



神奈川県

KANAGAWA

神奈川県地域医療構想

平成 28 年 10 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	57
2	川崎北部構想区域	70
3	川崎南部構想区域	82
4	相模原構想区域	95
5	横須賀・三浦構想区域	106
6	湘南東部構想区域	117
7	湘南西部構想区域	130
8	県央構想区域	140
9	県西構想区域	152

第4章 推進体制等

1	推進体制	166
(1)	地域医療構想調整会議	166
(2)	神奈川県保健医療計画推進会議・神奈川県医療審議会	168
2	評価の実施	168
(1)	指標等の設定と評価	168

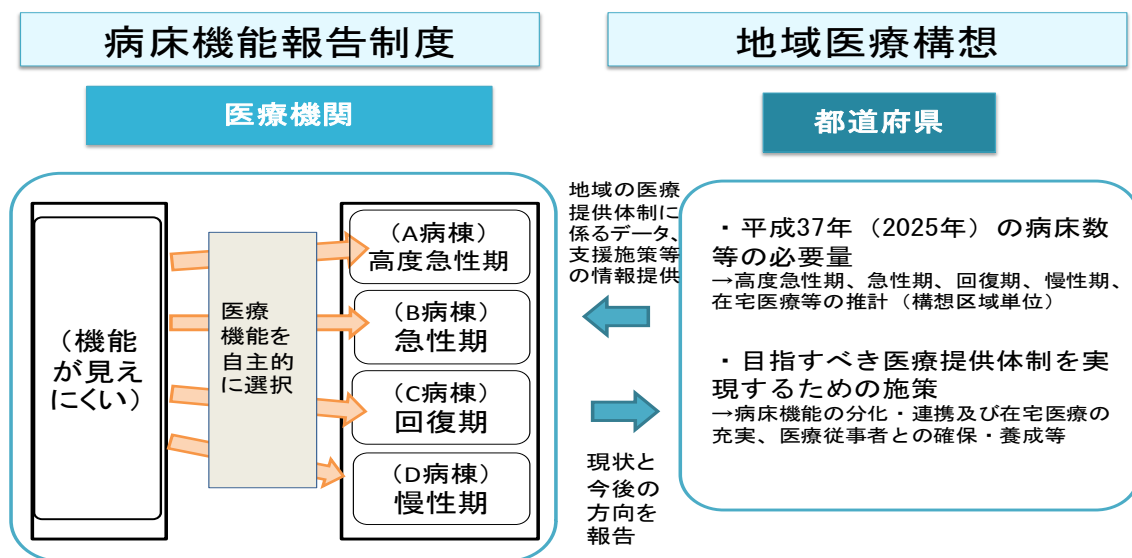
別冊 神奈川県地域医療構想に係るデータ集

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。

- | |
|-------------------------------------|
| 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 21（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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

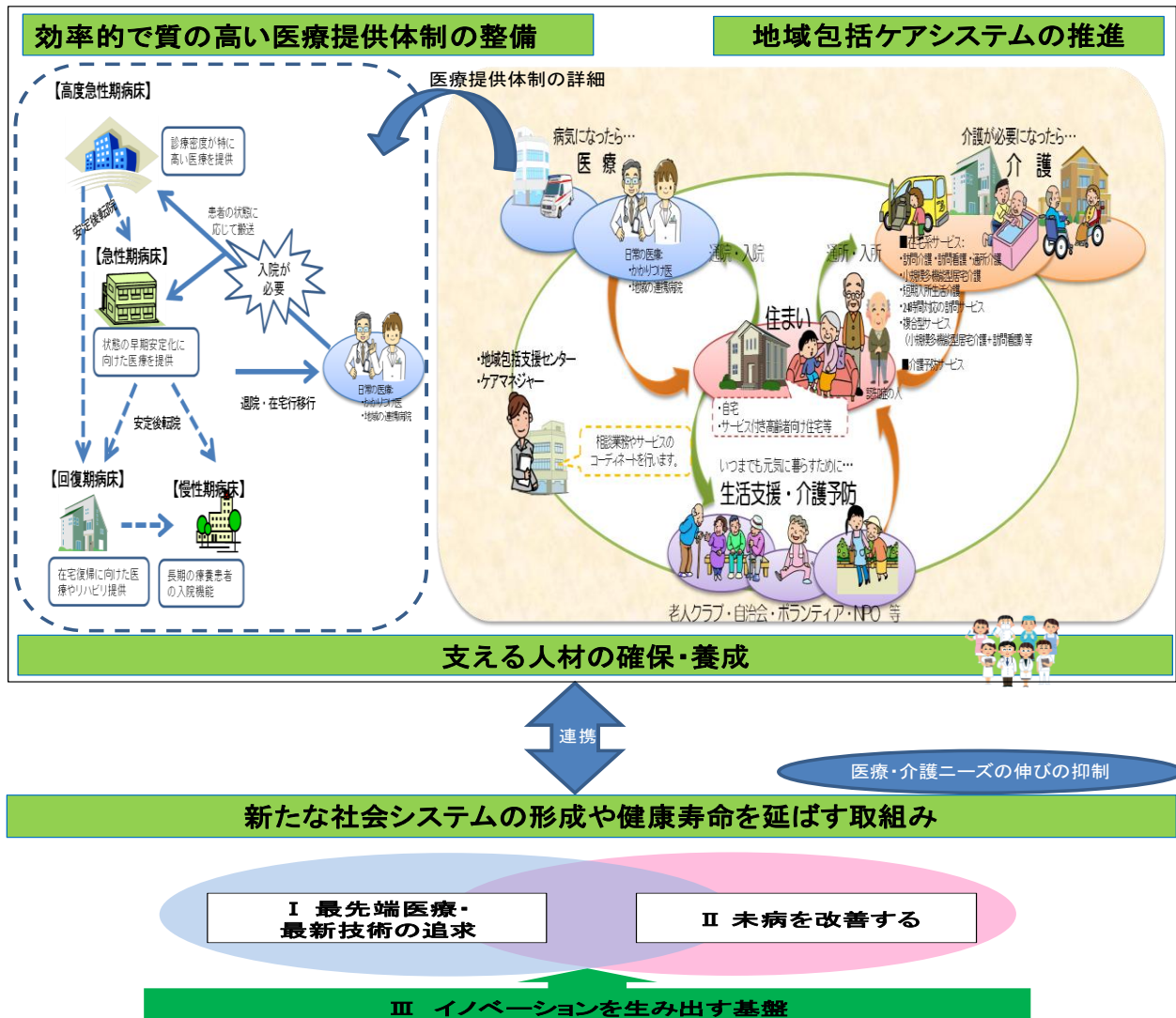
5 地域医療構想の基本方針

(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、健康な人を増やすなど、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

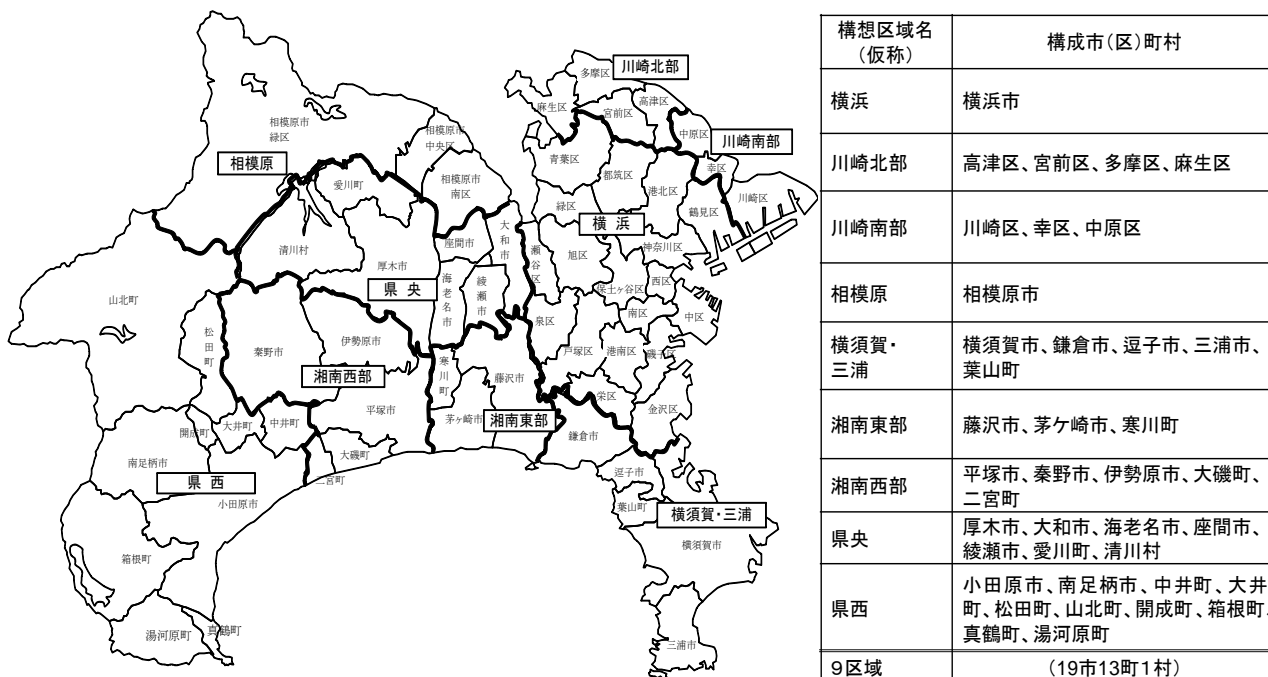
- ・ 地域医療構想における構想区域とは、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域です。（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号）
- ・ 構想区域の設定については、国の地域医療構想策定ガイドラインにおいて、二次医療圏³を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定することとされています。

(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を進める意向が地域から示されていること
- ・ 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 神奈川県内の構想区域)



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：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

① 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)

② 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(①)	平成27年度(②)	平成26年度(①)	平成27年度(②)
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 384 か所、介護老人保健施設が 192 か所、認知症高齢者グループホームが 711 か所、軽費老人ホームが 47 か所、養護老人ホームが 18 か所、有料老人ホームが 752 か所、サービス付き高齢者向け住宅が 268 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	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	
				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)				(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	
	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	人口10万人対	人数	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	18	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	2	0.3	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		2.0		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：県がん疾病対策課「神奈川県内のがん診療連携拠点病院一覧」（平成 28 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】

① 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	機須賀・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）

② 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年齢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P47、49～50】

① 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）

② 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P48～50】

① 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）

② 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(MFIGU)	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 P51～65】

① 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）

② 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(パップ製剤による)	入院	34.1
一次除菌(パップ製剤による)	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
マンモグラフィー	入院	69.6
マンモグラフィー	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)

③ 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P66～70】

① 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）

② 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」の外來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	外來	109.2
冠動脈造影	入院	120.6
冠動脈造影	外來	39.3
心房細動・粗動患者	入院	81.3
心房細動・粗動患者	外來	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)	外來	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	外來	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）

③ 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】

① 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）

② 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
脳卒中の経皮的血脳管形成術等	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）

③ 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】

① 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）

② 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）

③ 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P83～85】

① 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）

② 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P86～97】

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P98~100】

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 神奈川県における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
往診	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

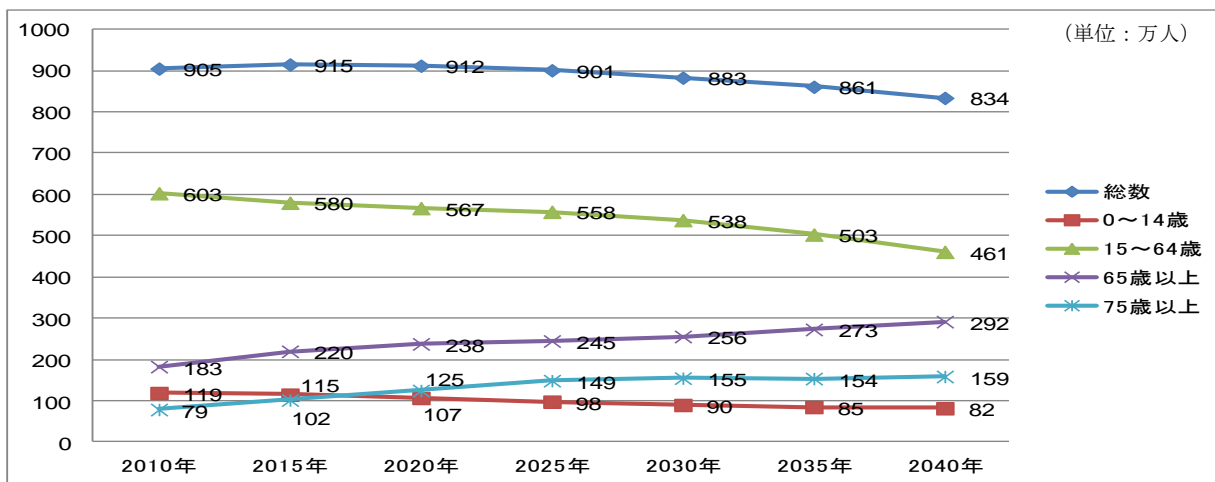
<出典>厚生労働省「年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)」(平成25年)

3 神奈川県の実業需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計【データ集P103】

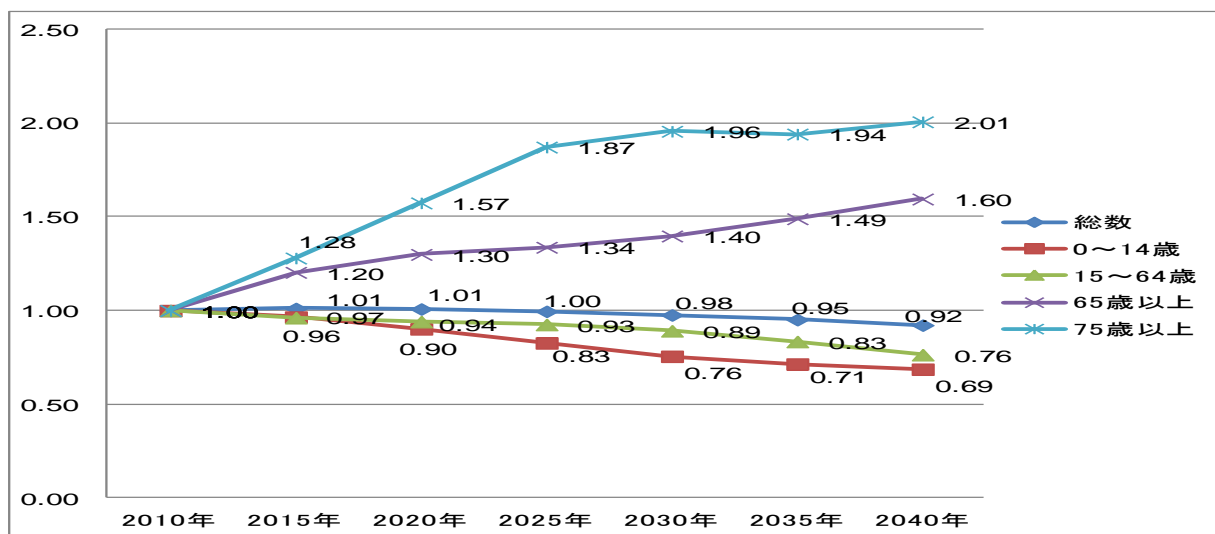
- ・ 本県の人口は、平成 32 年（2020 年）には減少することが見込まれています。平成 22 年（2010 年）には、約 905 万人だった人口が、平成 37 年（2025 年）には、約 901 万人となり、平成 52 年（2040 年）には、平成 22 年（2010 年）比 7.8%減の約 834 万人になることが見込まれています。
- ・ 一方、65 歳以上の高齢者人口は、平成 22 年（2010 年）には、約 183 万人だったのに対し、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.34 倍の約 245 万人となり、平成 42 年（2040 年）には、同年比 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 神奈川県の実業区分別人口の推移)



<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 神奈川県の実業区分別人口の増加率の推移 (2010 年基準))



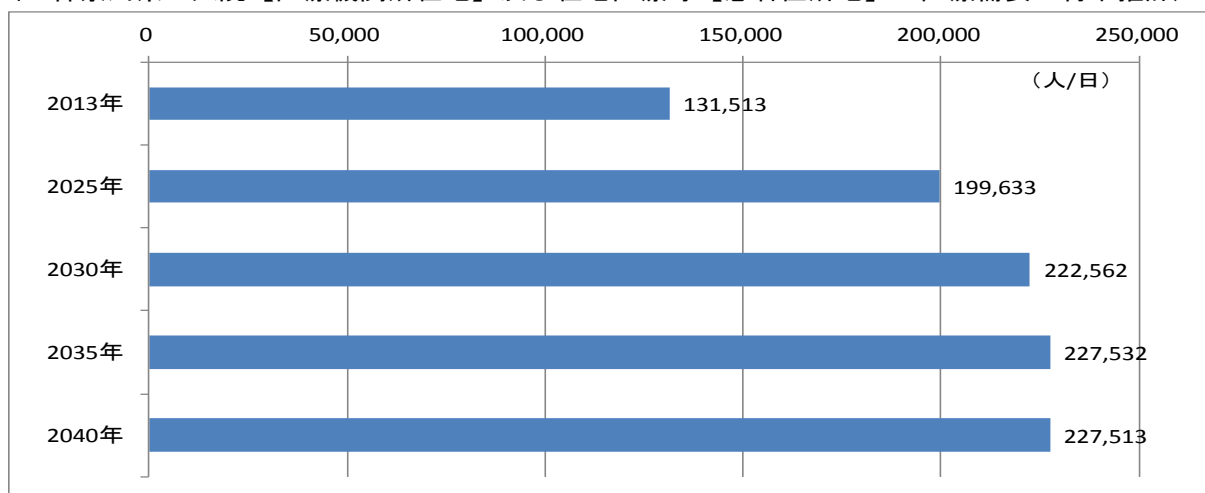
<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」（平成 25 年 3 月推計）

(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】

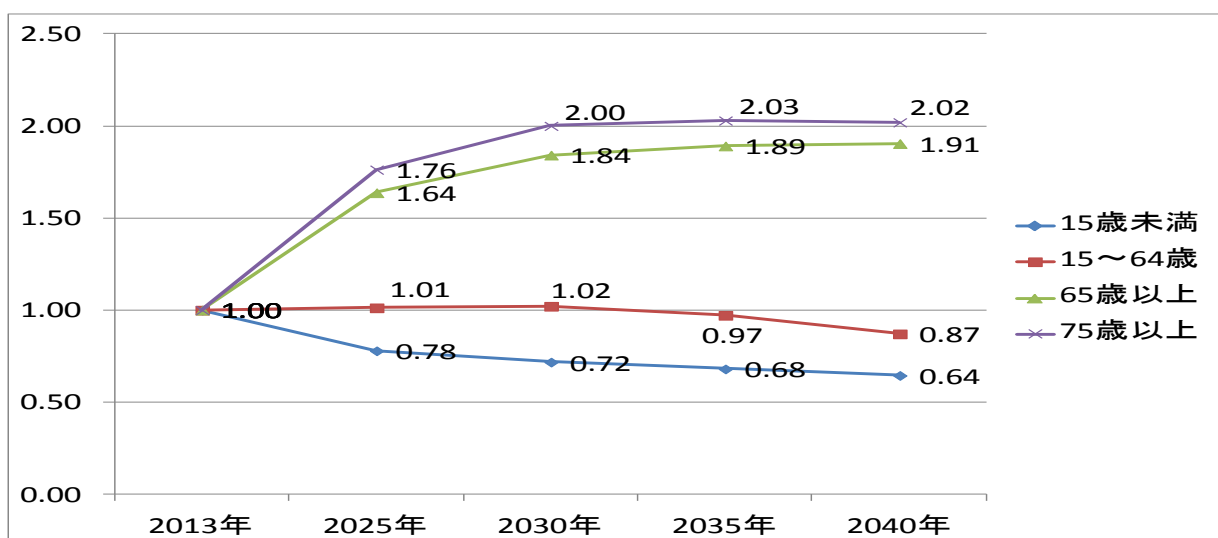
- ・ 医療需要（推計患者数）の算出に当たっては、地域医療構想策定のために厚生労働省が作成した必要病床数等推計ツール（以下「必要病床数等推計ツール」という。）を用いています。（医療需要の推計の考え方については、「P35（4）イ入院医療需要の推計方法」をご覧ください）
- ・ 本県の入院及び在宅医療等の医療需要は、平成25年（2013年）の131,513人/日と比較すると平成37年（2025年）には、199,633人/日（1.52倍）に、平成52年（2040年）には、227,513人/日（1.73倍）に増加することが見込まれます。
- ・ また、年齢階級別にみると、特に75歳以上の年齢層の増加率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 神奈川県の高齢階級別の医療需要【医療機関所在地】の増加率の推移)



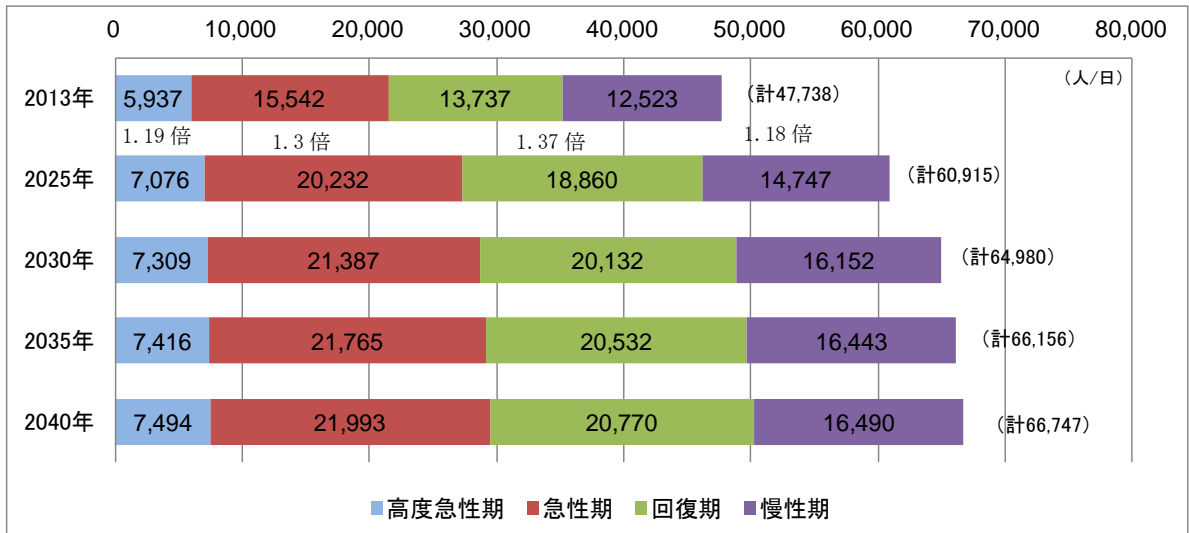
<出典>厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成27年）

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

① 入院医療需要の推計【データ集P104】

- ・ 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、慢性期の順で増加することが見込まれます。

（図 神奈川県の入院医療需要の病床機能別推計【医療機関所在地】）

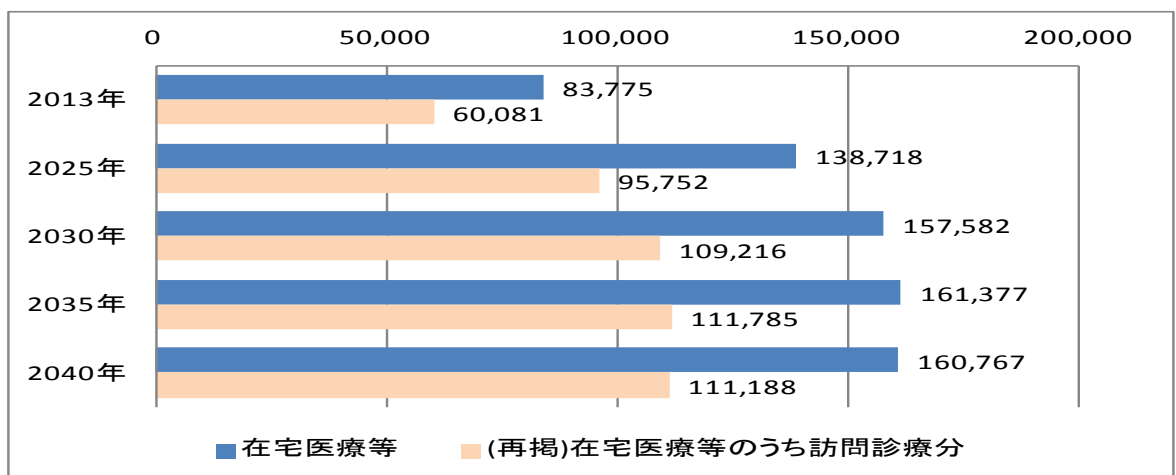


<出典>厚生労働省 必要病床数等推計ツール（平成 27 年）

② 在宅医療等の医療需要の推計【データ集P104】

- ・ 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）に増加することが見込まれます。
- ・ 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）に増加することが見込まれます。

（図 神奈川県の入院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）

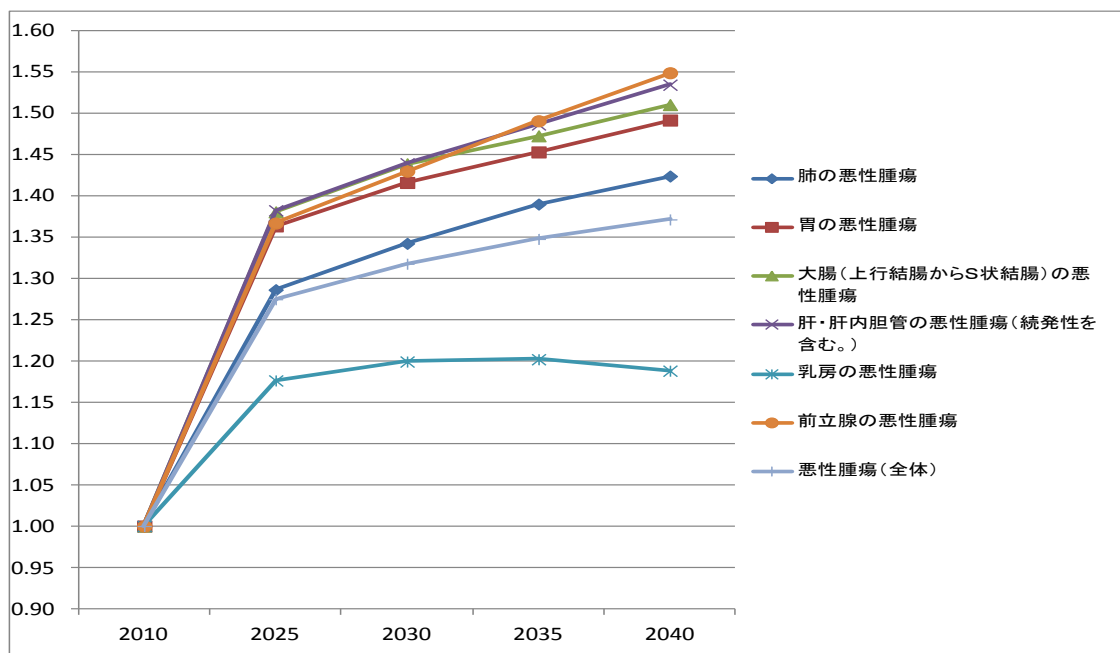
イ 疾患別の入院医療需要

- 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。

① がん【データ集 P104】

- 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))

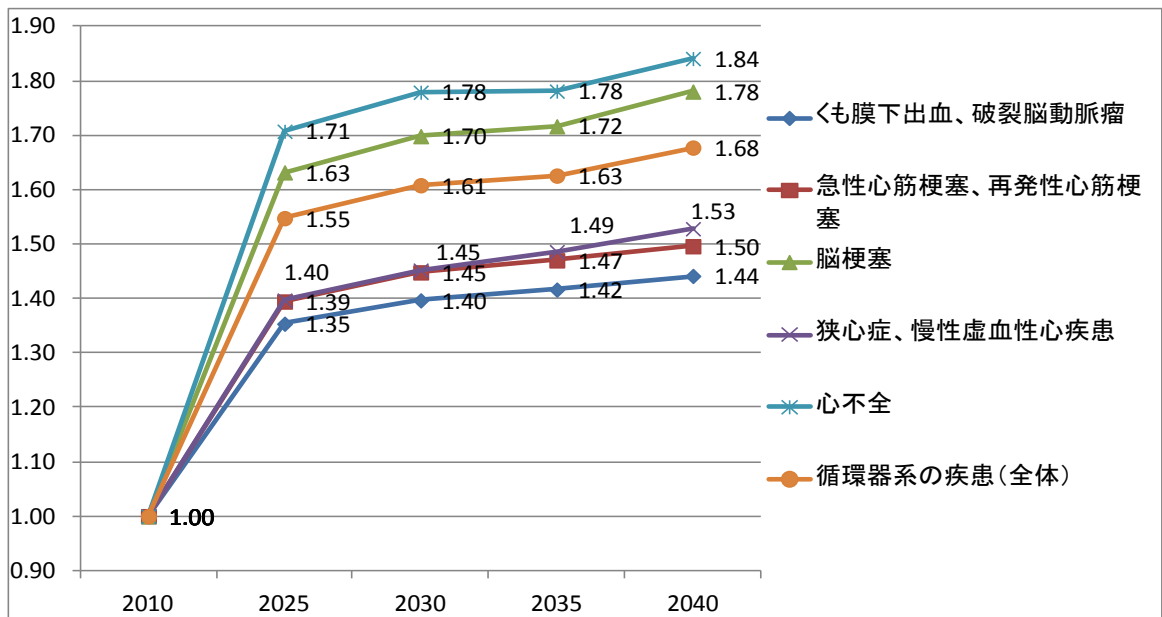
② 急性心筋梗塞【データ集P105】

- 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増加率の推移を参照）

③ 脳卒中【データ集P105】

- 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）

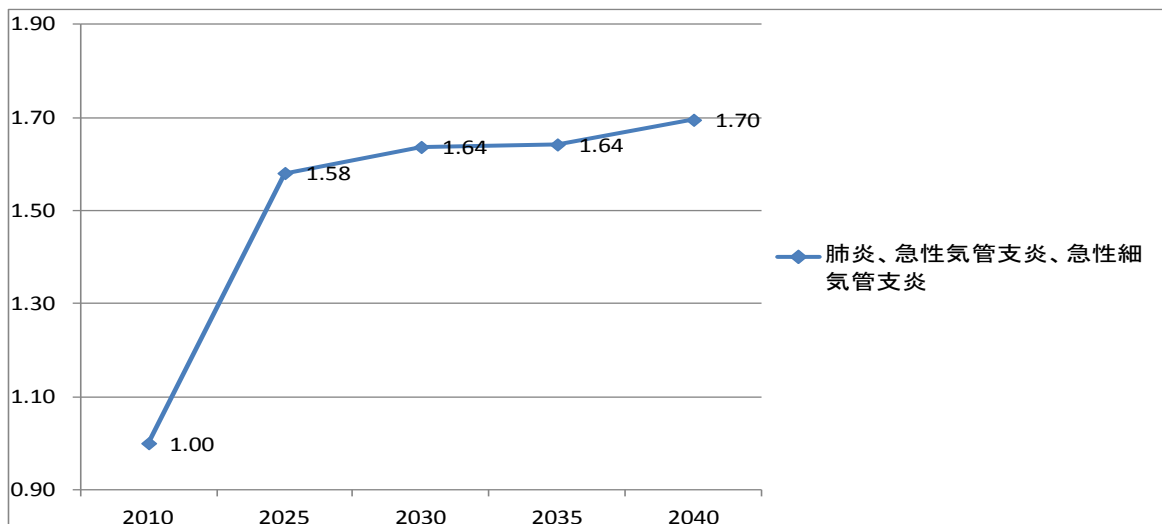


<出典>tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

④ 肺炎【データ集P105】

- 「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）

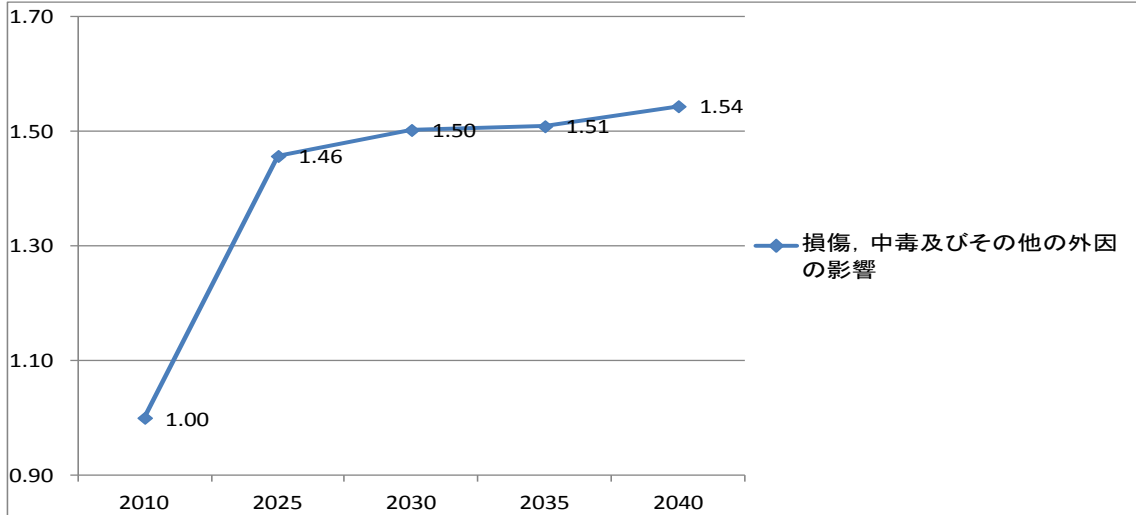


<出典>tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

⑤ 骨折【データ集P105】

- ・ 「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）

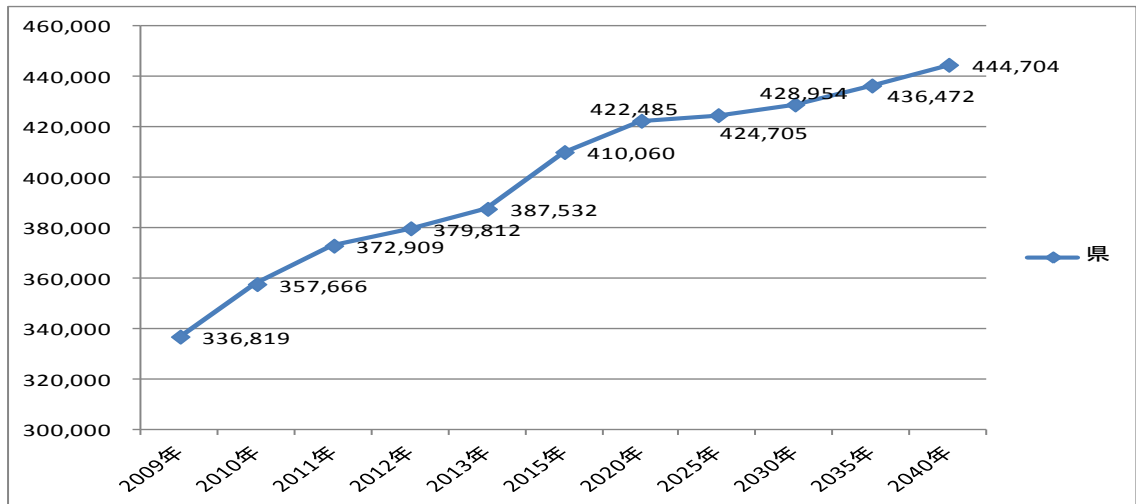


<出典>tableau public 公開資料 (<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)
石川ベンジャミン光一（国立がんセンター）作成

⑥ 救急【データ集P105】

- ・ 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

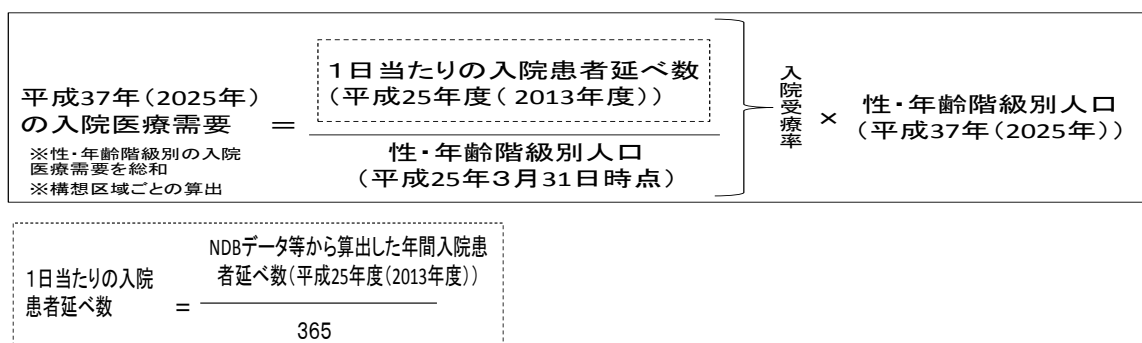
- 限られた資源を有効に活用し、将来の医療需要の変化に適切に対応するためには、地域ごとに医療需要を踏まえてバランスの取れた医療提供体制を構築する必要があります。
- そこで、医療法施行規則第30条の28の3により定められた次の方法に従って、本県の構想区域ごとに病床機能別の入院医療需要を基にした病床数の必要量(以下「必要病床数」という。)を推計しています。
- なお、必要病床数の推計に当たっての病床機能と病床機能報告制度で定義されている病床機能は、必要病床数の推計が、法令に基づき、診療報酬点数等を基に区分されているのに対し、病床機能報告制度は、医療機関が自ら報告するものであるため、病床機能の算定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

① 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 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。

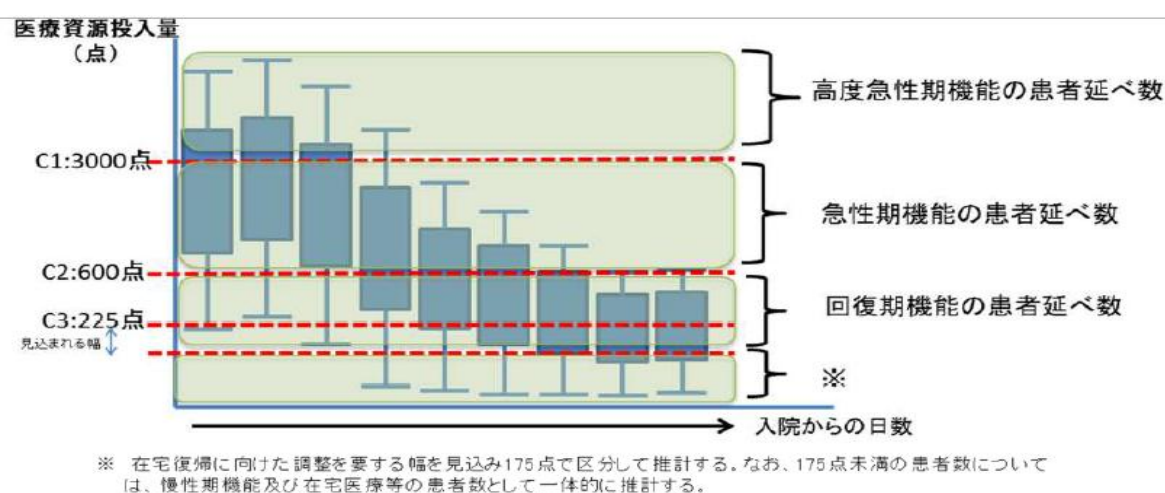
② 高度急性期、急性期、回復期の推計方法

- 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）

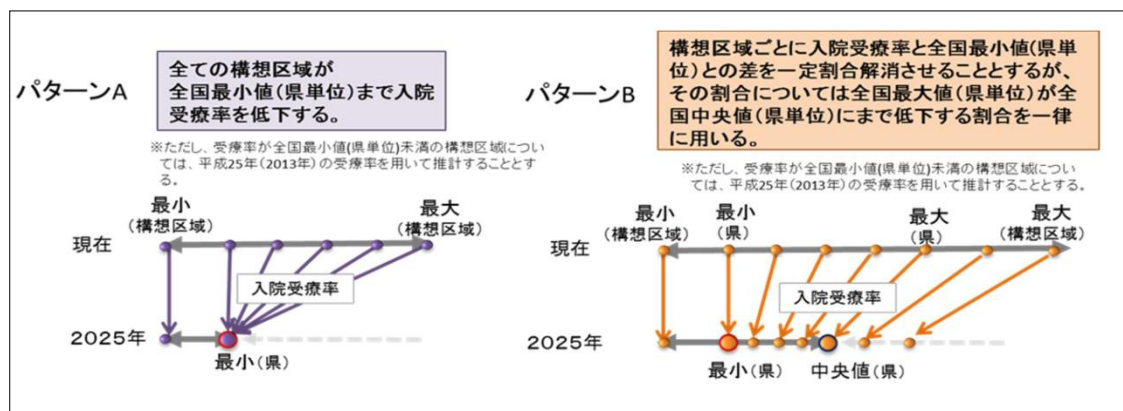
(図 高度急性期、急性期、回復期の入院医療需要の推計イメージ)



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）

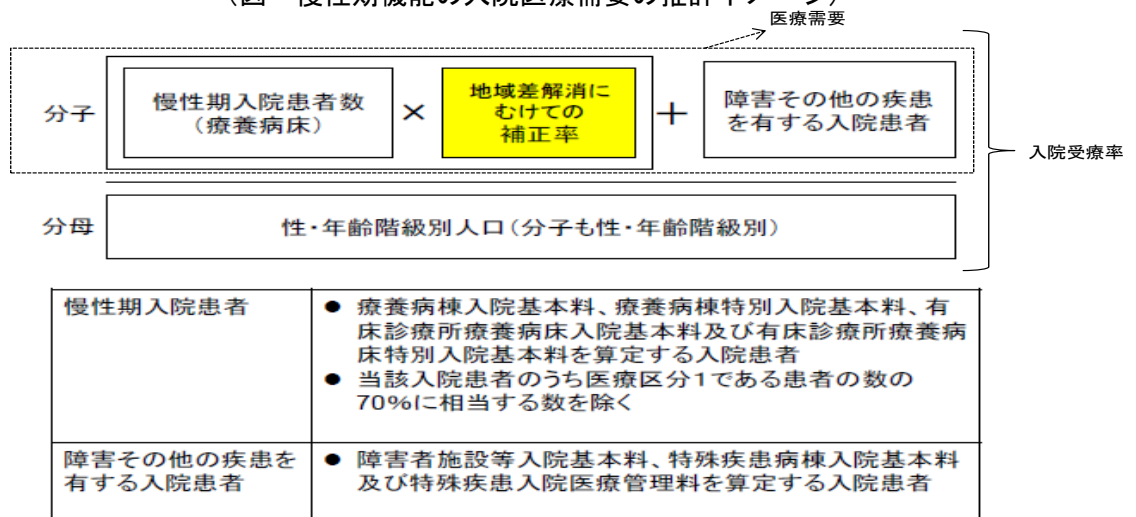
③ 慢性期の推計方法

- 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。（当該地域差解消分の患者数は、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（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)

< (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）における神奈川県が必要病床数は、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①（人/日）	医療機関所在地の医 療需要②（人/日）	地域別の考え方を踏まえ た医療需要③（人/日）	必要病床数（構成割合） ③/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②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(①)	平成27年度(②)	平成26年度(①)	平成27年度(②)
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>

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×100/稼働病床数（平成27年7月1日時点）×365日）+4.4%=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)	1日当たりの退院患者割合(②)	病床稼働率(③=①+②)	③の病床稼働率に基づく病床数(④)	【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	4.4%	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			96.7	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			92.6	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			97.7	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		98.0	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		105.3	7,758	7,236	
横須賀・三浦	高度急性期	95.0	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		90.1	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		96.8	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		102.1	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		91.2	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		95.4	2,820	2,681	

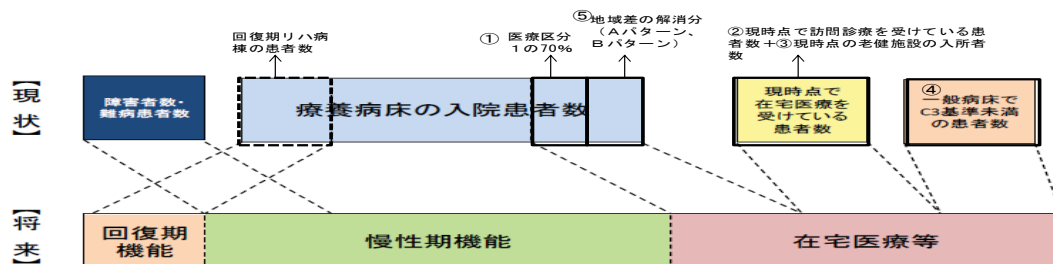
(5) 平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量

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②の患者数です。

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 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については、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、さらに精査・検討していく必要があること

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)(※1)	平成37年(2025年)の 患者数(②)	現状との差引 (②-①)	現状からの増加率 (②/①)
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

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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、②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。

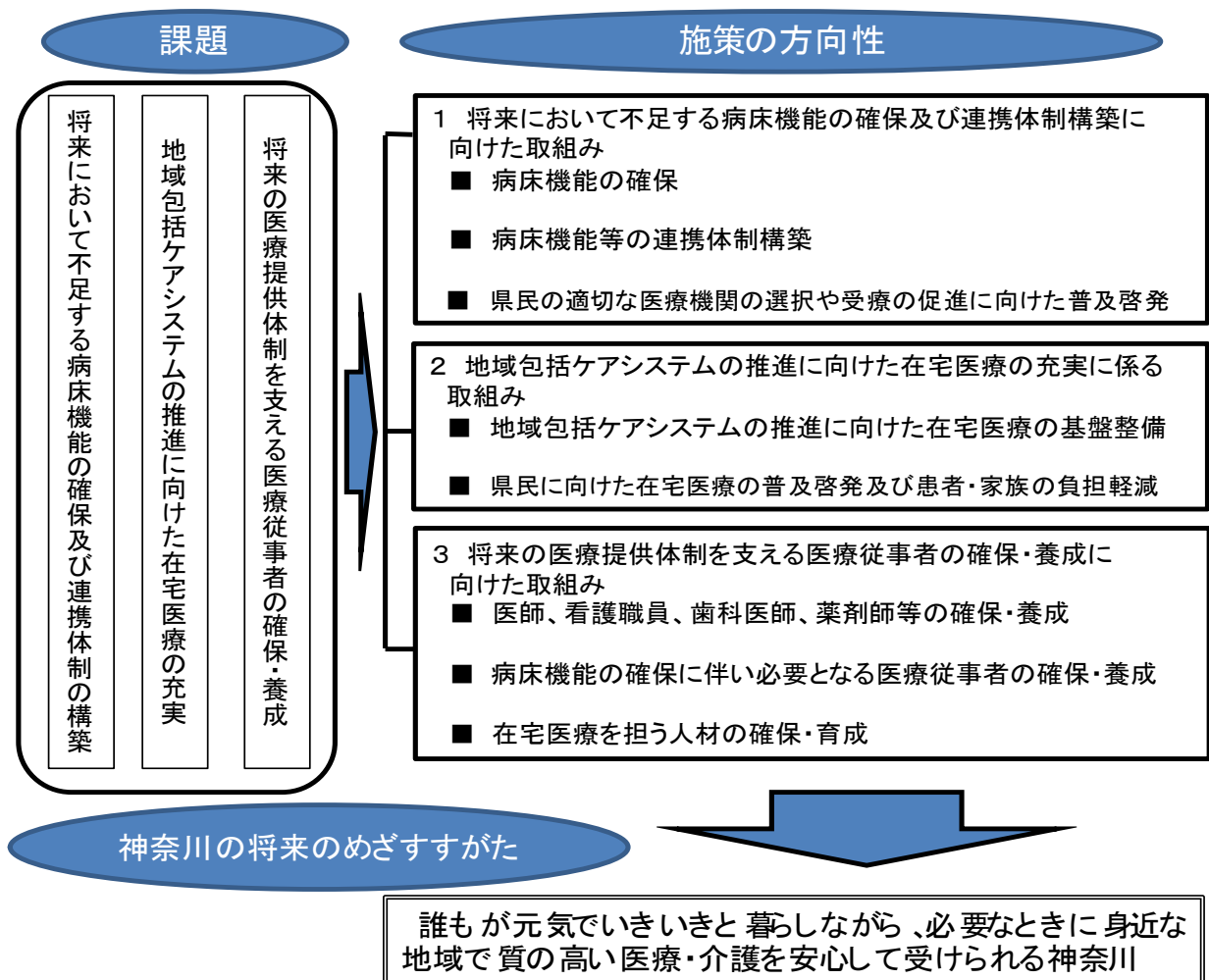
(3) 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 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みます。
- ・ 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り組みを通じて、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。
- ・ これらの取り組みに当たっては、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り組み

- ・ 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り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り組みを基本とします。
- ・ これらの取り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みます。

ア 病床機能の確保

① 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。

② 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・養成に向けた取り組みを推進します。
- ・ 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。

③ 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。

④ 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
 - ① 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
 - ② 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

① 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。

② 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

① 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。

② 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。

③ 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、「患者のための薬局ビジョン」で示された「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。

④ 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。

⑤ 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

① 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。

② 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り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

① 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

② 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、看護職員の職場定着に向けた取組みを推進します。

③ 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。

エ 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）

① 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。

② 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。

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

1 横浜構想区域（横浜市）

1 現状・地域特性

<p>(1) 人口</p>	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口は371万人で、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）の構成比は、県全体及び全国の数値を上回る。 老年人口（65歳以上）が79万人（21.3%）で、県全体及び全国の数値を下回る。 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は、県全体及び全国の数値を下回る。
<p>(2) 医療資源等の状況</p>	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院及び薬局は、人口10万人対の施設数で県全体及び全国の数値を下回る。 また、診療所及び歯科診療所は県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る。 救急告示病院は57施設である。 <p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病床、療養病床、精神病床、有床診療所病床数の人口10万人対の病床数は、いずれも県全体及び全国の数値を下回る。 <p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る。 在宅看取りを実施している診療所は、県全体の数値を上回るが、全国の数値と同程度である。一方、在宅看取りを実施している病院は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る。 訪問看護ステーション、訪問薬剤指導を実施する薬局数は、県全体の数値を上回る。 特別養護老人ホームが145施設、介護老人保健施設が83施設、認知症高齢者グループホームが300施設、軽費老人ホームが11施設、養護老人ホームが6施設、有料老人ホームが231施設、サービス付き高齢者向け住宅が89施設 <p>【本市独自の取組】</p> <p>: 在宅医療を担う医師への支援や、在宅介護を担うケアマネジャーなどに対する医療的支援を実施する在宅医療連携拠点が18区に整備されている。</p> <p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療施設従事歯科医師、薬局・医療施設従事薬剤師、病院従事保健師の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を上回る。一方で、病院従事准看護師は、県全体及び全国の数値を下回る 医療施設従事医師、病院従事助産師、病院従事看護師、病院従事理学療法士、病院従事作業療法士は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る。 病院従事理学療法士は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る。

	<p>オ 病院等の配置の状況【データ集P11～21】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 病院は 38 施設（～199 床：11 施設、200～399 床：11 施設、400 床～：16 施設）ある。 ・ 北部は、西部・南部と比較して、慢性期を担う病院、有床診療所が多い一方で、西部・南部は、高度急性期・急性期を担う病院が多く、回復期・慢性期は少ない。 ・ MDC 分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内の DPC 病院は、安定的に医療を提供している。 ・ 救命救急センターが 9 施設、災害拠点病院が 13 施設、がん診療連携拠点病院が 8 施設、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関が 8 施設、地域医療支援病院が 16 施設、分娩取扱施設が 53 施設ある。 <p>【本市独自の取組】</p> <p>：市内 6 方面別に、救急医療、高度医療をはじめ政策的医療に対応する診療機能を持つ地域中核病院が整備されている。</p>		
<p>(3) 基本診療体制の医療提供状況</p>	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46、49～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 86.7%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。 ・ 一般入院基本料(7:1、10:1)のレセプト出現比は全国平均と同程度である。 ・ 北部は精神病棟入院基本料のレセプト出現比が低い。 ・ 西部は専門病院入院基本料のレセプト出現比が高い。 ・ 南部は結核病棟入院基本料、総合周産期特定集中治療室管理料のレセプト出現比が高い。 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47、49～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 88.0%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。 ・ 北部から川崎へ 5.9%、西部から県央へ 8.2%、南部から横須賀・三浦へ 4.8%が流出している。 ・ 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、北部では全国平均と同程度であるが、南部・西部ではやや低い。 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 69.5%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。特に南部では、北部・西部、横須賀・三浦に流出しており、自己完結率が低い。 ・ 療養病棟入院基本料のレセプト出現比は、構想区域内の全域を通じて低い。

<p>(4) 疾患別の医療提供状況</p>	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5大がんでの入院のうち、構想区域内での完結率が最も高いのは、肺がんの87.0%であり、最も低いのは、乳がんの75.7%である。 ・化学療法（入院）は、80%以上の完結率であるが、放射線治療（入院）での完結率は、75.2%にとどまっている。 ・レセプト出現比が高いものとしては、北部では大腸がん、結腸等の内視鏡的手術（外来）、西部では大腸がんの内視鏡的手術（外来）、無菌室治療、南部では放射線治療（密封小線源）、無菌室治療が挙げられる。 ・DPC病院に15分以内でアクセス可能な人口カバー率は、北部・西部・南部すべての地域で76%以上、30分以内でのアクセスは100%である。 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は91.4%である。 ・西部では、手術及びリハビリテーション入院いずれもレセプト出現比が低いが、北部は狭心症に対するカテーテル治療、冠動脈CT撮影の出現比が高く、南部は植込型除細動器の出現比が高い。 ・DPC病院に15分以内でアクセス可能な人口カバー率は、北部・西部・南部すべての地域で87%以上、30分以内でのアクセスは100%である。 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・くも膜下出血、脳梗塞等、脳出血いずれも、入院の構想区域内での完結率は80%以上である。 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料のレセプト出現比は北部、南部で高い。一方で、手術やリハビリテーションに関する出現比は、地域差がある。 ・DPC病院に15分以内でアクセス可能な人口カバー率は、脳梗塞では、北部・西部・南部すべての地域で95%以上であるが、くも膜下出血では、地域差があり、西部では44%にとどまる。30分以内でのアクセスは、脳梗塞は100%、くも膜下出血は96.7%以上である。
	<p><糖尿病> 【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者の構想区域内での完結率は、88.1%であり、いずれの地域でも糖尿病の総合的な治療管理体制の出現比が高く、糖尿病透析予防指導管理の出現比が低い ・DPC病院に15分以内でアクセス可能な人口カバー率は、北部・西部・南部すべての地域で90%以上、30分以内でのアクセスは100%である。 	<p><精神疾患> 【データ集P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は、70.5%であり、精神医療関連のレセプト出現比は、地域差がある。 	

<p>(5) 救急医療の状況</p>	<p>【データ集P86~89】</p> <ul style="list-style-type: none"> 二次救急の構想区域内での完結率は 89.3%であり、北部の患者が川崎市に、南部の患者が横須賀に流出しているものの、多くが構想区域内で完結している。 全国平均と比較して、救急医療体制（3次救急）のレセプト出現比は高く、救急搬送患者の医療連携の体制や救急搬送診療料の出現比は低い。 <p>【本市独自の取組】</p> <p>：二次救急拠点病院が 23 施設、横浜市重症外傷センターが 2 施設、周産期救急連携病院が 9 施設、小児救急拠点病院が 7 施設、産科拠点病院が 3 施設整備されているほか、外傷（整形外科・脳神経外科）救急医療体制参加病院が 32 施設、急性心疾患救急医療体制参加病院が 23 施設、脳血管疾患救急医療体制参加病院が 29 施設となっている。</p>
<p>(6) 在宅医療の状況</p>	<p>【データ集P98~100】</p> <ul style="list-style-type: none"> 全国平均と比較して、北部では訪問診療（特定施設）、西部では在宅療養中の重症児の入院受け入れ、南部では在宅経管栄養法のレセプト出現比が高い。 地域連携パス利用に関する項目については、ややレセプト出現比は低い。

2 医療需要等の将来推計

<p>(1) 人口の将来推計</p>	<p>【データ集P110】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本市の人口は、平成 37 年（2025 年）には減少することが見込まれる。平成 32 年（2020 年）に約 375 万人だった人口が、平成 42 年（2030 年）には、約 365 万人となり、平成 52 年（2040 年）には、平成 22 年（2010 年）比 6.0%減の約 347 万人になると見込まれる。 75 歳以上の人口は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.89 倍、平成 52 年（2040 年）には 2.09 倍に増加
<p>(2) 医療需要の将来推計</p>	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P110~111】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.62 倍に増加し、2040 年には 1.88 倍に増加 75 歳以上の患者数は、平成 37 年（2025 年）に平成 25 年（2013 年）比 1.81 倍に増加 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.34 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には、同年比 1.49 倍に増加。病床機能別では、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比で高度急性期が 1.19 倍、急性期が 1.32 倍、回復期が 1.40 倍、慢性期が 1.37 倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）と比較すると平成 37 年（2025 年）には、1.78 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には、同年比 2.11 倍に増加。在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比で 1.79 倍に増加

	<p><がん> 【データ集P111】</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの患者数は、平成 47 年 (2035 年) まで全体的に増加 症例別では、最も実数が多いのは、肺がんであり、胃がん、大腸がんが続く。 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P112】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者数は、平成 37 年 (2025 年) には平成 22 年 (2010 年) 比 1.42 倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P112】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の患者の内、くも膜下出血は、平成 37 年 (2025 年) には平成 22 年 (2010 年) 比 1.38 倍、脳梗塞は、1.66 倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P112】</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎の患者数は、全体的に増加し、平成 37 年 (2025 年) には平成 22 年 (2010 年) 比 1.60 倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P112】</p> <ul style="list-style-type: none"> 損傷、中毒、その他外因の影響の患者数は、全体的に増加し、平成 37 年 (2025 年) には平成 22 年 (2010 年) 比 1.48 倍に増加 	<p><救急> 【データ集P112】</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送件数は年々増加しており、今後も増加が見込まれる
<p>(3) 平成 37 年 (2025 年) における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P113】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域への流出入患者は、高度急性期、急性期ともに、流出が多い。このうち東京都への流出の比率が高い。 県内における流出入では、高度急性期では流入が多く、急性期では流出が多い。 北部では川崎、西部及び南部では県央及び横須賀・三浦等への流出入が多い。 	<p><回復期> 【データ集P113】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域への流出入患者は、流出が多い。このうち東京都への流出の比率が高い。 県内における流出入では、流入が多い。 北部では川崎、西部及び南部では県央及び横須賀・三浦からの流入が多い。 	<p><慢性期> 【データ集P113】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域への流出入患者は、流出が多い。このうち東京都への流出の比率が高い。また、東京以外にも、山梨県や静岡県へ流出がみられる。 県内における流出入では、流出が多い。 北部では川崎からの流入が多く、一方で相模原及び川崎への流出が多い。

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	3,140	4,187 (14%)
急性期	8,336	10,687 (35%)
回復期	7,995	8,883 (29%)
慢性期	5,886	6,398 (21%)
合計	25,357	30,155 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
22,190	18,305	4,463

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等		31,639	56,388
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		22,374	40,128

3 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

(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

- ・ 高齢化の進展による医療需要の増加に伴い、横浜市の病床数は、平成 27 年 (2015 年) の病床数と比較すると、高度急性期及び急性期は将来も充足が見込まれる一方で、回復期と慢性期は不足が見込まれ、特に回復期は大幅に不足すると推計されています。
- ・ 横浜市はこれまで、市立病院や市立大学病院の他、郊外部の人口増加にあわせて、市内 6 方面別に民間による建設・運営を基本とした高度な医療機能を有する地域中核病院を誘致し、高度医療や救急医療を提供する機能の整備を図ってきました。こうした既存の医療資源を活かし、高度急性期及び急性期から在宅まで、患者の状態に応じた適切な医療を提供するための連携を強化する必要があります。
- ・ 医療提供体制の整備には、基準病床数に、2025 年の必要病床数が速やかに反映される必要があります。
- ・ 地域医療構想策定後は、地域医療構想調整会議等において、現状と課題を常に共有し、医療機関や医療関係団体等の取組の支援や地域医療介護総合確保基金等を活用した事業等について、議論していく必要があります。
- ・ 今後増加する医療需要に対して、限られた医療資源で対応するため、病院や病床の機能や役割、医療機関の正しいかかり方などについて、医療を受ける地域住民の理解と協力が必要となります。

(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

- ・ 高齢化の進展による医療需要の増加に伴い、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見込まれています。

- ・ 一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者等の要介護者や医療的ケアの必要な高齢者も増加するため、在宅医療と介護が切れ目なく、効率的に提供される、地域包括ケアシステムの構築が求められています。
- ・ 入院当初から退院後の生活も視野に入れ、医療機関と在宅医療・介護に係る機関とが円滑に連携するためには、ICTを活用した地域連携の仕組み等を構築する必要があります。
- ・ 人生の最終段階における療養生活や治療について、患者や家族が自ら選択・決定することができるとともに、在宅で看取りを行うことを可能とする医療及び介護体制の構築が求められています。
- ・ 在宅で受けられる医療や介護、在宅での看取りや、それを支える職種の役割などについて、地域住民へ適切に情報提供するとともに、今後増加する高齢者の救急搬送に対応するため、救急車の適正利用や電話相談窓口について周知する必要があります。

（3）将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 回復期や慢性期の病床や、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれていることから、病床機能の転換や増床、地域医療連携体制の構築にあわせ、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等医療従事者の確保・養成を図る必要があります。
- ・ 市内の在宅療養支援診療所の数は、県全体及び全国の数値を下回っているなど、在宅医療に取り組む医師が少ないことから、在宅療養支援診療所を増やすとともに、より多くの医師が可能な範囲で在宅医療に取り組むことができる環境を整える必要があります。
- ・ 在宅医療を提供する訪問看護ステーションの数は、県の平均を上回っていますが、今後の更なる在宅医療等の医療需要の増加に対応するためには、訪問看護ステーションの充実や訪問看護師の育成に向けた支援についても検討する必要があります。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 地域住民が将来にわたって、住み慣れた地域で、安心・安全に暮らし続けることができるよう、限られた医療資源を最大限に活用し、効率的で効果的な医療提供体制を構築します。
- ・ 要介護状態となっても、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に取り組みます。

(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

- ・ 今後の医療提供体制を構築するためには、市全体を1つとする老人福祉圏域との整合を図る必要があることから、地域医療構想の構想区域は市内3つの二次保健医療圏を1つとすることとします。
- ・ 2025年に必要な病床数については、基準病床数に反映させるよう国等に要望しつつ、今後も病床稼働や患者の受療動向など、在宅医療の提供量も含めた様々な要素について、モニタリングしたうえで、適宜、精査をしていきます。
- ・ 基準病床数と毎年の病床機能報告の結果を踏まえ、急性期医療から在宅医療までバランスよく医療提供体制や連携体制を構築できるよう、様々なデータを活用し、患者の受療動向や既存の医療機関への影響等にも配慮しながら、段階的な整備を検討します。
- ・ 病床機能の確保及び連携体制の構築に向けた具体策は、平成30年度からの第7次神奈川県保健医療計画及び本市保健医療計画「よこはま保健医療プラン2018」に盛り込みます。
- ・ これらの取組の実施にあたっては、地域医療構想調整会議等を含め、医療関係団体等と十分な連携を図る中で推進してきます。
- ・ また、地域医療介護総合確保基金について、横浜市の地域課題の解決につながるような活用となるよう県や関係機関と調整を行います。

ア 病床機能の確保

① 不足する病床機能への転換・整備の推進

- ・ 限りある医療資源を効率的・効果的に活用するため、既存の医療機関の増床や転換による回復期病床及び慢性期病床の整備を推進します。
- ・ 特に回復期病床が大幅に不足することが見込まれることから、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟など、回復期機能を担う病床への転換や増床を、地域医療介護総合確保基金等を活用し、支援します。
- ・ 既存の有床診療所について、患者の受療動向や現在の利用状況を確認しながら、今後の在宅医療の充実につながるような位置づけとすることを検討します。

② 慢性期の医療需要に対応するための取組み

- ・ 現在国において実施している「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、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等について、必要な取組みを検討します。

イ 病床機能等の連携体制構築

- ・ 高度急性期及び急性期医療から在宅医療まで、バランスのとれた医療提供体制と、医療機関の連携体制の構築を進めます。
- ・ また、地域医療連携の効率化や、医療従事者の負担軽減を図るため、ICTの活用も含めた緊密な連携体制の支援に向けた施策を検討します。

ウ 地域住民の適切な受療行動の促進に向けた普及啓発

- ・ 患者の状態に応じた必要な医療を適切に受けられる医療提供体制を確保していくうえで、限りある医療資源を有効に活用するために、病院の機能や役割、医療機関の正しいかかり方などについて、地域住民に向けた周知・啓発を行うことで、理解と協力を求めます。

(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

- ・ 医療・介護・予防・生活支援などが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を構築していくためには、在宅医療・介護連携が不可欠であることから、行政、地域包括支援センター、在宅医療連携拠点などが一体となって、在宅医療と介護の橋渡しを進めます。

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

① 在宅医療の体制構築

- ・ 在宅医療連携拠点を18区全区で運営し、医療・介護の連携を推進するとともに、在宅で安心して療養できるよう、病院や診療所等の医療施設と介護関係者が円滑に連携していくための取組を検討します。
- ・ 在宅医療を担う医師を増やすため、在宅医療の研修の実施や医師の負担軽減に向けた取組を支援します。
- ・ 病院における入院当初から在宅医療を見据えたPFM²⁷の取組を推進し、在院日数の短縮や地域連携の充実にに向けた取組を検討します。

²⁷PFM (Patient Flow Management) : 入院に関連する部門が連携し、早期から患者の身体的・社会的側面をとらえ、入院前から退院後の生活も視野に入れて支援し、患者側の不安感を軽減し、病院と地域との間で切れ目なく医療を提供する仕組みのこと。

② 在宅医療における在宅歯科医療の充実及び医科や介護との連携強化

- ・ かかりつけ歯科機能の充実を図り、在宅医療における多職種間の連携を強化するなど、歯科医療連携室を中心に、急性期医療から在宅まで、口腔機能管理を含む歯科医療サービスが途切れなく受けられる体制を検討します。
- ・ 在宅要介護者の歯や口腔の重症化予防や誤嚥性肺炎予防と食支援の推進に向け、歯科訪問診療の充実や在宅医療サービスを実施する歯科診療所の整備を進めます。

③ かかりつけ薬局の充実、薬剤師業務の拡充によるチーム医療の推進

- ・ かかりつけ薬局機能の充実を図り、医師・薬剤師・訪問看護師・介護福祉士等との多職種間の連携を強化して、切れ目のない服薬管理を推進します。
- ・ 在宅医療における薬剤師業務の拡充など、チーム医療の推進に向けた薬局の積極的な参画を推進します。

④ 認知症支援及び対応と普及啓発

- ・ 高齢化に伴い、認知症を含む精神疾患を持つ高齢者等の増加も見込まれていることから、認知症初期集中支援チームが認知症患者やその家族に早期に関わり、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等関係機関との連携により、地域で支えていく環境づくりを目指します。
- ・ また、認知症の予防、診断、治療等に関する正しい知識の普及啓発を行います。

イ 地域住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

- ・ 患者・家族が身近で気軽に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」の普及啓発を図るほか、在宅医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の負担軽減に向けた取組みを推進します。
- ・ 在宅で受けられる医療や介護、在宅での看取りやそれを支える職種の役割などについて、地域住民に適切な情報提供を行います。
- ・ 人生の最終段階における療養生活や治療について、患者や家族が自ら選択・決定することができるとともに、在宅で看取りを行うことを可能とする医療及び介護体制の構築を検討します。
- ・ 横浜市救急相談センター（＃7119）の活用等により、救急車の適正利用や地域住民の適切な受診行動につなげます。

（４）将来の医療需要を支える医療従事者等の確保・養成に向けた取組み

- ・ 回復期や慢性期機能の病床や、在宅医療など、将来の医療需要が大幅に増加することに伴い、必要な医療従事者の確保・養成を図るための取組について、国の「医療従事者の需給に関する検討会」における将来の必要量等を踏まえ、必要な対応を検討します。

ア 医師の確保・養成

- ・ 横浜市立大学等の関係機関と連携して、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の育成に向けた取組みを推進します。
- ・ 多くの医師が在宅医療を担うことができるよう、在宅医療の研修を実施します。(再掲)

イ 看護職員の確保・養成

① 看護職員の養成確保

- ・ 広く市内医療機関に看護職員を供給している横浜市医師会や横浜市病院協会が運営する看護専門学校に対して運営助成を行います。
- ・ 横浜市医師会聖灯看護専門学校の整備に伴い、在宅分野に重きを置いた教育課程により、病床の機能分化や在宅医療に対応できる人材を育成します。
- ・ 質の高い看護人材を養成するため、市立病院や市立大学病院において、臨地実習の場を提供します。

② 再就業の促進

- ・ 市内の複数の病院が合同で開催する潜在看護師向けの復職支援研修への助成や再就業についての情報提供などの環境整備を、県ナースセンター等の関係団体と連携を図りながら進めます。

ウ 歯科医師・歯科衛生士の確保・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応可能な歯科医師・歯科衛生士を確保・養成するための取組を推進します。

エ 薬剤師の確保・養成

- ・ 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に向け、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。

オ 病床機能の分化に伴い必要となる医療従事者の確保・養成

- ・ 特に回復期機能の医療従事者の不足が想定されることから、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等に携わる医療従事者の確保・養成に向けた取組を検討します。

カ 在宅医療を担う人材の確保・育成

① 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には、質の高い医療従事者を十分確保する必要があるため、研修等を通じて在宅医療を担う人材を育成します。

② 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

- ・ 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に、チームで対応できる質の高い人材の育成を進めます。
- ・ 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。

キ 介護職員の確保・育成

- ・ 今後も増加していく介護ニーズに対応し、質の高いサービスを供給するため、介護人材の確保及び資質の向上に向けた取組を推進します。

2 川崎北部構想区域（高津区、宮前区、多摩区、麻生区）

1 現状・地域特性

(1) 人口	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は81.5万人で、年少人口（0歳～14歳）と生産年齢人口（15歳～64歳）の構成比は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 老年人口（65歳以上）の構成比は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は、県全体及び全国の数値を下回る
(2) 医療資源等の 状況	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、一般診療所、有床診療所、歯科診療所の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 薬局の人口10万人対の施設数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る ・ 救急告示病院は8施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床、療養病床、有床診療所病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 精神病床の人口10万人対の病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、在宅看取りを実施している病院の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 訪問看護ステーション、訪問薬剤指導を実施する薬局の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を下回る ・ 在宅看取りを実施している診療所の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値と同程度である ・ 特別養護老人ホームが32施設、介護老人保健施設が15施設、認知症高齢者グループホームが62施設、軽費老人ホームが3施設、養護老人ホームが2施設、有料老人ホームが100施設、サービス付き高齢者向け住宅が21施設である
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る ・ 医療施設従事歯科医師、病院従事助産師、病院従事看護師、病院従事准看護師、病院従事理学療法士、病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師の人口10万人対の従事者数は県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を上回る ・ 病院従事保健師の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を上回る
	<p>オ 病院等の配置の状況【データ集P11、22～24】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC病院は5施設（200床台が1施設、300床台が2施設、400床台が1施設、1,100床台が1施設）である ・ 高度急性期機能は1施設（宮前区）に集中しており、急性期機能は高津区、慢性期機能は麻

	<p>生区に比較的多い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ MDC 分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内の DPC 病院は、安定的に医療を提供している ・ 救命救急センターが 1 施設、災害拠点病院が 3 施設、がん診療連携拠点病院が 1 施設、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関が 0 施設、地域医療支援病院は 1 施設、分娩取扱施設は 12 施設である 		
(3) 基本診療体制の医療提供状況	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集 P46、49~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 49.7%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 川崎南部に 19.6%、横浜の北部に 15.5%、東京都に 12.7%流出している ・ 7:1、10:1 のレセプト出現比、ICU、救命救急などのレセプト出現比は低い 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集 P47、49~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 52.2%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 横浜の北部に 27.5%、東京都に 10.9%流出している ・ 回復期リハ、13:1、15:1 のレセプト出現比は低い 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集 P48~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 48.8%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 東京都に 21.2%、横浜の北部に 13.9%流出している ・ 療養病床基本料のレセプト出現比は低い
(4) 疾患別の医療提供状況	<p><がん> 【データ集 P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん入院の構想区域内での完結率は、最も高い肝がんで 60.1%である ・ 化学療法の完結率は、入院 56.3%、外来 48.9%である ・ 放射線治療の完結率は、入院 46.8%、外来 52.8%である ・ 肝がん、乳がんの手術に関するレセプト出現比は、全国平均を上回っており、放射線治療、リハビリテーションのレセプト出現比は高い ・ 構想区域内の DPC 病院は安定的に医療を提供している ・ DPC 病院までのアクセス時間は、30 分圏内に収まる 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集 P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は 51.6%である ・ 手術に関するレセプト出現比は、概ね全国平均を下回っている ・ リハビリテーションに関する入院のレセプト出現比は高いが、外来は低く、入院で対応していることが想定される ・ 構想区域内の DPC 病院は安定的に医療を提供している ・ DPC 病院までのアクセス時間は、30 分圏内に収まる 	<p><脳卒中> 【データ集 P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は、最も高い脳梗塞等で 53.0%である ・ 脳梗塞等は横浜の北部に 21.3%、東京都に 12.5%流出している ・ 脳卒中に関する手術、リハビリテーションのレセプト出現比は、概ね全国平均を下回っている ・ DPC 病院までのアクセス時間は、30 分圏内に収まる
	<p><糖尿病> 【データ集 P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、69.6%であり、糖尿病足病変に対する管理のレセプト出現比が高く、糖尿病透析予防指導 	<p><精神疾患> 【データ集 P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は、43.5%であり、精神疾患関連の医療行為に関するレセプト出現比は、概ね全国平均と同程度である 	

	管理のレセプト出現比が低い ・ DPC 病院までのアクセス時間は、30 分圏内に収まる	が、リエゾンチーム、精神科訪問看護・指導料、精神科継続外来支援・指導料、精神科地域移行実施加算のレセプト出現比は高い
(5) 救急医療の状況	【データ集 P86～88、90】 ・ 48.5%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、救急搬送する場合には 30 分以内の搬送が可能である ・ 川崎南部に 20.5%、横浜の北部に 18.5%流出している ・ 救急搬送や集中治療室等のレセプト出現比は低い	
(6) 在宅医療の状況	【データ集 P98～100】 ・ 在宅医療に関する医療行為に係るレセプト出現比は概ね全国平均と同程度であるが、患者における他職種でのカンファレンスのレセプト出現比は高い ・ 入院機関との退院時カンファレンスや地域連携パスのレセプト出現比は低い	

2 医療需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計	【データ集 P116】 ・ 総人口は、平成 22 年（2010 年）の 82.0 万人から平成 37 年（2025 年）には 87.9 万人（平成 22 年（2010 年）比 7.2%増）に増加し、平成 52 年（2040 年）には 86.8 万人に減少 ・ 75 歳以上の人口は、平成 37 年（2025 年）には平成 22 年（2010 年）比 2.07 倍、平成 52 年（2040 年）には 2.58 倍に増加	
(2) 医療需要の将来推計	<入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集 P116～117】 ・ 平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.59 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には 2.03 倍に増加 ・ 75 歳以上の患者数は、平成 37 年（2025 年）には平成 25 年（2013 年）比 1.86 倍に増加するが、15 歳未満の患者数は年々減少し、15 歳～64 歳の患者数は平成 42 年（2030 年）をピークに減少 <入院医療需要> ・ 入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.32 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には、同年比 1.57 倍に増加。病床機能別では、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比で高度急性期が 1.28 倍、急性期が 1.36 倍、回復期が 1.46 倍、慢性期が 1.14 倍に増加 <在宅医療等の医療需要> ・ 在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）と比較すると平成 37 年（2025 年）には、1.7 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には、同年比 2.22 倍に増加。在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比で 1.53 倍に増加	

	<p><がん> 【データ集P117】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.43倍に増加 ・ 症例別では、肺がんの実数が多く、胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がんの増加率が高い 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P118】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.57倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P118】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中の患者の内、くも膜下出血の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.53倍、脳梗塞の患者数は1.82倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P118】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.72倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P118】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 損傷、中毒及びその他外因の影響の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.59倍の増加 	<p><救急> 【データ集P118】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送件数は年々増加しており、今後も増加が見込まれる
<p>(3) 平成37年(2025年)における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P106～107、119】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に東京都(区中央部、区西南部)への流出である ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、川崎南部、横浜への流出である 	<p><回復期> 【データ集P106～107、119】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域における流出入は、概ね同程度であり、主に東京都(区西南部、南多摩、北多摩南部)との流出入である ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に川崎南部、横浜への流出である 	<p><慢性期> 【データ集P106～107、119】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に東京都(南多摩)への流出である ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に川崎南部、横浜、相模原への流出である

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量等

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	515	687 (13%)
急性期	1,410	1,808 (35%)
回復期	1,293	1,437 (28%)
慢性期	1,077	1,171 (23%)
合計	4,295	5,103 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
4,353	3,546	813

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

(人/日)	H25(2013)	H37(2025)
在宅医療等	8,014	13,599
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	6,359	9,705

3 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

(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

- ・ 川崎北部構想区域の平成 37 年 (2025 年) の病床数は、平成 27 年 (2015 年) と比較すると回復期を中心に不足することが推計されています。
- ・ 医療需要の増加に対応するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用するとともに、不足する病床機能への転換等を推進し、病床機能を確保することが必要です。
- ・ また、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供されるよう、異なる病床機能を有する医療機関などの連携体制を構築する必要があります。
- ・ 併せて、地域住民に分かりやすい情報提供などにより医療提供体制の理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療に繋げることが必要です。

(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

- ・ 川崎北部構想区域の平成 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 1.7 倍に増加することが推計されています。
- ・ そのため、地域住民が住み慣れた地域や本人の望む場で、安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築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・家族に対して、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行う必要があります。

(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、病床機能の確保や連携体制の構築のみならず、医療従事者の確保・養成が重要となります。
- ・ 川崎北部構想区域における人口 10 万人対の医療従事者数は、概ね県全体の数値を下回っていますが、将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成にあたっては、現在の既存病床（一般病床・療養病床）の状況や病床機能なども踏まえながら、その取組みを推進することが必要です。

(4) その他

- ・ 高齢になっても、健康で生き生きとした生活を送ることができる地域住民を一人でも多く増やすためには、生涯を通じた主体的な健康づくりとそれを支える環境づくりが必要となります。
- ・ 国民病とも言うべき「がん」の早期発見・早期治療のため、がん検診の受診率の向上を図る必要があります。
- ・ 社会・経済・文化の国際化等に伴いモノやヒトの流れが活発になる中、新型インフルエンザ等の感染症をはじめ、新たな感染症に対しても的確な対応を図る必要があります。
- ・ 大規模災害の発生時には、ひとりでも多くの地域住民の命を守るため、迅速かつ適切な医療救護活動を実施する必要があります。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 高齢者の増加、慢性疾患を中心とした疾病構造の変化、医療の高度化等により、地域住民の医療ニーズが増加するとともに多様化しています。
- ・ 地域における医療機関相互の機能分担と連携を図り、良質かつ適切な医療を効果的に提供できる体制づくりや、救急医療体制の充実により、すべての地域住民のすこやかな生活を支えます。
- ・ また、ひとり暮らしや認知症の高齢者、障害のある高齢者が増加するなど、地域生活を取り巻く状況が急速に変化しています。
- ・ このような中で、地域住民の健康寿命の延伸をめざすとともに、保健・医療・福祉・住まい等の関係機関の連携を強化することや、地域の様々な主体が世代を超えて、支え合い、助け合うことで、高齢者や障害者をはじめとした誰もが役割と生きがいを持ち、住み慣れた地域や自らが望む場で生涯にわたって安心して暮らし続けられるしくみづくりを進めます。
- ・ これらの取組みに当たっては、限りある資源を最大限活用しながら、地域特性を踏まえた上で、医療関係者や介護関係者と連携するとともに、地域住民の理解を得ながら進めます。

(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川崎地域 地域医療構想調整会議を通じた取組みを基本とします。
- ・ 地域医療構想調整会議において、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各種データを示しながら、病床機能の確保及び連携に係る支援策等について、医療機関や関係団体相互の協議を進めます。

ア 病床機能の確保・連携

- ・ 2025年に向けて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の確保を進めます。
- ・ また、医療機関に対して、回復期機能を担う病床の必要性や経営上のメリット等について情報提供を行うとともに、地域医療介護総合確保基金の活用について周知することで、病床機能の転換等を推進します。
- ・ さらに、急性期での治療を終えた患者や症状が急変した患者が、状態に応じて適切な治療を受けられるよう、異なる病床機能を有する医療機関の連携体制の構築に係る取組みを推進します。
- ・ 川崎北部構想区域を含む川崎市は、南東から北西へ細長い地理的特徴を有しており、そうした環境の中で患者も医療機関を選択している状況があることから、今後も隣接する地域との連携を維持しながら、川崎北部構想区域の医療機関での対応力の向上に係る取組みを推進します。
- ・ 併せて、2025年以降の医療需要の変化を見据え、医療機関の病床稼働率の向上を図ることにより、限りある資源を最大限に活用しながら、より多くの患者の受入を可能とする取組みを推進します。
- ・ 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、国において実施されている「療養病床の在り方等に関する検討会」の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検討します。

イ 地域の医療・介護の連携体制の構築

- ・ 入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供されるためには、医療と介護の連携を構築する必要があることから、地域の病院、診療所、介護施設等の密接な連携体制の構築に向けた取組みを推進します。

ウ 主要な疾患等の医療提供体制の強化

- ・ 高齢化に伴い医療需要が増加する脳卒中や骨折等について、地域連携クリティカルパスの普及に取り組みます。

- ・ がんについては、神奈川県立がんセンターをはじめ、市内の地域がん診療連携拠点病院や神奈川県がん診療連携指定病院と地域の医療機関との連携体制の強化に係る取組みを推進します。
- ・ 出産年齢の高齢化等により需要が見込まれる周産期医療及び小児救急体制を含めた、総合的な医療提供体制の充実を図ります。
- ・ 休日（夜間）急患診療所の運営体制を見直すとともに、救急医療情報センターとの連携を強化するなど、救急医療体制の充実に係る取組みを推進します。

エ 医療機関の選択等に係る普及啓発

- ・ 限りある資源を最大限に活用し、地域において個人の状態に応じた必要な医療が受けられるよう、地域住民に対して、医療提供体制に関する理解や適切な医療機関の選択等について啓発するとともに、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、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができるよう、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、地域住民への普及啓発など、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に取り組みます。
- ・ こうした取組みを進めるにあたっては、行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の地域の医療関係団体、福祉・介護関係団体等と綿密な連携を図ります。

ア 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、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員などの多職種連携に向けて、連携のルールづくりやコーディネートを進め、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療・介護を包括的に提供する環境づくりを推進します。
- ・ 在宅医療・介護を担う医療機関等の24時間365日対応の充実に係る取組みを推進します。
- ・ 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するため、在宅療養調整医師の配置や在宅医療サポートセンターの運営等により、医療と介護の連携構築に係る取組みを推進します。
- ・ 多様な手法により、特別養護老人ホーム等の整備や地域密着型サービスの充実など、地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備を進めます。

イ 在宅療養における在宅歯科医療の充実及び医療と介護の連携強化

- ・ 在宅療養生活における口腔機能の維持・改善及び誤嚥性肺炎予防等のため、口腔ケアの提供体制の充実を図ります。

- ・ 在宅医療の充実及び医療と介護の連携を強化するため、在宅医療に取り組む一般歯科診療所の充実を図ります。
- ・ 歯と口の健康に関する地域住民のセルフケア意識を醸成するため、地域の医療機関や関係団体との連携のもと、歯科保健の普及啓発を推進するとともに、一般歯科診療所における「かかりつけ歯科医」を持つことの定着を図ります。

ウ 地域で支える高齢者支援

- ・ 認知症に関する普及啓発や徘徊高齢者等のSOSネットワークの充実を図り、認知症高齢者等の地域による見守り機能の充実を推進します。
- ・ ひとり暮らし高齢者等の異変を早期に発見し、支援ができるよう、地域に密着した事業者とのネットワークの構築を進めます。

エ 適切な精神科医療の体制構築

- ・ 長期入院者等、精神科入院患者の地域移行を進めるために必要な在宅医療・福祉サービスの提供を確保するとともに、身近な地域で適切な精神科医療が受けられるよう、地域の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。
- ・ 県内の関係自治体との協調により、精神科救急医療体制の整備及び精神疾患と身体疾患を併発した地域住民への医療提供体制の充実に取り組み、地域住民が速やかに適切な精神科医療を受けられる体制の構築を進めます。
- ・ こころの病気とこころの健康について、地域住民に正しい知識と理解が浸透するよう、普及啓発や情報提供体制の強化に取り組むとともに、「かかりつけ医」によるうつ病対応力の向上や地域での相談体制の充実、関係機関との連携強化を推進します。

オ 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

- ・ 在宅医療が地域住民の終末期における選択肢の一つになっていない状況があることから、地域住民に正しい知識と理解が浸透するよう、地域住民を対象としたシンポジウムの開催やリーフレットの作成、出前講座の実施など、在宅医療の普及啓発に取り組めます。
- ・ 誰もが安心して地域で暮らせるよう、患者や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」などを持つことの普及啓発に取り組めます。

(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、病床機能の確保・連携がもとより、医療従事者の確保・養成が重要となります。
- ・ 医療従事者の確保・養成にあたっては、県全体の取組みとしての推進が基本であ

ることから、神奈川県における取組みとの連携を図ります。

- ・ また、医療従事者の確保・養成については、現在、国において実施されている「医療従事者の需給に関する検討会」の検討内容を踏まえて、必要な取組みを検討します。

ア 働きやすい勤務環境づくりの支援

- ・ 医療従事者の離職防止や復職支援に向けて、子育て中でも働きやすい勤務環境づくりを推進するため、院内保育環境の整備に取り組む医療機関を支援します。

イ 看護職員の養成・定着促進・再就業促進

- ・ 川崎市立看護短期大学の運営及び民間の看護師等養成施設の運営支援を行うとともに修学資金制度を運用し、関係団体との連携のもと、看護職員を対象とした相談窓口の開設、復職支援研修や資質向上研修の実施等により、看護職員確保に係る取組みを推進します。

ウ 病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保

- ・ 医療機関等の関係団体との連携のもと、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に係る取組みを推進します。

エ 在宅医療を担う人材の育成

- ・ 在宅医療では、退院支援、日常の生活支援、急変時や看取り時など、患者の状況に応じた様々なニーズに対応する必要があることから、多職種協働による在宅チーム医療を担う地域リーダー研修等を継続的に実施します。
- ・ 誰もが身近な地域で歯科診療を受診できる環境を整備するため、高齢者や障害者に対しても適切に対応できる歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の確保・養成に係る取組みを推進します。

(5) その他

- ・ 今後の高齢化の進展等による医療・介護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ともに、医療・介護需要の増加の抑制も重要であることから、誰もが高齢になっても元気で暮らせるよう、地域住民の健康寿命の延伸に取り組めます。
- ・ また、感染症や災害の発生時においても、迅速かつ適切に必要な医療が受けられる体制の確保等に取り組めます。

ア 健康づくり支援

- ・ 健康づくりに関する正しい知識の普及と生活習慣の改善を支援し、地域住民の主体的な健康づくりと生活の質の向上に係る取組みを推進します。

イ がん対策

- ・ 総合的な視点からのがん対策を見据え、がんの予防のため、がん検診等に関するコールセンターによる受診勧奨や企業との連携による普及啓発など、がん検診受診率の向上に係る取組みを推進します。

ウ 感染症対策

- ・ 感染症の発生及びまん延を予防するため、平常時における普及啓発の実施や、予防接種法に基づく各種予防接種の接種率の維持・向上に取り組むとともに、新型コロナウイルス等感染症をはじめとした新たな感染症の発生に備えた医療体制確保等の取組みを推進します。

エ 災害時医療救護対策

- ・ 川崎DMAT（災害医療派遣チーム）や災害医療コーディネーターなどが、それぞれの役割の中で十分に機能を発揮できる災害時医療救護体制の構築に係る取組みを推進します。

3 川崎南部構想区域（川崎区、幸区、中原区）

1 現状・地域特性

<p>(1) 人口</p>	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は 61.1 万人で、年少人口（0歳～14歳）の構成比は、県全体及び全国の数値と同程度である ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）の構成比は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 老年人口（65歳以上の構成比）は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は、県全体及び全国の数値を下回る
<p>(2) 医療資源等の状況</p>	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 一般診療所、有床診療所、薬局の人口10万人対の施設数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る ・ 歯科診療所の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値と同程度である ・ 救急告示病院は16施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床の人口10万人対の病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値と同程度である ・ 療養病床、精神病床、有床診療所病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所の人口10万人対の施設数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る ・ 在宅医療サービスを実施している歯科診療所、在宅看取りを実施している病院、在宅看取りを実施している診療所の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 訪問看護ステーションの人口10万人対の施設数は、県全体の数値を下回る ・ 訪問薬剤指導を実施する薬局の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回る ・ 特別養護老人ホームが21施設、介護老人保健施設が6施設、認知症高齢者グループホームが47施設であり、軽費老人ホームが0施設、養護老人ホームが0施設、有料老人ホームが53施設、サービス付き高齢者向け住宅が15施設である
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師、病院従事看護師の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値と同程度である ・ 医療施設歯科医師の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を上回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師、病院従事助産師の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 病院従事保健師、病院従事准看護師、病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を下回る

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院従事理学療法士の人口 10 万人対の従事者数は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る 		
	<p>オ 病院等の配置の状況【データ集P11、25～27】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 病院は 10 施設（100 床未満が 1 施設、100 床台が 1 施設、200 床台が 2 施設、300 床台が 4 施設、600 床台が 2 施設）である ・ 急性期機能は川崎区及び中原区に集中しており、有床診療所は幸区及び中原区に点在している ・ MDC 分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内の DPC 病院は、安定的に医療を提供している ・ 救急救命センターは 2 施設、災害拠点病院は 3 施設、がん診療連携拠点病院は 2 施設、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関は 3 施設、地域医療支援病院は 3 施設、分娩取扱施設は 14 施設である 		
<p>(3) 基本診療体制の医療提供状況</p>	<p>＜一般入院基本料(7:1、10:1)＞ 【データ集P46、49～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 86.5%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 7:1、10:1 のレセプト出現比、ICU、救命救急などのレセプト出現比は高い 	<p>＜回復期リハビリテーション入院基本料＞ 【データ集P47、49～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 58.6%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 横浜の北部に 28.6%流出している ・ 回復期リハ、13:1、15:1 のレセプト出現比は低い 	<p>＜療養病棟入院基本料＞ 【データ集P48～50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 38.0%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・ 横浜の北部に 14.6%、相模原に 13.9%、川崎北部に 11.4%流出している ・ 療養病床基本料のレセプト出現比は低い

(4) 疾患別の医療提供状況	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん入院の構想区域内での完結率は、最も高い胃がんで82.2%である 化学療法の完結率は、入院70.5%、外来62.5%である 放射線治療の完結率は、入院55.0%、外来63.1%である 手術に関するレセプト出現比は、概ね全国平均を上回っており、緩和ケア病棟の診療体制、がん性疼痛緩和の診療体制のレセプト出現比は高い 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している DPC病院までのアクセス時間は、概ね15分圏内に収まる 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は85.3%である 手術に関するレセプト出現比は、概ね全国平均を上回っている リハビリテーションのレセプト出現比は、入院、外来の両方で高い 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している DPC病院までのアクセス時間は、概ね15分圏内に収まる 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は、最も高くも膜下出血で63.8%である くも膜下出血は横浜の北部に17.3%流出している 脳卒中に関する手術、リハビリテーションのレセプト出現比は、概ね全国平均を上回っている DPC病院までのアクセス時間は、概ね15分圏内に収まる
	<p><糖尿病>【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、87.0%であり、糖尿尿関連の医療的行為に関するレセプト出現比は、概ね全国平均を上回っており、特に糖尿病足病変に対する管理のレセプト出現比が高い DPC病院までのアクセス時間は、概ね15分圏内に収まる 	<p><精神疾患>【データ集P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は、30.1%であり、精神疾患関連の医療行為に関するレセプト出現比は、概ね全国平均を下回っている 	
(5) 救急医療の状況	<p>【データ集P86~88、91】</p> <ul style="list-style-type: none"> 87.8%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、救急搬送する場合には30分以内で、構想区域内の病院に搬送可能である 救急搬送や集中治療室等のレセプト出現比は高い 医療連携体制のレセプト出現比は低い 		
(6) 在宅医療の状況	<p>【データ集P98~100】</p> <ul style="list-style-type: none"> 全体として、在宅医療に関する医療行為に係るレセプト出現比は高いが、在宅経管栄養法のレセプト出現比は低い 入院機関との退院時カンファレンスのレセプト出現比は高く、在宅療養中の患者の緊急受入れのレセプト出現比も高い 		

2 医療需要等の将来推計

<p>(1) 人口の将来推計</p>	<p>【データ集P122】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総人口は、平成22年(2010年)の60.5万人から、平成37年(2025年)には62.4万人(平成22年(2010年)比3.1%増)に増加し、平成37年(2025年)をピークに、平成52年(2040年)には60.7万人に減少 75歳以上の人口は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.56倍、平成52年(2040年)には1.72倍に増加 		
<p>(2) 医療需要の将来推計</p>	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P122~123】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.35倍、平成52年(2040年)には1.56倍に増加 75歳以上の患者数は、平成37年(2025年)には平成25年(2013年)比1.58倍に増加するが、15歳未満の患者数は年々減少し、15歳~64歳の患者数は平成42年(2030年)をピークに減少 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成37年(2025年)に平成25年(2013年)比1.26倍に増加し、平成52年(2040年)には、同年比1.47倍に増加。病床機能別では、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で高度急性期が1.23倍、急性期が1.28倍、回復期が1.31倍、慢性期が1.13倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成25年(2013年)と比較すると平成37年(2025年)には、1.4倍に増加し、平成52年(2040年)には、同年比1.62倍に増加。在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で1.34倍に増加 		
	<p><がん> 【データ集P123】</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.22倍に増加 症例別では、肺がんの実数が多く、胃がん、大腸がん、肝がんの増加率が高い 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P124】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.31倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P124】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の患者の内、くも膜下出血の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.29倍、脳梗塞の患者数は1.42倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P124】</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.37倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P124】</p> <ul style="list-style-type: none"> 損傷、中毒及びその他外因の影響の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.31倍の増加 	<p><救急> 【データ集P124】</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送件数は年々増加しており、今後も増加が見込まれる

<p>(3) 平成 37 年 (2025 年)にお ける患者 の流出入 の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集 P 106~107、125】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域における流 出入は、流出超過であり、主 に東京都（区中央部、区南 部）への流出である ・ 県内の構想区域における流 出入は、流入超過であり、主 に川崎北部、横浜からの流入 である 	<p><回復期> 【データ集 P 106~107、 125】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域におけ る流出入は、流出超過で あり、主に東京都（区南 部）への流出である ・ 県内の構想区域におけ る流出入は、流入超過で あり、主に川崎北部、横 浜からの流入である 	<p><慢性期> 【データ集 P 106~107、 125】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の構想区域におけ る流出入は、流出超過で あり、東京都、千葉県、 静岡県への流出である ・ 県内の構想区域におけ る流出入は、流出超過で あり、主に川崎北部、横 浜、相模原への流出であ る
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	642	856 (16%)
急性期	1,815	2,327 (44%)
回復期	1,412	1,569 (29%)
慢性期	526	572 (11%)
合計	4,395	5,324 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
4,059	4,322	499

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等	5,808	8,131
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	4,319	5,766

3 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

(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

- ・ 川崎南部構想区域の平成 37 年 (2025 年) の病床数は、平成 27 年 (2015 年) と比較すると回復期を中心に不足することが推計されています。
- ・ 医療需要の増加に対応するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用するとともに、不足する病床機能への転換等を推進し、病床機能を確保することが必要です。
- ・ また、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供されるよう、異なる病床機能を有する医療機関などの連携体制を構築する必要があります。
- ・ 併せて、地域住民に分かりやすい情報提供などにより医療提供体制の理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療に繋げることが必要です。

(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

- ・ 川崎南部構想区域の平成 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 1.4 倍に増加することが推計されています。
- ・ そのため、地域住民が住み慣れた地域や本人の望む場で、安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築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・家族に対して、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行う必要があります。

(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、病床機能の確保や連携体制の構築のみならず、医療従事者の確保・養成が重要となります。
- ・ 川崎南部構想区域における人口 10 万人対の医療従事者数は、概ね県全体の数値と同程度ですが、将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成にあたっては、現在の既存病床（一般病床・療養病床）の状況や病床機能なども踏まえながら、その取組みを推進することが必要です。

(4) その他

- ・ 高齢になっても、健康で生き生きとした生活を送ることができる地域住民を一人でも多く増やすためには、生涯を通じた主体的な健康づくりとそれを支える環境づくりが必要となります。
- ・ 国民病とも言うべき「がん」の早期発見・早期治療のため、がん検診の受診率の向上を図る必要があります。
- ・ 社会・経済・文化の国際化等に伴いモノやヒトの流れが活発になる中、新型インフルエンザ等の感染症をはじめ、新たな感染症に対しても的確な対応を図る必要があります。
- ・ 大規模災害の発生時には、ひとりでも多くの地域住民の命を守るため、迅速かつ適切な医療救護活動を実施する必要があります。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 高齢者の増加、慢性疾患を中心とした疾病構造の変化、医療の高度化等により、地域住民の医療ニーズが増加するとともに多様化しています。
- ・ 地域における医療機関相互の機能分担と連携を図り、良質かつ適切な医療を効果的に提供できる体制づくりや、救急医療体制の充実により、すべての地域住民のすこやかな生活を支えます。
- ・ また、ひとり暮らしや認知症の高齢者、障害のある高齢者が増加するなど、地域生活を取り巻く状況が急速に変化しています。
- ・ このような中で、地域住民の健康寿命の延伸をめざすとともに、保健・医療・福祉・住まい等の関係機関の連携を強化することや、地域の様々な主体が世代を超えて、支え合い、助け合うことで、高齢者や障害者をはじめとした誰もが役割と生きがいを持ち、住み慣れた地域や自らが望む場で生涯にわたって安心して暮らし続けられるしくみづくりを進めます。
- ・ これらの取組みに当たっては、限りある資源を最大限活用しながら、地域特性を踏まえた上で、医療関係者や介護関係者と連携するとともに、地域住民の理解を得ながら進めます。

(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川崎地域 地域医療構想調整会議を通じた取組みを基本とします。
- ・ 地域医療構想調整会議において、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各種データを示しながら、病床機能の確保及び連携に係る支援策等について、医療機関や関係団体相互の協議を進めます。

ア 病床機能の確保・連携

- ・ 2025年に向けて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の確保を進めます。
- ・ また、医療機関に対して、回復期機能を担う病床の必要性や経営上のメリット等について情報提供を行うとともに、地域医療介護総合確保基金の活用について周知することで、病床機能の転換等を推進します。
- ・ さらに、急性期での治療を終えた患者や症状が急変した患者が、状態に応じて適切な治療を受けられるよう、異なる病床機能を有する医療機関の連携体制の構築に係る取組みを推進します。
- ・ 川崎南部構想区域を含む川崎市は、南東から北西へ細長い地理的特徴を有しており、そうした環境の中で患者も医療機関を選択している状況があることから、今後も隣接する地域との連携を維持しながら、川崎南部構想区域の医療機関での対応力の向上に係る取組みを推進します。
- ・ 併せて、2025年以降の医療需要の変化を見据え、医療機関の病床稼働率の向上を図ることにより、限りある資源を最大限に活用しながら、より多くの患者の受入を可能とする取組みを推進します。
- ・ 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、国において実施されている「療養病床の在り方等に関する検討会」の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検討します。

イ 地域の医療・介護の連携体制の構築

- ・ 入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供されるためには、医療と介護の連携を構築する必要があることから、地域の病院、診療所、介護施設等の密接な連携体制の構築に向けた取組みを推進します。

ウ 主要な疾患等の医療提供体制の強化

- ・ 高齢化に伴い医療需要が増加する脳卒中や骨折等について、地域連携クリティ

カルパスの普及に取り組みます。

- ・ がんについては、神奈川県立がんセンターをはじめ、市内の地域がん診療連携拠点病院や神奈川県がん診療連携指定病院と地域の医療機関との連携体制の強化に係る取組みを推進します。
- ・ 出産年齢の高齢化等により需要が見込まれる周産期医療及び小児救急体制を含めた、総合的な医療提供体制の充実を図ります。
- ・ 休日（夜間）急患診療所の運営体制を見直すとともに、救急医療情報センターとの連携を強化するなど、救急医療体制の充実に係る取組みを推進します。

エ 医療機関の選択等に係る普及啓発

- ・ 限りある資源を最大限に活用し、地域において個人の状態に応じた必要な医療が受けられるよう、地域住民に対して、医療提供体制に関する理解や適切な医療機関の選択等について啓発するとともに、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、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができるよう、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、地域住民への普及啓発など、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に取り組みます。
- ・ こうした取組みを進めるにあたっては、行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の地域の医療関係団体、福祉・介護関係団体等と綿密な連携を図ります。

ア 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、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員などの多職種連携に向けて、連携のルールづくりやコーディネートを進め、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療・介護を包括的に提供する環境づくりを推進します。
- ・ 在宅医療・介護を担う医療機関等の24時間365日対応の充実に係る取組みを推進します。
- ・ 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するため、在宅療養調整医師の配置や在宅医療サポートセンターの運営等により、医療と介護の連携構築に係る取組みを推進します。
- ・ 多様な手法により、特別養護老人ホーム等の整備や地域密着型サービスの充実など、地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備を進めます。

イ 在宅療養における在宅歯科医療の充実及び医療と介護の連携強化

- ・ 在宅療養生活における口腔機能の維持・改善及び誤嚥性肺炎予防等のため、口

腔ケアの提供体制の充実を図ります。

- ・ 在宅医療の充実及び医療と介護の連携を強化するため、在宅医療に取り組む一般歯科診療所の充実を図ります。
- ・ 歯と口の健康に関する地域住民のセルフケア意識を醸成するため、地域の医療機関や関係団体との連携のもと、歯科保健の普及啓発を推進するとともに、一般歯科診療所における「かかりつけ歯科医」を持つことの定着を図ります。

ウ 地域で支える高齢者支援

- ・ 認知症に関する普及啓発や徘徊高齢者等のSOSネットワークの充実を図り、認知症高齢者等の地域による見守り機能の充実を推進します。
- ・ ひとり暮らし高齢者等の異変を早期に発見し、支援ができるよう、地域に密着した事業者とのネットワークの構築を進めます。

エ 適切な精神科医療の体制構築

- ・ 長期入院者等、精神科入院患者の地域移行を進めるために必要な在宅医療・福祉サービスの提供を確保するとともに、身近な地域で適切な精神科医療が受けられるよう、地域の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。
- ・ 県内の関係自治体との協調により、精神科救急医療体制の整備及び精神疾患と身体疾患を併発した地域住民への医療提供体制の充実に取り組む、地域住民が速やかに適切な精神科医療を受けられる体制の構築を進めます。
- ・ こころの病気とこころの健康について、地域住民に正しい知識と理解が浸透するよう、普及啓発や情報提供体制の強化に取り組むとともに、「かかりつけ医」によるうつ病対応力の向上や地域での相談体制の充実、関係機関との連携強化を推進します。

オ 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

- ・ 在宅医療が市民の終末期における選択肢の一つになっていない状況があることから、地域住民に正しい知識と理解が浸透するよう、地域住民を対象としたシンポジウムの開催やリーフレットの作成、出前講座の実施など、在宅医療の普及啓発に取り組めます。
- ・ 誰もが安心して地域で暮らせるよう、患者や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」などを持つことの普及啓発に取り組めます。

(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、病床機能の確保・連携がもとより、医療従事者の確保・養成が重要となります。

- ・ 医療従事者の確保・養成にあたっては、県全体の取組みとしての推進が基本であることから、神奈川県における取組みとの連携を図ります。
- ・ また、医療従事者の確保・養成については、現在、国において実施されている「医療従事者の需給に関する検討会」の検討内容を踏まえて、必要な取組みを検討します。

ア 働きやすい勤務環境づくりの支援

- ・ 医療従事者の離職防止や復職支援に向けて、子育て中でも働きやすい勤務環境づくりを推進するため、院内保育環境の整備に取り組む医療機関を支援します。

イ 看護職員の養成・定着促進・再就業促進

- ・ 川崎市立看護短期大学の運営及び民間の看護師等養成施設の運営支援を行うとともに修学資金制度を運用し、関係団体との連携のもと、看護職員を対象とした相談窓口の開設、復職支援研修や資質向上研修の実施等により、看護職員確保に係る取組みを推進します。

ウ 病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保

- ・ 医療機関等の関係団体との連携のもと、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に係る取組みを推進します。

エ 在宅医療を担う人材の育成

- ・ 在宅医療では、退院支援、日常生活支援、急変時や看取り時など、患者の状況に応じた様々なニーズに対応する必要があることから、多職種協働による在宅チーム医療を担う地域リーダー研修等を継続的に実施します。
- ・ 誰もが身近な地域で歯科診療を受診できる環境を整備するため、高齢者や障害者に対しても適切に対応できる、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の確保・養成に係る取組みを推進します。

(5) その他

- ・ 今後の高齢化の進展等による医療・介護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ともに、医療・介護需要の増加の抑制も重要であることから、誰もが高齢になっても元気で暮らせるよう、地域住民の健康寿命の延伸に取り組めます。
- ・ また、感染症や災害の発生時においても、迅速かつ適切に必要な医療が受けられる体制の確保等に取り組めます。

ア 健康づくり支援

- ・ 健康づくりに関する正しい知識の普及と生活習慣の改善を支援し、地域住民の

主体的な健康づくりと生活の質の向上に係る取組みを推進します。

イ がん対策

- ・ 総合的な視点からのがん対策を見据え、がんの予防のため、がん検診等に関するコールセンターによる受診勧奨や企業との連携による普及啓発など、がん検診受診率の向上に係る取組みを推進します。

ウ 感染症対策

- ・ 感染症の発生及びまん延を予防するため、平常時における普及啓発の実施や、予防接種法に基づく各種予防接種の接種率の維持・向上に取り組むとともに、新型インフルエンザ等感染症をはじめとした新たな感染症の発生に備えた医療体制確保等の取組みを推進します。

エ 災害時医療救護対策

- ・ 川崎DMAT（災害医療派遣チーム）や災害医療コーディネーターなどが、それぞれの役割の中で十分に機能を発揮できる災害時医療救護体制の構築に係る取組みを推進します。

4 相模原構想区域（相模原市）

1 現状・地域特性

(1) 人口	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は71.1万人で、年少人口（0歳～14歳）は県全体及び全国の数値と同程度である ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）の占める割合は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 老年人口（65歳以上）の占める割合は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は県全体及び全国の数値を上回る
(2) 医療資源等の 状況	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院は、人口10万人対の施設数で県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ また、人口10万人対の一般診療所、有床診療所、歯科診療所、薬局は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 救急告示病院は14施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床及び精神病床の人口10万人対の病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 療養病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 有床診療所病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 人口10万人対の訪問看護ステーション、訪問薬剤指導を実施する事業所は、県全体の数値を下回る ・ 人口10万人対の在宅看取り実施病院は、県全体の数値と同程度であるが、全国の数値を下回る ・ 人口10万人対の在宅看取り実施診療所は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 特別養護老人ホームが37施設、介護老人保健施設が12施設、認知症高齢者グループホームが62施設、軽費老人ホームが9施設、養護老人ホームが1施設、有料老人ホームが55施設、サービス付き高齢者向け住宅が20施設ある
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師及び病院従事助産師の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 医療施設従事歯科医師及び病院従事保健師の人口10万人対の従事者数は県全体及び全国の数値を下回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値を下回るが、全国の数値を上回る ・ 病院従事看護師、病院従事准看護師、病院従事理学療法士及び病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る
	<p>オ 病院等の配置状況【データ集P11～12、28～30】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC病院は9施設（100床台が3病院、200床台が2病院、300床台が1病院、400床台が

	<p>2病院、1,000床台が1病院)あり、病院・有床診療所の配置は、全体的に東部に集中している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ MDC 分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内の DPC 病院は、安定的に医療を提供している ・ 救命救急センターが1施設、災害拠点病院が3施設、がん診療連携拠点病院が2施設、がんの緩和ケアを有する医療機関が1施設、地域医療支援病院が2施設、分娩取扱施設が11施設ある 		
(3) 基本診療体制の医療提供状況	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46、50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 82.5%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。東京都に8.1%、県央に5.4%流出している ・ 7:1、10:1のレセプト出現比はやや低い 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47、50】</p> <p>⇒ 59.8%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。東京都に18.1%、県央に16.8%流出している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期リハのレセプト出現比は低い 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48、50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 81.5%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。東京都に5.9%、県央に8.8%流出している ・ 療養病床基本料のレセプト出現比は高い
(4) 疾患別の医療提供状況	<p><がん> 【データ集P51~59、61~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん入院の構想区域内での完結率は最も低い肝がんで83.7%である ・ 化学療法、放射線治療でも80%以上の完結率である ・ 手術に関するレセプト出現比は全国平均を概ね上回っているが、がんの診療連携の体制、放射線治療(内用療法)のレセプト出現比が低い ・ また、DPC病院までのアクセス時間も概ね30分圏内に収まる 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66、68~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は83.7%である ・ 手術に関するレセプト出現比は全国平均レベルである ・ リハビリテーションの入院、外来ともに、全国平均を上回っている ・ また、DPC病院までのアクセス時間も概ね30分圏内に収まる 	<p><脳卒中> 【データ集P71~73、75~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は、最も低いのはくも膜下出血で62.0%である。東京都に13.1%、県央に11.3%流出している ・ 超急性期脳卒中加算、脳卒中患者の連携パス利用者のレセプト出現比は低い ・ DPC病院までのアクセス時間は、くも膜下出血や脳梗塞は概ね30分圏内に収まる
	<p><糖尿病>【データ集P78、80~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、85.3%である ・ 糖尿病関連のレセプト出現比は、概ね全 	<p><精神疾患>【データ集P83、85】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は、38.4%であり、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る 	

	<p>国平均を上回っている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病足病変に対する管理、糖尿病透析予防指導管理のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っているが、糖尿病の総合的な治療管理体制のレセプト出現比が低い ・ DPC 病院までのアクセス時間は概ね 30 分圏内に収まる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リエゾンチームのレセプト出現比は、全国平均を大きく上回っている
(5) 救急医療の状況	<p>【データ集P86、88、92】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 86.0%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、概ね 30 分以内で構想区域内の病院に搬送可能である ・ 救急医療体制のレセプト出現比は全国平均レベルである ・ 救急患者の医療連携体制、夜間休日救急搬送、集中治療室等の体制のレセプト出現比は全国平均を上回っている 	
(6) 在宅医療の状況	<p>【データ集P99】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全体として、在宅経管栄養法、訪問診療（特定施設）、療養病床における急性期や在宅からの患者受付のレセプト出現比は高い ・ 一方で、リハビリテーション、がん連携パス利用者、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れのレセプトの出現比は低い 	

2 医療需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計	<p>【データ集P128】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総人口は平成 22 年（2010 年）の 71.8 万人から平成 37 年（2025 年）には 71.1 万人（平成 22 年（2010 年）比 1.0%減）に、平成 52 年（2040 年）に 65.1 万人（同年比 9.3%減）に減少 ・ 75 歳以上の人口は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 2.20 倍、平成 52 年（2040 年）には 2.40 倍に増加 	
(2) 医療需要の将来推計	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P128~129】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全体として、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.63 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には 1.9 倍に増加 ・ 75 歳以上の患者数は、平成 37 年（2025 年）に平成 25 年（2013 年）比 2.01 倍に増加するが、65 歳未満は減少 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院医療需要は、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比 1.22 倍に増加し、平成 52 年（2040 年）には、同年比 1.34 倍に増加。病床機能別では、平成 37 年（2025 年）には、平成 25 年（2013 年）比で高度急性期が 1.17 倍、急性期が 1.32 倍、回復期が 1.43 倍、慢性期が 1.05 倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）と比較すると、平成 37 年（2025 	

	<p>年)には、2.06倍に増加し、平成52年(2040年)には、同年比2.49倍に増加。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で2.1倍に増加 		
	<p><がん> 【データ集P128~129】</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.33倍に増加 全体的に増加するが、症例別の1日入院患者数では、特に肺がん、胃がん、大腸がんが多い 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P130】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.49倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P130】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の患者の内、くも膜下出血は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.43倍、脳梗塞は、1.83倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P130】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.76倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P130】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.58倍に増加 	<p><救急> 【データ集P130】</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送件数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.2倍に増加
<p>(3) 平成37年(2025年)における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P131】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域との患者の流出入は、流入超過であり、主に東京都(南多摩)からである 県内の構想区域における流出入も、流入超過であり、主に県央地域からである 	<p><回復期> 【データ集P131】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域との患者の流出入は、僅かに流入超過であり、主に東京都(南多摩)からである 県内の構想区域における流出入も、僅かに流入超過であり、主に県央地域からである 	<p><慢性期> 【データ集P131】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県外の他区域との患者の流出入は、流入超過であり、主に東京都(南多摩)からである 県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、主に県央地域からである

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	606	808 (11%)
急性期	1,798	2,305 (32%)
回復期	1,539	1,710 (24%)
慢性期	2,220	2,413 (33%)
合計	6,163	7,236 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
6,494	3,766	2,784

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25(2013)	H37(2025)
在宅医療等		4,853	10,008
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		2,794	5,879

3 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

(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

- ・ 相模原構想区域では、将来 (平成 37 年 (2025 年)) の必要病床数と、現在 (平成 27 年 (2015 年)) の病床数を比較すると、特に回復期の病床機能が不足することが推計されています。
- ・ 回復期病床の機能が大幅に不足すると見込まれることから、地域の特性を考慮し、現在ある急性期や慢性期病床の効率的な稼働を進めることを優先して検討する必要があります。
- ・ 回復期病床を増やしていく結果、急性期病床とその医療従事者が減り、救急医療をはじめとした急性期医療の現状に大きな混乱を生じさせることがないように、充分配慮する必要があります。
- ・ 救急医療の区域内での完結率は約 86% で県内では高い方であり、「救急医療の体制」のレセプト出現比 (二次救急 101.9、三次救急 94.2) は全国平均レベルとなっています。平成 27 年度の病床機能報告では、2025 年 (平成 37 年) の必要病床数に対して高度急性期の病床数は充足していますが、急性期病床はやや不足することになっています。
- ・ 高齢化に伴う急病の発生が増加するとともに症例が複雑・多様化していく中、救急医療の現場を取り巻く環境はすでに厳しい状況にあるため、そこに従事する

医師及びスタッフの安定的な充足を図るなど、救急医療体制の維持・強化のための取組みが必要となっています。

- ・ 区域内には、高度な医療を提供する特定機能病院（1 箇所）、救急告示病院（14 箇所）など 37 の病院があり、407 の一般診療所、355 の歯科診療所、287 の薬局があります。今後の様々な医療需要に適切に対応していくため、様々な場面で、これらの医療機関などの連携を進めることが必要です。
- ・ 2025 年（平成 37 年）には、2010 年（平成 22 年）比で、くも膜下出血は 1.43 倍、脳梗塞は 1.83 倍に増加することが見込まれる中、現状も脳卒中患者のレセプト出現比が低く、東京都や県央構想区域に流出しているため、脳卒中に係る医療提供体制の構築・維持が必要です。
- ・ 地域住民に対して、地域の医療提供体制に関する情報提供を行うことにより、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構築に向けた在宅医療の充実

- ・ 相模原構想区域では、在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）と比較すると、平成 37 年（2025 年）には、2.06 倍に増加すると見込まれており、今後 10 年間での急増への対応が必要となります。
- ・ 「在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れ」のレセプト出現比が低く、在宅医療等の需要が急増していく中、在宅で療養する方の後方支援を行う緊急時の受け入れ先の確保等が必要となります。
- ・ 慢性期病床と在宅医療等の推計では、慢性期病床から在宅へ復帰（退院）可能な患者数の見込みについて実態と乖離する懸念があります。適切な受け皿の確保や地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、一人ひとりの患者の状況をきめ細かに確認し、必要な病床は引き続き維持する必要があります。
- ・ 区域内では、24 時間連絡を受け、往診可能な体制などを確保している「在宅療養支援診療所」が 43 箇所、24 時間対応の訪問看護ステーションが 21 箇所あり、人口 10 万人対の数はいずれも県全体の数値を下回っており、今後の充実が求められます。
- ・ 高齢化の進展に伴い、身体疾患を合併している認知症患者が一層増えることから、急変時の病院での受け入れなど、医療と介護が切れ目なく効率的に提供できる連携体制が求められています。
- ・ 高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、人生に尊厳をもって自分らしく、自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築が求められています。

（３）将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 相模原構想区域では、特に回復期や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や介護職員の不足が懸念されます。

- ・ 看護師、リハビリテーション3職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）などの医療従事者は、医療需要の変化により、求められる役割の変化に対応していく必要があります。
- ・ 訪問看護ステーションや介護福祉施設などの在宅医療等の現場においては、経験とキャリアのある看護師、リハビリ職、介護職等の身近な地域の人材が必要とされています。
- ・ 医療従事者の高齢化や、県内及び東京都など周辺地域の医療需要の増加から、医療従事者の不足や定着率の低下が懸念される中、地域への定着を図る取組みを強化するとともに地域の課題に主体的に取り組む人材の養成を進める必要があります。
- ・ 2025年（平成37年）には、2010年（平成22年）比で、くも膜下出血は1.43倍、脳梗塞は1.83倍に増加することが見込まれる中、現状も脳卒中患者のレセプト出現比が低く、東京都や県央構想区域に流出しているため、緊急性を要する脳卒中患者の増加に対応するための人材の確保が必要です。

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施策の方向性

（1）基本的な考え方

- ・ 相模原構想区域は、神奈川県北西部及び都心から概ね30～60kmに位置し、北部は東京都、西部は山梨県に接しています。医療需要（患者数）は、現在及び2025年（平成37年）の推計とも、隣接する東京都（南多摩（八王子市・町田市・日野市・多摩市・稲城市））と県内の県央構想区域（厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村）との流出入が顕著で、いずれの区域とも流入超過となっています。

地域医療構想の実現に向けた今後の様々な検討や取組みにおいては、これらの関係性の強い区域の動向も見ていく必要があります。

- ・ 区域内の東部地域（相模原市中央区、南区）は、人口密度が相対的に高く医療機関の配置も多くなっています。一方、西部地域（相模原市緑区）のうち、主に津久井地区、相模湖地区、藤野地区は、自然豊かな中山間地域で、人口密度は低く医療機関の配置は少なくなっていますが、高齢化率が高く人口減少も比較的速く進むことが見込まれています。

相模原構想区域では、こうした「区域内での地域差」を考慮した医療提供体制を考えていくことが重要となります。

- ・ また、2013年（平成25年）から2015年（平成27年）に、圏央道（さがみ縦貫道路）の2つのインターチェンジが設置され、今後も圏央道全体（首都圏中央連絡自動車道）の開通が進められます。さらに、2027年（平成39年）の東京－名古屋市間の開業をめざすりニア中央新幹線の神奈川県駅が橋本駅付近に設置されることや米軍基地の相模総合補給廠の一部返還など、こうしたポテンシャルを

生かした首都圏南西部における広域交流拠点の整備が相模原市によって進められています。

しかしながら、地域医療構想における医療需要の将来推計では、現在の環境条件が変化しない前提で計算されているため、相模原構想区域では、今後交通環境や人口動態などが大きく変化する可能性があることを踏まえ、そうした動向を捉えながら医療提供体制を整えていく必要があります。

- ・ 区域内には、特に療養病床が比較的多くあり、従来周辺地域からの患者を多く受け入れてきた実績と役割があります。したがって、療養病床に関する国の動きも見ながら、区域内の慢性期の医療需要に適切に対応するとともに、区域外の一定の医療需要に対しても引き続き役割を担っていくことを基本とします。

(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

- ・ 地域医療構想調整会議において、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データなどを見ながら、必要な病床機能の確保方策などを検討していきます。
- ・ 病床機能の分化・確保を進めるため、技術的・財政的支援などにより回復期病床への転換・増床を図るとともに、より多くの患者を受け入れるための病床稼働率の向上に取り組み、地域における医療機関等の連携を強化します。
- ・ 区域内では、救急患者の円滑な受入を図るため、二次救急医療機関及び救命救急センターとの連携体制を構築するなど、地域住民の生命を守る救急医療体制の充実に取り組んできました。今後 75 歳以上の後期高齢者が急増する中、認知症や複数の疾患を有する患者が増えるなど、患者の増加と質的变化が予測されるため、こうした状況に対応できる救急医療体制及び病床機能を維持・強化していきます。
- ・ 医療の高度化・専門化などにより救急医療機関の負担が増大してきており、今後の救急医療体制を維持・強化していくための取組みを推進します。
- ・ 今後の医療需要に応じて、急性期から、回復期、慢性期の病床機能を適切に確保するとともに、在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく受け取ることができるよう、病院間又は病院と診療所間及び医療機関と介護サービス事業所間などの緊密な連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ 脳卒中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・活用など、医療連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ がん患者等の周術期（手術の術前、術中、術後）における歯科医師・歯科衛生士による口腔機能管理や、円滑な早期在宅移行等に向けた医科歯科連携の取組みを推進します。
- ・ 地域住民が適切な医療機関の選択や受療ができるよう、地域の医療提供体制に関する的確な情報提供を行います。

(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に係る取組み

ア 在宅医療の充実と多職種の連携の推進

- ・ 地域の在宅医療の具体的な状況を把握するほか、国における療養病床のあり方の検討状況も踏まえつつ、地域における病診連携、診診連携の体制づくりや、在宅医療等の後方支援病床の確保に取り組めます。
- ・ 退院する際の在宅移行支援が必要な患者・家族について、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等との連携を進めるとともに、福祉活動や住民活動との連携を深め、地域における在宅支援体制の強化・充実を図ります。
- ・ 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の構築を推進します。
- ・ 患者を中心とした医療提供体制において、地域住民に最も身近な相談役である「かかりつけ医」に加え、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」の普及・定着を進めます。
- ・ 高齢者の QOL 向上のため「口から食べること」を支えることが大切であり、訪問歯科事業等において口腔のケアや摂食嚥下指導を取り入れ、誤嚥性肺炎の予防に取り組むとともに、認知症患者や要介護者など訪問診療やケアの困難事例を受け入れる態勢の整備など、在宅歯科医療の充実を図ります。
- ・ 地域包括ケアシステムの多職種連携において薬剤師が積極的に関わり、一元的な服薬管理により質の高い服薬指導を行い、在宅療養患者への適切な支援ができるよう、地域に密着した「かかりつけ薬局」の普及・定着を図ります。
- ・ 関係機関や行政の役割分担のもと、医師や介護支援専門員などの多職種の顔の見える関係づくりや、患者・利用者を包括的かつ継続的に支えることのできる体制づくり、在宅医療・介護についての地域住民への啓発など、在宅医療・介護連携を推進し、地域包括ケアシステムを構築します。

イ 認知症支援、精神疾患のある患者への対応

- ・ 高齢化の進展に伴い認知症を含む精神疾患を持つ高齢者等の増加が見込まれることから、かかりつけ医による認知症対応力向上や地域の連携の拠点となる認知症疾患医療センターを中心に、医療や介護等関係機関との連携強化を推進します。
- ・ また、医療・介護の関係者の情報共有を図るために「支え手帳（認知症地域連携パス）」の活用普及や認知症についての正しい知識の普及啓発等、認知症の患者やその家族の支援に取り組めます。
- ・ 認知症や精神疾患のある身体合併症の患者に対応するための連携体制などを検討します。

(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

- ・ 今後求められる回復期や在宅医療などを担う人材の確保・育成については、待っているのではなく、地域で育てるという積極的な姿勢を進めます。
- ・ 医療機関や医療職教育機関との連携・協力の下、回復期や在宅医療等を担う人材を系統的に養成する教育・研修システムを充実するとともに、地域への計画的な人材供給のしくみの構築に向け取り組みます。
- ・ 結婚や出産などを機に退職した看護職への就職相談会や技術研修会の実施など、医療従事者の復職や再就職を支援する取組みを推進します。
- ・ 長い期間にわたって地域で勤務し、積極的に地域に関わる従事者を確保するため、市や医療機関等が地域の実情に応じて実施する医師・看護師等確保対策を推進します。
- ・ 在宅医療の需要の増加に適切に対応した地域包括ケアシステムの構築に向け、地域において中心的な役割を担う総合診療医や在宅医療を担う医師をはじめ、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、介護職などの人材の育成・養成に取り組みます。
- ・ 院内保育の充実やワーク・ライフ・バランスの推進など、医療従事者が安心して長く勤務できる働きやすい環境づくりを進めます。
- ・ 脳神経外科や神経内科の医師を増やしていくよう努めるとともに、専門外の医療従事者による診療支援など、脳卒中や意識障害に対応する医療従事者の確保・養成の方策を検討します。

(5) その他

- ・ リビングウィル（事前指示書）などの普及に伴い、救急医療や在宅医療・介護の場面などで、患者の意思を尊重した「人生の最終段階における医療」について、地域住民の理解が進むとともに実現されるよう、国等の動向を注視していきます。
- ・ 相模原構想区域では、高齢化への対応を進める一方で、地域における少子化対策の取組みを推進する観点から、安心して産み育てる環境づくりに貢献する周産期医療や小児医療の提供体制の充実に向けた取組みを推進します。

5 横須賀・三浦構想区域（横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町）

1 現状・地域特性

<p>(1) 人口</p>	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総人口は74.2万人で、年齢別人口構成比は、年少人口（0歳～14歳）及び生産年齢人口（15歳～64歳）構成比は、県全体及び全国の数値を下回り、老年人口（65歳以上）構成比は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は、県全体及び全国の数値を下回る
<p>(2) 医療資源等の 状況</p>	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、一般診療所、有床診療所、歯科診療所は、人口10万人対の施設数で県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 薬局の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回り、全国の数値と同程度である ・ 救急告示病院は18施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般及び療養病床、有床診療所病床の人口10万人対病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 精神病床の人口10万人対病床数は、県全体及び全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所、在宅看取りを実施している病院及び診療所の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 在宅医療サービスを実施している歯科診療所の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回り全国の数値とほぼ同程度であり、訪問薬剤指導を実施する薬局数は、県全体の数値を上回る ・ 訪問看護ステーションの人口10万人対の施設数は県全体の数値を下回る ・ 特別養護老人ホームが37施設、介護老人保健施設が21施設、認知症高齢者グループホームが78施設、軽費老人ホームが5施設、養護老人ホームが3施設、有料老人ホームが90施設、サービス付き高齢者向け住宅16施設ある
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師、病院従事の理学療法士、作業療法士の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値を上回っているが、全国の数値を下回る ・ 医療施設従事歯科医師は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師は、県全体の数値を下回るが、全国の数値を上回る ・ 病院従事看護師・保健師・助産師は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 病院従事准看護師は、県全体の数値と同程度だが、全国の数値を下回る
	<p>オ 病院等の配置状況【データ集P11、31～33】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC病院は8施設（200床以下2病院、200床台が2病院、400床以上が4病院）で、MDC分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内のDPC病院は、安定的に医療を提供している ・ 救命救急センターが3施設、災害拠点病院が2施設、がん診療連携拠点病院が1施設、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関が1施設、地域医療支援病院が3施設、分娩取扱施設が14施設ある

<p>(3) 基本診療体制の医療提供状況</p>	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46、50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・81.1%の患者が入院医療を構想区域内で完結している ・7:1、10:1のレセプト出現比は全国平均とほぼ同様に、NICU、救命救急などは全国平均より高い 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47、50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・62.8%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。横浜の南部に20.5%の患者が流出している ・回復期リハ、13:1、15:1のレセプト出現比は全国平均より低い 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48、50】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・76.6%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。入院患者の13.8%は横浜の南部より流入している ・療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均より低い
<p>(4) 疾患別の医療提供状況</p>	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は、最も低い肺がんで68.9%、最も高い乳がんで80%である ・乳がんの手術等に関するレセプト出現比は全国平均を上回っているが、放射線治療(内用療法)、がん患者のリハビリテーション等のレセプト出現比が低い ・構想区域内のDPC対象病院までのアクセス時間は概ね30分圏内に収まる 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は87.4%である ・入院関連のレセプト出現比は、全体的に全国平均より高く、特に心筋焼灼術の出現比が高い ・構想区域内のDPC対象病院までのアクセス時間は概ね30分圏内に収まる 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は、脳梗塞74.6%、くも膜下出血67.4%、脳出血57.9%である。脳出血は、約21%の患者が横浜の南部に流出している ・廃用症候群に対するリハビリテーションのレセプト出現比は全国平均より高い ・構想区域内のDPC対象病院までのアクセス時間は概ね30分圏内に収まるが、くも膜下出血は60分圏内エリアが一部ある
	<p><糖尿病> 【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来の構想区域内での完結率は85.5%である ・糖尿病の総合的な治療管理体制及び糖尿病足病変に対する管理のレセプト出現比が高い ・構想区域内のDPC対象病院までのアクセス時間は概ね30分圏内に収まる 	<p><精神疾患> 【データ集P50、83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の構想区域内での完結率は53.0%である ・入院関連のレセプト出現比は、重度アルコール依存症医療管理加算を除き概ね全国平均を下回っている 	
<p>(5) 救急医療の状況</p>	<p>【データ集P86~88、93】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・84.9%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、10.4%の患者が横浜の南部に流出し、構想区域内入院・外来患者の12%は湘南東部からの流入である ・レセプト出現比では、救急医療の体制が全国平均より高く、医療連携体制に関する出現比が全国平均より低い 		

(6) 在宅医療の状況	<p>【データ集P98～99】</p> <ul style="list-style-type: none"> レセプト出現比では、往診や訪問診療、多職種でのカンファレンスに関連する項目などで、概ね全国平均より高く、訪問薬剤指導、リハビリテーション項目が全国平均より低い
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2 医療需要の将来推計

(1) 人口の将来推計	<p>【データ集P134】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総人口は平成22年(2010年)の73.2万人から、平成37年(2025年)には66.7万人(平成22年(2010年)比8.9%減)に、平成52年(2040年)には57万人(同年比22.2%減)に減少 75歳以上の人口は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.52倍、平成52年(2040年)には1.36倍に増加 		
(2) 医療需要の将来推計	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P100、134～135】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.36倍に増加し、平成42年(2030年)の1.45倍をピークに、平成52年(2040年)には1.32倍となる 75歳以上の患者数は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.5倍に増加 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.21倍に増加し、平成42年(2030年)の1.25倍をピークに、平成52年(2040年)には、同年比1.18倍となる。病床機能別では、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で高度急性期が1.11倍、急性期が1.19倍、回復期が1.24倍、慢性期が1.23倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成25年(2013年)と比較すると平成37年(2025年)には、1.42倍に増加し、平成42年(2030年)の1.53倍をピークに、平成52年(2040年)には、1.38倍となる 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で1.42倍に増加 		
	<p><がん></p> <p>【データ集P135】</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.1倍と若干の増加 症例別で増加率が高いのは大腸がん、肝がんだが、実数では肺がん、胃がんが多い 	<p><急性心筋梗塞></p> <p>【データ集P136】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.18倍に増加 	<p><脳卒中></p> <p>【データ集P136】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の患者の内、くも膜下出血は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.16倍、脳梗塞は、1.35倍に増加

	<p><肺炎> 【データ集P136】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成37年（2025年）には、平成22年（2010年）比1.31倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P136】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、平成37年（2025年）には、平成22年（2010年）比1.25倍に増加 	<p><救急> 【データ集P136】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送件数は、年々減少しており、今後も減少が見込まれる
<p>(3) 平成37年（2025年）における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P137】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域と1日あたり10人以上の流出入があるのは、東京都（区中央部）への流出のみで、流出入は全体的に少ない ・ 県内の他区域との流出入では、主に横浜に流出、湘南東部から流入があり、全体ではやや流入超過である 	<p><回復期> 【データ集P137】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域と1日あたり10人以上の流出入があるのは、東京都（区中央部）への流出のみで、流出入は全体的に少ない ・ 県内の他区域との流出入では、主に横浜に流出、湘南東部から流入があり、全体ではやや流出超過である 	<p><慢性期> 【データ集P137】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域と1日あたり10人以上の流出入があるのは、東京都（南多摩）、千葉（安房）への流出で、流出入は全体的に少ない ・ 県内の他区域との流出入では、主に横浜から流入があり、全体ではやや流入超過である

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	585	780 (13%)
急性期	1,724	2,210 (36%)
回復期	1,722	1,913 (31%)
慢性期	1,129	1,227 (20%)
合計	5,160	6,130 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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	100.0	100.0

(※) 平成 26 年の医療機関の報告率は、94.2%。平成 27 年は報告率 97.6%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
5,334	3,982	1,177

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等		9,909	14,055
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		7,357	10,411

3 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

(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

- ・ 平成 37 年 (2025 年) の医療需要推計に基づく必要病床数は、平成 27 (2015 年) 病床機能報告の稼働病床数を上回っており、機能別では、回復期病床が大幅に不足することが推計されています。そのため、医療機関、地域の関係団体等が連携協力して、必要に応じた病床及び病床機能を確保していくことが必要です。
- ・ さらに、病院間、病院と診療所等、地域の医療機関の連携体制を強化するため、地域医療構想調整会議等において、医療機関情報や診療情報等について関係者間の情報交換や共有化を促進していくことが必要です。
- ・ また、病床機能分化により患者や家族が転院等への負担・不安感が增大することがないように、併せて患者が適切に医療機関を選択し受療できるよう、地域住民への周知啓発等の取組みも必要です。

(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

- ・ 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等を必要とする患者数の増加率は、県内構想区域では 2 番目に低いものの、平成 25 年 (2013 年) と比べて約 1.4 倍に増加することが推計されています。在宅療養支援診療所などの在宅医療関係の医療資源 (平成 26 年医療施設調査 人口 10 万人対) は、概ね県全体の数値を上回っていますが、訪問看護ステーション施設数 (平成 27 年調べ) は、県全体の数値を下回っており、在宅医療を支える医療資源を確保するとともに質の向上も図ること

が必要です。

- ・ 在宅医療需要の推計は、療養病床制度のあり方や高齢者施設の整備状況等、将来に向けて不確定要素も多いことに留意する必要がありますが、谷戸が多いなどの地形的特徴を考慮すると、自宅から自力で通院できない高齢者の増加も予想されます。そのため、在宅での療養や看取りを希望する患者や家族のニーズに対応できるよう、より一層、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。
- ・ さらに、在宅療養する患者や家族の不安や負担が軽減されるよう、人生の最終段階における医療の選択や看取り等についての適切な情報提供や、在宅医療から病院、病院から在宅医療への円滑な入退院調整に係る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

- ・ 平成 37 年（2025 年）の将来人口推計総人口は、約 66.7 万人です。平成 22 年（2010 年）と比べて約 6.5 万人減少し、そのうち生産年齢（15 歳～64 歳）人口が約 3 万人減る一方で、75 歳以上人口は約 3 万人増加すると推計されており、医療需要等の増加に対応できる医療及び介護の担い手の不足が予想されます。
- ・ 看護師をはじめとして医療従事者の確保は難しい状況であり、今後さらに回復期病床機能や在宅医療に係る医療需要の増加が予想されることから、医師や看護師、リハビリテーション専門職など、将来必要な医療従事者の確保・養成に向けた取組みを行うことが必要です。
- ・ また、地域の中小病院等を中心に、今後、医師確保が難しくなることも懸念されており、中小の病院や在宅医療など地域医療の現場で活躍する医師の確保・養成に取り組むことが必要です。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 横須賀・三浦構想区域の高齢化率は平成 26 年度に既に 30%を超えており、今後も超高齢社会が引き続くと予想されています。住み慣れた地域で安心して必要な医療と介護を受けながら生活できるよう、将来において不足する病床機能の確保及び連携の推進、在宅医療の充実、地域医療を支える医療従事者の確保・養成に重点的に取り組みます。また併せて、健康寿命の延伸をめざした取り組みを推進します。
- ・ これらの取組みにあたっては、地域住民の理解を得ながら、市町や医療関係者、医療保険者、介護関係者等と連携するとともに、地域医療構想調整会議での協議や地域医療総合確保基金等を活用していきます。

(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において、病床機能報告制度の報告結果や、病床機能の確保および連携に係る地域医療総合確保基金の活用事例、医療制度に係る国の施策動向などについて、情報共有等を行います。

ア 病床機能の確保

- ・ 地域において質の高い医療提供体制を構築するため、地域の拠点病院を中心に高度急性期及び急性期病床を充分確保するとともに、また将来必要とされる回復期病床を整備していきます。
- ・ 病床機能の確保にあたっては、医療機関の病床稼働率の向上など、限られた医療資源の効率的な活用をめざします。
- ・ なお、慢性期病床に関しては、慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、現在、国において療養病床に関する検討が進められていることから、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。

イ 病床機能等の連携体制の推進

- ・ 増加する医療需要に対応するため、急性期から在宅医療まで、地域医療の確保を支援する地域医療支援病院をはじめとする大規模病院、中小の病院、開業医（かかりつけ医）の連携をさらに推進していきます。
- ・ 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医療機関と介護施設間の緊密な連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ 救急医療の需要に対応するため、引き続き、三次救急を担う救命救急センター及び二次医療圏域の救急病院や消防との連携強化などに取組み、患者が速やかに適切な救急医療を受けられる体制を維持・構築します。

ウ 地域住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

- ・ 身近な地域において必要なときに適切な医療を受けられる医療提供体制を確保していくため、地域住民が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行動を行うよう、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

- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、現在、県・市町、関係機関等のそれぞれの取組みはもとより、横須賀・三浦構想区域内の4市1町や郡市医師会等が連携して、在宅医療・介護連携を推進するための取組みや協議が進められています。病床の機能分化の推進等に伴い、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、市町の地域支援事業等と連携しながら、在宅医療の体制構築や人材

育成、住民への普及啓発などの取組みを推進します。

- ・ また、健康寿命の延伸をめざして、食、運動、社会参加を柱とした生活習慣改善に向けた取組みについて4市1町での連携検討が始まっており、取組みを推進します。

ア 在宅医療にかかる基盤整備の促進

- ・ 在宅療養や看取りの提供体制の構築に向けて、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体制整備、連携構築に向けた取組みを推進します。また、在宅医療を必要とする小児の在宅生活を支える体制づくりに取組みます。
- ・ 在宅患者や家族にとっては、病状の変化などに応じた入退院がスムーズに行えることが在宅療養生活の安心につながることから、在宅療養後方支援病院や在宅療養支援病院等の制度の普及啓発を含めて、在宅患者の入退院を支援する取組みを推進します。
- ・ 在宅療養生活には、口腔ケア及び口腔機能リハビリテーション、医薬品管理や栄養管理なども重要になることから、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等による在宅療養者の生活の維持・向上を図る取組みを推進します。
- ・ また、ICTの活用などにより、在宅療養生活を支援する、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員、リハビリテーション専門職等の多職種が効果的な連携を強化し、在宅医療提供体制の充実を図ります。
- ・ 患者を中心とした医療提供体制を構築するうえで、地域住民の身近な相談役として、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」の普及・定着を図ります。
- ・ さらに、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、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。併せて、精神疾患の早期発見・早期治療を進めるための取組みを推進します。

イ 在宅医療を担う人材の確保・育成

- ・ 医師、歯科関係職種、薬剤師、看護職員、リハビリテーション専門職等が在宅医療の現状等についてさらに理解を深めるとともに、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対応ができる在宅医療・介護の担い手を増やすため、在宅医療・介護を担う人材に必要なスキル向上を図るための取組みを推進します。
- ・ 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。

ウ 地域住民に向けた在宅医療の普及啓発

- ・ 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、地域住民へ適切な情報提供を行います。また、在宅医療に係る相談体制の充実など、患者・家族の不安や負担の軽減に向けた取組みを推進します。

(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活用していくため、働きやすい環境づくりを進めるとともに、ICT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。

ア 地域医療を支える医師の確保・養成

- ・ 住み慣れた自宅や生活の場で最期まで療養生活を送りたいと希望する患者・家族の希望を実現するため、在宅医療に携わる医師の確保・養成に向けた取組みを推進します。
- ・ 急性期医療はもとより、将来必要とされる回復期、慢性期の病床機能を担う病院等においても、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。
- ・ 医師確保の課題解決に向けては、医療機関横断的な医師の配置換えや研修の実施、医療資源の集約化など新たな枠組みについての検討を含め、医療機関関係者間での課題共有や情報・意見交換を進めます。

イ 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。
- ・ 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、病院従事看護師の職場定着に向けた取組みを推進します。
- ・ 併せて、在宅医療を担う診療所や訪問看護ステーションの看護師等の確保及び定着に向けた取組みを推進します。

ウ 歯科関係職種の確保・養成

- ・ 高齢者の増加等に伴い、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関係職種を確

保・養成するための取組みを推進します。

エ 薬剤師の確保・養成

- ・ 患者中心の丁寧な服薬指導などをさらに推進していくため、患者とのコミュニケーション能力や専門性の高い薬剤師の養成・育成を進め、教育研修による職能向上や在宅医療への参加を促す取組みを推進します。

6 湘南東部構想区域（藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町）

1 現状・地域特性

<p>(1) 人口</p>	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は70.7万人で、年少人口（0歳～14歳）の構成比は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）の構成比は、県全体の数値を下回るが、全国の数値を上回る ・ 老年人口（65歳以上）の構成比は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は県内で2番目に多く、県全体及び全国の数値を上回る
<p>(2) 医療資源等の状況</p>	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院は、人口10万人対の施設数で県全体及び全国の数値を下回る ・ 一般診療所、歯科診療所、薬局は、人口10万人対の施設数で県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る。有床診療所は、県全体の数値と同程度で、全国の数値を下回る ・ 救急告示病院は12施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床、療養病床、精神病床の人口10万人対の病床数は、いずれも県全体及び全国の数値を下回る ・ 有床診療所病床の人口10万人対の病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 在宅医療サービスを実施している歯科診療所の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 訪問看護ステーションの人口10万人対の施設数は、県全体の数値を下回るが、訪問薬剤指導を実施する事業所数は、県全体の数値を上回る ・ 在宅看取りを実施している病院の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回り、全国の数値と同程度だが、診療所数は、県全体及び全国の数値を上回り、県内2番目に多い ・ 特別養護老人ホームが27施設、介護老人保健施設が13施設、認知症高齢者グループホームが40施設、軽費老人ホームが2施設、養護老人ホームが2施設ある
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師、医療施設従事歯科医師、病院従事保健師、病院従事助産師、病院従事看護師、病院従事准看護師、病院従事理学療法士、病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師の人口10万人対の従事者数は、県全体の数値を下回るが、全国の数値を上回る
	<p>オ 病院等の配置状況【データ集P11、34～36】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC病院は6施設（100床、200床、300床台がそれぞれ1病院、400床台が2病院、500床台が1病院）あり、病院・有床診療所の配置は圏域内に適度に分散されている ・ MDC分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内のDPC病院は、安定的に医療を提供している ・ 救命救急センターが1施設、災害拠点病院が2施設、がん診療連携拠点病院が1施設、がんの緩和ケア病棟を有する医療機関が2施設、地域医療支援病院が2施設、分娩取扱施設が17施設ある。分娩取扱施設の人口10万人対の施設数は県内で一番多い

<p>(3) 基本診療体制の医療提供状況</p>	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46、49~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 78.5%の患者が入院医療を構想区域内で完結している 7:1、10:1のレセプト出現比は全国平均より低い、緩和ケア、特殊疾患のレセプト出現比が高い 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47、49~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 64.9%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。横須賀・三浦に15.1%流出している 回復期リハ、13:1、15:1のレセプト出現比が低い 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48~50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 76.2%の患者が入院医療を構想区域内で完結している 療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均より低い
<p>(4) 疾患別の医療提供状況</p>	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん入院の構想区域内での完結率は最も高い大腸がんで76.4%、胃がんは76.1%、肺がんは71.8%、最も低い肝がんで53.4%、乳がんは58.8%である 化学療法、放射線治療は約60%の完結率である 手術に関するレセプト出現比は乳がんなど全国平均を下回る指標がある 緩和ケア病棟の診療体制のレセプト出現比は高いが、がんの診療連携体制は低い 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している また、DPC病院までのアクセス時間も概ね30分圏内に収まるが、脳腫瘍は寒川町の一部、頭頸部のがんは各市町の一部で60分圏内になる 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は71.4%である 手術に関するレセプト出現比は全国平均を下回っている リハビリテーションの入院、外来のレセプト出現比は低い 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している また、DPC病院までのアクセス時間も30分圏内に収まる 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域での完結率は、くも膜下出血77.1%、脳梗塞74.6%、脳出血72.5%である レセプト出現比の各指標が全国平均を下回っており、リハビリ以外の手術関連、連携パスは特に低い DPC病院までのアクセス時間は、脳梗塞、脳出血は30分圏内に収まるが、くも膜下出血は寒川町の一部で、未破裂脳動脈瘤については、茅ヶ崎市、寒川町の一部で60分圏内になる
	<p><糖尿病> 【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> 84.9%の患者が構想区域内で完結している 糖尿病の総合的な治療管理体制及び糖尿病足病変に対する管理のレセプト出現比は高いが、それ以外の糖尿病網膜症手術や人工透析関係等の各指標については全国平均を下回っている DPC病院までのアクセス時間も30分圏内に収まる 	<p><精神疾患> 【データ集P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> 61.8%の患者が構想区域内で完結している 抗精神病薬による治療、認知療法・認知行動療法のレセプト出現比は高いが、訪問看護・指導料関連の出現比は低い 	

<p>(5) 救急医療の状況</p>	<p>【データ集P86～88、94】</p> <ul style="list-style-type: none"> 80.7%の患者が二次救急を構想区域内で完結している 2次救急、3次救急医療体制のレセプト出現比が全国平均より高いが、医療連携体制のレセプト出現比は全国平均より低い
<p>(6) 在宅医療の状況</p>	<p>【データ集P8、98～100】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療関係の医療資源は、訪問看護ステーション数を除いて、人口10万人対の施設数は県全体の数値を上回っている 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が、入院機関の退院支援やケアマネジャーとの連携、がん連携パスの指標の出現比は低い

2 医療需要等の将来推計

<p>(1) 人口の将来推計</p>	<p>【データ集P140】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総人口は、平成22年(2010年)の約69.2万人から、平成37年(2025年)には69.5万人(平成22年(2010年)比0.4%増)となるが、平成52年(2040年)には65.0万人(平成22年(2010年)比6.2%減)に減少 75歳以上の人口は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.84倍、平成52年(2040年)には1.94倍に増加 		
<p>(2) 医療需要の将来推計</p>	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P140、141】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.49倍に増加し、平成47年(2035年)の1.69倍をピークに、平成52年(2040年)には1.68倍となる 75歳以上の患者数は、平成37年(2025年)に平成25年(2013年)比1.71倍、平成52年(2040年)に1.91倍に増加するが、65歳未満は減少 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.26倍に増加し、平成52年(2040年)には、同年比1.37倍となる。病床機能別では、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で高度急性期が1.17倍、急性期が1.29倍、回復期が1.37倍、慢性期が1.18倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成25年(2013年)と比較すると平成37年(2025年)には、1.59倍に増加し、平成47年(2035年)の1.84倍をピークに、平成52年(2040年)には、1.81倍となる 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比で1.53倍に増加 		
	<p><がん> 【データ集P141】</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの患者数は、平成37年(2025年)には、平成22年(2010年)比1.26倍に増加 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P142】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成37年(2025年)に 	<p><脳卒中> 【データ集P142】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の患者の内、くも膜下出血は、平成37年(2025年)には、平成22

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症例別では、特に胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がんの増加率が高い 	<p>は、平成 22 年（2010 年）比 1.38 倍に増加</p>	<p>年（2010 年）比 1.34 倍、脳梗塞は、1.61 倍に増加</p>
	<p><肺炎> 【データ集P142】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.56 倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P142】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、平成 37 年（2025 年）には、平成 22 年（2010 年）比 1.44 倍に増加 	<p><救急> 【データ集P142】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送件数は年々増加しており、今後も増加が見込まれる
<p>(3) 平成 37 年（2025 年）における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P143】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入は、東京都（区中央部）へ一部流出が見られるが、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に横須賀・三浦に流出がある 	<p><回復期> 【データ集P143】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入は、東京都（区中央部）へ一部流出が見られるが、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に藤沢市内から横須賀・三浦に流出がある 	<p><慢性期> 【データ集P143】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入患者は、1日当たり 10 人未満であり、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に横須賀・三浦、湘南西部に流出がある

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	404	539 (12%)
急性期	1,236	1,585 (35%)
回復期	1,173	1,303 (28%)
慢性期	1,058	1,150 (25%)
合計	3,871	4,577 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
4,394	3,041	1,252

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等		7,151	11,403
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		5,324	8,164

3 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

(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

ア 不足する病床機能の確保

- 湘南東部構想区域の入院患者数の将来推計は、2025 年に 75 歳以上の高齢者を中心に 2013 年比 1.4 倍に増加し、その後 2035 年まで増加が続きます。
- 他地域との患者流出入の現状は、流入より流出が多い状況にあり、特に回復期においては藤沢市から隣接する横須賀・三浦構想区域への流出が多い状況です。
- 2025 年の病床数は、現状のまま隣接する構想区域への患者流出が続いた場合でも、回復期病床が大きく不足すると推計されています。
- 2025 年に向けて、回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟など、回復期機能を担う病床をさらに確保していくことが必要となります。
- 病床確保のためには、回復期の医療を担う医師、看護職員のほか、理学療法士、作業療法士といったリハビリテーション専門職や福祉・介護職員の人材確保が重要です。

イ 医療提供の連携体制

- 主要疾患の医療提供体制は、乳がん、肝がん、化学療法、放射線治療の自己完結率が低く、がん診療連携体制、急性心筋梗塞・脳卒中の手術関連のレセプト出現比が低い状況にあります。各疾患の特徴や自己完結率の状況を見据えて、引き続き他構想区域との連携を強化するものと、湘南東部構想区域の自己完結

率を上げていく必要のあるものを整理し、医療提供体制の向上に向けて取り組む必要があります。

- ・ 救急医療については、2次救急の自己完結率は隣接構想区域を含めると高く、脳卒中や心筋梗塞など迅速な対応を求められる疾患も概ね30分以内で医療機関にアクセス可能であることから、迅速かつ安定的に医療が提供されていますが、今後、救急搬送者の増加も見込まれるため、救急医療体制の維持向上と連携強化が必要です。
- ・ こうした状況から、身近な地域で、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等にいたるまで、切れ目なく円滑に、患者の状態に応じた医療が提供されるよう、医療資源を最大限に活用し、病床機能を確保することと併せて、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を進めることが必要です。
- ・ 地域包括ケア病棟については、自らの病院の急性期を経過した患者だけでなく、他の医療機関の患者や緊急時に在宅の患者を受け入れるなど地域連携を進めていくことが今後一層望まれます。
- ・ 病床機能の分化・連携を進めるためには、医療機関が担う役割を明らかにし、地域住民や関係機関で共有することが必要です。医療機関の自主的な取組みが促進されるよう、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保・連携に係る支援策を積極的に情報提供することが求められます。
- ・ また、医療提供体制の安定的な維持のためにも、医療機関の充実強化の取組みを地域に適切に情報提供し、地域住民の医療機関の選択や、関係機関の調整により、受療につなげていくことが必要です。

(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

ア 在宅医療の充実

- ・ 現在、在宅療養支援診療所数、在宅医療サービスを実施している歯科診療所数、訪問薬剤指導を実施する薬局数が人口10万人対で県全体の数値を上回り、特に在宅療養支援診療所数は県で2番目に高い数値です。
- ・ また、在宅看取りを実施している診療所数が人口10万人対で県全体の数値を上回り、県で2番目に高い数値となっております。
- ・ 今後、湘南東部構想区域で在宅医療の必要な人は、2025年には2013年比で1.59倍に増加すると推計されており、認知症の高齢者も増加すると想定されます。
- ・ 在宅医療の必要量は、今後、医療機関から地域にどれだけ移行できるかに影響されますが、誰もがいつまでも住み慣れた地域で安心して医療や介護を受けながら自分らしく暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実が必要です。
- ・ 現在、藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町では地域包括ケアシステムの推進に向け、地域の医療・介護関係団体や医療・介護従事者等と協力しながら、医療と介護

の連携、病院と在宅医療との連携、在宅医療を支える人材の育成や地域住民の相談体制の構築など在宅医療の推進に取り組んでいます。

イ 在宅医療を支える人材と地域住民への普及啓発

- ・ 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に対応することが求められます。そのためには、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のほか、福祉・介護職員など医療・介護に従事する多職種の連携が不可欠です。
- ・ 誰もがいつまでも住み慣れた地域で安心して医療や介護を受けながら自分らしく暮らし続けられるよう、在宅医療に係る適切な情報提供や相談、調整を行うとともに、専門職による支援はもとより地域住民も含めた支え合いの仕組みづくりを進め、地域全体で患者本人や家族の負担軽減に向けた取組みを推進することが必要です。
- ・ また、地域包括ケアシステムを推進するためには、地域でどのように自分らしい生活を送るかについて、地域住民一人ひとりが自らのこととして考えることが重要であり、地域住民への普及啓発を進めていくことが必要です。

(3) 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 湘南東部構想区域では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士など、すべての医療従事者数が人口 10 万人対で県全体の数値を下回っています。
- ・ 湘南東部構想区域の将来推計では、回復期機能を担う病床が不足していますが、病床を確保するためには、回復期の医療を担う医師や看護職員、リハビリテーション専門職の確保・養成に向けた取組みを行うとともに、定着促進を図る必要があります。
- ・ また、2025 年に向けて、在宅医療の人材は今後ますます求められることから、在宅医療等に対応する医療従事者の確保・養成と資質の向上が必要となります。
- ・ 医療従事者の将来的な必要量については、現在、国の「医療従事者の需給に関する検討会」において検討されており、今後、国の検討結果を踏まえ、医療従事者の将来的な必要量を考慮しながら医療従事者の確保・養成を推進していく必要があります。
- ・ 医療従事者の確保・養成に当たっては、看護師等の養成校が増加する一方で、実習受入施設の確保が課題となっています。特に小児・母性分野については医療機関数が少ないことから、実習施設の確保が困難であるとともに、受け入れる医療機関の負担も大きくなっています。また、指導する側の人員・体制の充実も必要であり、学校教員のみならず、実習施設や医療機関における現場指導者の役割がますます重要となっています。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 湘南東部構想区域は交通アクセスもよいことから、特に藤沢市から隣接する横須賀・三浦構想区域への流出が多い状況にあります。
- ・ こうした地域の特性や実情を踏まえ、医療需要の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ため、他の構想区域の医療機関との連携も継続しながら、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・養成に地域医療介護総合確保基金も活用して取り組みます。
- ・ これらの取組みに当たっては、湘南東部構想区域で対応向上を目指すべき疾患や医療機能を検討し、限られた資源を最大限に活用しながら、医療関係者、医療保険者、介護関係者及び市町が連携するとともに、地域住民に適切に情報提供し理解を得ながら進めます。

(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を通じた取組みを基本とします。
- ・ 地域医療構想調整部会において、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、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うことで、病床機能の確保及び連携の推進を図ります。

ア 病床機能の確保

① 回復期病床の確保

- ・ 2025 年に向けて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又は地域包括ケア病棟など、回復期機能を担う病床の確保を進めます。
- ・ 各医療機関の自主的な取組みが促進されるよう、増床又は回復期機能を担う病床への転換に向けた支援を行います。
- ・ 回復期の病床を確保する上で、回復期機能に携わる医師、看護職員のほか理学療法士や作業療法士といったリハビリテーション専門職の人材確保が必要であることから、その方策を検討します。

② 不足する病床の確保方策

- ・ 病床機能報告制度のデータによる湘南東部構想区域の病床稼働率は、高度急性期、急性期、慢性期は必要病床数の推計の算定式で用いた全国平均の稼働率よりも高く、回復期は低くなっています。

- ・ 不足する病床の確保に当たっては、患者数や必要病床数のピーク後を見据え、病床稼働率の維持・向上を図ることにより、増加する病床を必要最小限に抑えながら、より多くの患者の受け入れを可能とする取組みを進めます。
- ・ また、現在の病床機能報告制度は病棟単位の報告となっているため、実際には一つの病棟で急性期と回復期、回復期と慢性期など複数の医療機能を有している実態があります。
- ・ こうしたことから、地域医療構想調整部会で各医療機関の病床稼働率や病床機能の現状等を把握しながら不足する病床への対応を検討、調整していきます。

③ 慢性期病床への対応

- ・ 慢性期の必要病床数の推計値は、療養病床の入院患者のうち多くが在宅医療に移行するとして算定されていますが、今後推計どおり移行するかどうか不明な状況にあります。現在、国において「療養病床の在り方等に関する検討会」の検討内容を踏まえて、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検討します。

イ 病床機能等の連携体制構築

- ・ 湘南東部構想区域は交通アクセスがよいという特徴があり、そうした生活環境の中で患者も医療機関を選択していることから、他構想区域（特に隣接構想区域）とも連携して患者に医療を提供している状況にあります。
- ・ こうした医療提供体制は引き続き維持していきますが、主要疾患のうち湘南東部構想区域の患者の半分近くが他構想区域に流出している疾患や迅速な対応が求められる疾患等については、湘南東部構想区域の医療機関での対応向上に向けた取組みを推進します。
- ・ 高齢化に伴い医療需要が増加する脳卒中、大腿骨骨折、糖尿病の地域連携クリティカルパスの普及とともに、がんについてはがん診療連携拠点病院の機能強化を推進し、がんの医療連携体制構築とがん医療の向上に取り組めます。
- ・ 救急医療については、迅速な対応が求められる急性心筋梗塞や脳卒中を含め、迅速かつ安定的に提供されていますが、今後の医療需要の増加に対応できるよう、引き続き救急医療体制の維持向上と連携強化に取り組めます。
- ・ 急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスを患者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 の活用の検討を含め、病院間又は病院と診療所間及び医療機関と市町、地域包括支援センター及び介護保険事業者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。

ウ 地域住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

- ・ 地域で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、地域住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地域医療構想調整部会において検討し、取組みを進めます。

(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、誰もが住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けられるよう、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、在宅医療の充実に取組み、地域包括ケアシステムを推進します。
- ・ 在宅医療を推進するためには、療養生活を支える介護の充実が不可欠であり、「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づき、市町と連携して各種介護サービスの充実に取組みます。
- ・ こうした取組みを進めるに当たっては、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の地域の医療関係団体、福祉・介護関係団体、行政等が連携しながら、地域全体で取り組んでいきます。
- ・ また、今後の高齢化の進展による医療・介護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地域づくりに向け、健康寿命を伸ばし、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

① 在宅医療の体制構築

- ・ 地域包括ケアシステムの実現に向け、各市町（藤沢市、茅ヶ崎市・寒川町）が中心となって、在宅医療の連携拠点の設置や多職種連携に向けた研修などに取り組み、在宅医療・介護の提供体制の整備を推進します。
- ・ 日常の療養生活や急変時対応のため、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。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。
- ・ 24時間365日体制で在宅医療を担う診療所の医師の負担を軽減するため、在宅療養支援診療所や在宅看取りを実施している診療所のサポート体制の構築に取り組みます。
- ・ がんの緩和ケアや在宅での看取りについて、県内でも積極的に取り組んでいる地域となっていますが、今後、さらなる取組推進に向けて、在宅医療・介護を担う関係機関の連携強化を進めます。

- ・ 患者を中心とした医療提供体制を構築する上で、地域住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。

② 在宅歯科医療における口腔ケアの充実・連携

- ・ 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。
- ・ 「かかりつけ歯科医」を持つことの地域住民への普及定着を図るほか、在宅歯科医療の地域連携拠点などにより、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。

③ 「かかりつけ薬局」の普及と在宅における薬剤師の取組み

- ・ 「かかりつけ薬局」の普及定着を図るほか、医療機関や訪問看護ステーション等と連携を図り、在宅療養生活における残薬管理等の薬学的管理及び相談・指導の取組みを推進します。

④ 地域における連携強化の推進

- ・ 訪問看護は地域でその人らしい療養生活を支える重要な役割を担っており、訪問看護ステーションと医療機関や歯科医療機関、地域包括支援センターや介護を担う関係機関との連携強化の取組みを推進します。
- ・ リハビリテーションは、実際の生活場面に即して、身体機能の維持・向上を図り、在宅で安心してその人らしい生活を継続するために効果的であり、訪問リハビリ機関等と在宅医療・介護を担う関係機関との連携強化の取組みを推進します。
- ・ 認知症になっても暮らしやすいまちづくりを目指し、認知症の患者や家族に対する相談支援など、医療と介護の連携を強化し、取組みを推進します。
- ・ 高齢者だけでなく、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。

イ 在宅医療を担う人材の確保・育成

- ・ 在宅医療に取り組む医師を確保していくため、在宅医療への理解を深める研修の実施やバックアップ体制の構築を行います。
- ・ 在宅医療を支える人材は、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、福祉・介護職員など多様であり、これらの多職種が連携してそれぞれの専門性を理解し、尊重し合いながら、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 地域住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

- ・ 在宅医療を推進するためには、地域住民一人ひとりが在宅医療について理解

し、地域でどのように自分らしい生活を送るかについて考え、選択することが必要であり、そうした機会の提供や在宅医療についての情報提供を行います。

- ・ 地域で医療や介護を受けながらも自分らしく暮らし続けられるよう、在宅医療に係る相談体制の充実や専門職による支援はもとより、市町が中心となって地域住民による見守りなど住民参加の支え合いの仕組みづくりを進め、地域全体で患者本人や家族の負担軽減に向けた取組みを推進します。

(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・養成が重要です。
- ・ 医療従事者の確保・養成は、県全体の取組みとして推進されることが基本であるため、本構想第2章の「神奈川県における将来の医療提供体制に関する構想」に記載された取組みについて連携して推進します。
- ・ 不足する病床機能の確保を進めていくことで、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、在宅医療を支える人材の確保育成を進めます。
- ・ 人材を養成するためには、養成校はもとより、実習施設や就職先の医療機関・施設など現場での教育指導が重要です。養成校を増やせば、それだけ指導する側の人員・体制も必要となるため、人材の質を確保していくためにも教員の育成や実習施設の確保、現場の負担軽減に向けた効果的な支援ができるよう取り組んでまいります。
- ・ 看護師の養成や定着推進のため、湘南東部構想区域では、藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町の支援を受けて開校した湘南看護専門学校（公益社団法人 藤沢市医師会）が地域の医療機関と連携して新人看護師の合同研修制度「湘南ナース養成プログラム」を実施しています。

7 湘南西部構想区域（平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町）

1 現状・地域特性

(1) 人口	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口は58.6万人で、年齢別の構成比をみると年少人口（0歳～14歳）は県全体及び全国の数値を下回る また、生産年齢人口（15歳～64歳）は、県全体の数値を下回るが、全国の数値を上回る。一方、老年人口（65歳以上）は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は県全体及び全国の数値を上回る
(2) 医療資源等の状況	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院は、人口10万人対の施設数で県全体の数値と同程度だが、全国の数値を下回る また、一般診療所、有床診療所、歯科診療所は、県全体及び全国の数値を下回り、薬局は、県全体の数値を上回っているが、全国の数値を下回る 救急告示病院は6施設、救命救急センターは1施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病床、療養病床、精神病床、有床診療所病床の人口10万人対の病床数は、いずれも県全体の数値を上回っているが、全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院の人口10万人対の施設数は、県全体及び全国の数値を上回る 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の人口10万人対の施設数は、県全体の数値を上回っているが、全国の数値を下回る また、訪問看護ステーションは、県全体の数値を上回り、訪問薬剤指導を実施する薬局は、県全体の数値を下回る 在宅看取り実施病院、在宅看取り実施診療所の人口10万人対の施設数は、いずれも県全体及び全国の数値を下回る 特別養護老人ホームが27施設、介護老人保健施設が14施設、認知症高齢者グループホームが40施設、軽費老人ホームが10施設、養護老人ホームが2施設、有料老人ホームが59施設、サービス付き高齢者向け住宅が23施設ある
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療施設従事歯科医師、病院従事保健師、病院従事助産師の人口10万人対の従事者数は、県全体及び全国の数値を下回る 薬局、医療施設従事薬剤師は、県全体の数値を下回っているが、全国の数値を上回る 病院従事准看護師、病院従事理学療法士、病院従事作業療法士は、県全体の数値を上回っているが、全国の数値を下回る
	<p>オ 病院等の配置状況【データ集P37～39】</p> <ul style="list-style-type: none"> DPC病院は7施設（300床台が4施設、400床台が2病院、800床台が1病院）あり、病院・有床診療所の配置は、全体的に東部（平塚市、伊勢原市）に集中している。特に高度急性期は、東部に集中している MDC分類ごとの疾患はすべて網羅しており、構想区域内のDPC病院は、安定的に医療を提供している

	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターが1施設、災害拠点病院が3施設、がん診療連携拠点病院が1施設、がんの緩和ケアを有する医療機関が2施設、地域医療支援病院が3施設、分娩取扱施設が10施設ある 		
(3) 基本診療体制の医療提供状況	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46, 50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 87.3%の患者が入院医療を構想区域内で完結している 7:1、10:1のレセプト出現比は全国平均を下回っているが、ICU、救命救急などのレセプト出現比は上回っている 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47, 50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 73.4%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。県央11.8%、湘南東部に10.9%流出している 回復期リハ、13:1、15:1のレセプト出現比は全国平均を下回っている 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48, 50】</p> <ul style="list-style-type: none"> 64.1%の患者が入院医療を構想区域内で完結している。21.4%が県西に流出している 療養病床基本料のレセプト出現比は全国平均を下回っている
(4) 疾患別の医療提供状況	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん入院の構想区域内での完結率は、肺がん89.4%、胃がん92.4%、大腸がん91.3%、肝臓がん84.9%、乳がん84.8%である 化学療法、放射線治療でも80%以上の完結率である 手術に関するレセプト出現比は全国平均を上回っているが、リハビリテーション、緩和ケア病棟の診療体制、がんの診療連携体制のレセプト出現比は下回っている 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している また、DPC病院までのアクセス時間も概ね30分圏内である 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は96.9%である 手術に関するレセプト出現比は全国平均を上回っているが、リハビリテーション(入院)のレセプト出現比は下回っている 構想区域内のDPC病院は安定的に医療を提供している また、DPC病院までのアクセス時間も概ね30分圏内である 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は、くも膜下出血82.7%、脳梗塞72.9%、脳出血78.9%である。脳梗塞は県西に11.9%流出している 脳ケアユニットのレセプト出現件比は全国平均を上回っているが、経皮的形成術等の一部の医療行為に係るレセプトや、リハビリテーションのレセプト出現比は下回っている DPC病院までのアクセス時間は、脳卒中の内、くも膜下出血については、概ね30分圏内であるが、秦野市、二宮町の一部で60分圏内である
	<p><糖尿病>【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、91.8%であり、糖尿病の総合的な治療管理体制の出現比が高く、糖尿病透析予防指導管理 	<p><精神疾患>【データ集P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想区域内での完結率は、73.9%であり、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る。 	

	<p>の出現比が低い</p> <ul style="list-style-type: none"> また、DPC 病院までのアクセス時間は 30 分圏内である 	
(5) 救急医療の状況	<p>【データ集 P86~88, 95】</p> <ul style="list-style-type: none"> 93.3%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、秦野西部を除き、構想区域内で救急搬送する場合には、30 分以内で構想区域内の病院に搬送可能である 救急搬送や集中治療室等のレセプト出現比は全国平均を上回っている 	
(6) 在宅医療の状況	<p>【データ集 P98~100】</p> <ul style="list-style-type: none"> 全体として、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全国平均を上回っている 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全国平均を下回っている 	

2 医療需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計	<p>【データ集 P146】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総人口は、平成 22 年 (2010 年) の 59.5 万人から平成 37 年 (2025 年) には 57.2 万人 (平成 22 年 (2010 年) 比 3.8%減) に、平成 52 年 (2040 年) に 50.9 万人 (同年比 14.5%減) に減少 75 歳以上の人口は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.95 倍、平成 52 年 (2040 年) には 1.98 倍に増加
(2) 医療需要の将来推計	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集 P146~147】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) には、平成 25 年 (2013 年) 比 1.48 倍に増加し、平成 47 年 (2035 年) の 1.68 倍をピークに、平成 52 年 (2040 年) には 1.63 倍になる 75 歳以上の患者数は、平成 37 年 (2025 年) に平成 25 年 (2013 年) 比 1.77 倍、平成 52 年 (2040 年) に 1.99 倍に増加するが、65 歳未満は減少 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 25 年 (2013 年) 比 1.19 倍に増加し、平成 47 年 (2035 年) の 1.26 倍をピークに、平成 52 年 (2040 年) には、1.24 倍となる。病床機能別では、平成 37 年 (2025 年) には、平成 25 年 (2013 年) 比で高度急性期が 1.15 倍、急性期が 1.25 倍、回復期が 1.33 倍、慢性期が 1.01 倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成 25 年 (2013 年) と比較すると平成 37 年 (2025 年) には、1.7 倍に増加し、平成 47 年 (2035 年) の 2.0 倍をピークに、平成 52 年 (2040 年) には、1.93 倍となる 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 25 年 (2013 年) 比で 1.58 倍に増加

	<p><がん> 【データ集P147】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.26 倍に増加 ・ 症例別では、特に肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がんの増加率が高い 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P148】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.38 倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P148】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中の患者の内、くも膜下出血は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.34 倍、脳梗塞は、1.67 倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P148】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.63 倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P148】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.48 倍に増加 	<p><救急> 【データ集P148】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送件数は、年々増加している
<p>(3) 平成 37 年 (2025 年) における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P149】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入患者は、1日当たり 10 人未満であり、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、主に県央、県西、湘南東部地域から流入がある 	<p><回復期> 【データ集P149】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入患者は、1日当たり 10 人未満であり、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、主に県央、県西、湘南東部地域から流入がある 	<p><慢性期> 【データ集P149】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外の他区域への流出入は、東京都（区西南部）から一部流入があり、少ない傾向にある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、主に県西へ流出している

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	564	752 (14%)
急性期	1,669	2,140 (39%)
回復期	1,264	1,404 (26%)
慢性期	1,109	1,205 (22%)
合計	4,606	5,501 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 平成 26 年の医療機関の報告率は、94.2%。平成 27 年は報告率 97.6%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
4,996	3,568	1,358

(5) 平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年（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（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ありません。
- 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等		5,325	9,068
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		3,620	5,718

3 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、不足する病床機能の確保及び連携体制の構築に加え、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実、さらには、医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成が必要です。
- 湘南西部構想区域における患者の受療動向は、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病及び精神疾患、さらには救急医療における自己完結率が、いずれも県全体の数値を上回りトップクラスであり、現状の医療体制は比較的整っているといえますが、今後も、必要な時に身近で質の高い医療を提供している現体制を維持できるよう、構想区域内の各医療機関、行政、地域住民等が相互に地域の現状や将来像を理解、共有し、それぞれの役割を十分認識しながら取り組んでいく必要があります。
- なお、湘南西部構想区域においては、高度急性期機能を担う病院が近隣構想区域の患者も受け入れており、救急及び高度医療を広域的に提供している実態があることを踏まえ、構想区域内で取り組むべき医療提供体制の整備に取り組む必要があります。

(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、湘南西部構想区域においても、必要病床数は、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、構想区域の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、関係団体、行政、地域住民が一体となって、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します。
- ・ さらには、急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく適切に受けられるよう、必要な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、地域医療構想策定後は、その進捗状況の共有と必要な調整を行うこととされていることから、湘南西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(以下「専門部会」という。)等において、構想区域の医療提供体制の現状や連携体制構築のための支援策等について情報共有、意見交換を行うとともに、地域住民に情報提供するなど、各医療機関、行政、関係団体、地域住民等が一体となって進めていくことが必要です。

(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実

- ・ 本県における高齢化の進展に伴う在宅医療にかかる課題として、在宅医療を必要とする患者数の大幅増、及びこれを支える医療従事者等の人材不足が懸念されているところです。
- ・ 一方、湘南西部構想区域の高齢化の進展は県全体の数値を上回っていますが、当構想区域における在宅医療関係の医療資源は概ね県全体の数値を上回っていることから、今後の人口の動向と地域住民のニーズを的確に把握しながら、現在の機能を維持・向上できるよう取り組んでいく必要があります。
- ・ そのため、地域住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構築に向けた在宅医療の充実にかかる取組みや、患者・家族に向けた情報提供などの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

- ・ 今後増加が推計される医療需要を踏まえた医療提供体制を構築するためには、不足する医療従事者の確保・養成や定着促進、負担軽減を図ることが必要です。
- ・ なお、人材の確保・養成については、従来から県全体の課題として、さまざまな取組みを行ってきたことから、今後も本県における医療従事者の確保・養成に係る新たな施策展開を見据えながら、人材の定着促進や離職者の再就職推進にもつながるよう、関係機関と連携して県全体で取り組む必要があります。

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施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- ・ 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、必要な病床機能の確保及び連携の促進、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実、医療

従事者の確保に重点的に取り組みながら、誰でも等しく良質かつ適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現を目指します。

- ・ 取り組みにあたっては、限りある資源を最大限活用しながら、構想区域内の医療関係者、医療保険者、介護関係者、行政機関が連携し、地域住民の理解を得ながら進めます。

(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り組み

- ・ 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り組み及び専門部会等を通じた地域の関係団体による取り組みを基本とします。
- ・ これらの取り組みを推進するため、専門部会等において、当構想区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り組みを推進します。
- ・ また、地域住民に対しても、わ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ため、専門部会等において、毎年の病床機能報告の結果や、構想区域の医療提供体制に関するデータを示すほか、医療機関や関係団体等に対して情報提供を行います。

ア 病床機能の確保

- ・ 病床の機能区分別の病床数では、特に回復期の病床が不足することが見込まれるため、回復期機能を担う病床への転換等を推進します。
- ・ また、不足が推計される回復期病床を確保するうえで必要となる医療従事者の確保・養成については、県全体の取り組みと連携して推進します。
- ・ なお、将来において不足する病床機能への転換等だけでなく、医療機関の病床稼働率向上の取り組みを推進する等、現存する医療資源の有効活用を図るとともに、今後の病床機能報告制度の状況を見据えながら、各医療機関の自主的な取り組みによる病床機能の確保と連携が図られるよう推進します。

イ 病床機能等の連携体制構築

- ・ 急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスを、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、関係機関の連携体制の構築に向けた取り組みを推進します。
- ・ 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、肺炎、骨折などの医療提供体制の維持・構築が必要であることから、地域連携パス等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・普及など、医療連携体制の構築に向けた取り組みを推進します。
- ・ また、小児医療や周産期医療については、今後の医療需要を考慮しつつ、必要な機能の確保や連携体制構築に向けた取り組みを推進します。
- ・ 救急医療の需要は、今後も増加することが想定されていることから、速やか

で適切な救急医療の提供を可能としている現行体制を今後も維持できるよう、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組みます。

ウ 地域住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

- ・ 地域住民が身近な地域において、必要な時に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、地域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、地域住民に対して必要な情報提供や普及啓発を行います。

(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に係る取組み

ア 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の基盤整備

- ・ 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、市町が中心となって進める地域包括ケアシステムの実現に向けた在宅医療・介護の提供体制の整備を推進します。
- ・ 構想区域内の市町による情報交換・交流の場を整備し、在宅医療・介護との連携、市町間の連携を進めます。
- ・ 住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、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の構築、日常の療養生活や急変時への対応、在宅医療を担う医療機関の連携体制構築、在宅におけるがんの緩和ケアや看取りの提供体制の構築等に向けて、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の連携構築を推進します。
- ・ 在宅歯科医療における口腔ケア等の充実に図るとともに、医療や介護との連携を強化するための取組みを推進します。
- ・ 小児の在宅医療関係機関の連携構築等を進めます。
- ・ 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、専門医療等の提供体制の充実・強化や医療との連携強化を推進するとともに、患者や家族に対する相談体制の強化、普及啓発等を行います。
- ・ 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在宅医療・福祉サービスの提供、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

- ・ 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、在宅医療を担う医療従事者の確保や人材育成を、全県で連携、協調により推進します。

ウ 地域住民に向けた在宅医療の普及・啓発及び患者・家族の負担軽減の促進

- ・ 在宅医療に対応できる医療機関の情報提供など、地域住民へ適切な情報提供

を行うとともに、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。

(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、比較的整っている現状の医療体制を今後も継続的に維持できるよう、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の確保・養成、定着促進や、ICTの活用や医療技術の進歩などによる医療従事者の負担軽減に向けた取組み等を、全県的な取組みと連携・協調して推進します。

8 県央構想区域（厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村）

1 現状・地域特性

(1) 人口	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は84.7万人で、年少人口（0歳～14歳）は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）は、県全体及び全国の数値を上回る ・ 老年人口（65歳以上）は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 平成22年から平成25年にかけての老年人口の増加率は、県全体及び全国の数値を上回る
(2) 医療資源等の 状況	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院は、人口10万人対の施設数で県全体の数値と同程度だが、全国の数値を下回る ・ 一般診療所は、人口10万人対の施設数で県全体及び全国の数値を下回る ・ 有床診療所は、人口10万人対の施設数で県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る ・ 歯科診療所数は、人口10万人対の施設数で県全体及び全国の数値を下回り、薬局も、県全体及び全国の数値を下回る ・ 救急告示病院数は18施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床、療養病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を下回る ・ 精神病床、有床診療所の人口10万人対の病床数は、県全体の数値を上回るが、全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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の人口10万人対の施設数で、いずれも県全体及び全国の数値を下回る ・ 訪問看護ステーションの人口10万人対の施設数は、県全体の数値をやや下回り、訪問薬剤指導を実施する事業所も、県全体の数値を下回る ・ 在宅看取り実施病院及び在宅看取り実施診療所は、いずれも県全体及び全国の数値を下回る ・ 特別養護老人ホームが40施設、介護老人福祉施設が18施設、認知症高齢者グループホームが46施設、軽費老人ホームが4施設、養護老人ホームが2施設、有料老人ホームが62施設、サービス付き高齢者向け住宅が32施設ある
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師、医療施設従事歯科医師、薬局・医療施設従事薬剤師、病院従事保健師、病院従事助産師、病院従事看護師・准看護師の人口10万人対の従事者数は、いずれも県全体及び全国の数値を下回る ・ 病院従事理学療法士、病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は県全体の数値を上回るが全国の数値を下回る
	<p>オ 病院等の配置状況【データ集P11～12、40～42】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC病院は8施設（400床台が2施設、300床台が1病院、200床台が2病院、100床台が3病院）あり、病院・有床診療所の配置は、地理的には東部に集中している ・ MDC分類ごとの疾患はすべて網羅しており、突出した病院はないが、安定的に医療を提供している ・ 災害拠点病院が2施設、がん診療連携拠点病院が1施設、地域医療支援病院が2施設、分娩

	取扱施設が 12 施設である。なお、救急救命センター、がんの緩和ケアを有する医療機関はない		
(3) 基本診療体制の医療提供状況	<p><一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46】</p> <ul style="list-style-type: none"> 79.1%の患者が入院医療を構想域内で完結している 全体的にレセプト出現比は低い 	<p><回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47】</p> <ul style="list-style-type: none"> 80.7%の患者が入院医療を構想域内で完結している。湘南西部に6.4%、相模原に4.7%流出している 全体的にレセプト出現比は低い 	<p><療養病棟入院基本料> 【データ集P48】</p> <ul style="list-style-type: none"> 53.2%の患者が入院医療を構想域内で完結している。相模原に26.8%が流出している 全体的にレセプト出現比は低い
(4) 疾患別の医療提供状況	<p><がん> 【データ集P51~65】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん入院の構想域内での完結率は最も高い大腸がんで66.6%に過ぎず、その他のがんも軒並み低い割合となっている 化学療法(入院)では48.7%あるが、放射線治療(入院)は19.5%と特に低い がん関連の医療行為に関するレセプト出現比は概ね低い DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内である 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想域内での完結率は76.4%である 相模原10.1%、湘南西部6.8%、湘南東部4.0%への流出が見られる 手術に関するレセプト出現比は、虚血性心疾患及び狭心症に対する心臓血管手術で全国の数値を上回っている 冠動脈CT撮影、心筋熱灼術等で全国の数値を大きく下回っている DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内である 	<p><脳卒中> 【データ集P71~77】</p> <ul style="list-style-type: none"> くも膜下出血で59.1%、脳梗塞、一過性脳虚血発作で68.9%、脳出血63.2%となっており、相模原、湘南西部への流出が多いが、流出入は拮抗している 脳卒中ケアユニット入院管理料、脳卒中患者の連携パス利用者のレセプト出現比は高いが、経皮的脳管形成術等、廃用症候群に対するリハビリテーション、脳血管内手術等のレセプト出現比は低い DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内である
	<p><糖尿病> 【データ集P78~82】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者の構想域内での完結率は、81.2%であり、糖尿病関連のレセプトは概ね低い、特に糖尿病透析予防指導管理のレセプト出現比が低い また、DPC病院へのアクセス時間も概ね30分圏内である 	<p><精神疾患> 【データ集P83~85】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の構想域内での完結率は、58.1%であり、精神医療関連のレセプト出現比は、概ね全国の数値を下回っている 	

<p>(5) 救急医療の状況</p>	<p>【データ集P86、88、96】</p> <ul style="list-style-type: none"> 81.0%の患者が二次救急を構想区域内で完結しており、循環器系疾患、神経系疾患の患者のほとんどが、隣接医療圏の病院も含めて搬送されている。 県内の二次医療圏で、唯一三次救急医療機関がなく、隣接二次医療圏の大学病院等との連携により対応している
<p>(6) 在宅医療の状況</p>	<p>【データ集P98～100】</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問診療（特定施設）、訪問薬剤指導、病院従事者の退院前患者宅訪問指導のレセプト出現比は高い 在宅療養中の患者の緊急入院の受け入れのレセプト出現比は低い
<p>(7) その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外国籍の居住者が多く、県全体及び全国の数値を上回っている 全国 1.7%、神奈川県 1.9%、県央構想区域 2.5% 厚木市 2.6%、大和市 2.5%、海老名市 1.7%、座間市 1.9%、綾瀬市 3.5%、 愛川町 5.3%、清川村 0.5%

2 医療需要等の将来推計

<p>(1) 人口の将来推計</p>	<p>【データ集P152】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総人口は、平成22年（2010年）比の約83.8万人から平成37年（2025年）には82.3万人（平成22年（2010年）比1.8%減）に、平成52年（2040年）に74.7万人（同年比10.9%減）に減少 75歳以上の人口は、平成37年（2025年）には、平成22年（2010年）比2.21倍、平成37年（2040年）には2.26倍に増加
<p>(2) 医療需要の将来推計</p>	<p><入院及び在宅医療等の医療需要> 【データ集P152～153】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比1.47倍に増加し、平成47年（2035年）の1.69倍をピークに、平成52年（2040年）には1.65倍になる 75歳以上の患者数は、平成37年（2025年）に平成25年（2013年）比1.96倍になるが、65歳未満の患者数は減少 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 入院医療需要は、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比1.33倍に増加し、平成47年（2035年）の1.45倍をピークに、平成52年（2040年）には、1.44倍になる。病床機能別では、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比で高度急性期が1.29倍、急性期が1.39倍、回復期が1.43倍、慢性期が1.16倍に増加 <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要は、平成25年（2013年）と比較すると平成37年（2025年）には、1.54倍に増加し、平成47年（2035年）の1.83倍をピークに、平成52年（2040年）には、1.77倍になる 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比で1.32倍に増加

	<p><がん> 【データ集P153】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.30 倍に増加 ・ 症例別では、特に前立腺がん、肝がん、大腸がん、胃がんの増加率が高い 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集P154】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の患者数は、実数は少ないが、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.45 倍に増加 	<p><脳卒中> 【データ集P154】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中の患者の内、脳梗塞は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.81 倍、くも膜下出血は、2010 年比 1.40 倍に増加
	<p><肺炎> 【データ集P154】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.74 倍に増加 	<p><骨折> 【データ集P154】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 22 年 (2010 年) 比 1.55 倍に増加 	<p><救急> 【データ集P154】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送件数は、年々増加しており、今後も増加が見込まれる
<p>(3) 平成 37 年 (2025 年) における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集P155】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外への流出入患者は、わずかに流出超過であり、23 区及び南多摩一部の患者の出入りがある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、相模原や湘南西部が多い 	<p><回復期> 【データ集P155】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外への流出入患者は、南多摩からの一部の患者の流入がある ・ 県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、横浜からの流入が多い 	<p><慢性期> 【データ集P155】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県外への流出入は、南多摩から若干の流入がある ・ 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり相模原への流出が多い

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- ・ 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 (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ありません
- ・ 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ります

	医療需要 (人/日)	必要病床数(床) (構成比)
高度急性期	406	541 (9%)
急性期	1,615	2,071 (36%)
回復期	1,667	1,852 (32%)
慢性期	1,140	1,239 (22%)
合計	4,828	5,703 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
5,252	4,275	972

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等	6,826	10,525
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	5,022	6,607

3 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

(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

- ・ 県央構想区域は、県域の中でも高齢化のスピードが早く、平成 37 年には、75 歳以上の患者を中心に、患者数は平成 25 年 (10,539 人) と比較すると 1.47 倍に増加します。人口あたりの病床数は県域で下から 2 番目に少なく、また、人口に対する診療所数は、県域では最も少なく、医療資源が不足している地域です。
- ・ 区域の病床数は、高度急性期病床、回復期病床、慢性期病床が不足すると推計されています。特に、回復期病床が大きく不足することとなっており、回復期リハビリテーション病床又は地域包括ケア病床など、回復期機能を担う病床を確保していくことが必要です。
- ・ 医療提供体制の整備には、基準病床数に、2025 年の必要病床数が速やかに反映される必要があります。なお、病床機能の割り振りを含め、今後の病床機能のあり方については、県央構想区域の実情に応じた検討が必要です。
- ・ また、現在、区域内の二次救急の自己完結率は 80% ですが、県内で唯一、三次救急病院がない地域で、隣接二次医療圏の大学病院等との連携により対応しています。
- ・ 座間綾瀬地域では、平成 18 年以降、病院の廃止や救急病院申出の撤回が続き、同地域内の医療機関だけでは二次救急輪番が組めなくなったことから、県央二次医療圏の病院の協力により救急輪番を担ってきました。
- ・ 平成 28 年 4 月に、座間綾瀬地域で新たに救急医療を担う病院が開設したことと、海老名市内の病院の三次救急化の目処が立ったことなどから、座間綾瀬地域

の二次救急輪番は座間綾瀬地域に加え海老名市内の病院により運営されています。しかし、今後、地域医療構想を進める中で、急性期病床の回復期病床等への転換により、救急機能の低下が進む可能性が否定できないことから、引き続き、救急医療の維持・強化が課題です。

- また、小児医療や周産期医療については、医療人材の不足等から、今後も機能強化が最も必要です。さらに、75歳以上の高齢者が増加することから、今後も救急搬送は増加することが見込まれます。
- こうした中で、急性期病床を削減すると、在宅医療患者の急変時の受け入れや救急患者の受け入れが困難になりかねない状況です。
- 身近な地域で、救急搬送から入院、転院、退院後の在宅医療等に至るまで、切れ目なく円滑に、患者の状態に応じた医療が提供されるよう、医療資源を最大限に活用し、病床機能を確保することと併せて、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を進めることが必要です。
- 地域において病床機能の分化・連携を進めるには、医療機関が担う役割を明らかにし、地域住民や関係機関で共有することが必要です。医療機関の自主的な取り組みが促進されるよう、地域の医療提供体制の現状や病床機能の確保・連携に係る支援策を積極的に情報提供することが求められています。また、地域住民が適切な医療機関を選択し、関係機関によって受療につなげてもらえるよう、分かりやすい情報提供が必要です。

(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実

- 今後の高齢化が更に進むことにより、療養病床など病院で看取られていた高齢者の一部は、病院から地域へと移行することが見込まれます。県央構想区域における在宅医療の患者数は、平成25年(6,826人)と比較すると、平成37年には1.54倍に増加すると推計されており、認知症を含む精神疾患を持つ高齢者が増加すると想定されます。
- しかし、人口10万人当たりの在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅歯科サービスを実施している歯科診療所、訪問薬剤管理指導を行う事業所、在宅看取りを実施している病院・診療所数は県全体の数値を下回っています。
- また、在宅医療を支える医師、歯科関係職種、薬剤師、看護職員は県全体の数値を下回っており、在宅医療等の提供に見合った人材の確保が必要になります。
- 現在の医療提供体制では、在宅医療等を必要とする高齢者数の増加に対応するには十分ではありませんが、今後の在宅医療サービス、介護保険サービスの具体的な必要量は現時点で明確にすることは困難であり、今後、需要量を想定した上で、必要な医療提供体制を検討していくことが必要です。
- いつまでも、住み慣れたこの地域で安心して暮らせるよう、市町村では医療、介護、生活支援、住まいなど地域包括ケアシステムの構築を進めているところですが、在宅医療連携拠点の整備、医療と介護の連携、在宅医療を支える診療所と

後方支援病院とのネットワークづくり、情報のネットワーク化の検討など在宅医療の充実に係る取組みを推進することが求められています。

- ・ また、医療機関から地域の住まいに帰る患者や家族に対して、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。
- ・ 県央構想区域では、有料老人ホームが 62 施設（定員数合計 3,466）、サービス付高齢者住宅が 32 施設（戸数合計 1,238）あり、こうした施設に遠方から移転されて来られた方など地域医療との関わりの低い方々は、急変時や病院等への入退院時の対応が課題となることから、地域の医療機関と連絡を取り合うことができるかかりつけ医を持つなど、日ごろからの連携が必要となっています。

（３） 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- ・ 県央構想区域における将来の医療需要は、特に回復期機能を担う病床が不足する見込みであり、現状でも、病院に従事している理学療法士・作業療法士の人口 10 万人対の従事者数は県全体の数値をやや上回っていますが、全国の数値と比べると下回っています。
- ・ 現在でも、リハビリに携わるスタッフの不足により、安定した運営が難しいという病院もあることから、医療機関の施設設備の整備等に加え、医療従事者の確保・養成に向けた取組みを行うとともに、定着促進を図る必要があります。
- ・ 県央構想区域の市町村の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の調査によれば、介護が必要になったときは、介護保険サービスや福祉サービスを利用して自宅で暮らしたいという方が 4～5 割に及んでおり、平成 37 年に向けて在宅医療等の人材は今後ますます求められることから、在宅医療等に対応する医療従事者については、確保・養成とともに、資質の向上が必要となります。

（４） その他

- ・ また、愛川町をはじめとして、外国籍の方の居住割合が高く、県央構想区域の数値は 2.5%で、県全体の数値 1.9%、全国の数値 1.7%を上回っています。

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施策の方向性

（１） 基本的な考え方

- ・ 県央構想区域は、神奈川県ほぼ中央に位置し、都市部と山間部が共存する地域で、中央を相模川が南北に流れ、生活圏が東西に分かれていることが大きな特色です。
- ・ 人口は約 84 万人で、県域では横浜を除くと、最も人口が多い地域です。年齢別人口構成比は、県全体の数値と比べ、年少人口と生産年齢人口の割合が高く、老年人口の割合が低くなっていますが、平成 37 年に向けて、県内で高齢化の進行が最も早く進むこととなります。
- ・ 県央構想区域は、必要病床数に対して、全体として病床数が大きく不足してお

り、また、高度医療・先進的な医療を提供する特定機能病院や大学病院は存在しておらず、隣接二次医療圏の大学病院等との連携により対応しています。

- ・ こうした地域の特性や実情を踏まえ、誰もが必要なときに身近で、適切な医療・介護を受けられるようにするため、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構築に向けた在宅医療の充実、将来必要な医療従事者の確保・養成に取り組めます。
- ・ これらの取り組みにあたっては、限られた資源を最大限に活用しながら、市町村、医療関係者、医療保険者及び介護関係者が連携するとともに、区域内の地域住民の理解を得ながら進めます。

(2) 将来において不足する病床機能の分化及び連携体制の構築に向けた取り組み

- ・ 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り組み及び県央地区保健医療福祉推進会議 地域医療構想調整部会を通じた取り組み等を基本とします。
- ・ 地域医療構想調整部会において、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、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うことで、病床機能の確保及び連携の推進を図ります。

ア 病床機能の確保

- ・ 平成 27 年度の病床機能報告においては、必要病床数に対して、高度急性期病床、回復期病床、慢性期病床が不足しています。
- ・ こうした中、病床不足の解消に向けて、病床の増床の意向を持つ医療機関がいくつもあり、準備を進めています。
- ・ 今後の医療需要を考慮しつつも、特に回復期病床が大きく不足することを踏まえ、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又は増床を、毎年の病床機能報告の結果を見ながら、地域医療介護総合確保基金の活用などにより支援します。
- ・ なお、病床機能報告制度のデータによる病床稼働率をみると、高度急性期及び回復期は全国の数値よりも高くなっています。

イ 病床機能等の連携体制構築

- ・ 県央構想区域の二次救急医療のエリアは、現在、厚木地域（厚木市、愛川町、清川村）、大和地域（大和市）、海老名地域（海老名市）、座間綾瀬地域（座間市、綾瀬市）の4地域で運営されています。
- ・ 救急医療は、高齢者を中心に今後も増加することが想定されているものの、現在でも、医療従事者の確保の問題など継続的に救急医療を提供することが困難

な病院もあります。今後、急性期病床から回復期病床等への転換が進むことで、更に救急医療を担う病院数が減少し、救急対応が困難となる可能性もあることから、地勢的課題や地域の医療資源の有効活用を考慮し、将来に向けて、二次救急エリアの広域化の検討など救急医療の維持・強化を目指します。

- ・ 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、医療と介護の連携を進めるため、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。
- ・ また、がんの患者数は平成 37 年には平成 22 年に比べて 1.3 倍(863 人→1,118 人)、脳梗塞は 1.81 倍(502 人→906 人)に、実数は少ないものの急性心筋梗塞も 1.45 倍と大幅に医療需要が増加すると推計され、地域内に高度医療・先進的な医療を提供する特定機能病院や大学病院がないことから、拠点となる病院の整備とともに、医療連携体制の構築に向けた取組みを推進します。
- ・ 現状でも不足している小児医療や周産期医療については、今後の医療需要を考慮しつつ、必要な病床の確保や連携体制の構築に向けた取組みを推進します。

ウ 地域住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

- ・ 地域住民が、状態に応じて必要な医療を受けられる医療提供体制を確保するため、地域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構築に向けた在宅医療の充実に係る取組み

- ・ 県央構想区域は、高齢化の進展のスピードが速く、病院から在宅医療等への患者の流れが急速に進むことが想定されることから、医療・介護の連携を図りながら、在宅医療の体制構築、人材の確保・育成、地域住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、地域包括ケアシステムの構築に向けて取組みます。
- ・ また、誰もが高齢になっても元気でいきいきと暮らせる地域づくりが必要であるため、県央構想区域の市町村に設置された未病センター等において、生活習慣の改善に向けた取組みを推進します。

ア 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の基盤整備

- ・ 地域包括ケアシステムの実現に向け、地域内の市町村において、地域包括ケア担当、認知症初期集中支援チーム及び生活支援体制整備事業の協議体の設置や検討など医療と介護の連携を推進するための取組みを進めているところです。

今後、増加が見込まれる在宅医療等の医療需要に対応するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療・介護の提供体制の整備を推進します。

- ・ また、日常の療養生活や急変時に対応するため、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の連携構

築を推進します。

- ・ 患者を中心とした医療提供体制を構築するため、身近な相談役である「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」や「かかりつけ薬局」の普及・定着に取り組みます。
- ・ 現在の高齢者の約7人に1人から平成37年には約5人に1人が認知症になると推計されていることから、認知症を含む精神疾患を持つ高齢者の患者や家族に対する相談体制の強化とともに、地域における認知症ケア体制の充実と医療と介護の連携強化を推進します。
- ・ 高齢者を対象とした在宅医療・介護だけではなく、小児の在宅医療関係機関の連携構築など、地域の住民が安心して住むことができるような在宅医療・介護体制を充実するための取り組みを支援します。
- ・ 精神科病院の入院患者の地域移行に必要な在宅医療・福祉サービスの提供を確保するほか、精神科医療機関と関係機関との連携構築に向けた取り組みを推進します。

イ 在宅医療を担う人材の確保・育成

- ・ 在宅医療等については、地域住民の終末期の過ごし方についての意識の変化を視野に入れて、在宅医療等が必要となる患者数を見込んだ上で、在宅医療サービス、介護保険サービスの需要量を見積もることが必要です。
その上で、必要な在宅医療等の提供に見合った人員を確保するため、在宅医療を担う医師、歯科関係職種、薬剤師、看護職員、リハビリテーション専門職等の人材育成を行います。
- ・ 在宅医療では、退院や退院後の療養生活の支援、急変時や看取り時など患者の状態に応じて、医療と生活の双方において様々なニーズが求められるため、在宅医療・介護に従事する多職種が専門知識を活かし、チームとして在宅療養生活ができるよう患者・家族を支えていくために必要な人材育成を行います。

ウ 地域住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

- ・ 在宅医療を推進するため、在宅医療に係る相談体制の充実や在宅医療等に対応できる医療機関の情報提供など、患者・家族が在宅医療を選択できるように適切な情報提供を行います。
- ・ また、「かかりつけ医」に加え、在宅療養生活における口腔ケア等の充実を図るための「かかりつけ歯科医」、薬の管理等を行う「かかりつけ薬局」の普及啓発など、患者・家族の不安や負担軽減に向けた取り組みを推進します。
- ・ 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、知識や関心を踏まえ、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

- ・ 区域内の自治体や団体において、看護師復職支援セミナーや看護職合同就職相談会を行っていますが、将来の医療需要の増加を見据えた医療提供体制を目指し、医療機関の施設整備や連携体制の構築に加え、将来必要な医療従事者の確保・養成や定着促進を図るための取組みを推進します。
- ・ 不足する病床機能の確保を進めることで、特に回復期機能に携わる医療従事者の不足が予想されることから、回復期機能に携わる医師、歯科関係職種、薬剤師、看護職員、リハビリテーション専門職など多様な人材の確保育成を進めます。
- ・ また、在宅医療を担う医師、歯科関係職種、薬剤師、看護職員、リハビリテーション専門職など多様な人材の確保育成を進めます。

(5) その他

- ・ 医療機関への通訳派遣の活用など、外国籍県民に対する医療面における取組みを推進します。

9 県西構想区域（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）

1 現状・地域特性

<p>(1) 人口</p>	<p>【データ集P4～5】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口は 35.6 万人 ・ 年少人口（0 歳～14 歳）及び生産年齢人口（15 歳～64 歳）の年齢別構成比は、いずれも県全体および全国の数値を下回る ・ 老年人口（65 歳以上）の年齢別構成比は、県全体および全国の数値を上回る ・ 平成 22 年から平成 25 年にかけての老年人口の増加率は、県全体および全国の数値を下回る
<p>(2) 医療資源等の状況</p>	<p>ア 医療施設の状況【データ集P6】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院及び一般診療所は、人口 10 万人対の施設数で、いずれも県全体を上回り、全国の数値を下回る ・ 有床診療所及び歯科診療所は、人口 10 万人対の施設数で、いずれも県全体および全国の数値を下回る ・ 薬局は、人口 10 万人対の施設数で、県全体および全国の数値を上回る ・ 救急告示病院は 12 施設である
	<p>イ 病床数の状況【データ集P7】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床の人口 10 万人対の病床数は、県全体を上回り、全国の数値を下回る ・ 療養病床及び精神病床の人口 10 万人対の病床数は、いずれも県全体および全国の数値を上回る ・ 有床診療所の人口 10 万人対の病床数は、県全体および全国の数値を下回る
	<p>ウ 在宅医療・介護施設の状況【データ集P8～9】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所及び在宅医療サービスを実施している歯科診療所の人口 10 万人対の施設数は、いずれも県全体および全国の数値を上回る ・ 訪問看護ステーション及び訪問薬剤指導を実施する事業所の人口 10 万人対の施設数は、いずれも県全体を上回る ・ 在宅看取り実施病院及び在宅看取り実施診療所の人口 10 万人対の施設数は、いずれも県全体および全国の数値を下回る ・ 特別養護老人ホームが 18 施設、介護老人保健施設が 10 施設、認知症高齢者グループホームが 36 施設、軽費老人ホームが 3 施設あり、養護老人ホームはない
	<p>エ 医療従事者の状況【データ集P10】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療施設従事医師、医療施設従事歯科医師、病院従事保健師、病院従事助産師、病院従事理学療法士及び病院従事作業療法士の人口 10 万人対の従事者数は、いずれも県全体および全国の数値を下回る ・ 薬局、医療施設従事薬剤師数の人口 10 万人対の従事者数は、いずれも県全体を下回り、全国の数値を上回る ・ 病院従事看護師及び病院従事准看護師数の人口 10 万人対の従事者数は、いずれも県全体を上回り、全国の数値を下回る

	オ 病院等の配置状況【データ集P11, 43~45】 <ul style="list-style-type: none"> ・ D P C 病院は 3 施設（100 床台が 1 施設、200 床台が 1 施設、400 床台が 1 施設） ・ 病院・有床診療所の配置は、小田原市内に集中している ・ 救急救命センターが 1 施設、災害拠点病院が 2 施設、がん診療連携拠点病院が 1 施設、がんの緩和ケアを有する医療機関が 1 施設、地域医療支援病院は 1 施設、分娩取扱施設が 4 施設ある 		
(3) 基本診療体制の医療提供状況	<一般入院基本料(7:1、10:1)> 【データ集P46, 49~50】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己完結率は 81.0% ・ 7 : 1、10 : 1 のレセプト出現比は全国の数値を下回る 	<回復期リハビリテーション入院基本料> 【データ集P47, 49~50】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己完結率は 50.4% ・ 回復期リハのレセプト出現比は全国の数値を下回る ・ 13 : 1、15 : 1 のレセプト出現比は全国の数値を上回る 	<療養病棟入院基本料> 【データ集P48~50】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己完結率は 81.7%
(4) 疾患別の医療提供状況	<がん> 【データ集P51~65】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 5 大がんの自己完結率は平均 67.1%で県全体を下回る ・ 大腸がん（84.2%）、乳がん（72.4%）は県全体を上回るが、胃がん（70.7%）、肝がん（62.7%）、肺がん（45.6%）は県全体を下回る ・ 化学療法、放射線治療の自己完結率は平均 49.7% ・ 緩和ケア及びがん性疼痛緩和の診療体制のレセプト出現比は、全国の数値を上回るが、がん診療連携の体制やがん患者のリハビリテーションは全国の数値を下回る ・ 人口カバー率は概ね 30 分圏内に収まる 	<急性心筋梗塞> 【データ集P66~70】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己完結率は 79.4%で、県全体を下回る ・ カテーテル治療、ペースメーカー及び植込型除細動器のレセプト出現比は、全国の数値を上回るが、その他は下回る ・ 人口カバー率は概ね 30 分圏内に収まる 	<脳卒中> 【データ集P71~77】 <ul style="list-style-type: none"> ・ くも膜下出血、脳梗塞、一過性脳虚血性発作、脳出血の自己完結率は平均 81.0%で、県全体を上回る ・ 脳卒中の tPA、動脈形成術、経皮的脳血管形成術などのレセプト出現比は、全国の数値を上回るが、脳卒中連携パス利用者は下回る ・ 脳梗塞の人口カバー率は、概ね 30 分圏内に収まる ・ 一方、くも膜下出血の 60 分以内のカバー率は低い

	<p><糖尿病>【データ集P78~80】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、85.6%であり、糖尿病網膜症手術（外来）の出現比が高く、糖尿病透析予防指導管理の出現比が低い 	<p><精神疾患>【データ集P81~83】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の構想区域内での完結率は、66.5%であり、精神医療関連のレセプト出現比は、概ね全国の数値を下回っている。
(5) 救急医療の状況	<p>【データ集P84~86, 95】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 三次救急は小田原市立病院のみ ・ 二次救急の自己完結率は83.8% ・ 夜間休日救急搬送（外来）のレセプト出現比は全国の数値を上回るが、医療連携体制は下回る 	
(6) 在宅医療の状況	<p>【データ集P96~98】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導」や「入院機関とケアマネジャーとの連携」、在宅リハビリテーション、地域連携パス（大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん）利用者等のレセプト出現比は全国の数値を下回る 	

2 医療需要等の将来推計

(1) 人口の将来推計	<p>【データ集P156】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総人口は、平成22年（2010年）の36.0万人から、平成37年（2025年）には32.5万人（平成22年（2010年）比9.6%減）、平成52年（2040年）27.5万人（同年比23.4%減）に減少 ・ 75歳以上の人口は、平成37年（2025年）には平成22年（2010年）比1.58倍、平成52年（2040年）には1.50倍に増加 ・ 人口減少は著しいが、高齢者の増加は他地域より緩やか（平成37年（2025年）がピーク）
(2) 医療需要の将来推計	<p><入院及び在宅医療等の医療需要>【データ集P156~157】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比1.23倍に増加し、平成42年（2030年）の1.32倍をピークに、平成52年（2040年）には1.25倍となる ・ 75歳以上の患者数は、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比1.55倍に増加 <p><入院医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院医療需要は、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比1.08倍に増加し、平成42年（2030年）の1.12倍をピークに、平成52年（2040年）には、1.07倍となる。病床機能別では、平成37年（2025年）には、平成25年（2013年）比で高度急性期が1.14倍、急性期が1.2倍、回復期が1.26倍、慢性期が0.9倍になる <p><在宅医療等の医療需要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療等の医療需要は、平成25年（2013年）と比較すると平成37年（2025年）には、1.3倍に増加し、平成42年（2030年）の1.43倍をピークに、平成52年（2040年）には、1.35倍となる

	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等の医療需要の内、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成 37 年 (2025 年) には、平成 25 年 (2013 年) 比で 1.16 倍に増加 		
	<p><がん> 【データ集 P 157】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) の患者数は全体的に増加する 最も実数が多いのは肺がん 	<p><急性心筋梗塞> 【データ集 P 158】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) の患者数は実数は少ないが、平成 22 年 (2010 年) に比較して 1.2 倍になる 	<p><脳卒中> 【データ集 P 158】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) の患者数は、くも膜下出血は、平成 22 年 (2010 年) 比 1.1 倍、脳梗塞は 1.4 倍になり、特に脳梗塞は実数も多い
	<p><肺炎> 【データ集 P 158】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) の患者数は、平成 25 年 (2013 年) 比 1.4 倍に増加 	<p><骨折> 【データ集 P 158】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 37 年 (2025 年) の患者数は、平成 25 年 (2013 年) 比 1.4 倍に増加 	<p><救急> 【データ集 P 158】</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送件数は、ほぼ横ばいで推移
<p>(3) 平成 37 年 (2025 年) における患者の流出入の推計</p>	<p><高度急性期、急性期> 【データ集 P 160】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高度急性期については、県外の二次保健医療圏単位への流出入患者は、1 日あたり 10 人未満であり、少ない傾向にある 急性期について、1 日あたり 10 人以上の県外他区域への流出入患者は、静岡県 (49 人流出、11 人流入) 県内の構想区域における流出入は、高度急性期・急性期ともに流出超過であり、湘南西部への流出が多い 	<p><回復期> 【データ集 P 160】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 日あたり 10 人以上の県外他区域への流出入患者は、静岡県 (57 人流出、15 人流入) 県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、湘南西部への流出が多い 	<p><慢性期> 【データ集 P 160】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 日あたり 10 人以上の県外他区域への流出入患者は、静岡県 (47 人流出、45 人流入)、東京都 (16 人流入) 県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、湘南西部をはじめ県内ほとんどの地域から流入がある

(4) 平成 37 年 (2025 年) の病床数の必要量

(主な留意事項)

- 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 (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ありません。
- 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ります。

	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床) (構成比)
高度急性期	202	269 (10%)
急性期	606	777 (29%)
回復期	777	863 (32%)
慢性期	710	772 (29%)
合計	2,295	2,681 (100%)

< (参考) 病床機能報告制度の報告状況 >

	病床数 (床)		構成比 (%)	
	H26 (2014)	H27 (2015)	H26 (2014)	H27 (2015)
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
未選択等	21	53	1	2
合計	3,272	3,296	100	100

(※) 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%

(※) 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

< (参考) 基準病床数及び既存病床数の状況 (平成 28 年 3 月 31 日現在) >

基準病床数 (床)	既存病床数 (床)	
	一般病床	療養病床
2,913	2,081	1,119

(5) 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

(主な留意事項)

- ・ 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定める計算式により算出した、平成 37 年 (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 (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ありません。
- ・ 在宅医療等の必要量は、入院患者が一定数在宅医療等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ます。
- ・ 在宅医療等の必要量を踏まえた取組みについては、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、さらに精査・検討していく必要があります。

	(人/日)	H25 (2013)	H37 (2025)
在宅医療等		4,251	5,541
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分		2,913	3,375

3 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

(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

- ・ 医療資源を効率的・効果的に活用するためには、医療機関、地域の関係団体、行政、県西地域住民が一体となって、病床機能の確保を進めていくことが必要です。そのため、県西構想区域では、今後必要となる地域包括ケア病棟など、回復期への機能転換を進める必要があります。併せて、これに携わる医療従事者等を確保・養成していくことも必要です。
- ・ また、既存病床数が、厚生労働省推計による将来の必要病床数を上回っていますが、県西構想区域における病床機能のあり方について、人口密度や交通事情等の地域特性に合わせた長期的な視野に立った検討が必要です。
- ・ 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。
- ・ 県西構想区域の自己完結率は、脳卒中 (81.0%)、大腸がん (84.2%)、乳がん (72.4%) など県全体より高い数値を示しており、今後もこれらの実績を維持していくことが求められます。
 一方で、回復期リハ (50.4%)、肺がん (45.6%) などの自己完結率は他の構想区域と比べても低い傾向にあり、今後これらを向上させる方策が必要です。
- ・ 県西地区地域医療構想調整部会等において、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、地域住民に対しても、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及び病床機能の分化の推進や療養病床の縮小、減少等に伴い、県西構想区域の平成 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 1.3 倍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不足が懸念されます。
- ・ そのため、地域住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構築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。特に、これまで患者の医療機関選択（フリーアクセス）を保障してきた通院、入院医療に代わり得る「患者中心」の在宅医療の実現に向けた取組みを、地域包括ケアシステム構築の中で実現していく必要があります。
- ・ 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

- ・ 県西構想区域の医療従事者数は人口 10 万人対で概ね県全体及び全国の数値を下回っており、不足する医療従事者の確保・養成に向けた取組みを行うほか、県西構想区域に勤務し、定着して、地域医療に貢献する医療従事者の確保・養成に取り組むことが必要です。そのためにも、若い人たちが医療や介護の領域に夢を持って将来の進路を選択できるよう、地域医療の将来ビジョンを指し示すことが必要です。
- ・ また、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

- ・ 県西構想区域は、人口密度が低く、地勢的に広範囲の医療を担わなければならない地域があり、医療資源の運用に当たっては他地域に比べて効率性の悪さがあるため、地域内での一層の連携が求められています。
- ・ また、分娩を取り扱う医療機関が限られている中、産科医療の充実が必要です。
- ・ こうした基盤づくりに加えて、県西地域住民の健康を守るためには、住民自身の健康意識の向上や疾病の早期発見、早期治療の徹底が必要です。

- ・ さらに、災害時の医療救護体制や衛生対策の整備・充実が必要です。

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し、県西構想区域では、「地域の住民の医療は地域で診る」という「地域完結型医療」を目指していきます。
- ・ 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、地域住民の理解を得ながら、今後も継続的に、県西地区地域医療構想調整部会での協議や、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県西地区地域医療構想調整部会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、県西地区地域医療構想調整部会等において、毎年の病床機能報告制度の結果や、県西構想区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みます。

ア 病床機能の確保

- ・ 高度急性期医療、急性期医療については、地域において必要な救急や急性期疾患等、これまでに構築されてきた地域完結を目指した医療提供体制の維持・確保に向けた取組みを推進します。
- ・ 県西構想区域で今後必要となる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の整備等に係る技術的・財政的な支援を行います。
- ・ 慢性期については、県西構想区域では流入超過であるが、流入元である構想区域の医療設備の整備状況や、流出入の状況を踏まえ、将来の医療需要も勘案しつつ、慎重に議論を進めていきます。
- ・ 在宅医療の充実に向けても、後方支援のための急性期や回復期の病床機能の確保が重要です。そのため、救急医療を含めた医療提供体制の維持・確保とともに、急性期医療や回復期医療との連携強化を進めます。

急性期でも回復期の機能を持っている、あるいは、慢性期でも回復期の機能も一部持っているなど、病棟単位の報告となっている病床機能報告制度では、機能の分化が必ずしも表しきれていないことに注意が必要です。

また、病床機能の分化を、柔軟に運用をしていることが、結果的に県西構想区域の自己完結率の高さに寄与していることも考慮する必要があります。

イ 病床機能等の連携体制構築

① 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。

② 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。
- 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、地域包括ケアシステムの構築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

① 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構築に向けた在宅医療・介護の提供体制の整備を推進します。
- ・ 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。
- ・ 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、住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。

② 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」を持つことの地域住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。

③ 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」の地域住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。

④ 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。

⑤ 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。

イ 在宅医療を担う人材の確保・育成

① 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。

② 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あることから、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 地域住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、地域住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、医師をはじめ不足する医療従事者の確保・養成が必要であり、その確保・養成や定着促進を図ります。
- ・ 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。
- 看護職員の確保・養成については、民間の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するとともに、看護職員の資質向上のための研修等を進めます。
- 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、看護師の職場定着に向けた取組みを推進します。
- 看護師の再就業の促進に向けて、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の再就業に向けた取組みを推進します。
- 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。
- 薬剤師業務が、従来の調剤行為を中心とした業務から、患者中心の業務に移行していくため、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、かかりつけ薬局の定着、「かかりつけ薬剤師」の養成に取り組む、在宅医療への参加を促進します。

(5) その他

- 限られた医療資源を効率的に運用し、住民に適切な医療サービスを提供するため、休日・夜間の一次救急と二次、三次救急医療機関のスムーズな連携体制の構築やかかりつけ医の普及、慢性、急性期疾患に対する各医療機関の連携の強化を目指します。
- また、小児医療や周産期医療については、必要な機能の確保や連携体制構築に向けた取組みを推進します。
- 県西地域住民の主体的な健康管理を推進するため、健康意識の向上に向けた普及啓発や、地域の医療機能情報・薬局機能情報の提供及び相談支援体制の充実に取り組みます。
- また、特定健康診査・特定保健指導、がん検診の受診率の向上のため、地域住民への普及啓発、情報提供を図るほか、健診・検診機会の確保、関係機関の連携強化及び地域保健・職域保健・学校保健の連携の強化に努めます。
- さらに、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

に向けた取組みなどを推進します。

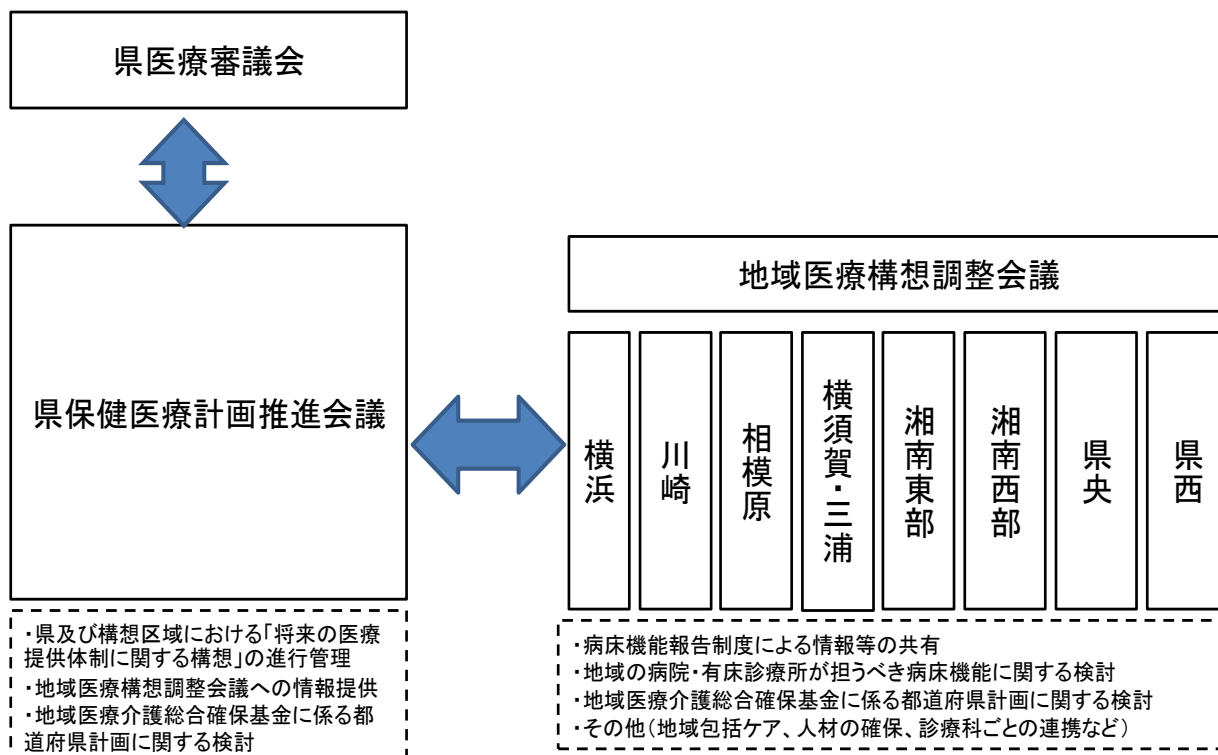
- 県西部地震の発生など、災害時において迅速かつ的確な救護を実施し、要援護者をはじめ、被災者の健康を確保するため、関係機関の連携強化を図るとともに、医療救護体制や医薬品供給体制、衛生対策の整備・充実に取り組めます。

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

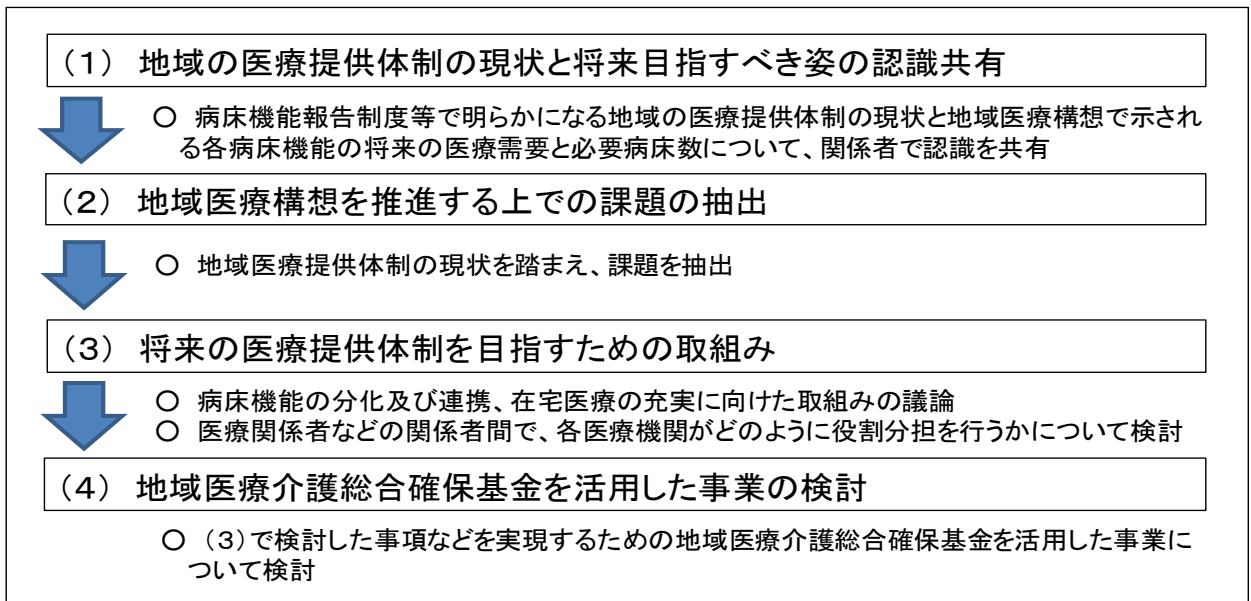
- ・ 地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14に基づき、将来の病床数の必要量を達成するための方策等について医療関係者、医療保険者等と協議することを目的に都道府県が原則構想区域ごとに設置するものです。
- ・ 本県では、地域医療構想に地域の実情を反映させるために、地域医療構想策定段階から8つの地域医療構想調整会議を設置し、協議を進めています。

(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。