

資料1

長崎県地域医療構想の策定について

長崎県医療政策課

▶ 1. 医療法と地域医療構想

昭和23年 医療法策定

病院の施設基準等創設、量的整備を促進

昭和60年 医療法一次改正

「医療計画」制度導入

「かけこみ増床」の発生

5疾病5事業ごとに医療連携体制を記載

医療計画

二次医療圏設定の考え方

5疾病5事業別のPDCAサイクルの推進

レセプトデータ等による分析に基づくもの

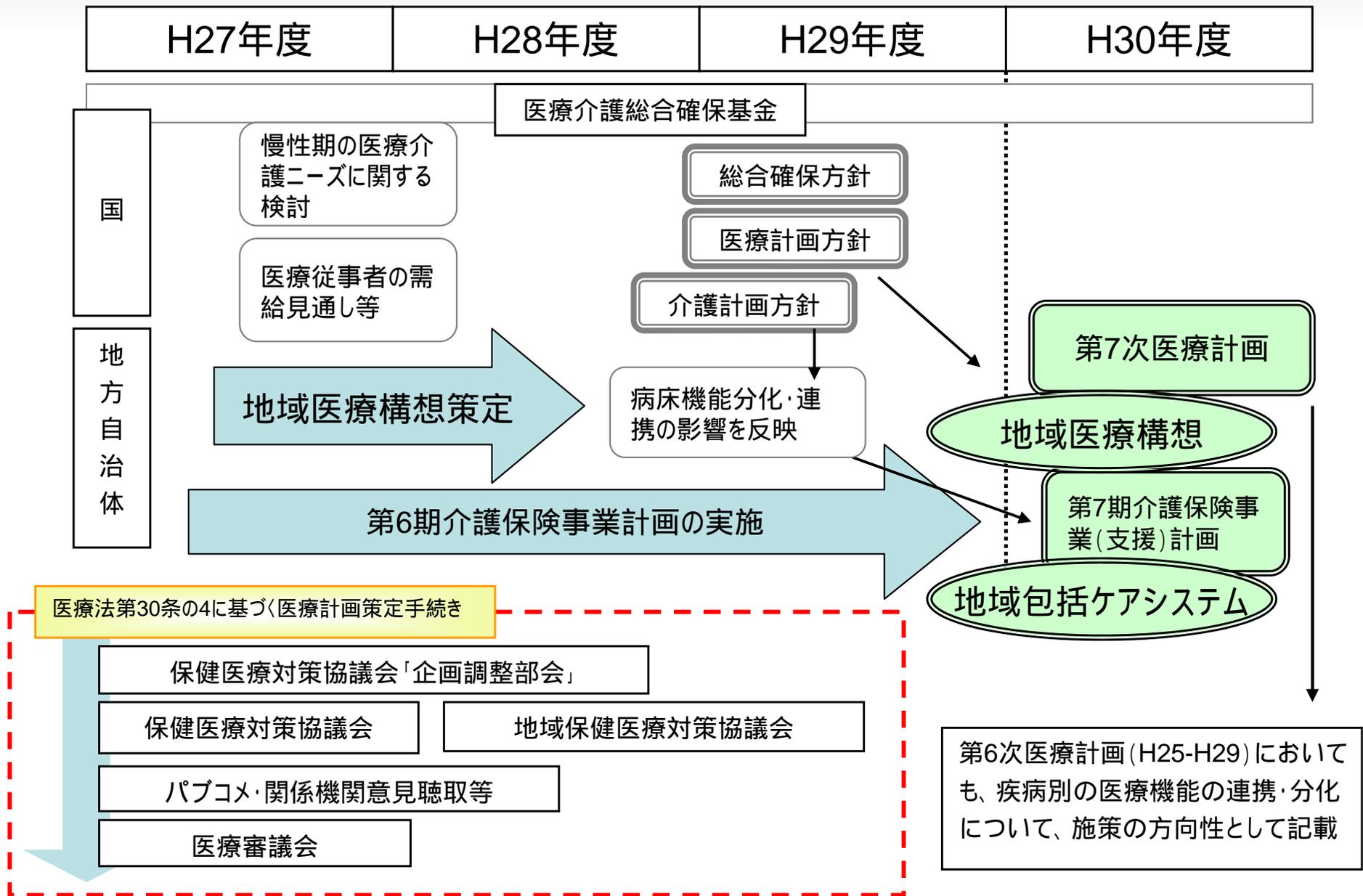
平成26年 医療法六次改正

・基準病床制度による病床規制
・地域偏在の是正と医療施設の連携強化

第5次改正まで医療の
中身・質の充実へ

「地域医療構想」の策定等、ビッグデータ分析を基にした医療機能分化、連携の推進

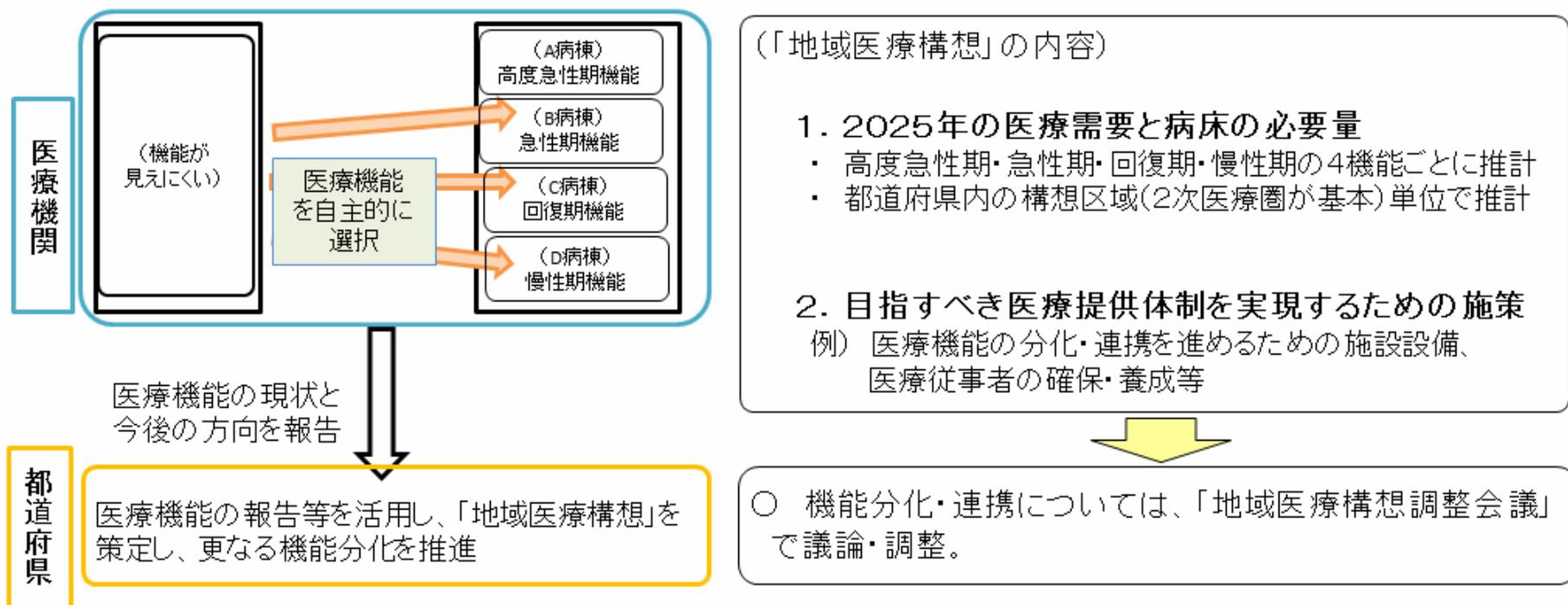
1. 医療法と地域医療構想



1. 医療法と地域医療構想

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



▶ 1. 医療法と地域医療構想

● 地域医療構想の関係法令

1. 医療計画(医療法第30条の4)

(1) 地域医療構想に関する事項(同条第2項第7号)

ア病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量(同号イ)

病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量の算定方法に関する基準(省令で規定)

イその他の事項(同号ロ) 在宅医療の必要量等(省令で規定)

地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、病床機能報告制度の報告の内容や、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等の事情を勘案(同条第5項) 構想区域の設定に関する基準(省令で規定)(本文9頁)

(2) 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項(同項第8号)

2 病床機能報告制度(医療法第30条の13)(報告・公表方法(省令・告示で規定))

3 協議の場(地域医療構想調整会議)(医療法第30条の14)

4 地域医療介護総合確保基金(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第6条)

▶ 2. 策定プロセスについて

● 医療法第30条の14



1 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

3 第七条第五項に規定する申請をした者は、当該申請に係る病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため、協議の場における協議に参加するよう都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。



▶ 1. 医療法と地域医療構想

● 実現のための都道府県の役割

1. 病院の新規開設・種別変更への対応

(第7条第5項) 開設・種別変更等の許可の際に不足している医療機能を担うべきという条件を付けることができる。

2. 既存医療機関による医療機能の転換への対応

(第30条の15) 病床機能報告の基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合、構想区域の当該機能区分の病床数の必要量に既に達しているときは

- ・当該医療機関に、協議の場における参加を求めることができる。
- ・医療審議会での説明を求めることができる。
- ・認めるべき特別の事情がない場合は、医療審議会の意見を聴いて、中止を要請(公的医療機関等には命令)することができる。

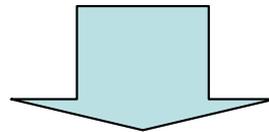
(第30条の16) 協議の場の協調が調わず、自主的な取り組みだけでは、機能連携が不十分と認める場合、医療審議会での意見を聴いて、不足している医療機能にかかる医療の提供を要請(公的医療機関等には指示)することができる。

▶ 1. 医療法と地域医療構想

● 実現のための都道府県の役割

3. 稼動していない病床への対応

(第7条の2第3項)(第30条の12)特に必要がある場合、医療審議会の意見を聴いて、稼動していない病床の削減を要請(公的医療機関等については命令)することができる。



(第30条の17)都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告することができる。

(第30条の17)都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該命令、指示又は勧告を受けた病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

2. 病床機能報告制度について

医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組み（平成26年度から毎年度実施）

病床機能報告による機能区分ごとの病床数

現状

<4つの医療機能>

| 医療機能の名称 | 医療機能の内容 |
|---------|--|
| 高度急性期機能 | 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 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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） |
| 慢性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 |

地域医療構想による機能区分ごとの2025年の病床数

2025年のあるべき姿

高度急性期

急性期

回復期

慢性期

在宅医療等

比較

▶ 2. 病床機能報告制度について

● 病床機能報告の具体的内容

保有する病棟と選択した医療機能の状況

| 医療機能 | 病棟名 | | | | | | | | | |
|-------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 高度急性期 | | | | | | | | | | |
| 急性期 | A2階・B3階病棟 | A3階・B2階病棟 | | | | | | | | |
| 回復期 | C4階病棟 | | | | | | | | | |
| 慢性期 | | | | | | | | | | |
| 無回答 | | | | | | | | | | |

分野ごとの情報

・病床の状況

・診療科

・職員数の状況

・算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数

・DPC群の種類

・在宅療養支援病院・在宅療養支援後方病院

の届出状況

・看取りを行った患者数

・二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無

・医療機器の台数

・退院調整部門の設置状況

・入院患者数の状況

・入院患者数の状況(入院前の場所・退院先の場所別)

・退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

・幅広い手術の実施状況

・がん、脳卒中、心筋梗塞等への治療状況

・重症患者への対応状況

・救急医療の実施状況

・急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況

・全身管理の状況

・疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況

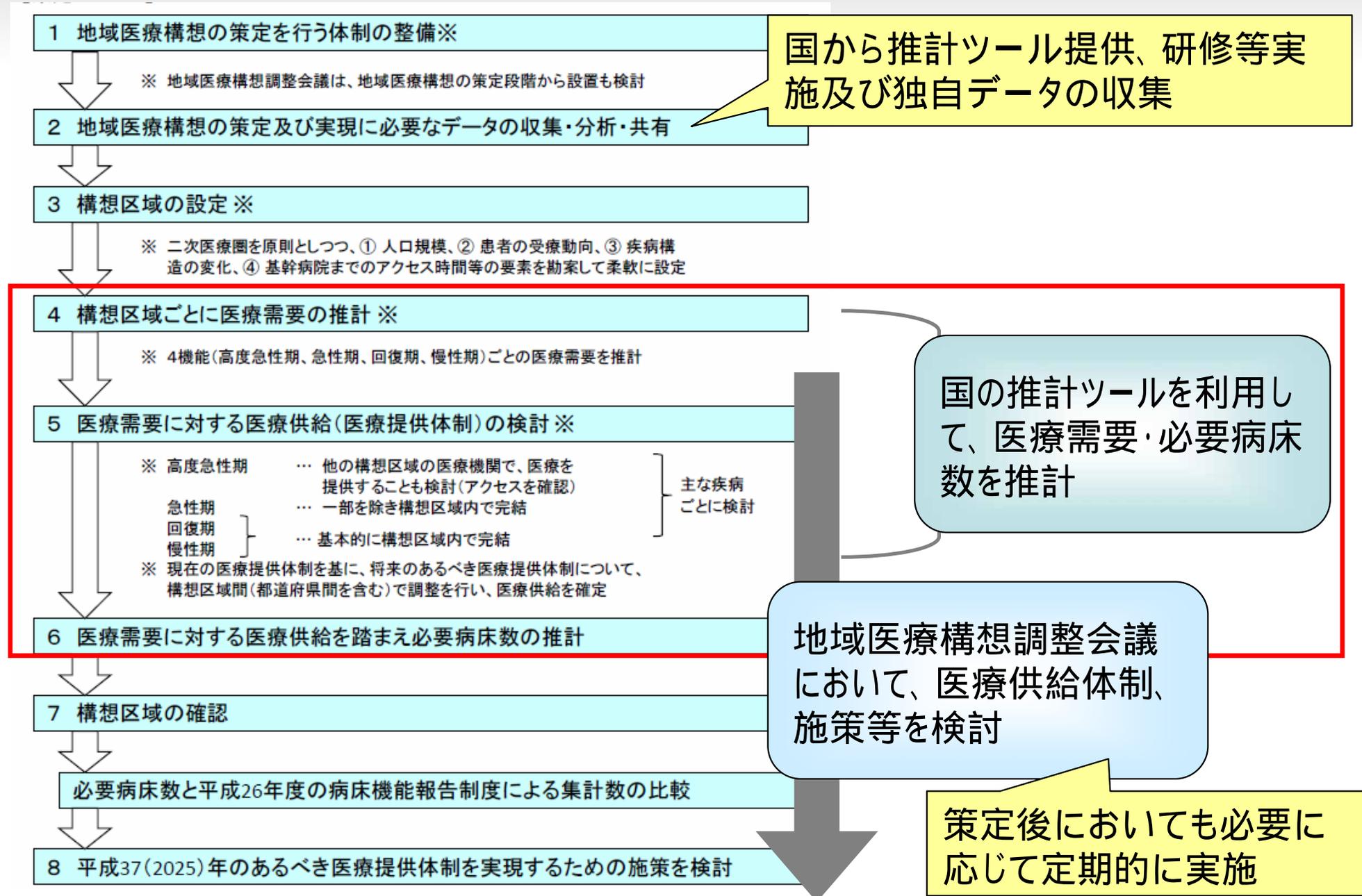
・長期療養患者の受入状況

・重度の障害児等の受入状況

病床の状況

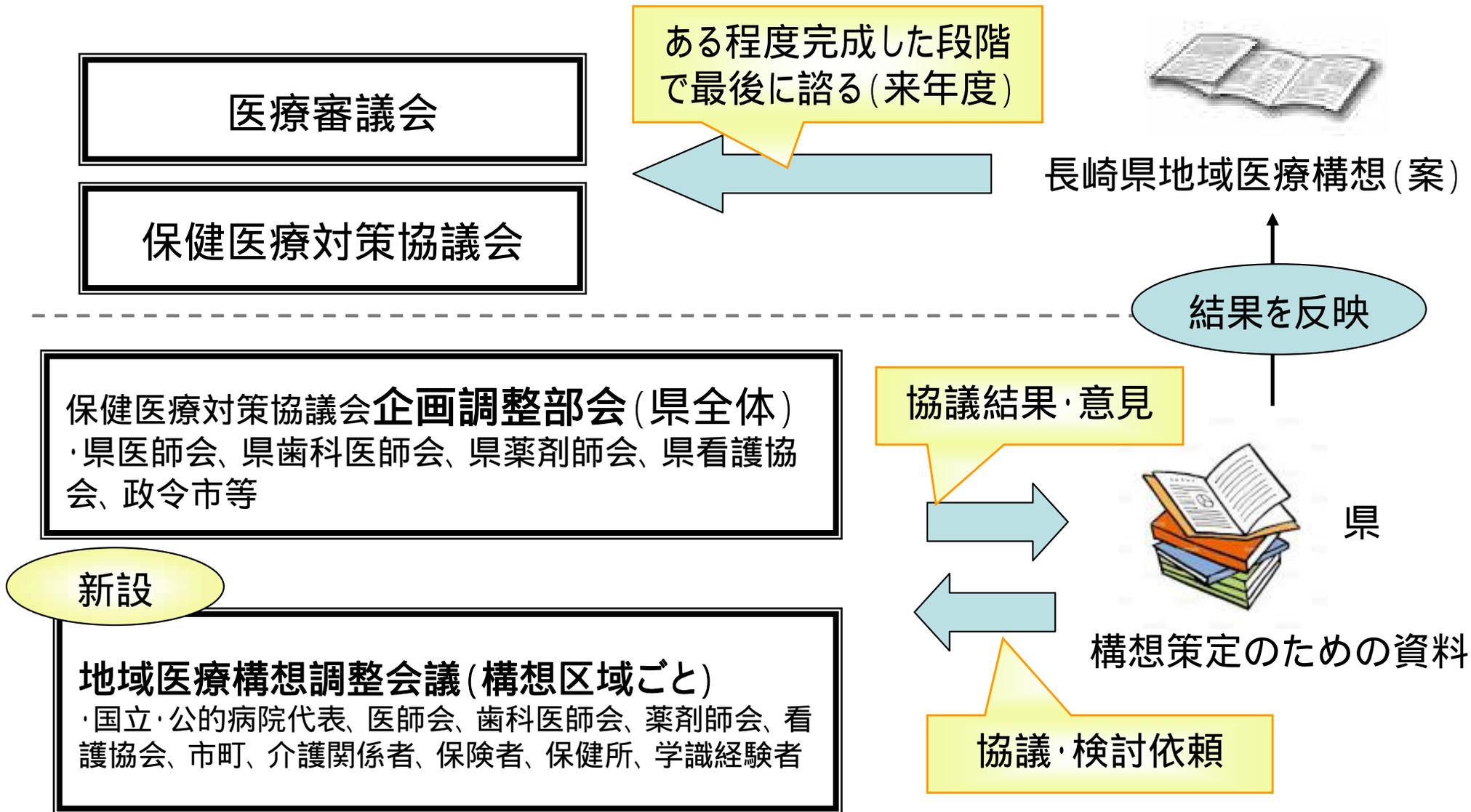
| | | 施設全体 | A2階・B3階病棟 急性期 | A3階・B2階病棟 急性期 | C4階病棟 回復期 | | | | | | |
|----------|------|------|------------------|------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|
| 一般 病床 | 許可病床 | 153床 | 60床 | 60床 | 33床 | | | | | | |
| | 稼働病床 | 153床 | 60床 | 60床 | 33床 | | | | | | |

3. 地域医療構想策定プロセスについて



▶ 3. 地域医療構想策定プロセスについて

● 策定にあたっての県の会議体



▶ 3. 地域医療構想策定プロセスについて

● 本県の具体的なスケジュール（案）

平成27年

6月 推計ツールの配布・操作研修

7月 地域医療構想調整会議 委員委嘱

8月 地域医療構想調整会議
(構想区域別) 1回目

9月 保対協「企画調整部会」
(県全体の協議)

▶ 10月頃 福岡・佐賀県との調整

11月～1月 地域医療構想調整会議
(構想区域別) 2回目

12月 保対協「企画調整部会」
(県全体の協議)

平成28年

▶ 3月頃 原案の作成

3月～5月 地域医療構想調整会議
(構想区域別) 3回目

5月 保対協「企画調整部会」
(県全体の協議)

6月 保健医療対策協議会

8月 医療審議会

関係機関からの意見聴取、パブリックコメント等

▶ 9月頃 策定

国が示した目標に合わせた案

▶ 3. 地域医療構想策定プロセスについて

● 地域医療構想調整会議の役割

委員

・国立・公的病院代表、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町、介護関係者、保険者、保健所、学識経験者等

策定(平成28年5月)まで

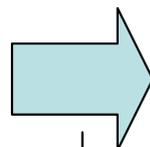
地域の医療提供体制と将来の目指すべき姿についての認識共有

病床機能報告や、構想に定める需要や必要病床数の状況

実現に向けての課題、必要な施策等について、地域の実情に基づく議論

結果を反映

長崎県地域医療構想(案)



策定(平成28年9月)以降

医療法第30条の14に定める「協議の場」

実現に向けた取り組み

長崎県地域医療構想



▶ 3. 地域医療構想策定プロセスについて

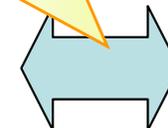
● 地域医療構想調整会議の役割

地域医療構想調整会議
(構想区域ごとに新設)
・国立・公的病院代表、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町、介護関係者、保健所、学識経験者等

構想の実現にあたっての課題をチェック



長崎県地域医療構想



病床機能報告

1. 地域の医療提供体制と将来の目指すべき姿についての認識共有

病床機能報告や、構想に定める需要や必要病床数の状況

2. 地域医療構想等を進めていく上での課題

3. 具体的な病床の機能の分化及び連携のあり方について

4. 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の検討

県・市・町によるサポート

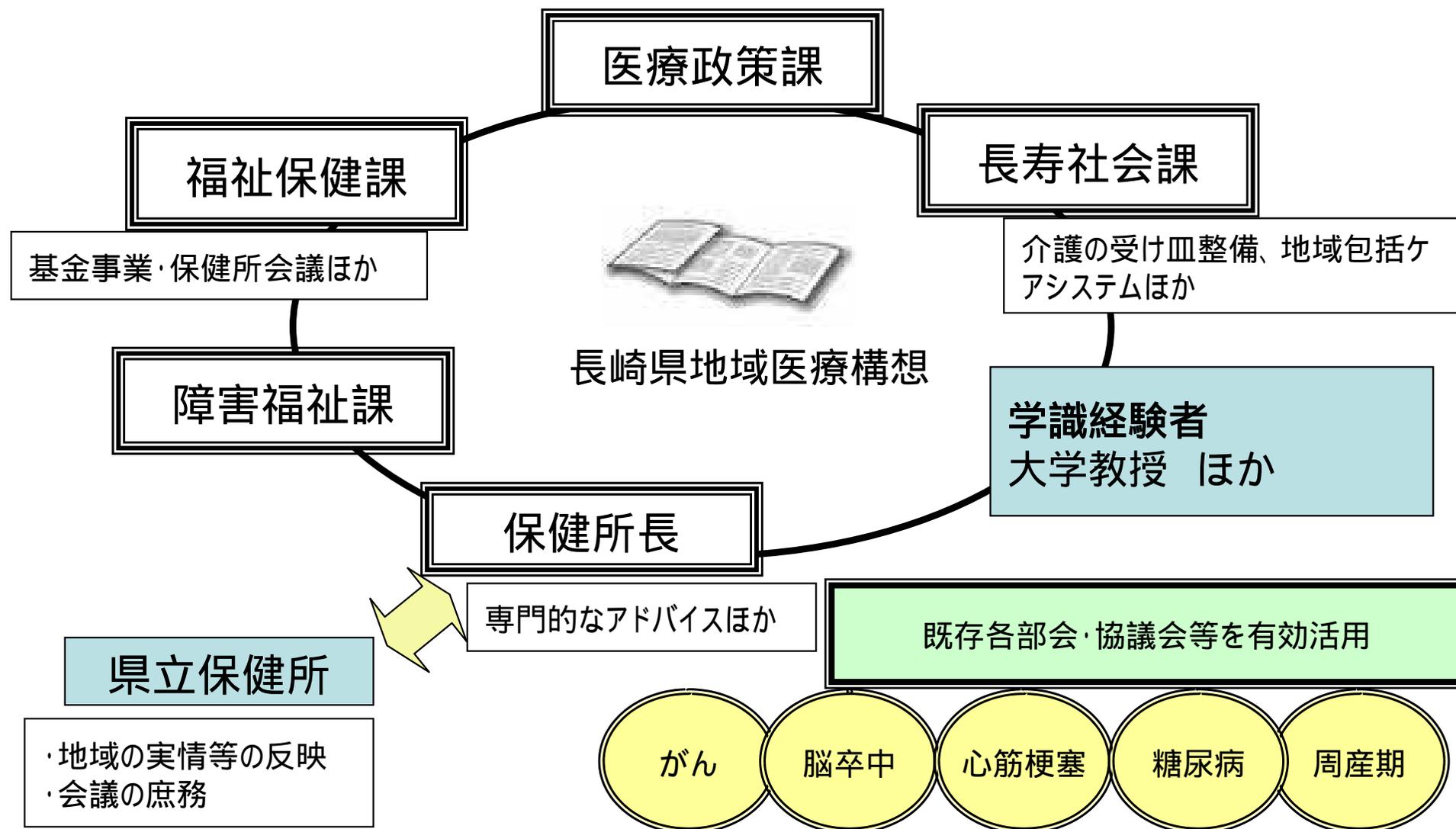
5. 開設・増床等許可申請、過剰な病床の機能区分への転換についての協議(医療法第30条の15)

県

利害関係者の調整や、事業の検討支援等

▶ 3. 地域医療構想策定プロセスについて

● 県庁関係各課及び保健所との連携体制を構築

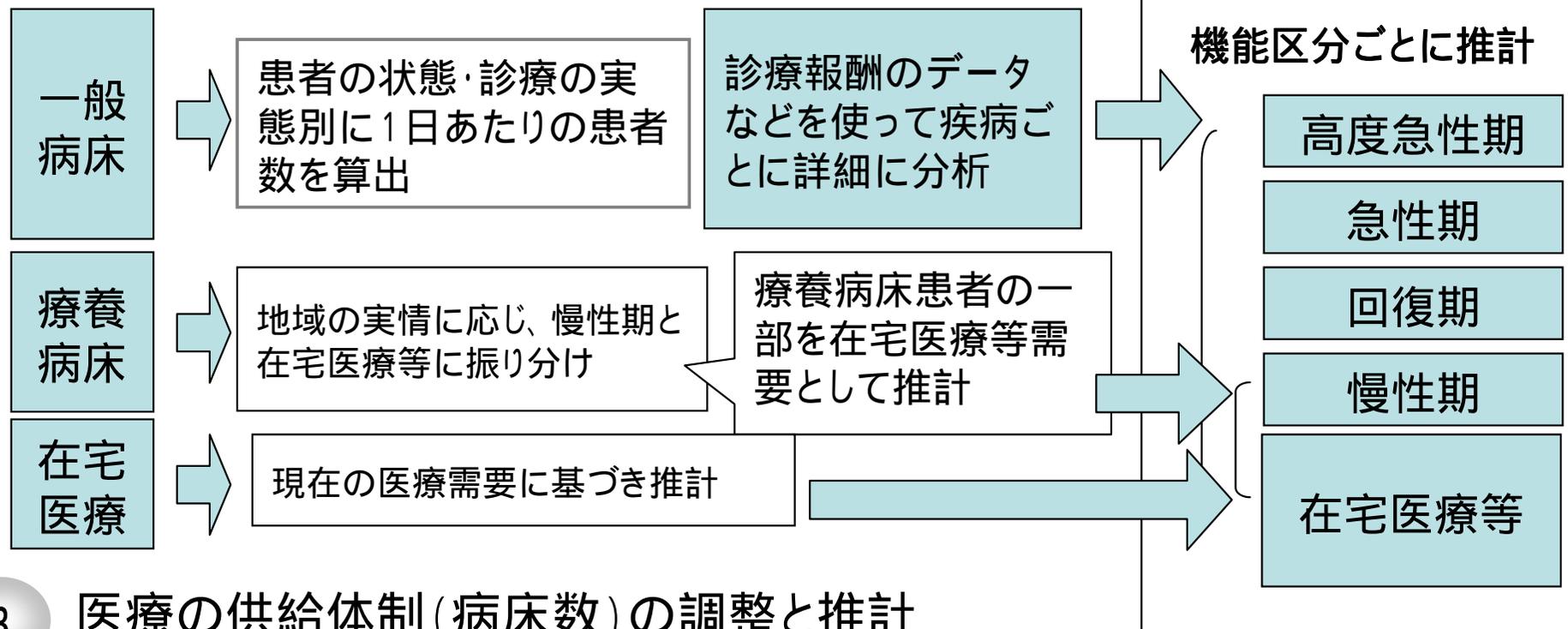


▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

1 構想区域を定める 構想区域は原則2次医療圏



2 医療の質に応じて、医療需要を計算



3 医療の供給体制(病床数)の調整と推計

地域の実情に応じて、地域医療構想調整会議で流出入を中心に検討

4 必要病床数の推計

▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 構想区域の設定について

ガイドラインで示されている基本的な考え方

二次医療圏を原則としつつ、
人口規模 患者の受療動向 疾病構造の変化 基幹病院までの
アクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

・検討すべきは、人口20万人以下、流出20%以上

第6次医療計画策定時に検討済み



現在の二次医療圏を構想区域とする

他県の例では、5疾病ごとに個別の圏域を設定する方法もあり

| 区分 | A 上記の条件をすべて満たしている病院 | A' 上記の条件のうち、ii)についてはオンコール体制で24時間対応可能な病院(その他の条件はAと同一) |
|-------------|--|---|
| 脳卒中圏域 神戸 | 6 恒生病院 神戸市立医療センター中央市民病院 神戸大学医学部附属病院 新須磨病院 吉田病院 神鋼記念病院 | 5 神戸医療センター 神戸赤十字病院 社会保険神戸中央病院 西神戸医療センター 神戸掖済会病院 |
| 阪神南 | 4 関西労災病院 県立西宮病院 西宮協立脳神経外科病院 兵庫医科大学病院 | 2 県立尼崎病院 合志病院 |
| 阪神北・丹波 | 2 伊丹恒生脳神経外科病院 宝塚市立病院 | 4 三田市民病院 ペリタス病院 市立伊丹病院 近畿中央病院 |
| 東播磨 | 2 大西脳神経外科病院 県立加古川医療センター | 2 順心病院 たずみ病院 |
| 北播磨 | 1 市立西脇病院 | 1 北播磨総合医療センター |

▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

◎ 推計の元となるデータ

| 搭載データの種別 | | 病名の有無 |
|---------------------------|------------------------------------|-------|
| 医療需要 | ① NDB (National Database) のレセプトデータ | あり |
| | 上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料 | なし |
| | ② DPCデータ | あり |
| | ③ 公費負担医療分医療需要 (医療費の動向) | * |
| | ④ 医療扶助受給者数 (被保護者調査) | * |
| | ⑤ 訪問診療受療者数 (生活保護患者訪問診療レセプト数) | なし |
| | ⑥ 分娩数 (人口動態調査) | あり |
| | ⑦ 介護老人保健施設の施設サービス受給者数 (介護給付費実態調査) | なし |
| | ⑧ 労働災害入院患者数 (労働災害入院レセプト数) | なし |
| ⑨ 自賠責保険入院患者数 (自賠責保険請求データ) | なし | |
| 人口 | 住民基本台帳年齢階級別人口 | - |
| 将来推計人口 | 国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口 | - |

非DPC病院のみ

- ・結核、感染症、精神病床は除外
- ・各患者の出来高点数を計算 (ただし、入院基本料、リハビリテーション料は除外)
- ・回復期リハビリテーションは回復期、療養病床は慢性期に分類

コード体系を合わせる

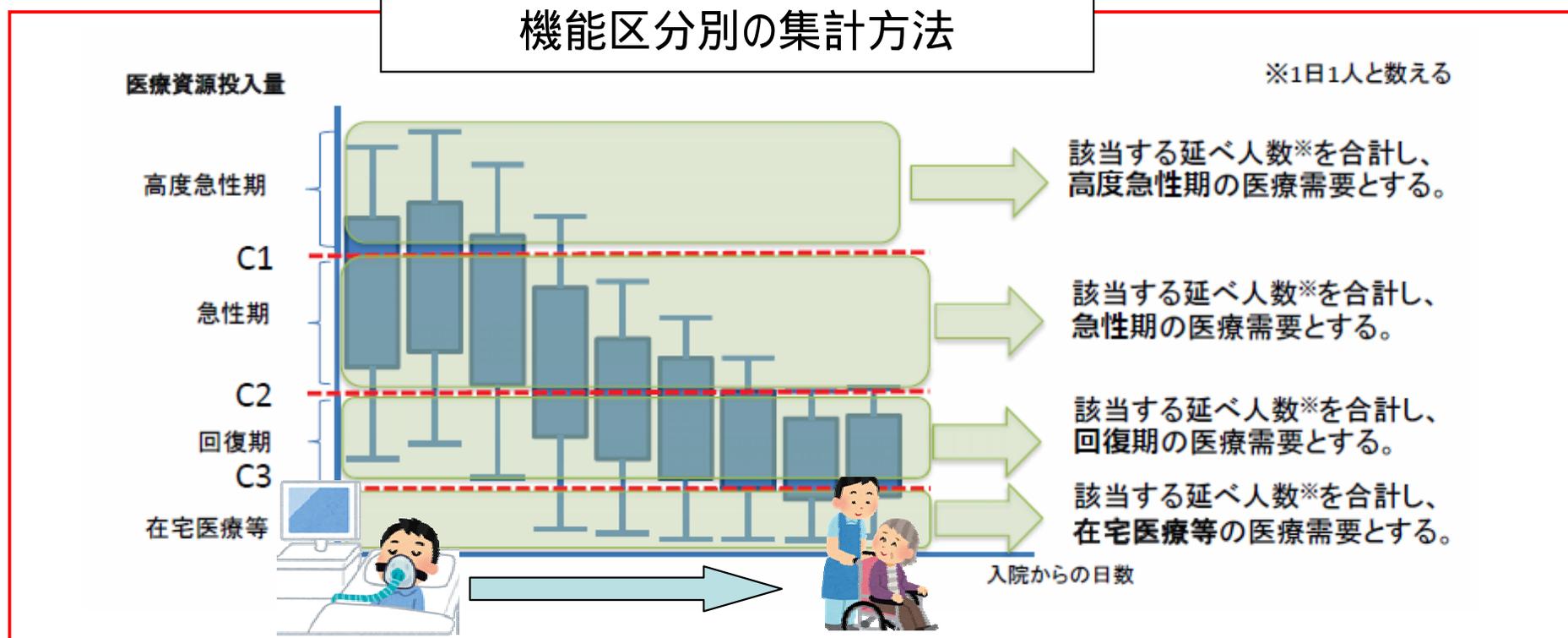
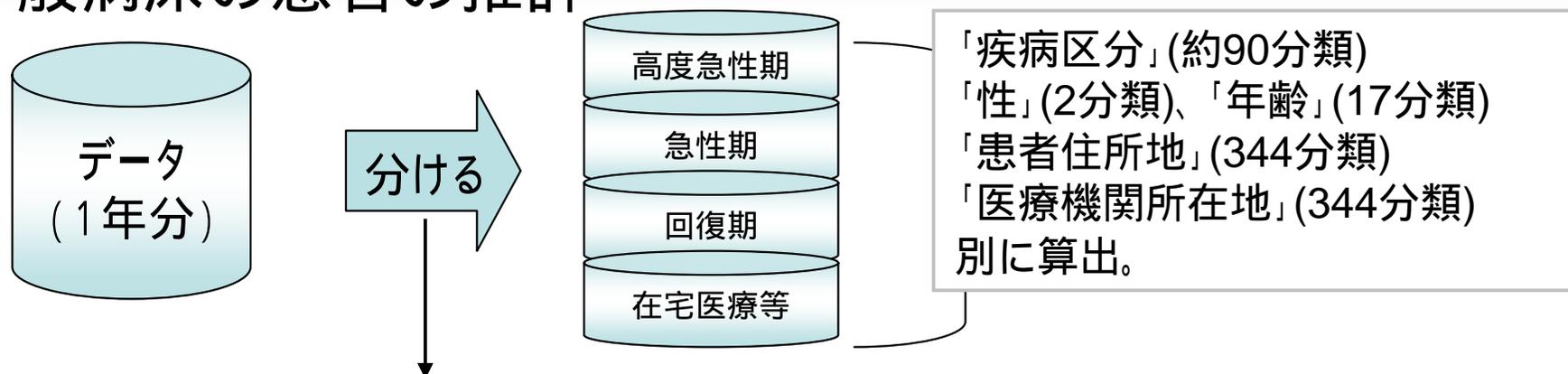
DPCデータ

- ・本県30の病院が参加
- ・より詳しい分析やデータを把握可能
- ・傷病のコード体系が国際基準にのっとっており明確

※③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分します。

▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 一般病床の患者の推計



▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

◎ 一般病床の患者の機能区分別の考え方

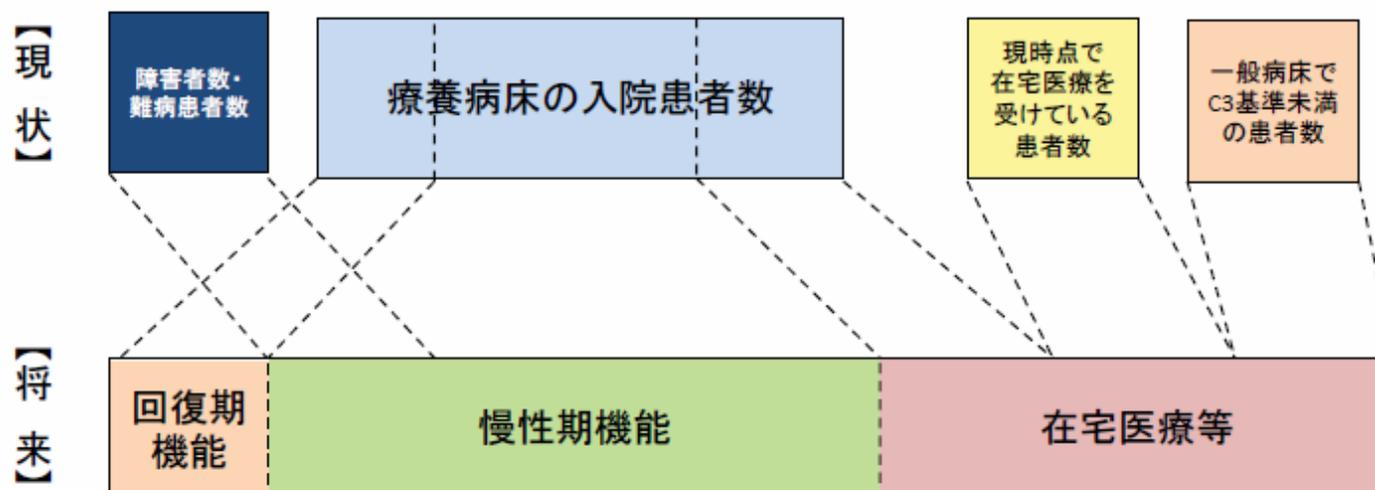
病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

| | 医療資源 投入量 | 基本的考え方 | 患者像の例 |
|-----------|--------------|---|---|
| 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治 療(一般病棟等で実施する診 療を含む。)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 | <ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 |
| 急性期 | | | <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p> |
| 回復期 | C2 600点 | 急性期における治療が終了し、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 | <ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 <p>[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p> |
| 在宅等 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 |
| | | ○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点で区分。 | <p>[例] 補液+点滴管理+ドレーン</p> |

▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 慢性期・在宅医療等の患者の推計

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等（※）の患者数の推計は、以下の考え方にに基づき実施する。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（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数）は、慢性期機能の医療需要とする。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
 - ・ その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を推計する。（次頁参照）
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。
- ※ 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、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ける医療等を指し、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。



▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 慢性期・在宅医療等の患者の推計

在宅医療等の定義

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。

療養病床の入院受療率の地域差が大きいため、これを解消

パターンA: 療養病床の入院受療率を全国最小値(山形県 81)まで低下させる
(本県全体 259)

パターンB: 療養病床の入院受療率の全国最大値(高知県391)が全国中央値
(滋賀県 144)まで低下する割合を採用

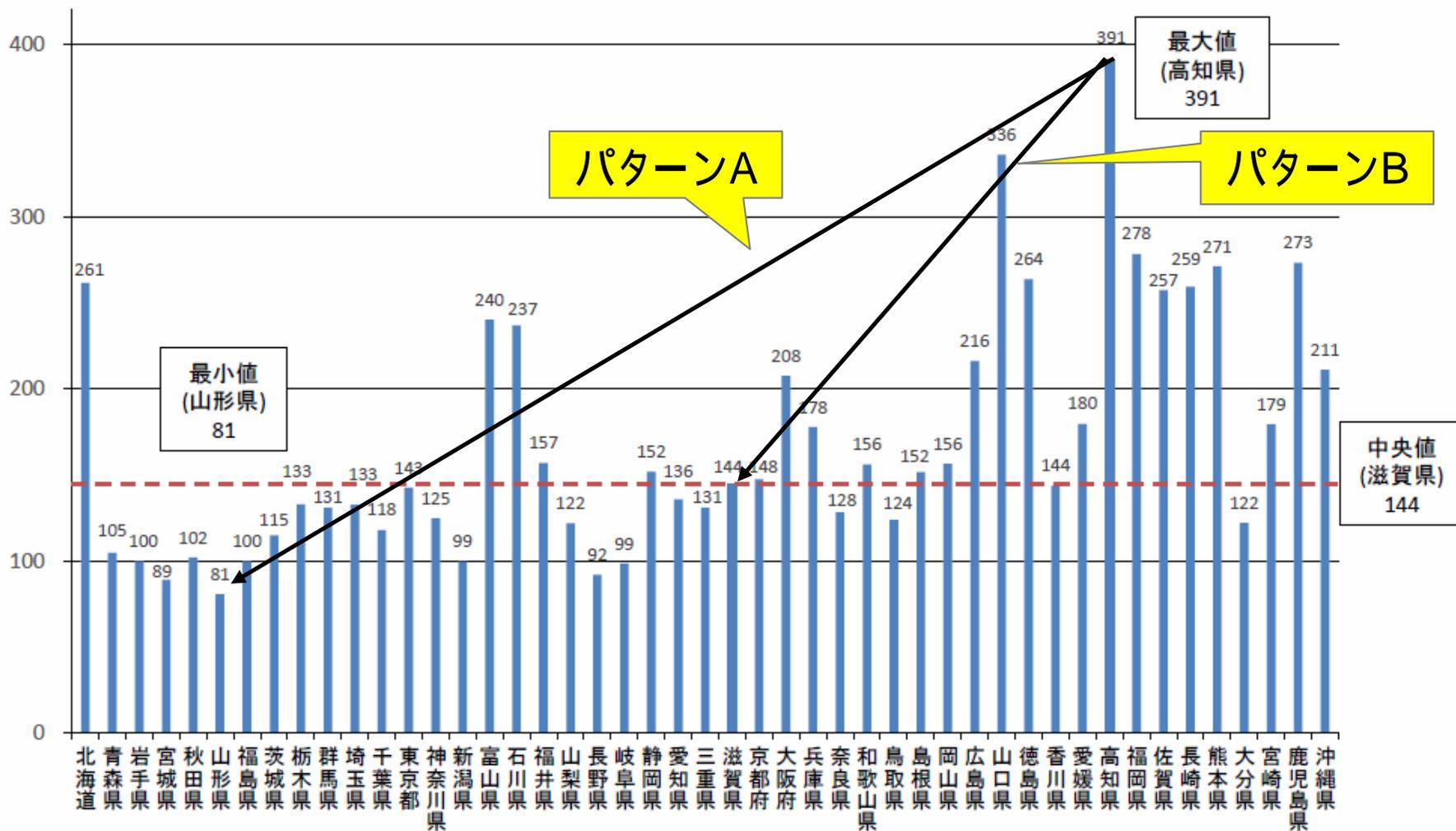
パターンC: パターンBの減少率が全国中央値より大きく、高齢者単身世帯が全国平均より多い場合のみ、パターンB目標を2030年として、2025年を比例的に算出。

パターンAが最も療養病床から在宅医療等への移行が大きく、パターンCが最も小さい

4. 将来の医療需要・病床数の推計について

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

※ 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10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



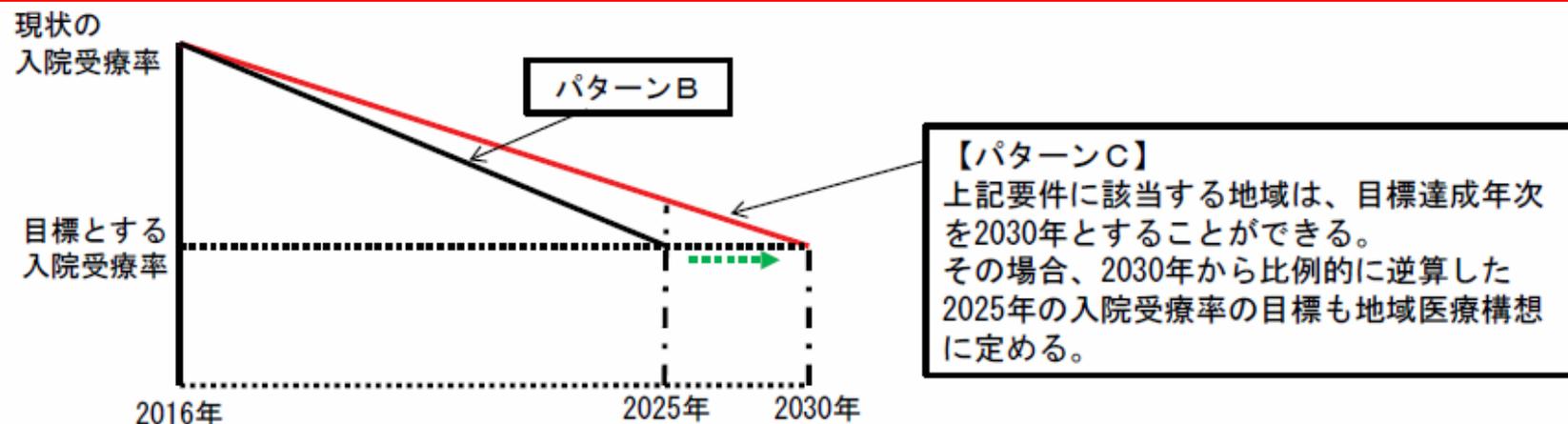
▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 慢性期・在宅医療等の患者の推計

パターンC適用可能条件

Bにより入院受療率の目標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
かつ

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



本県の特例(パターンC)適用可能な構想区域

長崎、佐世保県北、県南、壱岐

▶ 4. 将来の医療需要・病床数の推計について

● 将来の必要病床数の算出方法

2013年度の入院患者の割合を算出する

$$\begin{array}{l} \text{医療需要} \\ \text{(人/日)} \end{array} \div \begin{array}{l} \text{人口} \\ \text{(性・年齢階級別・二次} \\ \text{医療圏別)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{入院受療率} \\ \text{(2013年度)} \end{array}$$

2025年度の人口に置き換える

$$\begin{array}{l} \text{入院受療率} \\ \text{(2013年度)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{人口} \\ \text{(性・年齢階級別・二次} \\ \text{医療圏別)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{医療需要 (人/日)} \\ \text{(2025年度)} \end{array}$$

病床稼働率で割り戻す

$$\begin{array}{l} \text{医療需要 (人/日)} \\ \text{(2025年度)} \end{array} \div \begin{array}{l} \text{病床稼働率} \\ \text{(高度急性期0.75・急性期0.78・} \\ \text{回復期0.9・慢性期0.92)} \end{array} =$$

2025年度
必要病床数
(床)

▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

● 推計結果表の見方

長崎県の2025年の必要病床数

単位:床

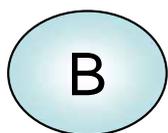
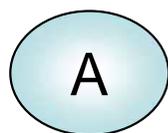
| 構想区域 | 医療機能 | 医療機関所在地 | | | 患者住所地 | | | 流出入 | | |
|----------------|-------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------------|-------|-------|---------------|
| | | パターンA | パターンB | パターンD (特例) | パターンA | パターンB | パターンD (特例) | パターンA | パターンB | パターンD (特例) |
| 長崎 ※パターンD適用 | 高度急性期 | 650.5 | 650.5 | 650.5 | 636.8 | 636.8 | 636.8 | 13.7 | 13.7 | 13.7 |
| | 急性期 | 2,436.8 | 2,436.8 | 2,436.8 | 2,400.4 | 2,400.4 | 2,400.4 | 36.4 | 36.4 | 36.4 |
| | 回復期 | 2,536.7 | 2,536.7 | 2,536.7 | 2,501.3 | 2,501.3 | 2,501.3 | 35.4 | 35.4 | 35.4 |
| | 慢性期 | 1,214.2 | 1,548.8 | 1,775.8 | 1,207.9 | 1,544.7 | 1,782.4 | 6.4 | 4.1 | -6.6 |
| | 小計 | 6,838.2 | 7,172.8 | 7,399.8 | 6,746.3 | 7,083.2 | 7,320.9 | 91.9 | 89.6 | 78.9 |

A

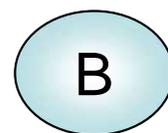
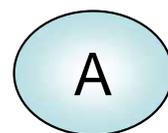
「医療機関所在地」とは、構想区域に立地する医療機関の医療需要・病床の推計。
 ・他の区域に居住していて、当該区域の医療機関に入院する患者(流入)を含む
 ・当該区域に居住していて、他の区域の医療機関に入院する患者(流出)は含まれない。

B

「患者住所地」とは、構想区域に居住する患者の医療需要・病床の推計



流入大



流出大

▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

● 流出・流入の状況

国の推計ツールによる流出・流入状況

| | 在住者(患者住所地)の医療需要(人/日) | 流出者数...①(人/日) | 医療機関の医療需要(人/日) | 流入者数...②(人/日) | 流出入の差分(②-①)(人/日) |
|-------|----------------------|---------------|----------------|---------------|------------------|
| 高度急性期 | 477.6 | 39.4 | 487.9 | 49.6 | 10.2 |
| 急性期 | 1,872.3 | 104.3 | 1,900.7 | 132.7 | 28.4 |
| 回復期 | 2,251.2 | 131.6 | 2,283.0 | 163.5 | 31.9 |
| 慢性期 | 1,639.8 | 133.3 | 1,633.7 | 127.2 | -6.1 |
| 在宅医療等 | 9,133.8 | 283.7 | 9,095.1 | 245.1 | -38.7 |
| 計 | 15,374.6 | 692.3 | 15,400.5 | 718.1 | 25.8 |

患者流出先二次医療圏

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 流出者数 |
|---|------|------------|-------|
| 1 | 長崎県 | 4202:佐世保県北 | 275.1 |
| 2 | 長崎県 | 4203:県央 | 265.4 |
| 3 | 福岡県 | 4001:福岡・糸島 | 38.9 |

患者流入元二次医療圏

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 流入者数 |
|---|------|------------|-------|
| 1 | 長崎県 | 4203:県央 | 346.5 |
| 2 | 長崎県 | 4204:県南 | 70.3 |
| 3 | 長崎県 | 4202:佐世保県北 | 67.2 |

国民健康保険・後期高齢者医療の診療情報に基づく集計結果

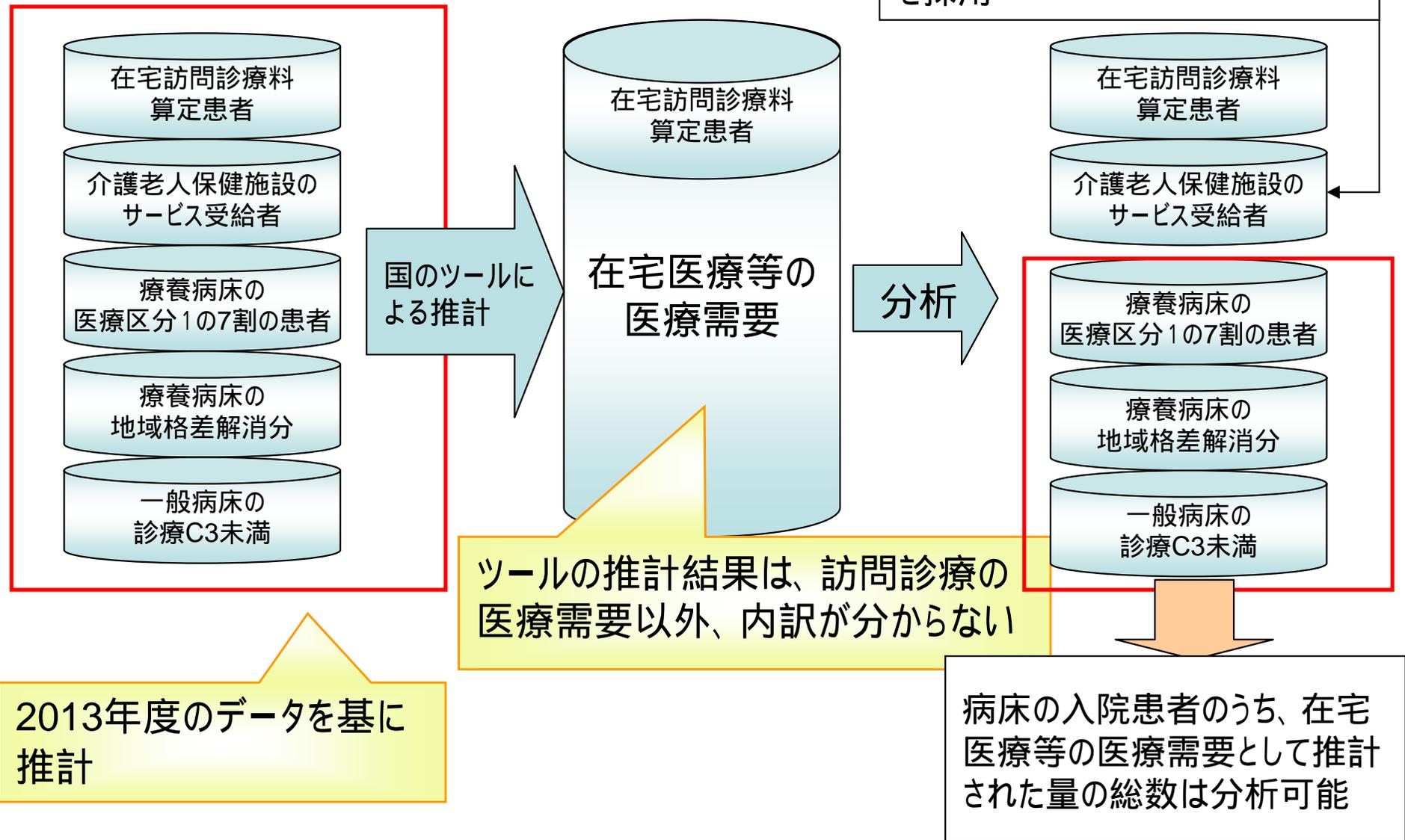
| 指標名 | 悪性腫瘍患者(主傷病) | | | | | | | | |
|--------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 合計/総件数 | 医療機関 | | | | | | | | |
| 負担者 | 長崎 | 佐世保県北 | 県央 | 県南 | 五島 | 上五島 | 壱岐 | 対馬 | 福岡県 佐 |
| 長崎 | 93.52% | 3.67% | 1.84% | 0.10% | | | | | 0.77% |
| 佐世保県北 | 1.21% | 89.80% | 1.60% | 0.34% | | | | | 3.33% |
| 県央 | 6.29% | 2.85% | 86.38% | 0.85% | | | | | 0.66% |
| 県南 | 6.84% | 0.22% | 31.09% | 60.13% | | | | | 1.22% |
| 五島 | 23.17% | | 1.48% | | 69.76% | | | | 5.59% |
| 上五島 | 27.54% | 11.15% | 1.78% | | | 53.31% | | | 6.22% |
| 壱岐 | | | | | | | 38.48% | | 61.52% |
| 対馬 | 1.64% | | | | | | | 46.98% | 51.38% |
| 総計 | 13,914 | 8,514 | 7,229 | 2,848 | 849 | 540 | 399 | 459 | 1,757 |

患者住所
構想区域

流出先構想区域

5. 地域医療構想調整会議の議論について

在宅医療等の医療需要

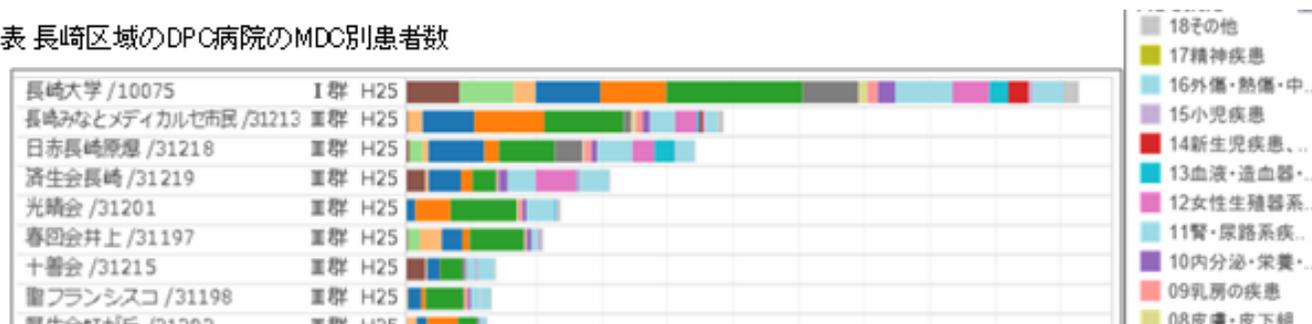


▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

◎ 医療機能の分化と連携

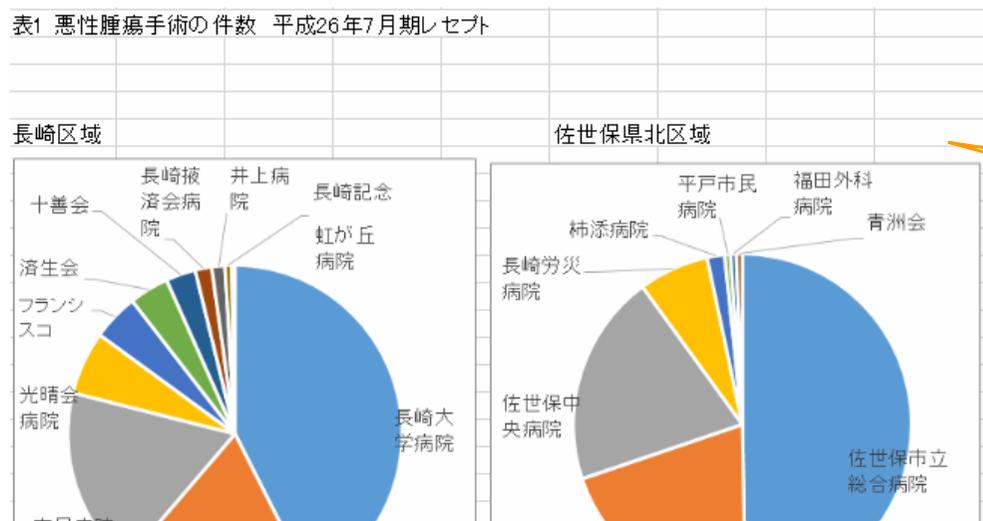
DPC病院の診療状況の分析

表 長崎区域のDPC病院のMDC別患者数



病床機能報告制度の結果

表1 悪性腫瘍手術の件数 平成26年7月期レポート



病棟の医療機能、施設の人員、手術の状況等に関する医療機関からの報告の集計

▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

◎ 議論のポイント

流出・流入について

高度急性期については、必ずしも構想区域内で完結する必要はない。

脳卒中、心筋梗塞などの「急ぐ」急性期と、がんなど「急がない」急性期に分けて考える。

A構想区域において、高度急性期や急性期を減らすこととした場合、他区域からの流入患者への影響を配慮する必要がある。

長崎県は、他県と比較して、構想区域間の流出流入が少ない。他県では、県庁所在地等、都市部への流入が多く見られる。

急性期の一部(分娩等)について、構想区域内で完結しない場合、区域外医療機関への交通アクセスの検討等が必要

流出している患者を構想区域内の医療需要とするには……

(例) A区域では、今後中核的病院の増床が予定されており、特に「がん」について高度な医療を提供できる見込みである。このため、現在A区域からB区域へ流出している20人/日の患者が、A区域で入院することが可能。

▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

◎ 議論のポイント

県を越える流出・流入については、10月以降、必要であれば県間の調整を行う予定。

機能分化・連携について

がん、脳卒中、心筋梗塞等の医療を全て提供する(総合病院)が多いことをどうとらえるか？

開設者の枠を超えた連携や統合等が考えられないか？

道路等交通事情を踏まえたバランスの取れた配置

本土地区において、医療需要がピークになるのは2025年以降となるが、離島地区においては、すぐに医療需要は減少する。

本土と離島の実情の違いを踏まえた議論が必要

▶ 5. 地域医療構想調整会議の議論について

◎ 議論のポイント

在宅医療・在宅介護について

地域包括ケアシステムは、日常生活圏域において、切れ目のないサービスを提供する体制である。医療は2次医療圏単位において、これをバックアップすることが重要がある。

介護施設への入所となると、自己負担が増えることも想定される。高齢者向けの低家賃住宅への支援等が必要ではないか？

集落が点在する地域でどのように在宅医療を展開するか？事業所から遠い地域にサービスを訪問看護への支援等・・・

少子化が進む中、将来の高齢者を支える世代である、小学生・中学生に対して、早くから在宅医療・介護を支える人材としての育成が必要。