

神奈川県地域医療構想 (案)

平成 28 年 9 月
神奈川県

目次

第1章 基本的事項

1	策定趣旨	5
2	策定根拠及び記載事項	6
3	地域医療構想の対象期間	6
4	地域医療構想の位置づけ	6
5	地域医療構想の基本方針	7
(1)	神奈川の将来のめざすすがた	7
(2)	地域医療構想における3つの取組み	8
6	地域医療構想の推進に向けたそれぞれの関係者の役割	8

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	10
(1)	構想区域とは	10
(2)	神奈川県の構想区域	10
2	神奈川県の現状・地域特性	
(1)	人口	11
(2)	医療資源等の状況	11
(3)	基本診療体制の医療提供状況	17
(4)	疾患別の医療提供状況	20
(5)	救急医療の状況	26
(6)	在宅医療の状況	27
3	神奈川県の医療需要等の将来推計	
(1)	人口の将来推計	28
(2)	医療需要の将来推計	29
(3)	平成37年(2025年)における患者の流出入の推計	34
(4)	平成37年(2025年)の病床数の必要量	35
(5)	平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量	44
4	将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すための課題	46
(1)	将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築	46
(2)	地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実	46
(3)	将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成	47
(4)	その他	47

- 5 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すための施策の方向性・・・48
 - (1) 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・48
 - (2) 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築に向けた取組み・48
 - (3) 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る取組み・・・50
 - (4) 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に向けた取組み・・・53
 - (5) その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55

第3章 各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想

- 1 横浜構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 2 川崎北部構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 3 川崎南部構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 4 相模原 各地域の地域医療構想調整会議で了承された内容
- 5 横須賀 を盛り込む
- 6 湘南東部構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 7 湘南西部構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 8 県央構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 9 県西構想区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

第4章 推進体制等

- 1 推進体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・58
 - (1) 地域医療構想調整会議・・・・・・・・・・・・・・・・58
 - (2) 神奈川県保健医療計画推進会議・神奈川県医療審議会・・・・・・・・60
- 2 評価の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60
 - (1) 指標等の設定と用いた評価・・・・・・・・・・・・・・・・60

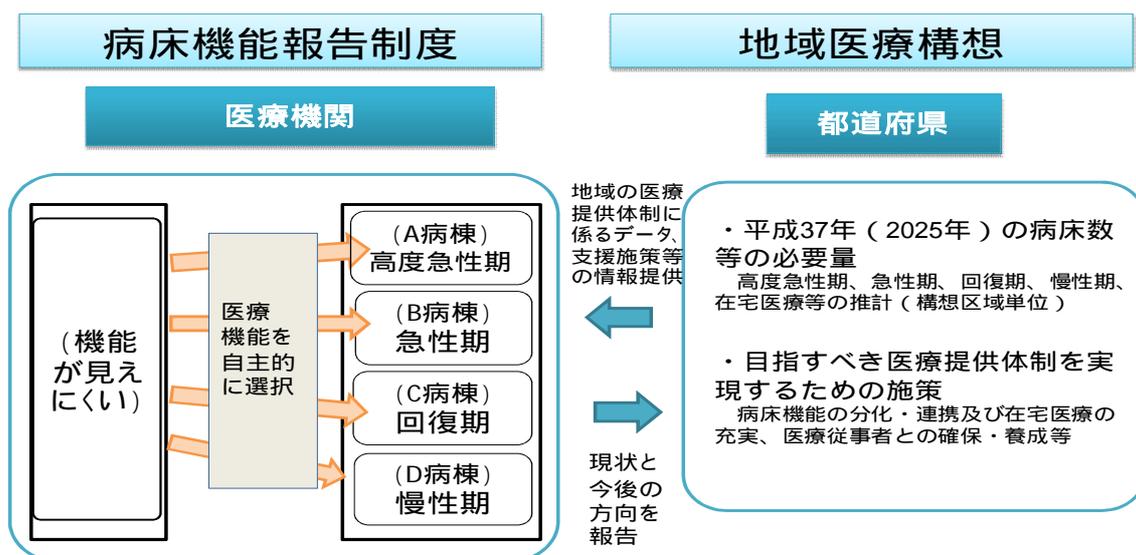
別冊 神奈川県地域医療構想に係るデータ集

第 1 章 基本的事項

1 策定趣旨

- ・ 団塊の世代が 75 歳以上になる平成 37 年（2025 年）には、全国で 3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上になることが見込まれていますが、本県においては、全国平均を上回るスピードで高齢化が進展することが予測されています。
- ・ 今後、高齢化の進展に伴い、医療・介護ニーズのさらなる増大が見込まれることから、限られた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ります。
- ・ こうした課題を踏まえ、国では、平成 26 年 6 月に「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が制定され、同法により改正された医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定により、各医療機関が担う病床機能を明らかにする病床機能報告制度が始まり、都道府県には、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を示す「地域医療構想」の策定が義務づけられました。
- ・ 神奈川県地域医療構想（以下「地域医療構想」という。）は、高齢化の進展に伴い、医療ニーズが増大する中において、地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制を構築することを目的として、平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取り組みの方向性を示すものです。
- ・ なお、中期的には、神奈川県保健医療計画¹に記載した 5 疾病 5 事業及び在宅医療の施策等を推進し、短期的には、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第 64 号）第 4 条第 1 項に基づく都道府県計画²（以下、「医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画」という。）等に基づく取り組みを進めることとします。

（図 病床機能報告制度と地域医療構想）



¹ 神奈川県保健医療計画：医療法第30条の4第1項の規定により策定する法定計画で、今後の急速な高齢化等により、特に患者数の増加が見込まれる5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）と地域医療の確保において重要な課題となる5事業（総合的な救急医療、精神科救急医療、小児医療、周産期医療、災害時医療）等における本県の保健医療提供体制の基本的方向と目指すべき目標を明らかにする計画。現行計画は平成25年度～平成29年度

² 都道府県計画：地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する都道府県の計画。計画に掲載された事業に要する経費の一部を支弁するため、本県では神奈川県地域医療介護総合確保基金を設置している。

2 策定根拠及び記載事項

- ・ 地域医療構想は、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号及び第 8 号の規定に基づき策定するものであり、次の事項を定めることとされています。

- | |
|--|
| <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機能の分化及び連携の推進に関する事項 |
|--|

3 地域医療構想の対象期間

- ・ 地域医療構想は、平成 37 年（2025 年）における医療提供体制に関する構想であるため、その対象期間は平成 37 年（2025 年）までとします。
- ・ なお、地域医療構想は、医療計画の一部とされていることから、国の動向や人口動向、病床稼働率等の最新データを見ながら、神奈川県保健医療計画の改定時において必要な見直しを検討し、平成 37 年（2025 年）における医療需要への適切な対応を図ることとします。

4 地域医療構想の位置づけ

- ・ 地域医療構想は、地域の病床機能の分化及び連携を推進するための将来の医療提供体制に関する構想であり、医療法第 30 条の 4 第 1 項に基づく都道府県の医療計画（神奈川県保健医療計画）の一部として位置づけられています。
- ・ また、地域医療構想と密接に関係する計画として、医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画があります。
- ・ 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画では、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備、居宅等における医療の提供及び医療従事者の確保に関する事業の実施に関する事項等を定めており、地域医療構想で定める施策の方向性は、当該計画の基本方針となります。
- ・ 地域医療構想は、県が策定した関連する次の計画等と整合を図っています。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ かながわランドデザイン・ 神奈川県まち・ひと・しごと創生総合戦略・ 神奈川県保健医療計画・ かながわ高齢者保健福祉計画・ 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画・ 神奈川県医療費適正化計画・ かながわ健康プラン 2 1（第 2 次）・ 神奈川県がん対策推進計画・ 神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画 |
|---|

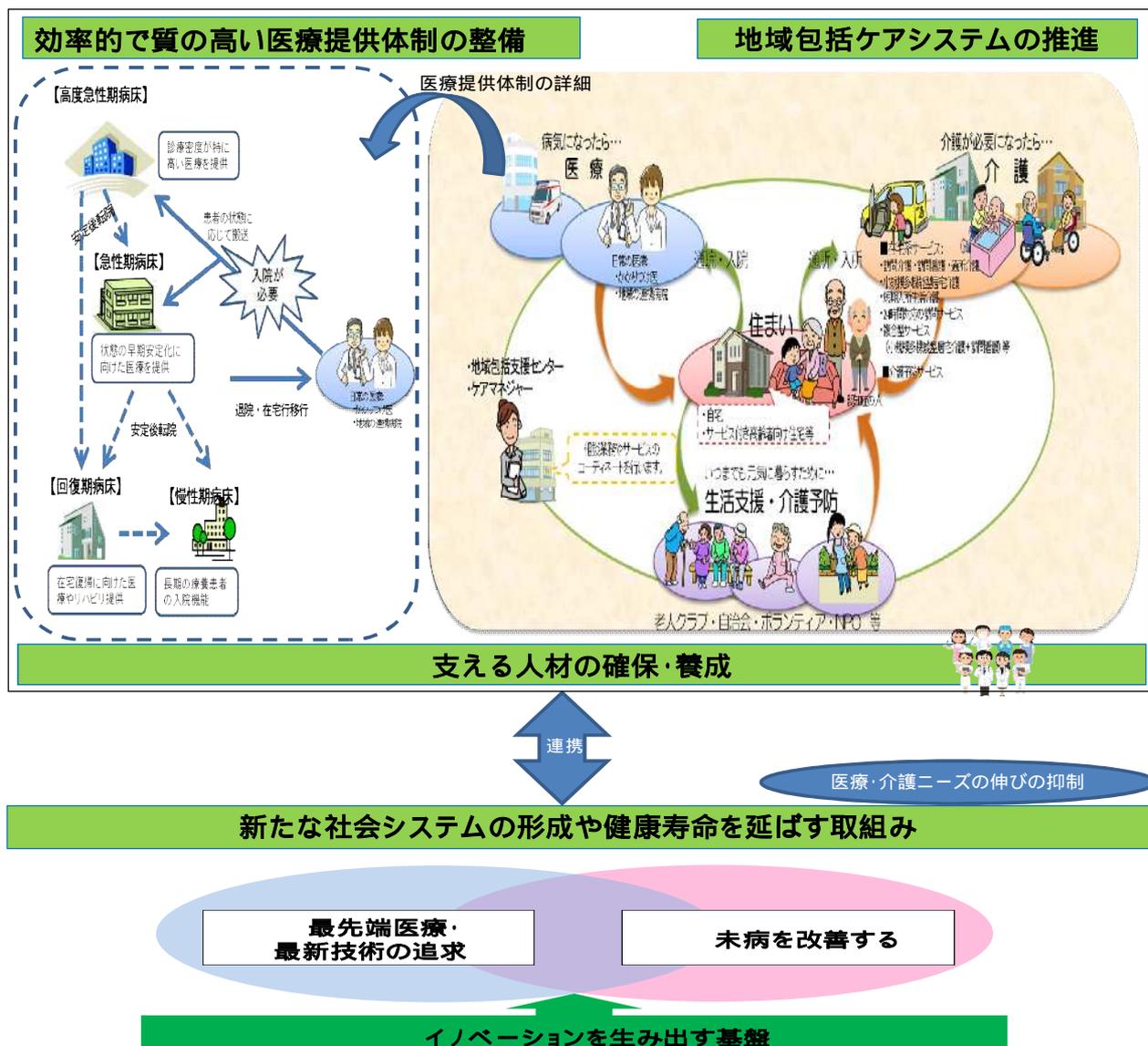
5 地域医療構想の基本方針

(1) 神奈川の将来のめざすすがた

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

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

(図 神奈川の将来のめざすすがた(イメージ))



(2) 地域医療構想における3つの取組み

- ・ 地域医療構想では、「めざすすがた」の実現に向けた取組みのうち、平成 37 年（2025 年）の医療需要を踏まえた将来あるべき医療提供体制を目指すため、市町村や関係団体、県民等と連携し、次に掲げる事項に取り組みます。

- ア 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築
- イ 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実
- ウ 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

6 地域医療構想の推進に向けたそれぞれの関係者の役割

< 県 >

- ・ 市町村や関係団体、県民等と連携しながら、病床機能の分化及び連携を推進し、質の高い医療提供体制を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組みを支援し、これらを支える人材育成の取組みを推進します。
- ・ 地域医療構想調整会議等を運営し、必要な協議や地域医療構想の進行管理を行うとともに、「地域医療介護総合確保基金」を活用するなど、必要な財源確保に努めます。
- ・ 県民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

< 市町村 >

- ・ 地域医療構想調整会議に参画（政令指定都市については会議運営も含む）し、地域課題を共有するとともに、県や関係団体と連携しつつ地域特性に応じた医療提供体制の整備や地域包括ケアシステムを推進します。
- ・ 高齢者の居住に係る施策との連携や地域支援事業等の実施を通じて、介護予防及び自立した日常生活の支援を行うための体制整備を行います。
- ・ 市民や関係団体に対して、分かりやすく的確な情報提供を行います。

< 医療機関・医療関係者 >

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

< 医療保険者 >

- ・ 地域医療構想調整会議に参画し、地域課題を共有し、加入者データの分析等から効果的な施策を提言するとともに、医療関係者等と連携し、加入者の健康づくりの啓発や適切な医療機関の選択及び受療の促進に向けて取り組みます。

< 県民 >

- ・ 医療機関相互の役割分担等について理解を深め、適切な医療機関の選択や受療を行うよう努めます。

第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

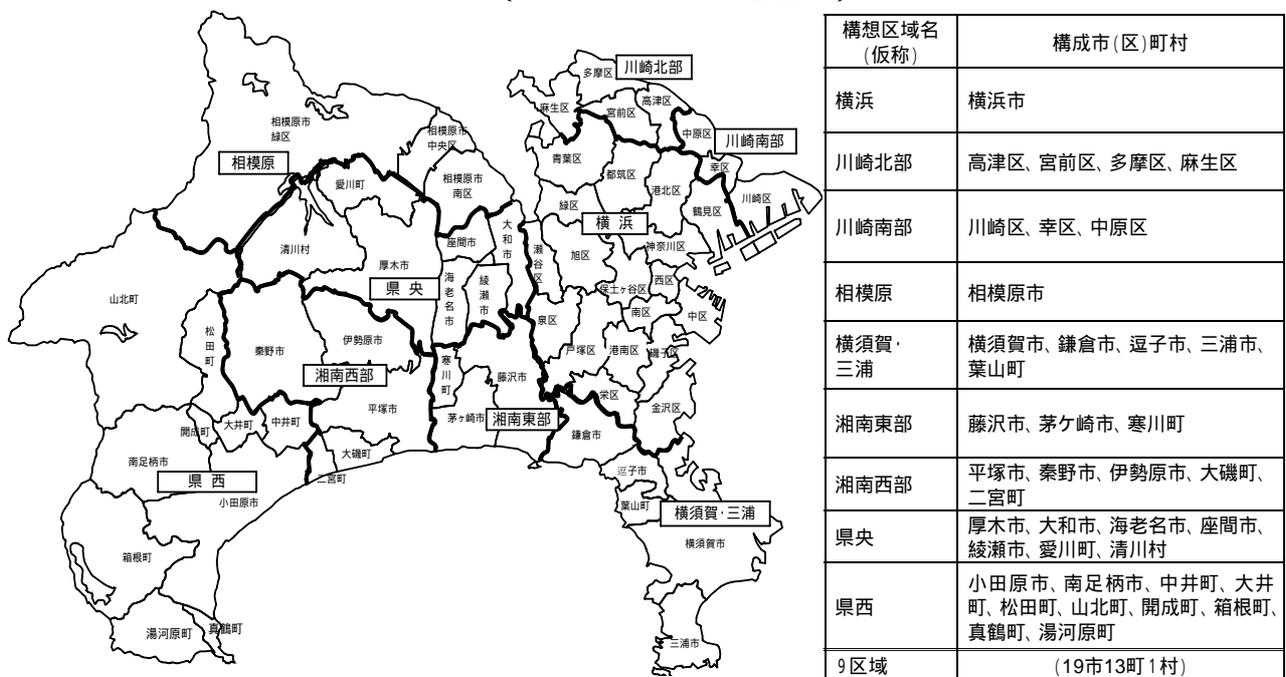
- ・ 地域医療構想における構想区域とは、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域です。（医療法第30条の4第2項第7号）
- ・ 構想区域の設定については、国の地域医療構想策定ガイドラインにおいて、二次医療圏³を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定することとされています。

(2) 神奈川県内の構想区域

- ・ 本県の構想区域は、以下9区域で、横浜構想区域を除く構想区域は、二次保健医療圏と一致しています。
- ・ 横浜構想区域は、地域医療構想調整会議における提案により、次の状況を踏まえ、構想区域は3つの二次保健医療圏を合わせて1つにしました。

- ・ 現状において、二次保健医療圏を越えた市域内の医療機関へのアクセスが可能であり、将来（2025年）においても市域内で患者の流出入が相当の割合で生じることが想定されること
- ・ 二次保健医療圏内で完結することが望ましい医療機能がすでに備わっており、将来的にもバランスよく整備されるような仕組みが認められること
- ・ 在宅医療等の推進等を念頭に、高齢者保健福祉圏域⁴と整合を図る必要があること

(図 神奈川県の構想区域)



³ 二次医療圏：医療法第30条の4第2項第12号に基づく、地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院医療に係る体制確保を図る地域的な単位。本県では、この単位を二次保健医療圏という。

⁴ 高齢者保健福祉圏域：保健福祉施策及び介護サービスを円滑に展開するために、保健・医療・福祉の広域的な連携を図る観点から県が設定した圏域

2 神奈川県の実況・地域特性

(1) 人口【データ集P4～5】

- ・ 本県の人口は全国2位の908万人です。
- ・ 年齢別の構成比は、年少人口は全国と同程度の13.1%、生産年齢人口は、全国平均を上回る65.2%、老年人口は、全国を下回る21.6%です。
- ・ 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を上回る8%となっています。

(表 神奈川県の年齢区分別の人口と老年人口の増加率)

(単位:万人)

	時点	人口	年少人口 (0～4歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)	老年人口 の増加率
神奈川県	H25.3.31現在	908	119(13.1%)	592(65.2%)	196(21.6%)	8.0
全国	H25.3.31現在	12,837	16,779(13.1%)	80,627(62.8%)	30,968(24.1%)	7.5

<出典> 総務省「住民基本台帳年齢別人口(市町村別)(総計)」

(2) 医療資源等の状況

ア 医療施設の状況【データ集P6】

- ・ 本県の医療機関の人口10万人当たりの施設数は、病院数、一般診療所数、有床診療所数、歯科診療所数、薬局数及び救急告示病院数のいずれも全国平均を下回っています。

(表 神奈川県内の主な医療施設数)

(単位:か所)

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

()は人口10万人対の施設数

<出典> 病院、一般診療所、有床診療所、歯科診療所、救急告示病院数は厚生労働省「医療施設調査」(平成26年)、薬局数:厚生労働省「衛生行政報告例」(平成26年)及び県薬務課「薬務行政の概要」(平成27年)

イ 病床数の状況

病床種類別【データ集P7】

- ・ 本県の人口10万人当たりの病床数は、病院病床数、病院における一般病床数、療養病床数、精神病床数及び有床診療所病床数のいずれも全国平均を下回っています。

(表 神奈川県の病床種類別の病床数)

(単位:床)

	病院病床数				有床診療所病床数
		一般病床数	療養病床数	精神病床数	
県	74,119 (814.4)	46,267 (508.4)	13,462 (147.9)	14,155 (155.5)	2,726 (30.0)
全国	(1,221.6)	(696.6)	(255.6)	(263.4)	(87.5)

()は人口10万人対の病床数

<出典> 厚生労働省「医療施設調査」(平成26年)

病床機能別（病床機能報告制度の状況）

- 平成 26 年度（2014 年度）から開始された病床機能報告制度において、一般病床及び療養病床を有する医療機関は、自らが有する病床（一般病床及び療養病床）の現状（毎年 7 月 1 日現在）と将来（6 年が経過した時点及び平成 37 年度（2025 年度）時点）の病棟単位の病床機能の状況、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療内容に関する項目を都道府県に報告することになっています。

（表 病床機能報告制度における病床機能の定義）

病床機能	病床機能の定義
高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL ⁵ の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション）
慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- なお、病床機能報告制度の報告内容については、以下のことに留意する必要があります。

- 病床機能の定量的な基準がない中で、各医療機関が自主的に報告した内容であること
- 病棟単位での報告となっており、1つの病棟内で複数の機能を担っている場合には、主に担っている機能を1つ選択して報告していること
- 病床機能報告制度で定義されている病床機能と、地域医療構想における必要病床数の推計に当たっての病床機能とは、病床機能報告制度が、医療機関が自ら報告するものに対し、必要病床数の推計は、法令に基づき、診療報酬⁶点数等を基に区分されるものであるため、病床機能の算定の考え方が異なっていること

- 病床機能報告制度については、厚生労働省の「[医療計画の見直し等に関する検討会](#)」や「[地域医療構想に関するワーキンググループ](#)」において病床機能の基準の明確化など、改善に向けた検討が進められています。
- 本県の平成 26 年度及び 27 年度の病床機能報告による病床機能別の病床数

⁵ ADL：日常生活における基本的な動作を行う能力のこと

⁶ 診療報酬：保険医療機関及び保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬のこと。厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえて決定する。個々の技術、サービスを点数化して評価（1点=10円）している

は次のとおりです。各病床機能の構成割合は、全国と比べて高度急性期の割合が高く、慢性期の割合が低くなっています。また、平成 26 年度、27 年度で構成比に大きな差はありません。

(表 各年度 7 月 1 日時点の病床機能別の病床数)

		現状(病床機能報告制度)(床)		構成割合	
		平成26年度()	平成27年度()	平成26年度()	平成27年度()
神奈川県 (1)	高度急性期	13,576	12,137	22%	20%
	急性期	28,109	28,658	46%	46%
	回復期	4,427	4,958	7%	8%
	慢性期	14,567	14,487	24%	23%
	休棟中等(3)	660	1,523	1%	2%
	合計	61,339	61,763	100%	100%
横浜	高度急性期	6,311	5,782	28%	25%
	急性期	10,067	10,133	44%	45%
	回復期	1,939	2,057	8%	9%
	慢性期	4,390	4,448	19%	20%
	休棟中等	228	287	1%	1%
	合計	22,935	22,707	100%	100%
川崎北部	高度急性期	1,111	1,121	24%	25%
	急性期	2,124	2,085	47%	47%
	回復期	221	220	5%	5%
	慢性期	1,101	914	24%	21%
	休棟中等	6	92	0%	2%
	合計	4,563	4,432	100%	100%
川崎南部	高度急性期	838	190	18%	4%
	急性期	3,116	3,870	65%	79%
	回復期	233	273	5%	6%
	慢性期	512	507	11%	10%
	休棟中等	60	71	1%	1%
	合計	4,759	4,911	100%	100%
相模原	高度急性期	914	1,025	14%	15%
	急性期	2,541	2,289	40%	33%
	回復期	233	451	4%	7%
	慢性期	2,642	2,712	42%	40%
	休棟中等	23	365	0%	5%
	合計	6,353	6,842	100%	100%
横須賀・三浦	高度急性期	1,612	1,781	29%	32%
	急性期	2,197	1,913	39%	35%
	回復期	420	389	8%	7%
	慢性期	1,166	1,128	21%	20%
	休棟中等	195	295	3%	5%
	合計	5,590	5,506	100%	100%
湘南東部	高度急性期	432	559	11%	14%
	急性期	2,060	1,999	53%	50%
	回復期	274	326	7%	8%
	慢性期	1,113	1,099	28%	27%
	休棟中等	30	48	1%	1%
	合計	3,909	4,031	100%	100%
湘南西部	高度急性期	1,341	1,147	27%	23%
	急性期	1,889	1,904	39%	39%
	回復期	441	465	9%	10%
	慢性期	1,187	1,302	24%	27%
	休棟中等	41	73	1%	1%
	合計	4,899	4,891	100%	100%
県央	高度急性期	578	66	11%	1%
	急性期	2,734	3,188	54%	62%
	回復期	577	669	11%	13%
	慢性期	1,114	985	22%	19%
	休棟中等	56	239	1%	5%
	合計	5,059	5,147	100%	100%
県西	高度急性期	439	466	13%	14%
	急性期	1,381	1,277	42%	39%
	回復期	89	108	3%	3%
	慢性期	1,342	1,392	41%	42%
	休棟中等	21	53	1%	2%
	合計	3,272	3,296	100%	100%
全国 (2)	高度急性期	193,538	169,367	15%	13%
	急性期	587,484	592,634	47%	47%
	回復期	110,164	129,100	9%	10%
	慢性期	356,176	353,528	28%	28%
	休棟中等	13,764	26,054	1%	2%
	合計	1,261,126	1,270,683	100%	100%

(1) 平成 26 年度の医療機関の報告率は、94.2%。平成 27 年度は 97.6%

(2) 平成 26 年度の医療機関の報告率は、94.7%。平成 27 年度は 95.6%

(3) 休棟中等には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択の病棟の病床数を含んでいる

ウ 在宅医療・介護施設等の状況【データ集P8～9】

- ・ 本県の人口 10 万人当たり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、在宅看取りを実施している病院数及び診療所数は、全国平均を下回っている状況にあります。
- ・ また、介護施設等では、特別養護老人ホームが 379 か所、介護老人保健施設が 190 か所、認知症高齢者グループホームが 704 か所、軽費老人ホームは 47 か所、養護老人ホームは 18 か所設置されています。

(表 神奈川県内の主な在宅医療施設の状況)

(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	うち、24H 対応訪問看護 ST	訪問薬剤指導を実施する薬局	在宅看取り実施病院	在宅看取り実施診療所
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)				(0.4)	(3.4)

() は人口 10 万人対の施設数

< 出典 > 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、在宅看取り実施病院及び診療所：厚生労働省「医療施設調査」(平成 26 年)、訪問看護ステーション：県看護協会「訪問看護ステーション一覧」(平成 27 年) 訪問薬剤指導を実施する薬局：厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成 26 年)

(表 神奈川県内の主な介護施設等の状況)

(単位：か所)

	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	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)	養護老人ホーム	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
県	384	192	711	47	18	752	268

< 出典 > 県高齢福祉課「高齢者のための施設のご案内」(平成 28 年 4 月)

エ 医療従事者の状況【データ集P10】

- ・ 本県の医療施設に従事する主な医療従事者の人口 10 万人当たりの人数は、医療施設従事歯科医師数及び薬局・医療施設従事薬剤師数では、全国平均を上回っていますが、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、理学療法士数及び作業療法士数では、全国平均を下回っています。
- ・ 本県の医療従事者数は、例えば医療施設従事医師数では、最も少ない県央と最も多い川崎南部では、人口 10 万人当たりの人数に 1.8 倍以上の差があるなど、地域差がみられます。
- ・ また、産科、小児科、内科、外科及び麻酔科の、人口 10 万人当たりの医師数は、全国平均を下回っています。

(表 神奈川県内の医療従事者の状況)

(単位：人)

	医療施設従事医師数		医療施設従事歯科医師数		薬局・医療施設従事薬剤師数		病院従事保健師数		病院従事助産師数		病院従事看護師数		病院従事准看護師数		病院従事理学療法士数		病院従事作業療法士数	
	人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対	
全国	296,845.0	231.1	100,965	78.6	216,077.0	168.2	5,272	4.1	22,224	17.3	767,701.0	597.7	135,799.0	105.7	66,151.0	51.5	39,786.0	31.0
神奈川県	18,349.0	201.6	7,232.0	79.5	17,073.0	187.6	332	3.6	1,447	15.9	40,745.0	447.7	4,380.0	48.1	2,896.0	31.8	1,617.0	17.8
横浜	7,857	211.5	3,243	87.3	7,540	203.0	178	4.8	614	16.5	16,692	449.4	1,575	42.4	1,184	31.9	679	18.3
川崎北部	1,602.0	195.8	497.0	60.8	1,488.0	181.9	121	14.8	110	13.4	2,770.0	338.6	280.0	34.2	164.0	20.0	120.0	14.7
川崎南部	1,461.0	237.3	513.0	83.3	1,232.0	200.1	12	1.9	151	24.5	3,570.0	579.9	277.0	45.0	192.0	31.2	76.0	12.3
横須賀・三浦	1,498.0	202.5	767.0	103.7	1,317.0	178.0	3	0.4	87	11.7	3,166.0	427.9	355.0	48.0	296.0	40.0	149.0	20.1
湘南東部	1,186.0	167.2	535.0	75.4	1,291.0	182.1	2	0.3	107	15.1	2,483.0	350.1	276.0	38.9	180.0	25.4	109.0	15.4
湘南西部	1,366.0	233.0	413.0	70.4	1,019.0	173.8	2	0.3	88	15.0	3,521.0	600.5	308.0	52.5	242.0	41.3	157.0	26.8
県央	1,097.0	129.2	520.0	61.3	1,263.0	148.8	5	0.6	106	12.5	3,034.0	357.4	396.0	46.7	326.0	38.4	191.0	22.5
相模原	1,692.0	237.2	489.0	68.5	1,325.0	185.7	5	0.7	150	21.0	3,847.0	539.3	613.0	85.9	234.0	32.8	135.0	18.9
県西	590.0	166.1	255.0	71.8	598.0	168.4	3	0.8	35	9.9	1,662.0	468.0	300.0	84.5	78.0	22.0	1.0	0.3
県平均	2,038.8		803.6		1,897.0		36.8		160.8		4,527.2		486.7		321.8		179.7	

< 出典 > 医療施設従事医師数、歯科医師数、薬局・医療施設従事薬剤師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成26年）、病院従事保健師数、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：厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）

(表 神奈川県内の診療科別の医師数)

(単位：人)

区分	医療施設従事医師数		小児科		産科・産婦人科		内科		外科		麻酔科		救急科	
	医師数	人口10万人当たり医師数	医師数	15歳未満人口10万人当たり医師数	医師数	15～49歳女性10万人当たり医師数	医師数	人口10万人当たり医師数	医師数	人口10万人当たり医師数	医師数	人口10万人当たり医師数	医師数	人口10万人当たり医師数
全国	296,845	231.1	16,758	100.5	11,085	41.0	61,317	47.7	15,383	12.0	8,625	6.7	3,011	2.3
神奈川県	18,349	201.6	1,122	94.4	744	36.8	3,399	37.3	627	6.9	584	6.4	253	2.8
横浜	7,857	211.5	512	105.5	323	38.5	1,392	37.5	215	5.8	278	7.5	106	2.9
川崎北部	1,602	195.8	110	97.7	70	34.7	265	32.4	25	3.1	36	4.4	14	1.7
川崎南部	1,461	237.3	72	91.2	58	39.8	311	50.5	57	9.3	49	8.0	27	4.4
相模原	1,692	237.2	93	100.3	65	41.0	262	36.7	78	10.9	63	8.8	19	2.7
横須賀・三浦	1,498	202.5	62	69.9	54	37.2	341	46.1	69	9.3	49	6.6	23	3.1
湘南東部	1,186	167.2	82	83.1	46	29.4	251	35.4	49	6.9	37	5.2	20	2.8
湘南西部	1,366	233.0	80	106.6	51	42.1	203	34.6	52	8.9	37	6.3	32	5.5
県央	1,097	129.2	74	65.0	55	29.7	213	25.1	52	6.1	24	2.8	7	0.8
県西	590	166.1	37	86.3	22	31.3	161	45.3	30	8.4	11	3.1	5	1.4

< 出典 > 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成26年）

オ 病院配置の状況【データ集P11～45】

- ・ 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、救命救急センターは、県央では未設置で、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関は、川崎北部、県央では未設置です。
- ・ 災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院及び分娩取扱施設は、すべての圏域で設置されています。
- ・ また、主に急性期機能を担う DPC 制度⁷の参加病院（以下「DPC 病院」という。）については、県東部に多く配置されており、それぞれの病院は、安定的に医療を提供しています。

（表 神奈川県内の二次保健医療圏での整備が望ましい医療機能の設置状況）

（単位：か所）

	救命救急センター数		災害拠点病院		がん診療連携拠点病院		がんの緩和ケア病棟を有する医療機関		地域医療支援病院		分娩取扱施設	
		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対		人口10万人対
神奈川県	19	0.2	33	0.4	17	0.2	18	0.2	33	0.4	147	1.6
横浜	9	0.2	13	0.4	8	0.2	8	0.2	16	0.4	53	1.4
川崎北部	1	0.1	3	0.4	1	0.1	0	0.0	1	0.1	12	1.5
川崎南部	2	0.3	3	0.5	1	0.2	3	0.5	3	0.5	14	2.3
相模原	1	0.1	3	0.4	2	0.3	1	0.1	2	0.3	11	1.5
横須賀・三浦	3	0.4	2	0.3	1	0.1	1	0.1	3	0.4	14	1.9
湘南東部	1	0.1	2	0.3	1	0.1	2	0.3	2	0.3	17	2.4
湘南西部	1	0.2	3	0.5	1	0.2	2	0.3	3	0.5	10	1.7
県央	0	0.0	2	0.2	1	0.1	0	0.0	2	0.2	12	1.4
県西	1	0.3	2	0.6	1	0.3	1	0.3	1	0.3	4	1.2
県平均	2.1		3.7		1.9		2.0		3.7		16.3	

< 出典 > 救命救急センター：県医療課「かながわ医療情報検索サービス」（平成 28 年 5 月）、災害拠点病院：県健康危機管理課調べ（平成 28 年 2 月）、がん診療連携拠点病院：厚生労働省「がん診療連携拠点病院指定一覧表」（平成 27 年）、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関：県がん疾病対策課「緩和ケア病棟のある病院一覧」（平成 28 年 5 月）、地域医療支援病院：県医療課調べ（平成 28 年 5 月）、分娩取扱施設：県医療課「産科医療及び分娩に関する調査」（平成 27 年）

⁷ DPC制度：DPC制度（DPC（Diagnosis Procedure Combination）/PDPS（Per-Diem Payment System））とは、急性期入院医療を対象とする診断と処置の組み合わせによる診断群分類に基づく1日あたりの包括払い制度のこと。DPC制度の参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。（DPCデータ）

(3) 基本診療体制⁸の医療提供状況

- ・ 本県の入院医療の基本診療体制の状況を確認するため、主に高度急性期及び急性期機能を担う「一般病棟入院基本料（7：1、10：1）」、主に回復期機能を担う「回復期リハビリテーション病棟入院料」、主に慢性期機能を担う「療養病棟入院基本料」のレセプトデータから、患者が住所地のある構想区域で医療を受けることができている割合（自己完結率）と、全国平均と比べた場合における機能別の入院医療の提供状況を示しています。
- ・ なお、これらの分析にあたっては、NDB⁹データを基に厚生労働省が作成した受療動向可視化ツール¹⁰や年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）¹¹（レセプト出現比）を活用しています。

ア 一般病棟入院基本料（7：1、10：1）【データ集P46、49～50】

患者の受療動向

- ・ 一般病棟入院基本料（7：1、10：1）の構想区域ごとの自己完結率は、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％です。

（表 神奈川県内の一般病棟入院基本料（7：1、10：1）の患者の自己完結率）（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	86.7	49.7	86.5	82.5	81.1	78.5	87.3	79.1	81.0	79.1

<出典>厚生労働省「受療動向可視化ツール」（平成25年）

医療提供の状況

- ・ 一般病棟入院基本料（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です。【表 神奈川県の入院基本料関連の医療的行為に関するレセプト出現比参照】

⁸基本診療体制：初診、再診、入院の際に行われる基本的な診療行為（簡単な検査、処置、看護等の提供）の提供状況のこと

⁹NDB（National Data Base）：厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（レセプト）に関する情報・特定健診等情報データベースの呼称のこと。

¹⁰受療動向可視化ツール：医療行為別の患者の流出入の状況を示すもの。医療圏における自己完結度を検討することが可能。医療圏別に、NDBデータの内、国民健康保険と後期高齢者のデータから算出している。

¹¹年間調整標準化レセプト出現比（SCR）：当該地域の年齢構成別のレセプト数を全国の年齢構成別の平均レセプト数と比べたもの。（全国の平均像に対する比）。100を全国平均とし、流出入がない状況であれば、100よりも大きければ医療充実又は提供過剰、少なければ抑制的に提供又は提供過少を意味する。NDBデータの内、生活保護等の公費単独を除く全保険者の医科、DPC、調剤レセプトデータから算出している。

イ 回復期リハビリテーション病棟入院料【データ集 P 47、49～50】

患者の受療動向

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の構想区域ごとの自己完結率は、50.4%（県西）～88%（横浜）と地域差があり、県平均は65.6%です。

（表 神奈川県内の回復期リハビリテーション病棟入院料の患者の自己完結率）（単位：%）

	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	県平均
自己完結率	88.0	52.2	58.6	59.8	62.8	64.9	73.4	80.7	50.4	65.6

<出典>厚生労働省「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のレセプト出現比は、県全体では、全国平均を下回っています。【表 神奈川県の入院基本料関連の医療的行為に関するレセプト出現比参照】

ウ 療養病棟入院基本料【データ集 P 48～50】

患者の受療動向

- 療養病棟入院基本料の自己完結率は、38.0%（川崎南部）～81.7%（県西）と地域差があり、県平均は65.5%です。

（表 神奈川県内の療養病棟入院基本料の患者の自己完結率）

（単位：%）

	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	県平均
自己完結率	68.5	48.8	38.0	81.5	76.6	76.2	64.1	53.2	81.7	65.5

<出典>厚生労働省「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、全国平均を下回っています。【図 神奈川県の入院基本料関連の医療的行為に関する年齢調整標準化レセプト出現比参照】

(表 神奈川県の入院基本料関連の医療的行為に関するレセプト出現比)

指標名	区分	神奈川県
初診料(入院)	入院	83.7
初診料(外来)	外来	99.3
初診料 時間外加算(入院)	入院	90.4
初診料 時間外加算(外来)	外来	101.3
外来診療料	外来	102.9
外来診療料 時間外加算	外来	85.3
再診料	外来	94.3
再診料 時間外加算	外来	107.3
再診料・外来診察料(再掲)	外来	95.7
再診料・外来診療料 時間外(再掲)	外来	81.0
一般入院基本料	入院	90.2
一般入院基本料(7,10対1)(再掲)	入院	92.5
一般入院基本料(13,15対1)(再掲)	入院	55.7
DPC入院(再掲)	入院	99.0
療養病棟入院基本料	入院	73.0
一般病棟・療養病棟入院基本料	入院	42.9
結核病棟入院基本料	入院	69.3
精神病棟入院基本料	入院	44.1
特定機能病院一般入院基本料	入院	81.4
専門病院入院基本料	入院	108.1
障害者施設等入院基本料	入院	61.8
有床診療所入院基本料	入院	42.0
有床診療所療養病床入院基本料	入院	36.0
救命救急入院料	入院	146.8
特定集中治療室管理料(ICU)	入院	114.9
新生児特定集中治療室管理料(NICU)	入院	126.5
総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	入院	76.2
特殊疾患病棟入院料等	入院	83.2
小児入院医療管理料	入院	86.2
回復期リハビリテーション病棟入院料	入院	71.3
特殊疾患病棟入院料	入院	86.6
緩和ケア病棟入院料	入院	77.9
精神科救急入院料	入院	55.2
精神科急性期治療病棟入院料	入院	88.0
精神療養病棟入院料	入院	65.5
認知症治療病棟入院料	入院	77.9
ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	入院	94.8
亜急性期入院医療管理料	入院	56.9
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院	188.8
新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)	入院	75.9
夜間・休日診療体制(入院)	入院	128.8
夜間・休日診療体制(外来)	外来	134.5
開放型病院共同指導料(入院)	入院	10.5
開放型病院共同指導料(外来)	外来	11.9

<出典>厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)」(平成25年)

(4) 疾患別の医療提供状況

- ・ 高齢化の進展により、患者数の増加が見込まれるがん、急性心筋梗塞、脳卒中及び精神疾患の医療提供状況について、構想区域ごとの自己完結率と、全国平均と比べた場合におけるそれぞれの疾患の入院医療等の提供状況を示しています。
- ・ また、がん、急性心筋梗塞、脳卒中については、入院医療を行っている医療機関へのアクセス状況を把握するため、最寄りの DPC 病院までの運転時間別のアクセス状況を示しています。
- ・ なお、疾患ごとの医療機関へのアクセス状況の把握には、厚生労働省が作成した「傷病別・地域別人口カバー率¹²」を用いています。

ア がん【データ集 P 51～65】

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 75.9%です。
- ・ 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ます。

（表 神奈川県内の胃がん患者の自己完結率（入院））

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	86.0	56.3	82.2	86.8	72.5	76.1	92.4	60.3	70.7	75.9

<出典> 厚生労働省「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全国平均を下回っています。

¹²傷病別・地域別人口カバー率：主要な傷病の入院医療を行っている最寄りの DPC 参加病院（年間 10 症例以上を扱う施設）までの移動時間と、その移動時間に占める人口割合を示したものの。

(表 神奈川県のがん関連の医療的行為に関するレセプト出現比)

指標名	区分	神奈川県
胃癌の内視鏡的手術	全体	91.5
胃のESD	入院	90.4
胃癌の試験開腹術等	入院	108.1
胃癌の全摘術等	入院	90.6
UBT	入院	79.4
UBT	外来	106.9
胃・十二指腸内視鏡検査	入院	82.6
胃・十二指腸内視鏡検査	外来	100.7
一次除菌(バック製剤による)	入院	34.1
一次除菌(バック製剤による)	外来	97.0
大腸癌の内視鏡的手術	入院	83.9
大腸癌の内視鏡的手術	外来	149.4
大腸癌の結腸切除術等	入院	99.5
直腸癌の内視鏡的手術	入院	87.9
直腸癌の内視鏡的手術	外来	135.5
直腸癌の骨盤内臓全摘術等	入院	97.5
肝癌のマイクロ波凝固法等	入院	57.5
肝癌の肝切除・部分切除等	入院	81.7
肝癌の塞栓術	入院	79.7
乳癌の根治的手術	入院	99.7
乳癌のその他手術	入院	101.8
乳癌のその他手術	外来	101.2
センチネルリンパ節	入院	105.7
マンモグラフィ	入院	69.6
マンモグラフィ	外来	91.2
肺癌の手術等	入院	85.7
がん診療連携拠点病院による集学的治療の体制	入院	60.0
結腸等の内視鏡的手術(全体)	入院	78.5
結腸等の内視鏡的手術(全体)	外来	137.4
癌の化学療法	入院	83.6
癌の化学療法	外来	76.9
無菌室治療	入院	112.4
放射線治療	入院	74.3
放射線治療	外来	115.7
放射線治療(内用療法)	外来	29.5
放射線治療(密封小線源)	入院	151.3
放射線治療専任加算	入院	76.3
放射線治療専任加算	外来	129.3
画像誘導放射線治療加算	入院	59.5
画像誘導放射線治療加算	外来	131.1
外来放射線治療加算	外来	124.1
外来化学療法加算	外来	93.5
抗悪性腫瘍剤の処方管理	外来	106.1
緩和ケアの診療体制(緩和ケア病棟)	入院	82.2
緩和ケアの診療体制(緩和ケアチーム)	入院	99.6
がん性疼痛緩和の診療体制	入院	96.4
がん性疼痛緩和の診療体制	外来	114.3
がん診療連携の体制(計画策定病院)	入院	26.1
がん診療連携の体制(計画策定病院)	外来	82.5
がん診療連携の体制(連携医療機関)	外来	49.0
がん患者のリハビリテーション	入院	50.3
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	入院	67.4
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	外来	51.2

<出典>厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)」(平成25年)

医療機関へのアクセス状況

- ・ 5大がんにおける県内の30分以内でアクセス可能な人口カバー率は最も低い肝がんでも87%であり、60分以内でのアクセスは100%です。

(表 神奈川県内の肝がん患者のDPC公開データによるアクセス状況(平成25年))

都道府県	2次医療圏	カバー率(%)				人口(万人)			
		15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内
14神奈川県	1401横浜北部	90.5%	100.0%	100.0%	100.0%	138.6	14.5		
	1402横浜西部	93.9%	100.0%	100.0%	100.0%	102.7	6.7		
	1403横浜南部	90.2%	100.0%	100.0%	100.0%	94.6	10.3		
	1404川崎北部	77.9%	100.0%	100.0%	100.0%	64.4	18.3		
	1405川崎南部	99.8%	100.0%	100.0%	100.0%	59.1	0.1		
	1406横須賀・茅ヶ崎	52.4%	97.0%	100.0%	100.0%	38.9	33.2	2.2	
	1407湘南東部	73.0%	100.0%	100.0%	100.0%	50.3	18.6		
	1408湘南西部	72.1%	100.0%	100.0%	100.0%	43.1	16.6	0.0	
	1409県央	76.7%	99.7%	100.0%	100.0%	64.8	19.5	0.2	
	1410相模原	86.8%	98.4%	100.0%	100.0%	60.4	8.0	1.1	0.0
1411県西	55.8%	87.0%	100.0%	100.0%	20.0	11.2	4.7	0.0	

<出典>厚生労働省「傷病別・地域別人口カバー率」(平成25年)

イ 急性心筋梗塞【データ集 P 66～70】

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）～96.9（湘南西部）と地域差があり、県平均は80.4%です。

（表 神奈川県内の急性心筋梗塞患者の自己完結率（入院））

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	91.4	51.6	85.3	83.7	87.4	71.4	96.9	76.4	79.4	80.4

< 出典 > 厚生労働省「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、概ね全国平均と同程度です。「冠動脈造影」の外来の出現比は全国平均を下回っていますが、入院の出現比が高く、主に入院で対応していることが推定されます。

（表 神奈川県内の急性心筋梗塞関連の医療的行為に関するレセプト出現比）

指標名	区分	神奈川県
急性心筋梗塞に対するカテーテル治療	入院	107.1
虚血性心疾患に対するカテーテル治療(全体)	入院	115.1
虚血性心疾患に対する心臓血管手術(全体)	入院	108.8
狭心症に対するカテーテル治療	入院	118.5
狭心症に対する心臓血管手術	入院	107.4
冠動脈CT撮影	入院	84.1
冠動脈CT撮影	外来	109.2
冠動脈造影	入院	120.6
冠動脈造影	外来	39.3
心房細動・粗動患者	入院	81.3
心房細動・粗動患者	外来	91.8
心房細動・粗動患者(主傷病)	入院	80.8
心房細動・粗動患者(主傷病)	外来	87.8
心筋焼灼術	入院	118.6
ペースメーカー	入院	109.8
植込型除細動器	入院	125.6
大動脈内バルーンパンピング法	入院	112.4
心大血管疾患に対するリハビリテーション	入院	96.6
心大血管疾患に対するリハビリテーション	外来	107.2

< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）」（平成 25 年）

医療機関へのアクセス状況

- 急性心筋梗塞における県内の 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 94%以上です。

（表 神奈川県内の急性心筋梗塞患者の DPC 公開データによるアクセス状況）

都道府県	2次医療圏	カバー率(%)				人口(万人)			
		15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内
14 神奈川 県	1401横浜北部	87.6%	100.0%	100.0%	100.0%	134.1	19.0		
	1402横浜西部	87.9%	100.0%	100.0%	100.0%	96.2	13.2		
	1403横浜南部	89.9%	100.0%	100.0%	100.0%	94.4	10.5		
	1404川崎北部	68.0%	100.0%	100.0%	100.0%	56.3	26.5		
	1405川崎南部	98.8%	100.0%	100.0%	100.0%	58.5	0.7		
	1406横須賀・三浦	43.9%	97.1%	100.0%	100.0%	32.6	39.6	2.1	
	1407湘南東部	60.2%	100.0%	100.0%	100.0%	41.4	27.4		
	1408湘南西部	71.3%	100.0%	100.0%	100.0%	42.5	17.1	0.0	
	1409県央	71.3%	98.3%	100.0%	100.0%	60.2	22.9	1.4	
	1410相模原	81.5%	95.7%	99.9%	100.0%	56.7	9.9	3.0	0.1
	1411県西	43.4%	94.1%	100.0%	100.0%	15.6	18.2	2.1	

< 出典 > 厚生労働省「傷病別・地域別人口カバー率」（平成 25 年）

ウ 脳卒中【データ集 P71～77】

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、県平均は72.6%です。

（表 神奈川県内の脳梗塞患者の自己完結率（入院））

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	85.4	53.0	62.1	79.4	74.6	74.6	72.9	68.9	82.4	72.6

< 出典 > 厚生労働省「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、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全国平均を下回っています。

（表 神奈川県内の脳卒中の医療的行為に関するレセプト出現比）

指標名	区分	神奈川県
超急性期脳卒中加算	入院	122.8
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院	189.6
脳卒中のtPA	入院	108.8
脳卒中のtPA以外の薬物療法	入院	76.5
脳卒中の経皮的脳血管形成術等	入院	102.4
脳卒中の動脈形成術等	入院	85.3
脳卒中に対する急性期リハビリテーション	入院	84.8
廃用症候群に対するリハビリテーション	入院	90.3
廃用症候群に対するリハビリテーション	外来	67.6
脳卒中患者の連携パス利用者(第1入院機関)	入院	70.3
脳卒中患者の連携パス利用者(第2入院機関)	入院	78.5
未破裂動脈瘤の脳血管内手術	入院	90.7
脳血管内手術(全体)	入院	90.1
未破裂動脈瘤の脳動脈瘤流入血管クリッピング等	入院	90.0
脳動脈瘤流入血管クリッピング(全体)	入院	89.6
くも膜下出血の穿頭脳室ドレーナージ術等	入院	84.3
くも膜下出血の脳動脈瘤流入血管クリッピング等	入院	94.1
脳出血の脳血管内手術等	入院	82.3

< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）」（平成 25 年）

医療機関へのアクセス状況

- 脳梗塞における 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%以上ですが、「くも膜下出血、破裂脳動脈瘤」患者の 30 分圏内でアクセス可能な人口カバー率は、地域差があります。

（表 神奈川県内のくも膜下出血、破裂脳動脈瘤患者の DPC 公開データによるアクセス状況）

都道府県	2次医療圏	カバー率(%)					人口(万人)				
		15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
14神奈川県	1401横浜北部	76.2%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	116.7	36.4			
	1402横浜西部	44.4%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	48.6	60.8			
	1403横浜南部	64.0%	96.7%	100.0%	100.0%	100.0%	67.2	34.3	3.5		
	1404川崎北部	53.6%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	44.3	38.4			
	1405川崎南部	97.6%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	57.7	1.4			
	1406横須賀・三浦	29.8%	76.9%	99.7%	100.0%	100.0%	22.2	35.0	16.9	0.2	
	1407湘南東部	45.4%	99.1%	100.0%	100.0%	100.0%	31.3	37.0	0.6		
	1408湘南西部	46.2%	77.3%	100.0%	100.0%	100.0%	27.6	18.5	13.6		
	1409県央	34.0%	98.3%	100.0%	100.0%	100.0%	28.7	54.3	1.4		
	1410相模原	49.7%	95.7%	99.9%	100.0%	100.0%	34.6	32.0	3.0	0.1	
	1411県西			25.1%	96.7%	100.0%			9.0	25.7	1.2

< 出典 > 厚生労働省「傷病別・地域別人口カバー率」（平成 25 年）

エ 糖尿病【データ集 P78～82】

患者の受療動向

- 入院・外来による糖尿病の自己完結率は、69.6%（川崎北部）～91.8%（湘南西部）と地域差があり、県平均は84.3%です。

（表 神奈川県内の糖尿病患者の自己完結率（入院・外来））

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	88.1	69.6	87.0	85.3	85.5	84.9	91.8	81.2	85.6	84.3

< 出典 > 厚生労働省「受療動向可視化ツール」（平成 25 年）

医療提供の状況

- 糖尿病関連のレセプト出現比は、概ね全国平均と同程度ですが、糖尿病透析予防指導管理の出現比が全国平均を下回っています。

（表 神奈川県内の糖尿病関連の医療的行為に関するレセプト出現比）

指標名	区分	神奈川県
血糖自己測定	入院	96.8
血糖自己測定	外来	96.9
糖尿病の総合的な治療管理体制	外来	152.8
在宅インスリン治療	入院	96.8
在宅インスリン治療	外来	96.9
糖尿病足病変に対する管理	外来	190.0
糖尿病透析予防指導管理	外来	65.1
糖尿病網膜症手術	入院	82.0
糖尿病網膜症手術	外来	105.9
糖尿病の人工透析	入院	86.5
糖尿病の人工透析	外来	90.1
人工透析の導入	入院	94.7
人工透析の導入	外来	94.7

< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）」（平成 25 年）

医療機関へのアクセス状況

- 2 型糖尿病¹³における県内の 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 95% 以上です。

（表 神奈川県内の 2 型糖尿病患者の DPC 公開データによるアクセス状況）

都道府県	2次医療圏	カバー率(%)				人口(万人)			
		15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内
14神奈川県	1401横浜北部	92.2%	100.0%	100.0%	100.0%	141.2	11.9		
	1402横浜西部	94.0%	100.0%	100.0%	100.0%	102.9	6.5		
	1403横浜南部	90.2%	100.0%	100.0%	100.0%	94.6	10.3		
	1404川崎北部	77.9%	100.0%	100.0%	100.0%	64.4	18.3		
	1405川崎南部	99.8%	100.0%	100.0%	100.0%	59.1	0.1		
	1406横須賀・三浦	52.4%	97.0%	100.0%	100.0%	38.9	33.2	2.2	
	1407湘南東部	79.4%	100.0%	100.0%	100.0%	54.7	14.2		
	1408湘南西部	75.1%	100.0%	100.0%	100.0%	44.9	14.8	0.0	
	1409県央	73.6%	99.7%	100.0%	100.0%	62.2	22.1	0.2	
	1410相模原	80.8%	98.4%	100.0%	100.0%	56.2	12.2	1.1	0.0
	1411県西	55.8%	95.8%	100.0%	100.0%	20.0	14.4	1.5	

¹³ 2 型糖尿病：主に遺伝や生活習慣により引き起こされる糖尿病のこと

オ 精神疾患【データ集 P 83～85】

患者の受療動向

- 入院による精神医療の自己完結率は、30.1%（川崎南部）～73.9%（湘南西部）と地域差があり、県平均は55.1%です。

（表 神奈川県内の入院精神療法の自己完結率（入院））

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	70.5	43.5	30.1	38.4	53.0	61.8	73.9	58.1	66.5	55.1

< 出典 > 厚生労働省「受療動向可視化ツール」（平成 25 年）

医療提供の状況

- 精神医療関連のレセプト出現比は、概ね全国平均を下回っています。

（表 神奈川県内の精神医療関連の医療的行為に関するレセプト出現比）

指標名	区分	神奈川県
抗精神病薬による治療(2種類以下)	入院	79.5
抗精神病薬による治療(3種類以上)	入院	81.4
抗不安薬又は睡眠薬の3剤以上減算	外来	65.5
精神科訪問看護・指導料	外来	58.8
認知療法・認知行動療法	外来	65.0
リエゾンチーム	入院	210.0
精神科医療の連携	外来	71.5
精神科継続外来支援・指導料	外来	81.8
精神科地域移行実施加算	入院	78.0
精神科退院前訪問指導料	入院	23.0
通院・在宅精神療法(20歳未満)加算	外来	108.3
家族在宅精神療法	外来	191.6
家族通院精神療法	外来	62.4
通院集精神療法	外来	105.2
入院精神療法	入院	60.0
医療保護入院等	入院	88.2
精神科デイ・ケア	外来	76.2
精神科ショート・ケア	外来	110.5
精神科救急入院	入院	80.7
精神科隔離室管理加算(全体)	入院	53.1
精神科隔離室管理加算(認知症)	入院	64.6
精神科身体合併症管理加算	入院	58.3
重度アルコール依存症入院医療管理加算	入院	145.0
認知症治療病棟入院料(60日以内)	入院	101.4
認知症治療病棟入院料(61日以上)	入院	74.8
重度認知症患者のケア	入院	19.5
重度認知症患者のケア	外来	11.9
精神病棟の重症者率(分母)	入院	65.5
精神病棟の重症者率(分子)	入院	66.0

< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）」（平成 25 年）

(5) 救急医療の状況【データ集 P 86～97】

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）と地域差があり、県平均は81.7%です。

（表 神奈川県内の二次救急医療の自己完結率）

（単位：％）

	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	県平均
自己完結率	89.3	48.5	87.8	86.0	84.9	80.7	93.3	81.0	83.8	81.7

< 出典 > 厚生労働省「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」の出現比が全国平均を下回っています。

（表 神奈川県の救急医療の医療的行為に関するレセプト出現比（平成 25 年））

指標名	区分	神奈川県
救急医療の体制【2次救急】	入院	106.9
救急医療の体制【3次救急】	入院	147.1
救急患者の医療連携の体制【高次救急医療機関】	入院	53.0
救急患者の医療連携の体制【受入医療機関】	入院	53.8
夜間休日救急搬送	入院	91.7
夜間休日救急搬送	外来	120.8
救急搬送	入院	42.9
救急搬送	外来	54.4
集中治療室等の体制	入院	109.8

< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）」（平成 25 年）

ウ 医療機関へのアクセス状況

- ・ 主に急性期系の病院である DPC 病院までの救急車搬送のアクセス時間は、脳卒中や急性心筋梗塞等の循環器系疾患では、相模原の一部、県西の一部を除き、30 分圏内でアクセス可能な範囲内に収まっています。

(6) 在宅医療の状況【データ集 P 98～100】

ア 在宅医療の医療提供の状況

- ・ 訪問診療などのレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、訪問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全国平均を下回っています。

(表 神奈川県在宅医療に関するレセプト出現比(平成25年))

指標名	区分	神奈川県
在宅リハビリテーションの提供	外来	34.1
住診	入院	36.0
往診	外来	120.9
緊急往診	入院	53.5
緊急往診	外来	136.9
在宅支援	外来	186.1
訪問診療(同一建物)	外来	123.1
訪問診療(特定施設)	外来	263.8
訪問診療(居宅)	外来	123.2
訪問看護提供	外来	57.6
訪問看護指示	入院	151.1
訪問看護指示	外来	111.1
ターミナルケア提供	外来	179.1
看取り	入院	46.3
看取り	外来	185.4
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	外来	34.1
在宅患者訪問点滴注射管理指導	外来	50.6
在宅経管栄養法	入院	118.8
在宅経管栄養法	外来	133.6
在宅自己注射	入院	92.0
在宅自己注射	外来	91.0
病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院	88.0
患家における多職種でのカンファレンス	外来	142.5
訪問薬剤指導の実施	外来	32.5
在宅で実施されている各指導管理	入院	99.1
在宅で実施されている各指導管理	外来	100.8
入院機関との退院時カンファレンス開催	入院	92.3
入院機関との退院時カンファレンス開催	外来	86.8
病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導	入院	102.2
入院機関とケアマネジャーとの連携	入院	48.4
療養病床における急性期や在宅からの患者受付	入院	64.0
在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れ	入院	127.6
在宅療養中の重症児の入院を受け入れ	入院	154.4
大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用者(第1入院機関)	入院	64.9
大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用者(第2入院機関)	入院	71.6
がん連携パス利用者(第1入院機関)	入院	26.0
がん連携パス利用者(第2入院機関)	外来	49.0

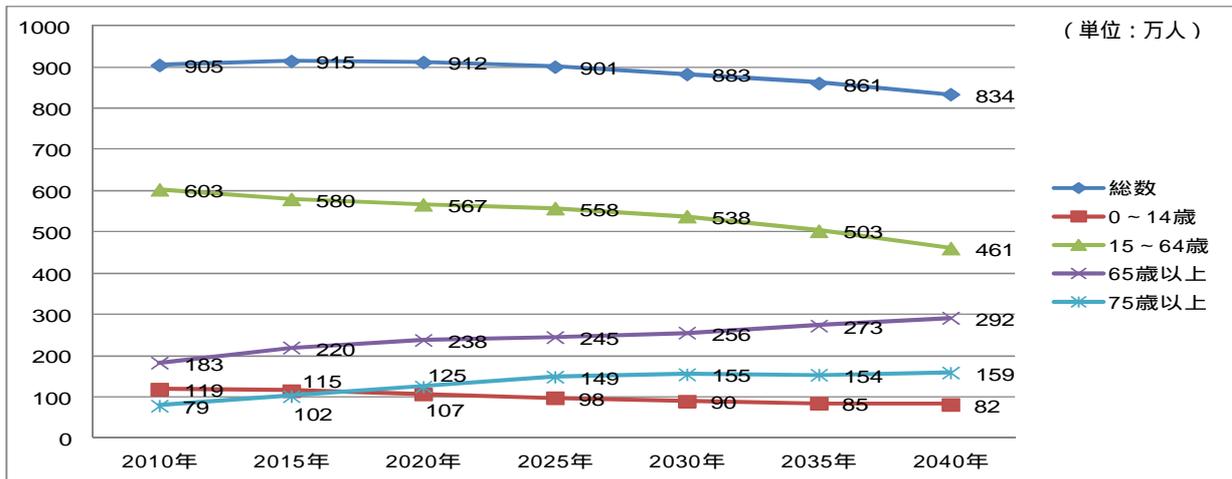
< 出典 > 厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)」(平成25年)

3 神奈川県 の医療需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計【データ集 P103】

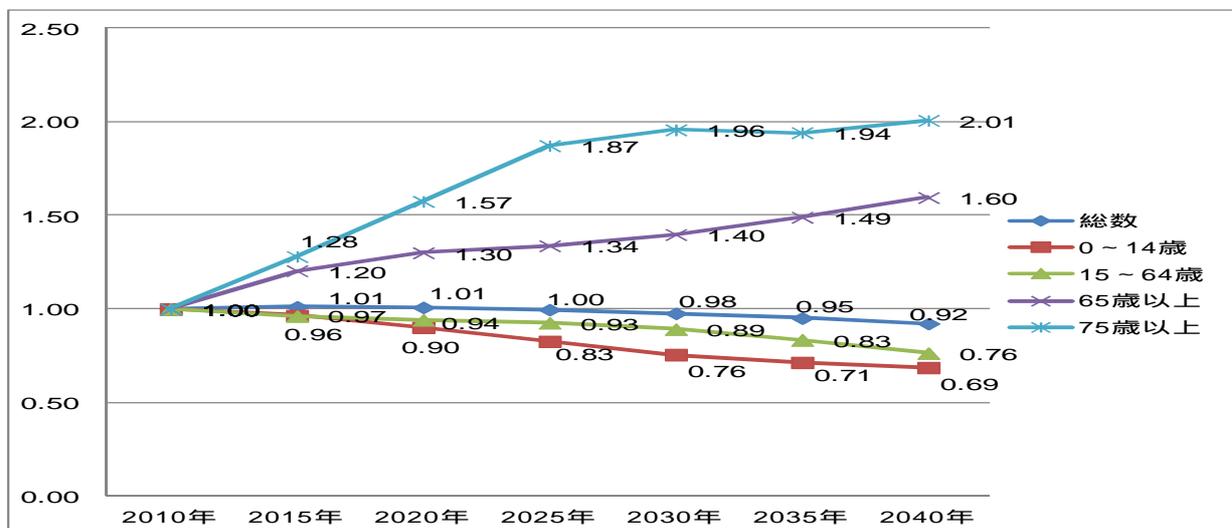
- ・ 本県の人口は、平成 32 年(2020 年)には減少することが見込まれています。平成 22 年(2010 年)には、約 905 万人だった人口が、平成 37 年(2025 年)には、約 901 万人となり、平成 52 年(2040 年)には、平成 22 年(2010 年)比 7.8%減の約 834 万人になることが見込まれています。
- ・ 一方、65 歳以上の高齢者人口は、平成 22 年(2010 年)には、約 183 万人だったのに対し、平成 37 年(2025 年)には、平成 22 年(2010 年)比 1.34 倍の約 245 万人となり、平成 42 年(2040 年)には、同年比 1.6 倍の約 292 万人になることが見込まれています。
- ・ 特に 75 歳以上の人口の増加率が高く、平成 37 年(2025 年)には、平成 22 年(2010 年)比 1.87 倍となり、平成 52 年(2040 年)には、同年比 2.01 倍になることが見込まれています。

(図 神奈川県 の年齢区分別人口の推移)



< 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)

(図 神奈川県 の年齢区分別人口の増加率の推移 (2010 年基準))



< 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) 医療需要の将来推計

ア 入院及び在宅医療等¹⁴の医療需要の将来推計【データ集P103】

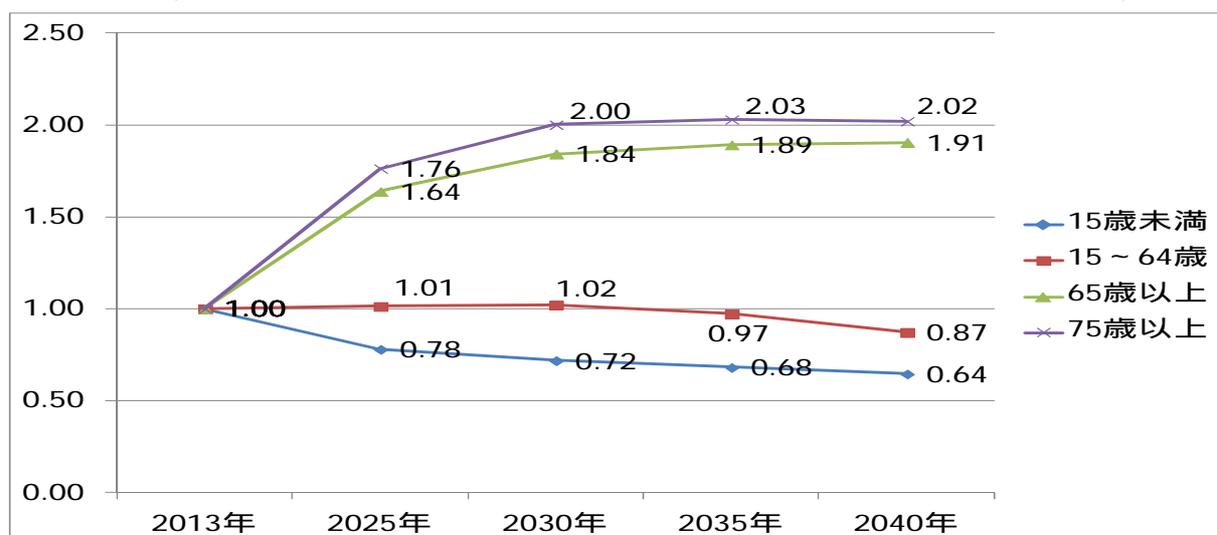
- ・ 医療需要（推計患者数）の算出に当たっては、地域医療構想策定のために厚生労働省が作成した必要病床数等推計ツール（以下「必要病床数等推計ツール」という。）を用いています。（医療需要の推計の考え方については、「P33（4）イ入院医療需要の推計方法」をご覧ください）
- ・ 本県の入院及び在宅医療等の医療需要は、平成25年（2013年）の131,513人/日と比較すると平成37年（2025年）には、**199,633人/日**（1.52倍）に、平成52年（2040年）には、**227,513人/日**（1.73倍）に増加することが見込まれます。
- ・ また、年齢階級別にみると、特に75歳以上の年齢層の増加率が高いことがわかります。

(図 神奈川県の入院【医療機関所在地】及び在宅医療等【患者住所地】の医療需要の将来推計)



< 出典 > 厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成27年）

(図 神奈川県の子年齢階級別の医療需要【医療機関所在地】の増加率の推移)



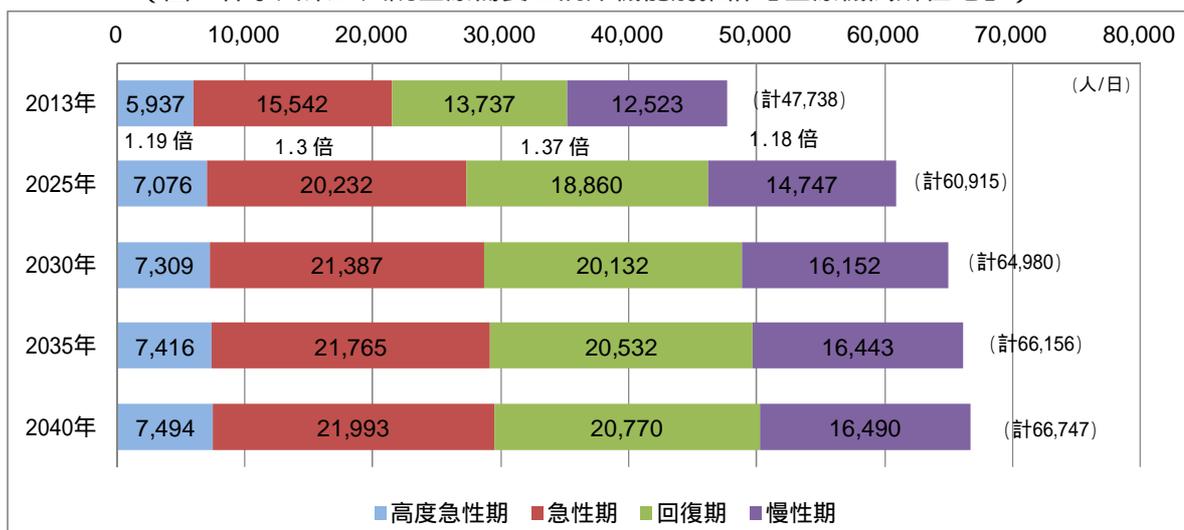
< 出典 > 厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成27年）

¹⁴ 在宅医療等：居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設など、病院・診療所以外の療養生活を営む場所で受ける医療を指す

入院医療需要の推計【データ集 P 104】

- ・ 本県の入院医療需要は、平成 25 年（2013 年）の **47,738 人/日**と比較すると平成 37 年（2025 年）には、**60,915 人/日**（1.28 倍）に、平成 52 年（2040 年）には、**66,747 人/日**（1.4 倍）に増加することが見込まれます。
- ・ また、病床機能別では、平成 25 年（2013 年）比で高度急性期が 1.19 倍、急性期が 1.3 倍、回復期が 1.37 倍、慢性期が 1.18 倍となっており、回復期、急性期、高度急性期、慢性期の順で増加が見込まれます。

（図 神奈川県入院医療需要の病床機能別推計【医療機関所在地】）

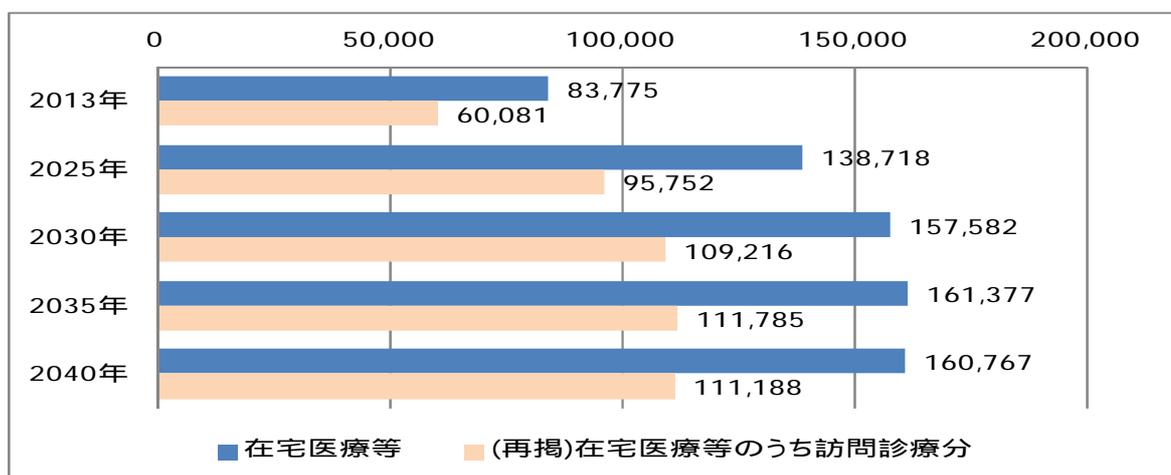


< 出典 > 厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成 27 年）

在宅医療等の医療需要の推計【データ集 P 104】

- ・ 本県の在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）の **83,775 人/日**と比較すると平成 37 年（2025 年）には、**138,718 人/日**（1.66 倍）に、平成 52 年（2040 年）には、**160,767 人/日**（1.92 倍）に増加が見込まれます。
- ・ なお、その内、居宅等において訪問診療を受ける患者数については、平成 25 年（2013 年）の 60,081 人/日と比較すると平成 37 年（2025 年）には、**95,752 人/日**（1.59 倍）に、平成 52 年（2040 年）には、**111,188 人/日**（1.85 倍）に増加が見込まれます。

（図 神奈川県在宅医療等の医療需要の将来推計【患者住所地（2013 年は医療機関所在地）】）



< 出典 > 厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成 27 年）

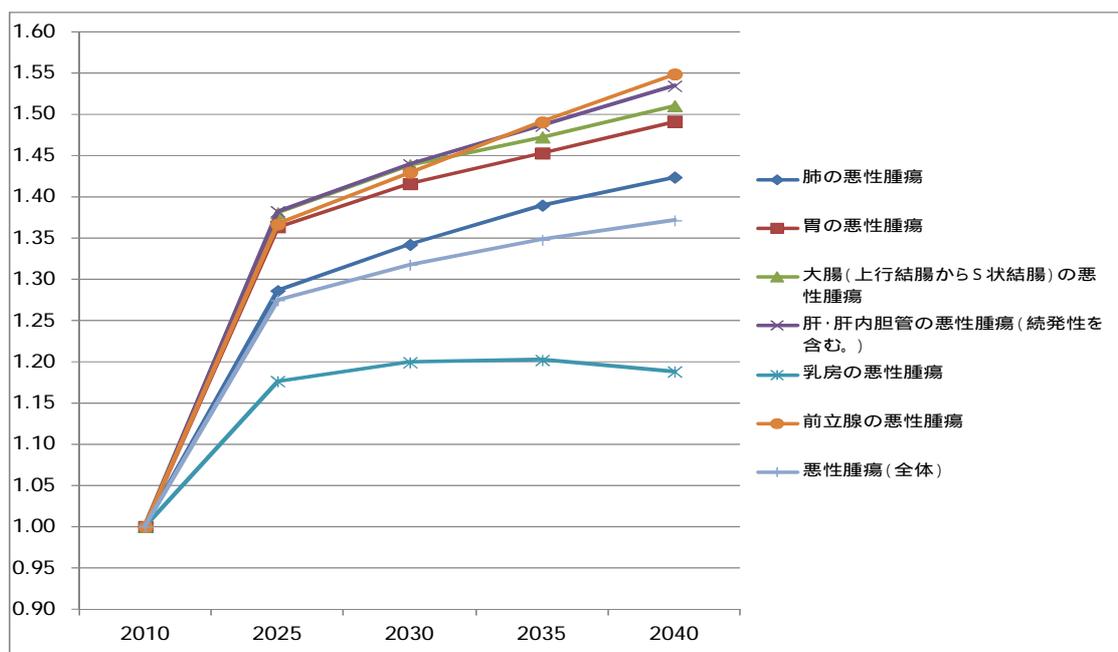
イ 疾患別の入院医療需要

- 必要病床数等推計ツールについては、NDB データ等を活用していることから、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、推計患者数が、10 人未満となる数値は非表示 (0.0) になっています。
- 疾患別の入院医療需要を表示する場合、地域によっては、症例数が少なく、当該疾患の推計患者数が非表示になる場合があります、データの精度に地域差が生じることから、疾患別の入院医療需要については、平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計¹⁵を使用して推計をしています。

がん【データ集 P 104】

- 全体的に増加しますが、特に胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がんの増加率が高い傾向にあります。平成 37 年 (2025 年) には、胃がんは、平成 22 年 (2010 年) 比 1.36 倍、大腸がん、肝がんは、同年比 1.38 倍、前立腺がんは、同年比 1.37 倍になると推計されます。

(図 神奈川県のがんの入院医療需要の増加率の推移)



	2010	2025	2030	2035	2040
肺の悪性腫瘍	1.00	1.29	1.34	1.39	1.42
胃の悪性腫瘍	1.00	1.36	1.42	1.45	1.49
大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1.00	1.38	1.44	1.47	1.51
肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	1.00	1.38	1.44	1.49	1.53
乳房の悪性腫瘍	1.00	1.18	1.20	1.20	1.19
前立腺の悪性腫瘍	1.00	1.37	1.43	1.49	1.55
悪性腫瘍(全体)	1.00	1.27	1.32	1.35	1.37

< 出典 > tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)

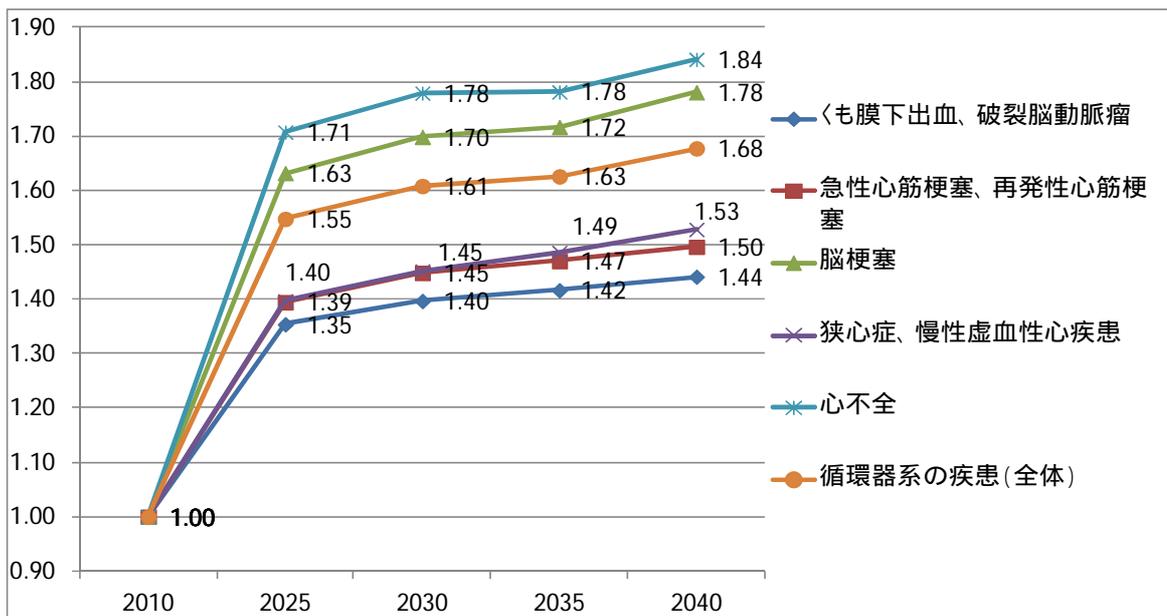
¹⁵平成 23 年患者調査に基づく入院患者推計：性年齢階級別の入院受療率(平成 23 年(2011 年)患者調査)×将来人口推計(国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成 25 年 3 月推計))

急性心筋梗塞【データ集 P 105】

- 急性心筋梗塞の入院医療需要は、実数は少ないものの、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.39 倍になると推計されます。（図 神奈川県循環器系疾患の入院医療需要の推移を参照）

脳卒中【データ集 P 105】

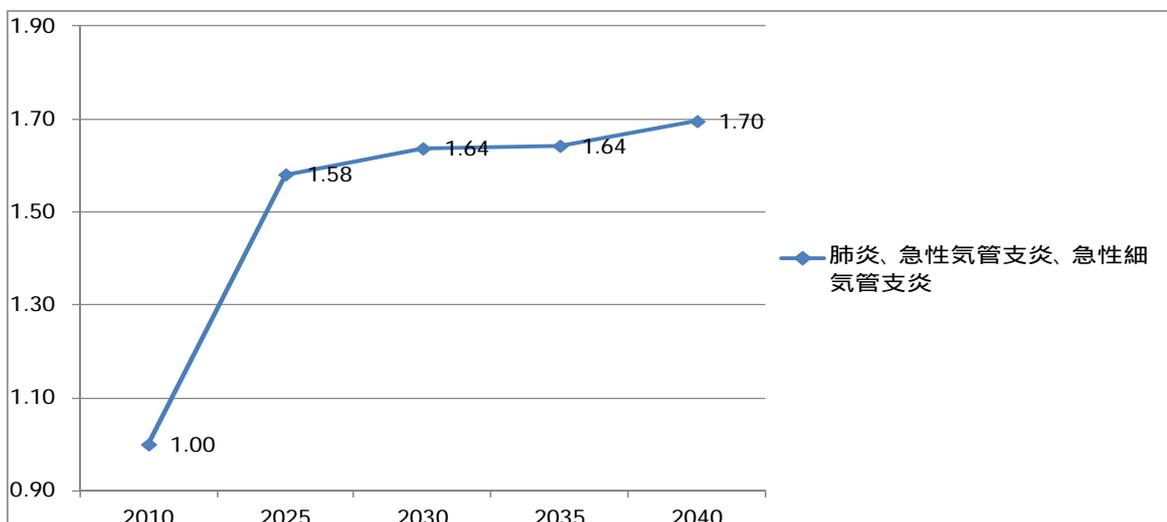
- くも膜下出血の入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.35 倍、脳梗塞は同年比 1.63 倍になると推計されます。
（図 神奈川県循環器系疾患の入院医療需要の増加率の推移）



< 出典 > tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

肺炎【データ集 P 105】

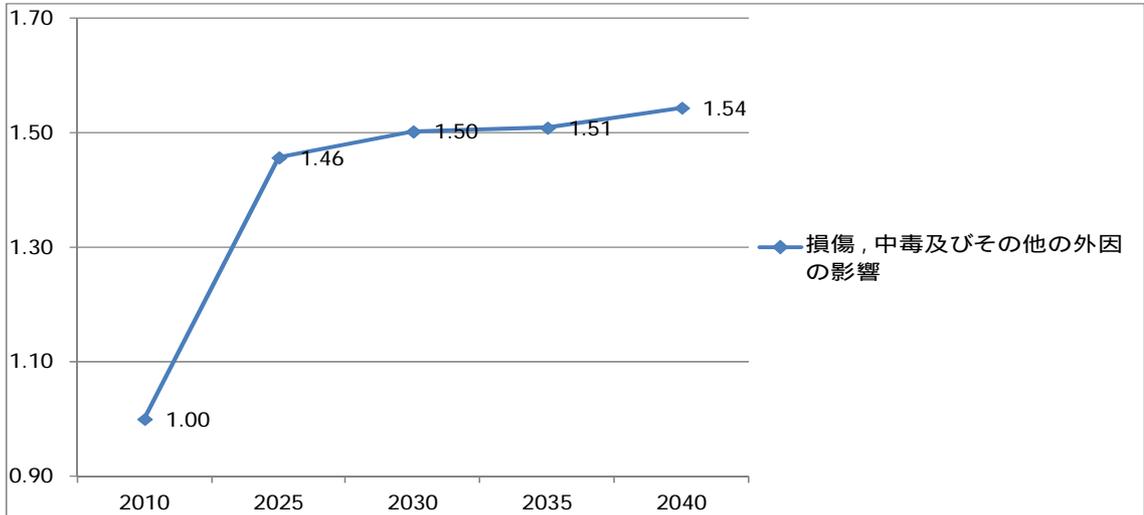
- 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.58 倍になると推計されます。
（図 神奈川県肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎の入院医療需要の増加率の推移）



< 出典 > tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

骨折【データ集 P 105】

- ・ 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.46 倍になると推計されます。
 （図 神奈川県損傷、中毒及びその他外因の影響の入院医療需要の増加率の推移）

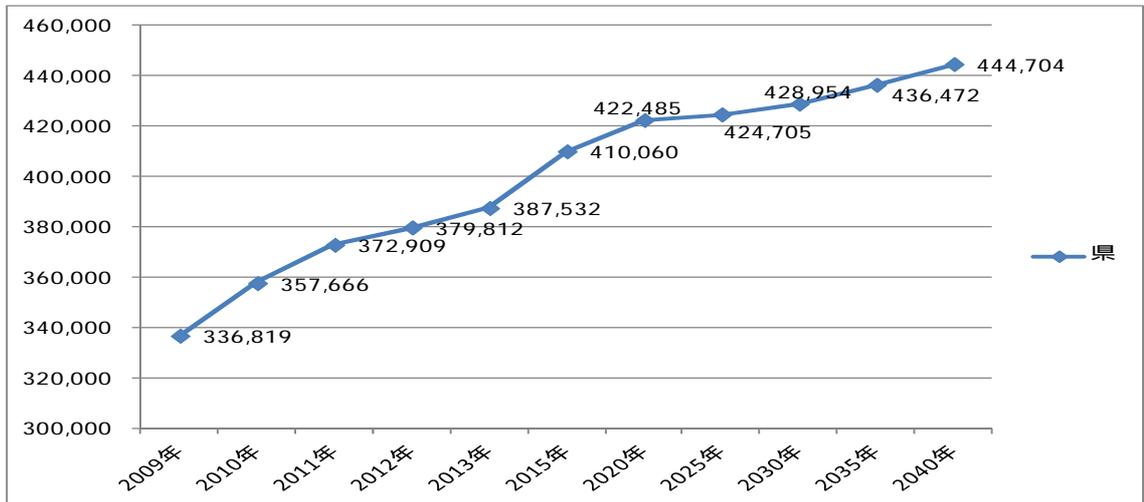


< 出典 > tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
 石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

救急【データ集 P 105】

- ・ 本県の救急搬送件数は、年々増加しており、今後も増加することが見込まれます。

（図 神奈川県救急搬送件数（年間）の推移）



2013 年までは、実績値。2015 年以降の救急搬送の推計件数については、平成 25 年の消防庁報告データ（消防局から国へ報告している 1 年分の搬送データ）を基に、人口に占める救急搬送件数（年齢区分別）の割合を算出し、この割合に「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）の推計人口を乗じて算出（県医療課 作成）

(3) 平成37年(2025年)における患者の流出入の推計【データ集P106~107】

- ・ 本県では、交通網の発達等により、構想区域を越えてのアクセスが比較的容易であることから、構想区域と隣接する都県や県内の他の構想区域へ多くの流出入が見られます。推計結果から見られる病床機能別の流出入の特性は、以下のとおりです。

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、主に東京都への流出が見込まれています。特に横浜、川崎(北部、南部)から東京都への流出が顕著ですが、相模原については、東京都からの流入が多いことが見込まれています。急性期では、県西においては、静岡県への流出が見込まれています。
- ・ 県内での流出入では、横浜は高度急性期については、流入が多く、急性期では流出が多いことが見込まれています。
- ・ その他の構想区域の特性としては、高度急性期、急性期ともに同様の傾向が見られ、川崎北部、湘南東部、県央、県西は流出が多く、川崎南部、相模原、横須賀・三浦、湘南西部は流入が多いと見込まれています。

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、主に東京都への流出が見込まれています。特に横浜、川崎(北部、南部)から東京都への流出が顕著ですが、相模原については、東京都からの流入が多いことが見込まれています。県西においては、静岡県への流出が見込まれています。
- ・ 県内の流出入では、川崎北部、横須賀・三浦、湘南東部、県西は流出が多く、横浜、川崎南部、相模原、湘南西部、県央は流入が多いと見込まれています。

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、主に東京都への流出が見込まれています。相模原は、東京都から多くの流入が見込まれています。また、**埼玉県**、千葉県、山梨県、静岡県にも患者の流出入が見込まれています。
- ・ 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、横須賀・三浦、湘南東部、湘南西部、相模原、県西は流入が多いと見込まれています。

(4) 平成37年(2025年)の病床数の必要量

ア 地域医療構想に定める病床数の必要量について

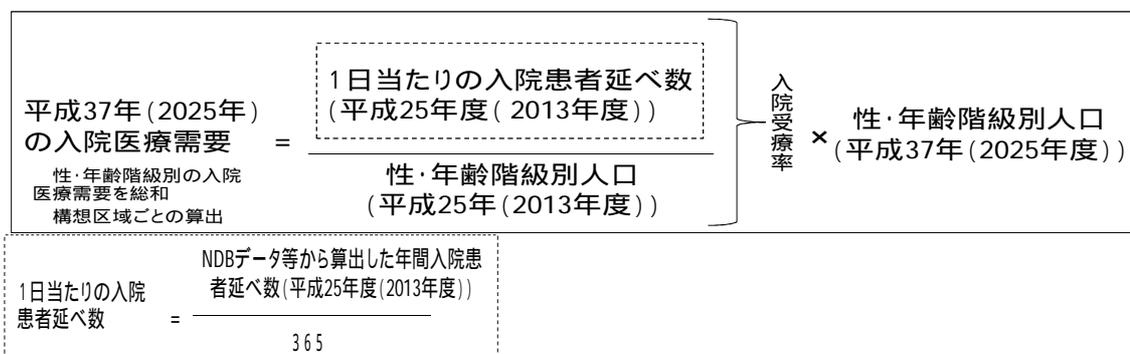
- ・ 限られた資源を有効に活用し、将来の医療需要の変化に適切に対応するためには、地域ごとに医療需要を踏まえてバランスの取れた医療提供体制を構築する必要があります。
- ・ そこで、医療法施行規則第30条の28の3により定められた次の方法に従って、本県の構想区域ごとに病床機能別の入院医療需要を基にした病床数の必要量(以下「必要病床数」という。)を推計しています。
- ・ なお、必要病床数の推計に当たっての病床機能と病床機能報告制度で定義されている病床機能は、必要病床数の推計が、法令に基づき、診療報酬点数等を基に区分されているのに対し、病床機能報告制度は、医療機関が自ら報告するものであるため、病床機能の算定の考え方が異なります。(病床機能報告制度との病床機能の定義等の違いについてはコラム1(38ページ)をご覧ください)

イ 入院医療需要の推計方法

構想区域ごとの入院医療需要の推計

- ・ 平成37年(2025年)における一般病床及び療養病床に係る病床機能ごとの入院医療需要については、構想区域ごとに必要病床数等推計ツールを用いて推計します。その算出方法は、次のとおりです。

(図 入院医療需要の推計方法(イメージ))



- ・ このうち、高度急性期、急性期及び回復期については、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を患者住所地別に配分した上で、構想区域ごとに性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)を365(日)で除して1日当たりの入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率¹⁶を求めます。
- ・ この性・年齢階級別の入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口で乗じたものを総和することによって将来の入院医療需要を推計します。

¹⁶ 地域医療構想における入院受療率：構想区域ごとの性年齢階級別人口(5歳階級)に占める1日あたりの入院患者延べ数の割合

- 慢性期については、入院受療率の地域差が生じていることから、他の病床機能の推計方法を基に、地域差解消に向けた目標設定を加味することにより、入院医療需要を推計します。

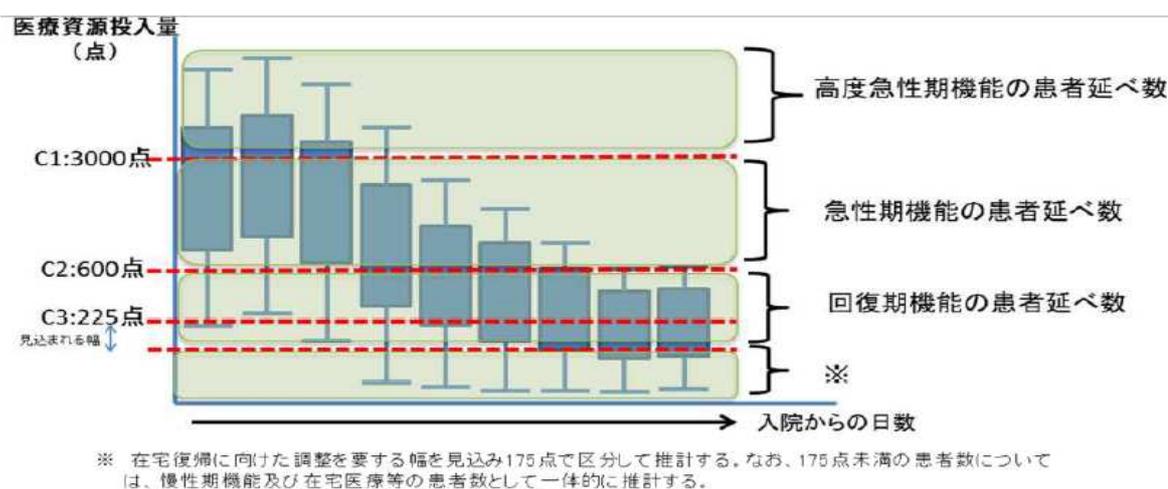
高度急性期、急性期、回復期の推計方法

- 高度急性期、急性期、回復期の推計は、患者の状態や診療の実態を勘案するよう、一般病床等の入院患者のNDBのレセプトデータやDPCデータなどを分析して算出します。
- 病床機能別の区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を医療資源投入量¹⁷で換算した値で境界点を設定しており、その考え方は次のとおりです。

(表 医療資源投入量の境界点)

病床機能	医療資源投入量 ()	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	600点以上	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	225点以上 (175点以上)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量（ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する）

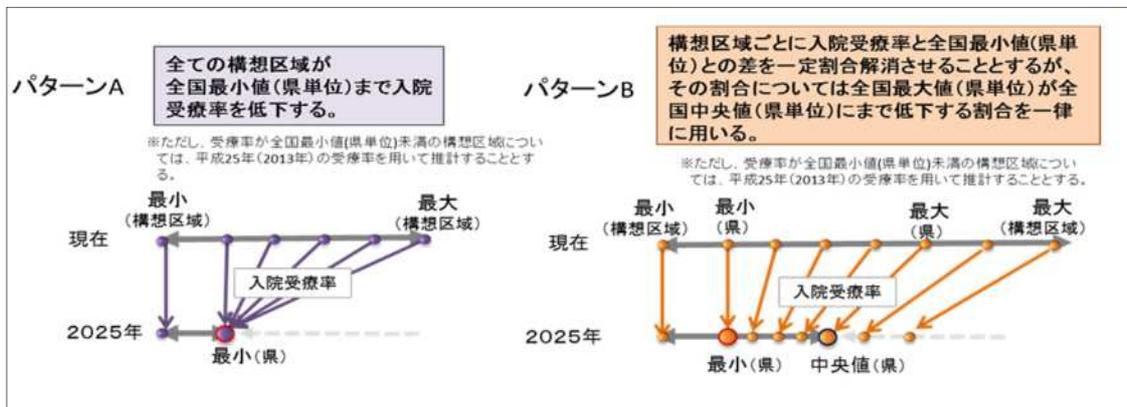
(図 高度急性期、急性期、回復期の入院医療需要の推計イメージ)



¹⁷ 医療資源投入量：1日あたりの診療報酬の出来高点数のこと（入院基本料を除く）

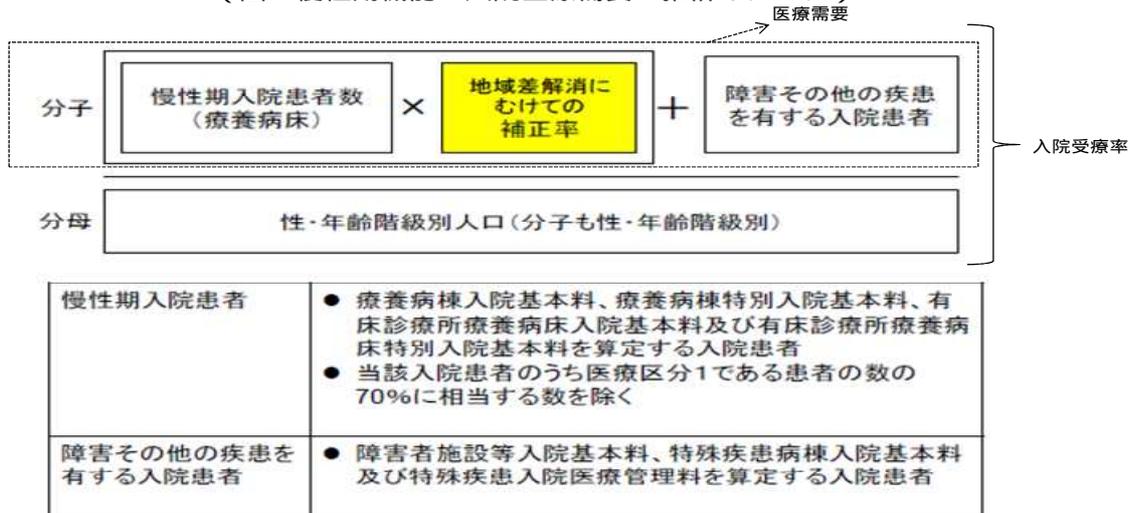
慢性期の推計方法

- 慢性期の推計は、療養病床の診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析が困難であることから、慢性期の中に在宅医療等に対応可能な患者数を一定数見込むという前提に立って推計を行っています。
- 具体的には、療養病床の入院患者のうち、医療区分¹⁸ 1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込むほか、慢性期の入院受療率の地域差解消¹⁹に向けた目標値を加味して患者数を算出しています。（当該地域差解消の患者数は、在宅医療等に移行するものとして見込んでいます。）
- なお、入院受療率の地域差解消に向けた目標設定については、構想区域ごとにパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。



- 本県では、平成 37 年（2025 年）において、在宅医療等の医療需要の大幅な増加が予測されていることなどを踏まえ、すべての構想区域でパターンBにより推計しています。

（図 慢性期機能の入院医療需要の推計イメージ）



¹⁸医療区分：療養病床には、入院患者を医療の必要度に応じた3つの医療区分があります。（医療区分3は、24時間の持続点滴、中心静脈栄養など医療必要度が高い区分であり、医療区分2は、筋ジストロフィー、透析など中程度の必要度の区分であり、医療区分1は、医療区分2、3以外の軽度の区分を指します。）

¹⁹慢性期の入院受療率の地域差解消：現在の療養病床（慢性期）の入院受療率（人口10万人あたりの入院患者数）の全国格差が大きい（最大：391（高知県）最小：81（山形県））ため、慢性期の医療需要は、入院受療率の地域差を解消するため目標（減少率）を定め、当該減少率の割合を在宅医療等に移行する前提で算定することになっている

(コラム1) 地域医療構想における病床機能の定義等

1 必要病床数の推計と病床機能報告制度における病床機能の定義等の違い

- 必要病床数の推計と病床機能報告制度における病床機能の定義等は、次のとおりです。

	必要病床数の推計	病床機能報告制度
目的	将来の医療需要を推計する (病床機能報告制度における各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない)	患者・県民・他の医療機関に対してそれぞれの医療機関が有する機能を明らかにする
算定方法	全国一律の計算式による (一部都道府県の裁量あり)	各医療機関の自主的な報告
病床機能の定義	高度急性期	医療資源投入量：3,000点以上
	急性期	医療資源投入量：600点以上
	回復期	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源投入量：225(175)点以上 回復期リハビリテーション入院基本料を算定している患者
	慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床の入院患者数(医療区分1の70%及び回復期リハビリテーション病棟の患者を除く) 一般病床の障害者、難病患者数 療養病床入院受療率の地域解消分(減算)
		急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション)
		・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

<(参考) 必要病床数と基準病床数の違い>

区分	必要病床数	基準病床数
目的	将来の医療ニーズに基づく医療提供体制の構築	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
位置づけ	2025年の医療ニーズの将来推計に基づく推計値	病床を整備する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
計算方法(概要)	2013年度の性・年齢階級別の入院受療率に2025年の性・年齢階級別推計人口を乗じて算出	算出時点の二次医療圏ごとの性・年齢階級別人口、病床利用率等から算出

ウ 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の推計に当たっては、まず、イの推計方法により算出された「患者住所地²⁰」と「医療機関所在地²¹」の入院医療需要を基本とし、都道府県間や県内の構想区域間における患者の流出入を見込んで、構想区域ごとの入院医療需要を算出しています。
- この流出入については、地域医療構想調整会議において、地域の医療提供体制を踏まえた上で、「患者住所地（患者にとって必要な医療を当該患者の住所地内で完結させることを目指す考え方）」又は、「医療機関所在地（現行の患者移動を前提に、引き続き受入れ先の地域の医療機関で対応することを目指す考え方）」どちらの考え方で対応すべきかを構想区域ごとに検討しました。
- そして、それぞれの構想区域ごとの考え方を踏まえて、再計算した入院医療需要を病床稼働率²²（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で除して必要病床数を算出しています。（都道府県間及び構想区域間調整についてはコラム 2（42 ページ）をご覧ください）
- 以上の考え方に基づいて推計すると、平成 37 年（2025 年）における神奈川県
の必要病床数は、**72,410 床**となり、病床機能別では、高度急性期 9,419 床、急性期 **25,910 床**、回復期 **20,934 床**、慢性期 **16,147 床**になります。

エ 必要病床数の留意事項

- 推計された必要病床数については、次のことに留意する必要があります。

- 「平成 37 年（2025 年）の必要病床数」は、医療法施行規則に基づき算出した平成 37 年（2025 年）の入院医療需要に対して、全国一律の病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期 92%）で除して算出した、2025 年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素（例：交通網の発達、医療技術の進歩等）をすべて勘案して算出したものではないこと
- また、本県においては、医療法施行規則で定められた病床稼働率よりも高い病床稼働率の地域があるほか、将来的な医療の効率化などの取組みの推進により、実際は推計された医療需要や必要病床数とは異なるものになる可能性があること（県内の病床稼働率については、コラム 3（43 ページ）をご覧ください）
- 必要病床数は、病床を整備する目標である基準病床数とは位置づけが異なること。
- なお、必要病床数と基準病床数との関係性については、「[医療計画の見直し等に関する検討会](#)」や「[地域医療構想に関するワーキンググループ](#)」で検討されており、その結果を踏まえて、必要な対応を今後検討する必要があること

²⁰ 患者住所地：医療需要を算出する際に、患者が住んでいる住所地で当該医療需要を算出したもの（例：A 市に住んでいる方が B 市の病院に入院した場合 A 市の医療需要）

²¹ 医療機関所在地：医療需要を算出する際に、患者が医療を受けている医療機関の所在地で当該医療需要を算出したもの（例：A 市に住んでいる方が B 市の病院に入院した場合 B 市の医療需要）

²² 病床稼働率：病床数に対してどの程度患者が入院しているかを示す一時点の病床利用率にその日の退院患者の割合を加えたもの

オ 神奈川県における平成 37 年（2025 年）の必要病床数

		患者住所地の医療 需要（人/日）	医療機関所在地の医 療需要（人/日）	地域別の考え方を踏まえ た医療需要（人/日）	必要病床数（構成割合） （ /病床稼働率）	
神奈川県	高度急性期	7,291	7,077	7,064	9,419	(13%)
	急性期	20,593	20,232	20,209	25,910	(36%)
	回復期	18,999	18,860	18,842	20,934	(29%)
	慢性期	14,976	14,746	14,855	16,147	(22%)
	合計	61,859	60,915	60,970	72,410	(100%)
横浜	高度急性期	3,207	3,144	3,140	4,187	(14%)
	急性期	8,665	8,361	8,336	10,687	(35%)
	回復期	7,934	7,987	7,995	8,883	(29%)
	慢性期	6,111	5,358	5,886	6,398	(21%)
	合計	25,917	24,850	25,357	30,155	(100%)
川崎北部	高度急性期	662	528	515	687	(13%)
	急性期	1,752	1,423	1,410	1,808	(35%)
	回復期	1,661	1,308	1,293	1,437	(28%)
	慢性期	1,399	1,070	1,077	1,171	(23%)
	合計	5,474	4,329	4,295	5,103	(100%)
川崎南部	高度急性期	493	639	642	856	(16%)
	急性期	1,415	1,826	1,815	2,327	(44%)
	回復期	1,178	1,426	1,412	1,569	(29%)
	慢性期	812	520	526	572	(11%)
	合計	3,898	4,411	4,395	5,324	(100%)
相模原	高度急性期	522	608	606	808	(11%)
	急性期	1,611	1,808	1,798	2,305	(32%)
	回復期	1,520	1,548	1,539	1,710	(24%)
	慢性期	1,252	2,224	2,220	2,413	(33%)
	合計	4,905	6,188	6,163	7,236	(100%)
横須賀・ 三浦	高度急性期	582	579	585	780	(13%)
	急性期	1,642	1,677	1,724	2,210	(36%)
	回復期	1,638	1,590	1,722	1,913	(31%)
	慢性期	1,176	1,167	1,129	1,227	(20%)
	合計	5,038	5,013	5,160	6,130	(100%)
湘南東部	高度急性期	514	392	404	539	(12%)
	急性期	1,464	1,236	1,236	1,585	(35%)
	回復期	1,353	1,175	1,173	1,303	(28%)
	慢性期	1,093	1,187	1,058	1,150	(25%)
	合計	4,424	3,990	3,871	4,577	(100%)
湘南西部	高度急性期	472	577	564	752	(14%)
	急性期	1,451	1,659	1,669	2,140	(39%)
	回復期	1,262	1,378	1,264	1,404	(26%)
	慢性期	1,110	1,172	1,109	1,205	(22%)
	合計	4,295	4,786	4,606	5,501	(100%)
県央	高度急性期	581	409	406	541	(9%)
	急性期	1,849	1,635	1,615	2,071	(36%)
	回復期	1,644	1,756	1,667	1,852	(32%)
	慢性期	1,359	1,151	1,140	1,239	(22%)
	合計	5,433	4,951	4,828	5,703	(100%)
県西	高度急性期	258	201	202	269	(10%)
	急性期	744	607	606	777	(29%)
	回復期	809	692	777	863	(32%)
	慢性期	664	897	710	772	(29%)
	合計	2,475	2,397	2,295	2,681	(100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインでは、構想区域ごとに病床機能別の必要病床数と直近年度の病床機能報告制度による病床機能別の集計数とを比較し、病床機能の分化及び連携における地域課題を分析することとなっています。
- ・ しかし、これらの比較については、病床機能報告制度及び必要病床数の集計数それぞれに留意点があることから、「2(2)イ 病床機能別(病床機能報告制度の状況)(12 ページ)」や「3(4)エ 必要病床数の留意事項(39 ページ)」の留意点を踏まえた上で行う必要があります。

【再掲】(表 各年度7月1日時点の機能別病床数)

		現状(病床機能報告制度)(床)		構成割合	
		平成26年度()	平成27年度()	平成26年度()	平成27年度()
神奈川県 (1)	高度急性期	13,576	12,137	22%	20%
	急性期	28,109	28,658	46%	46%
	回復期	4,427	4,958	7%	8%
	慢性期	14,567	14,487	24%	23%
	休棟中等(3)	660	1,523	1%	2%
	合計	61,339	61,763	100%	100%
横浜	高度急性期	6,311	5,782	28%	25%
	急性期	10,067	10,133	44%	45%
	回復期	1,939	2,057	8%	9%
	慢性期	4,390	4,448	19%	20%
	休棟中等	228	287	1%	1%
	合計	22,935	22,707	100%	100%
川崎北部	高度急性期	1,111	1,121	24%	25%
	急性期	2,124	2,085	47%	47%
	回復期	221	220	5%	5%
	慢性期	1,101	914	24%	21%
	休棟中等	6	92	0%	2%
	合計	4,563	4,432	100%	100%
川崎南部	高度急性期	838	190	18%	4%
	急性期	3,116	3,870	65%	79%
	回復期	233	273	5%	6%
	慢性期	512	507	11%	10%
	休棟中等	60	71	1%	1%
	合計	4,759	4,911	100%	100%
相模原	高度急性期	914	1,025	14%	15%
	急性期	2,541	2,289	40%	33%
	回復期	233	451	4%	7%
	慢性期	2,642	2,712	42%	40%
	休棟中等	23	365	0%	5%
	合計	6,353	6,842	100%	100%
横須賀・三浦	高度急性期	1,612	1,781	29%	32%
	急性期	2,197	1,913	39%	35%
	回復期	420	389	8%	7%
	慢性期	1,166	1,128	21%	20%
	休棟中等	195	295	3%	5%
	合計	5,590	5,506	100%	100%
湘南東部	高度急性期	432	559	11%	14%
	急性期	2,060	1,999	53%	50%
	回復期	274	326	7%	8%
	慢性期	1,113	1,099	28%	27%
	休棟中等	30	48	1%	1%
	合計	3,909	4,031	100%	100%
湘南西部	高度急性期	1,341	1,147	27%	23%
	急性期	1,889	1,904	39%	39%
	回復期	441	465	9%	10%
	慢性期	1,187	1,302	24%	27%
	休棟中等	41	73	1%	1%
	合計	4,899	4,891	100%	100%
県央	高度急性期	578	66	11%	1%
	急性期	2,734	3,188	54%	62%
	回復期	577	669	11%	13%
	慢性期	1,114	985	22%	19%
	休棟中等	56	239	1%	5%
	合計	5,059	5,147	100%	100%
県西	高度急性期	439	466	13%	14%
	急性期	1,381	1,277	42%	39%
	回復期	89	108	3%	3%
	慢性期	1,342	1,392	41%	42%
	休棟中等	21	53	1%	2%
	合計	3,272	3,296	100%	100%
全国 (2)	高度急性期	193,538	169,367	15%	13%
	急性期	587,484	592,634	47%	47%
	回復期	110,164	129,100	9%	10%
	慢性期	356,176	353,528	28%	28%
	休棟中等	13,764	26,054	1%	2%
	合計	1,261,126	1,270,683	100%	100%

(1) 平成26年度の医療機関の報告率は、94.2%。平成27年度は97.6%

(2) 平成26年度の医療機関の報告率は、94.7%。平成27年度は95.6%

(3) 休棟中等には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択の病棟の病床数を含んでいる

(コラム2) 都道府県間及び構想区域間における入院医療需要の流出入調整

1 都道府県間調整について

- 都道府県間調整に当たっては、厚生労働省通知により、病床機能別かつ構想区域別で1日当たり入院医療需要(推計入院患者数)の流出入が10人以上ある医療圏を対象とすること、期限(平成27年12月)までに相手都道府県と調整できない場合は、流入先都道府県(医療機関所在地)の入院医療需要として算出するなどのルールが示された。
- これを踏まえ、本県では、構想区域ごとの病床機能別に、入院医療需要を患者住所地(患者にとって必要な医療を当該患者の住所地内で完結させることを目指す考え方)又は医療機関所在地(現行の患者移動を前提に、引き続き受入れ先の地域の医療機関で対応することを目指す考え方)どちらの考え方で対応すべきかを地域医療構想調整会議で決定することとした。

2 県内の構想区域間調整について

- 都道府県間調整と同様に、県内の構想区域間で流出入のある入院医療需要を患者住所地又は医療機関所在地いずれかで見込むべきかを地域医療構想調整会議で決定することとした。
- そして、構想区域間で流出入がある場合、流出入のある構想区域間の双方の患者住所地又は医療機関所在地の考え方が一致している場合には、それぞれの考え方に沿って入院医療需要を算出することとし、双方の考え方が不一致の場合は、双方の入院医療需要は、医療機関所在地の構想区域の患者数で算出することとした。

3 各地域の都道府県間及び構想区域間調整の対応の考え方

	高度急性期		急性期		回復期		慢性期	
	都道府県間調整	構想区域間調整	都道府県間調整	構想区域間調整	都道府県間調整	構想区域間調整	都道府県間調整	構想区域間調整
横浜	医		患		患		患	
川崎北部	医		医		医		医	
川崎南部	医		医		医		医	
相模原	医		医		医		医	
横須賀三浦	医		患		患		患	
湘南東部	医		患	医	患	医	患	
湘南西部	医		医		患		患	
県央	患		患		患		患	
県西	医		患		患		患	

「医」は医療機関所在地を「患」は患者住所地を示す。

4 調整結果

- 都道府県間調整の対象となる東京都、千葉県、静岡県、山梨県と調整したが、期限(平成27年12月)までにどちらの都県で対応するか調整がつかなかったため、厚生労働省の考え方を踏まえ、これらの都県間に流出入のある入院医療需要はすべて医療機関所在地で算出することとなった。
- また、構想区域間調整については、各地域の対応を踏まえて、県内の構想区域間の入院医療需要を算出した。

(コラム3) 病床機能報告制度のデータによる県内の病床稼働率

病床稼働率は、入院医療需要から必要病床数を算定する際に使用するデータであるが、地域医療構想の策定に当たっては、厚生労働省令において全国一律に設定されている。

そこで、平成 27 年度の病床機能報告制度のデータを使用し、県内の病床稼働率を試算した。

1 算出方法

病床稼働率は、病床数に対してどの程度患者が入院しているかを示す一時点の病床利用率にその日の退院患者の割合を加えたものとされている。

試算において、病床利用率は、病床機能報告制度の報告結果から算出した数値を活用した。また、1日の退院患者割合は、2025 年の必要病床数の推計方法において 4.4% () とされていることから、病床機能報告制度の報告結果から算出した病床利用率に 4.4% を足した数字を病床稼働率として算出した。

< 県内の病床稼働率の算出方法 >

$$\text{病床機能報告制度から算出した病床利用率 (年間在棟延べ患者数} \times 100 / \text{稼働病床数} \times 365 \text{日)} + 4.4\% = \text{病床稼働率}$$

() 一般病床の1日の退院患者は、39,000 人ほど。これを全国の病床数の 890,000 床で割ると 4.4% となり、病床利用率に 4.4% を加えたものが病床稼働率になる (第 10 回地域医療構想策定ガイドライン検討会)

2 病床機能報告制度のデータによる病床稼働率及びそれに基づく病床数の推計

以上の算出方法を基に算出した県内の病床稼働率では、網掛けの構想区域の病床機能については、全国一律で設定された値よりも高い結果であった。平成 37 年 (2025 年) の必要病床数の推計結果に基づき必要な施策を検討する際には、こうした結果にも留意しながら検討する必要がある。

		病床利用率 ()	1日当たりの退院患者割合 ()	病床稼働率 (= +)	の病床稼働率に基づく病床数 ()	[再掲] 必要病床数
全国	高度急性期			75.0		
	急性期			78.0		
	回復期			90.0		
	慢性期			92.0		
神奈川県	高度急性期	85.0		89.4	8,259	9,419
	急性期	74.6		79.0	25,692	25,910
	回復期	80.5		84.9	22,367	20,934
	慢性期	92.3		96.7	15,529	16,147
	合計				71,847	72,410
横浜	高度急性期	82.8		87.2	3,601	4,187
	急性期	76.2		80.6	10,342	10,687
	回復期	86.2		90.6	8,825	8,883
	慢性期	88.2		92.6	6,356	6,398
	合計				29,124	30,155
川崎北部	高度急性期	85.9		90.3	570	687
	急性期	71.8		76.2	1,850	1,808
	回復期	90.6		95.0	1,361	1,437
	慢性期	93.3		97.7	1,102	1,171
	合計				4,883	5,103
川崎南部	高度急性期	73.2		77.6	827	856
	急性期	77.5		81.9	2,216	2,327
	回復期	87.3		91.7	1,540	1,569
	慢性期	93.6		98.0	537	572
	合計				5,120	5,324
相模原	高度急性期	78.3		82.7	733	808
	急性期	74.4		78.8	2,282	2,305
	回復期	54.0		58.4	2,635	1,710
	慢性期	100.9		105.3	2,108	2,413
	合計				7,758	7,236
横須賀・三浦	高度急性期	95.0	4.4%	99.4	589	780
	急性期	66.3		70.7	2,438	2,210
	回復期	77.3		81.7	2,108	1,913
	慢性期	85.7		90.1	1,253	1,227
	合計				6,388	6,130
湘南東部	高度急性期	80.0		84.4	479	539
	急性期	78.5		82.9	1,491	1,585
	回復期	80.7		85.1	1,378	1,303
	慢性期	92.4		96.8	1,093	1,150
	合計				4,441	4,577
湘南西部	高度急性期	91.9		96.3	586	752
	急性期	75.7		80.1	2,084	2,140
	回復期	72.1		76.5	1,652	1,404
	慢性期	97.7		102.1	1,086	1,205
	合計				5,408	5,501
県央	高度急性期	58.5		62.9	645	541
	急性期	74.6		79.0	2,044	2,071
	回復期	80.4		84.8	1,966	1,852
	慢性期	86.8		91.2	1,250	1,239
	合計				5,905	5,703
県西	高度急性期	83.8		88.2	229	269
	急性期	59.7		64.1	945	777
	回復期	81.7		86.1	902	863
	慢性期	91.0		95.4	744	772
	合計				2,820	2,681

(5) 平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量

ア 推計方法

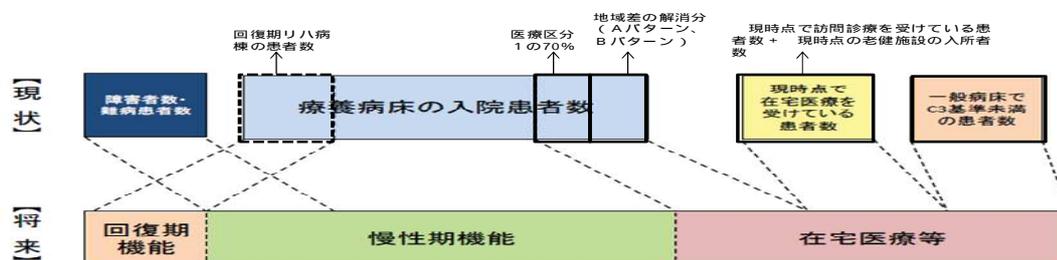
- ・ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設など、病院・診療所以外の療養生活を営む場所で受ける医療を指しています。
- ・ 在宅医療等の必要量の計算方法は、厚生労働省が定めており、次の患者数を合計することにより推計します。推計結果は、次ページのとおりです。なお、「(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分」の患者数は、次の患者数です。

療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数
 平成25年(2013年)に在宅患者訪問診療料を算定している患者²³の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数

平成25年(2013年)の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数

一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
 慢性期の入院受療率の地域差を解消することで、将来的に在宅医療等で対応する患者数

(図 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ)



イ 在宅医療等の推計に係る留意事項

- ・ 在宅医療等の推計値については、次のことに留意する必要があります。

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定めた計算式で算出しており、将来における変動要素をすべて勘案して算出したものではないこと
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療に移行することを前提に推計されており、療養病床の医療区分1の70%の患者数や一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれていること
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みの検討に当たっては、本県の在宅医療・介護サービスの整備状況や介護サービスの将来的な必要量なども踏まえて必要量をさらに精査・検討していく必要があります。

²³ 在宅患者訪問診療料を算定している患者数：レセプトデータにおいて、「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者以外」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者」を算定している患者数を指す

ウ 神奈川県における平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量

（人/日）

		平成25年(2013年)の 現状() (1)	平成37年(2025年)の 患者数()	現状との差引 (-)	現状からの増加率 (/)
神奈川県	在宅医療等	83,775	138,718	54,943	165.6%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	60,081	95,752	35,671	159.4%
横浜	在宅医療等	31,639	56,388	24,749	178.2%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	22,374	40,128	17,754	179.4%
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,586	169.7%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	6,359	9,705	3,346	152.6%
川崎南部	在宅医療等	5,808	8,131	2,323	140.0%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,319	5,766	1,447	133.5%
相模原	在宅医療等	4,853	10,008	5,155	206.2%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,794	5,879	3,085	210.4%
横須賀・三浦	在宅医療等	9,909	14,055	4,146	141.8%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	7,357	10,411	3,054	141.5%
湘南東部	在宅医療等	7,151	11,403	4,252	159.5%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	5,324	8,164	2,840	153.3%
湘南西部	在宅医療等	5,325	9,068	3,743	170.3%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,620	5,718	2,098	158.0%
県央	在宅医療等	6,826	10,525	3,699	154.2%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	5,022	6,607	1,585	131.6%
県西	在宅医療等	4,251	5,541	1,290	130.3%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,913	3,375	463	115.9%

(1) 平成25年（2013年）の在宅医療等の患者数は、以下の患者数を算出
療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%の患者数
平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数
平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス受給者数
一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
（療養病床の地域差解消分は含んでいない）
また、「在宅医療等のうち訪問診療分」の患者数は、 の患者数を指す

4 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すための課題

- ・ 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、将来において不足する病床機能の確保及び連携を推進し、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実を図るとともに、将来の医療提供体制を支える医療従事者を確保・養成していくことが必要です。

(1) 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築

- ・ 高齢化の進展に伴い、本県の病床数は、平成 27 年（2015 年）の病床数と比較すると回復期を中心に大幅に不足することが推計されています。
- ・ 限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、こうした医療需要の増加に対応するためには、地域の医療需要を踏まえた必要な病床機能を明らかにした上で、医療機関、地域の関係団体、行政、県民が一体となって、地域の医療需要を適切に受け止められるよう病床機能を確保していくことが必要です。
- ・ そのため、将来不足することが見込まれる病床機能を把握した上で、必要な病床機能への転換や整備を推進するほか、こうした病床機能を担う医療従事者を確保・養成していくことが必要です。
- ・ さらに、急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられるよう、病床機能の確保と併せて、異なる病床機能を持つ医療機関などの連携体制を構築することが必要です。
- ・ また、地域医療構想調整会議等において、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保及び連携に係る支援施策等について情報共有し、医療機関や関係団体による取組みを推進するほか、県民に対しても、分かりやすい情報提供を行うことで、医療提供体制に対する理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療につなげてもらうことが必要です。

(2) 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実

- ・ 今後の高齢化の進展等に伴い、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るほか、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等の人材不足が懸念されます。
- ・ そのため、県民がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る取組みを推進することが必要です。
- ・ また、患者・家族に向けても、在宅医療に係る適切な情報提供や負担軽減に向けた取組みを推進することが必要です。

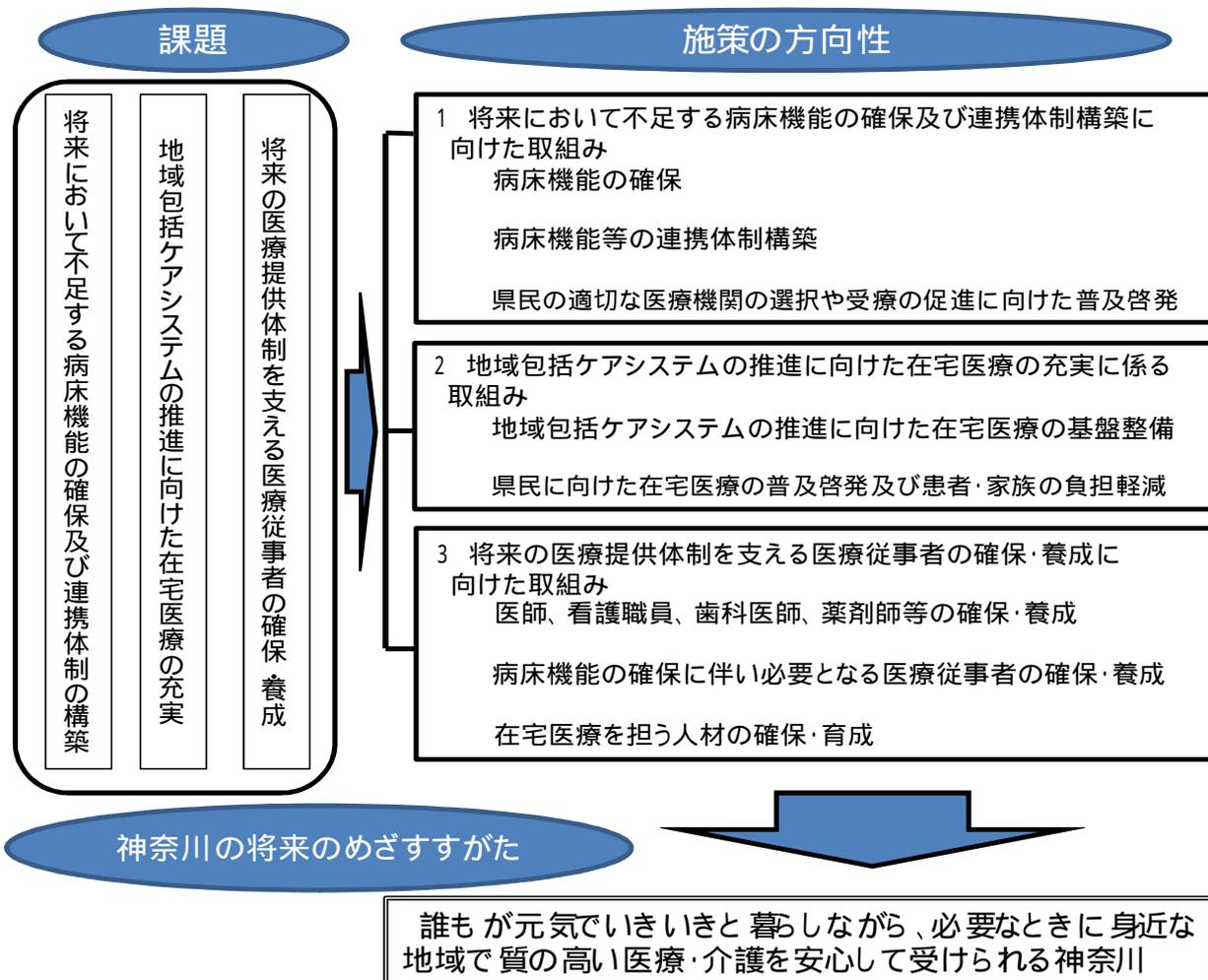
(3) 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、医療機関の施設設備整備や連携体制の構築はもとより、医療従事者の確保・養成が重要であることから、不足する医療従事者の確保・養成や定着促進を図る必要があります。
- ・ 本県では、医療従事者数が概ね全国平均を下回っているため、医療従事者の確保・養成に向けた取組みを行うほか、不足する診療科や地域に勤務し、地域医療に貢献する医師の確保・養成に取り組むことが必要です。
- ・ また、医療従事者の将来的な必要量については、国における「医療従事者の需給に関する検討会」において検討されていますが、特に今後の病床機能の確保により必要となる医療従事者や、平成37年(2025年)の在宅医療等の医療需要の増加に対応する医療従事者については、資質向上とともに、十分確保・養成することが必要です。
- ・ 併せて、限られた人材を有効に活用するという観点からは、ICTの活用や医療技術の進歩などにより、医療従事者の負担軽減を図ることが必要です。

(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ことから、これらに適切に対応していく必要があります。

(図 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の体系図)



5 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すための施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 必要なときに誰もが身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる社会の実現を目指すために、神奈川県保健医療計画に定める保健医療提供体制の構築に向けた施策を推進するほか、病床機能の確保及び連携の推進、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成に重点的に取り組めます。
- ・ また、併せて、健康長寿社会の実現をめざして、本県の進める未病の視点からの取組みを通じて、誰もが高齢になっても元気でいきいきと暮らせる社会の構築を推進します。
- ・ これらの取組みに当たっては、限りある資源を有効に活用し、県民の理解を得ながら、地域医療構想調整会議での協議や、地域医療介護総合確保基金の活用などにより、市町村や医療関係者、医療保険者、介護関係者等と連携して進めます。

(2) 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築に向けた取組み

- ・ 病床機能の確保及び連携の推進にあたっては、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地域の関係団体等による取組みを基本とします。
- ・ これらの取組みを推進するため、地域医療構想調整会議等において、毎年の病床機能報告制度の結果や、地域の医療提供体制に関する様々なデータを示すほか、病床機能の確保及び連携に係る支援策について、医療機関や地域の関係団体に対して適切な情報提供を行います。
- ・ さらに、毎年の病床機能報告結果を見ながら、2025年以降の医療需要の変化も見通しつつ、段階的に整備を支援しながら取り組めます。

ア 病床機能の確保

不足する病床機能への転換・整備の推進

- ・ 病床機能の転換・整備に係る技術的・財政的な支援などにより、地域で不足する病床機能の確保を推進します。
- ・ 特に、本県では、平成27年(2015年)の病床機能報告制度の結果により、回復期病床の不足が顕著であることから、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、回復期機能を担う病床への転換等を推進します。

病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保・養成

- ・ 不足する病床機能を確保する上で、必要となる医療従事者の確保・養成に向けた取組みを推進します。
- ・ 特に、回復期機能に携わる医療従事者が不足することが想定されることから、回復期機能に携わる医師、歯科医師、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など多様な人材の確保・養成を進めます。

- ・ また、病床機能の確保・連携に伴い必要となる医療従事者の確保や多職種連携を推進するため、回復期の人材育成の拠点を整備し、県内の医師、看護職員、リハビリテーション専門職などを対象に相談・研修事業の実施、情報提供などを行う体制を構築します。

病床稼働率向上のための取組みの推進

- ・ 将来の医療需要の増加に向けた対応として、不足する病床機能への転換等だけでなく、医療機関の入院医療の効率化を図り、より多くの患者の受入を可能にするため、医療機関の病床稼働率の向上のために必要な取組みを推進します。

慢性期の将来の医療需要に対応するための取組み

- ・ 慢性期の医療需要に対応するための取組みについては、現在、国において「療養病床の在り方等に関する検討会」における検討内容を踏まえて、社会保障審議会（療養病床の在り方等に関する特別部会）において、慢性期の医療需要等へ対応するためのサービス提供類型に関する議論が行われていることから、これらの動向を踏まえて必要な取組みを今後検討します。

<参考>療養病床の在り方等に関する検討会（厚生労働省）

開催日程：平成 27 年（2015 年）7 月 10 日～平成 28 年（2016 年）1 月 15 日（第 7 回）

概要

- ・ 慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う

検討内容

「医療」「介護」のニーズを併せ持ち、長期の療養が必要となる高齢者に対して、これまでの類型にはない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす施設類型について、利用者の視点や実現可能性を踏まえて検討

考えられる選択肢

医療を内包した施設類型

- ・ 長期滞在できる介護施設等に医師や看護師等が常駐し、必要に応じて診療を行う
- ・ 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型
- ・ 医療機関内に居住スペースを併設し、必要に応じて医師や看護師らが訪問診療を行う

イ 病床機能等の連携体制構築

地域の医療・介護の連携体制構築

- ・ 急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられるためには、医療と介護の連携が重要であることから、ICT の活用を含めた病院間又は病院と診療所間及び医療機関と市町村、地域包括支援センター及び介護保険事業所等との間で緊密な連携体制の構築に向けた取組みを推進

します。

主要な疾患等の医療提供体制の強化

- ・ 高齢化の進展により、医療需要が増加するがん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、肺炎、骨折及びこれらの疾患からのリハビリテーションによる機能回復支援などの医療提供体制の維持・構築が必要であることから、地域の医療提供体制を踏まえて、これらの疾患等に係る医療機関の強化・拠点化などを行うとともに、複数の医療機関が患者の情報を共有できる仕組みの整備・活用や医科歯科連携などの多職種連携を含めた医療連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ また、小児医療や周産期医療については、安心して地域で産み、育てる環境を整備する観点から必要な機能の確保や連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ 救急医療の需要は、高齢者を中心に今後も増加することが想定されていることから、初期、二次、三次救急を担う医療機関間及び消防と医療機関との連携強化などに取り組み、患者が速やかに適切な救急医療を受けられる体制構築を進めます。

ウ 県民の適切な医療機関の選択や受療の促進に向けた普及啓発

- ・ 県民が地域において状態に応じた必要な医療を受けられる医療提供体制を確保していくため、県民の医療提供体制に関する理解を深め、適切な医療機関の選択や受療が行われるよう、医療機関が担っている役割など、必要な情報提供を行います。

(3) 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る取組み

- ・ 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の増加が見込まれることから、医療・介護の連携を図りながら、在宅医療の体制構築や人材育成、県民への普及啓発など、在宅医療の充実にに向けた取組みを推進するとともに、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの推進に向けて取り組みます。
- ・ また、今後の高齢化の進展による医療需要の増加に対しては、質の高い医療・介護を安心して受けられる社会の構築を目指すと同時に、誰もが高齢になっても元気でいきいきと暮らせる社会づくりも必要であるため、未病の視点から食、運動、社会参加の取組みを中心に生活習慣改善に向けた取組みなどを推進します。

ア 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の基盤整備

在宅医療の体制構築

- ・ 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、市町村が中心となって進める地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療・介護の提供体制の整備を進めます。
- ・ 在宅医療を担う医療機関や歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション等の在宅医療の体制整備を推進します。
- ・ 入院患者の円滑な在宅療養への移行と、在宅での長期療養の支援体制を構築し、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、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、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。また、その基盤となる情報連携のインフラとして、ICTによるネットワークの構築を推進します。
- ・ 日常の療養生活や急変時対応のための後方支援病院と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、居宅介護支援事業所等の連携構築を推進します。
- ・ 在宅医療を担う医療機関の24時間365日対応の充実にに向けた連携体制構築を推進します。
- ・ 居宅や介護施設におけるがんの緩和ケアや看取りの提供体制の構築に向けて、在宅医療・介護を担う関係機関の連携強化を推進します。
- ・ 患者を中心とした医療提供体制を構築する上で、県民に最も身近な相談役である「かかりつけ医」の普及・定着を図ります。

在宅歯科医療における口腔ケア等の充実及び医科や介護との連携強化

- ・ 在宅療養生活における誤嚥性肺炎予防や、口から食べることによる生活の質の確保を図るため、歯科医師、歯科衛生士等による歯科医療、口腔ケア及び口腔機能リハビリテーションの提供体制の充実を推進します。
- ・ また、「かかりつけ歯科医」を持つことの県民への普及定着を図るほか、在宅歯科医療と医科や介護との連携を強化するための取組みを推進します。

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

- ・ 薬剤師の在宅医療への参加促進を図るため、医薬品等の適切な取扱いや在宅医療に係る知識向上を図ります。
- ・ また、「かかりつけ薬局」の県民への定着に向けた普及啓発を図るほか、医療機関や訪問看護ステーション等と連携を図り、残薬管理等の薬学的管理及び指導の取組みを推進します。

小児の在宅医療の連携体制構築

- ・ 小児を対象とした在宅医療体制を充実するため、小児の在宅医療関係機関の連携構築や、担い手となる人材育成を進めます。

地域で支える認知症支援及び精神疾患ネットワークの構築

- ・ 認知症を含む精神疾患を持つ高齢者等が増加することが想定されることから、かかりつけ医による対応力向上や認知症の専門医療の提供体制を強化するほか、地域における認知症ケア体制の充実と医療・介護の連携強化を推進します。
- ・ また、認知症の患者や家族に対する相談体制を強化するとともに、認知症に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- ・ 長期入院精神科患者を始めとする精神科病院の入院患者の地域移行を進める中で必要とされる在宅医療・福祉サービスの提供を確保するほか、精神疾患の早期発見・早期治療を進めるため、精神科医療機関と関係機関との連携構築に向けた取組みを推進します。

イ 在宅医療を担う人材の確保・育成

在宅医療を担う医療従事者の確保

- ・ 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、研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、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等の人材育成を行います。

在宅医療の多様なニーズに対応した質の高い人材の育成

- ・ 在宅医療では、退院支援、日常の療養生活の支援、急変時、看取り時など患者の状態に応じた様々なニーズが求められるため、これらに対応した質の高い人材を育成します。
- ・ 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。

ウ 県民に向けた在宅医療の普及啓発及び患者・家族の負担軽減

- ・ 在宅医療に関する知識や経験がないために、在宅医療を選択できない患者や家族がいることから、在宅医療に対応できる医療機関の情報提供など、県民へ適切な情報提供を行います。
- ・ また、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」、「かかりつけ薬局」の普及啓発に取り組むほか、在宅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みを推進します。
- ・ 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。

(4) 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に向けた取組み

- ・ 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、医療機関の施設設備整備や連携体制の構築はもとより、医療従事者の確保・養成が重要であることから、不足する医療従事者の確保・養成や定着促進を図るほか、医師の地域偏在や診療科偏在の解消に向けた取組みを推進します。
- ・ また、将来における病床機能の確保や、在宅医療等の医療需要の増加に伴い、不足が見込まれる医療従事者について、資質の向上とともに確保・養成に向けた取組みを推進します。
- ・ さらに、限られた人材を有効に活用するため、働きやすい環境づくりを進めるとともに、ICTを活用した患者情報の共有や医療技術の進歩などによる医療従事者の負担軽減につながる取組みとも連携していきます。

なお、医療従事者の確保・養成については、「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て必要に応じて見直しを行います。

ア 勤務環境改善の取組み

- ・ 神奈川県医療勤務環境改善支援センター²⁴において、医療従事者の勤務環境の改善に主体的に取組む医療機関を支援します。

イ 医師の確保・養成

- ・ 神奈川県地域医療支援センター²⁵の活用や修学資金の貸付けなどにより、県内勤務医師の確保と地域偏在や診療科偏在の解消に向けた取組みを推進します。
- ・ また、医師の離職防止・復職支援に向けた働きやすい就業環境づくりに向けた取組みを推進します。
- ・ さらに、在宅医療を含む地域包括ケアシステムにおいて重要な役割が期待される総合診療医²⁶の確保・養成に向けた取組みを推進します。

ウ 看護職員の確保・養成

看護職員の確保・養成

- ・ 看護師等養成施設の施設・設備整備や、教育内容の向上を図るための体制整備など、看護職員確保に向けた取組みを推進します。
- ・ また、看護職員の資質向上のための研修等を推進します。

²⁴医療勤務環境改善支援センター：各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県に設置される機関

²⁵地域医療支援センター：医師の地域偏在の解消等に取り組むことを目的に都道府県等に設置される機関

²⁶総合診療医：「総合的な診療能力を有する医師」を指す名称。日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療などを行う

定着対策

- ・ 新人看護職員の早期離職を防止するための研修や、子育て中でも仕事を継続してもらうための病院等が行う院内保育への支援など、看護職員^{（注）}の職場定着に向けた取組みを推進します。

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を実施するほか、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を行うなど、看護師の再就業に向けた取組みを推進します。

工 歯科関係職種の確保・養成

- ・ 高齢化の進展により、口腔機能の維持・向上を必要とする患者や摂食機能の低下に対する支援を必要とする患者の増加が見込まれることから、一定水準の口腔ケアや口腔機能リハビリテーションへの対応可能な歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を確保・養成するための取組みを推進します。

オ 薬剤師の確保・養成

- ・ 薬局の業務が、在宅訪問など患者を中心とした業務となっていくためには、患者とのコミュニケーション能力や専門性の高い人材の養成・育成が必要であることから、専門性に関する認定資格取得の推進や教育研修による職能向上に取り組むほか、かかりつけ薬剤師の養成に取り組み、在宅医療への参加を促進します。

カ 病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保・養成（再掲）

- ・ 不足する病床機能を確保する上で、必要となる医療従事者の確保・養成に向けた取組みを推進します。
- ・ 特に、回復期機能に携わる医療従事者が不足することが想定されることから、回復期機能に携わる医師、歯科医師、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など多様な人材の確保・養成を進めます。

キ 在宅医療を担う人材の確保・育成（再掲）

在宅医療を担う医療従事者の確保

- ・ 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、研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、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等の人材育成を行います。

在宅医療の多様なニーズに対応した質の高い人材の育成

- ・ 在宅医療では、退院支援、日常の療養生活の支援、急変時、看取り時など患者の状態に応じた様々なニーズが求められるため、これらに対応した質の高い人材を育成します。
- ・ 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進めます。

(5) 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ことから、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解決に向けた取組みを支援します。
- ・ 本事項に記載した施策の方向性については、今後新たに生じた課題等に対応するため、柔軟に見直しを図ることとします。

各地域の地域医療構想調整会議で了承された内容を盛り込む。

第3章 各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想

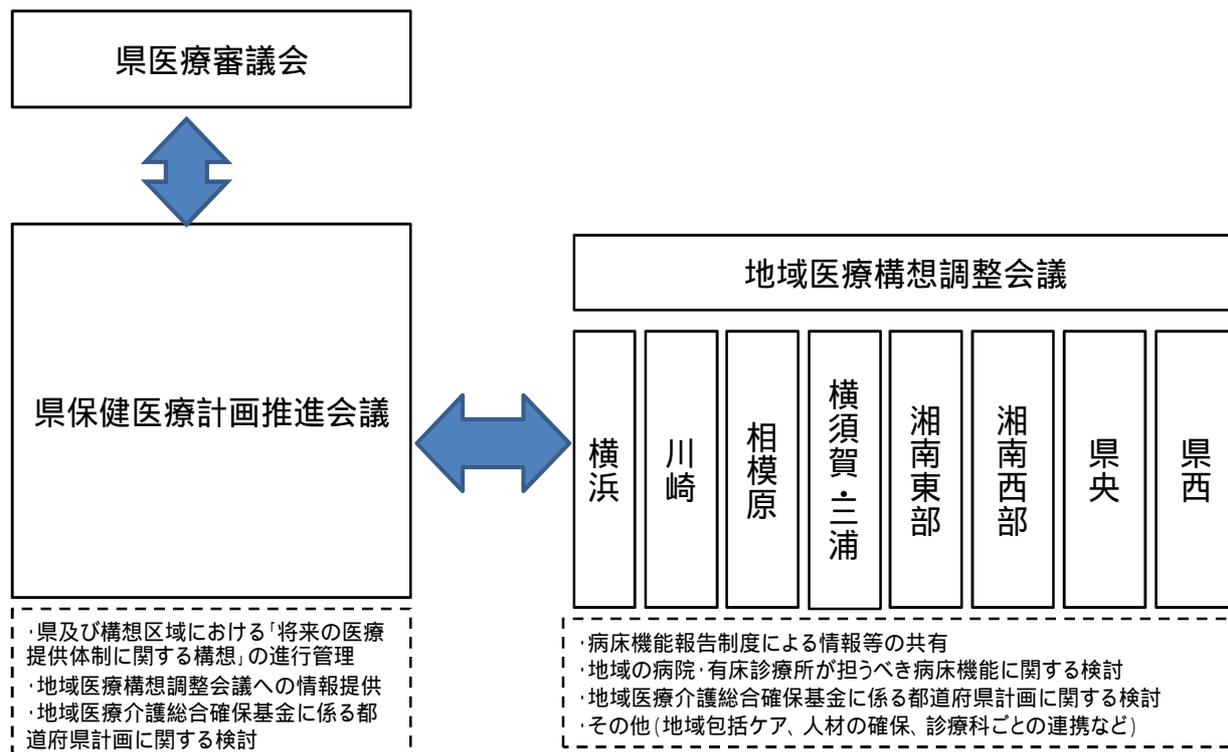
- 1 横浜構想区域
- 2 川崎北部構想区域
- 3 川崎南部構想区域
- 4 相模原構想区域
- 5 横須賀・三浦構想区域
- 6 湘南東部構想区域
- 7 湘南西部構想区域
- 8 県央構想区域
- 9 県西構想区域

第 4 章 推進体制等

1 推進体制

- ・ 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を構築するためには、地域の医療関係者、医療保険者、市町村等が共に地域の課題や目指す姿を共有し、それぞれ取組みを進めていくことが重要です。このため、本県では、8つの「地域医療構想調整会議」などを活用して地域医療構想の推進に向けた必要な協議を行います。今後の推進体制のイメージは次のとおりです。

(図 地域医療構想の推進体制イメージ)



(1) 地域医療構想調整会議

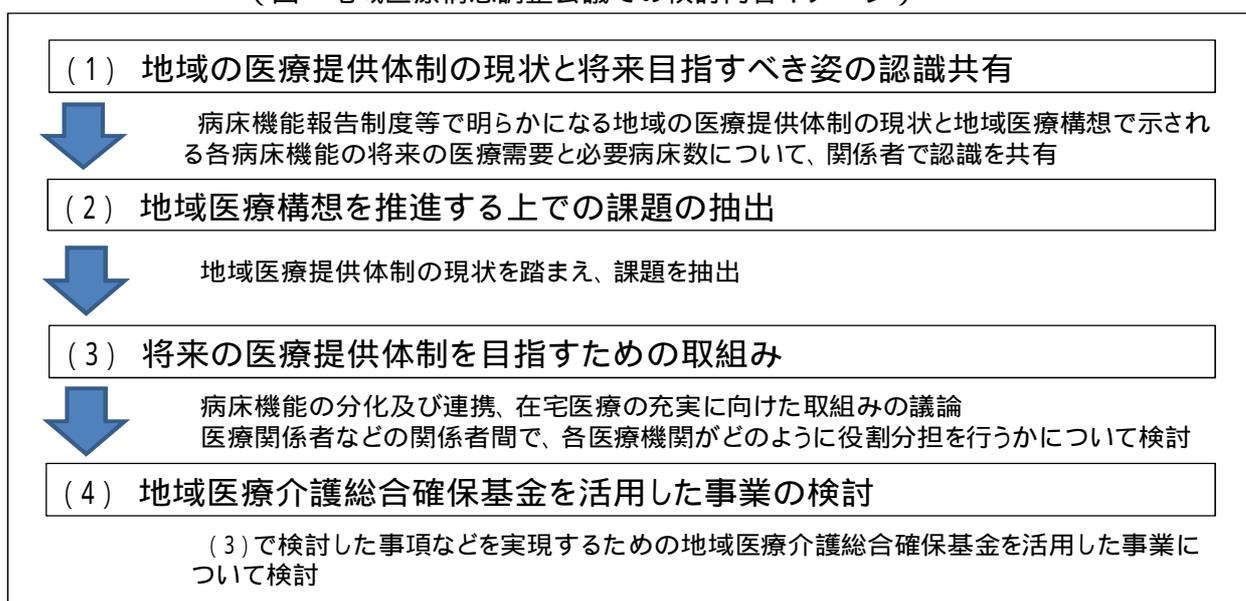
- ・ 地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14に基づき、将来の病床数の必要量を達成するための方策等について医療関係者、医療保険者等と協議することを目的に都道府県が原則構想区域ごとに設置するものです。
- ・ 本県では、地域医療構想に地域の実情を反映させるために、地域医療構想策定段階から8つの地域医療構想調整会議を設置し、協議を進めています。

(表 神奈川県内の地域医療構想調整会議)

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部会

- ・ なお、地域医療構想策定後も、引き続きこれらの会議を活用して、関係者との連携を図りつつ、現状と課題を共有した上で、各構想区域における「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います。
- ・ 具体的には、次の検討イメージなどで協議を行うことが想定されます。

(図 地域医療構想調整会議での検討内容イメージ)



(図 地域医療構想策定後の地域医療構想調整会議の年間スケジュールイメージ)

4～6月	前年度の病床機能報告制度等のデータ集計
6～7月	第1回地域医療構想調整会議(データ共有、課題抽出) (将来の医療提供体制を目指すための取組み)
9～10月	第2回地域医療構想調整会議(地域医療介護総合確保基金を活用した事業等の検討)
10月	当年度の医療機関による病床機能報告制度の報告
年内	第2回会議等の意見を踏まえ、基金を活用した事業の具体化
2月	県議会への次年度当初予算案に基金活用事業の予算を計上

(2) 神奈川県保健医療計画推進会議・神奈川県医療審議会

- ・ 本県では、地域医療構想の策定に当たり、医療を提供する立場の者、医療を受ける立場の者、学識経験者などの関係者からなる「神奈川県保健医療計画推進会議」を検討にあたっての専門部会として位置づけ、検討を進めてきました。
- ・ また、医療を提供する体制の確保に関する重要事項について調査審議を行う場である「神奈川県医療審議会」を設けています。
- ・ 地域医療構想策定後は、地域医療構想調整会議での議論に必要な情報提供を行うとともに、本県全体の現状や各地域医療構想調整会議での協議内容を踏まえ、県及び各構想区域における「将来の医療提供体制に関する構想」の進行管理を行います。

2 評価の実施

(1) 指標等の設定と評価

- ・ 国の地域医療構想策定ガイドラインでは、地域医療構想に係る成果指標の例として、「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」が示されていますが、現行の神奈川県保健医療計画（平成25年～29年）においても、各疾病・事業及び在宅医療について設定した数値目標などを踏まえ、定期的に施策に関連する事業の進捗や目標値の達成度の把握・分析を行っています。
- ・ 地域医療構想は、神奈川県保健医療計画の一部であることから、現行の計画期間中は、当該計画に定められた指標により、進行管理を行い、地域医療構想の施策の方向性等を見直す必要がある場合には、必要な見直しを行います。
- ・ なお、病床機能の確保や人材の確保養成に係る指標については、病床機能報告制度の精緻化や基準病床数と必要病床数との関係性及び医療従事者の需給見通しについて、現在、国で検討が進められていることから、これらの状況も踏まえて今後検討していきます。