

**神奈川県保健医療計画 改定素案
(平成30年度～令和5年度)**

令和2年11月

目次（**太字**は中間見直しの対象としている節）

第1部 総論	1
第1章 基本的事項	2
第1節 計画改定の趣旨	2
第2節 計画の性格	3
第3節 第6次計画の評価	3
第4節 計画の基本理念及び基本目標	4
第5節 計画期間	5
第6節 関連する計画等	5
第2章 神奈川県の実況	7
第1節 人口	7
第2節 生活習慣病等の状況	10
第3節 受療状況	12
第4節 医療施設・保健医療従事者の状況	14
第5節 計画推進に向けた関係者の役割	17
第3章 保健医療圏と基準病床数	18
第1節 保健医療圏	18
第2節 基準病床数	20
第3節 医療と介護の一体的な体制整備	23
第2部 各論	24
第1章 事業別の医療体制の整備・充実	25
第1節 総合的な救急医療	25
第2節 精神科救急	38
第3節 災害時医療	43
第4節 周産期医療	50
第5節 小児医療	58
第2章 疾病別の医療連携体制の構築	65
第1節 がん	65
第2節 脳卒中	73
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	81
第4節 糖尿病	87
第5節 精神疾患	93
第3章 未病対策等の推進	99
第1節 未病を改善する取組みの推進	99

第2節	こころの未病対策	105
第3節	歯科保健対策	107
第4節	ICTを活用した健康管理の推進	110
第5節	未病対策等を推進する国際的な保健医療人材の育成	112
第4章	地域包括ケアシステムの推進	114
第1節	在宅医療	114
第2節	高齢者対策	124
第3節	障がい者対策	129
第4節	母子保健対策	132
第5節	難病対策	136
第6節	地域リハビリテーション	137
第5章	医療従事者の確保・養成	142
第1節	医師	142
第2節	看護職員	166
第3節	歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者	168
第6章	総合的な医療安全対策の推進	172
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	175
第1節	医療・薬局機能情報の提供、医療に関する選択支援	175
第2節	地域医療支援病院の整備	180
第3節	公的病院等の役割	182
第4節	歯科医療機関の役割	185
第5節	訪問看護ステーションの役割	187
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	189
第7節	病病連携及び病診連携	191
第8節	最先端医療・技術の実用化促進	193
第8章	個別の疾病対策等	195
第1節	認知症施策	195
第2節	健康危機管理対策	199
第3節	感染症対策	201
第4節	肝炎対策	203
第5節	アレルギー疾患対策	205
第6節	血液確保対策と適正使用対策	207
第7節	臓器移植・骨髄等移植対策	209
第3部	地域医療構想	211

第4部 計画の推進	212
第1章 計画の推進体制	215
第1節 改定計画の検討経緯	215
第2節 計画の推進体制	216
第3節 計画の進行管理	217
第5部 別冊	218
第1章 人口、医療資源等	220
第2章 周産期医療における現状と連携体制	254

※ 計画素案における各種数値は、現時点のものであり、今後変動することがあります。

第1部 総論

第3章 保健医療圏と基準病床数

第2節 基準病床数

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

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

1 療養病床及び一般病床

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

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

<基本的な考え方>

- 地域医療構想で県は、今後の人口増加と急激な高齢化等により、令和7(2025)年に約1万1千床増加すると推計しましたが、この病床数は令和7(2025)年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来における変動要素(交通網の発達、医療技術の進歩等)を全て勘案して算出したものではありません。
- しかし、今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、医療機関が病床利用率を上げるなど効率化に努めることが必要です。加えて、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを考えると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床の検討が必要です。
- また、病床の整備にあたっては、人材の確保が必要であることに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた令和7(2025)年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります。
- 計画期間(平成30(2018)～令和5(2023)年)の中間年である令和2(2020)年に基準病床数の見直しを検討することを計画策定時から予定していたことを踏まえ、令和3(2021)年以降の基準病床数について、見直しを検討しました。

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

＜令和元年度の基準病床数の見直し結果＞

二次保健 医療圏名	基準病床数A (H31.4.1の基準病床数)	基準病床数A' (見直し結果・ R2.4.1から適用)
横浜	23,605	<u>23,785</u>
川崎北部	3,768	<u>3,796</u>

＜計画策定時の基準病床数＞（ ）内は令和元年度に見直した基準病床数

二次保健 医療圏名	基準病床数A	既存病床数B (H29.3.31現在)	過不足病床数 B-A
横浜	23,516 (<u>23,785</u>)	22,869	△647
川崎北部	3,662 (<u>3,796</u>)	4,362	700
川崎南部	4,189	4,814	625
相模原	6,545	6,564	19
横須賀・三浦	5,307	5,357	50
湘南東部	4,064	4,319	255
湘南西部	4,635	4,901	266
県央	5,361	5,233	△128
県西	2,809	3,155	346
合計(9圏域)	60,088	61,574	1,486

※ 表に記載の「基準病床数」の見直しについては、その要否を含め、基準病床数の算定式を構成する要素である「人口」及び「病床利用率」について、例えば、「人口」について、直近の人口でなく将来推計人口を用いて受療者数を算定するなど、県内各地域（医療圏）で検討していきます。

2 精神病床

精神病床の基準病床数は、県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	11,317	13,976

3 感染症病床

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

医療法等の規定に基づき算定した感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	74	74

4 結核病床

結核病床の基準病床数は、精神病床と同様に県全域で算定します。

医療法等の規定に基づき算定した結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

区域	基準病床数	既存病床数 (H29.3.31現在)
県全域	129	166

第2部 各論

第1章 事業別の医療体制の整備・充実

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

第3節 災害時医療

- 平成28年熊本地震等の検証を踏まえ、今後発生が予測される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する大規模な災害や局地的な風水害、大規模な事故等の局地災害に備え、県民の命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」（平成30年3月改定）に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。
- そのため、災害拠点病院の機能強化等を図り、災害時保健医療体制の整備を促進します。

現状

（1）災害拠点病院の整備

- 災害拠点病院は、多発外傷（※1）、挫滅症候群（※2）、広範囲熱傷（※3）等、災害時に多発する重症者の救命医療を行うための高度な診療機能を有しています。
- また、災害派遣医療チーム（※4 DMA T : Disaster Medical Assistance Team）等の活動拠点となるなど、被災地域の医療の中心的な役割を果たしています。
- 県が指定している災害拠点病院は、平成30年3月現在で33病院です。

（2）DMA Tの整備

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

（3）災害時保健医療体制の整備

- 県では、災害時に迅速かつ的確な医療を確保するため、県災害対策本部の下に保健医療調整本部を設置するとともに、災害医療に精通した県内の複数の医師で構成される県災害医療コー

ディネーターを委嘱し、県医師会、災害拠点病院等の関係機関と連携した医療救護活動を実施します。

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

（４）災害拠点精神科病院の整備

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

（５）DPATの整備

- 災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等により、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、災害派遣精神医療チーム「かながわDPAT（※6）」を整備しています。

課題

（１）災害拠点病院の整備

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

（２）DMATの整備

- 災害時の現場対応力の充実強化を図るため、中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備が必要です。
- 医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT-1の整備が必要です。

（３）災害時保健医療体制の整備

- 災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、DMATや保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高める必要があります。

- 県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備し、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。
- 災害時の公衆衛生の分野について、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備することが必要です。
- 災害時における避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。
- 災害時には多数の傷病者の発生が見込まれることから、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成することが必要です。
- 平常時から実践的な訓練を行い、災害急性期における対応力の充実強化を図ることが必要です。
- 県外発災時における応援派遣について、その実施体制を整備することが必要です。

(4) 災害拠点精神科病院の整備

- 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。

(5) DPATの整備

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

施策

(1) 災害拠点病院の整備（医療機関・医療関係者）

- 県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

(2) DMATの整備（県、医療機関・医療関係者）

- 県は、被災時に中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備を進めます。
- 県は、医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT-Lの整備を進めます。
- 県と災害拠点病院は、国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックDMAT訓練に参加し、他の都道府県DMATとの連携強化を図ります。

(3) 災害時保健医療体制の整備（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーターを中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。
- 県は、災害拠点病院に準ずる設備・機能を有する「災害協力病院」の指定をさらに進め、医療救護体制の強化を図ります。
- 県、市町村及び医療機関は、発災時の円滑な情報伝達を確立するため、県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備します。
- 県は、災害時の公衆衛生の分野においても、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備します。
- 県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。
- 県は、災害時に、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成するため、医療機関、県、市町村の職員を対象にトリアージ技術習得等の研修を実施します。
- 県と市町村及び医療機関は、「ビッグレスキューかながわ（県・市総合防災訓練）」等の訓練に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化を図ります。
- 県は、災害時に、病院の被害状況を迅速に把握するため、全病院を対象としたE M I S（※7）操作訓練を実施します。
- 県は、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、医療救護体制における小児・周産期分野の体制強化を進めていきます。「災害時小児周産期リエゾン」は、厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 県は、県外発災時における応援派遣についても実施体制を整備します。

(4) 災害拠点精神科病院の整備

- 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。

(5) DPATの整備

- 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、D P A Tに関する研修会を開催するなど、災害時に適切な対応ができる人材育成を行います。
- 県は、保健医療救護計画に基づきかながわD P A Tの体制整備を推進するとともに、市町村、保健福祉事務所等と連携して災害時のこころのケア対策の体制整備を行います。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (令和5年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
複数のDMATを保有する災害拠点病院の数	15	30	複数DMATを保有する災害拠点病院の数を現状の2倍とする	複数のDMATを保有することにより、急性期における医療救護活動の強化を図ることができるため。
EMISの操作訓練を実施している病院の割合	32.7% (※平成28年度の数値)	100%	全病院のEMIS操作訓練の参加	病院がEMISの操作方法を習得し、災害時に被災状況等を発信することにより、迅速な医療救護活動が可能となるため。
かながわD P A T登録機関等の数	12	18	各医療圏域に配置する登録機関を2機関とする	D P A Tの登録機関等の数を増やすことで迅速な災害派遣精神医療体制の充実強化を図ることができるため。

(※現状はいずれも県独自調査)

■用語解説

※1 多発外傷

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

※2 控滅症候群

身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。

※3 広範囲熱傷

ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。

※4 災害派遣医療チーム（DMAT）

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

※5 神奈川DMAT-L

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

※6 かながわDPAT

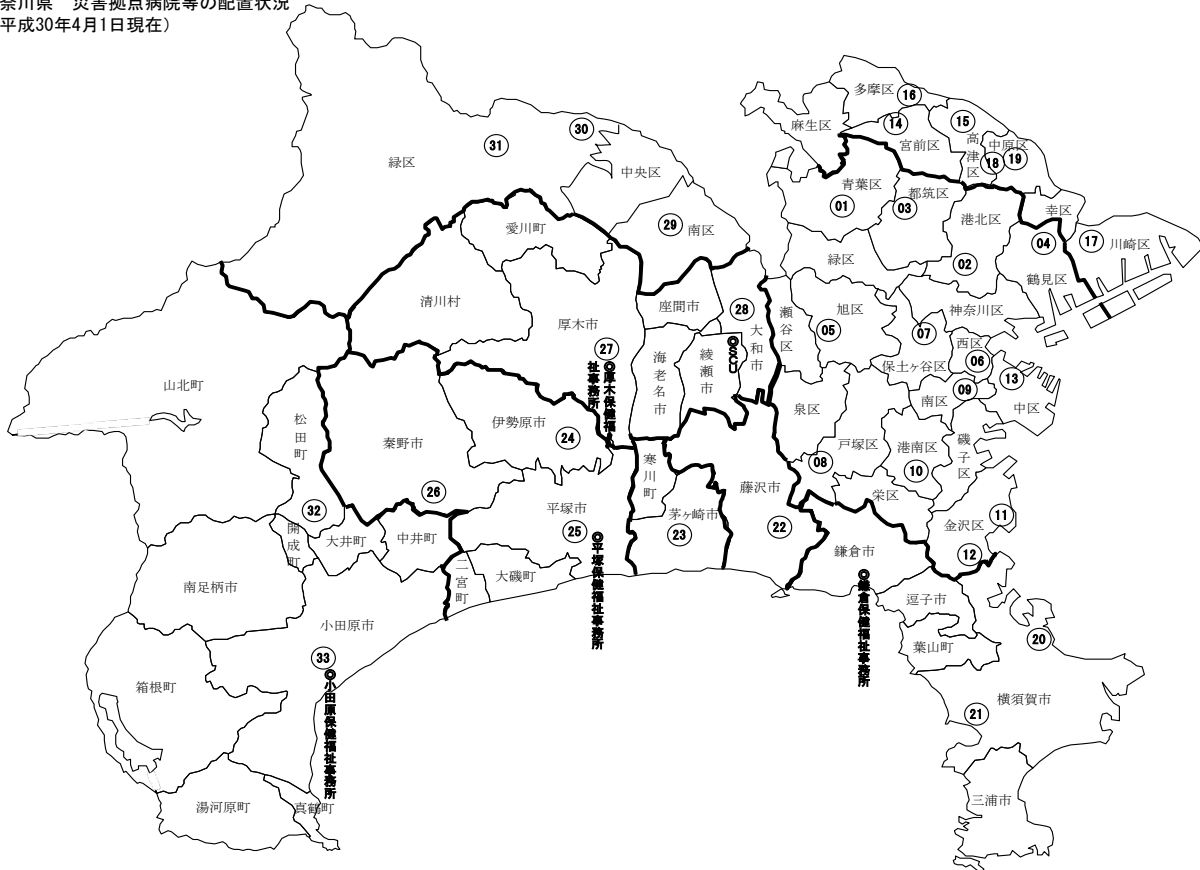
「かながわDisaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、精神科医師、保健師又は看護師、業務調整員で編成されている。

※7 EMIS

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

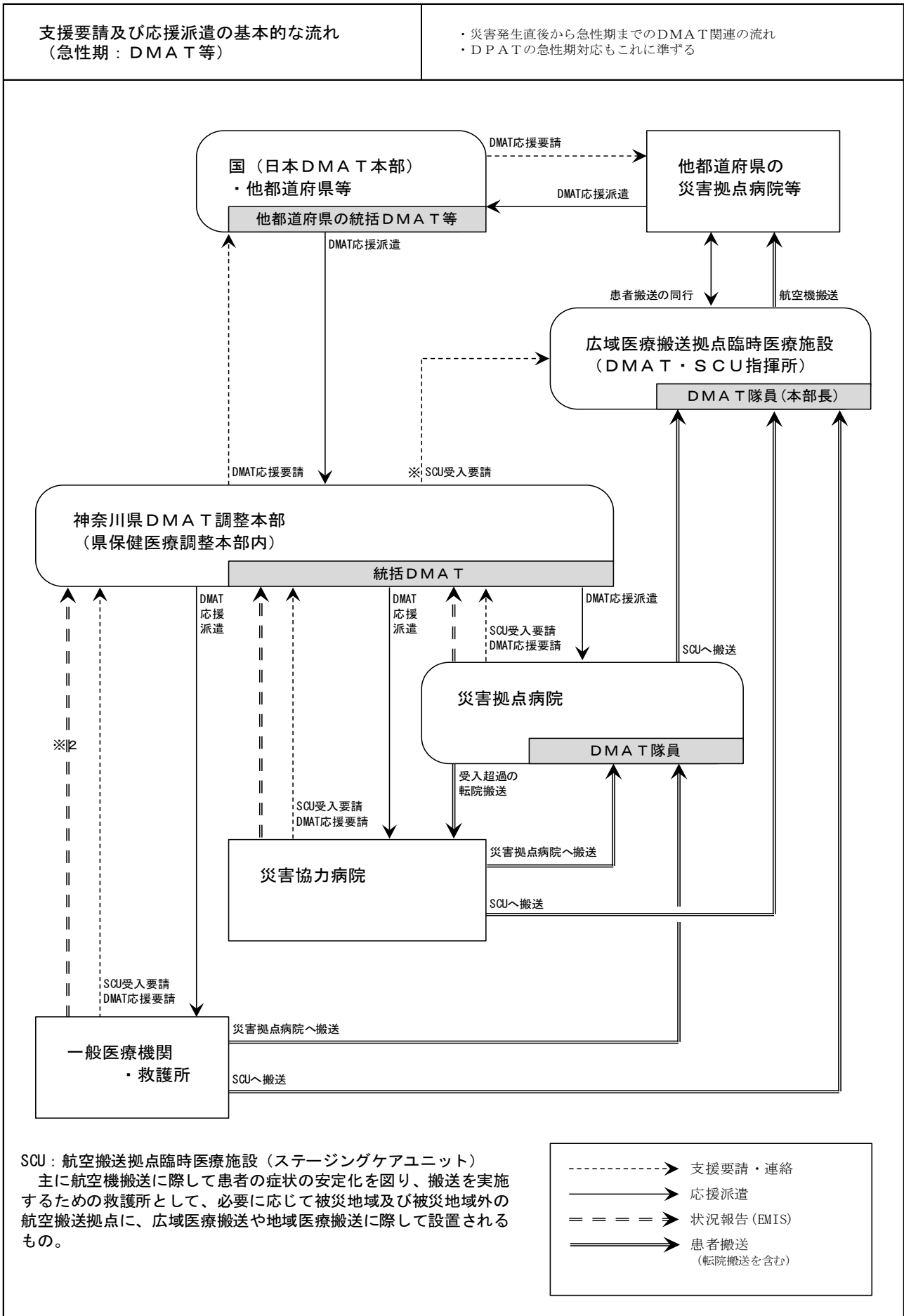
■神奈川県災害拠点病院等の配置状況

神奈川県 災害拠点病院等の配置状況
(平成30年4月1日現在)



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

■災害時医療救護体制



第4章 地域包括ケアシステムの推進

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

第1節 在宅医療

現状

(1) 地域包括ケアシステムと在宅医療について

- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいいます（地域医療介護総合確保法 第2条第1項）。
- 在宅医療は、高齢になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素です。
- 全国平均を上回るスピードでの高齢化の進展や、病床の機能分化・連携に伴い、慢性期の医療ニーズの受け皿や、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして、在宅医療への期待が高まっており、令和5年における在宅医療等を必要とする患者数は、平成25年の56,305人／日と比較すると、1.64倍の92,702人／日に増加することが見込まれています。

(2) 在宅医療の提供体制について

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

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

〔退院支援に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	県平均	全国 平均
退院支援を実施している診療所・病院数	1.3	1.9	2.2	0.9	2.1	1.8	1.5	1.7	2.2	1.5	2.0	1.7	2.7
退院支援（退院調整）を受けた患者数	540.9	1288.6	624.4	782	1314.8	476.1	1677.7	250.2	1077.3	764.6	582.4	837.1	985.9

〔日常の療養支援に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	県平均	全国 平均
訪問診療を実施している診療所・病院数	17.8	15.9	15.6	11.8	16.7	10.2	22.3	19.7	15.7	11.1	20.7	16	21.7
訪問診療を受けた患者数	8,160.1	5,619.4	5,520.3	7,574.1	8,249.4	4,517.5	11,005.0	8,369.6	6,872.2	6,408.4	9,679.4	7,270.4	5713.3
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	8.1	6.6	8.1	5.1	6.8	6.7	10.8	9.7	8.9	7.7	12.1	8.0	10.8

〔急変時の対応に関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	県平均	全国 平均
往診を実施している診療所・病院数	25.5	20.4	24.7	18.3	22.5	13.8	31.4	28.4	22.8	14.3	27.8	22.6	31.5
往診を受けた患者数	1409.3	999.2	1322.3	1041.9	1274.3	603.2	2113.4	2744.6	1418	731.9	1286.3	1337.4	1353.9
在宅療養支援診療所数	11.1	8.4	7.7	7.6	9.2	5.9	12.3	12.6	11.0	6.8	13.7	9.4	11.7

〔看取りに関する指標（人口10万人あたり施設数・人数）〕

指標	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	相模原	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	県平均	全国 平均
在宅看取り（タミナルケア）を実施している診療所・病院数	8.1	6.9	5.9	5.8	7.1	4.1	12.1	10.1	8.9	5.3	13.9	7.6	8.6
看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）	117	122.2	112.4	93.5	106	62.6	213.8	125	130.5	82.1	141.1	117	99.5

出典：〔在宅療養支援診療所数〕平成28年3月31日診療報酬施設基準

〔訪問歯科診療を実施している歯科診療所数〕平成26年医療施設調査 〔その他〕平成27年度NDB

課題

（1）在宅医療の提供体制について

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

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

イ 日常の療養支援

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

ウ 急変時の対応

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

エ 患者が望む場所での看取り

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

オ 小児や障がい者を対象とした在宅医療

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

カ 在宅医療を担う医療機関

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

キ 在宅医療に必要な連携体制

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

(2) 在宅医療を担う人材について

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

施策

(1) 在宅医療の提供体制の構築

(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関)

ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援

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

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

イ 日常の療養支援

- 県は、在宅医療に対応できる医療機関や薬局について、分かりやすい情報提供を行います。
- 県は、患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及啓発に取り組みます。
- 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等が地域住民からの相談等を受け、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた対応を行うことができるよう、市町村は在宅医療・介護連携推進事業を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、医科や介護と連携した多職種による口腔ケアを含む在宅歯科医療支援ネットワークの整備や、関係職種による口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーションを推進します。
- 県、市町村及び医療機関・医療関係者は、薬剤師のための地域包括ケアシステムや麻薬調剤などの在宅医療に関する研修などを推進します。
- 県は、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組みを推進します。

ウ 急変時の対応

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

エ 患者が望む場所での看取り

- 県及び市町村は、人生の最終段階における療養生活や治療について、患者・家族が、知識や関心を深め、自ら選択・決定できるよう普及啓発を行います。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、及び介護・福祉関係者は、患者の意思を尊重した人生の最終段階の医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。【P31再掲】

オ 小児や障がい者を対象とした在宅医療

- 県は、医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。
- 障がい児者や要介護者では、歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防や、生活の自立を促すため、歯科医療の確保及び口腔機能の維持・向上を含む口腔ケアに取り組むことが必要です。
- 要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、要介護者に対する保健・医療・福祉が連動した切れ目のない口腔管理の支援体制が必要です。【P108再掲】

カ 在宅医療を担う医療機関

- 県は、県医療審議会の意見を聞きながら医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所（※2）として、病床設置等について許可を要しない診療所と認めることにより、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所の整備を支援します。
- 県は、在宅療養支援診療所などの整備を支援するとともに、身近な「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」などによる訪問診療や往診などの在宅医療サービスが受けられるよう、医師会や歯科医師会と連携して在宅医療の提供体制の整備を推進します。

キ 在宅医療に必要な連携体制

- 県は、医師会等と連携し、保健所を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援します。特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組みは重点的に対応します。
 - ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
 - ・ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - ・ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
- がん診療連携拠点病院等は、各地域において緩和ケアを実施する緩和ケア病棟や在宅緩和ケアを提供できる診療所を把握するとともに、がん患者やその家族に情報を提供します。
- 救命救急センターの「出口問題」については、県は、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。【P30 再掲】

（2）在宅医療を担う人材の確保・育成

（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

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

目標

目標項目	現状	目標値 (令和5年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
退院支援を実施している診療所・病院数	153機関 (平成27年度 NDB)			円滑な在宅療養移行に向けての退院支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
訪問診療を実施している診療所・病院数	1,455機関 (平成27年度 NDB)			日常の療養支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
訪問看護事業所数	610機関 (平成29年4月1日 神奈川県介護保険指定機関管理システムに登録されている事業所数情報)			
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	725機関 (平成26年度医療施設調査)			
薬局における訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を受けた者の数 (レセプト件数)	301,601件 (平成27年度 NDB及び介護保険請求件数)		調整中	日常の療養支援に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
訪問診療を受けた患者数 (レセプト件数)	662,821件 (平成27年度 NDB)			
往診を実施している診療所・病院数	2,059機関 (平成27年度 NDB)			急変時の対応に関する体制の構築の進捗状況を評価するため。
在宅療養支援診療所・病院数	930 (平成29年3月31日 診療報酬施設基準)			
在宅療養後方支援病院数	21機関 (平成29年3月31日 診療報酬施設基準)			

目標項目	現状	目標値 (令和5年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
在宅看取りを実施している診療所・病院数	694機関 (平成27年度 NDB)		調整中	患者が望む場所での看取りに関する体制の構築の進捗状況を評価するため。

※ 空欄で示される「目標値」及び「目標値の考え方」は、今後、地域での調整・協議の結果を基に、反映されます。

■ 用語解説

※1 医療的ケア児

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

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

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

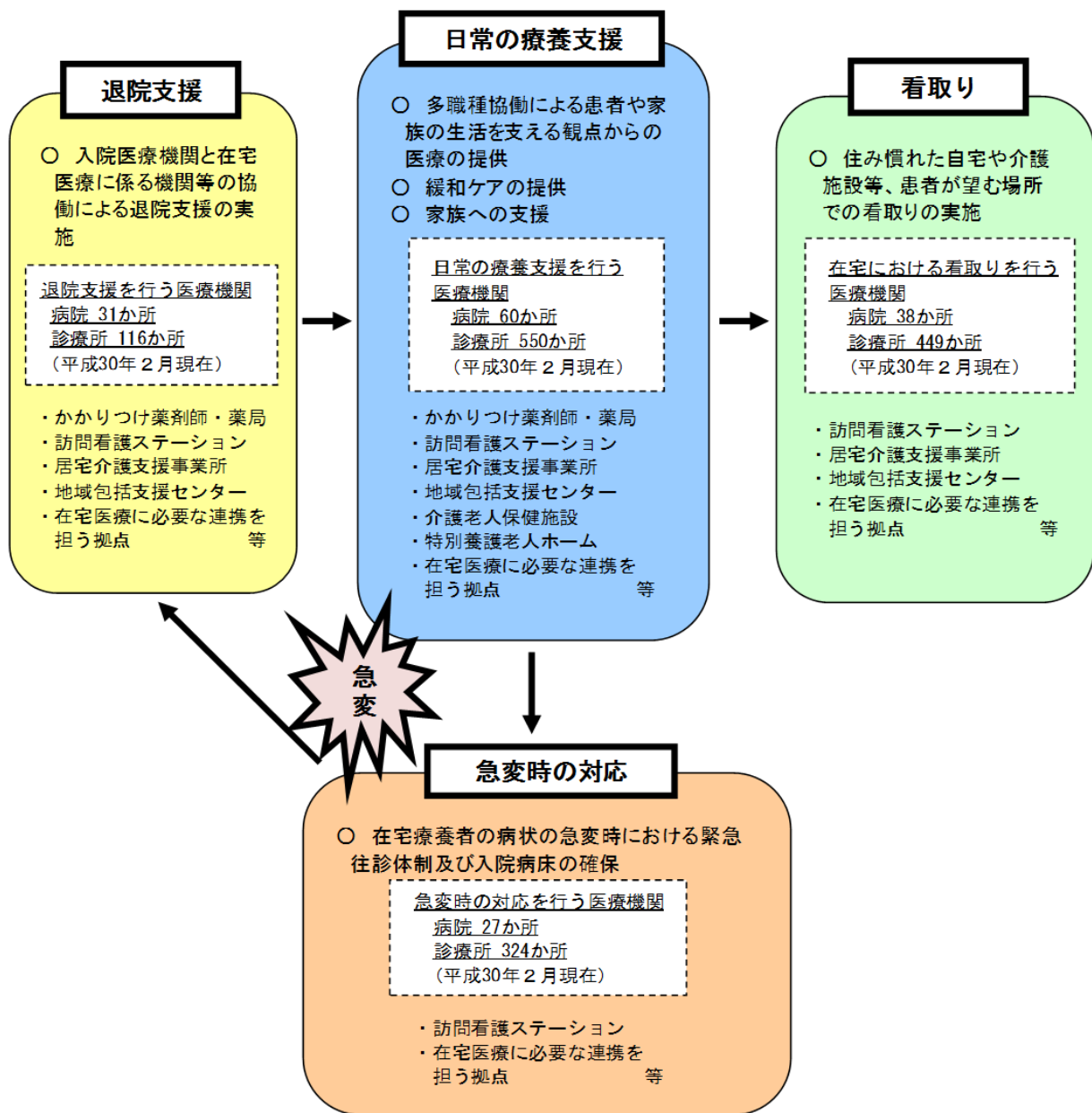
平成28年に改正された児童福祉法では、地方公共団体に対して、医療的ケア児が、心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努力義務を規定している。

※2 医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所

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

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

■在宅医療の医療機能の連携体制



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

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

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

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

(コラム) 医療と介護の一体的な体制整備

1 総合確保方針等

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成26年9月告示）、医療計画作成指針（令和2年4月改正医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（令和3年3月告示（予定））において、県の「神奈川県保健医療計画（県医療計画）」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画（県高齢福祉計画）」及び市町村の介護保険事業計画（市町村計画）を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。

2 協議の場

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

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

(1) 高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分） (人/日)

	平成25（2013）年	令和7（2025）年
患者数	56,304.96	95,860.98



各計画の終了年度へ比例推計 (人/日)

	令和2（2020）年	令和5（2023）年
患者数	79,379.31	89,268.31

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

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

	令和2（2020）年		令和5（2023）年	
	在宅医療	介護保険施設	在宅医療	介護保険施設
患者数	1,754.21	529.47		調整中

3 神奈川県の医療・介護需要

県と市町村及び「協議の場」の調整結果に基づき、県医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護保険施設等の整備目標をそれぞれ検討し、県医療計画、県高齢福祉計画及び市町村計画に反映しました。※数値は、2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需の機械的試算（平成29年8月10日 厚生労働省医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）を使用しています。

【在宅医療の目標値の考え方】

調整中

※ 「調整中」で示されている箇所は、今後、地域での調整・協議の結果を基に、反映されます。