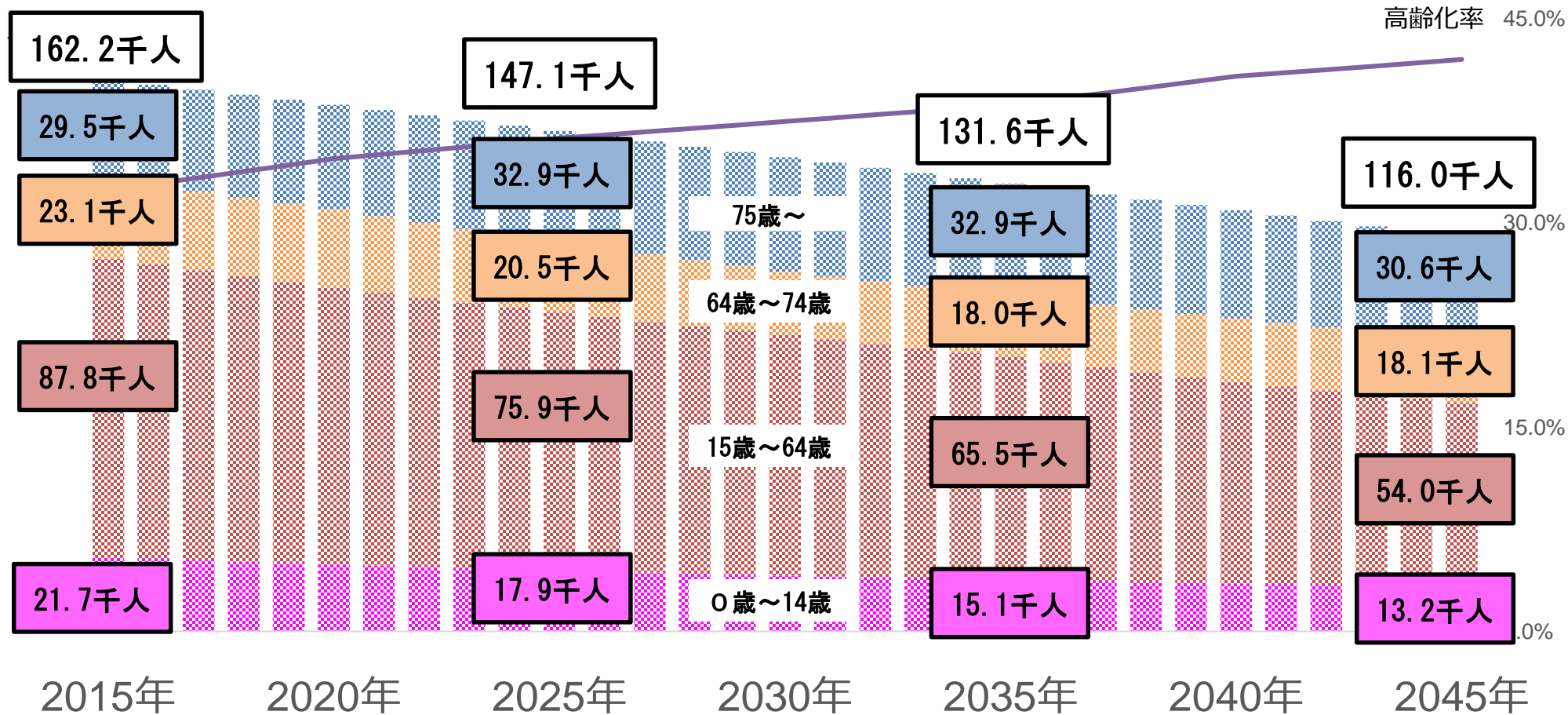


# 長野県地域医療構想について

# 飯伊医療圏の今後の人口推移

- 国立社会保障・人口問題研究所が2015年の国勢調査結果を基に行った、将来の人口推計結果によると、飯伊医療圏の人口は**2025年までに約1.5万人減少**。その後も減少を続け、**2045年には約4.6万人減少の約11.6万人**となる。
- 一方で、少子高齢化により、**高齢化率は2015年の約35%から、2025年は約36%、2045年には約42%**となることが予想される。

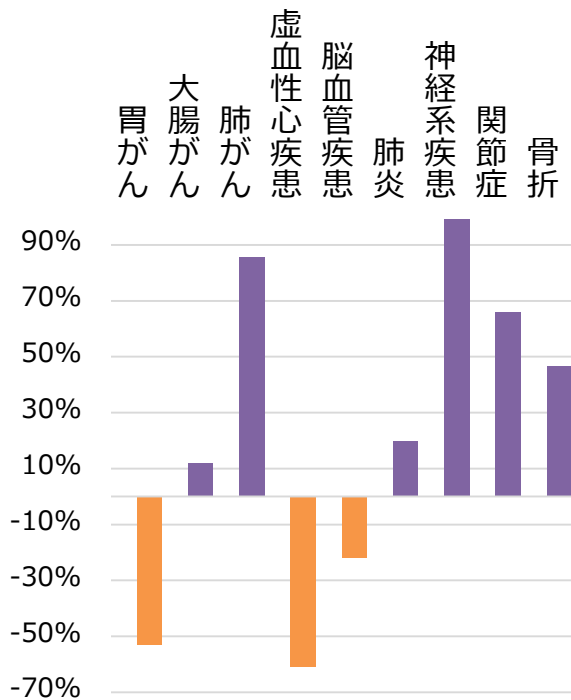


※国立社会保障・人口問題研究所 将来人口推計結果

# 高齢化に伴う疾病構造の変化

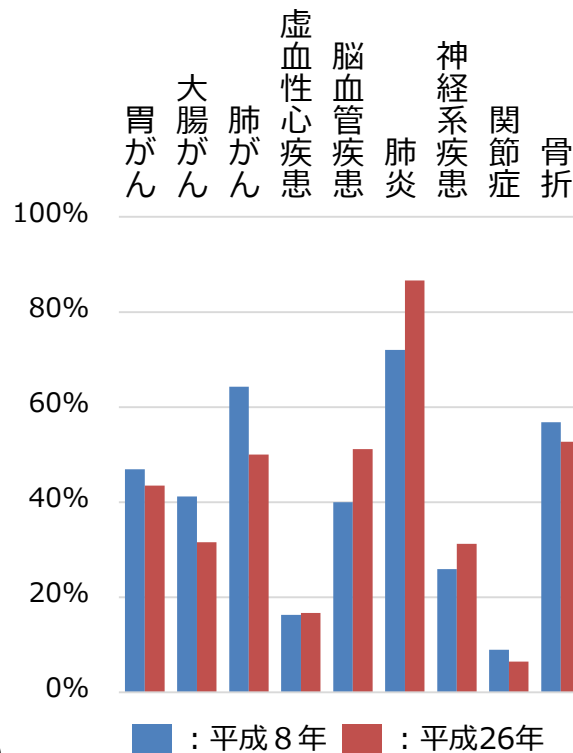
- 平成8年から平成26年にかけての県内の患者の状況を見ると、高齢化等により循環器系の患者は減少し、認知症、呼吸器及び関節症の患者が増加
- 患者数の増減だけでなく、治療の場所が入院から外来へ移行した等により在院日数が減少（入院需要の減少）

【患者の増減率（入院・外来）】

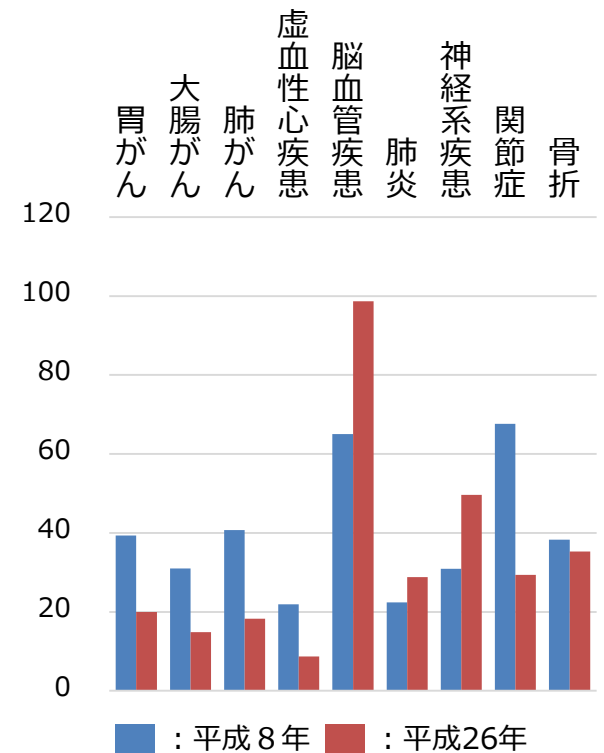


出典：厚生労働省「患者調査」（平成8・26年）

【患者の入院比率】

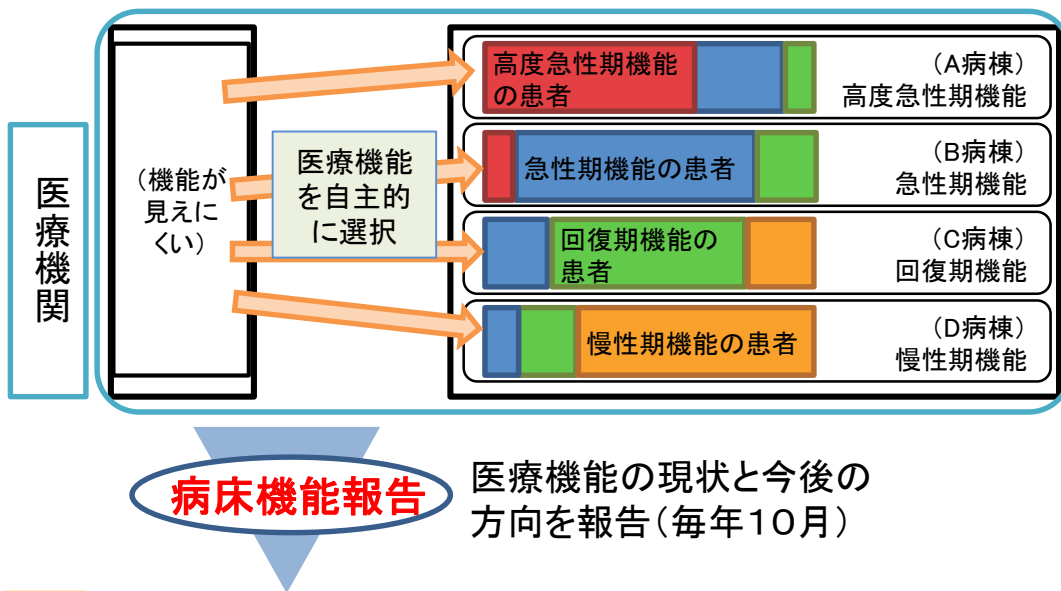


【患者の平均在院日数】



# 地域医療構想とは

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「**地域医療構想**」は、**2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。**
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



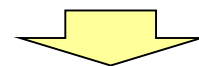
## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・ **高度急性期・急性期・回復期・慢性期**の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・ **在宅医療等**の医療需要を推計
- ・ 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、**「地域医療構想調整会議」**で議論・調整。

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、  
更なる機能分化を推進

# 地域医療構想及び病床機能報告における 4 医療機能

- 地域医療構想の推進にあたっては、4 機能ごとの2025年の病床数の推計値（地域医療構想）と病床機能報告における4 機能ごとの報告結果を比較した上で進める。
- ただし、**地域医療構想と病床機能報告の4 医療機能ごとの基準は異なることに留意**が必要

	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源投入量*が 3,000 点以上</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     * 医療資源投入量：入院基本料相当分とリハビリテーション料の点数を除いた診療報酬点数                 </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> <li>※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、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</li> </ul>
急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源投入量が 600～3,000 点・医療資源投入量が 175～600 点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が 600 点以上</li> <li>○ 正常分娩</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源投入量が 175～600 点・医療資源投入量が 175 点未満だが、リハビリ分の点数を加えると 175 点以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。</li> <li>○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期リハビリテーション病棟</li> </ul>	
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害者施設、特殊疾患病棟</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>○ 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又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養病床（介護療養含む）の一部</li> </ul>	

# 地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」  
(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画事務連絡) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。**例えば**回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を指すもの**であり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、**単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。**

しかしながら、**この点の理解が不十分**であるために、これまでの病床機能報告では、**主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在**することが想定される。

また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして**回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供**されていたり、**在宅医療の支援のため急性期医療が提供**されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

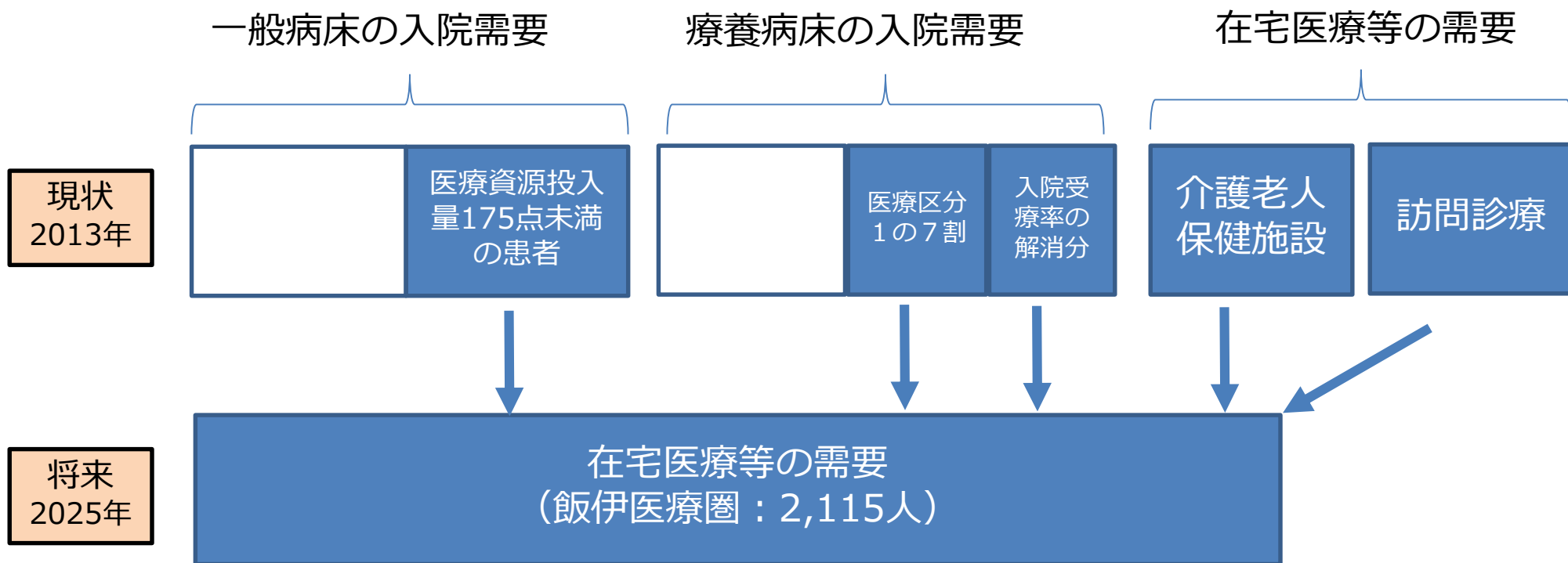
これらを踏まえると、**現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定**される。

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと**、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析**を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

# 地域医療構想における在宅医療等の需要推計

- 地域医療構想では、4 医療機能ごとの病床数の推計値のほか、仮定を置いた上で、入院医療から在宅医療等への移行を含む、在宅医療等の2025年の需要も推計している。
- 在宅医療等は、**自宅だけでなく介護保険施設や老人ホーム等の施設での対応も含む**ものとなっており、本県においては、単純に病床を削減し入院から在宅医療等への移行を進めるのではなく、介護保険適用の病床が介護保健施設等へ転換することで対応していくと整理

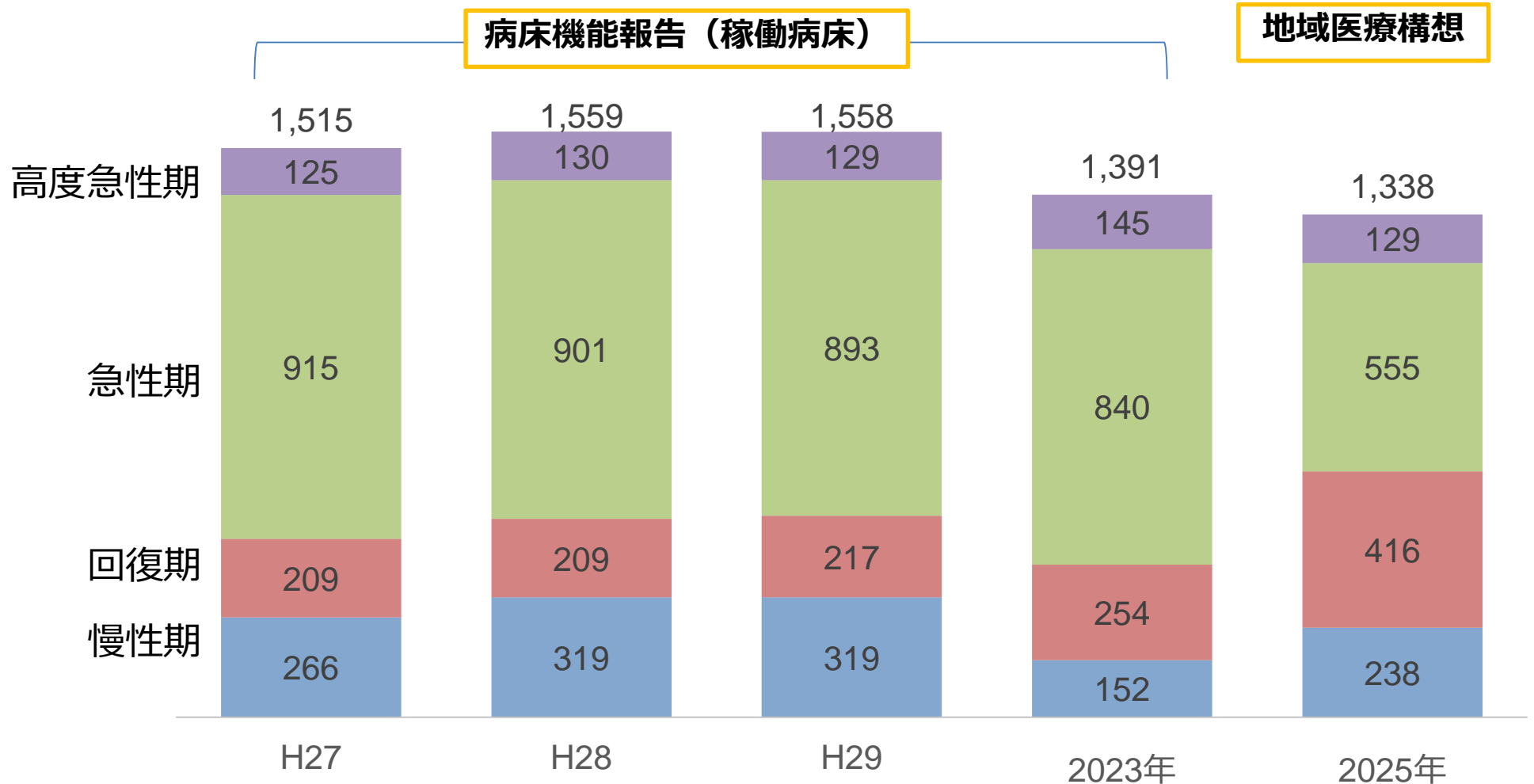
## 【推計方法のイメージ】



# 2025年の病床数の推計値と病床機能報告結果の推移

○2025年の病床数の推計値と平成27～29年度の病床機能報告結果の推移は以下のとおり。

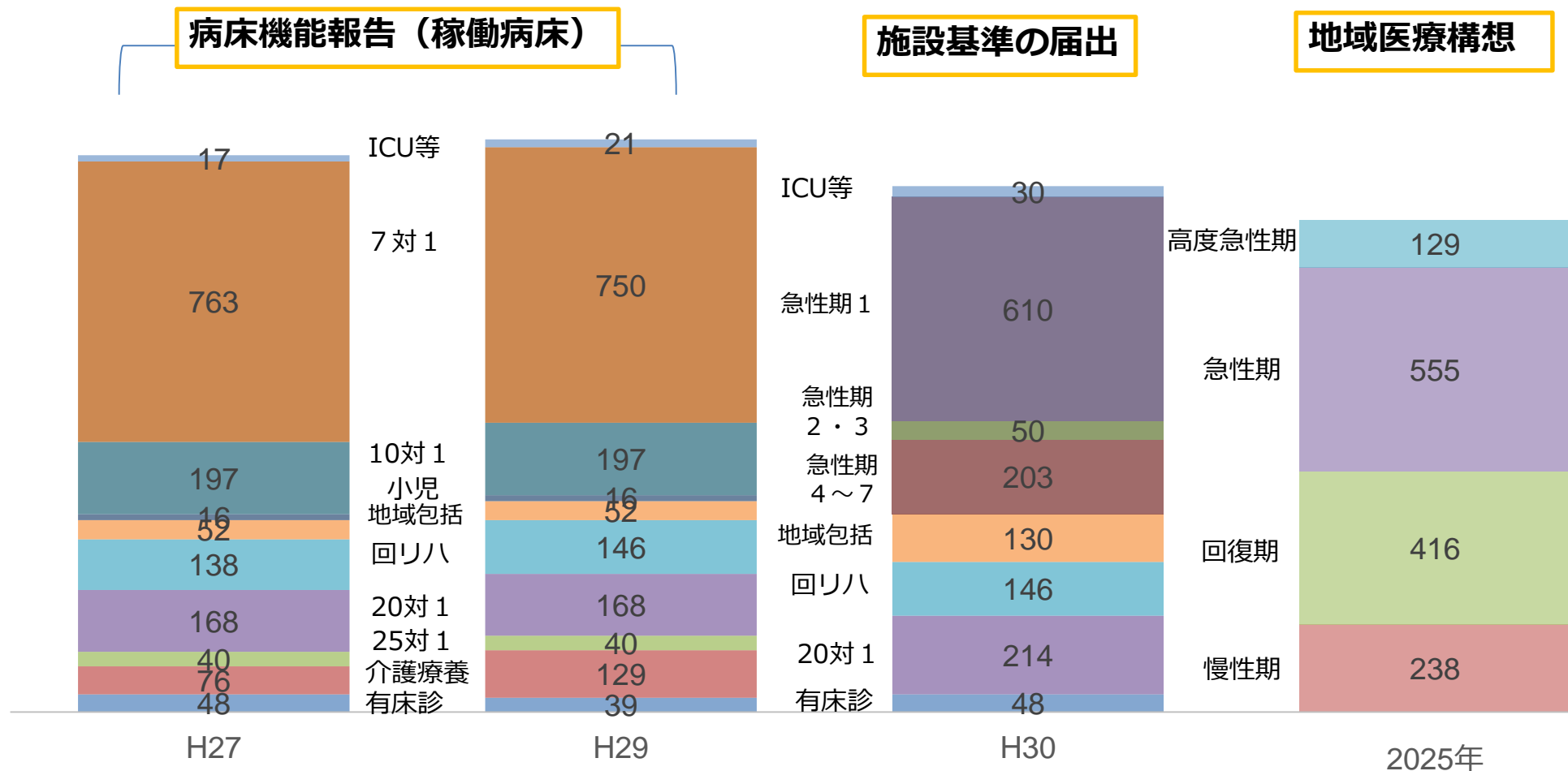
○H29年～2023年にかけての慢性期病床の減は、介護保険施設への転換を検討しているもの。





# 平成29年度病床機能報告結果の状況

- 平成27、29年度の病床機能報告結果における入院基本料ごと届出状況の推移及び平成30年度の診療報酬改定後の関東信越厚生局への施設基準等の届出状況（5/1時点）は以下の通り。
- H30改定を機に地域包括ケア病棟が増加



# 飯伊医療圏の課題

## (現状)

- 患者の流出入が少なく、自己完結型が特徴の構想区域。各医療機関のこれまでの努力により、効率的で質の高い医療が提供されている。

## (課題)

- 回復期機能の不足が見込まれるため、必要に応じて機能転換を進める。
- 開業医が高齢化しており、交代で行う救急医療の休日夜間急患診療所の運営が厳しい状況。今後、在宅での末期患者や看取り患者が増えた場合は、開業医の負担が増えることも考えられる。
- 構想区域の面積が広大であることから、通院への患者負担の軽減や、限られた医療資源を有効活用するため、ICTを活用した患者情報の共有、医療機関同士の連携や医療と介護の連携促進のためのネットワーク化の促進等を図る。

# 昨年度の調整会議での議論

	議事事項	主な意見
第1回 (H29.10.2)	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病床数の必要量と病床機能報告の関係性の整理</li><li>・ 急性期医療機関の疾患ごとの役割分担の状況</li><li>・ 疾患ごとの将来需要推計</li><li>・ 在宅医療の実施状況</li><li>・ 患者の受療動向</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護療養病床の転換を踏まえれば、病床数の必要量に収れんしていく。</li><li>・ 急性期病床については、病床稼働率の減により、実態として減少傾向にある。</li><li>・ 需要のピークは2025年より先、そこを見据えた対応が必要</li></ul>
第2回 (H30.1.12)	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プラン</li><li>・ 地域周産期システムの構築</li><li>・ 医療と介護の協議の場</li><li>・ 総合確保基金事業</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域包括ケアシステムの構築のためには、医療や福祉での対応が出来ていない者のスクリーニングも必要</li><li>・ 市町村の保健師と医療機関との連携を図る場づくりが必要</li></ul>