

# 地域医療構想について

平成27年8月24日  
大 分 県



1

## 説明内容

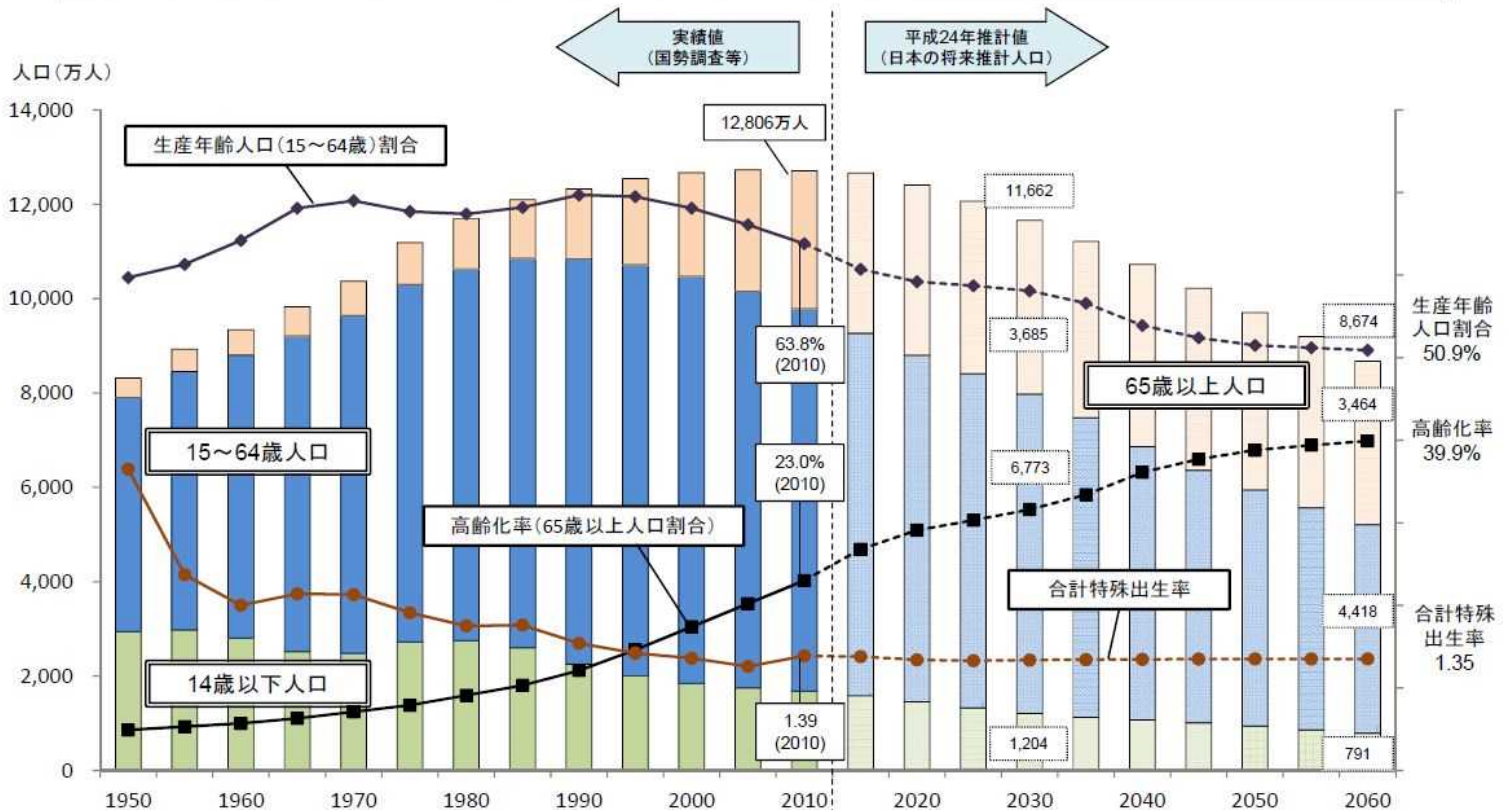
- 1 地域医療構想の背景と趣旨
- 2 地域医療構想の策定プロセス
- 3 地域医療構想策定後の取組
- 4 今後の進め方について

2

# 1 地域医療構想の背景と趣旨

## 日本の人口の推移

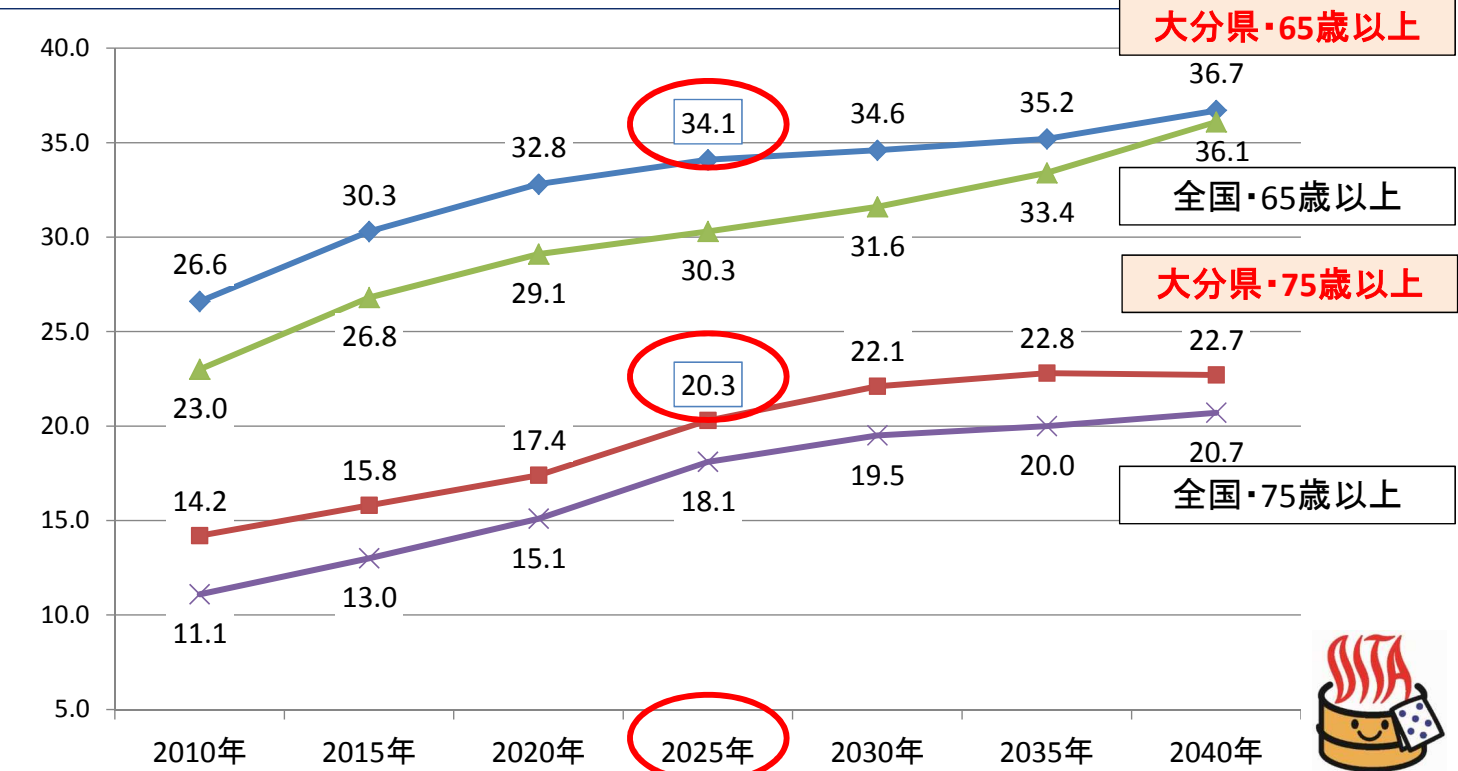
○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

## 高齢化率の将来推計(1)

- 本県の高齢化率(65歳以上の割合)は伸び続け、2025年には**3人に1人が高齢者**
- 本県の**75歳以上**の割合は2025年に**2割を超え**、その後増加して横ばいに

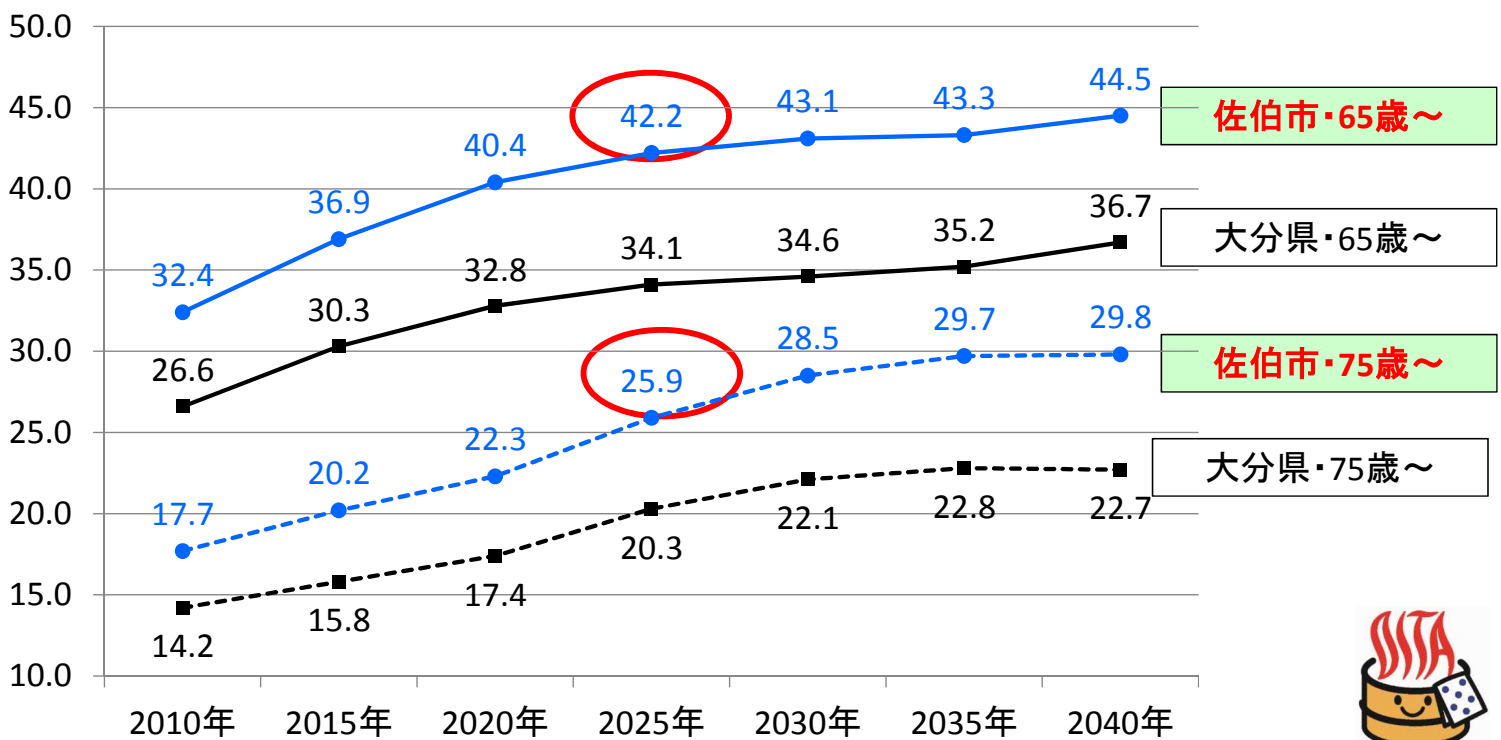


出典: 全国値は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、大分県の数値は「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」。  
いずれも国立社会保障・人口問題研究所調査。



## 高齢化率の将来推計(2)

- 南部地域(佐伯市)の高齢化率は**2025年までに5ポイント以上、上昇する見込み**。
- 南部地域(佐伯市)では**2040年には、およそ2人に1人が高齢者**

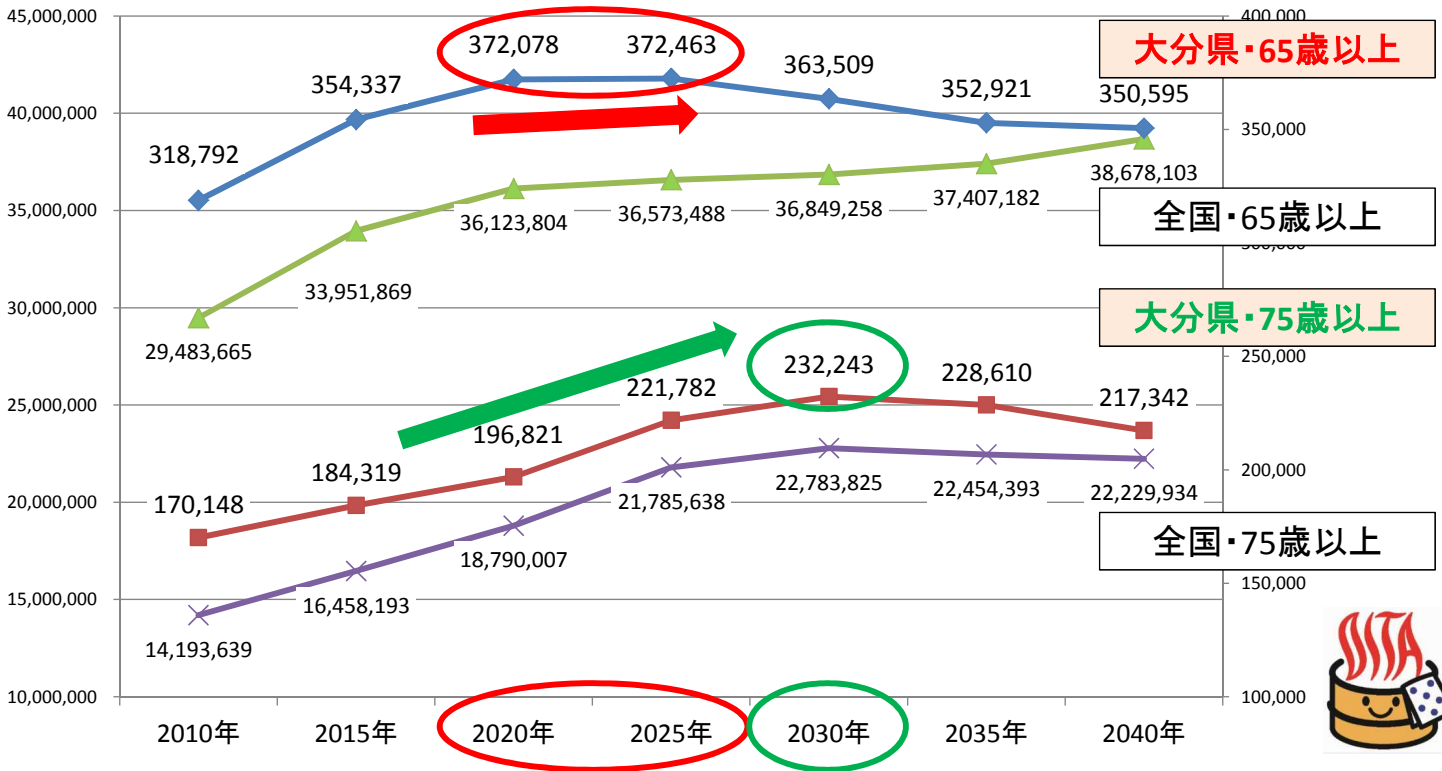


出典: 全国値は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、大分県の数値は「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」。  
いずれも国立社会保障・人口問題研究所調査。



## 高齢者数の将来推計(1)

- 本県の高齢者数(65歳以上)は2025年頃まで増え続け、その後減少傾向に
- 本県の高齢者数(75歳以上)は2030年頃まで増え続け、その後減少傾向に

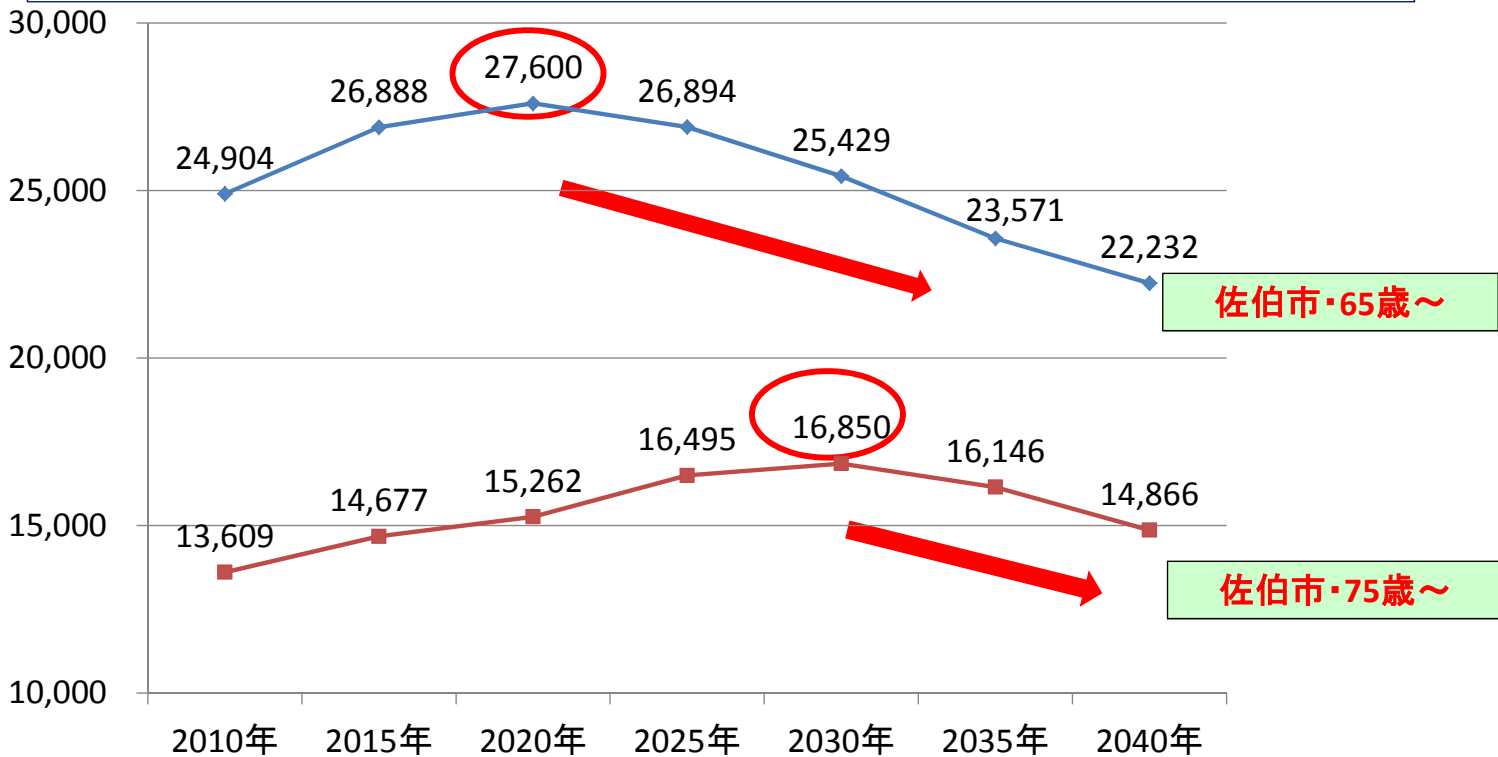


出典: 全国値は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、大分県の数値は「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」。  
いずれも国立社会保障・人口問題研究所調査。



## 高齢者数の将来推計(2)

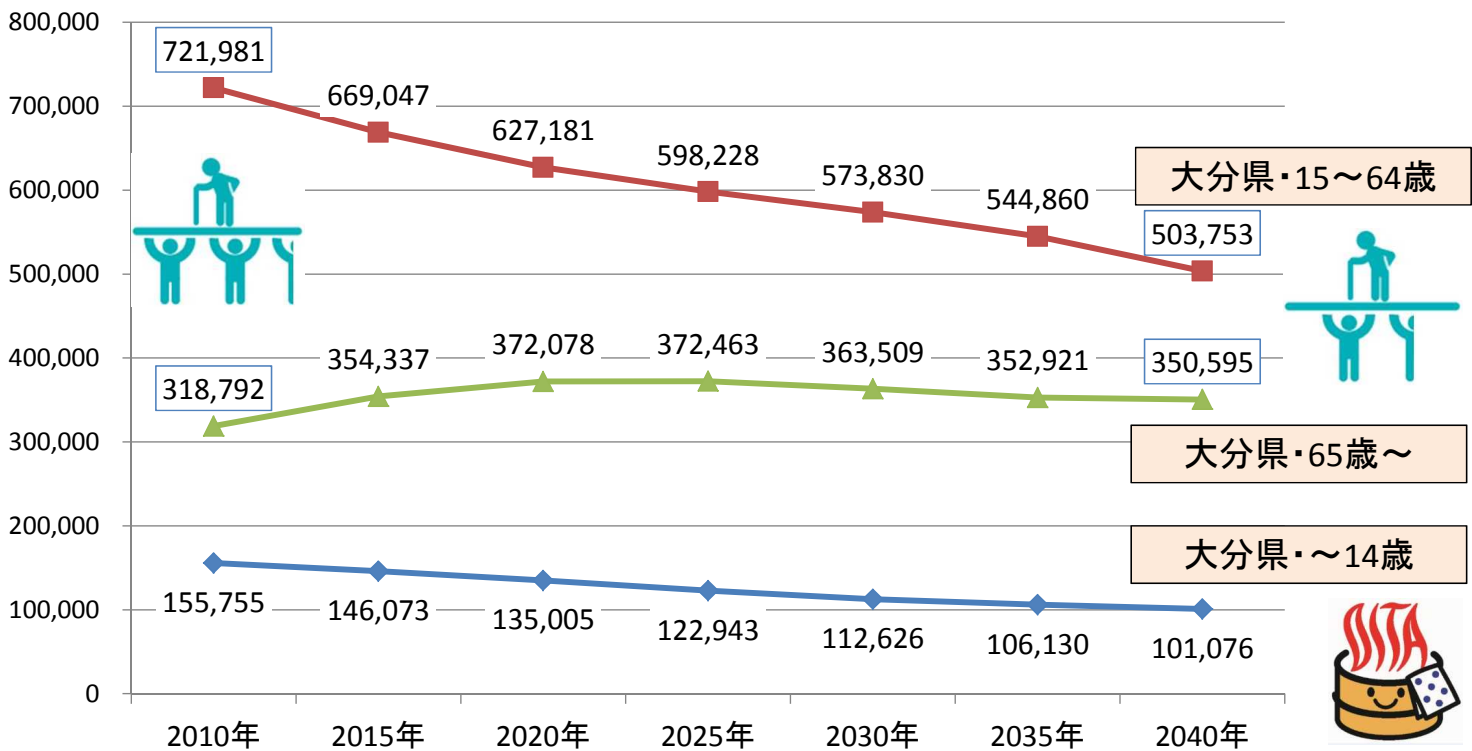
- 佐伯市の高齢者数(65歳以上)は2020年頃まで増え続け、その後減少傾向に。
- 佐伯市の高齢者数(75歳以上)は2030年頃まで増え続け、その後減少傾向に。



出典: 全国値は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、大分県の数値は「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」。  
いずれも国立社会保障・人口問題研究所調査。

## 本県の年齢3区分別人口の将来推計

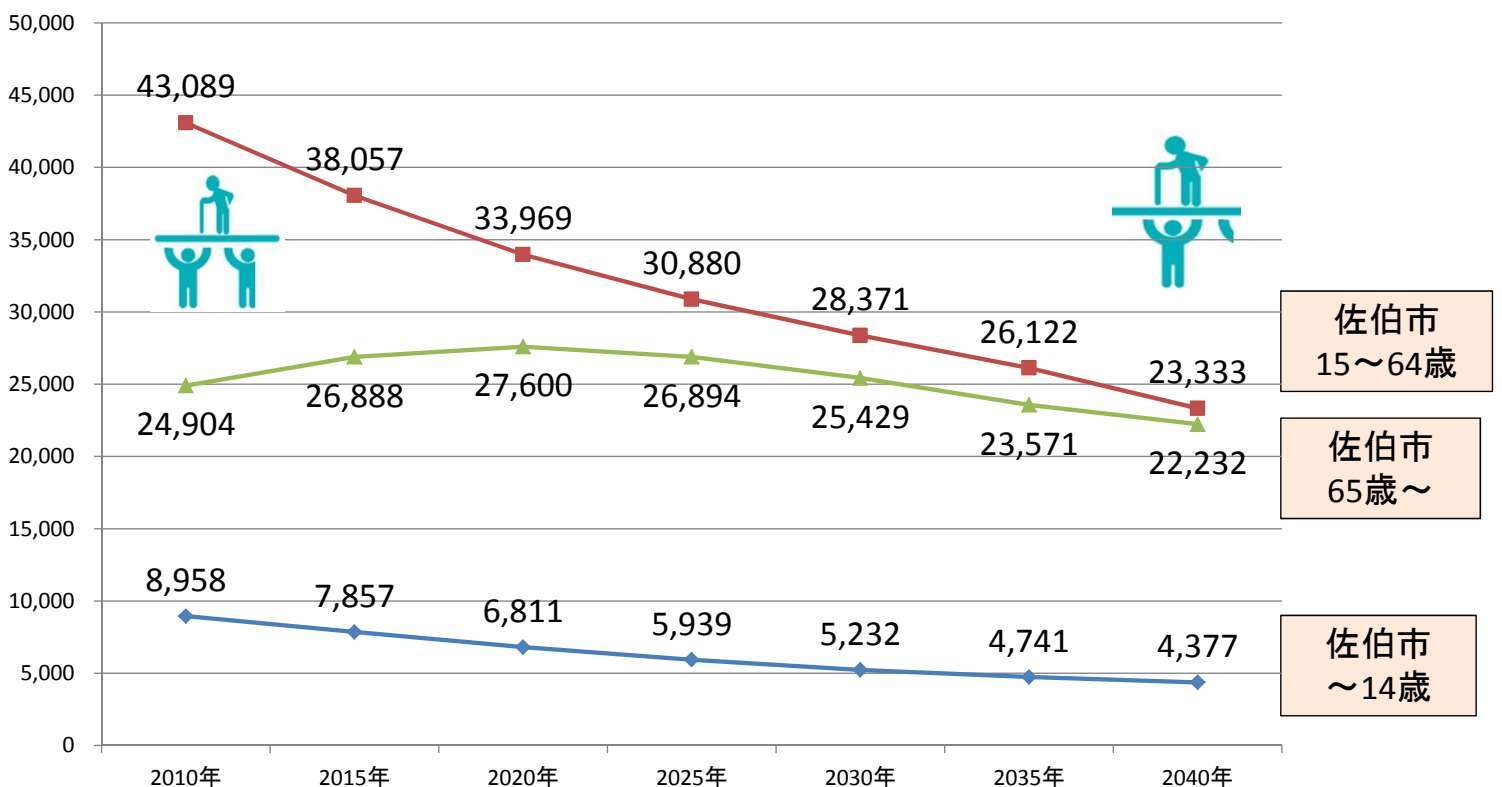
○2040年までに、働き手人口**30%減**、年少人口**35%減**。高齢者は10%増。  
 ○1人の高齢者を支える働き手は、2010年の約**2.3人**から2040年は約**1.4人**に。



出典:「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・人口問題研究所調査。

## 年齢3区分別人口の将来推計(佐伯市)

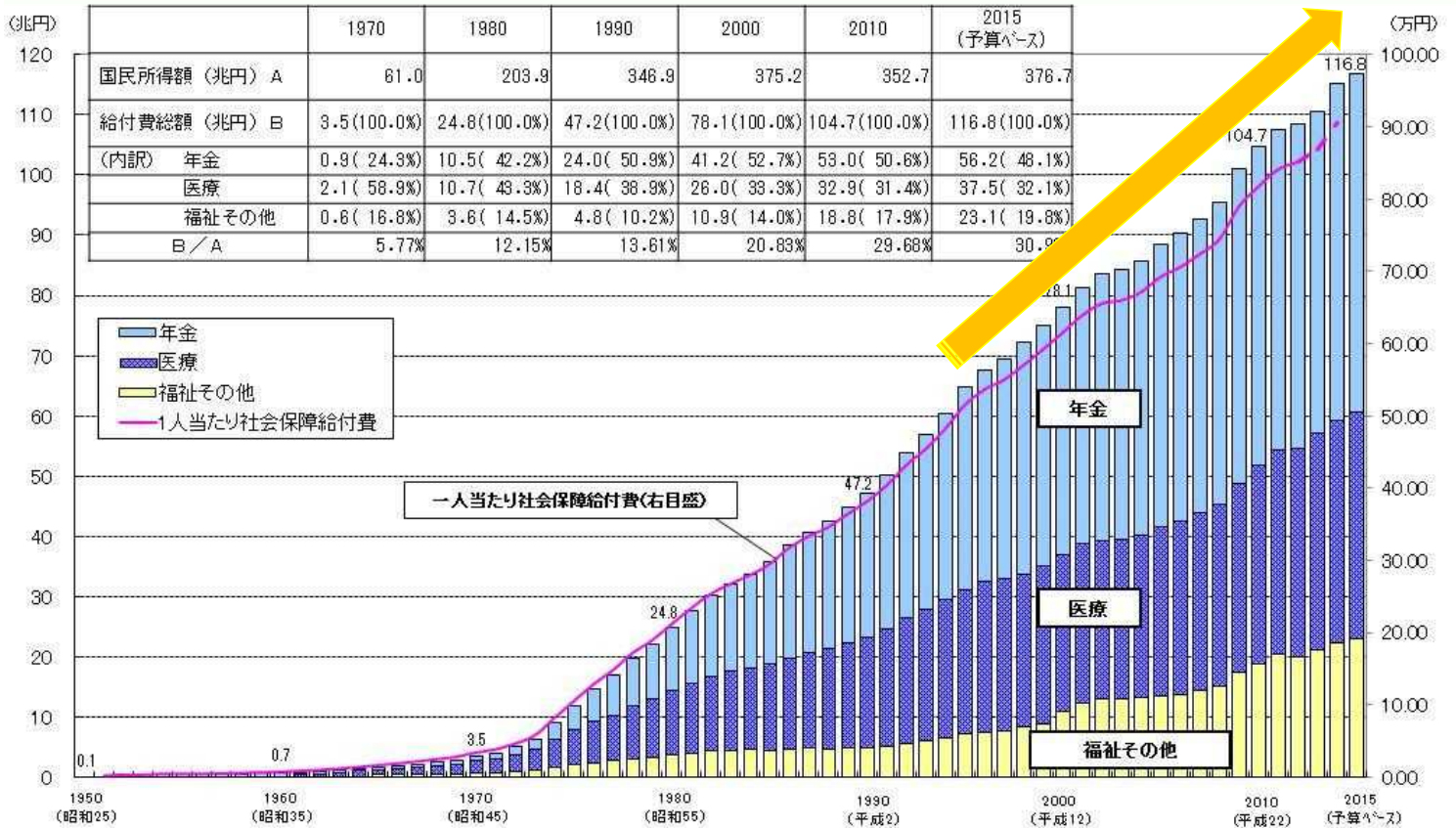
○2040年までに、働き手人口**46%減**、年少人口**51%減**。高齢者は**11%減**。  
 ○1人の高齢者を支える働き手は、2010年の約**1.7人**から2040年は約**1.05人**に。



出典:「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・人口問題研究所調査。



# 社会保障給付費の推移



資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成24年度社会保障費用統計」、2013年度、2014年度、2015年度(予算ベース)は厚生労働省推計、  
2015年度の国民所得額は「平成27年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成27年2月12日閣議決定)」  
(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2015年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

## 社会保障と税の一体改革

### 消費税

- 2014(H26)4月から**8%**に
- 2017(H29)4月から**10%**に(H27年10月予定を1年半延期)

## 社会保障の充実(平成27年度)

### 子ども・子育て

- 子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

0.7兆円  
程度

### 医療・介護

- 医療・介護サービスの提供体制改革(①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等、②地域包括ケアシステムの構築)
- 医療・介護保険制度の改革
- 難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立

1.5兆円  
程度

### 年金

- 現行制度の改善

0.6兆円  
程度



## 医療介護総合確保推進法

(正式名称: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)

### 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

## 【医療介護総合確保推進法の趣旨】

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築する  
とともに、  
地域包括ケアシステムを構築すること  
を通じ、  
地域における医療及び介護の総合的な確保を推進

13

## 医療介護総合確保推進法

(正式名称: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)

### 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

### 概要

#### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

#### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

#### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤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

#### 4. その他

- ①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
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

14



# 「病床機能報告制度」(H26. 10施行)

◎「病床機能報告制度」とは、一般病床・療養病床を有する病院・診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向について、**病棟単位で**、以下の**4区分から1つを選択**し、その他の具体的な報告事項とあわせて、都道府県に報告する仕組み。

高度急性期

急性期

回復期

慢性期

## 報告内容(26年度分)

- ① **現在**(平成26年7月1日現在)の医療機能
- ② **6年が経過した時点**での医療機能の予定
- ③ **2025年度**(平成37年度)時点での医療機能の予定(**任意**)

## ◎医療機能を選択する際の判断基準

- ・病棟単位の医療の情報が不足している現段階では**定量的基準**を示すことは困難
- ・報告制度導入当初は、医療機関が、**定性的基準**を参考に医療機能を選択



## 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	幅広い手術の実施 (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	急性期後の在宅支援 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
	許可病床数、稼働病床数 一般病床、療養病床の別	がん・脳卒中・心筋梗塞 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	在宅 中心静脈注射、呼吸心拍監視、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
	医療法上の経過措置に該当する病床数	重症患者への対応 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	回復期 疾患に依じた/早期からのリハビリ 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
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	救急医療の実施 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	重度の障害者等 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
	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	救急医療の受入 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	有床診療所の多様な機能 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)
	主とする診療科	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法	
	算定する入院基本料・特定入院料	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法	
	DPC群	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法	
	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)	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法	
	二次救急医療施設/救急告示病院の有無	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法	
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)	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
退院調整部門の設置・勤務人数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
新規入院患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
在床患者延べ数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
退床患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
入棟前の場所別患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
予定入院・緊急入院の患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
退棟先の場所別患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		
退院後に在宅医療を必要とする患者数	救急医療の受入 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、カウンターショック 心臓穿孔、食道圧迫止血チューブ挿入法		



# 病床機能報告での医療「機能」の定義

医療機能の名称	医療機能の内容
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

## 大分県全域

「2014年7月1日」「6年が経過した日」「2025年7月1日」各時点における医療機能別の病床数(許可病床)



	高度急性期			急性期			回復期			慢性期			(未選択)			2014年計
	2014年	6年後	2025年	2014年	6年後	2025年	2014年	6年後	2025年	2014年	6年後	2025年	2014年	6年後	2025年	
一般病床	1,346	1,443	562	10,033	9,490	4,611	1,321	1,723	1,016	1,735	1,779	1,100	163	163	7,309	14,598
療養病床	0	0	0	98	160	62	806	934	361	2,107	1,904	1,074	36	0	1,501	3,047
計	1,346	1,443	562	10,131	9,650	4,673	2,127	2,657	1,377	3,842	3,683	2,174	199	163	8,810	17,645

## 現時点から6年後への変更の動向について（大分県全域）



○ 以下は、2014年7月1日時点の医療機能の選択状況と、6年後の医療機能の選択状況とをクロス集計したものの。

括弧内の構成比は、2014年7月1日時点の病床数を分母とした、6年後の4機能の構成比である。

		2014年7月1日時点の医療機能						2014 ↓ 6年後 増減数 (増減率)	
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	4機能計	未選択		合計
		1,346 (100.0%)	10,131 (100.0%)	2,127 (100.0%)	3,842 (100.0%)	17,446 (100.0%)	199 (100.0%)	17,645 (100.0%)	
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
6 年後 の 医 療 機 能	高度急性期	1,282 (95.2%)	161 (1.6%)			1,443 (8.2%)		1,443 (8.1%)	+97床 (+7.2%)
	急性期		9,570 (94.5%)		44 (1.1%)	9,614 (54.8%)	36 (18.1%)	9,650 (54.4%)	△481床 (△4.7%)
	回復期	45 (3.3%)	319 (3.1%)	2,127 (100.0%)	166 (4.2%)	2,657 (15.2%)		2,657 (15.0%)	+530床 (+24.9%)
	慢性期	19 (1.4%)	81 (0.8%)		3,583 (94.6%)	3,683 (21.8%)		3,683 (21.5%)	△110床 (△4.1%)
	未選択						163 (81.9%)	163 (0.9%)	
					(廃止：49)	(廃止：49)		(廃止：49)	

Oita Prefectural Government

# 大分県

音声読上 色合い 白 黒 青 文字

サイト内検索 Google™ Custom Search 検索

注目ワード おおいたDC プレミアム商品券 職員採用 難病・医療 職業訓練受講生 建設業許可申請 OPAM

現在地 トップページ > 組織からさがす > 医療政策課 > 平成26年度 病床機能報告

## 平成26年度 病床機能報告の結果について

ここでは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の13第4項の規定に

### 地域医療構想について

今後高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、提供する体制を構築することが求められています。

そのためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくこと

こうしたことから、都道府県は、2025年における医療機能ごとの需要と適切に推進するための地域医療構想を策定します。

### 病床機能報告制度について

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、分析を行う必要があります。

そのために必要なデータを収集するため、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都道府県に報告する仕組みが導入されました。

## 中部医療圏における医療機能ごとの病床の状況

中部医療圏における医療機能ごとの病床の現状

### 現状

2014年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。

一つの病棟に特定の患者だけが存在し、当該患者への医療のみを提供しているものではなく、実際の病棟で、病棟内には様々な病期の患者が混在しており、各々の患者に応じた医療が提供されています。

No.	医療機関名	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
1	大分大学医学部附属病院 [Excelファイル/98KB]	588	588			
2	大分県立病院 [Excelファイル/99KB]	566	33	483		
3	大分医療センター [Excelファイル/87KB]	300		300		
4	大分赤十字病院 [Excelファイル/88KB]	340		340		
5	アルメイダ病院 [Excelファイル/94KB]	406	33	352		21
6	明野中央病院 [Excelファイル/81KB]	75		45	30	
7	有田胃腸病院 [Excelファイル/81KB]	94		94		
8	井野辺病院 [Excelファイル/81KB]	112		52	60	
9	今村病院 [Excelファイル/81KB]	60		40	20	
10	えとう内科病院 [Excelファイル/80KB]	58				58
11	オアシス第一病院 [Excelファイル/81KB]	99		45		54
12	オアシス第二病院 [Excelファイル/81KB]	72				72
13	大分国病院 [Excelファイル/85KB]	224	6	218		
14	大分記念病院 [Excelファイル/84KB]	118		49		69
15	大分共立病院 [Excelファイル/81KB]	73		22		51
16	大分協和病院 [Excelファイル/80KB]	40				40
17	大分健生病院 [Excelファイル/82KB]	120		48		72



# 地域医療構想の定義

医療法第30条の4第2項 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

(以降の条文は平成27年4月1日施行)

7 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(以下、「構想区域」という。)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(以下、「地域医療構想」という。)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第30条の13第1項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項となっている。

8 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

医療法施行規則第30条の28の4

法第30条の4第2項第7号口の厚生労働省令で定める事項は、次のとおり

1 構想区域における将来の居宅等における医療の必要量

2 その他厚生労働大臣が必要と認める事項



21

# 地域医療構想の趣旨



高齢化の進行(2025年に医療・介護ニーズが最大化)

複数の疾病を抱える  
患者が増える

手術だけでなくリハビリも  
必要な患者も増える

在宅で医療を受ける  
患者も増える

効果的で質の高い医療提供体制の構築(地域包括ケアシステム構築)

病床の機能の分化・連携の推進(高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的に切れ目なく提供する体制を整備)

将来の医療の必要量に着目し明確化(地域医療構想)

病床機能報告の結果と比較し、  
どの病床機能が不足しているか等を検討

医療機関の自主的な取組と  
相互の協議で実現を目指す

22



## 2 地域医療構想の策定プロセス

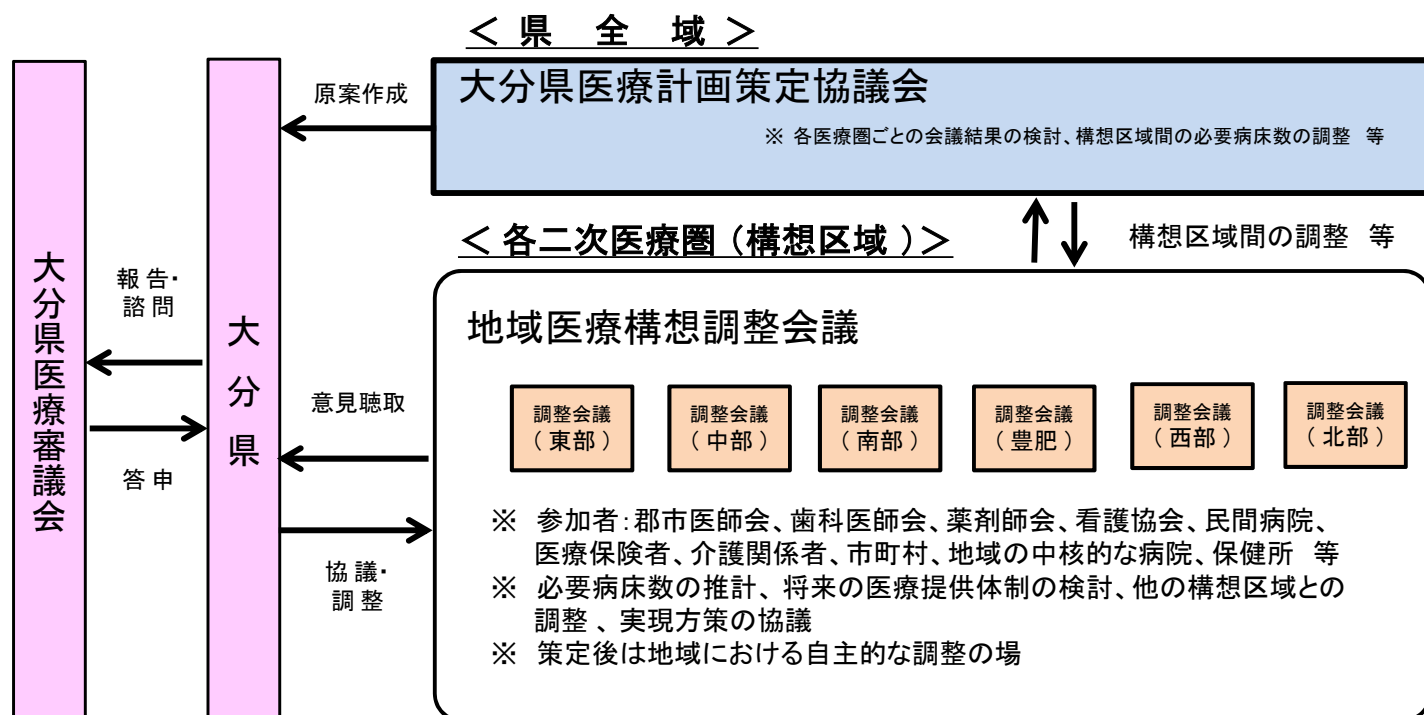
### 地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討



## 1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 地域医療構想は、医療計画の一部となることから、既存の「大分県医療計画策定協議会」において構想案の策定などを実施。
- 各圏域ごとに、関係者等との協議の場として「地域医療構想調整会議」を設置し、策定段階から意見聴取・協議を行う。
- 「大分県医療審議会」への諮問・答申を経て、地域医療構想の策定となる（医療計画の策定（変更）と同様の手続き）。



25

## 2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

- **病床機能報告**制度に基づく医療提供体制の状況
- 各医療機能別の医療需要に対する医療提供の状況
- 疾病別医療需要に対する医療提供の状況
- 疾病別アクセスマップと人口カバー率
- **介護保険関係**サービスの整備状況
- 2025年の性・年齢階級別**推計人口**

26

## 「地域医療構想策定支援ツール」

OH27.7.14にCD受領。

○厚生労働省が都道府県に行く技術的支援として、配布。

○OCDの使用は各都道府県庁のほか、厚生労働省主催の研修を受講する専門家が所属する団体の事務所等に限定。

○使用にあたり、NBDデータ等のバックデータへのアクセスや漏洩を防ぐため、以下の内容を遵守する旨の誓約書を厚生労働省に提出。

●インターネット等外部のネットワークに接続しないPCで利用する

●記憶装置（ハードディスク、USBなど）にファイルの一部又は全部をコピーしない

●パスワードロック機能がかかった情報は、パスワード解除や、閲覧、加工、公表は行わないなど



推計に用いるNBDやDPCなどの基礎データの確認や計算過程の検証は不可能。

## 3. 構想区域の設定

○構想区域の設定に当たっては、**現行の二次医療圏を原則**としつつ、あらかじめ、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の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。

○一方で、二次医療圏は、一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定するものであり、平成24年(2012年)3月に厚生労働省が示した医療計画作成指針において、①人口規模が**20万人未満**、②**流入患者割合が20%未満**、③**流出患者割合が20%以上**の全てに当てはまる場合は、**圏域設定を見直すことを求めた**ところである。

○現行の医療計画(H25～29)策定時に、上記に該当した**西部、北部、豊肥の3医療圏**について、圏域設定の見直しについて検討・協議した結果、**従前どおりの二次医療圏とすることを決定**。



現行の**二次医療圏**を「構想区域」として策定を進めることとしたい



本県の二次医療圏、高齢者福祉圏域、障がい福祉圏域は一致



地域医療介護総合確保基金の活用に必要な医療介護総合確保区域も二次医療圏と同一区域で設定

29

## 4. 構想区域ごとの医療需要の推計

### 医療需要

= 推計入院患者数

= 入院患者の数がどうなっていくのか



- 推計方法の基本的考え方
- 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
- 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

30

## 4-1.高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方

- 高度急性期、急性期及び回復期については、
  - 構想区域における2025年の医療需要＝当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別・医療機能別入院受療率×当該構想区域の2025年の性年齢階級別推計人口
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するDPCデータやNDBのレセプトデータを分析。

31

### DPCデータ

DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS(Per-Diem Payment System;1日当たり包括支払い制度)という。DPC/PDPS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。これをDPCデータと呼ぶ。

**対象:** 全国のDPC病院(平成26年4月時点で1585病院、約49万床。一般病床の約55%をカバー)

**期間:** 平成25年度(1年間)

**抽出条件:** 該当する期間に入退院が完了しており、かつ、包括DPCで算定されている範囲の患者のDPCデータ。

**除外条件:** 包括DPCで算定されていない範囲、同日再入院や24時間以内の死亡、治験対象症例など

結核病床、感染症病床、精神病床の入院分

**医療資源投入量:** 患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算したもの(入院基本料を除く)

### NDBのレセプトデータ

NDB(National Database)とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、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に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

**対象:** 医療機関の電子化されたレセプト情報と特定健診等全データ

**期間:** 平成25年度分

**件数:** レセプト 約17億2800万件(H25年度)

※このうち非DPC病院又は有床診療所に入院した患者分を活用。レセプトの日計表により各患者の1日毎の入院基本料・リハビリテーション料の一部を除いた出来高点数(医療資源投入量)を計算し、DPCデータと同様に、C1、C2、C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



32

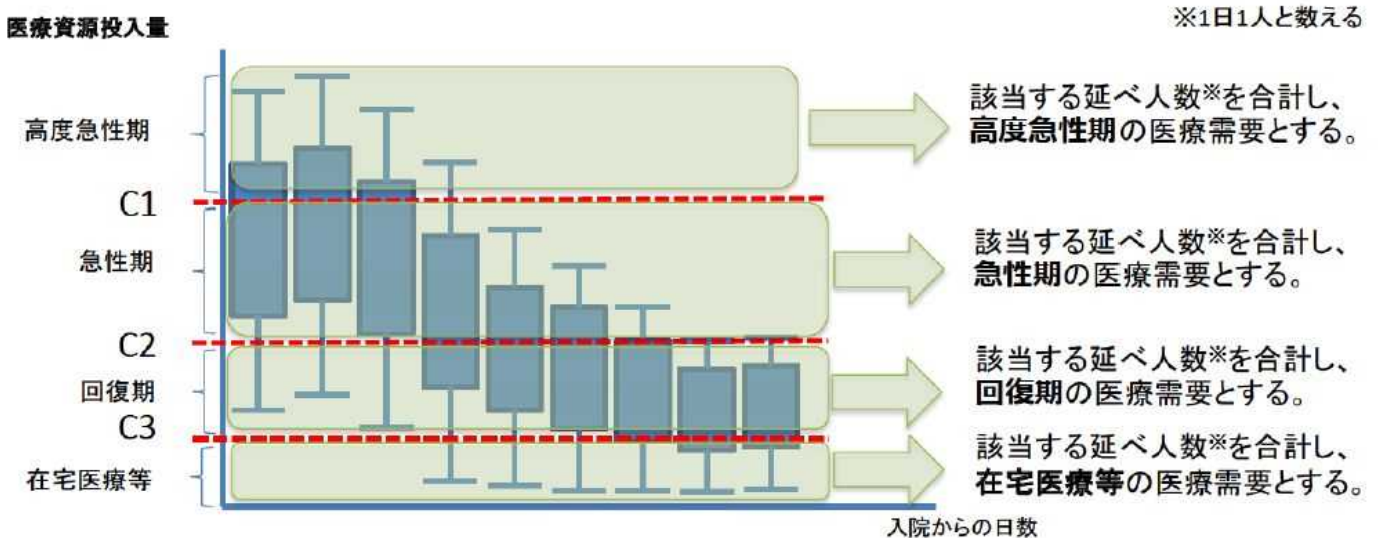
## 4-2.高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方

- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するDPCデータやNDBのレセプトデータを分析。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したもの(医療資源投入量)の多寡を観察。

33

### 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方

- DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1～C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

34



## 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方(1)

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期		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		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		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 <b>175点</b> 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。

35

## 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方(2)

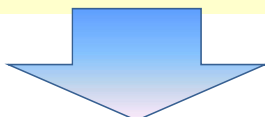
	医療資源投入量	患者像の例
高度急性期		<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定、カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> <li>[例]非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</li> </ul>
急性期		<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul>
回復期		<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液及びイレウス管によるドレナージを行っている。</li> <li>[例]補液+点滴管理+ドレーン</li> </ul>
※		

※ 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。

36

## 4-3.慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

- 療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、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。

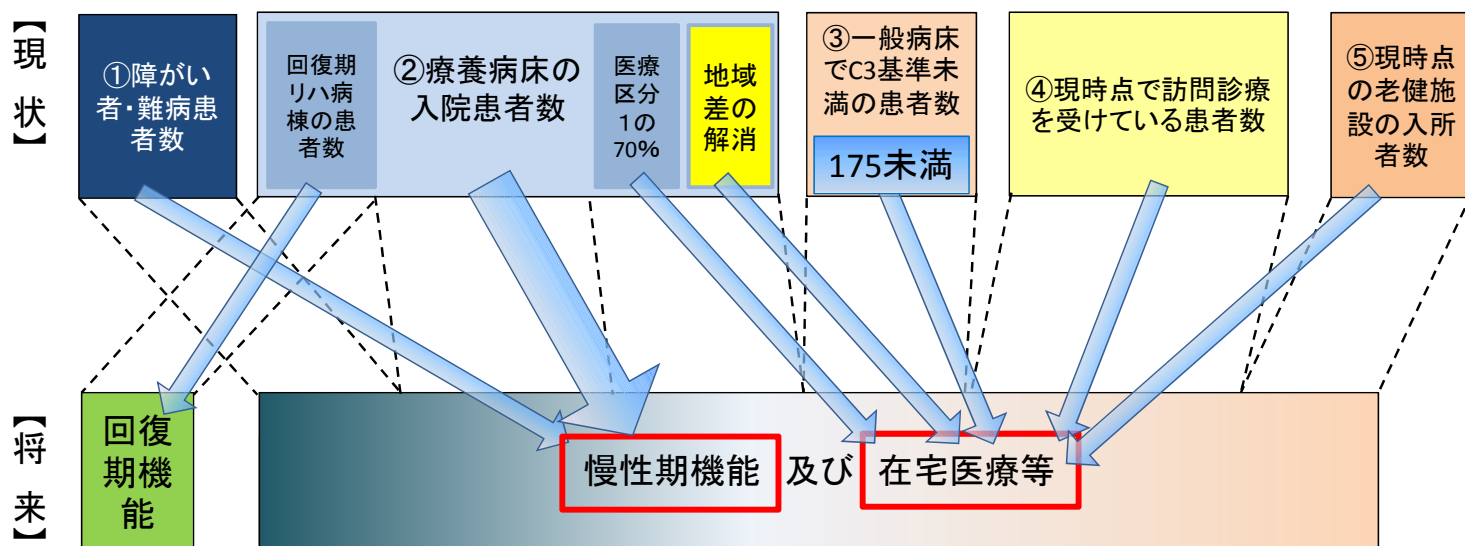


- 慢性期については、
  - 入院受療率の地域差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。このため、上記の他医療機能の算定方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期の医療需要を推計

37

## 4-3.慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ 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。

38



# 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

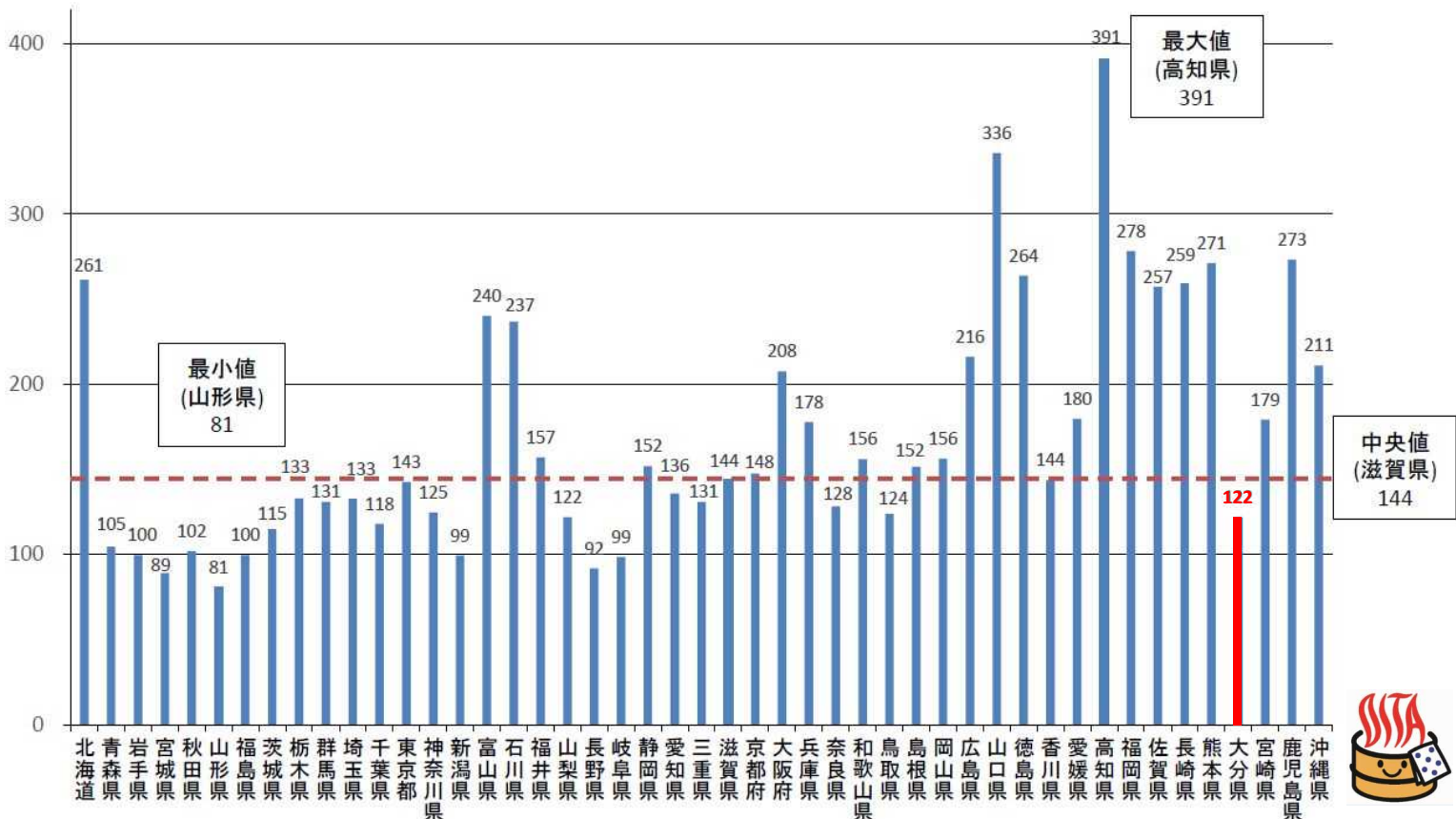
○慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

※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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

- ①一般病床の障がい者数・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する。
- 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する。
  - ・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患者数として推計する。
  - ・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を推計する。(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する。
- 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する。
- ⑤介護老人保健施設の入所者数(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する。

## 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)





# 療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

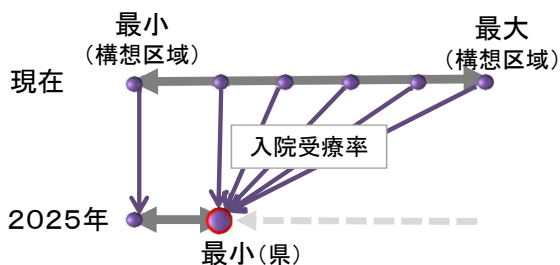
- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。  
 パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。  
 パターンB：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。（次頁参照）

## 【入院受療率の地域差の解消目標】

### パターンA

全ての構想区域が全国最小値(県単位)まで入院受療率を低下する。

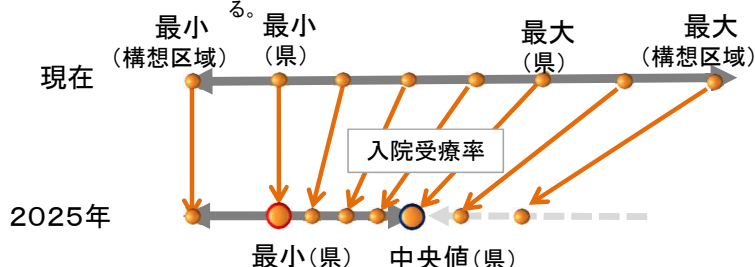
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



### パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※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。



# 療養病床の入院受療率の地域差への対応②(地域の実情への配慮)

- 原則、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲で入院受療率の目標を定めることとするが、以下の要件に該当する二次医療圏は、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。(パターンC)

- 【要件】① 当該二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ  
 ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい**

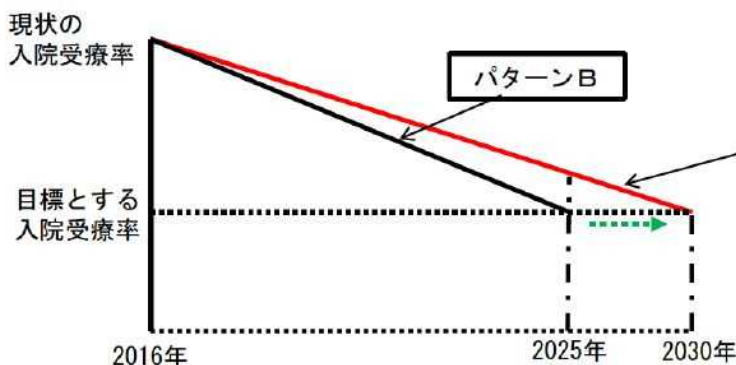
[高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について]

- ・ 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)
- ・ 上記の相関からも、今後、高齢者単身世帯の割合が大きい地域は、在宅医療等への移行を進めにくいと考えられるため、一定の配慮を行う。

- 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の目標とし、当該目標と2030年の目標の双方を地域医療構想に定めることとする。

※上記要件に該当する二次医療圏が2030年に目標を設定した場合に、上記要件①を下回らないように対応する。

- なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、必要量の達成が著しく困難となった際は、一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当。



**【パターンC】**  
 上記要件に該当する地域は、目標達成年次を2030年とすることができる。その場合、2030年から比例的に逆算した2025年の入院受療率の目標も地域医療構想に定める。

## 5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

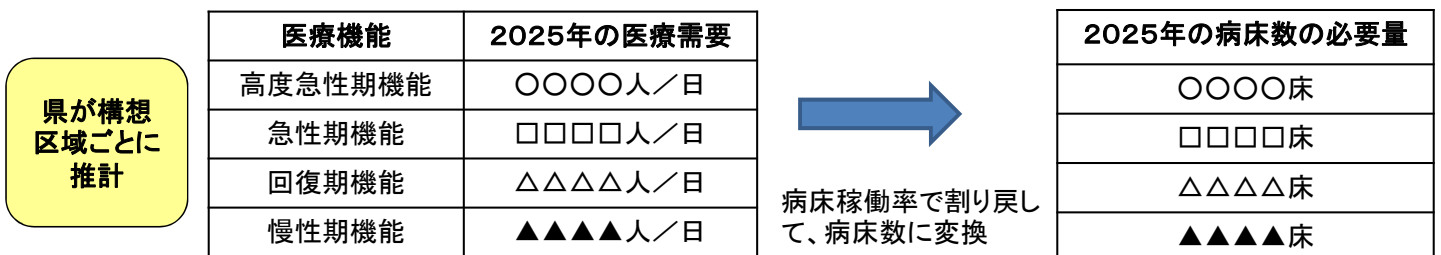
- 医療需要を当該構想区域内で対応するのか、それとも他の構想区域で対応するか(すなわち患者の流入流出をどこまで認めるか)について検討
- 各県の構想区域ごとに下記の2つを比較する。
  - ①患者住所地に基づき推計した医療需要と、
  - ②現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数(他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの)
- 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合は、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。
- また、自県内の構想区域間の供給数の増減についても同様に、調整が必要。

43

## 6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計

- 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数は、当該構想区域で対応することになる病床機能別患者数を、それぞれの病床稼働率で割り戻して計算。

病床稼働率・・・高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.90、慢性期0.92



例:A区域の急性期機能の入院患者数(医療需要)が1日1,000人の場合  
A区域の急性期機能の必要病床数は、 $1,000 \div 0.78 = 1,282$ 床



44

## 7.構想区域の確認

- 人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

## 8.将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

- 施策の基本的考え方
- 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較
- 病床の機能の分化及び連携の推進
- 在宅医療の充実
- 医療従事者の確保・養成

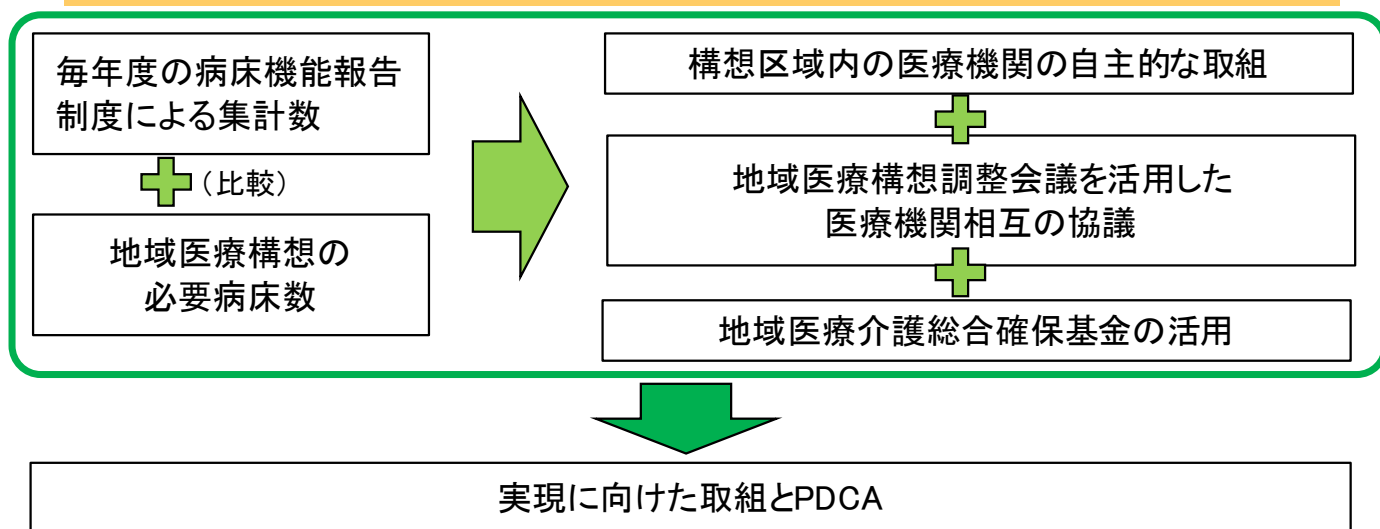
45

## 3 地域医療構想策定後の取組

46



# 策定後の取組の流れ



(参考) 地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

3月 病床機能報告制度の集計結果の提示

3月～ 医療機関の自主的な取組

医療機関同士の協議(調整会議における協議を含む)

※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。

10月 病床機能報告制度における報告

年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ

2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

## 都道府県知事が講ずることができる措置

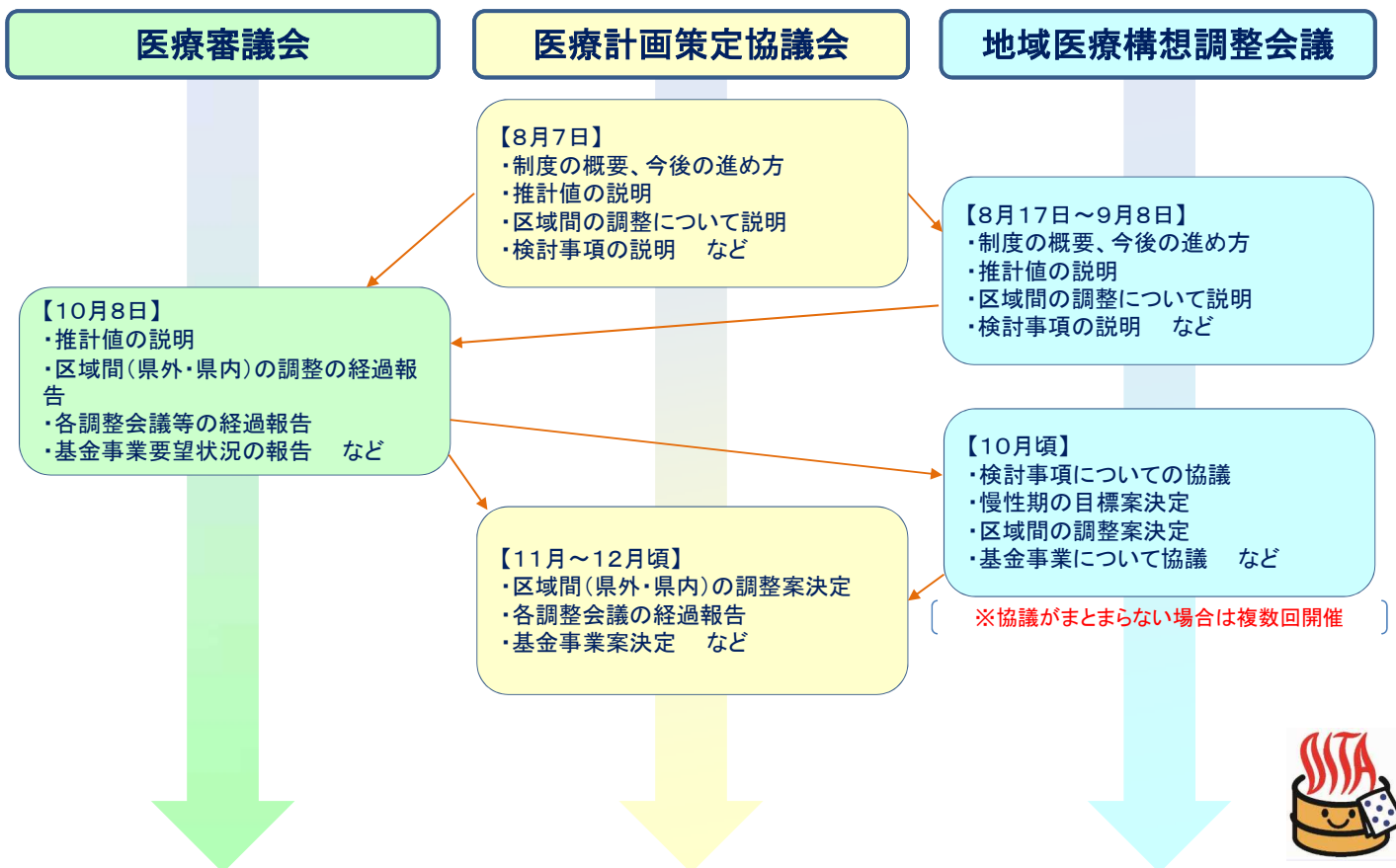


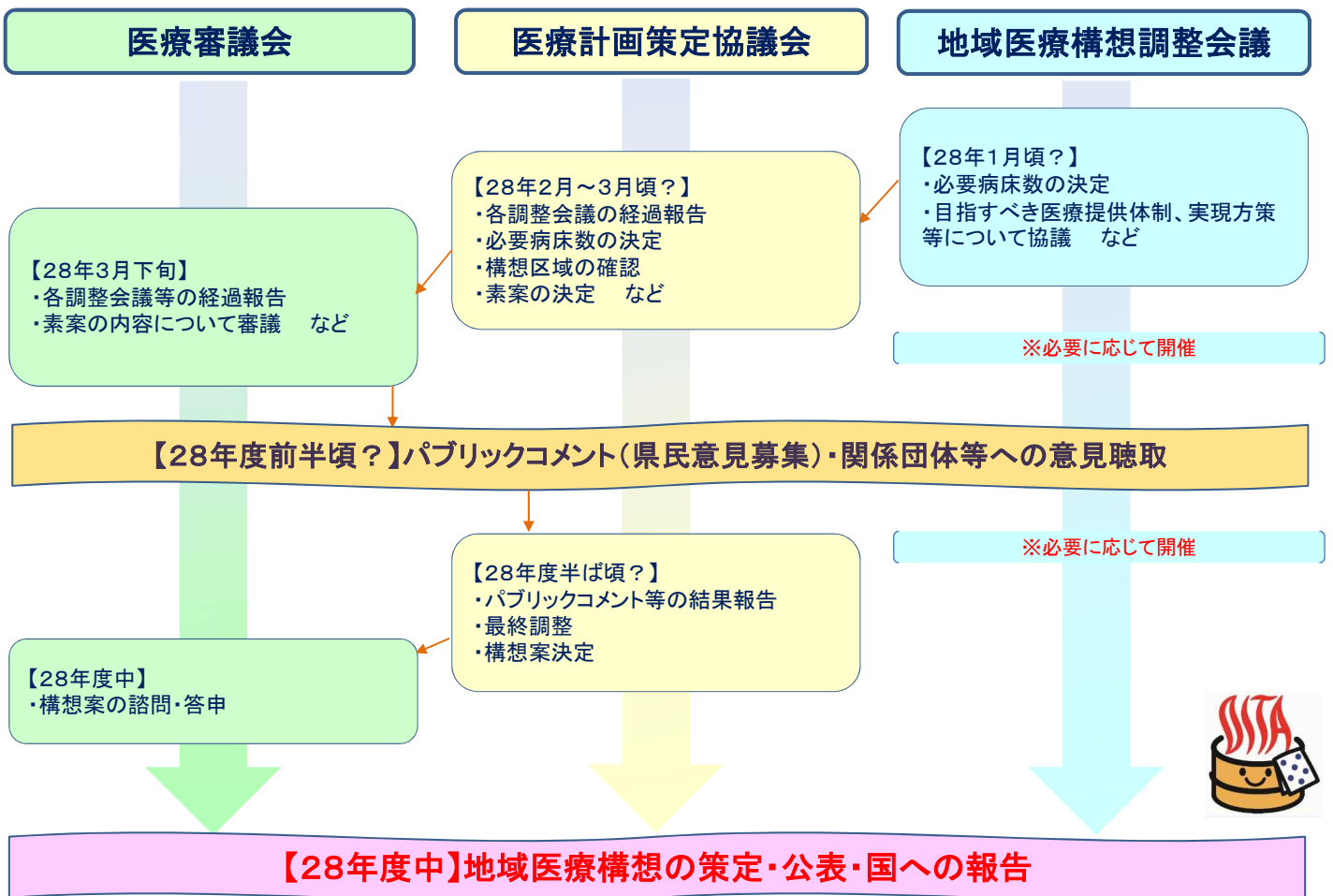
対応項目	説明
1. 病院の新規開設・増床への対応	都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。
2. 既存医療機関が <b>過剰な医療機能に転換</b> しようとする場合の対応	都道府県知事は、医療機関に対して <b>医療審議会での説明等を求めることができる</b> こととし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、 <b>転換の中止を要請</b> (公的医療機関等には命令)することができることとする。
3. 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、 <b>自主的な取組だけでは</b> 病床の機能分化・連携が <b>進まない</b> 場合の対応	都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、 <b>不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請</b> (公的医療機関等には指示)することができることとする。
4. <b>稼働していない病床</b> への対応	医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、 <b>稼働していない病床の削減を要請</b> することができることとする。 ※ 従来の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっていた。
<b>【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】</b>	医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。 イ 医療機関名の公表 ロ 地域医療支援病院の不承認・承認の取消し



# 4 今後の進め方

## 今後の進め方のイメージ(案)





## 当面の検討事項(案)

- 今後、各圏域別の地域医療構想調整会議(2回+α)において、以下の事項を議論・検討
- 検討結果を第2回大分県医療計画策定協議会に報告



### ①目指すべき医療提供体制

- ・将来の地域のビジョンをどう見据え、その中で当該圏域の医療提供体制はどうあるべきか？
- ・当該圏域の担うべき医療機能は？  
(各機能、疾病別の目指すべき姿、在宅医療・介護との連携など)

### ③他の構想区域との流出入の調整

- ・①②を踏まえ、他の圏域との役割分担をどう考えるか？
- ・当該圏域の医療機能を踏まえ、流出入の動向が今後どのように推移するのか？

### ②慢性期病床の目標決定

- ・①及び、当該圏域の在宅医療・介護提供体制の状況等を踏まえ、慢性期病床の目標をどう定めるか。

### ④地域医療介護総合確保基金活用事業

- ・当該圏域の将来目指す姿に向け、基金を活用してどのような事業を実施すべきか？
- ・具体的事業提案について、妥当性は？

この資料の一部は、地域医療構想策定研修(平成27年6月18日)において厚生労働省医政局地域医療計画課  
佐々木昌弘氏が説明した資料から引用しています。

