

公益社団法人神奈川県病院協会 第10回理事会議事抄録（抜粋）

日 時 平成28年2月3日（水）午後2時30分

場 所 県総合医療会館2階会議室

3 協議事項

(1) 地域医療構想策定に関する意見交換

新江会長

現在第3回の調整会議が行われており、これまで5つの地区（横浜、川崎、相模原、三浦半島、湘南東部）が終了し、今週と来週で残りの3つの地区（湘南西部、県央、県西）が行われる予定である。

それでは、神奈川県の中澤医療課長、一柳グループリーダーから現在の進捗状況等についてご説明をお願いしたい。

中澤医療課長

日頃より皆様方にはご協力いただきありがとうございます。

地域医療構想の策定については、地域の会議、県の会議において多大なるご支援をいただき感謝申し上げます。

お話があったように、ちょうど第3回シリーズの真ん中を過ぎたところである。本日は現在の進捗状況を、皆様が他の地域の話も聞きたいとのことでしたので、ご説明します。

新江会長

先に皆様からいただいた質問事項について、窪倉副会長から説明します。

窪倉副会長

資料1を参照願いたい。当協会の電子掲示板にご意見がいくつかあり、6つにまとめた。事前に県に提出し、本日回答をご用意いただいていると思う。説明の後、皆様から質問していただきたいと思う。

一柳グループリーダー

皆様のなかには地域医療構想調整会議でお目にかかる方々もいらっしゃるのですが、ご存知の話かとも思うが、簡単にいまの状況をご説明する。

資料の策定スケジュールの通り、昨年7月頃から検討を開始し、本年10月頃に地域医療構想を策定したいと思う。

その間に計6回の会議を県全体の会議である保健医療計画推進会議と各地域8か所

に設置した地域医療構想調整会議にそれぞれ諮り進めたい。それを6回ずつ開催していきたいと思っている。

さきほど話があった通り、今はその中の第3回を各地域で実施しているところである。次に「第3回地域医療構想調整会議について」の資料をご覧くださいと、現在何をしているかという、全体の中の位置付けということでステップを示している。これは国の地域医療構想策定ガイドラインの中で示されている8つのステップとなる。

その中で第1回から順次進めているが、第3回会議はこのステップの5番と8番にさしかかっている。5番が「医療ニーズに対する医療提供体制の検討」で、特に圏域を跨ぎ移動されている患者さんを将来どのように考えるか、地域の皆様で議論いただいている。

また8番の「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」については、地域の課題を、データを用いて皆様に共通の理解をいただき、自由にご意見をいただいている段階である。

次に、「県内の構想区域間調整について」の資料も第3回の会議資料で、1は、地域ごとに患者さんを医療機関所在地または患者住所地のどちらかを選択していただき将来の姿を考える。ここでの患者住所地は、現行の患者移動を考慮せず、患者の住所地で対応することを目指す考え方、また医療機関所在地は現行の患者移動を前提に引き続き受入れ先の医療機関で対応することを目指す考え方である。

これは地域によって事情が異なるので、県としては地域の意向を最大限尊重するというので、それぞれの地域で、医療機関所在地で将来の姿を考えるか患者住所地で考えるかを一旦議論していただき、それをまとめ〈各地域の考え方〉の通り、それぞれの地域の方向性の一旦の案を整理した。これを見て第3回の会議で話し合っていた。

2「流出入調整後の2025年の患者数と必要病床数（仮）」はそれぞれの地域ごとの考え方を反映し、地域ごとの一日あたりの患者数と病床稼働率で割り返した必要病床数の数字が表に書かれている。

3「留意事項」は第3回会議では、この考え方を確認し、次の第4回会議で患者数と必要病床数を一旦確定したいと思う。

次に「各地域のデータ分析」の資料は、具体的なデータはかなり膨大なデータとなるのでここでは割愛するが、データ分析の概要（1）分析内容はア～カの記載の通りである。例えば病院の配置状況、2025年の必要病床数の状況、2025年の在宅医療等の充足状況、入院基本料7:1、10:1、回復期リハ等、療養病床の地域内での自己完結率の現状。疾患別の地域特性はがん、急性心筋梗塞、脳卒中の現状の自己完結率やレセプトデータの出現状況というものをみている。救急も同様である。在宅医療や医療従事者についても二次医療圏ごとに人口10万人あたり各地域がどのような状況にあるかといったようなことが比較できるようなデータをご覧ください。

ちなみにこのデータを本日はお示ししていないが、神奈川県ホームページで地域

医療構想のポータルサイトを立ち上げており、各地域の会議の資料は会議翌日にはアップするようにしているのでご参照いただきたい。現在の進捗状況はこのような状況となる。最初に戻り、県病院協会からいただいた質問事項に対し順次回答していく。

質問事項

①必要病床数を推計するときに病床稼働率を議論の対象にできるのか。

→必要病床数の計算方法は国が省令で定めており、それに則って計算すると医療法上なっている。病床稼働率も国では高度急性期は75パーセント、急性期は78パーセントと指定しているので、一旦これを用いて計算しなくてはならない。

ただ、各地域医療構想会議において、「国が指定した病床稼働率というのが実態から見ると低すぎる」と皆様からご意見をいただいている。この通りにベッド数を出し病床数を増やしてしまうと言葉は適切でないが、共倒れになってしまうということで、我々もその通りだと思っている。

計算上は国の指定した通りの計算をするが、実際に本当に病床を増やしていくかということを考えるに当たっては現実に即した数字で考える必要があるのではないか。そういう意味では調整会議での議論の対象に十分なり得る。

②調整会議の過程で確認される「必要病床数」は2025年度まで本当に変わらないものになってしまうのか。

→国が決めることなので県で自由に変えられるわけではない。国の基本的な考えでは2025年の必要病床数というのは患者の医療ニーズを推計したもので、それに基づいて出しているので毎年コロコロ変えることは適切ではないと言っている。

では例えば5年経ったら見直すのかということに関しては明言していない。ここは不透明、未定の状態である。

③必要病床数と病床機能報告制度の差を埋める施策が入るとされているが、どの程度まで詳細な施策が入るのか。これは年々調整会議のテーマになるのか、行政ペースで進むのか。

→施策をどの程度まで詳細に書くかは、いま考えているところである。皆様のご意見を聞きながら決めていきたいと思う。いま考えているのはあまりにも不透明な要素が多すぎる。ここにも書いている通り、病床機能報告制度による報告は毎年行われ、その数値は毎年動いていく。診療報酬の改定が2年に1回あるので、それによって皆様

の判断が左右される。療養病床のあり方が今まさに国で検討されているし、医療従事者の確保についても国で検討が始まったところである。

このように不確定な要素がかなりあるので、今ここで地域医療構想でがっちり10年間これをしていくと詳細まで書くのは現実的に無理であるし、自分で自分の首を絞めることになりかねないので柔軟に考えたい。

年々調整会議のテーマになるのかということについては、年々調整会議のなかで2025年の必要病床数、目指すべき地域の将来像と現状を比較し、近付いているのか遠ざかっているのか、では何をすればよいのかということを経年話し合っていくイメージである。

④保健医療計画にある基準病床数と必要病床数との整合がどの程度まで行われるのか。地域の意向を踏まえ、必要病床数と既存病床数との差異を埋めることを優先した保健医療計画で基準病床数として公式化されると、地域医療機関での調整を抜きにして県外機関による病院開設などがあり得るのか。

→基準病床数との関係は、実は不確定な要素の1つであるが、国がはっきりと言っているのは、基準病床数の制度はなくなる。それが必要病床数と齟齬のないようにしていくと言っている。

具体的に基準病床数をどういう計算式にするかは平成30年3月の今度の医療計画の改定に向け、これから国で検討することになっている。ひとついえるのはいくら必要病床数があっても基準病床数がある手前にあるということを念頭においていただきたい。

⑤地域医療構想調整会議は28年10月以降も継続的に行われる見通しなのか。

→その通りである。

⑥湘南西部は他地域からの患者流入が多く、2025年にはさらにそれが多くなると推計されている。それを患者住所地ベースで推計して絞り込むと地元地域にとっては良いが、他地域の患者にとっては湘南西部へ流入しにくくなる。他圏域からの医療圏を超えた患者移動（流入）を制限することにならないか。

→このあたりの考え方は地域の皆様のご議論で決めていただくことと考えている。

湘南西部は明日会議があるので、このことも話し合われると思う。我々県は患者住

所地にして欲しい等の強制はしない。

ひとつ誤解されてはいけないと思うことは、患者の流出入を患者住所地で考えるか、医療機関所在地で考えるのかという話は、将来の推計にあたりいくつかの仮定のひとつとして、地域の患者さんをできるだけ自分たちで診るという方向を選ぶのか、実際に患者さんの移動は止められないから現実を是認する考え方をするのか、仮定をどちらにおくかという話であり、実際に患者住所地を選んだから患者さんにこちらで受けろということとはできない。あくまでも将来の患者数を推計するに当たってのパラメータのひとつと思って、誤解されないようにしていただきたい。

新江会長

先生方から、ご質問等あるか。

今井理事

今、取り上げたことは県内の問題としてだけになっているが、当然東京、山梨、埼玉、静岡等の周辺都県との関係で何かコメントがあれば言ってほしい。

一柳グループリーダー

説明を省略したが、資料2に記載の通り、第2回会議で県外の患者の流出入をどのようにするか議論があった。

「第2回地域医療構想調整会議の開催概要」の資料をご覧いただきたい。第2回の結果のなかで東京都、山梨、千葉、静岡等との患者の流出入をどう考えるかということで地域により選択していただいている。その選択の結果をこの資料にまとめられている。

皆様からいただいた地域の考え方をもとに、県で東京、山梨、静岡、千葉と協議をした。国のルール上は、昨年12月までに協議が整わなかった場合は、隣接する地区の流出入は医療機関所在地にするというルールが示されている。

実際に協議はしたが、協議が整わず、最終的には患者住所地を選択したところでバッティングしている所については、医療機関所在地で患者さんを計算するという結論になっている。これを踏まえて患者数を計算した結果が資料4の2番の表の数字である。

今井理事

そのような視点で新しく変わってきた点は特にないということか。

一柳グループリーダー

そうです。

土屋理事

医療機関所在地が 10 月までに決まらなければ医療機関所在地と。そのなかで例えばバッティングしている所の根拠に、例えば、新たに施策をとって患者流出を食い止めるというようなことが出て来た場合、今後 10 月以降のイメージだが、お互いに按分するとか、微調整をするイメージがあるか。

一柳グループリーダー

まず、都道府県間の調整は全国同じルールでやっているの、昨年 12 月に一旦整理がついたと考えている。いま仰られた考え方は、構想区域間調整について国は何も言っておらず、県が決められるので、そういった方法もご意見をいただければあり得なくはない。

土屋理事

すると地域によっては実現可能と判断すれば微調整することは今後ある。いったんは数を決めて出すが、10 月以降にはあるということですね。また稼働率をその地域で、もう少し上げたものにして調整することもあるということによろしいか。

一柳グループリーダー

10 月以降というのは地域医療構想策定後ということか。基本的には地域医療構想の策定のときに必要病床数は確定する。その後に病床数を変えることがあるのかというのは、冒頭の②の質問の回答と同様にいまのところ考えていない。

小松常任理事

本日出させていただいた質問を含めて、国で定めた計算方式や法的に定められた必要病床数を出すというと、ここに記載された数字なのか。次回出してくる数字は資料 4 の表の数字なのか。

一柳グループリーダー

これは第 3 回会議で出した数字である。その後地域によっては医療機関所在地、患者住所地の考え方を変更するところもあるので、若干数字が動く可能性はある。

小松常任理事

結局、この地域間調整で医療機関所在地をとるか、患者住所地をとるかは確定ではないが、基本的にはこの数字になるということか。

一柳グループリーダー

医療法に定められた必要病床数というのはこれである。

小松常任理事

神奈川県の場合だとこの数字ではかなりベッドを増やすことになる。この数字の、例えば相模原の急性期は 83%で稼働しているから、83%で割り戻せばこの数字よりは現実に近い数字なるというふうに整えるというのは、出来ないのか。

一柳グループリーダー

そのやり方をどうしようか悩んでいるところである。まず、法に決められた数字は書かなくてはいけないが、実質的な数字、県として独自に設定した数字を持てるのかどうか。実は沖縄県で同じようなことが議論されており、沖縄県のやり方も見ながら上手いやり方があるのかと考えたい。

小松常任理事

出さなくてはならないものは実はこれで、ということならば、ベッドの数、病床数に関して国でルールを決めているので、医療機関所在地か患者住所地かの議論が終わり、地域で数を議論する意味はもうないわけである。

ただ現実を考えると、稼働率や地域の問題点を含め地域なりの数字と、いまの数字の2つを作っておかないと、基準病床数とかには現実的な数字をつくる等したほうが良いと思う。

一柳グループリーダー

各地域でも同様のご意見をいただいているし、我々も同じ思いである。2種類の数字を持つことを含め、上手いやり方があるかどうか考えているところである。

新納常任理事

2025 年問題だが、我々病院経営者は実際、2035 年をいちばん考えている。2035 年を見据えて検討しているが、県では療養型の必要病床数について A パターンにするのか B か C にするのか。上げたり下げたりはどのぐらいにするのか。

一柳グループリーダー

慢性期の必要病床数でパターン C は神奈川県にはない。パターン A かパターン B かでいうとパターン B でずっとやってきている。パターン C は該当がない。

2025 年問題の方だが、2025 年はある意味ピークであり、ピークに合わせて整備をしたらその後どうなるのという話だと思う。それも全くその通りだと思っている。

ガイドラインはあくまで参考である。国のガイドラインというが、神奈川県は全国で特殊な地域である。全国的には何万床を減らすという中で、神奈川県・東京・千葉・埼玉・大阪・沖縄は増やすことになっている。

国があの手この手で考えているのはどうやって減らそうかということである。神奈川県はどうにかして増大する需要を乗り切っていかななくてはならない。そういう意味では特殊な県であり、独自の知恵を絞っていかななくてはいけない。いつも皆様をお願いしているが、地域医療構想調整会議の際には知恵を授けて頂きたい。

新納常任理事

我々も考えているが神奈川県が基本になるものを考えてくれないと、調整会議でどうこう言っても、土台は県がこういう方法はいかがかと言ってもらわないと、何でも調整会議に任せるとするのは無責任ではないかと思う。

一柳グループリーダー

会議に当たっては原案をお示しし、それに基づいてご意見を貰うようにしているつもりである。

新納常任理事

横浜で言えば増えた数にどうすればいいかということに対して、はじめから原案を出してもらわないと、いきなり我々に言っても難しいと思う。

松井常任理事

県はそう言っていない。我々の意見を聴いてそれから変えるとずっと言っている。横浜市で提案させていただいたのは、これが本当にできたときに医師、看護師、ワーカーさんがどのくらい必要かを出してほしいと言った。全部の医療圏でそれを出していただきたい。どのくらいの人数が必要か。ものすごい人数だと思う。おそらくこれを作るのは不可能だと思う。だからこそ、その人数を割り出してほしいと言った。

今井理事

地域医療構想と地域包括ケアはセットだと思う。必要病床数の算定は地域包括ケアがその地域でどの程度のところまで2025年に向け進んでいるかという推定のもとにこれが割り返されていないと思う。

もしこれがきっちりできていれば理論的には必要病床数は下がるはずである。その点についてはどういった方針を持っているか。それにより施策そのものが違ってくる、ベッドを減らす調整力よりも、地域包括ケア、在宅復帰率を高めればベッドは少なくて済み影響を受けるはずだが、それについてはあまり出されていない。

一柳グループリーダー

仰るとおり地域医療構想を実現するため、2025年に必要な医療提供体制の整備を考えるときに、地域包括ケアがどのくらい進めるか抜きにしては考えられない。施策

として地域包括ケアシステムの構築もいろいろなことをやっているが、どのくらい進めるかの10年後の方針を持っているかと聞かれると、残念ながら今はない。

地域医療構想は医療計画の一部になり、医療計画の次の改定は平成30年3月となる。市町村の介護保険の事業計画、要するに地域包括ケア側の計画も平成30年に改定となり、実はその年に診療報酬と介護報酬も同時改定となる。ということで平成30年度がひとつの大きな節目となりそうであるが、申し訳ないがいまの時点では、そこから先のことを見越してはいない。

今井理事

2つの問題はセットであるから、そちらも県の施策上で行う形で数値を見直してほしい。

新江会長

時間もそろそろ経過した。最後に保健医療計画推進会議に出ている窪倉副会長にまとめていただきたい。

窪倉副会長

基本的な質問事項にプラスしてご意見をいただいたので多面的に推進会議でも深められるように努力をしたい。さらに保健医療計画策定に向けた取り組みもまた同時にやっていくと思う。

そうした議論のなかでも介護との整合性を含め議論できるようにしていきたい。

皆様も様々な会議等に関わられると思うので、同期しながらやっていきたいと思う。

地域医療構想策定に関する質問事項

- ① 医療需要に対する医療供給を踏まえて必要病床数を推計するときに、病床稼働率での割り戻しを調整会議での議論の対象とできるのか。
- ② 調整会議の過程で確認される「必要病床数」は2025年度まで本当に変わらないものになってしまうのか。
- ③ 平成28年10月までに策定を予定している「地域医療構想」には必要病床数と病床機能報告制度(毎年変わる可能性があるはずだが)の差を埋める施策が入るとされているが、どの程度まで詳細な施策が入るのか。
これは年々調整会議のテーマになるのか、それとも行政ペースで進むのか。
- ④ 保健医療計画にある基準病床数と必要病床数との整合がどの程度まで行われるのか。地域の意向を踏まえずに、必要病床数と既存病床数との差異を埋めることを優先した保健医療計画で基準病床数として公式化されると、地域医療機関での調整を抜きにして県外機関による病院開設などがあり得るのか。
- ⑤ 地域医療構想調整会議は、平成28年10月以降も継続的に行われる見通しなのか。
- ⑥ 湘南西部は他地域からの患者流入が多く、2025年にはさらにそれが多くなると推計されている。それを患者住所地ベースで推計して絞り込むと地元地域にとっては良いが、他地域の患者にとっては湘南西部へ流入しにくくなる。他圏域からの医療圏を超えた患者移動(流入)を制限することにならないか。

地域医療構想策定スケジュール

時期	事務局 (県、政令市、保健福祉事務所)	専門部会・ワーキング (保健医療計画推進会議)	地域の意見聴取の場 (地域医療構想調整会議)	備考
平成27年 7～8月頃	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療の現状分析 2025年の医療需要推計 	<ul style="list-style-type: none"> <第1回> 推計結果の共有 スケジュールの共有 	<ul style="list-style-type: none"> <第1回> 推計結果の共有 スケジュールの共有 	<ul style="list-style-type: none"> データブック提供(6月10日) 医療審
9月～ 11月	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県間調整の考え方整理 都道府県間調整の実施(11月頃まで) 構想区域間調整案作成 	<ul style="list-style-type: none"> <第2回> 都道府県間調整の議論 構想区域の設定 	<ul style="list-style-type: none"> <第2回> 都道府県間調整の議論 構想区域の設定 	<ul style="list-style-type: none"> 研修(応用編)
平成28年 12～1月頃	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて構想区域間調整を実施 地域の課題分析と必要施策の検討 骨子案を作成 	<ul style="list-style-type: none"> <第3回> 構想区域間調整の議論 	<ul style="list-style-type: none"> <第3回> 構想区域間調整の議論 	
2～3月頃	<ul style="list-style-type: none"> 素案を作成 	<ul style="list-style-type: none"> <第4回> 構想区域と必要病床数の確定 骨子案の議論 	<ul style="list-style-type: none"> <第4回> 構想区域と必要病床数の確定 骨子案の議論 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審中間報告・審議(2月頃) 議会報告
5～6月頃	<ul style="list-style-type: none"> 構想(案)を作成 	<ul style="list-style-type: none"> <第5回> 素案の議論 	<ul style="list-style-type: none"> <第5回> 素案の議論 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審中間報告・審議(6月頃) 議会報告
7～9月頃		<ul style="list-style-type: none"> <第6回> 構想(案)の議論 	<ul style="list-style-type: none"> <第6回> 構想(案)の議論 	<ul style="list-style-type: none"> パブコメ 議会報告
10月頃	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想策定 			<ul style="list-style-type: none"> 医療審諮問

第2回地域医療構想調整会議の開催概要

1 議事内容

構想区域の設定について議論するとともに、都道府県間調整に向けて、都道府県間で流出入がある患者について、4医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの地域の医療提供体制の方向性を決定する

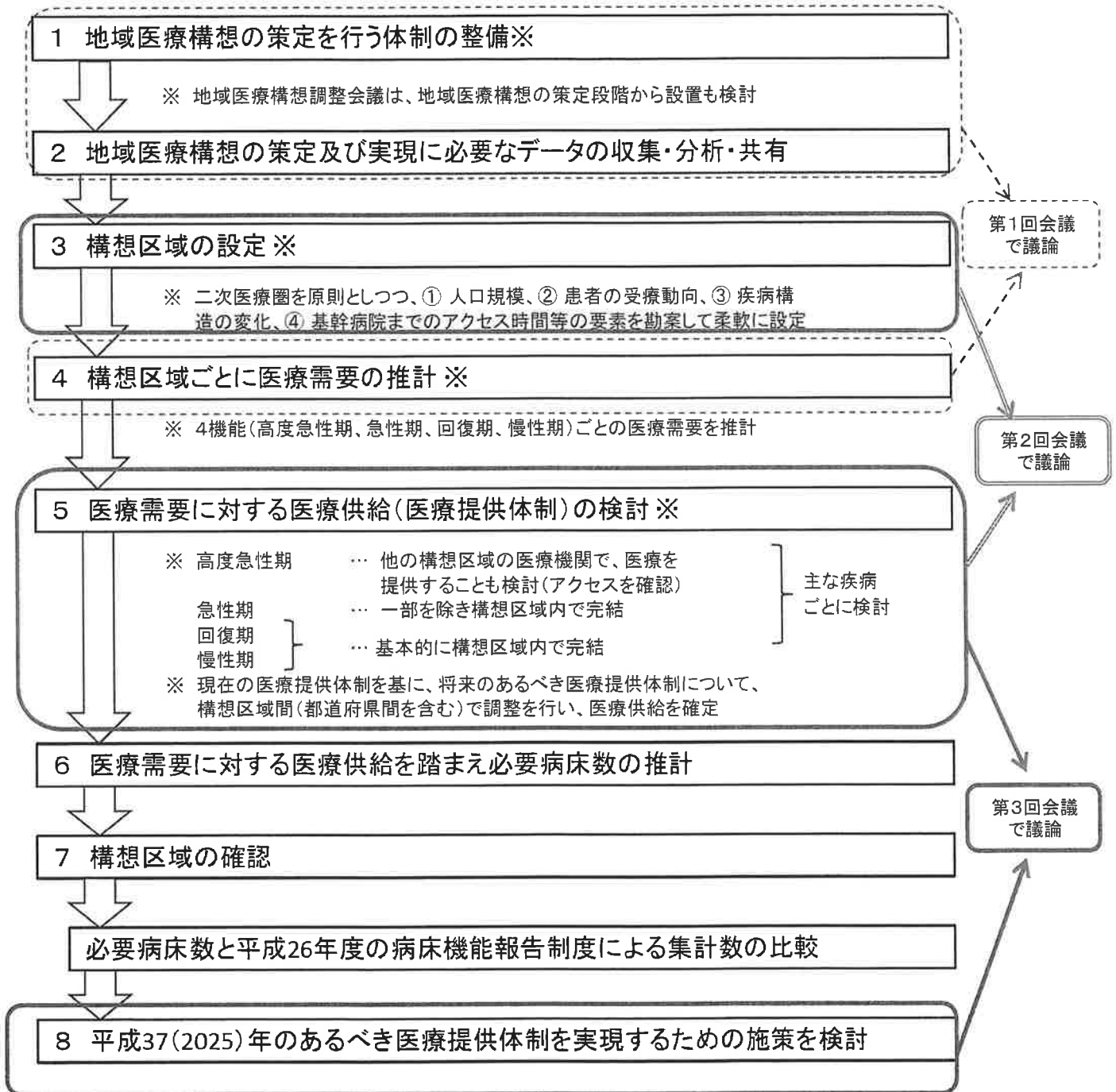
2 議題に関する各地域の考え方

地域	時期	構想区域の方向性	都道府県間調整の方向性	備考
横浜	10/26	3つの二次医療圏を1つにする	高度急性期：医療機関所在地 急性期、回復期、慢性期：患者住所地	
川崎	10/21	現行の二次医療圏	高度急性期、急性期、回復期、慢性期：医療機関所在地	横浜等の動向によっては見直しの可能性有
相模原	10/18			
横須賀・三浦	10/8		高度急性期：医療機関所在地 急性期、回復期、慢性期：患者住所地	
湘南東部	10/22			
湘南西部	10/16		慢性期：患者住所地	慢性期以外の医療機能は、次回会議で議論
県西	10/9		高度急性期：医療機関所在地 急性期、回復期、慢性期：患者住所地	
県央	11/5		高度急性期、急性期、回復期、慢性期：患者住所地	
県（推進会議）	10/8		<主な意見> ・ 会議に参加していない医療機関の意見も個別の勉強会などを通して聞く必要がある ・ 流出入調整は、単なる数合わせではなく、原因を分析した上で、地域のあるべき医療提供体制を議論する中で検討すべき	

3 その他の主な意見

- ・ 現状の数値として病床機能報告制度の数値を位置づけているが、病床機能報告制度は、定性的な基準で行われており、実態を正確に反映していない。今後、4機能区分の基準の明確化が必要。
- ・ 病床機能報告制度は、病棟単位ではなく病床単位などより細分化した形で報告できるようにすべき
- ・ 病床の機能転換が進まない時に病院に知事の権限をもって転換を迫ることは、避けてほしい

1 全体の中の位置づけ



2 第3回会議で議論すべきこと

- 県内の構想区域間調整(案)について議論する。
- データを基に各地域の現状(地域特性)を把握し、現場の感覚と比べて実情を反映しているものなのか意見をもらうとともに、2025年に向けた施策検討のための意見をもらう。

1 調整（案）の調整方法

- 構想区域間調整にあたっての構想区域ごとの4機能別の流入の考え方（医療機関所在地又は患者住所地を選択）は、第2回会議で決めた地域の方向性を基に考える。（たたき台として提示）

<各地域の考え方>

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	備考
横浜北部	医	患	患	患	構想区域を1つにする方向で調整中
横浜西部	医	患	患	患	
横浜南部	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	患	患	県内調整については、仮決定 高度急性期、急性期、回復期は第3回で決定
湘南西部	—	—	—	患	
県央	患	患	患	患	
県西	医	患	患	患	

※湘南西部は、仮で県の基本的な考え方である高度急性期：医療機関所在地、急性期・回復期・慢性期：患者住所地で算出

- 構想区域間で流入がある場合、双方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患者数を算出する。
- 一方、双方の考え方が不一致の場合は、双方の患者数は、医療機関所在地の患者数で算出する。

・本来、急性期、回復期、慢性期は、患者に身近な患者住所地で対応することが望ましいが、構想区域間双方の考え方が異なっている場合には、現行の患者移動や医療提供体制を前提に考えることとし、医療機関所在地の患者数で算出する。

（国が定めた都道府県間調整のルールと同様）

※患者住所地：現行の患者移動を考慮せず、患者の住所地で対応することを目指す考え方

※医療機関所在地：現行の患者移動を前提に、引き続き受入先の医療機関で対応することを目指す考え方

- また、国が定めた都道府県間調整のルールを準用し、当該構想区域内の10人未満の流入患者は、自区域の患者として算出し、10人未満の流出患者は、自区域の患者として算出しない。

<算出イメージ>

自区域の対応	相手区域の対応	患者住所地	医療機関所在地
患者住所地	患者住所地	お互い患者住所地で算出	お互い医療機関所在地の医療需要で算出
医療機関所在地	医療機関所在地	お互い医療機関所在地の医療需要で算出	お互い医療機関所在地で算出

2 流入調整後の2025年の患者数と必要病床数（仮）

上記の考え方に基づき仮に算出すると以下のとおりとなる。（詳細の算出方法は参考資料○、○）

構想区域	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計		備考
	人/日	病床数	人/日	病床数	人/日	病床数	人/日	病床数	人/日	病床数	
横浜北部	1,079	1,439	3,128	4,010	3,095	3,439	2,422	2,633	9,724	11,521	構想区域を1つにする方向で調整中
横浜南部	987	1,316	2,641	3,386	2,372	2,636	1,819	1,977	7,819	9,315	
横浜西部	1,065	1,420	2,492	3,195	2,458	2,731	1,649	1,792	7,664	9,138	
川崎北部	528	704	1,423	1,824	1,308	1,453	1,070	1,163	4,329	5,144	
川崎南部	640	853	1,828	2,344	1,426	1,584	519	564	4,413	5,345	
横須賀・三浦	579	772	1,611	2,065	1,621	1,801	1,129	1,227	4,940	5,865	
湘南東部	392	523	1,402	1,797	1,306	1,451	1,058	1,150	4,158	4,921	
湘南西部	576	768	1,457	1,868	1,264	1,404	1,109	1,205	4,408	5,245	
県央	408	544	1,712	2,195	1,648	1,831	1,140	1,239	4,908	5,809	
相模原	608	811	1,808	2,318	1,548	1,720	2,224	2,417	6,188	7,266	
県西	202	269	693	888	777	863	710	772	2,382	2,792	
合計	7,064	9,419	20,195	25,890	18,823	20,913	14,849	16,139	60,931	72,361	

3 留意事項

- 第3回会議では、構想区域間調整の算出方法と各地域の考え方を確認し、第4回会議で患者数と必要病床数を確定させる。

各地域のデータ分析について

1 目的

今後、2025年に目指すべき医療提供体制を実現するための施策を検討するにあたり、データを基に地域の現状を把握する。

2 データ分析の概要

(1) 分析内容

- ア 基本的事項：人口推計、患者推計、病院の配置状況等、2025年の必要病床数の状況、2025年の在宅医療等の充足状況
- イ 入院基本料：7:1及び10:1、回復期リハ等、療養病床の現状
- ウ 疾患別の地域特性：がん、急性心筋梗塞、脳卒中の現状
- エ 救急：救急医療の現状
- オ 在宅医療等：在宅医療等の現状
- カ 医療従事者：医療従事者の現状

(2) 使用するデータ

- ・別表のとおり

3 データの分析結果から議論すること

(1) 地域医療構想の記載内容

- ア 2025年の医療需要と病床数の必要量
- イ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
- ・医療機能の分化・連携を進めるための施策
- 病床の機能転換や病床の増床を図るための施策（例：施設整備等の補助、地域連携パスの導入）
- ・在宅医療等の充実に向けた施策
 - ・医療従事者の確保・養成のための施策

(2) 医療機能の分化・連携に向けた施策検討の関連データ

分析データ	データ確認項目	分析結果から議論する点（イメージ）
病院の配置状況等	病院・有床診療所の配置状況、DPC病院の疾患別の診療実績	・4つの医療機能の中で、どの医療機能の分化・連携等を図るべきか（例：急性期から回復期への転換を行う、回復期を増床する等）
2025年の必要病床数の状況	2025年の必要病床数の充足状況	
7:1及び10:1、回復期リハ等、療養病床の現状	自己完結率、レセプト出現比（SCR）の状況	・転換等を図る医療機能の内、どの疾患の機能分化・連携等を図るべきか（例：回復期への転換を図る中でも、特に脳卒中の回復期への転換を行う） ・どのような手法で機能分化・連携等を図るべきか
がん、急性心筋梗塞、脳卒中、（救急医療）の現状	自己完結率、レセプト出現比（SCR）、DPC病院の診療実績、人口カバー率	

(3) 在宅医療等の充実に向けた施策検討の関連データ

分析データ	データ確認項目	分析結果から議論する点 (イメージ)
2025 年の在宅医療等の状況	2025 年の在宅医療等の充足状況	・ 在宅医療等の充実にあたり、何を重点的に取り組むべきか
在宅医療等の現状	在宅医療関連の医療資源、介護資源の状況、SCR (レセプト出現比)	

(4) 医療従事者の確保・養成に向けた施策検討の関連データ

分析データ	データ確認項目	分析結果から議論する点 (イメージ)
医療従事者の現状	医師、看護師等の医療従事者の現状	・ (2) (3) のデータや現状を踏まえ、医療従事者の確保・養成にあたり、どのような医療従事者を確保・養成すべきか

4 今後のスケジュール

時期	施策の検討	策定スケジュール
第3回 (27.12~28.1月)	現状把握	構想区域間調整、各地域の特性、
第4回 (2~3月)	課題分析	骨子案 (課題分析を反映)
第5回 (5~6月)	施策の検討①	素案 (施策の検討①を反映)
第6回 (7~9月)	施策の検討②	構想案 (施策の検討②を反映)