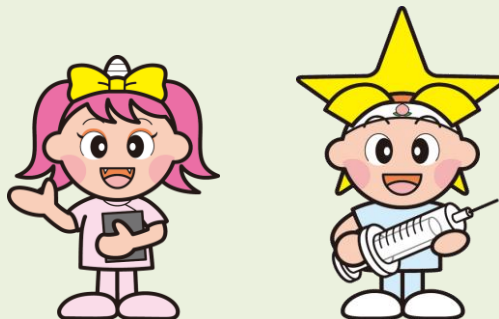


介護施設・在宅医療等の追加的需要への対応について

(第9次岡山県保健医療計画及び第9期介護保険事業(支援)計画
における整備目標及びサービスの見込み量に係る整合性の確保)

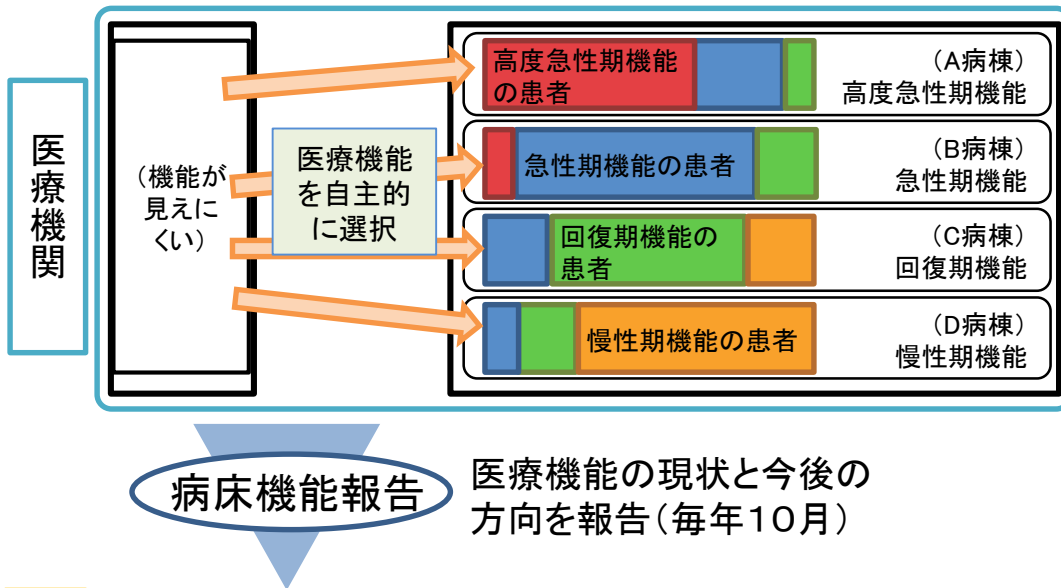
令和5年9月25日(月)



岡山県保健医療部 医療推進課
岡山県子ども・福祉部 長寿社会課

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要がある。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定した。その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施する。



「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

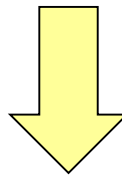
医療機能の報告等を活用し、「**地域医療構想**」を策定し、更なる機能分化を推進

地域医療構想調整会議について

地域医療構想の目的

○地域の高齢化等の実情に応じた**病床の機能分化・連携を進める**ことにより、効率的な医療提供体制を構築する。

現状の病床利用では解消しきれない問題



入院患者の増加

- ・急激な増床等是非現実的
⇒地域ごとの**病床機能の効率化・最適化**で対応

地域医療構想調整会議で
議論・調整する
※二次医療圏ごと開催

高齢化に伴う疾病構造・受療動向の変化

- ・急性期医療から回復期医療への需要のシフト
- ・「入院⇒外来」から「入院⇔施設・自宅」へ
⇒地域ごとに**必要な医療機能への分化**を促し、**施設間の連携の強化**により対応

地域医療構想における将来の医療需要の推計方法

(1) 推計手順※1

平成25年度の人口構成における入院患者の受療傾向を令和7年度の推計人口に当てはめて推計する。

I 性・年齢階級別の平成25（2013）年度の入院患者数※2を365で割り、1日当たり入院患者数を算出



II Iを平成25（2013）年の性・年齢階級別の人口で割り、入院受療率を算出（4医療機能ごと）



III IIに令和7（2025）年の性・年齢階級別の人口※3を掛け、令和7（2025）年度の医療需要(人/日)を推計※4

※1：在宅医療等の医療需要は上記手順とは別に、在宅患者訪問診療料を算定している患者数と介護老人保健施設の施設サービス受給者数も用いて推計する。

※2：平成25（2013）年度の入院患者数等のデータは国が提供

※3：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（2013年3月出生中位推計）」による。

※4：推計には、現行の医療機関所在地へ患者流出入が続いたまま将来に移行すると仮定した「医療機関所在地ベース」と、将来、患者住所地の医療圏ですべての医療需要をまかなうと仮定した「患者住所地ベース」の2種類がある。

地域医療構想における将来の医療需要の推計方法

(2) 病床の機能区分

- 医療需要の推計に当たり、4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）のうち、高度急性期・急性期・回復期は、主に医療資源投入量によって区分する。
- 医療資源投入量とは、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であり、1点10円として金額に換算されるので、例えば、3,000点以上に区分される高度急性期は、1日3万円以上の医療を行う水準と解釈することができる。

地域医療構想における病床機能区分

高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> ・医療資源投入量※が3,000点以上
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ・医療資源投入量※が600～3,000点 ・医療資源投入量※が175点～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
回復期	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・回復期リハビリテーション病棟
慢性期及び在宅医療等	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ分の点数を加えた医療資源投入量※が175点未満 ・療養病床（回復期リハビリテーション病棟を除く） ・介護老人保健施設 ・訪問診療 ・障害者施設・特殊疾患病棟

一体的推計

※入院基本料相当分と一部のリハビリ分の点数を除いた診療報酬点数
 ※下線の入院患者数は、医療資源投入量に関わらず、当該区分に含める。

- 一般病床は、医療資源投入量で高度急性期・急性期・回復期・「慢性期及び在宅医療等」に区分
 例外：障害者施設・特殊疾患病棟→慢性期、回復期リハビリ病棟→回復期
- 療養病床は、「慢性期及び在宅医療等」として一体的に推計
 例外：回復期リハビリ病棟→回復期、医療区分1の70%→在宅医療等

地域医療構想における将来の医療需要の推計方法

(3) 慢性期の推計

①慢性期の医療需要推計の考え方

主に慢性期機能を担っている療養病床は、診療報酬が包括算定されているため一般病床のように医療資源投入量による機能区分が難しいことや、入院受療率が地域によって大きく異なる中でその地域差の縮小を目指していく観点などから、慢性期の医療需要は介護施設等を含む在宅医療等※と一体的に推計を行うこととされている。

※在宅医療等

地域医療構想における在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、経費老人ホーム、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しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定している。

②療養病床の入院受療率の設定

地域医療構想では、療養病床の入院受療率の地域差を一定程度縮小するという仮定のもとに慢性期医療需要の推計を行う。本県では、推計に当たり、パターンB・C（特例）の範囲で推計方法を設定している。

③慢性期の推計手順

1	<ul style="list-style-type: none">・一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病棟は慢性期に区分する。・一般病床のうち、リハビリを含めた医療資源投入量が175点未満の場合、在宅医療等に区分する。・一般病床及び療養病床のうち、回復期リハビリテーション病棟は、回復期に区分する。・残りの一般病床は、医療資源投入量の点数で高度急性期、急性期、慢性期に振り分ける。
2	<ul style="list-style-type: none">・回復期リハビリテーション病棟を除く療養病床の入院患者は慢性期に区分するが、そのうち医療区分1※の患者の70%は、比較的医療ニーズが低く、将来は、病床以外の自宅や介護施設等で対応可能と仮定し、在宅医療等に区分する。
3	<ul style="list-style-type: none">・2で慢性期に振り分けた療養病床の入院患者について、入院受療率が最低の県に一定割合（全国最大値が全国中央値まで低下する割合）で近づくよう入院受療率を下げ（パターンB・C）、低下させた入院受療率分を在宅医療等に区分する。

※医療区分1

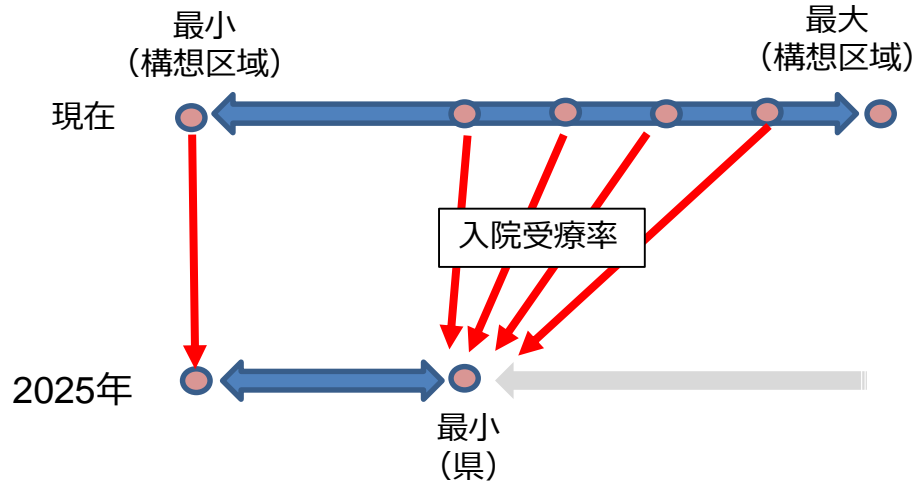
療養病床のうち、医療療養病床に入院する患者については、その患者への医療の必要度に応じて診療報酬の入院基本料が医療区分1～3の3つに分けられており、医療の必要度の高い順に医療区分3、2、1と設定されている。

療養病床の入院受療率の設定（地域差の解消）

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。

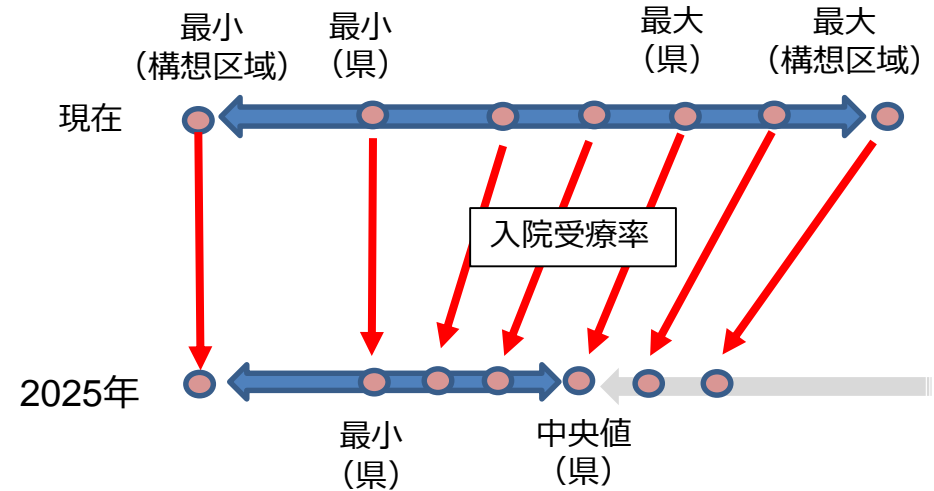
※ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



パターンB（県南東部、県南西部）

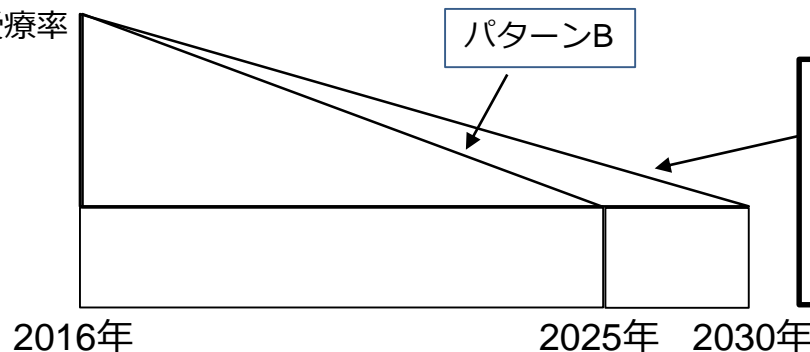
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

※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。



パターンC（高梁・新見、真庭、津山・英田）

現在の入院受療率



パターンC
一定の要件に該当する地域は、パターンBの目標達成年次を2030年とすることができる。その場合、2030年から比例的に逆算した2025年の入院受療率の目標も地域医療構想に定める。

病床の機能区分の振り分けイメージ

病床の種類等

入院料の種類等

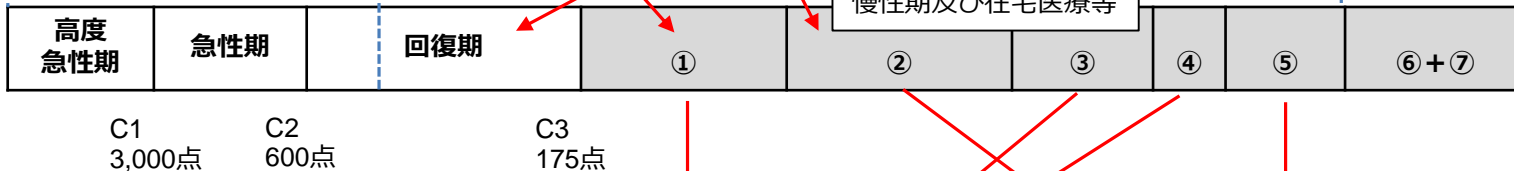
一般病床				療養病床		訪問診療 ⑥	老健施設 ⑦
右記以外	障害者施設・ 特殊疾患病棟 →慢性期へ ①	リハビリを含 む医療資源投 入量が175点 未満のC3未満 →在宅医療等 へ ②	回復期リハ ビリ病棟 →回復期へ	医療療養病床 介護療養病床			
				医療区分 2・3 ③	医療区分 1 ④、⑤		

医療資源投入量に
応じて振り振り

慢性期及び在宅医療等

30% 70%

1 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の振り振り



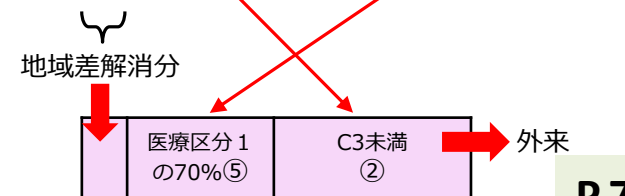
2 医療区分1の70%を在宅医療等へ



3 療養病床の入院受療率の地域差解消

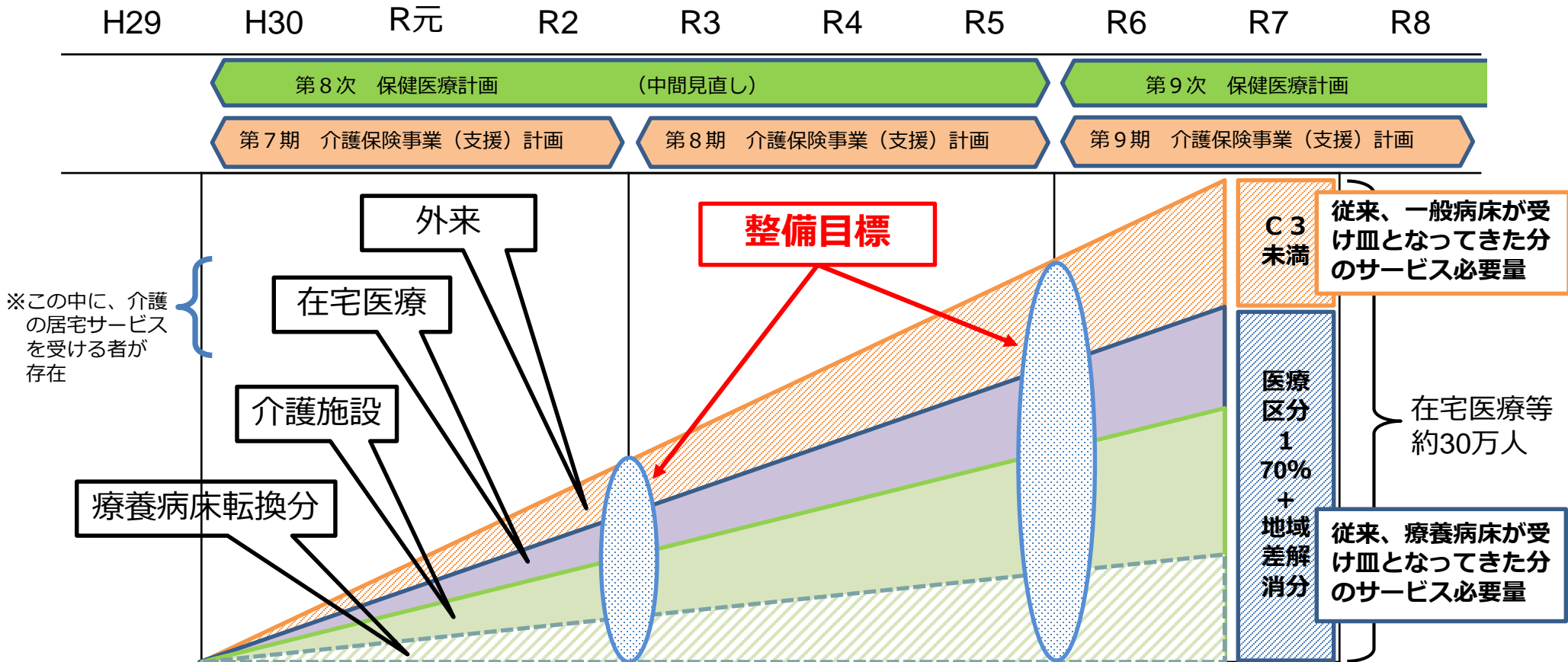


4 在宅医療等の新たなサービス必要量



次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係

- ・在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計される。
- ・これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等に対応するものについては、外来医療等に対応することが考えられる。
- ・対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、統合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。



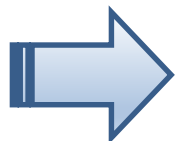
※地域医療構想は、R7年を目標年次としている。新たな構想については、今後、国において行われる中長期的課題についての整理等を踏まえ、R7年度に策定する予定である。

★国から提供される市町村別のデータを用いて推計

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

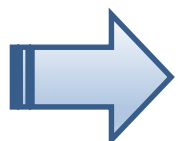
- ・ 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込みである。
- ・ こうした需要の増大に**確実に**対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**していくことが重要である。

介護施設や在宅医療等の
新たなサービス必要量



令和7（2025）年に約30万人
※介護施設や外来での対応分も含む。
（県や市町村等が協議し、受け皿を検討）

訪問診療を利用する患者の
高齢化の影響による増加



令和7（2025）年に約100万人



在宅医療の需要

療養病床の転換見込みについて

療養病床転換意向調査結果

施設情報		入院患者情報				2023年4月1日時点の療養病床に係る届出病床数			2024年4月1日の予定病床数														
						医療保険			医療保険			介護保険			休止廃止	未定		合計					
所在地 市町村	施設名	市町村名	要支援 1・2	要介護 1～5	未申請・ 未更新・ 不明	合計	療養病床入 院基本料 療養病床入 院料1・2 (20:1)	有床診療所 療養病床入 院基本料	合計	療養病床入 院基本料 療養病床入 院料1・2 (20:1)	有床診療所 療養病床入 院基本料	回復期リハ ビリテー ション病棟 入院料 地域包括ケ ア病棟入院 料 ※病室 を含む	その他(医 療保険)	介護医療院	介護老人保 健施設	介護老人福 祉施設(特 別養護老人 ホーム)	その他(介 護保険)		いずれにも 転換しない もの	未定(介護 保険サービ スへの移行 または病床 廃止を含め て検討中)	未定(上記 以外。医療 保険サービ ス内での転 換のみ検討 中)	合計	
岡山市	医療法人三樹会 梶木病院	岡山市	1	32	8	41	34		34										2			34	
		倉敷市		5		5																	
		総社市	1	1		2																	
		新見市		1		1																	
		美咲町			1	1																	
岡山市	医療法人白栄会 原尾島クリニック	岡山市		3	4	7		8	8	8												8	
		津山市		0	1	1																	
岡山市	岡山東中央病院	岡山市		101	4	105	112		112	112													112
		倉敷市		1		1																	
		玉野市		1		1																	
		高梁市		1		1																	
		瀬戸内市		4		4																	
		赤磐市		1		1																	
岡山市	池田医院	岡山市		6		6		12	12	12													12
		倉敷市		2		2																	
		玉野市		2		2																	
玉野市	医療法人 玉野中央病院	玉野市	1			1	42	42	42														42
高梁市	高梁市国民健康保険成羽病院	高梁市		5	1	6	42	42	30			6						6					42
真庭市	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	真庭市	1	15	10	26	55	55	55														55
美作市	美作中央病院	津山市		5		5	80		80	80													80
		美作市		19		19																	
		勝央町		2		2																	
		奈義町		2		2																	
		美咲町		1		1																	
早島町	医療法人木村医院	早島町	1	4	11	16		18	18				18										18
里庄町	医療法人萌生会国定病院	笠岡市	2	15	7	24	59		59	28				31									59
		浅口市		3	3	6																	
		里庄町		9		9																	
矢掛町	鳥越病院	高梁市		1		1	48		48														48
		矢掛町		2		2																	

※令和5年8月14日付事務連絡「第8次医療計画及び第9期介護保険事業(支援)計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関からの転換意向調査の集計結果より岡山県該当部分を抜粋

「療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿」の按分

厚生労働省が提示した3種類の調査等の活用

区分	患者調査	病床機能報告	国保データベース（KDB）
メリット	<ul style="list-style-type: none">公表済統計データであり、新たな負担なく利用できる。	<ul style="list-style-type: none">報告データを集計することで、岡山県の傾向を把握することができる。	<ul style="list-style-type: none">医療区分別に患者の退院先を把握することや、当該患者の介護サービスの利用量を把握することができる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none">全数調査ではなく、抽出調査における推計値である。調査対象期間の1か月間に退院した患者の情報に限られるため、データ量が乏しい。	<ul style="list-style-type: none">医療機関が病床の医療機能を自主的に選択し、病棟単位で報告することになっており、療養病床で抽出した際に、必ずしも療養病床の入院患者全てが慢性期ではないため、国保データベースより正確さで劣る。	<ul style="list-style-type: none">データ量が膨大で、分析に多大な時間を要し、技術的に困難

※受け皿の整備目標の検討に資するデータについて、既存の調査や報告の結果は、一長一短である。

※病床機能報告は、上記3つの中で唯一、岡山県が主体となって直接事務を行っているものであり、他の2つは分析が難しい。

※病床機能報告を県全体で集計することで、傾向の把握と一定のデータ量が確保できる。

※これらの理由により、病床機能報告における岡山県全体の比率を用いることとする。

(参考) 病床機能報告について

- 病床機能報告は、一般病床・療養病床を有する医療機関（病院・有床診療所）が、病床が主に担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、都道府県に報告するものである。
- 医療機能のほか、各病棟の「入棟前の場所・退棟先の場所別の患者の状況」及び「退院後に在宅医療を必要とする患者の状況」についても報告することになっている。

7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況【令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間】
 ※「新規入棟患者数」及び「退棟患者数」の考え方は、上記の「6. 入院患者数の状況」と同様になります。

② 退棟患者数（単位：人）【令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間】 (60)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

報告様式（令和4年度）抜粋

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、介護老人保健施設に入所 (64)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、介護老人福祉施設に入所 (65)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、介護医療院に入所 (66)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 (67)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、終了（死亡退院等） (68)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、その他 (69)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況【令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間】

① 当該病棟から退院した患者数（単位：人）【令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間】 (70)

報告様式（令和4年度）抜粋

上記①のうち、退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者 (72)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記①のうち、退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者 (73)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記①のうち、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者 (74)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

病床機能報告の活用

○令和3年度、4年度の病床機能報告による結果は、次のとおりとなっている。

退棟患者の状況

(単位：人)

区分	R3	R4	計
在宅医療	1,596	2,010	3,606
介護施設	1,056	1,153	2,209

在宅医療 : 介護施設
5 : 3

○抽出対象：病院における療養病床を有する病棟

令和3年度は70病院（90病棟）、令和4年度は71病院（92病棟）

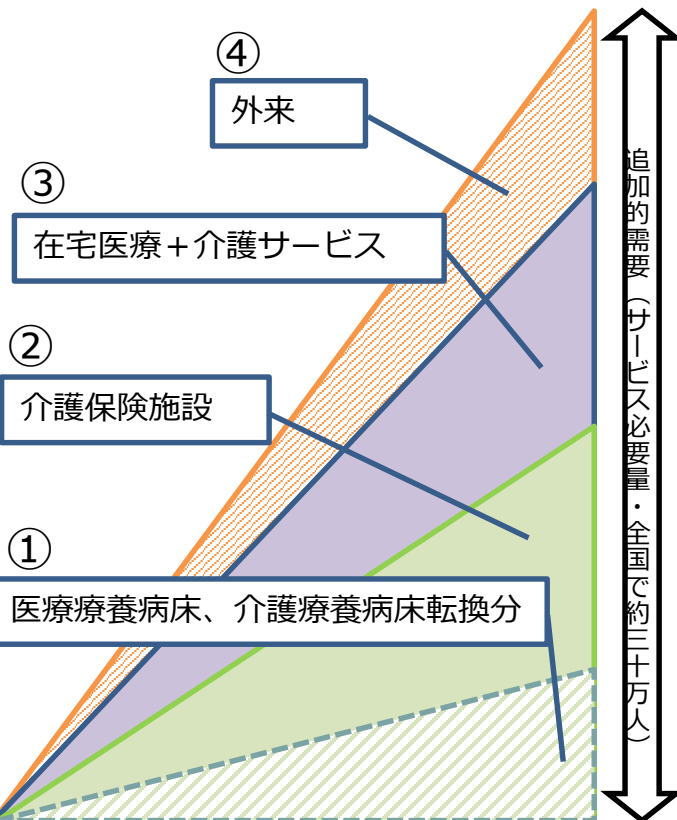
○対象期間：令和3年度（令和2年4月1日～令和3年3月31日）

令和4年度（令和3年4月1日～令和4年3月31日）

地域医療構想における介護施設・在宅医療等の追加的需要の算出

算出イメージ

H30 (2018) → 高齢化の進展等 → R7 (2025)



国が示す考え方 ※患者住所地ベースでの市町村別の機械的試算を提示		保健医療計画	介護保険事業（支援）計画	
一般病床	医療資源投入量 C 3 (175点) 未満	外来医療		
療養病床	医療区分1の 70% + 地域差解消分	病床機能報告 (退棟患者の 状況) により 按分	在宅医療+ 介護サービス (5/8) ※各市町村で介護サービス給付 実績により調整	在宅医療 居宅サービス
			介護保険施設 (3/8)	介護施設 サービス
		転換意向調査	転換介護医療院 転換介護老人保健施設等	

- 1 国が追加的需要（サービス必要量）を機械的に推計
- 2 療養病床からの追加的需要は、次による。
 - ・ 転換見込量について、意向を踏まえて推計（転換意向調査済）
 - ・ 追加的需要から転換見込量を除いて、在宅医療+介護サービス、介護保険施設に按分
国の参考例：患者調査、病床機能報告、国保データベース
 - ・ 在宅医療+介護サービスについては、市町村の介護サービス給付実績に応じてサービスごとに調整
 - ・ 一般病床からの追加的需要は、退院後に外来により医療を受ける傾向があることから、外来医療により対応

新たなサービス必要量の推計方法

- 1 厚生労働省提供の「令和7（2025）年の介護施設・在宅医療等の追加的需要の機械的試算データ」の「医療区分1の70%」、「地域差解消分」、「C3未満」を市町村ごとに集計し、次のとおり、地域医療構想の取組を行う8年間で等比按分する。→ **A**

【医療区分1 70%】

第9次保健医療計画の期間のうち、地域医療構想の取組を行う2024年度及び2025年度の2年間分で生じる追加的需要を比例的に推計（2/8倍）した値とする。

（地域医療構想における2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要×2/8）

【地域差解消分】

「地域差解消分は2030年まで取り組む」とした地域（高梁・新見、真庭、津山・英田）については、2018年から2030年までの13年間で地域差解消を行うことになっているため、2024年度から第9次保健医療計画の最終年度である2029年度まで比例的に推計（6/8倍）した値とする。

（地域医療構想における2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要×6/8）

【一般病床分 C3未満】

地域医療構想における2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要×2/8

- 2 **A**のうち、「医療区分1の70%」、「地域差解消分」を市町村ごとに集計する。→ **B**
- 3 療養病床転換意向調査結果（転換見込療養病床数）のうち、医療療養病床から介護医療院へ転換する病床において、現時点で入院している患者の要介護度から判断したサービス見込量を該当の市町村へ反映する。→ **C**

↓
次の計算式により推計

R1 1年度末

- 在宅医療： $(B - C) \times \frac{5}{8}$ （在宅医療：介護施設 = 5 : 3）
- 介護施設： $(B - C) \times \frac{3}{8}$ （在宅医療：介護施設 = 5 : 3）

※病床機能報告
により按分

地域医療構想を踏まえた介護サービス量の見込みについて

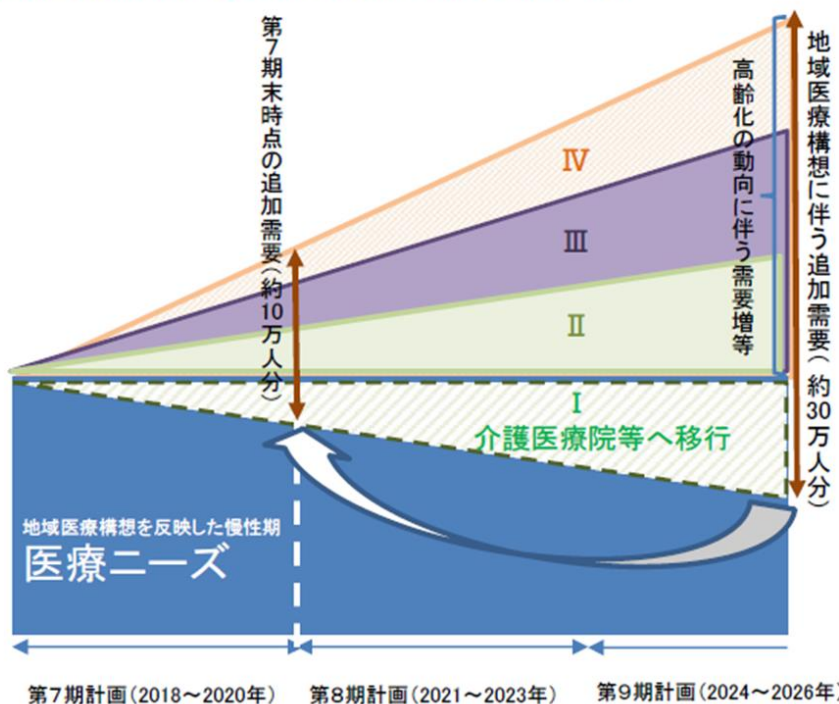
令和5年7月31日 令和5年度全国介護保険担当課長会議資料より抜粋

地域医療構想策定時(第7期介護保険事業計画策定時)

○第7期の介護保険事業計画を策定する際、地域医療構想に伴う介護ニーズ等増分については、2025年度における追加的需要の増約30万人分を第7期末時点(2020年)に割り返し、各市町村に割当数(機械的試算)を示していた。

○各市町村は、介護医療院への転換意向調査の数値を下限として割当数を勘案して計画に介護施設等のサービス量を計上していた。

- IV 外来が受け皿
- III 在宅医療及び介護サービス(在宅サービス・居住系サービス)が受け皿
- II 老人保健施設又は特別養護老人ホーム等が受け皿
- I 既存の介護療養型医療施設や医療療養病床から介護医療院等へ移行



第9期介護保険事業計画策定時

○第8期と同様に、転換意向調査に基づき、市町村と都道府県が連携し、高齢者の利用ニーズや医療療養病床を有する医療機関の移行の意向を把握し、医療療養病床から介護保険サービスへの移行分については意向調査により把握した2026年度末までの転換分を下限とし、第9期の介護保険サービス量の見込みに反映させることとする。(①)

(注) 地域医療構想は2025年に向けて取り組むこととなっているが、慢性期入院患者の入院受療率の地域差解消を2030年までに実施することとしている場合は、追加的需要が2030年まで生じる。

○その他の高齢化の動向に伴う需要増等については、第8期の介護サービス利用実績に反映されていることから、第8期までの傾向を2026年度まで伸ばすことで計上することを基本とし、その際、第8期までの受け皿整備の進捗状況や在宅医療等の数値も参考とすること。(②)

