相談に助言を行う24時間365日の救急電話サービス。

18 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、自分の病気について積極的に情報収集し、治療にも前向きにかかわっていくこと。

第2節 精神科救急

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繋げるとともに、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、実施しています。

精神障害者の人権を尊重し、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、精神科救急医療提供体制等のさらなる充実を図ります。

1 現状

(1) 精神科救急医療の受入体制

精神科救急医療体制は、平成19年10月から、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）、二次救急（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を要する者に対応する精神科救急）、三次救急（精神保健福祉法第23条の規定に基づく警察官の通報）について、365日24時間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。

夕方から夜間にかけて、患者及びその家族等からの相談受付体制や救急医療機関の受入体制の切替わりに伴い、医療機関の紹介や三次救急対応が困難な時間帯があります。

平成25年4月から、土日の夕方から夜間における受入医療機関を輪番で確保し、受入体制を強化しています。

夜間から深夜にかけて、患者及びその家族等からの相談や警察官の通報が複数件重なり、救急のベッドが満床となった場合、医療機関の紹介や三次救急対応が翌日まで持ち越されてしまうことがあります。

平成29年4月から、新たに深夜帯の受入医療機関を輪番で毎日確保し、受入体制を強化しています。

(2) 身体合併症の受入体制

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の受入医療機関について、平成19年度から身体合併症転院事業を実施しています。

精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組みとして、精神疾患を有する傷病者に係る基準の受入医療機関確保基準に記載する身体合併症対応施設が平成28年3月に新たに4医療機関指定され、計6医療機関が身体合併症対応施設として指定されています。

県西部における精神疾患を伴う救急患者の受入れを拡充するため、平成28年度から2年間で県域の救命救急センター2ヶ所において、精神疾患対応救

急医の人材養成を行いました。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制

薬物等依存症の治療及び回復支援の充実を図るため、平成 26 年 10 月に県内精神科医療機関 1 ヶ所を依存症治療拠点機関として指定し、依存症に関する専門的な相談支援、関係機関や依存症者の家族との連携・調整等を推進しています。

精神科救急医療体制の中で薬物等依存症患者に医療を提供できる地域の専門医療機関が少ない状況です。

2 課題

(1) 精神科救急医療の受入体制の充実

身近な地域での受入体制が整備されていないことから、アクセス改善に向けた工夫が必要です。

切れ目のない救急医療体制を確保するため、今後も受入困難な時間帯の解消に向けた取組みが必要です。

(2) 身体合併症の受入体制整備

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、転院する事業は、現在横浜市内の 3 病院で実施していますが、県西部においても、受入医療機関を整備することが必要です。

精神疾患と身体疾患の救急医療体制については、一般救急での受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備

地域において薬物等依存症に対応できる医療機関を整備し、依存症専門医療機関として明確にすることが必要です。

3 施策

(1) 精神科救急医療体制（県、政令市、医療提供者）

身近な地域での受入体制が整備されていないことから、アクセス改善に向けた見直しを行います。

受入医療機関の病院機能や役割も踏まえつつ、精神科救急医療体制を見直し、切れ目のない受入体制の確保に向けた取組みを検討します。

(2) 身体合併症の受入体制（県、政令市、消防機関、医療提供者）

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、転院する事業を、県西部でも実施できるよう、受入医療機関の整備を行います。

精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、関係機関（精神科救急医療機関、一般救急医療機関、消防機関）との相互理解を深め、一般救急での受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携を推進します。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備（県、政令市、医療提供者）

薬物等依存症に対応できる医療機関を依存症専門医療機関として指定し、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、依存症治療拠点機関と依存症専門医療機関との医療連携体制を構築します。

第3節 災害時医療

熊本地震等の検証を踏まえ、今後発生が予測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大規模な災害や局地的な風水害、大規模な事故等の局地災害に備え、県民の命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」(平成30年3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。

そのため、災害拠点病院の機能強化等を図り、災害時医療救護体制の整備を促進します。

1 現状

(1) 災害拠点病院の整備

災害拠点病院は、多発外傷(1)、挫滅性症候群(2)、広範囲熱傷(3)等、災害時に多発する重傷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(4)DMAT: Disaster Medical Assistance Team)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。

本県が指定している災害拠点病院は、平成30年3月現在で33病院です。

(2) DMATの整備

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平成29年3月現在で15病院です。

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(5)を保有する災害拠点病院は平成29年3月現在で26病院です。

(3) 災害時保健医療体制の整備

本県では、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。

また、各地域では、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、市単位で地域災害医療対策会議に相当する会議を設置し、本県と連携して医療救護活動を実施します。

(4) 災害時の精神医療対策

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、災害派遣精神医療チーム「かながわDPA T (6)」を整備しています。

2 課題

(1) 災害医療拠点病院の整備

「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業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等が追加され、早急な対応が求められています。

(2) DMATの整備

災害時の現場対応力の充実強化を図るため、中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備が必要です。

医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT - Lの整備が必要です。

(3) 災害時保健医療体制の整備

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。

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、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。

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。

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。

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。

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。

(4) 災害時の精神医療対策

災害の規模や程度に応じた被災者への専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行うために、DPA Tの体制整備の推進を図ることが必要です。

かながわDPA 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、平常時から実践的な訓練を行い、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。

3 施策

(1) 災害拠点病院の整備(県、医療提供者)

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。

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。

- (2) D M A Tの整備(県、医療提供者)
- 被災時に中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のD M A Tの整備を進めます。
- 医療救護体制の強化を図るため、神奈川D M A T - Lの整備を進めます。国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックD M A T訓練に参加し、他の都道府県D M A Tとの連携強化を図ります。
- (3) 災害時保健医療体制の整備(県、市町村、医療提供者)
- 平時においても、災害医療コーディネーター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、災害時医療救護体制の充実強化を図ります。
- 災害拠点病院に準ずる設備・機能を有する「災害協力病院」の指定をさらに進め、医療救護体制の強化を図ります。
- 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。
- 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。
- 災害時に、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ため、医療機関、県、市町村の職員を対象にトリアージ技術習得等の研修を実施します。
- 「ビッグレスキューかながわ(県・市総合防災訓練)」等の訓練に参加し、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を図ります。
- 災害医療コーディネーターのサポートとして小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」の配置を検討します。
- 県外発災時における応援派遣についても実施体制を整備します。
- (4) 災害時の精神医療対策(県、市町村、医療提供者)
- D M A Tや医療救護班等、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。
- 災害が発生し、必要な場合には、県内外のD P A Tチームの受入・派遣調整等を行います。
- 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。
- 平時から、D P A T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。
- 保健医療救護計画に基づきかながわD P A T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。

用語解説

1 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。

2 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。

3 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。

4 災害派遣医療チーム（DMAT）

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

5 神奈川DMAT-L

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

6 DPAT

「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、都道府県と政令指定都市が、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、看護師、調整員で構成されている。

第4節 周産期医療

本県では、保健医療計画とは別に、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)」周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に定める周産期医療体制整備指針(第1の3(3))、「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日付)」に基づき、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の推進を図ってきましたが、同指針が、平成28年度末に廃止となったことを受け、平成30年度から、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を保健医療計画へ一本化することといたしました。

1 現状

(1) 周産期救急医療システムの充実

本県における母親の年齢別出生数を見ると、35歳未満の割合が減少し、35歳以上の割合が増加しています。

本県における体重別出生数を見ると、低出生体重児(1)及び極(超)低出生体重児(2)の出生割合が増加しています。

昭和60年6月から、「神奈川県周産期救急医療システム」を運用しており、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。

平成6年8月から、「神奈川県周産期救急医療情報システム」を運用しており、県救急医療中央情報センター、県周産期救急医療システム受入病院、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。

また、本システムは、同じく本県で運用している「神奈川県救急医療情報システム」と並行して閲覧できるように整備しており、精神疾患等、産科合併症以外の合併症を有する妊婦が救急搬送された際、迅速に対応可能病院を検索できるように配慮されています。

本県においては、ほぼ全ての地域から、分娩医療機関まで30分以内及び周産期母子医療センターまで60分以内に到着することができます。

(2) 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。

(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

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。

救急隊が病院に4回以上照会を行った割合は、減少傾向にありますが、救急隊が病院に30分以上照会を行った割合は概ね横ばいとなっています。

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実

本県におけるNICU設置数は、平成23年度では185床となっていました。

平成 28 年度では、213 床となっています。

周産期母子医療センターの NICU に勤務する看護師は平成 23 年度には 415 人でしたが、平成 26 年度では、454 人と増加しています。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

本県における体重別出生数を見ると、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加しています。

本県における周産期母子医療センターの NICU 長期入院児(1 年以上入院をしている児)は、平成 22 年度には 6 人でしたが、平成 26 年度には 10 人となっています。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

本県における分娩取扱医師数は平成 22 年度では 479 人でしたが、平成 28 年度では、531 人と微増しています。

新生児医療担当医師については、小児科と新生児科を兼任する医師がいるなど、実態に即した数値を捉えることが難しいところですが、平成 27 年時点で県内における日中に NICU 等を担当する常勤医師等の数は、170 人となっています。

(7) 分娩取扱施設の減少

本県の分娩取扱施設数は平成 23 年度には 158 施設でしたが、平成 28 年度は 149 施設となっており、減少傾向にあります。

本県の出生数は平成 22 年に 78,077 人でしたが、平成 27 年には 73,475 人となっており、減少傾向にあります。また、地区別に見ると、特に西湘地区の減少率が高くなっています。

(8) 周産期医療における災害対策

東日本大震災において小児・周産期に関する患者の把握や搬送、情報共有が円滑になされなかったことから、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化する必要性が指摘されています。

2 課題

(1) 周産期救急医療システムの充実

妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます。

そのため、今後も神奈川県周産期救急医療システムを安定的に運用し続けていく必要があります。

(2) 近隣都県との連携体制の構築

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、平成 24 年 1 月から引き続き実施し、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。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

救急隊から直接搬送される患者の受入は円滑になりつつありますが、更なる体制整備を検討する必要があります。

(4) NICU 等周産期施設等の整備・充実

妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超低出生体重児)の増加が見込まれます。

そのことを踏まえつつ、NICU等の周産期施設等の整備やNICU等で勤務する看護師の確保について、検討を行う必要があります。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

妊産婦の高齢化に伴い、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加することが見込まれます。

それに伴い、NICU入院児数も増加することが見込まれるため、NICU病床の円滑な運用に向け、長期入院児の増加を抑制する必要があります。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

特に新生児医療担当医師については、日中にNICU等を担当する常勤医師等の数として数値を把握しており、周産期医療協議会などの会議体では、医師不足についての意見が示されていますが、当該数値からは当直の可否が不明であるなど、必ずしも実態を反映し切れていません。

そのため、新生児医療担当医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。

(7) 分娩取扱施設の減少

分娩取扱施設の減少に伴い、地域でお産をする施設を見つけることに困難をきたしています。

しかし、出生数は減少傾向にあることから、分娩取扱施設数を著しく増加させることが現実的には難しいという側面もあります。

そのため、分娩取扱施設数を維持しつつ、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。

(8) 周産期医療における災害対策

東日本大震災で明らかになったように、災害時における小児・周産期医療に関する準備が不足しており、対策が求められています。

3 施策

(1) 周産期救急医療システムの充実(県、市町村、関係団体)

周産期救急医療システムの安定的な運用に向けた取組みを、当該システム受入病院に対して行います。

(2) 近隣都県との連携体制の構築(県、関係団体、医療提供者)

引き続き、東京都との連携体制の強化に向けて、検討します。

(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、医療提供者)

救急隊から直接搬送される際に円滑に受入が進まない原因を特定し、改善に向けた検討します。

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実(県、関係団体、医療提供者)

今後の社会的要因を踏まえつつ、NICU等周産期施設等の整備やNICU等で勤務をする看護師の確保について、今後の方向性を検討します。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備(県、市町村、関係団体)

長期入院児の抑制に向け、NICU から在宅へ移行した後の受入体制を整備することで、保護者の負担軽減を図ります。

- (6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進(県、関係団体、医療提供者)
新生児医療担当医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討します。
- (7) 分娩取扱施設の減少(県、関係団体、医療提供者)
各分娩取扱施設の分娩取扱数の増加させるための方策について検討します。
- (8) 周産期医療における災害対策(県、関係団体、医療提供者)
災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」の配置を検討しつつ、災害医療体制における小児・周産期医療分野の体制強化を推進します。

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

第5節 小児医療

少子化、核家族化、夫婦共働き世帯の増加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。

安心して子どもを産み、育てることができる環境を整備するため、小児医療の充実、特に夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制の確保・充実を図っていきます。

1 現状

(1) 小児医療に係る需要の現状

本県の小児人口は1,169,741人で全国平均(347,267人)の約3.4倍、出生率は8.2で全国平均(8.0)と比べてやや高いことから、本県は他都道府県と比較して小児医療に係る需要が多い状況です。

なお、本県の将来推計人口(0～14歳)は、平成27年が1,148,705人、平成32年が1,073,412人、2025年(平成37年)が984,123人となっており、今後しばらくの間は現状と同程度の需要が続くものと考えられます。(「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所)

(2) 小児患者の現状

本県の乳児死亡率は1.9で全国平均と同じ、幼児死亡率(幼児千人あたり)は0.5で全国平均と同じ、小児(15才未満)の死亡率(小児千人あたり)は0.2で全国平均と同じとなっており、他都道府県と横並びの状況です。

全国の傷病程度別の乳幼児の搬送割合は軽症が75.6%であり、全年齢平均(48.7%)の約1.6倍となっています。(平成28年版救急救助の現況)

(3) 小児医療に係る供給の現状

ア 小児の健康状態の相談を行う機能

夜間における子どもの体調の変化や症状に関し、保護者等が判断に迷った場合に、電話により看護師等が必要な助言を行うかながわ小児救急ダイヤル「8000」を実施しています。

本県の#8000事業は、毎日18時～22時は3回線、22時～24時は2回線で実施しており、平成28年度は30,941件の相談を受け付けました。

平均して1時間あたり1回線で5.3件の相談を受け付けており、回線の余裕は少ない状況です。

なお、横浜医療圏では、#8000事業の全年齢対応版とも言える#7119事業を実施しており、毎日24時間体制で相談を受け付けています。

イ 初期救急医療体制

初期救急(比較的軽症の小児救急患者の医療)については、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等で対応していますが、全33市町村のうち、4市11町1村は、各市町村域内に小児初期救急に対応する休日夜間急患診療所等を持ちません。

本県の一般小児医療を担う一般診療所数(小児10万人あたり)は39.5

で全国平均(33.1)の約1.2倍となっており、他都道府県と比較して初期救急に係る医療資源は多い状況ですが、県央医療圏及び県西医療圏では、一般小児医療を担う一般診療所数(小児10万人あたり)の全国平均(33.1)を下回っており、県下全域に十分な医療資源があるとはいえません。

ウ 二次救急医療体制

二次救急(緊急手術や入院を必要とする小児救急患者の医療)については、全県14ブロック体制で小児輪番病院や小児救急医療拠点病院で対応していますが、輪番体制は各ブロックにより差があり、複数の病院で輪番体制が組んでいるブロックがある一方、1病院で担っているブロックも存在します。

本県の一般小児医療を担う病院数(小児10万人あたり)は9.3で全国平均(16.1)の約0.6倍となっており、全ての医療圏で全国平均(16.1)を下回っています。特に湘南東部医療圏は5.1と非常に厳しい状況となっており、他都道府県と比較して二次救急に係る医療資源は少ない状況です。

本県では、全ての二次医療圏に小児入院医療管理料を取得した病院が複数存在しています。

エ 三次救急医療体制

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、県立こども医療センターと、各医療圏に1か所以上存在する救命救急センターで対応しています。

2 課題

(1) 小児の健康状態の相談を行う機能の充実

#8000 事業の電話回線数に余裕が少なく、相談時間帯が18時~24時のため、相談の需要に十分に答えられていないことから、小児の健康状態の相談を行う機能の更なる充実が必要です。

(2) 小児救急医療体制の安定的な確保

小児医療に係る需要が多い一方、供給(特に二次救急に係る医療資源)が不十分なうえ、軽症患者が多く二次・三次医療機関に流入しており、少ない供給を更に圧迫している状況です。

夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制を安定的に確保するためには、小児救急医療の供給量の維持・充実に努めるとともに、小児救急に係る医療資源の効率的な活用を進める必要があります。

ア 初期救急医療体制

患者の病状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・三次医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。

併せて、小児救急患者の大部分を占める軽症患者を受け入れることができる初期救急医療体制が求められます。

イ 二次救急医療体制

二次救急に係る医療資源が少ないため、供給量の維持・充実が必要です。

ウ 三次救急医療体制

三次救急医療を必要とする重症の患者が素早く治療を受けられるよう、受入先の医療機関を決定する速度の向上や、搬送時間の短縮に努める必要があります。

エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実

退院して在宅医療に移行できる患者を積極的に地域で受け入れることで、二次・三次医療機関の病床回転率を上げ、少ない医療資源を効率的に活用する必要があります。

3 施策

(1) 小児の健康状態の相談を行う機能の充実（県、市町村、医療提供者、関係団体、県民）

引き続き、#8000 事業を実施し、同事業の更なる周知を図るとともに、同事業の更なる拡充や、同様の事業である#7119 事業との連携など、より効果的な施策も検討します。

(2) 小児救急医療体制の安定的な確保（県、市町村、医療提供者、関係団体）

引き続き、患者の病状に応じた小児救急医療体制の維持・充実に努めます。

また、引き続き、退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実に図ります。

ア 初期救急医療体制

各地域内の診療所の医師による、積極的な初期救急体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力などの連携を図り、各地域内における初期救急体制を維持します。

イ 二次救急医療体制

小児輪番病院及び小児救急医療拠点病院により、各医療圏における二次救急体制を維持します。

ウ 三次救急医療体制

救急医療情報システムを活用した小児救急患者の搬送に必要な情報提供や、ドクターヘリ、ドクターカーを利用した小児救急患者の病院間搬送体制を維持・充実します。

エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実

NICU や PICU で療養中の重症心身障害児等が在宅や適切な施設、後方支援病院に移行できる医療提供体制を整備します。

小児も対象にした訪問看護ステーションや医療的ケアに対応できる福祉事業所の増加、療育機能の充実など、在宅の療養患者や障害児の生活環境の整備を進めます。

第3章 疾病別の医療連携体制の構築

第1節 がん

平成25年3月に策定した「神奈川県がん対策推進計画(平成25年度～平成29年度)」について、計画期間が満了し、計画を改定する必要があります。

がんを取り巻く環境が大きく変化する中、本県のがん対策を総合的、効果的に進めるため、「神奈川県がん対策推進計画」を改定します。

1 現状

- (1) がんを取り巻く現状と今後
 - ア 神奈川県の人口展望(現状と将来)
 - イ 神奈川県のがんり患数とり患率の推移
 - ウ がんの生存率の状況
 - エ 神奈川県のがんによる死亡の状況
 - オ 神奈川県内のがん検診受診状況
 - カ がんに必要な医療費の状況
 - キ 将来の動向

2 課題

- (1) がんの予防
 - ア 1次予防
 - イ 2次予防
- (2) がん医療の提供
 - ア がん診療連携拠点病院等を中心としたがん医療提供体制
 - イ 地域連携、協働の推進
- (3) がんとの共生
 - ア 緩和ケアの推進
 - イ がん患者への支援
 - ウ がんに対する理解の促進

3 施策

- (1) がんの予防
 - ア 1次予防
 - イ 2次予防
- (2) がん医療の提供
 - ア がん診療連携拠点病院等を中心としたがん医療提供体制
 - イ 地域連携、協働の推進
- (3) がんとの共生
 - ア 緩和ケアの推進
 - イ がん患者への支援
 - ウ がんに対する理解の促進

第2節 脳卒中

1 現状

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、平成27年において男性36.6女性19と、全国平均の男性37.8女性21を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。

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、平成27年中の平均で39.7分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。

アクセスマップと人口カバー率で見ると、9割以上が30分圏内でカバーされていることから、救急搬送体制は機能していると考えられます。

救命救急センターを有する病院は全二次医療圏に存在し、合計21病院あります。

脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数は、平成27年診療報酬施設基準によると55病院あり、同療法の適用患者への実施件数は、人口10万人あたり8.7件となっていますが、二次医療圏別の実施件数は、県央の3.5件から県西の23.2件まで幅があります。

脳卒中の退院患者平均在院日数は、平成26年患者調査によると、100.7日であり、全国平均の109.2日に対して8.5日短くなっています。

地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数は、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）の平成27年度のデータによると、全国19,656件中、本県は2,155件あり、全国の約11%を占めています。

地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数を人口10万人あたりで見ると、24.3件であり、全国平均の15.5件を上回っています。ただし、二次医療圏別に見ると、相模原の10.2件から横須賀・三浦の51.5件まで幅があります。

2 課題

(1) 予防

「かながわ健康プラン21（第2次）」の直近値では、脳卒中の危険因子である高血圧に関連する男性の肥満者の割合は、減少したが、女性の肥満者の割合は、増加しています。野菜の一日摂取量は、改善がみられたものの目標に達しておらず、多量飲酒では、中高年女性の割合が増加しています。また、運動習慣のある人は、男女共に減少傾向にあります。

今後も、生活習慣病を発症させないため、食生活や運動習慣の改善、喫煙防止について啓発していくことが必要です。

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口腔内の清潔を保つことが必要です。

(2) 医療

ア 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。

急性期の脳梗塞に対しては t-PA (tissue-type plasminogen activator) 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-PA 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。

イ 急性期後の医療

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

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

脳卒中の治療に対応できる医療機関について、わかりやすい情報提供に努め、連携を推進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 (Q O L) 向上が望めるため、急性期病院から回復期を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

3 施策

(1) 予防 (県、市町村、関係団体、県民)

「かながわ健康プラン 2 1 (第 2 次)」の推進のために、県民、企業、学校等の関係者からなる「かながわ健康プラン 2 1 推進会議」において、取り組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

(2) 医療 (県、市町村、医療関係団体、医療提供者、介護事業者)

ア 病院前救護体制及び急性期医療

脳卒中を疑うような症状が出現した場合に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。

医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

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

イ 急性期後の医療

口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下 (えんげ) リハビリテーションや口腔内を清潔に保つことを推進します。

多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に図ります。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、わかりやすい情

報提供を行い、連携の推進を図ります。

急性期、回復期、維持期の各々の病期を担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における脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

地域連携クリティカルパスを活用し、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。

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状

人口動態統計特殊報告における平成 27 年の疾患別の年齢調整死亡率（人口 10 万対）によると、虚血性心疾患は、男性 27.3 女性 8.7 と、全国平均の男性 31.3 女性 11.8 を下回っていますが、心不全は男性 24.5 女性 14.9 と、全国平均の男性 16.5 女性 12.4 を上回っています。また、大動脈瘤及び解離は男性 6.9 女性 3.5 と、全国平均の男性 7 女性 3.5 と同程度となっています。

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、平成 27 年中の平均で 39.7 分であり、全国平均の 39.4 分と同程度となっています。

アクセスマップと人口カバー率で見ると、9 割以上が 30 分圏内でカバーされていることから、救急搬送体制は機能していると考えられます。

平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、循環器内科医師の人口 10 万人当たりの数は、相模原二次保健医療圏で 10.8 人と一番多く、次いで横須賀・三浦の 10.5 人、湘南西部の 9.9 人の順となっています。

心臓血管外科医師の人口 10 万人当たりの数は、横浜南部二次保健医療圏で 4.3 人と一番多く、次いで川崎南部の 3.6 人、横須賀・三浦の 2.7 人の順となっています。

心血管疾患の専用病室である冠疾患集中治療室（CCU：Coronary Care Unit）を有する病院は、平成 26 年医療施設調査によると県内に 15 病院あります。

虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、平成 26 年患者調査によると、全国平均が 8.2 日であるのに対し、本県の平均は 5.5 日と 2.7 日短くなっています。

2 課題

(1) 予防

「かながわ健康プラン 2 1（第 2 次）」の直近値では、心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である男性の肥満者の割合は、減少したが、女性の肥満者の割合は、増加しています。野菜の一日摂取量は、改善がみられたものの目標に達しておらず、多量飲酒では、中高年女性の割合が増加しています。また、運動習慣のある人は、男女共に減少傾向にあります。

今後も、生活習慣病を発症させないため、食生活や運動習慣の改善、喫煙防止について啓発していくことが必要です。

(2) 医療

ア 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、自動対外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行

うことが求められます。

医療機関到着後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）、冠動脈バイパス術（CABG）、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。

イ 急性期後の医療

慢性心不全は心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴であり、増悪予防のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

心疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。

心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院と訪問看護ステーション等の連携した対応が必要です。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

心血管疾患の治療に対応できる医療機関について、わかりやすい情報提供に努め、連携を推進することが必要です。

3 施策

(1) 予防（県、市町村、関係団体、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校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、取り組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

(2) 医療（県、市町村、医療関係団体、医療提供者）

ア 病院前救護体制及び急性期医療

医療機関と消防機関との連携やAEDの配置等により、病院前救護体制の充実に努めます。

家族等周囲にいる者が、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施できるよう、普及啓発に努めます。

心臓疾患専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク）等の構築により、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。

イ 急性期後の医療

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、摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーションや口腔内を清潔に保つことを多職種（医師・看護師・歯科医師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより推進し、再発と増悪の予防を図ります。

多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に努めます。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、わかりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

第4節 糖尿病

1 現状

糖尿病は、死亡原因の上位を占める疾患にはなっていないが、脳卒中、急性心筋梗塞等の危険因子となり、腎症を含む合併症により日常生活に支障を来たす慢性疾患であり、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は増加傾向となっています。

糖尿病内科（代謝内科）医師の人口10万人当たりの数は、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、横浜南部二次保健医療圏で6.1人と一番多く、次いで相模原の4.8人、川崎南部の4.4人の順となっています。

糖尿病退院患者の平均在院日数は、平成23年患者調査によると、全国平均が35.5日であるのに対し、本県の平均は37.3日と1.8日長くなっています。

糖尿病治療のコントロール不良例では、網膜症による失明、神経障害、腎不全、動脈硬化、歯周病などの様々な合併症を引き起こし、治療がさらに困難になるが、患者、県民の理解は必ずしも十分とはいえません。

平成28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、歯周病を有する者が多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は、平成23年では55.2%であったが、平成28年でも56.2%とほぼ横ばいとなっています。

2 課題

(1) 予防

「かながわ健康プラン21（第2次）」の直近値では、糖尿病有病者の増加は抑制されていません。男性の肥満者の割合は、減少したが、女性の肥満者の割合は、増加しています。野菜の一日摂取量は、改善がみられたものの目標に達しておらず、多量飲酒では、中高年女性の割合が増加しています。また、運動習慣のある人は、男女共に減少傾向にあります。

今後も、生活習慣病を発症させないため、食生活や運動習慣の改善、喫煙防止について啓発していくことが必要です。

歯周病は糖尿病の合併症であることなど、糖尿病と歯周病の関連性についての理解が進んでいないため、患者教育や県民への情報提供を十分に行なうことが必要です。

糖尿病予防のために、糖尿病のハイリスク者に対し、健康診断後の保健指導、歯科保健指導や歯周病の予防・治療などにより、生活習慣を見直し、改善することが必要です。

また、糖尿病を重症化させないためには、治療が必要な状態の者が、適切に受診を継続することが必要です。

市町村国民健康保険等の医療保険者は、健康診断結果やレセプト情報を活用することにより、医療経済的にも大きな負担となる糖尿病の重症化を予防し、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図ることが必要です。

(2) 医療

ア 糖尿病の医療

糖尿病は、網膜症、腎症、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞、歯周病などの合併症を併発しやすいため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。

糖尿病治療では、「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チーム医療が大切です。

地域医療連携の推進に有効な地域連携クリティカルパスについて、十分な活用が図られていないため、普及していくことが必要です。

イ 糖尿病患者への教育・情報提供

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。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

糖尿病の治療に対応できる医療機関について、わかりやすい情報提供に努め、連携を推進することが必要です。

3 施策

(1) 予防（県、市町村、関係団体、県民）

「かながわ健康プラン2 1（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校等の関係者からなる「かながわ健康プラン2 1推進会議」において、取組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

各保険者、市町村等が連携して、健診受診の奨励や生活習慣改善に向けた保健指導及び健康教育を実施していきます。

糖尿病と歯周病の関連性について、県民にわかりやすい情報提供を行います。

平成29年度中に、「神奈川県糖尿病（性腎症）重症化予防プログラム」を神奈川県医師会、神奈川県糖尿病対策推進会議等と連携して策定し、医療保険者（市町村国民健康保険等）と地域の医師会や医療機関等が連携して実施する受療勧奨や保健指導等の重症化予防の取組みを支援していきます。

(2) 医療（県、市町村、医療関係団体、医療提供者、県民）

ア 糖尿病の医療

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た「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。

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 糖尿病患者への教育・情報提供

患者の治療中断を防止するため、患者教育や情報提供を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

糖尿病の合併症（脳卒中、急性心筋梗塞を除く）治療に対応できる医療機関、糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の機能について、わかりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

第5節 精神疾患

1 現状

- 精神疾患は、統合失調症、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、認知症（アルツハイマー病等）、アルコール・薬物・ギャンブル依存症、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、平成26年患者調査によると、全国の総患者数は390万人を超える水準となっています。
- 本県の総患者数（1）は、平成26年患者調査によると25万4千人であり、平成20年に行われた同調査時の18万人と比べ、大幅に増加しています。
- 疾患の内訳は、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症の順となっており、この3疾患で総数の約66%を占めており、この状況は全国と同様です。
- 平成26年患者調査による本県の入院推計患者数は12万7千人で、疾患別にみると、統合失調症が55.9%、アルツハイマー病が11.8%、気分障害（うつ病等）が10.2%の順となっています。また、外来推計患者数は、19万7千人で、疾患別にみると、気分障害（うつ病等）が28.9%、神経症性障害（不安障害等）が19.7%、統合失調症が18.2%の順となっています。
- 平成26年患者調査によると、精神疾患の退院患者平均在院日数（病院）は、全国平均が295.1日であるのに対し、本県の平均は250.1日と45日短くなっています。
- 本県における、精神科病院数は、平成29年4月1日現在、70ヶ所です（県域26ヶ所、横浜市29ヶ所、川崎市9ヶ所、相模原市6ヶ所）。
- 本県における精神疾患対策は、県域を全県域と定め実施しています。
- 高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の増加も見込まれます。平成27年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後になると見込まれています。

2 課題

- 精神疾患は全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、患者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。
- (1) 予防
 - 精神疾患を予防するためには、本県における患者の疾患傾向を踏まえ、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症等について、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。
 - 本県における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必要です。

うつ病等の精神疾患は、最初に一般内科等のかかりつけ医を受診することも多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。

(2) 医療・社会復帰（地域生活）

精神疾患は多種多様であるため、医療機関の役割をより明確にし、県民に良質かつ適正な医療の提供を確保していく必要があります。

精神疾患の急激な発症・悪化（それに伴う自殺未遂等を含む）、災害時の精神科医療については、対応に急を要するため、迅速かつ適正な医療の提供を保障していく必要があります。

精神科医療機関へ入院した人の退院に向けた支援については、本県の精神疾患患者の平均在院日数を踏まえ、入院中からその支援の充実を図るとともに、患者及び家族が地域で安心して暮らせるような相談支援体制等の構築が必要です。

(3) 総合的な認知症対策の推進

ア 早期診断の推進と適切な医療の提供

イ 適切なケアの推進

ウ 認知症の人や家族への支援

3 施策

(1) 予防（県、政令市、市町村、医療提供者、県民）

県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、精神保健福祉センター、保健福祉事務所・センター等において、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知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・センター等の相談・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。

平成 20 年度から実施している「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続するとともに、今後、研修形態を工夫する等、更なる充実を図っていきます。

(2) 医療・社会復帰（地域生活）（医療提供者、県、地域関係機関）

多種多様な精神疾患に対応するため、県内における患者の動向、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。

児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル依存症、てんかんについては、引き続き、本県において専門医療を提供できる拠点機関を指定する、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。

急を要する精神科医療の提供については、引き続き、精神科救急医療（身体合併症対策を含む）、自殺対策（自殺未遂者支援等）、災害派遣精神医療チーム（かながわ D P A T）の体制の充実を図っていきます。

患者や家族が安心して地域で暮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等、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。

平成 30 年 3 月に策定予定の「神奈川県障害福祉計画（第 5 期平成 30 年度～平成 32 年度）」において、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害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、取組みを推進します。

平成 30 年 3 月に策定予定の「神奈川県障害福祉計画（第 5 期平成 30 年度～平成 32 年度）」において、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害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、取組みを推進します。

(3) 総合的な認知症対策の推進

- ア 早期診断の推進と適切な医療の提供
- イ 適切なケアの推進
- ウ 認知症の人や家族への支援

用語解説

1 総患者数

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

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

在宅医療は、高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、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、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素です。

今後の高齢化の進展等に伴い、慢性期の医療ニーズの受け皿や、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして、在宅医療への期待が高まっており、平成37年(2025年)における在宅医療等を必要とする患者数は、平成25年の83,775人/日と比較すると、1.66倍の138,718人/日に増加することが見込まれています。

退院支援を実施している診療所・病院の人口10万人あたりの数は1.7であり、全国平均の3.2を下回っています。(平成27年度NDB)

訪問診療を実施している診療所・病院の人口10万人あたりの数は16であり、全国平均の24.1を下回っています。(平成27年度NDB)

訪問看護ステーションの人口10万人あたりの数は3.5であり、全国平均の5.9を下回っています。(平成27年度NDB)

医療的ケアを必要とする小児は増加傾向にありますが、小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数(0~4歳)は、相模原二次医療圏は0であり、その他の二次医療圏においても1~3と限られています。(平成25年介護サービス施設・事業所調査)

在宅医療サービスを実施している歯科診療所の人口10万人あたりの数は8.1であり、全国平均の11を下回っています。(平成26年医療施設調査)、

障害児者、要介護者の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、県では、医科や介護サービスと歯科医療との連携推進のための在宅歯科医療中央連携室及び地域連携室を設置し、また歯科診療所の在宅歯科医療用の機器等の整備に対し、支援を行っています。

○ 麻薬の調剤が可能な薬局は、県内全薬局の約70%(2,804施設)となっています。

○ 在宅患者訪問薬剤管理指導業務を実施する薬局の数は、年々増加していますが、薬局においては、日常の療養生活等を支援するための体制づくりが求められています。

24時間連絡を受け、往診可能な体制などを確保している「在宅療養支援診療所」の届出施設数は年々増加し、平成27年3月31日時点で852となっていますが、人口10万人あたりでは9.6と、全国平均の11.5を下回っています。

在宅看取りを実施している診療所・病院の人口10万人あたりの数は7.6であり、全国平均の9.3を下回っています。(平成27年度NDB)

在宅医療の提供体制は、地域によって差があり、往診を受けた患者数や看取り数についても同様の差が見られます。

2 課題

(1) 在宅医療の提供体制について

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

在宅医療に円滑に移行するためには、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となります。

イ 日常の療養支援

在宅医療に関する知識や経験がないために、患者や家族が在宅医療を選択できないケースがあります。

患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。

誤嚥性（ごえんせい）肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図る上で、口腔ケアや摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーション、難病患者や障害児者、要介護者の在宅歯科医療及び医科や介護との連携体制の強化が必要です。

小児に対応できる訪問看護ステーションの数が十分ではなく、小児の医療的ケアに不安を感じる医療従事者が少なくありません。

地域包括ケアシステム等在宅医療に関する知識を持つ薬剤師を養成し、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアの一翼を担える体制の構築が必要です。

薬局が在宅対応を行い、地域包括ケアの一翼を担っていることを県民に周知する必要があります。

ウ 急変時の対応

在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制の確保が必要です。

高齢化の進展に伴い、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や、在宅高齢者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と受入れ医療機関の確保が課題です。

エ 患者が望む場所での看取り

人生の最終段階における療養生活や治療は、患者・家族が、知識や関心を深めて、自ら選択・決定していくことが重要です。

オ 在宅医療を担う医療機関

24時間体制で往診するなど、在宅医療に大きな役割を果たす在宅療養支援診療所の整備を支援することが必要です。

あわせて、身近な「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」などによる訪問診療や往診などの在宅医療サービスが受けられるよう体制を整備していくことが必要です。

カ 在宅医療に必要な連携体制

在宅医療に必要な連携体制については、介護保険による在宅医療・介護連携推進事業に位置付けられ、市町村が主体となり郡市医師会等と連携し

つつ取り組むこととされていますが、地域により医療資源に差があることなどから、市町村と県が連携を図りながら地域の課題に対応していくことが必要です。

(2) 在宅医療を担う人材について

今後の高齢化の進展等に伴い、平成 37 年（2025 年）の在宅医療等を必要とする患者数は、平成 25 年と比較すると大幅に増加することが推計されており、現在の医療提供体制のままでは、在宅医療を支える体制が不十分となっています。

在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、歯科技工士、リハビリテーション専門職等の人材不足が懸念されます。

在宅歯科医療を推進するにあたり、在宅医療を提供する歯科診療所が不足していることに対して、歯科診療所の整備や担い手となる人材の育成が必要です。

地域包括ケアシステム等在宅医療に関する知識を持つ薬剤師を養成し、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアの一翼を担える体制の構築が必要です。

3 施策

(1) 在宅医療の体制構築（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所等の連携構築により、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。

イ 日常の療養支援（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

在宅医療に対応できる医療機関等について、わかりやすい情報提供を行います。

患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及啓発に取り組むほか、在宅医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の不安や負担軽減に向けた取組みを推進します。

医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種における口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。

医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組めます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。

在宅医療における緩和ケアに関して、在宅医療及び麻薬調剤に関する教育研修等を推進します。

ホームページ等において、県民に対し在宅対応を実施している薬局について周知を図ります。

ウ 急変時の対応（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

後方支援病院と在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携構築を推進します。

高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受け入れ機能を担う回復期病床等への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。

エ 患者が望む場所での看取り（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

人生の最終段階における療養生活や治療について、患者・家族が、知識や関心を深め、自ら選択・決定できるよう普及啓発を行います。

オ 在宅医療を担う医療機関（県）

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号の診療所として本計画にその名称を記載し、病床設置等について許可を要しない診療所とすることにより、在宅療養支援診療所の整備を支援します。

県は、在宅療養支援診療所の整備を支援するとともに、身近な「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」などによる訪問診療や往診などの在宅医療サービスが受けられるよう、医師会や歯科医師会と連携して在宅医療の提供体制の整備を推進します。

カ 在宅医療に必要な連携体制（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

県は、医師会等と連携し、保健所を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援します。特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は重点的に対応します。

- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
- ・ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ・ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

(2) 在宅医療を担う人材の確保・育成（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

在宅医療等の医療需要の増加に対応するためには、在宅医療を担う医療従事者を十分確保する必要があることから、研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、関係団体と連携し、在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、歯科技工士、リハビリテーション専門職等の人材育成を行います。

在宅医療・介護に従事する多職種が専門知識を活かし、チームとして患者・家族を支えていくために必要な人材育成を行います。

歯科診療所に対する在宅歯科医療への新規参入促進のための取組み、担い手となる人材の育成を進めていきます。

在宅医療における薬剤師の参加を促進するために、関係団体等と連携し、地域包括ケアシステム等に関する研修会の受講を促進することにより、人材育成を行います。

第2節 高齢者対策

1 現状

- 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、平成23年9月時点で279,395人でしたが、5年後の平成28年9月には361,566人と約1.3倍に増加しました。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るとともに、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。
- また、国が平成27年1月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、2025（平成37）年には全国で認知症の人が約700万人前後になると見込まれています。
- 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、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います。
- 「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づき、介護保険施設の計画的な整備や総合的な認知症対策に取り組んでいます。

2 課題

- (1) 地域包括ケアシステムの深化・推進
 - ア 地域包括支援センターの機能強化
 - イ 医療と介護の連携の強化
- (2) 総合的な認知症対策の推進
 - ア 早期診断の推進と適切な医療の提供
 - イ 適切なケアの推進
 - ウ 認知症の人や家族への支援
- (3) 介護予防と健康づくりの推進
 - ア 地域の多様な主体による介護予防の推進（ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎対策を含む）
 - イ 健康寿命を延ばす取組みの推進
- (4) 人材の養成、確保と資質の向上

3 施策

- (1) 地域包括ケアシステムの深化・推進
 - ア 地域包括支援センターの機能強化
 - イ 医療と介護の連携の強化
- (2) 総合的な認知症対策の推進
 - ア 早期診断の推進と適切な医療の提供
 - イ 適切なケアの推進

- ウ 認知症の人や家族への支援
- (3) 介護予防と健康づくりの推進
 - ア 地域の多様な主体による介護予防の推進
(ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎対策を含む)
 - イ 健康寿命を延ばす取組みの推進
- (4) 人材の養成、確保と資質の向上

第3節 障がい者対策

1 現状

障がい者等の自立支援の観点から、福祉施設や病院から地域生活への移行、一般就労への移行などをめざし、「神奈川県障害福祉計画」を定め、障害福祉サービス提供体制整備を進める取組を行っています。

「ともに生きる社会かながわ憲章」を策定し、誰もがその人らしく暮らすことのできる地域社会の実現や、障がい者の社会への参加を妨げるあらゆる壁、いかなる偏見や差別も排除するための取組を進めています。

2 課題

(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の確保と地域生活への移行・定着への支援

○ 障害福祉サービスの利用は、着実に増加していますが、障がい者が安心して地域で暮らしていくためには、ホームヘルプサービスや日中、施設などで提供される生活介護、身体機能や生活能力の向上のための、自立訓練、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をさらに整備していく必要があります。

○ 施設や病院から地域生活へ移行するための支援や、移行した後の地域生活を定着させるための支援も重要です。

(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や専門的な知識・経験が必要とされる精神障がい者に対応できるホームヘルパーなどの確保が必要です。

○ 障害者の特性を理解し、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害に対する専門的な支援

○ 以前は、「制度のはざま」の障がいといわれ、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害のある人に対し、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。

3 施策

(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の確保と地域生活への移行・定着

への支援（県、市町村、サービス提供事業者等）

- 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。
 - 施設や精神科病院から地域生活に円滑に移行するための「地域移行支援」と、一人暮らしに移行した障がい者などを対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の支援を行う「地域定着支援」の利用促進を図ります。
- (2) サービス提供や相談支援のための専門人材の養成（県、市町村、相談支援機関等）
- 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や専門的な知識・経験が必要とされる精神障がい者に対応できるホームヘルパーなどの養成を推進します。
 - 障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士等の養成を推進します。
 - サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援人材の養成を推進します。
- (3) 発達障がいや高次脳機能障害に対する専門的な支援の充実（県、市町村、相談支援機関等）
- 発達障害支援センター かながわA（えーす）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支援します。
 - 神奈川県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障害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めざし支援を行います。
- (4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援（県、市町村、関係団体）
- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、市町村とも連携しながら、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などにより、障がい者への医療費の助成を行います。
 - また、身近な地域で専門的な歯科診療を受診できるよう、神奈川県心身障害児者歯科診療システムにおける医療の充実を図るとともに、一次、二次、三次の各医療機関の連携を推進します。

第4節 母子保健対策

1 現状

- (1) 長期療養が必要な児等への支援
小児慢性特定疾患児等の長期療養が必要な児やその保護者に対して関係機関等と連携し支援を行っています。
- (2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援
思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るため、保健指導や健康教育を実施するなど、本人、保護者及び関係者に対する支援を行っています。
- (3) 妊娠・出産に関する支援
望まない妊娠等の悩みを抱える方が、安心して妊娠・出産ができる環境の体制づくりを行っています。
将来のライフプランを計画し、妊娠・出産等についての希望を実現できるように、医学的・科学的に正しい知識について普及啓発を行っています。
- (4) 不妊・不育症に悩む人への支援
不妊や不育症に悩む人のために「不妊・不育専門相談センター」を設置し、助産師、専門医及び臨床心理士による専門相談を実施しています。
不妊治療の経済的負担を軽減するため、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に対して、その費用の一部を助成しています。
- (5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援
市町村が妊娠期から子育て期にわたる支援を実施する体制を整備するための支援を行っています。
- (6) 新生児に対する障がいの発生予防等のための検査
新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、従来6疾患の検査を行っていた先天性代謝異常等の検査（タンデムマス法 等）について、平成23年10月より19疾患に拡大し、実施しています。
- (7) 妊娠期からの歯科保健対策
妊娠期からの歯周病予防を目的とした口腔内診査や歯科保健指導などにより、セルフケアの方法や妊娠と歯周病の関係性の知識の普及を図っています。

2 課題

- (1) 長期療養が必要な児等への支援
居住する地域にかかわらず、等しく適切な医療を受けられるよう体制整備を行うとともに、小児慢性特定疾患児等の長期療養児とその保護者への支援が必要です。
- (2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援
思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、推進を図るため、相談事業や健康教育等を地域や関係機関と連携して推進することが必要です。
- (3) 妊娠・出産に関する支援

望まない妊娠等の妊娠・出産に関する相談は、妊娠という事実に対する悩みや経済面・育児面等の不安など多岐にわたるため、様々な関係機関との連携が必要です。

妊娠を望む年齢が高い傾向にあることも不妊の一因となっていることなどから、思春期の男女や妊娠を望む若い世代に対して、関係機関と連携を図りながら、妊娠・出産に関する普及啓発を図ることが必要です。

- (4) 不妊・不育症に悩む人への支援
不妊や不育症に悩む人が多くいることから、相談支援の充実が必要です。
不妊治療については、医療保険が適用されず高額な医療費がかかるため、経済的負担軽減のための助成が必要です。
- (5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援
市町村が妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を実施する体制を整備するために、市町村への支援が必要です。
- (6) 新生児に対する障がいの発生予防等のための検査
新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、疾患の検査及び陽性又は疾病と判定された児に対するフォロー(医療機関の紹介等)が必要です。
- (7) 妊娠期からの歯科保健対策
○ 若い世代に対し、妊娠期の歯と歯肉の健康が、胎児に影響を与えることについて十分に理解してもらえるように情報提供を充実させることが必要です。

3 施策

- (1) 長期療養が必要な児等への支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)
長期療養が必要な児やその保護者等に対して、関係機関と連携を図り、支援や体制整備の推進を図ります。
- (2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)
思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るため、健康教育及び相談の推進を図ります。
- (3) 妊娠・出産に関する支援
児童虐待防止対策の一環として、望まない妊娠等の妊娠・出産に関する悩みを抱える方に対して、周産期医療機関、児童相談所、市町村等関係機関等と連携を図り、相談支援等の充実に取り組みます。
妊娠等の悩みに対応するため、相談員等の人材育成や妊娠・出産に関する普及啓発に取り組みます。
- (4) 不妊・不育症に悩む人への支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)
不妊や不育症の悩みに対応するため、相談員等の人材育成や体制整備の推進を図ります。
不妊に悩む人への特定治療支援事業を継続的に実施します。

- (5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援
市町村が妊娠期から子育て期にわたる支援を実施する体制を整備しているよう、市町村に対し人材育成、必要な情報の提供等支援を実施します。
- (6) 新生児に対する障がいの発生予防等のための検査（県、市町村、医療提供者、関係団体等）
新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、先天性代謝異常等の検査（タンデムマス法等）を継続的に実施します。
- (7) 妊娠期からの歯科保健対策
○ 妊娠期における歯や歯肉の健康が、胎児に影響を与えることや、定期的な歯科検診受診の重要性など、県民にわかりやすい情報提供を行います。

用語解説

タンデムマス法

新生児に対する先天性代謝異常等の検査方法の一つで、ごく少量の血液で複数のアミノ酸、数多くの有機酸・脂肪酸代謝物質を1回で測定することができる検査。

第5節 難病対策

1 現状

原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働省が定めた330疾患を対象に、医療費の給付を行っており、県内の受給者は平成29年3月末現在、6万人を越えています。

難病は、長期の療養を必要とするものですが、適切な疾病の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や、長期の入院や在宅での療養を必要とするものなど、患者の状況や必要な対応が多様です。

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、早期に正しい診断をつけられるか、わかりづらく、医療機関の全国的な連携、医療提供体制の整備が必要です。

患者の状況が多様で、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。

3 施策

(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に併せ、「かながわ難病相談・支援センター」の役割を明確化し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。

(2) 患者に対する支援の実施（県、関係機関）

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

第6節 地域リハビリテーション

1 現状

県の高齢者人口は、平成 52 年度には総人口の 35.0%に達し、平成 22 年度比で約 1.6 倍増加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、平成 52 年度には、平成 22 年度の約 3.7 倍に達することが見込まれています。

県の要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴い、増加傾向にあります。また、今後も高齢者人口の増加に伴い、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、平成 27 年時点で、259,644 人、知的障害児者把握数は、63,884 人、精神保健福祉手帳交付者数は、65,121 人で合計 388,649 人です。

県内のリハビリ科を標榜する病院は、年々増加しておりますが、平成 27 年時点で、人口 10 万人当たりの病院数は、全国平均を下回っています。

県のリハビリ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、平成 26 年又は平成 27 年時点で全国平均を下回っています。

県の介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数は、平成 23 年から平成 27 年までで概ね増加しています。

県の介護保険におけるリハビリサービスを提供する事業所数は、平成 24 年から平成 28 年まででほぼ横ばいで推移しています。

県のリハビリに関連する障害福祉サービス等の利用数については、自立訓練は、平成 23 年から平成 27 年まででほぼ横ばいで推移していますが、就労移行支援及び就労継続支援 A 型、B 型は、平成 23 年から平成 27 年までで増加傾向にあります。

県の福祉施設利用者の一般就労への移行実績は、平成 23 年から平成 27 年までで増加傾向にあります。

2 課題

(1) 予防的リハビリテーションの推進

(2) 医療のリハビリ体制整備

急性期・回復期のリハビリ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るが、地域リハビリテーションを推進するにはさらなる充実が必要です。

(3) 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・通所リハビリ・通所リハビリ・通所介護等の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、障害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。

(4) 相談支援体制の構築

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。

(5) 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。

3 施策

(1) 予防的リハビリテーションの推進

(2) 医療のリハビリ体制整備（県、市町村、医療関係団体、医療提供者）

保健医療圏ごとに重層的なリハビリ体制整備を進めるとともに、それぞれの役割を踏まえた病院と病院の連携、あるいは病院と診療所の連携を推進します。

一次保健医療圏：かかりつけ医を中心としたリハビリ体制の整備

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を遅延なく適切に実施できる体制の整備

三次保健医療圏：二次保健医療圏で対応できない特殊・高機能なリハビリを受け持つ体制の整備

(3) 保健・医療・福祉の連携

（県、市町村、医療・介護関係団体、医療提供者、介護事業者）

「神奈川県リハビリテーション協議会」において、医療・介護・福祉の連携、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) 相談支援体制の構築（県）

サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援人材の養成を推進します。

(5) リハビリテーションに係る人材の養成・確保（県）

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。

「神奈川県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、指定した「神奈川県リハビリテーション支援センター」において、地域のリハビリテーションに関する情報の提供、専門相談、人材育成のための研修などを実施し、適切なリハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます

第5章 医療従事者の確保・養成対策の推進

第1節 医師

1 現状

(1) 医師数について

本県の医師数(医療施設従事者)は年々増加を続けているものの、平成26年末時点で、全国の人口10万人当たり233.6人に対して、201.7人(全国39位)と全国平均を下回っており、医師不足の状況にあります。

二次保健医療圏ごとの人口10万人当たりの医師数(医療施設従事者)をみると、横浜南部が287.6人、川崎南部が234.6人、相模原が234.0人と、人口の多い政令指定都市の二次保健医療圏が全国平均を上回っているのに対し、他の二次保健医療圏では全国平均を下回っています。

特に、県央は130.0人にとどまり、横浜南部と比較すると2倍以上の格差があり、医師の地域偏在があります。

内科、外科、産科・産婦人科など主な診療科の医師数(医療施設従事者)は、近年増加しており、特に救急科は、平成26年末時点で全国の人口10万人当たり2.4人に対して、2.8人(全国15位)と全国平均を上回っています。

しかし、内科、外科及び麻酔科の人口10万人対比医師数、産科医師の15歳から49歳女性人口10万人対比医師数、小児科医師の15歳未満人口10万人対比医師数は、いずれも全国平均を下回っています。

女性医師数は、近年増加しており、全体に占める女性の割合も増えています。

(2) 医師の養成について

県内の医学部の入学定員は、平成20年度から増員が図られ、4医科大学合計では平成19年度の360人が、平成24年度には435人(対平成19年度比75人増)に、平成29年度には442人(対平成19年度比82人増)に増員しています。

また、平成20年度からは、大学卒業後の一定期間を地域医療に従事することを条件とした地域枠や修学資金の貸付制度を活用して、地域医療を担う医師の養成と確保を図っています。

平成16年度の臨床研修制度の創設後の県内病院への初期臨床研修医採用実績数は、平成29年度までの合計で7,885人となっています。

2 課題

(1) 医師の養成・確保について

本県の医師数は、平成20年からの医学部入学定員の増加の影響もあり、今後もこれまで以上の増加が見込まれますが、平成 年(国の医師需給分科会の進捗状況により入力します)の人口10万人当たり医師数でみると、全国平均を下回ると推測されます。

また、診療科や地域による偏在もみられることから、不足する診療科や地

域に勤務し、地域医療に貢献する医師の確保・養成に取り組むことが必要です。

さらに、今後の高齢化の進展等に伴い、平成37年(2025年)の在宅医療等を必要とする患者数は、平成25年と比較すると大幅に増加することが推計されており、現在の医療提供体制のままでは、在宅医療を支える体制が不十分となることから、在宅医療を支える医師の不足が懸念されます。【再掲】

医師の専門性に係る評価・認定については、これまでは各領域の学会が独自に専門医制度を運用し、専門医を認定していましたが、平成30年度からは、専門医の質の担保を確保する等の観点から、一般社団法人日本専門医機構が中立的な立場から専門医の養成プログラムの評価・認定等を行うこととされていますが、専門医をめぐる状況が不透明であることも起因して、新専門医制度の開始に伴い、地域医療への影響が懸念されています。

(2) 勤務環境の改善と医師負担軽減の取組み

医療資源の不足が深刻な地域については、既存の医療資源を有効に活用しつつ、医療資源の偏在是正に取り組むことが必要です。

病院勤務医の過重労働の緩和に向けた諸施策や、女性医師が働き続けられる職場環境の整備、医師の離職防止・復職支援を図る取組みが求められています。

また、国において、働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)の中で、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、時間外労働の上限規制を導入する方向性が示されましたが、医療従事者のうち医師については、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応であることから、平成29年8月に「医師の働き方改革に関する検討会」が開催され、医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方や医師の勤務環境改善策等が検討されています。

3 施策

(1) 医師の養成・確保対策の推進(県、大学、関係団体、医療提供者、市町村)

医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関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解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。

現状の医師不足及び診療科や地域による医師の偏在、医師の勤務環境の改善には、県内に勤務する医師数の増加が必要であり、県内の医師養成数の増加が可能となるよう国に規制の緩和を働きかけていきます。

在宅医療等の医療需要の増加に対応するためには、在宅医療を担う医師を十分確保する必要があることから、研修等を通じた教育等の機会を継続的に設け、在宅医療を担う医師の育成を行います。【再掲】

新専門医制度については、地域医療への影響をさまざまな角度から分析するとともに、同制度が本県の地域医療に資するために必要な提言を一般社団法人日本専門医機構や国等に対して行っていきます。また、医療機関や専

門研修を希望する医師等に対しては、本県内の基幹施設や専門研修プログラム等、専門研修に関する必要な情報を提供していくことで、本県で専門研修を受講する医師の誘導を図っていきます。

(2) 勤務環境の改善と医師負担軽減の取組みの推進（県、関係団体、医療提供者）

離職防止や定着促進、医療安全の確保等を図るため、国における長時間労働の是正のための「働き方」に関する検討内容も踏まえながら、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医師をはじめとした医療従事者の勤務環境改善に主体的に取り組む医療機関を支援していきます。

女性医師の出産・育児等と勤務との両立を可能とし、離職防止・復職支援を図るため、働きやすい就業環境づくりを支援していきます。

第2節 看護職員

1 現状

本県の看護職員数は年々増加し、平成28年12月現在で76,223人となっています。しかしながら、人口10万人当たりの看護師数は、全国の905.5人に対し、本県は686.6人（全国45位）と全国平均を下回っています。

就業場所別の看護職員数を見ると、病院が50,521人(66.3%)、診療所が12,549人(16.5%)、介護保健施設等が5,768人(7.6%)となっています。

県内の看護師の養成数は年々増加しています。入学定員は、平成25年度は2,655人でしたが、平成29年度には3,365人と710人増となっています。また、学校別の入学定員は、大学が12校で1,080人、短期大学が3校で240人、専門学校が28校で2,045人です。

本県の看護職員の離職率は近年14%前後で推移しており、全国平均を上回っています。県ナースセンターでは、未就業看護師等の再就業支援などに取り組んでおり、無料職業紹介による就職者数は539人（平成28年度実績）となっています。

2 課題

(1) 看護師等の養成確保

県内の看護師等の養成数の増加などにより、今後も安定的に看護職員を確保できる見込みですが、一方で看護師等養成所の専任教員が高齢化しているため、その養成確保が求められています。

「病院から在宅へ」と医療を取り巻く環境が変化しているため、在宅医療に携わる看護師の養成・確保に取り組むことが必要です。

(2) 離職防止と再就業の促進

離職率を低下させるためには、看護職員が働き続けられる職場づくりが必要です。

未就業看護職員の再就業支援を行う「県ナースセンター」への求人や求職が少ないため、県ナースセンターの活用促進が必要です。

3 施策

(1) 看護師等の養成確保（県、関係団体、医療提供者）

看護師等に看護教育の魅力を実感できる研修を実施し、看護教員の志望者の増加を図るとともに、県立保健福祉大学実践教育センターにおいて専任教員を養成します。

在宅医療への従事を希望する看護師等に対して研修を行い、在宅医療に携わる看護職員の確保を図ります。

(2) 離職防止と再就業の促進（県、関係団体、医療提供者）

看護職員の離職防止や職場定着を促進するため、院内保育など働き続けら

れる職場環境づくりなどに対して支援するほか、県医療勤務環境改善支援センターが情報提供や助言を行います。

県ナースセンターの認知度や利便性を向上させることにより、求人・求職数を増加させ、無料職業紹介による就職者数の増加を図ります。

第3節 歯科関係職種、薬剤師、その他の医療・介護従事者

1 現状

(1) 歯科医師

- 歯科診療所の人口10万対は全国値とほぼ同数です。また、人口10万対 歯科医師数は全国とそれほど変わりません。(衛生行政報告例)
- 在宅医療サービスを実施している歯科診療所数は、人口10万対では全国が11.0人、県は8.1人と全国と比較して少ないです。
- 在宅療養支援歯科診療所の届出割合は、7.2%で全国の8.8%より低いです。
- 高齢化に伴い増加が見込まれる在宅療養患者等の訪問歯科診療に対応するため、在宅歯科医療連携室の設置や歯科診療所の在宅歯科医療用の設備整備への支援により、在宅歯科提供体制の充実に取り組んでいます。

(2) 薬剤師

- 本県における薬局・医療施設に従事する薬剤師の10万人当たりの人数は、187.6人(H26厚生労働省調査)で、全国平均を上回っています。

(3) その他の医療・介護従事者

県立保健福祉大学・大学院において地域の保健・医療・福祉を支える質の高い人材の養成に取り組んでいます。

- 専門領域の人材育成や、職域の拡大に対応した現任者教育を行っています。
- 介護従事者等は、今後、高齢者や要介護者が増加する中、心身の状況等に応じた適切なサービスを提供できるよう安定的な人材の確保と資質・専門性の向上が求められます。
- 理学療法士等修学資金の貸付による県内就業者の確保・定着に向けた取り組みの推進を行っています。
- 在宅医療を推進するにあたり、歯科衛生士の質・量の確保が重要となります。
- 歯科衛生士は、全国的に深刻な人手不足の状態であり、特に本県は1施設当たりの歯科衛生士の人数が全国平均を下回っています。

2 課題

(1) 歯科医師

- 今後、高齢化に伴い増加が予想される在宅医療における、誤嚥性肺炎等の予防、口から食べることによる生活の質の確保などのため、歯科医師や歯科衛生士等による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実に必要があります。
- 高齢で介護が必要な患者の増大や慢性疾患を持つ障害児者など多様化するニーズに対応するため、医科や介護との連携を推進するとともに、これらに対応できる技術を持った専門性の高い歯科医師が必要とされています。

(2) 薬剤師

- 在宅医療への参加促進を図るため、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識及び専門性の向上が必要です。

- 患者本位の医薬分業を推進するために、薬局の薬剤師が患者の服薬情報を一元的・継続的に把握する等の体制を構築することが必要です。

(3) その他の医療・介護従事者

ア 人材の養成・確保・定着の促進

- 急速な高齢化に伴う保健・医療・福祉サービスの需要の増加に対処していくため、人材の計画的な養成・確保・定着を図ることが必要です。
- 介護従事者等については、多様化・複合化するニーズに対応するため、資質や専門性の向上、現任者に対する教育を充実する取組みが必要です。
- 理学療法士等の資質の向上及び人材の確保・定着を図る必要があります。
- 地域における在宅歯科医療の口腔ケアの充実のため、歯科衛生士の養成確保を支援していく必要があります。
- 結婚や出産を機に離職した歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数以上は就業していないため、復職支援を行う必要があります。

3 施策

(1) 歯科医師（県、市町村、医療関係団体、医療提供者）

- 介護が必要な患者や慢性疾患を抱える患者、障害児者への治療や口腔ケア、訪問診療など、多様なニーズに対応できる歯科医師や歯科衛生士等を育成します。
- 在宅歯科医療の提供体制を強化するため、在宅歯科医療用の設備整備への支援などにより在宅歯科医療を行う歯科医師の増加を促すとともに、在宅歯科医療地域連携室を設置し、医科や介護との連携の相談、在宅歯科医療に係る研修等を行うなど、地域の在宅歯科医療を担う歯科医師を支援します。
- かかりつけ歯科医として、医師や薬剤師等の多職種と連携しながら地域医療連携を行う歯科医師の増加を図ります。

(2) 薬剤師（県、市町村、医療関係団体、医療提供者）

- 在宅医療に取り組むための専門性に関する認定資格取得や教育研修を推進します。
- 患者のための薬局ビジョンに則した取組みにより、服薬情報の一元管理等を推進し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化を図ります。

(3) その他の医療・介護従事者（県、関係団体、医療従事者）

ア 人材の養成・確保・定着の促進

- 県立保健福祉大学・大学院では、連携と統合を基本とした教育と知識や技術の専門教育を行い、質の高い保健・医療・福祉の人材の養成を図ります。

イ 人材の現任者教育の充実と専門性の向上

- 実践教育センターなどにおける現任者教育・研修を通じて、保健・医療・福祉人材の資質向上を図ります。
- 県立保健福祉大学において、施設や機能の活用により、地域社会への貢献の充実を図ります。
- 介護支援専門員をはじめ介護従事者等の資質と専門性を高めるため、研

修実施期間の連携による研修受講環境等の向上、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

- 修学資金の貸付を通して、理学療法士等の確保・定着を推進します。
- 学生及び現任者に対し、研修の実施を通じて、在宅歯科医療に対応できる歯科衛生士の育成を支援します。
- 離職期間における技術力の低下が歯科衛生士の復職の阻害要因となっているため、歯科医療に関する最新の知識や手技を習得する機会を提供することで、復職を支援します。

第6章 総合的な医療安全対策の推進

1 現状

(1) 医療に関する相談体制

医療の安全確保等のため、「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者及びその家族等から医療に関する苦情、相談に応じています。

医療に関する相談窓口は、保健所を設置している横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市及び藤沢市にも設置され、本県と各市が分担して応じています。

(2) 立入検査における医療安全体制の確認

医療機関における医療安全を確保するため、各保健福祉事務所は定期的に病院等への立入検査を実施し、医療安全管理や院内感染対策の体制の確保等について確認・指導を行っています。

臨床検査の精度向上のため、本県は衛生検査所に対して共通の試料を用いた精度管理調査及び立入検査を毎年実施し、適正な検査業務について確認・指導を行っています。

保健所設置市内に所在する医療機関や衛生検査所の立入検査については、各市が実施しています。

(3) 医療安全対策の普及啓発

本県は県医師会、県病院協会、県看護協会、県薬剤師会及び県歯科医師会と「神奈川県医療安全対策事業実行委員会」を構成し、医療安全推進セミナーを開催しており、医療従事者を対象に医療安全に関する普及啓発を行っています。

(4) 医療事故調査制度

平成27年10月から医療事故調査制度が導入され、医療機関の管理者(院長)は予期しなかった患者の死亡事例が発生した場合、「医療事故調査・支援センター」に届け出て自ら院内調査を行い、遺族への結果説明及び同センターへの結果報告を行うこととなっています。

2 課題

(1) 医療に関する相談体制

「神奈川県医療安全相談センター」の円滑な運営のため、関係機関・団体等と連携・協力していくことが必要です。

(2) 医療機関等における安全管理体制の確保

医療機関は、医療の安全と信頼を高めるため、各医療機関の特性に応じた医療安全管理体制や院内感染防止対策の確保に十分に努めることが必要です。

臨床検査は診断の基礎となるため、県民に良質かつ適切な医療を提供するために重要であることから、衛生検査所は常に検査精度の向上に取り組むことが必要です。

(3) 医療安全対策の普及啓発

医療安全対策の重要性がますます増しており、継続的に普及啓発していく

ことが必要です。

3 施策

(1) 医療に関する相談体制（県、保健所設置市、県民）

引き続き「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者及びその家族等からの医療に関する相談に応じ、問題解決に向けた助言等を行うことで患者の適切な受診等につなげていきます。

本県は保健所設置市の各相談センターとの連絡会を開催し、連携を強化するほか、よりの確な相談対応を行うため、法律の専門家を医療安全相談アドバイザーとして置き助言を得るなど、適切な相談体制を確保します。

(2) 医療機関等における安全管理体制の確保（県、保健所設置市、医療提供者、大学）

医療機関における医療安全を確保するため、各保健福祉事務所等は引き続き定期的に病院等への立入検査を実施し、医療安全管理や院内感染対策の体制の確保等について確認・指導を行います。

院内感染対策について、引き続き県内4医科大学が専門的立場から各医療機関の相談を受け付ける地域ブロック別相談体制をもとに、各医療機関における院内感染対策を支援します。

臨床検査の精度の向上を図るため、衛生検査所に対する精度管理調査及び立入検査を毎年実施し、適正な検査業務の確認・指導を行います。

(3) 医療安全対策の普及啓発（県、医療提供者）

本県及び県医師会、県病院協会、県看護協会、県薬剤師会及び県歯科医師会は、「神奈川県医療安全対策事業実行委員会」を構成して医療安全推進セミナーを開催し、県内医療従事者に対する医療安全の知識の向上及び意識啓発を図ります。

第7章 患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備

第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援

1 現状

(1) 医療・薬局機能情報、選択支援

医療提供施設（病院、診療所、助産所及び薬局）は、医療・薬局機能に関する情報を本県に報告し、本県は報告された医療・薬局機能情報を公表する義務があります。

平成19年度から「かながわ医療情報検索サービス」により、ホームページ上で県内約15,955（平成29年4月1日現在）の医療提供施設の医療・薬局機能情報を公表しています。

県内医療提供施設からの平成28年度報告率は83.8%と比較的高く、ホームページへのアクセス数は平成28年度で約274万件あり、順調に推移しています。

(2) 病床機能報告

一般病床及び療養病床を有する病院及び診療所は、平成26年度から現状（毎年7月1日現在）と将来（6年後及び平成37年度（2025年度）時点）の病棟単位の病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能）の状況、構造設備、人員配置等について本県に毎年報告し、本県は報告された病床機能を公表することが義務化されています。

県内約540の医療機関が報告対象であり、未報告の医療機関に対する督促やデータチェック等を行い、ホームページ上で結果を公表しています。

県内報告対象医療機関からの報告率は、92.6%と高くなっています。

2 課題

(1) 医療・薬局機能情報の提供、選択支援

県民が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるよう医療提供施設からの報告率の向上を図り、適切な情報提供に努めることが必要です。

県民が保健医療サービスの選択を適切に行うために、「かながわ医療情報検索サービス」が活用されるよう普及に努めることが必要です。

(2) 病床機能報告

病床機能報告はデータ量が膨大でとりまとめに時間を要しますが、地域医療構想推進の検討の基礎となる情報であることから、速やかに公表することが求められます。

病床機能報告は医療機関の多くの情報が集積していることから、定型的な集計結果の公表に加え、効果的な現状分析を行い、地域医療構想の推進等に活用していくことが必要です。

病床機能報告制度における病床機能は、定量的な基準がない中で各医療機関が自主的に報告した内容でありますが、地域医療構想における必要病床数の病床機能は診療報酬等を基に区分しており、病床機能の算定の考え方に相違があること等に留意することが必要です。

3 施策

(1) 医療・薬局機能情報の提供、選択支援（県、医療提供者）

県内全ての医療提供施設に対し、年1回の定期的な医療・薬局機能報告を求めるほか、施設の名称・所在地・診療科目等の基本情報については、変更が生じた場合速やかに報告するよう指導します。

未報告の医療提供施設に対し督促を行い、報告率の向上を図ります。

公表した医療・薬局機能情報について、県民が有効に活用できるよう県のたより等により「かながわ医療情報検索サービス」の普及に努め、県民の適切な保健医療サービスの選択を支援します。

「神奈川県医療安全相談センター」等において、患者が医療機関から提供される情報を理解し、主体的に考えて自己決定できるよう支援します。

(2) 病床機能報告（県、医療提供者）

毎年実施する病床機能報告について、未報告の医療機関に対する督促、データチェック及び補正を着実にを行い、できるだけ速やかに集計結果を公表していきます。

病床機能報告により集積された情報をより一層活用するため、効果的な分析方法を検討し、有益な情報提供に努めます。

第2節 かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

1 現状

- 患者一人ひとりに適切な医療サービスを提供するため、日頃から身近なところで健康管理を行うかかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進しています。
- 軽傷患者が大病院に集中し、専門病院的な機能を持つ病院や救急病院における患者受入れの負担が増大しています。
- 「専門医の在り方に関する検討会」において、「総合診療医」の在り方や養成について議論されています。

2 課題

- 患者一人ひとりに適切なサービスを提供するため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医を普及させるとともに、その診療を支援する地域医療体制の整備する必要があります。
- 病床機能の分化・連携を推進するためにも、軽傷患者が専門的な機能を持つ病院や救急病院に集中する傾向を解消し、医療機関の適切な役割分担が求められています。
- 専門医とかかりつけ医の役割分担を進め、初期診療や在宅医療を担うかかりつけ医・かかりつけ歯科医を定着させる必要があります。

3 施策（県、関係団体、医療提供者）

- 患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」の役割や必要性について保健所や在宅歯科医療地域連携室等を活用しながら、広域的な普及啓発を行います。
- 在宅医療トレーニングセンターなどで研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、かかりつけ医として地域の診療体制を担う医師を育成します。
- 患者を全人的に診ることのできる「総合診療医」の育成に取り組みます。
- かかりつけ医機能の充実・強化を目指した日本医師会かかりつけ医機能研修制度へ参加します

用語解説

かかりつけ医の定義

何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会）

かかりつけ歯科医の定義

「患者さんのライフサイクル」に沿って、継続的に口と歯に関する保健・医療・介護・福祉を提供し、地域に密着した幾つかの必要な役割を果たすことができる歯科医師（日本歯科医師会）

第3節 地域医療支援病院の整備

1 現状

医療の提供は、患者に身近な地域で行われることが望ましいという観点から、地域医療支援病院制度が創設され、同病院は第一線で地域医療を担うかかりつけ医等を支援し、他の医療機関と適切な連携を図り、地域医療の充実を図る役割を果たしています。

患者紹介率や地域の医師との医療機器共同利用、地域医療従事者に対する研修の実施等の一定の要件を満たすことにより、知事又は保健所設置市の市長から名称使用を承認されることで、地域医療支援病院となることができます。

県内の地域医療支援病院は、平成29年4月現在で34病院あり、県内全ての二次保健医療圏に整備されています。

2 課題

地域医療支援病院の承認要件が平成26年度に見直されたため、紹介率・逆紹介率の基準値の改正など新たな要件を満たしたうえで、地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進することが必要です。

3 施策（県、保健所設置市、医療提供者）

医療連携を推進する地域の中心的な医療機関として、重要な役割を果たしている地域医療支援病院の確保に努めます。

新たに地域医療支援病院の名称使用の承認申請があった場合、本県医療審議会の意見を聴いたうえで承認手続きを行います。

毎年提出される地域医療支援病院の業務報告書により、承認要件の充足状況等を確認します。

承認要件を満たしていないことが確認されたときは速やかに原因や事情等の詳細を把握し、承認要件を満たすとともに地域医療支援病院として適切な役割を果たすよう指導します。

地域医療支援病院の業務報告書をホームページで公表するとともに、毎年度本県医療審議会に業務実績の概要を報告し、地域医療支援病院の経営の透明性を確保します。

第4節 公的病院等の役割

1 現状

(1) 公的病院等の役割

- 県内の公立・公的病院は、各二次医療圏における基幹病院としての役割を果たすだけでなく、高度専門医療や救急医療、がん診療、小児医療、周産期医療、リハビリテーション医療、災害拠点病院等の中心的な役割を果たしています。
- また、結核・感染症の入院治療施設、エイズ拠点病院等、民間病院だけでは担うことが難しい政策的な医療を提供しています。

(2) 県立病院の役割

本県及び地方独立行政法人神奈川県立病院機構では、それぞれの県立病院の特性に応じて 高度・専門医療の提供、研究開発、広域的な対応が必要な救急医療、災害時医療、感染症医療、地域の特殊性などから地域だけでは実施が困難な医療、医師・看護師等医療従事者の人材育成などの基本的な役割・機能を担っています。

2 課題

(1) 公的病院等の課題

- 地域医療構想の策定を踏まえ、限られた医療資源を有効に活用するためにも、公的病院等と民間病院との役割の明確化など、効果的・効率的な地域医療提供体制を構築する必要があります。

(2) 県立病院の課題

- 県立病院については、地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想を踏まえた対応などの医療を取り巻く状況に機敏に対応することが求められています。
- 地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するためにも、それらを支える人材の確保・養成が必要です。

3 施策

(1) 公的病院等の施策

- 地域医療構想調整会議等の場で、公的病院と民間病院の役割分担について検討を進め、公的病院の機能強化を支援していきます。

(2) 県立病院の施策（県、地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

- 各病院の特性を生かした良質な医療を継続的に提供するとともに、医療機能の最適化に努め、県立病院に求められる機能を果たしていきます。

医療の安全を確保するとともに、患者の視点に立った医療の提供に努めます。

高度化、多様化する県民の医療ニーズに対応するため、新たな治療法の研究開発に積極的に取り組むための体制の強化を行います。

人材育成機能を充実し、効率的かつ効果的な業務運営体制の強化の推進に努めます。

足柄上病院

足柄上地域の総合医療機関として、二次救急医療、災害拠点病院、第二種感染症指定医療機関、臨床研修指定病院などの役割を担います。また、県西地域全体で医療資源の効率的な運用と連携が図られる中で、地域包括ケアシステムの推進に向けて、リハビリテーションの充実や在宅療養後方支援病院としての取組みを推進します。

こども医療センター

県全域の小児の高度・専門医療を担うとともに、小児救急医療システムの三次救急医療機関、周産期救急医療システム基幹病院、子どもの心の診療ネットワーク事業拠点病院及び小児がん拠点病院として診療体制の充実を図っていきます。

精神医療センター

県全域の精神科救急医療体制基幹病院として、精神科救急医療の充実を図るほか、思春期医療や医療観察法医療、ストレスケア医療、依存症医療、認知症医療など専門医療を推進するとともに、本県が行うD P A T（災害派遣精神医療チーム）など災害時の精神科医療に取り組みます。

がんセンター

都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を果たすとともに、手術、放射線治療及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療や漢方医療を提供します。

また、がんリハビリテーションやアピアランスケア（外見上の問題に関するケア）など患者を精神的、社会的に支援するための取組みを進めます。

さらに、重粒子線治療やがん免疫療法などの最先端医療・最新技術の追求に努めます。

循環器呼吸器病センター

循環器及び呼吸器の専門病院としての医療を提供するとともに、結核指定医療機関として、結核医療を実施します。

神奈川リハビリテーション病院

脊髄障害、脳血管障害等のリハビリテーション医療の拠点施設として、多職種チームによる早期社会復帰を目指したリハビリテーション医療及び福祉と連携した障害者医療を実施します。

第5節 病病連携及び病診連携

神奈川県の高齢化率は、平成27年に23.1%でしたが、平成37年(2025年)には27.2%になることが見込まれています。

医療需要についても、本県の入院及び在宅医療等の医療需要は、平成25年(2013年)の131,513人/日と比較すると、平成37年(2025年)には、199,633人/日(1.73倍)に、平成52年(2040年)には、227,513人/日(1.73倍)に増加することが見込まれています。

また、近年の新生児医療の発達により、都市部を中心にNICU(新生児集中治療室)が増設された結果、超未熟児や先天的な疾病を持つ子どもなど、以前なら出産直後に亡くなっていたケースであっても助かることが多くなってきました。その結果、医療的ケアを必要とする子どもの数は増加傾向にあるなど、多様な医療需要も増加しています。

1 現状

(1) 地域医療連携の推進

こうした現状を踏まえ、医療を取りまく地域毎の多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、適切な病病連携、病診連携を図り、安全・安心で質の高い医療提供体制の整備を図る必要があります。

(2) 情報通信技術(ICT)を活用した医療情報の共有

現在、地域包括ケアの実現に向けて、多職種での連携を効果的・効率的に行うために、また、適切な医療を提供するために、全国各地で情報通信技術(ICT)を利用し、医療情報の共有が進んでいます。

障害児者や医療的ケア児は、病院をはじめ障害福祉施設やレスパイト時に限らず、外出先でも安心して適切な処置が受けられるよう、常に医療データを持ち歩いたり、事前に病院情報を調べたりするなど、大きな負担がかかっており、ICTを利用した患者情報の共有による負担の軽減が求められています。

(3) 地域連携クリティカルパスの普及

地域連携クリティカルパスとは、ある疾患に罹患した患者さんを中心として、地域で医療・介護に関わる人々がそれぞれの役割分担を行い、お互いに情報共有をすることにより、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者を支えてゆくための治療計画です。

地域連携クリティカルパスには2種類あると言われています。一つは脳卒中など急性疾患に罹患した際、まずは急性期病院に入院しますが、その後回復期リハビリ病院への転院が必要となったときに、医師・看護師・リハビリスタッフなど多職種の情報や、診療計画を転院先にスムーズに引き継いでいくという「一方方向性連携パス」です。もう一つは糖尿病など、長期にわたり継続した診療が必要ですが、普段の診療はかかりつけ医が行ない、必要に応じて専門医の診療を受け、かかりつけ医の支援をするという「循環型連携パ

ス」です。いずれも、疾患に応じて使い分けられています。

2 課題

(1) 地域医療連携の推進

県民が安心して医療を受けるために、急性期から回復・慢性期を経て自宅に戻るまで、切れ目のない医療を受けることが出来る連携体制の構築が求められており、一層の推進が必要です。

(2) 情報通信技術（ICT）を活用した医療情報の共有

患者の検査データや処方薬歴等の医療情報については、各医療提供施設が個別に管理していますが、県民が複数の医療機関を受信する場合、医療情報が医療提供施設間で共有されていないため、重複した検査や投薬が行われることがあり、適切な医療が提供されないことがあります。

患者が病院から在宅医療へ移行する際、予後を受け持つ地域の診療所において、患者情報が共有されず、適切な医療を提供出来ないことがあります。

また、医療介護従事者にとって、使いやすく業務の負担が少ない ICT システムの導入が求められています。

障害児者や医療的ケア児など、外出先へ自らの医療情報を持ち歩かなくてはならない方の負担を軽減するためにも、医療機関が連携して適切に医療情報を共有できる体制が求められています。

また、患者情報は、個人情報保護の観点から慎重な扱いが求められるため、適正な情報管理やセキュリティ確保等の対策を講じることが必要です。

大規模災害時などによりカルテを紛失した場合、治療の継続が困難になることから、カルテの電子的なバックアップも必要です。

(3) 地域連携クリティカルパスの普及

安全・安心で質の高い医療提供体制の整備を進めるには、地域連携クリティカルパスを普及させていくことが必要です。

地域連携クリティカルパスの普及には、専門医と地域のかかりつけ医だけでなく、多職種が連携して活用を進めていくことが必要です。県内では急性期と回復期の病院ではひろがってきていますが、診療所や介護施設まではあまり普及していません。

地域連携クリティカルパスの利用を増やしていくためには、その有効性について、医療関係者、介護関係者だけでなく、患者自身やその家族への啓発を図り、普及を進めていく必要があります。

3 施策

(1) 地域医療連携の推進（県、市町村、医療提供者）

急性期や回復期の病院に加え、在宅医療を担う診療所の連携を推進し、病病連携、病診連携の構築に努めます。

(2) 情報通信技術（ICT）を活用した医療情報の共有（県、医療提供者、介護事業者）

情報通信技術（ICT）を活用した患者・医療情報の共有を進め、安全・

安心で質の高い医療提供体制の整備を県民に提供することを目指します。

重複検査・投薬による非効率な医療サービスを防ぎ、効率的な検査、診断や、適切な医療を提供していくために、情報通信技術（ICT）を活用し、関係医療機関や介護事業所を含めた、病病連携、病診連携を図っていきます。

(3) 地域連携クリティカルパスの普及（県、市町村、医療提供者、県民）

医療機関や介護事業所における地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、利用患者およびその家族に対して、パスの内容や効果について啓発していきます。

地域連携クリティカルパスの効果的・効率的な運用を図るため、パスのICT化を検討していきます。

急性期、回復期、維持期の各々の病期を担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における脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

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の活用の推進を図ります。

第6節 歯科医療機関の役割

1 現状

- 8020 運動(80 歳になっても自分の歯を 20 以上保つための取組み) に代表されるように、歯と口腔の健康は、生涯にわたる健康保持増進に寄与するとともに、生活の質の向上にも影響し、歯科医療機関は、「食べる」「話す」などの口腔機能を維持・向上させる役割を担っています。
- 在宅医療サービスを実施している歯科診療所の人口 10 万人あたりの数は 8.1 であり、全国平均の 11 を下回っています。(平成 26 年医療施設調査)
- 障害児者、要介護者の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、県では、医科や介護サービスと歯科医療との連携推進のための在宅歯科医療中央連携室及び地域連携室を設置し、また歯科診療所の在宅歯科医療用の機器等の整備に対し、支援を行っています。

2 課題

(1) 全てのライフステージ

県民が生涯にわたり生活の質の向上を図るために重要な、良質かつ適切な歯科医療の提供及び「食べる」「話す」などの口腔機能の維持・向上に歯科医療機関は努める必要があります。

「かかりつけ歯科医」による、定期的な歯科検診、個人の特性に応じた歯科保健指導の定着が必要です。

- 保健、医療、福祉等の多職種連携による、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケア等が必要です。
地域で療養する患者(要介護者及び障害児者等)の歯科医療及び口腔ケアニーズに対応できるよう医科歯科連携を推進する必要があります。

(2) 在宅歯科医療における役割

- 在宅医療に関する知識や経験がないために、患者や家族が在宅歯科医療を選択できないケースがあり、患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。
- 誤嚥性(ごえんせい)肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図る上で、口腔ケアや摂食・嚥下(えんげ)リハビリテーション、難病患者や障害児者、要介護者の在宅歯科医療及び医科や介護との連携体制の強化が必要です。
- 今後の高齢化の進展等に伴い、在宅歯科医療の需要も増えることが想定されますが、在宅歯科医療を支える歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の人材不足が懸念されます。
- 在宅療養支援歯科診療所や身近な「かかりつけ歯科医」による訪問診療や往診などの在宅医療サービスが受けられるよう体制を整備していくことが必要です。

3 施策

(1) 全てのライフステージ（医療提供者）

歯科医療機関が、良質かつ適切な歯科医療及び口腔機能の維持・向上を行うとともに、8020 運動などの地域の普及活動とも連携した生涯にわたる県民の歯と口腔の健康づくりの取組みを推進します。

かかりつけ歯科医による定期的な歯科検診及び個人の特性に応じた歯科保健指導の実施について勧奨します。

保健、医療、福祉等との多職種連携により、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケアの提供ならびに県や市町村が実施する歯科保健医療施策への協力を促進し、県民の健康の保持増進を図ります。

地域で療養する患者（要介護者及び障害児者等）の歯科医療及び口腔ケアニーズに対応できるよう、医療及び福祉分野との情報共有及び連携強化を図ります。

- 一般の歯科医療機関では、治療が困難な障害児者及び要介護者の歯科治療を高次歯科医療機関において提供する体制を確保します。

(2) 在宅歯科医療における役割（医療提供者）

- 在宅歯科医療に対応できる歯科医療機関について、わかりやすい情報提供を行います。
- 患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ歯科医」の普及啓発に取り組むほか、在宅歯科医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の不安や負担軽減に向けた取組みを推進します。
- 医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種における口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。
- 在宅歯科医療の需要の増加に対応するためには、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を十分確保する必要があることから、研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、在宅歯科医療を担う歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の人材育成を行います。
- 在宅療養支援歯科診療所を整備するとともに、身近な「かかりつけ歯科医」が訪問診療や往診などの在宅歯科医療サービスが提供できるよう、在宅歯科医療の提供体制を整備します。

第7節 かかりつけ薬局の役割及び医薬品の安全確保対策

1 現状

- 厚生労働省は、平成27年10月に患者本位の医薬分業の実現に向け、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立ち、現在の薬局をかかりつけ薬局へ再編する道筋を提示した。
- 医薬分業の推進により、全国の薬局の処方せん受取率は70%を超え、県でも先進県として80%を超える成果を挙げている一方で、患者においては、医薬分業を推進するための患者の負担増加に見合うサービスの向上や医薬分業の効果などを実感できていないとの指摘がある。
- 県では、医薬品安全確保の取組として、不良医薬品及び医薬品類似品による健康被害を防止し、医薬品の品質・安全性確保のために、計画的な監視指導や医薬品等の試験検査を実施するとともに、県民に対し、医薬品の適正使用に関する情報提供を実施している。

2 課題

(1) 薬局におけるかかりつけ機能の構築

- 患者本位の医薬分業を推進するために、薬局の薬剤師が患者の服薬情報を一元的・継続的に把握する等の体制を構築することが必要で。
- 地域包括ケアシステム等在宅医療に関する知識を持つ薬剤師を養成し、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアの一翼を担える体制の構築が必要で。

(2) 県民に対するかかりつけ薬局の普及啓発

- 県民の間で、かかりつけ薬局の認知度はまだ十分とはいえず、患者本位の医薬分業を目指すためには、県民がかかりつけ薬局の役割や機能を十分理解し、かかりつけ薬局を選ぶ意義を実感できるようにするための普及啓発活動が必要で。

(3) 医薬品の適正使用と安全確保

- 県民に安全安心で良質な医薬品等を提供するため、医薬品等の製造・流通における安全確保のための施策を推進し、事業者に対する計画的な監視指導や、製造・流通する医薬品等の試験検査を実施することが必要で。
- 県民が医薬品を適正に使用することができるよう、分かりやすい医薬品情報の提供が必要で。

3 施策

(1) 薬局におけるかかりつけ機能の構築

- 患者のための薬局ビジョンに則した取組により、服薬情報の一元管理等を促進し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化を図。
- 地域包括ケアシステム等に関する研修会の受講を進めることにより、人材育成を行い、地域包括ケアの一翼を担える体制の構築を図。

(2) 県民に対するかかりつけ薬局の普及啓発

○ 毎年 10 月に実施される「薬と健康の週間」の啓発イベントや、県民を対象とした講習会を行うこと等により、県民に対してかかりつけ薬局の役割や機能等の普及啓発を行。

(3) 医薬品の適正使用と安全確保

○ 医薬品等の製造・流通における安全確保のため、事業者に対し計画的な監視指導や、製造・流通する医薬品等の試験検査を実施。

○ 医薬品の適正使用情報、医薬品の副作用情報を提供。

第 7 節 訪問看護ステーションの役割

1 現状

県内の訪問看護ステーションは年々増加し、平成 25 年の 406 事業所から平成 29 年には 610 事業所（各 4 月 1 日現在）に増えていますが、およそ半数は横浜圏域に集中しています。

在宅医療を担う訪問看護ステーションには、看護師をはじめ理学療法士や作業療法士など様々な職種が就業しています。中心となる看護職員の就業者数は 2,298 人で、人口 10 万人当たりでは全国の 37.0 人に対し、本県は 25.1 人（全国 44 位）と全国平均を下回っています。

一方、訪問看護の利用回数については、本県は介護保険の要介護（要支援）認定者一人あたり 8.3 回で、全国平均（6.3 回）を上回っています（平成 27 年度）。

2 課題

病院から在宅への移行に伴い、訪問看護ステーションに一層のサービス提供が求められるので、訪問看護を担う看護師等の養成・確保に取り組むことが必要です。

訪問看護ステーションでは、看護師自らが利用者やその家族と相談して看護方針を決定し、患者の状況にあったサービスを提供するなど、一人ひとりの看護師が適切な判断を行うことが求められますが、小規模な事業所が多く、最新の看護技術情報が入手しにくい、研修に参加できないといった課題があります。

高齢多死社会を迎え、在宅における看取りや医療依存度の高い利用者等への対応が求められています。

3 施策（県、関係団体、医療提供者）

在宅医療への従事を希望する看護師等に対して研修を行い、訪問看護ステーションで働く職員の確保を図ります。

訪問看護ステーションの看護職員が、常に利用者の状況にあったサービスを提供できるよう、各地域の事業所が関係機関と連携して効果的な研修を行う仕組みづくりを支援します。

訪問看護ステーションの看護職員が、在宅医療・介護に従事する多職種とともにチームとして患者・家族を支えていくために、地域における訪問看護ステーション間や医療、介護の関係機関等多職種との連携強化を促します。

第 8 節 最先端医療・技術の実用化促進

1 現状

我が国の経済社会の活力の向上及び持続的発展を図るため、平成 23 年に「総合特区」が創設され、本県では、平成 23 年 12 月に「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」が指定されました。

また、産業の国際競争力の強化、国際的な経済活動の拠点の形成を促進するため、規制改革を総合的・集中的に推進する「国家戦略特区」が創設され、平成 26 年 5 月に本県は全県域が特区として指定されました。

また、再生・細胞医療産業については、産業分野として高い成長が期待されており、県ではその実用化・産業化を促進するため、ライフサイエンス産業の集積が進む川崎市殿町地区に、再生・細胞医療の産業化拠点「ライフイノベーションセンター(LIC)」を公民共同で整備し、施策の推進を図っています。

2 課題

本県では、世界最高水準の高度な医療を提供するための「病床規制の特例(1)」や臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、迅速に先進医療を提供できるようにするための「保険外併用療養の特例(2)」といった規制緩和メニューを活用し、病床の整備等を行ってきましたが、最先端の医療・技術を県民の皆様がいち早く提供するため、高度な治療の提供や臨床研究を行いやすい環境を、引き続き整備していく必要があります。

再生・細胞医療は、新しい分野であり、経営資源や経営ノウハウが乏しいベンチャー企業等が多く革新的な技術を有しています。産業の成長のためには、そうしたベンチャー企業に対し、資金援助を含む継続的な支援の実施により成長を促し、技術の実用化・産業化につなげていくことが課題であり、公的な役割が求められています。

3 施策(県、事業実施者)

引き続き、国家戦略特区等の取組みを推進し、規制緩和のメニューを活用した、高度な治療の提供や臨床研究を行いやすい環境の整備に取り組めます。

LIC入居事業者を中心に、国や業界団体、海外機関等と緊密に連携し、再生・細胞医療におけるイノベーションの創出を図るため、平成 28 年 10 月に「かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク(RINK 3)」を設立し、事業者間連携の促進に向けた取組みを進めています。今後もこのネットワークを核に、再生・細胞医療の産業化に向けた取組みを更に推進していきます。

用語解説

1 「病床規制の特例」

世界最高水準の高度の医療を提供する事業を実施する医療機関から病院の開設・増床の許可申請があった場合、都道府県が当該事業に必要な病床数を既存の基準病床数に加えて許可することを可能とする特例。

2 「保険外併用療養の特例」

臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、医療水準の高い国で承認されている医薬品等であって国内未承認のもの又は海外承認済みか否かに関わらず国内承認済みの医薬品等を適応外使用するものについて、保険外併用の希望がある場合に、速やかに評価を行うことを可能とする特例。

3 「かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク（RINK）」

再生・細胞医療等の実用化・産業化を促進するため、ライフイノベーションセンター入居企業を中心に、業界団体や関係機関など多様な主体が参加するネットワークを構築し、企業等によるイノベーションの創出を図ることを目的に平成 28 年 10 月に設立。

第 8 章 その他の疾病対策等

第 1 節 健康危機管理体制

1 現状

食中毒や、感染症等原因が特定されている事例については、個別に情報の収集及び分析等に係る体制が整備されています。

原因が特定されていない健康危機事例に対しては、「神奈川県保健福祉局健康危機管理指針（ １ ）」（県指針）に基づいて対応を行います。

近年、海外において鳥インフルエンザ（H7N9）及び中東呼吸器症候群（MRES）や、国内でもデング熱のような蚊媒介感染症等の流行が発生しています。

2 課題

(1) 健康危機管理体制の整備及び充実強化

本県は、健康危機事案の発生時に市町村と有機的に連携した対応ができるよう、日ごろから市町村と密接な連携体制を整えることが必要です。

複数の都道府県に及ぶ発生に備えて、地方自治体間で保健活動や情報収集・情報提供体制などの連携体制を強化することが必要です。

健康危機の発生時に地域住民が状況を的確に認識した上で行動ができるよう、関係者との相互の情報及び意見の交換（「リスクコミュニケーション（ ２ ）」）の実施などにより健康危機管理に関する情報を分かりやすく提供し共有するよう努めることが必要です。

(2) 保健福祉事務所における機能強化

健康危機管理に対する住民意識を高めるためリスクコミュニケーションに努めることが必要です。

保健福祉事務所では、地域における健康危機管理体制の確保のため、健康危機事例に対して専門的に判断できる人材を育成する必要があります。

3 施策

(1) 健康危機管理体制の整備及び充実強化（県、市町村、医療提供者）

県指針に基づき、警察、消防、医療機関及び関係団体等との連携体制や情報提供などの健康危機管理体制の充実強化を図るとともに、他都道府県との連携体制の充実強化を図ります。

関係者間でのリスクコミュニケーションに努め、健康危機管理に関するわかりやすい情報提供を図ります。

(2) 保健福祉事務所における機能強化（県）

県指針に基づき、平常時からの研修・訓練等により健康危機管理に係る専門的人材の育成を図ります。

住民意識を高めるため、地域住民とのリスクコミュニケーションを図ります。

用語解説

1 「神奈川県保健福祉局健康危機管理指針」

健康危機事案が発生した場合に必要な応じて設置される健康危機管理対策本部の役割や地域の健康危機に対して、保健福祉事務所を含む関係機関が連携して取り組む際の基本的な考え方をまとめたもの。（平成26年4月改定）

2 リスクコミュニケーション

リスク分析の全過程において、リスク評価者、リスク管理者、消費者、事業者、研究者、その他の関係者の間で、情報および意見を相互に交換すること。リスク評価の結果およびリスク管理の決定事項の説明を含みます。

1 現状

本県の感染症対策は、「神奈川県感染症予防計画」(平成 29 年 3 月改定)等に基づき、予防、まん延防止、医療体制の確保等の推進を図っています。

HIV 感染者報告数は平成 19 年以降横ばいが続いており、エイズ患者報告数は、全体としては頭打ち傾向がみられますが、平成 22 年度以降横ばいが続いています。本県の平成 27 年の新規報告数は、ともに全国 4 位と依然として多くの感染者等が確認されています。累計報告数の割合では 30 歳代が多く、性別では男性が 84%を占めています。特に男性の感染経路別では、同性間性的接触が 52%を占めています。

結核の新登録患者数は、全国的な傾向と同様、本県でも減少が鈍化し、平成 27 年には 1,311 人の患者が発生し、最近 5 年間では年平均 3.5%の減少に留まっています。20～40 歳代の割合は全国 19.7%に対し、本県では 24.6%と高くなっています。

2 課題

(1) 感染症対策

新型インフルエンザ等の発生に備えて、新型インフルエンザ等対策特別措置法のもと、関係機関と連携した危機管理体制の整備が必要です。

国際的な人の移動の活発化に伴い、蚊が媒介するデング熱などの感染症が海外から持ち込まれる事例が増加しており、感染症を媒介する蚊への対策が必要です。

(2) エイズ対策

中・高・大学生や男性同性愛者への重点的な予防啓発とハイリスク者である男性同性愛者等が気軽に検査を受けられる体制や広報が必要です。

慢性疾患であるエイズ患者については、高齢化が進んでいるため、介護事業者等に対する病気の理解や知識の普及啓発が必要です。

(3) 結核対策

結核患者を減らすため、結核に対する正しい知識の普及、患者の早期発見、早期治療が大変重要であるとともに、多剤耐性結核の発生を防止するために服薬継続支援が必要です。

3 施策

(1) 感染症対策(県、市町村、医療提供者)

新型インフルエンザ等の発生に備え、国、市町村、医療機関など関係機関と連携した体制の整備を図ります。

平常時から蚊の生息調査を行い、県民に対して蚊媒介感染症の予防対策等について情報提供を行います。また、蚊媒介感染症の患者発生時には、疫学行動の調査や遺伝子検査等の発生動向調査を強化します。

(2) エイズ対策(県、政令市、医療提供者)

教育機関との連携による中・高・大学生や、ハイリスク者である男性同性愛者への予防啓発活動を行います。ハイリスクの男性同性愛者が気軽に検査を受けられる体制として、検査当日に結果が判明する即日検査や休日検査を効果的に実施します。

高齢化するHIV感染者やエイズ患者に必要な医療や介護の支援が提供されるよう、医療機関や介護福祉施設等との連携を強化します。

(3) 結核対策（県、政令市、医療提供者）

県民や医療従事者に対する普及啓発や、学校や施設が行う定期健康診断の実施を促進するとともに、患者の接触者に対する健康診断を強化することで、患者の早期発見、早期治療を推進し、二次感染や集団感染の防止に努めます。

また、医療機関や薬局等との連携により、治療中断者を早期に発見し、受診勧奨及び服薬継続支援などの保健指導を行うことで、多剤耐性結核の発生、まん延防止を図ります。

(4) 予防接種の推進（県、市町村、医療提供者、県民）

予防接種は、小児結核の減少に大きく寄与するBCGを含め、感染症に対する抵抗力を増すために重要なものであるため、接種率の向上とVPD (Vaccine Preventable Diseases：ワクチン接種により防ぎ得る病気) 予防推進のため、ワクチンに関する正しい知識の普及及び接種の啓発・勧奨に努めます。

第3節 肝炎対策

平成 25 年 3 月に策定した「神奈川県肝炎対策推進計画(平成 25 年度～平成 29 年度)」について、計画期間が満了するため、計画を改定する必要があります。

肝炎をめぐる動向やこれまでの県の取組状況を踏まえ、より一層肝炎対策を推進するため、「神奈川県肝炎対策推進計画」を改定します。

1 現状

- (1) 神奈川県の肝炎を取り巻く現状と今後
 - ア 肝炎について
 - イ 神奈川県の肝炎ウイルス感染者数等の状況
 - ウ 神奈川県の肝がんり患数と死亡数の状況

2 課題

- (1) 肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発
 - ア B型肝炎ワクチンの接種促進
 - イ 肝炎を予防するための普及啓発
 - ウ 肝炎患者等に対する偏見や差別の防止
- (2) 肝炎ウイルス検査の受検の促進
 - ア 肝炎ウイルス検査に関する普及啓発
 - イ 肝炎ウイルス検査の実施
 - ウ 職域における受検勧奨
- (3) 肝炎医療を提供する体制の確保
 - ア 肝疾患診療ネットワークの充実・強化
 - イ 検査陽性者のフォローアップ
- (4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成
 - ア 医療従事者のスキルアップ
 - イ 肝炎対策に携わる人材の育成
- (5) 肝炎患者等及びその家族に対する支援の強化及び充実
 - ア 相談支援
 - イ 肝炎患者等に対する情報提供等
 - ウ 肝炎医療費助成制度等の実施

3 施策

- (1) 肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発
 - ア B型肝炎ワクチンの接種促進
 - イ 肝炎を予防するための普及啓発
 - ウ 肝炎患者等に対する偏見や差別の防止
- (2) 肝炎ウイルス検査の受検の促進
 - ア 肝炎ウイルス検査に関する普及啓発
 - イ 肝炎ウイルス検査の実施
 - ウ 職域における受検勧奨

- (3) 肝炎医療を提供する体制の確保
 - ア 肝疾患診療ネットワークの充実・強化
 - イ 検査陽性者のフォローアップ
- (4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成
 - ア 医療従事者のスキルアップ
 - イ 肝炎対策に携わる人材の育成
- (5) 肝炎患者等及びその家族に対する支援の強化及び充実
 - ア 相談支援
 - イ 肝炎患者等に対する情報提供等
 - ウ 肝炎医療費助成制度等の実施

第4節 アレルギー疾患対策

1 現状

アレルギー疾患は、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーなど多岐にわたり、その原因も症状もさまざまです。

国民の約二人に一人が何らかのアレルギー疾患があると言われている中、厚生労働省が行っている患者調査によれば、医療機関を受診する患者数は増加傾向にあります。

平成 27 年 12 月 25 日に「アレルギー疾患対策基本法」が施行されました。法に基づき、アレルギー疾患対策についての基本理念が定められ、県は、その理念にのっとり施策を策定し実施するよう努めなければならないとされています。

法第 13 条において都道府県は、国の策定する「アレルギー疾患対策基本指針」に即するとともに、地域の状況を踏まえ、都道府県におけるアレルギー疾患対策の推進に資する計画を策定することができるとされています。

2 課題

- (1) アレルギー疾患の発症・重症化の予防
- (2) アレルギー疾患医療の適切な診療を受けられる体制の確保
- (3) アレルギー疾患患者等を支援する環境の整備

3 施策

- (1) アレルギー疾患の発症・重症化の予防
- (2) アレルギー疾患医療の適切な診療を受けられる体制の確保
- (3) アレルギー疾患患者等を支援する環境の整備

用語解説

アナフィラキシー

食物、薬物、ハチ毒などが原因で起こる、即時型アレルギー反応の再重症型で、皮膚、呼吸器、消化器など多臓器に全身性に症状が現れます。

第 5 節 血液確保対策と適正使用

1 現状

(1) 献血者の確保

血液は長期間保存することができないことから、血液を安定的に供給するためには、血液製剤の原料となる血液を十分に確保することが求められています。

日本赤十字社が行った輸血用血液の5年後、10年後の需要予測は、横ばいから減少傾向にあるとされています。しかし、今後、高齢化の進展による年齢構成の変化や人口減少により、献血者の減少が見込まれます。(厚生労働省薬事・食品衛生審議会平成29年度第1回血液事業部会献血推進調査会)

- 県内の献血者の状況として、献血可能人口に対する献血者数の割合は、40歳代、50歳代に比べて若年層で低くなっています。

(2) 血液製剤の適正使用

本県では、「神奈川県合同輸血療法委員会()」を通じて血液製剤の使用に係る情報を収集し、血液製剤の適正使用を進めています。

2 課題

(1) 献血者の確保

少子高齢化に伴い、今後、献血者層の中心を担う若年層の献血者数向上のための対策が必要です。

全体的な献血者数を維持するための対策として、複数回献血者のさらなる確保や集団献血に協力をいただける企業等の拡大が必要です。

(2) 血液製剤の適正使用

- 血液製剤の適正使用については、病院等、血液製剤を使用している現場の実態を把握する必要があります。

3 施策

(1) 献血者の確保(県、市町村、神奈川県赤十字血液センター)

- 神奈川県赤十字血液センター及び市町村との緊密な連携を図り、献血者の確保を進めます。
- 若年層を中心とした幅広い世代への普及活動を行い、献血に対する正しい知識と情報の提供を行います。

献血者の減少時に対応できるよう、安定的な提供者である複数回献血者の確保や企業等の協力による集団献血を実施する体制を整備します。

(2) 血液製剤の適正使用(県、神奈川県赤十字血液センター、医療提供者)

国が進める血液製剤の適正使用にかかる事業に協力するとともに、「神奈川県合同輸血療法委員会」や各種会議の場で各方面からの情報を収集・協議し、神奈川県赤十字血液センターや県内の関係機関とその結果の共有を図り、血液製剤の適正使用を進めます。

用語解説

神奈川県合同輸血療法委員会

医療機関に設けられた血液療法について検討するための委員会(輸血療法委員会)を円滑かつ有効に機能させる組織として、平成17年5月に発足し、県内における適正かつ安全な輸血療法の向上を目指しています。

第6節 臓器移植・骨髄等移植対策

1 現状

(1) 臓器移植

「臓器の移植に関する法律」及び「都道府県臓器移植連絡調整者設置事業の推進について（臓器移植対策室長通知）」に基づき、県臓器移植コーディネーターを設置し、臓器あっせん業務及び臓器移植の普及啓発を行っています。

本県、県臓器移植コーディネーター及び県内医療機関等が協力し、県民への普及啓発や医療機関の体制整備に取り組んでいます。

(2) 角膜移植

角膜提供・移植等に関し、角膜あっせん業務及び角膜移植の普及啓発を行う角膜移植コーディネーターを設置しています。

(3) 造血幹細胞移植

平成 29 年 4 月末現在、全国の骨髄ドナー登録者数は 698,977 人であり、患者登録後、最初の適合検索で一人以上の H L A 適合ドナーが見つかる確率は 96.4%となっています。

現在、県内の骨髄ドナー登録受付窓口は、日本赤十字社の献血ルーム 8 箇所、県保健福祉事務所等 2 箇所及び横須賀市保健所に設置されており、また、常設の登録窓口の外に、県や日本骨髄バンク等が連携し、ドナー登録会を随時実施しています。

全国で事業を行っているさい帯血バンク(日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク、東海大学さい帯血バンク等)が、それぞれの提供施設(産科病院)で採取された、さい帯血の検査、分離、保存及び公開を行っています。

2 課題

(1) 臓器移植

普及啓発については、運転免許証や被保険者等の裏面にある臓器提供に関する意思表示欄への記入を促進する等の取組みを進めているものの、国内で臓器提供を待っている人は約 13,000 人である一方、移植を受けられる人は、年間約 300 人で約 2%という状況であり、提供数の拡大が必要です。

平成 22 年に臓器移植法が改正され、15 歳未満の方からの臓器提供は法的には可能になったものの、平成 29 年 6 月時点での 15 歳未満の方からの提供数は全国で 13 例であり、国外での移植を選択する方も多くいます。

(2) 角膜移植

平成 29 年 6 月時点で、県内で移植を待機している患者は 53 名であり、提供数の拡大が必要です。

(3) 造血幹細胞移植

平成 29 年 4 月末で骨髄移植を希望されている患者が全国で 3,514 人おり、移植を受けられない患者が多いことから、ドナー登録者の拡大が必要です。

骨髄移植のドナー登録には 54 歳までという年齢制限があり、毎年約 2 万人の登録が抹消されていることから、若い世代への啓発が必要です。

3 施策

(1) 臓器移植（県、関係団体、医療提供者、県民）

移植待機者の減少及び待機期間の短縮化を図るため、引き続き、県臓器移植コーディネーター及び県内医療機関と協力し、県民への普及啓発や医療機関の体制整備への取組みを強化します。

各医療機関で臓器移植の窓口となる院内コーディネーターを養成し、臓器提供発生時の連絡調整が円滑に進むよう取り組みます。

(2) 角膜移植（県、関係団体、県民）

移植待機者の減少及び待機期間の短縮化を図るため、普及啓発を強化することにより、角膜提供に関する意思表示の理解・促進を図ります。

(3) 造血幹細胞移植（県、市町村、関係団体、県民）

引き続き、常設のドナー登録受付窓口を設置するとともに、ドナー登録会を随時実施し、ドナー登録の拡充を図ります。

若い世代のドナー登録者数を増やすため、県内大学でのドナー登録会の実施や、普及啓発を実施します。

「神奈川県造血幹細胞移植推進協議会」において、骨髄・さい帯血移植の登録者数の増加について協議していきます。

用語解説

H L A適合ドナー

赤血球にA・B・O・ABの血液型があるように、白血球にも型があり、H L A型といわれるこの型は、ヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen）の略で、その組み合わせには数万通りがあります。骨髄または末梢血幹細胞移植のためには、骨髄等提供者（ドナー）と患者のH L Aが適合することが必要です。

第3部 地域医療構想

第4部 計画の推進

第5部 参考資料