



神奈川県保健医療計画
(第8次 令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

はじめに



令和2年、新型コロナウイルス感染症の発生により、私たちの生活は一変しました。

世界中が未曾有の危機に直面し、我が国においても保健医療提供体制はもとより、社会経済活動全体が大きな打撃を受けました。

しかし、本県ではそうした中であっても、医療関係者、市町村、県民すべてが総力を挙げて力を結集し、この危機を乗り越えてきました。

本県では今後、高齢者の人口が一層増加する一方で、社会を支える生産年齢人口は減少していきます。また、令和6年4月から、いわゆる「医師の働き方改革」が本格的にスタートし、勤務医の時間外労働時間に上限規制が適用されるなど、医療を取り巻く環境が大きく変化します。引き続き、医師が健康に働き続けられるような環境を整備することで患者に提供する医療の質・安全を確保し、将来にわたって持続可能な医療提供体制を確保していく必要があります。

こうした本県の保健医療を取り巻く様々な課題の解決を図り、すべての県民が住み慣れた地域で安心してらせる社会の実現に向けて、県民や団体、市町村などの皆様からいただいた意見を反映させながら、このたび、今後の医療提供体制の在り方や方向性を示す「神奈川県保健医療計画」の第8次計画を策定しました。

第8次計画では、今後、増大する医療ニーズに対応するため、地域医療を担う医師・看護師等の人材確保・育成や、多職種連携に一層取り組むとともに、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、「県民目線のデジタル行政でやさしい社会」を実現するため、医療分野へのデジタル技術の活用として「医療DX」にも積極的に取り組むための施策等を盛り込んでいます。

さらには、今後の新興感染症に備えて、平時から取り組むべき施策についても新たに盛り込むこととしました。

今後は、これらの取組を通じて、持続可能で多様化する医療ニーズに応じた質の高い保健・医療の提供、地域包括ケアシステムの構築に取り組み、超高齢社会でも「いのちが輝き、誰もが元気で長生きできる神奈川」を皆様とともに創り上げていけるよう、総力を挙げて取り組んでまいりますので、引き続き、県民の皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

令和6年3月

神奈川県知事 黒岩祐治

目次

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

第2節	こころの未病対策	186
第3節	歯科保健対策	189
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	192
第5節	健康・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こすことができる人材の育成	194
第4章	地域包括ケアシステムの推進	196
第1節	在宅医療	196
第2節	高齢者対策	210
第3節	障がい者対策	216
第4節	母子保健対策	219
第5節	難病対策	226
第6節	地域リハビリテーション	228
第5章	医療従事者の確保・養成	234
第1節	医師	234
第2節	外来医療に係る医療体制の確保	256
第3節	看護職員	265
第4節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	276
第6章	総合的な医療安全対策の推進	283
第7章	県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	286
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	286
第2節	地域医療支援病院の整備	290
第3節	公的病院等の役割	292
第4節	歯科医療機関の役割	296
第5節	訪問看護ステーションの役割	298
第6節	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	303
第7節	病病連携及び病診連携	307
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	310
第9節	医療DXの推進	313
第8章	個別の疾病対策等	320
第1節	認知症施策	320
第2節	健康危機管理対策	324
第3節	感染症対策	326
第4節	肝炎対策	328
第5節	アレルギー疾患対策	331
第6節	血液確保対策と適正使用対策	334
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	337

第3部 地域医療構想	341
第4部 計画の推進	345
第1章 計画の推進体制等	346
第1節 計画策定の検討経緯	346
第2節 計画の推進体制	347
第3節 計画の進行管理	348
第5部 別冊	349
第1章 人口、医療資源等	351
第2章 周産期医療における現状と連携体制	383

第1部 総論

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

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

第2節 計画の性格

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

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

第3節 第7次計画の評価

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

第7次計画 総合評価一覧

計画項目	総合評価	計画項目	総合評価				
第1章 事業別の医療体制の整備・充実		第5章 医療従事者の確保・養成					
第1節 総合的な救急医療	B	第1節 医師	B				
第2節 精神科救急	C	第2節 外来医療に係る医療体制の確保	C				
第3節 災害時医療	C	第3節 看護職員	B				
第4節 周産期医療	B	第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	B				
第5節 小児医療	B	第6章 総合的な医療安全対策の推進	B				
第2章 疾病別の医療連携体制の構築		第7章 県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備					
第1節 がん	C	第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	B				
第2節 脳卒中	C	第2節 地域医療支援病院の整備	B				
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	C	第3節 公的病院等の役割	B				
第4節 糖尿病	B	第4節 歯科医療機関の役割	B				
第5節 精神疾患	C	第5節 訪問看護ステーション役割	B				
第3章 未病対策等の推進		第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及	B				
第1節 未病を改善する取組みの推進	B	第7節 病連携及び病診連携	B				
第2節 こころの未病対策	A	第8節 最先端医療・技術の実用化促進	B				
第3節 歯科保健対策	B	第8章 個別の疾病対策等					
第4節 ICTを活用した健康管理の推進	A	第1節 認知症施策	B				
第5節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成	A	第2節 健康危機管理対策	B				
第4章 地域包括ケアシステムの推進		第3節 感染症対策	A				
第1節 在宅医療	B	第4節 肝炎対策	C				
第2節 高齢者対策	B	第5節 アレルギー疾患対策	B				
第3節 障がい者対策	B	第6節 血液確保対策と適正使用対策	B				
第4節 母子保健対策	B	第7節 臓器移植・骨髄等移植対策	B				
第5節 難病対策	B	<table border="1"> <tr> <td>A 順調に進捗している</td> <td>B 概ね順調に進捗している</td> </tr> <tr> <td>C やや進捗が遅れている</td> <td>D 進捗が遅れている</td> </tr> </table>		A 順調に進捗している	B 概ね順調に進捗している	C やや進捗が遅れている	D 進捗が遅れている
A 順調に進捗している	B 概ね順調に進捗している						
C やや進捗が遅れている	D 進捗が遅れている						
第6節 地域リハビリテーション	B						

全41項目中 A：4項目 B：29項目 C：8項目 D：0項目

第4節 計画の基本理念及び基本目標

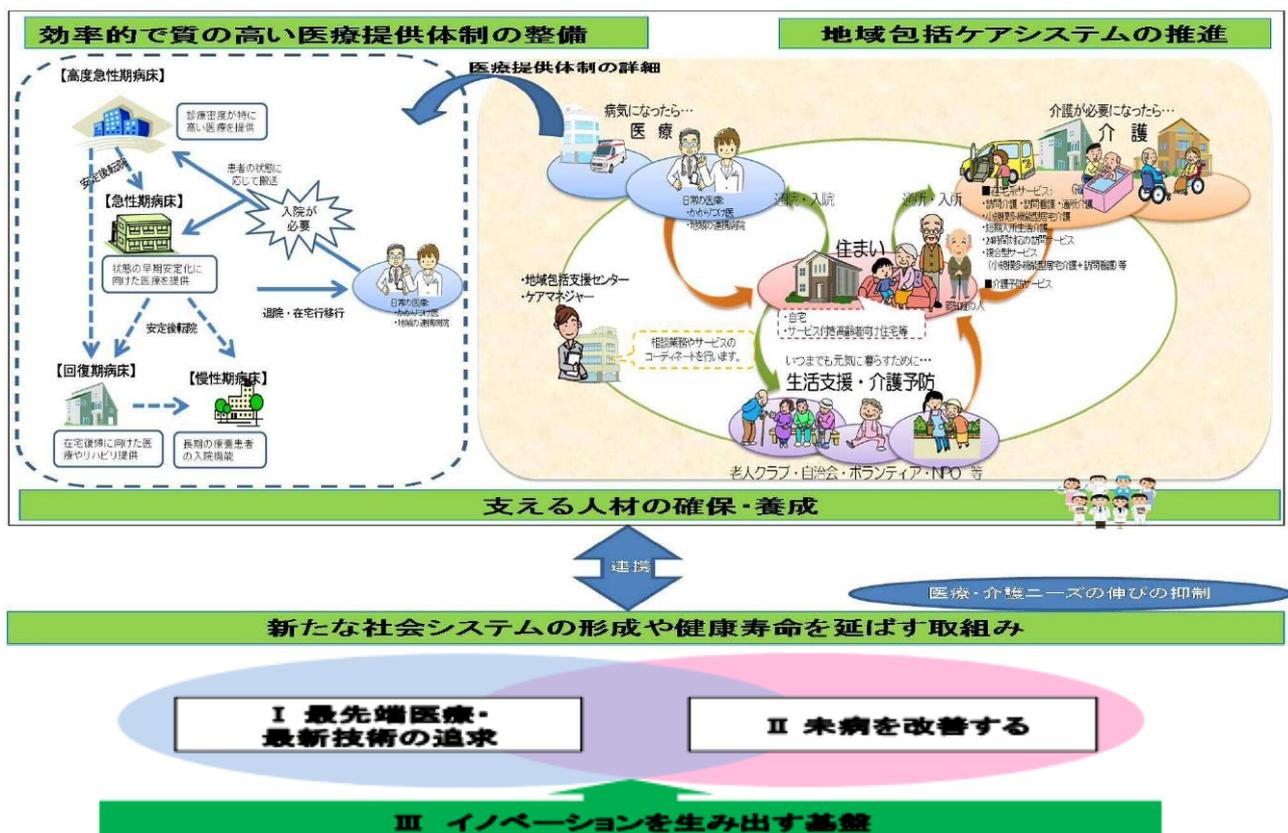
- すべての県民が健やかに安心してくらする社会の実現に向けて、「誰でも等しく良質かつ適切な保健医療福祉サービスを受けられる」ことを基本理念として、保健医療提供体制を整備します。
- 県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、医療機関、介護事業者、行政、県民相互の連携の下で、切れ目のない保健医療福祉サービスを提供する体制を整備することを基本目標とします。

<神奈川のめざすすがた>

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

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

図表 神奈川の将来のめざすすがた（イメージ）



第5節 計画期間

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

第6節 関連する計画等

- 神奈川県保健医療計画は、県が策定した関連する次の主な計画や他の個別計画、国の施策等と整合を図りながら推進していきます。

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

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

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

第2章 神奈川県の実保健医療の現状

第1節 人口

1 県の人口概況

全国的には、これまでの人口が増加する社会から、人口が減少する社会へと転換期を迎えています。県の人口は東京都に次ぐ全国第2位であり、平成21年（2009年）7月には900万人を突破しました。令和2年（2020年）には、923.7万人となり、それ以降徐々に減少することが見込まれています。（図表1-2-1-1）

（1）少子化の進行

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

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

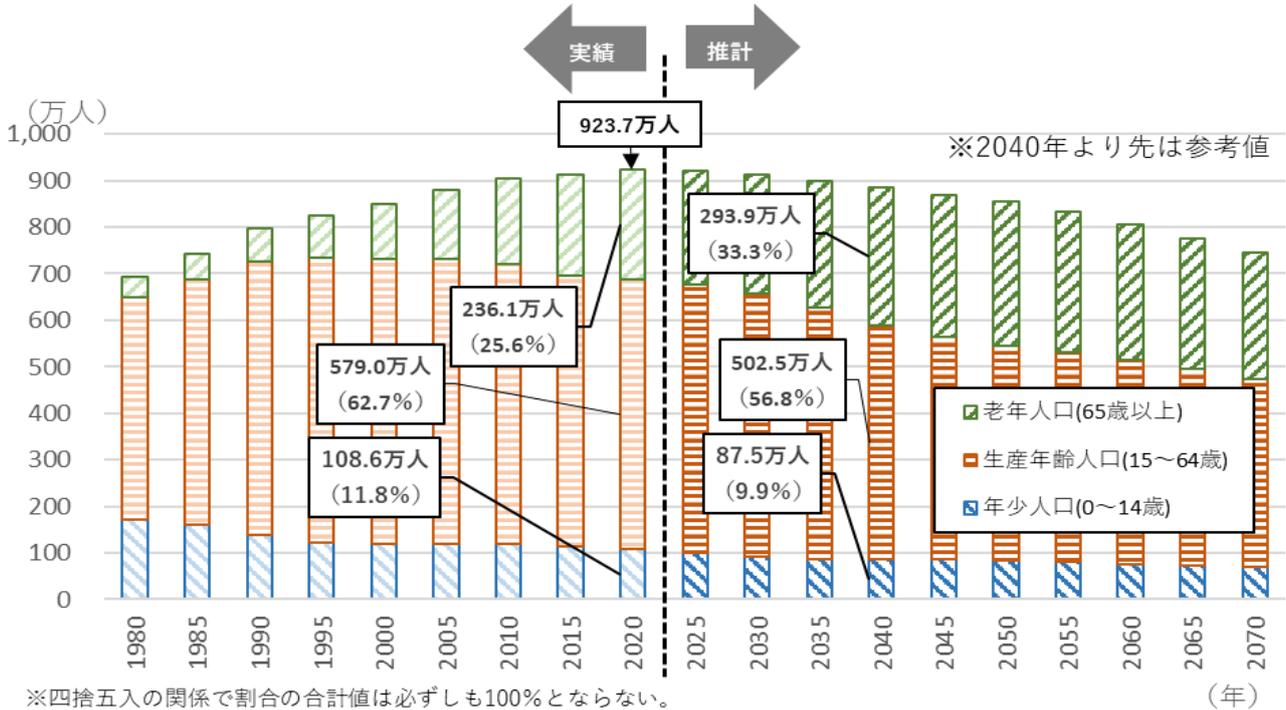
しかし、全国水準及び人口が安定的に維持される合計特殊出生率の水準（標準的には2.10前後）を大幅に下回っています。また、人口に占める年少人口の割合も低下し、今後も年少人口が減少することが予測されています。（図表1-2-1-2）

（2）高齢化の進展

県の高齢化率（65歳以上人口の占める割合）は平成27年（2015年）には24.0%でしたが、令和2年（2020年）には25.6%に上昇しており、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、令和7年（2025年）には26.6%程度に達すると見込まれています。その後も上昇し、令和22年（2040年）には33.3%に達する見込みです。（図表1-2-1-1）

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

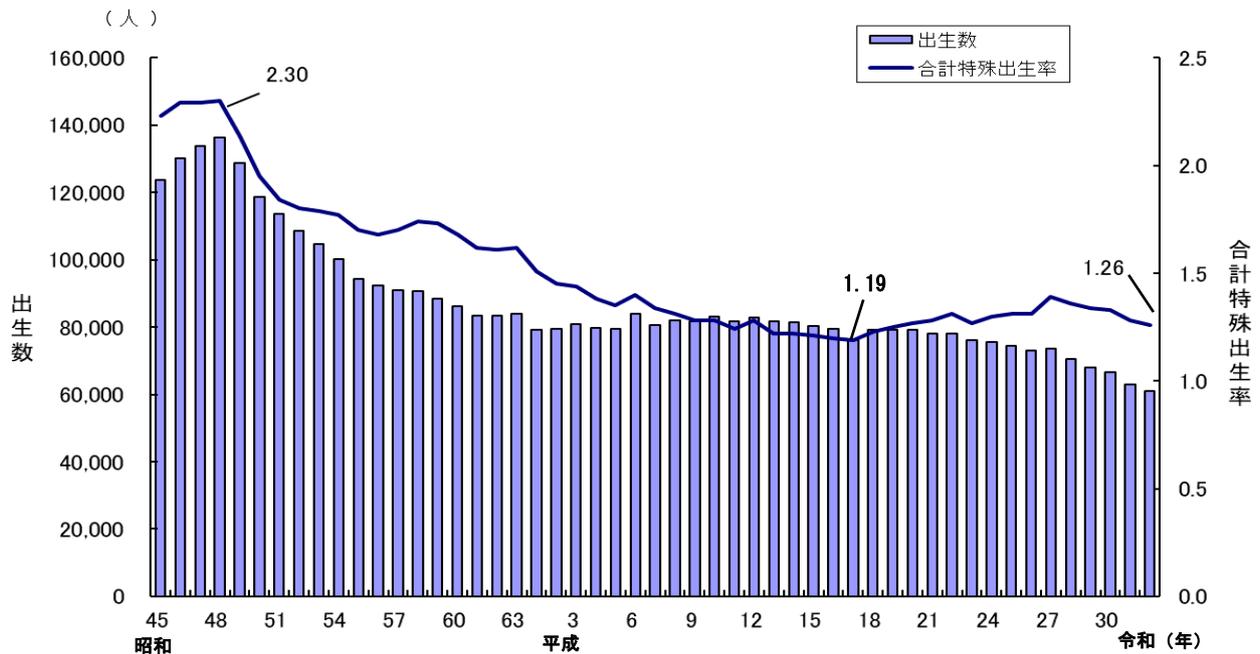
図表 1-2-1-1 本県の年齢3区分別人口及び高齢化率



※四捨五入の関係で割合の合計値は必ずしも100%とならない。
 ※1980年～2010年の人口は総務省「国勢調査」（年齢不詳の人口を5歳階級別にあん分した人口）、2015年及び2020年の人口は総務省「国勢調査」（不詳補完値）、2025年以降は県推計値。

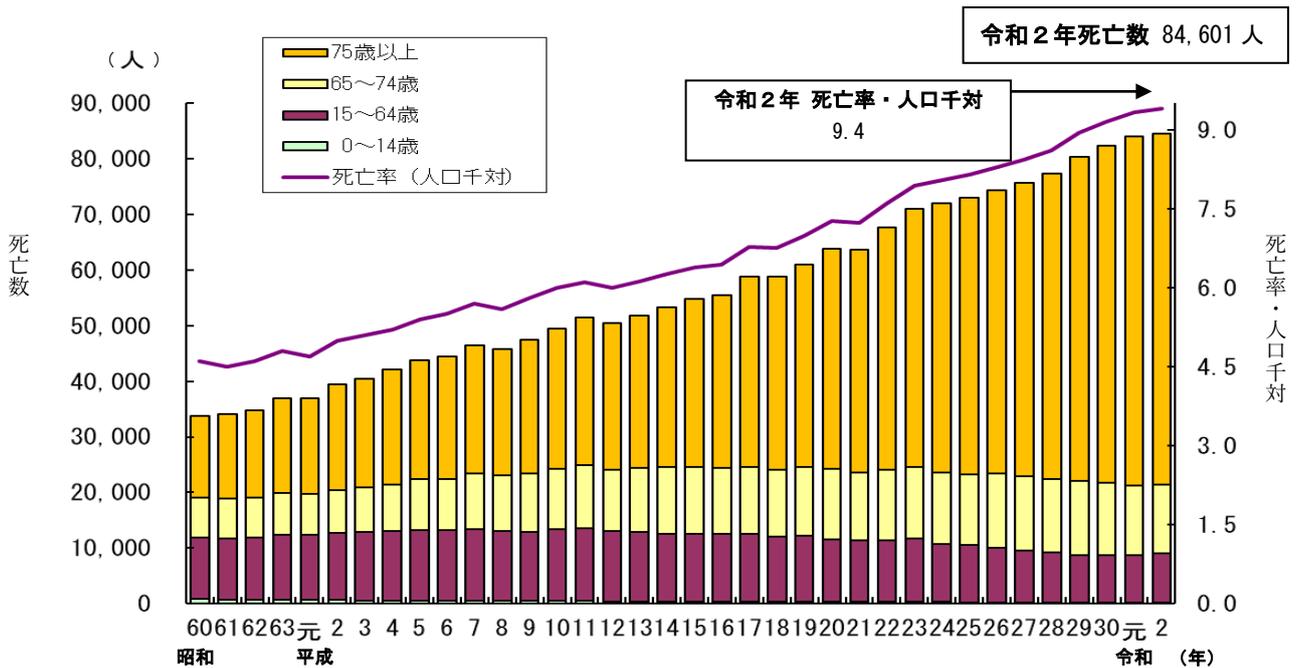
(出典) 県政策局総合政策課調べ

図表 1-2-1-2 本県の出生数及び合計特殊出生率(国集計値)の年次推移



(出典) 「令和2年神奈川県衛生統計年報」

図表 1-2-1-3 本県の死亡数及び死亡率の年次推移



(出典)「令和2年神奈川県衛生統計年報」

(3) 年齢別人口構成比

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

(単位：万人)

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

※「総人数」について、四捨五入の関係で割合の合計値は必ずしも100%とならない。

(出典)「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告(令和5年度版)」

2 地域別の状況

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

(単位：人)

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

(出典)「神奈川県年齢別人口統計調査結果報告(令和5年度版)」

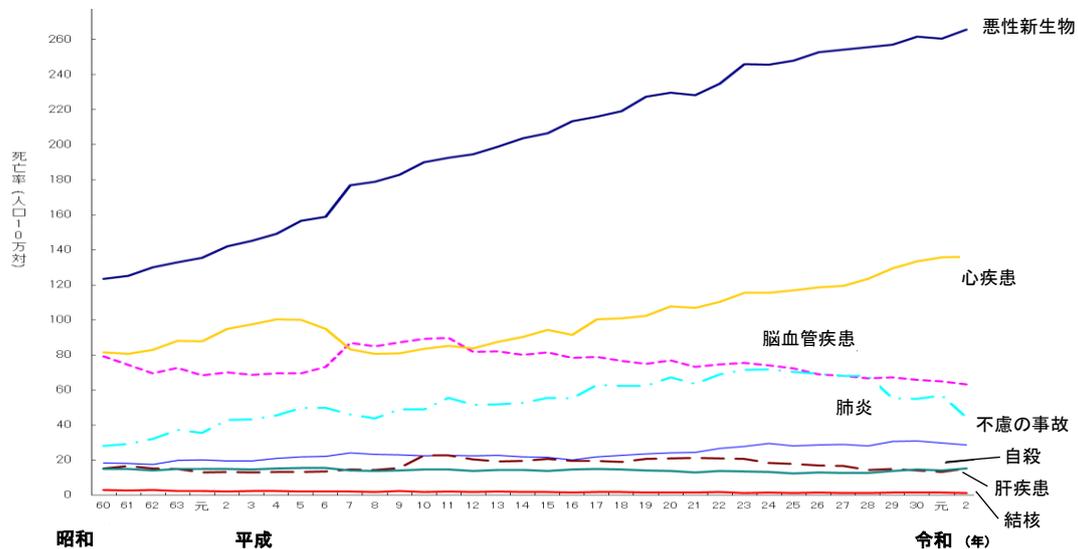
第2節 生活習慣病等の状況

1 主な死因別死亡率の推移

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

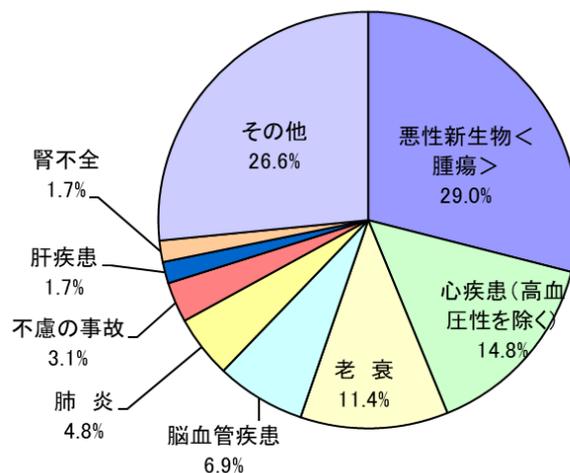
令和2年の主な死因別死亡数の割合をみると、悪性新生物29.0%、心疾患14.8%及び脳血管疾患6.9%の3大疾病で50.7%となるなど全体の約5割を占めており、全死亡者のおよそ3人に1人は悪性新生物で死亡している状況です。（図表1-2-2-2）

図表1-2-2-1 本県の主な死因別の死亡率の推移



(出典)「令和2年神奈川県衛生統計年報」

図表1-2-2-2 本県の主な死因別死亡数の割合



(出典)「令和2年神奈川県衛生統計年報」

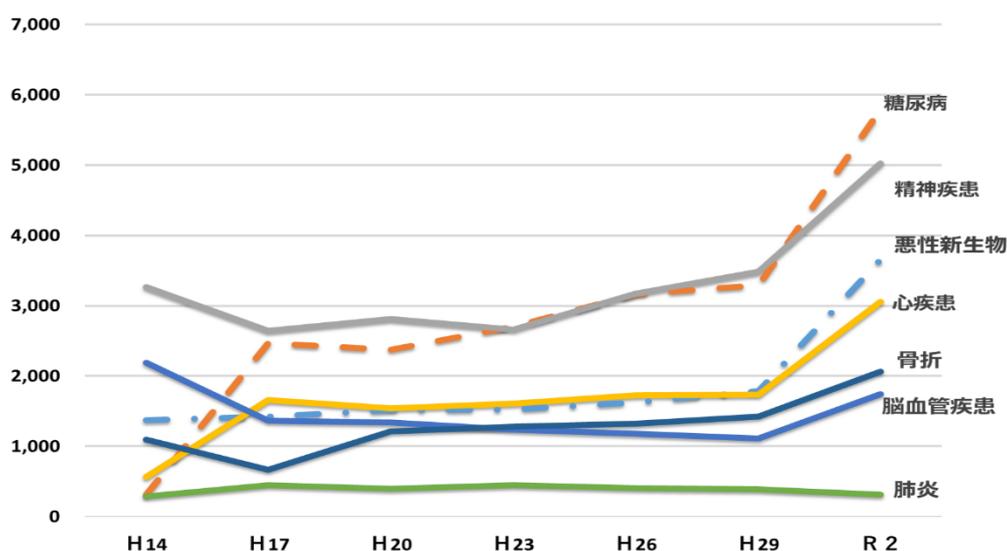
2 疾病別患者数の推移

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

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

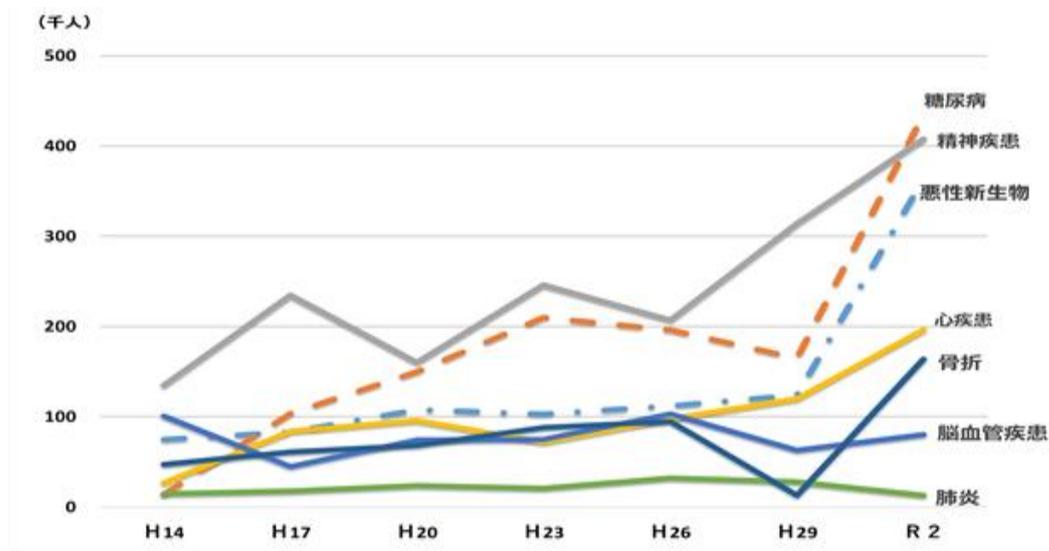
また、県における悪性新生物、脳血管疾患及び心疾患の患者数の推移は、いずれも増加傾向にあります。

図表1-2-2-3 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（全国）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表1-2-2-4 5疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（神奈川県）



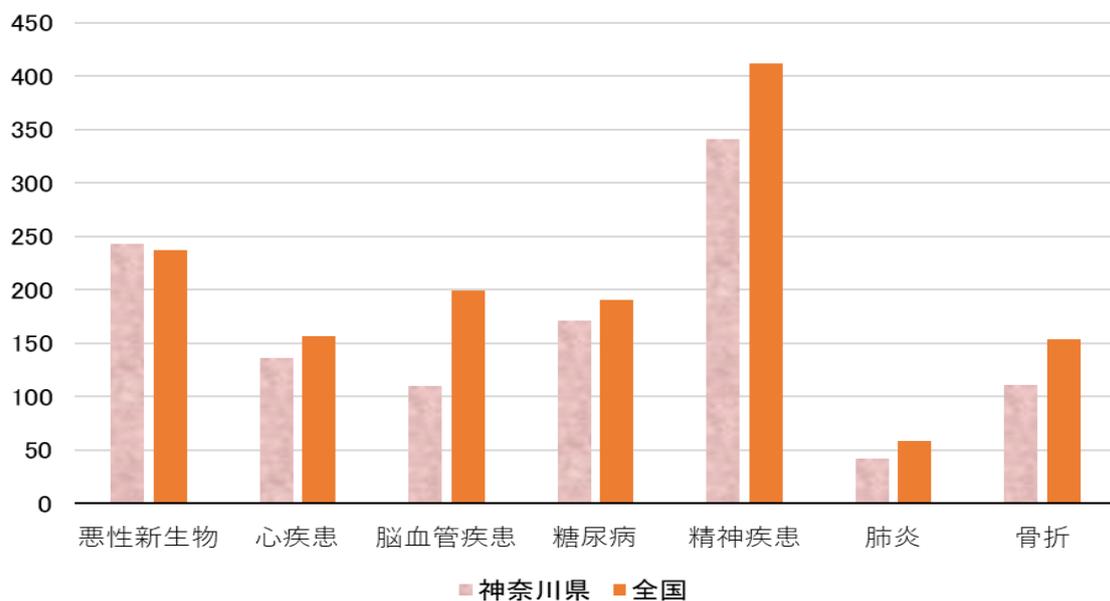
(出典) 厚生労働省「患者調査」

第3節 受療状況

1 疾病分類別受療率

全国の疾病（大分類）別受療率（患者調査の調査日に医療施設で診療を受けた患者数を人口10万人当たりで除した率）と比較すると、「悪性新生物」を除き全国と比較して低い受療率であり、他の疾患と比べ、「脳血管疾患」や「精神疾患」は全国平均を大きく下回っています。（図表1-2-3-1）

図表1-2-3-1 疾病分類別受療率（人口10万対）



（出典）厚生労働省「令和2年患者調査」

【患者調査の疾病大分類】

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

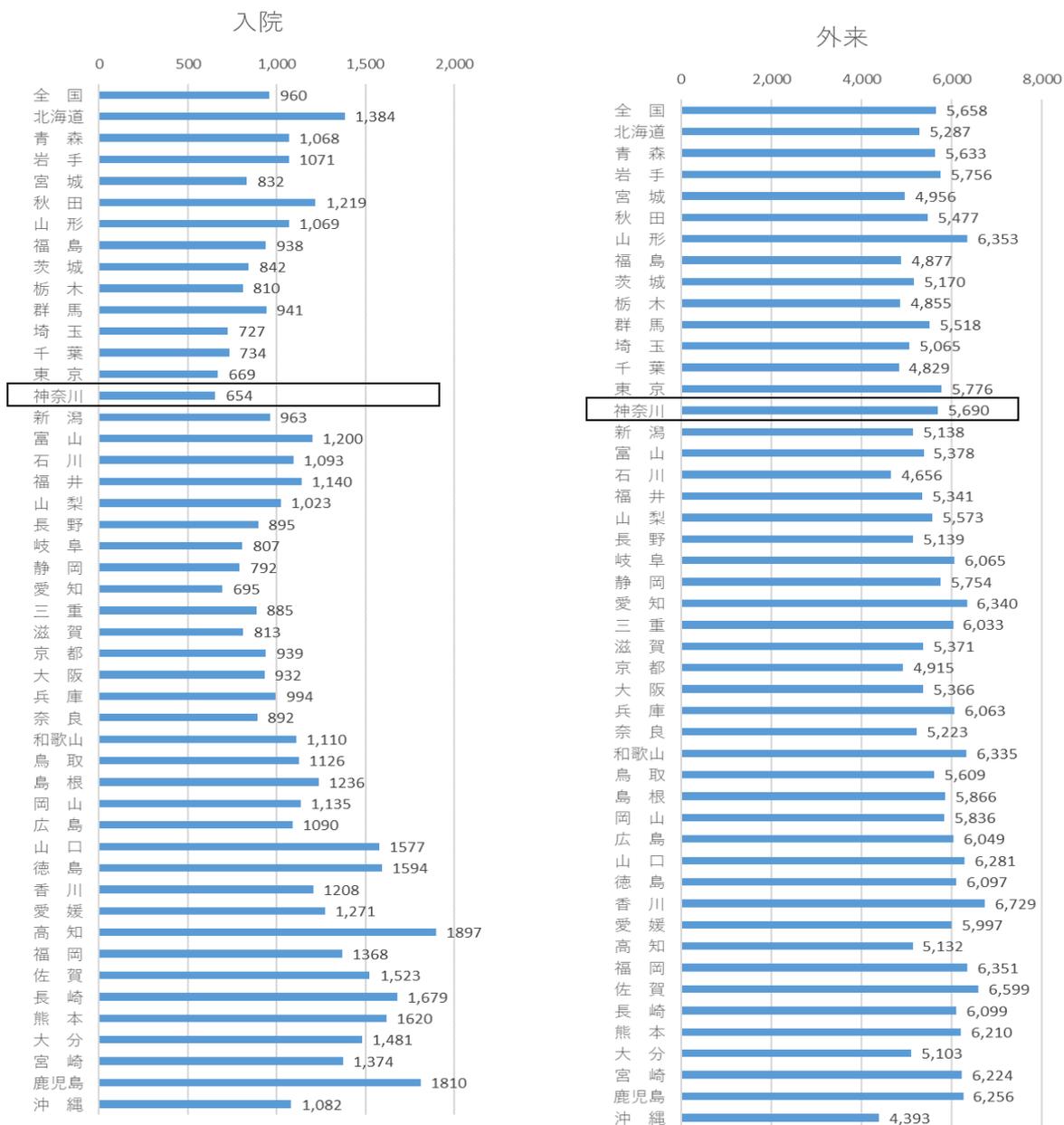
2 入院・外来受療率

県民の全疾病の受療率は、入院では654と全国で最も低くなっています。

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

(図表 1-2-3-2)

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



(出典) 厚生労働省「令和 2 年患者調査」

第4節 医療施設・保健医療従事者の状況

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

1 病院・診療所数

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

	施設数						人口10万対 (R4)	
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	神奈川県	全国
病院	338	340	336	336	336	336	3.6	6.5
うち精神科病院	47	47	47	47	46	45	0.5	0.8
一般診療所	6,661	6,739	6,820	6,907	6,996	7,093	76.8	84.2
有床診療所	219	201	194	185	182	176	1.9	4.8
歯科診療所	4,915	4,933	4,948	4,959	4,984	4,983	54.0	54.2

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

2 病院の病床数

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

	病院の病床数						人口10万対 (R4)	
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	神奈川県	全国
一般病床	46,411	46,645	46,852	47,003	47,179	47,231	511.6	709.6
療養病床	13,318	13,757	13,143	13,086	12,915	12,820	138.9	223.0
精神病床	13,875	13,819	13,785	13,643	13,577	13,487	146.1	257.6
感染症病床	74	74	74	74	74	74	0.8	1.5
結核病床	166	166	166	166	146	146	1.6	3.1
総数	73,844	74,461	74,020	73,972	73,891	73,758	798.9	1194.9

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

3 病院の病床利用率

病床種別ごとの病床利用率は、精神病床を除いて全国平均より高くなっています。

	病床利用率 (%)						
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	全国 (R4)
一般病床	76.3	77.3	77.9	71.4	71.0	71.1	69.0
療養病床	88.5	87.0	87.9	88.3	87.5	87.2	84.7
精神病床	86.1	86.2	85.4	83.8	82.9	82.1	82.3
感染症病床	15.0	15.6	17.3	198.2	466.1	736.5	571.2
結核病床	48.7	46.5	46.1	37.7	28.0	27.9	27.4
全病床	80.2	80.6	81.0	76.8	76.4	76.5	75.3

(出典) 厚生労働省「病院報告」

4 病院の平均在院日数

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

	平均在院日数(日)						
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	全国(R4)
一般病床	13.7	13.7	13.8	14.3	14.1	14.2	14.2
療養病床	178.3	171.3	163.3	166.1	162.4	159.8	159.8
精神病床	227.5	233.2	230.2	239.9	237.0	246.0	276.7
感染症病床	20.8	20.4	22.3	11.6	10.8	10.8	10.5
結核病床	60.3	61.6	60.5	37.7	65.7	54.9	44.5
全病床	22.1	21.8	21.8	23.0	22.6	22.4	27.3

(出典) 厚生労働省「病院報告」

5 医師数

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

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

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

6 主な診療科別にみた医療施設に従事する医師数

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

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

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

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

7 看護師数

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

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

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

8 歯科医師数・歯科衛生士数・歯科技工士数

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

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

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

		歯 科 衛 生 士 数 (人)			歯 科 技 工 士 数 (人)		
		H28	H30	R2	H28	H30	R2
神奈川県	実 数	7,926	8,642	9,518	1,686	1,729	1,846
	人口10万対	86.7	94.2	103.0	18.4	18.8	20.0
全 国		97.6	104.9	113.2	27.3	27.3	27.6

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

9 薬剤師数

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

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

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

10 薬局数

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

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

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

11 保健師数

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

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

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

第5節 計画推進に向けた関係者の役割

(県)

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

(市町村)

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

(医療機関・医療関係者)

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

(医療保険者)

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

(県民)

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

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

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

<医療機関>

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

<県民（患者さん）>

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

<行政>

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

※「令和元年 医師の勤務実態調査」より

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

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 保健医療圏

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

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

(1) 一次保健医療圏

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

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

(2) 二次保健医療圏

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

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

【横浜構想区域の設定について】

○ 設定の経緯

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

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

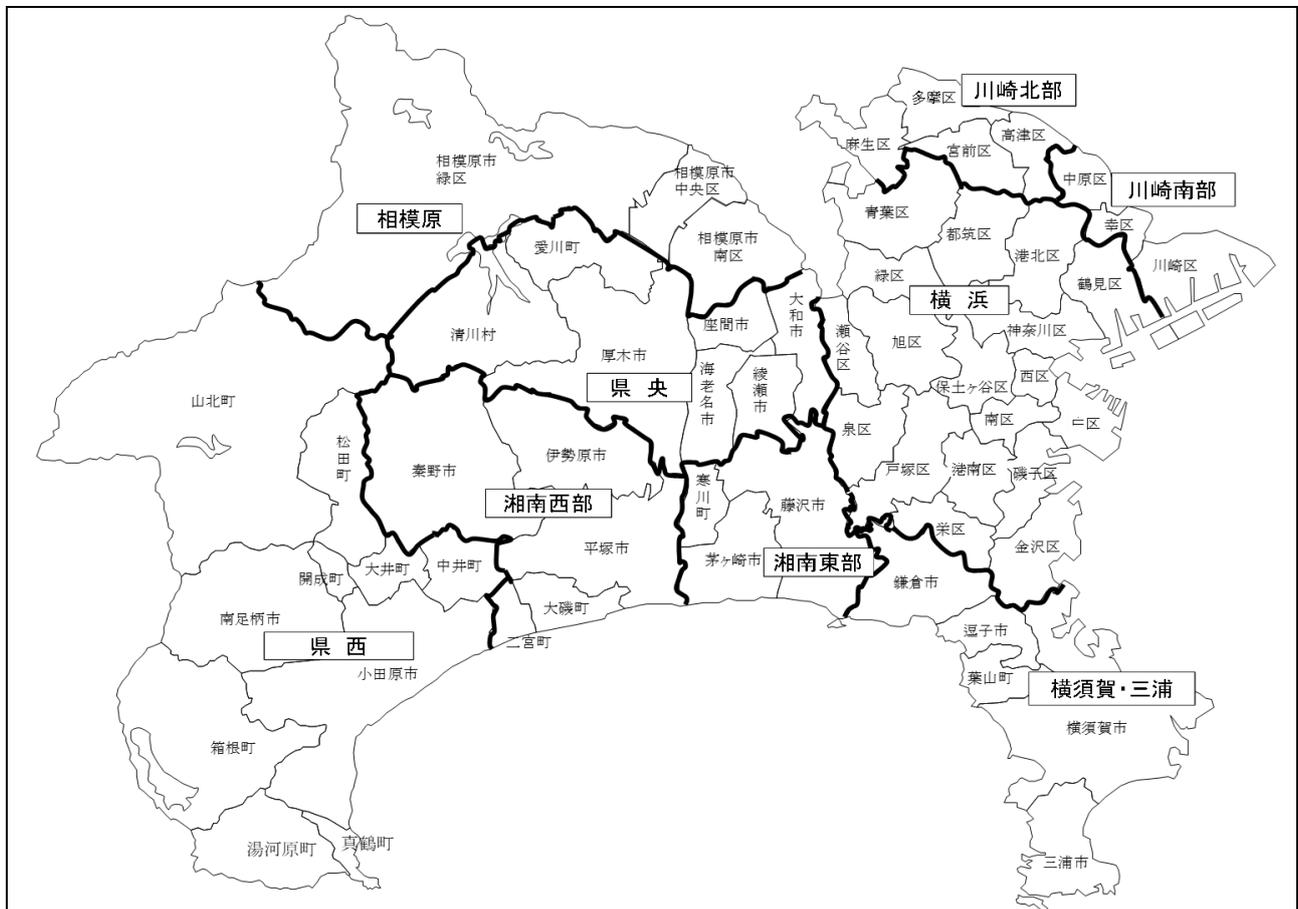
【横浜二次保健医療圏の統合後の運用について】

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

県内の二次保健医療圏は、次の市区町村で構成される9圏域です。

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

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



(3) 三次保健医療圏

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

2 二次保健医療圏別の主な医療機能

保健医療サービスは、二次保健医療圏内で完結することが望ましいと考えられます。

令和5年12月1日現在の二次保健医療圏別の主な医療機能（施設数）は次のとおりです。

二次保健医療圏	医療機能（施設数）						
	救命救急センター	救急告示病院	災害拠点病院	がん診療連携拠点病院	緩和ケア病棟を有する病院	地域医療支援病院	分娩取扱施設
横浜	9	60	13	9	11	19	55
川崎北部	1	8	3	2	2	2	10
川崎南部	2	17	4	3	3	3	11
相模原	1	15	3	2	1	2	13
横須賀・三浦	3	18	3	2	1	4	13
湘南東部	1	14	2	1	3	2	13
湘南西部	2	9	3	1	2	5	8
県央	1	20	2	1	1	4	11
県西	1	13	2	1	1	2	4
合計	21	174	35	22	25	43	138

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

※ 分娩取扱施設は、令和4年4月1日時点の数字。

第2節 基準病床数

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

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

1 療養病床及び一般病床

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

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

<基本的な考え方>

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

<第8次計画の基準病床数>

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

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

2 精神病床

精神病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

3 感染症病床

感染症病床の基準病床は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

4 結核病床

結核病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

【コラム】基準病床制度について
～ 医療の地域的偏在をなくすために ～

<基準病床制度とは>

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

<基準病床数について>

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

〔例〕一般病床の算定式

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

<基準病床数の推移（療養病床及び一般病床）>

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

(単位:床)

二次保健医療圏	既存病床数 (R5.4.1)	基準病床数の推移							
		第8次	第7次	第6次	第5次	第4次	第3次	第2次	第1次
横浜	23,608	25,209	23,993	22,190	22,318	22,320	23,060	22,379	27,800~30,100
川崎北部	4,115	4,279	3,796	4,353	4,011	4,187	3,904		
川崎南部	4,776	3,658	4,189	4,059	3,998	3,629	4,719		
相模原	6,302	6,389	6,545	6,494	4,545	5,498	5,322		
横須賀三浦	5,098	5,238	5,307	5,334	3,873	3,810	3,476	5,197	7,500~8,400
湘南東部	4,417	4,726	4,064	4,394	4,838	4,402	5,383		
湘南西部	4,638	4,360	4,635	4,996	4,750	5,430	4,735		
県央	5,333	5,229	5,361	5,252	6,625	5,857	6,859		
県西	3,092	2,678	2,809	2,913	2,445	2,855	3,606	3,672	4,800
県合計	61,379	61,766	60,699	59,985	57,403	57,988	61,064	60,046	76,500~80,800

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

<協議の場での議論>

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

第3節 医療と介護の一体的な体制整備

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

○ 厚生労働省「NDB」における値の取扱いについて

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

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

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