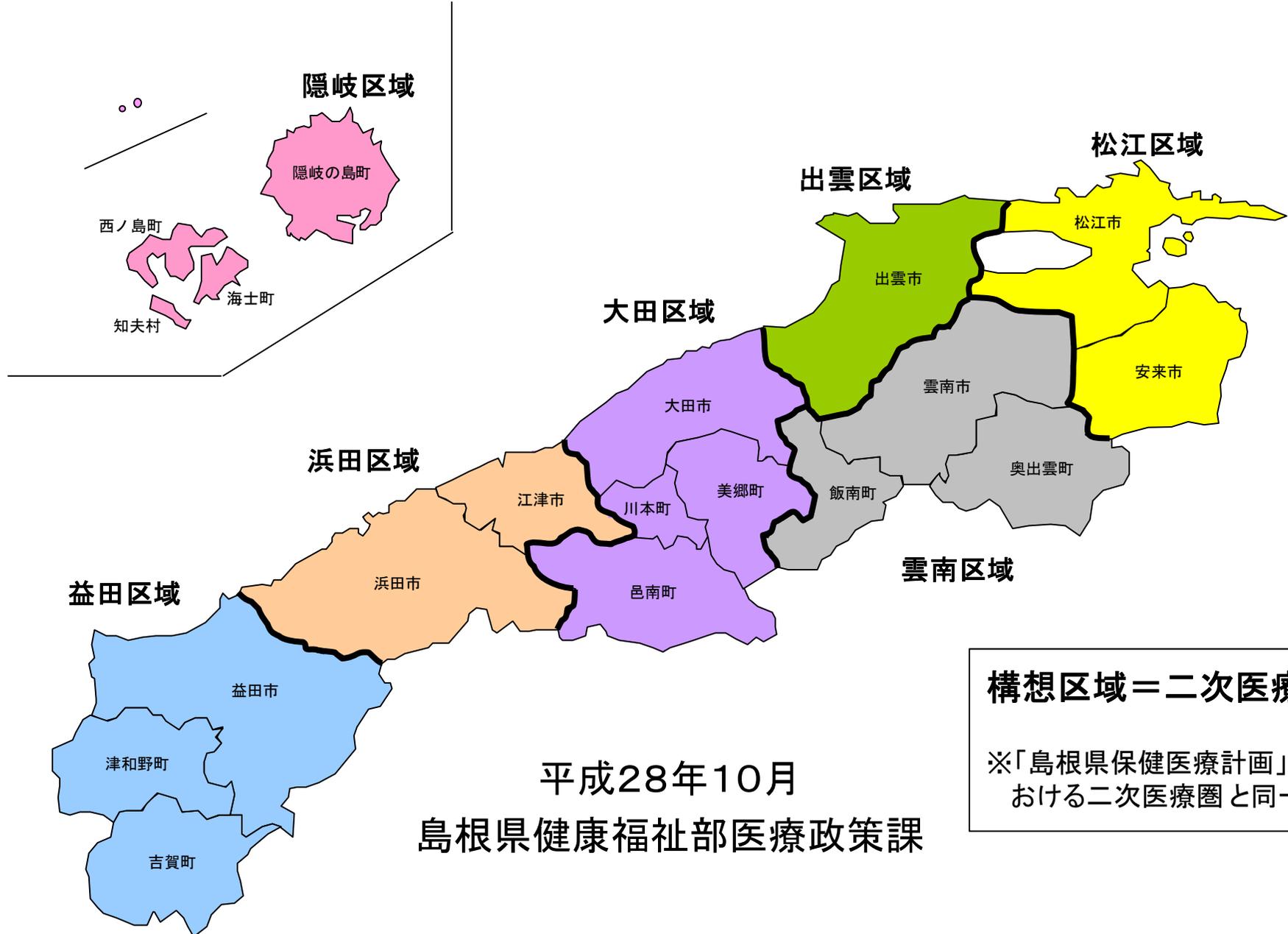


島根県地域医療構想 要約版



「地域医療構想」とは？

背景

- 高齢化の進展により全国的に増大する医療・介護サービスの需要（2025年には「団塊の世代」が全て75歳以上に）
→→ 国は、社会保障制度改革の一環として、病床機能の分化・連携を進め、入院医療から在宅医療への移行を促進



趣旨

- 「医療介護総合確保推進法」成立により、国は「医療法」において都道府県に「地域医療構想」策定を義務付け
- 「地域医療構想」は、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民等が、2025年に向けた医療需要の変化の状況を共有し、地域の実情に対応した医療・介護の提供体制の構築に向けた検討を進めるためのもの

内容

- ① 国の定めた算定式に基づき推計した2025年の必要病床数
- ② 構想区域ごとの課題と医療提供体制の構築の方向性

ポイント

あくまで各地域や医療機関において今後のあり方を検討するための指標
⇒議論の過程で明らかになった課題をどう解決していくかが重要

国が示す2025年の「必要病床数」

※「必要病床数」は、国の定めた計算方法により機械的に推計した参考値
 ⇒病床を強制的に削減させるものではなく、適切な医療提供体制の構築のための目安

$$\text{必要病床数} = \text{推計人口} \times \text{入院受療率} \times (1 / \text{病床利用率})$$

2025年の2010年に対する増減率
 ・総人口は、▲5.5% (島根県 ▲13.3%)
 ・75歳以上人口は、+53.5% (島根県 +14.8%)

高度急性期0.75
 ~慢性期0.92

【2016年の病床】
132.5万床

【2025年の病床】
119.1万床 (▲10.0%)

一般病床 98.6万床 療養病床 33.9万床	① 高度急性期 13.0万床	ICU、救急病棟など、診療密度が特に高い
	② 急性期 40.1万床	状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い
	③ 回復期 37.5万床	急性期後、在宅復帰に向けた医療やリハビリを行う
	④ 慢性期 28.5万床	長期にわたり療養が必要
	⑤ 在宅医療	居宅、施設等において医療を受ける

【一般病床】
 診療報酬点数に基づく区分の明確化
 ※入院している患者のうち、
 3000点以上は高度急性期
 600点以上は急性期
 175点以上は回復期
 175点未満の患者は在宅医療へ移行

【療養病床】
 ・軽度な患者(医療区分1)の7割は在宅医療へ移行
 ・さらに、入院受療率が最も低い県(山形県)を目指した在宅移行

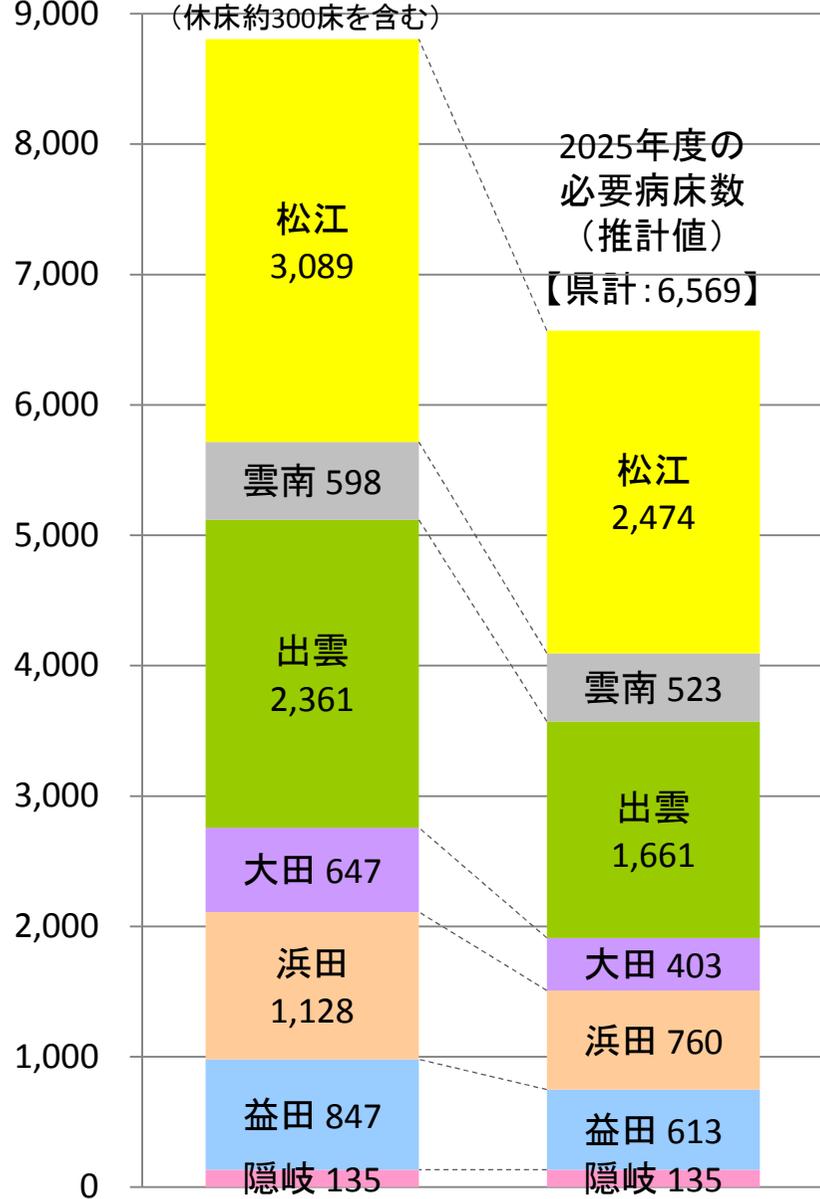
高齢化により医療ニーズは増加するが、在宅医療への移行により、「必要病床数」は減少する。

島根県の必要病床数推計

2016年度の病床数
(許可病床数)

【県計: 8,805】

(休床約300床を含む)



(2016年度)

	病床数 合計	一般 病床	療養 病床
松江	3,089	2,585	504
雲南	598	405	193
出雲	2,361	1,750	611
大田	647	457	190
浜田	1,128	731	397
益田	847	595	252
隠岐	135	111	24
県合計	8,805	6,634	2,171

■主な増減の要因

- ① 高齢者人口の増による、医療ニーズの増加
(+600床程度)
- ② 国の方針による在宅医療への移行(▲1,600床程度)
- ③ 国の方針による病床稼働率の上昇に伴う減床
(▲1,200床程度)

(2025年度)

	病床数 合計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	増減数	増減率 (%)
松江	2,474	212	810	712	740	▲615	▲19.9
雲南	523	15	113	254	141	▲75	▲12.5
出雲	1,661	255	644	421	341	▲700	▲29.6
大田	403	13	93	174	123	▲244	▲37.7
浜田	760	62	255	212	231	▲368	▲32.6
益田	613	47	214	179	173	▲234	▲27.6
隠岐	135	8	39	50	38	0	0.0
県合計	6,569	612	2,168	2,002	1,787	▲2,236	▲25.4

構想区域ごとの必要病床数推計の状況

区 域	2016年度 許可 病床数	2025年度 必要 病床数	増減率	増減の理由
松 江	3,089	2,474	▲19.9%	・高齢者数の増加(65歳以上人口:+5,000人、75歳以上人口:+9,000人)に伴う医療需要の増加により、病床数の減少率が小さい。
雲 南	598	523	▲12.5%	・人口規模(57,000人)に対して既存病床数(598床)が少なく、病床稼働率も高い(一般病床:77.5%(2014年))なので、病床数の減少率が小さい。
出 雲	2,361	1,661	▲29.6%	・雲南・大田区域から多数流入している回復期・慢性期患者(両区域のそれぞれ回復期:15.2%・21.6%、慢性期:18.8%・7.3%が流入)について、当該区域の需要として算定したことから、病床数の減少率が大きい。
大 田	647	403	▲37.7%	・人口規模(55,000人)に対して既存病床数(647床)が多く、病床稼働率も低い(一般病床:55.7%(2014年))ことから、病床数の減少率が大きい。
浜 田	1,128	760	▲32.6%	・病院全体に占める療養病床の割合が高く(約40%(県平均:25%))、在宅医療への移行が多くカウントされたため、病床数の減少率が大きい。
益 田	847	613	▲27.6%	・他区域との流出入が少なく、自区域内の完結率が高い(約74%)ため、平均的な病床数の減少率である。
隠 岐	135	135	0.0%	・多くの患者が他区域に流出(約50%)しており、回復期・慢性期患者を自区域の需要として算定した結果、増減なしとして推計した。
合 計	8,805	6,569	▲25.4%	

構想区域ごとの検討状況①(東部)

7つの構想区域ごとに、医療機関、介護事業者、保険者、住民代表、行政で構成する「地域医療構想調整会議」において、各区域の現状・課題、今後の方向性について議論

◎: 主な公立・公的病院等を記載

【松江区域】



現状・課題

- ・診療報酬改定等の影響を受け、病床稼働率が低下(H22:79.7%→H26:76.7%)
- ・需要の高まる在宅医療への体制整備
- ・松江市の旧町村部、安来市における医師の高齢化
- ・島根半島沿岸部・中山間地に点在する高齢者世帯

今後の方向性

- 松江赤十字・松江市立の役割分担と相互協力の検討を継続
- 安来市内の病院の役割と今後の在り方を検討
- 市を中心として、在宅医療の提供体制、病院による後方支援体制の検討
- 移送サービスの充実や集約化に向けた検討

【雲南区域】



- ・高度急性期は松江・出雲区域に流出(約70%)
- ・急性期は区域内の4救急告示病院で幅広い疾患に対応
- ・在宅医療を支える診療所が少なく、医師の高齢化、後継者不足
- ・医療・介護人材の確保
- ・中山間地に点在する高齢者世帯への対応

- ドクヘリ、まめネット等を活用した他区域との機能分担・連携を継続
- 病院間の連携により身近な地域で治療を受けることのできる体制維持
- 区域内の病院が、在宅医療をいかに支えるかを議論
- 若い世代からの教育・研修の充実
- 移送サービスの充実や集約化に向けた検討

【出雲区域】

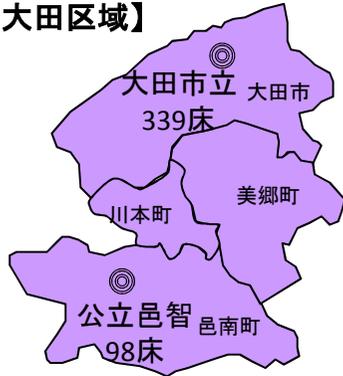


- ・人口減少に伴う将来的な入院患者数の減少や診療報酬の動向
- ・需要の高まる在宅医療への体制整備
- ・市中心部以外における診療所数の減少、開業医の高齢化

- 島大附属・県立中央の役割分担と相互協力の検討を継続
- 訪問看護・訪問リハ・訪問介護等の体制整備
- 市を中心として、在宅医療の提供体制等の検討

構想区域ごとの検討状況②(西部・隠岐)

【大田区域】



【浜田区域】



【益田区域】



【隠岐区域】



現状・課題	今後の方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期は他区域に流出(約80%) ・大田市と邑智郡で急性期の機能分担や統合は困難 ・大田市立・石東における療養病床廃止 ・中山間地を抱え、診療所の減少、医師の高齢化、後継者不足の課題 ・医療・介護人材の確保 	<ul style="list-style-type: none"> → ドクヘリ、まめネット等を活用した他区域との機能分担・連携を継続 → 可能な限り自区域内での完結を目指す → 市町が中心となり患者の受皿づくりについて議論を継続 → 遠隔医療の環境整備の検討 → 病院による後方支援の検討 → 若い世代からの教育・研修の充実
<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院である浜田医療センターにおいて医師確保が困難、済生会江津総合においては救急医療の一部に支障 ・訪問診療、訪問看護は海岸部に偏在、医師の高齢化、後継者不足の課題あり 	<ul style="list-style-type: none"> → 浜田医療センターの機能の維持、充実を目指し、済生会江津総合との役割分担、連携を進めて各医療機能の確保を目指す議論が必要 → 病院による後方支援、病院間連携・病診連携を一層深める必要
<ul style="list-style-type: none"> ・急性期について山口県からの流入はあるが、高度急性期・急性期の区域内完結率は高い(高度急性期 約70%・急性期 約80%) ・中山間地に住居が点在し在宅療養が困難、介護療養型病床が「看取り」の場 	<ul style="list-style-type: none"> → 一般的な救急医療に対応できる総合診療専門医を育成・確保し、一定数の急性期病床を確保する必要 → 新たな「住まい」の検討の必要性 → 多職種連携による在宅療養支援体制を構築する必要性 → 市町による日常生活支援の体制づくりが必要
<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期・急性期の松江・出雲区域への流出(高度急性期 約50%・急性期 約40%) ・病院数が限られており、在院日数は短め ・医療・介護人材の確保 ・需要の高まる在宅医療への体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> → 今後もドクヘリ等による円滑な受入を検討 → 終末期を本人が望む環境で迎えることのできる体制整備 → 人材の掘り起し、U・Iターン者の定着、働き続けることのできる環境整備 → 病診連携、訪問看護・訪問歯科の充実、多職種連携の強化

医療提供体制の構築の方向性

- ① 医療機関の医療機能分担と相互連携
- ② 医療と介護の連携による円滑な入退院時連携体制の構築
- ③ 医療・介護従事者の確保・育成
- ④ 構想区域を越えた救急搬送体制の整備
- ⑤ ICTの活用による地域連携の強化・診療支援
- ⑥ 医療体制の現状と今後のあり方に関する住民への理解促進



⇒①～⑥の達成のため、継続して検討を重ねる

【全 県】
医療審議会・医療審議会専門部会

【各区域】
地域医療構想調整会議

- 「島根県保健医療計画」(平成30～35年)
 - 「島根県介護保険事業支援計画」(平成30～32年)
- } 整合性を図る
- 将来推計人口や患者の受療動向変化に応じた必要病床数推計値の見直し
 - 市町村における地域包括ケアシステムの具体化

※検討の過程で解決に向け国の対応が必要なものについては、国に政策提案する

ポイント

「地域医療構想」は策定がゴールではなく、2025年に向けて適切な医療提供体制の構築に向けて、検討を進めるためのもの