

医療のランドデザイン・中間とりまとめ

平成23年12月 8 日

医療のランドデザイン策定プロジェクトチーム

目次

1	医療のグランドデザイン策定の趣旨	1
2	神奈川県医療の現状と10年後の姿	2
	(1) 人口	
	(2) 医師、看護師等医療従事者の数	
	(3) 医療機関の数	
	(4) 神奈川県医療の特徴、課題	
3	神奈川県が目指すべき医療の姿	6
4	目指すべき姿の実現に向けて推進する取組み	
	(1) 地域に根ざした医療	
	ア 効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築	
	(ア) 救急医療の充実	8
	(イ) 医療資源の適正配置・地域偏在是正	11
	(ウ) 医療と介護の連携・在宅医療の推進	15
	(エ) 災害時医療体制の整備	18
	イ 連携・協働・自律の医療の推進	
	(ア) 医師の養成・確保	20
	(イ) 看護師等医療人材の養成・確保	23
	(ウ) 職種間連携、職域拡大、チーム医療推進	25
	(エ) 県民の医療に対する理解と参画の促進	27
	(2) 開かれた医療と透明性の確保	
	ア ICTを活用した医療情報の医療提供施設・患者間の共有とセルフケアの推進	29
	イ 西洋医学と東洋医学の連携などによる治療の選択肢の多様化	31
	(3) 病気にならない取組みの推進	
	ア 未病を治す取組み	32
	イ 予防接種の促進	33

1 医療のグランドデザイン策定の趣旨

本県は、国民皆保険のもと、保健医療計画の「県民が、いつでも、どこでも、誰でも等しく良質かつ適切な保健医療サービスを受けられる」という基本原則に基づいて医療体制の整備に取り組んできており、関係者の努力により一定の医療水準が築きあげられている。

しかし、これまでの医療施策は、医療を提供する側中心に組み立てられてきた。医療は受け手である患者、家族や県民が納得できるものでなければならない。

また、近年、医療の高度化と医療需要の多様化が進む中で、医療人材の不足などから、県内でも、救急医療や周産期医療などに支障が生じている。

本県では、15歳未満の年少人口は減少を続けているが、一方、65歳以上の高齢者は平成22年現在182万人から平成32年には235万人に増加することが見込まれており、急速なスピードで高齢化が進展していく。

高齢化の進展とともに、悪性新生物や生活習慣病による死亡率が増加を続けている。今後の高齢者の急増に対応して、病気にならない取組みを推進するとともに、切れ目のない医療・介護体制の整備、医療人材の養成を行うことや、将来を担う小児の健康保持が焦眉の課題である。

医療は、患者と医療提供者の信頼関係を基本に成り立つものであり、県民、患者に選択に必要な情報が提供されることが必要である。これまで、診療の場ではインフォームド・コンセントの普及、カルテ等の診療情報の提供やセカンドオピニオンが推進されてきているが、なお、患者と提供側の情報には大きな格差がある。患者が自己の診療情報を医療提供施設と共有し、信頼関係のもとで、治療を選択・決定できる環境づくりを進めていくことも課題である。

こうした課題を踏まえて、今後10年程度先を見据え、本県の医療の現状を県民、患者の立場からも見直し、本県医療のあるべき姿、現在の課題解決の方向性を示すため、医療のグランドデザインを策定するものである。

本年8月17日に、医療のグランドデザイン策定プロジェクトチームが発足し、これまで8回の会議を開催し、検討を進めてきた。これまでの検討成果を「中間とりまとめ」としてここにまとめた。

県にあっては、本プロジェクトチームの中間とりまとめを踏まえ、県民、医療関係者の理解のもと、県として必要な取組みに早期に着手することを期待する。

プロジェクトチームでは、この「中間とりまとめ」を踏まえ、今後、さらに検討を進め、年度内に最終報告を行う予定である。

2 神奈川県医療の現状と10年後の姿

(1) 人口

本県の現在の人口構成比は、年少人口は全国とほぼ同じであるが、高齢者人口は全国に比べ低く、生産年齢人口が全国に比べ高いという状況にある。

平成32年の人口構成比は年少人口は全国平均を下回るが、生産年齢人口は依然として全国を上回る。また、高齢者人口は全国平均と同様に増え約54万人増加する。また、いわゆる後期高齢者人口の構成比は全国を上回る勢いで増え、約23万人増加すると予測されている。

(表1) 年齢別人口及び構成比の予測

(単位:千人)

区 分		平成22年	平成27年	平成32年	増減
全 国	総人口	128,057	125,430	122,735	△5,322
	15歳未満	16,803	14,842	13,201	△3,602
	構成比	13.2%	11.8%	10.8%	—
	15～64歳	81,031	76,807	73,635	△7,396
	構成比	63.8%	61.2%	60.0%	—
	65歳以上	29,245	33,782	35,899	6,654
	構成比	23.0%	26.9%	29.2%	—
	65～74歳	17,330	17,162	17,162	△168
	構成比	13.8%	14.0%	14.0%	—
	75歳以上	16,452	18,737	18,737	2,285
構成比	13.1%	15.3%	15.3%	—	
神 奈 川	総人口	9,048	9,018	8,993	△55
	15歳未満	1,188	1,049	931	△257
	構成比	13.1%	11.6%	10.4%	—
	15～64歳	5,989	5,786	5,707	△282
	構成比	66.6%	64.2%	63.5%	—
	65歳以上	1,818	2,182	2,356	538
	構成比	20.2%	24.2%	26.2%	—
	65～74歳	1,181	1,123	1,123	△58
	構成比	13.1%	12.5%	12.5%	—
	75歳以上	1,001	1,232	1,232	231
構成比	11.1%	13.7%	13.7%	—	

(平成22年は平成22年国勢調査確定値、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所 平成19年5月推計)

(2) 医師、看護師等医療従事者の数

本県の医師数は増加を続けているが、平成20年の本県の医師数(医療施設従事者)は16,168名、人口10万人当たり医師数は181.3人と全国39位となっており、医師不足の状況にある。

今後の10年間には、平成20年からの医学部入学定員の増員の効果が現れ、医師数はこれまで以上の増加が見込まれる。

(表2) 医師数の推計

(医療課)

区 分		平成22年	平成27年	平成32年
全 国	医師数	279,833	300,494	326,097
	人口10万人当たり医師数	219.0	236.3	260.0
神 奈 川	医師数	17,078	19,352	22,057
	人口10万人当たり医師数	190.6	214.6	245.3

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)、医学部入学定員を基に推計

看護職員数(実人数)については、現行の不足状況の中でも、供給数は増加が見込まれる。

(表3) 看護職員数の推計について

(保健福祉人材課)

区 分		平成22年	平成27年	平成32年
全 国	看護職員数	1,395,571	1,531,463	1,693,423
	人口10万人当たり看護職員数	1,089.8	1,221.0	1,379.7
神 奈 川	看護職員数	66,676	70,447	77,897
	人口10万人当たり看護職員数	736.8	781.2	866.2

業務従事者届、厚生労働省長期的需給見通しを基に推計

(3) 医療機関の数

本県の医療機関は、人口10万人当たりの病院数は3.8病院と全国平均より少ないものの、1病院当たりの病床数は全国平均では183.8床であるが本県は214.5床と多くなっている。また、病院の病床100床当たりの常勤換算医療従事者数では、医師数が16.1人で全国2位となっているなどいずれも全国平均を上回っている。

(表4) 施設数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

区 分	病 院			一般診療所		歯 科 診 療 所
	一般病院	精神病院		有床診療所		
全 国	8,670	7,587	1,082	99,824	10,620	68,384
人口10万人対 施設数	6.8	5.9	0.8	78.0	8.3	53.4
神奈川県	343	296	47	6,407	332	4,868
人口10万人対 施設数	3.8	3.3	0.5	70.8	3.7	53.8

病院には結核療養所を含むため一般病院と精神病院の計と一致しない。

(表5) 病床数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

区 分	病 院				一般診療所
	一般病床	療養病床	精神病床		
全 国	1,593,354	903,621	332,986	346,715	136,861
人口10万人 対施設数	1,244.3	705.6	260.0	270.8	106.9
神奈川県	73,574	46,568	12,962	13,786	3,226
人口10万人 対施設数	813.0	514.6	143.2	152.3	35.6

(表6) 病院の常勤換算従事者数及び100床換算医療従事者数

(医療施設調査 平成22年10月1日現在)

区 分	総 数	医 師	歯科医師	薬剤師	看護師、 准看護師
全 国	1,868,255.5	195,368.1	10,202.8	43,294.8	843,729.7
100床 当たり	117.2	12.3	0.6	2.7	52.9
神奈川県	93,969.9	11,861.2	718.4	2,410.8	40,648.0
100床 当たり	127.8	16.1	1.0	3.3	55.3

(4) 神奈川県医療の特徴、課題

ア 特徴

本県の医療提供体制の特徴は、人口10万人当たりの医師数、看護師数などの医療人材や医療施設数は少ないものの、狭い県内に4医科大学を有しており、大規模病院の比率が高く、かつ、病床当たりの医療従事者も全国を上回る水準を確保していることが挙げられる。

しかしながら、地域別には、横須賀・三浦二次保健医療圏では分娩を取り扱う医療施設の減少や、県央二次保健医療圏には救命救急センターがなく、人口当たり医師数が少なく、さらに二次輪番制度の維持に窮している状況にある。

イ 課題

本県は現状においても医師・看護師が不足しており、医師については診療科や地域による偏在もある。また、医師の専門化が進んだ結果、患者を総合的に診ることのできる医師の養成が求められている。さらに、今後いわゆる後期高齢者の大幅な増加が見込まれており、それに対応する医療を提供するためには、医師・看護師等の医療従事者の更なる養成・確保が課題となる。

このうち医師数については、医学部入学定員の増員の効果が現れ、これまで以上の速度で増加するものの、本県の人口10万人当たりの医師数は、10年後の時点においても全国平均には届かないと見込まれる。

また、看護師については、平成22年の人口10万人当たりの看護職員数は736.8人と全国47位となっており、増加は続くが全国平均を下回る状況と見込まれる。

さらに、高齢者の増加は介護の需要も増大させ、医療と介護の間に切れ目を作らない体制の構築が課題となっている。また、周産期・小児医療においても、施設及び人員体制の整備と地域及び施設間における連携づくりなどが課題となっている。

このほか、医療需要の増大に対応するためには、医療従事者の増加だけでなく、職種間の連携、チーム医療の推進や不要不急の受診を控えるような県民の医療に対する理解や参画が必要と考えられ、これらをいかに推進していくかが課題となっている。

併せて、県民自らが、病気にならないよう、健康増進・予防の実践が課題である。

3 神奈川県が目指すべき医療の姿

神奈川県が目指すべき医療の姿について、現時点でのイメージをまとめると、次のとおりである。

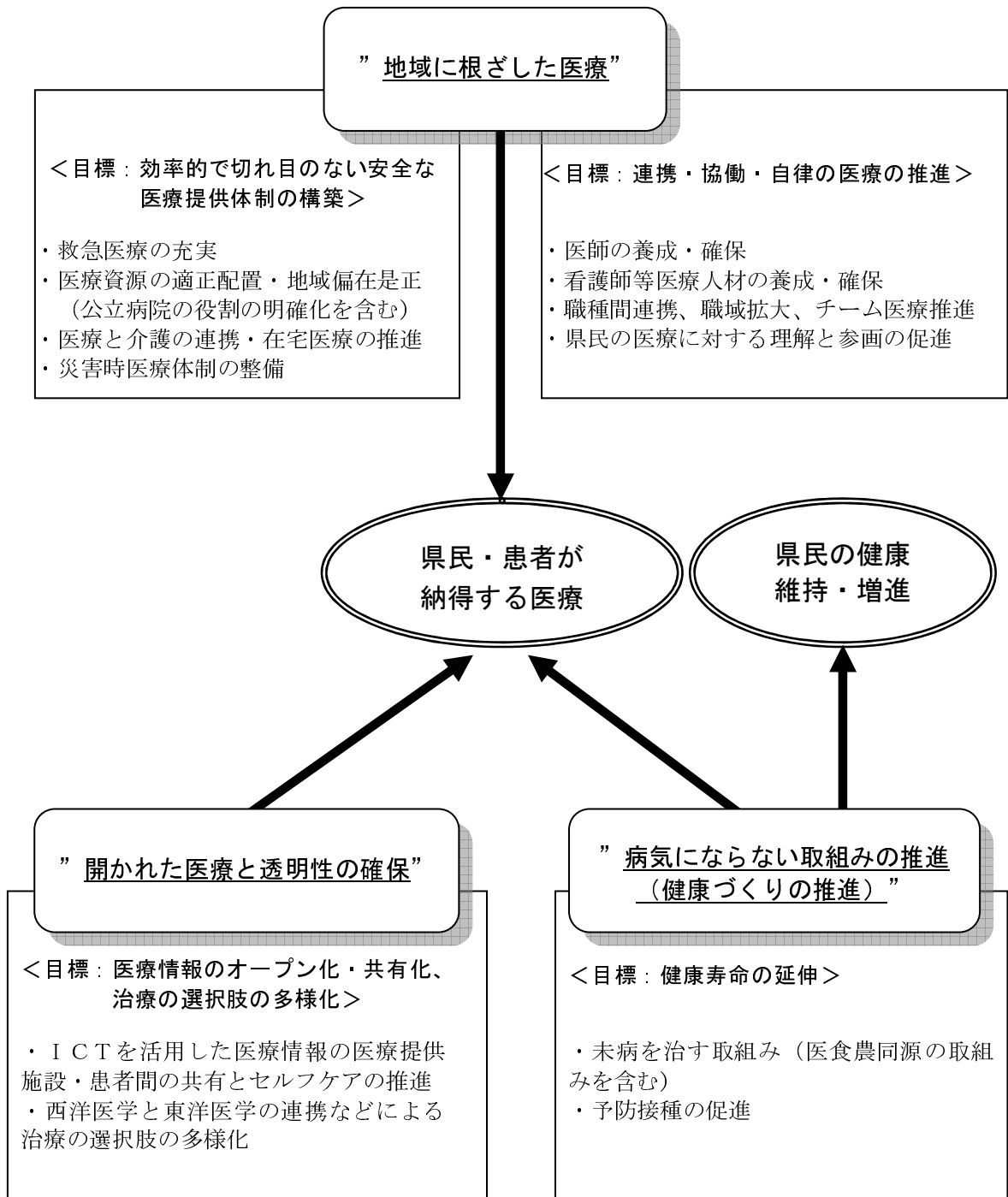
医療の先進県・マグネットかながわ

医療の先進県として、住民や医療従事者を引きつけ、相互に理解し、みんなでつなぐ、「いのち」輝く神奈川県

- 県内どこに住んでいても、軽症から重症まで状態に応じた救急医療を、できるだけ身近で受けることができる
- 周産期医療、小児医療が整えられ、子どもを産み、育てやすいと実感できる
- 在宅を中心に医療や介護サービスが包括的に提供され、安心して暮らせる
- 医療の高度化や需要増に対応できるだけの、医師、歯科医師、薬剤師、看護師などの医療従事者が確保され、それぞれが連携・協働し、生きがい・魅力を感じて働くことができる
- 多様な医療情報や治療の選択肢が、教育の場を含めて提供され、県民自ら、いのちや健康、医療について考え、実践する
 - ・ 医療情報が患者と医療機関とで共有され、自己の医療に患者が主体的に関わる
ことができる
 - ・ 健康増進、治療、ターミナルケアなどの領域で、西洋医学や、漢方をはじめとした東洋医学など、多様な選択をすることができる

今後、検討を進め、目指すべき医療の姿をさらに明確にしていきたい。

神奈川県が目指すべき医療の姿



4 目指すべき姿の実現に向けて推進する取組み

(1) 地域に根ざした医療

ア 効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築

(ア) 救急医療の充実

① 背景・現状

本県では、従来から、患者の病状に応じた適切な医療が受けられるよう、初期、二次、三次の救急医療体制の整備を進め、救急患者の円滑な受入に向けて取り組んできたところである。

現在、県央二次保健医療圏を除く各二次保健医療圏に三次救急医療機関としての救命救急センターが整備されているが、二次救急医療機関は減少傾向にあり、特に県央二次保健医療圏等の一部においては、救急輪番体制の運営も厳しい状況が発生している。

また、最近が高齢者の救急搬送が増加しているが、高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急へ流入することにより、円滑な救急医療体制の障害となる状況がある。救急搬送受入の困難事案の増加が見られ、本県では全国水準よりも受入に多くの時間がかかっている。

さらに、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入先を容易に見つけられない現状がある。

② 課題

特に県央二次保健医療圏をはじめとする二次救急医療機関の不足地域においては、医療資源の集約化や病院機能の拠点化への取組みとともに、軽症患者の二次・三次医療機関への流入を抑制するための取組みや、搬送困難事案の解消と救命率の向上への取組みが必要である。

また、周産期救急においては、NICUの不足と長期滞留の改善など、周産期患者を円滑に受け入れるしくみの整備が課題となっている。

さらに、小児救急については、地域の実情に応じ、集約化のデメリットにも配慮しつつ、拠点的医療機関を整備する必要がある。

併せて、精神疾患と身体疾患に両方対応できる受け皿となる医療機関の整備が必要である。

高齢者救急については、高齢者の救急搬送の増加が一般救急に影響を及ぼしている実態を踏まえて、対応策を検討していく必要がある。

なお、救急医療体制においては、亜急性期病床の整備などにより、急性期医療から慢性期医療への円滑な移行（いわゆる「出口問題」）を進めることも課題となっている。

③ 方向性・取組み

(二次保健医療圏ごとの重点的な取組み)

二次保健医療圏ごとの医療資源の配置実態を把握したうえで、必要な医療人材の養成・確保に取り組むとともに、現にある医療資源を適切に維持・強化していく必要がある。

特に、横須賀・三浦二次保健医療圏では周産期救急や小児救急、県央二次保健医療圏では二次救急や三次救急の拠点整備、県西二次保健医療圏では初期救急の救急医療提供体制の再構築の方策を検討していくべきである。

(救命率向上の取組み)

搬送困難事案の解消に向けて、搬送受入基準の的確な運用や後方支援病院の充実が求められる。軽症患者の安易な時間外受診を抑制するための啓発やコールセンターの設置による相談とトリアージを行う体制整備も必要である。さらに、ドクターヘリの運航時間の延長など、救命率向上のための事業を進めていくべきである。

(特殊救急の取組み)

周産期救急については、NICUの整備など設備面の取組みを進めるとともに、急性期を過ぎた患者の支援病院への転送の円滑化など、周産期救急医療体制の改善を進めるべきである。

小児救急については、我が国における乳幼児の死亡率が不慮の事故等により他の先進国より高いことを踏まえ、事故防止の周知・啓発を進めるとともに、PICUを含めた「小児救命救急センター」などの拠点整備や、ドクターヘリの小児救急への活用に取り組むべきである。

(精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組み)

精神疾患と身体疾患を合併する救急患者を円滑に受け入れるための広域的な仕組みづくりを行うべきである。また、身近な地域においても、既存の医療資源の連携により、精神疾患及び身体疾患が軽症の救急患者への対応が可能となるようにする必要がある。

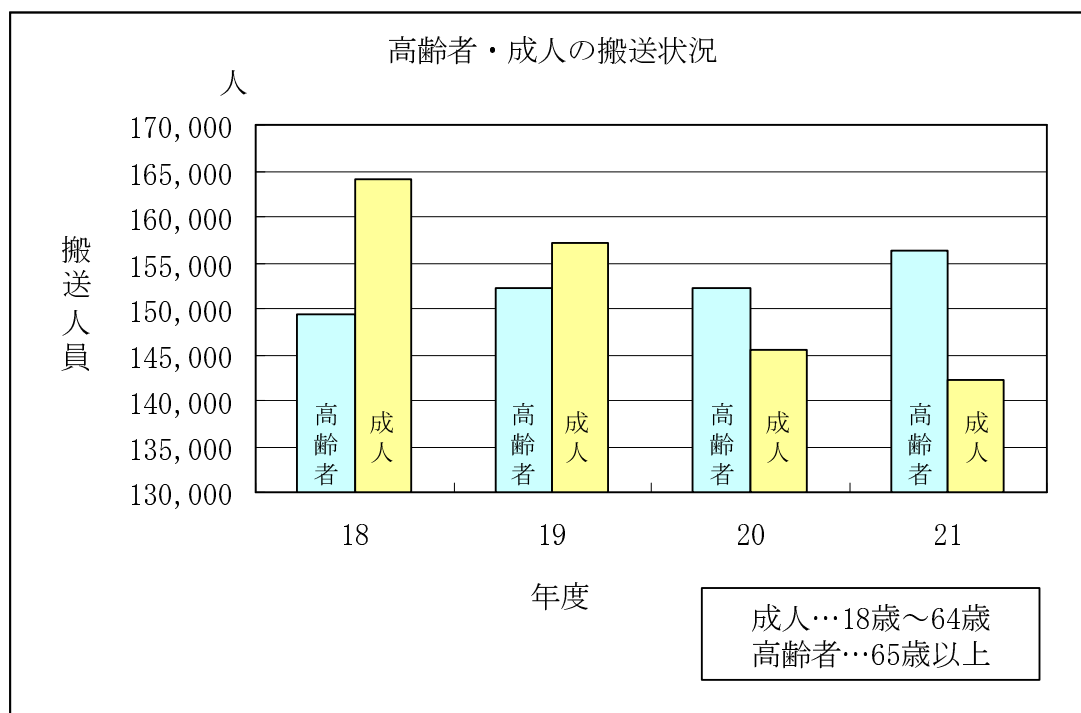
(高齢者救急の取組み)

高齢者救急については、老健施設や有床診療所の有効活用等を含めて、救急医療提供体制の円滑化の方策を検討する必要がある。

また、「リビングウィル・カード」の導入等も含めて、患者本人の意思を尊重した医療提供のあり方について議論を深め、県の医療政策への位置づけを検討していくべきである。

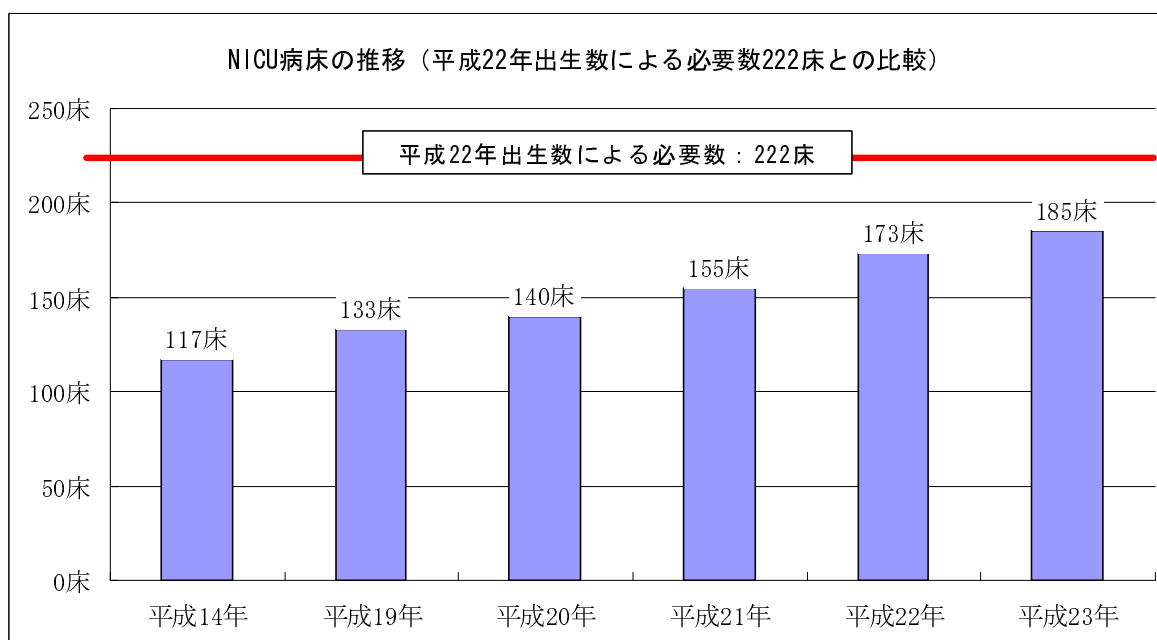
本県の高齢者・成人の搬送状況

(救急・救助の現況（消防の統計）の神奈川県分の基礎データより)



本県のNICU病床の推移（平成22年出生数による必要数222床との比較）

(医療課)



(イ) 医療資源の適正配置・地域偏在是正

① 背景・現状

現行の県保健医療計画では、総合的な保健医療体制を整備するための基本的な地域単位として二次保健医療圏を設定し、その中で、一般的な入院対応や二次救急医療サービスが完結することを目指している。

しかしながら、現実には、単位人口または単位面積当たりの医師の数や病院・病床数には地域的な偏りがあり、病院の機能や診療科ごとの配置にも地域偏在が見られる状況にある。特に、県央二次保健医療圏をはじめとして、救急輪番体制（小児・成人）の維持が厳しい地域も見られる。

一方で、病床過剰な二次保健医療圏においては、医療法の規定により病院の新規参入や増床が原則として不可能であり、地域間の病床数に著しい不均衡が生じても病床整備が困難となっている。

さらに、公立・公的医療機関の配置に着目すると、二次保健医療圏によって、その占める割合が大きく異なり、それぞれが担う役割も異なっている。

② 課題

身近なところで適切な医療を受けられる体制に向けて、不足する診療科における医師確保に取り組むとともに、各二次保健医療圏の医療資源の配置実態を把握したうえで、医療資源の集約化や病院機能の拠点化を関係者の合意の下に進める必要がある。

特に、県央二次保健医療圏や横須賀・三浦二次保健医療圏など医療資源の不足が深刻な地域については、既存の資源を有効に活用しつつ、救急を含む医療資源の偏在是正に取り組む必要がある。さらに、是正を進めるに当たり、障害となる病床規制のあり方について検討を深める必要がある。

このほか、県央二次保健医療圏にはがん診療連携拠点病院がないことや、緩和ケア病棟を持つ医療機関がない二次保健医療圏が複数存在することも課題と考えられる。

また、医療資源の集約化や病院機能の拠点化を進めるに当たっては、各二次保健医療圏の実情を踏まえて、公立・公的医療機関の役割を方向付ける必要がある。

なお、医療資源の集約化等に伴い、利用者のアクセスが不便になる等のデメリットの発生が懸念され、その回避が課題となる。

③ 方向性・取組み

(二次保健医療圏ごとの方向性と公立・公的医療機関の役割)

今後は、本県の各二次保健医療圏における医療資源の配置実態を把握したうえで、特に今後集約化や拠点化が求められる分野を整理し、その中で、それぞれの二次保健医療圏における公立・公的医療機関の役割について方向性を示していく必要がある。

例えば、県央二次保健医療圏においては、二次救急医療の拠点や救命救急センター、がん診療連携拠点病院の設置、横須賀・三浦二次保健医療圏においては、産科・小児科の拠点的医療機関の設置を検討する必要がある、緩和ケア病棟を持つ医療機関がない二次保健医療圏においてはその設置を検討する必要がある。そのような検討に当たっては、具体的に当該二次保健医療圏の既存の公立・公的医療機関の果たすべき役割を検証したうえで、各二次保健医療圏における医療提供体制の再構築の方策を検討していくべきである。

(病床規制への対応)

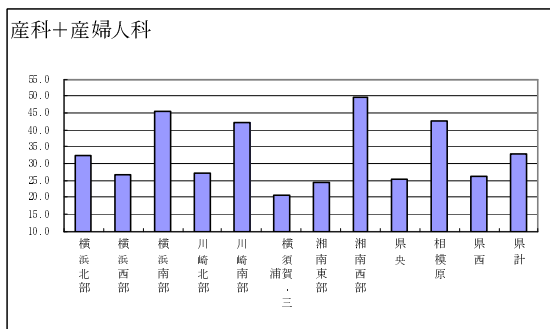
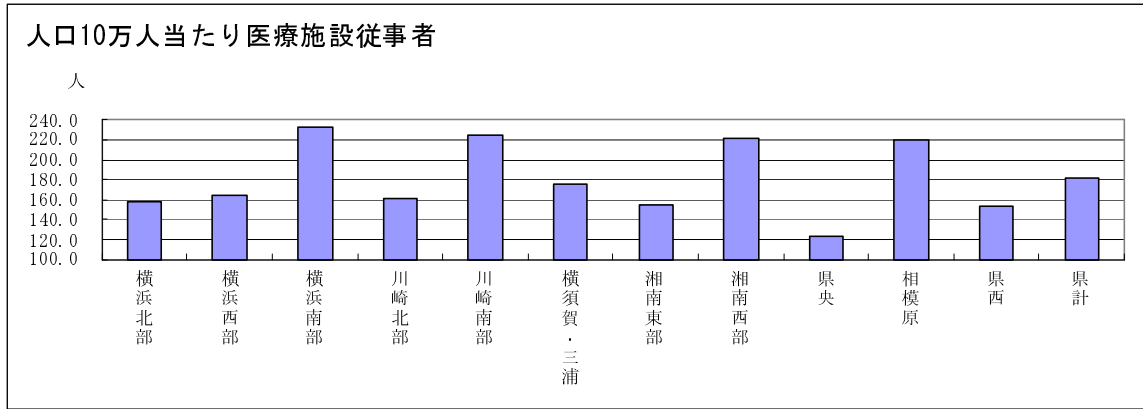
その際、全国一律の病床規制が支障となるときは、県が独自性を発揮して規制の柔軟な運用を図り、地域の実情に応じた医療提供体制の構築、地域偏在の是正に取り組んでいくことが望まれる。

(「かかりつけ医」や「総合医」の重要性)

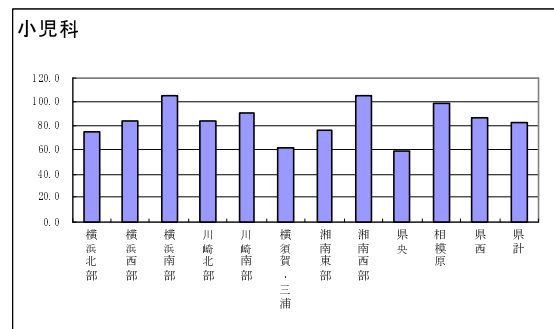
医療資源の集約化に伴って医療機関が遠くなる等の利用者側のデメリットについては、その対応策の一つとして、身近な医療を支える「かかりつけ医」の役割強化が必要であり、また、国の「総合医」育成の議論を踏まえ、一層専門性を高めて幅広く診療が行える医師の養成に努めるべきである。

二次保健医療圏別主な診療科の医師数

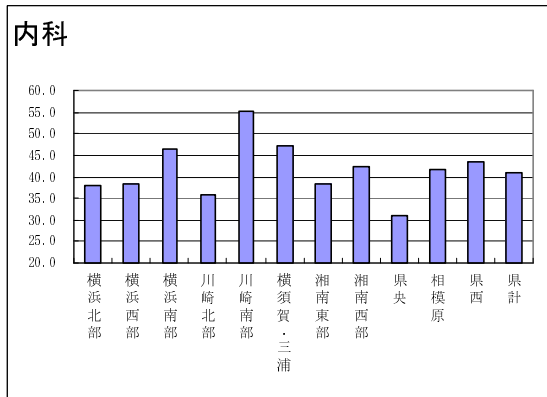
(厚生労働省 平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査)



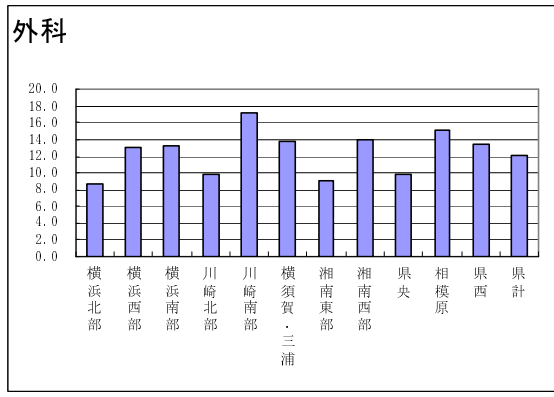
※ 15歳～49歳女性人口10万人当たり医師数



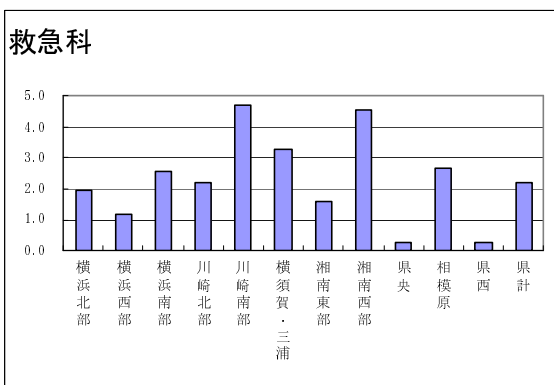
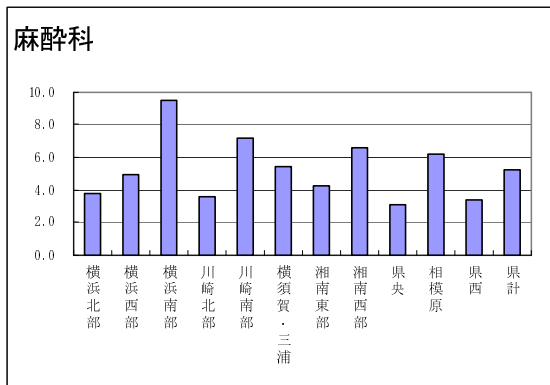
※ 15歳未満人口10万人当たり医師数



※ 内科・腎臓内科・糖尿病内科・血液内科



※ 外科・乳腺外科・消化器外科



県央二次保健医療圏における病床等の状況

(平成23年3月31日現在)

1 療養病床及び一般病床

二次保健医療圏	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)			差引 (B-A)	人口(人) (C)	10万人当たり の病床数 B/C
		一般	療養	計			
横浜北部	8,260	6,088	1,894	7,982	△ 278	1,520,218	525
横浜西部	7,105	6,059	1,340	7,399	294	1,109,318	667
横浜南部	6,953	6,126	457	6,583	△ 370	1,060,316	621
川崎北部	4,011	3,363	813	4,176	165	820,444	509
川崎南部	3,998	4,412	436	4,848	850	606,094	800
横須賀・三浦	4,545	4,122	1,214	5,336	791	731,769	729
湘南東部	3,873	2,860	986	3,846	△ 27	693,612	554
湘南西部	4,838	3,498	1,257	4,755	△ 83	594,407	800
県 央	4,750	4,071	968	5,039	289	838,914	601
相模原	6,625	3,798	2,838	6,636	11	718,338	924
県 西	2,445	2,132	1,119	3,251	806	358,767	906
合 計	57,403	46,529	13,322	59,851	2,448	9,052,197	661

2 県央二次保健医療圏における市町村別内訳

市町村名	基準病床数 (A) 人口数で按分	既存病床数 (B)		人口(人)※ (C)	10万人当たり の病床数 B/C
		構成比			
厚木市	1,270	1,871	37.1%	224,333	834
海老名市	724	985	19.5%	127,818	771
座間市	733	443	8.8%	129,420	342
愛川町	238	150	3.0%	41,971	357
清川村	20	0	0.0%	3,450	0
大和市	1,294	1,361	27.0%	228,582	595
綾瀬市	472	229	4.5%	83,340	275
計	4,750	5,039	100%	838,914	601

市町村名	基準病床数 (A) 人口数で按分	既存病床数 (B)
厚木市	1,270	1,871
厚木市以外の市町村	3,480	3,168
計	4,750	5,039

※ 人口は「神奈川県人口と世帯」（県統計センター：平成23年1月1日現在）による。

(ウ) 医療と介護の連携・在宅医療の推進

① 背景・現状

高齢者の在宅医療については、独居高齢者や高齢夫婦世帯の増加などにより、医療的ケアに加え、介護サービスを必要とする要支援・要介護認定者や認知症患者も増加傾向にある。

本県における在宅医療を担う施設である在宅療養支援診療所等の人口10万人当たりの数は全国平均を下回っている。

在宅医療は24時間365日対応が求められており、医師や看護師等の負担が大きいことから、人材の確保が難しい状況にある。

また、訪問看護ステーション1事業所当たりの看護師数は5人程度であり、医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケア提供事業所が少ない状況にある。

一方で、在宅医療に求められる職種は、医師（かかりつけ医）、看護師、ケアマネージャーなど複数あり、歯科医師、薬剤師や栄養士の役割も期待されており、人材確保が急務となっている。

② 課題

今後の高齢化の進展に伴い、居住環境にも配慮した在宅医療と在宅における看取りの重要性はさらに増していく。

在宅療養支援診療所及び同支援病院の従事者の負担軽減を図るための後方支援体制の整備や医療依存度の高い在宅療養者に対応できる訪問看護人材の育成・確保が課題である。

患者を中心とし、同職種だけでなく多職種連携による地域包括医療・介護体制のハブ機能も備えたネットワーク化が課題である。

認知症患者への対応としては、早期に症状に気づき、診断や治療に結び付けることが重要であり、その上で、適切な医療・介護サービスを提供できる体制の整備が課題である。

重症心身障害児等についても、在宅医療の重要性は増しており、その家族を含めた支援体制の整備が課題である。

在宅における看取りについては、「かかりつけ医」の重要性が増している。

また、在宅において最終末期の患者の急変時等に、本人の意思が確認できないまま、治療が進められているという課題がある。

③ 方向性・取組み

(施設間の連携)

在宅療養支援診療所及び同支援病院における医師等の負担軽減を図るため、在宅医療に関わる医師等の確保・育成や「診・診連携」等の

強化を図る必要がある。

(効率的な在宅医療提供体制の整備)

訪問看護人材の育成に継続的に取り組むとともに、多職種で構成する連携ネットワークや研修体制を構築し、定期的に報告・検討会を行うことで、効率的な在宅医療提供体制を整備する必要がある。

(地域医療連携クリティカルパスの介護への導入)

地域包括支援センターにおける人材の確保・育成やブランチ（支所）の設置などによる機能強化や地域包括ケア会議（仮称）の開催により、地域医療連携クリティカルパスの介護への導入を目指す必要がある。

(有床診療所の活用)

今後の高齢化に伴う在宅医療の需要に応えるために、地域にネットワークをもつ有床診療所を、在宅療養支援や在宅看取りの主体として活用することを検討すべきである。

(認知症対策)

認知症対策としては、認知症医療連携パスによる医療と介護の連携ネットワークを構築し、医療機関相互や介護サービス事業所等の情報の共有化及びオープン化により認知症患者と家族を支援する必要がある。

(重症心身障害児等への対策)

重症心身障害児等への医療提供については、小児も対象にした訪問看護ステーションなどの整備を行い、また、「レスパイト」に対応できる施設を増やすことで、介護に当たる家族のストレス軽減など総合的な支援を行う必要がある。

(最終末期治療の自己決定)

超高齢化社会において、最終末期の治療を自己が決定・選択することが可能となるような医療・介護の連携体制のあり方を明らかにする必要がある。

県内在宅療養支援診療所数

平成23年7月1日現在

区分	診療所数
横浜市	286
川崎市	105
相模原市	34
横須賀三浦二次保健医療圏	81
湘南東部二次保健医療圏	75
湘南西部二次保健医療圏	57
県央二次保健医療圏	51
県西二次保健医療圏	39
合計	728

(関東信越厚生局届出数)

人口10万人当たり 8.2
 同 全国平均 10.1
 (厚生労働省保険局医療課データ)

県内在宅療養支援病院数

平成23年7月1日現在

市名	病院数
横浜市	5
川崎市	1
相模原市	4
小田原市	1
鎌倉市	1
逗子市	1
三浦市	1
合計	14

(関東信越厚生局届出数)

人口10万人当たり 0.16
 同 全国平均 0.41
 (厚生労働省保険局医療課データ)

在宅医療における医療と介護の連携



(エ) 災害時医療体制の整備

① 背景・現状

本県では、災害時における医療救護活動の実施に向けて、神奈川県医療救護計画を策定し、医療救護・防疫体制の整備と他都道府県からの応援も視野に入れた相互応援体制の確立についての取組みを進めており、災害医療拠点病院（被災地における医療の確保及び医療支援等を行うための医療機関）を33か所、神奈川DMA T指定病院（災害の急性期における専門的な災害医療を実施するための災害派遣医療チーム〔DMA T〕を有する災害医療拠点病院）を13か所、それぞれ指定している。

② 課題

大規模災害に備えて災害時医療救護体制を強化するために、災害医療拠点病院及び神奈川DMA T指定病院の追加指定の対象となる医療機関の確保が課題である。

また、災害発生直後の急性期から慢性期へ移行するまでの医療提供体制についても、実施主体となる医療機関の確保や連携・協力体制の具体的な構築が課題である。

さらに、東日本大震災ではこれまでの想定を超える被害が発生し、災害医療拠点病院等における病院施設の耐震化やライフラインの確保についての見直しが課題となっている。ライフラインについては、災害医療拠点病院の全てで自家発電装置と受水槽が設置されているが、既存の自家発電では大型の診断機器の利用が難しい場合や、自家発電に切り替わった際に医療機器等にトラブルが生じる場合が指摘されたところである。

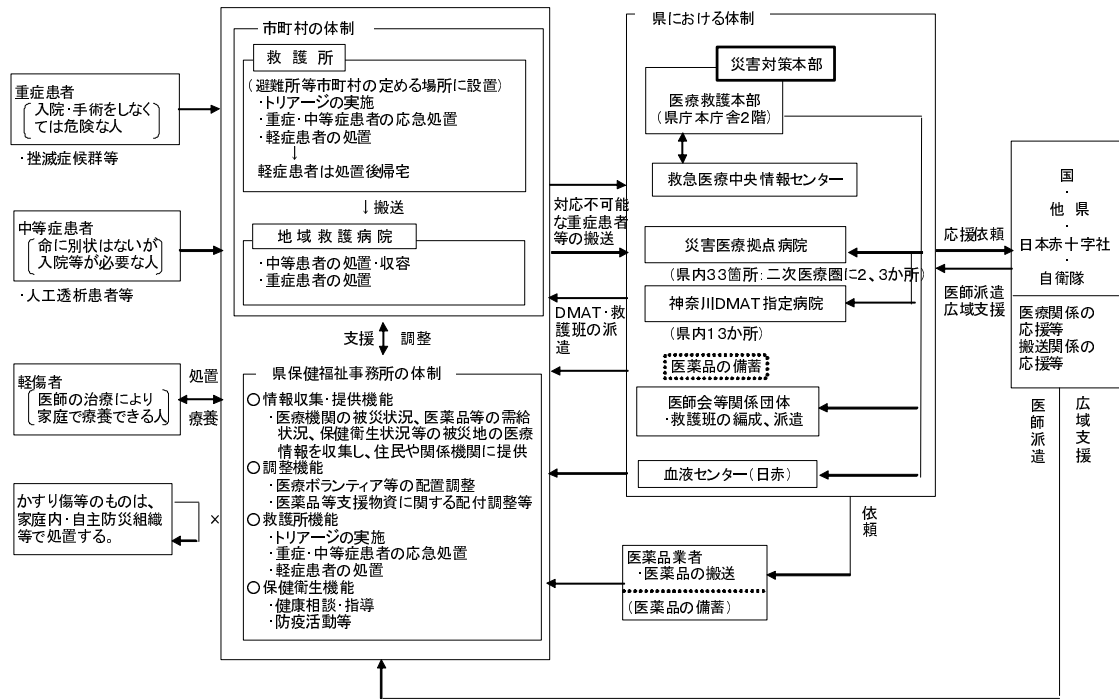
③ 方向性・取組み

（災害時医療体制の見直し）

国で取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書（平成23年10月）」に基づき、災害医療拠点病院を中心に機能強化（病院施設の耐震化や、自家発電装置の充実等ライフラインの確保等）やDMA Tの増、ドクターヘリの活用等、消防を含めた市町村との連携を強化し、災害時における医療体制を見直すべきである。

その際、本県が主たる被災地になった場合と、被災せず、隣県や、東日本大震災のような遠方に支援する場合とを整理する必要がある。

災害時医療救護活動体制



イ 連携・協働・自律の医療の推進

(ア) 医師の養成・確保

① 背景・現状

本県の医師数は、平成20年時点では人口10万人当たり181.3人で全国39位となっている。このような状況の中、平成20年から県内の医学部の入学定員の増員が図られ、4大学合計で平成19年には360名であったものが、平成24年には435名と75名の増となる予定である。

また、平成22年2月に神奈川県地域医療再生計画を策定し、医師のライフステージに応じた支援策を実施しているほか、4大学に寄附講座を開設し、医師のキャリアパスの中に地域医療を位置付けることにより、地域で活動する医師の確保に取り組んでいる。

② 課題

現在の本県では、医師不足という認識では一致しており、特に産科や小児科などの特定の診療科や地域による偏在が課題となっている。

その一方で、必要な医師数についての客観的な指標がない。

③ 方向性・取組み

(医師養成の方法)

県として中長期的にどれだけの医師が必要となるのかを把握した上で、対応策を考えることが必要である。

これまでの議論では「医学部新設」等を行うべきとの意見と「国の検討会の動向を注視すべき」との意見があり、更なる検討が必要である。

医師の養成数の増加策については医学部の定員増と医学部の新設が考えられるが、平成20年からの定員増により県内4医科大学の入学定員は過去最高となっており、教員や施設の面で更なる増員は難しい状況となっている。一方で、医学部の新設については、地域医療や基礎研究への貢献、国際的に活躍できる人材の育成などの特色を出せれば県の独自性が発揮できるが、優秀な教員の確保により地域の医師不足を助長するおそれがあるほか、財源や効果が現れるには一定程度の時間が必要であるなど課題も多い。

(短期的な対応策)

このほか、短期的な効果が期待される後期研修医確保については、専門研修を充実させ、優秀な医師を本県に集めるため、後期研修病院のネットワークの構築など4大学を中心とした魅力ある研修体制の確

立を図るべきである。

また、医師の負担軽減については、これまでの取組みに加え、医師のライフステージに応じたキャリアパスへの支援や就業環境改善を含めた医師個人のQOLを高めるための施策を充実する必要がある。

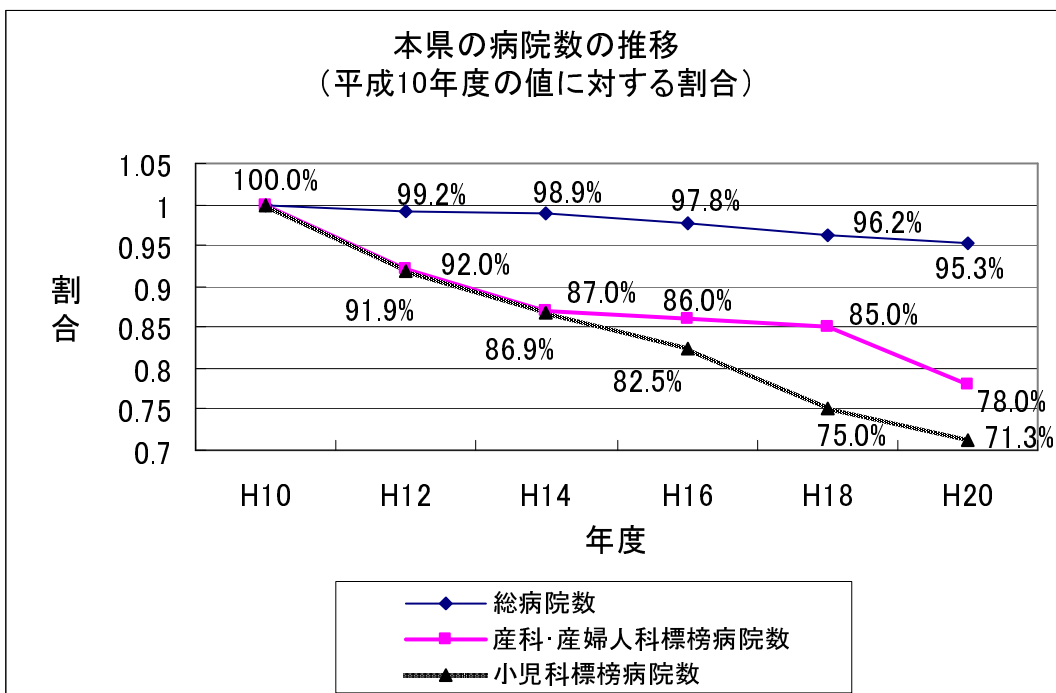
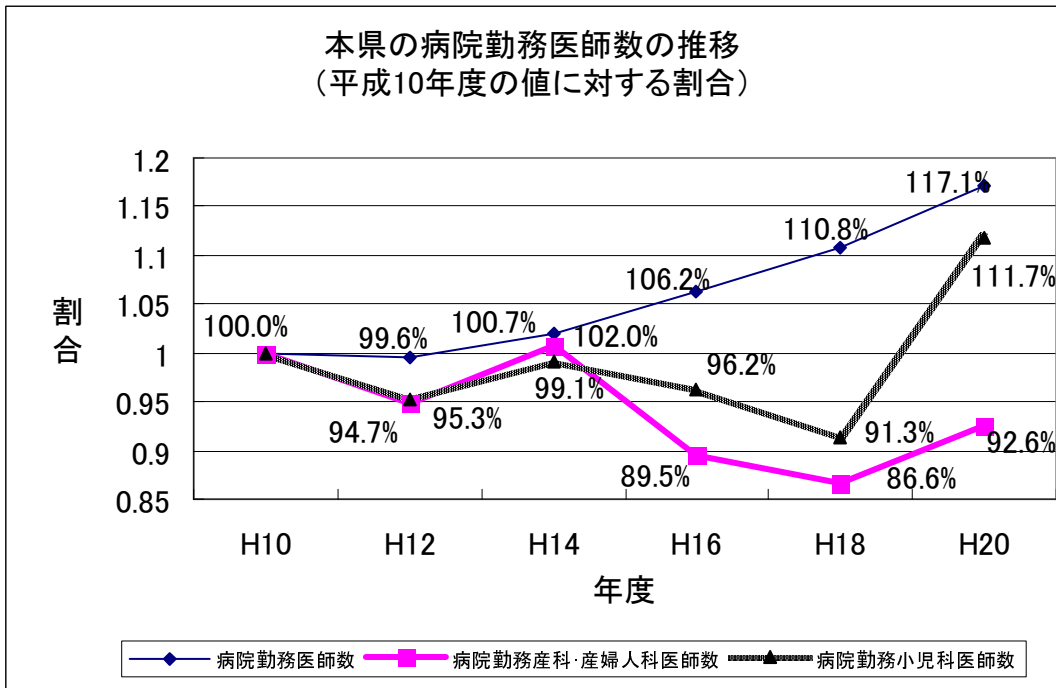
医師数（厚労省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

年 度	H10	H12	H14	H16	H18	H20
医療施設従事者数	13,279	13,675	13,994	14,619	15,196	16,168

県内4大学の医学部入学定員

年 度	H19	H20	H21	H22	H23	H24
入 学 定 員	360	380	420	427	427	435 (予定)

本県の病院勤務医師数・病院数の状況



(イ) 看護師等医療人材の養成・確保

① 背景・現状

県内で就業している看護職員については不足状況にある。人口10万人当たり就業看護職員数が736.8人(平成22年)と全国ワースト1となっている。増加率(平成20～平成22年)は9.9%と全国で最も高いが、病院に勤務する看護職員の離職率は14.0%(平成21年)と全国平均(11.2%)より高い状況である(業務従事者届、日本看護協会調査)。

離職の理由としては、新人看護職員の場合は、看護学校で学んだことと臨床で求められる能力とのギャップによるリアリテショクが主な理由とされ、経験をつんだ看護職員の場合、交代制や夜勤の厳しさ及び子育て等が主な理由とされている。

また、薬剤師の病棟の配置は医療事故の減少につながり医療安全面にも有効であるとともに、他の医療従事者の負担軽減にもつながる。

このほか、高齢化の進展に伴いリハビリテーションが多く実施されていることから、病院で働くリハビリ関連職種の従事者数が増えてきている。

② 課題

医療の高度化等に対応し、県民に対し安心して安全な医療を提供できる医療人材の養成や、様々なライフステージで働き続けられる勤務環境の整備が求められており、医師や看護職員をはじめとする医療従事者の再就業の支援を進める取組が必要である。

看護職員については、養成段階でさらに高い実践能力を身につけることが求められていることから、准看護師養成を含めた看護教育のあり方について検討が必要である。また、医療現場を離れた潜在看護職員の所在把握が困難なため十分活用できていないことなどが課題となっている。

③ 方向性・取組み

(医療人材確保の方向性)

医療の高度化等に対応し、県民に対し安心して安全な医療を提供するため、質の高い医療人材の養成、仕事と家庭等を両立し継続して就業可能な勤務環境づくり、専門能力の強化機会の確保などに取り組んでいく。

(看護職員の確保への取組み)

看護職員については、実践力が高く自律的に活動できる看護人材の養成に取り組んでいく。新人看護職員の早期離職を防止するため、養成施設と臨床現場の連携による実践力向上への取組みに対する支援や、

県内の病院に就業する新人看護職員が必ず研修を受けられるような環境づくりなどに取り組んでいく。

(薬剤師の確保への取組み)

薬剤師については、病棟への配置の促進と、既卒者への教育研修による職能向上に取り組む必要がある。

(ウ) 職種間連携、職域拡大、チーム医療推進

① 背景・現状

医療の高度化、専門化などにより、多種多様な医療従事者が各々の高い専門性を前提に、連携して患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療の推進が求められている。

薬剤師などの職種では、専門薬剤師など専門性に関する認定制度があり、医療職が自律した高い専門性を発揮するためには、このような認定制度の活用等が必要であるが、現行のチーム医療体制の中では、認定を得た専門性の高い人材が十分に活用されているとは言えない。

また、チーム医療の推進に伴い、各職種の専門性の更なる活用や職域拡大が求められており、救急救命士の業務範囲の拡大、助産師の専門性を活用した助産師外来・院内助産所の導入、特定の看護分野の知識・技術を深めた認定看護師や専門看護師による質の高い看護の提供などの動きがある。

② 課題

チーム医療の推進には、専門性の高い医療人材の養成・育成が必要である。加えて、専門性に関する認定制度のある職種については、認定資格取得の推進が課題となっている。

また、各医療職が専門性を発揮するためには、同一職種間・異職種間での相互理解や連携の促進が必要である。

各職種の職域拡大に関しては職種ごとの検討が必要になるが、救急救命士については、行える行為が限定列挙されており、現行法令ならびに現在の教育研修体制では病院等での活用が困難という課題がある。また、薬剤師については、従来の調剤行為を中心とした業務に加え、疾病管理の分野への連携した業務拡大が求められている。

③ 方向性・取組み

(チーム医療推進の方向性)

チーム医療は、医療提供施設と在宅とを区別して推進していく必要がある。特に、在宅におけるチーム医療推進のために、口腔ケアを行う歯科医師、薬歴・疾病管理を行う薬剤師（薬局）の役割分担を明確にしていくことが必要である。

(チーム医療推進に向けた取組み)

医療の質を高めていくため、チーム医療を支える専門性の高い人材の養成・育成に取り組むとともに、各医療職の専門性に関する認定資格取得者の活用、各医療職間での相互理解及び連携の方法を検討し、患者を中心とした質の高いチーム医療を推進する。

また、同一職種間・異職種間で連携を促進する環境づくりや文化の醸成に取り組む。

(職域拡大への対応)

各職種の職域拡大については、現行法令での活用が基本となり、救急救命士についても、その可能性を検討する必要があると考えられるが、教育されている範囲が狭いことなど課題は多く、引き続き検討が必要である。

(エ) 県民の医療に対する理解と参画の促進

① 背景・現状

本県では、夜間等において子どもの体調の変化や病状に関する電話相談体制を整備し、保護者等の不安の軽減を図っている。

また、身近にあるかかりつけの医療機関での日中受診や休日や夜間に突然体調を崩した場合の救急医療機関の適正受診を図るため、救急の日のある9月に「県のたより」による周知を行っている。

② 課題

本県では、症状などに応じた救急医療体制を整備し医療の提供を行っているが、二次救急医療機関に77.8%の軽症患者が流入し、医療機関の役割に応じた医療の提供ができず、入院や手術が必要な傷病者に対する治療に支障をきたす場合もあり、適正受診の推進が必要となっている。また、三次救急医療機関においても重症患者以外が87%となっており、二次救急医療機関と同様な状況となっている。

特に、小児救急については、電話相談を実施しているものの、緊急性の低い軽症患者の受診が約9割であり、母親教室や乳幼児健康診査などの場を活用し、予防接種を含めた健康教育の充実が必要となっている。

③ 方向性・取組み

(県民の医療に対する理解と参画促進の必要性)

県民・患者中心の医療の実現を目指し、また、限られた医療資源を有効に機能させるためには、県民が医療の提供を受ける側としてだけでなく、医療に対する理解を深め、主体的に医療に関わっていくような取組みを進める必要がある。

(学校教育における取組み)

特に、子どもや若者に対して、学校教育の中で、医療の現状理解を深めてもらい、自らの健康を自分で守る意識、かかりつけ医を持つ必要性の認識、いわゆるコンビニ受診など不要不急の受診を控える態度を育成することが効果的であると考えられる。

(不要不急の受診抑制に対する取組み)

県民に対する、不要不急の受診抑制、かかりつけ医の必要性を認識してもらうための啓発促進、電話相談機能の強化が必要である。

(病院と地域住民の相互理解を深める取組み)

地域の中核的な病院が市民講座の実施など地域住民との交流の場を

設けることにより、地域住民の積極的な参加を通じ、地域医療を地域住民が支えているという気運の醸成が必要である。

(2) 開かれた医療と透明性の確保

ア ICTを活用した医療情報の医療提供施設・患者間の共有とセルフケアの推進

① 背景・現状

本県では、医療の提供側と受ける側の相互信頼を強化するため、診療情報提供の推進や医療安全相談センターの運営を行っている。また、地域医療連携を強化するため、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に係る地域連携クリティカルパスの普及を進めている。

しかし、医療の提供側と受ける側との間には、依然として、情報量に圧倒的な差がある。

提供側と受ける側の相互信頼を深め、患者がより主体的に医療に関わり、セルフケアを推進するとともに、集積した情報を統計的に分析し新たな施策に結びつけるために、医療提供施設と患者との間で医療情報の共有をいっそう進めることが必要であり、そのためにICTを活用することが有効である。

② 課題

ICTを活用した医療情報の共有方法として、各個人が受診する医療提供施設等の自己医療情報を携帯電話等で閲覧できるいわゆる「マイカルテ」や、地域連携クリティカルパスの電子化がある。

マイカルテを医療提供施設が容易に導入するためには、電子カルテが必須であるが、平成22年現在、県内の電子カルテ普及率は、病院で20.6%、診療所で22.2%にとどまっており、電子カルテのいっそうの普及が求められる。

また、「マイカルテ」の実現には、事業目的・実施主体の明確化、事業を円滑に開始・運営するフィールドづくり、安定的な事業継続を図るための運営費の確保、県民の立場も理解しながらICTを活用できる人材の養成、ICTを使いこなせない患者への対応、情報セキュリティー対策など、多くの課題がある。

さらに、地域連携クリティカルパスのICT化と「マイカルテ」をどのように関連づけていくのかも課題である。

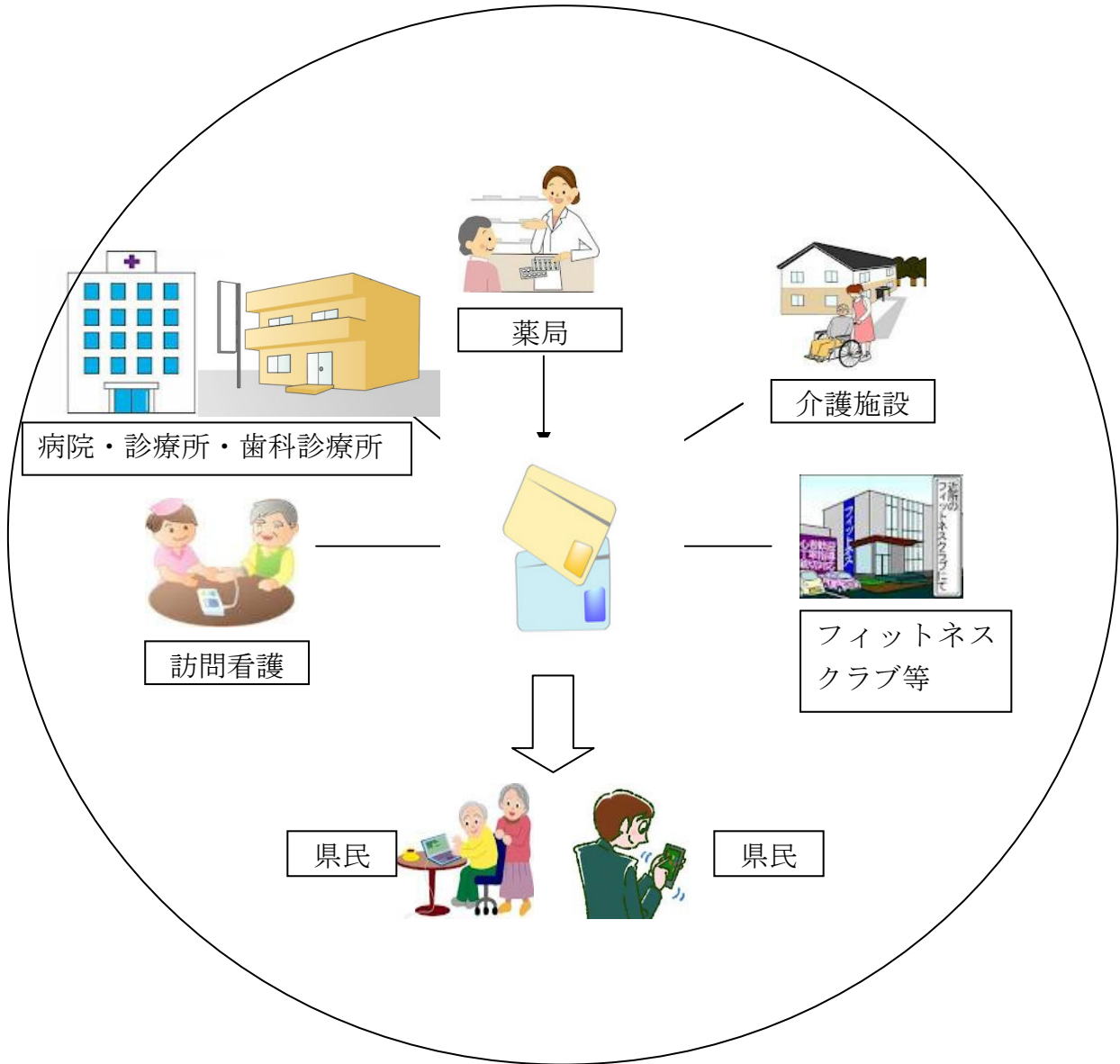
③ 方向性・取組み

(マイカルテ導入の推進)

医療提供施設と患者間の医療情報共有とセルフケアを推進するため、「マイカルテ」の導入を推進していくべきである。

しかし、「マイカルテ」の導入には多くの課題があることから、まずは、事業の基本的な枠組みをしっかりと検討し、持続可能な事業展開を図ることができる制度設計を行ったうえでモデル事業を実施し、その検証を行いながら順次拡大を図っていくことが必要である。

実現イメージ



イ 西洋医学と東洋医学の連携などによる治療の選択肢の多様化

① 背景・現状

日本の医療は西洋医学が中心であるが、東洋医学（漢方）については健康増進や未病から終末期ケアまで、幅広い領域で使用でき有用である。

現在、西洋医学の中でも漢方薬は限定的な認識の下で「併用」されている。一方、薬学においては生薬などの研究が進んできている。

国においては、「統合医療プロジェクトチーム」を平成22年2月に創設し、近代西洋医学と伝統医学などの相補・代替医療を統合し、患者中心の医療としての統合医療の検討がなされ、有効性の科学的根拠が乏しいことなどから、引き続き検討することとなっている。

また、一般社団法人日本統合医療学会（平成20年設立）などが、統合医療に関する資格認定などを行っている。

近年、県内4医科大学合同で研修を開催して人材育成が行われており、また、県内の大学病院においても漢方外来が開設され診療が行われている。

このほか、医学部教育にも東洋医学は組み込まれており、さらに、本県と関係の深い北里大学では、東洋医学総合研究所において、東洋医学の臨床と研究が行われている。

② 課題

東洋医学（漢方）の有効性などエビデンスの確立が課題であるが、西洋医学と東洋医学の二種類の医師免許がある中国や韓国と違い、日本の医師は西洋医学の医師免許を取得した上で、東洋医学を学んでいるので、最も連携しやすい状況にあるが、実際には取組みが進んでいない。

健康食品と漢方の違いや、副作用などのリスクについても県民の正しい理解も必要である。また、漢方に関する医療関係者の人材育成を行っているが、充分には浸透しておらず、さらなる取組みが必要である。

③ 方向性・取組み

（東洋医学の理解促進、普及啓発）

西洋医学と東洋医学の連携に当たっては、まずは実態把握を行い、科学的根拠等に基づき評価したうえで進めるとともに、医学生や医療関係者（医師、看護師など）への理解促進や県民への正しい知識の普及や啓発を行う。

また、中国や韓国における東洋医学の実践方法についても、研究を進める。

（国際戦略総合特区の取組み）

未承認薬や医療機器の国内への早期導入による治療の選択肢の多様化も国際戦略総合特区の取組みの成果を取り入れながら、進めていくことが必要である。

(3) 病気にならない取組みの推進

ア 未病を治す取組み

① 背景・現状

急速な高齢化が進展する中、要支援者・要介護者の増加や、がんや生活習慣病が増加している状況となっている。このため、本県では、健康増進法に基づき「かながわ健康プラン21」を策定し、栄養・食生活分野など7分野について、県民一人ひとり取り組む健康づくりの目標（「かながわ健康づくり10か条」）を定め健康づくりを推進している。

また、食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践できるよう「神奈川県食育推進計画」を定め食育を推進している。

② 課題

「かながわ健康プラン21」の最新の評価では、野菜の摂取量や脂肪エネルギー比率、若い女性のやせ等、食を中心とした取組みになお課題があるとされている。また、食育については、子どもの朝食の欠食などが指摘されている。

食に関する取組みは、地産地消や、食材を育てるといふ農との連携が効果的であるが、行政施策として医・食・農が連携して取り組んでいる実践例が見受けられない。

③ 方向性・取組み

(医食農同源の取組み)

高齢になっても元気で健康に暮らせるようにするため、医食農が連携した取組みは重要であり、県立施設など県内の研究機能を活用して進めるとともに、自分の健康状態(未病)を自ら判断する方法を研究する。そのため、関連する医療、歯科医療、薬事、栄養、農業など各分野の有識者を構成員とする研究会を設置し、推進する。

(食生活改善、食育の取組み)

栄養・食生活の改善の取組みや、学校における食育をさらに進めていく。

イ 予防接種の促進

① 背景・現状

予防接種は、単に県民個人の感染防御にととまらず、感染症の流行防止という公衆衛生上の意義を有し、医療費節減にも資するものである。

しかし、我が国では定期接種の種類は、WHO推奨標準に比較して明らかに少ない。また、予防接種は市町村事業となっているが、本県では、麻疹・風疹混合ワクチンの平成22年度第2期及び第4期の接種率が全国一低い状況にある。この背景には、保護者及び子どもたちの予防接種の必要性の認識が低いことがある。

② 課題

少子化が進む中、予防接種を徹底し子どもを健康に育てることは、保護者の責務であり、同時に、活力ある県の将来にもつながるものである。現在全国下位にある本県の予防接種率を向上させること、それによりV P D（ワクチン接種により防ぎ得る病気）の予防を推進することが課題である。

③ 方向性・取組み

(予防接種の啓発・勧奨の取組み)

接種率向上とV P D予防推進のためには、行政が予防接種に関する正しい情報を繰り返し発信することや、接種の啓発・勧奨を行うことが必要である。

そのために、例えば、母親教室を活用した啓発、小学校や中学校における健康教育において予防接種の重要性を繰り返し伝えること、小学校入学前及び高校入学時の接種勧奨の実施など、従来の施策から一步踏み込んだ取組みを実施すべきである。

(定期的な協議の場の検討)

現場の予防接種医と行政との定期的な協議の場を設けることについて、検討する。