

第3部 地域医療構想

【概要】

- 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」について、平成 26 年（2014 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」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、都道府県に構想の策定が義務付けられました。
- 県では、平成 28 年（2016 年）10 月に 2025 年までを対象期間とする「神奈川県地域医療構想」を策定しました。
- 現行の構想の対象期間は 2025 年までとなっていますが、国は、「2025 年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる 2040 年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある」として、スケジュールを示しています。
- 今後、国が行う新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討の結果を踏まえて、本県でも 2025 年以降に新たな地域医療構想を策定する予定です。

【基本的事項】

- 地域医療構想は、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、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組の方向性を示すものです。

＜策定根拠＞

医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号及び第 8 号

＜記載事項＞

- 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
 - 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（在宅医療等）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

【地域医療構想の基本方針】

- 神奈川県地域医療構想では、県全体や県内の 9 つの地域における 2025 年に向けた取組の方向性を示しています。県や各地域では、地域の病院・診療所関係者や医療保険者などと話し合いながら、それぞれの地域で必要な病床機能の確保、在宅医療の充実、医療従事者の確保に向けた取組などを推進します。また、未病を改善する取組など、健康寿命を延ばす取組とも連携し、医療・介護ニーズの伸びの抑制を図ります。

＜施策の方向性＞

- 1 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制構築に向けた取組
- 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に係る取組
- 3 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

＜神奈川の将来をめざすがた＞

誰もが元気でいきいきとくらしながら、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をめざします。

＜各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想＞

本県では、9の構想区域（＝二次保健医療圏）を設定しており、各地域の特性、課題等に応じた施策を進めています。

【神奈川県地域医療構想 構想区域】

- ・ 横浜構想区域・川崎北部構想区域・川崎南部構想区域・相模原構想区域
- ・ 横須賀・三浦構想区域・湘南東部構想区域・湘南西部構想区域
- ・ 県央構想区域・県西構想区域

なお、横浜市では「よこはま保健医療プラン」、川崎市では「かわさき保健医療プラン」、相模原市では「相模原市保健医療計画」を独自に作成し、詳細を記載していますので、参照してください。

図表 3-1 令和 7 年（2025 年）の入院医療需要及び必要病床数

（単位：医療需要は人/日、必要病床数は床）

	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	20,209	25,910	18,842	20,934	14,855	16,147	60,970	72,410
横浜	3,140	4,187	8,336	10,687	7,995	8,883	5,886	6,398	25,357	30,155
川崎北部	515	687	1,410	1,808	1,293	1,437	1,077	1,171	4,295	5,103
川崎南部	642	856	1,815	2,327	1,412	1,569	526	572	4,395	5,324
相模原	606	808	1,798	2,305	1,539	1,710	2,220	2,413	6,163	7,236
横須賀・三浦	585	780	1,724	2,210	1,722	1,913	1,129	1,227	5,160	6,130
湘南東部	404	539	1,236	1,585	1,173	1,303	1,058	1,150	3,871	4,577
湘南西部	564	752	1,669	2,140	1,264	1,404	1,109	1,205	4,606	5,501
県央	406	541	1,615	2,071	1,667	1,852	1,140	1,239	4,828	5,703
県西	202	269	606	777	777	863	710	772	2,295	2,681

（出典）県医療課「神奈川県地域医療構想」

※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。

- ・ 「令和 7（2025）年の必要病床数」は、医療法施行規則に基づき算出した令和 7（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
- ・ 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。

図表 3-2 令和 7 年（2025 年）の在宅医療等の必要量

（単位：人/日）

	神奈川県	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
在宅医療等の医療需要	138,718	56,388	13,599	8,131	10,008	14,055	11,403	9,068	10,525	5,541
（再掲）在宅医療等のうち訪問診療分	95,753	40,128	9,705	5,766	5,879	10,411	8,164	5,718	6,607	3,375

（出典）県医療課「神奈川県地域医療構想」

第4部 計画の推進

第1章 計画の推進体制等

第1節 計画策定の検討経緯

- 医療法では、医療計画の作成に当たっては、診療又は調剤に関する学識経験者の団体や県医療審議会、市町村及び県保険者協議会の意見を聴かなければならないとされています。
- 第8次計画の策定に当たり、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、県保険者協議会などの関係者からなる「県保健医療計画推進会議」を中心に検討を進めました。

年	月 日	会議名
令和5年	5月30日	第1回県保健医療計画推進会議
	7月28日	第2回県保健医療計画推進会議
	7～8月	第1回地域医療構想調整会議（県内8地域）
	10月3日	第3回県保健医療計画推進会議
	10月	第2回地域医療構想調整会議（県内8地域）
	10月20日	第1回県医療審議会
	11月6日	第4回県保健医療計画推進会議
	12月4日	第5回県保健医療計画推進会議
	12月20日～	パブリック・コメント（意見募集）
令和6年		
令和6年	1月19日	
	1～2月	第3回地域医療構想調整会議（県内8地域）
	2月21日	第6回県保健医療計画推進会議
	3月21日	第2回県医療審議会

【県保健医療計画推進会議】

〔所掌事項〕

- ・保健医療計画の再検討
- ・保健医療計画達成の推進
- ・その他計画の再検討及び推進に必要な事項

〔構成員〕

- ・医療を提供する立場にある者
- ・医療を受ける立場にある者
- ・学識経験者
- ・医療保険者
- ・保健医療行政に携わる者

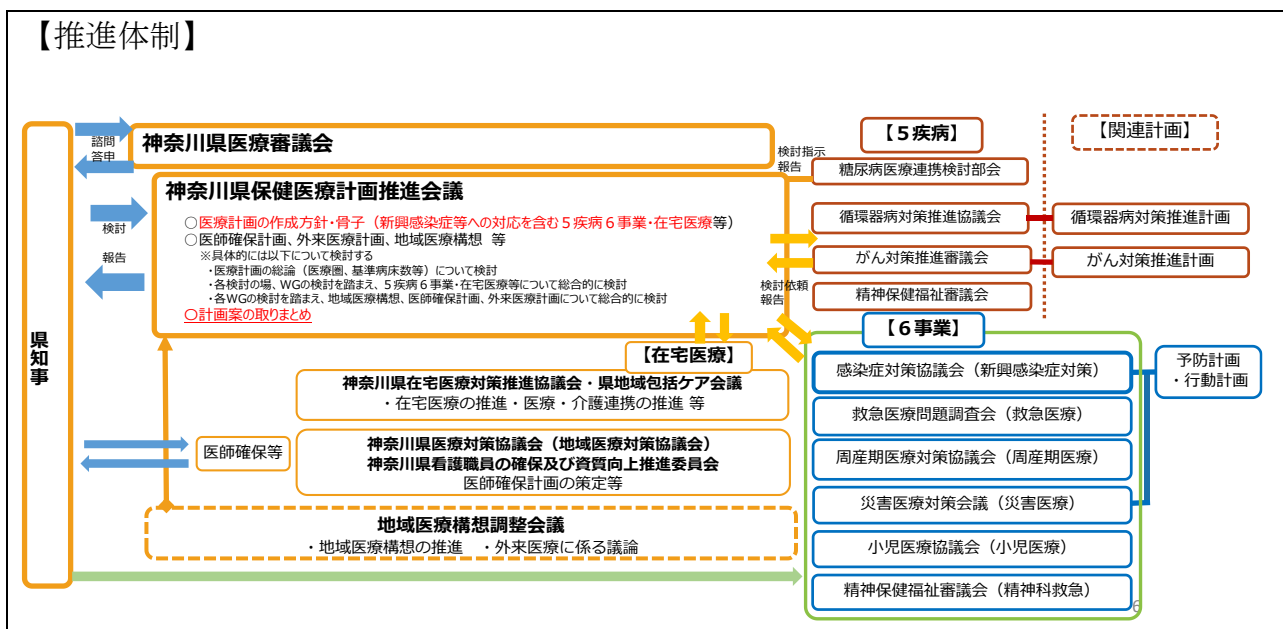
第2節 計画の推進体制

1 全県の推進体制

- 県では、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、医療保険者などの関係者からなる「県保健医療計画推進会議」を設けており、引き続き、同会議により計画の円滑な推進を図ります。
- また、医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため「県医療審議会」を、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保に関する事項等を協議するため「県医療対策協議会」を設けています。
- 今後も、県保健医療計画推進会議を中心として、個別課題については各分野の協議会、部会等を活用しながら、計画の円滑な推進に努めます。

2 各地域の推進体制

- 各二次保健医療圏については、政令指定都市を除く圏域では、各地区保健医療福祉推進会議等により、保健福祉事務所等が中心となって地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」に基づく施策を推進します。
- 各政令指定都市においても、地域医療構想調整会議等を通じて、地域の特性に応じた課題等について検討や調整を行い、「各構想区域における将来の医療提供に関する構想」及び各市の計画に基づく施策を推進します。



第3節 計画の進行管理

- 6事業・5疾病及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などで施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要です。
- 施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を行い、PDCAサイクルを通じた見直しを含めた改善を行います。
- 評価に当たっては、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものであるロジックモデルを導入し、PDCAの管理を行います。
- 医療体制の構築に当たっては、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要があるため、指標をストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類し、活用することが有効とされています。

- ・ストラクチャー指標（S）
医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標
- ・プロセス指標（P）
実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ・アウトカム指標（O）
住民の健康状態や患者の状態を測る指標

- 保健医療計画の進捗状況については、設定した数値目標の達成度等について、ロジックモデルも用いながら、県が定期的に把握します。
- 計画の評価に当たっては、県保健医療計画推進会議、あるいは個別分野に関して設置されている協議会等の意見を聴きながら評価を行い、必要に応じて見直しを行うなどにより、計画を推進していきます。
- なお、在宅医療その他必要な事項については、医療法の規定に基づき、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更します（第30条の6）。

