

第4章

地域医療構想

団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年に向けて、入院や在宅での医療が必要な患者数や病床数を推計し、患者像に応じた病床の機能分化や在宅医療等を含めた連携体制の構築を進めるため、施策の方向性を示すとともに、PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について方向性を示します。

- 第1節 長崎県地域医療構想について・・・・・・・・・・4-1-1
- 第2節 将来の医療需要・・・・・・・・・・4-2-1
- 第3節 将来の病床の必要量・・・・・・・・・・4-3-1
- 第4節 構想実現のための考え方・・・・・・・・・・4-4-1
- 第5節 構想実現のために必要な施策・・・・・・・・・・4-5-1

第1節 長崎県地域医療構想について

1. 概要

平成28年11月に策定した「長崎県地域医療構想」は、入院患者の実態分析に基づいて、2025年以降における地域に必要な機能を検討し、効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を図るものです。

国は、入院医療について、診療内容等のデータの分析を行い、診療内容に応じた機能区分や、在宅医療等で対応すべき患者の推計方法を定めました。この方法に基づいて、県は、将来の人口構造の変化の見通しを踏まえたうえで、地域ごと、患者の状態ごとに、入院及び在宅医療等で対応すべき患者数（以下、「医療需要」という。）の推計を行いました。

地域医療構想では、二次医療圏を基本として、将来の機能区分ごとの医療需要を推計し、それを基に「病床の必要量」を推計します。この「病床の必要量」は、病床の削減を目的としたものではなく、地域の実情を反映したあるべき医療提供体制の実現に向けた「方向性」として示されるものです。

策定にあたっては、各医療圏において、医療、介護関係者から、地域の実情や、具体的な課題について、多くの意見をいただき、構想に反映しました。また、策定手順については、国の「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月）を参考にしています。

なお、地域医療構想は、医療法において医療計画の一部と定められており、5疾病6事業及び在宅医療をはじめ、同時に策定する「長崎県老人福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画」（以下「県老人福祉介護計画」という。）と十分に整合性を図り、その実現を目指します。

2. 地域医療構想に定める内容

地域医療構想は医療法第30条の4に基づき都道府県が策定します。地域医療構想には、次の事項を記載することとなっています。

- ・2025年（令和7年）における医療需要の推計
- ・2025年において必要となる病床数をはじめとする目指すべき医療提供体制
- ・目指すべき医療提供体制を実現するために必要となる施策

3. 地域医療構想調整会議

県では、地域医療構想の目標となる2025年（令和7年）に向けて、各地域において、構想を実現するための課題や施策、病床の調整など医療提供体制のあり方を話し合う場として「地域医療構想調整会議」（以下「調整会議」という。）を設置しています。

地域医療構想の策定にあたっては、調整会議を平成27年7月に設置し、平成28年5月まで、最大3回、各地域において開催し、多くの意見をいただきました。地域医療構想は調整会議での委員の意見のほか、パブリックコメントや関係団体からの意見を踏まえて策定いたしました。

地域医療構想は医療計画の一部であることから、医師会等の診療又は調剤に関する団体をはじめ、医療審議会、市町、保険者協議会等の意見を聴き策定しています。

なお、調整会議は、地域医療構想の策定前と策定後で役割が異なります。策定後は、医療法第30条の14に規定された「協議の場」として、構想の実現のために、定期的を開催しています。

また、県全体会として「長崎県保健医療対策協議会企画調整部会」に各区域調整会議の会長等を加えた会議を開催し、県全体の進捗状況の確認、情報の共有等を行っています。

【図】調整会議の委員構成

- ・ 郡市医師会（郡市医師会長、病院代表、有床診療所代表）
 - ・ 郡市歯科医師会、地域薬剤師会、看護協会支部の代表
 - ・ 国立・公的病院等（国立病院機構、大学病院、県病院企業団、市立病院、地方独立行政法人等）
 - ・ 介護関係者（介護事業者、社会福祉協議会、施設協議会、専門員協議会等）
 - ・ 市町（介護保険事業担当部局）
 - ・ 保険者（保険者協議会）
 - ・ 保健所長、学識経験者（大学教授等）
- 県全体会は、既存の保健医療対策協議会企画調整部会委員のほか、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会各会長、病院関係団体代表、介護施設協議会代表、保険者代表を追加

4. 将来の医療需要の推計方法

（1）「医療需要」の範囲

地域医療構想では、将来の「医療需要」を推計し、記載します。「医療需要」とは、特に付記がない限り、1日あたりの入院患者の数と、在宅医療等が必要な患者数の合計です。医療需要のうちの入院患者数から、将来の「病床の必要量」を推計します。

地域医療構想における在宅医療等とは

・ 地域医療構想において、「在宅医療等」とは、自宅、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ます。

地域医療構想の対象となる医療需要は、病院及び診療所（歯科診療所を含む）（以下、「医療機関」という）における「一般病床」と「療養病床」の入院患者から推計しています。また、在宅医療等の医療需要として、訪問診療を受けている患者、介護老人保健施設のサービス受給者を含んでいます。

医療需要を算定するための患者数や医療実態などの基礎データについては、「推計ツール」という形で、国が一括して提供し、これを基にして、県が推計作業を行いました。地域医療構想における医療需要や病床の必要量の推計方法は、医療法施行規則第30条の28の3に定められています。

（2）医療需要の分析のために利用したデータ

病院や診療所の一般病床の入院患者は、がんなどの難しい手術を受けたばかりの患者、自宅に戻るためにリハビリテーションを受けている患者、骨折の治療のため一時的な入院が必要な患者など、その実態は多様です。このため、一般病床の入院患者について、下記のデータを活用することで、その実態を詳しく分析して、患者の診療内容ごとに機能を分けてその人数を推計しています。

【表】医療需要を推計するために利用したデータ

用途	データの種類	内容
入院の医療需要(一部在宅医療等を含む)	NDB データ	「NDB」とはレセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。国が医療保険者等から収集して一括管理している診療報酬明細書(レセプト)等のデータベース
	DPC データ	救急医療等を行う急性期の医療機関の多くで導入されている包括支払システム(「DPC」)における、診療内容等の調査データ
	公費負担医療	「医療費の動向」から
	医療扶助受給者数	「生活保護の医療扶助受給者数」から
	分娩数	「人口動態調査」から
	労働災害入院患者数	「労働災害入院レセプト数」から
	自賠責保険入院患者数	「自賠責保険請求データ」から
在宅医療等の医療需要	介護老人保健施設サービス受給者数	「介護給付費実態調査」から
	訪問診療患者	NDBに加え、「生活保護の患者の訪問診療受給者数」から
人口		住民基本台帳年齢階級別人口(平成25年度)
将来人口		国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢別将来推計人口

(3) 病床機能報告制度と機能区分

地域医療構想では、実際に入院患者がどのような医療を受けているか、前述のデータを利用して将来の医療需要などの分析を行います。これと比較するため、医療機関の現状の把握が必要です。このため、どのような病床の機能を担っているのか、医療機関は毎年度、都道府県に報告を行うことになりました。これを「病床機能報告制度」といいます。

医療機関は、入院患者に提供している医療の実態に応じて、次の4つの機能区分から医療機関が自主的に判断し、病棟ごとに一つだけ選んで報告することになっています。それぞれの機能区分について、病床機能報告における説明を中心に示すと、次のとおりです。

機能	説明
高度急性期	急性期の患者に対して、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。具体的には、救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室などで行われる医療をイメージしてください。
急性期	急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。具体的には、高度急性期の状態を脱して、回復期へ移行する前の患者であり、回復期へ向けて患者の日々の状態が徐々に改善している期間の医療を提供する機能です。
回復期	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(日常生活における基本的な動作を行う能力)の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションなど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)です。ただし、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含まれます。
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。具体的には、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)や医療必要度の高い慢性疾患患者及び筋ジストロフィー患者をはじめとする難病患者等を入院させる機能です。

(4) 医療需要の推計方法

地域医療構想における医療需要は、2013年度(平成25年度)の診療報酬データ等に基づいて推計

を行っています。患者への診療行為を診療報酬の出来高数（以下、「医療資源投入量」という。）でとらえ、その点数によって入院患者の状態を機能別に分けることとします。ここが、医療機関が自主的に報告する「病床機能報告」と異なる点になります。

国による診療報酬データの分析結果によれば、一般病床における患者は、入院日数の経過につれて、患者に対して行われる診療行為が少しずつ減っていく傾向がみられます。

具体的には、一般病床において、医療資源投入量 3,000 点以上の患者を高度急性期、3,000 点未満で 600 点以上の患者を急性期、600 点未満で 225 点（実際は退院調整等の期間を見込み 175 点）以上の患者を回復期の医療需要として推計します。また、225 点（実際は 175 点）未満の患者は、在宅医療等に対応可能として、在宅医療等の医療需要として推計します。

なお、この推計方法の考え方は、あくまで二次医療圏単位での推計方法であり、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法とは異なります。このため、病床機能報告における病棟の機能を選択する基準となるものではありません。

【表】各機能区分の境界点の考え方

機能	説明	事例
高度急性期と急性期の境界点 (C1) 3,000 点	救命救急病棟や ICU、HCU に加え、一般病棟等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。 •多発外傷に対して手術を行った後、呼吸心拍モニターや尿カテーテル、胸腔ドレーン等を複数の管を付けている。体内の水分バランスの評価を綿密に行い、また鎮痛薬の投与により疼痛管理を行っている。CTやエコー、レントゲン等の検査を実施し、外傷部位のフォローアップの評価を行っている。改善傾向にあり、少しずつ管を除去できそうである。
急性期と回復期の境界点 (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。
回復期と在宅医療等の境界点 (C3) 225 点	療養病床または在宅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。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン検討会」資料から引用

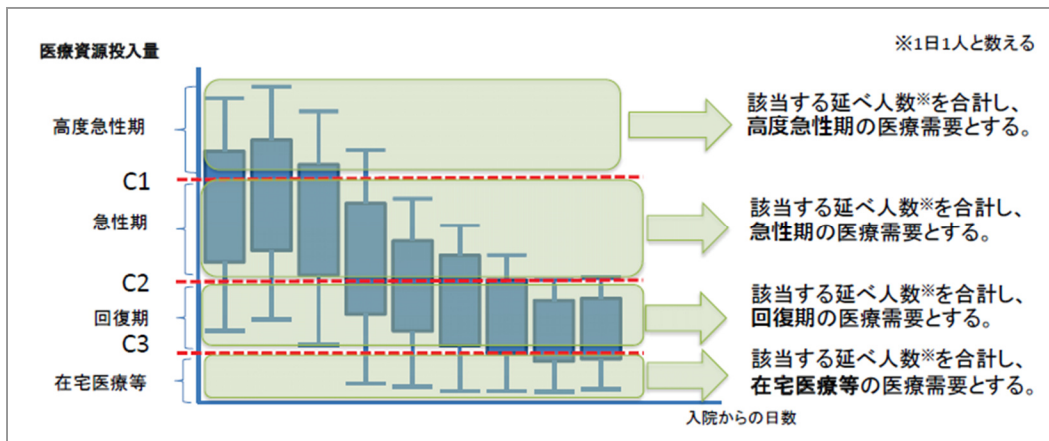
（留意事項）

看護体制等の差を反映する「入院基本料」については、診療内容の差が適切に反映されないため、含まれていません。

回復期リハビリテーション病棟入院料については、「回復期」として算定します。

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については「慢性期」とします。

【図】機能区分ごとの境界点のイメージ（入院後、日数の経過に伴い、医療資源投入量は遞減していきます）



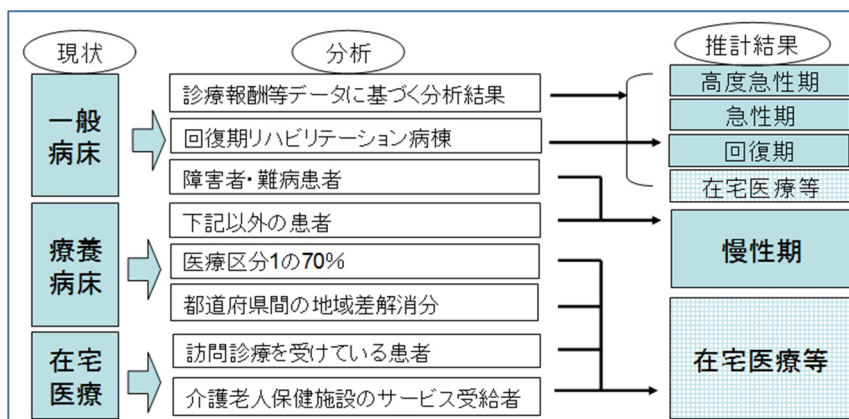
厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン検討会」資料から引用

こうして医療資源投入量に応じて分類された入院患者の年間延べ数（人）を365日で割ることで、1日あたりの入院患者数を算出します。これを性年齢別人口で割り、人口階層ごとの入院受療率を構想区域ごとに算定したうえで、将来の推計人口を乗じて、将来の医療需要を算定しています。

療養病床の患者については、医療資源投入量による分析が困難であるため、在宅医療等に対応可能な患者が一定数存在するとして推計を行います。具体的には、療養病床の患者のうち、最も医療の必要度が少ない「医療区分1」に分類されている患者の70%を在宅医療等の医療需要として計算します。そのうえで、全国的にみると都道府県間で療養病床の人口あたりの利用者の割合（療養病床の入院受療率）に大きな差があることから、これを縮小するため、患者が多い地域はさらに在宅への移行を進めることとします。

在宅医療等に対応する患者については、こうした一般病床、療養病床から移行すると推計された患者に加え、現在、訪問診療を受けている患者、介護老人保健施設の入所者を基に推計をしています。

【図】医療需要の推計方法まとめ



（5）療養病床の入院受療率の地域差調整

療養病床から在宅医療等に対応する患者の推計にあたっては、各都道府県で異なる療養病床の入院受療率（地域差）を可能な限り平準化していくことになっています。その計算方法は、医療区分1の

70%の患者を除いたうえで、入院受療率が全国で最も低い水準を目標とするパターン A、中間値を目標とするパターン B、パターン B の目標年度を 2030 年に延期するパターン C（特例）のいずれかから選択することになります。

本県は療養病床の入院受療率が高い県であり、また、離島をはじめ介護施設など、受け皿となる在宅医療等の環境整備が十分でない地域が多く、準備するために十分な時間が必要であるため、在宅医療等へ移行する患者の将来推計数が最小となる「パターン C（特例）」を用いて推計を行うこととします。しかし、パターン C の適用には条件があり、パターン B により入院受療率の目標を定めた場合において、慢性期病床の減少幅が大きく（条件 1）かつ高齢者の単身世帯割合が全国平均より高い（条件 2）構想区域のみに適用が可能であるため、該当しない区域はパターン B を適用しています。

【表】構想区域ごとの療養病床の入院受療率の地域差解消パターンの適用

構想区域	パターン	条件 1 に該当 (慢性期の減少率)	条件 2 に該当 (単身世帯割合の割合)	特例適用 の可否
長崎	パターン C			
佐世保県北	パターン C			
県央	パターン B		×	×
県南	パターン C			
五島	パターン B	×		×
上五島	パターン B	×		×
壱岐	パターン C			
対馬	パターン B	×		×

(6) 患者の流出と流入

診療報酬データのうち、国民健康保険、後期高齢者医療保険制度については、患者の住所地が分かるため、実際に受療した医療機関の所在地との比較により、地域の患者がどこに入院しているかが分かります。これにより、患者の現在の受療動向が分かりますので、将来も変わらずこの受療動向が続くかどうか、地域において検討する必要があります。

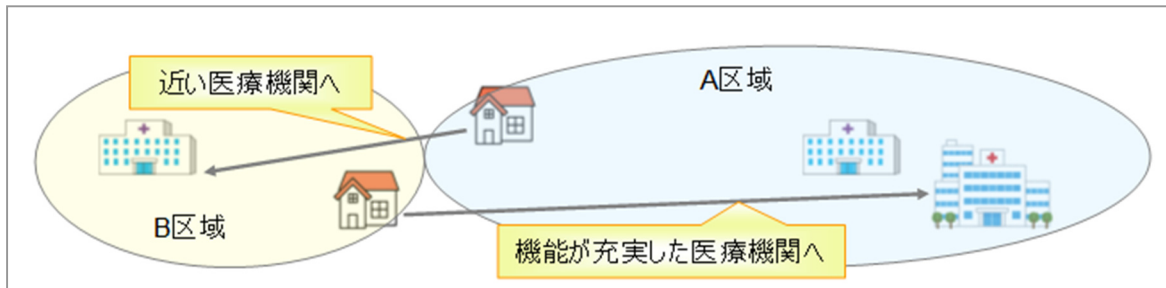
例えば、A 区域で病院の機能の強化（医師の増員、医療機器の整備等）が予定されていれば、B 区域に流出している患者が、A 区域の病院で入院することになるかもしれません。また、地理的に A 区域の病院よりも B 区域の病院が近ければ、構想区域に関係なく A 区域から B 区域の病院へ入院する患者が多くなる傾向があります。

地域医療構想においては、この流出入の状況を構想区域間、都道府県間で調整したうえで、最終的な医療需要を推計します。

(留意事項)

被用者保険（全国健康保険協会管掌健康保険、共済組合など）は患者住所地が不明のため、国民健康保険、後期高齢者医療保険制度の分布割合により按分しています。

【図】患者の流出入のイメージ



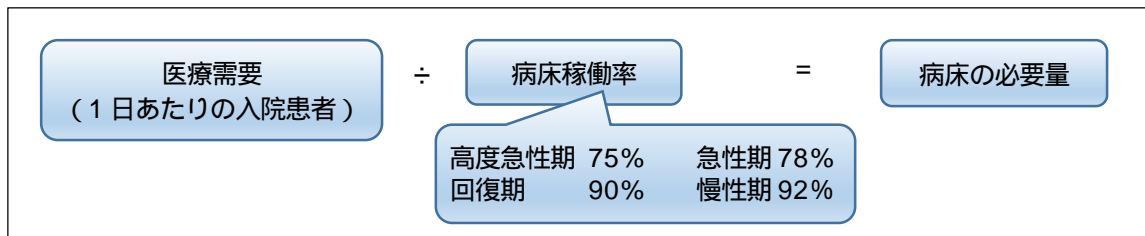
将来の流出入が変化する大きな要素が現時点でなければ、原則として「医療機関所在地」の医療需要を基にして、将来の病床の必要量を推計します。このため、特に記載がない場合、「医療需要」は「医療機関所在地」の医療需要のことであり、「病床の必要量」は「医療機関所在地」の医療需要を基にして推計することとします。

なお、将来の流出入を左右する要素については、調整会議の議論を踏まえたうえで、地域医療構想の見直しにあたって適切に反映することとします。

5. 将来の病床の必要量の推計方法

医療需要を基にして、将来の病床の必要量を推計します。医療需要を全国の病床の平均的な稼働率で除すことで、病床の必要量を推計します。

病床の必要量の計算式は下記のとおりです。



6. 構想区域の設定

地域医療構想では、厚生労働省令において「二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定する」ものとされ、原則として二次医療圏と一致することが望まれます。

このため、地域医療構想における構想区域は、医療計画の二次医療圏と同じ区域とします。

7. 地域医療構想の周知等

(1) 医療保険者との連携

地域医療構想の実現にあたっては、疾病の予防・啓発、医療費の分析等などを行う医療保険者との連携が重要です。調整会議には、県内の各医療保険者の代表で構成される保険者協議会からの委員が参

加しており、保険者と医療機関の情報共有を推進します。

具体的には、疾病の予防、早期発見、重症化予防に向けた取り組み、ジェネリック医薬品の使用促進、健診等の受診率向上のための周知、救急車の適正利用と救急医療機関の適切な受診についての啓発活動などにおいて、さらなる連携を推進します。

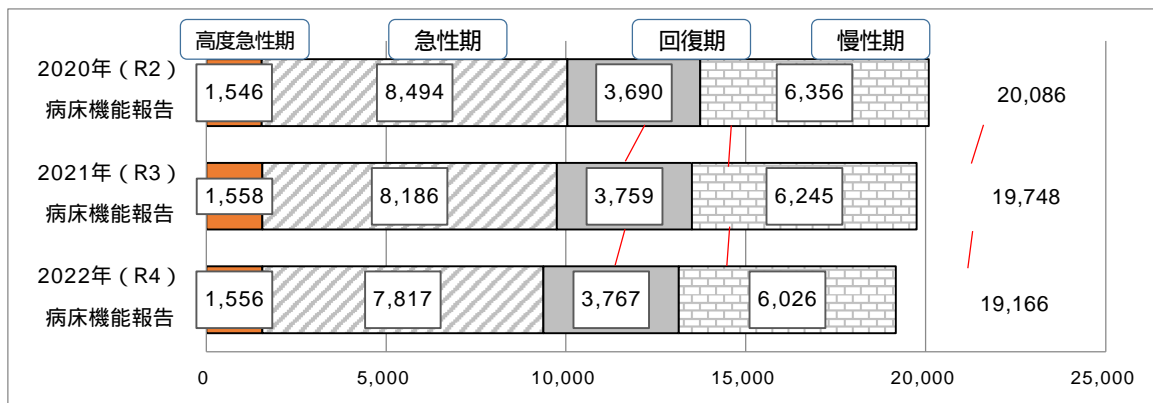
(2) 周知に向けた取組

地域医療構想に基づくあるべき医療提供体制の構築は、受療行動の変化等、県民の協力がなければ実現は不可能です。併せて「地域包括ケアシステム」の構築、在宅医療や介護との連携も重要であることから、県は広報誌、ホームページ等の広報媒体や各団体の研修会など、あらゆる機会をとらえ周知に努めます。

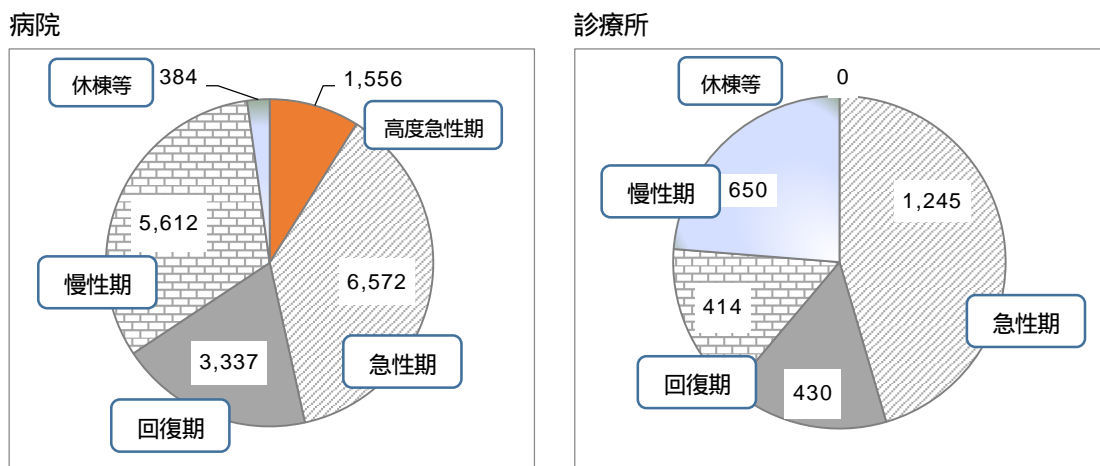
8. 病床機能報告の結果

令和4年度の病床機能報告によると、本県全体では、「急性期」と報告された病床が最も多く、約4割程度を占めており、「慢性期」と報告された病床も全体の3割程度を占めています。病院と診療所（有床診療所）の別で比べてみると、どちらも「急性期」と報告されている病床が最も多く、診療所では「休棟等（休棟中、休棟予定、廃止予定）」との報告が多くなっています。

【グラフ】過去3年間の病床機能報告結果（単位：床）



【グラフ】令和4年度の病院・診療所別の病床機能報告結果（単位：床）



第2節 将来の医療需要

1. 将来の医療需要

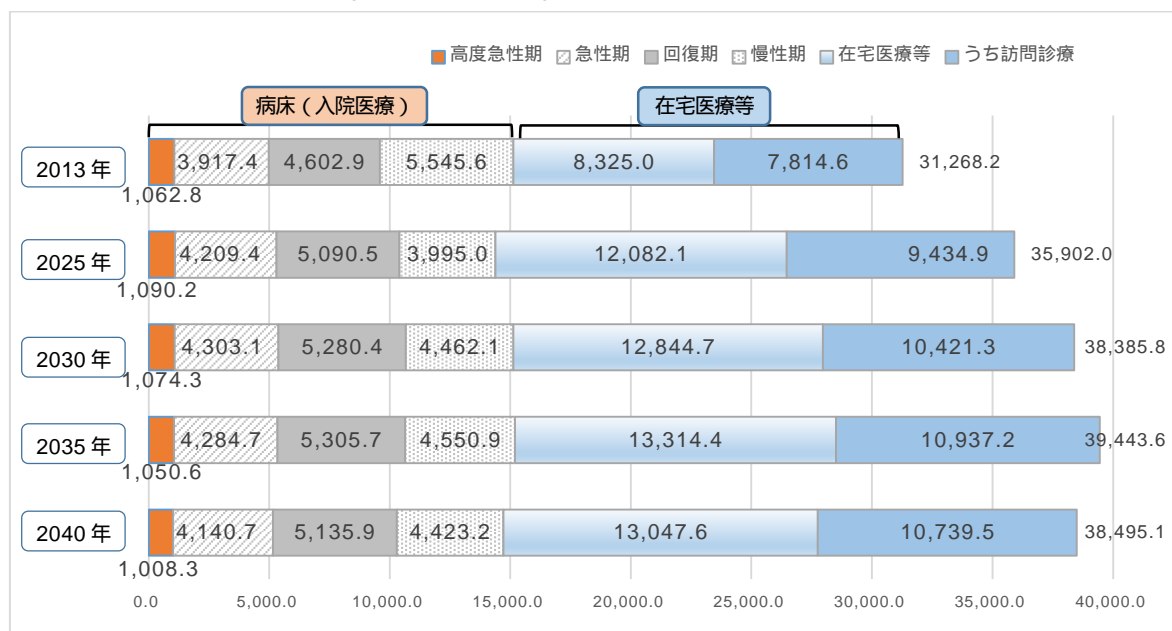
高齢になるほど入院の受療率は上がるため、高齢者の増加に伴い、医療需要は増加します。「第1節(4)将来の医療需要の推計方法」で説明した医療法に基づく推計の結果をみると、特に、本土区域においては在宅医療等に相当する医療需要が急激に増加すると予測されます。しかし、離島区域においては、既に高齢者数がピークを迎えているため、医療需要は横ばいか、減少すると推計されています。

なお、本土の長崎、佐世保県北、県央、県南区域においては、医療需要のピークは2035年となっており、将来の医療提供体制の構築にあたっては、この患者数を見据えながら整備することが必要となります。

離島の構想区域においては、病床、在宅医療等の医療需要はともに横ばいか減少傾向となると推計されており、今後の医療、介護人材の確保や医療機関、介護施設の整備にあたっては、特に留意する必要があります。

県全体でみると、病床(入院医療)に相当する医療需要は横ばいですが、在宅医療等に相当する医療需要が大幅に増えると推計されています。

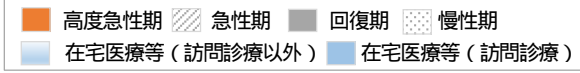
【表】県全体の医療需要の推移(医療機関所在地)(単位:人/日)



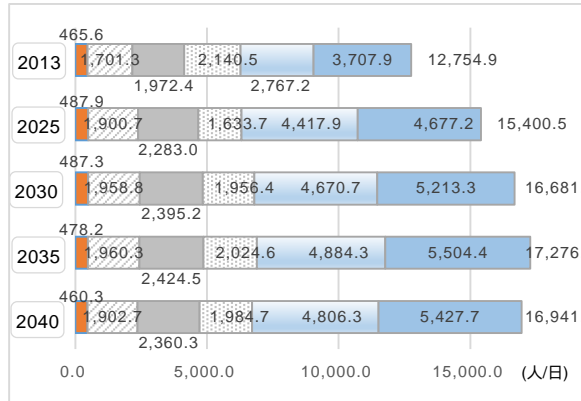
2013年(平成25年)の医療需要は医療法の計算式にあてはめて推計した結果であり、当時の入院、在宅医療等患者の実態と一致するものではありません。

また、2013年から2025年にかけて、慢性期が減少し在宅医療等が大きく伸びているのは、各都道府県で異なる療養病床の入院受療率(地域差)を可能な限り平準化する補正(「第1節4(5)療養病床の入院受療率の調整」を参照)を反映していることも要因の一つです。

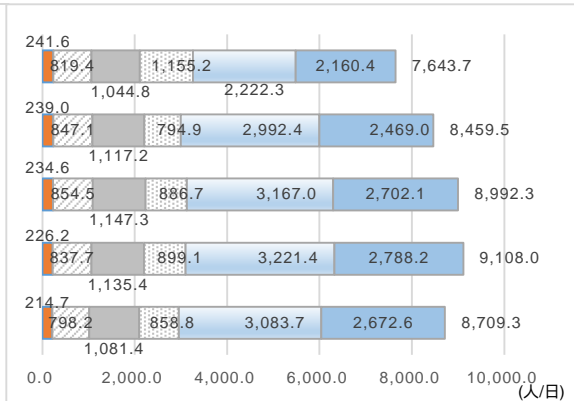
【グラフ】構想区域別医療需要（医療機関所在地）の推移



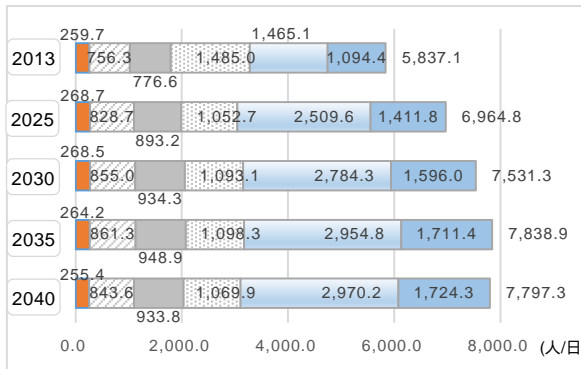
（長崎）在宅医療等の医療需要が大幅に増加



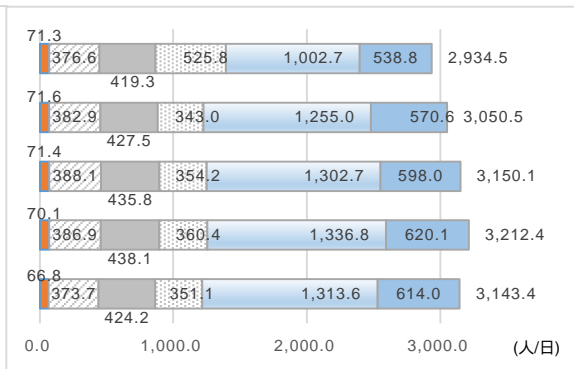
（佐世保県北）在宅医療等の医療需要が増加



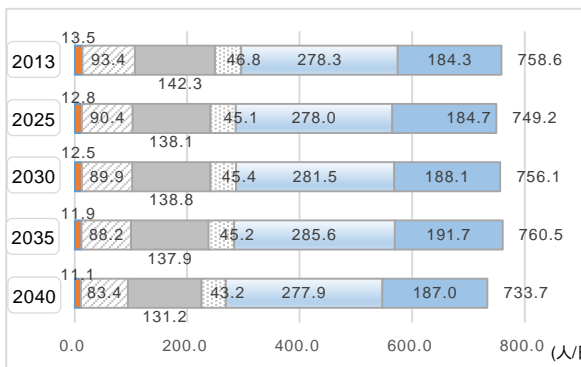
（県央）在宅医療等の医療需要が大幅に増加



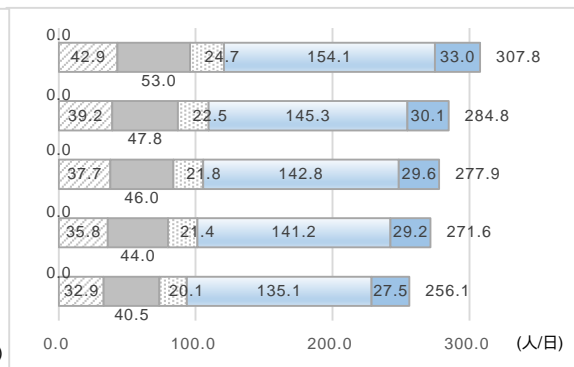
（県南）在宅医療等の医療需要がやや増加



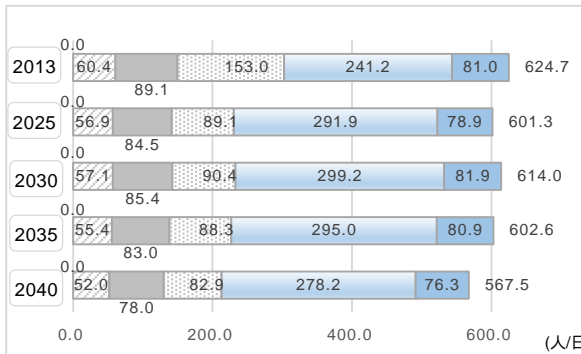
（五島）医療需要は横ばいから減少



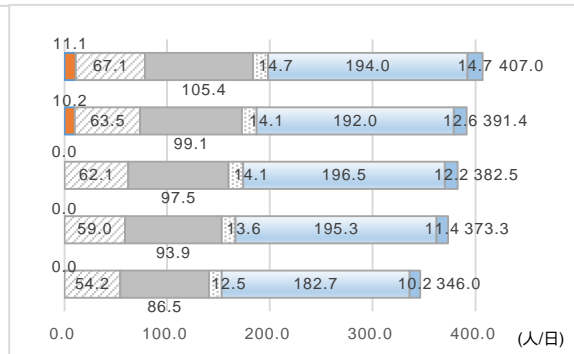
（上五島）医療需要は減少



（杵岐）医療需要は減少・在宅医療等は増加



（対馬）医療需要は減少



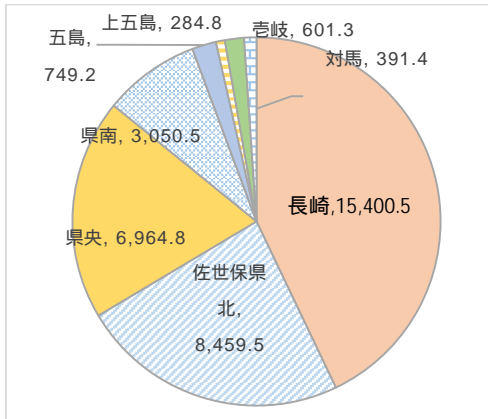
「0.0」は医療需要が10人/日に満たないため、推計方法の規定上、「0.0」と表示しています。

2. 2025年の医療需要

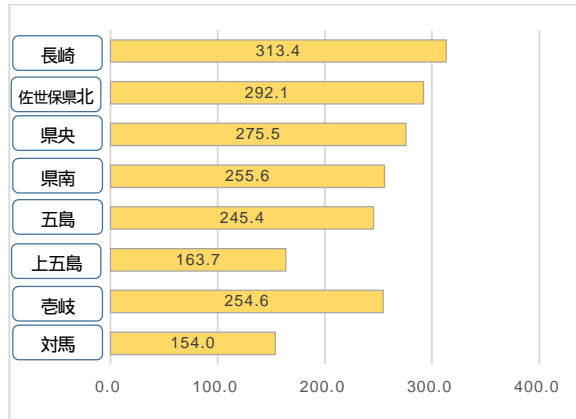
(1) 医療機関所在地での構想区域別の医療需要

構想区域別の医療需要（医療機関所在地）は、本土区域で全体の90%以上を占めています。人口あたりの医療需要では、長崎区域が最も多く、対馬区域が最も少なくなっています。

【グラフ】医療需要の構成割合（単位：人/日）

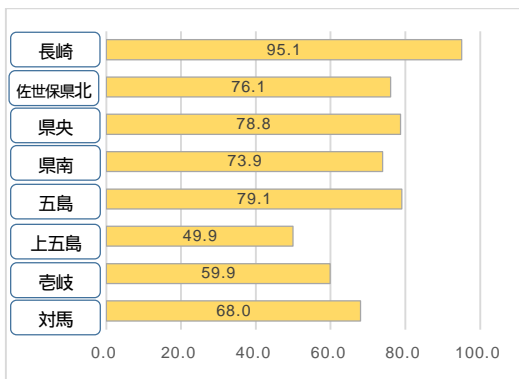


【グラフ】人口1万対医療需要（単位：人/日）

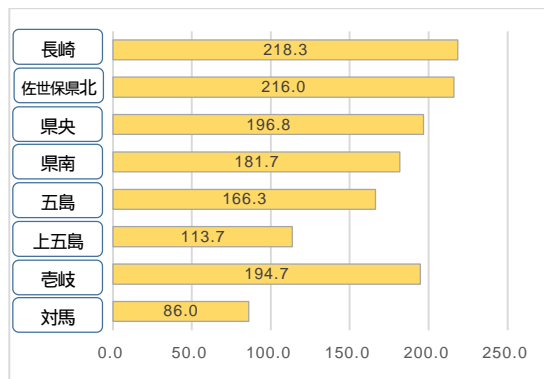


人口あたりの医療需要を機能別でみると、慢性期以外の患者（高度急性期、急性期、回復期の合計）では、長崎、五島区域の順で多くなっています。療養病床、在宅医療等のいわゆる慢性期の患者では、長崎、佐世保県北、県央のほか、壱岐区域が多くなっています。

【グラフ】人口1万対慢性期以外の医療需要

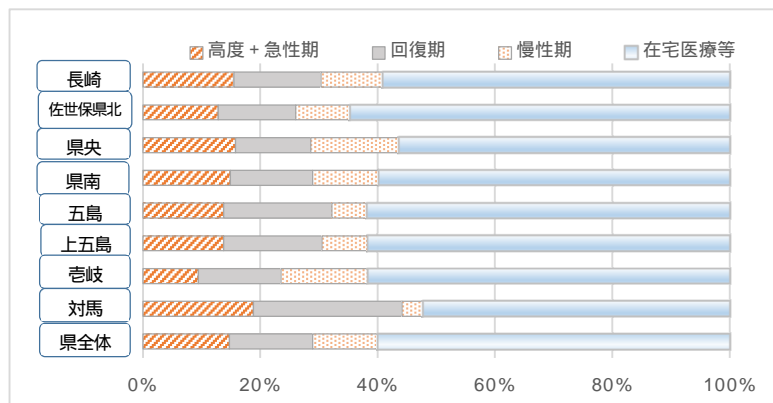


【グラフ】人口1万対慢性期の医療需要（単位：人/日）



各構想区域の機能別の構成割合では、県央、壱岐区域において、慢性期(病床)が多く、対馬区域では病床の医療需要割合が大きいという特徴がみられます。

【グラフ】機能別の構成割合（単位：%）

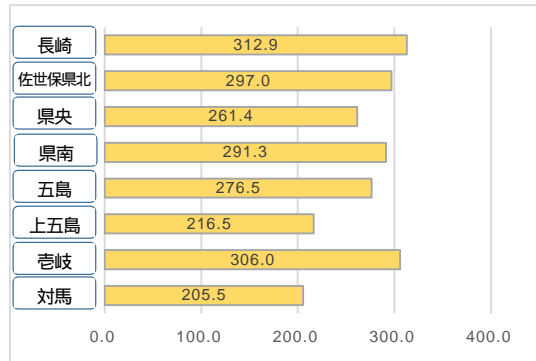


(2) 患者住所地での構想区域別の医療需要

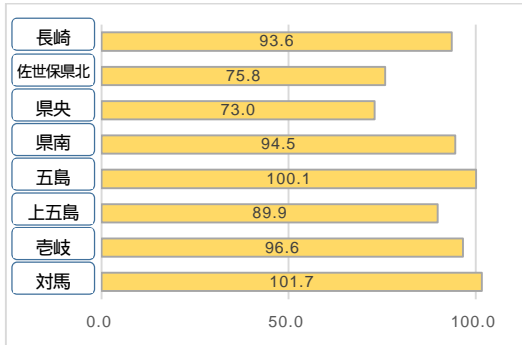
構想区域別の医療需要を、患者の流入がないと仮定して(患者住所地)みると、人口あたりの医療需要では、長崎区域が最も多く、対馬区域が最も少なくなっています。最も多い長崎区域と最も少ない対馬区域の格差は1.5倍となっています。

人口あたりの医療需要を機能別で見ると、慢性期以外の患者(高度急性期、急性期、回復期の合計)では、対馬区域、五島区域の順で多くなっています。療養病床、在宅医療等のいわゆる慢性期の患者では、長崎、佐世保県北のほか、壱岐区域が多くなっています。

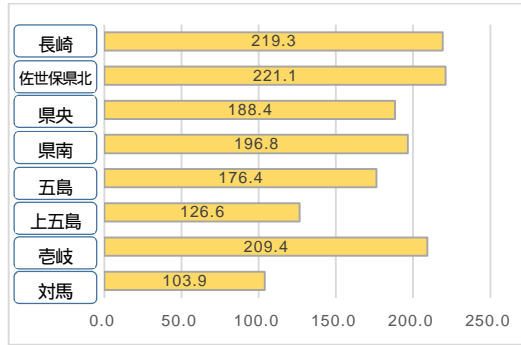
【グラフ】人口1万対医療需要(単位:人/日)



【グラフ】人口1万対慢性期以外の医療需要



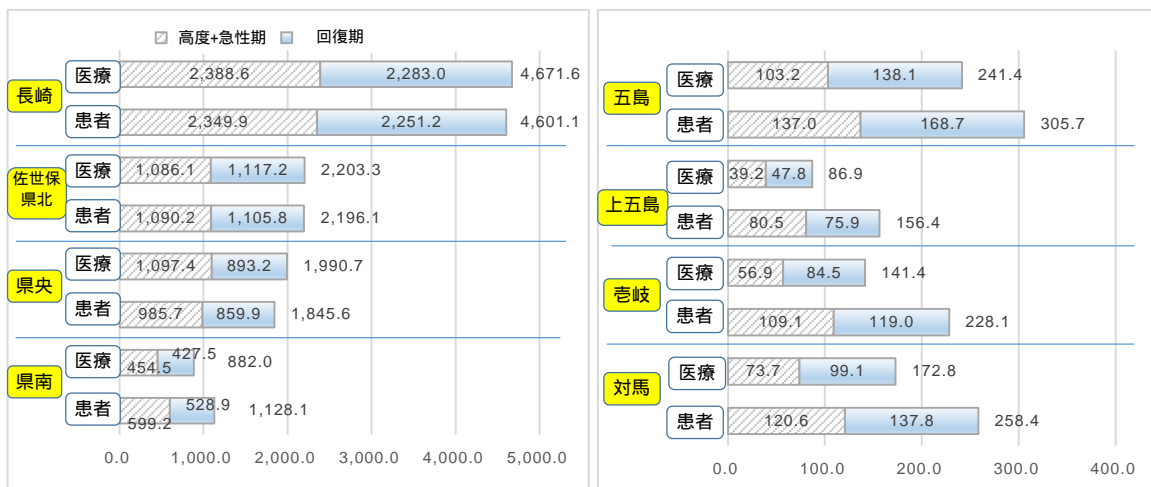
【グラフ】人口1万対慢性期の医療需要(単位:人/日)



(3) 医療機関所在地と患者住所地の比較

構想区域別の医療機関所在地と患者住所地の慢性期以外の医療需要を比較すると、県南区域と離島の構想区域で患者住所地の医療需要が多く、患者の流出がみられます。

【グラフ】医療機関所在地(上段)と患者住所地(下段)の医療需要(単位:人/日)



【表】2025年(令和7年)の医療需要(単位:人/日)

構想区域	医療機能	医療機関所在地(A)	患者住所地(B)	A/B
長崎 特例適用	高度急性期	487.9	477.6	102.1%
	急性期	1,900.7	1,872.3	101.5%
	回復期	2,283.0	2,251.2	101.4%
	慢性期	1,633.7	1,639.8	99.6%
	在宅医療等	9,095.1	9,133.8	99.6%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,677.2	4,704.2	99.4%
	小計	15,400.5	15,374.6	100.2%
佐世保 県北 特例適用	高度急性期	239.0	240.9	99.2%
	急性期	847.1	849.3	99.7%
	回復期	1,117.2	1,105.8	101.0%
	慢性期	794.9	893.5	89.0%
	在宅医療等	5,461.4	5,510.6	99.1%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,469.0	2,522.8	97.9%
	小計	8,459.5	8,600.2	98.4%
県央	高度急性期	268.7	226.9	118.4%
	急性期	828.7	758.8	109.2%
	回復期	893.2	859.9	103.9%
	慢性期	1,052.7	840.9	125.2%
	在宅医療等	3,921.4	3,921.6	100.0%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,411.8	1,444.6	97.7%
	小計	6,964.8	6,608.1	105.4%
県南 特例適用	高度急性期	71.6	123.1	58.2%
	急性期	382.9	476.1	80.4%
	回復期	427.5	528.9	80.8%
	慢性期	343.0	427.2	80.3%
	在宅医療等	1,825.6	1,920.7	95.0%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	570.6	580.1	98.4%
	小計	3,050.5	3,476.0	87.8%
五島	高度急性期	12.8	21.5	59.5%
	急性期	90.4	115.4	78.3%
	回復期	138.1	168.7	81.9%
	慢性期	45.1	64.2	70.2%
	在宅医療等	462.8	474.2	97.6%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	184.7	186.6	99.0%
	小計	749.2	844.1	88.8%
上五島	高度急性期	*	18.2	-
	急性期	39.2	62.3	62.9%
	回復期	47.8	75.9	62.9%
	慢性期	22.5	31.2	71.9%
	在宅医療等	175.5	189.1	92.8%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	30.1	32.8	91.9%
	小計	284.8	376.8	75.6%
壱岐 特例適用	高度急性期	*	20.8	-
	急性期	56.9	88.3	64.5%
	回復期	84.5	119.0	71.0%
	慢性期	89.1	102.6	86.8%
	在宅医療等	370.7	391.9	94.6%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	78.9	82.8	95.2%
	小計	601.3	722.6	83.2%
対馬	高度急性期	10.2	25.2	40.6%
	急性期	63.5	95.4	66.5%
	回復期	99.1	137.8	71.9%
	慢性期	14.1	33.0	42.8%
	在宅医療等	204.5	231.1	88.5%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	12.6	23.5	53.3%
	小計	391.4	522.5	74.9%
総計		35,902.0	36,524.8	98.3%

「*」は医療需要が10人/日に満たないため、推計方法の規定上、「*」と表示しています。

(4) 構想区域間の流出入

高度急性期について、県南区域では患者全体の35.8%（一日あたり44.0人）が、県央区域の医療機関に入院すると推計されています。また、杵岐、対馬区域では、県外（福岡・糸島構想区域）への流出が多くなっています。

急性期になると、各構想区域の自己完結率は高くなりますが、県南区域から県央区域へ、五島、上五島区域から長崎区域へ、杵岐、対馬区域から福岡県へ一定の流出がみられます。また、県央区域から佐賀県南部構想区域（嬉野市・鹿島市）への流出が見られるほか、佐賀県から佐世保県北区域への流入がみられます。

回復期については、急性期と同様の傾向がみられます。慢性期も同様の傾向ですが、対馬区域の自己完結率が低いのは、福岡県、県内の本土区域に細かく流出していることによるものと想定されます（各区域への流出数が10人/日に満たないため、数値は不明）。

全体として、長崎、佐世保県北、県央区域は構想区域内での自己完結率が高い区域と言えます。県南区域は、高度急性期、急性期で特に県央区域への流出が多くみられます。また、離島のうち五島、上五島は長崎区域へ、杵岐、対馬区域は福岡県への流出がみられます。

【表】2025年（令和7年）の医療需要（高度急性期）

縦軸の構想区域に住んでいる患者が、横軸の構想区域に所在している医療機関に入院（受療）していることを示します。「*」は、10人/日に満たないため、個人情報に配慮し、推計方法の規定上表示していません。

医療需要 (人/日)		医療機関所在地									合計		
		県内											
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬		糸島	福岡
患者 住 所 地	長崎	438.2		16.2	12.3	*	*	*	*	*	*	*	477.6
	佐世保県北	*		205.8	*	*	*	*	0.0	*	*	*	240.9
	県央	17.1		*	188.9	*	0.0	0.0	*	0.0	*	*	226.9
	県南	*		*	44.0	65.4	0.0	0.0	*	*	*	*	123.1
	五島	*		*	*	*	12.5	0.0	0.0	0.0	*	*	21.5
	上五島	*		*	*	*	*	*	0.0	0.0	*	*	18.2
	杵岐	*		*	*	0.0	0.0	0.0	*	*		12.4	20.8
	対馬	*		*	*	*	0.0	0.0	0.0	10.1	11.8		25.2

医療需要の割合 (%)		医療機関所在地									合計		
		県内											
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬		糸島	福岡
患者 住 所 地	長崎	91.8%		3.4%	2.6%	*	*	*	*	*	*	*	
	佐世保県北	*		85.4%	*	*	*	*	0.0%	*	*	*	
	県央	7.5%		*	83.3%	*	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*	
	県南	*		*	35.8%	53.1%	0.0%	0.0%	*	*	*	*	
	五島	*		*	*	*	58.2%	0.0%	0.0%	0.0%	*	*	
	上五島	*		*	*	*	*	*	0.0%	0.0%	*	*	
	杵岐	*		*	*	0.0%	0.0%	0.0%	*	*		59.8%	
	対馬	*		*	*	*	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%		*	47.0%

【表】2025年の医療需要（急性期）

医療需要 (人/日)		医療機関所在地											合計				
		県内									・糸島	福岡		西部	佐賀県	南部	佐賀県
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬							
患者 住 所 地	長崎	1,768.0	46.8	36.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1,872.3	
	佐世保県北	10.9	753.4	27.1	*	*	*	*	*	10.8	13.2	*	*	*	849.3		
	県央	51.6	14.0	634.2	27.3	0.0	0.0	*	0.0	*	*	22.3	*	*	758.8		
	県南	21.8	*	97.2	346.7	0.0	0.0	*	*	*	0.0	*	*	*	476.1		
	五島	18.3	*	*	*	*	88.6	0.0	0.0	*	0.0	*	*	*	115.4		
	上五島	12.3	*	*	*	*	*	38.9	0.0	0.0	*	0.0	*	*	62.3		
	杵岐	*	*	*	0.0	0.0	0.0	56.7	0.0	27.3	0.0	0.0	0.0	0.0	88.3		
	対馬	*	*	*	*	0.0	0.0	*	62.6	25.2	0.0	*	*	*	95.4		
	佐賀県西部	0.0	17.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0								
佐賀県南部	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0									

医療需要の割合 (%)		医療機関所在地														
		県内									・糸島	福岡	西部	佐賀県	南部	佐賀県
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬						
患者 住 所 地	長崎	94.4%	2.5%	1.9%	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	佐世保県北	1.3%	88.7%	3.2%	*	*	*	*	*	1.3%	1.6%	*	*	*		
	県央	6.8%	1.8%	83.6%	3.6%	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*	2.9%	*	*		
	県南	4.6%	*	20.4%	72.8%	0.0%	0.0%	*	*	*	0.0%	*	*	*		
	五島	15.9%	*	*	*	*	76.8%	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*	*		
	上五島	19.7%	*	*	*	*	*	62.4%	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*		
	杵岐	*	*	*	0.0%	0.0%	0.0%	64.2%	0.0%	*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
	対馬	*	*	*	*	0.0%	0.0%	*	65.6%	*	0.0%	*	*	*		

【表】2025年の医療需要（回復期）

医療需要 (人/日)		医療機関所在地											合計				
		県内									・糸島	福岡		西部	佐賀県	南部	佐賀県
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬							
患者 住 所 地	長崎	2,119.5	63.8	42.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2,251.2		
	佐世保県北	10.9	995.9	24.3	*	*	*	0.0	*	17.7	27.5	*	*	*	1,105.8		
	県央	70.2	24.4	712.8	14.4	0.0	0.0	0.0	0.0	*	*	27.1	*	*	859.9		
	県南	23.0	*	87.4	406.6	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	*	*	*	528.9		
	五島	22.2	*	*	*	*	136.5	0.0	0.0	*	0.0	*	*	*	168.7		
	上五島	15.0	*	*	*	*	*	47.3	0.0	*	0.0	*	*	*	75.9		
	杵岐	*	*	*	0.0	0.0	0.0	84.3	0.0	29.2	0.0	0.0	0.0	0.0	119.0		
	対馬	*	*	*	0.0	0.0	0.0	0.0	98.1	28.7	0.0	*	*	*	137.8		
	佐賀県西部	0.0	15.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0								

医療需要の割合 (%)		医療機関所在地														
		県内									・糸島	福岡	西部	佐賀県	南部	佐賀県
		長崎	県北	佐世保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬						
患者 住 所 地	長崎	94.2%	2.8%	1.9%	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
	佐世保県北	1.0%	90.1%	2.2%	*	*	*	0.0%	*	1.6%	2.5%	*	*			
	県央	8.2%	2.8%	82.9%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	*	*	3.2%	*			
	県南	4.3%	*	16.5%	76.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*			
	五島	13.1%	*	*	*	*	80.9%	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*			
	上五島	19.7%	*	*	*	*	*	62.4%	0.0%	*	0.0%	*	*			
	杵岐	*	*	*	0.0%	0.0%	0.0%	70.8%	0.0%	24.5%	0.0%	0.0%	0.0%			
	対馬	*	*	*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	71.2%	20.8%	0.0%	*	*			

【表】2025年の医療需要（慢性期）

医療需要 (人/日)		医療機関所在地									合計
		県内									
		長崎	佐世保 北	佐世保 保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬	
患者 住所 地	長崎	1,506.5	31.8	80.2	*	*	*	0.0	*	0.0	1,639.8
	佐世保県北	25.6	722.6	87.7	0.0	0.0	*	0.0	0.0	27.7	893.5
	県央	58.3	26.9	724.3	*	*	*	*	*	*	840.9
	県南	*	0.0	83.4	332.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	427.2
	五島	10.8	0.0	*	0.0	43.6	0.0	0.0	0.0	0.0	64.2
	上五島	*	*	*	0.0	*	21.8	0.0	0.0	0.0	31.2
	杵岐	*	0.0	*	0.0	0.0	0.0	85.6	0.0	0.0	102.6
	対馬	*	*	*	0.0	0.0	0.0	0.0	10.2	0.0	33.0

医療需要の割合 (%)		医療機関所在地								
		県内								
		長崎	佐世保 北	佐世保 保	県央	県南	五島	上五島	杵岐	対馬
患者 住所 地	長崎	91.9%	1.9%	4.9%	*	*	*	0.0%	*	0.0%
	佐世保県北	2.9%	80.9%	9.8%	0.0%	0.0%	*	0.0%	0.0%	3.1%
	県央	6.9%	3.2%	86.1%	*	*	*	*	*	*
	県南	*	0.0%	19.5%	77.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	五島	16.8%	0.0%	*	0.0%	67.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	上五島	*	*	*	0.0%	*	70.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	杵岐	*	0.0%	*	0.0%	0.0%	0.0%	83.5%	0.0%	0.0%
	対馬	*	*	*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30.8%	0.0%

【表】2025年の本土の構想区域別の主な流出入状況（単位：人/日）

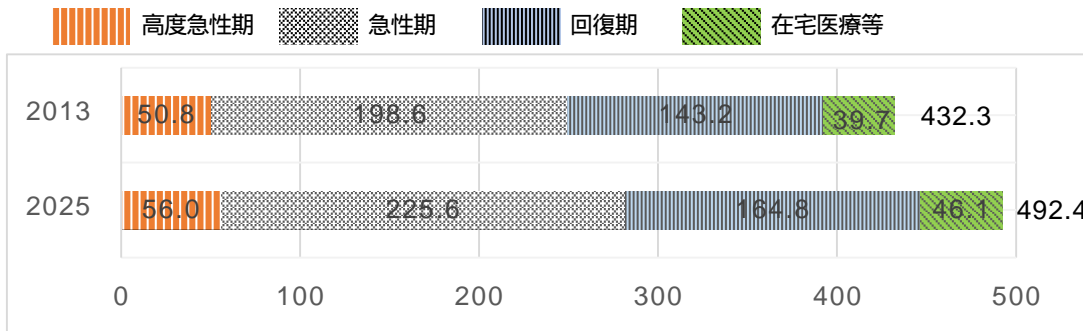
長崎区域	患者住所地	流出者数	医療機関所在地	流入者数	流出入の差分
高度急性期	477.6	39.4	487.9	49.6	10.2
急性期	1,872.3	104.3	1,900.7	132.7	28.4
回復期	2,251.2	131.6	2,283.0	163.5	31.9
慢性期	1,639.8	133.3	1,633.7	127.2	-6.1
在宅医療等	9,133.8	283.7	9,095.1	245.1	-38.7
計	15,374.6	692.3	15,400.5	718.1	25.8
主な患者流出先二次医療圏		流出者数	主な患者流入元二次医療圏		流入者数
1	長崎県 佐世保県北	275.1	1	長崎県 県央	346.5
2	長崎県 県央	265.4	2	長崎県 県南	70.3
佐世保県北区域	患者住所地	流出者数	医療機関所在地	流入者数	流出入の差分
高度急性期	240.9	35.2	239.0	33.2	-1.9
急性期	849.3	95.9	847.1	93.6	-2.3
回復期	1,105.8	110.0	1,117.2	121.4	11.4
慢性期	893.5	171.0	794.9	72.3	-98.7
在宅医療等	5,510.6	263.6	5,461.4	214.4	-49.2
計	8,600.2	675.6	8,459.5	535.0	-140.7
主な患者流出先二次医療圏		流出者数	主な患者流入元二次医療圏		流入者数
1	長崎県 県央	197.8	1	長崎県 長崎	275.1
2	佐賀県 西部	163.8	2	長崎県 県央	126.4
県央区域	患者住所地	流出者数	医療機関所在地	流入者数	流出入の差分
高度急性期	226.9	38.0	268.7	79.8	41.8
急性期	758.8	124.5	828.7	194.5	70.0
回復期	859.9	147.1	893.2	180.4	33.3
慢性期	840.9	116.6	1,052.7	328.4	211.8
在宅医療等	3,921.6	293.1	3,921.4	293.0	-0.1
計	6,608.1	719.3	6,964.8	1,076.0	356.7
主な患者流出先二次医療圏		流出者数	主な患者流入元二次医療圏		流入者数
1	長崎県 長崎	346.5	1	長崎県 県南	409.4
2	長崎県 佐世保県北	126.4	2	長崎県 長崎	265.4
3	佐賀県 南部	102.3	3	長崎県 佐世保県北	197.8
県南区域	患者住所地	流出者数	医療機関所在地	流入者数	流出入の差分
高度急性期	123.1	57.7	71.6	*	-57.7
急性期	476.1	129.3	382.9	36.2	-93.2
回復期	528.9	122.3	427.5	20.9	-101.5
慢性期	427.2	94.3	343.0	10.0	-84.2
在宅医療等	1,920.7	123.6	1,825.6	28.5	-95.1
計	3,476.0	527.2	3,050.5	95.6	-431.6
主な患者流出先二次医療圏		流出者数	主な患者流入元二次医療圏		流入者数
1	長崎県 県央	409.4	1	長崎県 県央	68.8
2	長崎県 長崎	70.3	2	長崎県 長崎	16.7

(5) 疾患別の医療需要

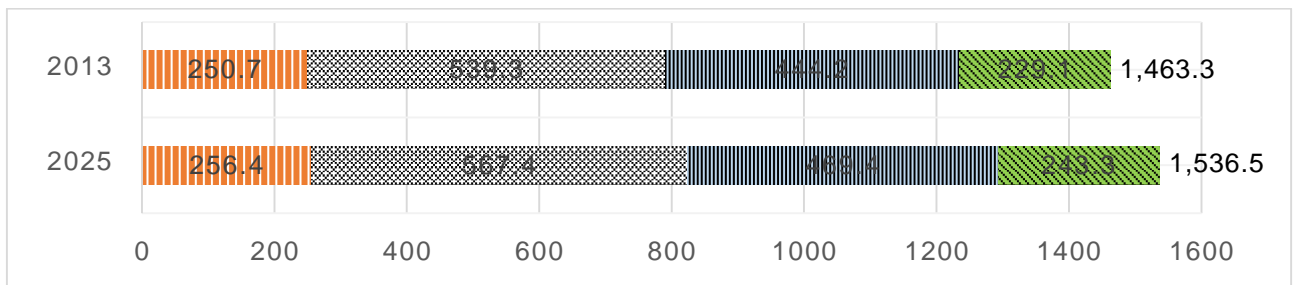
医療需要は疾患別に推計できます。特に患者数が多い、脳卒中、がん、大腿骨骨折・成人肺炎の推計結果をみても、脳卒中、がんでは、回復期の医療需要が多く、大腿骨骨折・成人肺炎では、在宅医療等の医療需要の割合が多くなっています。また、高齢者に多い大腿骨骨折・成人肺炎の医療需要が伸びています。推計は2013年の一般病床の入院患者のデータからの分析結果であり、入院していても推計上は在宅医療等相当とみなされる患者が一定数いることが分かります。

医療需要は本土の4区域を合計したもの（離島区域は10人/日未満が多く、データが不明であるため）

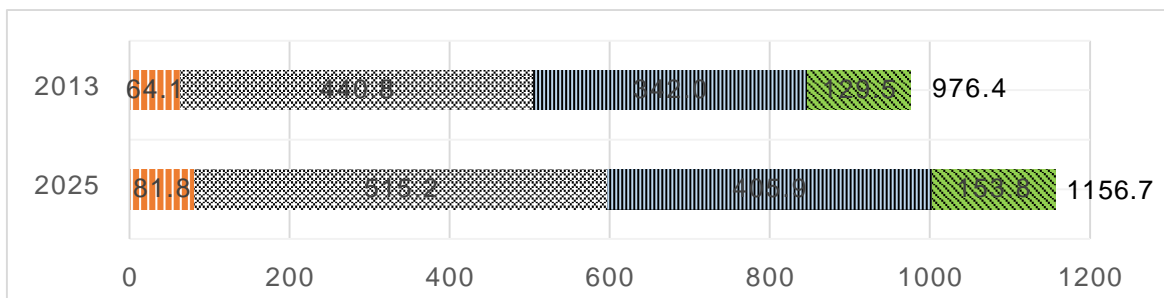
【図】脳卒中の医療需要（単位：人/日）



【図】がんの医療需要



【図】大腿骨骨折・成人肺炎の医療需要



第3節 将来の病床の必要量

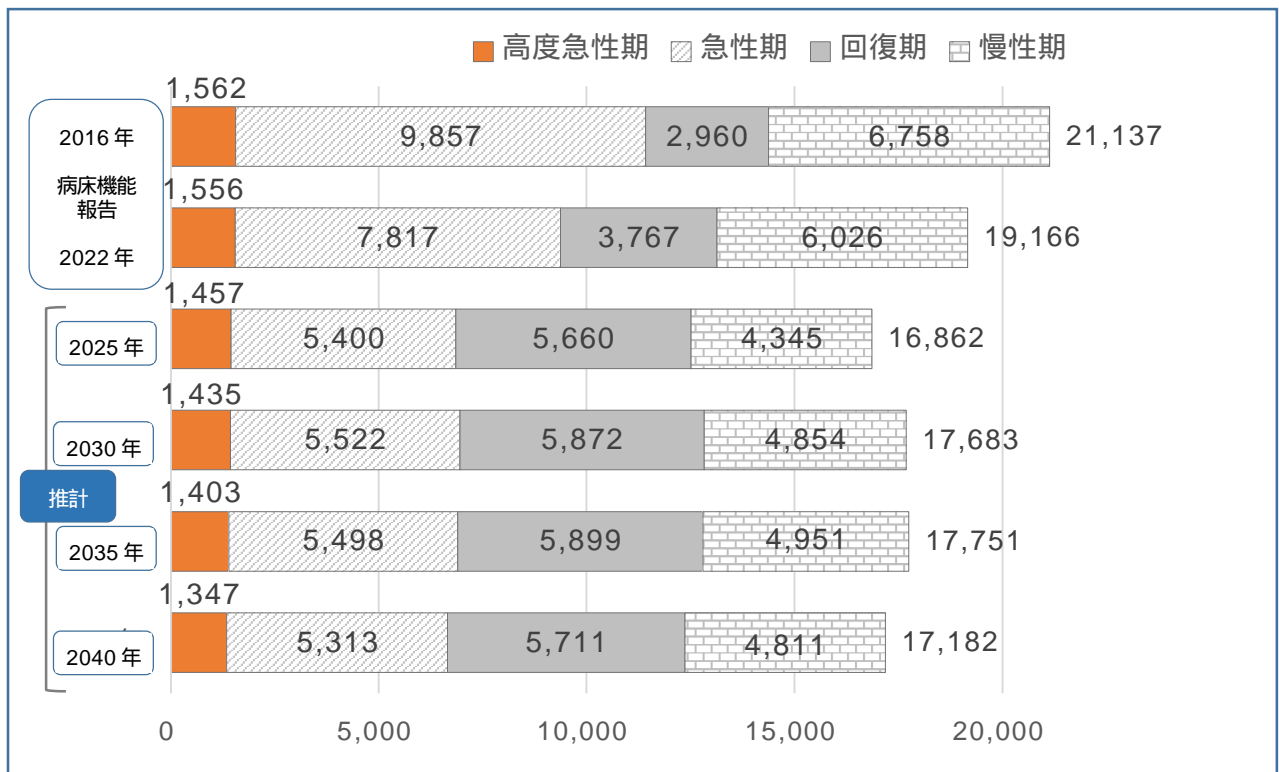
1. 将来の病床の必要量

医療需要から機能ごとの病床の必要量を推計すると、医療機関所在地での病床の必要量は2035年にピークを迎えます。機能別にみると、高度急性期機能は減少し、急性期、回復期機能はやや増加、慢性期機能の増加が最も大きくなっています。

2022年（令和4年）の病床機能報告を2025年と比較すると、県全体では急性期と報告されている病床が多く、回復期と報告されている病床が不足しています。また、慢性期病床が多くなっています。

ピークである2035年を、2025年と比較すると、889床の差（2025年が少ない）があります。このため、2035年に必要となる病床数を踏まえたうえで、あるべき姿の実現に取り組んでいく必要があります。

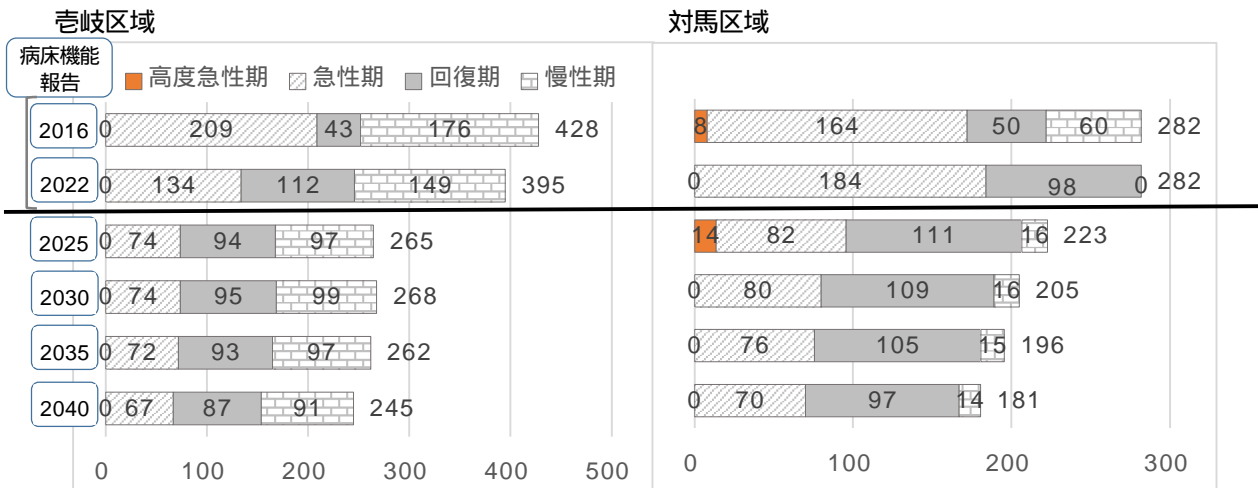
【グラフ】将来の病床の必要量（2040年までの推移）（単位：床）



各構想区域別の推移をみると、本土の構想区域では、2030年以降に病床数のピークを迎えますが、離島の構想区域では2025年以降、横ばいか減少に向かうと推計されています。

【グラフ】各構想区域の病床の必要量の推移（単位：床）





「0」は医療需要が10人/日に満たないため、推計方法の規定上、「0」と表示しています。

2. 2025年の病床の必要量

(1) 2025年の病床の必要量

本県の2025年の病床の必要量は、次の表のとおりです。将来においても現在の患者の流出入が続くと仮定し、すべての機能において、医療機関所在地ベースの病床の必要量としています。

各構想区域において、病床機能報告の病床数が既に病床の必要量を超えている場合、過剰な病床機能として、当該機能の病床の新設、機能変更による増については、調整会議等の意見を聴いたうえで、知事が勧告等を行う場合があります。

【表】本県の2025年の病床の必要量（医療機関所在地）（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
長崎	651	2,437	2,537	1,776	7,401
佐世保県北	319	1,086	1,242	864	3,511
県央	359	1,063	993	1,145	3,560
県南	96	491	475	373	1,435
五島	18	116	154	49	337
上五島	0	51	54	25	130
徳島	0	74	94	97	265
対馬	14	82	111	16	223
合計	1,457	5,400	5,660	4,345	16,862

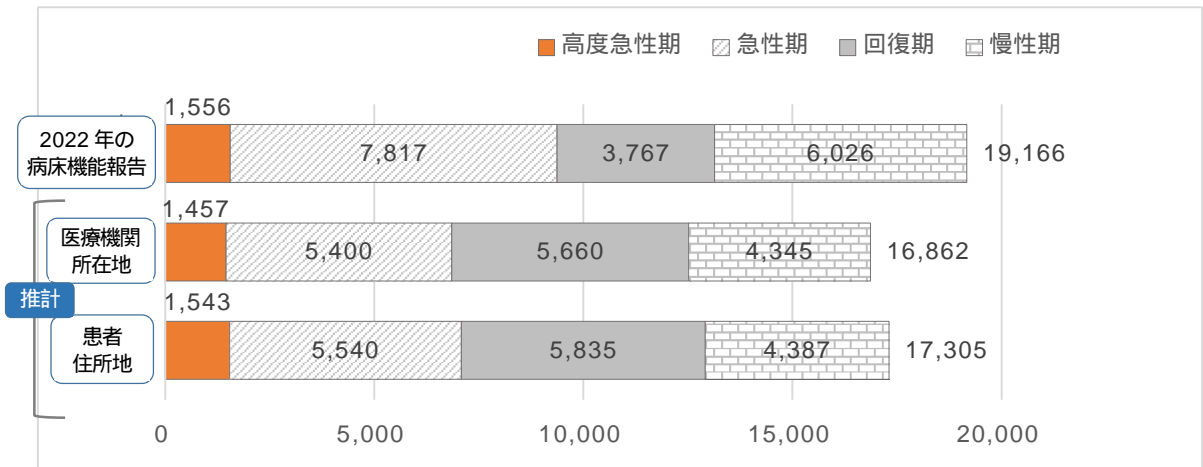
(2) 2025年の病床の必要量と病床機能報告との比較

2022年（令和4年）の病床機能報告の結果と2025年の病床の必要量（医療機関所在地）の推計結果を比較すると、県全体では急性期と報告されている病床が多く、回復期と報告されている病床が不足しています。また、慢性期と報告されている病床が多くなっています。

医療機関所在地の病床の必要量と、患者の流出入がないと仮定して推計した「患者住所地」の病床の必要量を比較すると、県南区域と離島の構想区域において、患者住所地の病床の必要量が多く（流出

患者が多く) なっています。

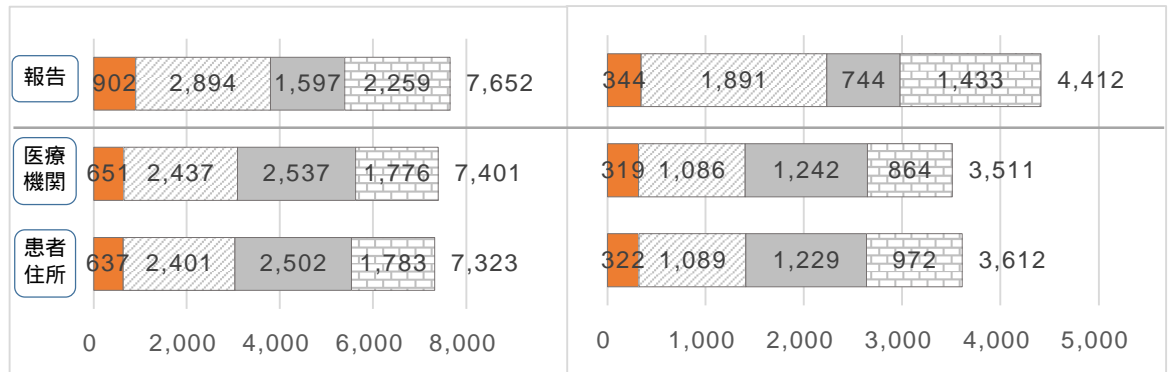
【グラフ】2025年の病床の必要量と病床機能報告との比較(単位:床)



【グラフ】2025年の病床の必要量と病床機能報告との比較(構想区域別)(単位:床)

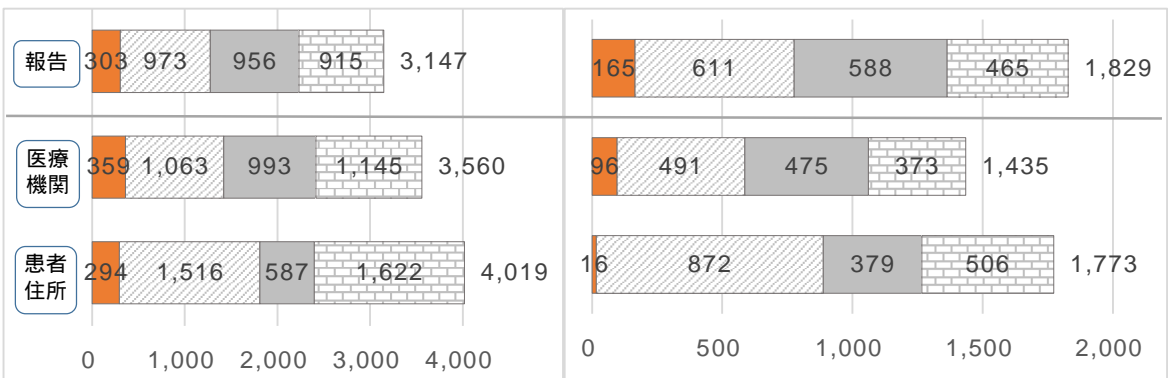
長崎区域

佐世保県北区域

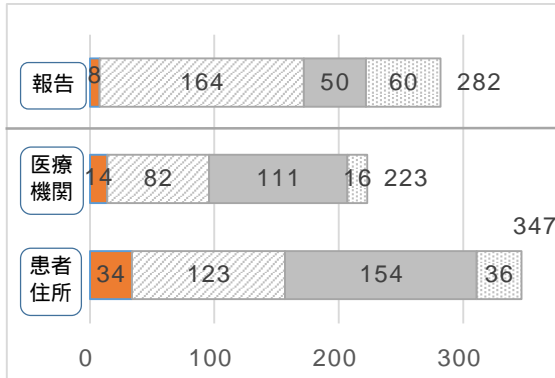


県央区域

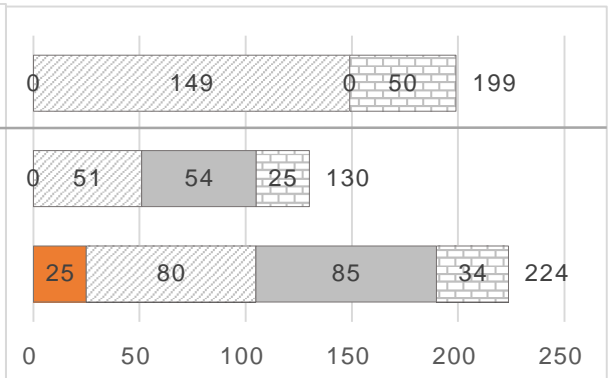
県南区域



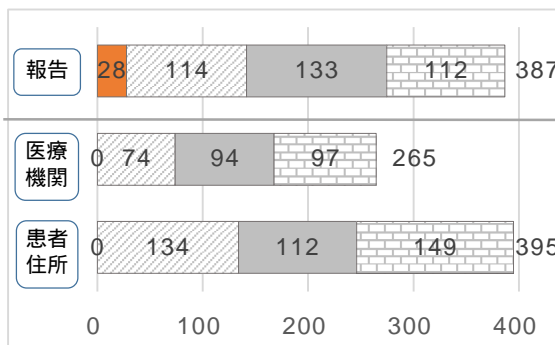
五島区域



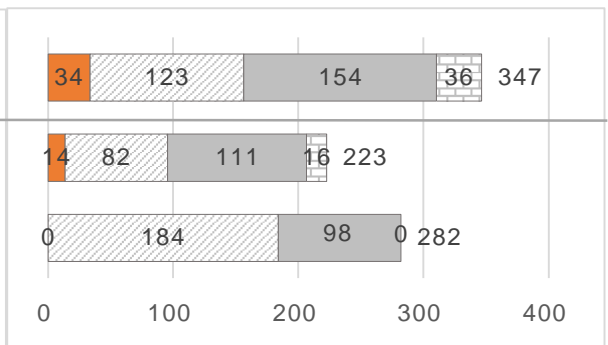
上五島区域



壱岐区域



対馬区域



推計結果の「0」は医療需要が10人/日に満たないため、推計方法の規定上、「0」と表示しています。

【表】病床の必要量（単位：床）

構想区域	医療機能	医療機関所在地				患者住所地			
		2025	2030	2035	2040	2025	2030	2035	2040
長崎	高度急性期	651	650	638	61	637	640	630	608
	急性期	2,437	2,512	2,514	2,440	2,401	2,483	2,491	2,421
	回復期	2,537	2,662	2,694	2,623	2,502	2,631	2,667	2,599
	慢性期	1,776	2,127	2,201	2,158	1,783	2,148	2,222	2,176
	小計	7,401	7,951	8,047	7,835	7,323	7,902	8,010	7,804
佐世保 県北	高度急性期	319	313	302	287	322	314	302	286
	急性期	1,086	1,096	1,074	1,024	1,089	1,096	1,072	1,019
	回復期	1,242	1,275	1,262	1,202	1,229	1,260	1,245	1,183
	慢性期	864	964	978	934	972	1,064	1,070	1,018
	小計	3,511	3,648	3,616	3,447	3,612	3,734	3,689	3,506
県央	高度急性期	359	359	353	341	303	308	307	300
	急性期	1,063	1,097	1,105	1,082	973	1,020	1,039	1,028
	回復期	993	1,039	1,055	1,038	956	1,014	1,042	1,034
	慢性期	1,145	1,189	1,194	1,163	915	966	987	973
	小計	3,560	3,684	3,707	3,624	3,147	3,308	3,375	3,335
県南	高度急性期	96	96	94	90	165	159	152	143
	急性期	491	498	497	480	611	607	596	569
	回復期	475	485	487	472	588	590	585	560
	慢性期	373	385	392	382	465	474	478	465
	小計	1,435	1,464	1,470	1,424	1,829	1,830	1,811	1,737
五島	高度急性期	18	17	16	15	29	28	26	24
	急性期	116	116	114	107	149	145	139	130

	回復期	154	155	154	146	188	186	182	172
	慢性期	49	50	50	47	70	69	68	65
	小計	337	338	334	315	436	428	415	391
上五島	高度急性期	*	*	*	*	25	23	21	19
	急性期	51	49	46	43	80	76	70	63
	回復期	54	52	49	46	85	81	76	69
	慢性期	25	24	24	22	34	33	33	30
	小計	130	125	119	111	224	213	200	181
壱岐	高度急性期	*	*	*	*	28	27	25	23
	急性期	74	74	72	67	114	111	106	98
	回復期	94	95	93	87	133	131	125	117
	慢性期	97	99	97	91	112	112	109	102
	小計	265	268	261	245	387	381	365	340
対馬	高度急性期	14	*	*	*	34	32	29	26
	急性期	82	80	76	70	123	118	110	100
	回復期	111	109	105	97	154	149	141	129
	慢性期	16	16	15	14	36	35	33	30
	小計	223	205	196	181	347	334	313	285
合計	高度急性期	1,457	1,435	1,403	1,347	1,543	1,531	1,492	1,429
	急性期	5,400	5,522	5,498	5,313	5,540	5,656	5,623	5,428
	回復期	5,660	5,872	5,899	5,711	5,835	6,042	6,063	5,863
	慢性期	4,345	4,854	4,951	4,811	4,387	4,901	5,000	4,859
	合計	16,862	17,673	17,751	17,182	17,305	18,130	18,178	17,579

「*」は医療需要が10人/日に満たないため、推計方法の規定上、「*」と表示しています。

第4節 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

(1) 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、将来の目安となる病床の必要量との比較や、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。

2022年(令和4年)の病床機能報告の結果を推計結果と比較すると、県全体では急性期と報告されている病床が多く、回復期と報告されている病床が少なくなっています。

医療機関からの報告を十分に精査したうえで、地域で不足する機能の充実を図る必要があります。また、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、介護施設、24時間体制で医療の関わりが可能なサービスの確保など、在宅医療の充実を進める必要があります。

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必要な機能を確保したうえで進めることとします。なお、この場合において「地域」とは、構想区域だけではなく、交通アクセスや患者の流出流入の状況を踏まえた範囲とします。

ア) 急性期の機能の確保

「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、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など病床機能報告における急性期に関連する項目や、医療機関が算定する診療報酬の施設基準など、指標に基づく適正な評価が必要です。

確保すべき急性期の病床機能
<ul style="list-style-type: none"> ・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、在宅での療養を支援する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急性期の病床であること。

イ) 回復期機能の充実

回復期機能は、単にリハビリテーションを提供する医療だけを指すものではなく、急性期を経過した患者や、在宅療養中に急変し入院した患者に対する在宅復帰に向けた医療を含みます。

現状では、急性期機能や慢性期機能と報告されている医療機関においても、回復期に相当する一定の患者が存在しており、病床機能報告との比較にみられるように、回復期機能が大幅に不足しているという状況ではないと考えられます。

データに基づいて、地域ごとに、医療機関で行われている機能を把握、分析したうえで、各機能を担

う医療機関の役割分担を進め、患者が望む医療の提供が最も効率的に進むよう、回復期機能の充実を図ることが必要です。

ウ)「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。

「地域完結型」は、入院医療だけで行われるものではなく、在宅医療を含めて機能分化、連携を図ることが重要です。入院医療機関は、患者や家族の意向や、地域の在宅医療資源の状況を踏まえたうえで、在宅医療で対応可能な患者について、積極的に在宅での療養を支援することが望まれます。

エ)慢性期の病床と在宅医療等の連携

慢性期病床について、病床機能報告と推計結果を比較すると、対馬及び上五島区域を除く構想区域において病床機能報告による病床数が多い結果となっています。これは、推計方法が、療養病床等に入院している患者のうち、在宅医療等で対応可能な患者については、できるだけ在宅医療等で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。

確保すべき慢性期の病床機能
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅や地域の介護施設等で対応できない、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）や医療必要度の高い慢性疾患患者及び筋ジストロフィー患者をはじめとする難病患者等を含む） ・ 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

（2）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。離島の企業団病院は、令和4年の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」に基づいて、地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能等を内容とした「公立病院経営強化プラン」を令和5年度までに策定することとしています。

離島においては、救急搬送をはじめ、患者の受療において、交通アクセス等の制限があり、基幹とな

る医療機関を中心に、一定の医療機能を離島において確保する必要があります。企業団病院は、地域医療構想の趣旨に基づき、構想区域全体の医療機能の分化、連携や、人材確保の取組を積極的に行うほか、急性期の機能を中心に、地域で困難な医療の確保に努めることとします。

(3) 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。

地域医療構想調整会議の役割
<p>1) 地域の医療機関の機能変更等の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院及び地域医療支援病院の機能の変更がある場合は、事前に協議する。 ・ 病院、有床診療所の開設、医療機関の統合ほか、地域医療に大きな影響が懸念される病院等の機能の変更がある場合は、事前に協議する。 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県は病床機能報告と病床の必要量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。 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>4) 基金を活用した具体的な事業に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業の成果を含め、効果的な取組などの提案を行うほか、地域で不足する医療機能への転換を行う医療機関に対しての支援策を検討する。 <p>5) 県が医療法に基づく病床機能の変更等に関する命令・要請を行う場合の協議</p>

(4) 医療機関による自主的な取組

地域医療構想における病床の機能分化、連携の取組は、医療機関により自主的に行われることが前提となっています。病院、有床診療所が、それぞれの地域で求められている役割は異なっており、そのことを理解したうえで、話し合いを進めていくことが重要です。

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、こうした取組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「ワーキング会議」の開催等を支援します。

(5) 県の役割

県は、医療法に基づき、具体的に次のような役割を担うものとします。

ア) 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。

正当な理由なく条件に従わない場合は、医療審議会の意見を聴いたうえで、条件に従うことを命令することとします。

イ) 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。

「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2025年の機能区分が異なる場合であって、2025年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き、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。調整会議において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、地域の実情を十分に勘案してもなお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、公的医療機関等に対しては命令、それ以外については要請することとします。

ウ) 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ほか、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、地域の実情を十分に勘案してもなお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、公的医療機関等に対しては命令、それ以外については要請することとします。

エ) 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、自主的な取組だけでは、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. 在宅医療等の充実にあたっての基本的な方針

(1) 在宅医療等の考え方

地域医療構想では、療養病床の入院患者の一部について、診療内容等を分析し、将来は在宅医療等において対応可能とされる患者数の推計を行っています。この「病床からの在宅医療等への移行を見込

む分」を「追加的需要」といいます。

入院患者の在宅医療等への移行にあたっては、日常的な医学的管理程度の医療、看取り、ターミナルケア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を、地域の実情に応じて行う必要があります。

療養病床の患者の受け皿となる新たな施設類型として、介護保険法の改正により「介護医療院」が創設されました。「介護医療院」は、医師や看護師等が配置され、一定の医療が継続して必要な慢性期の患者に対応する介護保険施設として規定されています。なお、介護療養病床は第7次計画の終期である2024年3月に廃止されました。

こうした介護保険施設の整備は、住民が負担する介護保険料に大きく影響することから、住民のニーズや、将来の需要を十分に把握したうえで、保険者である市町の意向も踏まえ、慎重に検討をする必要があります。

(2) 追加的需要への対応

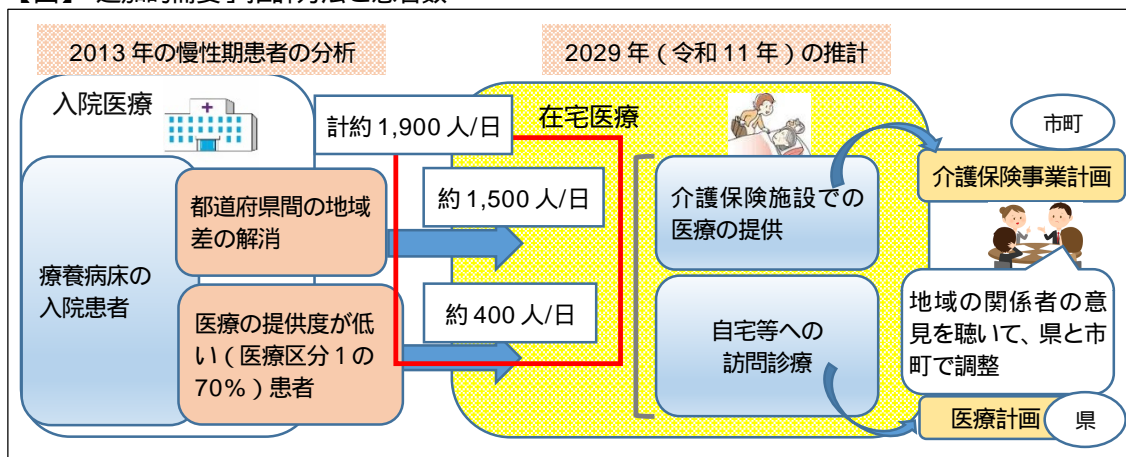
県全体でみると、2029年に在宅医療等に対応すべき患者のうち、2023年の推計を基に推計した「追加的需要」は、概ね1,900人/日程度となり、第9期介護保険事業計画期間の2026年までには約1,200人/日の対応が必要であると見込まれています。

このうち、介護保険施設で医療を提供すると見込んだ場合は、市町が策定する介護保険事業計画における施設の整備目標との調整が必要であるほか、在宅医療の患者が増加することで、訪問看護やその他の介護保険サービスの将来の見込み量の推計にも影響を与えます。

療養病床については、引き続き介護保険施設への転換が進められていることから、転換による在宅医療等への移行見込み患者数を把握することが必要です。このため、県は、市町との協議を行い、調整を行っています。

追加的需要が多い市町においては、介護保険施設への転換等だけでは対応できないため、自宅や高齢者住宅等への訪問診療により医療を提供することが考えられます。

【図】「追加的需要」推計方法と患者数



地域医療構想における医療需要の推計は、あくまで一定の仮定をおいて算定したものであり、介護保険のサービス量を見込む市町をはじめ、関係者との協議を継続して行い、地域の実情を反映しながら、実態に応じて見直しを行う必要があります。

【表】医療圏別の追加的需要への対応（方向性）（単位：人/日）

医療圏	追加的需要 (令和11年度末)	想定される在宅医療の提供場所	
		介護保険施設	訪問診療
長崎	847	120	727
佐世保県北	503	59	449
県央	240	58	193
県南	221	40	181
五島	2	0	2
上五島	4	0	4
壱岐	59	0	59
対馬	2	0	2
合計	1,878	277	1,617

令和5年12月現在における、市町の担当部局への調査結果に基づいた数字です。

「介護保険施設」は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院を指します。

「訪問診療」には、自宅だけでなく、サービス付高齢者住宅、有料老人ホーム等を含みます。

（3）在宅医療の整備目標値との整合性の確保

追加的需要において訪問診療で対応するとした患者に加えて、現在訪問診療を受けている患者数を基にして、高齢化による増加分が推計されており、将来においては、この高齢化による増加分への対応も必要とされています。

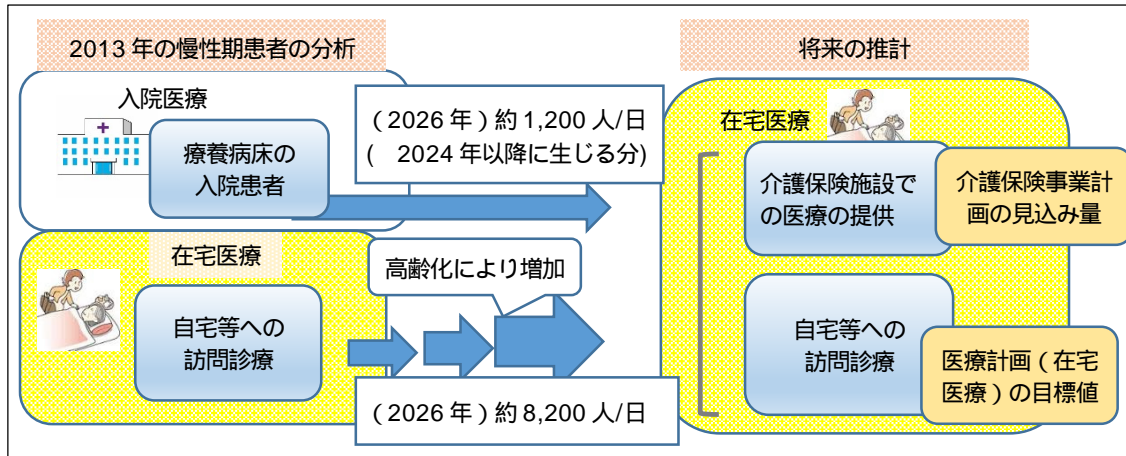
本計画では、将来訪問診療で対応する患者数の目標を設定し、その達成に向けた取組を進めます。

地域では、診療所の医師の高齢化等、訪問診療を行う医師の確保が困難な状況にあり、地域の実情を踏まえた目標を設定することが必要です。

具体的には、2021年度の診療報酬データから、構想区域（医療圏）ごとに訪問診療患者数を試算したうえで、市町単位での在宅医療圏域の設定による地域の実情に応じた体制整備、在宅医療において「積極的な役割を担う医療機関」や「必要な連携を担う拠点」の位置づけ、拠点を中心とした4つの機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）の提供体制整備等を通じて訪問診療患者数の増加を図ることとします。

本計画における在宅医療の目標については、介護保険事業計画との整合性から、2026年とし、次期介護保険事業計画の策定と同時に行う医療計画の中間見直しにおいて、2029年の目標値を改めて設定します。

【図】在宅医療の整備目標値との整合性の確保



地域医療構想における医療需要の推計は、あくまで一定の仮定をおいて算定したものであり、在宅医療等に関わる関係者との協議を継続して行い、地域の実情を反映しながら、実態に応じて見直しを行う必要があります。

【表】在宅医療の整備目標（訪問診療を受けた患者数〔レセプト件数〕）

構想区域	訪問診療を受けた患者数 〔レセプト件数〕	
	2021年度実績	(目標値)2026年度
長崎	49,145	54,723
佐世保県北	24,557	27,458
県央	13,375	15,014
県南	7,323	8,194
五島	2,626	2,906
上五島	352	393
壱岐	944	1,080
対馬	132	147
合計	98,474	109,918

2021年度実績は国のナショナルデータベース(NDB)による「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)」です。端数処理により内訳と合計が一致しない場合があります。

第5節 構想実現のために必要な施策

1. 施策を考えるための視点

(1) 医療機能の分化・連携体制の構築

例えば、病院や有床診療所の「一般病床」に入院している患者の実態は様々で、明日手術を控える患者がいたり、日々容態が変わる患者がいたり、自宅へ帰るためにリハビリテーションを受けている患者がいるなど、医療機関ではそれぞれの状態に応じた医療が提供されています。

同じ「急性期」と報告されている医療機関であっても、それぞれの診療の中身が詳しくみえないため、地域医療構想では、一定の仮定をおいて、診療内容を分析し、患者の実態に応じた機能ごとに患者数を推計しています。そのうえで、地域において、必要な機能を十分に協議しながら、機能に応じた医師や看護師等を適切に配置することで、効率的な医療を提供しようという考え方に立っています。

複数の医療機関において重複して提供されている機能があれば、これを可能な限り集約し、医師や看護師等の負担をできるだけ抑える体制を構築することで、高度な医療の継続的な提供が期待できます。集約化においては、高度急性期や地域の救急医療を担う医療機関のバランスのとれた配置と、急性期から回復期、在宅までの患者の「流れ」を作るための医療機関等の「役割分担」と「連携」が重要になります。

都市部では、狭い範囲に急性期機能の医療機関が集中している地域があり、それぞれが担っている機能を整理したうえ、役割分担、連携の推進が必要です。離島やへき地においては、隣接する都市への患者の流出があり、急患発生時の初期対応との連携の構築や、少ない資源で効率的な医療を提供するため、総合的な診療ができる医師や、小児・周産期医療など、地域で優先して確保すべき医療機能を整理することが必要です。

地域では、日常的な診療や健康管理等を行う「かかりつけ医」の役割が重要になります。幅広い疾患に対応する「かかりつけ医」が初期の診断や医療を担い、高度医療を提供する医療機関や、専門性の高い医療機関と連携することで、役割を分担します。また、地域の有床診療所は、病院から早期に退院する患者や、在宅で病状が急変した際の受け皿としての役割があります。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題や更なる高齢化など、人口構造の変化を踏まえた対応を図る必要があります。特に医師や看護職員等の医療従事者の不足は大きな課題であり、地域の関係者の連携の下、地域の実情を踏まえつつ、医療機関の機能分化・連携を進める必要があります。

なお、地域医療構想は第8次医療計画期間中に2025年の終期を迎えることとなります。2025年以降、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていくとされており、そうした国の検討状況も踏まえながら、引き続き地域医療構想に取り組みます。

(2) 在宅医療、介護の充実

入院患者の中には、入院治療ではなく、在宅医療で対応可能な患者がいると分析されています。地域において、訪問診療や訪問看護、その他の介護保険サービス等を提供し、また、自宅で介護が困難な方には「住まい」を提供し、関係者が連携して切れ目のない支援を行う「地域包括ケアシステム」の構築により対応することが求められます。

本県の状況を見ると、離島やへき地においては、集落が点在しているうえ、バス等公共交通機関の利用が不便な地域が多く、高齢者のみの世帯等が増えており、自宅における介護力が低下しています。こうした地域では、自宅への訪問看護、介護サービスの提供に移動時間を多く要するため、非効率になっています。

在宅医療等の資源が比較的恵まれた都市部においては、高齢化によって、医療需要が急速に増加すると推計されています。自宅や施設で安心して療養するためには、24時間体制で訪問診療を行うことができる診療所や訪問看護ステーション、自宅等での急変時に迅速に受け入れる病床の確保が必要ですが、不足する地域が多くみられます。

退院後の円滑な在宅療養移行に向けて、退院前カンファレンスや退院後の症例検討会等においては、関係する多職種の参加が重要ですが、必ずしも十分でないケースがあります。住み慣れた自宅や施設で人生の最終段階を迎えるための「看取り」について、患者本人はもとより、サービス提供者や家族等の理解を深めることが課題となっています。

住みなれた地域で人生の最終段階を迎えるためには、自宅で看取りができる体制を整備することはもちろんのこと、必要なときに医療が提供される自宅以外の「住まい」の整備を進め、効率的な「在宅医療」が提供できる体制が必要です。

(3) 医療・介護人材の確保

本県は人口の流出が多く、生産年齢人口の減少により、医師や看護師、薬剤師等の需要に供給が追いつかず、県内の多くの地域で慢性的に人材が不足しています。調整会議においても、特に在宅医療や介護を担う人材の確保が困難になっている点について、多くの意見がありました。

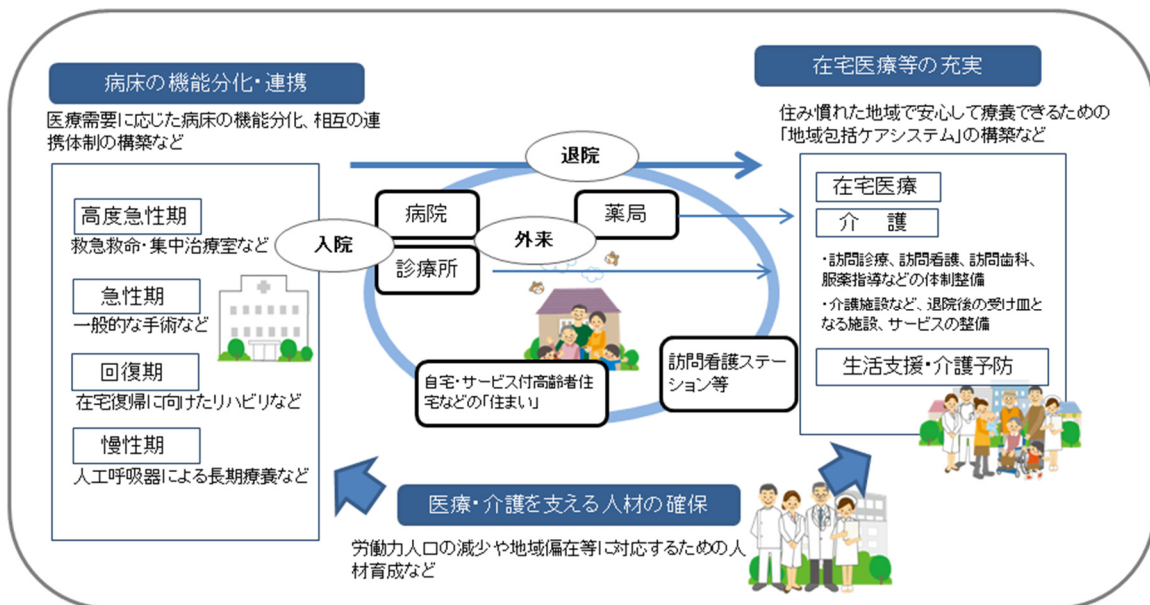
今後、医療従事者及び介護従事者の確保がますます困難となることが予想されており、在宅医療の核となる訪問診療を行う医療機関や訪問看護ステーションの中心部と周辺部との地域偏在の格差の拡大が懸念されます。

訪問看護師や、介護施設で医療的ケアを行う看護師の確保については、地域で効果的な方策を検討し、県や市町が一体となって施策を推進する必要があります。また、多忙で長期間定着しないことが課題となっており、ワークライフバランスが実現できるような環境づくりが必要となります。

本県は医師の総数で見ると、比較的恵まれています。小児・周産期医療の分野や、離島をはじめとする都市部以外の地域での医師確保が難しくなっています。県では、修学資金の貸付や専門医の確保等、これまでも多くの対策を実施していますが、県内には医師を育成する大学が1つしかないことから、県や市町が大学や基幹病院と一層連携して、必要な医師の確保を図る必要があります。

2. 施策の方向性

【図】構想実現のために必要な施策の概念図



(1) 病床の機能分化・連携にむけた取組

(基金を活用した病床機能の転換)

病床の必要量の推計結果を見ると、本県では多くの区域で急性期、慢性期と報告されている病床が多くなっています。このため、基金を活用しながら、過剰な病床機能から地域で不足する病床機能への転換を図ります。

基金の活用にあたっては、調整会議を含め、事前に関係団体等による会議を開催し、事業の必要性等について協議します。

(顔の見える関係の構築)

医療機能の分化、連携を進めるためには、医療機関や在宅医療・介護関係者が幅広く集まり、意見を交換し、知識を深める機会が必要です。このような機会を重ねることで、地域における医療機関の役割分担、相互の支援関係の構築など、連携の強化に繋がることが期待されます。県をはじめ、関係機関は、症例検討会、テーマや参加者を絞った研修会等を積極的に行うことが必要です。

(「急ぐ急性期」と「急がない急性期」)

急性心筋梗塞、脳卒中、重篤な外傷など、急性期で緊急の治療が必要な医療については、将来の医療需要推計に加え、救急搬送時間等も考慮して、可能な限り構想区域内で対応できる体制を構築します。また、がん等それ以外の急性期については、重症度、治療方法等を考慮して、在宅での看取りを含め、機能や連携体制等の整備を図ります。

特に、入院医療機関同士、入院医療機関と在宅医療を担う関係者との連携や、施設での看取りなど人生の最終段階の医療に対応する在宅医療の体制整備の取組を推進します。

（公立病院経営強化ガイドライン）

本県では、令和4年に国が示した「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、長崎県病院企業団をはじめ、各公立病院において、地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能等を内容とした「公立病院経営強化プラン」を令和5年度までに策定することとしています。

公立病院は特にその役割において、離島やへき地での医療の提供や、救急、周産期、災害等不採算、特殊分野の医療などが求められています。また、病床の機能区分のあり方や、在宅医療への対応においては、地域医療構想の趣旨を踏まえたものとする必要があり、調整会議において議論を進めます。

（長崎大学病院の役割）

本県唯一の大学病院、特定機能病院として、医師、薬剤師等医療従事者の養成に関して長崎大学病院が担う役割は極めて大きいものがあります。長崎大学をはじめとする養成機関は多くの卒業生を輩出していますが、県内に残る割合は必ずしも多くない状況です。県内にどうやって人材を残すか、また県外からどのように人材を呼び込むか、必要な施策について、長崎大学病院と県が連携して取り組む必要があります。

具体的には、県が委託する「ながさき地域医療人材支援センター」の拠点を長崎大学病院に置くことで、新たな専門医制度による養成プログラムや研修医の大学病院による一元管理、医師の県内定着に向けた取組を強化します。

離島やへき地においては、専門的な診療を行う医師の不足が問題となっています。長崎大学病院は、地域の基幹病院への医師の派遣を担う病院であり、産科、小児科等地域で必要な医療の確保に努めます。

（「あじさいネット」など医療機関等の連携推進）

遠隔医療を活用したへき地医療のための機器整備の支援やローカル 5G を活用した離島と本土間における専門医による遠隔サポートの取組等を進めるとともに、在宅医療における遠隔医療や病診連携・多職種間情報共有の効果的な活用を検証しています。

「あじさいネット」を活用し、地域連携パス、検査データ、薬剤情報の電子化を推進し、医療機関、薬局等による効率的な情報連携が可能な体制を構築します。

地域包括ケアシステムの構築には医療機関の情報連携が必要となることから、「あじさいネット」により多くの診療所の参加を促すため、県医師会と連携し様々な機会を利用した働きかけを行います。

医療情報ネットワーク「あじさいネット」については、「第6章第2節 医療の情報化」をご覧ください。

現在、国で進められている「医療DX」は「全国医療情報プラットフォーム」、「電子カルテ情報及び交換方式の標準化」及び「標準型電子カルテの検討」の3つの骨格で構成されています。これらの取組を推進し、活用を検討しています。

（地域医療連携推進法人）

地域医療連携推進法人制度は、平成27年9月の医療法改正で創設され、平成29年4月に施行されました。医療法人など非営利法人がグループとなり、経営効率を高めるため、組織の枠を超えて患者

情報の一元管理、薬剤や機器の共同購入、医療介護従事者の配置転換などを行うものです。グループ間で、病床の融通や、看護師の派遣などを行うことができます。

県は、地域の実情に応じた地域医療連携法人制度の活用について、調整会議、研修会等の場を活用し、積極的に検討を行います。

(医療機能の分化と連携を進めるためのデータの整備)

構想区域の中でも、地域によって受療動向など事情が異なっており、病床や人材の過不足について差があります。このため、構想区域をさらにいくつか分割し、調整を進めていくことが必要な地域があります。

調整会議において、必要なデータを医療機関、行政が協力して出し合うほか、地域ごとにワーキンググループを開催し、協議を行うことが重要です。

(2) 在宅医療等の充実のための取組

在宅医療等の充実のための取組は、「第2章第12節 在宅医療」に記載しています。地域医療構想の実現に向けて、調整会議等において協議を進めます。

(3) 医療人材の確保のための取組

医療人材を確保するための取組は、「第7章 地域医療を担う人材の確保と資質の向上」の各節、また、薬剤師については、「第5章 医療の安全確保と医療サービス」にも記載しています。地域医療構想の実現に向けて、調整会議等において協議を進めます。

(4) 各構想区域(二次医療圏)における取組

各構想区域(二次医療圏)における取組は、「第8章 二次医療圏ごとの課題と施策の方向性」に記載しています。地域の実情に応じた地域医療構想の実現に向けて、調整会議や地域保健医療対策協議会等において協議を進めます。

(5) PDCA サイクル等による地域医療構想の推進について

(地域医療構想に係る目標設定)

国の基本方針において、都道府県は各構想区域において担うべき医療機関としての役割及び当該医療機関が有すべき医療機能ごとの病床数を含む今後の対応方針の策定率等の目標について、毎年度、当該目標の達成状況の分析及び評価等を行うものとされました。

また、対応方針の策定率が既に100%に達している場合には、合意した対応方針の実施率等を目標として設定することが示されています。

本県においては、2023年度に全ての区域の地域医療構想調整会議で関係医療機関の対応方針が合意される見込みのため、合意した対応方針の実施率を目標とします。

加えて、引き続き回復期病床の整備を促進する必要があることから、2025年の必要病床に対する回復期病床の達成割合も目標とします。

【表】地域医療構想に係る目標

構想区域	目標	(目標値) 2025年度末
全区域	合意した対応方針の実施率	100%
	必要病床数に対する回復期病床の達成割合 ただし、2025年以降の建替計画を有するものを除く	100%

(地域医療構想の進捗状況の検証)

病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量について、データの特徴だけでは説明できない差異()が生じている構想区域において、要因の分析・評価を実施することとされました。(病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や地域の実情に応じた定量的基準の導入により説明できる差異を除いたもの)

本県における病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量に係る差異については、本土や離島など、区域によって状況が異なると考えられるため、各区域の調整会議において要因の分析・評価を実施し、地域医療構想の進捗状況の検証を行います。