

6 愛媛県地域医療構想（ビジョン）の概要

第1章 地域医療構想（ビジョン）の基本的事項

- 1 性 格 ・ 医療法第30条の4第7項に基づく地域医療構想として策定
- 2 目標年次 ・ 平成37年（2025年）
- 3 基本理念 ・ 地域における病床の機能の分化及び連携の推進

第2章 構想区域の設定

- (1) 現行の二次医療圏を原則としつつ、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。
- (2) 平成30年度からの次期医療計画において、最終的には二次医療圏と一致が適当。

第3章 機能区分別の必要病床数

1 人口等

- (1) 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2013年3月中位推計）』
- (2) 構想区域の設定、病床の機能区分ごとの医療需要の推計の基礎。

2 医療需要（推計入院患者数）の推計

- (1) 高度急性期・急性期・回復期機能の医療需要
 - ①平成25年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータに基づき、患者住所地別、構想区域ごとの性・年齢階級別入院受療率を病床機能区分ごとに算定。
 - ②医療計画作成支援データブック及び地域医療構想策定支援ツールを利用して推計。

※一般病床において、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料を算定した患者は除く。
※正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータを補正する。
※平成26年度診療報酬改定で導入された地域包括ケア病棟等は、含まれていない。

【入院受療率】

性・年齢階級別の年間入院患者延べ数 ÷ 365（1日当たり入院患者延べ数）
÷ 性・年齢階級別の人口

【2025年の医療需要】

[構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] の総和

【医療資源投入量】

患者1日当たりの診療報酬の出来高点数合計 -（入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部）

【医療資源投入量による医療需要の機能区分】

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、一般的な標準医療へ移行する段階における医療資源投入量	境界点（C1） 3,000点
急性期		
回復期	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	境界点（C2） 600点
慢性期	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 境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計	境界点（C3） 225点
		175点
（在宅医療等）	（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）	

※回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む）は、回復期機能で対応する患者数とする。
 ※在宅復帰する患者は、居宅で訪問診療を受ける者、施設で訪問診療を受ける者、医療機関に通院する者等を含む。
 ※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。

（2）慢性期機能の医療需要

- ①平成25年度のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込む。
- ②その他の入院患者数は、入院受療率の地域差を解消していくとし、次の「ii」又は「iii」の入院受療率を2025年の性・年齢階級別人口に乗じて、医療需要を推計。

【ii 療養病床の入院受療率の地域差を解消するための目標】

- A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位）にまで低下させる。
- 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、その割合は全国最大値（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）未満の構想区域は、2013年の受療率を用いて推計する。

【iii 入院受療率の目標に関する特例】

次の要件に該当する構想区域は、「ii」により定めた入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年にできる。

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して定め、2030年の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した2025年の病床の必要量も定める。

【要件】

- ア Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいかつ
- イ 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

(3) 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要

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)

② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等に対応する患者数。

また、その他の入院患者数は、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計。

③ 一般病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者を除く)のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数は、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計。

④ 平成25年度に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに2025年の性・年齢階級別人口を乗じて総和。

⑤ 平成25年度の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに2025年の性・年齢階級別人口を乗じて総和。

3 医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の検討

(1) 構想区域ごとの医療需要を基に必要な病床数を推計。

(2) 都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数(構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数)の増減を調整。

【構想区域間の供給数の増減の調整】

i 都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要(①)と、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)(②)を比較。

ii 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合は、関係する都道府県間で供給数の増減を調整。
(2025年の医療需要に対する増減が20%又は1,000人を超える場合)

iii 既に医療計画で二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞は、構想区域ごとに確認・検討する。

認知症疾患医療センターや難病医療拠点病院(予定)の医療提供体制についても、構想区域ごとに確認・検討することが望ましい。

また、これ以外の疾病(発生頻度の高い肺炎や骨折等)についても、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討する。

iv 都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数(③)を確定。

4 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

(1) 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、構想区域間の供給数の増減を調整し、推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における2025年の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。

(2) 病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%とする。

【2025年の必要病床数】

推定供給数(③) ÷ 病床稼働率

【病床機能区分ごとの医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況】

推計年度 平成 37 年（2025 年）

医療需要 医療供給 病床機能	2025 年における 医療需要 （当該構想区域 に居住する患者 の医療需要） ①	2025 年における医療供給（医療提供体制）		
		現在の医療提供体制が 変わらないと仮定した 場合の他の構想区域に 所在する医療機関によ り供給される量を増減 したもの ②	将来のあるべき医療提 供体制を踏まえ他の構 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 ③	病床の必要量（ 必要病床数） ③を基に病床 利用率等により 算出される病床 数 ④
高度急性期				
急性期				
回復期				
慢性期				

【疾病別の医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況】

推計年度 平成 37 年（2025 年）

がん 脳卒中 急性心筋梗塞 糖尿病 精神疾患	2025 年における 医療需要 （当該構想区域 に居住する患者 の医療需要） ①	2025 年における医療供給（医療提供体制）		
		現在の医療提供体制が 変わらないと仮定した 場合の他の構想区域に 所在する医療機関によ り供給される量を増減 したもの ②	将来のあるべき医療提 供体制を踏まえ他の構 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 ③	病床の必要量（ 必要病床数） ③を基に病床 利用率等により 算出される病床 数 ④
高度急性期				
急性期				
回復期				
慢性期				

第 4 章 地域医療構想の実現に向けて

1 病床機能報告制度等の公表

- (1) 患者や住民に対する公表
- (2) 地域医療構想調整会議での情報活用

2 地域医療構想の実現に向けた取組

- (1) 各医療機関における自主的な取組
- (2) 地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の取組
- (3) 県の取組（指示、要請、勧告、命令）
 - ① 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
 - ② 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応
 - ③ 自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応
 - ④ 稼働していない病床への対応

第5章 将来あるべき医療提供体制を実現するための施策の方向

算出された必要病床数と直近の年度の病床機能報告制度の集計数とを比較して、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を【全県的及び各構想区域別】に検討。

1 病床の機能の分化及び連携の推進

病床の機能の分化(例)

体制構築 クリティカルパス(クリニカルパス)活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援

人材確保 キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援

病床の機能の連携(例)

体制構築 地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援

人材確保 地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成

2 在宅医療の充実

退院支援(地域側)(例)

体制構築 必要な事例の退院時カンファレンスへの参加、退院元の医療機関・施設と在宅医療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交換できる場の設定

人材確保 退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置するソーシャルワーカーを育成するための研修

日常の療養生活の支援(例)

体制構築 診療所間の連携や、病院医師による支援により、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構築、地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関係者による「在宅医療推進協議会」の設置・運営

人材確保 在宅医療に取り組む医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修、関係者と協議した在宅医療に取り組む人材確保の支援

急変時の対応(例)

体制構築 診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所、診療所同士、診療所と訪問看護事業所の連携の構築、関係団体等と協働で、24時間体制構築のためのコーディネートや支援

人材確保 介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習

看取り(例)

体制構築 患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供

人材確保 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種の研修や施設との合同開催の研修

3 医療従事者の確保・養成

医療従事者の確保・養成(例)

地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消、医療勤務環境改善支援センター等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立