

神奈川県地域医療構想 イメージ（案）

第1章 基本的事項

1 策定趣旨

- ・ 平成 37 年（2025 年）に団塊の世代が 75 歳以上になり、医療や介護ニーズのさらなる増大が見込まれることから、限りある資源を最大限活用しながら変化に対応した適切な医療・介護の提供体制の構築を図る必要がある
- ・ 平成 26 年 6 月に効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムの構築を通じて、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する医療介護総合確保推進法が公布された
- ・ これを受け、都道府県では、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す地域医療構想を策定することとなった

2 策定根拠

- ・ 医療法 30 条の 4 第 2 項

3 記載事項

- ・ 医療法における地域医療構想の記載事項は次のとおり

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された以下の数値<ol style="list-style-type: none">ア 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量イ 将来の居宅等における医療の必要量2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項 |
|--|

4 計画期間

- ・ 平成 37 年（2025 年）まで
- ・ ただし、社会環境に大きな変化が生じた場合や、神奈川県保健医療計画の改定時等には、国の動向も踏まえながら必要な見直しを検討し、平成 37 年（2025 年）における医療ニーズへの適切な対応を図る

5 地域医療構想の位置づけ

- ・ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の一部とされていることから、平成 25 年 3 月に改定した神奈川県保健医療計画に追記する
- ・ 地域医療構想では、平成 37 年（2025 年）のあるべき将来像に向けた長期的な取組みの方向性を示しているが、中期的には、神奈川県保健医療計画に記載した 5 疾病 5 事業の施策等を推進し、短期的には、地域医療介護総合確保基金に基づく都道府県計画等による取組みを進める
- ・ 平成 30 年 3 月の神奈川県保健医療計画の改定時には、地域医療構想で示した長期的な方向性を踏まえるとともに、かながわ高齢者保健福祉計画との整合を図る

第2章 神奈川県における将来の医療提供体制に関する構想

1 構想区域

(1) 構想区域とは

- ・ 医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域
- ・ 二次保健医療圏を原則としつつ、人口構造の変化等を考慮して都道府県が設定する

(2) 神奈川県の構想区域

- ・ 神奈川県における構想区域は、以下の9区域とする。
- ・ なお、横浜の構想区域については、3つの二次保健医療圏で構成されているが、患者の受療動向や老人保健福祉圏域との整合性の観点から、地域の意見も踏まえて1つとする

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

2 神奈川県の実況・地域特性

(1) 人口

- ・ 人口は 908 万人で全国の 7 % を占め、全国 2 位
- ・ 現在の年齢別の構成比は、年少人口は全国と同様の 13.1%、生産年齢人口は、全国より高い 65.2%、老年人口は、全国より低い 21.6%
- ・ ただし、平成 22 年から平成 25 年にかけての老年人口の増加率は全国より高い 8 %

< 出典：住民基本台帳に基づく人口（平成 25 年 3 月 31 日現在） >

(2) 医療資源等の状況

ア 医療施設の状況

- ・ 人口 10 万人対の病院数、一般診療所数、歯科診療所数、有床診療所数、救急告示病院数は、全国平均を下回る
- ・ 人口 10 万人対の救急救命センター数は、全国平均と同程度

(単位：か所)

	病院	一般診療所		歯科診療所	薬局	救急告示 病院	救命救急 センター
			有床診				
県	342 (3.8)	6,556 (72)	248 (2.7)	4,920 (54.1)	3,724 (40.9)	161 (1.8)	16 (0.2)
全国	6.6	88.5	6.9	61.1	45	3.0	0.2

() は人口 10 万人対の施設数。全国の数値は人口 10 万人対の施設数

< 出典：医療施設調査（平成 26 年）等 >

イ 病床数の状況

病床種類別

- ・ 人口 10 万人対の一般病床（病院、診療所）、療養病床（病院、診療所）、精神病床は、全国平均を下回る

(単位：か所)

	病院病床数	一般病床数	療養病床数	精神病床数	有床診療所病床数
県	74,119 (814.4)	46,267 (508.4)	13,492 (147.9)	14,155 (155.5)	2,726 (30.0)
全国	1221.6	696.6	255.6	263.4	87.5

() は人口 10 万人対の施設数。全国の数値は人口 10 万人対の施設数

< 出典：医療施設調査（平成 26 年） >

病床機能別

- 平成 26 年（2014 年）の病床機能報告による病床の機能区分別の病床数は、以下のとおり
- 構成割合は全国と比べて高度急性期の割合が高く、慢性期の割合が低い
- 病床の機能区分別の構成比は、平成 26 年、27 年共に大きな差はない

	病床数(床)				構成比(1)			
	神奈川県		全国(参考)		神奈川県		全国(参考)	
	H26	H27(2)	H26	H27(3)	H26	H27	H26	H27
高度急性期	13,576	11,519	193,538	167,202	22.4%	20.5%	15.5%	14.2%
急性期	28,109	26,841	587,484	561,812	46.3%	47.7%	47.1%	47.9%
回復期	4,427	4,791	110,164	121,410	7.3%	8.5%	8.8%	10.3%
慢性期	14,567	13,158	356,176	323,236	24.0%	23.4%	28.6%	27.5%
小計	60,679	56,309	1,247,362	1,173,660	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
未選択等	660	963	13,764	22,092				
合計	61,339	57,272	1,261,126	1,195,752				

(1) 構成比は、未選択等を除く小計値で算出

(2) 平成27年12月18日時点でデータ集計が完了したもの 提出率87.6%

(3) 平成27年12月2日時点でデータ集計が完了したもの 提出率75.3%

< 出典：病床機能報告制度（平成 26 年 7 月 1 日現在） >

ウ 在宅医療・介護施設の状況

- 人口 10 万人対の在宅療養支援診療所数、在宅歯科サービスを実施している歯科診療所数は、全国平均を下回る
- 人口 10 万人対の在宅看取りを実施している病院数、診療所数は、全国平均と同程度

< 在宅医療施設 >

(単位：か所)

	在宅療養支援診療所	在宅医療サービスを実施している歯科診療所	訪問看護ステーション		訪問薬剤指導を実施する事業所	在宅看取り実施病院	在宅看取り実施診療所
				うち、24H 対応訪問看護 ST			
県	832 (9.1)	733 (8.1)	523 (5.7)	446	2,659 (29.2)	25 (0.3)	296 (3.3)
全国	11.1	11.0			28.8	0.4	3.4

() は人口 10 万人対の施設数。全国の数値は人口 10 万人対の施設数

< 介護施設 >

(単位：か所)

	介護老人福祉施設(特養)	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	認知症高齢者グループホーム	軽費老人ホーム(ケアハウス、A 型、B 型)
県	409 (1.6)	189 (1.0)	37 (0.1)	705	35

() は高齢者 100 人対の施設数(平成 26 年度)

< 出典：医療施設調査(平成 26 年)、かながわ高齢者保健福祉計画(平成 27 年 3 月) >

エ 医療従事者の状況

- ・ 人口 10 万人対の医療施設従事歯科医師数、薬局・医療施設従事薬剤師数は、全国平均を上回る
- ・ 人口 10 万人対の医療施設従事医師数、病院に従事する保健師数、助産師数、看護師数、准看護師数、理学療法士数、作業療法士数は、全国平均を下回る
- ・ 人口 10 万人対の医療従事者数は、地域差がある

(単位：人)

	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員				理学療法士	作業療法士
				保健師	助産師	看護師	准看護師		
県	18,349 (201.6)	7,232 (79.5)	17,073 (187.6)	332 (3.6)	1,447 (15.9)	40,745 (447.7)	4,380 (48.1)	2,896 (31.8)	1617 (17.8)
全国	231.1	78.6	168.2	4.1	17.3	597.7	105.7	51.5	31.0

()は人口 10 万人対の施設数。県、全国の数値は人口 10 万人対の施設数

医師、歯科医師、薬剤師数は、医療施設及び薬局従事者数、その他の職種は、病院従事者数

< 出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 26 年）、医療施設調査（平成 26 年）、病院報告（平成 26 年）>

オ 病院配置の状況

- ・ D P C 病院は県東部に多く、各病院は安定的に医療を提供
- ・ 二次保健医療圏での整備が望ましい主な医療機能のうち、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、災害拠点病院はすべての圏域で設置
- ・ 救命救急センターは、県央を除き設置（県央も近々設置予定）
- ・ 緩和ケア病棟を有する病院は、川崎北部、県央を除き設置
- ・ 上記の医療機能の県全体での設置数は、人口 10 万人対で全国平均と同程度

< 出典：かながわ医療情報検索サービス（平成 28 年 2 月 8 日現在）等 >

(3) 基本診療体制の医療提供状況

ア 一般入院基本料（7：1、10：1）

患者の受療動向

- ・ 入院の自己完結率は、49.7（川崎北部）～87.3%（湘南西部）と地域差があり、県平均では 79.1%

・ 自己完結率：ある圏域に住んでいる患者が、自分の住所地にある医療機関に入院する割合

< 出典：受療動向可視化ツール（平成 25 年）>

医療提供の状況

- ・ 一般入院基本料（7：1、10：1）のレセプト出現比は、県全体では、概ね全国平均と同程度

- ・ 地域別では、川崎北部のレセプト出現比が低く、隣接する川崎南部の出現比が高いことから、川崎北部の患者が川崎南部の医療機関を受療していることが想定。その他の地域は全国平均と同程度

・ 年間調整標準化レセプト出現比（SCR）：全国の年齢構成別の平均レセプト数に占める当該地域の年齢構成別のレセプト数（全国平均像に対する比）

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成 25 年） >

イ 回復期リハビリテーション病棟入院料

患者の受療動向

- ・ 入院の自己完結率は、50.4%（県西）～88%（横浜）と地域差があり、県平均では 65.6%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成 25 年） >

医療提供の状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び一般入院基本料（13: 1、15: 1）のレセプト出現比は、県全体では、全国平均を下回る
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院基本料のレセプト出現比は、横浜北部、県央、湘南西部は概ね全国平均と同程度であり、その他の地域は全国平均を下回る
- ・ 地域別では、一般入院基本料（13: 1、15: 1）のレセプト出現比は、県西では高く、横浜西部は概ね全国平均と同程度であり、その他の地域は全国平均を下回る

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成 25 年） >

ウ 療養病棟入院基本料

患者の受療動向

- ・ 入院の自己完結率は、38.4%（川崎南部）～81.7%（県西）と地域差があり、県平均では 65.5%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成 25 年） >

医療提供の状況

- ・ 療養病棟入院基本料のレセプト出現比は、県全体では、全国平均より低い
- ・ 地域別では、相模原、県西では高く、湘南東部、湘南西部では概ね全国平均と同程度であり、その他の地域は全国平均を下回る

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成 25 年） >

（４）疾患別の医療提供状況

ア がん

患者の受療動向

- ・ 5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん）における、入院の自己完結率は、最も地域差が少ない胃がんにおいても56.3（川崎北部）～92.4%（湘南西部）と地域差があり、県平均では72.3%
- ・ また、化学療法、放射線治療についても入院、外来いずれも自己完結率は地域差があり、平均すると62.9%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成25年） >

医療提供の状況

- ・ がん診療関連のレセプト出現比は、概ね全国平均と同程度であるものの、「がん診療連携の体制」や「がん患者のリハビリテーション」「がん診療連携拠点病院による集学的治療の体制」「放射線療法（内用療法）」などのレセプト出現比が低い

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成25年） >

医療機関へのアクセス状況

- ・ 5大がんにおけるアクセス状況は、県内の30分以内でアクセス可能な人口カバー率はすべての地域で87%以上、60分以内でのアクセスは100%

< 出典：アクセスマップと人口カバー率（平成25年） >

イ 急性心筋梗塞

患者の受療動向

- ・ 急性心筋梗塞における入院の自己完結率は、51.6（川崎北部）～96.7%（湘南西部）と地域差があり、平均すると80.4%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成25年） >

医療提供の状況

- ・ 急性心筋梗塞関連のレセプト出現比は、県全体では、概ね全国平均と同程度。「冠動脈造影」の外来の出現比は低いが、入院の出現比が高く、主に入院での対応が想定

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成25年） >

医療機関へのアクセス状況

- ・ 急性心筋梗塞のアクセス状況は県内の30分圏内でアクセス可能な人口カバー率はすべての地域で90%以上

< 出典：アクセスマップと人口カバー率（平成25年） >

ウ 脳卒中

患者の受療動向

- ・ くも膜下出血、脳梗塞、脳出血における入院の自己完結率は、最も地域差が少ない脳梗塞においても、53.0（川崎北部）～85.4%（横浜）と地域差があり、平均すると68.7%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成25年） >

医療提供の状況

- ・ 脳卒中関連のレセプト出現比は、県全体では、概ね全国平均と同程度であるものの、「脳卒中患者の連携パス利用者」のレセプト出現比が低い

< 出典：年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成 25 年） >

医療機関へのアクセス状況

- ・ 脳梗塞のアクセス状況は、30 分圏内でアクセス可能な人口カバー率はすべての地域で 95%以上
- ・ 一方、くも膜下出血のアクセス状況については、30 分圏は県平均では 85.8%であるものの、地域差があり、特に県西のアクセス状況が悪い

< アクセスマップと人口カバー率（平成 25 年） >

（ 5 ） 救急医療の状況

ア 患者の受療動向

- ・ 二次救急における自己完結率は、48.5（川崎北部）～93.3%（湘南西部）まで地域差があり、平均すると 81.7%

< 出典：受療動向可視化ツール（平成 25 年） >

イ 医療提供の状況

- ・ 救急関連のレセプト出現比は、県全体では、概ね全国平均と同程度であるものの、「救急患者の医療連携の体制」の出現比が低い
- ・ 覚知から現場到着までは全国平均と同程度だが、現場到着から搬送までの時間が全国平均と比べて長い

< 年間調整標準化レセプト出現比（SCR）の状況（平成 25 年） >

ウ 医療機関へのアクセス状況

- ・ 循環器系疾患及び消化器系疾患ともに、相模原の一部、県西の一部を除き 30 分診療圏の範囲でアクセス可能
- ・ また、県内で救急搬送の必要が生じた場合にも、県内の病院で概ね対応可能

< 出典：MDC 別救急車搬送入院の分担エリア（平成 25 年） >

（ 6 ） 在宅医療の状況

ア 医療提供の状況

- ・ 全体的に訪問診療などの在宅医療に係る医療行為に係るレセプト出現比は高い
- ・ 一方で、リハビリテーション、他機関との連携に係る指標、がん連携パスの指標の出現比は低い

3 神奈川県将来像

(1) 人口の将来推計

- ・ 人口は平成 31 年（2019 年）をピークに減少するが、65 歳以上の高齢者は年々増加。特に 75 歳以上の高齢者の増加率は平成 37 年（2025 年）には平成 22 年（2010 年）比 1.9 倍に増加

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

(2) 患者数の将来推計

ア 総患者数

- ・ 総患者数は、平成 22 年（2010 年）比 1.36 倍に増加
- ・ 特に 65 歳以上の患者の増加率が高く、平成 22 年（2010 年）比 1.57 倍、75 歳以上は、同年比 1.87 倍に増加

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一） >

イ 疾患別の患者数

- ・ 疾患別に見ると、MDC 分類（主要診断群分類）別の 7 領域では、循環器系、呼吸器系、損傷・中毒等の疾患の増加率が高い。がんは実数が多い

がん

- ・ 全体的に増加するが、特に胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がんの増加率が高い。最も実数が多いのは肺がん

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一） >

急性心筋梗塞

- ・ 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成 22 年（2010 年）比 1.39 倍に増加

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一先生） >

脳卒中

- ・ くも膜下出血は、平成 22 年（2010 年）比 1.35 倍、脳梗塞は同年比 1.63 に増加。特に脳梗塞は実数も多く、1 日あたり 3,857 人増加

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一） >

肺炎

- ・ 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成 22 年（2010 年）比 1.58 倍に増加

- ・ 成人肺炎の患者数は、平成 25 年（2013 年）比 1.57 倍に増加

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一先生） >

< 出典：厚生労働省 必要病床数推計ツール >

骨折

- ・ 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、平成 22 年（2010 年）比 1.46 倍に増加
- ・ 大腿骨骨折の患者数は、平成 25 年（2013 年）比 1.7 倍に増加

< 出典：平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計（国立がん研究センター 石川ベンジャミン光一）>

< 出典：厚生労働省 必要病床数推計ツール >

（3）平成 37 年（2025 年）における患者の流出入の特性

ア 高度急性期、急性期

- ・ 県外への流出入は、県全体として流出超過であり、主に東京都へ流出。特に横浜、川崎（北部、南部）から東京都への流出が多い。相模原のみ東京都からの流入超過。急性期では、県西において静岡県に流出超過と予測
- ・ 県内での流出入では、川崎北部、湘南東部、県央は流出が多く、川崎南部、湘南西部、相模原は流入が多いと予測

< 出典：厚生労働省 必要病床数推計ツール >

イ 回復期

- ・ 県外への流出入は、県全体として流出超過であり、主に東京都へ流出。特に横浜、川崎（北部、南部）からの流出が多い。相模原のみ東京都からの流入超過。県西は、静岡県に流出超過と予測
- ・ 県内の流出入では、川崎北部、湘南東部は流出が多く、川崎南部、湘南西部、県央は流入が多いと予測

< 出典：厚生労働省 必要病床数推計ツール >

ウ 慢性期

- ・ 県外への流出入は県全体としては、流出超過であり、主に東京都へ流出。相模原は、東京都から大幅に流入超過。千葉県、山梨県、静岡県にも患者の流出入があると予測
- ・ 県内の流出入では、横浜、川崎（北部、南部）、県央は流出が多く、相模原、県西は流入が多いと予測

< 出典：厚生労働省 必要病床数推計ツール >

(4) 平成37年(2025年)の病床数の必要量

ア 推計方法

- ・ 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量は、厚生労働省令に基づき算出
- ・ 厚生労働省から提供された「必要病床数推計ツール」により、「患者住所地ベース」及び「医療機関所在地ベース」の医療需要を算出

将来の医療需要は、次の仮定などを基に算出されており、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素をすべて勘案して算出されたものではないことに留意する必要がある。

- ・ 平成25年度のNDBデータ等を基にした入院受療率に平成37年(2025年)の性年齢階級別人口を乗じて算出
- ・ 高度急性期、急性期、慢性期の医療需要は、入院患者の1日あたりの診療報酬の出来高点数の多寡で一定の値で区分して算出
- ・ 慢性期は、療養病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟の患者及び医療区分1の70%を除く患者)、一般病床に入院している障害者・難病者数を算出及び慢性期の入院受療率の地域差解消分を見込んで算出
- ・ また、病床数の算出あたっては、医療需要を病床稼働率で割り戻した値としており、病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で算出

- ・ この数値をベースに、各構想区域の考え方を踏まえて「都道府県間」及び「県内の構想区域間」の患者の流出入調整を行い、医療需要を再算出
- ・ 厚生労働省令で定められた病床稼働率により必要病床数を算出
- ・ なお、療養病床の入院受療率の地域差解消のための目標値については、本県は将来の在宅医療ニーズの大幅な増加が予測されていることなどを踏まえ、パターンBにより推計
- ・ また、各構想区域において、厚生労働省令で定められた病床稼働率を上回る独自の病床稼働率を設定することが適当と考える場合、独自の病床稼働率を踏まえた参考病床数も併記することを検討(独自の病床稼働率の取扱いは別途検討)

イ 神奈川県における平成37年(2025年)の医療需要と必要病床数(仮)

(単位:左記:人/日、右記:床)

	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計	
	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数	医療需要	必要病床数
神奈川県	7,064	9,419 ()	20,195	25,890 ()	18,823	20,913 ()	14,849	16,139 ()	60,931	72,361
横浜	3,131	4,175 ()	8,286	10,622 ()	7,936	8,818 ()	5,890	6,402 ()	25,243	30,017 ()
川崎北部	528	704	1,423	1,824	1,308	1,453	1,070	1,163	4,329	5,144
川崎南部	640	853	1,828	2,344	1,426	1,584	519	564	4,413	5,345
横須賀・三浦	579	772	1,724	2,210	1,722	1,913	1,129	1,227	5,154	6,122
湘南東部	392	523	1,236	1,585	1,175	1,306	1,058	1,150	3,861	4,564
湘南西部	576	768	1,492	1,913	1,264	1,404	1,109	1,205	4,441	5,290
県央	408	544	1,705	2,186	1,667	1,852	1,140	1,239	4,920	5,821
相模原	608	811	1,808	2,318	1,548	1,720	2,224	2,417	6,188	7,266
県西	202	269	693	888	777	863	710	772	2,382	2,792

【病床の機能区分別の構成比（仮）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
神奈川県	13.0%	35.8%	28.9%	22.3%	100.0%
	()	()	()	()	()
横浜	13.9%	35.4%	29.4%	21.3%	100.0%
	()	()	()	()	()
川崎北部	13.7%	35.5%	28.2%	22.6%	100.0%
川崎南部	16.0%	43.9%	29.6%	10.6%	100.0%
横須賀・三浦	12.6%	36.1%	31.2%	20.0%	100.0%
湘南東部	11.5%	34.7%	28.6%	25.2%	100.0%
湘南西部	14.5%	36.2%	26.5%	22.8%	100.0%
県央	9.3%	37.6%	31.8%	21.3%	100.0%
相模原	11.2%	31.9%	23.7%	33.3%	100.0%
県西	9.6%	31.8%	30.9%	27.7%	100.0%

上段：厚生労働省令で定められた病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期 92%）に基づく必要病床数
 下段：独自の病床稼働率に基づく参考病床数

(5) 平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量

ア 推計方法

- ・ 将来の在宅医療等の医療需要は、厚生労働省令に基づき算出
- ・ 厚生労働省から提供された「必要病床数推計ツール」により、「患者住所地ベース」の医療需要を算出
- ・ なお、「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であり、現在の病院・診療所以外の場所における医療等を指す

イ 神奈川県における平成37年(2025年)の在宅医療等の医療需要

(単位：人/日)

	神奈川県	横浜	川崎北部	川崎南部	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西
在宅医療等の医療需要	138,864	56,534	13,599	8,131	14,055	11,403	9,068	10,525	10,008	5,541
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	95,862	40,237	9,705	5,766	10,411	8,164	5,718	6,607	5,879	3,375

在宅医療等の医療需要は、次の仮定などを基に算出されており、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素をすべて勘案して算出されたものではないことに留意する必要がある。

- ・ 在宅医療等の医療需要は、「療養病床の医療区分1の70%の患者数」+「療養病床の入院受療率の地域差解消分に相当する患者数」+「在宅患者訪問診療料を算定している患者数」+「介護老人保健施設のサービス受給者数」+「医療資源投入量175点未満の数」で算出
- ・ 「(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分」の患者数は、上記の「在宅患者訪問診療料を算定している患者数」を指す
- ・ 介護老人保健施設入所者は、介護給付費実態調査から推計

4 平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制を目指すための課題

（1）病床の機能の分化及び連携の推進

- 県全体の平成 37 年（2025 年）の必要病床数と平成 26 年（2014 年）の病床機能報告を比較すると、回復期を中心に病床が不足することが想定

	医療機能	2014年の現状(床)()	2025年の必要病床数(床)()	現行との差引(床) (-)	現行からの増加率 (/)
神奈川県	高度急性期	13,576.0	9,419.0	4,157.0	69.4%
	急性期	28,109.0	25,890.0	2,219.0	92.1%
	回復期	4,427.0	20,913.0	16,486.0	472.4%
	慢性期	14,567.0	16,139.0	1,572.0	110.8%
	未選択	660.0	-		
	合計	61,339.0	72,361.0	11,022.0	118.0%

- また、回復期への病床の機能分化を推進するには、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟などに携わる医療従事者等が不足することが想定
- 病床の機能分化と併せて、各医療機関が連携して、救急搬送から入院、転院、在宅医療まで、患者の状態に応じた医療が切れ目なく提供されることが必要であるが、地域の医療連携体制が不十分

（2）在宅医療等の充実による地域包括ケアシステムの構築

- 県全体の平成 37 年（2025 年）の在宅医療等を必要とする患者数は、平成 25 年（2013 年）と比較すると 1.66 倍に増加することから、現在の医療提供体制のままでは、在宅医療を支える体制が不十分となり、人材も不足することが想定
- 在宅医療だけでなく地域包括ケアシステムの構築を図ることが必要

（単位：人/日）

		2013年の現状 ()	2025年の医療 需要()	現状からの差引 (-)	現状からの増加率 (/)
神奈川県	在宅医療等	83,773	138,863	55,090	165.8%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	60,081	95,861	35,780	159.6%

（3）医療従事者等の確保・養成

- 県内の医療従事者数は、現状でも全国平均より軒並み低く、地域偏在がある上、入院や在宅医療等の医療ニーズの増加に伴い、さらなる不足が想定

「医療従事者の需給に関する検討会」において医療従事者の将来的な必要量等が検討されており、今後算出される将来的な必要量を踏まえ今後必要に応じて修正を図る

（4）その他

- 県内の医療提供体制には、構想区域ごとに地域特性があり、それぞれ独自の課題がある

5 平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制を目指すための施策の方向性

（1）基本方針

- ・ 課題を踏まえ、限られた資源のもとで、2025 年の医療ニーズを踏まえた医療提供体制を目指すためには、回復期病床の充実をはじめとした病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療等の充実による地域包括ケアシステムの構築、医療従事者等の確保・養成に取り組むことが必要
- ・ また、これらの取組みと併せて、未病を治す取組みを通じた、誰もが元気でいきいきと暮らし、必要なときには安心して医療・介護を受けられる社会の構築を目指すことが必要
- ・ 医療提供体制の構築にあたっては、今ある資源を最大限活用しながらそれぞれの地域特性を踏まえた上で、県、市町村、医療関係者と連携するとともに、県民への理解を得ながら進めていくことが必要
- ・ 本項で定めた施策の方向性は、地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用

（2）病床の機能の分化及び連携の推進に向けた取組み

- ・ 各医療機関の自主的な取組み及び地域医療構想調整会議を通じた取組みを基本に推進
- ・ 2025 年以降の医療ニーズの変化も見通しつつ、段階的に整備を推進

ア 病床機能の分化及び転換に対する支援

- ・ 不足する機能への分化・転換に係る技術的・財政的な支援（回復期への転換など）
- ・ 不足する機能への分化・転換に伴い必要となる医療従事者等の確保・養成
- ・ クリティカルパス等の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備、研修等の支援

イ 病床機能の連携体制構築に対する支援

- ・ 必要に応じた疾患別の医療機関の拠点化の支援
- ・ クリティカルパス等の活用による疾患別の医療連携体制の構築
- ・ 消防と救急医療機関の連携体制構築
- ・ ICT の活用も含めた地域の医療・介護の連携体制構築

慢性期病床の整備については、「療養病床のあり方等に関する検討会」における「新たな施設類型」等の検討を踏まえて必要な取組みを今後検討

(3) 在宅医療等の充実による地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み

- ・ 急増する在宅医療等のニーズに対応するため、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムを構築できるよう市町村を支援するとともに、在宅医療の体制構築や人材育成、県民への普及啓発等に取り組む。

ア 在宅医療の体制構築に向けた支援

- ・ 円滑な退院支援のための、退院元の医療機関、在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター等との連携構築
- ・ 在宅医療を担う医療機関の24時間365日対応の充実
- ・ 日常の療養生活や急変時の対応のための、後方支援病院、在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター等との連携構築
- ・ 緩和ケアや看取りを支えるための体制構築
- ・ 歯科医師、歯科衛生士等による口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションや、医科や介護との連携強化
- ・ 薬剤師の医薬品等の適切な取扱いや在宅医療の知識向上
- ・ 小児の在宅医療の連携体制構築
- ・ 認知症患者や精神疾患患者の地域支援のネットワーク構築

イ 在宅医療を担う人材や医療機関等の充実

- ・ 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種等の育成
- ・ 在宅医療の多様なニーズに対応した質の高い人材育成
- ・ 在宅医療・介護の連携を円滑に進めるための多職種協働による人材育成
- ・ 在宅医療を担う医療機関、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション等への支援

ウ 在宅医療の普及啓発の促進

- ・ かかりつけ医の普及啓発、県民・患者等への適切な情報提供

(4) 医療従事者等の確保・養成に向けた取組み

ア 医師の確保・養成

医師の確保・養成

- ・ 地域医療支援センターの活用や修学資金の貸付けなどによる県内勤務医師の確保
 - ・ 総合診療医の確保・養成
- ###### 勤務環境の改善と医師負担軽減の取組み
- ・ 神奈川県医療勤務環境改善支援センターによる勤務環境改善の支援
 - ・ 離職防止・復職支援など

イ 看護職員の確保・養成

看護職員の養成確保

- ・ 民間の看護師等養成施設への支援
- ###### 定着対策
- ・ 新人看護職員の早期離職を防止するため、病院等が行う研修への支援
 - ・ 子育て中でも仕事を継続できるよう、病院等が行う院内保育への支援

再就業の促進

- ・ 神奈川県ナースセンターによる無料職業紹介や復職支援研修
- ・ 届出した看護職員への情報提供や身近な地域での再就業の支援

ウ 病床機能の分化・転換に伴い必要となる医療従事者等の確保・養成（再掲）

エ 在宅医療を担う医療従事者等の確保・養成（再掲）

「医療従事者の需給に関する検討会」において医療従事者の将来的な必要量等が検討されており、今後算出される将来的な必要量を踏まえ今後必要に応じて修正を図る

(5) 未病を治す取組み

- ・ 未病を治す取組みを通じた、誰もが元気でいきいきと暮らし、必要なときには安心して医療・介護を受けられる社会の構築

(6) その他

- ・ 2025年のあるべき医療提供体制の構築に向けた構想区域ごとの課題への支援

第4章 推進体制等

1 推進体制

(1) 地域医療構想調整会議

- ・ 地域医療構想策定後は、地域医療構想調整会議において、関係者との連携を図りつつ、現状と課題を共有した上で、各地域の「将来の医療提供体制に関する構想」を推進するため、地域医療介護総合確保基金の活用も含めて必要な協議を行う
- ・ 県内では、すでに8つの地域医療構想調整会議が設置されていることから、これらの会議を引き続き活用する

構想区域	会議名称
横浜	横浜地域地域医療構想調整会議
川崎北部	川崎地域地域医療構想調整会議
川崎南部	
相模原	相模原地域地域医療構想調整会議
横須賀・三浦	三浦半島地区保健医療福祉推進会議地域医療構想調整専門部会
湘南東部	湘南東部地区保健医療福祉推進会議地域医療構想調整専門部会
湘南西部	湘南西地区保健医療福祉推進会議地域医療構想調整専門部会
県央	県央地区保健医療福祉推進会議地域医療構想調整専門部会
県西	県西地区保健医療福祉推進会議地域医療構想調整専門部会

- ・ 地域医療構想調整会議における具体的な検討イメージは、次のとおり（地域医療構想策定ガイドラインより）

<検討イメージ>

(1) 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有



- 病床機能報告制度による情報等で明らかになる地域医療提供体制の現状と地域医療構想で示される各医療機能の将来の需要と必要病床数について、関係者で認識を共有

(2) 地域医療構想を実現する上での課題の抽出



- 地域医療提供体制の現状を踏まえ、課題を抽出

(3) 具体的な病床の機能の分化及び連携のあり方について議論



- 病院関係者など、都道府県が適当と選定した関係者間で、各病院等がどのように役割分担を行うかについて議論

(4) 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

- (3)で合意した事項を実現するための具体的な事業について議論。地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、都道府県計画にどのように盛り込むか検討

<策定後の年間スケジュールのイメージ>

- 3月 病床機能報告制度の集計結果の提示
- 3月～ 医療機関が自主的な取組みを実施、地域医療構想調整会議の開催
(可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うよう10月までに上記の対応を実施)
- 10月 病床機能報告制度における報告
- 年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ
- 2月 県議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

- ・ なお、具体的な病床の機能の分化及び連携のあり方について議論する場合には、地域医療構想調整会議の下に、必要に応じてメンバーを限定・追加した上で検討の場を設ける
- ・ また、特定の課題に対して検討する必要がある場合には、地域医療構想調整会議の下に検討の場を設ける

(2) 神奈川県保健医療計画推進会議

- ・ 県内及び各地域の「将来の医療提供体制に関する構想」については、神奈川県保健医療計画推進会議において意見を聴きながら進行管理を行う

(3) 神奈川県医療審議会

- ・ 県内及び各地域の「将来の医療提供体制に関する構想」については、神奈川県医療審議会へ報告し意見聴取する

2 評価の実施

(1) 指標等の設定

- ・ 課題ごとに指標を設定し、進捗状況を把握する。

(例)

- ・ 病床の機能区分及び在宅医療に関する整備状況
- ・ 主要な疾病における構想区域内の完結状況
- ・ 人材の充足状況

(2) 指標等を用いた評価

- ・ 設定した指標の進捗状況を評価し、必要に応じて見直しを行う