

地域医療構想の策定に向けた検討状況

地域医療構想の策定に向けた検討状況について

1. 地域医療構想の概要

- ・医療法に基づき、都道府県は平成27年度から「地域医療構想」の策定にかかる。
- ・本県では、平成27年4月に構想区域（二次医療圏）ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、策定に向けて協議中。
- ・国が策定期限の目安として示す、平成28年度半ばを目途に構想を策定予定。

【構想の内容】

①2025年の医療需要と必要病床数

4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）、構想区域ごとに推計

②目指すべき医療提供体制を実現するための施策

病床機能の分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成等

2. 地域医療構想調整会議

「地域医療構想」の策定及び実現を推進するための協議の場として、構想区域（東部・南部・西部）ごとに医療関係者、医療保険者等で構成する「徳島県地域医療構想調整会議」を、平成27年4月に設置。

【協議経過】

・第1回会議

平成27年	4月17日（東部）	} <主な議事> 「地域医療構想策定ガイドライン」 について等
	22日（南部）	
	23日（西部）	

・第2回会議

	9月14日（合同）	<主な議事> 専門家による講義研修等
--	-----------	--------------------

・第3回会議

11月	6日（東部）	} <主な議事> 2025年の推計必要病床数について等
	9日（西部）	
	11日（南部）	

・第4回会議

平成28年	2月	1日（南部）	} <主な議事> 入院から在宅医療等への移行について 構想の骨子案 等
		5日（東部）	
		8日（西部）	

3. 当面のスケジュール

平成28年度～

地域医療構想調整会議で構想素案について協議
関係者への意見照会（医療法）・パブリックコメント
医療審議会への諮問と答申
県議会への成案報告・「徳島県地域医療構想」の決定
地域医療構想の実現に向けて調整会議での協議を継続

徳島県地域医療構想調整会議の資料より（抜粋）

- ・ 構想区域の設定（第3回）
- ・ 構想区域ごとの必要病床数推計（第3回）
- ・ 在宅医療等の医療需要の増加（第4回）
- ・ 徳島県地域医療構想〈骨子案〉（第4回）

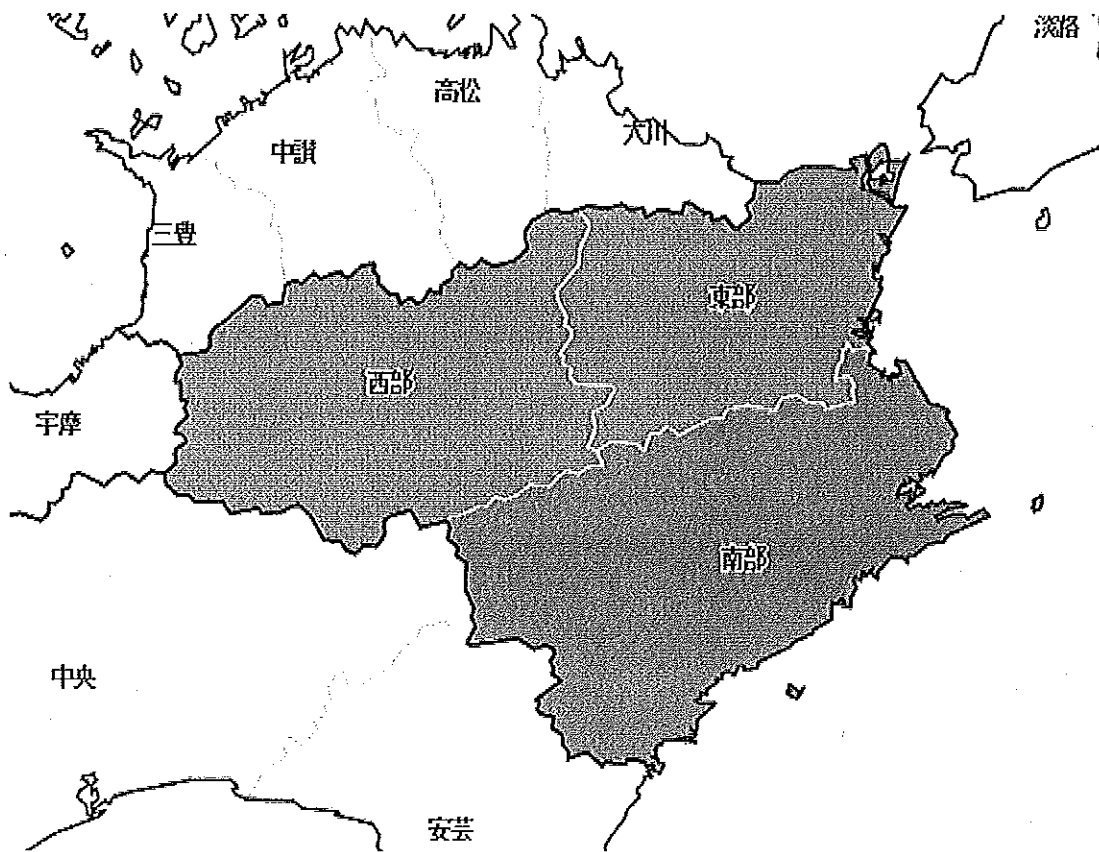
☆ 構想区域の設定

【「地域医療構想策定ガイドライン」の考え方】

- ・ 現行の2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。

～第1回会議における議論の確認～

構想区域＝現行の2次医療圏 として議論を進める



【現行の2次医療圏の状況】

	圏域人口 (人)	圏域面積 (平方キロメートル)	主な中核病院	構成市町村名
東部	540,942	1,016.4	徳島大学病院 (一般643床、精神45床、感染症8床) 県立中央病院 (一般390床、精神60床、結核5床、 感染症5床) 吉野川医療センター(一般290床)	徳島市、鳴門市、佐那河内村、 石井町、神山町、松茂町、 北島町、藍住町、板野町、 上板町、吉野川市、阿波市
南部	156,580	1,724.1	徳島赤十字病院(一般405床) 阿南共栄病院(一般343床) 県立海部病院 (一般102床、結核4床、感染症4床)	小松島市、阿南市、勝浦町、 上勝町、那賀町、美波町、 牟岐町、海陽町
西部	87,969	1,406.2	県立三好病院 (一般206床、結核10床、感染症4床) つるぎ町立半田病院(一般120床)	美馬市、つるぎ町、三好市、 東みよし町
徳島県	785,491	4,146.7		

※人口は、平成22年国勢調査による。

【県内2次医療圏間の2025年における推計医療需要の流出入状況】

実数		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	4,807	266	
	南部	423	1,091	
	西部	189		660
割合		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	94.8%	5.2%	
	南部	27.9%	72.1%	
	西部	22.3%		77.7%

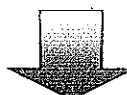
*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。(実数の単位:人/日)。

*「実数」は10以上の数値について抽出、小数第1位を四捨五入。慢性期を「特別」とした場合。

*「割合」は患者住所別別に、受診医療機関所在地の分布割合を示す。



- ・約72%~約95%と一定の水準で圏域内完結
- ・各圏域内に中核となる医療機関も存在
- ・現行2次医療圏は第6次保健医療計画改定時に6圏域→3圏域に見直し

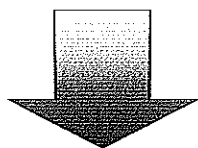


- ・地域医療構想における構想区域は現行の2次医療圏と同一として議論を進める。
- ・今後の医療計画改定時には、その時点での流出入状況等も踏まえ、2次医療圏の設定について必要な検討を行う。

☆構想区域ごとの必要病床数推計

【「地域医療構想策定ガイドライン」の考え方】

- ・「高度急性期」は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。
- ・「急性期」、「回復期」及び「慢性期」の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい。



〈高度急性期〉

- ・現状の機能分担・連携を踏まえた「医療機関所在地ベース」での医療需要により必要病床数を推計。

〈急性期、回復期、慢性期〉

- ・各圏域内での完結を目指す「患者住所地ベース」での医療需要により必要病床数を推計。

【2025年のあるべき医療提供体制を踏まえた医療需要推計】

	高度急性期 (人/日)	急性期 (人/日)	回復期 (人/日)	慢性期 (人/日)			入院医療需要 (人/日)		
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例
東部	368.7	1,251.8	1,872.4	1,262.7	1,578.7	1,790.3	4,755.6	5,071.6	5,283.2
南部	134.4	401.4	552.0	366.5	437.4	512.1	1,454.3	1,525.2	1,599.9
西部	34.9	214.1	278.7	222.6	277.2	346.7	750.3	804.9	874.4
徳島県	538.0	1,867.3	2,703.1	1,851.8	2,293.3	2,649.1	6,960.2	7,401.7	7,757.5

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による(単位:人/日)。

〈ステップ1〉

- ・「高度急性期」は、「医療機関所在地ベース」の医療需要
「急性期」、「回復期」、「慢性期」は「患者住所地ベース」の医療需要を基に推定供給数を確定。
- ・慢性期は、「パターンA」、「パターンB」、「特例」の中から、全ての構想区域において、最も目標設定が緩やかな「特例」の医療需要を基に推定供給数を確定（全構想区域とも特例適応要件を満たす）。

【2025年のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数】

	高度急性期 (人/日)	急性期 (人/日)	回復期 (人/日)	慢性期 (人/日)	入院医療需要 (人/日)
				特例	特例
東部	368.7	1,251.8	1,872.4	1,790.3	5,283.2
南部	134.4	401.4	552.0	512.1	1,599.9
西部	34.9	214.1	278.7	346.7	874.4
徳島県	538.0	1,867.3	2,703.1	2,649.1	7,757.5

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による（単位：人/日）。



〈ステップ2〉

- ・推定供給数を規定の病床利用率で除して得た数を、平成37年（2025年）の必要病床数とする。

【2025年のあるべき医療提供体制を踏まえた必要病床数推計】

	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期 (床)	必要病床数 (床)
				特例	特例
東部	492	1,605	2,080	1,946	6,123
南部	179	515	613	557	1,864
西部	47	274	310	377	1,008
徳島県	717	2,394	3,003	2,879	8,994

*病床利用率は、高度急性期：75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%。

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による（単位：床）。小数第1位を四捨五入。タテ、ヨコの合計は繰上処理の関係上突合しない場合がある。

☆在宅医療等の医療需要の増加

【2025年の在宅医療等の需要増加見通し】

東部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	1,213	2,595	3,020	6,828	
2025年	3,086	2,595	3,646	9,327	3,712
南部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	377	823	929	2,129	
2025年	711	842	990	2,543	772
西部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	178	691	487	1,356	
2025年	290	691	462	1,443	265
徳島県					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	1,768	4,109	4,436	10,313	
2025年	4,087	4,128	5,098	13,313	4,749

※厚生労働省提供の推計ツールによる。

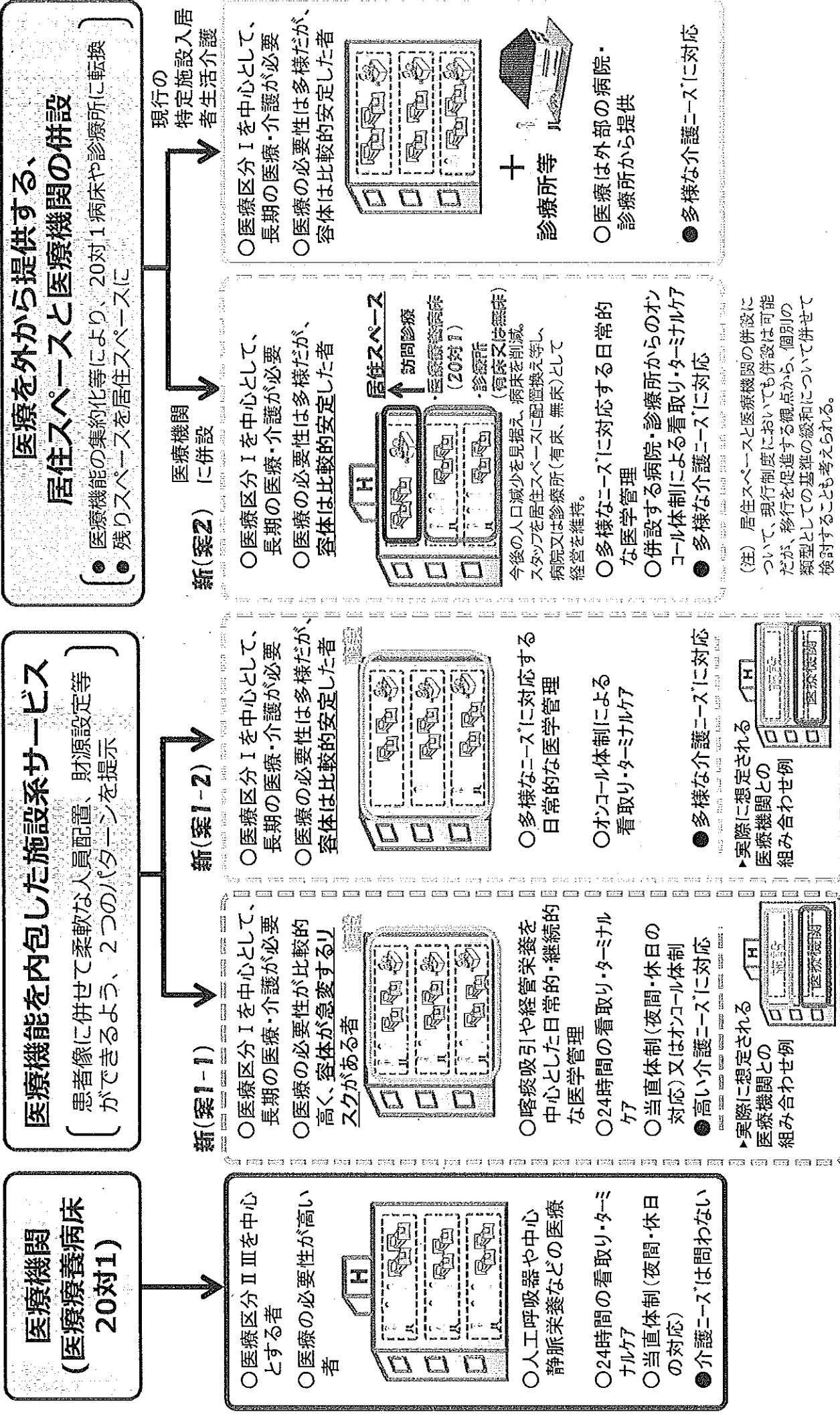
ただし、「入院からの移行分」及び「介護老人保健施設」を除く。

※「入院からの移行分」及び「介護老人保健施設」は推計ツールで示されないため、以下の設定により推計。

- ・「介護老人保健施設」：2013年については同年の「介護サービス施設・事業所調査」の定員数、2025年については「とくしま高齢者いきいきプラン」（第6期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）における2017年度の計画定員数。
- ・「入院からの移行数」：推計ツールで示された「合計」から「訪問診療」と「介護老人保健施設」を控除したもの。
（①一般病床のC3未満の入院患者、②療養病床の入院患者のうち医療区分Iの70%及び地域差解消分（2013年除く）の合計に相当すると考えられる。）
- ・「2025年における在宅医療等の増加数」は、2025年の「入院からの移行数」に、2013年→2025年の訪問診療の増加分を加えたもの。

※2025年の推計は、全構想区域で「特例」を選択。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

徳島県地域医療構想 〈骨子案〉

平成28年〇月
徳島県

【徳島県地域医療構想〈骨子案〉】

第1章 地域医療構想の基本的事項

- 第1節 構想策定の趣旨
- 第2節 構想の基本理念
- 第3節 構想の性格
- 第4節 構想の期間

第2章 構想区域の設定

第3章 構想区域の人口推計

第4章 医療機能別の必要病床数推計

- 第1節 推計に用いる人口データ
- 第2節 医療需要（入院・在宅医療等）の推計
 - (1) 「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」の推計方法
 - (2) 慢性期機能の推計方法
 - (3) 2025年における圏域ごとの医療需要推計
- 第3節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討
- 第4節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）を踏まえた必要病床数の推計
- 第5節 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較
 - (1) 病床機能報告とは
 - (2) 本県の病床機能報告の概況
 - (3) 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較の際の留意点
 - (4) 構想区域ごとの状況
 - ① 東部構想区域
 - ② 南部構想区域
 - ③ 西部構想区域

第5章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向

- 第1節 病床機能の分化・連携
- 第2節 在宅医療の充実
- 第3節 医療従事者の確保・養成
- 第4節 その他

第6章 地域医療構想の実現に向けて

第1節 病床機能報告制度の活用

第2節 地域医療構想の実現に向けた取組み

(1) 各医療機関における自主的な取組み

(2) 県と地域医療構想調整会議の取組み

第7章 構想の推進体制・進行管理

徳島県地域医療構想調整会議の開催経過

徳島県地域医療構想調整会議委員名簿

徳島県地域医療構想調整会議（第1回～第4回）
における委員発言に基づく論点整理

■ 構想区域（二次医療圏）について

- ・西部の人口減や患者流出状況、東部から南部の赤十字病院への流出状況、在宅も地域完結できるのかという点を考慮すると、地域医療構想の構想区域は二次医療圏と同一でよいものの、将来的には二次医療圏の見直しを検討すべき。（第4回）

■ 2025年の必要病床数について

- ・2025年への病床数収れんに向けてどういうプロセスをとるのか。（第1回）
- ・西部では病床の自然減も多く山城の患者も回復期は三野や三加茂に入院しているため、三好病院は急性期以外に亜急性期の機能も担うべきでないか。（第3回）
- ・医療資源投入量によって現在の病床を区分しベッドの現状を把握すべき。（第4回）
- ・南部では公的病院の統廃合ですでに病床が削減されており、他にも削減や廃院があれば必要病床数を確保できなくなる可能性がある。どの医療機能をどれだけ守るのかといった議論が必要。（第4回）

■ 在宅医療等への移行・促進について

- ・地域包括ケアシステム、在宅医療については住民、患者の意識が変わらなとなかなか進まないの行政からの情報提供を積極的に行ってもらいたい。（第3回）
- ・西部（美馬市医師会）では、往診に行く意思のある医師が非常に少なく医療従事者の高齢化も進んでいる中で、ベッド数だけではなく医療従事者の資源についての議論が必要。（第3回）
- ・在宅医療等への移行について居宅と施設のバランスをどう考えるか。（第3回）
- ・西部では特養と老健の65歳以上人口当たりの数が県内では一番多いが、これをどう使っていくか。サ高住は高額で西部では伸びない。（第3回）
- ・在宅医療を進めるには、マンパワー不足。（第3回）
- ・在宅医療等への移行に際し、患者の自己負担額が増えるようでは限界がある。（第3回）
- ・在宅医療等への移行については、少子高齢化により居宅での在宅医療は困難になっており、施設への住み替えでないとマンパワーが不足する印象がある。（第4回）
- ・療養病床の転換を29年度末までにやれと言われても、入院患者の行き先や医療機関が将来の方向性を検討するに当たり、転換先施設の要件が未定、人材確保がどうなるかわからないなど、情報不足である。（第4回）
- ・療養病床に代わる施設整備にあたっては、地域事情、患者の実態に合った対応、患者の費用負担の面への配慮しつつ体制を検討すべき。（第4回）
- ・療養病床の入院患者の実態調査を行うことも検討すべき。（第4回）
- ・在宅医療の推進については、医師の高齢化や取り組みへの温度差が課題。24時間の緊急入院体制確保は難しい。（第4回）

- ・地域包括ケアシステム構築や介護体制の確保については、患者家族代表も含めた議論が必要。(第4回)
- ・在宅医療への移行には、看護師をはじめ「ヒト」の資源も移行しないといけない。急性期病院での病床削減にともない、医療スタッフも在宅医療へシフトできるような仕組みが必要。(第4回)
- ・在宅医療の促進には、診療報酬改定のほか、「かかりつけ医」のモチベーション維持が必要。(第4回)
- ・在宅医療等の需要増加に対応するため、看護師をはじめ、介護部間も含めたマンパワーの必要数を把握し議論されるべきだ。(第4回)
- ・訪問看護師を確保するためには、後進の育成策、働き方や資質の向上も必要。(第4回)
- ・医療と介護の連携のため、住民への啓発も含め市町村の取り組みが重要。(第4回)

■歯科診療について

- ・口腔ケアについて、急性期から回復期、慢性期、在宅までの一連の流れのなかで、それぞれの段階で歯科医が介入できる情報提供のシステム作りが必要だ。また、治療だけでなく予防の観点からの取り組みが必要。(第4回)

■地域医療連携推進法人について

- ・地域医療構想を成功させる手段として、「地域医療連携推進法人」についてどのように考えるか。(第1回)

■精神医療について

- ・西部では精神科の病床数が多いが、精神科患者についても在宅か病院か、圏域毎の推計値を把握すべきでないか。(第3回)

■その他

- ・西部圏域では三好、三野、半田といった公立病院のネットワーク化を考える必要がある。(第3回)
- ・西部では人口減が激しいが比例して医師数も減ると必要な医療提供体制が維持できなくなる。こういう地域の医療には費用がかかることを留意すべき。(第4回)