

第1回病床機能検討部会資料 (抜 粋)

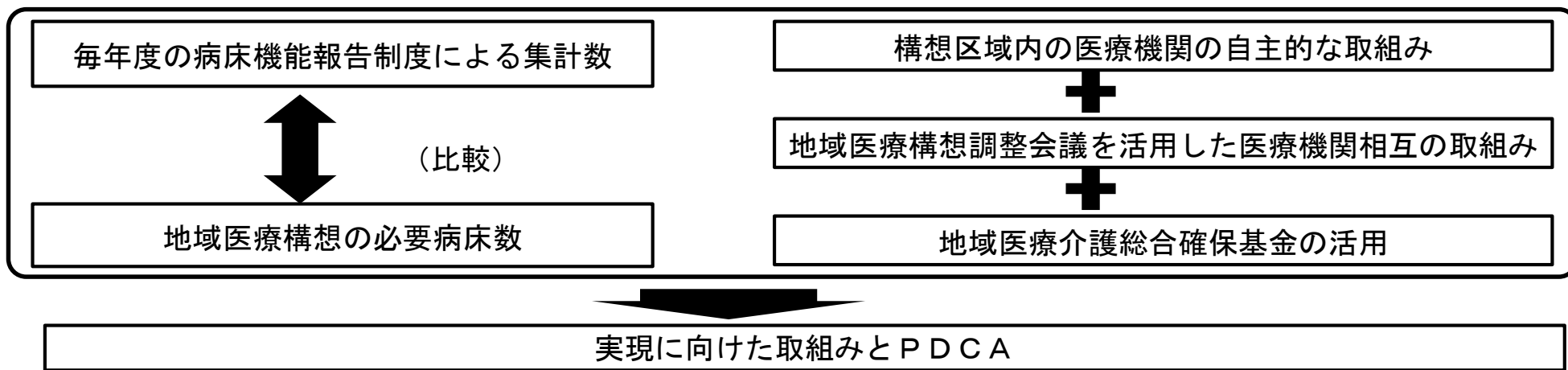
平成27年9月1日
山形県健康福祉部

地域医療構想の策定プロセスについて

【策定プロセス】

- 1 地域医療構想の策定を行う体制の整備
- 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・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供給（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 平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

【参考】策定後の取組み



1. 地域医療構想の策定を行う体制の整備について

山形県医療審議会

医療法に基づき権限に属させられた事項(医療計画、医療法人の設立及び解散等)のほか知事の諮問に応じ医療提供体制の確保に関する重要事項(病院の開設及び増床等)の調査審議を行う。

医療計画の策定・見直し

山形県保健医療推進協議会

山形県保健医療計画の推進状況の把握、評価、見直し及び目的達成に必要な事項について協議を行う。

参加者: 保健医療関係者、学識経験者、行政関係者

構想検討部会の設置

地域医療構想・病床検討部会

概要: 構想のうち医療需要や必要病床数等に関する協議を行う。
参加者: 県医師会、山形大学、各圏域病院関係者(急性期、慢性期)
※各地域医療構想検討部会病院関係者を中心に選任

協議事項

- ・構想区域毎の医療需要の推計
- ・必要病床数の推計
- ・医療提供体制を実現するための施策

- 第1回: 医療需要推計に関する協議(9月)
- ・必要病床数推計に関する協議
 - ・圏域間の必要病床数の調整
- 第2回: 構想骨子案の検討(10月)
- ・病床機能分化連携施策の検討
- 第3回: 構想素案の検討(12月)
- ・構想素案全体に関する協議

地域医療構想・地域検討部会(村山、最上、置賜、庄内)

◆概要: 各地域における医療需要や必要病床数等に関する意見集約等を行うとともに、地域と密接な関わりを有する慢性期病床及び在宅医療の在り方等について協議を行う。

参加者: (座長: 主たる地区医師会長)
医師・歯科・薬剤・看護等団体、病院、市町村関係者
(地域保健医療協議会委員を中心に選任)

協議事項

- ・回復期、慢性期病床に係る必要病床数等に関する意見聴取
- ・在宅提供体制のあり方、実現に向けた施策の検討

- 第1回: 在宅医療に関する課題整理(7~8月)
- 第2回: 構想骨子案(在宅等)検討(11月)
- ・在宅医療需要量推計に関する協議
 - ・回復期、慢性期病床推計に関する協議
 - ・在宅医療推進施策の検討
- 第3回: 構想素案(在宅等)の検討(月)
- ・地域構想素案に関する協議

地域医療構想調整会議

概要: 構想達成のために必要な協議調整を行う。
参加者: (座長: 主たる地区医師会長)
医師、歯科、薬剤、看護等団体、病院、保険者、市町村関係者

協議事項:

- ・地域の病院・診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・病床機能報告制度による情報等の共有
- ・医療介護基金都道府県計画事業に関する協議
- ・その他の構想達成の推進に関する協議

病院関係者等による病床調整のWG等の設置も想定

各地域保健医療協議会(村山、最上、置賜、庄内)

概要: 地域保健医療計画の円滑な進行を図る。(計画策定、進捗管理、見直し、目的達成に必要な事項の協議等)

参加者: 保健医療関係者・福祉関係者・学識経験者・行政関係者

諮問

素案

報告

構想の推進

連携

報告

移行

連携

報告

連携

報告

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・共有について

【地域医療構想策定ガイドラインより】

- 地域医療構想の策定に当たっては、医療機関の自主的な取組みや、医療機関相互、地域の医療関係者との協議等による連携が不可欠。
- 地域医療構想の実現に向けて、各医療機関の自主的な取組み及び医療機関相互の協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備が必要。また、こうした情報は、患者が理解することにより、より適切な医療機関の選択や医療の受け方につながることから、情報に対する丁寧な説明を行い、住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努めるべき。

⇒ これらの基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、各都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備をすることが必要。

⇒ 医療機関の協力を得て、病床機能報告制度等により、有用なデータが報告・提出されていることから、これらの活用も必要な視点となる。

※ 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分別等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

3. 構想区域の設定について

【地域医療構想策定ガイドラインより】

- 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。

⇒ 本県の二次医療圏は保健医療計画において次の要件を考慮して設定されているところ。

- ・ 一般病床の入院患者の流れからみて、当該圏域における受療割合が高く、圏域としてある程度の独立性を有していること
- ・ 地理的条件、交通体系及び地域住民の生活行動圏からみて、適切な広がりを持つこと
- ・ 圏域内に中核となり得る医療機関が存在していること

⇒ 地域医療構想策定に当たっては、上記を踏まえ、現行の二次医療圏を構想区域として設定する。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計について①

【医療需要推計の基本的考え方】

- 2025年における医療需要（推計入院患者数）は、患者住所地を基にした基礎データを厚生労働省が提示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計
- 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能別に算出

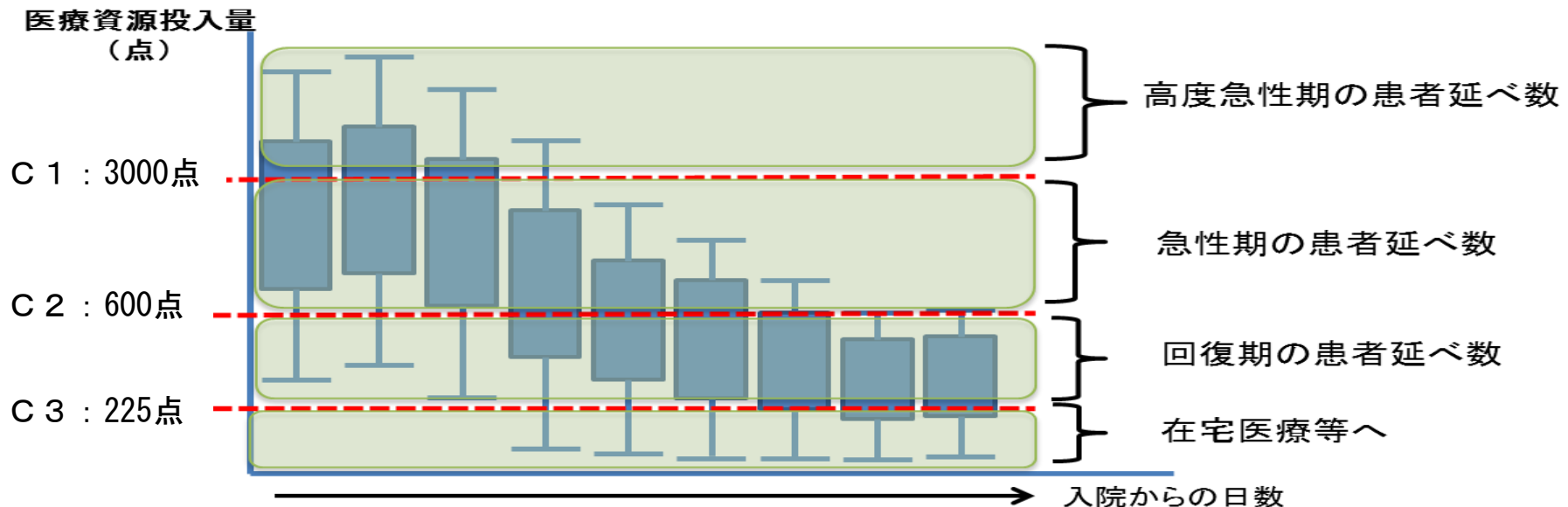
【高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方】

- 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。
- 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。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計について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方法】

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点（C1）、急性期と回復期との境界点（C2）となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点（C3）を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ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こととする。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



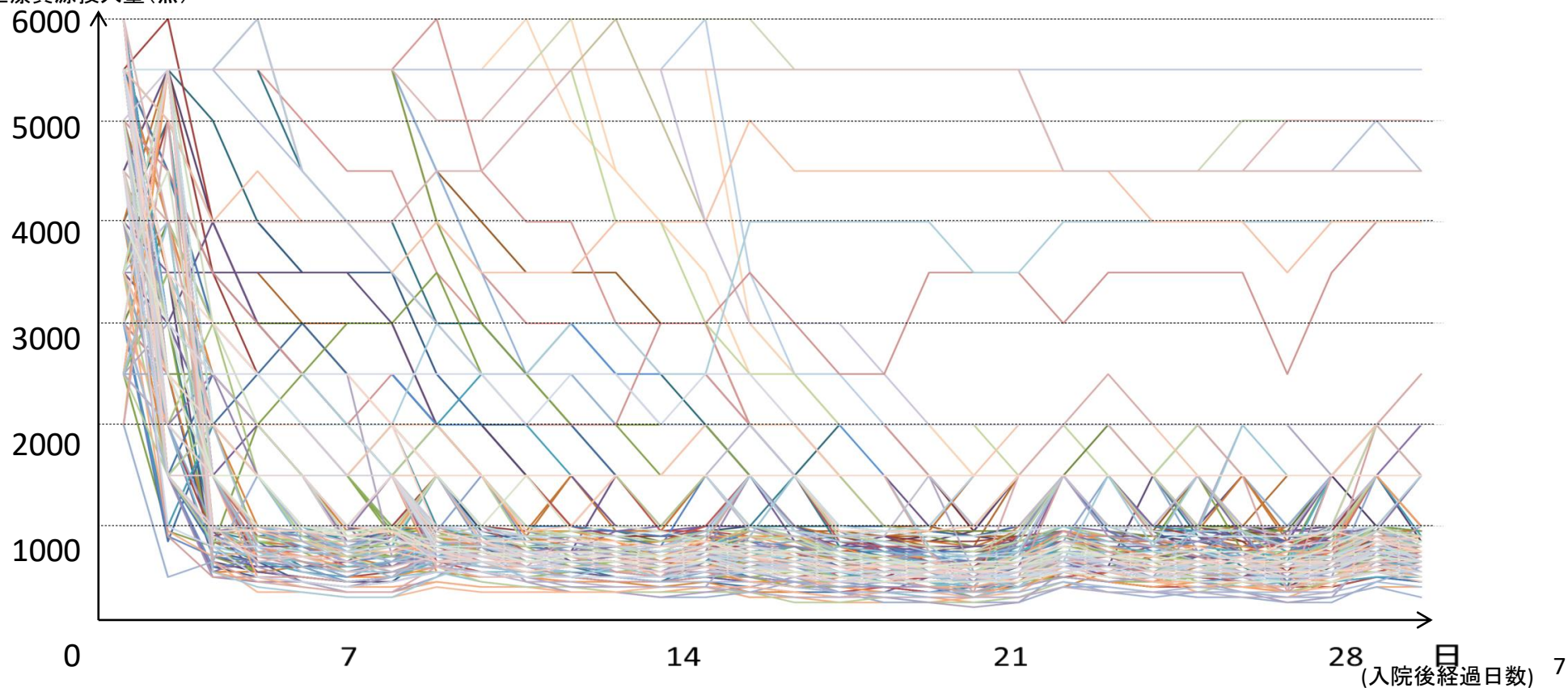
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計について③

【入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの】

- 推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について実施。
（当該255疾患の入院患者の合計入院数（人・日）が、全疾患の入院患者の合計入院数（人・日）に対して占める割合は63.1%であった。）
- 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態にある。その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している。

医療資源投入量(点)



(入院後経過日数)

4. 構想区域ごとの医療需要の推計について④

【病床の機能別分類の境界点（C1～C3）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。

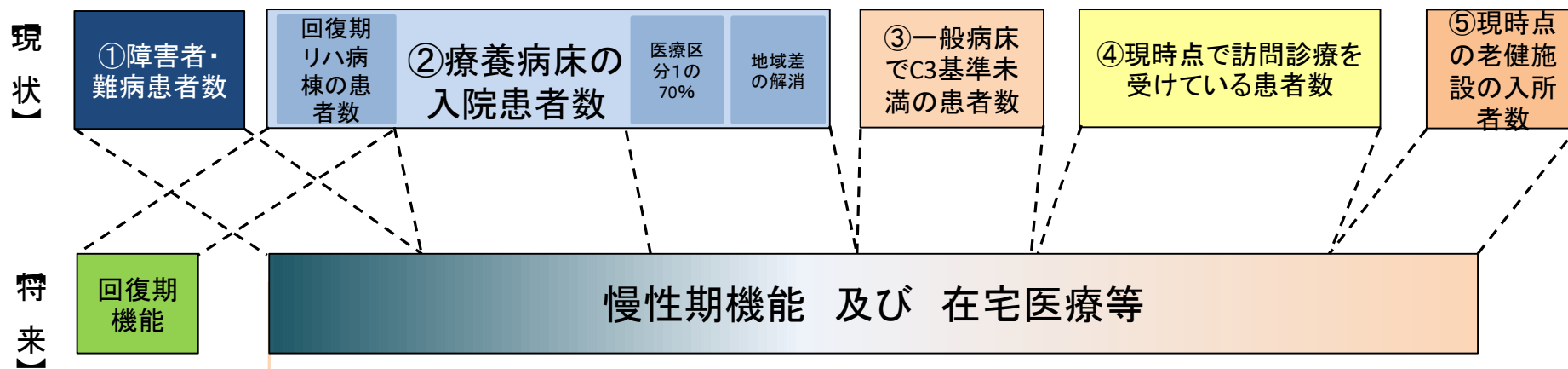
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計について⑤

【慢性期機能及び在宅医療等の医療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。
- 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数）については、慢性期機能の医療需要として推計。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療投入資源量とは別に、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。
 - ・医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する医療需要として推計
 - ・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推計（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。
 - 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
 - ⑤ 老健施設の入所者数（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。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



4. 構想区域ごとの医療需要の推計について⑥

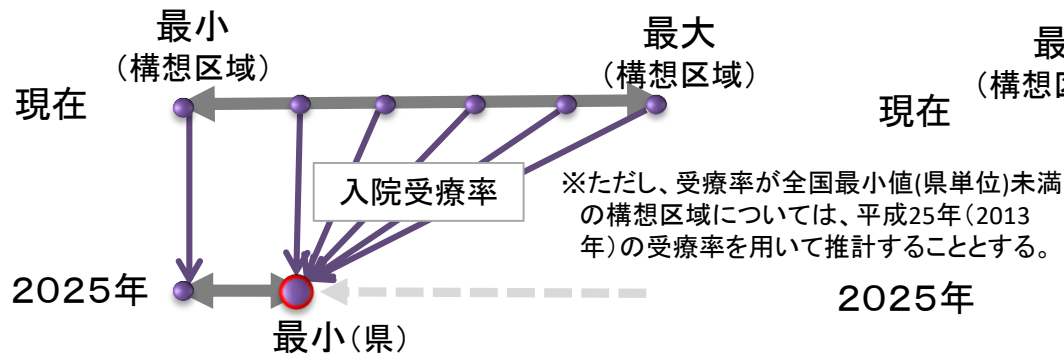
【地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の推計方法について】

- 慢性期機能の医療需要については、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一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 ※ 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す。
- その際、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。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 その際、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、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

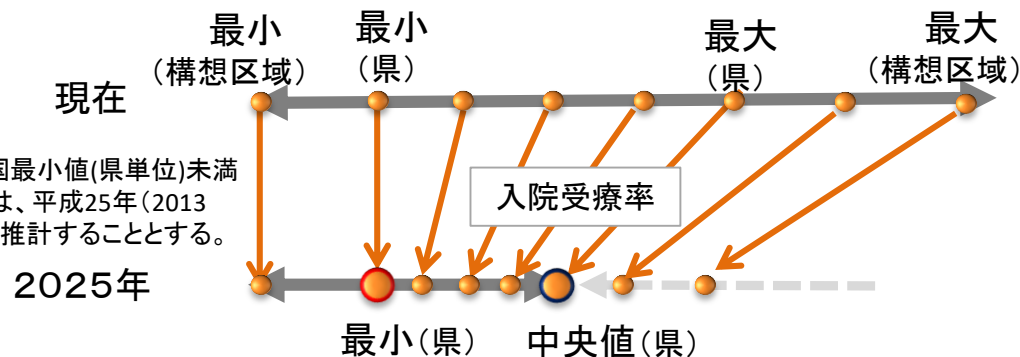
パターンA

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。



パターンB

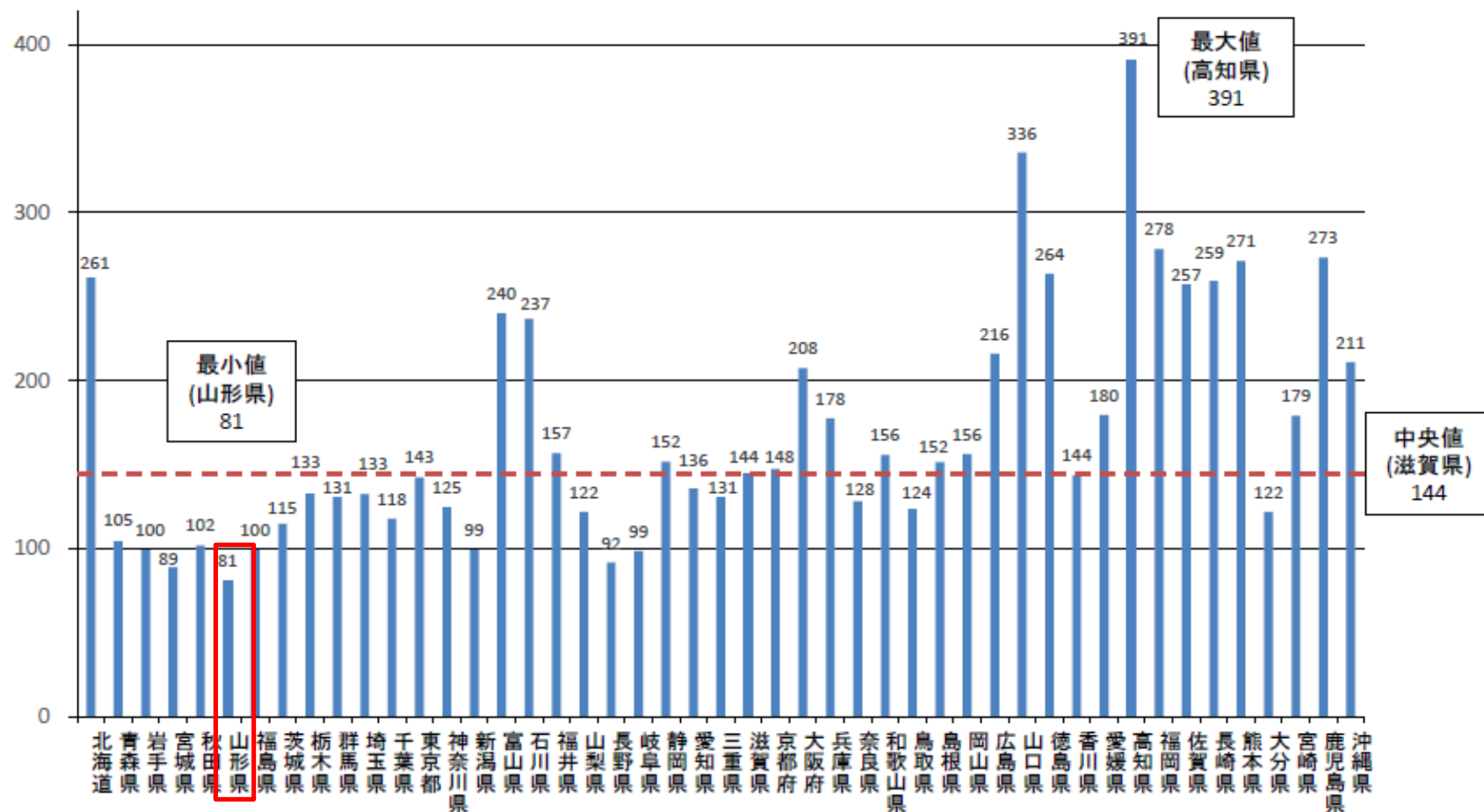
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を
一定割合解消させることとするが、その割合については全国
最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合
を一律に用いる。



4. 構想区域ごとの医療需要の推計について⑦

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)



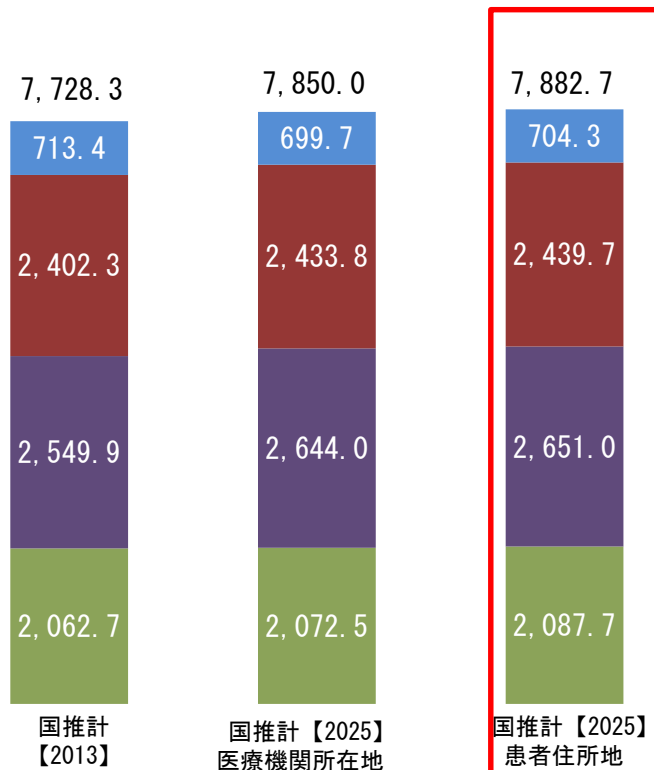
4. 本県の医療需要推計（県全体）について

【ポイント】

- 国推計ツールにより2013年及び2025年（医療機関所在地別及び患者住所地別）の医療需要を算出
- 在宅医療等については、全体の在宅医療需要から訪問診療分（国推計）と老健施設入所者（定員数）を差し引いた分を、入院患者のうち在宅医療等への移行分（医療区分1の70%及び175点未満）として推計

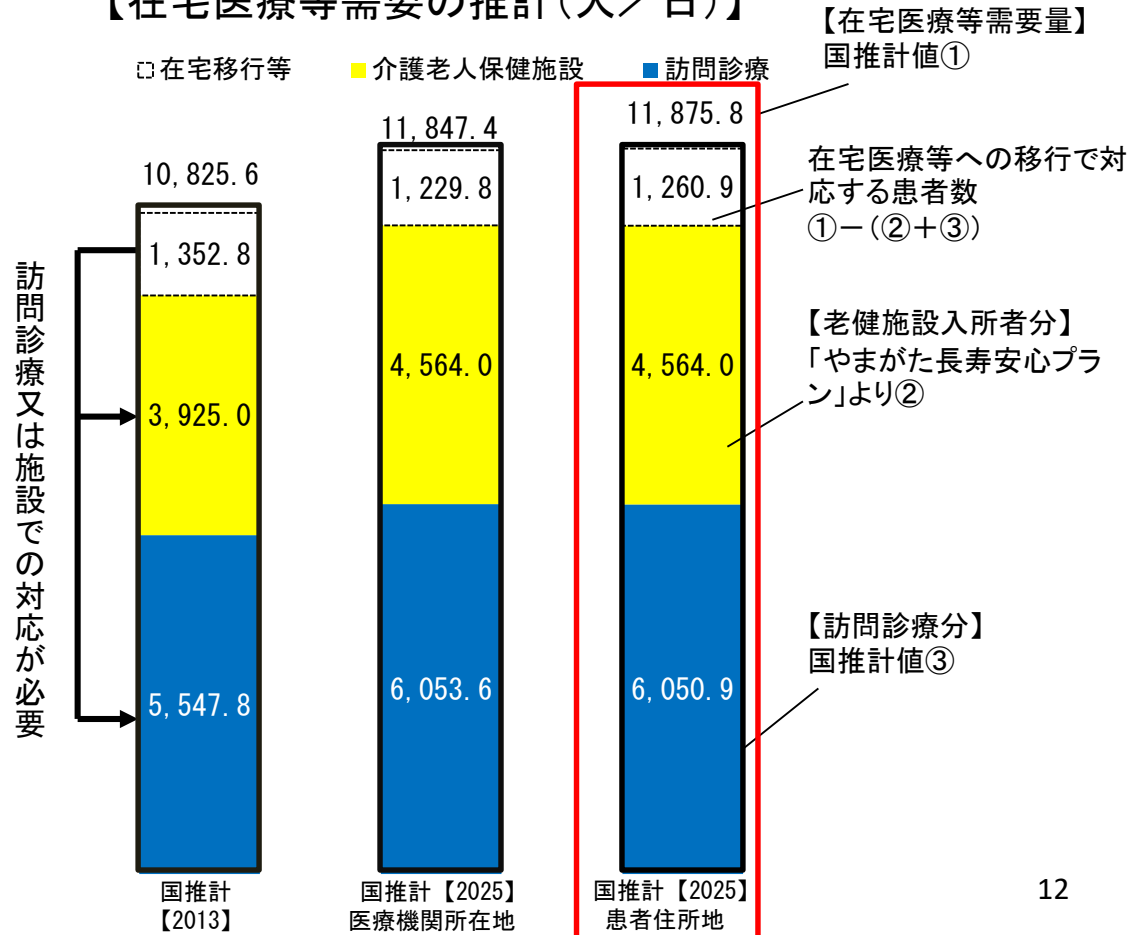
【医療需要の推計(人/日)】

■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期



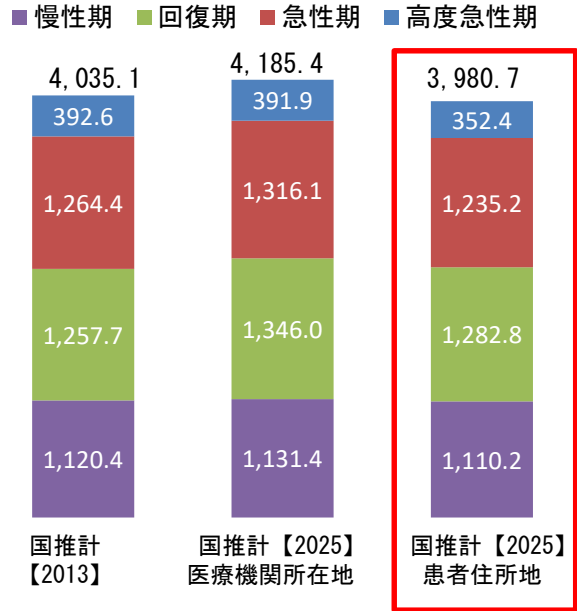
【在宅医療等需要の推計(人/日)】

□在宅移行等 ■介護老人保健施設 ■訪問診療

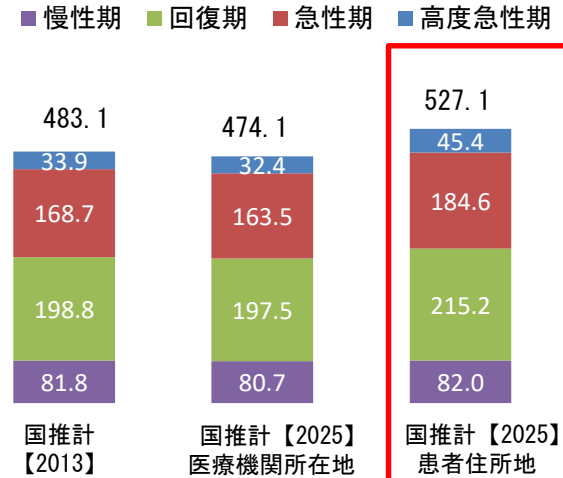


4. 二次医療圏ごとの医療需要推計について

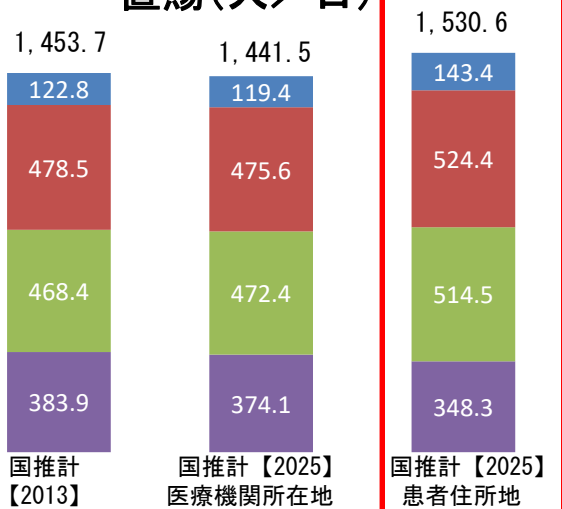
村山 (人/日)



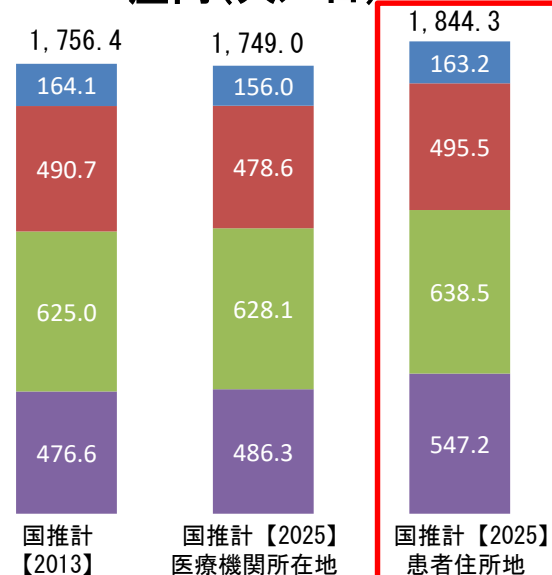
最上 (人/日)



置賜 (人/日)



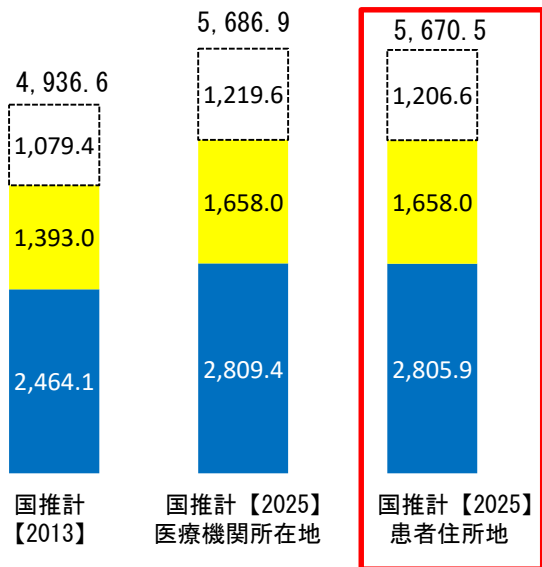
庄内 (人/日)



4. 二次医療圏ごとの在宅医療等需要推計について

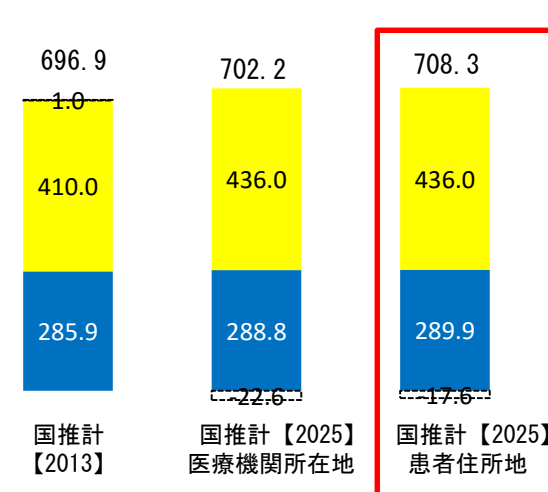
村山 (人/日)

□在宅移行等 ■介護老人保健施設 ■訪問診療

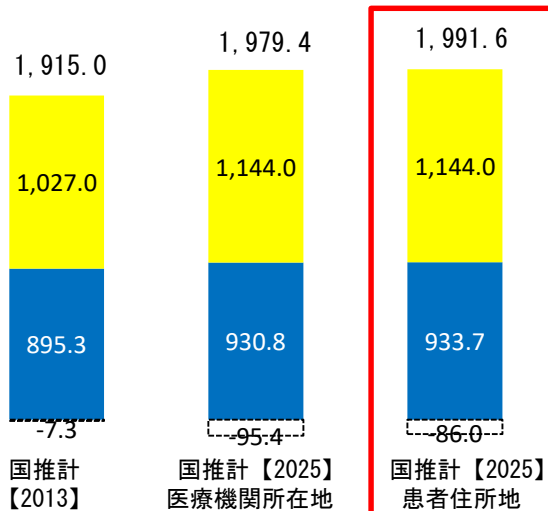


最上 (人/日)

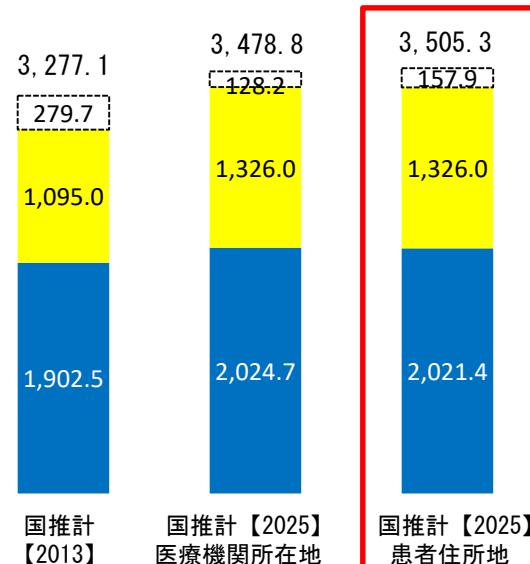
□在宅移行等 ■介護老人保健施設 ■訪問診療



置賜 (人/日)



庄内 (人/日)



5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について①【構想区域間調整の考え方】

【地域医療構想策定ガイドラインより】

- 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、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）の増減を見込む必要がある。
- 各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。
- 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には、まずは、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。この際、地域医療の連携の観点からはすべての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成37年（2025年）の医療需要に対する増減のいずれかが概ね20%又は千人を超える場合は、調整のための協議を行うこととする。
- 各都道府県は、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を確定することとする。

5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について②【他都道府県との調整】

【地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数の推計の都道府県間調整方法（案）】

※地域医療構想策定ガイドラインの補足として、厚生労働省が都道府県間の調整方法を提示

- ガイドラインにおいて、急性期、回復期及び慢性期の病床については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとしていることから、必要病床数の推計においては患者住所地の医療需要を基本に定める。
- 自県に他県の患者が流入している県がその状況を維持したいと考える場合、患者住所地県に対して協議を持ちかける。
- 医療機能別かつ二次医療圏別の流出入が10人未満の場合は、患者の選択等によるものと考え調整対象外とする。

【本県の対応（案）】

- 本県の場合、増減の大きさが、協議を必要とする範囲を下回り、また現時点で、隣接県より協議に関する要請等が行われていないため、県全体での医療需要については、患者住所地ベースでの推計を行う。

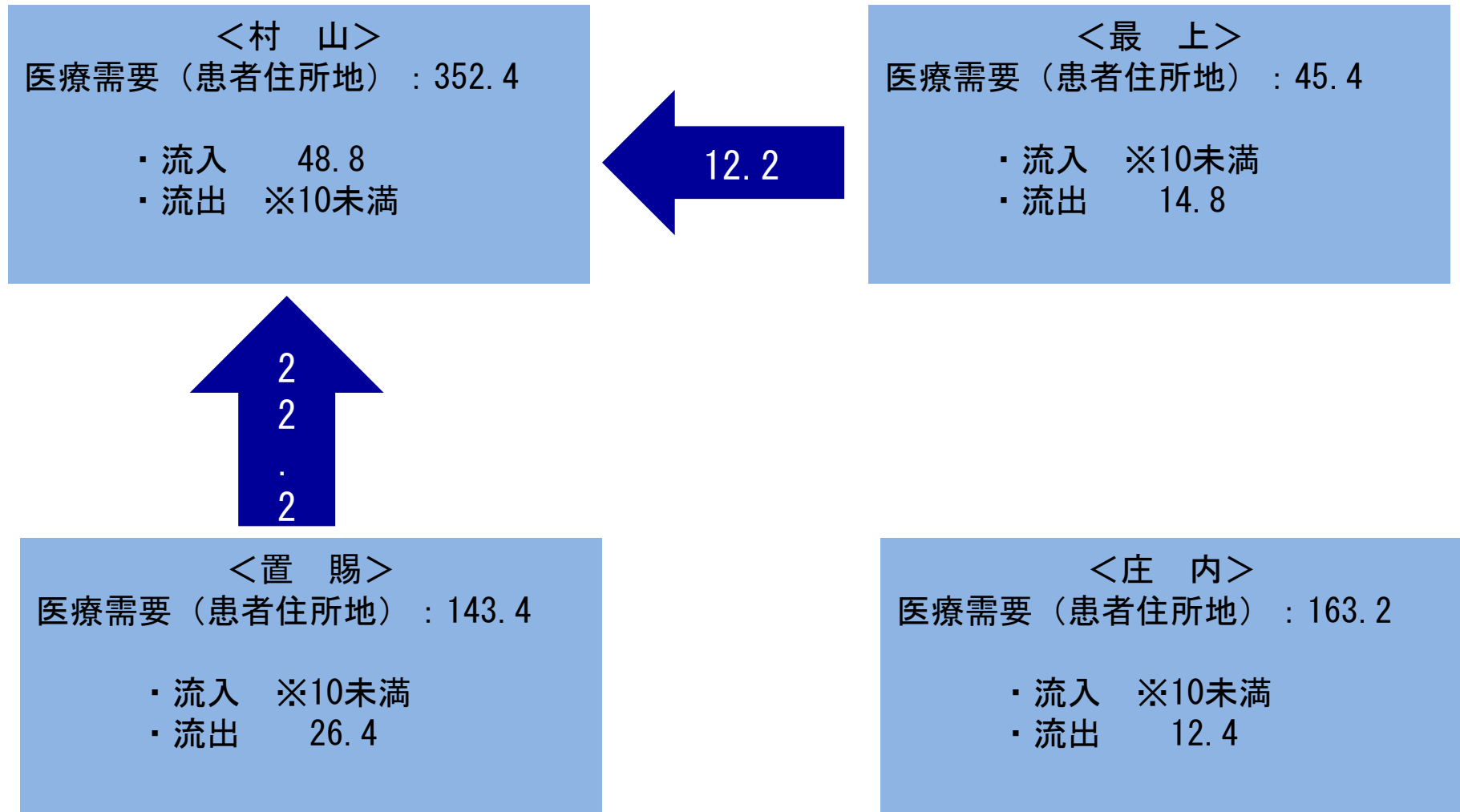
※ 調整対象として想定されるのは、置賜への福島県県北からの流入（慢性期：11.3人）、庄内から新潟県下越への流出（慢性期：33.1人）

⇒ 置賜は調整対象外となる10人と近値であり福島県へ積極的な協議は行わない。
庄内は新潟県の動向を注視。

5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について③【高度急性期での流出入】

2025年の二次医療圏における流出入数の推計【高度急性期】

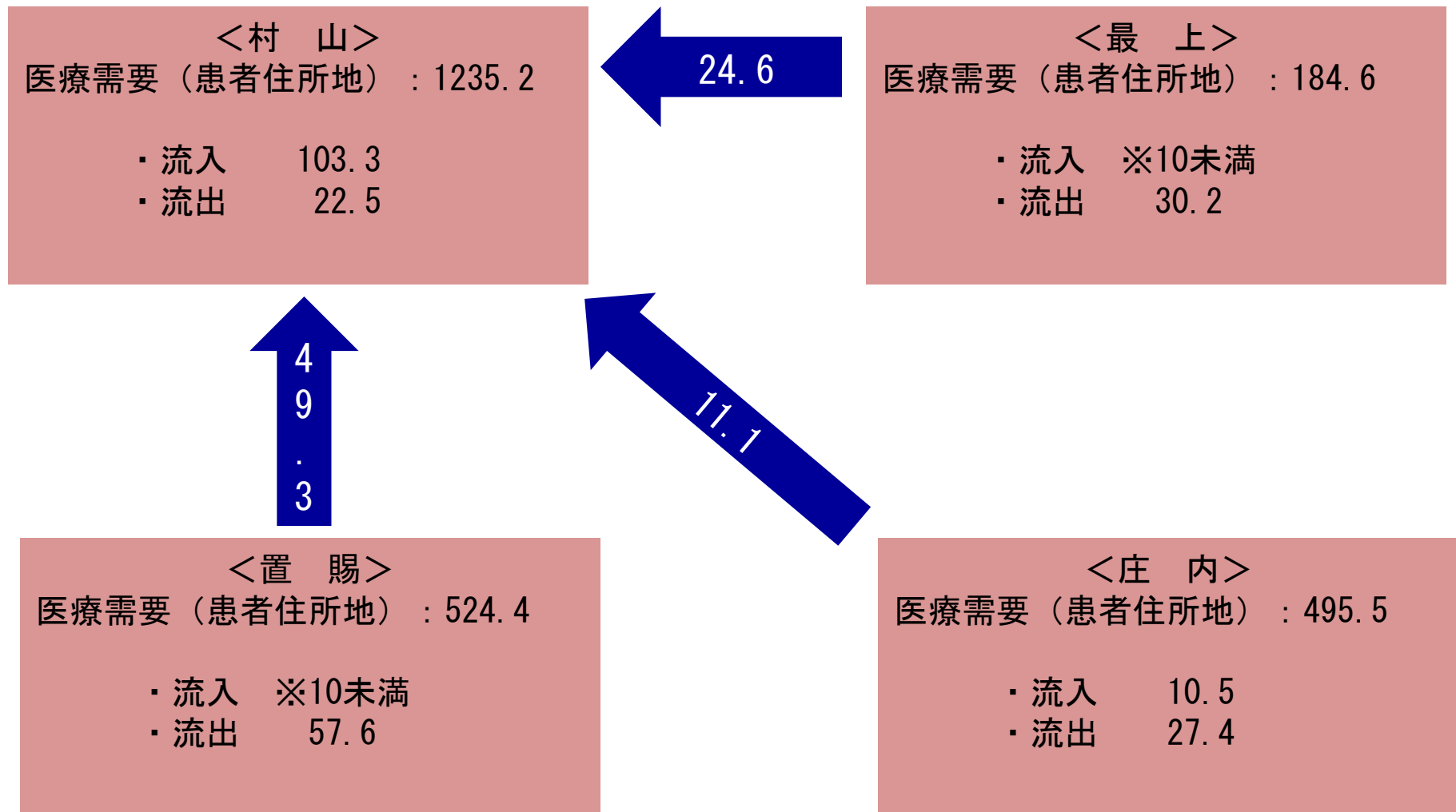
【推計ツールによる推計（単位：人／日）】 ※10未満は非表示



5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について④【急性期での流出入】

2025年の二次医療圏における流出入数の推計【急性期】

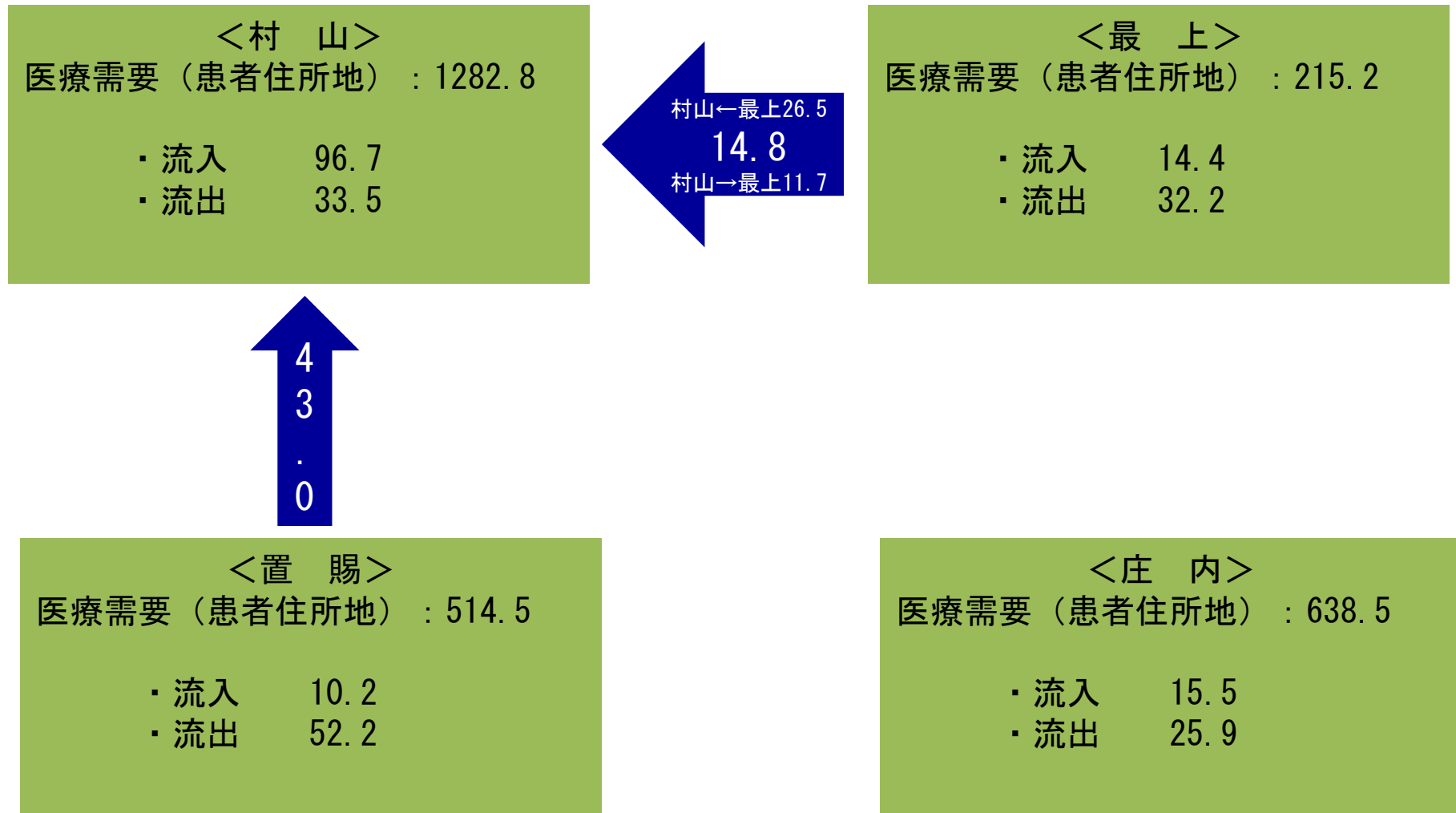
【推計ツールによる推計（単位：人／日）】 ※10未満は非表示



5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について⑤【回復期での流出入】

2025年の二次医療圏における流出入数の推計【回復期】

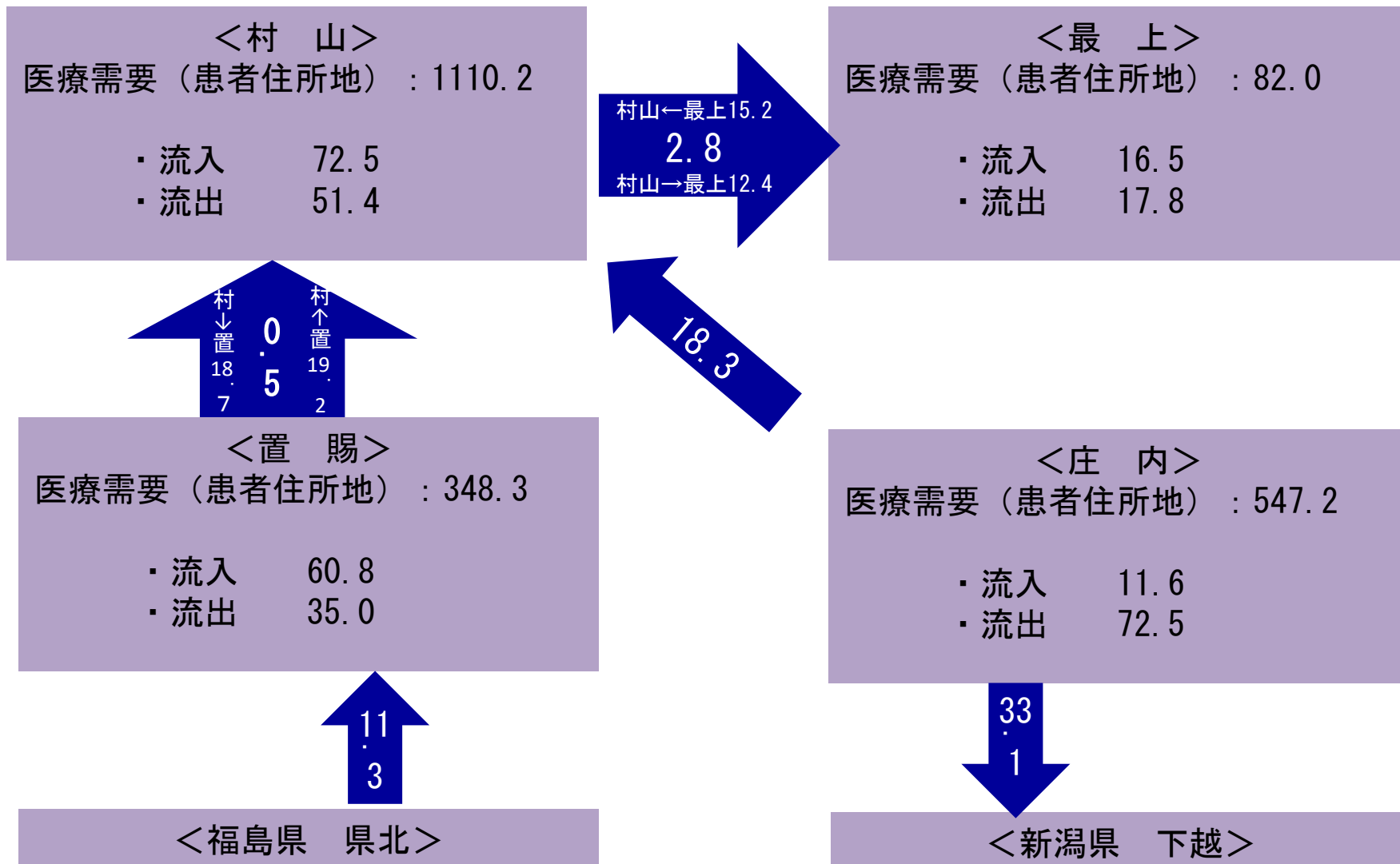
【推計ツールによる推計（単位：人／日）】 ※10未満は非表示



5. 医療需要に対する医療提供体制の検討について⑥【慢性期での流出入】

2025年の二次医療圏における流出入数の推計【慢性期】

【推計ツールによる推計（単位：人／日）】 ※10未満は非表示



6. 構想区域ごとの必要病床数の推計①【必要病床数の算定】

【厚生労働省令第57号】第30条の28の3

(将来の病床数の必要量の算定)

構想区域における将来の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに別表第6の1の項に掲げる式により算定した数とする。

別表第6の1の項

$$\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{当該構想区域の} \\ \text{性別及び年齢階級} \\ \text{別} \\ \text{将来推計人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{当該構想区域の} \\ \text{性別及び年齢階} \\ \text{級別} \\ \text{入院受療率 (※1)} \end{array} \right] \right\} \text{の総和} + \left[\begin{array}{l} \text{当該構想区域におけ} \\ \text{る他の構想区域の推} \\ \text{計患者数のうちの医} \\ \text{療供給見込み数 (流} \\ \text{入)} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{当該構想区域の推計} \\ \text{患者数のうちの他の} \\ \text{構想区域における医} \\ \text{療供給見込み数 (流} \\ \text{出)} \end{array} \right] \left. \right\} \times \frac{1}{\text{病床稼働率 (※2)}}$$

ただし、各構想区域の必要量の合計は、都道府県間の流出入を合計した県全体の必要量を超えることはできない。

(※1) 性別及び年齢階級別入院受療率

【平成27年3月31日付け厚生労働省医政局長通知】

病床の機能区分ごとの入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数

(※2) 病床稼働率：高度急性期 0.75、急性期 0.78、回復期 0.9、慢性期 0.92

6. 構想区域ごとの必要病床数の推計②【県内における調整の考え方】

【県内構想区域間における調整の考え方（案）】

○ 基本的には「他都道府県間の調整」方法を踏襲

- ガイドラインにおいて、急性期、回復期及び慢性期の病床については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとしていることから、必要病床数の推計においては患者住所地の医療需要を基本に定める。
- 自県に他県の患者が流入している県がその状況を維持したいと考える場合、患者住所地県に対して協議を持ちかける。
- 医療機能別かつ二次医療圏別の流出入が10人未満の場合は、患者の選択等によるものと考え調整対象外とする。

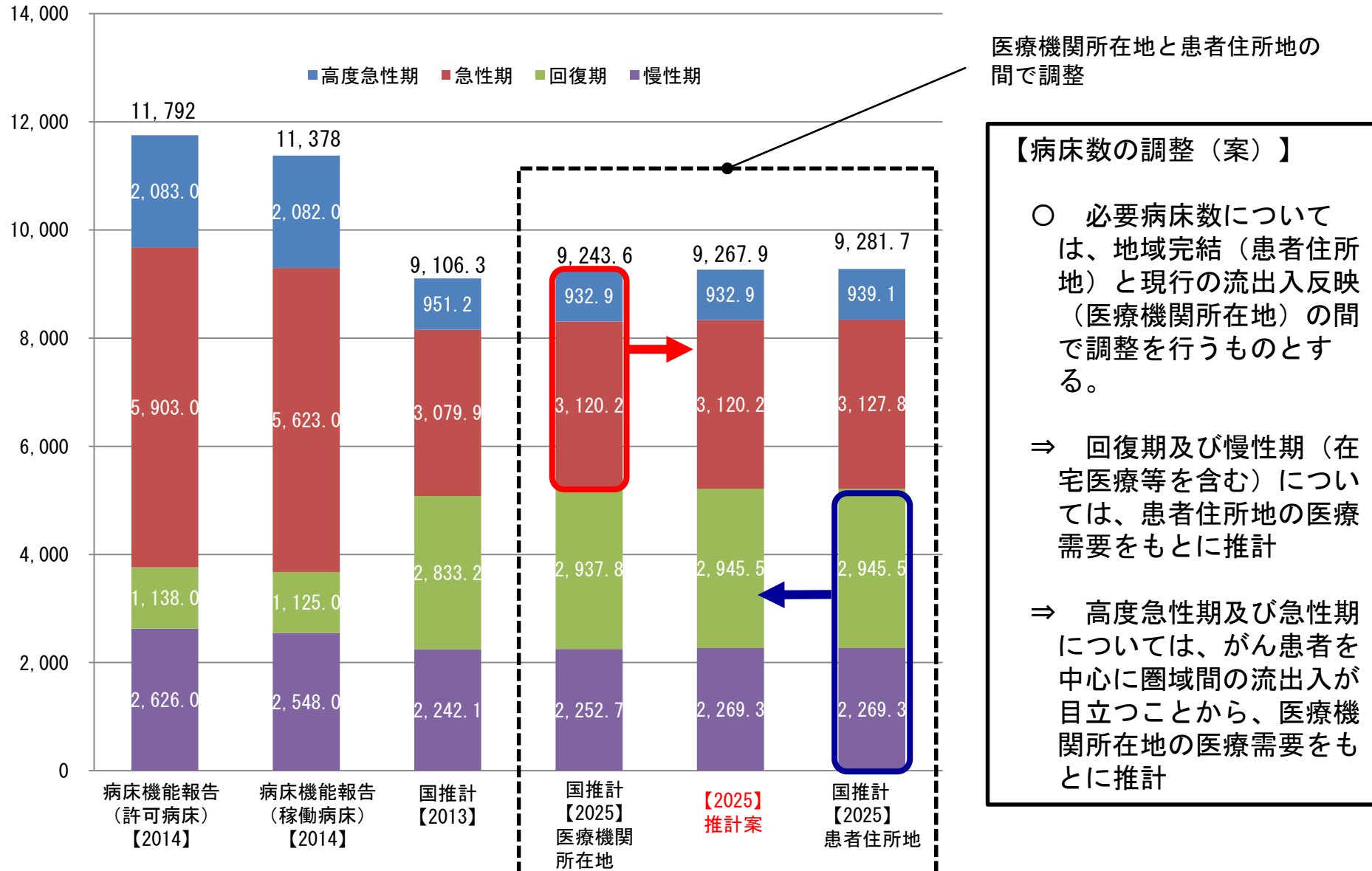
- 圏域間の流出入を考察すると、高度急性期・急性期における最上、置賜から村山への流出が大きく、疾病別では「がん」が中心となっており、現行のがん診療体制を前提とした医療提供体制を想定

【本県の対応（案）】

- 回復期及び慢性期については患者住所地の医療需要をもとに病床数を推計
- 高度急性期・急性期については分離することが現実的に難しく、がん患者を中心とした圏域間の流出入がみられるため医療機関所在地の医療需要をもとに病床数を推計

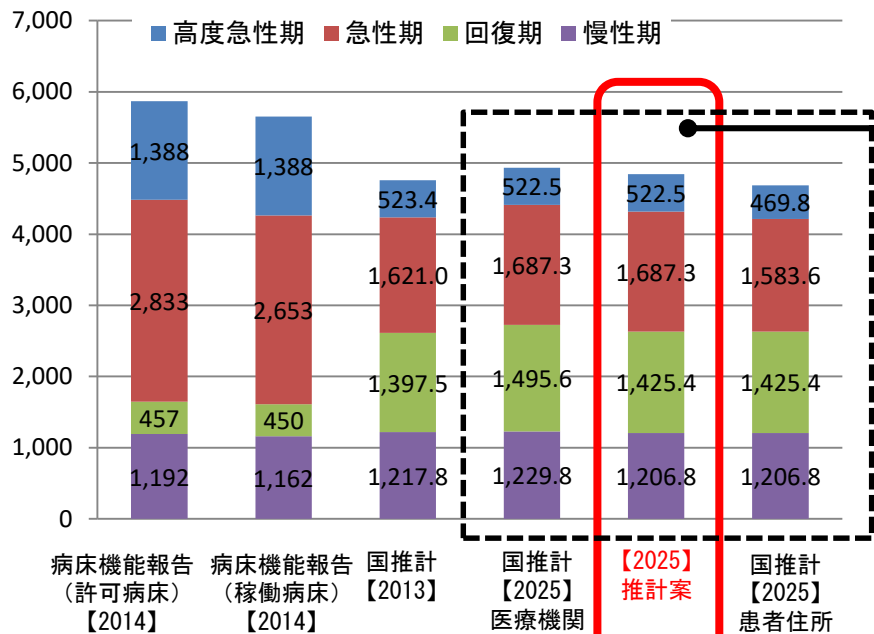
6. 構想区域ごとの必要病床数の推計（案）③【県全体での姿】

必要病床数の推計【県全体（床）】※病床機能ごとの端数処理や無回答の関係上、合計値と合わない場合あり

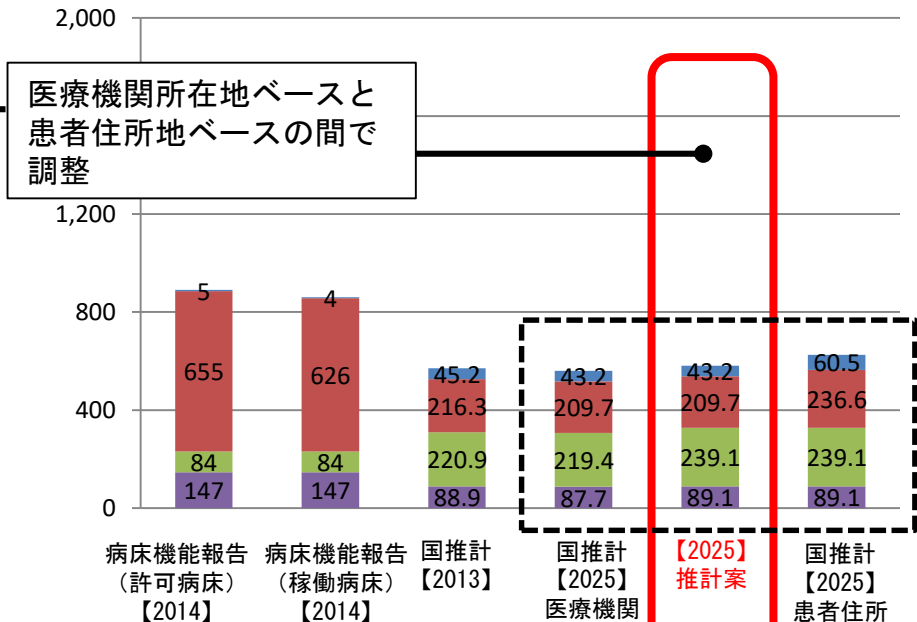


6. 構想区域ごとの必要病床数の推計（案）③【二次医療圏ごとの姿】

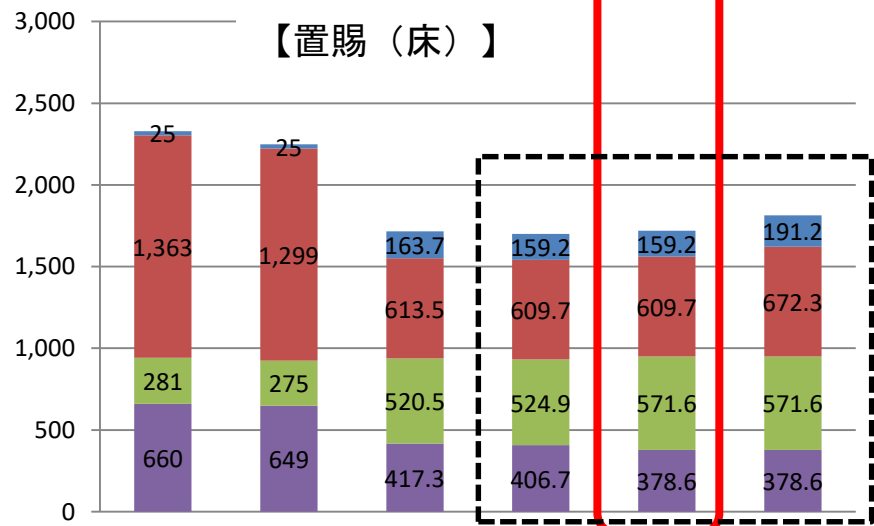
【村山（床）】



【最上（床）】



【置賜（床）】



【庄内（床）】

