

第7次岡山県保健医療計画 (地域医療構想含む)について

岡山県保健福祉部
医療推進課

1 医療計画制度について

P1

2 第7次岡山県保健医療計画について

P3

3 医療・介護サービス提供体制改革について

P17

4 地域医療構想について

P22

5 参考

P36

医療計画制度について

医療計画制度の趣旨

- 県が、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るために策定
- 医療提供の量（病床数）を管理するとともに質（医療連携・医療安全）を評価
- 医療機能の分化・連携（「医療連携」）を推進し、急性期から回復期、在宅療養まで、地域で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進
- 数値目標を定め、PDCAの政策循環を実施

医療計画で定めるもの

① 二次医療圏

主として病院の病床（一般病床と療養病床）の整備を図るべき地域的単位

② 三次医療圏（北海道以外は都府県に一致）

特殊な医療の需要に対応するため設定する区域

③ 基準病床数

- ・ 一般病床 + 療養病床： 二次医療圏単位
- ・ 精神病床、感染症病床、結核病床： 都道府県単位

④ 地域医療構想（今回新たに加わった）

2025年の人口推計に基づく医療需要を踏まえ、必要となる病床数を推計し、目指すべき医療提供体制やこれを実現するための施策を示したもの

⑤ 医療連携体制に関する事項

5疾病5事業及び在宅医療に係る目標、医療連携体制等を示す。

- ・ 5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、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（小児救急医療を含む）、

⑥ 医療従事者の確保：地域医療支援センター 等

⑦ 医療の安全の確保：医療安全支援センター

など

第7次岡山県保健医療計画について

第7次岡山県保健医療計画

○計画の趣旨及び性格

- ・医療法の規定により県が策定
- ・県民の高い健康水準の確保を目指し、少子化や高齢化に対応した
長期的、包括的な保健医療体制の整備を推進するための基本指針
で、県の保健医療行政の基本となる計画

○計画の期間：平成28年度～29年度

※次の第8次岡山県保健医療計画では、平成30年度を初年度とする6年間の計画とすることで、岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画との整合性の確保を図る。

○計画の基本理念

「すべての県民がいきいきとした生活を送れるよう、県内どこに住んでいても質の高い保健医療サービスが効率的に受けられる体制の充実」を基本理念とし、限られた医療資源を有効・効率的に活用しながら、住民・患者の視点に立った、医療情報の提供や疾病の予防から、治療、リハビリテーション、介護まで、病院等施設や地域におけるより良質で効率的な保健医療体制の確立を目指す。

第7次岡山県保健医療計画の概要

保健医療を取り巻く環境の変化

- 急速な高齢化の進展
- 生活習慣病の増加などの疾病構造の変化
- 医療技術の高度化・専門化
- 地域全体で治し、支える「地域完結型医療」への転換の必要性



安全で安心な保健医療体制を構築するため、第7次岡山県保健医療計画を策定

計画の体系

岡山県の保健医療の現状

保健医療圏（一次・二次・三次保健医療圏）

基準病床数（基準病床数の算定、有床診療所の特例）

地域医療構想

医療提供体制の整備

- 安全・安心な医療の提供
- 医薬分業の定着支援

疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築

- 医療法で定める5疾病
- 医療法で定める5事業及び在宅医療

地域保健医療・生活衛生対策の推進

- 臓器移植・造血幹細胞移植医療対策
- 感染症対策
- 難病対策
- 健康危機管理対策
- 医薬安全対策
- 生活衛生対策

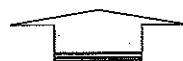
保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組の推進

- 健康増進
- 母子保健
- 学校保健
- 職域保健
- 高齢者支援
- 心身障害児（者）支援
- 歯科保健
- 保健所の機能強化
- 健康づくりボランティアの育成

保健医療従事者の確保と資質の向上

- 医師
- 歯科医師
- 薬剤師
- 看護職員
- その他の保健医療従事者

地域保健医療計画：○県南東部保健医療圏 ○県南西部保健医療圏 ○高梁・新見保健医療圏
○真庭保健医療圏 ○津山・英田保健医療圏



計画の推進体制と評価

計画の数値目標

保健医療圏

保健医療圏は、保健医療資源の効率的かつ適正な配置を図るとともに、保健医療機関相互の機能分担と連携を推進し、保健医療提供体制の体系化を図るための地域単位です。

二次保健医療圏については、従来どおりの5圏域としています。

また、県全体の保健医療計画とともに、二次保健医療圏ごとの「地域保健医療計画」を策定し、その圏域における保健医療の課題を明らかにし、必要な対策を講じることにしています。

圏 域	医師数	歯科医師数	薬剤師数	看護師数
県南東部保健医療圏	3,066(332.8)	1,060(115.1)	2,174(236.0)	9,847(1,068.9)
県南西部保健医療圏	2,010(281.9)	496(69.6)	1,127(158.1)	7,168(1,005.3)
高梁・新見保健医療圏	103(154.2)	39(58.4)	96(143.7)	542(811.4)
真庭保健医療圏	76(156.3)	25(51.4)	69(141.9)	532(1,093.8)
津山・英田保健医療圏	363(194.2)	115(61.5)	311(166.4)	1,900(1,016.6)
合 計	5,618(290.2)	1,735(89.6)	3,777(195.1)	19,989(1,032.5)
全 国	(237.8)	(80.4)	(219.6)	(796.6)

(資料:厚生労働省「平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査」等による登録者数)

※()は人口10万対

基準病床数

基準病床数は、病院及び診療所の病床の適正配置を図ることを目的として、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき定めるものです。

病床は、入院医療を必要とする患者が入院治療に必要な期間利用できるよう、効率的かつ適切に活用されなければなりません。このため、入院医療の確保に当たっては、医療機関相互又は医療機関と保健・医療施設や在宅サービスとの機能分担と連携を図っていく必要があります。

病 床 区 分	保 健 医 療 圏	基 準 病 床 数	既 存 病 床 数
療養病床及び一般病床	県南東部保健医療圏	8,940	10,031
	県南西部保健医療圏	7,463	8,449
	高梁・新見保健医療圏	310	794
	真庭保健医療圏	450	718
	津山・英田保健医療圏	1,618	1,984
	合 計	18,781	21,976
精 神 病 床	県 全 域	5,042	5,542
感 染 症 病 床	県 全 域	26	26
結 核 病 床	県 全 域	54	141

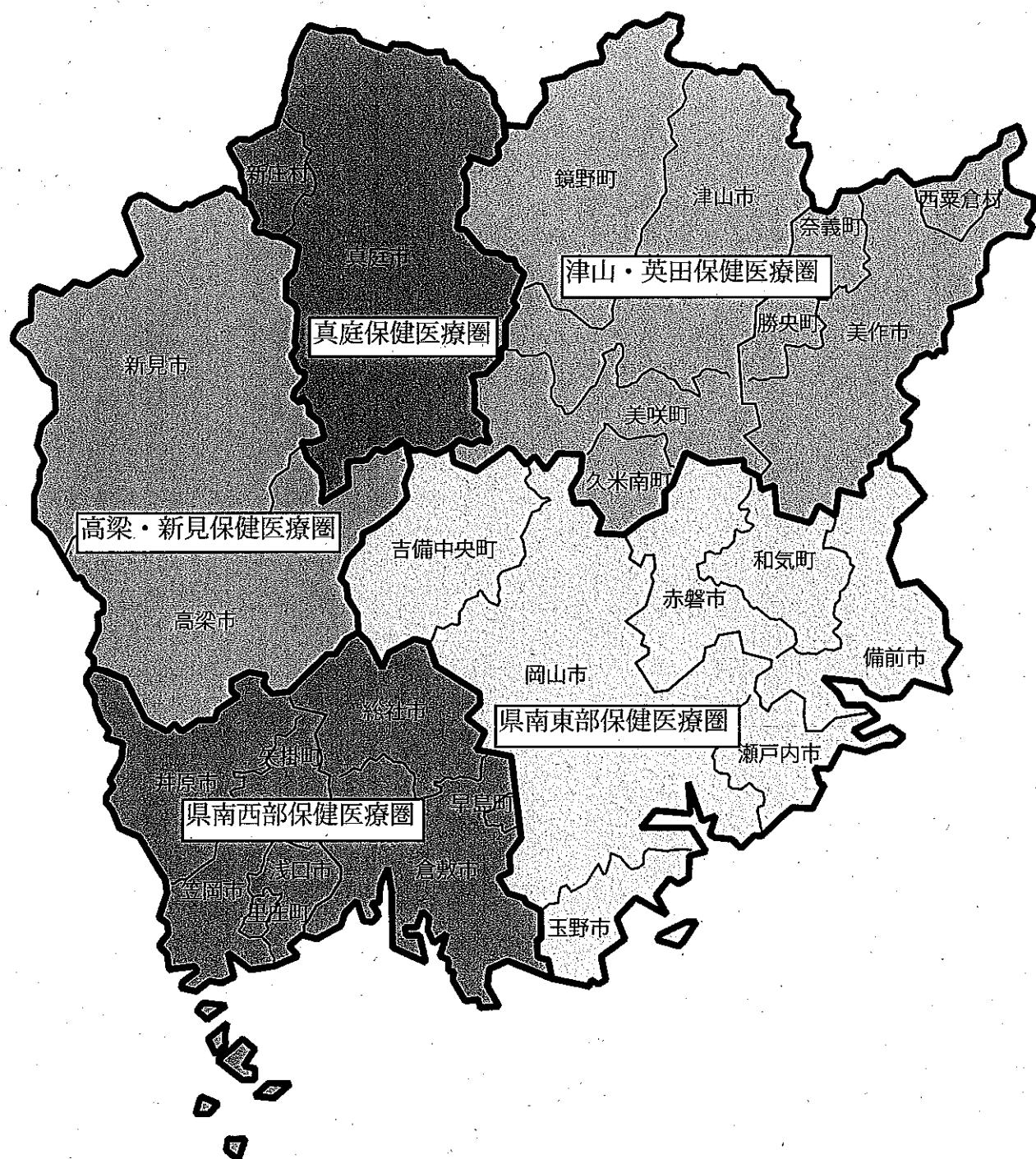
※ 既存病床数は平成27年4月1日現在

既存病床数のうち、有床診療所の一般病床については、平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る。また、職域病院等の病床数は既存病床には算入しない。

図表 3-2-2-2

岡山県二次保健医療圏設定図

平成28年4月1日現在



地域医療構想

地域医療構想は、地域における病床の機能の分化及び連携を推進することを目的として、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号の規定に基づき定めるものであり、2025年の人口推計に基づく医療需要を踏まえ、必要となる病床数を推計し、目指すべき医療提供体制やこれを実現するための施策を示すものです。

構想策定後は、5つの保健医療圏（構想区域）ごとに地域医療構想調整会議を開催し、将来の地域にふさわしい医療提供体制の構築について関係者の協議を促進するとともに、構想実現に向けた医療機関の取組を地域医療介護総合確保基金の活用等により支援していくこととしています。

構想区域別病床数の現況及び推計の比較

(単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数 [地域医療構想策定支援ツールから]			(2)-(1)	(2)/(1)
		病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)	H52(2040)		
県南東部	高度急性期	2,385		2,385	1,125	1,187	1,146	▲ 1,198	49.8%
	急性期	4,168	556	4,724	2,968	3,335	3,318	▲ 1,389	70.6%
	回復期	1,006	123	1,129	2,500	2,927	2,969	1,798	259.3%
	慢性期	2,365	290	2,655	2,163	2,029	2,052	▲ 626	76.4%
	無回答	258	230	488				▲ 488	
	計	10,182	1,199	11,381	8,756	9,478	9,485	▲ 1,903	83.3%
県南西部	高度急性期	2,007	17	2,024	863	888	830	▲ 1,136	43.9%
	急性期	2,839	385	3,224	2,380	2,722	2,644	▲ 502	84.4%
	回復期	977	100	1,077	2,289	2,761	2,742	1,684	256.4%
	慢性期	2,171	133	2,304	2,061	1,866	1,876	▲ 438	81.0%
	無回答	314	156	470				▲ 470	
	計	8,308	791	9,099	7,593	8,237	8,092	▲ 862	90.5%
高梁・新見	高度急性期				18	17	15	17	
	急性期	348	29	377	130	123	113	▲ 254	32.6%
	回復期	113		113	143	134	122	21	118.6%
	慢性期	322		322	279	192	178	▲ 130	59.6%
	無回答		34	34				▲ 34	
	計	783	63	846	570	466	428	▲ 380	55.1%
真庭	高度急性期				26	25	22	25	
	急性期	367	56	423	163	157	144	▲ 266	37.1%
	回復期	55		55	180	175	160	120	318.2%
	慢性期	175		175	155	106	100	▲ 69	60.6%
	無回答		19	19				▲ 19	
	計	597	75	672	524	463	426	▲ 209	68.9%
津山・英田	高度急性期	452		452	137	132	118	▲ 320	29.2%
	急性期	522	156	678	514	501	460	▲ 177	73.9%
	回復期	232		232	487	483	452	251	208.2%
	慢性期	677	100	777	605	414	411	▲ 363	53.3%
	無回答		83	83				▲ 83	
	計	1,883	339	2,222	1,743	1,530	1,441	▲ 692	68.9%
小計	高度急性期	4,844	17	4,861	2,169	2,249	2,131	▲ 2,612	46.3%
	急性期	8,244	1,182	9,426	6,155	6,838	6,679	▲ 2,588	72.5%
	回復期	2,383	223	2,606	5,599	6,480	6,445	3,874	248.7%
	慢性期	5,710	523	6,233	5,263	4,607	4,617	▲ 1,626	73.9%
	無回答	572	522	1,094				▲ 1,094	
	計	21,753	2,467	24,220	19,186	20,174	19,872	▲ 4,046	83.3%

県南東部	ハンセン病療養所の病床	1,325		1,325			
------	-------------	-------	--	-------	--	--	--

合計	23,078	2,467	25,545	19,186	20,174	19,872
----	--------	-------	--------	--------	--------	--------

*1 平成27年4月1日現在の病床数は、許可病床数の数値に合わせるため、平成26年7月1日現在の病床機能報告の数値をもとに、県において調整した数値である。

2 H25(2013)、H37(2025)及びH52(2040)の数値は、厚生労働省配付の地域医療構想策定支援ツールの医療機関所在地別、特例による数値である。

3 ハンセン病療養所の病床は、医療保険適用分以外は推計の対象外とされている。

章名	7 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築
節名	2 医療法で定める5事業及び在宅医療

6 在宅医療

1 現状と課題

現状	課題
(プライマリケア) <ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣病の治療や管理だけでなく、健康問題の相談等にも対応するプライマリ・ケア※1の中心的な役割を担っているのが、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医(以下「かかりつけ医等」という。)です。 ○医師臨床研修では、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度、技能、知識)を修得するため地域医療が必修科目とされています。 	○かかりつけ医等は、必要に応じて専門医療機関や訪問看護、介護事業所との連携のもと、適切な対応を行う必要がありますが、このための研鑽を積む機会は限られています。
(在宅医療の推進) <ul style="list-style-type: none"> ○県が平成27年度に実施した「県民満足度調査」では、余命が6ヶ月程度あるいはそれより短いと告げられた場合、61.4%の人が自宅で過ごしたいと希望しています。(図表7-2-6-1) ○退院支援担当者を配置している医療機関は、診療所14施設、病院70施設の計84施設です。 ○入院中に医療機関が退院時カンファレンスを開催した患者の割合は、年齢調整後の全国を100とした場合、147.2であり、全国より高くなっています。(NDB) 	
○病院の電子カルテや画像等の診療情報をかかりつけの診療所等で閲覧することができ、また、地域における医療・介護関係者間で在宅療養患者の情報共有もできる医療情報ネットワーク岡山(晴れやかネット)を構築しています。	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関は退院時カンファレンスを全国よりは実施しているものの、在宅医療※2関係者から退院支援は未だ不十分という声も強いことから、入院医療機関が退院支援機能を強化し、医療機関と介護支援専門員等、関係機関間の連携の強化が必要です。 ○医療情報ネットワーク岡山(晴れやかネット)の利用は未だ低調であり、利用促進が必要です。

(在宅医療提供体制の整備)

○訪問診療が提供できる医療機関は、692施設(39.9%)です。往診が可能な医療機関は、1,234施設(69.1%)です。(おかやま医療情報ネットH27.3.31現在)	○在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院のうち、161施設(44.2%)は、H25.7～H26.6の1年間に、在宅看取りを行っていません。 (資料:中国四国厚生局岡山事務所:在宅療養支援診療所等に係る7月報告書)
○在宅医療で中心的な役割を担う機関として、在宅療養支援診療所(以下「支援診療所」という。)は331施設、在宅療養支援病院(以下「支援病院」という。)は33施設となっています。県南部では年々増加していますが、県北部では増えません。(図表7-2-6-2)	
○歯科診療所1,006施設のうち、在宅療養支援歯科診療所(以下「支援歯科診療所」という。)は、平成26年4月1日現在 147施設(14.6%)であり、平成24年度の118施設から29カ所増加(24.6%増)しています。(図表7-2-6-3)	○口腔機能の低下や誤嚥を予防することで、食べる楽しみの確保に加え、食介護負担の軽減や誤嚥性肺炎の防止による生活の質の維持・向上につなげるため、在宅療養患者が訪問歯科診療を利用しやすくする必要があります。
○支援歯科診療所は県南に偏在しているため、県では、訪問診療を希望する患者等に対し、訪問治療が可能な地域の歯科医師を紹介する「歯科往診サポートセンター」を県歯科医師会に委託して設置し、センターに登録する歯科診療所と調整して、歯科治療や口腔ケア指導等を提供しています。 現在、県内の登録歯科診療所は413施設(4.1.1%)あります。 圏域別には、「高梁・新見」では16施設、「真庭」では18施設、「津山・英田」では25施設が登録しており、在宅療養支援歯科診療所の少ない圏域をカバーしています。(図表7-2-6-4)	○在宅歯科医療については、支援歯科診療所が少ない圏域における歯科往診ニーズに対応するため、県北圏域の支援歯科診療所の増加とサポートセンター登録歯科診療所の増加による支援体制の整備が必要です。 ○在宅療養者の歯科往診機会を確保するため、県民への歯科往診の周知とともに、医療連携の強化につながるよう、「歯科往診サポートセンター」機能の強化を図っていく必要があります。
○在宅療養患者を訪問して薬剤管理指導をする薬局は719施設であり、県内全薬局807施設の89.1%でほとんどの薬局で訪問薬剤管理指導が可能です。(図表7-2-6-5、全薬局数は医薬安全課調べH26.3.31現在)	○実際に訪問指導を実施しているのは、一部の薬局にとどまっているため、在宅訪問による薬剤管理を促進していく必要があります。
○訪問看護事業所の数は、介護保険制度発足時に613事業所であったものが、平成27年4月には、1,392事業所に増加しています。このうち、訪問看護ステーションは、平成24年度以降、県南東部では増加しています。(図表7-2-6-6) 訪問看護を利用した人は、平成26年度で1月当たり5,198件と、前年比104.4%に伸びています。(国保連合会業務統計表)	○在宅医療を必要とする人は今後も増加が見込まれることから、適切に訪問看護が利用されるよう県民や介護関係者へ周知を図るとともに、訪問看護のサービス提供体制の強化を図っていく必要があります。

○診療報酬上の在宅患者訪問栄養食事指導料を実施できる診療所・病院は50施設です。	○在宅患者・居宅要介護者の増加に伴い、栄養ケアサービスの需要が増大することが見込まれるため、栄養指導が必要な者に対して、栄養指導が実施可能な体制の整備が必要です。
○団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、県においても高齢化率が31.3%になることが予想され、後期高齢者が前期高齢者の人口を上回ります。	○団塊の世代の高齢化が進むにつれ、認知症者の増加が予測されます。 ○在宅の認知症患者への支援のため、在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得する必要があります。
○NICU(新生児特定集中治療室)退院児の約74.2%は家庭へ帰っていますが、人工呼吸器を装着するなど、高度な医療管理を必要としながら在宅での生活を行っている児がいます。	○医療依存度が高く、長期入院をしている児がスムーズに在宅へ移行することを支援するため、ハイリスク新生児に対して、関係機関が連携を図りながら、継続して支援を行う体制の整備が必要です。
(在宅での看取り)	
○県が平成26年に実施した「在宅療養及び人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、自分で判断ができなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面(リビングウィル等)をあらかじめ作成しておくことに賛成する者の割合は半数を超えていました。 ○現在自宅で死亡される方の割合は概ね11%です。(図7-2-6-7)	○リビングウィル※3という言葉とその意味を知っている者は1割に満たず、実際に書面を作成している者は殆どないため、リビングウィルの普及及びその実行に向けた働きかけが必要です。 ○本人や家族が満足できる在宅看取りが行われるよう、在宅医療に従事する者の資質向上を図る必要があります。

※1 プライマリ・ケア

プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられます。

(一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会ホームページより抜粋)

※2 在宅医療

在宅医療とは、居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等、医療提供施設以外における医療です。

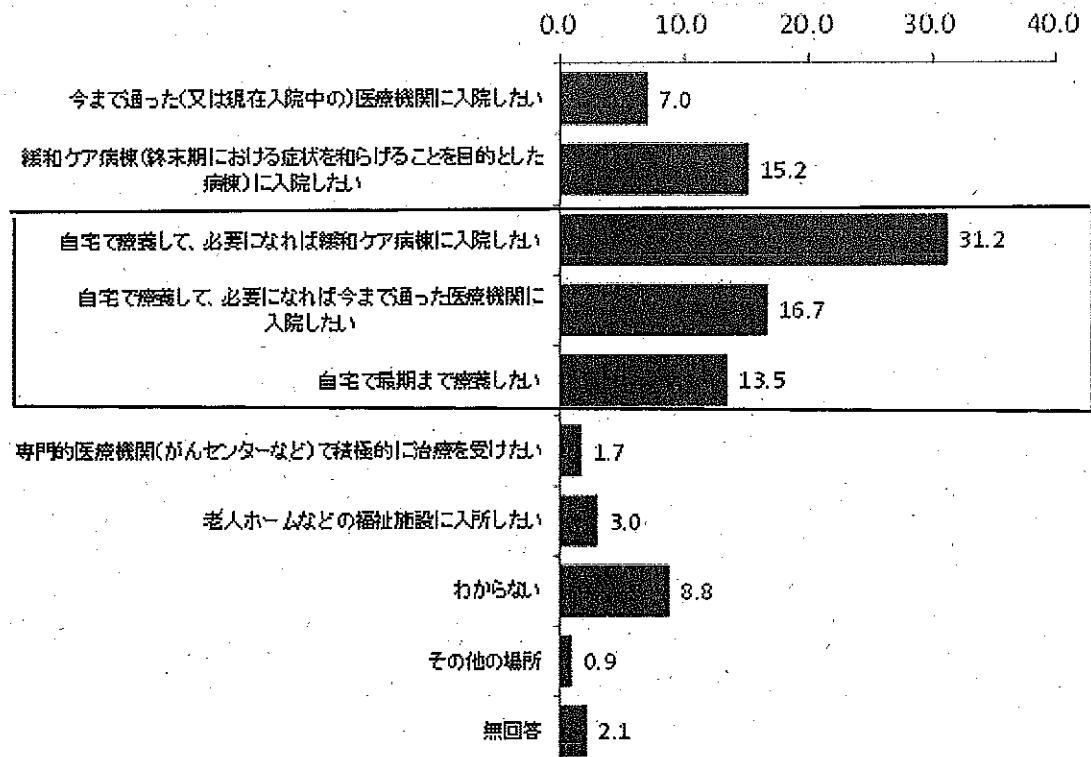
(平成24年3月30日付け医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知)

※3 リビングウィル

リビングウィルとは、自分で判断ができなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面のことです。

図表7-2-6-1 終末期の療養場所に関する希望

余命が6ヶ月程度あるいはそれより短いと告げられた場合、療養生活は最期までどこで送りたいか。



(資料：岡山県「県民満足度調査(人生の最終段階における医療編)」(H27))

図表7-2-6-2 在宅療養支援診療所・病院数の推移

		県南東部 保健医療 圏	県南西部 保健医療 圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療 圏	津山・英田 保健医療圏	合計
在宅療養支援 診療所	H24	185	80	8	11	31	315
	H25	185	80	8	11	31	315
	H26	194	88	7	12	30	331
在宅療養支援 病院	H24	9	9	0	1	3	22
	H25	9	10	0	1	3	23
	H26	13	16	0	1	3	33
在宅療養支援診 療所・病院の計	H24	194	89	8	12	34	337
	H25	194	90	8	12	34	338
	H26	207	104	7	13	33	364
人口10万対 (H22国勢調査)	H26	22.5	14.6	10.2	26.0	17.3	18.7

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-3 在宅療養支援歯科診療所の推移

	県南東部 保健医療圏	県南西部 保健医療圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療圏	津山・英田 保健医療圏	合計
H24	61	49	4	0	4	118
H25	74	61	4	0	6	145
H26	77	61	4	0	5	147
H26 人口10万対 (H22国勢調査)	8.4	8.5	5.8	0	2.6	7.6

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-4 歯科往診サポートセンターに登録する歯科診療所数

圏域別	歯科医療機関数*A	登録歯科診療所数*B
県南東部	541 (53.8%)	210 (38.8%)
県南西部	336 (33.4%)	144 (42.9%)
高梁・新見	24 (2.4%)	16 (66.7%)
真庭	22 (2.2%)	18 (81.8%)
津山・英田	83 (8.2%)	25 (30.1%)
合計	1,006 (100%)	413 (41.1%)

(資料：A：衛生統計年報 H24.10, B：県歯科医師会 H26.3)

図表7-2-6-5 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出施設数推移

	県南東部 保健医療圏	県南西部 保健医療圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療圏	津山・英田 保健医療圏	合計
H24	351	206	19	26	80	682
H25	356	213	20	25	82	696
H26	372	218	20	26	83	719
H26 人口10万対 (H22国勢調査)	40.4	30.5	29.1	52.1	46.9	37.0

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-6 訪問看護事業所数

		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	合計
H12	訪問看護事業所						613
	うち訪問看護ステーション						2
H15	訪問看護事業所	455	301	40	26	94	916
	うち訪問看護ステーション						15
H18	訪問看護事業所	559	352	43	28	105	1,087
	うち訪問看護ステーション	12	6	1	1	2	22
H21	訪問看護事業所	639	406	44	30	114	1,233
	うち訪問看護ステーション	48	33	5	5	11	102
H24	訪問看護事業所	662	413	36	29	116	1,256
	うち訪問看護ステーション	55	36	5	5	13	114
H25	訪問看護事業所	693	427	36	28	116	1,300
	うち訪問看護ステーション	58	37	5	5	12	117
H26	訪問看護事業所	710	438	37	29	119	1,333
	うち訪問看護ステーション	62	34	6	5	12	119
H27	訪問看護事業所	754	445	40	29	124	1,392
	うち訪問看護ステーション	66	36	5	5	15	127

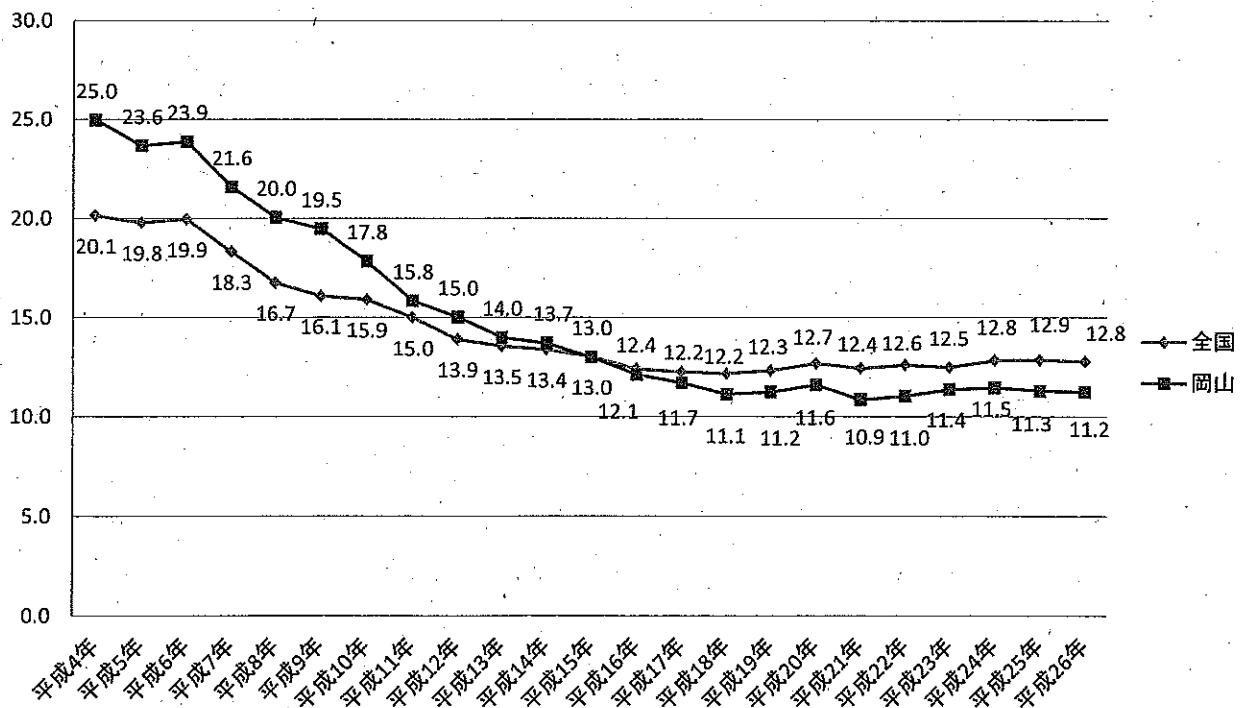
(資料:岡山県長寿社会課)

※平成12年度は団域別の事業所数は不明

※平成12・15年度は団域別の訪問看護ステーション数は不明

図表7-2-6-7

死亡の場所別にみた死者割合【自宅】



(資料:厚生労働省「人口動態統計」)

2 施策の方向

項目	施策の方向
プライマリケア	<ul style="list-style-type: none"> ○県民に対し、かかりつけ医等を持つよう周知を図るとともに、おかやま医療情報ネットにより、適切な医療機関の選択を支援します。 ○在宅医療に関する研修を通じて、プライマリ・ケアを担う医師の資質向上を図ります。また、地域での研修や会議等を通じて、24時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。
在宅医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○質の高い在宅医療を行うために、かかりつけ医を中心に、訪問看護ステーション、支援病院、保険薬局、地域包括支援センター等との連携体制づくりを進めます。 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた取組等について、都市医師会や地域の医療機関を支援する岡山県医師会の取組を支援します。 ○県・保健所と職能団体・関係団体等が協働で在宅医療に関する研修会等を開催し、多職種協働による在宅医療の推進を図ります。 ○市町村が開催する地域包括ケアシステム構築のため会議や研修に県が参画するとともに、先進事例を紹介する研修会の開催等に取り組みます。 ○訪問歯科医療や訪問看護を行う機関を紹介する窓口を設置運営し、在宅医療の普及を図ります。 ○「医療ネットワーク岡山（愛称：晴れやかネット）」について、医療・介護関係者のみならず、県民に対しても普及啓発を進めます。
在宅医療提供体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種が連携・協働した在宅医療と介護を提供する体制を構築するためには、各職種が自らの役割と他職種との連携について理解し的確に役割を果たすことが必要です。このため、医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種の連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ります。 ○在宅医療に従事する医師は、在宅医療チームのリーダーとしての役割が大きく、プライマリ・ケアの実践、リビングウィルの作成への助言、在宅看取りへの対応等が求められていることから、県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応及び質の向上を図ります。 ○在宅歯科医療は、居宅療養患者に対する義歯作製やむし歯治療等の歯科治療に終わるものではなく、口腔ケアによる継続的な管理が求められるため、在宅歯科医療に従事する歯科医師、歯科衛生士の資質向上を図ります。 ○訪問口腔衛生指導のほか、在宅歯科治療、摂食嚥下訓練等に従事する歯科衛生士の確保に努めます。 ○地域包括ケアシステムの構築に向けて、地区歯科医師会に働きかけ、地域の在宅歯科医療提供体制の整備に努めます。歯科往診サポートセンターを中心に、県民や医療・介護関係職等への歯科往診制度の周知や往診歯科医師の派遣調整を行います。また、歯科往診サポート

	<p>センター登録歯科診療所の増加に努めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○薬剤師については、県薬剤師会と協働して、研修を実施することにより、在宅訪問による薬剤管理指導ができる人材の育成に努めます。 ○県看護協会等との協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している「訪問看護推進協議会」において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。 ○管理栄養士の資質向上のための研修会の中で、在宅医療における栄養指導の重要性を普及啓発します。 ○認知症患者の在宅療養を支援するため、医師会、精神科医会、訪問看護事業所等と連携し、認知症患者の在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得するための研修を行います。 ○NICU(新生児特定集中治療室)で長期の療養を要した児を始め、在宅医療を必要とする小児患者、障害児が在宅において、必要なサービスが提供され、地域で安心して療養できるよう、保健・医療・福祉・介護等の関係機関と連携し、地域で在宅療養を支える体制の構築に取り組みます。
在宅での看取り	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関、医師会、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民が在宅医療の目的・意義等を理解し、医療に積極的に参画することで、県民が豊かな人生を送るために、人生の最終段階における患者本人の医療に関する希望について考える取組を推進します。中でも患者本人の希望を書面(事前指示書、リビングウィル、エンディングノート等)で伝えておく取組の普及を図ります。 ○医療・介護関係者と連携し、県民に対する県民フォーラム等を開催し、県民が在宅医療の目的・意義等を理解し、医療に積極的に参画することで、自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、生命の尊厳について考える機会を提供します。 ○在宅医療に従事する医師は、在宅医療チームのリーダーとしての役割が大きく、プライマリ・ケアの実践、リビングウィルの作成への助言、在宅看取りへの対応等が求められていることから、県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応及び質の向上を図ります。【再掲】 ○県看護協会等との協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している「訪問看護推進協議会」において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。【再掲】

3 数値目標

項目	現状	平成29年度末目標
自宅死亡者の割合	11.2% (H26年)	13%
内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合	32.0% (H26.4.1)	35%
病院(精神科病院を除く)のうち在宅療養支援病院の数の割合	21.6% (H26.4.1)	25%
退院支援担当者を配置している医療機関	84施設 (H23年)	126施設
訪問看護(介護給付におけるサービス利用見込み)回／月	51,015 (H26年度)	65,675

医療・介護サービス提供 体制改革について

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（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

公布日（平成26年6月25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。

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的：今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築



地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

- 医療及び介護サービスの整合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度
 - ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
 - ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■ 地域での効率的かつ質の高い医療の確保

- 病床の機能分化・連携
 - ・各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を県に報告
 - ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想）を策定
 - ・地域医療構想は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる
- 有床診療所等の役割の位置づけ
 - ・病床機能報告制度及び地域医療構想の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。
- 在宅医療の推進・介護との連携

サービスの充実

■ 地域包括ケアシステムの構築

- 地域支援事業の充実
 - ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
 - ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
 - *前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進
- 全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- 特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 *要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の
基盤制度の整備

■ 地域での効率的かつ質の高い医療の確保

- 医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ
- 医療法人制度に係る見直し
 - ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
 - ・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。
- 臨床研究中核病院の位置づけ
- チーム医療の推進
 - 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
 - 診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■ 医療・介護従事者の確保

- 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ
- 看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設
- 医療機関の勤務環境改善
 - *指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み
- 臨床修練制度の高度な医療技術を有する外國医師への拡充
- 歯科技工士国家試験の全国統一化
- 介護従事者の確保
 - *上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■ 持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

- 低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - *給付費の5割の公費に加入別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げ
- 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

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職※の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。

入院医療

【高度急性期
病院】

- ・医師・看護師を多く配置
- ・質の高い医療と手厚い看護により、早期に「急性期後の病院」や「リハビリ病院」に転院可能

【急性期病院】

【回復期病院】

【慢性期病院】

- ・身近なところで集中的なリハビリを受けることができる。

いつでも必要な場合に往診してくれる医師が近くにいて、必要な訪問看護サービスを受けることができる。

外来
医療

在宅
医療

有床
診療所

発症

住まい
(患者さん・家族)

歯科
医療

薬局

連携強化

【在宅介護サービス】

- ・24時間対応の訪問介護・看護サービス、小規模多機能型居宅介護等により、高齢者の在宅生活を支援

【生活支援・介護予防】

- ・ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、買い物支援等の生活支援サービスが充実
- ・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・
老人保健施設】



・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

「地域包括ケアシステムの整備」

医療・介護・住まい・予防・生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築

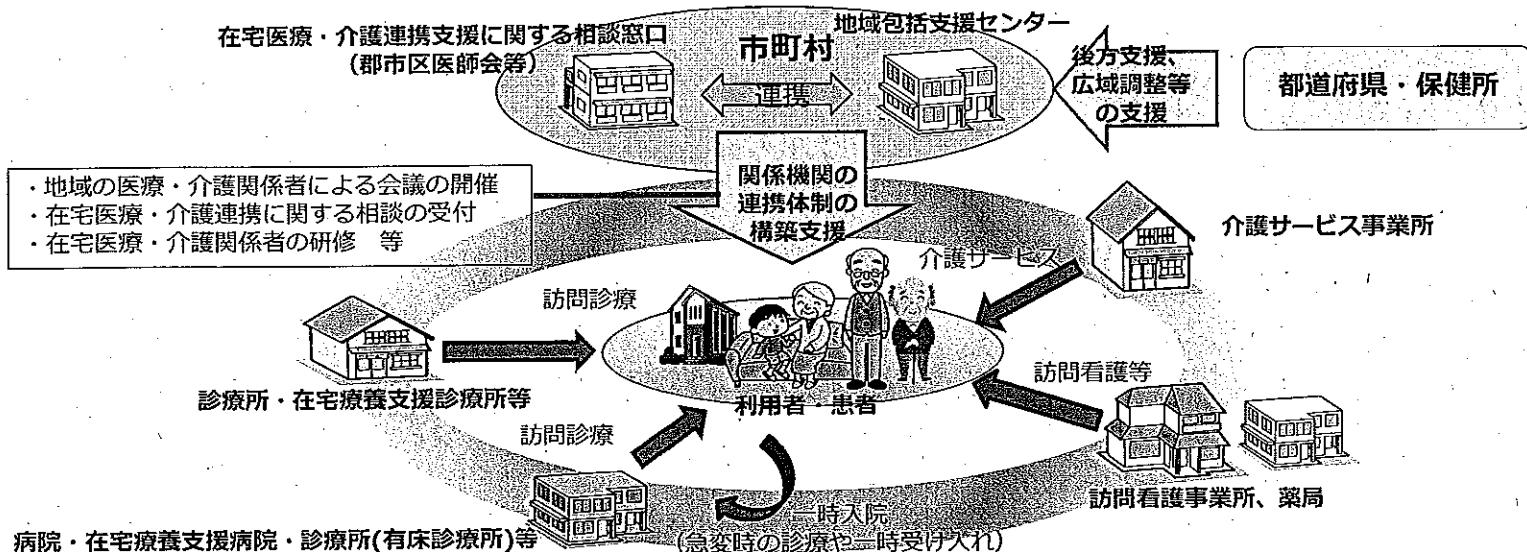
※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所・薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討	(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制 の構築推進
◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化	◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討	◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
(エ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	(カ) 医療・介護関係者の研修
◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援	◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援	◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等
(キ) 地域住民への普及啓発	(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	
◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等	◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討	

医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

- 医療・介護サービスについては、2025年(平成37年)に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、以下の見直しを行う。

① 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的・強い整合性を持つ形で策定

①-1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定

①-2 医療計画の策定サイクル(現在5年)の見直し

→平成30年度以降、介護と並ぶよう6年に。在宅医療など介護と関係する部分は、中間年(3年)で必要な見直し。

①-3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実

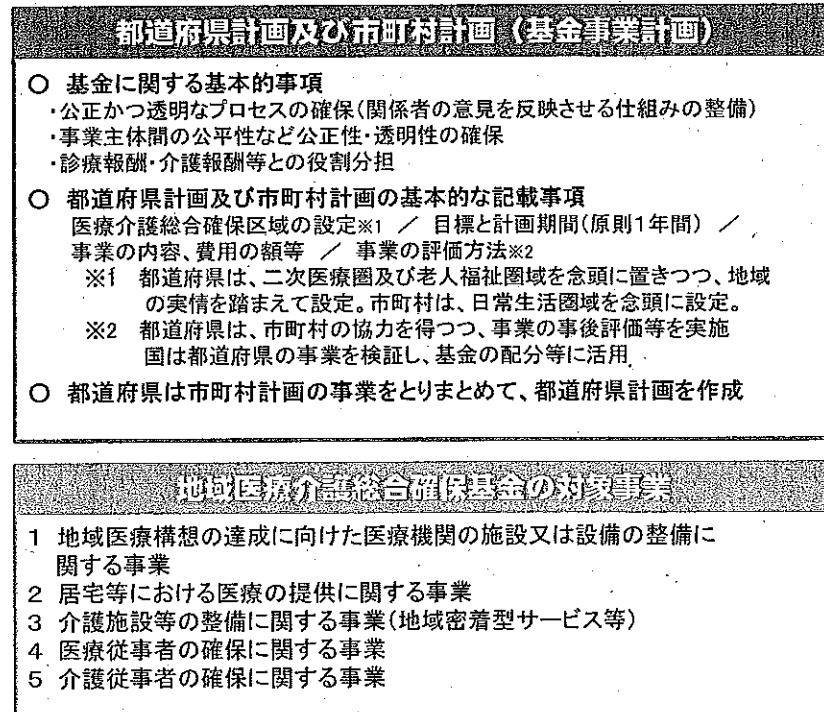
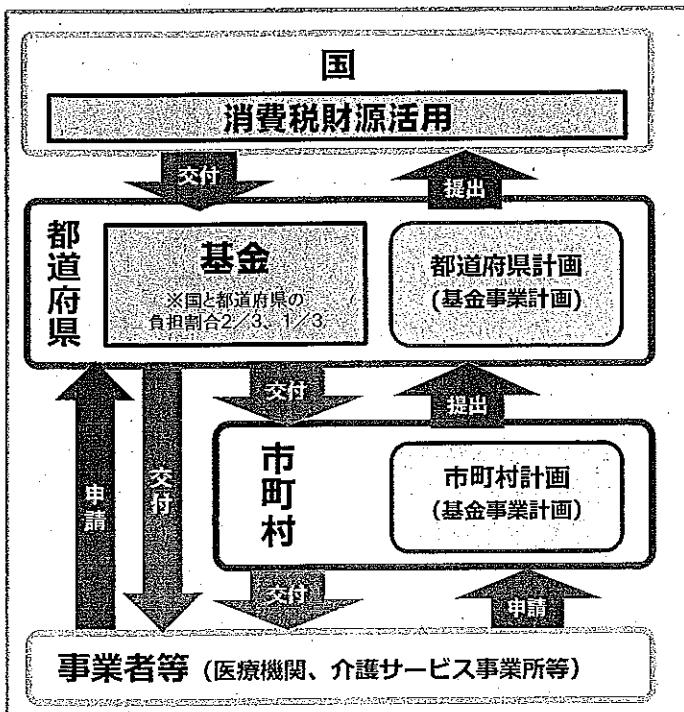
→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療構想においても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制について記載。

② 病床の機能分化・連携、医療従事者の確保・養成、在宅医療・介護の推進のため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化する。

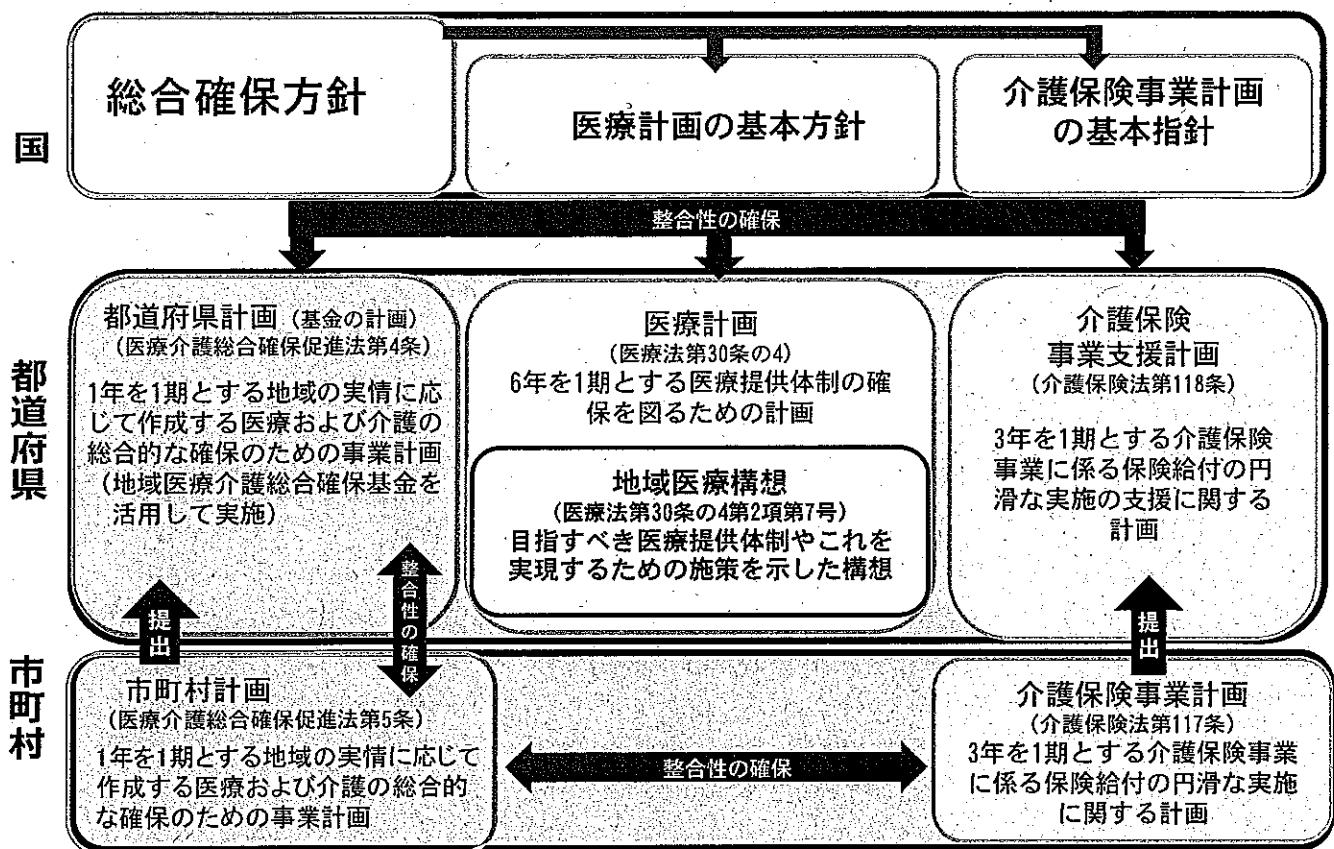
* 地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組

地域医療介護総合確保基金

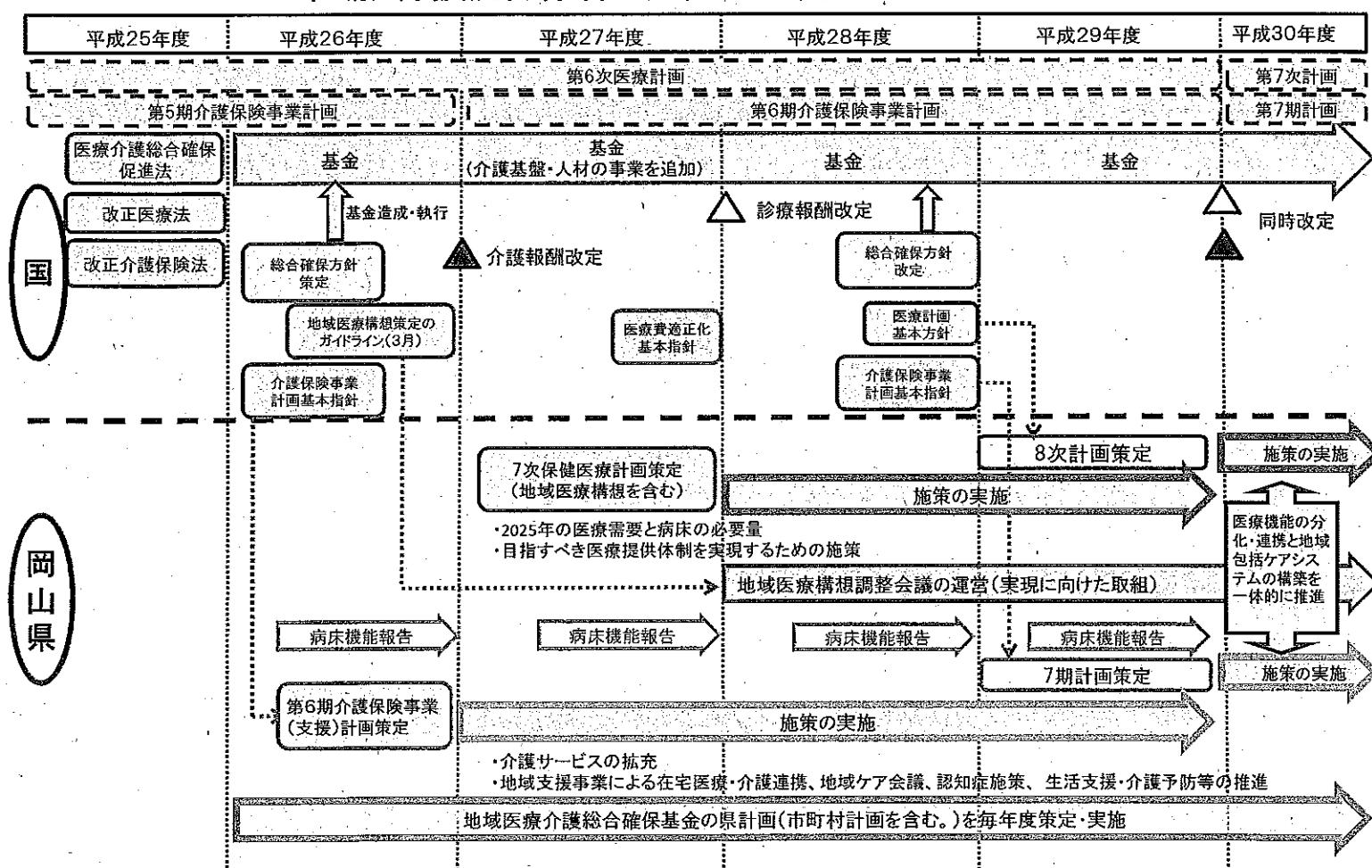
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



地域医療における計画



医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュール



地域医療構想について

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、地域医療構想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、毎年都道府県に報告(※)

※ 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。

【地域医療構想の策定】(平成27年度～)
・都道府県において地域医療構想の策定。
・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。

策定時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

策定時に、医療審議会、市町村に加え、保険者協議会の意見を聴く。

【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(基金)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「地域医療構想調整会議」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

病床機能報告制度

- ✓ 地域医療構想の策定、実現にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析が必要
- ✓ そのデータを収集するため、各医療機関の一般病床及び療養病床における現在担っている機能と将来担おうとする機能について、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの機能から、医療機関自らが選択し、病棟単位を基本として都道府県に毎年報告
- ✓ 病棟の設備、医療スタッフの配置、行われている医療行為等についても報告
- ✓ 報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関、住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿の共通認識を持つ。
- ✓ 医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携を進める。

医療機能の名称と内容

・ 高度急性期機能

- 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

・ 急性期機能

- 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

・ 回復期機能

- 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
- 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)。

※1 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していないなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。

※2 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

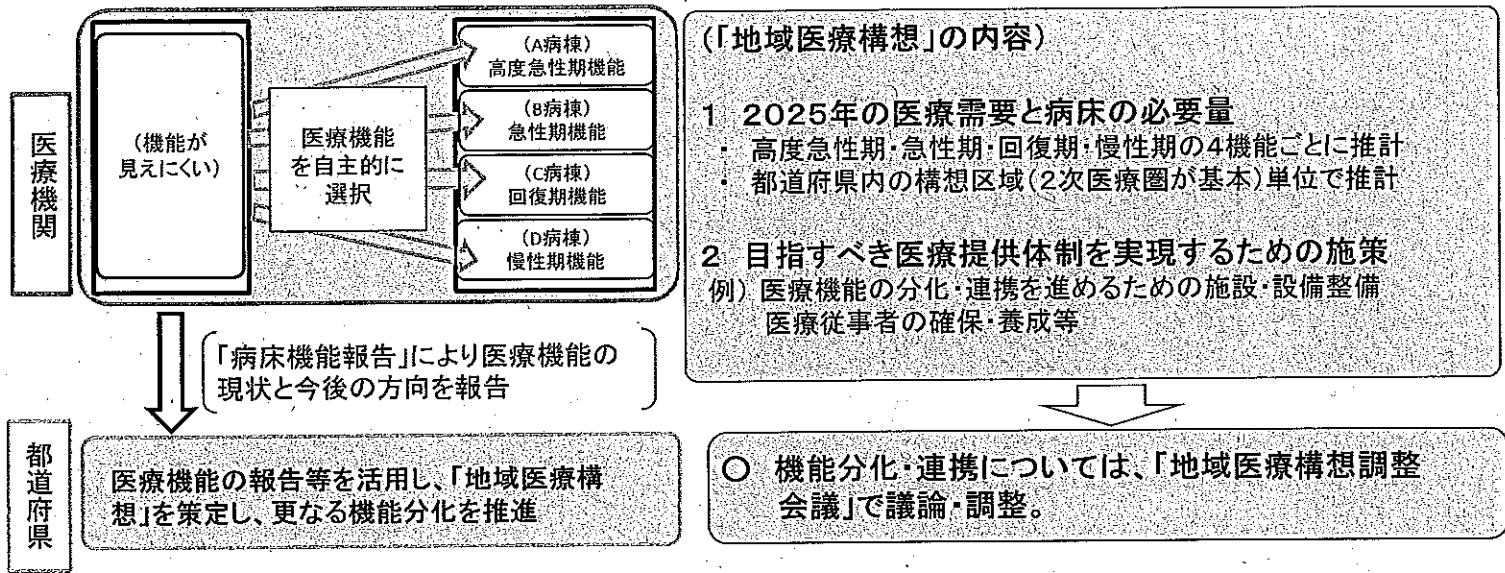
・ 慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 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

地域医療構想について

- 平成26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。
※「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。



必要病床数推計の考え方

- 厚労省から配付された推計ツールにおける推計の考え方は下記のとおり。
- 平成25年度1年分の入院医療(約3.5億人日分) のレセプトデータ等客観的なデータを最大限活用。
- 実際に患者に行った医療行為の量(医療資源投入量(※))を分析し、高度急性期・急性期・回復期を区分。
※ 患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量
 - ・境界点となる医療資源投入量 高度急性期: 3,000点以上、急性期: 600点以上、回復期: 225点以上
 - ・回復期については、境界点に達してから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(※)の患者数として一括的に推計する。
※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。
- 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、療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するものとして推計する。
現時点では医療資源投入量に基づいた分析ができないため、高度急性期等とは別の考え方で計算。
その際、療養病床の入院受療率(人口10万人当たりの入院患者数)の地域差に着目し、その差を縮小。
- 将来への投影は、地域ごとの人口構造の変化等を反映。
- 以上の推計方法は、構想区域全体における推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に、直ちになるものではない。(「地域医療構想策定ガイドライン」から)

県内5医療圏における将来人口推計

(国立社会保障・人口問題研究所(平成25年3月推計)資料による)

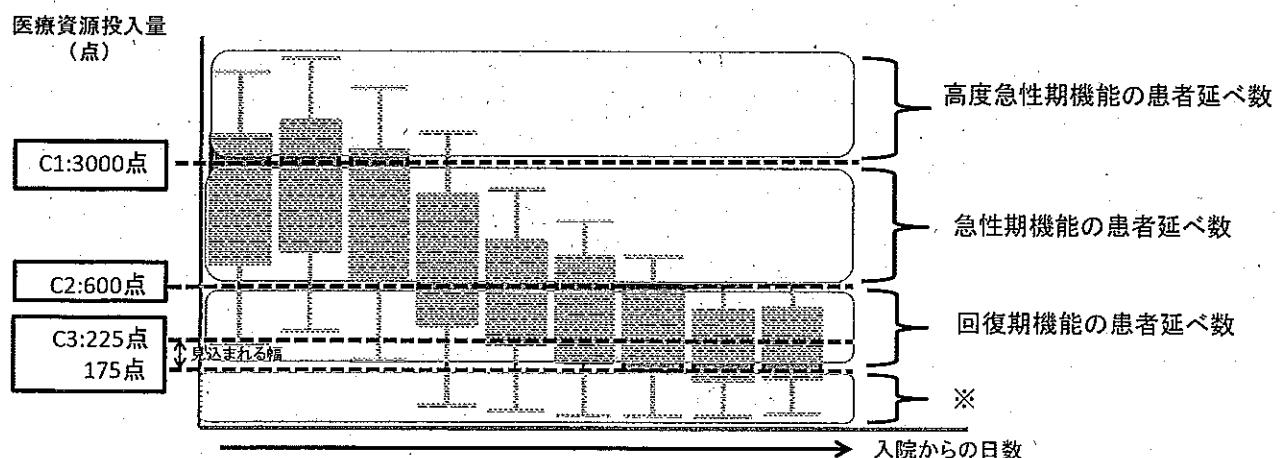
(単位:人)

二次 医療圏	総 数			65歳以上			75歳以上		
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
県全体	1,945,276 (100.0)	1,811,274 (93.1)	1,610,985 (82.8)	489,496 (100.0)	566,939 (115.8)	560,426 (114.5)	252,579 (100.0)	345,904 (136.9)	328,421 (130.0)
県南東部	921,716 (100.0)	879,061 (95.4)	796,707 (86.4)	216,725 (100.0)	259,245 (119.6)	267,871 (123.6)	108,672 (100.0)	156,931 (144.4)	153,225 (141.0)
県南西部	714,202 (100.0)	674,085 (94.4)	603,449 (84.5)	175,854 (100.0)	209,850 (119.3)	209,352 (119.0)	86,583 (100.0)	129,581 (149.7)	121,459 (140.3)
高梁・新見	68,833 (100.0)	53,920 (78.3)	41,652 (60.5)	24,254 (100.0)	22,796 (94.0)	18,027 (74.3)	14,853 (100.0)	14,136 (95.2)	12,300 (82.8)
真庭	49,921 (100.0)	41,059 (82.2)	33,092 (66.3)	16,821 (100.0)	16,855 (100.2)	13,665 (81.2)	10,198 (100.0)	10,360 (101.6)	9,374 (91.9)
津山・英田	190,604 (100.0)	163,149 (85.6)	136,085 (71.4)	55,842 (100.0)	58,193 (104.2)	51,511 (92.2)	32,273 (100.0)	34,896 (108.1)	32,063 (99.3)

※()の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 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更に見込み、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。

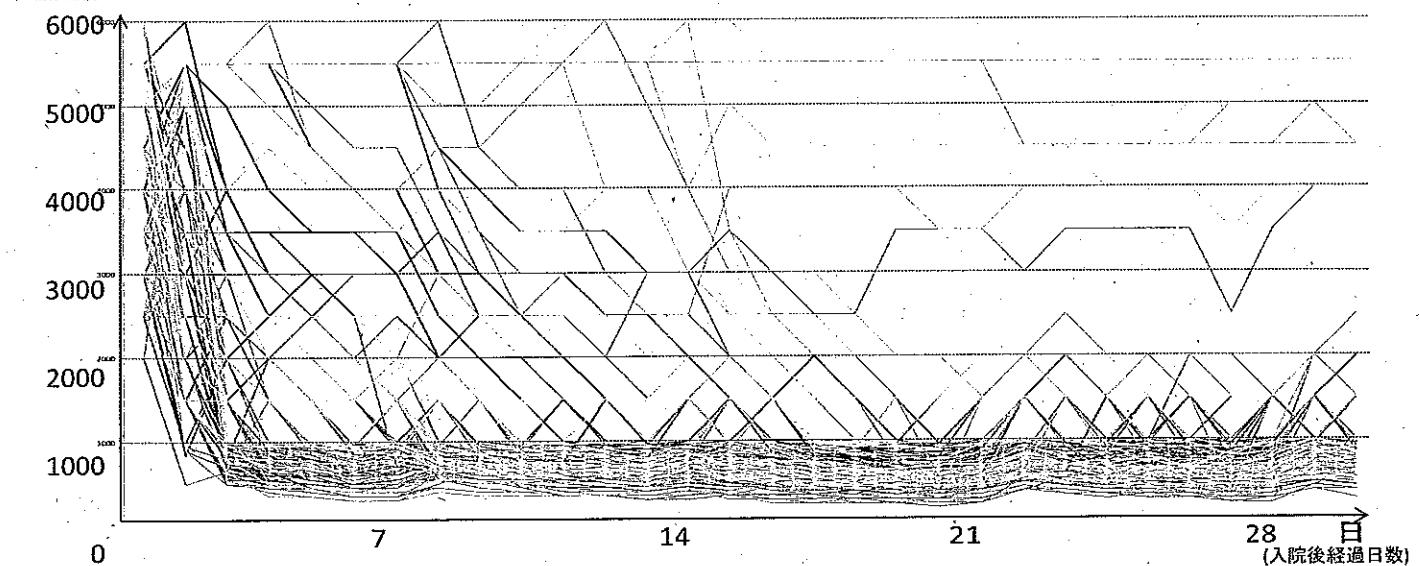


※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

- 上記の分析を、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した。(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。)
- 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 入院初日から2~3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
 - ・ 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



病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

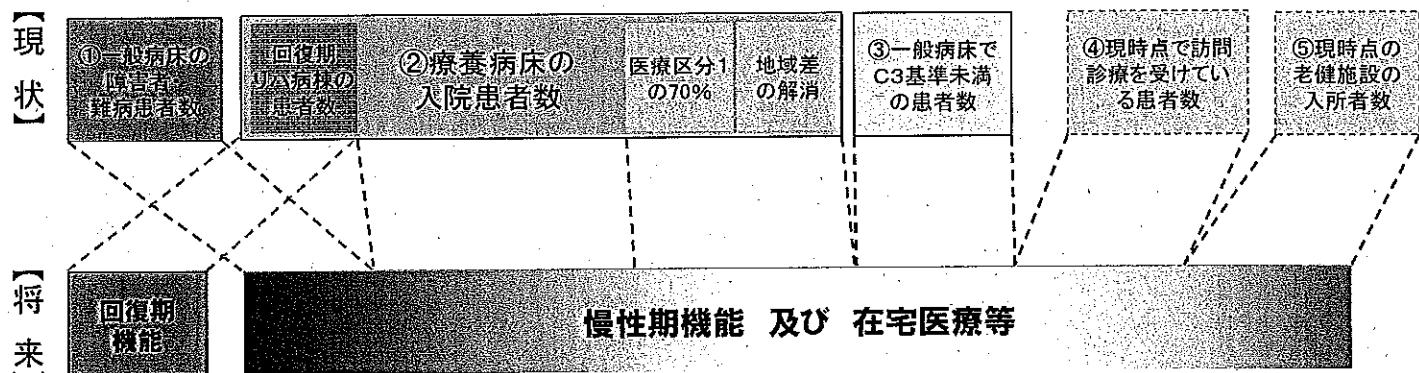
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※	C3 225点	ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

慢性期機能およ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、医療資源投入量とは別に、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、将来時点では在宅医療等で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それぞれ推計。(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

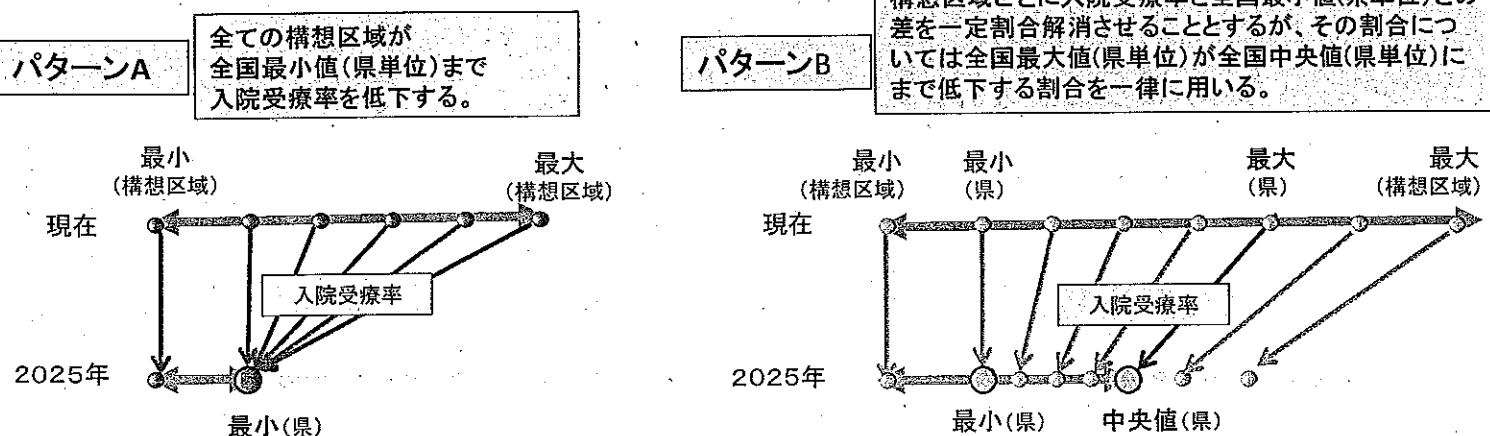


(注)このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

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、現在では療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するものとして推計する。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定で、行われた診療行為が不明であるため、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】



※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例等について

パターンC(特例)の設定:一定の地域は2030年に目標達成を延長可能

○ 県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることとする。

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する。(当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定める。)

【要件】以下の①かつ②に該当する構想区域

- ① 当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

高梁・新見、真庭、津山・英田の3区域が該当

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点では、減少率が中央値の32%を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

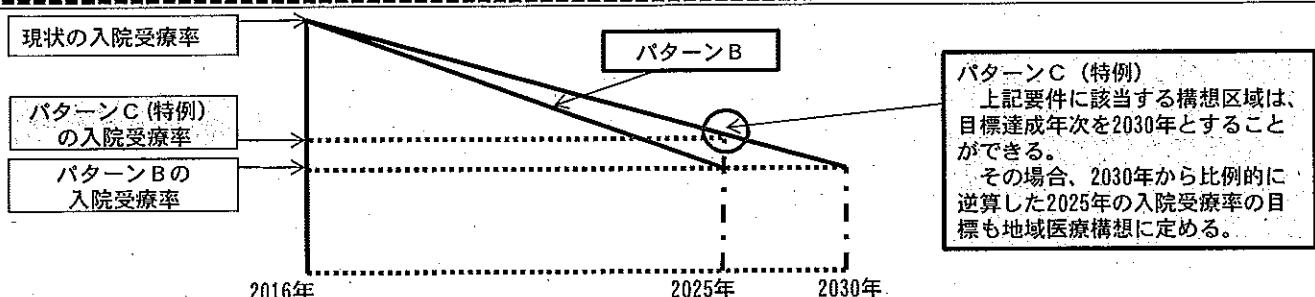
(参考)地域医療構想策定後の目標修正

○ 地域医療構想策定後、一定の要件に該当する構想区域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができる。

一定の要件 → 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)
その他これに類する地域

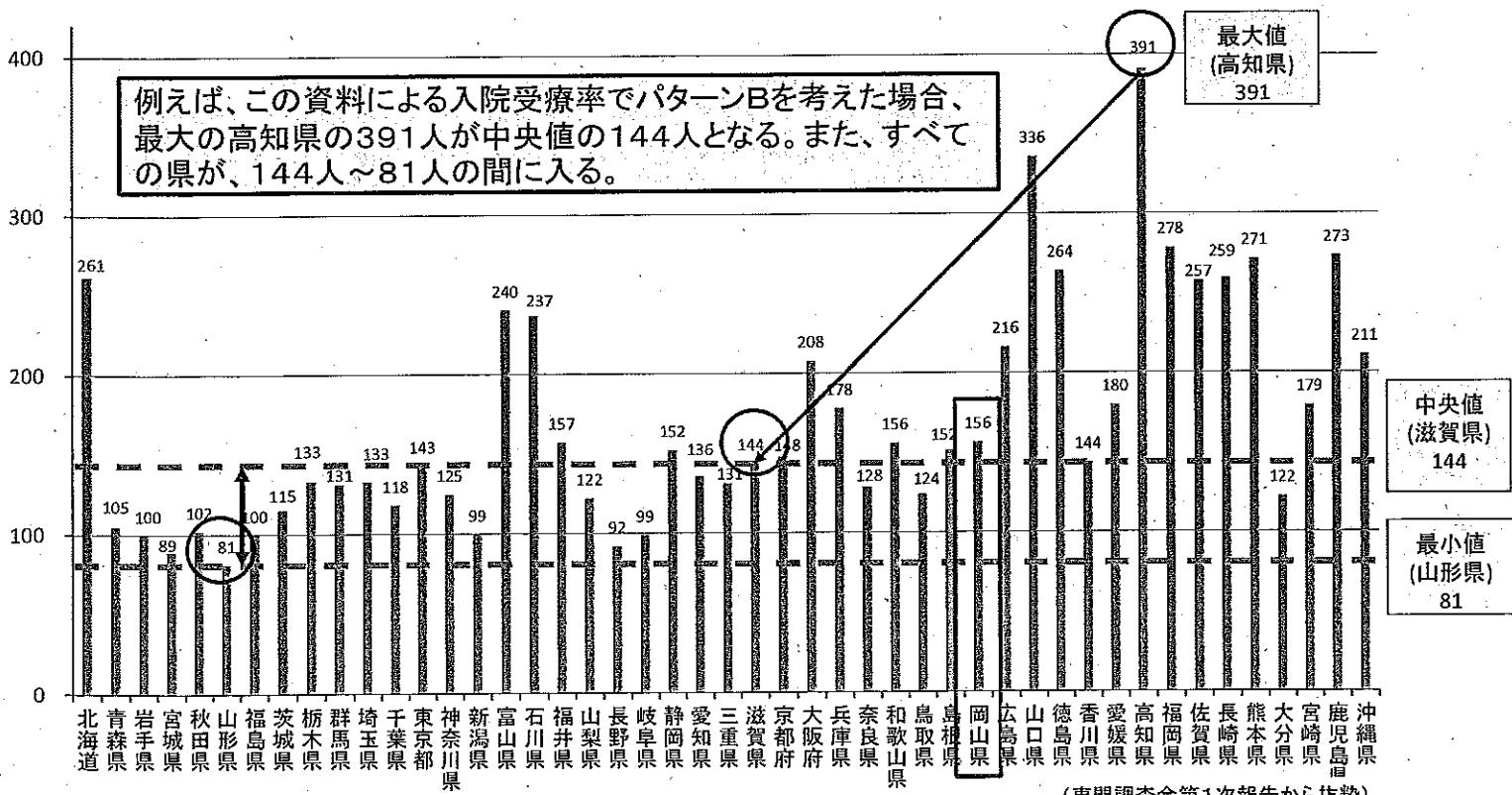
特別な事情 → やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法 → 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



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))



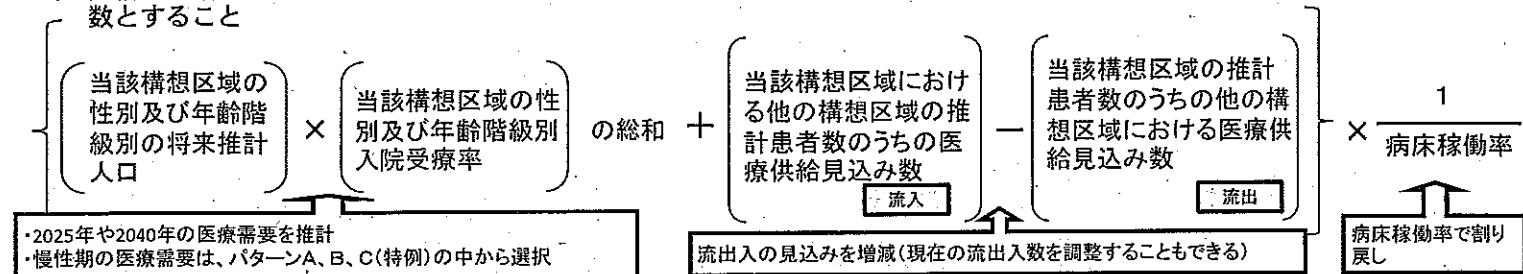
(専門調査会第1次報告から抜粋)

将来の病床数等の必要量の算定方法

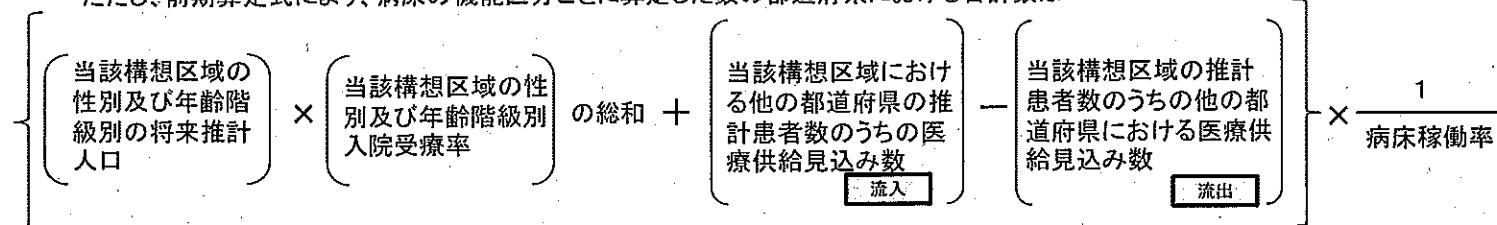
(医政発0331第9号 平成27年3月31日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について) をもとに作成

2 将來の病床数の必要量の算定方法

(1) 構想区域における将来(平成37年)の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに次に掲げる式により算定したこと



ただし、前期算定式により、病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は



により病床機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

- 各構想区域の合計は、県間の流入出数を増減して合計した県全体の必要量を超えることはできない。
現在の県間の流入出数を、協議を踏まえ変更することもできる

○高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の入院受療率

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の入院受療率は、病床の機能ごとに、当該構想区域に住所を有する次に定め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とする。

高度急性期機能	医療資源投入量(患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量で、以下同じ。)が3,000点以上である入院患者
急性期機能	①医療資源投入量が600点以上3,000点未満の入院患者 ②医療資源投入量が175点以上600点未満でも、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であって、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上の者
回復期機能	①医療資源投入量が225点以上600点未満の入院患者 ②医療資源投入量が175点未満であっても、リハビリテーションを受ける入院患者(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。)であって、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる者 ③回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者 ④在宅復帰に向けて調整を要する者(医療資源投入量175点以上225点未満)

○慢性期機能の入院受療率

慢性期機能における当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率は、当該構想区域に住所を有する次の①に定める者の性別及び年齢階級別の数に、イに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数(慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあっては、1。以下「補正率」という。)を乗じて得た数に、②の障害その他の疾患有する入院患者を加えて得た数を、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とする。

慢性期機能	①療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者から医療区分1の患者の数の70%に相当する数を除いた数(以下「慢性期入院患者」という。)
	②障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者

イ 次の1)に掲げる数以上 2)に掲げる数以下

1) 慢性期総入院受療率の全国最小値(県単位)

当該構想区域の慢性期総入院受療率(※)

$$2) \left[\frac{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率} - \text{全国最小値}}{\text{慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)} - \text{全国最小値}} \times \frac{\text{慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)} - \text{全国最小値}}{\text{慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)} - \text{全国最小値}} + \text{全国最小値} \right] \times \frac{1}{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率}}$$

補正率を

- 1)(パターンA)から、
2)(パターンB)の範囲内で定める

*ただし、一定の要件のもと、パターンC(特例)を選択可能

※慢性期総入院受療率

$$= \frac{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\sum \text{当該区域の性別及び年齢階級別人口} \times \text{全国の性別及び年齢階級別入院受療率}} \times \frac{\text{全国の慢性期入院患者数}}{\text{全国の人口}}$$

○居宅等における医療

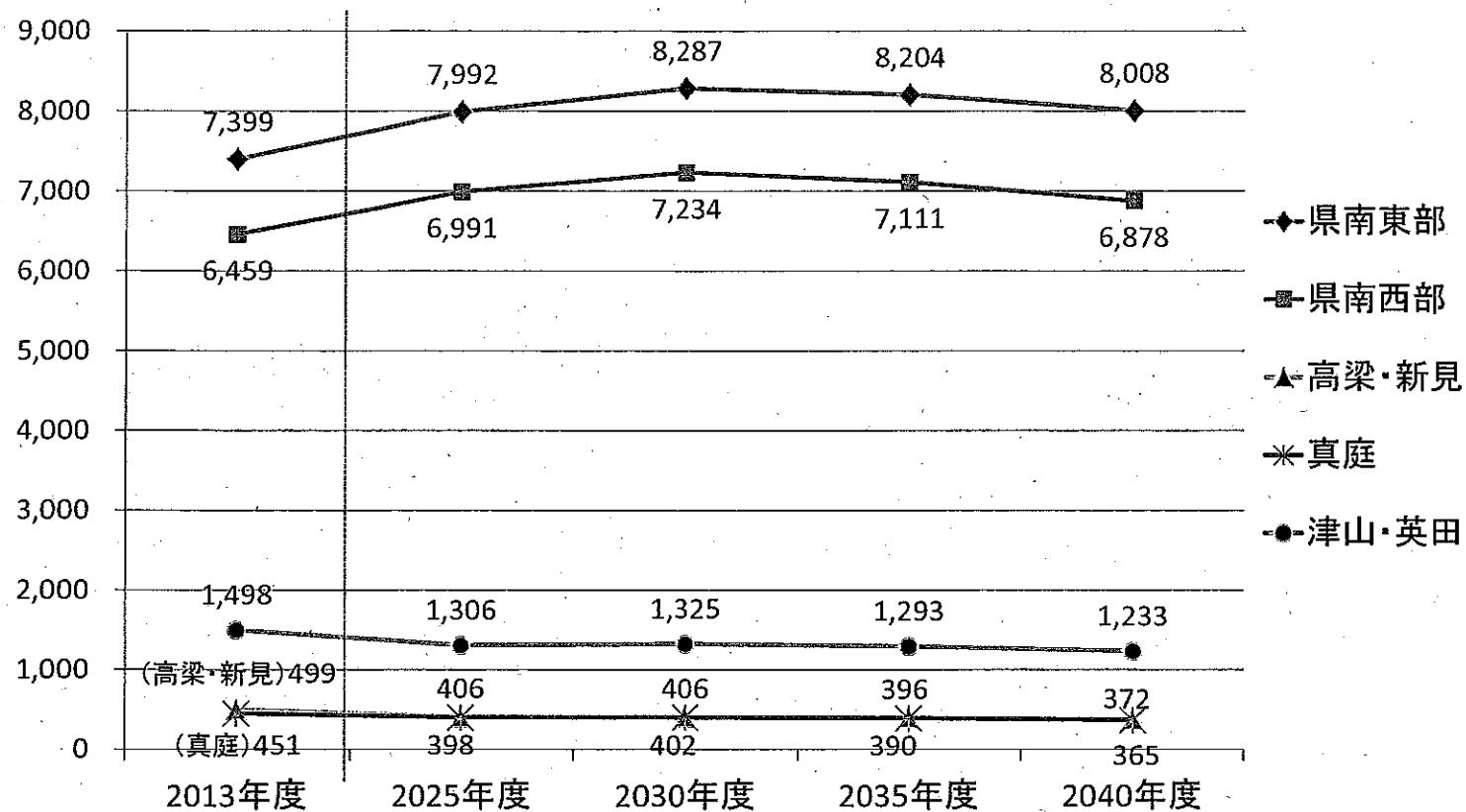
3 その他の地域医療構想に定める事項

「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」は、次に掲げる数の合計数とすること。

居宅等における医療	①慢性期入院患者のうち医療区分1で患者の数の70%に相当する数
	②慢性期入院患者のうち、入院受療率の地域差を解消していくことで、在宅医療等の医療需要として推計する患者の数(①に掲げる数を除く)
	③医療資源投入量が225点未満の入院患者から、 イ 在宅復帰に向けて調整をする者(医療資源投入量175点以上225点未満) ロ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者 ハ リハビリテーションを受ける入院患者であって、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる者を控除した数
	④当該構想区域の平成37年における性別及び年齢階級別人口に、当該構想区域の訪問診療患者に係る性別及び年齢階級別受療率(在宅患者訪問診療料を算定する患者のうち、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に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)を乗じて得た数の合計数。
	⑤当該構想区域の平成37年における性別及び年齢階級別人口に、当該構想区域の介護老人保健施設入所者に係る性別及び年齢階級別入所需要率(介護老人保健施設の施設サービス利用者のうち、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に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)を乗じて得た数の合計数。

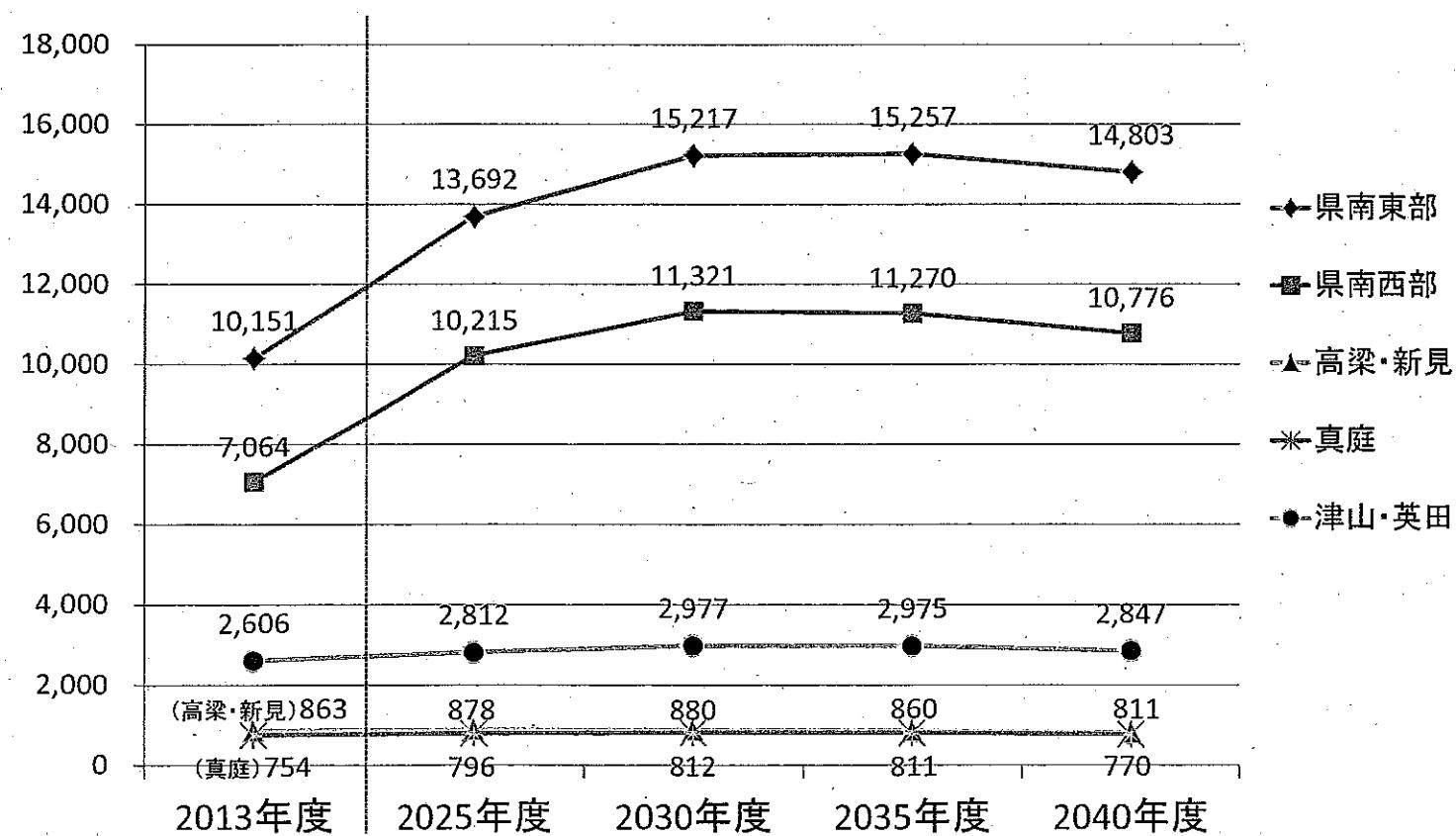
将来の入院患者数の推計(各医療圏)

人/日 (医療機関所在地:高度急性期、急性期、回復期、慢性期(パターンB又は特例)の計)



将来の在宅医療等患者数(各医療圏)

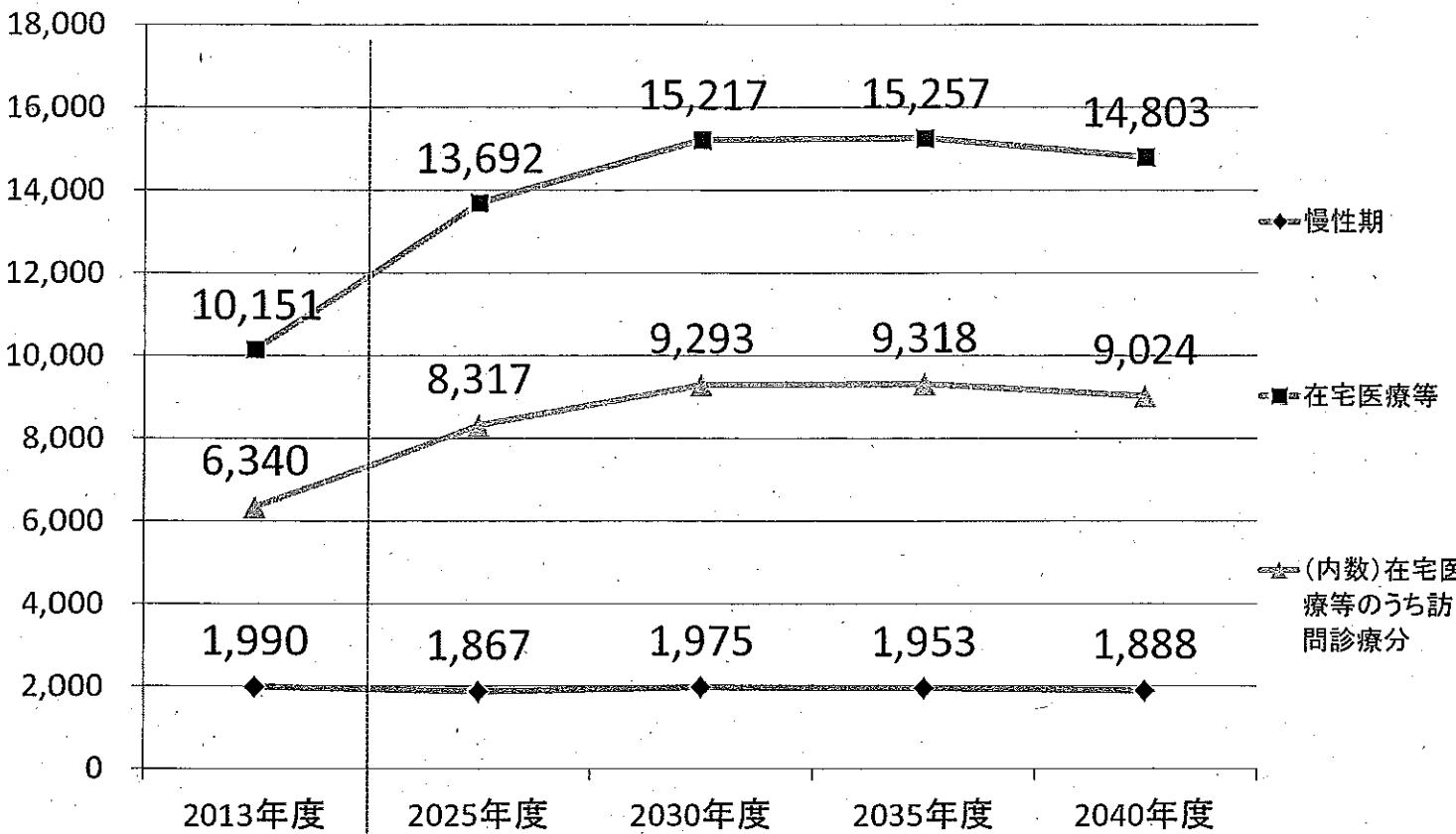
人/日 (医療機関所在地)



将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計(県南東部)

(医療機関所在地、慢性期はパターンB)

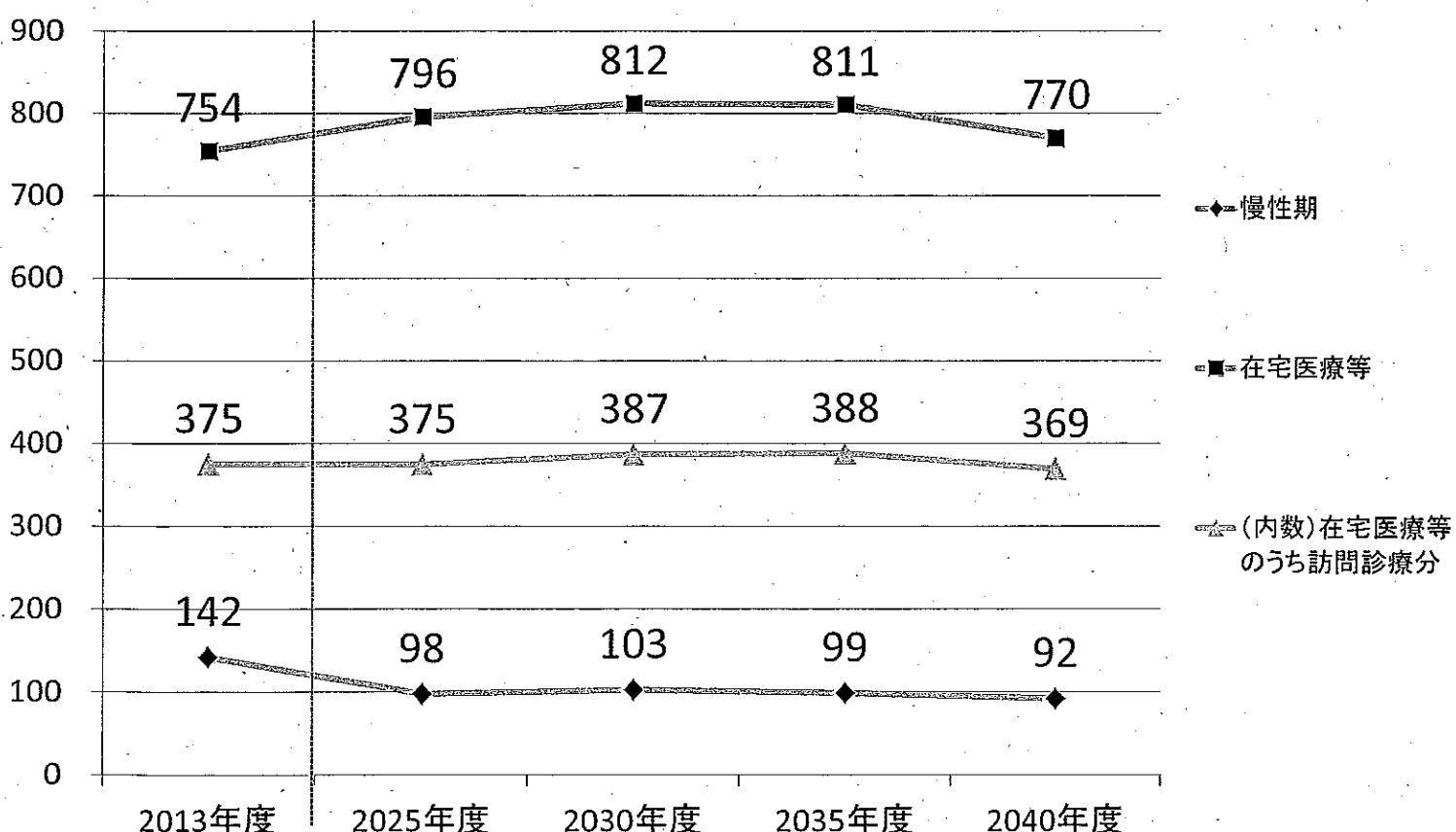
人/日



将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計(真庭)

(医療機関所在地、慢性期は特例)

人/日



目指すべき医療提供体制

第7次岡山県保健医療計画抜粋

(1) 医療の役割分担

- 慢性期医療については、在宅医療等※や介護サービスの整備(地域包括ケアシステムの構築)と一体的に推進する必要があります。

※地域医療構想において在宅医療等とは、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、病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。

(3) 居宅等における医療の提供

- 県民一人ひとりが住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができるよう、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの提供体制を整備し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく必要があります。
- 高齢者の在宅医療や終末期の医療に関する考え方方が基幹病院の医師と在宅医療に従事する医師で異なっていたり、基幹病院の医療ソーシャルワーカーの在宅医療に関する理解が不十分な場合もあることから、病院の医師と在宅医療を担う医師や医療ソーシャルワーカー等が十分に情報交換や意見交換を行なながら、病床機能の分化と連携について検討していく必要があります。

実現のための施策

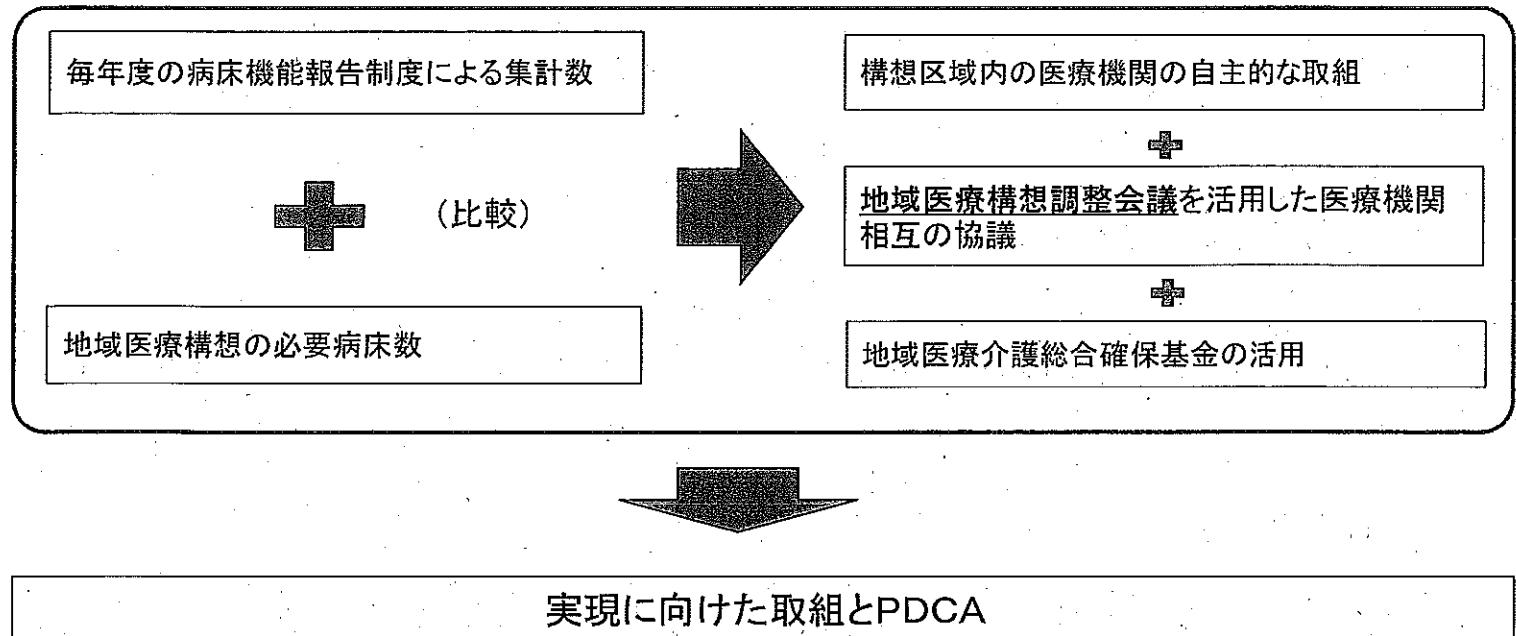
第7次岡山県保健医療計画抜粋

- 今後、病床機能報告制度で得られた医療設備・人員配置・診療実績等の分析・評価・公開を進め、地域医療構想調整会議等において、PDCAサイクルを効果的に機能させながら、病床の機能の分化と連携の推進やその実現に必要な地域医療介護総合確保基金を活用した施策について、協議を進めます。
協議に当たっては、国における療養病床の在り方等に関する検討会の結果やその後の制度化の議論の動向を踏まえるとともに、在宅医療や介護との連携を視野に入れ、例えば市町村ごとに協議の場を設定するなど、丁寧に進めます。

(3) 居宅等における医療の提供

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組等について、関係の市町村と密接に連携しつつ、都市医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組を支援することなどにより、在宅医療及び介護サービスの推進を図ります。
- 医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種の連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ることなどにより、在宅医療提供体制の整備を進めます。

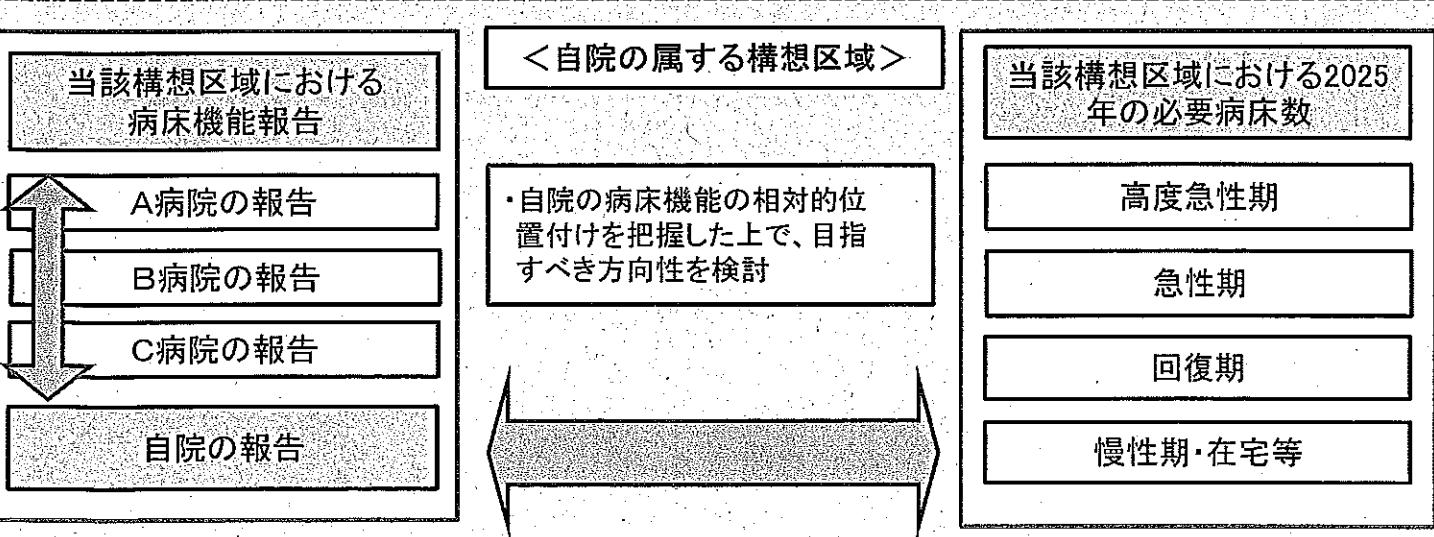
地域医療構想策定後の取組



構想策定後の各医療機関における取組の考え方

各医療機関での取組

○ 病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握すること、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能となり、これら2つの情報(データ)の比較などにより、自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行い、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の收れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。



地域医療構想調整会議について

1 概要

都道府県は、構想区域等ごとに地域医療構想調整会議を設置し、診療に関する学識経験者等との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議することと定められている。（医療法第30条の14より）

2 設置時期及び単位

平成27年度末までに構想区域（二次保健医療圏）ごとに設置

3 議事及び運用

- ・地域医療構想の策定及び実現に関する事項
- ・構想区域内における医療提供体制の課題に関する事項
- ・病床機能報告制度による情報等の共有に関する事項
- ・その他目的を達成するために必要な事項

4 参加者の範囲・選定等

地域医療構想策定ガイドラインをベースに、地域の実情に応じて、必要な関係者を対象者とする等、柔軟な選定を可能とする。

なお、議事等の内容に応じて、地域や参加者を限定した形で開催する等、柔軟な運用を可能とする。

（参加者）

- ・医師会代表、病院協会代表、歯科医師会代表、薬剤師会代表、看護協会代表、介護関係代表、医療保険者、市町村代表等

参 考

療養病床の在り方等に関する検討会

目 次

- 昨年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等で対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めしていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討項目

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- | | |
|--|--|
| ・池端 幸彦（医療法人池慶会理事長・池端病院院長）
・井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院教授）
・猪熊 律子（読売新聞東京本社社会保障部部長）
◎遠藤 久夫（学習院大学経済学部教授）
・尾形 裕也（東京大学政策ビジョン研究センター特任教授）
・折茂 賢一郎（中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長）
・嶋森 好子（慶應義塾大学元教授）
・鈴木 邦彦（日本医師会常任理事） | ・瀬戸 雅嗣（社会福祉法人栄和会理事・総合施設長）
○田中 滋（慶應義塾大学名誉教授）
・土屋 繁之（医療法人慈繁会理事長）
・土居 丈朗（慶應義塾大学経済学部教授）
・東 秀樹（医療法人静光園理事長・白川病院院長）
・松田 晋哉（産業医科大学医学部教授）
・松本 隆利（社会医療法人財団新和会理事長）
・武藤 正樹（国際医療福祉大学大学院教授） |
|--|--|

スケジュール

- 昨年7月10日から、本年1月15日までに7回検討会を開催。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改革に向けた議論を開始。

「新たな類型」の利用者像・条件

現行の介護療養病床・医療療養病床(25対1)の主な利用者のイメージ

- 要介護度や年齢が高い者が多い
 - ⇒ 80歳以上の高齢者が大宗を占める(※医療療養病床(25対1)については、40歳未満の者もわずかに存在)。
 - ⇒ 要介護度が4以上の者が大宗を占める。
- 平均在院日数が長く、死亡退院が多い
 - ⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数となっている。
 - ⇒ 介護療養病床は、約4割、医療療養病床(25対1)は、約3割が死亡退院。
- 一定程度の医療が必要
 - ⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低い者だが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在。

上記の状態を踏まえ、
以下の機能が必要

《基本的な考え方》

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備(『住まい』の機能を満たす)
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制

《新たな選択肢に求められる条件》

(利用者の視点)

- ・ 提供されるサービスの内容が、利用者の状態(医療の必要度、要介護度など)に即したものであること
- ・ 長期にサービスを受ける場として、適切な生活空間が確保されていること
- ・ 費用面から見て、利用者にとって負担可能なものであること

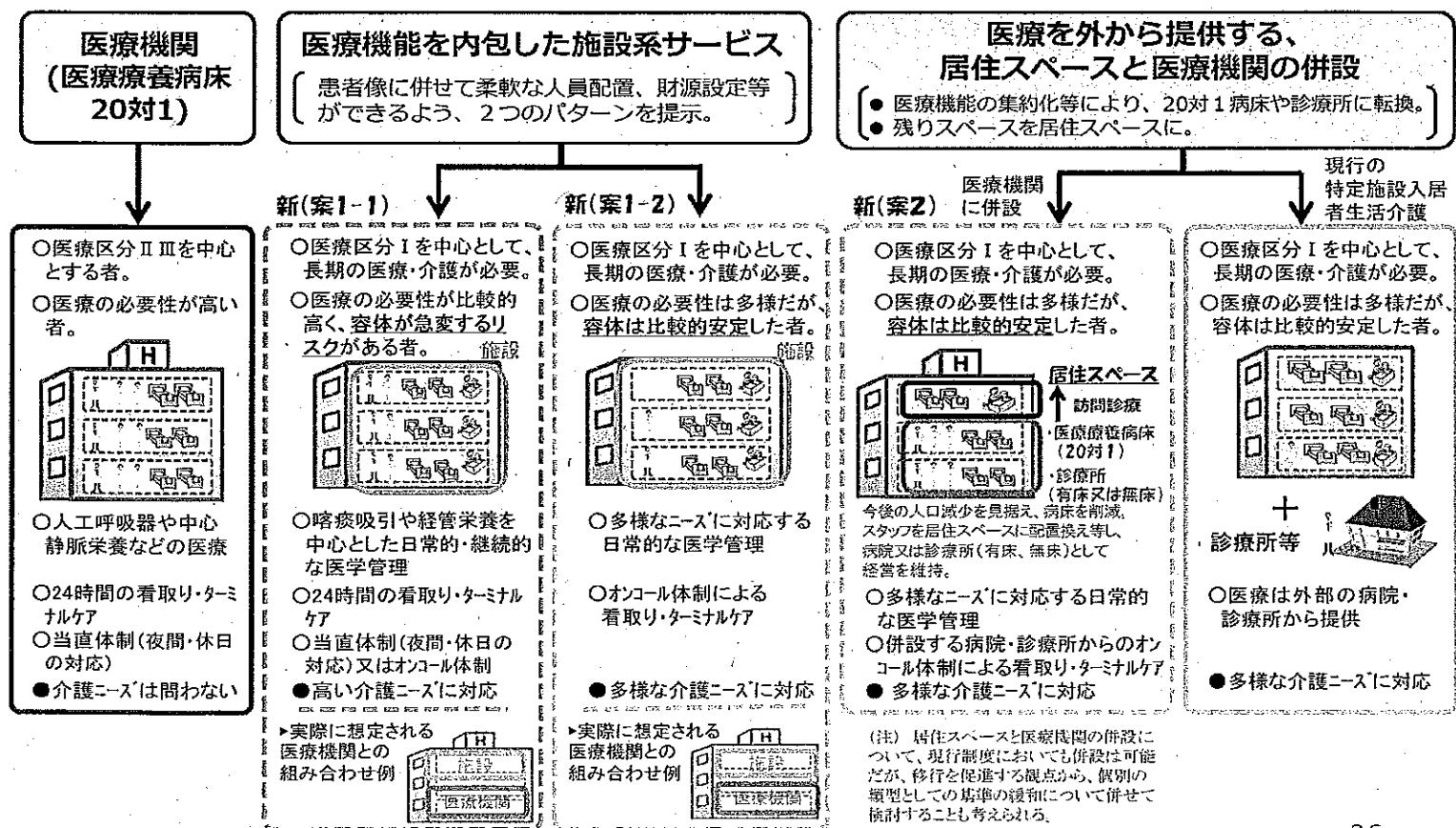
(実現可能性の視点)

- ・ 地域のマンパワーで対応可能な形態であること
- ・ 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- ・ 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

※個別の制度や法律等については、社会保障審議会の部会において議論を行うものであり、本検討会は、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加して提示するもの。

361

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル(イメージ)



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。