

神奈川県  
医療のグランドデザイン

平成24年5月  
神奈川県



## はじめに

わが国では、1961（昭和36）年に国民皆保険体制が確立し、国民の医療・福祉や、衛生環境が向上したことは間違いありません。

しかし、地域医療の状況は刻々と変化しています。本県と他の地域を比べてみても、また県内であっても、それぞれの地域によって医療体制の事情は異なります。

また、本県の医療の現状は、必ずしも楽観できるものではありません。近年、救急医療や周産期医療などの面で、受入医療機関や医療を支える人材不足、勤務環境の悪化などによって、地域医療に支障が生じています。また、全国をはるかに上回る速さで高齢化が進行していくため、高齢者の医療の需要が高まるとともに、今後の医療人材の不足が危惧されています。

私は、県民が生きている喜びを実感し、生まれてよかった、長生きしてよかったと思え、人やものをひきつけるマグネット力を持ち、住んでみたい、何度も訪れてみたいと思う魅力あふれる「いのち輝くマグネット神奈川」の実現を目指しております。

それを具体化するための本県の医療施策の基本理念として「神奈川県医療のグランドデザイン」を策定いたしました。この「神奈川県医療のグランドデザイン」は、今後10年先を見据えて本県の医療の現状を県民・患者の立場からも見直し、本県医療のあるべき姿、現在の課題解決の方向性を示すものであります。

策定に先立ちましては、平成23年8月に「医療のグランドデザイン策定プロジェクトチーム」（委員長：大道久日本大学医学部客員教授）を設置してご検討いただき、平成24年3月に最終報告書をご提出いただきました。今回の策定は、最終報告書の内容を受け、神奈川県として取りまとめたものです。

策定に当たりまして、ご尽力いただきました関係者各位に改めてお礼申し上げますとともに、貴重なご意見をいただきました多くの県民の皆様に深く感謝いたします。

平成24年 5月

神奈川県知事 黒岩祐治

# 目次

1	策定に当たって		
(1)	策定の趣旨	.....	1
(2)	医療のグランドデザインとは	.....	2
	ア 性格	.....	2
	イ 役割	.....	2
(3)	検討の視点	.....	2
2	神奈川県が目指すべき医療の姿	.....	3
(1)	根本理念	.....	3
(2)	目指すべき医療の姿	.....	3
	視点1 地域に根ざした医療	.....	3
	視点2 開かれた医療と透明性の確保	.....	4
	視点3 病気にならない取組みの推進	.....	4
3	目指すべき姿の実現に向けて推進する取組み		
(1)	地域に根ざした医療		
	ア 効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築		
	(ア) 救急医療の充実	.....	5
	(イ) 医療資源の適正配置・地域偏在是正	.....	9
	(ウ) 医療と介護の連携・在宅医療の推進	.....	13
	(エ) 災害時医療体制の整備	.....	17
	イ 連携・協働・自律の医療の推進		
	(ア) 医師の養成・確保	.....	20
	(イ) 看護師等医療人材の養成・確保	.....	24
	(ウ) 職種間連携、職域拡大、チーム医療推進	.....	26
	(エ) 県民の医療に対する理解と参画の促進	.....	28
(2)	開かれた医療と透明性の確保		
	ア ICTを活用した医療情報の医療提供施設・患者間の 共有とセルフケアの推進	.....	30
	イ 西洋医学と東洋医学の連携などによる 治療の選択肢の多様化	.....	33
(3)	病気にならない取組みの推進		
	ア 未病を治す取組み	.....	35
	イ 予防接種の促進	.....	36
	ウ がんなどの予防を目指したたばこ対策の推進	.....	37

(資料)

・ 神奈川県医療の現状	・・・・・・・・	41
・ 用語集	・・・・・・・・	46

※ 本文中の語句の右肩に数字を付したものは、巻末の用語集に記載。  
(例：周産期<sup>1)</sup>)

## 1 策定に当たって

### (1) 策定の趣旨

神奈川県は、国民皆保険のもと、保健医療計画の「県民が、いつでも、どこでも、誰でも等しく良質かつ適切な保健医療サービスを受けられる」という基本原則に基づいて医療体制の整備に取り組んできており、関係者の努力により一定の医療水準が築きあげられています。

しかし、これまでの医療施策は、医療を提供する側を中心に組み立てられてきました。医療は受け手である患者、家族や県民が納得できるものでなければなりません。

また、近年、医療の高度化と医療需要の多様化が進む中で、医療人材の不足などから、県内でも、救急医療や周産期<sup>1)</sup>医療などに支障が生じています。

本県では、15歳未満の年少人口は減少を続けていますが、一方、65歳以上の高齢者は平成22年現在182万人から平成32年には235万人に増加することが見込まれていて、急速なスピードで高齢化が進展していきます。

高齢化の進展とともに、悪性新生物や生活習慣病による死亡率が増加を続けています。今後の高齢者の急増に対応して、既存の取組みに加えて、病気にならないための更なる取組みを推進するとともに、医療サービスの提供（受益）と負担の関係についても目を向け、切れ目のない医療・介護体制の整備、医療人材の養成を行うことや、将来を担う小児の健康保持が喫緊の課題です。

医療は、患者と医療提供者の信頼関係を基本に成り立つものであり、県民、患者に選択に必要な情報が提供されることが必要です。これまで、診療の場ではインフォームド・コンセント<sup>2)</sup>の普及、カルテ等の診療情報の開示やセカンドオピニオン<sup>3)</sup>が推進されてきていますが、なお、患者と提供側の情報には大きな格差があります。患者が自己の診療情報を医療提供施設と共有し、信頼関係のもとで、治療を選択・決定できる環境づくりを進めていくことも課題です。

さらに、県民一人ひとりが納得できる医療を受け、「いのち」を輝かせるためには、自分がどのように生き、どのように最期を迎えるかというそれぞれの「死生観」が尊重され、家族や医療関係者を含めて共有されることが是非とも必要です。

こうした課題を踏まえて、今後10年程度先を見据え、本県の医療の現状を県民、患者の立場からも見直し、本県医療のあるべき姿、現在の課題解決の方向性を示すため、医療のグランドデザインを策定することとしました。

策定に当たり外部有識者の意見を聴くため、平成23年8月に「医療のグランドデザイン策定プロジェクトチーム」（委員長：大道久日本大学医学部客員教授）を設置して検討が進められ、平成24年3月に最終報告書が県に提出されました。この最終報告書を受け、神奈川県として、今後取り組むべき事項を整理し、「医療のグランドデザイン」としてここにまとめました。

## (2) 医療のグランドデザインとは

### ア 性格

医療のグランドデザインは、今後急速に進展する高齢化に対応し、「いのち輝くマグネット神奈川」を具体化する本県の医療施策推進の根本理念です。また、理念にとどまらず、現実の課題解決の方向性を示すものです。

### イ 役割

医療のグランドデザインは、今後10年程度先を見据えた本県の課題解決の方向性・取組みを示すものです。なお、向こう5年以内の取組みについては、次期保健医療計画（計画期間：平成25～29年度）に反映し、具体化していきます。

## (3) 検討の視点

次に示す3つの視点に基づき、目指すべき医療の姿を検討します。

### 視点1 地域に根ざした医療

【目的】二次保健医療圏（※）内で完結する医療を目指します。

【取組みの方向性】効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築  
連携・協働・自律の医療の推進

### 視点2 開かれた医療と透明性の確保

【目的】県民が多様な医療を自ら選択できる環境をつくります。

【取組みの方向性】医療情報のオープン化・共有化  
治療の選択肢の多様化

### 視点3 病気にならない取組みの推進

【目的】県民ができるだけ病気にならない環境をつくります。

【取組みの方向性】健康寿命の延伸

※保健医療圏…総合的な保健医療体制を整備するための地域的単位のこと、一次、二次、三次の保健医療圏を設定しています。「一次保健医療圏」は初期医療を提供していくための最も基礎的な地域単位であり、市区町村を区域としています。「二次保健医療圏」は、一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取組みを行うために市区町村域を超えて設定する圏域のことです。「三次保健医療圏」は、高度・特殊な専門的医療や広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために設ける圏域で、県全域を範囲としています。

## 2 神奈川県が目指すべき医療の姿

### (1) 根本理念

本県の医療施策推進の根本理念を、「医療の先進県・マグネットかながわ」としました。その根本理念に立ち、3つの検討の視点に基づく取組みを進めることで、「県民・患者が納得する医療」及び「県民の健康維持・増進」を実現していきます。

#### 医療の先進県・マグネットかながわ

医療の先進県として、住民や医療従事者を引きつけ、相互に理解し、みんなでつなぐ、「いのち」輝く神奈川県

### (2) 目指すべき医療の姿

#### 視点1 地域に根ざした医療

##### **取組みの方向性：効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築**

- 県内どこに住んでいても、軽症から重症まで状態に応じた医療を、できるだけ身近で受けられます
- 周産期<sup>1)</sup>医療、小児医療が整えられ、子どもを産み、育てやすいと実感できます
- 在宅を中心に医療や介護サービスが包括的に提供され、安心して暮らせます
- 救急救命や延命治療の場面で、自己の意思が尊重された医療が受けられます
- 災害時医療体制の機能強化を図り、災害状況に応じた対応ができるように備えます

##### **取組みの方向性：連携・協働・自律の医療の推進**

- 医療の高度化や需要増に対応できるだけの医師、歯科医師、薬剤師、看護師などの医療従事者が確保されます
- 多職種の医療従事者が連携・協働し、質の高いチーム医療を提供します
- 医師以外の医療従事者も、高い専門性を発揮した医療（自律の医療）を行います
- 多様な医療情報や治療の選択肢が県民に提供されます
- 県民が、いのちや健康、医療について考え、疾病管理の重要性を認識し、主体的に病気の悪化や再発の予防に取り組みます
- 県民に対して適正受診への啓発を図ることにより、不要不急の受診が抑えられ、必要な患者へ適切な医療サービスが提供されます

## 視点2 開かれた医療と透明性の確保

### 取組みの方向性：医療情報のオープン化・共有化、治療の選択肢の多様化

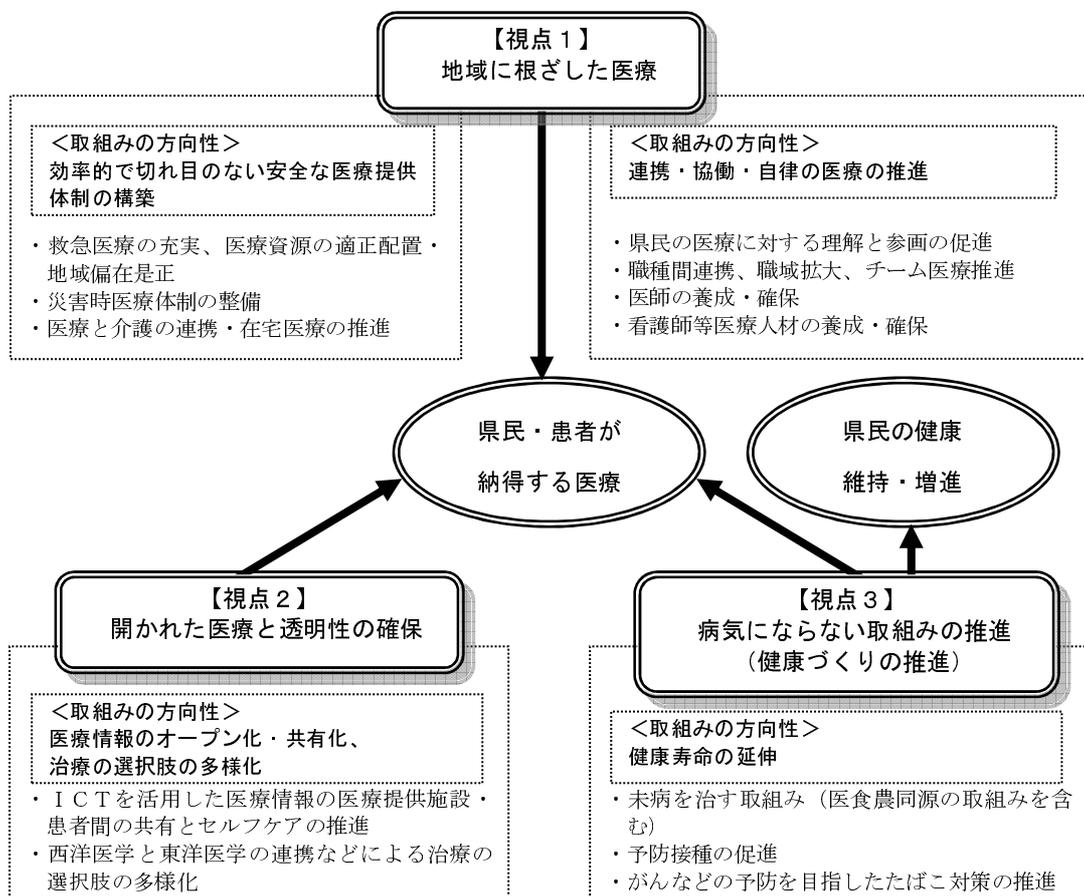
- 医療情報が患者と医療提供施設とで共有され、病診連携や在宅などで活用でき、自己の医療に患者が主体的に関わります
- 医療情報のオープン化・共有化によって一貫した医療が可能となり、患者がいわゆるセルフケアに取り組めます
- 健康増進、治療、終末期ケアなどの領域で、西洋医学や、漢方をはじめとした東洋医学など、多様な選択ができます

## 視点3 病気にならない取組みの推進

### 取組みの方向性：健康寿命の延伸

- 県民一人ひとりが、病気にならないよう、主体的に健康づくりに取り組みます
- 医食農同源<sup>4)</sup>の取組みや食生活の改善により、高齢になっても元気で健康に暮らせます
- 予防接種率を向上させ、ワクチンで防ぐことができる病気を予防し、子どもたちを健康に育てます
- たばこによるがんなどの健康への影響を防ぎ、健康で元気に生活できます

神奈川県が目指すべき医療の姿（イメージ図）



### 3 目指すべき姿の実現に向けて推進する取組み

#### (1) 地域に根ざした医療

##### ア 効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築

###### (ア) 救急医療の充実

###### ① 背景・現状

本県では、従来から、患者の病状に応じた適切な医療が受けられるよう、初期、二次、三次の救急医療体制<sup>5)</sup>の整備を進め、救急患者の円滑な受入に向けて取り組んできました。

現在、県央二次保健医療圏を除く各二次保健医療圏に三次救急医療機関としての救命救急センター<sup>6)</sup>が整備されていますが、二次救急医療機関は減少傾向にあり、特に県央二次保健医療圏等の一部においては、救急輪番体制の運営も厳しい状況が発生しています。

また、最近では高齢者の救急搬送が増加していますが、高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急へ流入することにより、円滑な救急医療体制の障害となる状況があり、県民意識調査によると、高齢者救急の患者増加による弊害を6割弱の人が認知しています。救急搬送受入に時間を要する事案の増加が見られ、本県では全国水準よりも受入に多くの時間がかかっています。

さらに、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入先を容易に見つけられない現状があります。

###### ② 課題

二次保健医療圏ごとに見ると、横須賀・三浦二次保健医療圏では周産期<sup>1)</sup>救急、県央二次保健医療圏では二次救急や三次救急の拠点整備、県西二次保健医療圏では初期救急の救急医療提供体制の再構築が課題となっています。同時に、軽症患者の二次・三次医療機関への流入を抑制するための取組みや、搬送困難事案の解消と救命率の向上への取組みが必要です。

また、周産期救急においては、NICU（新生児集中治療室：Neonatal Intensive Care Unit）の不足と長期滞留の改善など、周産期患者を円滑に受け入れるしくみの整備が課題となっています。

さらに、小児救急については、地域の実情に応じ、集約化のデメリットにも配慮しつつ、拠点的医療機関を整備する必要があります。

併せて、精神疾患と身体疾患の両方に対応できる受け皿となる医療機関の整備が必要です。

高齢者救急については、高齢者の救急搬送の増加が一般救急に影響を

及ぼしている実態を踏まえて、対応策を検討していく必要があります。

なお、救急医療体制においては、亜急性期病床<sup>7)</sup>の整備などにより、急性期医療から慢性期医療への円滑な移行（いわゆる「出口問題」）を進めることも課題となっています。

### ③ 方向性・取組み

#### (二次保健医療圏ごとの重点的な取組み)

二次保健医療圏ごとの医療資源の配置実態を把握したうえで、必要な医療人材の養成・確保に取り組むとともに、医療に係る関係機関や隣接都県との連携強化を意識しながら、現にある医療資源を適切に維持・強化していきます。

その上で、二次保健医療圏ごとに拠点整備や医療提供体制の再構築の方策を検討していきます。

#### (軽症患者の流入抑制の取組み)

軽症患者の安易な時間外受診を抑制するための啓発や、健康相談窓口（コールセンター）の設置による相談とトリアージ<sup>8)</sup>を行う体制整備に取り組めます。

#### (救命率向上の取組み)

搬送困難事案の解消に向けて、搬送受入基準の的確な運用をはじめとする医療機関と救急隊との連携強化や後方支援病院の充実に取り組めます。併せて、医師による救急隊への「指示、指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制<sup>9)</sup>の更なる充実にも取り組めます。

さらに、ドクターヘリ<sup>10)</sup>の運航時間の延長とともにドクターカー<sup>11)</sup>の導入促進など、救命率向上のための事業を進めていきます。

#### (周産期救急の取組み)

周産期救急については、NICUの整備など設備面の取組みを進めるとともに、急性期を過ぎた患者の支援病院や後方支援施設への移行の円滑化など、周産期救急医療体制の改善を進めていきます。

#### (小児救急の取組み)

小児救急については、我が国における乳幼児の死亡率が不慮の事故等により他の先進国より高いことを踏まえ、事故防止の周知・啓発を進めるとともに、PICU（小児集中治療室：Pediatric Intensive Care Unit）を含めた「小児救命救急センター」などの拠点整備や、

ドクターヘリやドクターカーの小児救急への活用促進に取り組みます。

(精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組み)

精神疾患と身体疾患を合併する救急患者を円滑に受け入れるための広域的な仕組みづくりに取り組みます。また、身近な地域においても、既存の医療資源との連携により、精神疾患及び身体疾患が軽症の救急患者への対応が可能となるようにしていきます。

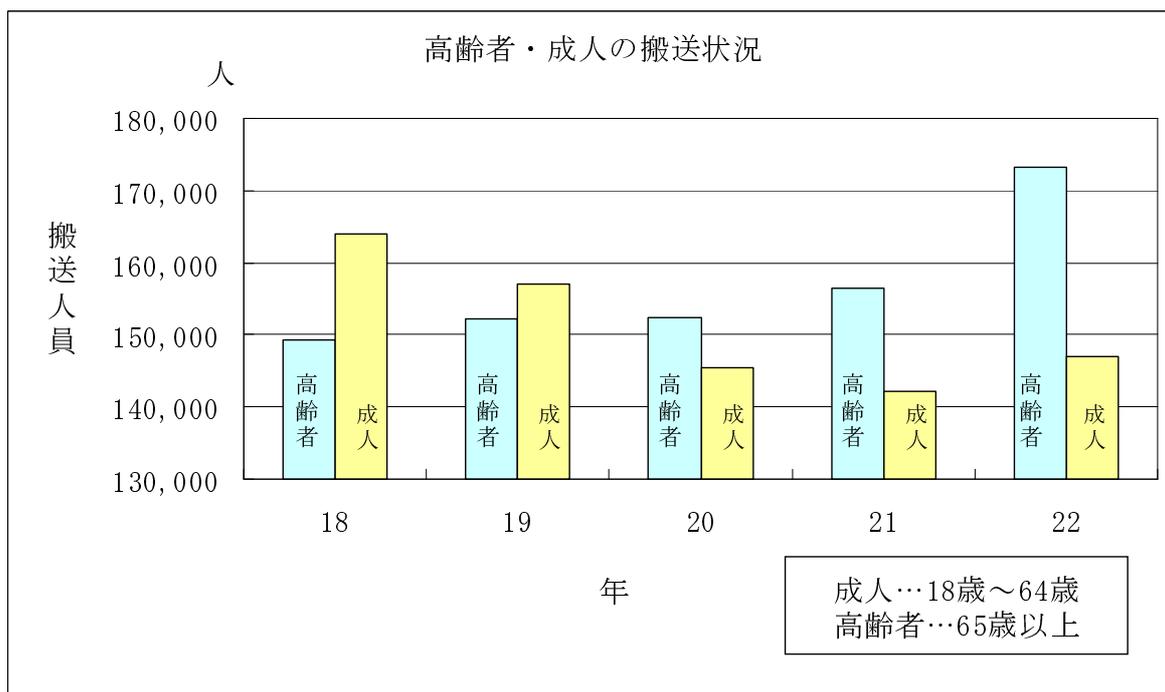
(高齢者救急の取組み)

高齢者救急については、「出口問題」に対応するため、後方支援病床としての介護老人保健施設や有床診療所の有効活用に取り組み、急性期や亜急性期の受け皿となる救急拠点病院の整備等も含めて、救急医療提供体制の円滑化の方策を検討していきます。

また、県民意識調査によると、延命治療の希望の有無に関する意思表示カードがあると良いとの回答が86.8%に上る結果も踏まえ、意思表示カードなど、年齢を問わず救急救命に際して患者本人の意向を反映する方策について議論を深め、県の医療政策への位置づけを検討し、県民の理解を得た上で実施に移していきます。

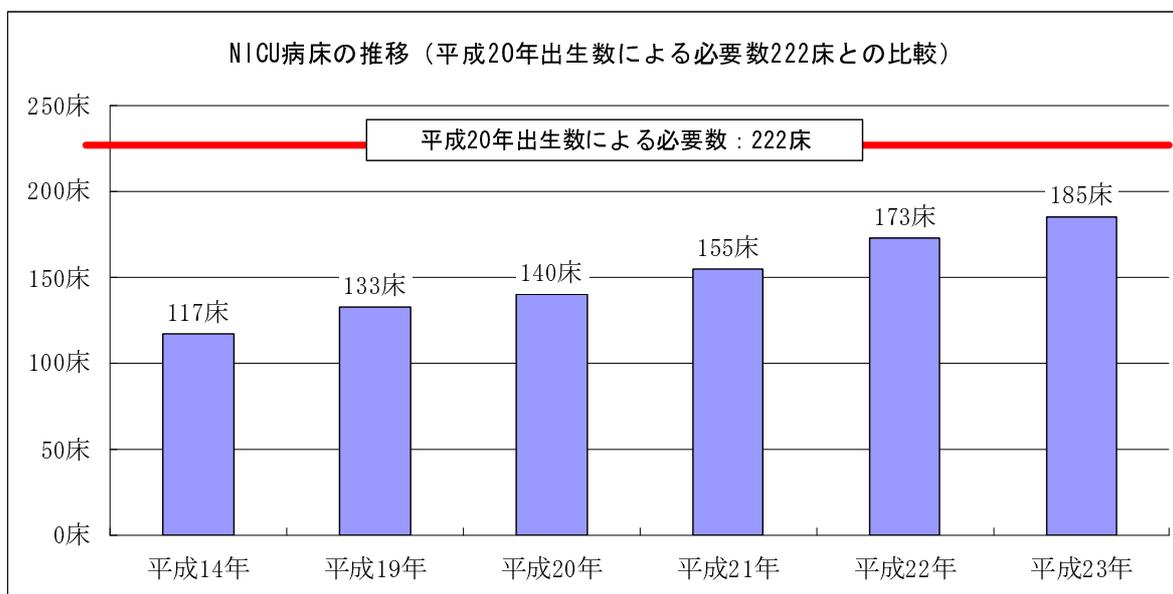
本県の高齢者・成人の搬送状況

(救急・救助の現況（消防の統計）の神奈川県分の基礎データより)



本県のNICU病床の推移（平成20年出生数による必要数222床との比較）

(医療課)



## (イ) 医療資源の適正配置・地域偏在是正

### ① 背景・現状

現行の県保健医療計画では、総合的な保健医療体制を整備するための基本的な地域単位として二次保健医療圏を設定し、その中で、一般的な入院対応や二次救急医療サービスが完結することを目指しています。

しかしながら、現実には、単位人口または単位面積当たりの医師の数や病院・病床数には地域的な偏りがあり、病院の機能や診療科ごとの配置にも地域偏在が見られる状況にあります。特に、県央二次保健医療圏をはじめとして、救急輪番体制（小児・成人）の維持が厳しい地域も見られます。

また、病床については、二次保健医療圏ごとに基準病床数<sup>12)</sup>が設定されており、既存病床数が基準病床数を超えると、医療法の規定により、その二次保健医療圏では病院の新規参入や増床が原則として不可能となっています（いわゆる「病床規制」）。

一方で、二次保健医療圏全体で病床過剰であっても、特定の地域や診療科によっては病床数の不足が生じることもあります。

さらに、公立・公的医療機関<sup>13)</sup>の配置に着目すると、二次保健医療圏によって、その占める割合が大きく異なり、それぞれが担う役割も異なっています。

### ② 課題

身近なところで適切な医療を受けられる体制に向けて、不足する診療科における医師確保に取り組むとともに、各二次保健医療圏の医療資源の配置実態を把握したうえで、医療資源の集約化や病院機能の拠点化を関係者の合意の下に進める必要があります。

県央二次保健医療圏においては、二次救急医療の拠点や救命救急センターの設置、横須賀・三浦二次保健医療圏においては、医療機関の産科の強化を進める必要がありますが、そのような医療資源の不足が深刻な地域については、既存の資源を有効に活用しつつ、救急を含む医療資源の偏在是正に取り組む必要があります。さらに、是正を進めるに当たり、障害となる病床規制のあり方について検討を深める必要があります。

このほか、緩和ケア病棟<sup>14)</sup>を持つ医療機関がない二次保健医療圏が複数存在することも課題と考えられます。

また、医療資源の集約化や病院機能の拠点化を進めるに当たっては、各二次保健医療圏の実情を踏まえて、公立・公的医療機関の役割を方向付ける必要があります。

なお、医療資源の集約化等に伴い、利用者のアクセスが不便になる等のデメリットの発生が懸念され、その回避が課題となります。

### ③ 方向性・取組み

#### (二次保健医療圏ごとの方向性と公立・公的医療機関の役割)

今後は、本県の各二次保健医療圏における医療資源の配置実態を把握したうえで、特に今後集約化や拠点化が求められる分野を整理し、その中で、それぞれの二次保健医療圏における公立・公的医療機関の役割について方向性を示していきます。

その際、二次保健医療圏ごとの課題を踏まえ、救急を含む医療資源の偏在是正に取り組めます。また、そのような取組みに当たっては、具体的に当該二次保健医療圏の既存の公立・公的医療機関の果たすべき役割を検証したうえで、各二次保健医療圏における医療提供体制の再構築の方策を検討していきます。

#### (二次保健医療圏のあり方の検討)

周産期救急や精神科救急などについては二次保健医療圏を越えたより広域的な対応を行っていますが、国の「税と社会保障の一体改革」等の動向も踏まえた長期的な視野を持ちながら、二次保健医療圏のあり方や配置について検討していきます。

#### (病床規制への対応)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築、地域偏在の是正に取り組む際に、全国一律の病床規制が支障となるときは、県が独自性を発揮して規制の柔軟な運用を図っていきます。

#### (地域医療の連携の視点)

地域偏在の是正に当たっては、診療科間の連携にも配慮するとともに、高齢社会における医療と介護の連携や、在宅医療の推進という視点からも医療資源の適正配置に取り組めます。

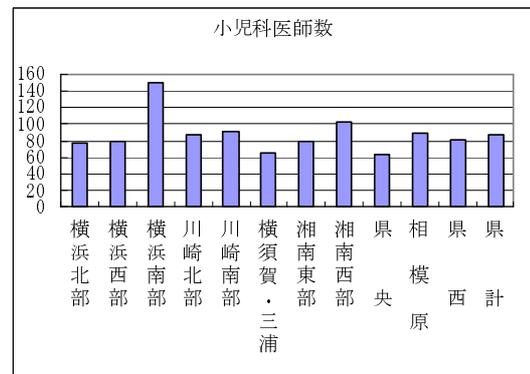
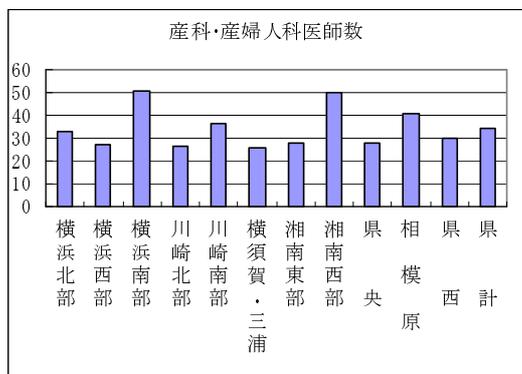
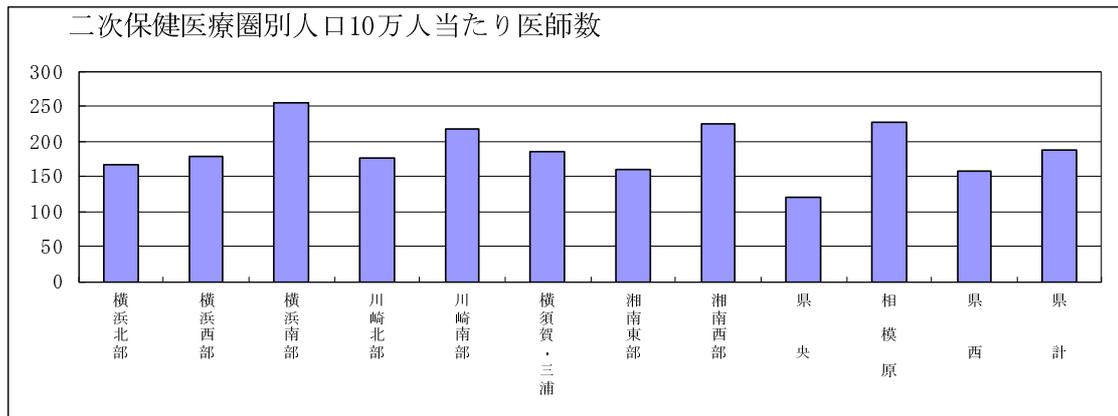
その際には、社会状況の変化などに柔軟な対応ができるよう留意します。

#### (「かかりつけ医」の重要性)

医療資源の集約化に伴って医療機関が遠くなる等の利用者側のデメリットについては、その対応策の一つとして、身近なところで日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる「かかりつけ医<sup>15)</sup>」の役割強化に取り組めます。

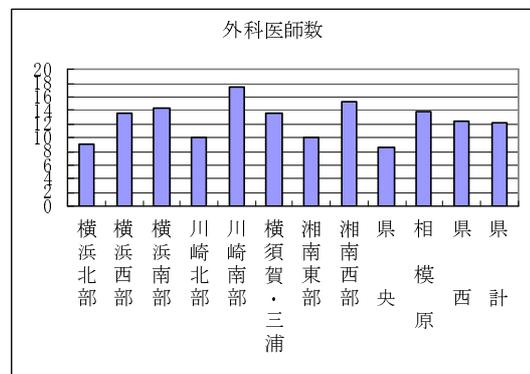
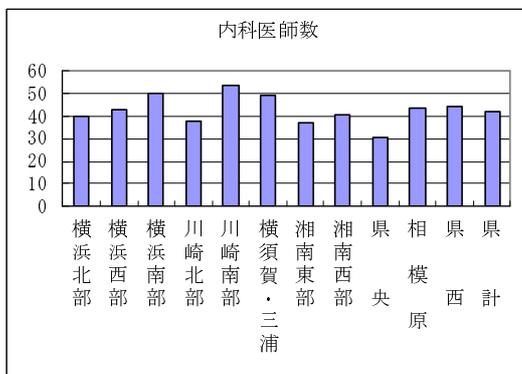
## 二次保健医療圏別主な診療科の医師数

(厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査 平成22年12月31日現在)



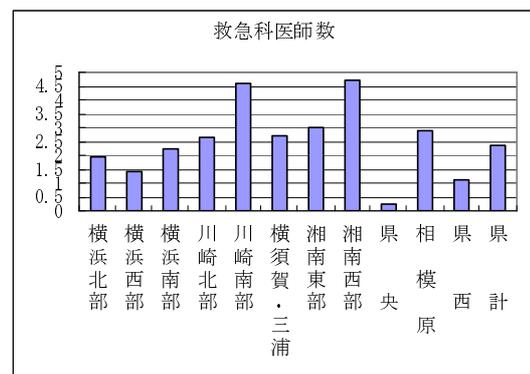
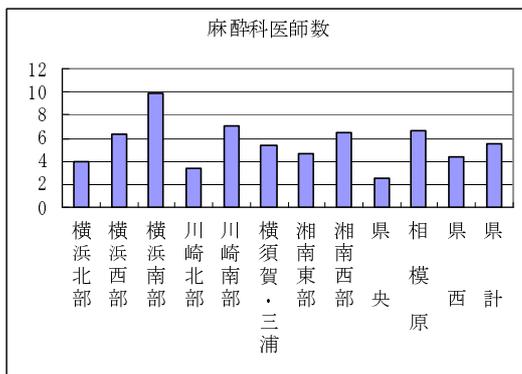
※ 15～49歳女性人口10万人対産科・産婦人科医師数

※ 15歳未満人口10万人対小児科医師数



※ 内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科で集計

※ 外科、乳腺外科、消化器外科で集計



## 二次保健医療圏における病床等の状況

(平成23年3月31日現在)

### 1 療養病床及び一般病床

二次保健医療圏	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)			差引 (B-A)	人口(人) (C)	10万人当たり の病床数 B/C
		一般	療養	計			
横浜北部	8,260	6,154	2,027	8,181	△ 79	1,520,218	538
横浜西部	7,105	6,089	1,340	7,429	324	1,109,318	670
横浜南部	6,953	6,165	714	6,879	△ 74	1,060,316	649
川崎北部	4,011	3,363	813	4,176	165	820,444	509
川崎南部	3,998	4,412	436	4,848	850	606,094	800
横須賀・三浦	4,545	4,122	1,214	5,336	791	731,769	729
湘南東部	3,873	2,908	986	3,894	21	693,612	561
湘南西部	4,838	3,505	1,257	4,762	△ 76	594,407	801
県 央	4,750	4,071	968	5,039	289	838,914	601
相模原	6,625	3,798	2,838	6,636	11	718,338	924
県 西	2,445	2,151	1,119	3,270	825	358,767	911
合 計	57,403	46,738	13,712	60,450	3,047	9,052,197	668

### 2 県央二次保健医療圏における市町村別内訳

市町村名	基準病床数 (A) 人口数で按分	既存病床数 (B)		人口(人)※ (C)	10万人当たり の病床数 B/C
			構成比		
厚木市	1,270	1,871	37.1%	224,333	834
海老名市	724	985	19.5%	127,818	771
座間市	733	443	8.8%	129,420	342
愛川町	238	150	3.0%	41,971	357
清川村	20	0	0.0%	3,450	0
大和市	1,294	1,361	27.0%	228,582	595
綾瀬市	472	229	4.5%	83,340	275
計	4,750	5,039	100%	838,914	601

※ 人口は「神奈川県の人口と世帯」（県統計センター：平成23年1月1日現在）による。

※ 既存病床数には平成22年度までの事前協議承認分、医療法第7条第3項の許可を要しない診療所として決定された分を含んでいる。

## (ウ) 医療と介護の連携・在宅医療の推進

### ① 背景・現状

独居高齢者や高齢夫婦世帯の増加などにより、医療的ケアに加え、介護サービスを必要とする高齢者の要支援・要介護認定者や認知症患者も増加傾向にあります。また、難治性疾患患者も増加しています。

本県における在宅医療を担う施設である在宅療養支援診療所等の人口10万人当たりの数は全国平均を下回っています。在宅医療は24時間365日対応が求められており、医師や看護師等の負担が大きいことから、人材の確保が難しい状況にあります。

さらに、訪問看護ステーション<sup>16)</sup> 1事業所当たりの看護師数は5人程度であり、医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケア提供事業所が少ない状況にあります。

一方で、在宅医療に求められる職種は、医師（かかりつけ医）、看護師、ケアマネジャー<sup>17)</sup> など複数あり、歯科医師、薬剤師や栄養士の役割も期待されており、人材確保が急務となっています。

### ② 課題

今後の高齢化の進展に伴い、居住環境にも配慮した在宅医療と在宅における看取りの重要性はさらに増していきます。

県民意識調査において、最期の療養生活・延命治療について「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア病棟」と回答した者の割合が52.6%、「自宅で最期まで」が20.0%であり、上記の重要性を裏付けています。

在宅療養支援診療所及び同支援病院の従事者の負担軽減を図るための後方支援体制の整備や医療依存度の高い在宅療養者に対応できる訪問看護人材の育成・確保が課題です。

患者を中心とし、同職種だけでなく多職種連携による地域包括医療・介護体制のハブ機能も備えたネットワーク化が課題です。

認知症患者への対応としては、早期に症状に気づき、診断や治療に結び付けることが重要であり、その上で、適切な医療・介護サービスを提供できる体制の整備が課題です。

難治性疾患患者や重症心身障害児者等についても、在宅医療の重要性は増しており、医療依存度の高い在宅療養者に対する総合的な医療提供体制の整備や訪問看護人材の育成・確保など、その家族を含めた支援体制の整備が課題です。

在宅における看取りについては、「かかりつけ医」の重要性が増しています。

しかし、県民意識調査によると、「かかりつけ医」を持っているとの回答は半数に満たず、「かかりつけ医」の普及・定着に向けた一層の取

組みが必要です。

また、在宅において最終末期の患者の急変時等に、本人の意思が確認できないまま、治療が進められているという課題があります。

### ③ 方向性・取組み

#### (施設間の連携)

在宅療養支援診療所及び同支援病院における医師等の負担軽減を図るため、在宅医療に関わる医師等の確保・育成、病病連携、病診連携及び診診連携等の強化を図っていきます。

また、医療と介護の連携調整機能を地域の中に設置していきます。

#### (効率的な在宅医療提供体制の整備)

訪問看護人材の育成に継続的に取り組むとともに、多職種で構成する連携ネットワークや研修体制を構築し、定期的に報告・検討会を行うことで、効率的な在宅医療提供体制を整備していきます。

#### (地域連携クリティカルパスの介護への導入)

地域包括支援センター<sup>18)</sup>における人材の確保・育成やブランチ（支所）の設置などによる機能強化や地域包括ケア会議（仮称）の開催により、地域連携クリティカルパス<sup>19)</sup>の介護への導入を目指していきます。

#### (有床診療所の活用)

今後の高齢化に伴う在宅医療の需要に応えるために、在宅療養支援病院等とともに地域にネットワークをもつ有床診療所を、在宅療養支援や在宅看取りの主体として活用することを検討していきます。

#### (認知症対策)

認知症対策としては、認知症医療連携パス<sup>20)</sup>による医療と介護の連携ネットワークを構築し、医療機関相互や介護サービス事業所等との情報の共有化及びオープン化により認知症患者と家族を支援していきます。

#### (難治性疾患患者や重症心身障害児者等への対策)

難治性疾患患者や重症心身障害児者等の医療提供については、年齢や症状に応じた医療提供体制を整備するほか、小児も対象にした訪問看護ステーションなどの整備や、療育機能の充実など、在宅の療養患者や障害児者の生活環境の整備を進めていきます。また、レ

スパイト<sup>21)</sup>に対応できる施設の増加と充実を図ることで、介護に当たる家族のストレス軽減など総合的な支援を行っていきます。

(最終末期治療の自己決定)

超高齢社会において、最終末期の治療を自己が決定・選択することが可能となるような医療・介護の連携体制のあり方を明らかにしていきます。

県民意識調査によると、死期が迫っている場合、延命治療を希望しないと回答した者の割合は76.5%に上り、また、延命治療の希望の有無についての意思表示カードがあると良いと思うと回答した者は86.8%に上ることから、延命治療に関する本人の意向を反映するような方策について、関係法令の整備も含めた仕組みづくりに取り組みます。

県内在宅療養支援診療所数

平成23年7月1日現在

区分	診療所数
横浜市	286
川崎市	105
相模原市	34
横須賀三浦二次保健医療圏	81
湘南東部二次保健医療圏	75
湘南西部二次保健医療圏	57
県央二次保健医療圏	51
県西二次保健医療圏	39
合計	728

(関東信越厚生局届出数)

人口10万人当たり 8.2  
 同 全国平均 10.1  
 (厚生労働省保険局医療課データ)

県内在宅療養支援病院数

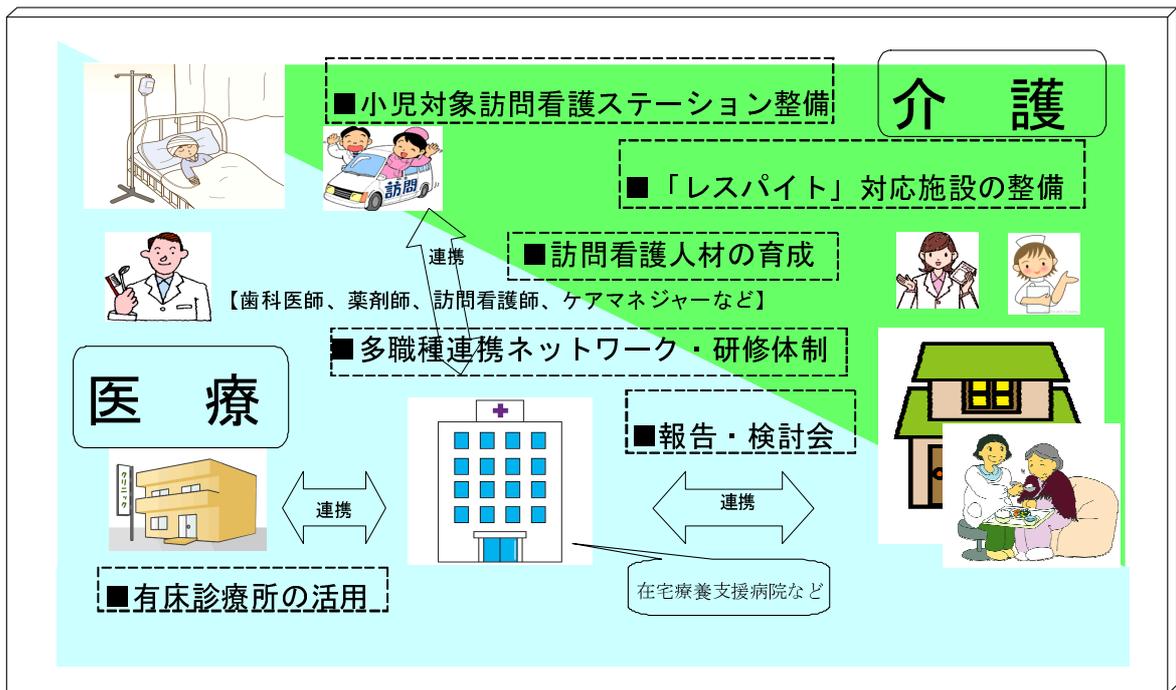
平成23年7月1日現在

市名	病院数
横浜市	5
川崎市	1
相模原市	4
小田原市	1
鎌倉市	1
逗子市	1
三浦市	1
合計	14

(関東信越厚生局届出数)

人口10万人当たり 0.16  
 同 全国平均 0.41  
 (厚生労働省保険局医療課データ)

在宅医療における医療と介護の連携



## (エ) 災害時医療体制の整備

### ① 背景・現状

本県では、災害時における医療救護活動の実施に向けて、神奈川県医療救護計画を策定し、医療救護・防疫体制の整備と他都道府県からの応援も視野に入れた相互応援体制の確立についての取組みを進めており、災害医療拠点病院<sup>22)</sup>を33か所、神奈川DMA T指定病院（災害の急性期における専門的な災害医療を実施するための災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）を有する災害医療拠点病院）を15か所、それぞれ指定しています。

### ② 課題

大規模災害に備えて災害時医療救護体制を強化するために、災害医療拠点病院及び神奈川DMA T指定病院の追加指定の対象となる医療機関の確保が課題です。また、災害時医療救護体制における県のリーダーシップを明確にしておく必要があります。

さらに、東日本大震災ではこれまでの想定を超える被害が発生し、災害医療拠点病院等における病院施設の耐震化やライフラインの確保についての見直しが課題となっています。ライフラインについては、災害医療拠点病院の全てで自家発電装置と受水槽が設置されていますが、既存の自家発電では大型の診断機器の利用が難しい場合や、自家発電に切り替わった際に医療機器等にトラブルが生じる場合が指摘されたところではあります。

災害発生直後の急性期から慢性期へ移行するまでの医療提供体制についても、実施主体となる医療機関の確保や連携・協力体制の具体的な構築が課題です。その際、人工透析患者、小児科、歯科等、患者のニーズや診療科に応じた対応体制の整理と整備も課題です。

高齢者など在宅で医療を受けている人や、障害者等災害時要援護者への対応や、被災傷病者の医療から福祉への連携が課題です。

本県が被災地になった場合に備えて、災害医療拠点病院間、地域内での訓練の充実が課題です。

### ③ 方向性・取組み

（災害時医療体制の見直し）

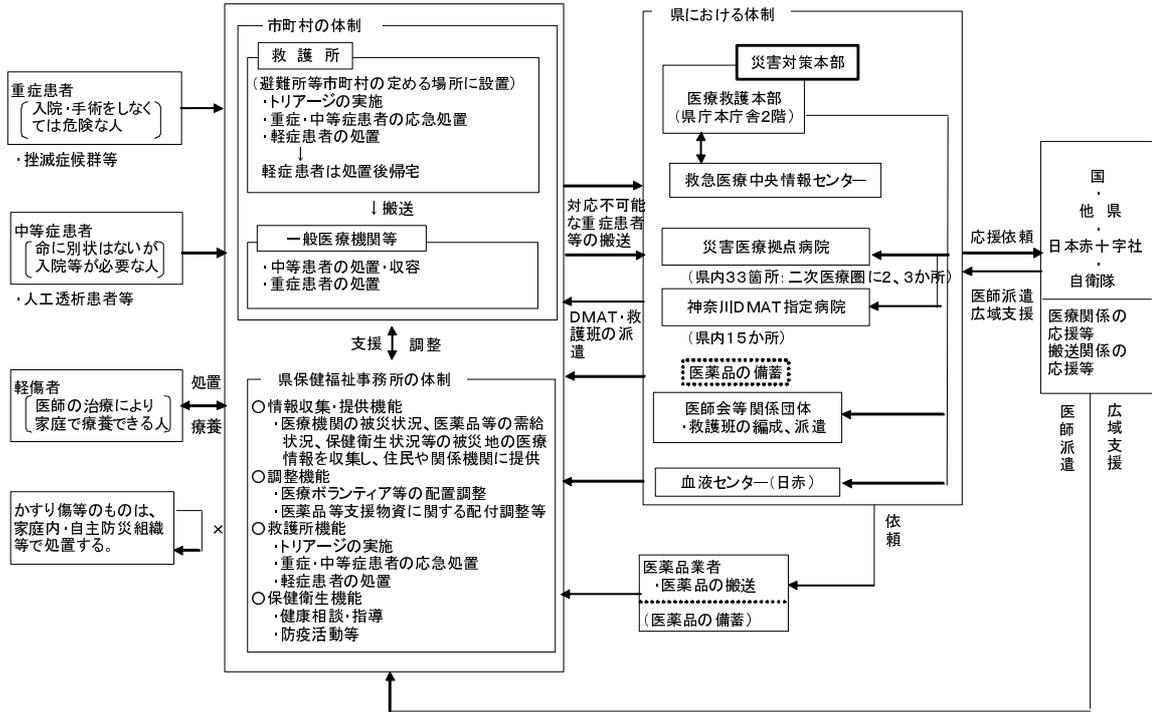
国で取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書（平成23年10月）」に基づき、災害医療拠点病院を中心に機能強化に取り組みます。

また、DMA Tの増、ドクターヘリの活用等、消防を含めた市町村との連携を強化し、発災後の時間の経過や、診療科に応じた災害時におけ

る医療体制、災害時要援護者への対応、福祉施設との連携を見直します。また、災害医療拠点病院が被災する事態もありうることから、災害医療拠点病院相互のフォロー体制の構築、地域における災害医療拠点病院と一般医療機関等との連携や訓練の充実に取り組めます。

さらに、本県が主たる被災地になった場合と、被災せず、隣県や、東日本大震災のような遠方に支援する場合とを整理し、被災地に対する支援及び他都道府県からの救援の受入など、相互応援体制の確立に取り組めます。

# 災害時医療救護活動体制



神奈川県医療救護計画 (平成19年2月改訂)

※ ただし、図中「一般医療機関等」は「地域救護病院」から修正した。  
また、神奈川DMAT指定病院の数は「県内15か所」(平成24年2月現在)へ修正した。

## イ 連携・協働・自律の医療の推進

### (ア) 医師の養成・確保

#### ① 背景・現状

本県の医師数は、平成22年末の時点では人口10万人当たり187.8人で全国39位となっています。一方で、臨床研修制度変更後、本県の臨床研修医の数は大幅に増加しており、この結果、本県の医師の増加数は全国の増加数の1割を占めています。

このような状況の中、平成20年から県内の医学部の入学定員の増員が図られ、4医科大学<sup>23)</sup>合計で平成19年には360名であったものが、平成24年には435名と75名の増となりました。また、近年では、本県においても女性医師の割合が増加しており、特に産科や小児科で顕著です。

県では平成22年2月に神奈川県地域医療再生計画を策定し、医師のライフステージに応じた支援策を実施しているほか、4医科大学に寄附講座<sup>24)</sup>を開設し、医師のキャリアパス<sup>25)</sup>の中に地域医療を位置付けることにより、地域で活動する医師の確保に取り組んでいます。

#### ② 課題

現在の本県では、医師不足という認識では一致しており、特に産科や小児科などの特定の診療科や地域による偏在が課題となっています。

また、「医療資源の適正配置・地域偏在是正」で記述していますが、今後の医療ニーズの変化や適切な病床数の考え方など必要な医師数を考える上で必要な事項について国の動向を含め未確定なことが多い状況にあり、必要な医師数についての客観的な指標を示すことは困難です。

さらに、医師を増やすだけでは、地域や診療科による偏在について対応ができず、例えばドイツでは診療科ごとの医師の定数を定めることで地域や診療科による偏在が生じない仕組みを作っていますが、国における具体的な検討は進んでいません。

#### ③ 方向性・取組み

##### (医師養成の方法)

県として中長期的にどれだけの医師が必要となるのかを把握した上で、対応策を考えることが必要です。

国では、文部科学省の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」の論点整理において、中長期的な医師の需要と供給を正確に予測することは困難としています。また、厚生労働省の「社会保障審議会」では適切な病床数の考え方についての検討も行われています。

本県では、高齢化の進展に伴い医師の需要の増大が見込まれますが、

医療のグランドデザイン策定プロジェクトチームにおいて、救急医療体制やチーム医療の推進など医療のあり方が検討され、これらの医療需要に対する影響が不明確なため、現時点では、将来の医師の需要について正確な予測をすることは困難です。

医師の養成数の増加策については医学部の定員増と医学部の新設が考えられます。

プロジェクトチームの議論では「医学部新設」等を行うべきとの意見と「国の検討会の動向を注視すべき」との意見があり、「医師養成増」の方法については、更なる検討が必要であるとされました。

定員増については、国の同意があれば県・大学の考えで実施が可能であり、将来、医師が過剰となった場合も定員の減少で対応できます。しかしながら、平成20年からの定員増により県内4医科大学の入学定員の合計は過去最高となっており、教員や施設の面で更なる増員は難しい状況となっています。

一方で、医学部の新設については、地域医療や基礎研究への貢献、国際的に活躍できる人材の育成などの特色を出せば県の独自性が発揮できます。しかしながら、医学部の新設には文部科学省の告示の変更が必要で、優秀な教員の確保により地域の医師不足を助長するおそれがあります。さらに、財源の問題や、効果が現れるには一定程度の時間が必要であり、また、医師が過剰になっても医学部の廃止は難しいなどの課題があります。

上記のような課題を認識しつつも、県においては、現状の医師不足及び診療科や地域による医師の偏在、医師の勤務環境の改善には、県内に勤務する医師数の増加が必要であり、県内の医師養成数の増加が可能となるよう国に規制の緩和を働きかけていきます。

#### （後期研修医対策）

臨床研修医を多く集めている本県の状況からは短期的な効果が期待される後期研修医確保に取り組むことが重要であり、専門研修を充実させ、優秀な医師を本県に集めるため、後期研修病院のネットワークの構築など4医科大学を中心とした魅力ある研修体制の確立を図っていきます。

#### （勤務環境の改善等）

医師の負担軽減については、これまでの取組みに加え、医師のライフステージに応じたキャリアパスへの支援や就業環境改善など医師個人のQOL（生活の質：Quality Of Life）を高めるための施策を充実していきます。特に女性医師については、院内保育所の整備や短時間勤務制度の導入の促進など子育てに対する支援を拡充していきます。

また、当面の医師不足を補うため、離退職した医師の意欲や能力に応じ、必要な場所で活躍できるような仕組みづくりに取り組みます。

(自治医科大学・県内4医科大学地域卒業者の活用)

県内の地域医療に貢献してきた自治医科大学卒業医師について、義務年限終了後も県内で活動するための方策を検討していきます。

中長期的には、県内4医科大学地域卒業者が順次県内での勤務につくことから、診療科や地域の偏在の解消に向け、地域卒業者の活用に取り組みます。

(かかりつけ医・総合医の養成)

「医療資源の適正配置・地域偏在是正」に記述していますが、医師の地域や診療科による偏在や高齢化の進展に対応するためには、「かかりつけ医」の養成が必要です。

また、国の「総合医」養成の議論を踏まえ、疾患を性別、年齢、臓器の別にとらわれることなく、全人的に診察できる「総合医」としての専門性を高めた医師について、地域卒業者を活用するなど、「総合医」の養成に県として取り組みます。

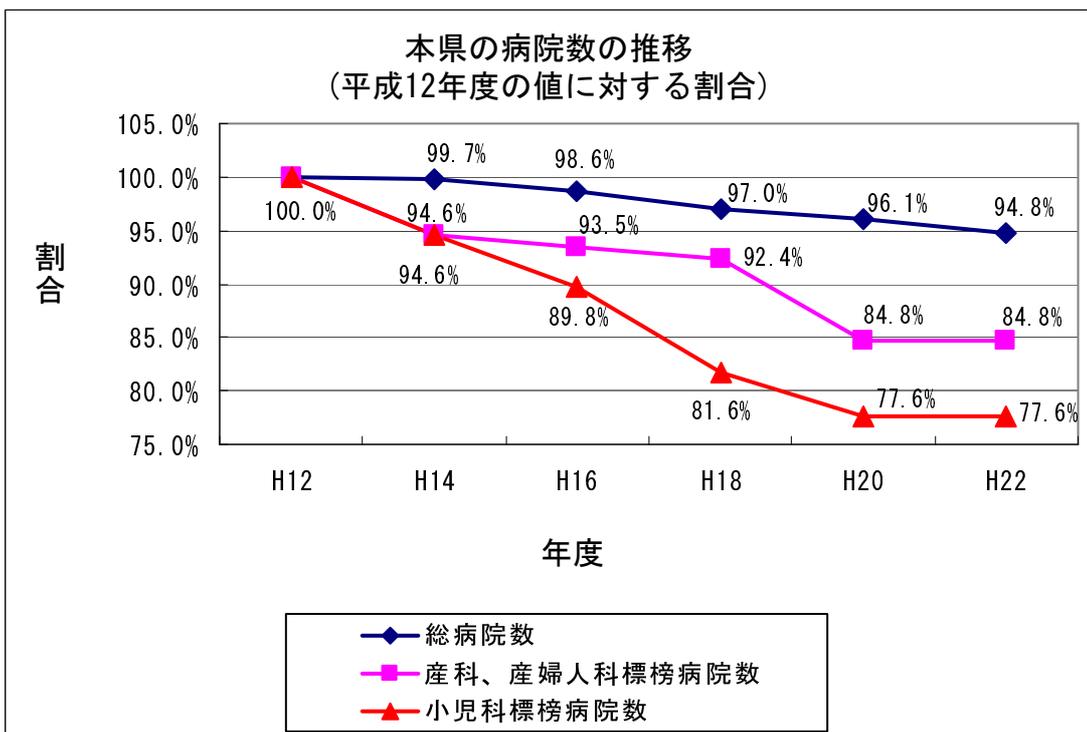
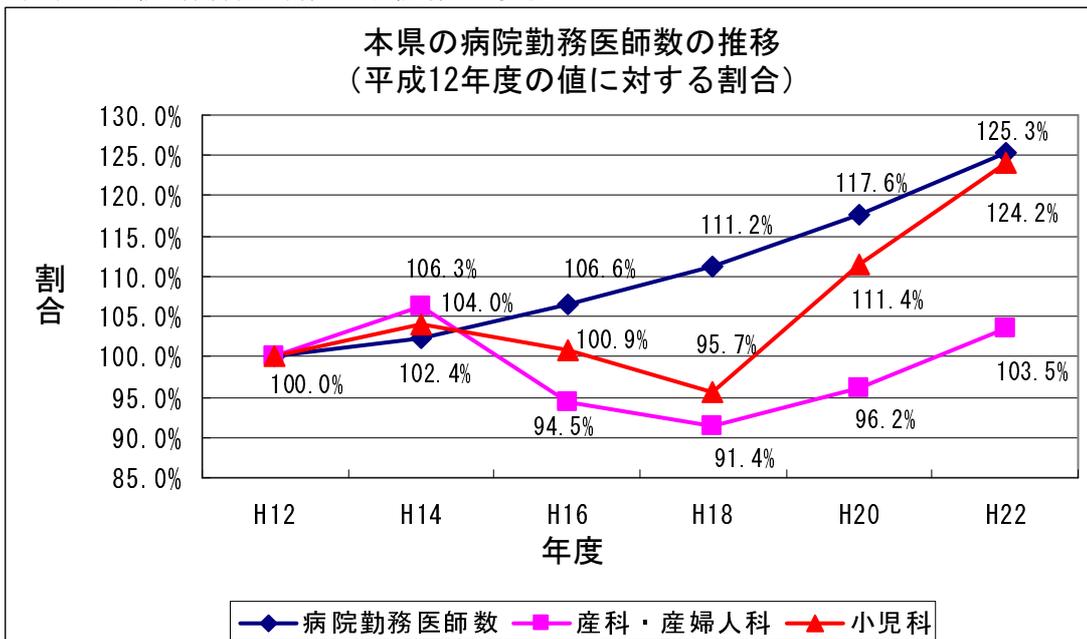
医師数（厚労省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

年 度	H12	H14	H16	H18	H20	H22
医療施設従事者数	13,675	13,994	14,619	15,196	16,168	16,997

県内4医科大学の医学部入学定員

年 度	H19	H20	H21	H22	H23	H24
入 学 定 員	360	380	420	427	427	435

本県の病院勤務医師数・病院数の状況



## (イ) 看護師等医療人材の養成・確保

### ① 背景・現状

県内で就業している看護職員については不足状況にあります。人口10万人当たり就業看護職員数が736.8人(平成22年)と全国ワースト1となっています。増加率(平成20～平成22年)は9.9%と全国で最も高いですが、病院に勤務する看護職員の離職率は13.0%(平成22年)と全国平均(11.0%)より高い状況です(業務従事者届、日本看護協会調査)。

離職の理由としては、新人看護職員の場合は、看護学校で学んだことと臨床で求められる能力とのギャップによるリアリテショクが主な理由とされ、経験をつんだ看護職員の場合、交代制や夜勤の厳しさ及び子育て等が主な理由とされています。

また、薬剤師の病棟の配置は医療事故の減少につながり医療安全面にも有効であるとともに、他の医療従事者の負担軽減にもつながります。

このほか、高齢化の進展に伴いリハビリテーションが多く実施されていることから、病院で働くリハビリ関連職種の従事者数が増えてきています。

### ② 課題

医療の高度化等に対応し、県民に対し安心して安全な医療を提供できる医療人材の養成や、様々なライフステージで働き続けられる勤務環境の整備が求められており、医師や看護職員をはじめとする医療従事者の再就業の支援を進める取組が必要です。

看護職員については、養成段階でさらに高い実践能力を身につけることが求められていることから、准看護師養成を含めた看護教育のあり方について検討が必要です。また、医療現場を離れた潜在看護職員<sup>26)</sup>の所在把握が困難なため十分活用できていないことなどが課題となっています。

### ③ 方向性・取組み

#### (医療人材確保の方向性)

医療の高度化等に対応し、県民に対し安心して安全な医療を提供するため、質の高い医療人材の養成、仕事と家庭等を両立し継続して就業可能な勤務環境づくり、専門能力の強化機会の確保などに取り組みます。

#### (看護職員の確保への取組み)

看護職員については、実践力が高く自律的に活動できる看護人材の養成に取り組みます。取組みに当たっては、看護師、准看護師、保健

師、助産師など看護教育のあり方について検討会を設置し、検討を進めていきます。新人看護職員の早期離職を防止するため、養成施設と臨床現場の連携による実践力向上への取組みに対する支援や、県内の病院に就業する新人看護職員が必ず研修を受けられるような環境づくりなどに取り組みます。

(薬剤師の確保への取組み)

薬剤師については、病棟への配置の促進と、既卒者への教育研修による職能向上に取り組みます。

## (ウ) 職種間連携、職域拡大、チーム医療推進

### ① 背景・現状

医療の高度化、専門化が進む中、質が高く、安全・安心な医療を求める患者・家族の声に応え、医療の質を高め効率的な医療サービスを提供するためには、急性期、回復期、特定の診療領域、在宅医療など様々な医療の場面で、多種多様な医療従事者が各々の高い専門性を前提に、連携して患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療<sup>27)</sup>の推進が求められています。

薬剤師などの職種では、専門薬剤師など専門性に関する認定制度があり、医療職が自律した高い専門性を発揮するためには、このような認定制度の活用等が必要ですが、現行のチーム医療体制の中では、認定を得た専門性の高い人材が十分に活用されているとは言えません。

また、チーム医療の推進に伴い、看護師、助産師、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション関連職種及び管理栄養士など、各職種の専門性の更なる活用や職域拡大が求められており、救急救命士の業務範囲の拡大、助産師の専門性を活用した助産師外来・院内助産所の導入、特定の看護分野の知識・技術を深めた認定看護師や専門看護師による質の高い看護の提供などの動きがあります。

### ② 課題

チーム医療の推進には、治療の効果をより高くするための医療面のサポート、専門的機能のサポート、効果的な薬剤の使用等についての高い専門性を持つ医療人材の養成・育成が必要です。加えて、専門性に関する認定制度のある職種については、認定資格取得の推進が課題となっています。

また、各医療職が専門性を発揮するためには、同一職種間・異職種間での相互理解や連携の促進が必要です。

各職種の職域拡大に関しては職種ごとの検討が必要になりますが、救急救命士については、行える行為が限定列挙されており、現行法令ならびに現在の教育研修体制では病院等での活用が限定的という課題があります。また、薬剤師については、従来の調剤行為を中心とした業務に加え、疾病管理の分野への連携した業務拡大が求められています。

### ③ 方向性・取組み

(チーム医療推進の方向性)

チーム医療は、医療提供施設と在宅とを区別して推進していきます。特に、在宅におけるチーム医療推進のために、介護サービスとの連携を踏まえ、口腔ケアを行う歯科医師、薬歴・疾病管理を行う薬剤師（薬局）、訪問看護師及びケアマネジャーなど在宅医療に関わる各職種の役

割分担を明確にしていきます。

また、医療提供施設外とのチーム医療のあり方については、先に「救急医療の充実」で触れたメディカルコントロール体制の下で、救急隊と連携したドクターカーの運用などを検討していきます。例えば、脳卒中や心筋梗塞などでは、救急隊と連携したチームを作ることにより、治療効果や生存率、社会復帰率など、いわゆるアウトカムが非常に良くなることが考えられます。

(チーム医療推進に向けた取組み)

医療の質を上げていくため、チーム医療を支える専門性の高い人材の養成・育成に取り組むとともに、各医療職の専門性に関する認定資格取得者の活用、各医療職間での相互理解及び連携の方法を検討し、患者を中心とした質の高いチーム医療を推進していきます。

例えば、職種間連携を推進するツールとして「お薬手帳」などを活用することが考えられます。

また、同一職種間・異職種間で連携を促進する環境づくりや文化の醸成に取り組めます。

なお、チーム医療の推進に当たり支障となるような規制については、見直しを国に働きかけていきます。

(職域拡大への対応)

各職種の職域拡大については、現行法令での活用が基本となり、救急救命士についても、教育されている範囲が狭いことなど課題は多く、職域拡大に向けて引き続き検討していきます。

## (エ) 県民の医療に対する理解と参画の促進

### ① 背景・現状

本県では、夜間等において子どもの体調の変化や病状に関する電話相談体制を整備し、保護者等の不安の軽減を図っています。

また、身近にあるかかりつけの医療機関での日中受診や休日や夜間に突然体調を崩した場合の救急医療機関の適正受診を図るため、救急の日のある9月に「県のたより」による周知を行っています。

### ② 課題

本県では、症状などに応じた救急医療体制を整備し医療の提供を行っていますが、二次救急医療機関に77.8%の軽症患者が流入し、医療機関の役割に応じた医療の提供ができず、入院や手術が必要な傷病者に対する治療に支障をきたす場合もあり、適正受診の推進が必要となっています。また、三次救急医療機関においても重症患者以外が87%となっており、二次救急医療機関と同様な状況となっています。

特に、小児救急については、電話相談を実施しているものの、県民意識調査では、小児救急電話相談（#8000）<sup>28)</sup>を知らないという回答が8割弱と大半を占めており周知が進んでいません。また、緊急性の低い軽症患者の受診が約9割であり、母親教室や乳幼児健康診査などの場を活用し、予防接種を含めた健康教育の充実が課題となっています。

救急医療の発動を抑制するためには、病気の悪化や再発を予防することが重要であり、県民一人ひとりが意識的に取り組むことが必要です。

また、県民意識調査では、「かかりつけ医」を持っていない人が5割を超えているという課題も明らかになりました。

### ③ 方向性・取組み

(県民の医療に対する理解と参画促進の必要性)

県民・患者が納得する医療の実現を目指し、また、限られた医療資源を有効に機能させるために、県民が医療の提供を受ける側としてだけでなく、医療に対する理解を深め、主体的に医療に関わっていくよう、広く県民への普及啓発を進めていきます。

(学校教育における取組み)

特に、子どもや若者に対して、中長期的には学校教育の中で、いのちの大切さ、自らの健康を自分で守る意識、かかりつけ医を持つ必要性の認識や医療の現状理解を深めてもらうことが必要であり、また、その内容も単に啓発するだけでなく、実際に活用できる内容とします。

(不要不急の受診抑制に対する取組み)

県民に対する、不要不急の受診抑制、かかりつけ医の必要性を認識してもらうための啓発促進、小児救急電話相談の周知を図っていきます。また、中長期的には成人患者への対応を含めた救急相談センターの設置に取り組めます。

(病院と地域住民の相互理解を深める取組み)

地域の中核的な病院が市民講座の実施など地域住民との交流の場を設けることなどにより、地域医療提供者と地域住民の積極的な参加を通じ、地域医療を地域住民が支えているという気運の醸成を図っていきます。

また、県民運動として、県民が自らの病気をしっかりと管理し、病気の悪化や再発を予防する疾病管理の重要性をアピールしていきます。

## (2) 開かれた医療と透明性の確保

### ア ICTを活用した医療情報の医療提供施設・患者間の共有とセルフケアの推進

#### ① 背景・現状

本県では、医療の提供側と受ける側の相互信頼を強化するため、診療情報提供の推進や医療安全相談センターの運営を行っています。また、地域医療連携を強化するため、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に係る地域連携クリティカルパスの普及を進めています。

しかし、医療の提供側と受ける側との間には、依然として、情報量に圧倒的な差があります。

提供側と受ける側の相互信頼を深め、患者がより主体的に医療に関わり、セルフケアを推進するとともに、集積した情報を統計的に分析し新たな施策に結びつけるために、医療提供施設と患者との間で医療情報の共有をいっそう進めることが必要であり、そのためにICT（情報通信技術：Information and Communication Technology）を活用することが有効です。

#### ② 課題

ICTを活用した医療情報の共有方法として、各個人が受診する医療提供施設等の自己医療情報を携帯電話等で閲覧できるいわゆる「マイカルテ」や、地域連携クリティカルパスの電子化があります。

「マイカルテ」を医療提供施設が容易に導入するためには、電子カルテが必須ですが、平成23年現在、県内の電子カルテ普及率は、病院で22.9%、診療所で23.8%にとどまっており、電子カルテのいっそうの普及が求められます。

また、「マイカルテ」の実現には、事業目的・実施主体の明確化、事業を円滑に開始・運営するフィールドづくり、安定的な事業継続を図るための運営費の確保、県民の立場も理解しながらICTを活用できる人材の養成、ICTを使いこなせない患者への対応、情報セキュリティ対策など、多くの課題があります。さらに、これまで、国のモデル事業や、病院及び診療所での個別の取組みでICT化の事例がありますが、運用費用が高いこと、システムの拡張性がないこと、アクセス方法が十分でないこと及びデータベース構造などの面で、運用方法に少なからぬ問題がある事例も多い状況です。

さらに、地域連携クリティカルパスのICT化と「マイカルテ」をどのように関連づけていくのかも課題です。

### ③ 方向性・取組み

#### (「マイカルテ」導入の推進)

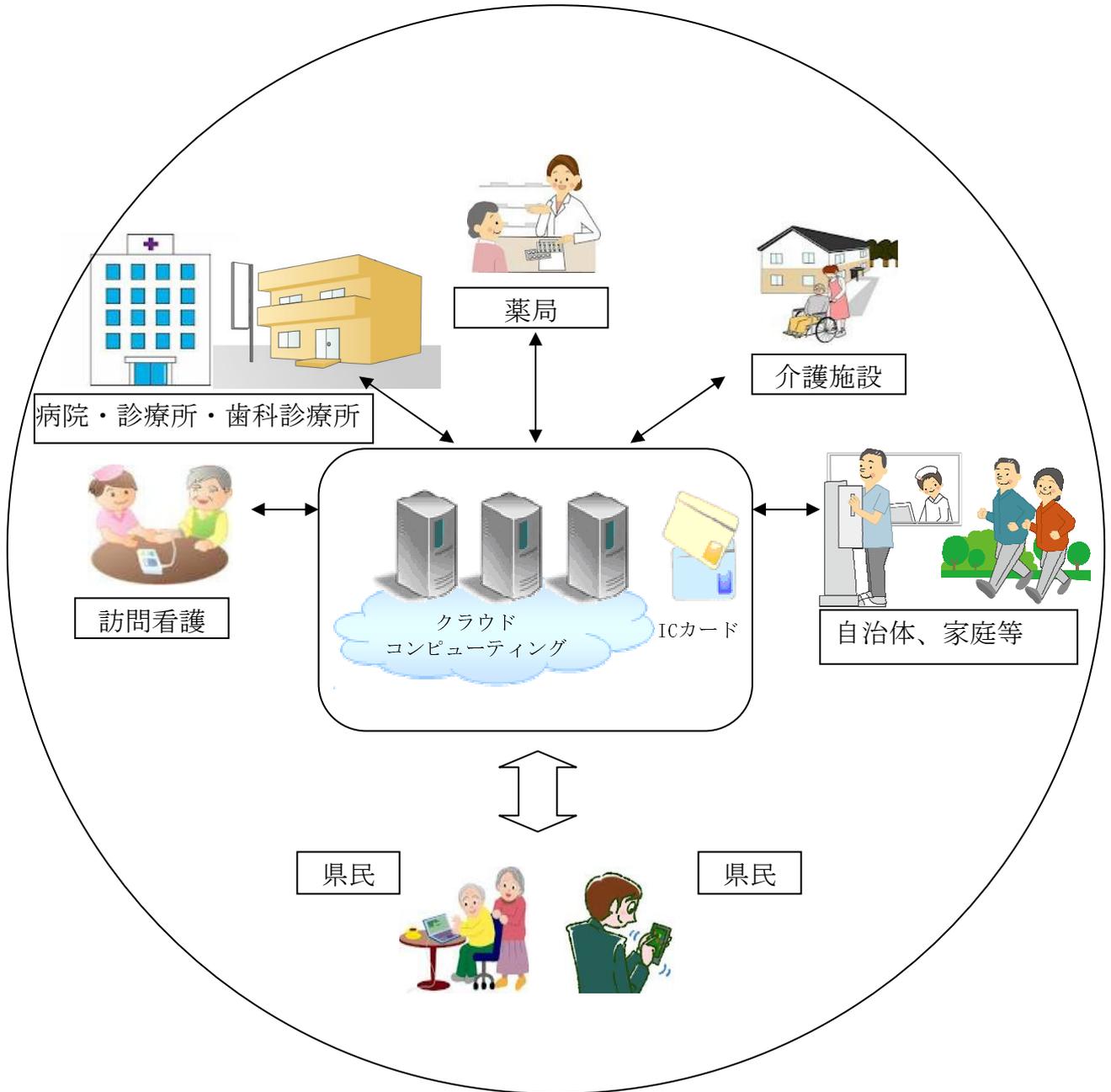
県民意識調査では、「マイカルテ」があると便利だと思える人は8割との結果であることから、医療提供施設と患者間の医療情報共有とセルフケアを推進するため、「マイカルテ」の導入を推進していきます。

「マイカルテ」の導入に当たっての課題を解決するため、まずは、事業の基本的な枠組みをしっかりと検討し、持続可能な事業展開を図ることができる制度設計を行ったうえでモデル事業を実施し、その検証を行いながら順次拡大を図っていきます。

検討に当たっては、過去の事例を参考にし、利用できる部分は利用しながら、低コストで安心して運用し続けられる、県の状況に適した県独自の「マイカルテ」をつくっていきます。

なお、本格的な「マイカルテ」の導入には時間がかかると考えられますが、ICTを活用した医療情報の共有化として、効果のあるところ、できるところから先に取り組むことが望ましく、例えば、災害時や夜間救急の際は、患者の薬歴がわかるだけでも相当有用性が高いため、「お薬手帳」に類するものなどから取組みを進めることについて検討していきます。

# 実現イメージ



## イ 西洋医学と東洋医学の連携などによる治療の選択肢の多様化

### ① 背景・現状

日本の医療は西洋医学が中心ですが、東洋医学（漢方）については健康増進や未病<sup>29)</sup> から終末期ケアまで、幅広い領域で使用でき有用です。

現在、西洋医学の中でも漢方薬は限定的な認識の下で「併用」されています。一方、薬学においては生薬などの研究が進んできています。

国においては、「統合医療プロジェクトチーム」を平成22年2月に創設し、近代西洋医学と伝統医学などの相補・代替医療を統合し、患者中心の医療としての統合医療の検討がなされ、有効性の科学的根拠が乏しいことなどから、引き続き検討することとなっています。

また、一般社団法人日本統合医療学会（平成20年設立）などが、統合医療に関する資格認定などを行っています。

近年、県内4医科大学合同で研修を開催して人材育成が行われており、また、県内の大学病院においても漢方外来が開設され診療が行われています。

このほか、医学部教育にも東洋医学は組み込まれており、さらに、本県と関係の深い北里大学では、東洋医学総合研究所において、東洋医学の臨床と研究が行われています。なお、県民意識調査では、漢方薬を積極的に取り入れたいと思うという回答が6割を超えています。

近年、患者個々の状態に応じた医療、いわゆる個別化医療の取組みが進められています。こうした中、本県では平成23年12月22日に個別化・予防医療に資する新たな医薬品・医療機器の開発などを目指した「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」が指定されました。

### ② 課題

東洋医学（漢方）の有効性などエビデンス<sup>30)</sup>の確立が課題ですが、西洋医学と東洋医学の二種類の医師免許がある中国や韓国と違い、日本の医師は西洋医学の医師免許を取得した上で、東洋医学を学んでいるので、最も連携しやすい状況にあるにもかかわらず、実際には取組みが進んでいません。

健康食品と漢方の違いや、副作用などのリスクについても県民の正しい理解が進んでいません。

また、漢方に関する医療関係者の人材育成を行っていますが、充分には浸透していません。

県として、県民・患者が納得する医療を進める立場から個別化医療へ積極的に対応するとともに、治療の選択肢の多様化を進める必要があります。

### ③ 方向性・取組み

（東洋医学（漢方）の理解促進と医療人材の育成）

西洋医学と東洋医学の連携に当たっては、まずは、県民意識調査で漢方

薬の有効な使い方の情報が欲しいという回答が6割を超えていることから、県民を対象とした漢方薬の有効な使い方や適応など基礎知識の普及と同時に医学生や医療関係者（医師・看護師など）の知識も深める取組みを進めていきます。

（東洋医学(漢方)の評価及び研究)

東洋医学の実態把握や、科学的根拠等に基づく評価方法について検討するとともに、中国や韓国における東洋医学の実践方法についても研究し、西洋医学と東洋医学の連携を進めていきます。将来的には、県内の医療機関において東洋医学が普及し、治療の選択肢の一つとなることを目指します。

（国際戦略総合特区の成果を踏まえた取組み）

治療の選択肢の多様化については、個別化・予防医療を実現するための健康情報等のデータベース構築や、未承認薬や医療機器の国内への早期導入など、国際戦略総合特区の今後の事業化による取組みの成果を踏まえて進めていきます。

また、県として国際戦略総合特区制度を活用し、国際的な医療人材が育成され、交流することができる医学部の新設に向けた検討を進めていきます。

### (3) 病気にならない取組みの推進

#### ア 未病を治す取組み

##### ① 背景・現状

急速な高齢化が進展する中、要支援者・要介護者の増加や、がんや生活習慣病が増加している状況となっています。このため、本県では、健康増進法に基づき「かながわ健康プラン21」を策定し、栄養・食生活分野など7分野について、県民一人ひとりが取り組む健康づくりの目標（「かながわ健康づくり10か条」）を定め健康づくりを推進しています。

また、食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践できるよう「神奈川県食育推進計画」を定め食育<sup>31)</sup>を推進しています。

##### ② 課題

高齢になっても、元気で暮らすためには、健康を保つことに加え、未病を治す取組みが必要です。

「かながわ健康プラン21」の最新の評価では、野菜の摂取量や脂肪エネルギー比率、若い女性のやせ等、食を中心とした取組みになお課題があるとされています。また、食育については、子どもの朝食の欠食などが指摘されています。

食に関する取組みは、地産地消や、食材を育てるといふ農との連携が効果的ですが、行政施策として医・食・農が連携して取り組んでいる実践例が見受けられません。

##### ③ 方向性・取組み

###### (医食農同源の取組み)

高齢になっても元気で健康に暮らせるようにするため、医食農が連携した取組みは重要であり、県民意識調査も踏まえ、県立保健福祉大学や農業技術センターなど県内の研究機能を活用して、生活習慣病予防に役立つ高機能性を有する県内産農産物を活用したレシピの開発等を進めるとともに、自分の健康状態(未病)を自ら判断する方法の研究に取り組めます。

そのため、関連する医療、歯科医療、薬事、栄養、農業など各分野の有識者を構成員とする研究会を設置し、高機能性食品の研究の方向性や漢方理解促進のあり方など、医食農同源<sup>4)</sup>の取組みについて検討を行います。

###### (食生活改善、食育の取組み)

栄養・食生活の改善の取組みや、学校における食育の推進に取り組めます。

## イ 予防接種の促進

### ① 背景・現状

予防接種は、単に県民個人の感染防御にとどまらず、感染症の流行防止という公衆衛生上の意義を有し、医療費節減にも資するものです。

しかし、我が国では、米国のようなワクチン接種について協議・提言するACIP（ワクチン接種に関する諮問委員会：Advisory Committee on Immunization Practices）のような機関がなく、定期接種の種類は、WHO推奨標準に比較して明らかに少ない状況です。また、予防接種は市町村事業となっていますが、本県では、麻疹・風疹混合ワクチンの平成22年度第2期及び第4期の接種率が全国一低い状況にあります。この背景には、保護者及び子どもたちの予防接種の必要性の認識が低いことがあります。

### ② 課題

少子化が進む中、予防接種を徹底し子どもを健康に育てることは、保護者の責務であり、同時に、活力ある県の将来にもつながるものです。現在全国下位にある本県の予防接種率を向上させること、それによりVPD（ワクチン接種により防ぎ得る病気：Vaccine Preventable Diseases）の予防を推進することが課題です。

### ③ 方向性・取組み

（予防接種の啓発・勧奨の取組み）

接種率向上とVPD予防推進のために、行政が予防接種に関する正しい情報を繰り返し発信することや、接種の啓発・勧奨を行っていきます。

そのために、例えば、母親教室を活用した啓発、小学校や中学校における健康教育において予防接種の重要性を繰り返し伝えること、小学校入学前及び高校入学時の接種勧奨の実施など、従来の施策から一歩踏み込んだ取組みを実施していきます。

（神奈川版ACIP（定期的な協議の場）の設置）

予防接種に関する県レベルの方針等の調整を目的として、現場の予防接種医や予防接種や感染症の専門家と行政との定期的な協議の場を設けます。

### 【参考：米国のACIP】

米国のACIPは、公募されたメンバーや、政府機関代表者と、学会、ワクチン接種・製造、健康保険等の専門家で構成され、ワクチンの安全性、効果、接種スケジュール、推奨の成果、実施の容易性、供給、コスト、指針の統一などを協議し、政府に提言する諮問委員会。

## ウ がんなどの予防を目指したたばこ対策の推進

### ① 背景・現状

日本を含む160か国以上が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」では、各国に受動喫煙防止の措置をとるよう求めており、受動喫煙を防ぐための取組みは、世界中で進められています。

我が国では、平成15年に施行された「健康増進法」において、学校、百貨店、官公庁施設、飲食店等、多数の者が利用する施設の管理者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならないとしています。

本県では、たばこによるがんなどの健康影響から県民を守るため、平成17年3月に策定した「がんへの挑戦・10か年戦略」において「たばこ対策の推進」を予防に関する重点項目に掲げ、禁煙サポートの推進、未成年者の喫煙防止対策、受動喫煙防止対策を3つの柱として展開しています。

このうち、受動喫煙防止対策については、平成22年4月から「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」（以下「条例」という。）を施行しています。

### ② 課題

平成23年度に実施した受動喫煙に関する県民意識調査によると、喫煙者の3分の2がたばこをやめたい、減らしたいと回答しており、卒煙しやすい環境づくりをさらに進める必要があります。

依然として喫煙する者が存在することから、未成年者の喫煙防止対策の充実に取り組む必要があります。

条例について県民への周知、事業者指導を進めるとともに、受動喫煙防止対策の取組状況について把握し、必要な対応を検討する必要があります。

### ③ 方向性・取組み

#### （卒煙（禁煙）サポート）

卒煙方法及び卒煙治療・卒煙相談を実施している医療機関等の情報の提供により、卒煙しやすい環境づくりを進めていきます。

地域と職域が連携した取組みを幅広く展開する「卒煙サポートネットワーク」により、職域における取組みを促進していきます。

#### （未成年者の喫煙防止対策）

学校等において、医師・保健師等が喫煙防止教育を引き続き実施していきます。

さらに、小学校から大学等までの児童・生徒・学生を対象に、喫煙を防止する啓発活動を、各種医療団体及び市町村などの協力を得ながら、

幅広く展開していきます。

(受動喫煙防止対策)

施設管理者を対象にした説明会及び戸別訪問の実施による条例の周知徹底や、県民を対象にしたキャンペーンを行い、条例の着実な施行に取り組んでいきます。

受動喫煙に関する県民意識調査及び施設調査を実施して、県民の意識の変化や、施設の取組状況を把握し、状況に応じた対策を引き続き進めていきます。



# 資 料

---

- ・神奈川県医療の現状
- ・用語集

## 神奈川県医療の現状

### 1 人口

本県の現在の人口構成比は、年少人口は全国とほぼ同じですが、高齢者人口は全国に比べ低く、生産年齢人口が全国に比べ高いという状況にあります。

平成32年の人口構成比は、年少人口は全国平均を下回りますが、生産年齢人口は依然として全国を上回ります。また、高齢者人口は全国平均と同様に増え約53万人増加します。また、いわゆる後期高齢者人口の構成比は全国を上回る勢いで増え、約44万人増加すると予測されています。

(表1) 年齢別人口及び構成比の予測

(単位:千人)

区 分		平成22年 (A)	平成27年	平成32年 (B)	増減 (B-A)
全 国	総人口	128,057	125,430	122,735	△5,322
	15歳未満	16,803	14,841	13,201	△3,602
	構成比	13.2%	11.8%	10.8%	—
	15～64歳	81,032	76,807	73,635	△7,397
	構成比	63.8%	61.2%	60.0%	—
	65歳以上	29,246	33,781	35,899	6,653
	構成比	23.0%	26.9%	29.2%	—
	65～74歳	15,174	17,329	17,162	1,988
	構成比	12.0%	13.8%	14.0%	—
	75歳以上	14,072	16,452	18,737	4,665
構成比	11.1%	13.1%	15.3%	—	
神 奈 川	総人口	9,048	9,018	8,993	△55
	15歳未満	1,188	1,049	931	△257
	構成比	13.2%	11.6%	10.4%	—
	15～64歳	5,989	5,786	5,707	△282
	構成比	66.6%	64.2%	63.5%	—
	65歳以上	1,820	2,182	2,354	534
	構成比	20.2%	24.2%	26.2%	—
	65～74歳	1,031	1,181	1,123	92
	構成比	13.1%	13.1%	12.5%	—
	75歳以上	789	1,001	1,232	443
構成比	8.8%	11.1%	13.7%	—	

(平成22年は平成22年国勢調査確定値、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所 平成19年5月推計)

## 2 医師、看護師等医療従事者の数

本県の医師数は増加を続けていますが、平成22年の本県の医師数(医療施設従事者)は16,997名、人口10万人当たり医師数は187.8人と全国39位となっており、医師不足の状況にあります。

今後の10年間には、平成20年からの医学部入学定員の増員の効果が現れ、医師数はこれまで以上の増加が見込まれます。

(表2) 医師数の推計

		(医療課)		
区 分		平成22年	平成27年	平成32年
全 国	医師数	280,431	300,494	326,097
	人口10万人当たり医師数	219.0	239.5	265.7
神 奈 川	医師数	16,997	19,352	22,057
	人口10万人当たり医師数	187.8	214.6	245.3

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省 平成22年12月31日現在)、医学部入学定員を基に推計

看護職員数(実人数)については、現行の不足状況の中でも、供給数の増加が見込まれます。

(表3) 看護職員数の推計について

		(保健福祉人材課)		
区 分		平成22年	平成27年	平成32年
全 国	看護職員数	1,395,571	1,531,463	1,693,423
	人口10万人当たり看護職員数	1,089.2	1,221.0	1,379.7
神 奈 川	看護職員数	66,676	70,447	77,897
	人口10万人当たり看護職員数	736.8	781.2	866.2

業務従事者届(厚生労働省 平成22年12月31日現在)、厚生労働省長期的需給見通し(平成21年度)を基に推計

### 3 医療機関の数

本県の医療機関は、人口10万人当たりの病院数は3.8病院と全国平均より少ないものの、1病院当たりの病床数は全国平均では183.8床に対し本県は214.5床と多くなっています。また、病院の病床100床当たりの常勤換算医療従事者数では、医師数が16.1人で全国2位となっているなどいずれも全国平均を上回っています。

(表4) 施設数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

区 分	病 院			一般診療所		歯 科 診 療 所
	一般病院	精神病院		有床診療所		
全 国	8,670	7,587	1,082	99,824	10,620	68,384
人口10万人 対施設数	6.8	5.9	0.8	78.0	8.3	53.4
神奈川県	343	296	47	6,407	332	4,868
人口10万人 対施設数	3.8	3.3	0.5	70.8	3.7	53.8

病院には結核療養所を含むため一般病院と精神病院の計と一致しません。

(表5) 病床数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

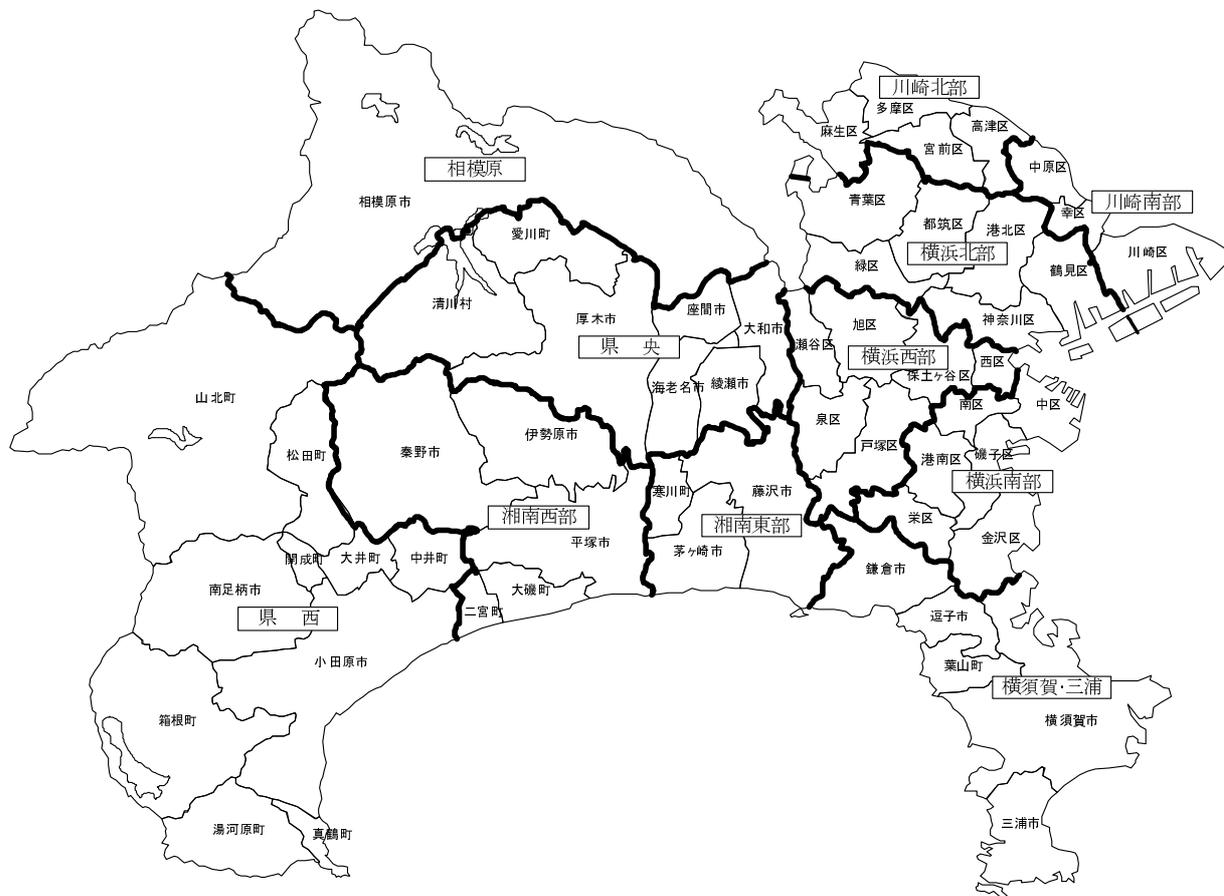
区 分	病 院				一般診療所
	一般病床	療養病床	精神病床		
全 国	1,593,354	903,621	332,986	346,715	136,861
人口10万人 対施設数	1,244.3	705.6	260.0	270.8	106.9
神奈川県	73,574	46,568	12,962	13,786	3,226
人口10万人 対施設数	813.0	514.6	143.2	152.3	35.6

(表6) 病院の常勤換算従事者数及び100床換算医療従事者数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

区 分	総 数	医 師	歯科医師	薬剤師	看護師、 准看護師
全 国	1,868,255.5	195,368.1	10,202.8	43,294.8	843,729.7
100床 当たり	117.2	12.3	0.6	2.7	52.9
神奈川県	93,969.9	11,861.2	718.4	2,410.8	40,648.0
100床 当たり	127.8	16.1	1.0	3.3	55.3

#### 4 二次保健医療圏



二次保健医療圏名	構成市（区）町村
横浜北部	鶴見区、神奈川区、港北区、緑区、青葉区、都筑区
横浜西部	西区、保土ヶ谷区、旭区、戸塚区、泉区、瀬谷区
横浜南部	中区、南区、港南区、磯子区、金沢区、栄区
川崎北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎南部	川崎区、幸区、中原区
横須賀・三浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
相模原	相模原市
県西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
計（11圏域）	（19市13町1村）

## 5 神奈川県医療の特徴、課題

### ア 特徴

本県の医療提供体制の特徴は、人口10万人当たりの医師数、看護師数などの医療人材や医療施設数は少ないものの、県内に4医科大学を有しており、大規模病院の比率が高く、かつ、病床当たりの医療従事者も全国を上回る水準を確保していることが挙げられます。また、平成16年の臨床研修制度の変更後平成22年までの医師の増加数は全国2位となっています。

二次保健医療圏ごとの人口10万人当たりの医師数は、横浜南部二次保健医療圏が255.1人と全国平均を上回るのに対し、県央二次保健医療圏は121.3人ととどまり2倍以上の差となっていますが、全国的にみると医療圏ごとの差は小さいです。しかしながら、県央二次保健医療圏では医師数が減少するなど、医師や医療施設などの医療資源の地域偏在は解消されていない状況にあります。

### イ 課題

本県は現状においても医師・看護師が不足しており、医師については診療科や地域による偏在もあります。また、医師の専門化が進んだ結果、患者を総合的に診ることのできる医師の養成が求められています。さらに、今後いわゆる後期高齢者の大幅な増加が見込まれており、それに対応する医療を提供するためには、医師・看護師等の医療従事者の更なる養成・確保が課題となります。

このうち医師数については、医学部入学定員の増員の効果が現れ、これまで以上の速度で増加するものの、本県の人口10万人当たりの医師数は、10年後の時点においても全国平均には届かないと見込まれます。

また、看護師については、平成22年の人口10万人当たりの看護職員数は736.8人と全国47位となっており、増加は続くが全国平均を下回る状況と見込まれます。

さらに、高齢者の増加は介護の需要も増大させ、医療と介護の間に切れ目を作らない体制の構築が課題となっています。また、周産期・小児医療においても、施設及び人員体制の整備と地域及び施設間における連携づくりなどが課題となっています。

このほか、医療需要の増大に対応するためには、医療従事者の増加だけでなく、職種間の連携、チーム医療の推進や不要不急の受診を控えるような県民の医療に対する理解や参画が必要と考えられ、これらをいかに推進していくかが課題となっています。

併せて、県民自らが、病気にならないよう、健康増進・予防の実践が課題です。

## 用語集

### 1) 周産期

妊娠22週から生後1週間までの期間のこと。

### 2) インフォームド・コンセント

医療を提供する側の十分な説明によって、治療に患者自身の理解、選択、自己決定を重視すること。

### 3) セカンドオピニオン

主治医とは別の医師に、病気についての所見や意見を求めること。

### 4) 医食農同源

病気を治療するのも、日常の食事をするのも、ともに生命を養い健康を保つために欠くことのできないもので、源は同じだという考えに、さらに食材等を育てる「農」を取り込んだ健康観のこと。

### 5) 救急医療体制

初期救急医療：応急処置的な医療と比較的軽症の患者を対象とする救急医療

二次救急医療：緊急の入院や手術が必要な患者を対象とする救急医療

三次救急医療：より高度で特殊・専門医療が必要な重症患者を対象とする救急医療

### 6) 救命救急センター

より高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症救急患者を24時間体制で受け入れる三次救急医療施設のこと。

### 7) 亜急性期病床

急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者で症状が急激に悪化した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病床のこと。

### 8) トリアージ

医療従事者や医薬品等の医療資源が制約される中で、一人でも多くの傷病者に対して最善の治療を行うため、傷病者の緊急度に応じて、搬送や治療の優先順位を決めること。

#### 9) メディカルコントロール体制

救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間に、救急救命士が医行為を行う場合、その医行為を医師が指示又は助言・指導及び検証してそれらの医行為の質を保障する体制のこと。

#### 10) ドクターヘリ

救急現場から医療機関に搬送するまでの間、救急患者に救命医療を行うことのできる救急専用の医療機器を装備したヘリコプター。

#### 11) ドクターカー

患者監視装置等の医療機械を搭載し、医師、看護師等が同乗し、救急現場や搬送途上へ出動する車。

#### 12) 基準病床数

基準病床数は、病床を整備するための目標であるとともに、基準病床数を超える病床の増加を抑制する基準のこと。

#### 13) 公的医療機関

日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する病院や社会保険・厚生年金・共済組合の病院など、医療法第31条に定められた医療機関のこと。

#### 14) 緩和ケア病棟

治療の限界を超え、治癒が困難となったがん終末期などにおいて、身体的苦痛に対する医療的ケアだけではなく、精神面におけるケアを通し、終末期を支援していく病棟のこと。

#### 15) かかりつけ医

身近なところで日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる医師のこと。

#### 16) 訪問看護ステーション

保健師、助産師、看護師等が家庭や地域に出向いて看護サービスを提供する事業所。

#### 17) ケアマネジャー

要介護者等からの相談やその心身の状況等に応じ、適切なサービスを利用できるように、専門的知識及び技術を有して、介護サービス計画の作成や関係機関との連絡調整を行う者。

**18) 地域包括支援センター**

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、必要なサービスにつないだり、虐待防止などの権利擁護や、介護予防事業のマネジメントなどの機能を担う市町村が設置する地域の中核機関のこと。

**19) 地域連携クリティカルパス**

医療連携の方法の一つであり、急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの疾病ごとの診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

**20) 認知症医療連携パス**

認知症の人に適切な医療とケアを行うために、医療機関と介護サービス事業所等が相互に情報の共有化を図るためのツールのこと。

**21) レスパイト**

乳幼児や障害児・者、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒すため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスのこと。

**22) 災害医療拠点病院**

災害時に、被災地における医療の確保及び医療支援等を行うための医療機関。

**23) 4 医科大学**

県内の医師養成機関で、横浜市立大学、北里大学、聖マリアンナ医科大学、東海大学の4つの大学の総称。

**24) 寄附講座**

民間企業や行政組織などの外部組織から教育・研究振興のために寄附された資金や人材を活用し、大学や研究機関において講座を設置し、研究教育を行う活動のこと。

**25) キャリアパス**

人材が目指す地位や職務に就任するために必要な職務経験や取得技能の道筋のこと。

**26) 潜在看護職員**

資格を持ちながら就業していない看護職員のこと。

## 27) チーム医療

医療に従事する多種多様な医療従事者が、各々の高い専門性を前提に、連携して患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

## 28) 小児救急電話相談（#8000）

夜間、お子さんの体調のことで判断に迷ったときのために、家庭でどのように対処すれば良いか、すぐに医療機関にかかる必要があるかなどについて、専門の相談員（看護師等）が相談に応じる電話のこと。

## 29) 未病

自覚症状はないが検査では異常がある状態や自覚症状はあるが検査では異常がない状態など病気の発症前の状態のこと。

## 30) エビデンス

ある治療や薬剤の効果があることを示す証拠や検証結果・臨床結果。

## 31) 食育

様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること。

## 神奈川県医療のグランドデザイン

---

神奈川県保健福祉局保健医療部医療課  
〒231-8588 横浜市中区日本大通 1  
電話 (045) 210-4865 (直通)

---