

地域医療構想と保健所の役割

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉

平成 27 年年 4 月から各都道府県は地域医療構想を策定する作業に入っている。地域医療構想が策定される契機となったのは 2011 年 7 月 1 日に閣議報告された社会保障・税一体改革試案である。この中で「地域実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る」ために「病院・病床機能の分化・強化と連携」などの基盤整備を行うことが示された。これを受けて社会保障審議会医療部会で病床機能の見直しに関する議論が開始され、種々の検討の後、各医療機関がその担っている機能を都道府県に情報提供し、都道府県がこれらの情報を活用しながら、基本的医療を提供する圏域（構想圏域）における医療提供体制のビジョン（地域医療構想）を策定するという仕組みが導入された。この地域医療構想は医療計画の一部を構成するもので、2014 年 6 月 18 日に成立した医療介護総合確保推進法に基づく改正医療法で規定されている。

病床機能報告制度では一般病床・療養病床を持つ病院・有床診療所が各施設の持つ機能について高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つから選択し、病棟ごとに都道府県に報告することとなった。また、この報告とは別に各施設からレセプト情報をもとに 4 つの機能のそれぞれに対応した医療行為の実施量が集計される。

ところで各施設から報告される機能別病床数はあくまで各施設の「想い」であり、それが地域のニーズに合っているとは限らない。そこで厚生労働省からは DPC や NDB (National Database) の情報をもとに、各圏域の機能別病床数の参酌標準が提示されている。この情報と別途地域医療の現状について分析するために各都道府県に配布されている資料集（データブック）と病床機能報告の結果を踏まえながら、各都道府県及び各構想圏域で機能別病床数の配分や連携の方法など、医療提供体制のあり方を検討することが求められる。これが地域医療構想であり、そしてその実現のために導入されたのが消費税増税分を原資とする新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）である。

地域医療構想はあくまで医療計画の一部であり、そしてその策定は地域包括ケア体制の枠組みの中で考えられなければならない。各地域のデータ活用力が問われることになる。特にデータブックに記載されている情報を如何に活用するかが重要であり、これは保健医療職の積極的な関与が不可欠である。その意味でも各都道府県の保健所の役割が重要になると考える。

地域医療構想と保健所の役割

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無 : 無

※この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

1

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要
2. 調整会議で利用されるデータ
3. 粕屋医療圏を例とした検討

2

地域医療構想とは

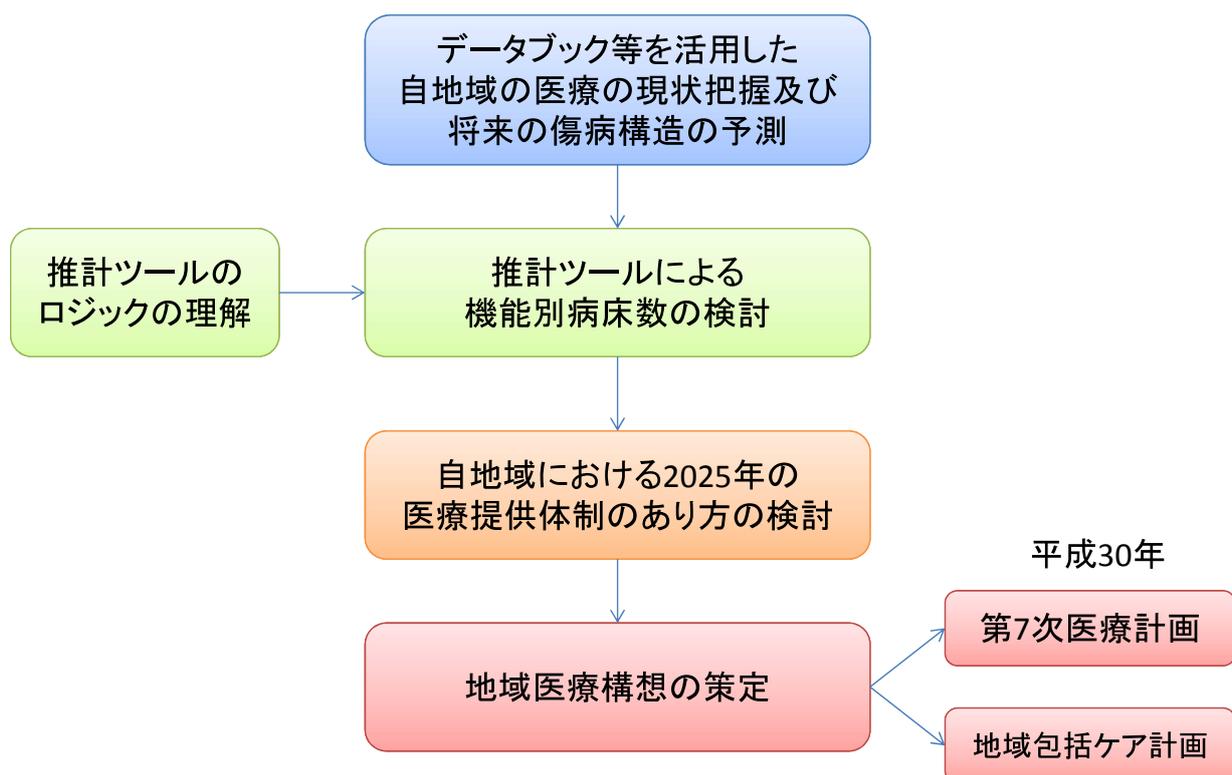
- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

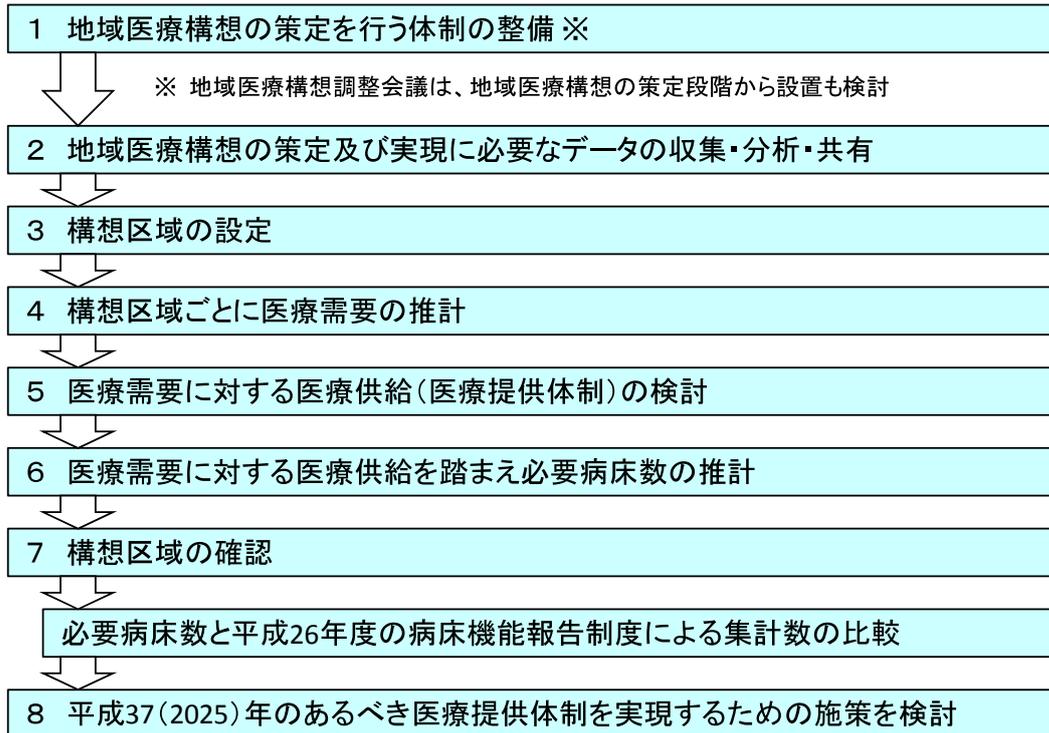
日本医師会・中川副会長資料

地域医療構想の検討手順



地域医療構想の策定プロセス

地域医療構想策定ガイドライン 6頁



日本医師会・中川副会長資料

5

地域医療構想調整会議における 議論の進め方

1. 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有
2. 地域医療構想を実現するための課題の抽出
3. 具体的な機能分化・連携のあり方について議論
4. 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

6

間違えてはいけないこと

- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考
えることが第一の目標
 - ただし、その実現のための制約条件についてき
ちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性

7

Step 1 地域の医療提供体制の現状と 目指すべき姿の認識共有

- 病床機能報告制度の報告や既存の統計調
査等で明らかとなる地域の医療提供体制の
現状と、地域医療構想で示される将来の医
療需要と各医療機能の必要量について地域
医療構想調整会議のメンバーで認識を共有

8

Step 2 地域医療構想を実現するための 課題の抽出

- 地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論

9

Step 3 具体的な機能分化・連携の あり方について議論

- 例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論
- 現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適切と考え、選定したメンバーによって、回復期機能の充足のために各病院がどのように役割分担を行うか等について議論

10

Step 4 地域医療介護総合確保基金を 活用した具体的な事業の議論

- Step 3で議論して合意した内容を実現するために必要な具体的事業について議論
- 地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該計画を都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、都道府県において必要な手続きを進める

11

機能別病床数の考え方

- 高度急性期・急性期は専門医の研修指定施設との関係を考える必要がある
 - 大学医学部との調整
- 回復期病床（地域包括ケア病床）の配置は、急性期病院及び診療所・介護施設との連携のしやすさを考慮
 - 診療所の先生、介護関係者の意見聴取
- 療養病床数は介護及び在宅医療の状況に依存
 - 在宅医療の提供量の現実的推計
 - 看護師・介護職の確保可能性
- 高度急性期＋急性期、急性期＋回復期の重なりを考慮した推計

12

いくつかの有用な情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 日本医師会日医総研 日医総研ワーキングペーパー No.323「地域の医療提供体制の現状と将来- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2014 年度版)
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html

13

本日の講演の内容

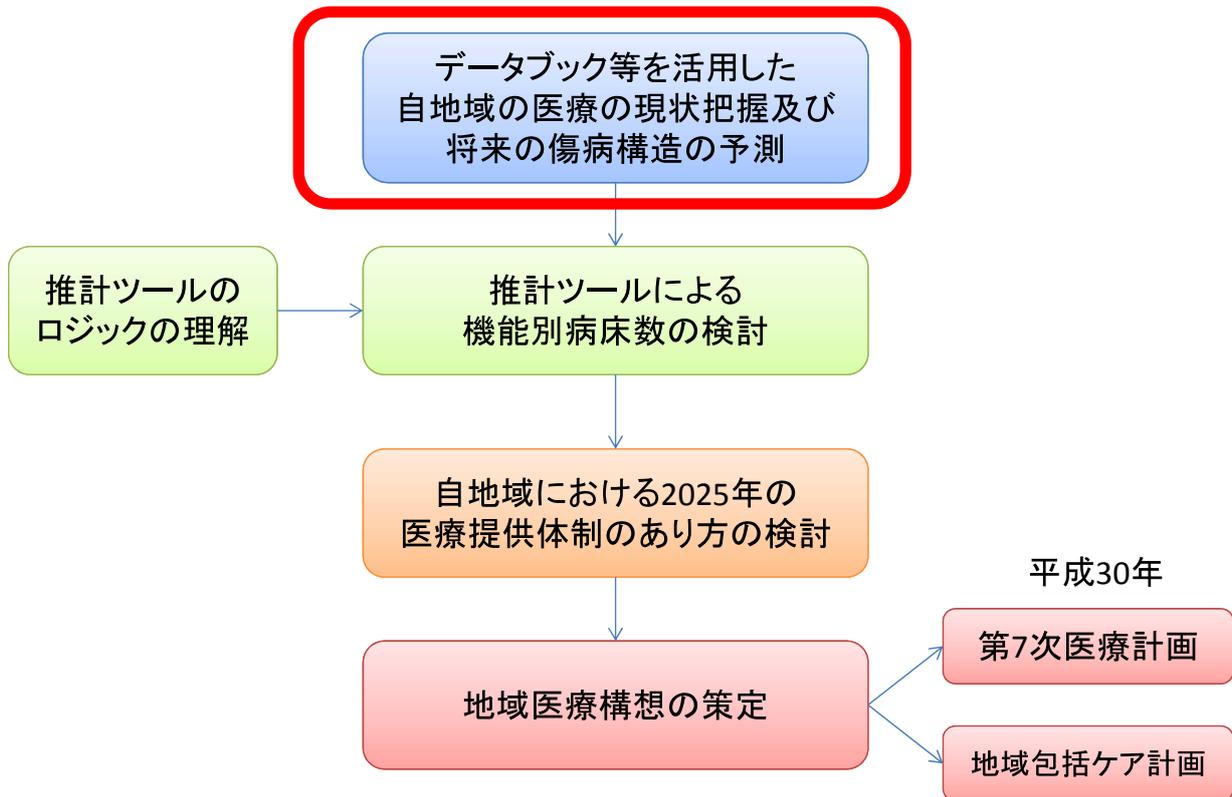
1. 地域医療構想の概要

2. 調整会議で利用されるデータ

3. 粕屋医療圏を例とした検討

14

地域医療構想の検討手順

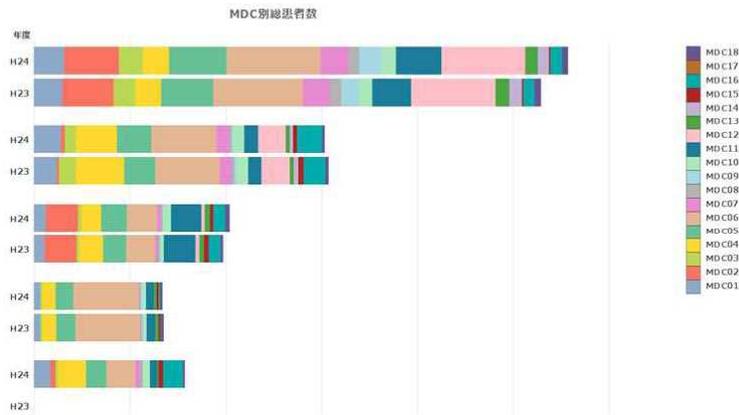


15

データブックに入っている資料を正しくかつ十分に利用することを支援するのが保健所の最も重要な役割ではないだろうか

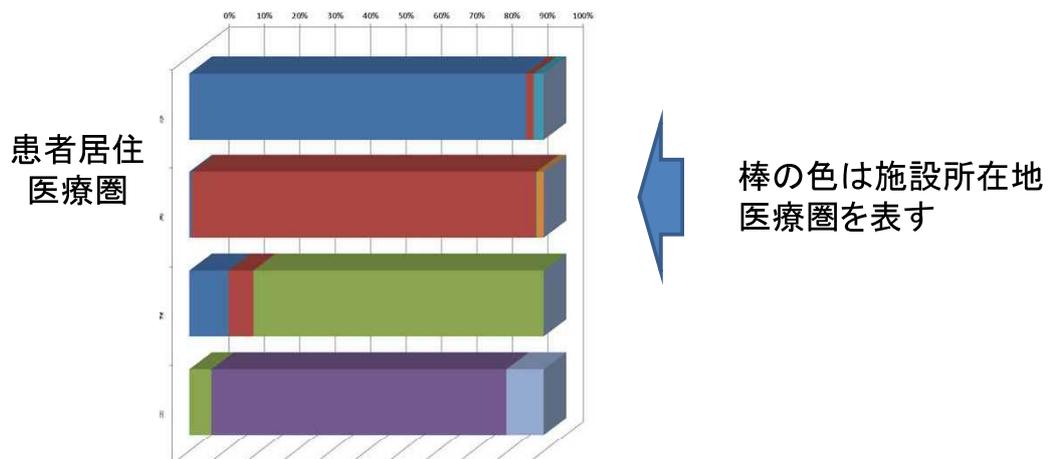
16

DPCデータの検討



- 欠けている機能はないか(=すべての色は出ているか)
 - 欠けている機能がある場合、それは他の病院が補っているのか？
 - 補っていない場合、それが欠けていることで何か不都合が生じていないか？
- 各病院の機能は年度間で安定しているか？
 - 安定していない場合、それはなぜか？また、不都合は生じていないか？
- 圏域内の各病院の機能分化はどうか？

NDBデータの検討



- 当該機能について、各医療圏(構想区域)の自己完結率はどうか？
 - 構想圏域はこれでいいのか？
 - 自己完結していない場合、それで何か不都合はないか？
 - 不都合がある場合、それをどう解決すればよいのか？
 - ✓ 自己完結率を高めるのか？あるいは他医療圏と連携するのか？

消防庁データの検討

全体				
二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	78,890	8.3	26.3	31.8
	30,243	7.9	26.1	32.0
	19,563	9.0	29.9	34.5
	24,769	8.3	23.5	28.8
	3,915	7.8	27.7	31.1
新生児・乳幼児				
二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	4,495	8.2	24.1	30.4
	1,833	8.0	25.0	32.8
	1,075	9.2	27.2	33.3
	1,507	7.8	19.7	25.5
	80	6.9	24.6	29.3
高齢者				
二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	41,928	8.2	26.8	32.1
	15,327	7.7	25.2	32.8
	10,169	9.0	30.3	34.5
	13,510	8.4	24.5	29.7
	2,722	8.1	28.1	31.1



- 救急搬送に関して何か問題はないか？ (→覚知から収容までの平均時間の検討)
 - 搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのか
 - ✓ 覚知から現場到着？現場到着から収容？
 - ✓ 時間帯による問題は？
 - ✓ 年齢による問題は？

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$\begin{aligned}
 \text{SCR} &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0 \\
 &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}
 \end{aligned}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

SCRの検討

中分類	指標名	入外区分	2020	2025	2030	2035	2040
入院診療体制	一般入院基本料	全体	78.7	110.5	55.1	104.3	
	一般入院基本料 7:1、10:1(再掲)	全体	71.6	114.1	57.7	119.5	
	一般入院基本料 13:1、15:1(再掲)	全体	112.6	101.1	46.3	52.1	
	DPC入院 再掲	全体	100.5	83.3	94.3	35.1	
	療養病棟入院基本料	全体	67.0	71.0	79.9	210.6	
	結核病棟入院基本料	全体		220.7			
	精神病棟入院基本料	全体	70.8	65.0	110.6	111.1	
	特定機能病院一般入院基本料	全体		213.2			
	障害者施設等入院基本料	全体	67.6	113.1	53.4		
	有床診療所入院基本料	全体	87.2	54.5	52.3	4.2	
	有床診療所療養病棟入院基本料	全体	109.2		137.7		
	救命救急入院料	全体	27.1	30.9	78.3		
	特定集中治療室管理料 ICU	全体	28.5	22.0	19.4		
	特定入院料	総合周産期特定集中治療室管理料 MFICU	全体		223.1		
特殊疾患病棟入院料等		全体	76.2	112.2	56.7		
小児入院医療管理料		全体	7.6	471.6	11.7		
回復期リハビリテーション病棟入院料		全体	75.0	123.3	66.4		
特殊疾患病棟入院料		全体	152.1	114.8	82.8		
緩和ケア病棟入院料		全体	151.6	143.7	249.1		
精神科救急入院料		全体	274.9	166.4			
精神科急性期治療病棟入院料		全体	58.9	223.6		341.9	
精神療養病棟入院料		全体	122.0	87.3	35.0	63.9	
認知症治療病棟入院料		全体	106.7	147.8		197.4	
ハイケアユニット入院医療管理料 HCU		全体			102.4		
急性期入院医療管理料		全体	50.7	21.2	33.1	37.8	

- ・ 性年齢を補正したとき全国よりも多く出ている機能・欠けている機能はないか？
 - そのような機能があることで何か不都合はないか？

病床機能別医療需要の検討

各年度推計病床数	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	4,855	5,48	5,983	6,542	6,921	7,124	7,294
一般急性期	12,138	13,70	14,958	16,356	17,302	17,810	18,235
回復期	7,283	8,22	8,975	9,814	10,381	10,686	10,941
医療療養	7,589	9,27	10,787	12,731	13,965	14,577	15,141
介護療養	1,800	2,24	2,654	3,200	3,534	3,690	3,840
精神	10,494	11,60	12,520	13,333	13,960	14,300	14,486
その他	208	24	263	280	309	319	328

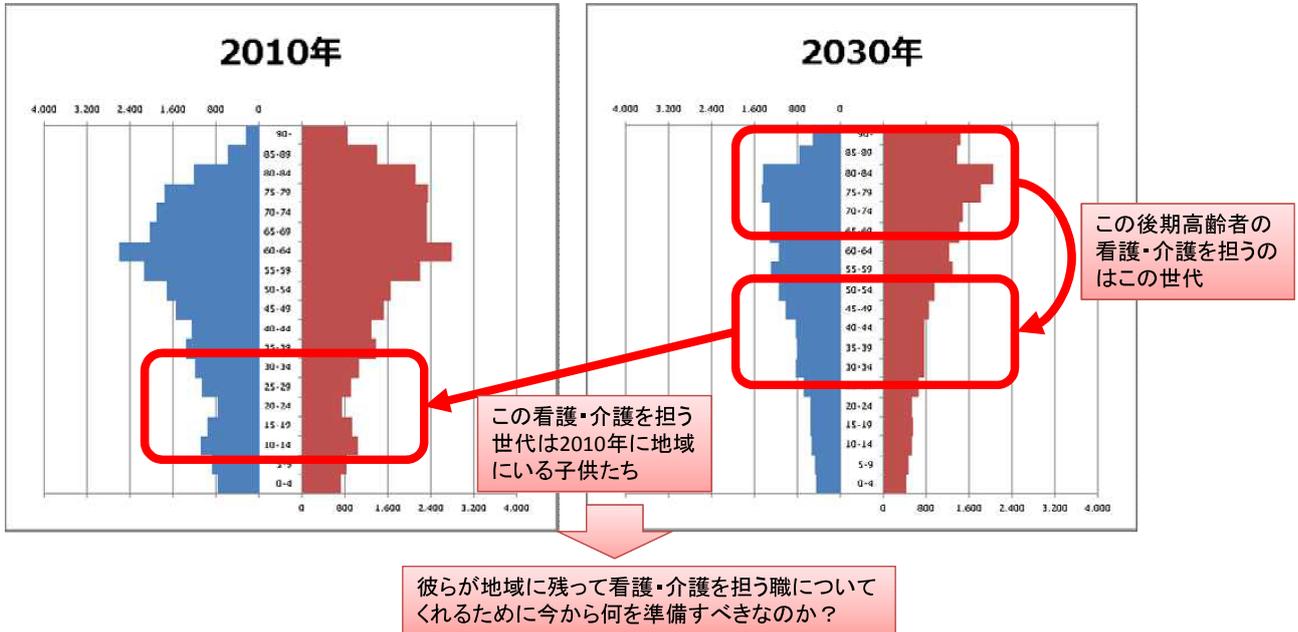
現在と同じ平均在院日数、
同じ受療率だったときの
必要病床数の推計

各年度平均在院日数(現状追認シナリオ)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	17.5	15.5	14.2	13.0	12.3	11.9	11.6
一般急性期	12.1	10.7	9.8	9.0	8.5	8.3	8.1
回復期	67.2	59.5	54.5	49.9	47.2	45.8	44.7
医療療養	153.4	125.5	107.9	91.4	83.4	79.9	76.9
介護療養	271.4	217.4	184.0	152.6	138.2	132.3	127.2
精神	332.4	300.5	278.6	261.6	249.9	243.9	240.8
その他	70.0	60.8	55.5	50.3	47.2	45.7	44.3

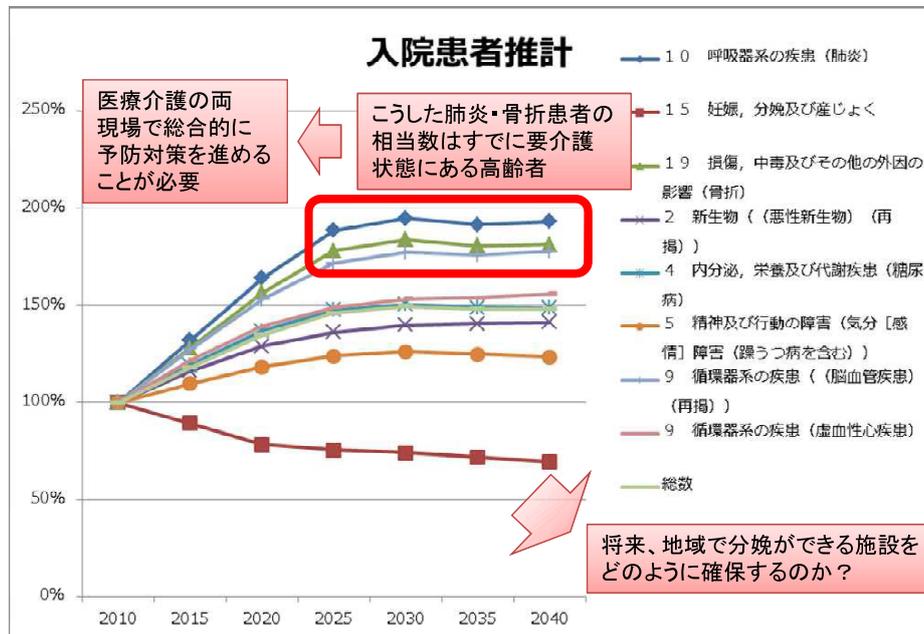
現在と同じ病床で賄うと
した場合の、病床機能別
平均在院日数の推計

- ・ 現在と同じ平均在院日数・同じ受療率だったときの必要病床数は各機能で足りるのか？
 - 仮に足りないとすると増床はできるのか？
 - あるいは余裕のある機能から病床転換できるのか？
 - 仮にそれが療養病床であった場合、不足分を補える在宅ケアは確保できるのか？

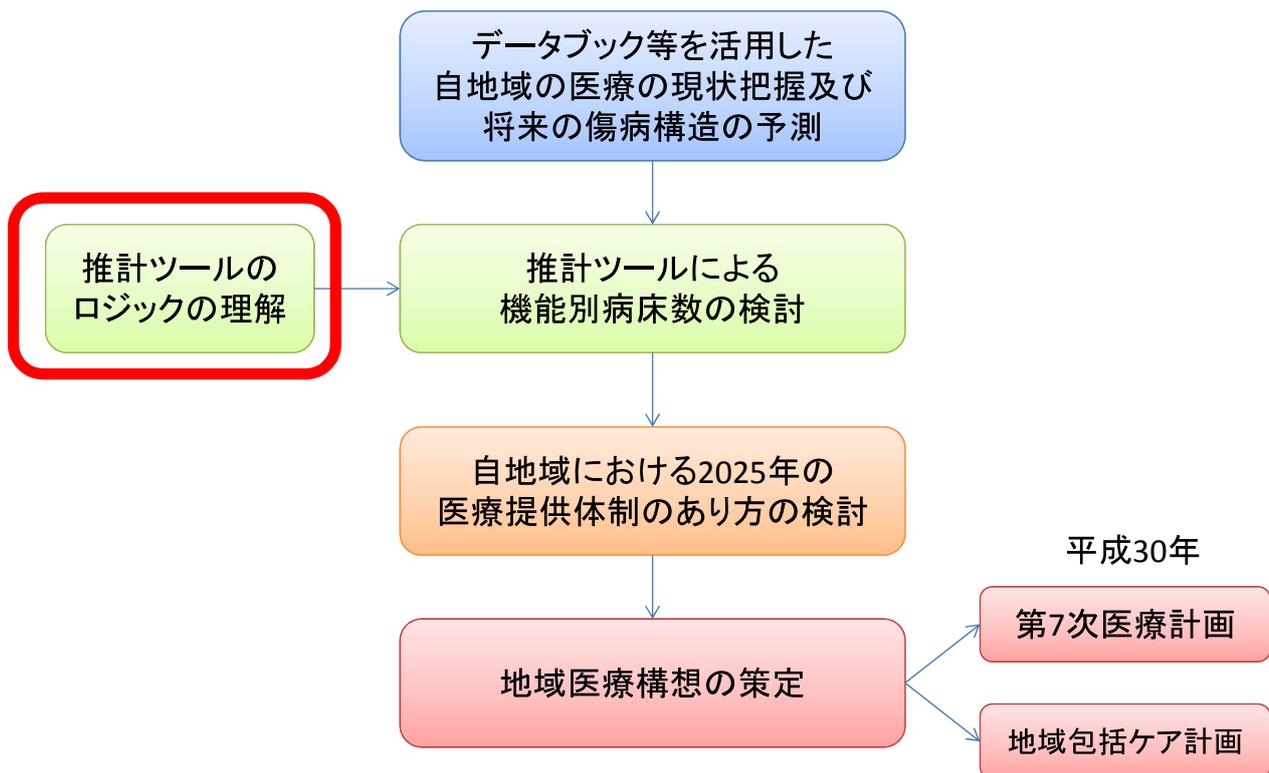
人口推移の検討



傷病別入院患者数の推移に関する検討



地域医療構想の検討手順



25

関係者に機能別病床数の推計ロジックを正しく理解してもらい、その限界を知ってもらうことが地域医療構想策定の前提

26

病床機能別医療需要の検討ツール (厚生労働省配布ツール)

医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要 (現行の流出入)(人 /日)	2025年度の医療需要 (調整後の流出入) (人/日)	2013年度の 必要病床数 (床)	2025年度の必要病床 数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床 数(調整後の流出入) (床)
2301:名古屋	高度急性期	1,904.3	2,146.3	1,844.8	2,539.1	2,861.7	2,459.7
	急性期	4,952.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,856.4	7,203.3
	回復期	4,925.8	6,477.1	6,020.8	5,473.1	7,196.7	6,689.7
	慢性期	2,683.9	3,295.6	3,458.0	2,917.2	3,582.2	3,758.6
	在宅医療等	25,888.7	42,112.5	40,048.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	18,432.8	29,867.8	27,917.0			
	小計	40,354.7	60,159.4	56,981.0	17,278.2	21,497.0	20,111.4
2302:海部	高度急性期	125.8	143.5	214.2	167.7	191.4	285.5
	急性期	401.5	499.0	674.9	514.7	639.8	865.3
	回復期	517.5	695.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.3	442.8	552.1
	在宅医療等	1,812.0	2,936.6	3,382.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	790.5	1,220.4	1,574.7			
	小計	3,204.8	4,681.6	5,574.0	1,635.7	2,046.2	2,585.3
2311:東三河北部	高度急性期	13.0	13.9	30.7	17.3	18.5	41.0
	急性期	73.3	80.2	107.0	93.9	102.8	137.1
	回復期	59.0	63.1	106.1	65.6	70.2	117.9
	慢性期*	99.4	68.6	106.6	108.1	74.6	115.9
	在宅医療等	727.9	876.8	750.0			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	324.6	419.3	273.8			
	小計	972.6	1,102.7	1,100.4	284.8	266.1	411.9
2312:東三河南部	高度急性期	363.1	403.2	415.1	484.1	537.6	553.5
	急性期	1,085.7	1,273.7	1,298.4	1,391.9	1,632.9	1,664.6
	回復期	1,148.5	1,427.8	1,407.2	1,276.1	1,586.4	1,563.5
	慢性期	1,979.3	1,791.3	1,600.5	2,151.5	1,947.1	1,739.6
	在宅医療等	4,982.5	7,877.7	7,723.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,287.7	3,201.0	3,138.9			
	小計	9,559.1	12,773.5	12,444.4	5,303.6	5,703.9	5,521.3
	総計	100,075.5	146,544.7	145,675.9	47,819.5	59,223.7	58,636.7

出典：必要病床数等推計ツール説明書(厚生労働省医政局)

27

病床機能別病床推計の考え方

- 平成25年度一年分のDPC及びNDBデータを利用
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分法
 - 一般病床レセプトについては医療資源投入量に基づいて区分(資源投入量が落ち着くまでを急性期、落ち着いてから退院準備ができるまでを回復期とした上で、急性期についてはICU、HCU、無菌室の利用頻度に着目して高度急性期を分離)
 - 回復期リハビリテーション病床は回復期病床、療養病床については医療区分1の70%を入院外で対応可能としたうえで残りを慢性期病床に割り当てた。
 - 障害者病床は慢性期病床に割り付けた

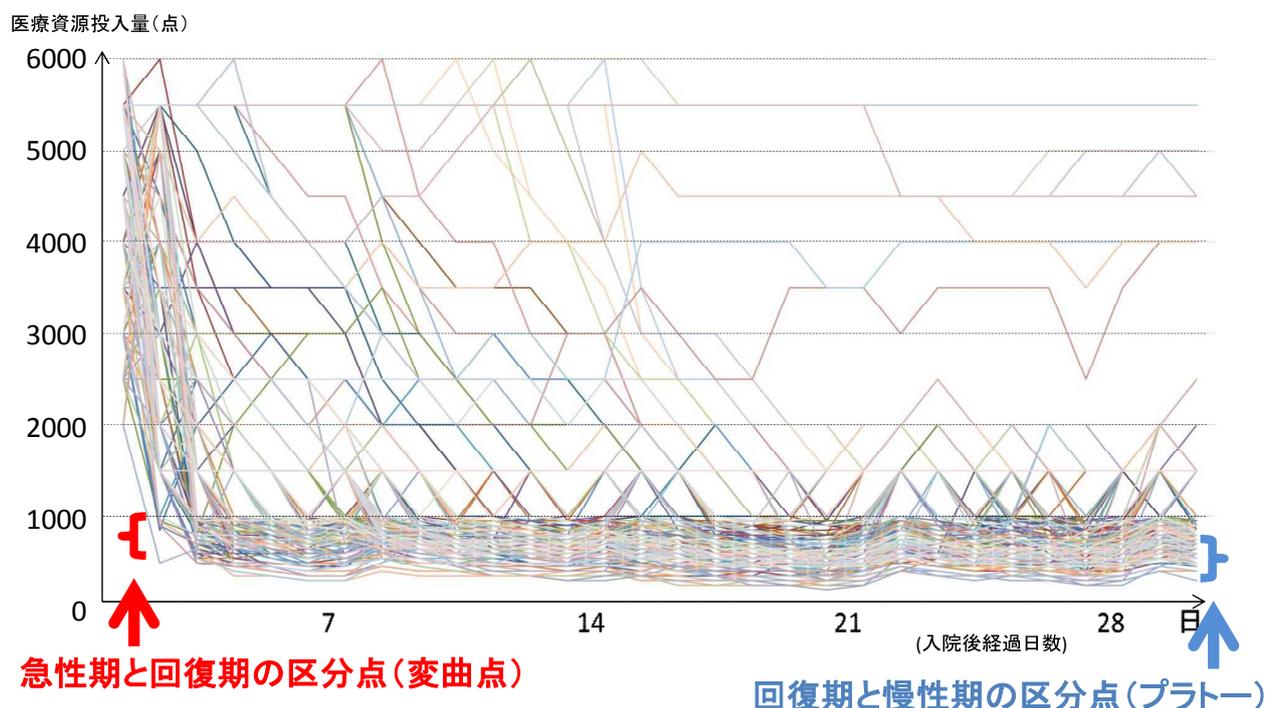
28

専門調査会推計の考え方

- **一定の仮定**のもとに患者数の推計を行った
 - 機能分化を進める
 - 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - 療養病床入院受療率の都道府県格差を縮小
- 数字は上記仮定の下での必要病床数
 - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - 慢性期＝療養病床入院＋介護施設＋在宅
 - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要

29

C1、C2、C3設定の基本となった医療資源投入量(中央値)の推移の分析結果
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



2
30

医療需要推計にあたっての境界点の考え方

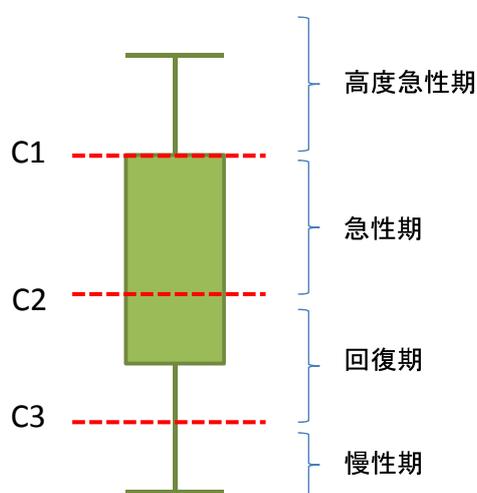
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※		
	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

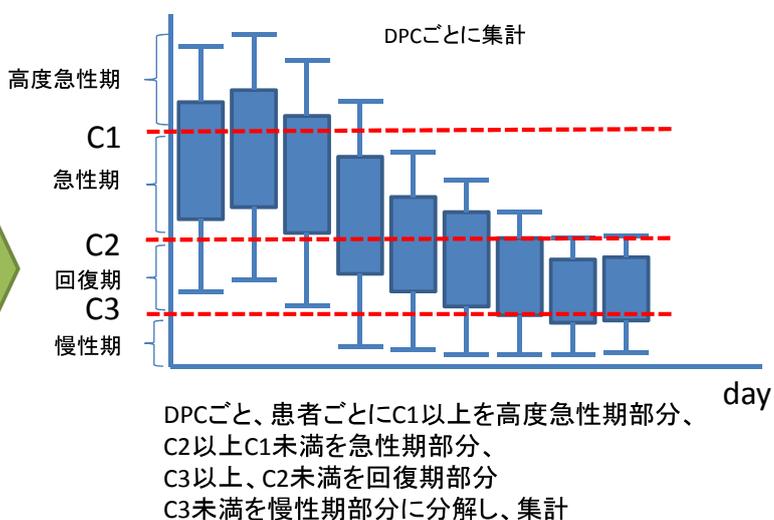
31

機能別病床推計の具体的手順

(1) 1日当たり出来高換算コストの分布(入院1日ごとに計算; 入院期間の平均ではない)



(2) 1日当たり出来高換算コストの入院後日数ごとの分布



詳細は「病院」誌(医学書院)を参照してください

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

32

将来推計の方法

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別受療率
(1日あたり、生保・労災・自賠責等の補正後)

×

推計年度の患者住所地別・性年齢階級別人口

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別患者数
(1日あたり)

÷

病床利用率(高度急性期=75%、急性期=78%、回復期=90%、慢性期=92%)

||

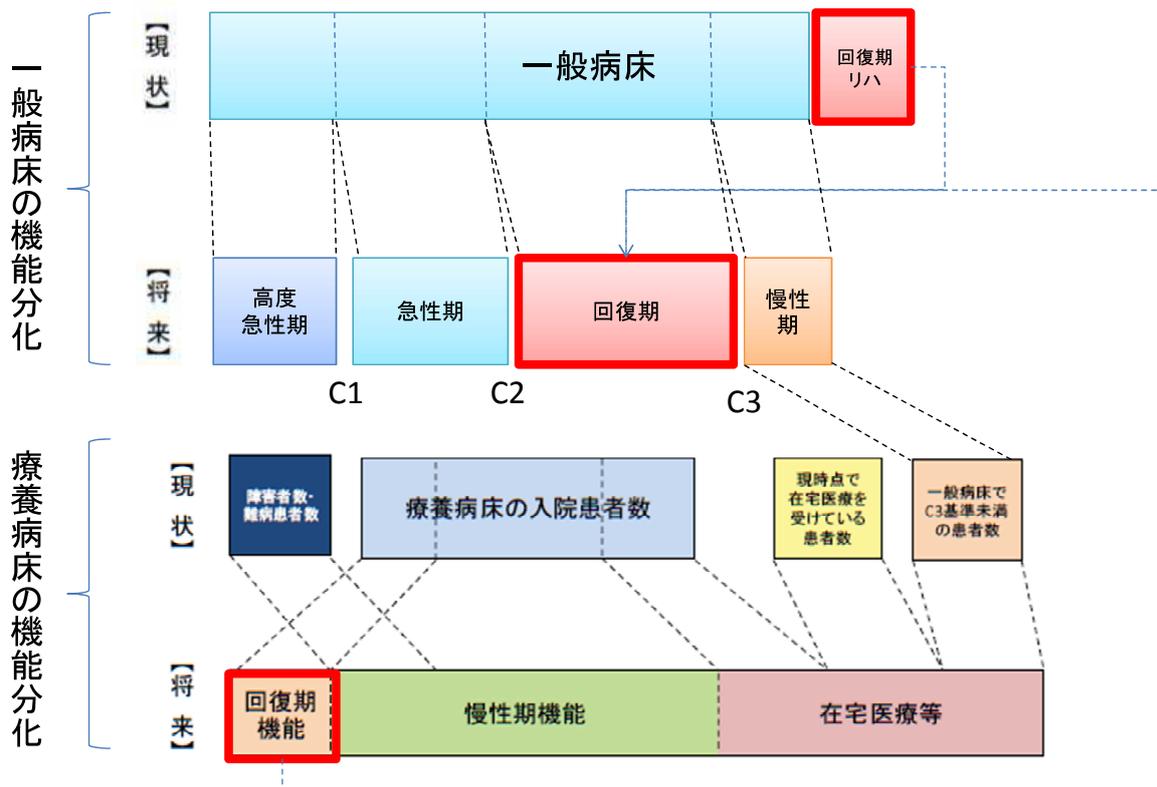
推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別病床数
(1日あたり)

人口構成・傷病構造・受療動向の
地域差を反映させた病床数推計

患者住所地別
病床数

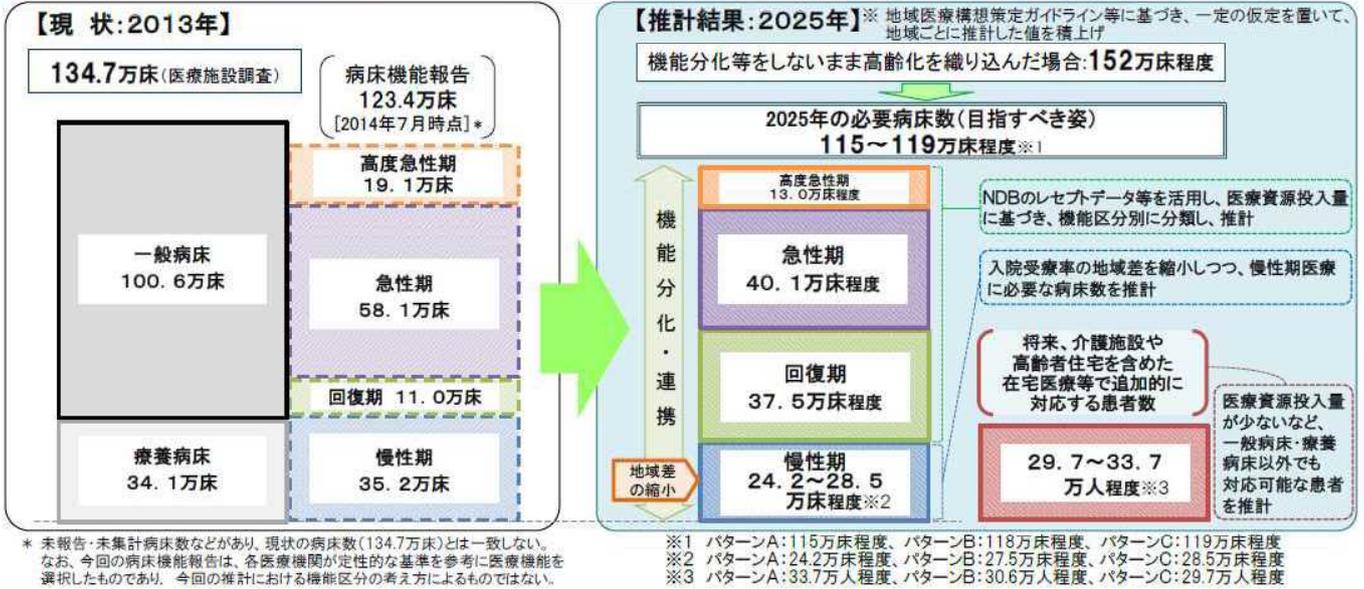
医療機関住所地別
病床数

病床機能の推計方法



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

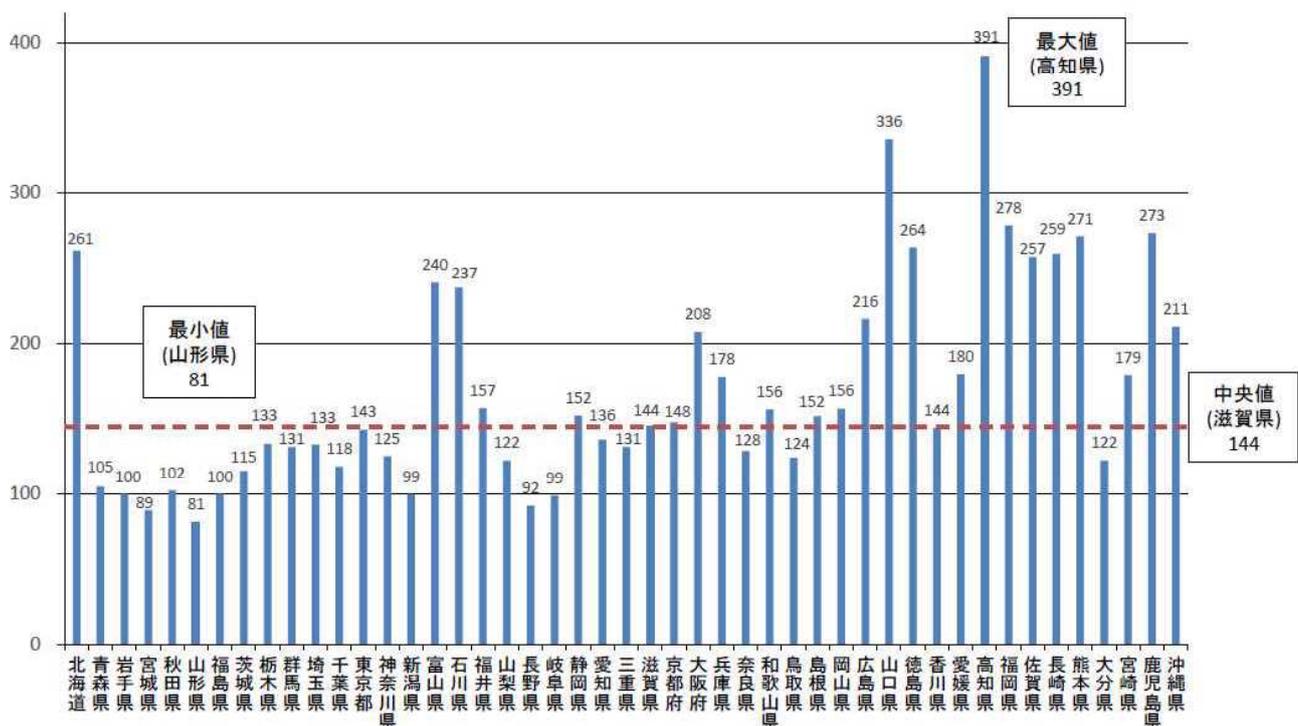


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会³⁵

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)



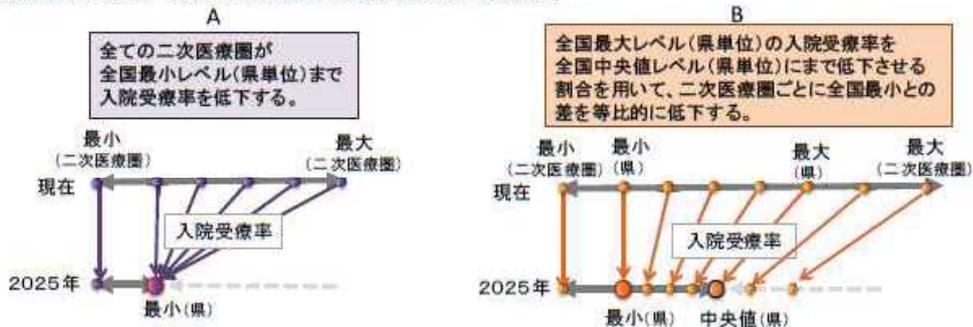
資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

療養病床の都道府県格差の是正

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）

【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設定】



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

2025年医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別、医療機関所在地ベース・患者住所地ベース)

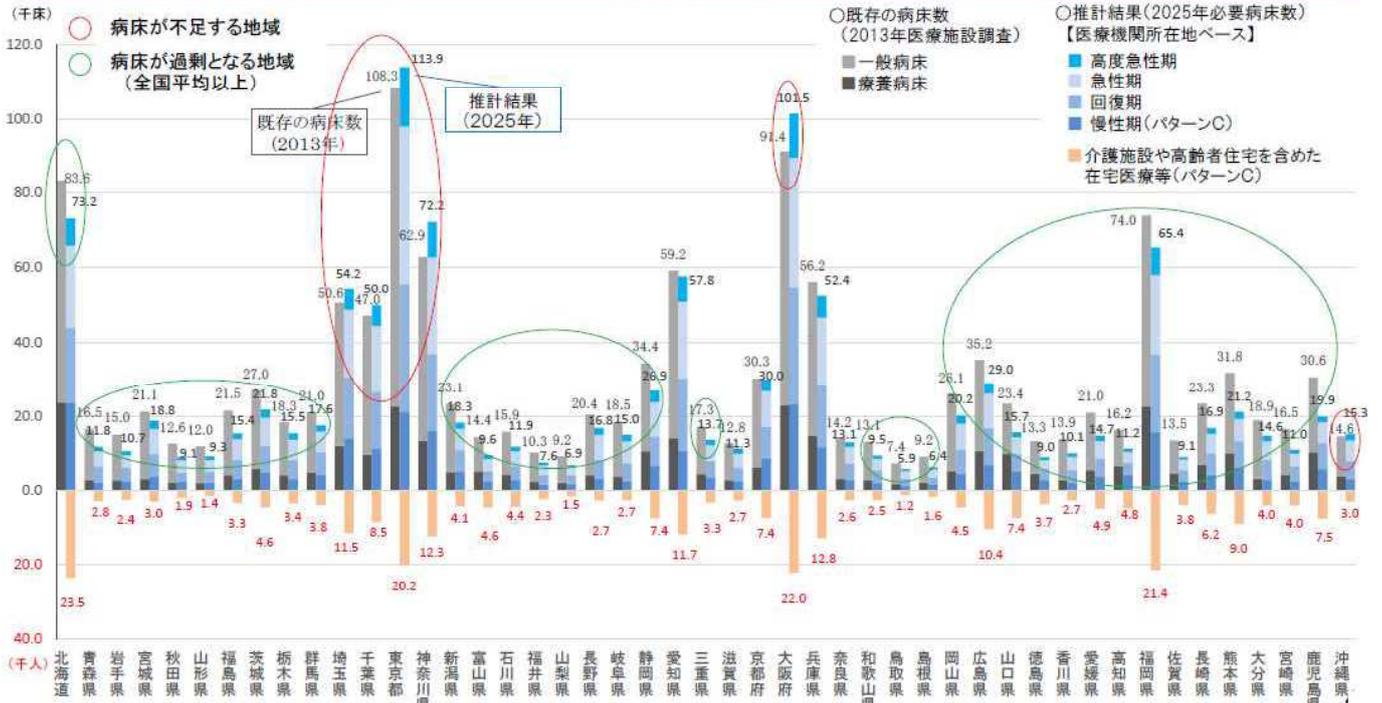
- 医療機関所在地ベースと患者住所地ベースを比較すると、都道府県単位で見ても患者の流出入が発生している。
- 大都市部など、一部の地域では、患者の流出入が大きくなっている。
- 医療機能ごとに流出入の状況が異なる地域がある。



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。

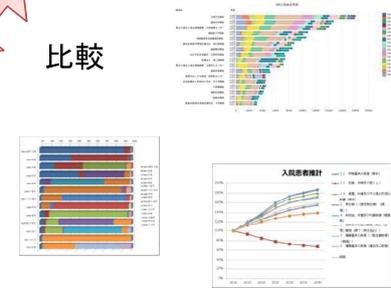
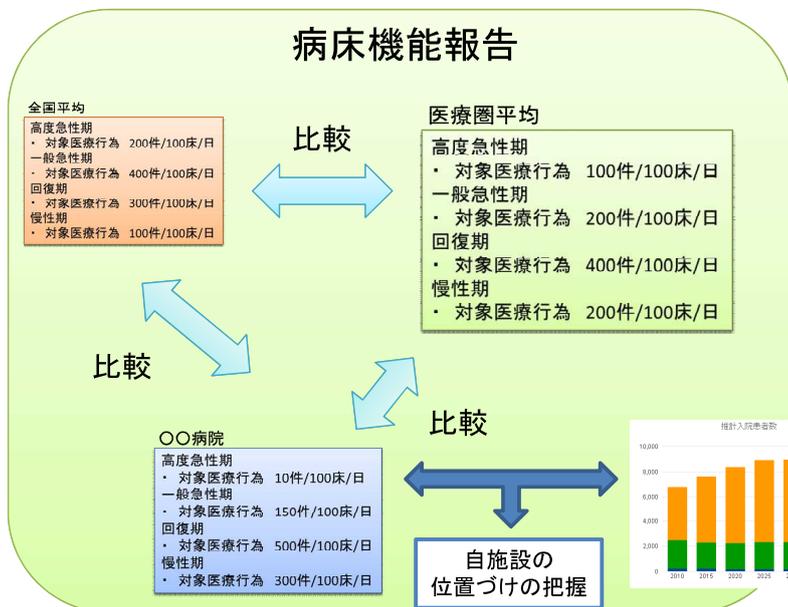


資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 39

関係者の協議による病床配分の適正化

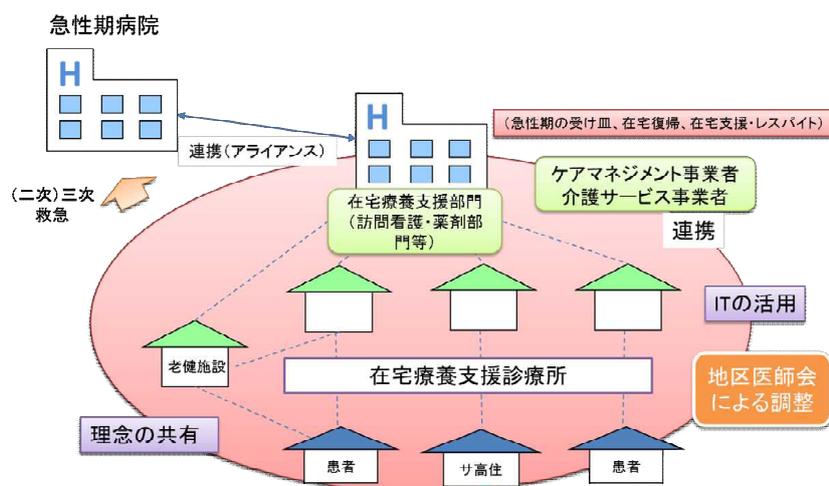
地域医療構想策定支援ツール

医療機能別地域	医療機能	2025年度必要病床数(千床)		2025年度必要病床数(千床)		2025年度必要病床数(千床)	
		急性期	回復期	慢性期	急性期	回復期	慢性期
2024 各自治体	高度急性期	2,374.9	2,145.3	3,184.8	2,203.1	2,203.1	2,203.1
	一般急性期	4,052.2	3,732.6	3,818.8	3,818.8	3,818.8	3,818.8
	回復期	4,307.8	3,477.1	3,500.0	3,473.1	3,330.7	3,330.7
	慢性期	2,608.8	3,266.4	3,400.0	3,277.7	3,277.7	3,277.7
	介護施設等(含在宅医療)	15,900.7	42,112.0	40,000.0	40,000.0	40,000.0	40,000.0
2024 国勢	高度急性期	1,024.9	901.0	1,272.0	1,272.0	1,272.0	1,272.0
	一般急性期	1,701.8	1,615.2	1,615.2	1,615.2	1,615.2	1,615.2
	回復期	497.8	497.0	497.0	497.0	497.0	497.0
	慢性期	513.8	589.4	589.4	589.4	589.4	589.4
	介護施設等(含在宅医療)	1,877.0	3,200.8	3,200.8	3,200.8	3,200.8	3,200.8



地域における病床機能配分に関する議論(関係者)

望ましい医療介護サービス提供体制の構想



- 将来の医療需要を踏まえて、どのような医療介護サービス提供体制が望ましいのかについて会議で合意形成を行う
 - その上で、各施設が何ができるのか(しなければならないのか)を検討
 - 具体化されたものから地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業として計画する

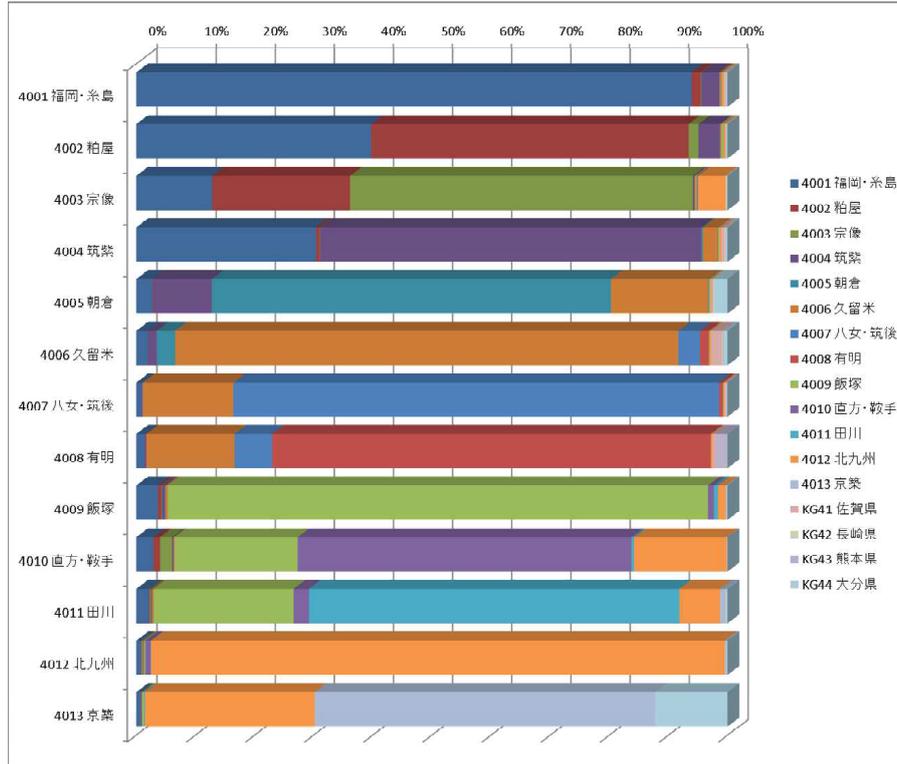
本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 調整会議で利用されるデータ

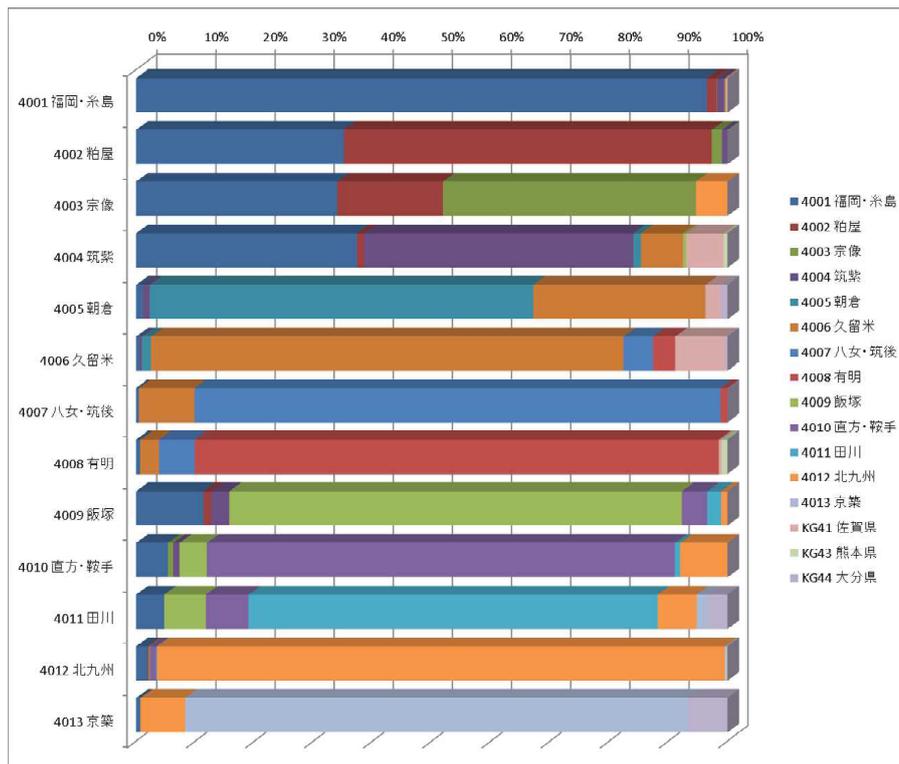
3. 粕屋医療圏を例とした検討

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:一般病床入院 7:1、10:1)



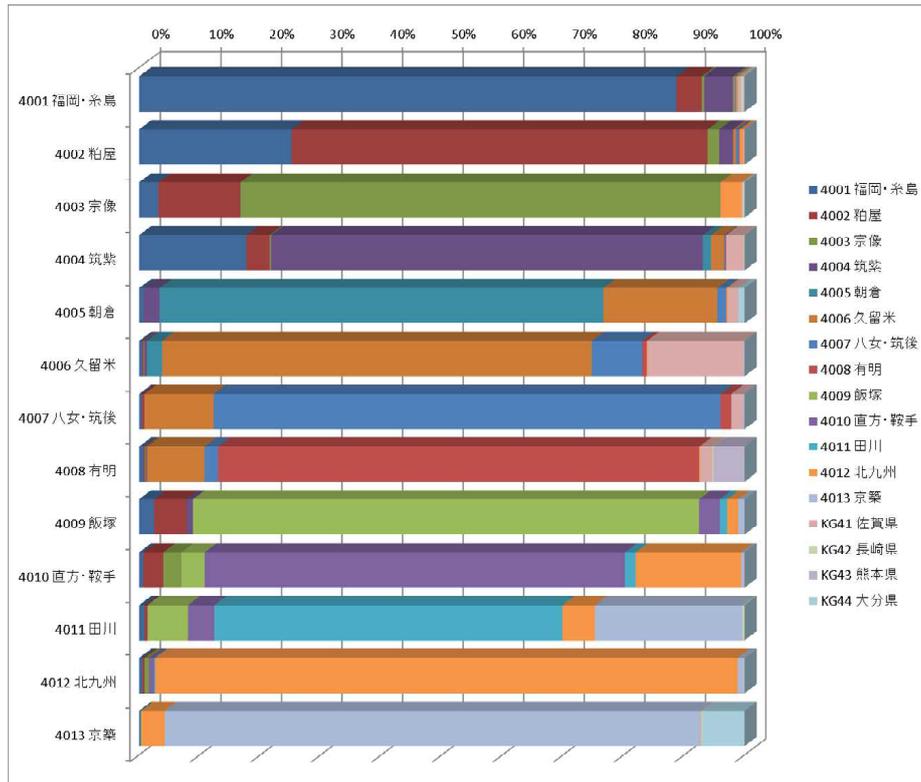
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



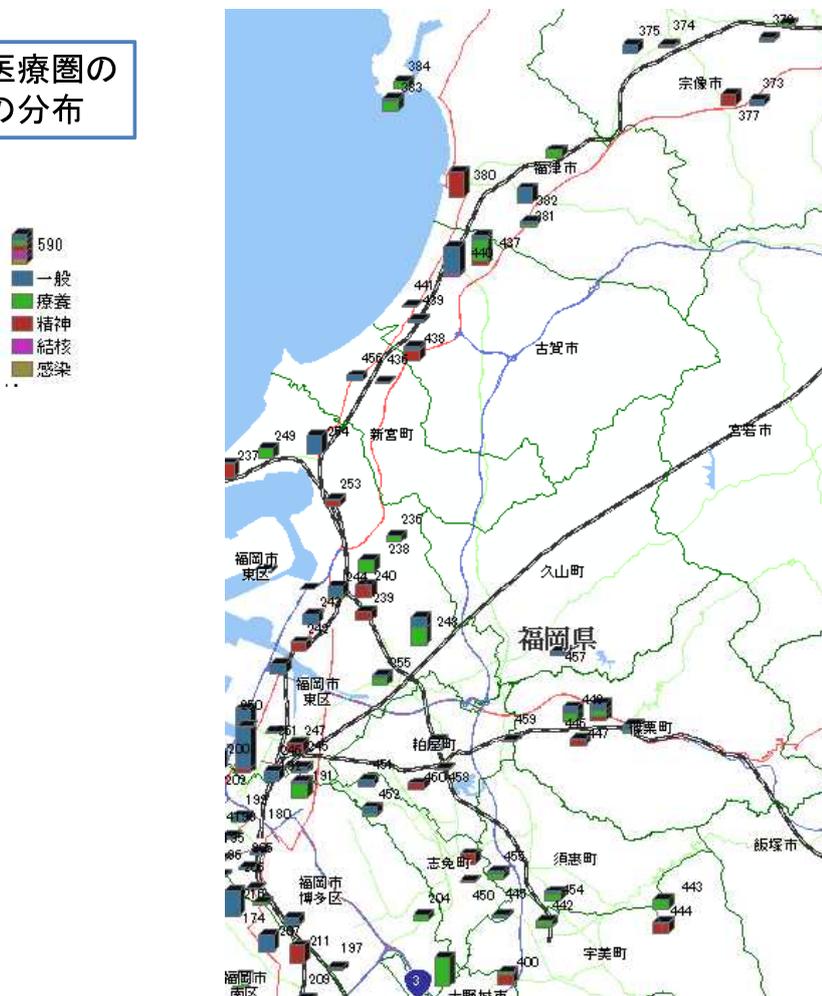
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:療養病床入院)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

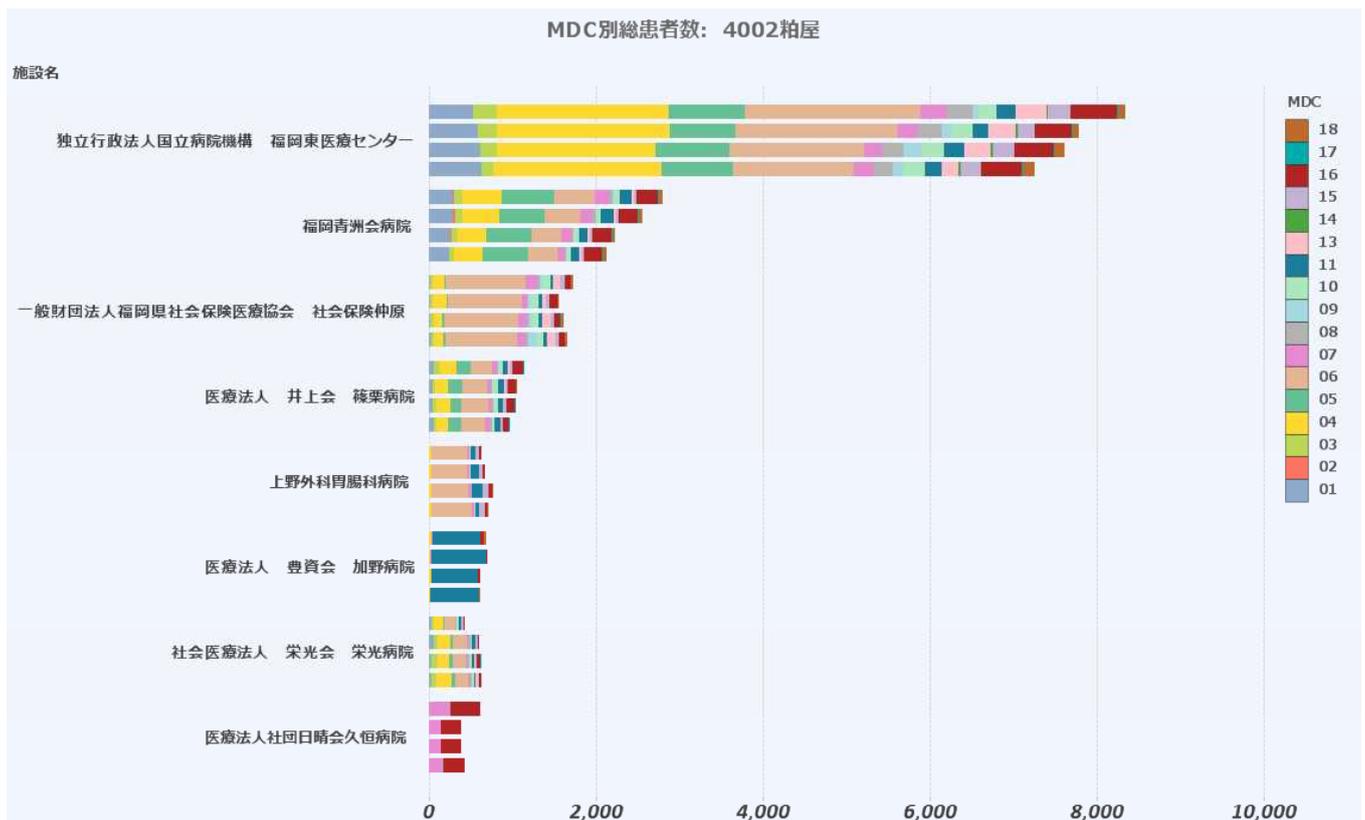
粕屋医療圏の 病院の分布



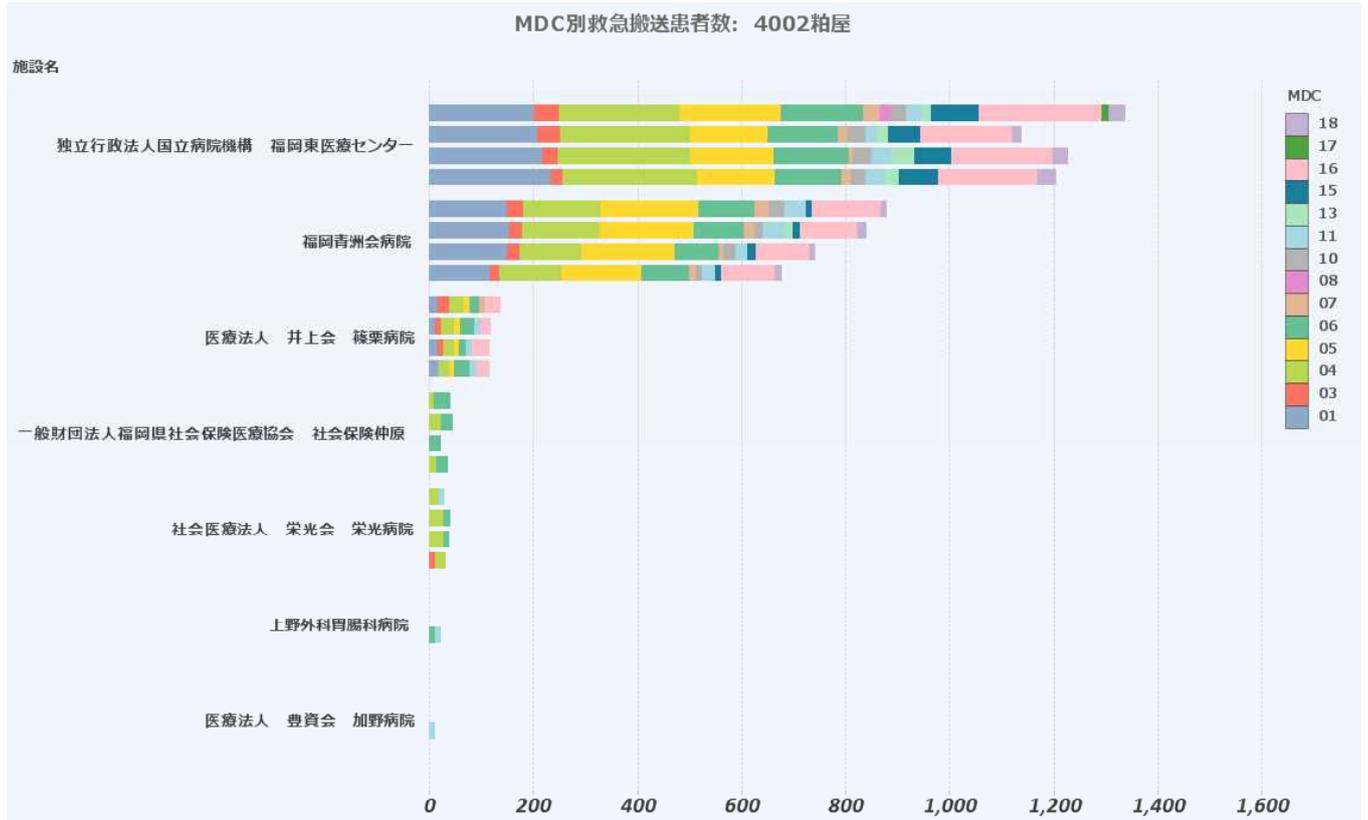
主要診断群(MDC)の分類

主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

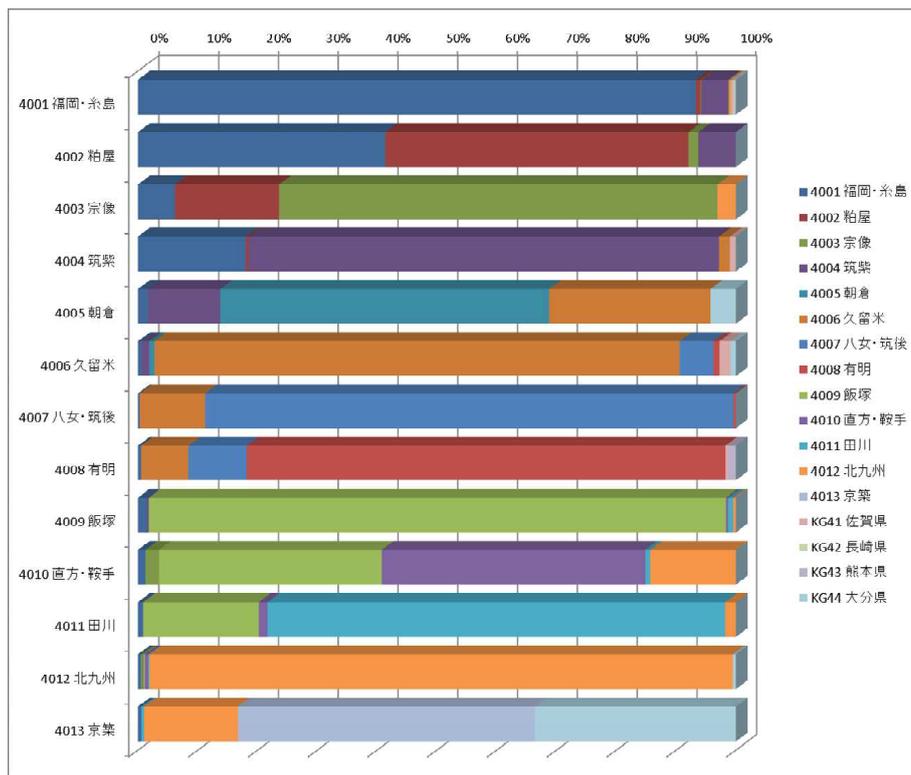
粕屋医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別全患者)



粕屋医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別救急搬送患者)

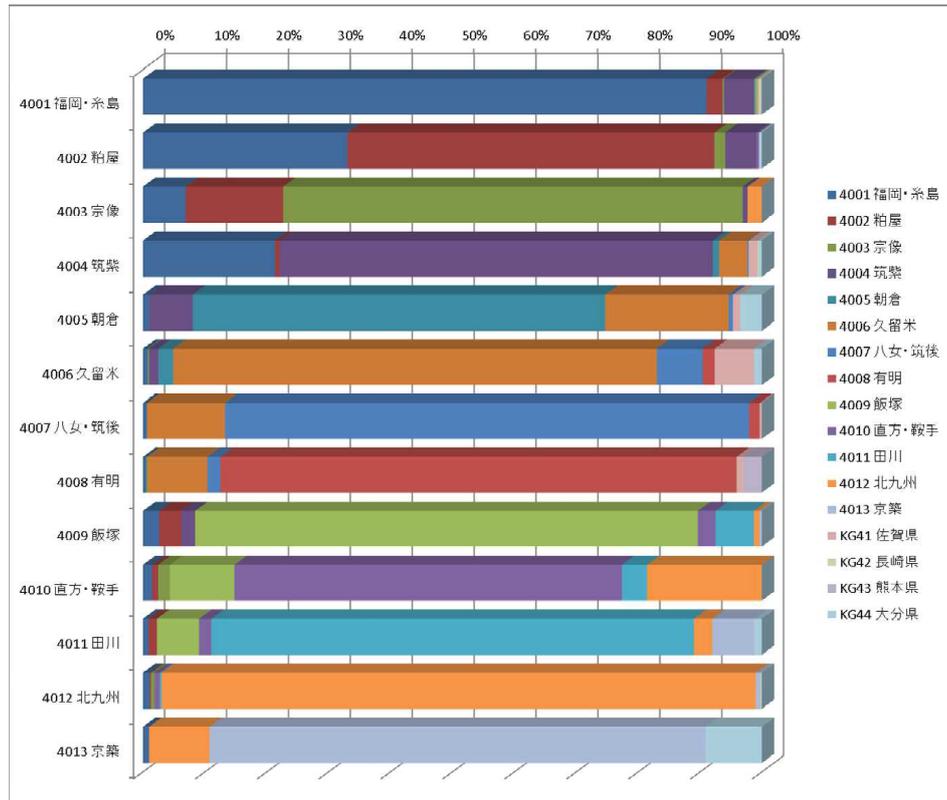


福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急 (平成25年度NDBデータ:入院)



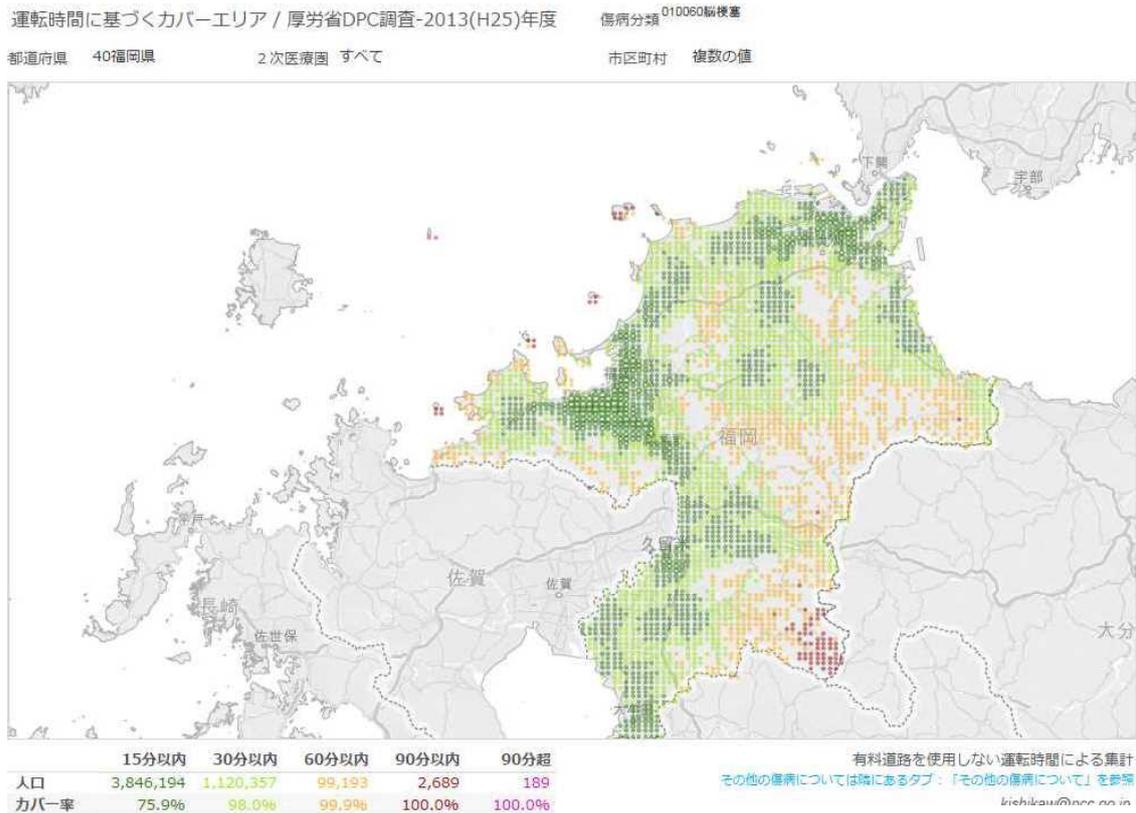
福岡県における脳梗塞・TIAの自己完結率

(平成25年度NDBデータ：入院)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

DPC公開データによる急性期入院医療へのアクセシビリティの評価 (H25年：福岡県・脳梗塞)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ: 高齢者)

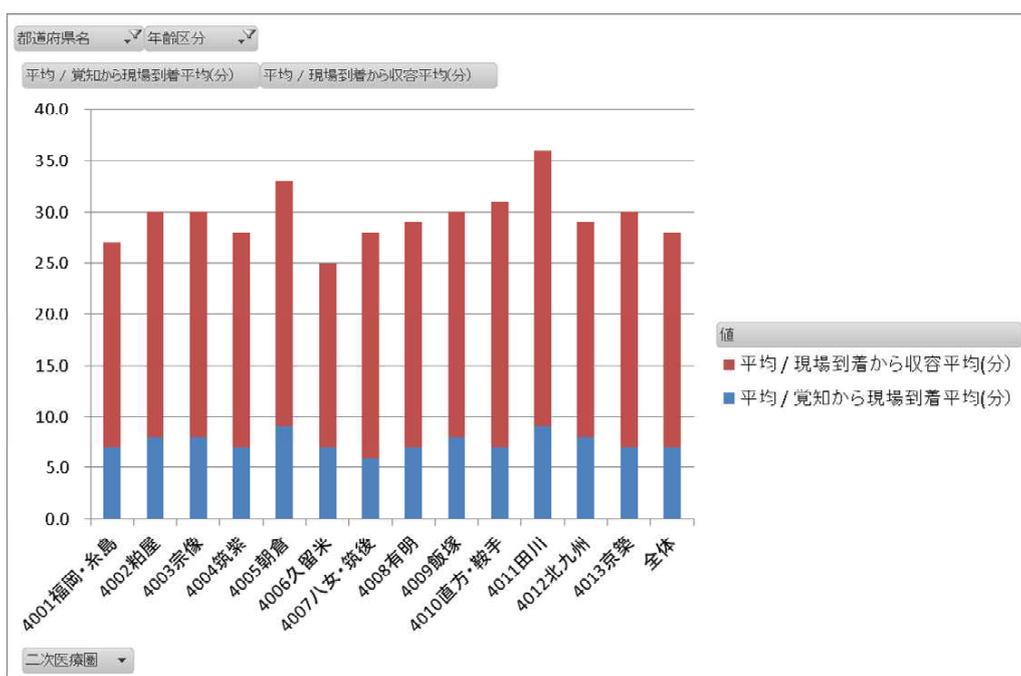
行ラベル	平均 / 覚知から現場到着平均(分)	平均 / 現場到着から収容平均(分)
4001福岡・糸島	7.0	20.0
4002粕屋	8.0	22.0
4003宗像	8.0	22.0
4004筑紫	7.0	21.0
4005朝倉	9.0	24.0
4006久留米	7.0	18.0
4007八女・筑後	6.0	22.0
4008有明	7.0	22.0
4009飯塚	8.0	22.0
4010直方・鞍手	7.0	24.0
4011田川	9.0	27.0
4012北九州	8.0	21.0
4013京築	7.0	23.0
全体	7.0	21.0

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

53

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

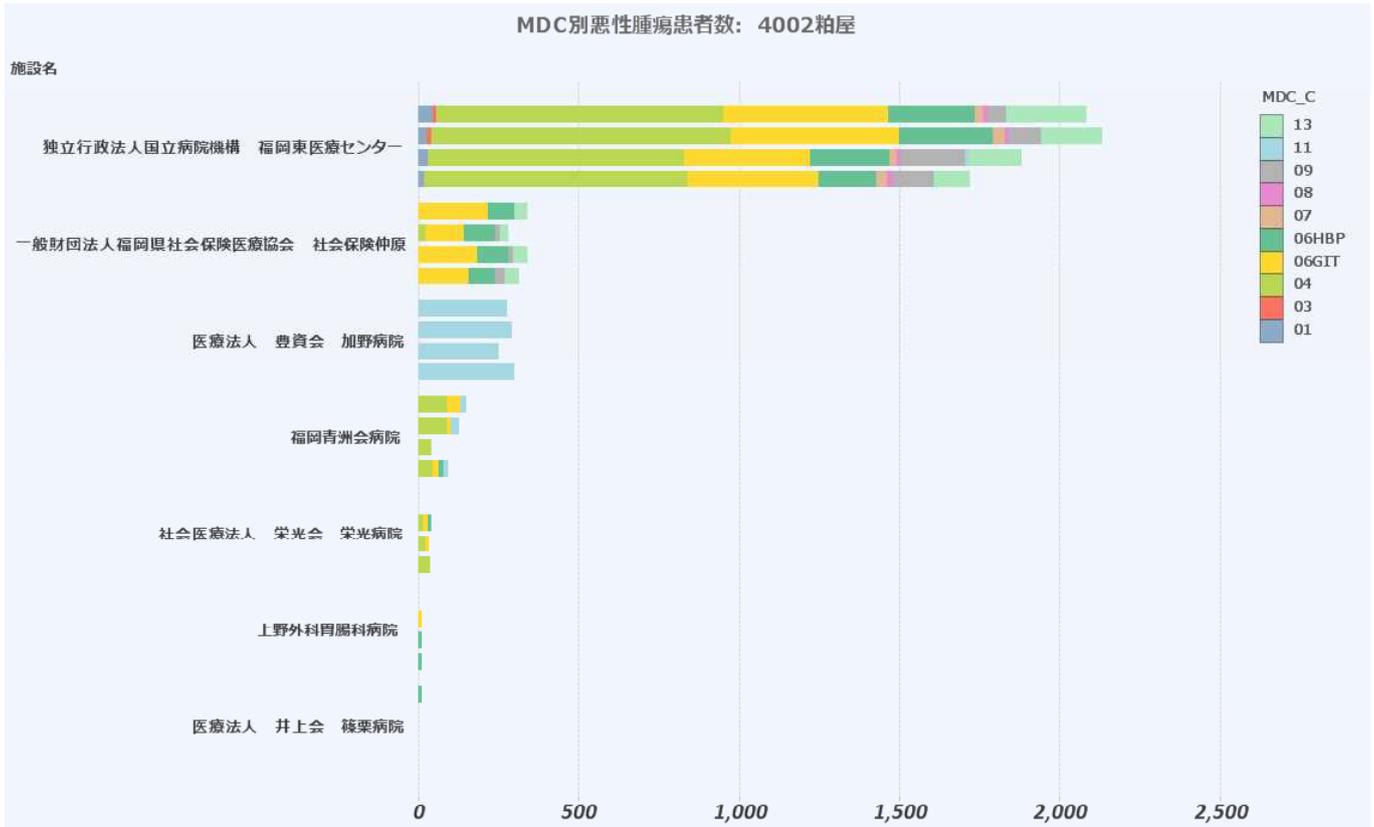
(平成23年度 消防庁データ: 高齢者)



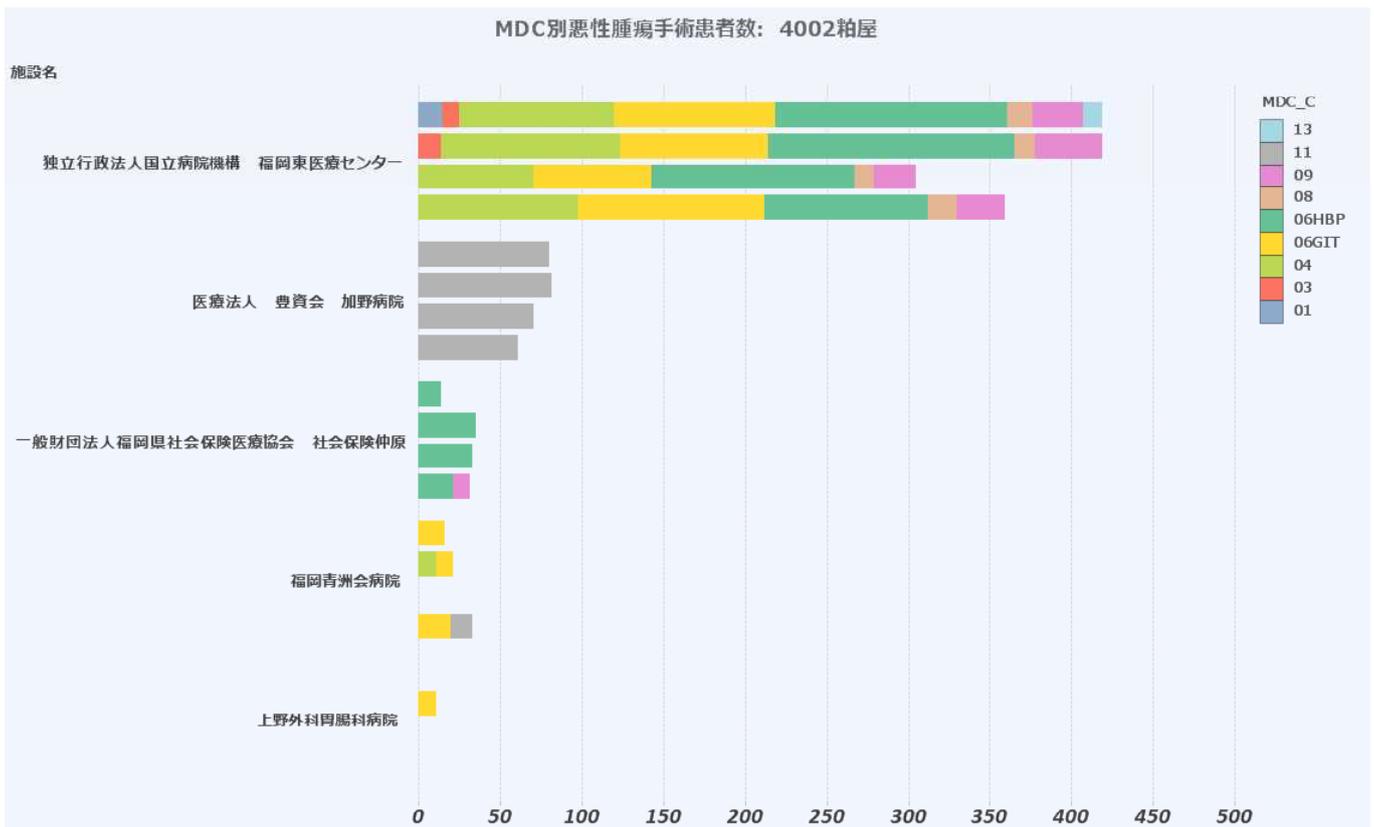
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

54

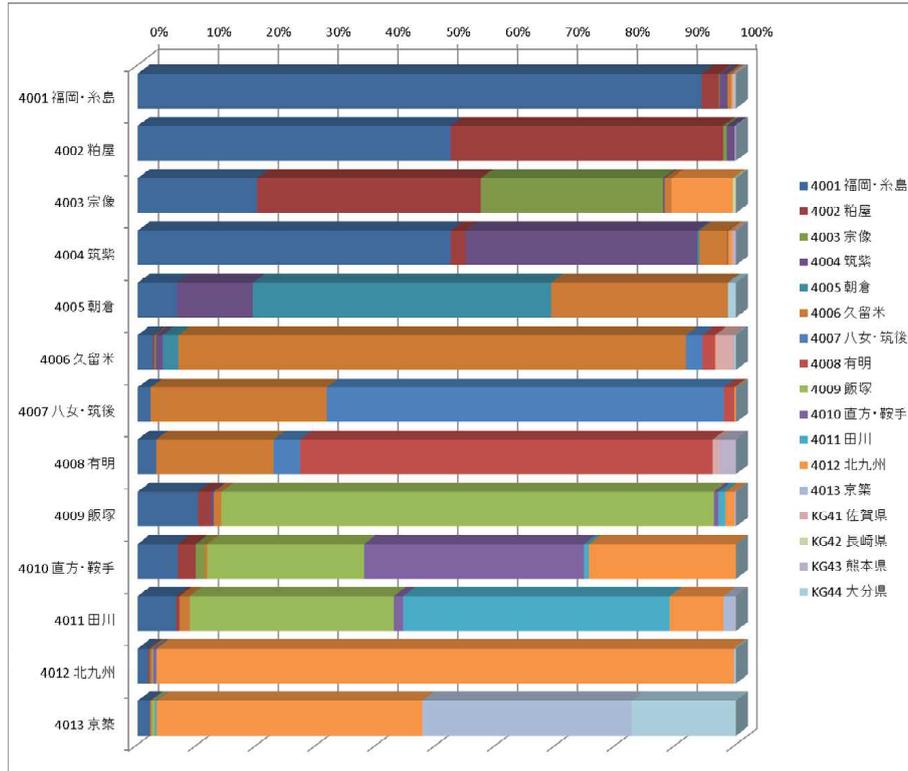
粕屋医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別全がん患者)



粕屋医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～25年度厚生労働省データ:MDC別全がん手術患者)

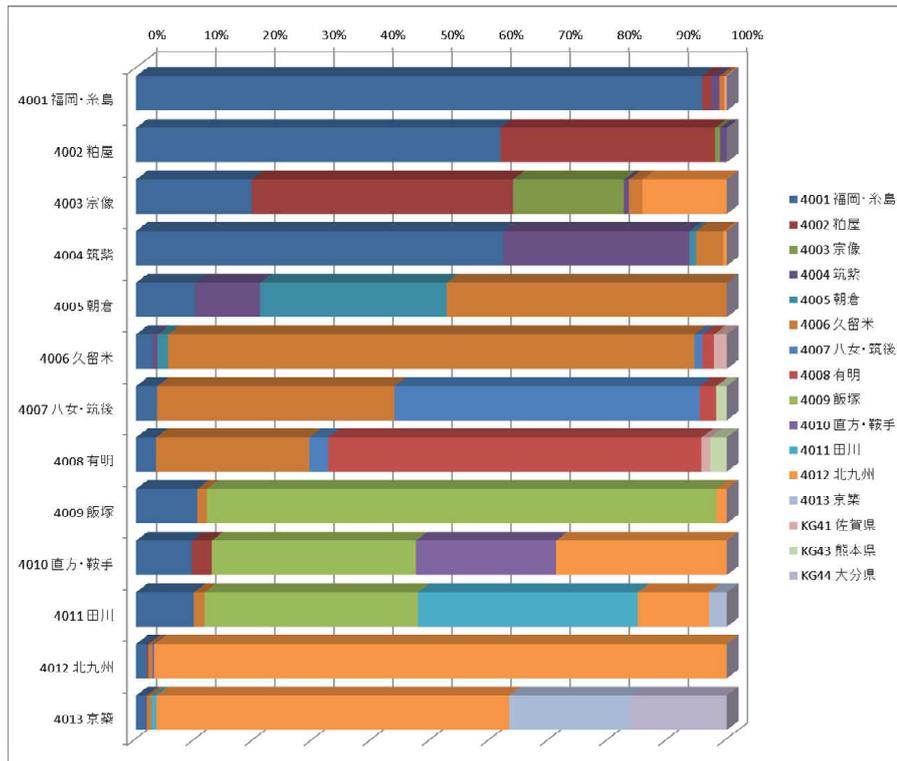


福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



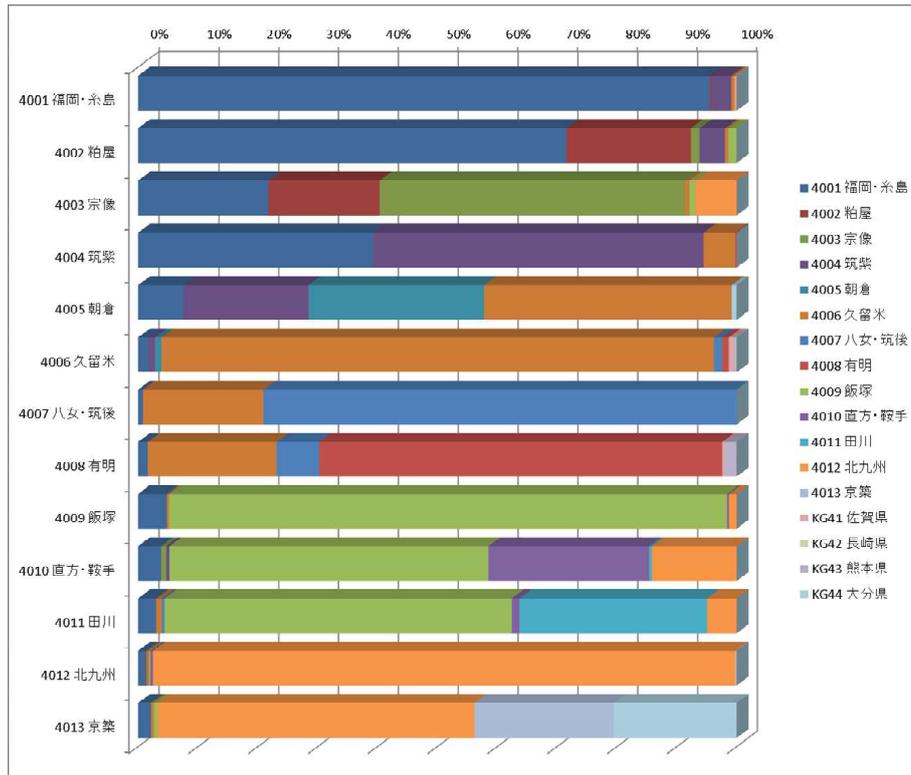
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:化学療法・入院)



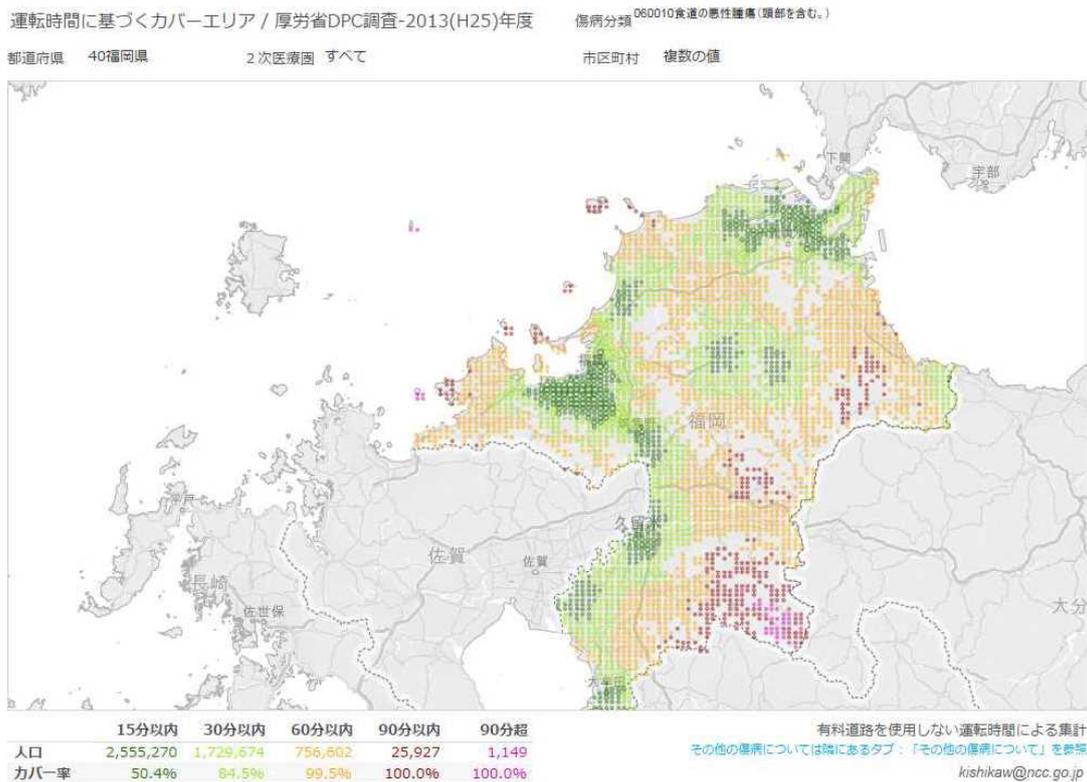
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:化学療法・外来)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

DPC公開データによるがん診療へのアクセシビリティの評価 (H25年:福岡県・食道がん)



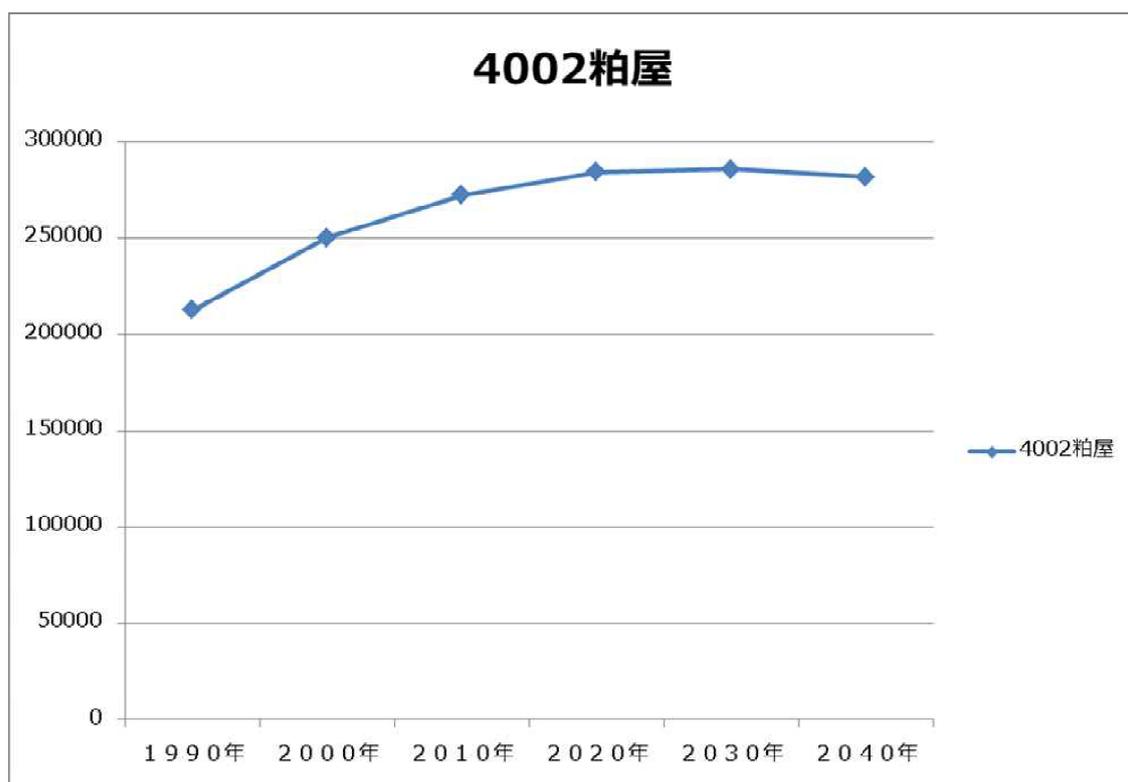
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県におけるSCRの状況(1)

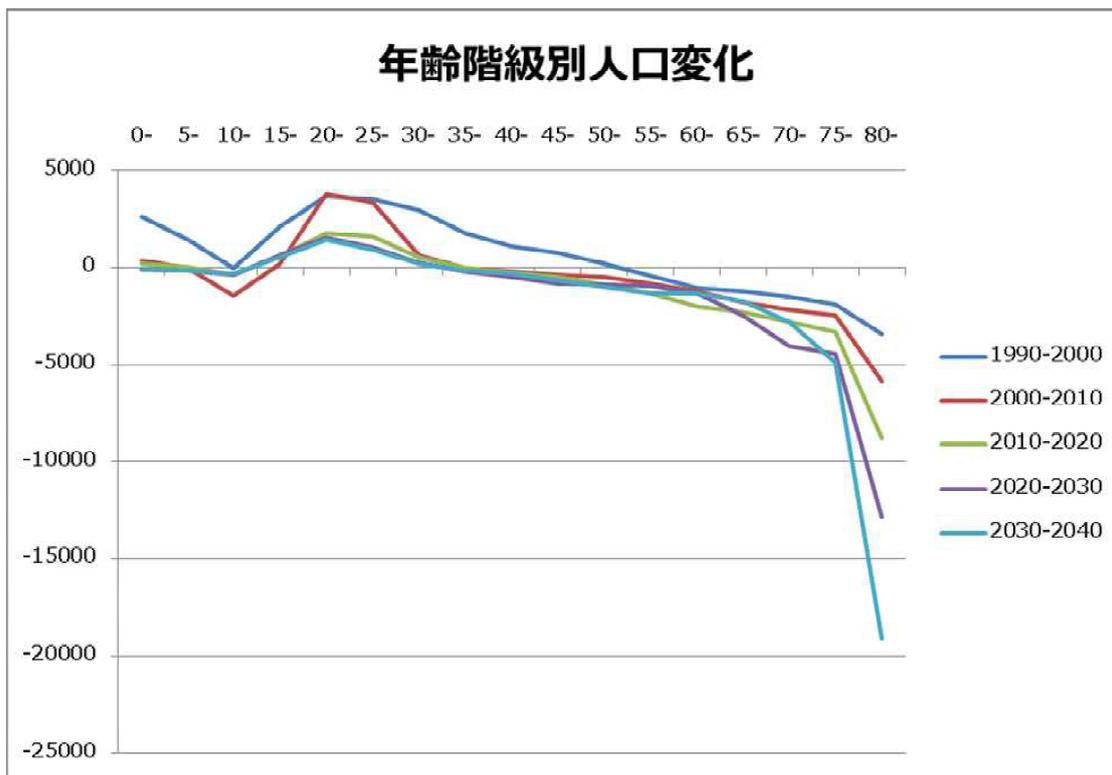
指標名	区分	4001	4002	4003	4004	4005	4006	4007	4008	4009	4010	4011	4012	4013
		福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
初診料	入院	141.5	93.6	94.2	103.5	115.8	157.1	139.4	111.4	132.0	75.7	76.0	139.5	82.7
初診料	外来	116.0	93.2	101.3	104.8	92.5	112.6	100.5	100.6	95.1	89.3	79.5	104.6	90.1
初診料・時間外加算	入院	122.3	70.6	86.1	82.2	102.2	137.9	103.9	95.0	133.2	56.3	61.5	117.3	80.2
初診料・時間外加算	外来	83.4	54.6	85.1	90.8	81.2	95.0	80.6	80.7	94.8	70.9	58.8	70.2	75.7
外来診療料	外来	99.3	35.3	39.4	63.5	33.7	134.5	75.9	58.0	119.1		84.2	111.5	22.1
外来診療料・時間外加算	外来	82.8	36.7	8.0	108.0	68.6	136.3	98.0	47.9	167.8		83.8	145.8	76.6
再診料	入院	115.4	90.2	95.9	91.9	96.2	111.7	101.4	112.0	100.3	101.5	81.2	105.7	95.7
再診料	外来	67.4	34.1	29.7	54.6	29.7	69.8	32.3	67.4	49.2	41.5	9.5	47.0	26.2
再診料・外来診療料(再掲)	外来	112.8	81.2	86.6	87.2	86.0	115.5	97.2	103.1	103.4	84.8	81.7	106.7	86.1
再診料・外来診療料・時間外(再掲)	外来	83.9	75.6	60.0	96.1	96.9	116.4	112.5	108.5	112.7	68.6	65.3	94.2	87.4
一般入院基本料	入院	130.1	89.5	69.6	94.5	85.7	123.4	115.8	104.4	139.8	81.0	74.8	133.5	61.9
一般入院基本料(7.10対1)(再掲)	入院	136.9	91.6	69.8	90.6	93.1	125.2	109.4	82.2	139.4	76.3	63.2	137.9	67.3
一般入院基本料(13.15対1)(再掲)	入院	42.9	64.0	66.4	157.7		106.3	189.2	368.8	149.7	140.6	216.0	79.8	
DPC入院(再掲)	入院	153.5	72.8	58.1	90.0	71.9	175.7	126.9	69.6	108.1	50.5	37.9	129.4	55.2
療養病棟入院基本料	入院	147.1	212.9	141.0	155.2	193.6	181.2	231.3	130.8	109.0	131.1	59.4	168.5	231.4
精神病棟入院基本料	入院	137.5	144.2	146.5	115.3	191.4	175.4	176.6	276.1	177.7	185.6	632.1	126.0	150.0
有床診療所入院基本料	入院	174.0	110.2	203.9	221.2	86.9	229.0	135.4	191.3	151.3	66.9	111.1	133.8	159.6
有床診療所療養病棟入院基本料	入院	178.6	109.2	69.2	155.9	10.8	318.2	158.2	170.4	197.7	220.8	267.0	298.2	214.4
救命救急入院料	入院	132.0					272.3			647.5			52.4	
特定集中治療室管理料(ICU)	入院	210.6	129.7	117.1	172.3		247.0	8.7		80.6			277.5	218.3
新生児特定集中治療室管理料(NICU)	入院	94.2			304.4								273.1	
総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	入院	122.9					766.6			589.1			163.7	
特殊疾患病棟入院料等	入院	73.1	265.9							214.5		139.3	182.1	
小児入院医療管理料	入院	136.0	48.2		66.5		147.4	17.8	77.2	123.3			162.0	0.1
回復期/ハビリテーション病棟入院料	入院	235.9	151.6	52.3	64.5	179.8	217.7	274.1	172.4	64.9	119.8	63.5	156.5	126.5
緩和ケア病棟入院料	入院	429.7	720.7				401.4	297.7	314.0	223.4	221.1		139.9	
精神科救急入院料	入院	123.4		702.6	279.6		731.5			405.4			104.3	
精神科急性期治療病棟入院料	入院	119.9		134.1	186.8		341.0		187.0		248.9	249.6	187.0	400.1
精神療養病棟入院料	入院	121.7	72.5	362.4	70.2	163.5	171.6	115.3	245.5	101.7	183.0	127.7	131.2	119.0
認知症治療病棟入院料	入院	17.9	338.8		182.0		175.8	138.1	168.2	161.0	256.9	395.2	231.1	552.2
ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	入院	253.2		87.0	218.6	155.3	316.3		32.5	514.0			467.6	284.7
亜急性期入院医療管理料	入院	307.8	255.3	278.5	94.2	501.4	200.7	371.5	199.8	272.4	224.4		194.4	16.7
急性期ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院	253.1			225.4								104.3	
夜間・休日診療体制	入院					1262.7	331.8			2670.5		112.3	169.0	
夜間・休日診療体制	外来	292.7		648.4		845.3	110.9			1045.8		60.8	123.9	160.7
夜間・休日診療体制	全体	279.1		612.1		871.0	122.9			1146.0		64.1	126.5	151.3
開放型病院共同指導料	入院	351.0	406.1		40.0	951.7	145.6		49.0	1.6		70.6	224.4	
開放型病院共同指導料	外来	367.4	480.6	84.1	42.4	995.0	116.6		56.8			81.8	206.8	
開放型病院共同指導料	全体	359.1	442.7	87.3	41.2	973.0	131.3		52.8	0.8		76.1	215.8	

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

粕屋医療圏の人口推移

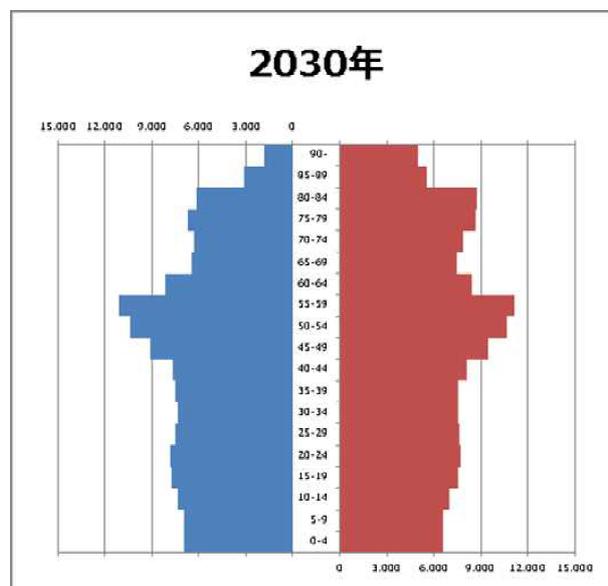
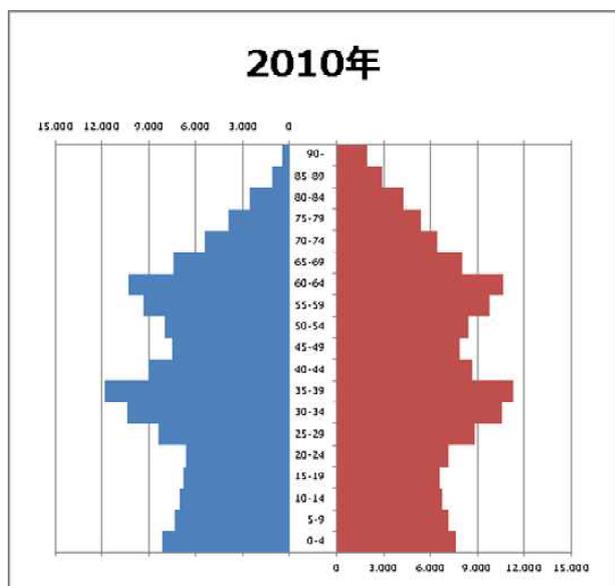


粕屋医療圏の人口推移(コホート別)



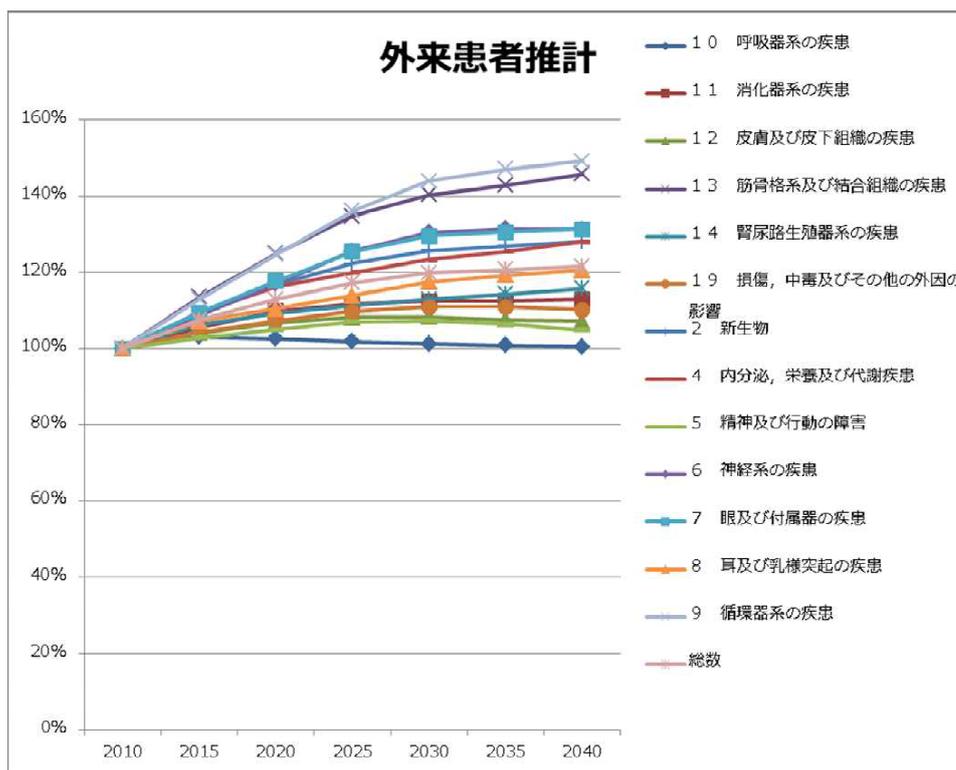
63

粕屋医療圏の人口ピラミッドの変化



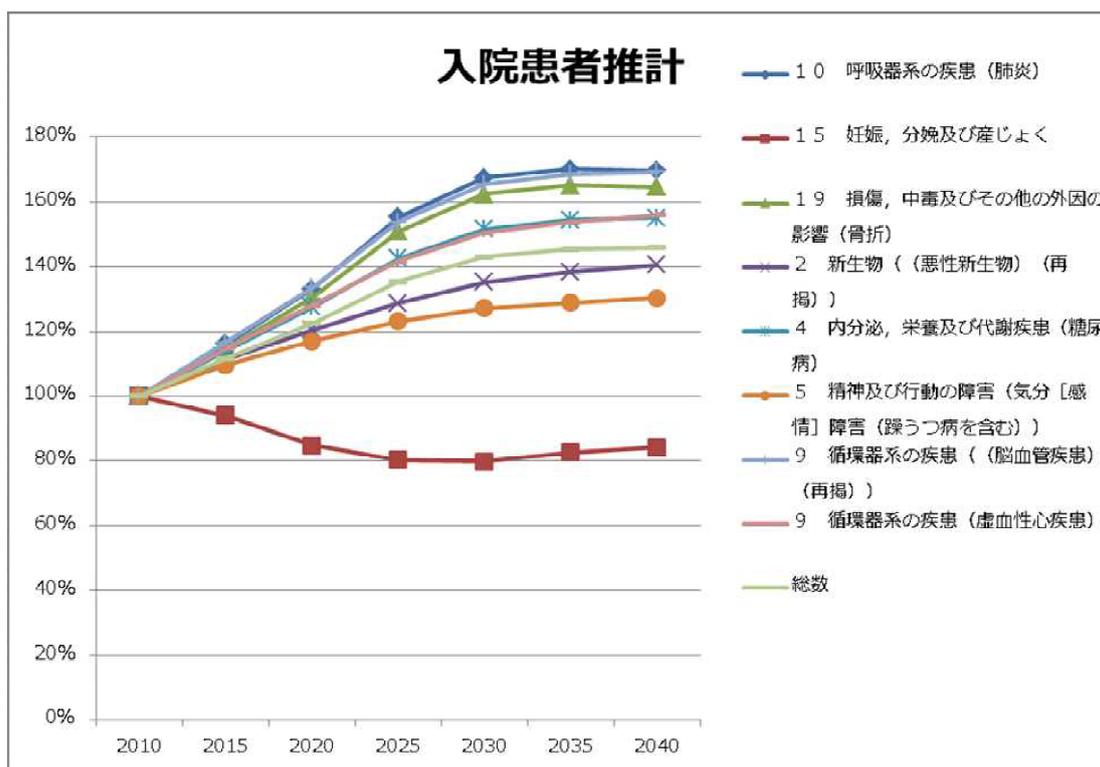
64

粕屋医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉） 65

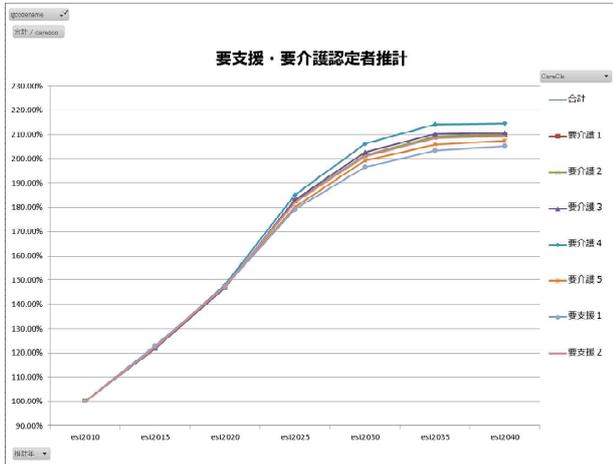
粕屋医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



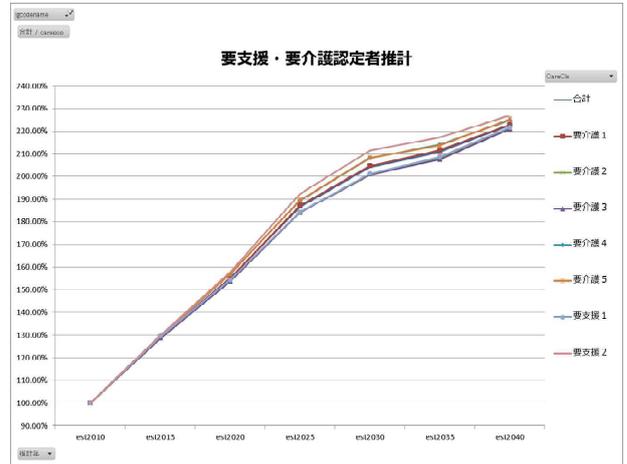
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉） 66

粕屋医療圏2地域の要介護高齢者の推移

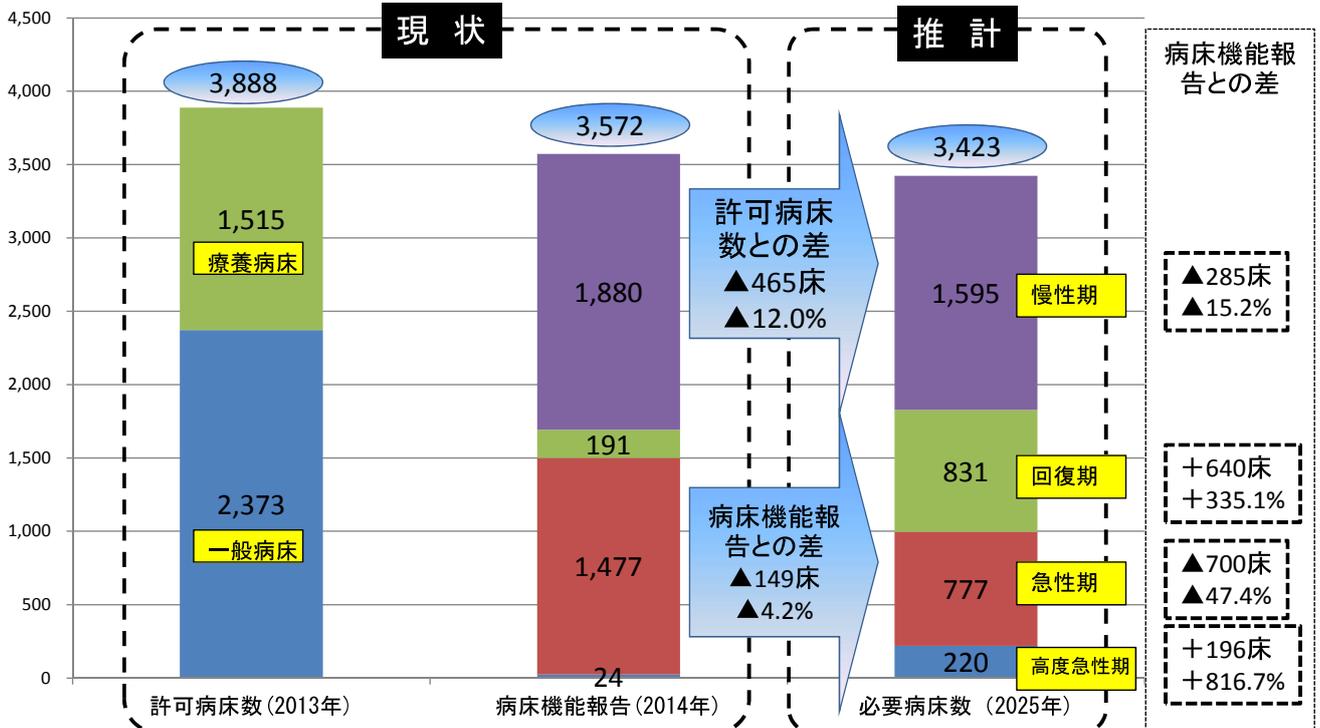
古賀市



粕屋町

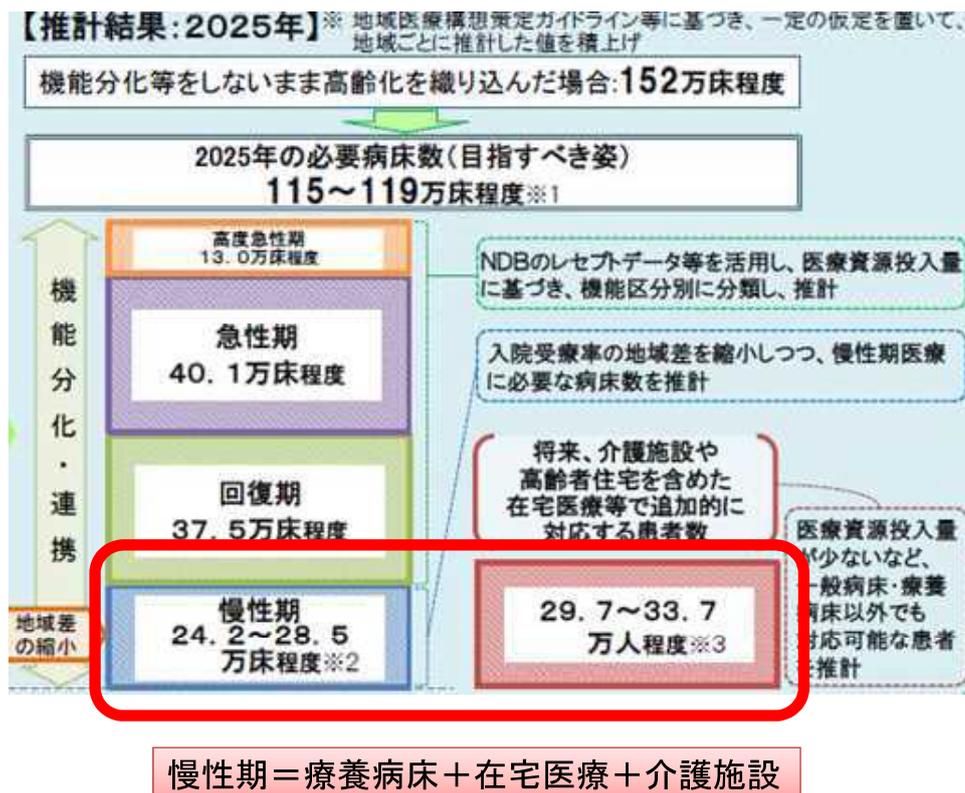


現状の病床数と必要病床数の推計値の比較【医療機関所在地ベース:粕屋】



※ 許可病床数(2013年)は、厚生労働省「医療施設調査」による。
 ※ 病床機能報告(2014年)については、各医療機関が定性的な基準を参考に自主的に医療機能を選択したもの。また、2014年の集計率は病院94.7%、有床診療所79.4%であり、この他にも医療機能未選択の病床781床がある。
 ※ 慢性期については、特例適用が可能な医療圏(有明、飯塚、直方・鞍手、北九州、京築)は特例適用の数値を、それ以外の医療圏はパターンBの数値を採用。

慢性期の患者の増加にどう対応するのか？



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

69

「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める
→「地域包括ケア」体制の確立

70

粕屋医療圏の現状と課題

- 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
- 外来医療全般
- 救急
- 周産期医療
- 小児医療
- 在宅医療
- 連携
- 地域包括ケア
- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科
- 肺炎対策
- 骨折対策
- 認知症
- 医療介護職の確保
- 介護需要
- …

71

まとめ

- 少子高齢化と人口減少というこれまで経験したことのない社会環境下で医療提供体制の再構築が求められている
- 地域医療構想の推計値は現在のデータをもとにしたもの
- 各地域でデータに基づいて冷静に将来を考えることが求められている
- その支援を行うことが保健所の役割
 - 特にデータの収集と分析、そして結果の広報

72

いくつかの有用な情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 日本医師会日医総研 日医総研ワーキングペーパー No.323「地域の医療提供体制の現状と将来- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2014 年度版)
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html
- 医学書院の「病院」誌に関連論文を連載

73

ご参考までに



医療のなにが問題なのか：
超高齢社会日本の医療モデル
東京：勁草書房(2013)



地域医療構想をどう策定するか
東京：医学書院(2015)

74