

「神奈川県保健医療計画」案 (第8次 令和6年度～令和11年度)

- 事前の意見照会及びパブリックコメントにてご意見をいただいた分野のみをまとめた「抜粋版」です。
- 意見照会・パブリックコメントに関する箇所は、**水色マーカー**をしています。

令和5年2月14日

目次

第1部 総論	
第1章 基本的事項	
第1節 計画策定の趣旨	
第2節 計画の性格	
第3節 第7次計画の評価	
第4節 計画の基本理念及び基本目標	
第5節 計画期間	
第6節 関連する計画等	
第2章 神奈川県 of 保健医療の現状	
第1節 人口	
第2節 生活習慣病等の状況	
第3節 受療状況	
第4節 医療施設・保健医療従事者の状況	
第5節 計画推進に向けた関係者の役割	
第3章 保健医療圏と基準病床数	
第1節 保健医療圏	
第2節 基準病床数	
第3節 医療と介護の一体的な体制整備	
第2部 各論	
第1章 事業別の医療体制の整備・充実	
第1節 総合的な救急医療	
第2節 精神科救急	
第3節 災害時医療	2
第4節 周産期医療	
第5節 小児医療	12
第6節 新興感染症	
第2章 疾患別の医療連携体制の構築	
第1節 がん	25
第2節 脳卒中	34
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	41
第4節 糖尿病	48
第5節 精神疾患	64
第3章 未病対策等の推進	
第1節 未病を改善する取組の推進	83
第2節 こころの未病対策	

第3節	歯科保健対策	90
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	
第5節	健康・医療・福祉分野において社会システムや技術の革新を起こすことができる人材の育成	
第4章	地域包括ケアシステムの推進	
第1節	在宅医療	93
第2節	高齢者対策	103
第3節	障がい者対策	109
第4節	母子保健対策	112
第5節	難病対策	
第6節	地域リハビリテーション	
第5章	医療従事者の確保・養成	
第1節	医師	
第2節	外来医療に係る医療体制の確保	
第3節	看護職員	
第4節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	119
第6章	総合的な医療安全対策の推進	
第7章	県民の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備	
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	
第2節	地域医療支援病院の整備	
第3節	公的病院等の役割	
第4節	歯科医療機関の役割	126
第5節	訪問看護ステーションの役割	
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	128
第7節	病病連携及び病診連携	
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	
第9節	医療DXの推進	
第8章	個別の疾病対策等	
第1節	認知症施策	132
第2節	健康危機管理対策	
第3節	感染症対策	
第4節	肝炎対策	
第5節	アレルギー疾患対策	
第6節	血液確保対策と適正使用対策	
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	

第3部 地域医療構想-----

第4部 計画の推進-----

第1章 計画の推進体制等-----

第1節 計画策定の検討経緯-----

第2節 計画の推進体制-----

第3節 計画の進行管理-----

第5部 別冊-----

第1章 人口、医療資源等-----

第2章 周産期医療における現状と連携体制-----

第2部 各論

第3節 災害時医療

1 現状・課題

【現状】

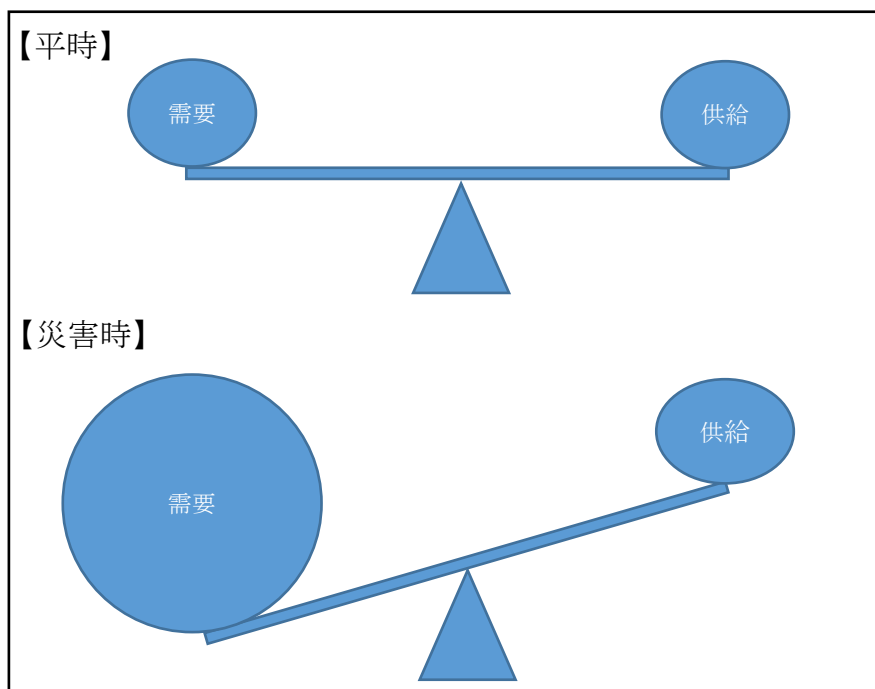
- ・県は、災害時の医療救護体制の整備について従前から継続的に取り組んできました。
- ・今後発生が予想される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する津波や浸水、土砂災害、火災等や、火山災害等の大規模な災害に備え、県民の生命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」(令和2年10月改定)に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。

【課題】

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

(1) 災害時医療

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



- そのため、災害時のアウトカムをデータ等で定量的に評価することは極めて困難です。
- こうしたことから、県は今回の計画策定にあたって、最終アウトカムに「災害時医療が適切に提供できる」を設定し、災害時医療における主要なプレーヤーとなる「県」「地域」「医療機関」「保健医療関係団体」について、それぞれの役割と平時における必要な取組を整理するとともに、それらについての定量的な評価指標を設定することとしました。

(2) 県の現状と課題

【災害医療コーディネーター】

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

【災害時小児周産期リエゾン】

- 県は、災害時、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。
- 「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。

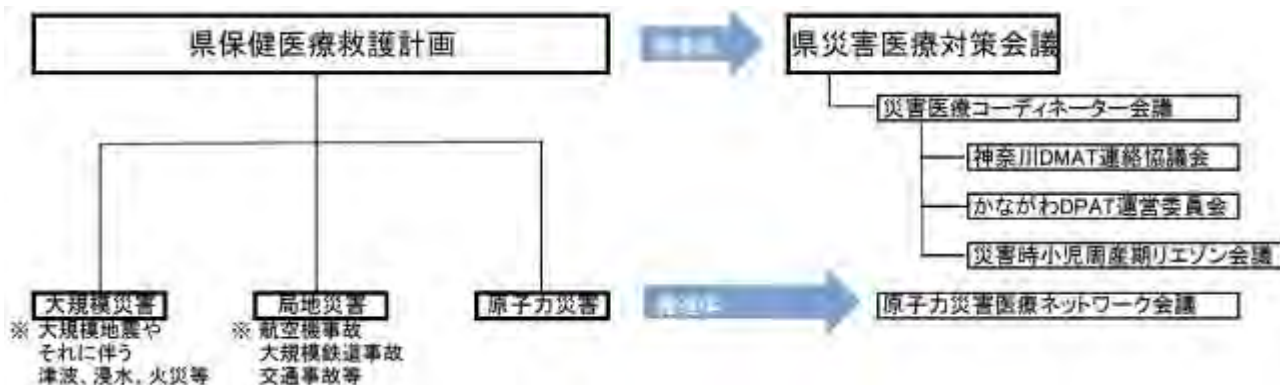
【DHEAT】

- 県は、災害時、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整が円滑に行われるようにするために、平成31年4月に「神奈川県災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）運用要綱」を策定しました。
- そのうえで、今後も継続してDHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team）（※1）の運用体制の整備等に取り組む必要があります。

【平時の取組】

- 災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、DMAT（Disaster Medical Assistance Team）（※2）や保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高めることが必要です。
- そのため、県は平時から災害医療コーディネーターをはじめとする災害医療の専門家等の助言を受けつつ、災害時の保健医療体制のあり方の検討、訓練・研修の企画、災害派遣医療チーム（DMAT）等の人材育成等に取り組んでいます。
- 県が災害医療の専門家等の助言を受ける機会として「県災害医療対策会議」をはじめとする各種会議体があります。今後もそれらの場を有効に活用し、県の取組をよりよいものとするように努める必要があります。

図表2-1-3-1 災害医療に係る各種会議体の位置づけ

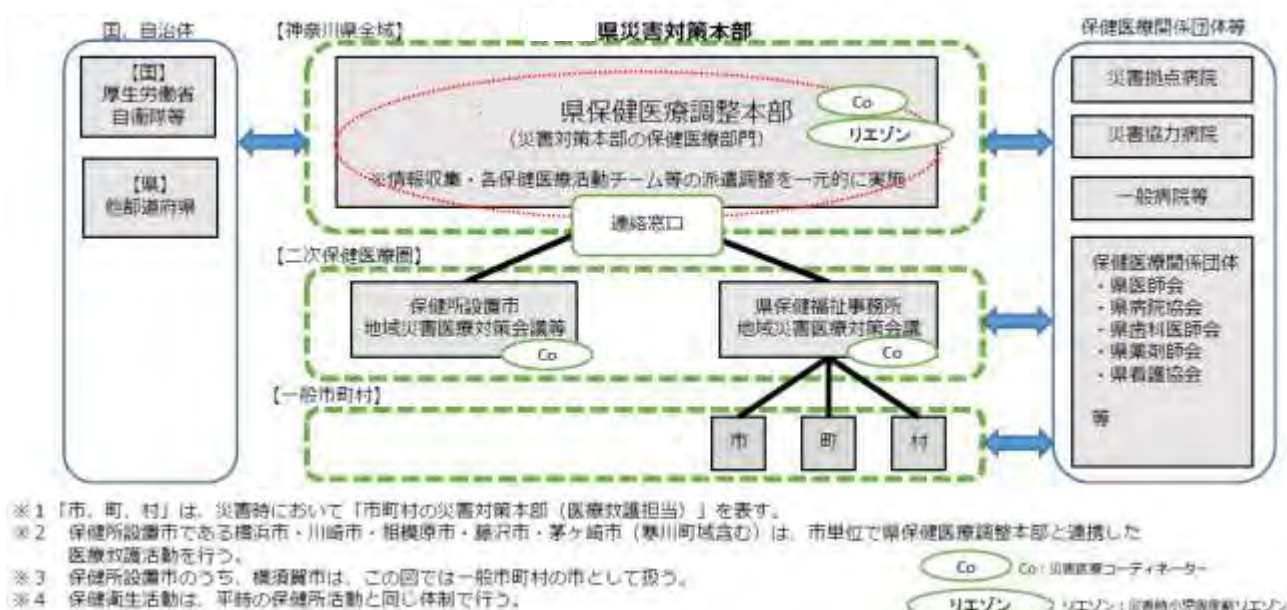


(3) 地域の現状と課題

【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

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

図表 2-1-3-2 三階層の保健医療総合調整機能



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

【地域災害医療コーディネーター研修】

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

(4) 医療機関の現状と課題

【災害拠点病院、DMAT、DMAT-L】

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

図表2-1-3-3 災害拠点病院一覧

(令和5年4月1日現在)

番号	医療圏	病院名	所在地
1	横浜	昭和大学藤が丘病院	横浜市青葉区藤が丘 1-30
2		横浜労災病院	横浜市港北区小机町 3211
3		昭和大学横浜市北部病院	横浜市都筑区茅ヶ崎中央 35-1
4		済生会横浜市東部病院	横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
5		聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	横浜市旭区矢指町 1197-1
6		けいゆう病院	横浜市西区みなとみらい 3-7-3
7		横浜市立市民病院	横浜市神奈川区三ツ沢1-1
8		国立病院機構横浜医療センター	横浜市戸塚区原宿 3-60-2
9	横浜	横浜市立大学附属市民総合医療センター	横浜市南区浦舟町 4-57

番号	医療圏	病院名	所在地
10		済生会横浜市南部病院	横浜市港南区港南台 3-2-10
11		横浜市立大学附属病院	横浜市金沢区福浦 3-9
12		横浜南共済病院	横浜市金沢区六浦東 1-21-1
13		横浜市立みなと赤十字病院	横浜市中区新山下 3-12-1
14	川崎 北部	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区菅生 2-16-1
15		帝京大学医学部附属溝口病院	川崎市高津区二子 5-1-1
16		川崎市立多摩病院	川崎市多摩区宿河原 1-30-37
17	川崎 南部	川崎市立川崎病院	川崎市川崎区新川通 12-1
18		関東労災病院	川崎市中原区木月住吉町 1-1
19		日本医科大学武蔵小杉病院	川崎市中原区小杉町 1-383
20		川崎市立井田病院	川崎市中原区井田 2-27-1
21	横須賀 ・三浦	横須賀共済病院	横須賀市米が浜通 1-16
22		横須賀市立市民病院	横須賀市長坂 1-3-2
23		湘南鎌倉総合病院	鎌倉市岡本 1370-1
24	湘南 東部	藤沢市民病院	藤沢市藤沢 2-6-1
25		茅ヶ崎市立病院	茅ヶ崎市本村 5-15-1
26	湘南 西部	東海大学医学部付属病院	伊勢原市下糟屋 143
27		平塚市民病院	平塚市南原 1-19-1
28		秦野赤十字病院	秦野市立野台 1-1
29	県央	厚木市立病院	厚木市水引 1-16-36
30		大和市立病院	大和市深見西 8-3-6
31	相模原	北里大学病院	相模原市南区北里 1-15-1
32		相模原協同病院	相模原市緑区橋本台 4-3-1
33		相模原赤十字病院	相模原市緑区中野 256
34	県西	県立足柄上病院	足柄上郡松田町惣領 866-1
35		小田原市立病院	小田原市久野 46

【災害拠点精神科病院、D P A T】

- 災害拠点精神科病院は、災害時において、被災した精神科病院からの患者の受入れや、患者搬送のための一時的避難所を運営するなど、精神科医療を行うための診療機能を有しています。
- 県は、令和2年4月に地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定しています。
- 災害拠点精神科病院の要件として、被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画が整備されていること及び同計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること、地域の精神科医療機関及び地域医師会等の医療関係団体とともに定期的な訓練や研修を実施することとされており、早急な体制整備が必要です。
- また、被災地域等における精神科医療及び精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）の派遣機能を有し

ています。

- 災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等により、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、県は災害派遣精神医療チーム「かながわD P A T（※7）」を整備しています。
- さらに、令和5年3月には災害派遣精神医療チーム（D P A T）活動要領が改正され、新興感染症まん延時におけるD P A Tの活動が明確化されました。
- かながわD P A 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、平常時から研修等を行い、災害時における対応力の充実強化を図ることが必要です。

（5）保健医療関係団体の現状と課題

- 災害時、県内の保健医療関係団体は保健医療調整本部と連携した医療救護活動を実施します。そのため平時から災害時の県との連絡・情報連携窓口を整備したり、県が実施する訓練に積極的に参加していただく必要があります。
- また、災害薬事コーディネーター（※8）や災害支援ナース（※9）の活用についても、県と関係団体で検討する必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

災害時医療が適切に提供できる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆県の施策の方向性

・平時の取組の継続

◆地域の施策の方向性

・地域災害医療コーディネーター研修の実施

◆医療機関の施策の方向性

・研修や訓練への参加

◆保健医療関係団体の施策の方向性

・県との連携の強化

（1）県の施策の方向性

【平時の取組】

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーター等を中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。
- また、県は厚生労働省が主催するD H E A T研修や近隣他都県とのD H E A T協議会などに参加することで、D H E A Tの運用体制の整備等を図ります。

（2）地域の施策の方向性

【地域災害医療対策会議など保健所の役割】

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

- 県は、災害時の公衆衛生の分野においても、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備します。
- 県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。

【地域災害医療コーディネーター研修】

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

(3) 医療機関の施策の方向性

【災害拠点病院、DMAT、DMAT-L】

- 県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図ります。
- 県と災害拠点病院は、国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックDMAT訓練に参加し、他の都道府県DMATとの連携強化を図ります。
- 災害拠点病院は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

【災害拠点精神科病院、DPAT】

- 県は、災害拠点精神科病院との調整を進め、精神科医療において実効性のある災害対策を推進する体制整備を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。
- 県は、DMATや医療救護班、精神科病院協会、精神神経科診療所協会等、関係機関との連携強化を図り、災害時に円滑な精神科医療の提供や精神保健活動の支援ができるように調整を行います。
- 県は、災害が発生し、必要な場合には、県内外のDPATチームの受入・派遣調整等を行います。
- 県は、平時においても、災害時の精神医療について検討する会議体を通じて、災害派遣精神医療体制や人材育成、研修などのあり方を常に検討し、災害派遣精神医療体制の充実強化を図ります。
- 県は、平時から、DPATに関する研修会を開催するなど、災害時に適切な対応ができる人材育成を行います。
- 県は、県保健医療救護計画に基づきかながわDPATの体制整備を推進するとともに、市町村、保健福祉事務所等と連携して災害時のこころのケア対策の体制整備を行います。

【共通】

- 県は、災害時に、病院の被害状況を迅速に把握するため、全病院を対象としたEMIS（※10）操作訓練を実施します。
- 医療機関は、県や市町村とともに「ビッグレスキューかながわ（県・市町村合同総合防災訓練）」等の訓練・研修に積極的に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化や災害対応力の向上を図ります。

(4) 保健医療関係団体の施策の方向性

- 県は、保健医療関係団体との連携強化を図り、災害時に円滑な保健医療活動ができるように調整を行います。
- また、保健医療関係団体は県が実施する訓練に積極的に参加し、連携強化や災害対応力の向上を図ります。
- さらに、災害薬事コーディネーターや災害支援ナースの活用について、県と関係団体で検討します。

=====

■用語解説

※1 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）

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

※2 DMAT（災害派遣医療チーム）

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

※3 多発外傷

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

※4 挫滅症候群

身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。

※5 広範囲熱傷

ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。

※6 神奈川DMAT-L

「神奈川 Disaster Medical Assistance Team Local」の略であり、厚生労働省が認めた研修プログラムに基づいて、都道府県が実施する「DMAT隊員養成研修」を受講した県内を活動場所とする救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※7 かながわDPAT

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

※8 災害薬事コーディネーター

都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、保健医療調整本部等において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行う薬剤師。

※9 災害支援ナース

災害支援ナースとは、都道府県が協定を締結している医療機関等から被災地等に派遣され、地域住民の健康維持・確保に必要な看護を提供するとともに、看護職員の心身の負担を軽減し支えること（看護支援活動）を行う看護職員のことであり、厚生労働省医政局が実施する災害支援ナース養成研修を終了し、厚生労働省医政局に登録されたものの総称である。

※10 EMIS

広域災害・救急医療情報システム。「Emergency Medical Information System」の略であり、災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報の集約・提供を行うもの。最新の医療資源情報、超急性期の診療情報、急性期以降の患者受入情報、DMAT活動情報等を収集する。

=====

3 ロジックモデル

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

評価指標	目標
【県】	
神奈川県災害医療対策会議の開催回数	毎年1回
神奈川県災害医療コーディネーター会議等災害医療対策会議の下部会議の開催回数	毎年10回以上
神奈川県が主催または参加する研修の回数（関東ブロックDMAT訓練、ヒューマンリソースフォーラムなど）	毎年2回以上

【地域】	
地域災害医療対策会議の開催回数	毎年4回
地域災害医療コーディネーター研修の開催回数	毎年1回
地域災害医療コーディネーター研修に受講生を出した医療圏の数	毎年9ヵ所
神奈川県が主催または参加する研修の回数（関東ブロックDMAT訓練、ヒューマンリソースフォーラムなど）（再掲）	毎年2回以上

【医療機関】	
県が主催するEMIS操作研修の参加者数	毎年180人
DMAT隊員のうち、DMAT隊員感染症研修を修了した割合	100%
県内のDMATインストラクターの人数	30人以上
かながわDPAT研修の受講者数	毎年35人
神奈川県が主催または参加する訓練の回数（関東ブロックDMAT訓練、ヒューマンリソースフォーラムなど）（再掲）	毎年2回以上
災害時医療救護活動研修会の参加者数	毎年200人
DMAT-L研修の参加者数	毎年80人
災害拠点病院の対応化率	100%

【保健医療関係団体】	
災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている団体数	11団体以上
県が実施する訓練に参加した団体数	毎年5団体以上

初期アウトカム	
【県】	
C101	計画の策定・改定を適時・適切に行っている
C102	県内外の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している

【地域】	
C201	地域の関係者との意見交換等の場を設けるとともに、計画の実効性を担保している
C202	地域の関係者への教育が適切に行われている

【医療機関】	
C301	災害時医療を担う、実効性のある人材の確保・育成が適切に行われている
C302	災害時医療を担う施設が適切に維持・管理されている
C303	災害時医療に係る情報が適切に把握・管理されている

【保健医療関係団体】	
C401	災害時の県との連絡・情報連携窓口が設置されている

中間アウトカム

最終アウトカム

【県】

B101

県の災害時医療体制を整理した計画を備えている

B102

県内外の関係者との連携を適切に図っている

【地域】

B201

地域の関係者の連携が適切に図られている

B202

関係者相互が地域内の災害時医療体制を理解している

【医療機関】

B301

災害時医療体制を実現するために必要な取組が講じられている

A101

災害時医療が適切に提供できる

【保健医療関係団体】

B401

災害時の役割が明確であり、そのために必要な取組が講じられている

第5節 小児医療

1 現状・課題

【現状】

- ・少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化などにより、子どもを育てる環境は大きく変化しています。

【課題】

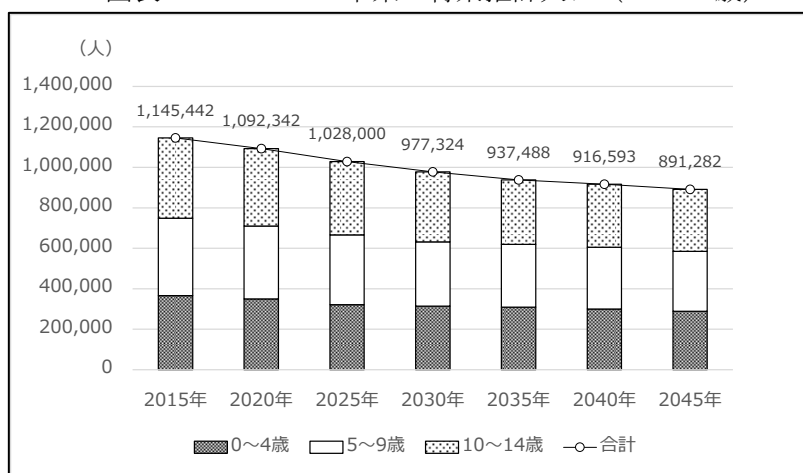
- ・安心して子育てが行える環境を整備するため、小児医療を担う人材の確保や、機能分化・関係機関間の連携等を推進し、小児患者に対し、その症状に応じた対応や支援が可能な体制を維持する必要があります。

(1) 小児医療をとりまく状況

ア 小児人口の状況

- 令和4年1月1日の本県の人口は約921万人で、このうち小児（0～14歳）人口は約108万人であり、その割合は11.7%となっています。これは、全国の小児人口の割合（11.9%）と同程度です。
- 一方、出生率（※1）は年々減少傾向にあり、本県の令和3年の出生率は6.5で、全国平均（6.6）を下回っています。
- また、本県の小児人口は、平成21年以降緩やかに減少しており、将来推計では、令和27年に約89万人となり、今後も減少が続くことが予測されています。（図表2-1-5-1）

図表2-1-5-1 本県の将来推計人口（0～14歳）

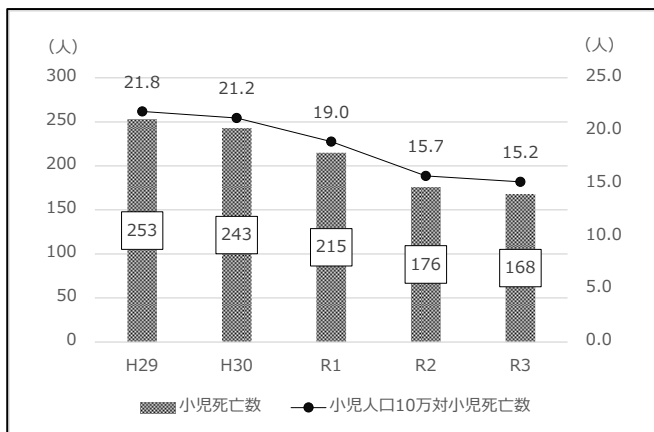


（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成30（2018）年推計
※平成27（2015）年の国勢調査を基に、平成27（2015）年10月1日から令和27（2045）年10月1日までの30年間（5年ごと）について、将来人口を推計。

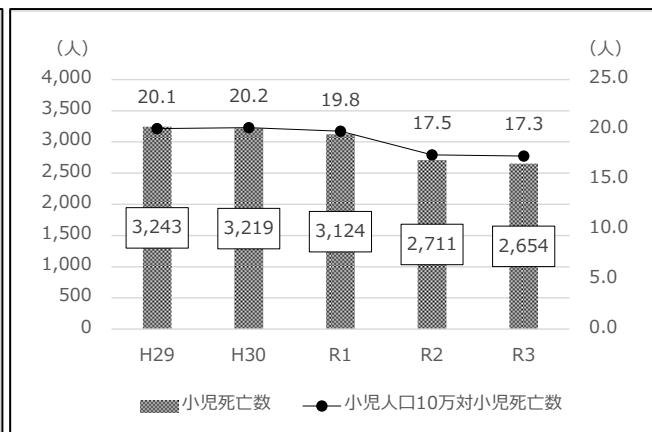
イ 小児患者の状況

- 本県の小児死亡数は減少傾向にあり、令和元年以降、小児死亡数（小児人口10万対）は全国値を下回っています。（図表2-1-5-2、2-1-5-3）

図表 2-1-5-2 小児死亡数（県）



図表 2-1-5-3 小児死亡数（全国）



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

- また、令和2年の本県の0～4歳及び5～9歳の主な死因は「先天奇形、変形及び染色体異常」、「周産期に発生した病態」、「不慮の事故」、10～14歳は「悪性新生物＜腫瘍＞」、「自殺」となっています。（図表2-1-5-4、2-1-5-5）

図表 2-1-5-4 主な死因（県）

年齢階級	第1位		第2位		第3位	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
0-4歳	先天奇形、変形及び染色体異常	55	周産期に発生した病態	24	不慮の事故	6
5-9歳	悪性新生物＜腫瘍＞／先天奇形、変形及び染色体異常／不慮の事故					
10-14歳	悪性新生物＜腫瘍＞	11	自殺	8	心疾患(高血圧性を除く)	4

（出典）県健康増進課「衛生統計年報」令和2年

図表 2-1-5-5 主な死因（全国）

年齢階級	第1位		第2位		第3位	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
0歳	先天奇形、変形及び染色体異常	544	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	232	乳幼児突然死症候群	92
1-4歳	先天奇形、変形及び染色体異常	86	悪性新生物＜腫瘍＞	61	不慮の事故	57
5-9歳	悪性新生物＜腫瘍＞	77	不慮の事故	49	先天奇形、変形及び染色体異常	31
10-14歳	自殺	122	悪性新生物＜腫瘍＞	82	不慮の事故	53

（出典）厚生労働省「人口動態調査」令和2年

- 本県の令和2年の小児の1日の受療率（※2）は、入院335人、外来9,105人となっており、入院、外来ともに全国値より少ない状況です。（図表2-1-5-6）

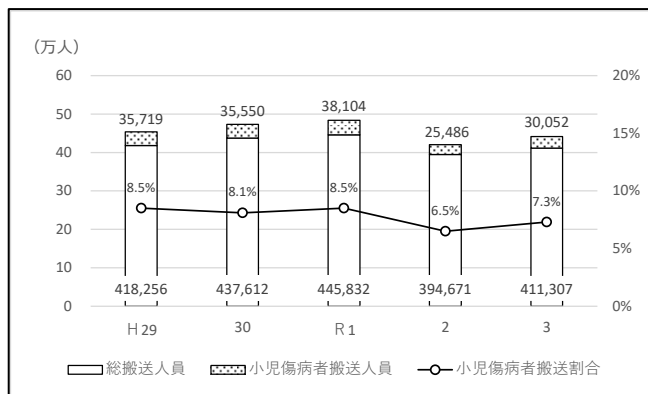
図表 2-1-5-6 受療率

	入院			外来		
	0～4歳	5～14歳	計	0～4歳	5～14歳	計
県	255	80	335	5,336	3,769	9,105
全国	306	86	392	6,505	4,046	10,551

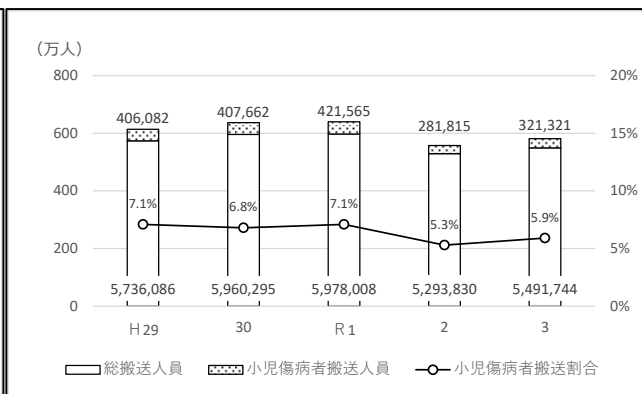
（出典）厚生労働省「患者調査」令和2年

- 本県の令和3年中の小児傷病者搬送人員は30,052人で、総搬送人員の7.3%を占めており、全国と比べて小児の救急搬送割合が若干高くなっています。（図表2-1-5-7、2-1-5-8）

図表2-1-5-7 小児傷病者搬送の状況(県)



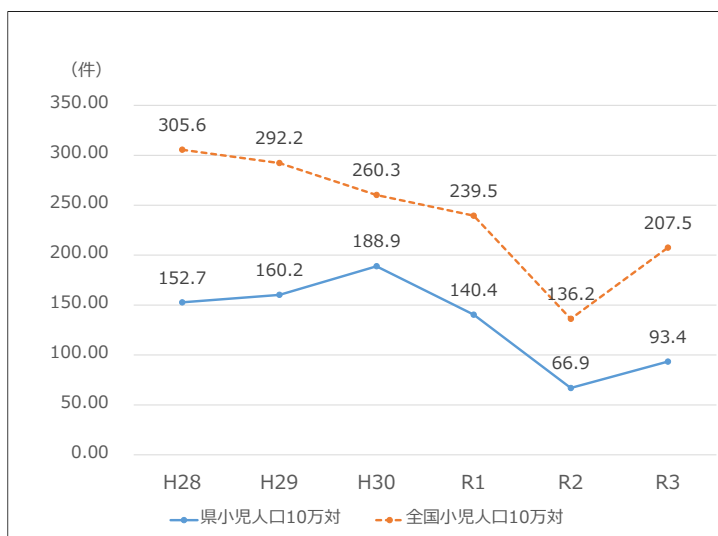
図表2-1-5-8 小児傷病者搬送の状況(全国)



(出典) 総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

○ 一方、救急入院患者数（レセプト件数）（小児人口10万対）は全国値より下回っています。（図表2-1-5-9）

図表2-1-5-9 救急入院患者数（レセプト件数）（小児人口10万対）



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

○ また、乳幼児の救急搬送において、入院に至らない軽症患者が大部分を占めており、県は全国に比べ、その割合が若干高い状況です。（図表2-1-5-10）

図表2-1-5-10 乳幼児の救急搬送における軽症の割合

		R 1		R 2		R 3	
		乳幼児搬送人員	構成比(%)	乳幼児搬送人員	構成比(%)	乳幼児搬送人員	構成比(%)
県	軽症	20,235	76.5	13,076	77.4	15,853	77.0
	総数	26,450		16,886		20,577	
全国	軽症	211,319	75.3	134,093	75.6	158,327	75.1
	総数	280,728		177,317		210,962	

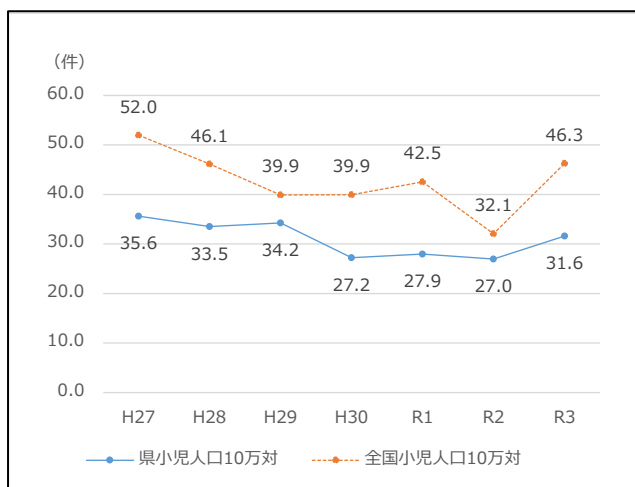
(出典) 総務省消防庁「救急救助の現況」
総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年令区分別傷病程度別搬送人員調」

○ このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が大

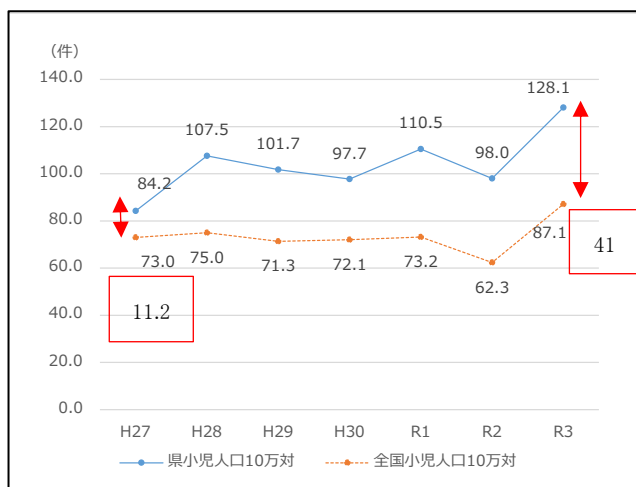
大きく影響していると指摘されています。

- 軽症患者の救急受診が増加すると、中等症以上の患者の治療に支障が生じるなど、小児救急医療提供体制のひっ迫にも繋がることから、県民への適正受診の啓発が必要です。
- さらに、小児救急搬送症例のうち受入困難事例とされる、医療機関への受入照会回数が4回以上となる件数（小児人口10万対）は全国値を下回っていますが、現場滞在時間30分以上の件数（小児人口10万対）は全国値を上回っており、その差は拡大傾向にあります。（図表2-1-5-11、2-1-5-12）

図表2-1-5-11
医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数（小児人口10万対）



図表2-1-5-12
現場滞在時間が30分以上の件数（小児人口10万対）



（出典）総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

（2）小児医療資源の状況

ア 一般小児医療提供体制

- 本県の令和2年の小児科を標榜する病院数は104施設、小児科を標榜する診療所数は464施設です。令和5年8月1日現在、県内で小児入院医療管理料の施設基準を満たす病院数は41施設、病床数は1,570床となっています。（図表2-1-5-13）

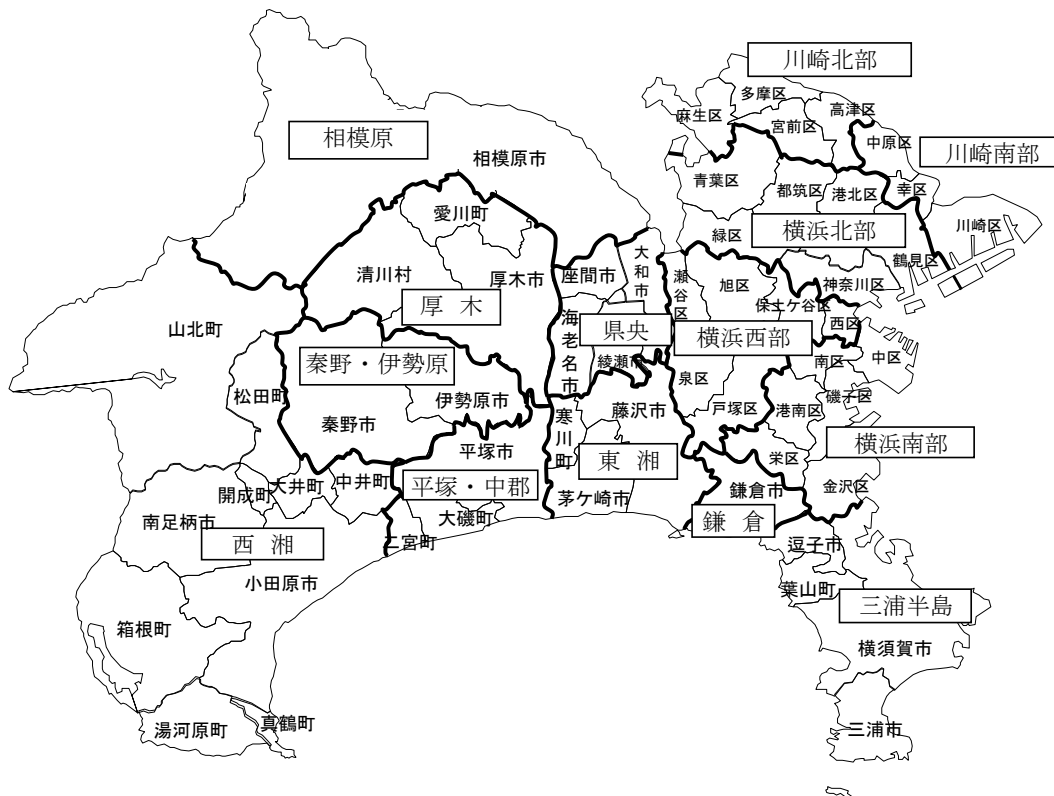
図表2-1-5-13 施設基準の届出受理状況（小児入院医療管理料）

小児医療圏	小児入院医療管理料	
	病院数	病床数
横浜北部	4	150
横浜西部	3	88
横浜南部	7	455
川崎北部	4	106
川崎南部	3	81
三浦半島	3	107
平塚・中郡	1	31
秦野・伊勢原	2	77
厚木	1	28
県央	2	68
相模原	4	147
西湘	2	75
東湘	4	145
鎌倉	1	12
合計	41	1,570

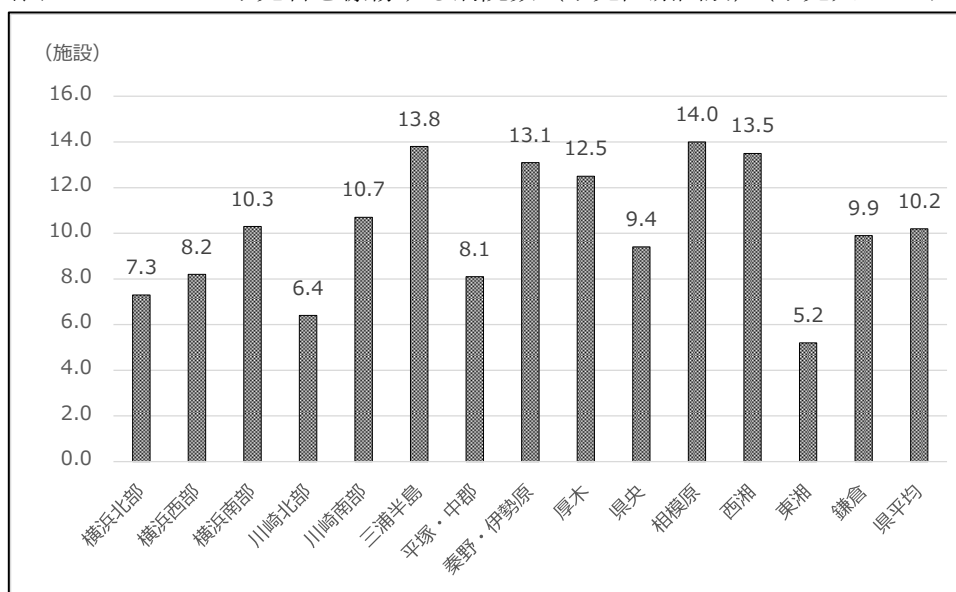
（出典）関東信越厚生局
「届出受理医療機関名簿（届出項目別）」
令和5年8月1日現在

- 小児科を標榜する病院数（小児人口 10 万対）は、県内 14 の小児医療圏のうち、「横浜北部」「横浜西部」「川崎北部」「平塚・中郡」「県央」「東湘」「鎌倉」の 7 の医療圏で、県平均を下回っている状況です。（図表 2-1-5-14、2-1-5-15）

図表 2-1-5-14 小児医療圏図



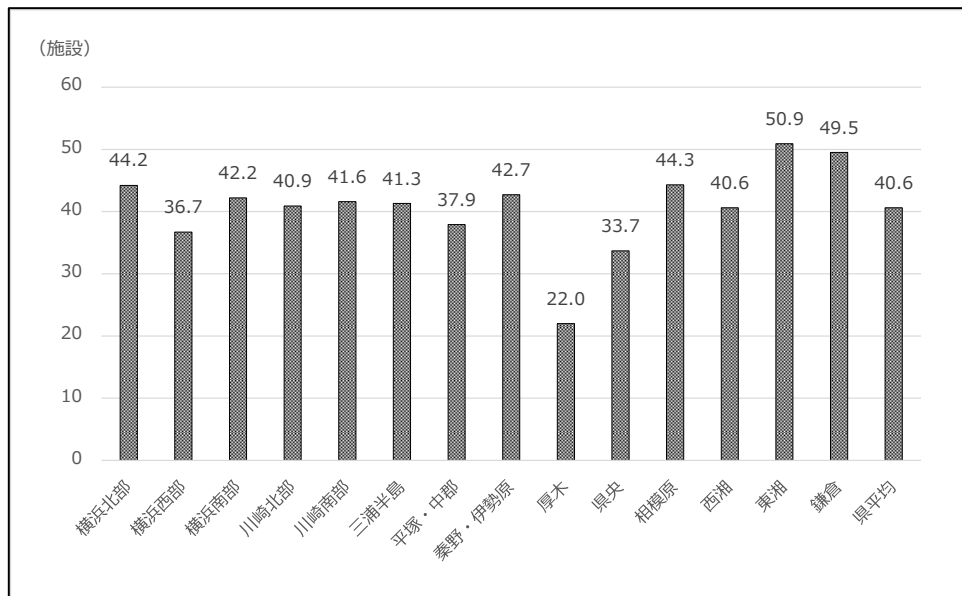
図表 2-1-5-15 小児科を標榜する病院数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



（出典）厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- また、小児科を標榜する診療所数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）についても、「横浜西部」「平塚・中郡」「厚木」「県央」の 4 の医療圏で、県平均を下回っており、医療圏間に偏在が認められることから、県民が安心して子育てが行える環境整備が必要です。（図表 2-1-5-14、2-1-5-16）

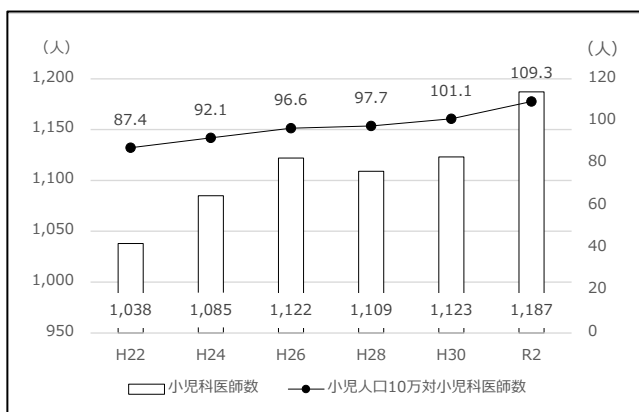
図表 2-1-5-16 小児科を標榜する診療所数（小児医療圏別）（小児人口 10 万対）



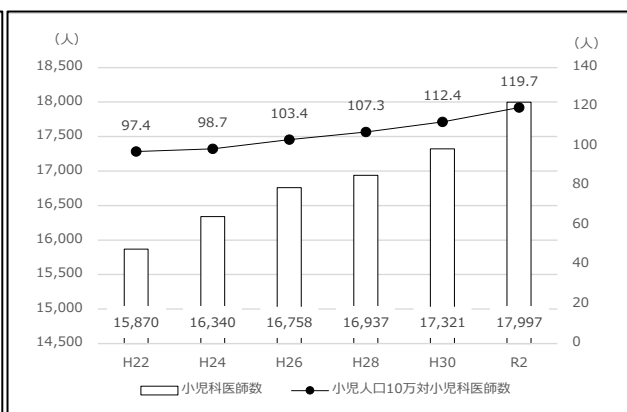
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」令和 2 年
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」令和 2 年

- 県内の小児科医師数は緩やかに増加し、令和 2 年では 1,187 人となっていますが、小児人口 10 万対では全国値を下回っています。（図表 2-1-5-17、2-1-5-18）

図表 2-1-5-17 小児科医師数、小児人口 10 万対小児科医師数(県)



図表 2-1-5-18 小児科医師数、小児人口 10 万対小児科医師数(全国)



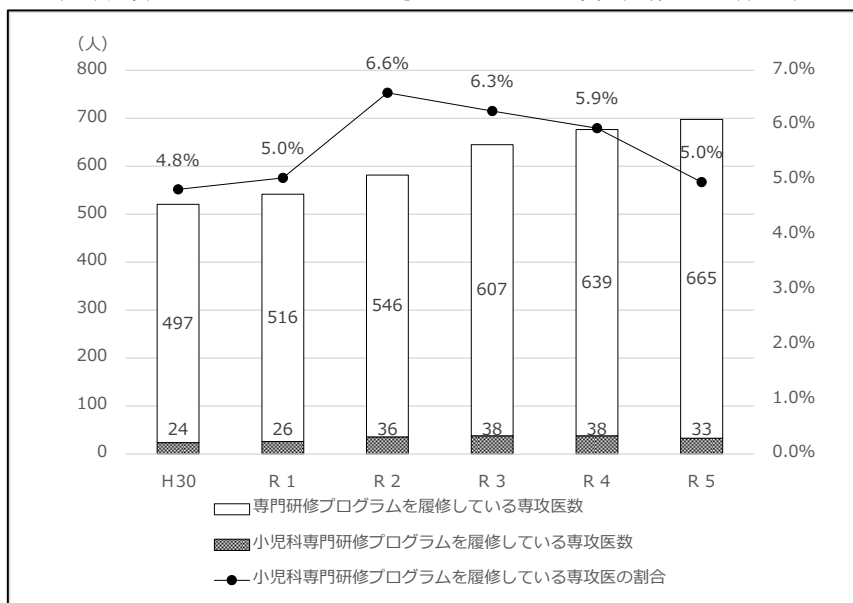
(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、総務省統計局「人口推計」

- また、県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医の数は、令和 3 年度、令和 4 年度に増加していますが、専門研修プログラムを履修している専攻医数全体に占める割合は増えていないことから、引き続き小児科医を確保するための施策を進めていく必要があります。（図表 2-1-5-19）
- 医師の働き方改革を進めつつ、地域における小児医療の提供体制を維持するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用することが重要であり、医師等の

確保についてもそうした観点で進めていく必要があります。

図表 2-1-5-19

県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医数と全体に占める割合



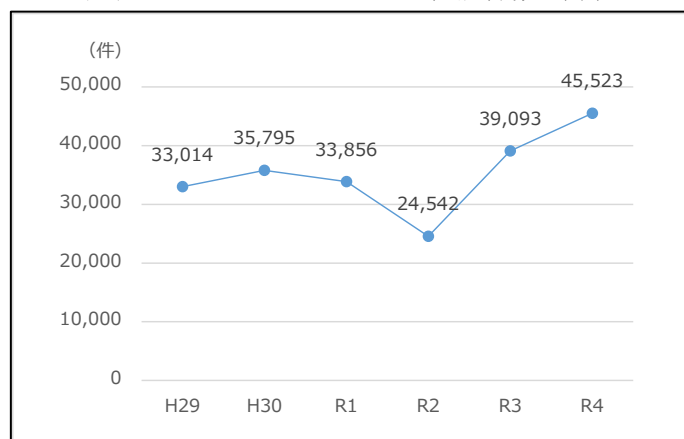
(出典) 一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」

イ 小児救急医療提供体制

(ア) 子ども医療電話相談体制

- 県では、夜間等における子どもの体調や病状に関し、保護者等がすぐに医療機関を受診させた方がよいか判断に迷った場合に、電話により看護師等が必要な助言等を行う、かながわ小児救急ダイヤル（厚生労働省では「子ども医療電話相談」と呼称。以下「#8000」という。）を毎日 18 時から翌 8 時まで実施しています。
- 本県の#8000 は最大 3 回線に対応しており、令和 4 年度は 45,523 件の相談を受け付けました。(図表 2-1-5-20)
- 相談件数が年々増加傾向にあることから（令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により減少）、相談件数等を踏まえながら、今後の体制について検討する必要があります。

図表 2-1-5-20 #8000 の相談件数 (県)



(出典) 厚生労働省「都道府県調査」

(イ) 初期救急医療提供体制

- 初期救急医療（比較的軽症の小児救急患者への医療）については、各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や在宅当番医制（令和5年3月31日現在、18市11町）で対応しています。
- 小児救急患者の大部分が軽症患者であることから、今後も初期救急医療提供体制の維持が求められます。
- また、患者の重症度・緊急度に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次救急医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。

(ウ) 二次救急医療提供体制

- 二次救急医療（緊急手術や入院を必要とする小児救急患者への医療）については、14の小児医療圏で病院群輪番制や小児救急医療拠点病院（令和5年4月1日現在、36病院参加）により、対応しています。（図表2-1-5-14）
- 輪番体制は各小児医療圏により差があり、複数の病院で輪番体制が組んでいる小児医療圏がある一方、1つの病院で担っている小児医療圏も存在します。

(エ) 三次救急医療提供体制

- 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、こども医療センターと、21箇所（令和5年4月1日現在）の救命救急センターで対応しています。
- 三次救急医療を必要とする患者が、適切な治療を受けられるよう、受入先の医療機関を決定するまでの時間と搬送時間の短縮に努める必要があります。

(3) 小児在宅医療（医療的ケア児）をとりまく状況

- 医療技術の進歩に伴い、NICU等を退院後、日常生活を営むために恒常的に医療的なケアを受ける必要がある「医療的ケア児（※3）」が増加しています。（図表2-1-5-21）

図表2-1-5-21 全国における在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）



（出典）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）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

- 医療的ケア児は全国で約2万人と推計されていますが、障害福祉制度のような登録制度がないため、医療的ケア児の実態把握が全国的にも課題となっています。
- また、NICU等の退院後には、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が連携して、切れ目のない支援を行うことが求められますが、支援に必要な人材など、社会的資源は十分ではありません。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

小児死亡数（0～14歳）（小児人口10万対）が減少している

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆一般小児医療提供体制の充実
- ◆小児救急医療提供体制の充実
- ◆小児在宅医療（医療的ケア児）への支援

（1）一般小児医療提供体制の充実

- 県は、小児医療施設の開設に係る施設・設備整備に対して補助を行うことにより、県民が安心して子育てが行える環境整備を促進します。
- 県は、県医療対策協議会等における協議を踏まえ、医師の確保を特に図るべき区域に地域枠（※4）医師等を優先的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是正に取り組むとともに、県内定着を図ります。
- また、県は、引き続き小児医療を志す医学生や臨床研修医に対する研修会を開催するとともに、小児医療の魅力を伝える意識啓発セミナーを新たに実施します。
- 県は、医師の労働時間の縮減や勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することにより、医師の県内定着を促進するとともに、地域における小児医療の提供体制の維持と医師の働き方改革の両立を図ります。

（2）小児救急医療提供体制の充実

ア 子ども医療電話相談体制

- 県は、引き続き子ども医療電話相談体制を整備することにより、保護者等の不安を軽減するとともに、不要不急な救急受診を抑制し、小児救急医療提供体制の維持を図ります。
- 県は、電話による相談機能の充実のため、各自治体の実施状況や相談件数等を踏まえ、各時間帯における回線数の増や相談受付時間の延長について検討するとともに、県民へのより一層の周知を図るため、#8000の普及・啓発に取り組みます。
- また、県は、厚生労働省が実施する#8000対応者研修事業を活用するなど、相談者への対応の質の向上を図ります。
- さらに、県は、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急等）についても周知を行います。

イ 初期救急医療提供体制

- 県及び市町村は、診療所の医師による、積極的な初期救急医療提供体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力等の連携を図ります。
- 県は、小児に対する初期救急医療提供体制を維持するため、引き続き、初期救急

医療の提供に必要な支援を行います。

- また、救急車の適正利用など、県民に上手な医療のかかり方について知っていただくことも必要であるため、県は、動画やポスター等を用いた広報や啓発を積極的に実施し、軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入抑制を図ります。

ウ 二次救急医療提供体制

- 県は、休日夜間急患診療所等では対応できない小児救急患者の診療体制を維持するため、引き続き市町村と連携し、医療機関への支援を行います。
- 県は、限りある医療資源の効率的・効果的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、小児地域医療センター（※5）や小児中核病院（※6）といった医療機能を明確化し、県民に分かりやすい周知に努めます。

エ 三次救急医療提供体制

- 県は、三次救急医療を必要とする患者が、適切な治療を受けられるよう、県救急医療情報システムを活用した、医療機関、消防機関等への小児救急患者の搬送に必要な情報の提供や、ドクターヘリ等を利用した小児救急患者の搬送体制の充実に向けた取組を進めます。
- 県は、二次救急医療提供体制と同様に、限りある医療資源の効率的・効果的な活用と、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、小児地域医療センターや小児中核病院といった医療機能を明確化し、県民に分かりやすい周知に努めます。

(3) 小児在宅医療（医療的ケア児）への支援

- 県は、医療的ケア児の登録フォームを活用して県内の医療的ケア児の実態（人数、居住地、必要となる医療的ケアの種別等）を把握するとともに、その情報を市町村と共有し、支援策の検討につなげます。また、支援策の検討にあたっては、母子保健の取組との連携を図っていきます。
- 県及び市町村は、医療的ケア児等に対する支援の総合調整を担う医療的ケア児等コーディネーターの養成及び配置を進めるほか、医療的ケア児の受入促進及びご家族の負担軽減に向けた社会的資源の拡充に取り組みます。
- 県は、医療的ケア児とご家族が地域で安心して療養できるよう、県立産科救急医療システム受入病院（※7）、地域の医療機関、在宅医療機関、訪問看護、地域の歯科医療機関、訪問歯科等における連携体制の強化及び人材養成を進めます。

意見No.3

※ 発達障害等を含む児童・思春期精神疾患に関する事項については、「第2章第5節 精神疾患」に、若年者層の自殺対策に関する事項については、「第3章第2節 こころの未病対策」に整理していますので、ご参照ください。

=====
■用語解説

※1 出生率

人口千人に対する出生数の割合。

※2 受療率

推計患者数を人口10万対であらわした数。

※3 医療的ケア児

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

※4 地域枠

卒業後、県内での初期臨床研修及び医師の確保を特に図るべき区域や診療領域における従事義務を課すもの。

※5 小児地域医療センター

小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能。

※6 小児中核病院

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能。

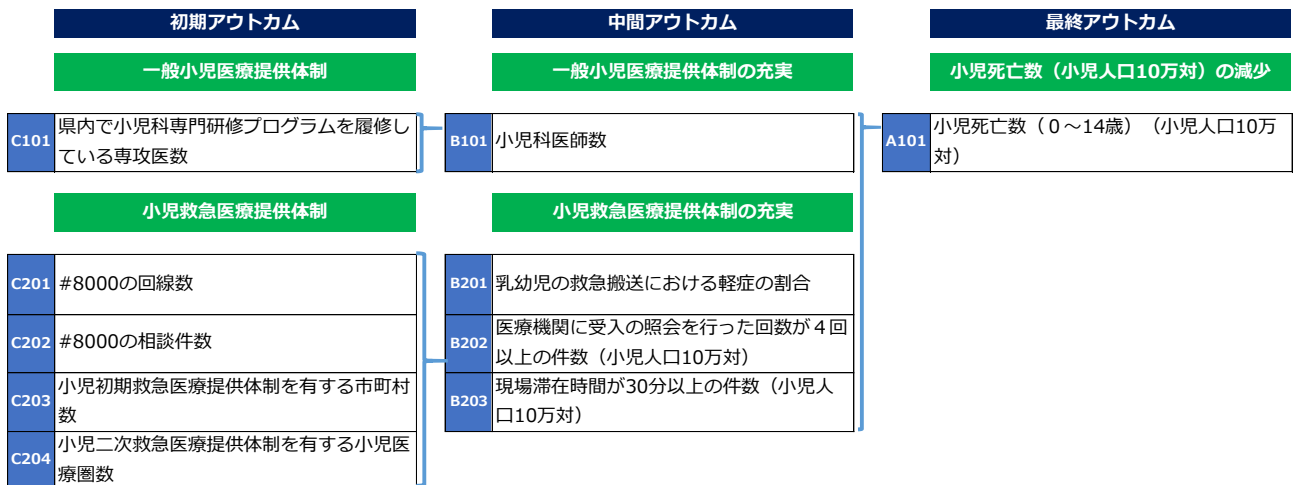
※7 県周産期救急医療システム受入病院

県周産期救急医療システムにおいて、機能別に「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」と位置付けている病院の総称。分娩に関し地域の中心的な役割を果たす。

=====

3 ロジックモデル

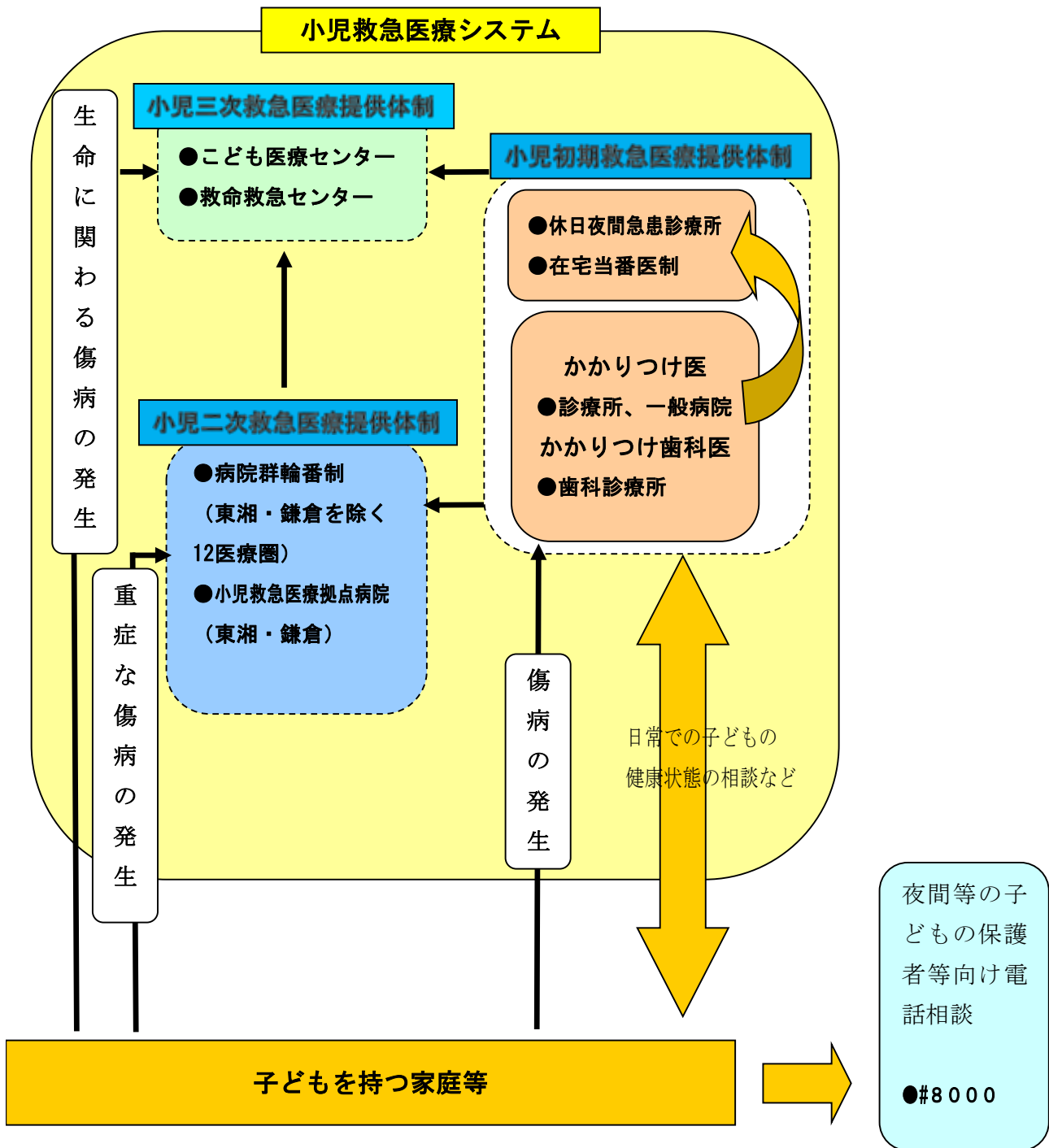
※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	県内で小児科専門研修プログラムを履修している専攻医数	一般社団法人日本専門医機構「年度採用数」	33人 (R5)	34人以上
	C201	#8000の回線数	県医療課調査	3回線 (R5)	3回線以上
	C202	#8000の相談件数	厚生労働省「都道府県調査」	45,523件 (R4)	69,000件以上
	C203	小児初期救急医療提供体制を有する市町村数	厚生労働省「小児救急医療体制の現況調べ」	18市11町 (R4)	18市11町
	C204	小児二次救急医療提供体制を有する小児医療圏数	県医療課調査	14医療圏 (R5)	14医療圏
中間	B101	小児科医師数	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」	1,187人 (R2)	1,187人以上
	B201	乳幼児の救急搬送における軽症の割合	総務省消防庁「救急の現況調べのうち事故種別年令区分別傷病程度別搬送人員調」	77.0% (R3)	75.1%以下
	B202	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数(小児人口10万対)	総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」	31.6件 (R3)	31.6件以下
	B203	現場滞在時間が30分以上の件数(小児人口10万対)	総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」	128.1件 (R3)	100.3件以下
最終	A101	小児死亡数(0~14歳)(小児人口10万対)	厚生労働省「人口動態調査」	15.2人 (R3)	15.2人以下

■小児救急の医療提供体制



第2章 疾病別の医療連携体制の構築

第1節 がん

1 現状・課題

【現状】

- ・がんは生涯のうちに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。
- ・ライフスタイルの変化や高齢化の進行に伴い、がんの罹患率及び死亡者数のさらなる増加が見込まれている一方で、がん医療の進歩により生存率が向上しています。

【課題】

- ・がん医療の提供については、二次保健医療圏に1カ所以上のがん診療連携拠点病院（※1、以下「拠点病院」という。）が整備されていること等から、地域差はあるものの、標準的治療については均てん化が進んでいます。一方、重粒子線治療や陽子線治療のような高度ながん医療については、限られた病院でしか提供されていないため、集約化を図っていく必要があります。
- ・がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるようにするには、拠点病院等のがん相談支援センターの役割が重要ですが、人材が不足していることから、ピアサポーター等他の人材を活用していく必要があります。

(1) がんの未病改善

ア がんの1次予防

- 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、喫煙者のうち男女とも半数以上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。
- がんに罹患する原因の一つに、ウイルスや細菌の感染があります。たとえば、子宮頸がんはヒトパピローマウイルス（HPV）、胃がんはヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）の感染が主な原因とされていますので、がん予防のために、そのことを理解していただく必要があります。

イ がんの2次予防（がん検診）

- 現在、対策型がん検診は市町村で実施していますが、市町村の中には、国が推奨する科学的根拠（がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添）以下「指針」という。）に基づく検診とは異なるがん検診を実施しているところがあります。指針に基づくがん検診は、がんの早期発見・早期治療につながることから、県としては、指針どおりのがん検診を実施するよう働きかけていく必要があります。
- 令和4年国民生活基礎調査によると、がん検診の受診率は肺がんを除く、4つのがん種（胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）において、県がん対策推進計画の

目標である 50%に達していないことから、がん検診受診率向上に向けて市町村と連携して取り組む必要があります。(図 2-2-1-1)

図表 2-2-1-1 国民生活基礎調査によるがん検診受診率

	年	胃	大腸	肺	乳	子宮頸
神奈川県	R4	42.7%	47.3%	50.0%	48.3%	43.7%
	R1	41.7%	43.5%	47.9%	47.8%	47.4%
	H28	41.8%	42.2%	45.9%	45.7%	44.6%
	H25	39.5%	38.5%	41.8%	42.9%	43.0%
	H22	31.7%	24.1%	23.3%	38.9%	37.9%
全国平均	R4	41.9%	45.9%	49.7%	47.4%	43.6%
	R1	42.4%	44.2%	49.4%	47.4%	43.7%
	H28	40.9%	41.4%	46.2%	44.9%	42.3%
	H25	39.6%	37.9%	42.3%	43.4%	42.1%
	H22	32.3%	26.0%	24.7%	39.1%	37.7%

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※胃がん、大腸がん、肺がんは 40 歳～69 歳で過去 1 年に受診した者、乳がんは 40 歳～69 歳で過去 2 年に受診した者、子宮頸がんは 20 歳～69 歳で過去 2 年に受診した者を基に算出。

- 市町村が実施するがん検診における精密検査受診率が、県がん対策推進計画の目標である 90%に達していないことから、精密検査についても市町村と連携して受診促進の取組を進める必要があります。
- 市町村が実施するがん検診において、科学的根拠に基づくがん検診が正しく実施されるよう、がん検診担当医師・技師等の育成を行う必要があります。

(2) 患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

- 国は、令和 5 年 3 月時点で、県内の 22 病院を拠点病院に指定しており、県は、拠点病院に準ずる病院として、10 病院を県がん診療連携指定病院（以下「指定病院」という。）に指定しています。
- 国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、医療の質の向上や均てん化に向けて取組を進めてきました。
- 国は、令和 4 年 8 月に、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い、がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少などの状況を踏まえ、一定の集約化を求めることとしました。さらには、都道府県がん診療連携協議会（以下「がん協議会」という。）の体制の強化、拠点病院の役割分担や連携体制の構築等を新たな要件として追加しました。
- 県も、今後は、均てん化に加え、一定の集約化に向けて、がん協議会と連携しながら、役割分担や連携体制の構築に取り組む必要があります。
- がん治療中・治療後の口腔内トラブルを防ぐため、がん治療前に歯科診療を受けられるよう、医科と歯科との連携を強化する必要があります。

イ がん治療

- 拠点病院及び指定病院では、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療を提供することを基本としていますが、さらに、新しい治療法であるロボット支援手術や、重粒子線や陽子線による高度な放射線治療、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法を取り入れている病院もあります。
- 県は、地域の医療機関や患者に対して、科学的根拠に基づく高度な治療法がどこの病院で受けられるか等の情提を提供していくとともに、県内の医療機関の連携体制を整備していく必要があります。

ウ がんのリハビリテーション

- 入院中はがんのリハビリテーションが提供されたとしても、退院後まで継続して提供されるとは限りません。そのため、退院後も継続して提供できるよう、地域でリハビリテーションを実施している施設等への引継ぎができる連携体制を整備する必要があります。

エ 緩和ケア

- 必要とする患者や家族が、いつでも適切な緩和ケアを受けられよう、拠点病院・指定病院等が、がん医療に携わるすべての医療従事者を対象に、国が指針を定める緩和ケア研修会を定期的で開催しています。ただ、他の医療機関からの参加者が少ないことから、今後は、在宅緩和ケアの充実の観点からも、院外の医療従事者の受け入れを進めていく必要があります。

オ 妊孕性（にんようせい）温存療法（※2）

- がん治療によって妊孕性が低下する可能性があることから、低下する可能性のある治療を開始する前に、受精卵、卵子、卵巢組織、精子を凍結保存する妊孕性温存療法がありますが、自費診療であるため、高額な費用がかかります。そこで、県では令和元年度に助成事業を開始し、令和3年度からは国の事業になりました。さらに、令和4年度からは、妊孕性温存のために凍結保存した受精卵等を用いた、妊娠のための生殖補助医療に係る費用も助成対象に追加されました。
- 治療開始前の患者に妊孕性温存療法を受けてもらうためには、がん治療医療機関と生殖補助医療（※3）機関との連携が欠かせないことから、県では、「K a n a O F - N e t（かなおふネット）」というネットワークを立ち上げ、がん治療医療機関としては、拠点病院・指定病院及び県立こども医療センターの全33病院が参加しています。
- 治療開始前の患者やその家族に妊孕性への影響について説明し、意思決定の支援をするためには、がん治療医をはじめとする医療従事者に妊孕性に関する理解を広める必要があります。

カ 小児及びAYA世代（※4）のがん対策

- 県には、国が全国で15カ所指定している小児がん拠点病院（※5）の1つである「県立こども医療センター」があり、小児及びAYA世代のがん患者とその家族が適切な医療や支援を受けることができます。小児がん患者は、成人後も長期フォローアップが必要であり、AYA世代のがん患者については、県立こども医療センターと拠点病院・指定病院との連携が必要になります。

キ 希少がん及び難治性がん対策

- 希少がんや難治性がんについては、全国的に対応できる病院が少ないことから、患者及びその家族に対して、全国レベルでの情報を提供できることが必要になります。

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

- 現在 32 病院の拠点病院・指定病院に小児がん拠点病院である県立こども医療センターを加えた 33 病院に設置されているがん相談支援センターにおいて、患者やその家族等からのがんに関する様々な相談に対応しています。しかし、がん相談支援センターの認知度が依然として低いことから、さらに周知していく必要があります。
- がん相談支援センターとは別に、がん患者やその家族が、同じような経験を持つピアサポーターに相談できる箇所が、現在県内には 14 カ所あります。しかし、ピアサポーターの認知度も低いことから、周知はもちろん、相談できる機会を増やすとともに、ピアサポーターの質の向上にも取り組む必要があります。
- がん患者及びその家族に、日本癌治療学会が認定するがん医療ネットワークナビゲーター等の資格を有するがん体験者の存在を知ってもらう必要もあります。

イ 情報提供

- がんに関する情報があふれる中で、がん患者やその家族等が、必要なときに確実に正しい情報にアクセスできることが重要であることから、患者目線に立った分かりやすい情報発信に取り組む必要があります。

ウ 地域連携による支援

- がん患者がいつでもどこに居ても、安心して自分らしい生活を送れるためには、拠点病院・指定病院と地域の医療機関とが連携して、積極的な患者支援を実践する必要があります。

エ 就労支援

- 働く世代にがん罹患する人が増える一方、がん医療の進歩により、働きながらがん治療を受けることが可能になってきています。このため、働いているがん患者が早まって離職することがないように、また、治療と仕事を両立できる環境を整備した職場を増やすための取組が必要になります。

オ アピアランスケア（※6）

- がん医療の進歩により、学業や仕事との両立が可能になっている一方、がん治療による脱毛や爪の変化等により、社会生活を送る上で、苦痛を感じる患者が多いことから、医療現場におけるサポートが必要になります。

カ ライフステージに応じた支援

- がん患者への支援にあたっては、個々のライフステージに応じた支援が必要です。小児及びAYA世代であれば、教育支援、就労支援、在宅療養支援など、高齢者であれば、複数の慢性疾患や認知症にかかっている場合や介護を必要とする場合などの支援が考えられます。

キ がん教育

- 平成 29 年 3 月に小学校及び中学校、平成 30 年 3 月に高等学校の学習指導要領にがん教育が追加されましたが、国は、さらに医師やがん経験者等の外部講師を活用

することが効果的だとしています。県でも、団体や企業との協力により、外部講師の育成を行っていますが、外部講師の活用実績を上げていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民一人ひとりが、がんについて正しく理解することで偏見をなくし、がんと向き合い、支え合うことができる社会を構築し、がんを克服する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆がんの未病改善
- ◆患者目線に立ったがん医療の提供
- ◆それぞれの立場で進めるがんと共生

(1) がんの未病改善

ア がんの1次予防

- 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、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発及び関係団体・企業との連携による卒煙（禁煙）サポートセミナーの開催等を行うほか、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・禁煙教育に取り組みます。
- 県は、未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 県は、市町村、関係学会、関係団体、県医師会、学識者等と連携して、県ホームページや広報媒体等を活用して、子宮頸がんとHPV、胃がんとヘリコバクター・ピロリ菌、肝がんと肝炎ウイルスなどに関する正しい情報を発信していきます。

イ がんの2次予防（がん検診）

- 県は、市町村に対し、指針どおりのがん検診を実施するよう指導していきます。
- 県及び市町村は、国が作成した「受診率向上施策ハンドブック第3版」に基づき、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を連携しながら行います。
- 県は、包括協定等を締結した企業（以下、「協定企業」という。）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、認定された推進員は、県民に対して個別にがん検診の受診を勧めます。
- 県は、精密検査受診率の低い市町村に対して指導・助言等を行い、市町村は、県からの指導・助言等を踏まえ、精密検査受診率向上に取り組めます。
- 県は、精密検査受診率向上のため、がん検診の実施者から要精密検査とされた受診者に対して分かりやすい情報が提供されるよう取り組みます。
- 県は、精度管理の向上のため、関係学会や県医師会と連携し、がん検診従事者向けの講習会の開催に向け取り組みます。

(2) 患者目線に立ったがん医療の提供

ア がん医療提供体制

○ 県は、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と連携し、がん協議会を通じて、集約化に向けた拠点病院・指定病院の役割分担や連携体制の整備に取り組めます。

○ 拠点病院・指定病院は、院内の歯科診療科及び地域の歯科診療所との連携に取り組めます。

意見No.4・21

○ 県は、がん診療に係る医科歯科連携の体制づくりを支援します。

イ がん治療

○ 県は、患者の病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切ながん治療（手術療法、放射線療法、薬物療法）を提供できるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療の提供についても、医療機関間の役割分担や連携体制の整備に取り組めます。

ウ がんのリハビリテーション

○ 県は、入院中に加え退院後も、効果的・継続的ながんのリハビリテーションを提供できる体制の整備に取り組めます。

エ 緩和ケア

○ 県は、拠点病院等が、定期的を開催している緩和ケア研修会への参加を院内にとどまらず、地域の医療機関にも積極的に呼びかけるよう指導していきます。

オ 妊孕性温存療法

○ 県は、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報が、対象となるがん患者とその家族すべてに提供できるよう、K a n a O F - N e t、がん協議会、企業等と連携して、医療従事者向け及び県民向けのセミナー等を開催します。

カ 小児及びAYA世代のがん対策

○ 県及びがん協議会は、小児がん患者へのきめ細かな長期フォローアップに向けて、県立こども医療センターと拠点病院等との連携を進めます。

キ 希少がん及び難治性がん対策

○ 県立がんセンターは、都道府県がん診療連携拠点病院として、国立がん研究センターが運用している施設別がん登録件数検索システムを活用して、希少がん、難治性がん患者とその家族の病院探し等の相談に対応していきます。

○ 県立がんセンターは、今後は、上記検索システムの活用について、拠点病院・指定病院にも周知して、広く利用してもらうようにします。

(3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

ア 相談支援

○ 拠点病院・指定病院は、がん相談支援センターの認知度向上のため、院内一丸となって取り組めます。

○ 県は、患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピアサポーターの養成・認定に取り組めます。

○ 県は、がん医療ネットワークナビゲーターの効果的な周知について検討を進めます。

イ 情報提供

○ 県及びがん協議会は、拠点病院・指定病院、関係機関、患者団体等と連携して、

患者目線に立ったわかりやすい情報発信に取り組みます。

ウ 地域連携による支援

- 拠点病院・指定病院は、在宅緩和ケアや在宅医療等を行う地域の医療機関や施設等との連携や情報提供について取り組みます。

エ 就労支援

- 県、神奈川産業保健総合支援センター、神奈川県社会保険労務士会及び拠点病院・指定病院は連携して、患者とその家族を対象に、がん相談支援センターにおける社会保険労務士相談を継続していきます。また、事業者向けには、県及び神奈川産業保健総合支援センター、協定企業と協力して、事業者向けの講演会等を開催するとともに、「かながわ治療と仕事の両立推進企業（※7）」を増やしていきます。

オ アピアランスケア

- 県及び県立がんセンターは、がん患者及びその家族がアピアランスケアについての正しい知識を身につけられるよう、拠点病院・指定病院、自治体等と連携して、医療従事者を対象としたアピアランスケアに関する研修会等を開催します。

カ ライフステージに応じた支援

- 県、県教育委員会、拠点病院・指定病院、小児がん拠点病院は連携して、小児・AYA世代のがん患者に対する教育支援やライフステージに応じた切れ目のない相談支援体制の整備に取り組みます。
- 県及び拠点病院・指定病院は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、在宅緩和ケアや在宅医療に係わる医療機関や介護施設等と連携する関係を築いていきます。
- 県は、在宅で療養する若年の末期がん患者が、住み慣れた自宅で最後まで安心して自分らしい生活ができるよう、在宅生活に係る費用を助成する市町村に対して補助金を交付し、患者の経済的負担の軽減を図ります。

キ がん教育

- 県、県教育委員会、協定企業及び患者団体等は連携して、小学校、中学校及び高等学校のがん教育における外部講師の質の向上及び活用実績の向上に取り組みます。

=====

■用語解説

※1 がん診療連携拠点病院

専門的ながん医療や緩和ケアの提供、地域のがん診療を担う医療機関との連携、がん患者への相談支援や情報提供などの質の高いがん医療を提供することができるよう、都道府県知事からの推薦に基づき厚生労働大臣が指定する病院。

※2 妊孕性温存療法

生殖機能が低下し、もしくは失われるおそれのあるがん治療等に際して、精子、卵子、卵巣組織を採取し、凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し、受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為。

※3 生殖補助医療

妊孕性温存療法により凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、胚（受精卵）を用いた、妊娠のための治療。

※4 AYA世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に15歳から30歳代までの世代を指す。

※5 小児がん拠点病院

小児及びAYA世代のがん患者とその家族が安心して適切な医療や支援が受けられるよう、厚生労働大臣が指定する病院。

※6 アピアランスケア

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア。

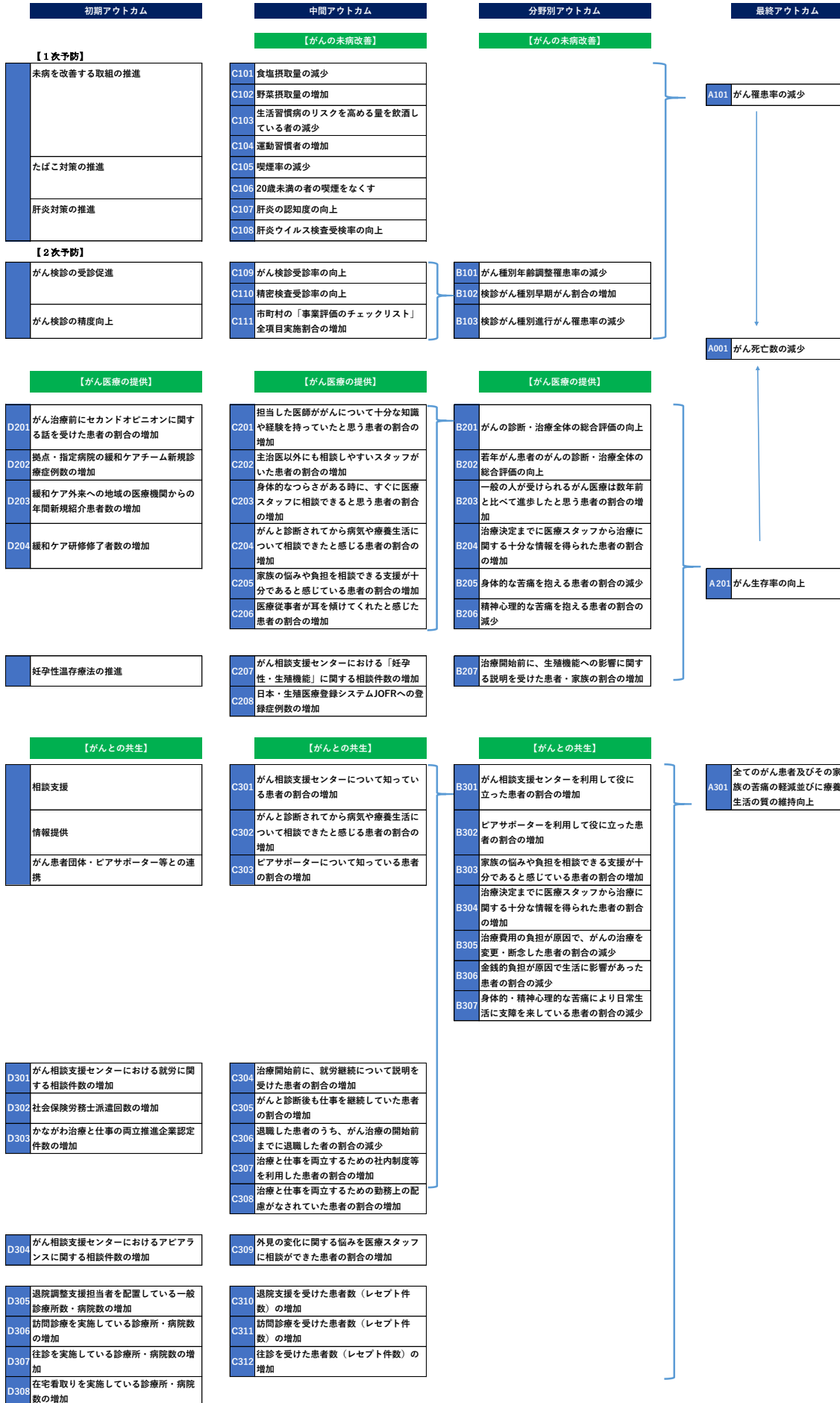
※7 かながわ治療と仕事の両立推進企業

県が、治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業として認定している企業。

=====

3 ロジックモデル

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



第2節 脳卒中

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

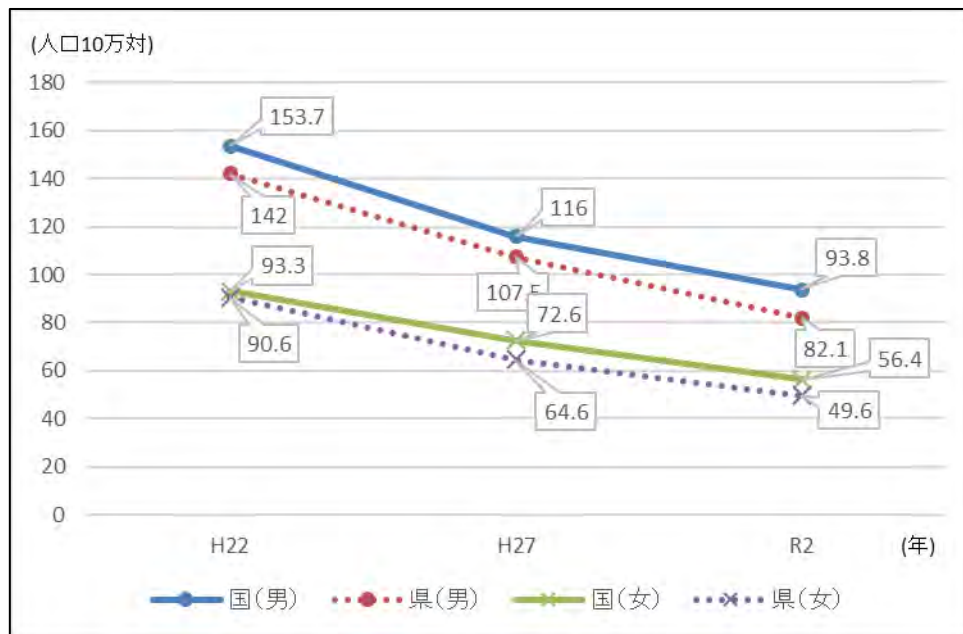
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 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、令和2年において男性82.1 女性49.6と、全国平均の男性93.8 女性56.4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。（図表2-2-2-1）

図表2-2-2-1 脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年モデル人口）

しかし、脳卒中は、厚生労働省「人口動態調査」によると令和3年において本県の死亡原因の第4位となっているほか、厚生労働省「国民生活基礎調査」によると令和4年において介護が必要になった主な原因の第2位となっています。また、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もあります。

- 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。

イ 発症直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、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、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

ウ 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-P A（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16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-P Aによる血栓溶解療法の適用患者への実施件数（人口10万人当たり）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計画作成等の実施件数（人口10万人当たり）は、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）の令和3年度のデータによると、全国平均を下回っています。

エ 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。

オ 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。

(2) 課題

ア 脳卒中の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・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、未病の改善を実施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。 意見No.7
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均（56.2%）と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均（24.7%）を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。
- 脳血管障害の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、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が必要です。

イ 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

意見No.5・6

(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」等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。脳卒中の初期症状を正しく見極めるためには、頒布物などによる正しい知識の普及啓発を進める必要があります。
- 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療法など）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。
そのためには、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保等に取り組んでいく必要があります。

(イ) 急性期の医療

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、症状を早期に発見し、速やかに専門の医療施設を受診することが重要です。そのためには、県内のどこに住んでいても、どこで発症しても、適切な治療を受けられる体制の構築を進め、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めます。

- 急性期の脳梗塞に対してはt-P Aによる治療法（脳血栓溶解療法。脳の動脈をふさいでいるものをt-P Aという薬で溶かす治療方法）が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、その均てん化が必要です。
 - 脳卒中は、急性期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、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。
- (㏍) 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。
- (㏎) 医療提供体制の構築
- 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病院を経て在宅・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。
 - 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重要です。
 - 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、循環器病以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。
- ウ 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援
- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
 - 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
 - 脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（以下、「復職」という。）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障がい者就労支援等との適切な連携

が求められています。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆脳卒中の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 脳卒中の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県と県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催するとともに、普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。

(2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

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、脳卒中集中治療室（SCU）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 リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 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。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援し

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。

エ 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・介護の充実を図ります。

オ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細や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（※1）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。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- リーフレット等の資料、SNSやマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

=====

■用語解説

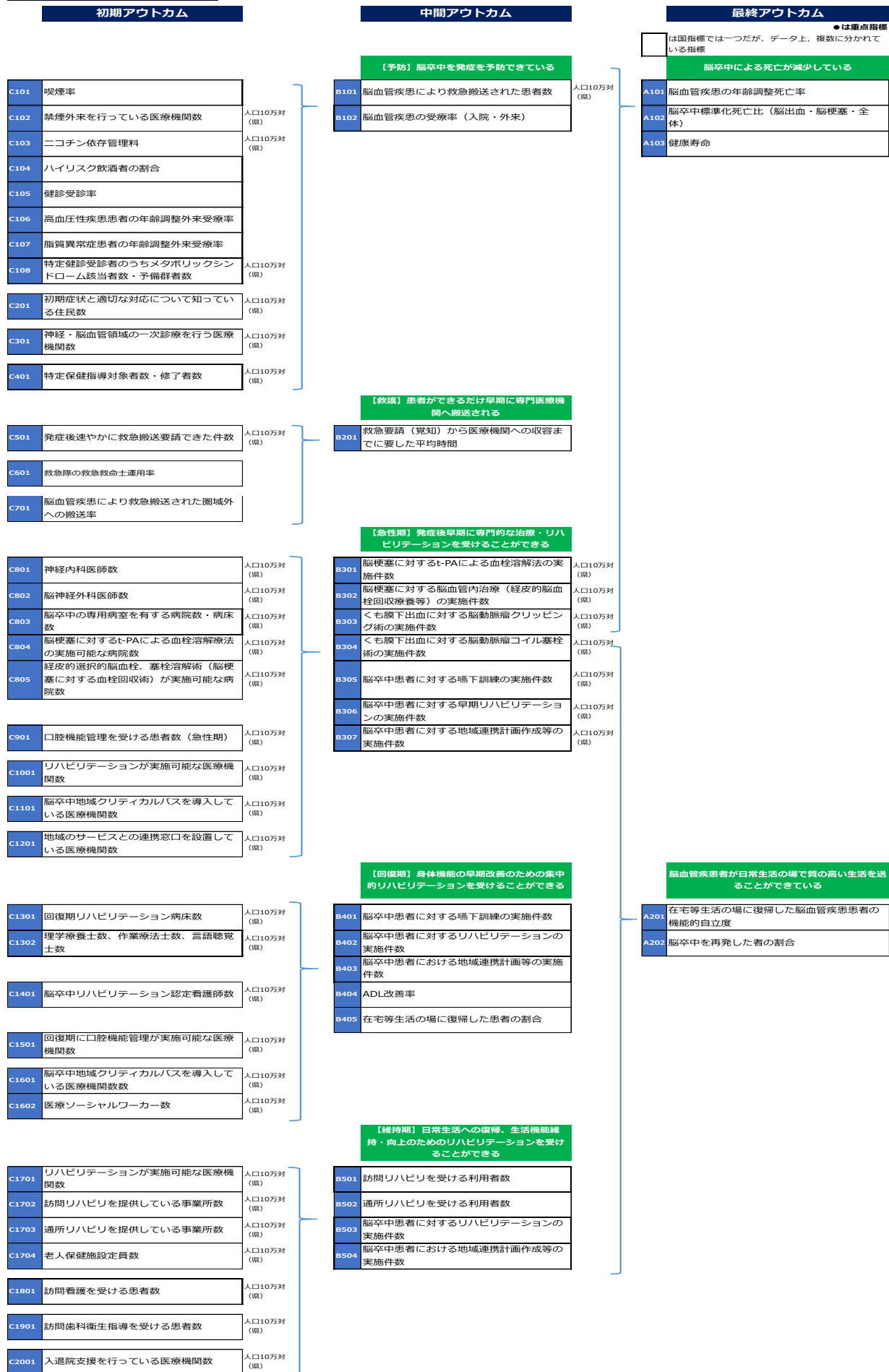
※1 地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

=====

3 ロジックモデル

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



第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・心筋梗塞等の心血管疾患は、本県の死亡原因の第2位となっています。
- ・心血管疾患による年齢調整死亡率は、虚血性心疾患は全国平均を下回っており、心不全は全国平均を上回り、大動脈瘤及び解離は全国平均と同程度となっています。

【課題】

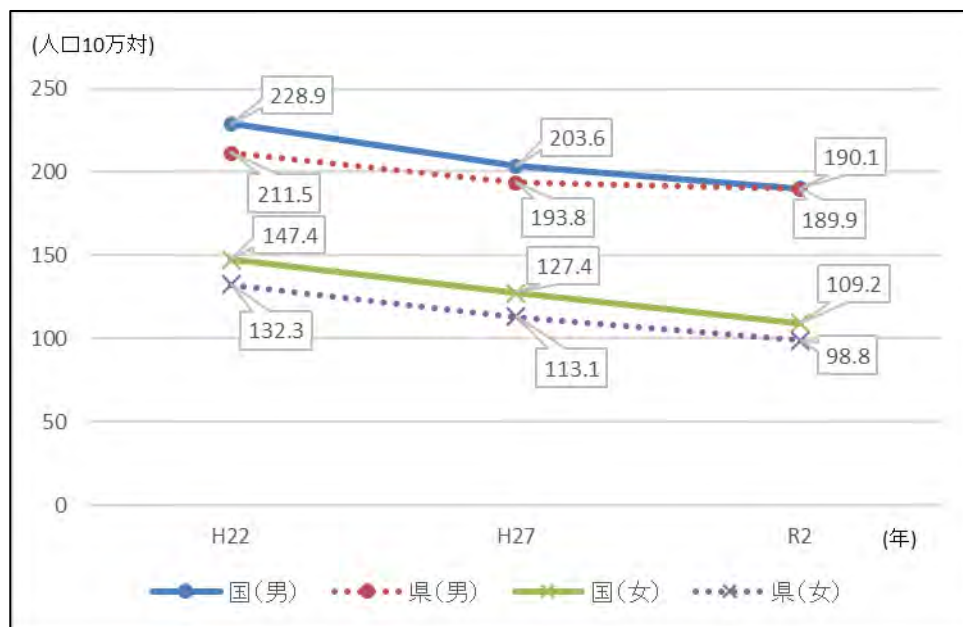
- ・心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

(1) 現状

ア 心血管疾患について

- 心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、令和2年において男性189.9 女性98.8と、全国平均の男性190.1 女性109.2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。(図表2-2-3-1)

図表2-2-3-1 心疾患年齢調整死亡率(人口10万対)



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」(平成27年モデル人口)

- 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、令和2年神奈川県衛生統計年報によると、平成27年には10,890人でしたが、令和2年には12,549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、令和2年において1,126人であり、死亡原因の第38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。

イ 発病直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、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、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

なお、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箇月後生存率は約5.2倍高くなり、社会復帰率は約7.3倍高くなります。

また、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、令和3年に155件であり、東京都の278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（P C I）に代表される低侵襲（身体への負担が小さい）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っています。
- 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P C I等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、P C I等に加えて外科的治療も行う「専門的医療を包括的にを行う施設」で早期に対応することが適切です。

ウ 急性期の医療

- 循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人当たりの人数は、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10万人当たり）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。

エ リハビリテーション

- 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。

オ 急性期後の医療・在宅療養

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、令和2年の患者調査によると、96.6%と、全国平均の93.4%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。

(2) 課題

ア 心血管疾患の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・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、未病の改善を実施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。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均 (56.2%) と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均 (24.7%) を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。

意見No.7

イ 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

(ア) 発症直後の救護、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) 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。

(イ) 急性期の医療

- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる場合は、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できることが重要です。
- 家族等周囲にいる者は、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行うことが求められます。
- 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 P C I、冠動脈バイパス術 (C A B G)、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。

(ウ) 急性期後の医療・在宅療養

- 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。

意見No.7

- 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。

(エ) 医療提供体制の構築

- 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重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、それ以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 心血管疾患の患者は、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰（以下、「復職」という。）できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆心血管疾患の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

◆心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 心血管疾患の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県と神奈川県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催するとともに、普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづく

りの場である未病センターの設置や利用を促進します。

- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

ア 発病直後の救護、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、普及啓発を図ります。

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）等の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 リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。
- 県は、患者が地域で、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できるよう、実態を把握し、実施医療機関の設備を整備するとともに、地域連携の強化や医療従事者の人材育成を行い、円滑な心血管疾患リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 県は、心血管疾患リハビリテーションが包括的に提供されるよう、心血管疾患リハビリテーションに関わる医療従事者等を対象とする研修会等を開催し、資質の向上及び多職種連携の促進を図ります。

エ 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、運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進し、再発と増悪の予防を図ります。
- 多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に努めます。

オ 医療提供体制の構築

- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(3) 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

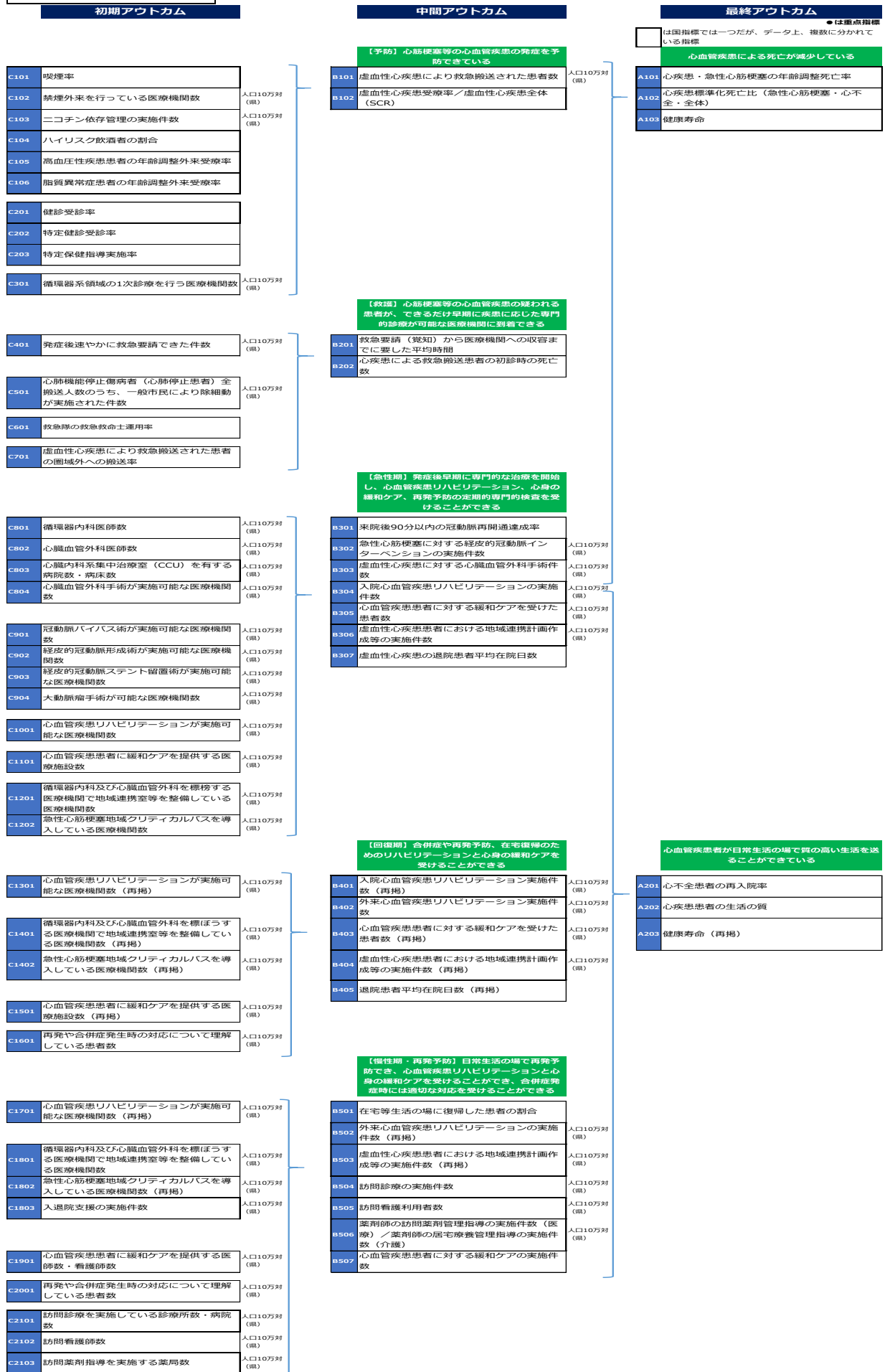
- リーフレット等の資料、SNSやマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備

及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

3 ロジックモデル

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



第4節 糖尿病

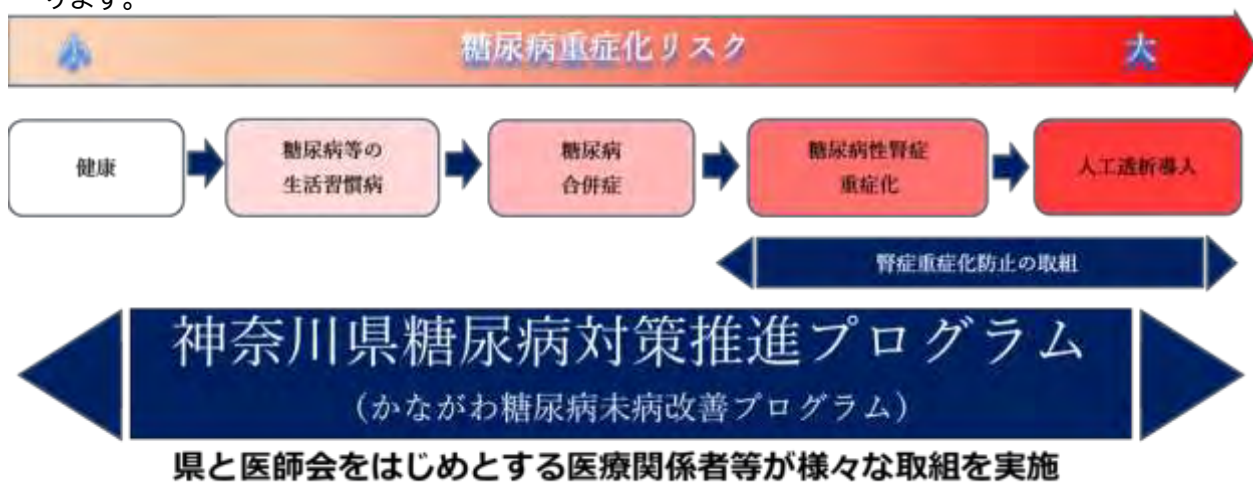
1 現状・課題

【現状】

- ・糖尿病は、生活習慣の改善により発症を抑制することができるとともに、発症した場合であっても適切な血糖コントロールを行うことにより重症化や合併症を予防することが可能な疾患です。
- ・また、糖尿病の受療率は年齢とともに増加する傾向にあり、75歳～79歳の年齢階級の患者が最も多いです。

【課題】

- ・今後県では、高齢化に伴い、糖尿病の患者が令和27年には、令和2年比で約1.13倍に達する見込みです。
- ・そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。



※未病とは

心身の健康状態は、「ここまでは健康、ここからは病気」と明確に区別できるわけではなく健康と病気の間で連続的に変化しています。その状態を「未病」とし、病気になってから対処するのではなく、自分事として、普段の生活において心身を健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を推進しています。

(1) 糖尿病について

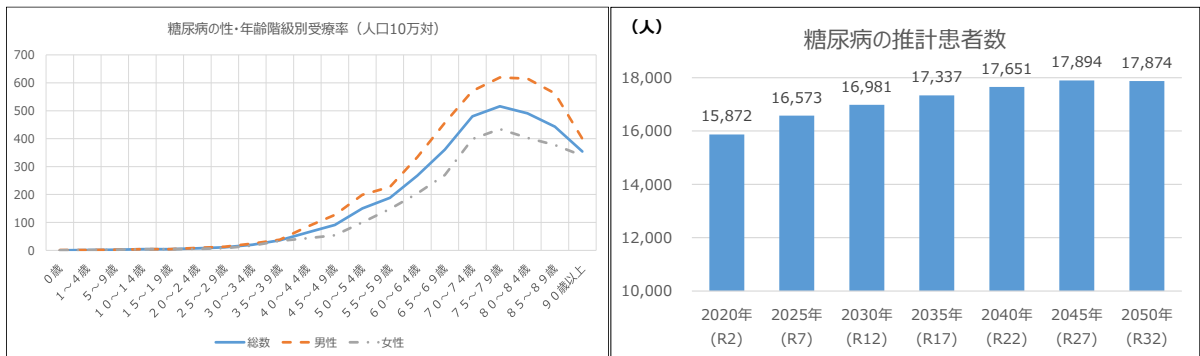
ア 患者数及び死亡率

- 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、神経障がい、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はなく、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、令和2年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は43万5千人（全国では579万1千人）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令和元年国民健康・栄養調査では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」（有病者）は全国で1,150万人（国参考値）と推計されています。

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、令和2年度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数は、27万人と推計されています。
- また、全国の糖尿病の受療率（人口10万対）を見ると、男女ともに75歳～79歳の階級までは加齢とともに増加し、その後、減少に転じます。
- 当該受療率を基に県の糖尿病の患者数を推計すると、令和27年（2045年）までは患者数が増加し、令和2年比で約1.13倍になる見込みです。（図表2-2-4-1）

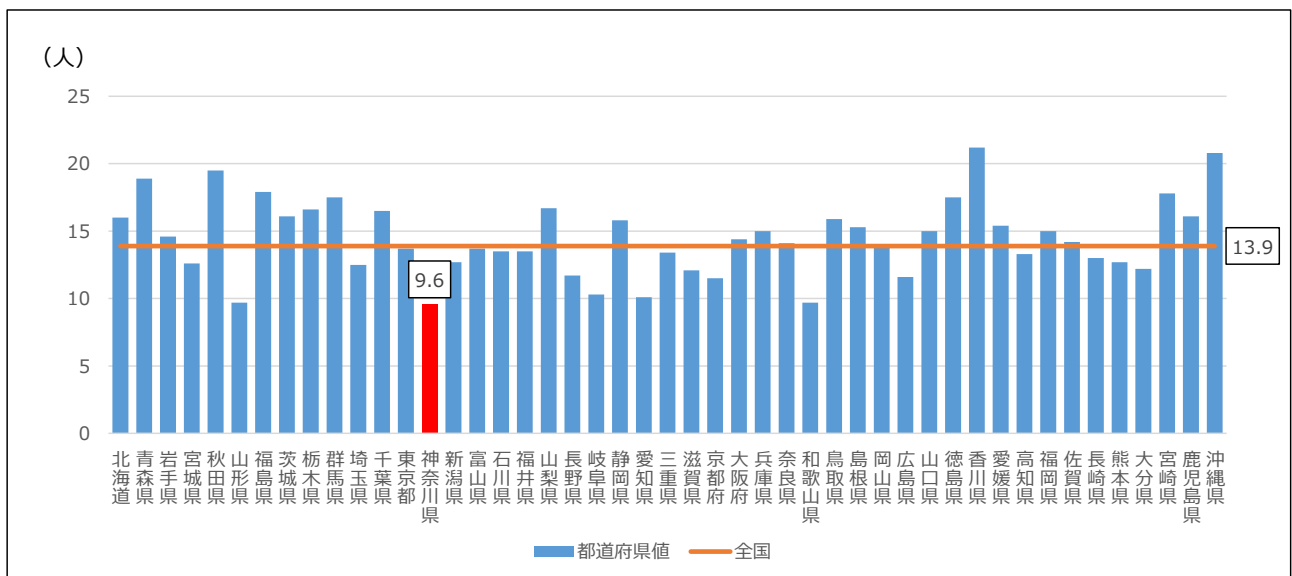
図表2-2-4-1 糖尿病の性・年齢階級別受療率（人口10万対）、糖尿病の推計患者数



（出典）厚生労働省「患者調査」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年（2023）年推計）」

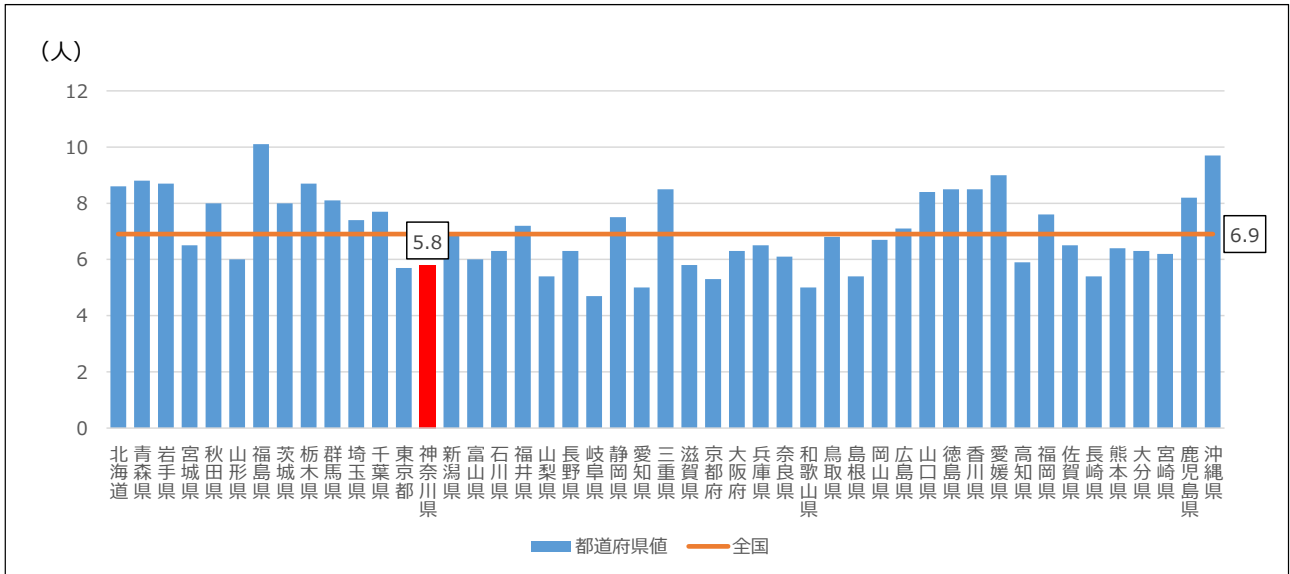
- 県における令和2年の性別ごとの年齢調整死亡率は、男性で9.6、女性で5.8であり、ともに全国値を下回っています。（図表2-2-4-2、図表2-2-4-3）

図表2-2-4-2 年齢調整死亡率（男性・人口10万対）



（出典）厚生労働省「人口動態特殊特報告」（令和2年）

図表 2-2-4-3 年齢調整死亡率（女性・人口 10 万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態特殊特報告」(令和 2 年)

- このように、年齢調整死亡率は、全国と比較し、良好な水準ですが、県では今後、さらに高齢化が進むため、合併症も含めた予防や治療への対応が課題になってきます。

イ 連携体制

- 糖尿病治療にあたっては、「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。
- 看護職員、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 (CDE J)、地域糖尿病療養指導士 (CDE L) 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、CDE J が 1,000 人 (令和 4 年 8 月時点：日本糖尿病療養指導士認定機構)、CDE L が 504 人 (令和 5 年 4 月時点：神奈川糖尿病療養指導士認定機構) となっています。

(2) 糖尿病の予防

ア 総論

- 糖尿病には、膵β細胞の破壊が見られ、絶対的インスリン欠乏に至ることも多い 1 型糖尿病と複数の遺伝因子に過食、運動不足などの環境因子が加わって発症する 2 型糖尿病があります。
- 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、高血圧の治療など内科的治療を行うことなどにより、糖尿病性腎症などの合併症の発症を防ぎ、重症化による人工透析の導入を回避する (二次予防) が可能です。
- また、歯周病の治療をすると血糖コントロールが改善するといわれています。

意見No.8

- そのため、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解を促進する必要がありますが、必ずしも十分とはいえません。

意見No.8

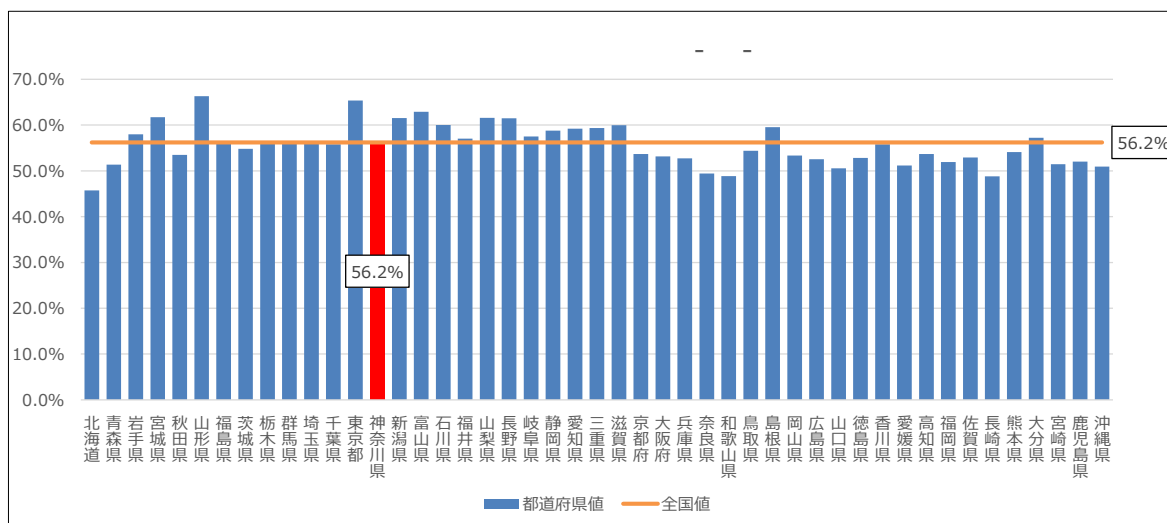
イ 生活習慣

- 糖尿病を予防するには、適切な食生活、血糖コントロールの改善につながる歯周病の治療、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善、により、リスクを低減させることができます。
- 平成 29 年から令和元年の県民健康・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」「歩数や運動習慣」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。

ウ 特定健診・特定保健指導

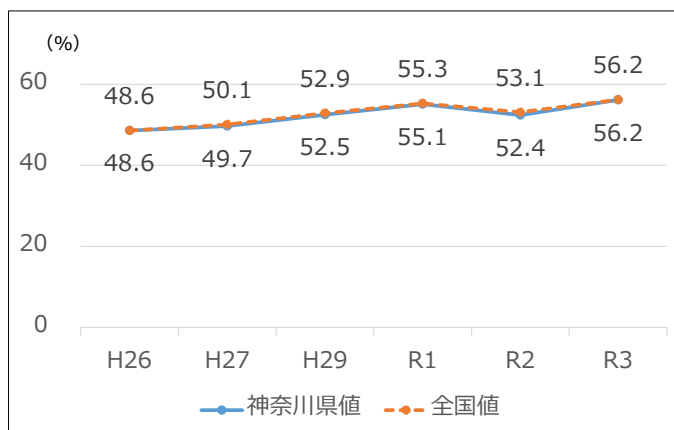
- 特定健康診査は、一次予防と二次予防につなげていく上で有効です。令和 3 年度の受診率は、全国・県ともに 56.2%となっています。(図表 2-2-4-4)
- また、県の受診率は、平成 26 年度から令和元年度まで増加傾向にあり、6.5%ポイント増加しましたが、令和 2 年度には 2.7%ポイント減少したものの令和 3 年には再び増加に転じました。(図表 2-2-4-5)

図表 2-2-4-4 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査の実施状況」(令和 3 年度)

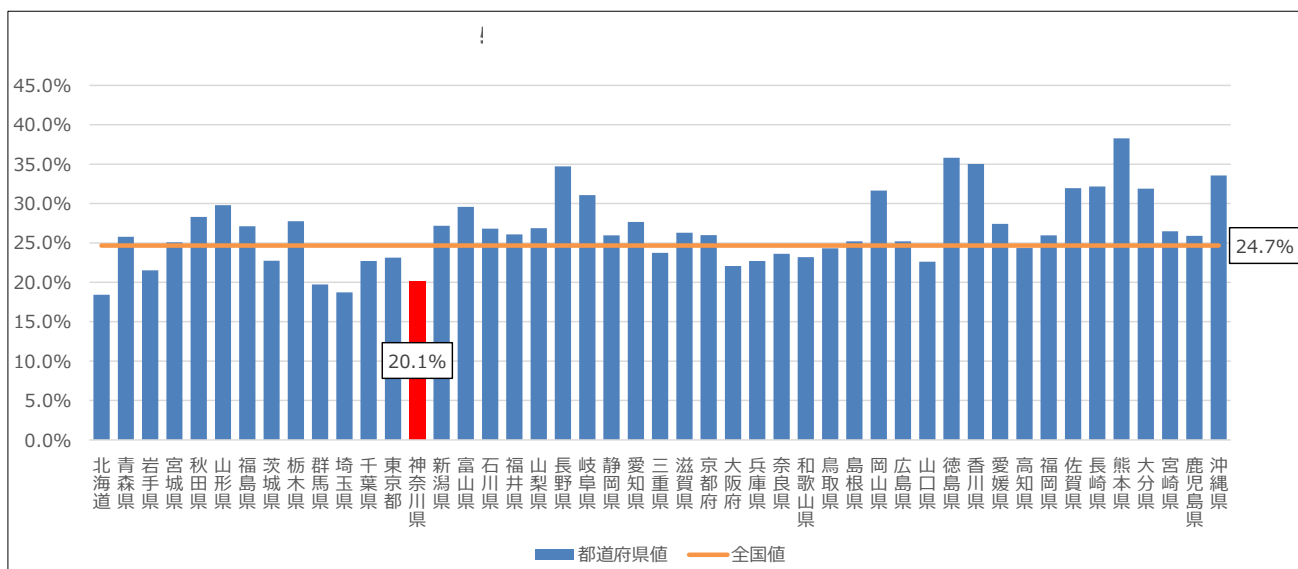
図表 2-2-4-5 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査の実施状況」

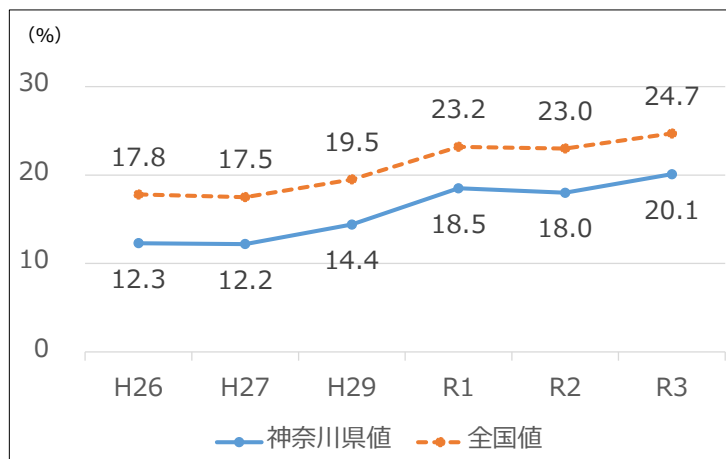
- 一方、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して特定保健指導を実施しますが、県の実施率は、20.1%と全国で44位と低く、全国値と4.6%ポイントの差があります。(図表 2-2-4-6、図表 2-2-4-7)

図表 2-2-4-6 特定保健指導の実施率



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

図表 2-2-4-7 特定保健指導の実施率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

- そのため、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。特に、特定保健指導の実施割合の向上が課題です。

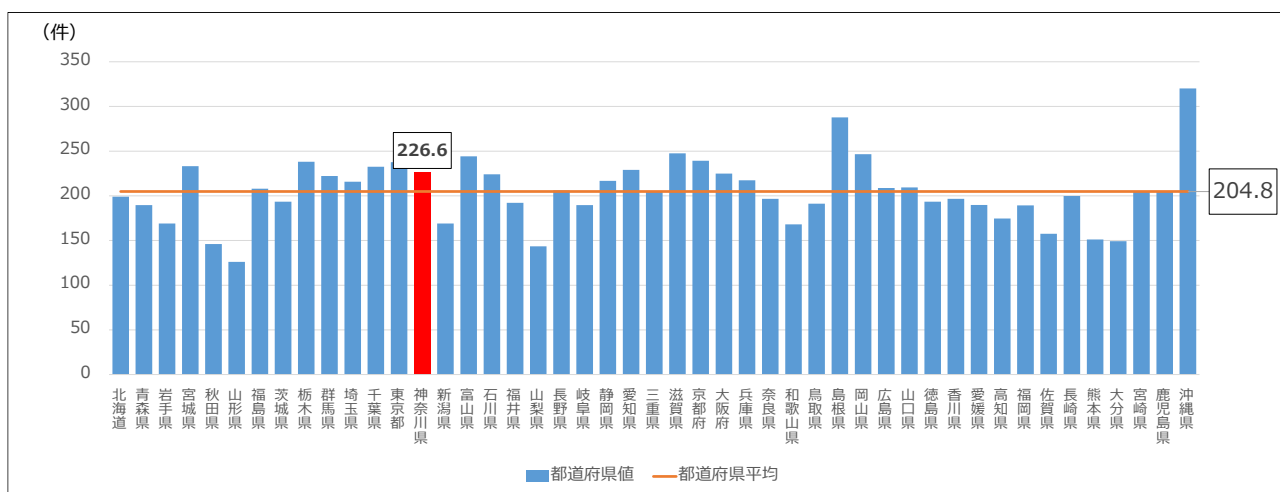
(3) 医療

ア 総論

(イ) 初期・安定期治療

- 糖尿病を原因とした入院として、糖尿病ケトアシドーシス (DKA)、昏睡、低血糖などがあげられます。
- 令和3年度の当該原因により入院した患者数(糖尿病患者1年あたり)は、226.6件で、全国と比較し21.8件多いです。(図表2-2-4-8)

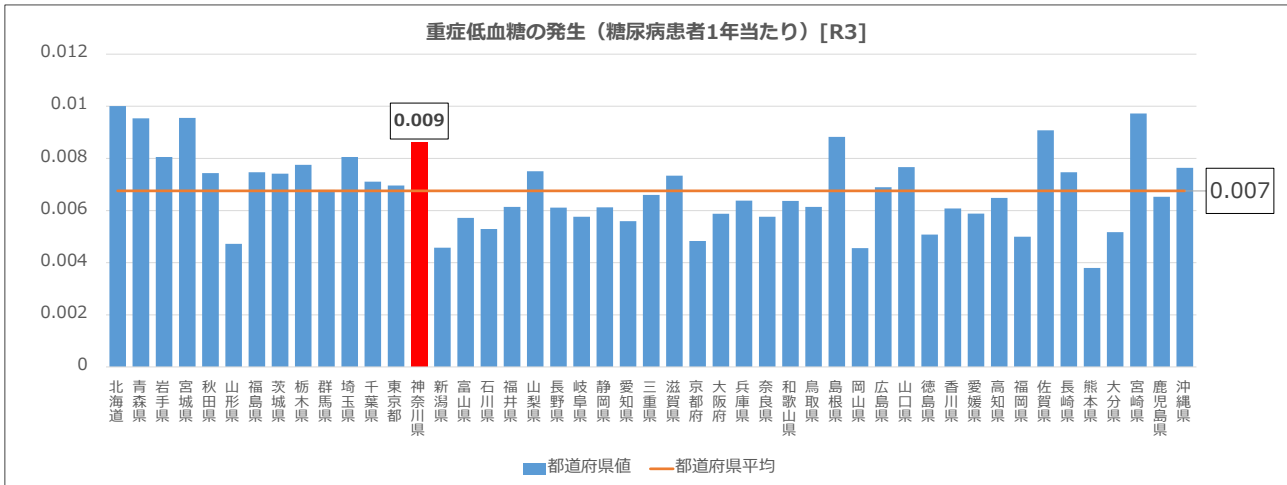
図表 2-2-4-8 糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年あたり)



厚生労働省「NDB」(令和3年)

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

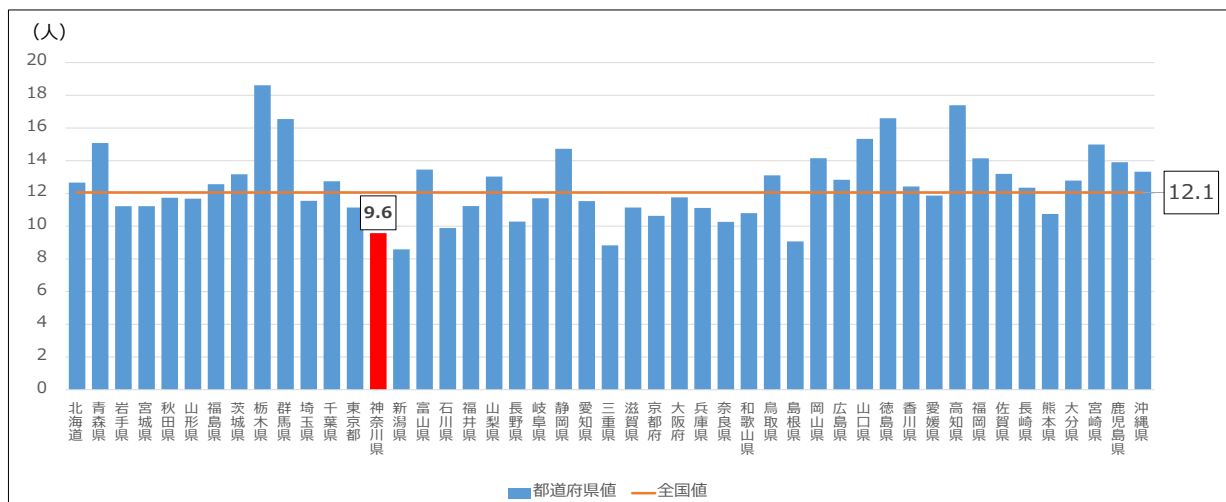
図表 2-2-4-9 重症低血糖の発生者件数（糖尿病患者1年あたり）



厚生労働省「NDB」（令和3年）

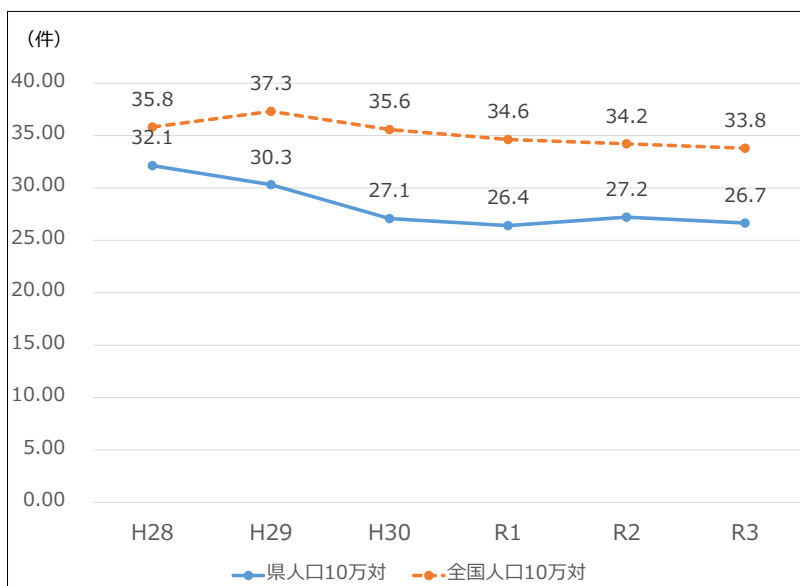
- あわせて、糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いことから、治療を継続することが重要です。
 - そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。
 - さらに特定健康診査等結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導により糖尿病とその合併症の発症予防・重症化予防を行うことが必要です。
 - また、令和2年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、有意に歯周ポケットの重症度が高いことが示されています。
 - 県民歯科保健実態調査によると、糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合の推移は、平成23年で55.2%、平成28年で56.2%、令和2年度で53.5%とほぼ横ばいとなっています。
 - そのため、糖尿病と歯周病の関連性についての理解をさらに進めるために、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、歯科保健指導や適切な受診を推進していくことが必要です。
- (イ) 重症化予防・合併症予防
- 糖尿病は、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの合併症を併発しやすく、腎症が重症化すると人工透析の導入が必要となるため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。
 - 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）は、9.6人であり、全国値を2.5人下回っています。（図表2-2-4-10）
 - また、新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口10万対）を見ると、平成28年から令和3年にかけて減少傾向にあります。（図表2-2-4-11）

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



(出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」(令和3年)
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

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

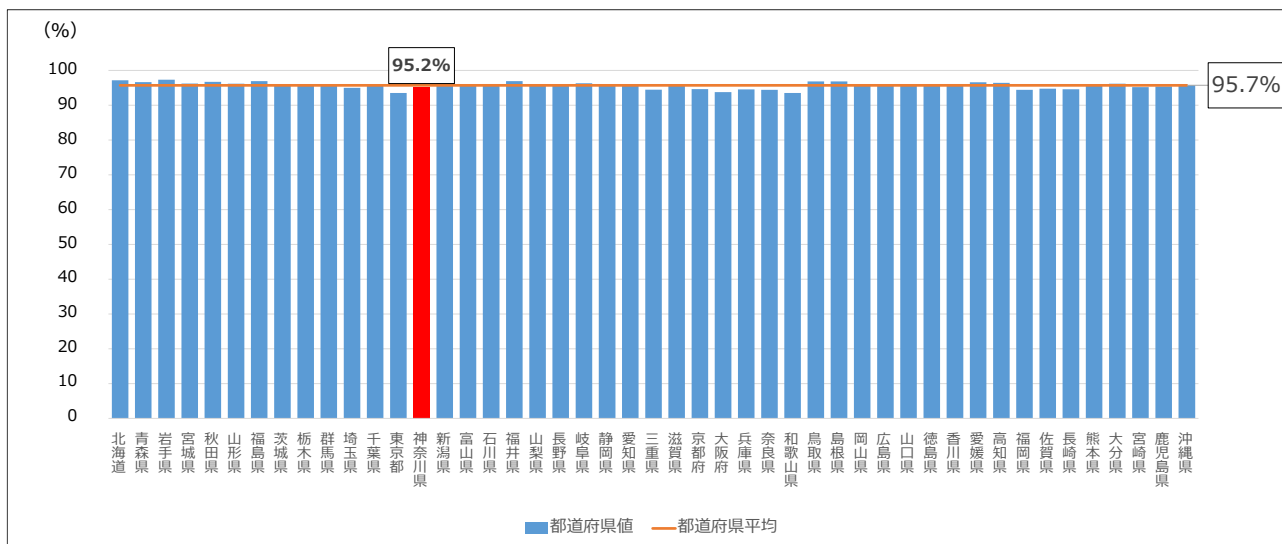


(出典) 厚生労働省「NDB」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

イ 治療

- 糖尿病の初期・安定期には適切な診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う必要があります。
- HbA1c もしくはG A検査は、糖尿病の評価に必要な血糖値を把握できるため、検査により適切な初期治療に結びつけ、重症化を予防することができます。
- 県の令和3年度の当該検査の実施割合を見ると、95.2%で、全国値 95.7%とほぼ同値となっています。なお、すべての都道府県が90%を越えており、高い水準となっています。(図表 2-2-4-12)

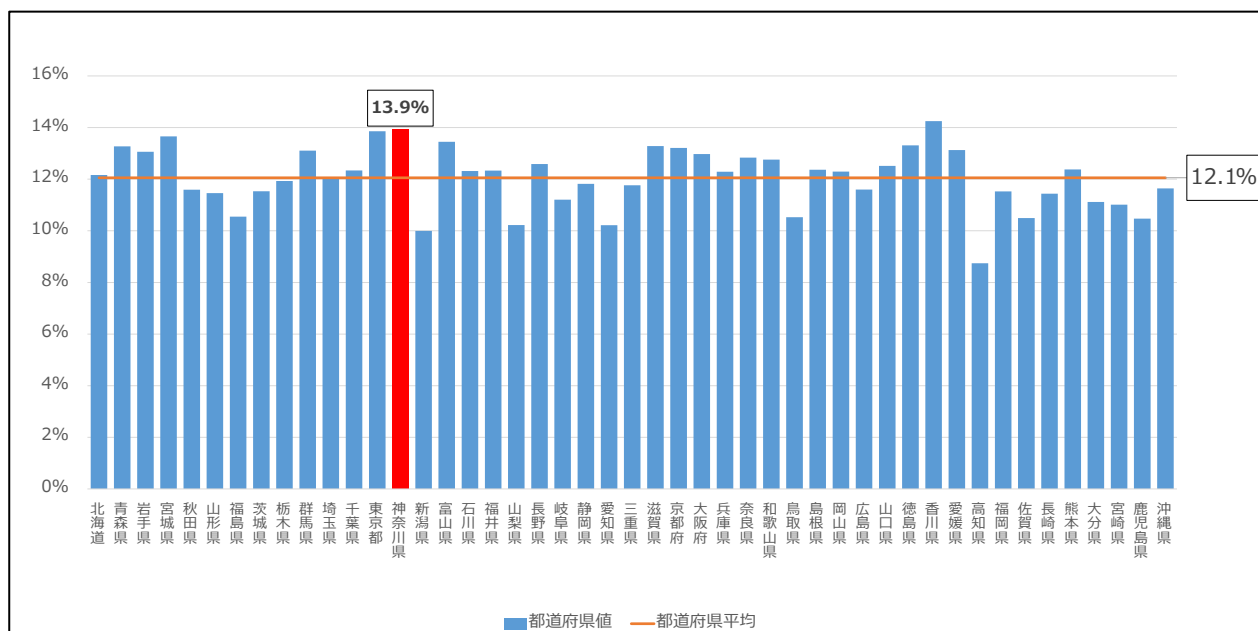
図表 2-2-4-12 HbA1c もしくは GA 検査の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- また、適切な血糖コントロールを行うためには、主にインスリンによる治療を行う必要があります。県の令和3年度の当該治療の実施割合は、13.9%であり、都道府県平均を1.8%ポイント上回っています。(図表 2-2-4-13)

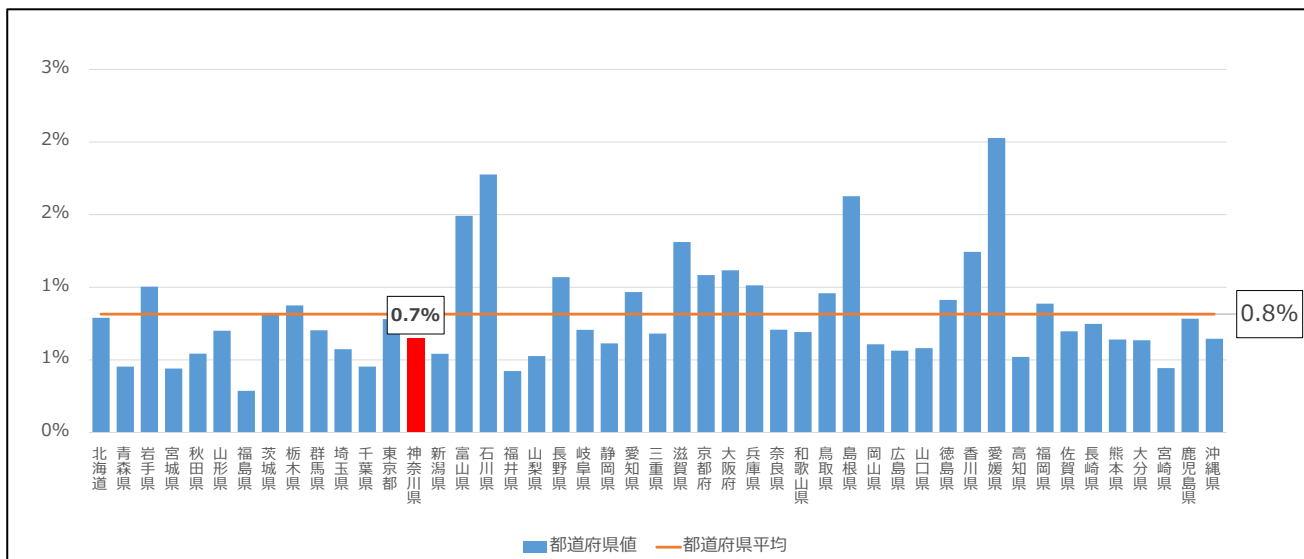
図表 2-2-4-13 インスリン治療の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

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

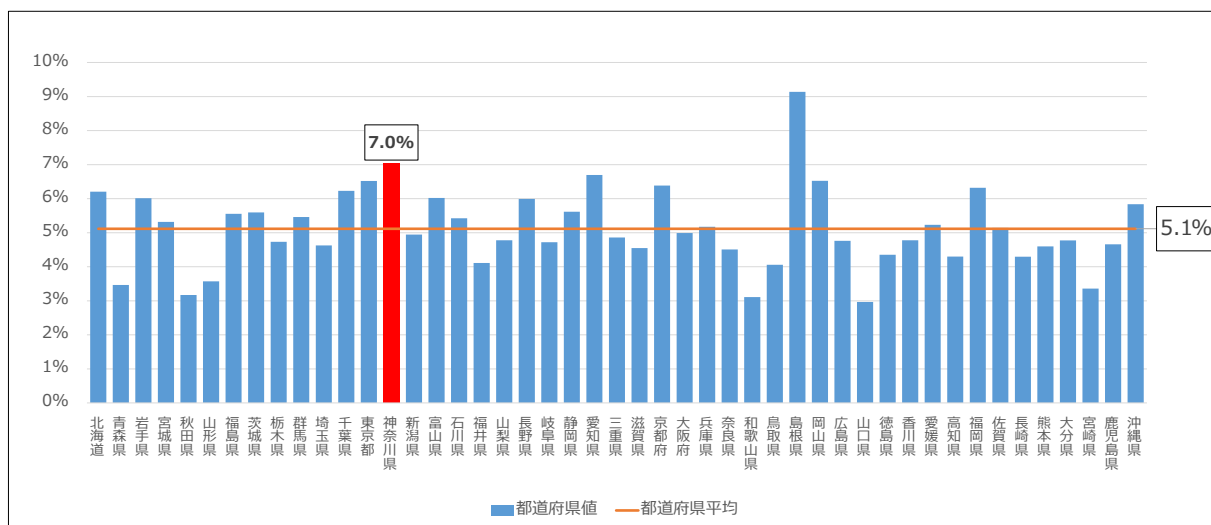
図表 2-2-4-14 糖尿病透析予防もしくは糖尿病合併症管理の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- あわせて、糖尿病の治療では、食習慣などの生活習慣の見直しが必要になります。
- 県の令和3年度の外来栄養食事指導料の実施割合は7.0%であり、全国値を1.9%ポイント上回っています。(図表2-2-4-15)

図表 2-2-4-15 外来食事栄養指導の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

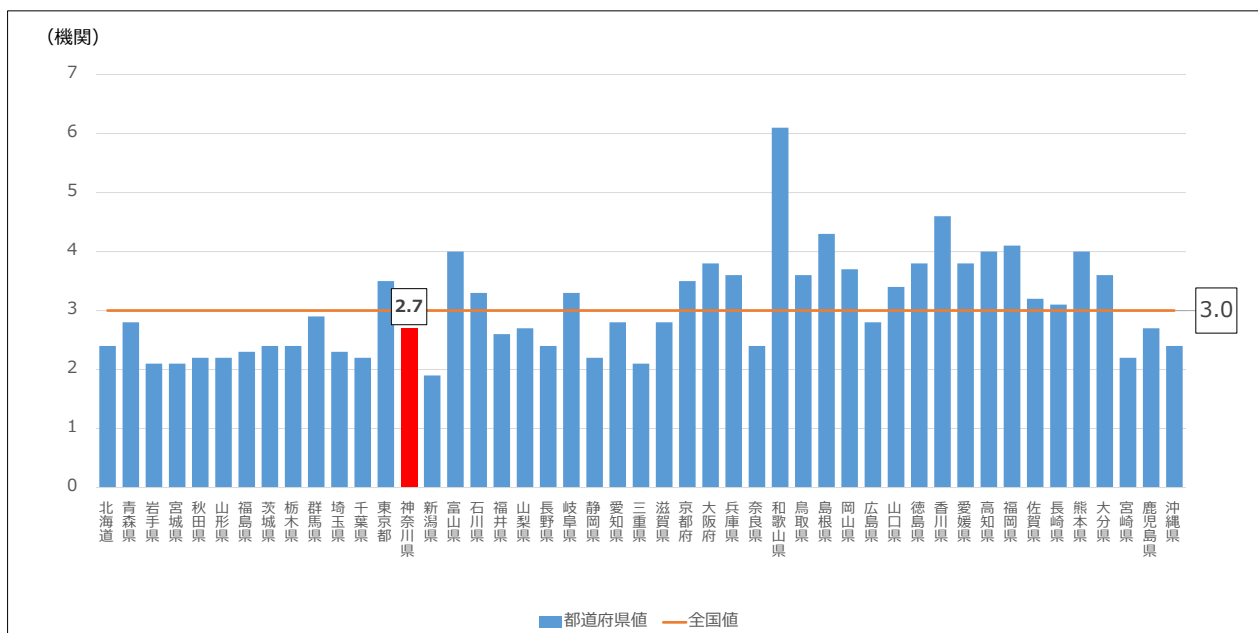
- このように、県における糖尿病の治療および重症化予防について、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。

ウ 医療資源

- 糖尿病は治療の専門性が高いため、糖尿病専門医による治療や日本糖尿病療養指導士による指導が必要になります。
- 県の令和4年度の当該専門医及び日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人あたり)を見ると、全国値と比較し、専門医は0.3低く、療養指導士

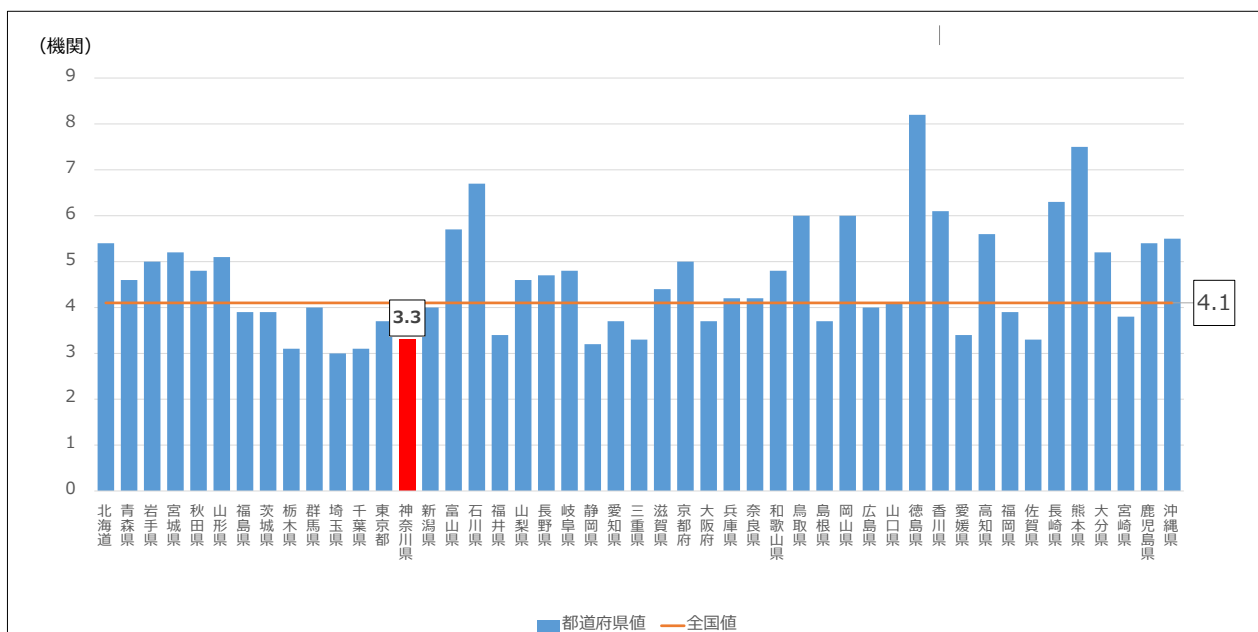
は0.8低くなっています。(図表2-2-4-16、図表2-2-4-17)

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



(出典) 日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会HP)」(令和4年)

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



(出典) 日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導士の状況(日本糖尿病療養指導士認定機構HP)」(令和4年)

- このように、県における専門医及び療養指導士が在籍する医療機関数は全国値を下回る傾向にあります。
- そのため、今後の高齢化に伴う患者数の増加に備え、効率的な医療資源の運用が求められます。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

未病の改善を進めることで糖尿病の発症を限りなく抑えられており、また糖尿病が発症した際にも健康な人と変わらない日常生活を送ることができるよう、合併症の発症や重症化を予防するための体制が構築できている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆糖尿病の予防に対する取組の充実
- ◆糖尿病治療に関する連携体制の充実
- ◆糖尿病の重症化予防・合併症予防に対する取組の充実

(1) 糖尿病の予防

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）などにより、糖尿病の発症予防（一次予防）の取組を推進していきます。
- 県は、糖尿病を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会・普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病と歯周病の関連性について、県民に分かりやすい情報提供を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 糖尿病の医療

ア 糖尿病の治療

- 県及び医療機関・医療関係者は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ眼科医、かかりつけ薬剤師・薬局をはじめ、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病治療の質の向上に向け、医療従事者に対する研修を実施するなど、人材の育成を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、多職種協働による在宅医療の支援体制の充実を図ります。

イ 糖尿病の重症化予防・合併症予防

- 県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」により、市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施す

る受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。

- 県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 県は、市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、患者の治療中断を防止するため、地域の実情を踏まえた上で、患者教育、情報提供、受診勧奨などの取組を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

【コラム】慢性腎臓病（CKD）とは

- 主に糖尿病や高血圧等の生活習慣病の悪化により発症し、重症化すると腎不全に至り、人工透析や腎移植が必要となることから、早期に発見し、治療につなげることが重要です。
- 日本人の成人の約8人に1人、約1,300万人は慢性腎臓病と推計されています。
- また、神奈川県慢性腎臓病患者数は、98万4,700人と推計されています。

<これまでの取組>

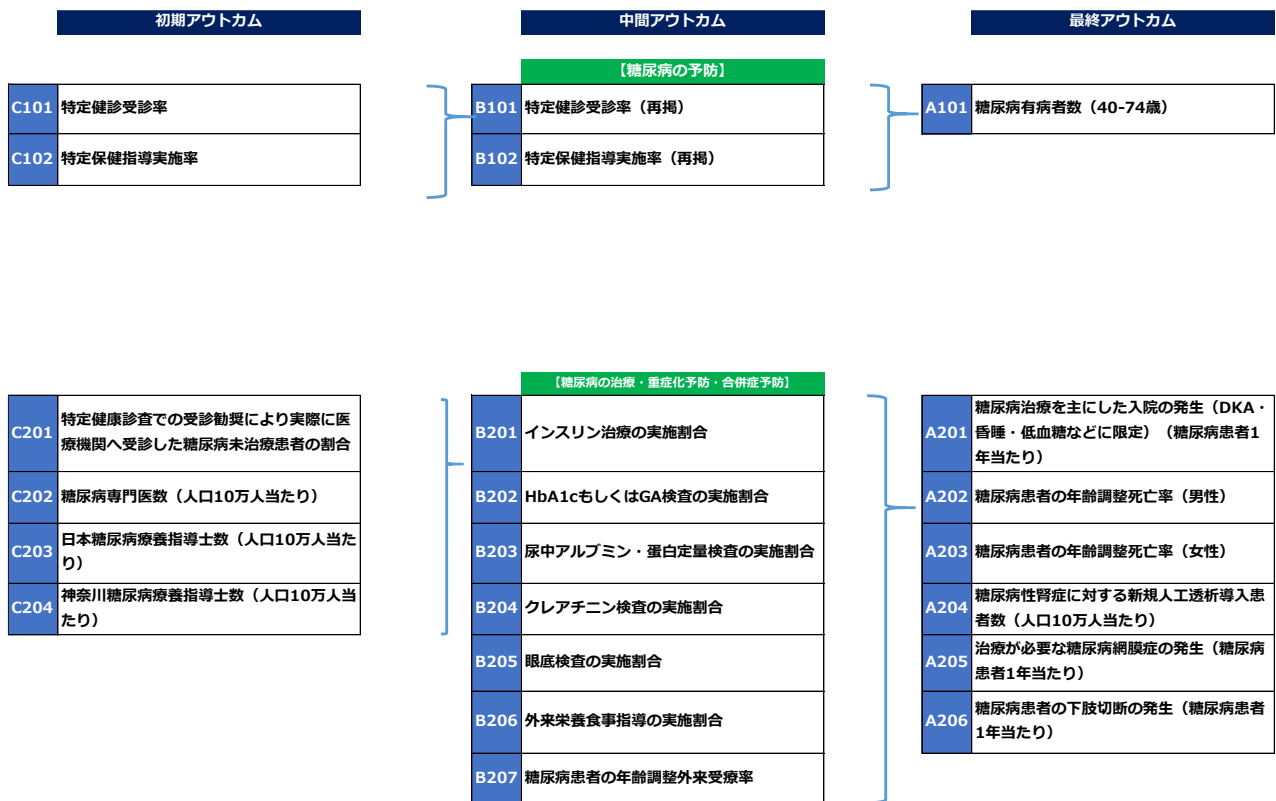
- 広く慢性腎臓病（CKD）の普及啓発を目的とした県民向けリーフレット及び腎臓専門医への紹介の基準等について啓発を行うことを目的としたかかりつけ医向けリーフレットを作成、配布しています。
- また、県民向けの講演会や相談会、医療従事者向けの研修会を実施しています。
- さらに、医師会等の協力を得て、平成29年に、県独自の「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」を作成し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する取組を行ってきました。

<今後の取組>

- 県は、県内の腎臓専門医療機関や関係団体、保険者、行政と連携し、神奈川県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会においては、普及啓発や人材育成等の包括的な腎疾患対策について、神奈川県慢性腎臓病（CKD）診療連携構築協議会においては医療機関の診療連携の仕組みについて検討を進めていきます。
- また、かかりつけ医が、速やかに専門医に相談や紹介ができるよう、腎臓専門医療機関のリストを県ホームページ等で公開することも検討します。
- かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）による医師会と行政の連携促進及び糖尿病治療中断者・未治療者への受診勧奨等を推進していきます。

3 ロジックモデル

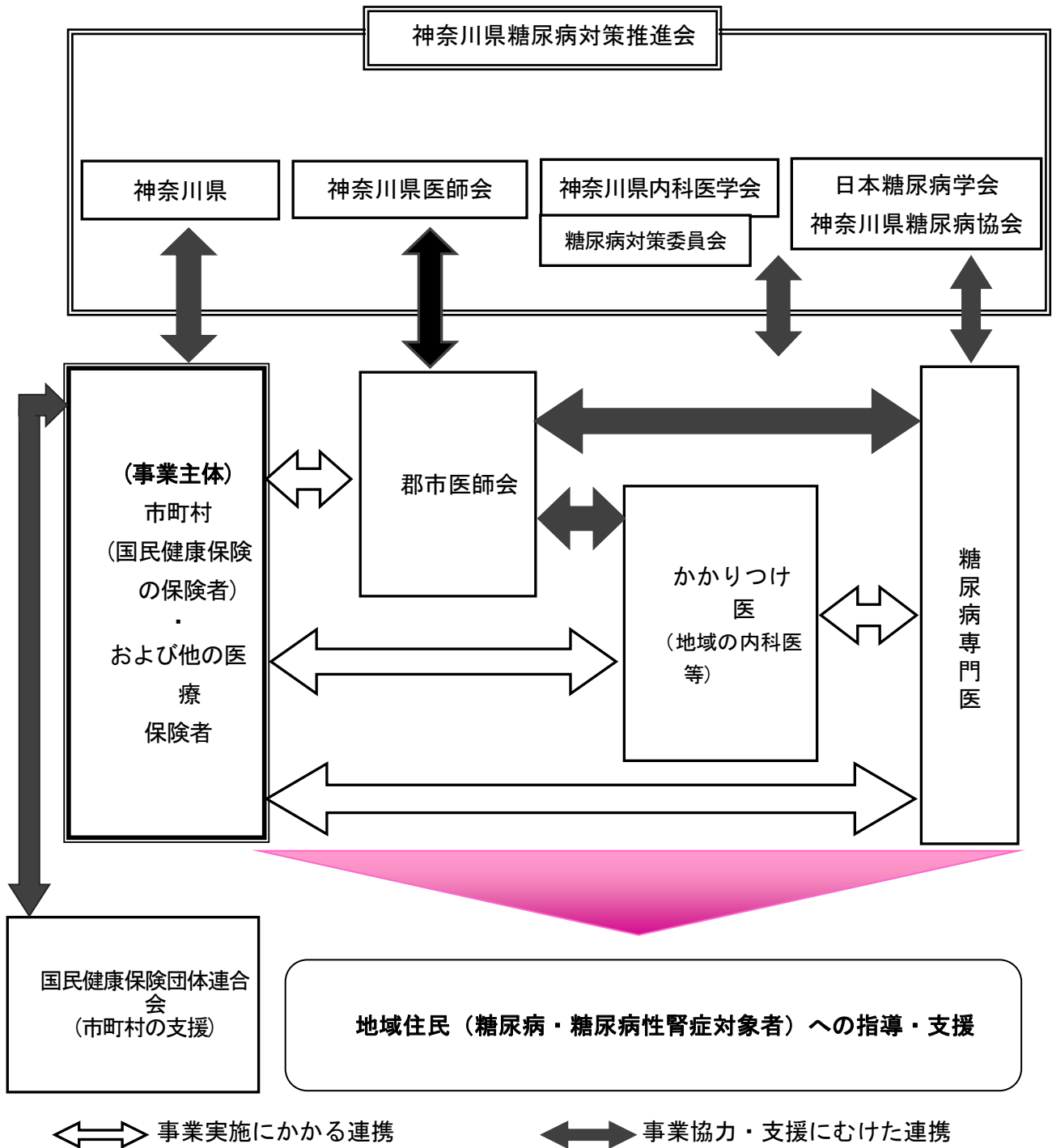
※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



■糖尿病の医療機能の連携体制 【医療保険課】

○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

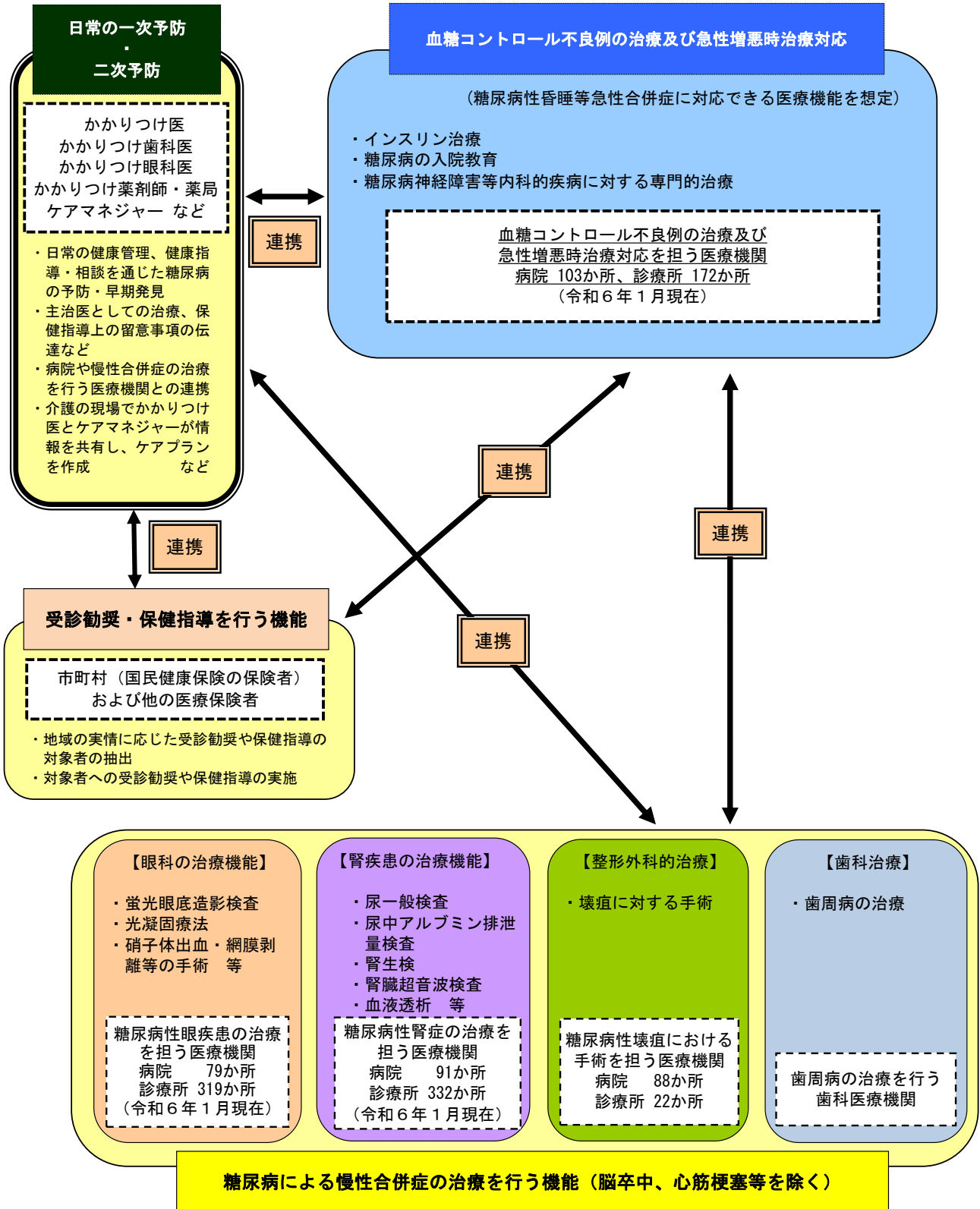
(=かながわ糖尿病未病改善プログラム(神奈川県糖尿病対策推進プログラム)の推進体制)



【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を想定されます。

■ 糖尿病の医療の提供体制



第5節 精神疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・近年、精神疾患患者が増加しています。
- ・本県の人口当たりの入院患者は、全国平均よりも少なく、外来患者は全国平均よりも多くなっています。
- ・本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は全国平均よりも短くなっています。

【課題】

- ・メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防が必要です。
- ・適切な医療への早期アクセスが必要です。
- ・社会復帰・地域生活支援が必要です。



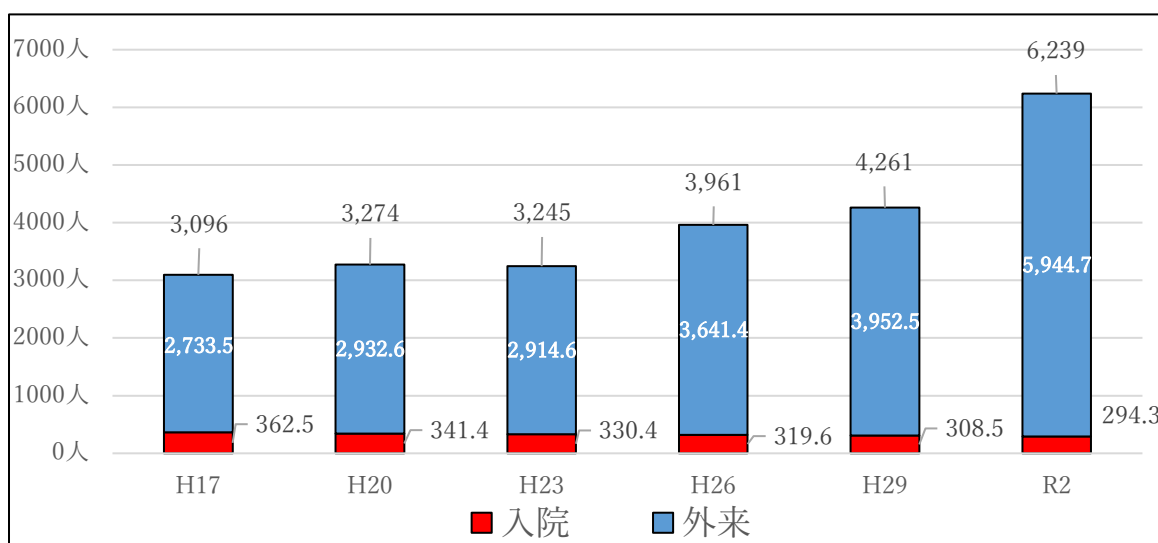
(1) 精神疾患について

ア 精神疾患の定義と医療体制の現状

- 精神疾患は、統合失調症、うつ・躁うつ病、不安障害等の神経症性障害、認知症、知的障害、発達障害、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD（※1）、摂食障害、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、令和2年患者調査によると、全国の総患者数は623万9千人で、平成29年の前回調査時の426万1千人から大きく増加しています。（図表2-2-5-1）

図表2-2-5-1 全国の精神疾患患者数（総患者数）

（千人）

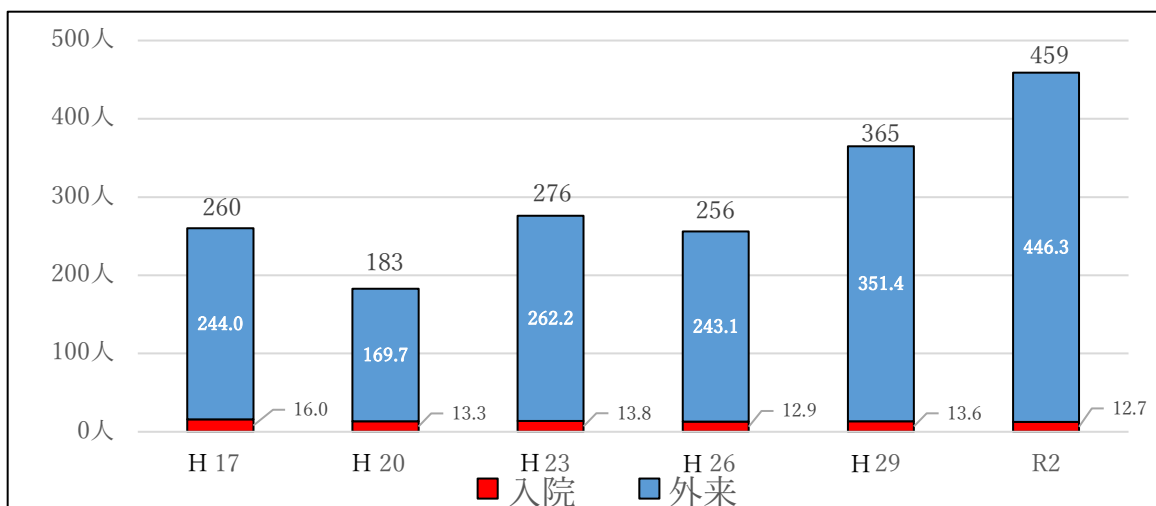


（出典）厚生労働省「患者調査」

- 本県の精神疾患の総患者数（※2）は、令和2年患者調査によると45万9千人で、平成29年の36万5千人から増加しています。（図表2-2-5-2）

図表 2-2-5-2 本県の精神疾患患者数

(千人)

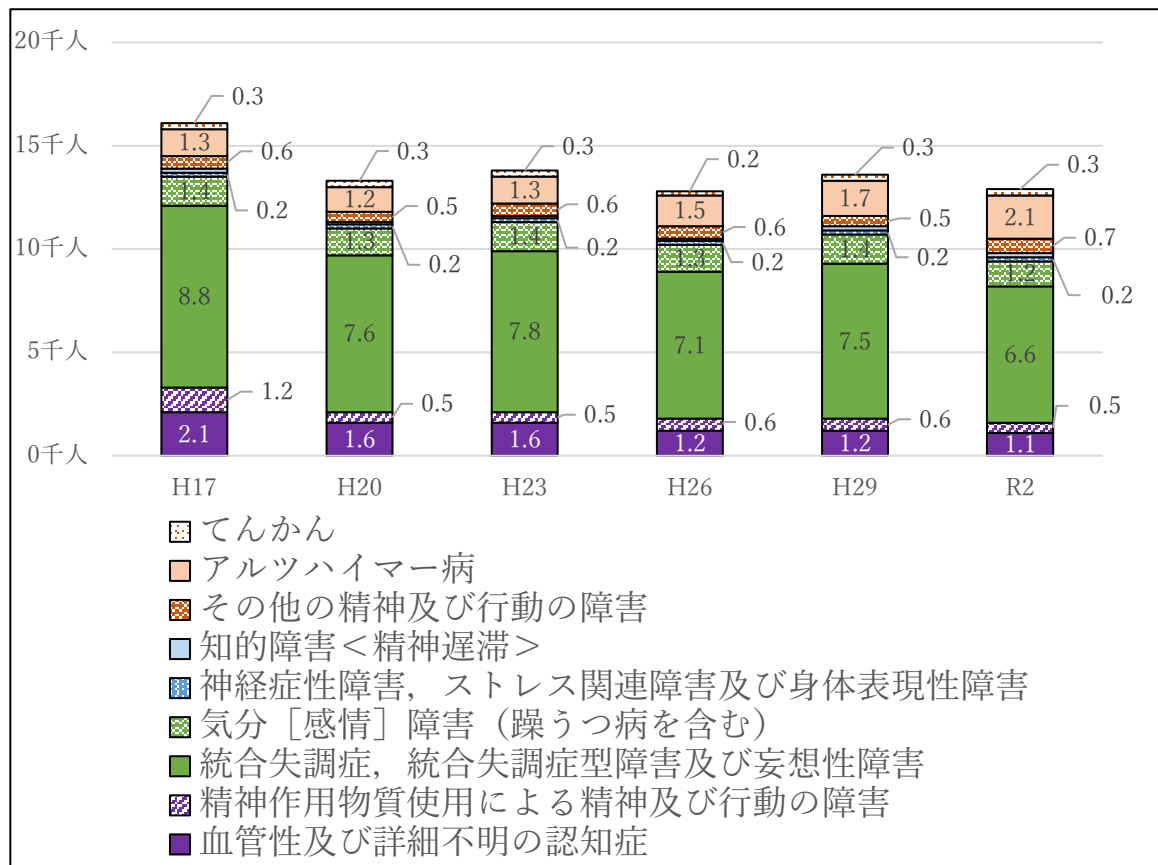


(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害（うつ病など）が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。（図表2-2-5-3、図表2-2-5-4）

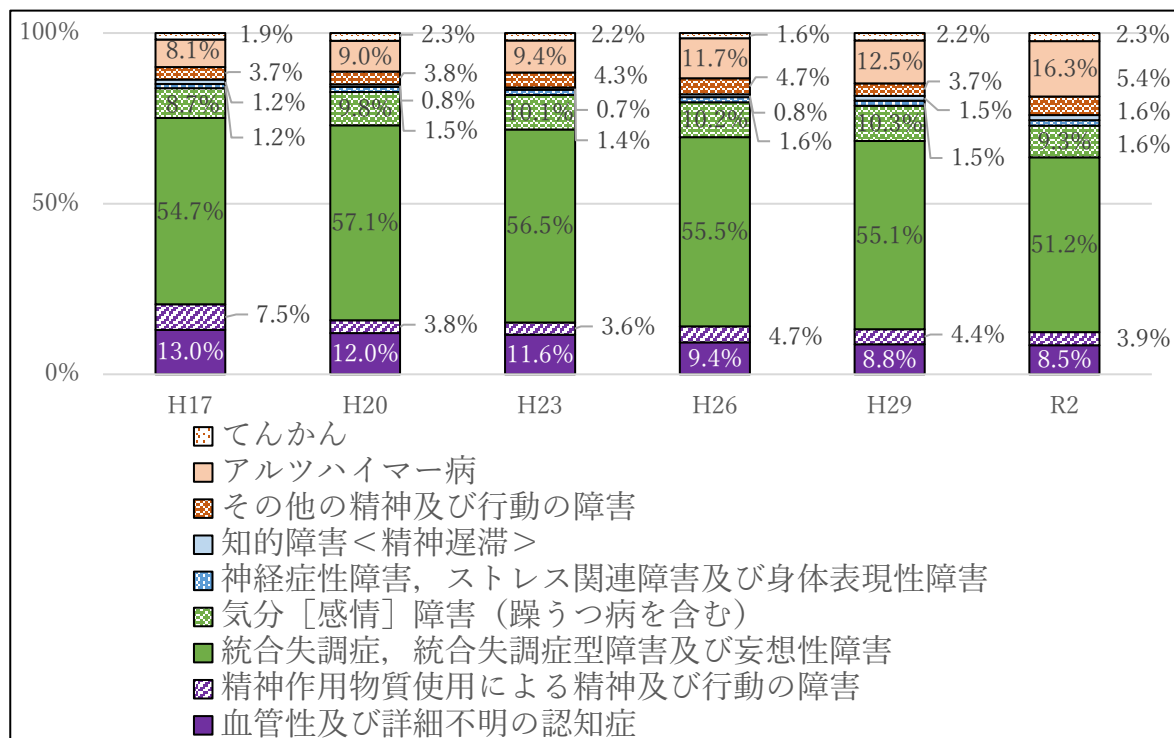
図表 2-2-5-3 本県の精神科入院患者数（疾患別）

(千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 2-2-5-4 本県の精神科入院患者の割合（疾患別）

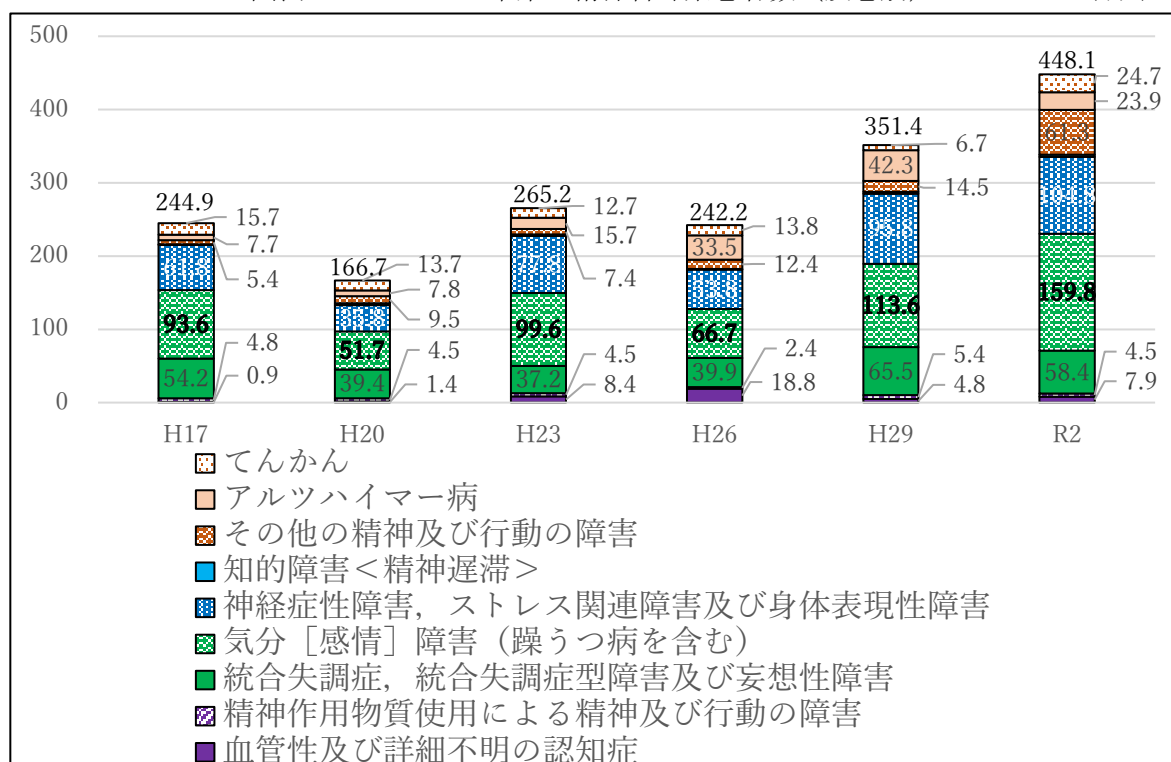


(出典) 厚生労働省「患者調査」

○ 本県の外来患者数（※3）は、44万6千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害（うつ病など）が35.7%、神経症性障害（不安障害など）が23.4%、その他の精神及び行動の障害が13.7%の順となっています。（図表2-2-5-5、図表2-2-5-6）

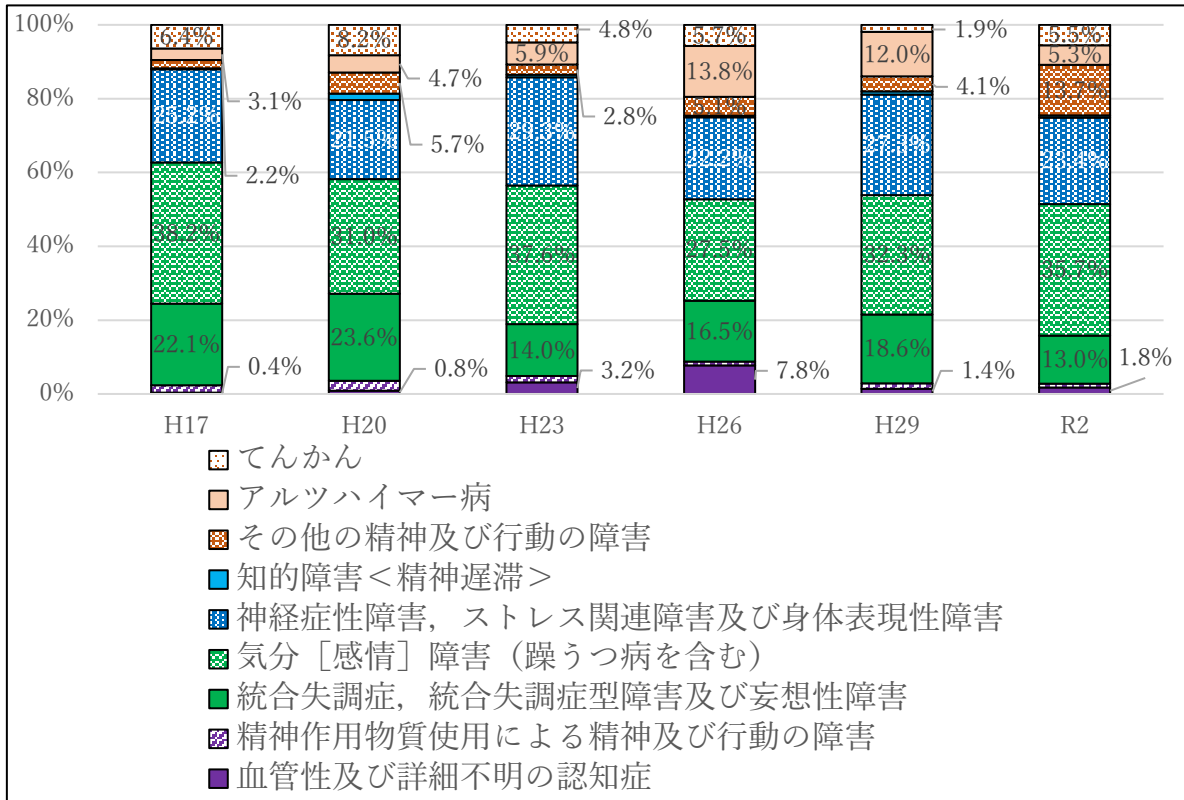
図表 2-2-5-5 本県の精神科外来患者数（疾患別）

(千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

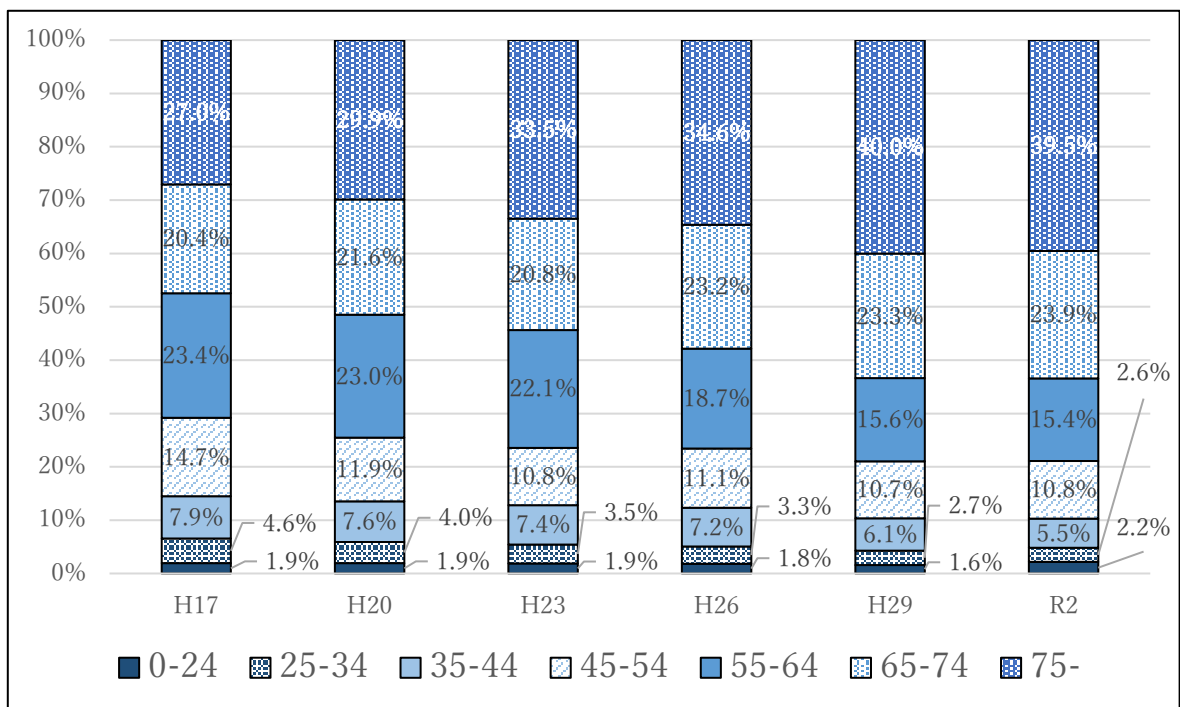
図表 2-2-5-6 本県の精神科外来患者の割合（疾患別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

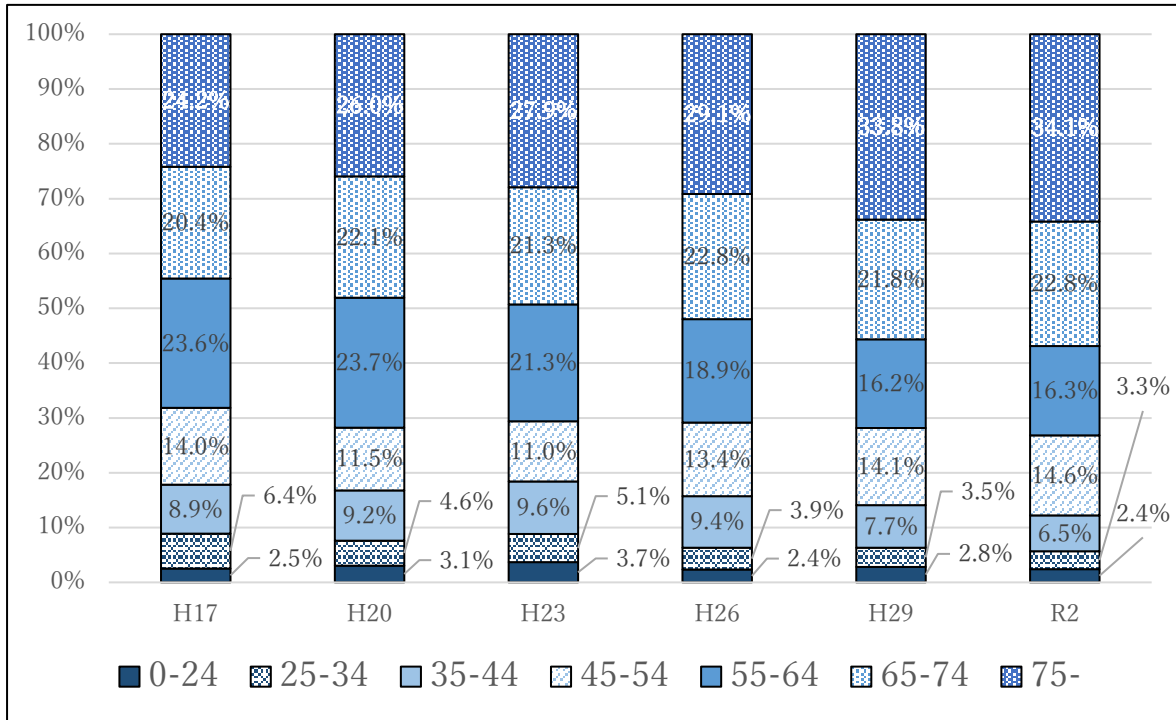
○ 入院患者を年齢階級別で見ると、全国及び本県ともに 75 歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25 歳から 54 歳の占める割合が全国の 18.9% に対して 24.4% と高くなっています。(図表 2-2-5-7、図表 2-2-5-8)

図表 2-2-5-7 全国の精神科入院患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

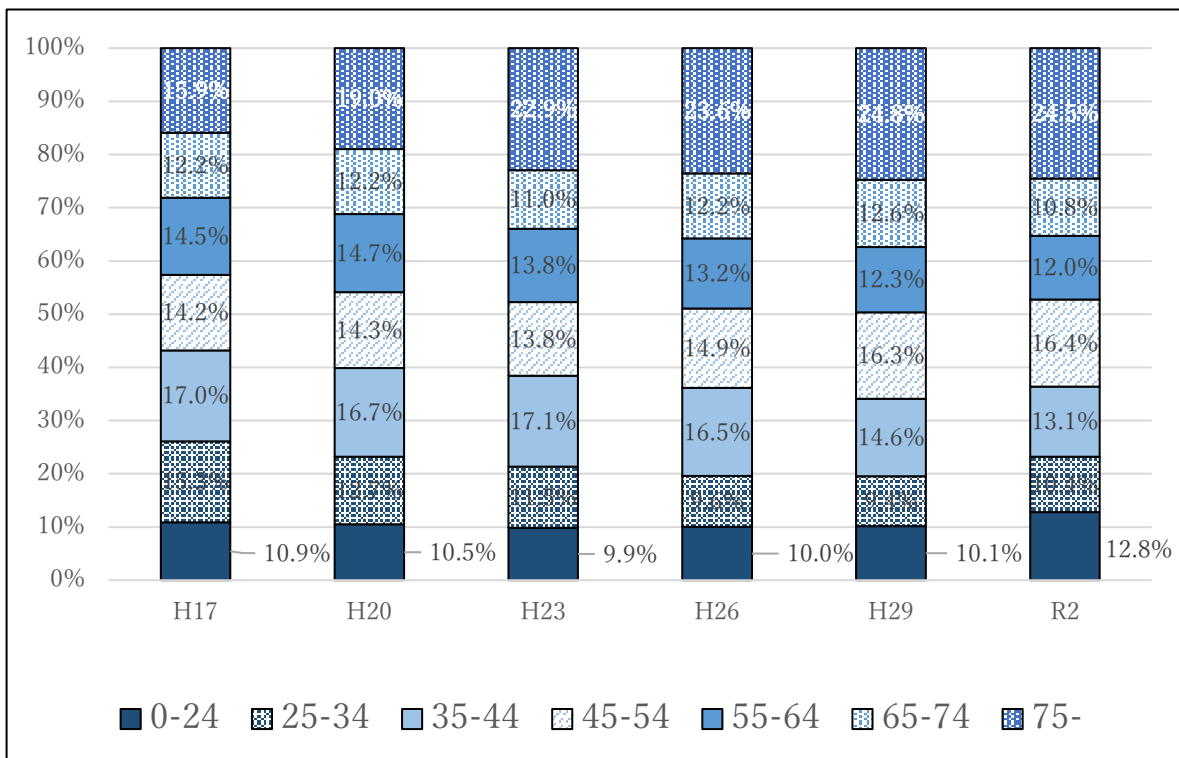
図表 2-2-5-8 本県の精神科入院患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

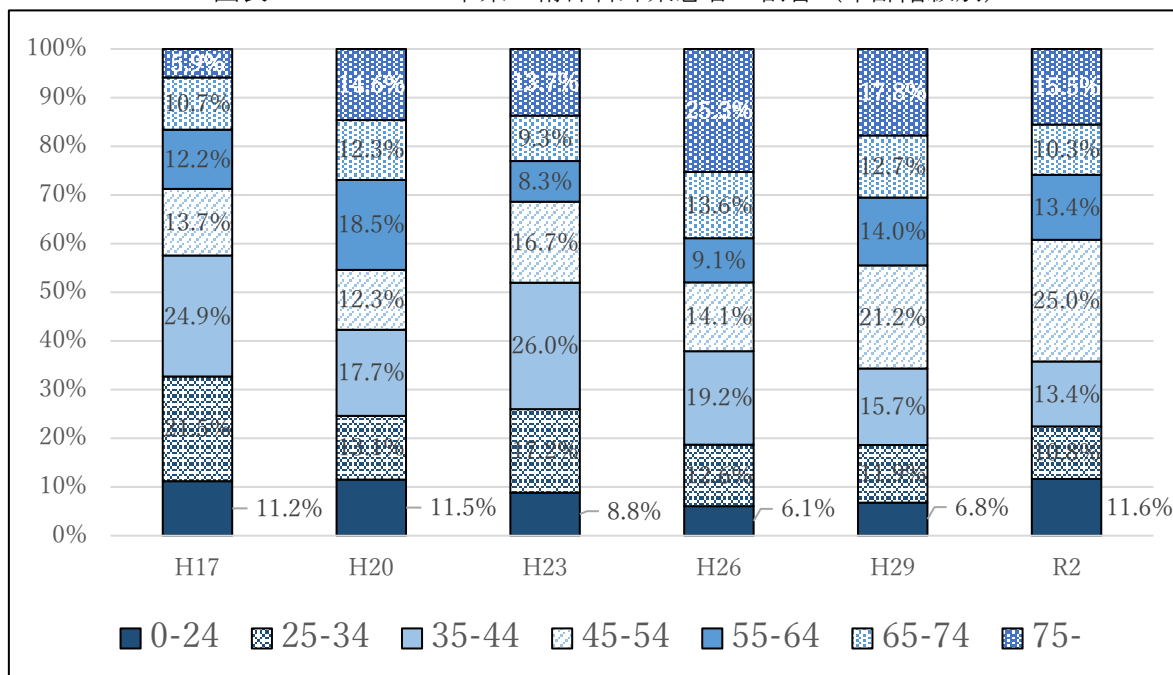
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。(図表2-2-5-9、図表2-2-5-10)

図表 2-2-5-9 全国の精神科外来患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

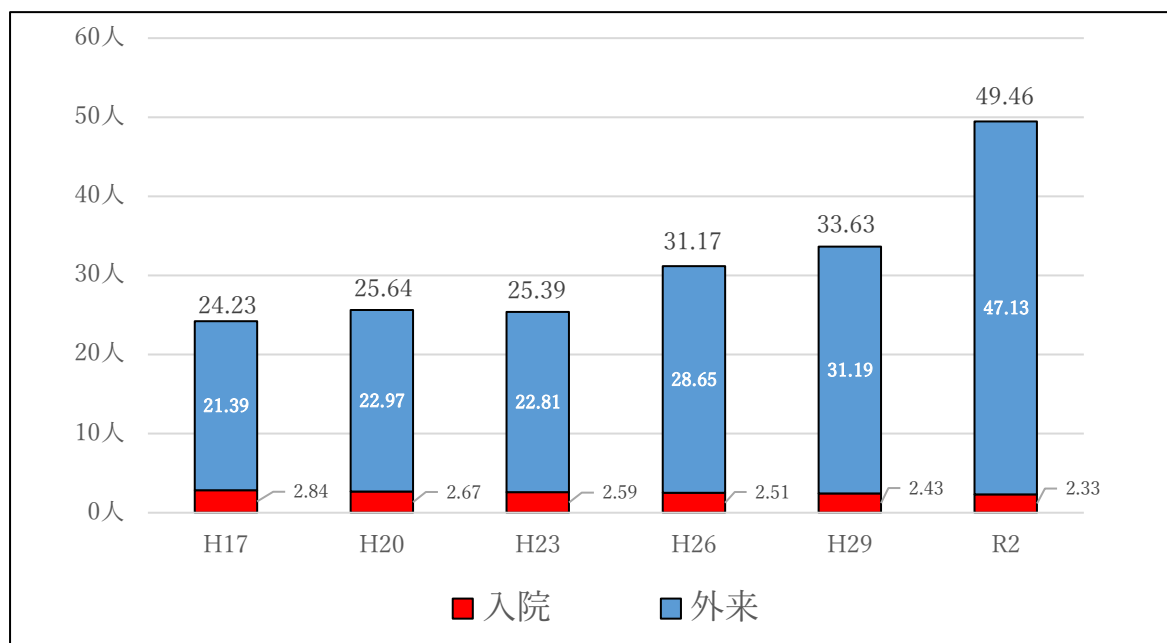
図表 2-2-5-10 本県の精神科外来患者の割合（年齢階級別）



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの入院患者数は、全国の2.33人に対して、本県は1.37人で、0.96人少ない状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの外来患者数は、全国の47.13人に対して、本県は48.31人で、1.18人多い状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)

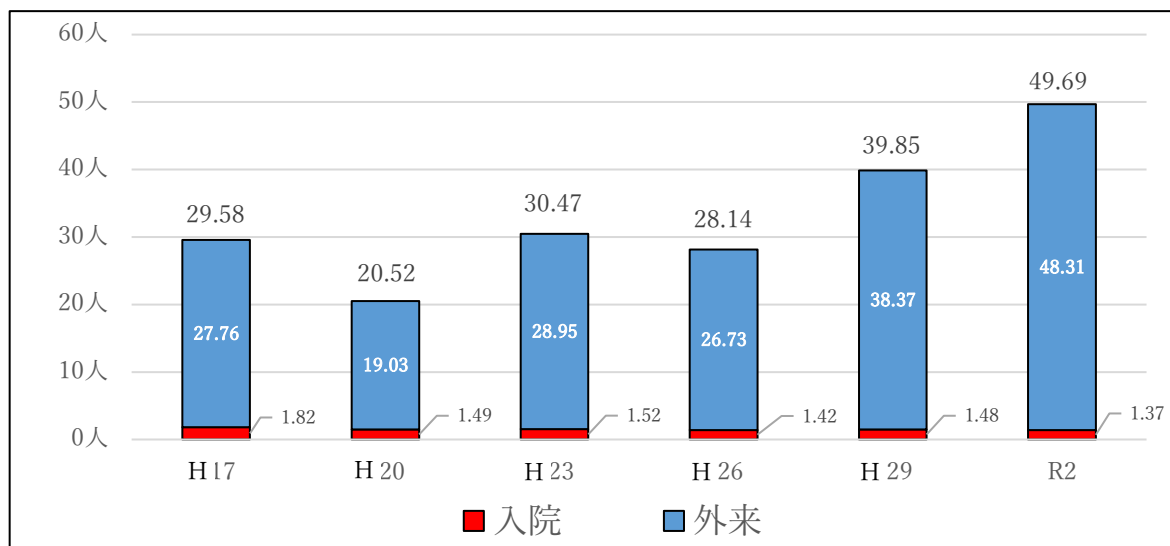
図表 2-2-5-11 全国の人口千人当たり総患者数 (人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 2-2-5-12 本県の人口千人当たり総患者数

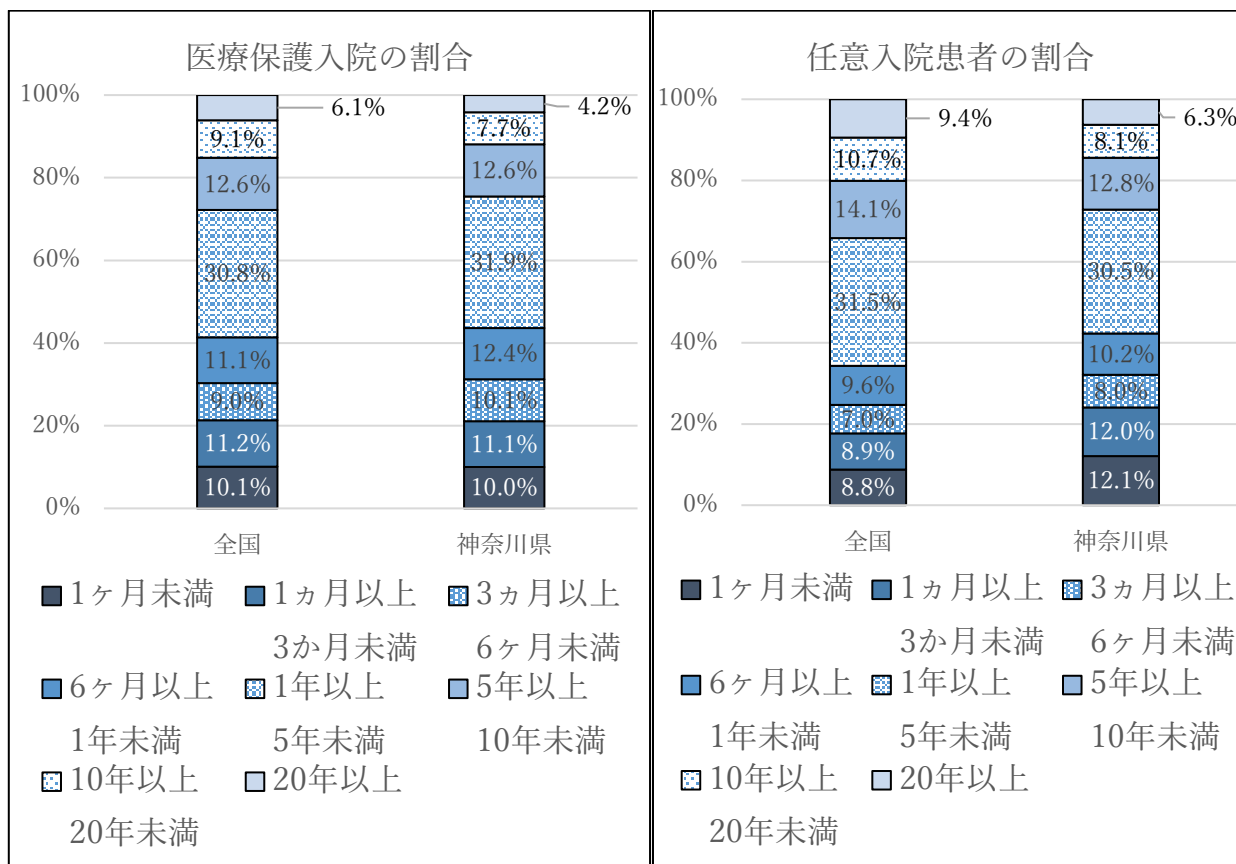
(人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年度の精神保健福祉資料630調査における入院患者を、入院形態別及び在院期間別にみると、医療保護入院、任意入院ともに1年未満の入院患者の占める割合は全国に比べて本県の方が高い状況にあります。また、10年以上の長期入院患者の占める割合は全国と比べて本県は医療保護入院、任意入院(※4)ともに少ない状況にあります。(図表2-2-5-13)

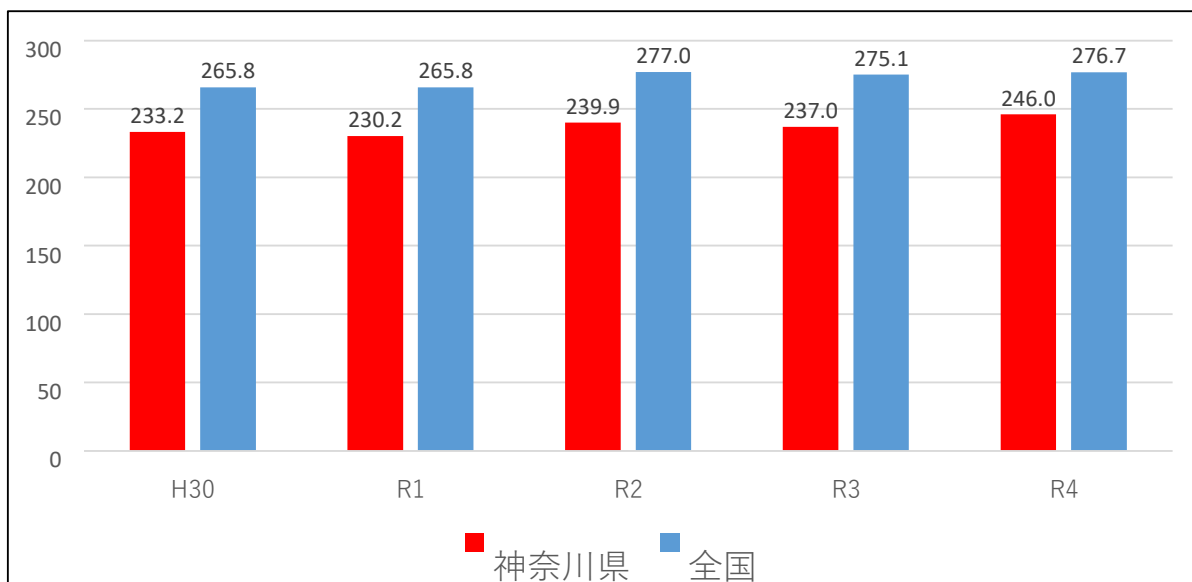
図表 2-2-5-13 医療保護入院・任意入院患者の割合



(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630調査」

- 令和4年度630調査において、6月30日時点で精神科医療機関に入院している患者のうち、精神症状から医師の判断により隔離が必要とされた患者は584人、身体的拘束が必要と判断された患者は900人となっています。
- 令和4年病院報告によると、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、全国平均が276.7日であるのに対し、本県の平均は246.0日と30.7日短くなっています。(図表2-2-5-14)

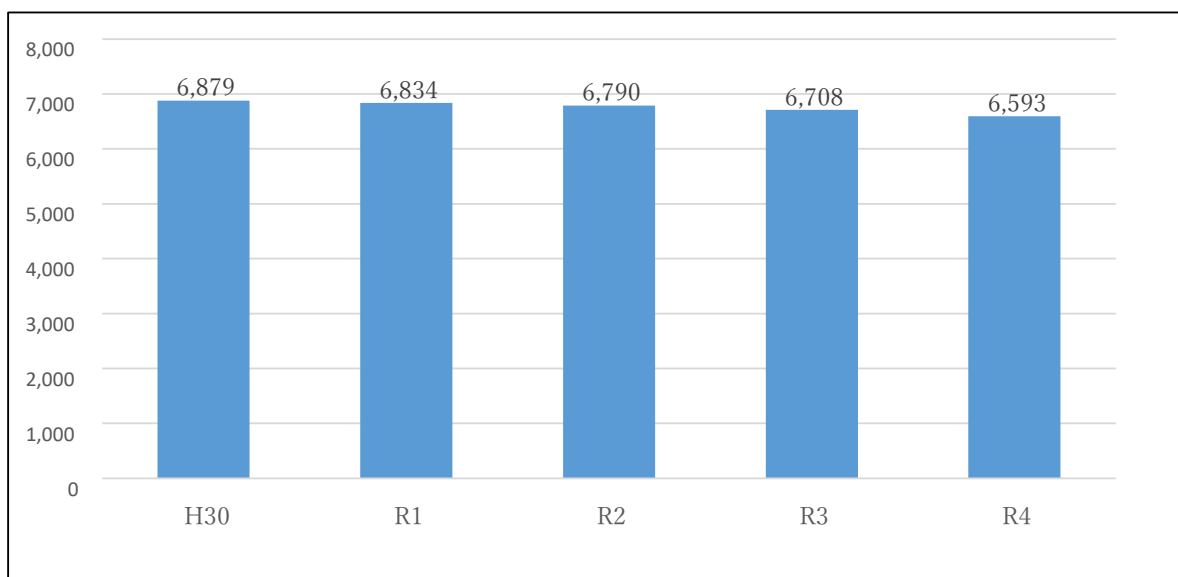
図表2-2-5-14 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 (日)



(出典) 厚生労働省「病院報告」

- 令和4年度精神保健福祉資料によると、県内に住所を有する在院期間1年以上の患者数は、令和4年6月末時点で6,593人となっています。(図表2-2-5-15)

図表2-2-5-15 在院期間1年以上の患者数 (人)



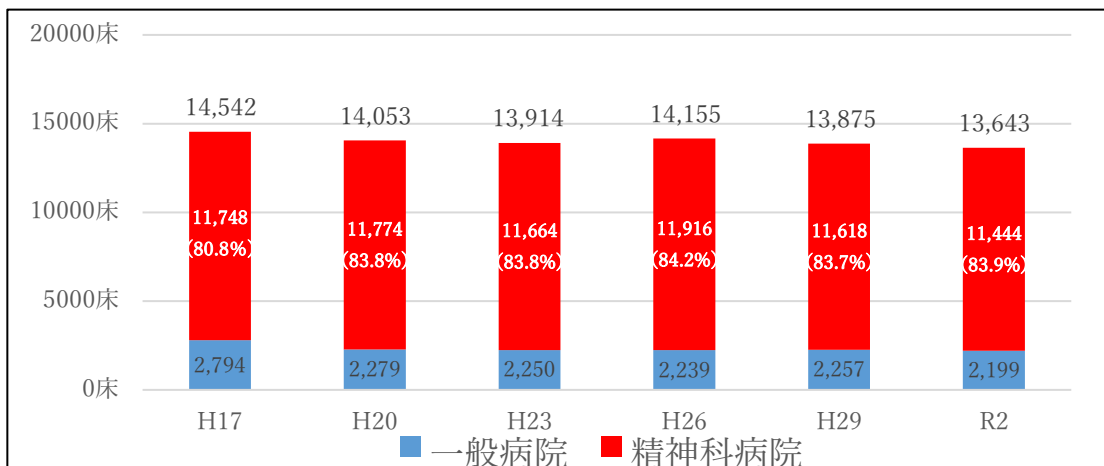
(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630調査」

- 県内の精神病床を有する医療機関数は、令和5年4月1日現在、県域に27医療機

関、横浜市に 28 医療機関、川崎市に 9 医療機関、相模原市に 6 医療機関の 70 医療機関となっています。

- 令和 5 年 4 月 1 日現在の本県の精神病床の許可病床数は、13,454 床(県独自調査)となっています。
- 本県の精神医療体制は、横浜市、川崎市、相模原市を含めた全県域を一圏域としています。
- 精神病床は、精神科以外の診療科も有する総合病院が開設している病床と、精神科のみを標榜する精神科単科病院が開設している病床があります。令和 2 年の医療施設調査では、県内の精神病床の 83.9%は精神科単科病院が設置をしています。
(図表 2-2-5-16)

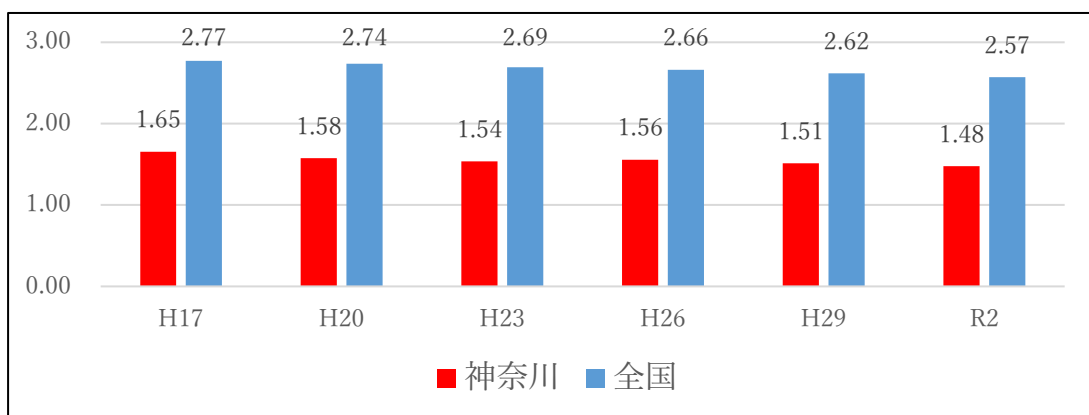
図表 2-2-5-16 本県の精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- 平成 17 年と令和 2 年の精神病床数の増減率を見ると、総合病院における精神病床が 78.7%と減少した一方、精神科単科病院では 97.4%に留まっています。
- 令和 2 年の医療施設調査における人口千人当たりの精神病床数は、全国の 2.57 床に対して、本県は 1.48 床となっており、全国に比べて 1.09 床少なく、全国で最も少ない状況となっています。(図表 2-2-5-17)

図表 2-2-5-17 人口千人当たりの精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、依存症専門医療機関として、次の医療機関を選定しています。

また、依存症専門医療機関の中から、精神医療センター、北里大学病院の2医療機関を依存症治療拠点機関として選定し、依存症医療者や支援者、家族向けの研修、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-2-5-18 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関（令和5年3月31日現在）

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
(医) 祐和会 大石クリニック	横浜市中区	○	○	○
(地独) 神奈川県立病院機構 精神医療センター	横浜市港南区	○	○	○
(医) 誠心会 神奈川病院	横浜市旭区	○	○	—
(学) 北里研究所 北里大学病院	相模原市南区	○	○	○
(独法) 国立病院機構 久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
(医) 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

- 摂食障害の治療を行っている精神科、心療内科、小児科いずれかの外来を有し、救急医療体制と連携がとれる医療機関を、摂食障害支援拠点病院（※5）として指定することとされていますが、本県では指定されていません。
 - 高次脳機能障害者への支援に関する取組を推進するため、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支援拠点機関として指定し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、高次脳機能障害の正しい理解を促進するための普及・啓発事業、高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修等を実施しています。
 - てんかん診療及び普及啓発を目的に、聖マリアンナ医科大学病院をてんかん支援拠点病院として指定し、てんかんに関する専門的な相談支援、医療機関、自治体等の関係機関、患者家族等の連携を図るほか、関係機関の医師等に対し、てんかんについての助言・指導や地域における普及啓発等を実施しています。
 - 認知症の人は、令和7年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い併せて認知症の人数が増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になると言われています。認知症疾患医療センターは、鑑別診断や初期対応、急性期治療や診断後の地域の支援など地域での認知症医療提供体制の拠点として重要な役割を担っています。令和5年4月現在、県と政令市で25か所の認知症疾患医療センターを設置しています。
- イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体制の構築
- 本県では、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮

らすことができるよう、医療、障がい福祉・介護、住まい、就労などの社会参加、地域の助け合い、普及啓発や教育などが包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進しています。このシステムは、精神障がい者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障がいを有する方等」という。）や地域住民の地域生活を支えるものです。

ウ 当事者目線の精神保健医療福祉体制の推進

- 本県では、「神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例 ～ともに生きる社会を目指して～」を策定し、障がい者に関係するすべての人が障がい者本人の気持ちになって考え、本人の望みと願いを大事にし、障がい者が自分の気持ちや考えで、必要なサポートを受けながら暮らせる社会を目指しています。
- 精神保健医療福祉体制についても、当事者目線の考え方に基づいて推進をしていく必要があります。

(2) 一次予防、二次予防、三次予防（※6）の視点で見た精神科医療における課題

ア メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 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、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、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、PTSD、摂食障害、てんかん等について、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。県民にとって身近な市町村で精神保健福祉相談を受けられ、複雑困難な事例には県が実施している専門相談も活用するなどの、重層的な支援体制を構築する必要があります。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、県民一人一人がメンタルヘルスや精神疾患の正しい知識と理解を持ち、支えあうことが重要です。

イ 適切な医療への早期アクセス

- 精神疾患はすべ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、精神障がいを有する方等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。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。しかし、児童・思春期精神疾患のように、専門的な治療を行っている医療機関数が少ないものもあり、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にし、治療を担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要があります。
- うつ病や認知症の初期症状として出現する物忘れ等は、最初に一般内科などのかかりつけ医を受診することも多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- 精神疾患の中には、身体的な不調を訴えて、一般内科などの身体科の医療機関を

受診することがあります。身体的な治療の必要がなく、精神疾患の治療が必要と思われる患者を適切に精神科医療につなげるように、身体科医療と精神科医療の連携を進めていく必要があります。

- 精神症状を急性発症した場合や、精神症状が悪化をした場合には、速やかに医療につながり、早期治療、早期の社会復帰ができる仕組みづくりが必要です。
- 精神病床の8割以上が精神科単科病院の開設する病床であることから、身体科の治療を要する病気を抱える身体合併症患者への医療提供体制の確保が課題となっています。
- 本県では摂食障害支援拠点病院を指定していないため、拠点病院の指定をする必要があります。
- 精神科医療機関に入院している患者が、身体疾患の治療が必要となった場合は、精神科医療機関と身体科医療機関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーション（※7）を受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に受入先の医療機関が見つけれず、調整が難航することがあります。
- そのため、県では、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に、身体疾患及び精神疾患両面の治療を行うための受入医療体制として、精神科を有する総合病院において受入を行う精神科救急身体合併症転院事業を実施していますが、地域連携もより強化していく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、精神科医療機関に入院する患者の中でも感染者が増加しましたが、精神科医療機関の中には、身体症状への対応や感染症防止対策の経験が乏しい医療機関が多いことから、対応できる病院を確保することに苦慮しました。
- 入院期間が長期化している患者の中には、従来の向精神薬による治療では効果が十分でなく、長期の治療を行っても、なお精神症状が顕在化している場合があります。こうした治療が難しい精神疾患の治療についても、疾患の特徴に合わせた効果的な治療を展開していく必要があります。
- 令和6年4月から、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」という。）の改正により、精神科病院の従事者が障がい者虐待を行っていることを発見した場合は、誰もが都道府県に通報することが義務付けられます。近年、精神科医療機関における虐待事件が続いて明らかになっており、入院者の人権に配慮した治療や、当事者目線における医療体制の構築を進めていく必要があります。

ウ 社会復帰・地域生活支援

- 入院者の早期退院を促進し、地域移行を進めていくためには、県、市町村、精神科医療機関、地域援助事業者等の障がい福祉サービス事業者が、連携して取り組む必要があります。また、地域移行を進める際には、入院者が退院後に地域で安定した生活を継続するという視点をもって支援を行う仕組みが必要です。
- 入院治療が必要となった場合も、症状が安定した後に速やかに退院することができるよう、精神科医療機関では家族やかかりつけ医療機関、地域援助事業者等と連携を図り、入院者一人一人に合わせた退院支援に努める必要があります。

- 精神障がい者が地域で生活するに当たっては、精神症状の再発や症状の悪化を予防することが重要です。統合失調症等では、活動性が低下し、ひきこもることあることから、精神障がいの病状を把握し、症状の悪化に早期に気づける支援体制が必要です。
- 県では、「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、精神保健福祉に関する地域の拠点である保健所の機能を活用して、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、長期入院患者の退院に向けた個別ケースの検討や事例検討会の実施により、課題等の検討、情報共有などを行ってきました。
- 長期入院患者等が地域生活に円滑に移行できるように、精神障がいに対応した障がい福祉サービス等の従事者の養成や、障がい福祉サービス等の実施主体である市町村と連携し、精神障がいを対象としたグループホームの充実等に取り組んできました。
- 精神障がいの入院患者数は減少傾向にありますが、入院中の精神障がいの地域生活への移行を更に進めるためには、市町村を含めた、保健・医療・福祉の連携支援体制の強化を図り、よりきめ細かい支援の提供に向けて、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を更に促進していく必要があります。
- 精神病床における入院期間1年以上の患者の人数は、令和3年度から4年度にかけては減少傾向にあるものの、65歳以上の割合が増加していることから、地域移行や地域生活を考える上では、障がい分野と介護分野の連携が重要となります。
- 65歳以上の患者に多くなる認知症は、患者の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されるよう、体制を整備する必要があるだけでなく、その家族等に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすることが重要になっています。
- 県では、精神障がいの当事者であるピアサポーターの養成や、ピアサポーターによる長期入院患者への地域生活移行に向けた働きかけ等を実施してきました。しかし、入院患者への退院意欲の喚起が、地域移行支援等の個別給付に直接的にはつながりづらい現状があり、入院患者を地域移行支援等へ結び付けていく積極的な働きかけが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」や「当事者目線の障害福祉推進条例」の理念に基づき、精神障がいを有する方等が地域で自分らしく生活することができる保健医療体制を整備する。

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防
- ◆適切な医療への早期アクセス
- ◆社会復帰・地域生活支援の充実

(1) メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病など）、神経症性障害

(不安障害など)、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。
- 令和6年4月施行の「精神保健福祉法」の改正に伴い、市町村が行う精神保健に関する相談支援の対象者が精神障がい者のほか精神保健に課題を抱える者に拡大され、都道府県は市町村が行う相談支援に関して市町村への必要な援助を行うよう努めることとされました。
- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行うなど、協力体制を充実していきます。
- 県では、メンタルヘルスや精神疾患についての知識を有し、地域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して、傾聴を中心として支える人材として、心のサポーターの養成を進めていきます。
- 未病指標等を活用し、メンタルヘルスや認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 適切な医療への早期アクセス

ア 各疾患の治療に対応した医療機関の明確化

- 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。

イ 精神科医療へ早期につなげる取組

- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、慢性疾患などの治療のために身近な主治医(かかりつけ医)の診断を受ける高齢者の中からも認知症が発症するケースの増加が予測されます。そうしたケースにおける早期発見、早期診断及び早期対応に資するため、かかりつけ医への助言やその他の支援を行う認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修を行います。
- 認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を受けられるようにすることが重要です。

ウ 専門治療医療機関の整備

- 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。
- 依存症の患者が地域で適切な医療が受けられるよう、「依存症専門医療機関」の選定を更に進めます。また、専門医療機関の取りまとめや情報発信、研修などを担う「依存症治療拠点機関」と連携し、医療提供体制の充実を図ります。
- 「てんかん支援拠点病院」を中心に、てんかんに関する専門的な相談支援、関係機関への助言や連携強化、普及啓発などを行い、てんかん診療における地域連携体制

を整備します。

○ 県では、摂食障害支援拠点病院の指定に向けて、対応可能な医療機関の選定や調整を進めていきます。

○ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供するため、「認知症疾患医療センター」を地域の認知症医療の拠点として認知症の人に対する必要な支援を提供できる体制の構築を更に推進していきます

エ 精神科救急を含めた精神医療体制による早期治療、早期退院の仕組みづくり

○ うつ病や認知症等の精神疾患について、発症の初期段階にかかりつけ医等を受診した際に、適切に精神科医療につなげられるよう、県では医師会と連携して、かかりつけ医を対象としたうつ病対応力向上研修及び医師会等と連携して、医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を実施していきます。

意見No.9

○ 精神疾患の症状により、身体の不調を訴えて身体科を受診した場合に、精神科医療につなげられるようにする一方、精神科医療機関に入院している患者が身体治療を要する場合に、近隣の身体科病院と連携した治療が行えるよう、県ではオンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携を進めていきます。

○ 精神疾患の急性増悪により早急に精神科医療を要する場合に、必要な医療につながるができるよう、県では引き続き、精神科救急医療体制の充実を図っていきます。

オ 身体合併症患者の治療体制

○ 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、県では地域での連携を促進する取組を検討します。

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

カ 治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気痙攣療法等の効果的な治療の展開

○ 向精神薬による治療の効果が十分に得られない治療抵抗性統合失調症に対する治療薬（クロザピン）や、重度のうつ病、躁うつ病等に高い治療効果があるとされている修正型電気痙攣療法、うつ病や不安症等に治療効果があるとされる認知行動療法等の治療法について、県では既に導入している医療機関の治療方法を紹介するなど、県内の医療機関への展開に努めていきます。

キ 入院者の当事者目線による人権に配慮した治療の促進

○ 市町村長同意により医療保護入院した入院患者等に対して、訪問支援員が精神科病院を訪問し、入院患者の不安や気持ちを傾聴する中で、自尊心の向上や孤立感の低減に努めます。さらに、入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を通じた退院意欲喚起を行うなど、医療と福祉が連携した切れ目のない支援を提供していきます。

○ 精神科医療機関の管理者は、入院者に対する虐待や不適切な隔離・身体的拘束が行われることがないよう、研修の実施等を通じて従事者の意識向上に努める必要が

あります。

- 県及び政令市では、精神科医療機関に赴き、診療録や病棟内の巡視を通じて、適正な医療が提供されているかを確認する精神科病院実地指導・実地審査を実施します。
- また、県及び政令市では、精神科医療機関における虐待の通報窓口を設け、通報のあった事案に対して、精神科医療機関への聞き取りや随時の実地指導を実施し、事実確認と再発防止の指導を行います。
- さらに、県は精神科医療機関に対して、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止について啓発し、医療機関における自主的な取組を推奨していきます。

(3) 社会復帰・地域生活支援の充実

ア 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 令和6年3月策定の「神奈川県障がい福祉計画（第7期：令和6年度から令和8年度）」において、精神障がいを有する方等が地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、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、引き続き取組を推進します。
- 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当たって、保健福祉事務所及び同センターは、これまで地域において築いてきたネットワーク等を活かし、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設置し、精神障がいを有する方等のニーズや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、精神障がいを有する方等の日常生活圏域である市町村において、地域生活に関する相談支援が行われる必要があることから、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を県内全市町村に設置します。市町村が設置する協議の場は、保健福祉事務所及び同センターの設置する協議の場と連携しながら、協議の場や個別支援における協働等を通じて、医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター等との重層的な連携による支援体制の構築を行います。

イ 早期退院及び地域定着に向けた退院支援

- 県、政令市及び保健所設置市では、措置入院者や支援が必要と認めた入院者に対して、入院中から入院者の同意を得て、希望する生活を聴きとりながら、退院後支援計画を策定し、退院後に速やかに支援を実施する措置入院者退院後支援を実施します。
- 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など、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。

ウ 地域生活を支える精神科訪問診療、訪問看護、訪問支援、精神科デイケア等の充実

- 県は、訪問診療や訪問看護を行っている医療機関及び事業者の把握に努めるとともに、訪問診療や訪問看護の好事例を医療機関及び事業者に発信するなど、訪問診療、訪問看護の充実の取組を検討します。
- 精神科医療機関を退院した精神障がい者が通う外来精神科作業療法や精神科デイ

ケアも作業や余暇プログラムを通じて社会復帰に向けた支援を担っています。訪問看護や訪問看護と同様に開設している医療機関及び事業者の把握に努め、充実の取組を検討します。

- 県では、保健福祉事務所において、精神科の専門医による訪問指導及び福祉職や保健師による訪問支援を実施し、精神障がい者を有する方等の地域生活を支援します。

エ 長期入院者の地域移行の取組

- 県は、長期入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を実施し、退院意欲の喚起、退院に向けた個別支援、退院後の地域定着に向けた支援などを行います。併せて、病院職員や支援関係者、地域住民等に対する普及啓発を充実させます。
- 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がい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、長期入院患者の半数以上が65歳以上の高齢者であることから、高齢者施策の主管課や関係機関との連携を図りながら、地域生活への移行を支援します。

=====

■用語解説

※1 PTSD

PostTraumatic Stress Disorder の略で心的外傷後ストレス障害のことをいいます。生死に関わるような体験をし、強い精神的な衝撃を受けた後に生じるストレス症候群を指す。

※2 総患者数

令和2年患者調査では、10月の3日間のうち医療施設ごとに定める1日の入院、外来、受療等の状況を調査しています。調査日に受診をしていない患者も含めて、継続的に医療を受けている患者を次の計算方法により推計している。

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

※3 外来患者数

外来患者数は、※2に記載した総患者数から推計入院患者数を除いた数で推計している。

※4 医療保護入院、任意入院

精神科医療機関に入院する場合には、精神保健福祉法により定められている次の入院形態により入院することとなっている。

医療保護入院は、精神科医療機関に入院をさせる判断ができる精神保健指定医が診察を行った結果、入院が必要と判定された者で、本人の入院の同意が得られない場合に、家族等の同意が得られたときに、本人の同意がなくとも入院させることができる入院形態。

任意入院は、精神科病院に入院しようとしている精神障がい者本人の同意に基づいて行われる入院です。精神科病院に入院をする場合には、任意入院による入院が行われるよう努めることとされている。

※5 摂食障害支援拠点病院

摂食障害に関する専門的相談や治療及び回復支援、医療従事者や摂食障害患者及び家族等に対する研修の実施、普及啓発の実施等を役割とした専門治療機関

※6 一次予防、二次予防、三次予防

病気の発症を防いだり、発症した場合も治療が長引かないようにしたり、再発を防ぐ予防医学において用いられる考え方。

一次予防は、病気に罹らないことを目的としている。生活習慣の改善、健康教育等により健康増進を図る。

二次予防は、病気に罹った場合に、早期発見、早期治療を行うことで、重症化しないようにするもの。

三次予防は、治療過程においてリハビリテーション等を行うことにより、社会復帰を促したり、再発を防止する取組を指す。

※7 コンサルテーション

医療は、脳外科、呼吸器内科、循環器科、精神科のように専門性が分かれている。医療におけるコンサルテーションは、治療を要する患者が複数の疾患を合併している場合に、異なる専門の医療従事者が助言や相談をしながら、より適した治療を進めるために行われる。

=====

3 ロジックモデル 【再掲】

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

初期アウトカム	
C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数
C102	●都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数
C103	心のサポーター養成研修の実施回数
C104	認知症サポート医養成研修修了者数
C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数
C202	●精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）
C203	救急救命入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数
C204	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数
C205	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数
C206	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数
C301	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神科を持つ医療機関数
C302	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数
C303	●精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数
C304	●精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数
C305	●閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数
C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数
C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数
C308	●児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数
C401	てんかん支援拠点病院数
C402	依存症専門医療機関の数
C403	●摂食障害支援拠点病院数
C404	●指定通院医療機関数
C405	高次脳機能障害支援拠点機関数

中間アウトカム	
普及啓発、相談支援	
B101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数
B102	●都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数
B103	心のサポーター養成研修の修了者数
B104	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数
B105	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数
地域における支援、危機介入	
B201	精神科救急医療体制整備事業における入院件数
B202	精神科救急医療体制整備事業における受診件数
B203	救命救命入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数
B204	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
B205	●精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数
B206	精神科救急における通報から診察までの搬送時間
診療機能	
B301	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数
B302	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数
B303	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数
B304	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数
B305	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数
B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数
B307	認知療法・認知行動療法を算定した患者数
B308	隔離指示件数
B309	身体的拘束指示件数
B310	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数
B311	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率
拠点機能	
B403	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数及び逆紹介患者数
B404	依存症専門医療機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
B405	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数

最終アウトカム	
●は重点指標	
A101	●精神医療のうち、精神科救急に関連が大きい指標
A101	●精神科における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率
A102	●精神障害者の精神科から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
A103	●精神科における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）
A104	●精神科における新規入院患者の平均入院日数

※ 領域
統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん

第3章 未病対策等の推進

第1節 未病を改善する取組の推進

1 現状・課題

【現状】

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

～「未病」、「未病改善」について～

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



左図 「未病」と「未病の改善」の考え方



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

【課題】

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

(1) ライフステージに応じた未病対策

ア 子どもの未病対策

- 子どもは、食や運動等の基本的な生活習慣の土台となる大切な年齢期です。
- しかし、県内の朝食欠食率は、小学5年生は3.3%(令和4年度)、中学2年生は7.7%(令和4年度)であり、目標値(0%に近づける)に到達していません(「第4次県食育推進計画」)。加えて、県内の小学生から高校生までのスポーツ非実施率も14.0%(令和3年度)にとどまり、平成22年度の14.1%と比較してもほとんど変化

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

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

イ 未病女子対策

- 女性は、若い世代のやせ過ぎ、冷え性、生理不順、更年期を含む中高年女性の健康課題、高齢女性のフレイル対策など、性差によって生じる課題があります。
- 県内の女性の健康寿命（※1）は、平成28年以降、全国平均より短くなっています（神奈川県「かながわ健康プラン21（第2次）最終評価報告書」）。また、平均寿命と健康寿命の差（不健康期間）（※2）は、平成22年と令和元年を比べると男性は0.54年短縮しましたが、女性は0.53年長くなりました。
- したがって、各世代の女性の健康課題に焦点を当て、女性が自らのこととして未病改善に取り組むことができるよう普及啓発を行う必要があります。

ウ 働く世代の未病対策

- 就職や結婚、出産などで環境が多く変わり、「自立」や「自律」が求められるなか、健康に対しては無関心・無行動の人が多い世代です。
- 「かながわ健康プラン21（第2次）」に基づき、糖尿病対策の重要性に関する普及啓発など、生活習慣病対策を進めるなか、働く世代の健康づくりを推進するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行っています。また、地域の保険者、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組の検討や調整を行っています。
- したがって、生活習慣病による医療費増大等の背景もあるなか、従業員の定期健診受診率が低い等の課題がある中小企業へ働きかけ、従業員の健康づくりへ積極的に取り組んでもらう必要があります。
- このほか、県内の働く世代の女性は、通勤・通学時間が全国で最も長く、家事関連時間も全国平均より長い（総務省統計局「令和3年社会生活基本調査」）など、運動する時間が取りにくい状況にあり、また腰痛や肩こり等を訴える人が多い傾向にあります（厚生労働省「国民生活基礎調査結果」）。加えて、この世代の女性は、運動実施率が男性と比較して低い状況です（神奈川県「令和4年度県民の体力・スポーツに関する調査」）。
- したがって、職場や日常生活において運動の機会を提供するなど、運動促進に取り組む必要があります。

エ 高齢者の未病対策

- 加齢によって心身の活力（筋力、認知機能、社会のつながり等）が低下する傾向にある世代です。高齢者が、要介護状態に至る過程においては、フレイル（※3）の段階を経ると言われています。フレイルの進行には、社会性や認知機能の低下、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）（※4）等の身体的な要素が複合的に影響すると考えられています。
- 県の要介護認定率は、65歳以上75歳未満で3.13%、75歳以上85歳未満で11.91%、85歳以上で44.23%となっています（神奈川県「介護保険事業状況報告（月報・暫定版）」令和5年4月公表分より算出）。

- したがって、高齢になっても、健康で生き生きと自立した生活を続けるためには、フレイルやロコモティブシンドロームの兆候に早い段階で気付くことが必要です。社会参加といった多面的な取組により、進行の抑制や改善を図る必要があります。
- 加齢とともに、食べこぼしやはっきり発音できないなど、ささいな口腔機能の低下から始まる口腔機能の虚弱な状態である「オーラルフレイル」のリスクが高い者が多くなります。オーラルフレイルの人は、そうでない人に比べて、フレイルやサルコペニア、要介護認定、死亡のリスクがおよそ2倍も高いとされており、未病改善の3つの取組の一つであるオーラルフレイル対策を進める必要があります。
- このほか、認知症の人は令和7年には全国で700万人前後（県は45～48万人）になり、その後も顕著な高齢化に伴い、認知症の人も増加することが見込まれます。また、国および県では65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」、「国勢調査」及び「国立社会保障・人口問題研究所による推計」より算出、厚生労働省老健局「認知症施策・地域介護推進課 認知症施策の推進について」）。
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる認知症未病の改善に取り組む必要があります。
- したがって、今後認知症の人の増加が見込まれる中であっては、認知症の発症の抑制を図る取組や、発症を遅らせる又は進行を緩やかにする取組等を着実に進めていく必要があります。

(2) 未病改善の取組を支える環境づくり

ア 地域における未病改善を進める環境づくり

- 未病センター（※5）の設置や利用の促進及び、県の未病改善の取組に賛同する企業・団体による健康支援プログラムを、公設未病センターで展開しています。令和5年現在、86箇所の未病センターが設置され、26企業・団体による計40の健康支援プログラムが登録されています。
- したがって、県民だれもが身近な場所で、手軽に健康状態や体力等を継続的にチェックすることができるよう、引き続き未病センターの設置や利用を促進するとともに、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、企業・団体と連携し、プログラムの充実を図っていく必要があります。
- このほか、県西地域を訪れる人が気軽に立ち寄れる観光施設等で、「未病」に関する情報発信や普及啓発に協力する観光施設等を「未病いやしの里の駅」として登録し、「未病を改善する」取組に関する情報発信を進めています。
- したがって、引き続き、「未病」に関する情報発信や普及啓発を継続的に行っていくことが必要です。
- そのほか、市町村が保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく健康づくり事業をすすめるに当たり、客観的な分析や評価が求められています。
- したがって、広域的な視点から地域の健康データの分析や、効果的・効率的な解決策等を市町村とともに考えていく必要があります。また、地域全体の健康づくり

を進めるには、市町村国民健康保険（国保）だけでなく、企業で働く方々の健康づくりを担う、他の医療保険者の持つデータを分析し、活用していくことが必要となります。

イ 職域における未病改善を進める環境づくり

- 企業や団体においても従業員の健康管理に積極的に取り組み、職場での従業員の未病対策を進めていくことが重要です。県では、企業や団体が「健康管理最高責任者」（CHO：Chief Health Officer）を設置し、従業員とその家族の健康づくりを企業経営の一環として行う健康経営に積極的に取り組んでいく「CHO構想」を進めており、さらなる普及を進める必要があります。
- したがって、企業や団体が健康経営に取り組む「CHO構想」の普及にあたっては、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等）を示すとともに、企業や団体の取組を支援するツールの提供等により、健康経営の取組を支援する必要があります。

(3) 未病改善が見える化する取組

- 生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、エビデンス（科学的な裏づけ）に基づき、自分の現在の未病の状態を数値で見える化する「未病指標」を、県が開発・運営し、自身や家族の健康情報を一覧で管理できるアプリケーション「マイME－BYOカルテ」に実装しました。また、エビデンスに基づき、未病指標の現在の生活習慣を続けた場合に、将来の数値の変化を示す「未来予測機能」を追加するなど機能向上に向けた取組を進めており、未病指標を通じて行動変容の促進に取り組む必要があります。
- したがって、「未病指標」の活用の促進や、測定後の行動変容につながる仕組みづくりに取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向性（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆ライフステージに応じた未病対策
- ◆未病改善の取組を支える環境づくり
- ◆未病改善が見える化する取組

(1) ライフステージに応じた未病対策

ア 子どもの未病対策

- 子どもが身近な場所で楽しみながら未病改善に取り組むことができるよう、親しみやすいキャラクターを用いたり、企業等と連携し適切な生活習慣の定着につながる出前講座を展開します。
- このほか、運動やスポーツに親しむ意欲や態度の育成に取り組み、子どもの運動を促進します。

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

イ 未病女子対策

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

ウ 働く世代の未病対策

- 忙しい日常生活の中でも運動を習慣化できるよう、働く世代の運動を促進します。
- また、かながわ健康プラン21推進会議の地域・職域連携推進部会等で、地域保健と職域分野が連携を図り、働く世代の健康づくりの取組を推進します。特に中小企業の事業主に対し、従業員の健康づくりや健康管理体制の構築に向けた支援を行います。
- そのほか、女性の健康寿命の延伸に向けて、忙しい状況にある女性でも未病の改善に取り組むことができるよう、職場や日常生活の延長で気軽にできる運動を促進します。

エ 高齢者の未病対策

- 高齢者が自らフレイルを早期に発見し、改善の取組を実践できるようにするため、市町村や関係団体等と連携しながら、高齢者に自己チェックの機会を提供し、栄養・身体活動・社会参加を通じた改善の取組を促進します。
- 関係機関及び関係団体と連携し、オーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。
- このほか、認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ（※7）等の普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。加えて、軽度認知障害（MCI）（※8）初期の認知症の人等を重症化させないため、共生社会を推進するため、取組を進めます。

意見No.11

(2) 未病改善の取組を支える環境づくり

ア 地域における未病改善を進める環境づくり

- 身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。また、市町村の未病改善・健康づくりの取組をサポートするため、公設未病センターにおける食や運動などに関する健康支援プログラムの提供について、拡充を図ります。
- このほか、未病の戦略的エリアである県西地域において「未病いやしの里の駅」の登録施設数を増やします。また、未病バレー「ビオトピア」（※9）内の県の体験型施設「me-byo エクスプラザ」を運営することで、未病の普及啓発や未病改善の実践の促進を行っていきます。

意見No.17

- そのほか、市町村の地域における健康づくり事業のより効果的・効率的な実施・検討を促進するため、県に導入した国民健康保険団体連合会が提供する国保データベースシステム（KDB）システム（※10）を活用し、国民健康保険の健診等のデー

タや人口動態統計等、地域の健康データの収集・分析・加工を行うとともに、市町村と連携した地域課題の分析や、有識者による事業評価等の支援を実施していきます。また、企業で働く方々の健康づくりを後押しするため、被用者保険の特定健康診査データ等の収集・分析等、各保険者と連携した取組を進めていきます。

イ 職域における未病改善を進める環境づくり

- 企業や団体の「CHO構想」(健康経営)の取組を支援するため、従業員が自身の健康を管理するためのツールとして、「マイMEーBYOカルテ」を提供します。
- 県が「CHO構想推進事業所」として登録した事業所には、企業や団体のイメージアップに活用できる登録証やステッカーを配布するほか、CHO構想や健康増進に係る情報を提供します。
- 企業や団体のCHO構想(健康経営)の取組を支援するため、経営者や企業の人事担当者向け健康経営セミナーを開催します。

(3) 未病改善が見える化する取組

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

=====

■用語解説

※1 健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

※2 不健康期間

平均寿命と健康寿命の差で示される日常生活に制限のある期間のこと。

※3 フレイル

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

※4 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)

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

※5 未病センター

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

※6 未病女子 navi(ウェブサイト)、未病女子 LINE かながわ

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

※7 コグニサイズ

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

※8 軽度認知障害(MCI)

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

※9 未病バレー「ビオトピア」

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

※10 国保データベースシステム (KDB)

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

=====

第3節 歯科保健対策

1 現状・課題

【現状】

- ・神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画に基づき、歯及び口腔の健康は健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることを踏まえた、歯及び口腔の健康づくりを進めています。

【課題】

- ・むし歯等の歯科疾患における健康格差は乳幼児期から高齢期までの全てのライフステージにおいて存在しています。健康格差が生じやすい環境にある地域等への支援を行い、歯及び口腔に関する健康づくりを推進する必要があります。

意見No.12, 13

(1) 歯及び口腔疾患対策

- むし歯や歯周病は生活習慣に密接に関係することから、ライフコースアプローチを踏まえ、こどもの頃から望ましい歯科保健行動を生活習慣として身につけ、生涯を通じて実践する体制を整備することが重要です。
- 子どものむし歯は経年的に減少傾向にあります。しかし、乳幼児期・学齢期にむし歯を経験している子どももいることなどから、引き続き、子どものむし歯対策に取り組む必要があります。
- 20代以上のむし歯は、40代までは、一人平均のむし歯数が減ってきていますが、50代以降は変化がありません。
- 成人期から高齢期にかけて進行した歯周病が多くなります。
- 歯周病対策には、セルフケアとプロフェッショナルケアが重要です。歯間部清掃用具を用いたセルフケアの実施や、かかりつけ歯科医を持つ人は年々増加していますが、ライフコースアプローチの観点から、若い年齢からの適切な対策が必要です。
- 歯周病は糖尿病や心臓病などの全身の病気と関連があり、全身の健康のために歯周病対策や治療は大切です。歯周病と糖尿病など全身の関わりをふまえ、日常のセルフケアの重要性等について引き続き普及啓発が必要です。
- なんでも不自由なく食べるためには、自分の歯を20本以上保つことが必要といわれており、歯の本数はオーラルフレイル（※2）と密接に関係していることから、歯の喪失を防ぐことは重要です。
- より多くの県民が80歳で20本の歯を保つことができるように、むし歯対策、歯周病対策に取り組むとともに、県民の歯科保健向上の目標として「8020運動」を今後も掲げ、継続して普及啓発していく必要があります。
- かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科検診及び歯科保健指導を受けることは、自身の歯と口腔の健康状態を知るために重要です。全ての県民が、生涯にわたり切れ目なく歯科検診を受診し、歯科保健指導を受ける機会を持つことについての普及啓発が必要です。

意見No.15・23

(2) 口腔機能の獲得・維持・向上

- 加齢とともに、咀嚼良好でない者やオーラルフレイルのリスクが高い者が多くなり

ます。高齢者では特に生活意欲や社会参加への影響が大きいので、口腔機能の維持・向上のための対策が必要です。

- 子どもの頃から「よく噛むこと」を習慣化する等、口腔機能の発達について普及啓発を行うとともに、成人・高齢期には、口腔機能を維持・向上するために「オーラルフレイル」について知ってもらい、「健口体操」等のオーラルフレイル対策を定着させる必要があります。 意見No.12、13、19
- 高齢期では、オーラルフレイル対策を含む口腔機能の維持・向上が、むせや誤嚥、窒息などを防ぎ、おいしく楽しい食事や会話につながることについて普及啓発が必要です。

(3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者入所施設において、利用者の歯と口腔の健康づくりのためにも定期的な歯科検診が受けられることが必要です。
- 要介護者入所施設における口腔ケアの実施率は高く、施設職員の歯科保健に関する意識の高まりがみられました。
- 障害児者や要介護者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域包括ケアシステムのもと、切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、口腔ケアに関わる職種の人材育成や、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を進めることが必要です。

2 施策の方向性

<目指す方向(最終目標)>

歯及び口腔の健康づくりによる健康寿命の延伸や健康格差の縮小の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆歯及び口腔疾患の予防
- ◆口腔機能の獲得・維持・向上
- ◆障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

(1) 歯及び口腔疾患対策（県、市町村、学校、医療機関・医療関係者、事業所）

- 市町村等に対する専門的な情報提供や歯科保健に携わる専門職の人材育成などを通じて、フッ化物洗口等のフッ化物応用も含めた、むし歯対策の支援を行います。
- 歯科検診等の結果を収集分析し、関係機関及び関係団体に情報提供 意見No.22・29
教育機関との連携を図り、地域の特性に合わせたむし歯対策を推進します。
- 歯肉炎対策の方法や、歯と歯肉の自己観察力を育てるために必要な情報提供を、県民や教育機関等に対して行います。
- 歯周病と糖尿病などの生活習慣病との関連性や、妊娠期における歯と口腔の健康づくりの重要性など、全身の健康と歯と口腔の健康づくりの関連性について普及啓発を行います。 意見No.29
- フッ化物洗口、フッ化物配合歯みがき剤の使用や、歯と歯肉の観察、歯間部清掃用具を使用する習慣等のセルフケアの実践に向けて、関係機関及び関係団体と連携し正しい知識の普及啓発を行います。 意見No.15・23
- 全ての県民が、定期的に歯科検診を受診できるよう、定期的に歯科検診を受けるこ

との重要性や、かかりつけ歯科医をもつことの意義について普及啓発を行います。

- 関係機関、関係団体及び事業所等と連携し、県民向けに歯周病と全身疾患との関連性について情報提供を行い、歯科保健指導や適切な受診を推進します。

- (2) 口腔機能の獲得・維持・向上（県、市町村、医療機関・医療関係者）

意見No.24・28

- 口腔機能の獲得のために「よく噛むこと」を習慣化するなど、食育と連携して、「噛ミング30」を推進します。

意見No.18

- 関係機関及び関係団体と連携し、口腔機能を維持・向上することにより耄病を改善し、要介護状態とならないよう、引き続きオーラルフレイル対策に必要な情報の普及啓発を行います。

- 関係機関及び関係団体と連携し、歯科医師をはじめとする歯科保健・医療に係る専門職に対して、口腔機能の虚弱を早期に把握し、回復させる「オーラルフレイル改善プログラム」を地域に定着させるよう普及を行うとともに、県民からのオーラルフレイルに関する相談等に対応できるようにするため、オーラルフレイルの基礎知識、対策、改善方法について普及啓発を行います。

意見No.30

- (3) 障がい児者及び要介護者の歯と口腔の健康づくり

- 障がい児者及び要介護者の歯科疾患対策、口腔ケア、口腔機能の発達・維持・向上のため、口腔管理や歯科検診を受ける機会の提供について、各機関・関係機関が連携した支援を行います。

- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、切れ目のない口腔管理支援体制を整備し、関わる職種の人材育成、医科歯科連携及び医療と介護の連携等の地域連携を推進します。

=====
■用語解説

※1 フッ化物洗口

フッ化ナトリウムの水溶液でブクブクうがいを行い、フッ素イオンによる歯質の耐酸性の向上や、むし歯の原因となる口腔内細菌の酸生産の抑制等によりむし歯を防ぐ方法。

※2 オーラルフレイル

「わずかなむせ」、「食べこぼし」、「発音がはっきりしない」、「噛めない食品の増加」などの小さいな口腔機能の低下のことで、これを放置すると、全身の筋力や心身の活力の衰え（フレイル）、しいては介護が必要な状態となるリスクが高まる。

=====

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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



(1) 在宅医療の需要

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



(出典) 厚生労働省ホームページ

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

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

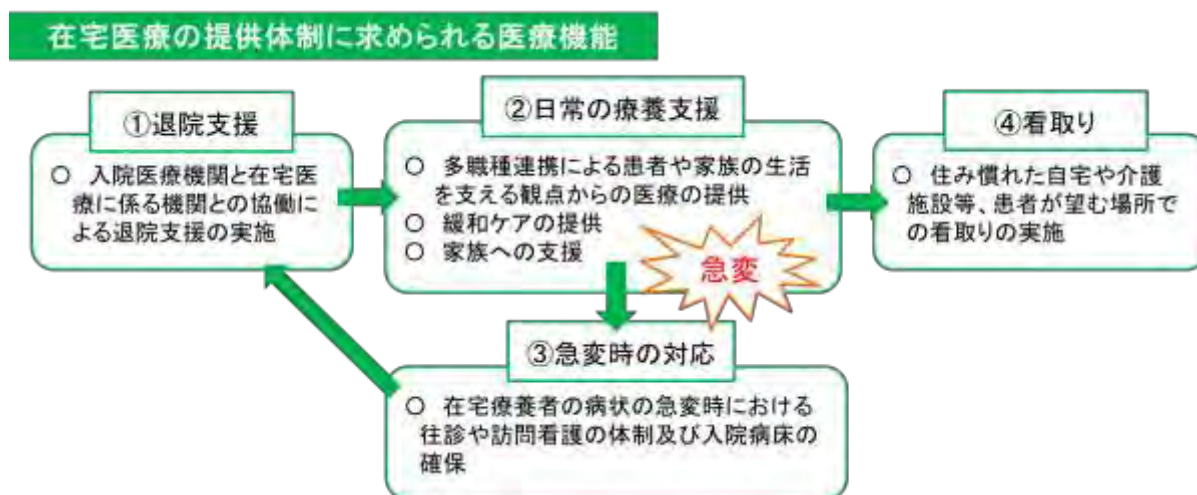
意見No.20

また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

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

【4つの場面】

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



(2) 在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

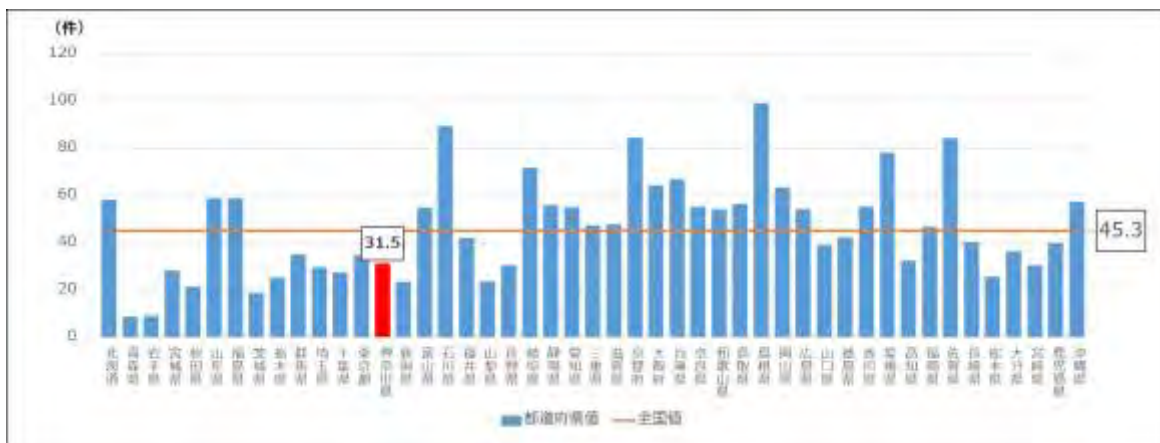
これまで、県及び市町村は、在宅療養後方支援病院及び在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携体制の構築やそれらを支える人材育成のため、検討体制の整備や研修事業など、地域における取組を支援してきました。

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

ア 退院支援

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

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

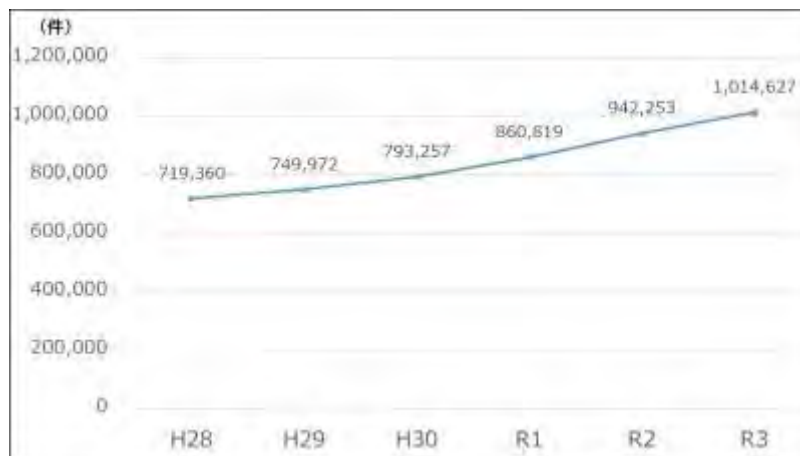


（出典）厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

イ 日常の療養支援

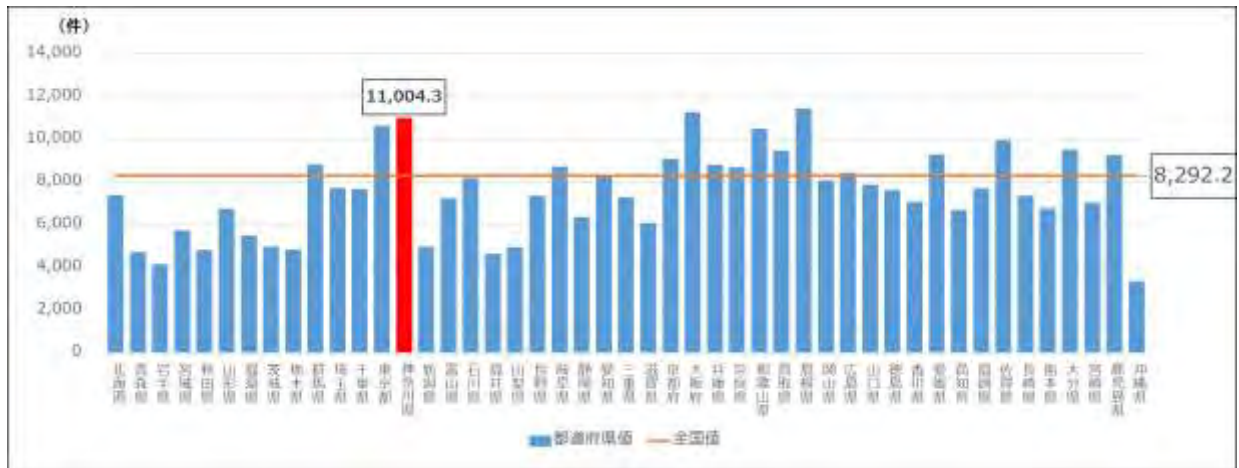
- 日常の療養支援に関する体制を構築するためには、患者の状態や地域の医療資源に応じた、訪問診療・訪問看護等の持続可能な仕組みや、患者やご家族の不安・負担を軽減するための、身近に相談できる体制の整備等が重要です。
- また、薬局では、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理や指導、薬物療法に関する情報共有や多職種との連携等、在宅医療において重要な役割を担っています。
- さらに、歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしています。
- 本県では、訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受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

図表 2-4-1-2 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



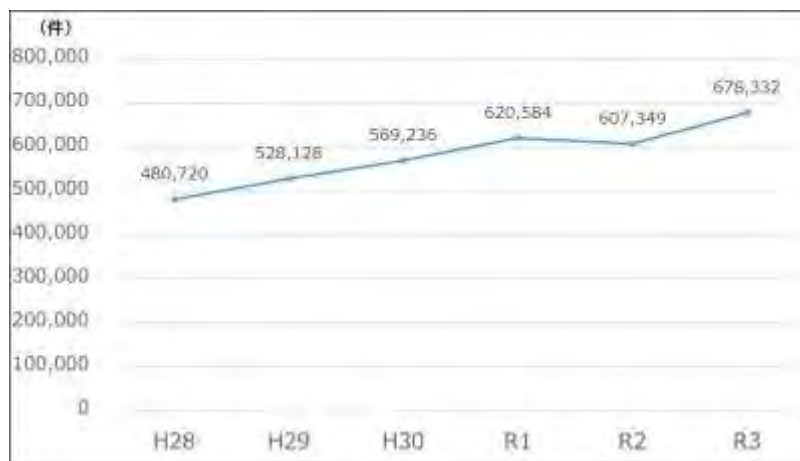
（出典）厚生労働省「NDB」

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



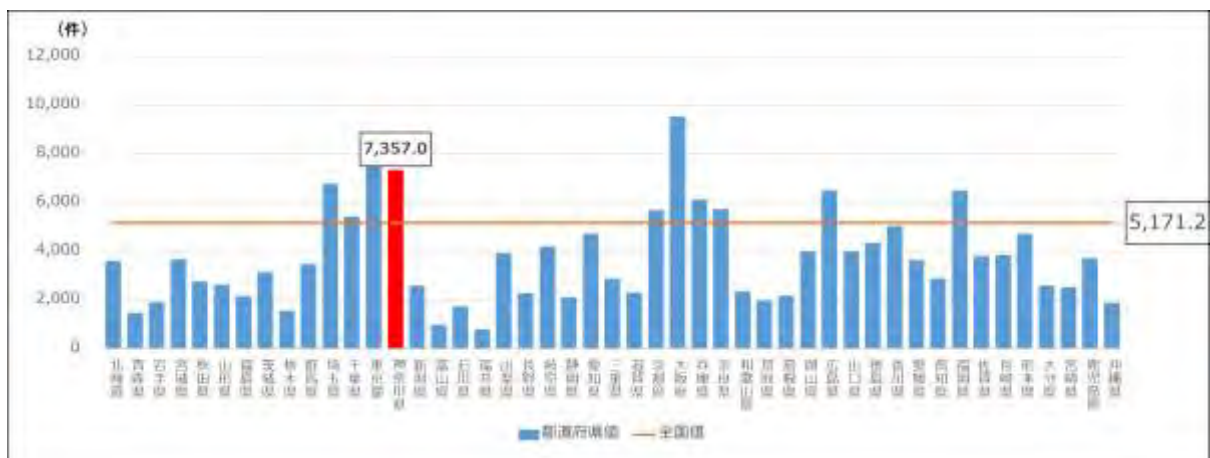
(出典) 厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

図表 2-4-1-4 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



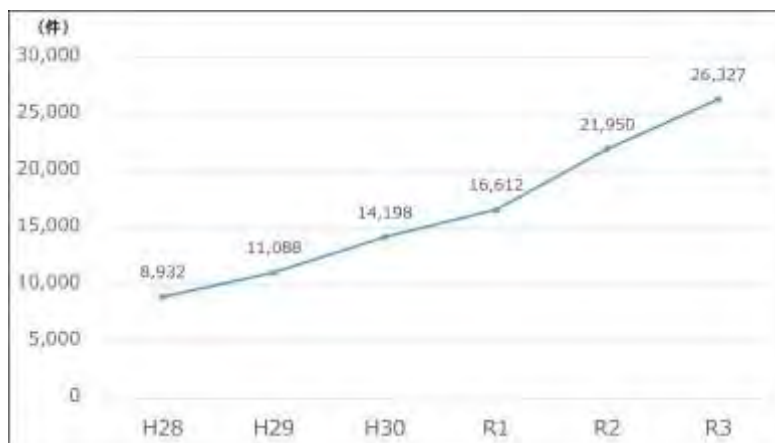
(出典) 厚生労働省「NDB」

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



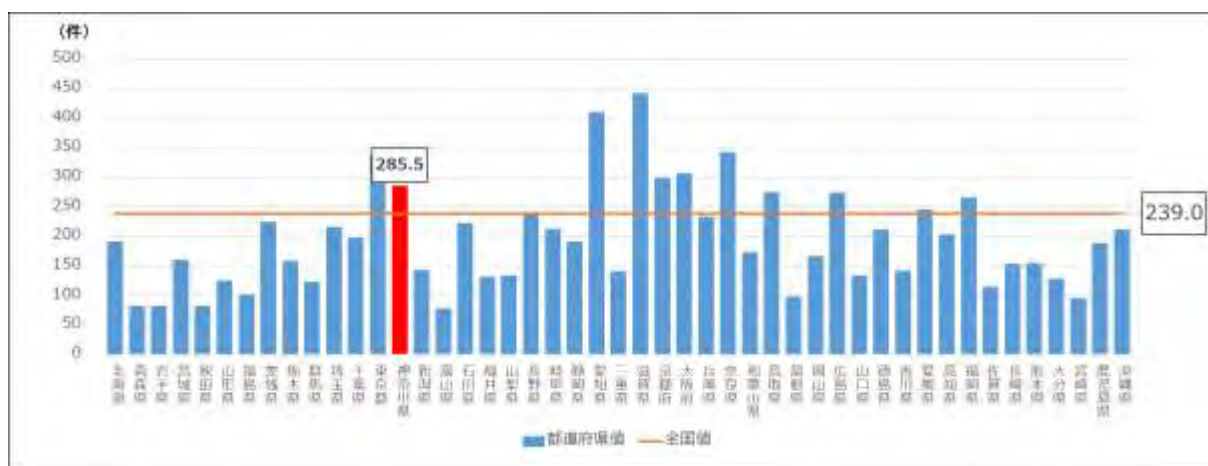
(出典) 厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

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



(出典) 厚生労働省「NDB」

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

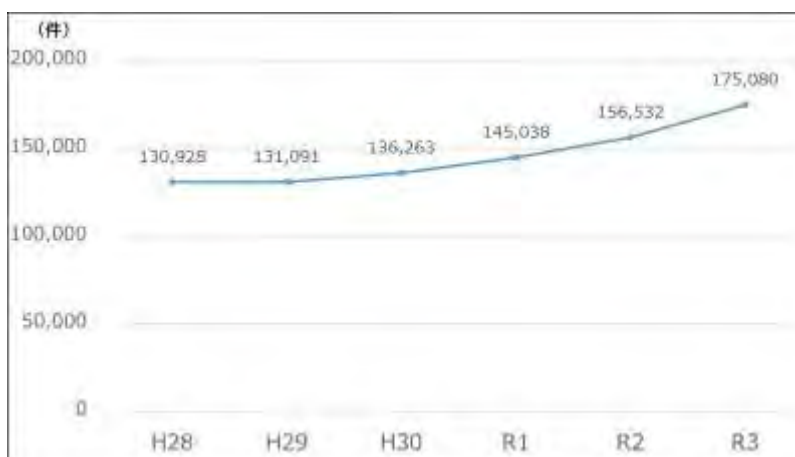


(出典) 厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

ウ 急変時の対応

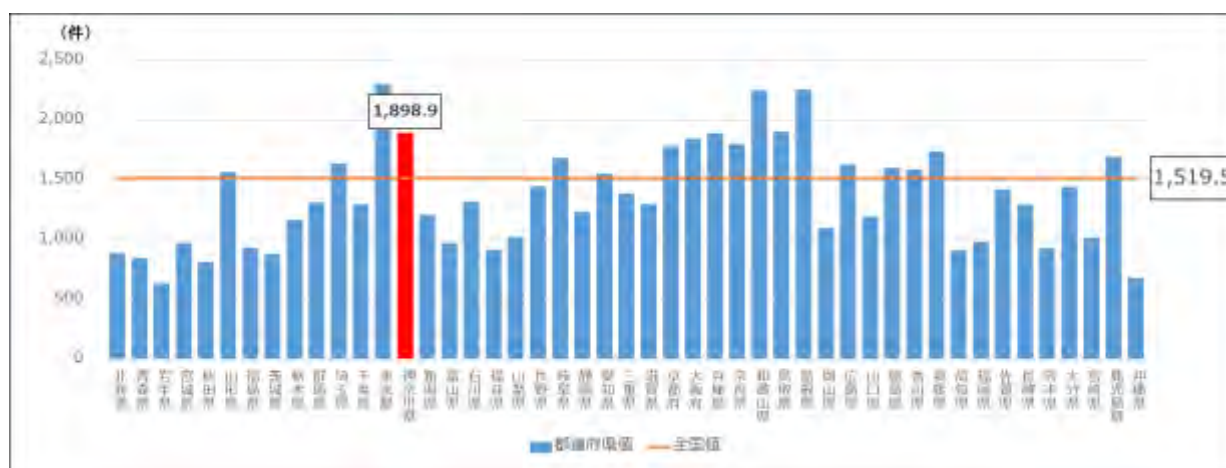
- 急変時の対応可能な体制を構築するためには、後方支援病院との連携を強化し、緊急往診・24 時間往診が可能な体制や、在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備することが重要です。

図表 2-4-1-8 往診を受けた患者数(レセプト件数)の推移



(出典) 厚生労働省「NDB」

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

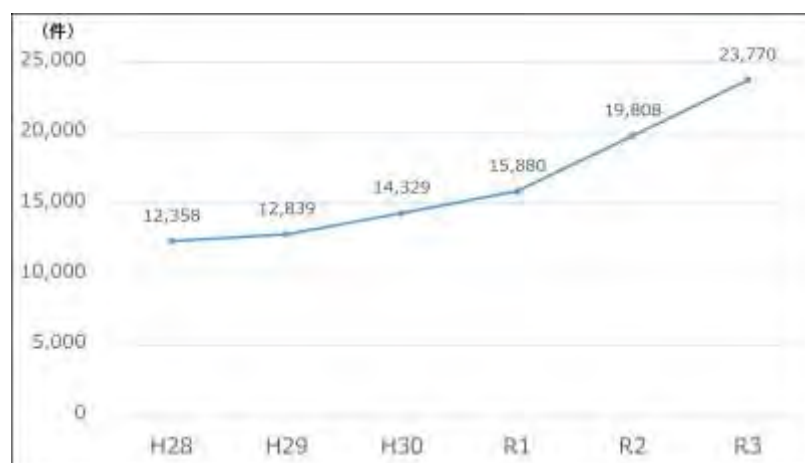


(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

エ 看取り

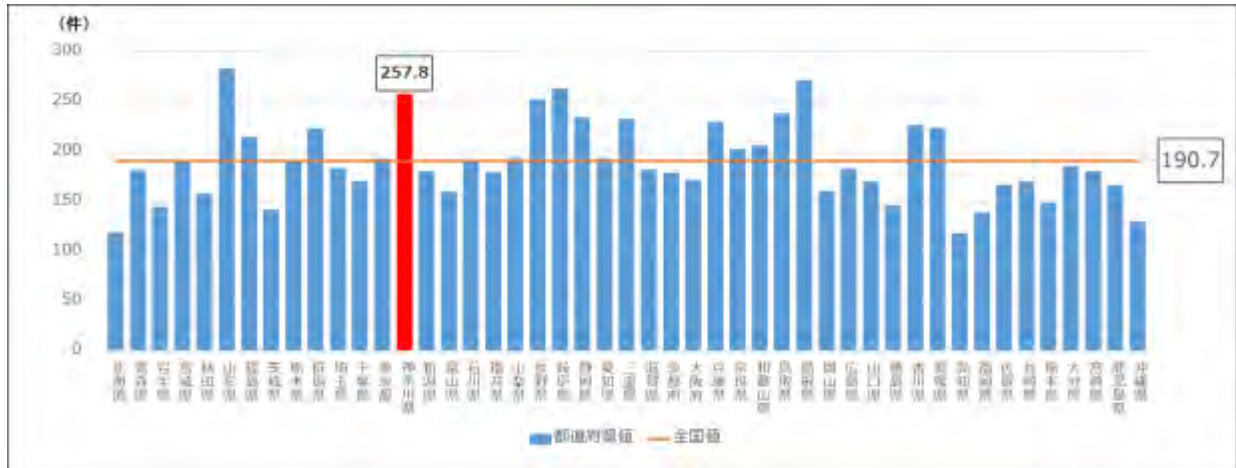
- 患者が望む場所での看取りに関する体制を構築するためには、患者本人の意思に寄り添いながら、医療・介護・救急の円滑な連携が行われることが必要です。そのためには、医療・介護関係者が在宅等での看取りについて十分な認識を持ち、理解を浸透させていくことが重要です。
- また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の取組も求められています。

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



(出典) 厚生労働省「NDB」

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



（出典）厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

オ 在宅医療に係る人材の確保・育成及び多職種連携

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 円滑な在宅移行への支援の充実

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

(2) 在宅医療提供体制の充実

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

(3) 急変時の対応体制の充実

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

(4) 患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

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

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

=====

■用語解説

※1 医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所

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

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

※2 「かながわ地域看護師」

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

=====

3 ロジックモデル

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



第2節 高齢者対策

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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

(神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計)

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

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

(1) 要支援・要介護認定者数の増加

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

表2-4-2-1 神奈川県の高齢者人口の現状と将来推計

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

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

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

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

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(3) 認知症とともに生きる社会づくり

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

(4) 未病改善と健康づくりの推進

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

(5) 人材の養成、確保と資質の向上

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

(6) 介護保険サービス等の適切な提供

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

スを提供できるよう、介護保険制度を円滑に運営することが必要です。

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

(7) サービス提供基盤の整備

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

(8) 高齢者救急【再掲】

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「高齢者が安心して、元気に、いきいきと暮らせる社会づくり」の実現

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

(2) 認知症とともに生きる社会づくり

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

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

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

(3) 未病改善と健康づくりの推進

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

(4) 人材の養成、確保と資質の向上

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

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

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

(5) 介護保険サービス等の適切な提供

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

(6) サービス提供基盤の整備

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

(7) 高齢者救急【再掲】

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

=====

■用語解説

※1 高齢者保健福祉圏域

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

=====

第3節 障がい者対策

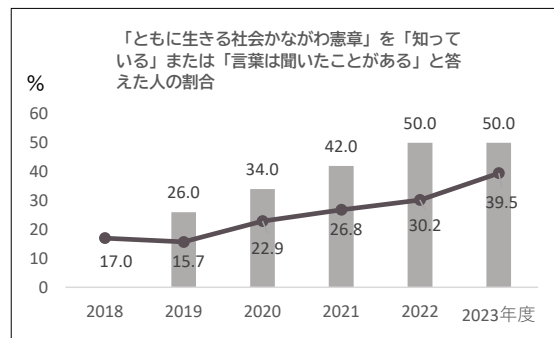
1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

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



(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

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

(2) サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

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

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援

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

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

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

障害者医療費助成制度などを活用しながら取り組んでいく必要があります。

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

障がい者が身近な地域で適切に保健・医療を受けることができる社会

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 障がい者の地域生活を支えるサービス等の整備

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

(2) サービス提供や相談支援のための 専門人材の養成

- 県は、医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員などの養成に向けた取組を推進します。 意見No.21
- 県は、障がい者の歯科診療、口腔ケアに対応し得るよう、一次・二次診療を担当する歯科医師及び歯科衛生士の養成に向けた取組を推進します。
- 県は、障害がある方やその家族等の相談に応じ、適した障害福祉サービスを利用するためのサービス等利用計画を作成し、関係機関との調整等を担う人材の養成に向けた取組を推進します。

(3) 発達障がいや高次脳機能障がいに対する専門的な支援の充実

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

(4) 障がい者が安心して医療を受けられるための支援

- 県は、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、障がい者の医療費の助成を行います。
- また、身近な地域で専門的な歯科診療を受診できるよう、県心身障害児者歯科診療システムにおける医療の充実を図るとともに、一次、二次、三次の各医療機関の連携を推進します。

意見No.21

(5) 医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援

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

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

=====
■用語解説

※1 医療的ケア児

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

※2 医療的ケア児等コーディネーター

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

=====

第4節 母子保健対策

1 現状・課題

【現状】

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

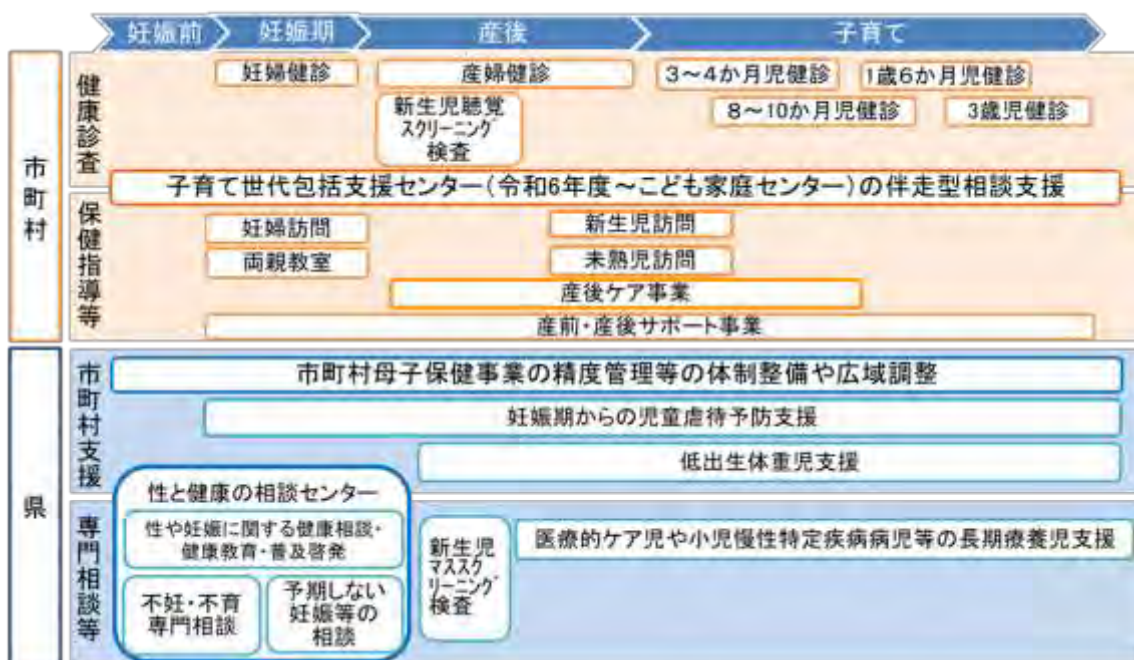
【課題】

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

(1) 母子保健の現状

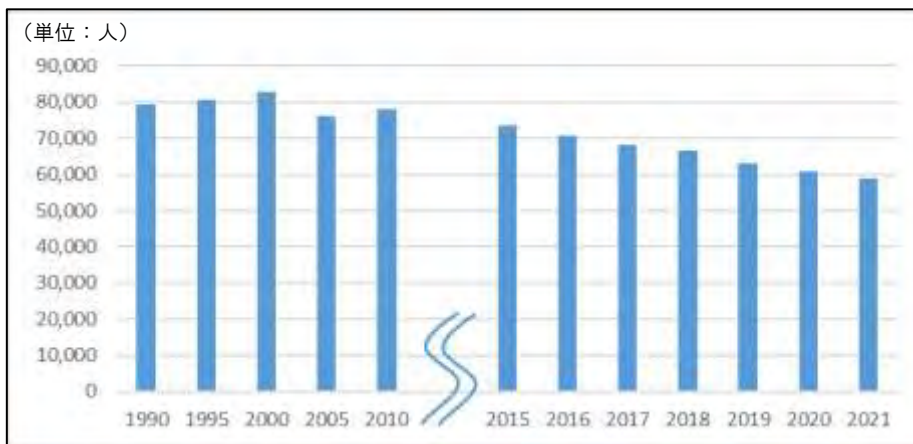
- 母子保健の目的は、母とこどもの心身の健康を守り、次世代を担うこどもを健全に育てることにあります。
- 市町村では、子育て世代包括支援センター（※1）等で妊産婦や乳幼児とその保護者に対して、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ伴走型相談支援を行います。（図表2-4-4-1）
- 県では、市町村の母子保健事業を確認し、サービスの精度管理等の支援や広域的な調整を行います。また、性や妊娠に関する相談支援や普及啓発、医療的ケア児等の長期療養児に対する相談支援や連携体制の構築を行います。（図表2-4-4-1）

図表 2-4-4-1 母子保健事業の体系図



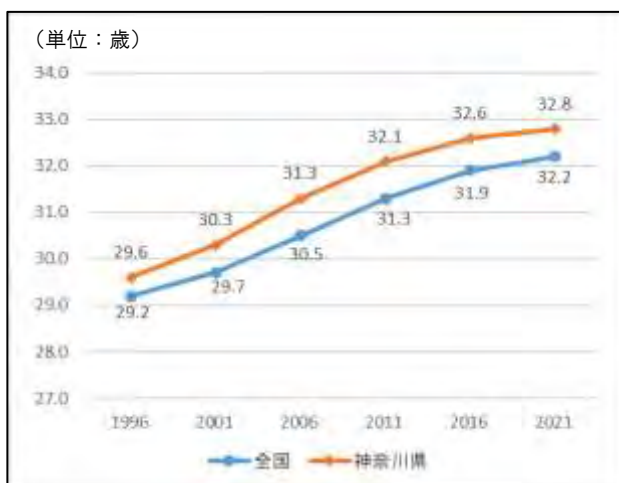
- 近年では、少子化の進展や出産年齢の高齢化により、神奈川県では急激に出生数が減少し、母の平均出産年齢は全国と比較して高くなっています。このような状況から、保護者ならびに妊産婦、成育過程にある子どもを取り巻く環境が変化し、次に掲げる課題があります。（図表2-4-4-2～図表2-4-4-4）

図表2-4-4-2 神奈川県の出生者数の推移



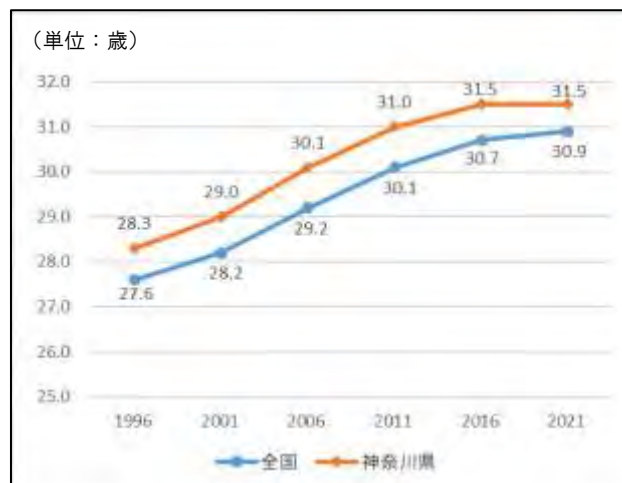
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-3 母の平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表2-4-4-4 母の第1子平均出産年齢(全国との比較)



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 妊産婦の健康管理

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

(3) 不妊症・不育症

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

不育症（※4）の治療が必要になる場合があります。

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

（4）性や妊娠に関する知識

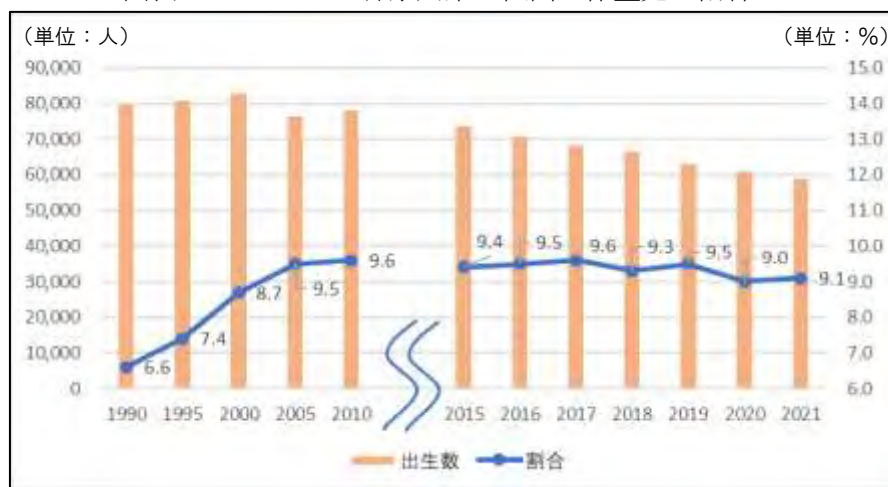
- 10代などの若年世代に関しては、性や妊娠に関する基礎的な知識が欠けている場合があります。誰にも相談できずに飛び込み出産（※5）・墜落出産（※6）に繋がることのないように、相談窓口の整備や普及啓発が重要です。
- 年齢の上昇や婦人科症状（※7）を放置することによって婦人科疾患が悪化した場合に不妊症・不育症のリスクが高くなります。望んだ時期に妊娠・出産ができるようにライフプランの形成や適切な相談・受診行動への支援が必要です。

（5）医療的ケア児・小児慢性特定疾病病児等の長期療養児・低出生体重児

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

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

図表2-4-4-5 神奈川県の高出生体重児の割合



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

（6）乳幼児の障がい・疾病の発生予防・早期発見と健康管理

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

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

(7) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理

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

意見No.32

(8) 児童虐待予防

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

意見No.35

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

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

(1) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の充実

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

のスキルの向上に寄与します。

(2) 不妊症・不育症への支援の充実

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

(3) 性と健康の相談センター等での相談支援・普及啓発の充実

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

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

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

(5) 乳幼児の障がい・疾病の発生予防のための検査体制の整備

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

(6) 妊産婦及び乳幼児における口腔の健康管理の促進

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

意見No.32・33・34

フケア技術や知識の普及を図ります。

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

(7) 児童虐待予防に係る体制整備

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

■用語解説

※1 子育て世代包括支援センター

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

※2 産後うつ病

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

※3 不妊症

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

※4 不育症

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

※5 飛び込み出産

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

※6 墜落出産

陣痛や破水後に急速に分娩が進行し、自宅や外で出産に至ってしまうこと。

※7 婦人科症状

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

※8 医療的ケア児

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

※9 小児慢性特定疾病児

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

※10 低出生体重児

出生体重が2,500g未満で出生した児のこと。

※11 プレコンセプションケア

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

※12 性と健康の相談センター

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

※13 ピアサポート

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

※14 かながわりトルベビーハンドブック

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

※15 新生児マススクリーニング検査（先天性代謝異常等検査）

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

※16 新生児聴覚スクリーニング検査

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

※17 屈折検査機器

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

=====

第4節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者

1 現状・課題

【現状】

(1) 歯科医師

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

(2) 薬剤師

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

(3) その他の医療・介護従事者

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

【課題】

(1) 歯科医師

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

(2) 薬剤師

- ・県内の現在の薬剤師の偏在状況を評価するために各地域の薬剤師の就労状況の実態を把握し、薬剤師の確保施策等を検討する必要があります。
- ・入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識及び専門性の向上が必要です。

(3) その他の医療・介護従事者

- ・急速な高齢化に伴う保健・医療・福祉サービスの需要の増加に対処していくため、人材の計画的な養成・確保・定着に加え資質・専門性の向上を図ることが必要です。
- ・居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が必要です。
- ・地域における在宅歯科医療の口腔ケアの充実のため、歯科衛生士の養成確保を支援していく必要があります。
- ・結婚や出産を機に離職する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

(1) 歯科医師

- 県内の人口10万人あたりの歯科診療所数は54.0施設で、全国平均の54.2施設を下回っており、歯科医師数についても82.3人で全国平均の85.2人を下回っています（図表2-5-4-1、2-5-4-2）。
- 訪問歯科診療を実施している歯科診療所の県内の人口10万人あたりの施設数は15.3施設で、全国平均の17.1施設を下回っています（図表2-5-4-3）。
- 県では、高齢化に伴い増加が見込まれる在宅療養患者等の訪問歯科診療に対応するため、在宅歯科医療連携室の設置により、在宅歯科提供体制の充実に取り組んでいます。
- 今後、高齢化に伴い需要が予想される在宅医療における、誤嚥性肺炎等の予防、口から食べることによる生活の質の確保などのため、歯科医師や歯科衛生士による歯科医療や、口腔ケア等の提供体制の充実を図る必要があります。
- フレイルから続く要介護状態に陥ることなく、健康で自立した生活を長く保つために、オーラルフレイル（心身の機能の低下につながる口腔機能の虚弱な状態）に対応

できる歯科医師が求められています。

図表 2-5-4-1 歯科診療所数

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

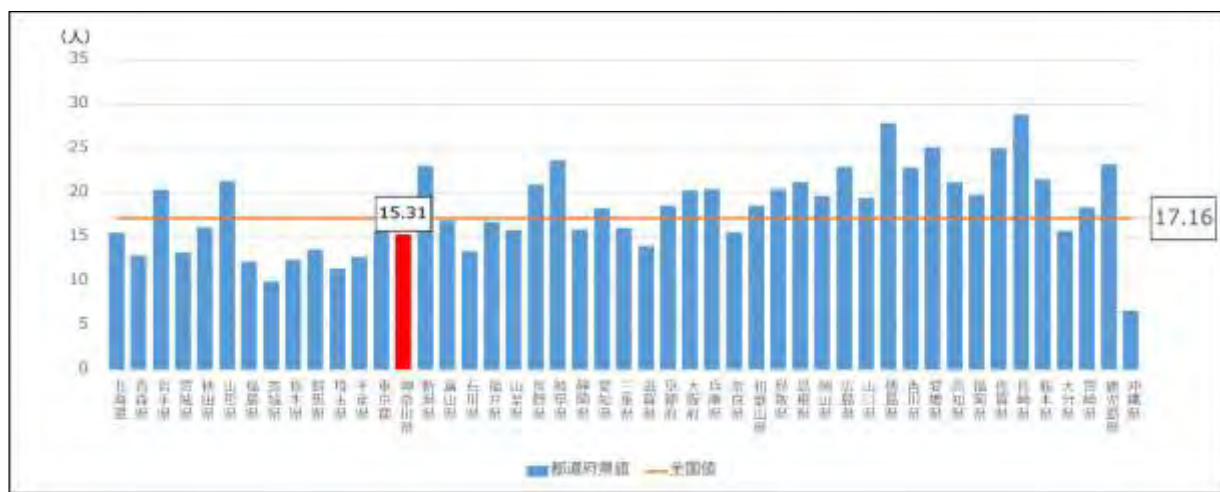
(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

図表 2-5-4-2 歯科医師数

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

(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

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



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和 3 年)

(2) 薬剤師

ア 薬剤師数について

(ア) 県内の薬剤師数の状況

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

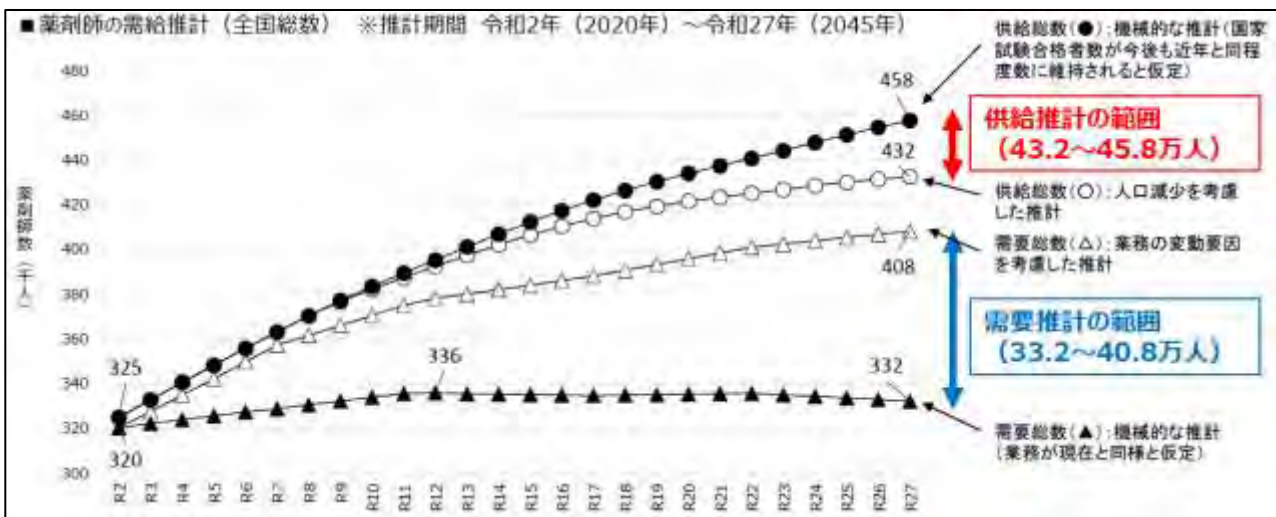
図表 2-5-4-4 薬剤師数

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

(出典) 厚生労働省「医薬・歯科医師・薬剤師統計」

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

図表 2-5-4-5 薬剤師の需給推計（全国総数）



(出典) 厚生労働省「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」

(イ) 県内の薬剤師の業態や地域における偏在

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

図表 2-5-4-6 薬剤師偏在指標と薬剤師多数・少数区域の設定について

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

- *1 薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率
1.0 未満の場合、需要が供給を上回っている状態
- *2 薬剤師多数区域を「多」、薬剤師少数区域を「少」と記載
少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.85、医療圏別 0.74（令和 5 年）
- *3 薬剤師確保計画ガイドラインにおける目標年次（令和 18 年）での推計
少数区域の基準となる薬剤師偏在指標は、都道府県別 0.80、医療圏別 0.77（令和 18 年）

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

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

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

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

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

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

（出典）厚生労働省「薬剤師確保計画ガイドライン」

(ウ) 薬剤師確保についての検討

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

イ 薬剤師の養成

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

(3) その他の医療・介護従事者

- 県立保健福祉大学において地域の保健・医療・福祉を支える質の高い人材の養成に取り組んでいます。
- 専門領域の人材育成や、職域の拡大に対応した現任者教育を行っています。
- 急速な高齢化に伴う保健・医療・福祉サービスの需要の増加に対処していくため、人材の計画的な養成・確保・定着を図ることが必要です。
- 県における介護人材に係る需給推計では、令和7（2025）年度は、約17万人の需要に対して供給が約15.4万人となり、約1.6万人の不足が生じる見込みですが、令和22（2040）年度には、さらなる人材確保対策を講じなければ、約20.3万人の需要に対して供給が約15.7万人となり、約4.6万人の差が生じる見通しとなっています。この差を解消するため、人材確保に係る具体的な方策をさらに講じていく必要があります（出典：厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について（令和3年7月9日）」）。
- 介護従事者等は、今後、高齢者や要介護者が増加する中、心身の状況等に応じた適切なサービスを提供できるよう、安定的な人材の確保と資質・専門性の向上が求められます。
- 介護従事者等については、多様化・複合化するニーズに対応するため、人材養成による量的確保とともに、資質や専門性の向上、現任者に対する教育を充実する取組が必要です。

- 理学療法士等の資質の向上及び人材の確保・定着を図るため、理学療法士等修学資金の貸付を行っています。
- 歯科衛生士は、全国的に人手不足の状況であり、特に県は1施設あたりの歯科衛生士数が全国平均を下回っています。(図表2-5-4-9)

図表2-5-4-9 1施設あたりの歯科衛生士数

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

(出典) (歯科診療所数) 厚生労働省「医療施設動態調査(令和3年)」

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

- 在宅医療を推進するにあたり、居宅療養管理指導などの実施が可能な歯科衛生士の質・量の確保が重要です。
- 地域における在宅歯科医療の口腔ケアの充実のため、歯科衛生士の養成確保を支援していく必要があります。
- 結婚や出産を機に離職する歯科衛生士が多数おり、有資格者の半数近くは就業していないため、復職支援を行う必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向(最終目標)>

今後の高齢化により生じる多様なニーズに対応できる人材が確保、養成されている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆**歯科医師**

- ・在宅歯科医療やオーラルフレイル対策に係る歯科医師向け研修の実施

◆**薬剤師**

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

◆**その他の医療・介護従事者**

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

(1) 歯科医師

- 県は、在宅歯科医療地域連携室を設置し、医科や介護との連携の相談、在宅歯科医療に係る研修等を行うなど、地域の在宅歯科医療を担う歯科医師を支援します。
- 県は、オーラルフレイル対策に係る研修を実施します。

(2) 薬剤師

ア 薬剤師の確保について

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

イ 薬剤師の養成について

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

(3) その他の医療・介護従事者

ア 人材の養成・確保・定着の促進

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

イ 人材の現任者教育の充実と専門性の向上

- 県は、実践教育センターなどにおける現任者教育・研修を通じて、保健・医療・福祉人材の資質向上を図ります。
- 県立保健福祉大学は、施設や機能の活用により、地域社会への貢献の充実を図ります。
- 県は、介護支援専門員をはじめ介護従事者等の人材養成による量的確保とともに、資質と専門性を高めるため、研修実施機関の連携による研修受講環境等の向上、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。
- 県は、修学資金の貸付を通して、理学療法士等の確保・定着を推進します。
- 県及び医療機関・医療関係者は、学生及び現任者に対し、研修の実施を通じて、在宅歯科医療に対応できる歯科衛生士の育成を支援します。
- 県及び医療機関・医療関係者は、離職期間における技術力の低下が歯科衛生士の復職の阻害要因となっているため、歯科医療に関する最新の知識や手技を習得する機会を提供することで、復職を支援します。

■用語解説

※1 薬剤師偏在指標

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

※2 かかりつけ薬剤師・薬局

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

※3 患者のための薬局ビジョン

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

第4節 歯科医療機関の役割

1 現状・課題

【現状】

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

【課題】

- ・障がい児者、要介護者の口腔ケアを含む在宅歯科医療の必要性も高まっており、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。

(1) 全てのライフステージ

- 県民が生涯にわたり生活の質の向上を図るために重要な、良質かつ適切な歯科医療の提供及び「食べる」「話す」などの口腔機能の維持・向上に歯科医療機関は努める必要があります。
- 地域包括ケアシステム推進のため、保健・医療・福祉等の多職種連携による、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケア等が必要です。

(2) 在宅歯科医療における役割

- 在宅医療に関する知識や経験がない患者や家族が在宅歯科医療を選択できないケースがあり、患者・家族の不安や負担の軽減のためには、身近に相談できる体制が必要です。
- 厚生労働省「医療施設調査」によると、県内の人口10万人あたりの歯科訪問サービスを実施している歯科診療所の施設数は、15.4施設で全国平均の18.6施設を下回っており、訪問歯科診療などの歯科訪問サービスが受けられる体制を整備していくことが必要です。
- 誤嚥性肺炎予防や口から食べるという生活の質の向上を図るうえで、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション、難病患者や障がい児者、要介護者の在宅歯科医療及び医科や介護との連携体制の強化が必要です。

2 施策の方向性

<目指す方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆全てのライフステージ

- ・ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケアの提供を促進
- ・一般の歯科医療機関では治療が困難な障がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を確保

◆在宅歯科医療における役割

- ・医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備を推進
- ・人材育成を行い、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を確保

- (1) 全てのライフステージ（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）
- 良質かつ適切な歯科医療及び口腔機能の維持・向上を行うとともに、県、市町村、関係団体及び機関が連携し、8020 運動（※1）などの地域の普及活動とも連携した生涯にわたる県民の歯と口腔の健康づくりの取組を推進します。
 - 保健・医療・福祉等との多職種連携により、ライフステージや全身の健康状態に応じた継続的な歯科医療及び口腔ケアの提供ならびに県や市町村が実施する歯科保健医療施策への協力を促進し、県民の健康の保持増進を図ります。
 - 地域で療養する患者（要介護者及び障がい児者等）の歯科医療及び口腔ケアニーズに対応できるよう、医療及び福祉分野との情報共有及び連携強化を図ります。
 - 一般の歯科医療機関では治療が困難な障がい児者及び要介護者の歯科治療について、高次歯科医療機関において提供する体制を、県、市町村、関係団体及び機関と連携し、確保します。

(2) 在宅歯科医療における役割（県、市町村、歯科医療機関、関係団体、関係機関）

- 県は、市町村、関係団体と連携して在宅歯科医療に対応できる歯科医療機関を確保し、情報提供を行います。 意見No.31
- 県は、市町村、関係団体及び機関と連携して、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ歯科医」を持つことの普及啓発に取り組むほか、在宅歯科医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の不安や負担軽減に向けた取組を推進します。
- 県は、市町村、関係団体及び機関と共に、医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種における口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。
- 県は、在宅歯科医療の需要の増加に対応するため、在宅歯科医療を担う歯科医療従事者を十分確保する必要があることから、在宅歯科医療を担う歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の人材確保・育成を行います。 意見No.39

=====
■用語解説

※1 8020（はちまるにいまる）運動

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

=====

第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、 かかりつけ薬剤師・薬局の普及

1 現状・課題



(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及啓発について

- 限りある医療資源の有効活用及び患者一人ひとりに適切な医療サービスを提供するため、日頃から身近なところで健康管理を行う「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」(※1、2)の普及が必要ですが、第7回日本の医療に関する調査(日本医師会総合政策研究機構 令和2年7月)によると、「かかりつけ医がいる」と答えた国民は全体の5割強ほどでした。
- また、同調査によると、「かかりつけ医がない」者について、その理由は「あまり病気になるので必要ないから」が7割程度となっている一方、「どのような医師がかかりつけ医に適しているか分からない」が2割弱、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足しているから」が2割弱、「探す方法が分からない」が1割強となっていることから、積極的な周知が必要です。
- かかりつけ医等の普及啓発の遅れは、医療現場へ様々な影響を及ぼしています。

ア 救急医療への影響

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

軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(中等症から重篤まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。【再掲】

イ 重複受診への影響

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

- 上記ア・イの状況を解消するためにも、医療機関及び専門医とかかりつけ医の適切な役割分担を進め、初期医療や在宅医療を担う「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を定着させる必要があります。

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

(2) かかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発について

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

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

(出典) 県薬務課調べ

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

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

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

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆普及啓発に関する取組

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

◆かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

- ・「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」の育成に向けた、教育の機会の確保

◆かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

- ・「患者のための薬局ビジョン」に則した取組により、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及・定着

(1) 普及啓発に関する取組

- 令和5年度までは県が「かながわ医療情報検索サービス」によって県民に医療提供施設の医療・薬局情報公表していましたが、令和6年度からは国が運営する「医療情報ネット」へ移行することとなりました。【再掲】
- 県は、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性について、広域的な普及啓発を行うとともに、「医療情報ネット」の周知により、県民の医療機関の適切な選択に資するよう努めます。
- 医療機関・医療関係者は、かかりつけ医機能の充実・強化を目指した日本医師会かかりつけ医機能研修制度へ参加します。
- 県及び市町村は、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関・薬局の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーション（※5）の大切さを認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 県は、かかりつけ医機能等に関連した新たな国施策について、必要な情報収集や適切な対応を行います。

(2) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の育成に関する取組

- 在宅医療トレーニングセンターなどでの研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、かかりつけ医として地域の診療体制を担う医師を育成します。

(3) かかりつけ薬剤師・薬局に関する取組

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

■用語解説

※1 かかりつけ医の定義

何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会）

※2 かかりつけ歯科医の定義

「患者さんのライフサイクル」に沿って、継続的に口と歯に関する保健・医療・介護・福祉を提供し、地域に密着したいくつかの必要な役割を果たすことができる歯科医師（日本歯科医師会）

※3 かかりつけ薬剤師・薬局の定義

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

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

※4 「健康サポート薬局」「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」制度

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

・健康サポート薬局

：地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局

・地域連携薬局

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

・専門医療機関連携薬局

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

※5 セルフメディケーション

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

※6 患者のための薬局ビジョン

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

【かかりつけ薬剤師・薬局の機能】

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

※④⑤は患者等のニーズに応じて充実・強化する機能

=====

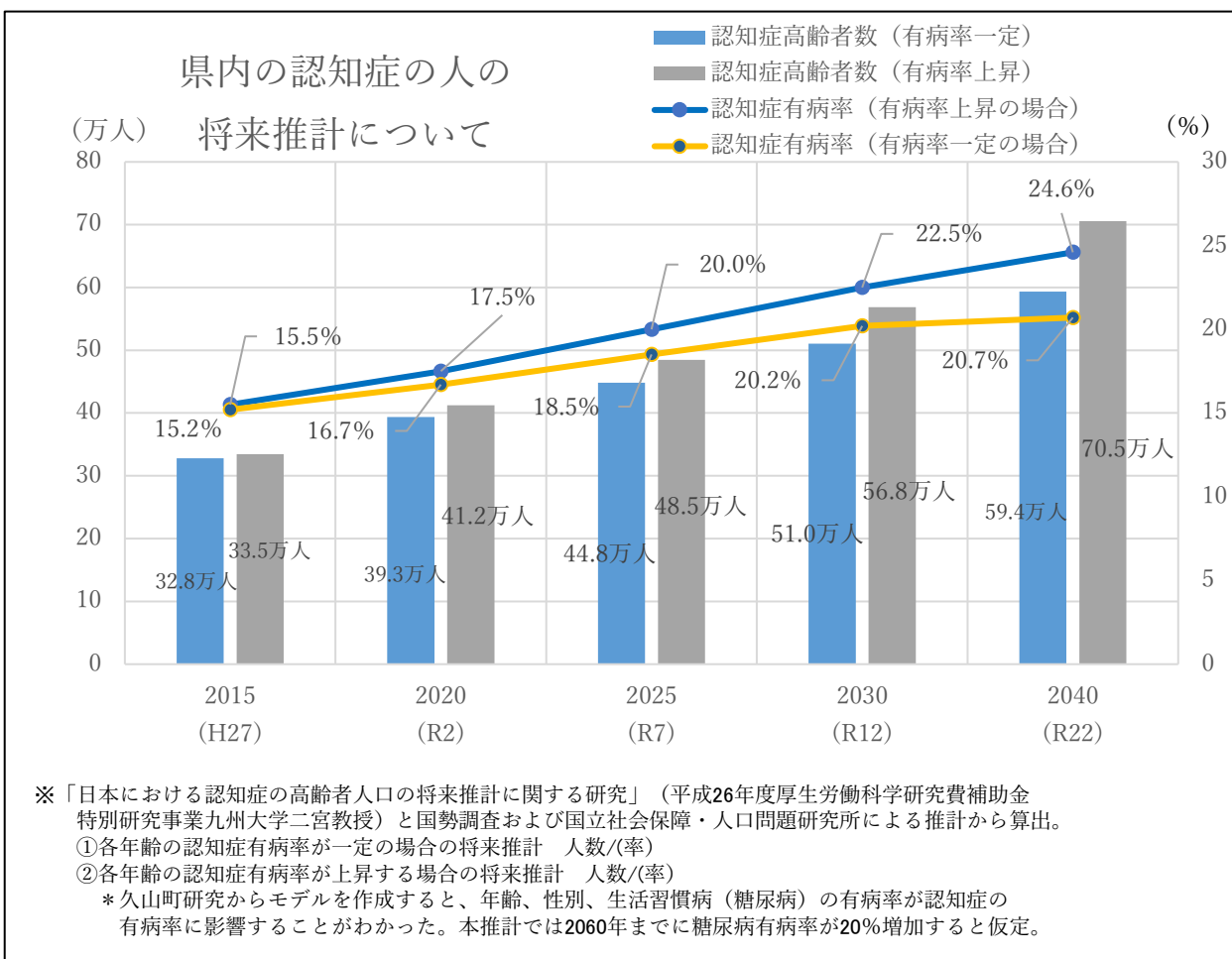
第8章 個別の疾病対策等

第1節 認知症施策

1 現状・課題

【現状】

- ・認知症の人は、2025年には全国で700万人前後となり、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になると見込まれています。その後も高齢者の増加に伴い、認知症の人も増加することが見込まれています。



【課題】

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

(1) 認知症とともに生きる社会づくり

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

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

（2）認知症未病対策【再掲】

- 認知症の人は、2025年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い、併せて認知症の人も増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になるといわれています。（資料提供：厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「認知症施策の推進について」）
- 認知症は、健康な状態からすぐに発症するのではなく、時間の経過とともに進行するものであることから、食や運動習慣などの生活改善、いわゆる認知症未病の改善に取り組む必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

認知症とともに生きる社会、共生社会の実現に向けた取組が推進できている

<目標達成に向けた施策の方向性>

- ◆認知症とともに生きる社会づくりの推進
- ◆認知症未病対策の充実

（1）認知症とともに生きる社会づくりの推進

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

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

（2）認知症未病対策の充実

- 認知症及び認知症の人を正しく理解するための普及啓発を行うとともに、科学的知見に基づき、認知症未病改善に効果的な取組として、コグニサイズ（※5）などの普及・定着や、早期発見、早期診断及び早期対応につなげるための取組を進めます。
- 未病指標等を活用し、認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、生活習慣から軽度認知障害の段階における評価や介入等の実証等に関する産学公連携プロジェクトを推進します。

図表 2-8-1-1 認知症の治療を行う医療機関

	横浜	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	合計
病院数	41	9	3	12	12	13	11	12	11	124
診療所数	258	58	57	30	43	50	35	34	29	594

(出典) かながわ医療情報検索サービス (令和5年7月24日時点)

■用語解説

※1 認知症疾患医療センター

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

※2 認知症初期集中支援チーム

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

※3 認知症地域支援推進員

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

※4 若年性認知症支援コーディネーター

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

※5 コグニサイズ

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

=====