地域医療構想の策定に向けて

1　ガイドラインにもとづく2025年に必要な病床数の推計

推計の種類	推計① 「医療機関所在地ﾍﾞｰｽ」	推計①’ 「県内のみ流動」	推計② 「患者住所地ﾍﾞｰｽ」
考え方	医療需要は、患者受療先の医療機関所在地で発生。 患者住所地にかかわらず、医療機関所在地で必要病床数を算定。	医療需要は、患者受療先の医療機関所在地で発生。 医療機関所在地で必要病床数を算定。 ただし、県外医療機関での受療は県内に割り戻して算定。	医療需要は患者の住所地で発生。 患者住所地で必要病床数を算定。
備考	府県間・医療圏域間の患者流出･流入（2013年NDB調べ）が、2025年時点においても継続すると仮定して、医療需要・必要病床数を推計する。 （現状ﾍﾞｰｽ）	県内医療圏域間に限り、患者流出･流入（2013年NDB調べ）が2025年時点においても継続すると仮定して、医療需要・必要病床数を推計する。 （県内完結率100%）	全ての患者が住所地の医療圏で受療すると仮定して推計するため、府県間・医療圏域間の患者流出･流入は想定しない。 （圏域内完結率100%）

（上記による推計値）

		推計 ①　㋐	推計①’　㋑	推計 ②　㋒
高度急性期		５，８９９床	６，１００床	６，１００床
急性期		１８，２４２床	１８，６３６床	１８，６３６床
回復期		１６，５１６床	１６，８７６床	１６，８７６床
慢性期 ※１	ﾊﾟﾀｰﾝA	９，８６９床	９，６５１床	９，６５１床
	ﾊﾟﾀｰﾝB	１１，７６６床	１１，５２５床	１１，５２５床
合　計　※２		５０，５２６ ～５２，４２３床	５１，２６３ ～５３，１３７床	５１，２６３ ～５３，１３７床

※１　慢性期の病床推計は、構想区域ごとにパターンA～Bの範囲内で設定する。
※２　本県の現状は他府県への流出が流入より多いため、㋐（推計①）＜㋑（推計①’）、㋐（推計①）＜㋒（推計②）となる。

資料１－①
（H27.9.1 時点）

２　現行の病床数

平成 26 年度の病床機能報告制度（自己申告）による病床数。
今秋実施予定の平成 27 年度病床機能報告を受け、今後適宜更新。

			現行病床数 ㊓
許可病床数			５４，８３８床
	うち稼働病床数 ※１		５３，１１７床
	内訳	高度急性期	５，０５３床
		急性期	２８，７４７床
		回復期	４，５０６床
		慢性期	１４，８１１床

※１　許可病床数と稼働病床数の差は非稼働病床数による。

３　２０２５年に必要な病床数と現行の稼働病床数との差

	推計①との差 ㊓－㋐	推計①’との差 ㊓－㋑	推計②との差 ㊓－㋒
高度急性期	△　８４６床	△　１，０４７床	△　１，０４７床
急性期	１０，５０５床	１０，１１１床	１０，１１１床
回復期	△１２，０１０床	△１２，３７０床	△１２，３７０床
慢性期	３，０４５～４，９４２床	３，２８６～５，１６０床	３，２８６～５，１６０床
合　計 ※１	６９４～２，５９１床	△２０～１，８５４床	△２０～１，８５４床
備考	694 床～2,591 床の削減が必要	最大 20 床が不足～最大 1,854 床の削減が必要	最大 20 床が不足～最大 1,854 床の削減が必要

※１　正数は病床過剰、△は不足を示す。

４　各圏域での検討の視点

各圏域における 2025 年の必要病床数等については、推計①’による各圏域の病床数を出発点として、下記の点に留意して協議・分析する。

○　全圏域共通項目

(1) 構想圏域

構想圏域は、２次医療圏域単位でよいのか、隣接圏域と連携した統合圏域の設定を視野に入れる必要があるのかについて検討する。

(2) 高度急性期

ア　必ずしも圏域内で完結させる必要はないが、2025 年における患者の流出入を現行どおりとするか否か、その根拠も併せて分析・検討する。

イ　2025 年必要病床数は１日当たり 3,000 点以上の病床数を推計しているが、病床機能報告では ICU 系等のみを高度急性期と報告している病院も多く、結果として全県では不足した数となっている。したがって、圏域において高度急性期に該当する病床数は、点数・ICU 系病床等の有無だけではなく、病院・病棟の機能から判断して把握することとし、その数をもとに検討を行う。

(3)　急性期・回復期

ア　2025 年における患者の流出入を現行どおりとするか否か、その根拠も併せて分析・検討する。

イ　疾病別の流出入についてもアの観点から分析・検討する。

ウ　病床機能報告においては、調査時点で地域包括ケア病床がなかったこと等から、回復期が少なく、急性期が多くなっている。したがって、検討にあたっては現存の地域包括ケア病棟をカウントする等、急性期と回復期の各々の病床数を精査する必要がある。その意味もあって、急性期･回復期を一つのグループとした時の病床数も示している。

(4)　慢性期

ア　Ａパターン～Ｂパターン～（特例）で示される推計の幅のうち、目標をどこに設定するかは、現在の慢性期の病床数や、在宅医療の医療資源等を踏まえ、各圏域で判断する。

イ　2025 年における患者の流出入を現行どおりとするか否か、その根拠も併せて分析・検討する。

ウ　慢性期病床が不足する圏域にあっては、その充足の可能性（急性期・回復期病床からの転床等）を分析する。

エ　慢性期病床が過剰である圏域にあっては、現行病床に含まれる介護療養病床数をまず把握し、福祉施設への優先的な転換を検討する。

(5)　在宅医療

ア　在宅医療は市町単位での完結を原則とする。

イ　慢性期病床が削減された場合の受け皿となる、介護保険施設の現況を把握する。特に、老健・特養等施設系サービスのベッド数･入所者実数の現況と、介護保険計画上の整備予定数を把握し、2025 年に予測される在宅患者数をどこまで賄えるか検討する。

ウ　上記以外の在宅医療需要（すなわち自宅やサ高住等の居住系で看ざるを得ない患者）を支える医療･介護資源が、圏域（市町）内で充足しているか状況

把握する。

不足する場合は、地域の特性も踏まえつつ今後どのように構築するか、市町とともに分析・検討する。

・在宅医療支援診療所、在宅医療支援病院の実情
・訪問看護ステーション、定期巡回･随時対応型訪問介護看護の数的・質的充足度
・医師、訪問看護師等在宅医療人材の確保・育成　等
・地域支援事業（在宅医療・介護連携）への取組状況　　　　・

○　圏域単位の留意点

各圏域は、前述の全圏域共通項目をベースとして、下記(1)～(6)の項目について各圏域の実情や課題にあわせて検討・協議を行う。

(1) 公立病院のあり方
(2) 圏域内における高度急性期医療のあり方
(3) 圏域内における救命救急、小児・周産期医療のあり方
(4) 他府県及び他圏域との患者流出入の確定
(5) 感染症への対応体制の構築
(6) 在宅医療の担い手の確保　　　等

なかでも、個別の圏域で特に検討を要すると思われる項目は下記のとおり。

圏域	特に検討を要する項目（例示）
阪神南・阪神北圏域	・県立西宮病院・市立西宮病院のあり方検討の進捗を見据えた医療機能の整理 ・阪神北圏域で不足する高度急性期医療のあり方 ・阪神北公立３病院の医療連携等にかかる協議の場づくり ・大阪府・市との患者流出入の評価 ・三田市・神戸市間の医療機能連携と患者の流出入の評価 ・感染症指定医療機関の確保
東播磨・北播磨圏域	・神戸圏域との患者流出入の評価 ・北播磨圏域における救命救急・小児救急のあり方
中播磨・西播磨圏域	・県立姫路循環器病センター・製鉄記念広畑病院の統合を見据えた医療機能の整理 ・高度急性期・急性期を中心とした両圏域の医療連携・機能分担のあり方 ・岡山県との患者流出入の評価
但馬圏域	・鳥取県・京都府との患者流出入の評価 ・広大な圏域面積における在宅医療人材の確保
丹波圏域	・県立柏原病院・柏原日赤病院の統合を見据えた医療機能の整理 ・流出患者の評価と、自圏域の医療機能の再整理 ・京都府との患者流出入の評価
淡路圏域	・高齢化の著しい在宅医療の担い手の新たな確保 ・淡路医療センターの圏域で果たす役割の再整理

【別紙】

1　病床の機能別分類の境界点の考え方

	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	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。
※		

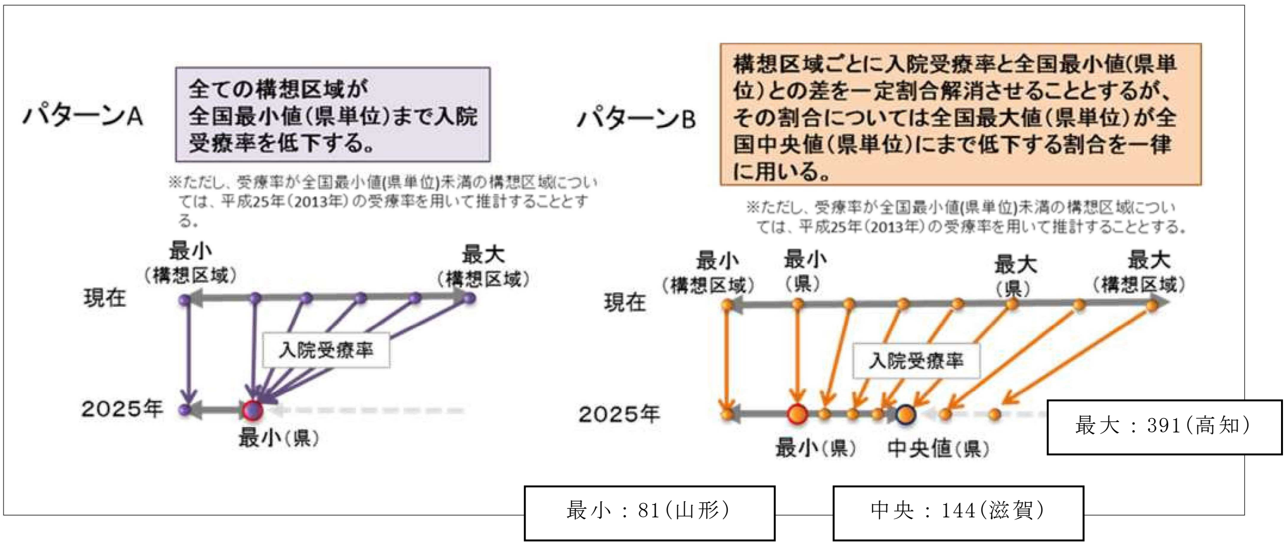
※　在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2　慢性期の入院受療率の地域差の解消を図るための複数の目標値

<u>パターンA</u>：全ての構想区域において全国最小値(県単位：81(山形県))まで入院受療率を低下させる。

<u>パターンB</u>：全国最大値(県単位:391(高知県))が全国中央値(県単位：144(滋賀県))にまで低下する割合を用いて各構想区域の入院受療率を低下させる

<u>特例</u>　要件：①当該２次医療圏の減少率がパターンBによる慢性期病床の減少率の全国中央値より大きく、かつ②高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

内容：入院受療率の目標の達成年次をH42（2030年）に延期できる。その際、地域医療構想には、H42年から比例的に逆算したH37年の目標を記載する。

本県での該当圏域：淡路、丹波の２圏域のみが該当