

第5章 構想実現のための考え方

（1）機能分化・連携にあたっての基本方針

ア）基本的な方針

構想実現にあたっては、病床機能報告における機能区分ごとの病床数と必要病床数との乖離や、必要病床数の現在から将来に向けての増減等を見据え、地域において十分に協議を行い、病床の医療機能の分化・連携を進める必要があります。

2015 年（平成 27 年）の病床機能報告の結果を見ると、本県は全ての構想区域において、推計結果と比較して、急性期病床が多く、回復期病床が不足しています。このため、急性期からの機能転換等により、回復期を担う病床へ転換を進める必要があります。また、慢性期病床が多くなっていますが、療養病床の患者の一部を在宅医療等で対応することが見込まれているため、療養病床から介護施設、24 時間体制で医療の関わりが可能な施設等への患者の移行を進める必要があります。

機能の転換をはじめとする各区域での機能分化・連携の推進にあたっては、病床や施設の不足による「医療難民」が発生しないよう、地域の医療需要を反映したものであるか、十分な検討が必要です。

I）確保すべき高度急性期・急性期の機能

「急性期機能」として確保すべき病床は、次のような役割を担っている病床とします。

なお、この場合において「地域」とは、構想区域だけではなく、患者の流出流入の状況を踏まえたものとします。実際にこうした役割を担っているかの評価については、救急患者の受入れ状況や、医療機関が算定する診療報酬の施設基準など、病床機能報告等による指標に基づく、適正な評価が必要です。

・二次救急の輪番制や、救急医療患者を多く受入れているなど、地域の救急医療体制の維持において、重要な役割を担っていること。

・地域において、自宅や施設等における容態急変時の対応など、在宅医療の支援病床として必要不可欠であること。

・地域で明らかに不足している診療科に関する高度急性期、急性期の病床であること。

II）「地域完結型」の医療連携

地域医療構想は、ひとつの病院がすべての機能を持ち、病院だけで完結する「病院完結型」の医療体制ではなく、地域の複数の医療機関による機能分化、連携を推進することで、「地域

完結型」の医療体制を目指しています。このため、地域において、急性期の重要な役割を担っている病院が、病棟単位で回復期等の機能へ転換しようとする場合は、その病院が地域で果たすべき役割の明確化を図るなど、事前に十分な調整が必要です。

Ⅲ) 慢性期の病床と在宅医療等の機能分化

慢性期病床について、病床機能報告の結果を、推計結果と比較すると、全ての構想区域において多い結果となっています。これは、推計方法が、現在療養病床に入院している患者のうち、在宅医療等に対応可能な患者については、できるだけ在宅医療等に対応するという内容になっているためです。

在宅医療等への移行にあたっては、あくまで受け皿となる在宅医療等の体制が十分に確保されているか、介護施設等の整備状況などに配慮しながら行うこととします。

「慢性期機能」として確保すべき病床は、次のような役割を担っている病床とします。

- ・ 自宅や地域の介護施設等に対応できない、医療必要度が高い慢性疾患や認知症の患者のための病床（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含む）
- ・ 自宅や施設からの緊急時の一時預かり（レスパイト）など、在宅医療、介護体制の支援を行うための病床
- ・ 急性期を担う医療機関との連携体制において、人生の最終段階における医療や緩和ケアを行うための病床
- ・ 患者の在宅復帰に向けた地域の連携体制において必要な病床

イ) 離島の構想区域における方針

離島の構想区域においては、企業団の病院が区域の病床の大きな割合を占めており、その動向が大きな影響を与えます。企業団病院は、平成 19 年の「公立病院改革ガイドライン」に基づいて、下記のような見直しを行っています。

【表】長崎県病院企業団病院の再編等病床（一般・療養）の見直し状況

五島区域

平成21年4月			平成27年12月		
五島中央病院	一般	230	五島中央病院	一般	230
富江病院	一般	55	富江病院	一般	55
奈留病院	一般	52	奈留医療センター	一般	19
	合計	337		合計	304

上五島区域

平成21年4月			平成27年12月		
上五島病院	一般	132	上五島病院	一般	132
	療養	50		療養	50
有川病院	一般	50	上五島病院附属 診療所有川医療センター	無床	0
奈良尾病院	一般	60	上五島病院附属 診療所奈良尾医療センター	無床	0
	合計	292		合計	182

壱岐区域

平成21年4月			平成27年12月		
壱岐市民病院	一般	120	壱岐病院	一般	120
壱岐かたばる病院	療養	48	（企業団に加入）	療養	48
	合計	168		合計	168

対馬区域

平成21年4月			平成27年5月		
対馬いづはら病院	一般	154	対馬病院	一般	222
中対馬病院	一般	90		一般	0
	療養	37		療養	0
上対馬病院	一般	60	上対馬病院	一般	60
	合計	341		合計	282

平成19年のガイドラインに基づく企業団の病床等見直しは、平成27年5月の対馬病院の開院で完了したばかりです。このため、急激な病床の変動をさける観点から、2020年（平成32年）頃までは、回復期病床の充実や、在宅医療等の体制整備を図り、その後、病床の利用率等を考慮しながら、必要病床数を見据えた調整を行うこととします。

ウ）回復期病床の確保・在宅医療等の整備の推進

本県は回復期の病床が不足し、また、本土の構想区域においては特に在宅医療等の医療需要が大幅に増えることが予想されています。また、離島においては、前述のとおり、病床の見直しを実施してきた経緯があります。

このため、当面は回復期病床の確保や在宅医療等の体制の整備を重点的に推進することとします。

【図】 今後の方向性



エ) 地域医療構想調整会議の役割

調整会議は原則として毎年度開催することとします。会議では次の事項について協議するものとします。このため、調整会議において、県は区域の病床機能報告の状況を報告するほか、関係する医療機関は具体的な説明を行い、必要に応じて分かりやすい資料の提出に努めることとします。

- 1) 「カ）県の役割」において、調整会議における協議を必要とする事項
- 2) 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有
 - ・ 県は病床機能報告と必要病床数の比較による達成状況等について報告する。また、地域医療構想を実現するうえでの課題を抽出する。
- 3) 具体的な病床の機能の分化及び連携のあり方に関する事項
 - ・ 課題の抽出を行ったうえで、過剰な機能、不足する機能について、どのように調整していくか、また、連携体制をどのように構築していくかについて議論する。
- 4) 基金を活用した具体的な事業に関する事項
 - ・ 事業の成果を含め、新たな取り組みなどの提案を行う。

オ) 医療機関による自主的な取り組み

地域医療構想においては、各医療機関における病床の分化、連携の取り組みは、自主的に行われることが前提となっています。しかし、病床の転換等、構想の実現にあたっては、医療機関の意識変革が必要であり、きっかけとなる話し合いなどの場がなければ、機能分化や連携はなかなか進まないことも予想されます。

医師会等の関係団体や公的医療機関、地域の基幹病院は、率先して多職種が集う連携の場、研修の機会を作り、地域医療構想の実現に取り組むこととします。また、県や市町は、こうした取り組みを支援することとします。具体的には、急性期と回復期の医療連携が課題となっている区域、療養病床が特に多い区域、区域の面積が広く、医療資源等の格差が大きい区域、公的医療機関が大きな役割を果たしている区域など、区域ごとの特徴をとらえたうえで、必要な関係者による「ワーキング」の開催等を支援します。

カ) 県の役割

県は、医療法に規定されている都道府県の役割に基づき、具体的に次のような関与を行うものとします。

I) 開設、増床等への対応

県は、医療機関に対する開設、増床等の許可にあたって、不足している機能区分の医療の提供を行う旨の条件を付すこととします。

II) 既存医療機関が過剰な機能区分に転換しようとする場合の対応

・県は、既存の医療機関が、区域で過剰となっている機能に転換しようとする場合においては、理由等を記載した書面の提出を求めることとします。なお、「過剰な機能区分に転換しようとする場合」とは、病床機能報告における基準日（報告年の7月1日）における機能区分と基準日後（6年後）の機能区分が異なる場合であって、基準日後の機能区分が過剰となっている機能区分に該当する場合を指します。

・書面に記載された理由が十分でないと認めるときは、当該医療機関に対して、調整会議における参加と、説明を求め、調整会議における結論を尊重し、順守するよう当該医療機関に要請することとします。

・しかし、調整会議においても協議が整わない場合は、医療審議会を開催し、説明を求めることとします。

・その結果、転換理由がやむを得ないと認められない場合は、医療審議会の意見を聴いたうえで、転換しないことを、公的医療機関に対しては命令、それ以外については要請することとします。

III) 稼働していない病床への対応

・県は、病床機能報告において、病棟単位で病床が稼働していないことが明らかな場合、当該医療機関に対して、その理由について調査を行うこととします。

・また、調査結果について調整会議に報告し、その理由が正当なものであるかどうか、意見を聴くこととします。

・病床過剰地域において、正当な理由がないと県が判断した場合、医療審議会の意見を聴いたうえで、「当該病床を削減すること」を、公的医療機関に対しては命令、それ以外については要請することとします。

IV) 協議が調わない場合の対応

- ・県は、調整会議における協議が調わず、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において、医療審議会の意見を聴いたうえで、不足している機能区分の医療の提供を行うこと等について、公的医療機関に対しては指示、それ以外については要請することとします。

（２）在宅医療と介護の充実

ア）人材の確保

- ・介護施設等においては、高齢者の増加、要介護度の重度化により医療的ケアが必要な入所者が増えており、対応できる人材の確保が必要です。人材の育成にあたっては、医療と介護の連携を図りながら、特に職種間コミュニケーションやスキルアップを目的とした教育を支援していくことが重要です。

- ・生産年齢人口の減少に伴い、各区域で医療、介護人材の確保が困難になっており、必要な医療的ケアや介護サービスが提供できるよう、医療と介護が連携を図りながら、人材確保の調整を行っていくことが必要です。

イ）受け皿となる介護保険施設等の整備

- ・入院患者の在宅医療等への移行が見込まれているため、日常的な医学的管理程度の医療、看取り、ターミナルケア、リハビリテーション等これまで主に医療機関が対応していた機能に対応する介護施設等の整備について、地域の実情に応じて行う必要があります。

- ・施設の類型については、国においては、「療養病床の在り方等に関する検討会」において、慢性期の患者に対応する施設のあり方等について議論が行われており、ここで示される新しい施設の類型などを参考にすることとします。

- ・家族との団らんの場を設置するなど、「住まい」の機能を重視した施設に対して、地域の病院や診療所が 24 時間対応できる体制の構築を推進します。

- ・介護施設の整備にあたっては、住民が負担する介護保険料に大きく影響することから保険者である市町の意向も踏まえ、在宅医療等が必要な患者の需要を見極めたうえで、慎重な検討が必要です。

ウ）多職種連携の推進

- ・「地域包括ケアシステム」構築のためには、医師、歯科医師、看護師、薬剤師及び介護関係者等、患者に関わる多職種が、迅速に情報を共有し、切れ目のない支援を行うことが不可欠です。「あじさいネット」では、在宅医療、介護に対応する機能の強化を図っており、これを利用して迅速な情報共有を行います。また、基幹病院（情報提供病院）が中心となって、地

域の診療所、介護事業所等との情報共有ネットワークによる連携を推進します。

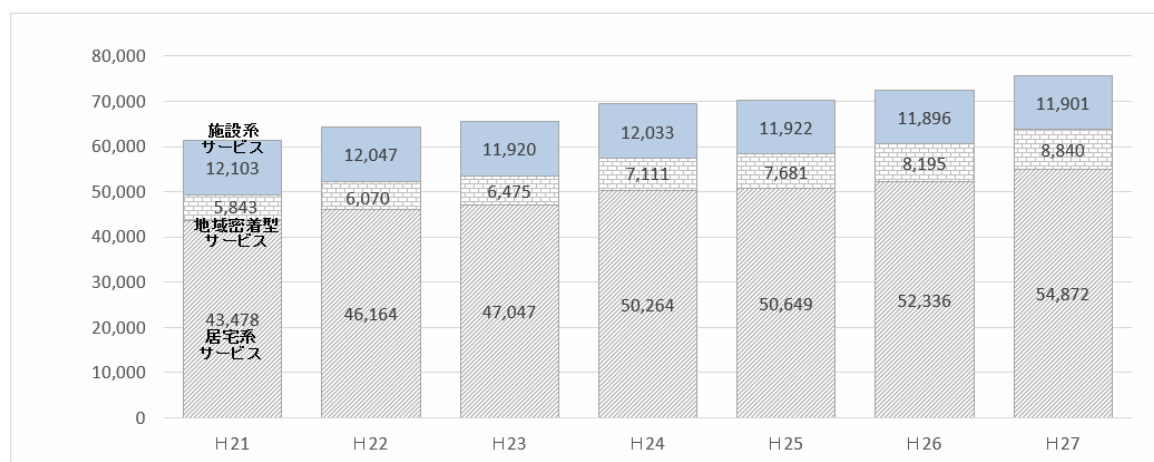
・訪問歯科診療に関するマッチングシステムの整備等、歯科医師会を中心とする在宅での口腔ケアの取り組みを推進するほか、退院後の支援を迅速に行うため、医科と歯科の連携を強化します。

・「薬局」の薬剤師による在宅での服薬指導の充実のため、他の職種と連携して調剤情報を管理することで、質の高い医療を提供することを目標とします。

エ）介護保険サービスの状況

介護保険サービスの動向をみると、特別養護老人ホームや老人保健施設などの「施設系」サービスは横ばいとなっていますが、地域密着型、居宅系のサービスは増加傾向にあります。

【図】 介護保険第 1 号被保険者のサービス受給者数（年間）の推移



※県の長寿社会課調べ。

・地域密着型サービス：平成 18 年の介護保険法改正により新たに制度化。原則として施設が所在する市町村の住民を対象として、小規模な施設や複数のサービスを組み合わせた訪問介護や看護を提供します。

・居宅系サービス：自宅にしながら受けられるサービスで、訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション等を指します。

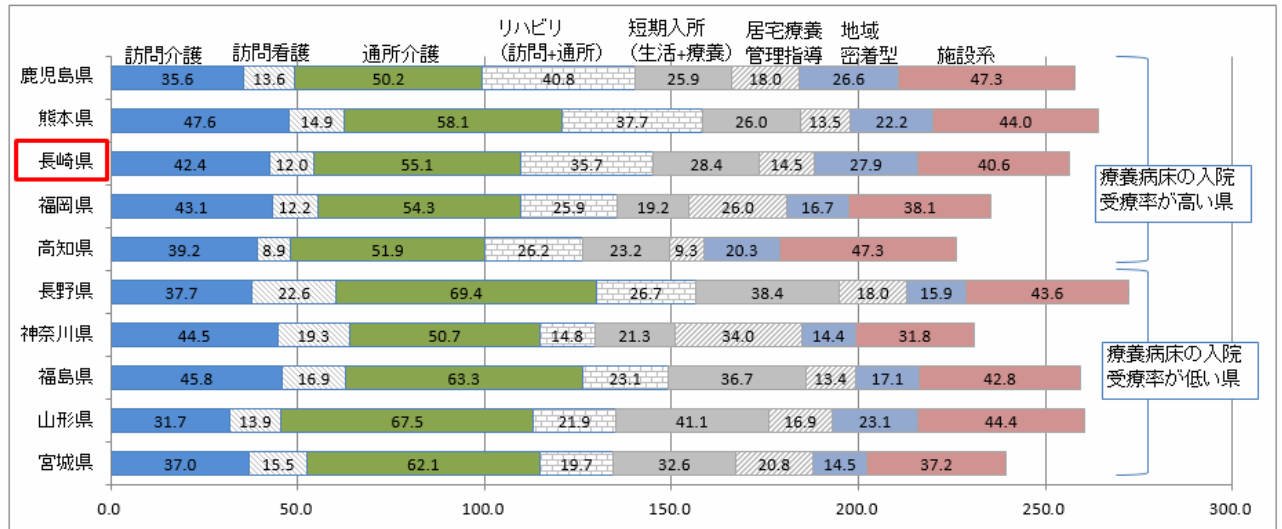
・施設系サービス：施設に入所して受けるサービスで、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設等を指します。

本県は全国的にみて療養病床の入院受療率が高い県です。療養病床の入院受療率は、東日本が低く、西日本が高い傾向にあります。特に低い県と高い県を比べると、施設系サービスにあまり差はみられませんが、通所介護、短期入所（ショートステイ）など、日常介護する家族等の負担を軽減するサービスに差がみられます。

また、本県は、訪問看護ステーション数や勤務者数が全国平均と比較して少なく、ステーションあたりの勤務者数も少なくなっています。反面、在宅療養支援診療所の届出診療所数は多くなっています。

【図】 65 歳以上人口千人対の主な介護保険サービスの受給者数

※厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成 26 年度サービス受給者数）より。



【表】 訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所の全国との比較

都道府県名	訪問看護			在宅療養支援 診療所届出数	65歳 以上人口	65歳以上人口1万人あたり		
	ステーション数	勤務者総数	ステーションあ たり勤務者数			訪問看護 ステーション数	訪問看護ST 勤務者数	在宅療養支援 診療所届出数
全国	7,214	65,194	9.04	14,188	33,000	21.9	197.6	43.0
山形県	45	395	8.78	87	338	13.3	116.9	25.7
宮城県	111	1,019	9.18	136	573	19.4	177.8	23.7
福島県	104	755	7.26	182	537	19.4	140.6	33.9
神奈川県	433	4,273	9.87	832	2,115	20.5	202.0	39.3
長野県	137	1,165	8.50	257	615	22.3	189.4	41.8
高知県	46	325	7.07	40	237	19.4	137.1	16.9
福岡県	326	2,948	9.04	866	1,279	25.5	230.5	67.7
長崎県	82	634	7.73	313	401	20.4	158.1	78.1
熊本県	133	1,132	8.51	216	504	26.4	224.6	42.9
鹿児島県	123	970	7.89	277	478	25.7	202.9	57.9

※厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査及び医療施設調査（平成 26 年度）

構想区域ごとの、訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、施設数をみると、訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所は、佐世保県北、県南区域及び離島の構想区域で少ない反面、施設については、離島の構想区域が多くなっています。

【表】訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、施設の状況

市町名	訪問看護 ステーション	在宅療養支 援診療所	うち 強化型	定員・病床数			65歳 以上人口	65歳以上人口1万人あたり施設・定員・病床数				
				介護老人福祉 施設(特養)	介護老人保 健施設	介護療養型 医療施設		訪問看護 ステーション	在宅療養 支援診療所	介護老人福祉 施設(特養)	介護老人保 健施設	介護療養型 医療施設
長崎県	85	322	45	6,141	4,882	1,075	397,260	2.1	8.1	154.6	122.9	27.1
長崎市	39	144	20	1,641	1,333	266	120,776			135.9	110.4	22.0
西海市		2		227	130	53	10,020			226.5	129.7	52.9
長与町	2	10		100	100	0	9,447			105.9	105.9	0.0
時津町		9	2	30	100	6	6,581			45.6	152.0	9.1
区域計	41	165	22	1,998	1,663	325	146,824	2.8	11.2	136.1	113.3	22.1
佐世保市	10	42	8	1,090	778	372	72,130			151.1	107.9	51.6
平戸市	1	2		200	198	13	11,781			169.8	168.1	11.0
松浦市	1			180	80	67	7,729			232.9	103.5	86.7
佐々町		2		50	80	0	3,368			148.5	237.5	0.0
区域計	12	46	8	1,520	1,136	452	95,008	1.3	4.8	160.0	119.6	47.6
諫早市	10	44	3	473	480	86	36,479			129.7	131.6	23.6
大村市	4	28	6	225	200	22	20,575			109.4	97.2	10.7
東彼杵町	1	1		50	100	6	2,771			180.4	360.9	21.7
川棚町		6		60	0	0	4,040			148.5	0.0	0.0
波佐見町				31	0	8	4,262			72.7	0.0	18.8
区域計	15	79	9	839	780	122	68,127	2.2	11.6	123.2	114.5	17.9
島原市	4	10	3	305	129	27	14,615			208.7	88.3	18.5
雲仙市	1	9		110	231	69	13,763			79.9	167.8	50.1
南島原市	3	6		348	257	54	16,674			208.7	154.1	32.4
区域計	8	25	3	763	617	150	45,052	1.8	5.5	169.4	137.0	33.3
五島市	4	2	1	396	200	0	13,673	2.9	1.5	289.6	146.3	0.0
新上五島町	1			195	160	0	7,355			265.1	217.5	0.0
小値賀町				40	0	0	1,204			332.2	0.0	0.0
区域計	1	0	0	235	160	0	8,559	1.2	0.0	274.6	186.9	0.0
壱岐市	2	5	2	160	166	26	9,538	2.1	5.2	167.8	174.0	27.3
対馬市	2	0	0	230	160	0	10,479	1.9	0.0	219.5	152.7	0.0

※訪問看護ステーションは平成27年4月現在、在宅療養支援診療所は平成27年10月現在医療政策課調べ。着色は特に多い区域。

介護保険等関係用語の説明

○在宅療養支援診療所

24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、往診等の体制が構築されている診療所であり、厚生労働省にその旨の届出をおこなったもの。常時3名以上の常勤医師が確保されている場合、強化型として届出が可能。

○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

自宅での介護が困難な寝たきりの方等に対して、入所により、入浴や食事をはじめとする日常生活の介護や機能訓練、健康管理、療養上の世話などのサービスを提供する施設。

○介護老人保健施設

病院と自宅の中間的な役割を持ち、在宅復帰をめざすための医療的ケアやリハビリテーションを提供する施設。

○介護療養型医療施設（療養病床の一種）

慢性的な症状のための療養を行うため、医療機関の療養病床のうち、介護保険が適用される施設。

○訪問介護

介護福祉士や訪問介護員が介護を要する利用者の居宅等を訪問し、入浴、排泄、食事等日常生活を送るうえで必要となるサービスを提供。

○訪問看護

訪問看護ステーションから、看護師や保健師、理学療法士、作業療法士などが、介護を要する利用者の居宅等を訪問し、療養にかかわる世話や、医師の指示のもと、必要な診療の補助を行う。

○通所リハビリテーション

医療機関や介護老人保健施設などで、食事や入浴などの日常生活の自立を目的とする機能回復の訓練などを日帰りで提供。

（介護保険以外の主な施設）

○養護老人ホーム

環境上及び経済的理由により居宅において養護を受ける事が困難な人を対象とし、自立した生活及び社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練、その他も援助を提供する施設。

○軽費老人ホーム

介護は不要だが身体機能の低下や、独立して生活するには不安があり、家族による援助を受けるのが困難な人を対象とした低額料金の施設。所得制限あり。

○有料老人ホーム

終身介護に対応する施設から健康な方を対象としたものまであり、入浴や排泄、食事といった介護サービスや洗濯、掃除等の日常生活サービスのいずれかを提供する施設。

○サービス付き高齢者向け住宅

有料老人ホームのうち、バリアフリー構造の賃貸住宅で、職員が常駐し、介護や医療と連携した状況把握サービスや生活相談サービス等を提供。介護保険のサービスを付けることも可能。

オ) 病床からの移行見込み数の推計

医療法に基づく計算方法で推計された在宅医療等の医療需要は、「病床からの移行見込み分」（一般病床の175点未満、療養病床の医療区分1の患者の7割及び地域差解消分）と「訪問診療を受けている患者」及び「介護老人保健施設のサービス受給者」の合計です。このうち、「訪問診療を受けている患者」については、具体的な医療需要が推計されています。その他については内訳が不明であるため、介護老人保健施設のサービス受給者数を老人福祉介護計画から仮定し、「病床からの移行見込み分」がどのくらいか推計しました。

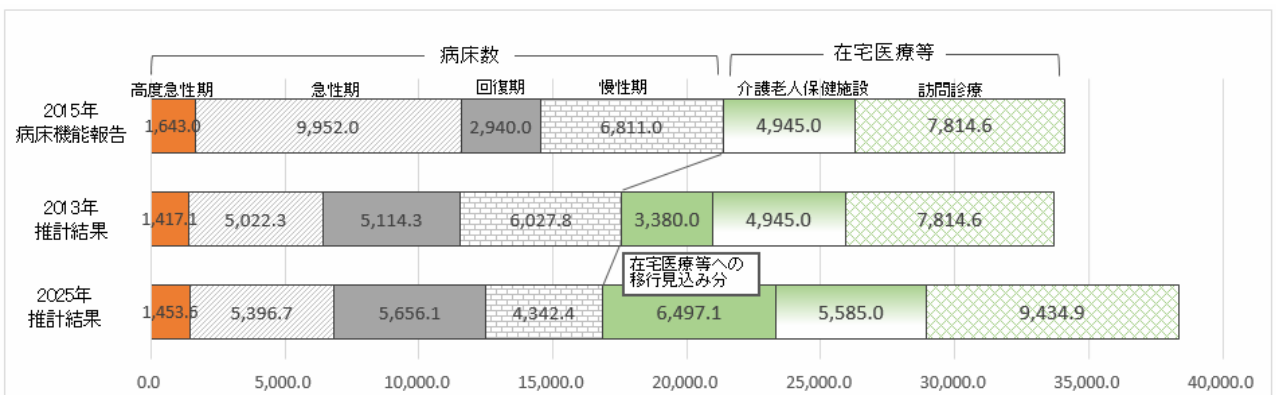
県全体でみると、2025年には、在宅医療等に対応すべき患者のうち、「病床からの移行見込み分」が、概ね6,500人/日程度となると見込まれています。

【図】在宅医療等の医療需要の分析結果（病床からの移行見込み数）

※推計（現状）は医療法による2013年診療報酬データ等に基づく推計結果。

※在宅医療等の医療需要の単位は人/日。訪問診療分については、全て医療法の推計結果を採用。

※介護老人保健施設の医療需要は、第6期県老人福祉介護計画によるサービス受給見込みを採用した。



	長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	合計
2013年	1,098.2	1,045.3	629.1	416.7	75.3	8.1	78.2	29.0	3,380.0
2025年	2,572.9	1,724.4	1,514.6	498.0	78.0	-17.7	105.9	21.0	6,497.1