資料２－２

神奈川県

見直し検討部分抜粋

神奈川県保健医療計画
（第８次　令和６年度～令和11年度）

令和６年３月

（令和９年３月改定）

目　次

第１部　総論----------１
　第１章　基本的事項----------２
　　第１節　計画策定の趣旨----------２
　　第２節　計画の性格----------２
　　第３節　第７次計画の評価----------３
　　第４節　計画の基本理念及び基本目標----------４
　　第５節　計画期間----------５
　　第６節　関連する計画等----------５

　第２章　神奈川県の保健医療の現状----------６
　　第１節　人口----------６
　　第２節　生活習慣病等の状況----------９
　　第３節　受療状況----------11
　　第４節　医療施設・保健医療従事者の状況----------13
　　第５節　計画推進に向けた関係者の役割----------16

　第３章　保健医療圏と基準病床数----------18
　　第１節　保健医療圏----------18
　　第２節　基準病床数----------21
　　第３節　医療と介護の一体的な体制整備----------24

第２部　各論----------25
　第１章　事業別の医療体制の整備・充実----------26
　　第１節　総合的な救急医療----------26
　　第２節　精神科救急----------45
　　第３節　災害時医療----------56
　　第４節　周産期医療----------67
　　第５節　小児医療----------81
　　第６節　新興感染症----------94

　第２章　疾病別の医療連携体制の構築----------100
　　第１節　がん----------100
　　第２節　脳卒中----------113
　　第３節　心筋梗塞等の心血管疾患----------124
　　第４節　糖尿病----------135
　　第５節　精神疾患----------153

　第３章　未病対策等の推進----------179
　　第１節　未病を改善する取組の推進----------179

第２節　こころの未病対策----------186
第３節　歯科保健対策----------189
第４節　ＩＣＴを活用した健康管理の推進----------192
第５節　健康・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こすことができる人材の育成----------194

第４章　地域包括ケアシステムの推進----------196
第１節　在宅医療----------196
第２節　高齢者対策----------210
第３節　障がい者対策----------216
第４節　母子保健対策----------219
第５節　難病対策----------226
第６節　地域リハビリテーション----------228

第５章　医療従事者の確保・養成----------234
第１節　医師----------234
第２節　外来医療に係る医療体制の確保----------256
第３節　看護職員----------265
第４節　歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者----------276

第６章　総合的な医療安全対策の推進----------283

第７章　県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備----------286
第１節　医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援----------286
第２節　地域医療支援病院の整備----------290
第３節　公的病院等の役割----------292
第４節　歯科医療機関の役割----------296
第５節　訪問看護ステーションの役割----------298
第６節　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及--303
第７節　病病連携及び病診連携----------307
第８節　最先端医療・技術の実用化促進----------310
第９節　医療ＤＸの推進----------313

第８章　個別の疾病対策等----------320
第１節　認知症施策----------320
第２節　健康危機管理対策----------324
第３節　感染症対策----------326
第４節　肝炎対策----------328
第５節　アレルギー疾患対策----------331
第６節　血液確保対策と適正使用対策----------334
第７節　臓器移植・骨髄等移植対策----------337

第３部　地域医療構想----------341

第４部　計画の推進----------345
　第１章　計画の推進体制等----------346
　　第１節　計画策定の検討経緯----------346
　　第２節　計画の推進体制----------347
　　第３節　計画の進行管理----------348

第５部　別冊----------349
　第１章　人口、医療資源等----------351
　第２章　周産期医療における現状と連携体制----------383

第1部　総論

第３章　保健医療圏と基準病床数

第１節　保健医療圏

（３）三次保健医療圏

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

２　二次保健医療圏別の主な医療機能

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

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

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

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

※　分娩取扱施設は、令和４年４月１日時点の数字。

災害拠点病院数の修正予定

第２節　基準病床数

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

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

１　療養病床及び一般病床

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

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

＜基本的な考え方＞

○　地域医療構想で県は、今後の人口増加と急激な高齢化等により、令和７（2025）年に約１万１千床増加すると推計しましたが、この病床数は令和７（2025）年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来における変動要素（交通網の発達、医療技術の進歩等）を全て勘案して算出したものではありません。

○　しかし、今後、高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、医療機関が病床利用率を上げるなど効率化に努めることが必要です。加えて、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを考えると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床の検討が必要です。

○　また、病床の整備に当たっては、人材の確保が必要であることに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた令和７（2025）年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります。

○　第８次計画策定後は、計画期間（令和６（2024）年～令和11（2029）年）の中間年である令和８（2026）年に、増加する医療需要に対する各医療機関の病床利用率向上への取組状況や将来推計との比較を行い、県保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議で検証し、基準病床数の見直しを行わないこととしました。~~た上で、改めて基準病床数の見直しを検討することとします。~~

＜第８次計画の基準病床数＞

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

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

２　精神病床

精神病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	【参考】既存病床数（R5.4.1現在）
県全域	~~12,080~~ 10,723	13,369

３　感染症病床

感染症病床の基準病床は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

４　結核病床

結核病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

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

第2部　各論

第１章　事業別の医療体制の整備・充実

第２節　精神科救急

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 （令和 11 年度）
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.89 回 （R2）	0.89 回 （R9）
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省,地域保健・健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人 （R3）	2.42 人 （R9）
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回 （R5）	230 回 ~~126 回~~ （R11）
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	5.72 人（累計） （R4）	7.65 人（累計） （R11）
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 01 機関 （R2）	0.03 機関 （R8）
	C202	精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設） （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	0.62 機関 （R4）	0.63 機関 （R8）
	C203	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 22機関 （R2）	0.25 機関 （R8）
	C204	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 08機関 （R2）	0.09 機関 （R8）
	C205	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	6.79 機関 （R2）	7.78 施設 （R8）
	C206	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	3.02 施設 （R2）	4.55 施設 （R8）
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神	厚生労働省，NDB オープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.76 機関 知的障害 0.68 機関

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 （令和 11 年度）
		病床を持つ医療機関数 （人口 10 万人当たり）		発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関 摂食障害 0.49 機関 てんかん 0.76 機関 （R2）	発達障害 0.68 機関 アルコール依存症 0.75 機関 薬物依存症 0.49 機関 ギャンブル等依存症 0.05 機関 PTSD 0.29 機関 摂食障害 0.59 機関 てんかん 0.76 機関 （R8）
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.02 機関 （R2）	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 （R8）
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 （R2）	0.58 施設 （R8）
	C304	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 （R2）	0.27 機関 （R8）
	C305	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 （R2）	0.20 機関 （R8）
	C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 （R2）	0.18 機関 （R8）
	C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 （R2）	3.44 機関 （R8）
	C308	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機	厚生労働行政推進調査事業研究班,	0.05 機関 （R2）	0.08 機関 （R8）

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 （令和 11 年度）
		関数（人口 10 万人当たり）	ReMHRAD		
	C401	てんかん支援拠点病院数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.01 機関 （R2）	0. 01機関 （R11）
	C402	依存症専門医療機関の数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 07機関 （R2）	0.11 機関 （R11）
	C403	摂食障害支援拠点病院数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.00 機関 （R2）	0. 01機関 （R11）
	C404	指定通院医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，「指定通院医療機関の指定状況」	0.36 機関 （R4）	0.43 機関 （R10）
	C405	高次脳機能障害支援拠点機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.01 機関 （R2）	0.01 機関 （R11）
中間	B101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	8.46 機関・団体 （R2）	8.49 機関・団体 （R9）
	B102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，地域保健・健康増進事業報告	1,192.18 件 （R3）	1,316.13 件 （R9）
	B103	心のサポーター養成研修の修了者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	21.77 人 （R5）	168.0 人 ~~548.37 人~~ （R11）
	B104	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	42.60 人 （R4）	61.23 人 （R11）
	B105	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	県独自調査	51.69 人 （累計）（R4）	63.35 人 （累計）（R11）
	B201	精神科救急医療体制整備事業における入院件数 （人口 10 万人当たり）	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 （R3）	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 件 （R9）
	B202	精神科救急医療体制整備事業における受診件数 （人口 10 万人当たり）	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	17.67 件 （R3）	17.98 件 （R9）
	B203	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	8.38 人 （R2）	9.65 人 （R8）
	B204	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	5,026.18 人 （R2）	5,756.47 人 （R8）
	B205	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	78.31 人 （R2）	112.81 人 （R8）

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 （令和 11 年度）
	B206	精神科救急における通報から診察までの搬送時間	神奈川県の警察官通報の状況について	6時間 18 分 （R3）	6時間0分 （R9）
	B301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての入院患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人 発達障害 8.33 人 アルコール依存症 14.27 人 薬物依存症 1.84 人 ギャンブル等依存症 0.45 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.88 人 てんかん 42.64 人 （R2）	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人 発達障害 12.54 人 アルコール依存症 16.47 人 薬物依存症 2.13 人 ギャンブル等依存症 0.75 人 PTSD 0.61 人 摂食障害 4.96 人 てんかん 42.70 人 （R8）
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 1,300.06 人 うつ・躁うつ病 2,769.80 人 認知症 238.68 人 知的障害 109.14 人 発達障害 519.14 人 アルコール依存症 79.46 人 薬物依存症 10.49 人 ギャンブル等依存症 4.08 人 PTSD 11.61 人 摂食障害 23.16 人 てんかん 372.64 人 （R2）	統合失調症 1,530.17 人 うつ・躁うつ病 3,327.82 人 認知症 498.50 人 知的障害 161.45 人 発達障害 790.23 人 アルコール依存症 102.22 人 薬物依存症 14.03 人 ギャンブル等依存症 7.19 人 PTSD 18.81 人 摂食障害 27.18 人 てんかん 436.60 人 （R8）
	B303	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 （R2）	20.17 人 （R8）
	B304	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 （R2）	8.70 人 （R8）

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 （令和 11 年度）
	B305	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	28.48 人 （R2）	39.21 人 （R8）
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	5.09 人 （R2）	6.20 人 （R8）
	B307	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	1.47 人 （R2）	3.26 人 （R8）
	B308	隔離指示件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，630 調査	6.34 件 （R4）	8.47 件（注） （R10）
	B309	身体的拘束指示件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，630 調査	9.77 件 （R4）	7.71 件 （R10）
	B310	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	4.15 人 （R2）	5.80 人 （R11）
	B311	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	厚生労働省，NDB オープンデータ	0.50% （R2）	0.83% （R11）
	B403	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数及び逆紹介患者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	紹介 4.43 人 逆紹介 2.24 人 （R4）	紹介 4.69 人 逆紹介 2.83 人 （R11）
	B404	依存症専門医療機関における紹介患者数及び逆紹介患者数(人口 10 万人当たり)	県独自調査	紹介 28.46 人 逆紹介 11.62 人(R4)	紹介 39.85 人 逆紹介 16.38 人(R11)
	B405	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	拠点病院なし	紹介 4.39 人 逆紹介 1.73 人 （R11）
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12 ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進調査事業研究班，630 調査	3 ヶ月:60.1% 6 ヶ月:80.2% 12 ヶ月: 89.4% （R4）	3 ヶ月:68.9% 6 ヶ月:84.5% 12 ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	厚生労働省，NDB オープンデータ	327.3 日 （R2）	331.5 日 （R9）

最新の数値に更新予定
※　第 2 回精神保健福祉審議会（10～11 月開催予定）にて協議予定

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 （令和 11 年度）
	A103	精神病床における急性期･回復期･慢性期入院患者数 （65 歳以上･65 歳未満別）	厚生労働行政推進調査事業研究班，630 調査 最新の数値に更新予定 ※　第 2 回精神保健福祉審議会（10～11 月開催予定）にて協議予定	急性期 65 歳未満 1,663 人 65 歳以上 1,266 人 回復期 65 歳未満 864 人 65 歳以上 1,284 人 慢性期 65 歳未満 2,883 人 65 歳以上 3,710 人 （R4）	急性期 65 歳未満 1,688 人 65 歳以上 1,283 人 回復期 65 歳未満 968 人 65 歳以上 1,439 人 慢性期 65 歳未満 2,735 人 65 歳以上 3,362 人 （R7） ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A104	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	厚生労働省，病院報告	246.0 日 （R4）	228.3 日 （R11）

（注）「隔離指示件数」の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組により身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

第３節　災害時医療

1　現状・課題

【現状】

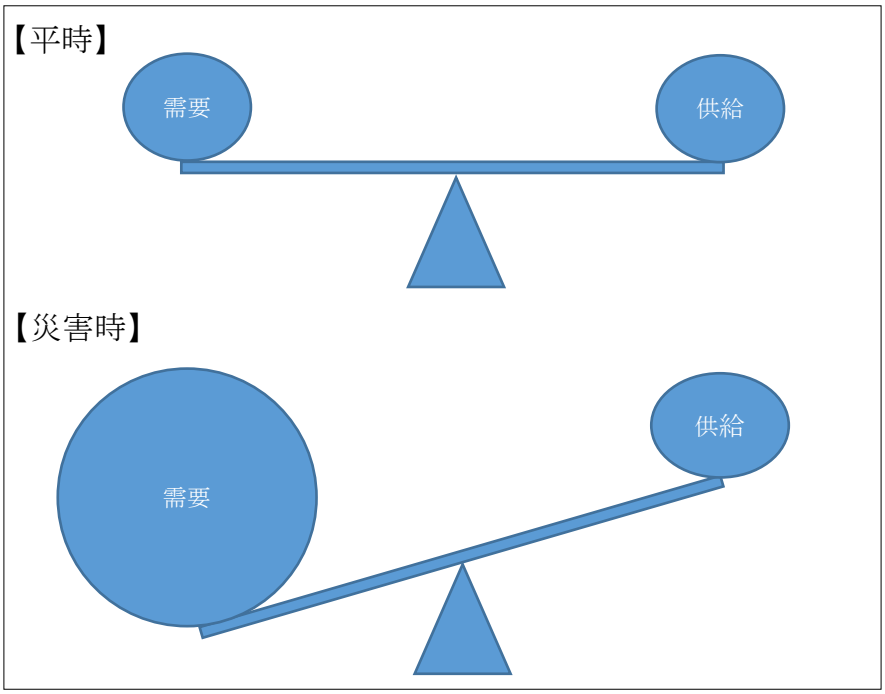
・県は、災害時の医療救護体制の整備について従前から継続的に取り組んできました。
・今後発生が予想される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する津波や浸水、土砂災害、火災等や、火山災害等の大規模な災害に備え、県民の生命と健康を守るため、「神奈川県災害時保健医療救護計画」（令和７年３月~~令和２年 10 月~~改定）に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。

【課題】

・令和２年１月以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応のために、訓練・研修等の中止を余儀なくされたことなどから、災害対応力の低下が懸念されます。

（１）災害時医療

○　通常の救急医療では、医療の需要に応じた医療資源（スタッフ・医療機器・薬剤など）を投入することが可能ですが、災害時医療では、圧倒的に医療の需要が増大することにより供給とのバランスが崩れることから、災害時医療の体制や原則に則って、関係機関と連携しながら適切な調整を行った上で対応することが必要です。



○　そのため、災害時のアウトカムをデータ等で定量的に評価することは極めて困難です。

○　こうしたことから、県は今回の計画策定に当たって、最終アウトカムに「災害時医療が適切に提供できる」を設定し、災害時医療における主要なプレーヤーとなる「県」「地域」「医療機関」「保健医療関係団体」について、それぞれの役割と平時における必

要な取組を整理するとともに、それらについての定量的な評価指標を設定することとしました。

（２）県の現状と課題

【災害医療コーディネーター】

○　県は、災害時に迅速かつ的確な医療を確保するため、県災害対策本部の下に保健医療福祉調整本部を設置するとともに、災害医療に精通した県内の複数の医師で構成される県災害医療コーディネーターを委嘱し、県医師会、災害拠点病院等の関係機関と連携した医療救護活動を実施します。

【災害時小児周産期リエゾン】

○　県は、災害時、県保健医療福祉調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。

○　「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療福祉調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。

【ＤＨＥＡＴ】

○　県は、災害時、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整が円滑に行われるようにするために、平成 31 年４月に「神奈川県災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ）運用要綱」を策定しました。

○　そのうえで、今後も継続してＤＨＥＡＴ（Disaster Health Emergency Assistance Team）（※１）の運用体制の整備等に取り組む必要があります。

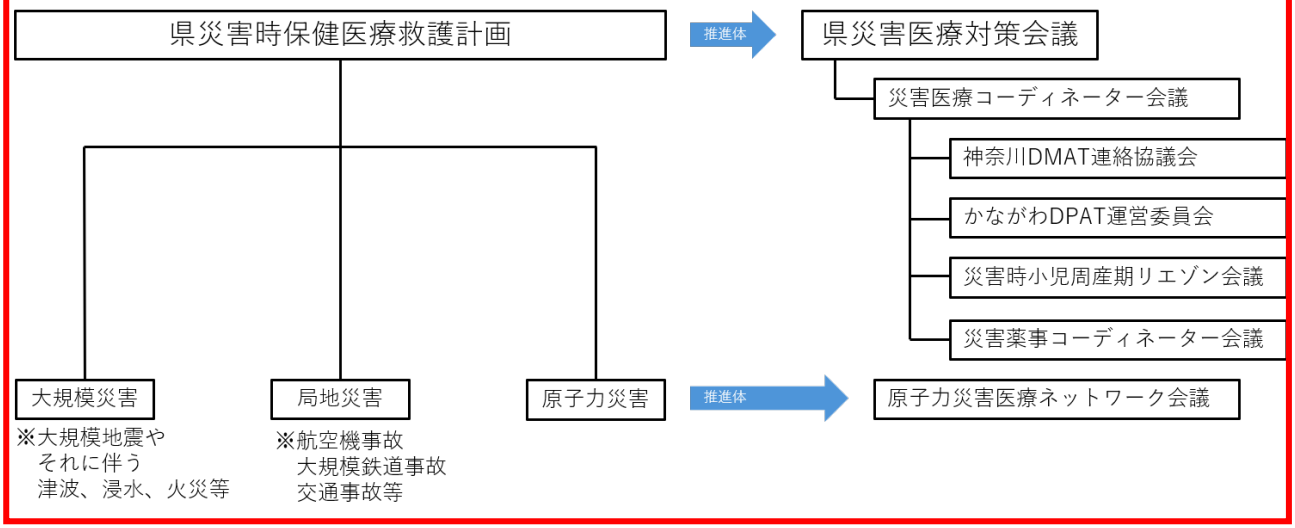
【平時の取組】

○　災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療福祉調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、ＤＭＡＴ（Disaster Medical Assistance Team）（※２）や保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高めることが必要です。

○　そのため、県は平時から災害医療コーディネーターをはじめとする災害医療の専門家等の助言を受けつつ、災害時の保健医療体制のあり方の検討、訓練・研修の企画、災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等の人材育成等に取り組んでいます。

○　県が災害医療の専門家等の助言を受ける機会として「県災害医療対策会議」をはじめとする各種会議体があります。今後もそれらの場を有効に活用し、県の取組をよりよいものとするように努める必要があります。

図表２－１－３－１　災害医療に係る各種会議体の位置づけ



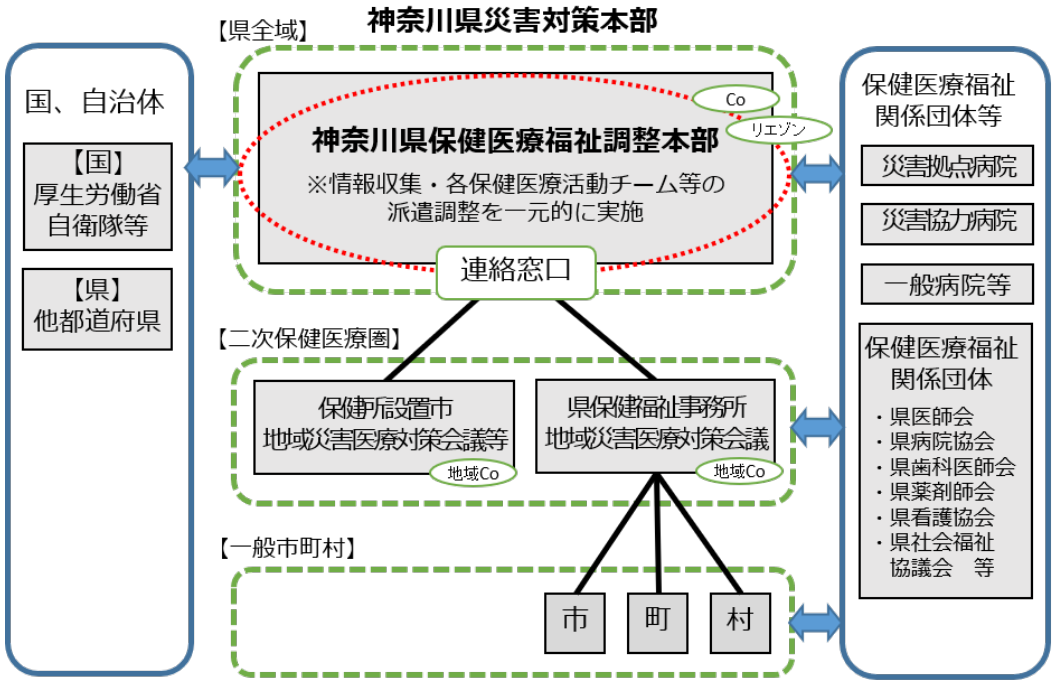
（３）地域の現状と課題

【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

○　各地域は、災害時に原則として二次保健医療圏ごとに地域災害医療対策会議を設置し、県保健福祉事務所が事務局となり、郡市医師会、災害拠点病院等の医療関係者、地域災害医療コーディネーター、市町村（政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町を除く）、消防等の行政関係者等と連携した医療救護活動を実施します。

○　政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市（寒川町含む）は、管轄区域単位で地域災害医療対策会議に相当する会議を設置し、県と連携して医療救護活動を実施します。

図表２－１－３－２　三階層の保健医療総合調整機能



※１「市、町、村」は、災害時において「市町村の災害対策本部（医療救護担当）」を表す。
※２　保健所設置市である横浜市・川崎市・相模原市・藤沢市・茅ヶ崎市（寒川町域含む）は、市単位で県保健医療福祉調整本部と連携した医療救護活動を行う。
※３　保健所設置市のうち、横須賀市は、この図では一般市町村の市として扱う。
※４　保健衛生活動は、平時の保健所活動と同じ体制で行う。

○　県内各地域に設置される地域災害医療対策会議については、所管区域内での連絡体制を整備し、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。
○　また、災害時の公衆衛生の分野について、県保健医療福祉調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備することが必要です。
○　さらに、災害時における避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。
○　災害時に医療救護活動を円滑に実施するためには、平時から地域の関係者の連携が適切に図られている必要がありますが、令和２年１月以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応のために、地域災害医療対策会議が開催されないなど、災害対応力の低下が懸念されます。

【地域災害医療コーディネーター研修】
○　地域災害医療コーディネーター等を対象にコーディネーターとして活動するために必要な知識を習得していただくとともに、コーディネーター間等のコミュニケーションを図るために実施する地域災害医療コーディネーター研修も、令和４年度に令和元年度以来３年ぶりに開催しましたが、今後も継続的に開催する必要があります。

（４）医療機関の現状と課題

【災害拠点病院、ＤＭＡＴ、ＤＭＡＴ－Ｌ】
○　災害拠点病院は、多発外傷（※３）、挫滅症候群（※４）、広範囲熱傷（※５）等、災害時に多発する重症者の救命医療を行うための高度な診療機能を有しています。
○　また、災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等の活動拠点となるなど、被災地域の医療の中心的な役割を果たしています。
○　さらに、令和４年２月には日本ＤＭＡＴ活動要領が改正され、新興感染症まん延時におけるＤＭＡＴの活動が明確化されました。
○　そのため、県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図る必要があります。
○　また、「災害拠点病院指定要件の一部改正について」（平成 29 年３月 31 日付医政発第 0331 第 33 号）により、災害拠点病院の要件として、被災後、早期に診療機能を回復するための業務継続計画の整備及び同計画に基づく研修及び訓練の実施等が明記されていることから、引き続き業務継続計画の整備等に取り組んでいただく必要があります。
○　県が指定している災害拠点病院は、令和８年７月 31 日現在で 37 病院~~令和５年４月現在で 35 病院~~です。災害拠点病院は全てＤＭＡＴを保有しており、複数のＤＭＡＴを保有する災害拠点病院は令和８年７月 31 日現在で 28 病院~~令和５年４月現在で 19 病院~~です。
○　また、県は、災害拠点病院に準ずる設備・機能を有する「災害協力病院」を指定するとともに連携を図ることで、医療救護体制の強化を図ります。
○　県内で発生した大規模災害を対象に活動する神奈川ＤＭＡＴ－Ｌ（※６）を保有する災害拠点病院及び災害協力病院は令和８年７月 31 日現在で計 25 病院~~令和５年４月現在で 17 病院~~です。
○　災害時には多数の傷病者の発生が見込まれることから、現場において迅速かつ適切

に対応できる人材を育成することが必要です。

○　また、平常時から実践的な訓練を行い、災害急性期における対応力の充実強化を図ることが必要です。

○　さらに、県外発災時における応援派遣について、その実施体制を整備することが必要です。

図表２－１－３－３　災害拠点病院一覧（令和８年７月 31 日~~令和５年４月１日~~現在）

番号	医療圏	病院名	所在地
1	横浜	昭和医科大学藤が丘病院	横浜市青葉区藤が丘 1-30
2		横浜労災病院	横浜市港北区小机町 3211
3		昭和医科大学横浜市北部病院	横浜市都筑区茅~~ヶ~~崎中央 35-1
4		済生会横浜市東部病院	横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
5		聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	横浜市旭区矢指町 1197-1
6		けいゆう病院	横浜市西区みなとみらい 3-7-3
7		横浜市立市民病院	横浜市神奈川区三ツ沢西町１－１
8		国立病院機構横浜医療センター	横浜市戸塚区原宿 3-60-2
9		横浜市立大学附属市民総合医療センター	横浜市南区浦舟町 4-57
10	横浜	済生会横浜市南部病院	横浜市港南区港南台 3-2-10
11		横浜市立大学附属病院	横浜市金沢区福浦 3-9
12		横浜南共済病院	横浜市金沢区六浦東 1-21-1
13		横浜市立みなと赤十字病院	横浜市中区新山下 3-12-1
14	川崎北部	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区菅生 2-16-1
15		帝京大学医学部附属溝口病院	川崎市高津区二子 5-1-1
16		川崎市立多摩病院	川崎市多摩区宿河原 1-30-37
17	川崎南部	川崎市立川崎病院	川崎市川崎区新川通 12-1
18		関東労災病院	川崎市中原区木月住吉町 1-1
19		日本医科大学武蔵小杉病院	川崎市中原区小杉町 1-383
20		川崎市立井田病院	川崎市中原区井田 2-27-1
21	横須賀・三浦	横須賀共済病院	横須賀市米が浜通 1-16
22		横須賀市立市民病院	横須賀市長坂 1-3-2
23		横須賀市立総合医療センター	横須賀市神明町 1-8
24		湘南鎌倉総合病院	鎌倉市岡本 1370-1
25	湘南東部	藤沢市民病院	藤沢市藤沢 2-6-1
26		茅ヶ崎市立病院	茅ヶ崎市本村 5-15-1
27	湘南西部	東海大学医学部付属病院	伊勢原市下糟屋 143
28		平塚市民病院	平塚市南原 1-19-1
29		秦野赤十字病院	秦野市立野台 1-1
30	県央	厚木市立病院	厚木市水引 1-16-36
31		大和市立病院	大和市深見西 8-3-6

番号	医療圏	病院名	所在地
32		海老名総合病院	海老名市中央 4-16-1
33	相模原	北里大学病院	相模原市南区北里 1-15-1
34		相模原協同病院	相模原市緑区橋本台 4-3-1
35		相模原赤十字病院	相模原市緑区中野 256
36	県西	県立足柄上病院	足柄上郡松田町惣領 866-1
37		小田原市立病院	小田原市久野 46

【災害拠点精神科病院、ＤＰＡＴ】

○　災害拠点精神科病院は、災害時において、被災した精神科病院からの患者の受入れや、患者搬送のための一時的避難所を運営するなど、精神科医療を行うための診療機能を有しています。

○　県は、令和２年４月に地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定しています。

○　災害拠点精神科病院の要件として、被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画が整備されていること及び同計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること、地域の精神科医療機関及び地域医師会等の医療関係団体とともに定期的な訓練や研修を実施することとされており、早急な体制整備が必要です。

○　また、被災地域等における精神科医療及び精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ：Disaster Psychiatric Assistance Team）の派遣機能を有しています。

○　災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等により、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、県は災害派遣精神医療チーム「かながわＤＰＡＴ（※７）」を整備しています。

○　さらに、令和５年３月には災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）活動要領が改正され、新興感染症まん延時におけるＤＰＡＴの活動が明確化されました。

○　かながわＤＰＡＴの構成員が現場において迅速にかつ適切に対応できるように人材を育成することが必要です。そのために、平常時から研修等を行い、災害時における対応力の充実強化を図ることが必要です。

（５）保健医療関係団体の現状と課題

○　災害時、県内の保健医療関係団体は保健医療福祉調整本部と連携した医療救護活動を実施します。そのため平時から災害時の県との連絡・情報連携窓口を整備したり、県が実施する訓練に積極的に参加していただく必要があります。

○　また、災害薬事コーディネーター（※８）や災害支援ナース（※９）、災害時の医療コンテナ（※10）の活用についても、県と関係団体で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）＞
災害時医療が適切に提供できる

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞
◆県の施策の方向性
・平時の取組の継続
◆地域の施策の方向性
・地域災害医療コーディネーター研修の実施
◆医療機関の施策の方向性
・研修や訓練への参加
◆保健医療関係団体の施策の方向性
・県との連携の強化

（１）県の施策の方向性

【平時の取組】

○　県は、平時においても、災害医療コーディネーター等を中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。

○　また、県は厚生労働省が主催するＤＨＥＡＴ研修や近隣他都県とのＤＨＥＡＴ協議会などに参加することで、ＤＨＥＡＴの運用体制の整備等を図ります。

（２）地域の施策の方向性

【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

○　各地域においては、発災時の円滑な情報伝達を確立するため、県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備します。

○　県は、災害時の公衆衛生の分野においても、県保健医療福祉調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備します。

○　県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。

【地域災害医療コーディネーター研修】

○　県は、地域災害医療コーディネーターが円滑に活動できるようにするために、地域災害医療コーディネーター研修を実施します。

（３）医療機関の施策の方向性

【災害拠点病院、ＤＭＡＴ、ＤＭＡＴ－Ｌ】

○　県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図ります。

○　県と災害拠点病院は、国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックＤＭＡＴ訓練に参加し、他の都道府県ＤＭＡＴとの連携強化を図ります。

○　災害拠点病院は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

【災害拠点精神科病院、ＤＰＡＴ】

○　県は、災害拠点精神科病院との調整を進め、精神科医療において実効性のある災害

対策を推進する体制整備を図ります。

○　医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

○　県は、ＤＭＡＴや医療救護班、精神科病院協会、精神神経科診療所協会等、関係機関との連携強化を図り、災害時に円滑な精神科医療の提供や精神保健活動の支援ができるように調整を行います。

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

○　県は、平時においても、災害時の精神医療について検討する会議体を通じて、災害派遣精神医療体制や人材育成、研修などのあり方を常に検討し、災害派遣精神医療体制の充実強化を図ります。

○　県は、平時から、ＤＰＡＴに関する研修会を開催するなど、災害時に適切な対応ができる人材育成を行います。

○　県は、県災害時保健医療救護計画に基づきかながわＤＰＡＴの体制整備を推進するとともに、市町村、保健福祉事務所等と連携して災害時のこころのケア対策の体制整備を行います。

【共通】

○　県は、災害時に、病院の被害状況を迅速に把握するため、全病院を対象としたＥＭＩＳ（※~~1011~~）操作訓練を実施します。

○　医療機関は、県や市町村とともに「ビッグレスキューかながわ（県・市町村合同総合防災訓練）」等の訓練・研修に積極的に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化や災害対応力の向上を図ります。

（４）保健医療関係団体の施策の方向性

○　県は、保健医療関係団体との連携強化を図り、災害時に円滑な保健医療活動ができるように調整を行います。

○　また、保健医療関係団体は県が実施する訓練に積極的に参加し、連携強化や災害対応力の向上を図ります。

○　さらに、災害薬事コーディネーターや災害支援ナース、災害時の医療コンテナの活用について、県と関係団体で検討します。

＝＝

■用語解説

※１　災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ）

都道府県及び保健所を設置する市の職員等によって組織される専門的な研修・訓練を受けたチームであり、自然災害等により重大な健康危機事態が発生した場合、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整機能を補佐するものである。

※２　ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）

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

※３　多発外傷

生命にかかわるような重い外傷が、頭部と胸部、腹部と手足など身体の複数部分に同時にみられる状態。

※４　挫滅症候群
　身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。
※５　広範囲熱傷
　ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。
※６　神奈川ＤＭＡＴ－Ｌ
　「神奈川 Disaster Medical Assistance Team Local」の略であり、厚生労働省が認めた研修プログラムに基づいて、都道府県が実施する「ＤＭＡＴ隊員養成研修」を受講した県内を活動場所とする救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、医師、看護師、業務調整員で編成されている。
※７　かながわＤＰＡＴ
　「かながわ Disaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、県が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、精神科医師、保健師又は看護師、業務調整員で編成されている。
※８　災害薬事コーディネーター
　都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、保健医療福祉調整本部等において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行う薬剤師。
※９　災害支援ナース
　災害支援ナースとは、都道府県が協定を締結している医療機関等から被災地等に派遣され、地域住民の健康維持・確保に必要な看護を提供するとともに、看護職員の心身の負担を軽減し支えること（看護支援活動）を行う看護職員のことであり、厚生労働省医政局が実施する災害支援ナース養成研修を終了し、厚生労働省医政局に登録されたものの総称である。
※10　医療コンテナ
　医療コンテナとは、医療資機材を搭載した運搬可能なコンテナで、現場での建設や機器設置を省略し、迅速に医療機能を展開できるものをいう。
※~~10~~11　ＥＭＩＳ
　広域災害・救急医療情報システム。「Emergency Medical Information System」の略であり、災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報の集約・提供を行うもの。最新の医療資源情報、超急性期の診療情報、急性期以降の患者受入情報、ＤＭＡＴ活動情報等を収集する。
＝＝

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。

評価指標	目標
【県】	
神奈川県災害医療対策会議の開催回数	毎年1回
神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	毎年10回以上
神奈川県が主催または参加する訓練の回数（関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど）	毎年2回以上
【地域】	
地域災害医療対策会議の開催回数	毎年4回
地域災害医療コーディネーター研修の開催回数	毎年1回
地域災害医療コーディネーター研修に受講生を出した医療圏の数	毎年9ヵ所
神奈川県が主催または参加する訓練の回数（関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど）【再掲】	毎年2回以上
【医療機関】	
県が主催するEMIS操作研修の参加者数	毎年180人
DMAT隊員のうち、DMAT隊員感染症研修を修了した割合	100%
県内のDMAT~~インストラクター~~コーディネーターの人数	30人以上
かながわDPAT研修の受講者数	毎年35人
神奈川県が主催または参加する訓練の回数（関東ブロックDMAT訓練、ビッグレスキューかながわなど）【再掲】	毎年2回以上
災害時医療救護活動研修会の参加者数	毎年200人
DMAT-L研修の参加者数	毎年80人
災害拠点病院の耐震化率	100%
【保健医療関係団体】	
災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている団体数	11団体以上
県が実施する訓練に参加した団体数	毎年5団体以上

	初期アウトカム
	【県】
C101	計画の策定・改定を適時・適切に行っている
C102	県内外の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している
	【地域】
C201	地域の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している
C202	地域の関係者への教育が適切に行われている
	【医療機関】
C301	災害時医療を担う、実効性のある人材の確保・育成が適切に行われている
C302	災害時医療を担う施設が適切に維持・管理されている
C303	災害時医療に係る情報が適切に把握・管理されている
	【保健医療関係団体】
C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている

	中間アウトカム
	【県】
B101	県の災害時医療体制を整理した計画を備えている
B102	県内外の関係者との連携を適切に図っている

	【地域】
B201	地域の関係者の連携が適切に図られている
B202	関係者相互が地域内の災害時医療体制を理解している

	【医療機関】
B301	災害時医療体制を実現するために必要な取組が講じられている

	【保健医療関係団体】
B401	災害時の役割が明確であり、そのために必要な取組が講じられている

	最終アウトカム
A101	災害時医療が適切に提供できる

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 （令和 11 年度）
初期	C101 C102	神奈川県災害医療対策会議の開催回数	県独自調査	1回 （R4）	毎年1回
	C101 C102	神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	県独自調査	14 回 （R4）	毎年 10 回以上
	C101 C102 C202 C301	神奈川県が主催または参加する訓練の回数（関東ブロック DMAT 訓練、ビッグレスキューかながわなど）	県独自調査	1回 （R4）	毎年2回以上
	C201	地域災害医療対策会議の開催回数	県独自調査	0回 （R4）	毎年4回
	C202	地域災害医療コーディネーター研修の開催回数	県独自調査	1回 （R4）	毎年1回
	C202	地域災害医療コーディネーター研修に受講生を出した医療圏の数	県独自調査	9ヵ所 （R4）	毎年9ヵ所
	C301 C303	県が主催する EMIS 操作研修の参加者数	県独自調査	206 人 （R4）	毎年 180 人
	C301	DMAT 隊員のうち、DMAT 隊員感染症研修を修了した割合	都道府県調査	28.5% （R4）	100%
	C301	県内の DMAT コーディネーター~~インストラクター~~の人数	県独自調査	24 人 （R4）	30 人以上
	C301	かながわ DPAT 研修の受講者数	県独自調査	38 人 （R4）	毎年 35 人
	C301	災害時医療救護活動研修会の参加者数	県独自調査	196 人 （R5）	毎年 200 人
	C301	DMAT-L 研修の参加者数	県独自調査	77 人 （R4）	毎年 80 人
	C302	災害拠点病院の耐震化率	病院の耐震改修状況調査	91.7% （R3）	100%
	C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている団体数	県独自調査	11団体 （R5）	11団体以上
	C401	県が実施する訓練に参加した団体数	県独自調査	5団体 （R5）	毎年5団体以上

第４節　周産期医療

１　現状・課題

（９）周産期医療における災害対策

○　県は、災害時、県保健医療福祉調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。

○　「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療福祉調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。

第２章　疾病別の医療連携体制の構築

第２節　脳卒中

２　施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞
健康寿命の延伸、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少及びＱＯＬの向上

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞
◆脳卒中の未病改善
◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築
◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

（１）脳卒中の未病改善

○　「かながわ健康プラン２１（第３次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン２１推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

○　県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。

○　県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。

○　県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（ＫＤＢ）及びＮＤＢを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。

○　県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。

○　県は、市町村や健康保険組合等と連携し、心臓、腎臓、代謝機能が相互に関連する心腎代謝連関に着目した発症予防および重症化予防に取り組みます。

○　市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。

○　未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスク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、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。

○　県民は、脳卒中に関する正しい知識を持ち、脳卒中の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

第３節　心筋梗塞等の心血管疾患

２　施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞
健康寿命の延伸、心疾患の年齢調整死亡率の減少及びＱＯＬの向上

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞
◆心血管疾患の未病改善
◆救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築
◆心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

（１）心血管疾患の未病改善

○　「かながわ健康プラン２１（第３次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン２１推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

○　県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。

○　県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。

○　県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（ＫＤＢ）及びＮＤＢを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。

○　県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。

○　県は、市町村や健康保険組合等と連携し、心臓、腎臓、代謝機能が相互に関連する心腎代謝連関に着目した発症予防および重症化予防に取り組みます。

○　市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。

○　県は、心不全の予防のため、早期発見に重要な基準になる血液検査「NT-proBNP/BNP」について、リーフレット等を活用し、普及啓発を行います。

○　未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスク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。

○　県民は、心血管疾患に関する正しい知識を持ち、心血管疾患の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

第４節　糖尿病

１　現状・課題

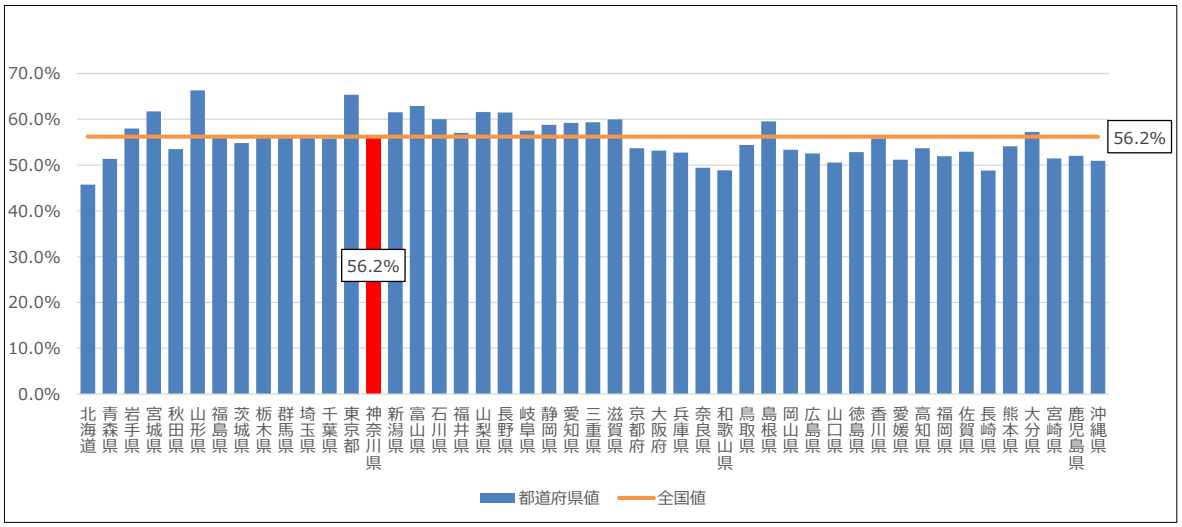
（２）糖尿病の予防

ウ　特定健診・特定保健指導

○　特定健康診査は、一次予防と二次予防につなげていく上で有効です。令和３年度の受診率は、全国・県ともに 56.2%となっています。（図表２－２－４－４）

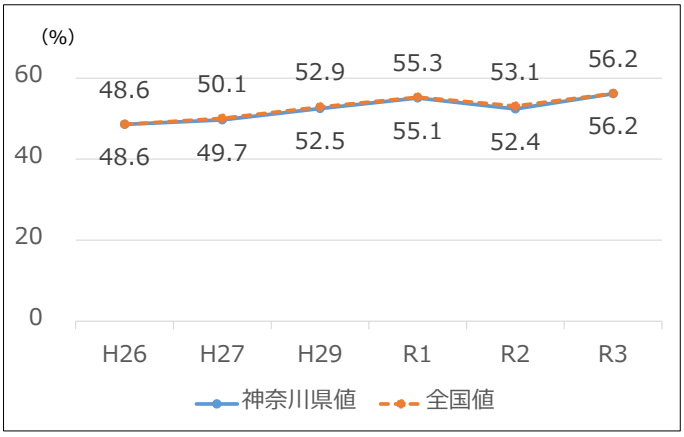
○　また、県の受診率は、平成 26 年度から令和元年度まで増加傾向にあり、6.5 ポイント増加し~~ましたが~~、令和２年度には 2.7 ポイント減少したものの令和３年度には再び増加に転じました。（図表２－２－４－５）

図表２－２－４－４　特定健康診査の受診率



（出典）厚生労働省「特定健康診査・保健指導に関するデータ」（令和３年度）

図表２－２－４－５　特定健康診査の受診率

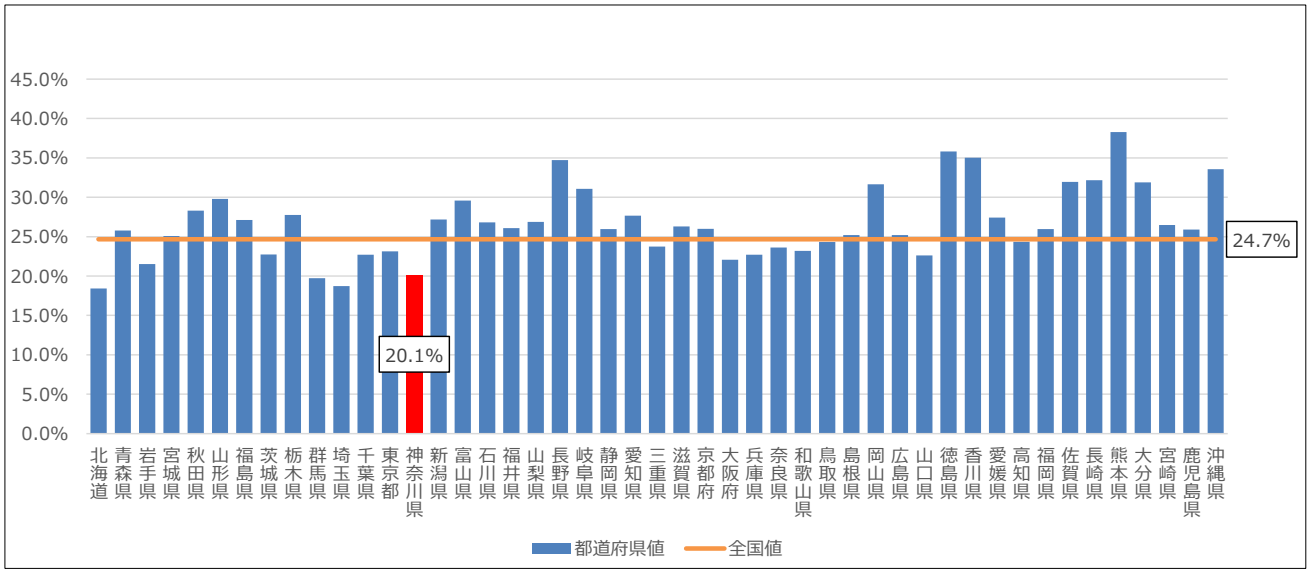


（出典）厚生労働省「特定健康診査・保健指導に関するデータ」

○　一方、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して特定保健指導を実施しますが、県の実施率は、20.1%と全国で 44 位と低く、全国値と 4.6 ポイントの差が

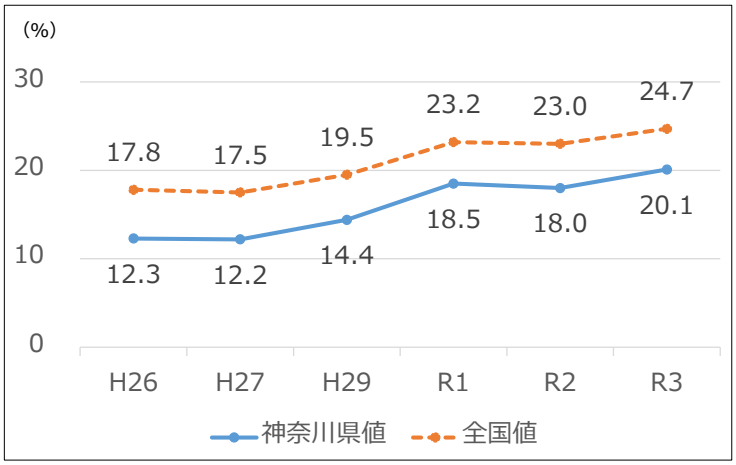
あります。（図表２－２－４－６、図表２－２－４－７）

図表２－２－４－６　特定保健指導の実施率



（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（令和３年度）

図表２－２－４－７　特定保健指導の実施率



（出典）厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

○　特に~~そのため~~、糖尿病のハイリスク者に対しては、健康診断後の保健指導などにより、生活習慣を見直し、改善を促す~~する~~ことが必要であり~~す。特に~~、ハイリスクを把握し、必要な支援を行うためには、特定健康診査・特定保健指導の実施割合を~~の~~向上させることが重要課題~~で~~です。

（３）医療

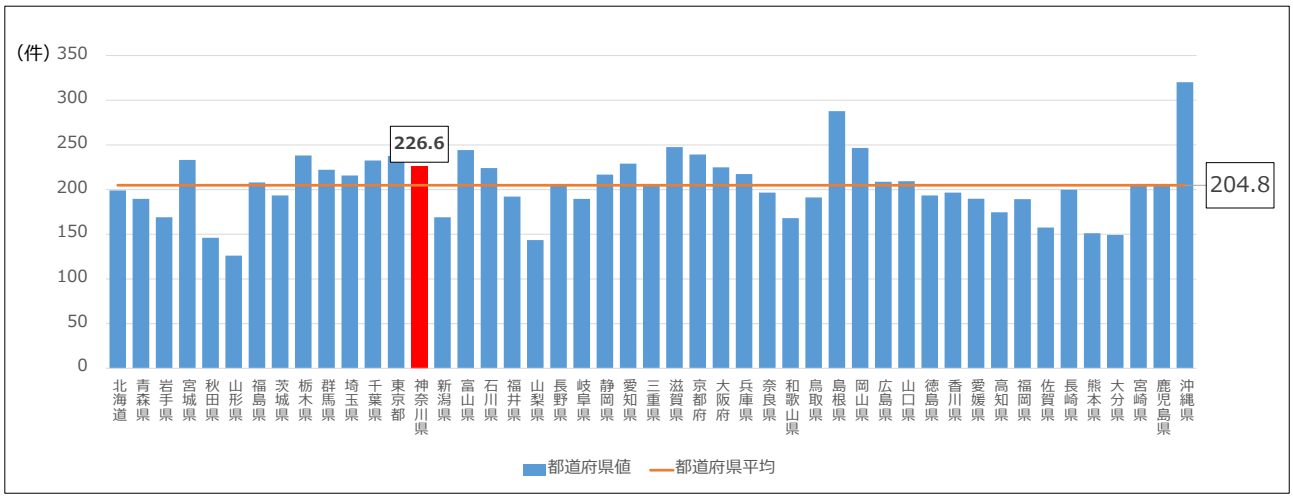
ア　総論

(ｱ) 初期・安定期治療

○　糖尿病を原因とした入院症例として、糖尿病ケトアシドーシス（ＤＫＡ）、昏睡、低血糖などがあげられます。

○　令和３年度の当該原因による~~り~~入院~~した~~患者数（糖尿病患者１年当たり）は、226.6 件で、全国と比較し 21.8 件多い状況です。（図表２－２－４－８）

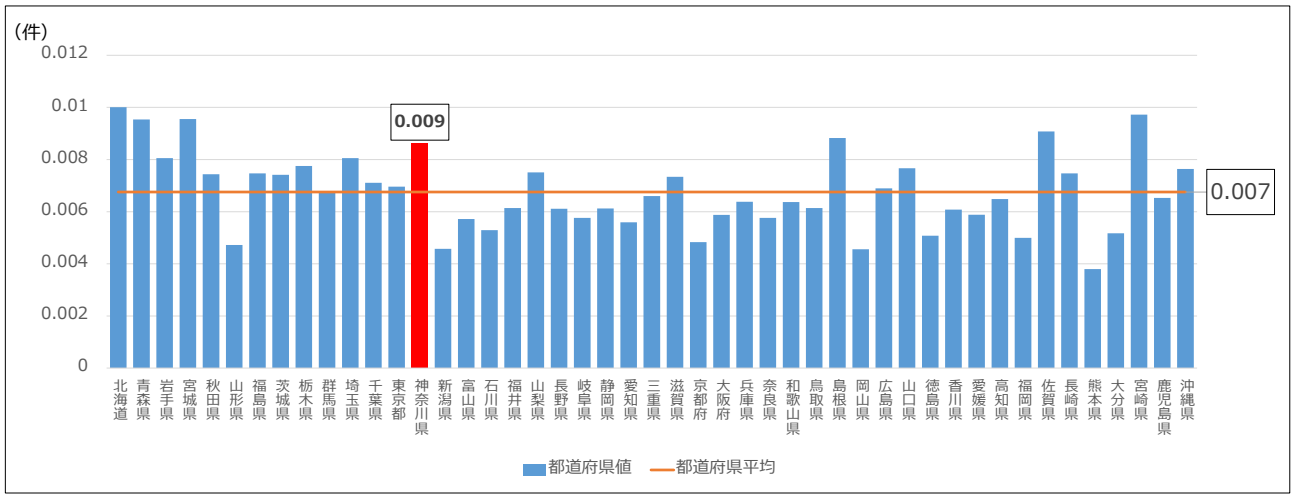
図表２－２－４－８　糖尿病治療を主にした入院の発生
（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者１年当たり）



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

○　また、令和３年度の重症低血糖患者数（糖尿病患者１年当たり）は、0.009 件で、ほぼすべての都道府県で 0.01 件を下回っています。（図表２－２－４－９）

図表２－２－４－９　重症低血糖の発生者件数（糖尿病患者１年当たり）



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

○　~~一方あわせて~~、糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いことから、治療を継続することが重要です。

○　そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。

○　さらに、特定健康診査等の結果情報とレセプト情報を活用し、未治療者や治療中断者へ早期の医療機関受診勧奨や~~治療中断者への~~保健指導を実施することで、~~により~~糖尿病とその合併症の発症予防・重症化予防を行うことが必要です。

○　また、令和２年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、有意に歯周ポケットの重症度が高いことが示されています。

○　~~県民歯科保健実態調査によると、~~糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合の推移は、平成 23 年で 55.2%、平成 28 年で 56.2%、令和２年度で 53.5%

とほぼ横ばいとなっています。

○　そのため、糖尿病と歯周病の関連性についての理解をさらに進めるために、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、歯科保健指導や適切な受診を推進していくことが必要です。

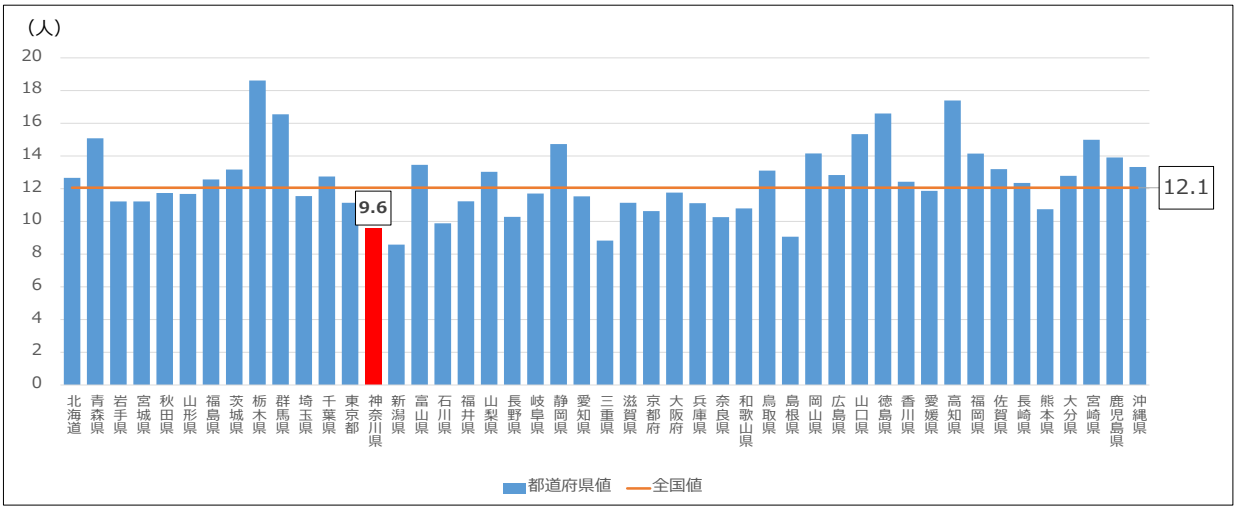
(ｲ) 重症化予防・合併症予防

○　糖尿病は、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの合併症を併発しやすく、腎症が重症化すると人工透析の導入が必要となるため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。

○　糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万対）は、9.6 人であり、全国値を 2.5 人下回っています。（図表２－２－４-10）

○　また、新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）を見ると、平成 28 年から令和３年にかけて減少傾向にあります。（図表２－２－４-11）

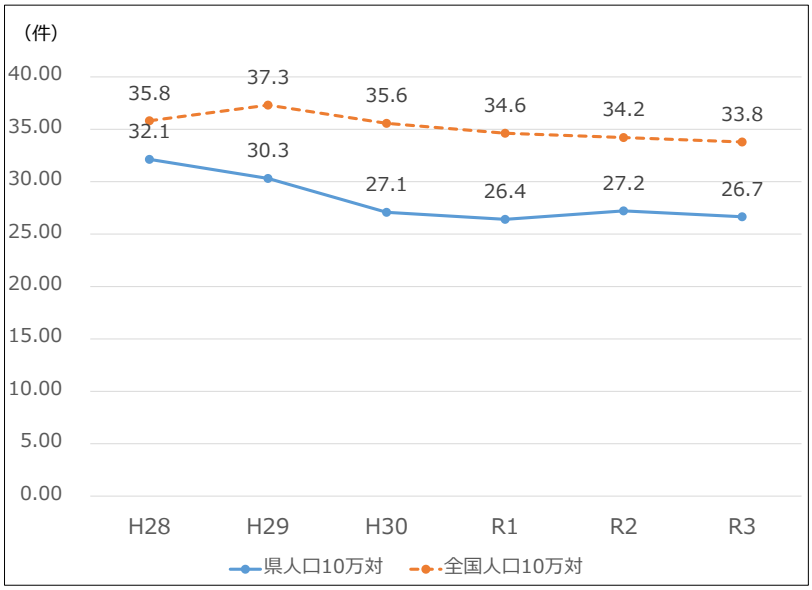
図表２－２－４-10　糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万対）



（出典）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 2021 年 12 月 31 日現在」~~（令和３年）~~

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（令和３年）

図表２－２－４－11　新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

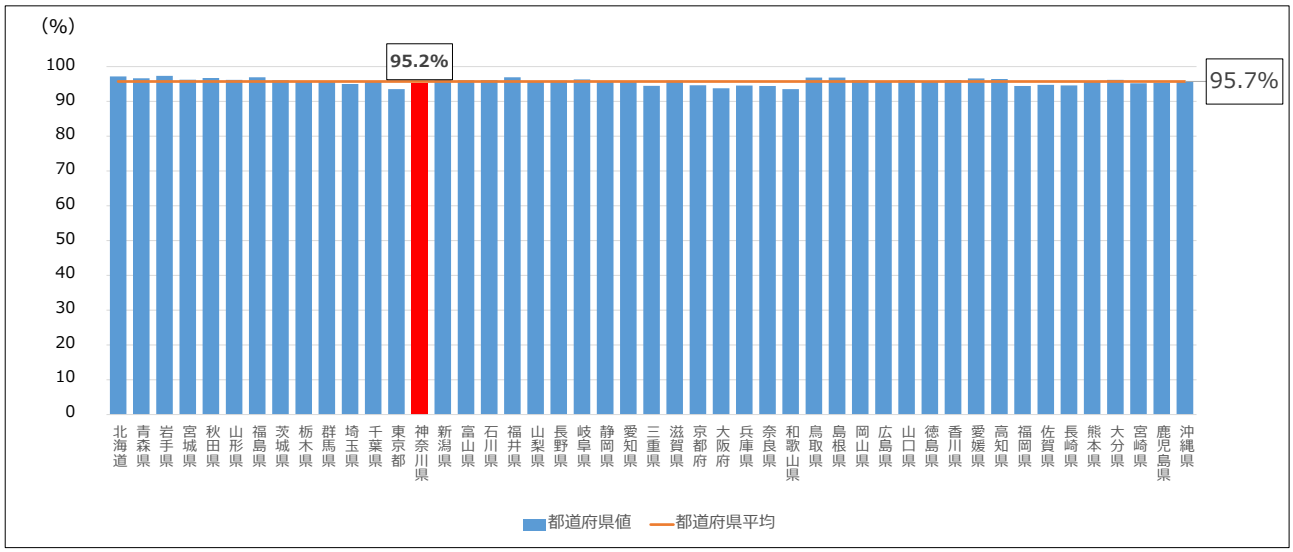
イ　治療

○　糖尿病の初期・安定期には適切な診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う必要があります。

○　HbA1c もしくはＧＡ検査は、糖尿病の評価に必要な血糖値を把握できるため、検査により適切な初期治療に結びつけ、重症化を予防することができます。

○　県の令和３年度の当該検査の実施割合を見ると、95.2%で、全国値 95.7%とほぼ同値となっています。なお、すべての都道府県が 90%を越えており、高い水準となっています。（図表２－２－４－12）

図表２－２－４－12　HbA1c もしくは GA 検査の実施割合

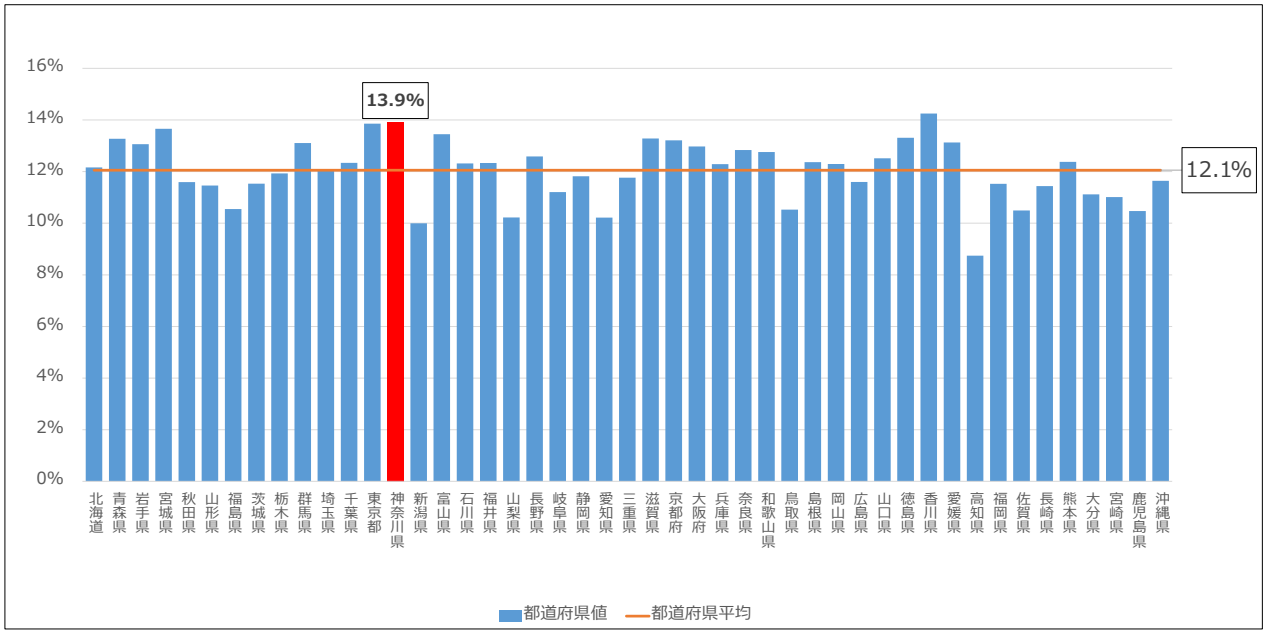


（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

○　また、適切な血糖コントロールを行うためには、主にインスリンによる治療を行う必要があります。県の令和３年度の当該治療の実施割合は、13.9%であり、都道

府県平均を 1.8 ポイント上回っています。（図表２－２－４-13）

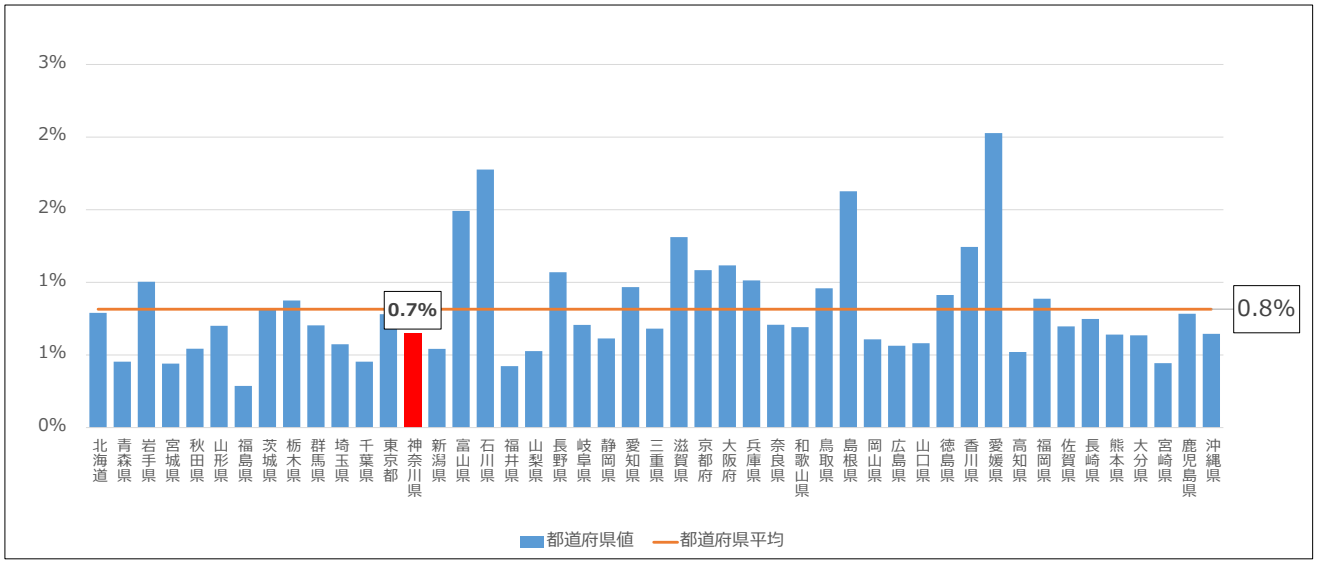
図表２－２－４-13　インスリン治療の実施割合



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

○　県の令和３年度の糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合は、0.7%であり、都道府県平均を 0.1 ポイント下回りますが、多数の都道府県が１%未満となっています。（図表２－２－４-14）

図表２－２－４-14　糖尿病透析予防もしくは糖尿病合併症管理の実施割合

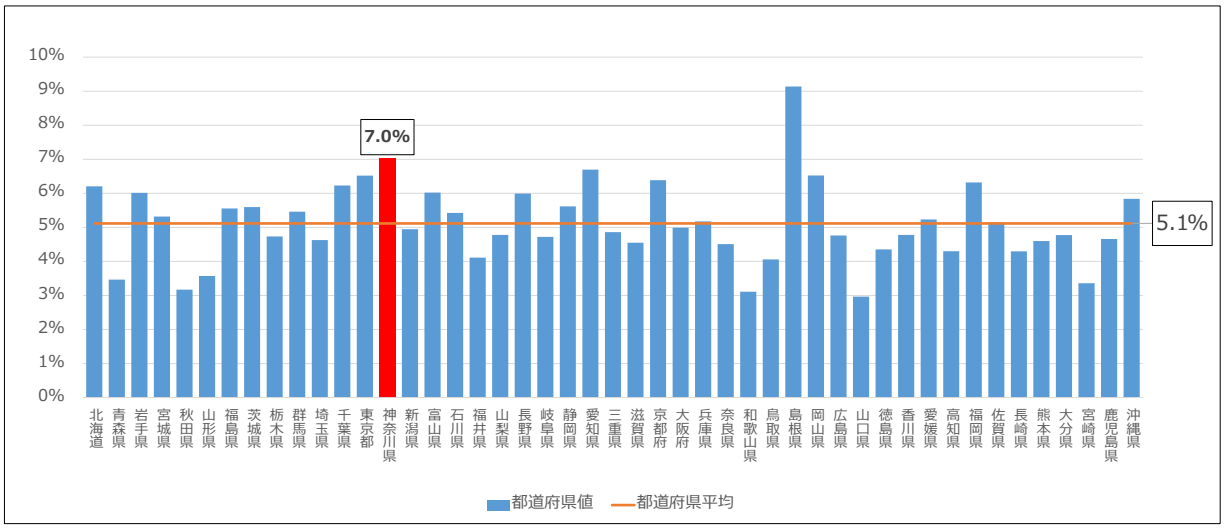


（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

○　あわせて、糖尿病の治療では、食習慣などの生活習慣の見直しが必要になります。

○　県の令和３年度の外来栄養食事指導の実施割合は 7.0%であり、全国値を 1.9 ポイント上回っています。（図表２－２－４-15）

図表２－２－４－15　外来栄養食事指導の実施割合



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

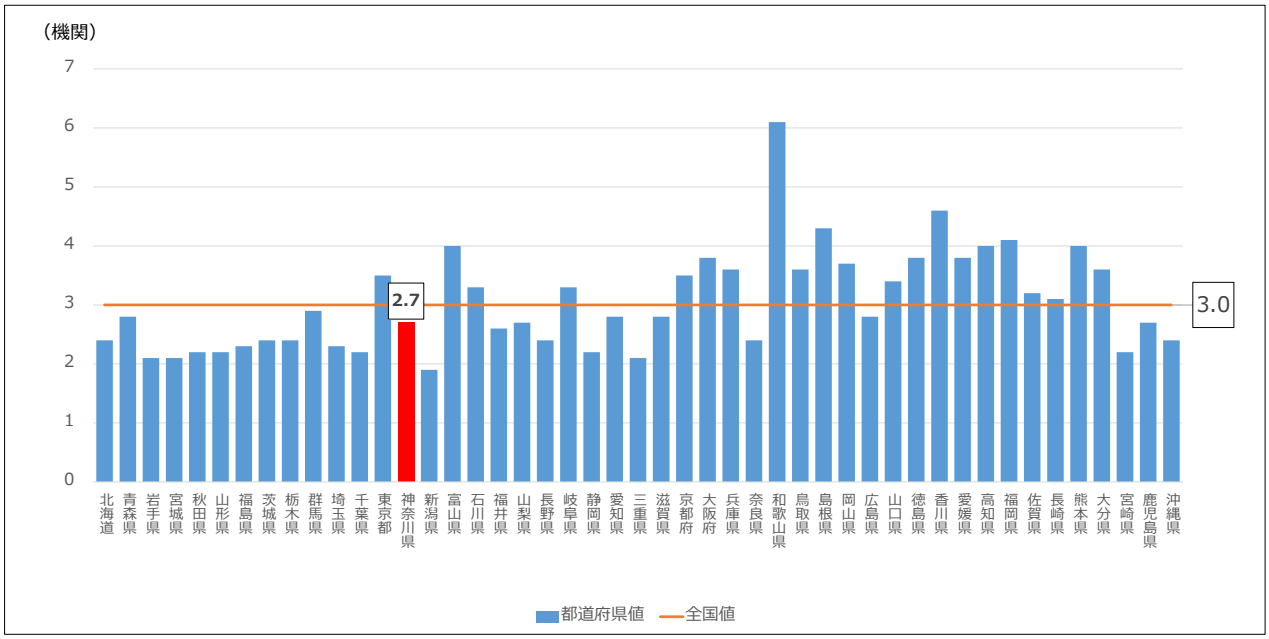
○　このように、県における糖尿病の治療および重症化予防については、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。

ウ　医療資源

○　糖尿病は治療の専門性が高いため、糖尿病専門医による治療や日本糖尿病療養指導士による指導が必要になります。

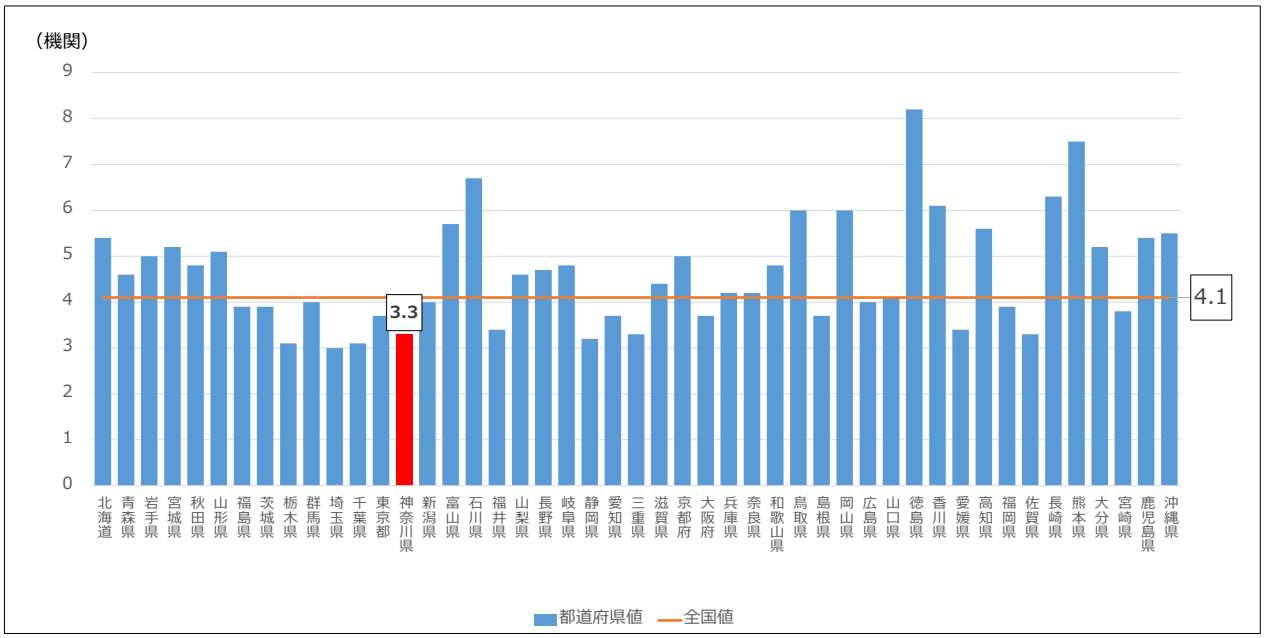
○　県の令和４年度の当該専門医及び日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口 10 万人当たり）を見ると、全国値と比較し、専門医は 0.3 機関低く、療養指導士は 0.8 機関低くなっています。（図表２－２－４－16、図表２－２－４－17）

図表２－２－４－16　糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人当たり）



（出典）日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会ホームページ）」（令和４年）

図表２－２－４-17　日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口 10 万人当たり）



（出典）日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導士の状況（日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ）」（令和４年）

○　このように、県における専門医及び療養指導士が在籍する医療機関数は全国値を下回る傾向にあります。

○　そのため、今後の高齢化に伴う患者数の増加に備え、効率的な医療資源の運用が求められます。

２　施策の方向性

＜めざす方向（最終目標）＞
未病の改善を進めることで糖尿病の発症を限りなく抑えられており、また糖尿病が発症した際にも健康な人と変わらない日常生活を送ることができるよう、合併症の発症や重症化を予防す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＞
◆糖尿病の予防に対する取組の充実
◆糖尿病治療に関する連携体制の充実
◆糖尿病の重症化予防・合併症予防に対する取組の充実

（１）糖尿病の予防

○　「かながわ健康プラン２１（第３次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン２１推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

○　県は、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。

○　県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）などにより、糖尿病の発症予防（一次予防）の取組を推進していきます。

○　県は、糖尿病を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導~~をが~~円滑に実施できるよう、研修会・普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
○　県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病と歯周病の関連性について、県民に分かりやすい情報提供を行います。
○　未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスク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。

（２）糖尿病の医療

ア　糖尿病の治療

○　県及び医療機関・医療関係者は、ＪＡＤＥＣ連携手帳（旧：糖尿病連携手帳）を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、かかりつけ医だけでなく、病院、糖尿病専門医、かかりつけ歯科医、かかりつけ眼科医、かかりつけ薬剤師・薬局をはじめ、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。
○　県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病治療の質の向上に向け、医療従事者に対する研修を実施するなど、人材の育成を推進します。
○　県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、多職種協働による在宅医療の支援体制の充実を図ります。

イ　糖尿病の重症化予防・合併症予防

○　県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」により、市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。
○　県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
○　県は、市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、~~事業計画の策定支援、~~効果的な受診勧奨等の方法についての助言~~研修~~支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。
○　県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、患者の治療中断を防止するため、地域の実情を踏まえた上で、患者教育、情報提供、受診勧奨などの取組を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

第５節　精神疾患

２　施策の方向性

（２）適切な医療への早期アクセス

オ　身体合併症患者の治療体制

○　身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携を促進する取組等を図ることにより、身体合併症患者の治療体制の充実を推進します~~により対応できるようにするため、県では地域での連携を促進する取組を検討します~~。

○　県では精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策として、精神科医療機関と身体科医療機関が連携して、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症の病状に応じて受入先を決定し、連携している医療機関からのコンサルテーションを受けながら治療を行う精神科コロナ医療体制を整えました。この医療連携体制を、他の身体合併症や新興感染症の医療体制に活用することを検討していきます。

４　指標一覧　【再掲】

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（令和 11 年度）
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.89 回（R2）	0.89 回（R9）
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数（人口 10 万人当たり）	厚生労働省,地域保健･健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人（R3）	2.42 人（R9）
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回（R5）	230 回 ~~126 回~~（R11）
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	5.72 人(累計)（R4）	7.65 人(累計)（R11）
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 01 機関（R2）	0.03 機関（R8）
	C202	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	0.62 機関（R4）	0.63 機関（R8）
	C203	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 22機関（R2）	0.25 機関（R8）
	C204	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 08機関（R2）	0.09 機関（R8）
	C205	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	6.79 機関（R2）	7.78 施設（R8）

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 （令和 11 年度）
		（人口 10 万人当たり）			
	C206	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	3.02 施設 （R2）	4.55 施設 （R8）
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，NDB オープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関 摂食障害 0.49 機関 てんかん 0.76 機関 （R2）	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.76 機関 知的障害 0.68 機関 発達障害 0.68 機関 アルコール依存症 0.75 機関 薬物依存症 0.49 機関 ギャンブル等依存症 0.05 機関 PTSD 0.29 機関 摂食障害 0.59 機関 てんかん 0.76 機関 （R8）
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.02 機関 （R2）	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 （R8）
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.51 施設 （R2）	0.58 施設 （R8）

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 （令和 11 年度）
		（人口 10 万人当たり）			
	C304	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.17 機関 （R2）	0.27 機関 （R8）
	C305	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.17 機関 （R2）	0.20 機関 （R8）
	C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.12 機関 （R2）	0.18 機関 （R8）
	C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	2.01 機関 （R2）	3.44 機関 （R8）
	C308	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.05 機関 （R2）	0.08 機関 （R8）
	C401	てんかん支援拠点病院数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.01 機関 （R2）	0. 01機関 （R11）
	C402	依存症専門医療機関の数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0. 07機関 （R2）	0.11 機関 （R11）
	C403	摂食障害支援拠点病院数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.00 機関 （R2）	0. 01機関 （R11）
	C404	指定通院医療機関数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，「指定通院医療機関の指定状況」	0.36 機関 （R4）	0.43 機関 （R10）
	C405	高次脳機能障害支援拠点機関数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	0.01 機関 （R2）	0.01 機関 （R11）
中間	B101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数（人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	8.46 機関・団体 （R2）	8.49 機関・団体 （R9）
	B102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，地域保健・健康増進事業報告	1,192.18 件 （R3）	1,316.13 件 （R9）
	B103	心のサポーター養成研修の修了者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	21.77 人 （R5）	168.0 人 ~~548.37 人~~ （R11）
	B104	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	42.60 人 （R4）	61.23 人 （R11）
	B105	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	県独自調査	51.69 人 （累計）（R4）	63.35 人 （累計）（R11）
	B201	精神科救急医療体制整備事業における入院件数 （人口 10 万人当たり）	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 （R3）	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 件 （R9）

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 （令和 11 年度）
	B202	精神科救急医療体制整備事業における受診件数 （人口 10 万人当たり）	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班，全国精神科救急医療マップ	17.67 件 （R3）	17.98 件 （R9）
	B203	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	8.38 人 （R2）	9.65 人 （R8）
	B204	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	5,026.18 人 （R2）	5,756.47 人 （R8）
	B205	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班，ReMHRAD	78.31 人 （R2）	112.81 人 （R8）
	B206	精神科救急における通報から診察までの搬送時間	神奈川県の警察官通報の状況について	6時間 18 分 （R3）	6時間0分 （R9）
	B301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての入院患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省，NDB オープンデータ	統合失調症 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人 発達障害 8.33 人 アルコール依存症 14.27 人 薬物依存症 1.84 人 ギャンブル等依存症 0.45 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.88 人 てんかん 42.64 人 （R2）	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人 発達障害 12.54 人 アルコール依存症 16.47 人 薬物依存症 2.13 人 ギャンブル等依存症 0.75 人 PTSD 0.61 人 摂食障害 4.96 人 てんかん 42.70 人 （R8）

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 （令和 11 年度）
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 1,300.06 人 うつ・躁うつ病 2,769.80 人 認知症 238.68 人 知的障害 109.14 人 発達障害 519.14 人 アルコール依存症 79.46 人 薬物依存症 10.49 人 ギャンブル等依存症 4.08 人 PTSD 11.61 人 摂食障害 23.16 人 てんかん 372.64 人 （R2）	統合失調症 1,530.17 人 うつ・躁うつ病 3,327.82 人 認知症 498.50 人 知的障害 161.45 人 発達障害 790.23 人 アルコール依存症 102.22 人 薬物依存症 14.03 人 ギャンブル等依存症 7.19 人 PTSD 18.81 人 摂食障害 27.18 人 てんかん 436.60 人 （R8）
	B303	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 （R2）	20.17 人 （R8）
	B304	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 （R2）	8.70 人 （R8）
	B305	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 （R2）	39.21 人 （R8）
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 （R2）	6.20 人 （R8）
	B307	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 （R2）	3.26 人 （R8）
	B308	隔離指示件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630 調査	6.34 件 （R4）	8.47 件（注） （R10）
	B309	身体的拘束指示件数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630 調査	9.77 件 （R4）	7.71 件 （R10）
	B310	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数 （人口 10 万人当たり）	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	4.15 人 （R2）	5.80 人 （R11）
	B311	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% （R2）	0.83% （R11）
	B403	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数及び逆紹介患者数 （人口 10 万人当たり）	県独自調査	紹介 4.43 人 逆紹介 2.24 人 （R4）	紹介 4.69 人 逆紹介 2.83 人 （R11）
	B404	依存症専門医療機関におけ	県独自調査	紹介 28.46 人	紹介 39.85 人

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（令和 11 年度）
		る紹介患者数及び逆紹介患者数(人口 10 万人当たり)		逆紹介 11.62 人(R4)	逆紹介 16.38 人(R11)
	B405	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	紹介 4.39 人 逆紹介 1.73 人 (R11)
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12 ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630 調査	3 ヶ月:60.1% 6 ヶ月:80.2% 12 ヶ月:89.4% (R4)	3 ヶ月:68.9% 6 ヶ月:84.5% 12 ヶ月:91.0%(R7) ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3 日 (R2)	331.5 日 (R9)
	A103	精神病床における急性期･回復期･慢性期入院患者数 (65 歳以上･65 歳未満別)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630 調査	急性期 65 歳未満 1,663 人 65 歳以上 1,266 人 回復期 65 歳未満 864 人 65 歳以上 1,284 人 慢性期 65 歳未満 2,883 人 65 歳以上 3,710 人 (R4)	急性期 65 歳未満 1,688 人 65 歳以上 1,283 人 回復期 65 歳未満 968 人 65 歳以上 1,439 人 慢性期 65 歳未満 2,735 人 65 歳以上 3,362 人 (R7) ※R8年度での中間見直し後にR11年時点の目標値を策定
	A104	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報告	246.0 日 (R4)	228.3 日 (R11)

最新の数値に更新予定
※　第 2 回精神保健福祉審議会（10～11 月開催予定）にて協議予定

最新の数値に更新予定
※　第 2 回精神保健福祉審議会（10～11 月開催予定）にて協議予定

（注）「隔離指示件数」の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組により身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

第３章　未病対策等の推進

第１節　未病を改善する取組の推進

１　現状・課題

【現状】

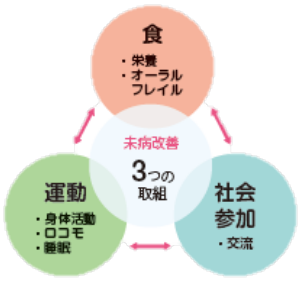
・県は、平成 25 年１月に高齢化率 21.7%を記録し超高齢社会へと突入しました。県が超高齢社会を乗り越えるためには、県民の健康に対する意識づけを強く促し行動変容に結び付けてくとともに、県全体でそれを支えていくことが必要です。
・そのため、すべての世代が未病を自分のこととして考え、「かながわ未病改善宣言」に基づき、「食・運動・社会参加」の３つを柱とする未病改善に取り組むことが重要です。
・県では、企業や団体、市町村等と連携し、ライフステージに応じた対策、気軽に実践するための環境づくり、未病を見える化する取組などを推進しています。

～「未病」、「未病改善」について～

・人の心身の状態は「健康か病気か」といった明確に二分化できるものではなく、健康と病気の間で常に連続的に変化します。この状態のことを「未病」と言います。また「未病改善」とは、一人ひとりが生活習慣等の改善に主体的に取り組むことで、心身をより健康な状態に近づけていくことを指します。
・平成 29 年２月の「健康・医療戦略」で国の戦略に初めて「未病」が位置づけられ、また令和２年３月に閣議決定された「健康・医療戦略」でも引き続き「未病」の定義が盛り込まれています。



左図　「未病」と「未病の改善」の考え方



右図　かながわ未病改善宣言による（平成 29 年３月）「食・運動・社会参加の３つの取組」

【課題】

・コロナ禍では「未病改善」の取組を行っている県民の割合の大幅な低下（県民ニーズ調査）や、外出自粛等による運動不足や人とのかかわりの減少などがみられました。
・そのため、企業や団体、市町村との連携を通じて、「食・運動・社会参加」の３つの取組を引き続き推進し、県民の意識変容、行動変容を一層加速させていくことが必要です。

（１）ライフステージに応じた未病対策

ア　子どもの未病対策

○　子どもは、食や運動等の基本的な生活習慣の土台となる大切な年齢期です。

○　しかし、県内の朝食欠食率は、小学５年生は 3.3%（令和４年度）、中学２年生は 7.7%（令和４年度）であり、目標値（０%に近づける）に到達していません（「第４次県食育推進計画」）。加えて、県内の小学生から高校生までのスポーツ非実施率も 14.0%（令和３年度）にとどまり、平成 22 年度の 14.1%と比較してもほとんど変化

がない状況です（神奈川県「かながわ健康プラン２１（第２次）最終結果報告書」）。

○　したがって、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、県は、子どもや保護者、また教育機関に対し、未病改善の取組を促進していく必要があります。

イ　未病女子対策

○　女性は、若い世代のやせ過ぎ、冷え性、生理不順、更年期を含む中高年女性の健康課題、高齢女性のフレイル対策など、性差によって生じる課題があります。

○　県内の女性の健康寿命（※１）は、平成 28 年以降、全国平均より短くなっています（神奈川県「かながわ健康プラン２１（第２次）最終評価報告書」）。また、平均寿命と健康寿命の差（不健康期間）（※２）は、平成 22 年と令和元年を比べると男性は 0.54 年短縮しましたが、女性は 0.53 年長くなりました。

○　したがって、各世代の女性の健康課題に焦点を当て、女性が自らのこととして未病改善に取り組むことができるよう普及啓発を行う必要があります。

ウ　働く世代の未病対策

○　就職や結婚、出産などで環境が多く変わり、「自立」や「自律」が求められるなか、健康に対しては無関心・無行動の人が多い世代です。

○　「かながわ健康プラン２１（第２次）」に基づき、糖尿病対策の重要性に関する普及啓発など、生活習慣病対策を進めるなか、働く世代の健康づくりを推進するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行っています。また、地域の保険者、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組の検討や調整を行っています。

○　したがって、生活習慣病による医療費増大等の背景もあるなか、従業員の定期健診受診率が低い等の課題がある中小企業へ働きかけ、従業員の健康づくりへ積極的に取り組んでもらう必要があります。

○　このほか、県内の働く世代の女性は、通勤・通学時間が全国で最も長く、家事関連時間も全国平均より長い（総務省統計局「令和３年社会生活基本調査」）など、運動する時間が取りにくい状況にあり、また腰痛や肩こり等を訴える人が多い傾向にあります（厚生労働省「国民生活基礎調査結果」）。加えて、この世代の女性は、運動実施率が男性と比較して低い状況です（神奈川県「令和４年度県民の体力・スポーツに関する調査」）。

○　したがって、職場や日常生活において運動の機会を提供するなど、運動促進に取り組む必要があります。

エ　高齢者の未病対策

○　加齢によって心身の活力（筋力、認知機能、社会のつながり等）が低下する傾向にある世代です。高齢者が、要介護状態に至る過程においては、フレイル（※３）の段階を経ると言われています。フレイルの進行には、社会性や認知機能の低下、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）（※４）等の身体的な要素が複合的に影響すると考えられています。

○　県の要介護認定率は、65 歳以上 75 歳未満で 3.13%、75 歳以上 85 歳未満で 11.91%、85 歳以上で 44.23%となっています（神奈川県「介護保険事業状況報告（月報・暫定版）」令和５年４月公表分より算出）。

○　したがって、高齢になっても、健康で生き生きと自立した生活を続けるためには、フレイルやロコモティブシンドロームの兆候に早い段階で気付き、栄養・身体活動・社会参加といった多面的な取組により、進行の抑制や改善を図ることが必要です。

○　加齢とともに、食べこぼしやはっきり発音できないなど、ささいな口腔機能の低下から始まる口腔機能の虚弱な状態である「オーラルフレイル」のリスクが高い者が多くなります。オーラルフレイルの人は、そうでない人に比べて、低栄養状態である割合がおよそ２倍であることが報告されているほか、フレイルやサルコペニア、要介護認定、死亡のリスクもおよそ２倍高いとされており、未病改善の３つの取組の一つであるオーラルフレイル対策を進める必要があります。

○　このほか、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。

○　したがって、今後認知症の人の増加が見込まれる中にあっては、認知症の発症の抑制を図る取組や、発症を遅らせる又は進行を緩やかにする取組等を着実に進めていく必要があります。

（２）未病改善の取組を支える環境づくり

ア　地域における未病改善を進める環境づくり

○　未病センター（※５）の設置や利用の促進及び、県の未病改善の取組に賛同する企業・団体による健康支援プログラムを、公設未病センターで展開しています。令和６年３月現在、86 箇所の未病センターが設置され、27 企業・団体による計 41 の健康支援プログラムが登録されています。

○　したがって、県民だれもが身近な場所で、手軽に健康状態や体力等を継続的にチェックすることができるよう、引き続き未病センターの設置や利用を促進するとともに、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、企業・団体と連携し、プログラムの充実を図っていく必要があります。

○　このほか、県西地域を訪れる人が気軽に立ち寄れる観光施設等で、「未病」に関する情報発信や普及啓発に協力する観光施設等を「未病いやしの里の駅」として登録し、「未病を改善する」取組に関する情報発信を進めています。

○　したがって、引き続き、「未病」に関する情報発信や普及啓発を継続的に行っていくことが必要です。

○　そのほか、市町村が保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく健康づくり事業をすすめるに当たり、客観的な分析や評価が求められています。

○　したがって、広域的な視点から地域の健康データの分析や、効果的・効率的な解決策等を市町村とともに考えていく必要があります。また、地域全体の健康づくりを進めるには、市町村国民健康保険（国保）だけでなく、企業で働く方々の健康づくりを担う、他の医療保険者の持つデータを分析し、活用していくことが必要とな

ります。

イ　職域における未病改善を進める環境づくり

○　企業や団体においても従業員の健康管理に積極的に取り組み、職場での従業員の未病改善~~対策~~を進めていくことが重要です。県では、企業や団体が「健康管理最高責任者」（ＣＨＯ：Chief Health Officer）を設置し、従業員とその家族の健康づくりを企業経営の一環として行う健康経営に積極的に取り組んでいく「ＣＨＯ構想」を進めており、さらなる普及を進める必要があります。

○　したがって、企業や団体が健康経営に取り組む「ＣＨＯ構想」の普及に当たっては、特に人員や資金に余裕のない中小企業に対して、健康経営のメリット（労働生産性の向上、医療コストの削減、企業イメージの向上等）を示すとともに、企業や団体の取組を支援するツールの提供等により、健康経営の取組を支援する必要があります。

（３）未病改善を見える化する取組

○　生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、エビデンス（科学的な裏づけ）に基づき、自分の現在の未病の状態を数値で見える化する「未病指標」を、県が開発・運営し、自身や家族の健康情報を一覧で管理できるアプリケーション「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」に実装しました。~~また、エビデンスに基づき、未病指標の現在の生活習慣を続けた場合に、将来の数値の変化を示す「未来予測機能」を追加するなど機能向上に向けた取組を進めており、未病指標を通じて行動変容の促進に取り組む必要があります。~~また、インターネット上で未病の状態をすぐに測定できるブラウザ版未病指標を構築し、高齢者の運転免許更新時などの機会を捉えた案内を展開しており、今後は県民の行動変容を一層促進するため、民間ＰＨＲ等との連携も強化する必要もあります。

○　したがって、引き続き、「未病指標」の活用の促進や、測定後の行動変容につながる仕組みづくりに取り組む必要があります。

２　施策の方向性

＜めざす方向性（最終目標）＞
かながわ未病改善宣言による３つの取組（食・運動・社会参加）のもと、人々の健康への関心を高め、県民一人ひとりが主体的に未病改善に取り組むとともに、社会全体でそれを支える仕組みが構築できている

＜目標の達成に向けた施策の方向性＞
◆ライフステージに応じた未病対策
◆未病改善の取組を支える環境づくり
◆未病改善を見える化する取組

（１）ライフステージに応じた未病対策

ア　子どもの未病対策

○　子どもが身近な場所で楽しみながら未病改善に取り組むことができるよう、親しみやすいキャラクターを用いたり、企業等と連携し適切な生活習慣の定着につなが

る出前講座を展開します。

○　このほか、運動やスポーツに親しむ意欲や態度の育成に取り組み、子どもの運動を促進します。

○　そのほか、高校生の健康リテラシーを高めることを目的とした、副教材の開発や指導者向けの研修を実施します。

イ　未病女子対策

○　女性の幅広い健康課題の自分ごと化や改善に役立つよう、ウェブサイトやＬＩＮＥ（※６）による情報発信のほか、企業と連携した普及啓発セミナーの開催等を行います。

ウ　働く世代の未病対策

○　忙しい日常生活の中でも運動を習慣化できるよう、働く世代の運動を促進します。

○　また、かながわ健康プラン２１推進会議の地域・職域連携推進部会等で、地域保健と職域分野が連携を図り、働く世代の健康づくりの取組を推進します。特に中小企業の事業主に対し、従業員の健康づくりや健康管理体制の構築に向けた支援を行います。

○　そのほか、女性の健康寿命の延伸に向けて、忙しい状況にある女性でも未病の改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

エ　高齢者の未病対策

○　高齢者が自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係団体等と連携しながら、高齢者に自己チェックの機会を提供し、栄養・身体活動・社会参加を通した改善の取組を促進します。

○　関係機関及び関係団体と連携し、オーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。

○　このほか、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（※７）等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。加えて、軽度認知障害（ＭＣＩ）（※８）初期の認知症の人等を重症化させないため、共生社会を推進するため、取組を進めます。

（２）未病改善の取組を支える環境づくり

ア　地域における未病改善を進める環境づくり

○　~~身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である~~未病センターの~~設置や~~利用を~~促進~~進めるほか、地域で活動する NPO 法人や健康サポート薬局などと連携し、県民が身近な場所で未病の改善を図ることのできる環境づくりを促進します。また、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、公設未病センターにおける食や運動などに関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。

○　このほか、未病の戦略的エリアである県西地域において「未病いやしの里の駅」の登録施設数を増やします。また、未病バレー「ビオトピア」（※９）内の県の体験型施設「me-byo エクスプラザ」を運営することで、未病の普及啓発や、未病改善の

実践の促進を行っていきます。

○　そのほか、市町村の地域における健康づくり事業のより効果的・効率的な実施・検討を促進するため、県に導入した国民健康保険団体連合会が提供する国保データベース（ＫＤＢ）システム（※10）を活用し、国民健康保険の健診等のデータや人口動態統計等、地域の健康データの収集・分析・加工を行うとともに、市町村と連携した地域課題の分析や、有識者による事業評価等の支援を実施していきます。また、企業で働く方々の健康づくりを後押しするため、ナショナルデータベース（ＮＤＢ）等を活用し、被用者保険の特定健康診査データ等の収集・分析等、各保険者と連携した取組を進めていきます。

イ　職域における未病改善を進める環境づくり

○　企業や団体の「ＣＨＯ構想」（健康経営）の取組を支援するため、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」を提供します。

○　県が「ＣＨＯ構想推進事業所」として登録した事業所には、企業や団体のイメージアップに活用できる登録証やステッカーを配布するほか、ＣＨＯ構想や健康増進に係る情報を提供します。

○　企業や団体のＣＨＯ構想の取組を支援するため、経営者や企業の人事担当者向け健康経営セミナーを開催します。

（３）未病改善を見える化する取組

○　「未病指標」の機能の向上等により、未病指標の活用を促進します。未病指標を活用する実証事業の実施を通じて、企業や自治体等における未病指標の導入事例を増やし、未病改善行動につなげます。

＝＝

■用語解説

※１　健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

※２　不健康期間

平均寿命と健康寿命の差で示される日常生活に制限のある期間のこと。

※３　フレイル

加齢により心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながり等）が低下した状態のこと。「虚弱」を意味する英語「frailty」を語源として作られた言葉。

※４　ロコモティブシンドローム（運動器症候群）

運動器の障がいのために自立度が低下し、介護が必要となる危険性が高い状態のこと。

※５　未病センター

身近な場所で、手軽に健康状態や体力等を継続的にチェックすることができ、その結果に基づく専門的なアドバイスや「未病改善」に関する情報を受けられる場。市町村や企業等が設置・運営し、県が認証を行う。

※６　未病女子 navi（ウェブサイト）、未病女子 LINE かながわ

未病女子 navi は、神奈川県が運営する女性に向けた未病関連情報の総合サイト。女性特有の健康課題に関する基礎知識や具体的な対策等を掲載している。未病女子 LINE かながわは、未病女子 navi の情報更新のお知らせや県内で行われる未病女子のためのイベント情報等を配信している。

※７　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。

※８　軽度認知障害（ＭＣＩ）

認知症は、認知機能が加齢とともに徐々に低下して生じるが、認知症ではないものの、年齢相応より認知機能が低下した状態のこと。ＭＣＩは認知症になりやすい反面、症状が軽度であれば、早期に発見して対策を講じることで正常な状態に回復することがある。

※９　未病バレー「ビオトピア」

「県西地域活性化プロジェクト」に基づき、県西地域が「未病の戦略的エリア」であることをアピールする拠点施設として、（株）ブルックスホールディングスが県及び大井町との協定に基づき運営している施設。

※10　国保データベース（ＫＤＢ）システム

国民健康保険保険者や後期高齢者医療広域連合における事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

＝＝

第４節　ＩＣＴを活用した健康管理の推進

1　現状・課題

【現状】

・県民個人が自身の健康情報を一元的に管理するしくみとして平成 28 年３月から「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ（※１）」を運用しています。
・また、平成 28 年９月から、市町村との協業により、子どもの予防接種歴や健診結果等を簡単に記録できる母子健康アプリケーション（電子母子手帳（※２））との連携運用をしています。

【課題】

・ICT を活用した県民の主体的な健康管理を推進するため、「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」について、マイナポータル等他サービスとの連携等により蓄積されたデータの活用~~より一層の「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」の普及~~を図ることで、市町村や企業・団体における健康施策等での利用を進めていく必要があります。

（１）現状

○　県民の未病改善に向けては、県民自らが自身の健康状態を把握し、主体的に未病改善に取り組むことが重要です。

○　県では、県民個人が自身の健康情報を一元的に管理するしくみとして「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」を運用しています。平成 28 年３月のＷＥＢ版公開以降、スマホアプリ版、ＬＩＮＥ公式アカウントを順次公開しているほか、未病指標の測定機能の追加や電子母子手帳、マイナポータル、地域医療介護連携ネットワーク「サルビアねっと」といったアプリケーションやサービスと連携し、県民の健康管理、未病の改善の取組を推進しています。

（２）課題

○　ICT を活用した県民の主体的な健康管理を推進するため、「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」について、マイナポータル等~~市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと他~~サービスとの連携~~して、~~等により~~一層の「マイＭＥ－ＢＹＯカルテ」の普及を~~蓄積されたデータの活用を図ることで、市町村や企業・団体における健康施策等での利用を進めていく必要があります。

第４章　地域包括ケアシステムの推進

第１節　在宅医療

１　現状・課題

【現状】

・地域包括ケアシステムの構築を目指し、第７次計画期間（平成 30 年度～令和５年度）までは、在宅医療の充実に向けて、地域の連携体制の促進や各種研修会の開催により、在宅医療の提供体制強化を行ってきました。

・しかし、第８次計画期間（令和６年度～11 年度）及びそれ以降も、高齢化に伴い在宅医療の需要は増え続けることが見込まれています。



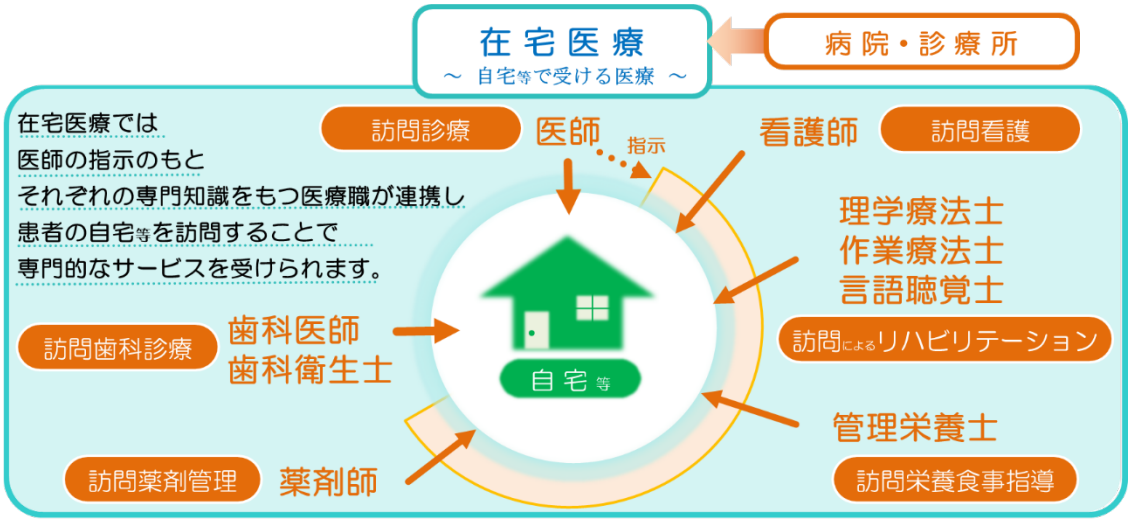
【課題】

・医師、看護師等の医療従事者は年々増加しているものの、在宅医療の大幅な需要増と同じ割合で増やしていくことは困難です。

・提供体制を増やしていくだけではなく、多職種連携やＩＣＴの活用等により、今ある資源を効率的に活用できるかが課題です。

（１）在宅医療の需要

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



（出典）厚生労働省ホームページ

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

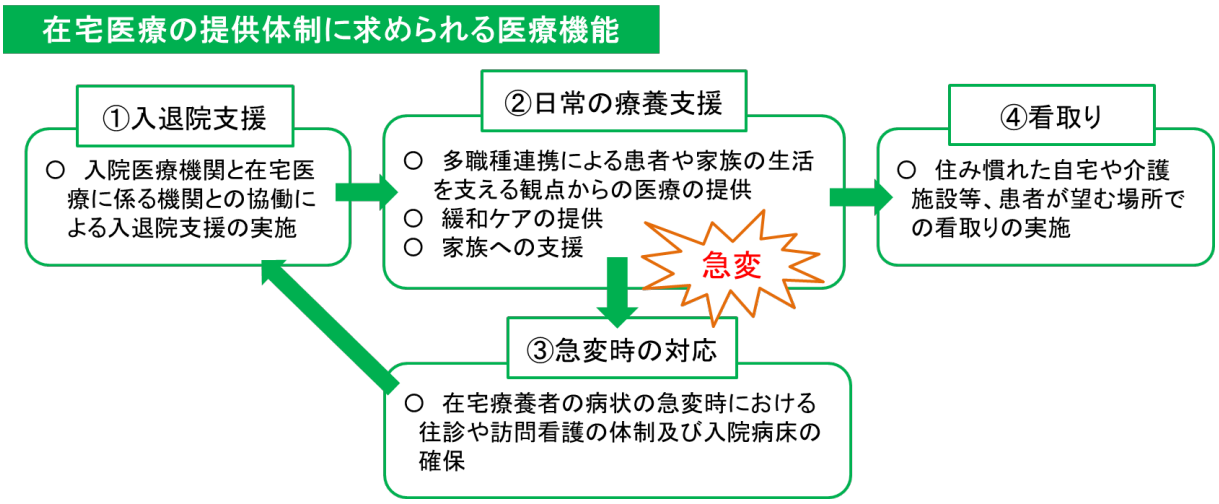
○　在宅医療は、患者のライフサイクルや健康状態の変化の中で起こりうる節目となる、以下の「４つの場面」を意識した取組や個別疾患への対応が必要であり、それぞれの現状と課題を整理し、対策を進めていくことが重要です。

また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の従事者を確保・養成していくことに加え、在宅医療を支える多職種の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



（２）在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

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

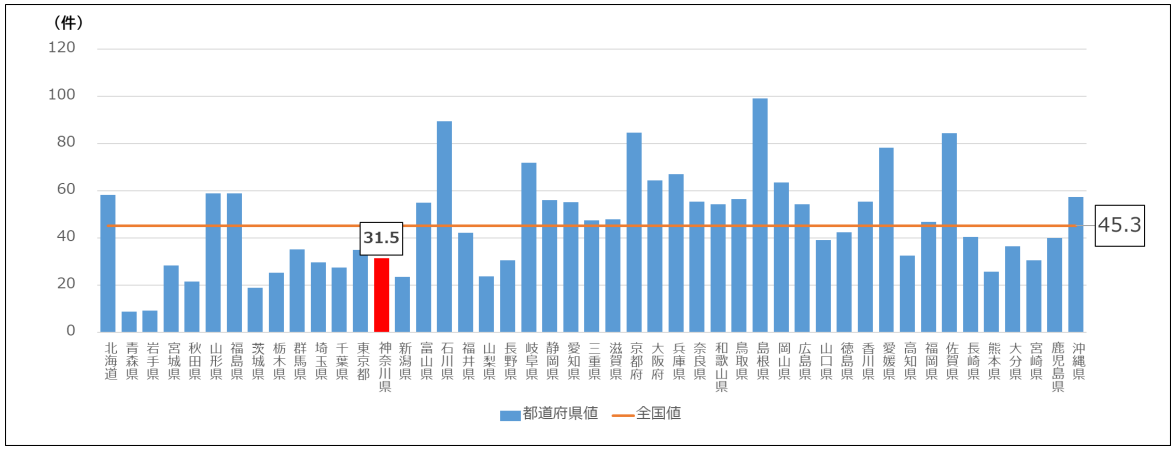
しかし、今後はさらなる在宅医療の需要増が見込まれることから、関係者間の連携による切れ目のない継続的な医療提供体制構築を促進するため、前述の「４つの場面」及び「多職種連携」について、それぞれの課題を整理し、施策の方向性に反映する必要があります。

ア　入退院支援

○　円滑な在宅療養移行に向けた入退院支援の充実に当たっては、退院元の医療機関と在宅医療を担う関係者間を“つなぐ”役割を担っていただく部門の設置や職員の配置等、院内の体制整備が欠かせません。

○　しかしながら、本県の退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）は、全国値を下回っており、円滑な在宅療養移行に向けた退院支援のさらなる取組が必要です。（図表２－４－１－１）

図表２－４－１－１　退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（Ｒ３）



（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。

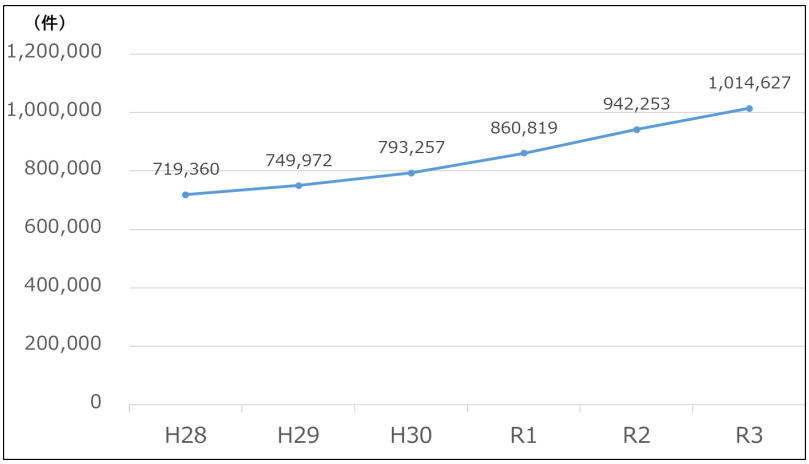
○　さらに、歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしています。

○　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。

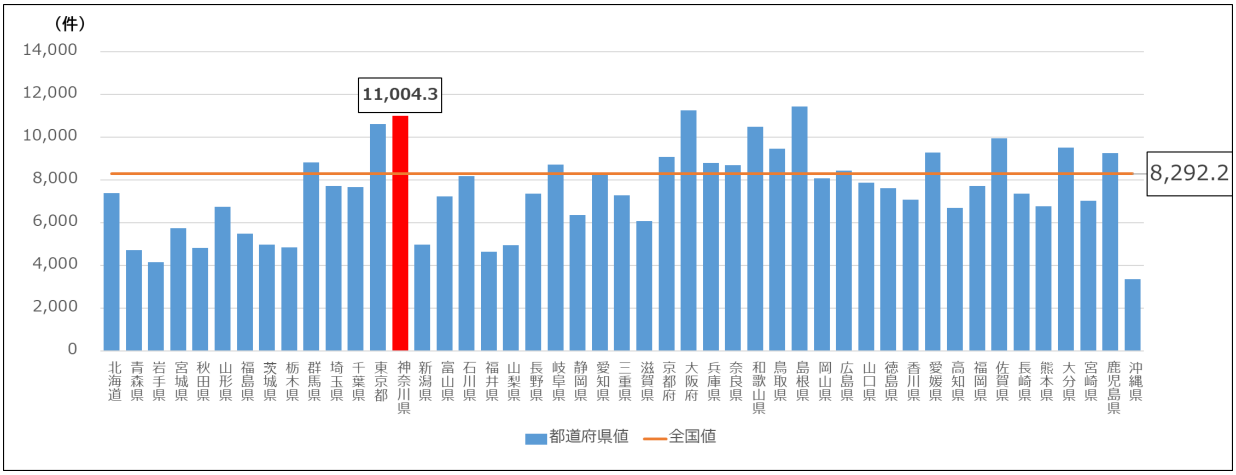
○　また、自然災害の発生時においても、可能な限り在宅医療を引き続き提供できる体制の整備を推進する必要があります。

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



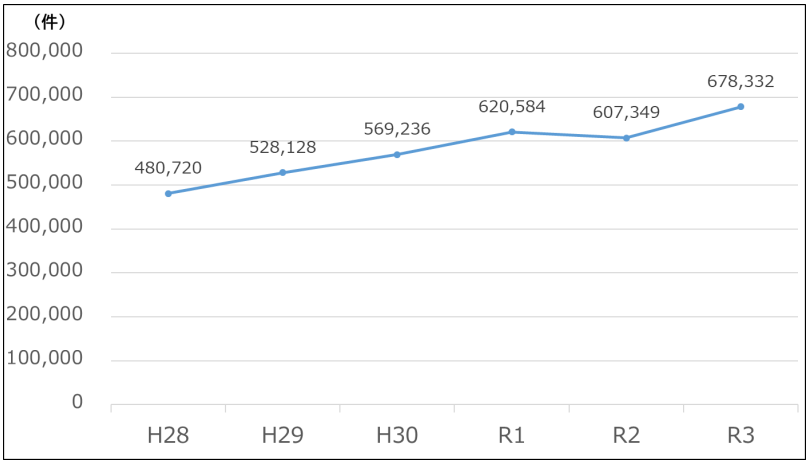
（出典）厚生労働省「NDB」

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）（Ｒ３）



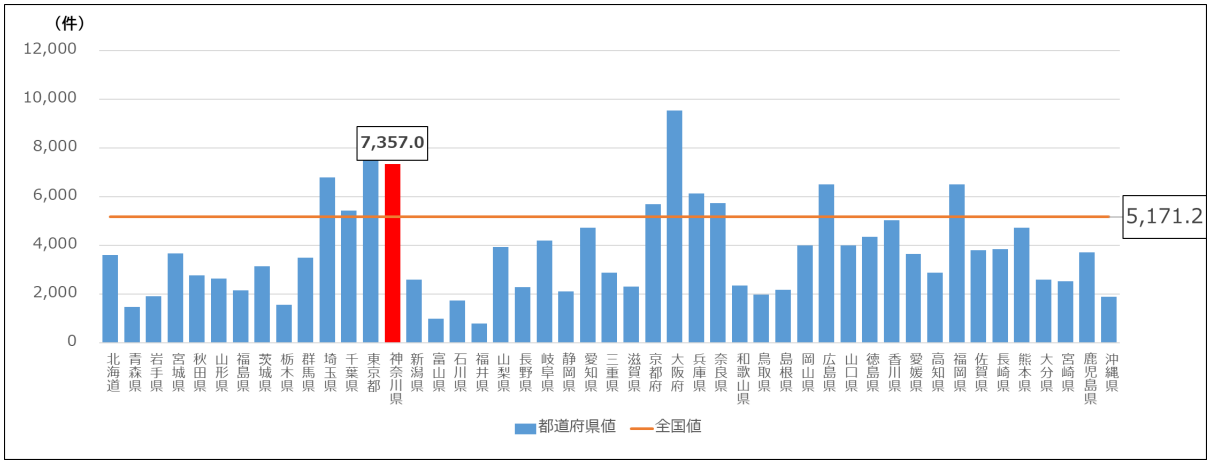
（出典）厚生労働省「NDB」（令和３年）

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



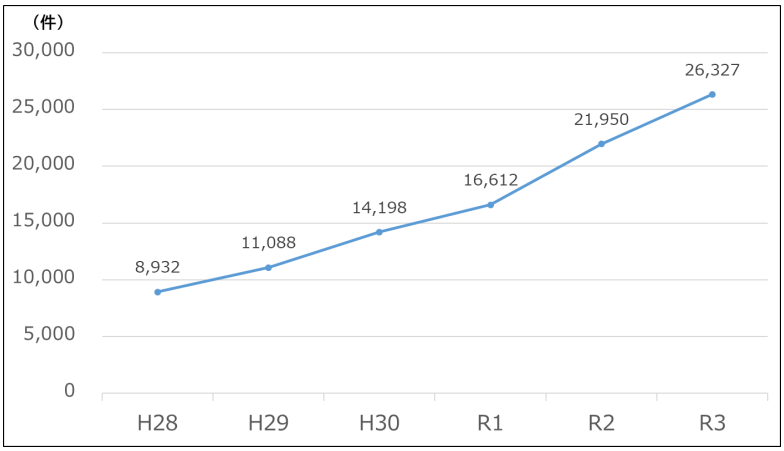
（出典）厚生労働省「NDB」

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）（Ｒ３）



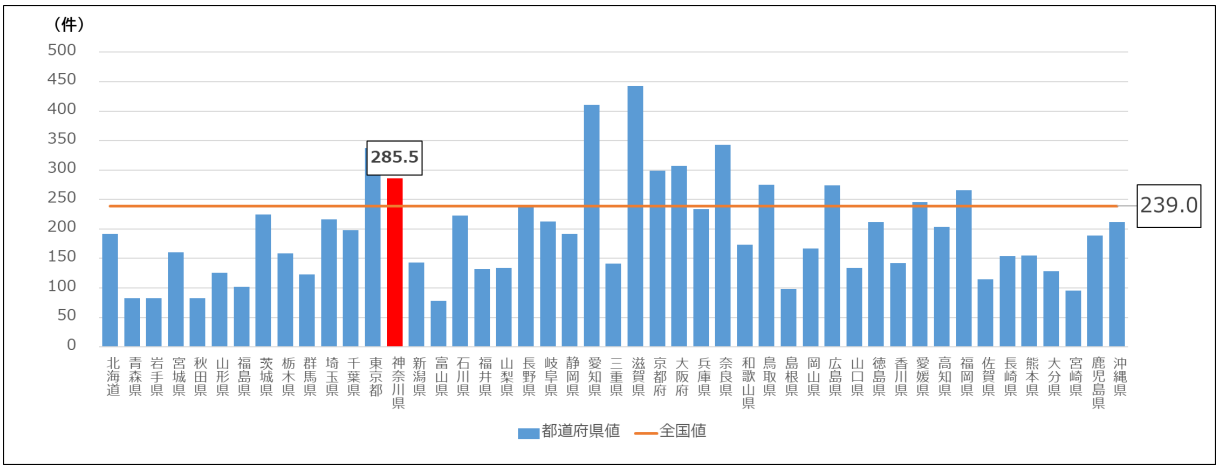
（出典）厚生労働省「NDB」（令和３年）

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）（Ｒ３）

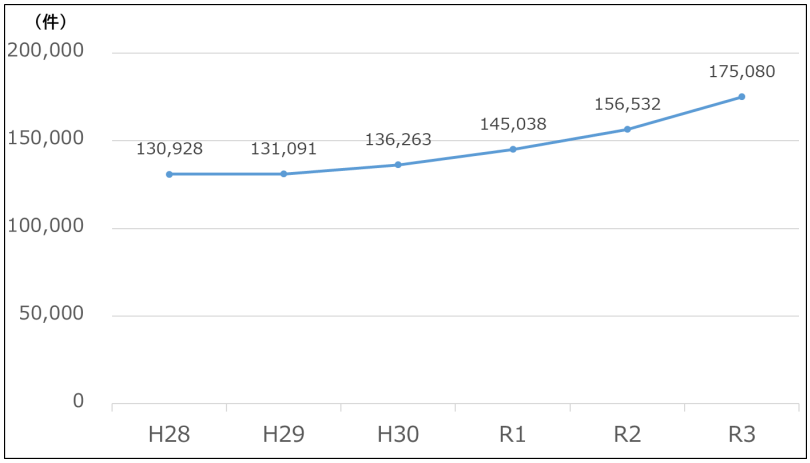


（出典）厚生労働省「NDB」（令和３年）

ウ　急変時の対応

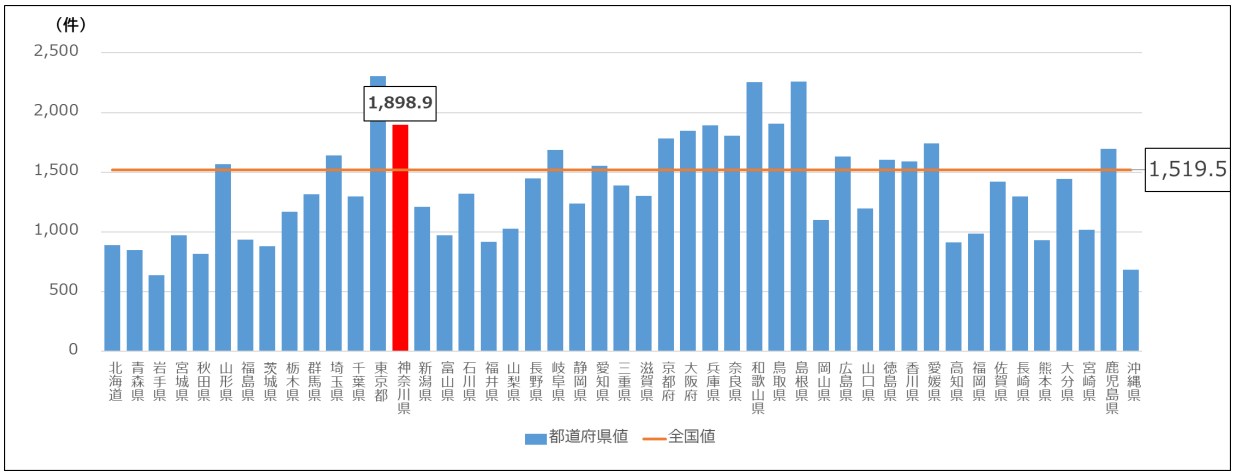
○　急変時の対応可能な体制を構築するためには、後方支援病院との連携を強化し、緊急往診・24 時間往診が可能な体制や、在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備することが重要です。

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）（Ｒ３）



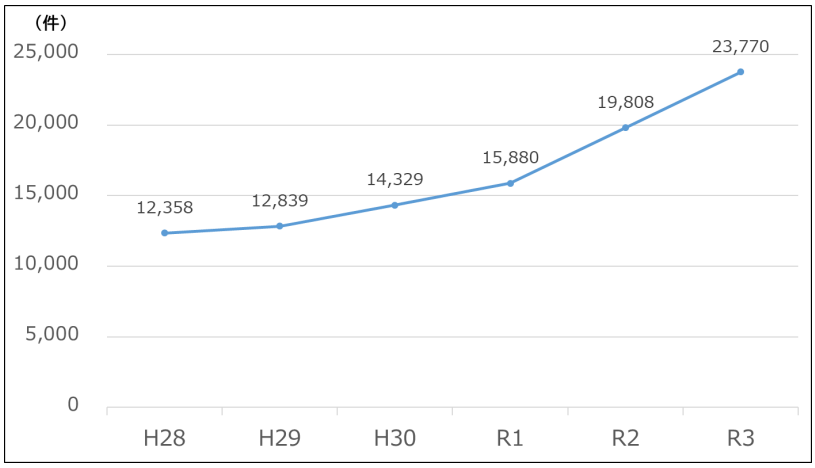
（出典）厚生労働省「NDB」（令和３年）

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。

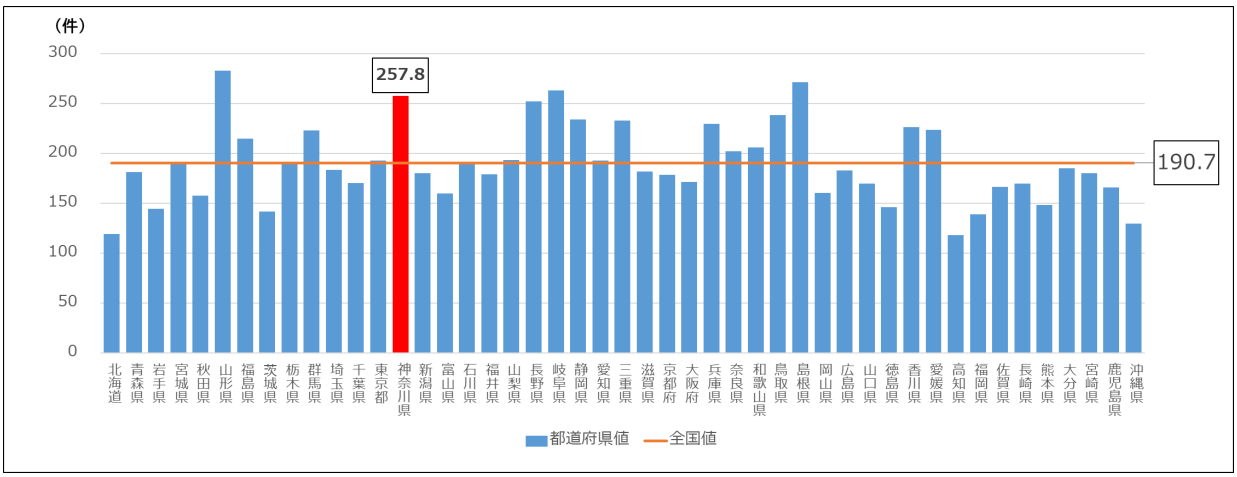
○　また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）の取組も求められています。

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



（出典）厚生労働省「NDB」

図表２－４－１-11　看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）（レセプト件数）（人口 10 万対）（Ｒ３）



（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、人材の確保だけではなく、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＞
◆在宅医療の提供体制の整備
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置づけ取組を推進する体制が構築できていること
◆円滑な在宅移行への支援の充実
・円滑な在宅療養移行に向けての入退院支援に関する体制の構築ができていること
◆在宅医療提供体制の充実
・日常の療養支援に関する体制の構築ができていること
◆急変時の対応体制の充実
・急変時の対応可能な体制が構築できていること
◆患者が望む場所での看取りに関する体制の充実
・患者が望む場所での看取りに関する体制の構築ができていること

（１）在宅医療の提供体制の整備

○　在宅医療の提供体制に求められる４つの医療機能（「①入退院支援」、「②日常の療養支援」、「③急変時の対応」及び「④看取り」）の確保に向け、各圏域で在宅医療におい

て積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置付け、取組を推進します。

ア　在宅医療の圏域

○　本県では、急変時の対応体制や積極的役割を担う医療機関の位置付け状況等を踏まえ、在宅医療の圏域を二次医療圏単位として設定します。

イ　在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○　自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として各圏域で位置付けています。各圏域で設定した医療機関については 121 機関（令和９年３月 31 日時点）となっており、神奈川県ホームページで一覧を公開しています。

○　県は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関が地域で担っている役割について、在宅医療の圏域ごとに定期的に把握するとともに、必要に応じて位置付けの見直しを行います。

ウ　在宅医療に必要な連携を担う拠点

○　４つの医療機能の確保に向け、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の定期的な開催、包括的かつ継続的な支援の提供に向けた関係機関との調整及び連携体制の構築等を行う拠点として、在宅医療・介護連携推進事業（※１）の実施主体である市町村を位置付けています。

○　県は、在宅医療に必要な連携を担う拠点が地域で担っている役割について、在宅医療の圏域ごとに定期的に把握するとともに、連携上の課題の抽出等の実施状況等を確認し、課題解決に向けた検討を行います。

（２）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、多職種カンファレンスへの参画を推進するとともに、病院と在宅相互の円滑な移行を推進します。

（３）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の連携に寄与します。

○　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（※２）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」（※３）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。~~

○　県は、在宅医療を提供する医療機関が災害発生時も可能な限り事業を継続するため、在宅医療を担う病院・診療所の業務継続計画（BCP）の策定を推進します。

○　県は、薬局が医療機関と連携して、退院後に在宅で療養上必要な薬剤に関する情報を提供する取組を支援します。

（４）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。

（５）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　在宅医療・介護連携推進事業

　医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿等を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進するために、市町村が実施主体となって地域の実情に応じて様々な取組を実施するもの

※２　医療法施行規則第１条の 14 第７項第１号の診療所

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

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

※３　「かながわ地域看護師」

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

＝＝

【コラム】医療と介護の一体的な体制整備

1　総合確保方針等

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

2　協議の場

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

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

（１）高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分）　（人/日）

	平成 25（2013）年
患者数	56,304.96

各計画の終了年度へ比例推計　（人/日）

	令和７（2025）年
患者数	95,860.98

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

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

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

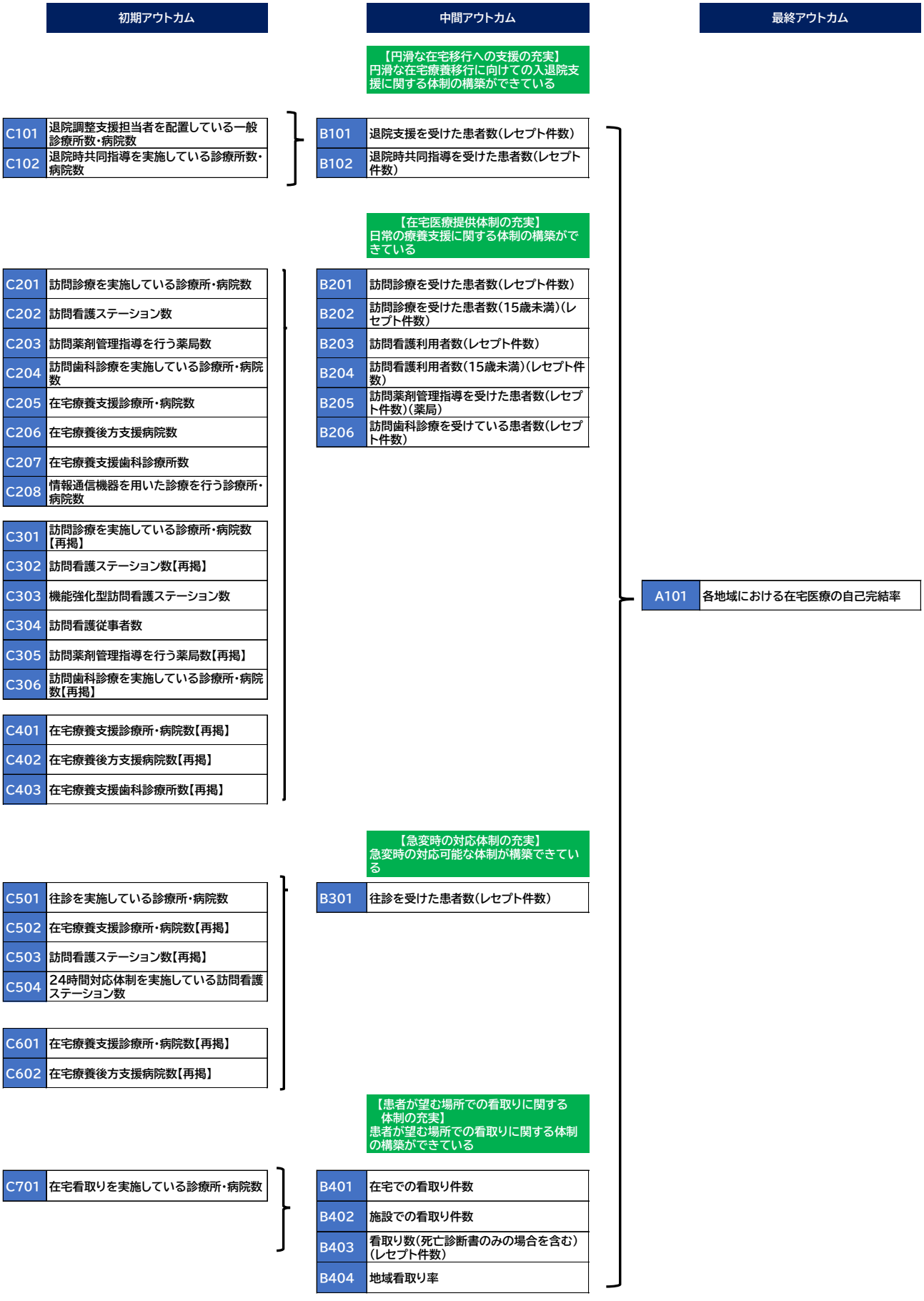
3　神奈川県の医療・介護需要

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

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

3　ロジックモデル

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



4　指標一覧

種別	コード	指標名	出典	中間見直し時の値（データの年度）	目標値（令和 11 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	213（R5）	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	134（R6）	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	1,507（R6）	現状より増加
	C202	訪問看護ステーション数	厚生労働省、介護サービス施設・事業所調査	1,098（R6）	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	2,610（R6）	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	1,461（R6）	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	1,076（R7）	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	27（R7）	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	683（R7）	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	1,211（R7）	現状より増加
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,507（R6）	現状より増加
	C302	訪問看護ステーション数【再掲】	厚生労働省、介護サービス施設・事業所調査	1,098（R6）	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	81（R7）	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	10,391（R6）	13,612
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数【再掲】	厚生労働省,NDB	2,610（R6）	現状より増加
	C306	訪問歯科診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,461（R6）	現状より増加
	C401	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,076（R7）	現状より増加
	C402	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	27（R7）	現状より増加
	C403	在宅療養支援歯科診療所数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	683（R7）	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	1,836（R6）	現状より増加
	C502	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,076（R7）	現状より増加
	C503	訪問看護ステーション数【再掲】	厚生労働省、介護サービス施設・事業所調査	1,098（R6）	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	999（R6）	現状より増加
	C601	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,076（R7）	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	中間見直し時の値（データの年度）	目標値（令和 11 年度）
	C602	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	27（R7）	現状より増加
	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	848（R6）	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	415,131（R6）	543,822
	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	5,476（R6）	7,174
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,261,921（R6）	1,653,117
	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	5,820（R6）	7,624
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	34,903（R6）	45,723
	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	1,085（R6）	1,421
	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	96,964（R6）	127,023
	B206	訪問歯科診療を受けた~~ている~~患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	840,260（R6）	1,100,741
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	232,221（R6）	304,210
	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)	21,417（R6）	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)	18,267（R6）	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	28,677（R6）	現状より増加
	B404	地域看取り率(県全体) ※	「令和 5 年神奈川県衛生統計年報統計表」「令和 5 年神奈川県警察死体取扱数」	26.84%（R5）	27.96%
	B404	地域看取り率(横浜)	同上	27.18%（R5）	28.30%
	B404	地域看取り率(川崎北部)	同上	29.55%（R5）	30.67%
	B404	地域看取り率(川崎南部)	同上	22.60%（R5）	23.72%
	B404	地域看取り率(相模原)	同上	26.00%（R5）	27.12%
	B404	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	33.86%（R5）	34.98%
	B404	地域看取り率(湘南東部)	同上	25.33%（R5）	26.45%
	B404	地域看取り率(湘南西部)	同上	25.37%（R5）	26.49%
	B404	地域看取り率(県央)	同上	22.22%（R5）	23.34%
	B404	地域看取り率(県西)	同上	25.58%（R5）	26.70%
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	80.7%（R5）	82.1%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎北部)	同上	57.3%（R5）	58.7%

種別	コード	指標名	出典	中間見直し時の値（データの年度）	目標値（令和 11 年度）
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎南部)	同上	68.7%(R5)	70.1%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(相模原)	同上	68.3%(R5)	70.0%
	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	79.4%(R5)	80.8%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南東部)	同上	79.6%(R5)	81.0%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南西部)	同上	80.1%(R5)	81.5%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県央)	同上	65.1%(R5)	66.5%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県西)	同上	88.8%(R5)	90.2%

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

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。

神奈川県の総人口と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」

第 10 期かながわ高齢者福祉計画策定に伴う見直し予定

（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　神奈川県の要支援・要介護認定者数の現状と将来推計

	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

第 10 期かながわ高齢者福祉計画策定に伴う見直し予定

○　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、大腿骨頚部骨折、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く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。

第３節　障がい者対策

２　施策の方向性

（２）サービス提供や相談支援のための専門人材の養成

○　県は、医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの養成に向けた取組を推進します。

○　県は、障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成に向けた取組を推進します。

○　県は、障がい当事者~~障がいがある方~~やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成に向けた取組を推進します。

（３）発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実

○　県は、「発達障害支援センターかながわＡ（エース）」において、福祉、保健、医療、教育、労働、民間支援団体と連携しながら発達障がいに関する相談支援等を行うとともに、身近な地域における発達障がいの支援体制の充実をめざし支援を行います。

○　県は、県総合リハビリテーションセンターにおいて、~~を~~高次脳機能障がい者に関する~~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。

第６節　地域リハビリテーション

２　施策の方向性

（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、障害当事者~~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。

第５章　医療従事者の確保・養成

第１節　医師

「医師確保計画策定ガイドライン」の改定等を踏まえ、医療対策協議会で協議中

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】

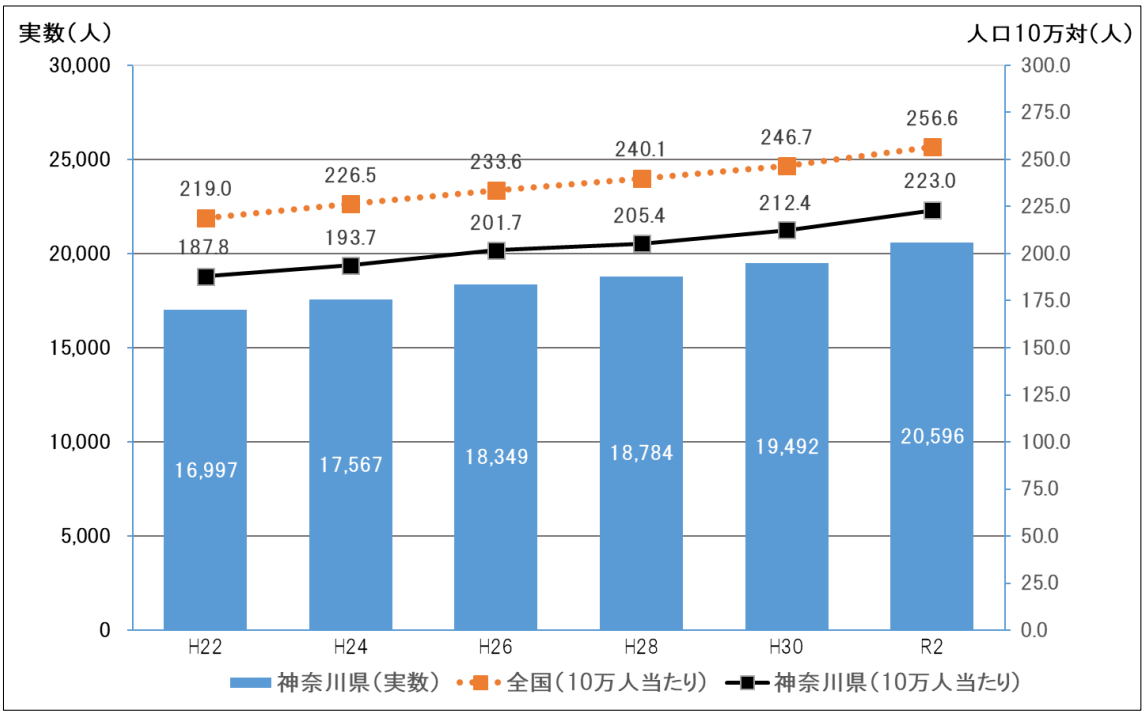
・引き続き県内の医師の確保に努めることはもとより、上記のような医師の地域偏在や、診療科偏在の是正をいかに図るかが課題です。
・また、今後は、医師の働き方改革の推進に伴い、限られた人材を効果的・効率的に活用することが重要になります。

（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 万人当たりでは全国の 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）

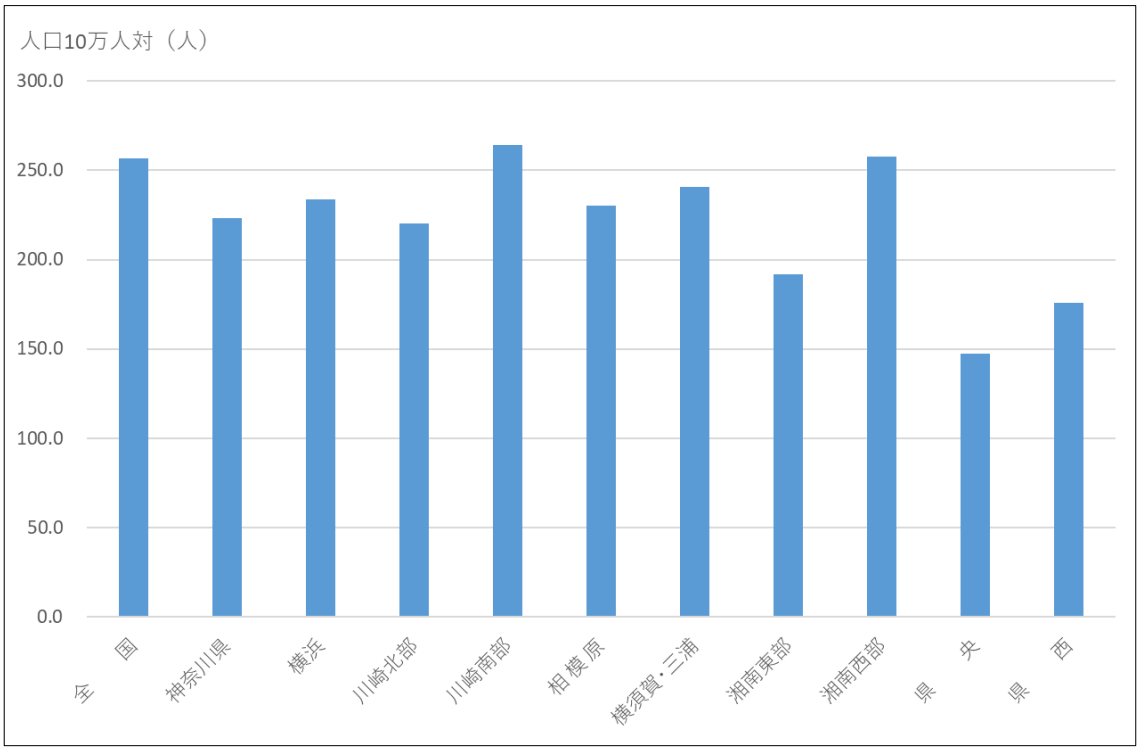
図表２－５－１－１　医療施設従事医師数



（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」

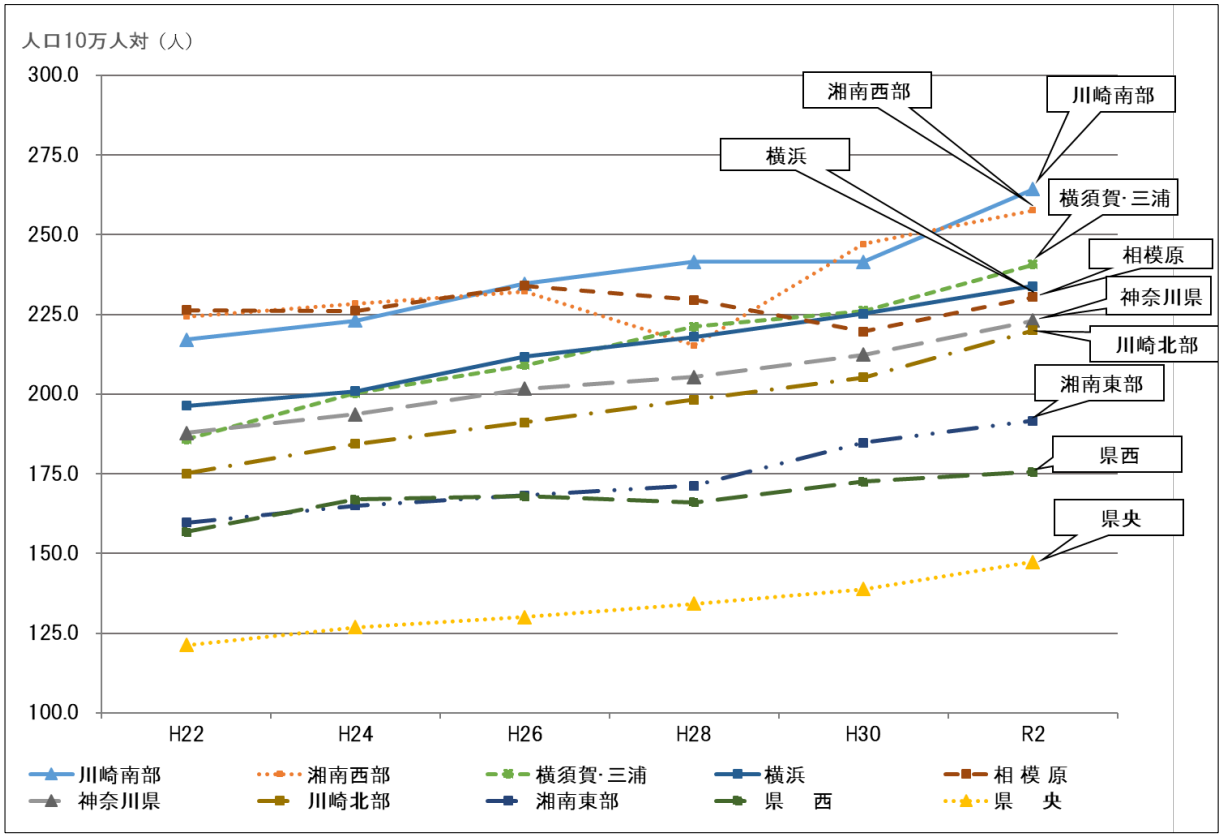
○　二次保健医療圏別の人口 10 万人当たり医師数を見ると、川崎南部及び湘南西部以外は全国値を下回っています。（令和２年 12 月末時点）（図表２－５－１－２）

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めて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

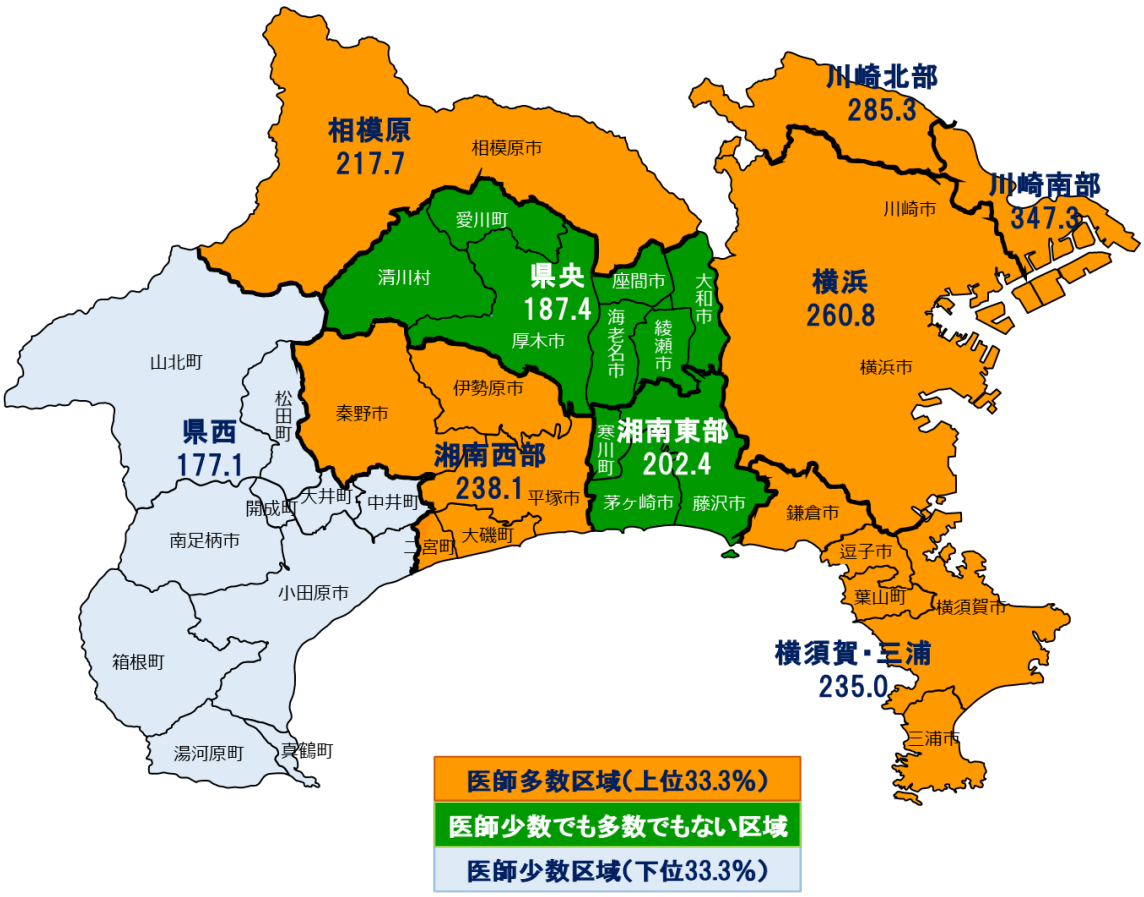
図表２－５－１－４
二次保健医療圏別　医師偏在指標
（令和５年度公表）

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）
川崎南部	254.7	17
川崎北部	194.9	53
（全国）	175.9	－
横浜	168.7	81
湘南西部	166.2	85
相模原	154.3	99
横須賀･三浦	148.5	119
県央	121.9	203
湘南東部	115.4	228
県西	112.4	237

圏域名	診療所医師偏在指標	全国順位（1~330位）
川崎南部	99.9	15
横浜	92.1	30
川崎北部	90.7	34
横須賀･三浦	86.4	47
湘南東部	86.3	48
（全国）	79.7	－
湘南西部	69.5	142
県央	65.7	172
県西	64.7	181
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 。

○　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）

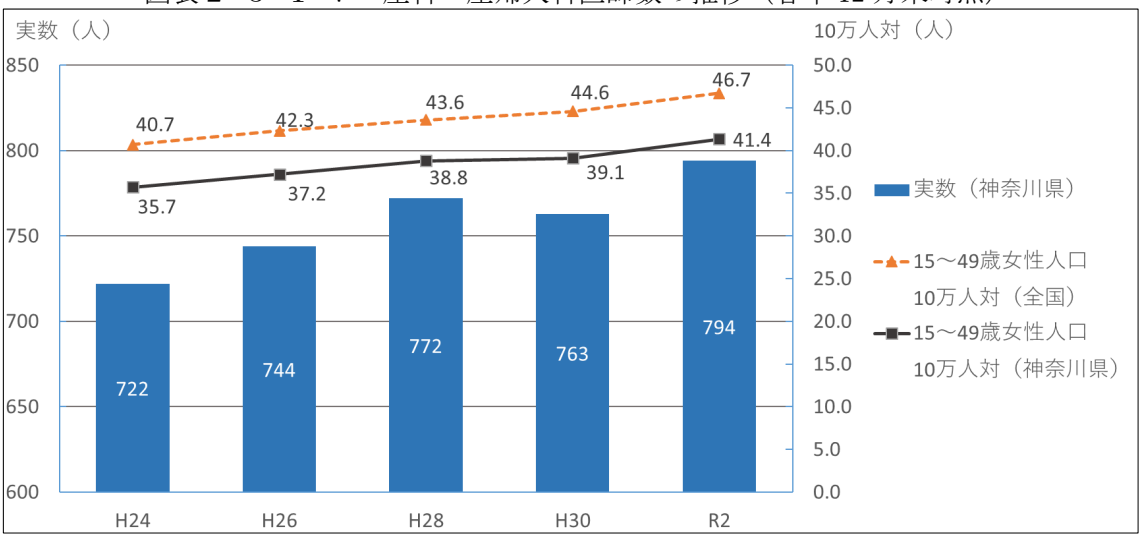
図表２－５－１－６　診療科別　人口 10 万人当たり医師数の推移（各年 12 月末時点）

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 順位	神奈川 数値	全国 数値
総数		16,997	17,567	18,349	18,784	19,492	20,596	39位	223.0	256.6
内数	内科（※2）	3,834	3,955	4,173	4,141	4,349	4,541	41位	49.2	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

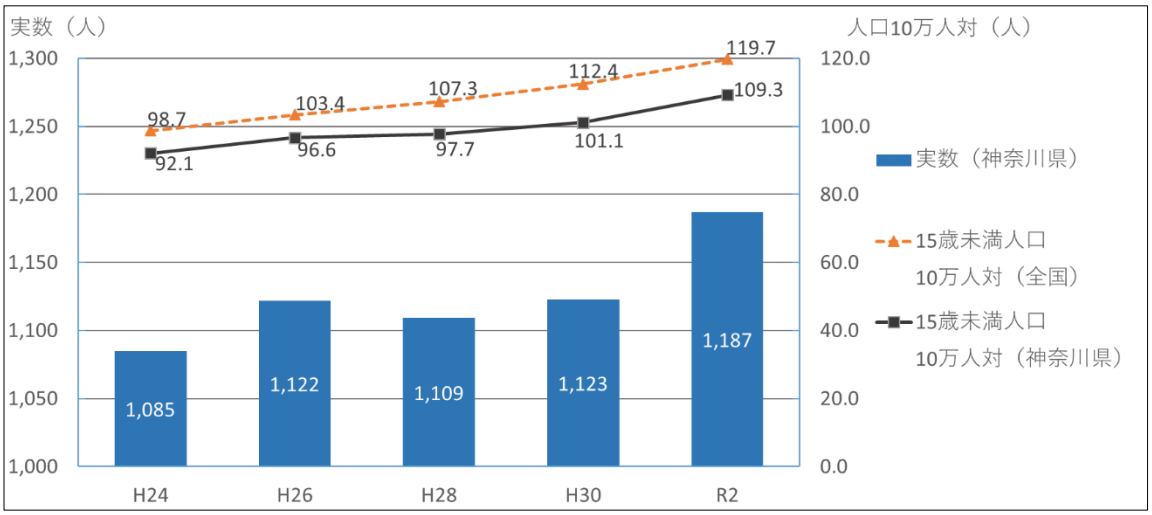
（出典）医師数：厚生労働省「医師･歯科医師･薬剤師統計」　人口　：総務省「人口推計」「国勢調査」

※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。

○　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）

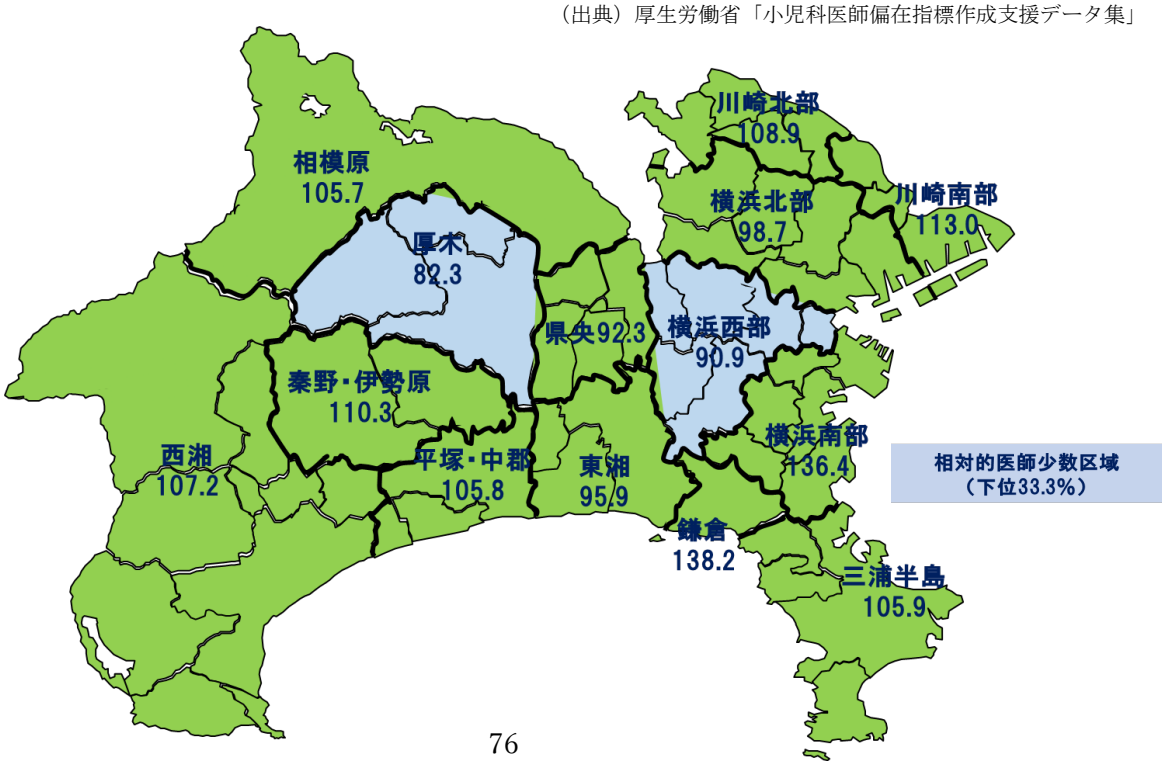
圏域名	小児科医師偏在指標	全国順位（1～303位）	相対的医師少数区域※
鎌倉	138.2	43	
横浜南部	136.4	50	
（全国）	115.1	－	－
川崎南部	113.0	123	
秦野･伊勢原	110.3	133	
川崎北部	108.9	141	
西湘	107.2	148	
（神奈川県）	106.1	（35位／47）	（少）
三浦半島	105.9	154	
平塚･中郡	105.8	156	
相模原	105.7	157	
横浜北部	98.7	177	
東湘	95.9	187	
県央	92.3	201	
横浜西部	90.9	209	少
厚木	82.3	244	少

（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。

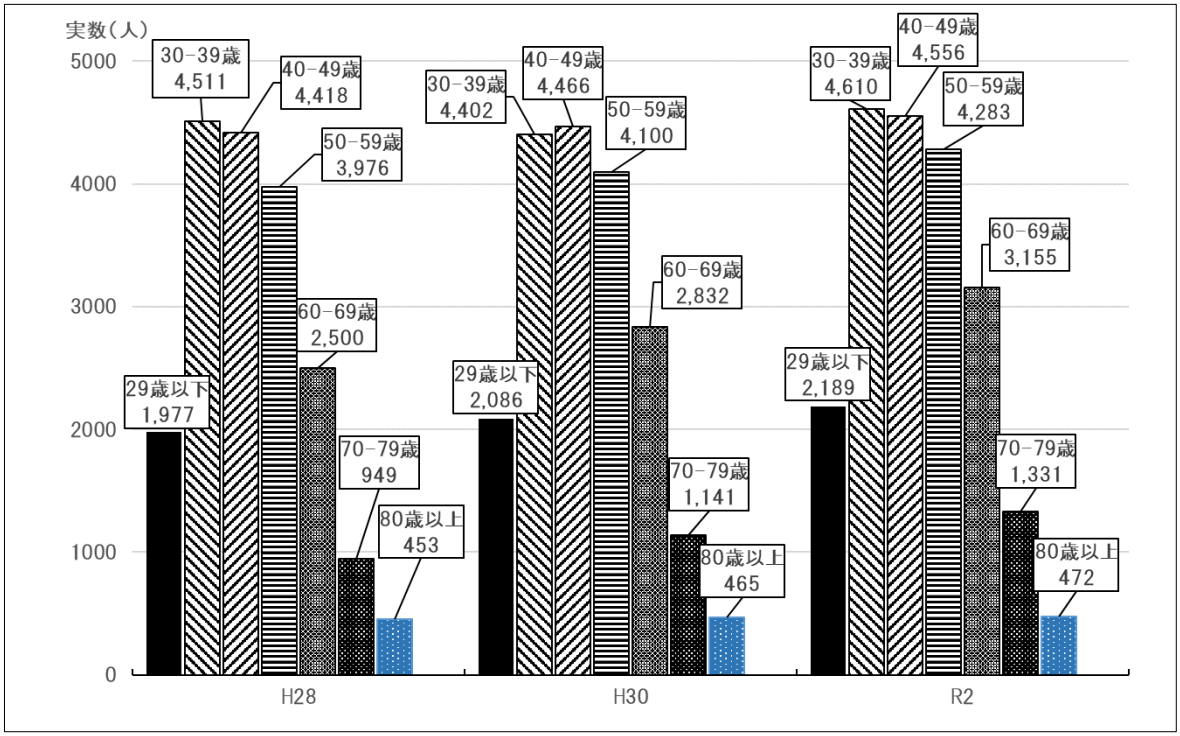
○　さらに、医師の負担軽減を進めるには、上手な医療のかかり方について、県民や患者に対する意識啓発を行っていくことも重要です。

○　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

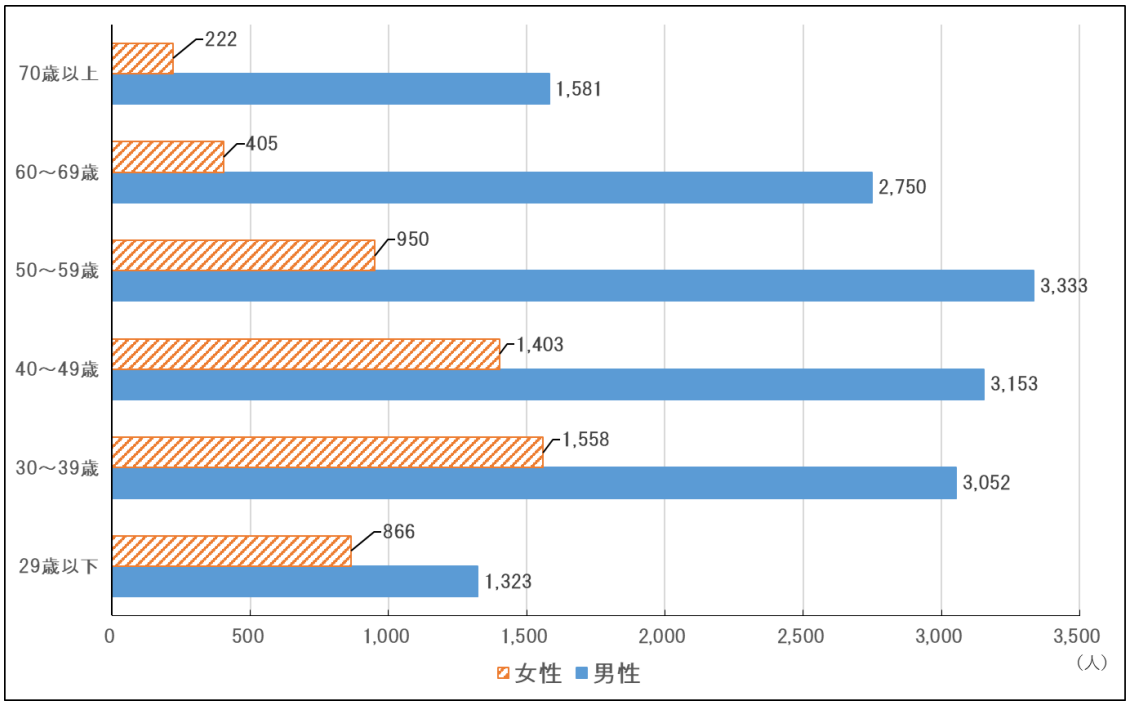
図表２－５－１-11　年齢階級別医師数の推移（各年 12 月末時点）



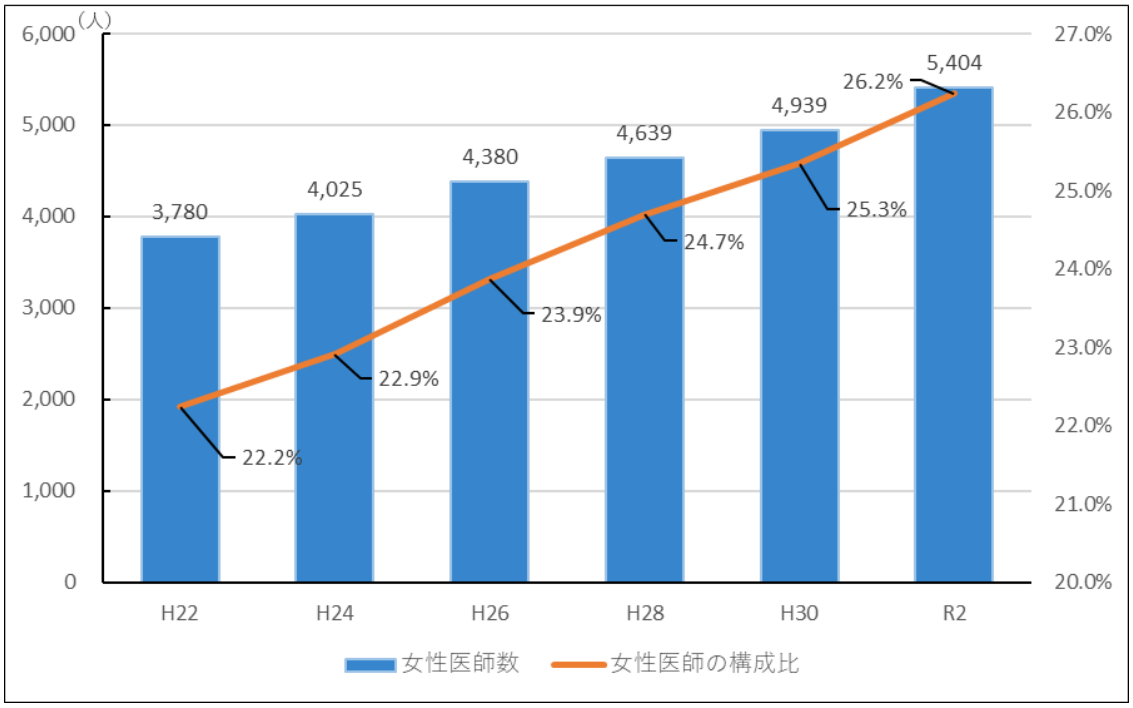
（出典）医師数：厚生労働省「医師･歯科医師･薬剤師統計」　人口：総務省「人口推計」「国勢調査」

○　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、県立煤ケ谷診療所、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

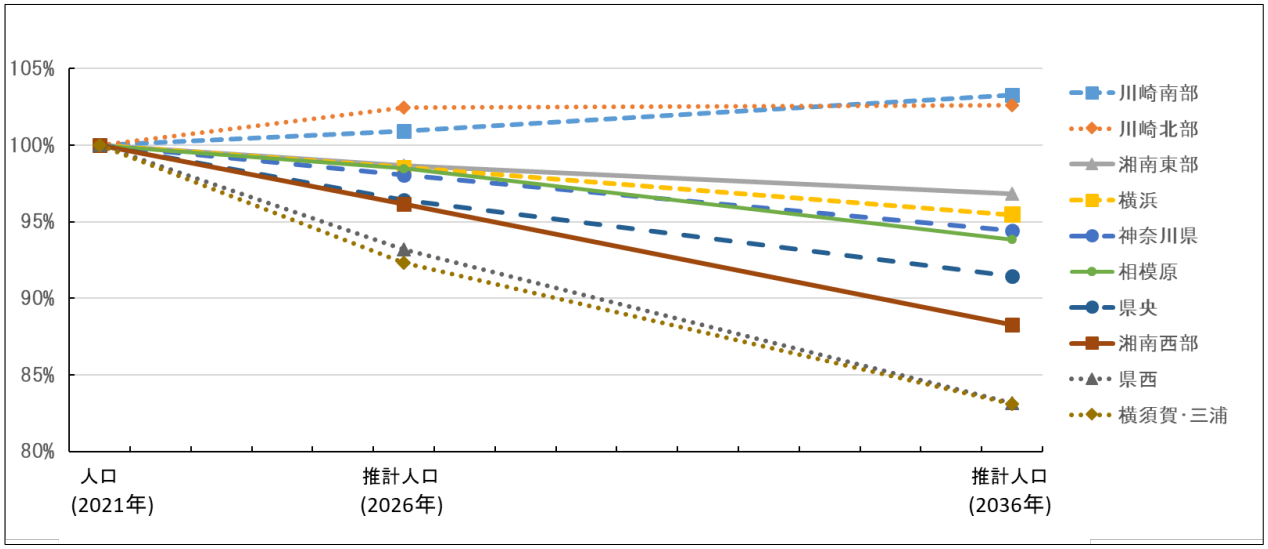
○　県では、急速な高齢化が進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができる医師が求められていることから、地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師を確保することが重要です。

（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）

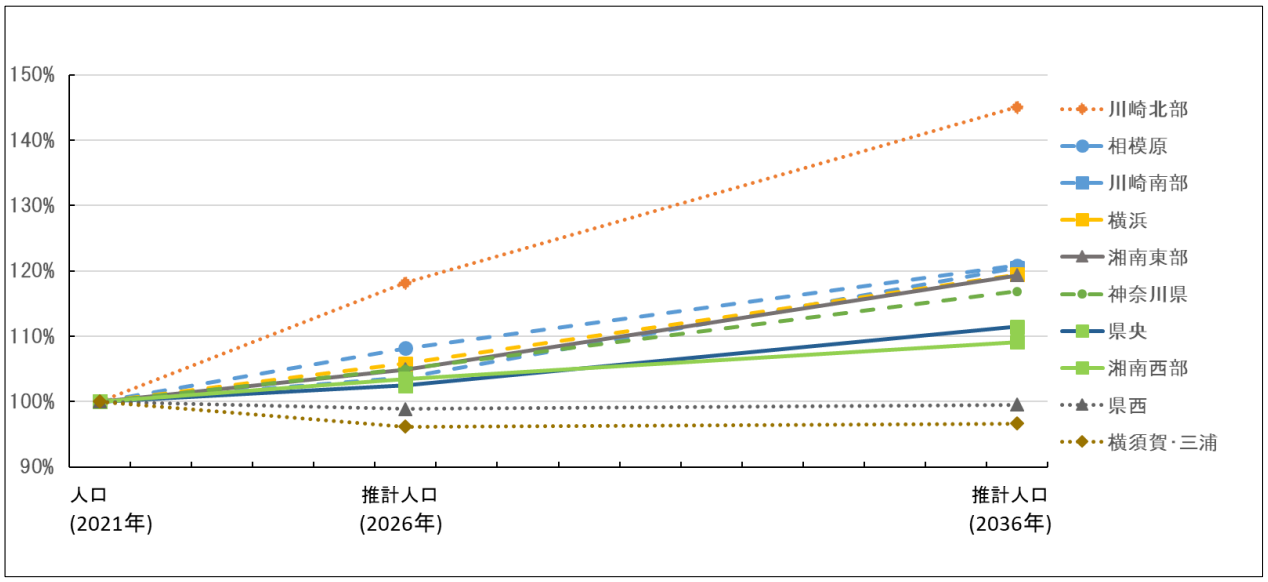
図表２－５－１－17　将来人口の推移（推計）



（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）

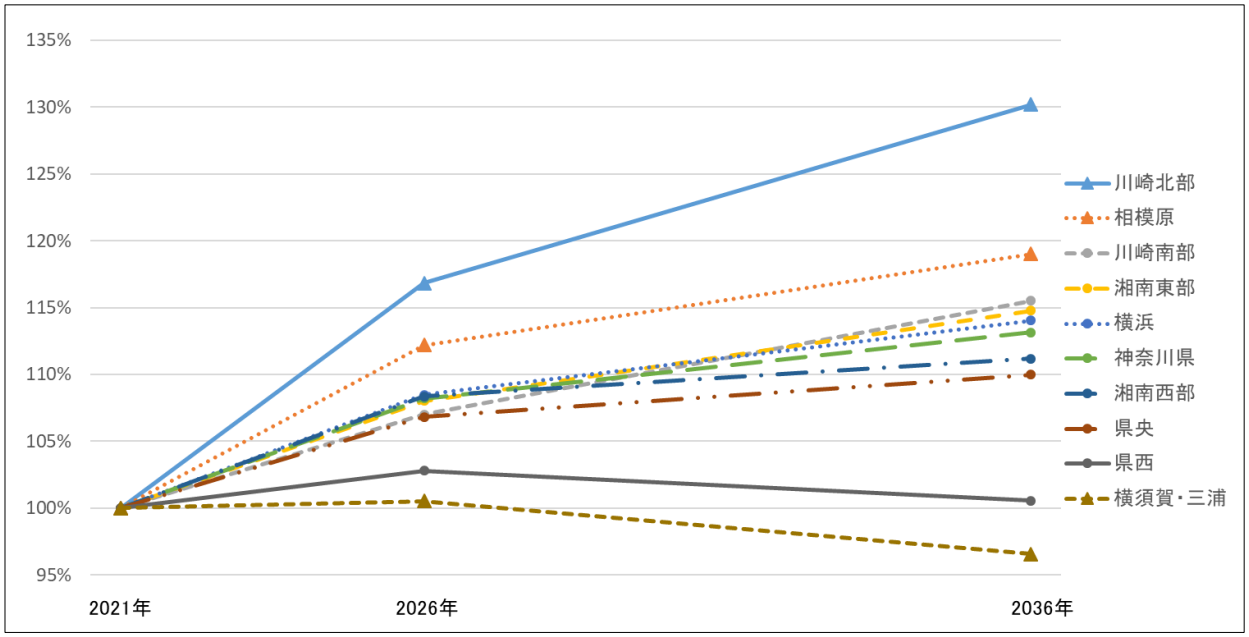


（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

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）

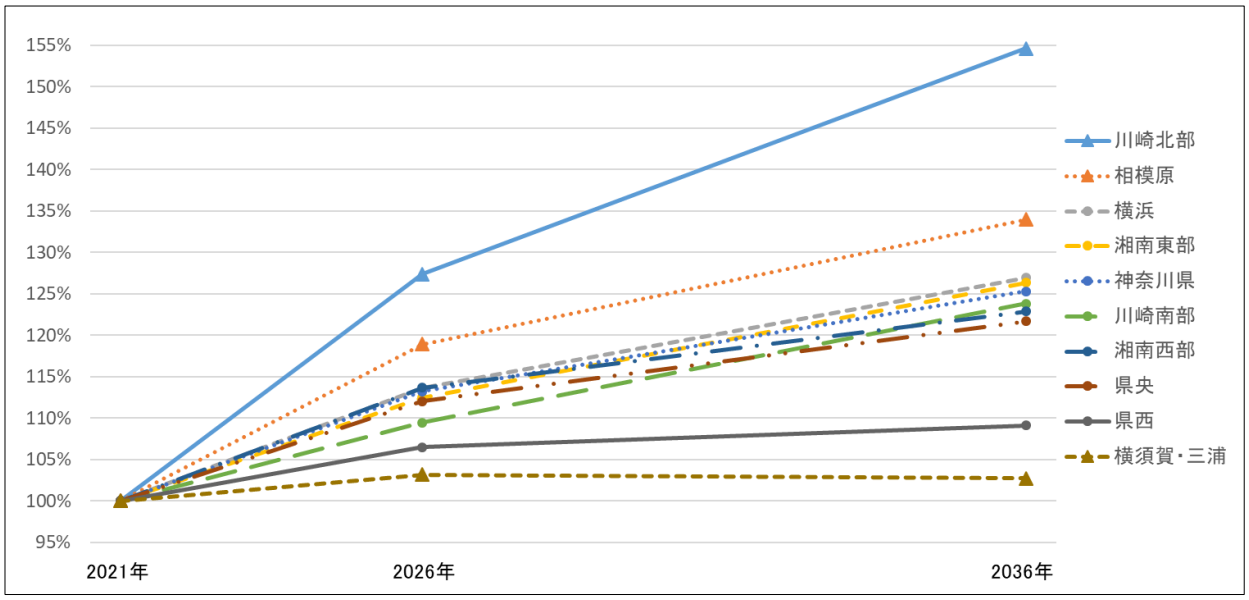
図表２－５－１-19　将来の医療需要の推移（推計）



（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　県内二次保健医療圏

○　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、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	二次保健医療圏（区域）
医師少数	下位1/3	・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。	・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	・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。	・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

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

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

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

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

※２　分娩取扱医師偏在指標

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

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

※３　小児科医師偏在指標

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

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

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

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

※４　タスク・シフト／シェア

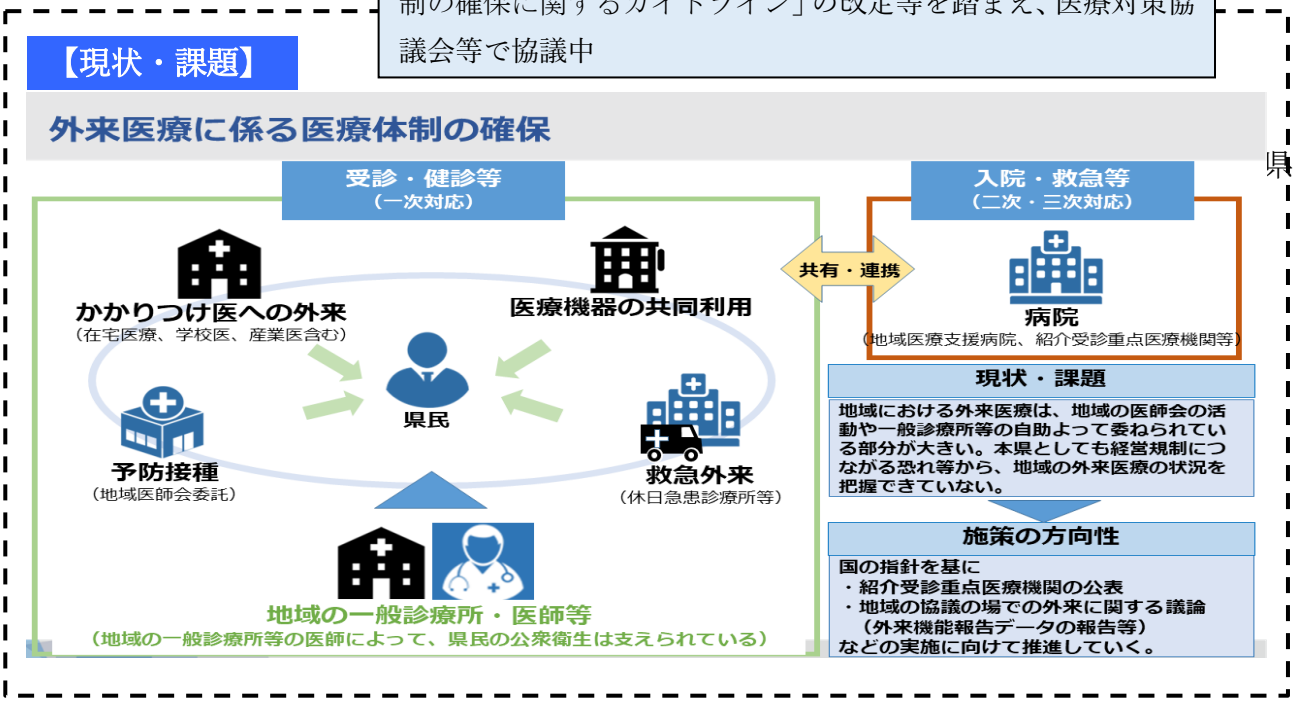
従来、ある職種が担っていた業務を他職種に移管すること又は他職種と共同化すること。

＝＝

第２節　外来医療に係る医療体制の確保

１　現状・課題

「医師確保計画策定ガイドライン」「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」の改定等を踏まえ、医療対策協議会等で協議中



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。

○　本県における診療所数の推移を見ると年々微増となっています。（図表２－５－２－１）

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	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）

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）

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

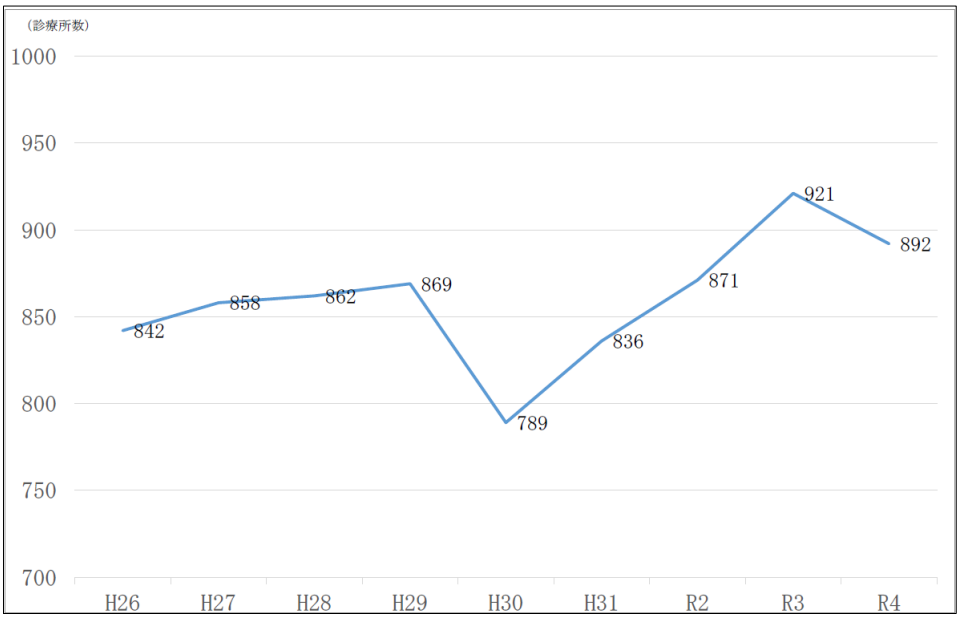
（出典）県医療課「神奈川県医療機関名簿」

○　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（後期~~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）

図表２－５－２－４　県内の在宅療養支援診療所数の推移



（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）

（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。

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
②患者の流出入
③へき地等の地理的条件
④医師の性別・年齢分布
⑤医師偏在の種別（区域、病院/診療所）

○　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	

（出典）厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」

（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２－５－２－７）

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・ｶﾞﾝﾏﾅｲﾌ）	
		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・ｶﾞﾝﾏﾅｲﾌ）	
		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「－」は台数が無い場合、「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当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

外来医師偏在指標

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

（＊1）標準化診療所医師数 $= \sum$ 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）地域の標準化外来受療率比 ＝ 地域の外来期待受療率（＊3）÷ 全国の外来期待受療率

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

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

＝＝

【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当たって、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。





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

（１）歯科医師

○　県内の人口 10 万人当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 万人当たりの施設数は 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運営設置により、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

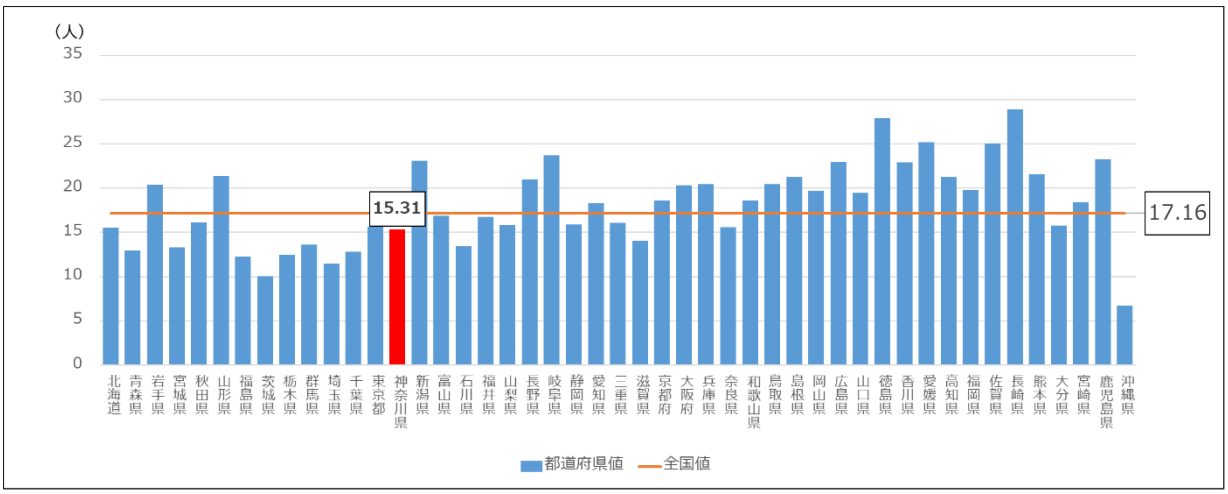
（出典）厚生労働省「医療施設調査」

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）（Ｒ３）



（出典）厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３年）

（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８~~７~~（202~~6~~5）年度は、約 16.9~~1~~7~~~~万人の需要に対して供給が約 15.24　万人となり、約 1.7~~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 19.8~~20.3~~ 万人の需要に対して供給が約 15.57　万人となり、約 4.3~~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９~~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６~~３~~年７月 12~~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施設当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施設当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施設当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当たり、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。

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さらに検討
◆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さらに検討を進め、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さらなる検討を進めます。

第四期中期目標及び県立病院機能のあり方検討会を基に内容を修正予定

（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。

＝＝

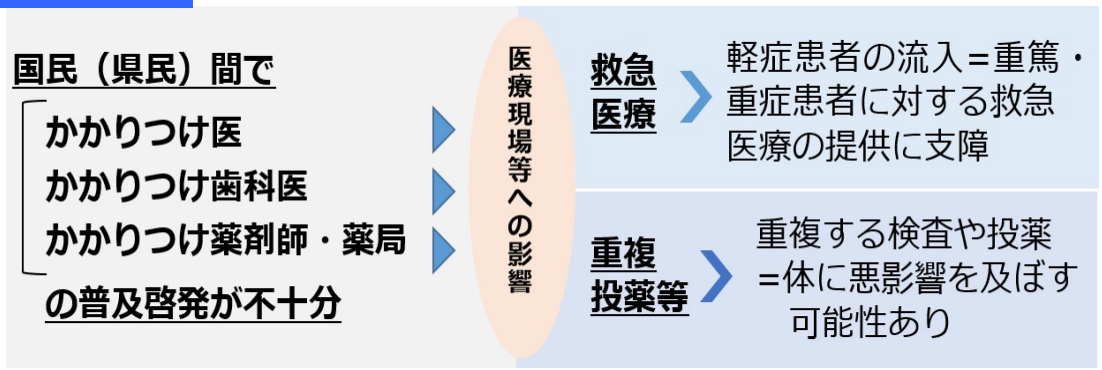
図表２－７－３－１　公立・公的病院一覧

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												
	横浜市立みなと赤十字病院	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										
	横浜市立市民病院	624				26	○	○	○	○	○	○	○	○
	地域医療機能推進機構横浜保土ケ谷中央病院	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	○	○	○	○	○	○	○	
	茅ケ崎市立病院	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

【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、「かかりつけ医がいない」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一部改正を行われました。~~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。~~

第９節　医療ＤＸの推進

【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、~~従来~~現在の健康保険証の新規発行は 2024 年 12 月に終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行が進んでいます~~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。

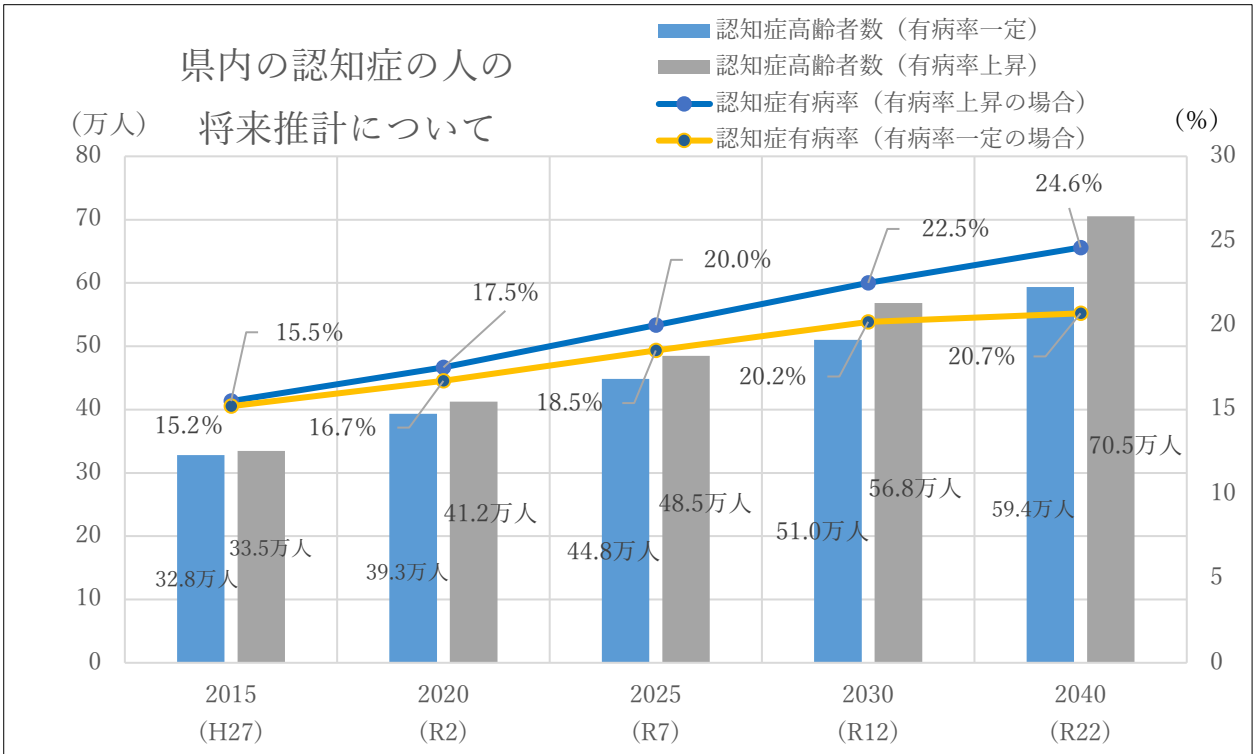
第８章　個別の疾病対策等

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。



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授）と国勢調査および国立社会保障・人口問題研究所による推計から算出。
①各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計　人数/(率)
②各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計　人数/(率)
＊久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定。

【課題】

・認知症施策の推進に当たっては、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６年１月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行され、令和６年12月に「認知症施策推進基本計画」が閣議決定されたことから、これらに基づいた取組が求められています。

２　施策の方向性

（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。

削除

~~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）~~

第７節　臓器移植・骨髄等移植対策

２　施策の方向性

（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。~~

神奈川県

健康医療局保健医療部医療企画課
横浜市中区日本大通１　〒231-8588　電話（045）210-1111