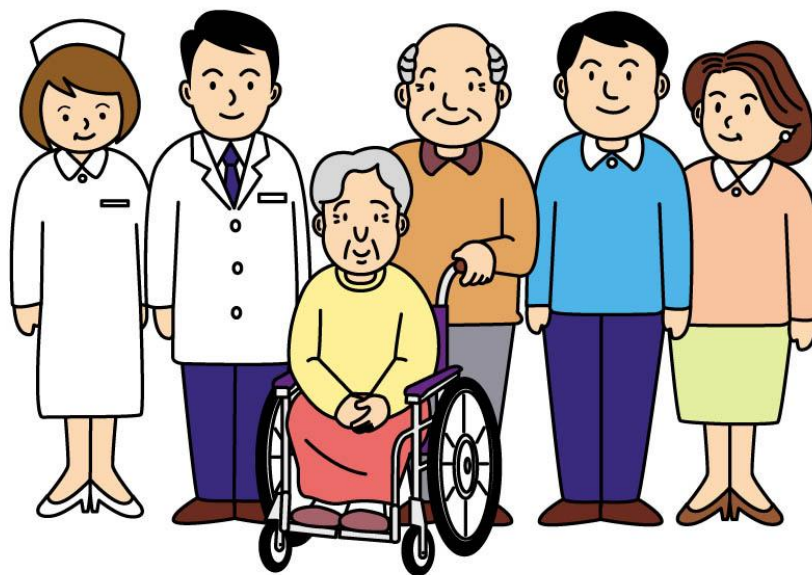


PR版

福井県地域医療構想



平成28年5月
福井県

なぜ地域医療構想が必要なのか？（医療における2025年問題）

➤ 背景・課題

- ・2025年：団塊世代が後期高齢者の仲間入り〈県民の5人に1人が75歳以上 14万人/73万人〉
- ・医療需要が急増し疾病構造が変化
〈治療後も回復に時間がかかる / 慢性疾患の患者が増える〉
- ・限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、患者一人ひとりに必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供する必要があります。

高齢化に伴う県民の不安感

病気になったら、十分な治療をしてもらえるのか？

退院して家に帰りたいが、往診してくれる医師は見つかるのか？

一人暮らしや高齢の夫婦だけになっても、安心して暮らせるのか？

家で暮らすことができなくなったら、入所施設に入れるのか？

一つの病院で病気・けがの完治を目指す「病院完結型」の医療から、
病気と共存しながらも地域で治し支える「地域完結型」の医療に転換します。

➤ 病気になっても、できるだけ早く在宅・社会へ復帰

- ・拠点となる医療機関で質の高い医療を提供
- ・地域の医療機関で集中的なリハビリを実施

➤ 症状が安定した患者は「ときどき入院ほぼ在宅」

- ・生活支援や在宅医療など様々なサービスを、患者のニーズに合わせて提供
- ・多様な形態の住まいや一時預かりの病床、施設を提供

地域医療構想とは？

A. 病床機能報告

- ・医療機関は自主的に病床機能(役割)を選択
- ・県に毎年報告

B. 将来の患者数に応じた必要病床数

1. 2025年の病床機能ごとの入院患者の算定
2. 2025年の在宅医療等の必要量
3. 2025年の病床機能ごとの必要病床数の算定

C. 病床機能報告の病床数と必要病床数との比較

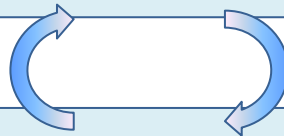
- ・不足する病床機能と過剰となる病床機能を明確化

D. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- ・不足する病床機能への転換や在宅医療等への参入を促進
- ・地域医療介護総合確保基金の活用

E. 地域医療構想調整会議等で継続的に協議

- ・不足する病床機能の確保方法、在宅医療等の体制整備等



A. 病床機能報告 H26(2014)年 医療機関が自主的に病床機能(役割)を選択

構想区域	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	県計
高度急性期	1,275	0	0	18	1,293
急性期	2,630	303	874	854	4,661
回復期	558	68	255	59	940
慢性期	1,344	80	720	658	2,802
未選択・未報告	155	93	65	59	372
計	5,962	544	1,914	1,648	10,068

病床機能	内 容
高度急性期	急性期患者に対し、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(救命救急、ICU(集中治療室)、重症者に対する診療等)
急性期	急性期患者に対し、状態の早期安定化に向けた医療を提供
回復期	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
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院(長期入院が必要な重度の障がい者や難病患者等)

B 1 .2025年における病床機能ごとの入院患者の算定

ア) 医療需要は、法令で定められた方法に従って算定します。

$$\text{入院患者数} = \text{2013年の性・年齢別入院受療率*} \times \text{2025年の性・年齢別推計人口}$$

*入院受療率:人口10万人あたりの1日入院患者数

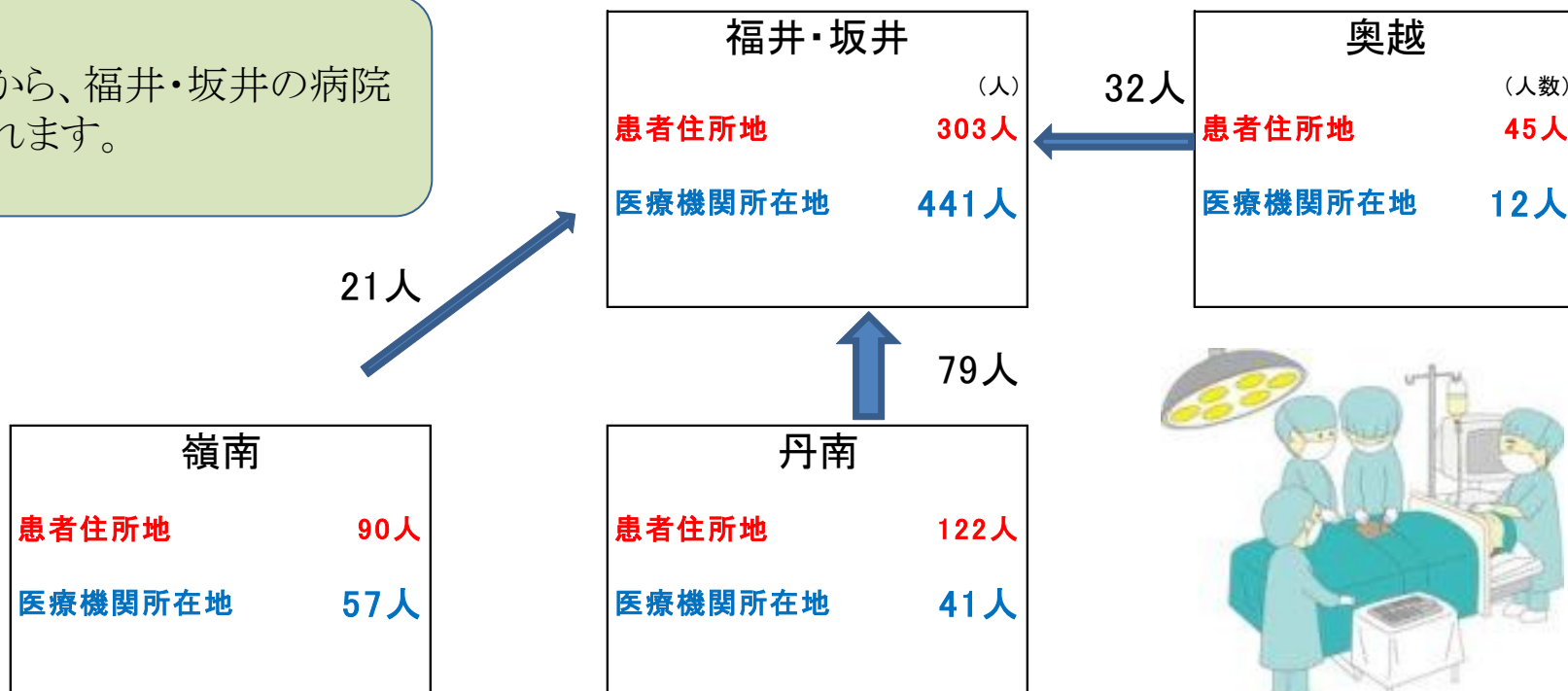
イ) 各地域における病床機能ごとの**入院患者の流入・流出**の推計・調整を行います。

ウ) 慢性期は、入院患者の一定割合を**在宅医療等へ移行**することを前提に算定します。

B1.2025の入院患者の流入・流出の状況（高度急性期）

※現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の1日の状況（2025年の人口構成反映）

奥越や丹南、嶺南から、福井・坂井の病院への流出が予測されます。



0.1以上10.0人未満の流出入は非公表のため、反映していない。

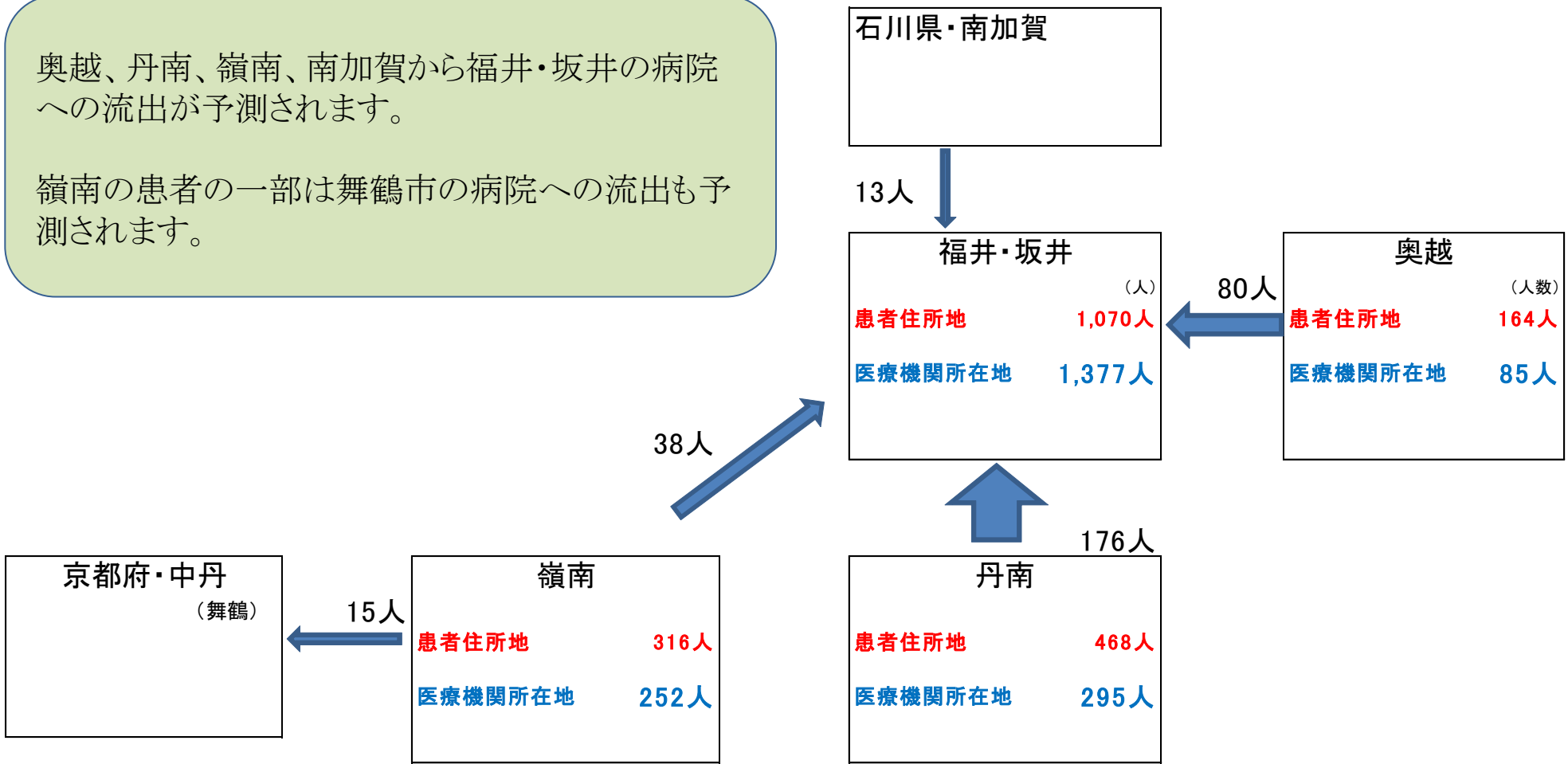
患者住所地 : 構想区域の住民で入院を要する患者数(推計)
医療機関所在地 : 構想区域内の医療機関に入院する患者数(推計)

B1.2025の入院患者の流入・流出の状況（急性期）

※現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の1日の状況（2025年の人口構成反映）

奥越、丹南、嶺南、南加賀から福井・坂井の病院への流出が予測されます。

嶺南の患者の一部は舞鶴市の病院への流出も予測されます。



0.1以上10.0人未満の流出入は非公表のため、反映していない。

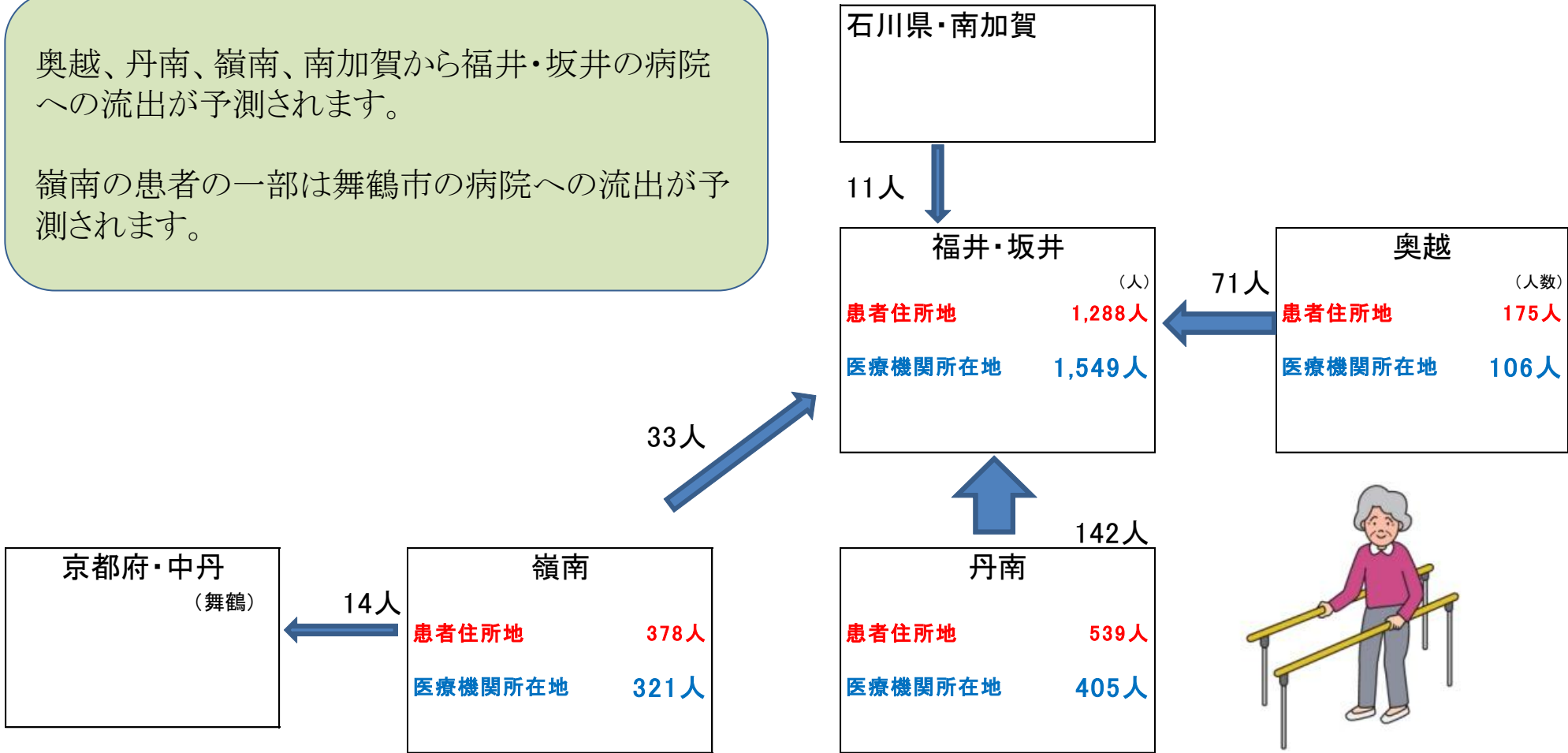
患者住所地 : 構想区域の住民で入院を要する患者数(推計)
医療機関所在地 : 構想区域内の医療機関に入院する患者数(推計)

B1.2025の入院患者の流入・流出の状況（回復期）

※現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の1日の状況（2025年の人口構成反映）

奥越、丹南、嶺南、南加賀から福井・坂井の病院への流出が予測されます。

嶺南の患者の一部は舞鶴市の病院への流出が予測されます。



0.1以上10.0人未満の流出入は非公表のため、反映していない。

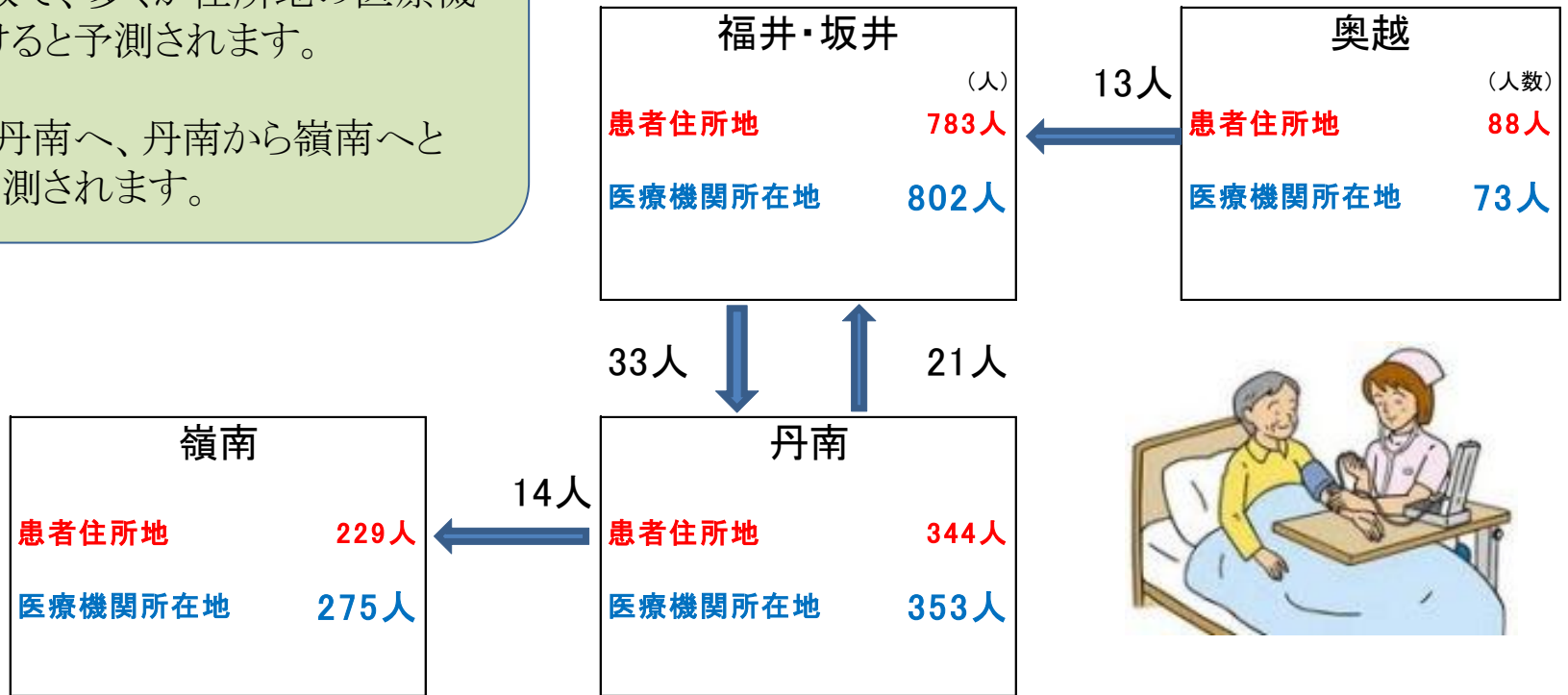
患者住所地 : 構想区域の住民で入院を要する患者数(推計)
医療機関所在地 : 構想区域内の医療機関に入院する患者数(推計)

B1.2025の入院患者の流入・流出の状況（慢性期）

※現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の1日の状況（2025年の人口構成反映）

高度急性期～回復期と比べて、福井・坂井への流入は少数で、多くが住所地の医療機関で医療を受けます。

福井・坂井から丹南へ、丹南から嶺南へといった流出も予測されます。



0.1以上10.0人未満の流出入は非公表のため、反映していない。

患者住所地 : 構想区域の住民で入院を要する患者数(推計)
医療機関所在地 : 構想区域内の医療機関に入院する患者数(推計)

- 本県は、入院患者の流入・流出を次のとおり推計・調整します。

高度急性期・急性期

限られた医療資源をできるだけ効率的に活用することが望ましいとの考え方のもと、医療機関所在地ベース(患者の流出入を見込んだもの)で推計

※急性期については、流出患者の2割を患者住所地の構想区域で調整

回復期・慢性期

できるだけ住所地に近いところで入院することが望ましいとの考え方のもと、患者住所地ベース(患者の流出入は見込まず、地域完結型を目指すもの)で推計

※回復期については、流出患者の2割を現状の流出先の構想区域で調整

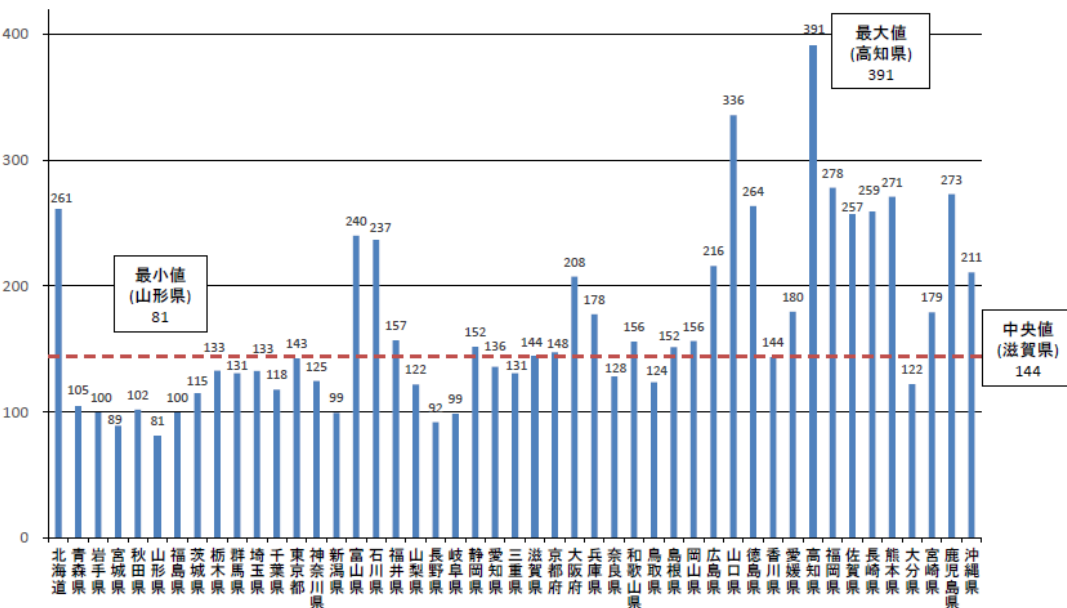
B1.慢性期の入院患者の一定割合を在宅医療等へ移行

▶法令により、慢性期病床から在宅医療等への移行を前提とした推計方法をとっています。

前提1:人口10万人あたりの慢性期の入院患者数(受療率)の全国の地域差の解消

前提2:入院患者の内、医療行為が少ない患者の在宅医療等への移行

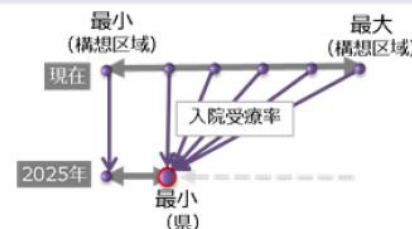
療養病床の都道府県別入院受療率 (平成25年)



地域差解消の考え方

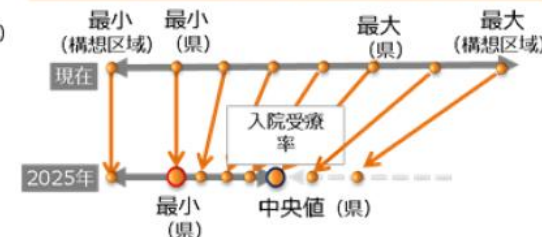
パターンA

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。



【地域差の解消】

- 慢性期の受療率の全国格差が大きい。
- 法令上、慢性期の入院患者を在宅医療等に移行させることで、全国の格差の解消を図る推計方法となっている。
- 推計はパターンAからパターンBの範囲となっている。

【本県における地域差の解消】

- 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等への移行を図るため、パターンBとする。

2025年の病床機能ごとの必要病床数の算定式

○必要病床数は、2025年時点の医療需要を、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%)

必要病床数の性格

- 医療機関が病床機能の転換や在宅医療の充実等に取り組む際の方向性を示すものです。
- 現在の病床を機械的・強制的に削減するものではありません。
- 医療機関が自主的に取り組み、将来のあるべき医療提供体制を実現するものです。

B2. 2025年の在宅医療等の必要量

構想区域	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	県計
在宅医療等	4,751	760	2,374	1,657	9,542

B3. 2025年の病床機能ごとの必要病床数

構想区域	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	県計
高度急性期	(441)	(12)	(41)	(57)	(551)
	588	16	55	76	735
急性期	(1,318)	(101)	(330)	(260)	(2,009)
	1,691	129	423	333	2,576
回復期	(1,352)	(163)	(519)	(347)	(2,381)
	1,502	181	577	386	2,646
慢性期	(801)	(86)	(355)	(261)	(1,503)
	871	93	386	284	1,634
計	(3,912)	(362)	(1,245)	(925)	(6,444)
	4,652	419	1,441	1,079	7,591

(上段＝医療需要) 下段＝必要病床数

C.病床機能報告の病床数と地域医療構想の必要病床数との比較

異なる分類方法のため、4機能ごとの単純比較はできない

病床機能報告

必要病床数

各病院の自己判断による選択

(各病院が表示したい医療機能であり、その選択にばらつきが生じる)

特徴

個々のレセプトデータの診療報酬点数による分類

A

B

C

(医療機関所在地ベース)

(組合せ型)

高度急性期・急性期:医療機関所在地ベース
回復期・慢性期:患者住所地ベース

H26(2014)

H25(2013) → H37(2025)

区分 (定性的基準)

10,068床

7,322床 **7,591床**

区分 (定量的基準)

2025年の必要病床数は病床の転換や在宅医療の充実に取り組む際の方向性を示すものであり、機械的・強制的に削減するものではない。

集中治療や特に高度な医療

1,293床

高度急性期

694床

735床

3,000点以上

患者数 521人 患者数 551人

一般的な手術や救急等の医療

4,661床

急性期

2,320床

2,576床

600点~3,000点未満

患者数 1,810人 患者数 2,009人

リハビリテーション等の医療

940床

回復期

2,306床

2,646床

**175点~600点未満
回復期リハビリテーション病棟**

患者数 2,076人 患者数 2,381人

長期療養に必要な医療
重度の障害者等に必要な医療

2,802床

慢性期

2,002床

1,634床

〈一般病床〉 障害者施設等、特殊疾患病棟の患者
〈療養病床〉 療養病床(回復期リハビリテーション病棟の患者を除く)-医療区分1の患者数の70%-地域差解消分

未報告(372床)

患者数 1,842人 患者数 1,503人

7,748人

入院患者計

6,249人

6,444人

5,700人

在宅医療等

7,199人

9,542人

一般病床の175点未満の入院患者 療養病床1の患者数の70%+地域差の解消分

在宅医療等を受けている患者
介護老人保健施設の入所者

13,448人

患者計

13,448人

15,986人

在宅医療等を受けている患者
介護老人保健施設の入所者

C.病床機能報告の病床数と地域医療構想の必要病床数との比較

○病床機能報告の病床を必要病床数と比較し、不足する病床機能と過剰となる病床機能を明確化します。

- ・急性期や慢性期の病床が多く、回復期の病床が不足する傾向にある。
- ・急性期や慢性期の病床を、回復期の病床等に転換していく必要がある。
- ・在宅医療等の医療需要の算定にあたっては、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、地域の実情を踏まえながら、在宅医療等の体制整備を進める必要がある。

○しかし、病床機能報告については、次の点に留意が必要です。

- ・病床機能報告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ものであること。
- ・病床機能報告は病棟単位となっており、1つの病床が複数の医療機能を担っている場合、主に担っている機能を1つ選択して報告していること。

つまり単純比較はできません。

D.目指すべき医療提供体制を実現するための施策

1. 医療機関の役割分担と連携を進め、質の高い医療を効率的に提供
 - ・中核的な病院の高度医療の推進
 - ・比較的病床が多い急性期の病床を、不足するリハビリ等を行う病床に転換
 - ・紹介や逆紹介、診療情報の共有など医療機関の役割分担と連携の推進
2. 地域で治し支える「地域完結型」の地域包括ケアシステムを構築
 - ・人材確保や多職種による情報共有など在宅医療の充実
 - ・慢性期病床等の活用による生活機能の維持向上と、新たな医療と住まいの提供
 - ・見守り活動や健康づくりなど地域包括ケアシステムによるまちづくりの推進
3. 質の高い医療や地域医療を支える医療人材を確保・育成
 - ・医師の確保・育成と地域偏在の解消
 - ・看護職員の確保・育成と離職防止
 - ・その他の医療従事者の確保

1 医療機関の役割分担と連携を進め、質の高い医療を効率的に提供

➤ **中核的な病院の高度医療の推進と急性期医療への特化**

- ・先進的な設備の整備など急性期医療の充実
- ・救急患者やリスクの高い分娩への対応など地域に貢献する医療の提供
- ・平均在院日数を短縮し地域の医療機関へ早期に紹介・転院

➤ **質の高い回復期の病床を各地域に確保**

- ・リハビリ専用病棟や地域包括ケア病棟の整備

➤ **QOLの維持向上と在宅復帰を目指す慢性期医療の提供**

- ・家族・患者の意向を踏まえた、「ときどき入院ほぼ在宅」の推進
- ・看取りやターミナルケアを中心とした慢性期医療の確保

➤ **地域の医療機関やかかりつけ医との切れ目ない連携**

- ・ICTを活用した診療情報の共有や地域連携パスの活用
- ・地域の中核的な病院とかかりつけ医との連携
- ・医療機能の役割分担と連携に関する県民の理解促進

2 地域で治し支える「地域完結型」の地域包括ケアシステムを構築

➤患者のニーズに応える在宅医療の充実

- ・訪問看護ステーションの強化
- ・医療と介護の橋渡しをスムーズにするための退院支援ルールなどの確立
- ・在宅医療に従事する人材の確保・育成

➤認知症への対応強化

- ・関係機関の認知症対応力の向上
- ・認知症の早期診断・治療のための体制整備

➤在宅医療を支える後方支援や居住施設の充実

- ・家族の負担軽減のための患者一時預かり機能の充実
- ・療養病床から新たな施設類型への転換促進により慢性期の医療・介護ニーズに対応

➤地域包括ケアシステムによるまちづくり

- ・多様な担い手による見守り活動の強化
- ・介護予防など生涯を通じた健康づくりの推進
- ・公共交通機関など移動手段の確保

3 質の高い医療や地域医療を支える医療人材を確保・育成

▶ **医師の確保・育成と地域偏在の解消**

- ・県内勤務を返還免除条件とした奨学生の確保
- ・若手医師のキャリア形成や県内定着
- ・中核的な病院から医師不足地域への医師派遣
- ・女性医師の育児や離職後の再就業等の支援

▶ **看護職員の確保・育成と離職防止**

- ・看護職員となる人材の養成と資質の向上
- ・県内での就業と定着の促進、離職の防止
- ・勤務環境改善等による医療従事者の負担軽減

▶ **その他の医療従事者の確保**

- ・都市圏からの薬学生、薬剤師のU・Iターン推進
- ・在宅訪問や口腔ケアなどを担う歯科衛生士の確保

E. 地域医療構想調整会議等で継続的に協議

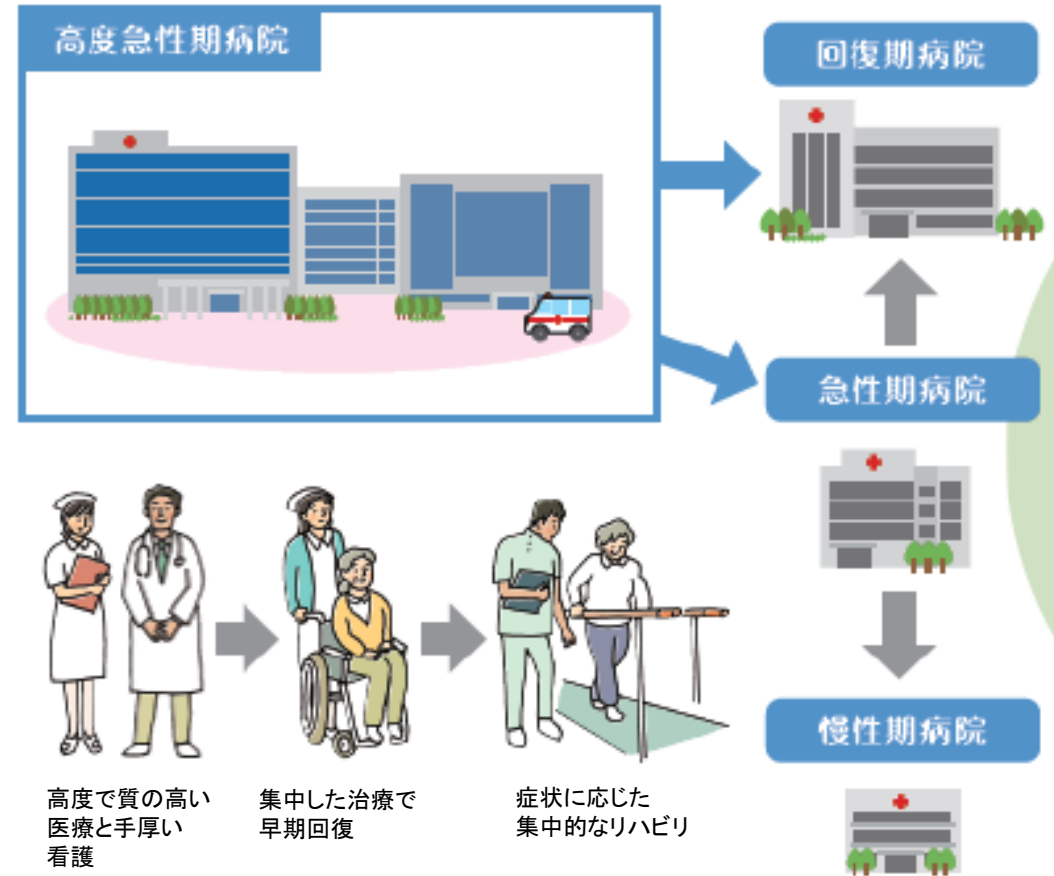
- ▶ **構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を毎年度開催し、医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への転換や在宅医療の充実を推進します。**
- ▶ **毎年度、医療審議会等で地域医療構想に掲げる施策の実施状況を評価し、必要に応じて地域医療構想を見直します。**

(地域医療構想の見直し)

- ▶ **本県では、平成30年度を始期とする次期医療計画を策定予定であり、介護保険事業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きます。その際にも、地域医療構想について必要に応じて見直していきます。**

➤ かかりつけ医を持ちましょう

➤ 急性期から回復期、慢性期までの医療機関の役割分担と連携に対するご理解をお願いします。



住み慣れた地域で「かかりつけ医」を持ちましょう!



＼かかりつけ医とは／

身近にいる地域のお医者さんのことです。私たちの日頃の健康管理や初期の治療をしてくれます。

かかりつけ医をもつ利点

- ① 家族全員の健康管理が受けられます。
- ② 健康診断結果の管理と慢性疾患に対するアドバイスを定期的に受けられます。
- ③ 普段の状態を知っているため緊急のときに、適切な対応ができます。
- ④ 専門外の病気の場合は、適切な診療科への紹介ができます。
- ⑤ 特殊な検査、入院が必要なときは、専門病院への紹介ができます。
- ⑥ 介護保険サービスに關しての適切なアドバイスが受けられ、認定時の主治医意見書作成のほか、在宅医療、訪問看護・訪問リハビリ・訪問介護などにもつながります。
- ⑦ 薬や検査の重複による危険や医療費のムダがなくなります。

POINT

日頃の健康管理はかかりつけ医にお任せください!!

