

# 岩手県地域医療構想の概要について

## 1 地域医療構想策定の趣旨

### 【背景・課題】

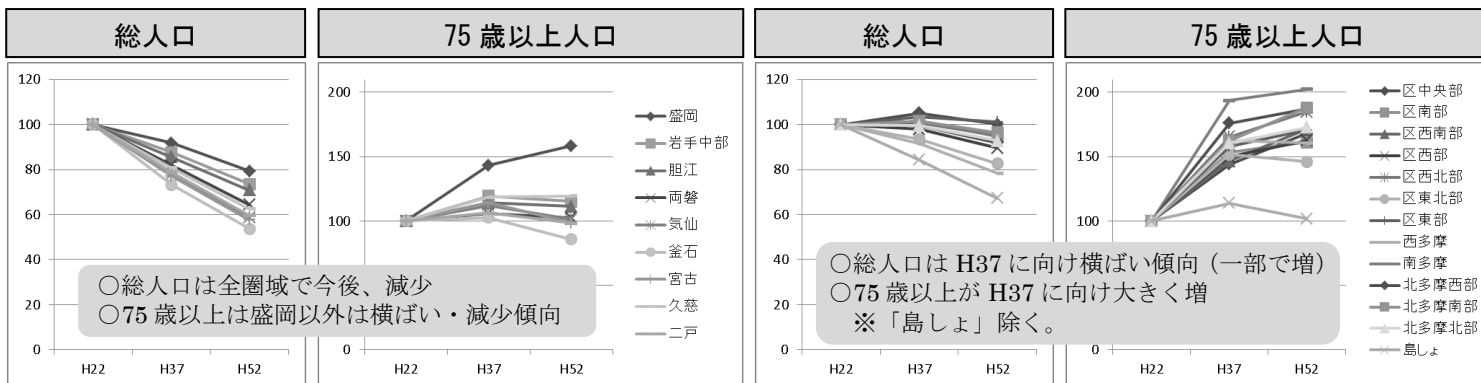
- 急速な少子高齢化が進む中、医療介護需要の増大と疾病構造の変化が予測されています。
- 限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用することや医療と介護の連携の必要性が高まっています。

### 【対応】

- 国が、平成 26 年 6 月に医療介護総合確保推進法を制定しました。
- 医療分野では、都道府県が、地域における将来の医療提供体制に関する構想（地域医療構想）を策定し、地域の医療関係者の協議を通じた自主的な取組により、病床機能の分化と連携等を推進することで、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指します。

岩手県の二次医療圏ごとの人口推計・変化率（H22=100）

東京都の二次医療圏ごとの人口推計・変化率（H22=100）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成 25 年 3 月推計）

## 2 地域医療構想の性格

### 【目指すべき将来像】

- 患者のニーズに応じ、高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、過不足なく提供される医療体制を確保されていること。

### 【地域医療構想の内容】

- 構想区域の設定
- 構想区域における将来の病床機能ごとの必要病床数
- 構想区域における将来の在宅医療等の必要量
- 地域医療構想の実現に向けて取り組む事項

### 【病床機能報告制度】

- 一般病床・療養病床を有する医療機関は、現在の病床機能と 6 年後の病床機能の予定を高度急性期、急性期、回復期、慢性期から選択し、都道府県に毎年報告します。

### 【地域医療構想と病床機能報告の比較】

- 地域医療構想で定めた病床機能ごとの必要病床数と、病床機能報告による病床機能ごとの病床数を構想区域単位で比較します。
- 構想区域において不足する病床機能と過剰となる病床機能の方向性が明確になります。

### 【協議の場】

- 医療・介護関係者や市町村、医療保険者等で構成する「協議の場」を構想区域ごとに設置
- 不足する病床機能の確保方法や在宅医療等の体制整備等を話し合います。
- 協議結果に基づき、医療機関が自主的に不足する病床機能への転換や訪問診療への参入等を行い、地域の医療提供体制を確保します。

### 参考) 病床の機能区分（国の定義）

**【高度急性期機能】** 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの（救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット等の急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟）

**【急性期機能】** 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（前号に該当するものを除く。）

**【回復期機能】** 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）

**【慢性期機能】** 長期にわたり療養が必要な患者（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、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

## 3 構想区域の設定

### 【構想区域とは】

- 一体の区域として地域における病床機能の分化と連携を推進すべき区域です。
- 将来の医療提供体制を一体的に構想し、その実現に取り組む区域です。

### 【設定に当たり考慮すべき事項】

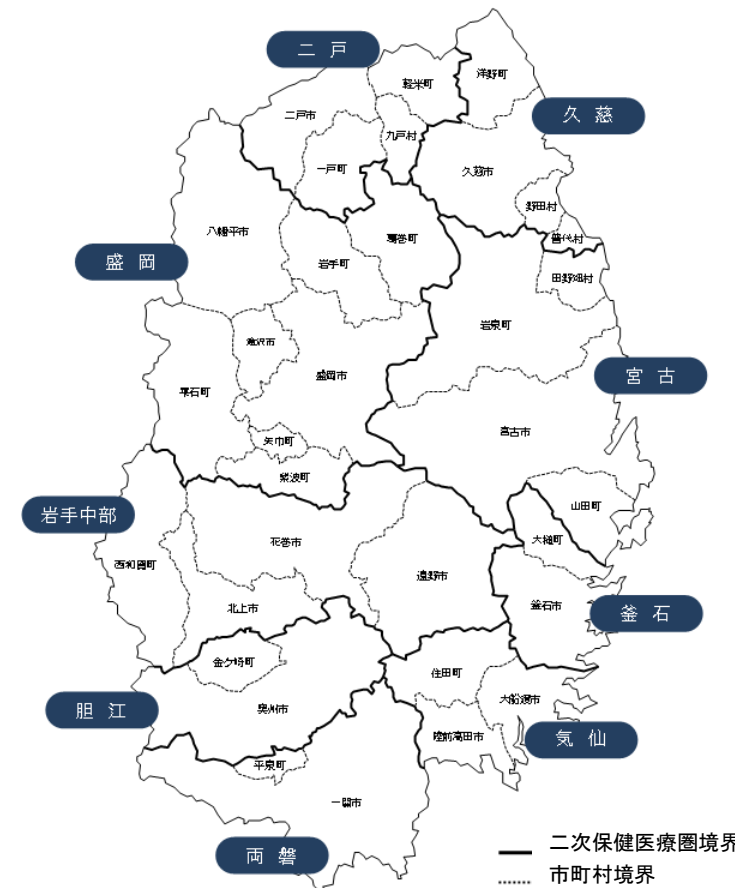
- 人口構造の変化
- 医療提供施設の配置状況
- 医療従事者の配置状況
- 本県の特殊事情（広大な県土、公的病院の役割、アクセスの変化等）

### 【本県における構想区域の設定】

- 現行の二次保健医療圏を構想区域として設定します。

### <主な理由>

- ・ 法令上、構想区域は二次医療圏を原則として設定することとされていること。
- ・ 現行の二次保健医療圏は、地理的条件や県民の生活圏など本県の様々な事情を考慮して設定されていること。
- ・ 現行の二次保健医療圏を単位として、各種の保健医療施策を展開していること。



## 4 平成 37 年における医療需要及び必要病床数の推計

### 【医療需要の算定】

- 医療需要は、法令で定められた算定方法に従って算定します。

$$\text{入院需要} = \text{平成 25 年度の性・年齢別の入院受療率} \times \text{平成 37 年の性・年齢別の推計人口}$$

※ 入院受療率：人口 10 万人当たりの 1 日入院患者数の比率

### 【必要病床数の算定】

- 必要病床数は、上記により算定した将来の医療需要を法令で定められた病床稼働率で割り戻して算定します。（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）

**【医療需要の算定に当たり都道府県が定める事項】**

○ 医療需要の推計に当たっては、以下の事項を都道府県知事が定めることとされています。

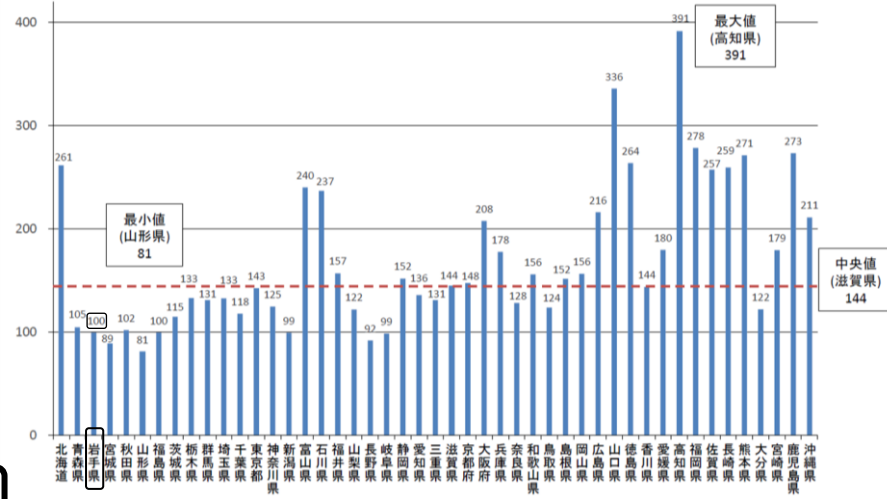
- ① 慢性期の必要病床数の算定における入院受療率の地域差の解消目標
- ② 構想区域における病床機能ごとの入院患者の流入・流出の見込み

**① 慢性期の必要病床数の算定における入院受療率の地域差の解消目標**

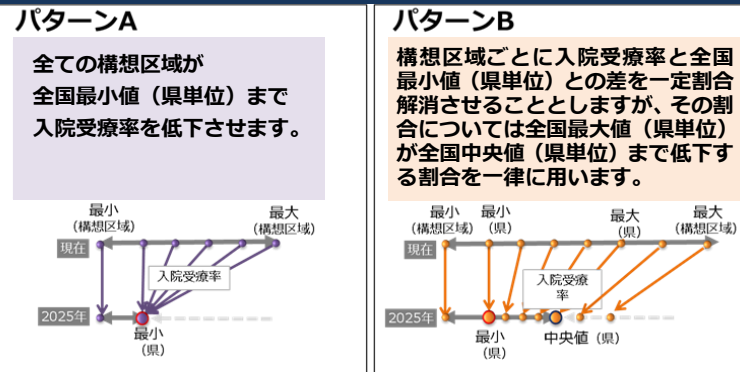
**【慢性期の地域差の解消目標】**

- 療養病床（慢性期の）入院受療率の全国格差が大きい状況です。
- 法令上、療養病床の入院患者を在宅医療等に移行させることで全国格差の解消を目指す推計方法となっています。
- 都道府県は、法令で定められたパターンAとパターンBの範囲で入院受療率の目標を定めます。

療養病床の都道府県別入院受療率（平成25年）



慢性期需要のうち入院受療率の地域差解消の考え方



**【本県における地域差の解消目標】**

- 本県の在宅医療等の現状を考慮し、より緩やかな在宅医療への移行を目標とするパターンBにより、目標とする入院受療率を定めます。

※ 上記のほか、慢性期の医療需要の算定式では、療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%を慢性期の需要から除外し、在宅医療等に移行させることとされています。

**② 構想区域における病床機能ごとの入院患者の流入・流出の見込み**

**【入院患者の流入・流出の検討要素】**

- 構想区域において、入院患者の流入・流出をどう見込むかで医療需要は変化します。
- 構想区域内で住民の医療ニーズを「地域完結」することが望ましいと考えられます。
- 現状において、各構想区域で約7～9割程度の地域完結が来ています。
- 広大な県土を有し、医療資源が偏在している本県の特徴を踏まえて、流入・流出の見込みを検討する必要があります。

**【本県における流入・流出の見込み】**

- 本県の特徴を踏まえ、基本的には、現在の入院患者の流入・流出が平成37年時点においても同様に引き続くものと見込みます。
- ただし、高齢化に伴い増加すると予測される疾病のうち、できるだけ患者の居住地の近くで受療することが望ましい脳卒中、急性心筋梗塞、高齢者の肺炎及び大腿骨頸部骨折については、構想区域内で入院が完結するよう医療需要を調整します。

**【都道府県間の流入・流出の調整】**

- 都道府県間で一定数以上の流入・流出がある場合は、将来の流入・流出をどのように見込むか調整する必要があります。
- 本県では、青森県・宮城県と調整を行い、現在の入院患者の流入・流出が平成37年時点においても同様に引き続くものとして調整します。

**5 必要病床数と病床機能報告による病床数との比較**

**【必要病床数の性格】**

- 地域医療構想で定める必要病床数は、将来のあるべき医療提供体制を検討するための方向性を示すものです。
- この必要病床数は、法令に従い、一定の仮定に基づいて推計したものであり、これを基に今ある病床を必要病床数まで直ちに削減するものではありません。
- 必要病床数の確保に向けて医療機関に自主的に取り組んでもらうことで、将来のあるべき医療提供体制を実現するものです。

**病床の過不足の記載について**

- ・「高度急性期」については三次医療圏（全県）を単位として対応すべきものですので、その中心となる盛岡構想区域を除き、構想区域単位では病床機能の過不足として取り扱っていません。
- ・概ねの傾向を把握するための比較ですので、差引±50床未満については病床機能の過不足として取り扱っていません。

**在宅医療等** 在宅医療等には居宅のほか、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、介護老人保健施設等において訪問診療等の医療を受ける場合を含みます。

構想区域	機能区分	H26 病床機能報告		H37 必要病床数 C	差引 B-C	構想区域の概況	在宅医療等の医療需要		
		単位：床					単位：人/日		
		H26時点 A	H32時点 B				H25 X	H37 Y	差引 Y-X
盛岡	高度急性期	1,773	1,773	547	1,226	過剰となる機能 高度急性期、急性期、慢性期 不足する機能 回復期	4,188	5,591	1,403
	急性期	1,821	1,683	1,553	▲ 961				
	回復期	870	900	1,861	▲ 961				
	慢性期	1,717	1,780	1,224	556				
	無回答	39	84	—	84				
	合計	6,220	6,220	5,185	1,035				
岩手中部	高度急性期	270	270	135	135	過剰となる機能 急性期、慢性期 不足する機能 回復期	1,978	2,260	282
	急性期	861	794	438	356				
	回復期	188	214	555	▲ 341				
	慢性期	352	393	248	145				
	無回答	29	29	—	29				
	合計	1,700	1,700	1,376	324				
胆江	高度急性期	0	0	84	▲ 84	過剰となる機能 急性期、慢性期 不足する機能 回復期	1,110	1,327	217
	急性期	825	810	357	453				
	回復期	60	120	312	▲ 192				
	慢性期	606	561	445	116				
	無回答	0	0	—	0				
	合計	1,491	1,491	1,198	293				
両磐	高度急性期	0	0	76	▲ 76	過剰となる機能 急性期、慢性期 不足する機能 回復期	1,060	1,138	78
	急性期	927	819	278	541				
	回復期	151	195	290	▲ 95				
	慢性期	230	294	237	57				
	無回答	0	0	—	0				
	合計	1,308	1,308	881	427				
気仙	高度急性期	20	20	44	▲ 24	過剰となる機能 急性期 不足する機能	561	693	132
	急性期	429	282	164	118				
	回復期	0	101	93	8				
	慢性期	60	60	69	▲ 9				
	無回答	23	69	—	69				
	合計	532	532	370	162				

構想区域	機能区分	H26 病床機能報告		H37 必要病床数 C	差引 B - C	構想区域 の概況	在宅医療等の 医療需要		
		H26時点 A	H32時点 B				H25 X	H37 Y	差引 Y - X
釜石	高度急性期	0	0	31	▲ 31	過剰となる機能	703	820	117
	急性期	324	324	130	194	急性期、慢性期			
	回復期	119	※169	165	4				
	慢性期	282	282	223	59	不足する機能			
	無回答	119	0	-	0				
	合計	844	※775	549	226				
宮古	高度急性期	0	0	39	▲ 39	過剰となる機能	714	874	160
	急性期	368	368	143	225	急性期、慢性期			
	回復期	78	※128	196	▲ 68				
	慢性期	168	168	94	74	不足する機能			
	無回答	38	38	-	38	回復期			
	合計	652	※702	472	230				
久慈	高度急性期	20	20	43	▲ 23	過剰となる機能	426	484	58
	急性期	389	389	136	253	急性期			
	回復期	62	62	133	▲ 71				
	慢性期	48	48	42	6	不足する機能			
	無回答	0	0	-	0	回復期			
	合計	519	519	354	165				
二戸	高度急性期	0	0	31	▲ 31	過剰となる機能	462	594	132
	急性期	444	444	134	310	急性期、慢性期			
	回復期	19	19	91	▲ 72				
	慢性期	92	92	35	57	不足する機能			
	無回答	38	38	-	38	回復期			
	合計	593	593	291	302				
岩手県計	高度急性期	2,083	2,083	1,030	1,053	過剰となる機能	11,202	13,780	2,578
	急性期	6,388	5,913	3,333	2,580	高度急性期、急性期、慢性期			
	回復期	1,547	※1,908	3,696	▲ 1,788				
	慢性期	3,555	3,678	2,617	1,061	不足する機能			
	無回答	286	258	-	258	回復期			
	合計	13,859	※13,840	10,676	3,164				

注1) ※は、再建予定の県立病院について再建計画の内容を反映させており、病床機能報告による集計結果と一致しません。  
注2) 在宅医療等の需要の比較については、平成25年度の医療機関所在地ベースの需要と平成37年の患者所在地ベースを比較したもので、前提が異なることから、参考値です。また、平成25年、平成37年ともに療養病床への入院患者のうち医療区分1の70%を含めた数値です。

### 【本県のポイント】

- 急性期や慢性期の病床機能が過剰となり、回復期の病床機能が不足する傾向にあります。
- 過剰となる急性期や慢性期の病床機能を回復期の病床機能等に転換していく必要があります。
- 三次医療圏（全県）で対応すべき高度急性期や、他の構想区域と連携して医療提供体制を確保している慢性期等については、引き続き構想区域間の適切な連携体制を確保する必要があります。
- 在宅医療等の医療需要の算定に当たっては、法令により療養病床から在宅医療等への移行を前提とした推計方法となっていることから、地域の実情を充分踏まえながら、在宅医療等の体制整備を進める必要があります。

### 【病床機能報告と必要病床数の比較に際しての留意点】

病床機能報告制度については、以下のような点に留意が必要です。

- ・ 平成27年度の報告時点で、病床機能を区分する定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づく報告であること。
- ・ 病棟単位での報告となっており、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合（ケアミックス病棟等）は主に担っている機能1つを選択して報告していること。

## 6 地域医療構想を実現するための取組

### 【実現に向けた取組の基本方向】

- 地域医療構想の実現に向けては、岩手県保健医療計画を着実に推進するとともに、特に**病床機能の分化と連携、医療と介護の連携、在宅医療等の体制整備、医療従事者の確保等**に取り組むことが必要です。
- これらの取組を進めていくうえでは、構想区域ごとの「協議の場」において協議を行いながら取り組むことが必要であり、それらの取組に対しては、**地域医療介護総合確保基金**により支援します。

### 地域医療構想を実現するための主な取組

#### 1 病床の機能分化と連携の推進

（課題）

- 構想区域で過剰な病床機能を不足する病床機能へ転換することによる必要な病床機能の確保
- 構想区域で不足する医療機能の維持・確保のための医療機関の役割分担と連携体制の構築

主な取組

- ◆ 地域で過剰な病床機能を不足する病床機能等に転換するために必要な施設・設備の整備
- ◆ ICTを活用した地域医療情報ネットワークを構築するために必要な設備の整備
- ◆ 回復期、慢性期、在宅医療等における専門的な口腔ケア等を提供するための医科歯科連携体制構築

#### 2 医療と介護の連携

（課題）

- 医療を必要とする重度の要介護者等への対応
- 在宅での急変時等における医療介護連携

主な取組

- ◆ 在宅医療と介護の連携を進める人材の育成
- ◆ 医療・介護の情報共有ネットワークの構築
- ◆ 急性増悪時の医療機関での受入体制構築

#### 3 在宅医療等の充実

（課題）

- 慢性期から在宅医療等への移行が必要とされており、在宅医療等の体制整備が必要

主な取組

- ◆ 在宅医療推進協議会の設置
- ◆ 訪問看護の質の向上や連携体制構築
- ◆ 在宅医療連携拠点の設置運営への支援

#### 4 医療従事者の確保

（課題）病床機能の分化と連携や、在宅医療等の体制整備には、医療従事者の養成・確保が不可欠

主な取組

- ◆ 奨学金による医師の養成と適正配置など医療従事者の養成・確保
- ◆ 高校生を対象とした「進学セミナー」
- ◆ 国等に対する医師や診療科の地域偏在解消につながる制度構築に向けた働きかけ・情報発信
- ◆ 潜在看護師や潜在薬剤師等を対象とした相談会や復職研修

## 7 地域医療構想の見直し

- 本県では平成29年度において、平成30年度を始期とする次期保健医療計画を策定予定であり、次期介護保険事業支援計画の策定と同時期となることから、医療と介護の総合的な確保に向けて両計画の整合を図っていくことが必要です。

- その際、地域の医療提供体制に係る情勢や国の動向を踏まえ、**地域医療構想の見直しの必要性**についても検討します。