



**神奈川県保健医療計画
(第7次 平成30年度～平成35年度)
(改定案)**

平成30年2月

目 次

第1部 総論	1
第1章 基本的事項	2
第1節 計画改定の趣旨	2
第2節 計画の性格	2
第3節 第6次計画の評価	3
第4節 計画の基本理念及び基本目標	4
第5節 計画期間	5
第6節 関連する計画等	5
第2章 神奈川県の実況	7
第1節 人口	7
第2節 生活習慣病等の状況	10
第3節 受療状況	12
第4節 医療施設・保健医療従事者の状況	14
第5節 計画推進に向けた関係者の役割	17
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	20
第3節 医療と介護の一体的な体制整備	22
第2部 各論	23
第1章 事業別の医療体制の整備・充実	24
第1節 総合的な救急医療	24
第2節 精神科救急	37
第3節 災害時医療	42
第4節 周産期医療	49
第5節 小児医療	57
第2章 疾病別の医療連携体制の構築	64
第1節 がん	64
第2節 脳卒中	72
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	80
第4節 糖尿病	86
第5節 精神疾患	92
第3章 未病対策等の推進	98
第1節 未病を改善する取組みの推進	98

第2節	こころの未病対策	104
第3節	歯科保健対策	106
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	109
第5節	未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成	111
第4章	地域包括ケアシステムの推進	113
第1節	在宅医療	113
第2節	高齢者対策	123
第3節	障がい者対策	128
第4節	母子保健対策	130
第5節	難病対策	134
第6節	地域リハビリテーション	135
第5章	医療従事者の確保・養成	140
第1節	医師	140
第2節	看護職員	144
第3節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	146
第6章	総合的な医療安全対策の推進	150
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	153
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	153
第2節	地域医療支援病院の整備	158
第3節	公的病院等の役割	160
第4節	歯科医療機関の役割	163
第5節	訪問看護ステーションの役割	165
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	167
第7節	病病連携及び病診連携	169
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	171
第8章	個別の疾病対策等	173
第1節	認知症施策	173
第2節	健康危機管理対策	177
第3節	感染症対策	179
第4節	肝炎対策	181
第5節	アレルギー疾患対策	183
第6節	血液確保対策と適正使用対策	185
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	187
第3部	地域医療構想	189

第4部 計画の推進	192
第1章 計画の推進体制	193
第1節 改定計画の検討経緯	193
第2節 計画の推進体制	194
第3節 計画の進行管理	195
第5部 別冊	196
第1章 人口、医療資源等	198
第2章 周産期医療における現状と連携体制	231

第1部 総論

第1章 基本的事項

第1節 計画改定の趣旨

- 神奈川県では、すべての県民が健やかに安心してらせる社会の実現に向けて、総合的な保健医療施策を示した「神奈川県保健医療計画」を策定し、県民の生涯を通じた健康の確保や安心してくらしの重要な基盤となる保健医療提供体制の整備に努めており、第6次神奈川県保健医療計画を平成25年3月に策定しました。
- その後、平成26年6月に「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号、以下、「医療介護総合確保推進法」という。）が制定され、県では、団塊の世代が75歳以上になる平成37（2025）年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組みの方向性を示した「神奈川県地域医療構想」を平成28年10月に策定しました。
- 今回の計画の改定にあたっては、平成28年12月に改正された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針」（以下「総合確保方針」という。）において、今後、計画作成・見直しのサイクルが一致することとなる医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の整合性を確保するとともに、地域包括ケアシステムの構築を推進することが求められています。
- また、周産期医療体制整備指針（平成22年1月）の廃止を受け「神奈川県周産期医療体制整備計画」を本計画に統合することとしました。
- さらに、県では、必要なときに身近な地域で質の高い医療や介護を受けられるだけでなく、超高齢社会を乗り越えるため、健康寿命日本一と新たな市場・産業の創出を目指すヘルスケア・ニューフロンティアを推進しており、その中で、高齢になっても元気にいきいきとくらしるように、健康寿命の延伸を目的とした「かながわ未病改善宣言」を公表し、「食・運動・社会参加」を中心とする県民運動としてライフステージに応じた未病を改善する取組みを進めているところです。
- こうした動きや医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、県の実情に即した効率的で質の高い保健医療提供体制を整備するため、第7次神奈川県保健医療計画を策定します。
- なお、2015年9月に国連本部で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」において「持続可能な開発目標」（Sustainable Development Goals 略称SDGs）が掲げられています。SDGsの17の目標には「すべての人に健康と福祉を」などが含まれており、その理念は本計画とも共通するため、今後、この趣旨も踏まえて保健医療提供体制の整備に取り組んでまいります。（詳細は、P7コラムを参照）

第2節 計画の性格

- この計画は、医療法第30条の4第1項の規定により策定する法定計画であり、県の保健医療

システムの目指すべき目標と基本的方向を明らかにするものです。

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

第3節 第6次計画の評価

- 第6次神奈川県保健医療計画では、新たに「在宅医療」や「精神疾患」を位置づけ、「未病対策」等、県として重点的に進める施策も盛り込みました。
- 計画期間中には、全ての二次医療圏域に救命救急センターを整備することができ、策定時には0施設であった精神科救急・身体合併症対応施設数や災害協力病院の整備施設数の目標を達成、地域バランスを考慮した整備を行うことができました。
- また、平成29年2月には「未病」のコンセプトが国の「健康・医療戦略」にも盛り込まれるなど、健康寿命延伸の取組みにも一定の進捗がありました。
- 一方、特定健康診査の受診率が伸びず、脳卒中や急性心筋梗塞など疾病別の医療連携体制の構築や終末期医療（人生の最終段階における医療）の取組みの進捗に遅れがあるなど、引き続き検討を要する課題も残りました。
- 全国でも屈指のスピードで高齢化が進展する中、2025年を見据えて、県民が安心して身近な地域で医療を受けられる医療提供体制の整備や、多職種協働による地域包括ケアシステムの一層の推進が求められています。
- また、医療提供体制を支えるICTのさらなる活用や、働き方改革を踏まえた医療従事者の確保など、新たな課題も生まれています。

第6次神奈川県保健医療計画 総合評価一覧(平成25～28年度分)

計画項目	H28年度 総合評価	計画項目	H28年度 総合評価
第1章 事業別の医療体制の整備・充実		第6章 疾病別の医療連携体制の構築	
第1節 総合的な救急医療	B	第1節 かかりつけ医(かかりつけ歯科医)の普及	B
第2節 精神科救急医療	A	第2節 地域医療支援病院の整備	B
第3節 小児医療	B	第3節 公的病院の役割	A
第4節 周産期医療	C	第4節 県民・患者の医療に関する選択支援	B
第5節 災害時医療	A	第5節 かかりつけ薬局の役割と医薬品の安全確保	B
第6節 在宅医療	B	第6節 血液確保対策と適正利用	B
第2章 疾病別の医療連携体制の構築		第7節 臓器移植・骨髄等移植対策	B
第1節 がん	A	第8節 開かれた医療の取組み	B
第2節 脳卒中	C	第7章 保健・医療・福祉をつなぐ仕組みづくりの推進	
第3節 急性心筋梗塞	C	第1節 高齢者対策	B
第4節 糖尿病	C	第2節 障害者対策	B
第5節 精神疾患	B	第3節 母子保健対策	B
第3章 医療従事者の確保対策の推進		第4節 リハビリテーション	B
第1節 医師	B	第5節 難病対策	B
第2節 看護職員	B	第6節 終末期医療	C
第3節 薬剤師、その他の医療・介護従事者	B	第8章 生涯を通じた健康づくりの推進	
第4章 医療の情報化の推進		第1節 かながわ健康プラン21	B
第1節 医療機能情報の提供	B	第2節 メンタルヘルス対策	A
第2節 ICT(情報通信技術)を活用した医療情報の共有	A	第3節 歯科保健対策と歯科医療機関の役割	B
第5章 総合的な医療安全対策の推進		第4節 病気になる(未病を治す)取組み	A
		第9章 その他の疾病対策等	
		第1節 感染症	A
		第2節 肝炎	B
		第3節 アレルギー疾患	B
		第4節 健康危機管理体制	B

A : 8項目 B : 36項目
C : 5項目 D : 0項目 計39項目

A…順調に進捗している	B…比較的順調に進捗している	C…やや進捗が遅れている	D…進捗が遅れている
-------------	----------------	--------------	------------

第4節 計画の基本理念及び基本目標

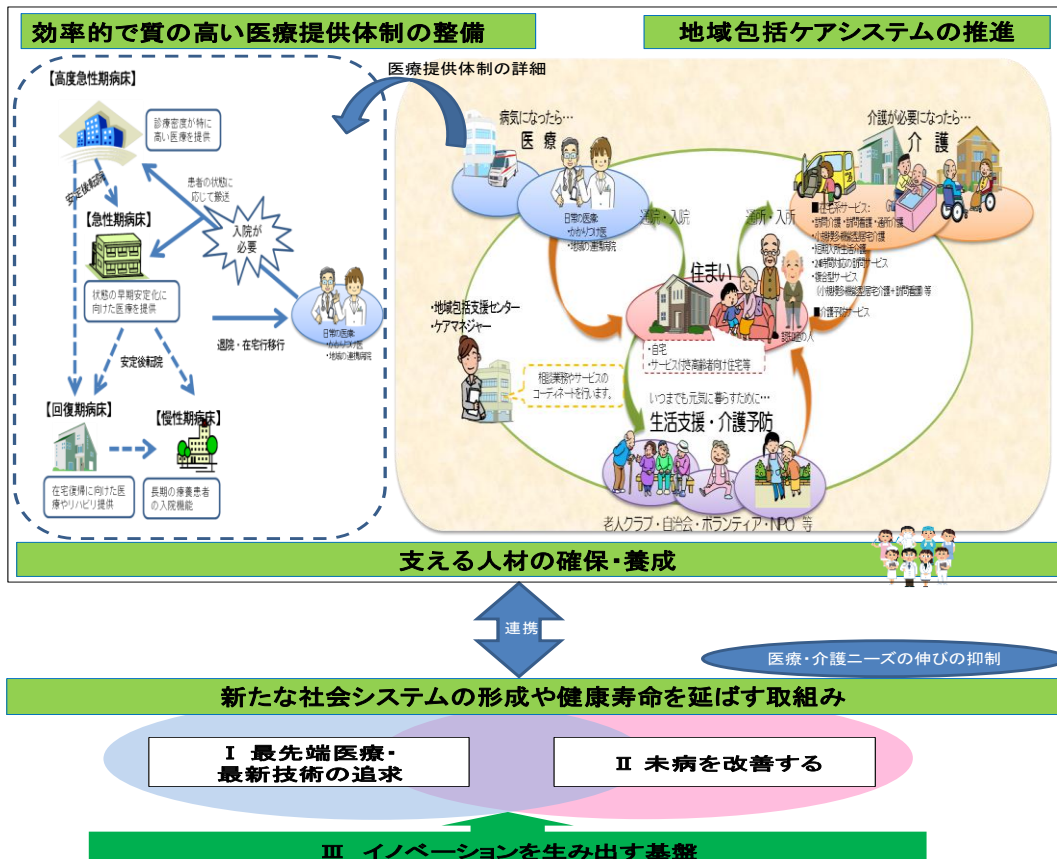
- すべての県民が健やかに安心してくらする社会の実現に向けて、「誰でも等しく良質かつ適切な保健医療福祉サービスを受けられる」ことを基本理念として、保健医療提供体制を整備します。
- 県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、医療機関、介護事業者、行政、県民相互の連携の下で、切れ目のない保健医療福祉サービスを提供する体制を整備することを基本目標とします。

＜神奈川のめざすすがた＞

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

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

【図 神奈川の将来のめざすすがた（イメージ）】



第5節 計画期間

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

第6節 関連する計画等

- 神奈川県保健医療計画は、県が策定した関連する次の計画等と整合を図っています。

- ・ 神奈川県地域医療構想
- ・ 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画
- ・ 神奈川県医療費適正化計画
- ・ 神奈川県国民健康保険運営方針
- ・ 神奈川県感染症予防計画
- ・ 神奈川県新型インフルエンザ等対策行動計画
- ・ 神奈川県保健医療救護計画
- ・ かながわ健康プラン21（第2次）
- ・ 神奈川県アレルギー疾患対策推進計画
- ・ 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画
- ・ 神奈川県がん対策推進計画
- ・ 神奈川県肝炎対策推進計画
- ・ かながわ自殺対策計画
- ・ 神奈川県アルコール健康障害対策推進計画
- ・ 神奈川県地域福祉支援計画
- ・ かながわ高齢者保健福祉計画
- ・ 神奈川県障がい福祉計画
- ・ ヘルスケア・ニューフロンティア戦略
- ・ かながわランドデザイン
- ・ 神奈川県まち・ひと・しごと創生総合戦略
- ・ 神奈川県過疎地域自立促進方針

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

- ・ 横浜市：よこはま保健医療プラン2017
- ・ 川崎市：かわさき保健医療プラン
- ・ 相模原市：相模原市保健医療計画

<ヘルスケア・ニューフロンティア>

- ヘルスケア・ニューフロンティアとは「未病の改善」と「最先端医療・最新技術の追求」という2つのアプローチを融合することにより、健康寿命日本一と新たな市場・産業の創出を目指す取組みです。

<かながわ未病改善宣言>

「2つの理念」

- 「超高齢社会を幸せに生きるには未病改善が大切だ」という価値観を県民文化として育て、人生100歳時代に向けた「スマイルエイジング」を実現します。
- そのため、未病改善について皆で学び、県民一人ひとりのもとより社会のあらゆる主体が協力しあって、ライフステージに応じた未病改善の取組みを展開します。

「3つの取組み」

- 食：医食農同源の考え方で、口腔機能を大切にバランスの良い食生活をおくる取組み
- 運動：日常生活におけるスポーツなど身体活動、ロコモティブシンドロームの予防・進行防止、適度の睡眠を組み合わせる取組み
- 社会参加：人と人の出会い・ふれあい・交流を進める取組み

<ヘルスケア・ニューフロンティア戦略>

- 平成29年10月の「ME－BYOサミット神奈川2017 in 箱根」で採択された「ME－BYO 未来 戦略ビジョン」で示された2025年の目指すべき未来社会の実現に向け、ヘルスケア・ニューフロンティアの取組みを県民の皆様にわかりやすく伝えることを目的として、現在、策定を進めています。
- 戦略では、「県民のメリット」や「4つの重点領域（生活習慣病、生活機能、認知症、メンタルヘルス・ストレス）」、「主要目標（2025年）」等を明示するとともに、2020年を中間目標に据えて、その間の具体的な取組内容を整理しています。

注) スマイルエイジング：健康長寿社会

ロコモティブシンドローム：運動器症候群。運動器（骨、関節、筋肉等）に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった移動機能の低下をきたした状態。

<本計画で使用する統計資料及び用語解説の留意点>

- 計画において引用する各種統計・調査データは、平成30年1月末現在で確定・公表されている最新のデータを使用しています。
- 横浜医療圏の統計資料については、横浜北部・横浜西部・横浜南部の統計が統合されていないため、機械的に合算して支障のないものは「横浜医療圏」として掲載していますが、機械的合算にそぐわないものは3つの医療圏に分けて記載しています。
- 用語解説は、各節末にまとめて記載しています。

(コラム) SDGs

<SDGsとは>

- 2015年9月、ニューヨークの国連本部において「持続可能な開発目標」(Sustainable Development Goals 略称SDGs)を含む「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。
- 日本政府も2016年5月20日に内閣総理大臣を本部長、全閣僚を本部員とする「持続可能な開発目標推進本部」を設置、同12月22日には「SDGs実施指針」を策定し、その中で各自治体に「各種計画や戦略、方針の策定や改定にあたってはSDGsの要素を最大限反映することを奨励」しています。



第2章 神奈川県 の保健医療の現状

第1節 人口

1 県の人口概況

全国的には、これまでの人口が増加する社会から、人口が減少する社会へと転換期を迎えています。県の人口は東京都に次ぐ全国第2位であり、平成21年7月には900万人を突破しました。平成27年には、913万人となり、平成32(2020)年以降徐々に減少することが見込まれています。

(1) 少子化の進行

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

県でも、第二次ベビーブームの昭和48年の2.30をピークに低下傾向で、平成19年に1.19と最低値を記録し、その後はわずかに上昇傾向に転じ、平成27年は1.39となりました。

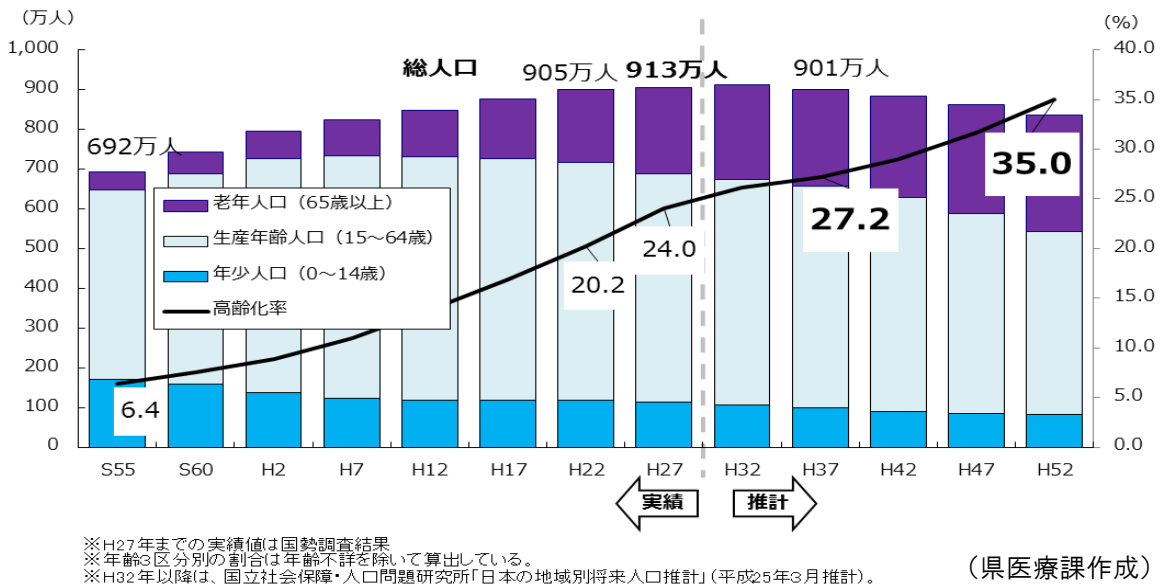
しかし、全国水準及び人口が安定的に維持される合計特殊出生率の水準(標準的には2.10前後)を大幅に下回っています。また、人口に占める年少人口の割合も低下し、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、今後も年少人口が減少することが予測されています。

(2) 高齢化の進展

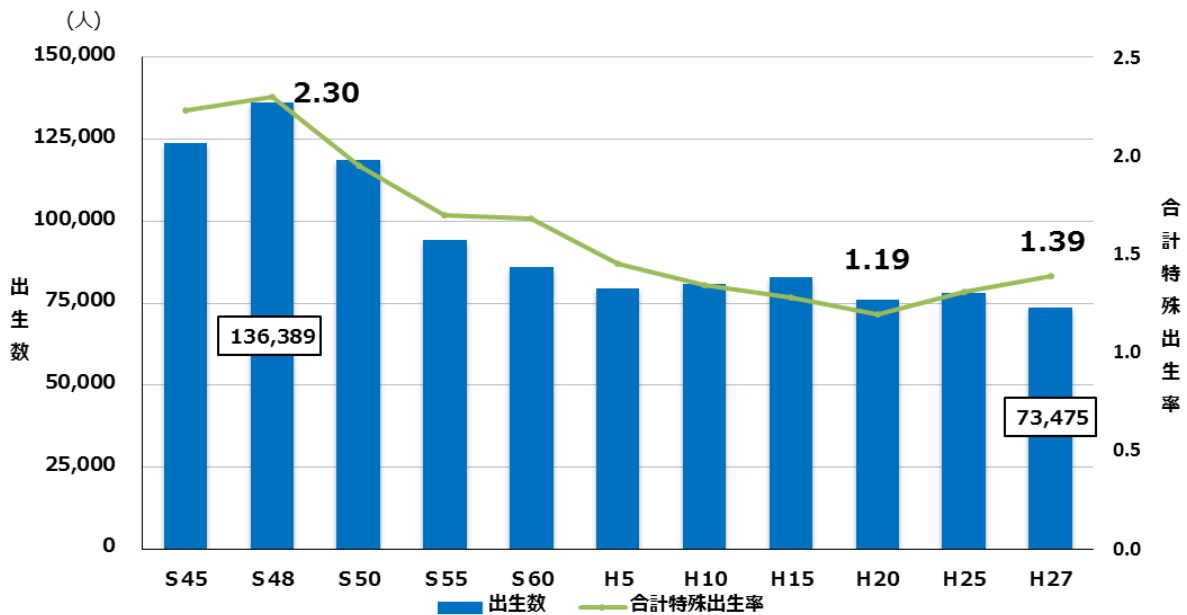
県の高齢化率（65歳以上人口の占める割合）は平成22年には20.2%でしたが、平成27年には24.0%に上昇しており、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、平成37（2025）年には27.2%程度に達すると見込まれています。その後も上昇し、平成52（2040）年には35%に達する見込みです。

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

【図 年齢3区分別人口及び高齢化率】

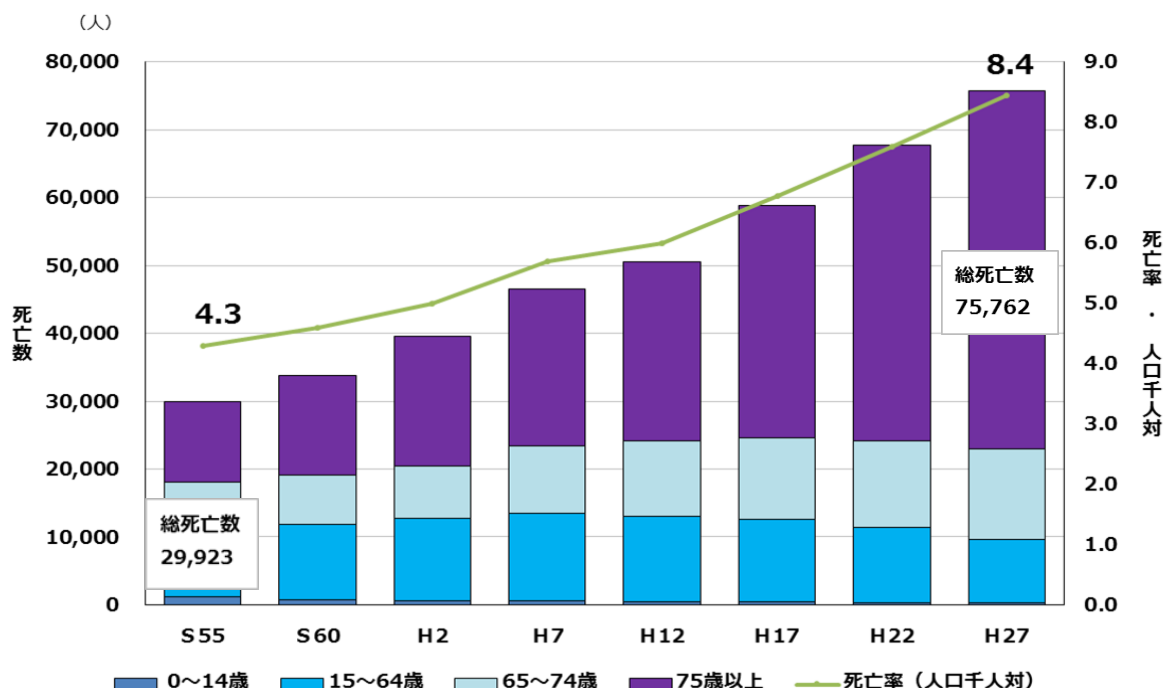


【図 出生数及び合計特殊出生率(国集計値)の年次推移】



出典：「平成27年神奈川県衛生統計年報」

【図 死亡率及び死亡率の年次推移】



出典：「平成27年神奈川県衛生統計年報」

(3) 年齢別人口構成比

県の平成29年1月1日現在の年齢（3区分）別人口の構成比は、年少人口は12.4%（全国と同じ）、生産年齢人口は63.1%（全国と比べて2.9ポイント高い）、老年人口は24.5%（全国と比べて2.9ポイント低い）となっています。

2 地域別の状況

県単位での人口は増加する一方、二次保健医療圏単位では地域偏在があります。平成28年中の人口増減を地域別にみると、横浜地域（6,401人増）、川崎地域（1万4,441人増）、相模原地域（338人増）、湘南東部地域（3,401人増）、湘南西部地域（797人増）、県央地域（2,466人増）の6地域で増加し、横須賀・三浦地域（3,660人減）、県西地域（1,980人減）の2地域で減少となっています。

(単位：万人)

		総人数		年少人口 (0~14歳)		生産年齢人口 (15~64歳)		老年人口 (65歳~)	
神奈川県	H29.1.1現在	915	(100.0)	113	(12.4)	572	(63.1)	222	(24.5)
全 国	H29.1.1現在	12,682	(100.0)	1,574	(12.4)	7,639	(60.2)	3,470	(27.4)

(単位：人)

地域	横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南西部	湘南東部	県央	県西	計
H29.1.1現在	3,731,096	849,775	641,802	721,477	709,759	586,200	715,429	848,347	344,762	9,128,037
H28.1.1現在	3,724,695	843,994	633,142	721,139	713,419	586,997	712,028	845,881	346,742	9,148,647

出典：「神奈川県年齢別人口統計調査結果（平成28年度版）」

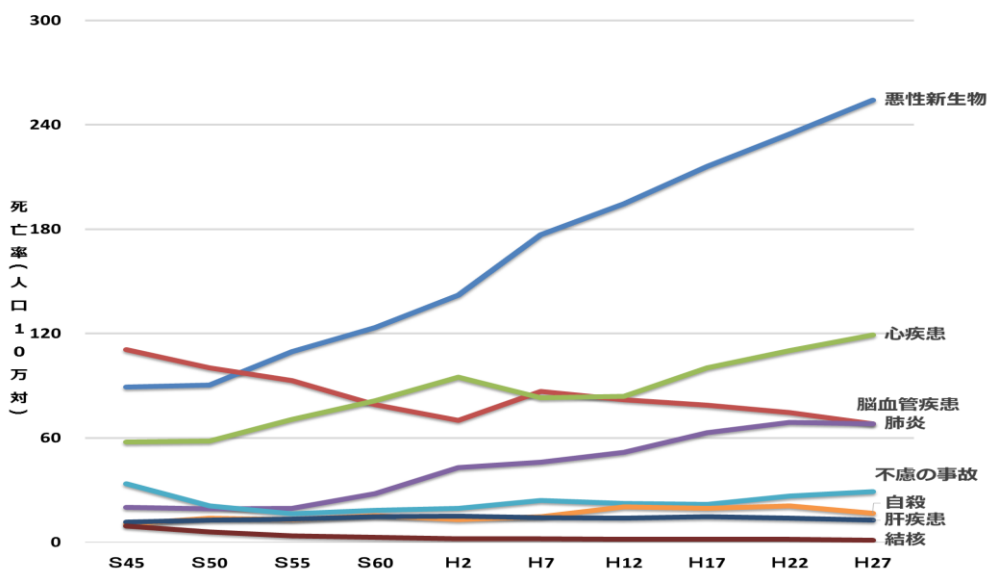
第2節 生活習慣病の状況

1 主な死因別死亡率の推移

県における主な死因別の人口10万人対死亡率の年次推移をみると、悪性新生物や心疾患などのいわゆる生活習慣に起因する疾病が増加しています。また、脳血管疾患による死亡が減少する一方、肺炎の増加が目立つなど、疾病構造が大きく変化しています。

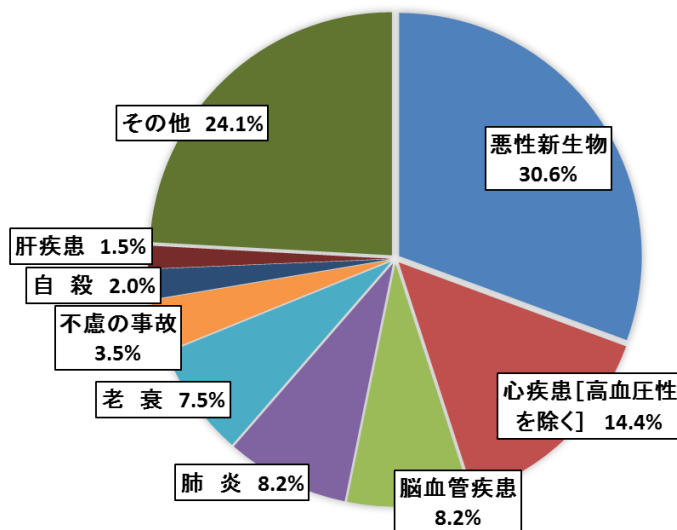
平成27年の主な死因別死亡数の割合をみると、悪性新生物30.6%、心疾患14.4%及び脳血管疾患8.2%の3大疾病で53.2%となるなど全体の約6割を占めており、全死亡者のおよそ3人に1人は悪性新生物で死亡している状況です。

【図 主な死因別の死亡率の推移】



出典：「平成27年神奈川県衛生統計年報」

【図 主な死因別死亡数の割合】



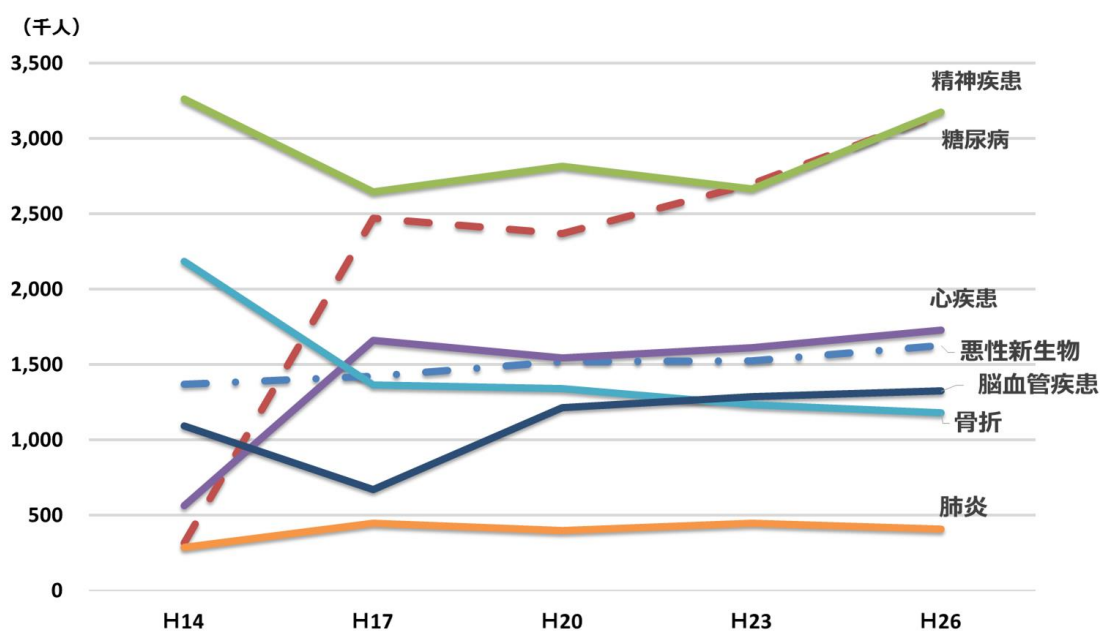
出典：「平成27年神奈川県衛生統計年報」

2 疾病別患者数の推移

悪性新生物（がん）、脳血管疾患（脳卒中）、心疾患（心筋梗塞等の心血管疾患）、糖尿病及び精神疾患の5つの疾病について、平成26年の患者数を見ると、県においても全国と同様に精神疾患の患者数が最も多くなっています。

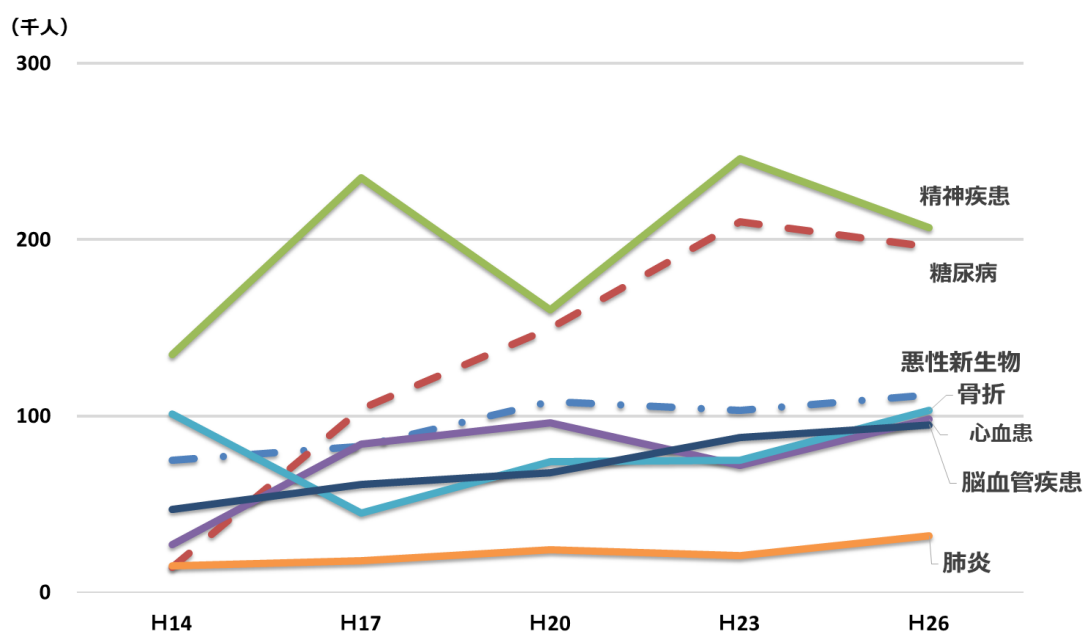
患者数の年次推移を見ると、精神疾患及び糖尿病は全国的には増加している傾向にありますが、県では平成26年は減少しています。また、県における悪性新生物、脳血管疾患及び心疾患の患者の推移は、いずれも増加傾向にあります。

【図 5 疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（全国）】



出典：厚生労働省「患者調査」

【図 5 疾病及び肺炎・骨折の患者数の年次推移（神奈川県）】



出典：厚生労働省「患者調査」

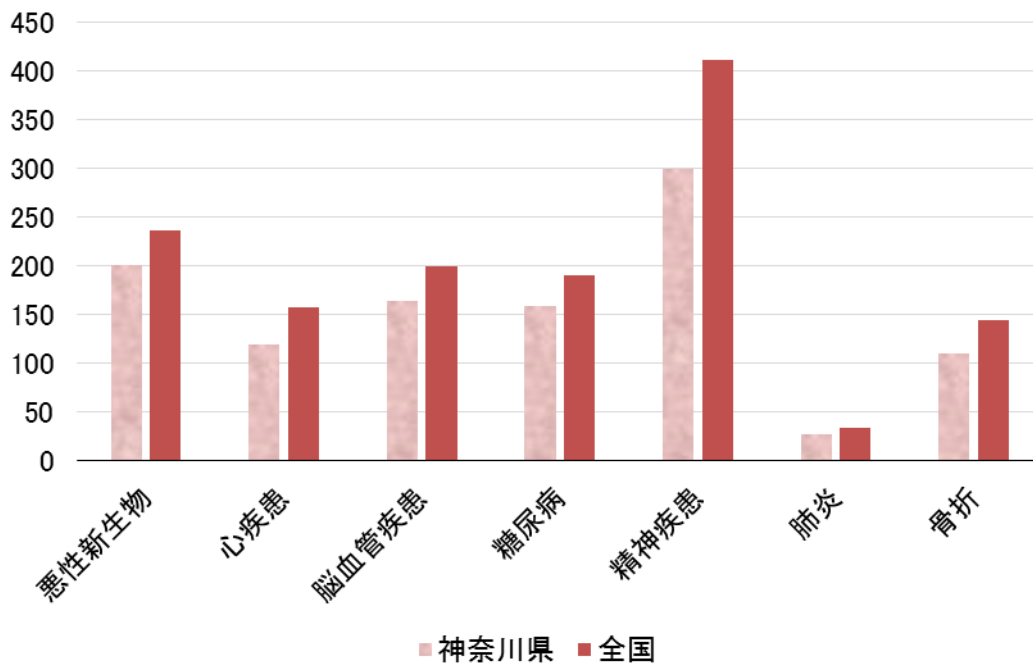
第3節 受療状況

1 疾病分類別受療率

全国の疾病（大分類）別受療率と比較すると、「精神疾患」をのぞいてほぼ全国と比較してやや低い受療率であるのに対し、「精神疾患」は全国平均を大きく下回っています。

【図 疾病分類別受療率】

（人口10万人対）



出典：厚生労働省「平成26年患者調査」

【患者調査の疾病大分類】

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

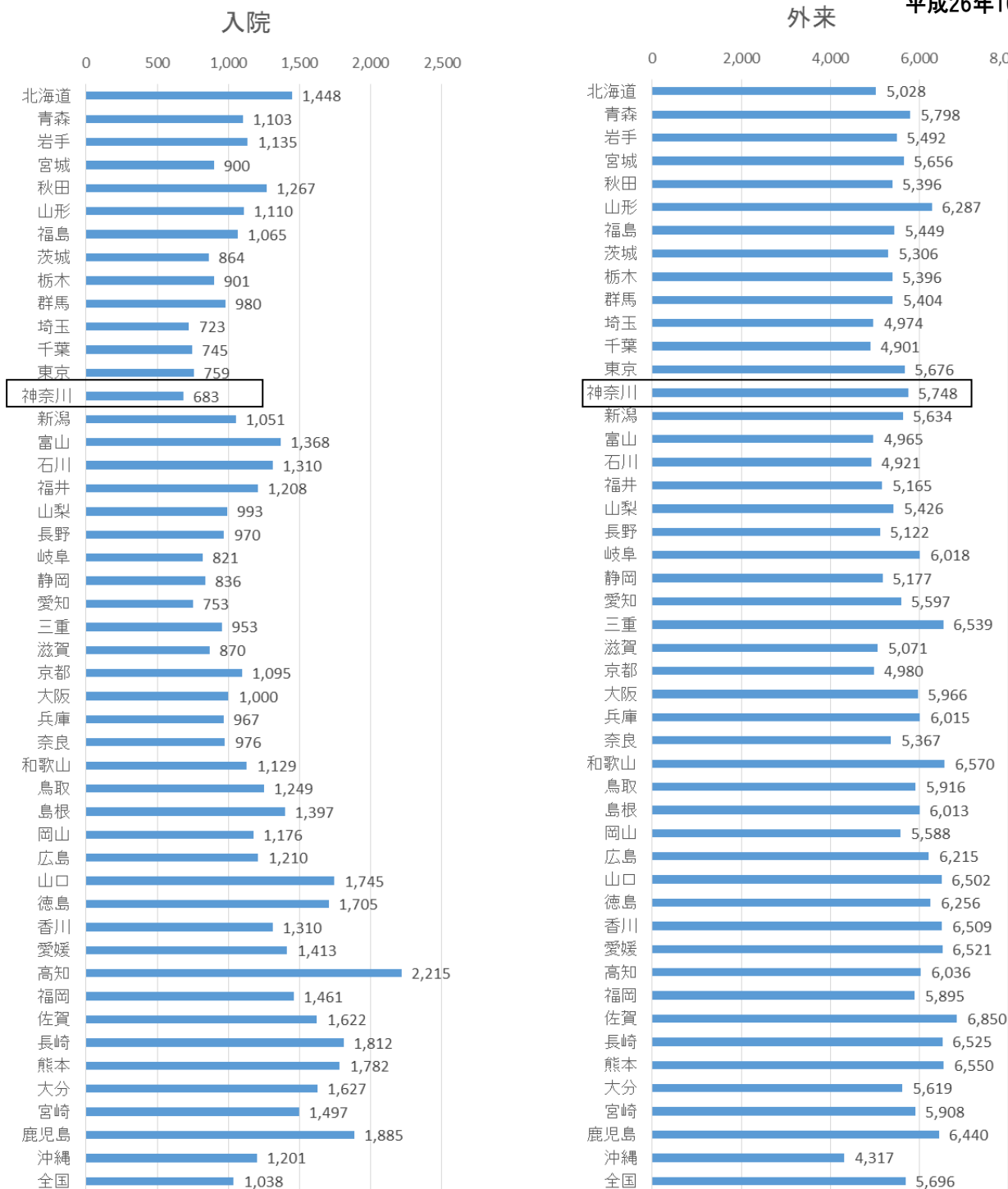
2 入院・外来受療率

県民の全疾病の受療率（患者調査の調査日に医療施設で診療を受けた患者数を人口10万人あたりで除した率）は、入院では683と全国で最も低くなっています。

また、外来では5,748で、全国で21番目に高くなっています。平成20年の患者調査では5,263で沖縄県に次ぎ2番目に低い率でしたが、外来受診が増えている傾向が見られます。

【図 都道府県（患者住所地）別にみた受療率（人口10万対）】

平成26年10月



出典：厚生労働省「平成26年患者調査」

第4節 医療施設・保健医療従事者の状況

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

1 病院・診療所数

医療施設数を人口10万人あたりで比較すると、歯科診療所以外はいずれも全国平均より低くなっています。

	施設数						人口10万対(H28)	
	H23	H24	H25	H26	H27	H28	神奈川県	全国
病院	344	345	342	342	341	341	3.7	6.7
うち精神	47	47	47	48	47	47	0.5	0.8
一般診療所	6,424	6,497	6,545	6,556	6,648	6,711	73.4	80.0
有床診療所	296	288	278	248	241	229	2.5	6
歯科診療所	4,862	4,902	4,915	4,920	4,951	4,989	54.6	54.3

出典：厚生労働省「医療施設調査」

2 病院の病床数

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

	病院の病床数						人口10万対(H28)	
	H23	H24	H25	H26	H27	H28	神奈川県	全国
一般病床	46,495	46,922	46,589	46,267	46,279	46,562	509.2	702.3
療養病床	13,185	13,360	13,376	13,462	13,428	13,269	145.1	258.5
精神病床	13,914	13,922	13,864	14,155	14,022	13,908	152.1	263.3
感染症病床	74	69	69	69	69	69	0.8	1.5
結核病床	166	166	166	166	166	166	1.8	4.2
総数	73,834	74,439	74,064	74,119	73,964	79,374	808.9	1229.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」

3 病院の病床利用率

病床別の病床利用率は、精神病床を除いて全国平均より高くなっています。

	病床利用率(%)						
	H23	H24	H25	H26	H27	H28	全国(H28)
一般病床	75.6	75.4	74.7	74.5	75.1	75.4	75.2
療養病床	91.0	90.8	90.0	90.4	90.2	89.1	88.2
精神病床	88.1	86.5	86.0	84.3	84.8	86.0	86.2
感染症病床	8.8	8.2	12.8	16.2	14.9	14.1	3.2
結核病床	62.6	60.2	56.5	57.7	52.2	54.8	34.5
総数	80.6	80.1	79.5	79.1	79.6	79.8	80.1

出典：厚生労働省「病院報告」

4 病院の平均在院日数

病床別の平均在院日数は、療養病床と精神病床、感染症病床を除いて全国平均より短くなっています。

	平均在院日数(日)					
	H23	H24	H25	H26	H27	H28
一般病床	15.3	14.8	14.5	14.1	13.9	13.8
療養病床	212.2	211.5	208.5	202	198.9	187.0
精神病床	246.9	239.9	239.7	234.1	232.7	229.3
感染症病床	9.0	7.3	11.3	15.2	15.8	14.6
結核病床	65.1	63.6	60.4	63.7	61.7	62.7
総数	24.8	24	23.5	23	22.5	22.3

出典：厚生労働省「病院報告」

5 医師数

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

		医 師 数(人)					
		H18	H20	H22	H24	H26	H28
神奈川県	実 数	15,743	16,792	17,676	18,291	19,036	19,476
	人口10万対	178.3	188.3	195.4	201.7	209.3	213.0
全 国	人口10万対	217.5	224.5	230.4	237.8	244.9	251.7

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

6 主な診療科別にみた医療施設に従事する医師数

人口10万人あたりの医師数は、産科を除いて全国平均より低くなっています。

		総数	内科	呼吸器 内科	循環器 内科	消化器 内科	神経内 科	皮膚科	小児科	精神科	外科
神奈川県	実 数	18,784	3,272	376	701	904	332	642	1109	989	571
	人口10万対	205.4	35.8	4.1	7.7	9.9	3.6	7	12.1	10.8	6.2
全 国	人口10万対	240.1	47.9	4.7	9.8	11.2	3.9	7.2	13.3	12.3	11.4

		心臓血 管外科	泌尿器 科	脳神経 外科	整形外 科	眼科	耳鼻咽 喉科	産婦人 科・産科	リハビリ テーショ ン科	放射線 科	麻酔科
神奈川県	実 数	207	426	438	1340	842	607	772	141	382	617
	人口10万対	2.3	4.7	4.8	14.7	9.2	6.6	8.4	1.5	4.2	6.7
全 国	人口10万対	2.5	5.6	5.8	16.8	10.4	7.3	9	2	5.2	7.2

出典：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

7 看護師数

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

		看 護 師 数(人)				
		H20	H22	H24	H26	H28
神奈川県	実 数	45,994	51,503	56,674	61,164	62,794
	人口10万対	515.8	569.2	625.1	672.4	686.6
全 国	人口10万対	687.0	744.0	796.6	855.2	905.5

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

8 歯科医師数・歯科衛生士数・歯科技工士数

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

		歯科医師数(人)					
		H18	H20	H22	H24	H26	H28
神奈川県	実数	6,758	6,869	7,057	7,126	7,414	7,298
	人口10万対	76.5	77.0	78.0	78.6	81.5	79.8
全国		76.1	77.9	79.3	80.4	81.8	82.4

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

		歯科衛生士数(人)		
		H24	H26	H28
神奈川県	実数	6,853	7,619	7,926
	人口10万対	75.6	83.8	86.7
全国		84.8	91.5	97.6

		歯科技工士数(人)		
		H24	H26	H28
神奈川県	実数	1,687	1,684	1,686
	人口10万対	18.6	18.5	18.4
全国		27.1	27.1	27.3

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

9 薬剤師数

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

		薬剤師数(人)					
		H18	H20	H22	H24	H26	H28
神奈川県	実数	16,507	17,650	19,610	20,212	21,541	22,104
	人口10万対	186.9	197.9	216.7	222.9	236.8	241.7
全国		197.6	209.7	215.9	219.6	226.7	237.4

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

10 薬局数

薬局数は、年々増加していますが、人口10万対あたりの薬局数は全国平均を下回っています。

		薬局数				
		H24	H25	H26	H27	H28
神奈川県	実数	3,610	3,680	3,724	3,770	3,825
	人口10万対	39.8	40.5	40.9	41.3	41.8
全国		43.7	44.8	45.4	45.9	46.2

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

11 保健師数

保健師数は、年々増加していますが、人口10万対あたりの保健師数は全国平均を下回っています。

		保健師数(人)				
		H20	H22	H24	H26	H28
神奈川県	実数	1,825	1,899	1,965	2,072	2,149
	人口10万対	20.5	21	21.4	22.8	23.5
全国		34.0	35.2	37.1	38.1	40.4

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

第5節 計画推進に向けた関係者の役割

<県>

- ・ 市町村や保健・医療・福祉関係団体、県民等と連携の下で、質の高い医療提供体制を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組みを支援し、これらを支える人材育成の取組みを推進します。
- ・ 県医療審議会や県保健医療計画推進会議などの各種会議や地域医療構想調整会議等を運営し、地域医療構想も含めた保健医療計画の進行管理を行うとともに、計画達成に向けて「地域医療介護総合確保基金」を活用するなど、必要な財源確保に努めます。
- ・ 健康寿命日本一と新たな市場・産業の創出を目指すヘルスケア・ニューフロンティアを具体化するとともに、市町村の保健・医療・福祉にかかる取組みを支援します。
- ・ 県民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

<市町村>

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

<医療機関・医療関係者>

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

<医療保険者>

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

<県民>

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

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 保健医療圏

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

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

(1) 一次保健医療圏

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

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

(2) 二次保健医療圏

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

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

また、神奈川県地域医療構想で設定した、地域における病床機能の分化及び連携を進めるための基準である構想区域と整合を図る必要があることから、今回の改定にあたり、横浜北部・横浜西部・横浜南部二次保健医療圏を統合して一つの二次保健医療圏とすることとしました。

【横浜構想区域設定の経緯】

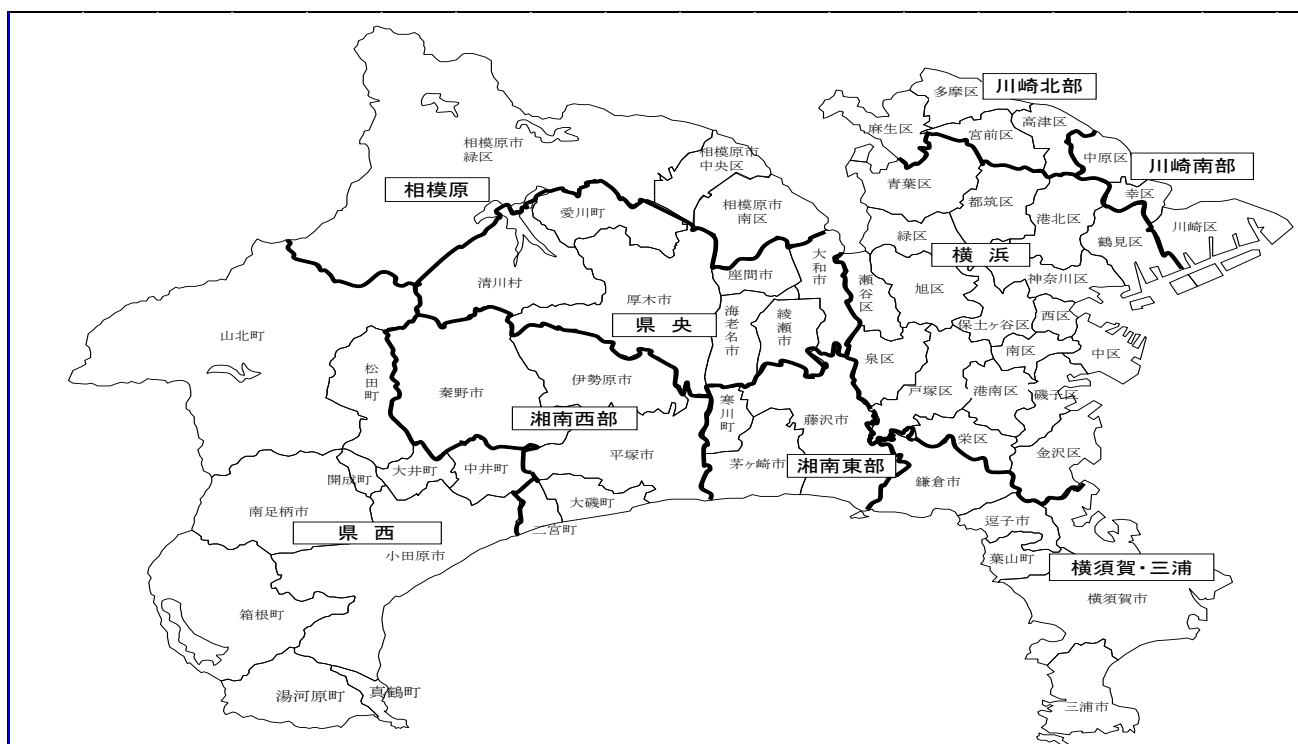
横浜構想区域は、横浜地域地域医療構想調整会議における提案により、次の状況を踏まえ、3つの二次保健医療圏を合わせた一つの構想区域にしました。

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

県内の二次保健医療圏は、次の市町村で構成される9圏域です。

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

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



(3) 三次保健医療圏

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

2 二次保健医療圏別の主な医療機能

保健医療サービスは、二次保健医療圏内で完結することが望ましいと考えられます。平成29年10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	分娩取扱施設数
横浜	9	60	13	8	9	16	59
川崎北部	1	14	3	1	0	1	13
川崎南部	2	12	3	2	3	3	14
相模原	1	15	3	2	1	2	13
横須賀・三浦	3	17	2	1	1	3	16
湘南東部	1	12	2	1	3	2	18
湘南西部	2	8	3	1	2	3	10
県央	1	19	2	1	0	3	13
県西	1	13	2	1	1	1	4
合計	21	170	33	18	20	34	160

※ 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）

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目標であるとともに、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、平成37(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、病床の整備にあたっては、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平成37(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。
- 計画策定後は、計画期間(平成30(2018)～平成35(2023)年)の中間年である平成32(2020)年に基準病床数の見直しを検討することとし、その間、増加する医療需要に対して各医療機関が病床利用率を上げる努力をした結果や、調整会議を通じた適切な役割分担の進捗状況を検証し、改めてその時点で医療需要の将来推計と比較して平成37(2020)年以降増床することの必要性について判断します。

※ 横浜、川崎北部及び横須賀・三浦二次保健医療圏は、必要病床数と既存病床数の乖離が県内でも特に大きい(=医療需要が増加することが見込まれる)地域であり、将来に与える影響が大きいことから、計画策定後、毎年度、最新の人口と病床利用率により再計算した結果を見た上で、地域の医療提供体制の現状等を踏まえて、基準病床数の見直しについて検討します。

二次保健医療圏名	基準病床数A	既存病床数B (H29.3.31現在)	過不足病床数 B-A
横浜	23,516	22,869	△647
川崎北部	3,662	4,362	700
川崎南部	4,189	4,814	625
相模原	6,545	6,564	19
横須賀・三浦	5,307	5,357	50
湘南東部	4,064	4,319	255
湘南西部	4,635	4,901	266
県央	5,361	5,233	△128
県西	2,809	3,155	346
合計(9圏域)	60,088	61,574	1,486

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	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	11,317	13,976

3 感染症病床

感染症病床の基準病床は、医療法第30条の4並びに「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第38条の規定に基づき、第一種感染症指定医療機関、及び第二種感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準として定めます。

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	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	74	74

4 結核病床

結核病床の基準病床数は、精神病床と同様に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	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	129	166

第3節 医療と介護の一体的な体制整備

- 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成 26 年 9 月告示）、医療計画作成指針（平成 29 年 3 月医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（平成 30 年 3 月告示）において、県の「神奈川県保健医療計画」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画」及び市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。
- 具体的には、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置すること、本計画において掲げる在宅医療の整備目標と、市町村の介護保険事業計画（及び県の「かながわ高齢者保健福祉計画」）において掲げる介護施設等の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において協議を行うこととされています。（詳細は、P122 コラムを参照）

第2部 各論

第1章 事業別の医療体制の整備・充実

- 患者や住民が安心して地域で医療を受けられるように、地域医療の確保は重要な課題です。地域の医療資源に限りがある中で、地域の医療機関が連携し、精神科救急も含めた救急、小児医療、周産期医療の医療体制を構築することが求められています。
- また、災害時を念頭においた医療救護体制を整備することも重要です。
- 必要なときに必要な医療が適切に提供される体制の整備充実を進めます。

第1節 総合的な救急医療

- 救急医療は、昼夜の区別なく急病や事故等から県民の生命を守る使命を担っています。
- 県では、比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療、緊急の入院や手術が必要な患者を対象とした二次救急医療、そして高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を対象とした三次救急医療と、役割分担と連携のもと病状に応じた適切な医療が受けられるよう救急医療体制の体系的な整備を進めています。
- 現在、救急医療をめぐる状況は、総じて、供給側(医療体制)では、医師の高齢化、女性勤務医の増加、医師・診療科の偏在等により、救急医療を担う医師の絶対数が不足し、当直医の勤務負担が増大する一方、需要側(患者・家族等)では、少子化、核家族化、夫婦共働き、高齢化といった社会情勢等の変化を背景に、より一層、地域で安心して生活するために必要な医療が必要なときに提供される医療環境へのニーズが高まっており、今後、更に医療体制と医療ニーズの間のミスマッチが拡大する懸念があります。
- このことを踏まえ、県における救急医療体制を強化し、持続可能なものとするために、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の更なる機能分化・連携を推進し、病状に応じた適切な医療が必要なときに受けられる救急医療体制を確保します。
- また、県民が迅速で適切な救急医療が受けられるよう、バイスタンダー(※1)による応急手当てや救急救命士によるプレホスピタル・ケア(※2)を推進します。

現状

(1) 病院前救護

- 平成 27 年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生(除細動含む。)を実施した場合の1か月生存率は 16.1%、実施しなかった場合は 9.2%と約 1.8 倍の差があり、現場に居合わせた人の心肺蘇生行為等が救命率の向上に大きく寄与しています。
- 平成 27 年中の県内の応急手当普及講習(普通・上級講習)の受講者数は 82,464 人で、人口1万人あたり 90 人が受講しています。
- 平成 29 年6月現在、県内に設置された自動体外式除細動器(AED: Automated External Defibrillator)は、17,898 台あります。
- 平成 27 年4月1日現在、県内の救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合は、全国で唯一

100%であり、全国の 87.7%よりも高い割合となっています。

- 病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール(※3)協議会と県内5地区に各地区メディカルコントロール協議会が設置されています。
- 傷病者を受入れる医療機関が速やかに決定されないことがある問題を解消するため、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を平成 23 年 3 月に策定し、平成 24 年2月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年3月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年6月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。

(2) 初期救急

- 初期救急医療体制については、休日夜間急患診療所等及び在宅当番医制(※4)により実施しており、医科で 17 市1町、歯科で 17 市に所在しています。
- 休日夜間急患診療所等の平成 27 年度診療患者数は、医科 397,360 人、歯科 11,242 人となっており、医科の診療患者数では、49%が小児科を受診、36%が内科を受診しています。

【休日夜間・急患診療所体制】

(平成 29 年4月1日現在)

	箇所数	所在地	患者数
医科	48 か所	17 市1町	397,360 人(うち 49%が小児科受診、36%が内科受診)
歯科	20 か所	17 市	11,242 人

(3) 二次救急

- 二次救急医療体制については、病院群輪番制(※5)(14 ブロック)及び救急病院等の認定(※6)を受けた計 184 医療機関(平成 29 年4月1日現在)により実施していますが、この体制に参加する医療機関数は微減しています。

【参加医療機関数】

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
188 機関	189 機関	187 機関	184 機関

(4) 三次救急・ドクターヘリ

- 三次救急体制については、大学病院をはじめとする 21 か所(平成 29 年4月1日現在)の救命救急センターで、24 時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。
- 救命救急センターの整備方針としては、原則として二次保健医療圏に1か所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平成 29 年4月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されました。
- 県では、救命救急センターへの患者搬送システムとして、平成 14 年7月からドクターヘリ(※7)を東海大学医学部付属病院に配備しています。平成 19 年9月からは高速道路における運用を開始するとともに、また平成 26 年8月からは県と山梨県及び静岡県の3県で広域連携体制を構築し、互いの県境を越えて相互に支援を行っています。

【ドクターヘリ搬送実績】

(延べ実績:平成 14 年～28 年度)

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	延べ実績
253 件	281 件	212 件	4,624 件

【平成 27 年度実績における重症度の内訳】

重篤(※8)	重症(※9)	中等症(※10)	軽症(※11)
46 件(20.5%)	113 件(50.5%)	63 件(28.1%)	2 件(0.9%)

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急

- 内科・小児科を主体とする初期から二次までの救急医療体制では対応が難しい耳鼻咽喉科及び眼科救急患者に対応するため、県内を6ブロックに分け、休日(日中)において休日夜間急患診療所及び在宅当番医制による初期救急医療を県独自に実施しています。
- 耳鼻咽喉科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、10,818 人で、内、102 人(0.9%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は、救命救急センター設置病院で全体の6割を占めています。また、休日診療を実施する一般の耳鼻咽喉科診療所が少なく、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。
- 眼科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、3,136 人で、内、34 人(1.1%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は特定機能病院(※12)などの大学附属病院で全体の6割を占めています。また、休日診療を実施する一般の眼科診療所は都市部を中心に散在しているものの、コンタクトレンズ装着等の特定目的の診療が多く、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。

(6) 高齢者救急

- 神奈川県内における平成 27 年の救急搬送件数は、394,313 件と東京都、大阪府に次ぐ全国3位です。平成 23 年(372,909 件)比で 5.7%増加しています。
- このうち、高齢者搬送件数は、217,734 件と救急搬送件数全体の 55%(平成 23 年では 50%)を占めており、高齢化の進展により高齢者搬送の割合が高まっています。

(7) 情報システム

- 神奈川県救急医療情報システム(ウェブサイト)において、救急関係機関(医療機関、消防本部(局)等)が常時、応需情報(※13)の閲覧ができる運用体制となっています。
- また、神奈川県救急医療中央情報センターでは、救急関係機関に対し、患者搬送に必要な情報を 24 時間体制で提供するとともに、救急患者搬送先選定の代行にも取り組んでいます。
- 救急関係機関による平成 28 年度の救急医療情報システム利用件数は 150,485 件、また、神奈川県救急医療中央情報センターにおける平成 28 年度の電話照会受付件数は 4,306 件となっています。

(8) 適正受診の促進

- 平成 27 年度における二次救急医療機関に救急受診した患者数の内、軽症患者の割合が 72.8%、三次救急医療機関では、中等症・軽症患者の割合が 91.9%を占めており、また、二次・三次救急医療機関に救急受診した小児患者の内、中等症・軽症患者が 99.6%を占めています。このことから、軽症患者の流入により、二次・三次救急医療機関に救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。

課題

(1) 病院前救護

- 救命率の向上を図るため、県民による救急法など応急手当の実施や、自動体外式除細動器(AED)の使用法の普及、設置場所の周知が必要です。
- 救急救命士の業務範囲の拡大や高度化への適切な対応や質の向上、救急救命士が適切な活動を実施するためのメディカルコントロール体制の強化・充実が必要です。
- 高齢化の進展に伴い救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が課題です。

(2) 初期救急

- 救急医療体制を持続的に確保する観点から、初期救急へのアクセスが要請される軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入することで、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じることのないよう、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。
- 医師の高齢化等により、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、初期救急へのアクセスの公平性の観点を踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。

(3) 二次救急

- 二次救急医療における平成 27 年度の救急取扱い患者数の内訳をみると、軽症患者が二次救急医療機関へと流入していることから、軽症患者に対する救急外来の診療負担が大きくなることにより二次救急医療機関に搬送される患者(中等症)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じています。

【平成 27 年度の救急取扱い患者数】

死亡	重症	中等症	軽症
4,448 人(0.5%)	60,542 人(6.5%)	188,639 人(20.2%)	679,743 人(72.8%)

- 高齢化の進展に伴い、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や、在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」(※14)の増加により、二次救急に搬送される救急患者が増加すると考えられます。
- 地域完結型医療(※15)を推進していくため、三次救急との機能分化・連携を推進していくとともに二次救急医療体制を強化するための、二次救急医療機関の量的確保と質の充実(救急機能の底上げ)が課題です。
- 二次救急医療機関の「出口問題」(※16)については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。

(4) 三次救急・ドクターヘリ

- 救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医

療へのアクセスが要請されることから発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備が必要です。

- 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが整備されたことから、今後は、地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保とセンター機能の質の充実が課題です。
- 救命救急センターの国の充実段階評価が見直されることから、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直す必要があります。
- 救命救急センターの「出口問題」については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。
- ドクターヘリに関して、現状では、ヘリコプターの特性を活かした重篤・重症患者の搬送は適正に行われています。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ(※17)、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急

- 医師の高齢化等により、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、県内6ブロックでの持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。

(6) 高齢者救急

- 今後、高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と在宅療養(後方)支援病院(※18)など、緊急時の入院受入れに対応できる医療機関の確保が課題です。

(7) 情報システム

- 神奈川県救急医療情報システムは、救急患者の症状に応じた適切な医療機関への迅速な患者搬送に資するため、精度の高い応需情報の収集・提供が求められます。
- 横浜市が平成28年1月から開始した救急安心センター事業(#7119)(※19)の全県での実施を検討する場合、神奈川県救急医療情報システムが収集している応需情報と、神奈川県救急医療中央情報センターが持つ医療機関検索等の医療資源の有効活用も含めた検討が必要です。

(8) 適正受診の促進

- 軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な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。
- また、全ての県民が安心して地域で暮らせるよう、患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」などを持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーション(※20)の必要性を認識してもらうことが課題です。

施策

(1) 病院前救護(県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民)

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

(2) 初期救急（市町村、県、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や、軽症患者の適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。
- 休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- また、休日夜間急患診療所等による初期救急機能が、更に効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス(救急電話相談・医療機関案内)の段階的な導入について検討します。

(3) 二次救急（市町村、県、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 病院群輪番制に参加する医療機関を市町村・地域単位で確保するための二次救急医療機関等に対する救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- 二次救急医療機関等に対する耐震整備事業等の国庫補助を活用し、二次救急機能の量的確保と質の充実を図ります。
- 二次救急医療機関の「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。

(4) 三次救急・ドクターヘリ（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、地域の二次・三次救急医療機関の医療資源・医療需要を踏まえた量的確保を図るとともにセンター機能の質の充実に向けた取組みについて検討します。
- 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直しを検討します。
- 救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。
- ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 引き続き6ブロック体制を維持することにより、休日の重症患者発生時の円滑な高次医療機関への救急受入れを確保するとともに、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療需要に適応した効率的な初期救急体制について検討します。

(6) 高齢者救急（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

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

(7) 情報システム（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 神奈川県救急医療情報システムを引き続き運用し、救急関係機関への応需情報の提供を続けるとともに、情報精度の向上など機能の充実に努めます。
- 県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。

(8) 適正受診の促進（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 二次・三次救急医療機関への軽症患者の受診を抑制し、休日夜間急患診療所等の初期救急機能が効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス（救急電話相談・医療機関案内）の段階的な導入について検討します。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成 35 年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
重症以上傷病者の搬送件数全体に占める、現場滞在時間が 30 分以上の割合	7.62% (消防庁「平成 27 年救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」)	7.87%	高齢化による救急搬送の増加に伴う伸び率を抑制するため、県における平成 27-23 年の平均	重症以上傷病者の搬送件数の増加を見込んだうえで、左記目標値を現行レベルに抑制することで、救急医療へのアクセ

			7.87%以下を目指す	スを確保するための指標となるため
心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動実施件数	135件 (平成28年度版救急救助の現況)	148件	平成24年から27年までの一般市民による除細動実施件数実績を考慮し、計画期間中の伸び率1.1倍増を目指す	県民に対するAEDとその使用方法の普及施策の指標となるため
二次救急を担う医療機関に対する病院群輪番制参加医療機関の割合	82.5% (平成29年県独自調査)	80.0%	医療機関数が減少傾向にある中で、80%の参加率を維持する	課題である二次救急医療機関の量的確保と質の充実を図る指標となるため

■用語解説

※1 バイスタンダー

救急現場に居合わせた人(発見者、同伴者等)のこと。

※2 プレホスピタル・ケア

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

※3 メディカルコントロール

救急現場から医療機関への搬送途上において、救急救命士を含む救急隊員の応急処置の質を医学的観点から保障すること。

※4 在宅当番医制

地区医師会に所属する医療機関等が、当該地区医師会の区域において、休日、夜間に交代で自院において初期救急患者の診療を行うこと。

※5 病院群輪番制

救急車による直接搬送や、かかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための制度。各市や地域単位で、休日や夜間に対応できる医療機関が日を決めて順番に担当する輪番制で対応。

※6 救急病院等の認定

医療機関(病院及び診療所)から都道府県知事に対して、救急業務に関し、協力する旨の申し出があったもののうち、「救急病院等を定める省令」に基づき、都道府県知事が認定・告示すること。

※7 ドクターヘリ

医師、看護師が同乗し患者を搬送する救急専用のヘリコプターのこと。

※8 重篤

生命の危険が切迫しているもの。

※9 重症

生命に危険があるもの。

※10 中等症

生命の危険はないが、入院の必要があるもの。

※11 軽症

入院の必要がないもの。

※12 特定機能病院

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

※13 応需情報

手術の可否、空床の有無等、診療依頼に応じられるか否かの情報。

※14 「時々入院」

在宅療養の過程において、生活習慣病等に起因する心臓・肺・肝臓等の慢性疾患は、時々重症化しながら、徐々に機能が低下していくコースをたどるため、時々急性増悪による入院対応が求められる。

※15 地域完結型医療

医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制。

※16 「出口問題」

二次・三次救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長時間使用することで、新たな救急患者の受け入れが困難になること。具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害の後遺症がある場合や合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要であること等により、自宅への退院や他の病院への転院が困難となっている。

※17 トリアージ

最善の治療を行うため、傷病者の緊急度に応じて、搬送や治療の優先順位を決めること。

※18 在宅療養(後方)支援病院

在宅療養支援病院(許可病床200床未満)、在宅療養後方支援病院(許可病床200床以上)は、施設基準に位置付けられた病院で、在宅療養において、24時間連絡を受ける体制、24時間の往診・訪問看護体制(在宅療養後方支援病院を除く。)、緊急時の入院体制を確保するなど、在宅医療を担う診療所との病診連携が行われている医療機関。

※19 救急安心センター事業(#7119)

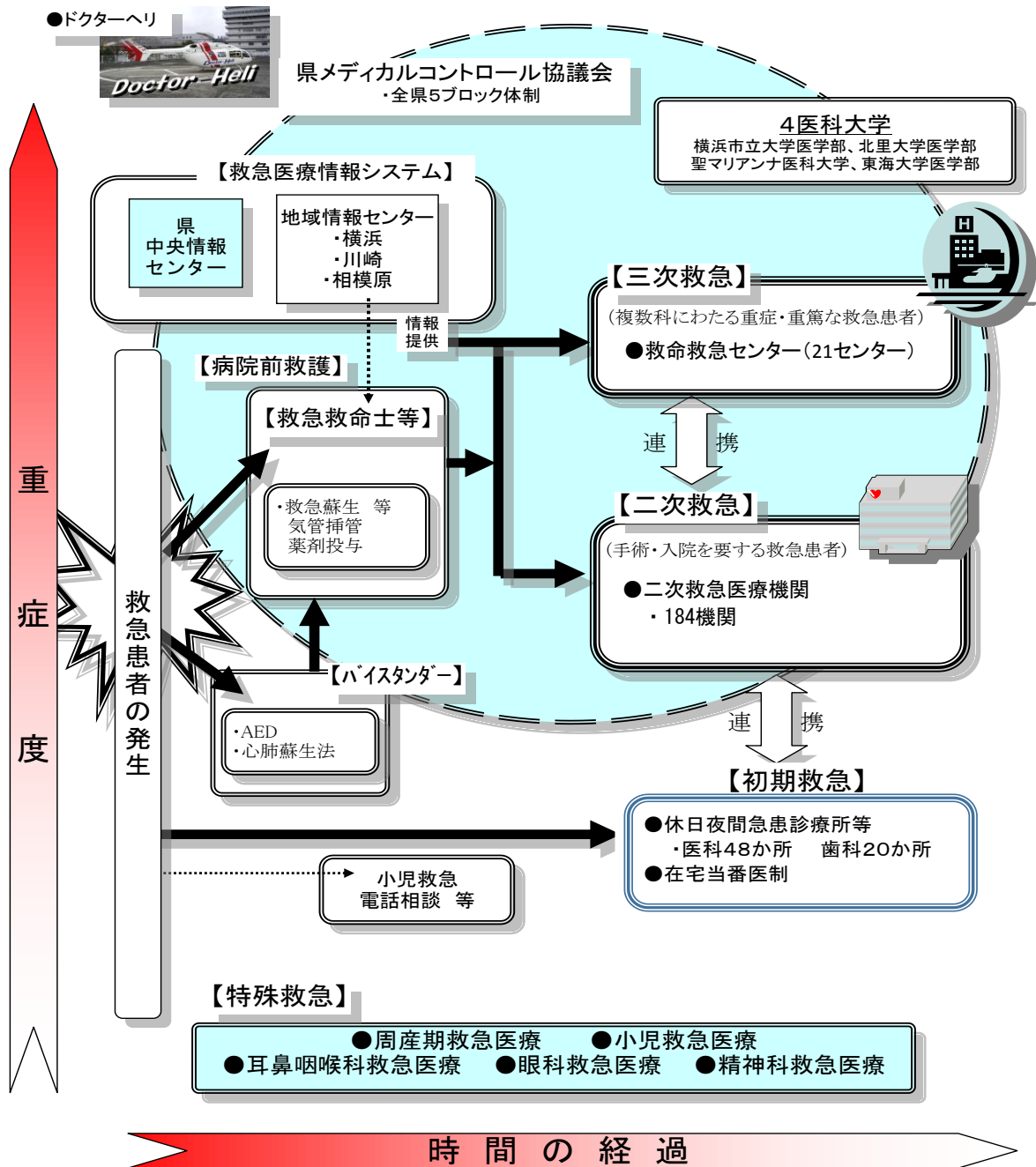
総務省消防庁が推進する、共通の短縮ダイヤル「#7119」を使用し、医師、看護師、相談員等が、すぐに救急車を呼ぶべきか、すぐに医療機関を受診すべきか等の医療相談、受診可能な医療機関案内等、判断に悩む住民(全年齢)からの相談に助言を行う24時間365日の救急電話サービス。

※20 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること。

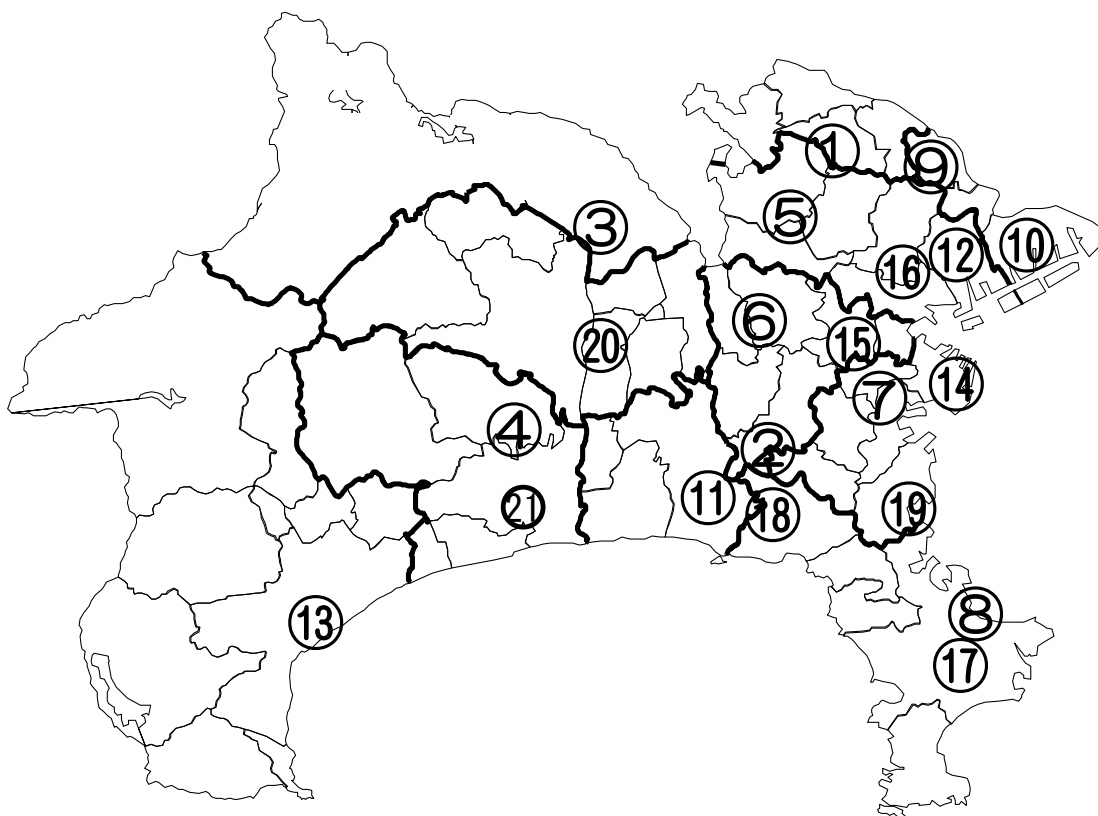
■神奈川県救急医療体制

平成29年4月現在



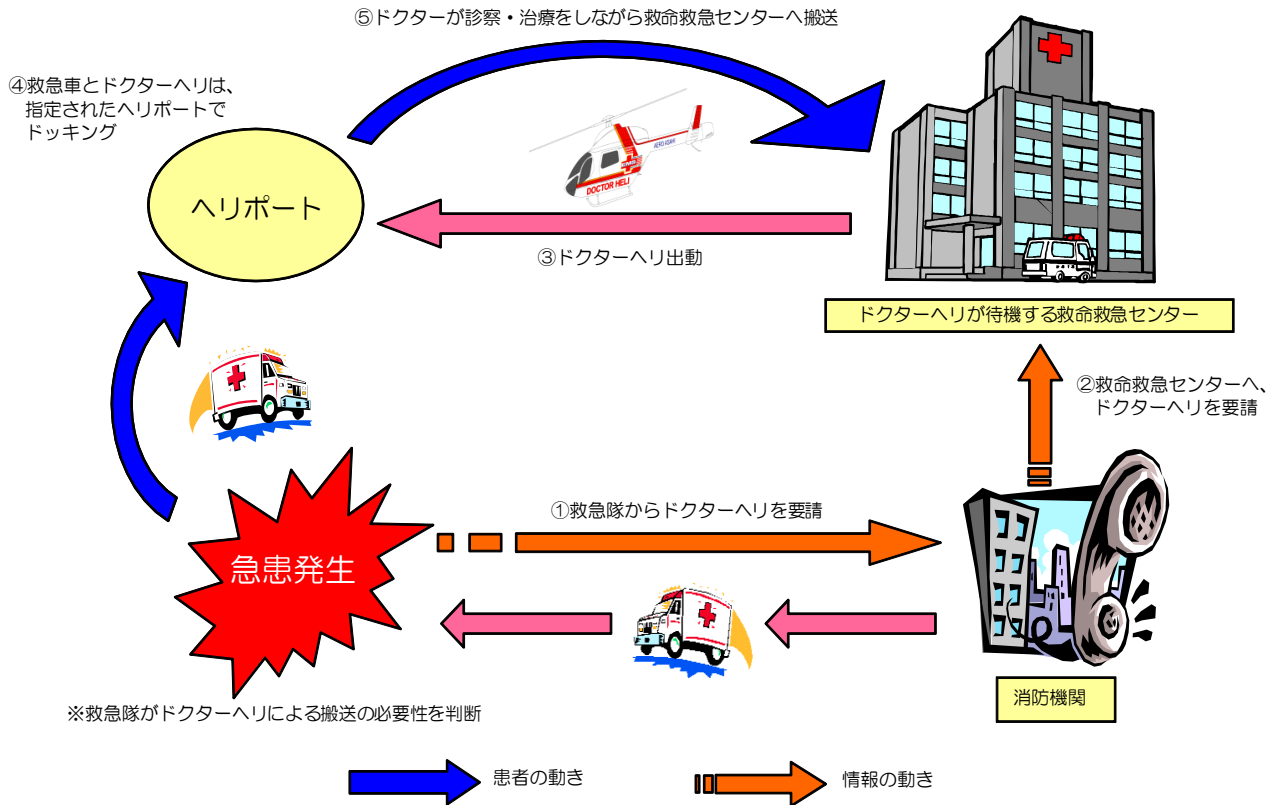
■救命救急センター設置状況（神奈川県が指定）

平成29年4月現在



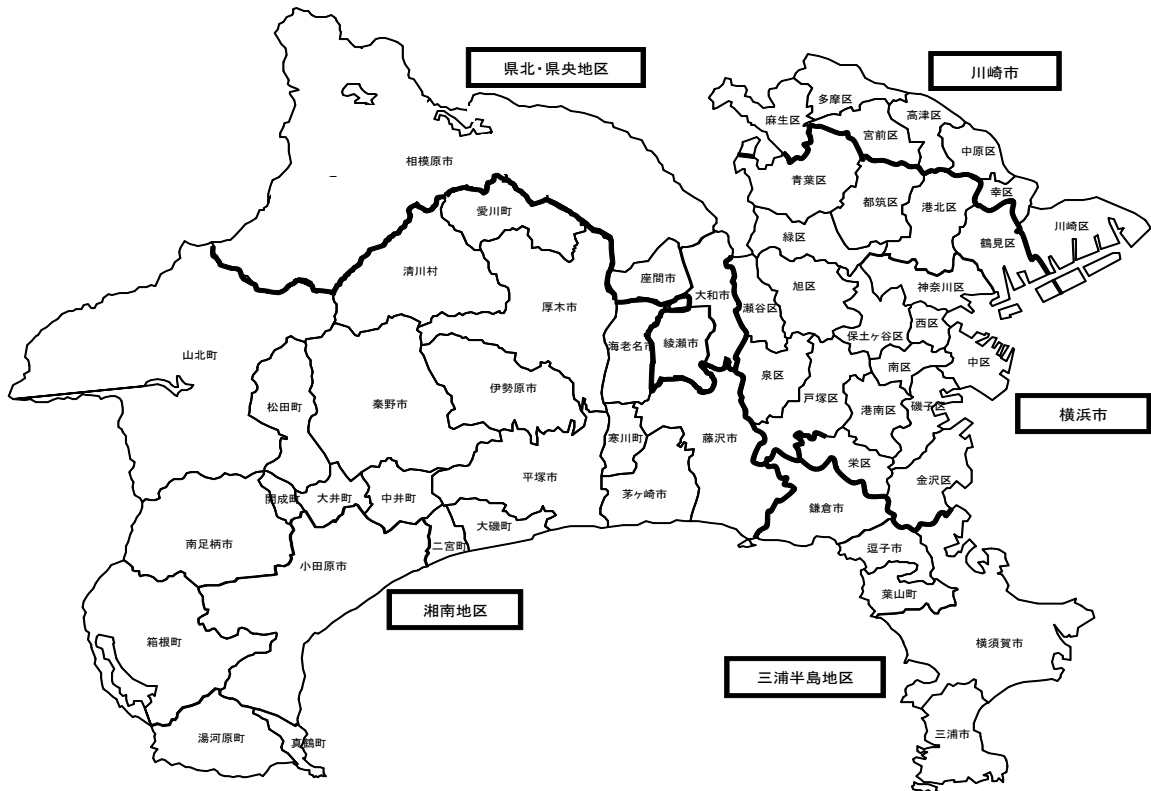
- ① 聖マリアンナ医科大学病院(川崎市宮前区)
- ② 国立病院機構横浜医療センター(横浜市戸塚区)
- ③ 北里大学病院(相模原市南区)
- ④ 東海大学医学部付属病院(伊勢原市)
- ⑤ 昭和大学藤が丘病院(横浜市青葉区)
- ⑥ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院(横浜市旭区)
- ⑦ 横浜市立大学附属市民総合医療センター(横浜市南区)
- ⑧ 横須賀共済病院(横須賀市)
- ⑨ 日本医科大学武蔵小杉病院(川崎市中原区)
- ⑩ 川崎市立川崎病院(川崎市川崎区)
- ⑪ 藤沢市民病院(藤沢市)
- ⑫ 済生会横浜市東部病院(横浜市鶴見区)
- ⑬ 小田原市立病院(小田原市)
- ⑭ 横浜市立みなと赤十字病院(横浜市中区)
- ⑮ 横浜市立市民病院(横浜市保土ヶ谷区)
- ⑯ 横浜労災病院(横浜市港北区)
- ⑰ 横須賀市立うわまち病院(横須賀市)
- ⑱ 湘南鎌倉総合病院(鎌倉市)
- ⑲ 横浜南共済病院(横浜市金沢区)
- ⑳ 海老名総合病院(海老名市)
- ㉑ 平塚市民病院(平塚市)

ドクターヘリ運用の流れ



地区メディカルコントロール協議会の区割り図

平成29年4月現在



第2節 精神科救急

- 精神科救急医療体制は、急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合に、本人や家族からの相談に対応し医療機関に繋げるとともに、精神保健福祉法に基づく診察等を行うものです。
- 県と横浜市、川崎市及び相模原市が協調し、県内の精神科医療機関の協力を得て、実施しています。
- 精神障がい者の人権を尊重し、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるように、精神科救急医療提供体制等のさらなる充実を図ります。

現状

(1) 精神科救急医療体制

- 精神科救急医療体制は、平成19年10月から、初期救急（外来診療のみで入院を要しない者に対応する精神科救急）、二次救急（患者の同意による任意入院、家族等の同意による医療保護入院を要する者に対応する精神科救急）、三次救急（精神保健福祉法第23条の規定に基づく警察官の通報）について、365日24時間体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県1圏域として受入体制を整備しています。
 - 精神科救急医療相談窓口（開設時間：17：00～翌8：30）における初期・二次救急の相談受付件数は、平成28年度は8,570件となっており、平成24年度からほぼ横ばいです。そのうち、かかりつけ医療機関がある患者は約70%を占めています。
 - 精神保健福祉法第23条の規定に基づく警察官の通報件数は、平成28年度は1,615件となっており、平成24年度に比べて1.4倍増加しています。時間帯別で見ると、夜間から深夜の通報件数が他の時間帯に比べて特に増加しています。
 - 夕方から夜間にかけて、患者及びその家族等からの相談受付体制や救急医療機関の受入体制の切替わりに伴い、医療機関の紹介や三次救急対応が困難な時間帯があります。
 - 平成25年4月から、土日の夕方から夜間における受入医療機関を増やし、受入体制を強化しています。
 - 夜間から深夜にかけて、患者及びその家族等からの相談や警察官の通報が複数件重なり、救急のベッドが満床となった場合、医療機関の紹介や三次救急対応が翌日まで持ち越されてしまうことがあります。
 - 平成29年4月から、警察官の通報件数の多い夜間から深夜の時間帯に対応するため、新たに深夜帯の受入医療機関を増やし、受入体制を強化しています。

【精神科救急医療体制参加医療機関数（平成29年4月現在）】

基幹病院（※1）	7病院	平日輪番病院（※2）	37病院
休日輪番病院（※3）	44病院	夜間輪番病院（※4）	28病院
土日午後輪番病院（※5）	44病院	深夜輪番病院（※6）	8病院
身体合併症転院受入病院（※7）	3病院		

※1 基幹病院 休日・夜間・深夜の二次・警察官通報の受入を行う病院

※2 平日輪番病院 輪番で平日昼間の警察官通報の受入を行う精神科病院等

※3 休日輪番病院 輪番で休日昼間の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院

※4 夜間輪番病院 輪番で夜間の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院

※5 土日午後輪番病院 輪番で土日の14時から20時に初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院

※6 深夜輪番病院 輪番で深夜の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院

※7 身体合併症転院受入病院 精神科病院から身体合併症患者の転院を受入れる専用病床を持つ病院

（2）身体合併症等の受入体制

- 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合、身体疾患の治療を行うための受入医療機関について、平成19年度から身体合併症転院事業を実施しています。
- 精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組みとして、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」における精神疾患を有する傷病者に係る基準の受入医療機関確保基準に記載する広域（2つの二次保健医療圏域を合わせた程度の範囲をいう。第2節においては以下同じ。）の身体合併症対応施設が平成28年3月に新たに4医療機関指定され、計6医療機関が身体合併症対応施設として指定されています。
- 県西部における精神疾患を伴う救急患者の受入れを拡充するため、平成28年度から2年間で県域の救命救急センター2ヶ所において、精神疾患対応救急医の人材養成を行いました。
- 精神疾患を有する妊産婦については、救急搬送先の選定が円滑に進まない場合があります。

（3）薬物等依存症患者の受入体制

- 薬物等依存症の治療及び回復支援の充実を図るため、平成26年10月に「依存症治療拠点機関設置運営事業」（国のモデル事業）により県内精神科医療機関1ヶ所を依存症治療拠点機関として指定し、依存症に関する専門的な相談支援・研修、関係機関との連携・調整、県民への普及啓発等を推進しています。
- 精神科救急医療体制の中で薬物等依存症患者に医療を提供できる地域の専門医療機関が少ない状況です。

課題

（1）精神科救急医療体制の充実

- 平日の夕方から夜間にかけて、受入医療機関数が限られており、身近な地域での受入が困難

なことから、アクセスの改善に向けた取組みが必要です。

- また、平日の夕方から夜間にかけて、患者及びその家族等からの相談受付体制や救急医療機関の受入体制の切替わりに伴う受入困難な時間帯の解消に向けた取組みが必要です。
- 初期・二次救急においては、かかりつけ医療機関がある患者の割合が高いという課題があります。

(2) 身体合併症等の受入体制整備

- 横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設が指定されていないことから、引き続き身体合併症対応施設の整備が必要です。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療体制については、一般救急医療機関の受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。
- 精神疾患を有する妊産婦については、救急搬送先の選定が円滑に進まない場合があるため、対応策の検討を進めていく必要があります。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備

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

施策

(1) 精神科救急医療体制の充実（県、政令指定都市、医療提供者）

- 身近な地域での受入体制を確保し、平日の夕方から夜間にかけて、アクセスの向上を図るため、受入医療機関数を増やします。
- 切れ目のない受入体制を確保するため、平日の夕方から夜間にかけて、受入医療機関の病院機能や役割を踏まえつつ、精神科救急医療体制を見直します。
- 初期・二次救急において、より適切な医療を救急患者に提供するため、精神科救急医療機関とかかりつけ医療機関との連携を強化する取組みを推進します。

(2) 身体合併症等の受入体制整備（県、政令指定都市、消防機関、医療提供者）

- 全県域に対応可能な身体合併症の受入体制を構築するため、横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設を新たに指定します。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、関係機関（精神科救急医療機関、一般救急医療機関、消防機関）との連携を強化する取組みを推進します。
- 精神疾患を有する妊産婦の救急搬送が円滑に進むよう、原因の調査及び方策の検討を進めていきます。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備（県、政令指定都市、医療提供者）

- 薬物等依存症に対応できる医療機関を依存症専門医療機関として指定し、薬物等依存症患者の受入体制の整備を進めるとともに、精神科医療機関や精神科医療機関以外の医療機関の医療

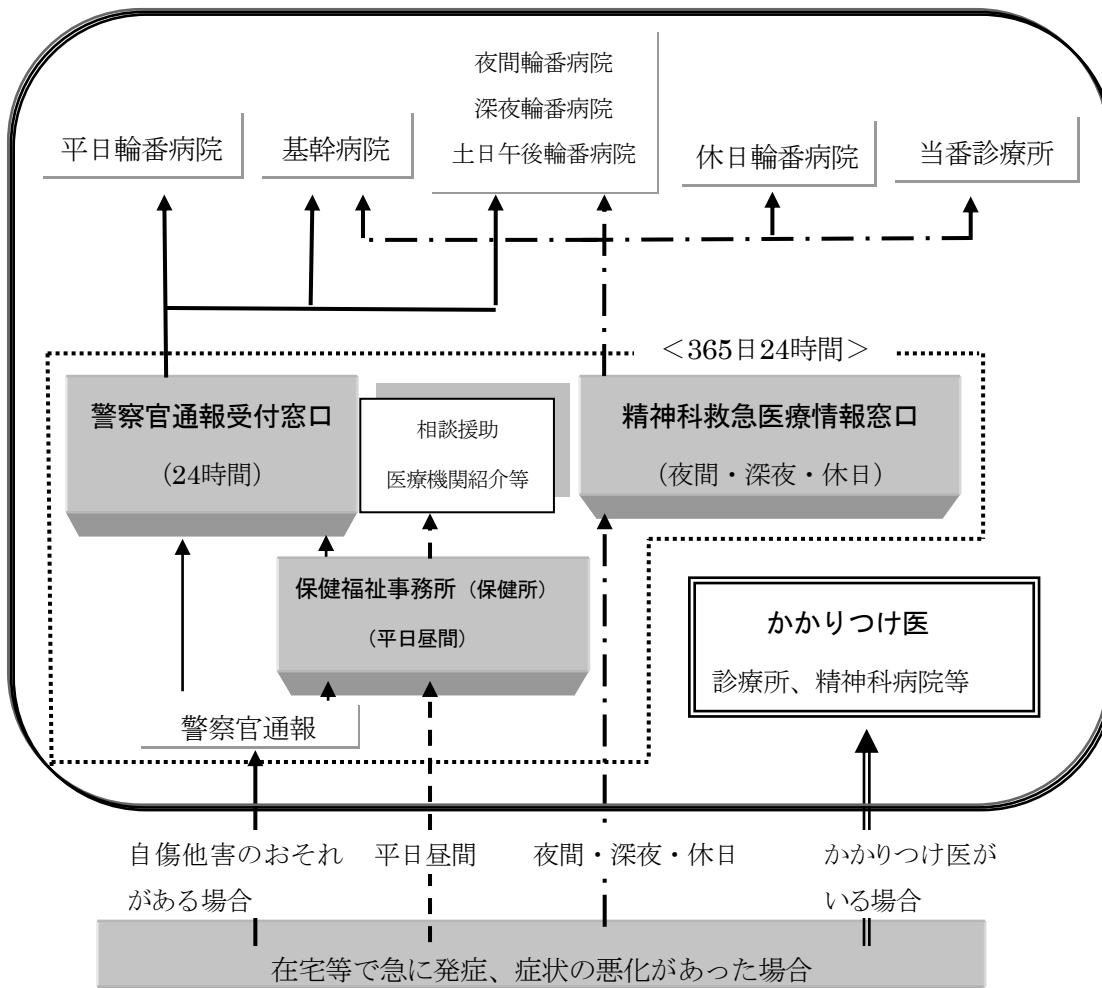
従事者等を対象とした研修を実施し、医療連携体制の構築を推進します。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
平日の夕方から夜間の受入医療機関数（本掲）	8施設	9施設	現状より受入医療機関数を増やす	平日の夕方から夜間にかけて切れ目のない体制の整備とアクセスの向上を図るため
精神科救急・身体合併症対応施設数（本掲）	6施設	7施設	横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設1施設を整備する	県全域に対応できるように広域の身体合併症対応施設を整備する必要があるため

（※現状はいずれも県独自調査）

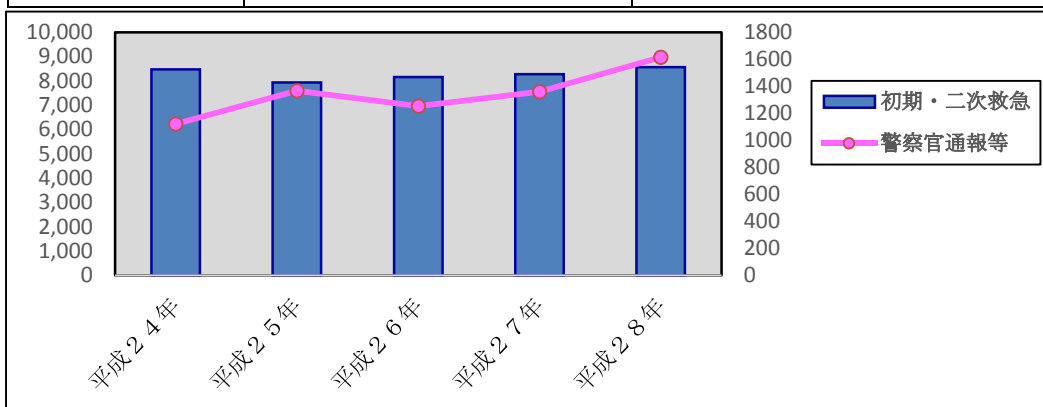
■神奈川県精神科救急医療体制



<精神科救急医療体制 受付状況>

※ 平日昼間を除く

年度	受付総件数	
	初期・二次救急 ※	警察官通報等
平成24年	8,472	1120
平成25年	7,932	1367
平成26年	8,155	1252
平成27年	8,269	1359
平成28年	8,570	1615



第3節 災害時医療

- 平成28年熊本地震等の検証を踏まえ、今後発生が予測される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する大規模な災害や局地的な風水害、大規模な事故等の局地災害に備え、県民の命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」（平成30年4月改定）に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。
- そのため、災害拠点病院の機能強化等を図り、災害時保健医療体制の整備を促進します。

現状

（1）災害拠点病院の整備

- 災害拠点病院は、多発外傷（※1）、挫滅症候群（※2）、広範囲熱傷（※3）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（※4 DMA T：Disaster Medical Assistance Team）等の活動拠点となるなど、被災地域の医療の中心的な役割を果たしています。
- 県が指定している災害拠点病院は、平成30年3月現在で33病院です。

（2）DMA Tの整備

- 災害拠点病院は全てDMA Tを保有しており、複数のDMA Tを保有する災害拠点病院は平成29年3月現在で15病院です。
- 県内で発生した大規模災害を対象に活動する神奈川DMA T－L（※5）を保有する災害拠点病院は平成29年3月現在で26病院です。

（3）災害時保健医療体制の整備

- 県では、災害時に迅速かつ的確な医療を確保するため、県災害対策本部の下に保健医療調整本部を設置するとともに、災害医療に精通した県内の複数の医師で構成される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。
- また、各地域では、原則として二次保健医療圏ごとに地域災害医療対策会議を設置し、県保健福祉事務所が事務局となり、郡市医師会、災害拠点病院等の医療関係者、地域災害医療コーディネーター、市町村（政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町を除く）、消防等の行政関係者等と連携した医療救護活動を実施します。
- 政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市（寒川町含む）は、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。

（4）災害時の精神医療対策

- 災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等によ

り、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、災害派遣精神医療チーム「かながわDPA T（※6）」を整備しています。

課題

（１）災害拠点病院の整備

- 「災害拠点病院指定要件の一部改正について」（平成29年3月31日付医政発第0331第33号）により、災害拠点病院の要件として、被災後、早期に診療機能を回復するための業務継続計画の整備及び同計画に基づく研修及び訓練の実施等が追加され、早急な対応が求められています。

（２）DMA Tの整備

- 災害時の現場対応力の充実強化を図るため、中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMA Tの整備が必要です。
- 医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMA T－Lの整備が必要です。

（３）災害時保健医療体制の整備

- 災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、DMA Tや保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高めることが必要です。
- 県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備し、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。
- 災害時の公衆衛生の分野について、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備することが必要です。
- 災害時に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。
- 災害時には多数の傷病者の発生が見込まれることから、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成することが必要です。
- 平常時から実践的な訓練を行い、災害急性期における対応力の充実強化を図ることが必要です。
- 県外発災時における応援派遣について、その実施体制を整備することが必要です。

（４）災害時の精神医療対策

- 災害の規模や程度に応じた被災者への専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行うために、DPA Tの体制整備の推進を図ることが必要です。
- かながわDPA Tの構成員が現場において迅速にかつ適切に対応できるように人材を育成することが必要です。そのために、平常時から実践的な訓練を行い、災害時における対応力の充実強化を図ることが必要です。

施策

(1) 災害拠点病院の整備（医療機関・医療関係者）

- 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。
- 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。

(2) DMATの整備（県、医療機関・医療関係者）

- 県は、被災時に中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備を進めます。
- 県は、医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT-1の整備を進めます。
- 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。

(3) 災害時保健医療体制の整備（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーターを中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。
- 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」の指定をさらに進め、医療救護体制の強化を図ります。
- 県、市町村及び医療機関は、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。
- 県は、災害時に、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成するため、医療機関、県、市町村の職員を対象にトリアージ技術習得等の研修を実施します。
- 県と市町村及び医療機関は、「ビッグレスキューかながわ（県・市総合防災訓練）」等の訓練に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化を図ります。
- 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（※7）操作訓練を実施します。
- 県は、県保健医療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・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、医療救護体制における小児・周産期分野の体制強化を進めていきます。「災害時小児周産期リエゾン」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調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 県は、県外発災時における応援派遣についても実施体制を整備します。

(4) 災害時の精神医療対策(県、市町村、医療機関・医療関係者)

- 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、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。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
複数のDMATを保有する災害拠点病院の数	15	30	複数DMATを保有する災害拠点病院の数を現状の2倍とする	複数のDMATを保有することにより、急性期における医療救護活動の強化を図ることができるため。
EMISの操作訓練を実施している病院の割合	32.7% (※平成28年度の数値)	100%	全病院のEMIS操作訓練の参加	病院がEMISの操作方法を習得し、災害時に被災状況等を発信することにより、迅速な医療救護活動が可能となるため。
かながわDPAT登録機関等の数	12	18	各医療圏域に配置する登録機関を2機関とする	DPATの登録機関等の数を増やすことで迅速な災害派遣精神医療体制の充実強化を図ることができるため。

(※現状はいずれも県独自調査)

■用語解説

※1 多発外傷

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

※2 挫滅症候群

身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。

※3 広範囲熱傷

ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。

※4 災害派遣医療チーム（DMAT）

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

※5 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」を受講した神奈川県内を活動場所とする救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※6 かながわDPAT

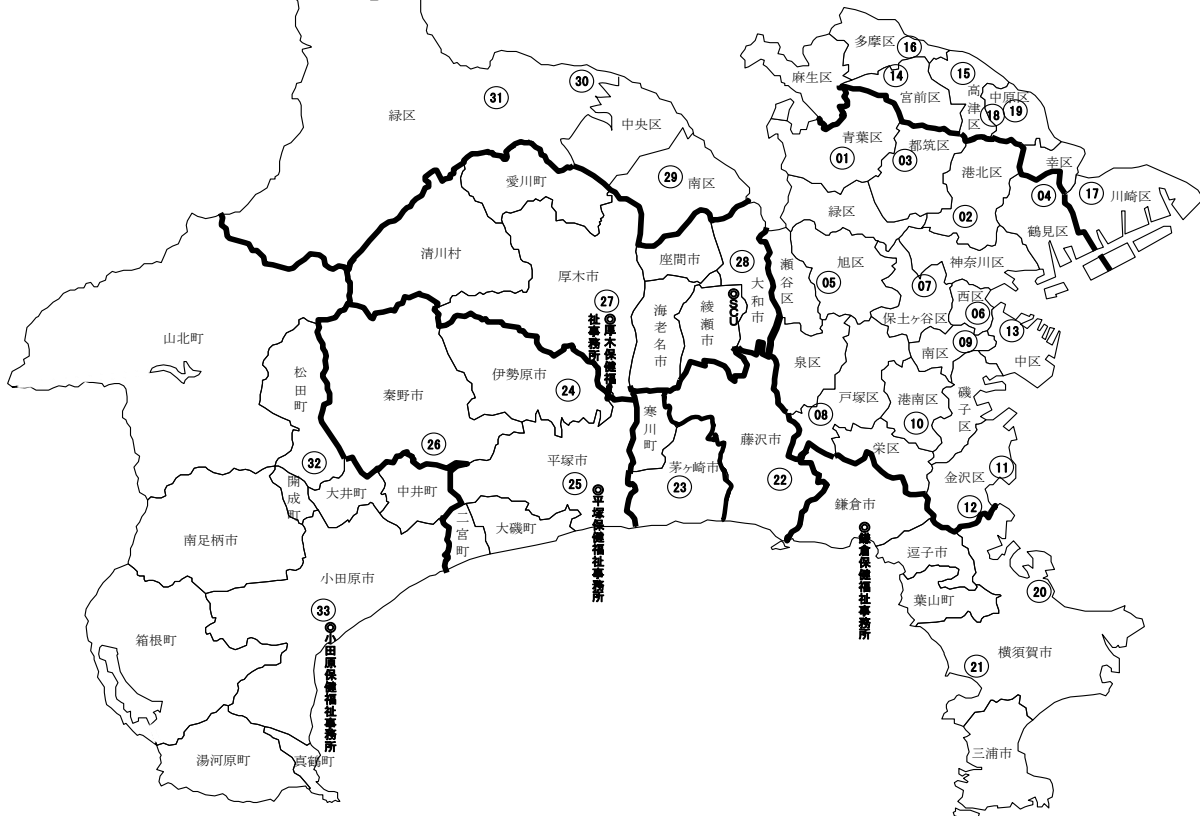
「かながわDisaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、精神科医師、保健師又は看護師、業務調整員で編成されている。

※7 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。

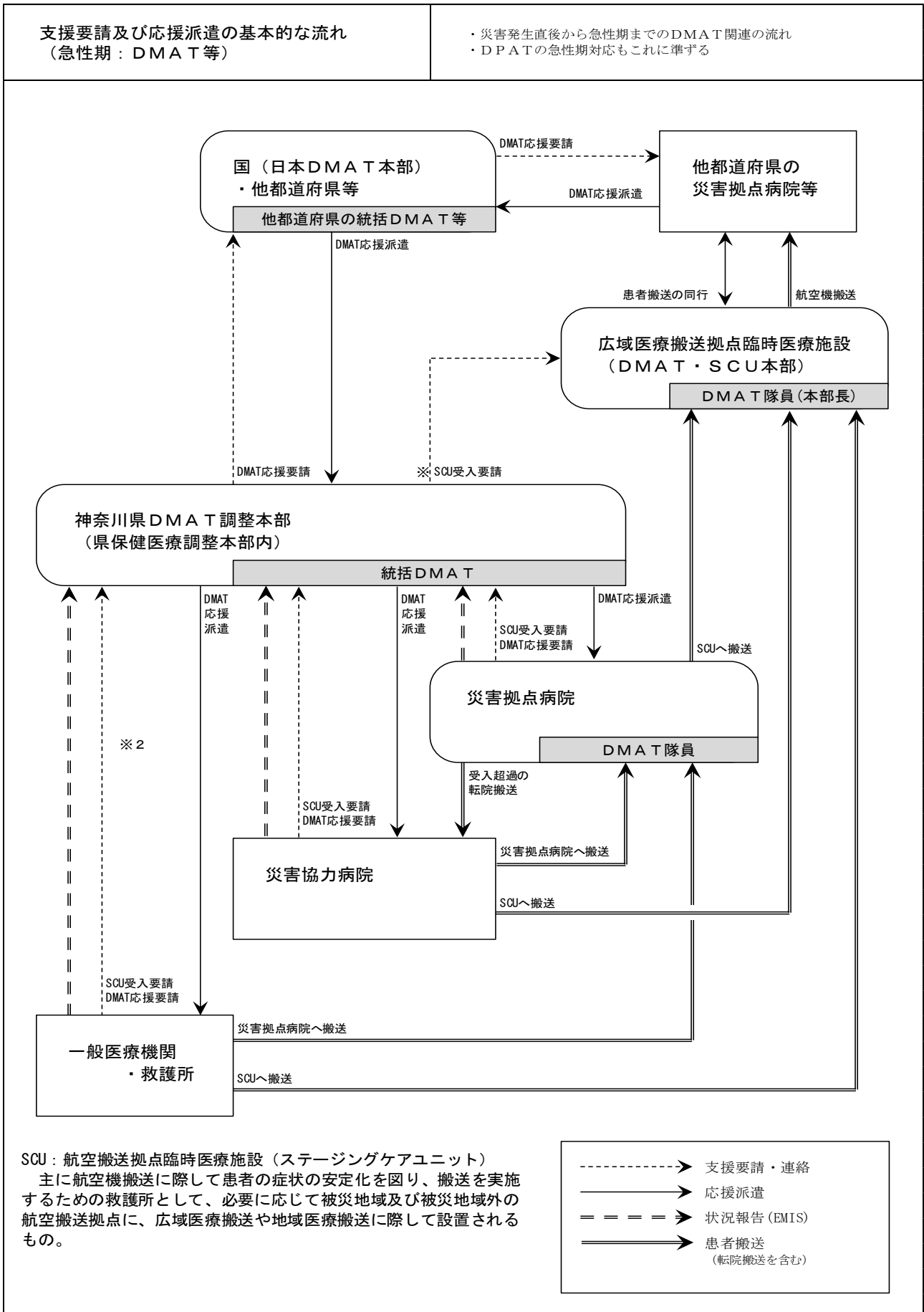
■神奈川県災害拠点病院等の配置状況

神奈川県 災害拠点病院等の配置状況
(平成30年4月1日現在)



医療圏	No	病院名	医療圏	No	病院名
横浜	01	昭和大学藤が丘病院	横須賀三浦	20	横須賀共済病院
横浜	02	横浜労災病院	横須賀三浦	21	横須賀市立市民病院
横浜	03	昭和大学横浜市北部病院	湘南東部	22	藤沢市民病院
横浜	04	済生会横浜市東部病院	湘南東部	23	茅ヶ崎市立病院
横浜	05	聖マリアンナ横浜市西部病院	湘南西部	24	東海大学医学部付属病院
横浜	06	けいゆう病院	湘南西部	25	平塚市民病院
横浜	07	横浜市立市民病院	湘南西部	26	秦野赤十字病院
横浜	08	国立病院機構横浜医療センター	県央	27	厚木市立病院
横浜	09	横浜市大市民総合医療センター	県央	28	大和市立病院
横浜	10	済生会横浜市南部病院	相模原	29	北里大学病院
横浜	11	横浜市大附属病院	相模原	30	相模原協同病院
横浜	12	横浜南共済病院	相模原	31	相模原赤十字病院
横浜	13	横浜市立みなと赤十字病院	県西	32	県立足柄上病院
川崎	14	聖マリアンナ医科大学病院	県西	33	小田原市立病院
川崎	15	帝京大学医学部附属溝口病院			
川崎	16	川崎市立多摩病院			
川崎	17	川崎市立川崎病院			
川崎	18	関東労災病院			
川崎	19	日本医科大学武蔵小杉病院			

■災害時医療救護体制



SCU：航空搬送拠点臨時医療施設（ステージングケアユニット）
 主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置されるもの。

- ➔ 支援要請・連絡
- ➔ 応援派遣
- ====➔ 状況報告 (EMIS)
- ➔ 患者搬送
(転院搬送を含む)

第4節 周産期医療

- 県では、厚生労働省医政局通知「周産期医療対策事業等の実施について(平成21年3月30日付)」の周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に定める周産期医療体制整備指針(第1の3(3))「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日付))に基づき、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の推進を図ってきましたが、同指針が、平成28年度末に廃止となるとともに、保健医療計画への一本化の方向性が示されたことを受け、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を第7次保健医療計画に組み込むこととしました(本県の周産期医療の現状と連携体制の詳細については、第5部別冊第2章に記載されています。)
- 県は、出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中で、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していきます。

現状

(1) 周産期救急医療システムの充実

- 県における母親の年齢別出生数を見ると、35歳未満の割合が減少し、35歳以上の割合が増加しています。
- 県における体重別出生数を見ると、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加しています。
- 昭和60年6月から、「神奈川県周産期救急医療システム」を運用しており、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保しています。
- 平成6年8月から、「神奈川県周産期救急医療情報システム」を運用しており、県救急医療中央情報センター、県周産期救急医療システム受入病院、消防機関、県関係機関等が県周産期救急医療システム受入病院の状況を閲覧することができます。
- また、本システムは、同じく県で運用している「神奈川県救急医療情報システム」と並行して閲覧できるように整備しており、総合周産期母子医療センターを筆頭とした周産期救急医療システム受入病院へ、産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊婦が救急搬送された際、迅速に対応可能病院を検索できるように配慮されています。

【県における母親の年齢別出生数】

年	総数	35歳未満					35歳以上				不詳				
		15歳未満	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50歳以上					
		件数	割合	件数	割合	件数	割合								
H12	82,906	3	1,033	8,238	30,747	31,638	71,659	86.4%	10,115	1,101	29	0	11,245	13.6%	2
H17	76,196	5	880	6,869	21,806	31,433	60,993	80.0%	13,478	1,674	50	1	15,203	20.0%	0
H22	78,077	1	765	5,921	19,542	29,722	55,951	71.7%	18,903	3,145	76	2	22,126	28.3%	0
H23	76,000	1	745	5,532	18,885	28,637	53,800	70.8%	18,591	3,535	72	2	22,200	29.2%	0
H24	75,477	1	755	5,046	18,553	28,009	52,364	69.4%	19,101	3,909	97	3	23,110	30.6%	0
H25	74,320	4	725	4,880	17,887	27,517	51,013	68.6%	18,908	4,311	85	3	23,307	31.4%	0
H26	72,996	0	664	4,546	16,849	27,525	49,584	67.9%	18,727	4,561	121	3	23,412	32.1%	0
H27	73,475	1	685	4,641	16,736	27,733	49,796	67.8%	19,019	4,540	117	3	23,679	32.2%	0

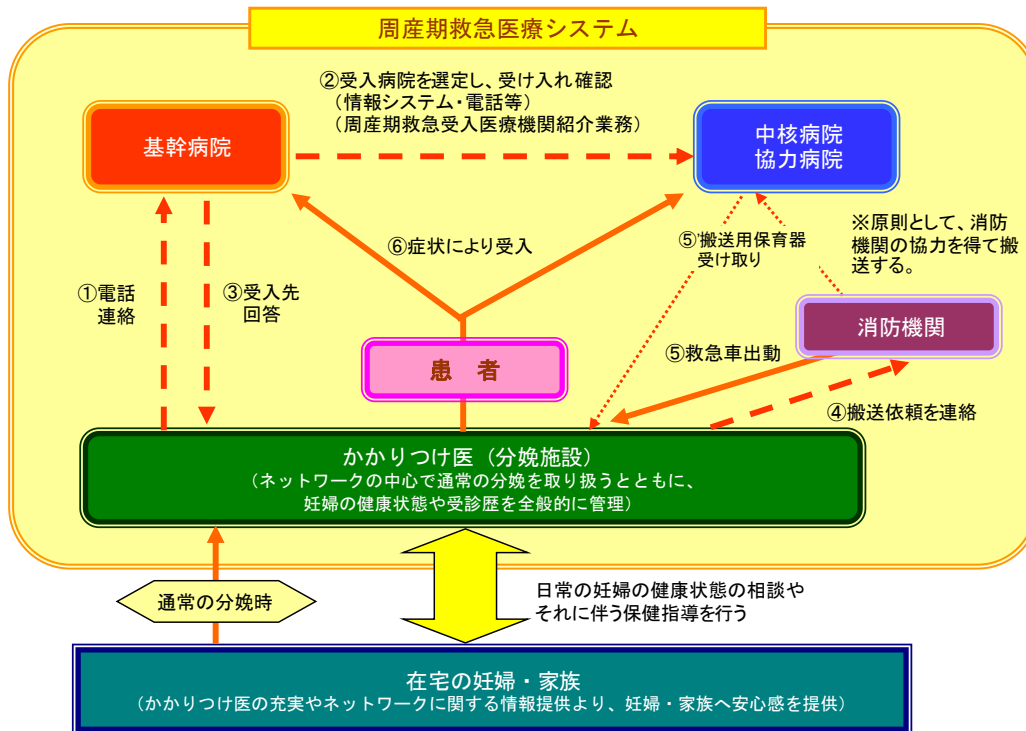
(出典：人口動態調査)

【県における体重別出生数】

年	総数	出生体重別														
		500g未満		500-999g		超低出生		1,000-1,499g	極低出生		1,500-1,999g	2,000-2,499g	低出生		2,500g以上	不詳
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合			
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75,666	8		
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68,913	13		
H22	78,077	18	218	236	0.30%	360	596	0.76%	885	6,027	7,508	9.62%	70,555	14		
H23	76,000	22	225	247	0.33%	318	565	0.74%	882	5,812	7,259	9.55%	68,724	17		
H24	75,477	21	194	215	0.28%	365	580	0.77%	885	5,860	7,325	9.70%	68,142	10		
H25	74,320	18	181	199	0.27%	312	511	0.69%	844	5,598	6,953	9.36%	67,358	9		
H26	72,996	28	209	237	0.32%	292	529	0.72%	831	5,601	6,961	9.54%	66,027	8		
H27	73,475	17	190	207	0.28%	276	483	0.66%	823	5,636	6,942	9.45%	66,528	5		

超低出生(超低出生体重児)…出生体重1,000g未満の新生児
 極低出生(極低出生体重児)…出生体重1,500g未満の新生児
 低出生(低出生体重児)…出生体重2,500g未満の新生児
 (出典：人口動態調査)

【神奈川県周産期救急医療システム概要図】



(2) 近隣都県との連携体制の構築

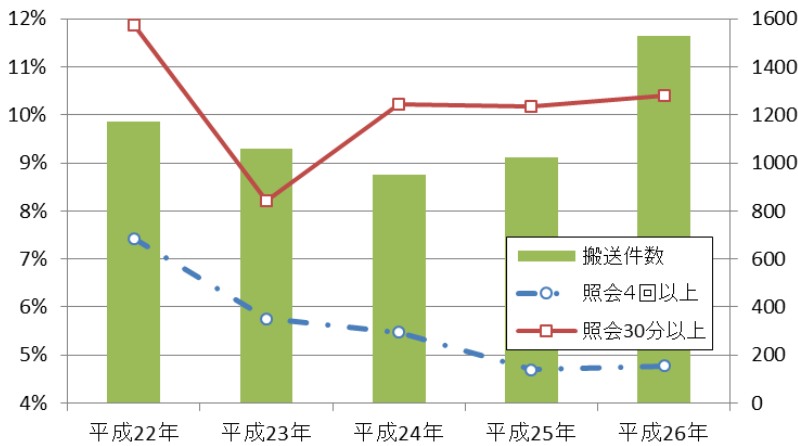
○ 平成24年1月から、県内において受入病院が見つからず、やむを得ず県域を越えた搬送を行うに当たり、東京都との間で広域搬送連携体制を構築し、県外搬送の円滑化、搬送時間の短縮及び医師の負担軽減を図ることを目的に、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施しています。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

○ 平成24年度に、傷病者の搬送及び受け入れにあたり、受け先が決定しない場合に受け入れる医療機関(受入医療機関確保基準病院)を設定しました。

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

【妊産婦の搬送件数と救急隊が病院に4回(30分)以上照会を行った割合】



(4) NICU等周産期施設等の整備・充実

- 県におけるNICU設置数は、平成23年度では185床となっていました。平成28年度では、213床となっています。
- 周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師は平成23年度には415人でしたが、平成26年度では、454人と増加しています。

【県におけるNICU設置数の推移】

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
NICU設置数	185	195	198	210	213	213

(出典：県独自調査)

【周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師数の推移】

	23年度	24年度	25年度	26年度
看護師数	415	422	421	454

(出典：周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価)

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

- 県における体重別出生数を見ると、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加しています。
- 県における周産期母子医療センターのNICU長期入院児(1年以上入院をしている児)は、平成22年度には6人でしたが、平成27年度には10人となっています。

【県における周産期母子医療センターのNICU(GCU)長期入院児数】

	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
NICU長期入院児童数	6	5	8	4	10	10
GCU長期入院児童数	10	8	2	9	6	5

出典：周産期医療ネットワークに関する実態調査(22～23年度)、周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価(24～27年度)

※ 22～23年度は各年度の12/31時点、24～27年度は各年度の4/1時点の数値

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

- 県における分娩取扱医師数は平成22年度では479人でしたが、平成29年度では、518人と微増しています。
- 新生児医療担当医師については、小児科と新生児科を兼任する医師がいるなど、実態に即した数値を捉えることが難しいところですが、平成28年時点で県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数は、187人となっています。
- 無痛分娩や帝王切開のより安全な実施に必要な麻酔科医について、周産期母子医療センターにおいては、平成28年時点で、282人となっています。

【県における分娩取扱医師数の推移】

分類	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
病院	322	340	335	359	380	412	418	422	415	411	401	407
診療所	90	98	102	96	99	99	101	102	112	106	108	111
合計	412	438	437	455	479	511	519	524	527	517	509	518

(出典：産科医療及び分娩に関する調査)

※ 本調査は20年度から調査方法に変更があったため、単純な時系列比較はできません。

【県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数】

	27年	28年
医師数	170	187
周産期母子医療センター	109	136
その他の受入病院	61	51

(出典：周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価)

※ 周産期救急医療システム受入病院を対象に調査を実施

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

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策

- 県の分娩取扱施設数は平成23年度には158施設でしたが、平成28年度は149施設となっており、減少傾向にあります。
- 県の出生数は平成22年に78,077人でしたが、平成27年には73,475人となっており、減少傾向にあります。また、周産期医療体制の地区別(※)を見ると、特に西湘地区の減少率が高くなっています。
- また、県においては、ほぼ全ての地域から、分娩医療機関まで30分以内及び周産期母子医療センターまで60分以内に到着することができます。

※ 周産期医療では、通常の二次医療圏とは異なる医療圏を独自に設定しています。(詳細は、第5部別冊第2章238ページを参照)

【県の分娩取扱施設数】

分類	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
病院	73	66	65	65	64	65	64	62	63	61	60	61
診療所	58	63	62	59	59	58	57	57	58	58	62	62
助産所	29	31	37	38	37	35	33	31	30	28	26	24
合計	160	160	164	162	160	158	154	150	151	147	148	147

(出典：産科医療及び分娩に関する調査)

※ 本調査は20年度から調査方法に変更があったため、単純な時系列比較はできません。

【県の出生数】

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
出生数（人）	79,118	79,193	79,179	78,057	78,077	76,000	75,477	74,320	72,996	73,475

(出典：県衛生統計年報)

【県における周産期関連施設へのアクセス状況】

	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	相模原	県西	全体
分娩施設へ30分 以上要する地域	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
周産期母子医療センター へ60分以上要する地域	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(出典：持続可能な周産期医療体制の構築のための研究(厚生労働科学特別研究事業))

(8) 周産期医療における災害対策

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

課題

(1) 周産期救急医療システムの充実

- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます。
- そのため、今後も神奈川県周産期救急医療システムを安定的に運用し続けていく必要があります。
- また、精神疾患等の産科合併症以外の疾患を有する妊産婦の場合、搬送先の選定が円滑に進まない場合があるため、対応策の検討を進めていく必要があります。

(2) 近隣都県との連携体制の構築

- 東京都と連携し、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を引き続き実施し、当該連携体制の強化に向けた検討を行う必要があります。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

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

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実

- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます。
- そのことを踏まえつつ、NICU等の周産期施設等の整備やNICU等で勤務する看護師の確保について、検討を行う必要があります。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

- 妊産婦の高齢化に伴い、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加することが見込まれます。
- それに伴い、NICU入院児数も増加することが見込まれるため、NICUの円滑な運用に向け、長期入院児の増加を抑制する必要があります。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進

- 産科医師、新生児担当医師及び麻酔科医師については、周産期医療協議会などの会議体では、医師不足についての意見が示されていますが、当該数値からは当直の可否が不明であるなど、必ずしも実態を反映し切れていません。
- そのため、充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。
- また、ワーク・ライフ・バランスを重視した勤務状況となるよう、医師の勤務時間についても考慮する必要があります。

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策

- 分娩取扱施設の減少に伴い、地域でお産をする施設を見つけることに困難をきたしていますが、その一方、出生数は減少傾向にあることから、分娩取扱施設数を著しく増加させることが現実的に難しいという側面もあります。
- そのため、分娩取扱施設数を維持しつつ、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。
- また、妊婦健診のみ対応している診療所の中には夜間・休日の診察に対応していない施設もあり、容態が急変した際、かかりつけ医の診療がかなわず、救急搬送にいたるケースも見受けられます。

(8) 周産期医療における災害対策

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

施策

(1) 周産期救急医療システムの充実（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 引き続き、周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備します。
- 精神疾患等の産科合併症以外の疾患を有する妊産婦の搬送が円滑に進むよう、原因の調査及び方策の検討を進めていきます。
- 総合的な周産期医療体制の整備・推進に向け、引き続き、周産期医療協議会において協議を行っていきます。

(2) 近隣都県との連携体制の構築（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 引き続き、東京都との連携体制の強化に向けて、検討を進めていきます。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 救急隊から直接搬送される患者の更なる円滑な受入を促進するために、消防機関と情報共有を図った上で、対応の検討を進めていきます。

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実（県、医療機関・医療関係者）

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

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備（県、市町村）

- 長期入院児の抑制に向け、NICUや小児病棟から在宅へ移行した後の受入体制を整備することで、保護者の負担軽減を図ります。
- 医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。【P117再掲】

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進（県、医療機関・医療関係者）

- 産科医師、新生児担当医師及び麻酔科医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について、医師の労働環境改善の観点からも、分娩施設の拠点化と地域連携の強化を含めた検討を進めていきます。
- また、今後の出生数の減少する中で、産科医師や新生児担当医師の技術を維持・向上させるための取組についても充実させることを検討していきます。
- 医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。【P143再掲】

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策（県、医療機関・医療関係者）

- 各分娩取扱施設の分娩取扱数を増加させるための方策について検討を進めていきます。

(8) 周産期医療における災害対策（県、医療機関・医療関係者）

- 県保健医療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・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」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調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 高度な医療機能を有する総合周産期母子医療センターについて、災害時における業務継続計画の策定を進めていきます。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
NICU設置数 (出生1万人あたり)	29.0 (平成28年度県独自調査)	29.0	出生数の減少が見込まれる中、現状と同程度の維持を目指す。	出生数の減少に伴い、病床の減少が想定される一方、ハイリスク患者の増加も見込まれることから、現行の病床数の維持が望ましいため。
妊産婦死亡率 (出産10万件あたり)	5.3 (平成27年度人口動態調査)	3.8以下	全国値以下を目指す。	安心して子どもを産むためには、妊産婦死亡率は0が望ましいが、実現性を考慮したため。
NICU・GCU長期入院児	16人 (平成26年度周産期医療体制調)	13人以下	全国値以下を目指す。	長期入院児の増加が見込まれることから、受入体制を整備し、在宅移行を進める必要があるため。

■用語解説

※1 低出生体重児

出生体重2,500g未満の児

※2 極(超)低出生体重児

出生体重1,500g(1,000g)未満の児

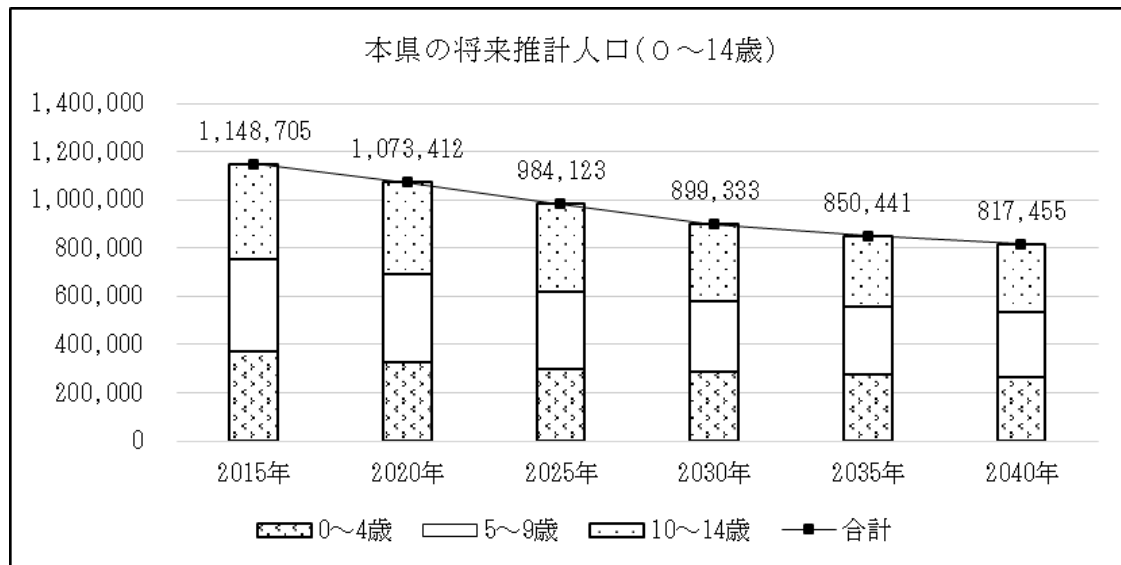
第5節 小児医療

- 少子化、核家族化、夫婦共働き世帯の増加といった社会情勢や家庭環境の変化などにより、子どもを育てる環境は大きく変化しています。
- 安心して子どもを産み、育てることができる環境を整備するため、小児医療の充実、特に夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制の確保・充実を図っていきます。

現状

(1) 小児医療に係る需要の現状

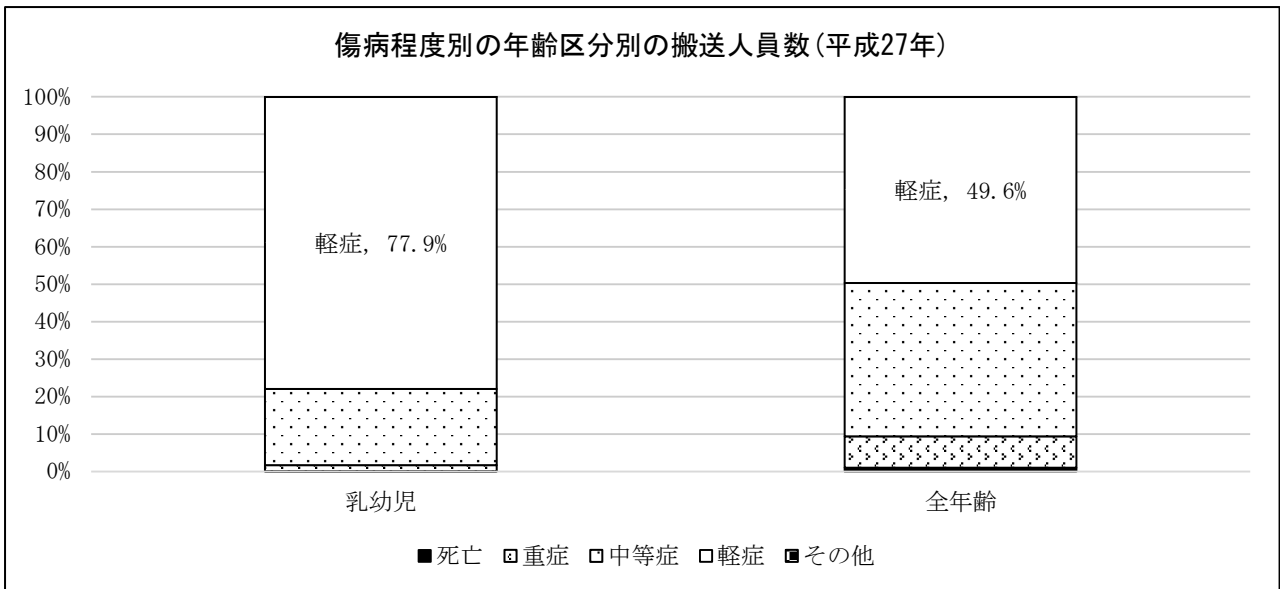
- 県の小児人口は1,169,741人で全国平均（347,267人）の約3.4倍（「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」平成28年1月1日）、出生率は8.2で全国平均（8.0）と比べてやや高い（「人口動態調査」平成27年）ことから、県は他都道府県と比較して小児医療に係る需要が多いと考えられます。
- なお、県の将来推計人口（0～14歳）は、平成27年が1,148,705人、平成32（2020）年が1,073,412人、平成37（2025）年が984,123人となっており、今後しばらくの間は現状と同程度の需要が続くものと考えられます。



出典：「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所

(2) 小児患者の現状

- 県の乳児死亡率は1.9（乳児千人あたり）で全国平均と同じ、幼児死亡率（幼児千人あたり）は0.5で全国平均と同じ、小児（15才未満）の死亡率（小児千人あたり）は0.2で全国平均と同じです（「人口動態調査」平成27年）。
- 県の傷病程度別の乳幼児の搬送割合は軽症が77.9%であり、全年齢平均（49.6%）の約1.6倍となっています。

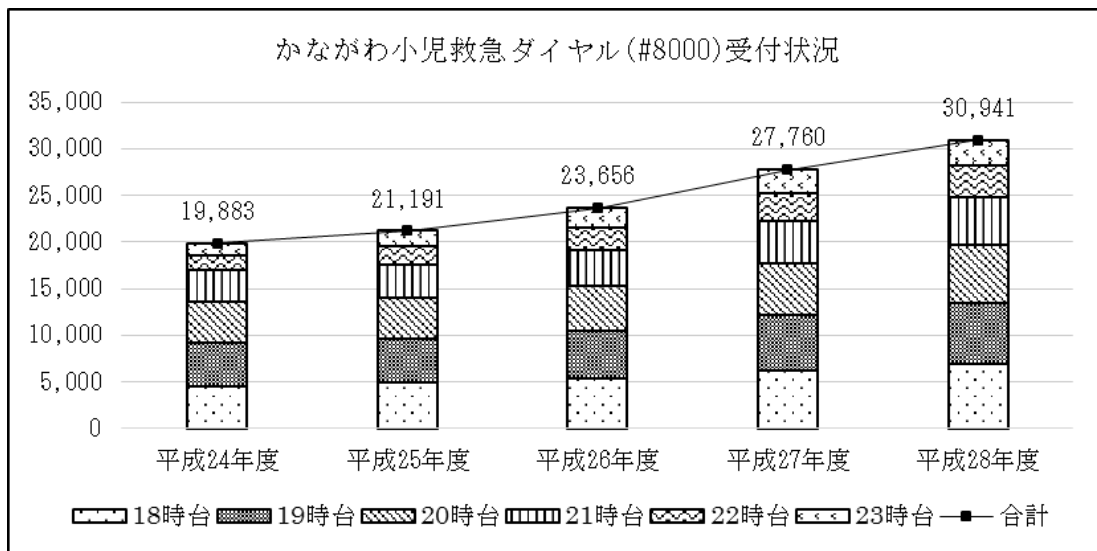


出典：「平成28年版救急・救助の現況」消防庁

(3) 小児医療に係る供給の現状

ア 小児の健康状態の相談を行う機能

- 夜間における子どもの体調の変化や症状に関し、保護者等が判断に迷った場合に、電話により看護師等が必要な助言を行うかながわ小児救急ダイヤル「#8000」を実施しています。
- 県の#8000事業は、毎日18時～22時は3回線、22時～24時は2回線で実施しており、平成28年度は30,941件の相談を受け付けました。



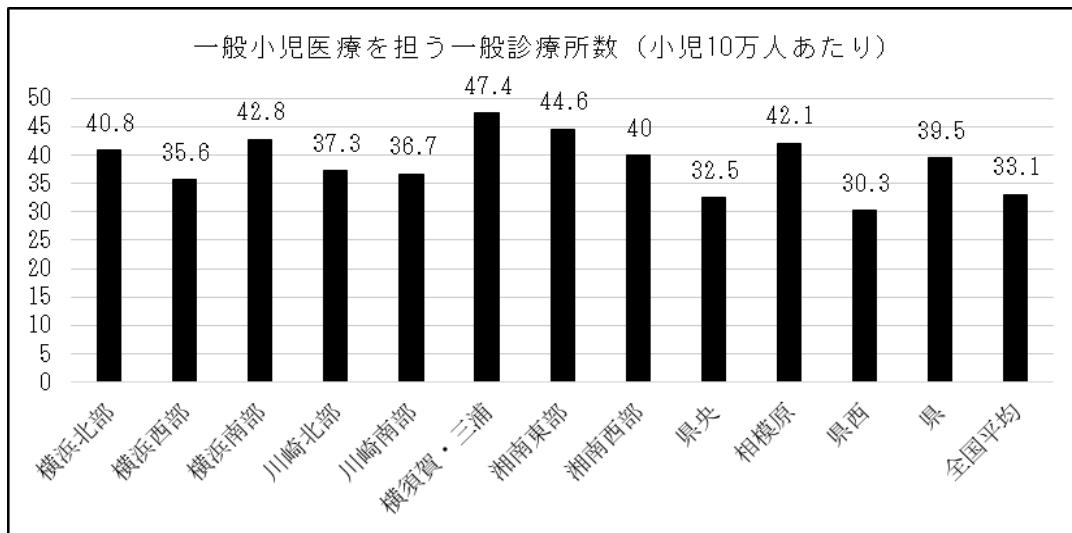
- 平均して1時間あたり1回線で5.3件の相談を受け付けており、回線の余裕は少ない状況です。
- なお、横浜医療圏では、#8000事業の全年齢対応版とも言える#7119事業を実施しており、毎日24時間体制で相談を受け付けています。

イ 初期救急医療体制

- 初期救急（比較的軽症の小児救急患者の医療）については、市町村又は複数の市町村を単位とした休日夜間急患診療所等で対応していますが、全33市町村のうち、4市11町1村は、

各市町村域内に小児初期救急に対応する休日夜間急患診療所等を持ちません。

- 県の一般小児医療を担う一般診療所数（小児10万人あたり）は39.5で全国平均(33.1)の約1.2倍となっており、他都道府県と比較して初期救急に係る医療資源は多い状況ですが、県央医療圏及び県西医療圏では、一般小児医療を担う一般診療所数（小児10万人あたり）の全国平均(33.1)を下回っており、県下全域に十分な医療資源があるとはいえません。

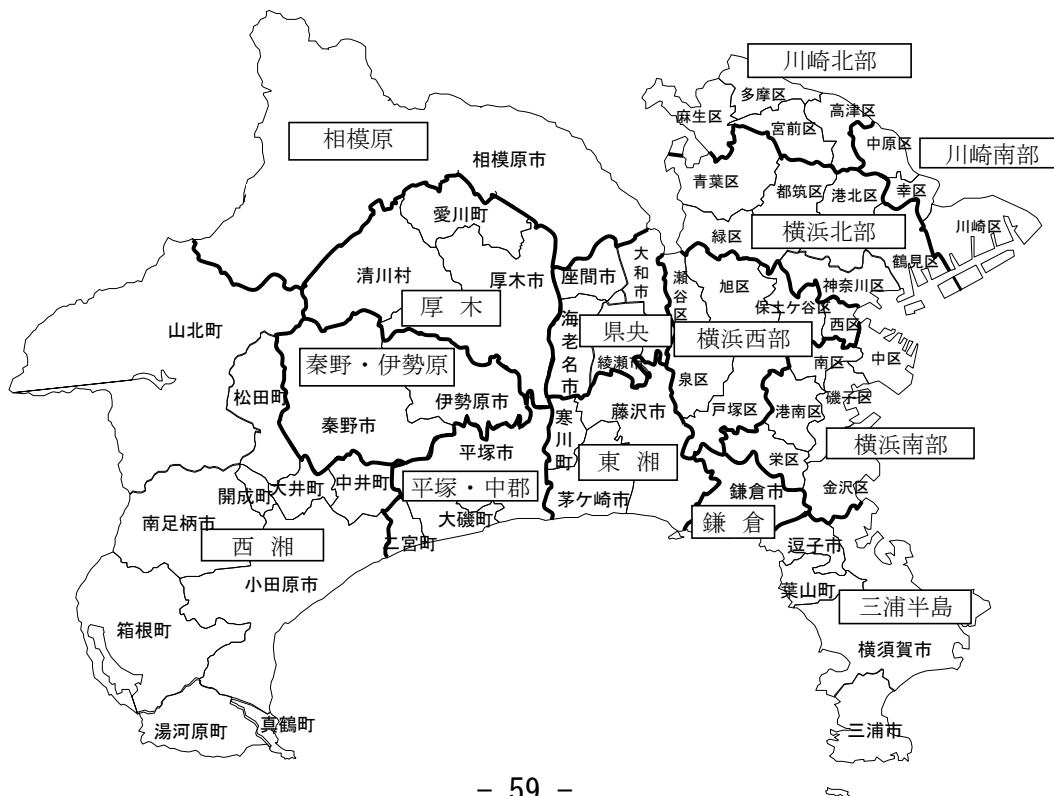


出典：「医療施設調査（平成 26 年）」厚生労働省（医政局地域医療計画課による特別集計）

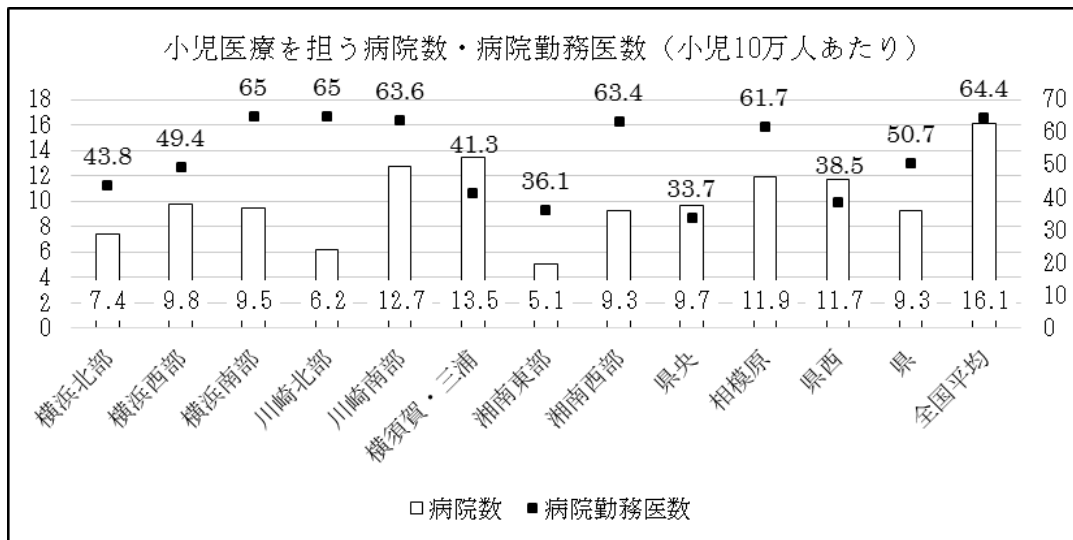
ウ 二次救急医療体制

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

■小児二次救急医療体制ブロック図

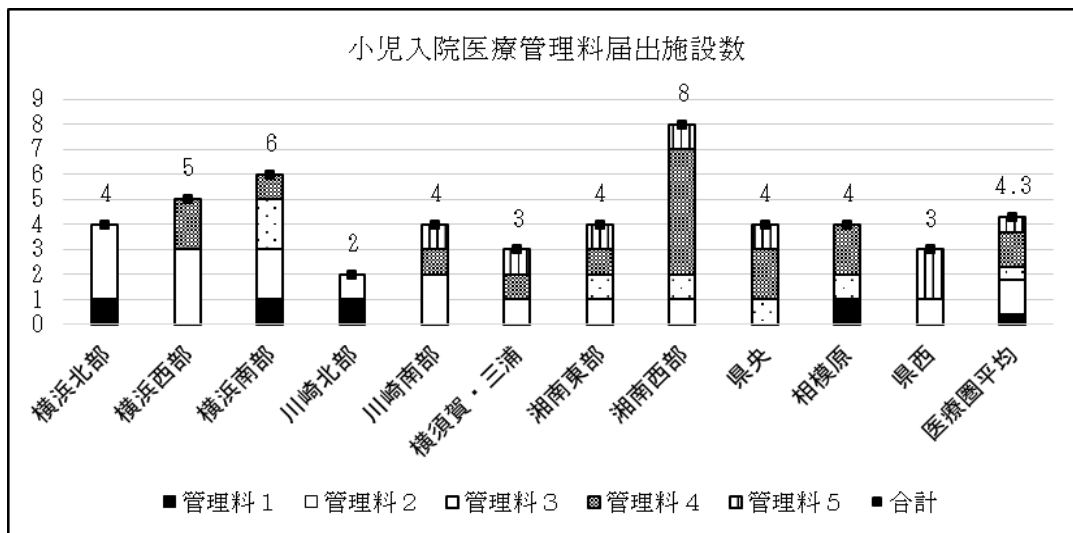


- 県の一般小児医療を担う病院数（小児 10 万人あたり）は 9.3 で全国平均(16.1)の約 0.6 倍となっており、全ての医療圏で全国平均(16.1)を下回っています。特に湘南東部医療圏は 5.1 と非常に厳しい状況となっており、他都道府県と比較して二次救急に係る医療資源は少ない状況です。



出典：「医療施設調査（平成 26 年）」厚生労働省（医政局地域医療計画課による特別集計）

- 県では、全ての二次医療圏に小児入院医療管理料を取得した医療機関が複数存在しており、医療圏平均は 4.3 医療機関ですが、医療機関数は各医療圏により差があり、最も多い医療圏(湘南西部)が 8 医療機関を有する一方、最も少ない医療圏(川崎北部)では 2 医療機関となっています。



出典：「診療報酬施設基準（平成 28 年 3 月 31 日）」厚生労働省

エ 三次救急医療体制

- 三次救急医療（より高度で特殊・専門医療が必要な重症の小児救急患者への医療）については、県立こども医療センターと、21 箇所の救命救急センターで対応しています。救命救急センターは各医療圏に 1 か所以上存在し、人口 10 万人あたり 0.2 で全国平均と同じです。

- なお、県における周産期母子医療センターの NICU 長期入院児（1年以上入院をしている児）は、平成 22 年度には 6 人でしたが、平成 26 年度には 10 人となっています（「第 4 節 周産期医療」参照）。

課題

（１）小児の健康状態の相談を行う機能の充実

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

（２）小児救急医療体制の安定的な確保

- 小児医療に係る需要が多い一方、供給(特に二次救急に係る医療資源)が不十分なうえ、軽症患者が多く二次・三次医療機関に流入しており、少ない供給を更に圧迫している状況です。
- 夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制を安定的に確保するためには、小児救急医療の供給量の維持・充実に努めるとともに、小児救急に係る医療資源の効率的な活用を進める必要があります。

ア 初期救急医療体制

- 患者の病状に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。
- 併せて、小児救急患者の大部分を占める軽症患者を受け入れることができる初期救急医療体制が求められます。

イ 二次救急医療体制

- 二次救急に係る医療資源が少ないため、供給量の維持・充実が必要です。

ウ 三次救急医療体制

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

エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実

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

施策

（１）小児の健康状態の相談を行う機能の充実

（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関、県民）

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

(2) 小児救急医療体制の安定的な確保

(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関)

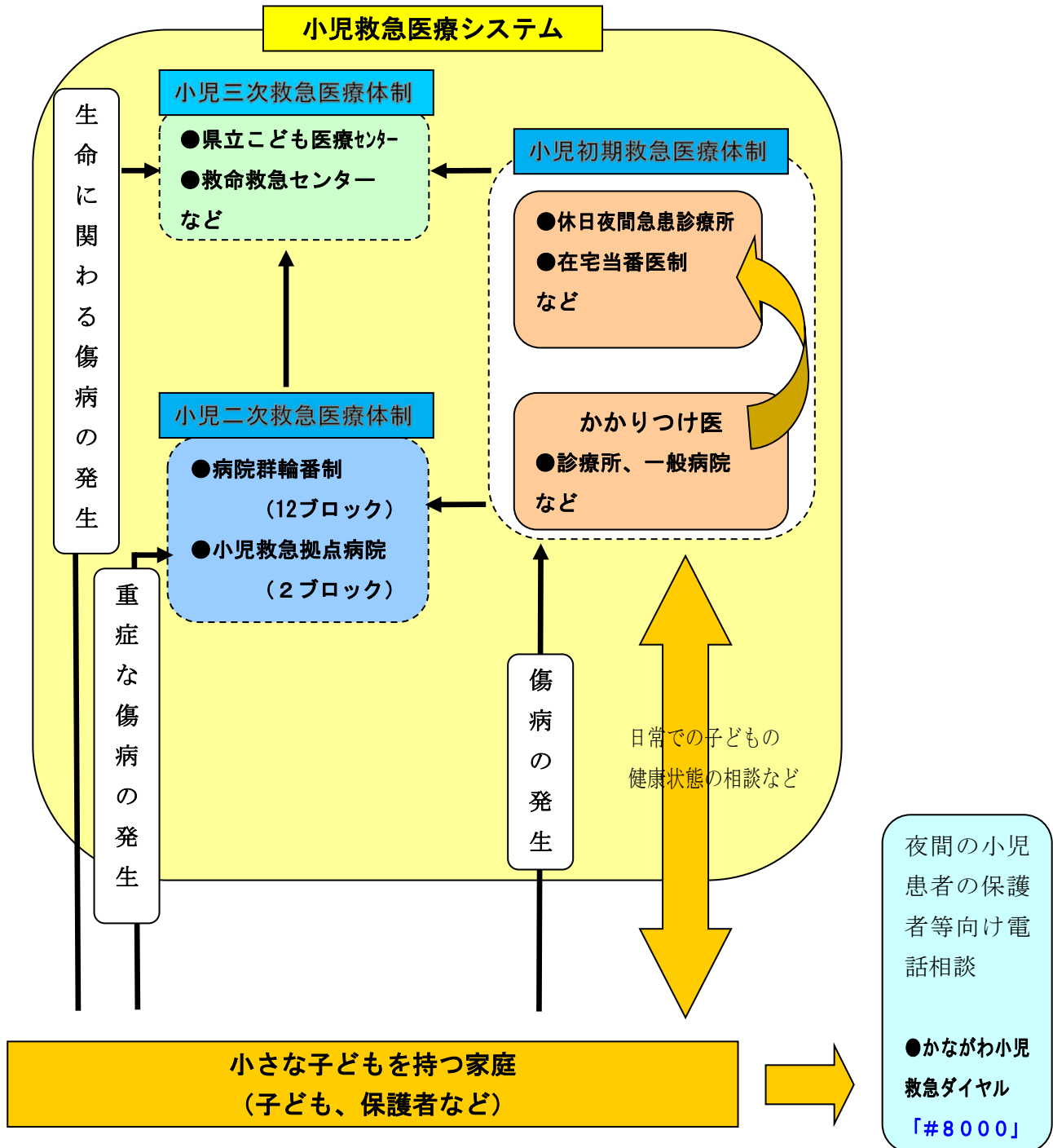
- 引き続き、患者の病状に応じた小児救急医療体制の維持・充実に努めます。
- また、引き続き、退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実に図ります。
 - ア 初期救急医療体制
 - 各地域内の診療所の医師による、積極的な初期救急体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力などの連携を図り、各地域内における初期救急体制を維持します。
 - イ 二次救急医療体制
 - 小児輪番病院及び小児救急医療拠点病院により、各医療圏における二次救急体制を維持します。
 - 医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。【P143 再掲】
 - ウ 三次救急医療体制
 - 救急医療情報システムを活用した小児救急患者の搬送に必要な情報提供や、ドクターヘリ、ドクターカーを利用した小児救急患者の病院間搬送体制を維持・充実します。
- エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実
 - NICU や PICU で療養中の重症心身障害児等が在宅や適切な施設、後方支援病院に移行できる医療提供体制を整備します。
 - 小児も対象にした訪問看護ステーションや医療的ケアに対応できる福祉事業所の増加、療育機能の充実など、在宅の療養患者や重症心身障害児等の生活環境の整備を進めます。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
傷病程度別の乳幼児の搬送割合	軽症77.9% (平成28年版救急・救助の現況)	軽症49.6%以下	全年齢平均が49.6%であり、全年齢平均を目指す	課題である軽症患者の二次・三次医療機関への流入量の指標となるため
一般小児医療を担う病院数(小児10万人あたり)	9.3 (平成26年医療施設調査(医療計画作成支援データベース))	16.1以上	全国平均が16.1であり、全国平均を目指す	課題である二次救急に係る医療資源の量の指標となるため
小児医療に係る病院勤務医数(小児)	50.7 (平成26年医療施設調査)	64.4以上	全国平均が64.4であり、全国平均を目指す	課題である二次救急に係る医療資源

人口 10万人当たり)	設調査 (医療計画作成支援データベース))	均を目指す	の量の指標となるため
-------------	-----------------------	-------	------------

■小児救急の医療連携体制



第2章 疾病別の医療連携体制の構築

- 高齢化が進展し、患者数や死亡数が増加している5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）について、症状の経過や病態に応じた適切な医療・介護・福祉を提供するとともに、切れ目のない医療機関間の連携体制構築が求められています。
- また、退院後も地域で継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することや若年患者の仕事との両立支援も重要です。

第1節 がん

現状

- がんは生涯のうち2人に1人がかかると推計されており、県においてもがんは昭和53年に死因の第1位となってから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人が、がんで亡くなっています。
- 県では、がん克服のための総合的な対策として、平成17年3月に「がんへの挑戦・10か年戦略」を策定（平成20年3月改定）し、平成20年3月に「神奈川県がん克服条例」を制定して様々な施策を推進してきました。その後、平成25年3月には、国が新たな「がん対策推進基本計画」を策定したこと等を受け、新たな県計画として「神奈川県がん対策推進計画」を策定し、県のがん対策を総合的、効果的に進めてきたところです。
- 一方、がんを取り巻く状況は、ライフスタイルの変化や高齢化の進行に伴い、がんの罹患者数及び死亡者数のさらなる増加が見込まれることや、がん医療の進歩等により生存率が向上したことに伴い、それぞれの患者の状況に応じた治療や支援が求められるなど、新たな課題も生じています。
- がんを取り巻く状況の変化や新たな課題に対応するため、国では、平成28年12月に「がん対策基本法」を改正し、平成29年10月に「第3期がん対策推進基本計画」を策定したところです。県では、これらの状況を踏まえ、「がんの未病改善」「がん医療の提供」「がんとの共生」を3つの柱とした、平成30年度を初年度とする新たな「神奈川県がん対策推進計画」を策定し、新たな課題への対応を含め、より幅広くがん対策を推進します。

課題

（1）がんの未病改善

- 県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に未病改善を実践することを目指し、関係団体等と連携しながら、がん予防のための生活習慣について、引き続き情報提供を行うことが必要です。
- 県民健康・栄養調査によると、喫煙者のうち男性の6割、女性の4割が「たばこをやめたい、又は本数を減らしたい」と回答しており、地域や職域で卒煙（禁煙）しやすい環境づくりをさらに進めることが必要です。

- 県内では職域におけるがん検診の受診者の割合が多いことから、市町村が行うがん検診の受診促進に加えて、職域におけるがん検診についても受診促進の取組みを進めることが必要です。
- 精密検査が必要と判定された者（要精密検査者）が精密検査を必ず受診するよう、精密検査についても受診促進の取組みを進める必要があります。
- 市町村がん検診において有効性の確立されたがん検診が正しく実施されるよう、精度管理の体制整備に取り組む必要があります。
- 人材面における市町村がん検診の精度の偏りを改善するため、計画的にがん検診担当医師・技師等の育成を行うことが必要です。

（２）がん医療の提供

- 都道府県がん診療連携拠点病院である県立がんセンターが中心となって、本県のがん診療の質の向上を図るとともに、がん診療の人材を育成することが必要です。本計画策定時^(※)において、放射線治療の専門医師の確保が厳しい状況となっており、引き続き、確保に向けて取り組めます。（※改定案作成時）
- 多くの人口を抱える県において、がん患者が身近な地域で高度ながん医療を受けられるよう、各地域に整備されたがん診療連携拠点病院等（※１）を中心とした、医療の質の向上と均てん化が必要です。
- 国は、免疫療法について、十分な科学的根拠を有していない治療法も免疫療法と称されると指摘しており、県内医療機関においても、科学的根拠に基づいた免疫療法が提供される必要があります。
- がん診療を行う医療機関において、すべてのがん患者に対して口腔機能管理が提供されていない状況であるため、口腔機能管理の必要性に関する意識の共有や、地域の歯科診療所の活用が必要です。
- すべてのがん診療連携拠点病院等において、がんと診断されたときからリハビリテーションが受けられる体制や、院内における治療部門等との連携が整った質の高いリハビリテーションが受けられる体制づくりが必要です。
- 希少がんに関する医療の提供体制について、国の動向を注視しつつ、県内における体制整備を行うとともに、その仕組みを、がん患者を含む県民に広く周知することが必要です。
- 小児がん拠点病院と小児がん治療を行う医療機関が連携し、小児がん医療に関する情報共有を行うとともに、小児・AYA世代（※２）のがんに対する医療連携体制についてネットワークを整備する必要があります。
- 高齢のがん患者に対する治療について、現状では診療ガイドライン等の明確な判断基準がありません。
- がん登録の精度が向上したことから、収集されたがん登録のデータについて、がん対策へのさらなる活用が必要です。
- がんゲノム医療は新たな分野の取組みであることから、概念等の基本的な知識や情報が県民に理解されているとは言えないため、普及啓発を図る必要があります。
- 先進医療等については、保険適用外の治療であることから、慎重に行われるべきものであることに留意しなければなりません。先進医療等を希望する患者がいることから、県として、治験や臨床研究、患

者申出療養制度(※3)等に関する最新で正しい情報を提供する必要があります。

(3) がんとの共生

- 緩和ケアについて、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、リハビリテーション部門、薬剤部門、栄養部門等の多職種による連携を促進することが必要です。
- 緩和ケア病棟の整備については、緩和ケア病棟が未整備の二次保健医療圏を中心に、医療機関に対して整備を働きかけていくことが必要です。
- すべてのがん患者やその家族が緩和ケアを受けられるよう、がん診療に携わるすべての医療従事者や緩和ケア病棟を有する病院の医師・歯科医師が緩和ケアについて理解する必要があります。
- 在宅医療を希望するがん患者に対して、患者やその家族の意向に沿った医療を提供し、自宅等での生活に必要な介護サービスを提供するなど、医療と介護の両面からの支援が必要です。
- 緩和ケアがいまだに終末期のケアと誤解されている状況があるなど、周知が十分でないことから、その意義や必要性について、がん患者を含む県民全体に周知し、理解を促進する必要があります。
- がん相談支援センターで受ける相談件数が増加し、相談内容が多様化する中で、がん診療連携拠点病院等における相談支援体制の充実を図るため、相談支援人材のさらなる育成を進めることが必要です。
- がん患者やその家族が、より身近な地域で必要に応じて適切に相談支援を受けられる機会をさらに確保することが必要です。
- がん相談支援センターや県ホームページ等を通じて、がんに関する様々な情報を提供し、がん患者やその家族の精神心理的不安を軽減することが必要です。
- がん患者の選択肢を広げるため、県のがん患者会登録制度について周知を図り、登録患者会の数を増やす必要があります。
- がん患者が働き続けるためには、職場におけるがんに関する正しい知識の普及や、がん患者への理解及び協力が必要です。
- がん患者が自分らしい生活を送れるよう、アピランスに関する相談支援、情報提供が必要です。
- 小児・AYA世代の人ががんと診断されたときは、治療を開始する前に、主治医等から妊孕性温存の説明をするとともに、患者の希望や状態に応じて、院内または対応可能な他の医療機関に紹介する体制が必要です。
- 県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校におけるがん教育実施の必要性及び重要性について、教員を含めた県民に対する周知が必要です。

施策

(1) がんの未病改善(県、市町村、医療保険者、関係機関、県民)

- 県は、がん予防の観点から、県民一人ひとりが取り組む健康づくりを支援することや健康づくりの推進を支える体制づくりを進めるほか、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、

その結果に基づくアドバイスや未病改善の取組みのための情報提供を受けられる場である「未病センター」の認証や、県民に未病改善の実践方法等について学ぶための研修（未病サポーター養成研修）等を実施します。

- 県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発、卒煙（禁煙）方法等の情報提供を行うほか、保健福祉事務所において地域医療機関等と連携した禁煙相談・禁煙教育を実施し、さらに、卒煙（禁煙）サポートを行う保健医療関係者等の人材育成に取り組みます。
- 県は、市町村や企業等と連携しながら、リーフレットやポスター等の媒体を活用するなどしてがん検診の受診促進を図るほか、市町村等のがん検診実施主体や検診機関、企業等と連携して、乳がん検診受診促進のためのピンクリボン活動を実施するなど、がん検診の必要性や正しい知識について普及啓発を行います。
- 県は、がん対策に関する包括協定を締結した企業の社員等のうち、県が指定する研修を修了した者を「神奈川県がん対策推進員」として認定し、がん対策推進員が県民に対して個別にがん検診の受診を働きかけることでがん検診の受診率向上を図ります。
- 県は、企業内で従業員にがん検診を働きかける「健康づくり担当者」や各地域における事業主等に、がん検診の必要性や正しい知識を普及啓発し、従業員やその家族のがん検診受診を促進します。
- 県は、県民に対して、精密検査の受診の必要性について県ホームページやリーフレット等を活用して普及啓発を行います。
- 県は、「神奈川県生活習慣病対策委員会」に設置されている「がん・循環器病対策部会」の各分科会（胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん）や、市町村、医師会及び検診機関等と連携して、市町村がん検診の実施体制や受診者数等の実態をより詳細に把握するための方策を検討します。
- 市町村は、がん検診の精度向上のため、検診機関における実施体制等の状況を把握するための体制づくりに取り組み、必要に応じて検診実施方法について改善を求めるなど、検診機関に対する働きかけを行います。
- 県は、がん検診に従事する者の資質向上を目的として、がん検診従事者講習会を開催するとともに、関係学会と連携し、細胞診従事者を対象とした研修会を開催します。

（２）がん医療の提供（県、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

- 県立がんセンターは、手術療法、放射線療法及び薬物療法の体制の充実強化により、治療実施件数の増加を図るほか、重粒子線治療の推進、リハビリテーションセンターの運営、漢方サポートセンターの運営等を行います。また、重粒子線治療の推進のため、専門的な医師の確保、育成を進めます。
- 県立がんセンターは、がん相談支援センターにおける相談やアピアランスケア、または就労支援等の多様な相談に対応するため、患者支援体制の充実を図ります。
- 県は、患者が住み慣れた地域で、そのニーズに応じた高度で質の高いがん医療を受けることができる体制を整備するため、神奈川県がん診療連携指定病院を整備します。
- がん診療連携拠点病院等は、集学的治療等を実施するとともに、患者が治療法を選択できるようインフォームド・コンセントがより円滑に行われる体制の整備や、セカンドオピニオンの

活用を促進するための普及啓発等を行います。

- がん診療連携拠点病院等は、各病院や地域の実情を踏まえながら、県歯科医師会及び地域歯科医師会等と連携し、医師や看護師等に対してがん患者の口腔機能管理に関する意識を高めるための普及啓発に取り組むとともに、地域における医科歯科連携のしくみづくりに取り組みます。
- がん診療連携拠点病院等は、各病院の実情に応じて、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の配置を進め、質の高いがんのリハビリテーションを提供します。
- 県は、国による希少がん対策の統括体制に係る整備の検討状況を踏まえ、県内の医療機関における体制整備について、県がん診療連携協議会と連携して検討します。
- 県立こども医療センターは、小児がんの集学的治療の提供や、患者やその家族に対する心理社会的な支援、小児がんに関わる医療従事者に対する研修の実施、小児がんに関する情報の集約及び発信等を実施するとともに、小児がん医療の拠点として各医療機関との連携体制を構築します。
- 県は、今後、国が高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した際は、県がん診療連携協議会に適宜、情報提供するなどして普及啓発を行い、県内のがん診療連携拠点病院等における高齢者に対するがん医療の均てん化を図ります。
- 県及び県立がんセンターは、「がん登録等の推進に関する法律」に基づき、がん登録を着実に実施するとともに、がん登録のデータを活用したきめ細かながん検診の精度管理について検討し、市町村の協力を得ながら精度管理を実施します。また、がん検診の精度管理以外の分野におけるがん対策への活用についても検討します。
- 県は、がんゲノム医療に関する基本的な知識や情報について、県ホームページ等を通じて県民に分かりやすく情報提供を行います。
- 県は、先進医療等の各種制度について、県がん診療連携協議会等と連携しつつ、県ホームページや冊子等により、県民に対して最新で正しい情報の提供、普及啓発を行います。

(3) がんとの共生（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関、県民）

- がん診療連携拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実し、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行うことで苦痛を定期的に確認し、迅速に対処します。
- 県は、緩和ケア病棟が未整備の二次保健医療圏を中心に、適宜、国の基金等を活用しながら、各地域における緩和ケア病棟の整備を促進します。
- がん診療連携拠点病院等は、より質の高い緩和ケアを提供するため、緩和ケア研修会を定期的に実施して、緩和ケアに係る人材の育成に取り組みます。
- 県は、緩和ケア研修会受講修了者一覧を県ホームページに掲載し、各医療機関における緩和ケアに係る人材の育成状況について県民に周知します。
- 県及び関係機関は、退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、地域包括支援センター等との連携構築により、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。
- 県がん診療連携協議会は、がん相談に従事する人材を育成するため、相談従事者を対象とする研修を実施します。

- 県及びがん診療連携拠点病院等は、市町村や地域の医療機関等と連携しながら、ホームページ、広報誌、リーフレット、ポスター等の多様な媒体を活用し、がん患者やその家族に対してがん相談支援センターの周知を図ります。
- 県は、県ホームページの内容を迅速かつ適切に更新し、常に最新のがんに関する情報を提供します。
- 県は、県に登録しているがん患者会について、県ホームページや冊子により周知を図るとともに、県の登録制度自体についても周知を行い、登録数の増加を図ります。
- 県は、従業員ががんになった場合の治療と仕事の両立支援に対する事業者の理解を促進するため、引き続きリーフレット等による周知を図るとともに、事業者向けの研修を実施します。また、県が認定する「神奈川県がん対策推進員」は、事業所に戸別訪問し、がん検診の重要性とあわせて、治療と仕事の両立についても説明を行い、事業所における理解の促進を図ります。
- 県及び県がん診療連携協議会は、就労の相談を受けるがん相談支援センターの相談員の資質向上のため、社会保険労務士等の専門家による研修会や勉強会等を実施します。
- がん診療連携拠点病院等は、アピアランスに関する相談に対応できるよう、院内の体制を整備し、相談に対応します。
- 県は、学会のガイドライン等を鑑みながら、県がん診療連携協議会等と連携し、がん診療連携拠点病院等において、小児・AYA世代のがん患者に対するがんの告知後、治療法を選択する前に、治療による、妊娠・出産や性生活への影響について説明し、がん患者の希望や状態に応じて適切に対応できるよう、妊孕性温存の専門医及び専門機関との連携体制の整備を検討します。
- 県教育委員会は、県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校における、教員によるがん教育の授業実施の推進を図るとともに、「外部講師を用いたがん教育ガイドライン」に基づき、県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校における、外部講師を活用したがん教育の授業を実施します。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の 考え方	目標項目設定理由
がん検診受診率の 向上	胃がん41.8% 大腸がん42.2% 肺がん45.9% 乳がん45.7% 子宮頸がん 44.6% (平成28年国民生 活基礎調査)	それぞれのがん 種において、 50%	国の目標値と同 じ値を目指す	関連計画である神 奈川県がん対策推 進計画と取組みを 連動させるため。
精密検査受診率の 向上	胃がん74.5% 大腸がん61.7% 肺がん77.7% 乳がん84.9% 子宮頸がん	それぞれのがん 種において、 90%	国の目標値と同 じ値を目指す	関連計画である神 奈川県がん対策推 進計画と取組みを 連動させるため。

	68.9% (平成27年度地域 保健・健康増進事 業報告)			
緩和ケア病棟を有する病院が整備されている二次保健医療圏数	9医療圏のうち8医療圏に整備(未整備：川崎北部)	9医療圏の全てに整備	県内医療圏の均てん化を目指す	関連計画である神奈川県がん対策推進計画と取組みを連動させるため。

■ 用語解説

※1 がん診療連携拠点病院等

厚生労働省が指定する「都道府県がん診療連携拠点病院」、「地域がん診療連携拠点病院」に加えて、神奈川県知事が地域がん診療連携拠点病院と同等の機能を有するとして独自に指定する「神奈川県がん診療連携指定病院」の総称。

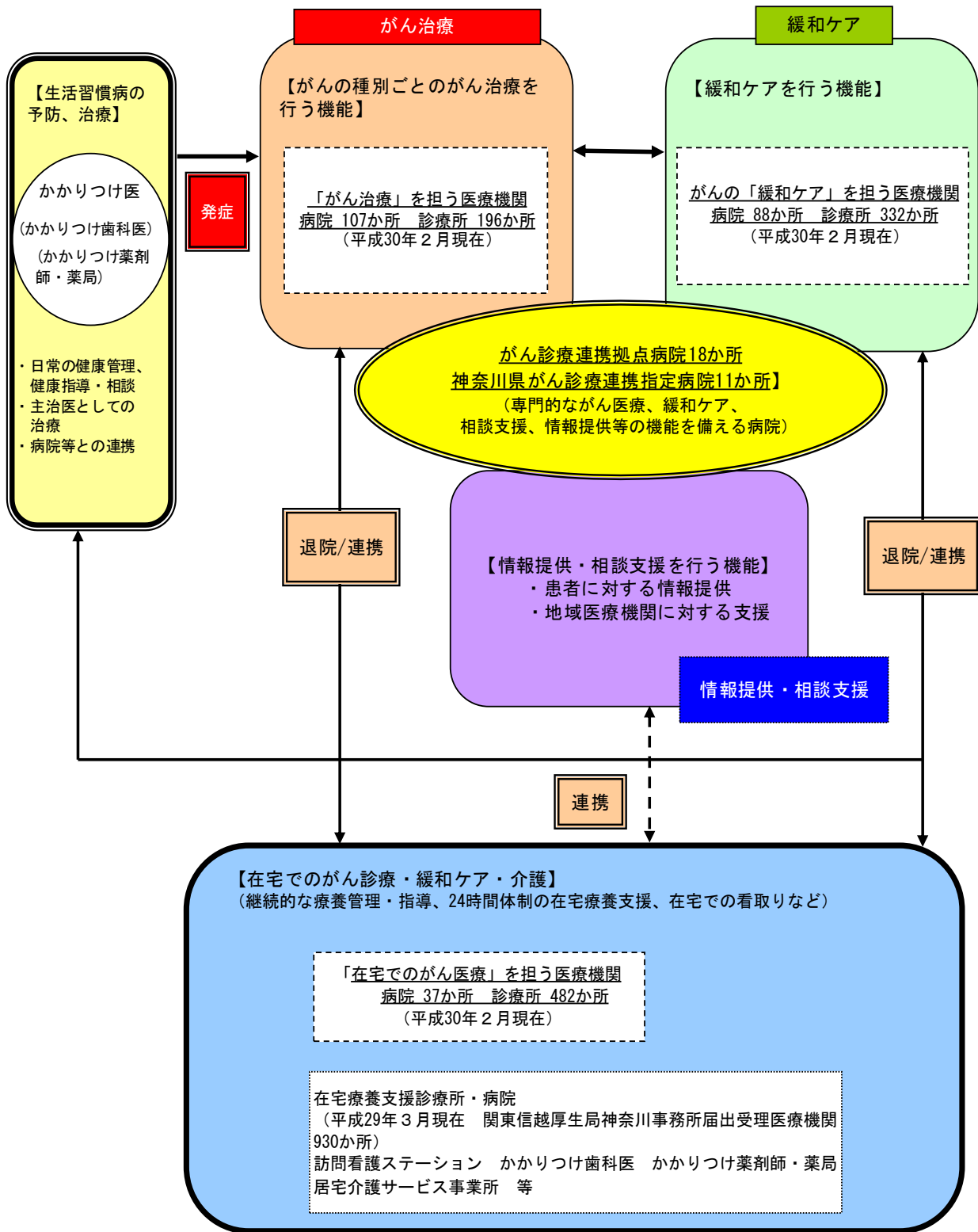
※2 AYA世代

Adolescent and Young Adultの略で、思春期及び若年成人期を指す。

※3 患者申出療養制度

承認されていない薬等を必要とする困難な病気と闘う患者からの申し出により、治験や先進医療等、研究段階の医療を評価する仕組みの中では実施されていないような医療について、将来的に保険収載につなげるために実施するもの。

■がんの医療機能の連携体制図



*連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。

HPアドレス <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

がん <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=01>

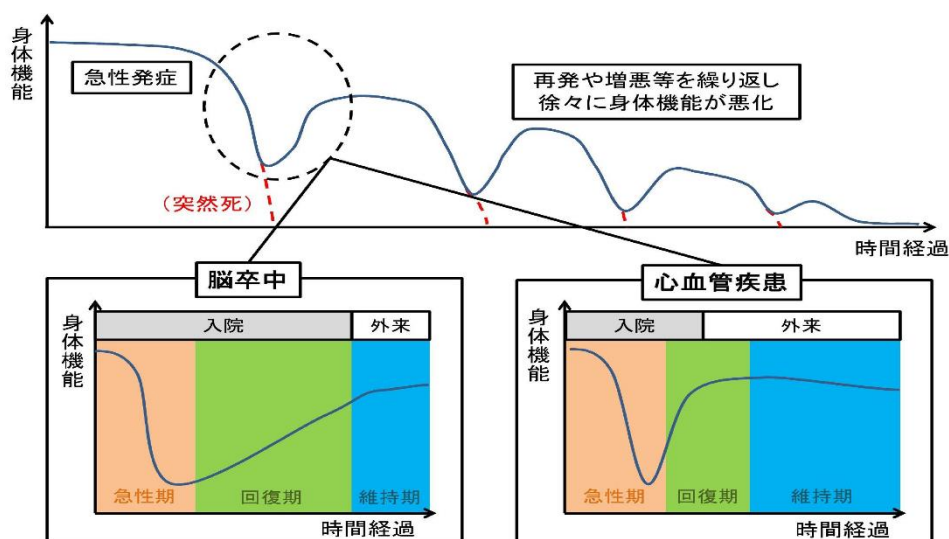
第2節 脳卒中

現状

(1) 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、人口動態統計特殊報告によると、平成27年において男性36.6女性19と、全国平均の男性37.8女性21を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。
- しかし、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、平成26年の患者調査によると、介護が必要になった主な原因の第1位となっています。
- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過（図参照）として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

【図 循環器病の臨床経過】



出典：脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方に関する検討会「脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方について」平成29年7月

(2) 発症直後の救護、搬送等

- 救急要請（覚知）から病院等に収容するまでに要した時間は、平成27年中の平均で39.9分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。

【参考】神奈川県における病院収容所要時間別搬送人員の構成比（平成27年度中単位：％）

10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	合計
0.0	1.3	20.5	70.5	7.5	0.2	100.0

(3) 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、t-PA (tissue-type plasminogen activator) による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始すること、又は発症後8時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の適用患者への実施件数（人口10万人あたり）は、全国平均を下回っていると同時に、県内の地域によっても差が見られます。
- 脳出血では、血圧管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や、開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 急性期における地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（人口10万人あたり）についても、全国平均を下回っていると同時に、県内の地域によっても差が見られます。

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（10万人あたり）	8.2	7.2	11.2	5.5	18.6	4.9	10.5	3.9	9.6	3.5	23.2	8.7	9.6
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（10万人あたり）	15.2	10.4	30	12.9	45.3	9.9	52.2	17.8	41.4	27.8	10.5	23.6	39.2

出典：平成27年度NDB

(4) リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
 - ①合併症の予防や患者の早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する急性期のリハビリ、
 - ②身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ、
 - ③回復又は残存した機能を活用し、歩行能力や食事・排泄・入浴などの生活機能の維持・向上を目的に行う維持期・生活期のリハビリ
 に分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。
- ただし、脳卒中の患者は、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、回復期リハビリを経て生活の場に復帰するという一般的な経過の他にも、急性期後に直接生活の場に戻り、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションを行うなど、個々の患者の状態に応じた対応が行われます。

(5) 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

課題

(1) 予防

- 平成25～27年の県民健康・栄養調査によると、脳卒中の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実践することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 脳血管疾患の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、嚥下障害だけでなく、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内の清潔を保つことなどが必要です。

(2) 医療

ア 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」に脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者がチェックし、すぐに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救命処置を行うことが必要です。加えて、超急性期の再開通治療（t-PAなど）の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用するなどにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

イ 急性期の医療

- 急性期の脳梗塞に対してはt-PAによる脳血栓溶解療法が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、こうした治療を行う医療機関の拡充など、地域差の解消が必要です。
- 脳卒中は、死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、可能な限り早期にリハビリテーションを開始することが重要です。

ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。

- 脳卒中の患者は、回復期のリハビリテーションを行う際など、生活の場から離れた医療機関で医療が提供されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について、退院時の指導に加えて、訪問看護などによる生活の場での指導を行うことが重要です。

エ 医療機能の情報提供及び連携の推進

- 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが必要です。
- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

施策

（１）予防（県、市町村、関係機関、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校、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、取組みの共有や検討を行うなど健康づくりを推進していきます。
- 県は、脳卒中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・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。
- 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促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

（２）医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

ア 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。
- 県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

イ 急性期の医療

- 県及び医療機関・医療関係者は、脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院や、脳血管内手術を行う病院、脳卒中に対応可能な集中治療室を備える病院など、急性期に対応できる医療機関を中心に急性期医療の充実に努めます。

ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に図ります。

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことなどを推進します。

エ 医療機能の情報提供及び連携の推進

- 県は、脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」※を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。
- 県は、急性期、回復期及び維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細かな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。

※ 「かながわ医療機関情報検索サービス」について

神奈川県に報告された、病院、診療所等の医療機能の情報を分かりやすい形で提供することにより、県民等の医療施設の適切な選択を支援するためのサービスです。

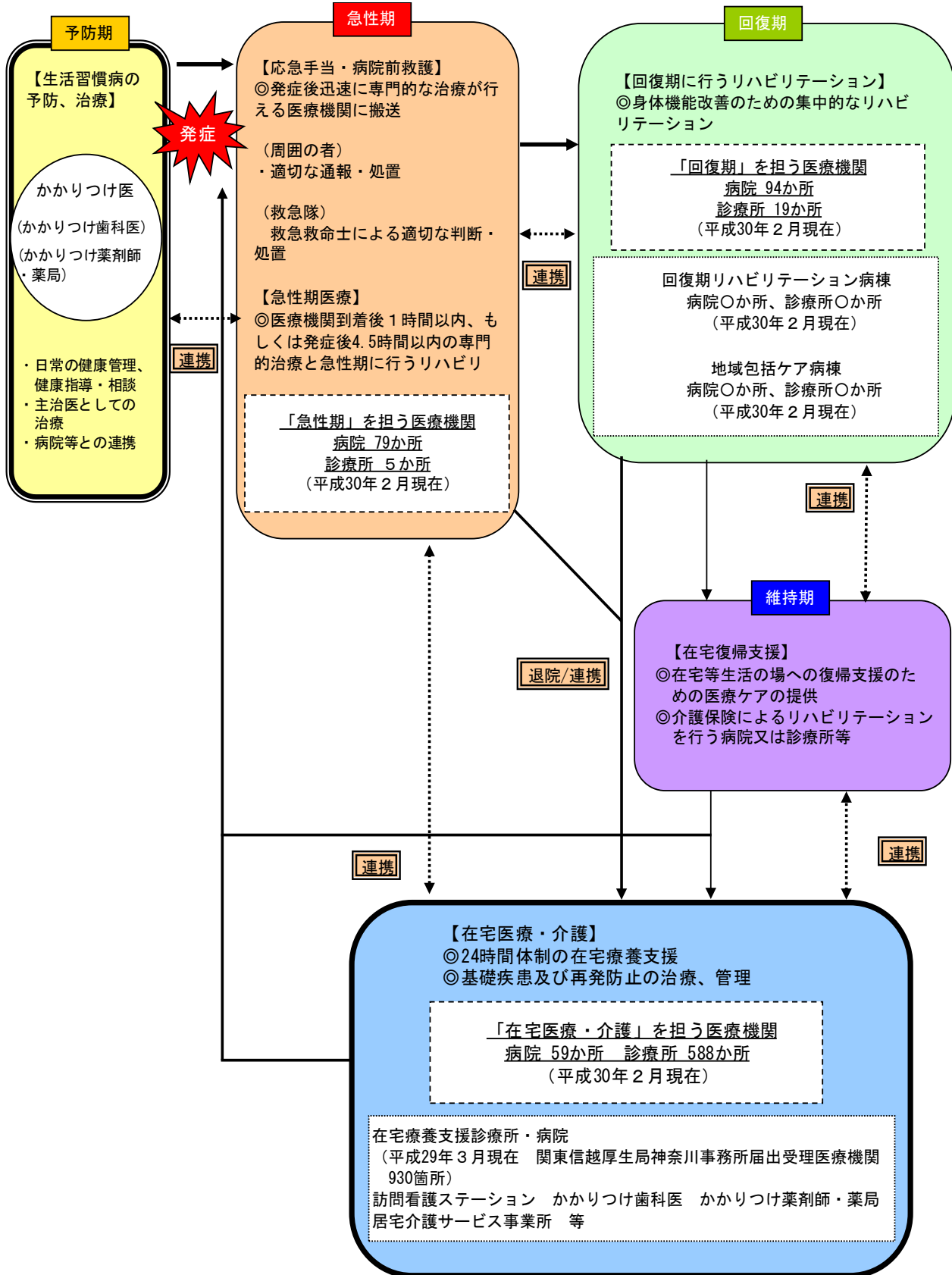
(URL) <http://www.iryu-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7% 特定保健指導 12.2% (厚生労働省「平成27年特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	39.9分 (消防庁「平成27年中救急救助の現況」)	39.4分以下	全国値と同じ値をめざす	発症直後の救護、搬送等に関する施策の効果を評価するため。
脳梗塞に対するt-PAに	県平均8.7件	県平均9.6以上	地域差を解消し	急性期の医療に関

よる脳血栓溶解療法適用患者への同療法の実施件数（10万人対）	（平成27年度 NDB）		ながら、県平均を1割引き上げる。	する施策の推進状況を評価するため。
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数	県平均23.6件 （平成27年度 NDB）	県平均26.0件以上	地域差を解消しながら、県平均を1割引き上げる	連携の促進状況を評価するため。
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	県平均 61.4% （平成27年度 NDB）	県平均67.5%以上	地域差を解消しながら、県平均を1割引き上げる	医療の施策による効果を総合的に評価するため。
脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万対）	男性：36.6 女性：19.0 （平成27年人口 動態特殊報告）	男性：32.9 女性：17.1	最も低い府県を目指し（男性：26.4（滋賀県）、女性：16.6（大阪府））、1割死亡率を下げる	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■脳卒中の医療機能の連携体制



* 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。

HPアドレス <http://www.iryō-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

脳卒中 <http://www.iryō-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=05>

【脳卒中に関する機能別・二次医療圏別医療機関数】

区分		横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	計	
急性期	集中治療室あるいは脳卒中専用集中治療室を有する	病院	22	2	5	3	3	4	2	4	2	47
		診療所										
		計	22	2	5	3	3	4	2	4	2	47
	うち脳卒中専用集中治療室を有する	10万人当たり	0.6	0.2	0.8	0.4	0.4	0.6	0.3	0.5	0.6	0.5
		病院	10		1	1				1		13
		診療所										
	抗血栓療法(t-PAIによる脳血栓溶解療法を含む)を行う	計	10		1	1				1		13
		10万人当たり	0.3		0.2	0.1				0.1		0.1
		病院	29	4	9	4	3	4	5	4	4	66
	脳血管内手術を行う	診療所	1		1		1				1	4
		計	30	4	10	4	4	4	5	4	5	70
		10万人当たり	0.8	0.5	1.6	0.6	0.6	0.6	0.9	0.5	1.4	0.8
	脳動脈瘤根治術(被包術、クリッピング)を行う	病院	24	5	9	4	4	4	5	4	4	63
		診療所	1			1						2
		計	25	5	9	5	4	4	5	4	4	65
	うち24時間対応を行う	10万人当たり	0.7	0.6	1.4	0.7	0.6	0.6	0.9	0.5	1.1	0.7
		病院	26	4	8	6	2	4	4	4	4	62
		診療所	1									1
	脳血管疾患等リハビリテーションを行う	計	27	4	8	6	2	4	4	4	4	63
		10万人当たり	0.7	0.5	1.2	0.8	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.7
病院		26	4	6	2	2	4	4	4	4	56	
回復期リハビリテーション病棟を有する	診療所	1									1	
	計	27	4	6	2	2	4	4	4	4	57	
	10万人当たり	0.7	0.5	0.9	0.3	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.6	
機能訓練室を有する	病院	31	4	12	7	4	4	5	5	5	77	
	診療所			1					1		2	
	計	31	4	13	7	4	4	5	6	5	79	
視能訓練を行う	10万人当たり	0.8	0.5	2.0	1.0	0.6	0.6	0.9	0.7	1.4	0.9	
	病院	25	2	2	3	4	5	4	6	3	54	
	診療所											
摂食機能療法を行う	計	25	2	2	3	4	5	4	6	3	54	
	10万人当たり	0.7	0.2	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7	0.7	0.9	0.6	
	病院	39	4	6	7	7	5	6	9	5	88	
脳血管疾患等リハビリテーションを行う	診療所											
	計	39	4	6	7	7	5	6	9	5	88	
	10万人当たり	1.0	0.5	0.9	1.0	1.0	0.7	1.0	1.1	1.4	1.0	
神経・脳血管領域の一次診療を行う	病院	9	1	4	3	3	2		2		24	
	診療所											
	計	9	1	4	3	3	2		2		24	
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数	10万人当たり	0.2	0.1	0.6	0.4	0.4	0.3		0.2		0.3	
	病院	37	4	6	8	6	5	6	8	3	83	
	診療所	5		1		1					7	
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数	計	42	4	7	8	7	5	6	8	3	90	
	10万人当たり	1.1	0.5	1.1	1.1	1.0	0.7	1.0	0.9	0.9	1.0	
	病院	40	4	6	9	7	5	6	9	5	91	
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)届出施設数	診療所	6		2		3		1	2		14	
	計	46	4	8	9	10	5	7	11	5	105	
	10万人当たり	1.2	0.5	1.2	1.3	1.4	0.7	1.2	1.3	1.4	1.1	
神経・脳血管領域の一次診療を行う	病院	20	1	2	3	4	3	1	7	3	44	
	診療所	128	23	18	12	26	21	24	23	17	292	
	計	148	24	20	15	30	24	25	30	20	336	
10万人当たり	10万人当たり	4.0	2.9	3.1	2.1	4.1	3.3	4.3	3.5	5.7	3.7	

出典:「神奈川県保健医療計画医療機関情報」(平成29年1月12日時点)

※ 人口は住民基本台帳(平成29年1月)に基づく

【脳卒中に関するリハビリテーション届出施設数】

区分		横浜北部	横浜西部	横浜南部	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	神奈川県平均	全国平均
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数	集計値	14	15	16	6	7	12	11	9	9	10	4	10.3	7.5
	10万人あたり	0.9	1.4	1.5	0.7	1.1	1.7	1.5	1.3	1.5	1.2	1.1	1.2	2.1
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数	集計値	14	8	3	3	8	3	6	3	3	9	6	6	5.4
	10万人あたり	0.9	0.7	0.3	0.4	1.3	0.4	0.8	0.4	0.5	1.1	1.7	0.7	1.5
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)届出施設数	集計値	15	6	7	5	7	9	10	7	2	5	4	7	8.3
	10万人あたり	1	0.5	0.7	0.6	1.1	1.3	1.4	1	0.3	0.6	1.1	0.8	2.3

出典:診療報酬施設基準(平成28年3月)

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

現状

(1) 心血管疾患について

- 心血管疾患は、次のような疾患であり、脳卒中とともに循環器病を代表するものです。
 - ① 虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）
 - ② 心不全（急性心不全・慢性心不全）
 - ③ 大動脈疾患（急性大動脈解離等）
- 県の心疾患（上記の①、②等）による死亡者数は、平成27年神奈川県衛生統計年報によると、平成22年では9,976人でしたが、平成27年には10,890人と増加傾向にあり、死亡原因の第2位となっています。
- また、大動脈瘤及び解離による死亡者数は、平成27年において1,098人であり、死亡原因の第10位となっています。
- 心血管疾患の患者数は、今後増加することが想定されますが、高齢化の進展を背景として、特に慢性心不全の増加率が高くなると考えられます。

(2) 発病直後の救護、搬送等

- 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、平成27年中の平均で39.7分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。
- 心原性心肺機能停止の時点が目撃された傷病者に対して、一般市民が除細動を行うと、行わなかった場合と比べて1箇月後生存率が約4.9倍高くなっています。
- 県における心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数は126件であり、東京都の289件に次いで全国で2位となっています。
- 急性心血管疾患は、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション治療（PCI）に代表される低侵襲な治療、外科的治療など、疾患により主に必要とされる治療内容が異なります。
- こうした治療は、高い専門性が必要とされるため、急性期心血管疾患が疑われる場合には、疾患に応じて、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（PCI）等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、PCI等に加えて外科的治療も行う「専門的医療を包括的に行う施設」で早期に対応することが適切です。

(3) 急性期の医療

- 循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人あたりの人数は、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万人あたり）についても、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。

(4) 急性期後の医療

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、平成26年の患者調査によると、96.2%

と、全国平均の93.7%を上回っています。

- 今後患者数の増加が予想される慢性心不全は、再発・増悪による再入院と寛解を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化するという特徴があります。

区分	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均	出典
循環器内科医師数	集計値	110	62	98	44	52	77	78	32	58	43	25	61.7	平成26年 医師・歯科 医師・薬剤 師調査
	10万人あたり	7.1	5.6	9.2	5.4	8.4	10.8	10.5	4.5	9.9	5.1	7.0	7.5	
心臓血管外科医師数	集計値	21	10	46	15	22	17	20	4	14	13	7	17.2	平成27年 度 NDB
	10万人あたり	1.4	0.9	4.3	1.8	3.6	2.4	2.7	0.6	2.4	1.5	2.0	2.1	
心筋梗塞に対する冠 動脈再開通件数	レセプト件数	379	340	412	180	210	220	319	151	208	253	117	253.5	平成27年 度 NDB
	10万人あたり	24.4	30.6	38.9	21.9	33.7	30.8	43.4	21.2	35.6	29.8	33.1	30.6	
うち心筋梗塞に対する 来院後90分以内冠 動脈再開通件数	レセプト件数	273	196	308	94	144	167	239	121	104	173	89	173.5	平成28年3 月31日 診療報酬施 設基準
	10万人あたり	17.6	17.7	29.1	11.4	23.1	23.4	32.5	17.0	17.8	20.4	25.2	20.9	
心大血管リハビリテー ション料(Ⅰ)届出施 設数	集計値	6	5	6	3	5	4	5	3	3	2	2	4.0	平成27年 度 NDB
	10万人あたり	0.4	0.5	0.6	0.4	0.8	0.6	0.7	0.4	0.5	0.2	0.6	0.5	
心大血管リハビリテー ション料(Ⅱ)届出施 設数	集計値	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0.5	平成26年 患者調査
	10万人あたり	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.1	
入院心血管疾患リハ ビリテーションの実施 件数	レセプト件数	1,783	652	1,058	975	1,365	1,113	2,208	570	1,041	1,025	405	1,109	平成27年 度 NDB
	10万人あたり	114.9	58.7	99.8	118.5	219.3	155.6	300.1	80.1	178.1	120.8	114.7	133.8	
外来心血管疾患リハ ビリテーションの実施 件数	レセプト件数	1271	69	308	120	1336	3625	231	163	839	167	221	759.1	平成26年 患者調査
	10万人あたり	81.9	6.2	29.1	14.6	214.7	506.9	31.4	22.9	143.5	19.7	62.6	91.6	
在宅等生活の場に復帰した虚血 性心疾患患者の割合(%)		95.4	95.7	97.7	93.0	95.8	95.7	97.0	94.3	96.3	99.1	93.5	96.2	93.7

課題

(1) 予防

- 平成25～27年の県民健康・栄養調査によると心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実践することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。

(2) 発病直後の救護、搬送等

- 急性期の心血管疾患は、突然死の原因となる危険性が高く、予後の改善には発症後、早急に適切な治療を開始する必要があります。
- 発症後、早急に適切な治療を開始するためには、まず、患者や周囲にいる者が発症を認識し、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる場合には、自動対外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが重要です。

(3) 急性期の医療

- 医療機関到着後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に、PCI、冠動脈バイパ

ス術（CABG）、大動脈人工血管置換術などの専門的な治療の開始が求められます。

（４）急性期後の医療

- 慢性心不全の増悪予防のためには、薬物療法に加え、運動療法、患者教育等を含む「心血管疾患リハビリテーション」を、入院中から退院後まで継続して行うことが望まれます。
- 一般に「リハビリテーション」は運動療法を想定することが多いため、心血管疾患リハビリテーションに運動療法以外の幅広いプログラム内容が含まれているということは、心血管疾患リハビリテーションを専門としている医療職以外には充分知られていません。
- また、慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度など、個々の患者の全体像を踏まえた上で適切に設定される必要があり、状況によっては、心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要となります。
- これらについての理解を深めながら、心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院とかかりつけ医、在宅医療・介護を担う医療機関、訪問看護ステーション等が連携した対応を図ることが必要です。
- また、心疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。
- 退院後も、患者が自宅等で安心して暮らし、再入院予防につなげていくためには、退院後の生活を見据えた退院調整を、早期から多職種により行うことが重要です。

（５）医療機能の情報提供及び連携の推進

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

施策

（１）予防（県、市町村、関係機関、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校、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、取組みの共有や検討を行うなど健康づくりを推進していきます。
- 県は、心血管疾患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・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。
- 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促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

（２）医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、県民）

ア 発症直後の救護、搬送等

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

○ 家族等周囲にいる者が、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施できるよう、県は、広く県民に啓発し、普及促進を図ります。

イ 急性期の医療

○ 心臓疾患専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク）等を構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。

ウ 急性期後の医療

○ 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、運動療法による体力の回復、正しい運動の習慣化、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーション、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことなどを多職種（医師・看護師・歯科医師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより推進し、再発と増悪の予防を図ります。

○ 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。

エ 医療機能の情報提供及び連携の推進

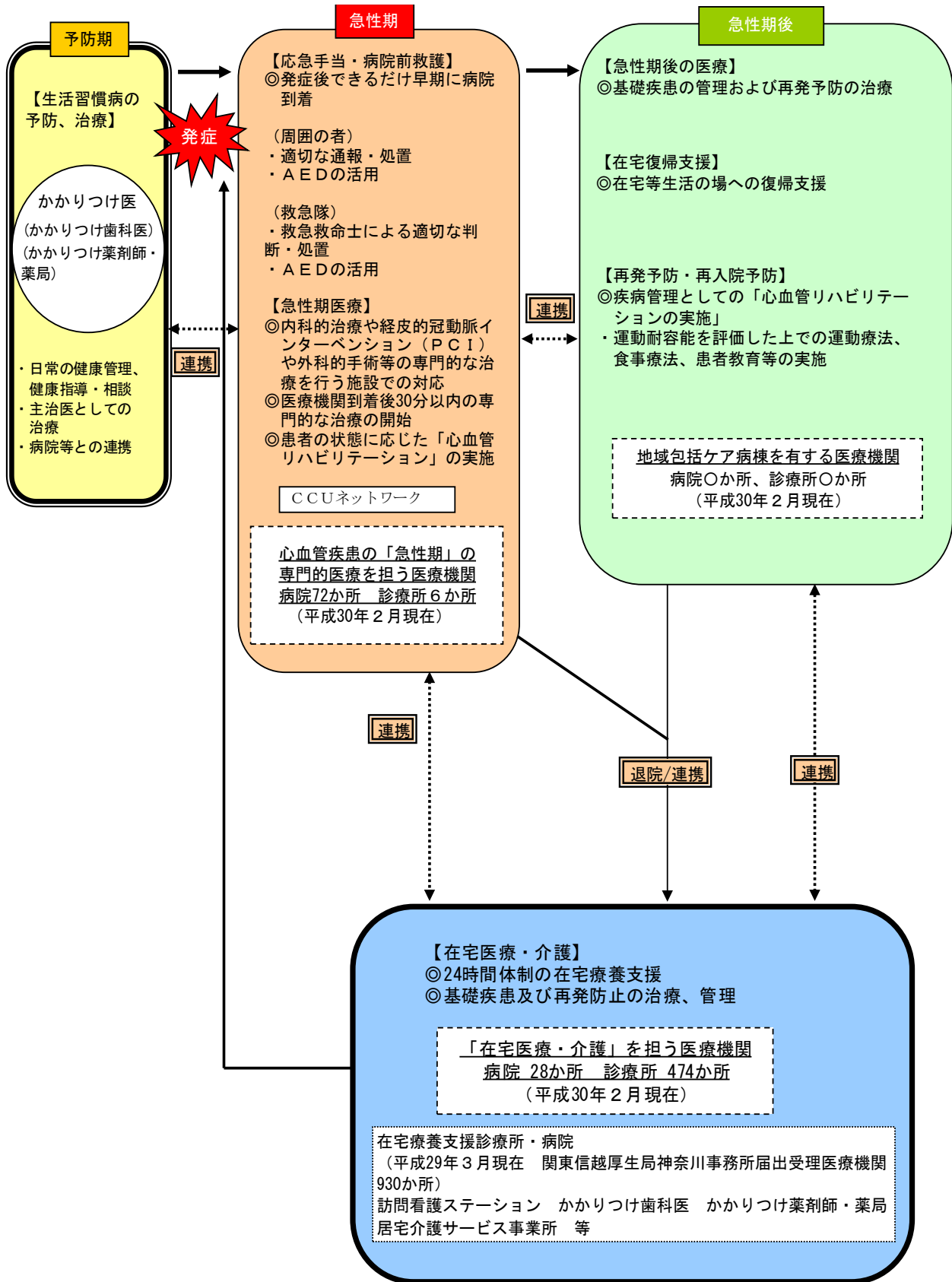
○ 県は、心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7% 特定保健指導 12.2% (厚生労働省「平成27年特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。
心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	135件 (消防庁「平成27年中救急救助の現況」)	148件	県における除細動実施件数を増やし、プレホスピタルケアの更なる充実に努める。計画期間内に平成27年比1.1倍の増加をめざす。	発症直後の救護、搬送等に関する施策の効果を評価するため。
救急要請（覚知）から	39.9分	39.4分以下	全国値と同じ値	発症直後の救護、

医療機関への収容までに要した平均時間	(消防庁「平成27年中救急救助の現況」)		をめざす	搬送等に関する施策の効果を評価するため。
来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	20.9% (平成27年度 NDB)	23.0%	地域差を解消しながら、県平均の向上をめざす。	急性期の医療における施策の推進状況を評価するため。
心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数	44施設 (H28.3.31診療報酬施設基準)	57施設	今後の患者数の増加に対応するため現状の1.3倍をめざす。	急性期後の医療における施策の推進状況を評価するため。
心大血管リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数	6施設 (H28.3.31診療報酬施設基準)	8施設		
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	96.2% (平成26年患者調査)	県平均 96.7%以上	地域差を解消しながら、県平均のさらなる向上をめざす。	医療の施策による効果を総合的に評価するため。
虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	男性：27.3 女性：8.7 (平成27年人口動態特殊報告)	男性：24.6 女性：7.8	最も低い佐賀県(男性14.8、女性5.5)の数値を長期的に目指し、1割改善する。	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■心筋梗塞等の心血管疾患の医療機能の連携体制



* 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
 HPアドレス <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>
 心筋梗塞等の心血管疾患 <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=10>

第4節 糖尿病

現状

(1) 糖尿病について

- 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等の他の疾患の危険因子となるとともに、放置すると、腎症、網膜症、神経障害、動脈硬化、歯周病などの様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけでなく、医療費の負担を増加させる慢性疾患です。
- 医療施設(病院・診療所)で受療した患者をもとにした、平成26年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は19万6千人(全国では316万6千人)とされています。
- しかし、糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。
- 受療者以外も調査対象とした平成28年国民健康・栄養調査(平成28年)では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」(有病者)は全国で約1,000万人と推計されています。
- これらのことから、県の有病者は、患者調査による患者数よりも相当程度多いものと考えられ、特定健康診査の結果をもとにした40歳から74歳までの県の糖尿病有病者数は、23万人と推計されています。

(2) 予防について

- 2型糖尿病は、生活習慣の改善により発症を予防すること(一次予防)が期待できます。また、2型に限らず、糖尿病は、発症しても血糖コントロールを適切に行うことや、高血圧の地医療など内科的治療を行うことなどにより、腎症などの合併症の発症を防ぎ、人工透析の導入を回避すること(二次予防)が可能です。
- しかし、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解は必ずしも十分とはいえません。
- 一次予防と二次予防につなげていく上で有効な特定健康診査について、平成27年度の受診率は、全国の50.1%に対し、県は49.7%となっています。
- 平成27年度のNDBデータによると、人口10万人あたりの外来栄養食事指導料の実施件数は1,525.3件で、全国平均の1,365.5件を上回っています。
- 看護師・准看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士をはじめとした様々な職種が、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)、地域糖尿病療養指導士(CDEL)等の専門資格を取得し、他の関連職種と連携しながら糖尿病の予防活動や療養支援に当たっています。県内の有資格者数は平成29年度において、CDEJ1,083人、CDEL416人となっています。

(3) 合併症について

- 平成28年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、歯周病を有する者が多いことが示されています。
- 県民歯科保健実態調査によると、糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合は、平成23年では55.2%、平成28年でも56.2%とほぼ横ばいとなっています。

- 平成27年度のNDBデータによると、人口10万人あたりの糖尿病足病変に対する管理の件数は262.7件であり、全国平均の172.9件を上回っています。一方で、人口10万人あたりの糖尿病網膜症手術数は76.6件であり、全国平均の91.0件を下回っています。

指標		横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
外来栄養食事指導の実施件数	レセプト件数	16,267	17,827	20,044	9,671	15,171	12,613	12,473	6,957	10,234	15,164	2,633	12,641	
	10万人あたり	1,048.0	1,606.0	1,890.9	1,174.9	2,437.6	1,763.7	1,695.1	977.4	1,750.9	1,786.8	745.8	1,525.3	1,365.5
糖尿病足病変に対する管理	レセプト件数	2,322	1,384	4,001	1,975	5,351	3,566	2,381	472	742	1,293	459	2,177	
	10万人あたり	149.6	124.7	377.4	239.9	859.8	498.6	323.6	66.3	126.9	152.4	130.0	262.7	172.9
糖尿病網膜症手術数	レセプト件数	1,039	1,045	908	423	667	631	544	351	459	581	334	635	
	10万人あたり	66.9	94.1	85.7	51.4	107.2	88.2	73.9	49.3	78.5	68.5	94.6	76.6	91.0

出典：平成27年度NDB

課題

(1) 予防

- 平成25～27年の県民健康・栄養調査によると糖尿病に関連する項目である「肥満者の割合」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実践することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 歯周病は糖尿病の合併症であることなど、糖尿病と歯周病の関連性についての理解が進んでいないため、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、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。
- 糖尿病予防のために、糖尿病のハイリスク者に対し、健康診断後の保健指導などにより、生活習慣を見直し、改善することが必要です。
- また、糖尿病を重症化させないためには、治療が必要な状態の者が、適切に受診を継続することが必要です。
- 市町村国民健康保険等の医療保険者は、健康診断結果やレセプト情報を活用することにより、医療経済的にも大きな負担となる糖尿病の重症化を予防し、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図ることが必要です。

(2) 医療

ア 糖尿病の医療

- 糖尿病は、腎症、網膜症、神経障害、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。
- 糖尿病治療では、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、さらに保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなど様々な職種の連携による、地域におけるチーム医療が大切です。
- 地域医療連携の推進に有効な地域連携クリティカルパスについて、十分な活用が図られていないため、普及していくことが必要です。

イ 糖尿病患者への教育・情報提供

- 糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いことから、治療を継続することが重要です。そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教

育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。

- 特定健康診査等結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導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。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

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

施策

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

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校、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、取り組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを推進していきます。
- 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。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）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・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。
- 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促進や、未病改善の取り組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

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

ア 糖尿病の医療

- 県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）」により、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みを支援していきます。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー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、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・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 糖尿病患者への教育・情報提供

- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・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

組みを強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

ウ 医療機能の情報提供及び連携の推進

- 県は、糖尿病の合併症（脳卒中、急性心筋梗塞を除く）治療に対応できる医療機関、糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

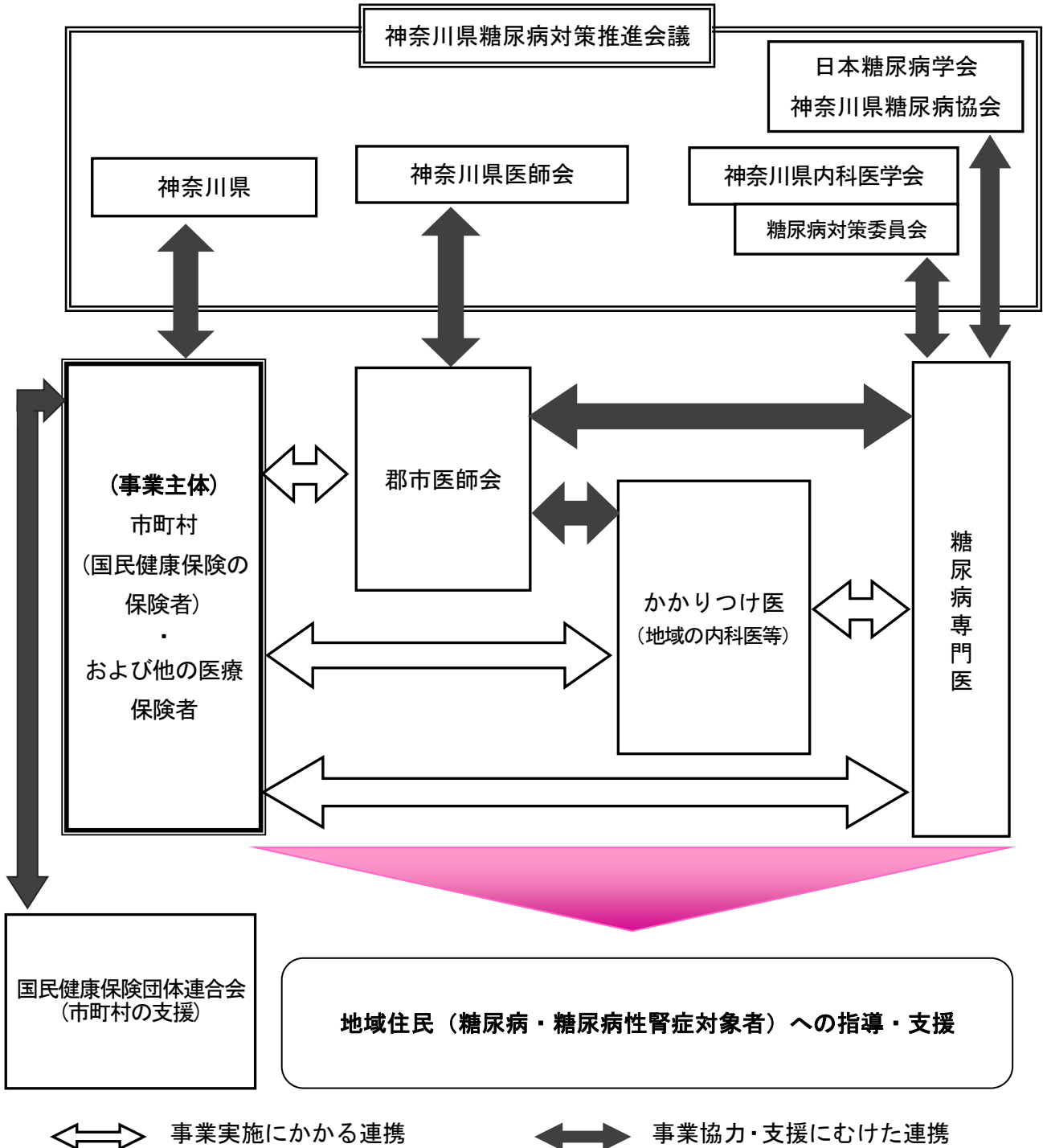
目標

目標項目	現状	目標値	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7% 特定保健指導 12.2% (厚生労働省「平成27年特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。
外来栄養食事指導料の実施件数（レセプト件数）	139,054件 (平成27年度NDB)	152,959.4件 (平成35年度)	人口10万人当たりで全国平均以上である状態を維持しながら、全体の件数を1割増加させる。	地域における関係職種間の連携の推進状況を評価するため。
糖尿病有病者数（40～74歳）	23万人 (平成26年度特定保健審査の結果をもとにした推計)	22万人 (平成34年)	かながわ健康プラン21（第2次）に基づく	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■糖尿病の医療機能の連携体制

○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

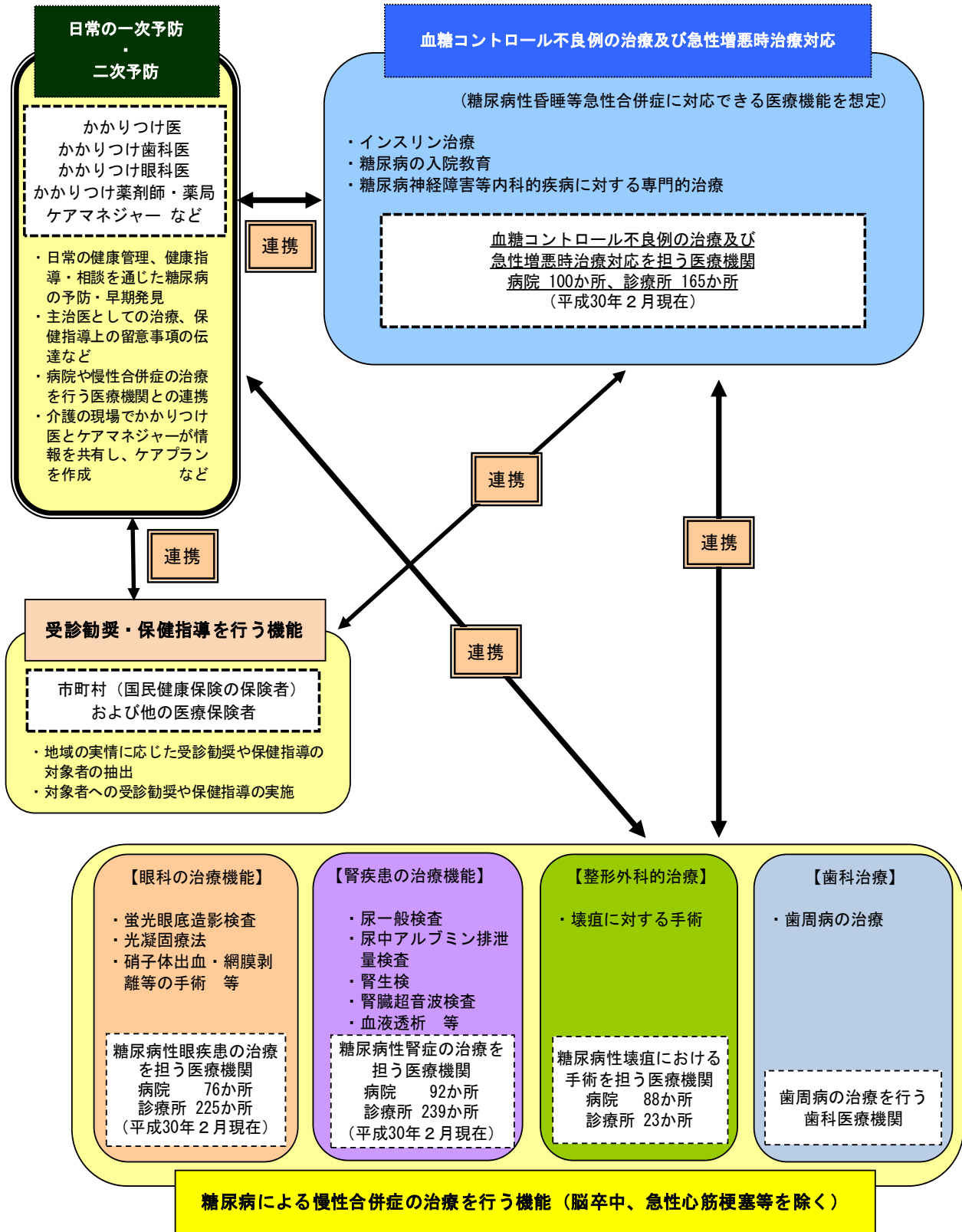
(=かながわ糖尿病未病改善プログラム(神奈川県糖尿病対策推進プログラム)の推進体制)



【参考】地域住民(糖尿病・糖尿病性腎症対象者)への指導・支援に関わることが想定される職種

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、臨床心理士、運動療法士、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、視能訓練士、言語聴覚士、柔道整復師、介護福祉士、ソーシャルワーカー、介護ヘルパー、ケアマネジャー、医療事務 など様々な職種が関わることが想定されます。

■ 糖尿病の医療の提供体制



* 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
HPアドレス <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>
糖尿病 <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=15>

第5節 精神疾患

現状

- 精神疾患は、統合失調症、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、認知症（アルツハイマー病等）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんなど、多種多様な疾患の総称です。
- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成26年患者調査によると、全国の総患者数は390万人を超える水準となっています。
- 本県の総患者数（※1）は、平成26年患者調査によると25万4千人であり、平成20年に行われた同調査時の18万人と比べ、大幅に増加しています。
- 疾患の内訳は、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症の順で、この3疾患で総数の約66%を占めており、この状況は全国と同様です。
- 平成26年患者調査による本県の推計入院患者数は12万7千人で、疾患別にみると、統合失調症が55.9%、アルツハイマー病が11.8%、気分障害（うつ病等）が10.2%の順となっています。また、推計外来患者数は、19万7千人で、疾患別にみると、気分障害（うつ病等）が28.9%、神経症性障害（不安障害等）が19.7%、統合失調症が18.2%の順となっています。
- 平成26年患者調査によると、精神疾患の退院患者の平均在院日数は、全国平均が295.1日であるのに対し、本県の平均は250.1日と45日短くなっています。
- 平成27年度精神保健福祉資料によると、県内の精神病床における入院期間1年以上の患者数は、平成27年6月末時点で5,608人となり、前年同時期から734人減少しています。
- 県内の精神病床を有する医療機関数は、平成29年4月1日現在、70ヶ所です（県域26か所、横浜市29か所、川崎市9か所、相模原市6か所）。
- 平成27年度精神保健福祉資料によると、県内の精神病床を有する医療機関に勤務している精神保健指定医は延べ481人です。また、精神科診療所に勤務している精神保健指定医は延べ540人です。
- 県の精神疾患対策は、圏域を全県域と定め実施しています。
- 高齢化に伴い、認知症高齢者の増加も見込まれます。平成27年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、平成37（2025）年には、認知症の人は全国で約700万人前後になると見込まれています。
- 精神疾患対策は、予防から治療、回復、社会復帰期に至るまで、地域の医療機関（専門医以外他科を含む）と保健福祉事務所、障害福祉・高齢福祉関係機関、関係する多職種などとの連携を図ることが重要です。

課題

- 精神疾患は全ての人にとって身近な疾患であり、その有無や症状の程度にかかわらず、誰もが地域で安心して自分らしく生活できるよう、患者や家族に対して適切な精神科医療等が提供でき

る体制を構築していく必要があります。

(1) 予防

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症、依存症等について、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行う必要があります。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが重要です。
- うつ病等の精神疾患は、最初に一般内科等のかかりつけ医を受診することも多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- メンタルヘルス対策、うつ病対策、認知症対策は、県民にとって重要な課題であることから、かかりつけ医のみならず、関連する多職種チームや他の医療関連職種への普及啓発、サポートシステムの整備が重要です。

(2) 医療・社会復帰（地域生活）

- 精神疾患は多種多様であるため、医療機関の役割をより明確にし、県民に良質かつ適正な医療の提供を確保していく必要があります。
- 精神疾患の急激な発症・悪化（それに伴う自殺未遂等を含む）、災害時の精神科医療については、対応に急を要するため、迅速かつ適正な医療の提供を保障していく必要があります。
- 精神科医療機関へ入院した人の退院に向けた支援については、県内の退院患者の平均在院日数を踏まえ、入院中からその支援の充実を図るとともに、患者及び家族が地域で安心してくらせるような相談支援体制等の構築が必要です。
- 精神病床における入院期間1年以上の患者（以下、「長期入院患者」といいます。）の人数は減少しつつあるものの、その約半数は65歳以上であり、また、精神障がい者は、退院後も医療との連携や住まいの場の確保などの支援が必要なことから、退院後の地域生活を支援するために、医療、障害福祉、介護、住まい、社会参加などが確保された精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築が、特に求められています。

(3) 認知症の人にやさしい地域づくり

- 認知症は、その容態の変化に応じて、適時・適切に診断や治療に結びつけることが重要です。さらに、医療と介護の密接な連携のもとで、適切な医療・介護サービスが切れ目なく提供できるよう、体制を整備する必要があります。
- 認知症の人やその家族を支援するため、本人や家族の視点に立って認知症施策の諸課題について検討し、介護者の負担軽減につながる施策に取り組むことが重要となっています。

施策

(1) 予防（県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民）

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。
- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。
- 平成20年度から実施している「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続するとともに、今後、研修形態を工夫する等、さらなる充実を図っていきます。
- 精神疾患対策として予防から治療、回復、社会復帰期に至るまで、地域の医療機関（専門医以外他科を含む）と保健福祉事務所（保健所）、障害福祉・高齢福祉関係機関、関係する多職種などとの連携を図るために、関連する全ての人を対象として啓発活動や対応力向上のための研修会を開催します。

（２）医療・社会復帰（地域生活）（医療提供者、県、市町村、地域関係機関）

ア 医療体制の整備等

- 多種多様な精神疾患に対応するため、県内の患者の動向、医療資源・連携等の現状把握に努め、県民にわかりやすい精神疾患の医療体制を整備します。
- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 急を要する精神科医療の提供については、引き続き、精神科救急医療（身体合併症対策を含む）、自殺対策（自殺未遂者支援等）、災害派遣精神医療チーム（かながわD P A T）の体制の充実を図っていきます。
- 患者や家族が安心して地域でくらすことができるよう、精神保健福祉センターの技術支援の機能を活用する等、医療機関と地域精神保健福祉関係機関との連携強化を図り、相談支援に取り組みます。
- 平成30年3月に策定予定の「神奈川県障がい福祉計画（第5期平成30年度～平成32年度）」において、精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について成果目標を掲げ、取り組みを推進します。

イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け、保健福祉事務所及び市（政令市を除く）保健所（以下、「保健所等」といいます。）では、これまでに築いてきたネットワーク等を活かして、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、長期入院患者の状況把握、地域課題の共有のほか、関係機関を対象とした研修会などを行いながら、市町村（政令市を除く）の障がい福祉主管課等と医療機関との連携支援など、支援体制づくりを図ります。
- また、政令市でも、それぞれ協議の場を設置します。
- 市町村（政令市を除く）では、地域の実情に応じて、保健所等が設置する協議の場と役割分担を図りながら、市町村（政令市を除く）の障がい者自立支援協議会等を活用するなど、精神障がい者が地域生活へ移行し、地域で安心して生活し続けられるよう、関係機関

が連携して支援を行うことができるようにしていきます。

- 市町村と県は、長期入院患者の地域生活移行に向けた有効な支援策となる「地域相談支援」や「計画相談支援」の提供体制を計画的に整備していきます。
- 市町村は、サービス実施主体として、精神障がい者がライフステージに応じて多様な住まいの場を選択し、地域にある様々なサービスを組み合わせて利用できるよう、グループホーム等の充実や、訪問系サービス、日中活動系サービスを含めた障害福祉サービスの基盤整備を図り、地域移行支援・地域定着支援などと合わせて、長期入院患者の地域生活への移行を支援します。

また、長期入院患者の約半数は65歳以上であることから、年齢や心身の状況などに応じて、介護サービス等による対応も考慮しつつ、関係の所管課や、介護の関係機関との連携を図って地域生活への移行を支援します。

(3) 認知症の人にやさしい地域づくり

- 認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。
- 認知症の人の介護者への支援のため、介護経験者等が応じるコールセンターの設置等、相談体制を充実し、介護者の精神的身体的負担の軽減に取り組みます。

目標

(1) 予防

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数	2,612人 (平成28年度末時点)	4,052人 (平成34年度末時点)	かながわ自殺対策計画の目標値と同様の考え方とする	関連計画であるかながわ自殺対策計画と取組みを連動させるため

(2) 医療・社会復帰(地域生活)

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
依存症の専門医療機関の指定数	0	10 (平成34年度末時点)	神奈川県アルコール健康障害対策推進計画(仮称)の目標値と同様の考え方とする	関連計画である神奈川県アルコール健康障害対策推進計画(仮称)と取組みを連動させるため
てんかんの拠点機関と連携する医療	59 (平成28年度末)	220	現状より連携医療機関数を増や	拠点機関を中心とした医療連携体制

機関数	時点)		す	を強化するため
精神保健福祉資料における6月末時点から1年時点の退院率	89% 〔平成25年6月末時点〕	90% 〔平成31年6月末時点〕	神奈川県障がい福祉計画の目標値と同様の考え方とする	関連計画である神奈川県障がい福祉計画と取組みを連動させるため

(3) 精神科救急（再掲）

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
平日の夕方から夜間の受入医療機関数（再掲）	8施設	9施設	現状より受入医療機関数を増やす	平日の夕方から夜間にかけて切れ目のない体制の整備とアクセスの向上を図るため

(4) 身体合併症（再掲）

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
精神科救急・身体合併症対応施設数（再掲）	6施設	7施設	横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設1施設を整備する	県全域に対応できるよう広域の身体合併症対応施設を整備する必要があるため

(5) 認知症の人にやさしい地域づくり

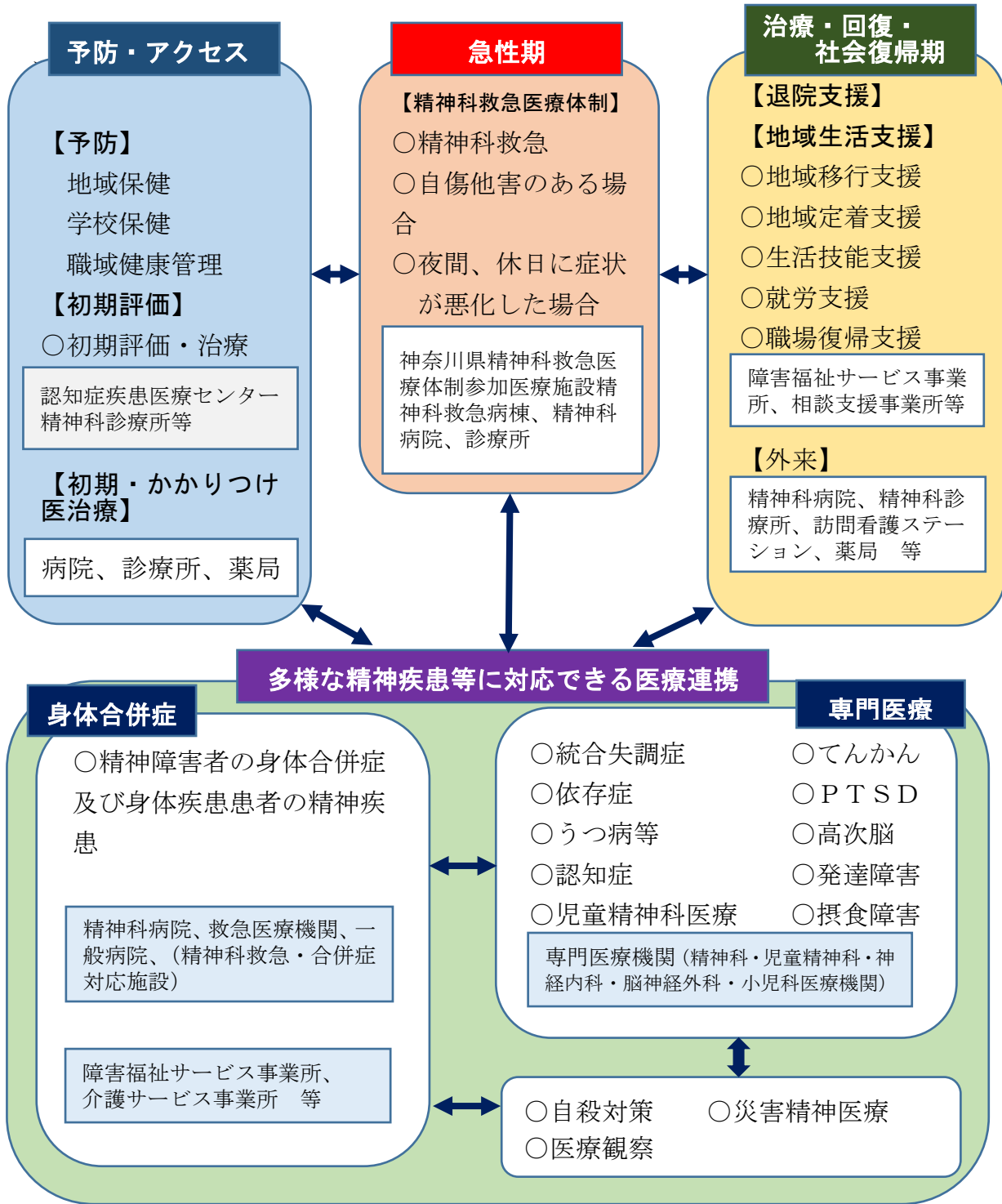
目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の受講者数 (※横浜市が独自に実施する「医療従事者向け認知症対応力向上研修」を含む)	3,827人 (平成29年度実績見込み)	6,800人	実施主体である県、指定都市計画の積み上げ（累計）	認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供体制を整備するため。

■ 用語解説

※1 総患者数

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

■精神疾患の医療機能の連携体制



※ 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。

HPアドレス <https://iryō-keikaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

精神疾患 <http://www.iryō-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=45>

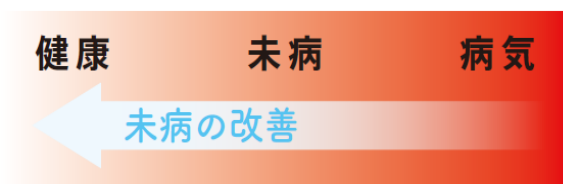
第3章 未病対策等の推進

- 県では、未病を改善し、健康寿命の延伸を目指すとともに、各地域の健康格差の縮小を目標に取り組みを進めています。未病を改善するために、心身の健康づくり、歯科保健、認知症などライフステージに応じた対策を進める必要があります。
- また、県民が主体的に自らの健康情報を管理する「マイME-BYOカルテ」の活用や未病対策を推進する人材の養成に取り組みます。

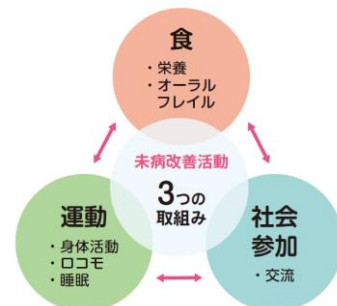
第1節 未病を改善する取組みの推進

- 人の心身の状態は「健康か病気か」といった明確に二つに分けられるものではなく、健康と病気の間で常に連続的に変化しており、この状態を「未病」と言います。
- 県では、こうした心身の状態の変化の中で、特定の疾患の予防にとどまらず、心身をより健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組みを進めています。

「未病」の考え方



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



現状

(1) ライフステージに応じた未病対策

- 昭和45(1970)年に25.6万人であった65歳以上の老年人口は、平成62(2050)年には約295万人と10倍以上になり、昭和45(1970)年に4.7%であった高齢化率(老年人口が全人口に占める割合)は、平成62(2050)年には36.4%まで進むなど、神奈川県は全国と比べても早いスピードで高齢化が進むと見込まれています。
- 超高齢社会を乗り越えるためには、人々の健康に対する意識づけを強く促し、行動に結び付けていくとともに、社会全体でそれを支えていくことが必要であるため、「かながわ未病改善宣言」に基づき、「食・運動・社会参加」を中心とした未病改善の取組みを進めています。
- 未病改善は、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です。そのため県では、全ての世代の方々が「未病」を自分のこととして考え、行動していくよう、子どもから高齢者まで、ライフステージに応じた未病対策に取り組んでいます。

- なお、健康増進法に基づき平成25年3月に策定した「かながわ健康プラン21（第2次）」には、未病改善の考え方が盛り込まれています。

ア 子どもの未病対策

- 乳幼児期や学齢期などの子どもの時期は、将来にわたる健康の土台づくりをする大切な時期ですが、近年、食生活の欧米化や食習慣の乱れ、運動不足と運動過多の二極化といった課題も見られます。このため、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることの大切さについて普及啓発を行うとともに、未病改善の取組みを実践できるよう支援するため、リーフレットの配布や指導者向けの研修などを実施しています。

イ 未病女子対策

- 近年、初産年齢の上昇や少産化など、女性のライフスタイル等を背景に、女性特有の疾患の若年化傾向が見られるほか、多くの若い女性に「やせ願望」があると言われる中、やせ過ぎの女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと報告されています。また、低出生体重児については、成人後は生活習慣病を発症しやすいことが分かっています。
- このため、若い世代を中心とする幅広い世代を対象に、女性の健康・未病課題とその適切な対処法について普及啓発を行うため、イベントの開催やウェブサイトによる情報発信等行っています。

ウ 働く世代の未病対策

- 「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の普及啓発などの生活習慣病対策を進めています。
- 働く世代の生活習慣病対策を強化するため、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。
- 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みの検討や調整を行っています。

エ 高齢者の未病対策

- 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ことができるよう、運動器の障害により要介護になるリスクの高い状態であるロコモティブシンドローム（※1）や加齢により心身の活力（筋力や認知機能等）が低下した状態であるフレイル（虚弱）（※2）の対策を進めています。

オ 認知症未病対策

- 認知症の人は平成37（2025）年には全国で約700万人前後になると見込まれています。また、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になるといわれています。
- 県では、コグニサイズ（※3）など認知症の発症リスクを軽減させるための取組みや、認知症に対する理解を深めるための普及啓発を進めています。

～国の戦略に「未病」が位置づけられています～

平成29年2月、「未病」の定義が新たに盛り込まれた国の「健康・医療戦略」が閣議決定されました。

「健康・医療戦略」には、『健康か病気かという二分論ではなく健康と病気を連続的に捉える「未病」の考え方などが重要になると予想される。その際には、健康・医療関連の社会制度も変革が求められ、その流れの中で、新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待される』とあり、国の戦略に初めて「未病」が位置づけられたこととなります。

(2) 未病改善の取組み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

- 「食・運動・社会参加」を中心とした未病改善に県民が主体的に取り組めるよう、未病センターの設置促進や未病サポーターの養成など、地域において未病改善の取組みを支える環境づくりを進めています。
- 県西地域の地域資源（食、運動、温泉、森など）を生かした、車で気軽に立ち寄れる観光施設を「未病いやしの里」の「駅」に指定して、未病に関する重点的な情報発信や普及啓発などを行っています。

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」(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「C HO構想」を進めています。

(3) 未病を見える化する取組み

- 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、科学的なエビデンス(裏づけ)に基づき、未病を見える化する取組みを進めています。

課題

(1) ライフステージに応じた未病対策

- 健康寿命の延伸に向けて、未病概念の一層の浸透と、未病改善の実践の普及を図るため、健康に無関心な層や、忙しくて未病改善に取り組めない県民等に対するアプローチなどを中心に、効果的な取組みを進める必要があります。
- そのため、市町村等の関係機関、関連団体等で健康施策や健康課題の情報を共有するなど連携し、栄養・食生活や運動など生活習慣の改善に向けた取組みを進めていくことが必要です。

ア 子どもの未病対策

- 長い将来にわたる健康の基盤を形成する子どもの時期から、適切な生活習慣を身につけることの大切さについて、引き続き、子どもや保護者に対して普及啓発を行うとともに、

未病改善を実践できるよう支援を行う必要があります。

イ 未病女子対策

- 女性の健康・未病課題とその適切な対処法について、引き続き、若い世代を中心とする幅広い世代を対象に正しい知識の普及を図る必要があります。

ウ 働く世代の未病対策

- 生活習慣病による医療費の増大等の背景も受け、従業員の定期健診の受診率が低いなどの課題がある中小企業への働きかけや、生活習慣病予防への積極的な取組みを充実させる必要があります。

エ 高齢者の未病対策

- 高齢者が要支援・要介護に至る要因となるロコモティブシンドロームやフレイル（虚弱）については、その兆候に早い段階で気づき、進行の抑制や改善を図ることが必要です。

オ 認知症未病対策

- 高齢化が進み、将来的な患者数の急増が見込まれる中においては、認知症のリスク軽減を図る取組みなどを着実に進めていく必要があります。

（２）未病改善の取組み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

- 県民の身近な場所で未病改善を進めるきっかけづくりとなる場の拡充や、未病改善を支える人材の育成について充実を図る必要があります。

イ 職域における未病改善を進める環境づくり

- 企業や団体が健康経営に取り組む「ＣＨＯ構想」の普及にあたっては、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など）を示すとともに、企業や団体の取組みを支援するツールの提供などにより、健康経営の取組みを支援する必要があります。

（３）未病に見える化する取組み

- 自分の現在の未病の状態や将来の疾病リスクを数値で見える化する「未病指標」を構築するとともに、未病指標の活用促進に向けた取組みを進める必要があります。

施策

（１）ライフステージに応じた未病対策

（県、市町村、企業・保険者、学校、健康関連団体、地域団体、県民）

- 全ての世代の方々が「未病」を自分のこととして考え、行動していくよう、子どもから高齢者まで、ライフステージに応じた未病対策を、県民、企業、学校、行政や関係機関、関連団体等が連携して取組みを推進します。

ア 子どもの未病対策

- 子どもが楽しく運動や食などの未病改善に取り組めるよう、企業等のノウハウや人材を活

かした「子どもの未病対策応援プログラム」の幼稚園や保育所等における提供や、高校生の健康リテラシーを高めることを目的とした、高校における未病学習などを実施します。

イ 未病女子対策

- 女性特有の健康課題に関する正しい知識や適切な対処法について理解を促すため、「かながわ女性の健康・未病Week」における普及啓発イベントの開催や、ウェブサイトによる情報発信等を進めます。

ウ 働く世代の未病対策

- 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みを推進します。
- 働く世代の生活習慣病対策を強化するため、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体制の整備を行います。

エ 高齢者の未病対策

- 介護予防・軽度認知障害対策として、ロコモティブシンドローム・フレイルを早期に発見し、対処するための自己チェックの機会の提供やセミナー開催の取組みなどを推進します。

オ 認知症未病対策

- 「未病を改善する」観点からも認知症を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、認知症のリスクを軽減するためのコグニサイズなどの普及定着や、早期に発見し、早期に治療につなげるための取組みを進めます。

(2) 未病改善の取組みを支える環境づくり（県、市町村、企業、関係団体、県民）

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を促進します。
- 市町村の健康づくりの取組みをサポートするため、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。
- 未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成を行います。こうした取組みを、県民や市町村、企業・団体と連携して進めることにより、未病改善の取組みを支える環境づくりを一層推進していきます。
- 未病の重点的な情報発信や普及啓発などの核となる未病バレー「B I O T O P I A」（※4）を県西地域に設置し、県西地域全体を、未病を改善し健康な社会を実現するための集積・創造・発信の場所にしていきます。

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C H O構想（健康経営）の取組みを支援するため、従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、県が開発・運用しているアプリ「マイME-B Y Oカルテ」を提供します。（詳細は、P109を参照）
- また、県が「C H O構想推進事業所」として登録した事業所に、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、「マイME-B Y Oカルテ」に入力された従業員の健診データを基に、事業所の健康課題を見える化して提供します。

(3) 未病を見える化する取組み

- 一人ひとりの行動変容を促進し、健康寿命の延伸につなげるため、未病指標の第一弾として、生活習慣病の早期発見・介入に向けたメタボリスク指標及び改善プログラムを構築し、市町村及び県民への普及を図ります。
- また、WHOやアカデミア等と連携し、生活機能やストレス等に関する未病指標についても検討を進めます。

■ 用語解説

※1 ロコモティブシンドローム

筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態。

※2 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）が低下した状態。

※3 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。

※4 B I O T O P I A

「B I O」と「U T O P I A」を組み合わせた造語で、いのち（B I O）輝く社会を実現する理想郷（U T O P I A）という思いをこめたもの。

第2節 こころの未病対策

現状

(1) こころの健康づくり

- めまぐるしく状況が変化する現代社会では、ストレスで心や体のバランスを崩している人が多くなっています。
- 平成28年の国民基礎調査から、県民で日常生活において、「ストレスあり」と回答した人は、49.5%で2人に1人がストレスを感じています。
- また、ストレスの原因は、「自分の仕事」1,374人、「収入・家計・借金」1,039人、「自分の病気や介護」762人が上位3つの原因となっています。

(2) うつ病等精神疾患の予防

- こうしたストレスが長期間続くと、うつ病等精神疾患を引き起こすことがあることから、県では精神保健福祉センターや保健福祉事務所(保健所)で、電話、面接、訪問等により、こころの健康や精神疾患に関する専門相談を受け付けています。
- また、うつ病は精神症状の他、身体の不調を伴う場合が多く、その多くが内科等の身体科を受診します。

(3) 総合的な自殺対策

- 自殺された方の多くが、仕事や収入、心身の病気、介護や育児等様々な状況や社会問題に直面し、追い込まれながらも、適切な支援につながっていない現状があります。
- 県では、平成10年以降の自殺者数が、年間1,600～1,800人前後で推移していたため、「かながわ自殺総合対策指針」に基づき、総合的に自殺対策を進めた結果、平成24年以降減少傾向が続いています。
- 具体的な取組みは、自殺予防の観点から、ゲートキーパー(※)等の人材養成を実施するとともに、市町村等と連携し、普及啓発や相談支援等、地域の実情にあった自殺対策を進めています。

課題

(1) こころの健康づくりの推進

- こころの健康づくりに関連して、休養や睡眠を含む生活習慣、ストレス解消等についての普及啓発を若年者・中高年・高齢者等の世代別に継続的に行うことが必要です。

(2) うつ病等精神疾患の予防の推進

- うつ病等精神疾患を予防するため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所(保健所)における相談支援体制を充実させることが必要です。

- 内科等の身体科の医師がうつ状態にある人の診断や対応について、知識と理解を深め、精神科医と連携して、必要な医療につなぐことができるようにすることが必要です。

(3) 総合的な自殺対策の更なる推進

- 自殺対策の一環として、こころの悩みや不安に対応する相談支援体制の充実を図ることが必要です。
- 依然として1,200人もの方が自殺により亡くなっている深刻な状況が続いていることから、普及啓発や相談支援を進めることが必要です。

施策

(1) こころの健康づくりの推進（県、市町村、県民）

- こころの健康の保持・増進のため、県民に向けた普及啓発を継続して行います。

(2) うつ病等精神疾患の予防の推進（県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民）

- 精神保健福祉センターや保健福祉事務所(保健所)において市町村と連携し、こころの健康に関する相談・訪問を継続的に行うとともに、充実を図ります。
- 内科等の身体科の医師が患者のこころの不調に気づき、適切に対応するために、うつ病についての知識や技術を修得する、対応力向上研修の実施に取り組みます。

(3) 総合的な自殺対策の更なる推進(関係機関・団体、県、政令指定都市、市町村)

- 自殺対策基本法において、都道府県、市町村に自殺対策計画を策定することが義務づけられたため、県においても自殺対策計画を策定し、様々な関係機関と連携を図り、より実効性のある自殺対策を進めていきます。

■ 用語解説

※ ゲートキーパー

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

第3節 歯科保健対策

- 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画に基づき、ライフステージに応じた歯及び口腔の健康づくりを進めています。
- 8020運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保つための取組み）に代表されるように、歯と口腔の健康づくりは、生涯にわたる健康の保持増進に寄与するとともに、生活の質の向上にも影響するため、保健、医療、福祉等の多職種連携による、ライフステージに応じた継続的な歯科保健対策が必要です。

現状

（1）乳幼児期・学齢期

- むし歯を有する幼児は年々減少していますが、地域や生活環境の違いによる差がみられます。特に、むし歯を有する幼児の一部にむし歯が、多発する二極化の傾向がみられます。
- 乳歯が生え揃っている5歳児においても食事の時にあまり噛まない子どもが、12.7%います。
- 児童、生徒のむし歯の本数は年々減少していますが、乳歯のむし歯が多い場合では学齢期の永久歯むし歯も多くなる傾向があります。
- むし歯は、甘味菓子や甘味飲料の摂り方などの生活習慣と強い関連性が認められます。

（2）成人期

- 成人における歯の本数は年々増加していますが、進行した歯周病を有する者の割合も加齢とともに増加しています。
- 歯周病と「糖尿病」との関連性を知っている人の割合は56.2%、「心臓病」、「肺炎」及び「低体重児出産など妊娠への影響」との関連性を知っている人の割合は20～30%台であり、歯周病が全身の健康に影響することの認識はまだ低い状況です。
- 喫煙経験のある人は進行した歯周病を有している割合が高く、喫煙経験の有無によって歯周病の状況に差が生じています。

（3）高齢期、障がい児者及び要介護者

- 80歳（75歳～84歳）で自分の歯を20本以上有する人の割合は年々増加しており、平成22年度では34.6%でしたが、平成25～27年度の平均では44.7%に増加しています。
- 高齢者の一人平均の歯の本数は、年々増加傾向にありますが、咀嚼や嚥下などの口腔機能が低下する傾向にあります。特に、何でも不自由なく食べられる歯の本数（20本）に満たない人の割合が、75歳以降で急増する傾向にあります。
- 高齢者におけるオーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）の該当者の割合は、自立者で約2割、要支援者で約5割、要介護者では約8割となっています。
- 在宅・施設等の要介護者は、介護度が高くなるほど、歯の本数は減少し、むし歯の本数が多くなる傾向にあります。

- 障がい児者及び要介護者は、口腔衛生や口腔機能の管理が難しく、誤嚥性肺炎等の発症リスクが高い状況にありますが、身近な場所での相談や支援を受けにくい状況です。

課題

(1) 乳幼児期・学齢期

- 地域のむし歯の現状や要因を考慮したむし歯予防対策の充実が必要です。
- 乳幼児期には、むし歯が生じないように、フッ化物を利用した早期からの専門的な予防処置と子育て支援や食育を含む多角的な歯科保健対策が必要です。
- 学齢期には、主体的にむし歯や歯肉炎予防に取り組めるよう、歯と歯肉の自己観察の習慣や口腔衛生用具等の活用など、セルフケア能力を高めるための支援が必要です。

(2) 成人期

- むし歯及び歯周病が進行する前に歯と歯肉の変化に気づくための自己観察習慣を持つとともに、かかりつけ歯科医を持つことが必要です。
- 歯周病と糖尿病など生活習慣病との関連性や、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性など、歯と口腔の健康づくりと全身の健康との関連性についての普及啓発が必要です。
- 喫煙は歯周病を悪化させることから、喫煙が口腔内に与える影響についての普及啓発が必要です。

(3) 高齢期、障がい児者及び要介護者

- 高齢期における咀嚼機能の維持と歯の喪失予防のための歯周病等の歯科疾患予防対策の充実が必要です。
- 健康寿命の延伸を目指し、フレイルから続く要介護状態に陥ることなく、健やかで自立した暮らしを長く保つために、オーラルフレイル対策を含めた口腔機能の維持・向上対策の推進が必要です。
- 障がい児者や要介護者では、歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や、生活の自立を促すため、歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上を含む口腔ケアに取り組むことが必要です。
- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、要介護者に対する保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制が必要です。

施策

(1) 乳幼児期・学齢期（県、市町村、学校、医療機関・医療関係者）

- 地域のむし歯の現状や要因及びフッ化物を利用したむし歯予防方法等、歯と口腔の健康づくりに関する情報提供を行います。
- 子どもの歯と口腔の健康づくりに関する相談窓口や、子どもとのふれあいを重視した歯みがき指導など、子育て支援に資する歯科保健相談及び指導体制の充実を図ります。
- むし歯予防、摂食機能発達支援及び食育など、健全な歯と口腔の育成支援体制の充実に取り

組みます。

- 市町村や学校等で、むし歯及び歯肉炎の予防のための歯科保健指導及び歯科保健教育を受ける機会の充実を図り、自己観察の習慣や口腔衛生用具等の活用など、セルフケア能力を高めるための教育指導を充実させます。

(2) 成人期（県、市町村、医療機関・医療関係者、事業所）

- 口腔内の自己観察習慣、歯間部の清掃を重視したセルフケアの大切さなどについて普及啓発を行います。
- かかりつけ歯科医による定期的な歯科検診、歯科保健指導の実施の充実を図ります。
- 関係機関、関係団体及び事業所等が連携し、地域や職場において全身の健康と歯と口腔の健康づくりとの関連性、糖尿病や喫煙と歯周病との関連性、妊娠期の口腔ケアの重要性などに関する普及啓発を行います。

(3) 高齢期、障がい児者及び要介護者（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

- いつまでも自分の歯でしっかり噛んで食べることができるよう、かかりつけ歯科医を持ち、定期的な歯科検診や歯科保健指導を受けるなど、咀嚼機能の維持と歯を喪失しないための歯科疾患予防の必要性について普及啓発します。
- 高齢者の口腔機能が維持・向上するよう、早期からのオーラルフレイル予防の普及啓発とオーラルフレイル改善プログラムの定着化を図ります。
- 障がい児者や要介護者の歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や生活の自立を促すための歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上等の支援に取り組みます。
- 障がい児者及び要介護者の生活の質の向上や自立を図るため、施設入所者や在宅療養者に対して、保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制づくりを推進します。

(4) 歯科保健医療サービス提供のための環境整備（県）

- 地域における歯科保健事業の評価及び地域特有の課題抽出等の指標となるよう、歯科保健データの収集、分析、評価、提供を行い、地域歯科保健対策の推進を支援します。
- 8020運動をはじめとする歯と口腔の健康づくりを推進するため、口腔機能向上等の重要性について普及啓発を主体的に実施する県民ボランティア（8020運動推進員）の養成及び育成に取り組み、その活動支援を行います。

第4節 ICTを活用した健康管理の推進

現状

- 県民の未病の改善に向けては、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、県では、平成28年3月から、パソコンやスマートフォンでお薬情報や健康情報の記録・管理ができるアプリケーション「マイME-BYOカルテ（※1）」を運用しています。
- 平成28年9月から、市町村と連携し、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））を運用しています。

課題

- 県民の主体的な健康管理を推進するため、市町村や企業・団体、民間のヘルスケアアプリなどと連携して、より一層の「マイME-BYOカルテ」の普及を図る必要があります。

施策

（1）普及推進の取組み（県、市町村、関係機関、県民）

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

（2）市町村や企業における活用（県、市町村、関係機関、県民）

- 市町村と連携し、ウォーキングなど健康増進に向けた取組みへの「マイME-BYOカルテ」の活用を推進します。
- 企業や団体がCHO構想（※3）に取り組む際、その企業や団体の従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、「マイME-BYOカルテ」の活用を推進します。
- 「マイME-BYOカルテ」に蓄積された県民の健康情報を、市町村が取り組む健康増進施策や企業の健康経営などの目的で活用できるしくみを整備します。

■用語解説

※1 マイME-BYOカルテ

体重・歩数などの日々の健康記録や、お薬情報、母子健康手帳、健康診断結果などを一覧で管理できる、県が開発・運用するアプリケーション。健康情報を「見える化」することで「未病の改善」に役立つ。

※2 電子母子手帳

子どもの予防接種歴、妊婦や乳幼児の健診結果等の母子の健康情報を記録できるほか、予防接種のスケジュール管理機能や市町村からの子育て情報の通知機能などがあるアプリケーション。

電子母子手帳は「マイME-BYOカルテ」と連携しており、電子母子手帳に記録した健康情報をお薬情報やアレルギー情報などと合わせて一覧で管理できる。

※3 CHO構想

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



<マイME-BYOカルテ>



<電子母子手帳>

第5節 未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成

現状

(1) 急激な高齢化の進展

- 圧倒的なスピードで進む高齢化や少子化により人口構造が変化しており、急激な高齢化が進展しています。
- この急激な高齢化は、社会システムに大きな影響を及ぼします。社会保障制度など現行の社会システムは、少数の高齢者を多数の現役世代で支えることが前提となっています。
- 少子高齢化が進展し、人口構造が大きく変化する中では、現行の社会システムを継続することは困難になりつつあります。

(2) 現代社会特有の新たな動き

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

課題

- 本県は、超高齢社会を乗り越えていくために、ヘルスケアの分野で「最先端医療・最新技術の追求」と「未病の改善」という2つのアプローチを融合させ、持続可能な新しい社会システムを創造していく「ヘルスケア・ニューフロンティア」を推進しており、新たな社会システムの構築に向けては、ヘルスケア・ニューフロンティアを推進する人材育成が必要です。
- また、保健医療に関わる社会制度や自然環境が人々の健康や安全に及ぼす影響を公衆衛生学の観点から体系的に理解し、次世代社会を見据えたグローバルに活躍できる人材の育成が求められています。

施策

(1) ヘルスイノベーション研究科（仮称）の開設（県）

- 技術や社会システムの革新を起こすことができる人材を育成する大学院ヘルスイノベーション研究科（仮称）を神奈川県立保健福祉大学に平成31年度に開設します。

(2) ヘルスイノベーション研究科（仮称）における取り組み（関係機関）

- ヘルスケア分野における社会的な課題解決に取り組みたい社会人や学部卒業生など多様な分野から学生を受け入れ、修了後は国内外の医療・保健・福祉・産業・行政・臨床研究などの場で活躍できる人材の輩出をめざします。
- この研究科では、教育研究の質の向上を図るため、WHOを始めとする国際機関や国内外の大学、殿町周辺を始め国内外の研究機関、企業と連携し、共同研究の実施、学生や教員及び研究者の相互交流の推進をめざします。

- さらに、在学生以外の県民に対する公開講座の開催等により、県民の健康への関心を高め、行動変容の促進につながるような機能も併せ持たせます。
- また、県民の健康長寿の延伸に寄与するため、県と連携しながら、県健康医療施策について現状の課題分析等学術的な研究を推進し、県施策への反映につながるような提言を実施するシンクタンク機能の構築をめざします。

<ヘルスイノベーション研究科（仮称）の概要>

【開設の目的】

ヘルスケア分野におけるイノベーション人材の育成

【設置形態】

神奈川県立保健福祉大学に大学院研究科を新設

【開設時期】

平成31年度

【修業年数】

2年間

【学位】

修士（公衆衛生学）

【人数】

1学年15名

【履修言語】

日本語・英語

【想定する入学者像】

社会人、学部卒業生、留学生

※新研究科の設置構想は予定であり、今後変更となる場合があります。

第4章 地域包括ケアシステムの推進

- 在宅医療は、病気になっても障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスとも相互に補完しながら、自宅や有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの施設・住まいにおける患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素です。
- また、地域包括ケアシステムの理念は普遍化し、高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の強化が求められています。県では、地域共生社会を見据えて、誰もが尊重され、その人らしい生活を実現できるよう、高齢者も小児も障がい者も難病の方も地域で支えるしくみづくりを推進します。

第1節 在宅医療

現状

(1) 地域包括ケアシステムと在宅医療について

- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいいます（地域医療介護総合確保法 第2条第1項）。
- 在宅医療は、高齢になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素です。
- 全国平均を上回るスピードでの高齢化の進展や、病床の機能分化・連携に伴い、慢性期の医療ニーズの受け皿や、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして、在宅医療への期待が高まっており、平成35年における在宅医療等を必要とする患者数は、平成25年の56,305人／日と比較すると、1.64倍の92,702人／日に増加することが見込まれています。

(2) 在宅医療の提供体制について

- 退院支援を実施している診療所・病院、訪問診療を実施している診療所・病院、訪問歯科診療を実施している歯科診療所、往診を実施している診療所・病院、在宅看取りを実施している診療所・病院の県内の人口10万人あたりの施設数は、いずれも全国平均を下回っています。
- これらの在宅医療の提供体制は、県内の地域によっても差があり、訪問診療を受けた患者数や看取り数についても地域ごとに差が見られます。
- 小児在宅医療については、医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等の使用、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする障がい児（医療的ケア児）が増加しています。

- 障がい児者、要介護者の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、県では、医科や介護サービスと歯科医療との連携推進のための在宅歯科医療中央連携室及び地域連携室を設置し、また歯科診療所の在宅歯科医療用の機器等の整備に対し、支援を行っています。
- 緩和ケアのための麻薬調剤が可能な薬局は、県内全薬局（3,825施設）の73.3%（2,804施設）となっています。（平成28年度統計）
- 在宅患者訪問薬剤管理指導業務を実施する薬局の数は、年々増加しています。
- がん診療連携拠点病院等は、在宅療養支援診療所や緩和ケア病棟を有する医療機関等と連携するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制を整備しています。

〔退院支援に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
退院支援を実施している診療所・病院数	1.3	1.9	2.2	0.9	2.1	1.8	1.5	1.7	2.2	1.5	2.0	1.7	2.7
退院支援（退院調整）を受けた患者数	540.9	1288.6	624.4	782	1314.8	476.1	1677.7	250.2	1077.3	764.6	582.4	837.1	985.9

〔日常の療養支援に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
訪問診療を実施している診療所・病院数	17.8	15.9	15.6	11.8	16.7	10.2	22.3	19.7	15.7	11.1	20.7	16	21.7
訪問診療を受けた患者数	8,160.1	5,619.4	5,520.3	7,574.1	8,249.4	4,517.5	11,005.0	8,369.6	6,872.2	6,408.4	9,679.4	7,270.4	5713.3
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	8.1	6.6	8.1	5.1	6.8	6.7	10.8	9.7	8.9	7.7	12.1	8.0	10.8

〔急変時の対応に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
往診を実施している診療所・病院数	25.5	20.4	24.7	18.3	22.5	13.8	31.4	28.4	22.8	14.3	27.8	22.6	31.5
往診を受けた患者数	1409.3	999.2	1322.3	1041.9	1274.3	603.2	2113.4	2744.6	1418	731.9	1286.3	1337.4	1353.9
在宅療養支援診療所数	11.1	8.4	7.8	7.5	9.2	5.8	12.6	12.6	10.9	6.9	13.8	9.4	12.3

〔看取りに関する指標（人口 10 万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	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	県平均	全国 平均
在宅看取り（タミナルケア）を実施している診療所・病院数	8.1	6.9	5.9	5.8	7.1	4.1	12.1	10.1	8.9	5.3	13.9	7.6	8.6
看取り数（死亡診断書のみを含む）	117	122.2	112.4	93.5	106	62.6	213.8	125	130.5	82.1	141.1	117	99.5

出典：〔在宅療養支援診療所数、訪問歯科診療を実施している歯科診療所数〕平成 26 年医療施設調査、

〔その他〕平成 27 年度 NDB

課題

（１）在宅医療の提供体制について

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

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

イ 日常の療養支援

- 在宅医療に関する知識や経験がないために、患者や家族が在宅医療を選択できないケースがあります。
- 患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。
- 誤嚥性肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図る上で、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションが必要です。
- 薬剤師の在宅医療への参加促進を図るために、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識及び専門性の向上が必要です。
- かかりつけ薬剤師・薬局が在宅対応を行い、地域包括ケアシステムの一翼を担っていることを県民に周知する必要があります。
- 在宅で療養する患者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていくためには、リハビリテーション専門職、その他関係職種による自立支援を行うことが効果的です。

ウ 急変時の対応

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制の確保が必要です。
- 高齢化の進展に伴い、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や、在宅高齢者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と受入れ医療機関の確保が課題です。

エ 患者が望む場所での看取り

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

オ 小児や障がい者を対象とした在宅医療

- 地域包括ケアシステムは、高齢者を地域で支えるために考えられた仕組みですが、小児や障がい者を対象とした在宅医療についても、医療と介護の連携強化などを図る地域包括ケアシステムの視点は有効です。
- しかし、医療的ケア児が生活の場に移行する場合、小児の在宅医療を受け入れる医療機関が少ないことなどから、地域における受け入れ体制を確保することが容易ではありません。
- 難病患者や障がい児者、要介護者の在宅歯科医療及び医科や介護との連携体制の強化が必要です。

カ 在宅医療を担う医療機関

- 24時間体制で往診するなど、在宅医療に大きな役割を果たす在宅療養支援診療所の整備を支援することが必要です。
- あわせて、身近な「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」などによる訪問診療や往診などの在宅医療サービスが受けられるよう体制を整備していくことが必要です。

キ 在宅医療に必要な連携体制

- 在宅医療に必要な連携体制については、介護保険による在宅医療・介護連携推進事業に位置付けられ、市町村が主体となり郡市医師会等と連携しつつ取り組むこととされていますが、地域により医療資源に差があることなどから、市町村と県が連携を図りながら地域の課題に対応していくことが必要です。
- 在宅医療を希望する患者に対して、患者やその家族の意向に沿った医療を提供するために医療と介護の両面からの支援が必要ですが、そのためには退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所、訪問介護事業所等の連携を推進していく必要があります。

(2) 在宅医療を担う人材について

- 今後の高齢化の進展等に伴い、在宅医療等を必要とする患者数は大幅に増加することが推計されており、現在の医療提供体制のままでは、在宅医療を支える体制が不十分となっています。
- 在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、歯科技工士、リハビリテーション専門職、その他関係職種の人材不足が懸念されます。
- 在宅歯科医療を推進するにあたり、在宅医療を提供する歯科医療機関が不足していることに対して、歯科医療機関の整備や担い手となる人材の育成が必要です。

施策

(1) 在宅医療の提供体制の構築

(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関)

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

- 県及び市町村は、退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、基幹相談支援センター・相談支援事業所、居宅介護支援事業所、訪問

看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所、訪問介護事業所等の連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。

イ 日常の療養支援

- 県は、在宅医療に対応できる医療機関や薬局について、分かりやすい情報提供を行います。
- 県は、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及啓発に取り組みます。
- 市町村は、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、地域の医師会等の関係機関と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種による口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、薬剤師のための地域包括ケアシステムや麻薬調剤などの在宅医療に関する研修などを推進します。
- 県は、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組みを推進します。
- 薬剤師のための地域包括ケアシステムや麻薬調剤等の在宅医療に関する教育研修等を推進します。

ウ 急変時の対応

- 県及び市町村は、在宅療養後方支援病院と在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携構築を推進します。
- 県は、高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受入れ機能を担う回復期病床等への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。

エ 患者が望む場所での看取り

- 県及び市町村は、人生の最終段階における療養生活や治療について、患者・家族が、知識や関心を深め、自ら選択・決定できるよう普及啓発を行います。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、及び介護・福祉関係者は、患者の意思を尊重した人生の最終段階の医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。【P30再掲】

オ 小児や障がい者を対象とした在宅医療

- 県は、医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。
- 障がい児者や要介護者では、歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や、生活の自立を促すため、歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上を含む口腔ケアに取り組むことが必要です。

- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、要介護者に対する保健、医療、福祉が連動した切れ目ない口腔管理の支援体制が必要です。

【P107再掲】

カ 在宅医療を担う医療機関

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

キ 在宅医療に必要な連携体制

- 県は、医師会等と連携し、保健所を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援します。特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組みは重点的に対応します。
 - ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
 - ・ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - ・ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
- がん診療連携拠点病院等は、各地域において緩和ケアを実施する緩和ケア病棟や在宅緩和ケアを提供できる診療所を把握するとともに、がん患者やその家族に情報を提供します。
- 救命救急センターの「出口問題」については、県は、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。【P29再掲】

（2）在宅医療を担う人材の確保・育成

（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

- 在宅医療等の医療需要の増加に対応するためには、在宅医療を担う医療従事者を十分確保する必要があることから、県は、関係団体と連携し、研修などを通じた教育の機会を継続的に設け、関係団体と連携し、在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、歯科技工士、リハビリテーション専門職、介護職員などの人材育成を行います。
- 県及び市町村は、在宅医療・介護に従事する多職種が専門知識を活かし、チームとして患者・家族を支えていくために必要な人材育成を行います。
- 県は、歯科診療所に対する在宅歯科医療への新規参入促進のための取組み、担い手となる人材の育成を進めていきます。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
退院支援を実施している診療所・病院数	153機関 (平成27年度 NDB)	225機関	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成27年度の1.47倍をめざす。	円滑な在宅療養移行に向けての退院支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
訪問診療を実施している診療所・病院数	1,455機関 (平成27年度 NDB)	2,139機関	同上	
訪問看護事業所数	610機関 (平成29年4月1日神奈川県介護保険指定機関管理システムに登録されている事業所数情報)	811機関	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成29年度の1.33倍をめざす。	日常の療養支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	725機関 (平成26年度医療施設調査)	982機関	10万人対の全国値と同じ値をめざす。	
薬局における訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を受けた者の数 (レセプト件数)	301,601件 (平成27年度 NDB及び介護保険請求件数)	443,353件	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成27年度の1.47倍をめざす。	
訪問診療を受けた患者数 (レセプト件数)	662,821件 (平成27年度 NDB)	974,347件	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成27年度の1.47倍をめざす。	日常の療養支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
往診を実施している診療所・病院数	2,059機関 (平成27年度 NDB)	3,027機関	同上	
在宅療養支援診療所・病院数	930 (平成29年3月31日診療報酬施設基準)	1,302	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成28年度の1.4倍をめざす。	急変時の対応に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
在宅療養後方支援病院数	21機関 (平成29年3月31日診療報酬施設基準)	29機関	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成28年度の1.4倍をめざす。	

在宅看取りを実施している診療所・病院数	694機関 (平成27年度 NDB)	1,020機関	今後の需要増加の見込みを踏まえ、平成27年度の1.47倍をめざす。	患者が望む場所での看取りに関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
---------------------	-----------------------	---------	-----------------------------------	------------------------------------

■ 用語解説

※1 医療的ケア児

医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、たんの吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障がい児をいう。

歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児（重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子ども）までいる。

平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の中間報告によると、全国の医療的ケア児は平成27年5月時点で約1.7万人と推計されている。

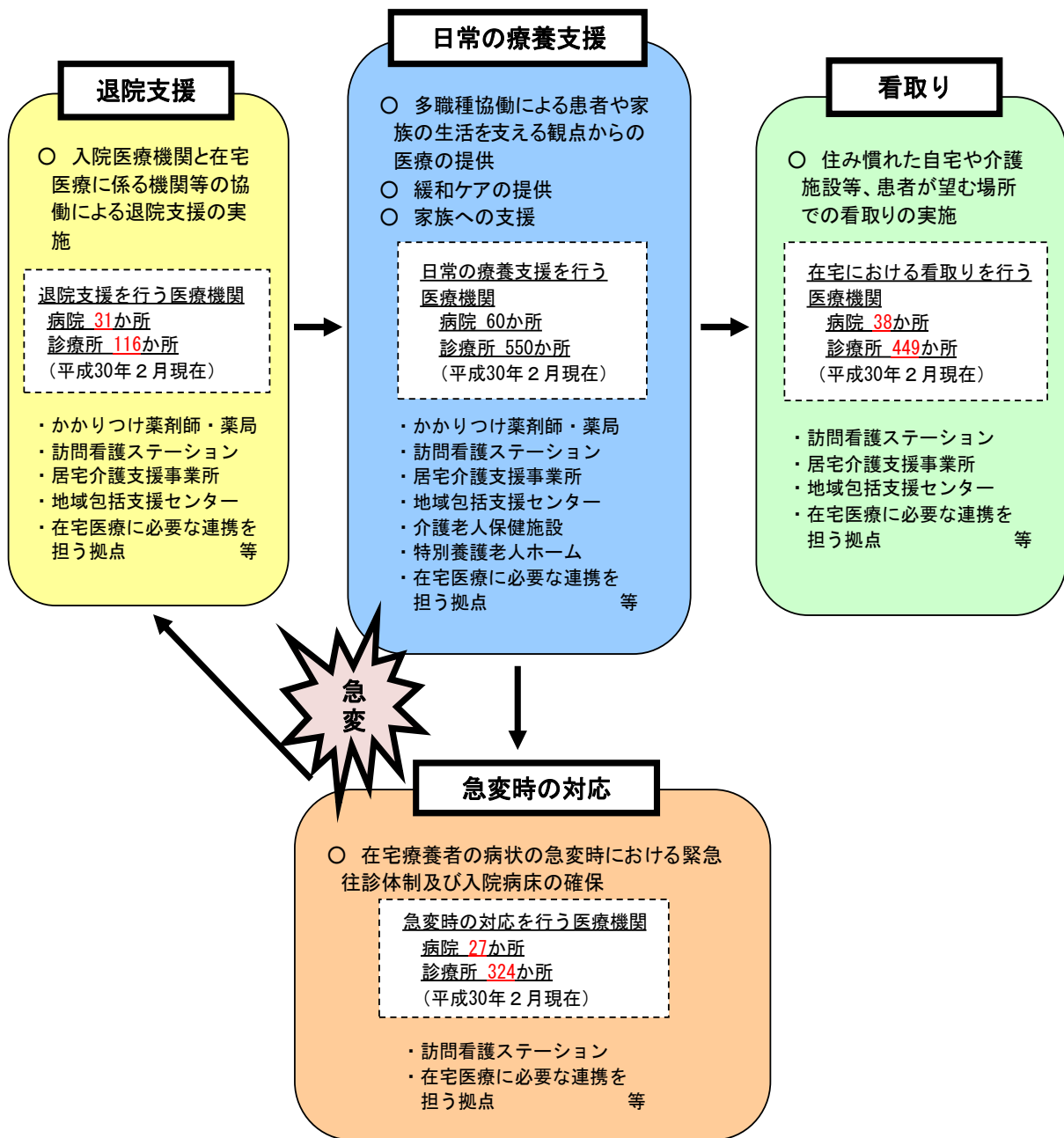
平成28年に改正された児童福祉法では、地方公共団体に対して、医療的ケア児が、心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努力義務を規定している。

※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です。

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

■在宅医療の医療機能の連携体制



* 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。

HPアドレス <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

在宅医療 <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=50>

※連携体制図に掲載されている医療機関数は、「かながわ医療情報検索サービス」に掲載されている各医療機関からの報告に基づいています。

(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（平成 29 年 3 月医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（平成 30 年 3 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、高齢者保健福祉圏域単位（≒二次医療圏単位）で設置されている「施設整備に係る圏域調整会議」や「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） (人/日)

	平成 25 (2013) 年	平成 37 (2025) 年
患者数	56,304.96	95,860.90



各計画の終了年度へ比例推計 (人/日)

	平成 32 (2020) 年	平成 35 (2023) 年
患者数	79,379.31	89,268.31

※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)

	平成 32 (2020) 年		平成 35 (2023) 年	
患者数	在宅医療	介護保険施設	在宅医療	介護保険施設
	1,754.21	529.47	3,433.25	1,038.14

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。

【在宅医療の目標値の考え方】

上記 2 (1) の数値から平成 27 年、平成 28 年及び平成 35 年時点の患者数 (人/日) を比例推計しました。(1) (2) を合計した在宅需要の伸びは、平成 27 年から平成 35 年にかけて 1.47 倍、平成 28 年から平成 35 年にかけて 1.4 倍になることが想定されるため、目標値の考え方に反映しています。

第2節 高齢者対策

現状

- 県内の介護保険第1号被保険者のうち、要支援・要介護認定者数は、平成23年9月時点で279,395人でしたが、5年後の平成28年9月には361,566人と約1.3倍に増加しました。今後も75歳以上の高齢者の急速な増加に伴い、要支援・要介護認定者数が増加していくことが見込まれます。認知症の人も平成37（2025）年には全国で約700万人前後になると見込まれています。
- また、高齢者の増加とともに、ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎といった疾患が増加してくことも見込まれます。
- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防、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。
- 認知症の人が増加する中、認知症の人への対応は喫緊の課題となっており、国が平成27（2015）年1月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づき、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、総合的な認知症施策に取り組んでいます。

課題

（1）地域包括ケアシステムの深化・推進

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

（2）認知症の人にやさしい地域づくり

- 高齢者の急速な増加に伴い、認知症高齢者等も増加することが見込まれており、誰もが認知症とともに生き、介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、認知症は誰にも身近なものであることを、普及・啓発を通じて改めて社会全体として確認していくことが必要です。
- 認知症は、その容態の変化に応じて、適時・適切に診断や治療に結びつけることが重要です。さらに、医療と介護の密接な連携のもとで、適切な医療・介護サービスが切れ目なく提供できるよう、体制を整備する必要があります。
- 若年性認知症（65歳未満で発症）については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きく、高齢者の認知症の人とは異なる課題を抱えていることから、居場所づくり、就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じる必要があります。また、初期

症状が認知症特有のものではなく診断しにくい、本人や周囲の人が何らかの異常には気付くが、受診が遅れ、必要なサービスを受けるまでに時間がかかることが多いといった特徴があることから、改めて若年性認知症についての普及啓発を進め、早期診断・早期対応へつなげることが重要です。

- 認知症の人やその家族を支援するため、本人や家族の視点に立って認知症施策の諸課題について検討し、介護者の負担軽減につながる対策に取り組むことが重要となっています。
- 認知症の人やその家族が地域で安心してくらすために、見守り体制の充実を図るとともに、地域で認知症に対する理解が進むよう努めます。

(3) 介護予防と健康づくりの推進

- 高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の予防を図っていくことが重要です。
- 一人ひとりの高齢者が健康でいきいきと自分らしい生活を送れるようにするためには、食事や運動などの生活習慣の改善に取り組むことが大切です。

(4) 人材の養成、確保と資質の向上

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

(5) 介護保険サービス等の適切な提供

- 介護や支援が必要な高齢者に対して、要支援・要介護状態に応じた介護保険サービスを提供できるよう、介護保険制度を円滑に運営することが必要です。
- サービスの質の確保や向上と併せて、利用者の選択を支援するための取組を進めることが大切です。

(6) サービス提供基盤の整備

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

(7) 高齢者救急【P29再掲】

- 今後、高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と在宅療養(後方)支援病院

など、緊急時の入院受入れに対応できる医療機関の確保が課題です。

施策

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者)

- 地域包括支援センターは、地域における見守り、保健・医療・福祉、権利擁護等についての関係機関や団体、ボランティア等の様々な活動との連携を図り、ネットワークの構築に取り組みます。
- 地域における医療と介護の連携における課題等の情報交換と検討を行うため、地域包括支援センターや医療・介護関係者、自治体職員等を構成員とする「地域包括ケア会議」を地域別に開催するなど、医療と介護の連携を推進します。
- 市町村では、平成30年度以降、すべての市町村が、地域支援事業において、在宅医療・介護連携推進事業を実施する必要があります。この事業では、地域の医療・介護サービス資源の把握、在宅医療・介護サービスの情報の共有支援、在宅医療・介護関係者の研修などに取り組みます。

(2) 認知症の人にやさしい地域づくり(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者)

- 認知症の人やその家族の視点を重視し、総合的な認知症施策を推進します。
- 社会全体で認知症の人を支える基盤として、県ホームページ「認知症ポータルサイト」での一元的な情報発信により認知症への理解を深めるための普及啓発に取り組むとともに、認知症サポーターの養成や活動支援を推進します。
- 認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。
- 若年性認知症支援コーディネーターの配置により、経済的問題等の課題を抱える若年性認知症の人の、居場所づくりや就労・社会参加等の様々な分野にわたる支援に取り組みます。
- 認知症の人の介護者への支援のため、介護経験者等が応じるコールセンターの設置等、相談体制を充実し、介護者の精神的身体的負担の軽減に取り組みます。
- 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのため、徘徊高齢者を早期に発見し、安全に保護するための見守り体制を充実します。

(3) 介護予防と健康づくりの推進(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者)

- 市町村は、介護予防に向けた取組を推進するため、地域支援事業として介護予防事業を実施します。県は、広域的な観点から介護予防を推進するため、人材の養成を行うとともに、地域支援事業及び介護予防サービスの効果的な実施が図られるよう、介護予防市町村支援委員会を開催するなど、市町村の支援を行います。
- 介護に至る要因となる「フレイル(虚弱)」の予防に取り組みます。
- 市町村は、生活習慣病などの疾病予防及び介護予防の観点から、他に保健サービスを受ける機会のない40歳以上の方を対象に、健康診査、健康教育、健康相談などを実施します。

- 県民一人ひとりが歯及び口腔の健康を意識し、80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした8020運動や、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）の予防と改善に取り組みます。また、要介護者等が誤嚥性肺炎や低栄養状態になることを防ぐために、口腔ケアや口腔機能の維持・向上の充実を図ります。
- 悩みや不安を抱える高齢者に対し、いつでも対応できる相談体制の充実などを図ります。
- 高齢化の進んでいる県営住宅を健康で安心して住み続けられるよう、高齢者の支え合い活動や保健・医療・福祉サービスの拠点づくりを行い、「健康団地」として再生していきます。

（４）人材の養成、確保と資質の向上

- 若者、中高年齢者、外国籍県民、潜在的有資格者など多様な人材層を対象に養成を図ります。
- 「かながわ福祉人材センター」や「神奈川県ナースセンター」を中心として、保健・医療・福祉分野での就業希望者に対する無料職業紹介や相談事業などを実施し、就労を支援する取組みや、保健・医療・福祉に関する資格を持ちながら現在就業していない方や離職した方への再就職支援、仕事に関する理解促進などを通じて、保健・医療・福祉人材の確保・定着を図ります。
- 介護職員等に対して専門的知識の習得や技術の向上を目的とした研修を実施し、資質の向上を図ります。

（５）介護保険サービス等の適切な提供（県、市町村）

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

（６）サービス提供基盤の整備（県、市町村）

- 市町村では、介護保険事業計画において、身近な日常生活圏域を定めることとし、その日常生活圏域において必要な地域密着型サービスや介護予防拠点などのサービス基盤の整備を進めます。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設の整備を促進するとともに、医療的な対応が必要な高齢者の受入への支援や、在宅と入所の計画的な相互利用の促進などに取り組みます。なお、平成30年度から介護保険施設の新たな類型として設けられた介護医療院については、今後3年間は介護療養型医療施設や医療療養病床からの転換を優先することから、円滑な転換を支援します。
- 市町村と調整の上、今後の高齢者数の推移、地域の実情、施設・居住系サービスの利用者数の推移、医療と介護の連携などによる在宅ケアの利用者数の推移や介護予防等を踏まえつつ、施設サービス及び居住系サービスの適切な整備を推進します。
- 在宅での生活を継続し、また、家族の負担を軽減する観点からも、短期入所サービスの適切な利用が重要であることから、市町村及び高齢者保健福祉圏域内において、地域の実情を考慮した必要な量を整備します。

(7) 高齢者救急【P30再掲】

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

第3節 障がい者対策

現状

- 障がい者等の自立支援の観点から、福祉施設や病院から地域生活への移行、一般就労への移行などをめざし、「神奈川県障がい福祉計画」を定め、障害福祉サービス提供体制整備を進める取り組みを行っています。
- また、これまで、「ノーマライゼーション」の思想を根底に、障がい者を特別視するのではなく、一般社会の中で普通の生活が送れるよう条件を整え、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすことができる「ともに生きる社会かながわ」の実現を目指し、取り組みを進めてきました。
- 「ともに生きる社会かながわ憲章」を策定し、誰もがその人らしく暮らすことのできる地域社会の実現や、障がい者の社会への参加を妨げるあらゆる壁、いかなる偏見や差別も排除するための取り組みを進めています。

課題

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

- 障害福祉サービスの利用は、着実に増加していますが、障がい者が安心して地域で暮らしていくためには、ホームヘルプサービスや日中、施設などで提供される生活介護、身体機能や生活能力の向上のための、自立訓練、緊急時や家族のレスパイト（休息）のための短期入所、住まいの場であるグループホームなどをさらに整備していく必要があります。
- 施設や病院から地域生活へ移行するための支援や、移行した後の地域生活を定着させるための支援も重要です。

(2) サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

- 医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員や専門的な知識・経験が必要とされる精神障がい者に対応できるホームヘルパーなどの確保が必要です。
- 障がい者の特性を理解し、適切な歯科診療ができる人材の育成・確保が必要です。
- サービス等利用計画を、すべての障害福祉サービスを利用する障がい者等に作成する必要があるため、障がい者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援

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

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などを活用しながら取り組んでいく必要があります。

施策

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

(県、市町村、サービス提供事業者等)

- ホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障がい者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備するための支援を行います。
- 施設や精神科病院から地域生活に円滑に移行するための「地域移行支援」と、一人暮らしに移行した障がい者などを対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の支援を行う「地域定着支援」の利用促進を図ります。

(2) サービス提供や相談支援のための専門人材の養成(県、市町村、相談支援機関等)

- 医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員や専門的な知識・経験が必要とされる精神障がい者に対応できるホームヘルパーなどの養成を推進します。
- 障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成を推進します。
- サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援人材の養成を推進します。

(3) 発達障がいや高次脳機能障害に対する専門的な支援の充実

(県、市町村、相談支援機関等)

- 発達障害支援センターかながわA(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目指し支援を行います。
- 神奈川県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障害者に対する支援拠点機関として位置づけ、専門的な相談支援や研修事業を通じ、医療と福祉が一体となった支援を行うとともに、地域支援ネットワークの充実を目指し支援を行います。

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援(県、市町村、関係団体)

- 障がい者が安心して医療を受けられるようにするために、市町村とも連携しながら、自立支援医療制度や重度障害者医療費助成制度などにより、障がい者への医療費の助成を行います。
- また、身近な地域で専門的な歯科診療を受診できるよう、神奈川県心身障害児者歯科診療システムにおける医療の充実を図るとともに、一次、二次、三次の各医療機関の連携を推進します。

第4節 母子保健対策

現状

(1) 長期療養が必要な児等への支援

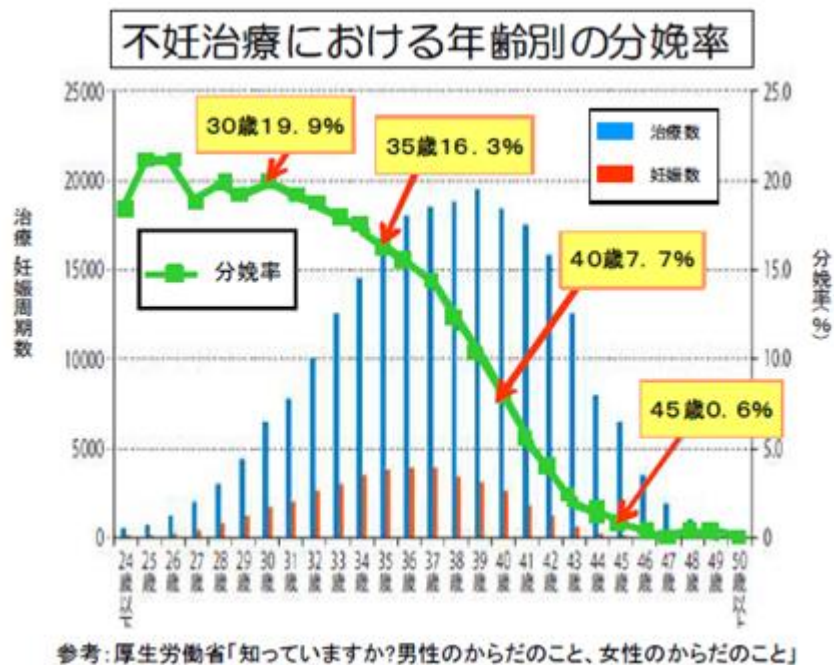
- 小児慢性特定疾病児等の長期療養が必要な児やその保護者に対して関係機関等と連携し相談等支援を行っています。
- 小児慢性特定疾病児等家庭の医療費の負担軽減を図るため、医療費の自己負担分を一部助成しています。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援

- 思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るため、保健指導や健康教育を実施するなど、本人、保護者及び関係者に対する支援を行っています。

(3) 妊娠・出産に関する支援

- 望まない妊娠等の悩みを抱える方が、安心して妊娠・出産ができる環境の体制づくりを行っています。
- 将来のライフプランを計画し、妊娠・出産等についての希望を実現できるよう、医学的に正しい知識の普及啓発を行っています。



(4) 不妊・不育症に悩む人への支援

- 不妊や不育症に悩む人を対象に「不妊・不育専門相談センター(※1)」を設置し、助産師、専門医及び臨床心理士による専門相談を実施しています。
- 不妊治療の経済的負担を軽減するため、特定不妊治療(体外受精※2及び顕微授精※3)に

対して、その費用の一部を助成しています。

(5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援

- 市町村が妊娠期から子育て期にわたる支援を実施する体制を整備するための支援を行っています。

(6) 新生児に対する障がいの発生予防等のための検査

- 新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、従来6疾患の検査を行っていた先天性代謝異常等の検査（タンデムマス法※4等）について、平成23年10月より19疾患に拡大し、実施しています。

(7) 妊娠期からの歯科保健対策

- 妊娠期からの歯周病予防を目的とした口腔内診査や歯科保健指導などにより、セルフケアの方法や妊娠と歯周病との関係性について、知識の普及を行っています。

課題

(1) 長期療養が必要な児等への支援

- 居住する地域にかかわらず、等しく適切な医療を受けられるよう体制整備を行うとともに、小児慢性特定疾病児とその家族の経済的負担軽減及び長期療養が必要な児とその保護者に対して相談等支援が必要です。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援

- 思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、推進を図るため、相談事業や健康教育等を地域や関係機関と連携して推進することが必要です。

(3) 妊娠・出産に関する支援

- 望まない妊娠等の妊娠・出産に関する相談は、妊娠という事実に対する悩みや経済面・育児面等の不安など多岐にわたるため、様々な関係機関との連携が必要です。
- 妊娠を望む年齢が高い傾向にあることも不妊の一因となっていることなどから、思春期の男女や妊娠を望む若い世代に対して、関係機関と連携を図りながら、妊娠・出産に関する普及啓発を図ることが必要です。

(4) 不妊・不育症に悩む人への支援

- 不妊や不育症に悩む人が多くいることから、相談支援の充実が必要です。
- 不妊治療については、医療保険が適用されず高額の治療費がかかるため、経済的負担軽減のための助成が必要です。

(5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援

- 市町村が妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する体制を整備するために、市町村への支援が必要です。

(6) 新生児に対する障がいの発生予防等のための検査

- 新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、疾患の検査及び陽性又は疾病と判定された児に対するフォロー(医療機関の紹介等)が必要です。

(7) 妊娠期からの歯科保健対策

- 若い世代に対し、妊娠期の歯と歯肉の健康が、胎児に影響を与えることについて十分に理解してもらえよう、情報提供を充実させることが必要です。

施策

(1) 長期療養が必要な児等への支援（県、市町村、医療提供者、関係団体等）

- 長期療養が必要な児やその保護者等に対して、関係機関と連携を図り、相談等支援や体制整備の推進を図ります。
- 引き続き、小児慢性特定疾病医療費助成により、家族の経済的負担を軽減します。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援（県、市町村、医療提供者、関係団体等）

- 思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るため、健康教育及び相談の推進を図ります。

(3) 妊娠・出産に関する支援

- 児童虐待防止対策の一環として、望まない妊娠等の妊娠・出産に関する悩みを抱える方に対して、周産期医療機関、児童相談所、市町村等関係機関等と連携を図り、相談支援等の充実に取り組めます。
- 妊娠等の悩みに対応するため、相談員等の人材育成や妊娠・出産に関する普及啓発に取り組めます。

(4) 不妊・不育症に悩む人への支援（県、市町村、医療提供者、関係団体等）

- 不妊や不育症の悩みに対応するため、相談員等の人材育成や体制整備の推進を図ります。
- 不妊に悩む人への特定治療支援事業を継続的に実施します。

(5) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援

- 市町村が妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する体制を整備していけるよう、市町村に対し人材育成、必要な情報の提供等支援を実施します。

（６）新生児に対する障がいの発生予防等のための検査（県、市町村、医療提供者、関係団体等）

- 新生児に対する障がいの発生予防及び早期治療のため、先天性代謝異常等の検査（タンデムマス法等）を継続的に実施します。

（７）妊娠期からの歯科保健対策

- 妊娠期における歯や歯肉の健康が、胎児に影響を与えることや、定期的な歯科検診受診の重要性など、県民にわかりやすい情報提供を行います。

■ 用語解説

※１ 不妊・不育専門相談センター

不妊・不育に悩む夫婦に対して、産婦人科・泌尿器科の医師・臨床心理士・助産師が、専門的な知見から不妊治療等に関する相談や悩みに応じる相談窓口。

※２ 体外受精

排卵前に体内から取り出した卵子と精子の受精を体外で行い、体外培養後に子宮内に胚移植する治療。

※３ 顕微授精

顕微授精では細いガラス針の先端に１個の精子を入れて卵子に顕微鏡で確認しながら直接注入する治療。

※４ タンデムマス法

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

第5節 難病対策

現状

- 原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働省が定めた330疾患を対象に医療費の給付を行っており、県内の受給者は平成29年3月末現在、6万人を超えています。
- 難病は、長期の療養を必要とするものですが、適切な疾病の管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能であるものや、長期の入院や在宅での療養を必要とするものなど、患者の状況や必要な対応が多様です。
- 県では、医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図るための、地域における訪問相談事業や医療相談事業等を実施しています。また、患者を多方面から支援するため、各地域に「難病対策地域協議会」を設置することにより、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図っています。

課題

- 難病の多様性、希少性のため、患者はもとより、医療従事者であっても、どの医療機関を受診（紹介）すれば、早期に正しい診断をつけられるか、わかりづらく、医療機関の全国的な連携、医療提供体制の整備が望まれています。
- 患者の状況が多様で、必要とする支援も多様であるため、関係各機関との連携強化、相談支援体制の充実が望まれています。

施策

（1）医療提供体制、相談支援体制の整備

- 既存の難病治療研究センターを中心とする相談支援体制を再構築した医療提供体制の整備を図り、地域における受入れ医療機関と専門機関との連携、情報共有を進め、安定した療養生活の確保につなげてまいります。
- 医療提供体制の整備に併せ、「かながわ難病相談・支援センター」の役割を明確化し、医療機関だけでなく、関係機関全体の連携が円滑に行われるような体制を整備していきます。

（2）患者に対する支援の実施

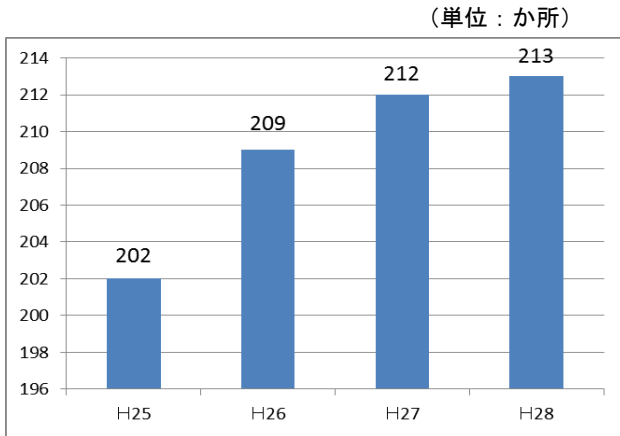
- 医療費の給付の他、在宅の難病患者の受入れ病床を確保し、在宅で療養する患者を介護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や、在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質の向上を図るための、地域における訪問相談事業や医療相談事業等を実施します。
- 患者を多方面から支援するため、各地域に設置された「難病対策地域協議会」により、医療、福祉、教育、労働等の各機関との情報共有や、連携を図ります。

第6節 地域リハビリテーション

現状

- 地域リハビリテーションとは、子供や成人・高齢者とその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいいます。
- 地域リハビリテーションの体制整備にあたっては、一人ひとりのライフステージに沿った支援を推進することが求められています。
- 県の高齢者人口は、平成52（2040）年度には総人口の35.0%に達し、平成27年度比で約1.4倍増加することが見込まれています。とりわけ、85歳以上の高齢者の増加傾向は著しく、平成52（2040）年度には、平成27年度の約2.7倍に達することが見込まれています。
- 県の要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴い、増加傾向にあります。また、今後高齢者人口の増加に伴い、さらに増加することが想定されます。
- 県の身体障害者手帳交付者は、平成28年度末時点で、269,671人、知的障害児者把握数は、67,096人、精神保健福祉手帳交付者数は、72,328人で合計409,095人です。
- 県内のリハビリテーション科を標榜する病院は、年々増加しておりますが、平成28年時点で、人口10万人当たりの病院数は、全国平均を下回っています。
- 県のリハビリテーション科に従事する医師数、病院に従事する理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数は、概ね増加しておりますが、人口10万人当たりの数は、平成28年時点で全国平均を下回っています。
- 県の介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数は、平成23年から平成28年までで概ね増加しています。
- 県の介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所数は、平成24年から平成29年まででほぼ横ばいで推移しています。
- 県のリハビリテーションに関連する障害福祉サービス等の利用数については、自立訓練は、平成23年から平成28年まででほぼ横ばいで推移していますが、就労移行支援及び就労継続支援A型、B型は、平成23年から平成28年までで増加傾向にあります。
- 県の福祉施設利用者の一般就労への移行実績は、平成23年から平成28年までで増加傾向にあります。

【図 リハビリテーション科を標榜する病院数推移】



【図 リハビリテーション科を標榜する病院数 (H28)】

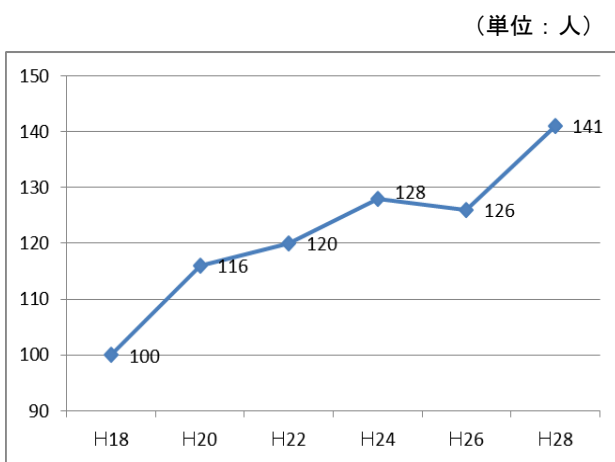
(単位：か所)

	リハビリテーション科を標榜する病院
県	213 (2.3)
全国	5,551 (4.3)

() は人口10万人対の施設数

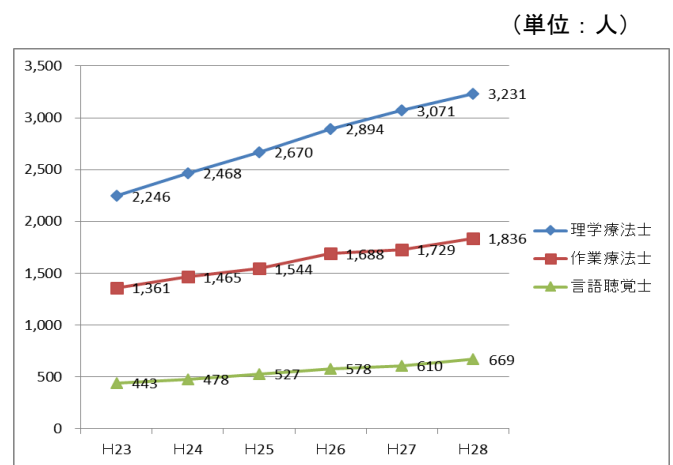
出典：厚生労働省「医療施設調査」

【図 リハビリテーション科に従事する医師数】



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

【図 病院従事理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数】



出典：厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

【表 医療施設におけるリハビリテーションに係る従事者】

(単位：人)

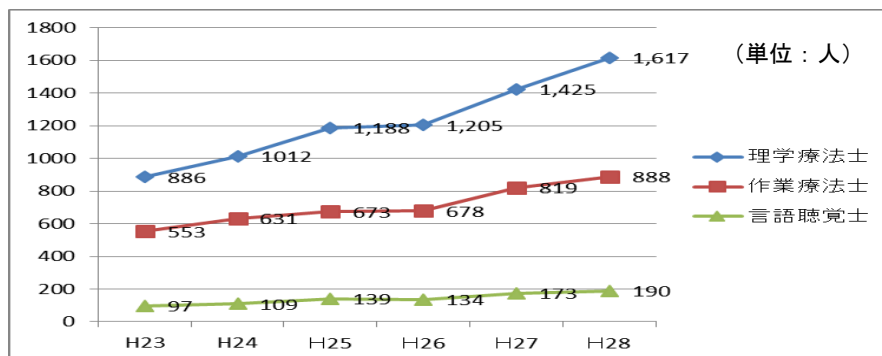
	リハビリテーション科に従事する医師 (H28)	理学療法士 (H28)	作業療法士 (H28)	言語聴覚士 (H28)
県	141 (1.5)	3,231 (35.4)	1,836 (20.1)	669 (7.3)
全国	2,484 (1.9)	74,236 (58.0)	43,884 (34.3)	15,123 (11.8)

() は人口10万人対の従事者数

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

厚生労働省「医療施設調査 病院報告」

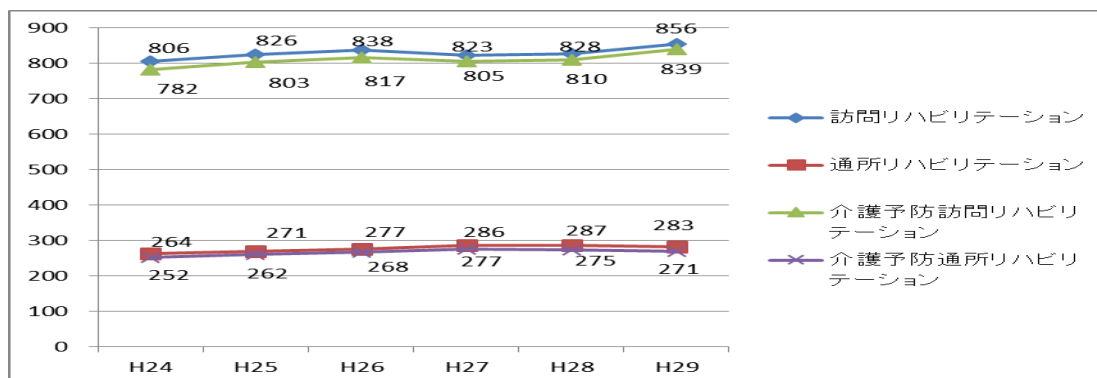
【図 介護サービス施設・事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数】



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

【図 介護保険におけるリハビリテーションサービスを提供する事業所の数】

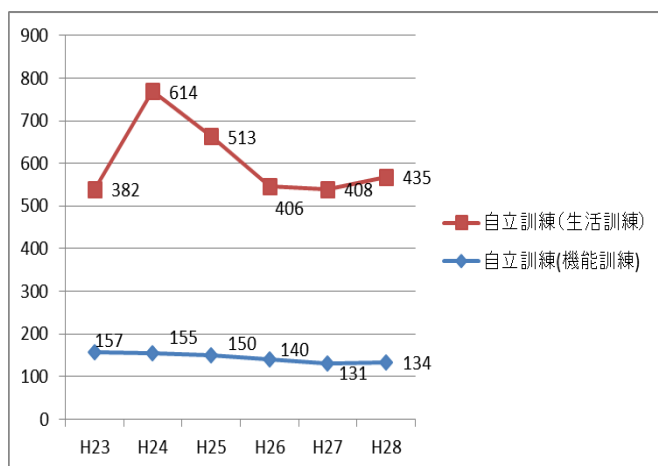
(単位：か所)



出典：県保健福祉局「県保健福祉行政の概要」

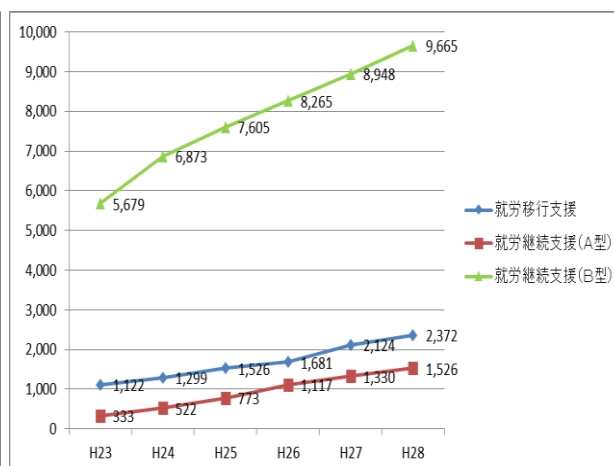
【図 自立訓練（機能訓練、生活訓練）の月間利用状況】

(単位：人)



【図 就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）の月間利用状況】

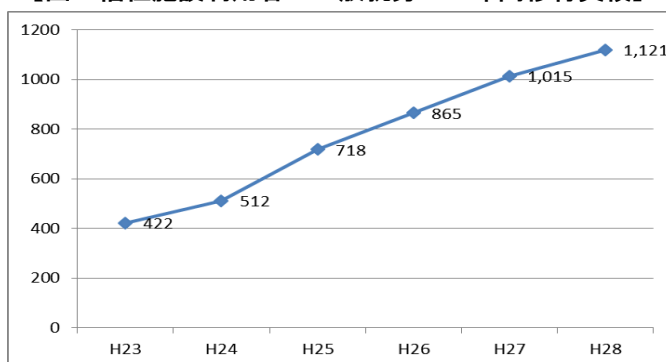
(単位：人)



出典：県障害福祉課調べ

【図 福祉施設利用者の一般就労への年間移行実績】

(単位：人)



出典：県障害福祉課調べ

課題

(1) 介護予防の推進

- 高齢者が健康でいきいきした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の予防を図っていくことが重要です。

(2) 医療のリハビリテーション体制整備

- 急性期・回復期のリハビリテーションを担う一般医療機関や専門医療機関等の整備は進んでいますが、地域リハビリテーションを推進するにはさらなる充実が必要です。

(3) 保健・医療・福祉の連携

- 県民が地域で安定した生活を送るため、かかりつけ医や訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問介護・通所リハビリテーション・通所介護等の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、障害者相談支援事業所など、保健・医療・福祉の連携を強化し、心身の状態に即した適切な支援を切れ目なく行える地域づくりが必要です。

(4) 相談支援体制の構築

- 地域包括ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターが地域住民に対する包括的・継続的な支援を行えるよう、地域包括支援センターの機能を強化することが必要です。
- サービス等利用計画を、すべての障害福祉サービスを利用する障がい者等に作成する必要があるため、障がい者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

(5) リハビリテーションに係る人材の養成・確保

- 資質の向上及び人材の確保・定着を図る必要があります。
- リハビリテーション従事者が地域リハビリテーションを必要としている方やそれらの関係者に適切にリハビリテーションを提供できるようにするには、リハビリテーション技術の向上が必要です。

施策

(1) 介護予防の推進（県、市町村）

- 地域住民が、特に高齢者が健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、生活機能の低下が疑われる状態になった場合、早期に状態の改善や重度化の予防を図っていくことが重要であるため、市町村及び県は、要支援者や要支援・要介護状態になるおそれのある人に対して、介護予防の取組みを進めます。
- 市町村及び県は、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民が主体となって行う介護予防活動や地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取組みを推進します。

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

- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、保健医療圏ごとに重層的なりハビリテーション体制整備を進めるとともに、それぞれの役割を踏まえた病院と病院の連携、あるいは病院と診療所の連携を推進します。
一次保健医療圏：かかりつけ医を中心としたリハビリテーション体制の整備

二次保健医療圏：一般医療機関で発症直後からのリハビリテーションが実施できる体制とともに、さらに患者の状態に応じて、その地域が存在する病院等が連携してリハビリテーションを遅延なく適切に実施できる体制の整備

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

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

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

(4) 相談支援体制の構築（県）

- 地域包括支援センターが円滑に運営できるよう、県は、県全体及び県保健福祉事務所等圏域単位で課題等の情報共有と検討を行う「地域包括ケア会議」の開催や、地域包括支援センター職員研修、専門職員等派遣事業の実施などにより支援するとともに、地域における医療と介護等の連携ネットワークづくりを支援します。
- 県は、サービス等利用計画の作成、支給決定後の見直しを担う相談支援人材の養成を推進します。

(5) リハビリテーションに係る人材の養成・確保（県）

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