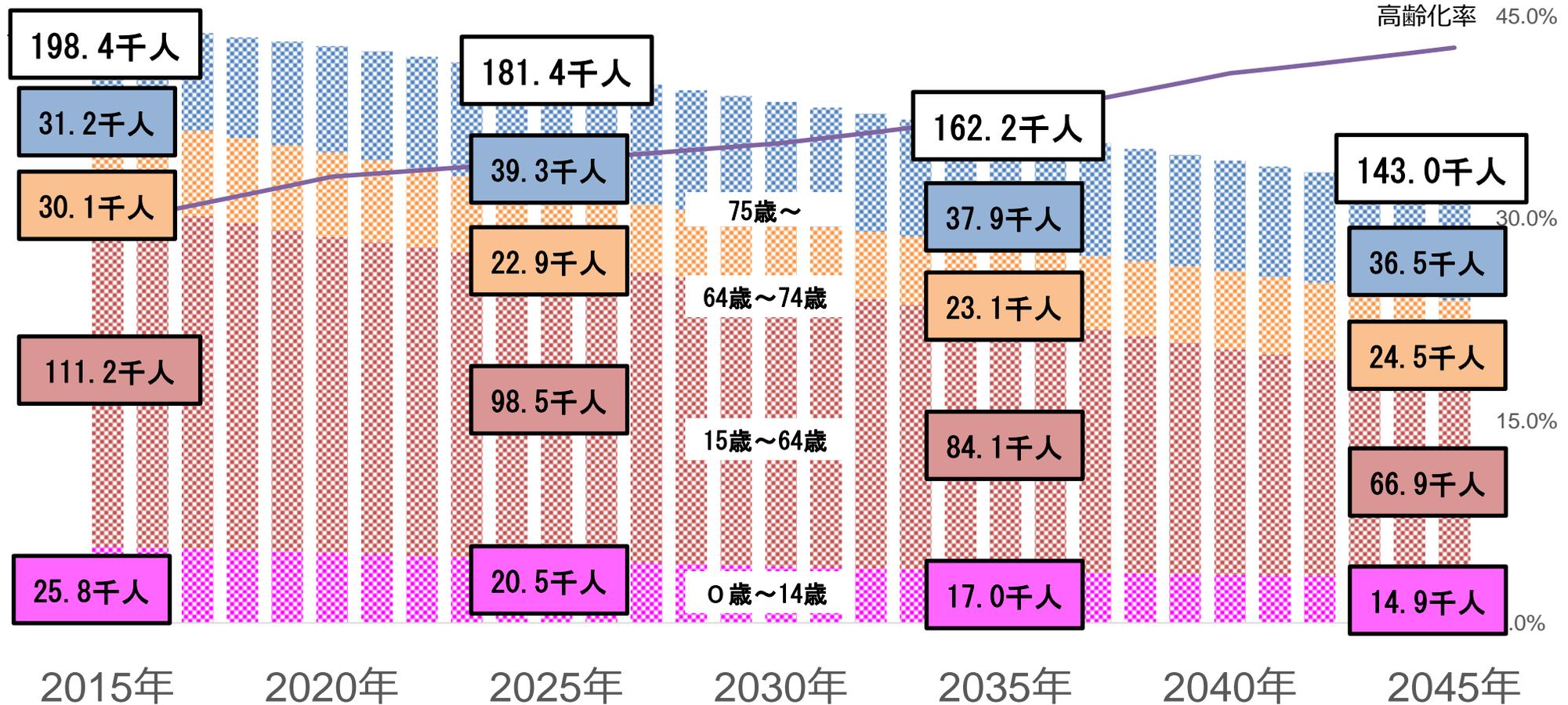


上小医療圏の医療提供体制について

長野県地域医療構想について

上小医療圏の今後の人口推移

- 国立社会保障・人口問題研究所が2015年の国勢調査結果を基に行った、将来の人口推計結果によると、上小医療圏の人口は**2025年までに約1.7万人減少**。その後も減少を続け、**2045年には約5.5万人減少の約14.3万人**となる。
- また、少子高齢化により、**高齢化率は2015年の約31%から、2025年は約34%、2045年には約43%**となることが予想される。

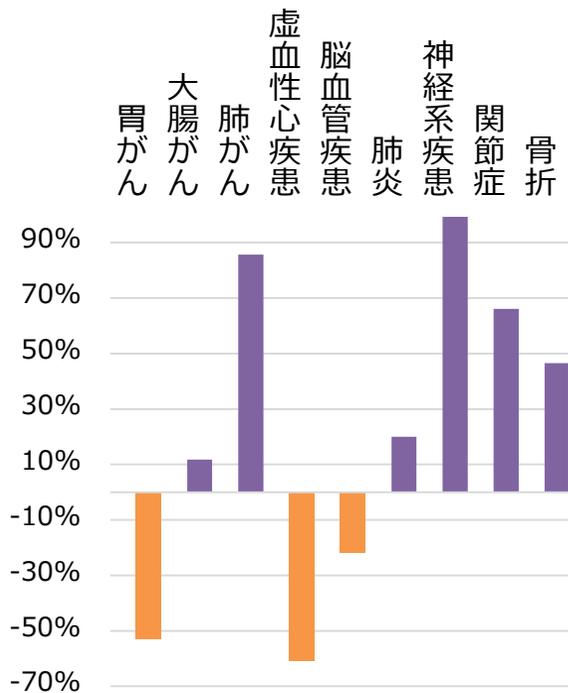


※国立社会保障・人口問題研究所 将来人口推計結果

高齢化に伴う疾病構造の変化

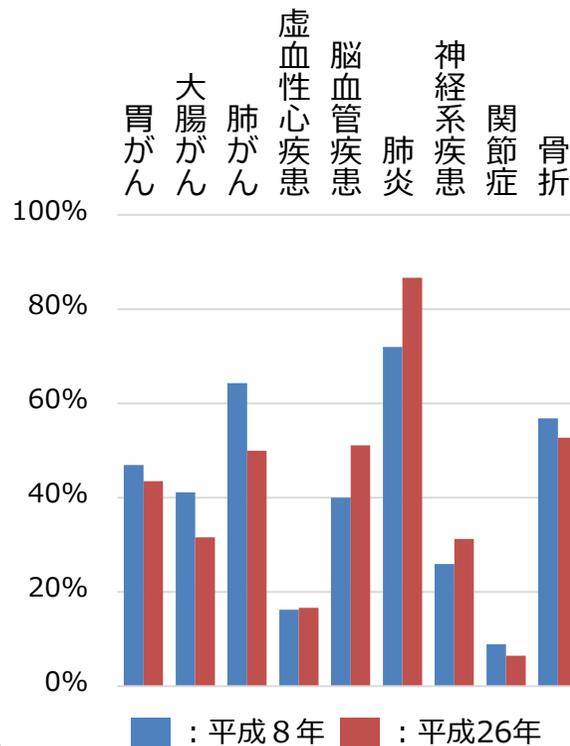
- 平成8年から平成26年にかけての県内の患者の状況を見ると、高齢化等により循環器系の患者は減少し、認知症、呼吸器及び関節症の患者が増加
- 患者数の増減だけでなく、治療の場所が入院から外来へ移行した等により在院日数が減少（入院需要の減少）

【患者の増減率（入院・外来）】

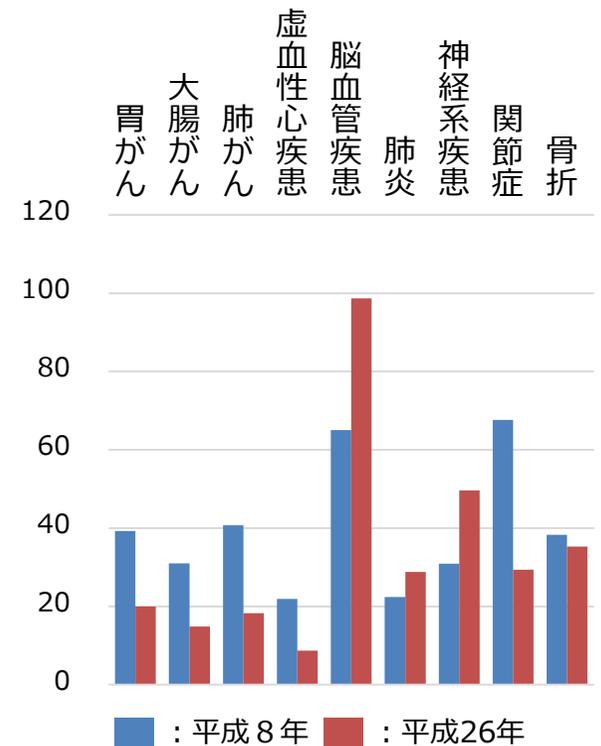


出典：厚生労働省「患者調査」（平成8・26年）

【患者の入院比率】

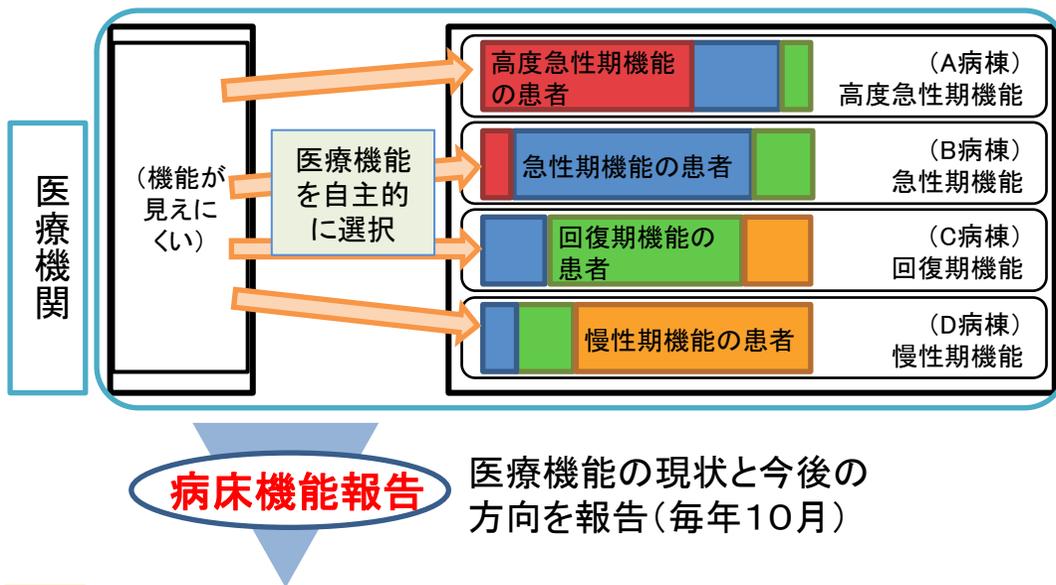


【患者の平均在院日数】



地域医療構想とは

- 「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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二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。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・ **高度急性期・急性期・回復期・慢性期**の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・ **在宅医療等**の医療需要を推計
- ・ 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、**「地域医療構想調整会議」**で議論・調整。

都道府県
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、
更なる機能分化を推進

地域医療構想及び病床機能報告における 4 医療機能

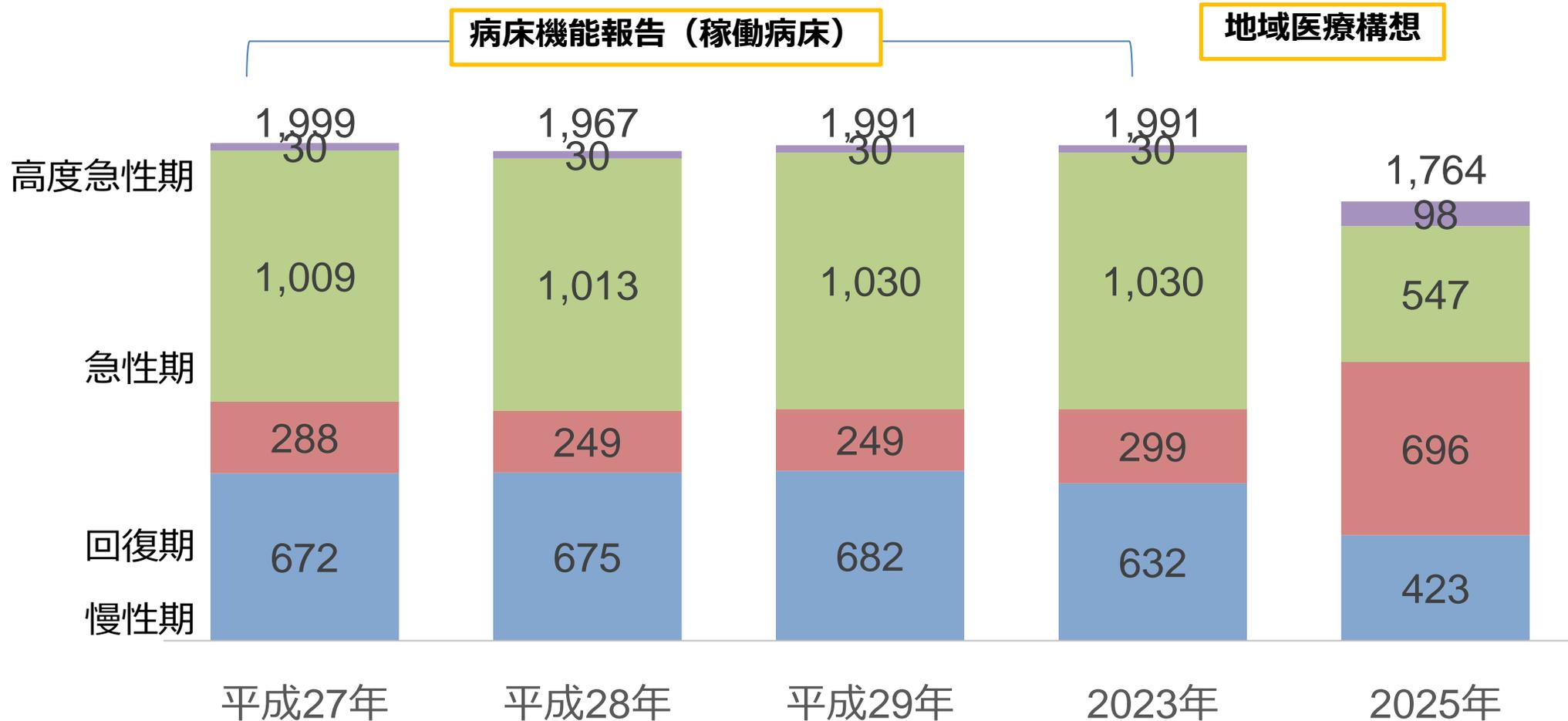
- 地域医療構想の推進にあたっては、4 機能ごとの2025年の病床数の推計値（地域医療構想）と病床機能報告における4 機能ごとの報告結果を比較した上で進める。
- ただし、**地域医療構想と病床機能報告の4 医療機能ごとの基準は異なることに留意**が必要

	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量*が 3,000 点以上 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> * 医療資源投入量：入院基本料相当分とリハビリテーション料の点数を除いた診療報酬点数 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 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であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が 600～3,000 点・医療資源投入量が 175～600 点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が 600 点以上 ○ 正常分娩 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が 175～600 点・医療資源投入量が 175 点未満だが、リハビリ分の点数を加えると 175 点以上 	<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）。
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟 	
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害者施設、特殊疾患病棟 	<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
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床（介護療養含む）の一部 	

2025年の病床数の推計値と病床機能報告結果の推移

○2025年の病床数の推計値と平成27～29年度の病床機能報告結果の推移は以下のとおり。

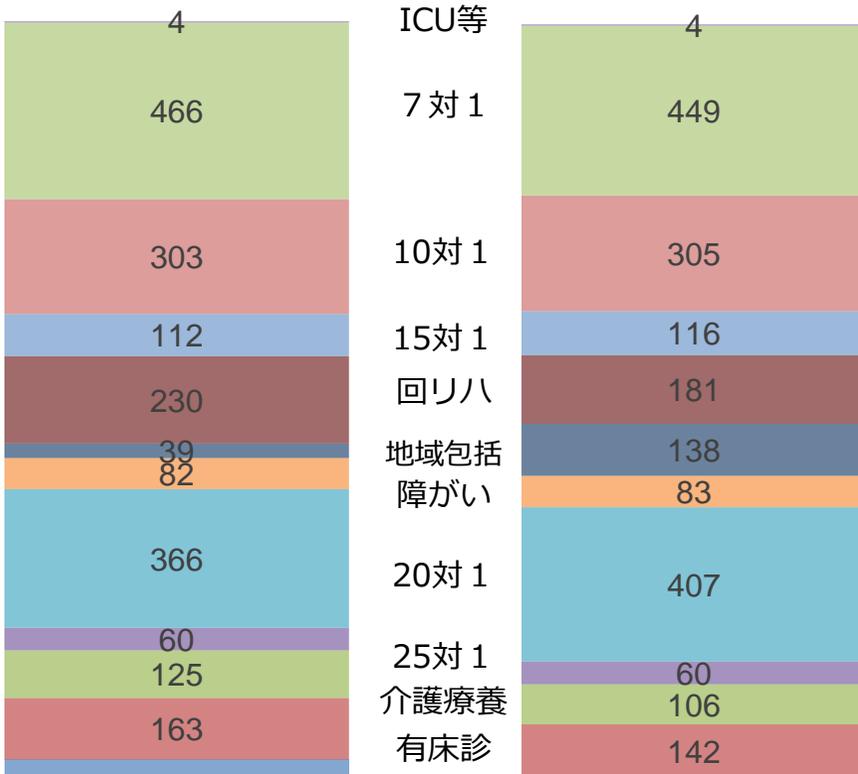
○H29年～2023年にかけての慢性期病床の減は、介護保険施設への転換を検討しているもの。



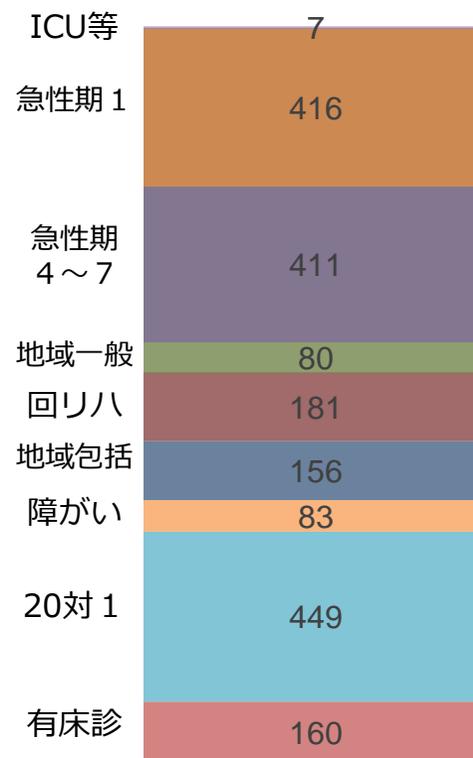
平成29年度病床機能報告結果の状況

- 平成27、29年度の病床機能報告結果における入院基本料ごと届出状況の推移及び平成30年度の診療報酬改定後の関東信越厚生局への施設基準等の届出状況（5/1時点）は以下の通り。
- 年々、地域包括ケア病棟が増加している。

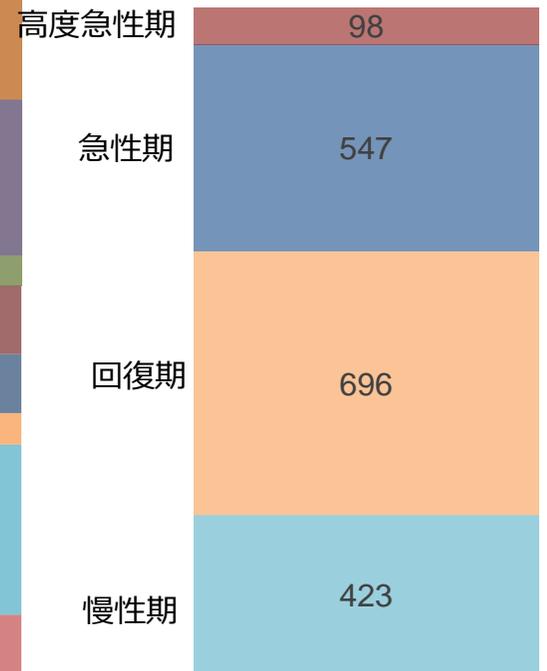
病床機能報告（稼働病床）



施設基準の届出



地域医療構想



平成27年

平成29年

平成30年

2025年

上小医療圏の課題

(現状)

- 2013年度（平成25年度）現在、がん患者の約半数が佐久・松本・長野区域に流出していますが、信州上田医療センターが2016年4月に地域がん診療病院に指定されたことから流出の減少が見込まれます。
- 東信地区の救命救急センターが佐久区域にあることから、高度急性期の患者の一部は今後とも佐久区域へ流出する見込みです。

(課題)

- 高度急性期・急性期の一部を隣接する区域が担う一方、佐久、松本、長野区域等の回復期、慢性期の一部を上小区域が担うという機能分担が図られており、回復期・慢性期の病床については、今後とも一定の病床数を確保していく必要があります。
- 人口10万人当たりの医療従事者数は、医師が154.8人と10区域の中で少ない方から3番目、看護師が811.2人と少ない方から2番目となっており、医療従事者の確保が課題となっています。

昨年度の調整会議での議論

	議事事項	主な意見
第1回 (H29.10.26)	<ul style="list-style-type: none">・病床数の必要量と病床機能報告の関係性の整理・救急医療、在宅医療、慢性期医療の実施状況	<ul style="list-style-type: none">・今後、認知症患者が増えると軽症急性期の対応が増加するが、報酬が低く経営上は問題。精神病棟では整形の救急には対応できない。・在宅医療の推進のためには、市町村と医師会の連携が必要
第2回 (H30.1.11)	<ul style="list-style-type: none">・新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プラン・医療と介護の協議の場・総合確保基金事業	<ul style="list-style-type: none">・公立病院は交付税措置や税制優遇があるが民間医療機関の中でも同等の機能を担うものもある。公立・公的病院だけで役割を決めていくのはナンセンス・小規模な公立病院には外来への対応も求められる。地域医療構想も入院と外来に分けて検討していくことが必要・公立病院の増収と国保負担の増加はバランスをとっていくことが難しい・手術機能は二次医療圏を超えた広範囲での提供という観点も必要