

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

1 現状・課題

【現状】

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

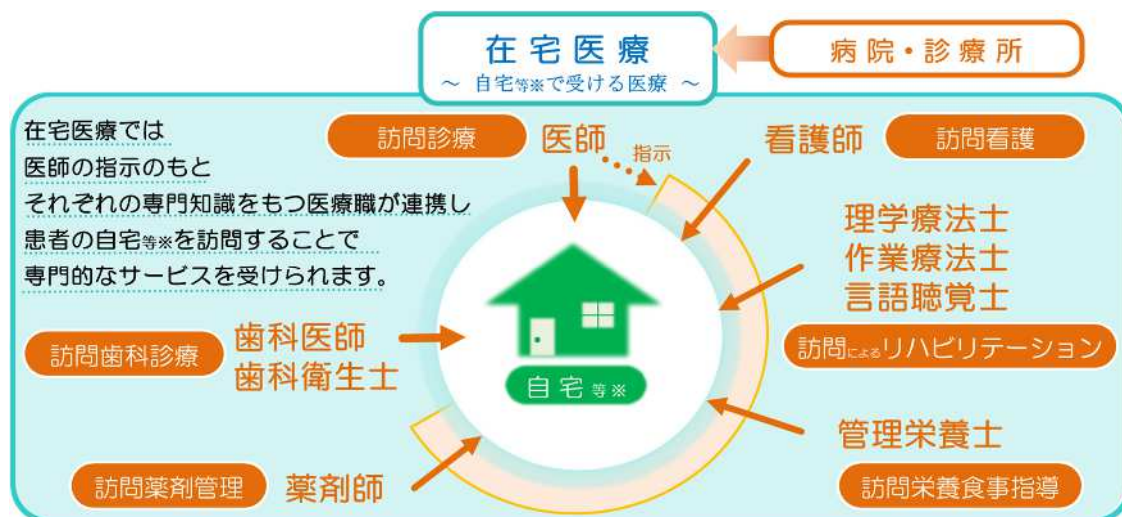
【課題】

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



(1) 在宅医療の需要

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



(出典) 厚生労働省ホームページ

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

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

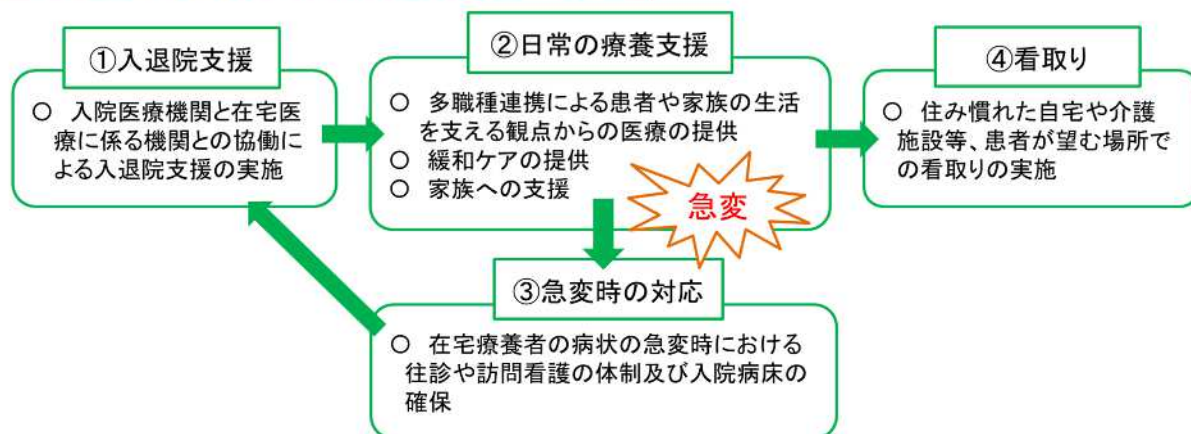
また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

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

【4つの場面】

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

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



(2) 在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

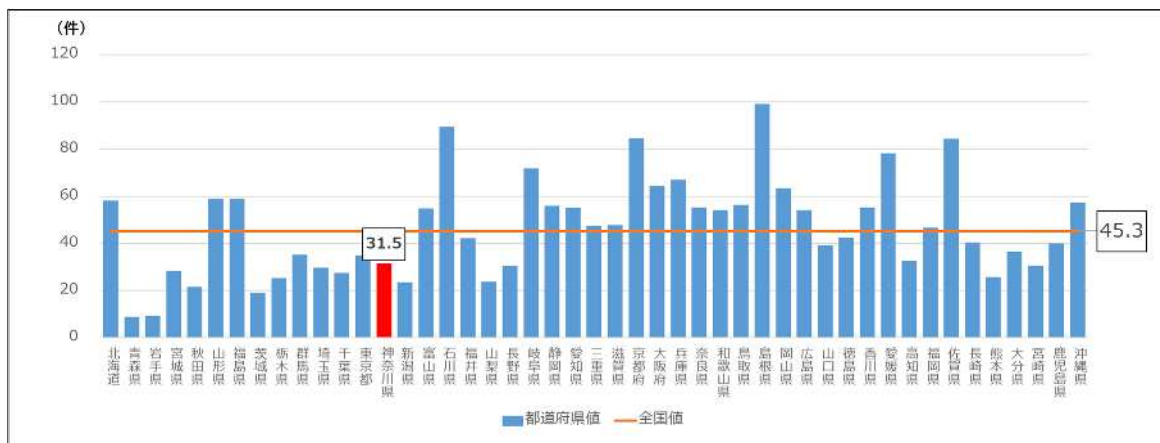
これまで、県及び市町村は、在宅療養後方支援病院及び在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携体制の構築やそれらを支える人材育成のため、検討体制の整備や研修事業など、地域における取組を支援してきました。

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

ア 入退院支援

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

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

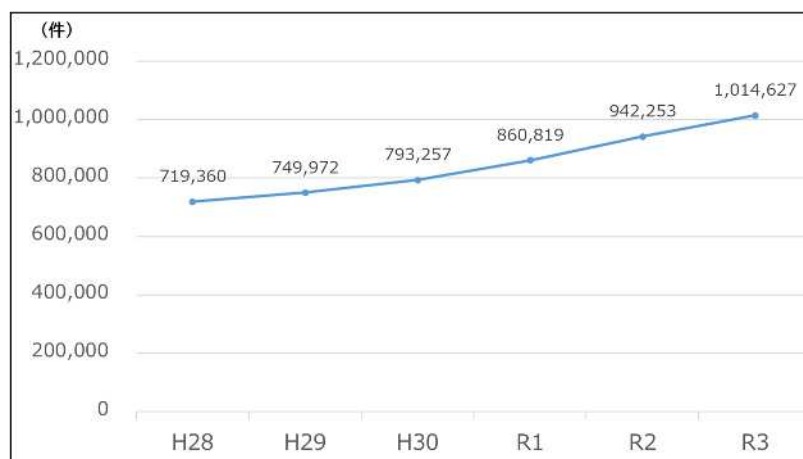


（出典）厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

イ 日常の療養支援

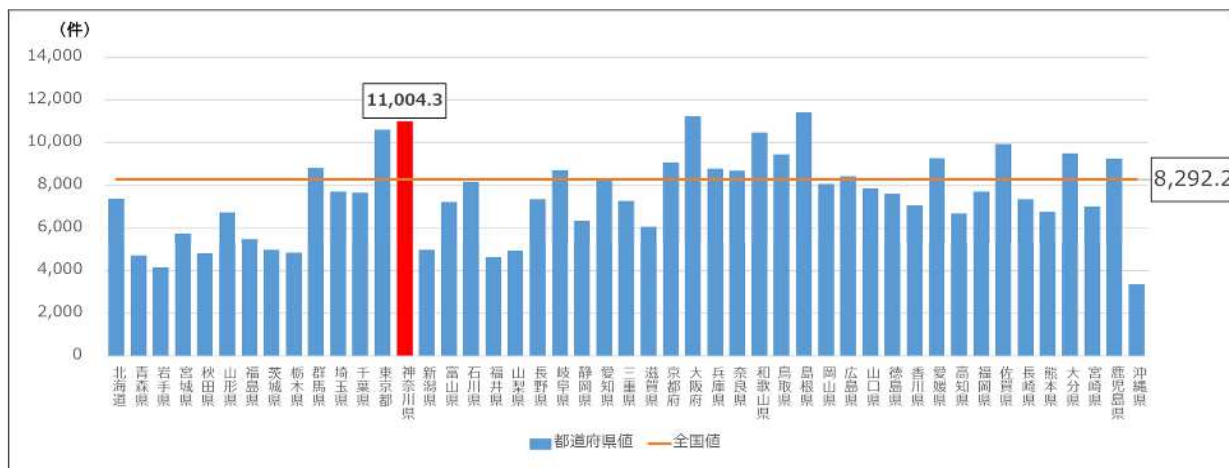
- 日常の療養支援に関する体制を構築するためには、患者の状態や地域の医療資源に応じた、訪問診療・訪問看護等の持続可能な仕組みや、患者やご家族の不安・負担を軽減するための、身近に相談できる体制の整備等が重要です。
- また、薬局では、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理や指導、薬物療法に関する情報共有や多職種との連携等、在宅医療において重要な役割を担っています。
- さらに、歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしています。
- 本県では、訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受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

図表 2-4-1-2 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



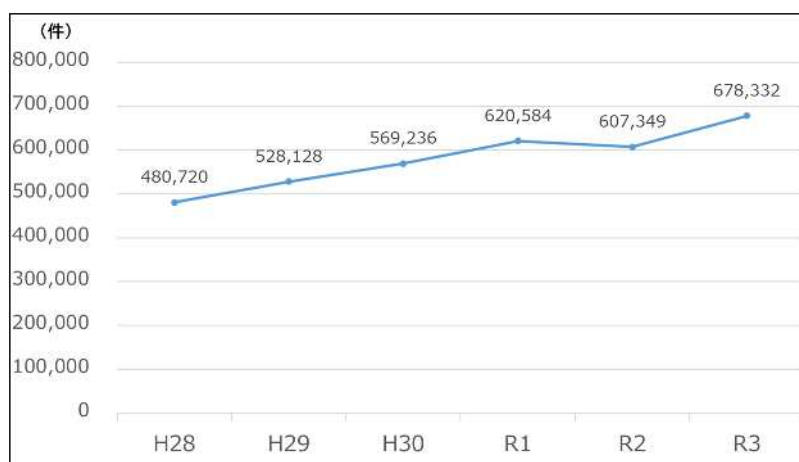
（出典）厚生労働省「NDB」

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



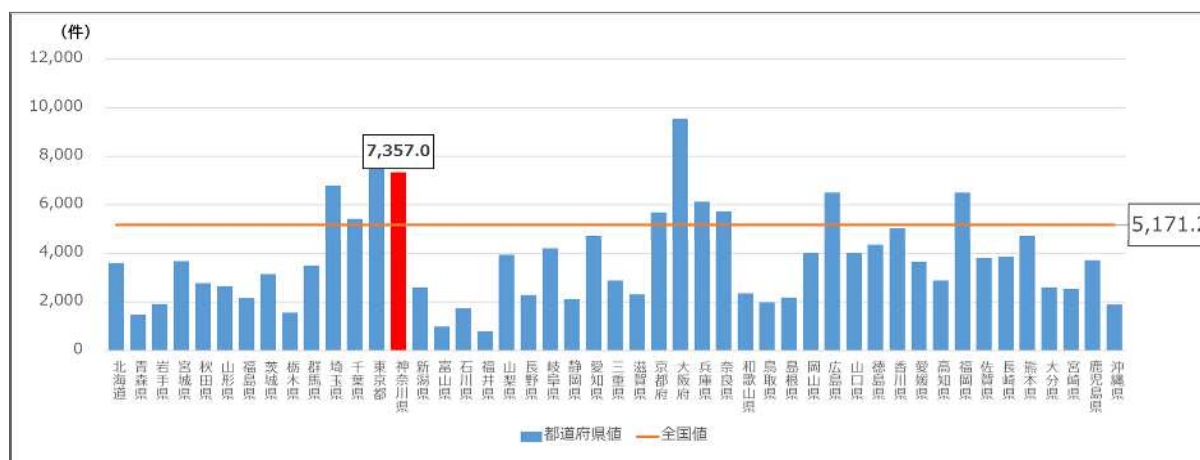
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-4 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



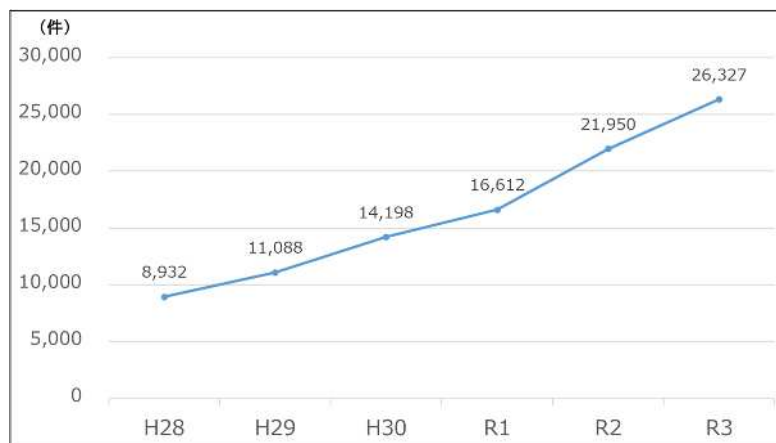
(出典) 厚生労働省「NDB」

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



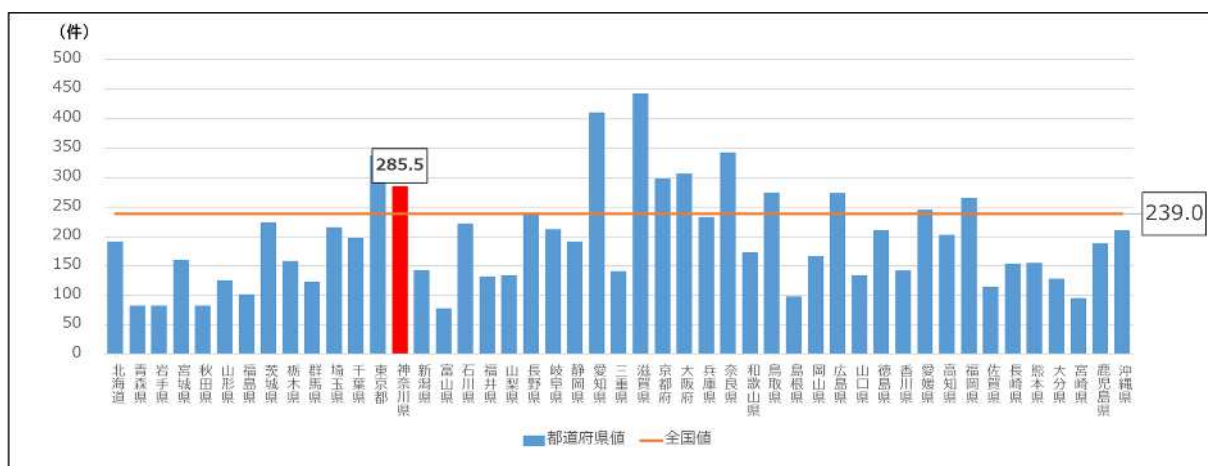
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

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



(出典) 厚生労働省「NDB」

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

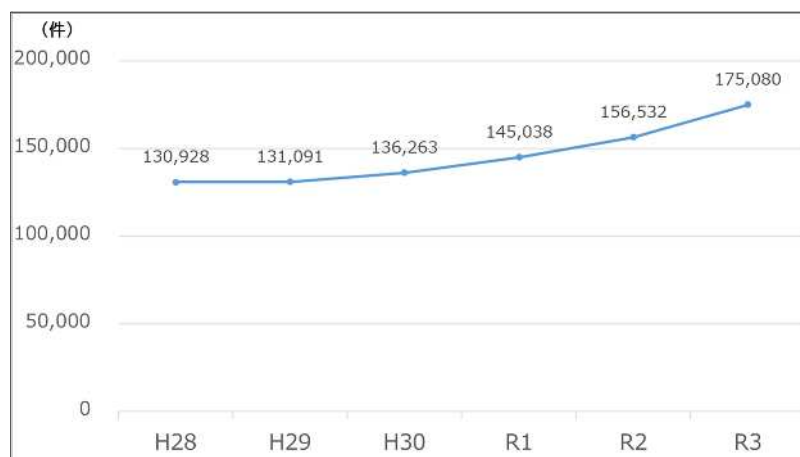


(出典) 厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

ウ 急変時の対応

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

図表 2-4-1-8 往診を受けた患者数(レセプト件数)の推移



(出典) 厚生労働省「NDB」

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

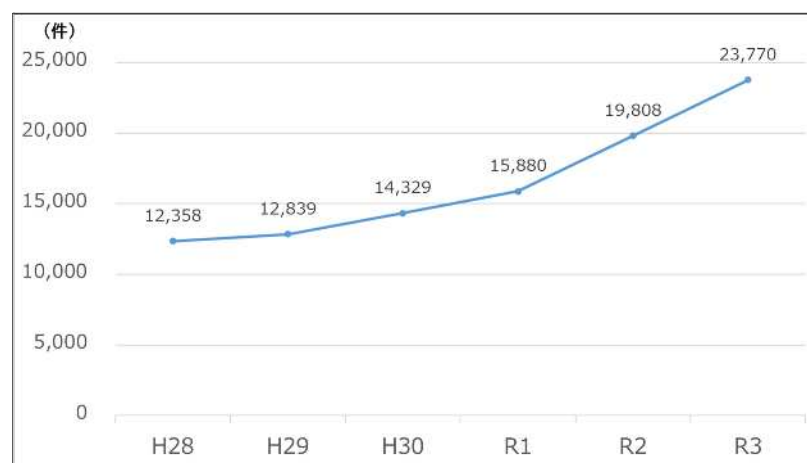


(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

エ 看取り

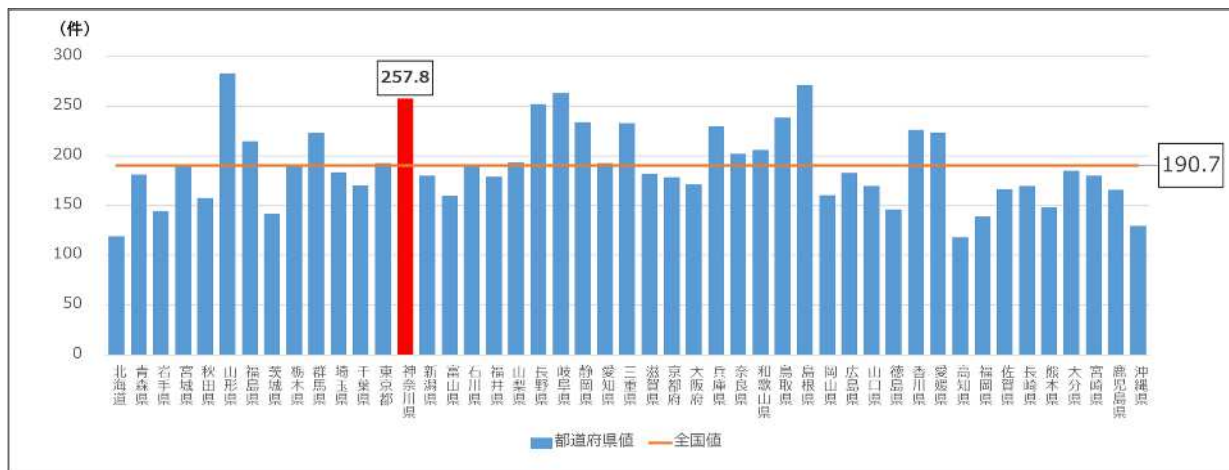
- 患者が望む場所での看取りに関する体制を構築するためには、患者本人の意思に寄り添いながら、医療・介護・救急の円滑な連携が行われることが必要です。そのためには、医療・介護関係者が在宅等での看取りについて十分な認識を持ち、理解を浸透させていくことが重要です。
- また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組も求められています。

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



(出典) 厚生労働省「NDB」

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



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

オ 在宅医療に係る人材の確保・育成及び多職種連携

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 円滑な在宅移行への支援の充実

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

(2) 在宅医療提供体制の充実

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

(3) 急変時の対応体制の充実

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

(4) 患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

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

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

=====

■用語解説

※1 医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所

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

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

※2 「かながわ地域看護師」

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

=====

【コラム】医療と介護の一体的な体制整備

1 総合確保方針等

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

2 協議の場

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

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

(1) 高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分）（人/日）

| | |
|-----|-------------|
| | 平成25（2013）年 |
| 患者数 | 56,304.96 |



各計画の終了年度へ比例推計（人/日）

| | |
|-----|------------|
| | 令和7（2025）年 |
| 患者数 | 95,860.98 |

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

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

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

3 神奈川県の医療・介護需要

県と市町村及び「協議の場」の調整結果に基づき、県医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護保険施設等の整備目標をそれぞれ検討し、県医療計画、県高齢福祉計画及び市町村計画に反映しました。※数値は、2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要的機械的試算（平成29年8月10日 厚生労働省医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）を使用しています。

3 ロジックモデル

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



4 指標一覧

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

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

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

※1 目標値

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

※2 地域看取り率

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

第2節 高齢者対策

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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

(神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計)

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

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

(1) 要支援・要介護認定者数の増加

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

表2-4-2-1 神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計

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

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

- 高齢者の増加とともに、ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎といった疾患が増加していくことも見込まれます。
- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防事業、住まい、生活支援が一体的に提供さ

れる地域包括ケアシステムの構築を進めており、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づいて介護保険施設や地域密着型サービスの計画的な整備を進めています。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(3) 認知症とともに生きる社会づくり

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

(4) 未病改善と健康づくりの推進

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

(5) 人材の養成、確保と資質の向上

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

(6) 介護保険サービス等の適切な提供

- 介護や支援が必要な高齢者に対して、要支援・要介護状態に応じた介護保険サービ

スを提供できるよう、介護保険制度を円滑に運営することが必要です。

- サービスの質の確保や向上と併せて、利用者の選択を支援するための取組を進めることが大切です。

(7) サービス提供基盤の整備

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

(8) 高齢者救急【再掲】

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「高齢者が安心して、元気に、いきいきと暮らせる社会づくり」の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(2) 認知症とともに生きる社会づくり

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができ、家族が安心して暮らせる、総合的な認知症施策を推進します。
- 県は、当事者目線で認知症への理解を深めるため、「かながわオレンジ大使」（認知

症本人大使)による本人発信支援を充実するとともに、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信等による普及啓発を進めます。

- 県は、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。
- 県は、若年性認知症支援コーディネーターの配置により、経済的問題等の課題を抱える若年性認知症の人の、居場所づくりや就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症介護の経験者等が、認知症の人や家族等からの介護の悩みなど認知症全般に関する相談を電話で行い、相談内容に応じた適切な関係機関へのつなぎを行うコールセンターを県が設置し、精神面も含めた様々な支援ができるよう、相談体制を充実します。
- 認知症の方やそのご家族が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症の人を地域で見守る認知症サポーターの活動を支援します。また、ボランティアや支援団体、企業などが連携し、ニーズに応じた支援を推進する「認知症オレンジパートナーネットワーク」を充実させ、市町村における支援の仕組である「チームオレンジ」の構築を支援します。

(3) 未病改善と健康づくりの推進

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

(4) 人材の養成、確保と資質の向上

- 若者、中高年齢者、外国籍県民、潜在的有資格者など多様な人材層を対象に養成を図ります。
- 「かながわ福祉人材センター」や「神奈川県ナースセンター」を中心として、保健・医療・福祉分野での就業希望者に対する無料職業紹介や相談事業などを実施し、就労

を支援する取組や、保健・医療・福祉に関する資格を持ちながら現在就業していない方や離職した方への再就職支援、仕事に関する理解促進などを通じて、保健・医療・福祉人材の確保・定着を図ります。

- 介護職員等に対して専門的知識の習得や技術の向上を目的とした研修を実施し、資質の向上を図ります。

(5) 介護保険サービス等の適切な提供

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

(6) サービス提供基盤の整備

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

(7) 高齢者救急【再掲】

- 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。
- 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

=====

■用語解説

※1 高齢者保健福祉圏域

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

=====

第3節 障がい者対策

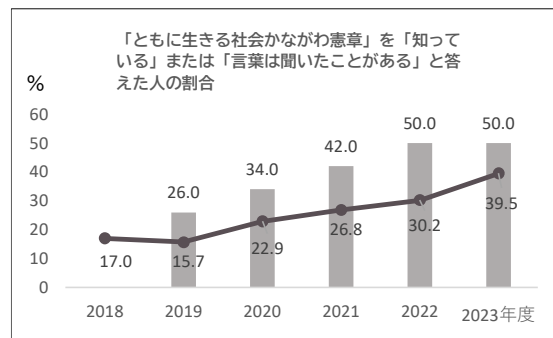
1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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



(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

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

(2) サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

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

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援

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

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、自立支援医療制度や重度

障害者医療費助成制度などを活用しながら取り組んでいく必要があります。

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

- 医療技術の進歩に伴い、NICU等を退院後、日常生活を営むために恒常的に医療的なケアを受ける必要がある「医療的ケア児（※1）」が増加していますが、障害福祉制度のような登録制度がないため、医療的ケア児の実態把握が全国的にも課題となっています。
- 令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）」では、医療的ケア児やその家族に対して、医療、保健、福祉、教育などの関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことを求めています。支援に必要な人材など社会的資源は十分ではありません。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

障がい者が身近な地域で適切に保健・医療を受けることができる社会

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

- 県は、訪問看護やホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障がい者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備するための支援を行います。

(2) サービス提供や相談支援のための 専門人材の養成

- 県は、医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの養成に向けた取組を推進します。
- 県は、障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成に向けた取組を推進します。
- 県は、障害がある方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成に向けた取組を推進します。

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実

- 県は、「発達障害支援センターかながわA（エース）」において、福祉、保健、医療、教育、労働、民間支援団体と連携しながら発達障がいに関する相談支援等を行うとともに、身近な地域における発達障がいの支援体制の充実をめざし支援を行います。
- 県は、県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障がい者に対する支援拠点機関として位置づけ、専門的な相談支援や研修事業を通じ、医療と福祉が一体となった支援を行うとともに、地域支援ネットワークの充実を目指し支援を行います。

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

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

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

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

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

=====
■用語解説

※1 医療的ケア児

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

※2 医療的ケア児等コーディネーター

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

=====

第4節 母子保健対策

1 現状・課題

【現状】

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

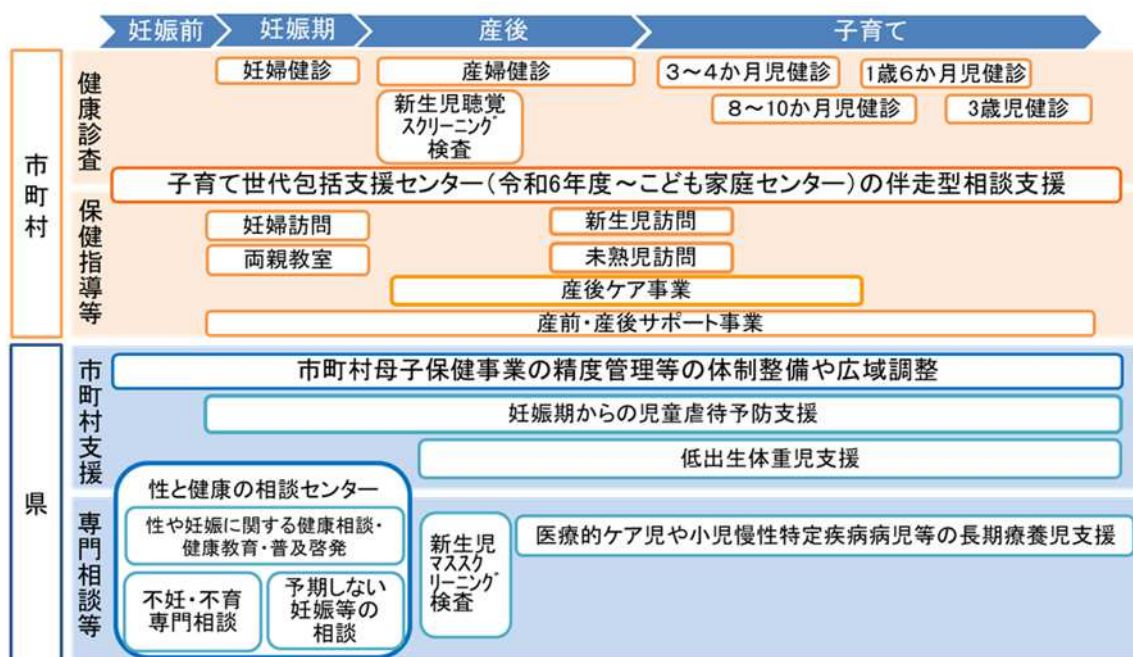
【課題】

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

(1) 母子保健の現状

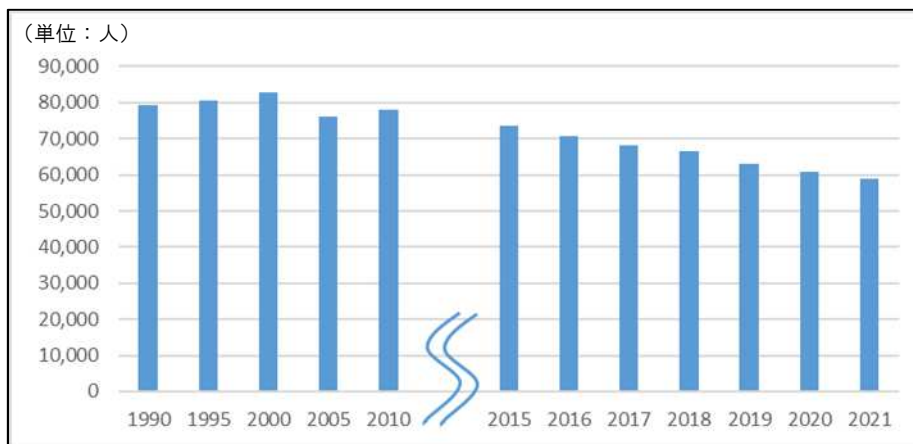
- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担うこどもを健全に育てることにあります。
- 市町村では、子育て世代包括支援センター（※1）等で妊産婦や乳幼児とその保護者に対して、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ伴走型相談支援を行います。（図表2-4-4-1）
- 県では、市町村の母子保健事業を確認し、サービスの精度管理等の支援や広域的な調整を行います。また、性や妊娠に関する相談支援や普及啓発、医療的ケア児等の長期療養児に対する相談支援や連携体制の構築を行います。（図表2-4-4-1）

図表 2-4-4-1 母子保健事業の体系図



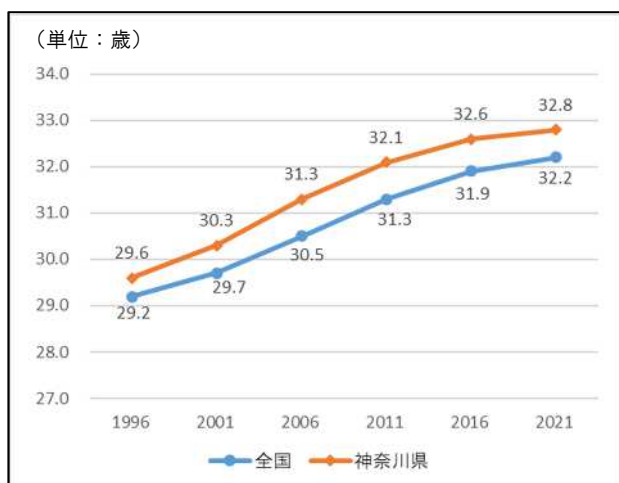
- 近年では、少子化の進展や出産年齢の高齢化により、神奈川県では急激に出生数が減少し、母の平均出産年齢は全国と比較して高くなっています。このような状況から、保護者ならびに妊産婦、成育過程にある子どもを取り巻く環境が変化し、次に掲げる課題があります。(図表2-4-4-2～図表2-4-4-4)

図表2-4-4-2 神奈川県の出生者数の推移



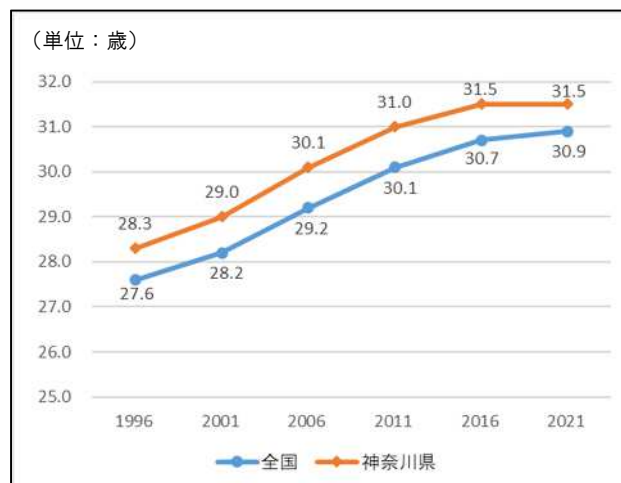
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-3 母の平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-4 母の第1子平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 妊産婦の健康管理

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

(3) 不妊症・不育症

- 一般的に女性の年齢が上昇すると、妊娠・出産に至る確率が低下し不妊症(※3)・

不育症（※4）の治療が必要になる場合があります。

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

（4）性や妊娠に関する知識

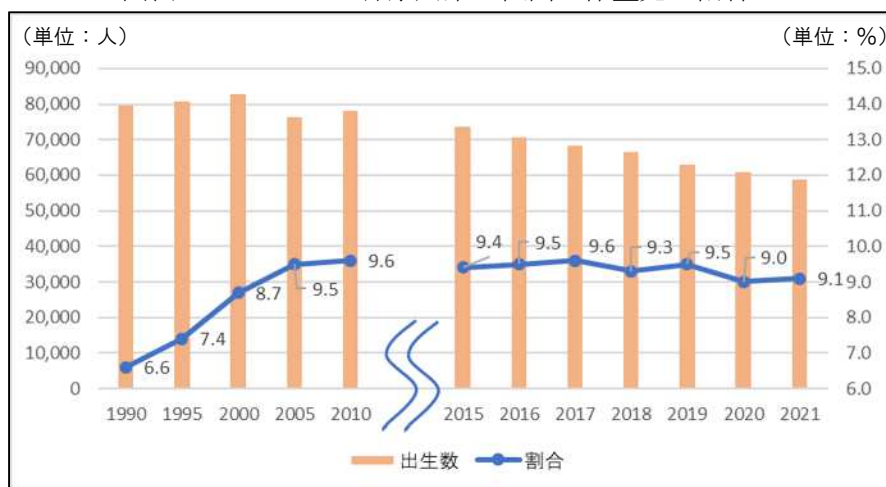
- 10代などの若年世代に関しては、性や妊娠に関する基礎的な知識が欠けている場合があります。誰にも相談できずに飛び込み出産（※5）・墜落出産（※6）に繋がることのないように、相談窓口の整備や普及啓発が重要です。
- 年齢の上昇や婦人科症状（※7）を放置することによって婦人科疾患が悪化した場合に不妊症・不育症のリスクが高くなります。望んだ時期に妊娠・出産ができるようにライフプランの形成や適切な相談・受診行動への支援が必要です。

（5）医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児

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

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

図表2-4-4-5 神奈川県の高出生体重児の割合



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

（6）乳幼児の障がい・疾病の発生予防・早期発見と健康管理

- こどもは生まれた時は健康に見えても、放置すると障がいや発達の遅れが発生する可能性がある先天性代謝異常等がみられる場合があります、早期の発見と治療が重要です。

- 乳幼児期は身体発育、精神発達面で大きく変化する時期です。言語発達、運動機能、視聴覚等の障がい、疾病を早期に発見し、早期治療・早期療育を図る必要があります。
- 感染症の発生・重症化予防、まん延防止を図るため、保護者へ予防接種の理解を促進し、予防接種率を維持する必要があります。
- 乳幼児の生活習慣の自立、むし歯の予防、幼児の栄養及び育児に関する保護者への指導を行うことで、乳幼児の健康の保持及び増進を図ることが可能です。

(7) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理

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

(8) 児童虐待予防

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の充実

- 県は、妊産婦が居住する市町村によって妊娠期から子育て期の支援に差が生じないように、市町村の母子保健事業や児童福祉との連携の状況を確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による精度管理等の支援を行います。
- 県は、市町村で妊娠・出産・産後までの一連の支援が行えるよう、妊産婦健康診査や産後ケア等について、母子保健情報のデジタル化と利活用も踏まえた広域的な調整を行います。
- 県は、市町村の保健師等の母子保健事業従事者に対して研修を実施し、相談支援等

のスキルの向上に寄与します。

(2) 不妊症・不育症への支援の充実

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

(3) 性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発の充実

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

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

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

(5) 乳幼児の障がい・疾病の発生予防のための検査体制の整備

- 県は、先天性代謝異常等を発見し、適切な治療に繋ぐため新生児マススクリーニング検査（※15）を実施します。また、新生児聴覚スクリーニング検査（※16）、屈折検査機器（※17）による視覚検査等についての市町村の実施状況を確認し、受検率の向上やフォローアップの推進を図ります。
- 県は、市町村が実施している乳幼児健康診査で予防接種の状況の確認や精密検査受診者・未受診者のフォローアップが適切に行われているか市町村の状況の確認し、必要に応じて体制整備や事業評価による支援を行います。

(6) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理の促進

- 県や各市町村は、妊婦を対象とした歯科検診と歯科保健指導を行うことによりセル

ケア技術や知識の普及を図ります。

- 保護者が乳幼児の歯と口の健康管理ができるように歯みがき等の歯科保健指導や口腔機能発達に関する情報提供等を行います。

(7) 児童虐待予防に係る体制整備

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

=====

■用語解説

※1 子育て世代包括支援センター

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

※2 産後うつ病

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

※3 不妊症

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

※4 不育症

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

※5 飛び込み出産

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

※6 墜落出産

陣痛や破水後に急速に分娩が進行し、自宅や外で出産に至ってしまうこと。

※7 婦人科症状

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

※8 医療的ケア児

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

※9 小児慢性特定疾病児

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

※10 低出生体重児

出生体重が 2,500g 未満で出生した児のこと。

※11 プレコンセプションケア

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

※12 性と健康の相談センター

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

※13 ピアサポート

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

※14 かながわりトルベビーハンドブック

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

※15 新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）

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

※16 新生児聴覚スクリーニング検査

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

※17 屈折検査機器

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

=====

第5節 難病対策

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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

(1) 現状

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

(2) 課題

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

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療提供体制、相談支援体制の整備
- ◆患者に対する支援の実施

(1) 医療提供体制、相談支援体制の整備（県、関係機関）

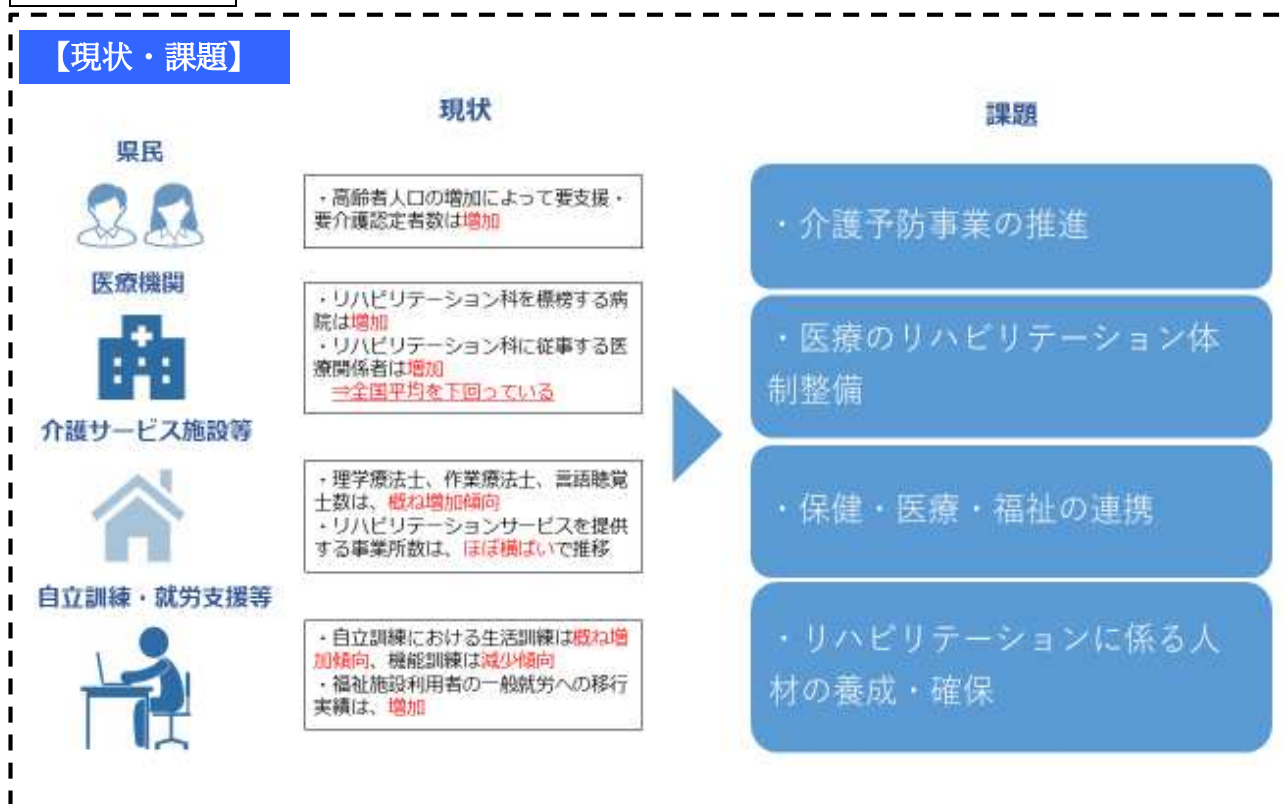
- 既存の難病治療研究センターを中心とする相談支援体制を再構築した医療提供体制の整備を図り、地域における受入医療機関と専門機関との連携、情報共有を進め、安定した療養生活の確保につなげます。
- 医療提供体制の整備と併せて「かながわ難病相談・支援センター」としての役割を明確化するとともに広く周知し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備します。
- 難病について、早期の診断、地域での適切な診療を行うために、県難病医療連携拠点病院及び県難病医療支援病院を指定するとともに、かながわ難病情報連携センターを中心として、難病医療提供状況に関する情報を集約し、県内の医療提供ネ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

(2) 患者に対する支援の実施（県、関係機関）

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

第6節 地域リハビリテーション

1 現状・課題



(1) 地域リハビリテーションとは

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

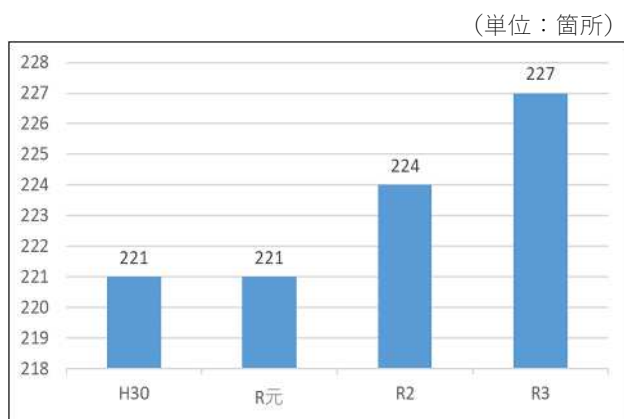
(2) 地域リハビリテーションが必要な県民の状況

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

(3) 県内における地域リハビリテーションの体制

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

図表2-4-6-1
リハビリテーション科を標榜する病院数推移



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表2-4-6-2
リハビリテーション科を標榜する病院数(R3)

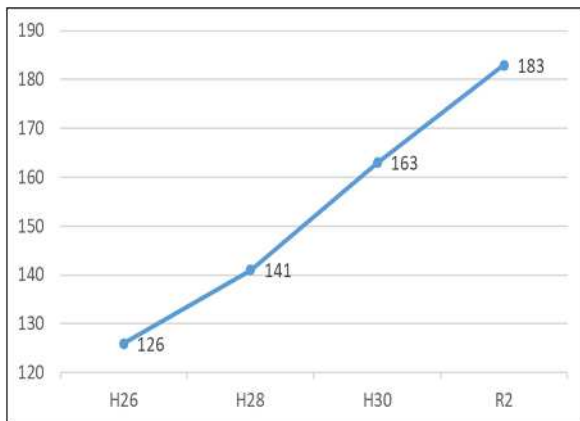
(単位：箇所)

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

() は人口10万人対の施設数
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表2-4-6-3
リハビリテーション科に
従事する医師数

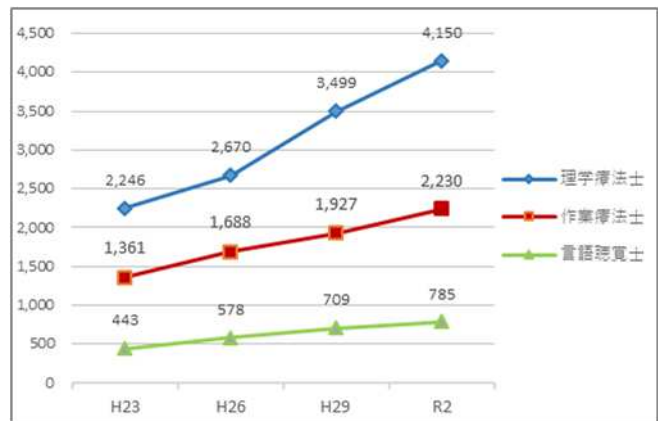
(単位：人)



(出典)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

図表2-4-6-4
病院従事理学療法士、
作業療法士、言語聴覚士数

(単位：人)



(出典)厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

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

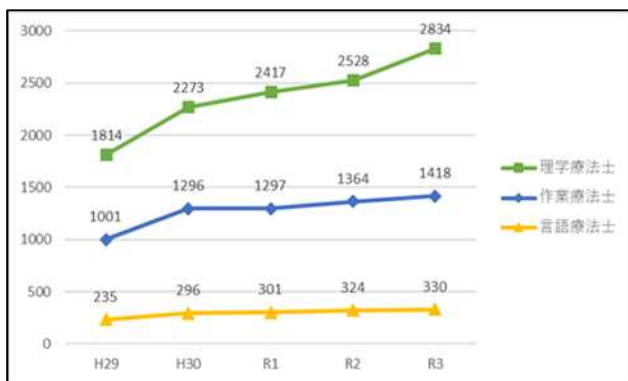
| | リハビリテーション科 に従事する医師 (R2) | 理学療法士 (R2) | 作業療法士 (R2) | 言語聴覚士 (R2) |
|----|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 県 | 183 (2.0) | 4,150 (44.9) | 2,230 (24.1) | 785 (8.5) |
| 全国 | 2,903 (2.3) | 84,459 (67.0) | 47,854 (37.9) | 16,799 (13.3) |

() は人口10万人対の従事者数

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

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

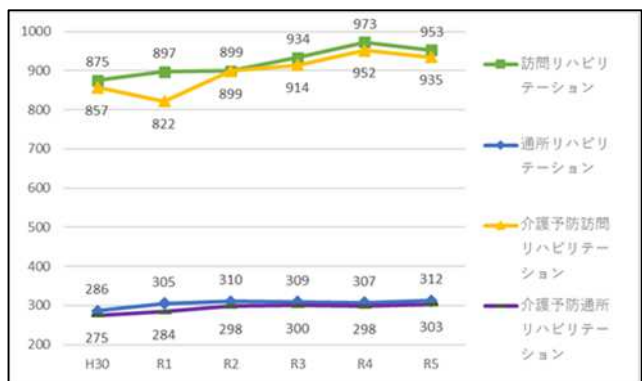
(単位：人)



(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

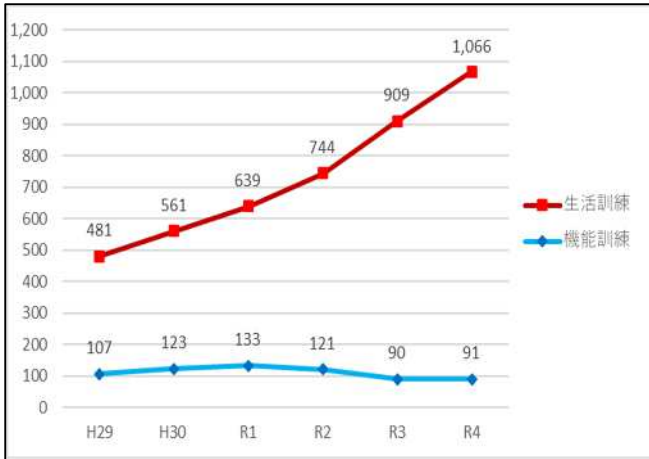
図表2-4-6-7
介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所の数

(単位：箇所)



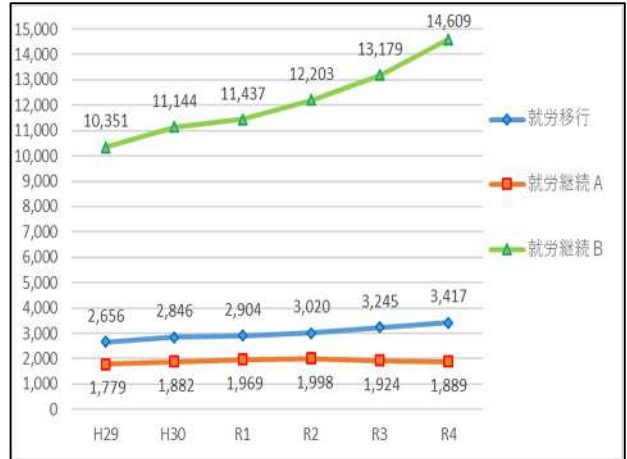
(出典)県高齢福祉課調べ

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



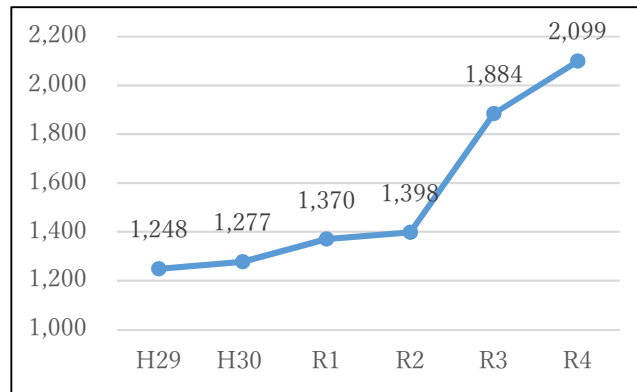
(出典) 県障害福祉課調べ

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



(出典) 県障害福祉課調べ

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



(出典) 県障害福祉課調べ

(4) 地域リハビリテーションにおける課題

ア 介護予防事業の推進

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

イ 医療のリハビリテーション体制整備

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

ウ 保健・医療・福祉の連携

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

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 介護予防事業の推進（県、市町村）

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

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

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

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

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

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

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

(4) リハビリテーションに係る人材の養成・確保（県）

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

=====
■用語解説

※1 就労移行支援

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

※2 就労継続支援B型

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

※3 就労継続支援A型

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

=====

第5章 医療従事者の確保・養成

第1節 医師

1 現状・課題

【現状】

- ・国が算定した直近の医師偏在指標によると、本県は医師が多数でも少数でもない都道府県に該当しますが、二次保健医療圏別では、県西医療圏が医師少数区域に該当し、県央及び湘南東部医療圏が、医師多数でも少数でもない区域に該当します。
- ・一方、第8次計画期間（令和6年度～令和11年度）及びそれ以降も、医療需要は増加することが見込まれています。

【課題】

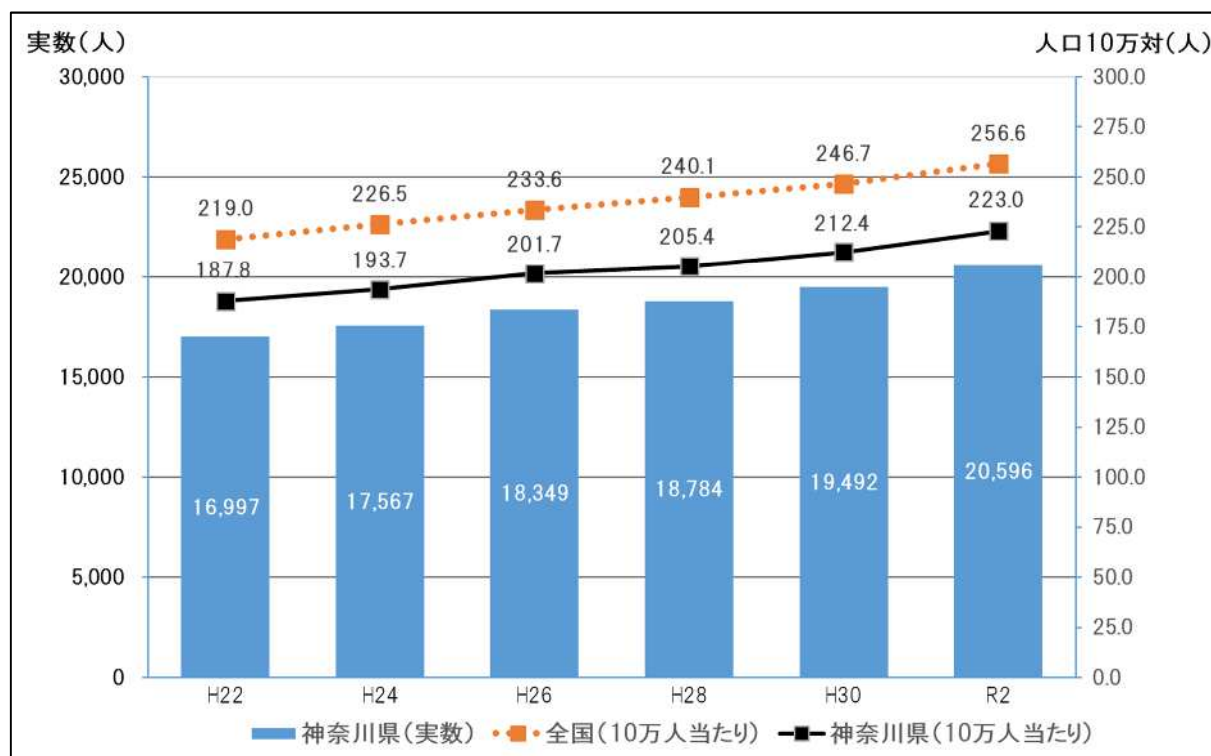
- ・引き続き県内の医師の確保に努めることはもとより、上記のような医師の地域偏在や、診療科偏在の是正をいかに図るかが課題です。
- ・また、今後は、医師の働き方改革の推進に伴い、限られた人材を効果的・効率的に活用することが重要になります。

(1) 医師数の現状と課題

ア 県全体医師数

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、県の令和2年12月末時点の医師数（医療施設従事医師数）は20,596人（全国3位）で、増加傾向にありますが、人口10万人あたりでは全国の256.6人に対して223.0人（全国39位）となっており、全国を下回っています。（図表2-5-1-1）

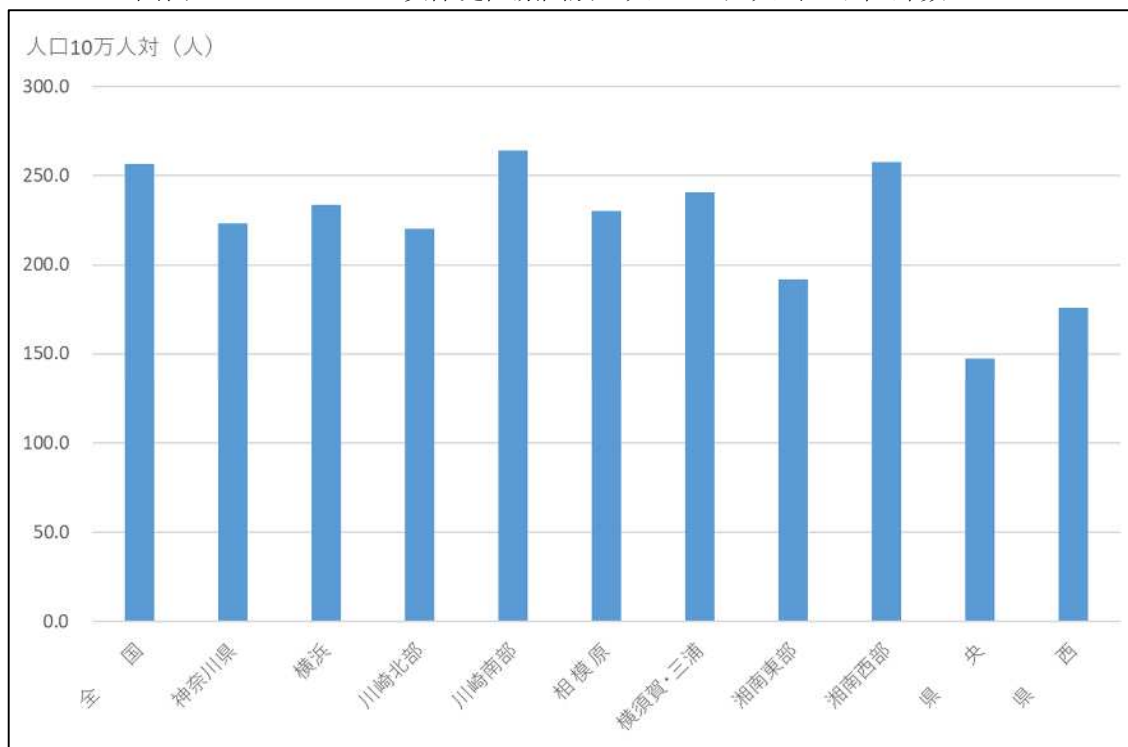
図表2-5-1-1 医療施設従事医師数



(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

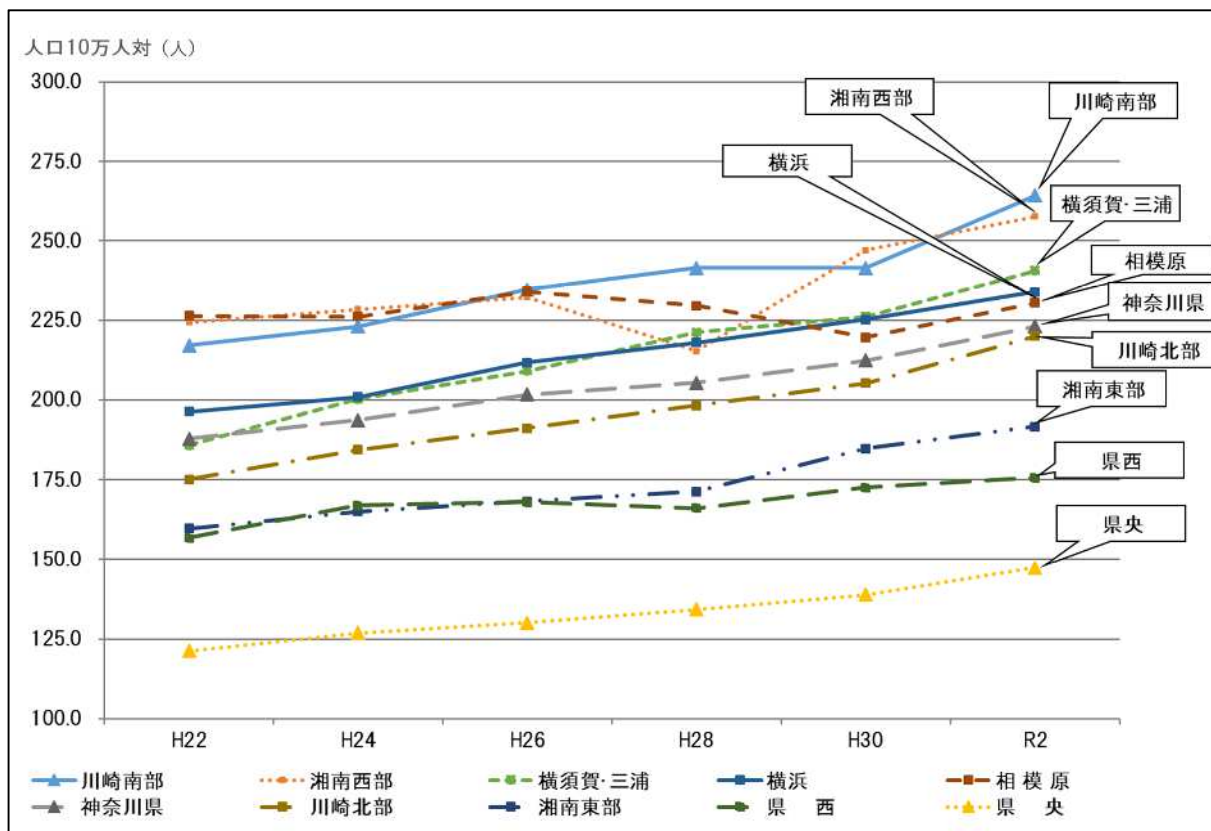
- 二次保健医療圏別の人口10万人当たり医師数を見ると、川崎南部及び湘南西部以外は全国値を下回っています。(令和2年12月末時点)(図表2-5-1-2)

図表2-5-1-2 二次保健医療圏別 人口10万人当たり医師数



(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

図表2-5-1-3 二次保健医療圏別 人口10万人当たり医師数の推移



(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

イ 医師偏在指標

- 医師偏在指標（※1）は、厚生労働省が、全国ベースで医師の多寡を統一的、客観的に比較、評価する指標として、人口 10 万人対医師数を基に次の「5要素」を考慮して定めたもので、全国の三次保健医療圏及び二次保健医療圏ごとの医師の多寡を比較する「ものさし」となるものです。（※算定式は後述）

【5要素】

医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
 患者の流出入等
 へき地等の地理的条件
 医師の性別・年齢分布
 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

- ただし、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータにも限界があることなどにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。そのため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要があります。

ウ 医師偏在指標に基づく区域の設定

- 厚生労働省は、医師偏在指標を用いて、都道府県の上位 33.3%を医師多数都道府県、下位 33.3%を医師少数都道府県に区分しています。
- 同様に、全国に 335 ある二次保医療圏の上位 33.3%が医師多数区域、下位 33.3%を医師少数区域に区分しています。各都道府県は、この区分により医師少数区域及び医師多数区域を設定することとされています。



エ 県の医師偏在指標

- 県の医師偏在指標は 247.5 で、全国値の 255.6 を下回っており、47 都道府県中の順位は 23 位（医師多数でも少数でもない都道府県）です。
- 二次保健医療圏ごとの医師偏在指標を見ると、川崎南部、川崎北部及び横浜医療圏が全国値を上回っていますが、それ以外の二次保健医療圏は全国値を下回っており、こうした地域偏在を是正していく必要があります。（図表 2-5-1-4）
- そこで県は、厚生労働省の区分に従い、医師偏在指標に基づく区域を次のとおり設定します。

- ・ 医師多数区域：川崎南部、川崎北部、横浜、湘南西部、横須賀・三浦、相模原
- ・ 医師多数でも少数でもない区域：湘南東部、県央
- ・ 医師少数区域：県西

図表 2-5-1-4
二次保健医療圏別 医師偏在指標
(令和5年度公表)

| 圏域名 | 医師偏在指標 | 全国順位 (1~330位) | 区域 |
|--------|--------|------------------|------|
| 川崎南部 | 347.3 | 16 | 医師多数 |
| 川崎北部 | 285.3 | 49 | 医師多数 |
| 横浜 | 260.8 | 65 | 医師多数 |
| (全国) | 255.6 | — | |
| (神奈川県) | 247.5 | (23位/47) | (中間) |
| 湘南西部 | 238.1 | 84 | 医師多数 |
| 横須賀・三浦 | 235.0 | 87 | 医師多数 |
| 相模原 | 217.7 | 111 | 医師多数 |
| 湘南東部 | 202.4 | 150 | 中間 |
| 県央 | 187.4 | 198 | 中間 |
| 県西 | 177.1 | 226 | 医師少数 |

(参考) 令和2年度公表

| 圏域名 | 医師偏在指標 | 全国順位 (1~335位) | 区域 |
|--------|--------|------------------|------|
| 川崎南部 | 311.3 | 28 | 医師多数 |
| 川崎北部 | 270.9 | 50 | 医師多数 |
| 横浜 | 246.0 | 63 | 医師多数 |
| (全国) | 239.8 | — | |
| (神奈川県) | 230.9 | (26位/47) | (中間) |
| 相模原 | 225.0 | 78 | 医師多数 |
| 横須賀・三浦 | 217.5 | 83 | 医師多数 |
| 湘南西部 | 212.0 | 90 | 医師多数 |
| 湘南東部 | 176.9 | 171 | 中間 |
| 県央 | 165.1 | 212 | 中間 |
| 県西 | 164.8 | 214 | 中間 |

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」



図表 2-5-1-5 (参考) 病院医師・診療所医師偏在指標 (令和5年度公表)

| 圏域名 | 病院医師 偏在指標 | 全国順位 (1~330位) | 圏域名 | 診療所医師 偏在指標 | 全国順位 (1~330位) |
|--------|--------------|------------------|--------|---------------|------------------|
| 川崎南部 | 254.7 | 17 | 川崎南部 | 99.9 | 15 |
| 川崎北部 | 194.9 | 53 | 横浜 | 92.1 | 30 |
| (全国) | 175.9 | — | 川崎北部 | 90.7 | 34 |
| 横浜 | 168.7 | 81 | 横須賀・三浦 | 86.4 | 47 |
| 湘南西部 | 166.2 | 85 | 湘南東部 | 86.3 | 48 |
| 相模原 | 154.3 | 99 | (全国) | 79.7 | — |
| 横須賀・三浦 | 148.5 | 119 | 湘南西部 | 69.5 | 142 |
| 県央 | 121.9 | 203 | 県央 | 65.7 | 172 |
| 湘南東部 | 115.4 | 228 | 県西 | 64.7 | 181 |
| 県西 | 112.4 | 237 | 相模原 | 59.5 | 223 |

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

オ 医師少数スポット

- 厚生労働省の医師確保計画策定ガイドラインによると、医師確保計画では医師の確保方針を二次保健医療圏ごとに作成しますが、局所的に医師が少ない地域がある場合は「医師少数スポット」の設定ができます。
- 医師少数スポットの設定においては、「無医地区・準無医地区」のいわゆるへき地であっても、既に巡回診療の取組が行われているかどうか、また、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されているかどうか等を考慮することとされています。
- 神奈川県は、県内にはへき地がないこと等から医師少数スポットを設定しないこととしています。

カ 診療科別医師数

- 県の診療科ごとの医師数は、人口10万人当たりで見ると、多くの診療科で全国値を下回っており、特に内科、外科、産科・産婦人科、小児科の差は大きくなっています。(図表2-5-1-6 ~ 図表2-5-1-8)

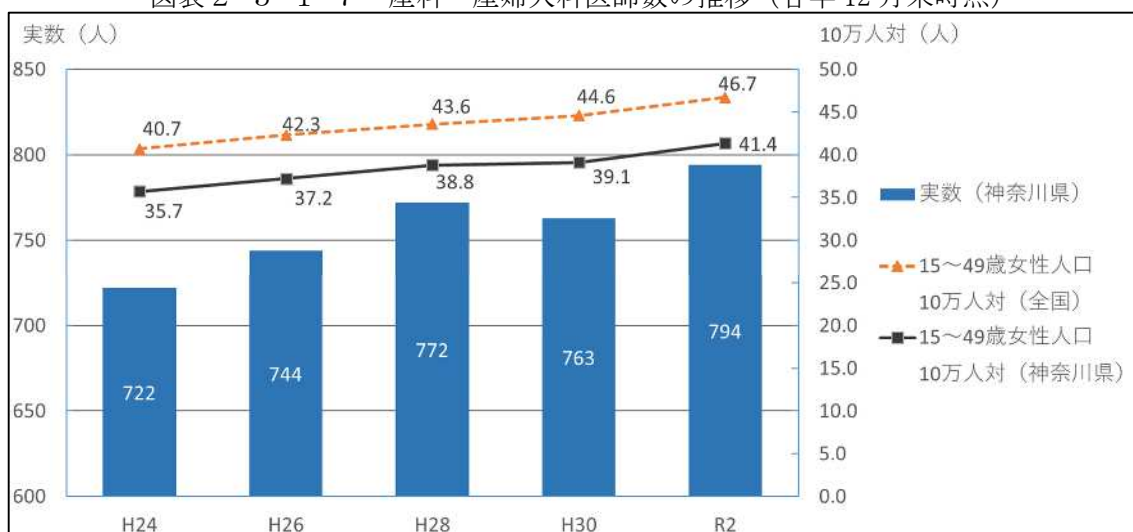
図表 2-5-1-6 診療科別 人口10万人当たり医師数の推移 (各年12月末時点)

| 区分 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成28年 | 平成30年 | 令和2年 | 人口10万人対医師数(令和2年)(※1) | | | |
|-------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------------|------|-------|-------|
| | | | | | | | 神奈川県 | | 全国 | |
| | | | | | | | 順位 | 数値 | 数値 | |
| 総数 | 16,997 | 17,567 | 18,349 | 18,784 | 19,492 | 20,596 | 39位 | 2230 | 256.6 | |
| 内 科 数 | 内科(※2) | 3,834 | 3,955 | 4,173 | 4,141 | 4,349 | 4,541 | 41位 | 492 | 59.7 |
| | 外科(※3) | 1,414 | 1,432 | 1,428 | 1,435 | 1,423 | 1,485 | 45位 | 16.1 | 22.2 |
| | 産科・産婦人科 | 699 | 722 | 744 | 772 | 763 | 794 | 43位 | 41.4 | 46.7 |
| | 小児科 | 1,038 | 1,085 | 1,122 | 1,109 | 1,123 | 1,187 | 33位 | 109.3 | 119.7 |
| | 麻酔科 | 504 | 548 | 584 | 617 | 649 | 698 | 33位 | 7.6 | 8.1 |
| | 救急科 | 216 | 229 | 253 | 248 | 312 | 328 | 15位 | 3.6 | 3.1 |
| | 皮膚科 | 565 | 602 | 618 | 642 | 675 | 710 | 16位 | 7.7 | 7.8 |
| | 精神科 | 893 | 934 | 976 | 989 | 1,036 | 1,079 | 35位 | 11.7 | 13.1 |
| | 泌尿器科 | 384 | 402 | 425 | 426 | 462 | 486 | 39位 | 5.3 | 6.1 |
| | 脳神経外科 | 387 | 397 | 424 | 438 | 443 | 440 | 40位 | 4.8 | 5.8 |
| | 整形外科 | 1,268 | 1,245 | 1,325 | 1,340 | 1,396 | 1,455 | 37位 | 15.8 | 17.9 |
| | 形成外科 | 165 | 165 | 175 | 199 | 227 | 235 | 13位 | 2.5 | 2.4 |
| | 眼科 | 809 | 836 | 838 | 842 | 894 | 902 | 30位 | 9.8 | 10.8 |
| | 耳鼻いんこう科 | 581 | 573 | 599 | 607 | 592 | 648 | 29位 | 7.0 | 7.6 |
| | リハビリテーション科 | 120 | 128 | 126 | 141 | 163 | 183 | 34位 | 2.0 | 2.3 |
| | 放射線科 | 318 | 354 | 377 | 382 | 400 | 430 | 34位 | 4.7 | 5.6 |
| 病理診断科 | 96 | 114 | 123 | 126 | 117 | 125 | 40位 | 1.4 | 1.7 | |
| 臨床検査科 | 23 | 30 | 32 | 35 | 43 | 41 | 27位 | 0.4 | 0.5 | |

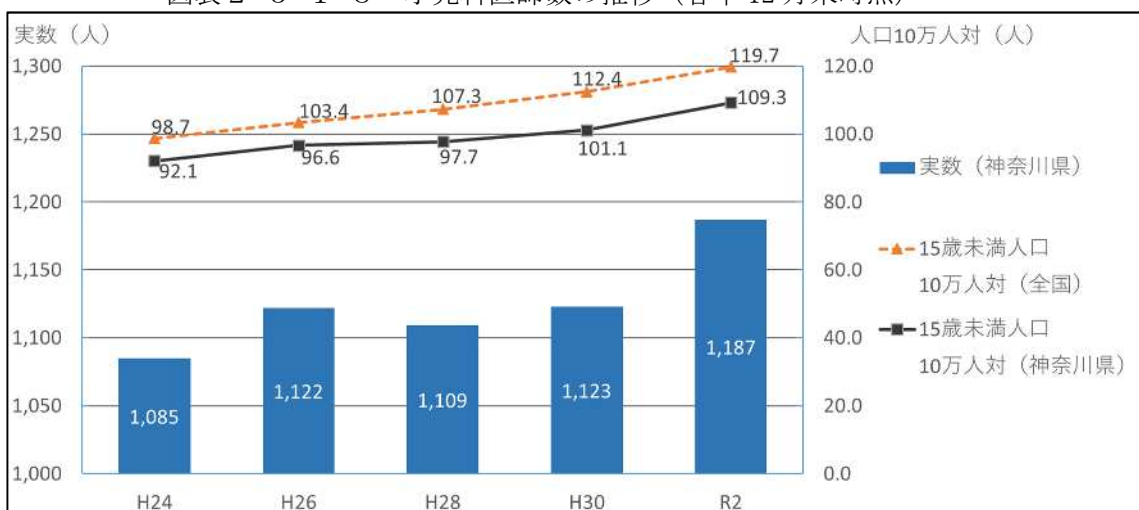
(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

- ※1 産科・産婦人科については15～49歳女性10万人当たり医師数、小児科については15歳未満人口10万人当たり医師数を記載
- ※2 内科は、内科・腎臓内科・糖尿病内科・血液内科で集計
- ※3 外科は、外科・呼吸器外科・心臓血管外科・乳腺外科・気管食道外科・消化器外科（胃腸外科）・肛門外科・小児外科で集計

図表2-5-1-7 産科・産婦人科医師数の推移（各年12月末時点）



図表2-5-1-8 小児科医師数の推移（各年12月末時点）



(出典) 医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

キ 分娩取扱医師偏在指標（※2）・小児科医師偏在指標（※3）

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、産科・小児科については、政策医療の観点や、医師が長時間労働となる傾向があること、また、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされています。
- ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあること等に留意する必要があります。
- 産科・小児科については、都道府県（三次保健医療圏）ごと及び二次保健医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位33.3%に該当する場合に、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとされています。

す。

- なお、産科医師又は小児科医師が相対的に多い医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると、当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあります。そのため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。

ク 県の分娩取扱医師・小児科医師偏在指標

- 県の分娩取扱医師偏在指標は 10.9 であり、県は相対的医師少数都道府県ではありません（全国 13 位）。
- また、県内の周産期医療圏も相対的医師少数区域には該当していませんが、医療圏間の偏在は認められます。（図表 2-5-1-9）

図表 2-5-1-9
周産期医療圏別 分娩取扱医師偏在指標
(令和 5 年度公表)

| 圏域名 | 分娩取扱医師偏在指標 | 全国順位 (1~258位) | 相対的医師少数区域※ |
|--------|------------|---------------|------------|
| 川崎 | 11.57 | 73 | |
| 横浜 | 11.43 | 76 | |
| (神奈川県) | 10.9 | (13位/47) | |
| (全国) | 10.5 | — | — |
| 西湘 | 11.01 | 85 | |
| 湘南 | 10.09 | 100 | |
| 県央北相 | 10.04 | 101 | |
| 三浦半島 | 7.85 | 170 | |

(参考) 産科医師偏在指標 (令和 2 年度公表)

| 圏域名 | 産科医師偏在指標 | 全国順位 (1~284位) | 相対的医師少数区域※ |
|--------|----------|---------------|------------|
| 横浜 | 15.9 | 46 | |
| 川崎 | 14.2 | 72 | |
| (神奈川県) | 13.8 | (10位/47) | |
| 三浦半島 | 13.3 | 87 | |
| (全国) | 12.8 | — | — |
| 西湘 | 11.7 | 118 | |
| 県央北相 | 10.6 | 144 | |
| 湘南 | 10.0 | 159 | |

※相対的医師少数区域(=全国下位順位1/3の周産期医療圏)を「少」と記載、その他の区域は空欄

(出典) 厚生労働省「分娩取扱医師偏在指標作成支援データ集」



- 県の小児科医師偏在指標は 106.1 であり、県は相対的医師少数都道府県に該当している（全国 35 位）ことから、県の小児科医は不足していると認められます。
- また、県内の相対的医師少数区域には、横浜西部及び厚木小児医療圏が該当しており、医療圏間に少なからず偏在が認められます。（図表 2-5-1-10）
- ただし、医師確保計画策定ガイドラインでは、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備については、特に配慮が必要な医療圏として考えるものとされています。

図表 2-5-1-10
小児医療圏別 小児科医師偏在指標
(令和 5 年度公表)

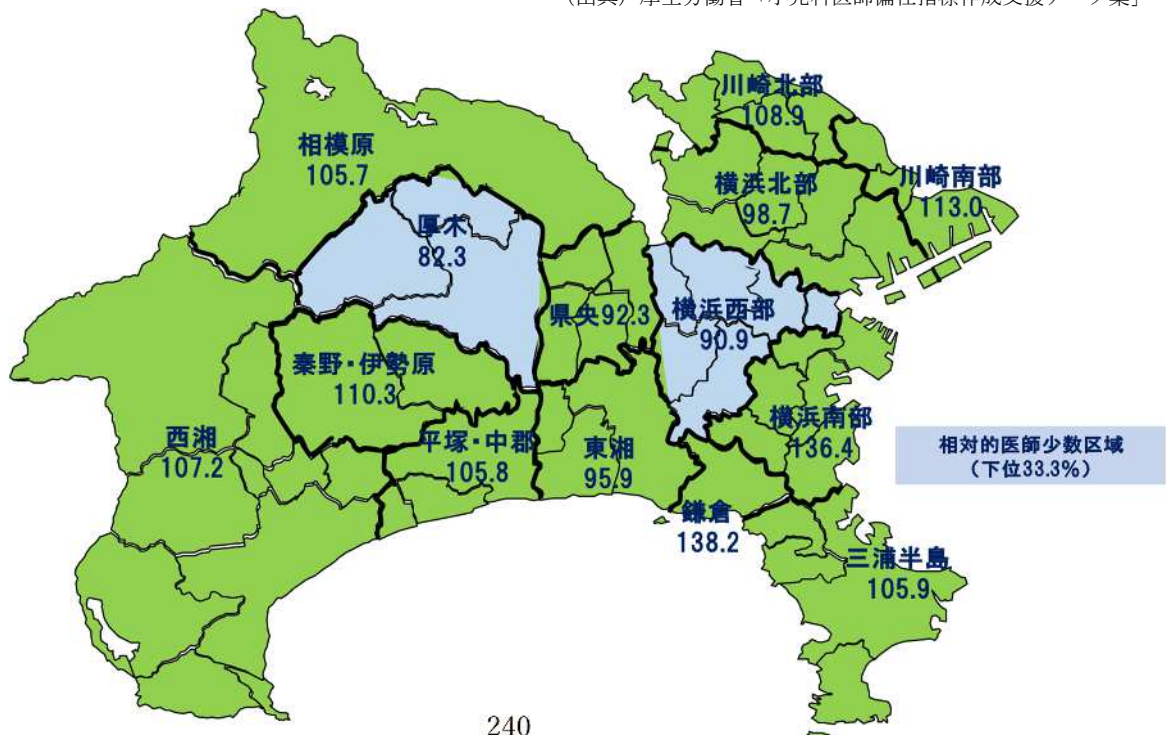
| 圏域名 | 小児科医師偏在指標 | 全国順位 (1~303位) | 相対的医師少数区域※ |
|--------|-----------|---------------|------------|
| 鎌倉 | 138.2 | 43 | |
| 横浜南部 | 136.4 | 50 | |
| (全国) | 115.1 | — | — |
| 川崎南部 | 113.0 | 123 | |
| 秦野・伊勢原 | 110.3 | 133 | |
| 川崎北部 | 108.9 | 141 | |
| 西湘 | 107.2 | 148 | |
| (神奈川県) | 106.1 | (35位/47) | (少) |
| 三浦半島 | 105.9 | 154 | |
| 平塚・中郡 | 105.8 | 156 | |
| 相模原 | 105.7 | 157 | |
| 横浜北部 | 98.7 | 177 | |
| 東湘 | 95.9 | 187 | |
| 県央 | 92.3 | 201 | |
| 横浜西部 | 90.9 | 209 | 少 |
| 厚木 | 82.3 | 244 | 少 |

(参考) 小児科医師偏在指標 (令和 2 年度公表)

| 圏域名 | 小児科医師偏在指標 | 全国順位 (1~307位) | 相対的医師少数区域※ |
|--------|-----------|---------------|------------|
| 横浜南部 | 141.2 | 23 | |
| 秦野・伊勢原 | 110.6 | 96 | |
| 相模原 | 106.4 | 114 | |
| (全国) | 106.2 | — | — |
| 西湘 | 102.7 | 128 | |
| 川崎北部 | 98.9 | 145 | |
| (神奈川県) | 97.6 | (33位/47) | (少) |
| 三浦半島 | 95.2 | 167 | |
| 東湘 | 90.2 | 186 | |
| 横浜西部 | 88.4 | 192 | |
| 横浜北部 | 87.0 | 198 | |
| 県央 | 86.7 | 200 | |
| 川崎南部 | 85.6 | 205 | |
| 厚木 | 80.4 | 229 | 少 |
| 鎌倉 | 75.2 | 241 | 少 |
| 平塚・中郡 | 50.8 | 299 | 少 |

※相対的医師少数区域(=全国下位順位1/3の小児医療圏)を「少」と記載、その他の区域は空欄

(出典) 厚生労働省「小児科医師偏在指標作成支援データ集」



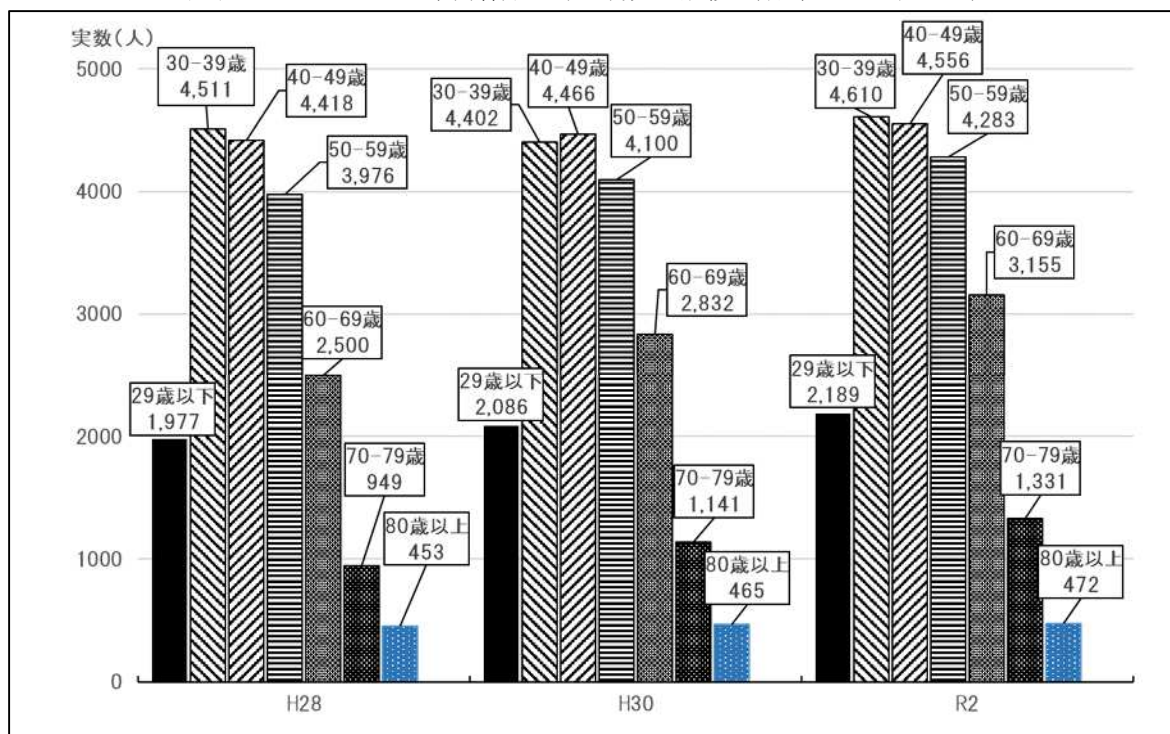
ケ 医師の働き方改革について

- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が、令和 6 年 4 月から適用されます。
- そのため、各医療機関において、タスク・シフト/シェア（※ 4）の推進、ICTの導入による業務の合理化のほか、出産・育児、家族の介護等の様々なライフステージにおいて医師が離職せず、安心して働き続けることができる環境の整備、といった取組が求められています。
- 県としては、そうした個別の医療機関の取組を支援していくとともに、県全体の地域医療提供体制の確保のために、限られた医療資源の効果的・効率的な配置を進めていく必要があるため、医師の働き方改革に関する取組と、地域医療構想に関する取組を連動させ、医師確保対策を講じていくことが重要です。
- さらに、医師の負担軽減を進めるには、上手な医療のかかり方について、県民や患者に対する意識啓発を行っていくことも重要です。
- なお、時間外・休日労働時間の上限規制には、地域医療体制確保の観点から、救急医療機関や医師の派遣を行う医療機関を対象として、一定の要件のもとに緩和される特例があります。しかし、令和 17 年度末を目標に終了することとされている暫定的な措置であるため、令和 6 年 4 月以降も引き続き、特例の解消を見据えて、働き方改革の取組を推進していくことが必要です。

【参考】その他県の医師数の状況

- 年齢階級別医師数

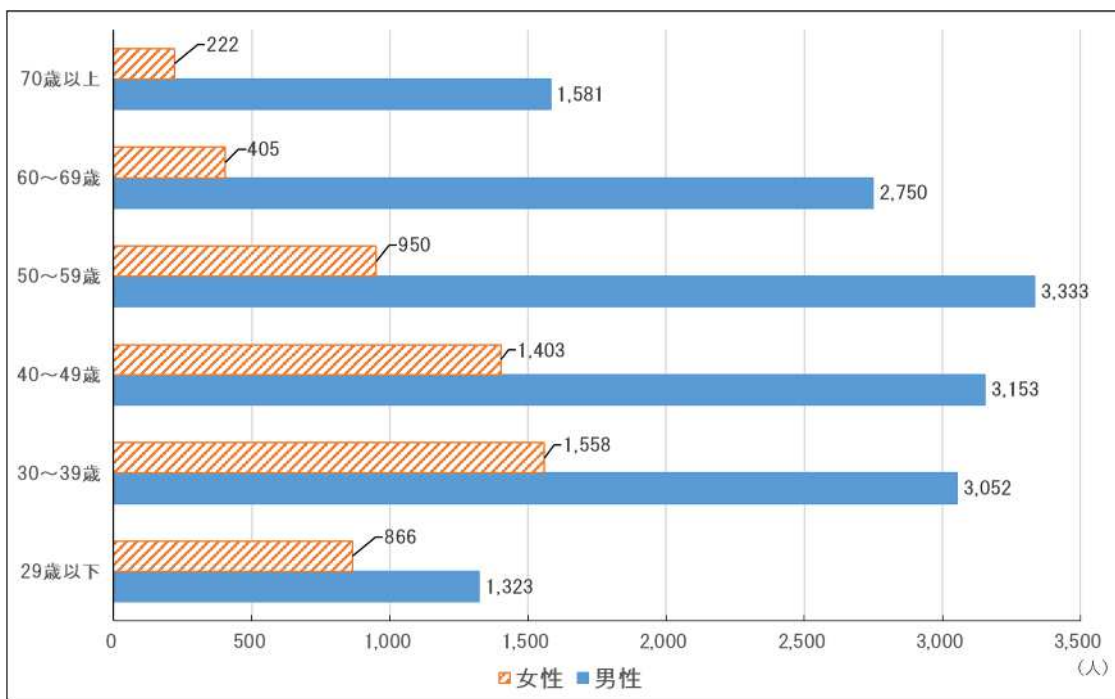
図表 2-5-1-11 年齢階級別医師数の推移（各年 12 月末時点）



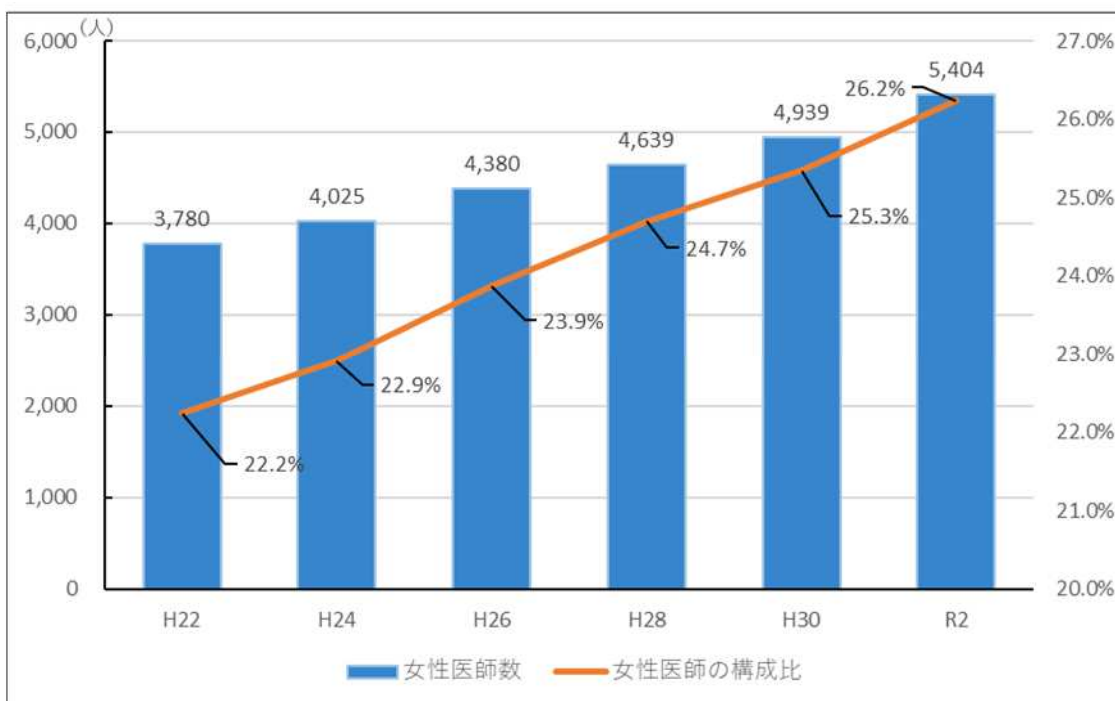
（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

○ 女性医師数

図表 2-5-1-12 性別・年齢階級別医師数（令和2年12月末時点）



図表 2-5-1-13 女性医師数とその割合の推移（各年12月末時点）



（出典）医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

(2) 医師の養成・育成の現状と課題

ア 県内医学部の定員

- 県には4つの大学（横浜市立大学、聖マリアンナ医科大学、東海大学及び北里大学）に医学部が設置されており、令和5年度入学定員は合計で448人となっています。（図表2-5-1-16）

イ 臨床研修医

- 県では、59施設（令和5年10月1日現在）が臨床研修病院に指定されており、令和5年度の総定員は650人で、採用された研修医数は641人（全国2位）となっています（採用率98.6%）。（図表2-5-1-14）

図表2-5-1-14 初期臨床研修医の採用実績の推移（単位：人）

| 研修開始年度 | | 令和元 (平成31) | 令和2 | 令和3 | 令和4 | 令和5 |
|--------|-----|---------------|--------|--------|--------|--------|
| 全国 | 定員 | 11,253 | 11,109 | 11,007 | 10,904 | 10,844 |
| | 採用 | 8,986 | 8,869 | 9,023 | 9,165 | 9,388 |
| | 採用率 | 79.9% | 79.8% | 82.0% | 84.1% | 86.6% |
| 神奈川県 | 定員 | 715 | 695 | 662 | 659 | 650 |
| | 採用 | 633 | 652 | 642 | 630 | 641 |
| | 採用率 | 88.5% | 93.8% | 97.0% | 95.6% | 98.6% |

（出典）定員数：厚生労働省 医師臨床研修マッチング結果の報道発表資料
 （医師臨床研修マッチング協議会提供）
 採用数：厚生労働省 医政局医事課調べ

ウ 専攻医（専門研修）

- 県では、64施設が令和5年度の専門研修プログラムの承認を一般社団法人日本専門医機構から受けており、令和5年度に採用された専攻医数は665人（全国3位）となっています。（図表2-5-1-15）

図表2-5-1-15 専攻医の採用実績の推移（単位：人）

| 診療科 | | 内科 | 小児科 | 皮膚科 | 精神科 | 外科 | 整形外科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 泌尿器科 |
|------|---------|-------|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-------|------|
| 全国 | 令和3年度採用 | 2,977 | 546 | 303 | 551 | 904 | 623 | 475 | 329 | 217 | 312 |
| | 令和4年度採用 | 2,915 | 551 | 326 | 571 | 846 | 644 | 517 | 343 | 256 | 310 |
| | 令和5年度採用 | 2,855 | 526 | 348 | 562 | 835 | 651 | 481 | 310 | 203 | 338 |
| 神奈川県 | 令和3年度採用 | 215 | 38 | 14 | 45 | 53 | 49 | 24 | 19 | 8 | 16 |
| | 令和4年度採用 | 196 | 38 | 15 | 45 | 42 | 39 | 34 | 19 | 11 | 19 |
| | 令和5年度採用 | 216 | 33 | 16 | 44 | 68 | 31 | 29 | 24 | 7 | 15 |

| 診療科 | | 脳神経外科 | 放射線科 | 麻酔科 | 病理 | 臨床検査 | 救急科 | 形成外科 | リハビリテーション科 | 総合診療 | 総計 |
|------|---------|-------|------|-----|----|------|-----|------|------------|------|-------|
| 全国 | 令和3年度採用 | 255 | 268 | 463 | 95 | 21 | 325 | 209 | 104 | 206 | 9,183 |
| | 令和4年度採用 | 237 | 299 | 494 | 99 | 22 | 370 | 253 | 145 | 250 | 9,448 |
| | 令和5年度採用 | 217 | 341 | 466 | 93 | 36 | 408 | 234 | 136 | 285 | 9,325 |
| 神奈川県 | 令和3年度採用 | 8 | 20 | 36 | 6 | 0 | 26 | 14 | 7 | 9 | 607 |
| | 令和4年度採用 | 13 | 28 | 44 | 3 | 2 | 43 | 28 | 6 | 14 | 639 |
| | 令和5年度採用 | 9 | 31 | 46 | 7 | 1 | 47 | 19 | 6 | 16 | 665 |

（出典）一般社団法人日本専門医機構による専攻医の採用実績に関する報道発表資料

エ 地域枠医師

- 地域枠は、卒業後、県内での初期臨床研修及び医師の確保を特に図るべき区域や診療領域における従事義務を課すもので、県が二次保健医療圏間や診療科間の偏在対策として設けているものです。
- 県の医学部定員の増員を伴う地域枠は、臨時定員増の「地域枠（指定診療科枠）」と恒久定員増の「地域医療枠」（横浜市立大学のみ）の2つがあります。
- 令和5年度の県内地域枠定員は4大学20名、地域医療枠定員は25名で（図表2-5-1-16）、令和5年4月までに627名が入学しています。

図表2-5-1-16 県内医学部の入学定員及び神奈川県地域枠定員の推移（単位：人）

| 年度 | | 平成30 | 令和元 | 令和2 | 令和3 | 令和4 | 令和5 |
|--------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全国 | | 9,419 | 9,420 | 9,330 | 9,357 | 9,374 | 9,384 |
| 神奈川県 | | 442 | 442 | 442 | 441 | 443 | 448 |
| 内 数 | 地域枠 | | | | | | |
| | 臨時定員増 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | 地域医療枠 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | (他県地域枠) | (7) | (7) | (7) | (7) | (9) | (14) |

（出典）全国定員：文部科学省医学教育課調べ

- 令和5年4月時点の地域枠の指定診療科は、医師が不足している8診療科（産科、小児科、麻酔科、外科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科）あり、同時点で75名の臨床研修を終えた医師が、8診療科のいずれかに従事しています。
- 一方、地域枠医師が従事している地域については、県内の特定の地域を指定していないことから、効果的に地域偏在の是正を図っているとは認められない状況にあります。
- 県では、急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズが今後も増大すると見込まれているため、地域枠医師が果たす役割はさらに重要となることから、長期的に地域枠医師を養成し、県内の医療機関に効果的に配置することにより、医師の地域偏在と診療科偏在の是正に取り組み、県への定着を図る必要があります。

オ 自治医科大学卒業医師

- 自治医科大学は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進を図るため、昭和47年に全国47都道府県が共同で設立した大学で、入学定員は、各都道府県で2名から3名までとなっています。
- 県の自治医科大学卒業医師は、義務年限期間中に県の保健福祉事務所において公衆衛生行政を担うとともに、県立煤ヶ谷診療所、真鶴町国民健康保険診療所等の県内の公立・公的医療機関に勤務し地域貢献を担っています。
- 県では、急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズは今後も増大すると見込まれているため、自治医科大学卒業医師が総合医として果たす役割はさらに重要となることから、県内の医療機関に効果的に配置することにより、医師の地域偏在の是正に取り組み、県への定着を図る必要があります。

カ 総合診療を担う医師

- 県では、急速な高齢化が進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総

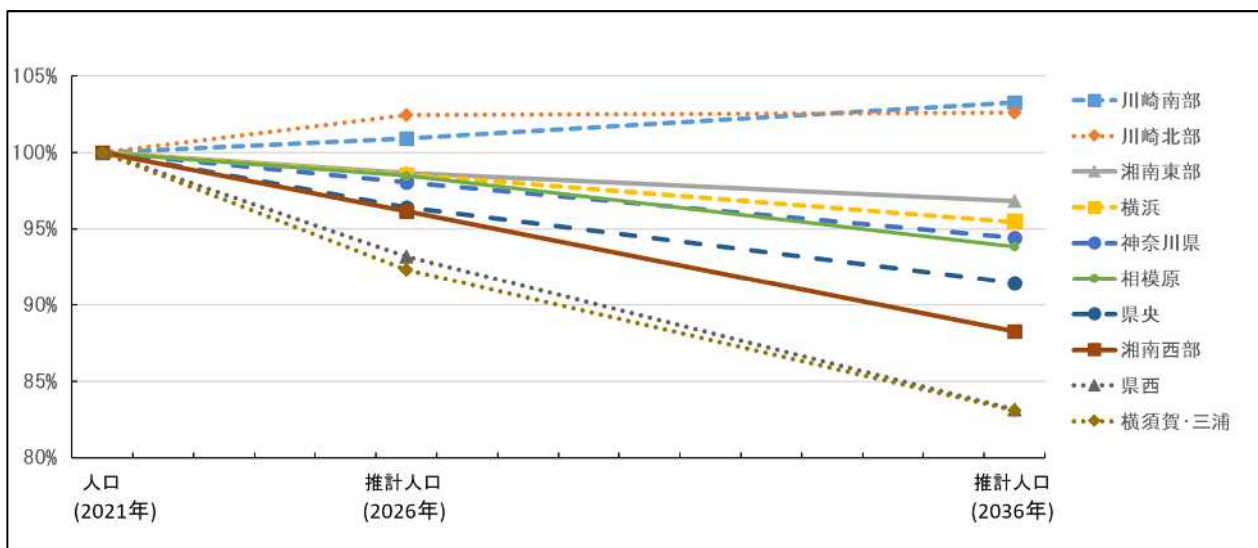
合的に診ることができる医師が求められていることから、地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師を確保することが重要です。

(3) 将来人口と医療需要の見通し

ア 将来人口

- 2021年の各二次保健医療圏の人口を100とすると、2036年に向けて、川崎南部及び川崎北部を除いた二次保健医療圏で、人口が減少すると推測されます。(図表2-5-1-17)

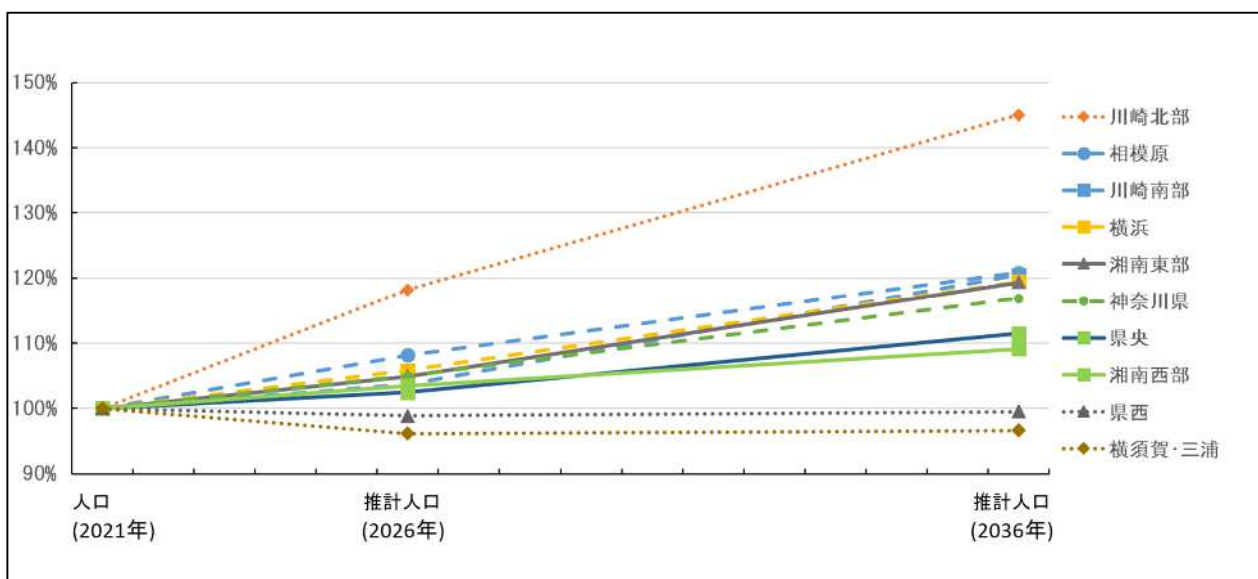
図表2-5-1-17 将来人口の推移 (推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 二次保健医療圏ごとの老年人口 (65歳以上) の推移を示します。多くの医療圏で高齢者の増加が見込まれます。(図表2-5-1-18)

図表2-5-1-18 将来老年人口の推移 (推計)

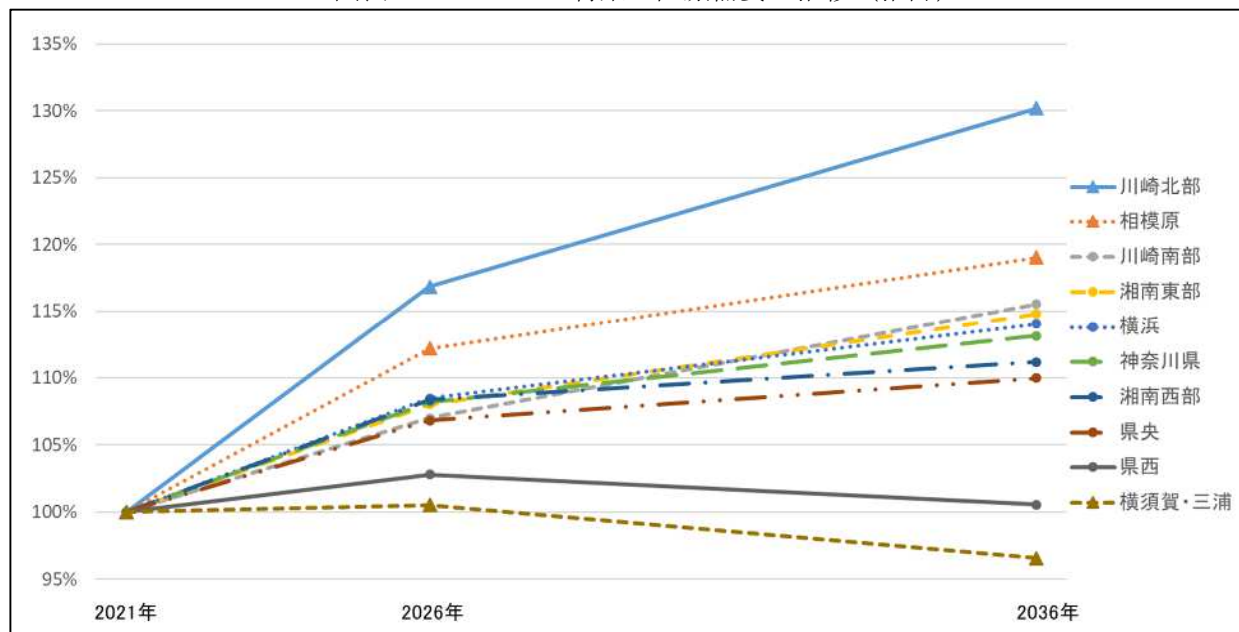


(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

イ 医療需要

- 2021年の各二次保健医療圏の医療需要を100とすると、2026年に向けて全ての二次保健医療圏で増加すると見込まれます。また、2036年に向けては、県西及び横須賀・三浦を除く全ての二次保健医療圏で医療需要が増加し、県全体では約13%の増加が見込まれます。(図表2-5-1-19)

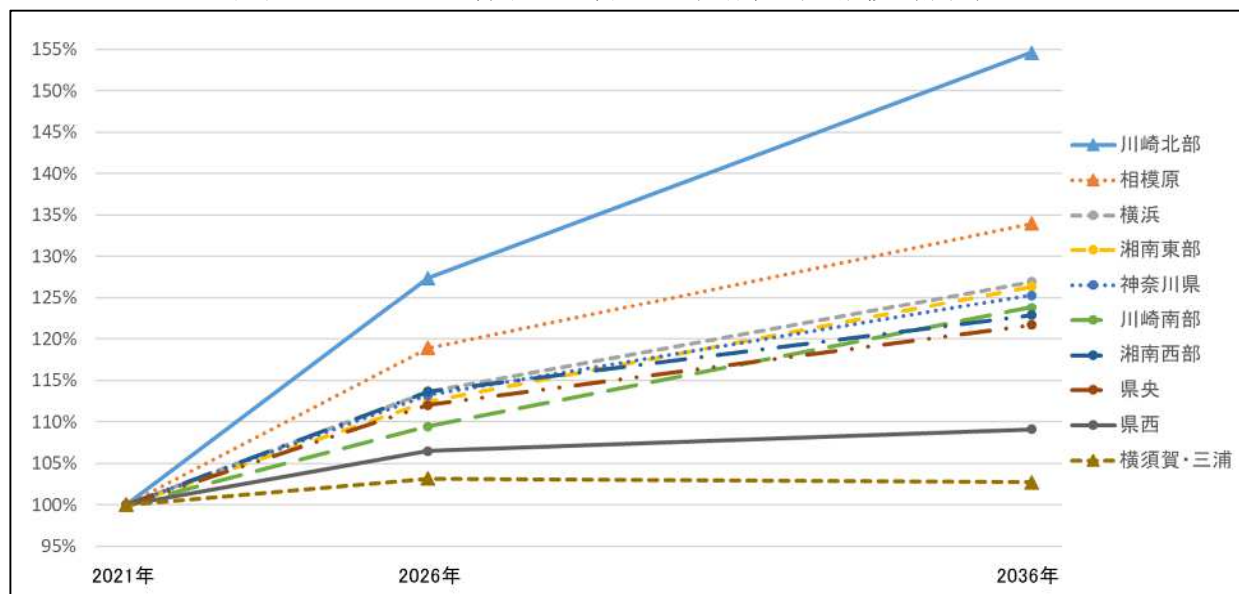
図表2-5-1-19 将来の医療需要の推移(推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 二次保健医療圏ごとの老年人口(65歳以上)の医療需要の推移(推計)では、全ての医療圏で高齢者の医療需要が増加すると見込まれ、県全体では約25%の増加が見込まれます。(図表2-5-1-20)

図表2-5-1-20 将来の老年人口の医療需要の推移(推計)



(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- このように、県では、医療需要が今後も増大すると見込まれているため、長期的に医師を養成し、県内の就業医師の確保・定着を図るとともに、地域偏在と診療科偏在の是正に取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

医師の育成・確保と働きやすい環境づくりを通して、地域において持続的に質の高い医療を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆地域枠医師、自治医科大学卒業医師等の派遣による偏在対策
- ◆初期臨床研修医・専門研修医の確保
- ◆学生等に対する地域医療や不足診療科等についての意識啓発
- ◆勤務環境改善の支援

(1) 医師確保の方針

ア 国ガイドラインの考え方

- 従来、地域ごとの医師数を比較する際には、一般的に人口 10 万人当たりの医師数が用いられていましたが、地域ごとの医療ニーズや人口構成等が反映されていなかったため、厚生労働省が、全国ベースで医師数の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための指標として、医師偏在指標を算定しました。
- 医師確保計画策定ガイドラインによると、医師偏在指標により設定された区域ごとに、医師確保の方針を定めることとなりますが、ガイドラインが示す医師確保の方針は、次のとおりです。(図表 2-5-1-21)

図表 2-5-1-21 国のガイドラインが示す医師確保の方針

| 類型 | 順位 | 都道府県 | 二次保健医療圏（区域） |
|------|--------|---|--|
| 医師少数 | 下位 1/3 | ・医師の増加を基本とする。 | ・医師の増加を基本とする。 ➡ 県西 |
| 中間 | 中位 1/3 | ・都道府県内に医師少数区域が存在する場合、必要に応じて医師多数都道府県から医師の確保ができる。 ➡ 神奈川県 | ・必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える。 ➡ 県央、湘南東部 |
| 医師多数 | 上位 1/3 | ・当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。 ・なお、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することは可能。 | ・他の二次保健医療圏からの医師の確保は行わないこととする。 ・なお、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することは可能。 ➡ 上記以外の二次保健医療圏 |

イ 県の医師確保の方針

- 短期的には、3年ごとに更新される医師偏在指標を踏まえて方針を定め、長期的には、国が定める 2036 年を目標年として、医師確保対策を実施します。

- 本県は、中間県に該当し、県内に医師少数区域が1区域（県西）あることから、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができます。
- 県内には医師多数区域も6区域ありますが、今後、急激な高齢化が進み医療需要も増加することや、医師の働き方改革が及ぼす影響を踏まえる必要があるため、地域の医療提供体制を維持できるよう、短期的だけでなく長期的にも医師確保対策を行う必要があります。
- また、県内には医師の診療科偏在が存在することから、神奈川県医療対策協議会の協議に基づき、指定診療科（産科、小児科、麻酔科、外科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科）を中心に、偏在の是正に一層取り組みます。

ウ 県内二次医療圏

- 県西
 - ・ 医師少数区域に該当するため、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。
 - ・ 県医療対策協議会における協議結果に基づき、地域枠医師等を医師少数区域に優先的に配置するなど、医師偏在対策に取り組みます。
- 湘南東部、県央
 - ・ 医師少数でも多数でもない区域に該当するため、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行うことができます。
 - ・ 当該地域は、将来の医療需要の増加が見込まれていること、また、県内の二次保健医療圏の医師偏在指標と比較すると相対的に低いことから、医師が充足しているとは言えない状況です。
 - ・ そのため、神奈川県医療対策協議会における協議結果に基づき、医師多数区域の水準に至るまでは、地域枠医師等を優先的に配置するなど、医師偏在対策に取り組みます。
- 湘南西部、横須賀・三浦、相模原
 - ・ 医師多数区域に該当しますが、全国及び県の医師偏在指標を下回っていること、また、域内に大学病院等を有するために医師偏在指標が高くなっていることを踏まえた医師偏在対策に取り組みます。
 - ・ また、相模原医療圏については、中山間地域を有していること、医師多数区域と中間区域のボーダーライン上にあること、及び診療所医師偏在指標が県内最下位であることに留意します。
- 川崎南部、川崎北部、横浜
 - ・ 医師多数区域に該当するため、他の二次保健医療圏からの積極的な医師の確保は行わず、域内の医療施設に従事する医師の定着を促進するとともに、医師の働き方改革や医療提供体制の検討を踏まえた医師確保に取り組んでいきます。

(2) 目標医師数

ア 国ガイドラインの考え方

- 国のガイドラインが示す目標医師数の考え方は次のとおりです。（図表2-5-1-22）

図表 2-5-1-22 国のガイドラインが示す目標医師数の考え方

| 類型 | 順位 | 都道府県 | 二次医療圏（区域） |
|------|-----------|--|---|
| 医師少数 | 下位 1/3 | <ul style="list-style-type: none"> 計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位33.3%相当に達するために必要な医師数とする。 | <ul style="list-style-type: none"> 計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全二次保健医療圏の医師偏在指標の下位 33.3%相当に達するために必要な医師数とする。 ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。 |
| 中間 | 中位 1/3 | <ul style="list-style-type: none"> 目標医師数を既に達成しているものとして取り扱う。 自県の二次保健医療圏の目標医師設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次保健医療圏の目標医師数の合計 ≤ 都道府県の計画開始時の医師数となるよう、二次保健医療圏の目標医師数を設定する。 | <ul style="list-style-type: none"> 原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。 ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。 |
| 医師多数 | 上位 1/3 | | |

イ 県全体

- 県全体としては、医師少数都道府県ではないことから、ガイドラインに基づき、目標医師数を既に達成しているものとします。（ただし、県内の医師の配置状況は、医師多数区域であっても診療科により医師が不足する地域が見られるため、県内の地域及び診療科の偏在対策に一層取り組みます。）

ウ 県内二次保健医療圏

- 目標医師数の設定について、次のとおり用いる数値が国から示されています。（図表 2-5-1-23）

図表 2-5-1-23 国のガイドラインが示す目標医師数に用いる数値（単位：人）

| 圏域名 | 少数・多数区域の分類 | 標準化医師数（計画開始時医師数）（2022年） | 下位33.3%に達するための目標医師数（2026年） | 2022年の医師偏在指標を維持するための医師数（2026年） |
|--------|------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 神奈川県 | 中間 | 20,710 | | 20,485 |
| 横浜 | 多数 | 8,851 | | 8,778 |
| 川崎北部 | 多数 | 1,867 | | 1,994 |
| 川崎南部 | 多数 | 1,791 | | 1,752 |
| 横須賀・三浦 | 多数 | 1,678 | | 1,542 |
| 湘南西部 | 多数 | 1,511 | | 1,497 |
| 相模原 | 多数 | 1,711 | | 1,755 |
| 湘南東部 | 中間 | 1,403 | | 1,385 |
| 県央 | 中間 | 1,302 | | 1,272 |
| 県西 | 少数 | 598 | 569 | |

（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

- 医師多数・中間区域は原則、計画開始時医師数が設定上限数となりますが、川崎北部と相模原は、「計画開始時医師数」よりも「2022年の医師偏在指標を維持するための医師数」が多いため、後者が設定上限数となります。
- 医師少数区域は原則、計画期間開始時の医師偏在指標の下位 33.3%に達する目標医師数を設定することになりますが、県西は、「計画開始時医師数」が「下位 33.3%に達するための目標医師数」よりも多いため、前者が設定上限数となります。
- しかしながら、「県の計画開始時医師数(20,710人)」よりも「各二次医療圏の目標医師数上限の合計(20,881人)」が多いため、各二次保健医療圏の目標医師数上限を県の計画開始時医師数に収まる範囲で設定しなければなりません。
- したがって、全ての二次保健医療圏で、計画開始時医師数を目標数とすることとします。(図表 2-5-1-24)

図表 2-5-1-24 二次保健医療圏ごとの目標医師数(2026年)(単位:人)

| 圏域名 | 少数・多数区域の分類 | 目標医師数 (2026年) ① | 医師数 (2020年) ② | 差 ①-② |
|--------|------------|-----------------------|---------------------|----------|
| 横浜 | 多数 | 8,851 | 8,832 | 19 |
| 川崎北部 | 多数 | 1,867 | 1,915 | ▲ 48 |
| 川崎南部 | 多数 | 1,791 | 1,765 | 26 |
| 横須賀・三浦 | 多数 | 1,678 | 1,663 | 15 |
| 湘南西部 | 多数 | 1,511 | 1,499 | 12 |
| 相模原 | 多数 | 1,711 | 1,672 | 39 |
| 湘南東部 | 中間 | 1,403 | 1,394 | 9 |
| 県央 | 中間 | 1,302 | 1,265 | 37 |
| 県西 | 少数 | 598 | 591 | 7 |

(3) 目標医師数を達成するための施策

ア 短期的な効果が期待される施策

- キャリア形成プログラム
 - ・ 「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としたキャリア形成プログラムについて、県医療対策協議会等での議論も踏まえ、令和6年7月までに、より効果的に地域偏在の是正を可能とするプログラムとなるよう見直します。
- 地域枠医師、自治医科大学卒業医師等の派遣による偏在対策
 - ・ 県医療対策協議会において、主として派遣調整を行う対象となる「キャリア形成プログラムの適用を受ける地域枠医師」について、医師の確保を特に図るべき区域へ優先して派遣することにより、必要な医師の確保並びに医師の地域偏在の是正を図ります。
 - ・ 横浜市立大学の地域医療枠医師についても、県内の従事が要件になっていることから、地域枠と同様のキャリア形成プログラムの適用対象とし、県医療対策協議会における派遣調整の対象とすることを検討します。
 - ・ 自治医科大学卒業医師は、より地域医療への貢献、総合医としての活躍が期待されているため、当該医師に適したキャリア形成プログラムを策定し、必要な医

師の確保並びに医師の地域偏在の是正を図ります。

- キャリアコーディネーター
 - ・ 地域枠医学生及び医師が、義務年限期間において、地域医療と専門医療の両面のキャリア形成を図ることができるよう、県内4大学にもキャリアコーディネーターを配置し、身近な場所でのキャリア相談やロールモデルの提示等により、キャリア形成支援を強化します。
- 初期臨床研修・専門研修
 - ・ 引き続き初期臨床研修医の確保を図るため、県内の臨床研修病院等と連携し、医学生に向けた合同説明会の開催など、若手医師の県内定着に向けた取組を進めます。
 - ・ 県が臨床研修病院ごとに定める募集定員の配分方法について、医師の確保を特に図るべき区域へ多く配分するルールを取り入れることにより、医師不足地域における従事を促します。
 - ・ 専攻医は全体として増加傾向にありますが、県の医師不足診療科（産科（産婦人科）、小児科、外科、麻酔科、内科、救急科、総合診療科及び脳神経外科の8診療科）に専攻医数の少ない診療科があることから、初期臨床研修医等を対象に、医師不足診療科の業務内容やその魅力、研修施設等の情報発信を行います。
 - ・ また、初期臨床研修医や医学部生を対象に、学会等関係団体や専門研修プログラム基幹病院と連携し、合同説明会の開催など専攻医の確保に向けた取組を進めます。
- 地域医療支援センター
 - ・ 地域医療支援センターにおいて、県内の医師不足状況等の把握・分析に努め、医師のキャリア形成支援、情報発信等の事業を継続します。

イ 長期的施策

- 地域枠医師等の養成
 - ・ 急激な高齢化等の影響により、地域医療に対するニーズが今後も増大すると見込まれているため、地域枠医師が果たす役割はさらに重要となることから、長期的に地域枠医師等を養成します。
 - ・ 地域枠による臨時定員増は令和7年度まで認められていますが、令和8年度以降も各大学に臨時定員を設置できるよう国に要望します。
 - ・ 地域枠医師等が、義務年限終了後も県内に定着するよう、義務年限期間中のキャリア形成支援や意識啓発を充実させるなど、長期的な視点で地域枠医師等の育成を図っていきます。
- 上記（地域枠医師等）以外の医師の派遣による偏在対策
 - ・ 今後は、県医療対策協議会において派遣調整の対象となっていない医師についても、医師多数区域等の医療機関が、医師少数区域等の医療機関へ医師を派遣することにインセンティブが働く支援等について、検討を行っていきます。
- キャリア形成卒前支援プラン
 - ・ キャリア形成卒前支援プラン（ガイダンス、交流会等）により、医学生の段階から地域枠医師等としての役割の認識を強め、県内の地域医療への意識の醸成を図ります。

- 医師不足診療科の医師の育成
 - ・ 地域枠医学生・医師等を対象に、地域医療や医師不足診療科に対する意識の涵養を図るセミナー等を開催することにより、地域医療や医師不足診療科への従事に対する関心を高めます。
- 総合診療を担う医師の育成
 - ・ 臨床研修医や若手医師等に対し、総合診療科の専門研修施設の情報発信を行ったり、自治医科大学卒業医師や地域枠医師等に対し、より総合診療の能力向上を図るキャリアパスを示すなどして、総合診療を担う医師を育成します。
 - ・ また、ベテラン医師のセカンドキャリアとして、内科医や外科医、「がん」を担当している医師等が、在宅医療・緩和医療にかかわる総合診療医へのキャリア転換の促進について検討します。
- 将来医師を志す生徒等への啓発
 - ・ 医学部進学セミナーの開催など、高校生等を対象とした医学部進学に向けた啓発活動の推進について検討します。
- ウ 医師の働き方改革の推進に向けた施策
 - 勤務環境改善の支援
 - ・ 県医療勤務環境改善支援センターを中心に、医師等の業務に係る負担を軽減するための勤務環境改善に向けた県内の医療機関の取組を支援します。
 - ・ 県医療勤務環境改善支援センターを通じ、勤怠管理システム等の ICT や医師事務作業補助者等の導入経費への補助、交代制勤務や変形労働時間制、タスクシフト・シェア等に係る技術的支援など、医師の労働時間縮減の取組を支援します。
 - ・ 病院内保育所の運営費に対する補助を行います。
 - 働き続けることができる職場環境の整備
 - ・ 女性医師数及び比率の増加も踏まえて、女性医師等のキャリア継続を支援するために、職場を離れた女性医師等の復職に対する支援、短時間勤務等を取り入れる医療機関への助成など、男女がともに仕事と育児や介護等を両立できる環境づくりの支援について検討します。
 - 県民への普及啓発
 - ・ 医師の負担軽減のためには、医療機関側の取組だけでなく、救急車の適正利用など、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に推進します。

(4) 産科・小児科における医師確保

ア 産科・小児科における医師確保の方針

- 小児科については、県は相対的医師少数県であり、横浜西部・厚木が相対的医師少数区域であること、また、医師の働き方改革が及ぼす影響を慎重に見極める必要があることから、引き続き小児科医を確保するための施策を行います。
- ただし、小児科医が相対的に多い医療圏においても、医師の働き方改革が及ぼす影響や全国的に小児科医の確保が困難である状況を踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより、小児科医の地域偏在の解消を目指すことは、適当ではないと考えられます。

- そのため、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏を越えた連携によって、小児科医の地域偏在の解消を図ることも、併せて検討します。
 - 産科については、県は相対的医師少数県ではなく、周産期医療圏においても相対的医師少数区域はありません。
 - しかし、医師の働き方改革が及ぼす影響や全国的に産科医の確保が困難である状況を踏まえ、引き続き産科医を確保するための施策を行います。
 - ただし、小児科医の確保と同様の対応を行います。
- イ 産科・小児科の医師確保策
- キャリア形成プログラムを見直し、医師の確保を特に図るべき区域へ、地域枠の産科医・小児科医を配置することにより、必要な医師の確保及び医師の地域偏在の是正を図ります。
 - 地域枠(指定診療科枠)による臨時定員増は令和7年度まで認められていますが、令和8年度以降も各大学に臨時定員を設置できるよう国に要望します。
 - 近年は新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため中止していましたが、産科を希望する医師を対象とした研修会(県産科婦人科医会との共催)を令和5年度から再開したため、今後も研修会を継続的に開催します。
 - 医学生や臨床医研修医を対象に、産科・小児科に対する意識の涵養を図るセミナー等を開催し、業務内容やその魅力、研修施設等の情報発信を行います。
 - 県医療勤務環境改善支援センターを中心に、産科医・小児科医の負担軽減に向けた県内の医療機関の取組を支援します。
 - 産科・小児科は、比較的女性医師が多い状況を踏まえて、女性医師等のキャリア継続を支援するために、職場を離れた女性医師等の復職に対する支援、短時間勤務等を取り入れる医療機関への助成など、男女がともに仕事と育児や介護等を両立できる環境づくりの支援について検討します。
 - 厳しい就業環境にある産科医等に対する処遇を改善するため、分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する医療機関に対し支援します。
 - 県民が安心して妊娠・出産・子育てを行える環境整備を促進するため、産科・小児医療施設等の開設に係る施設・設備整備に対して支援します。

=====
■用語解説

※1 医師偏在指標

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (*1)}}{\text{地域の人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比 (*2)}}$$

$$(*1) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(*2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率 (*3)} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$(*3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

※2 分娩取扱医師偏在指標

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 (*4)}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{件}}$$

$$(*4) \text{ 標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※3 小児科医師偏在指標

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 (*5)}}{\text{地域の年少人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比 (*6)}}$$

$$(*5) \text{ 標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(*6) \text{ 地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率 (*7)} \div \text{全国の期待受療率}$$

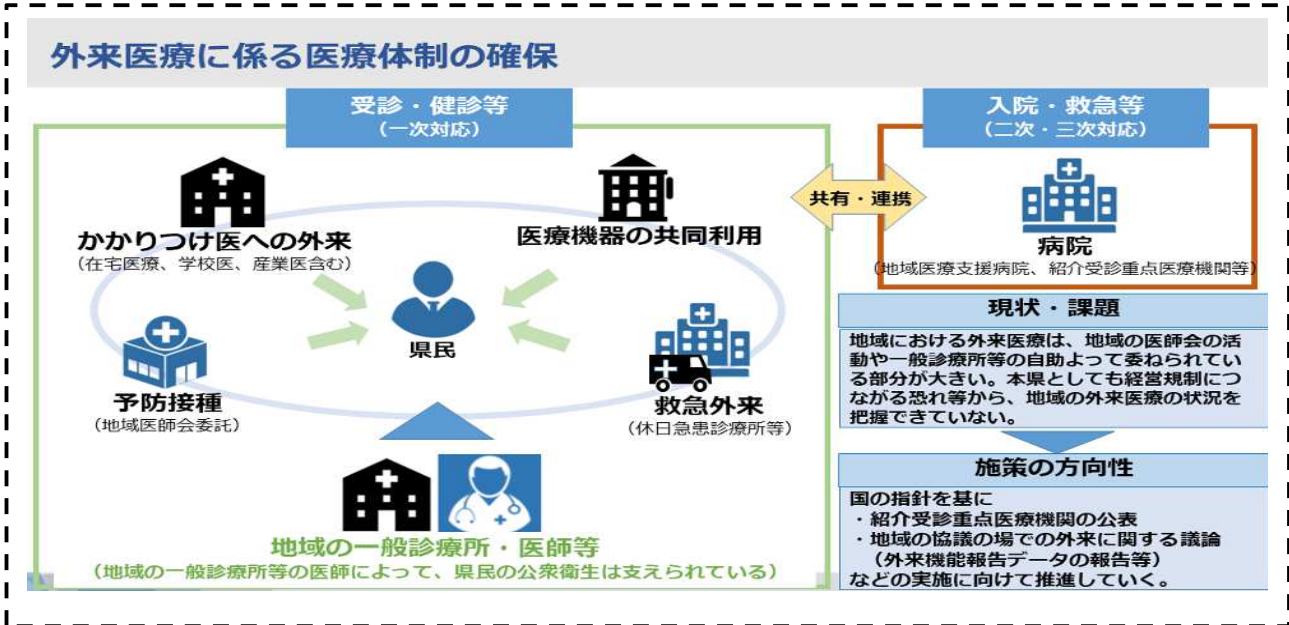
$$(*7) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

※4 タスク・シフト/シェア

従来、ある職種が担っていた業務を他職種に移管すること又は他職種と共同化すること。

第2節 外来医療に係る医療体制の確保

1 現状・課題



(1) 本県における外来機能等の状況

ア 診療所数の推移と医師偏在

- 時間外の外来診療、在宅医療（訪問診療）、産業医、学校医による住民への医療保健の提供など地域における外来医療については、地域の一般診療所医師等によって支えられています。
- 下記表のとおり、本県における診療所数の推移を見ると年々微増しており、平均年齢が高く推移していることが確認できます。

図表 2-5-2-1 本県における診療所数の推移

(単位：診療所数)

| | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | 増減 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 【全体】 神奈川県 | 6,556 | 6,648 | 6,711 | 6,661 | 6,739 | 6,820 | 6,907 | 6,996 | 440 |
| 横浜 | 2,915 | 2,946 | 2,970 | 2,977 | 3,003 | 3,036 | 3,058 | 3,100 | 185 |
| 川崎北部 | 501 | 518 | 527 | 517 | 523 | 533 | 536 | 547 | 46 |
| 川崎南部 | 438 | 449 | 465 | 461 | 464 | 478 | 487 | 510 | 72 |
| 横須賀・三浦 | 588 | 595 | 597 | 531 | 547 | 552 | 601 | 599 | 11 |
| 湘南東部 | 539 | 548 | 557 | 569 | 588 | 598 | 600 | 606 | 67 |
| 湘南西部 | 387 | 385 | 384 | 385 | 393 | 396 | 395 | 391 | 4 |
| 県央 | 523 | 528 | 535 | 541 | 540 | 543 | 542 | 543 | 20 |
| 相模原 | 407 | 415 | 413 | 419 | 420 | 422 | 428 | 437 | 30 |
| 県西 | 258 | 264 | 263 | 261 | 261 | 262 | 260 | 263 | 5 |

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- また、厚生労働省が用いる医師偏在指標では、医師多数区域は、横浜、川崎北部、川崎南部、相模原、横須賀・三浦、湘南西部の6区域、医師少数区域は、県西の1区域であり、地域によって医師確保の必要性に差がある状況となっています。

図表 2-5-2-2 県の二次保健医療圏別 医師偏在指標（令和5年度公表）

| 区分 | 医師偏在指標 | | 医師多数区域 | 医師少数区域 |
|-----------|--------|-------------------|--------|--------|
| | | 全国順位 (全330医療圏) | | |
| 全国 | 255.6 | | | |
| 県内二次保健医療圏 | 横浜 | 260.8 | 65 | ○ |
| | 川崎北部 | 285.3 | 49 | ○ |
| | 川崎南部 | 347.3 | 16 | ○ |
| | 相模原 | 217.7 | 111 | ○ |
| | 横須賀・三浦 | 235.0 | 87 | ○ |
| | 湘南東部 | 202.4 | 150 | |
| | 湘南西部 | 238.1 | 84 | ○ |
| | 県央 | 187.4 | 198 | |
| | 県西 | 177.1 | 226 | |

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

イ 夜間・休日等の初期救急医療の提供体制

- 本県における夜間・休日等の初期救急医療については、県が認定する病院が主に担い、休日は、医師会等が運営する休日急患診療所が各二次保健医療圏に配置され、支えられています。

図表 2-5-2-3 本県における夜間・休日等の初期救急医療の提供体制

令和4年4月末

| 連番 | 二次保健医療圏 | 夜間や休日等の初期救急医療の提供体制 | |
|----|---------|--------------------|----------|
| | | 救急医療を行う診療所数 | 休日急患診療所数 |
| 1 | 横浜 | 0 | 19 |
| 2 | 川崎北部 | 1 | 4 |
| 3 | 川崎南部 | 2 | 3 |
| 4 | 相模原 | 1 | 4 |
| 5 | 横須賀・三浦 | 0 | 3 |
| 6 | 湘南東部 | 0 | 3 |
| 7 | 湘南西部 | 0 | 3 |
| 8 | 県央 | 1 | 5 |
| 9 | 県西 | 1 | 2 |

(出典) 神奈川県「神奈川県医療機関名簿」

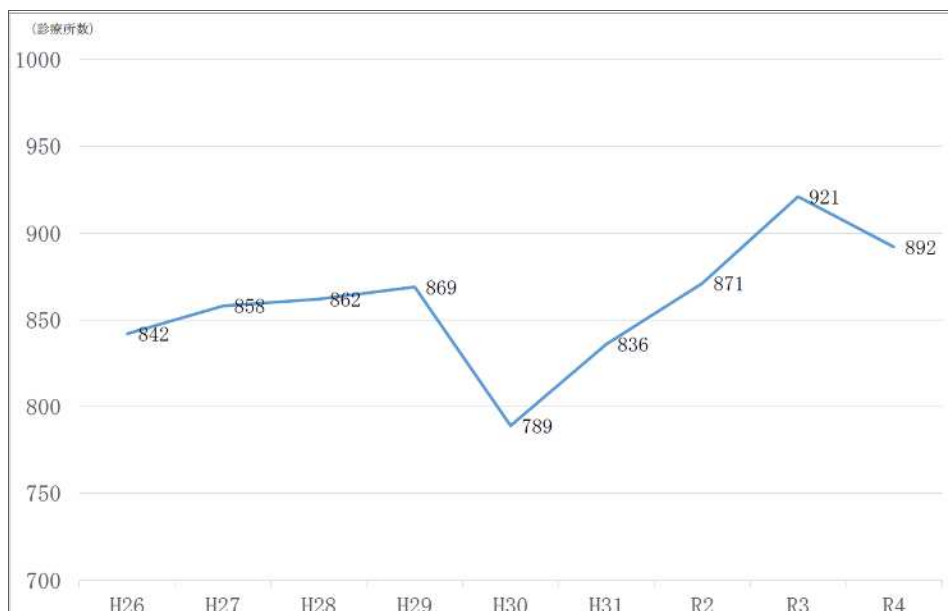
- しかし、その他一般診療所の夜間・休日及び時間外の診療については、経営規制につながる恐れがあることから、現状、県では把握しておらず、診療所ごとの自助、自主的な経営判断に委ねている状況です。県は、厚生労働省のガイドライン（「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次（前期）～」）を踏まえて、地域の医療機関の外来機能の明確化や医療機関間の連携促進を進めるため、外来医療提供体制の確保に関して関係機関との協議を今後さらに進めていく必要がある

ります。

ウ 在宅医療の提供体制

- 県民の地域生活を支える在宅医療の提供体制については、訪問診療を実施する在宅療養支援診療所が主に担います。その診療所数の推移を見ると、直近の令和4年度は微減しており、今後も増大する在宅医療需要への対応について検討が必要です。

図表 2-5-2-4 県内の在宅療養支援診療所数の推移



(2) 外来医療機能の偏在

ア 外来医師偏在指標（※1）の設定

- これまでは、医師偏在の状況を表す指標としては、主に人口10万人対医師数が用いられてきました。
(出典) 関東厚生局神奈川事務所「診療報酬施設基準」(令和5年3月末)

しかし、人口10万人対医師数は医師の偏在の状況が地域ごとの医療ニーズや人口構成等の項目を十分に反映した指標でなかったため、厚生労働省は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の5要素を考慮した医師偏在指標を設定しました。

- | | |
|-------------------|---------------------|
| ①医療ニーズ及び人口構成とその変化 | ④医師の性別・年齢分布 |
| ②患者の流出入 | ⑤医師偏在の種別(区域、病院/診療所) |
| ③へき地等の地理的条件 | |

- 厚生労働省のガイドラインでは、大半の診療所が1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は1:1に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在状況を示す指標としても使用可能としています。

イ 外来医師多数区域の設定

- 上記の外来医師偏在指標の値が、全二次保健医療圏の上位33.3%(1/3)に該当する二次保健医療圏が「外来医師多数区域」に設定されます。
- 本県の外来医師偏在指標の状況は、横浜、川崎北部、川崎南部、横須賀・三浦、

湘南東部の5区域が外来医師多数区域となります。(図表2-5-2-5)

なお、外来医師偏在指標は医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表す指標である点に留意が必要です。

図表2-5-2-5 県の二次保健医療圏別 外来医師偏在指標 (令和5年度公表)

| 区分 | 外来医師偏在指標 | | 外来医師多数区域有無 | |
|-----------|----------|-------------------|------------|---|
| | | 全国順位 (全330医療圏) | | |
| 全国 | 112.2 | | | |
| 県内二次保健医療圏 | 横浜 | 115.6 | 77 | ○ |
| | 川崎北部 | 114.6 | 80 | ○ |
| | 川崎南部 | 120.3 | 61 | ○ |
| | 相模原 | 82.2 | 271 | |
| | 横須賀・三浦 | 109.6 | 105 | ○ |
| | 湘南東部 | 111.8 | 94 | ○ |
| | 湘南西部 | 95.0 | 197 | |
| | 県央 | 83.8 | 267 | |
| | 県西 | 87.0 | 248 | |

(3) 医療機器に関する状況

- 医療機器の配置状況は、地域ごとに異なります。今後の人口動態の変化にそなえ、本県における医療機器に関する状況を詳細に把握して、地域の関係者と協議・検討し、効率的な活用に向けて、環境整備を進める必要があります。(図表2-5-2-6)

図表2-5-2-6 医療機器の配置状況

(単位：台数)

| | CT | | MRI | | PET | | マンモグラフィー | | 放射線治療器 (リニアック・ガンマナイフ) | | |
|-----------|---------------|----------|---------------|---------|---------------|-------|---------------|---------|--------------------------|---------|------|
| | 調整人口 あたり台数 | (実台数) | 調整人口 あたり台数 | (実台数) | 調整人口 あたり台数 | (実台数) | 調整人口 あたり台数 | (実台数) | 調整人口 あたり台数 | (実台数) | |
| 全国 | 11.5 | (14,595) | 5.7 | (7,240) | 0.5 | (594) | 3.4 | (4,261) | 0.8 | (1,044) | |
| 神奈川県 | 7.2 | (627) | 4.0 | (350) | 0.3 | (28) | 2.5 | (230) | 0.7 | (57) | |
| 県内二次保健医療圏 | 横浜 | 6.7 | (236) | 4.3 | (154) | 0.4 | (14) | 2.5 | (93) | 0.6 | (22) |
| | 川崎北部 | 6.8 | (49) | 3.3 | (25) | 0.4 | (3) | 2.1 | (18) | 0.7 | (5) |
| | 川崎南部 | 8.7 | (47) | 4.8 | (27) | 0.2 | (1) | 3.4 | (21) | 0.8 | (4) |
| | 相模原 | 7.7 | (53) | 3.6 | (25) | 0.3 | (2) | 2.8 | (20) | 0.9 | (6) |
| | 横須賀・三浦 | 6.5 | (51) | 3.5 | (27) | 0.0 | (0) | 2.8 | (20) | 0.8 | (6) |
| | 湘南東部 | 7.5 | (52) | 3.7 | (26) | 0.4 | (3) | 2.6 | (19) | 0.7 | (5) |
| | 湘南西部 | 7.3 | (43) | 3.7 | (22) | 0.2 | (1) | 2.3 | (13) | 0.8 | (5) |
| | 県央 | 7.8 | (63) | 3.6 | (30) | 0.2 | (2) | 2.3 | (19) | 0.4 | (3) |
| 県西 | 8.9 | (33) | 3.8 | (14) | 0.5 | (2) | 2.0 | (7) | 0.3 | (1) | |

(出典) 厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

図表 2-5-2-7 医療機器の稼働状況

(単位：件数/台数)

| | CT | | MRI | | PET | | マンモグラフィー | | 放射線治療器 (リニアック・ガンマナイフ) | | |
|---------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|--------------------------|-------|-----|
| | 病院 | 診療所 | 病院 | 診療所 | 病院 | 診療所 | 病院 | 診療所 | 病院 | 診療所 | |
| 全国 | 2,188 | * | 1,814 | * | * | * | * | * | 2,718 | 6,925 | |
| 神奈川県 | 2,823 | 900 | 2,173 | 2,863 | 891 | 1,410 | 558 | 681 | 4,002 | 312 | |
| 県内 二次 保健 医療 圏 | 横浜 | 2,961 | 807 | 2,218 | 3,183 | 1,037 | 1,586 | 517 | 697 | 3,992 | 312 |
| | 川崎北部 | 3,021 | 938 | 2,549 | 2,698 | 422 | - | 637 | 889 | 3,933 | - |
| | 川崎南部 | 3,254 | 1,902 | 2,101 | 3,412 | 775 | - | 246 | 547 | 3,865 | - |
| | 相模原 | 2,598 | 275 | 2,643 | 1,914 | 1,812 | - | 592 | 1,021 | 5,708 | - |
| | 横須賀・三浦 | 3,028 | 677 | 1,903 | 3,085 | - | - | 1,176 | 581 | 4,402 | - |
| | 湘南東部 | 2,774 | 726 | 2,275 | 2,354 | 830 | 0 | 371 | 572 | 2,377 | - |
| | 湘南西部 | 3,633 | 657 | 2,709 | 1,160 | 2,044 | - | 988 | 335 | 4,708 | - |
| | 県央 | 1,801 | 1,273 | 1,271 | 2,404 | 390 | - | 284 | 296 | 1,510 | - |
| 県西 | 1,731 | 754 | 1,743 | 4,129 | 283 | - | 208 | - | 4,519 | - | |

※表記の「-」は台数がない場合、「0」は台数があっても検査件数が無い場合。「*」はデータ秘匿マークとし、公開される二次保健医療圏等の総数から市町村の検査件数を特定可能な場合は、検査を受けた患者が特定されないよう秘匿としています。

(出典) 厚生労働省「医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ」(令和5年度)

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

地域での外来機能の明確化・連携を深めることで、患者の受診の流れを円滑化し、県内における外来医療に係る医療提供体制を整備していく

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆外来医療に関する協議の場について
- ◆紹介受診重点医療機関の公表
- ◆不足する外来医療機能への対応
- ◆新規開業者等に対する情報提供
- ◆医療機器の効率的な活用

(1) 外来医療に関する協議の場について

- 厚生労働省のガイドラインでは、二次保健医療圏を区域単位として想定しているため、本県では引き続き、二次保健医療圏ごとに実施している地域医療構想調整会議を外来医療に関する協議の場とします。

(2) 紹介受診重点医療機関の公表

ア 外来機能報告制度

- 医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能分化及び連携の推進のため、令和4年4月から導入された制度です。
- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化します。

イ 紹介受診重点医療機関の役割

- 原則として、紹介患者への外来を基本とし、より専門的な治療や検査を重点的に

実施する、各地域における外来の基幹的な役割を担います。

- また、国は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についての検討会による議論のとりまとめの中で、かかりつけ医機能報告制度の創設や、かかりつけ医機能の定義を法定化、医療機能情報提供制度の刷新等についても言及しており、今後、地域の外来受診に係る整備が考えられます。
- こうした背景から、紹介受診重点医療機関は地域外来の中軸として、かかりつけ医など近隣の診療所・病院との役割分担を明確にし、地域の効率的な外来医療提供体制の確保に寄与する役割が期待されています。

ウ 紹介受診重点医療機関の公表基準

- 国は、外来機能報告で報告される医療資源を重点的に活用する外来の実施状況（高額等の医療機器・設備を必要とする外来や特定領域に特化した機能を有する外来など）を基に定める基準又は水準を満たすことを参考に、地域の協議の場にて協議を行い、その地域の実情を踏まえて「紹介受診重点医療機関」の公表を決定していくとしており、基準又は水準は下記のとおりです。

《「紹介受診重点医療機関」の公表に向けての基準》

基準：下記①、②いずれも満たすこと

- ① 紹介受診重点医療機関となる意向があること
- ② 医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）状況について、
 - ・初診に占める重点外来の割合 40%以上
 - ・再診に占める重点外来の割合 25%以上の両方を満たすこと

《「紹介受診重点医療機関」の公表に向けての水準》

基準を満たさない場合、下記の水準項目両方を満たすこと

- ① 紹介患者数における、初診患者数の占める割合が 50%以上
- ② 逆紹介患者数における、初診患者数の占める割合が 40%以上

- 本県としても、国のこの指針に則り、地域の協議の場を「地域医療構想調整会議」と定め、その会議での協議の上「紹介受診重点医療機関」を決定していきます。

エ 「紹介受診重点医療機関」の公表について

- 県は、「外来機能報告」の結果から、国の指針にある基準・水準値を満たすことや地域の協議の場「地域医療構想調整会議」における協議のもと、「紹介受診重点医療機関」を公表します。（県ホームページにて随時掲載）
- なお、外来機能報告は、令和4年度より毎年実施していく予定となっており、今後もその報告結果を踏まえ、毎年、各地区の「地域医療構想調整会議」で紹介受診重点医療機関の公表に向けて協議を行います。

(3) 不足する外来医療機能への対応

- 国は、今後、少子高齢化による人口構成の変化に伴い、外来医師の偏在状況を踏ま

え、当該地域において不足する外来医療機能を把握し、二次保健医療圏ごとに外来医療提供体制が確保されていくよう取組を進めることとしています。

- 県は、今後、二次保健医療圏ごとに設置する「地域医療構想調整会議」にて当該地域で課題となる外来医療機能の把握やその課題の議論・検討に向けて取り組んでいきます。

(4) 新規開業者等に対する情報提供

- 今後、少子高齢化による人口構成の変化によって、これから新しく診療所等医療機関を開業する方の開業希望場所にも変化が発出します。それによりますます外来医師の偏在が進み、地域での外来医療機能の状況変化や新たな課題発生が見込まれます。
- 新規開業者に対する情報提供に関して、厚生労働省のガイドラインでは次の通り示されています。
 - ・ 二次保健医療圏ごとに外来医療提供体制を確保することを進めるべく、各地域での不足する外来医療機能を把握し、当該地域の外来機能の可視化を図るよう進めていく
 - ・ 外来医療機能の可視化により、新規開業者等へその地域で必要とする外来医療等情報を取得し判断できるように、不足する外来医療機能の新たな担い手となるよう行動変容を促すよう情報提供をしていく
 - ・ 特に、既に診療所医師数が一定程度充足していると考えられる外来医師多数区域での新規開業については、新規開業希望者に対して地域で不足する外来医療機能を担うことを求めていく
- 当該地域において不足する外来医療を新規開業者等にも役割を求めるという考え方は理解できますが、開業規制にもつながる恐れがあるため留意が必要です。
- しかし、人口構成の変化による外来医療機能の変化、新しい課題発生へ適切に対応していく必要もあるため、新規開業者等への情報提供に向けて、本県における外来医療機能の状況を正確に把握するべく、地域の協議の場である地域医療構想調整会議にて必要に応じ状況確認を行い、議論・検討を進めます。

(5) 医療機器の効率的な活用

- 少子高齢化による人口減少や都市部集中などにより、今後ますます地域の医療資源の正確な把握、効率的な活用が課題となっています。
- 厚生労働省のガイドラインでは、人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、医療設備・機器等の情報の可視化を行い、その情報を新規購入希望者へ提供するのみならず、医療機器に関する地域の協議の場において、医療設備・機器等の共同利用の方針及び具体的な計画について協議を行っていく必要があるとしています。
- 本県では、地域医療支援病院の施設や医療機器などの設備の共同利用の取組を含め、協議の場である「地域医療構想調整会議」において検討していきます。

=====
■用語解説

※1 外来医師偏在指標の計算式

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数} (*1)}{(\text{地域の人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (*2)) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合} (*4)}$$

$$(*1) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(*2) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \text{地域の外来期待受療率} (*3) \div \text{全国の外来期待受療率}$$

$$(*3) \text{ 地域の外来期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(*4) \text{ 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{(\text{地域の診療所} + \text{病院の外来延べ患者数})}$$

=====

【コラム】紹介受診重点医療機関について
～ 患者のみなさんが効率よく医療を受けられるために ～

<外来医療を取り巻く課題>

- 日本は、国民皆保険制度により、患者のみなさんが自由に受診先の医療機関を選択できる一方で、医療機関を選択するにあたって、外来機能の十分な情報が得られていない状況があります。
- また、患者の多くにいわゆる「大病院志向」がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や、外来医師の負担増加といった課題があります。
- こうした背景から、地域における外来医療の機能の明確化、医療機関間の役割分担・連携強化を目的に、令和4年4月から「外来機能報告制度」が始まりました。
- 外来機能報告制度に基づく取組は、患者の流れをより円滑にし、病院の外来患者の待ち時間の短縮や、医師の働き方改革につなげていくものとされています。

<外来機能報告制度とは>

- 県内の各医療機関から外来に関する状況を毎年度報告していただき、地域の外来機能の明確化・連携に向けて地域の医療関係者等で協議を行うとともに、「紹介受診重点医療機関」を決定するものです。

<紹介受診重点医療機関とは>

- 手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来等を行う、外来医療の基幹的な役割を担う医療機関のことで、紹介受診重点医療機関を受診するには、原則としてかかりつけ医等からの紹介状が必要となります。
- なお、紹介受診重点医療機関は、その地域の外来状況と医療機関の意向を踏まえて、地域の医療関係者等との協議の結果、決定しています。

<紹介受診重点医療機関へのかかり方>

- 紹介受診重点医療機関を受診される際には、まず身近な医療機関（かかりつけ医等）を受診していただき、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に、紹介状を持って受診いただくようお願いいたします。
- 紹介状を持たずに紹介受診重点医療機関を受診することも可能ですが、医療費の一部負担金（3割負担等）とは別に「特別の料金」が原則必要となります。
- 地域の限りある医療資源を効果的に活用し、患者の皆様がいつでも効率よく医療を受けられるようにするには、県民のみなさん一人ひとりの受診行動も大切となります。



県内の紹介受診重点医療機関一覧
↓ (県ホームページ) ↓



かかりつけ医を持ちましょう
↓ (県ホームページ) ↓



第3節 看護職員

1 現状・課題

【現状】

・本県の就業看護職員数は年々増加しており、令和2年12月末時点で86,360人となっていますが、本県の人口10万人当たりの就業看護職員数は、全国の1,315.2人に対し、本県は934.9人であり、全国で最も少ない状況です。

【課題】

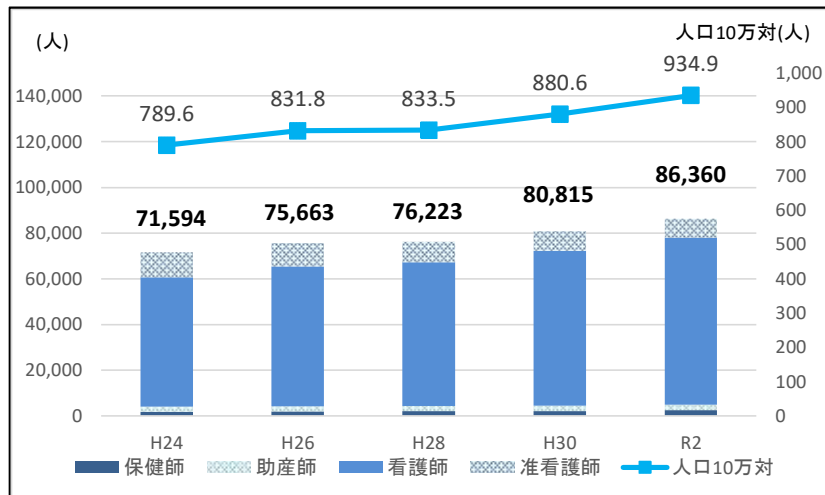
・高齢化の進展や医療技術の高度化・専門化等に加え、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携に伴い、看護職員の需要は一層増加しています。
 ・一方、令和元年度に厚生労働省が公表した看護職員の需給推計では、本県の令和7年の必要看護職員数は109,970人であり、看護職員不足数は24,886人と推計されています。
 ・看護職員のさらなる確保が必要であり、看護師等学校養成所における新規養成に加え、復職支援、離職防止等の定着促進の取組を行うことが必要です。

(1) 現状

ア 看護職員数について

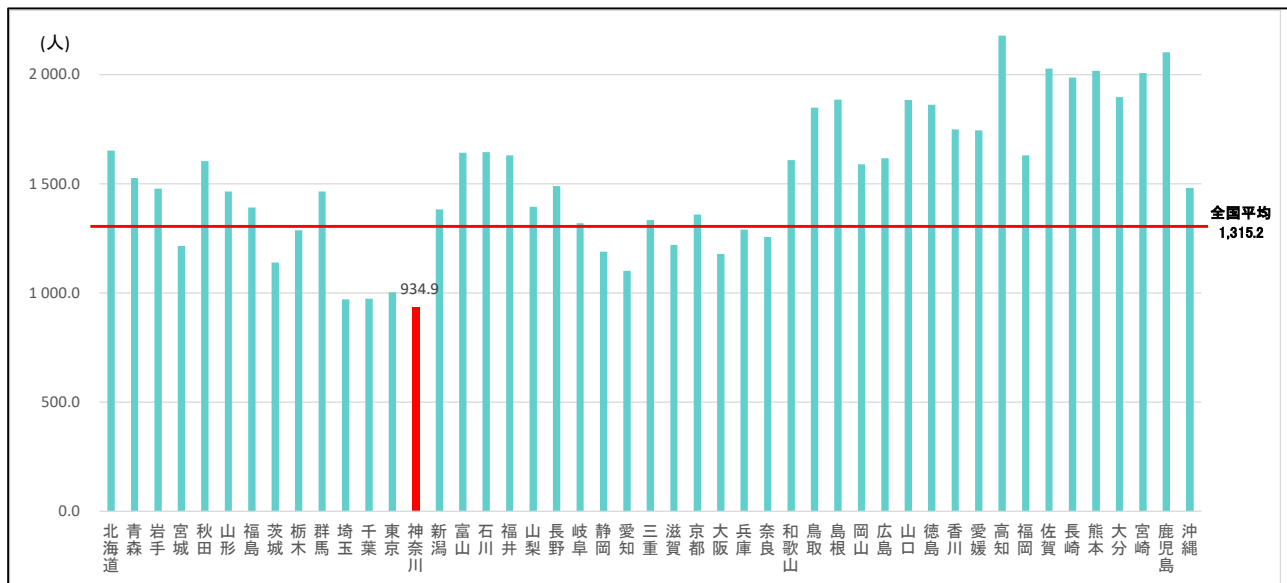
- 本県の就業看護職員数は、令和2年12月末時点で86,360人となっています。(図表2-5-3-1)
- 人口10万人当たりの就業看護職員数は、全国の1,315.2人に対し、本県は934.9人であり、全国で最も少ない状況です。(図表2-5-3-2)
- 人口10万人当たりの就業看護職員数は、二次保健医療圏別に偏在があり、県央、川崎北部、湘南東部及び横浜で県平均を下回っています。(図表2-5-3-3)
- 就業看護職員全体の年齢構成は、40歳代が27.4%と最も多く、次いで20歳代が21.4%となっています。就業看護職員数は平成28年から令和2年の4年間で10,137人増加していますが、この間、50歳代、60歳以上の割合が増加している一方で、30歳代、40歳代の割合は減少しており、就業看護職員の高年齢化が進んでいます。(図表2-5-3-4)

図表2-5-3-1 就業看護職員数の推移



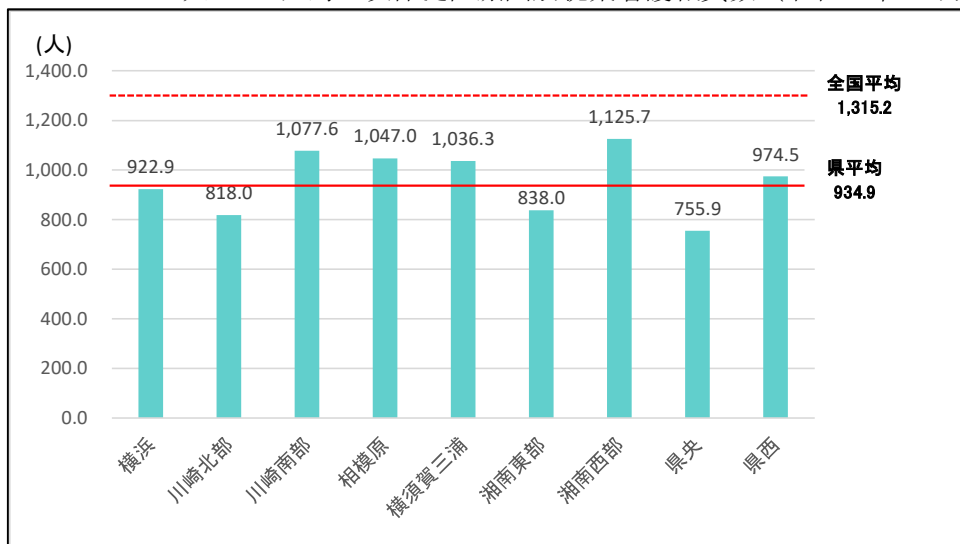
(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例(就業医療関係者)」

図表 2-5-3-2 人口 10 万対就業看護職員数（令和 2 年 12 月時点）



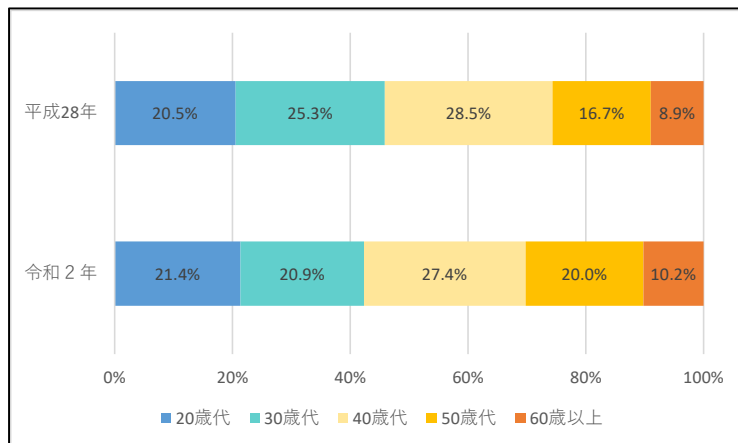
(出典) 厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)」

図表 2-5-3-3 人口 10 万対二次保健医療圏別就業看護職員数（令和 2 年 12 月時点）



(出典) 厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)」

図表 2-5-3-4 看護職員の年齢構成（4 年前との比較）



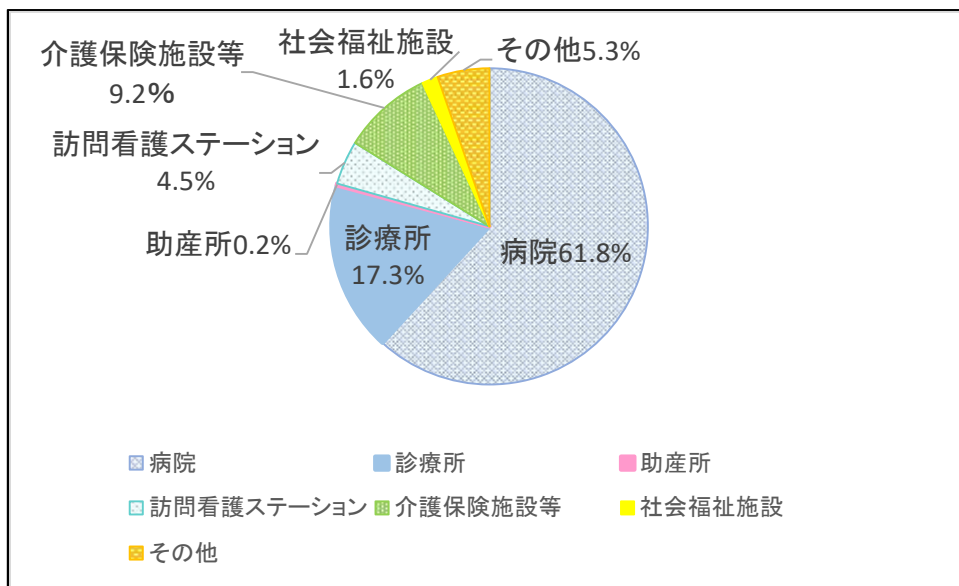
(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例(就業医療関係者)」

※小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 とはならない。

イ 就業の状況について

- 就業場所別の看護職員数を見ると、病院が 53,385 人(61.8%)、診療所が 14,980 人(17.3%)となっています。(図表 2-5-3-5)
- 令和 3 年の訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数は、4,989 人となっています。(図表 2-5-3-6)
- 年齢階級別の就業場所では、若年層のほとんどが病院に就業しており、年齢階級が上がるにつれて就業場所は多様化しています。(図表 2-5-3-7)

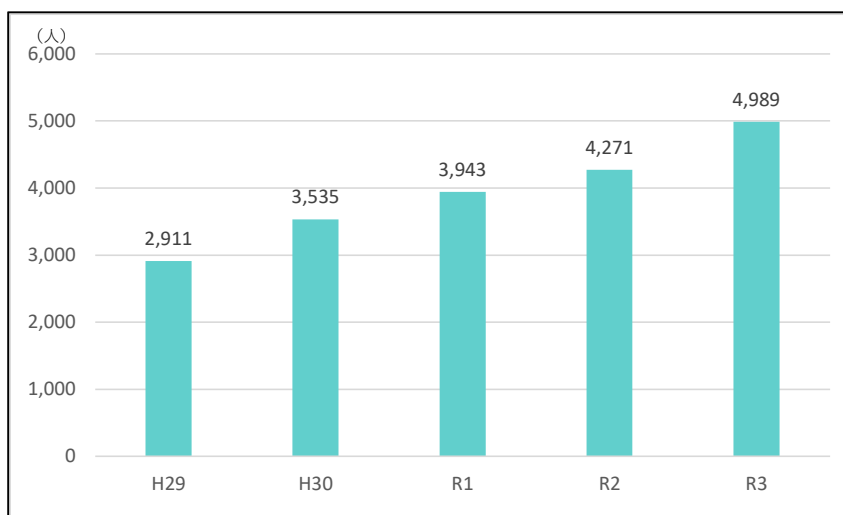
図表 2-5-3-5 就業場所別従事状況 (令和 2 年 12 月時点)



(出典) 厚生労働省「令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)」

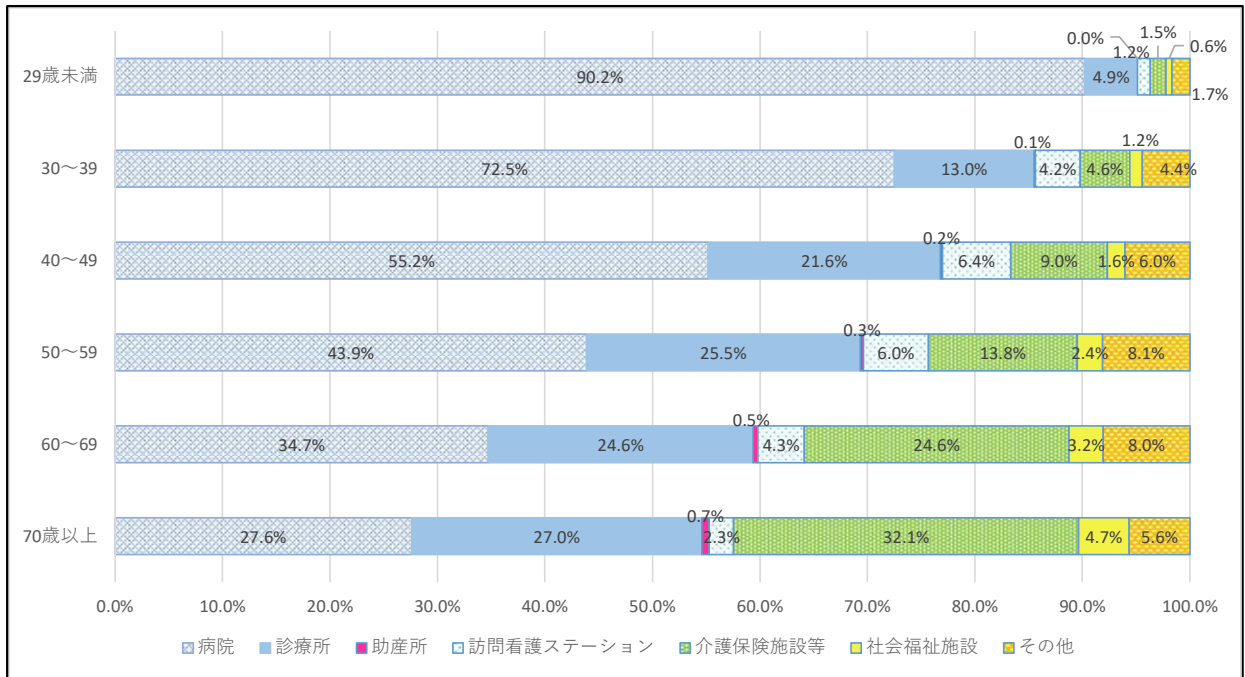
※小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 とはならない。

図表 2-5-3-6 訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-5-3-7 年齢階級別就業場所（令和2年12月時点）



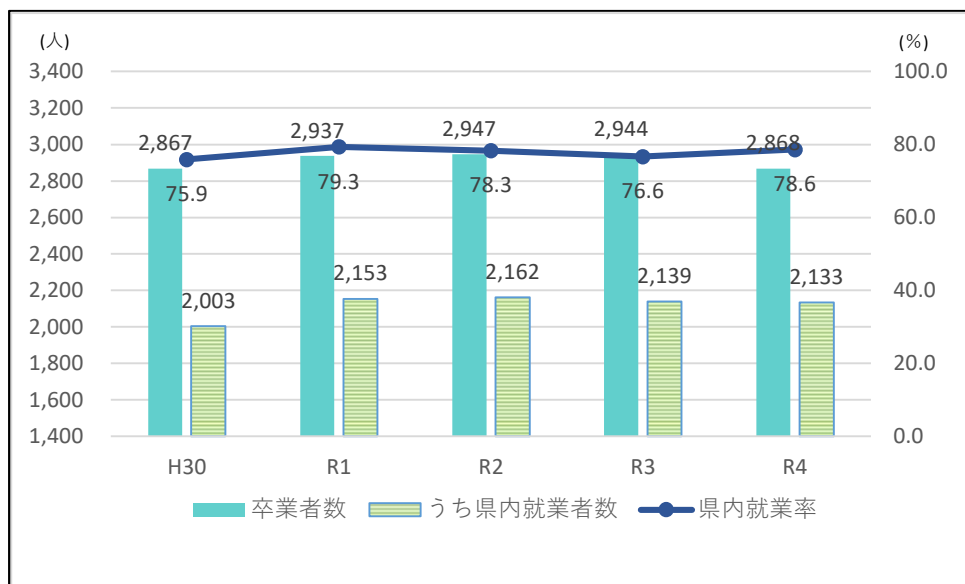
（出典）厚生労働省「令和2年衛生行政報告例（就業医療関係者）」

※小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

ウ 看護職員の養成について

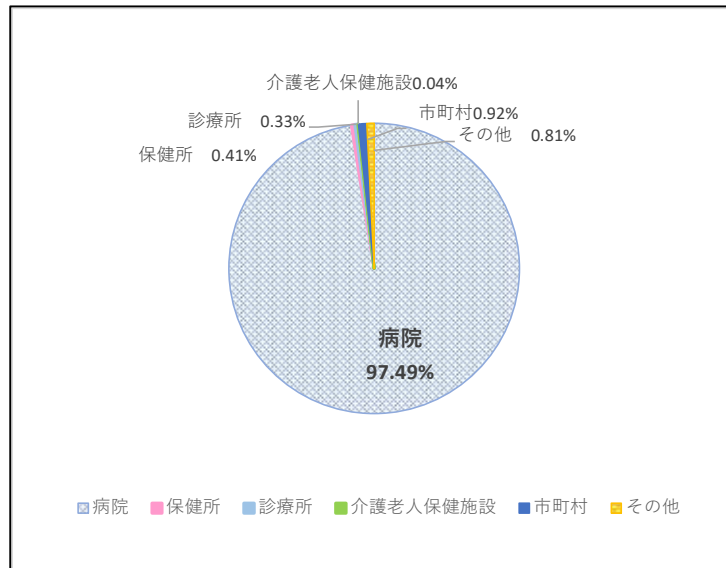
- 本県では年間2,900人前後の看護職員を養成しており、うち約2,100人が県内に就業しています。新卒看護職員の就業先は、病院が97%以上を占めています。（図表2-5-3-8、図表2-5-3-9）

図表 2-5-3-8 県内看護師等学校養成所の卒業者数及び県内就業率



（出典）厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

図表 2-5-3-9 新卒看護職員の就業先

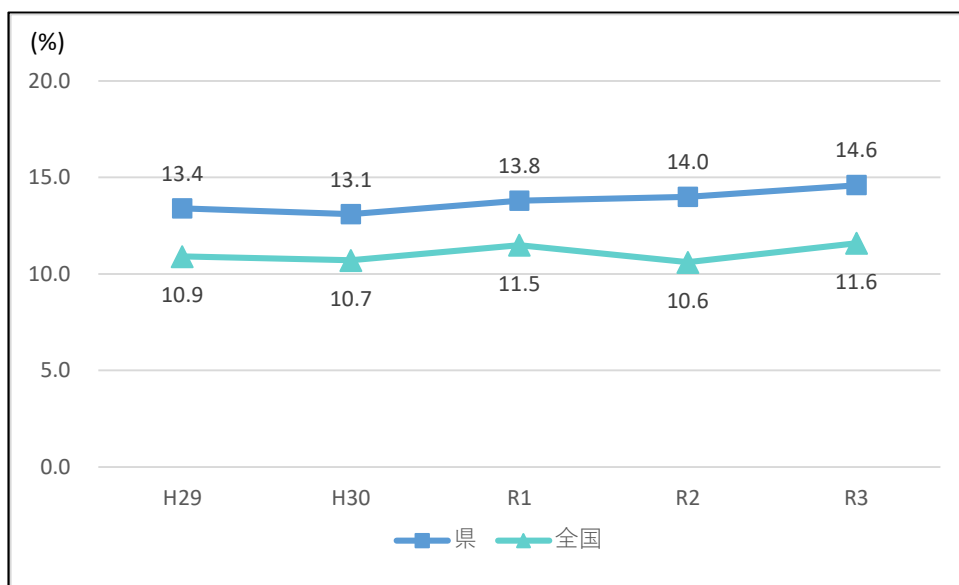


(出典) 厚生労働省「令和5年度看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

エ 看護職員の離職率について

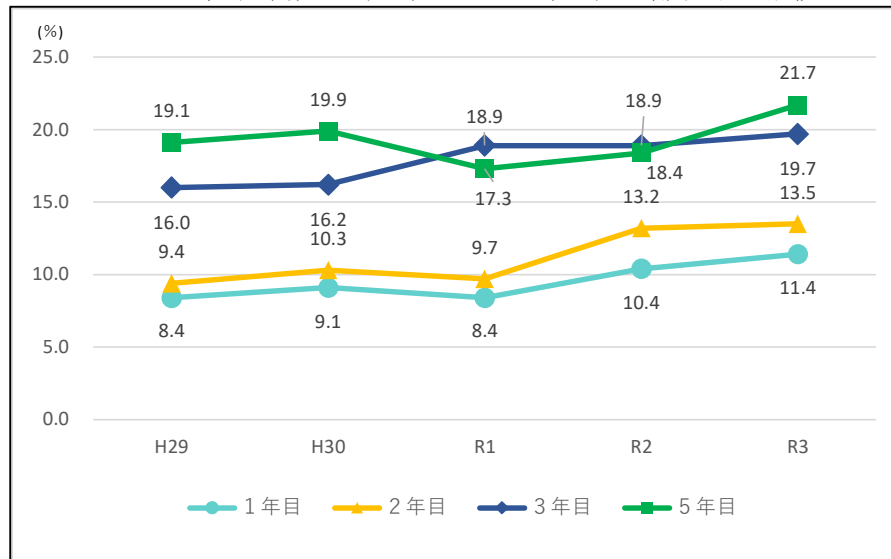
- 本県の看護職員の離職率は、近年 14%前後で推移しており、全国平均を上回っています。(図表 2-5-3-10)
- 1年目(新卒)から5年目までの経験年数別離職率は、3年目以降の離職率が特に高い傾向にあります。(図表 2-5-3-11)
- 離職理由は、1年目(新卒)から2年目では「本人の心身の不良」、3年目以降では、「本人の心身の不良」に加え、結婚等のライフステージの変化に伴う理由が主なものとなっています。(図表 2-5-3-12)

図表 2-5-3-10 看護職員の離職率の推移



(出典) 公益社団法人日本看護協会「病院看護実態調査」

図表 2-5-3-11 経験年数別（1年目から5年目）の離職率の推移



(出典) 県医療課「看護職員就業実態調査(病院)」

図表 2-5-3-12 経験年数別の離職理由

| | 経験年数 | | | | | 全体 |
|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | |
| 1位 | 本人の心身の不良 | 本人の心身の不良 | 転居 | 転居 | 転居 | 本人の心身の不良 |
| 2位 | 看護職以外に転職 | 転居 | 本人の心身の不良 | 結婚 | 本人の心身の不良 | 転居 |
| 3位 | 勤務負担の重さ | 結婚 | 結婚 | 本人の心身の不良 | 結婚 | 家族の健康・介護 |
| 4位 | 家族の健康・介護 | 看護職以外に転職 | 家族の健康・介護 | 看護職以外に転職 | 家族の健康・介護 | 結婚 |
| 5位 | 職場の人間関係 | 家族の健康・介護 | 看護職以外に転職 | 勤務負担の重さ | 勤務負担の重さ | 出産・育児 |

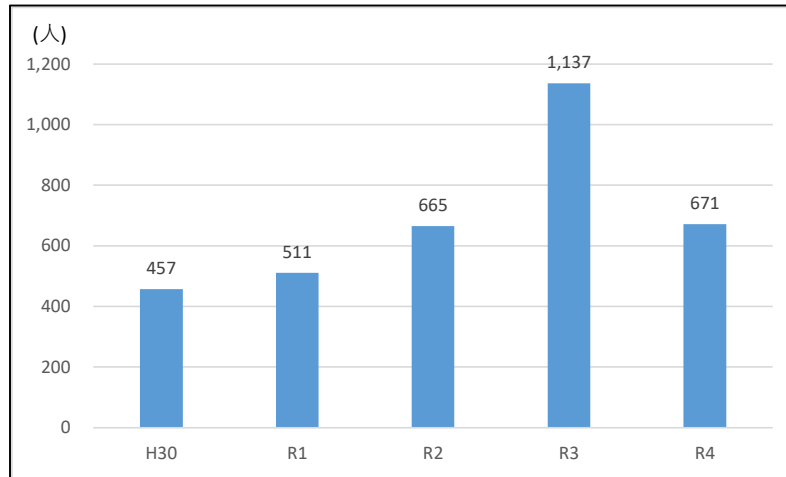
(出典) 県医療課「令和3年度看護職員就業実態調査(病院)」

※「その他」、「不明」を除く

オ 復職の状況について

- 県ナースセンター(※1)を通じた就職者数は、年間600人程度となっています。(図表2-5-3-13)
- なお、令和3年度は、新型コロナウイルス感染症ワクチン接種業務を担う看護職員を確保するため、国と県が、ナースセンターへの登録を要件として就業準備金等の支給を実施したため、例年に比べ、就職者数が多くなっています。
- 病院や訪問看護ステーション等の求人数の多い施設には求職者が集まらず、事業所等の求人数の少ない施設に集まる傾向にあり、求人と求職のアンマッチが生じています。このことは、求職者が働く場所として勤務時間の安定している事業所等を選択する傾向にあることが要因の一つと考えられます。

図表 2-5-3-13 県ナースセンターを通じた就職者数の推移



(出典)「NCCS(ナースセンター・コンピュータ・システム)」より県ナースセンターにて作成

カ 特定行為研修(※2)について

- 本県における特定行為研修を行う指定研修機関は、令和5年6月時点で23機関であり、年間100人程度が修了しています。そのうち、50%~60%が県内で就業しています。
- 特定行為研修の修了者数は、令和3年度時点で286人となっています。

(2) 課題

ア 看護職員の需要

- 高齢化の進展や医療技術の高度化・専門化など、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携に伴い、看護職員の需要は一層増加しています。
- 令和元年度に厚生労働省が公表した看護職員の需給推計(※3)では、本県の令和7年の必要看護職員数は109,970人、供給推計値は85,084人であり、令和7年の看護職員不足数は24,886人と推計されています。
- さらなる看護職員の確保のためには、看護師等学校養成所における新規養成に加え、復職支援、離職防止等の定着促進の取組を行うことが必要です。
- また、少子化により生産年齢人口が減少する中、増大する看護ニーズに対応するために看護職員を安定的に確保するには、看護職の資格を持ちながらも看護職員としての業務に従事していない潜在看護職員の再就業を促進することが重要です。
- 定年退職した看護職員が定年後も看護職員として働き続けられる職場環境づくりや、限られたマンパワーの中で看護職員がその専門性をより発揮するため、看護補助者(※4)との協働の推進やICT等の活用による業務の省力化・効率化が必要です。
- 特に令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大により行政保健師の不足が課題となりました。多発する自然災害、新興・再興感染症について、平時から危機管理体制の構築等が求められており、行政保健師の確保が必要です。

イ 働き続けられる職場環境の整備

- 経験年数3年目以降は、結婚等のライフステージの変化に伴う離職が多くなるため、看護職員が長く働き続けられるように、ライフステージの変化やライフタイ

ルに合わせた柔軟な働き方を可能とする職場環境の整備や、地域の中で働く場所や領域等を円滑に移動することができる仕組みの検討が必要です。

- 医療技術の高度化や専門化等に対応するため、看護職員の資質の向上を図ることが必要です。また、生涯にわたり継続的に看護職として働き続けられるよう、新人時代から高齢世代までを通じたキャリアの継続支援が必要です。
- 看護職員の就業継続のためには、メンタルヘルス対策の着実な実施が重要です。また、看護職員が働きやすい環境を整備するために、職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要です。

ウ 訪問看護の需要の増大

- 病院完結型から地域完結型へと医療提供体制の移行が進められている中、医療・介護需要を併せ持つ高齢者等が在宅で療養生活を送る上で、地域における訪問看護の需要は増大すると見込まれています。この需要に対応するため、訪問看護に従事する看護職員の確保を図る必要があります。
- 訪問看護ステーションには小規模な事業所が多く、人手不足から研修に参加できない、最新の看護技術情報を入手しにくい、といった課題があります。また、小規模事業所は経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。

エ 専門性の高い看護職員の需要

- 在宅医療の推進や、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者など、高度な知識と技術を身につけた看護職員が必要とされています。
- また、特定行為研修修了者が就業先で特定行為を実施できる体制の整備が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

看護職員を十分に確保し、看護職員が働きやすい環境の中でいきいきと活躍することで、質の高い看護を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆看護職員の確保（新規養成、県ナースセンターによる復職支援、離職防止等の定着促進）

◆訪問看護の充実

◆専門性の高い看護職員の養成・確保

(1) 看護職員の確保

ア 新規養成

- 県は、県立看護専門学校を運営するとともに、看護師等養成所の運営支援、看護師等修学資金貸付け、実習施設への支援、看護教員の養成など、看護職員の着実な養成に取り組みます。また、看護職員を目指す学生を確保するため、看護師等修学資金貸付制度について、制度の拡充に向けた検討を進めます。
- 県及び県ナースセンターは、看護職員が魅力的な進路として中・高校生に選択されるよう、看護職員の資格取得方法等の理解を深めるリーフレット等を発行し、看護に対する興味や関心を高めます。
- 県立保健福祉大学において、地域及び職域のリーダーとなる看護師等を養成します。

イ 県ナースセンターによる復職支援

- 県ナースセンターは、看護職員の再就業に向けた就業相談や情報提供を行うとともに、個々の状況に合わせた求人・求職間のあっせんを行います。
- 県ナースセンターは、看護職員が安心して復職できるよう、最近の医療・看護技術等に関する研修を実施します。
- 県ナースセンターは、看護職員の確保が困難な医療機関等への求人情報登録の支援や公共職業安定所との連携強化等を行うことにより、県ナースセンターを通じた就職者数の増加を図ります。

ウ 離職防止等の定着促進

- 県は、看護職員の定着に向けて、院内保育施設の運営等の取組への支援を行うとともに、新人看護職員の研修実施に対する支援を行い、新人看護職員の早期の離職防止を図ります。
- 県は、関係団体等と連携し、出産や育児、介護等のライフステージに応じた柔軟な働き方や、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」を地域で育成することについての検討を進めます。
- 県は、各専門分野や課題等に対応した研修やキャリアに応じた研修の充実等を図り、長く働き続けられる質の高い看護職員の育成に取り組みます。
- 県は、看護職員及び看護補助者のメンタルヘルス相談に対応します。
- 県は、関係団体等と連携し、定年退職した看護職員が活躍できる職場環境づくりやICT等の活用による業務の省力化・効率化についての検討を進めるとともに、看護職員がより専門性を発揮できるよう、看護補助者の確保や技能の向上を図ること等により、看護補助者との協働を推進します。
- 県医療勤務環境改善支援センターは、看護職員の離職防止・定着促進を図ることを目的として、勤務環境改善に主体的に取り組む医療機関等を支援します。
- 県は、行政保健師の確保・育成の充実に向けて、関係職能団体や学術機関等とも連携しながら、効果的・効率的な取組を検討していきます。

(2) 訪問看護の充実

- 県は、訪問看護に関する研修事業を実施し、訪問看護に従事する職員の確保・定着を図ります。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指します。
- 県は、訪問看護ステーションの安定的な運営のため、訪問看護ステーションの管理者の経営力向上のための支援を行います。

(3) 専門性の高い看護職員の養成・確保

- 県は、在宅医療の推進や、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進のため、特定行為研修の受講支援を行うなど、特定行為研修修了者の増加を図ります。
- 県は、特定行為研修修了者が就業先で特定行為を実施できるよう、特定行為研修制

度について、広く周知します。

- 県立保健福祉大学実践教育センターにおいて、急激な社会環境の変化に適応するために必要とされるスキルの習得を目指す新たなニーズに対応できる現任者教育の在り方を検討します。

=====
■用語解説

※1 ナースセンター

看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、高度な専門知識と技能をもつ看護職を確保し、国民の保健医療の向上に役立つことを活動の目的として設置されている。神奈川県知事の指定を受け、神奈川県看護協会が運営しており、無料職業紹介事業などによる看護職員の確保に加え、離職防止や潜在化予防のために就業相談を実施し、職場定着の促進に取り組んでいる。

※2 特定行為研修

特定行為は、看護職員が医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書により行う診療の補助であり、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為のことをいう。

特定行為研修は、看護職員が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であり、厚生労働大臣が指定した指定研修機関で受講する。

※3 看護職員の需給推計

令和7年における看護職員の需要と供給について、医療機能の分化・連携や在宅医療の推進等による将来の変化や、将来推計人口など既に得られているエビデンスデータを勘案しつつ、法律や法令に基づく計画など既に内容が固まっており客観的に影響を考慮することができるものは反映させて推計したもの。国が設計した推計ツールを用いて都道府県が算定し、それを国が全国ベースに集約して推計されている。

※4 看護補助者

看護が提供される場において、看護チームの一員として看護職員の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者をいう。

3 指標一覧

| 指標名 | | 出典 | 計画策定時の値 (データの年度) | 目標値 (令和11年度) |
|----------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| 就業 看護 職員 数 | 全県 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 86,360 (R2) | 97,038 |
| | 横浜 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 34,863 (R2) | 39,682 |
| | 川崎北部 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 7,121 (R2) | 9,145 |
| | 川崎南部 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 7,196 (R2) | 7,015 |
| | 相模原 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 7,596 (R2) | 7,621 |
| | 横須賀・三浦 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 7,167 (R2) | 7,265 |
| | 湘南東部 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 6,098 (R2) | 7,644 |
| | 湘南西部 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 6,550 (R2) | 6,112 |
| | 県央 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 6,490 (R2) | 9,019 |
| | 県西 | 厚生労働省,衛生行政報告例 | 3,279 (R2) | 3,535 |
| | 訪問看護に従事する常勤換算看護職員数 | 厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査 | 4,989 (R3) | 5,932 |
| 看護職員5人以上の訪問看護ステーション数 | 神奈川県,看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション) | 224 (R3) | 464 | |
| 特定行為研修修了者の就業者数 | 神奈川県,看護職員就業実態調査(病院,訪問看護ステーション) | 286 (R3) | 680 | |
| 県内保健所及び市町村常勤保健師数 | 厚生労働省,地域保健・健康増進事業報告 | 1,211 (R3) | 1,751 | |

第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者

1 現状・課題

【現状】

(1) 歯科医師

- ・歯科診療所数及び歯科医師数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。
- ・訪問歯科診療を実施している歯科診療所数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。

(2) 薬剤師

- ・県内の人口10万人当たりの薬剤師数は、全国平均を上回っています。
- ・薬剤師偏在指標（薬局と病院）では、業態別に見ると、薬局薬剤師が薬剤師多数県、病院薬剤師が薬剤師少数県となっています。

(3) その他の医療・介護従事者

- ・県における介護人材については、今後さらなる不足が見込まれています。
- ・県内における1施設あたりの歯科衛生士の人数は、全国平均を下回っています。

【課題】

(1) 歯科医師

- ・歯科医師や歯科衛生士による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実を図る必要があります。
- ・オーラルフレイルに対応できる歯科医師が求められています。

(2) 薬剤師

- ・県内の現在の薬剤師の偏在状況を評価するために各地域の薬剤師の就労状況の実態を把握し、薬剤師の確保施策等を検討する必要があります。
- ・入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、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。

(3) その他の医療・介護従事者

- ・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・定着に加え資質・専門性の向上を図ることが必要です。
- ・居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が必要です。
- ・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する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

(1) 歯科医師

- 県内の人口10万人あたりの歯科診療所数は54.0施設で、全国平均の54.2施設を下回っており、歯科医師数についても82.3人で全国平均の85.2人を下回っています（図表2-5-4-1、2-5-4-2）。
- 訪問歯科診療を実施している歯科診療所の県内の人口10万人あたりの施設数は15.3施設で、全国平均の17.1施設を下回っています（図表2-5-4-3）。
- 県では、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により、在宅歯科提供体制の充実に取り組んでいます。
- 今後、高齢化に伴い需要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による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実を図る必要があります。
- フレイルから続く要介護状態に陥ることなく、健康で自立した生活を長く保つため

に、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）に対応できる歯科医師が求められています。

図表 2-5-4-1 歯科診療所数

| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | 人口 10 万対 (R4) | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|------|
| | | | | | | 神奈川県 | 全国 |
| 歯科診療所 | 4,933 | 4,948 | 4,959 | 4,984 | 4,983 | 54.0 | 54.2 |

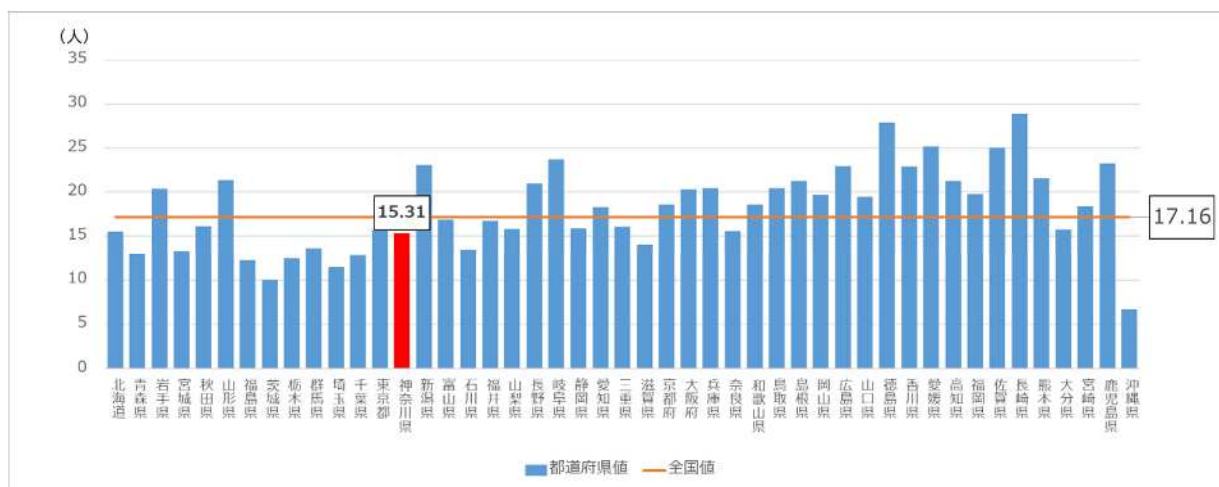
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表 2-5-4-2 歯科医師数

| | | 歯科医師数 (人) | | | |
|------|----------|-----------|-------|-------|-------|
| | | H26 | H28 | H30 | R2 |
| 神奈川県 | 総数 | 7,414 | 7,298 | 7,365 | 7,605 |
| | 人口 10 万対 | 81.5 | 79.8 | 80.3 | 82.3 |
| 全国 | 人口 10 万対 | 81.8 | 82.4 | 83.0 | 85.2 |

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 2-5-4-3 歯科訪問診療を実施している診療所数 (人口 10 万対) (R 3)



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和 3 年)

(2) 薬剤師

ア 薬剤師数について

(ア) 県内の薬剤師数の状況

- 県内には、23,872 人 (令和 2 年) の薬剤師が勤務等しています。人口 10 万人あたりでみると、258.4 人で、全国平均の 255.2 人を上回っています (図表 2-5-4-4)。

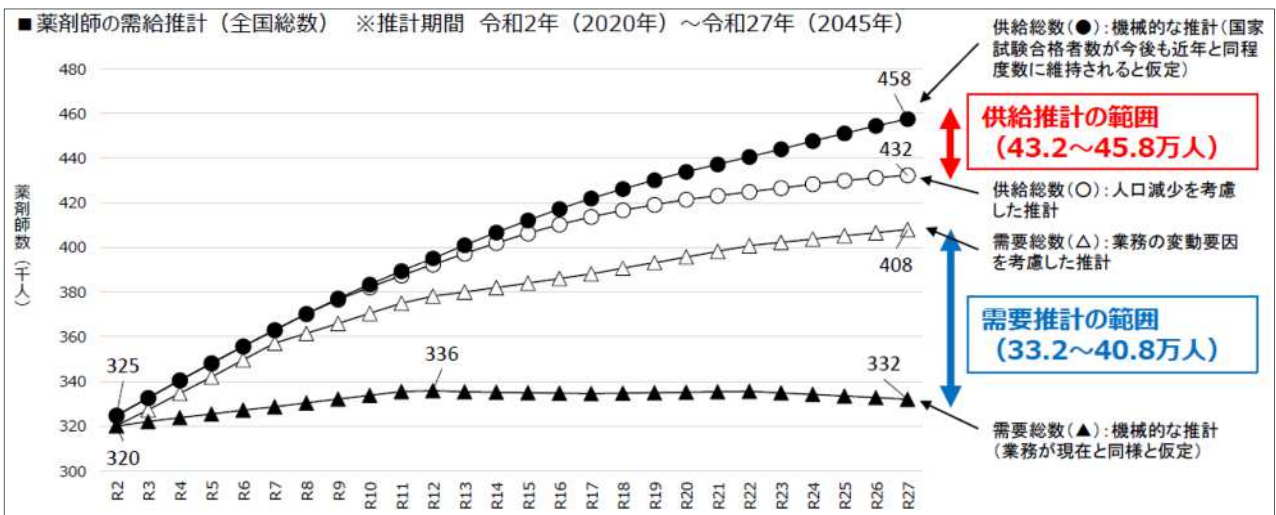
図表 2-5-4-4 薬剤師数

| | | 薬剤師数 (人) | | | |
|------|----------|----------|--------|--------|--------|
| | | H26 | H28 | H30 | R2 |
| 神奈川県 | 総数 | 21,541 | 22,104 | 22,913 | 23,872 |
| | 人口 10 万対 | 236.8 | 241.7 | 249.7 | 258.4 |
| 全国 | 人口 10 万対 | 226.7 | 237.4 | 246.2 | 255.2 |

(出典) 厚生労働省「医薬・歯科医師・薬剤師統計」

- 国の需給推計によると、薬剤師の全国総数は、現在から概ね今後 10 年間は、需要と供給は同程度で推移します。また、将来的に、薬剤師の担う業務の充実により需要要因が増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回るため、薬剤師が不足することはないと推計されています（図表 2-5-4-5）。

図表 2-5-4-5 薬剤師の需給推計（全国総数）



(出典) 厚生労働省「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」

(イ) 県内の薬剤師の業態や地域における偏在

- 国検討会によると、全国における薬剤師の従事先には地域偏在や業態（病院と薬局）偏在があり、特に病院薬剤師の確保が課題であると指摘されています。
- 県内の状況は、国が令和 5 年 6 月に示した薬剤師偏在指標（※ 1）によると、県全体では指標 1.0 を超えており、薬剤師多数県となりますが、業態別（薬局・病院別）では、薬局薬剤師が薬剤師多数県、病院薬剤師が薬剤師少数県となっています。（図表 2-5-4-6）
- また、二次保健医療圏別では地域ごとに差がありますが、薬局薬剤師は全ての二次保健医療圏で指標 1.0 を超えており、薬剤師多数区域となっています。（図表 2-5-4-7）
一方、病院薬剤師は 3 つの二次保健医療圏で薬剤師少数区域となっています。（図表 2-5-4-8）

図表 2-5-4-6 薬剤師偏在指標と薬剤師多数・少数区域の設定について

| | | 薬剤師偏在指標 (令和 5 年) *1 | 区域の別 *2 | 薬剤師偏在指標 (令和 18 年) *3 | 区域の別 *3 |
|------|----|------------------------|------------|-------------------------|------------|
| 全国 | 合計 | 0.99 | | 1.09 | |
| | 薬局 | 1.08 | | 1.22 | |
| | 病院 | 0.80 | | 0.82 | |
| 神奈川県 | 合計 | 1.12 | 多 | 1.16 | 多 |
| | 薬局 | 1.25 | 多 | 1.32 | 多 |
| | 病院 | 0.80 | 少 | 0.76 | 少 |

*1 薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率
1.0 未満の場合、需要が供給を上回っている状態

*2 薬剤師多数区域を「多」、薬剤師少数区域を「少」と記載
少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.85、医療圏別 0.74（令和 5 年）

*3 薬剤師確保計画ガイドラインにおける目標年次（令和 18 年）での推計
少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.80、医療圏別 0.77（令和 18 年）

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

図表 2-5-4-7 二次保健医療圏別の薬局薬剤師の偏在指標と区域の設定について

| | 薬剤師偏在指標 (令和 5 年) *1 | 区域の別 *2 | 薬剤師偏在指標 (令和 18 年) *3 | 区域の別 *3 |
|--------|------------------------|------------|-------------------------|------------|
| 横浜 | 1.32 | 多 | 1.38 | 多 |
| 川崎北部 | 1.32 | 多 | 1.23 | 多 |
| 川崎南部 | 1.48 | 多 | 1.42 | 多 |
| 相模原 | 1.11 | 多 | 1.41 | 多 |
| 横須賀・三浦 | 1.24 | 多 | 1.28 | 多 |
| 湘南東部 | 1.08 | 多 | 1.22 | 多 |
| 湘南西部 | 1.06 | 多 | 1.15 | 多 |
| 県央 | 1.20 | 多 | 1.26 | 多 |
| 県西 | 1.08 | 多 | 1.33 | 多 |

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

図表 2-5-4-8 二次保健医療圏別の病院薬剤師の偏在指標と区域の設定について

| | 薬剤師偏在指標 (令和 5 年) *1 | 区域の別 *2 | 薬剤師偏在指標 (令和 18 年) *3 | 区域の別 *3 |
|--------|------------------------|------------|-------------------------|------------|
| 横浜 | 0.81 | | 0.77 | 少 |
| 川崎北部 | 0.82 | | 0.68 | 少 |
| 川崎南部 | 1.08 | 多 | 1.03 | 多 |
| 相模原 | 0.71 | 少 | 0.80 | |
| 横須賀・三浦 | 0.68 | 少 | 0.64 | 少 |
| 湘南東部 | 0.74 | | 0.72 | 少 |
| 湘南西部 | 0.84 | | 0.81 | |
| 県央 | 0.76 | | 0.70 | 少 |
| 県西 | 0.62 | 少 | 0.67 | 少 |

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

(ウ) 薬剤師確保についての検討

- 薬剤師確保にあたっては、少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少が予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制の視点も重要になります。
- 国が示した薬剤師偏在指標は、一定の条件や推計により算出されていることから、県内の現在の薬剤師の偏在状況を評価し、地域の実情に応じた必要な取組を検討するためには、県は、関係団体と連携して各地域の薬剤師の就労状況の実態を把握していく必要があります。
- なお、国は令和5年6月に「薬剤師確保計画ガイドライン」を作成し、薬剤師の偏在状況を示す指標（薬剤師偏在指標）と、薬剤師確保計画の考え方が示されました。今後、県はガイドラインを基に本県の薬剤師の確保施策等を検討します。

イ 薬剤師の養成

- 患者本位の医薬分業を実現するため、薬局薬剤師が、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握するとともに、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアシステムの一翼を担うための取組を推進し、かかりつけ薬剤師・薬局（※2）を定着させる必要があります。
- 入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、地域の薬局等の関連機関や機能の異なる医療機関間との連携に係る業務、例えば、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。
- 医師のタスク・シフト／シェア等、薬剤師を取り巻く様々な変化に対応していくには、常に自己研鑽に努めて専門性を高めていくことも必要です。

(3) その他の医療・介護従事者

- 県立保健福祉大学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。
- 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。
- 県における介護人材に係る需給推計では、令和7（2025）年度は、約17万人の需要に対して供給が約15.4万人となり、約1.6万人の不足が生じる見込みですが、令和22（2040）年度には、さらなる人材確保対策を講じなければ、約20.3万人の需要に対して供給が約15.7万人となり、約4.6万人の差が生じる見通しとなっています。この差を解消するため、人材確保に係る具体的な方策をさらに講じていく必要があります（出典：厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について（令和3年7月9日）」）。
- 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。
- 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、人材養成による量的確保とともに、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・定着を図るため、理学療法士等修学資金の貸付を行っています。
- 歯科衛生士は、全国的に人手不足の状況であり、特に県は1施設あたりの歯科衛生士数が全国平均を下回っています。(図表2-5-4-9)

図表2-5-4-9 1施設あたりの歯科衛生士数

| 歯科診療所数 | | 歯科診療所に就業している 歯科衛生士数(人) | | 1施設あたりの 歯科衛生士数(人) | |
|--------|-------|---------------------------|-------|----------------------|------|
| 全国 | 神奈川県 | 全国 | 神奈川県 | 全国 | 神奈川県 |
| 67,899 | 4,984 | 142,760 | 9,518 | 2.1 | 1.9 |

(出典) (歯科診療所数) 厚生労働省「医療施設動態調査(令和3年)」

(歯科診療所に就業している歯科衛生士数) 厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」

- 在宅医療を推進するにあたり、居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が重要です。
- 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する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

今後の高齢化により生じる多様なニーズに対応できる人材が確保、養成されている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆**歯科医師**

- ・在宅歯科医療やオーラルフレイル対策に係る歯科医師向け研修の実施

◆**薬剤師**

- ・薬剤師の確保に係る課題の整理、施策の検討及び実施
- ・地域医療を担う薬剤師の養成

◆**その他の医療・介護従事者**

- ・各種教育・研修等の実施を通じた保健・医療・福祉人材の養成及び資質向上
- ・在宅歯科医療等に対応できる歯科衛生士の確保・育成及び離職した歯科衛生士の復職支援の実施

(1) 歯科医師

- 県は、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。
- 県は、オーラルフレイル対策に係る研修を実施します。

(2) 薬剤師

ア 薬剤師の確保について

- 県は関係団体と連携し、まずは特に不足が懸念される病院薬剤師の就労状況を把握し、課題の整理、施策の検討及び実施をしていきます。
- 検討にあたっては、医師のタスク・シフト/シェア等に関する議論を参考にしながら、求められる薬剤師の確保に関する視点も考慮に入れます。

イ 薬剤師の養成について

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、「患者のための薬局ビジョン」(※3)に則した取組を行うことにより、地域医療を担う薬剤師を養成し、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・定着を図ります。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、地域包括ケアシステムや麻薬調剤などの在宅医療に関する研修などを推進します。

(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

- 県立保健福祉大学は、ヒューマンサービスの実現を目指した教育と知識や技術の専門職(管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・理学療法士・作業療法士)の教育を行い、地域及び職域のリーダーとなる質の高い保健・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

- 県は、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。
- 県立保健福祉大学は、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。
- 県は、介護支援専門員をはじめ介護従事者等の人材養成による量的確保とともに、資質と専門性を高めるため、研修実施機関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。
- 県は、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。
- 県及び医療機関・医療関係者は、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。
- 県及び医療機関・医療関係者は、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。

■用語解説

※1 薬剤師偏在指標

薬剤師の必要業務時間(需要)に対する、薬剤師の実際の労働時間(供給)の比率であり、全国的に統一的な尺度を用いて地域別及び薬局・病院別の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標。

※2 かかりつけ薬剤師・薬局

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師・薬局(日本薬剤師会)。

※3 患者のための薬局ビジョン

患者本位の医薬分業の実現に向けて、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、団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)になる2025年、更に10年後の2035年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示したもの(平成27年10月、厚生労働省策定)。

第6章 総合的な医療安全対策の推進

1 現状・課題

【現状】

・医療機関は、適切な医療を提供するうえで、医療安全を確保することが求められています。県は、患者などから医療に対する相談を受け付けるとともに、医療機関などにおける安全管理体制を確認・指導しています。

【課題】

・「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・団体などと更なる連携・協力をしていくことが課題となります。また、医療安全対策の重要性について、継続的に普及啓発していくことが必要です。

(1) 医療に関する相談体制

- 県は、医療の安全確保のため、「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者やその家族などからの医療に関する苦情、相談に応じています。(図表2-6-1)
- 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、藤沢市及び茅ヶ崎市にも設置され、県と各市が分担して応じています。
- 県は、「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、立入検査による確認

- 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。
- 医療機関は、医療の安全と信頼を更に高めるため、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今後とも十分に努めることが必要です。
- 薬局等は、医薬品の適正使用による医療安全を確保するため、適正な業務体制を整備することが必要です。また、各保健福祉事務所は定期的に薬局等への立入検査を実施することにより、医薬品の適正使用に係る業務体制の整備について確認・指導を行っています。
- 臨床検査の精度向上のため、県は所管の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。
- 臨床検査は診断の基礎となり、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。
- なお、保健所設置市内に所在する医療機関や薬局、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

- 県、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、医療従事者を対象に医療安全に関する研修及び普及啓発を行っています。

- 医療安全対策の重要性がますます増しており、県は、継続的に普及啓発していくことが必要です。

2 施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞

誰もが安心して医療を受けられる体制が構築できている

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞

- ◆医療に関する相談体制
- ◆医療機関等における安全管理体制の確保
- ◆医療安全対策の普及啓発

(1) 医療に関する相談体制（県、保健所設置市、医療関係者）

- 県は、引き続き「神奈川県医療安全相談センター」を設置し、相談員が患者やその家族などからの医療に関する相談に応じ、問題解決に向けた助言を行うことで患者の適切な受診などにつなげていきます。
- 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いて助言を得るなど、適切な相談体制を確保します。

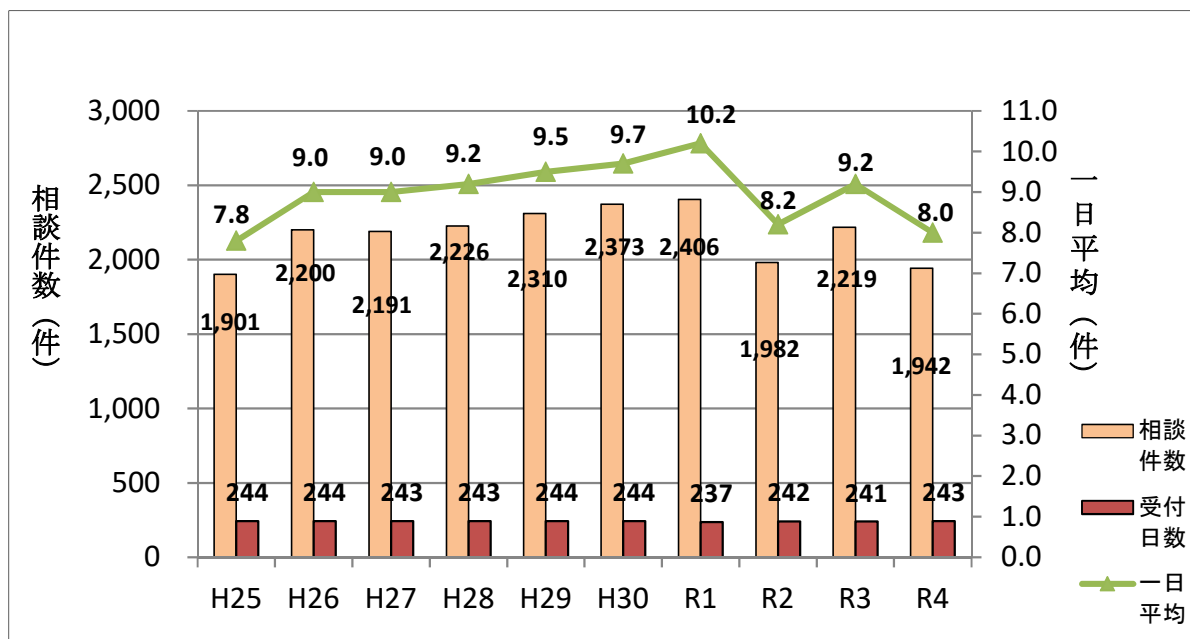
(2) 医療機関等における安全管理体制の確保（県、保健所設置市、医療関係者）

- 県及び保健所設置市は、医療機関における医療安全を確保するため、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。
- 県及び保健所設置市は、医薬品の適正使用による医療安全を確保するため、薬局等に対し、引き続き定期的に立入検査を実施し、適正な業務体制の確認・指導を行います。
- 県及び保健所設置市は、臨床検査の精度の向上を図るため、引き続き定期的に衛生検査所に対する精度管理調査及び立入検査を実施し、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、医療機関・医療関係者）

- 県、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。

図表 2-6-1 県医療安全相談センター 年度別相談受付件数



第7章 県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備

第1節 医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援

1 現状・課題

【現状】

- ・医療を実際に受ける患者の立場に立った医療体制の構築のために、安心して医療が受けられるよう、医療提供施設に関する機能を公表し、医療連携体制の構築を推進しています。

【課題】

- ・かながわ医療情報検索サービスが国の統一システムである「医療情報ネット（仮）」に移行後も適切な情報提供に努めるとともに、病床機能についても多くの情報をより効果的に分析する必要があります。

(1) 医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援

- 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県に報告し、県は報告された事項を公表する義務があります。
- 令和5年度までは県が「かながわ医療情報検索サービス」によって県民に医療提供施設の医療・薬局情報を公表していましたが、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット（仮）」へ移行することとなりました。（図表2-7-1-1）
- 県内医療提供施設からの令和4年度報告率は、医療は75.9%、薬局は88.3%となっており、県は、県民が保健医療サービスの選択を適切に行えるよう、「医療情報ネット（仮）」に移行後も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必要があります。

(2) 病床機能報告

- 療養病床又は一般病床を有する病院及び診療所は平成26年度から、現在（毎年7月1日時点）と将来（2025年7月1日時点）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）、構造設備、人員配置などについて県に毎年報告をし、県は報告された事項を公表する義務（医療法30条の13）があります。（図表2-7-1-2）
- 県内約460の医療機関が報告対象であり、県は未報告の医療機関に対する督促やデータのチェックを行い、ホームページ上で取りまとめた結果を公表しています。令和4年度の県内医療機関の報告率は、99.1%です。
- データ量が膨大であるため、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ことから、県は速やかな対応が求められます。また、病床機能の定量的な基準がない中で、各医療機関が自主的に報告をした内容ではあるものの、多くの情報が集積していることから、県は効果的な分析を行い、地域医療構想の推進などに活用をしていくことが必要です。

(3) 外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応について

- 神奈川県「県内外国人統計（外国人登録者統計）」によると、県内に住む外国籍県民の人口（住民基本台帳上の外国人数）は増加傾向にあり、令和4年度には過去最高の239千人となりました。これは、県の総人口の2.6%になります。国・地域別では、中国が29%を占めており、ベトナム、韓国、フィリピン、ネパールと続いています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

公表された医療情報の活用により、誰もが医療の選択を主体的に考え自己決定できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援
 - ・医療提供施設からの報告率向上
- ◆病床機能報告
 - ・集積された情報を効果的に分析し、有益な情報を提供
- ◆外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応
 - ・NPOなどと連帯し、医療通訳を養成・派遣するシステムの推進

(1) 医療・薬局機能情報、県民への医療に関する選択支援

- 県は、県内の全ての医療提供施設に対し、年に1回定期的な医療・薬局機能報告を求めるほか、名称や所在地、診療科目などの基本情報に変更があった場合は速やかに報告をするように指導をします。
- 県は、未報告の医療提供施設に対して指導を行い、報告率の向上を図ります。
- 県は、「神奈川県医療安全相談センター」などにおいて、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に支援します。

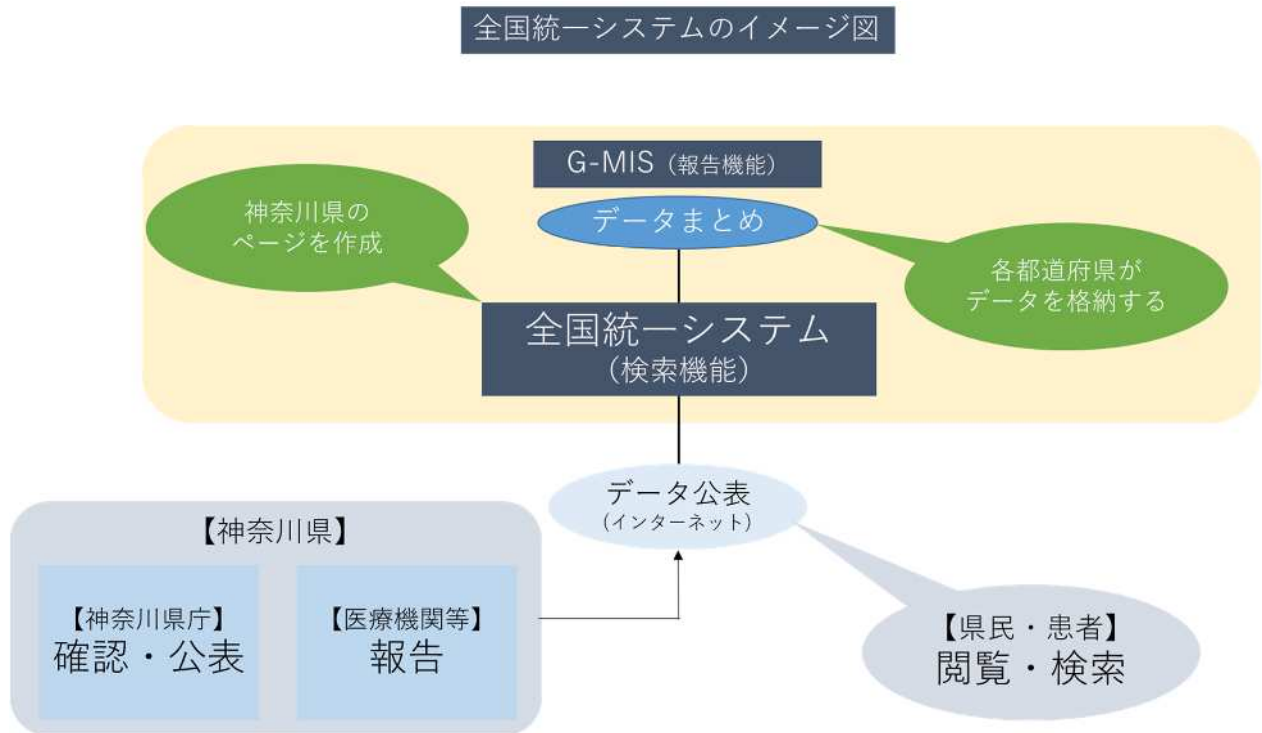
(2) 病床機能報告

- 毎年実施する病床機能報告について、県は、未報告医療機関への督促、データの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、県は効果的な分析方法を検討し、有益な情報提供に努めます。

(3) 外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応について（県、医療機関、医療関係者）

- 県は、外国籍県民等が安心して適切な医療を受けられるように、NPOなどと連帯し、医療通訳を養成・派遣するシステムの推進を図ります。

図表 2-7-1-1 医療情報ネット（仮）イメージ図



図表 2-7-1-2 令和4年度病床機能報告制度による神奈川県における医療機能ごとの病床の状況

(単位：床)

| No | 二次保健医療圏 | | 上段は2022年7月1日時点、下段は2025年7月1日時点の予定 | | | | | | | |
|----|----------|--|----------------------------------|-------|--------|-------|--------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | 全体 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟中 (今後再開する 予定) | 休棟中 (今後廃止する 予定) | 介護保険施設 等へ移行 予定 |
| | | | 全体 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟予定 | 廃止予定 | |
| 1 | 横浜圏域 | 横浜市 | 23,415 | 4,565 | 10,710 | 3,590 | 4,327 | 216 | 7 | - |
| | | | 23,439 | 4,562 | 10,656 | 3,682 | 4,381 | 158 | 0 | 0 |
| 2 | 川崎北部圏域 | 高津区、宮前区、多摩区、麻生区 | 4,547 | 130 | 3,042 | 426 | 881 | 48 | 20 | - |
| | | | 4,480 | 130 | 3,035 | 426 | 841 | 48 | 0 | 0 |
| 3 | 川崎南部圏域 | 川崎区、幸区、中原区 | 4,798 | 231 | 3,593 | 355 | 488 | 131 | 0 | - |
| | | | 4,749 | 231 | 3,591 | 354 | 488 | 85 | 0 | 0 |
| 4 | 相模原圏域 | 相模原市 | 6,089 | 944 | 2,298 | 451 | 2,324 | 72 | 0 | - |
| | | | 6,040 | 944 | 2,248 | 456 | 2,320 | 72 | 0 | 0 |
| 5 | 横須賀・三浦圏域 | 横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町 | 5,362 | 1,493 | 1,725 | 950 | 995 | 142 | 57 | - |
| | | | 5,277 | 1,543 | 1,720 | 928 | 995 | 91 | 0 | 0 |
| 6 | 湘南東部圏域 | 藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町 | 4,291 | 604 | 2,028 | 644 | 966 | 30 | 19 | - |
| | | | 4,027 | 604 | 2,022 | 567 | 804 | 30 | 0 | 0 |
| 7 | 湘南西部圏域 | 平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町 | 4,647 | 1,201 | 1,546 | 603 | 1,181 | 116 | 0 | - |
| | | | 4,643 | 1,182 | 1,548 | 603 | 1,241 | 69 | 0 | 0 |
| 8 | 県央圏域 | 厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村 | 5,442 | 97 | 3,135 | 1,200 | 1,004 | 6 | 0 | - |
| | | | 5,535 | 101 | 3,125 | 1,254 | 1,043 | 12 | 0 | 0 |
| 9 | 県西圏域 | 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 | 3,012 | 374 | 1,252 | 275 | 1,056 | 55 | 0 | - |
| | | | 3,021 | 374 | 1,246 | 281 | 1,116 | 4 | 0 | 0 |
| | 計 | | 61,603 | 9,639 | 29,329 | 8,494 | 13,222 | 816 | 103 | - |
| | | | 61,211 | 9,671 | 29,191 | 8,551 | 13,229 | 569 | 0 | 0 |

第2節 地域医療支援病院の整備

1 現状・課題

【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ており、県内全ての二次保健医療圏に整備されています
- ・地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療提供、医療機器共同利用の実施等により、かかりつけ医を支援し、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。

【課題】

- ・関係法令の改正により役割が増す中、地域医療支援病院は地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進し、法の求める役割を果たすことが必要です。

- 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」などを支援し、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、令和5年12月1日現在で43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。(図表2-7-2-1)
- 地域医療支援病院は、令和4年度の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の改正により、医療の提供に関して感染症発生・まん延時に講ずべき措置が義務付けられました。
- 地域医療支援病院は地域の中心的な医療機関として、適切な医療連携を推進し、法の求める役割を果たすことが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

地域医療支援病院がかかりつけ医を支援することで、患者の身近な地域で適切に医療の提供が行われている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆地域医療支援病院の確保
- ◆地域医療支援病院の経営の透明性の確保

- 県及び保健所設置市は、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、県及び保健所設置市は、当該病院が所在する二次保健医療圏の地域医療構想調整会議等において協議し、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。

- 県及び保健所設置市は、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、県及び保健所設置市は、原因や事情などを確認したうえで、承認要件を満たし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。
- 県及び保健所設置市は、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、必要に応じて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。
- 県は、医療法施行規則で規定する「地域における医療の確保を図るために当該病院が行うことが特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項」を定める際には、地域医療構想調整会議等において協議するとともに、県医療審議会において審議して決定します。

図表 2-7-2-1 県内の地域医療支援病院

| 二次保健医療圏名 | 施設名 |
|------------------------|-----------------------------------|
| 横 浜 | 社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市南部病院 |
| | 一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 |
| | 横浜市立市民病院 |
| | 独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院 |
| | 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター |
| | 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター |
| | 社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市東部病院 |
| | 横浜市立みなと赤十字病院 |
| | 国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院 |
| | 県立こども医療センター |
| | 県立循環器呼吸器病センター |
| | 菊名記念病院 |
| | 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 |
| | 昭和大学横浜市北部病院 |
| | 国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院 |
| | 昭和大学藤が丘病院 |
| | 独立行政法人地域医療機能推進機構横浜保土ヶ谷中央病院 |
| 社会福祉法人親善福祉協会国際親善総合病院 | |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院 | |
| 川 崎 北 部 | 川崎市立多摩病院 |
| | 医療法人社団三成会新百合ヶ丘総合病院 |
| 川 崎 南 部 | 関東労災病院 |
| | 社会医療法人財団石心会川崎幸病院 川崎市立川崎病院 |
| 相 模 原 | 神奈川県厚生農業協同組合連合会相模原協同病院 |
| | 独立行政法人国立病院機構相模原病院 |
| 横 須 賀 ・ 三 浦 | 国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 |
| | 横須賀市立市民病院 |
| | 横須賀市立うわまち病院 医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院 |
| 湘 南 東 部 | 藤沢市民病院 |
| | 茅ヶ崎市立病院 |
| 湘 南 西 部 | 国家公務員共済組合連合会平塚共済病院 |
| | 独立行政法人国立病院機構神奈川病院 |
| | 平塚市民病院 |
| | 神奈川県厚生農業協同組合連合会伊勢原協同病院 秦野赤十字病院 |
| 県 央 | 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 |
| | 東名厚木病院 |
| | 厚木市立病院 大和市立病院 |
| 県 西 | 小田原市立病院 |
| | 県立足柄上病院 |

(令和5年12月1日現在 43病院)

第3節 公的病院等の役割

1 現状・課題

【現状・課題】

公立・公的病院は、地域の基幹病院として、高度専門医療や救急医療等の政策的な医療を提供します

→ 民間病院との役割分担が今後も課題



地域医療構想調整会議等で役割分担を協議



各地域で役割を整理

(1) 公的病院等

- 県内の公立・公的病院（※1）は、各二次保健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、がん医療、小児医療、周産期医療、リハビリテーション医療、災害拠点病院等において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。
- 地域医療構想の実現に向けて、各公立・公的病院が作成した「具体的対応方針」（※2）を地域で共有し、公的病院等と民間病院との役割を明確化するなど、効果的・効率的な地域医療提供体制を構築していく必要があります。

(2) 県立病院

- 県立病院は、それぞれの病院の特性に応じて①高度・専門医療の提供、研究開発、②広域的な対応が必要な救急医療、災害時医療、感染症医療、③地域の特殊性などから地域だけでは実施が困難な医療、④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。
- その上で、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・養成を図っていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の構築

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆地域医療構想調整会議等の場において、病床機能分化・連携に向けた協議を継続し、公的病院等の担うべき役割等について更に検討

◆県立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、高度・専門医療などの政策医療を担っていく

(1) 公的病院等（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 地域医療構想調整会議等の場で、公的病院等や地域医療支援病院・特定機能病院について、具体的対応方針に基づき、2025 年を見据えた構想区域（＝二次保健医療圏）において担うべき役割や対応方針などについて協議を進めます。
- また、公的病院等と民間病院の役割分担についても更に検討を進め、公的病院等の機能強化を支援していきます。
- なお、地域医療構想の目標年である令和 7 年（2025 年）が本計画期間中に到来することから、国の動向も注視しながら、新たな地域医療構想の策定に向け、公的病院等の担うべき役割等についても更なる検討を進めます。

(2) 県立病院

- 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。

① 足柄上病院（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

県西医療圏の中核的な総合医療機関として、救急医療、第二種感染症指定医療機関、災害拠点病院、臨床研修指定病院などの役割を担うとともに、看護師の特定行為研修については、地域の医療機関を対象とした研修を実施します。

また、地域包括ケアシステムの推進を支援するため、地域の医療機関との連携を強化するとともに、急性期から専門的リハビリテーション提供による機能回復支援、在宅医療の後方支援までをシームレスに対応できるよう、回復期医療の充実を図ります。

さらに、災害への対応力強化や新興感染症に対応するため、2号館建替等の再整備事業に取り組みます。

② こども医療センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

小児専門総合医療機関として、難易度の高い手術や難治性疾患、希少疾患等に対する高度・専門医療、こどものこころのケアを積極的に実施するとともに、小児がん拠点病院や総合周産期母子医療センター、小児救急システム三次救急医療機関としての役割を果たしていきます。

③ 精神医療センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

精神科救急の基幹病院として、精神科救急・急性期医療の充実を図るほか、思春期医療、ストレスケア医療、依存症医療、医療観察法医療等の高度・専門医療を推進します。

また、行政機関や他医療機関と連携し、訪問看護等の強化により患者の地域移行を推進します。

さらに、災害拠点精神科病院として、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担います。

④ がんセンター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を果たし、手術療法、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療のさらなる質の向上に努めるとともに、より高度な医療を提供するため、特定機能病院（※3）の承認を目指します。

また、緩和ケアや漢方薬などの支持療法、がんリハビリテーションの提供など、患者の生活の質を高める取組や、がんと共生するための患者の精神的な苦痛や不安を軽減するアピアランスケアや就労支援などの患者支援機能を充実していきます。

さらに、がんゲノム医療や重粒子線治療など、高度で先進的ながん医療を提供します。

⑤ 循環器呼吸器病センター（地方独立行政法人神奈川県立病院機構）

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。

また、呼吸器に係る新興感染症の対応を図ります。

⑥ 神奈川県リハビリテーション病院（県）

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、多職種の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がい者医療を実施します。

=====

■用語解説

※1 公立・公的病院

医療法第7条の2第1項各号に定める者及び国（医療法施行令第4条の6に掲げる独立行政法人を含む）が開設する病院。

※2 具体的対応方針

厚生労働省等からの通知に基づき、公立病院設置市及び県立病院が策定している「公立病院経営強化プラン」や「公的医療機関等2025プラン」のこと。

※3 特定機能病院

高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び医療の高度の安全の確保並びに高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院で、厚生労働大臣が承認を行う。400床以上の病床を有していること、施設や診療科、医療従事者、医療安全管理体制、英語論文の実績等の基準を満たすことが承認要件となっている。

=====

図表 2-7-3-1 公立・公的病院一覧

| 二次保健医療圏 | 病院名 | 使用許可病床数 (R5.4.1現在) | | | | | 救急医療 | | 災害拠点 | 地域医療支援病院 | 地域がん診療連携拠点病院 | 周産期救急医療システム受入病院 | 感染症指定医療機関 | エイズ拠点病院 |
|----------------|----------------------|-----------------------|----|-----|-----|-----|----------|------|------|----------|--------------|-----------------|-----------|---------|
| | | 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 | 救命救急センター | 救急告示 | | | | | | |
| 横浜 | 済生会横浜市東部病院 | 512 | | 50 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| | 済生会神奈川県病院 | 199 | | | | | | | | | | | | |
| | 済生会東神奈川リハビリテーション病院 | 106 | | | | | | | | | | | | |
| | 横浜市民みなの赤十字病院 | 584 | | 50 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | |
| | 地域医療機能推進機構横浜中央病院 | 250 | | | | | | ○ | | | | | | |
| | 横浜市立大学附属市民総合医療センター | 676 | | 50 | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ |
| | 神奈川県立こども医療センター | 390 | | 40 | | | | | | ○ | | ○ | | ○ |
| | 済生会横浜市南部病院 | 500 | | | | | | | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 神奈川県立精神医療センター | | | 323 | | | | | | | | | | |
| | 横浜市民病院 | 624 | | | | | 26 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 地域医療機能推進機構横浜保土ヶ谷中央病院 | 236 | | | | | | | ○ | | | | | |
| | 神奈川県立がんセンター | 415 | | | | | | | | | ○ | | | |
| | 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター | 300 | | | | | | | ○ | | | | | |
| | 神奈川県立循環器呼吸器病センター | 179 | | | | 60 | | | ○ | | ○ | | | |
| | 済生会若草病院 | 177 | | | | | | | ○ | | | | | |
| | 横浜市立大学附属病院 | 632 | | 26 | 16 | | | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | 横浜南共済病院 | 565 | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | |
| 横浜労災病院 | 650 | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| 国立病院機構横浜医療センター | 470 | | 20 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | |
| 横浜栄共済病院 | 430 | | | | | | | ○ | | ○ | | | | |
| 川崎北部 | 虎の門病院分院 | 300 | | | | | | ○ | | | | | | |
| | 川崎市立多摩病院 | 376 | | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | |
| 川崎南部 | 川崎市立川崎病院 | 663 | | 38 | | 12 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | |
| | 川崎市立井田病院 | 343 | | | 40 | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | |
| | 関東労災病院 | 610 | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | |
| 相模原 | 相模原赤十字病院 | 132 | | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | |
| | 相模原協同病院 | 394 | | | | 6 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 地域医療機能推進機構相模野病院 | 212 | | | | | | ○ | | | ○ | | | |
| | 国立病院機構相模原病院 | 458 | | | | | | ○ | | ○ | | | ○ | |
| 横須賀・三浦 | 横須賀市立うわまち病院 | 367 | 50 | | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | |
| | 自衛隊横須賀病院 | 100 | | | | | | ○ | | | | | | |
| | 横須賀市立市民病院 | 476 | | | | 6 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 国立病院機構久里浜医療センター | 45 | | 232 | | | | | | | | | | |
| | 横須賀共済病院 | 730 | | 10 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| | 三浦市立病院 | 136 | | | | | | ○ | | | | | | |
| 湘南東部 | 藤沢市民病院 | 530 | | | | 6 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 茅ヶ崎市立病院 | 401 | | | | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | |
| 湘南西部 | 平塚共済病院 | 441 | | | | | | ○ | | ○ | | | | |
| | 済生会湘南平塚病院 | 176 | | | | | | ○ | | | | | | |
| | 平塚市民病院 | 410 | | | | 6 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 国立病院機構神奈川病院 | 300 | | | 30 | | | ○ | | ○ | | | | |
| | 秦野赤十字病院 | 320 | | | | | | ○ | ○ | ○ | | | ○ | |
| | 伊勢原協同病院 | 350 | | | | | | ○ | | ○ | | | | |
| 県央 | 神奈川リハビリテーション病院 | 324 | | | | | | | | | | | | |
| | 厚木市立病院 | 341 | | | | 6 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | |
| | 大和市立病院 | 403 | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| 県西 | 国立病院機構箱根病院 | 199 | | | | | | | | | | | | |
| | 小田原市立病院 | 417 | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| | 地域医療機能推進機構湯河原病院 | 150 | | | | | | ○ | | | | | | |
| | 神奈川県立足柄上病院 | 290 | | | | 6 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | |
| (合計 50病院) | | 18,289 | 50 | 839 | 146 | 74 | 13 | 41 | 25 | 29 | 15 | 21 | 8 | 14 |

第4節 歯科医療機関の役割

1 現状・課題

【現状】

- ・地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携を推進することが必要です。
- ・歯科訪問サービスを実施している歯科診療所の県内の人口10万人あたりの施設数は、15.4施設で全国平均の18.6施設を下回っています。（厚生労働省「令和2年医療施設調査」）

【課題】

- ・障がい児者、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、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。

(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。
- 地域包括ケアシステム推進のため、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。

(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。
- 厚生労働省「医療施設調査」によると、県内の人口10万人あたりの歯科訪問サービスを実施している歯科診療所の施設数は、15.4施設で全国平均の18.6施設を下回っており、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。
- 誤嚥性肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図るうえで、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション、難病患者や障がい児者、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。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

地域包括ケアシステムの構築を進めるため、歯科医療機関と地域の医療機関等の連携を推進

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆全てのライフステージ

- ・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を促進
- ・一般の歯科医療機関では治療が困難な障がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を確保

◆在宅歯科医療における役割

- ・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を推進
- ・人材育成を行い、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を確保

- (1) 全てのライフステージ（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）
- 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、県、市町村、関係団体及び機関が連携し、8020 運動（※1）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を推進します。
 - 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（要介護者及び障がい児者等）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がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を、県、市町村、関係団体及び機関と連携し、確保します。

- (2) 在宅歯科医療における役割（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）
- 県は、市町村、関係団体と連携して在宅歯科医療に対応できる歯科医療機関について、情報提供を行います。
 - 県は、市町村、関係団体及び機関と連携して、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ歯科医」を持つこと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を推進します。
 - 県は、市町村、関係団体及び機関と共に、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。
 - 県は、在宅歯科医療の需要の増加に対応するため、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、在宅歯科医療を担う歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の人材確保・育成を行います。

=====
■用語解説

※1 8020（はちまるにいまる）運動

厚生労働省と日本歯科医師会が提唱している「80 歳になっても 20 本以上の歯を保とう」という運動です。20 本以上の歯があれば、たいいていのものを噛んで食べることができ、食生活にほぼ満足することができると言われてしています。

=====

第5節 訪問看護ステーションの役割

1 現状・課題

【現状】

- ・県内の訪問看護ステーション及び訪問看護職員数は年々増加しており、令和3年10月時点の訪問看護職員数（常勤換算）は4,989人となっていますが、本県の人口10万人当たりの訪問看護職員数は、全国の60.5人に対し、本県は54.0人（全国32位）と全国平均を下回っています。
- ・県内の訪問看護ステーションは、約60%が5人未満の看護職員で運営している小規模事業所となっています。

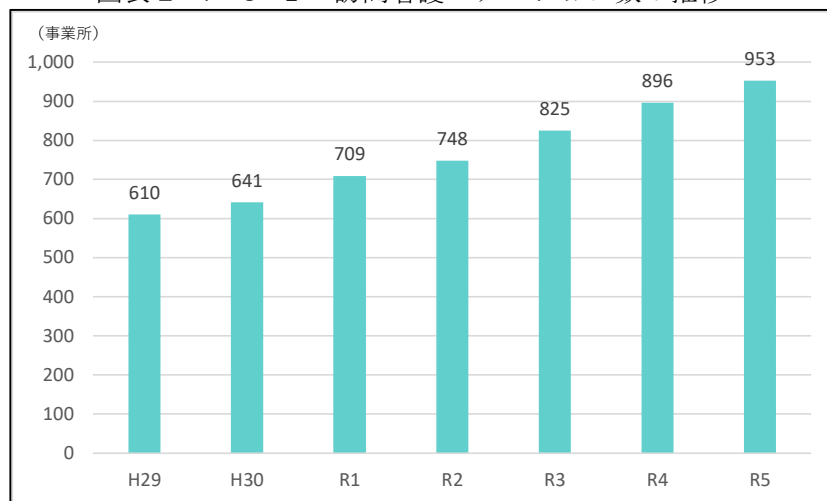
【課題】

- ・病院完結型から地域完結型への医療提供体制の移行に伴い、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ため、訪問看護を担う看護職員のさらなる確保・育成・定着に取り組むことが必要です。
- ・小規模事業所は、5人以上の看護職員で運営している事業所と比較して経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。

(1) 現状

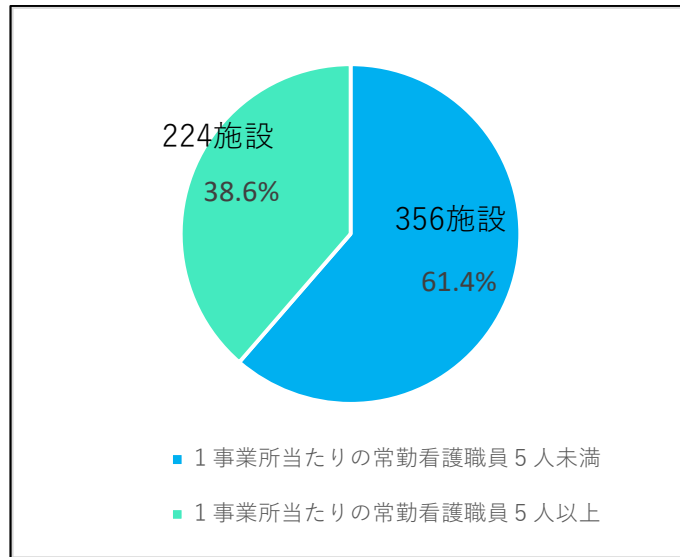
- 県内の訪問看護ステーションは年々増加し、平成29年の610事業所から令和5年には953事業所に増えています。（図表2-7-5-1）
- 県内の訪問看護ステーションの約60%が、1事業所当たり看護職員数5人未満で運営している小規模事業所となっています。（図表2-7-5-2）
- 在宅医療を担う訪問看護ステーションには、看護職員をはじめ理学療法士や作業療法士等の様々な職種が就業していますが、中心となる看護職員の就業者数（常勤換算）は年々増加傾向にあり、令和3年に4,989人となっています。しかし、人口10万人当たりでは全国の60.5人に対し、本県は54.0人（全国32位）と全国平均を下回っています。（図表2-7-5-3、図表2-7-5-4）
- 訪問看護サービスの利用者数は増加しており、緊急時の訪問対応や24時間対応、ターミナルケアの実施等の需要が高まっています。（図表2-7-5-5 ～ 図表2-7-5-8）

図表2-7-5-1 訪問看護ステーション数の推移



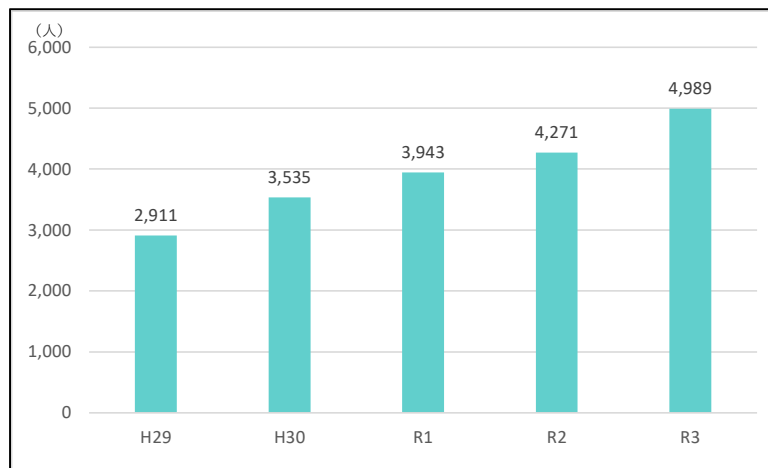
（出典）県介護保険指定機関等管理システム登録数より県医療課にて作成

図表 2-7-5-2 常勤看護職員数別事業所数



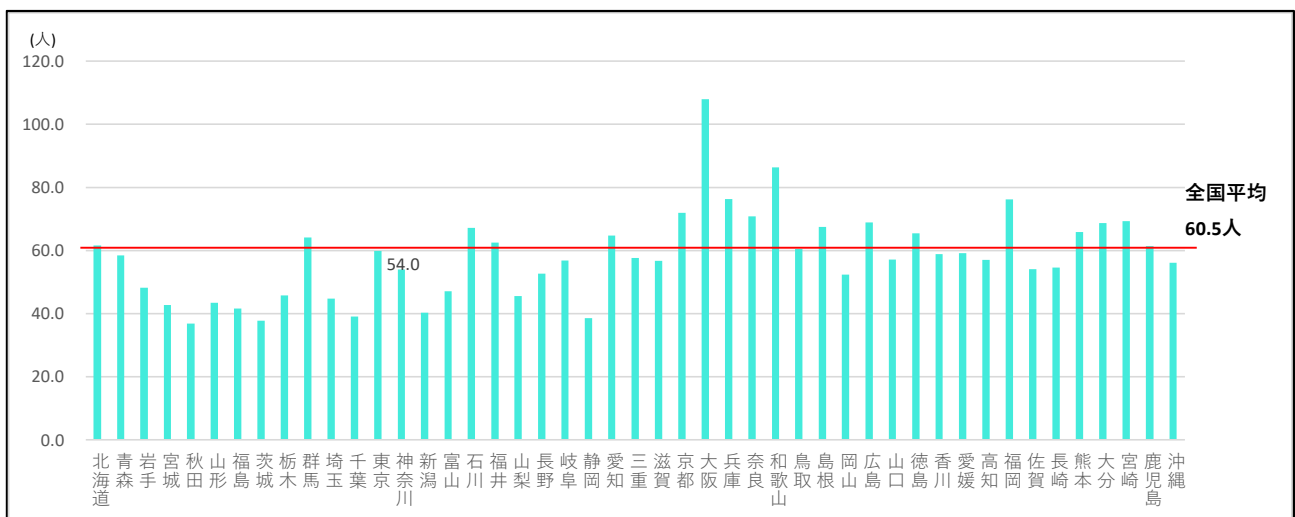
(出典) 県医療課「令和3年度看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション)」

図表 2-7-5-3 訪問看護ステーションの常勤換算看護職員数の推移



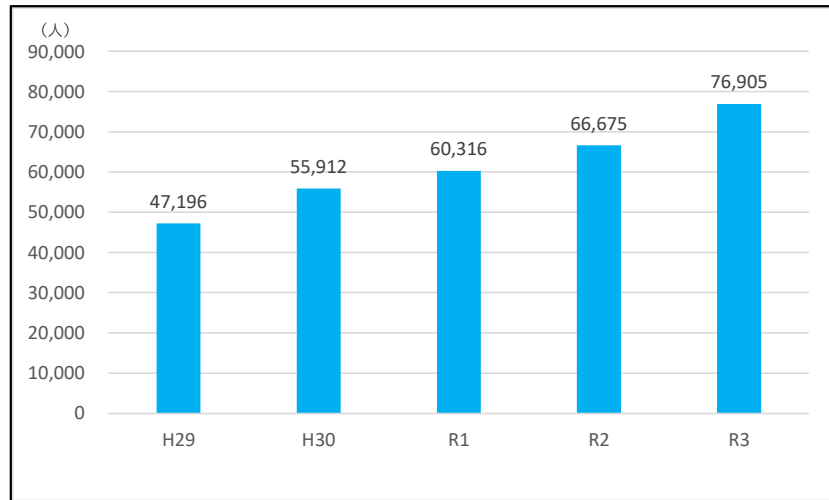
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-4 人口10万対訪問看護ステーション常勤換算看護職員数



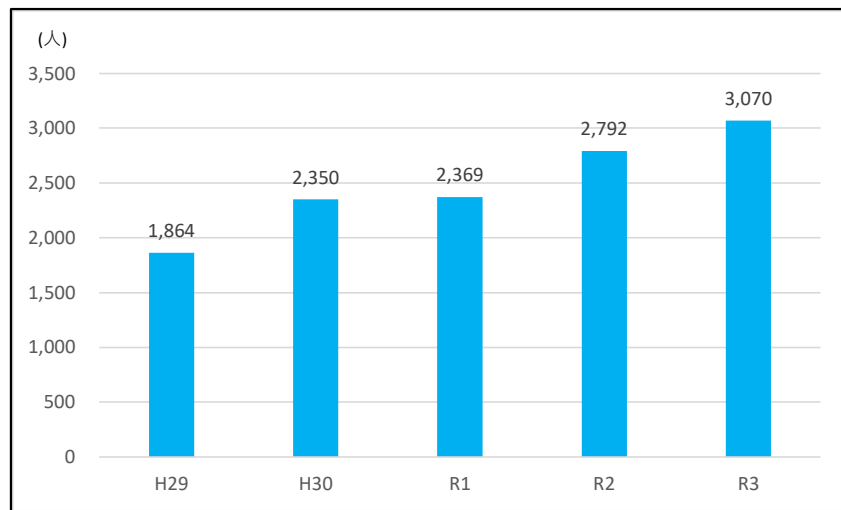
(出典) 厚生労働省「令和3年介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-5 訪問看護サービス利用者数の推移（各年9月分）



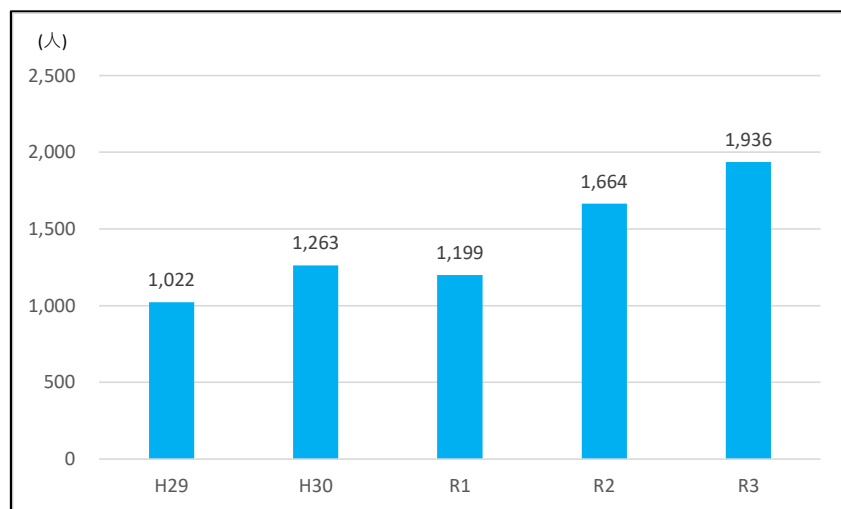
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-6 緊急時訪問看護加算利用実人員数の推移（各年9月分）



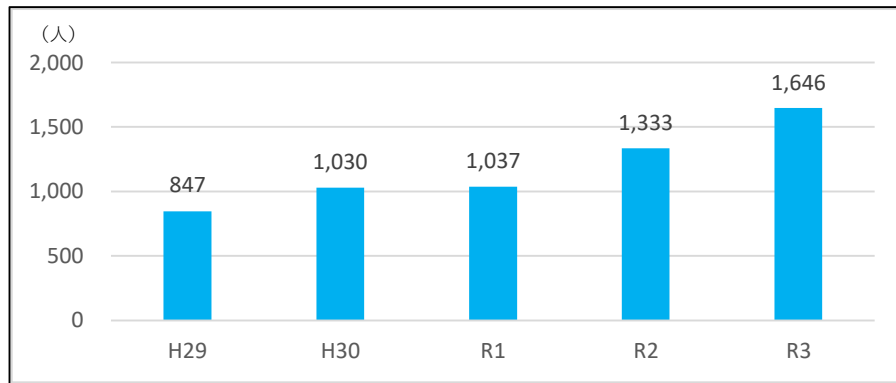
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-7 24時間対応体制加算利用実人員数の推移（各年9月分）



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-7-5-8 ターミナルケア実施人数の推移（各年9月分）



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

(2) 課題

- 病院完結型から地域完結型への医療提供体制の移行に伴い、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ため、訪問看護を担う看護職員のさらなる確保・育成・定着に取り組むことが必要です。
- 高齢多死社会を迎え、緊急時の訪問対応や 24 時間対応、ターミナルケアの実施等が求められていますが、「厚生労働省関東信越厚生局届出受理指定訪問看護事業所名簿（令和 5 年 4 月 1 日時点）」によると、これらの機能を備えた機能強化型訪問看護ステーション数は 70 事業所にとどまっています。
- 訪問看護ステーションでは、患者の状況に合ったサービスを提供するために、看護職員自らが利用者やその家族と相談の上で看護方針を決定するなど、一人ひとりの看護職員に適切な判断が求められますが、小規模な事業所が多く、人手不足から研修に参加できない、最新の看護技術情報を入手しにくい、といった課題があります。また、「神奈川県看護職員就業実態調査（訪問看護ステーション）」によれば、小規模事業所は、5 人以上の看護職員で運営している事業所と比較して経営困難に陥りやすく、離職率が高い傾向にあります。
- 地域で患者・家族を支えていくために、在宅医療・介護に従事する他の職種や、地域の訪問看護ステーション、医療・介護の関係機関等との連携が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

訪問看護ステーションの経営が安定し、すべての利用者に質の高い訪問看護を提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆訪問看護ステーションで働く職員の確保・育成・定着
- ◆訪問看護ステーションの経営の安定化
- ◆機能強化型訪問看護ステーションの充実

- 県は、在宅医療への従事を希望する看護職員や在宅医療に従事している看護職員に対して研修を行うことにより、訪問看護ステーションで働く職員の確保・育成・定着を図ります。
- 県は、訪問看護ステーションの安定的な運営のため、訪問看護ステーションの管理者の経営力向上のための支援を行います。【再掲】

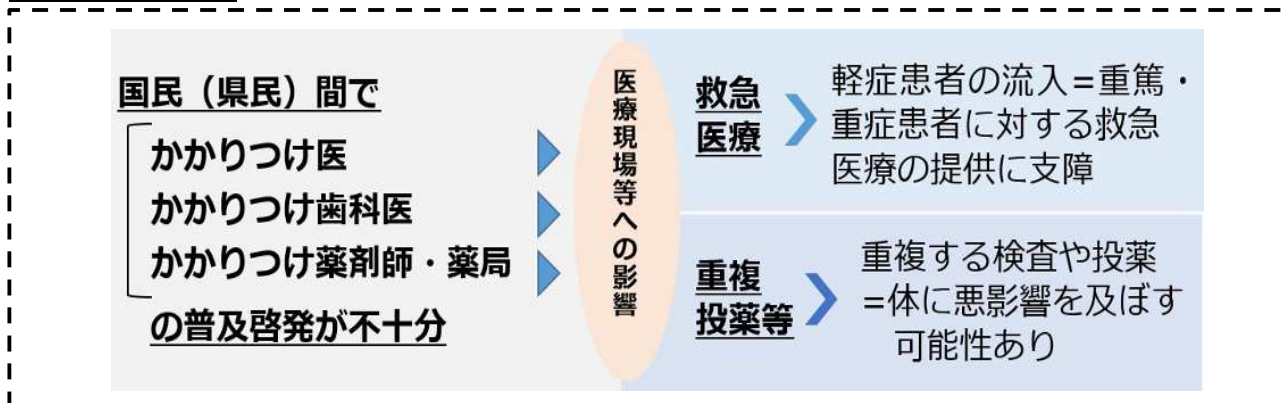
- 県は、関係団体等と連携して、訪問看護ステーションの看護職員が、常に利用者の状況に合ったサービスを提供できるよう、各地域の事業所が連携して効果的な研修を行う仕組みづくりを支援します。
- 県は、訪問看護ステーションの看護職員が、在宅医療・介護に従事する他の職種とともにチームとして患者・家族を支えていくために、地域における訪問看護ステーション間や医療・介護の関係機関等、多職種との連携強化を図ります。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指します。【再掲】
- 県は、訪問看護の利用者の重度化・多様化・複雑化に対応するため、緊急時の訪問対応や24時間対応、看取りへの対応、ターミナルケアの実施、医療的ケア児等の受入れ等の機能を備えた機能強化型訪問看護ステーションの充実を図ります。

3 指標一覧【再掲】

| 指標名 | 出典 | 計画策定時の値 (データの年度) | 目標値 (令和11年度) |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| 訪問看護に従事する常勤換算看護職員数(再掲) | 厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査 | 4,989 (R3) | 5,932 |
| 看護職員5人以上の訪問看護ステーション数(再掲) | 神奈川県,看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション) | 224 (R3) | 464 |

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

1 現状・課題



(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及啓発について

- 限りある医療資源の有効活用及び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」（※1、2）の普及が必要ですが、第7回日本の医療に関する調査（日本医師会総合政策研究機構 令和2年7月）によると、「かかりつけ医がいる」と答えた国民は全体の5割強ほどでした。
- また、同調査によると、「かかりつけ医がない」者について、その理由は「あまり病気にならないので必要ないから」が7割程度となっている一方、「どのような医師がかかりつけ医に適しているか分からない」が2割弱、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足しているから」が2割弱、「探す方法が分からない」が1割強となっていることから、積極的な周知が必要です。
- かかりつけ医等の普及啓発の遅れは、医療現場へ様々な影響を及ぼしています。

ア 救急医療への影響

令和3年中における県内傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症の割合が90.6%を占めています。

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（中等症から重篤まで）の円滑な救急入院の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。【再掲】

イ 重複受診への影響

同一疾病で、複数の医療機関を受診する、いわゆる「重複受診」により、重複する検査や投薬によって、かえって体に悪影響を与えることがあるといわれています。

- 上記ア・イの状況を解消するためにも、医療機関及び専門医とかかりつけ医の適切な役割分担を進め、初期医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。

- また、国は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についての検討会による議論のとりまとめを行っており、その中で、かかりつけ医機能報告制度の創設やかかりつけ医機能の定義の法定化、医療機能情報提供制度の刷新等の内容も言及されていることから、動向を注視していく必要があります。

(2) かかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発について

- かかりつけ薬剤師・薬局（※3）とは、患者一人ひとりの服薬情報を一元的・継続的に把握し、他の薬との飲み合わせや副作用などの相談対応など、患者にとって適切な医療サービスを提供する薬剤師・薬局です。
- 県内には薬局が4,156施設ありますが、その中で、かかりつけ薬剤師・薬局の役割を担う薬局として認定・届出を行った「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」制度（※4）は、延べ537施設あります。

| | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|------------|-------|-------|-------|-------|
| 県内全薬局数 | 3,952 | 4,009 | 4,093 | 4,156 |
| 健康サポート薬局 | 119 | 143 | 183 | 194 |
| 地域連携薬局 | — | — | 201 | 334 |
| 専門医療機関連携薬局 | — | — | 9 | 9 |

(出典) 県薬務課調べ

- しかしながら、薬局の利用に関する世論調査（内閣府 令和3年2月）では、「かかりつけ薬剤師・薬局を決めている」と答えた国民は7.6%であり、薬局を一つに決めると答えた国民と合わせても26.0%に留まっています。
- そこで、県民に「かかりつけ薬剤師・薬局」を持っていただけるよう、より一層の普及・啓発に取り組む必要があります。
- さらに、患者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしができることを目指した地域包括ケアシステムの構築が推進されていることを踏まえ、在宅医療等における服薬管理等も担える「かかりつけ薬剤師・薬局」を定着させる必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民やその家族が、自ら適切に選択をして、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持ち、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談ができる体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆普及啓発に関する取組

- ・「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性についての普及啓発

◆かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

- ・「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」の育成に向けた、教育の機会の確保

◆かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

- ・「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

(1) 普及啓発に関する取組

- 令和5年度までは県が「かながわ医療情報検索サービス」によって県民に医療提供施設の医療・薬局情報公表していましたが、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット」へ移行することとなりました。【再掲】
- 県は、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」の役割や必要性について、広域的な普及啓発を行うとともに、「医療情報ネット」の周知により、県民の医療機関の適切な選択に資するよう努めます。
- 医療機関・医療関係者は、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。
- 県及び市町村は、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関・薬局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」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」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（※5）の大切さを認識してもらい、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。
- 県は、かかりつけ医機能等に関連した新たな国施策について、必要な情報収集や適切な対応を行います。

(2) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

- 在宅医療トレーニングセンターなどでの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。

(3) かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者、薬剤師会等は連携し、「患者のための薬局ビジョン（※6）」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。
- また、県は、薬剤師会等が行う、かかりつけ機能を有する薬局を推進する取組に協力し、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及・定着を図ります。
- 国では、電子処方箋、オンライン服薬指導等のデジタル化を推進しており、これらの薬局薬剤師DX（デジタル・トランスフォーメーション）は、今後の服薬指導等の在り方や、かかりつけ薬剤師・薬局の普及にも影響することから、その動向を注視してまいります。

■用語解説

※1 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）

※2 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、地域に密着したいく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）

※3 かかりつけ薬剤師・薬局の定義

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康

等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師・薬局（日本薬剤師会）

※4 「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」制度

医薬品医療機器等法に基づき、一定の基準を満たしている薬局として届出や認定を受けている薬局

・健康サポート薬局

：地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局

・地域連携薬局

：外来受診時だけでなく、在宅医療への対応や入退院時を含め、他の医療提供施設との服薬情報の一元的・継続的な情報連携に対応できる薬局

・専門医療機関連携薬局

：がん等の専門的な薬学管理が必要な利用者に対して、他の医療提供施設との密な連携を行いつつ、より高度な薬学管理や、高い専門性が求められる特殊な調剤に対応できる薬局

※5 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること（WHO：世界保健機関の定義）。例えば、適度な運動、バランスの取れた食事、十分な睡眠・休息を心がけ、体調管理（体温・体重・血圧等の測定、健康診断受診等）を継続する等、日頃から健康を意識すること。

※6 患者のための薬局ビジョン

患者本位の医薬分業の実現に向けて、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、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年、更に10年後の2035年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示したもの（平成27年10月、厚生労働省策定）

【かかりつけ薬剤師・薬局の機能】

- ① 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的・管理指導
- ② 24時間対応・在宅対応
- ③ かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化
- ④ 健康サポート機能
- ⑤ 高度薬学管理機能

※④⑤は患者等のニーズに応じて充実・強化する機能

=====

第7節 病病連携及び病診連携

1 現状・課題

【現状・課題】

- ・近年、高齢化率の増加や専門医療の分化、医療的ケアを必要とする子どもの増加による医療需要の多様化・増加、医師の働き方改革など、病病・病診連携が必要な問題が生じてきています。
- ・諸問題の解決のために、地域医療連携の推進や情報通信技術（ICT）の活用による患者情報の共有化を進め、効率的な医療提供体制を構築し、病病・病診連携を進めていく必要があります。



(1) 本県における病病連携及び病診連携の状況

- 本県の高齢化率は、「かながわ高齢者保健福祉計画」によれば、平成27年は23.9%でしたが、令和7（2025）年には26.7%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、県地域医療構想によれば、平成25（2013）年の131,513人/日と比較すると、令和7（2025）年には、199,633人/日（1.73倍）に、令和22（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。
- 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、複数の医療機関を受診する場合、医療情報が医療機関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、効率的ではなく、患者の負担が増加することがあります。
- さらに、専門医療の分化が進み、専門医の地域偏在や、高齢化による慢性疾患患者の増加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が増加傾向にあるなど、医療需要が多様化しています。
- 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さんを中心として、地域で医療・介護にかか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しくみである地域連携クリティカルパス（※1）を活用している地域もありま

す。

(2) 地域医療連携の推進

- 超高齢社会が進展する中、疾病構造の変化や、地域で生活していきたいという患者のニーズなどの課題に対応していくためには、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携し、患者が急性期から回復期を経て自宅に戻った後の療養までを含めて、切れ目なく、医療を受けることができる連携体制の構築が求められています。
- また、切れ目のない医療連携体制の構築を進めるには、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。
- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症の発生及びまん延に備えるため、県、市町村、医療機関・関係機関が連携し、医療人材や感染症対策物資の確保の強化、情報基盤の整備等に関する医療措置協定の締結が求められています。

(3) ICT等を活用した医療情報の共有

- 重複検査・投薬による非効率な医療サービスの提供を防ぎ、患者の状態にあった質の高い医療サービスや、効率的な検査、診断、治療を提供するためには、情報通信技術を活用し、患者の同意を得た上で、診療上必要な医療情報を、ICTを活用して共有するネットワークを構築し、関係医療機関間の連携を図ることが必要です。
- 障がい児者や医療的ケア児は、家族のレスパイト（休息）（※2）時等に限らず、外出先でも安心して適切な処置が受けられるよう、家族が医療データを常に持ち歩いたり、事前に病院情報を調べたりする必要があるなど、家族に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。
- また、予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、処置に必要な患者情報を迅速に共有することで、どのような状況下においても、患者に対して適切な治療等を遅滞なく提供できるようにすることが必要です。
- 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などが求められており、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。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

病病・病診連携が必要な課題に対して、地域医療連携の推進及びICTを活用した医療情報の共有を行い、効率的な医療提供体制を構築する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆地域医療連携の推進

◆ICT等を活用した医療情報の共有

(1) 地域医療連携の推進（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、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、病診連携をより一層進めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、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。

- 県、市町村、医療機関・医療関係者は、新興感染症医療と通常医療の連携を促進するために、感染症法に基づく医療措置協定について協議を行い、協定の締結を目指します。

(2) ICT等を活用した医療情報の共有

(県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者、介護・福祉関係者、関係機関)

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、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ために、ICTを活用した患者・医療情報の共有を進めていきます。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、医療機能の分化・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ていきます。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、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。

=====

■用語解説

※1 地域連携クリティカルパス

地域内で各医療機関が共有する各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画のこと。急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、連携医療機関に関わるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものとなる。(神奈川県立循環器呼吸器病センター)

※2 レスパイト

「小休止」、「ひと休み」、「息抜き」という意味。ここでは、介護者が肉体的・精神的な負担を軽減するために休むことを指す。

=====

第8節 最先端医療・技術の実用化促進

1 現状・課題

【現状】

- ・県では、京浜臨海部を中心とする「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」や県中央部の地域を中心とする「さがみロボット産業特区」、さらに、全県域が「国家戦略特区」に指定されています。
- ・県では、再生・細胞医療産業の産業化に向けて、「ライフイノベーションセンター（LIC）」を整備するとともに、企業や大学等の多様な主体の連携を進めるため、産学公ネットワークである「かながわ再生・細胞医療産業化ネットワーク（RINK）」を設立しました。
- ・最先端の医療技術の実用化に向けた主な取組として、「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、ヘルスケア・ニューフロンティア施策における循環器病の研究を推進しています。

【課題】

- ・最先端の医療・技術を県民に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・細胞医療の産業化を担う企業や大学等が共通に抱えている課題に着目し、RINK会員同士の意見交換を行い、課題解決に向けた取組を進めることが必要です。
- ・循環器病研究の実証試験において、引き続きエビデンスを蓄積するとともに、把握した課題の解決等を進めながら、県内の医療機関において継続的に実施できる体制についても検討する必要があります。

(1) 特区制度の活用

- 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、県では、平成23年12月に横浜市、川崎市の臨海部を中心とする「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」が、平成25年2月には県中央部の地域を中心とする「さがみロボット産業特区」が指定されました。
- さらに、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。
- 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、病床の整備等を図ってきましたが、最先端の医療・技術を県民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。

(2) 再生・細胞医療の産業化に向けた取組

- 再生・細胞医療産業は、例えば自分や他人の細胞から皮膚や神経を再生するなど、根本治療の可能性を秘めた次世代の医療として、また、新たな産業分野としても高い成長が期待されています。
- 県ではその産業化に向けた取組を促進するため、ライフサイエンス産業の集積が進む川崎市殿町地区に、平成28年4月に、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ました。
- また、県は、LIC入居事業者を中心に、平成28年10月に産学公ネットワークで

ある「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、細胞の培養、加工、輸送など、様々な事業者がそれぞれの役割を果たすバリューチェーンの確立を目指しており、令和5年9月末現在187機関が加入し、再生・細胞医療の産業化を実現する多様なプレイヤーが揃いつつあります。

- 今後は、各工程のプレイヤーが共通に抱えている、具体的な課題に着目し、テーマ別にRINK会員同士の意見交換を行うことで、議論をさらに深めながら課題解決に向けた取組を進めることが必要です。
- なお、令和5年1月に、再生・細胞医療等の実用化・産業化を促進するため、業界団体や関係機関と連携し、再生・細胞医療産業のイノベーション促進を目的とした一般社団法人RINKが設立されました。

（3）最先端の医療技術の実用化に向けた取組

- 最先端の医療技術の実用化に向け、県では、主な取組として、令和4年3月策定の「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、ヘルスケア・ニューフロンティア施策における循環器病の研究を推進しています。
- 主な研究・実証として、「①水素ガス吸入によるt-PA治療の予後改善効果の実証（※4）」や「②心電図のAI解析による『隠れ心房細動』診断の実証（※5）」などを実施しています。
- 今後は、上記①については、引き続きエビデンスを蓄積するとともに、将来的な臨床試験の実施の枠組み等についても検討するほか、上記②については、実証試験で把握した課題解決等を進めながら、県内の医療機関において、継続的に実施できる体制についても検討する必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

再生・細胞医療や最先端の医療技術が実用化され、多くの患者の治療が実現される

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆再生・細胞医療の実用化
- ◆最先端の医療技術を実用化するための研究促進

（1）特区制度の活用

- 県では、引き続き、国家戦略特区等の取組を推進し、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。

（2）再生・細胞医療の実用化の取組

- 県では、再生・細胞医療の産業化に向け、細胞の「製造」「輸送」「評価」など、課題別の議論の場としてワーキンググループ等において、RINK会員同士の議論を深めていきます。
- また、羽田・殿町地区を拠点とした、東日本における再生・細胞医療の実用化に向けて、一般社団法人RINKと緊密な連携を図りながら、いち早い治療が地域で展開できるよう支援していきます。

(3) 最先端の医療技術の実用化に向けた取組

- 県では、本県における医療的課題をイノベーションやテクノロジーで解決するため、大学等が保有する有望シーズを支援するとともに、テクノロジーの実証フィールドとして、県内医療機関や県内市町村等との連携が必要な場合は、県が調整を行うことで、最先端の医療技術の実用化に向けた取組を推進します。
- 当面の具体的な研究課題としては、「神奈川県循環器病対策推進計画」に基づき、循環器病の研究促進を継続します。

=====

■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際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。

※4 水素ガス吸入によるt-PA治療の予後改善効果の実証

脳梗塞患者に対する、t-PAによる脳血栓溶解療法の予後改善効果を検証するため、脳梗塞を発症させたマウスに、抗酸化物質として注目される水素ガスを事前吸入させることで、t-PA投与の副作用である脳出血の抑制効果が得られるかを検証。

※5 心電図のAI解析による『隠れ心房細動』診断の実証

脳梗塞には、不整脈の一種である心房細動により、突然に血の塊ができて脳血管を詰まらせるケースがあります。心房細動は日常的に発生しているものではないため、心電図の検査では見逃されるケースが多く、一方で、この心電図データには、心房細動の兆候が少なからず存在していることがわかっています。そこで、健康診断で来院した方の心電図データをAI解析することで、人の目では見逃されていた心房細動の可能性を把握し、心房細動の可能性のある方が確認されれば、詳細な検査や治療につなげるという実証を、AI解析の技術を有する大学や県内医療機関等と連携して実証を行っている。

=====

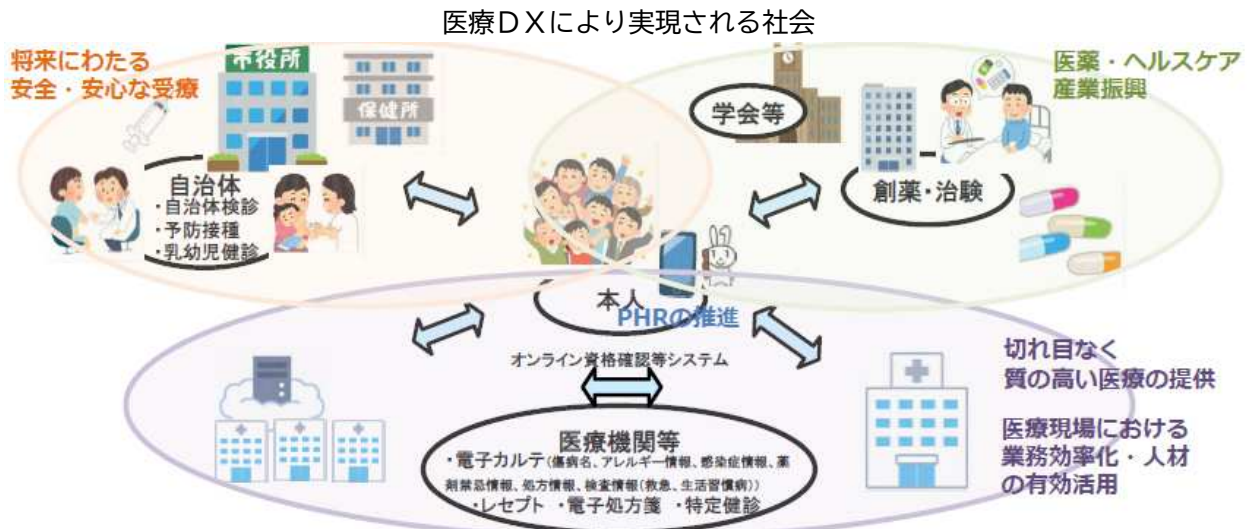
第9節 医療DXの推進

1 現状・課題

- ・近年、新型コロナウイルス感染症の発生により、オンライン診療が拡大されたほか、遠隔での対応を可能にする様々な先端技術の実装や、蓄積されるビッグデータを活用した未病改善等、デジタル技術を活用した取組が進展しています。
- ・一方、行政と医療機関の連携における課題が浮き彫りになるとともに、危機対応を行う医師や保健師等が不足する状況が生じました。

【課題】

- ・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、生産年齢人口の減少や医師の働き方改革等により、医療人材の確保と医療の効率的な提供が課題です。
- ・ICTやデジタル技術を活用し、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務の効率化、データ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、新興感染症の感染拡大時において迅速に対応可能な体制を構築するなど、医療DX（※1）の取組の推進が必要です。



(出典)内閣官房「第1回医療DX推進本部」資料より抜粋

○ 近年、AIやロボットなど最先端技術の社会実装が進展する中、医療に関わるイノベーションが活発化しています。例えば、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により人との接触回避が求められた中、オンライン診療が拡大されましたが、そうした遠隔での対応を可能にする様々な先端技術の実装や、蓄積されるビッグデータを活用した未病改善等、デジタル技術を活用した取組が進められています。

また、県民自らが、過去の検査結果やアレルギー情報などの自身の保健医療情報を把握する個人情報管理（PHR：Personal Health Record）（※2）の取組も進んでいます。

○ 一方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、行政と医療機関の連携における課題を浮き彫りにするとともに、危機対応を行う医師や保健師等が不足する状況が生じました。本県においても、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る中、生産年齢人口の減少や医師の働き方改革等により、医療人材の確保が大きな課題となっています。

- 将来の医療提供体制を維持していくためには、限られた医療資源の効率的な活用が欠かせません。また、グローバル化が進展し、国を越えた人の移動が日常化した現代では、新興感染症の発生によるパンデミックは、将来にわたり何度も起こる可能性があることに留意し、コロナ禍で顕在化した課題に対処していくことが不可欠です。
- 今後は、医療情報システムのセキュリティ対策に配慮した上で、ICTやデジタル技術を活用し、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務の効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、医療の効率的な提供とあわせて、新たな感染症が発生した際にも迅速に対応可能な体制を構築するなど、医療DXの取組により、いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現に向けた取組を進めていくことが必要です。

【コラム】医療DXに関する国の動向

- 国は、2022年10月に「医療DX推進本部」を立ち上げ、医療DXが日本の医療の将来を大きく切り開いていくものとして、省庁横断的に取組を進め、その実現に全力を挙げていくこととしています。
- 2023年6月に開催された第2回医療DX推進本部において、全国の医療機関や薬局で電子カルテの情報を共有できるシステムを2030年までに普及させることなどを盛り込んだ「医療DXの推進に関する工程表」が決定されました。
- 工程表では、医療DXの施策を推進することにより、次の5点の実現を目指していく、としています。
 - ① 国民のさらなる健康増進
 - ② 切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供
 - ③ 医療機関等の業務効率化
 - ④ システム人材等の有効活用
 - ⑤ 医療情報の二次利用の環境改善
- また、工程表では、医療DXの具体的な施策として、次の項目を掲げています。
 - ① 全国医療情報プラットフォームの構築（2024年度中の電子処方箋の普及促進、介護保険や予防接種等に係るマイナンバーカードを活用した情報連携の実現）
 - ② 電子カルテ情報の標準化等（透析情報などの標準規格化を推進するとともに、標準型電子カルテの開発を2024年度中に着手）
 - ③ 診療報酬改定DX（2024年度に診療報酬算定と患者の窓口負担金計算を行う全国統一のプログラムである共通算定モジュールの開発を進め、2026年度の本格提供等を通じて医療機関の間接コストを極小化）
- 加えて、マイナンバーカードと健康保険証が一体化され、現在の健康保険証は2024年中を目途に廃止となる予定です。県としても、こうした国の動きを踏まえつつ、医療機関や民間事業者等と連携し、いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現に向け、取組を進めていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>
いつでも・どこでも医療が受けられる社会の実現

<目標の達成にむけた施策の方向性>

- ◆オンライン診療の推進
- ◆医療現場における業務の効率化、人材の有効活用
- ◆医療機関等による診療情報の共有化
- ◆PHRの推進
- ◆その他、医療情報の利活用の環境整備

(1) オンライン診療の推進

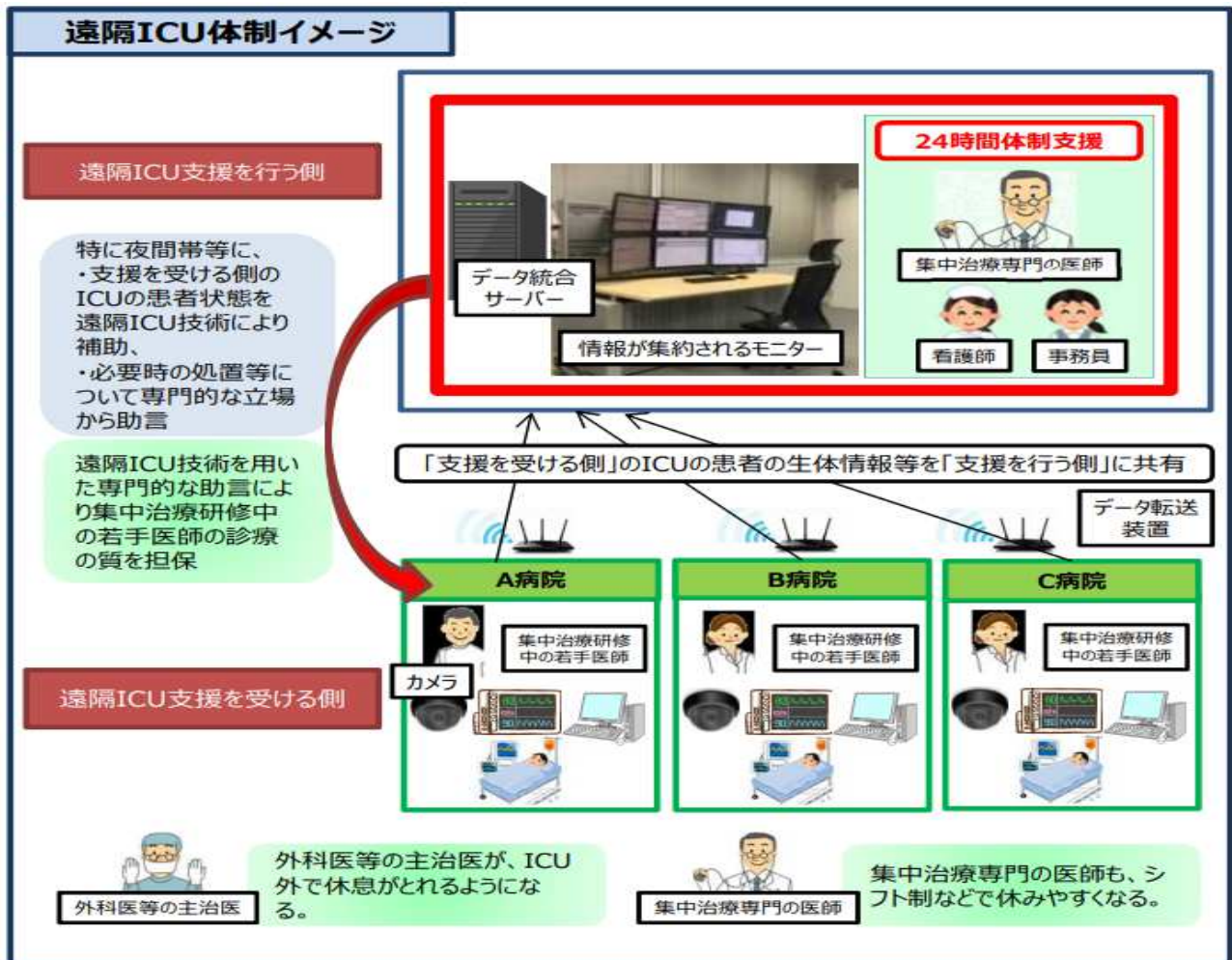
- オンライン診療とは、遠隔医療のうち、医師－患者間（Doctor to Patient）において、情報通信機器を通し、患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムに行うものです。
- オンライン診療は、次の目的を踏まえて推進することが必要です。
 - ・ 患者の日常生活の情報も得ることにより、医療の質のさらなる向上に結び付けていくこと
 - ・ 医療を必要とする患者に対して、医療に対するアクセシビリティ（アクセスの容易性）を確保し、よりよい医療を得られる機会を増やすこと
 - ・ 患者が治療に能動的に参画することにより、治療の効果を最大化すること
- 県では、これまで、新型コロナウイルス感染症対策の一つとして、「かながわコロナオンライン診療センター」の開設など、オンライン診療の推進に努めてきましたが、今後は在宅医療をはじめとした平時の医療においても、コロナ禍での経験を生かし、オンライン診療の積極的な活用を推進します。

(2) 医療現場における業務の効率化、人材の有効活用

ア 遠隔ICUの体制整備

- 厚生労働省「医療施設調査」によると、令和2年に県内には集中治療室（ICU）が393床ある中、専門医が十分でない医療機関では、外科・内科系医師が重症患者に対応しながら成り立っている状況です。集中治療室における重症入院患者の治療は、昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、医師の長時間労働や精神的負担の一因となっています。
- そこで、集中治療専門医が常駐する支援センターと複数の医療機関のICUをネットワークで接続し、患者のバイタル情報やリアルタイム映像、電子カルテ情報を共有することで、遠隔での診療を支援する遠隔ICUの取組を進め、若手医師等、現場の医師をサポートし、医師の勤務環境の改善を図ります。（図表2-7-9-1）

図表 2-7-9-1 遠隔 ICU 体制イメージ



(出典) 厚生労働省「第5回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」資料より抜粋

イ ローカル5Gの医療現場への活用

- 総務省が公募した、次世代情報通信技術であるローカル5G（※3）により社会課題の解決を図る実証事業に県内の医療機関が採択され、医師や看護師の負荷軽減等を目的に令和4年に実証実験に取り組んでいます。
- 実証実験では、救急隊員が小型カメラをつけて、患者の映像をリアルタイムで病院に届け、病院にいる医師がその場で患者を診断するとともに、搬送前に病院で受入のための準備を開始するといった取組が行われています。
- こうしたローカル5Gなどの先進技術を活用した取組は、医療の効率化や高度化、医師・看護師等の働き方改革を通じた質の高い医療体制の構築につながるものであることから、県としても実証実験に参加するなど、研究を進めていきます。

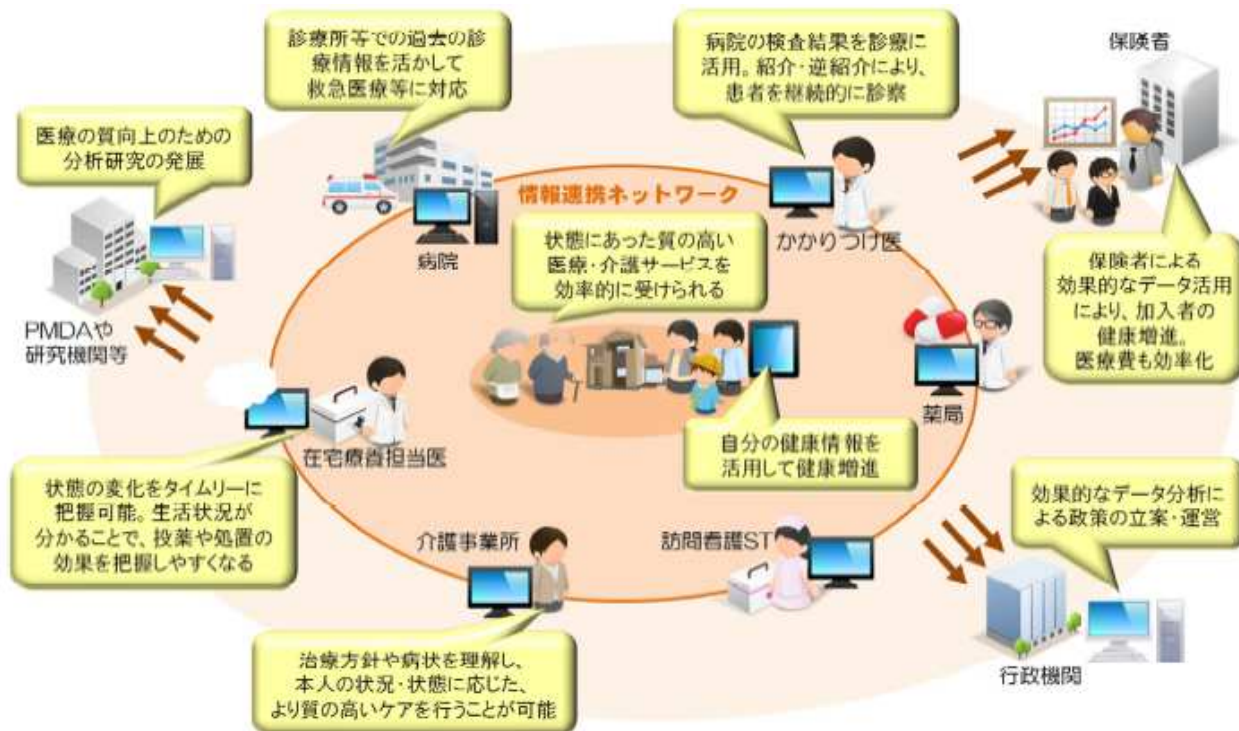
(3) 医療機関等による診療情報の共有化

- 本県は、県内人口に占める高齢者の割合が全国平均を上回る伸び率となっており、高齢化社会に対応した、安全・安心な医療の提供体制や地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっています。
- そこで、県民の医療情報・介護情報を地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係機関で共有する地域医療介護連携ネットワーク（※4）

の構築に向けた取組を進めます。

- 具体的には、各医療機関に分散している当該患者の医療情報をサーバに集約し、医療を提供する医療機関が随時参照できる環境を構築することで、他の医療機関で撮影された画像の参照や、同一の患者に出されている処方情報の共有化を図るとともに、急性期の病院からリハビリ専門の病院に転院する際などの入退院調整の円滑化等を通じて、より安全・安心で効率的・効果的な医療・介護の提供、病床機能の分化・連携を推進します。(図表 2-7-9-2)

図表 2-7-9-2 地域医療介護連携ネットワークのイメージ図



(出典) 厚生労働省「健康・医療・介護分野におけるICT化の推進について」資料より抜粋

(4) PHRの推進

県民の生涯にわたる健康情報を県民自ら一元的に把握・管理し、未病改善の取組に活用いただくマイME-BYOカルテの普及推進等を進めることなどを通じて、医療・健康サービスの向上・効率化を図ります。

ア 普及推進の取組【再掲】

- 県民が、日々の健康管理に「マイME-BYOカルテ」を活用できるよう、市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと連携して、「マイME-BYOカルテ」の普及を推進します。
- 市町村と連携した電子母子手帳の取組などにより、生まれてからの生涯にわたる個人の健康情報を「マイME-BYOカルテ」に記録・蓄積し、県民が自身の健康情報を自ら管理することを推進します。

イ 市町村や企業における活用【再掲】

- 市町村と連携し、ウォーキングなど健康増進に向けた取組への「マイME-BYOカルテ」の活用を推進します。

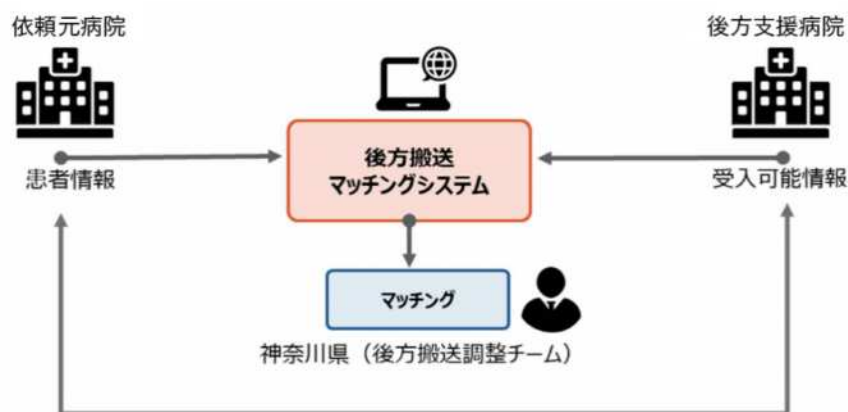
- 企業や団体の従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、「マイME－BYOカルテ」の活用を推進します。
- 「マイME－BYOカルテ」に蓄積された県民の健康情報を、市町村が取り組む健康増進施策や企業の健康経営などの目的で活用できる仕組みを整備します。

(5) その他、医療情報の利活用の環境整備

ア 民間クラウドサービスを活用した取組の推進

- 県では、令和2年3月、新型コロナウイルス関連の情報を一元的に管理・共有するための仕組みとして、民間クラウドサービスを活用し、医療機関、市町村、保健所などと情報を共有し、連携を図ってきました。
- 例えば、新型コロナウイルス感染症が軽快したものの引き続き入院が必要な患者の転院を円滑に進め、同感染症患者に対応する病床を有効に活用していくため、「後方搬送の神奈川モデル」を構築し、「後方搬送マッチングシステム」を稼働させましたが、その情報基盤として、民間クラウドサービスを活用しています。このシステムを活用することにより、依頼元となる医療機関が性別、年齢、転院を希望する市区町村などの患者情報を、受け入れ先となる後方支援病院が受入可能病床数や診療科などを登録し、互いに照合が可能となることで、効率的な転院調整ができるようになりました。(図表2-7-9-3)
- 県では、今後も情報通信技術（ICT）を活用し、業務の効率化や見える化に向けた取組を進めます。

図表2-7-9-3 後方搬送マッチングシステム

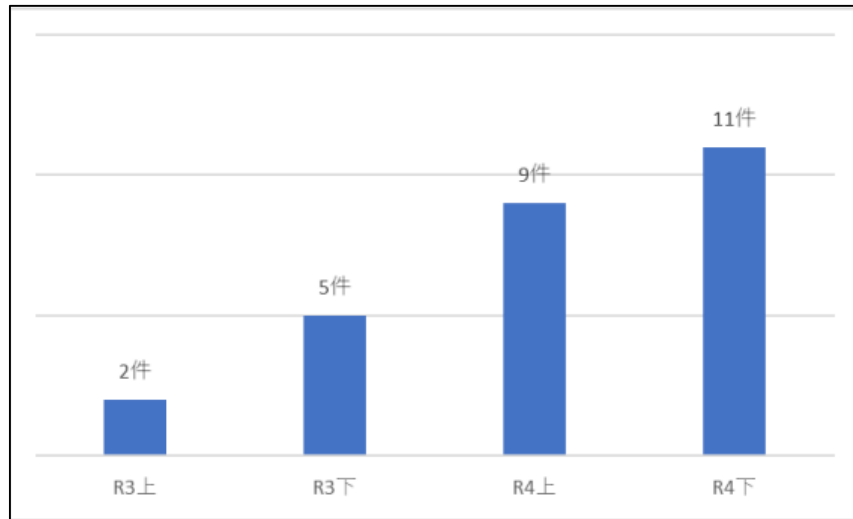


(出典) 県医療危機対策本部室作成資料

イ サイバーセキュリティ対策に向けた取組

- 昨今、医療機関を狙ったサイバー攻撃が増加しています。
警察庁によれば、令和4年の医療・福祉分野におけるランサムウェア（※5）被害の届出件数は20件と前年の7件から2倍以上に増加しています。(図表2-7-9-4)
令和4年10月には、大阪府の医療機関でサイバー攻撃によって電子カルテが使用できなくなり、診療に影響が出るといった被害が生じました。

図表 2-7-9-4 医療・福祉分野におけるランサムウェア被害件数



(出典)警察庁サイバー警察局「サイバー事案の被害の潜在化防止に向けた検討会報告書 2023」

- 厚生労働省では、こうした状況を踏まえ、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の改定を進めるとともに、脆弱性が指摘されている危機・ソフトウェアの確実なアップデートの働きかけ、医療分野におけるサイバーセキュリティに関する情報共有体制の構築に向けた取組など、医療情報システムのサイバーセキュリティの強化を進めています。
- 県においても、サイバー攻撃発生事例や適切な対策方法等について、地域医療構想調整会議等を通じて地域の医療関係者に周知するなど、医療機関におけるセキュリティ対策の強化を進めます。

=====

■用語解説

※1 医療DX (Digital Transformation)

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診療・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生するデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

※2 個人健康情報管理 (PHR : Personal Health Record)

個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組み。

※3 ローカル5G

地域の企業や自治体等の様々な主体が、限定されたエリアでスポット的に柔軟に構築できる5Gシステム（超高速、超低遅延、多数同時接続）。

※4 地域医療介護連携ネットワーク (EHR (Electronic Health Record))

ICTを活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み。

※5 ランサムウェア

感染すると端末等に保存されているデータを暗号化して使用できない状態にした上で、そのデータを復号する対価（金銭や暗号資産）を要求する不正プログラムのこと。

=====

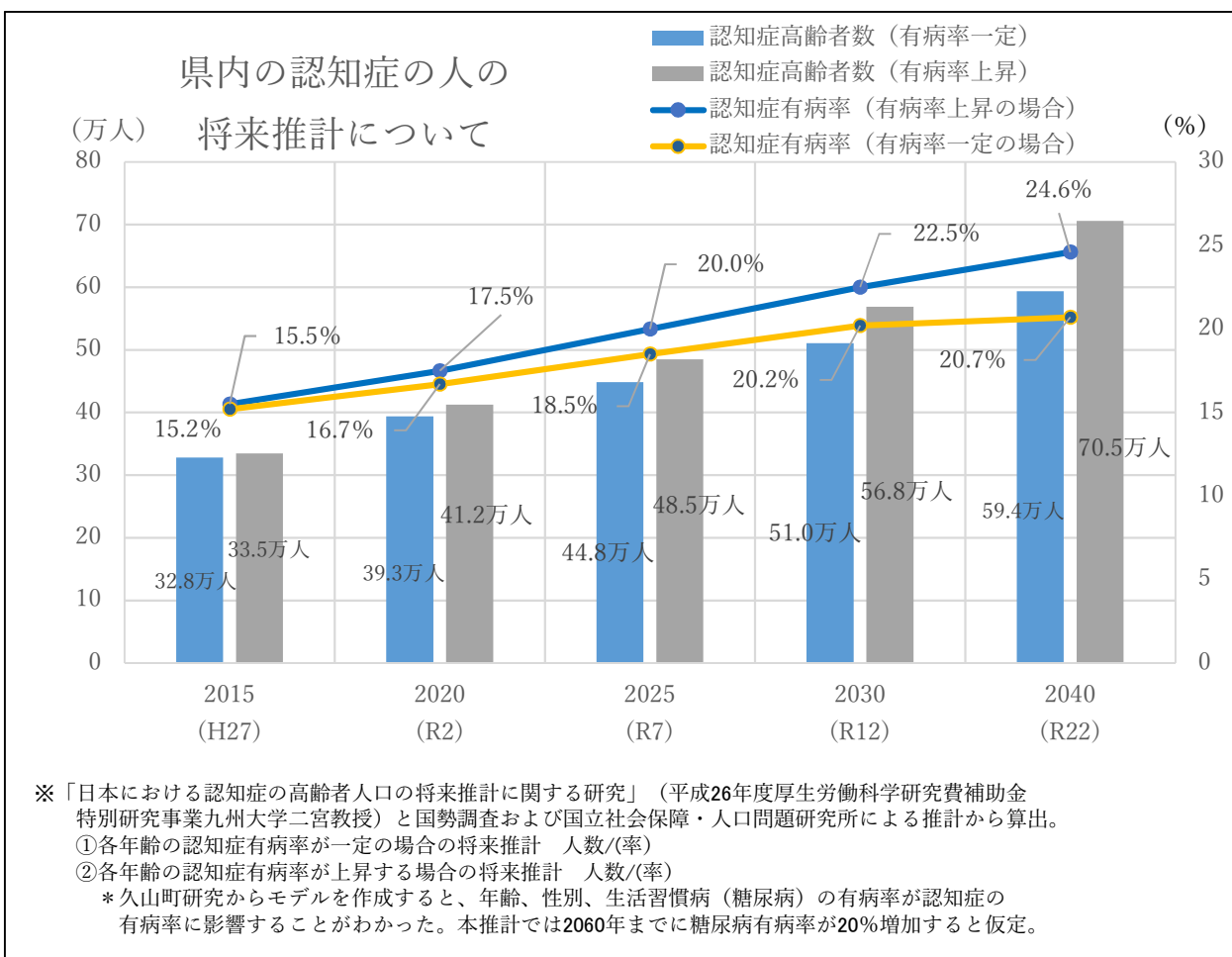
第8章 個別の疾病対策等

第1節 認知症施策

1 現状・課題

【現状】

- ・認知症の人は、2025年には全国で700万人前後となり、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になると見込まれています。その後も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。



【課題】

- ・認知症施策の推進にあたっては、ひとりひとりが当事者目線で認知症について理解し、正しい知識を得ることが重要です。
- ・県では国が令和元（2019）年6月に策定した「認知症施策推進大綱」に基づき、取組を進めてきました。令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、これに基づいた取組が求められています。

（1）認知症とともに生きる社会づくり

- 高齢者の急速な増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれており、誰もが認知症とともに生き、共生社会の実現を推進するために認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることが必要です。

- さらに、認知症の人が早期にその症状に気づき、診断や早期対応を推進するため、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供できる総合的な支援を行うネットワークを、認知症疾患医療センター（※1）や地域包括支援センター、市町村に設置される認知症初期集中支援チーム（※2）、認知症地域支援推進員（※3）を中心に構築する必要があります。
- また、認知症の人が、地域において尊厳を保ちながら希望を持って暮らすことができるよう、相談体制の充実や認知症に対する地域の方々の理解と協力など、地域全体で認知症の人と家族を支援する体制を構築していくことが必要です。
- 65歳未満で発症する若年性認知症については、多くが現役世代で就労や子育てもあり、また、認知症特有の初期症状ではないこともあるため、受診が遅れる傾向があります。経済的な問題など、高齢者の認知症の人とは異なる課題を抱えていることから、認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職なども含めた支援を総合的に講じる必要があります。
- 認知症の人または家族等が孤立することがないように地域で安心して暮らすための、見守り体制の充実などの施策に努めます。

（2）認知症未病対策【再掲】

- 認知症の人は、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、併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。（資料提供：厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「認知症施策の推進について」）
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる認知症未病の改善に取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

認知症とともに生きる社会、共生社会の実現に向けた取組が推進できている

<目標達成に向けた施策の方向性>

- ◆認知症とともに生きる社会づくりの推進
- ◆認知症未病対策の充実

（1）認知症とともに生きる社会づくりの推進

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができ、家族が安心して暮らせる、総合的な認知症施策を推進します。
- 当事者目線で認知症への理解を深めるため、「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）による本人発信支援を充実するとともに、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信等による普及啓発を進めます。
- 個々の認知症の状況に応じ認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。

- 若年性認知症支援コーディネーター（※4）の配置により、経済的問題等を抱える若年性認知症の人の、意欲・能力に応じた就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症介護の経験者等が、認知症の人や家族等からの介護の悩みなど認知症全般に関する相談を電話で行い、相談内容に応じた適切な関係機関へのつなぎを行うコールセンターを設置し、精神面も含めた様々な支援ができるよう、相談体制を充実します。
- 認知症の方やその家族が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症の人を地域で見守る認知症サポーターの活動を支援します。また、ボランティアや支援団体、企業などが連携し、ニーズに応じた支援を推進する「認知症オレンジパートナーネットワーク」を充実させ、市町村における支援の仕組である「チームオレンジ」の構築を支援します。

（2）認知症未病対策の充実

- 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（※5）などの普及・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。

図表 2-8-1-1 認知症の治療を行う医療機関

| | 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 | 合計 |
|------|-----|----------|----------|-----|------------|----------|----------|----|----|-----|
| 病院数 | 41 | 9 | 3 | 12 | 12 | 13 | 11 | 12 | 11 | 124 |
| 診療所数 | 258 | 58 | 57 | 30 | 43 | 50 | 35 | 34 | 29 | 594 |

（出典）かながわ医療情報検索サービス（令和5年7月24日時点）

■用語解説

※1 認知症疾患医療センター

認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

※2 認知症初期集中支援チーム

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

※3 認知症地域支援推進員

医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援を行う。

※4 若年性認知症支援コーディネーター

本人や家族等からの若年性認知症に関する困り事や悩み事等の相談に対して、解決に向けた支援を行うとともに、自立支援に関わる関係者のネットワークの調整を行う。

※5 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。

=====

第2節 健康危機管理対策

1 現状・課題

【現状】

- ・健康危機（※1）が発生した場合は、その事案に応じた管理体制が整備されています。

【課題】

- ・引き続き他自治体及び保健福祉事務所との連携強化や意見交換を実施するなど、より一層の整備の強化に努める必要があります。

(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発生時に対しては、「県保健福祉局健康危機管理指針（※2）」（県指針）に基づいて対応を行います。

(2) 課題

ア 健康危機管理体制の整備及び充実強化

- 県は、健康危機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健康危機発生時に備えて、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（※3）」）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。

イ 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、健康危機管理事案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。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

平時から関係機関や地域住民と連携し、あらゆる健康危機管理事案に対応できる体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆健康危機管理体制の整備及び充実強化
 - ・他の都道府県、警察や医療機関等との連携体制の強化
 - ・関係者間におけるリスクコミュニケーションの充実
- ◆保健福祉事務所における機能強化
 - ・平常時からの健康危機管理の専門的人材の育成
 - ・地域住民とのリスクコミュニケーションの活発化

(1) 健康危機管理体制の整備及び充実強化（県、市町村、医療関係者）

- 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 健康危機

食中毒、毒物劇物、感染症、飲料水、医薬品その他何らかの原因により、生命と健康の安全を脅かす事態。

※2 県保健福祉局健康危機管理指針

健康危機発生時に必要に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）

※3 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。

=====

第3節 感染症対策

1 現状・課題

【現状】

- ・県の感染症対策は、「県感染症予防計画」に基づき、予防、まん延防止、医療体制の確保等を推進しています。
- ・結核の新登録者数は減少傾向にあります。
- ・H I V感染者報告数、エイズ患者報告数は近年減少傾向にあり、性別では男性が9割、感染経路別では同性間性的接触が半数となっています。

【課題】

- ・結核について、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（※1）の発生を防止するために、服薬継続支援が必要です。
- ・エイズについて、中・高・大学生やハイリスク者である男性同性愛者への重点的な予防啓発と、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。

(1) 結核対策

- 結核の新登録患者数は減少傾向にあり、令和4年の県内新登録患者数は702人で、全国の減少率11.1%に対し6.1%と低くなっています。（図表2-8-3-1）
- 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。

図表2-8-3-1 県新登録結核患者数（年次推移）

| 年次 | 新登録患者数（人） | 減少率（%） |
|-------|-----------|--------|
| 平成28年 | 1,192 | 9.1 |
| 平成29年 | 1,143 | 4.1 |
| 平成30年 | 1,024 | 10.4 |
| 令和元年 | 987 | 3.6 |
| 令和2年 | 808 | 18.1 |
| 令和3年 | 748 | 7.4 |
| 令和4年 | 702 | 6.1 |

（出典）県医療危機対策本部室調べ

(2) エイズ対策

- H I V感染者報告数及びエイズ患者報告数の総数は平成25年に過去最多報告数を記録して以降、減少傾向にあります。（図表2-8-3-2）
県の令和4年の新規報告数は、H I V感染者報告数が全国5位、エイズ患者報告数が全国6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9割を占めています。感染経路別では、同性間性的接触が半数となっています。
- 中・高・大学生やハイリスク者である男性同性愛者への重点的な予防啓発と、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。

図表 2-8-3-2 県HIV感染者・AIDS患者新規報告数（年次推移）



(出典) 県医療危機対策本部室調べ

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

結核、エイズに対する予防意識や理解が醸成され、早期発見、早期治療の支援体制が維持できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆県民や医療従事者に対する普及啓発

◆学校や施設が行う結核に係る定期的健康診断実施の促進と患者の接触者に対する検査の強化

◆エイズの予防啓発や検査体制の維持

(1) 結核対策

- 県は、県民や医療従事者に対する普及啓発や、学校や施設が行う結核に係る定期的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検査を強化することで、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。
- 県は、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。

(2) エイズ対策

- 県は、教育機関等と連携し、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。
- ハイリスク者である男性同性愛者が気軽に検査を受けられる体制として、対象者を男性同性愛者に限定した匿名での検査を実施するほか、誰でも匿名で受けることができる検査を実施します。

■用語解説

※1 多剤耐性結核

最も強力な第一選択薬であるイソニアジドとリファンピシンに耐性を示す結核の病態。

第4節 肝炎対策

1 現状・課題

【現状】

- ・わが国の肝炎ウイルス持続感染者は、B型ウイルス性肝炎（※1）が110万人～120万人、C型ウイルス性肝炎（※2）が90万人～130万人存在すると推定されており、長期間の経過後に肝がん等を引き起こす危険性が指摘されています。
- ・肝炎は、自覚症状がほとんどないことから、気が付くと重症化していたという事例が多く、感染者を早期に発見し、適切な治療を行う必要がありますが、肝炎ウイルス検査の件数は推計感染者数に比して少なく、その内容が広く県民に理解されているとは言いがたい状況です。

肝炎ウイルス持続感染者数（2015年の推計）

| | 全 国 | 神奈川県(注) |
|----------|-----------|---------|
| B型肝炎ウイルス | 110～120万人 | 7～8万人 |
| C型肝炎ウイルス | 90～130万人 | 6～9万人 |

（注）神奈川県の感染者数は全国推計値に
神奈川県人口比率7%を乗じて算出

- ・県では、平成25年3月に「神奈川県肝炎対策推進計画」を策定し、医療や検査体制の充実や、普及啓発活動の実施等、総合的な肝炎対策に取り組んでいます。県推進計画は、国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」の改正などを踏まえ、2度改定しています。現行の令和5年3月改定（計画期間：令和5年度～令和9年度）計画により、さらに取組を進めていきます。

【課題】

- ・ウイルス性肝炎に関する正しい知識をすべての県民が持つことができるよう、普及啓発に取り組むことが必要です。
- ・すべての県民が少なくとも1回は肝炎ウイルス検査を受けるよう体制整備や受検勧奨を強化するとともに、陽性と分かった方が自ら行動することができるよう促す仕組みづくりが必要です。
- ・肝炎医療の水準を高めるための取組を行うとともに、県民一人ひとりが肝炎患者等の人権を尊重し、肝炎患者等が安心して暮らせる環境づくりが必要です。

（1）肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発

- 県及び市町村では、肝炎に対する正しい知識の普及啓発や感染予防の注意喚起を行っていますが、肝炎ウイルスの感染経路等についての知識や、肝炎ウイルス検査を受検する必要性の認識は、県民に十分浸透しているとはいえず、さらなる広報活動の充実に努める必要があります。

（2）肝炎ウイルス検査の受検の促進

- 県及び市町村では受検勧奨に努めていますが、受検率は依然として高いとはいえないため、市町村と連携しながら取組を進めていく必要があります。また、職域における受検勧奨を強化する必要があります。

（3）肝炎医療を提供する体制の確保

- 県では、肝疾患診療連携拠点病院（※3）（以下、「肝疾患医療センター」という。）と肝臓専門医療機関を指定し、かかりつけ医と連携することで、適切な肝炎医療を受けることができる体制を整備しています。
- 肝炎ウイルス陽性者を適切に医療につなげるための体制の構築が必要です。

(4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成

- 治療薬の進捗は目覚ましく、日本肝臓学会の治療ガイドラインも改定が頻回になされていることから、継続して県内の肝臓専門医療機関をはじめとする医療機関の医療従事者のレベルアップを図る必要があります。
- 地域や職域、医療機関において、ウイルス検査の受検促進や専門医療機関への受診勧奨、正しい知識の啓発を担う肝疾患コーディネーターの更なる育成を進めるとともに、配置の均てん化や活動しやすくなるよう環境整備等の支援が必要です。

(5) 肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

- 県では、県内5か所の肝疾患医療センターに相談窓口を設置しており、また、地域や職域で肝炎患者等及びその家族等への情報提供等の支援を行う肝疾患コーディネーターの養成等を行っています。
- 抗ウイルス療法による医療費負担は大きいため、県では、肝炎治療医療費の助成や肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の助成を行っています。
- 相談先の認知度向上や医療費助成制度のより一層の周知が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

正しい知識で肝臓を守り、いのちをつなぐ・ささえる神奈川づくり

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発
- ◆肝炎ウイルス検査の受検の促進
- ◆肝炎医療を提供する体制の確保
- ◆肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成
- ◆肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

(1) 肝炎の予防及び正しい知識の普及啓発

- 県及び、政令指定都市、中核市、保健所設置市（以下、「保健所設置市等」という。）は、全ての県民を対象に、肝炎の予防、病態及び治療に係る正しい理解が進むよう、メディア等を活用した広報や、医療機関等に対して標準的な感染予防策の重要性についての周知を行います。
また、肝炎患者等に対する偏見や差別の防止に向け普及啓発を行います。
- 市町村は、引き続き、B型肝炎ワクチンの定期接種を着実に実施し、県は、C型肝炎患者のインターフェロンフリー治療（※4）等を推進します。

(2) 肝炎ウイルス検査の受検の促進

- 県及び市町村は、すべての県民が少なくとも1回は肝炎ウイルス検査を受検するよう、普及啓発を強化します。
- 県は、健診機関と連携した啓発を引き続き実施します。
- 県及び保健所設置市等は、職域における肝炎ウイルス検査の受検の促進を図るため、事業主等関係者に対して検査実施や受検を働きかけます。

(3) 肝炎医療を提供する体制の確保

- 県は、本県の状況に応じた望ましい肝疾患診療ネットワークのあり方について引き続き検討を行うなど、肝疾患診療ネットワークの充実強化を図ります。
- 県及び市町村は、互いに連携して、肝炎ウイルス検査陽性者に対して、受診を勧奨し、適切な治療につなげることのできるフォローアップ体制を充実します。

(4) 肝炎医療や肝炎対策に携わる人材の育成

- 県及び肝疾患医療センターは、医療従事者向けの研修会を開催するなど、肝炎対策に従事する者のスキルアップに引き続き取り組みます。
- 県及び肝疾患医療センターは、肝疾患コーディネーターの養成に引き続き取り組むとともに、コーディネーターを県内全市町村に配置し、コーディネーター間の情報共有や連携がしやすい環境の整備などに取り組みます。

(5) 肝炎患者及びその家族等に対する支援の強化及び充実

- 県及び肝疾患医療センターは、肝疾患医療センターにおける相談事業について、引き続き適切に実施するとともに、周知を強化します。また、身近な相談先としての肝疾患コーディネーターを周知するとともに、肝疾患コーディネーターによる相談窓口の案内が適切かつ効果的に行われるよう支援します。
- 県は、肝炎治療医療費助成制度等の更なる周知を図ります。

=====
■用語解説

※1 B型ウイルス性肝炎

B型肝炎はB型肝炎ウイルスが血液・体液を介して感染することで起きる。B型肝炎ウイルスの感染経路は、垂直感染（出生時の母子感染）と水平感染（傷のある皮膚への血液・体液の付着、不衛生な器具によるピアスの穴あけや入れ墨の施術、無防備な性交渉等）がある。日常生活（会話、握手、一緒に食事をする等）において感染することはなく、空気感染もない。また、B型肝炎ウイルスはワクチンの接種によって感染を予防することができる。2016年4月1日以降に生まれたすべての0歳児にはワクチンの定期接種が行われている。

※2 C型ウイルス性肝炎

C型肝炎はC型肝炎ウイルスに感染することで起きます。C型肝炎ウイルスは、感染者の血液を介して感染するため、不衛生な器具によるピアスの穴あけや入れ墨の施術等で感染する可能性がある。日常生活（会話、握手、一緒に食事をする等）において感染することはなく、空気感染もない。現在は経口薬（直接作用型抗ウイルス剤）による抗ウイルス療法の治療効果が上がり、高い確率でC型肝炎ウイルスを排除することができる。ウイルスが排除されれば肝がんが発生する頻度は低下しますが、肝がん発生の可能性はゼロではないため、継続して定期的な検査を受ける必要がある。

※3 肝疾患診療連携拠点病院

県の中で肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす医療機関であり、地域の肝炎対策を担うものとして、専門医療機関やかかりつけ医との連携を行うとともに、肝疾患相談支援センターを設置し、肝炎患者等への支援を行う。

※4 インターフェロンフリー治療

インターフェロン製剤を用いない、経口薬のみの治療。C型肝炎ウイルスに対する抗ウイルス治療で行われる。インターフェロン治療に比べて副作用が少なく、近年治療効果が高くなっている。

第5節 アレルギー疾患対策

1 現状・課題

【現状】

- ・アレルギー疾患はその原因や症状が様々であり、中には急激な症状の悪化を繰り返すものや、重症化により死に至るものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼしています。
- ・国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患があると言われており、一部の疾患で減少が見られるものの、食物アレルギー等は増加傾向にあります。
- ・県では、平成27年に施行された「アレルギー疾患対策基本法」及び国が策定した「アレルギー疾患対策基本指針(令和4年3月改正)」に即し、「県アレルギー疾患対策推進計画(令和5年3月改定)」を策定し、総合的なアレルギー疾患対策の推進を図っています。

【課題】

- ・近年の医療の進歩に伴い、科学的知見に基づく適切な医療を受けることにより、症状のコントロールがおおむね可能となってきたものの、すべての患者がその恩恵を受けているわけではないという現状も指摘されており、診療・管理ガイドラインに即した医療のさらなる普及が望まれます。
- ・県民が医学的知見に基づく適切な情報を入手でき、患者が疾患の症状に応じた適切な自己管理を行えるとともに、その家族や関係者が適切な支援を行えるよう、正しい情報を入手しやすい体制を整備していくことも必要です。

(1) アレルギー疾患の発症・重症化の予防や症状の軽減

- インターネット等には、アレルギー疾患に関する膨大な情報があふれています。そのような中で、患者やその家族、支援する関係機関等がアレルギー疾患の正しい知識を入手できるよう、情報の提供や普及啓発を行うことが必要です。
- アレルギー疾患の発症や重症化を予防し、症状を軽減するためには、アレルギーの原因となるアレルギー物質であるアレルゲンに曝露しないようにすることが有効と言われています。そのためにも、自然環境や居住環境など、患者を取り巻く環境の改善を図ることが必要です。
- アレルギーの悪化要因を取り除くためには、規則正しい生活を送ることや受動喫煙を防ぐことなど、生活スタイルの改善を図ることが必要です。

(2) アレルギー疾患医療の適切な医療を受けられる体制の整備

- 医療の進歩に伴い、適切な治療を受けることで、症状のコントロールがおおむね可能となっていますが、すべての患者が住む地域や年代に関わらず、等しく適切な治療を受けるためには、医療提供体制を整備していく必要があります。
- 患者やその家族が、住む地域や年代に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療を受けられるためには、身近にアレルギー疾患の専門的な知識と技能を有する医療関係者が必要です。そのためにも、医療関係者が知識・技能の向上に向けて、最新の科学的知見に基づく医療情報や研修等の情報を、入手しやすい方法で提供していくことが必要です。

(3) アレルギー疾患患者等を支援する環境づくり

- 患者に対する支援は、正しい知識に基づき適切に行われることが肝要です。そのた

めにも、患者に関わる保健福祉関係者や学校、保育所等の施設の職員等に対し、アレルギー疾患の必要な知識、発症予防、緊急時の対応に関する知識の習得を図る研修の受講機会の確保が必要です。

- 患者が、職場や学校等でアナフィラキシーショック（※1）を引き起こした際の緊急対応ができるよう、患者やその家族、職場や学校等と、医療機関や消防機関等との連携協力体制が必要です。
- 災害時に患者やその家族が適切な対応を行うことができるよう、日頃からの備えの周知や、避難所の運営者等が適切な支援を行えるよう、情報提供や、アナフィラキシー等の重症化を予防するための周知が必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

患者が疾患の症状に応じた適切な自己管理を行えるとともに、その家族や関係者が適切な支援を行えるよう、医学的知見に基づく適切な情報を入手しやすい体制を整備する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆発症・重症化の予防や症状の軽減のための取組の推進
- ◆適切な医療を受けられる体制の整備
- ◆アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

(1) 発症・重症化の予防や症状の軽減のための取組の推進

- 県は、医療機関・医療関係者と連携して、アレルギー疾患に関する正しい知識、医療機関の情報等について、患者やその家族、支援者等にホームページや研修会等の様々な機会を通じて情報提供や普及啓発に取り組みます。
- 県は、アレルギー疾患の発症・重症化予防や症状の軽減を図るため、大気中や室内環境におけるアレルゲンや増悪因子の軽減や回避のための対策に取り組みます。
- 県は、アレルギー疾患の悪化要因の軽減を図るため、喫煙の防止や乳幼児へのスキンケアの実施等、生活スタイルの改善に関する周知や普及啓発に取り組みます。

(2) 適切な医療を受けられる体制の整備

- 県は、県アレルギー疾患対策推進協議会を通じて地域の実情を把握し、医療機関・医療関係者と連携して、アレルギー疾患患者が居住する地域や年代に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療を受けることができるよう体制を整備していきます。
- 県は、患者が居住する地域や年代に関わらず、等しくそのアレルギーの状態に応じて適切な医療を受けることができるよう、医療関係者の知識・技術の向上に向けての研修実施を支援するとともに、最新の科学的知見に基づく医療情報や研修等の情報を入手しやすい方法で提供します。

(3) アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

- 県は、医療機関・医療関係者と連携して、保健福祉関係者、学校、保育所等の施設の職員など、アレルギー疾患患者に関わる者に対して、アレルギー疾患の必要な知識、発症予防、乳幼児に係る保健指導、緊急時の対応に関する知識の習得を図る研修を実施し、関係者の資質向上に取り組みます。

- 県は、患者やその家族、患者に関わる者等に対し、適切な相談窓口の案内をします。
- 県は、災害時の患者の自己管理や避難所等での対応について情報提供を行います。

=====
■用語解説

※1 アナフィラキシーショック

食物、薬物、ハチの毒等が原因で起こるアレルギー反応により、皮膚、呼吸器、消化器等複数の臓器に同時又は急激に症状が現われることをアナフィラキシーと呼ぶ。アナフィラキシーに血圧の低下や意識の低下がある場合を、アナフィラキシーショックといい、生命の危機に関わるため、直ちに適切な対応、治療が必要となる。

第6節 血液確保対策と適正使用対策

1 現状・課題

【現状】

- ・輸血用血液製剤や血漿分画製剤などの血液製剤は、献血により得られる血液を原料としていることから、血液製剤を安定的に供給するためには、血液を十分に確保することが求められています。
- ・一人あたりの献血量の増加などにより、以前と比べて少ない人数で必要な献血量を確保できていますが、今後、高齢化の進展に伴う年齢構成の変化や人口減少により、献血可能人口の減少が見込まれます。

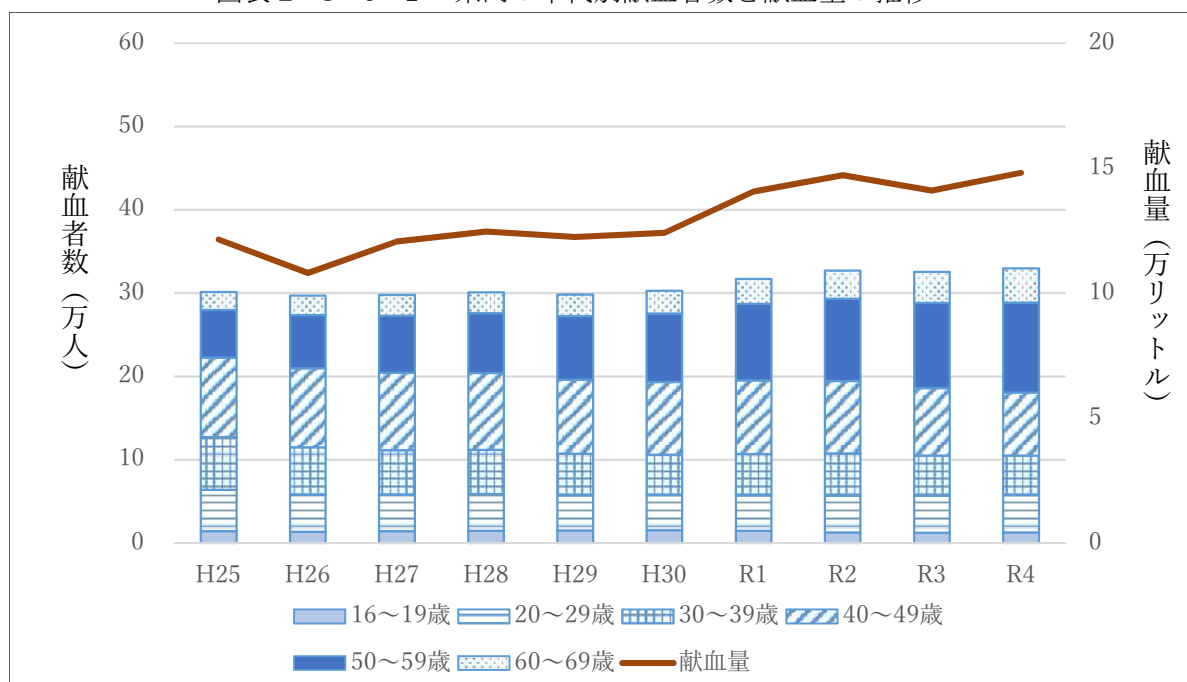
【課題】

- ・10歳代～30歳代は、献血者数及び全献血者数に占める割合がともに減少しています。
- ・血液製剤の適正使用については、最新の知見に基づいて検討していく必要があります。

(1) 血液確保対策

- 輸血用血液製剤や血漿分画製剤などの血液製剤は、献血により得られる血液を原料としているため、医療機関に安定的に血液製剤を供給するためには、血液を十分に確保する必要があります。
- 県では、国が定める献血推進計画に基づき、献血の受入れが円滑に実施されるよう、県、市町村及び県赤十字血液センター等が取り組むべき献血推進施策を、毎年度、神奈川県献血推進計画として定め、必要な献血量を確保しています。
- 厚生労働省「令和4年度薬事・食品衛生審議会調査会資料」によれば、近年、一人あたりの献血量の増加などにより、以前と比べて少ない人数で必要な献血量を確保することができています。
- 一方で、10代から30代の献血者数は、この10年で約2割減少しており、全献血者に占める若い世代の割合は減少しています。(図表2-8-6-1)

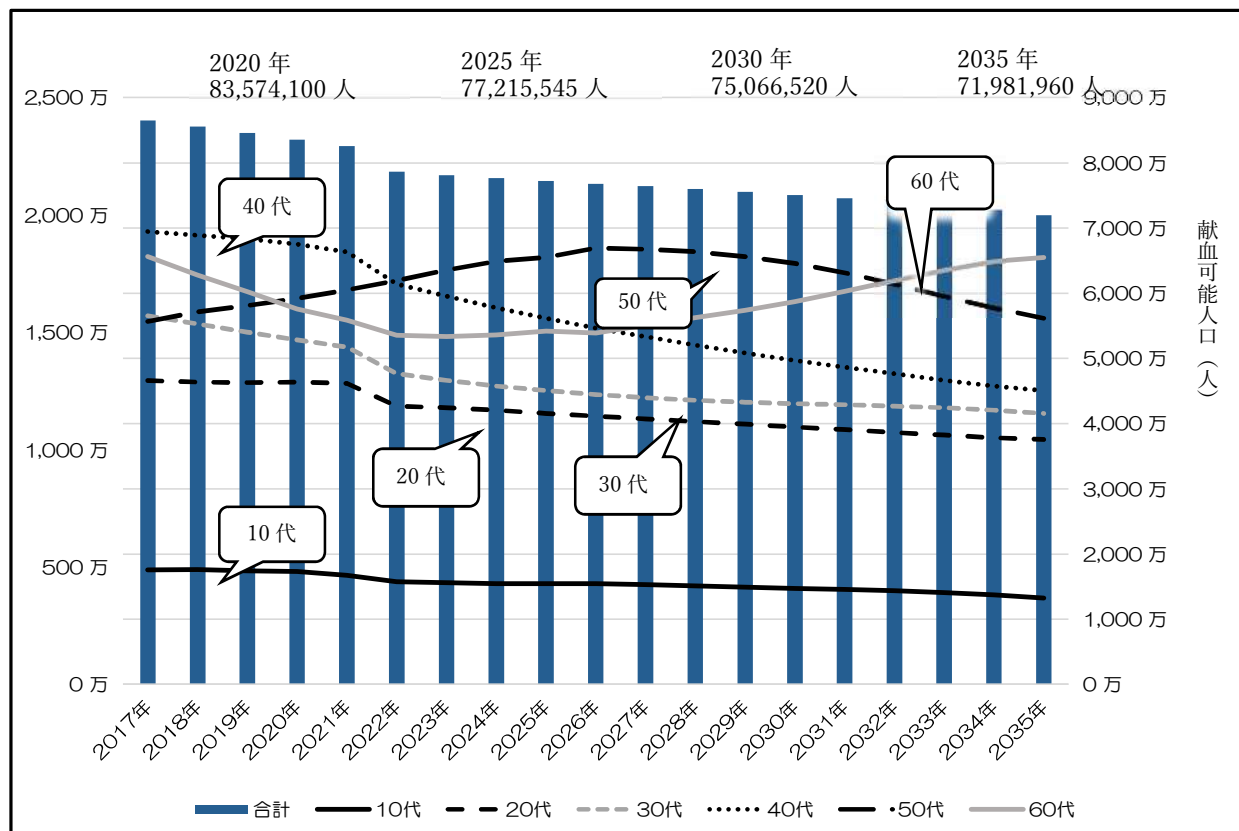
図表2-8-6-1 県内の年代別献血者数と献血量の推移



(出典) 神奈川県赤十字血液センター資料より県薬務課作成

- さらに、国検討会（厚生労働省令和4年度薬事・食品衛生審議会調査会）における資料によると、全国における今後の献血可能人口の予測については、令和2（2020）年の約8,357万人から、15年後の2035年には、約7,198万人と、約13.9%減少すると予測されています。（図表2-8-6-2）

図表2-8-6-2 献血可能人口の推移（推計）（全国）



（出典）総務省統計局「令和2年国勢調査 人口等基本集計」（主な内容：男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態、母子・父子世帯、国籍など）

- そのため、将来にわたり安定的に血液を確保するためには、若年層を中心とした幅広い世代の献血に対する理解と協力が不可欠になっています。

（2）血液製剤の適正使用対策

- 近年、血液製剤の安全性は格段に向上してきましたが、免疫性、感染性輸血副作用や合併症が生じるリスクは完全に排除できないことから、より適正な使用を推進する必要があります。
- 血液製剤の適正使用を推進するため、医療機関や採血事業者等の関係者が参加して、血液製剤の適正使用を推進する上での課題の認識や手法の検討、実施等の取組を行う神奈川県合同輸血療法委員会（※1）を設置しています。
- 血液製剤の適正使用にかかる様々な取組は、常に最新の知見に基づき検討していく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

安定的に必要な量の血液を確保し、安全な血液製剤を必要とされる人に供給できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆血液確保対策

・関係機関との連携による献血者の確保及び若年層への普及啓発

◆血液製剤の適正使用対策

・血液製剤の使用状況や課題等の共有による適正使用の推進

(1) 血液確保対策

- 県は、県赤十字血液センター及び市町村と緊密な連携を図り、企業・団体における集団献血を推進し、献血者の確保に取り組みます。
- 県、市町村及び県赤十字血液センターは、広く県民が献血の意義を理解し、献血行動につなげるよう、効果的な普及啓発を促進します。
- 特に、若年層への普及啓発の強化として、献血 Web 会員サービス「ラブラッド」(※2) の活用を促すなど、献血を体験した方に、長期にわたり複数回献血に協力してもらえるような普及啓発を実施します。

(2) 血液製剤の適正使用対策

- 血液製剤の適正使用を進めるため、神奈川県合同輸血療法委員会(※1)において、血液製剤の使用状況や輸血療法にかかる最新事例や課題等を共有するなどして、血液製剤の適正使用を推進していきます。

=====
■用語解説

※1 神奈川県合同輸血療法委員会

血液製剤の適正使用を推進することを目的に、各医療機関の輸血療法委員会の委員長や輸血責任医師、輸血業務担当者等を構成員として設置。

※2 献血 Web 会員サービス「ラブラッド」

日本赤十字社が運営している Web 会員サービスで、会員登録を行った献血者は、献血の予約、事前問診回答、血液検査（献血記録）の確認などを行うことができる。

=====

第7節 臓器移植・骨髄等移植対策

1 現状・課題

【現状】

- ・国内で臓器提供を待っている人は約 16,000 人である一方、移植を受けられる人は、年間約 400 人で約 3%という状況です。
- ・国内で角膜提供を待っている人は約 1,900 名である一方、提供者数は年間約 600 人という状況です。
- ・令和5年4月現在、全国の骨髄ドナー登録者数は 545,422 人であり、患者登録後、最初の適合検索で一人以上のHLA適合ドナー（※1）が見つかる確率は 95.8%となっています。

【課題】

- ・各移植待機者が多く、提供数の拡大が必要です。
- ・造血幹細胞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 2.8 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。

(1) 臓器移植

ア 臓器移植に係る県の取組

- 「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。

イ 提供数拡大の必要

- 普及啓発については、運転免許証や保険証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を進めているものの、国内で臓器提供を待っている人は、公益社団法人日本臓器移植ネットワークによると、約 16,000 人である一方、移植を受けられる人は、年間約 400 人で約 3%という状況であり、提供数の拡大が必要です。

(2) 角膜移植

ア 角膜移植に係る県の取組

- 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。

イ 提供数拡大の必要

- 厚生労働省「臓器移植の実施状況等に関する報告書（令和5年6月8日）」によると、令和5年3月時点で、全国で移植を待機している患者は約 1,900 名である一方、提供者数は年間約 600 人という状況であり、提供数の拡大が必要です。

(3) 造血幹細胞移植

ア 造血幹細胞移植に係る県の取組

- 令和5年4月現在、全国の骨髄ドナー登録者数は 545,422 人であり、患者登録後、最初の適合検索で一人以上のHLA適合ドナーが見つかる確率は 95.8%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、常設の登録窓口の他に、県や日本骨髄バンク、日本赤十字社等が連携し、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。

イ 提供数拡大の必要

- 令和5年4月末で骨髄移植を希望されている患者が全国で1,723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。
- 骨髄移植のドナーには54歳までという年齢制限があり、毎年約2.8万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。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

臓器・角膜・造血幹細胞移植を必要とする人に、提供できる環境が整備されている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆臓器移植

- ・県民への普及啓発や、移植を行う医療機関の体制整備
- ・院内コーディネーターの養成による移植調整の円滑化

◆角膜移植

- ・普及啓発による角膜提供に関する意思表示の理解・促進

◆造血幹細胞移植

- ・ドナー登録者数の増加及び若年層に対する普及啓発

(1) 臓器移植

- 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

- 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

- 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、ドナー登録会を適宜実施し、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

※1 HLA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、HLA型といわれるこの型は、ヒト白血球抗原 (Human Leukocyte Antigen) の略で、その組合せには数万通りがある。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HLAが適合することが必要。

=====

第3部 地域医療構想

- 地域の医療提供体制の将来あるべき姿を示す「地域医療構想」について、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」が制定され、同法により改正された医療法（昭和23年法律第205号）の規定により、都道府県に策定が義務付けられました。
- 県では、平成28年10月に2025年までを対象期間とする「神奈川県地域医療構想」を策定しました。
- 現行の構想の対象期間は2025年までとなっていますが、国は、「2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある」として、スケジュールを示しています。
- 今後、国が行う新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討の結果を踏まえて、本県でも2025年に新たな地域医療構想を策定する予定です。

【基本的事項】

- 地域医療構想は、高齢化の進展に伴い、医療ニーズが増大する中において、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ことを目的として、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すものです。

＜策定根拠＞

医療法第30条の4第2項第7号及び第8号

＜記載事項＞

- 1 構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された以下の数値
 - ア 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
 - イ 将来の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量
- 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項

【地域医療構想の基本方針】

- 神奈川県地域医療構想では、県全体や県内の9つの地域における2025年に向けた取組の方向性を示しています。県や各地域では、地域の病院・診療所関係者や医療保険者などと話し合いながら、それぞれの地域で必要な病床機能の確保、在宅医療の充実、医療従事者の確保に向けた取組などを推進します。また、未病を改善する取組など、健康寿命を延ばす取組とも連携し、医療・介護ニーズの伸びの抑制を図ります。

＜施策の方向性＞

- 1 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制構築に向けた取組
- 2 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る取組
- 3 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に向けた取組

＜神奈川の将来のめざすすがた＞

誰もが元気でいきいきとくらしながら、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をめざします。

＜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）を設定しており、各地域の特性、課題等に応じた施策を進めています。

【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

なお、横浜市では「よこはま保健医療プラン」、川崎市では「かわさき保健医療プラン」、相模原市では「相模原市保健医療計画」を独自に作成し、詳細を記載していますので、参照してください。

図表 3-1 令和 7 年（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 |

（出典）県医療課「神奈川県地域医療構想」

※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）をすべ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。

図表 3-2 令和 7 年（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 |
| （再掲）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 |

（出典）県医療課「神奈川県地域医療構想」

第4部 計画の推進

第1章 計画の推進体制等

第1節 計画策定の検討経緯

- 医療法では、医療計画の作成に当たっては、診療又は調剤に関する学識経験者の団体や県医療審議会、市町村及び県保険者協議会の意見を聴かなければならないとされています。
- 第8次計画の策定に当たり、医療を提供する立場の者、医療を受ける立場の者、学識経験者、県保険者協議会などの関係者からなる「県保健医療計画推進会議」を中心に検討を進めました。

| 年 | 月 日 | 会議名 |
|------|---------|-------------------|
| 令和5年 | 5月30日 | 第1回県保健医療計画推進会議 |
| | 7月28日 | 第2回県保健医療計画推進会議 |
| | 7～8月 | 地域医療構想調整会議（県内8地域） |
| | 10月3日 | 第3回県保健医療計画推進会議 |
| | 10月 | 地域医療構想調整会議（県内8地域） |
| | 10月20日 | 第1回県医療審議会 |
| | 11月6日 | 第4回県保健医療計画推進会議 |
| | 12月4日 | 第5回県保健医療計画推進会議 |
| | 12月20日～ | パブリック・コメント（意見募集） |
| 令和6年 | 1月19日 | |
| | 1～2月 | 地域医療構想調整会議（県内8地域） |
| | 2月21日 | 第6回県保健医療計画推進会議 |
| | 3月21日 | 第2回県医療審議会 |

【県保健医療計画推進会議】

〔所掌事項〕

- ・保健医療計画の再検討
- ・保健医療計画達成の推進
- ・その他計画の再検討及び推進に必要な事項

〔構成員〕

- ・医療を提供する立場にある者
- ・医療を受ける立場にある者
- ・学識経験者
- ・医療保険者
- ・保健医療行政に携わる者

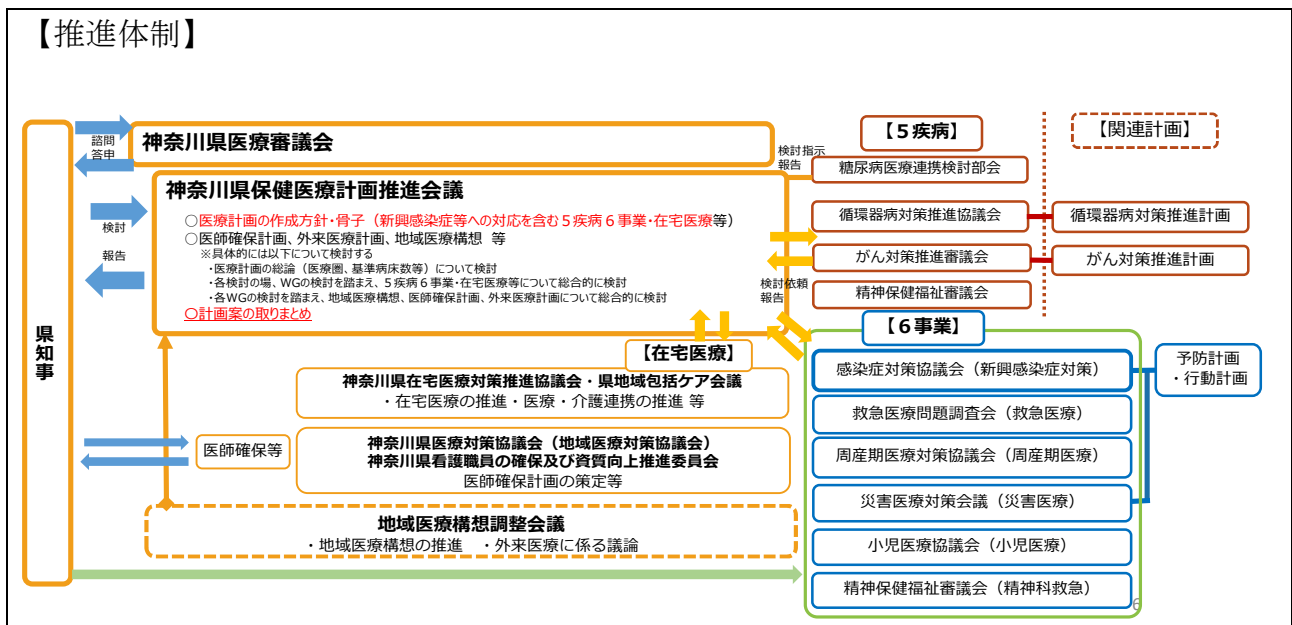
第2節 計画の推進体制

1 全県の推進体制

- 県では、医療を提供する立場の者、医療を受ける立場の者、学識経験者、医療保険者などの関係者からなる「県保健医療計画推進会議」を設けており、引き続き、同会議により計画の円滑な推進を図ります。
- また、医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため「県医療審議会」を、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保に関する事項等を協議するため「県医療対策協議会」を設けています。
- 今後も、県保健医療計画推進会議を中心として、個別課題については各分野の協議会、部会等を活用しながら、計画の円滑な推進に努めます。

2 各地域の推進体制

- 各二次保健医療圏については、政令指定都市を除く圏域では、各地区保健医療福祉推進会議等により、保健福祉事務所等が中心となって地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」に基づく施策を推進します。
- 各政令指定都市においても、地域医療構想調整会議等を通じて、地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」及び各市の計画に基づく施策を推進します。

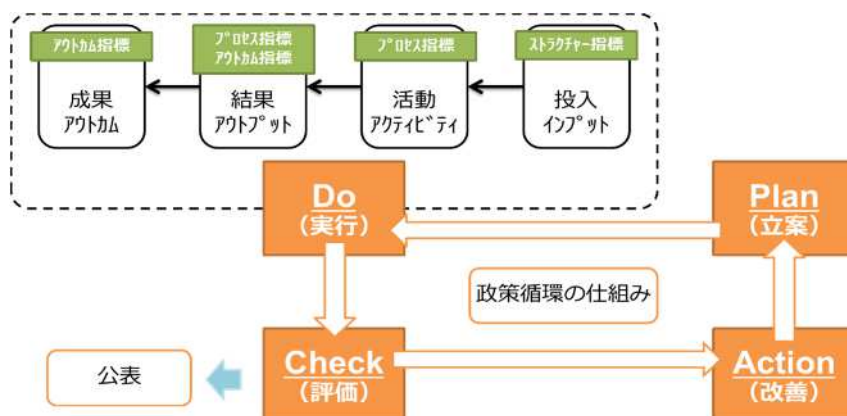


第3節 計画の進行管理

- 6事業・5疾病及び在宅医療の医療体制を構築するにあたっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などで施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要です。
- 施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、PDCAサイクルを通じた見直しを含めた改善を行います。
- 評価にあたっては、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものであるロジックモデルを導入し、PDCAの管理を行います。
- 医療体制の構築にあたっては、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要があるため、指標をストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類し、活用することが有効とされています。

- ・ストラクチャー指標（S）
医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標
- ・プロセス指標（P）
実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ・アウトカム指標（O）
住民の健康状態や患者の状態を測る指標

- 保健医療計画の進捗状況については、設定した数値目標の達成度等について、ロジックモデルも用いながら、県が定期的に把握します。
- 計画の評価にあたっては、県保健医療計画推進会議、あるいは個別分野に関して設置されている協議会等の意見を聴きながら評価を行い、必要に応じて見直しを行うなどにより、計画を推進していきます。また、評価結果については、県ホームページにより公表します。
- なお、在宅医療その他必要な事項については、医療法の規定に基づき、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更します（第30条の6）。



第5部 別冊

第1章 人口、医療資源等

- [資料1] 人口と人口増加率の推移
- [資料2] 年齢3区分別の人口割合と性比割合の推移
- [資料3] 二次保健医療圏別・年齢3区分別の人口割合の推移
- [資料4] 人口動態の推移
- [資料5] 死因別・死亡数と死亡割合
- [資料6] 受療率（人口10万人対）の推移
- [資料7] 診療所の施設数、病床数の推移
- [資料8] 二次保健医療圏別病院施設数の推移
- [資料9] 二次保健医療圏別病院病床数の推移
- [資料10] 開設者別病院施設数の推移
- [資料11] 都道府県別人口10万人対病院数・一般診療所数・歯科診療所数・病床数
- [資料12] 病院の病床種類別病床利用率の推移
- [資料13] 病院の病床種類別平均在院日数の推移
- [資料14] 病院の病床種類別1日平均在院患者数の推移
- [資料15] 薬局の推移
- [資料16] 医師・歯科医師・薬剤師数の推移
- [資料17] 診療従事医師・歯科医師・薬剤師数の推移
- [資料18] 病院の就業保健師・助産師・看護師・准看護師数の推移
- [資料19] 病院・診療所の従事理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、衛生検査技師数の推移
- [資料20] 保健福祉事務所（保健所）
- [資料21] 市町村保健センター
- [資料22] 休日（夜間）急患診療所（医科）
- [資料23] 休日（夜間）急患診療所（歯科）
- [資料24] 院外処方せん枚数、処方せん受取率の推移
- [資料25] 小児科を標榜する医療機関数の推移
- [資料26] 精神科救急の通報件数等件数及び精神保健診察件数の推移
- [資料27] 医療法・医療法施行規則
- [資料28] 神奈川県保健医療計画推進会議委員名簿

第2章 周産期医療における現状と連携体制

第1章 人口、医療資源等

[資料1] 人口と人口増加率の推移

| 区分 | | 年 | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|
| | | 1975 昭和50年 | 1980 昭和55年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 | |
| 神奈川 県 | 横浜 ※2 | 横浜北部 | 2,621,771 (17.1) | 2,773,674 (5.8) | 2,992,926 (7.9) | 1,188,047 (9.5) | 1,250,957 (5.3) | 1,342,427 (7.3) | 1,442,557 (7.5) | 1,518,277 (5.2) | 1,570,303 -3.4 | 3,777,491 (1.4) |
| | | 横浜西部 | | | | 1,006,632 (-4.4)*1 | 1,028,593 (2.2) | 1,052,899 (2.4) | 1,080,260 (2.6) | 1,109,522 (2.7) | 1,105,037 (-0.4) | |
| | | 横浜南部 | | | | 1,025,652 (19.9)*1 | 1,027,586 (0.2) | 1,031,325 (0.4) | 1,056,811 (2.5) | 1,060,974 (0.4) | 1,049,504 (-1.1) | |
| | 川崎北部 | 1,014,951 (4.3) | 1,040,802 (2.5) | 1,088,624 (4.6) | 1,173,603 (7.8) | 676,963 (5.2) | 721,027 (6.5) | 768,177 (6.5) | 820,047 (6.8) | 843,416 (2.8) | 870,495 (3.2) | |
| | 川崎南部 | | | | 525,857 (-0.8) | 528,878 (0.6) | 558,834 (5.7) | 605,465 (8.3) | 631,797 (4.3) | 667,767 (5.7) | | |
| | 相模原 | 421,991 (33.0) | 494,255 (17.1) | 546,517 (10.6) | 602,436 (10.2) | 646,513 (7.3) | 681,150 (5.4) | 701,630 (3.0) | 717,544 (2.3) | 720,780 (0.5) | 725,493 (0.7) | |
| | 横須賀・三浦 | 683,321 | 729,261 | 739,969 | 746,345 | 743,135 (5.4) | 736,175 (3.8) | 736,761 (2.8) | 732,059 (-1.9) | 714,415 (-2.4) | 691,582 (-3.2) | |
| | 湘南東部 | 1,335,699 (27.8) | 1,555,129 (16.4) | 1,719,048 (10.5) | 1,880,660 (9.4) | 628,963 (5.4) | 646,363 (2.8) | 671,891 (3.9) | 692,410 (3.1) | 711,178 (2.7) | 727,642 (2.3) | |
| | 湘南西部 | | | | | 579,528 (5.0) | 585,380 (1.0) | 590,691 (0.9) | 594,518 (0.6) | 587,047 (-1.3) | 581,839 (-0.9) | |
| | 県央 | | | | | 771,395 (5.4) | 800,604 (3.8) | 822,880 (2.8) | 838,464 (1.9) | 845,580 (-0.8) | 858,535 (1.5) | |
| 県西 | 320,015 (7.4) | 331,227 (3.5) | 344,890 (4.1) | 357,016 (3.5) | 366,410 (2.6) | 363,746 (-0.7) | 361,105 (-0.7) | 359,051 (-0.6) | 347,157 (-3.3) | 336,493 (-3.1) | | |
| 計 | 6,397,748 (16.9) | 6,924,348 (8.29) | 7,431,974 (7.3) | 7,980,391 (7.4) | 8,245,900 (3.39) | 8,489,974 (3.0) | 8,791,597 (3.6) | 9,048,331 (2.9) | 9,126,214 (0.9) | 9,237,337 (1.2) | | |
| 全 国 | 111,939,643 (7.0) | 117,060,396 (4.6) | 121,048,923 (3.4) | 123,611,167 (2.1) | 125,570,246 (1.6) | 126,925,843 (1.1) | 127,756,815 (0.7) | 128,057,352 (0.2) | 127,094,745 (-0.8) | 126,146,099 (-0.7) | | |

(出典) 総務省「国勢調査(各年10月1日現在)」

※1 1990(平成2)年の横浜西部の人口減及び横浜南部の人口増が著しい。これは、1986(昭和61)年11月3日に戸塚区が3分割して戸塚区・栄区・泉区となり、1987(昭和62)年2月の二次医療圏の設定の際に、戸塚区と泉区が横浜西部に、栄区が横浜南部に分類されたことによる。

※2 横浜医療圏は平成30年策定の第7次保健医療計画により、横浜北部・横浜西部・横浜南部の3地域を統合して1つとしたため、令和2年は統合後の横浜地域の値を記載している。

※3 表中()内の増加率は5年前の人口に対するもの。

[資料2] 年齢3区分別の人口割合と性比割合の推移

| 年 | 項目 | 人口の割合 | | | 性比 | | 平均年齢 | |
|--------------|----|-----------------|--------------------|-----------------|-------|------|------|------|
| | | 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 | 全国 | 神奈川県 | 全国 |
| 1965 昭和40 | | 23.4 | 72.3 | 4.4 | 106.1 | 96.4 | 28.9 | 30.3 |
| 1970 昭和45 | | 23.8 | 71.5 | 4.7 | 106.5 | 96.4 | 29.4 | 31.5 |
| 1975 昭和50 | | 25.5 | 69.2 | 5.3 | 105.7 | 96.9 | 30.3 | 32.5 |
| 1980 昭和55 | | 24.6 | 68.9 | 6.4 | 104.4 | 96.9 | 32.0 | 33.9 |
| 1985 昭和60 | | 21.5 | 71.0 | 7.5 | 104.9 | 96.7 | 33.9 | 35.7 |
| 1990 平成2 | | 17.2 | 73.6 | 8.8 | 105.6 | 96.5 | 35.9 | 37.6 |
| 1995 平成7 | | 14.9 | 74.0 | 11.0 | 104.3 | 96.2 | 38.0 | 39.6 |
| 2000 平成12 | | 13.9 | 72.1 | 13.8 | 103.1 | 95.8 | 39.9 | 41.4 |
| 2005 平成17 | | 13.6 | 69.4 | 17.1 | 102.1 | 95.2 | 41.9 | 43.4 |
| 2010 平成22 | | 13.2 | 66.6 | 20.2 | 100.9 | 94.8 | 43.4 | 45.0 |
| 2015 平成27 | | 12.6 | 63.5 | 23.9 | 99.8 | 94.8 | 45.0 | 46.4 |

(出典) 総務省「国勢調査(各年10月1日現在)」

[資料3] 二次保健医療圏別・年齢3区分別の人口割合の推移

| 二次保健医療圏名※1 〔上段：令和2年〕 〔下段：平成27年〕 | 年少人口 (0～14歳) (構成比率) | 生産年齢人口 (15～64歳) (構成比率) | 老年人口 (65歳以上) (構成比率) | 合計※2 | 老年人口の 増加率 | |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|-----|
| 横浜 | 433,017 (11.7) | 2,271,167 (61.6) | 887,125 (24.1) | 3,688,620 | 2.5 | |
| | 横浜北部 | 210,170 (13.4) | 1,040,507 (66.3) | 309,608 (19.7) | 1,570,303 | |
| | 横浜西部 | 137,551 (12.4) | 681,141 (61.6) | 281,248 (25.5) | 1,105,037 | |
| | 横浜南部 | 120,814 (11.5) | 646,643 (61.6) | 274,634 (26.2) | 1,049,504 | |
| 川崎 | 川崎北部 | 106,794 (12.4) | 555,638 (64.6) | 170,902 (19.9) | 859,524 | 7.2 |
| | | 105,680 (12.5) | 549,541 (65.2) | 159,377 (18.9) | 843,416 | |
| | 川崎南部 | 81,801 (12.2) | 440,319 (65.9) | 125,684 (18.8) | 667,767 | 4.6 |
| | | 78,455 (12.4) | 423,435 (67.0) | 120,105 (19.0) | 631,797 | |
| 相模原 | 77,438 (11.6) | 405,502 (60.9) | 161,821 (24.3) | 665,841 | -5.4 | |
| | 88,850 (12.3) | 454,821 (63.1) | 171,040 (23.7) | 720,780 | | |
| 横須賀・三浦 | 68,115 (10.8) | 359,538 (57.) | 199,988 (31.7) | 631,136 | -8.0 | |
| | 82,409 (11.5) | 412,027 (57.7) | 217,300 (30.4) | 714,415 | | |
| 湘南東部 | 89,084 (13.) | 414,439 (60.7) | 168,964 (24.70) | 682,928 | -1.1 | |
| | 96,696 (13.6) | 442,692 (62.2) | 170,722 (24.0) | 711,178 | | |
| 湘南西部 | 58,759 (11.4) | 303,738 (58.7) | 144,852 (28.) | 517,354 | -5.9 | |
| | 71,010 (12.1) | 357,616 (60.9) | 153,819 (26.2) | 587,047 | | |
| 県央 | 95,478 (12.1) | 480,885 (61.1) | 193,790 (24.6) | 786,531 | -2.3 | |
| | 108,913 (12.9) | 532,852 (63.0) | 198,207 (23.4) | 845,580 | | |
| 県西 | 30,500 (11.6) | 161,468 (58.5) | 87,352 (29.4) | 283,926 | -15.5 | |
| | 40,200 (11.6) | 203,108 (58.5) | 102,097 (29.4) | 347,157 | | |
| 神奈川県 | 1,037,891 (11.9) | 5,371,935 (61.4) | 2,125,128 (24.3) | 8,743,513 | -1.6 | |
| | 1,140,748 (12.5) | 5,744,383 (62.9) | 2,158,157 (23.6) | 9,126,214 | | |

(出典) 総務省「国勢調査」

※1 横浜医療圏は平成30年策定の第7次保健医療計画により、横浜北部・横浜西部・横浜南部の3地域を統合して1つとしたため、令和2年は統合後の値、平成27年は統合前の各地域の値を記載している。

※2 合計には年齢不詳を含むため、3区分別階級と合計の値が一致しない場合がある。

〔資料4〕人口動態の推移

(単位：人)

| 項目 年 | 出生 | | 死亡 | | 乳児死亡 | | 新生児死亡 | | 周産期死亡 | |
|---------------|---------|--------------|--------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|
| | 実数 | 率 (人口千人対) | 実数 | 率 (人口千人対) | 実数 | 率 (出生千人対) | 実数 | 率 (出生千人対) | 実数 | 率 (出生千人対) |
| 1965 昭和40年 | 97,386 | 22.0 | 22,751 | 5.1 | 1,382 | 14.2 | 892 | 9.1 | 2,560 | 26.3 |
| 1970 昭和45年 | 123,714 | 22.6 | 25,814 | 4.7 | 1,362 | 11.0 | 909 | 7.3 | 2,271 | 18.4 |
| 1975 昭和50年 | 118,656 | 18.5 | 27,319 | 4.3 | 1,049 | 8.8 | 703 | 5.9 | 1,961 | 14.0 |
| 1980 昭和55年 | 94,356 | 13.6 | 29,923 | 4.3 | 678 | 7.2 | 462 | 4.9 | 1,026 | 10.9 |
| 1985 昭和60年 | 86,101 | 11.6 | 33,809 | 4.5 | 437 | 5.1 | 285 | 3.3 | 640 | 7.4 |
| 1990 平成2年 | 79,437 | 10.0 | 39,543 | 5.0 | 354 | 4.5 | 207 | 2.6 | 448 | 5.6 |
| 1995 平成7年 | 80,692 | 9.9 | 46,507 | 5.7 | 361 | 4.5 | 192 | 2.4 | 609 | 7.5 |
| 2000 平成12年 | 82,906 | 9.9 | 50,539 | 6.0 | 279 | 3.4 | 177 | 2.1 | 521 | 6.3 |
| 2005 平成17年 | 76,196 | 8.7 | 58,801 | 6.7 | 239 | 3.1 | 127 | 1.7 | 397 | 5.2 |
| 2010 平成22年 | 78,077 | 8.6 | 67,760 | 7.5 | 203 | 2.6 | 104 | 1.3 | 379 | 4.8 |
| 2015 平成27年 | 73,476 | 8.2 | 75,765 | 8.4 | 142 | 1.9 | 75 | 1.0 | 290 | 3.9 |
| 2020 令和2年 | 60,865 | 6.8 | 84,601 | 9.4 | 96 | 1.6 | 51 | 0.8 | 200 | 3.3 |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

〔資料5〕死因順位第10位までの死亡数と死亡割合

(単位：表中左；人、表中右；%)

| 死因※ | 神奈川県 | | | | 全国 | |
|------------------|---------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| | 2018 平成30年 | | 2021 令和3年 | | 2021 令和3年 | |
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 1.悪性新生物 | 24,030 | 29.2 | 24,792 | 27.6 | 381,505 | 26.5 |
| 2.心疾患（高血圧除く） | 12,256 | 14.9 | 13,107 | 14.6 | 214,710 | 14.9 |
| 3.老衰 | 7,636 | 9.3 | 11,322 | 12.6 | 152,027 | 10.6 |
| 4.脳血管疾患 | 6,052 | 7.4 | 5,992 | 6.7 | 104,595 | 7.3 |
| 5.その他の呼吸器系の疾患 | 4,472 | 5.4 | 5,523 | 6.2 | 84,641 | 5.9 |
| 6.肺炎 | 5,052 | 6.1 | 3,666 | 4.1 | 73,194 | 5.1 |
| 7.不慮の事故 | 2,845 | 3.5 | 2,661 | 3.0 | 38,355 | 2.7 |
| 8.その他の消化器系の疾患 | 1,385 | 1.7 | 1,541 | 1.7 | 27,598 | 1.9 |
| 9.肝疾患 | 1,347 | 1.6 | 1,509 | 1.7 | 18,017 | 1.3 |
| 10.腎不全 | 1,260 | 1.5 | 1,478 | 1.6 | 28,688 | 2.0 |
| 11.自殺 | 1,293 | 1.6 | 1,369 | 1.5 | 20,291 | 1.4 |
| 12.血管性及び詳細不明の認知症 | 1,180 | 1.4 | 1,354 | 1.5 | 22,343 | 1.6 |
| 13.その他 | 13,528 | 16.4 | 15,387 | 17.2 | 273,892 | 19.0 |
| 計 | 82,336 | 100.0 | 89,701 | 100.0 | 1,439,856 | 100.0 |

※ 令和3年の神奈川県の死因を降順に並べている。

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

〔資料6〕受療率（人口10万人対）の推移

| 区分 | 年 | 総数 | 入院 | | | 外来 | | | |
|---------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 計 | 病院 | 一般診療所 | 計 | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 |
| 全国 | 2002 平成14年 | 5,010 | 759 | 742 | 17 | 4,251 | 1,363 | 1,939 | 949 |
| | 2005 平成17年 | 5,411 | 764 | 742 | 22 | 4,647 | 1,209 | 2,502 | 936 |
| | 2008 平成20年 | 5,147 | 705 | 690 | 15 | 4,442 | 1,160 | 2,332 | 950 |
| | 2011 平成23年 | 5,937 | 674 | 662 | 11 | 5,263 | 1,078 | 3,036 | 1,149 |
| | 2014 平成26年 | 6,431 | 683 | 673 | 10 | 5,748 | 1,089 | 3,399 | 1,260 |
| | 2017 平成29年 | 6,037 | 706 | 698 | 8 | 5,331 | 1,046 | 3,282 | 1,003 |
| | 2020 令和2年 | 6,344 | 654 | 643 | 11 | 5,690 | 941 | 3,637 | 1,112 |
| | 1996 平成8年 | 7,000 | 1,176 | 1,109 | 67 | 5,824 | 1,796 | 2,993 | 1,034 |
| | 1999 平成11年 | 6,566 | 1,170 | 1,106 | 64 | 5,396 | 1,683 | 2,805 | 907 |
| 2002 平成14年 | 6,222 | 1,139 | 1,081 | 58 | 5,083 | 1,532 | 2,650 | 901 | |
| 2005 平成17年 | 6,696 | 1,145 | 1,089 | 56 | 5,551 | 1,461 | 3,091 | 1,000 | |
| 2008 平成20年 | 6,466 | 1,090 | 1,044 | 47 | 5,376 | 1,353 | 2,998 | 1,025 | |
| 2011 平成23年 | 6,852 | 1,068 | 1,028 | 41 | 5,784 | 1,322 | 3,377 | 1,149 | |
| 2014 平成26年 | 6,734 | 1,038 | 1,002 | 36 | 5,696 | 1,292 | 3,331 | 1,073 | |
| 2017 平成29年 | 6,711 | 1,036 | 1,004 | 32 | 5,675 | 1,286 | 3,325 | 1,064 | |
| 2020 令和2年 | 6,618 | 960 | 934 | 27 | 5,658 | 1,167 | 3,435 | 1,056 | |

(出典) 厚生労働省「患者調査」

〔資料7〕診療所の施設数、病床数の推移

| 区分 | 施設数 | 年 | | | | | | |
|-----------|----------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2006 平成18年 | 2011 平成23年 | 2014 平成26年 | 2017 平成29年 | 2020 令和2年 |
| 神奈川県 | 一般診療所 | 5,108 | 5,522 | 6,190 | 6,424 | 6,556 | 6,661 | 6,907 |
| | (人口10万対) | (61.9) | (65.0) | (70.0) | (70.9) | (72.1) | (72.7) | (74.8) |
| | 有床診療所 | 750 | 580 | 456 | 296 | 248 | 219 | 185 |
| | 無床診療所 | 4,358 | 4,942 | 5,734 | 6,128 | 6,308 | 6,442 | 6,722 |
| | 歯科診療所 | 3,852 | 4,290 | 4,747 | 4,862 | 4,920 | 4,915 | 4,959 |
| | (人口10万対) | (46.7) | (50.5) | (53.7) | (53.7) | (54.1) | (53.7) | (53.7) |
| 一般診療所の病床数 | | 6,572 | 5,368 | 4,139 | 2,969 | 2,726 | 2,522 | 2,274 |
| 全国 | 一般診療所 | 87,069 | 92,824 | 98,609 | 99,547 | 100,461 | 101,471 | 102,612 |
| | (人口10万対) | (69.3) | (73.1) | (78.2) | (77.9) | (79.1) | (80.1) | (81.3) |
| | 有床診療所 | 21,764 | 17,853 | 12,858 | 9,934 | 8,355 | 7,202 | 6,303 |
| | 無床診療所 | 65,305 | 74,971 | 85,751 | 89,613 | 92,106 | 94,269 | 96,309 |
| | 歯科診療所 | 58,407 | 63,361 | 67,392 | 68,156 | 68,692 | 68,609 | 67,874 |
| | (人口10万対) | (46.5) | (49.9) | (53.4) | (53.3) | (54.0) | (54.1) | (53.8) |
| 一般診療所の病床数 | | 259,245 | 216,755 | 159,898 | 129,366 | 112,364 | 98,355 | 86,046 |

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

〔資料8〕 二次保健医療圏別病院施設数の推移

| 区分 | | 年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年※2 | |
|------------|----|--------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------|
| | | | | | | | | 定数 | 人口10万対 |
| 一般病院 | 横浜 | 横浜北部 | 53 | 52 | 47 | 46 | 46 | 112 | 2.96 |
| | | 横浜西部 | 39 | 39 | 39 | 39 | 38 | | |
| | | 横浜南部 | 37 | 34 | 32 | 29 | 30 | | |
| | | 川崎北部 | 13 | 12 | 15 | 14 | 15 | 15 | 1.72 |
| | | 川崎南部 | 27 | 25 | 25 | 22 | 20 | 18 | 2.70 |
| | | 相模原 | 34 | 33 | 32 | 32 | 34 | 32 | 4.41 |
| | | 横須賀・三浦 | 33 | 32 | 30 | 28 | 28 | 27 | 3.90 |
| | | 湘南東部 | 17 | 19 | 20 | 19 | 19 | 21 | 2.89 |
| | | 湘南西部 | 20 | 18 | 16 | 16 | 16 | 16 | 2.75 |
| | | 県央 | 32 | 32 | 33 | 30 | 28 | 27 | 3.14 |
| | | 県西 | 25 | 24 | 24 | 21 | 20 | 21 | 6.24 |
| | | 合計 | 330 | 320 | 313 | 296 | 294 | 289 | 3.13 |
| 精神科病院（県全域） | | | 41 | 42 | 43 | 47 | 47 | 47 | 0.51 |
| 結核療養所（県全域） | | | 0 | 0 | 0 | 0 | -※1 | -※1 | - |
| 計 | | | 371 | 362 | 356 | 343 | 341 | 336 | 3.64 |

（出典）厚生労働省「医療施設調査」

※1 平成22年までは結核療養所が調査対象に含まれていたが、平成27年度以降は含まれなくなったため「-」としている。

※2 横浜医療圏は平成30年策定の第7次保健医療計画により、横浜北部・横浜西部・横浜南部の3地域を統合して1つとしたため、令和2年は統合後の横浜地域の値を記載している。

〔資料9〕 二次保健医療圏別病院病床数の推移 ※1

| 区分 | | 年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 | |
|-------------------|------|--------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------|
| | | | | | | | | | 実数 | 人口10万対 |
| 療養病床及び一般病床※2 | 横浜 | 横浜北部 | 6,771 | 7,498 | 7,342 | 7,557 | 7,947 | 22,220 | 22,524 | 588.2 |
| | | 横浜西部 | 6,654 | 6,898 | 7,167 | 7,357 | 7,436 | | | |
| | | 横浜南部 | 7,308 | 7,763 | 7,314 | 6,985 | 6,700 | | | |
| | | 川崎北部 | 9,095 | 3,359 | 3,222 | 3,703 | 3,783 | 4,265 | 4,401 | 490.0 |
| | 川崎南部 | 5,531 | | 5,401 | 5,182 | 4,864 | 4,763 | 4,740 | 713.3 | |
| | | 相模原 | 7,118 | 6,974 | 7,063 | 6,720 | 6,625 | 6,703 | 6,286 | 923.9 |
| | | 横須賀・三浦 | 5,294 | 5,265 | 5,315 | 5,363 | 5,357 | 5,222 | 5,159 | 755.1 |
| | | 湘南東部 | 13,389 | 2,891 | 3,215 | 3,577 | 3,713 | 3,815 | 4,171 | 524.3 |
| | 湘南西部 | 5,378 | | 5,260 | 5,181 | 4,820 | 4,694 | 4,644 | 806.8 | |
| | 県央 | 5,214 | | 5,240 | 5,394 | 5,025 | 4,860 | 5,244 | 566.1 | |
| | | 県西 | 3,638 | 3,672 | 3,561 | 3,433 | 3,260 | 3,165 | 2,920 | 940.6 |
| | | 神奈川県 | 59,267 | 60,443 | 60,100 | 60,452 | 59,530 | 59,707 | 60,089 | 646.4 |
| 精神病床（県全域） | | | 12,556 | 13,140 | 13,831 | 14,542 | 13,786 | 14,022 | 13,643 | 151.8 |
| 結核病床（県全域） | | | 1,024 | 840 | 789 | 460 | 184 | 166 | 166 | 1.8 |
| 伝染病床・感染症病床（県全域）※3 | | | 534 | 363 | 87 | 74 | 74 | 69 | 74 | 0.7 |
| 計 | | | 73,381 | 74,786 | 74,807 | 75,528 | 73,574 | 73,964 | 73,972 | 800.7 |

（出典）厚生労働省「医療施設調査」

※1 病床数は、医療法27条の規定により許可を受けた数（使用許可病床数）

※2 療養病床及び一般病床は2006（平成18）年は両者を合算、2000（平成12）年以前は区分されていないため一般病床を計上（平成12年は療養型病床群で再掲扱い、14年から療養病床等で再掲扱いだった。16年から療養病床と一般病床で出している。）

※3 伝染病床・感染症病床は、1995（平成7）年以前は伝染病床、2000（平成12）年は感染症病床

[資料10] 開設者別病院施設数の推移

| 区分 | 年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2006 平成18年 | 2011 平成23年 | 2016 平成28年 | 2021 令和3年 |
|----------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 国 | | 13 | 13 | 14 | 14 | 10 | 8 | 12 | 12 |
| 公的医療機関 | | 39 | 39 | 39 | 35 | 32 | 35 | 33 | 33 |
| 社会保険関係団体 | | 15 | 15 | 10 | 15 | 13 | 13 | 6 | 6 |
| 医療法人 | | 137 | 159 | 184 | 200 | 209 | 221 | 228 | 235 |
| 個人 | | 100 | 103 | 71 | 48 | 32 | 16 | 11 | 3 |
| その他 | | 48 | 53 | 53 | 50 | 55 | 51 | 51 | 47 |
| 総数 | | 352 | 382 | 371 | 362 | 351 | 344 | 341 | 336 |

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

[資料11] 都道府県別人口10万人対病院数・一般診療所数・歯科診療所数・病床数

(令和4年10月1日現在)

| | 人口10万対施設数 | | | 人口10万対病床数 | | | | | | |
|-----|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|------|-------|---------|-------|
| | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 病院 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 | 療養病床 | 一般病床 | 一般診療所 |
| 全国 | 6.5 | 84.2 | 54.2 | 1,194.9 | 257.6 | 1.5 | 3.1 | 223.0 | 709.6 | 64.4 |
| 北海道 | 10.4 | 66.8 | 54.2 | 1,765.2 | 378.3 | 1.9 | 2.8 | 365.1 | 1,017.0 | 96.8 |
| 青森 | 7.5 | 71.3 | 40.9 | 1,356.6 | 358.6 | 2.4 | 2.7 | 187.1 | 805.8 | 133.5 |
| 岩手 | 7.8 | 75.3 | 46.4 | 1,367.1 | 343.4 | 3.2 | 7.7 | 181.0 | 831.8 | 89.3 |
| 宮城 | 5.9 | 76.7 | 46.2 | 1,078.7 | 269.3 | 1.3 | 1.4 | 139.3 | 667.5 | 55.7 |
| 秋田 | 7 | 87.8 | 45.6 | 1,514.9 | 415.7 | 3.4 | 4.7 | 197.0 | 894.1 | 70.4 |
| 山形 | 6.4 | 86.7 | 45.0 | 1,355.7 | 332.5 | 1.7 | 2.9 | 198.7 | 820.0 | 45.6 |
| 福島 | 6.9 | 77.7 | 46.6 | 1,345.3 | 342.7 | 1.8 | 3.7 | 166.6 | 830.4 | 56.3 |
| 茨城 | 6.1 | 62.5 | 48.0 | 1,075.0 | 255.0 | 1.7 | 2.8 | 187.4 | 628.1 | 55.5 |
| 栃木 | 5.7 | 77.5 | 50.2 | 1,107.2 | 260.0 | 1.6 | 1.6 | 207.8 | 636.2 | 76.5 |
| 群馬 | 6.6 | 82.7 | 51.0 | 1,224.3 | 261.0 | 2.7 | 3.4 | 210.6 | 746.5 | 46.4 |
| 埼玉 | 4.7 | 61.3 | 48.3 | 857.2 | 187.2 | 1.1 | 1.8 | 151.2 | 515.9 | 33.0 |
| 千葉 | 4.6 | 62.9 | 51.7 | 954.4 | 194.8 | 1.0 | 1.5 | 173.6 | 583.5 | 31.6 |
| 東京 | 4.5 | 104.6 | 76.2 | 891.5 | 148.6 | 1.0 | 3.2 | 156.1 | 582.6 | 24.6 |
| 神奈川 | 3.6 | 76.8 | 54.0 | 798.9 | 146.1 | 0.8 | 1.6 | 138.9 | 511.6 | 23.6 |
| 新潟 | 5.6 | 78.3 | 51.9 | 1,217.2 | 287.1 | 1.7 | 1.4 | 157.7 | 769.3 | 26.1 |
| 富山 | 10.4 | 74.5 | 43.2 | 1,476.0 | 299.1 | 2.3 | 5.6 | 369.4 | 799.6 | 39.3 |
| 石川 | 8.1 | 79.2 | 42.8 | 1,480.6 | 321.8 | 1.8 | 7.3 | 274.2 | 875.4 | 69.9 |
| 福井 | 8.9 | 76.1 | 39.8 | 1,361.1 | 287.9 | 2.1 | 5.7 | 234.1 | 831.2 | 109.6 |
| 山梨 | 7.5 | 93.8 | 53.5 | 1,321.4 | 283.4 | 3.5 | 2.7 | 249.3 | 782.5 | 51.0 |
| 長野 | 6.2 | 79.5 | 49.1 | 1,136.3 | 229.2 | 2.3 | 2.2 | 160.1 | 742.5 | 37.7 |
| 岐阜 | 5 | 84.1 | 48.8 | 1,010.3 | 196.2 | 1.5 | 5.2 | 147.2 | 660.2 | 72.3 |
| 静岡 | 4.7 | 77.1 | 48.7 | 1,012.6 | 181.5 | 1.3 | 2.7 | 242.4 | 584.7 | 46.1 |
| 愛知 | 4.2 | 74.9 | 49.4 | 879.7 | 164.3 | 0.9 | 1.5 | 176.2 | 536.8 | 46.0 |
| 三重 | 5.3 | 87.6 | 46.2 | 1,100.4 | 262.3 | 1.8 | 1.7 | 202.4 | 632.1 | 52.8 |
| 滋賀 | 4.1 | 81.3 | 40.0 | 983.9 | 161.2 | 2.4 | 4.5 | 175.7 | 640.1 | 33.0 |
| 京都 | 6.3 | 97.9 | 50.2 | 1,252.7 | 220.7 | 1.4 | 7.2 | 139.5 | 884.0 | 24.2 |
| 大阪 | 5.8 | 100.4 | 62.3 | 1,184.4 | 205.8 | 0.9 | 3.1 | 228.5 | 746.1 | 22.5 |
| 兵庫 | 6.4 | 96.6 | 54.8 | 1,181.5 | 213.6 | 1.0 | 2.8 | 235.8 | 728.3 | 41.5 |
| 奈良 | 5.7 | 93.8 | 52.2 | 1,221.4 | 219.4 | 1.8 | 2.3 | 210.4 | 787.4 | 30.4 |
| 和歌山 | 9.2 | 114.1 | 57.6 | 1,420.8 | 226.4 | 3.5 | 1.7 | 234.4 | 954.8 | 82.2 |
| 鳥取 | 7.9 | 89.2 | 47.4 | 1,528.1 | 315.3 | 2.2 | 2.9 | 320.4 | 887.3 | 77.2 |
| 島根 | 7 | 107.4 | 38.1 | 1,474.9 | 342.4 | 4.6 | 1.5 | 261.9 | 864.6 | 61.7 |
| 岡山 | 8.5 | 86.4 | 53.4 | 1,455.3 | 283.3 | 1.4 | 6.2 | 217.0 | 947.4 | 97.3 |
| 広島 | 8.4 | 91.9 | 54.4 | 1,338.0 | 311.1 | 1.1 | 3.9 | 267.4 | 754.5 | 90.4 |
| 山口 | 10.6 | 93.2 | 48.8 | 1,854.1 | 445.2 | 3.0 | 4.6 | 559.4 | 841.9 | 100.0 |
| 徳島 | 15.1 | 99.9 | 59.9 | 1,885.9 | 507.8 | 3.3 | 5.3 | 471.2 | 898.4 | 183.4 |
| 香川 | 9.3 | 91.3 | 50.6 | 1,505.2 | 348.0 | 2.6 | 3.4 | 224.0 | 927.3 | 144.8 |
| 愛媛 | 10.3 | 91.3 | 49.5 | 1,551.3 | 330.0 | 2.1 | 2.8 | 331.0 | 885.4 | 148.6 |
| 高知 | 17.8 | 78.1 | 51.2 | 2,328.1 | 524.9 | 1.6 | 11.1 | 659.9 | 1,130.6 | 159.0 |
| 福岡 | 8.9 | 93.8 | 60.1 | 1,596.8 | 406.4 | 1.3 | 4.1 | 335.5 | 849.5 | 122.3 |
| 佐賀 | 12 | 87.6 | 49.8 | 1,767.0 | 514.0 | 3.0 | 3.7 | 453.6 | 792.8 | 249.8 |
| 長崎 | 11.5 | 104.1 | 54.8 | 1,971.3 | 598.7 | 3.3 | 6.5 | 453.1 | 909.8 | 227.7 |
| 熊本 | 11.8 | 86.2 | 48.4 | 1,878.5 | 507.4 | 2.6 | 4.4 | 415.8 | 948.4 | 228.2 |
| 大分 | 13.6 | 86.9 | 47.3 | 1,757.7 | 476.4 | 3.6 | 1.1 | 213.6 | 1,063.0 | 302.2 |
| 宮崎 | 12.5 | 87.3 | 46.4 | 1,727.9 | 554.7 | 2.9 | 6.7 | 305.9 | 857.6 | 204.0 |
| 鹿児島 | 14.7 | 88.6 | 50.9 | 2,026.4 | 597.6 | 2.9 | 5.0 | 435.4 | 985.5 | 279.4 |
| 沖縄 | 6.1 | 63.2 | 41.6 | 1,274.0 | 360.3 | 1.6 | 3.2 | 251.0 | 657.8 | 53.1 |

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

※ 表中の個々の数値の合計と合計欄の数値とは、端数処理の関係で一致しないことがある。

[資料12] 病院の病床種類別病床利用率の推移

(単位：%)

| 区分 | | 年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 |
|------|----------------------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 神奈川県 | 一般 ^{※1} | | 79.4 | 78.4 | 79.9 | 82.4 | 78.1 | 75.7 | 75.1 | 71.4 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 92.7 | 91.7 | 90.2 | 88.3 |
| | 精神 | | 97.0 | 94.7 | 90.7 | 91.3 | 89.9 | 88.6 | 84.8 | 83.8 |
| | 結核 | | 66.2 | 58.6 | 60.8 | 61.8 | 54.4 | 59.5 | 52.2 | 37.7 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 2.3 | 0.7 | 3.6 | 9.1 | 10.4 | 8.9 | 14.9 | 198.2 |
| | 総数 ^{※3} | | 81.9 | 80.4 | 81.2 | 83.7 | 82.6 | 80.9 | 79.6 | 76.8 |
| 全国 | 一般 ^{※1} | | 83.7 | 81.9 | 82.4 | 83.8 | 79.4 | 76.6 | 75 | 71.3 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 93.4 | 91.7 | 88.8 | 85.7 |
| | 精神 | | 101.9 | 97.3 | 94.3 | 93.1 | 91.7 | 89.6 | 86.5 | 84.8 |
| | 結核 | | 55.8 | 48.4 | 43.0 | 43.8 | 45.3 | 36.5 | 35.4 | 31.5 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 1.3 | 1.0 | 1.3 | 1.8 | 2.7 | 2.8 | 3.1 | 114.7 |
| | 総数 ^{※3} | | 85.8 | 83.6 | 83.6 | 85.2 | 84.8 | 82.3 | 80.1 | 77.0 |

(出典) 厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床及び一般病床は2000(平成12)年以前は区分されていないため一般病床を計上(平成12年は療養型病床群で再掲扱い、14年から療養病床等で再掲扱いだった。16年から療養病床と一般病床で出している。)

※2 「伝染・感染症」は、1995(平成7)年までは伝染病床、2000(平成12)年は感染症病床

※3 全国の総数には、ハンセン病療養所である病院の病床が含まれる。

[資料13] 病院の病床種類別平均在院日数の推移

(単位：日)

| 区分 | | 年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 |
|------|----------------------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 神奈川県 | 一般 ^{※1} | | 30.7 | 31.2 | 28.2 | 25.4 | 17.8 | 15.5 | 13.9 | 14.3 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 220.2 | 219.7 | 198.9 | 166.1 |
| | 精神 | | 424.5 | 421.7 | 385.8 | 324.6 | 270.1 | 240.6 | 232.7 | 239.9 |
| | 結核 | | 166.3 | 119.2 | 115.1 | 96.6 | 62.9 | 62.6 | 61.7 | 37.7 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 23.8 | 9.4 | 15.4 | 10.4 | 5.1 | 7.8 | 15.8 | 11.6 |
| | 総数 ^{※3} | | 39.7 | 38.8 | 34.7 | 31.5 | 28.4 | 25.1 | 22.5 | 23.0 |
| 全国 | 一般 ^{※1} | | 39.4 | 38.1 | 33.7 | 30.4 | 19.8 | 18.2 | 16.5 | 16.5 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 172.8 | 176.4 | 158.2 | 135.5 |
| | 精神 | | 536.3 | 489.6 | 454.7 | 376.5 | 327.2 | 301.0 | 274.7 | 277.0 |
| | 結核 | | 207.2 | 150.2 | 119.0 | 96.2 | 71.9 | 71.5 | 67.3 | 57.2 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 18.3 | 15.6 | 14.8 | 9.3 | 9.8 | 10.1 | 8.2 | 9.8 |
| | 総数 ^{※3} | | 54.2 | 50.5 | 44.2 | 39.1 | 35.7 | 32.5 | 29.1 | 28.3 |

(出典) 厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床及び一般病床は2000(平成12)年以前は区分されていないため一般病床を計上(平成12年は療養型病床群で再掲扱い、14年から療養病床等で再掲扱いだった。16年から療養病床と一般病床で出している。)

※2 「伝染・感染症」は、1995(平成7)年までは伝染病床、2000(平成12)年は感染症病床

※3 全国の総数には、ハンセン病療養所である病院の病床が含まれる。

〔資料 14〕 病院の病床種類別 1 日平均在院患者数の推移

(単位：人)

| 区分 | | 年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 |
|------|----------------------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 神奈川県 | 一般 ^{※1} | | 38,399 | 46,280 | 48,279 | 49,343 | 37,345 | 35,261 | 34,770 | 33,529 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 11,624 | 11,912 | 12,149 | 11,630 |
| | 精神 | | 11,727 | 11,877 | 11,859 | 12,632 | 13,018 | 12,245 | 11,899 | 11,469 |
| | 結核 | | 865 | 601 | 511 | 488 | 248 | 109 | 87 | 63 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 11 | 4 | 13 | 7 | 8 | 7 | 10 | 147 |
| | 総数 ^{※3,※4} | | 51,003 | 58,761 | 60,662 | 62,469 | 62,242 | 59,534 | 58,915 | 56,838 |
| 全国 | 一般 ^{※1} | | 898,718 | 1,025,833 | 1,035,413 | 1,057,607 | 718,167 | 692,891 | 670,032 | 633,307 |
| | 療養 ^{※1} | | | | | | 333,436 | 306,132 | 291,924 | 252,754 |
| | 精神 | | 340,023 | 348,500 | 341,357 | 333,712 | 325,027 | 311,281 | 291,403 | 275,845 |
| | 結核 | | 31,814 | 20,726 | 14,534 | 10,036 | 5,512 | 3,067 | 1,988 | 1,313 |
| | 伝染・感染症 ^{※2} | | 198 | 122 | 127 | 44 | 48 | 50 | 56 | 2,170 |
| | 総数 ^{※3,※4} | | 1,278,391 | 1,401,859 | 1,397,152 | 1,401,399 | 1,382,190 | 1,313,421 | 1,255,404 | 1,165,389 |

(出典) 厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床及び一般病床は 2000 (平成 12) 年以前は区分されていないため一般病床を計上 (平成 12 年は療養型病床群で再掲扱い、14 年から療養病床等で再掲扱いだった。16 年から療養病床と一般病床で出している。)

※2 「伝染・感染症」は、1995 (平成 7) 年までは伝染病床、2000 (平成 12) 年は感染症病床

※3 全国の総数には、ハンセン病療養所である病院の病床が含まれる。

※4 表中の個々の数値の合計と合計欄の数値とは、端数処理の関係で一致しないことがある。

〔資料 15〕 薬局の推移

| 区分 | | 年 | 1985 昭和60年 | 1990 平成2年 | 1995 平成7年 | 2000 平成12年 | 2005 平成17年 | 2010 平成22年 | 2015 平成27年 | 2020 令和2年 |
|------|-------------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 神奈川県 | 薬局数 | | 2,168 | 2,353 | 2,525 | 3,039 | 3,218 | 3,444 | 3,770 | 4,009 |
| | 人口 10 万対薬局数 | | 29.2 | 29.5 | 30.6 | 35.8 | 36.6 | 38.1 | 41.3 | 43.4 |
| 全国 | 薬局数 | | 35,264 | 36,981 | 39,433 | 46,763 | 51,233 | 53,001 | 58,326 | 60,951 |
| | 人口 10 万対薬局数 | | 29.1 | 29.9 | 31.4 | 36.8 | 40.1 | 41.4 | 45.9 | 48.3 |

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

(出典) 総務省「各年国勢調査人口等基本集計」

[資料 16] 医師・歯科医師・薬剤師数の推移

| 区分 | | 年 | 2006 平成18年 | | 2008 平成20年 | | 2010 平成22年 | | 2012 平成24年 | |
|------|--------|---------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | | | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 |
| 神奈川県 | 横浜北部 | 医師 | 2,181 | 149.6 | 2,439 | 163.7 | 2,621 | 172.6 | 2,599 | 169.3 |
| | | 歯科医師 | 1,443 | 99.0 | 1,494 | 100.3 | 1,545 | 101.8 | 1,637 | 106.6 |
| | | 薬剤師 | 2,705 | 185.6 | 2,933 | 196.9 | 3,585 | 236.1 | 3,686 | 240.1 |
| | 横浜西部 | 医師 | 1,784 | 164.3 | 1,915 | 174.1 | 2,038 | 183.7 | 2,180 | 196.9 |
| | | 歯科医師 | 709 | 65.3 | 719 | 65.4 | 744 | 67.1 | 754 | 68.1 |
| | | 薬剤師 | 1,852 | 170.5 | 2,036 | 185.1 | 2,442 | 220.1 | 2,456 | 221.8 |
| | 横浜南部 | 医師 | 2,415 | 228.0 | 2,575 | 242.5 | 2,818 | 265.6 | 2,958 | 280.6 |
| | | 歯科医師 | 853 | 80.5 | 859 | 80.9 | 920 | 86.7 | 889 | 84.3 |
| | | 薬剤師 | 1,932 | 182.4 | 2,033 | 191.5 | 2,452 | 231.1 | 2,555 | 242.4 |
| | 川崎北部 | 医師 | 1,326 | 170.5 | 1,414 | 176.3 | 1,510 | 184.1 | 1,597 | 192.6 |
| | | 歯科医師 | 432 | 55.5 | 451 | 56.2 | 495 | 60.4 | 479 | 57.8 |
| | | 薬剤師 | 1,356 | 174.3 | 1,501 | 187.1 | 1,602 | 195.4 | 1,632 | 196.8 |
| | 川崎南部 | 医師 | 1,219 | 216.0 | 1,353 | 230.0 | 1,367 | 225.8 | 1,411 | 231.4 |
| | | 歯科医師 | 457 | 81.0 | 488 | 83.0 | 504 | 83.2 | 492 | 80.7 |
| | | 薬剤師 | 1,199 | 212.4 | 1,303 | 221.5 | 1,412 | 233.2 | 1,437 | 235.6 |
| | 相模原 | 医師 | 1,533 | 217.8 | 1,630 | 229.8 | 1,693 | 235.9 | 1,700 | 236.2 |
| | | 歯科医師 | 445 | 63.2 | 435 | 61.3 | 421 | 58.7 | 415 | 57.7 |
| | | 薬剤師 | 1,472 | 209.2 | 1,510 | 212.9 | 1,531 | 213.4 | 1,506 | 209.3 |
| | 横須賀・三浦 | 医師 | 1,347 | 183.1 | 1,330 | 181.2 | 1,410 | 192.6 | 1,504 | 207.3 |
| | | 歯科医師 | 800 | 108.7 | 802 | 109.3 | 799 | 109.1 | 777 | 107.1 |
| | | 薬剤師 | 1,457 | 198.0 | 1,480 | 201.6 | 1,502 | 205.2 | 1,543 | 212.7 |
| | 湘南東部 | 医師 | 1,024 | 151.7 | 1,098 | 160.3 | 1,143 | 165.1 | 1,183 | 168.9 |
| | | 歯科医師 | 472 | 69.9 | 504 | 73.6 | 494 | 71.3 | 517 | 73.8 |
| | | 薬剤師 | 1,277 | 189.2 | 1,371 | 200.1 | 1,430 | 206.5 | 1,702 | 243.0 |
| | 湘南西部 | 医師 | 1,309 | 221.2 | 1,362 | 229.4 | 1,386 | 233.1 | 1,394 | 235.3 |
| | | 歯科医師 | 394 | 66.6 | 401 | 67.5 | 414 | 69.6 | 418 | 70.6 |
| | | 薬剤師 | 1,074 | 181.5 | 1,192 | 200.8 | 1,241 | 208.7 | 1,265 | 213.5 |
| | 県央 | 医師 | 1,034 | 125.2 | 1,092 | 131.1 | 1,100 | 131.2 | 1,150 | 136.5 |
| | | 歯科医師 | 511 | 61.9 | 454 | 54.5 | 461 | 55.0 | 482 | 57.2 |
| | | 薬剤師 | 1,407 | 170.4 | 1,450 | 174.0 | 1,544 | 184.1 | 1,507 | 178.8 |
| 県西 | 医師 | 571 | 158.2 | 584 | 162.4 | 590 | 164.3 | 615 | 173.1 | |
| | 歯科医師 | 242 | 67.0 | 262 | 72.8 | 260 | 72.4 | 266 | 74.9 | |
| | 薬剤師 | 776 | 215.0 | 841 | 233.8 | 869 | 242.0 | 923 | 259.8 | |
| 神奈川県 | 医師 | 15,743 | 178.1 | 16,792 | 187.5 | 17,676 | 195.4 | 18,291 | 201.6 | |
| | 歯科医師 | 6,758 | 76.5 | 6,869 | 76.7 | 7,057 | 78.0 | 7,126 | 78.5 | |
| | 薬剤師 | 16,507 | 186.8 | 17,650 | 197.1 | 19,610 | 216.7 | 20,212 | 222.8 | |
| 全国 | 医師 | 277,927 | 217.5 | 286,699 | 224.5 | 295,049 | 230.4 | 303,268 | 237.8 | |
| | 歯科医師 | 97,198 | 76.1 | 99,426 | 77.9 | 101,576 | 79.3 | 102,551 | 80.4 | |
| | 薬剤師 | 252,533 | 197.6 | 267,751 | 209.7 | 276,517 | 215.9 | 280,052 | 219.6 | |

| 区分 | | 年 | 2014 平成26年 | | 2016 平成28年 | | 2018 平成30年 | | 2020 令和2年 | |
|------|--------|---------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|--------------|------------|
| | | | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 |
| 神奈川県 | 横浜※ | 医師 | 2,783 | 178.7 | 2,936 | 186.1 | 8,778 | 234.7 | 9,200 | 243.5 |
| | | | 1,585 | 101.8 | 1,626 | 103.1 | | | | |
| | | | 4,457 | 286.2 | 4,168 | 264.2 | | | | |
| | | 歯科医師 | 2,230 | 201.8 | 2,343 | 211.9 | 3,328 | 89.0 | 3,442 | 91.1 |
| | | | 790 | 71.5 | 751 | 67.9 | | | | |
| | | | 2,601 | 235.4 | 2,791 | 252.4 | | | | |
| | | 薬剤師 | 3,131 | 298.7 | 3,163 | 301.8 | 9,965 | 266.4 | 10,256 | 271.5 |
| | | | 949 | 90.5 | 903 | 86.2 | | | | |
| | | | 2,565 | 244.7 | 2,606 | 248.6 | | | | |
| | 川崎北部 | 医師 | 1,664 | 198.5 | 1,746 | 205.6 | 1,842 | 214.3 | 1,989 | 228.5 |
| | | 歯科医師 | 501 | 59.8 | 522 | 61.5 | 520 | 60.5 | 548 | 63.0 |
| | | 薬剤師 | 1,756 | 209.5 | 1,868 | 220.0 | 1,989 | 231.4 | 1,956 | 224.7 |
| | 川崎南部 | 医師 | 1,526 | 245.0 | 1,606 | 250.8 | 1,647 | 250.7 | 1,837 | 275.1 |
| | | 歯科医師 | 517 | 83.0 | 518 | 80.9 | 549 | 83.6 | 560 | 83.9 |
| | | 薬剤師 | 1,500 | 240.8 | 1,652 | 258.0 | 1,717 | 261.4 | 1,848 | 276.7 |
| | 相模原 | 医師 | 1,760 | 243.5 | 1,714 | 237.5 | 1,678 | 232.1 | 1,746 | 240.7 |
| | | 歯科医師 | 494 | 68.3 | 477 | 66.1 | 473 | 65.4 | 499 | 68.8 |
| | | 薬剤師 | 1,535 | 212.3 | 1,636 | 226.7 | 1,635 | 226.1 | 1,757 | 242.2 |
| | 横須賀・三浦 | 医師 | 1,556 | 217.1 | 1,622 | 228.3 | 1,627 | 231.7 | 1,711 | 247.4 |
| | | 歯科医師 | 815 | 113.7 | 813 | 114.4 | 810 | 115.4 | 815 | 117.8 |
| | | 薬剤師 | 1,570 | 219.1 | 1,655 | 233.0 | 1,693 | 241.1 | 1,752 | 253.3 |
| | 湘南東部 | 医師 | 1,214 | 172.1 | 1,259 | 176.1 | 1,378 | 191.0 | 1,437 | 197.5 |
| | | 歯科医師 | 545 | 77.3 | 570 | 79.7 | 555 | 76.9 | 591 | 81.2 |
| | | 薬剤師 | 1,724 | 244.5 | 1,763 | 246.6 | 1,827 | 253.2 | 2,055 | 282.4 |
| | 湘南西部 | 医師 | 1,413 | 240.2 | 1,314 | 224.1 | 1,489 | 254.4 | 1,542 | 265.0 |
| | | 歯科医師 | 427 | 72.6 | 399 | 68.1 | 415 | 70.9 | 410 | 70.5 |
| | | 薬剤師 | 1,325 | 225.2 | 1,344 | 229.2 | 1,351 | 230.8 | 1,414 | 243.0 |
| | 県央 | 医師 | 1,149 | 136.2 | 1,188 | 140.3 | 1,214 | 142.8 | 1,301 | 151.5 |
| | | 歯科医師 | 531 | 62.9 | 465 | 54.9 | 500 | 58.8 | 528 | 61.5 |
| | | 薬剤師 | 1,624 | 192.5 | 1,672 | 197.5 | 1,782 | 209.6 | 1,880 | 219.0 |
| | 県西 | 医師 | 610 | 173.7 | 585 | 169.6 | 601 | 176.2 | 614 | 182.5 |
| | | 歯科医師 | 260 | 74.1 | 254 | 73.6 | 215 | 63.0 | 212 | 63.0 |
| | | 薬剤師 | 884 | 251.8 | 949 | 275.1 | 954 | 279.7 | 954 | 283.5 |
| | 神奈川県 | 医師 | 19,036 | 209.2 | 19,476 | 213.0 | 20,254 | 220.6 | 21,377 | 231.4 |
| | | 歯科医師 | 7,414 | 81.5 | 7,298 | 79.8 | 7,365 | 80.2 | 7,605 | 82.3 |
| | | 薬剤師 | 21,541 | 236.7 | 22,104 | 241.7 | 22,913 | 249.6 | 23,872 | 258.4 |
| 全国 | 医師 | 311,205 | 244.9 | 319,480 | 251.7 | 327,210 | 258.8 | 339,623 | 269.2 | |
| | 歯科医師 | 103,972 | 81.8 | 104,533 | 82.4 | 104,908 | 83.0 | 107,443 | 85.2 | |
| | 薬剤師 | 288,151 | 226.7 | 301,323 | 237.4 | 311,289 | 246.2 | 321,982 | 255.2 | |

(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」
総務省「平成30年10月1日参考表5 都道府県、男女別人口の計算表（総人口）」
総務省「令和2年国勢調査人口等基本集計」
神奈川県「人口統計調査結果」

※ 横浜医療圏は平成30年策定の第7次保健医療計画により、横浜北部・横浜西部・横浜南部の3地域を統合して1つとしたため、令和2年は統合後の横浜地域の値を記載している。

[資料 17] 診療従事医師・歯科医師・薬剤師数の推移

| 区分 | | 年 | 2006 平成18年 | | 2008 平成20年 | | 2010 平成22年 | | 2012 平成24年 | |
|------|--------|---------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | | | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 |
| 神奈川県 | 横浜北部 | 医師 | 2,109 | 144.7 | 2,377 | 159.5 | 2,549 | 167.9 | 2,511 | 163.5 |
| | | 歯科医師 | 1,398 | 95.9 | 1,454 | 97.6 | 1,502 | 98.9 | 1,597 | 104.0 |
| | | 薬剤師 | 1,929 | 132.4 | 2,170 | 145.7 | 2,676 | 176.3 | 2,769 | 180.3 |
| | 横浜西部 | 医師 | 1,723 | 158.7 | 1,826 | 166.0 | 1,987 | 179.1 | 2,099 | 189.6 |
| | | 歯科医師 | 702 | 64.6 | 712 | 64.7 | 738 | 66.5 | 747 | 67.5 |
| | | 薬剤師 | 1,476 | 135.9 | 1,580 | 143.6 | 1,934 | 174.3 | 1,987 | 179.4 |
| | 横浜南部 | 医師 | 2,313 | 218.3 | 2,482 | 233.8 | 2,707 | 255.1 | 2,817 | 267.2 |
| | | 歯科医師 | 836 | 78.9 | 843 | 79.4 | 903 | 85.1 | 873 | 82.8 |
| | | 薬剤師 | 1,505 | 142.1 | 1,641 | 154.6 | 1,977 | 186.3 | 2,097 | 198.9 |
| | 川崎北部 | 医師 | 1,275 | 163.9 | 1,350 | 168.3 | 1,436 | 175.1 | 1,529 | 184.4 |
| | | 歯科医師 | 428 | 55.0 | 447 | 55.7 | 487 | 59.4 | 477 | 57.5 |
| | | 薬剤師 | 1,058 | 136.0 | 1,191 | 148.5 | 1,278 | 155.8 | 1,385 | 167.0 |
| | 川崎南部 | 医師 | 1,179 | 208.9 | 1,305 | 221.9 | 1,314 | 217.0 | 1,361 | 223.2 |
| | | 歯科医師 | 454 | 80.4 | 484 | 82.3 | 500 | 82.6 | 487 | 79.9 |
| | | 薬剤師 | 938 | 166.2 | 1,045 | 177.7 | 1,129 | 186.5 | 1,153 | 189.1 |
| | 相模原 | 医師 | 1,477 | 209.9 | 1,573 | 221.8 | 1,624 | 226.3 | 1,628 | 226.2 |
| | | 歯科医師 | 440 | 62.5 | 429 | 60.5 | 415 | 57.8 | 408 | 56.7 |
| | | 薬剤師 | 1,072 | 152.3 | 1,119 | 157.8 | 1,184 | 165.0 | 1,250 | 173.7 |
| | 横須賀・三浦 | 医師 | 1,304 | 177.2 | 1,286 | 175.2 | 1,360 | 185.8 | 1,452 | 200.2 |
| | | 歯科医師 | 745 | 101.3 | 747 | 101.8 | 749 | 102.3 | 727 | 100.2 |
| | | 薬剤師 | 1,124 | 152.8 | 1,159 | 157.9 | 1,167 | 159.4 | 1,247 | 171.9 |
| | 湘南東部 | 医師 | 1,002 | 148.5 | 1,066 | 155.6 | 1,106 | 159.7 | 1,155 | 164.9 |
| | | 歯科医師 | 466 | 69.1 | 495 | 72.3 | 487 | 70.3 | 510 | 72.8 |
| | | 薬剤師 | 1,037 | 153.7 | 1,104 | 161.1 | 1,181 | 170.6 | 1,213 | 173.2 |
| | 湘南西部 | 医師 | 1,258 | 212.6 | 1,313 | 221.1 | 1,334 | 224.4 | 1,352 | 228.2 |
| | | 歯科医師 | 385 | 65.1 | 394 | 66.4 | 405 | 68.1 | 408 | 68.9 |
| | | 薬剤師 | 809 | 136.7 | 876 | 147.5 | 928 | 156.1 | 946 | 159.7 |
| | 県央 | 医師 | 1,007 | 122.0 | 1,037 | 124.5 | 1,017 | 121.3 | 1,070 | 127.0 |
| | | 歯科医師 | 505 | 61.2 | 446 | 53.5 | 454 | 54.1 | 477 | 56.6 |
| | | 薬剤師 | 1,002 | 121.3 | 1,047 | 125.7 | 1,115 | 133.0 | 1,139 | 135.2 |
| 県西 | 医師 | 549 | 152.1 | 553 | 153.8 | 563 | 156.8 | 593 | 166.9 | |
| | 歯科医師 | 236 | 65.4 | 255 | 70.9 | 249 | 69.3 | 261 | 73.5 | |
| | 薬剤師 | 521 | 144.3 | 538 | 149.6 | 558 | 155.4 | 590 | 166.1 | |
| 神奈川県 | 医師 | 15,196 | 171.9 | 16,168 | 180.5 | 16,997 | 187.8 | 17,567 | 193.6 | |
| | 歯科医師 | 6,595 | 74.6 | 6,706 | 74.9 | 6,889 | 76.1 | 6,972 | 76.9 | |
| | 薬剤師 | 12,471 | 141.1 | 13,470 | 150.4 | 15,127 | 167.2 | 15,776 | 173.9 | |
| 全国 | 医師 | 263,540 | 206.3 | 271,897 | 212.9 | 280,431 | 219.0 | 288,850 | 226.5 | |
| | 歯科医師 | 94,593 | 74.0 | 96,674 | 75.7 | 98,723 | 77.1 | 99,659 | 78.2 | |
| | 薬剤師 | 174,218 | 136.3 | 186,052 | 145.7 | 197,616 | 154.3 | 205,716 | 161.3 | |

| 区分 | | 年 | 2014 平成26年 | | 2016 平成28年 | | 2018 平成30年 | | 2020 令和2年 | |
|------|--------|---------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|--------------|------------|
| | | | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 | 実数 | 人口10万 対 |
| 神奈川県 | 横浜※ | 医師 | 2,682 | 172.2 | 2,817 | 178.6 | 8,424 | 225.2 | 8,832 | 233.8 |
| | | | 1,534 | 98.5 | 1,569 | 99.5 | | | | |
| | | | 3,253 | 208.9 | 3,270 | 207.3 | | | | |
| | | 歯科医師 | 2,161 | 195.6 | 2,279 | 206.1 | 3,236 | 86.5 | 3,357 | 88.9 |
| | | | 777 | 70.3 | 742 | 67.1 | | | | |
| | | | 2,132 | 193.0 | 2,330 | 210.7 | | | | |
| | | 薬剤師 | 3,014 | 287.6 | 3,033 | 289.4 | 8,041 | 215.0 | 8,518 | 225.5 |
| | | | 932 | 88.9 | 891 | 85.0 | | | | |
| | | | 2,155 | 205.6 | 2,224 | 212.2 | | | | |
| | 川崎北部 | 医師 | 1,602 | 191.1 | 1,682 | 198.1 | 1,766 | 205.4 | 1,915 | 220.0 |
| | | 歯科医師 | 497 | 59.3 | 517 | 60.9 | 515 | 59.9 | 545 | 62.6 |
| | | 薬剤師 | 1,488 | 177.5 | 1,603 | 188.8 | 1,704 | 198.2 | 1,748 | 200.8 |
| | 川崎南部 | 医師 | 1,461 | 234.6 | 1,548 | 241.7 | 1,584 | 241.1 | 1,765 | 264.3 |
| | | 歯科医師 | 513 | 82.4 | 510 | 79.6 | 541 | 82.4 | 551 | 82.5 |
| | | 薬剤師 | 1,232 | 197.8 | 1,387 | 216.6 | 1,412 | 215.0 | 1,500 | 224.6 |
| | 相模原 | 医師 | 1,692 | 234.0 | 1,657 | 229.6 | 1,588 | 219.6 | 1,672 | 230.5 |
| | | 歯科医師 | 489 | 67.6 | 471 | 65.3 | 467 | 64.6 | 487 | 67.1 |
| | | 薬剤師 | 1,325 | 183.3 | 1,425 | 197.5 | 1,426 | 197.2 | 1,535 | 211.6 |
| | 横須賀・三浦 | 医師 | 1,498 | 209.0 | 1,570 | 221.0 | 1,585 | 225.8 | 1,663 | 240.5 |
| | | 歯科医師 | 767 | 107.0 | 763 | 107.4 | 756 | 107.7 | 763 | 110.3 |
| | | 薬剤師 | 1,317 | 183.8 | 1,414 | 199.0 | 1,434 | 204.3 | 1,488 | 215.2 |
| | 湘南東部 | 医師 | 1,186 | 168.2 | 1,225 | 171.4 | 1,334 | 184.9 | 1,394 | 191.6 |
| | | 歯科医師 | 535 | 75.9 | 561 | 78.5 | 548 | 76.0 | 578 | 79.4 |
| | | 薬剤師 | 1,291 | 183.1 | 1,369 | 191.5 | 1,459 | 202.2 | 1,568 | 215.5 |
| | 湘南西部 | 医師 | 1,366 | 232.2 | 1,264 | 215.6 | 1,443 | 246.6 | 1,499 | 257.6 |
| | | 歯科医師 | 413 | 70.2 | 389 | 66.3 | 403 | 68.9 | 397 | 68.2 |
| | | 薬剤師 | 1,019 | 173.2 | 1,084 | 184.9 | 1,071 | 183.0 | 1,158 | 199.0 |
| | 県央 | 医師 | 1,097 | 130.0 | 1,136 | 134.2 | 1,181 | 138.9 | 1,265 | 147.3 |
| | | 歯科医師 | 520 | 61.6 | 459 | 54.2 | 493 | 58.0 | 515 | 60.0 |
| | | 薬剤師 | 1,263 | 149.7 | 1,303 | 153.9 | 1,428 | 167.9 | 1,531 | 178.3 |
| | 県西 | 医師 | 590 | 168.0 | 573 | 166.1 | 587 | 172.1 | 591 | 175.6 |
| | | 歯科医師 | 255 | 72.6 | 247 | 71.6 | 211 | 61.9 | 204 | 60.6 |
| | | 薬剤師 | 598 | 170.3 | 631 | 182.9 | 648 | 190.0 | 672 | 199.7 |
| | 神奈川県 | 医師 | 18,349 | 201.7 | 18,784 | 205.4 | 19,492 | 212.3 | 20,596 | 223.0 |
| | | 歯科医師 | 7,232 | 79.5 | 7,119 | 77.8 | 7,170 | 78.1 | 7,397 | 80.1 |
| | | 薬剤師 | 17,073 | 187.6 | 18,040 | 197.3 | 18,623 | 202.9 | 19,718 | 213.5 |
| 全国 | 医師 | 296,845 | 233.6 | 304,759 | 240.1 | 311,963 | 246.7 | 323,700 | 256.6 | |
| | 歯科医師 | 100,965 | 79.4 | 101,551 | 80.0 | 101,777 | 80.5 | 104,118 | 82.5 | |
| | 薬剤師 | 216,077 | 170.0 | 230,186 | 181.3 | 240,371 | 190.1 | 250,585 | 198.6 | |

(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」
総務省「平成30年10月1日参考表5 都道府県、男女別人口の計算表(総人口)」
総務省「令和2年国勢調査人口等基本集計」
神奈川県「人口統計調査結果」

※ 横浜医療圏は平成30年策定の第7次保健医療計画により、横浜北部・横浜西部・横浜南部の3地域を統合して1つとしたため、令和2年は統合後の横浜地域の値を記載している。

〔資料18〕 病院の就業保健師・助産師・看護師・准看護師数の推移

| 区分 | 2006 平成18年 | | 2008 平成20年 | | 2010 平成22年 | | 2012 平成24年 | |
|------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 |
| 保健師 | 73 | 0.8 | 271 | 3.0 | 86 | 1.0 | 69 | 0.8 |
| 助産師 | 1,036 | 11.7 | 1,163 | 13.0 | 1,209 | 13.4 | 1,375 | 15.2 |
| 看護師 | 31,576 | 357.3 | 34,576 | 386.0 | 37,097 | 410.0 | 40,346 | 444.7 |
| 准看護師 | 6,515 | 73.7 | 6,626 | 74.0 | 5,857 | 64.7 | 5,225 | 57.6 |

| 区分 | 2014 平成26年 | | 2016 平成28年 | | 2018 平成30年 | | 2020 令和2年 | |
|------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|
| | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 |
| 保健師 | 59 | 0.6 | 96 | 1.0 | 72 | 0.8 | 197 | 2.1 |
| 助産師 | 1,370 | 15.1 | 1,399 | 15.3 | 1,409 | 15.3 | 1,406 | 15.2 |
| 看護師 | 42,774 | 470.1 | 44,890 | 490.8 | 47,264 | 514.9 | 48,609 | 526.2 |
| 准看護師 | 4,734 | 52.0 | 4,136 | 45.2 | 3,594 | 39.2 | 3,173 | 34.3 |

(出典) 厚生労働省「衛生行政報告例」

(出典) 神奈川県「人口統計調査結果」

〔資料19〕 病院・診療所の従事理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、衛生検査技師数の推移

| 区分 | 1999 平成11年 | | 2002 平成14年 | | 2005 平成17年 | | 2008 平成20年 | |
|------------------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 |
| 理学療法士(P T) | 989 | 11.7 | 1,159 | 13.6 | 1,461 | 16.8 | 2,041 | 22.8 |
| 作業療法士(O T) | 436 | 5.2 | 582 | 6.8 | 773 | 8.9 | 1,102 | 12.3 |
| 診療放射線技師 | 2,410 | 28.6 | 2,316 | 6.9 | 2,449 | 28.2 | 2,549 | 28.5 |
| 臨床検査技師 衛生検査技師 | 3,232 | 38.3 | 3,197 | 7.0 | 3,351 | 38.6 | 3,642 | 40.7 |

| 区分 | 2011 平成23年 | | 2014 平成26年 | | 2017 平成29年 ※1, ※2 | | 2020 令和2年 ※1, ※2 | |
|------------------|---------------|--------|---------------|--------|----------------------|------------|---------------------|--|
| | 実数 | 人口10万対 | 実数 | 人口10万対 | 従事者数(常勤換算) | 従事者数(常勤換算) | | |
| 理学療法士(P T) | 2,731 | 30.1 | 3,420 | 37.6 | 4154.4 | 4989.8 | | |
| 作業療法士(O T) | 1,486 | 16.4 | 1,794 | 19.7 | 2060.8 | 2384.3 | | |
| 診療放射線技師 | 2,752 | 30.4 | 2,904 | 31.9 | 3161.7 | 3188.1 | | |
| 臨床検査技師 衛生検査技師 | 3,908 | 43.1 | 4,081 | 44.9 | 4303.1 | 4313.2 | | |

(出典) 神奈川県「衛生統計年報」

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

※1 平成29年以降のデータについて、神奈川県衛生統計年報で集計を終了していたため、常勤換算した従事者数を記載。

※2 常勤換算とは、従事者について、医療施設の通常の1週間分の勤務時間で考えたときに、その職務の人が何人いるかを表している。

常勤換算 = 従事者の1週間の勤務時間(残業は除く) ÷ 医療施設で定めている常勤者の1週間の勤務時間。

[資料 20] 保健福祉事務所（保健所）

| 二次保健医療圏 | 保健福祉事務所(保健所) | 所在地 | 電話番号 | 所管区域 |
|---------|------------------------------|------------------|--------------|----------------------|
| 横浜 | 横浜市保健所 [※] | 横浜市中区本町6-50-10 | 045-671-4182 | 横浜市全域 |
| | 鶴見福祉保健センター | 横浜市鶴見区鶴見中央3-20-1 | 045-510-1818 | 鶴見区 |
| | 神奈川福祉保健センター | 横浜市神奈川区広台太田町3-8 | 045-411-7171 | 神奈川区 |
| | 港北福祉保健センター | 横浜市港北区大豆戸町26-1 | 045-540-2323 | 港北区 |
| | 緑福祉保健センター | 横浜市緑区寺山町118 | 045-930-2323 | 緑区 |
| | 青葉福祉保健センター | 横浜市青葉区市ケ尾町31-4 | 045-978-2323 | 青葉区 |
| | 都筑福祉保健センター | 横浜市都筑区茅ヶ崎中央32-1 | 045-948-2323 | 都筑区 |
| | 西福祉保健センター | 横浜市西区中央1-5-10 | 045-320-8484 | 西区 |
| | 保土ヶ谷福祉保健センター | 横浜市保土ヶ谷区川辺町2-9 | 045-334-6262 | 保土ヶ谷区 |
| | 旭福祉保健センター | 横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12 | 045-954-6161 | 旭区 |
| | 戸塚福祉保健センター | 横浜市戸塚区戸塚町16-17 | 045-866-8484 | 戸塚区 |
| | 泉福祉保健センター | 横浜市泉区和泉中央北5-1-1 | 045-800-2323 | 泉区 |
| | 瀬谷福祉保健センター | 横浜市瀬谷区二ツ橋町190 | 045-367-5656 | 瀬谷区 |
| | 中福祉保健センター | 横浜市中区日本大通35 | 045-224-8181 | 中区 |
| | 南福祉保健センター | 横浜市南区浦舟町2-33 | 045-341-1212 | 南区 |
| | 港南福祉保健センター | 横浜市港南区港南4-2-10 | 045-847-8484 | 港南区 |
| | 磯子福祉保健センター | 横浜市磯子区磯子3-5-1 | 045-750-2323 | 磯子区 |
| | 金沢福祉保健センター | 横浜市金沢区泥亀2-9-1 | 045-788-7878 | 金沢区 |
| | 栄福祉保健センター | 横浜市栄区桂町303-19 | 045-894-8181 | 栄区 |
| 川崎北部 | 高津区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市高津区下作延274-2 | 044-861-3113 | 高津区 |
| | 宮前区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市宮前区宮前平2-20-5 | 044-856-3113 | 宮前区 |
| | 多摩区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市多摩区登戸1775-1 | 044-935-3113 | 多摩区 |
| | 麻生区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市麻生区万福寺1-5-1 | 044-965-5100 | 麻生区 |
| 川崎南部 | 川崎区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市川崎区東田町8 | 044-201-3113 | 川崎区 |
| | 幸区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市幸区戸手本町1-11-1 | 044-556-6666 | 幸区 |
| | 中原区地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | 川崎市中原区小杉町3-245 | 044-744-3113 | 中原区 |
| | 川崎市保健所 [※] | 川崎市川崎区宮本町1番地 | 044-200-2427 | 幸区 |
| 横須賀・三浦 | 横須賀市保健所 [※] | 横須賀市西逸見町1-38-11 | 046-845-6759 | 横須賀市 |
| | 鎌倉保健福祉事務所 | 鎌倉市由比ガ浜2-16-13 | 0467-24-3900 | 鎌倉市、逗子市、三浦郡 |
| | 三崎センター | 三浦市三崎町六合32 | 046-882-6811 | 三浦市 |
| 湘南東部 | 藤沢市保健所 [※] | 藤沢市鶴沼2131-1 | 0466-25-1111 | 藤沢市 |
| | 茅ヶ崎市保健所 [※] | 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7 | 0467-85-1171 | 茅ヶ崎市、寒川町 |
| 湘南西部 | 平塚保健福祉事務所 | 平塚市豊原町6-21 | 0463-32-0130 | 平塚市、大磯町、二宮町 |
| | 秦野センター | 秦野市曾屋2-9-9 | 0463-82-1428 | 秦野市、伊勢原市 |
| 県央 | 厚木保健福祉事務所 | 厚木市水引2-3-1 | 046-224-1111 | 厚木市、海老名市、座間市、愛川町、清川村 |
| | 大和センター | 大和市中央1-5-26 | 046-261-2948 | 大和市、綾瀬市 |
| 相模原 | 相模原市保健所 [※] | 相模原市富士見6-1-1 | 042-754-1111 | 相模原市 |
| 県西 | 小田原保健福祉事務所 | 小田原市荻窪350-1 | 0465-32-8000 | 小田原市、足柄下郡 |
| | 足柄上センター | 足柄上郡開成町吉田島2489-2 | 0465-83-5111 | 南足柄市、足柄上郡 |

※ 横浜市、川崎市、横須賀市、藤沢市、相模原市、茅ヶ崎市の保健所は市が設置しています。

[資料 21] 市町村保健センター

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|------|------------------|-----------------|--------------|
| 横須賀市 | 横須賀市中央健康福祉センター | 横須賀市西逸見町1-38-11 | 046-824-7632 |
| | 横須賀市北健康福祉センター | 横須賀市船越町6-77 | 046-861-4118 |
| | 横須賀市南健康福祉センター | 横須賀市久里浜6-14-2 | 046-836-1511 |
| | 横須賀市西健康福祉センター | 横須賀市長坂1-2-2 | 046-856-0719 |
| 藤沢市 | 藤沢市北保健センター | 藤沢市大庭5527-1 | 0466-50-8215 |
| | 藤沢市保健医療センター | 藤沢市大庭5527-1 | 0466-88-7300 |
| | 藤沢市南保健センター | 藤沢市鵜沼2131-1 | 0466-50-3522 |
| 相模原市 | 相模原市中央保健センター | 相模原市中央区富士見6-1- | 042-769-8233 |
| | 相模原市南保健センター | 相模原市南区相模大野6-22 | 042-701-7708 |
| | 相模原市緑保健センター | 相模原市緑区西橋本5-3-21 | 042-775-8816 |
| | 相模原市津久井保健センター | 相模原市緑区中野613-2 | 042-780-1414 |
| 平塚市 | 平塚市保健センター | 平塚市東豊田448-3 | 0463-55-2111 |
| 小田原市 | 小田原市保健センター | 小田原市酒匂2-32-16 | 0465-47-0828 |
| 逗子市 | 逗子市保健センター | 逗子市池子字棧敷戸1892-6 | 046-873-8333 |
| 秦野市 | 秦野市保健福祉センター | 秦野市緑町16-3 | 0463-84-5511 |
| 厚木市 | 厚木市保健福祉センター | 厚木市中町1-4-1 | 046-225-2201 |
| 大和市 | 大和市保健福祉センター | 大和市鶴間1-31-7 | 046-260-5685 |
| 海老名市 | 海老名市保健相談センター | 海老名市中新田377 | 046-235-7880 |
| 座間市 | 座間市立市民健康センター | 座間市緑ヶ丘1-1-3 | 046-251-6822 |
| 南足柄市 | 南足柄市保健医療福祉センター | 南足柄市広町48-1 | 0465-74-2517 |
| 綾瀬市 | 綾瀬市保健福祉プラザ | 綾瀬市深谷中4-7-10 | 0467-77-1133 |
| 葉山町 | 葉山町保健センター | 葉山町一色1503-2 | 046-875-1275 |
| 寒川町 | 寒川町健康管理センター | 寒川町宮山401 | 0467-74-7621 |
| 大磯町 | 大磯町保健センター | 大磯町東小磯191 | 0463-61-4100 |
| 二宮町 | 二宮町保健センター | 二宮町二宮1410 | 0463-71-7100 |
| 中井町 | 中井町保健福祉センター | 中井町比奈窪104-1 | 0465-81-5548 |
| 大井町 | 大井町保健福祉センター | 大井町金子1964-1 | 0465-83-8011 |
| 松田町 | 松田町健康福祉センター | 松田町松田惣領17-2 | 0465-84-1195 |
| 山北町 | 山北町健康福祉センター | 山北町山北1971-2 | 0465-75-0822 |
| 開成町 | 開成町保健センター | 開成町延沢773 | 0465-84-0327 |
| 箱根町 | 箱根町総合保健福祉センター | 箱根町宮城野881-1 | 0460-85-0800 |
| 湯河原町 | 湯河原町保健センター | 湯河原町中央2-1-3 | 0465-63-2111 |
| 愛川町 | 愛川町健康プラザ | 愛川町角田257-1 | 046-285-2111 |
| 清川村 | 清川村保健福祉センターやまびこ館 | 清川村煤ヶ谷2216 | 046-288-3861 |

※ 真鶴町保健センターは、H25.3.31に廃止

[資料 22] 休日（夜間）急患診療所（医科）

| | 診療所名 | 所在地 | 電話番号 | 診療科目 |
|-----------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| 横浜市 | 横浜市夜間急病センター (横浜市救急医療センター) | 横浜市中区桜木町1-1 横浜市健康福祉総合センター内 | 045-212-3535 | 内・小・眼・耳 |
| | 鶴見区休日急患診療所 | 横浜市鶴見区鶴見中央3-4-22 | 045-503-3851 | 内・小 |
| | 神奈川区休日急患診療所 | 横浜市神奈川区反町1-8-4 はーと友神奈川3階 | 045-317-5474 | 内・小 |
| | 西区休日急患診療所 | 横浜市西区中央1-15-18 | 045-322-5715 | 内・小 |
| | 中区休日急患診療所 | 横浜市中区本牧町2-353 | 045-622-6372 | 内・小 |
| | 南区休日急患診療所 | 横浜市南区宿町4-76-1 | 045-711-7000 | 内・小 |
| | 保土ヶ谷区休日急患診療所 | 横浜市保土ヶ谷区天王町1-21 | 045-335-5975 | 内・小 |
| | 磯子区休日急患診療所 | 横浜市磯子区1-3-13 | 045-753-6011 | 内・小 |
| | 金沢区休日急患診療所 | 横浜市金沢区金沢町48 | 045-782-8785 | 内・小 |
| | 港北区休日急患診療所 | 横浜市港北区菊名7-8-27 | 045-433-2311 | 内・小 |
| | 戸塚区休日急患診療所 | 横浜市戸塚区戸塚町4141-1 | 045-861-3335 | 内・小 |
| | 港南区休日急患診療所 | 横浜市港南区港南中央通7-29 | 045-842-8806 | 内・小 |
| | 旭区休日急患診療所 | 横浜市旭区二俣川1-88-16 | 045-363-2020 | 内・小 |
| | 緑区休日急患診療所 | 横浜市緑区中山3-16-2 | 045-937-2300 | 内・小 |
| | 瀬谷区休日急患診療所 | 横浜市瀬谷区二ツ橋町489-46 | 045-360-8666 | 内・小 |
| | 栄区休日急患診療所 | 横浜市栄区公田町635 (建替え工事中の仮移転先：横 浜市栄区桂町301) | 045-893-2999 | 内・小 |
| | 泉区休日急患診療所 (横浜市南西部夜間急病センター) | 横浜市泉区和泉中央北5-1-5 | 045-806-0921 (045-806-0921) | 内・小 |
| | 青葉区休日急患診療所 | 横浜市青葉区市ヶ尾町31-21 | 045-973-2707 | 内・小 |
| | 都筑区休日急患診療所 (横浜市北部夜間急病センター) | 横浜市都筑区牛久保西1-23-4 | 045-911-0088 (同上) | 内・小 |
| 川崎市 | 川崎休日急患診療所 | 川崎市川崎区富士見1-1-1 | 044-211-6555 | 内・小 |
| | 南部小児急病センター | 川崎市川崎区新川通12-1 川崎市立川崎病院内 | 044-233-5521 | 小児科 |
| | 幸休日急患診療所 | 川崎市幸区戸手2-12-12 | 044-555-0885 | 内・小 |
| | 中原休日急患診療所 | 川崎市中原区小杉町3-26-7 | 044-722-7870 | 内・小 |
| | 中部小児急病センター | 川崎市中原区小杉町1-383 日本医科大学武蔵小杉病院内 | 044-733-5181 | 小児科 |
| | 高津休日急患診療所 | 川崎市高津区溝口5-15-5 | 044-811-9300 | 内・小 |
| | 多摩休日夜間急患診療所 (北部小児急病センター) | 川崎市多摩区登戸1775-1 | 044-933-1120 | 内・小 |
| | 宮前休日急患診療所 | 川崎市宮前区東有馬2-13-3 | 044-853-2133 | 内・小 |
| | 麻生休日急患診療所 | 川崎市麻生区万福寺1-5-3 | 044-966-2133 | 内・小 |
| 相模原市 | 相模原西メディカルセンター 急病診療所 | 相模原市緑区中野1681-1 | 042-784-5199 | 内・小 |
| | 相模原中央メディカルセンター 急病診療所 | 相模原市中央区富士見6-1-1 ウェルネスさがみはら1階 | 042-756-1700 | 内・小・外(外の夜間 は一日おき) |
| | 相模原南メディカルセンター 急病診療所 | 相模原市南区相模大野4-4-1 相模女子大学グリーンホール1 階 | 042-749-2101 | 内・外(外の夜間 は一日おき、小・ 眼・耳鼻・産婦は 休日のみ) |
| 横須賀市救急医療センター | 横須賀市新港町1-11 | 046-824-3001 | 内・小・外 | |
| 平塚市休日・夜間急患診療所 | 平塚市東豊田448-3 | 0463-55-2145 | 内・小・外(眼科・耳鼻咽喉科は 原則第2・4日曜 日昼間のみ) | |
| 鎌倉市医師会休日夜間急患診療所 | 鎌倉市材木座3-5-35 | 0467-22-7888 | 内・小 | |
| 藤沢市南休日・夜間急病診療所 | 藤沢市片瀬339-1 藤沢市医師会館内 | 0466-23-5000 | 内・小 | |
| 藤沢市北休日・夜間急病診療所 | 藤沢市大庭5527-1 藤沢市保健医療センター内 | 0466-88-7301 | 内・小・耳 (耳鼻科は当番日 のみ) | |
| 小田原市休日夜間急患診療所 | 小田原市酒匂2-32-16 小田原市保健センター内 | 0465-47-0823 | 内・小(耳鼻・眼 は休日のみ) | |

| 診療所名 | 所在地 | 電話番号 | 診療科目 |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|
| 茅ヶ崎市休日・夜間急患診療所 | 茅ヶ崎市茅ヶ崎3-4-23 | 0467-38-7532 | 内・小・外 |
| 逗葉地域医療センター休日・夜間急患診療 | 逗子市池子字棧敷戸1892-6 | 046-873-7752 | 内・小・外 |
| 秦野市休日夜間急患診療所 | 秦野市曾屋11 | 0463-81-5019 | 内・小・外 |
| 厚木市休日夜間急患診療所 | 厚木市水引1-16-45 | 046-297-5199 | 内・小・耳 (耳鼻科は年14 日程、耳鼻科救急 当番日のみ診療) |
| 大和市地域医療センター 休日夜間急患診療所 | 大和市鶴間1-28-5 | 046-263-6800 | 内・小 |
| 伊勢原市休日夜間急患診療所 | 伊勢原市伊勢原2-7-31 伊勢原シティプラザ2階 | 0463-93-5019 | 内・小・外 |
| 海老名市急患診療所 | 海老名市さつき町41 海老名市医療センター内 | 046-231-1912 | 内 |
| 座間市休日急患センター (座間・綾瀬・海老名小児救急センター) | 座間市緑ヶ丘1-1-3 座間市立市民健康センター内 | 046-252-9090 (046-255- 9933) | 内・小(外は休日 のみ) |
| 綾瀬休日診療所 | 綾瀬市深谷中4-7-10 綾瀬市保健福祉プラザ内 | 0467-77-5315 | 内・小 |
| 足柄上地区休日急患診療所 | 足柄上郡開成町吉田島580 | 0465-83-1800 | 内・小 |

〔資料23〕休日(夜間)急患診療所(歯科)

| 診療所名 | 郵便番号 | 所在地 | 電話番号 | 診療科目 |
|--------------------------|----------|---------------------------------|--------------|------|
| 横浜市 | 231-0012 | 横浜市中区相生町6-107 | 045-201-7737 | 歯 |
| | 236-0015 | 横浜市金沢区金沢町48 金沢区三師会館内 | 045-782-8785 | 歯 |
| 川崎市 | 210-0006 | 川崎市川崎区砂子2-10-10 川崎市歯科医師会館内 | 044-819-4494 | 歯 |
| | 211-0063 | 川崎市中原区小杉町2-288-4 | 044-733-1248 | 歯 |
| | 215-0003 | 川崎市麻生区高石4-15-5 | 044-966-2261 | 歯 |
| 相模原口腔保健センター休日急患歯科診療所 | 252-0236 | 相模原市中央区富士見6-1-1 ウェルネスさがみはら内 | 042-756-1501 | 歯 |
| 横須賀口腔衛生センター休日急患障がい者歯科診療所 | 238-0046 | 横須賀市西逸見町1-38-11 ウェルシティ市民プラザ内 | 046-823-0062 | 歯 |
| 平塚市休日急患障がい者歯科診療所 | 254-0082 | 平塚市東豊田448-3 平塚市保健センター内 | 0463-55-2176 | 歯 |
| 鎌倉市口腔保健センター | 247-0061 | 鎌倉市台2-8-1 台在宅福祉サービスセンター内 | 0467-47-8119 | 歯 |
| 藤沢市南休日急患歯科診療所 | 251-0025 | 藤沢市鶴沼石上2-10-6 藤沢市口腔保健センター内 | 0466-26-3310 | 歯 |
| 小田原市休日急患歯科診療所 | 256-0816 | 小田原市酒匂2-32-16 小田原市保健センター内 | 0465-47-0825 | 歯 |
| 茅ヶ崎市休日急患歯科診療所 | 253-0041 | 茅ヶ崎市茅ヶ崎3-4-23 茅ヶ崎市地域医療センター内 | 0467-38-8667 | 歯 |
| 逗葉地域医療センター歯科診療室 | 249-0003 | 逗子市池子字棧敷戸1892-6 | 046-873-2368 | 歯 |
| 秦野市歯科休日急患診療所 | 257-0051 | 秦野市今川町1-3 秦野駅前農協ビル内 | 0463-83-3120 | 歯 |
| 厚木市歯科保健センター | 243-0018 | 厚木市中町1-4-1 厚木市保健福祉センター内 | 046-224-6081 | 歯 |
| 大和休日歯科診療所 | 242-0018 | 大和市深見西2-1-25 大和歯科医師会館内 | 046-263-4107 | 歯 |
| 伊勢原市休日歯科診療所 | 259-1131 | 伊勢原市伊勢原2-7-31 伊勢原シティプラザ内 | 0463-95-3121 | 歯 |
| 海老名市休日歯科診療室 | 243-0421 | 海老名市さつき町41 海老名市医療センター内 | 046-231-1939 | 歯 |
| 座間市休日歯科急患センター | 228-0021 | 座間市緑ヶ丘1-1-3 座間市民健康センター内 | 046-252-8217 | 歯 |
| 綾瀬休日歯科診療所 | 252-1107 | 綾瀬市深谷中4-7-10 綾瀬市保健福祉プラザ内 | 0467-79-1818 | 歯 |

※ 川崎市歯科医師会館診療所については、2023年4月1日～2025年3月31日まで建て替えのため休診。住所、電話番号は上記表のとおりになる予定。

[資料 24] 院外処方せん枚数、処方せん受取率の推移

| 区分 | 処方せん枚数（万枚）※ | | 処方せん受取率（％） | |
|----------------|-------------|--------|------------|------|
| | 神奈川県 | 全国 | 神奈川県 | 全国 |
| 2012 平成24年度 | 5,836 | 75,887 | 78.8 | 66.1 |
| 2013 平成25年度 | 5,834 | 76,303 | 79.0 | 67.0 |
| 2014 平成26年度 | 5,890 | 77,558 | 79.6 | 68.7 |
| 2015 平成27年度 | 5,996 | 78,818 | 80.5 | 70.0 |
| 2016 平成28年度 | 6,069 | 79,929 | 81.8 | 71.7 |
| 2017 平成29年度 | 6,107 | 80,385 | 82.5 | 72.8 |
| 2018 平成30年度 | 6,208 | 81,228 | 83.5 | 74.0 |
| 2019 令和元年度 | 6,250 | 81,802 | 84.2 | 74.9 |
| 2020 令和2年度 | 5,518 | 73,115 | 84.8 | 75.7 |
| 2021 令和3年度 | 5,898 | 77,143 | 83.1 | 75.3 |
| 2022 令和4年度 | 6,143 | 79,987 | 84.3 | 76.6 |

※ 処方せん枚数は、1万未満については切り捨て

（出典）日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」

[資料 25] 小児科を標榜する医療機関数の推移

| 区分 | | 年 | 1993 | 1996 | 1999 | 2002 | 2005 | 2008 | 2011 | 2014 | 2017 | 2020 |
|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| | | 平成5年 | 平成8年 | 平成11年 | 平成14年 | 平成17年 | 平成20年 | 平成23年 | 平成26年 | 平成29年 | 令和2年 | |
| 神奈川県 | 病院数 | 179 | 176 | 153 | 140 | 127 | 114 | 111 | 110 | 109 | 102 | |
| | 診療所数 | 1,543 | 1,519 | 1,492 | 1,498 | 1,495 | 1,361 | 1,219 | 1,265 | 1,160 | 1,166 | |
| 全国 | 病院数 | 4,025 | 3,844 | 3,528 | 3,359 | 3,154 | 2,905 | 2,745 | 2,656 | 2,592 | 2,523 | |
| | 診療所数 | 27,370 | 27,095 | 26,788 | 25,862 | 25,318 | 22,503 | 19,994 | 20,872 | 19,647 | 18,798 | |

（出典）厚生労働省「医療施設調査・病院報告」

[資料 26] 精神科救急の通報件数等件数及び精神保健診察件数の推移

| 区分 | 要措置 | 措置不要 | 医療不要 | 診療不要 | 通報件数 |
|----------------|-------|------|------|-------|-------|
| 2015 平成27年度 | 744 | 188 | 12 | 772 | 1,719 |
| 2016 平成28年度 | 939 | 268 | 16 | 739 | 1,957 |
| 2017 平成29年度 | 1,049 | 309 | 20 | 712 | 2,092 |
| 2018 平成30年度 | 991 | 273 | 8 | 860 | 2,141 |
| 2019 令和元年度 | 924 | 258 | 12 | 953 | 2,144 |
| 2020 令和2年度 | 998 | 260 | 19 | 864 | 2,135 |
| 2021 令和3年度 | 936 | 263 | 5 | 1,059 | 2,262 |
| 2022 令和4年度 | 874 | 190 | 7 | 1,037 | 2,110 |

（出典）県健康医療局がん・疾病対策課調べ

医療法（抜粋）

第二節 医療計画

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

- 2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業並びに居宅等における医療の確保の目標に関する事項
 - 二 第四号及び第五号の事業並びに居宅等における医療の確保に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項
 - 三 医療連携体制における医療提供施設の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
 - 四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
 - 五 次に掲げる医療の確保に必要な事業（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項（ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。）
 - イ 救急医療
 - ロ 災害時における医療
 - ハ へき地の医療
 - ニ 周産期医療
 - ホ 小児医療（小児救急医療を含む。）
 - ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療
 - 六 居宅等における医療の確保に関する事項
 - 七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項
 - イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）
 - ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項
 - 八 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
 - 九 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
 - 十 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項
 - 十一 医師の確保に関する次に掲げる事項
 - イ 第十四号及び第十五号に規定する区域における医師の確保の方針
 - ロ 厚生労働省令で定める方法により算定された第十四号に規定する区域における医師の数に関する指標を踏まえて定める同号に規定する区域において確保すべき医師の数の目標
 - ハ 厚生労働省令で定める方法により算定された第十五号に規定する区域における医師の数に関する指標を踏まえて定める同号に規定する区域において確保すべき医師の数の目標
 - ニ ロ及びハに掲げる目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策
 - 十二 医療従事者（医師を除く。）の確保に関する事項
 - 十三 医療の安全の確保に関する事項
 - 十四 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項
 - 十五 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であつて、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であつて当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項
 - 十六 第六項及び第七項に規定する区域を定めた場合には、当該区域の設定に関する事項
 - 十七 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
- 3 医療計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。
 - 一 地域医療支援病院の整備の目標その他医療提供施設の機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
 - 二 前号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

- 4 都道府県は、第二項第二号に掲げる事項を定めるに当たっては、次に掲げる事項に配慮しなければならない。
 - 一 医療連携体制の構築の具体的な方策について、第二項第四号の厚生労働省令で定める疾病又は同項第五号イからへまでに掲げる医療若しくは居宅等における医療ごとに定めること。
 - 二 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。
 - 三 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。
 - 四 医療連携体制が、医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。
 - 5 都道府県は、地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、第三十条の十三第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。
 - 6 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が少ないと認められる同項第十四号に規定する区域を定めることができる。
 - 7 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が多いと認められる同項第十四号に規定する区域を定めることができる。
 - 8 第二項第十四号及び第十五号に規定する区域の設定並びに同項第十七号に規定する基準病床数に関する基準（療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関する基準にあつては、それぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数を基にした基準）は、厚生労働省令で定める。
 - 9 都道府県は、第二項第十七号に規定する基準病床数を定めようとする場合において、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより、同号に規定する基準病床数に関し、前項の基準によらないことができる。
 - 10 都道府県は、第十八項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、急激な人口の増加が見込まれること、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第十六条第二項に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われたことその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十七号に規定する基準病床数とみなして、病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請に対する許可に係る事務を行うことができる。
 - 11 都道府県は、第十八項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、厚生労働省令で定める病床を含む病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請があつた場合においては、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十七号に規定する基準病床数とみなして、当該申請に対する許可に係る事務を行うことができる。
 - 12 都道府県は、第十八項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、地域医療連携推進法人の参加法人（第七十条第一項に規定する参加法人をいう。）から病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請があつた場合において、当該申請が当該医療計画において定める地域医療構想の達成を推進するために必要なものであることその他の厚生労働省令で定める要件に該当すると認めるときは、当該申請に係る当該医療計画において定められた第二項第十七号に規定する基準病床数に政令で定めるところにより算定した数を加えて得た数を、当該基準病床数とみなして、当該申請に対する許可に係る事務を行うことができる。
 - 13 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第四条第一項に規定する都道府県計画及び介護保険法第百十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。
 - 14 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であつて医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう努めなければならない。
 - 15 都道府県は、医療計画を作成するに当たって、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
 - 16 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。
 - 17 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第百五十七条の二第一項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。
 - 18 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。
- 第三十条の五 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第七条第七項に規定する医療保険者

- (第三十条の十四第一項及び第三十条の十八の四第一項において「医療保険者」という。)又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療提供施設の機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。
- 第三十条の六 都道府県は、三年ごとに第三十条の四第二項第六号及び第十一号に掲げる事項並びに次の各号に掲げる事項のうち同項第六号及び第十一号に掲げる事項その他厚生労働省令で定める事項に関するもの(次項において「特定事項」という。)について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。
- 一 第三十条の四第二項各号(第六号及び第十一号を除く。)に掲げる事項
 - 二 医療計画に第三十条の四第三項各号に掲げる事項を定める場合にあっては、当該各号に掲げる事項
- 2 都道府県は、六年ごとに前項各号に掲げる事項(特定事項を除く。)について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。
- 第三十条の七 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。
- 2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。
 - 一 病院 病床の機能に応じ、地域における病床の機能の分化及び連携の推進に協力し、地域において必要な医療を確保すること。
 - 二 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。
 - イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。
 - ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。
 - ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。
- 3 病院又は診療所の管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。
- 4 病院の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、当該病院の医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院に勤務しない医師、歯科医師又は薬剤師の診療、研究又は研修のために利用させるように努めるものとする。
- 第三十条の八 厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。
- 第三十条の九 国は、医療計画の達成を推進するため、都道府県に対し、予算の範囲内で、医療計画に基づく事業に要する費用の一部を補助することができる。
- 第三十条の十 国及び地方公共団体は、医療計画の達成を推進するため、病院又は診療所の不足している地域における病院又は診療所の整備、地域における病床の機能の分化及び連携の推進、医師の確保その他必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
- 2 国は、前項に定めるもののほか、都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる医療を提供する体制の整備に努めるものとする。
- 第三十条の十一 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、病院若しくは診療所を開設しようとする者又は病院若しくは診療所の開設者若しくは管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告することができる。
- 第三十条の十二 第七条の二第三項から第五項までの規定は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、同条第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病院(療養病床又は一般病床を有するものに限る。)又は診療所(第七条第三項の許可を得て病床を設置するものに限る。)について準用する。この場合において、第七条の二第三項中「命ずる」とあるのは「要請する」と、同条第四項中「前三項」とあるのは「前項」と、「病床数及び当該申請に係る病床数」とあるのは「病床数」と、同条第五項中「第一項若しくは第二項の規定により前条第一項から第三項までの許可を与えない処分をし、又は第三項」とあるのは「第三項」と、「命令しよう」とあるのは「要請しよう」と読み替えるものとする。
- 2 都道府県知事は、前項において読み替えて準用する第七条の二第三項の規定による要請を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていないと認めるときは、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置をとるべきことを勧告することができる。
 - 3 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

第三節 地域における病床の機能の分化及び連携の推進

第三十条の十三 病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するもの（以下「病床機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（以下「病床の機能区分」という。）に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

- 一 厚生労働省令で定める日（次号において「基準日」という。）における病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）
- 二 基準日から厚生労働省令で定める期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）
- 三 当該病床機能報告対象病院等に入院する患者に提供する医療の内容
- 四 その他厚生労働省令で定める事項

2 病床機能報告対象病院等の管理者は、前項の規定により報告した基準日後病床機能について変更が生じたと認められるときとして厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、速やかに当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

3 都道府県知事は、前二項の規定による報告の内容を確認するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署に対し、当該都道府県の区域内に所在する病床機能報告対象病院等に関し必要な情報の提供を求めることができる。

4 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

6 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三十条の十六第一項及び第三十条の十八の四第三項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第三十条の十八の四第一項及び第二項並びに第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

3 第七条第五項に規定する申請をした者は、当該申請に係る病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため、協議の場における協議に参加するよう都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

第三十条の十五 都道府県知事は、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合その他の厚生労働省令で定める場合において、当該報告をした病床機能報告対象病院等（以下この条及び次条において「報告病院等」という。）の所在地を含む構想区域における病床機能報告対象病院等の病床の当該報告に係る基準日後病床機能に係る病床の機能区分に応じた数が、医療計画において定める当該構想区域における当該報告に係る基準日後病床機能に係る病床の機能区分に応じた将来の病床数の必要量に既に達しているときは、報告病院等の開設者又は管理者に対し、当該報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）を記載した書面の提出を求めることができる。

2 都道府県知事は、前項の書面に記載された理由等が十分でないとき、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、協議の場における協議に参加するよう求めることができる。

3 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

4 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる。

5 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう努めなければならない。

6 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議の内容及び第四項の説明の内容を踏まえ、当

該理由等がやむを得ないものと認められないときは、報告病院等（第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。）の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能を当該報告に係る基準日後病床機能に変更しないことその他必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

7 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する報告病院等について準用する。この場合において、前項中「命ずる」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

第三十条の十六 都道府県知事は、医療計画において定める地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、構想区域等における病床機能報告対象病院等（第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。）の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床の機能区分のうち、当該構想区域等に係る構想区域における病床の機能区分に応じた既存の病床数が、医療計画において定める当該構想区域における将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を提供することその他必要な措置をとるべきことを指示することができる。

2 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病床機能報告対象病院等について準用する。この場合において、前項中「指示する」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

第三十条の十七 都道府県知事は、第三十条の十五第七項において読み替えて準用する同条第六項又は前条第二項において読み替えて準用する同条第一項の規定による要請を受けた病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていないと認めるときは、当該病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告することができる。

第三十条の十八 都道府県知事は、第三十条の十五第六項の規定による命令、第三十条の十六第一項の規定による指示又は前条の規定による勧告をした場合において、当該命令、指示又は勧告を受けた病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

医療法施行規則（抜粋）

第四章の二 医療計画

（法第三十条の四第二項第四号の厚生労働省令で定める疾病）

第三十条の二十八 法第三十条の四第二項第四号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患とする。

（法第三十条の四第二項第七号に規定する厚生労働省令で定める基準）

第三十条の二十八の二 法第三十条の四第二項第七号に規定する厚生労働省令で定める基準は、同項第十四号に規定する区域を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとする。

（将来の病床数の必要量の算定）

第三十条の二十八の三 構想区域における将来の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに別表第六の一の項に掲げる式により算定した数とする。この場合において、同一都道府県における当該数の合計数は、病床の機能区分ごとに同表の二の項に掲げる式により算定した数の当該同一都道府県における合計数をそれぞれ超えないものとする。

2 都道府県知事は、法第三十条の四第十八項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、当該医療計画において定める前項の規定により算定した構想区域（厚生労働大臣が認めるものに限る。）における慢性期機能の将来の病床数の必要量の達成が特別な事情により著しく困難となつたときは、当該将来の病床数の必要量について、厚生労働大臣が認める方法により別表第六の備考に規定する補正率を定めることができる。

（法第三十条の四第二項第七号ロの厚生労働省令で定める事項）

第三十条の二十八の四 法第三十条の四第二項第七号ロの厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 構想区域における将来の居宅等（法第一条の二第二項に規定する居宅等をいう。別表第七において同じ。）における医療の必要量

二 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

（医師の数に関する指標の算定方法）

第三十条の二十八の五 法第三十条の四第二項第十一号ロの厚生労働省令で定める方法は、同項第十四号に規定する区域に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の受療率その他の要素を勘案した上で、当該区域において診療に従事する医師の数を当該区域に住所を有する者の数で除して算定する方法とする。

第三十条の二十八の六 法第三十条の四第二項第十一号ハの厚生労働省令で定める方法は、同項第十五号に規定する区域に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の受療率その他の要素を勘案した上で、当該区域において診療に従事する医師の数を当該区域に住所を有する者の数で除して算定する方法とする。

(特殊な医療)

第三十条の二十八の七 法第三十条の四第二項第十五号に規定する特殊な医療は、特殊な診断又は治療を必要とする医療であつて次の各号のいずれかに該当するものとする。

- 一 先進的な技術を必要とするもの
- 二 特殊な医療機器の使用を必要とするもの
- 三 発生頻度が低い疾病に関するもの
- 四 救急医療であつて特に専門性の高いもの

(法第三十条の四第六項の厚生労働省令で定めるもの)

第三十条の二十八の八 法第三十条の四第六項の厚生労働省令で定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 提供される医療の全体
- 二 診療科

(医師の数が少ないと認められる区域の設定に関する基準)

第三十条の二十八の九 法第三十条の四第六項に規定する区域に関する同項の厚生労働省令で定める基準は、同条第二項第十一号ロに規定する指標の値が、全国と同項第十四号に規定する区域に係る当該指標の値を最も小さいものから順次その順位を付した場合における順位の値が全国と同号に規定する区域の総数を三で除して得た数（一未満の端数があるときは、これを四捨五入して得た数）となる同号に規定する区域に係る当該指標の値以下であることとする。

(法第三十条の四第七項の厚生労働省令で定めるもの)

第三十条の二十八の十 法第三十条の四第七項の厚生労働省令で定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 提供される医療の全体
- 二 診療科

(医師の数が多いと認められる区域の設定に関する基準)

第三十条の二十八の十一 法第三十条の四第七項に規定する区域に関する同項の厚生労働省令で定める基準は、同条第二項第十一号ロに規定する指標の値が、全国と同項第十四号に規定する区域に係る当該指標の値を最も大きいものから順次その順位を付した場合における順位の値が全国と同号に規定する区域の総数を三で除して得た数（一未満の端数があるときは、これを四捨五入して得た数）となる同号に規定する区域に係る当該指標の値以上であることとする。

(区域の設定に関する基準)

第三十条の二十九 法第三十条の四第八項に規定する区域の設定に関する基準は、次のとおりとする。

- 一 法第三十条の四第二項第十四号に規定する区域については、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況、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及び診療所における入院に係る医療（第三十条の二十八の七に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く。）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ものを単位として設定すること。
- 二 法第三十条の四第二項第十五号に規定する区域については、都道府県の区域を単位として設定すること。ただし、当該都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の当該区域を設定し、また、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県の区域にわたる区域を設定することができる。

(基準病床数の算定)

第三十条の三十 法第三十条の四第二項第十七号に規定する基準病床数（以下「基準病床数」という。）は、次の各号に定める区分ごとに当該各号に定める数とする。

- 一 療養病床及び一般病床 前条第一号に規定する区域ごとに別表第七の一の項に掲げる式によりそれぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数。この場合において、同一都道府県における当該数の合計数は、同表の二の項に掲げる式により算定した数の当該同一都道府県における合計数に都道府県内対応見込患者数（当該都道府県の区域以外の区域に所在する病院及び診療所の入院患者のうち当該都道府県の区域に住所を有する者の数を上限として、当該都道府県の区域において医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が他の関係都道府県の知事に協議して定める数をいう。以下同じ。）を加えた数から、都道府県外対応見込患者数（当該都道府県の区域に所在する病院及び診療所の入院患者のうち当該都道府県の区域以外の区域に住所を有する者の数を上限として、当該都道府県の区域以外の区域において医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が他の関係都道府県の知事に協議して定める数をいう。以下同じ。）を減じた数を超えないものとする。
- 二 精神病床 都道府県の区域ごとに別表第七の三の項に掲げる式により算定した数

- 三 結核病床 都道府県の区域ごとに結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要なものとして都道府県知事が定める数
- 四 感染症病床 都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第三十八条第一項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第二項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数
- 第三十条の三十一 令第五条の二第一項第三号に規定する厚生労働省令で定める事情は、次に掲げる事情とする。
- 一 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中すること。
 - 二 その他前号に準ずる事情として厚生労働大臣が認める事情があること。
- 2 令第五条の二第二項に規定する算定基準によらないこととする場合の基準病床数は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める数とする。
- 一 令第五条の二第一項第一号及び第二号の場合 前条の規定により算定した数に厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数
 - 二 前項の場合 厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数
（特定の病床等に係る特例）
- 第三十条の三十二 令第五条の三第一項第四号に規定する厚生労働省令で定める事情は、次に掲げる事情とする。
- 一 山間地、離島等の交通条件に恵まれない地域において病院の病床又は診療所の療養病床の確保が必要になること。
 - 二 その他前号に準ずる事情として厚生労働大臣が認める事情があること。
- 第三十条の三十二の二 法第三十条の四第十一項に規定する厚生労働省令で定める病床は、次に掲げる病床とする。
- 一 専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所の病床並びにこれに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所の病床（高度ながん診療施設又は循環器疾患診療施設が不足している地域における高度ながん診療又は循環器疾患診療を行う病院又は診療所の当該機能に係る病床に限る。）
 - 二 専ら小児疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所並びにこれに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 三 専ら周産期疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所並びにこれに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 四 専らリハビリテーションに関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所並びにこれに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所の当該機能（発達障害児の早期リハビリテーションその他の特殊なりハビリテーションに係るものに限る。）に係る病床
 - 五 救急医療体制において不可欠な診療機能を有する病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 六 アルコールその他の薬物による中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患その他厚生労働大臣の定める疾患に関し、特殊の診療機能を有する病院の当該機能に係る病床
 - 七 神経難病にり患している者を入院させ、当該疾病に関し、診断及び治療並びに調査研究を行う病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 八 専ら末期のがんその他の悪性新生物の患者を入院させ、緩和ケアを行う病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 九 病院又は診療所の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院又は診療所に勤務しない医師又は歯科医師の診療、研究又は研修のために利用させる病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 十 後天性免疫不全症候群に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 十一 新興感染症又は再興感染症に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院の当該機能に係る病床
 - 十二 削除
 - 十三 治験を行う病院又は診療所の当該機能に係る病床
 - 十四 診療所の病床（平成十年三月三十一日に現に存する病床（同日までに行われた診療所の開設の許可若しくは診療所の病床数の変更の許可の申請に係る病床又は同日までに建築基準法第六条第一項の規定により行われた確認の申請に係る診療所の病床を含む。）に限る。）を転換して設けられた療養病床
- 2 前項第十四号の病床に係る令第五条の四第一項の規定による申請がなされた場合においては、当該申請に係る診療所の療養病床の設置又は診療所の療養病床の病床数の増加に係る病床数が、医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成十三年厚生労働省令第八号。以下「平成十三年改正省令」という。）による改正前の医療法施行規則第三十条の三十二の二第二項の規

定に基づき都道府県医療審議会の議を経て算定した数を超えない場合に限り、法第三十条の四第十一項の規定の適用があるものとする。

第三十条の三十二の三 法第三十条の四第十二項に規定する厚生労働省令で定める要件は、次の各号のいずれにも該当するものであることとする。

- 一 法第三十条の四第十二項の規定による申請（以下この条において単に「申請」という。）が、医療計画（当該申請を行つた参加法人（法第七十条第一項に規定する参加法人をいう。以下この条及び第六章において同じ。）を社員とする法第七十条の五第一項に規定する地域医療連携推進法人（以下単に「地域医療連携推進法人」という。）が定款において定める法第七十条第一項に規定する医療連携推進区域（以下単に「医療連携推進区域」という。）の属する都道府県が法第三十条の四第十八項の規定により公示したものをいう。）において定める同条第二項第七号に規定する地域医療構想（第三十条の三十三の十八において単に「地域医療構想」という。）の達成を推進するために必要なものであること。
- 二 当該申請を行つた参加法人を社員とする地域医療連携推進法人の参加法人が開設する病院及び診療所の病床の数の合計が、当該申請の前後において増加しないこと。
- 三 当該申請を行つた参加法人を社員とする地域医療連携推進法人の参加法人が開設する病院及び診療所の病床の数の合計が、当該申請の前後において減少する場合は、当該申請に係る医療連携推進区域における医療提供体制の確保に支障を及ぼさないこと。
- 四 当該申請が、あらかじめ、当該申請を行つた参加法人を社員とする地域医療連携推進法人に置かれている法第七十条の三第一項第十六号に規定する地域医療連携推進評議会（以下単に「地域医療連携推進評議会」という。）の意見を聴いた上で、行われているものであること。

（法第三十条の六第一項の厚生労働省令で定める事項）

第三十条の三十二の四 法第三十条の六第一項に規定する厚生労働省令で定める事項は、法第三十条の四第二項第十号に掲げる事項とする。

（既存病床数及び申請病床数の補正）

第三十条の三十三 病院の開設の許可、病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可若しくは診療所の病床の設置の許可、診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請がなされた場合又は法第七条の二第三項の規定による命令若しくは法第三十条の十二第一項において読み替えて準用する法第七条の二第三項の規定による要請（以下この項及び次項において「命令等」という。）をしようとする場合において、都道府県知事が当該申請又は命令等に係る病床の種別に応じ第三十条の三十に規定する区域における既存の病床の数及び当該申請に係る病床数を算定するに当たつて行わなければならない補正の基準は、次のとおりとする。

一 国の開設する病院若しくは診療所であつて、宮内庁、法務省若しくは防衛省が所管するもの、独立行政法人労働者健康安全機構の開設する病院若しくは診療所であつて、労働者災害補償保険の保険関係の成立している事業に使用される労働者で業務上の災害を被つたものみの診療を行うもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院若しくは診療所、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第五条第六項に規定する療養介護を行う施設である病院又は独立行政法人自動車事故対策機構法（平成十四年法律第百八十三号）第十三条第三号に規定する施設である病院若しくは診療所の病床については、病床の種別ごとに既存の病床の数又は当該申請に係る病床数に次の式により算定した数（次の式により算定した数が、 $\circ \cdot \circ$ 五以下であるときは \circ ）を乗じて得た数を既存の病床の数及び当該申請に係る病床数として算定すること。

当該病床の利用者のうち職員及びその家族以外の者、隊員及びその家族以外の者、業務上の災害を被つた労働者以外の者、従業員及びその家族以外の者又は入院患者以外の者の数／当該病床の利用者の数

- 二 放射線治療病室の病床については、既存の病床の数及び当該申請に係る病床数に算定しないこと。
- 三 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床の数に算定しないこと。
- 四 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）第十六条第一項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床の数に算定しないこと。

2 前項第一号の当該病床の利用者のうち職員及びその家族以外の者、隊員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者、業務上の災害を被つた労働者以外の者又は入院患者以外の者の数並びに当該病床の利用者の数並びに同項第二号の放射線治療病室の病床の数は、病院の開設の許可、病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可若しくは診療所の病床の設

置の許可、診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請があつた日前又は命令等をしようとする日直前の直近の九月三十日における数によるものとする。この場合において、当該許可の申請があつた日前又は当該命令等をしようとする日直前の直近の九月三十日において業務が行われなかつたときは、当該病院又は診療所における実績、当該病院又は診療所と機能及び性格を同じくする病院又は診療所の実績等を考慮して都道府県知事が推定する数によるものとする。

- 3 当該申請に係る病床数についての第一項第一号の当該病床の利用者のうち職員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者又は入院患者以外の者の数並びに当該病床の利用者の数並びに同項第二号の放射線治療病室の病床の数は、前項の規定にかかわらず当該申請に係る病院の機能及び性格、当該病院に当該申請に係る病床の種別の既存の病床がある場合における当該既存の病床における実績、当該病院と機能及び性格を同じくする病院の実績等を考慮して都道府県知事が推定する数によるものとする。

第四章の二の三 地域における病床の機能の分化及び連携の推進

(病床の機能の区分)

第三十条の三十三の二 法第三十条の十三第一項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げるとおりとし、その定義は当該各号に定めるとおりとする。

- 一 高度急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
- 二 急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（前号に該当するものを除く。）
- 三 回復期機能 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
- 四 慢性期機能 長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

(法第三十条の十三第一項第一号の厚生労働省令で定める日)

第三十条の三十三の三 法第三十条の十三第一項第一号の厚生労働省令で定める日は、同項の規定による報告（第三十条の三十三の六及び第三十条の三十三の九において「病床機能報告」という。）を行う日の属する年の七月一日とする。

(法第三十条の十三第一項第二号の厚生労働省令で定める期間)

第三十条の三十三の四 法第三十条の十三第一項第二号の厚生労働省令で定める期間は、平成三十七年六月三十日までの期間とする。

(法第三十条の十三第一項第四号の厚生労働省令で定める報告事項)

第三十条の三十三の五 法第三十条の十三第一項第四号の厚生労働省令で定める事項は、構造設備及び人員の配置その他必要な事項とする。

(病床機能報告の方法)

第三十条の三十三の六 病床機能報告は、厚生労働大臣が定めるところにより、次に掲げる方法により、一年に一回、十月一日から十一月三十日までの間に行うものとする。

- 一 ファイル等に記録する方法
- 二 レセプト情報による方法

- 2 前項第一号の「ファイル等に記録する方法」とは、厚生労働大臣の委託を受けて病床機能報告の内容その他の必要な情報について管理及び集計を行う者（以下この項及び次項において「受託者」という。）を経由する方法（この場合における受託者への報告は、次のイからハまでに掲げる方法により行うものとする。）をいう。

イ 送信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された情報の内容を電気通信回線を通じて情報の提供を受ける者の閲覧に供し、当該情報の提供を受ける者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報を記録する方法

ロ 磁気ディスク等をもつて調製するファイルに情報を記録したものを交付する方法

ハ 書面を交付する方法

- 3 第一項第二号の「レセプト情報による方法」とは、受託者を経由する方法（この場合における受託者への報告は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第五条第一項に規定するレセプトコンピュータに記録されている情報について、同令第一条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百二十九号）第五条第三項の規定による方法を活用して行われるものとする。）をいう。

(報告事項の変更)

第三十条の三十三の七 法第三十条の十三第二項の厚生労働省令で定めるときは、同条第一項に規定する病床機能報告対象病院等の管理者が、地域における医療の需要の実情その他の実情を踏まえ、同項の規定により報告した基準日後病床機能と異なる病床の機能区分に係る医療の提供が必要と判断したときとする。

- 2 法第三十条の十三第二項の規定による報告は、前条第一項の規定により厚生労働大臣が定める方法により行うものとする。
 (病床機能報告の公表)
- 第三十条の三十三の八 都道府県知事は、法第三十条の十三第四項の規定により、同条第一項及び第二項の規定により報告された事項について、厚生労働大臣が定めるところにより、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
 (法第三十条の十五第一項の厚生労働省令で定める場合等)
- 第三十条の三十三の九 法第三十条の十五第一項の厚生労働省令で定める場合は、病床機能報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合とする。
- 2 法第三十条の十五第一項の厚生労働省令で定める事項は、当該病床機能報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる理由及び当該基準日後病床機能の具体的な内容とする。
- 3 法第三十条の十五第四項の厚生労働省令で定めるときは、次のとおりとする。
- 一 法第三十条の十五第二項の協議の場における協議が調わないとき。
- 二 法第三十条の十五第二項の規定により都道府県知事から求めがあつた報告病院等の開設者又は管理者が同項の協議の場に参加しないことその他の理由により当該協議の場における協議を行うことが困難であると認められるとき。
 (法第三十条の十六第一項の厚生労働省令で定めるとき)
- 第三十条の三十三の十 法第三十条の十六第一項の厚生労働省令で定めるときは、次のとおりとする。
- 一 法第三十条の十四第一項に規定する協議の場（以下この条において「協議の場」という。）における協議が調わないとき。
- 二 法第三十条の十四第一項に規定する関係者（次号において「関係者」という。）が協議の場に参加しないことその他の理由により協議の場における協議を行うことが困難であると認められるとき。
- 三 関係者が協議の場において関係者間の協議が調つた事項を履行しないとき。
 (外来機能報告の方法)
- 第三十条の三十三の十一 外来機能報告対象病院等の管理者が法第三十条の十八の二第一項の規定に基づいて行う報告及び無床診療所の管理者が法第三十条の十八の三第一項の規定に基づいて行う報告（次項において「外来機能報告」という。）は、厚生労働大臣が定めるところにより、次に掲げる方法により、一年に一回、十月一日から十一月三十日までの間に行うものとする。
- 一 ファイル等に記録する方法
- 二 レセプト情報による方法
- 2 前項第一号の「ファイル等に記録する方法」とは、厚生労働大臣の委託を受けて外来機能報告の内容その他の必要な情報について管理及び集計を行う者（以下この条において「受託者」という。）を経由する方法（この場合における受託者への報告は、次のイからハまでに掲げる方法により行うものとする。）をいう。
- イ 送信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された情報の内容を電気通信回線を通じて情報の提供を受ける者の閲覧に供し、当該情報の提供を受ける者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報を記録する方法
- ロ 磁気ディスク等をもつて調製するファイルに情報を記録したものを交付する方法
- ハ 書面を交付する方法
- 3 第一項第二号の「レセプト情報による方法」とは、受託者を経由する方法（この場合における受託者への報告は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第五条第一項に規定するレセプトコンピュータに記録されている情報について、同令第一条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第五条第三項の規定による方法を活用して行われるものとする。）をいう。
 (法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療)
- 第三十条の三十三の十二 法第三十条の十八の二第一項第一号に規定する厚生労働省令で定める外来医療は、その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する入院医療と連続して同一患者に対して提供される外来医療その他の厚生労働大臣が定める外来医療とする。
 (法第三十条の十八の二第一項第三号及び法第三十条の十八の三第一項第三号の厚生労働省令で定める事項)
- 第三十条の三十三の十三 法第三十条の十八の二第一項第三号及び法第三十条の十八の三第一項第三号に規定する厚生労働省令で定める事項は、当該外来機能報告対象病院等又は当該無床診療所による地域における外来医療（前条に規定する外来医療を除く。）の実施状況に係る事項並びに人員の配置及び医療機器等の保有状況その他の必要な事項とする。
 (外来機能報告の公表)
- 第三十条の三十三の十四 都道府県知事は、法第三十条の十八の二第三項及び第三十条の十八の三第二項の規定により準用する法第三十条の十三第四項の規定により、法第三十条の十八の二

第一項及び第三十条の十八の三第一項の規定により報告された事項について、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

別表第六（第三十条の二十八の三関係）

| 項 | 式 |
|---|--|
| 一 | $(\Sigma AB + C1 - D1) / E$ |
| 二 | $(\Sigma AB + C2 - D2) / E$ |
| | <p>備考 この表における式において、A、B、C₁、C₂、D₁、D₂、Eは、それぞれ次の値を表すものとする。</p> <p>A 当該構想区域の性別及び年齢階級別の平成三十七年における推計人口 B 次の各号に定める病床の機能区分ごとに当該各号に定める数</p> <p>一 高度急性期機能 病院又は診療所の一般病床において医療資源投入量（患者に提供される医療を一日当たりの診療報酬の出来高点数（健康保険法第七十六条第二項（同法第四百九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律第七十一条第一項の規定に基づき出来高によつて算定される診療報酬（入院その他の厚生労働大臣が認める療養の給付に要する費用に係るものを除く。）の算定の単位をいう。）により換算した量をいう。以下同じ。）が三千点以上である医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別入院受療率</p> <p>二 急性期機能 病院又は診療所の一般病床において医療資源投入量が六百点以上三千点未満の医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別入院受療率</p> <p>三 回復期機能 病院又は診療所の一般病床又は療養病床において医療資源投入量が二百二十五点以上六百点未満の医療若しくは主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれに準ずる者として厚生労働大臣が認める者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別入院受療率</p> <p>四 慢性期機能 病院又は診療所の一般病床又は療養病床における入院患者であつて長期にわたり療養が必要であるもの（主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。以下「慢性期入院患者」という。）のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数にイに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数（イ（1）に規定する慢性期総入院受療率がイ（1）に規定する全国最小値よりも小さい構想区域にあつては、一。以下「補正率」という。）を乗じて得た数に障害その他の疾患を有する入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を加えて得た数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。ただし、当該構想区域がロに掲げる要件に該当するときは、当該構想区域の慢性期機能の平成三十七年における病床数の必要量を平成四十二年までに達成すればよいものとし、都道府県知事は、当該達成の期間の延長に応じた補正率を定めることができる。</p> <p>イ 次の（1）に掲げる数以上（2）に掲げる数以下</p> <p>（1） 慢性期総入院受療率（慢性期入院患者のうち当該都道府県の区域又は当該構想区域に住所を有する者の数を（i）に掲げる数で除して得た数に（i i）に掲げる数を乗じて得た数をいう。以下同じ。）が最小である都道府県の当該慢性期総入院受療率（以下「全国最小値」という。）を当該構想区域の慢性期総入院受療率で除して得た数</p> <p>（i） 当該都道府県の区域又は当該構想区域の性別及び年齢階級別人口に全国の慢性期入院患者に係る性別及び年齢階級別入院受療率を乗じて得た数の合計数</p> <p>（i i） 全国の慢性期入院患者の数を全国の人口で除して得た数</p> <p>（2） （i）に掲げる数に（i i）に掲げる数を乗じて得た数に全国最小値を加えて得た数を当該構想区域の慢性期総入院受療率で除して得た数</p> <p>（i） 当該構想区域の慢性期総入院受療率と全国最小値の差</p> <p>（i i） 都道府県における慢性期総入院受療率の全国中央値と全国最小値の差を慢性期総入院受療率が最大である都道府県の当該慢性期総入院受療率と全国最小値の差で除して得た数</p> <p>ロ 当該構想区域が次のいずれにも該当するものであること</p> <p>（1） 当該構想区域の慢性期病床減少率（慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る病床数（以下「慢性期病床数」という。）からイ（2）に掲げる数により算定した平成三十七年における慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数をいう。）が厚生労働大</p> |

| |
|---|
| <p>臣が認める基準を上回ること</p> <p>(2) 当該構想区域における全ての世帯数に占める当該構想区域における高齢者の単身の世帯数の割合が全国平均のそれを上回ること</p> <p>C 1 当該構想区域において他の構想区域の病床の機能区分ごとの平成三十七年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が定める数</p> <p>C 2 当該構想区域において他の都道府県の区域内に所在する構想区域の病床の機能区分ごとの平成三十七年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数</p> <p>D 1 当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成三十七年における推計患者数のうち他の構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が定める数</p> <p>D 2 当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成三十七年における推計患者数のうち他の都道府県の区域内に所在する構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数</p> <p>E 次の各号に定める病床の機能区分ごとに当該各号に定める数</p> <p>一 高度急性期機能 0.75</p> <p>二 急性期機能 0.78</p> <p>三 回復期機能 0.9</p> <p>四 慢性期機能 0.92</p> |
|---|

別表第七（第三十条の三十関係）

| 項 | 式 |
|---|--|
| 一 | $(\Sigma A 1 B 1 - G + C 1 - D 1 / E 1) + (\Sigma A 1 B 2 \times F + C 2 - D 2 / E 2) + H - I$ |
| 二 | $(\Sigma A 1 B 1 - G / E 1) + (\Sigma A 1 B 2 \times F / E 2)$ |
| 三 | $(\Sigma A 2 B 3 + \Sigma A 2 B 4 + \Sigma A 2 B 5 \alpha \beta + \Sigma A 2 B 6 \gamma + C 3 - D 3) / E 3$ |
| | <p>備考</p> <p>この表における算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。</p> <p>A 1 当該区域の性別及び年齢階級別人口</p> <p>A 2 当該都道府県の性別及び年齢階級別の厚生労働大臣が定める時点における推計人口</p> <p>B 1 厚生労働大臣が定める性別及び年齢階級別の療養病床入院受療率を上限として、当該区域において長期療養に係る医療を必要とする者の数等を勘案して都道府県知事が定める率</p> <p>B 2 厚生労働大臣が定める当該区域の属する都道府県の区域を含む地方ブロック（厚生労働大臣が都道府県の区域を単位として全国の区域を区分して定めるものをいう。Fにおいて同じ。）の性別及び年齢階級別一般病床退院率</p> <p>B 3 精神病床における入院期間が三月未満である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率</p> <p>B 4 精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率</p> <p>B 5 精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率</p> <p>B 6 精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率</p> <p>C 1 0以上流入療養患者数（当該区域に所在する病院及び診療所の療養病床における入院患者のうち当該区域以外の区域に住所を有する者の数をいう。以下同じ。）以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数。ただし、都道府県知事が、当該区域における医療の確保のために必要があるときは、流入療養患者数を超えて当該事情を勘案した数を加えることができる。</p> <p>C 2 0以上流入一般患者数（当該区域に所在する病院の一般病床における入院患者のうち当該区域以外の区域に住所を有する者の数をいう。以下同じ。）以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数。ただし、都道府県知事</p> |

が、当該区域における医療の確保のために必要があるときは、流入一般患者数を超えて当該事情を勘案した数を加えることができる。

- C 3 当該都道府県に所在する病院の精神病床における入院患者のうち当該都道府県以外の都道府県に住所を有する者の数
- D 1 0以上当該区域以外の区域に所在する病院及び診療所の療養病床における入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数
- D 2 0以上当該区域以外の区域に所在する病院の一般病床における入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数
- D 3 当該都道府県以外に所在する病院の精神病床における入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数
- E 1 厚生労働大臣が定める療養病床に係る病床利用率。ただし、当該病床利用率が各都道府県における直近の療養病床に係る病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める療養病床に係る病床利用率以上各都道府県における直近の療養病床に係る病床利用率以下の範囲内で、都道府県知事が定める値とする。
- E 2 厚生労働大臣が定める一般病床に係る病床利用率。ただし、当該病床利用率が各都道府県における直近の一般病床に係る病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める一般病床に係る病床利用率以上各都道府県における直近の一般病床に係る病床利用率以下の範囲内で、都道府県知事が定める値とする。
- E 3 厚生労働大臣が定める精神病床に係る病床利用率
- F 厚生労働大臣が当該区域の属する都道府県の区域を含む各地方ブロックの平均在院日数の分布状況を勘案して定める平均在院日数を上限として、当該都道府県の平均在院日数の状況等を勘案して都道府県知事が定める数
- G 当該区域に所在する病院及び診療所の療養病床における入院患者のうち、都道府県知事が、当該区域における今後の介護老人保健施設及び居宅等における医療の確保の進展等を勘案して、介護老人保健施設及び居宅等における医療等によつて対応が可能な数として定める数
- H 0以上都道府県内対応見込患者数以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数
- I 0以上都道府県外対応見込患者数以下の範囲内で、当該区域の入院患者の状況等を勘案して都道府県知事が定める数
- α 精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合として、原則として厚生労働大臣が定める数値の範囲内で都道府県知事が定める値
- β 地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値
- γ 地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、これまでの認知症施策の実績を勘案し、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値

[資料 28] 神奈川県保健医療計画推進会議委員名簿

(令和6年2月現在)

| 氏名 | 所属 |
|--------|----------------------------|
| 井伊 雅子 | 一橋大学大学院教授 |
| 井出 康夫 | 神奈川県社会福祉協議会常務理事 |
| 植地 直子 | 神奈川県町村保健衛生連絡協議会(大磯町町民福祉部長) |
| 大野 史郎 | 神奈川県精神科病院協会副会長 |
| 岡野 敏明 | 川崎市医師会会長 |
| 窪倉 孝道 | 神奈川県病院協会副会長 |
| 小泉 祐子 | 川崎市健康福祉局保健医療政策部担当部長 |
| 小松 幹一郎 | 相模医師会連合会 |
| 鈴木 紳一郎 | 神奈川県医師会副会長 (※座長) |
| 須藤 夏樹 | 公募委員 |
| 千葉 容太 | 神奈川県歯科医師会常務理事 |
| 戸塚 武和 | 横浜市医師会会長 |
| 長野 豊 | 全国健康保険協会神奈川支部支部長 |
| 長場 直子 | 神奈川県看護協会専務理事 |
| 奈良崎 修二 | 健康保険組合連合会神奈川連合会会長 |
| 新比叡 明 | 神奈川県都市衛生行政協議会(大和市健康福祉部長) |
| 橋本 真也 | 神奈川県薬剤師会副会長 |
| 原田 浩一郎 | 横浜市医療局長 |
| 松原 由美 | 早稲田大学教授 |
| 三森 倫 | 相模原市健康福祉局保健衛生部長 (兼)保健所長 |
| 矢野 裕美 | 特定非営利活動法人神奈川県消費者の会連絡会代表理事 |

第2章 周産期医療における現状と連携体制

I 本県の周産期医療体制の現状

1 本県の周産期医療に係る基礎データ

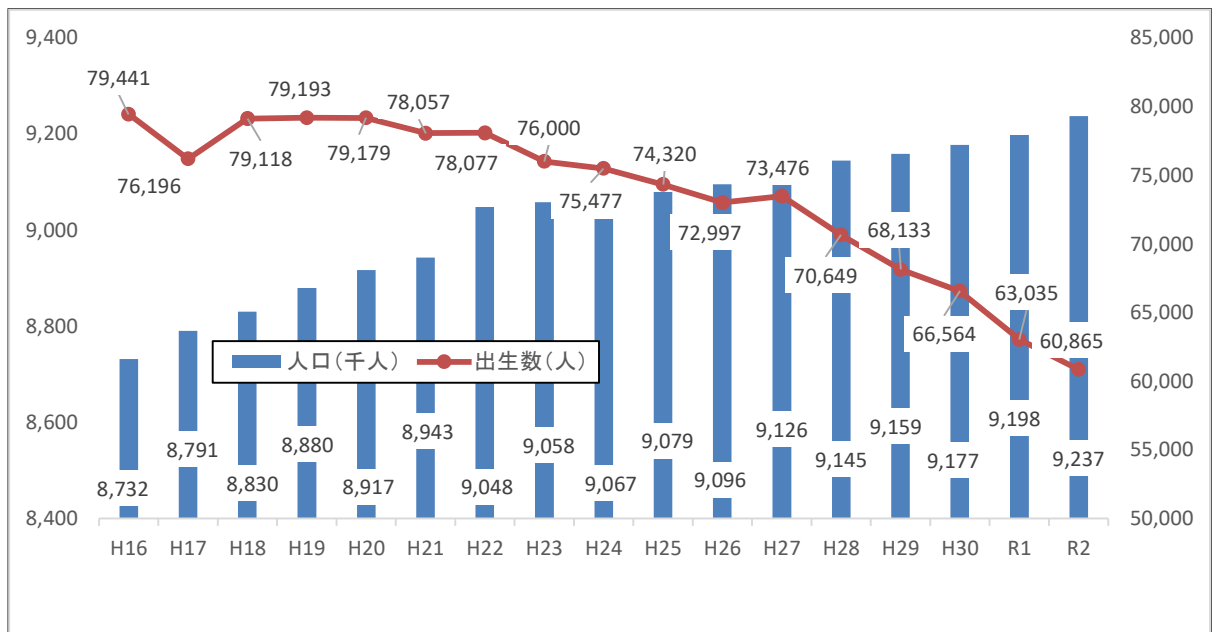
(1) 人口及び出生数

本県の人口及び出生数の推移を見ますと、人口については令和2年まで増加が続いていますが、出生数については減少傾向にあります。(図表5-2-1)

なお、神奈川県人口統計調査によると、令和3年に初めて人口も減少に転じています。

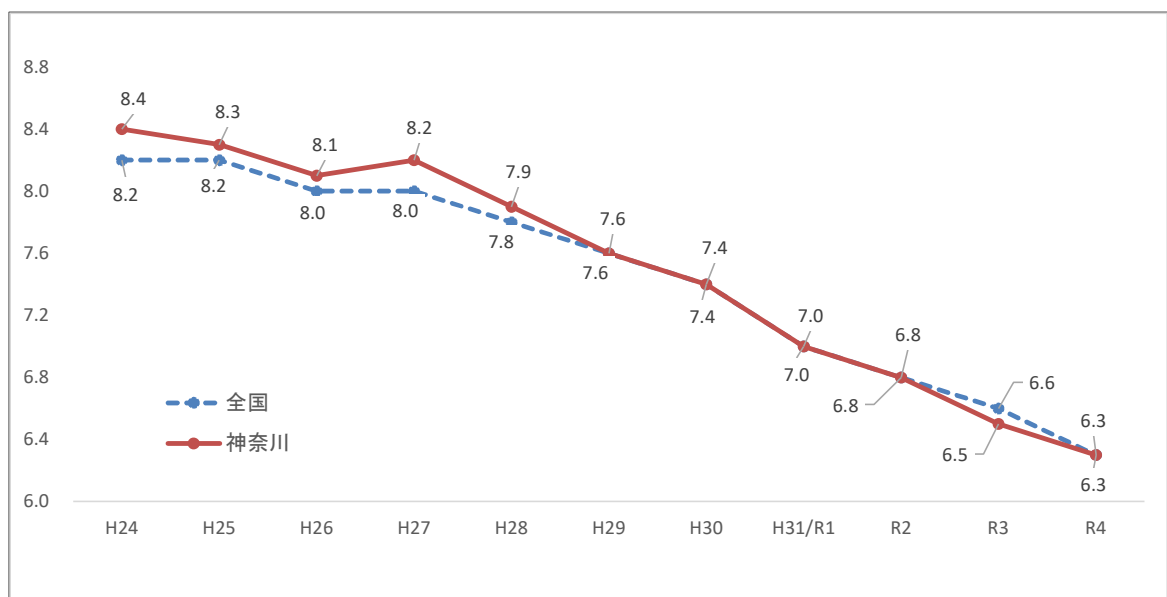
図表5-2-1 本県の人口及び出生数

(単位：千人(人口) / 人(出生数))



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」及び県健康増進課「衛生統計年報」

図表5-2-2 本県及び全国の出生率の推移(人口千対)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表 5-2-3 出生率の都道府県順位の比較(人口千対)

| | H27 | | H28 | | H29 | | H30 | | H31/R1 | | R2 | | R3 | | R4 | |
|-----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|--------|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 | 出生率 | 順位 |
| 全 国 | 8.0 | — | 7.8 | — | 7.6 | — | 7.4 | — | 7.0 | — | 6.8 | — | 6.6 | — | 6.3 | — |
| 神奈川 | 8.2 | 12 | 7.9 | 17 | 7.6 | 20 | 7.4 | 16 | 7.0 | 18 | 6.8 | 19 | 6.5 | 21 | 6.3 | 20 |
| 栃 木 | 7.9 | 22 | 7.5 | 25 | 7.3 | 24 | 7.0 | 28 | 6.6 | 27 | 6.2 | 33 | 6.1 | 32 | 5.6 | 39 |
| 群 馬 | 7.4 | 36 | 7.1 | 37 | 6.9 | 36 | 6.8 | 35 | 6.3 | 37 | 6.2 | 35 | 6.0 | 37 | 5.8 | 35 |
| 埼 玉 | 7.8 | 23 | 7.6 | 23 | 7.4 | 22 | 7.1 | 23 | 6.7 | 23 | 6.6 | 21 | 6.4 | 23 | 6.1 | 24 |
| 千 葉 | 7.7 | 28 | 7.4 | 29 | 7.2 | 29 | 7.1 | 24 | 6.6 | 26 | 6.6 | 23 | 6.3 | 26 | 6.1 | 27 |
| 東 京 | 8.6 | 6 | 8.5 | 5 | 8.2 | 7 | 8.0 | 8 | 7.6 | 7 | 7.4 | 7 | 7.1 | 10 | 6.8 | 10 |
| 愛 知 | 9.0 | 3 | 8.8 | 2 | 8.5 | 3 | 8.4 | 2 | 7.8 | 3 | 7.6 | 3 | 7.4 | 3 | 7.1 | 4 |
| 大 阪 | 8.1 | 13 | 7.9 | 14 | 7.7 | 14 | 7.6 | 14 | 7.3 | 13 | 7.2 | 11 | 7.0 | 12 | 6.7 | 12 |

※ 都道府県別順位については、同率であった場合、表示桁数以下の数値により順位を付しています。

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 母親の年齢別出生数

本県における母親の年齢別出生数の推移を見ますと、平成24年と令和4年を比較して35歳未満の出生割合が69.4%から66.7%に低下(2.7ポイント減)する一方、35歳以上の出生割合は30.6%から33.3%に上昇(2.7ポイント増)しています。(図表5-2-4、図表5-2-5)

図表 5-2-4 母親の年齢別出生数の推移

(単位：人)

| 年 | 総 数 | 15歳未満 | 15-19歳 | 20-24歳 | 25-29歳 | 30-34歳 | 35歳未満 | 35-39歳 | 40-44歳 | 45-49歳 | 50歳以上 | 35-50歳以上 | 年齢不詳 |
|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----------|------|
| H24 | 75,477 | 4 | 755 | 5,046 | 18,553 | 28,009 | 52,367 | 19,101 | 3,909 | 97 | 3 | 23,110 | 0 |
| H25 | 74,320 | 4 | 725 | 4,880 | 17,887 | 27,517 | 51,013 | 18,908 | 4,311 | 85 | 3 | 23,307 | 0 |
| H26 | 72,997 | 0 | 664 | 4,547 | 16,849 | 27,525 | 49,585 | 18,727 | 4,561 | 121 | 3 | 23,412 | 0 |
| H27 | 73,476 | 1 | 685 | 4,641 | 16,736 | 27,733 | 49,796 | 19,020 | 4,540 | 117 | 3 | 23,680 | 0 |
| H28 | 70,649 | 3 | 598 | 4,447 | 15,891 | 26,461 | 47,400 | 18,415 | 4,702 | 128 | 4 | 23,249 | 0 |
| H29 | 68,133 | 3 | 524 | 4,416 | 15,371 | 25,773 | 46,087 | 17,397 | 4,507 | 141 | 1 | 22,046 | 0 |
| H30 | 66,564 | 5 | 474 | 4,386 | 14,985 | 24,879 | 44,729 | 17,292 | 4,379 | 161 | 3 | 21,835 | 0 |
| H31/R1 | 63,035 | 3 | 436 | 4,004 | 14,475 | 23,253 | 42,171 | 16,370 | 4,329 | 165 | 0 | 20,864 | 0 |
| R2 | 60,865 | 2 | 393 | 3,800 | 14,416 | 22,545 | 41,156 | 15,507 | 4,041 | 155 | 6 | 19,709 | 0 |
| R3 | 58,836 | 0 | 322 | 3,200 | 13,588 | 21,982 | 39,092 | 15,541 | 4,055 | 147 | 1 | 19,744 | 0 |
| R4 | 56,498 | 1 | 233 | 2,776 | 13,317 | 21,385 | 37,712 | 14,738 | 3,898 | 137 | 13 | 18,786 | 0 |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表 5-2-5 母親の年齢別出生数の構成比率

| 年 | 総 数 | 15歳未満 | 15-19歳 | 20-24歳 | 25-29歳 | 30-34歳 | 35歳未満 | 35-39歳 | 40-44歳 | 45-49歳 | 50歳以上 | 35-50歳以上 | 年齢不詳 |
|--------|------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|----------|------|
| H24 | 100% | 0.0% | 1.0% | 6.7% | 24.6% | 37.1% | 69.4% | 25.3% | 5.2% | 0.1% | 0.0% | 30.6% | 0.0% |
| H25 | 100% | 0.0% | 1.0% | 6.6% | 24.1% | 37.0% | 68.6% | 25.4% | 5.8% | 0.1% | 0.0% | 31.4% | 0.0% |
| H26 | 100% | 0.0% | 0.9% | 6.2% | 23.1% | 37.7% | 67.9% | 25.7% | 6.2% | 0.2% | 0.0% | 32.1% | 0.0% |
| H27 | 100% | 0.0% | 0.9% | 6.3% | 22.8% | 37.7% | 67.8% | 25.9% | 6.2% | 0.2% | 0.0% | 32.2% | 0.0% |
| H28 | 100% | 0.0% | 0.8% | 6.3% | 22.5% | 37.5% | 67.1% | 26.1% | 6.7% | 0.2% | 0.0% | 32.9% | 0.0% |
| H29 | 100% | 0.0% | 0.8% | 6.5% | 22.6% | 37.8% | 67.6% | 25.5% | 6.6% | 0.2% | 0.0% | 32.4% | 0.0% |
| H30 | 100% | 0.0% | 0.7% | 6.6% | 22.5% | 37.4% | 67.2% | 26.0% | 6.6% | 0.2% | 0.0% | 32.8% | 0.0% |
| H31/R1 | 100% | 0.0% | 0.7% | 6.4% | 23.0% | 36.9% | 66.9% | 26.0% | 6.9% | 0.3% | 0.0% | 33.1% | 0.0% |
| R2 | 100% | 0.0% | 0.6% | 6.2% | 23.7% | 37.0% | 67.6% | 25.5% | 6.6% | 0.3% | 0.0% | 32.4% | 0.0% |
| R3 | 100% | 0.0% | 0.5% | 5.4% | 23.1% | 37.4% | 66.4% | 26.4% | 6.9% | 0.2% | 0.0% | 33.6% | 0.0% |
| R4 | 100% | 0.0% | 0.4% | 4.9% | 23.6% | 37.9% | 66.7% | 26.1% | 6.9% | 0.2% | 0.0% | 33.3% | 0.0% |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(3) 体重別出生数

本県の出生数を体重別で見ると、出生数全体の減少と比例して、2,500g未満の子の人数についても減少しています。一方で、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合は横ばい傾向にあります。(図表5-2-6、図表5-2-7)

図表5-2-6 県における体重別出生数の推移

(単位：人)

| 年 | 総数 | 体重別 | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|----------|------|--------------|------|--------------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|----|
| | | 500g未満 | 500-999g | 超低出生 | 1,000-1,499g | 極低出生 | 1,500-1,999g | 2,000-2,499g | 2,500g未満 | 2,500-2,999g | 3,000-3,499g | 3,500-3,999g | 4,000-4,499g | 4,500-4,999g | 5,000g以上 | 不詳 |
| H24 | 75,477 | 21 | 194 | 215 | 365 | 580 | 885 | 5,860 | 7,325 | 29,831 | 30,832 | 6,927 | 526 | 26 | 0 | 10 |
| H25 | 74,320 | 18 | 181 | 199 | 312 | 511 | 844 | 5,598 | 6,953 | 29,517 | 30,410 | 6,909 | 502 | 19 | 1 | 9 |
| H26 | 72,997 | 28 | 209 | 237 | 292 | 529 | 831 | 5,601 | 6,961 | 28,960 | 29,893 | 6,719 | 435 | 20 | 1 | 8 |
| H27 | 73,476 | 17 | 190 | 207 | 276 | 483 | 823 | 5,636 | 6,942 | 29,156 | 30,044 | 6,828 | 478 | 22 | 1 | 5 |
| H28 | 70,649 | 16 | 189 | 205 | 272 | 477 | 868 | 5,349 | 6,694 | 27,875 | 29,164 | 6,450 | 436 | 19 | 1 | 10 |
| H29 | 68,133 | 25 | 173 | 198 | 284 | 482 | 798 | 5,240 | 6,520 | 26,536 | 28,123 | 6,449 | 475 | 19 | 2 | 9 |
| H30 | 66,564 | 32 | 200 | 232 | 280 | 512 | 788 | 4,900 | 6,200 | 26,120 | 27,585 | 6,172 | 451 | 18 | 3 | 15 |
| H31/R1 | 63,035 | 22 | 167 | 189 | 282 | 471 | 757 | 4,737 | 5,965 | 24,753 | 26,080 | 5,798 | 413 | 17 | 0 | 9 |
| R2 | 60,865 | 20 | 131 | 151 | 207 | 358 | 712 | 4,421 | 5,491 | 23,937 | 25,342 | 5,629 | 436 | 21 | 1 | 8 |
| R3 | 58,836 | 21 | 173 | 194 | 288 | 482 | 676 | 4,208 | 5,366 | 23,220 | 24,359 | 5,436 | 426 | 21 | 0 | 8 |
| R4 | 56,498 | 16 | 147 | 163 | 233 | 396 | 678 | 4,257 | 5,331 | 22,347 | 23,104 | 5,325 | 362 | 20 | 2 | 7 |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表5-2-7 県における体重別出生数の構成比率

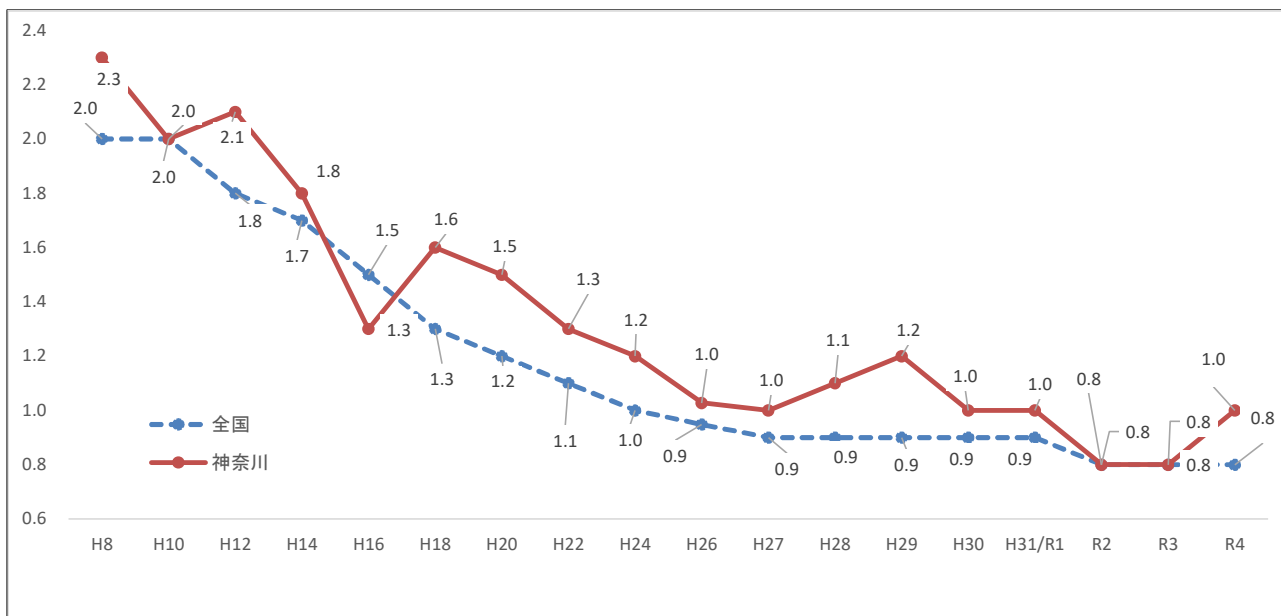
| 年 | 総数 | 構成比率 | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|--------|----------|-------|--------------|-------|--------------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|-------|
| | | 500g未満 | 500-999g | 超低出生 | 1,000-1,499g | 極低出生 | 1,500-1,999g | 2,000-2,499g | 2,500g未満 | 2,500-2,999g | 3,000-3,499g | 3,500-3,999g | 4,000-4,499g | 4,500-4,999g | 5,000g以上 | 不詳 |
| H24 | 100.00% | 0.03% | 0.26% | 0.28% | 0.48% | 0.77% | 1.17% | 7.76% | 9.70% | 39.52% | 40.85% | 9.18% | 0.70% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H25 | 100.00% | 0.02% | 0.24% | 0.27% | 0.42% | 0.69% | 1.14% | 7.53% | 9.36% | 39.72% | 40.92% | 9.30% | 0.68% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H26 | 100.00% | 0.04% | 0.29% | 0.32% | 0.40% | 0.72% | 1.14% | 7.67% | 9.54% | 39.67% | 40.95% | 9.20% | 0.60% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H27 | 100.00% | 0.02% | 0.26% | 0.28% | 0.38% | 0.66% | 1.12% | 7.67% | 9.45% | 39.68% | 40.89% | 9.29% | 0.65% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H28 | 100.00% | 0.02% | 0.27% | 0.29% | 0.39% | 0.68% | 1.23% | 7.57% | 9.48% | 39.46% | 41.28% | 9.13% | 0.62% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H29 | 100.00% | 0.04% | 0.25% | 0.29% | 0.42% | 0.71% | 1.17% | 7.69% | 9.57% | 38.95% | 41.28% | 9.47% | 0.70% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| H30 | 100.00% | 0.05% | 0.30% | 0.35% | 0.42% | 0.77% | 1.18% | 7.36% | 9.31% | 39.24% | 41.44% | 9.27% | 0.68% | 0.03% | 0.00% | 0.02% |
| H31/R1 | 100.00% | 0.03% | 0.26% | 0.30% | 0.45% | 0.75% | 1.20% | 7.51% | 9.46% | 39.27% | 41.37% | 9.20% | 0.66% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| R2 | 100.00% | 0.03% | 0.22% | 0.25% | 0.34% | 0.59% | 1.17% | 7.26% | 9.02% | 39.33% | 41.64% | 9.25% | 0.72% | 0.03% | 0.00% | 0.01% |
| R3 | 100.00% | 0.04% | 0.29% | 0.33% | 0.49% | 0.82% | 1.15% | 7.15% | 9.12% | 39.47% | 41.40% | 9.24% | 0.72% | 0.04% | 0.00% | 0.01% |
| R4 | 100.00% | 0.03% | 0.26% | 0.29% | 0.41% | 0.70% | 1.20% | 7.53% | 9.44% | 39.55% | 40.89% | 9.43% | 0.64% | 0.04% | 0.00% | 0.01% |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(4) 新生児死亡率

本県の新生児死亡率は、平成26年以降は横ばい傾向にあります。しかし、全国及び主要都府県と比較すると高い傾向にあります。(図表5-2-8、図表5-2-9)

図表5-2-8 新生児死亡率の推移と全国との比較(出生千対)【再掲(図表2-1-4-4)】



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表5-2-9 新生児死亡率の主要都府県との比較(出生千対)

| | H26 | | H27 | | H28 | | H29 | | H30 | | H31/R1 | | R2 | | R3 | | R4 | |
|------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|--------|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 |
| 全国 | 0.9 | — | 0.9 | — | 0.9 | — | 0.9 | — | 0.9 | — | 0.9 | — | 0.8 | — | 0.8 | — | 0.8 | — |
| 神奈川県 | 1.0 | 32 | 1.0 | 33 | 1.1 | 38 | 1.2 | 39 | 1.0 | 27 | 1.0 | 30 | 0.8 | 22 | 0.8 | 23 | 1.0 | 38 |
| 栃木 | 1.8 | 47 | 1.0 | 28 | 0.8 | 16 | 0.9 | 23 | 1.1 | 36 | 1.2 | 37 | 1.1 | 37 | 1.0 | 38 | 0.6 | 13 |
| 群馬 | 0.7 | 9 | 0.8 | 18 | 0.9 | 24 | 1.3 | 42 | 0.6 | 9 | 1.2 | 36 | 0.9 | 25 | 0.6 | 10 | 0.8 | 31 |
| 埼玉 | 1.0 | 26 | 0.9 | 19 | 1.0 | 29 | 0.7 | 7 | 0.8 | 20 | 0.7 | 12 | 0.7 | 12 | 0.5 | 3 | 0.6 | 16 |
| 千葉 | 1.1 | 37 | 1.1 | 39 | 1.0 | 30 | 0.9 | 28 | 1.1 | 37 | 0.9 | 25 | 1.0 | 33 | 0.8 | 22 | 0.8 | 24 |
| 東京 | 0.8 | 17 | 0.8 | 14 | 0.9 | 22 | 0.8 | 15 | 0.7 | 13 | 0.6 | 7 | 0.6 | 9 | 0.7 | 20 | 0.8 | 28 |
| 愛知 | 0.9 | 23 | 0.9 | 26 | 0.9 | 25 | 0.7 | 9 | 0.8 | 18 | 0.8 | 18 | 0.9 | 26 | 1.0 | 35 | 0.9 | 32 |
| 大阪 | 0.9 | 24 | 0.6 | 8 | 0.7 | 10 | 0.8 | 19 | 0.6 | 10 | 0.8 | 19 | 0.7 | 14 | 0.7 | 14 | 0.8 | 23 |

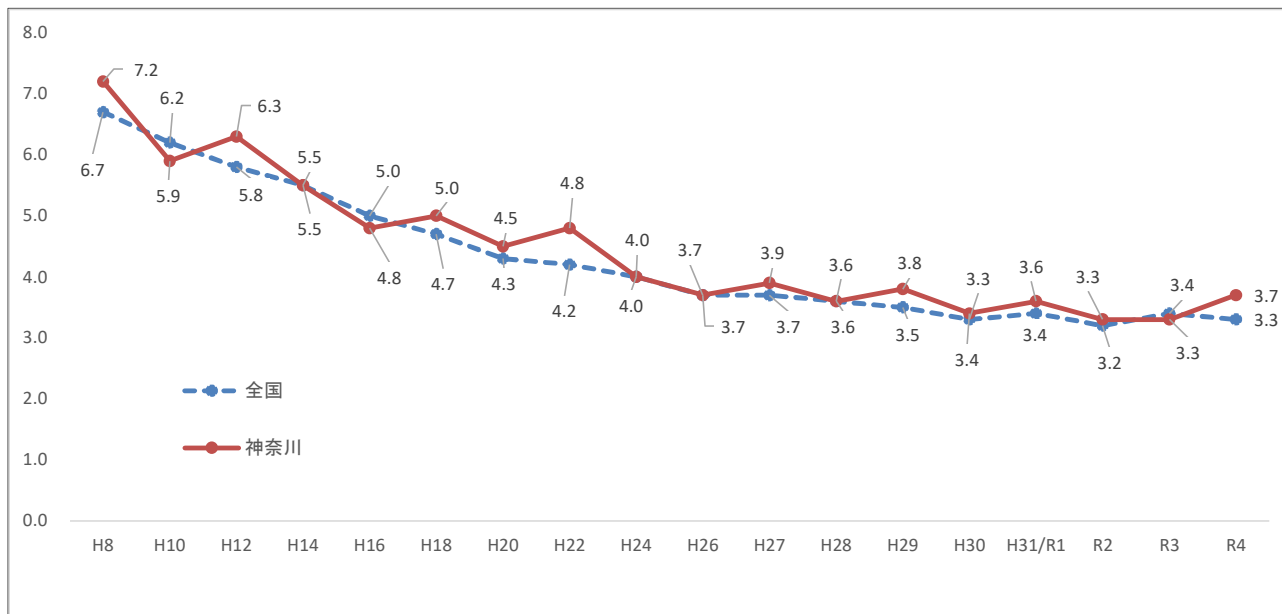
※都道府県別順位については、同率の場合は表示桁数以下の数値により順位を付しています。

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(5) 周産期死亡率

本県の周産期死亡率は、平成 26 年以降は横ばい傾向にあります。(図表 5-2-10、図表 5-2-11)

図表 5-2-10 周産期死亡率の推移と全国との比較 (出産千対) 【再掲 (図表 2-1-4-5)】



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表 5-2-11 周産期死亡率の主要都府県との比較 (出産千対)

| | H26 | | H27 | | H28 | | H29 | | H30 | | H31/R1 | | R2 | | R3 | | R4 | |
|------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|--------|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 | 死亡率 | 順位 |
| 全国 | 3.7 | — | 3.7 | — | 3.6 | — | 3.5 | — | 3.3 | — | 3.4 | — | 3.2 | — | 3.4 | — | 3.3 | — |
| 神奈川県 | 3.7 | 24 | 3.9 | 31 | 3.6 | 25 | 3.8 | 32 | 3.4 | 24 | 3.6 | 27 | 3.3 | 22 | 3.3 | 24 | 3.7 | 36 |
| 栃木 | 4.3 | 38 | 3.3 | 13 | 3.1 | 12 | 2.9 | 9 | 4.0 | 40 | 3.8 | 33 | 3.7 | 32 | 3.9 | 37 | 3.0 | 15 |
| 群馬 | 4.2 | 34 | 4.2 | 36 | 3.5 | 21 | 4.1 | 42 | 2.1 | 4 | 4.9 | 45 | 3.8 | 34 | 3.4 | 26 | 3.7 | 37 |
| 埼玉 | 4.0 | 29 | 3.7 | 24 | 3.4 | 18 | 3.3 | 17 | 3.1 | 20 | 3.1 | 15 | 2.8 | 10 | 2.8 | 5 | 2.8 | 7 |
| 千葉 | 4.3 | 37 | 3.8 | 28 | 4.1 | 38 | 3.8 | 34 | 3.9 | 39 | 3.3 | 18 | 4.0 | 39 | 3.3 | 23 | 3.2 | 25 |
| 東京 | 3.5 | 16 | 3.2 | 10 | 3.6 | 23 | 3.4 | 20 | 2.9 | 14 | 3.0 | 12 | 3.0 | 14 | 2.9 | 11 | 3.3 | 26 |
| 愛知 | 3.5 | 17 | 3.8 | 29 | 3.7 | 26 | 3.2 | 12 | 2.9 | 13 | 3.5 | 26 | 3.0 | 15 | 3.5 | 30 | 2.9 | 12 |
| 大阪 | 3.5 | 18 | 3.2 | 11 | 3.5 | 19 | 2.9 | 10 | 3.1 | 21 | 3.6 | 28 | 2.4 | 3 | 3.3 | 21 | 3.4 | 29 |

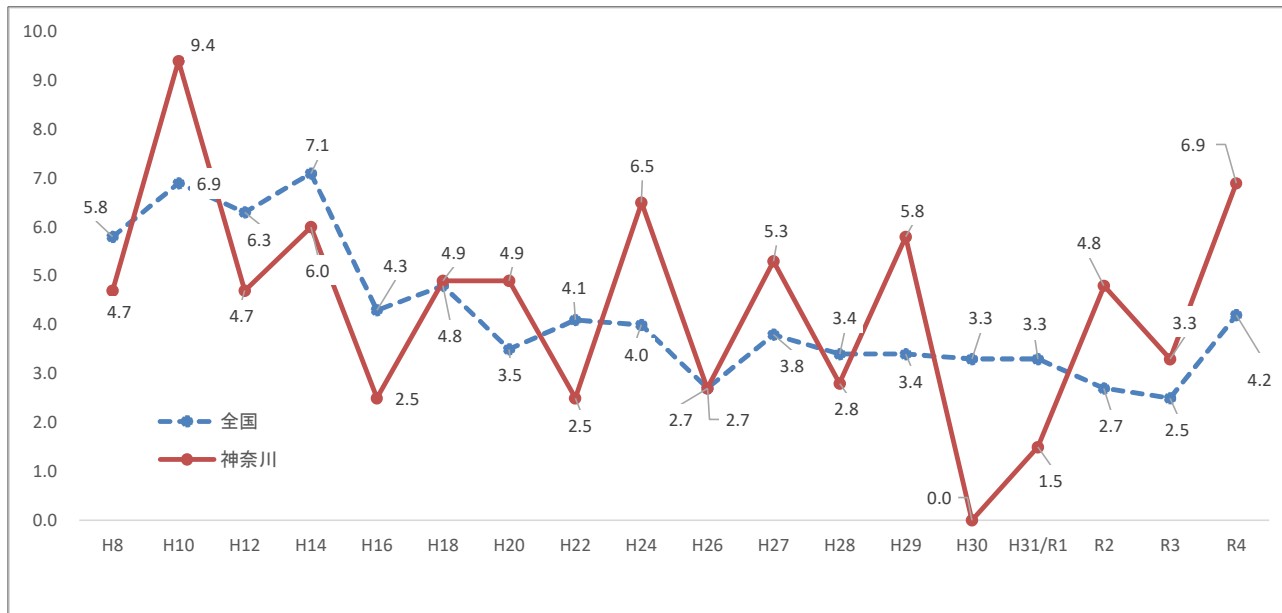
※ 都道府県別順位については、同率の場合は表示桁数以下の数値により順位を付しています。

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(6) 妊産婦死亡率

本県の妊産婦死亡率は、令和2年、令和3年、令和4年と全国平均を上回っており、注視が必要です。(図表5-2-12、図表5-2-13)

図表5-2-12 妊産婦死亡率の推移と全国との比較(出産10万対)【再掲(図表2-1-4-6)】



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表5-2-13 妊産婦死亡率(出産10万対)及び死亡数の主要都府県との比較

| | H26 | | H27 | | H28 | | H29 | | H30 | | H31/R1 | | R2 | | R3 | | R4 | |
|------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|--------|----|-----|----|-----|----|------|----|
| | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 | 死亡率 | 人数 |
| 全国 | 2.7 | 28 | 3.8 | 39 | 3.4 | 34 | 3.4 | 33 | 3.3 | 31 | 3.3 | 29 | 2.7 | 23 | 2.5 | 21 | 4.2 | 33 |
| 神奈川県 | 2.7 | 2 | 5.3 | 4 | 2.8 | 2 | 5.8 | 4 | 0.0 | 0 | 1.5 | 1 | 4.8 | 3 | 3.3 | 2 | 6.9 | 4 |
| 栃木 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 6.7 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 8.3 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 |
| 群馬 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 |
| 埼玉 | 5.2 | 3 | 5.2 | 3 | 1.8 | 1 | 7.4 | 4 | 3.8 | 2 | 4.0 | 2 | 4.1 | 2 | 2.2 | 1 | 0.0 | 0 |
| 千葉 | 4.2 | 2 | 6.2 | 3 | 4.3 | 2 | 4.4 | 2 | 2.3 | 1 | 9.6 | 4 | 9.8 | 4 | 0.0 | 0 | 10.6 | 4 |
| 東京 | 2.7 | 3 | 1.7 | 2 | 2.6 | 3 | 0.0 | 0 | 0.9 | 1 | 1.9 | 2 | 0.0 | 0 | 1.0 | 1 | 6.5 | 6 |
| 愛知 | 1.5 | 1 | 4.5 | 3 | 4.6 | 3 | 1.6 | 1 | 4.8 | 3 | 3.4 | 2 | 0.0 | 0 | 1.8 | 1 | 5.8 | 3 |
| 大阪 | 1.4 | 1 | 1.4 | 1 | 5.7 | 4 | 0.0 | 0 | 4.5 | 3 | 3.1 | 2 | 3.2 | 2 | 0.0 | 0 | 3.4 | 2 |

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

以上のことから、今後もハイリスク分娩や医療的ケア児は一定数見込まれ、今後も継続的に県周産期救急医療システムの安定的な運用を行うため、出生数減少の影響等を踏まえ、より効率的なシステムの構築や体制の見直しなども必要に応じて検討していく必要があります。

(7) 医師及び施設の状況

県内の分娩取扱施設数は平成30年4月1日時点には145施設でしたが、令和4年4月1日時点は138施設と減少傾向にあり、県における分娩取扱医師数は平成25年4月1日時点では524人でしたが、平成28年に509人、令和元年に555人、令和4年に526人と推移しています。(図表5-2-14、図表5-2-15)

新生児医療担当医師については、県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数は、平成27年4月1日時点では170人であったのが、令和3年では154人と減少傾向にあります。(図表5-2-17)

図表5-2-14 県の分娩取扱施設数(各年4月1日現在)【再掲(図表2-1-4-16)】

(単位:施設)

| 分類 | H25 | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | H31/R1 | R2 | R3 | R4 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|
| 病院 | 62 | 63 | 61 | 60 | 61 | 61 | 61 | 60 | 60 | 60 |
| 診療所 | 57 | 58 | 58 | 62 | 62 | 62 | 63 | 60 | 60 | 58 |
| 助産所 | 31 | 30 | 28 | 26 | 24 | 22 | 22 | 22 | 21 | 20 |
| 合計 | 150 | 151 | 147 | 148 | 147 | 145 | 146 | 142 | 141 | 138 |

(出典) 県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」

図表5-2-15 県における分娩取扱医師数の推移(各年4月1日現在)【再掲(図表2-1-4-14)】

(単位:人)

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

(出典) 県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」

図表5-2-16 県内における小児科医師数の推移(各年12月31日現在)

(単位:人)

| 分類 | H16 | H18 | H20 | H22 | H24 | H26 | H28 | H30 | R2 |
|-----------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 医療従事医師数 | 904 | 901 | 1,001 | 1,038 | 1,085 | 1,122 | 1,109 | 1,123 | 1,187 |
| うち病院勤務医師数 | 451 | 428 | 498 | 555 | 583 | 605 | 615 | 588 | 613 |

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

図表5-2-17 県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数(各年4月1日現在)【再掲(図表2-1-4-15)】

(単位:人)

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

※ 数値は日中に主にNICU・GCUを担当する小児科・新生児医師数(周産期母子医療センター)と初期研修医を除く新生児医療を担当する常勤医師数(周産期母子医療センター以外の県周産期救急医療システム受入病院)の合計値です。

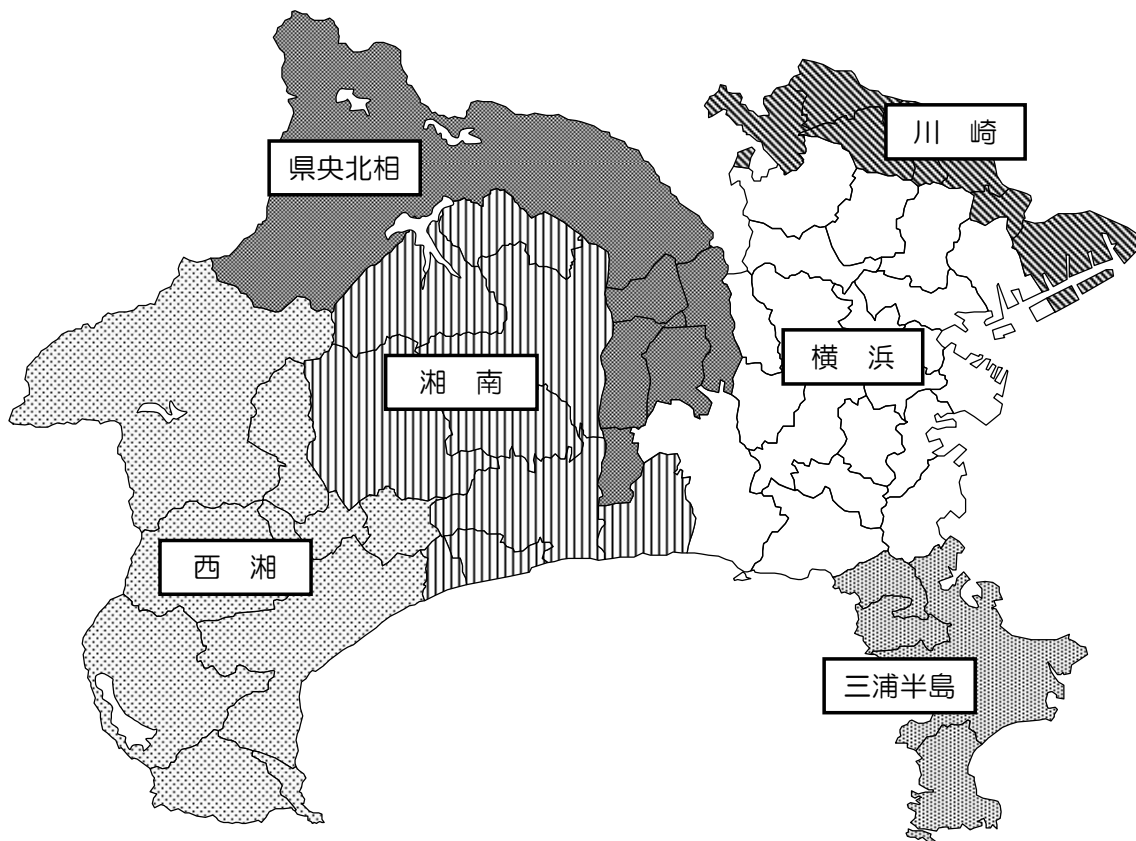
(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

2 本県の周産期連携体制

(1) 県周産期救急医療システム

本県では、昭和 60 年 6 月より「県周産期救急医療システム」を運用しており、県内 6 つのブロック内において、それぞれ「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」として機能別に位置づけた受入病院を中心とし、分娩時の予期できない急変等に対処し、ハイリスクの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。

県周産期救急医療システムブロック図



| ブロック名 | 市町村 | ブロック名 | 市町村 | ブロック名 | 市町村 | ブロック名 | 市町村 | |
|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-----|
| 横浜 | 横浜市 | 湘南 | 平塚市 | 西湘 | 小田原市 | 県央北相 | 相模原市 | |
| | 鎌倉市 | | 茅ヶ崎市 | | 南足柄市 | | 大和市 | |
| | 藤沢市 | | 秦野市 | | 中井町 | | 海老名市 | |
| 川崎 | 川崎市 | | 厚木市 | | 大井町 | | 座間市 | |
| | 三浦半島 | | 横須賀市 | | 伊勢原市 | | 松田町 | 綾瀬市 |
| | | | 逗子市 | | 大磯町 | | 山北町 | 寒川町 |
| 三浦市 | | | 二宮町 | | 開成町 | | | |
| 葉山町 | | | 愛川町 | | 箱根町 | | | |
| | | | 清川村 | | 真鶴町 | | | |
| | | | | | 湯河原町 | | | |

県周産期救急医療システム受入病院機能分類表

| 分類 | 機能 | 国による機能別分類 | 整備基準 | 備考 |
|------|--|------------------------------|--|-------------------------------------|
| 基幹病院 | ブロック内での患者受入の調整を行う。ブロックの拠点として、重症例を中心にあらゆる患者を24時間体制で受け入れる。 | 総合周産期母子医療センター | 高度な医療機能 MFICU 6床以上 NICU 9床以上 | 高度な医療及び人材確保の点から、大学病院相当の施設とする |
| | | 地域周産期母子医療センター | 比較的高度な医療機能 24時間対応 NICU 等 | 高度な医療の提供と病床の安定的な確保のため、公立・公的病院を中心に認定 |
| 中核病院 | 基幹病院の機能を補完し、中等症以上の患者を中心に原則として24時間体制で受け入れる。 | 母体から新生児まで周産期を通して診ることのできる医療機関 | | |
| 協力病院 | 比較的軽度な患者や基幹病院・中核病院で急性期を脱した患者を受け入れる。 | | | |

県周産期救急医療システム受入病院

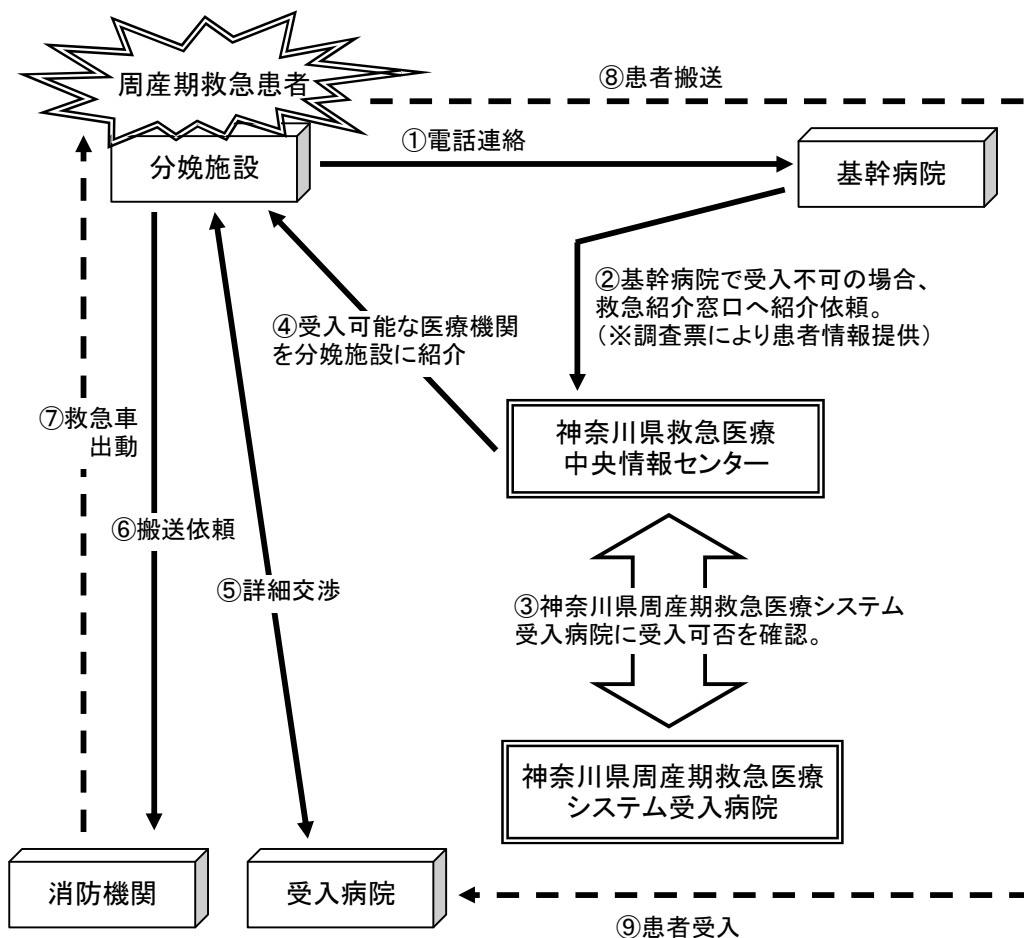
(令和5年4月1日現在)

| 地区 | 種別 | 病院名 | 総合 | 地域 |
|--------------|-----------|--------------------|----|----|
| 横浜 | 基幹病院 | 神奈川県立こども医療センター | ○ | |
| | | 横浜市立大学附属市民総合医療センター | ○ | |
| | | 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 | | ○ |
| | 中核病院 | 横浜労災病院 | | ○ |
| | | 横浜市立大学附属病院 | | ○ |
| | | 藤沢市民病院 | | ○ |
| | | 昭和大学横浜市北部病院 | | ○ |
| | | 横浜市立市民病院 | | ○ |
| | | 済生会横浜市東部病院 | | ○ |
| | | 国立病院機構横浜医療センター | | ○ |
| 横浜市立みなと赤十字病院 | | | ○ | |
| 済生会横浜市南部病院 | | ○ | | |
| 協力病院 | 横浜南共済病院 | | | |
| | けいゆう病院 | | | |
| | 昭和大学藤が丘病院 | | | |
| 川崎 | 基幹病院 | 聖マリアンナ医科大学病院 | ○ | |
| | 中核病院 | 日本医科大学武蔵小杉病院 | | ○ |
| | | 川崎市立川崎病院 | | ○ |
| 三浦 半島 | 基幹病院 | 横須賀共済病院 | | ○ |
| | 中核病院 | 横須賀市立うわまち病院 | | ○ |
| 湘南 | 基幹病院 | 東海大学医学部付属病院 | ○ | |
| | 中核病院 | 茅ヶ崎市立病院 | | ○ |
| | | 平塚市民病院 | | |
| 協力病院 | 厚木市立病院 | | | |
| 西湘 | 基幹病院 | 小田原市立病院 | | ○ |
| 県央 北相 | 基幹病院 | 北里大学病院 | ○ | |
| | 中核病院 | 地域医療機能推進機構相模野病院 | | ○ |
| | | 相模原協同病院 | | |
| 協力病院 | 大和市立病院 | | | |

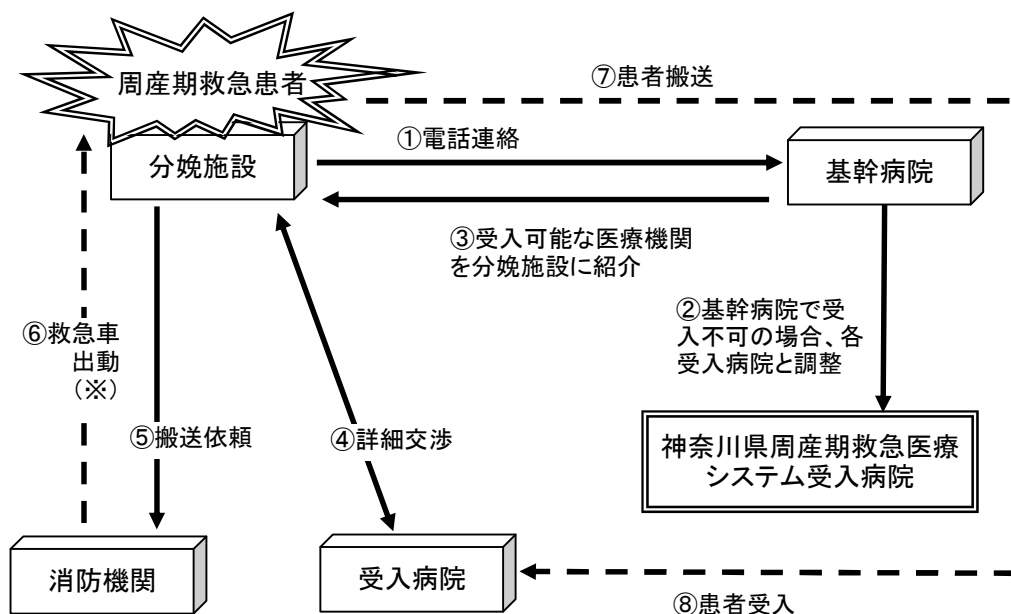
※ 周産期患者の対応を一貫して行える医療機関で構成

※ 各施設の概要については「Ⅱ 各周産期医療施設の概要」に掲載

県周産期救急医療システム概要図（産科救急）



県周産期救急医療システム概要図（新生児救急）



（※）救急車による搬送のほか、受入病院による迎え搬送もしくは三角搬送もあり。

迎え搬送：受入医療機関の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して自らの医療機関に搬送すること。

三角搬送：周産期母子医療センター等の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して他の受入医療機関に搬送すること。

(2) 母体救命に係る病院間・病院内における連携体制

本県では、令和5年4月1日現在で21の救命救急センターを配置しており、うち19病院が県周産期救急医療システムの受入病院として位置づけられています。これにより、産科合併症以外の合併症を有する妊産婦に対しても速やかに対応することができるとともに、救命救急センターを設置していない受入病院についても、県周産期救急医療システムにおける搬送コーディネートにより、対応可能病院へ搬送する体制となっていますが、平成18年の奈良県、平成20年の東京都の事例で大きな社会問題になった、特に迅速な対応を要する母体救命救急症例の適切な受入を保障する制度については、本県における新たな制度整備の必要性の検討を含め、今後の課題となっています。

県内の救命救急センター（令和5年4月1日現在）

| | |
|--------------------|-------------------|
| 聖マリアンナ医科大学病院 | 国立病院機構横浜医療センター |
| 北里大学病院 | 東海大学医学部付属病院 |
| 昭和大学藤が丘病院 | 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 |
| 横浜市立大学附属市民総合医療センター | 横須賀共済病院 |
| 日本医科大学武蔵小杉病院 | 川崎市立川崎病院 |
| 藤沢市民病院 | 済生会横浜市東部病院 |
| 小田原市立病院 | 横浜市立みなと赤十字病院 |
| 横浜市立市民病院 | 横浜労災病院 |
| 横浜南共済病院 | 横須賀市立うわまち病院 |
| 湘南鎌倉総合病院 | 平塚市民病院 |
| 海老名総合病院 | |

(3) 県域を越えた広域搬送及び受入体制

本県においては、県周産期救急医療システムにより、県内における周産期救急患者を円滑に搬送するための受入調整機能は有していますが、県域を越えた患者の搬送及び受入についての統一的な体制は現在整備されておらず、長年の課題となっていました。

そこで、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 搬送コーディネーターの機能及び体制

県周産期救急医療システムにおける基幹病院では、分娩施設からの周産期救急患者を24時間体制で受け入れるとともに、患者の症例に応じた受入先のコーディネート業務を行っていますが、産科医師の確保が困難な中で、緊急の搬送依頼の急増により、基幹病院の産科医師に多大な負担が生じていました。

そこで、平成19年度より、県救急医療中央情報センターにおいて、基幹病院の医師の指示のもと、搬送コーディネーターが患者の受入が可能な医療機関の紹介を行う「受入医療機関紹介業務」を開始しました。本県では、各ブロック基幹病院及び県救急医療中央情報センターが協働して、周産期救急患者の搬送コーディネートを行っています。

また、その際、各医療機関の応需の可否を事前に把握し、迅速に患者の受入調整が行えるよう、県周産期救急医療情報システムを整備し、周産期医療情報の収集・提供を行っています。

[県周産期救急医療情報システム]

本県では、周産期患者の円滑な搬送を目的として、診療の可否などの救急医療情報の収集、提供を行う県周産期救急医療情報システムを平成6年8月から運用しており、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、県関係機関等に設置されているパソコンからインターネットを利用することにより、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、本情報システムは、同じく本県で運用している救急医療情報システムと並行して閲覧できるよう整備しており、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配慮されています。

< 県周産期救急医療情報システムで参照できる応需の可否情報 >

| 産科部門 | 新生児部門 | |
|------|---------|-------|
| 産科 | 新生児 | 外科手術 |
| 母体救命 | 人工換気 | 心臓手術 |
| | 極低出生体重児 | 脳外科手術 |
| | 超低出生体重児 | 転院受入 |

4 周産期医療関係者に対する研修の実施状況

周産期医療関係者を対象に、専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、周産期医療協議会が中心となり各種研修を実施していきます。

| | |
|-------|-------|
| 講習部門 | 開催回数 |
| 産科部門 | 年1回以上 |
| 新生児部門 | 年1回以上 |
| 看護部門 | 年1回以上 |

5 神奈川県における周産期医療に関する支援事業(令和5年度時点)

| 事業名 | 内容 |
|-------------------|-------------------------------------|
| 周産期救急医療対策運営費補助事業 | 県周産期救急医療システム受入病院の周産期部門に係る運営費の補助 |
| 周産期救急受入機関紹介業務運営事業 | 各ブロック基幹病院からの依頼による周産期救急受入機関紹介業務の実施 |
| 日中一時支援事業費補助 | 在宅等へ移行したNICU長期入院児を一時的に受け入れた病院に対する補助 |
| 産科医師等分娩手当補助事業 | 分娩を取り扱う産科医師等に対する手当支給制度を有する病院に対する補助 |
| 地域医療医師修学資金貸付事業 | 特定診療科医師を目指す学生に対する修学資金貸付 |
| 産科・小児医療施設等誘致事業費補助 | 産科・小児医療施設等を開設する事業者の施設整備費などに対する補助 |

Ⅱ 各周産期医療施設の概要（令和5年11月1日現在）

<凡 例>

| | |
|---------------|--|
| 「病院機能」 | 県周産期救急医療システムにおける区分 |
| 「周産期母子医療センター」 | 総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定状況 |
| 「主な診療機能」 | 産科：救急による分娩取扱いの可否 母体救命：産科合併症及び産科合併症以外の合併症への対応の可否 人工換気：新生児呼吸管理の対応の可否 極低出生体重児：1,500g未満の新生児の受入の可否 超低出生体重児：1,000g未満の新生児の受入の可否 |
| 「病床数」 | <p>M F I C U 診療報酬における母体・胎児集中治療室管理料の加算対象となる病床</p> <p>N I C U 診療報酬における新生児集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1及び2の加算対象となる病床及び診療報酬上の加算対象とならないが、新生児の集中治療機能を有する病床</p> <p>G C U 診療報酬における新生児治療回復室入院医療管理料の加算対象となる病床及び診療報酬上の加算対象とならないが、同等の機能を有する病床</p> |
| 「従事者」 | <p>産科担当医師数 常勤医師。婦人科部門と兼任している医師も含む</p> <p>新生児担当医師数 常勤医師。一般の小児科部門と兼任している医師も含む</p> <p>臨床心理技術者等 N I C Uに入院する児及び家族を心理面からフォローする臨床心理士等心理技術者の配置の有無（他診療科との兼任を含む）</p> <p>入院児支援コーディネーター N I C U、G C U等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、N I C U、G C U等の長期入院児の状況把握、他医療施設や療育施設等移行先との連携調整、在宅等への移行に際する支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及びその他望ましい療育・療育環境への移行に必要な事項に係る業務を行う看護師及び社会福祉士等の配置の有無（他診療科との兼任を含む）</p> |
| 「母体対応可能症例」 | 救命救急センターもしくは院内関係診療科での対応も含めた下記産科合併症以外の合併症等への対応の可否 |
| 脳血管障害 | 脳血管障害を有する母体の対応の可否 |
| 心疾患 | 心疾患を有する母体の対応の可否 |
| 精神疾患 | 精神疾患を有する母体の対応の可否 |
| 外傷 | 外傷を有する母体の対応の可否 |

（出典）県医療課作成

| 地区 | No. | 医療機関名 | 所在地 | 病院機能 | 周産期 母子医療センター | 1 診療科目 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|--------------------------|---------|------|-----------------|--------|------|-------|------|-------|------|-------|----------|------|--------|------|------|----------|-------|-------|----------|
| | | | | | | 内科 | 呼吸器科 | 呼吸器内科 | 循環器科 | 循環器内科 | 消化器科 | 消化器内科 | 消化器・肝臓内科 | 血液内科 | 血液腫瘍内科 | 腫瘍内科 | 代謝内科 | 代謝・内分泌内科 | 内分泌内科 | 糖尿病内科 | 糖尿病・代謝内科 |
| 横浜 | 1 | 神奈川県立こども医療センター | 横浜市南区 | 基幹 | 総合 | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 2 | 横浜市立大学附属市民総合医療センター | 横浜市南区 | 基幹 | 総合 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 3 | 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 | 横浜市旭区 | 基幹 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | | |
| 横浜 | 4 | 独立行政法人労働者健康安全管理機構 横浜労災病院 | 横浜市港北区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | | |
| 横浜 | 5 | 横浜市立大学附属病院 | 横浜市金沢区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | | |
| 横浜 | 6 | 藤沢市民病院 | 藤沢市 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 7 | 昭和大学 横浜市北部病院 | 横浜市都筑区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | | |
| 横浜 | 8 | 横浜市立市民病院 | 横浜市神奈川区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ | - | | |
| 横浜 | 9 | 神奈川県済生会 横浜市東部病院 | 横浜市鶴見区 | 中核 | 地域 | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 10 | 独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター | 横浜市戸塚区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 11 | 横浜市立みなと赤十字病院 | 横浜市中区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | | |
| 横浜 | 12 | 神奈川県済生会 横浜市南部病院 | 横浜市港南区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 13 | 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 | 横浜市金沢区 | 協力 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | | |
| 横浜 | 14 | 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 | 横浜市西区 | 協力 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 横浜 | 15 | 昭和大学 藤が丘病院 | 横浜市青葉区 | 協力 | - | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | | |
| 小計 | | | | | | 14 | 1 | 13 | 1 | 13 | 1 | 13 | 0 | 11 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 4 | 0 |
| 川崎 | 1 | 聖マリアンナ医科大学病院 | 川崎市宮前区 | 基幹 | 総合 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | | |
| 川崎 | 2 | 日本医科大学 武蔵小杉病院 | 川崎市中原区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | - | | |
| 川崎 | 3 | 川崎市立川崎病院 | 川崎市川崎区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | | |
| 小計 | | | | | | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| 三浦半島 | 1 | 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 | 横須賀市 | 基幹 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | | |
| 三浦半島 | 2 | 横須賀市立うわまち病院 | 横須賀市 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 小計 | | | | | | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 湘南 | 1 | 東海大学医学部付属病院 | 伊勢原市 | 基幹 | 総合 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | | |
| 湘南 | 2 | 茅ヶ崎市立病院 | 茅ヶ崎市 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | | |
| 湘南 | 3 | 平塚市民病院 | 平塚市 | 中核 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 湘南 | 4 | 厚木市立病院 | 厚木市 | 協力 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | | |
| 小計 | | | | | | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 西湘 | 1 | 小田原市立病院 | 小田原市 | 基幹 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 小計 | | | | | | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 県央北相 | 1 | 学校法人北里研究所 北里大学病院 | 相模原市南区 | 基幹 | 総合 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | | |
| 県央北相 | 2 | 独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院 | 相模原市中央区 | 中核 | 地域 | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | | |
| 県央北相 | 3 | 神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 | 相模原市緑区 | 中核 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | | |
| 県央北相 | 4 | 大和市立病院 | 大和市 | 協力 | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | | |
| 小計 | | | | | | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 合計 | | | | | | 28 | 1 | 27 | 1 | 27 | 1 | 26 | 1 | 17 | 2 | 8 | 5 | 3 | 7 | 6 | 2 |

| 糖尿病・代謝・内分泌科 | 糖尿病・内分泌内科 | 腎臓内科 | 人工透析内科 | 腎臓・人工透析内科 | 腎臓・内分泌代謝内科 | 腎臓・内分泌代謝内科 | 肝臓内科 | 総合内科 | 神経科 | 神経内科 | 脳神経内科 | 心療内科 | 精神科 | 精神神経科 | 神経精神科 | 児童精神科 | 思春期精神科 | 感染症内科 | 老年神経内科 | 小児科 | 小児内科 | 小児循環器内科 |
|-------------|-----------|------|--------|-----------|------------|------------|------|------|-----|------|-------|------|-----|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-----|------|---------|
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | ○ | - | - |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 0 | 5 | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 11 | 2 | 11 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 14 | 1 | 2 |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - |
| 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| - | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - |
| - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 1 | 9 | 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 8 | 22 | 3 | 22 | 2 | 3 | 2 | 1 | 4 | 1 | 28 | 1 | 2 |

| 地区 | No. | 医療機関名 | 1 診療科目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-----------|----|-------|-------|--------|------|------|------|------|------|-------|-------------|------|
| | | | 新生児内科 | 疼痛緩和内科 | 化学療法内科 | アレルギー科 | リウマチ科 | リウマチ内科 | リウマチ・膠原病科 | 外科 | 呼吸器外科 | 消化器外科 | 心臓血管外科 | 心臓外科 | 血管外科 | 大腸外科 | 肝臓外科 | 移植外科 | 頭頸部外科 | 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 | 乳癌外科 |
| 横浜 | 1 | 神奈川県立こども医療センター | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 横浜 | 2 | 横浜市立大学附属 市民総合医療センター | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | - | |
| 横浜 | 3 | 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | - | - | |
| 横浜 | 4 | 独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 5 | 横浜市立大学附属病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 6 | 藤沢市民病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 7 | 昭和大学 横浜市北部病院 | ○ | ○ | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 8 | 横浜市立 市民病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 9 | 神奈川県済生会 横浜市東部病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | |
| 横浜 | 10 | 独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター | - | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 11 | 横浜市立 みなと赤十字病院 | - | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | |
| 横浜 | 12 | 神奈川県済生会 横浜市南部病院 | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | |
| 横浜 | 13 | 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 | - | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 14 | 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | |
| 横浜 | 15 | 昭和大学 藤が丘病院 | - | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 小計 | | | 3 | 1 | 0 | 4 | 11 | 0 | 1 | 13 | 13 | 13 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| 川崎 | 1 | 聖マリアンナ医科大学病院 | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | |
| 川崎 | 2 | 日本医科大学 武蔵小杉病院 | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 川崎 | 3 | 川崎市立 川崎病院 | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | ○ | |
| 小計 | | | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 三浦半島 | 1 | 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 三浦半島 | 2 | 横須賀市立 うわまち病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | ○ | |
| 小計 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 湘南 | 1 | 東海大学医学部付属病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ |
| 湘南 | 2 | 茅ヶ崎市立病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | ○ |
| 湘南 | 3 | 平塚市民病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ |
| 湘南 | 4 | 厚木市立病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | - |
| 小計 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 西湘 | 1 | 小田原市立病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 小計 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 県央北相 | 1 | 学校法人北里研究所 北里大学病院 | - | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 県央北相 | 2 | 独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ |
| 県央北相 | 3 | 神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | - | - | - | ○ |
| 県央北相 | 4 | 大和市立病院 | - | - | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | ○ |
| 小計 | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 合計 | | | 5 | 2 | 0 | 6 | 19 | 0 | 2 | 25 | 26 | 27 | 23 | 3 | 7 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 20 |

| 内分泌外科 | 乳腺内分泌外科 | 小児外科 | 小児心臓血管外科 | 新生児外科 | 整形外科 | 形成外科 | 美容外科 | 脳神経外科 | 産婦人科 | 産科 | 婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | リハビリテーション科 | 画像診断科 | 放射線科 | 放射線診断科 | 放射線治療科 | 血管・放射線治療科 | 病理診断科 |
|-------|---------|------|----------|-------|------|------|------|-------|------|----|-----|----|-------|-----|------|------------|-------|------|--------|--------|-----------|-------|
| - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | - | - | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 15 | 15 | 2 | 15 | 14 | 1 | 1 | 15 | 15 | 15 | 15 | 14 | 0 | 8 | 8 | 9 | 0 | 15 |
| - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| ○ | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | ○ | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 4 |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | - | ○ |
| - | - | - | - | - | ○ | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 0 | 2 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 2 | 3 | 9 | 3 | 1 | 29 | 28 | 3 | 28 | 24 | 5 | 5 | 29 | 27 | 29 | 29 | 28 | 0 | 15 | 17 | 18 | 0 | 28 |

| 地区 | No. | 医療機関名 | 1 診療科目 | | | | | | | | | | | 2 主な診療機能 | | | | | | | |
|------|-----|-------------------------|--------|------------|-----|-------|-------|-----|--------|------------|-------|----|------|----------|------|----|------|-----|------|---------|---------|
| | | | 臨床検査科 | 病理診断・臨床検査科 | 救急科 | 救命救急科 | 小児救急科 | 麻酔科 | 緩和ケア内科 | ペインクリニック内科 | 精神腫瘍科 | 歯科 | 小児歯科 | 歯科口腔外科 | 矯正歯科 | 産科 | | 新生児 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 産科 | 母体救命 | 新生児 | 人工換気 | 極低出生体重児 | 超低出生体重児 |
| 横浜 | 1 | 神奈川県立こども医療センター | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 横浜 | 2 | 横浜市立大学附属 市民総合医療センター | ○ | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 横浜 | 3 | 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 横浜 | 4 | 独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 横浜 | 5 | 横浜市立大学附属病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 横浜 | 6 | 藤沢市民病院 | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | - | - | - | | |
| 横浜 | 7 | 昭和大学 横浜市北部病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 横浜 | 8 | 横浜市立 市民病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | | |
| 横浜 | 9 | 神奈川県済生会 横浜市東部病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 横浜 | 10 | 独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | | |
| 横浜 | 11 | 横浜市立 みなと赤十字病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | - | | |
| 横浜 | 12 | 神奈川県済生会 横浜市南部病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | | |
| 横浜 | 13 | 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | △ | - | | |
| 横浜 | 14 | 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - | - | | |
| 横浜 | 15 | 昭和大学 藤が丘病院 | - | - | - | ○ | - | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | - | - | - | - | | |
| 小計 | | | 5 | 0 | 12 | 1 | 1 | 15 | 7 | 1 | 0 | 6 | 1 | 12 | 2 | 15 | 14 | 13 | 10 | 10 | 7 |
| 川崎 | 1 | 聖マリアンナ医科大学病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 川崎 | 2 | 日本医科大学 武蔵小杉病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 川崎 | 3 | 川崎市立 川崎病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 小計 | | | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 三浦半島 | 1 | 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 三浦半島 | 2 | 横須賀市立 うわまち病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 小計 | | | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 湘南 | 1 | 東海大学医学部付属病院 | ○ | - | - | ○ | - | ○ | ○ | - | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 湘南 | 2 | 茅ヶ崎市立病院 | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 湘南 | 3 | 平塚市民病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | |
| 湘南 | 4 | 厚木市立病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | - | ○ | ○ | - | - | - | |
| 小計 | | | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 |
| 西湘 | 1 | 小田原市立病院 | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | - | |
| 小計 | | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 県央北相 | 1 | 学校法人北里研究所 北里大学病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | - | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 県央北相 | 2 | 独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院 | - | - | - | - | - | ○ | - | - | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 県央北相 | 3 | 神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 | ○ | - | ○ | - | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ | - | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 県央北相 | 4 | 大和市立病院 | - | - | - | - | - | ○ | - | - | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | - | - | |
| 小計 | | | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 合計 | | | 9 | 0 | 22 | 2 | 1 | 29 | 13 | 2 | 1 | 10 | 1 | 19 | 2 | 29 | 24 | 27 | 24 | 22 | 17 |

| | | | 3 病床数 | | | | 4 従事者 | | | | 5 母体対応可能症例 | | | | 備考 |
|------|------|-------|-------|-------|------|-----|---------|----------|----------|---------------|------------|-----|------|----|--|
| | | | 産科 | | 新生児 | | 産科担当医師数 | 新生児担当医師数 | 臨床心理技術者等 | 入院児支援コーディネーター | 脳血管障害 | 心疾患 | 精神疾患 | 外傷 | |
| 外科手術 | 心臓手術 | 脳外科手術 | 産科 | MFICU | NICU | GCU | | | | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | 24 | 6 | 27 | 27 | 9 | 16 | ○ | ○ | - | - | - | - | 新型コロナウイルス感染症については個別に相談 |
| - | - | - | 36 | 6 | 9 | 12 | 18 | 8 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 精神疾患は重篤な精神疾患を除く(精神病床がないため) |
| ○ | - | ○ | 33 | 0 | 9 | 21 | 7 | 12 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| ○ | - | - | 25 | 0 | 9 | 12 | 9 | 7 | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | |
| - | ○ | - | 12 | 0 | 9 | 0 | 23 | 22 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| - | - | - | 18 | 0 | 9 | 6 | 10 | 13 | - | - | ○ | ○ | - | ○ | 精神疾患での入院病床なし |
| ○ | - | - | 68 | 0 | 9 | 14 | 19 | 32 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | |
| - | - | - | 41 | 0 | 9 | 6 | 14 | 4 | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | 糖尿病内科とリウマチ内科は、合わせて「糖尿病リウマチ内科」と標榜し運用 |
| - | - | - | 35 | 0 | 6 | 10 | 12 | 21 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| - | - | - | 24 | 0 | 9 | 0 | 9 | 10 | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| - | - | - | 40 | 0 | 3 | 0 | 9 | 9 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| - | - | - | 26 | 0 | 6 | 0 | 11 | 1 | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | |
| - | - | - | 32 | 0 | 0 | 0 | 9 | 7 | - | - | ○ | ○ | - | - | (△=2 主な診断機能の人口喚起)要相談 |
| - | - | - | 30 | 0 | 0 | 0 | 7 | 3 | - | - | - | - | - | - | |
| - | - | - | 44 | 0 | 4 | 0 | 17 | 0 | - | - | ○ | ○ | - | ○ | 精神疾患での入院病床なし。在胎36週以降の妊産婦に限る。NICUの4床は休床中。 |
| 4 | 2 | 2 | 488 | 12 | 118 | 108 | 183 | 165 | 10 | 2 | 13 | 13 | 7 | 12 | |
| ○ | ○ | ○ | 27 | 9 | 15 | 18 | 24 | 35 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| ○ | - | - | 28 | 0 | 15 | 6 | 18 | 26 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 重篤な精神疾患を除く(精神科病床がないため) |
| - | - | - | 44 | 0 | 6 | 18 | 8 | 12 | - | - | ○ | ○ | ○ | ○ | 診療に応じて要相談 |
| 2 | 1 | 1 | 99 | 9 | 36 | 42 | 50 | 73 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| - | - | - | 21 | 0 | 9 | 0 | 9 | 8 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| ○ | ○ | - | 8 | 0 | 6 | 7 | 5 | 13 | ○ | - | ○ | ○ | - | - | |
| 1 | 1 | 0 | 29 | 0 | 15 | 7 | 14 | 21 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | |
| ○ | - | - | 32 | 9 | 12 | 12 | 19 | 17 | ○ | - | ○ | ○ | - | ○ | 精神科入院病床なし |
| - | - | - | 20 | 0 | 3 | 16 | 4 | 10 | - | ○ | - | - | - | - | 精神科入院病床なし |
| - | - | - | 20 | 0 | 3 | 8 | 3 | 6 | - | - | ○ | ○ | - | ○ | |
| - | - | - | 28 | 0 | 0 | 6 | 4 | 7 | - | ○ | - | - | - | - | |
| 1 | 0 | 0 | 100 | 9 | 18 | 42 | 30 | 40 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | |
| - | - | - | 25 | 0 | 6 | 0 | 11 | 12 | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | |
| 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 6 | 0 | 11 | 12 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | |
| ○ | ○ | - | 28 | 9 | 23 | 10 | 13 | 33 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ただしIVRが必要な症例、精神疾患は対応不可能日あり |
| - | - | - | 38 | 0 | 12 | 14 | 7 | 4 | - | - | - | - | - | - | |
| - | - | - | 20 | 0 | 6 | 0 | 3 | 6 | ○ | - | - | - | - | - | |
| - | - | - | 15 | 0 | 6 | 0 | 10 | 12 | - | - | ○ | ○ | - | ○ | |
| 1 | 1 | 0 | 101 | 9 | 47 | 24 | 33 | 55 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | |
| 9 | 5 | 3 | 842 | 39 | 240 | 223 | 321 | 366 | 17 | 8 | 23 | 23 | 12 | 21 | |



神奈川県

健康医療局保健医療部医療課

横浜市中区日本大通 1 〒231-8588 電話 (045) 210-1111