

第5章

地域医療構想

1 構想の基本的事項

(1) 地域医療構想策定の趣旨

今後高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で世界に冠たる日本の社会保障制度を堅持するため、また医療費や保険料の担い手としての「現役世代」の納得を得るためにも、限られた社会保障財源を最大限有効に活用することが必要です。一般病床と療養病床で行われる入院医療についても、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制の構築が求められています。

そのためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要です。

こうしたことから、平成37（2025）年における医療機能ごとの医療需要と病床の必要量を含めその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に促進するための地域医療構想を策定します。

(2) 地域医療構想実現の目標年次

平成37（2025）年

(3) 構想区域の設定

構想区域は、二次保健医療圏とします。

この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画における老人福祉圏域と一致しています。

2 病床機能報告制度

(1) 制度の概要

平成26（2014）年度に開始された病床機能報告制度は、一般病床・療養病床を有する医療機関（病院・有床診療所）が、病棟ごとに図表5-1-2-1の4つの機能の中から、自らの判断により、その有する病床において担っている医療機能の「現状」と「今後の方向」を選択するほか、医療機関ごとに構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告するものです。

医療機関が報告し、都道府県が平成37（2025）年の必要量を定めることとなる病床の医療機能は、次の4つの区分です。（図表5-1-2-1）

図表5-1-2-1 病床機能報告制度における医療機能

区 分	医療機能の内容
高度急性期	<p>○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</p> <p>※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</p> <p>※算定する特定入院料の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・特定集中治療室管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 <p>※以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに高度急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から高度急性期機能と判断されるものについて、適切に報告すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（7対1） ・特定機能病院入院基本料（7対1） ・専門病院入院基本料（7対1）
急性期	<p>○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</p> <p>※算定する特定入院料の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟入院料 <p>※以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から急性期機能と判断されるものについて、適切に報告すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1） ・特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） ・専門病院入院基本料（7対1、10対1） 〔・一般病棟入院基本料（13対1）〕 〔・専門病院入院基本料（13対1）〕
回復期	<p>○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</p> <p>○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）</p> <p>※算定する特定入院料の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟入院料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 <p>※以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から回復期機能と判断されるものについては、適切に報告すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1） ・特定機能病院入院基本料（10対1） ・専門病院入院基本料（10対1、13対1）
慢性期	<p>○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</p> <p>○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</p> <p>※算定する特定入院料の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特殊疾患入院医療管理料 ・療養病棟入院基本料 ・特殊疾患病棟入院料 （・地域包括ケア病棟入院料） <p>※以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から慢性期機能と判断されるものについては、適切に報告すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（13対1、15対1） ・専門病院入院基本料（13対1）

（資料：厚生労働省「平成29（2017）年度病床機能報告マニュアル」）

(2) 平成28(2016)年度病床機能報告の状況

本県の平成28(2016)年度病床機能報告における一般病床、療養病床別の医療機能の集計結果は、次のとおりです。(図表5-1-2-2)

図表5-1-2-2 平成28(2016)年7月1日時点の医療機能

二次保健医療圏	医療機能	一般病床	療養病床	計	構成比	病床数	平成26年7月1日	
							構成比	病床数
県南東部	高度急性期	2,384	0	2,384	21.2%	11,245	21.9%	11,050
	急性期	4,189	14	4,203	37.4%		43.3%	
	回復期	1,189	161	1,350	12.0%		9.4%	
	慢性期	1,304	1,618	2,922	26.0%		23.2%	
	休棟・無回答等	365	21	386	3.4%		2.3%	
県南西部	高度急性期	1,758	0	1,758	19.6%	8,950	24.2%	8,666
	急性期	3,367	12	3,379	37.8%		34.4%	
	回復期	901	304	1,205	13.5%		12.4%	
	慢性期	726	1,534	2,260	25.3%		25.8%	
	休棟・無回答等	329	19	348	3.9%		3.1%	
高梁・新見	高度急性期	6	0	6	0.7%	811	0.0%	812
	急性期	336	0	336	41.4%		46.4%	
	回復期	86	27	113	13.9%		13.9%	
	慢性期	0	322	322	39.7%		39.7%	
	休棟・無回答等	23	11	34	4.2%		0.0%	
真庭	高度急性期	0	0	0	0.0%	691	0.0%	678
	急性期	389	0	389	56.3%		56.3%	
	回復期	42	0	42	6.1%		8.1%	
	慢性期	50	172	222	32.1%		32.7%	
	休棟・無回答等	34	4	38	5.5%		2.8%	
津山・英田	高度急性期	125	0	125	5.8%	2,167	21.4%	2,307
	急性期	1,001	0	1,001	46.2%		32.2%	
	回復期	138	64	202	9.3%		11.1%	
	慢性期	67	709	776	35.8%		33.7%	
	休棟・無回答等	45	18	63	2.9%		1.7%	
岡山県	高度急性期	4,273	0	4,273	17.9%	23,864	21.3%	23,513
	急性期	9,282	26	9,308	39.0%		39.4%	
	回復期	2,356	556	2,912	12.2%		10.8%	
	慢性期	2,147	4,355	6,502	27.2%		26.0%	
	休棟・無回答等	796	73	869	3.6%		2.4%	

※ 平成28(2016)年7月1日現在の病床機能報告による。

(資料：岡山県医療推進課)

図表5-1-2-3 6年が経過した日（平成34（2022）年7月1日）における医療機能

二次保健医療圏	医療機能	(単位：床)					平成26年7月1日	
		一般病床	療養病床	計	構成比	病床数	構成比	病床数
県南東部	高度急性期	2,508	0	2,508	22.3%	11,245	24.0%	11,050
	急性期	4,104	75	4,179	37.2%		38.4%	
	回復期	1,347	167	1,514	13.5%		12.4%	
	慢性期	1,349	1,499	2,848	25.3%		25.0%	
	休棟・無回答等	123	73	196	1.7%		0.1%	
県南西部	高度急性期	1,930	0	1,930	21.6%	8,950	26.2%	8,666
	急性期	3,247	12	3,259	36.4%		32.6%	
	回復期	1,079	304	1,383	15.5%		16.3%	
	慢性期	709	1,492	2,201	24.6%		24.7%	
	休棟・無回答等	116	61	177	2.0%		0.2%	
高梁・新見	高度急性期	6	0	6	0.7%	811	0.0%	812
	急性期	294	0	294	36.3%		46.4%	
	回復期	96	27	123	15.2%		13.9%	
	慢性期	32	291	323	39.8%		39.7%	
	休棟・無回答等	23	42	65	8.0%		0.0%	
真庭	高度急性期	0	0	0	0.0%	691	0.0%	678
	急性期	307	0	307	44.4%		32.7%	
	回復期	61	0	61	8.8%		22.9%	
	慢性期	132	172	304	44.0%		41.6%	
	休棟・無回答等	15	4	19	2.7%		2.8%	
津山・英田	高度急性期	125	0	125	5.8%	2,167	23.3%	2,307
	急性期	987	0	987	45.5%		27.4%	
	回復期	127	60	187	8.6%		14.0%	
	慢性期	80	715	795	36.7%		33.6%	
	休棟・無回答等	57	16	73	3.4%		1.7%	
岡山県	高度急性期	4,569	0	4,569	19.1%	23,864	23.3%	23,513
	急性期	8,939	87	9,026	37.8%		35.3%	
	回復期	2,710	558	3,268	13.7%		14.3%	
	慢性期	2,302	4,169	6,471	27.1%		26.7%	
	休棟・無回答等	334	196	530	2.2%		0.4%	

※ 平成28（2016）年7月1日現在の病床機能報告による。

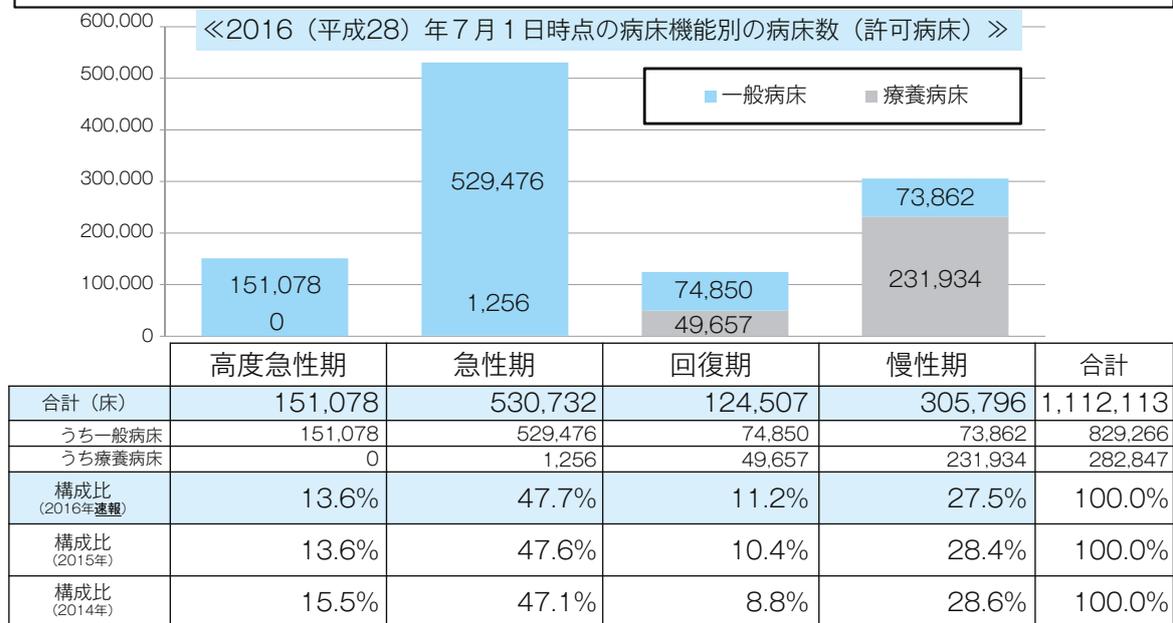
（資料：岡山県医療推進課）

図表5-1-2-4 全国集計値との比較

第9回医療計画の見直し等に関する検討会
平成29年2月17日
参考資料
3

平成28年度病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況【平成28年末速報】

○本集計は、11月15日までに報告があった医療機関のうち、各集計項目に不備がなかった以下の医療機関を対象として実施。
・病床数に関連する集計は、10,883施設（病院6,333施設、有床診療所4,550施設）を対象として実施。
（cf. 報告対象医療機関数は、14,363施設（病院7,351施設、有床診療所7,012施設））
（cf. 医療施設調査（動態）における平成28年6月末時点の許可病床（一般、療養）の総数は1,324,148床）



(資料：厚生労働省「第9回医療計画の見直し等に関する検討会参考資料」)

岡山県全体						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計
一般病床	4,273	9,282	2,356	2,147	796	18,854
療養病床	0	26	556	4,355	73	5,010
合計	4,273	9,308	2,912	6,502	869	23,864
構成比	17.9%	39.0%	12.2%	27.2%	3.6%	100.0%

※構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100.0とはならない。

(資料：岡山県医療推進課)

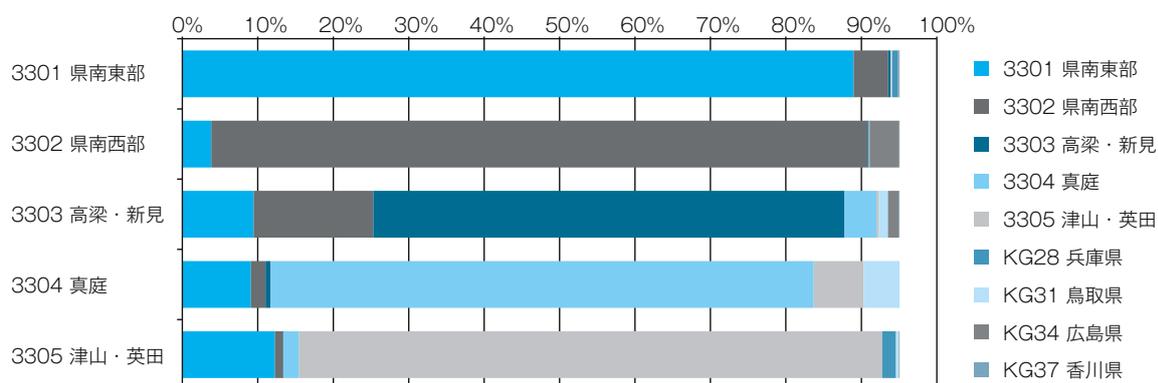
3 各構想区域の現状

(1) 受療動向

各構想区域における各種入院医療の自己完結率を受療動向可視化ツール（NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータ※₁）を活用して示します。また、各構想区域における救急搬送時間（消防庁データ）を示します。

- 入院全般では、県南東部、県南西部で9割以上の自己完結率ですが、津山・英田が8割、真庭が7割、高梁・新見が6割となっています。（図表5-1-3-1）
- 療養病棟入院では、全構想区域で8割以上であり、自己完結率が高くなっています。（図表5-1-3-2）
- 救命救急入院では、県南東部、県南西部で9割以上、津山・英田が8割以上、真庭が6割、高梁・新見が3割の自己完結率になっています。（図表5-1-3-3）
- 救急搬送時間の覚知から収容までの平均時間は、全構想区域で32分から34分、覚知から現場到着までの平均時間は、7分から10分、現場到着から収容までの平均時間は、25分から29分となっています。（図表5-1-3-4）

図表5-1-3-1 平成26（2014）年度 NDBデータ（流出）一般入院基本料、全年齢、入院



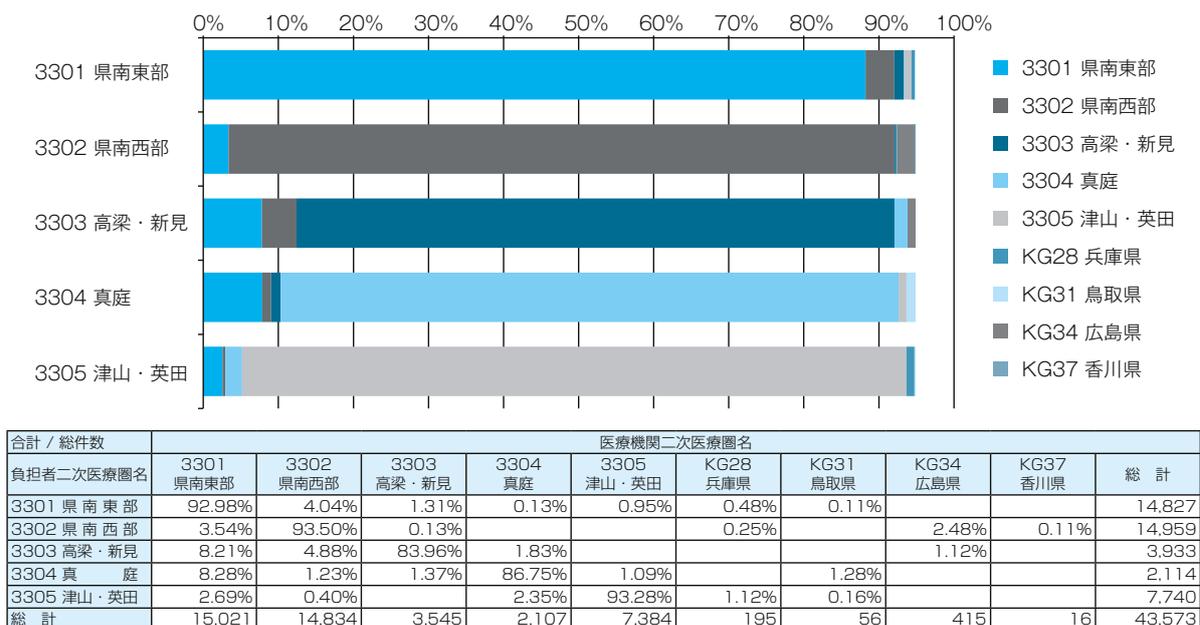
合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									
	3301 県南東部	3302 県南西部	3303 高梁・新見	3304 真庭	3305 津山・英田	KG28 兵庫県	KG31 鳥取県	KG34 広島県	KG37 香川県	総計
3301 県南東部	93.59%	4.81%	0.33%	0.08%	0.18%	0.79%	0.02%	0.12%	0.07%	85,276
3302 県南西部	4.02%	91.53%	0.14%	0.02%	0.04%	0.08%		4.12%	0.05%	70,610
3303 高梁・新見	9.92%	16.68%	65.73%	4.44%	0.34%		1.27%	1.53%	0.09%	11,255
3304 真庭	9.57%	2.04%	0.70%	75.71%	7.00%		4.98%			7,704
3305 津山・英田	12.90%	1.14%	0.06%	2.17%	81.29%	1.93%		0.08%		22,174
総計	87,366	71,021	7,843	6,900	18,785	1,154	639	3,204	107	197,019

（資料：厚生労働省「平成27（2015）年度版医療計画作成支援データブック」）

※ 1 NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータ

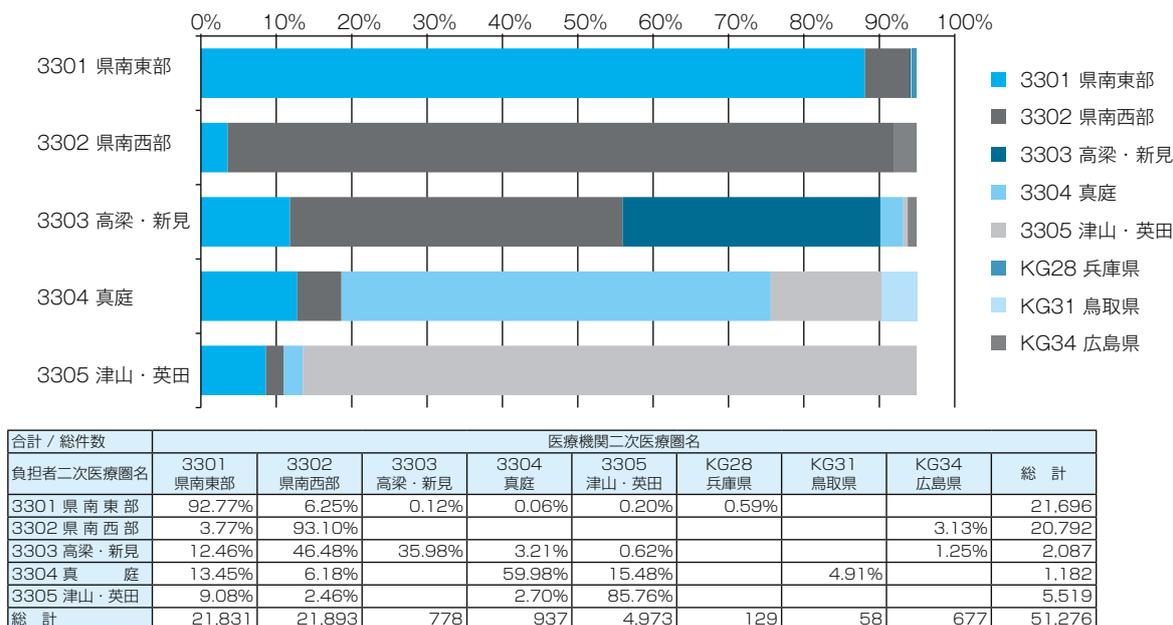
NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称であり、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトと呼ばれています。

図表5-1-3-2 平成26（2014）年度 NDBデータ（流出）療養病棟入院基本料、全年齢、入院



（資料：厚生労働省「平成27（2015）年度版医療計画作成支援データブック」）

図表5-1-3-3 平成26（2014）年度 NDBデータ（流出）救命救急、全年齢、入院



（資料：厚生労働省「平成27（2015）年度版医療計画作成支援データブック」）

図表5-1-3-4 平成26（2014）年度 消防庁・救急搬送人員データベース

年齢階級：全体

二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着 平均（分）	現場到着から 収容平均（分）	覚知から収容 平均（分）
県南東部	36,129	8	27	33
県南西部	28,436	7	25	32
高梁・新見	3,258	10	29	32
真庭	2,295	10	25	32
津山・英田	8,686	10	28	34

（資料：厚生労働省「平成28（2016）年度版医療計画作成支援データブック」）

（2）介護における施設・居住系サービス

介護における施設・居住系サービスの現状について、第7期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画（計画期間：平成30（2018）年度～平成32（2020）年度）から抜粋して示します。（図表5-1-3-5）

図表5-1-3-5 平成29（2017）年度施設・居住系サービスの入所（利用）定員総数

（単位：人）

区 分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・勝英	計
広域型施設 及び居住系 サービス	介護老人福祉施設	4,219	3,025	740	415	1,419	9,818
	介護老人保健施設	3,085	2,564	320	220	722	6,911
	介護療養型医療施設	107	344	38	11	62	562
	介護専用型特定施設 入居者生活介護	0	30	0	0	0	30
	混合型特定施設入居者 生活介護	2,137	2,177	88	40	381	4,823
地域密着型 施設及び居 住系サー ビス	地域密着型介護老人 福祉施設	1,142	586	86	135	158	2,107
	認知症対応型共同生活 介護	2,328	1,977	216	144	693	5,358
	地域密着型特定施設 入居者生活介護	0	58	0	20	111	189
計		13,018	10,761	1,488	985	3,546	29,798

※ 平成29（2017）年度に整備に着手し、平成30（2018）年度中に指定される見込みのものを含む。

（資料：岡山県長寿社会課「第7期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」）

4 平成37（2025）年の医療需要と医療提供体制

（1）平成37（2025）年の医療需要の推計方法

① 構想区域ごとに医療需要を推計

- 平成37（2025）年における一般病床及び療養病床に係る病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの医療需要（推計入院患者数）については、国から示される構想区域ごとの基礎データに基づき、県が推計します。
- このうち、主に一般病床に対応する高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25（2013）年度のNDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータ及びDPCデータ^{※1}を患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率を求めます。
- この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって将来の医療需要を推計します。

※1 DPCデータ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことで、DPCを利用した包括支払システムをDPC／PDPS（Per-Diem Payment System：1日当たり包括支払い制度）といいます。DPC／PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。

平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの医療需要の推計方法

構想区域の平成37（2025）年の医療需要 =

[当該構想区域の平成25（2013）年度の性・年齢階級別の入院受療率 ×
当該構想区域の平成37年（2025）年の性・年齢階級別人口] を総和したもの

- なお、慢性期機能の医療需要については、全国の入院受療率に地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で解消させることとします。

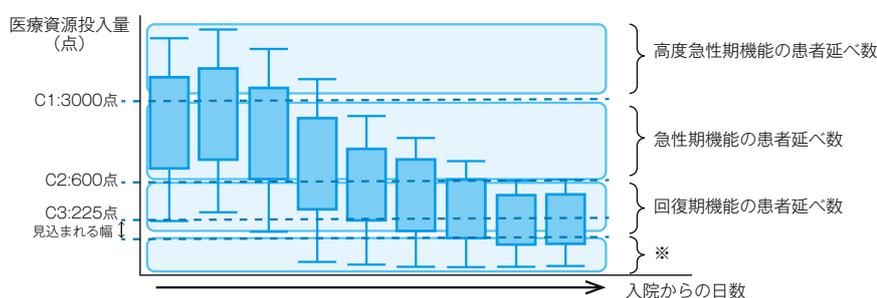
② 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要推計の考え方

- 病床機能報告制度において、高度急性期機能は「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」、急性期機能は「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、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（日常生活における基本的な動作を行う能力）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）」と定義されています。（図表5-1-2-1参照）

- 主に一般病床に対応する高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、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※₂）を用いて分析しています。なお、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、入院基本料相当分は含まないこととしています。
- この医療資源投入量を基に、患者がどの機能区分に該当するか振り分けを行います。
- 患者を振り分ける境界点については、高度急性期機能と急性期機能を区分する境界点（C1）を3,000点、急性期機能と回復期機能を区分する境界点（C2）を600点、回復期機能と慢性期機能及び在宅医療等とを区分する境界点（C3）を225点（在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分します。）とし、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します。

図表5-1-4-1 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。

	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		
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在宅復帰に向けた調整を要する幅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。

（資料：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」）

※2 医療資源投入量

患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数で換算した値（入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く。）。

③ 慢性期機能の医療需要推計の考え方

- 病床機能報告制度において、慢性期機能は「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」と定義されています。

（図表5-1-2-1参照）

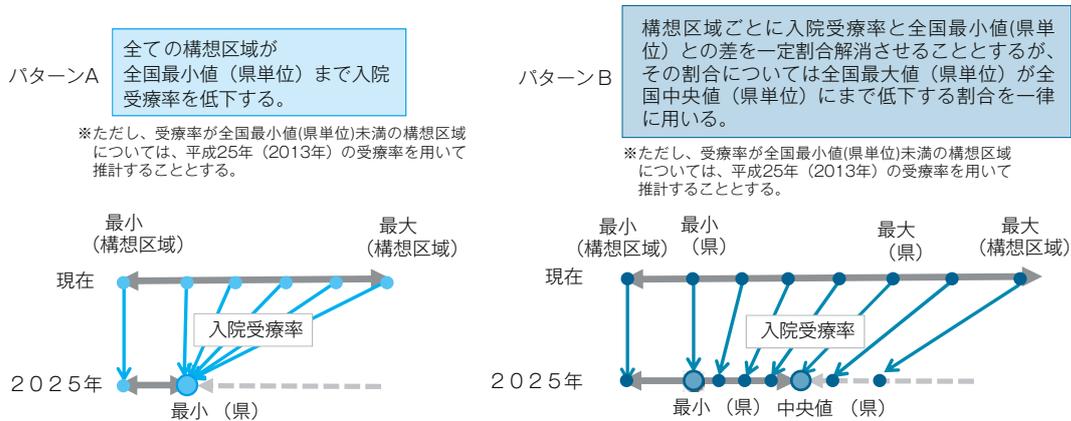
- 慢性期機能の医療需要の推計については、主に慢性期機能を担っている療養病床の診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析が困難であることや、地域によって在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数に大きな地域差があることから、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の全国の地域差を解消するように一定の幅の中で推計することとされています。
- 具体的には、平成25（2013）年度のNDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1_{※3}の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数」として推計し、「その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していく」観点から医療需要を推計します。
- 一般病床の障害者・難病患者（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している患者）については、慢性期機能の医療需要とします。
- 地域差を解消するための入院受療率については、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。
- なお、一定の要件に該当する場合には、入院受療率の達成年次を平成37（2025）年から平成42（2030）年とすることができます。（特例：パターンC）
 - パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位）まで低下させる
 - パターンB：構想区域ごとの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
 - 特例（パターンC）：パターンBの入院受療率の達成年次を、平成37（2025）年から平成42（2030）年とする
- [特例（パターンC）の要件]
 - ・パターンBにより入院受療率を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいこと。
 - ・当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいこと。
- 本県においては、高梁・新見、真庭、津山・英田の3つの構想区域において、特例（パ

ターンC)による入院受療率を用いて医療需要を推計しています。県南東部、県南西部の2つの構想区域は、パターンBにより医療需要を推計しています。

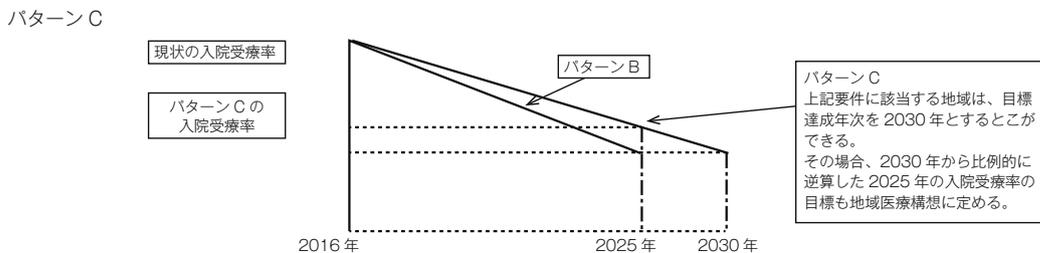
※3 医療区分

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、医療の必要度が高い順に医療区分3、医療区分2、医療区分1と設定されています。

図表5-1-4-2 入院受療率の地域差の解消目標



(資料:厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」)



(資料:厚生労働省「第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料)

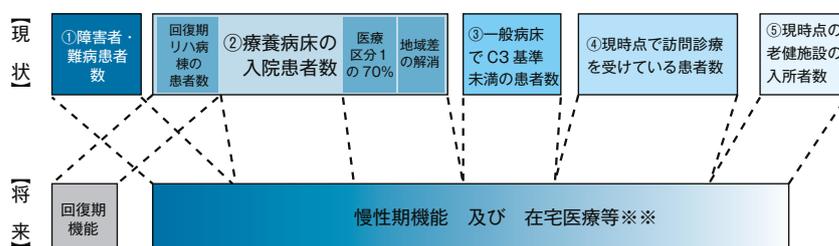
④ 在宅医療等の医療需要推計の考え方

- 在宅医療等の医療需要については、次のア～オを合計することで推計します。
 - ア 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%
 - イ 療養病床の入院患者数のうち、ア以外の入院患者数について、入院受療率の地域差解消分
 - ウ 一般病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。)のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
 - エ 平成25(2013)年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級

級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
 才 平成25（2013）年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級人口を乗じて総和することによって推計される患者数

- なお、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、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ます。

図表5-1-4-3 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※ 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。
 ※※ 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し、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。

（資料：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」）

（3）平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数）

① 医療需要及び医療供給の考え方

- 医療需要及び医療供給数の推計には、「患者住所地別（患者の流出入がなく、入院が必要な患者は住所地の構想区域の医療機関に入院するものとして推計）」と「医療機関所在地別（患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計）」の2つの考え方があります。

② 県内構想区域間の医療需要調整

- 患者がどの医療機関を受診するかについては、構想区域をまたがってなされるのが現実であり、限られた医療資源を有効に活用する観点からも合理的です。
 また、県としては、県内5構想区域で統一して医療機関所在地別か患者住所地別のいずれかを選択する必要があります。以上から、5構想区域すべてで、医療機関所在地別の医療需要によることとしました。

③ 都道府県間の医療需要調整

- 上記②を踏まえ、1日当たりの入院患者の流出入が10人以上の兵庫県、広島県及び香川県と調整した結果、医療機関所在地別の医療需要によることとなりました。

なお、鳥取県については、1日当たりの入院患者の流出入が10人未満のため、調整対象外です。

④ 平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数）

- 平成37（2025）年の医療需要の推計は、「図表5-1-4-4 各構想区域における平成37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給」とおり、「㊦平成25（2013）年における医療需要＜医療機関所在地別＞」データを基に、「㊧平成37（2025）年における医療需要（当該構想区域に居住する患者の医療需要）＜患者住所地別＞」「㊨㊧の医療需要に対し、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＜医療機関所在地別＞」を推計し、「㊩将来の目指す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」を検討します。
- 将来の目指すべき医療提供体制は、上記㊦、㊧の理由により、医療機関所在地別の医療需要に基づき確保することとします。
- そして、平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数）は、㊧により算出された医療需要を病床稼働率（高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%）で割り戻して求めます。
- 以上の考え方及び手順に基づいて推計すると、平成37（2025）年における本県の必要病床数は20,174床となり、医療機能別では高度急性期2,249床、急性期6,838床、回復期6,480床、慢性期4,607床となります。

本県では、この推計値を必要病床数とし、不足する機能を充足するよう病床の機能の分化及び連携を促進します。

図表5-1-4-4 各構想区域における平成37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給

構想区域	区分	平成25（2013）年における医療需要	平成37（2025）年における医療需要（当該構想区域に居住する患者の医療需要）	平成37（2025）年における医療供給（医療供給体制）		
				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	将来の目指すべき医療提供体制を踏まえた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	病床の必要量（必要病床数）
		医療機関所在地別 ㉗（人/日）	患者住所地別 ㉘（人/日）	医療機関所在地別 ㉙（人/日）	医療機関所在地別 ㉚（人/日）	㉛/病床稼働率（床） =㉜
県南東部	高度急性期	844	789	890	890	1,187
	急性期	2,315	2,450	2,601	2,601	3,335
	回復期	2,250	2,568	2,634	2,634	2,927
	慢性期	1,990	1,931	1,867	1,867	2,029
	計	7,399	7,737	7,992	7,992	9,478
県南西部	高度急性期	647	586	666	666	888
	急性期	1,856	1,968	2,123	2,123	2,722
	回復期	2,060	2,322	2,485	2,485	2,761
	慢性期	1,896	1,595	1,717	1,717	1,866
	計	6,459	6,471	6,991	6,991	8,237
高梁・新見	高度急性期	14	52	13	13	17
	急性期	101	186	96	96	123
	回復期	128	205	121	121	134
	慢性期	256	207	176	176	192
	計	499	650	406	406	466
真庭	高度急性期	20	37	19	19	25
	急性期	128	151	123	123	157
	回復期	162	184	158	158	175
	慢性期	142	109	98	98	106
	計	452	481	397	397	463
津山・英田	高度急性期	102	138	99	99	132
	急性期	401	479	391	391	501
	回復期	438	524	435	435	483
	慢性期	557	419	381	381	414
	計	1,498	1,560	1,305	1,305	1,530
合計	高度急性期	1,627	1,603	1,686	1,686	2,249
	急性期	4,801	5,233	5,334	5,334	6,838
	回復期	5,039	5,803	5,833	5,833	6,480
	慢性期	4,841	4,260	4,238	4,238	4,607
	計	16,307	16,899	17,090	17,090	20,174

*病床稼働率は高度急性期機能75%、急性期機能78%、回復期機能90%、慢性期機能92%とする。
 *慢性期機能の医療需要・必要病床数は、県南東部、県南西部はパターンB、高梁・新見、真庭、津山・英田は特例で推計している。
 *医療需要（㉗～㉛）及び必要病床数（㉜）=㉛/病床稼働率は小数点以下を四捨五入により、数値を表示している。そのため、表の各項目の計と合計、㉛を病床稼働率で割り戻した数値と必要病床数（㉜）が一致しない場合がある。

（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

○ 現在の許可病床数と必要病床数の比較

平成29（2017）年4月1日現在の病床数は、許可病床数に合わせるため、平成28（2016）年7月1日現在の病床機能報告の数値をもとに、県において調整しました。

また、医療機能については、病床機能報告では、医療機関が自ら選択していますが、平成37（2025）年の必要病床数の推計にあたっては、NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータ等を活用して、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）により区分しています（慢性期を除く。）。したがって、医療機能の捉え方が異なっていることに留意する必要があります。

※ 図表5-1-4-5 構想区域別許可病床数の現況と必要病床数推計の比較

※ 図表5-1-4-6 （参考）平成37（2025）年における必要病床数推計

※ 図表5-1-4-7 （参考）平成37（2025）年の居宅等における医療需要推計

○ 平成37（2025）年における区域別、機能別流入・流出の状況

構想区域ごと、医療機能別の流入・流出の状況について、国から提供された地域医療構想策定支援ツールにより推計したものです。

※ 図表5-1-4-8 平成37（2025）年度区域別、機能別 1日当たり医療需要の流入の割合の推計

※ 図表5-1-4-9 平成37（2025）年度区域別、機能別 1日当たり医療需要の流入の人数の推計

図表5-1-4-5 構想区域別許可病床数の現況と必要病床数推計の比較

(単位：床)

構想区域	区分	平成29(2017)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 ①	H25 (2013)	H37(2025) ②	H52(2040) ③		
県南東部	高度急性期	2,369		2,369	1,125	1,187	1,146	▲ 1,182	50.1%
	急性期	3,723	459	4,182	2,968	3,335	3,318	▲ 847	79.7%
	回復期	1,215	135	1,350	2,500	2,927	2,969	1,577	216.8%
	慢性期	2,228	243	2,471	2,163	2,029	2,052	▲ 442	82.1%
	休棟・無回答等	583	231	814				▲ 814	
	計	10,118	1,068	11,186	8,756	9,478	9,485	▲ 1,708	84.7%
県南西部	高度急性期	1,661		1,661	863	888	830	▲ 773	53.5%
	急性期	3,129	330	3,459	2,380	2,722	2,644	▲ 737	78.7%
	回復期	1,059	142	1,201	2,289	2,761	2,742	1,560	229.9%
	慢性期	2,067	131	2,198	2,061	1,866	1,876	▲ 332	84.9%
	休棟・無回答等	324	128	452				▲ 452	
	計	8,240	731	8,971	7,593	8,237	8,092	▲ 734	91.8%
高梁・新見	高度急性期				18	17	15	17	
	急性期	313	29	342	130	123	113	▲ 219	36.0%
	回復期	113		113	143	134	122	21	118.6%
	慢性期	322		322	279	192	178	▲ 130	59.6%
	休棟・無回答等		34	34				▲ 34	
	計	748	63	811	570	466	428	▲ 345	57.4%
真庭	高度急性期				26	25	22	25	
	急性期	352	37	389	163	157	144	▲ 232	40.4%
	回復期	42		42	180	175	160	133	416.7%
	慢性期	172		172	155	106	100	▲ 66	61.6%
	休棟・無回答等	31	38	69				▲ 69	
	計	597	75	672	524	463	426	▲ 209	68.9%
津山・英田	高度急性期	125		125	137	132	118	7	105.6%
	急性期	877	119	996	514	501	460	▲ 495	50.3%
	回復期	187	11	198	487	483	452	285	243.9%
	慢性期	682	99	781	605	414	411	▲ 367	53.0%
	休棟・無回答等		63	63				▲ 63	
	計	1,871	292	2,163	1,743	1,530	1,441	▲ 633	70.7%
小計	高度急性期	4,155		4,155	2,169	2,249	2,131	▲ 1,906	54.1%
	急性期	8,394	974	9,368	6,155	6,838	6,679	▲ 2,530	73.0%
	回復期	2,616	288	2,904	5,599	6,480	6,445	3,576	223.1%
	慢性期	5,471	473	5,944	5,263	4,607	4,617	▲ 1,337	77.5%
	休棟・無回答等	938	494	1,432				▲ 1,432	
	計	21,574	2,229	23,803	19,186	20,174	19,872	▲ 3,629	84.8%

県南東部	ハンセン病療養所の病床	1,230		1,230					
------	-------------	-------	--	-------	--	--	--	--	--

合計		22,804	2,229	25,033	19,186	20,174	19,872		
----	--	--------	-------	--------	--------	--------	--------	--	--

※ 1 平成29(2017)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28(2016)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、厚生労働省提供の地域医療構想策定支援ツールの医療機関所在地別、県南東部、県南西部はパターンB、高梁・新見、真庭、津山・英田は特例の数値である。

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。

(資料：岡山県医療推進課)

図表5-1-4-6 (参考) 平成37 (2025) 年における必要病床数推計

(単位: 床)

区 域	区 分	医療機関所在地別				患者住所別			
		A	B	特例	構成比*	A	B	特例	構成比*
県南東部	高度急性期	1,187	1,187	1,187	12.5%	1,052	1,052	1,052	11.5%
	急性期	3,335	3,335	3,335	35.2%	3,141	3,141	3,141	34.3%
	回復期	2,927	2,927	2,927	30.9%	2,854	2,854	2,854	31.2%
	慢性期	1,891	2,029	2,029	21.4%	1,966	2,099	2,099	22.9%
	計	9,340	9,478	9,478	100.0%	9,013	9,146	9,146	100.0%
県南西部	高度急性期	888	888	888	10.8%	782	782	782	10.3%
	急性期	2,722	2,722	2,722	33.0%	2,523	2,523	2,523	33.1%
	回復期	2,761	2,761	2,761	33.5%	2,580	2,580	2,580	33.9%
	慢性期	1,679	1,866	1,866	22.7%	1,545	1,733	1,733	22.7%
	計	8,050	8,237	8,237	100.0%	7,430	7,618	7,618	100.0%
高梁・新見	高度急性期	17	17	17	3.6%	69	69	69	9.1%
	急性期	123	123	123	26.4%	238	238	238	31.3%
	回復期	134	134	134	28.8%	228	228	228	30.0%
	慢性期	130	158	192	41.2%	150	183	225	29.6%
	計	404	432	466	100.0%	685	718	760	100.0%
真 庭	高度急性期	25	25	25	5.4%	49	49	49	8.7%
	急性期	157	157	157	33.9%	193	193	193	34.2%
	回復期	175	175	175	37.8%	204	204	204	36.1%
	慢性期	75	91	106	22.9%	87	104	119	21.1%
	計	432	448	463	100.0%	533	550	565	100.0%
津山・英田	高度急性期	132	132	132	8.6%	184	184	184	10.0%
	急性期	501	501	501	32.7%	614	614	614	33.5%
	回復期	483	483	483	31.6%	582	582	582	31.7%
	慢性期	248	323	414	27.1%	279	357	455	24.8%
	計	1,364	1,439	1,530	100.0%	1,659	1,737	1,835	100.0%
岡 山 県	高度急性期	2,249	2,249	2,249	11.1%	2,136	2,136	2,136	10.7%
	急性期	6,838	6,838	6,838	33.9%	6,709	6,709	6,709	33.7%
	回復期	6,480	6,480	6,480	32.1%	6,448	6,448	6,448	32.4%
	慢性期	4,023	4,467	4,607	22.8%	4,027	4,476	4,631	23.2%
	計	19,590	20,034	20,174	100.0%	19,320	19,769	19,924	100.0%

慢性期の推計方法

【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。

【特例】

構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値よりも大きく、かつ、高齢者単身世帯の割合が全国平均よりも大きい構想区域は、平成42（2030）年から比例的に逆算した入院受療率とすることができる。

「高梁・新見」「真庭」「津山・英田」の3区域が該当する。

* 構成比の欄は、特例における数値である。なお、特例欄の「県南東部」「県南西部」については、パターンBを選択している。

* 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100.0とはならない。

(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-7 (参考) 平成37 (2025) 年の居宅等における医療需要推計

(単位: 人/日)

区 域	区 分	医療機関所在地別			患者住所別		
		A	B	特例	A	B	特例
県南東部	在宅医療等	13,820	13,692	13,692	13,652	13,530	13,530
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	8,317	8,317	8,317	8,207	8,207	8,207
県南西部	在宅医療等	10,387	10,215	10,215	10,410	10,237	10,237
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	5,344	5,344	5,344	5,361	5,361	5,361
高梁・新見	在宅医療等	935	909	878	1,043	1,013	974
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	283	283	283	348	348	348
真 庭	在宅医療等	825	810	796	850	834	820
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	375	375	375	397	397	397
津山・英田	在宅医療等	2,964	2,896	2,812	3,100	3,027	2,937
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	1,474	1,474	1,474	1,551	1,551	1,551
岡 山 県	在宅医療等	28,931	28,522	28,393	29,055	28,641	28,498
	(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	15,793	15,793	15,793	15,864	15,864	15,864

(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-8 平成37（2025）年度区域別、機能別 1日当たり医療需要の流入の割合の推計

区域	区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
県南東部	高度急性期	流入	86.8%	5.9%	1.5%		4.3%		1.5%		100.0%	
		流出	92.0%	8.0%							100.0%	
	急性期	流入	89.6%	4.2%	1.0%	0.7%	2.9%	0.4%		0.8%	0.4%	100.0%
		流出	93.3%	6.1%				0.6%				100.0%
	回復期	流入	91.2%	3.6%	0.8%	0.6%	2.7%			0.6%	0.5%	100.0%
		流出	92.5%	7.0%				0.5%				100.0%
	慢性期パターンB	流入	88.8%	7.2%	1.4%	0.8%	1.8%					100.0%
		流出	85.9%	12.1%	1.2%		0.8%					100.0%

区域	区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
県南西部	高度急性期	流入	10.1%	82.4%	4.1%				3.5%		100.0%	
		流出	8.3%	87.6%						4.1%		100.0%
	急性期	流入	7.1%	86.1%	2.8%	0.5%	1.1%		0.5%	1.9%		100.0%
		流出	5.4%	91.7%						3.0%		100.0%
	回復期	流入	7.2%	88.0%	2.3%	0.5%	0.6%			1.3%		100.0%
		流出	4.0%	93.2%						2.8%		100.0%
	慢性期パターンB	流入	13.6%	84.7%	1.1%					0.6%		100.0%
		流出	8.4%	90.5%						1.1%		100.0%

区域	区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計
高梁・新見	高度急性期	流入			100.0%						100.0%
		流出	24.9%	52.2%	22.8%						100.0%
	急性期	流入			100.0%						100.0%
		流出	14.4%	34.3%	51.3%						100.0%
	回復期	流入			100.0%						100.0%
		流出	10.1%	28.8%	55.5%	5.6%					100.0%
	慢性期パターンB	流入	16.4%		83.6%						100.0%
		流出	16.2%	11.6%	72.2%						100.0%
	慢性期特例	流入	13.5%		86.5%						100.0%
		流出	15.3%	10.7%	74.0%						100.0%

区域	区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計
真庭	高度急性期	流入			100.0%						100.0%
		流出			100.0%						100.0%
	急性期	流入			90.4%	9.6%					100.0%
		流出	13.2%	7.5%	69.9%	9.4%					100.0%
	回復期	流入			7.1%	83.5%	9.4%				100.0%
		流出	9.2%	7.1%		75.6%	8.2%				100.0%
	慢性期パターンB	流入			100.0%						100.0%
		流出	17.6%			82.4%					100.0%
	慢性期特例	流入			100.0%						100.0%
		流出	16.5%			83.5%					100.0%

区域	区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計
津山・英田	高度急性期	流入				100.0%					100.0%
		流出	28.4%				71.6%				100.0%
	急性期	流入				3.5%	96.5%				100.0%
		流出	15.4%	4.9%		2.3%	77.4%				100.0%
	回復期	流入				3.3%	96.7%				100.0%
		流出	13.6%	3.1%		2.9%	80.5%				100.0%
	慢性期パターンB	流入	5.4%				94.6%				100.0%
		流出	10.6%				89.4%				100.0%
	慢性期特例	流入	4.2%				95.8%				100.0%
		流出	9.1%				90.9%				100.0%

※ 各区分における1日当たり10人未満の医療需要は、非公表のためカウントしていない。
 ※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100.0とはならない。
 (資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-9 平成37（2025）年度区域別、機能別 1日当たり医療需要の流入の人数の推計

(単位：人/日)

区域	区分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
県南東部	高度急性期	流入	710.7	48.3	12.2		35.3			12.4		818.7	
		流出	710.7	61.9									772.6
	急性期	流入	2,252.3	104.8	24.3	18.8	72.3	10.9		20.4	11.2		2,515.0
		流出	2,252.3	148.2				13.4					2,414.0
	回復期	流入	2,337.8	92.1	19.8	15.6	68.6			16.1	12.2		2,562.2
		流出	2,337.8	176.7				13.5					2,528.0
	慢性期 パターンB	流入	1,616.7	131.7	26.4	15.1	32.6						1,822.5
		流出	1,616.7	227.4	23.1		15.6						1,882.8

区域	区分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
県南西部	高度急性期	流入	61.9	507.1	25.5					21.3		615.7	
		流出	48.3	507.1							23.8		579.2
	急性期	流入	148.2	1,788.0	57.6	10.6	23.0		11.4	38.9			2,077.8
		流出	104.8	1,788.0						57.7			1,950.5
	回復期	流入	176.7	2,144.0	56.4	12.0	15.7			32.7			2,437.5
		流出	92.1	2,144.0						63.6			2,299.6
	慢性期 パターンB	流入	227.4	1,420.3	18.9					10.4			1,677.0
		流出	131.7	1,420.3						16.6			1,568.6

区域	区分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
高梁・新見	高度急性期	流入			11.1							11.1	
		流出	12.2	25.5	11.1								48.8
	急性期	流入			86.1								86.1
		流出	24.3	57.6	86.1								168.0
	回復期	流入			108.7								108.7
		流出	19.8	56.4	108.7	10.9							195.9
	慢性期 パターンB	流入	23.1		117.7								140.8
		流出	26.4	18.9	117.7								163.0
	慢性期 特例	流入	23.1		148.4								171.5
		流出	30.8	21.5	148.4								200.6

区域	区分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計	
真庭	高度急性期	流入				15.0						15.0	
		流出				15.0							15.0
	急性期	流入				99.4	10.6						110.0
		流出	18.8	10.6		99.4	13.3						142.2
	回復期	流入			10.9	128.5	14.5						153.9
		流出	15.6	12.0		128.5	13.9						170.0
	慢性期 パターンB	流入				70.5							70.5
		流出	15.1			70.5							85.6
	慢性期 特例	流入				82.4							82.4
		流出	16.3			82.4							98.7

区域	区分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	西播磨	尾三	福山・府中	高松	合計
津山・英田	高度急性期	流入					88.9					88.9
		流出	35.3				88.9					124.2
	急性期	流入				13.3	362.9					376.3
		流出	72.3	23.0		10.6	362.9					468.8
	回復期	流入				13.9	406.5					420.4
		流出	68.6	15.7		14.5	406.5					505.3
	慢性期 パターンB	流入	15.6				274.1					289.7
		流出	32.6				274.1					306.7
	慢性期 特例	流入	15.6				357.1					372.6
		流出	35.6				357.1					392.6

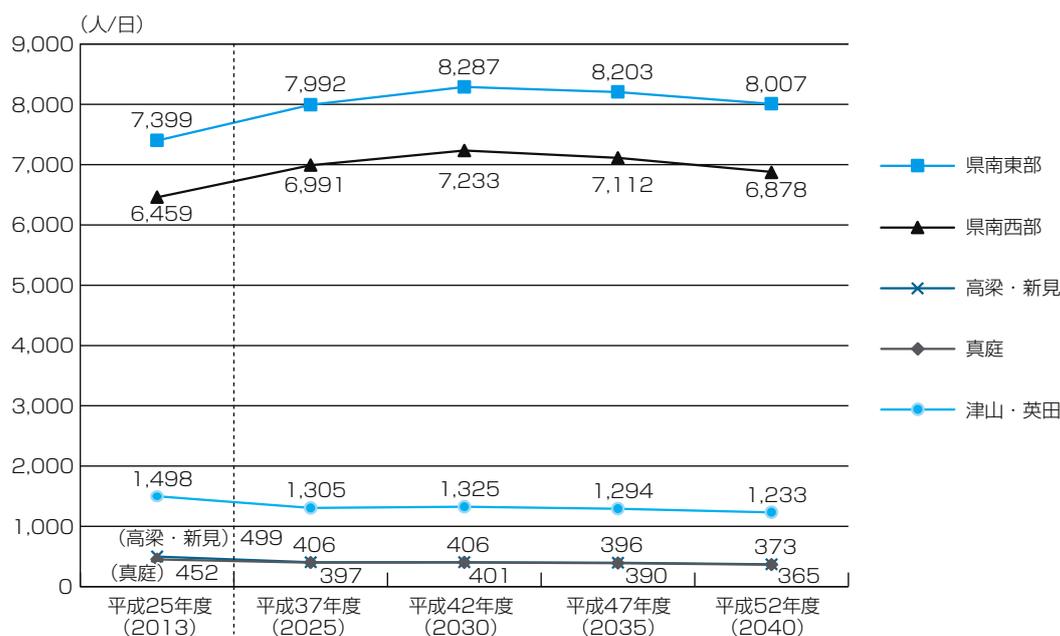
※ 各区分における1日当たり10人未満の医療需要は、非公表のためカウントしていない。

(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

- 入院患者数の推計
 - ・ 将来の入院患者数について、国から提供された地域医療構想策定支援ツールにより推計したものです。
 - ・ 将来の入院患者数の推計については、県南東部、県南西部では増加傾向にありますが、平成42（2030）年をピークに減少に転じます。高梁・新見、真庭、津山・英田では、すでに減少傾向にあります。
 - ・ 将来の慢性期患者数の推計については、県南東部、県南西部ではほぼ横ばい、高梁・新見、真庭、津山・英田では平成37（2025）年まで減少傾向にあり、その後はほぼ横ばいです。
 - ・ 在宅医療等患者数の推計では、全構想区域で増加傾向にありますが、県南東部のピークは平成47（2035）年、他の構想区域のピークは平成42（2030）年を境に減少に転じます。

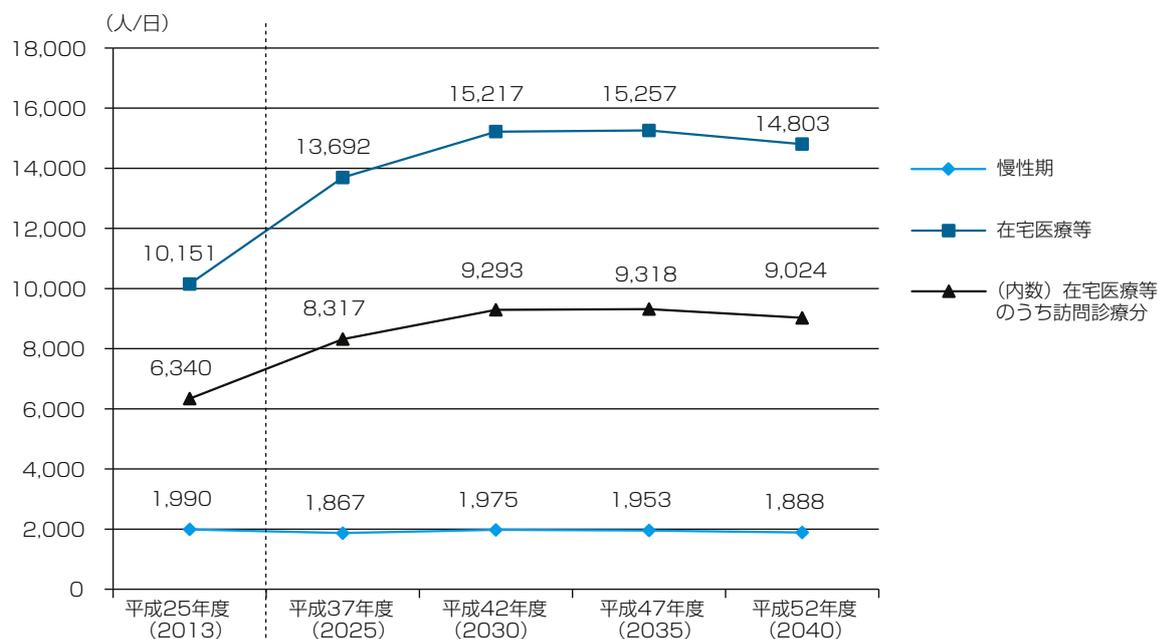
図表5-1-4-10 将来の入院患者数の推計（各区域）

（医療機関所在地別：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）



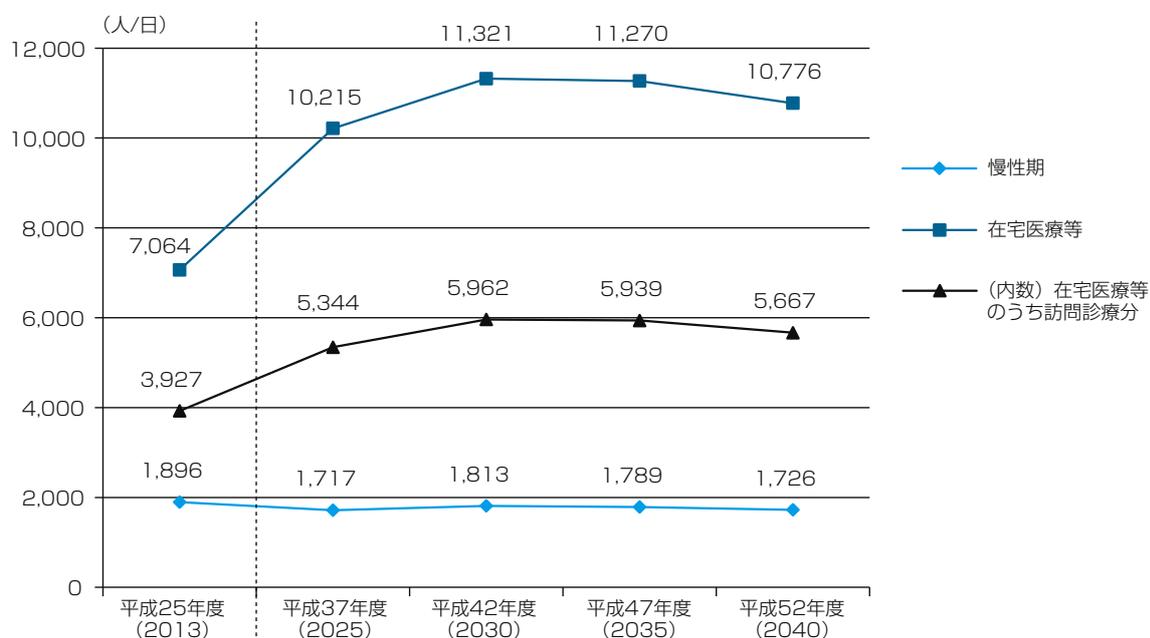
（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

図表5-1-4-11 将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（県南東部）
 （医療機関所在地別：慢性期はパターンB）



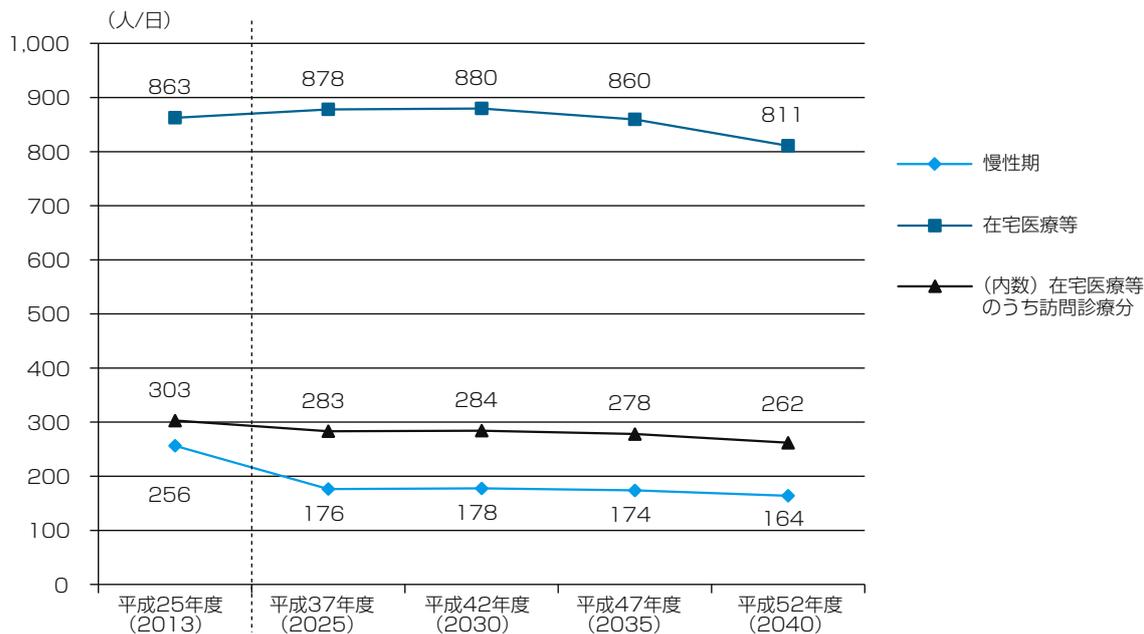
（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

図表5-1-4-12 将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（県南西部）
 （医療機関所在地別、慢性期はパターンB）



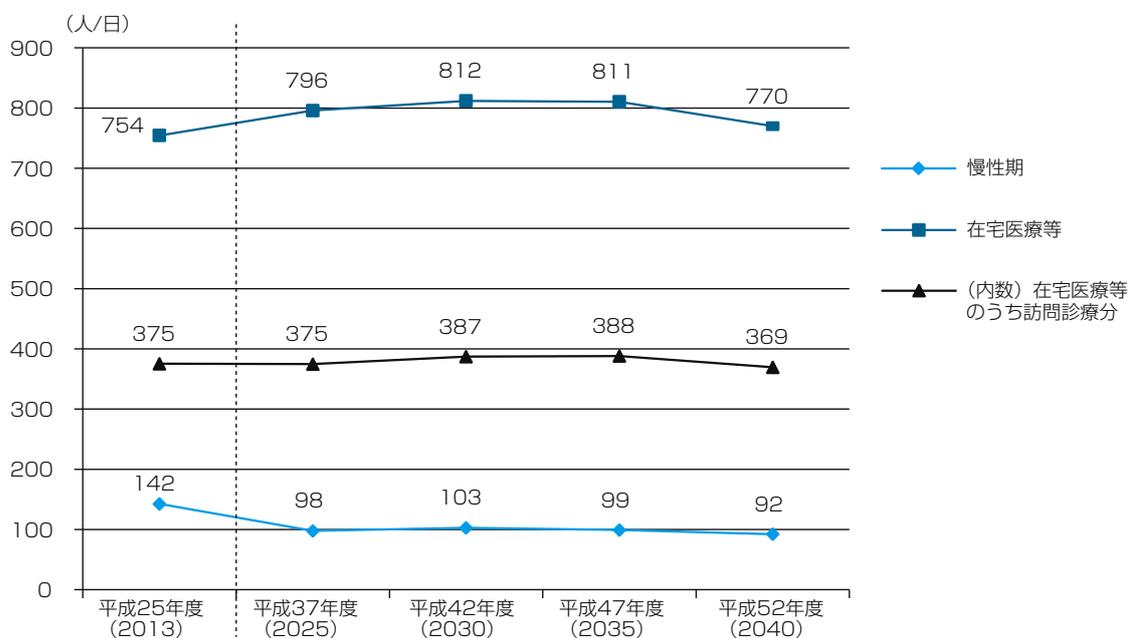
（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

図表5-1-4-13 将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（高梁・新見）
（医療機関所在地別、慢性期は特例）



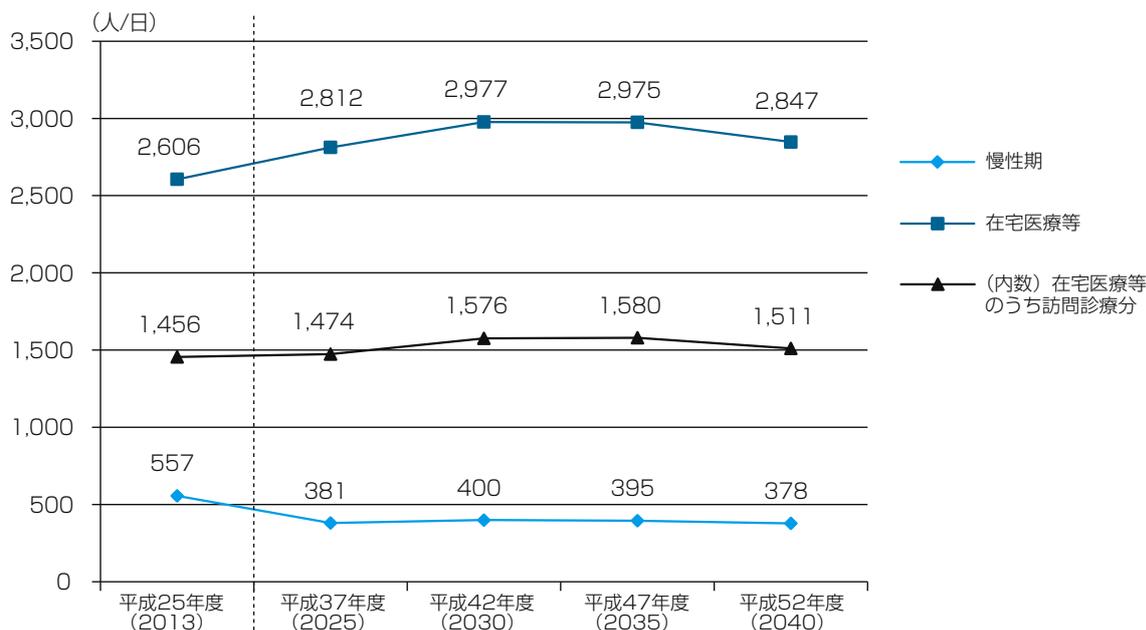
（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

図表5-1-4-14 将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（真庭）
（医療機関所在地別、慢性期は特例）



（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

図表5-1-4-15 将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（津山・英田）
（医療機関所在地別、慢性期は特例）



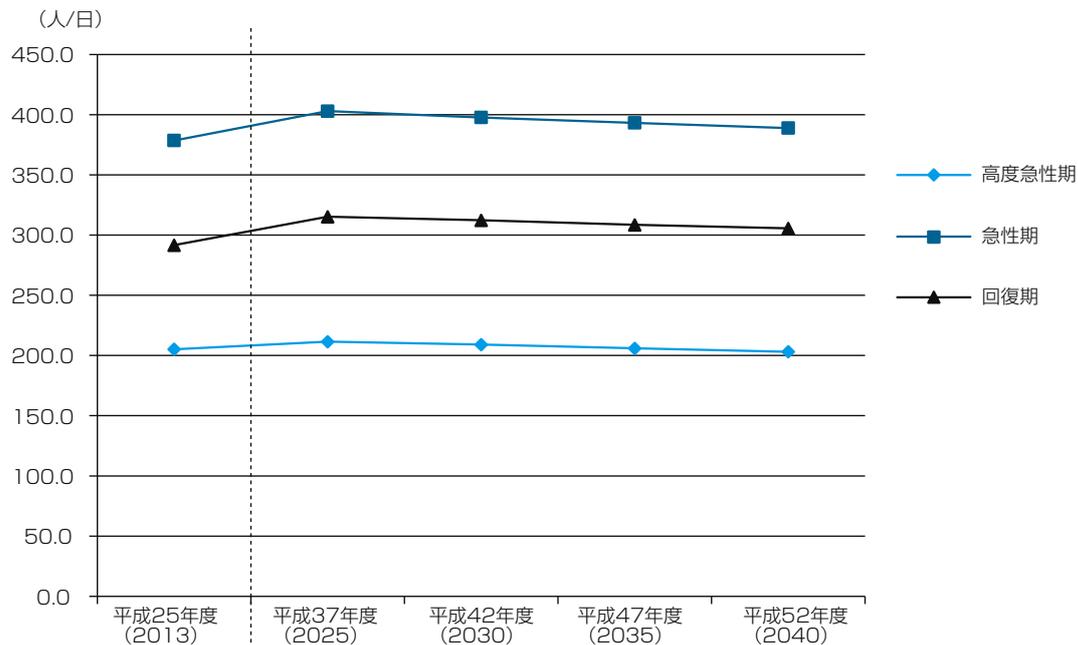
（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

○ 疾病別入院医療需要の推計

- ・ 将来の疾病別医療需要について、国から提供された地域医療構想策定支援ツールにより推計したものです。（ただし、1日当たり患者数が10人未満となる場合は非表示）
- ・ がんについては、県南東部、県南西部では平成37（2025）年まで微増、以下微減の傾向です。津山・英田ではすでに微減傾向にあります。
- ・ 脳卒中については、県南東部、県南西部は平成42（2030）年まで増加傾向にあり、以後横ばい、津山・英田はほぼ横ばいです。
- ・ 成人肺炎については、県南東部、県南西部では増加傾向にありますが、平成42（2030）年をピークに以後、微減傾向にあります。高梁・新見、真庭は、ほぼ横ばいです。津山・英田は増加傾向にありますが、平成42（2030）年をピークに減少に転じます。
- ・ 大腿骨骨折については、県南東部、県南西部は平成42（2030）年まで増加傾向にあり、以後横ばい、津山・英田はほぼ横ばいです。

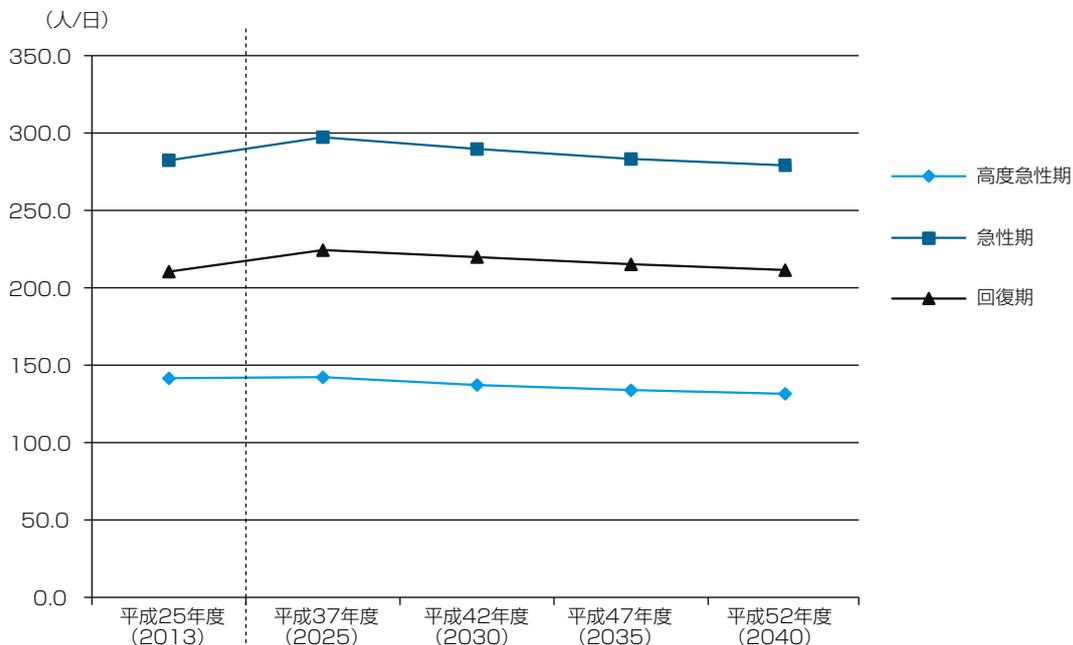
図表5-1-4-16 がんの入院医療需要推計①（県南東部）

※慢性期機能は、疾患別の推計ができません。



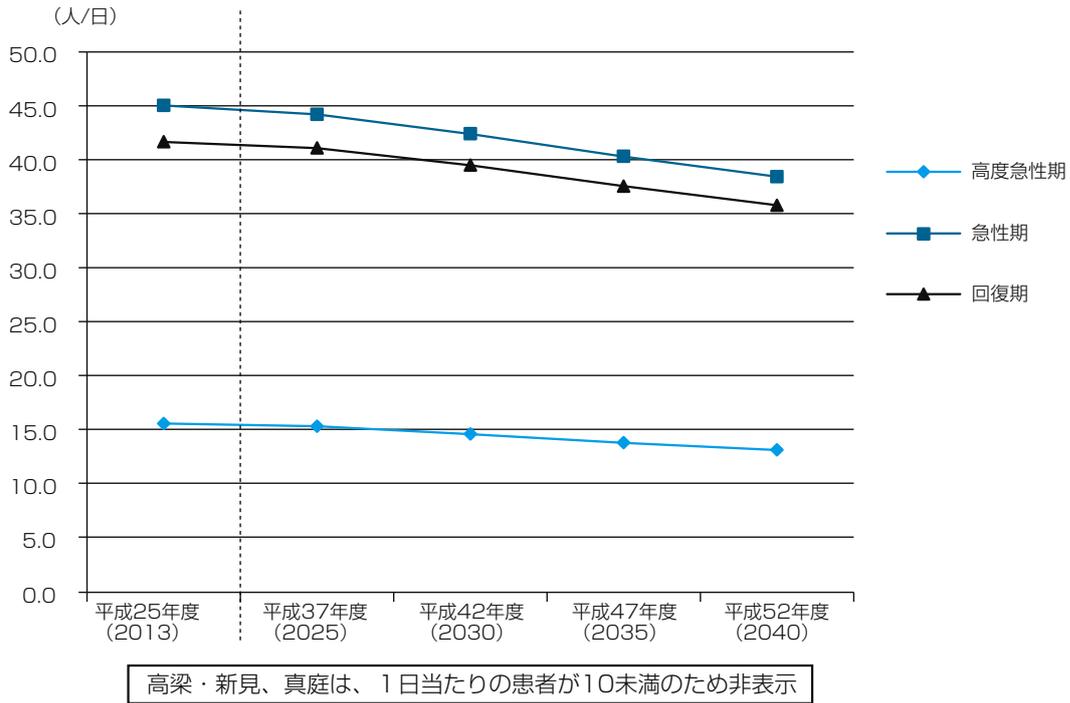
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-17 がんの入院医療需要推計②（県南西部）



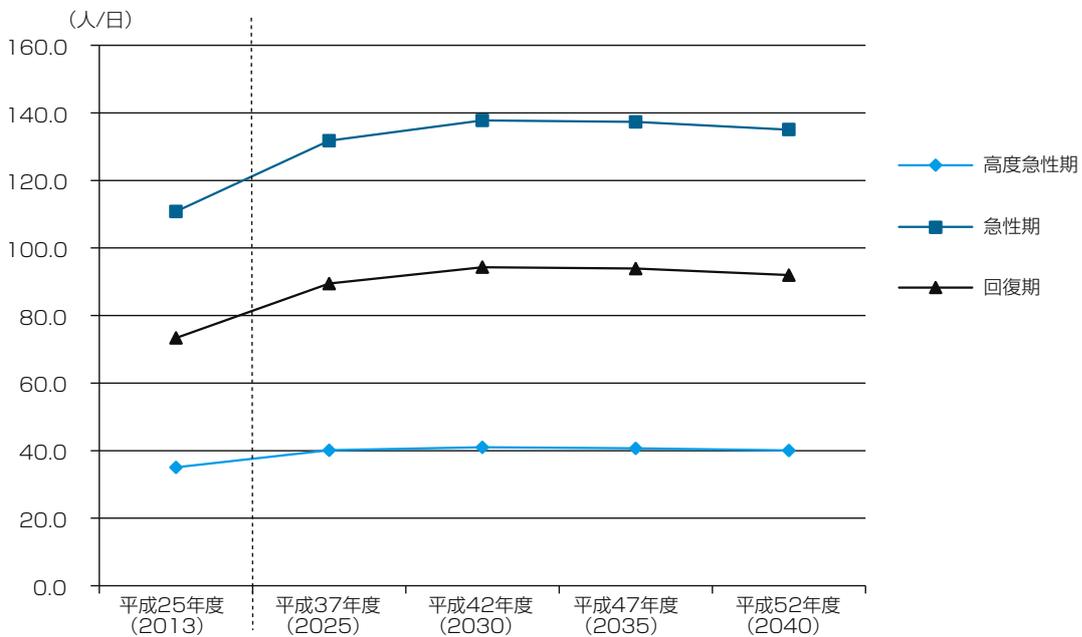
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-18 がんの入院医療需要推計③（津山・英田）



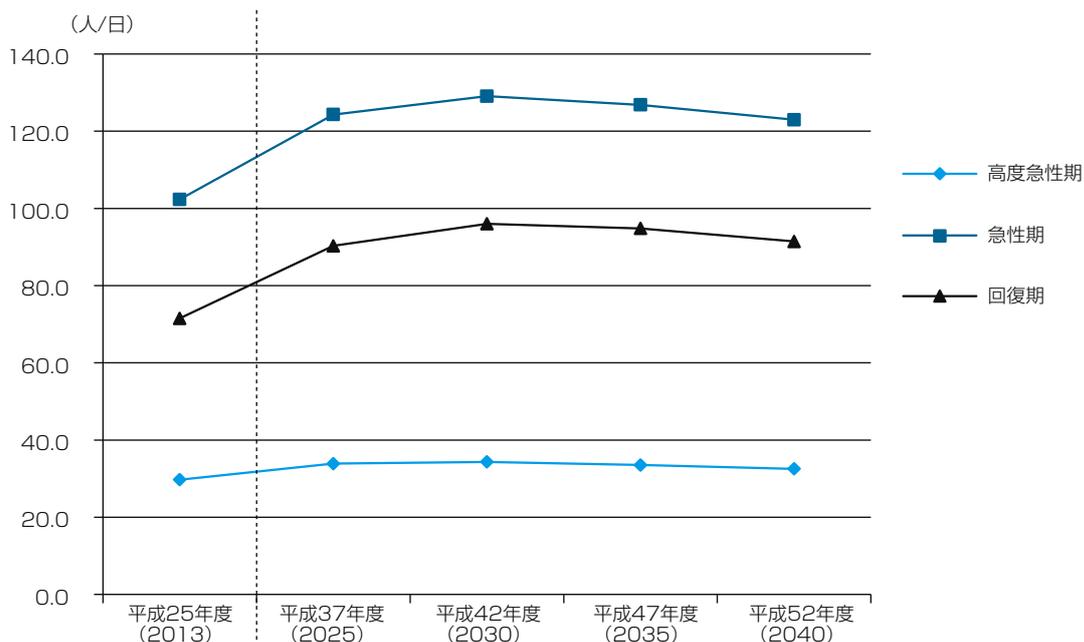
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-19 脳卒中の入院医療需要推計①（県南東部）



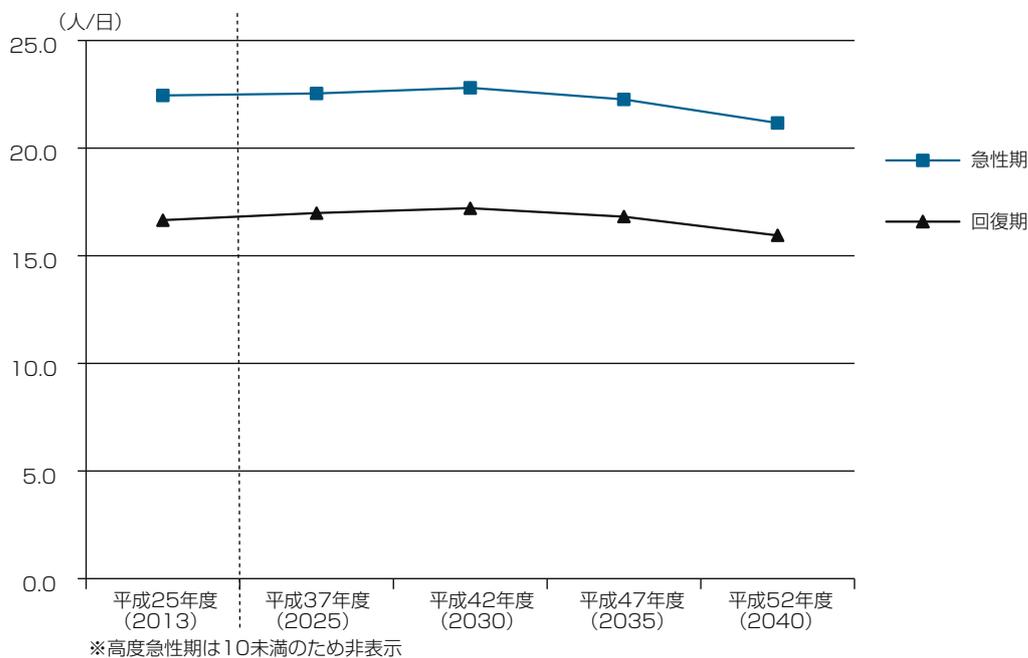
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-20 脳卒中の入院医療需要推計②（県南西部）



(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

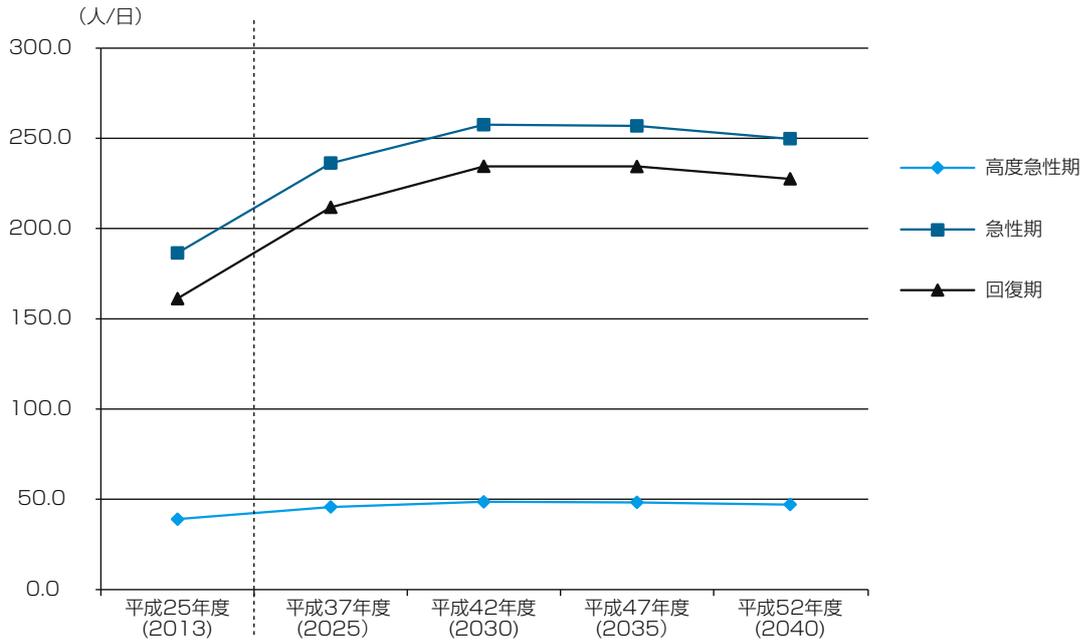
図表5-1-4-21 脳卒中の入院医療需要推計③（津山・英田）



高梁・新見、真庭は、1日当たりの患者が10未満のため非表示

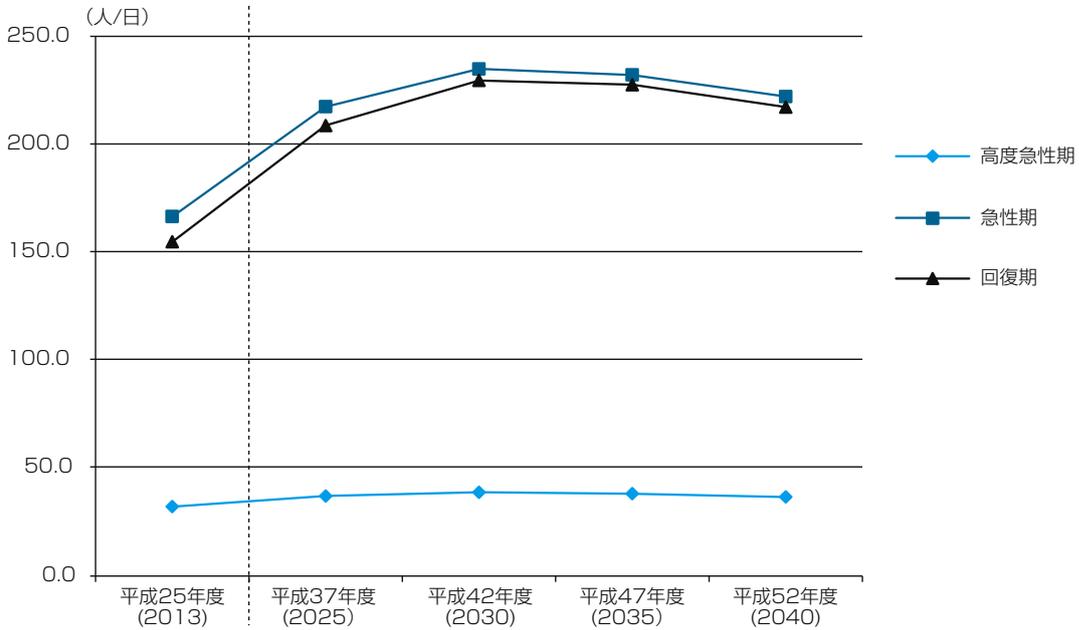
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-22 成人肺炎の入院医療需要推計①（県南東部）



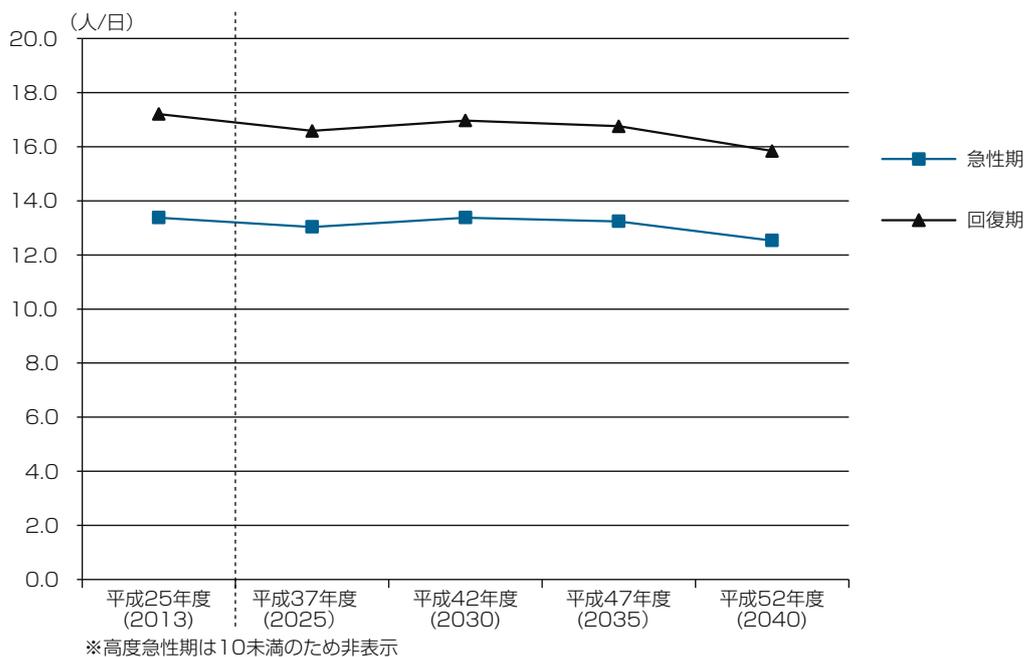
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-23 成人肺炎の入院医療需要推計②（県南西部）



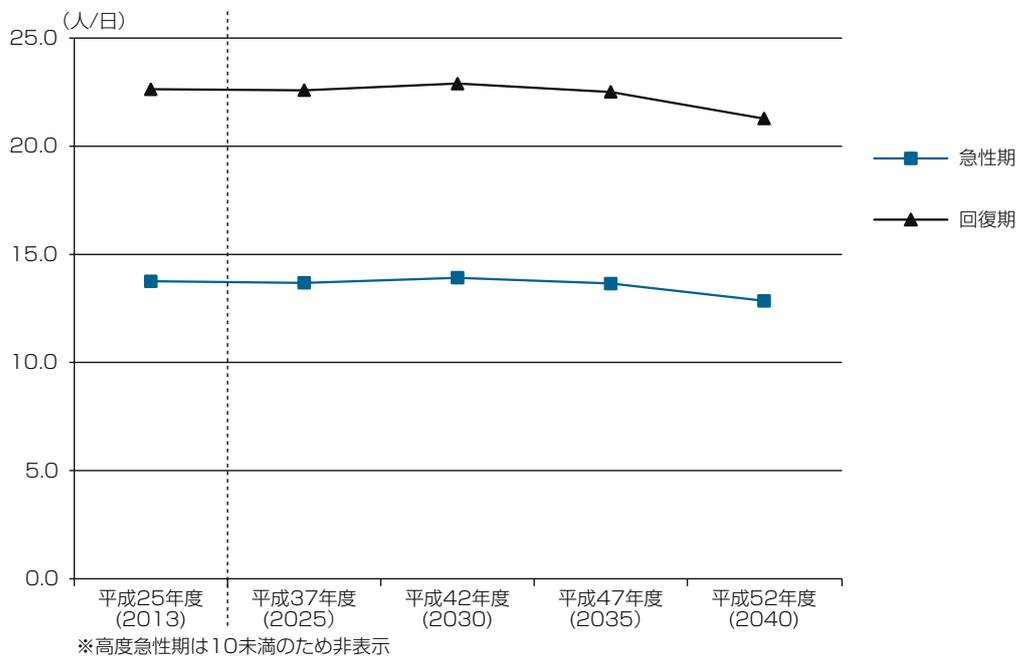
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-24 成人肺炎の入院医療需要推計③（高梁・新見）



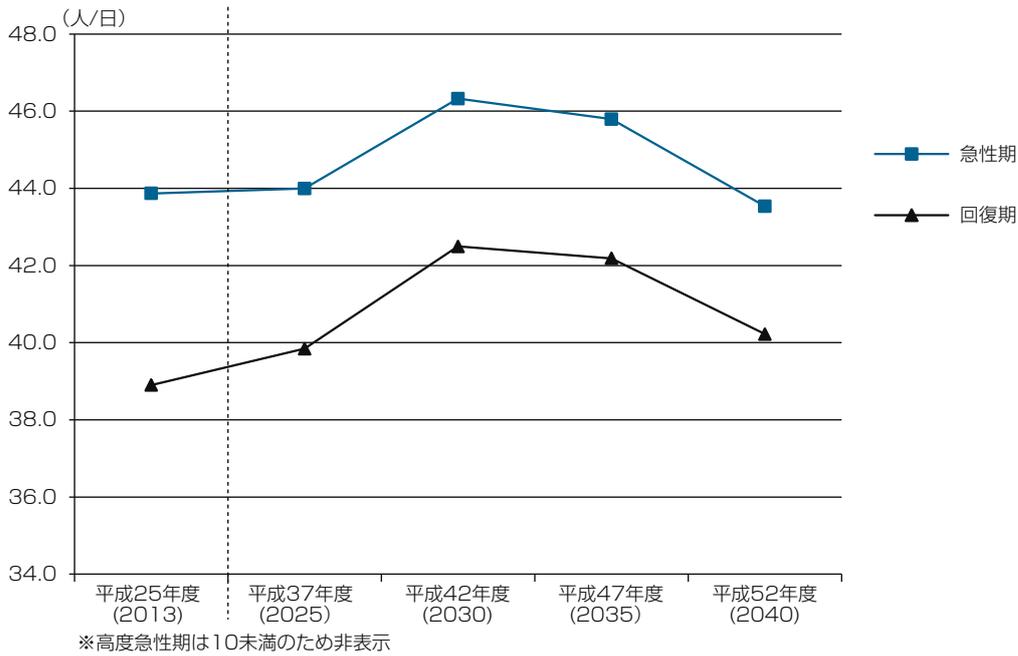
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-25 成人肺炎の入院医療需要推計④（真庭）



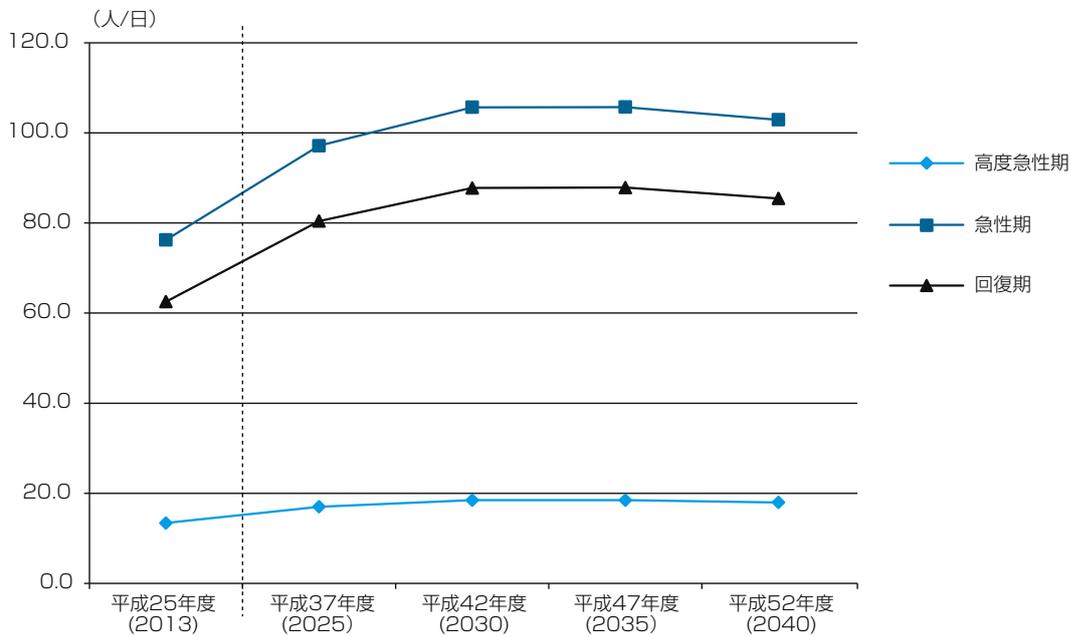
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-26 成人肺炎の入院医療需要推計⑤（津山・英田）



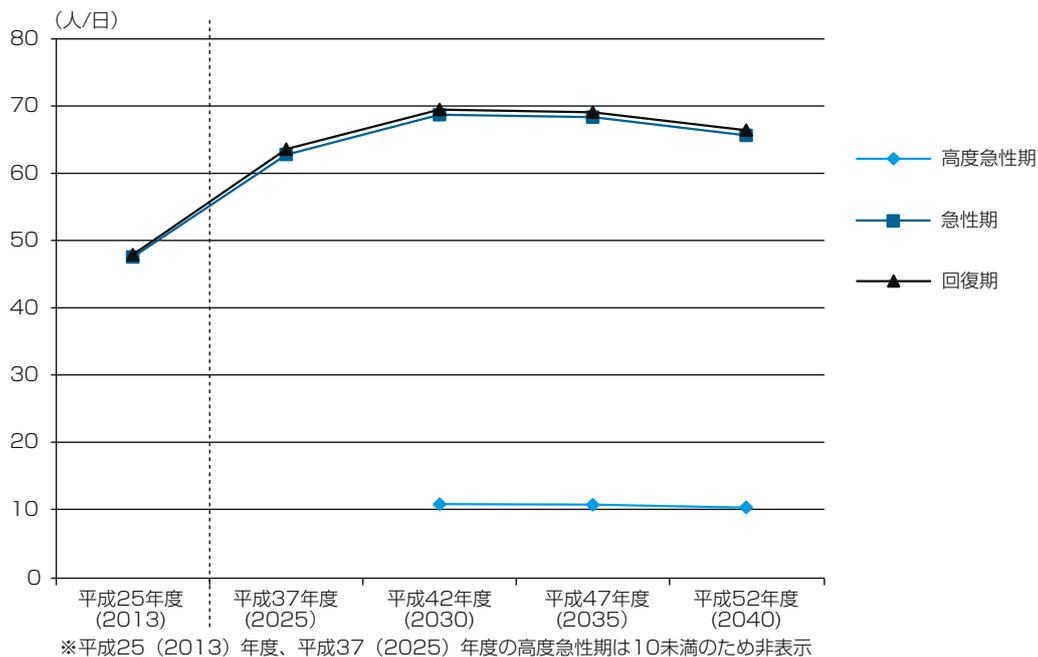
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-27 大腿骨骨折の入院医療需要推計①（県南東部）



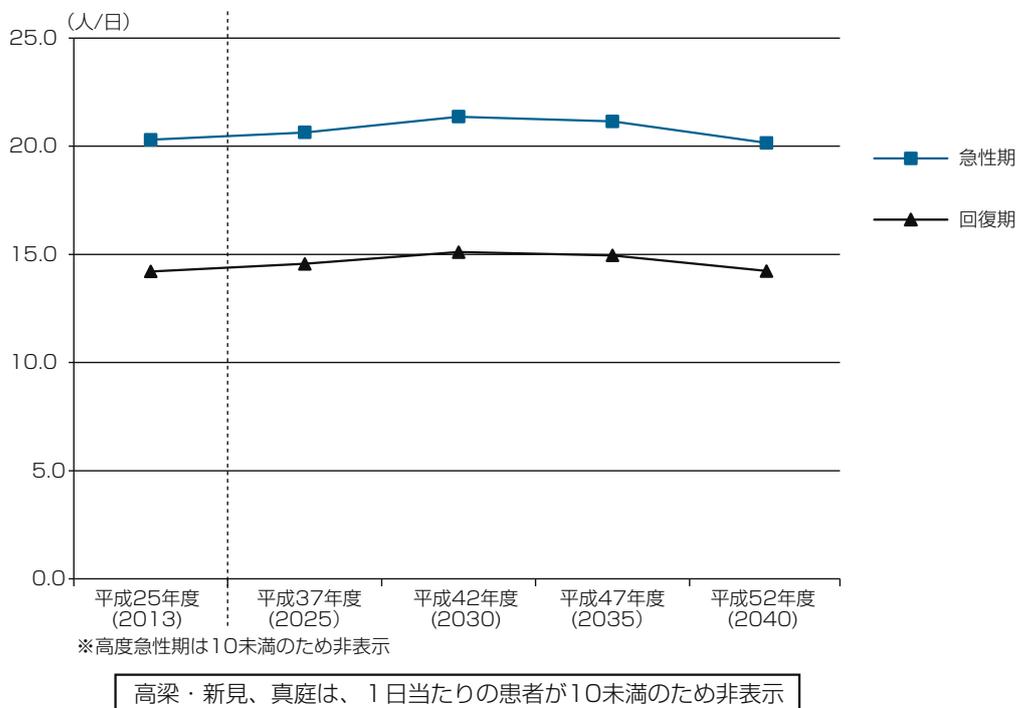
(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-28 大腿骨骨折の入院医療需要推計②（県南西部）



(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

図表5-1-4-29 大腿骨骨折の入院医療需要推計③（津山・英田）



(資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計)

5 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

(1) 医療の役割分担と連携の促進

- 病床機能報告で得られた医療設備・人員配置・診療実績等データの分析・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促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。
- 協議にあたっては、介護医療院等新たな施設類型への療養病床からの移行状況を踏まえるとともに、在宅医療や介護との連携の観点から、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。
- 病床機能報告での病床数と必要病床数の乖離や、必要病床数の現在から将来に向けての増減を見据えて、地域の関係者間で十分に協議を行い、病院及び有床診療所が有する病床の医療機能の分化・連携を進めます。
- 本県の病床利用率は、平成28（2016）年病院報告によれば、全国的にも下から2番目に低く、特に一般病床が十分に活用されていません。こうした実態を理解した上で、各医療機関の機能分化と連携について協議を行います。
- 県南東部、県南西部については、必要病床数と比較して、高度急性期・急性期の病床数が多く、回復期の病床数が少ないことから、実際に提供している医療を検証した上で、必要な病床への転換等を促進します。
- 必要病床数は構想区域ごとに算定していますが、その配置については、地域の実情に応じて、各圏域で丁寧に議論しながら、適切に進めていきます。
- 高度急性期から慢性期の各病床機能に応じた入院患者の状態像の取れんを進めるため、診療科または主な疾患ごとの観点での役割分担を進めていきます。
- 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）と一体的に推進します。
- 不足している病床機能への転換など、病床の機能分化、連携を推進する取組を、地域医療介護総合確保基金の活用により、必要に応じて支援します。
- 高梁・新見、真庭などでは、必ずしも専門医が常勤している状況ではないことから、一人の医師が幅広い分野をカバーしながら、必要に応じて圏域外の専門的医療機能を有する医療機関と連携することにより、医療資源が少ない地域においても、質の高い医療が提供できるよう、体制の整備を図ります。
- 圏域内で完結できていない医療機能については、圏域内での整備や県境を越えた医療連携も視野に入れて検討します。
- 地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域の医療機関相互の機能の分担及び業務の連携を推進して、質の高い医療を効率的に提供するため、新たに地域医療連携推進法人制度が創設されました。この制度は、医師のキャリアパスの構築や中山間地域等における医師の確保に資することも期待されています。地域においては、こうしたことも視野に入れて協議を行います。

- 一般病床と療養病床の機能の分化と連携の促進にあたって、精神科医療との連携は重要であることから、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26（2014）年厚生労働省告示第231号）等の方向性を踏まえた連携を進めます。
また、認知症対策についても、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」の方向性を踏まえた役割分担と連携を進めます。
- 本県では、医療機関の役割分担と連携を促進し、効率的で質の高い医療を提供することにより、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できる、ICTを活用した医療情報ネットワーク岡山（晴れやかネット）を構築しました。更に、この医療連携（病病連携・病診連携）に加え、患者の療養情報が記載されている連携シートを医療・介護に関わる多職種の関係者で共有し、迅速かつ的確に参照・入力することのできる新たな機能（ケアキャビネット）を追加したシステムを構築し、医療・介護連携のツールに発展させています。今後は、この「晴れやかネット」と「ケアキャビネット」の利用促進に取り組みます。

（2）公的病院等の役割の明確化

- 公的病院等は、各構想区域における基幹病院としての役割を果たすことはもとより、地域の特性に応じて、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、精神疾患の医療等の分野で中心的役割を担います。
- 公立病院は、国が平成27(2015)年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、地域医療構想を踏まえ、その策定する「新公立病院改革プラン（以下、「新改革プラン」という。）」において果たすべき役割を明確化するとともに、経営の効率化、再編・ネットワーク化などに取り組みます。なお、新改革プラン策定後に、地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、公立病院は速やかに新改革プランを修正する必要があるとされています。
- 公的医療機関等（医療法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関）、独立行政法人国立病院機構及び独立行政法人労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院は、その策定する「公的医療機関等2025プラン」※において、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示します。なお、策定した「公的医療機関等2025プラン」については、地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には見直しを行うなど、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図ることとされています。
- 地域医療支援病院は、切れ目のない医療提供体制と在宅医療を推進していくため、紹介患者に対する医療提供等を通じて、かかりつけ医を支援する役割を担います。
- 公的病院等と地域の医療機関との機能分化と相互連携の強化を図り、へき地医療や救急医療など、地域において必要とされる医療を提供する体制の確保に努めます。

（3）在宅医療の充実及び地域包括ケアシステムの構築

※第7章第2節6「在宅医療等」及び第9章第5節1「地域包括ケアシステムの構築」に

において記述しています。

(4) 医療従事者の確保・養成

* 第10章「保健医療従事者の確保と資質の向上」において記述しています。

※ 「公的医療機関等2025プラン」の策定対象は、以下のとおりです。

- 公的医療機関（日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する医療機関）（公立病院を除く）
- 医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関
- その他の独立行政法人（国立病院機構、労働者健康安全機構）が開設する医療機関
- 地域医療支援病院
- 特定機能病院

図表5-1-5-1 二次保健医療圏別公的病院等設置状況（平成29（2017）年4月1日現在）

二次保健医療圏	病 院 数					病 床 数		
	国	県	市 町	その他 公 的	計	公的病院等 病床数		許可 病床数
県南東部	4	1	9	4	18	4,520	(33.9%)	13,334
県南西部	1		4		5	1,089	(11.3%)	9,675
高梁・新見			1		1	96	(9.7%)	988
真庭			1		1	105	(13.7%)	767
津山・英田			2		2	168	(6.8%)	2,454
合 計	5	1	17	4	27	5,978	(22.0%)	27,218

※病床数には、精神病床、感染症病床及び結核病床を含む。

（資料：岡山県医療推進課）

図表5-1-5-2 地域医療支援病院（平成29（2017）年4月1日現在）

二次保健医療圏	病 院 名	承認年月日
県南東部保健医療圏	岡山中央病院	平成13(2001)年3月30日
	赤磐医師会病院	平成16(2004)年7月1日
	(独)国立病院機構岡山医療センター	平成19(2007)年10月2日
	(独)労働者健康安全機構岡山労災病院	平成19(2007)年10月2日
	心臓病センター榊原病院	平成19(2007)年10月2日
	岡山赤十字病院	平成23(2011)年7月29日
	岡山旭東病院	平成23(2011)年7月29日
	岡山済生会総合病院	平成24(2012)年5月25日
	岡山市立市民病院	平成25(2013)年10月11日
県南西部保健医療圏	川崎医科大学総合医療センター	平成27(2015)年6月2日
	(公財)大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院	平成20(2008)年6月5日
津山・英田保健医療圏	津山中央病院	平成23(2011)年7月29日

（資料：岡山県医療推進課）

（5）地域医療構想の実現に向けた推進体制

- 地域医療構想の実現に向けては、地域の医療を支える医療関係機関や市町村、医療保険者等の関係者が地域の医療提供に関する現状と課題、将来の目指すべき姿を共有し、取組を進めていくことが重要です。
- 特に、回復期、慢性期、在宅医療等の機能分化・連携を進めていくにあたっては、市町村が主体となる地域包括ケアシステムの構築が前提となっていることから、市町村の果たす役割は大きく、県としても市町村における地域包括ケアシステムの構築が進むよう支援を行っていく必要があります。
- このようなことを踏まえ、本県では、各構想区域に設置した地域医療構想調整会議において、地域の医療提供に関する現状について認識共有するとともに、課題や今後の方向性について協議を行っています。
- 地域医療構想調整会議等の開催にあたっては、地域包括ケアシステムの構築はもとより、精神疾患と身体疾患を重複する患者への対応や、認知症対策等も視野に入れ、また、協議の内容によっては、構想区域を越える医療提供体制が課題となったり、一方で在宅医療など、更に区域を分割して協議を行う方が望ましいこともあると想定されることから、複数の地域医療構想調整会議の合同開催や部会、ワーキンググループの設置を行うなど、柔軟に対応していきます。

- また、地域医療構想調整会議において、構想の進捗状況の情報共有を図るとともに、岡山県医療審議会地域医療構想部会において、県内全域の地域医療構想の進行管理を行うなど、PDCAサイクルに基づく地域医療構想の実現に向けた検討を行います。

(6) 取組の進め方

- 地域医療構想は、地域ごとに異なる人口構造の変化、すなわち医療需要の将来の変化に対して、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することを目的としています。
- この目的を達成するためには、限られた医療資源を有効に活用して病床の機能の分化及び連携を促進していくことが必要であり、地域の医療関係者が地域医療構想で示される将来の医療提供体制の姿を認識しつつ、まずは、各医療機関の自主的な取組によって進めていくことが重要です。
- また、構想区域ごとの地域医療構想調整会議において、毎年度、構想の進捗状況を確認するとともに、構想の実現に向けた課題や今後の取組について協議を行い、その協議結果を踏まえて病床の機能分化・連携を進めていきます。

① 医療機関の自主的な取組

- 構想区域の平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの必要病床数を把握します。
- 病床機能報告データにより、同一構想区域内の他の医療機関の病床の機能区分の選択状況や他の医療機関が提供している医療の内容等を把握し、構想区域内における自院の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握します。
- 構想区域内での平成37（2025）年に向けた自院の病床機能や医療提供の在り方について検討します。
- 検討結果を踏まえ、他の医療機関との連携を図りつつ、自院内の病床機能に応じた医療提供を行います。

② 県の取組

- 地域医療構想調整会議等による関係者の協議を促進する観点から、必要な情報・データ等の提供に努め、地域医療構想の実現に向けた意見集約、合意形成に努めます。
- 地域医療構想の実現に向け不足する病床機能への転換等を行う医療機関に対して、地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行います。
- 毎年度、構想の実現に向けた進捗状況について点検を実施し、岡山県医療審議会地域医療構想部会に報告・説明を行うとともに、進捗状況等について県民への公開に努めます。

③ 地域医療構想調整会議における協議

- 医療機関の自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議において、不足している病床機能への機能転換や構想区域内での医療提供に係る役割分担等について協議を行い、病床の機能分化・連携を促進します。
- このほか、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごと

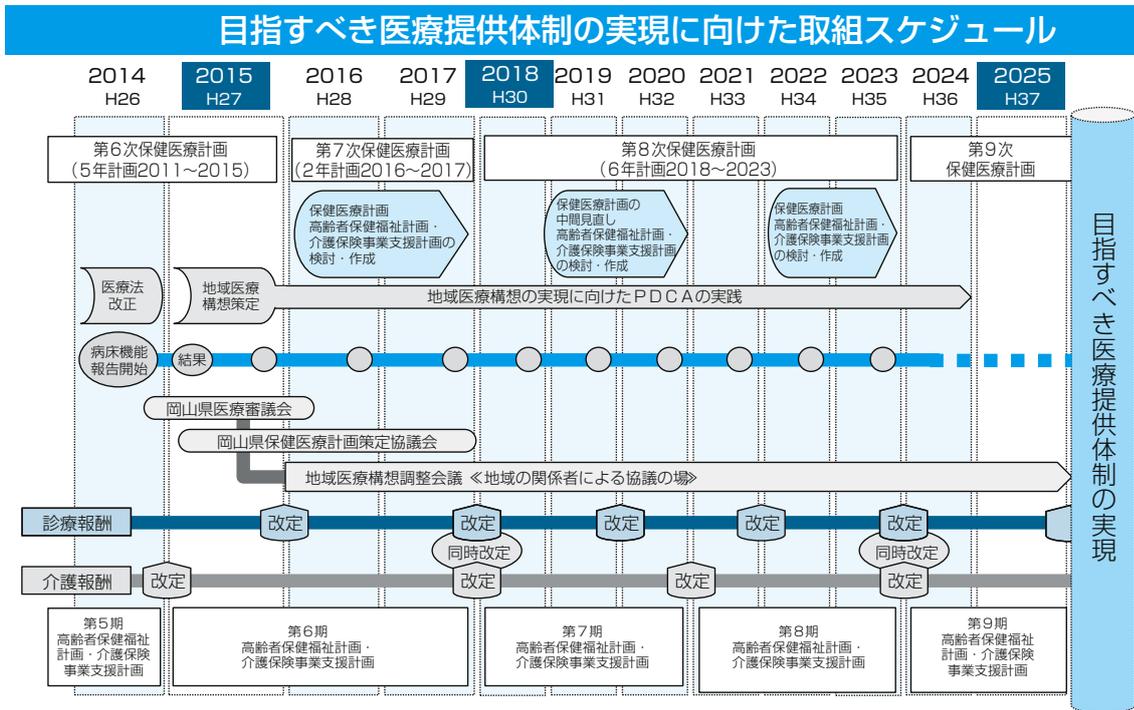
の連携など、地域医療構想の実現に向けて必要となる事項について協議を行います。

(7) 病床機能報告データ等の活用

- 平成26（2014）年度に開始された病床機能報告制度は、一般病床・療養病床を有する医療機関（病院・有床診療所）が、その有する病床において担っている病床の機能の「現状」と「今後の方向」を選択し、病棟単位で、毎年度、都道府県に報告するものです。
- また、併せて報告対象医療機関は、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を報告することとなっています。
- このため、各医療機関においては、病床機能報告データにより、同一構想区域内の他の医療機関が担っている病床の機能や病床数、提供されている医療の内容を把握することができ、地域における自院の相対的な位置付けを客観的に把握することが可能となっています。
- 一方で、病床機能報告制度は、各医療機関が選択する病床の機能の定義が定性的な文言に留まり、定量的かつ客観的な基準が示されていないこと、病棟を単位として病床の機能を選択することから、地域医療構想で示す将来の必要病床数と単純に比較ができないことなど、その取扱いに注意を要する部分があります。
- 県では、病床機能報告データについて、国における制度改善の状況を踏まえながら、各医療機関及び県民へのわかりやすい形での提供に努めます。
- 地域医療構想調整会議においては、毎年度の病床機能報告データ等を用いて地域医療構想における病床数の必要量と現況を比較し、不足する医療機能の充足等について地域の関係者が協議を行います。
- また、地域医療構想の実現に向けた協議を行っていくにあたっては、病床機能報告データのみならず、NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータ、DPCデータといった地域医療に係る様々なデータの収集・分析・提供が求められます。
- これらのデータについては、毎年度、国から「医療計画作成支援データブック」として提供される予定であることから、県では、最新のデータが提供され次第、地域医療構想調整会議等において関係者に提供します。

(8) 平成30(2018)年度以降の取組スケジュール

図表5-1-5-3 平成30(2018)年度以降の取組スケジュール(イメージ)



(資料：岡山県医療推進課)

6 構想区域ごとの地域医療構想

第11章「地域保健医療計画」において記述しています。