

平成28年6月9日

津山・英田圏域地域医療構想調整会議資料

(2) 地域医療構想について

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度
 ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
 ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

- 病床の機能分化・連携
 - ・各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
 - ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を策定
 - ・地域医療構想（ビジョン）は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる
- 有床診療所等の役割の位置づけ
 - ・病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。
- 在宅医療の推進、介護との連携

サービスの
充実

■地域包括ケアシステムの構築

- 地域支援事業の充実
 - ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
 - ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
 - ＊前回改正による2時間超の定額巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進
- 全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- 特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 ＊要介護1、2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の 基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

- 医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ
- 医療法人制度に係る見直し
 - ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
 - ・医療法人共団と医療法人財団の合併を可能とする。
- 臨床研究中核病院の位置づけ
- チーム医療の推進
 - 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
 - 診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

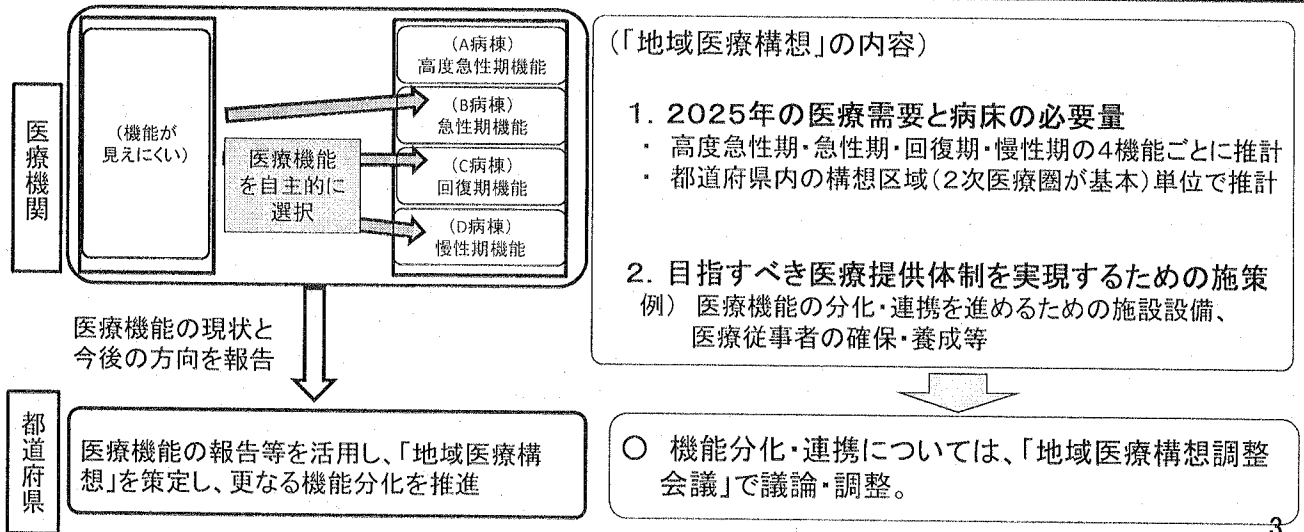
- 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ
- 看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設
 - ＊医師の指定、都道府県で取組を支援する仕組み
- 医療機関の勤務環境改善
 - ＊医師の指定、都道府県で取組を支援する仕組み
- 臨床研修制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充
- 歯科技工士国家試験の全国統一化
- 介護従事者の確保
 - ＊上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

- 低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - ＊給付費の増の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想策定ガイドライン」(抜粋、一部加筆)

【策定プロセス】 地域医療構想の策定プロセス

1 地域医療構想の策定を行う体制の整備※

※地域医療構想調整会議(医療法でいう「協議の場」)は、地域医療構想の策定段階から設置も検討

2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有

3 構想区域の設定※

※二次医療圏を原則としつつ、① 人口規模、② 患者の受療動向、③ 疾病構造の変化、④ 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

4 構想区域ごとの医療需要の推計※

※4機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの医療需要を推計

5 医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の検討※

- ※高度急性期 ……他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討(アクセスを確認)
 - 急性期 } ……一部を除き構想区域内で完結
 - 回復期 } ……基本的に構想区域内で完結
 - 慢性期 } ……基本的に構想区域内で完結
- } 主な疾病ごとに検討
- ※現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制について、構想区域間(都道府県間を含む)で調整を行い、医療供給を確定

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計



7 構想区域の確認

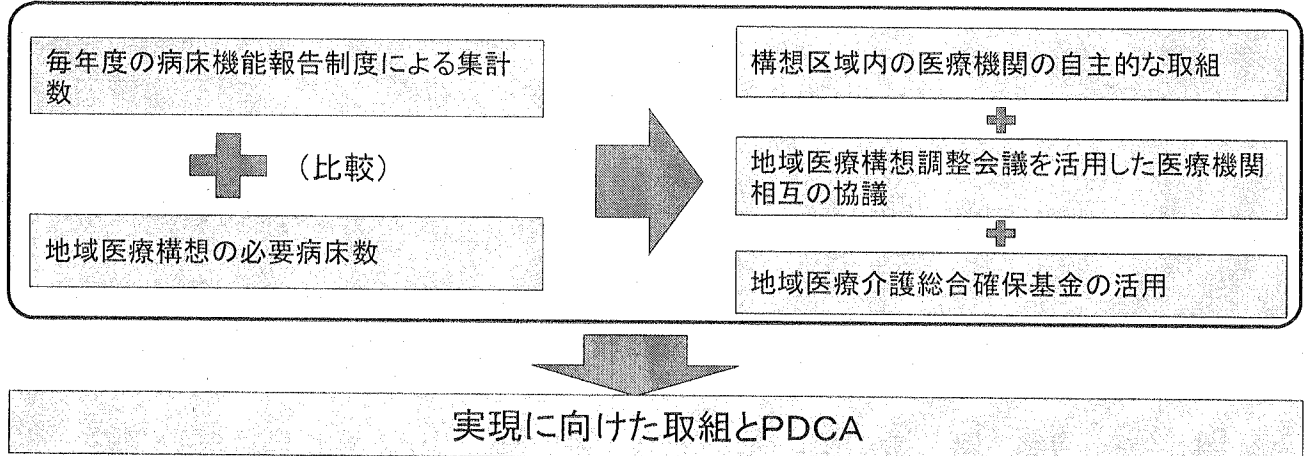


必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較



8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

(参考)策定後の取組



5

岡山県地域医療構想

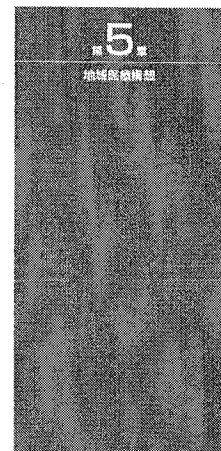
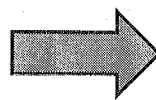
平成28年4月策定 第7次岡山県保健医療計画

岡山県保健医療計画



平成28年4月
岡山県

第5章 地域医療構想



6

地域医療構想

1 病床機能報告制度の結果

(1) 制度の概要

(2) 報告結果

2 各構想区域の現状

(1) 受療動向

(2) 介護における施設・居住系サービス

3 2025年の医療需要

(1) 構想区域の設定

(2) 推計方法

(3) 推計結果

4 目指すべき医療提供体制

(1) 医療の役割分担と連携

(2) 公的病院等の役割

(3) 居宅等における医療の提供

(4) 医療従事者の確保

5 実現のための施策

(1) 医療の役割分担と連携

(2) 公的病院等の役割

(3) 居宅等における医療の提供

(4) 医療従事者の確保

(5) 地域の実情を踏まえた検討

7

平成26年度病床機能報告の結果

- ・地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握等を行う必要
- ・医療機関がその有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として報告
- ・併せて、その病棟の設備、医療スタッフ、医療行為等についても報告
- ・各医療機関の報告内容については、岡山県のホームページで公表

医療機能の名称と内容

● 高度急性期機能

- 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

● 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

● 回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。

● 慢性期機能

- 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

病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目		具体的な医療の内容に関する項目			
病床数・人員配置・機器等 医療機能(現在/今後の方向) ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定 許可病床数、稼働病床数 一般病床、療養病床の別 医療法上の経過措置に該当する病床数 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数 主とする診療科 算定する入院基本料・特定入院料 DPC群 在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数) 二次救急医療施設/救急告示病院の有無 高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等) 退院調整部門の設置・勤務人数	幅広い手等への治療 (全身麻酔の)手術件数(臓器別) 胸腔鏡下手術件数/腹腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器加算 悪性腫瘍手術件数 病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製 放射線治療件数、化学療法件数 がん患者指導管理料 抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 分娩件数 超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術 入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算 ハイリスク分娩管理加算/妊産婦共同管理料 救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定 持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法 経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓 髄蓋内圧測定1日につき、人工心肺 血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	在宅復帰への支援 退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算 救急搬送患者地域連携受入加算 地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料 中心静脈注射、呼吸気拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定 1日につき ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算 入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合 平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退院時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数 療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算	入院患者の状況 新規入院患者数 在棟患者延べ数 退棟患者数 入棟前の場所別患者数 予定入院・緊急入院の患者数 退棟先の場所別患者数 退院後に在宅医療を必要とする患者数		
				重症患者への対応 院内トリアージ実施料 夜間休日救急搬送医学管理料 精神科疾患患者等受入加算 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料 救命のための気管内挿管 体表面/食道ベージング法 非開胸的心マッサージ、カウンスターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法 休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数) 救急車の受入件数	急性医療の実施 退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算 救急搬送患者地域連携受入加算 地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料 中心静脈注射、呼吸気拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定 1日につき ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算 入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合 平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退院時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数 療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算 往診患者数、訪問診療数、在宅/院内看取り件数 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料 急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 有床診療所の多様な役割 ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能

図表5-1-1-1 2014年7月1日時点の医療機能

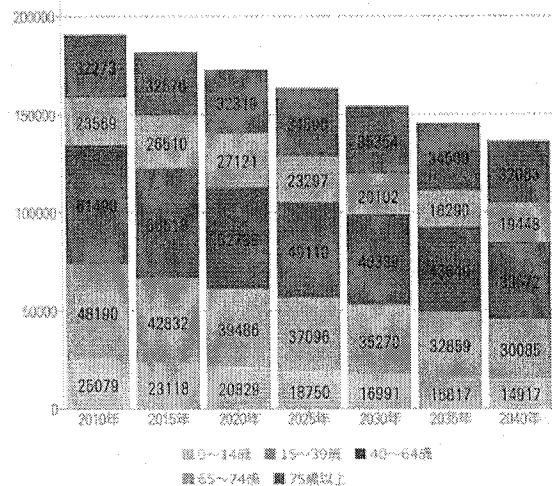
二次圏名		(単位:床)					病床数
医療機能	一般病床	療養病床	計	構成比			
県南東部	高度急性期	2,419	0	2,419	21.9%	11,050	
	急性期	4,772	14	4,786	43.3%		
	回復期	891	143	1,034	9.4%		
	慢性期	960	1,602	2,562	23.2%		
	無回答	249	0	249	2.3%		
県南西部	高度急性期	2,101	0	2,101	24.2%	8,666	
	急性期	2,958	22	2,980	34.4%		
	回復期	727	350	1,077	12.4%		
	慢性期	760	1,479	2,239	25.8%		
	無回答	250	19	269	3.1%		
高梁・新見	高度急性期	0	0	0	0.0%	812	
	急性期	377	0	377	46.4%		
	回復期	86	27	113	13.9%		
	慢性期	0	322	322	39.7%		
	無回答	0	0	0	0.0%		
真庭	高度急性期	0	0	0	0.0%	678	
	急性期	382	0	382	56.3%		
	回復期	55	0	55	8.1%		
	慢性期	0	222	222	32.7%		
	無回答	15	4	19	2.8%		
津山・英田	高度急性期	493	0	493	21.4%	2,307	
	急性期	676	66	742	32.2%		
	回復期	196	60	256	11.1%		
	慢性期	62	715	777	33.7%		
	無回答	27	12	39	1.7%		
岡山県	高度急性期	5,013	0	5,013	21.3%	23,513	
	急性期	9,165	102	9,267	39.4%		
	回復期	1,955	580	2,535	10.8%		
	慢性期	1,782	4,340	6,122	26.0%		
	無回答	541	35	576	2.4%		

図表5-1-1-2 6年が経過した日における医療機能

二次圏名		(単位:床)					病床数
医療機能	一般病床	療養病床	計	構成比			
県南東部	高度急性期	2,657	0	2,657	24.0%	11,050	
	急性期	4,234	14	4,248	38.4%		
	回復期	1,229	143	1,372	12.4%		
	慢性期	1,160	1,602	2,762	25.0%		
	無回答	11	0	11	0.1%		
県南西部	高度急性期	2,273	0	2,273	26.2%	8,666	
	急性期	2,802	22	2,824	32.6%		
	回復期	1,059	350	1,409	16.3%		
	慢性期	662	1,479	2,141	24.7%		
	無回答	0	19	19	0.2%		
高梁・新見	高度急性期	0	0	0	0.0%	812	
	急性期	377	0	377	46.4%		
	回復期	86	27	113	13.9%		
	慢性期	0	322	322	39.7%		
	無回答	0	0	0	0.0%		
真庭	高度急性期	0	0	0	0.0%	678	
	急性期	222	0	222	32.7%		
	回復期	155	0	155	22.9%		
	慢性期	60	222	282	41.6%		
	無回答	15	4	19	2.8%		
津山・英田	高度急性期	538	0	538	23.3%	2,307	
	急性期	571	60	631	27.4%		
	回復期	224	100	324	14.0%		
	慢性期	94	681	775	33.6%		
	無回答	27	12	39	1.7%		
岡山県	高度急性期	5,468	0	5,468	23.3%	23,513	
	急性期	8,206	96	8,302	35.3%		
	回復期	2,753	620	3,373	14.3%		
	慢性期	1,976	4,306	6,282	26.7%		
	無回答	53	35	88	0.4%		

津山・英田圏域（構想区域）の現状

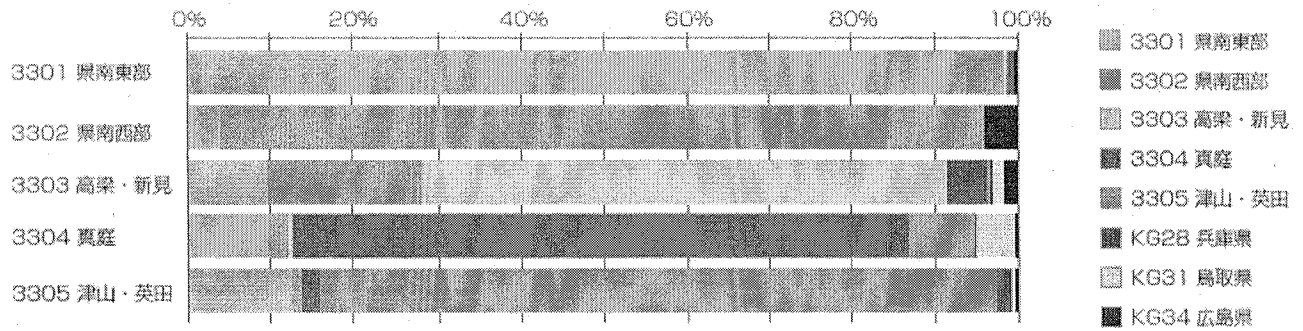
圏域における将来推計人口
(国立社会保障・人口問題研究所資料)



国立社会保障・人口問題研究所 (2013年3月推計)

年齢階層	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
年少人口 (0~14歳)	25,079	23,118	20,829	18,750	16,991	15,817	14,917
生産年齢人口1 (15~39歳)	48,190	42,832	39,486	37,096	35,270	32,859	30,085
生産年齢人口2 (40~64歳)	61,490	56,518	52,738	49,110	46,339	43,649	39,572
高齢者人口 (65歳以上)	55,842	59,086	59,440	58,193	55,456	52,799	51,511
後期高齢者人口 (75歳以上=再掲)	32,273	32,576	32,319	34,896	35,354	34,509	32,063
総人口	190,604	181,554	172,493	163,149	154,056	145,124	136,085

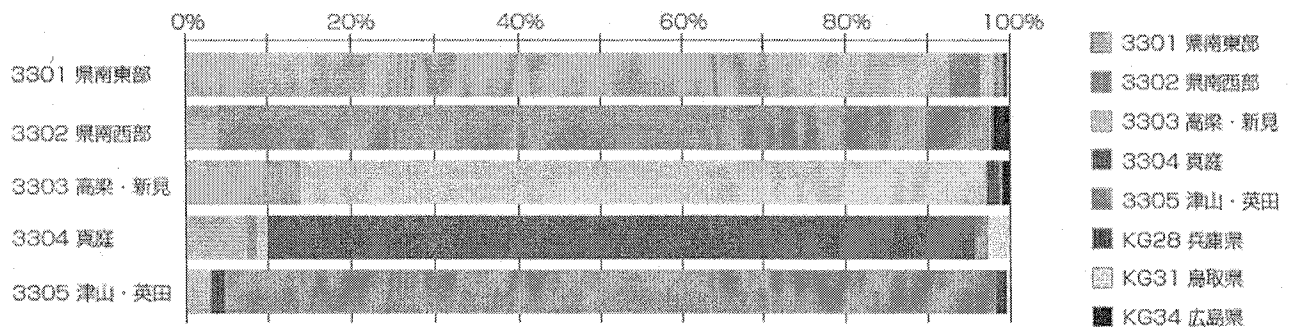
平成25年度 NDBデータ (流出) 一般入院基本料、全年齢、入院



合計/総件数	医療機関二次医療圏名								
負担者二次医療圏名	3301 関東東部	3302 関東西部	3303 高梁・新見	3304 真庭	3305 津山・英田	KG28 兵庫県	KG31 鳥取県	KG34 広島県	総計
3301 関東東部	94.12%	4.29%	0.35%	0.08%	0.13%	0.83%	0.04%	0.16%	93,015
3302 関東西部	3.99%	91.89%	0.15%	0.02%	0.03%	0.11%	0.03%	3.78%	76,474
3303 高梁・新見	9.88%	18.41%	63.36%	4.75%	0.41%	0.29%	1.45%	1.45%	12,338
3304 真庭	9.97%	2.31%	0.38%	74.40%	7.94%	0.24%	4.57%	0.19%	8,339
3305 津山・英田	12.62%	1.21%	0.05%	2.12%	81.63%	1.86%	0.34%	0.18%	29,866
総計	95,660	77,015	8,298	7,390	20,337	1,356	696	3,280	214,032

13

平成25年度 NDBデータ (流出) 療養病棟入院基本料、全年齢、入院

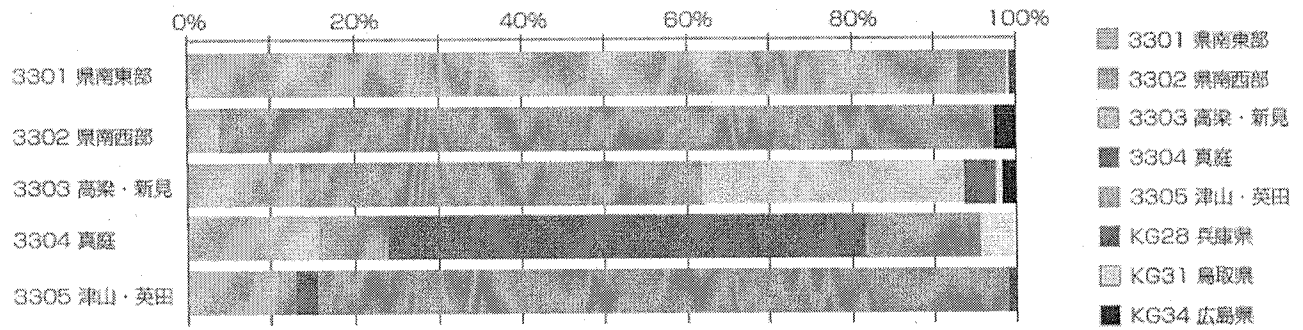


合計/総件数	医療機関二次医療圏名								
負担者二次医療圏名	3301 関東東部	3302 関東西部	3303 高梁・新見	3304 真庭	3305 津山・英田	KG28 兵庫県	KG31 鳥取県	KG34 広島県	総計
3301 関東東部	92.79%	3.67%	1.56%	0.10%	1.05%	0.69%	0.08%	0.08%	14,144
3302 関東西部	4.00%	93.48%	0.21%			0.33%		1.99%	14,137
3303 高梁・新見	9.57%	4.44%	83.21%	1.42%	0.36%	0.29%		0.72%	4,169
3304 真庭	7.50%	1.13%	1.22%	85.95%	1.54%		2.66%		2,214
3305 津山・英田	2.87%	0.21%		1.73%	93.39%	1.44%	0.36%		7,454
総計	14,468	13,960	3,745	2,105	7,158	263	97	322	42,118

14

平成25年度 NDBデータ (流出)

救命救急、全年齢、入院



合計/総件数	医療機関二次医療圏名								
負担者二次医療圏名	3301 県南東部	3302 県南西部	3303 高梁・新見	3304 真庭	3305 津山・英田	KG28 兵庫県	KG31 鳥取県	KG34 広島県	総計
3301 県南東部	93.01%	5.74%	0.16%	0.05%	0.09%	0.84%	0.05%	0.06%	23,134
3302 県南西部	3.88%	93.38%				0.11%		2.62%	20,978
3303 高梁・新見	13.44%	48.43%	31.82%	3.86%			0.64%	1.82%	2,203
3304 真庭	15.73%	8.29%		57.58%	14.11%		4.29%		1,049
3305 津山・英田	10.80%	2.09%		2.62%	83.45%	1.04%			4,315
総計	23,258	22,168	739	813	3,769	263	71	603	51,679

必要病床数推計の考え方

○ 専門調査会の推計も、厚労省から配付された推計ツールも、推計の考え方は同様で下記のとおり。

○ 平成25年度1年分の入院医療(約3.5億人日分)のレセプトデータ等客観的なデータを最大限活用。

○ 実際に患者に行った医療行為の量(医療資源投入量(※))を分析し、高度急性期・急性期・回復期を区分。

※ 患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量

・境界点となる医療資源投入量 高度急性期:3,000点以上、急性期:600点以上、回復期:225点以上

・回復期については、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等(※)の患者数として一体的に推計する。

※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、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

○ 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するものとして推計する。

現時点では医療資源投入量に基づいた分析ができないため、高度急性期等とは別の考え方で計算。

その際、療養病床の入院受療率(人口10万人当たりの入院患者数)の地域差に着目し、その差を縮小。

各都道府県が、地域の実情に応じ、一定の幅の中で縮小する目標を設定。

パターンA: 全県を最小県並み、パターンB: 最大県を全国中央値並み、パターンC(特例): 一定の地域は目標年を2030年に延長

○ 将来への投影は、地域ごとの人口構造の変化等を反映。

○ 以上の推計方法は、構想区域全体における推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に、直ちになるものではない。(「地域医療構想策定ガイドライン」から)

地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法

ア) 搭載データ

地域医療構想策定支援ツールは平成25年度の下記データを用いて推計処理を実施している。

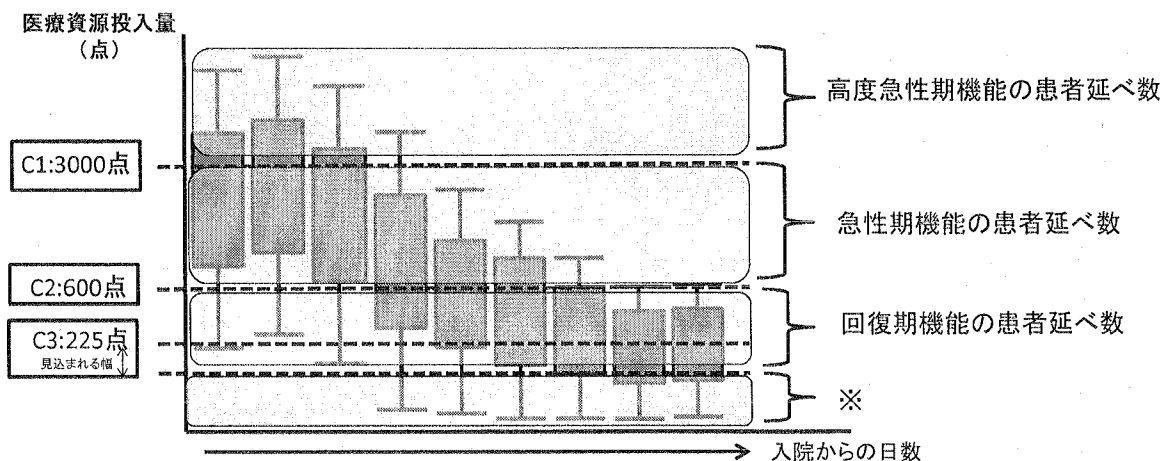
なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示となる。

搭載データの種別		病名の有無	
医療需要	①	NDB(National Database)のレセプトデータ	あり
		上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	なし
	②	DPCデータ	あり
	③	公費負担医療分医療需要(医療費の動向)	※
	④	医療扶助受給者数(被保護者調査)	※
	⑤	訪問診療受療者数(生活保護患者訪問診療レセプト数)	なし
	⑥	分娩数(人口動態調査)	あり
	⑦	介護老人保健施設の施設サービス受給者数(介護給付費実態調査)	なし
	⑧	労働災害入院患者数(労働災害入院レセプト数)	なし
⑨	自賠責保険入院患者数(自賠責保険請求データ)	なし	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口	—	
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口	—	

※③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分している。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計することとする。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症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	C2 600点	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	C3 225点	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退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

19

イ) 推計方法

<医療需要(人/日)の算出式>

		NDBのレセプトデータ(①)	
	+	DPCデータ(②)	
	+	公費医療データ(③、④、⑤)	
医療需要 (人/日)	=	+	①~⑨の総和を 365(日)で除する
		+	分娩のデータ(⑥)
		+	介護老人保健施設サービス受給者データ(⑦)
		+	労災保険医療データ(⑧)
		+	自賠責保険医療データ(⑨)
			365

※上記()内の①~⑨は前述の搭載データ種別に該当

※医療需要(人/日)は上記データを基に「病床の機能区分等」(4機能分類及び在宅医療等)、「疾病区分」(約90分類)、「性」(2分類)、「年齢」(17分類)、「患者住所地二次医療圏」(344分類)、「医療機関所在地二次医療圏」(344分類)別に算出。

<入院受療率の算出式>

$$\text{入院受療率 (平成25年度)} = \frac{\text{医療需要 (平成25年度)}}{\text{性・年齢階級別人口 (平成25年度)}}$$

※構想区域(二次医療圏)毎に受療率を算出

<必要病床数(床)の算出式>

$$\text{必要病床数 (床)} = \frac{\text{入院受療率 (平成25年度)} \times \text{性・年齢階級別人口 (将来年度)}}{\text{病床稼働率}}$$

※病床稼働率は、下記の値を全国一律で用いる。

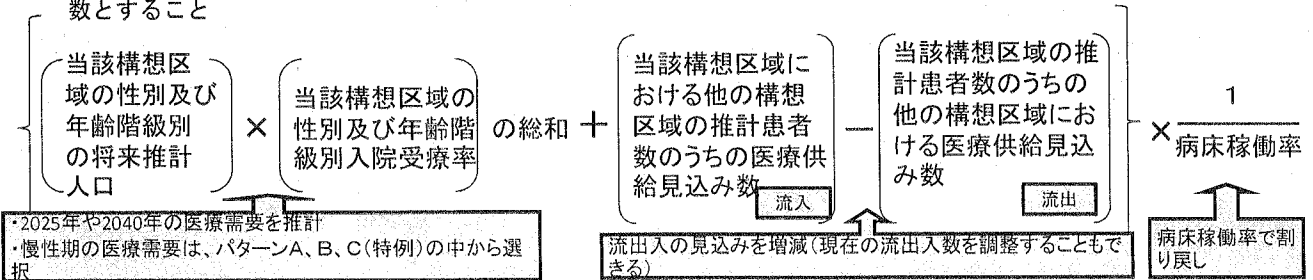
- ・高度急性期 : 0.75
- ・急性期 : 0.78
- ・回復期 : 0.9
- ・慢性期 : 0.92

将来の病床数等の必要量の算定方法

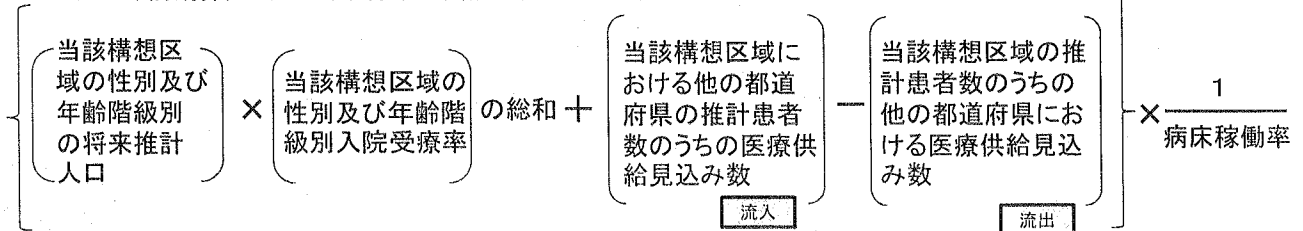
(医政発0331第9号 平成27年3月31日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について)をもとに作成

2 将来の病床数の必要量の算定方法

(1) 構想区域における将来(平成37年)の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに次に掲げる式により算定した数とすること



ただし、前期算定式により、病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は



により病床機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

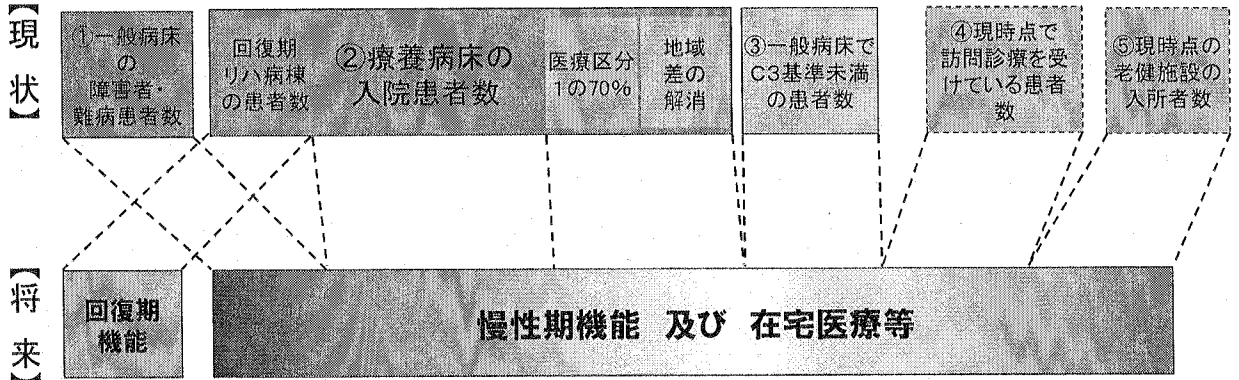
- ・各構想区域の必要量の合計は、県間の流出入数を増減して合計した県全体の必要量を超えることはできない。
- ・現在の県間の流出入数を、協議を踏まえ変更することもできる

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の将来推計の考え方について

○ 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)については、慢性期機能の医療需要として推計。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する医療需要として推計。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれ推計。(療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。)
- ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計。
- ④ 訪問診療を受けている患者数(在宅患者訪問診療料を算定している患者数)については、在宅医療等の医療需要に含めて推計。
- ⑤ 老健施設の入所者数(介護老人保健施設の施設サービス受給者数)については、在宅医療等の医療需要に含めて推計。

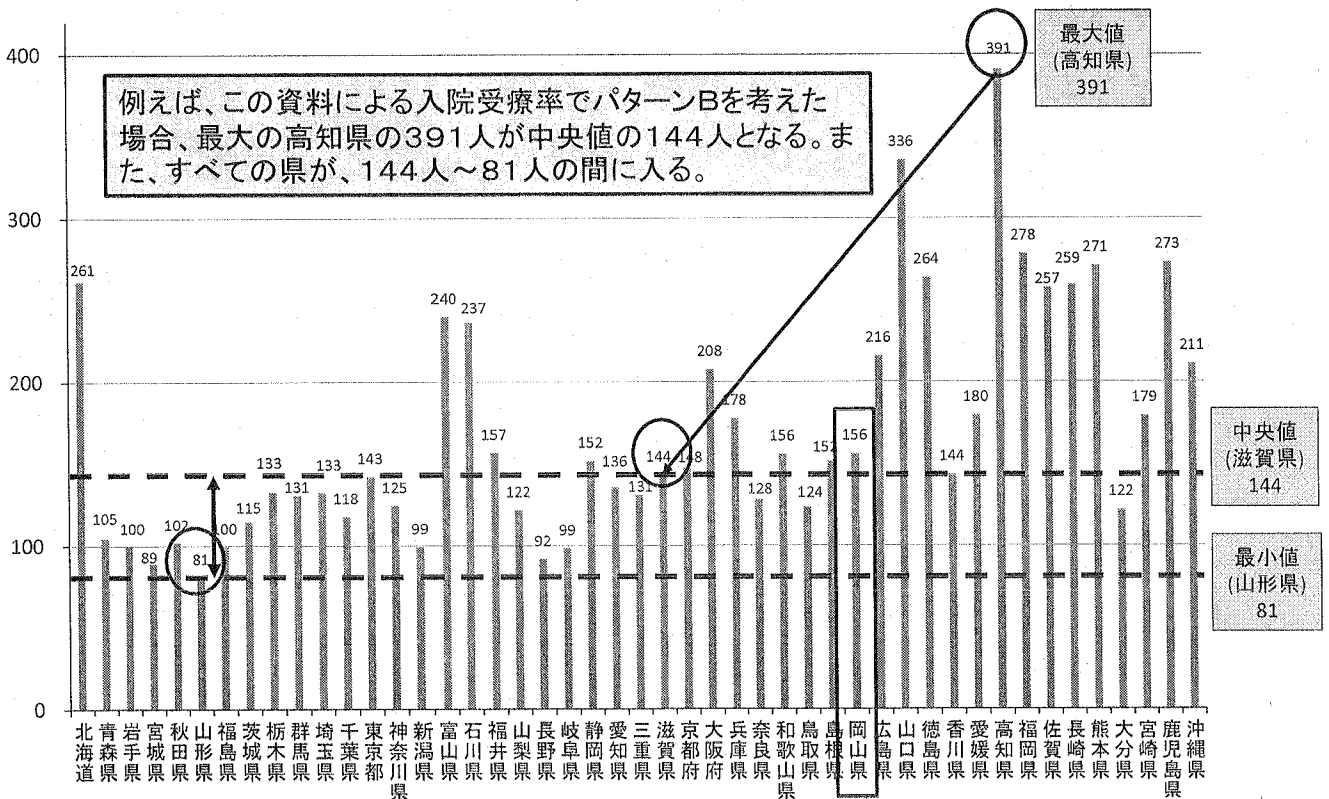
慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図



(注)このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

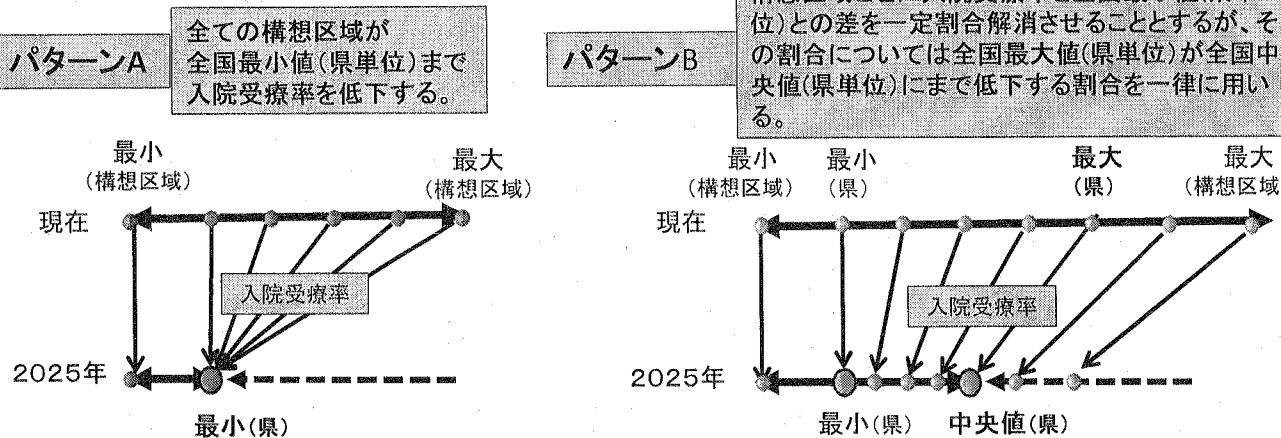
〔※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)〕



地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の推計方法について

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等に対応するものとして推計する。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定で、行われた診療行為が不明であるため、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
- その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】



※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例等について

パターンC(特例)の設定: 一定の地域は2030年に目標達成を延長可能

- 県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。
- その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とする。(当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定める。)

【要件】 以下の①かつ②に該当する構想区域

高梁・新見、真庭、津山・英田の3区域が該当

- ① 当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
 - ※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の32%を下回らないようにする。
 - ※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

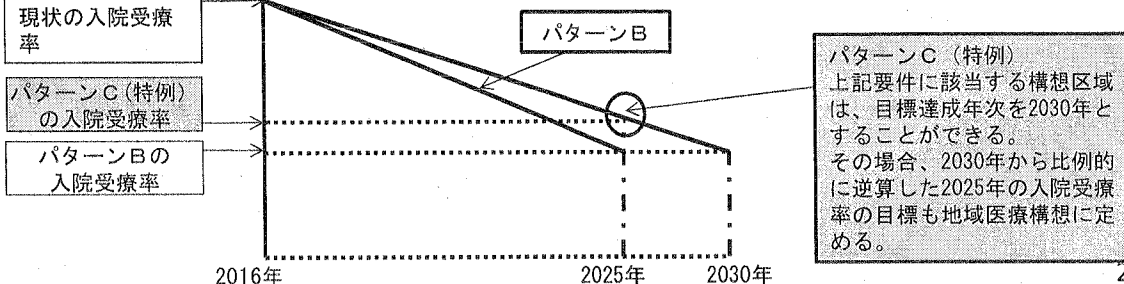
(参考)地域医療構想策定後の目標修正

- 地域医療構想策定後、一定の要件に該当する構想区域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件 → 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)
その他これに類する地域

特別な事情 → やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法 → 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



図表5-1-2-1 構想区域別病床数の現況及び推計の比較

(単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数 [地域医療構想策定支援ツールから]			②-①	②/①
		病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)	H52(2040)		
県南東部	高度急性期	2,385		2,385	1,125	1,187	1,146	▲1,198	49.8%
	急性期	4,168	556	4,724	2,968	3,335	3,318	▲1,389	70.6%
	回復期	1,006	123	1,129	2,500	2,927	2,969	▲1,798	259.3%
	慢性期	2,365	290	2,655	2,103	2,029	2,052	▲626	76.4%
	無回答	288	230	488				▲488	
	計	10,182	1,199	11,381	8,756	9,478	9,485	▲1,903	83.3%
県南西部	高度急性期	2,007	17	2,024	863	887	830	▲1,137	43.8%
	急性期	2,839	385	3,224	2,380	2,722	2,644	▲502	84.4%
	回復期	977	100	1,077	2,288	2,761	2,742	▲1,684	256.4%
	慢性期	2,171	133	2,304	2,061	1,866	1,875	▲438	81.0%
	無回答	314	156	470				▲470	
	計	8,308	791	9,099	7,592	8,236	8,091	▲863	90.5%
高梁・新見	高度急性期				18	17	15	▲17	#DIV/0!
	急性期	348	29	377	129	123	113	▲254	32.6%
	回復期	113		113	143	134	121	▲21	118.6%
	慢性期	322		322	279	192	178	▲130	59.6%
	無回答		34	34				▲34	
	計	783	63	846	569	466	427	▲380	55.1%
真庭	高度急性期				26	25	22	▲25	#DIV/0!
	急性期	367	56	423	164	157	144	▲266	37.1%
	回復期	65		65	190	175	160	▲120	318.2%
	慢性期	175		175	155	106	100	▲69	60.6%
	無回答		19	19				▲19	
	計	607	75	682	520	463	426	▲257	60.5%
津山・英田	高度急性期	452		452	136	132	118	▲320	29.2%
	急性期	522	156	678	514	601	460	▲177	73.9%
	回復期	232		232	487	483	452	▲251	208.2%
	慢性期	677	100	777	605	414	411	▲363	53.3%
	無回答		83	83				▲83	
	計	1,883	339	2,222	1,742	1,630	1,441	▲692	68.9%
小計	高度急性期	4,844	17	4,861	2,168	2,248	2,131	▲2,613	46.2%
	急性期	8,244	1,182	9,426	8,155	8,638	6,679	▲2,888	72.5%
	回復期	2,383	223	2,606	5,598	6,480	6,444	▲3,874	248.7%
	慢性期	5,710	523	6,233	5,283	4,607	4,616	▲1,628	73.9%
	無回答	572	522	1,094				▲1,094	
	計	21,753	2,467	24,220	19,184	20,173	19,870	▲4,047	83.3%
県南東部	ハンセン病療養所の病床	1,325		1,325					
合計		23,078	2,467	25,545	19,184	20,173	19,870		

※1 平成27年4月1日現在の病床数は、許可病床数の数値に合わせるため、平成26年7月1日現在の病床機能報告の数値をもとに、県において調整した数値である。

※2 H25(2013)、H37(2025)及びH52(2040)の数値は、厚生労働省配付の地域医療構想策定支援ツールの医療機関所在地別、特例による数値である。

※3 ハンセン病療養所の病床は、医療保険適用分以外は推計の対象外とされている。

必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較

県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度(2014年度)(又は、直近の年度)の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。

その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

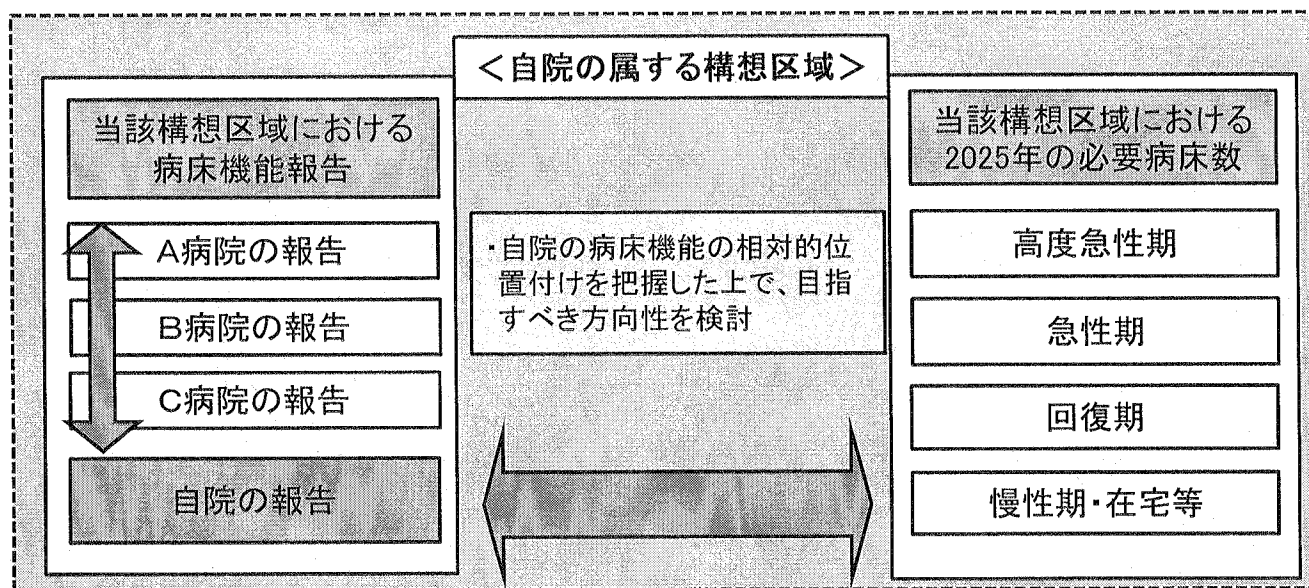
※ 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量(必要病床数)等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

(「地域医療構想策定ガイドライン」より)

(参考) 構想策定後の各医療機関における取組の考え方

各医療機関での取組

- 病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握すること、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能となり、これら2つの情報(データ)の比較などにより、自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行い、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。(「地域医療構想策定ガイドライン」より)



29

津山・英田圏域における病床数(H26年度病床機能報告)の現況及び推計の比較
(単位:床)

区分	H26年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数		②-①	②/①
	病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)		
			①		②		
高度急性期	452		452	137	132	▲ 320	29.2%
急性期	498	184	682	514	501	▲ 181	73.5%
回復期	256		256	487	483	227	188.7%
慢性期	677	100	777	605	414	▲ 363	53.3%
無回答		74	74			▲ 74	
計	1,883	358	2,241	1,743	1,530	▲ 711	68.3%

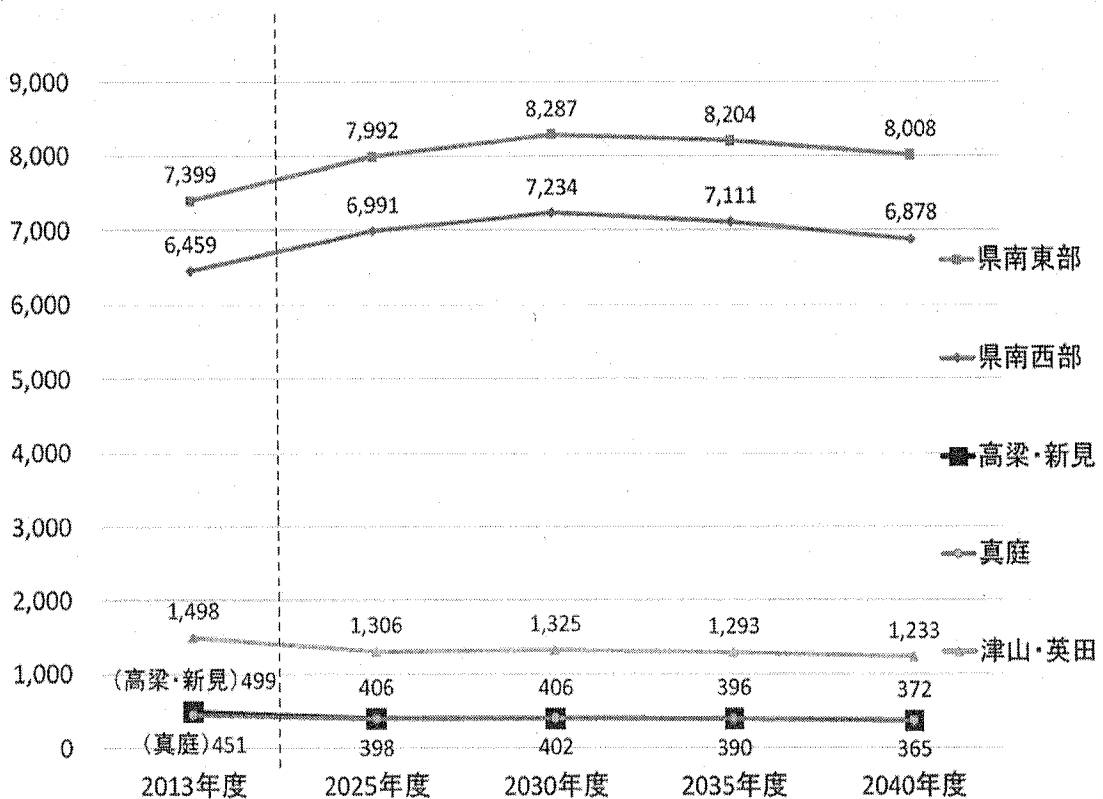
津山・英田圏域における病床数(H27年度病床機能報告)の現況及び推計の比較
(単位:床)

区分	H27年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数		②-①	②/①
	病院	診療所	合計 ①	H25(2013)	H37(2025) ②		
高度急性期	125		125	137	132	7	105.6%
急性期	890	130	1,020	514	501	▲ 519	49.1%
回復期	191	56	247	487	483	236	195.5%
慢性期	637	62	699	605	414	▲ 285	59.2%
無回答		63	63			▲ 63	
計	1,843	311	2,154	1,743	1,530	▲ 624	71.0%

31

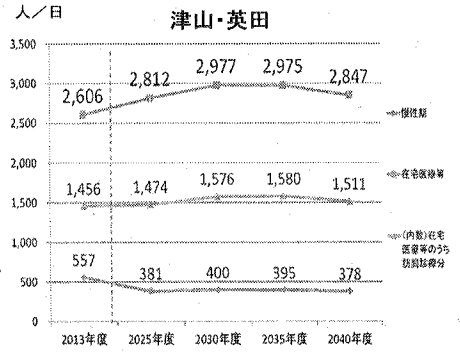
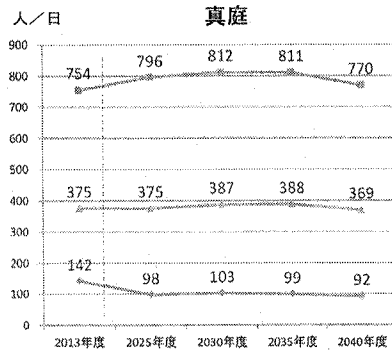
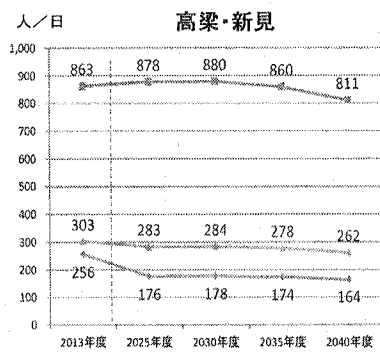
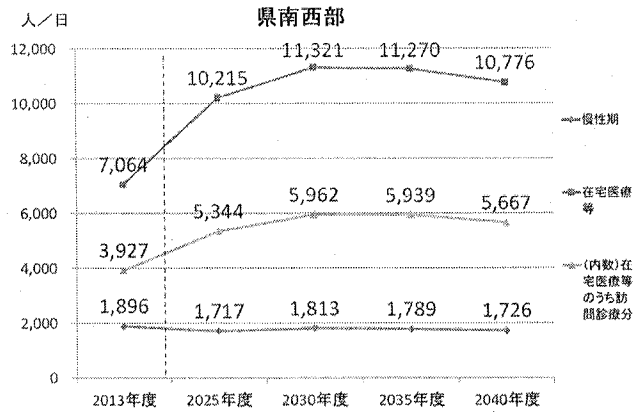
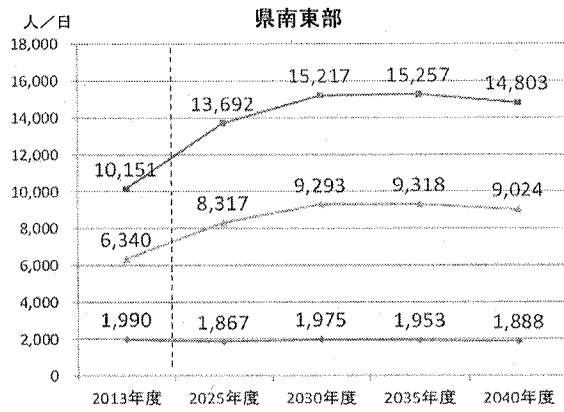
将来の入院患者数の推計(各区域)

人/日 (医療機関所在地:高度急性期、急性期、回復期、慢性期(パターンB又は特例)の計)

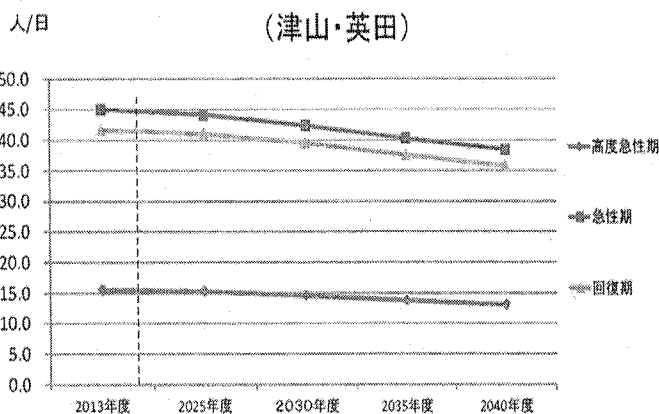
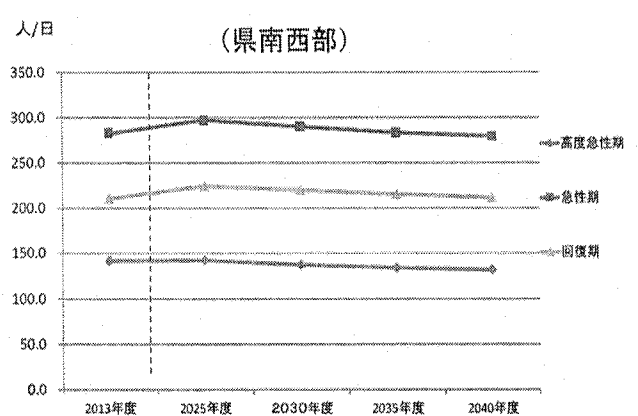
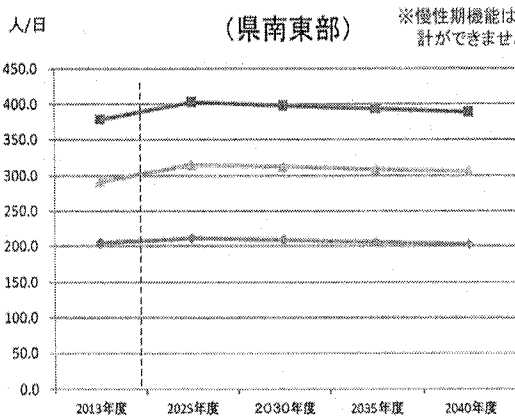


32

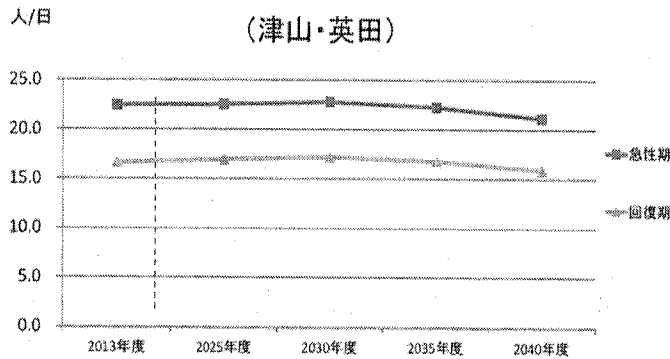
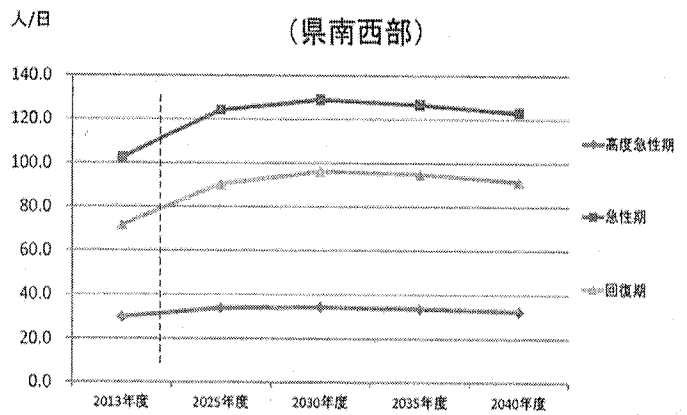
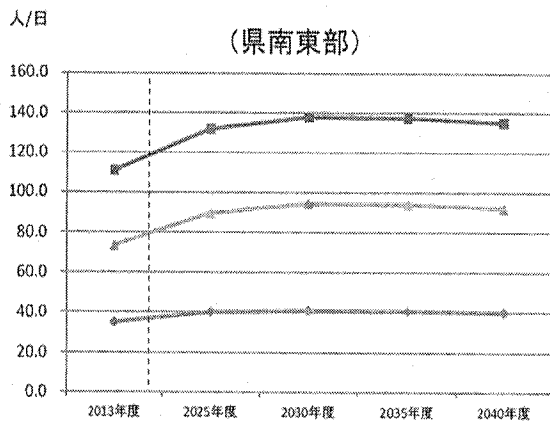
将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推移



がんの入院医療需要推計

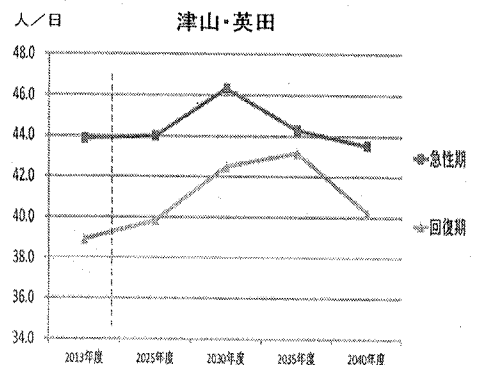
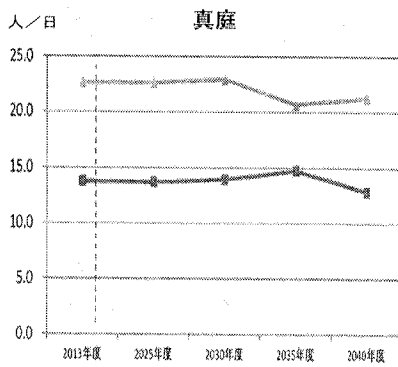
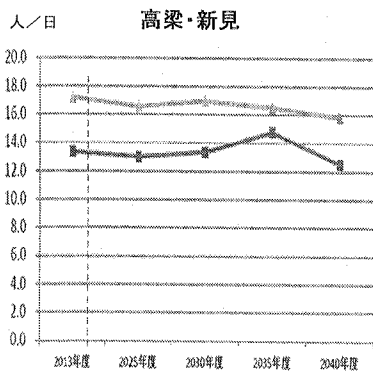
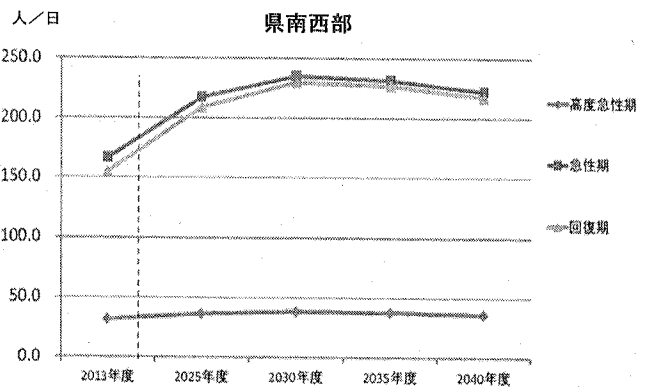
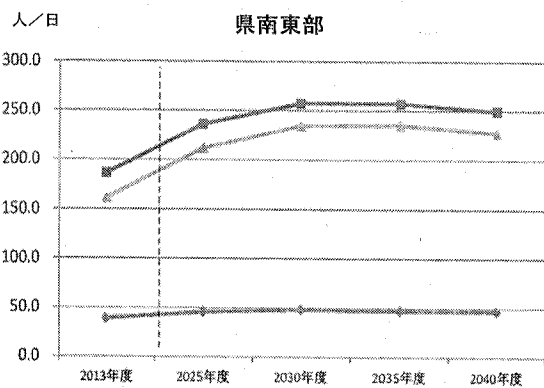


脳卒中の入院医療需要推計



※高度急性期は10未満のため非表示

成人肺炎の入院医療需要推計

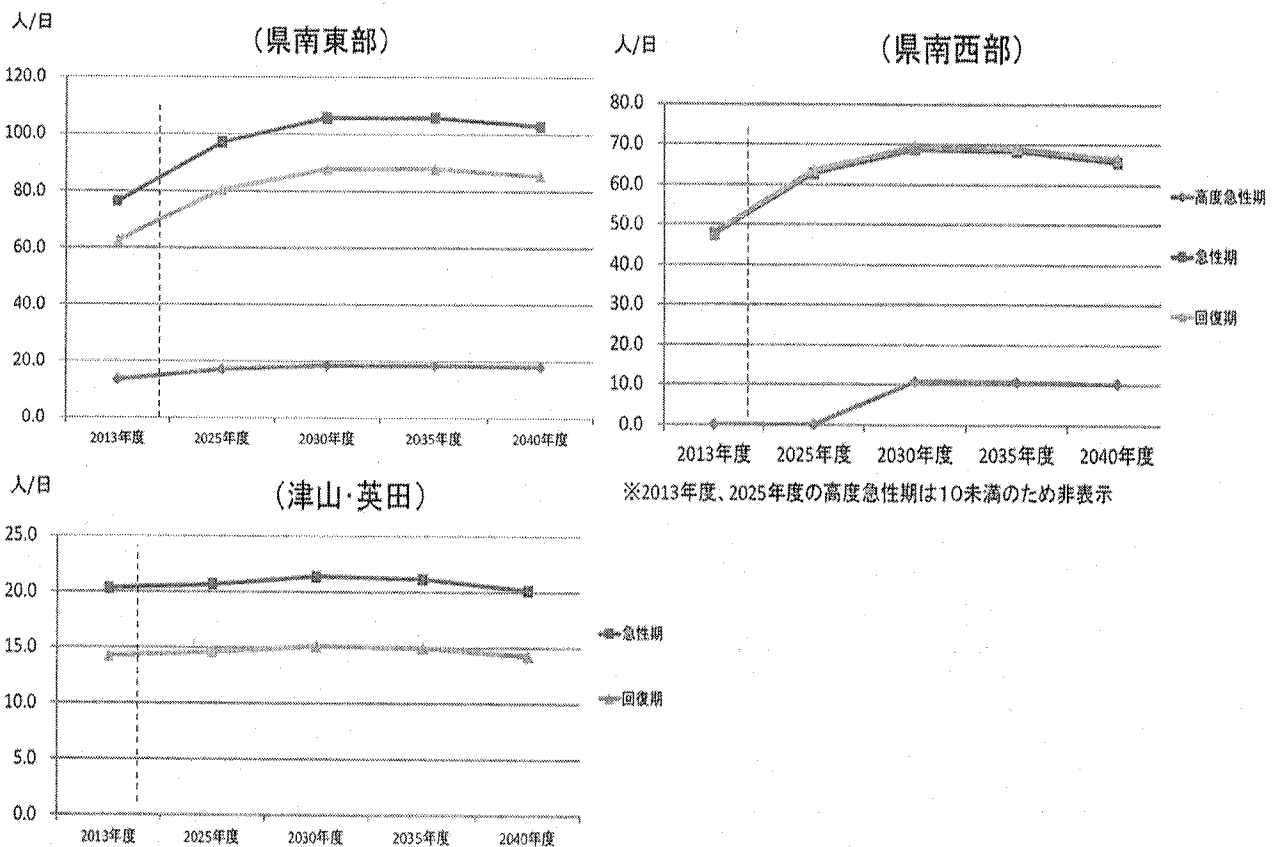


※高度急性期は10未満のため非表示

※高度急性期は10未満のため非表示

※高度急性期は10未満のため非表示

大腿骨骨折の入院医療需要推計



※高度急性期は10未満のため非表示

37

目指すべき医療提供体制

(1) 医療の役割分担と連携

- 病床機能報告での病床数と必要病床数との乖離及び、必要病床数の現在から将来に向けての増減を見据えて、地域の関係者間で十分に協議を行い、医療機能の分化・連携を進める必要がある。
- 県南東部保健医療圏、県南西部保健医療圏については、必要病床数と比較して、高度急性期・急性期の病床数が多く、回復期の病床数が少ないことから、実際に提供している医療を検証した上で、必要な病床への転換等を図る必要がある。
- 高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏など、専門医を必ずしも確保できない地域においても診療を適切に行うため、圏域外の専門的医療機能を有する医療機関との連携体制を整備する必要がある。
- 慢性期医療については、在宅医療や介護サービスの整備(地域包括ケアシステムの構築)と一体的に推進する必要がある。
- 一般病床と療養病床の機能の分化と連携の推進に当たって、精神科医療との連携は重要であることから、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年厚生労働省告示第231号)等の方向性を踏まえる必要がある。
- また、認知症対策についても、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」の方向性を踏まえる必要がある。

38

目指すべき医療提供体制

(2) 公的病院等の役割

- 公的病院等は、各保健医療圏における基幹病院としての役割を果たすことはもとより、地域の特性に応じて、救急医療、へき地医療、災害医療、がん医療、周産期医療等の分野で中心的役割を担う必要がある。
- 公立病院は、国が平成27年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、地域医療構想を踏まえ、果たすべき役割を明確化するとともに、経営の効率化、再編・ネットワーク化などに取り組む必要がある。
- 地域医療支援病院は、切れ目のない医療提供体制と在宅医療を推進していくため、紹介患者に対する医療提供等を通じて、かかりつけ医を支援する役割を担う必要がある。

39

目指すべき医療提供体制

(3) 居宅等における医療の提供

- 今後、団塊の世代が後期高齢者となる2025年(平成37年)に向け、医療・介護需要が増加していくことが想定されます。
- また、本県が平成25年6月に実施した「終末期医療に関するアンケート」で、58%の人ができれば自宅で療養したいと考えているという結果が出ていることや、中重度の要介護者の増加が今後見込まれることなどを踏まえれば、県民一人ひとりが住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができるよう、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの提供体制を整備し、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが必要です。

40

目指すべき医療提供体制

(4) 医療従事者の確保

- 本県の人口10万人対の医療従事者数は、県全体で医師290.2人、看護師1,032.2人となっており、県全体では全国平均を上回るが、地域別、診療科別で見ると医師の偏在が見られ、救急医療や地域医療の確保に影響を与えています。
- 適切な医療を継続的に提供していくためには、医師や看護師の人材確保に積極的に取り組んでいく必要があります。

41

実現のための施策

今後、保健医療圏ごとの地域医療構想調整会議等において、毎年度の病床機能報告等の情報を関係者で共有し、PDCAサイクルを効果的に機能させながら、病床の機能の分化と連携の推進やその実現に必要な地域医療介護総合確保基金を活用した施策について、協議を進める。

協議に当たっては、国における療養病床の在り方等に関する検討会の議論の動向等も踏まえる。

(1) 医療の役割分担と連携

- 急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行う。
- 県北等では、必ずしも専門医が常勤している状況ではないことから、一人の医師が幅広い分野をカバーしながら、必要に応じて的確に高次医療機関と連携することにより、医療資源が少ない地域においても、質の高い医療が提供できるよう、体制の整備を図る。
- 病院・診療所間の切れ目のない医療情報連携を可能とするため、ICTを活用した地域医療ネットワーク設備の整備を図る。

42

実現のための施策

(2) 公的病院等の役割

- 公的病院等と地域の医療機関との機能分化と相互連携の強化を図り、へき地医療や救急医療など、地域において必要とされる医療を提供する体制の確保に努める。
- 公立病院が策定する「新公立病院改革プラン」に基づき適切な助言を行う。

43

実現のための施策

(3) 居宅等における医療の提供

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組等について、郡市医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組を支援することなどにより、在宅医療の推進を図る。
- 医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種の連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ることなどにより、在宅医療提供体制の整備を進める。

44

実現のための施策

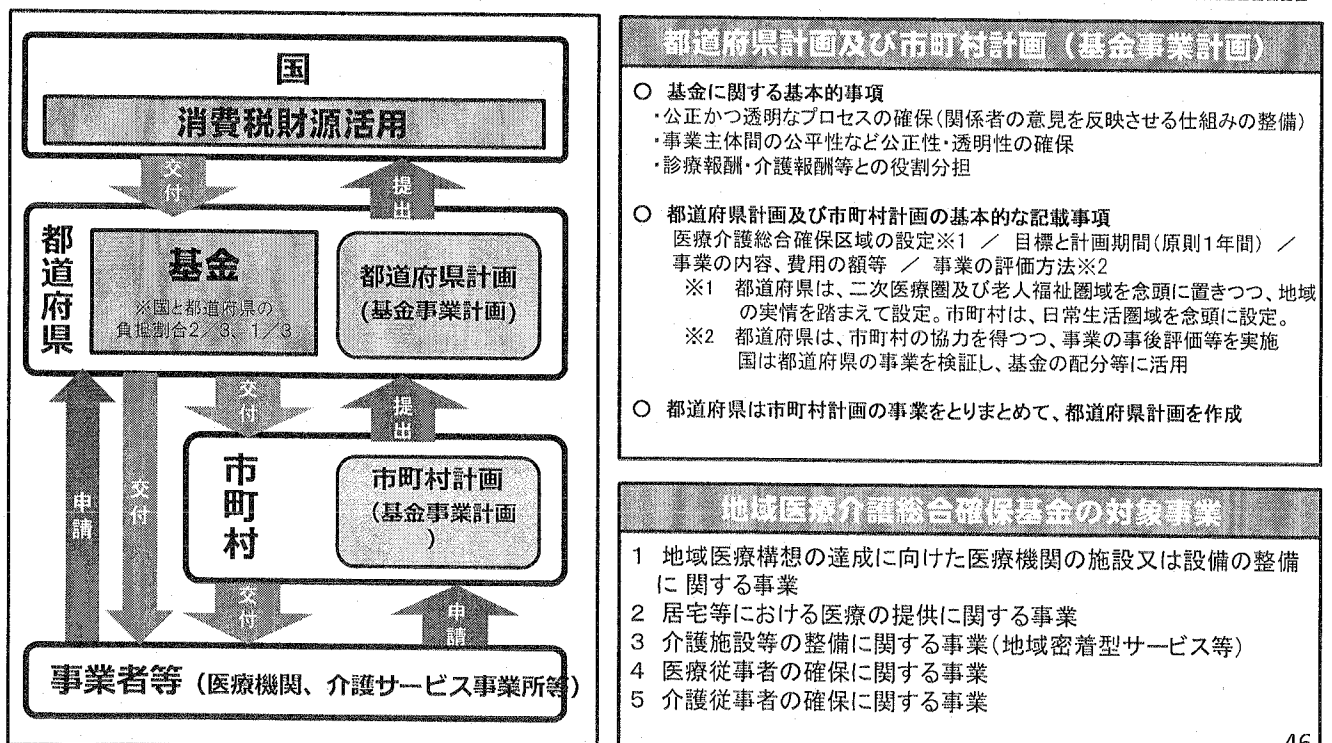
(4) 医療従事者の確保

- 岡山大学及び広島大学の医学部に地域枠を設置し、卒業後に医師不足地域の医療機関で診療に従事させるなど、大学等と連携した医師の確保・育成を図る。
- 地域医療支援センターを中心として、地域医療に従事する医師のキャリア形成、県内定着や地域偏在の解消を図るなど、医師確保対策を進める。
- 女性医師や看護師の出産や育児等のライフイベントをきっかけとした離職をできる限り防ぎ、また、いったん離職しても、円滑に再就職できるよう、勤務環境の改善や再就職に向けた情報提供、相談・支援体制を整備することなどにより、医師や看護師の確保に努める。

45

地域医療介護総合確保基金の活用

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



46

