

平成27年度 地域医療構想の策定に向けた説明会

いよいよ動き出した地域医療構想の策定

～需要サイドから考える2025年の医療提供体制～

平成27年10月

静岡県健康福祉部医療健康局

医療政策課長 石田 貴

本日の説明内容

- 1 医療と介護の一体改革
- 2 地域医療構想の策定に向けた本県の取組

1 医療と介護の一体改革

静岡県の高齢化の状況

- ◆高齢化率は年々上昇し、平成27年は過去最高の**26.8%**
→平成17年からの10年間で7.0ポイントの増加
- ◆75歳以上の高齢者人口は10年間で1.4倍
→高齢者の中の高齢化が進む。

(各年4月1日現在)	平成17年	平成22年	平成26年	平成27年
総人口	3,863,273人	3,859,195人	3,792,475人	3,775,243人
高齢者人口 (65歳以上人口)	765,035人	887,575人	981,071人	1,011,691人
うち80～89歳人口	155,422人	204,476人	235,522人	242,754人
うち90歳以上人口	30,982人	40,962人	50,476人	53,473人
高齢化率	19.8%	23.0%	25.9%	26.8%

静岡県「高齢者福祉行政の基礎調査」より

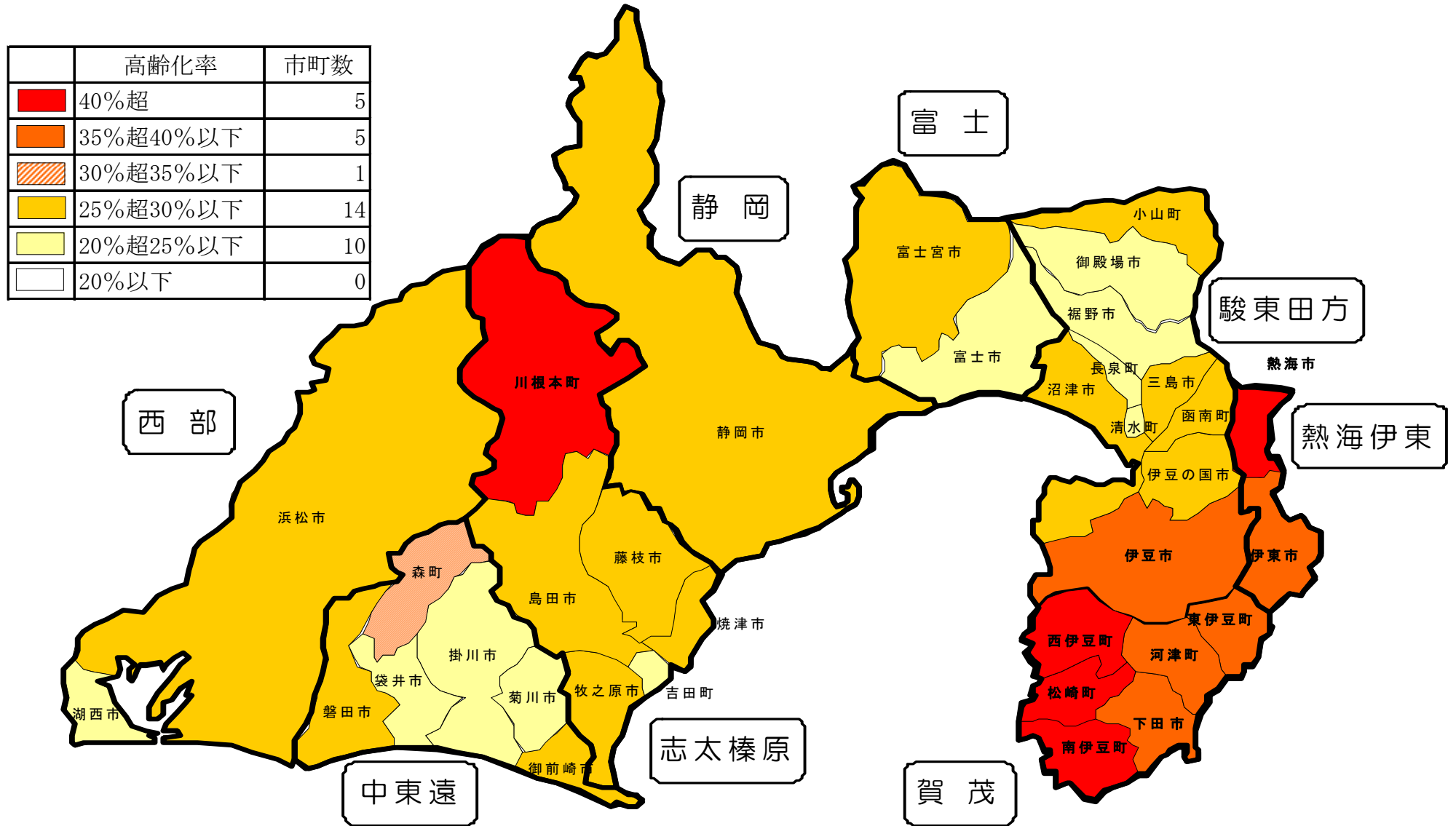
静岡県の高齢者人口及び高齢化率の推移(圏域別)

人数:人

圏域	区分	2005 (H17)	2010 (H22)	2014 (H26)	2015 (H27)
賀茂	人口	80,358	75,546	70,492	69,151
	高齢者人口	23,925	25,861	27,272	27,736
	高齢化率	29.8%	34.2%	38.7%	40.1%
熱海伊東	人口	117,525	115,257	111,143	110,066
	高齢者人口	32,826	38,943	42,890	44,014
	高齢化率	27.9%	33.8%	38.6%	40.0%
駿東田方	人口	688,868	688,614	674,865	670,261
	高齢者人口	129,522	153,535	171,312	176,721
	高齢化率	18.8%	22.3%	25.4%	26.4%
富士	人口	395,982	397,337	393,497	392,021
	高齢者人口	70,595	84,613	95,011	98,500
	高齢化率	17.8%	21.3%	24.1%	25.1%
静岡	人口	733,194	726,060	716,450	713,564
	高齢者人口	150,140	175,167	192,413	198,223
	高齢化率	20.5%	24.1%	26.9%	27.8%
志太榛原	人口	487,233	485,314	477,001	474,431
	高齢者人口	100,160	114,560	125,931	129,657
	高齢化率	20.6%	23.6%	26.4%	27.3%
中東遠	人口	484,865	487,312	476,932	475,763
	高齢者人口	90,909	102,199	112,872	116,839
	高齢化率	18.7%	21.0%	23.7%	24.6%
西部	人口	875,248	883,755	872,095	869,986
	高齢者人口	166,958	192,697	213,370	220,001
	高齢化率	19.1%	21.8%	24.5%	25.3%
県計	人口	3,863,273	3,859,195	3,792,475	3,775,243
	高齢者人口	765,035	887,575	981,071	1,011,691
	高齢化率	19.8%	23.0%	25.9%	26.8%

市町別高齢化率の状況(平成27年4月1日時点)

	高齢化率	市町数
	40%超	5
	35%超40%以下	5
	30%超35%以下	1
	25%超30%以下	14
	20%超25%以下	10
	20%以下	0



静岡県の高齢者人口及び高齢化率の将来推計(圏域別)

圏域	区分	2015 (H27)	2020 (H32)	2025 (H37)
賀茂	人口	69,151	63,299	57,954
	高齢者人口	27,736	27,804	26,134
	高齢化率	40.1%	43.9%	45.1%
熱海伊東	人口	110,066	99,392	92,272
	高齢者人口	44,014	43,176	40,844
	高齢化率	40.0%	43.4%	44.3%
駿東田方	人口	670,261	644,617	623,116
	高齢者人口	176,721	187,979	188,680
	高齢化率	26.4%	29.2%	30.3%
富士	人口	392,021	373,470	362,643
	高齢者人口	98,500	106,164	108,128
	高齢化率	25.1%	28.4%	29.8%
静岡	人口	713,564	678,878	652,514
	高齢者人口	198,223	208,676	207,619
	高齢化率	27.8%	30.7%	31.8%
志太榛原	人口	474,431	453,158	438,727
	高齢者人口	129,657	140,150	142,289
	高齢化率	27.3%	30.9%	32.4%
中東遠	人口	475,763	454,904	442,880
	高齢者人口	116,839	133,001	138,396
	高齢化率	24.6%	29.2%	31.2%
西部	人口	869,986	833,403	810,227
	高齢者人口	220,001	242,845	249,194
	高齢化率	25.3%	29.1%	30.8%
県計	人口	3,775,243	3,601,121	3,480,333
	高齢者人口	1,011,691	1,089,795	1,101,284
	高齢化率	26.8%	30.3%	31.6%

(単位:人)

2015年は「高齢者福祉行政の基礎調査」による。その他は、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・市区町村別)」から引用

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年:団塊の世代が75歳以上 《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

〔高齢化の進展に伴う変化〕

- ・ 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- ・ 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- ・ 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える



医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備〕

- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- ・ 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- ・ 医療事故調査の仕組みの創設 等



改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

医療機関の医療機能の分化・連携の推進

「病床機能報告制度」によって医療機関から報告される情報と、都道府県による「地域医療構想」の策定を通じ、地域の医療提供体制の現状と医療機能ごとの将来の病床数の必要量を明らかにします。これらを地域の医療機関等で共有した上で、将来の必要量の達成を目指し、「協議の場」において協議を行い、自主的に医療機関の分化・連携を推進します。

高度急性期病院

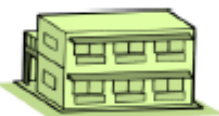


高度で質の高い医療と手厚い看護

急性期病院



病状に応じた集中的なりハビリ



慢性期病院



長期の療養

医療機関による自主的な取組みと相互の協議により、医療機能の分化・連携を推進

医療機能の分化・連携を推進するための仕組み

- ・ 消費税増収分を活用した新たな財政支援制度により、医療機関の施設・設備の整備を推進
- ・ 医療機関相互の協議だけで医療機能の分化・連携が進まない場合には、都道府県知事が、一定の措置を講ずることができる

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

(参考)

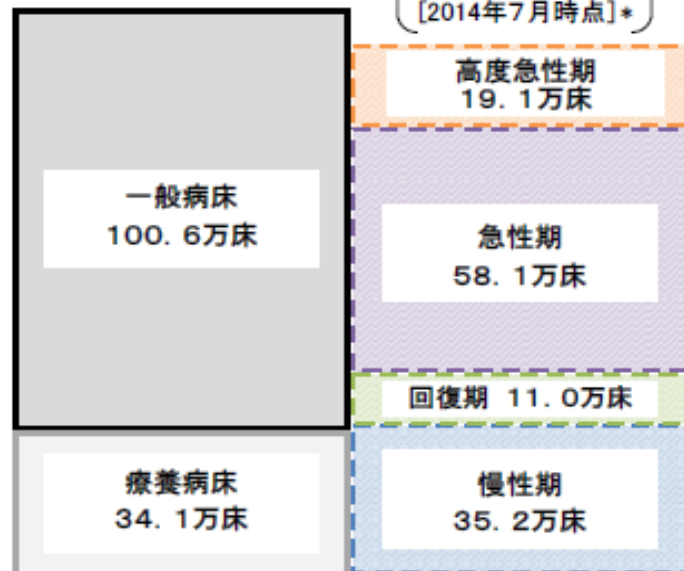
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

29.7~33.7万人程度※3

* 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。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2 地域医療構想の策定に向けた 本県の取組

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療ビジョンの策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。

【病床機能報告制度の運用開始】(平成26年度～)

- ・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告(※)

※ 報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める。

【地域医療ビジョンの策定】(平成27年度～)

- ・都道府県において地域医療ビジョンの策定。
- ・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量(2025年時点)等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】

- ・医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

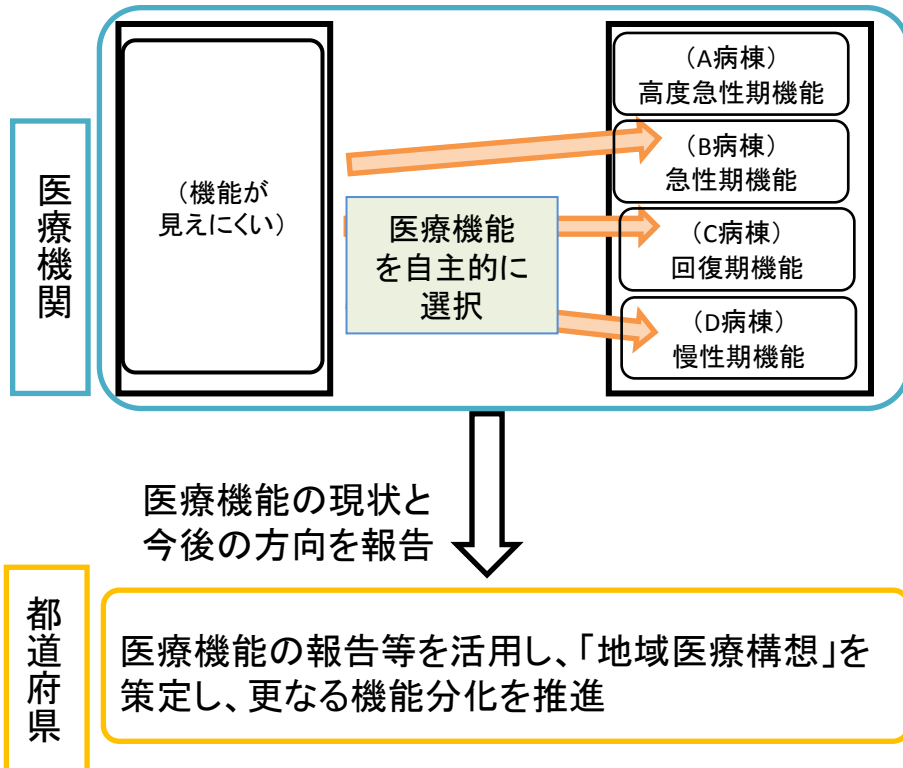
【都道府県の役割の強化】

- 医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
- 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化(介護保険の計画との一体的な策定)

機能分化・連携を
実効的に推進

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「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。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2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）

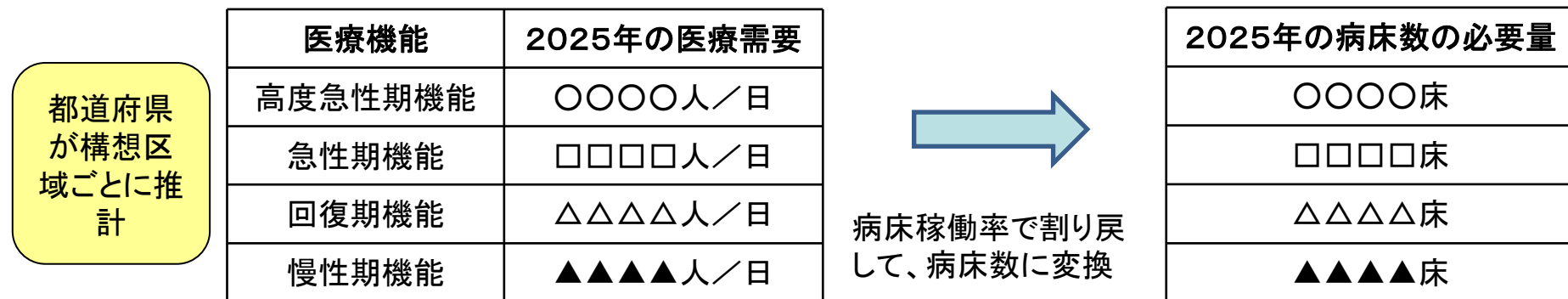
必要病床数

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機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域（2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、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。

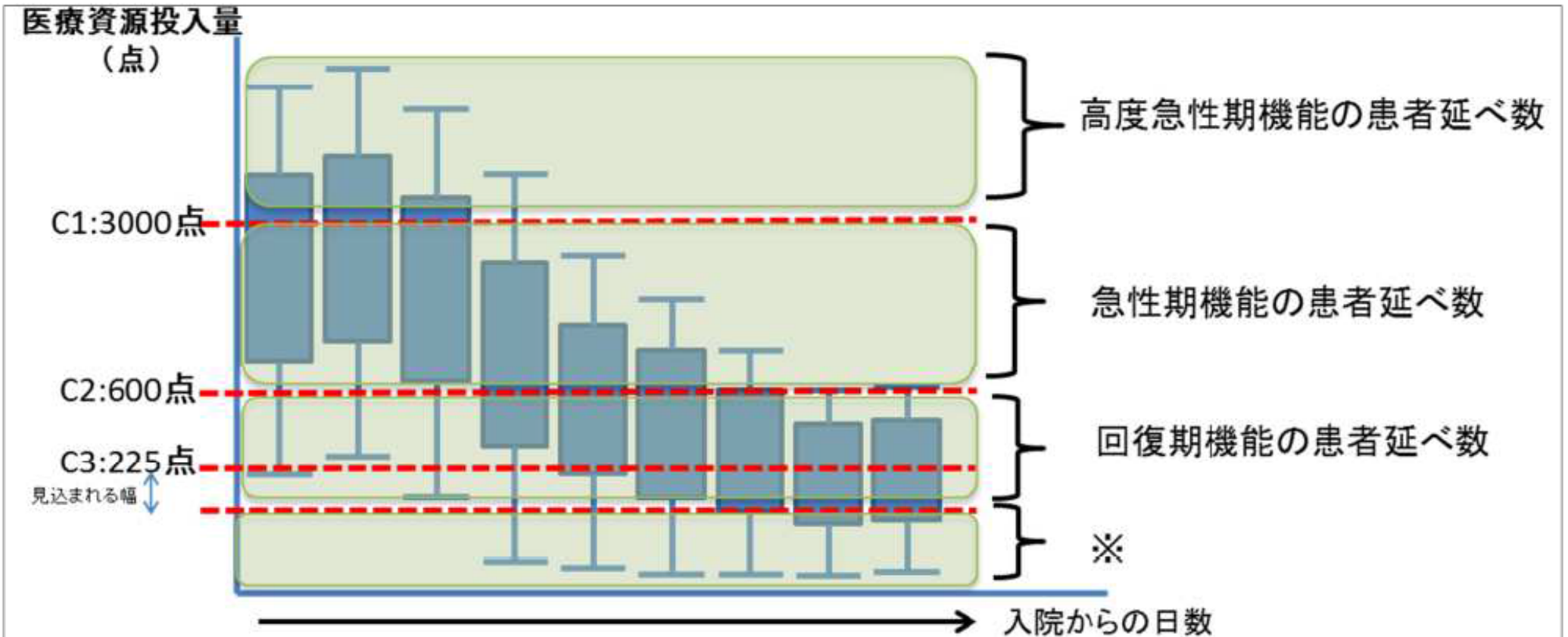
2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。
よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 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値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

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イメージ



※ 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。

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I C U、H C U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。

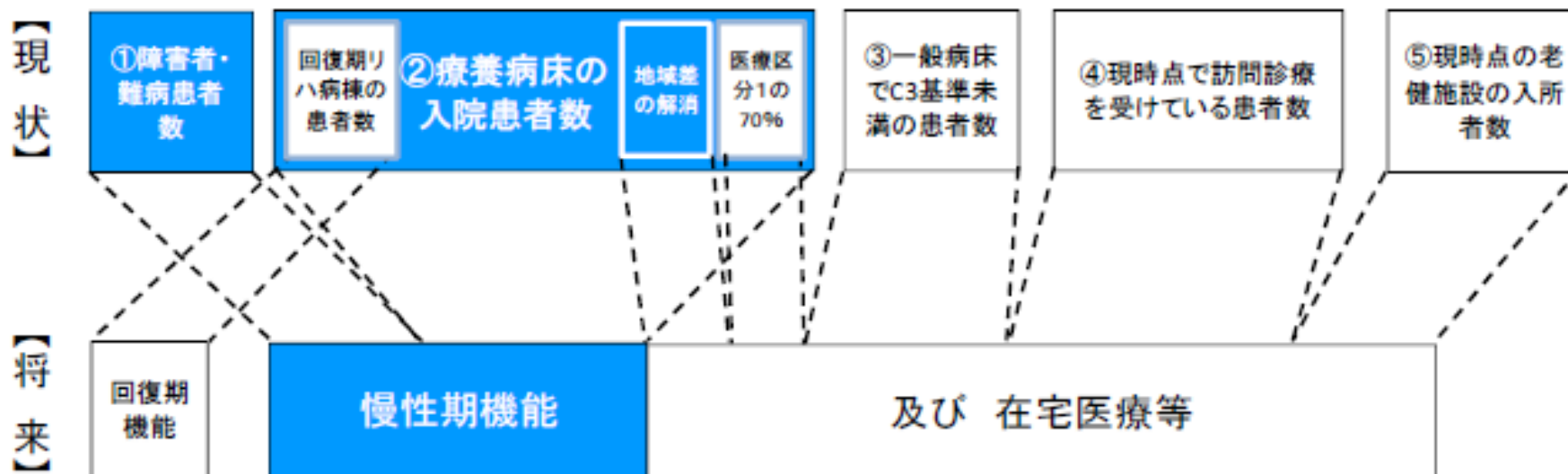
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2025年の医療需要の推計方法

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

- また、慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。
- このため、前記（2025年の医療需要の推計方法）の他の病床の機能区分の医療需要の推計方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期機能の医療需要を推計することとする。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※1 網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

◇在宅での医療を受ける環境づくりの進展に伴い、「長期に医療を必要とする」方々が、どこで医療を受けることができるかは、時代とともに、また、各地の政策の進展度合いによる。

◇地域医療構想では、「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち、慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定。(現在、地域差の大きい療養病床受療率を収れんさせる方向で、各地の在宅医療の進展をうながす目標値を設定)

◆ 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

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)を比較する。

II 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)を確定する。

III 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平成37年(2025年)の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。

図7 各構想区域における病床の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（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

推計年度

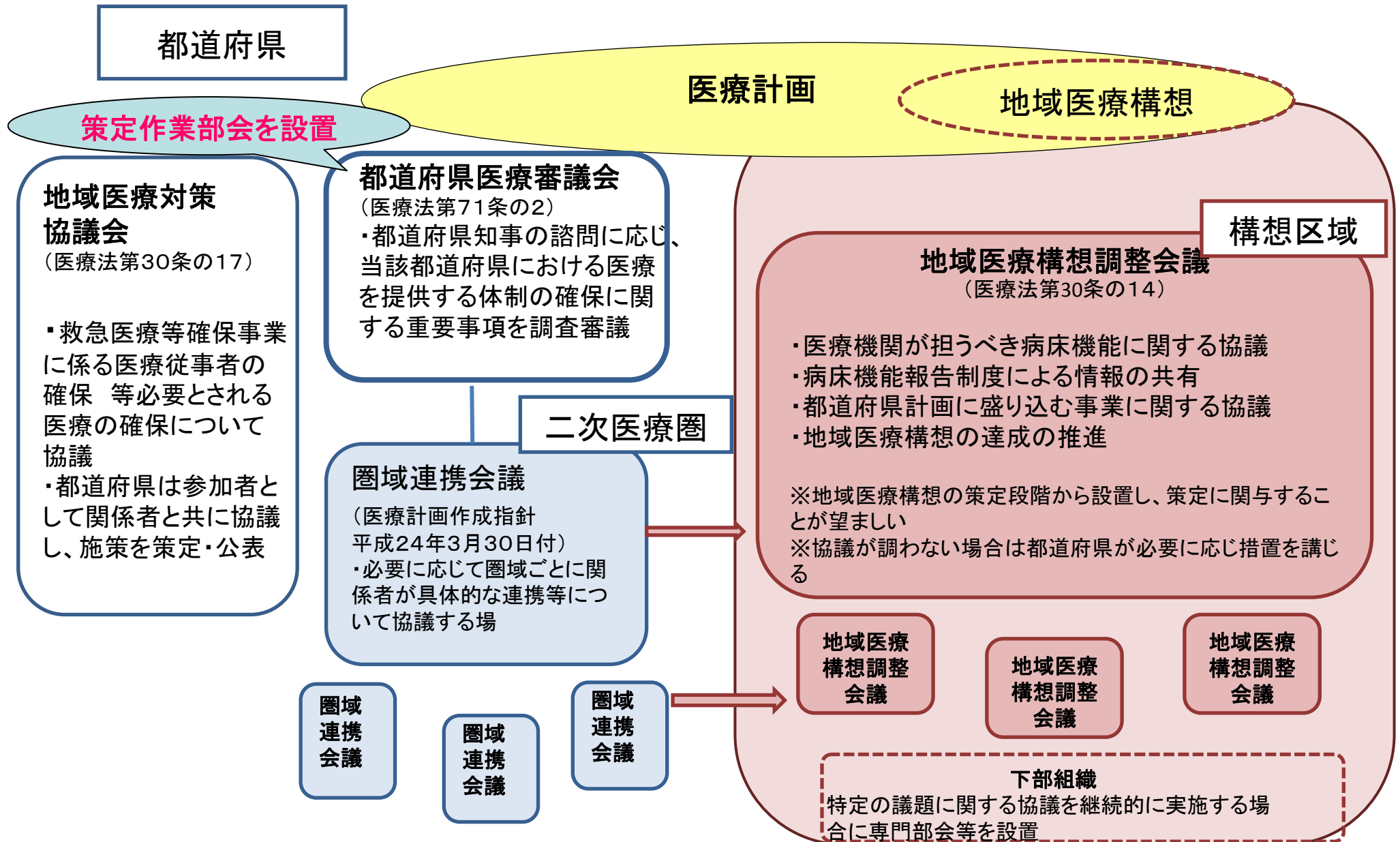
平成37年(2025年)

	2025年における	2025年における医療供給(医療提供体制)		
	医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①)	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	A 患者住所地に基づく推計	B 医療機関所在地に基づく推計	⇒ 供給数の調整 構想区域で議論	C 病床稼働率で除して得た数

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

(地域医療構想策定ガイドラインP22,23より作成)

地域医療における会議



地域医療構想策定作業部会の設置

静岡県保健医療計画の一部となる地域医療構想を策定するため、静岡県医療審議会に地域医療構想策定作業部会を設置。

- (1) 設置 平成27年3月24日静岡県医療審議会議決による
- (2) 根拠 医療法施行令第5条の21、
地域医療構想策定作業部会設置要綱(平成27年4月23日施行)
- (3) 検討事項
 - ア 地域医療構想の策定における医療需要に対する医療供給(医療提供体制)
 - イ 構想区域
 - ウ 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策
 - エ その他地域医療構想策定のために必要な事項
- (4) 委員 委員20人(審議会委員10人、専門委員10人)

地域医療構想策定作業部会委員 (審議会委員:10人)

区分	氏名	所属団体名・役職名	備考
審議会委員	◎玉井 直	静岡県病院協会会長	医療関係者
	○徳永 宏司	静岡県医師会副会長	医療関係者
	工藤 英機	健康保険組合連合会静岡連合会理事	保険者
	尾崎 元紀	静岡県歯科医師会専務理事	医療関係者
	北村 正平	静岡県市長会（藤枝市長）	市町
	中村 達	浜松医科大学学長	医療関係者
	原田 英之	静岡県国民健康保険団体連合会理事長	保険者
	細野 澄子	静岡県薬剤師会副会長	医療関係者
	村松 藤雄	静岡県町村会（森町長）	市町
	望月 律子	静岡県看護協会会長	医療関係者

◎部会長 ○部会長職務代理者、以下 50 音順、敬称略

地域医療構想策定作業部会委員 (専門委員:10人)

区分	氏名	所属団体名・役職名	備考
専門委員	荒堀 憲二	伊東市民病院管理者院長	熱海伊東圏域
	荻野 和功	聖隷三方原病院院長	西部圏域
	小野寺 昭一	富士市立中央病院院長	富士圏域
	北村 宏	磐田市病院事業管理者	中東遠圏域
	小田 和弘	伊豆今井浜病院院長	賀茂圏域
	小林 利彦	浜松医科大学特任教授	学識経験者
	田中 一成	静岡県立総合病院院長	静岡圏域
	長野 豊	全国健康保険協会静岡支部支部長	保険者
	三橋 直樹	順天堂大学医学部附属静岡病院院長	駿東田方圏域
	毛利 博	藤枝市病院事業管理者	志太榛原圏域

地域医療構想策定作業部会等における協議

・医療審議会に地域医療構想策定作業部会を設置し、各構想区域(二次医療圏)における医療需要と供給の推計方法や、県内調整にあたっての考え方などについて協議を行うとともに、医療審議会に検討状況を報告している。

(地域医療構想策定作業部会)

回	月日	議 題
1回	7月7日	<ul style="list-style-type: none">・部会長及び部会長職務代理者の選出・地域医療構想の策定・各構想区域における医療需要と供給の推計方法
2回	8月7日	<ul style="list-style-type: none">・今後の検討に用いる数値について(案)・各構想区域における医療需要と供給の推計・構想区域における県内調整にあたっての考え方と調整方法(案)

(静岡県医療審議会)

回	月日	議 題
1回	8月18日	<ul style="list-style-type: none">・副会長の選任・地域医療構想の策定

医療需要に対する医療供給を踏まえた 病床の必要量(必要病床数)の推計

「現在」の医療供給

	医療機関所在地ベース 2013年病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満		—
賀茂	19	97	172	269	557
熱海伊東	77	281	266	213	837
駿東田方	583	1,644	1,605	1,358	5,190
富士	184	649	620	731	2,184
静岡	775	1,681	1,206	1,606	5,268
志太榛原	303	896	810	734	2,743
中東遠	223	779	598	711	2,311
西部	836	2,001	1,389	2,096	6,323
静岡県	3,002	8,027	6,666	7,719	25,413
	11.2%	29.9%	24.8%	28.7%	100.0%

医療機関所在地ベース：医療機関所在地に基づく推計

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

2025年の医療需要

2013年のレセプトデータを基に、医療資源投入量で患者数を推計し、病床稼働率(※)で割り戻して推計した病床数

(※病床稼働率:高度急性期・・・75% 急性期・・・78% 回復期・・・90% 慢性期・・・92%)

	患者住所地ベース(病床数)					医療機関所在地ベース(病床数)				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期パターンB	総計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期パターンB	総計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—
賀茂	61	186	271	152	670	21	106	191	242	560
熱海伊東	103	339	357	244	1,043	84	322	314	184	904
駿東田方	507	1,566	1,553	1,069	4,694	609	1,855	1,877	1,207	5,549
富士	287	866	858	676	2,688	208	764	786	689	2,448
静岡	635	1,760	1,370	1,298	5,063	774	1,860	1,401	1,435	5,470
志太榛原	399	1,133	1,055	738	3,325	321	1,022	960	637	2,940
中東遠	356	1,080	821	714	2,971	256	915	736	540	2,447
西部	793	2,096	1,588	1,497	5,973	889	2,302	1,689	1,671	6,551
静岡県	3,139	9,027	7,872	6,388	26,427	3,160	9,146	7,955	6,605	26,869
	11.9%	34.2%	29.8%	24.2%	100.0%	11.8%	34.0%	29.6%	24.6%	100.0%

患者住所地ベース : 患者住所地に基づく推計

医療機関所在地ベース : 医療機関所在地に基づく推計

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

(参考) 静岡県の二次保健医療圏 (療養病床及び一般病床)

圏 域 名	構 成 市 町	病院数	基 準 病床数	既 存 病床数	差 引
賀 茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	7	630	969	339
熱海伊東	熱海市、伊東市	7	1,018	1,132	114
駿東田方	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆の国市、伊豆市、函南町、清水町、長泉町、小山町	43	5,979	6,501	522
富 士	富士市、富士宮市	14	2,625	2,738	113
静 岡	静岡市	24	6,166	6,551	385
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	11	3,507	3,510	3
中 東 遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	16	2,543	3,072	529
西 部	浜松市、湖西市	31	6,155	7,412	1,257
計		153	28,623	31,885	3,262

※病院数は平成27年3月31日現在

※既存病床数は、平成27年1月31日現在の既存病床数に、医療法施行規則の規定に基づき所要の補正を行い、経過措置である転換老健分（療養病床から介護保健老人施設へ転換した病床については、新たな算定式で基準病床数を見直すまで、既存病床数にカウントする）を除いた数

病床利用率

(単位：床・人・%)

	許可病床数			患者数			病床利用率		
	一般	療養	計	一般	療養	計	一般	療養	計
賀茂	448	406	854	321	352	673	71.7	86.7	78.8
熱海伊東	648	306	954	558	276	834	86.1	90.2	87.4
駿東田方	4,581	2,289	6,870	3,426	1,840	5,266	74.8	80.4	76.7
富士	1,776	935	2,711	1,229	811	2,040	69.2	86.7	75.2
静岡	4,608	1,985	6,593	3,464	1,709	5,173	75.2	86.1	78.5
志太榛原	2,379	1,082	3,461	1,721	978	2,699	72.3	90.4	78.0
中東遠	1,697	1,069	2,766	1,393	960	2,353	82.1	89.8	85.1
西部	5,040	2,617	7,657	4,036	2,355	6,391	80.1	90.0	83.5
計	21,177	10,689	31,866	16,148	9,281	25,429	76.3	86.8	79.8

※在院患者調査：H26. 5. 28実施（県医療政策課）

在宅医療等

「現在」(2013年)の医療供給

	医療機関所在地ベース(人/日)	
	在宅医療等	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分
賀茂	797.0	295.0
熱海伊東	1,013.6	418.8
駿東田方	5,026.0	2,420.4
富士	2,509.6	1,212.5
静岡	5,707.0	2,844.4
志太榛原	3,127.3	1,272.5
中東遠	2,726.8	1,036.8
西部	6,460.0	3,064.5
静岡県	27367.3	12564.8

2025年の医療供給

	患者住所地ベース(人/日)		医療機関所在地ベース(人/日)	
	在宅医療等	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	在宅医療等	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分
賀茂	1,024.3	428.0	983.7	343.2
熱海伊東	1,642.5	735.2	1,437.8	563.8
駿東田方	7,185.8	3,270.6	7,488.5	3,401.7
富士	3,723.4	1,611.6	3,825.8	1,754.4
静岡	8,082.1	3,845.3	8,245.1	3,920.8
志太榛原	4,585.3	1,832.2	4,389.0	1,674.4
中東遠	4,198.2	1,419.6	3,950.3	1,377.5
西部	9,652.1	4,162.0	9,922.9	4,275.2
静岡県	40,093.7	17,304.6	40,243.1	17,311.1

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

2025年の必要病床等

県計

(床)

	2013年 医療機関 所在地	→	2025年 患者 住所地	増減
高度急性期	3,002	→	3,139	138
急性期	8,027	→	9,027	1,000
回復期	6,666	→	7,872	1,206
慢性期	7,719	→	6,388	△ 1,331
計	25,413	→	26,427	1,014

(人／日)

在宅医療等	27,367.3	→	40,093.7	12726.4
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	12,564.8	→	17,304.6	4739.7

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

**各構想区域における
現在(2013年)と将来推計(2025年)との比較**

現在（2013年）と将来推計（2025年）との比較
（2025年に向け充実させる必要のある医療圏）

（単位：床）

		高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	小計
賀茂	2013年	19	97	172	269	557
	2025年	61	186	271	152	670
	増減	41	90	99	△ 117	113
熱海伊東	2013年	77	281	266	213	837
	2025年	103	339	357	244	1,043
	増減	25	58	91	31	206
富士	2013年	184	649	620	731	2,184
	2025年	287	866	858	676	2,688
	増減	103	218	239	△ 55	504
志太榛原	2013年	303	896	810	734	2,743
	2025年	399	1,133	1,055	738	3,325
	増減	96	238	245	4	582
中東遠	2013年	223	779	598	711	2,311
	2025年	356	1,080	821	714	2,971
	増減	133	302	223	3	660

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

現在（2013年）と将来推計（2025年）との比較
（充実している医療圏）

（単位：床）

		高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	小計
駿東田方	2013年	583	1,644	1,605	1,358	5,190
	2025年	507	1,566	1,553	1,069	4,695
	増減	△ 76	△ 79	△ 52	△ 289	△ 496
静岡	2013年	775	1,681	1,206	1,606	5,268
	2025年	635	1,760	1,370	1,298	5,062
	増減	△ 141	79	164	△ 308	△ 206
西部	2013年	836	2,001	1,389	2,096	6,323
	2025年	793	2,096	1,588	1,497	5,973
	増減	△ 43	95	198	△ 599	△ 350

単位未満を四捨五入しているため、内訳の計と合計が一致しない場合がある。

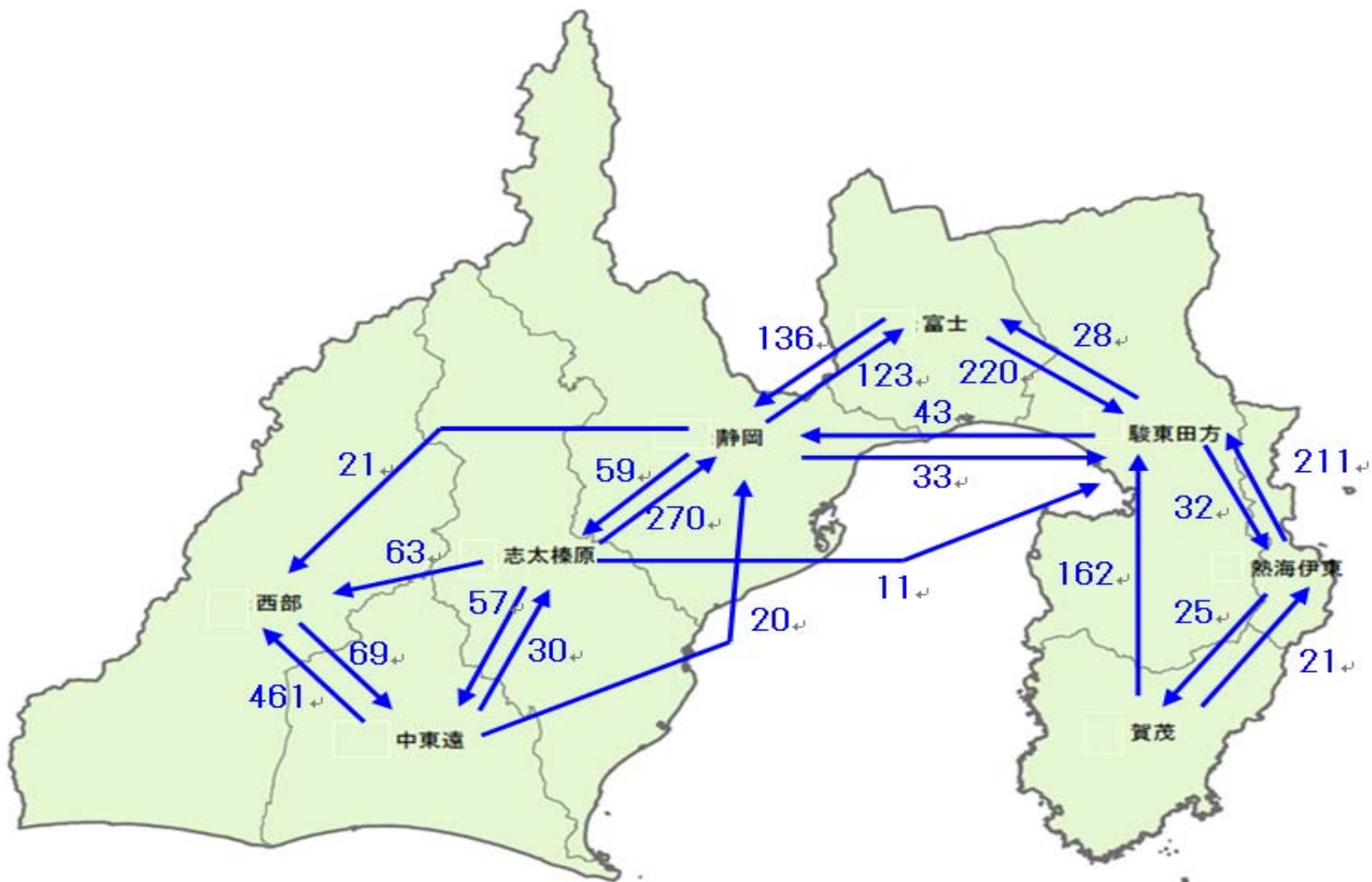
○7疾病・5事業及び在宅医療

・7疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、喘息、肝炎、精神疾患)

・5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療)及び在宅医療ごとに、医療連携体制の構築の取組を一層進める。

2025年の県内圏域間流出入状況(現在の流出入状況が続いた場合)

4医療機能 合計



※推計ツールにおいて、10人/日未満の数値は非公表となっていることから、公表データのみを図示

構想区域における県内調整にあたっての 考え方と調整方法

○ 考え方

- 地域医療構想策定ガイドラインに則り、患者住所地ベース(患者流出入前)の医療需要を基本に、現状の医療提供体制や地域の実情等を踏まえて調整する。

○ 調整方法

- 高度急性期は、非常に限られた医療資源等に依存する部分が大きいため医療機関所在地ベースの、急性期、回復期、慢性期については、できるだけ当該構想区域内で完結することが望ましいことから患者住所地ベースの、推計値を用いて検討を行う。
- その上で、現状の医療提供体制や患者の受療動向を踏まえた、地域における医療提供体制の特性や、将来のあるべき医療提供体制を見据えた病床機能の分化と連携等を検討し、調整を行う。

○ 構想区域間の調整について

- 県全体の医療需要の範囲内で調整する必要があることから、各構想区域での調整を踏まえ、地域医療構想策定作業部会及び静岡県医療審議会において最終調整を行う。

構想区域における県内調整にあたっての考え方と調整方法

医療機能区分	本県における県内調整の方法
高度急性期	医療機関所在地ベース
急性期	患者住所地ベース
回復期	患者住所地ベース
慢性期	患者住所地ベース

地域医療における会議

都道府県

医療計画

地域医療構想

地域医療対策協議会

(医療法第30条の17)

- ・救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

二次医療圏

圏域連携会議

- (医療計画作成指針 平成24年3月30日付)
- ・必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

本県では
「地域医療
協議会」

作業部会を設置

構想区域

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・医療機関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の共有
- ・都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ・地域医療構想の達成の推進

※地域医療構想の策定段階から設置し、策定に関与することが望ましい
※協議が調わない場合は都道府県が必要に応じ措置を講じる

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

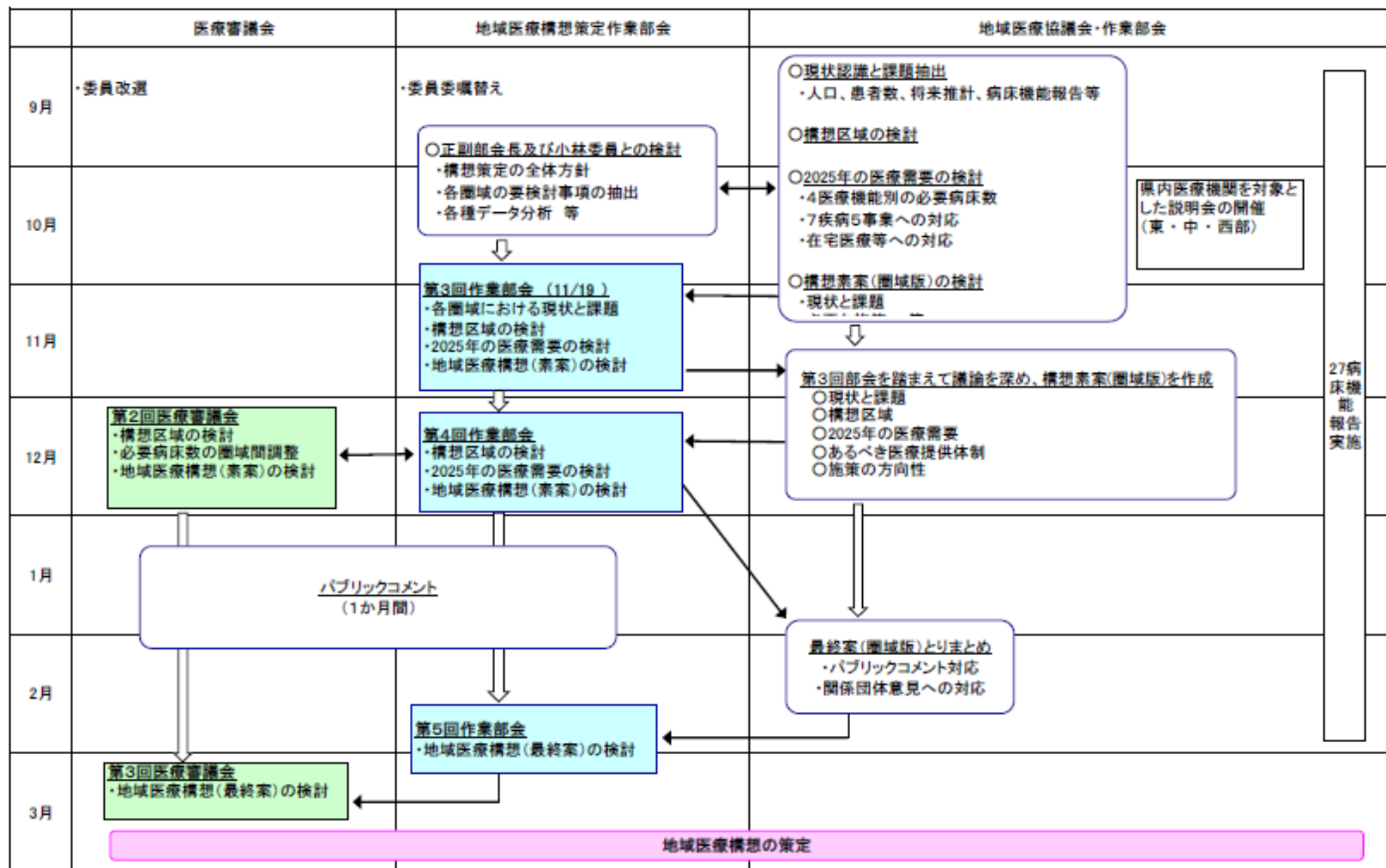
下部組織

特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合に専門部会等を設置

地域における検討

- ・二次医療圏単位に設置された地域医療協議会の作業部会において、医療需要推計に係る圏域別のデータ等を参考にしながら、「各圏域の課題抽出」、「構想区域の検討」、「将来の必要病床数の検討」など、地域医療構想策定に向けた検討を行う。

地域医療構想策定に向けたスケジュール(案)



地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



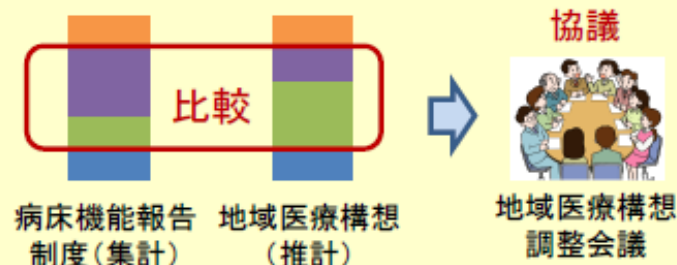
② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

ご清聴、ありがとうございました。

皆様の御協力をお願いします。

