

地域医療構想について

～実態アンケート調査結果等～

1	これまでの開催会議と主な意見等について	.....	3
2	一般病床について	.....	10
	(1) 県内公立病院の状況について	.....	11
	(2) 一般病床必要数の将来推計について(県独自試算)	.....	13
	(3) 実態アンケート調査結果等について	.....	18
	(4) 高度急性期、急性期、回復期機能について	.....	23
3	療養病床等について	.....	27
	(1) 慢性期機能について	.....	28
	(2) 在宅医療等について	.....	39
	(3) 医療・介護費用について	.....	45
4	今後の検討課題等について	.....	49

1 これまでの開催会議と主な意見等について

1 これまでの開催会議

年	月日	会議名
平成27年	6月23日	医療審議会
	10月6日	医療審議会第1回地域医療構想部会
	11月～12月	県独自実態アンケート調査の実施
	11月10日	第1回砺波地域医療構想調整会議
	11月17日	第1回高岡地域医療構想調整会議
	12月2日	第1回富山地域医療構想調整会議
	12月15日	第1回新川地域医療構想調整会議

2 主な意見等

(1) 医療審議会（H27年6月23日開催）

- 先般、政府による試算結果が新聞等で報道され、住民や医療機関にも戸惑いがある。
- 病床数や医療難民のことだけがクローズアップされている。高齢化社会において最適な医療体制を構築するという地域医療構想の目的が医療者をはじめ全体に伝わるような説明をしてほしい。
- 地域医療構想は、病床を削減する話ではなく、不足する医療資源を補充するということが基本的な考え方。

(2) 第1回地域医療構想部会（H27年10月6日開催）

- 救急搬送患者の高齢化が進行しており、今の看護体制で足りるかどうか。
- 回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟は、転換支援策で病床を増やす必要があるが、同時に、在宅医療や生活支援との結びつきが重要。
- 回復期病床を増やす中で、リハビリテーションスタッフの確保はかなり重要な問題で、十分検討する必要。
- 2025年まで回復期病床を増やすということは、それに見合った数のスタッフも想定しなくてはいけない。
- 慢性期機能は、地域のシステムや医療資源等に関係しているので、医療圏単位でしっかりと議論することが大切。

- 療養病床の削減ありきの議論を危惧している。施設に頼るしかない人も増加する。医療・介護、福祉のトータルで考えながら議論すべき。
- 医療区分1の70%を入院から在宅医療等に移行するのは、国の財政部門からの要請としか思えない。現実には、せいぜい20～30%程度ではないか。
- 地域の実情はどうなのかという現場の意見等をしっかり聴いて、地域医療構想の施策に反映すべき。そのため、各医療圏の地域医療構想調整会議が大事な会議となる。

(3) 第1回地域医療構想調整会議 (4 医療圏)

新 川

- ・ 療養病床は高い利用率で、すぐに減数が必要だとは考えられない。療養病床を削減するなら在宅医療等を急速に拡大する必要があるが、すぐにできるものではない。
- ・ 療養病床を利用した在宅医療の在り方をこういった機会に検討していくべき。
- ・ 施設へ入居しても、医療面、福祉面、介護面でカバーできるか不安がある。
- ・ 富山県は女性の就業率が高いので、療養病床が削減されて介護離職につながるような施策だけはやめてほしい。
- ・ 病床削減だけではなく予防や連携などの角度からも検討してもらいたい。
- ・ 国の言うことを全部聞く必要はないという姿勢が必要。病床が多い少ないといっても、各県によって実情は異なる。

富 山

- ・ 慢性期については、在宅医療やサービス付き高齢者向け住宅まで含めて全体的に検討すべき。
- ・ 認知症患者が増加していくことや地域づくりの視点も踏まえると、訪問看護の充実が必要。
- ・ 在宅医療の患者を地域でどう支えるのかも大切なこと。
- ・ 地域で持続可能な医療提供体制を決めるというのは時間がかかる。
- ・ 独居老人が多い地域や看護機能が弱い地域等、細かい配慮をしてほしい。
- ・ 元気であり続ければそもそも入院の必要性が減るので、そういう対策も検討すべき。

高岡

- ・ 慢性期機能について、在宅医療等という受け皿なしに検討することはできないと思う。
- ・ 都道府県で療養病床が多いところは、在宅医療等がしっかりできていない。
- ・ 少子高齢化、介護人材不足のなかでは、在宅基盤ができるはずがない。
- ・ 医療区分1の70%を在宅医療にというのは、根拠のない数値。療養病床の入院患者は、それぞれの事情があるからこそ入院している。

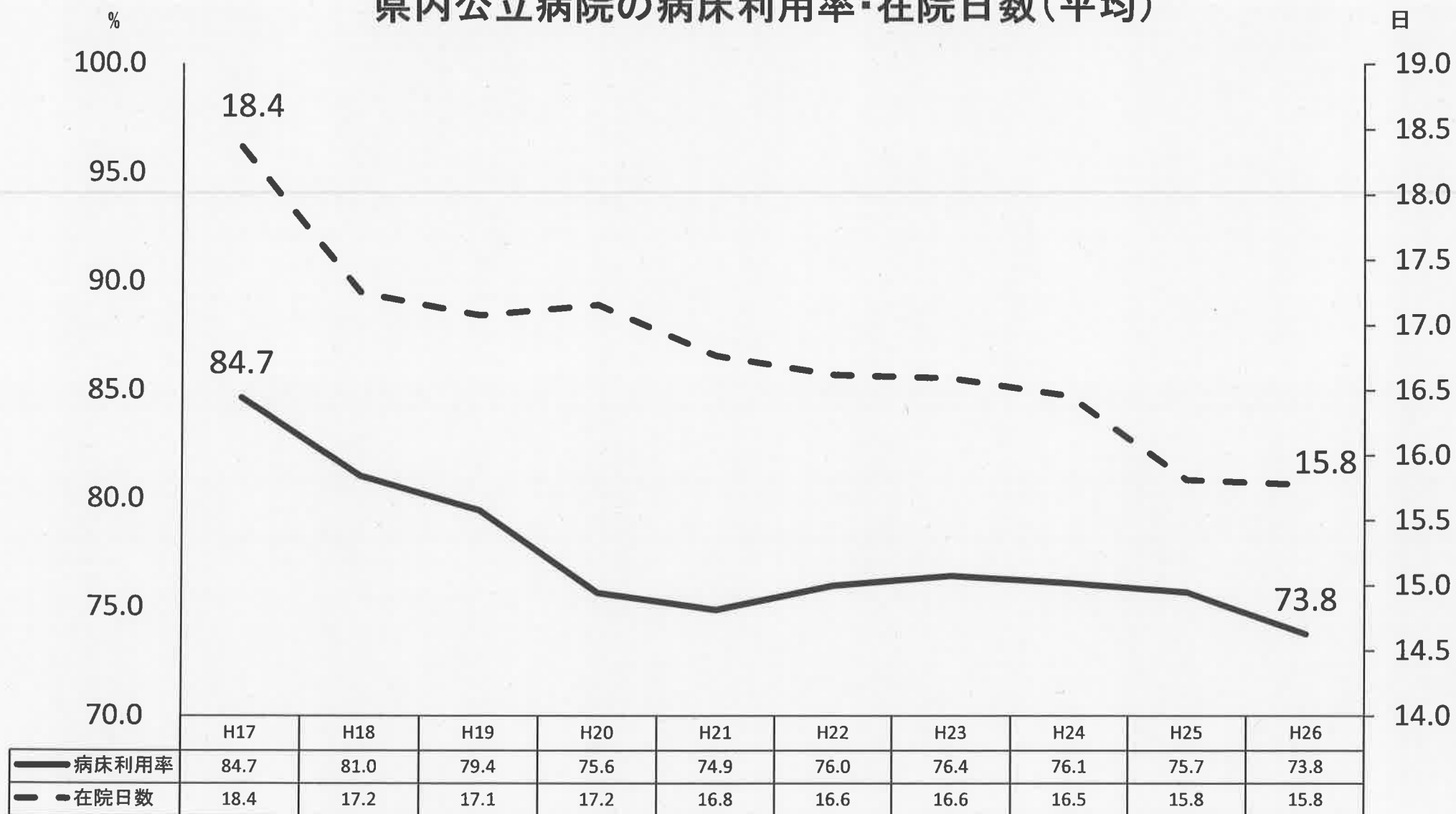
砺波

- ・ 少子化対策として、産科を誘致している。まずは、産科医の確保がポイントとなってくる。
- ・ 今後、医療従事者の確保をどうしていくか検討することが必要。
- ・ 地域医療介護総合確保基金等を活用した施策を検討していくことが必要。

2 一般病床について

(1) 県内公立病院の状況について

県内公立病院の病床利用率・在院日数(平均)



- 病床利用率は低下(84.7% → 73.8%)
- 在院日数は短縮(18.4日 → 15.8日)

地方公営企業年鑑(総務省)

(2) 一般病床必要数の将来推計について(県独自試算)

必要病床数(一般病床)の計算式

$$\begin{array}{l} \text{必要病床数} \\ \text{(人・日)} \\ \text{(人口10万人当たり)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{退院率} \\ \text{(人)} \\ \text{(人口10万人当たり)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{平均在院日数} \\ \text{(日)} \end{array}$$

上記の各項目について、年齢階級別の値を合計して必要病床数を算出した。
すなわち、

$$\begin{array}{l} \text{必要病床総数} = \\ \text{各年齢の合計} \Sigma \left[\frac{(\text{男の退院率}) \times (\text{男の人口}) + (\text{女の退院率}) \times (\text{女の人口})}{(\text{男の人口}) + (\text{女の人口})} \right] \times \text{平均在院日数} \end{array}$$

退院率

- 人口10万人当たりの母集団において、1日当たり何人の退院患者がいるか

$$\begin{array}{l} \text{退院率} = \\ \text{(人)} \\ \text{(人口10万人当たり)} \end{array} = \frac{\text{推計患者数} \\ \text{(千人単位} \times \text{月)}}{\text{年齢階級人口} \\ \text{(千人単位)}} \times \frac{1}{30} \times 100000 \\ \text{(人)}$$

1日の退院にするために割る

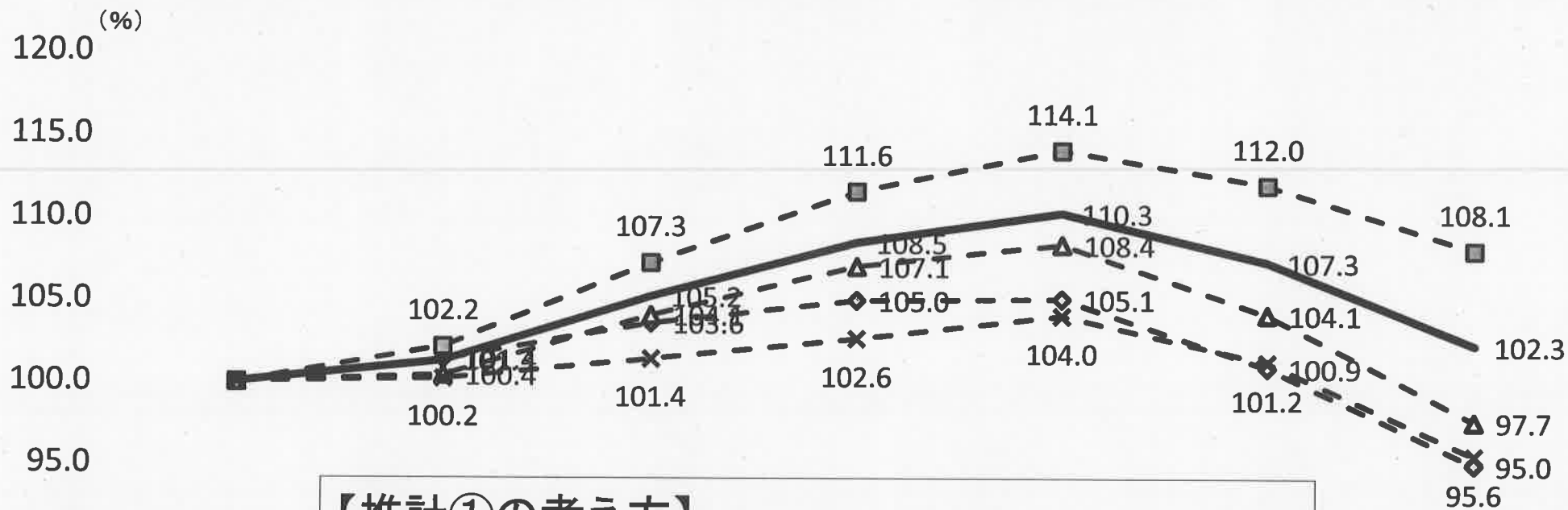
人口10万人当たりにするために掛ける

出典:

「医療法第30条の4第2項第11号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」

この別表第2「地方ブロックの性別及び年齢階級別一般病床退院率」に数値が記載されている。

2014年を基準(100)とした必要一般病床数の将来推計①



【推計①の考え方】
 退院率: 2012年の値が続く
 平均在院日数: 2014年の値が続く

平均在院日数(2014年)

0~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80歳~
7.3日	7.5日	11.5日	11.3日	11.9日	10.1日	10.9日	11.7日	12.4日	13日	16.3日	15.8日	16日	16日	17.8日	20.5日	27.1日

2014年 2015年 2020年 2025年 2030年 2035年 2040年

◆ 新川医療圏 □ 富山医療圏 ▲ 高岡医療圏 × 砺波医療圏 — 全県

平均在院日数: 患者調査(厚生労働省)、将来推計人口: 国立社会保障・人口問題研究所

2014年を基準(100)とした必要一般病床数の将来推計②

(%)

【推計②の考え方】

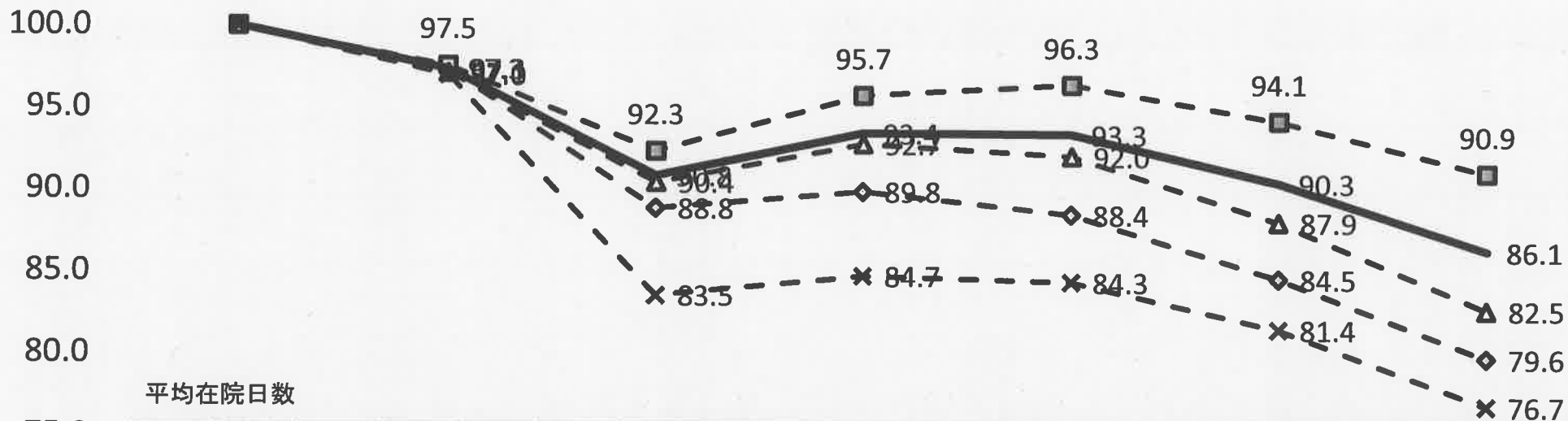
退院率: 2012年の値が続く

平均在院日数:

0~64歳: 2014年の値が続く

65~74歳: 2011年→2014年のペースで減少(15日で頭打ち)

75歳以上: 2011年→2014年のペースで減少(20日で頭打ち)



	0~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80歳以上
2011年	7.6日	7.9日	10.5日	10.8日	10.3日	10.4日	11.3日	11.9日	13.9日	14.8日	15.6日	15.7日	17日	17.4日	19.5日	22.8日	28.4日
2014年	7.3日	7.5日	11.5日	11.3日	11.9日	10.1日	10.9日	11.7日	12.4日	13日	16.3日	15.8日	16日	16日	17.8日	20.5日	27.1日

2014年

2015年

2020年

2025年

2030年

2035年

2040年

◆ 新川医療圏 □ 富山医療圏 ▲ 高岡医療圏 ✕ 砺波医療圏 — 全県

(3) 実態アンケート調査結果等について

実態アンケート調査（一般・療養病床）

○調査目的

地域医療構想の策定にあたり、地域の実情を把握するとともに、各医療機関に調査結果をフィードバックし、自主的な検討や取組みに活用していただく。

○アンケート実施時期

平成27年10月～12月

項目	区分	病院		有床診療所	計
		一般病床	療養病床		
実態アンケート調査票	医療機関	43/45	40/43	33/52	116/140
	(回収率)	(95.6%)	(93.0%)	(63.5%)	(82.9%)
	病床	8,332/8,456	4,717/5,087	472/712	13,521/14,255
	(回収率)	(98.5%)	(92.7%)	(66.3%)	(94.9%)
レセプトデータ(診療データ)	医療機関	38/45	24/43	10/52	72/140
	(回収率)	(84.4%)	(55.8%)	(19.2%)	(51.4%)
	病床	7,857/8,456	3,129/5,087	167/712	11,153/14,255
	(回収率)	(92.9%)	(61.5%)	(23.5%)	(78.2%)

項目	区分	病院	診療所	計
在宅医療等の実施状況調査票	医療機関	93/107	584/613	677/720
	(回収率)	(86.9%)	(95.3%)	(94.0%)

地域医療構想に係る実態アンケート調査結果(レセプトデータが提出された医療機関のみ)

【一般病床】

【療養病床】

医療圏	全医療圏
-----	------

医療圏	全医療圏
-----	------

① 平成26年病床機能報告結果

② 休床数、看護師配置病床数

① 平成26年病床機能報告結果

② 休床数、看護師配置病床数

病床機能	病床数
高度急性期	1,520
急性期	5,597
回復期	407
慢性期	311
無回答	205
計	8,040

区分	病床数
許可病床数	8,012
休床数	438
看護師配置病床数	7,617
看護師未配置病床数	395

病床機能	病床数
高度急性期	0
急性期	12
回復期	174
慢性期	4,568
無回答	17
計	4,771

区分	病床数
許可病床数	4,746
休床数	31
看護師配置病床数	4,662
看護師未配置病床数	84

③ 平成27年3月・4月レセプトデータ結果

(1) 診療実績 (人/日)

診療報酬点数	平均入院患者数
3,000点以上	773.97
600～3,000点	1,779.89
175～600点	1,711.12
175点未満	1,774.37
計	6,039.35

※回復期リハビリテーションなどの入院患者を含む

※ 入院基本料、リハビリテーション料などを除く

(2) その他 (人/日)

診療報酬区分	平均入院患者数
回復期リハビリテーション病棟入院料	223.94
地域包括ケア病棟入院料	265.08
障害者施設等入院基本料	121.93
特殊疾患病棟入院基本料・医療管理料	92.13

※回復期機能に算入

※慢性期機能に算入

④ レセプトデータに基づく機能別病床数

区分	診療実績 (人/日)	病床機能	医療需要 (人/日)	国が定めた 病床稼働率	必要病床数 (床)	
					必要病床数	報告との差
3,000点以上	773.97	高度急性期	776	÷75%	1,035	▲ 485
600～3,000点	1,779.89	急性期	1,778	÷78%	2,279	▲ 3,318
175～600点	1,711.12	回復期	2,201	÷90%	2,446	2,039
回復期リハビリテーション病棟入院料	223.94					
地域包括ケア病棟入院料	265.08	慢性期	214	÷92%	233	▲ 78
障害者施設等入院基本料	121.93					
特殊疾患病棟入院基本料・医療管理料	92.13					
計	4,968.06	計	4,969		5,993	▲ 1,842

(参考) 回復期リハビリテーションなどその他入院患者を除く175点未満患者数

1071.29人

175点未満患者を計上した必要病床数

病床数	許可病床との差
7,064	▲ 948

③ 実態アンケート調査結果

(1) 病床稼働状況

$$\text{稼働病床数} \quad 4,509 \text{ 床} \left\{ \begin{array}{l} \text{許可病床数} \quad 4,746 \text{ 床} \\ \times \\ \text{平均稼働率} \quad 95.0 \% \end{array} \right.$$

(2) 医療区分別患者数

区分	患者数 (人/日)
医療区分1	1,313

(3) 平成27年3月・4月レセプトデータ結果

診療報酬区分	平均入院患者数 (人/日)
回復期リハビリテーション病棟入院料	98.45
地域包括ケア病棟入院料	0

※回復期機能に算入

④ アンケート調査結果に基づく機能別病床数

区分	診療実績 (人/日)	病床機能	医療需要 (人/日)	国が定めた 病床稼働率	必要病床数 (床)	
					必要病床数	(仮)将来の 必要病床数
回復期リハビリテーション病棟入院料	98.45	回復期	99	÷90%	110	110
地域包括ケア病棟入院料	0.00	慢性期	3,490	÷92%	3,793	1,791
平均患者数(上記以外)	4,410					
医療区分1の70%	▲ 920	計	3,589		3,903	▲ 2,777
計	3,588.45	計	3,589		3,903	▲ 2,841

全国中央値

地域医療構想実態アンケート調査結果

実態アンケート調査に基づく医療需要および必要病床数の比較(一般・療養病床)

医療圏	病床区分	許可病床数	休床数	空床数	医療区分1	病床機能	医療需要						病床数				
							国推計④ (2013年)	県推計⑤ (医療区分1の70%)(⑧-③)	⑧-③	レセプト分析結果			機能報告結果 (2014年)	国推計 (2025年)	国推計③ (2013年)	県推計⑥ (レセプト分析結果)	⑩-③
										県推計	診療実績	未提出推定値(※)					
新川医療圏	一般	1,094	97	176	X	高度急性期	63	87	24	87	74	13	0	86	84	116	32
						急性期	272	241	▲ 31	241	211	30	958	375	349	309	▲ 40
						回復期	277	313	36	313	276	37	83	346	308	348	40
						小計	612	641	29	641	561	80	1,041	807	741	773	32
	療養	792	7	20	345	慢性期	513	529	16	771	771	0	835	403	558	575	17
計	1,886	104	196	345	新川計	1,125	1,170	45	1,412	1,332	80	1,876	1,210	1,299	1,348	49	
富山医療圏	一般	4,437	139	765	X	高度急性期	386	490	104	490	466	24	1,497	536	514	653	139
						急性期	1,146	994	▲ 152	994	939	55	2,148	1,648	1,469	1,274	▲ 185
						回復期	1,063	1,207	144	1,207	1,140	67	378	1,360	1,181	1,341	160
						小計	2,595	2,691	96	2,691	2,545	146	4,023	3,544	3,164	3,268	104
	療養	2,639	7	133	999	慢性期	1,923	2,115	192	2,814	2,304	510	2,997	1,369	2,090	2,299	209
計	7,076	146	898	999	富山計	4,518	4,806	288	5,505	4,849	656	7,020	4,913	5,254	5,567	313	
高岡医療圏	一般	2,543	227	526	X	高度急性期	166	195	29	195	176	19	51	233	221	260	39
						急性期	651	519	▲ 132	519	474	45	2,157	915	834	665	▲ 169
						回復期	611	693	82	693	637	56	154	750	679	770	91
						小計	1,428	1,407	▲ 21	1,407	1,287	120	2,362	1,898	1,734	1,695	▲ 39
	療養	885	0	27	413	慢性期	662	604	▲ 58	894	799	95	928	493	719	656	▲ 63
計	3,428	227	553	413	高岡計	2,090	2,011	▲ 79	2,301	2,086	215	3,290	2,391	2,453	2,351	▲ 102	
砺波医療圏	一般	1,053	105	222	X	高度急性期	54	63	9	63	60	3	16	72	72	84	12
						急性期	229	163	▲ 66	163	154	9	873	316	293	209	▲ 84
						回復期	223	258	35	258	247	11	36	269	248	287	39
						小計	506	484	▲ 22	484	461	23	925	657	613	580	▲ 33
	療養	812	17	45	333	慢性期	572	586	14	820	750	70	875	378	622	637	15
計	1,865	122	267	333	砺波計	1,078	1,070	▲ 8	1,304	1,211	93	1,800	1,035	1,235	1,217	▲ 18	
全県	一般	9,127	568	1,689	X	高度急性期	669	835	166	835	776	59	1,564	927	891	1,113	222
						急性期	2,298	1,917	▲ 381	1,917	1,778	139	6,136	3,254	2,945	2,457	▲ 488
						回復期	2,174	2,471	297	2,471	2,300	171	651	2,725	2,416	2,746	330
						小計	5,141	5,223	82	5,223	4,854	369	8,351	6,906	6,252	6,316	64
	療養	5,128	31	225	2,090	慢性期	3,670	3,834	164	5,299	4,624	675	5,635	2,643	3,989	4,167	178
計	14,255	599	1,914	2,090	小計	8,811	9,057	246	10,522	9,478	1,044	13,986	9,549	10,241	10,483	242	

※ 未提出推計値:レセプトデータが未提出の医療機関については、当該医療機関の許可病床数を県全体のレセプト分析結果(医療機能別)で按分した推計値を代入

※ 医療区分1患者数:介護療養病床については、回答のあった医療機関の構成割合を用いて按分した推計値を代入

病床稼働率の状況(一般・療養病床)

区 分	アンケート調査結果(医療機関報告)	
	県全体	うち公的病院
一般病床	75.7%	71.4%
療養病床	95.0%	79.3%

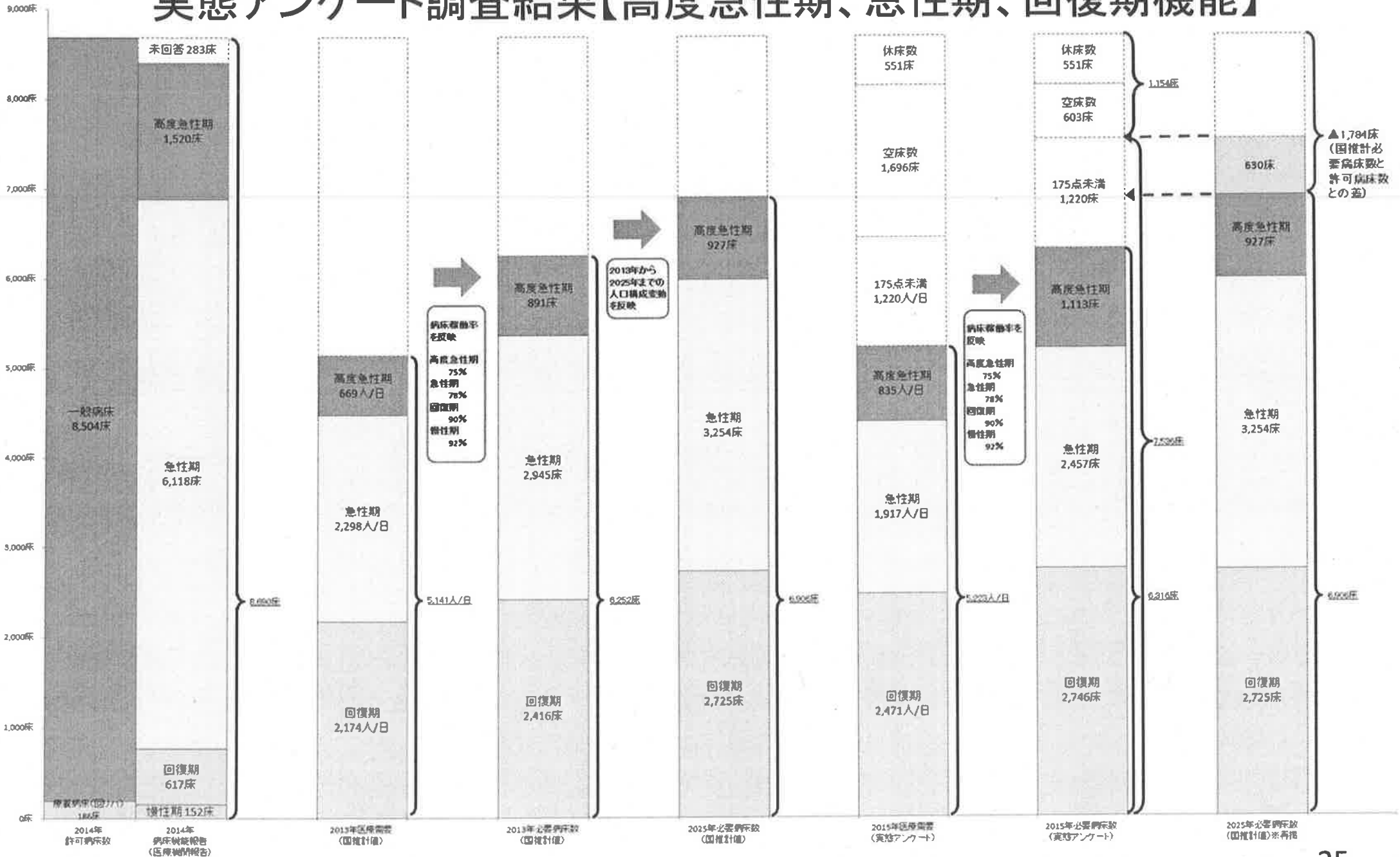
(4) 高度急性期、急性期、回復期機能について

病床の機能別分類の境界点の考え方(厚生労働省令)

	医療資源投入量 (入院基本料、リハビリテーション料は含まれない)	基本的考え方
高度急性期	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	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
※	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。

実態アンケート調査結果【高度急性期、急性期、回復期機能】



高度急性期・急性期・回復期機能における国推計値との比較等

- 2015年 県独自調査(平成27年3・4月レセプトデータ等に基づく必要病床数)と2013年 国推計値(平成25年度レセプトデータ等に基づく必要病床数)では、
64床の差(病床数全体の約1%)

2015年県独自調査	6,316床
－ 2013年国推計値	6,252床
差	64床

- 県独自調査の結果、許可病床のうち、県全体で平均的に使用されていない病床が
2,247床

休床	551床(過去1年間一度も入院患者を収容しなかった病床＝①)
＋ 空床	1,696床(許可病床数－県独自調査による稼働病床－①)
計	2,247床

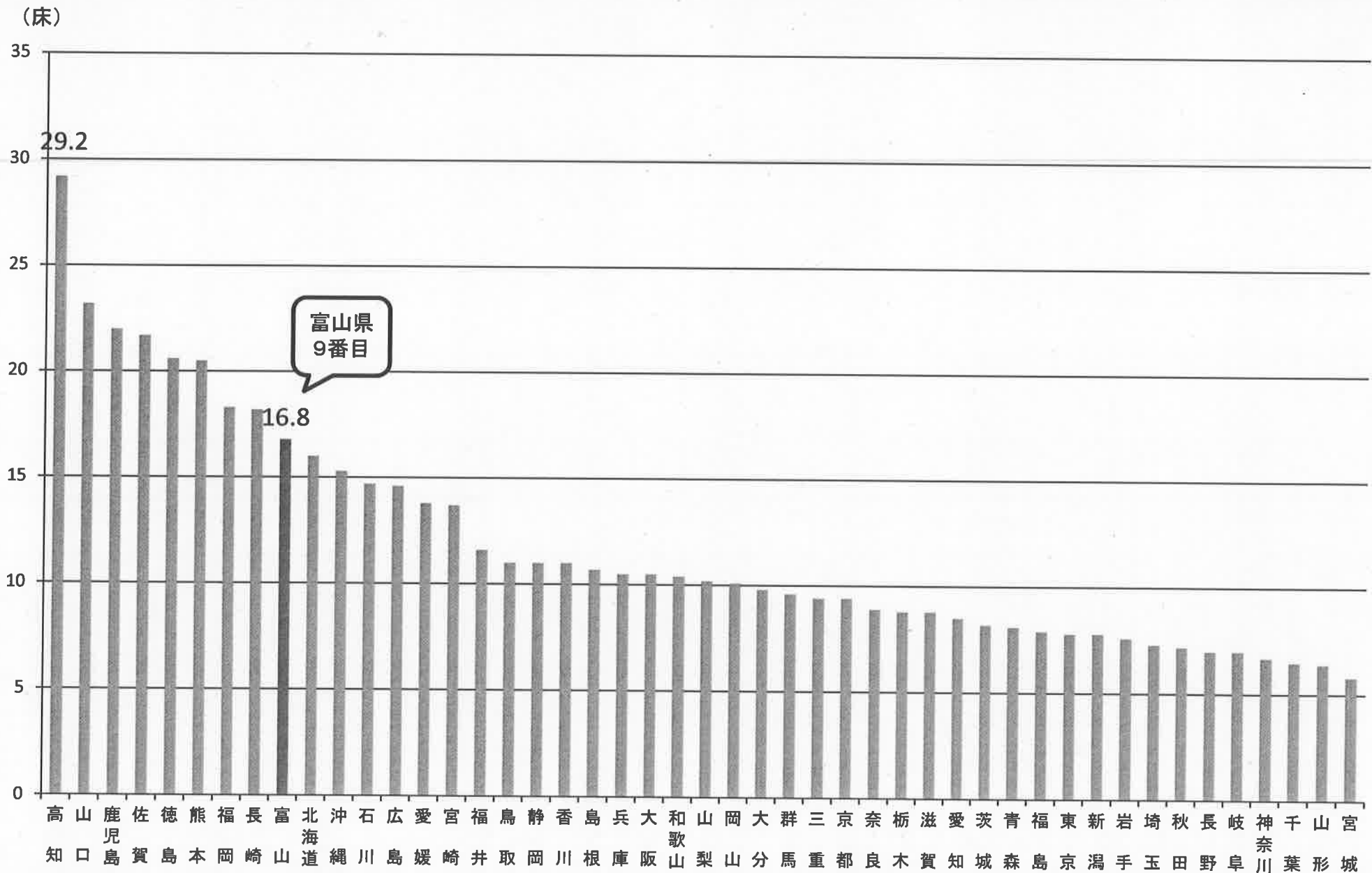
- 2015年県独自調査と2025年国推計値の差は630床

2015年県独自調査	7,536床(医療資源投入量175点未満1,220床含む。)
－ 2025年国推計値	6,906床
差	630床

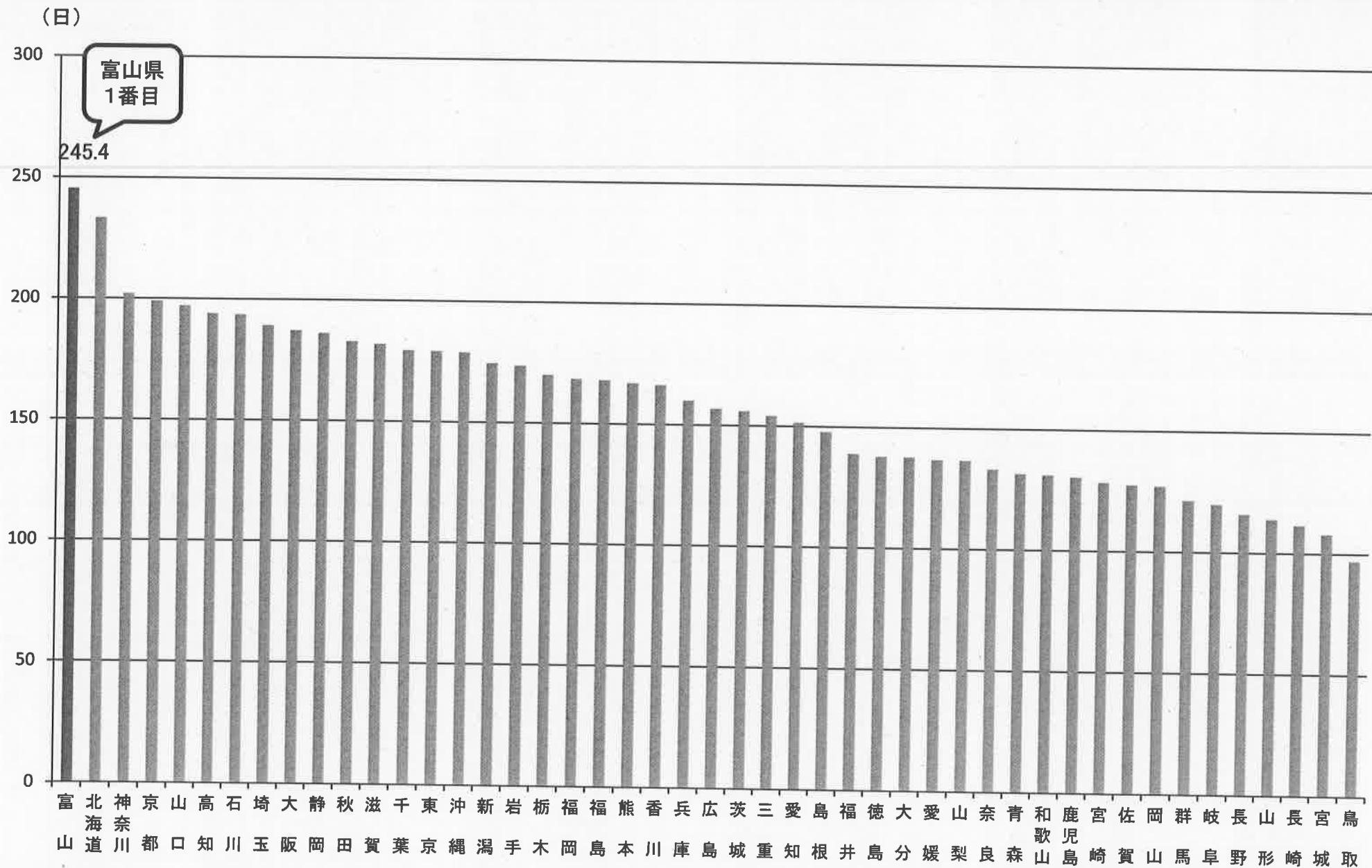
3 療養病床について

(1) 慢性期機能について

療養病床数(医療+介護 65歳以上人口千人当たり)



療養病床平均在院日数

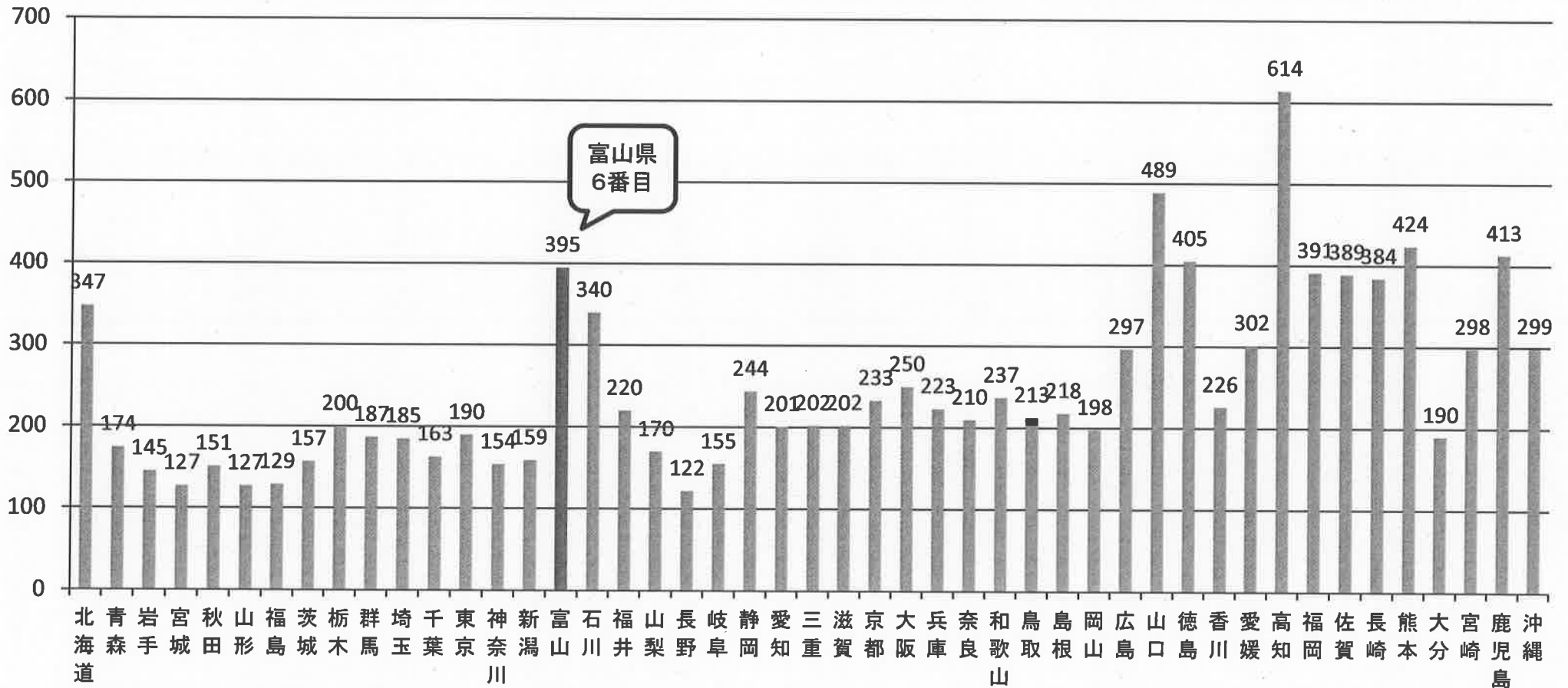


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

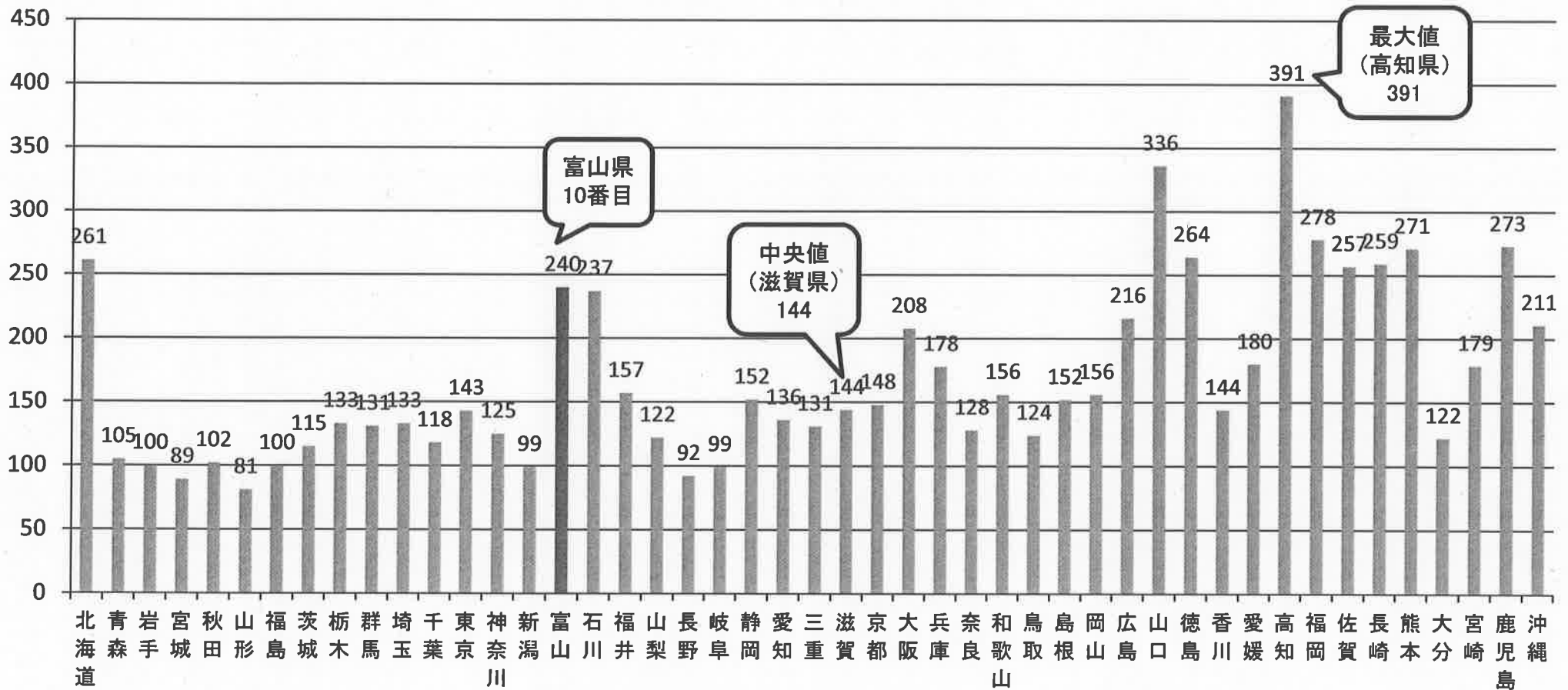
2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。

3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

療養病床入院受療率(医療区分1の70%相当を除く)

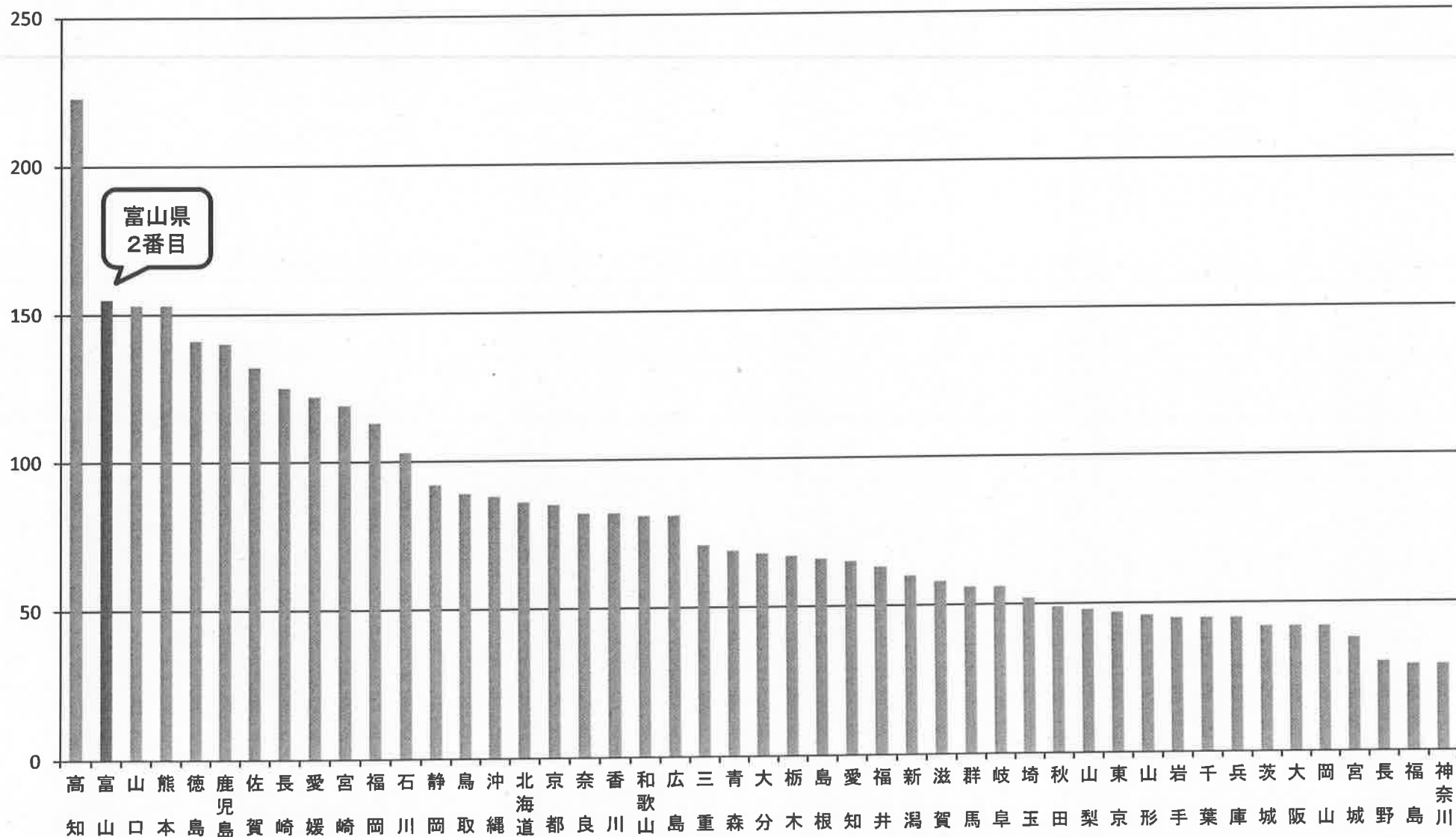
療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者等を除く※) (平成25年度)

※ 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10万人当たりの入院患者数、患者住所地ベース)

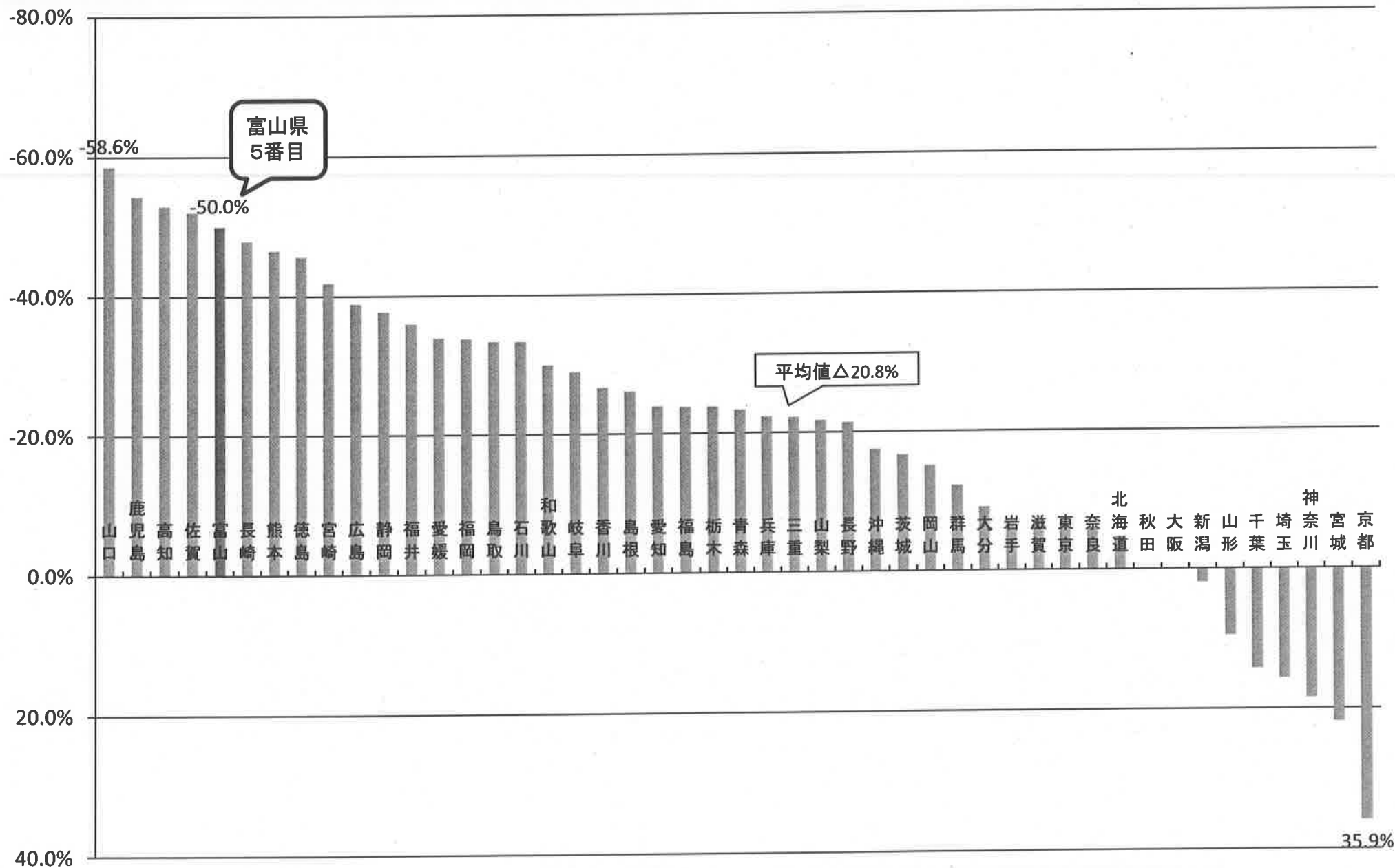


医療区分1の70%相当の入院受療率

療養病床入院受療率(資料P31) と 療養病床入院受療率(医療区分1の70%相当を除く)(資料P32)の差



国推計(パターンB)に基づく療養病床削減率



医療区分

医療区分3

【疾患・状態】

・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態

【医療処置】

・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器

医療区分2

【疾患・状態】

・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患・その他の難病(スモンを除く)・脊髄損傷(頸髄損傷)

・慢性閉塞性肺疾(COPD)・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内

・脱水かつ発熱を伴う状態・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創・せん妄・うつ状態

・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)

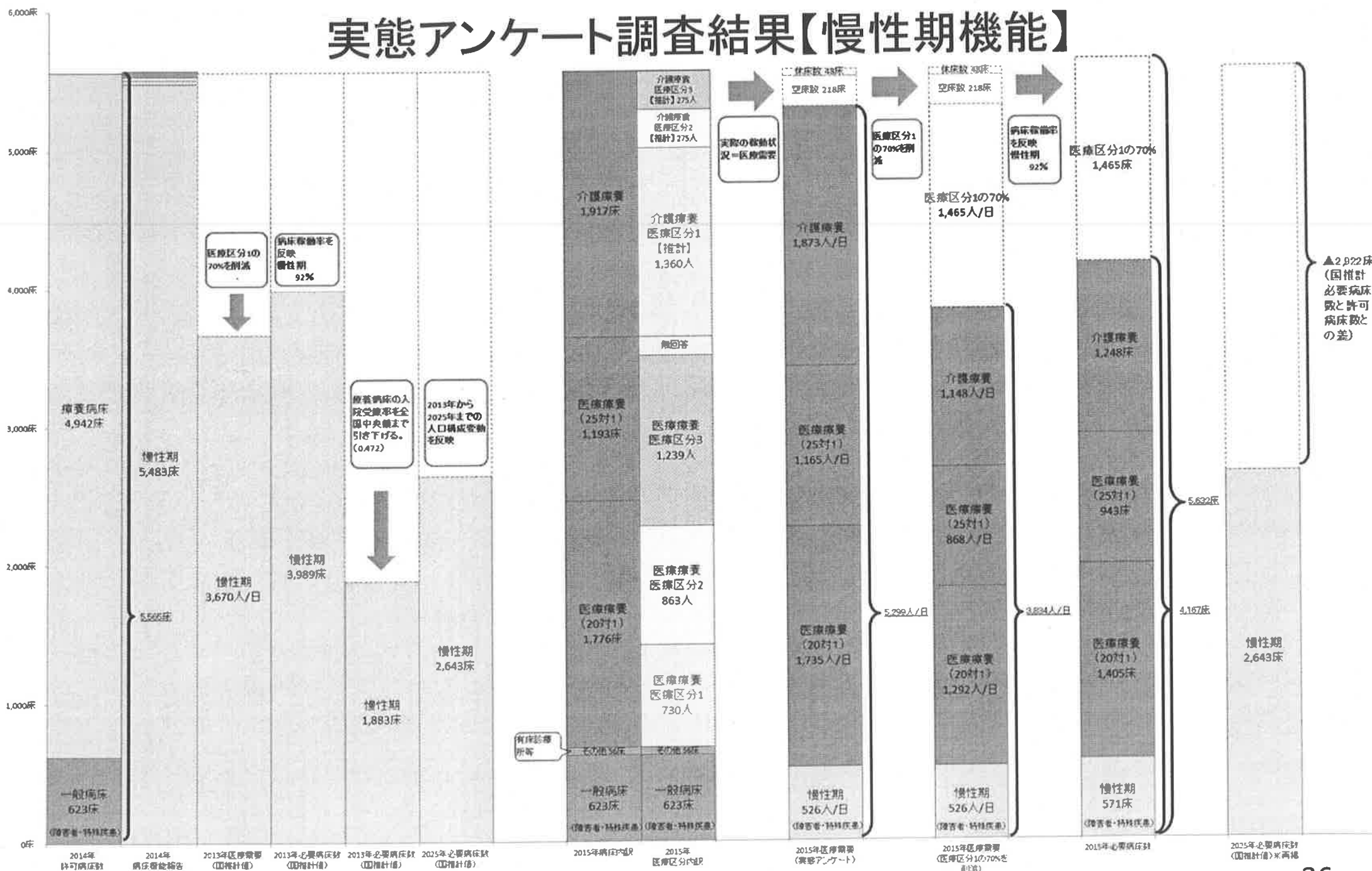
【医療処置】

・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上)・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者

実態アンケート調査結果【慢性期機能】



慢性期機能における国推計値との比較等

- 2015年県独自調査(平成27年3・4月レセプトデータ等に基づく必要病床数)と2013年国推計値(平成25年度レセプトデータ等に基づく必要病床数)とでは、178床の差(病床数全体の約3%)

2015年県独自調査	4,167床
－ 2013年国推計値	3,989床
差	178床

- 県独自調査の結果、許可病床のうち、県全体で平均的に使用されていない病床が266床

休床 48床(過去1年間一度も入院患者を収容しなかった病床＝①)
＋ 空床 218床(許可病床数－県独自調査による稼働病床－①)
計 266床

- 2015年県独自調査と2025年国推計値との差は2,989床

2015年県独自調査	5,632床(医療区分1の70%分(1,465床)含む。)
－ 2025年国推計値	2,643床
差	2,989床

- 介護療養病床(1,917床)と医療療養(看護単位25:1)病床(1,193床)の計3,110床については、今後、国の社会保障審議会医療部会や介護保険部会等において、制度改革(既存施設の活用を含めた新たな類型等に移行)に向けて議論が行われる予定。

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）

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者




○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示)

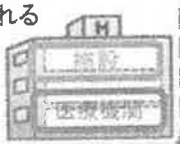
新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



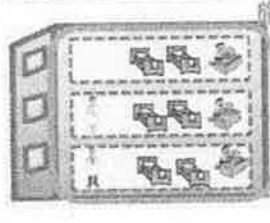
○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例




新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例




**医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設**

(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
●残りスペースを居住スペースに)

新(案2) 医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



居住スペース
↑訪問診療
医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+

診療所等



○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

※ 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。

(2) 在宅医療等について

在宅医療等の医療需要（医療法及びガイドラインにおける規定）

- 将来の在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計する。

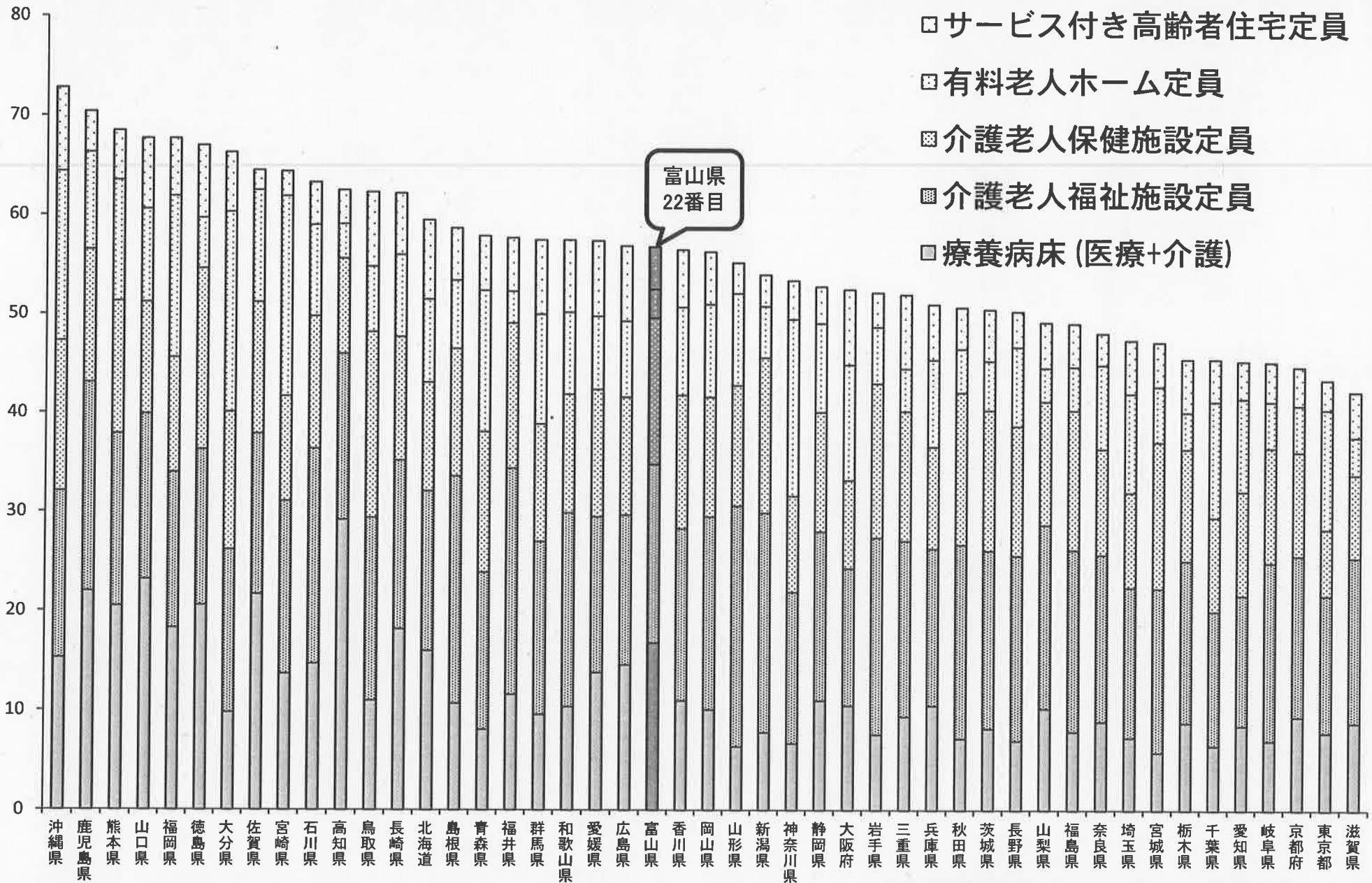
※在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%
- ② 療養病床の入院患者数のうち、入院受療率の地域差を解消する分
- ③ 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
- ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和する。
- ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和する。

在宅医療等の医療需要（国推計値）

医療圏	2013年度の 医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要	
		流出入なし (人/日)	現行の流出入あり (人/日)
新 川	1,429	2,092	2,011
富 山	4,874	7,224	7,443
高 岡	3,210	4,538	4,318
砺 波	1,508	2,011	2,019
県	11,021	15,865	15,791

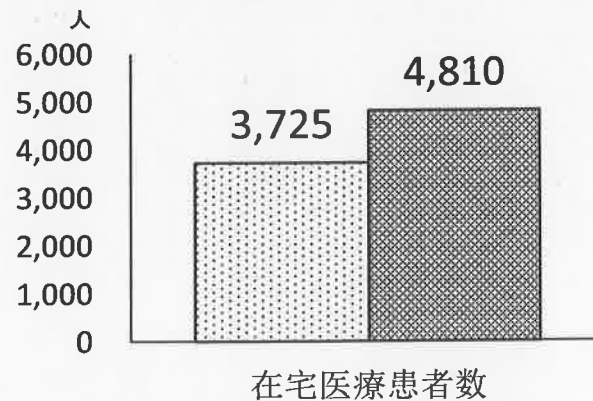
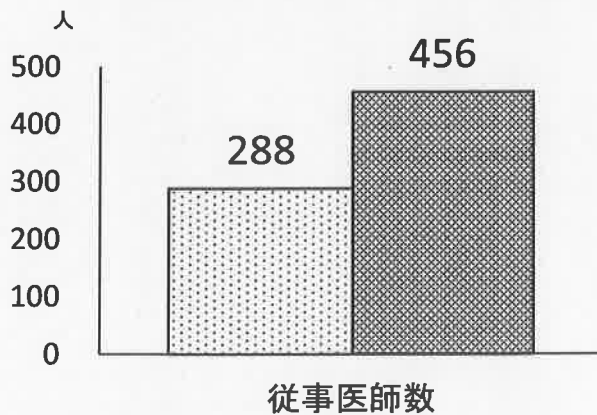
療養病床数、介護保険施設等定員数(65歳以上人口千人当たり)



在宅医療の実施状況

県内における在宅医療の実施状況（平成27年9月実績）

医療圏	区分	在宅医療（訪問診療・往診）実施施設数			従事医師数	在宅医療（訪問診療・往診）を受けている患者			訪問診療 延回数
		訪問診療	往診			訪問診療	往診		
新川医療圏	病院	9	9	5	13	88	78	12	104
	診療所	31	24	28	36	530	485	84	864
	計	40	33	33	49	618	563	96	968
富山医療圏	病院	11	10	8	33	220	210	25	349
	診療所	142	106	119	153	1,854	1,663	279	2,800
	計	153	116	127	186	2,074	1,873	304	3,149
高岡医療圏	病院	9	9	8	43	407	355	59	740
	診療所	100	73	90	105	1,134	1,007	218	1,721
	計	109	82	98	148	1,541	1,362	277	2,461
砺波医療圏	病院	9	6	7	21	62	68	6	98
	診療所	43	28	42	52	515	453	108	747
	計	52	34	49	73	577	521	114	845
全県	病院	38	34	28	110	777	711	102	1,291
	(前回調査(H24))	(33)	(24)	(17)	(62)	(501)	(450)	(39)	(677)
	診療所	316	231	279	346	4,033	3,608	689	6,132
	(前回調査(H24))	(266)	(195)	(208)	(226)	(3,224)	(2,456)	(673)	(4,349)
	計	354	265	307	456	4,810	4,319	791	7,423
(前回調査(H24))	(299)	(219)	(225)	(288)	(3,725)	(2,906)	(712)	(5,026)	



平成24年から平成27年までの間に

- ・従事医師数168人増
(58.3%増)
- ・在宅医療患者数1,085人増
(29.1%増)

□ 前回調査(H24) ■ 今回調査(H27)

□ 前回調査(H24) ■ 今回調査(H27)

地域医療構想実態アンケート調査結果

介護保険施設等の整備目標と将来利用者数

区分	2015年 4月 (床数) (A)	2017年(平成29年度) 整備目標(床数)					2025年(平成37年度) 月平均利用者数 (B)					差引 (B-A)
		新川 圏域	富山 圏域	高岡 圏域	砺波 圏域	県 全体	新川 圏域	富山 圏域	高岡 圏域	砺波 圏域	県 全体	
特別養護 老人ホーム	5,812	830	2,600	2,248	825	6,503	901	2,680	2,393	953	6,927	1,115
介護老人保健 施設	4,482	559	2,133	1,239	600	4,531	615	2,261	1,329	600	4,805	323
介護療養型 医療施設 (介護療養病床)	1,952	298	988	356	310	1,952	299	956	482	254	1,991	39
特定施設 (介護保険の指定 を受けた有料老人 ホーム等)	80	0	116	53	0	169	12	276	117	10	415	335
計	12,326	1,687	5,837	3,896	1,735	13,155	1,827	6,173	4,321	1,817	14,138	1,812

(3) 医療・介護費用について

提供体制の現状

	一般病床	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設		介護老人福祉施設
				介護療養型 (H20.5創設)	左記以外	
ベッド数	約99万3千床 (*1)	約27万7千床 (*1)	約6万3千床 (*1)	約7千床 (*2)	約35万床 (*3)	約54万床 (*4)
施設数	病院:7,417施設 診療所:8,207施設 (*1)(注1)	病院:3,855施設 診療所:1,081施設 (*1)(注2)	1,438件 (*5)(注3)	157件 (*5)	3,965件 (*5)	9,048件 (*5)
入院・利用者数	【1日平均在院患者数】 病院:683,864人 (*1)	【1日平均在院患者数】 病院:239,771人 診療所:4,217人 (*1)	64,200人 (*5)(注3)	352,700人 (*5)		540,400人 (*5)
平均的な1月の1人当たりの費用額の推計	—	入院基本料1 約59.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注4)	介護療養施設サービス 約35.8万円 (注5)	介護保健施設サービス 約27.2万円 (注5)		介護福祉施設サービス 約25.5万円 (注6)

【注釈】

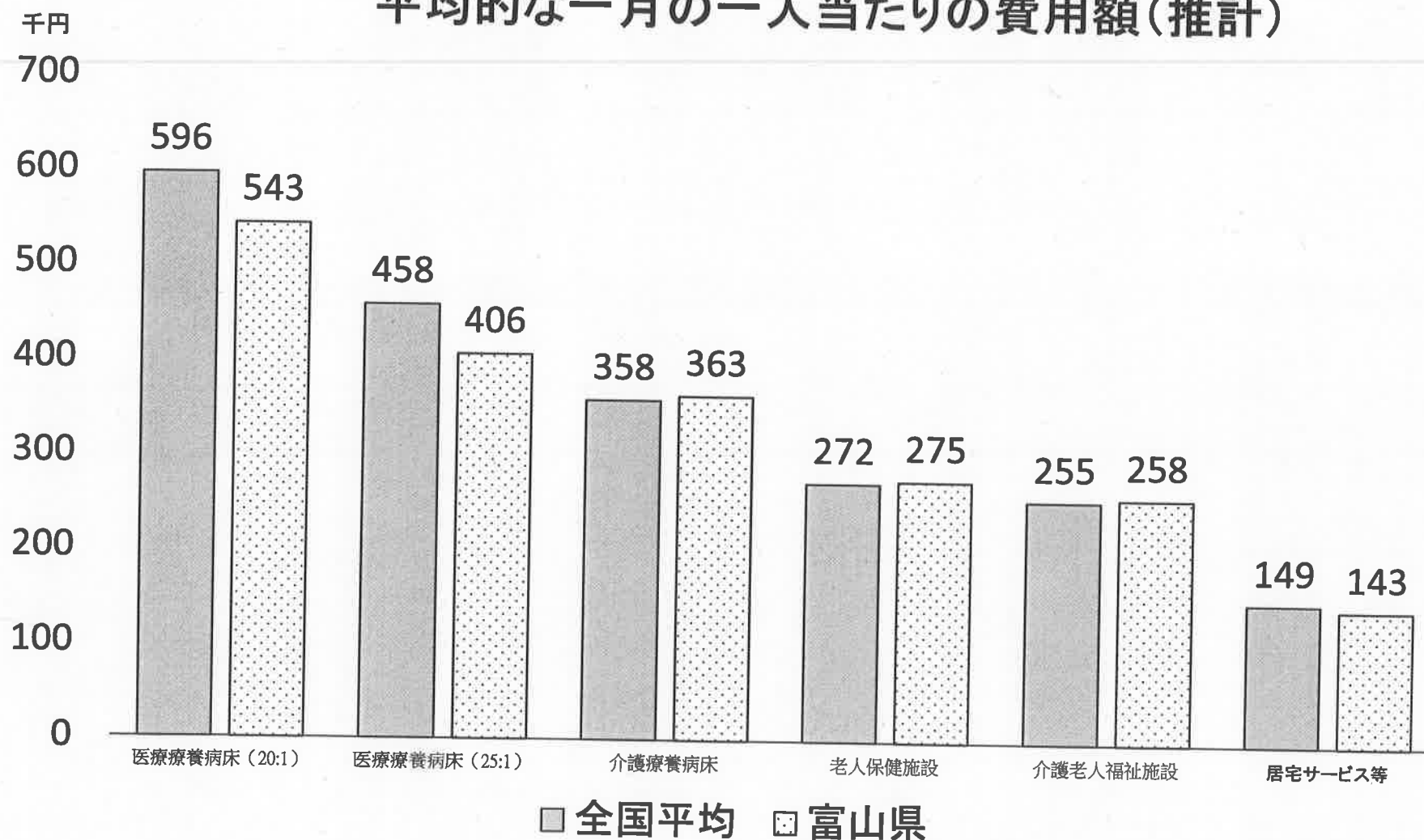
- (注1) 療養病床を有するものも含む一般病院、有床診療所数
- (注2) 施設数は、介護療養病床の数値を含んでいる。
- (注3) 介護療養型医療施設の数値を計上している。
- (注4) 療養病棟入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成26年度入院医療等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。
- (注5) 介護サービス受給者1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)
- (注6) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

【出典】

- *1 医療施設動態調査(平成27年3月末概数)、病院報告(平成27年3月分概数)
- *2 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)
- *3 平成25年度介護サービス施設・事業所調査より老人保健課推計
- *4 介護給付費実態調査(平成27年3月審査分)、地域密着型を含む。
- *5 介護給付費実態調査(平成27年3月審査分)による。

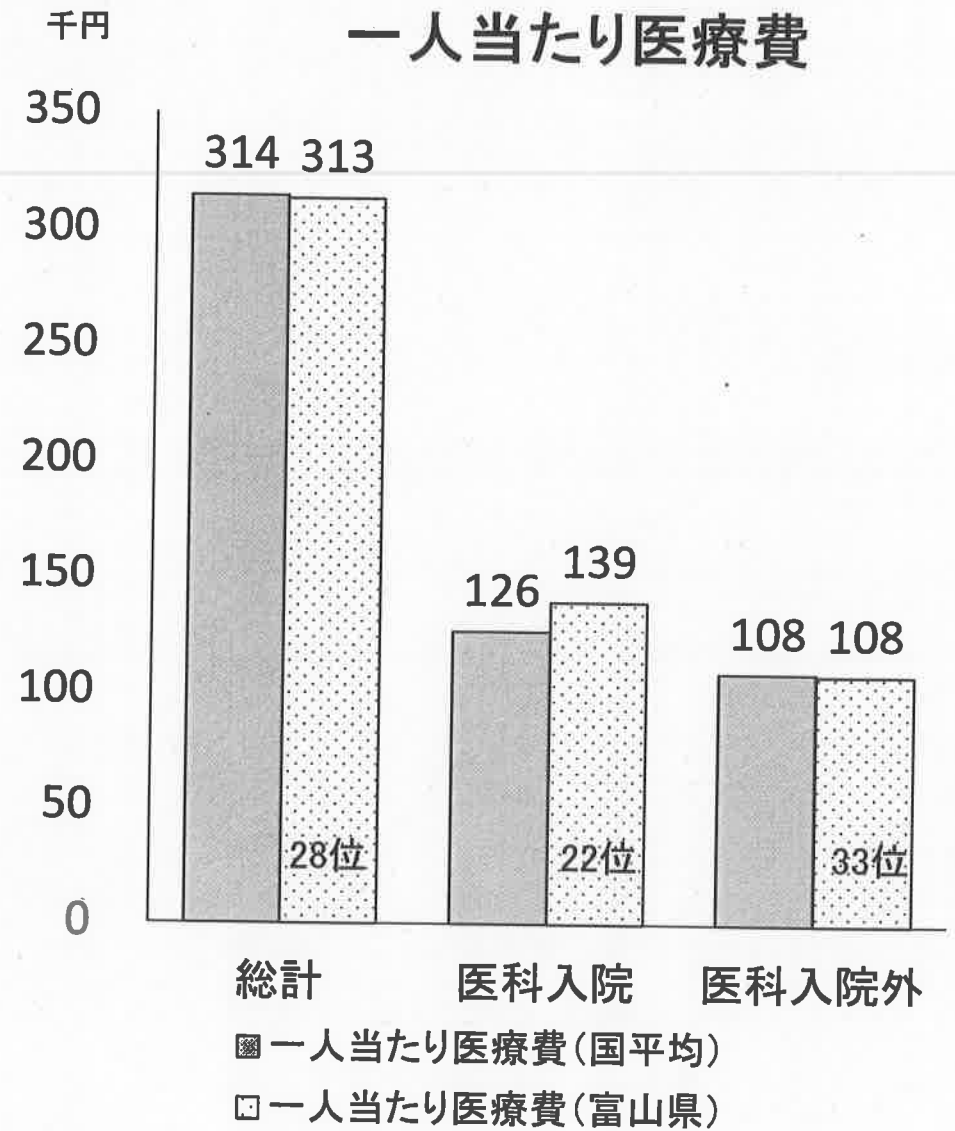
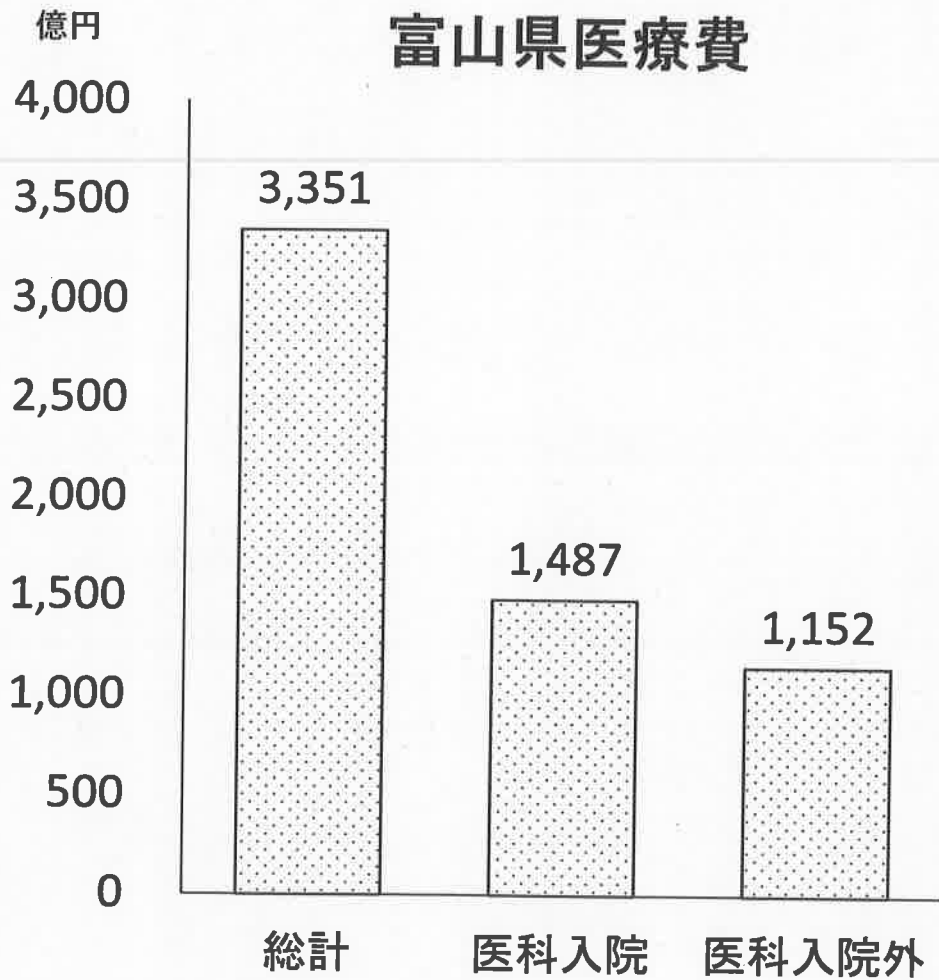
医療・介護費用の比較

平均的な一月の一人当たりの費用額(推計)



医療療養病床: 医務課調べ、その他: 介護給付費実態調査

概算医療費



4 今後の検討課題等について

地域医療構想の推進のために行政に期待する支援策等 (実態アンケート調査とりまとめ)

新川医療圏	
病床の機能分化・連携 (病病連携、病診連携等)	医療機関の連携強化への行政からの支援
医療従事者の確保・養成	地域間の格差解消支援 看護師養成機関の充実
その他	各医療圏における実情把握と意見聴取の場の提供 各医療圏に合った施策の実施
富山医療圏	
病床の機能分化・連携 (病病連携、病診連携等)	病床機能転換にかかる整備支援 医療機関の連携強化への行政からのバックアップ 高度急性期機能病院と回復期機能病院との連携強化、患者紹介の強化 高度急性期、急性期病院がしっかりと救急医療に取り組めるよう、実効性のある対策 ICTを活用した地域医療体制の整備支援 慢性期病床から回復期病床、地域包括ケア病床への転換に係る設備費用の補助 地域連携パスの標準化、積極的な活用 診療情報の複数医療機関での共同利用についてのガイドライン及びシステム構築の支援 回復期リハビリ病棟の施設基準の緩和
在宅医療の充実	公的医療機関による中小病院や診療所の在宅医療活動のサポート体制の強化 在宅復帰支援のため、医療機関と介護施設との連携強化 在宅医療の充実ため、診療・介護報酬のアップ
医療従事者の確保・養成	急性期から高度急性期及び回復期機能等への転換にかかる人材確保支援 病床機能の運営強化にかかる人材確保対策支援 休日・夜間救急勤務医確保対策支援 地域の根幹を担う救急医療に従事する医師に対する手当て 医療従事者確保・処遇改善対策の支援 訪問看護の開設・促進・人材確保対策の支援 看護、介護職員等の地域医療人材確保策 介護福祉士養成校の更なる充実 看護師の特定行為の研修の開催 在宅医療に関する強化を行うため、総合医の配置 医療従事者の確保がしやすい環境整備
その他	地域医療構想の策定にあたって、地域実情の考慮、地域住民の意見の十分な反映、地域医療の低下を招かないよう慎重な検討 疾病予防(再発予防)啓発事業の支援

高岡医療圏	
病床の機能分化・連携 (病病連携、病診連携等)	行政が、特定の医療機関に負担が偏らないように、各医療機関の合意が得られるよう調整を進めていくことが不可欠 病床機能変更に伴う施設改修費、施設基準取得に必要な人員採用に伴う人件費などへの財政支援 病病連携、病診連携等の医療包括ケアシステム、ネットワーク作りへの支援 紹介や逆紹介を通じた地域の医療機関との連携の促進策 急性期病院、療養型病院、在宅医療のネットワークシステムの構築
在宅医療の充実	病院が在宅医療を担えるような診療報酬改定、支援策 患者が切れ目なく適切な治療、看護、介護を受けられるよう、次につながる施設か在宅医療の確保対策 在宅医療に関する公立病院の役割を示し、その推進に向けて支援策 在宅や施設から転院相談できるシステムの体制づくり
医療従事者の確保・養成	言語聴覚士、作業療法士の配置 医師等の人材確保や育成に向けた支援策 医療従事者で不足する職種の確保策 医師、看護師等の転職紹介業者に支払う紹介料負担に対する支援
その他	1病棟しかない60床未満の病院に対しての設置要件の緩和
砺波医療圏	
病床の機能分化・連携 (病病連携、病診連携等)	病院間の調整がスムーズに行えるよう、行政の積極的関与 病院間の話し合いが喫緊の課題、行政に橋渡しの役割の期待 公的病院と民間病院や診療所との連携の検討 救急搬送システムのさらなる整備と消防との連携
医療従事者の確保・養成	看護職員の確保・養成 リハビリテーション科専門医の確保 産科医の確保 在宅医療専門医の養成 在宅医療を得意とする看護師の養成
その他	老々介護や介護退職が起きないような社会の仕組み作り

在宅医療に関する行政への要望

(在宅医療等実施状況調査とりまとめ)

新川医療圏		
病床の機能分化・連携(病病連携、病診連携等)	病院 有診	・在宅に帰ることができない独居高齢者の居住場所の確保(特に身体疾患を有する認知症高齢者への組織的対応)
在宅医療の充実	病院 有診	・多死社会に対応すべく住民への教育 ・医療資源不足への対策と医療・介護の情報のIT化の基盤づくり
	無診	・在宅医療に対する市町村行政の理解促進 ・医療・介護関係者の情報共有(ICT化)への支援 ・在宅医療を支える多職種の連携強化 ・24時間対応可能な訪問看護体制の強化
医療従事者の確保・養成	病院 有診	・在宅医療スタッフの確保(特に医師、看護師) ・看護師確保(新川医療圏内での看護師養成機関の設置)
	無診	・人材(医師、訪問看護師、介護職)の確保と育成

富山医療圏		
病床の機能分化・連携(病病連携、病診連携等)	病院 有診	・民間病院相互の意見交換の場の設定
	無診	・在宅医療には限界があり、療養病床や入所施設は一定数必要、要再考
在宅医療の充実	病院 有診	・行政(県及び市町村)施策と医療・介護施設との連携(方針の統一) ・在宅医療に係る診療報酬・介護報酬の充実に向けた国への要望 ・専門性の異なる複数の診療科(内科、皮膚科、整形外科など)が訪問可能な報酬の改定 ・訪問看護ステーションの運営支援、開設促進
	無診	・在宅医療を担う医師の疲弊防止 ・公的病院の在宅医療への参入を期待 ・病院から診療所への在宅医療の依頼が進むような支援を期待 ・診療所医師をサポートするため、病院における在宅医療体制充実に向けた支援 ・内科以外の診療科の医師が在宅医療に参入できる環境づくり ・在宅医療を支える介護職員の確保・育成 ・医療関係者と介護関係者との連携促進 ・患者家族への支援(サポート)の強化 ・ケアマネの在宅医療への理解がすすむ研修の強化(ケアマネの訪問看護に対する理解促進) ・行政ホームページ等での在宅医療や介護資源に関する情報提供
医療従事者の確保・養成	病院 有診	・在宅医療に取り組む公的病院に対する総合医・在宅医の配置に対する県からの支援 ・在宅医療専門医や在宅医療を得意とする看護師の養成 ・訪問看護師の資質向上に向けた研修会の開催
	無診	・在宅医療に参入する医師・看護師の確保・育成への支援 ・潜在看護師の掘り起こしや訪問看護の経験のない看護師への教育・研修 ・魅力ある訪問看護ステーションづくり(勤務環境や処遇の改善など)

高岡医療圏		
病床の機能分化・連携 (病病連携、病診連携等)	病院 有診	・高齢者の終末期医療や看取りに対応可能な新たな施設類型が必要
	無診	・社会的入院の解消に向けた取り組み
在宅医療の充実	病院 有診	・病院が積極的に在宅医療を担えるような診療報酬改定、補助金等の創設 ・在宅医療に係る報酬(介護保険と医療保険)点数等の統一化 ・地区の民生委員などが、日中独居の高齢者をサポートするようなシステムの構築
	無診	・在宅医療に取り組む開業医の疲弊防止のための仕組みづくり ・病院勤務医の在宅医療に対する理解・協力の促進 ・在宅医療に新規に参入した医師への支援 ・在宅医療に特化した診療所の誘導 ・在宅医療支援センターへの財政支援の継続 ・訪問看護ステーションの設立や規模拡大への財政支援 ・訪問看護ステーション運営への財政支援 ・在宅リハビリ(訪問リハビリ)の強化 ・国の方向性・方針がわかる勉強会の開催 ・サ高住の苦情を多く聞く。安易な参入は規制すべき。 ・在宅医療に関する住民への啓発 ・在宅医療を受けている患者・家族への介護や日常生活への支援
医療従事者の確保・養成	無診	・在宅医療に参入する医師や看護師の確保・育成 ・限界集落等での在宅医療・訪問看護確保の仕組みづくり(地域に居住する看護師の活用など)

砺波医療圏		
在宅医療の充実	病院 有診	・国の方針を含めた在宅医療や在宅介護に関する県民向けリーフレット等の作成 ・公的病院における職員体制の強化や在宅医療体制づくりへの支援
	無診	・2025年を見据えた青写真を描いてほしい。 ・今後の超高齢社会に対応した在宅医療や看取りのあり方を見極めてほしい。 ・看取りのできる介護施設の増床 ・看取りのためだけに病院へ送ることへの規制 ・在宅医療に対する住民への理解促進 ・在宅における多職種連携の推進とその財政支援 ・家族介護者への支援

今後の検討課題

(実態アンケート調査および在宅医療等実施状況調査において、各医療機関からの意見・要望等による主な課題)

➤ 病床の機能分化・連携の促進

- 地域における病病連携、病診連携の強化
- 不足する病床機能への対応(回復期機能への病床転換促進)

➤ 在宅医療等の充実

- 医療機関と介護施設の連携強化
- 在宅医療を担う施設、人材の充実
- 医療機関によるサポート体制の充実

➤ 医療従事者の確保・養成

- 専門職種の人材確保・養成
- 医療従事者の勤務環境改善

各医療機関への実態アンケート調査結果のフィードバック

▶ 平成28年2月中に送付予定

【一般病床】

医療機関名 ○○病院

① 平成26年病床機能報告結果

病床機能	病床数
高度急性期	0
急性期	***
回復期	0
慢性期	***
無回答	0
計	***

② 平成27年3月・4月レセプトデータ結果

① 診療実績 (人/日)

診療報酬点数	平均入院患者数
3,000点以上	***
600～3,000点	***
175～600点	***
175点未満	***
計	***

※回復期リハビリテーションなどのその他入院患者を含む

※ 入院基本料、リハビリテーション料などを除く

② その他 (人/日)

診療報酬区分	平均入院患者数
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	0
障害者施設等入院基本料	***
特殊疾患病棟入院基本料・医療管理料	0

※回復期機能に算入

※慢性期機能に算入

③ レセプトデータに基づく機能別病床数

区分	診療実績 (人/日)	病床機能	医療需要 (人/日)	国が定めた病床機能	
				必要病床数	報告との差
3,000点以上	***	高度急性期	**	±7%	**
600～3,000点	***	急性期	**	±7%	▲**
175～600点	***	回復期	**	±9%	**
回復期リハビリテーション病棟入院料	***	慢性期	**	±9%	▲**
地域包括ケア病棟入院料	0				
障害者施設等入院基本料	***				
特殊疾患病棟入院基本料・医療管理料	0				
計	***	計	***		▲***

(参考) 回復期リハビリテーションなどその他入院患者を除く175点未満患者数

***人

【療養病床】

医療機関名 ○○病院

① 平成26年病床機能報告結果

病床機能	病床数
高度急性期	0
急性期	0
回復期	**
慢性期	**
無回答	0
計	***

② 実態アンケート調査結果

① 病床稼働状況

$$\text{稼働病床数} \text{ (床)} \left\{ \begin{array}{l} \text{許可病床数} \text{ (床)} \\ \times \\ \text{平均稼働率} \text{ (％)} \end{array} \right.$$

② 医療区分別患者数

区分	患者数
医療区分1	***

③ 平成27年3月・4月レセプトデータ結果

診療報酬区分	平均入院患者数
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	0

※回復期機能に算入

③ アンケート調査結果に基づく機能別病床数

区分	診療実績 (人/日)	病床機能	医療需要 (人/日)	国が定めた病床機能		報告との差
				必要病床数	報告との差	
回復期リハビリテーション病棟入院料	***	回復期	**	±9%	**	▲**
地域包括ケア病棟入院料	0	慢性期	**	±9%	**	▲**
平均患者数(上記以外)	***					
医療区分1の70%	0					
計	***	計	***		***	▲***

厚生労働省令により、療養病床の入院受療率を2025年までに全国最小値(パターンA)または全国中央値(パターンB)まで低下させるとされていることから、本試算上は全国中央値(パターンB)を採用

▶ 実態アンケート調査結果により、自院における機能別医療需要等の現状を把握し、今後の自主的な検討のための資料として活用していただくことを想定

当面のスケジュール

2月19日	<ul style="list-style-type: none"> 第2回医療審議会地域医療構想調部会の開催 実態アンケート調査結果に基づく医療需要等の把握 今後の検討課題等について協議
2月中	<ul style="list-style-type: none"> 実態アンケート調査結果 ⇒ 各医療機関にフィードバック 自院における病床機能別医療需要等の現状把握 今後の自主的な検討や取組みに活用
3月中	<ul style="list-style-type: none"> 第2回地域医療構想調整会議(各医療圏)の開催 実態アンケート調査結果に基づく各医療圏の医療需要等の把握 各医療圏における今後の課題等について協議
3月下旬	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会の開催 地域医療構想の策定に向けた協議状況の報告
平成28年度	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想部会、地域医療構想調整会議等で継続して協議 将来あるべき医療提供体制を実現するための施策等の検討 各医療機関からの相談受付や個別協議