

第5章 施策の展開

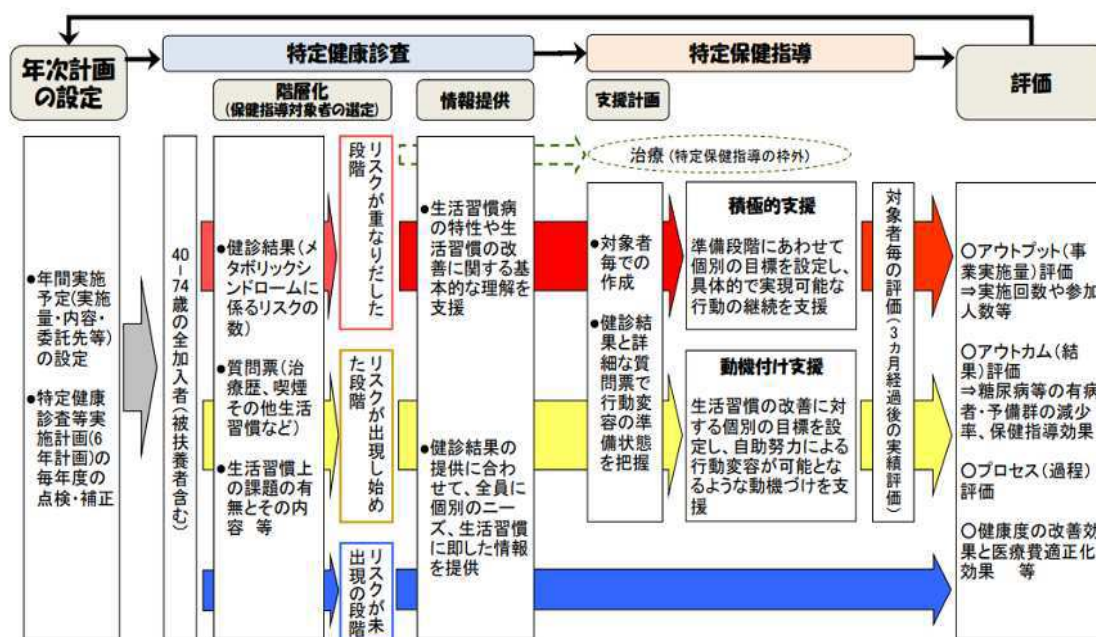
1 県民の健康の保持の推進のための取組

(1) 特定健康診査の推進

【現状と課題】

- 特定健康診査・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の予防を目的としており、メタボリックシンドロームに着目して生活習慣を改善する必要がある者を抽出し、保健指導を行うもので、平成20年度から、40～74歳の被保険者・被扶養者への実施が保険者に義務づけられています。
- 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定め、保険者の規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効果的・効率的に実施し、その実施状況の評価をしています。（図5-1）

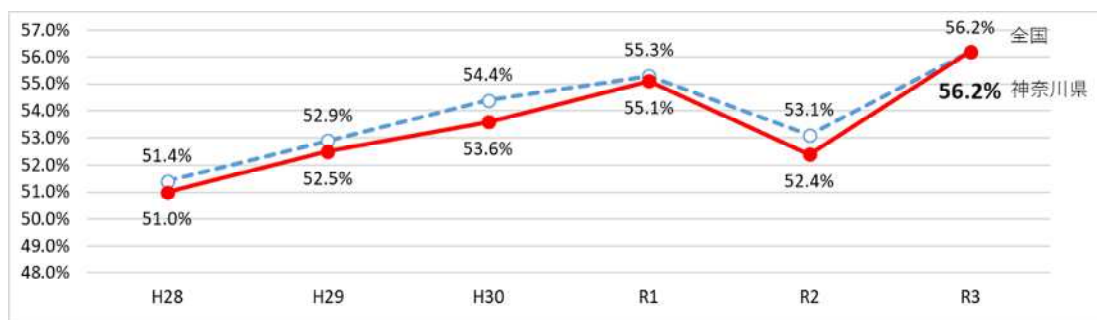
図5-1 特定健康診査・特定保健指導の基本的な流れ



厚生労働省 平成29年度ブロック会議資料

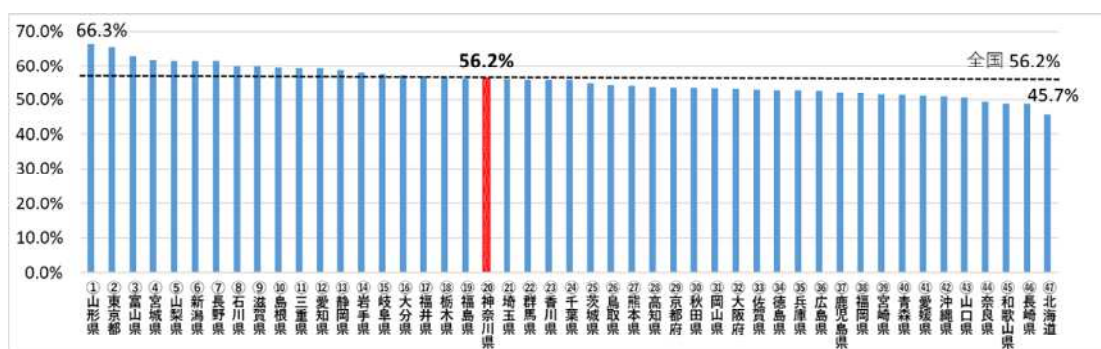
- 本県の特定健康診査の実施率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響もあり減少しましたが、増加傾向となっています。令和3年度は56.2%で、全国平均と同値になり、全国順位は20位です。（図5-2、図5-3）

図5-2 特定健康診査の実施率推移(全国・県)



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(平成28年度～令和3年度)
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(平成28年度～令和3年度)

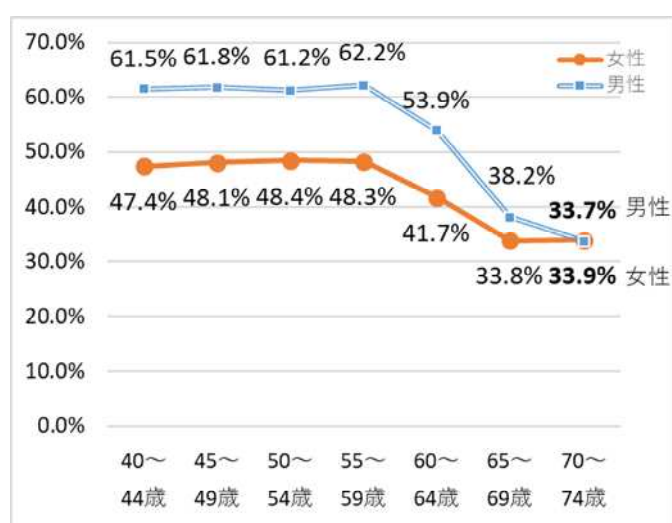
図5-3 特定健康診査の都道府県別実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

- 本県の令和3年度の特定健康診査の実施率を性・年齢階級別¹⁵に見ると、69歳までは男性が女性を上回っていますが、70歳以上になると、ほぼ同値となります(男性33.7%、女性33.9%)。(図5-4)

図5-4 神奈川県内の特定健康診査の性・年齢階級別の実施率

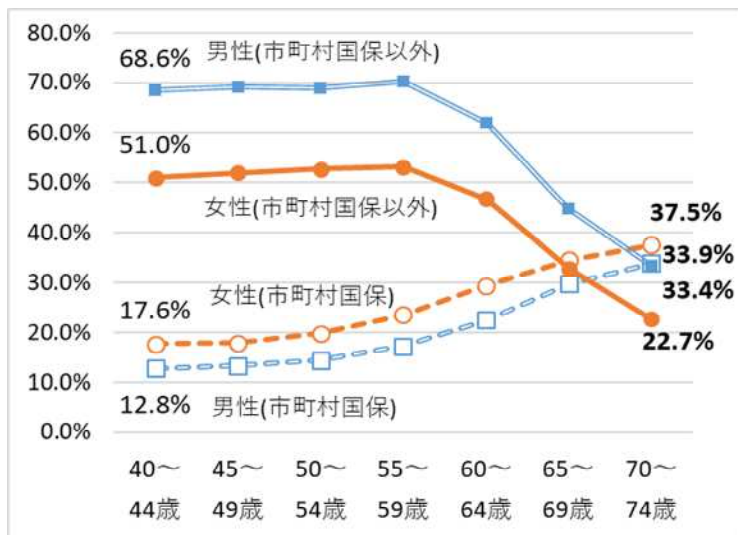


厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)
 総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和4年1月1日現在)

¹⁵ 対象者については、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」に性・年齢階級別の特定健康診査対象者数が公表されていないことから、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」における人口を対象者として代用しているため留意が必要です。

- これを市町村国保とそれ以外の健康保険に分け、実施率を性・年齢階級別に見ると、市町村国保においては、全ての年齢階級で女性が男性を上回っています。また、特に40歳代等の若年層の実施率が低くなっています。
(図5-5)

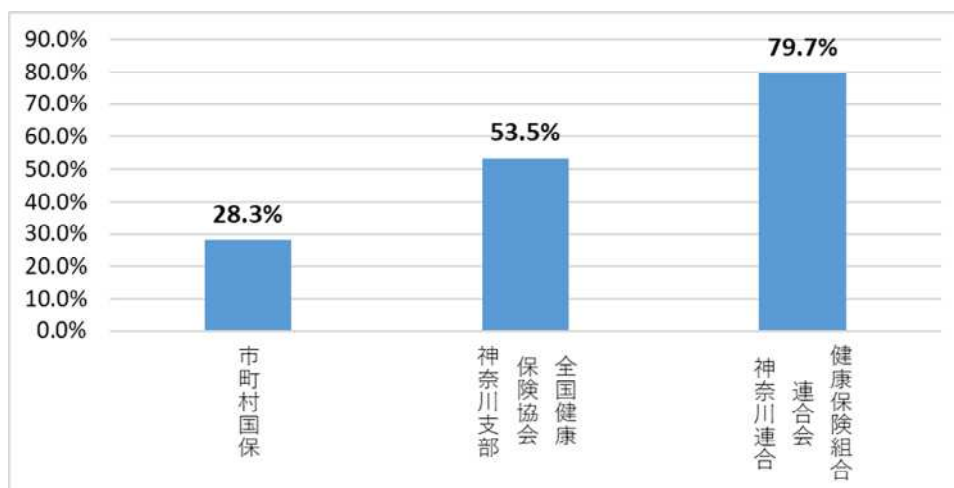
図5-5 神奈川県の実施率別 性・年齢階級別の特定健康診査の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和4年1月1日現在)

- 本県の保険者のうち、特定健康診査の対象者となる被保険者の大半が加入する市町村国保と、全国健康保険協会及び健康保険組合を比較すると、健康保険組合が最も高く、市町村国保が最も低くなっています。
(図5-6)

図5-6 神奈川県の実施率別 保険者種別の特定健康診査の実施率



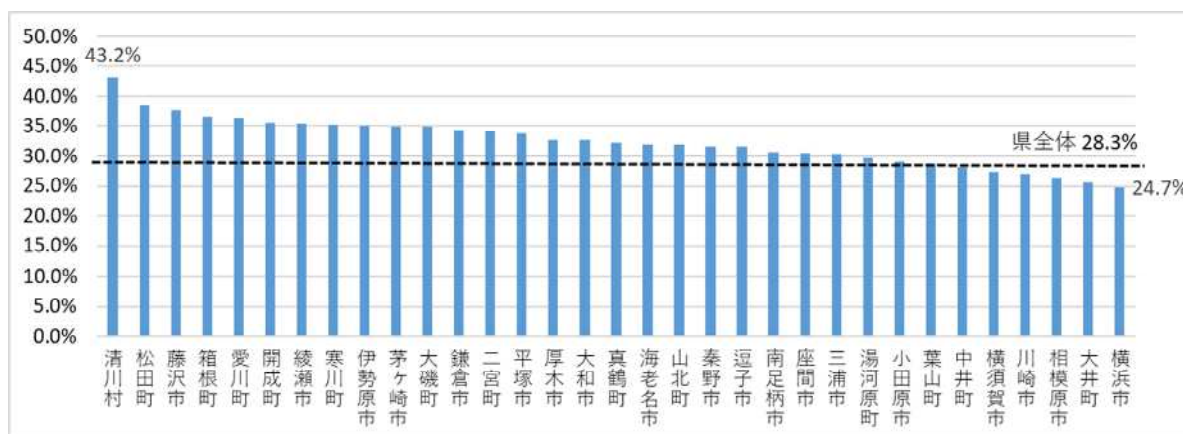
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(令和3年度)
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和4年1月1日現在)

- また、全国健康保険協会神奈川支部の令和3年度事業年報によると、被保険者の実施率(60.5%)に比べ、被扶養者の実施率(24.7%)が低い傾

向にあります。

- 本県の市町村国保における実施率を市町村別で見ると、最も高い市町村が43.2%、最も低い市町村が24.7%で、18.5%の開きがあります。
(図5-7)

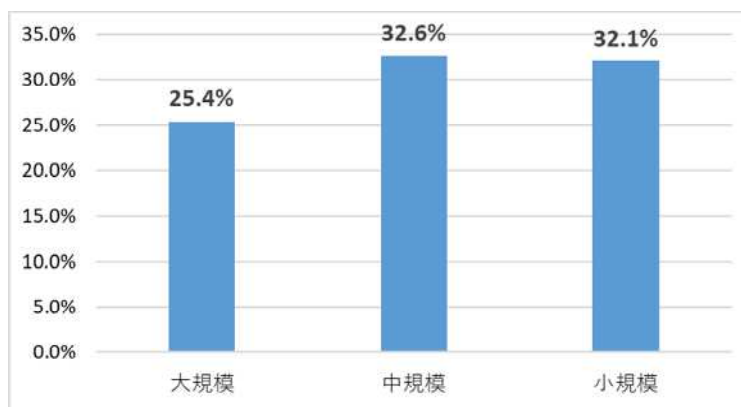
図5-7 神奈川県国保における市町村別特定健康診査の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(令和3年度)

- 本県の市町村は、規模差が大きいため、規模別¹⁶で実施率を比較してみると、中規模が32.6%で最も高く、大規模が25.4%で最も低くなっています。
(図5-8)

図5-8 神奈川県市町村国保における規模別の特定健康診査の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(令和3年度)

- 特定健康診査の実施率は全国平均と同程度で、上昇傾向ですが、目標値の70%以上とは乖離があり、引き続き実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があります。
- 全保険者の中でも市町村国保の実施率が低く、特に、40歳代の実施率が

¹⁶ 各市町村国保の特定健康診査対象者数に応じた規模別に集計したもので、分類は次のとおりです。
「大」：特定健康診査対象者数が10万人以上の保険者
「中」：特定健康診査対象者数が5千人以上10万人未満の保険者
「小」：特定健康診査対象者数が5千人未満の保険者

低いため、特定健康診査の始まる40歳前後の若年層や未受診等の健康に関心が薄い層に対する周知・啓発が必要です。

- また、がん検診との同時実施等、効果的・効率的な取組に係る情報の収集・展開により、全体的な実施率の向上が必要です。
- 被用者保険における被扶養者の受診率は低い傾向にあるため、特定健康診査の重要性の周知・啓発を行うとともに、自宅の近くで受診ができる環境整備も必要です。
- また、40歳から60歳の高い被用者保険の実施率に対し、60歳以上の市町村国保の実施率が低いことから、被用者保険から市町村国保に加入した健康診断の習慣のある対象者を特定健康診査に繋げることも必要です。

【目標】

- 特定健康診査の実施率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
56.2%	70%以上

<参考>

特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針における保険者種別ごとの特定健康診査実施率は、市町村国保60%、国民健康保険組合70%、全国健康保険協会（協会けんぽ）70%、単一健康保険組合90%、総合健康保険組合85%、共済組合90%が各目標値とされています。

【取組】

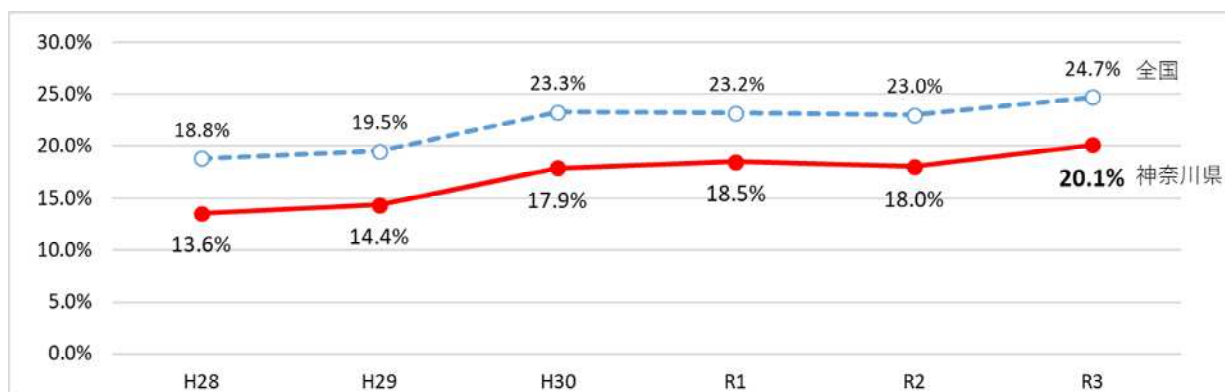
- 若年層や健康に関心が薄い層に対する効果的な普及啓発を実施します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 神奈川県保険者協議会を通じて、集合契約の実施や医療機関の調整等の支援を行います。
- 医療レセプトデータ、特定健康診査データ等の保健医療データを活用し、より効果的・効率的な取組となるように努めます。
- 更に、県のみではなく、市町村においてもデータに基づいた効果的・効率的な事業展開ができるよう、保健医療データの収集・分析・加工、地域の課題分析、市町村職員等を対象としたデータ活用研修、有識者による市町村の事業評価、保健医療データを活用したポータルサイト整備等、市町村の保健医療データ活用を支援します。

(2) 特定保健指導の推進

【現状と課題】

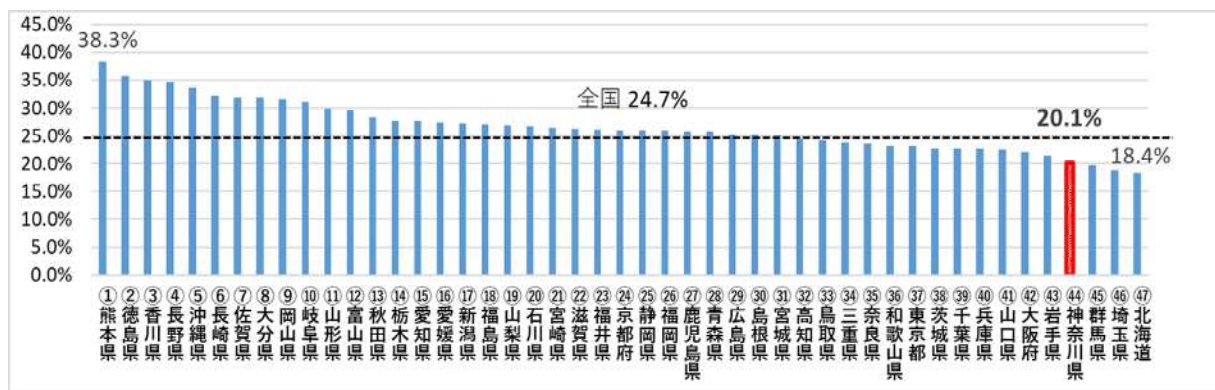
- 本県の特定保健指導の実施率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による現場の人員不足等の影響もあり減少しましたが、上昇傾向にあります。
- 全国の実施率と比較すると、平成28年度から令和3年度までの全ての年度において全国平均を下回っており、令和3年度の実施率は20.1%で、全国順位は44位です。（図5-9、図5-10）

図5-9 特定保健指導の実施率推移(全国・県)



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(平成28年度～令和3年度)
 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について(平成28年度～令和3年度)

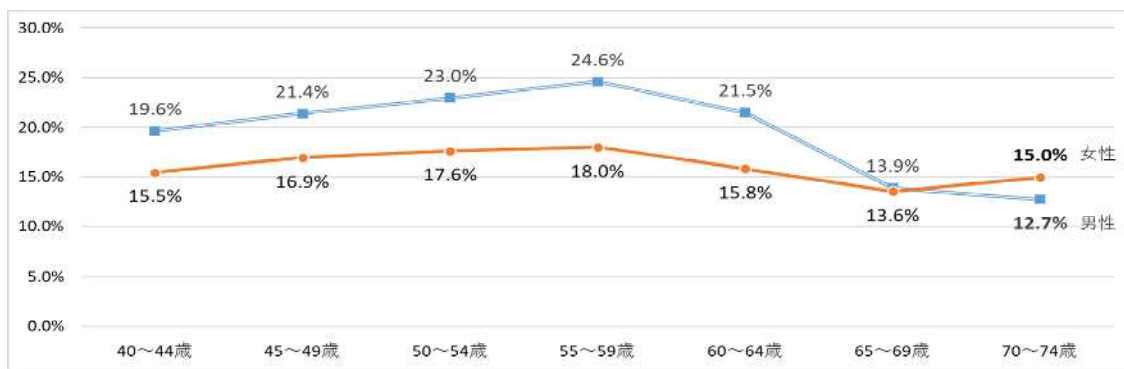
図5-10 特定保健指導の都道府県別実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

- 本県の令和3年度の実施率を性・年齢階級別に見ると、64歳までは男性が女性を上回っていますが、65歳～69歳ではほぼ同値となり、65歳以上になると、女性が男性を上回ります。（図5-11）

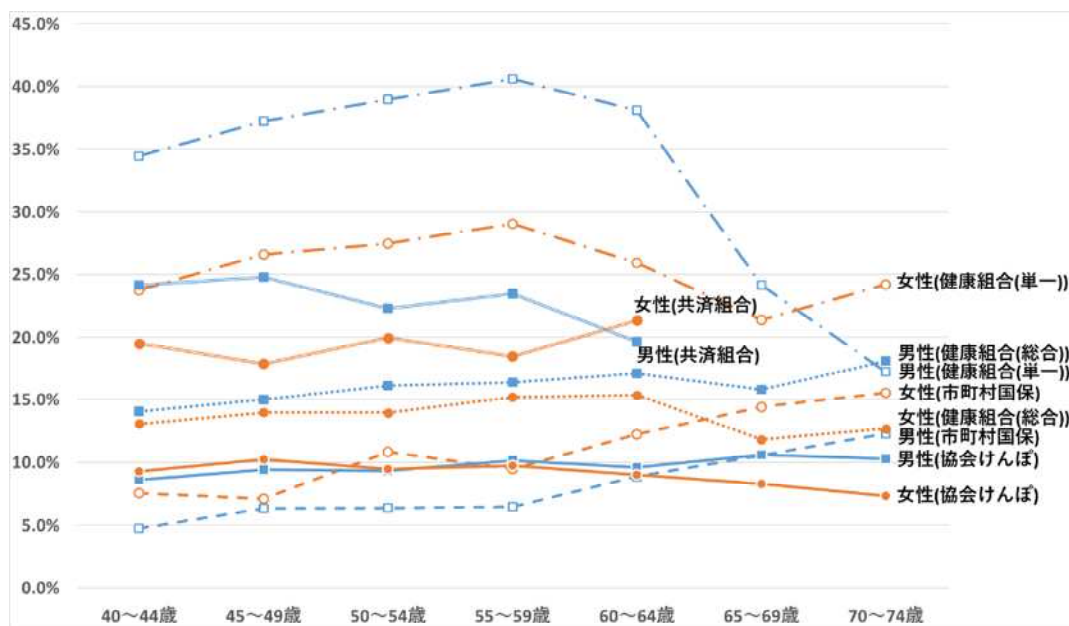
図5-11 神奈川県の特定保健指導の性・年齢別の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

- 保険者別にみると、市町村国保を除き、全年齢階級で男性の実施率が、女性の実施率より高い傾向があります。
- また、市町村国保及び全国健康保険協会においては、実施率が一桁となっている年代があります。(図5-12)

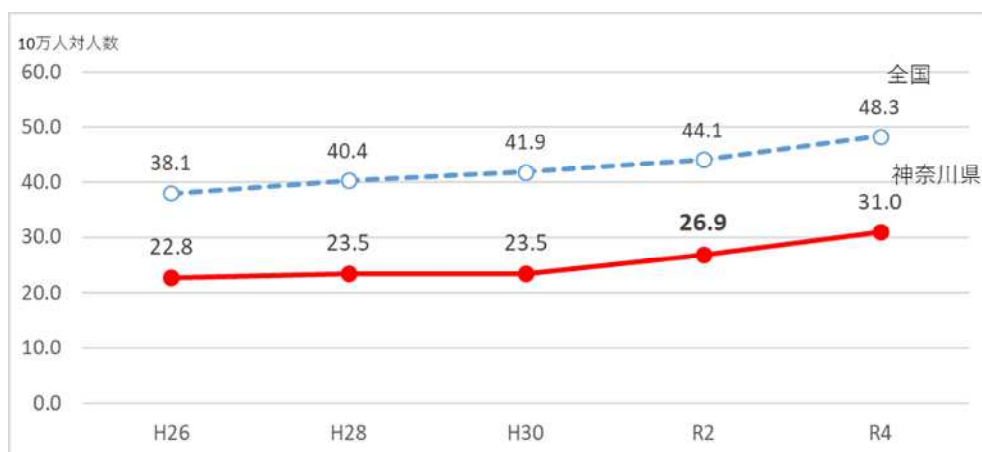
図5-12 神奈川県保険者別 性・年齢階級別の特定保健指導の実施率



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

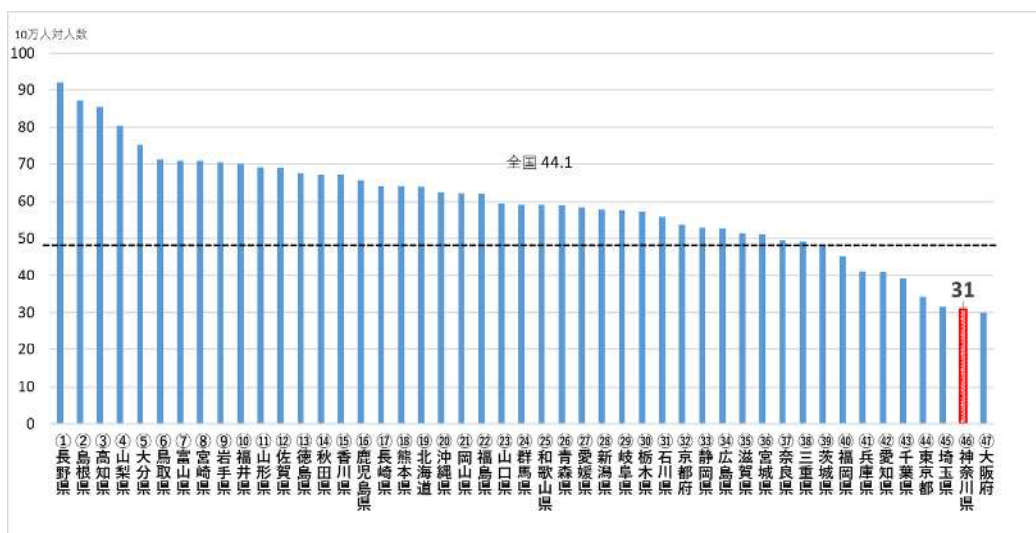
- 全国的にも特定保健指導実施率の目標値については、直近の実績と目標値との乖離があることから、特定保健指導の利便性を高めるため、令和6年度から始まる第四期特定健康診査等実施計画において、保健指導対象者と保健指導実施者双方にメリットがあるとされているICTの活用が推奨されています。
- また、本県は、特定保健指導の主な担い手となっている保健師の人口10万人対の人数が、令和4年度は31.0人で、全国平均の48.3人と17.3人の開きがあります。全国平均との差は徐々に拡大傾向にあり、全国順位も46位です。(図5-13、図5-14)

図5-13 人口10万人対就業保健師数(全国・県)



厚生労働省 衛生行政報告例（平成26、28、30年度、令和2、4年度）

図5-14 都道府県別人口10万人対就業保健師数



厚生労働省 衛生行政報告例（平成26、28、30年度、令和2、4年度）

- そのため、本県の特定保健指導の実施率を向上させていくためには、特定保健指導の必要性の周知・啓発及び、市町村国保の働く世代を筆頭に、特定保健指導の利便性を高めていくことが必要です。
- また、特定保健指導の担い手である保健師等の専門職の育成・確保も必要です。

【目標】

- 特定保健指導の実施率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
20.1%	45%以上

<参考>

特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針における保険者種別ごとの特定保健指導実施率は、市町村国保60%、

国民健康保険組合30%、全国健康保険協会35%、単一健康保険組合60%、総合健康保険組合30%、共済組合60%が各目標値とされています。

【取組】

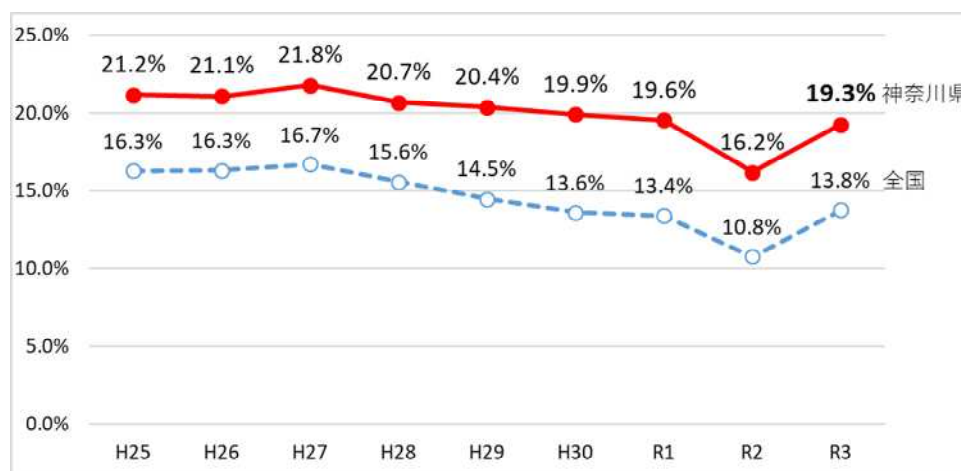
- 若年層や健康に関心が薄い層に対する効果的な普及啓発を実施します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 市町村や被用者保険と連携し、保険者が行う各種健診や特定保健指導を充実させるための取組を支援します。
- 特定保健指導の実施率向上に資するICTの活用等を推進します。
- 行政保健師の育成・確保充実に向けて、関係職能団体や養成機関等とも連携しながら、保健師修学資金貸付事業の活用等効果的・効率的な取組を検討していきます。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少の推進

【現状と課題】

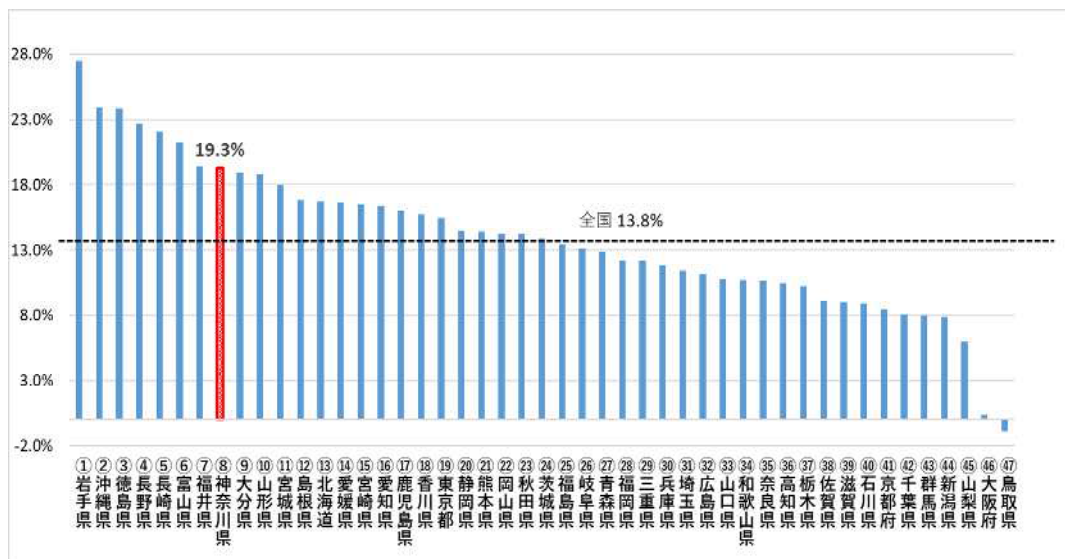
- 本県は、全国平均より高齢化率が低いものの、今後、年少人口は減少し、老年人口が増加すると予測されています。そのため、子どもの頃からの健康的な生活習慣により、高齢になっても元気で生き生きと生活し、自己実現を達成できる活力ある社会を実現していく必要があります。
- 本県の令和3年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率（平成20年度比）は、全国8位です。全国平均よりは高い水準で推移していますが、目標である25%には届いていません。（図5-15、図5-16）

図5-15 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群
（特定保健指導対象者）の減少率（平成20年度比）の推移（全国・県）



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（平成25年度～令和3年度）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成20年度、平成25年度～令和3年）

図5-16 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の都道府県別減少率(平成20年度比)



厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(令和3年度)

- メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積により、高血圧、高血糖、脂質異常等を呈する状態であり、脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症の危険性を高めます。そのため、年に一度は特定健康診査を受け、特定保健指導を活用して生活習慣を見直す等、生活習慣病の発症予防を図ることや、早期発見・早期治療・適切な医療により、生活習慣病の重症化予防を図ることが必要です。
- 本県のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率（平成20年度比）は、全国平均よりは高い水準で推移していますが、目標である25%には届いておらず、生活習慣病の発症予防のため、更なる減少率の向上が必要です。

【目標】

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
19.3%	25%以上

【取組】

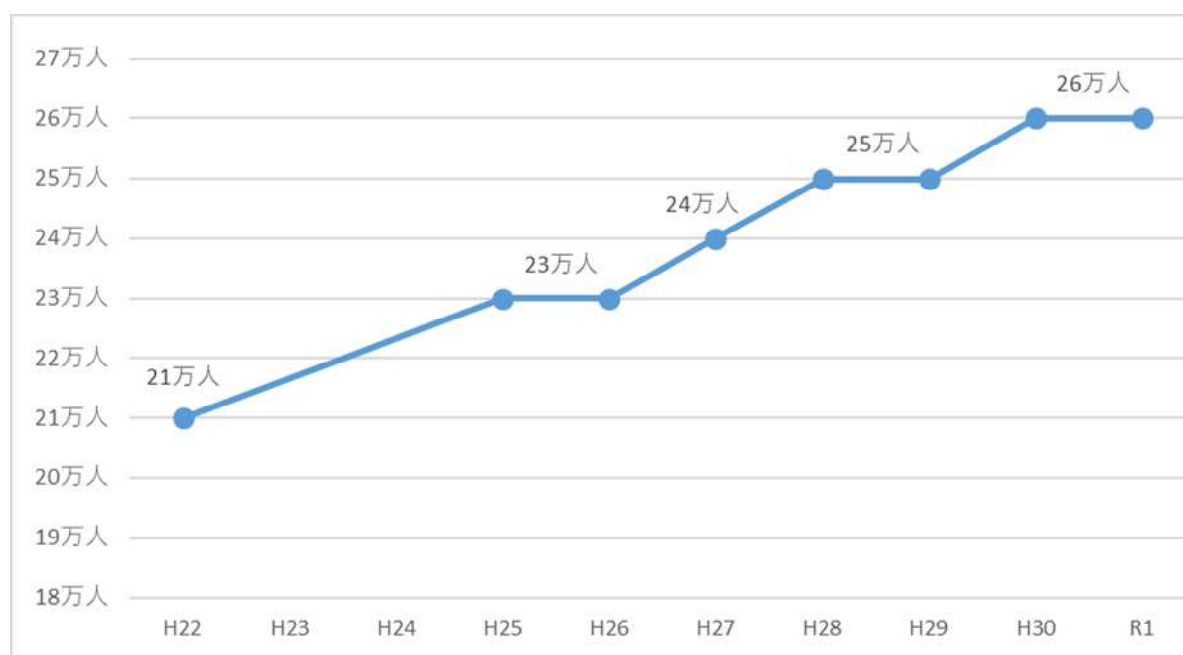
- 保険者が生活習慣病の予防対策として行う、特定健康診査等の各種健診や特定保健指導を充実させるための取組を、県・市町村や被用者保険等とも連携しながら支援し、健診受診率・事後指導実施率の向上を目指します。
- 特定健康診査・特定保健指導担当者の資質向上のため、県と神奈川県保険者協議会が連携し、好事例の情報提供や研修会を開催します。
- 未病指標等を活用し、未病の見える化（疾病リスク等）を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(4) 生活習慣病等の重症化予防の推進

【現状と課題】

- 食生活や運動等の生活習慣がその発症や重症化に大きく影響する2型糖尿病は、適切な治療や、食事や運動等の生活習慣改善を行わずに放置すると、腎症や網膜症、神経症状等の合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけでなく、医療経済上の負担を増加させます。
- そのため、県や市町村、糖尿病対策に取り組む関係団体は、これまでも糖尿病に係る知識の普及啓発や健康相談等により、住民の糖尿病リスクの低減に取り組んできました。
- 県、県医師会、県糖尿病対策推進会議¹⁷は、市町村や医療機関等と連携した糖尿病対策の取組を促進し、事業の円滑な実施を図るため、神奈川県糖尿病対策推進プログラムを協働で策定し、糖尿病対策を推進しています。
- 本県の糖尿病有病者数(40～74歳)は、平成22年度より増加傾向にあります。(図5-17)

図5-17 40～74歳の糖尿病有病者数(40～74歳)の推移

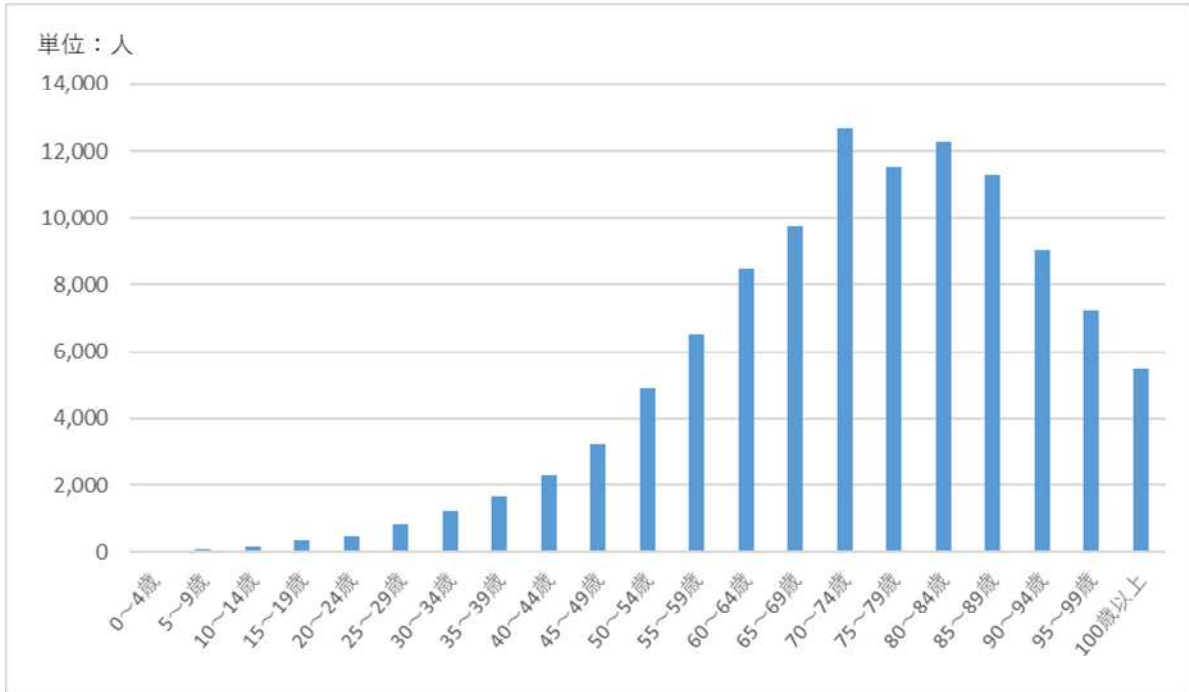


厚生労働省 NDBオープンデータより推計

¹⁷ 糖尿病対策推進会議：糖尿病の啓発、発症予防、合併症防止等の糖尿病対策をより一層推進し、県民の健康の増進と福祉の向上を図ることを目的とする、各都道府県医師会等関係団体を構成員とする会議。

- 本県の令和3年度の人口10万人当たり糖尿病有病者数を年齢階級別で見ると、70～74歳をピークに、高齢者に有病者数が多い傾向にあります。(図5-18)

図5-18 神奈川県の人10万人当たり糖尿病有病者数(年齢階級別)



厚生労働省「令和3(2021)年度NDBデータ」

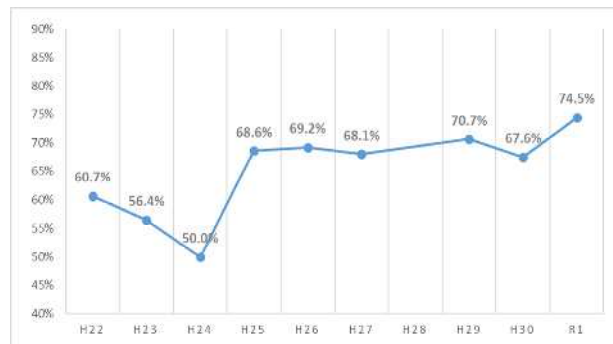
- 本県の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合は、全国平均に比べ低値で推移しています。(図5-19)
- また、本県の糖尿病治療継続者の割合は、平成22年度からおおむね増加傾向にあります。(図5-20)

図5-19 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の推移



厚生労働省 NDBオープンデータより推計

図5-20 糖尿病治療継続者の割合の推移



県民健康・栄養調査(平成29～令和元年)

- 糖尿病性腎症は糖尿病の合併症で、段階を経て進行する疾患であり、進行すると人工透析が必要になります。全人工透析患者のうち糖尿病性腎症が原因で人工透析を受けることになった人が最も高い割合を占めています。
- 本県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、平成29年度から減少傾向にあります。（図5-21～図5-23）

図5-21 新規透析導入患者数の推移(県)

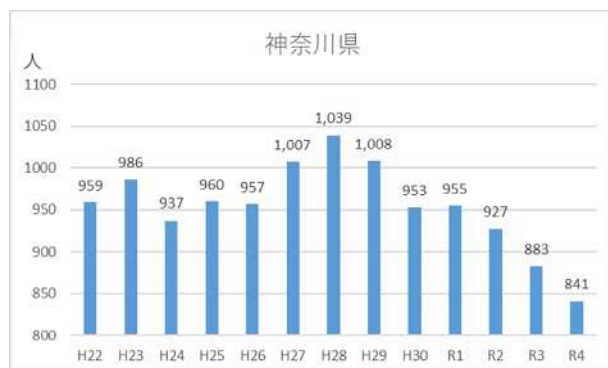


図5-22 新規透析導入患者数の推移(全国)

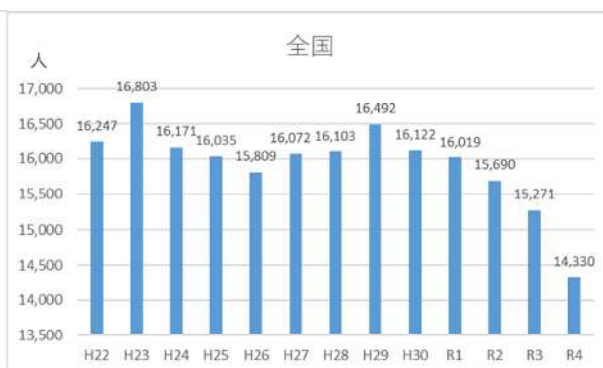
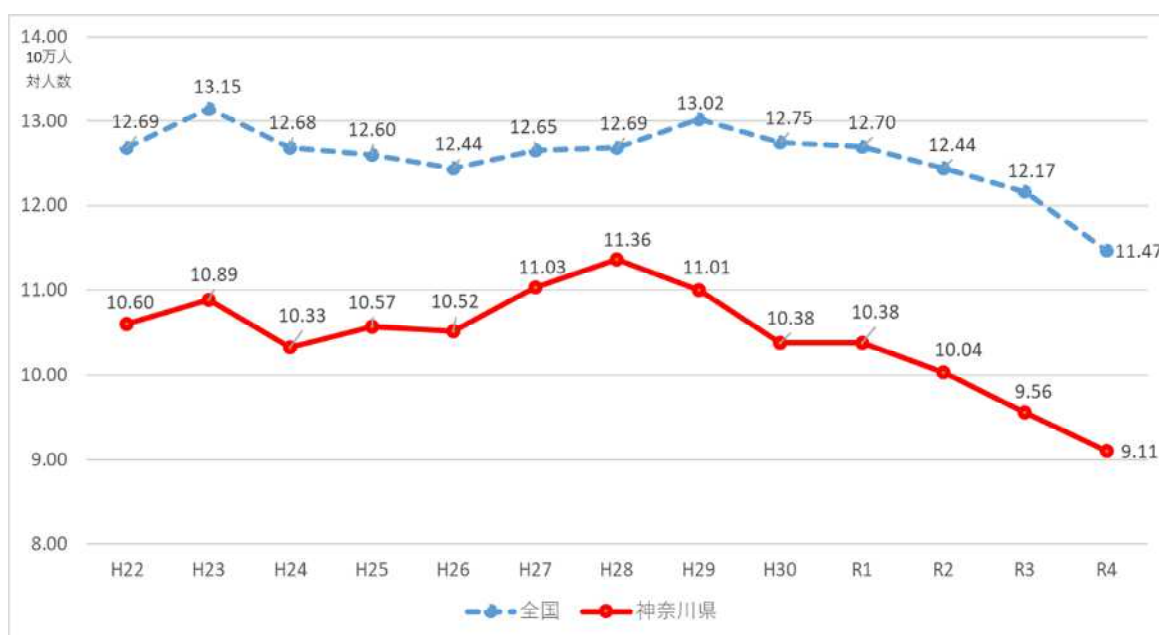


図5-23 人口10万人対新規透析導入患者数の推移(全国・県)



日本透析医学会 図説 わが国の慢性透析療法の現況 (2022年12月31日現在)

- 高齢化の進展により、更に糖尿病有病者数が増えることが想定されていることから、糖尿病の治療が必要な人を医療に繋げるため、引き続き、特定健康診査受診率の向上に取り組むことが必要です。
- また、糖尿病の発症予防・重症化予防には、血糖コントロールを良好に行い、適正体重を維持することが重要なため、引き続き、食生活の改善、適度な運動の実施、禁煙等の生活習慣改善を促すための知識の普及啓発に取り組むことが必要です。
- 更に、糖尿病の重症化予防には、治療の継続も欠かせないため、治療中断者や未治療者を医療に繋げる取組も必要です。

【目標】

- 糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値（40歳から74歳）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和11年度)
27万人	28万人以下

- 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
841人	748人以下

【参考指標】 かながわ健康プラン2.1より

- 糖尿病治療継続者の割合増加

直近実績値 (平成29～令和 元年度)	目標値 (令和14年度)
71.1%	80.0%

- HbA1c8.0%以上の者の割合（40歳から74歳）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
1.31%	1.0%

【取組】

- 県民へ糖尿病対策の重要性を伝えるため、糖尿病に関するリーフレットの配布、世界糖尿病デーに合わせて県庁をブルーにライトアップ¹⁸するイベントの開催等、普及啓発に取り組みます。
- 「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、市町村及び他の保険者が、地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。
- 二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。

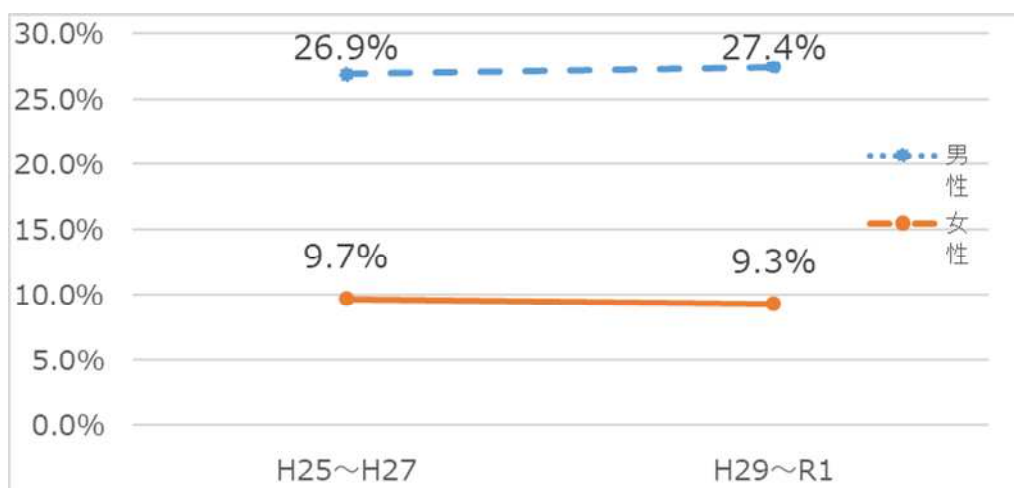
¹⁸ ブルーにライトアップ：世界糖尿病デーのキャンペーンに用いられる、青い丸をモチーフにしたシンボルマーク「ブルーサークル」は、国連のイメージカラーであり、どこまでも続く空を表す「ブルー」と、団結を表す「輪」をデザインしたもので、キャッチフレーズは”Unite for Diabetes”（糖尿病との闘いのため団結せよ）である。ブルーサークルに合わせて、県庁をブルーライトアップすることで、糖尿病について考えてもらうきっかけとしている。

(5) たばこ対策の推進

【現状と課題】

- 喫煙は、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）に共通した主なリスク要因です。
- また、受動喫煙は、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群等の発症リスクが高まることが報告されているため、健康増進法や神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例に基づく取組を継続するとともに、望まない受動喫煙の機会を減らす環境づくりを推進する必要があります。
- 本県の20歳以上の者の喫煙率は、平成25年～27年から平成29年～令和元年にかけて、男性は増加し、女性は減少していますが、ほぼ変化がない状況です。（図5-24）

図5-24 神奈川県の20歳以上の者の喫煙率の推移



県健康増進課 県民健康・栄養調査(平成25年度～令和元年度)

- 喫煙率を減少させるため、引き続き、各種キャンペーンでの普及啓発、禁煙サポート推進事業での教育、個別相談等の支援に取り組むことが必要です。
- また、各種キャンペーン等では、たばこの害（慢性閉塞性肺疾患（COPD）を含む。）もあわせて伝えていく必要があります。
- 20歳未満の者の喫煙は、身体等への健康影響が大きく、かつ、成人期を通じた喫煙継続につながりやすいため、引き続き、児童・生徒及び学生へ、たばこの害（慢性閉塞性肺疾患（COPD）を含む。）を伝えていく必要があります。
- 妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等のリスクを高めるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症等のリスクとなるため、引き続き、妊娠中の喫煙をなくすことを目指し、保健指導や情報提供等に取り組むことが必要です。

【目標】

- 20歳以上の者の喫煙率の減少

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和11年度)
男性 27.4%	男性 22.9%以下
女性 9.3%	女性 5.6%以下

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1より

- 20歳未満の喫煙者の割合の減少

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 15歳以上20歳未満の割合 3.2%	0%
女性 15歳以上20歳未満の割合 0%	0%

- 妊婦の喫煙率の減少

直近実績値 (令和3年度)	目標値
2.0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【取組】

- たばこをやめたい、減らしたい者への卒煙（禁煙）サポートとして、禁煙相談等、喫煙率の減少に向けた取組を行います。
- キャンペーンや県民向けイベント等を行い、たばこの害や受動喫煙防止について、広く普及啓発を図ります。
- 児童・生徒向けに、たばこの害を解説したリーフレットを作成し、県内全ての小学6年生を対象に配布する等、喫煙防止教育により広くたばこの害を周知するとともに、喫煙防止を呼び掛ける広告の配信等、喫煙防止対策に取り組みます。
- 喫煙に関する記事も掲載した「健康・未病学習教材（高校生向け副教材）」を県立高校1年生向けに作成し提供します。
- 生徒やPTAに対して、ハンドブックやホームページを通じて喫煙の危険性等を啓発します。
- 20歳未満の者へのたばこの販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づきたばこ販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への喫煙防止のため、ポスター等の啓発品をたばこ販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。
- 妊娠中の喫煙の有害性について、ホームページを活用し効率的に普及啓発を行うとともに、県保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教

育・健康相談事業を行います。

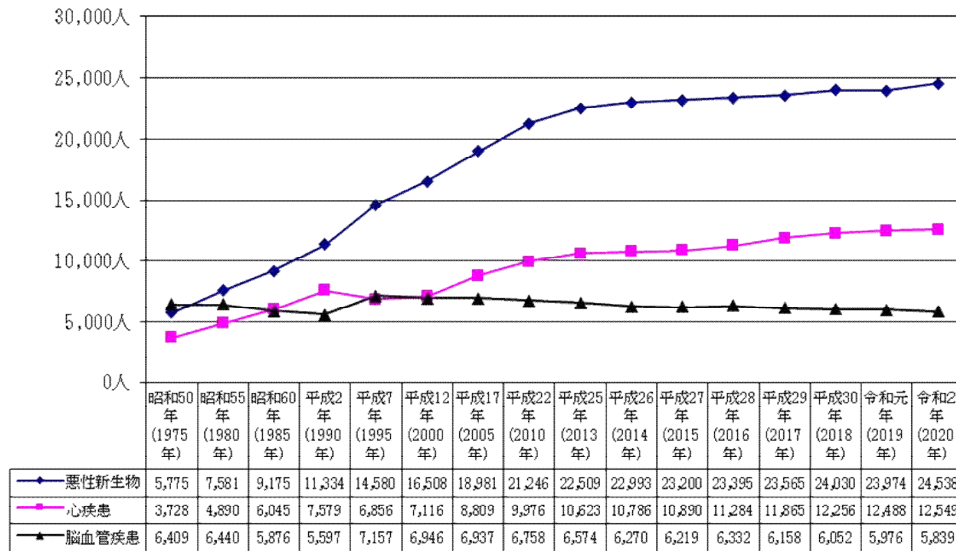
- 健康増進法や受動喫煙防止条例の概要をまとめたチラシやリーフレット、施設管理者向けのハンドブックを配布し、法や条例の内容を普及啓発します。
- 関係団体や市町村との連携によるポスター掲示や、WEBにおけるデジタル広告により、受動喫煙の健康への悪影響を普及啓発します。
- 職域関係機関（商工会）が実施する健診の場等を活用し、受動喫煙を防止することの重要性を普及啓発します。

(6) がん検診の推進

【現状と課題】

- 本県においては、がん（悪性新生物）が死亡原因の第1位となっています。（図5-25）

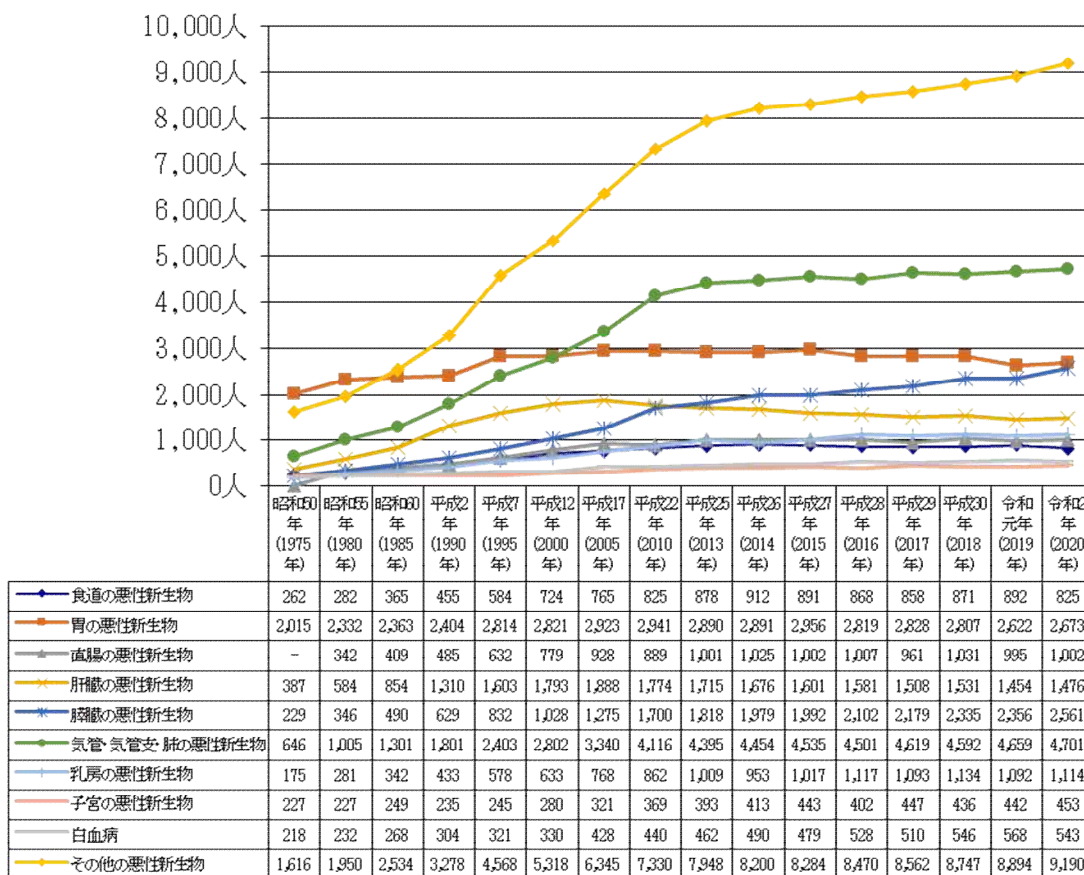
図5-25 神奈川県的主要死因別死者数の推移



神奈川県衛生統計年報（昭和50、55、60年、平成2、7、12、17、22、25～令和2年）

- また、部位別死亡数では、その他を除くと、気管・気管支・肺が最も多く、次いで、胃、膵臓、肝臓の順となっています。（図5-26）

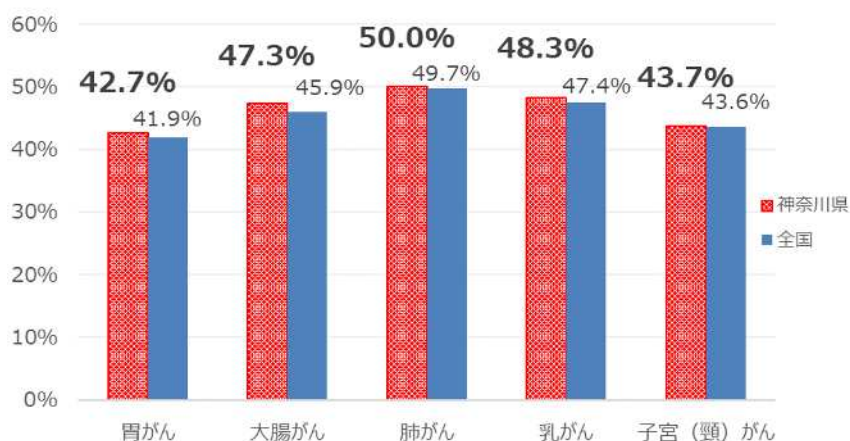
図5-26 神奈川県悪性新生物部位別死亡数の推移



神奈川県衛生統計年報（昭和50、55、60年、平成2、7、12、17、22、25～令和2年）

- 本県のがん検診受診率は、令和4年度において、全てのがん検診受診率が全国平均を上回っています。（図5-27）

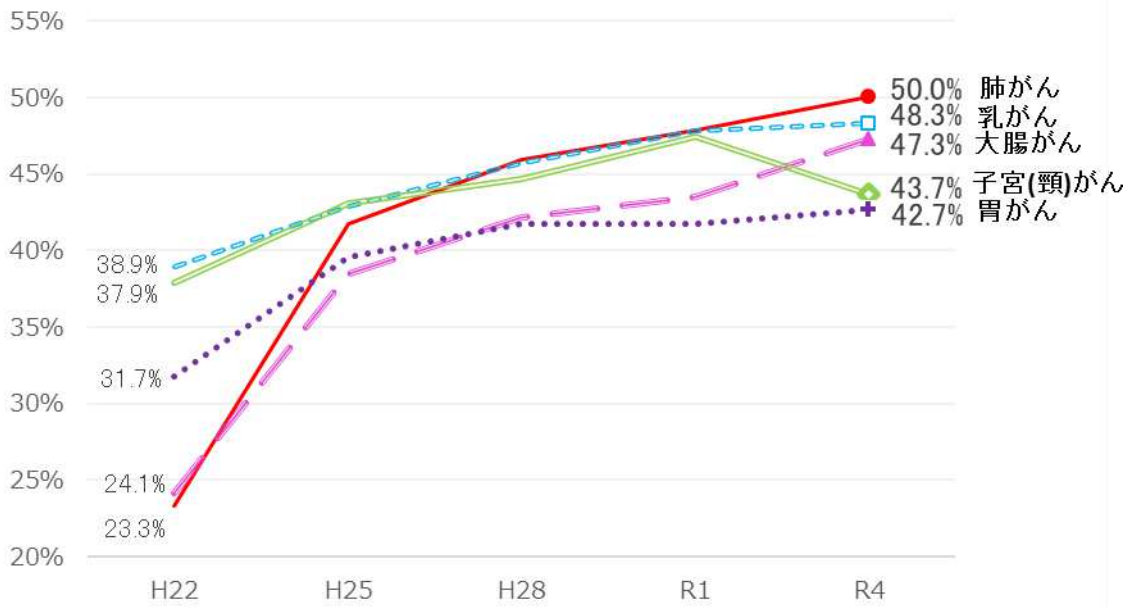
図5-27 がん検診受診率(全国・県)



厚生労働省 国民生活基礎調査(令和4年度)

- また、平成22年度から令和4年度にかけて、全てのがん検診の受診率が増加傾向にあります。（図5-28）

図5-28 神奈川県のがん検診受診率の推移



厚生労働省 国民生活基礎調査(平成22年度～令和4年度)

- がん検診でがんを早期に発見し、早期治療につなげることで、がんによる死亡者数の増加を抑制するため、引き続き、受診率の向上に取り組むことが必要です。
- また、がんの主要因子である喫煙や感染症への対策を推進するとともに、食生活改善や運動習慣を持つことの促進等、がんになるリスクを減らすための生活習慣改善にも取り組むことが必要です。

【目標】

- がん検診の受診率の向上

直近実績値 (令和4年)		目標値 (令和10年度)
胃がん	42.7%	胃がん・大腸がん・ 肺がん・乳がん・ 子宮頸がん 60%以上
大腸がん	47.3%	
肺がん	50.0%	
乳がん	48.3%	
子宮頸がん	43.7%	

【取組】

- 県民に広くがん検診の受診を呼びかけるため、がん検診受診促進リーフレットや広報誌等の配布、ピンクリボン運動と連携して県庁をピンクにライトアップするイベントの開催など、普及啓発に取り組みます。
- がん検診の受診率向上に向け、企業の健康づくり担当者に対する研修や県民への普及啓発活動等に地域・被用者保険と連携した取組を行います。

- 未病指標等を活用し、未病の見える化（疾病リスクなど）を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(7) 予防接種の推進

【現状と課題】

- 予防接種は、感染症の発生や重症化の予防、まん延防止等において、重要な役割を担っており、将来的な医療費負担の軽減が期待されるため、適正な実施を推進していくことが必要です。
- 県及び市町村は、県民が予防接種を受けようと希望する場合、予防接種を受けられる場所、医療機関等に関する情報等について正しい情報を得られるようにする必要があります。
- 市町村は、予防接種法に基づく定期予防接種の実施にあたり、地域の医師会等と十分な連携を図り、地域の実情に応じて個別接種の推進や対象者が予防接種をより安心して受けられるよう実施体制を整備しています。

【取組】

- ワクチン及び接種に関する正しい知識を普及することで、市町村及び各医療機関の円滑なワクチン接種をサポートし、VPD¹⁹対策の推進に努めます。
- 市町村における健康被害の救済の支援、副反応疑い報告制度の円滑な運用への協力を努めます。

(8) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

【現状と課題】

- 一人ひとりの高齢者が、健康でいきいきと自分らしい生活を送り続けるためには、生活習慣の改善に取り組むことが重要です。
- 一方、高齢期の健康は、それまでの健康状態の積み重ねにより形作られるもののため、高齢期から生活習慣の改善に取り組むのではなく、若年期から継続して生活習慣の改善に取り組むことが望ましいといえます。
- また、多くの人が高齢な状態から「フレイル」の段階を経て要介護状態に陥ると考えられています。フレイルには「可逆性」という特性があり、早い段階からの対応がより有効と言われていることから、フレイルの兆候を早期に発見することで、できる限り早い段階から生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

フレイル予防で掲げている柱は3つあります。まず、1日3食、多様な食品を組み合わせてバランスよく食事をし、水分も十分に摂取する等の「栄養」で、次に、歩いたり、筋力トレーニングをしたりする等の「身体活動・運動」、さらに、就労や余暇活動、ボランティア等に取り組む「社会参加」です。

¹⁹ VPD : Vaccine Preventable Diseasesの略称で、ワクチン接種により防ぎ得る病気のこと。

- なお、高齢者によく見られる健康課題として、社会参加する機会の減少に伴う健康状態の悪化が指摘されており、学びの場や活動の場など、個人の興味や状況に応じて社会参加できる機会を増やしていくことが求められています。
- また、高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれています。認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであり、発症の抑制や、進行を緩やかにするため、生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 「低栄養傾向の高齢者（65歳から74歳のBMI 20以下の割合）」は、17.4%（NDBオープンデータ(令和元年度)）です。
- 低栄養傾向の高齢者の減少は、可能性が高いと言われているため、健康寿命の延伸に向けて、引き続き、低栄養傾向の高齢者の減少に資する取組を推進していく必要があります。
- オーラルフレイル²⁰の人は、そうでない人に比べて、低栄養状態である割合が2倍であることが報告されているほか、フレイルやサルコペニア、要介護認定、死亡のリスクもおおよそ2倍高いという結果が示されており、オーラルフレイル対策を推進する必要があります。

イ ロコモティブシンドローム

- ロコモティブシンドロームは、運動器（身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経等の総称）の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。
- 運動器に痛みがあると、活動量が低下し、移動機能の低下につながるため、運動器の痛みはロコモティブシンドロームの発症や悪化の要因となります。
- また、運動器の痛みの改善がロコモティブシンドロームの減少に寄与すること、腰痛症や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性があることが示唆されていることから、足腰に痛みのある高齢者を減少させていくことが必要です。
- 本県における「足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65歳以上）」は、222人（令和4年度）であり、多くの方が足腰の痛みを抱えていることから、ロコモティブシンドロームの減少に向けて、引き続き、足腰の痛みの改善に資する取組を推進することが必要です。

ウ 社会活動を行っている高齢者の増加

- 社会参加や就労が健康増進につながることを示されており、就学・就労

²⁰ 「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「嚥めないものの増加」などのささいな口腔機能の低下から始まる、心身の機能低下につながる口腔機能の虚弱な状態。

を含めた社会活動へ参加することは、健康づくりにおいて重要です。

- 県民のうち、22.5%の方が健康に関するボランティア活動をされて（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）いますが、引き続き、ボランティア活動の輪が広がるよう取り組んでいくことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1より

- BMI 20以下の高齢者（65歳以上）の割合

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
16.7%	13.0%未満

- 足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65歳以上）

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和14年度)
222人	200人

- いずれかの社会活動（就労・就学を含む。）を行っている高齢者（65歳以上）の割合

直近実績値	目標値 (令和14年度)
—	10%増加

【取組】

- 市町村と神奈川県後期高齢者医療広域連合は、被保険者の健康診査や歯科健康診査、フレイル対策となる低栄養防止・重症化予防などの事業に取り組んでおり、県は助言するなど支援に努めます。

ア 低栄養傾向の高齢者の減少

- 高齢者が、自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係機関と連携し、自己チェックの機会を提供するとともに、フレイル対策の重要性について啓発を図ります。
- 高齢者の社会参加・支え合い体制づくりや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等の取組等、近年の市町村介護予防事業に対応できる人材を養成します。
- 歯と口腔の健康づくりボランティアであるオーラルフレイル健口推進員（8020運動推進員）等を活用し、健口体操²¹など、口腔の健康づくりに関

²¹ 健口体操：口腔機能を維持・向上するための体操のこと。意識をはっきりさせ、顔の表情も豊かにする「顔面体操」、舌の動きを滑らかにする「舌体操」、唾液の分泌を促す「唾液腺マッサージ」などがあり、毎日続けると、口や舌の動きがなめらかになり、唾液も出やすくなる。

する普及を通じて8020運動及びオーラルフレイル対策を推進し、県民主体の歯と口腔の健康づくりに取り組みます。

- 高齢期においてもよく噛んで食べることができるなど、口腔機能の維持向上に係る取り組みが市町村等で実施できるよう、必要な支援を行います。

イ ロコモティブシンドローム

- 高齢者が無理なく楽しんで取り組める運動を普及します。
- ロコモティブシンドロームの早期発見・早期対応に関する知識の普及啓発を図るため、市町村と連携し、地域における「住民主体の通いの場」等の介護予防活動の育成・支援を行います。
- 高齢者の食事や栄養状態を改善するため、介護予防事業や栄養改善事業等で食生活の改善に関する知識の普及啓発や保健指導を行います。
- 認知症のリスク軽減に効果が期待されている、脳と体の機能を向上させる運動「コグニサイズ²²」の普及啓発と定着に取り組みます。

ウ 社会活動を行っている高齢者の増加

- 地域が主体となって実施する健康体操等、高齢者の「居場所」を確保する取組を支援するため、老人クラブとの連携、協働による事業を実施します。
- 県民のボランティア活動に対して、活動の場、情報等を提供することにより、ボランティア活動を総合的に支援します。
- 生涯学習情報サイト等の活用により、学習に関する情報を提供します。
- 市町村が高齢者を対象に行う介護予防教室等の開催を支援します。

(9) 未病対策の推進

ア ライフステージに応じた未病対策

【現状と課題】

- 健康づくりは、性別やライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じた特有の課題があるため、引き続き性別やライフステージに応じた取組を進めることが必要です。
- 現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点で「誰一人取り残さない健康づくり」に取り組むことが必要です。

²² コグニサイズ：国立長寿医療研究センターが開発した、認知機能の維持・向上に役立つ運動で、コグニション（認知）とエクササイズ（運動）を組み合わせた造語。運動と認知トレーニングを組み合わせることで、脳への刺激を促すことが期待できる。

(7) こども

【現状と課題】

- 幼少期の生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えるため、こどもの健康を支える取組を進めることが必要です。

a 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

- こどもの運動習慣の減少は、抵抗力の低下や、将来の生活習慣病発症率の増加につながります。
- 本県における「運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの割合」は、13.8%（令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査）であり、全国平均の14.6%よりも低く、全国と比べて良い結果となっています。
- 運動やスポーツを習慣的に行うこどもを更に増やすため、運動嫌いやスポーツが苦手なこどもにも運動習慣を身に付けることができるよう、自由な時間にスポーツに親しめる場や、気軽に運動できるような仕組みを作る等、楽しみながら運動習慣を身に付けられる環境整備に取り組むとともに、運動習慣を身に付けることの重要性を保護者に対して普及啓発し、大人とこどもと一緒に体を動かすことの喜びを体験する機会の提供にも取り組んでいくことが必要です。

b 児童・生徒における肥満傾向児の減少

- こどもの肥満とやせは、大人になってからの肥満とやせや、生活習慣病に移行する可能性があるため、こどもの頃から適正体重を維持し続けることが必要です。
- 本県における「小学校5年生の肥満傾向の割合」は、10.9%（令和3年度学校保健統計調査）であり、全国平均と同程度の割合となっています。
- そこで、引き続き、食生活の改善及び身体活動の増加の推進等、総合的な取組を行うことが必要です。
- また、適正に栄養管理された給食の提供や、給食を提供する学校職員等の支援者を対象とした食事の摂り方と生活習慣病予防の知識に関する研修の実施等、こどもの食生活の改善に資する環境づくりに取り組むことが必要です。

c 20歳未満の飲酒をなくす

- 本県における「20歳未満の飲酒率」は、男性が16.1%、女性が13.9%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- 20歳未満の飲酒は、急性アルコール中毒や臓器障害等、身体に悪影響を及ぼすこと、法律で禁止されていることを踏まえ、20歳未満の飲酒をなくすことが必要です。

d 20歳未満の喫煙をなくす

- 本県における「20歳未満の者の喫煙率」は、男性が3.2%、女性が0%

(出典『県民健康・栄養調査報告書(平成29年から令和元年)』)です。

- 20歳未満の者の喫煙は、身体等への健康影響が大きく、かつ、成人期を通じた喫煙継続につながりやすいため、引き続き、児童・生徒及び学生へ、たばこの害(慢性閉塞性肺疾患(COPD)を含む。)を伝えていくことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン21より

- 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少
1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合

直近実績値 (令和4年度)	目標値
小学5年生女子 13.8%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【全国体力・運動能力、運動習慣等調査】

- 児童・生徒における肥満傾向児の減少
児童・生徒における肥満傾向児の割合
※評価には10歳(小学5年生)男女総計の割合を用いる予定

直近実績値 (令和3年度)	目標値
小学5年生 10.94%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【学校保健統計調査】

- 20歳未満の飲酒をなくす
20歳未満の飲酒者の割合
男性 女性 15歳以上20歳未満の割合

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 16.1%	男性 0%
女性 13.9%	女性 0%

【県民健康・栄養調査】

- 20歳未満の喫煙者の割合の減少(再掲)

直近実績値 (平成29年～令和元年)	目標値 (令和14年度)
男性 15歳以上20歳未満の割合 3.2%	0%
女性 15歳以上20歳未満の割合 0%	0%

【取組】

a 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

- こどもや保護者が楽しみながら運動習慣を身に付けられるようなイベントやプログラムを実施します。

b 児童・生徒における肥満傾向児の減少

- 児童・生徒における肥満について、給食施設が、利用者に合わせた食事の提供や栄養成分表示等により肥満改善を支援できるよう、給食施設を指導します。また、給食を提供する学校職員等の支援者を対象とした研修を行います。

c 20歳未満の飲酒をなくす

- 生徒やP T Aに対して、ハンドブックやホームページを通じて飲酒の危険性等について啓発するとともに、教員等を対象とした研修を行います。
- 20歳未満の者への酒類の販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づき酒類販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への酒類の販売防止のため、ポスター等の啓発品を酒類販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。

d 20歳未満の喫煙をなくす

- 児童・生徒向けに、たばこの害を解説したリーフレットを作成し、県内全ての小学6年生を対象に配布する等、喫煙防止教育により広くたばこの害を周知するとともに、喫煙防止を呼び掛ける広告の配信等、喫煙防止対策に取り組みます。
- 喫煙に関する記事も掲載した「健康・未病学習教材（高校生向け副教材）」を県立高校1年生向けに作成し提供します。
- 20歳未満の者へのたばこの販売等がないよう、青少年喫煙飲酒防止条例に基づきたばこ販売店等への立入調査を実施し、必要に応じて改善指導を行います。
- 20歳未満の者への喫煙防止のため、ポスター等の啓発品をたばこ販売店等に配布し、店舗での周知を図ります。
- 生徒やP T Aに対して、ハンドブックやホームページを通じて喫煙の危険性等を啓発します。

(4) 女性

【現状と課題】

- 女性に特有の健康課題として、若年女性のやせ、月経困難症、更年期症状・更年期障害等が挙げられます。
- これらの健康課題は、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという女性の特性に加え、個人の特性や状況に応じて、その状態や症

状が変化していくため、ライフステージや個人の特性・状況を考慮したきめ細かな取組の展開が求められています。

a 若年女性のやせの減少

- 若年女性のやせは、排卵障害（月経不順）や女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連するため、その改善に取り組むことが必要です。
- 本県における「20歳代女性のやせの割合」は14.7%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- しかし、小中学生、高校生におけるやせが5%程度であるのと比べて、20歳代のやせの割合は高いため、若年女性のやせの減少に向けて、学齢期から成人期まで切れ目なく取り組んでいくことが必要です。

b 運動習慣者の増加

- 本県の働く世代の女性は、通勤・通学時間が全国で最も長く、家事関連時間も全国平均より長い（総務省統計局社会生活基本調査（令和3年））等、運動する時間が取りにくい状況にあり、また腰痛や肩こり等を訴える人が多い傾向にあります（厚生労働省国民生活基礎調査結果（令和4年））。加えて、運動実施率が同世代の男性と比較して低い状況にあると評価した調査もあります（神奈川県県民の体力・スポーツに関する調査（令和4年））。

c 骨粗鬆症検診受診率の向上

- 骨粗鬆症は、痛み等の症状がない場合が多く、重症化して骨折に至るまで気が付かないことの多い疾患のため、骨粗鬆症該当者及び予備群を早期に発見し、早期に介入することができれば、骨粗鬆症性骨折の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられます。
- 健康増進法に基づく健康増進事業の一環として、市町村は骨粗鬆症検診を行っていますが、「骨粗鬆症検診受診率」は0.9%（日本骨粗鬆症検診財団報告（令和3年度））であり、非常に低いことから、骨粗鬆症の減少に向けて、自身の骨量を知ることの重要性を普及啓発することが必要です。

d 生活習慣病（NCDs²³）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

- 女性は、男性に比べて、肝臓障害等の飲酒による臓器障害を起こしやすいこと、アルコール依存症に至るまでの期間が短いことが知られています。
- 本県における「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の割合」は、12.2%（出典『県民健康・栄養調査報告書（平成29年から令和元年）』）です。
- 適正飲酒量やアルコールに関する女性の特性が、多くの県民に知られていないことが考えられるため、引き続き、適正飲酒量やアルコールに関する女性の特性を普及啓発していくことが必要です。

²³ NCDs：世界保健機関（WHO: World Health Organization）の定義で、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染などにより引き起こされる、がん・糖尿病・循環器疾患・呼吸器疾患・メンタルヘルスをはじめとする慢性疾患をまとめて総称したものの。

e 妊娠中の喫煙をなくす

- 本県における「妊婦の喫煙率」は、2.0%（母子保健に関する実施状況等調査（令和3年度））です。
- 妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等のリスクを高めるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症等のリスクとなるため、引き続き、妊娠中の喫煙をなくすことを目指し、保健指導や情報提供等に取り組むことが必要です。

f 妊娠中の飲酒をなくす

- 本県における「妊婦の飲酒率」は1.5%（令和3年母子保健に関する実施状況調査）です。
- 引き続き、妊婦健診や母子保健事業等を通じて、飲酒が妊婦自身の健康や胎児に及ぼす影響等の知識の普及や保健指導に取り組むことが必要です。
- また、知識の普及や保健指導の実施に当たっては、妊娠中の喫煙に係る情報もあわせて提供する等、効果的・効率的に取り組むことが必要です。

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1 より

- 若年女性のやせの減少

BMI 18.5未満の20～30歳代女性の割合

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	12%未満

【国民健康・栄養調査】

- 骨粗鬆症検診受診率の向上

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	15%

【日本骨粗鬆症財団報告】

- 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少
1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合

直近実績値 (令和6年度)	目標値 (令和14年度)
—%	7.0%

【国民健康・栄養調査】

- 妊婦の喫煙率の減少（再掲）

直近実績値 (令和3年度)	目標値
2.0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

○ 妊婦の飲酒率

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和14年度)
1.5%	0%

【こども家庭庁 母子保健課調査】※乳幼児健康診査問診回答状況

【取組】

a 若年女性のやせの減少

- 若年女性のやせをはじめとした、女性の幅広い健康課題の自分ごと化や改善に役立つ知識の普及啓発を図るため、ウェブサイト等のICTを用いた情報発信、企業と連携した普及啓発セミナーの開催等に取り組みます。

b 運動習慣者の増加

- 運動する時間が取りにくく、忙しい働く世代の女性でも未病改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

c 骨粗鬆症検診受診率の向上

- 県民に対して、自身の骨量を知ることの重要性や、骨粗鬆症を早期に発見することの大切さ等の普及啓発を行います。
- 骨粗鬆症検診は、健康増進法による健康増進事業に位置付けられているため、市町村が健康増進事業を効果的・効率的に実施できるよう、事業実施状況や成果等の情報を収集して市町村へ提供する等、市町村を支援します。
- ウェブサイトを活用し、骨粗鬆症のリスクや対策について、女性に向けて情報発信します。

d 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

- 酒害予防に関する講演会を実施するとともに、アルコール依存症に関する動画をインターネット、電車内広告で放映し、依存症の正しい知識の普及を図ります。
- 女性は「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合」が悪化しているため、例えば、女性ホルモンにはアルコールの分解を抑える働きがあり、適正飲酒量が男性の半分であること等、女性に特有の健康情報の普及啓発を図り、女性が自らのこととして未病改善に取り組むよう促します。

e 妊娠中の喫煙をなくす

- 妊娠中の喫煙の有害性について、ウェブサイトを活用し効率的な普及啓発を行うとともに、県保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教育・健康相談事業を行います。

f 妊娠中の飲酒をなくす

- 妊娠中の飲酒をなくすため、妊娠中の喫煙に係る情報と併せて、保健福祉事務所でライフステージに応じた健康教育・健康相談事業を行います。

イ 歯科保健対策

【現状と課題】

(7) 歯及び口腔疾患対策

- 本県におけるこどものむし歯は経年的に減少傾向にあります。しかし、乳幼児期・学齢期にむし歯を経験しているこどもがいます。引き続き、こどものむし歯対策に取り組むことが必要です。
- 成人の未処置歯は、全ての年齢で約1本程度あります。むし歯（未処置歯と処置歯）は、50代になるまで増えています。
- フッ化物洗口をはじめとする、フッ化物応用について、むし歯を防ぐ効果やその利用方法等の普及啓発を行うことが必要です。
- 成人期から高齢期にかけて進行した歯周病が多くなります。
- 歯周病対策には、セルフケアとプロフェッショナルケアが重要です。かかりつけ歯科医を持つ者は年々増加していますが、歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、ライフコースアプローチの観点から、若い年齢からの適切な対策が必要です。
- 歯周病などで歯肉が退縮する（歯ぐきがやせる）ことにより歯の付け根の部分が露出し、根面むし歯にもなりやすくなります。
- 歯周病は糖尿病や心臓病等の全身の病気と関連があり、全身の健康のために歯周病対策や治療は大切です。歯周病と糖尿病等、全身の関わりを踏まえ、日常のセルフケアの重要性等について引き続き普及啓発が必要です。
- なんでも不自由なく食べるためには、自分の歯を20本以上保つことが必要と言われており、歯の本数はオーラルフレイル²⁴と密接に関係していると同時に、自分の歯が少なく入れ歯も使用していない場合は認知症の発症リスクを高めるという報告もあることから、歯の喪失を防ぐことが必要です。
- より多くの県民が80歳で20本の歯を保つことができるように、むし歯対策、歯周病対策に取り組むとともに、県民の歯科保健向上の目標として「8020運動²⁵」を今後も掲げ、継続して普及啓発を行う必要があります。
- むし歯や歯周病の発症は、生活習慣に密接に関係することから、ライフコースアプローチを踏まえ、こどもの頃から望ましい歯科保健行動を生活習慣として身につけ、生涯を通じて実践する体制を整備することが必要です。

²⁴ 「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「嚙めないものの増加」などのささいな口腔機能の低下から始まる、心身の機能低下につながる口腔機能の虚弱な状態。

²⁵ 8020運動：ハチマルニイマル運動と読む。80歳になっても自分の歯を20本以上保つための取組のこと。だいたい20本以上の歯があると、何でも不自由なく食べられることが科学的に明らかになっている。

(イ) 口腔機能の獲得・維持・向上

- 加齢とともに、咀嚼良好でない者やオーラルフレイルのリスクが高い者が多くなります。高齢者では特に生活意欲や社会参加への影響が大きいため、口腔機能の維持・向上のための対策が必要です。
- こどもの頃から「よく噛むこと」を習慣化する等、口腔機能の獲得について普及啓発を行うとともに、成人・高齢期には、口腔機能を維持・向上するために「オーラルフレイル」について知ってもらい、「健口体操」等のオーラルフレイル対策を定着させることが必要です。
- 高齢期では、オーラルフレイル対策を含む口腔機能の維持・向上が、むせや誤嚥、窒息等を防ぎ、おいしく楽しい食事や会話につながることにについて普及啓発が必要です。

(ウ) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者や要介護者は、自身の口腔衛生管理が困難な場合もあることから、日常的な口腔ケアや定期的な歯科検診を受けることが重要です。
- 本県の要介護者入所施設における口腔ケアの実施率は高く、施設職員の歯科保健に関する意識の高まりがみられました。
- 障がい児者や要介護者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域包括ケアシステムのもと切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、口腔ケアに関わる職種の人材育成や、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を進めることが必要です。

【目標】

- 40歳以上における歯周炎を有する者の割合の減少（年齢調整値）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
68.5% (年齢調整していない値)	55.0%

【参考指標】 かながわ健康プラン2 1 より

- 50歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
75.9% (年齢調整していない値)	90.0%

【県民歯科保健実態調査】

- 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合

直近実績値 (令和2年度)	目標値 (令和14年度)
57.0%	85.0%

【県民歯科保健実態調査】

【取組】

- 市町村等に対する専門的な情報提供や歯科保健に携わる専門職の人材育成等を通じて、フッ化物洗口等のフッ化物応用も含めた、むし歯対策の支援を行います。
- 歯科検診等の結果を収集分析し、関係機関及び関係団体に情報提供するとともに、教育機関との連携を図り、地域の特性に合わせたむし歯対策を推進します。
- 歯肉炎対策の方法や、歯と歯肉の自己観察力を育てるために必要な情報提供を、県民や教育機関等に対して行います。
- 歯周病と糖尿病等、生活習慣病との関連性や、妊娠期における歯と口腔の健康づくりの重要性等、全身の健康と歯と口腔の健康づくりの関連性について普及啓発を行います。
- フッ化物洗口、フッ化物配合歯みがき剤の使用や、歯と歯肉の観察、歯間部清掃用具を使用する習慣等のセルフケアの実践に向けて、関係機関及び関係団体と連携し正しい知識の普及啓発を行います。
- 全ての県民が、定期的に歯科検診を受診できるよう、定期的に歯科検診を受けることの重要性や、かかりつけ歯科医を持つことの意義について普及啓発を行います。
- 関係機関、関係団体及び事業所等と連携し、県民向けに歯周病と全身疾患との関連性について情報提供を行い、歯科保健指導や適切な受診を推進します。
- 県民の口腔機能の獲得・維持・向上の普及啓発は、行政や歯科専門職のみならず、歯及び口腔の健康づくりを自主的に実施するボランティアであるオーラルフレイル健口推進員等とも連携して実施します。
- 口腔機能の獲得のために「よく噛むこと」を習慣化する等、食育と連携して、「噛ミング30」を推進します。
- 関係機関及び関係団体と連携し、口腔機能を維持・向上することにより未病を改善し、要介護状態とならないよう、引き続きオーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。
- 関係機関及び関係団体と連携し、歯科医師をはじめとする歯科保健・医療に係る専門職に対して、口腔機能の虚弱を早期に把握し、回復させる「オーラルフレイル改善プログラム」を地域に定着させるよう普及を行うとともに、県民からのオーラルフレイルに関する相談等に対応できるようにするため、オーラルフレイルの基礎知識、対策、改善方法について普及啓発を行います。
- 障がい児者及び要介護者の歯科疾患対策、口腔ケア、口腔機能の発達・維持・向上のため、口腔管理や歯科検診を受ける機会の提供について、各機関・関係機関が連携した支援を行います。
- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、関わる職種の人材育成、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を推進します。

ウ 認知症未病対策

【現状と課題】

- 認知症の人は、令和7（2025）年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い、あわせて認知症の人も増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣等の生活改善に取り組むことが必要です。

【目標】

- 認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。加えて、軽度認知障害（MCI）、初期の認知症の人等を重症化させないため、また、共生社会を推進するために取組を進めます。

【取組】

- 認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。
- 未病指標等を活用し、認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、生活習慣から軽度認知障害の段階における評価や介入等の実証等に関する産学公連携プロジェクトを推進します。

2 医療の効率的な提供の推進のための取組

(1) 病床機能の分化及び連携

ア 病床機能の分化及び連携

【現状と課題】

- 高齢化の進展に伴い、本県の令和7年の病床数は、平成27年の病床数と比較すると回復期を中心に不足することが「神奈川県地域医療構想」において次のとおり推計されています。

現状	区分	一般病床				療養病床	合計	備考	
	医療施設調査(平成26年)		46,267				13,462		59,729
	既存病床数(平成28年3月31日現在)	46,951				14,500	61,451	保健医療計画上の数値(H19.11許可以前の有床数を含まないことや補正の増減から医療施設調査の結果と数値が異なる)	
現状	区分	高度急性期	急性期	回復期	小計	慢性期	合計	地域医療構想を策定にあたり、現状把握の指標として用いられるとされている数値。報告率94.2% 休養中等660床を除く	
	病床機能報告制度(平成26年(2014年))	13,576	28,109	4,427	46,112	14,567	60,679		
	病床機能報告制度(平成27年(2015年))	12,137	28,658	4,958	45,753	14,487	60,240		同上。報告率97.6% 休養中等1,523床を除く
	平成25年(2013年)病床数(推計ツール)	7,914	19,923	15,261	43,098	13,613	56,711		将来の必要病床数の推計方法と同じ計算方法で算出した平成25年(2013年)の病床数
将来	平成37年(2025年)必要病床数	9,419	25,910	20,934	56,263	16,147	72,410		
参考	基準病床数	-					59,985		

<各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想>

本県では、9の構想区域(=二次保健医療圏)を設定

【神奈川県地域医療構想 構想区域】

- ・ 横浜構想区域・川崎北部構想区域・川崎南部構想区域・相模原構想区域
- ・ 横須賀・三浦構想区域・湘南東部構想区域・湘南西部構想区域
- ・ 県央構想区域・県西構想区域

令和7(2025)年の入院医療需要及び必要病床数

(単位：医療需要は人/日、必要病床数は床)

	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計	
	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数
神奈川県	7,064	9,419	20,209	25,910	18,842	20,934	14,855	16,147	60,970	72,410
横浜	3,140	4,187	8,336	10,687	7,995	8,883	5,886	6,398	25,357	30,155
川崎北部	515	687	1,410	1,808	1,293	1,437	1,077	1,171	4,295	5,103
川崎南部	642	856	1,815	2,327	1,412	1,569	526	572	4,395	5,324
相模原	606	808	1,798	2,305	1,539	1,710	2,220	2,413	6,163	7,236
横須賀・三浦	585	780	1,724	2,210	1,722	1,913	1,129	1,227	5,160	6,130
湘南東部	404	539	1,236	1,585	1,173	1,303	1,058	1,150	3,871	4,577
湘南西部	564	752	1,669	2,140	1,264	1,404	1,109	1,205	4,606	5,501
県央	406	541	1,615	2,071	1,667	1,852	1,140	1,239	4,828	5,703
県西	202	269	606	777	777	863	710	772	2,295	2,681

※推計された必要病床数については、次のことに留意する必要があります。

- ・「令和7（2025）年の必要病床数」は、医療法施行規則に基づき算出した令和7（2025）年の入院医療需要に対して、全国一律の病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）で除して算出した、2025年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素（例：交通網の発達、医療技術の進歩等）を全て勘案して算出したものではないこと
- ・必要病床数は、病床を整備する目標である基準病床数とは位置づけが異なること。

令和7(2025)年の在宅医療等の必要量

(単位：人/日)

	神奈川県	横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西
在宅医療等の医療需要	138,718	56,388	13,599	8,131	10,008	14,055	11,403	9,068	10,525	5,541
在宅医療等のうち訪問診療分	95,753	40,128	9,705	5,766	5,879	10,411	8,164	5,718	6,607	3,375

- 限られた医療資源を効果的・効率的に活用し、こうした医療需要の増加に対応するためには、地域の医療需要を踏まえた必要な病床機能を明らかにした上で、医療機関、地域の関係団体、行政、県民が一体となって、地域の医療需要を適切に受け止められるよう病床機能を確保していくことが必要です。
- また、急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられるよう、病床機能の確保とあわせて、異なる病床機能を持つ医療機関等の連携体制を構築することが必要です。
- 更に、各地域に設置する地域医療構想調整会議等において、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保及び連携に係る支援施策等について情報共有し、医療機関や関係団体による取組を推進するほか、県民に対しても、分かりやすい情報提供を行うことで、医療提供体制に対する理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療につなげてもらうことが必要です。

【取組】

(7) 不足する病床機能の確保

- 病床機能の転換・整備に係る技術的・財政的な支援等により、地域で不足する病床機能の確保を推進します。特に、本県では、回復期病床の不足が見込まれることから、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等、回復期機能を担う病床への転換等を推進します。
- また、将来の医療需要の増加に向けた対応として、入院医療の効率化を図り、より多くの患者の受入を可能にするため、病床利用率の向上等に必要な取組を推進します。

(4) 病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保・養成

- 不足する病床機能を確保する上で、必要となる医療従事者の確保・養成に向けた取組を推進します。

(ウ) 地域の医療・介護の連携体制構築

- 急性期や回復期・慢性期の病院に加え、在宅医療を担う診療所までの切れ目のない連携の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた病病連携・病診連携、医療と介護等との連携をより一層進めます。

イ 疾病別の医療連携体制の構築

【現状と課題】

(7) がん

- 本県において、がんは昭和53年に死因の第1位となってから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人ががんで亡くなっています。がんのり患者数も年々増加しており、生涯のうちに2人に1人がかかると推計されています。
- 今後もライフスタイルの変化や高齢化の進行により、本県におけるがんのり患者数及び死亡者数の更なる増加が見込まれる一方、がん医療の進歩による生存率の向上等により、治療と仕事の両立、高齢者のがん対策等、新たな課題が生じています。
- がん医療の提供については、2次医療圏に1カ所以上のがん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）が整備されていること等から、地域差はあるものの、標準的治療については均てん化²⁶が進んでいます。一方、ロボット支援手術のような高度ながん医療については、限られた病院でしか提供されていないため、集約化を図っていくことが必要です。
- がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるようにするには、拠点病院等のがん相談支援センターの役割が重要ですが、人材が不足していることから、ピア・サポーター（同じ悩みを持つ人たち同士で支え合う活動を行う人）等他の人材を活用していくことが必要です。

(4) 脳卒中

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

²⁶ 均てん化：がん医療においては、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることを指す。

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

(ウ) 心筋梗塞等の心血管疾患

- 心筋梗塞等の心血管疾患は、本県の死亡原因の第2位となっています。
- 心血管疾患による年齢調整死亡率は、平成22年から令和2年までの10年間では一貫して減少しています。
- 心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- 予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼ全ての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(I) 糖尿病

- 糖尿病は、生活習慣の改善により発症を抑制することができるとともに、発症した場合であっても適切な血糖コントロールを行うことにより重症化や合併症を予防することが可能な疾患です。
- また、本県における糖尿病の受療率は年齢とともに増加する傾向にあり、75歳～79歳の年齢階級の患者が最も多いです。
- そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。

(カ) 精神疾患

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、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ことが必要です。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが必要です。
- 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。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。そのため、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にした上で、治療が担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていくことが必要です。
- 精神疾患と身体疾患の合併症患者は、精神科医療機関と身体科医療機

関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーションを受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に、受入先の医療機関が見つけれられずに調整が難航することがあります。

【取組】

(7) がんの医療連携体制の構築

- がんに対する1次予防、2次予防の取組を進めるとともに、県は、拠点病院である県立がんセンターと連携し、がん協議会を通じて、集約化に向けた拠点病院・指定病院の役割分担や連携体制の整備に取り組みます。
- 患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピア・サポーターの養成・認定に取り組みます。

(4) 脳卒中の医療連携体制の構築

- 脳卒中の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直し等を適切に行うとともに、CCUネットワーク²⁷等の構築による急性期医療の充実に努めます。
- 急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細かな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用等により、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。
- かかりつけ医等の日常の診療における脳卒中診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。
- 患者とその家族等に対して、適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実に努めるため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、脳卒中患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

²⁷ CCUネットワーク：救急病院と消防機関が連携し、心血管疾患患者の迅速な救急搬送と専門施設への受入を目的として構築された、関係機関間のネットワークのこと。

(ウ) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制の構築

- A E D²⁸の配置等による病院前救護体制の充実、CCUネットワーク等の構築による急性期医療の充実に努めます。
- 運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進します。
- 多職種協働により早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実を図ります。
- 急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。
- 患者とその家族等に対して、適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、心血管疾患患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

(I) 糖尿病の医療連携体制の構築

- 県、市町村、医療機関・医療関係者、保険者及び介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）、保健指導等により、糖尿病の発症予防・重症化予防の取組を推進していきます。
- 糖尿病と歯周病との関連性について、県民にわかりやすい情報提供を行います。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー等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。

(オ) 精神疾患の医療連携体制の構築

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。
- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。

²⁸ A E D：自動体外式除細動器のこと。A：Automated（自動化された）、E：External（体外式の）、D：Defibrillator（除細動器）。

- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行う等、協力体制を充実していきます。
- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、地域での連携を促進する取組を検討します。

ウ 事業別の医療体制の整備・充実

【現状と課題】

(7) 救急医療

- 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、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定等について、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点等を考慮した見直しを行うことが必要です。
- また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから、発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。
- 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の質の充実と連携強化が課題です。

(4) 精神科救急医療

- 精神科救急医療体制は、平成19年10月から、初期救急、二次救急、三次救急について、24時間365日、医療機関が輪番で患者を受入れる体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県1圏域として受入体制を整備しています。
- 精神科救急医療体制を利用して入院した後、身体疾患の治療が必要になった場合に身体疾患の治療を行うため、平成19年度から身体合併症転院事業を実施し、受入体制を整備しています。
- 身体科治療、薬物依存症等の専門治療を行う医療機関が限られている

ため、受入れ先の調整が難航することがあります。そのため、身体科や依存症専門医療機関等と精神科救急の連携体制を構築していく必要があります。

(ウ) 小児医療

- 乳幼児の救急搬送において、入院に至らない軽症患者が大部分を占めており、県は全国平均に比べ、その割合が若干高い状況です。
- このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されており、軽症患者の救急受診が増加すると、中等症以上の患者の治療に支障が生じる等、小児救急医療提供体制のひっ迫にも繋がることから、県民への適正受診の啓発が必要です。
- また、患者の重症度・緊急度に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次救急医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。

(I) 周産期医療

- 県は「神奈川県周産期救急医療システム」を運用することで、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保しています。
- 県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱い施設数も減少しています。その一方で、今後もハイリスク分娩や医療的ケア児は一定数あることが見込まれます。
- 安心してこどもを産み、育てる環境づくりを推進するため、医師の働き方改革による影響も踏まえ、どのように周産期救急医療システムを安定的に運用させていくかが課題です。

【取組】

(7) 救急医療体制の整備・充実

- 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、センター機能の質の充実に向けた取組について検討します。
- 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定等について、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点等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さらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の連携強化に向けた取組を検討します。

(イ) 精神科救急医療体制の整備・充実

- 初期救急において、患者が身近な地域で受診できるようにするため、受入医療機関の拡大に向けた取組を進めていきます。
- 二次救急において、医療機関へ紹介しても、いずれの時間帯も一定数のキャンセルがあることから、適切に受診できていない患者がいます。患者を適切に医療へつなぐため、アクセスの向上に向けた輪番体制の見直しをしていきます。
- 時間帯を問わず、できるだけ多くの患者が迅速に受診できるような体制に向けて検討を進めていきます。
- 精神科救急体制において、身体合併症・薬物等依存症患者が早期治療を受けられるよう、オンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携に向けた取組を進めていきます。

(ウ) 小児医療提供体制の整備・充実

- 子ども医療電話相談体制を整備するとともに、救急車の適正利用等、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に実施し、軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入抑制を図ります。
- また、限りある医療資源の効果的・効率的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供される体制の整備に取り組みます。

(I) 周産期医療体制の整備・充実

- 出生数の減少や高齢出産の増加等、社会情勢が変化している中でも、安心して子どもを産み、育てる環境が整っているよう、引き続き周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、デジタル技術の導入等を検討し、効率的に情報を共有できる体制を整備していく等、周産期救急医療体制の充実を図ります。

エ 地域医療連携

【現状と課題】

- 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、かかりつけ薬剤師・薬局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を整備することが必要です。
- 病床機能の分化及び連携を推進するためにも、医療機関の適切な役割分担が求められています。
- 専門医の偏在の解消や、増加する慢性疾患患者に対する慢性疾患コントロールの拡充等が求められており、直接の対面診療を行わずに、情報通信技術を用いた遠隔診療の普及・推進が必要です。
- 多様化する医療需要等に対応するため、ある疾患に罹患した患者を中

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いくための仕組みである地域連携クリティカルパスを活用している地域もあります。

- 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、普及を進めていくことが必要です。
- 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等新たな要件を満たした上で、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。

【取組】

(7) 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

- 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、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を推進します。

(4) ICTを活用した医療情報の共有

- 安全・安心で質の高い医療提供体制を県民に提供するために、ICTを活用した患者・医療情報の共有を進めます。
- 医療機能の分化及び連携を促進するため、ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を進めます。
- ICTにより、専門医の地域偏在の緩和や、患者や医療関係者の利便性を改善する遠隔診療の実用化について検討していきます。

(ウ) 地域連携クリティカルパスの普及

- 医療機関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、利用患者及びその家族に対して、パスの内容や効果について啓発します。

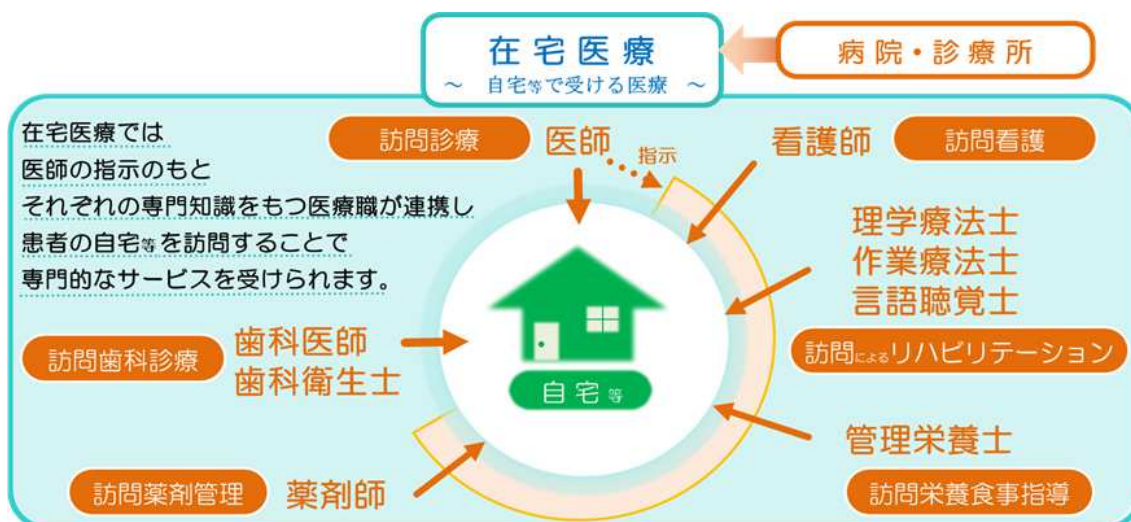
(2) 地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

ア 在宅医療

- 在宅医療は、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、“住み慣れた地域で誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える”という地域包括ケアシステムの理念を推進するためには、不可欠の構成要素です。（図5-29）

図5-29 地域包括ケアシステムのイメージ図



※本項目で「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。

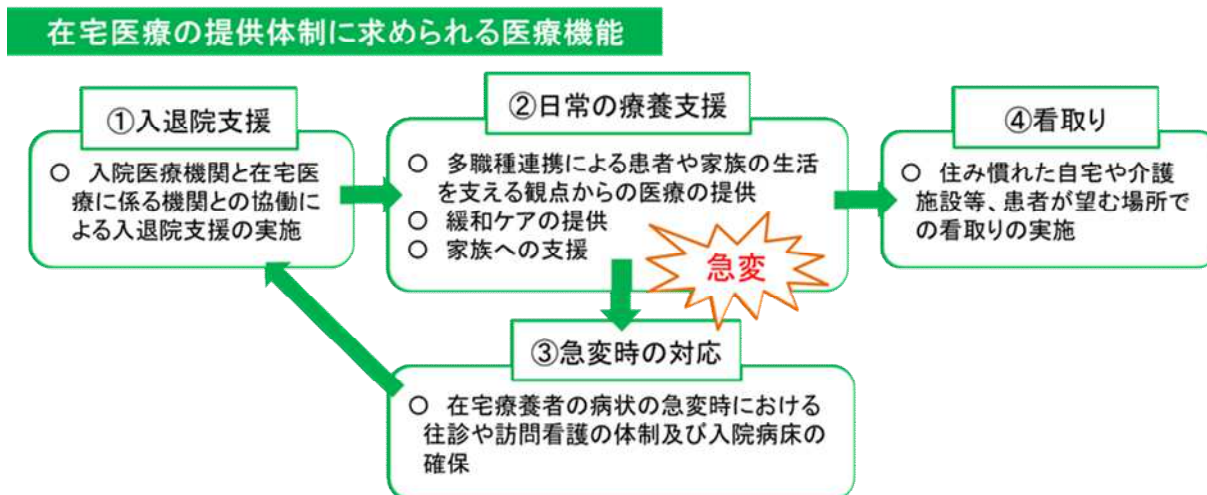
- 在宅医療は、患者のライフサイクルや健康状態の変化の中で起こりうる節目となる「4つの場面」を意識した取組や個別疾患への対応が必要であり、それぞれの現状と課題を整理し、対策を進めていくことが必要です。（表5-30）

表5-30 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ける望む場所での看取りを行う必要があることから、在宅・施設での看取り体制を確保していくことが課題

- また、今後更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。（図5-31）

図5-31 在宅医療の提供体制に求められる医療機能



○ 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等、地域における取組を支援してきました。

しかし、今後さらなる在宅医療の需要増が見込まれることから、関係者間の連携による切れ目のない継続的な医療提供体制構築を促進するため、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、施策の方向性を反映することが必要です。

イ 高齢者対策

- 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。
- 高齢者が、住み慣れた地域において安心して元気に暮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ことが必要です。
- 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

が自宅等で暮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等の介護保険施設等の整備を進めていくことが必要です。

ウ 障がい者対策

- 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等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等とあわせて、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等の更なる整備が必要です。

エ 母子保健対策

- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担う子どもを健全に育てることにあります。
- 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。
- 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・不育症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。
- 年齢の上昇や婦人科症状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。
- 10代等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、予期しない妊娠に繋がる可能性があります。誰にも相談できずに飛び込み出産・墜落出産に繋がることが無いように、相談窓口の整備や普及啓発が必要です。
- 医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児や小児慢性特定疾病児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必要です。
- 全出生数中の低出生体重児の割合は増加傾向にありましたが、近年は

横ばい傾向にあります。低出生体重児の割合が増加する要因としては、医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、母親の妊娠前のやせ（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。

- 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、早期の発見と治療が必要です。
- 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・早期療育を図ることが必要です。
- 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ことが必要です
- 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。
- 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。

オ 難病対策

- 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対応が多様であるため、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。
- 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がわかりづらいため、県内における医療提供体制の整備と医療機関の更なる連携が必要です。

【取組】

ア 在宅医療の推進

- 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。
- 入退院調整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。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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師を育成します。
- 市町村や医師会と連携し、ACP²⁹の普及啓発を進めます。

イ 高齢者対策

- 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等、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・介護関係者の研修等に取り組みます。
- 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等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等に取り組みます。
- 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、医療と介護の連携等による在宅ケアの利用者数の推移等を踏まえつつ、施設サービス及び居住系サービスの適切な整備を推進します。
- 在宅での生活を継続し、また、家族の負担を軽減する観点からも、短期入所サービスの適切な利用が重要であることから、市町村及び高齢者保健福祉圏域内において、地域の実情を考慮した必要な量を整備します。

ウ 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

- 訪問看護やホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、

²⁹ ACP：Advance Care Planningの略称。ACPとは、「人生会議」とも言われ、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取組のこと。

グループホーム等、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。

エ 母子保健対策

- 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様に、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。
- 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。
- 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。
- 県民が不妊治療を一定の負担で受けられるよう、健康保険の適用範囲等について適切に見直し等を行うよう国に働きかけます。
- 不妊症・不育症の治療について、現在の自身の治療の必要性や、今後の治療等について悩む人を対象に「不妊・不育専門相談センター」を設置し、専門の医師、臨床心理士、助産師による専門相談を継続して実施していきます。
- 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。
- 不妊症・不育症に関しては「不妊・不育専門相談センター」、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。
- 医療的ケア児・小児慢性特定疾病児等が、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「かながわ医療的ケア児支援センター」、医療的ケア児等コーディネーター、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、ピアサポートを行います。
- 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。
- 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を実施します。また、新生児聴覚スクリーニング検査、屈折検査機器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。

- 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を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。
- 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。

オ 難病の医療提供体制、相談支援体制の整備

- 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、地域における受入れ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」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。

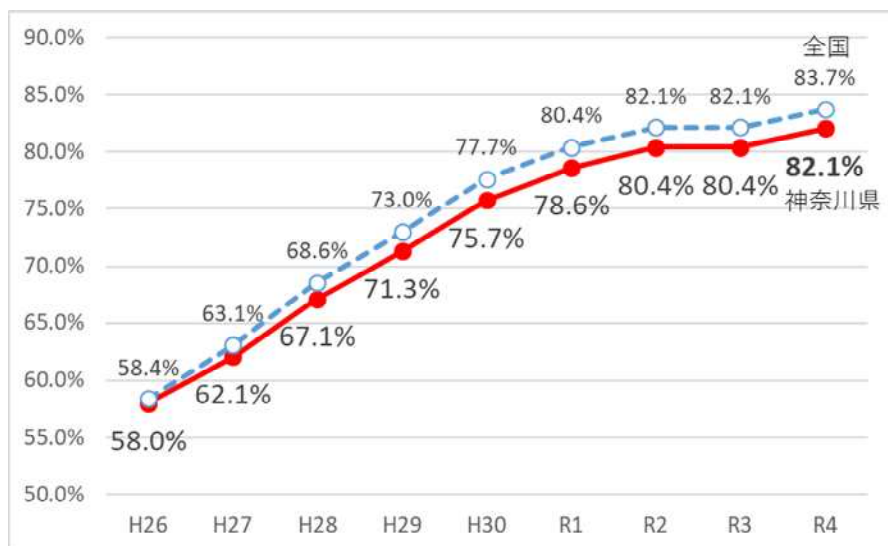
(3) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

【現状と課題】

ア 後発医薬品の使用促進

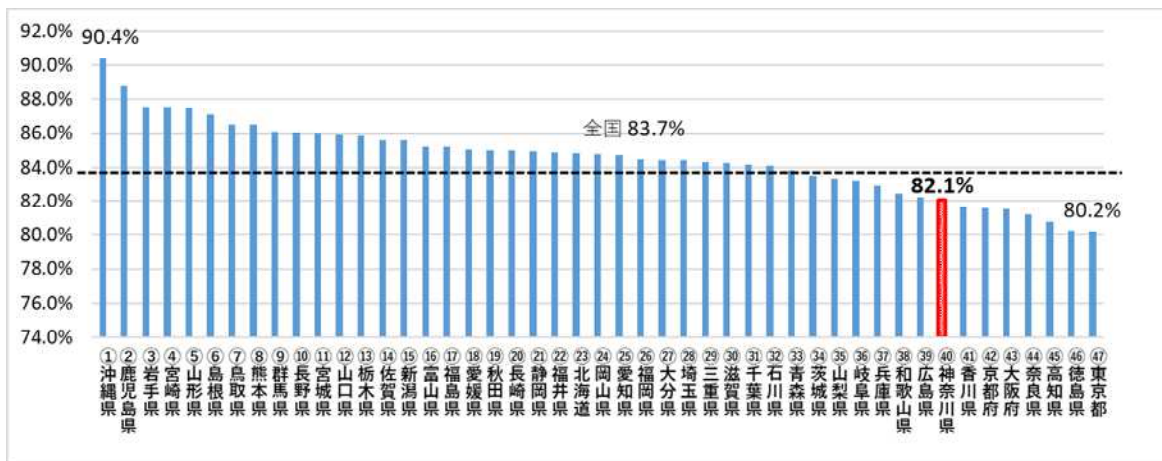
- 平成29年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2017」において、平成32（2020）年9月までに後発医薬品の使用割合を80%にする数値目標が示されました。
- 令和5年3月時点で、全国平均83.7%に対し、本県は82.1%であり、80%の数値目標は達成しましたが、平成27年3月（全国平均58.4%、神奈川県58.0%）と比較して全国平均との使用割合の差が拡大していることから、更なる取組が必要となっています。（図5-32、図5-33）

図5-32 後発医薬品使用割合(数量シェア)の推移(全国・県)



厚生労働省 調剤医療費の動向(平成26年度～令和4年度)

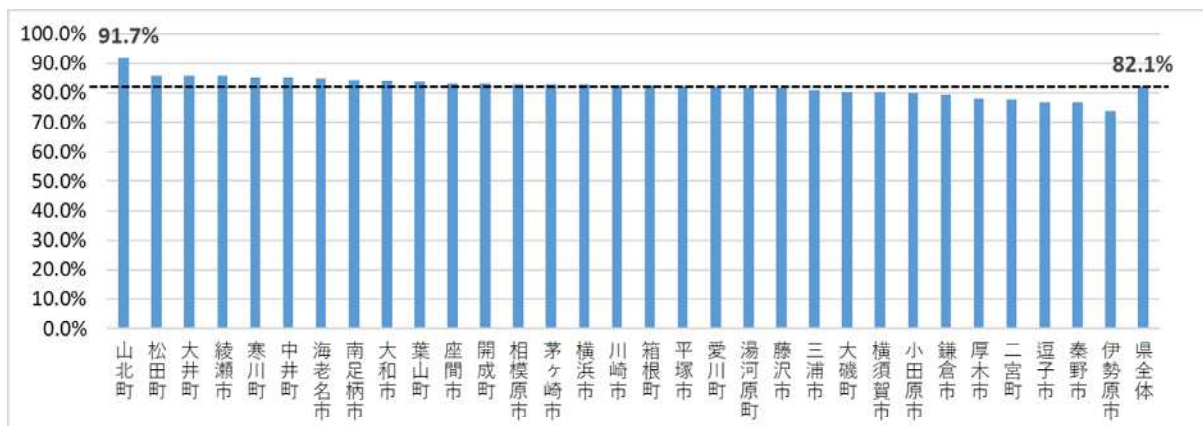
図5-33 後発医薬品の都道府県別使用割合(数量シェア)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

○ また、薬局の所在地別で見ると、市町村ごとに後発医薬品の使用割合に差があります。(図5-34)

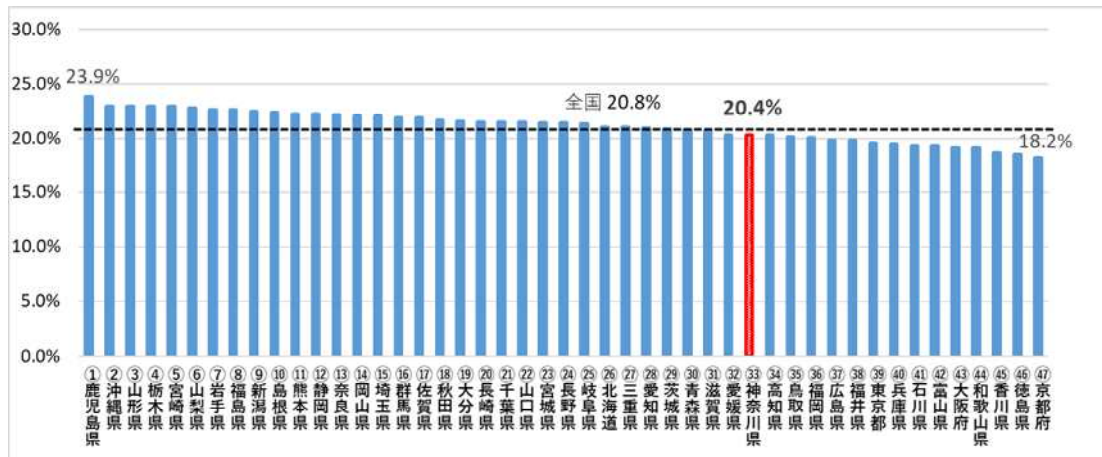
図5-34 後発医薬品の市町村別使用割合(保険請求のあった薬局の所在地)(数量シェア)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 後発医薬品については、国が「骨太の方針2021」において、数量シェアを令和5（2023）年度末までに全ての都道府県で80%以上とする数値目標を示しましたが、今後、金額ベース等の観点で踏まえた数値目標に見直すこととしています。
- 金額ベースの場合、令和4年3月時点で、全国20.8%に対し、本県は20.4%で、全国平均を下回っています。（図5-35）

図5-35 後発医薬品の都道府県別使用割合(金額ベース)



厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 令和4年度の使用割合を保険者別で見ると、大きな差異はありませんが、全ての保険者で、全国平均を下回っています。（表5-36）

表5-36 後発医薬品の保険者種別使用割合(数量シェア)

(単位: %)

割合	全国	医療保険適用計									公費
		被用者保険計			国民健康保険計			後期高齢者			
		協会一般	共済組合	健保組合	市町村国保	国保組合					
全国	83.7	83.4	84.1	84.4	83.6	83.7	83.5	83.6	82.0	82.7	90.0
神奈川	82.1	81.6	82.8	83.0	82.1	82.8	81.6	81.6	81.7	80.2	90.5

厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 処方箋発行元医療機関別で見ると、医科においては、病院では公的病院が、診療所では産婦人科を除いた医療機関が、全国平均を下回っています。また、歯科においては、病院が全国平均を下回っています。（表5-37）

表5-37 後発医薬品の処方箋発行元医療機関別使用割合(数量シェア)

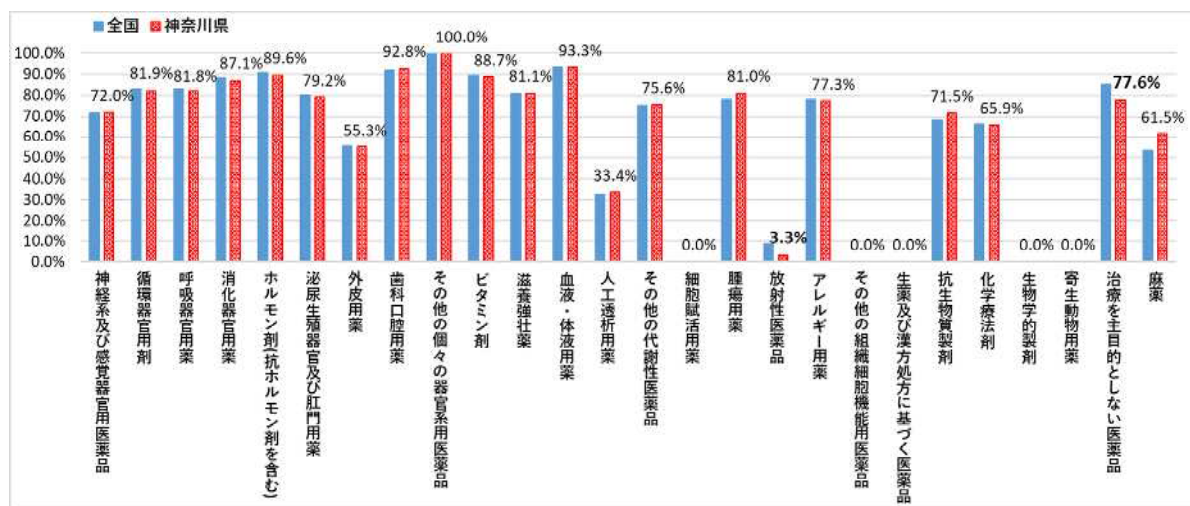
(単位: %)

割合	全国	医療機関別																				
		医科															歯科					
		病院					診療所										病院	診療所				
全国	83.7	83.7	83.9	76.4	84.3	85.0	82.1	(再掲) 200床未満	(再掲) 200床以上	83.7	84.8	82.4	84.7	81.7	80.9	89.1	77.0	85.7	81.1	88.8	91.0	86.3
神奈川	82.1	82.1	83.1	78.2	82.7	85.1	86.5	85.0	82.2	81.7	83.2	80.7	83.0	78.1	79.5	89.1	71.6	84.0	79.2	88.6	90.9	87.2

厚生労働省 調剤医療費の動向(令和4年度)

- 令和3年度の使用割合を薬効別で見ると、多くの薬効で全国平均とほぼ同水準ですが、放射性医薬品が5.2%、治療を主目的としない医薬品が7.6%、全国平均を下回っています。（図5-38）

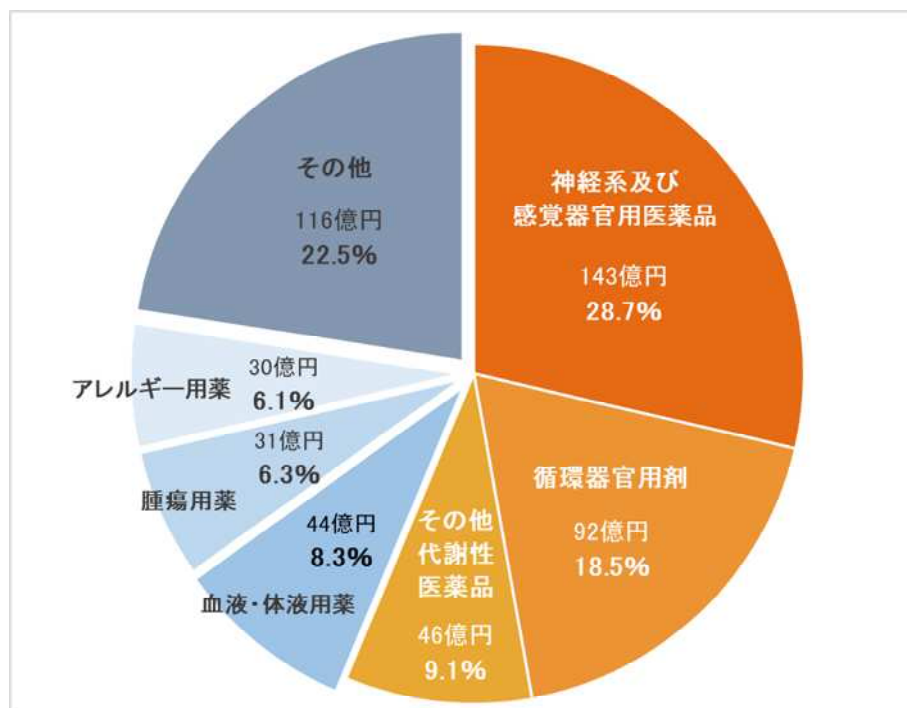
図5-38 後発医薬品の薬効別使用割合(数量シェア)(全国・県)



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

- 現在使われている先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の効果額は、少なく見積もって、1年間あたり499億円となります。上位3位の神経系及び感覚器官用医薬品、循環器官用剤並びにその他の代謝性医薬品で半数以上を占めています。（図5-39）

図5-39 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合の効果額



厚生労働省「令和3（2021）年度NDBデータ」

イ バイオ後続品の使用促進

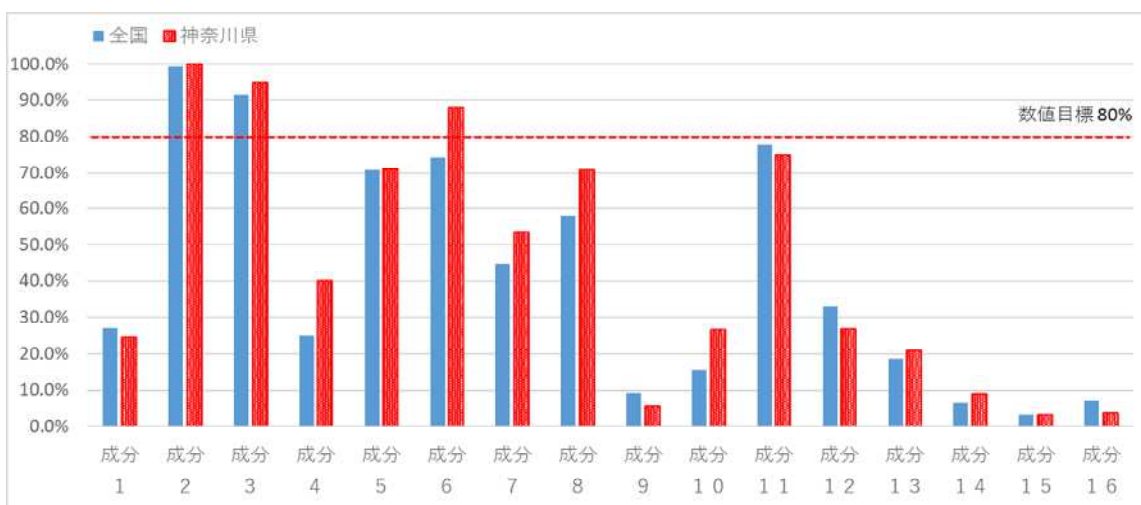
- バイオ医薬品とは、遺伝子組換え、細胞培養等のバイオテクノロジーを応用して製造された、ホルモン、酵素、抗体等のタンパク質を有効成分とする医薬品です。代表的なバイオ医薬品として、インスリン、エリスロポエチン、インターロイキン、インターフェロン、抗体等があります。
- バイオ医薬品の開発により、これまで治療が困難であった様々な病気の治療が飛躍的に進歩し、急速にその使用が伸びました。一方で、バイオ医薬品は開発や製造にコストがかかるため高価となり、医療費が高額になっています。
- そこで、国は、令和4年6月7日に閣議決定された「骨太の方針2022」において、令和11年度末までに、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とする数値目標を示しました。
- 令和3年度の成分はバイオ後続品の成分一覧（表5-40）のとおりで、令和3年度は、本県で18.8%（16成分中3成分）、全国平均で12.5%（16成分中2成分）が置き換わっています。（図5-41）

表5-40 バイオ後続品の成分一覧(令和3年度)

成分1	ソマトロピン	成分9	アガルシダーゼベータ
成分2	エポエチンアルファ	成分10	ベバシズマブ
成分3	フィルグラスチム	成分11	ダルベポエチンアルファ
成分4	インフリキシマブ	成分12	テリパラチド
成分5	インスリングルルギン	成分13	インスリンリスプロ
成分6	リツキシマブ	成分14	アダリムマブ
成分7	エタネルセプト	成分15	インスリンアスパルト
成分8	トラスツズマブ	成分16	ラニビズマブ

厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

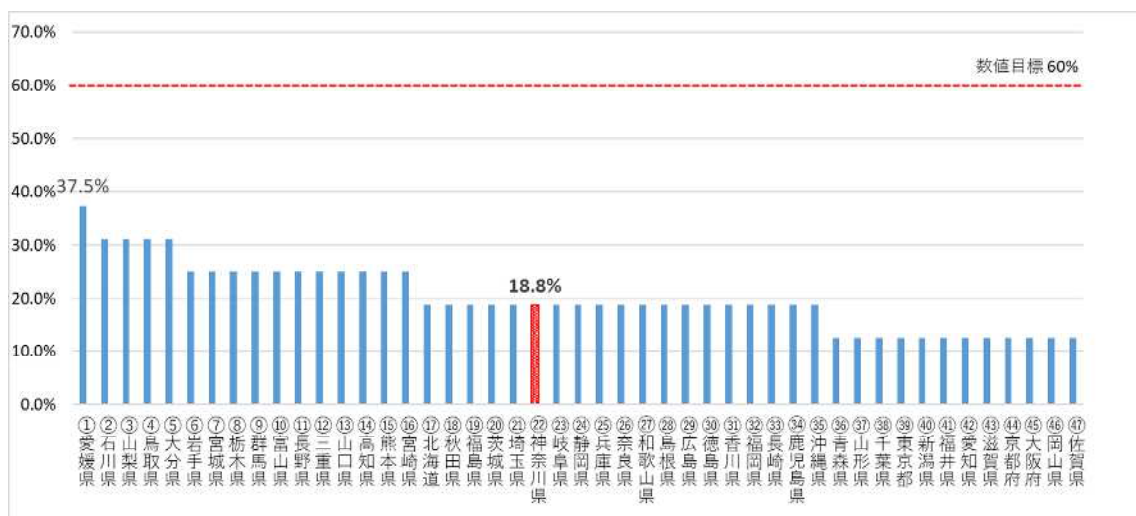
図5-41 バイオ後続品の成分別使用割合(全国・県)



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

- 全国では、愛媛県が37.5%（16成分中6成分）で1位ですが、国が目標として定めた60%とは大きな乖離があります。（図5-42）

図5-42 バイオ後続品の都道府県別使用割合



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

- 国も、今後調査を進め、具体的な方策等を検討していくとしています。
- また、保険者等は被保険者等に対して「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」や「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知」等を送付していますが、引き続き取り組んでいくことが必要です。
- あわせて、バイオ後続品については、国の動向を注視した上で、使用割合等の現状を関係者と共有するため、国から提供されるデータの分析が必要です。

【目標】

- 後発医薬品の数量シェア

直近実績値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
82.1% (参考) 75.0% ^(※1) (令和3年度)	80%以上

※1 国の医療費適正化計画関係推計ツールによると、本県は75.0%
(入院患者の使用割合を含めた使用割合)

- バイオ後続品の数量シェア80%以上に置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上

直近実績値 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
18.8%	60%以上

【取組】

ア 後発医薬品使用促進に係る理解促進

- 後発医薬品の目標の達成を目指し、県民や医療関係者が求める情報内容の把握や効率的な情報提供の方法等について、神奈川県後発医薬品使用促進協議会で検討します。
- 県民に対して、「薬と健康の週間」や「お薬の基礎知識に関する出前講座」等の機会を活用して後発医薬品等の品質や安全性等を説明するとともに、医療関係者に対して、品質に関する最新情報を発信し、後発医薬品等の理解促進に取り組みます。
- 市町村ごとの実情を把握し、関係団体との連携強化を図り重点的な取組を行うことで、県全体の使用割合の向上を目指します。

イ 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」の配布等の実施

- 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シール」の配布等の被保険者等に対する使用促進を図ります。
- 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知」により軽減可能な自己負担額を被保険者に通知し、後発医薬品の使用促進に取り組みます。
- このほか、後発医薬品の使用状況等の分析等を行い、被保険者等に対する効果的な後発医薬品の使用促進の方法について検討します。
- あわせて、県は、後発医薬品の使用促進について、市町村等の国保の保険者及び後期高齢者医療広域連合に対して指導・助言を行います。

ウ 地域フォーミュラリ³⁰

- 地域フォーミュラリについて、令和4年度厚生労働科学特別研究事業で取りまとめられた「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月）等の情報を保険者協議会等において共有するとともに、国の動向を注視しながら、必要な対策を検討していきます。

エ バイオ後続品

- 国から提供されるデータを基に本県の状況を分析し、保険者協議会等において情報共有を図るとともに、国の動向を注視しながら、必要な対策を検討していきます。

³⁰ 地域フォーミュラリ：フォーミュラリとは、一般的に、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味する。本計画において、「地域フォーミュラリ」とは、地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針を指す。

(4) 医薬品の適正使用の推進

【現状と課題】

- 患者本位の医薬分業を実現するため、平成27年10月に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」に則し、県民がかかりつけ薬剤師・薬局の役割や機能を十分理解し、かかりつけ薬剤師・薬局を持つメリットを実感できるようにするため、一層の普及啓発が求められています。
- また、保険者等は、医薬品の適正使用についての広報や重複投薬者に対する文書通知、訪問指導等を実施していますが、引き続き取組を推進していく必要があります。
- 更に、国において取組を進めている電子処方箋³¹については、令和5年1月から開始され、保険医療機関等において導入を進めていくことが必要です。

【取組】

ア かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着

- 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、重複投薬の是正や副作用の発生の防止、飲み残しによる残薬の調整等を適切に行うために、「患者のための薬局ビジョン」に則した取組により、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着を図ります。
- 県民自らがかかりつけ薬剤師・薬局を持つメリットを実感できるよう、ホームページや「お薬の基礎知識に関する出前講座」において周知を図るほか、薬剤師による薬相談会や健康相談会等を通じ、かかりつけ薬剤師・薬局を持つきっかけ作りに努めます。
- また、県民が、かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶ際に活用できるよう、県「かながわ医療情報検索サービス」において、薬局の特徴や機能を分かりやすく情報提供します。なお、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット」へ移行しますが、引き続き適切な情報提供に努めます。

イ 医薬品の適正使用に関する意識の啓発

- 啓発チラシやパンフレット、広報紙、ホームページ等を活用した広報を実施し、医薬品の適正使用に関する理解の促進と普及を図ります。

ウ 重複投薬の該当者に対する訪問指導等の実施

- 保険者等は、重複投薬に該当する被保険者に対して、文書通知や電話・訪問等による指導を行うとともに、必要に応じて医療関係団体に情

³¹ 電子処方箋：これまで紙で発行していた処方箋を電子化したもの。「医療機関で患者さんが電子処方箋を選択」し、「医師・歯科医師・薬剤師が患者さんの薬の情報を参照することに対して同意」をすることで、複数の医療機関・薬局にまたがる薬の情報を医師・歯科医師・薬剤師に共有することができるようになる。医師・歯科医師・薬剤師は、今回処方・調剤する薬と飲み合わせの悪い薬を服用していないかなど確認できるようになり、薬剤情報にもとづいた医療を受けられるようになる。

報提供を行う等連携を図り、医薬品の適正使用の推進に努めます。県は、保険者等の課題を把握するため、取組状況の調査を実施するとともに、好事例の情報提供・助言など取組の推進に向けた支援に努めます。

- レセプトから指導後の医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導の方法について検討します。

エ 電子処方箋

- 保険医療機関等への導入状況を踏まえながら、今後、必要に応じて取組内容を検討します。

(5) 適正な受診の促進等の取組

【現状と課題】

- 保険者等は、医療機関から請求のあったレセプトについて、受給資格や請求内容に誤りがないか、専門知識を持った職員等による点検（レセプト点検）を行っています。
- 重複受診や頻回受診に該当する被保険者に対して、適正な受診について指導するとともに、交通事故のような第三者の行為によって生じた医療費について、加害者への求償事務を行っています。取組を強化していくことが必要です。

【取組】

ア 国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合への指導・助言

- 国民健康保険者及び後期高齢者医療広域連合に対して、制度の運営が健全に行われるよう指導・助言を行います。
- 県・市町村・後期高齢者医療広域連合において、レセプト点検、医療費通知、保健事業の効果的な実施方法等、医療費適正化に結びつく取組を関係機関が連携して実施するための方策を具体的に検討します。

イ 重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導等の実施

- 保険者等は、重複受診者・頻回受診者に対して、文書通知や電話・訪問等による指導を行うとともに、必要に応じて医療関係団体に情報提供を行う等連携を図り、適正な受診の促進に努めます。県は、保険者等の課題を把握するため、取組状況の調査を実施するとともに、好事例の情報提供・助言など取組の推進に向けた支援に努めます。
- レセプトから指導後の受診行動や医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導等の方法について検討します。

ウ 医療費に関する意識の啓発

- 健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために、

受診者に医療費の額等について通知する医療費通知について、効果的に実施します。

エ レセプト点検の実施

- 国民健康保険団体連合会との更なる連携の強化や、縦覧点検の実施によりレセプト点検を効率的に実施します。

オ 第三者行為に係る求償等の充実

- 交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、加害者等への求償事務を充実します。

(6) 医療資源の効果的・効率的な活用

【現状と課題】

- 医療資源の効果的・効率的な活用については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると当該医療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが大変重要となります。
- 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療については、国において、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方 of 適正化に取り組んでいます。抗菌薬の適正使用については、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン³²（2016-2020）」に基づく取組によって使用量が減少しました。今後、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」（令和5年4月7日国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議決定）に基づき更なる取組が進められていくところです。

【取組】

- 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、医療資源の投入量に地域差のある医療については、国が提供するデータに加えて、国立国際医療研究センターによる「AMR（薬剤耐性）ワンヘルス動向調査」等の結果に基づき、必要に応じて保険者協議会等において情報共有を行い、必要な取組を検討していきます。
- リフィル処方箋については、必要に応じ保険者協議会等において、分割調剤を含むその他の長期処方等とあわせて、地域の実態等の情報共有等に努めてまいります。

³² 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン：薬剤耐性（AMR：Antimicrobial Resistance）に起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、薬剤耐性（AMR）の発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止するための対策をまとめたものこと。

(7) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

【現状と課題】

- 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいものです。
- そのため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- また、市町村の在宅医療・介護連携推進事業への後方支援、広域調整等も必要です。
- 今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折についても、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握、治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要です。

【取組】

ア 地域における連携強化の取組の推進

- 市町村は、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向けて、地域資源の把握、課題の抽出、地域住民への普及啓発、相談支援等に取り組めます。
- 県域全体等で、「地域包括ケア会議」を開催するとともに、市町村や関係機関との情報交換・好事例の紹介等により、医師会等とも連携しながら、市町村の取組を支援します。

イ ICTを活用した地域医療介護連携ネットワークの構築

- 地域医療介護連携ネットワークは、患者の同意を得た上で、医療介護の関係機関間において医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組みです。
- 適切な医療・介護サービスを県民に提供するために、地域医療介護連携ネットワークの構築による医療情報の共有や、在宅等における多職種連携の推進が有効です。
- 県では、国が今後、稼働を目指している全国的な保健医療情報ネットワークに接続可能な地域医療連携ネットワークとして、県内各地域への構築を目指していきます。