

第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会 資料

[関係箇所抜粋]

平成28年10月
熊本県健康福祉部健康局医療政策課

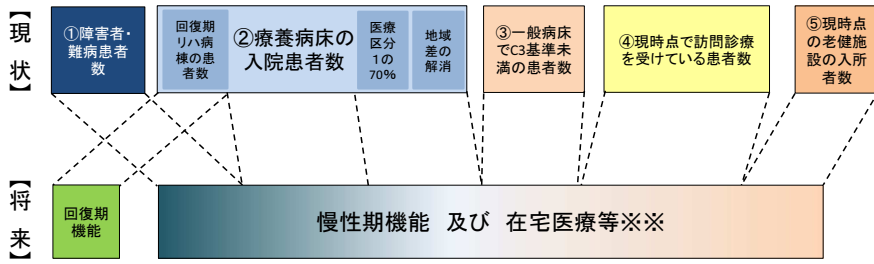
構想区域（案）について

次の案により、次回の各地域専門部会で審議し、決定する。

- ① 熊本地域及び上益城地域以外の9地域については、
現行の二次医療圏を構想区域として設定する。
- ② 熊本地域及び上益城地域については、熊本市医師会
と上益城郡医師会で調整し、両者で合意した内容により
構想区域として設定する。

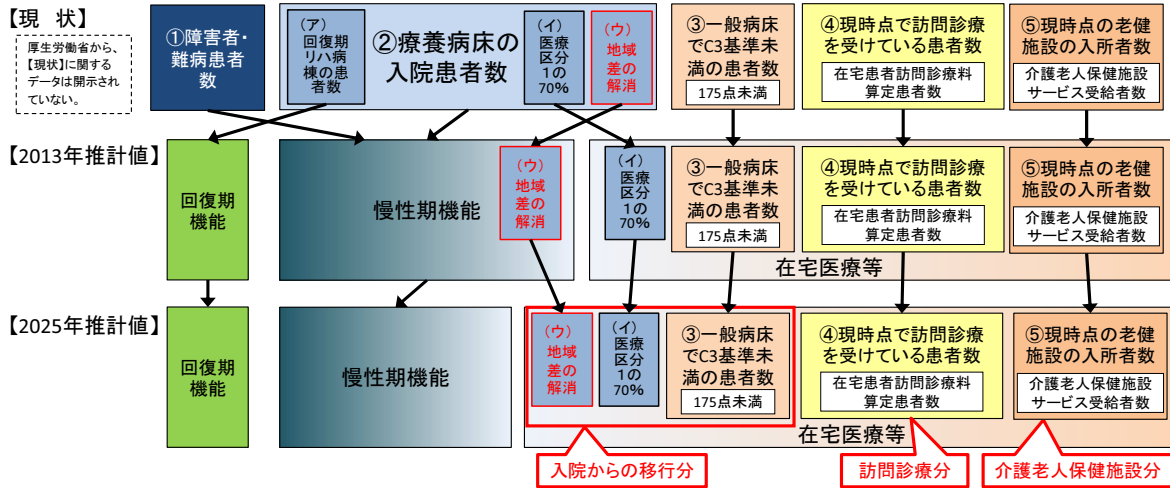
地域医療構想における慢性期機能と在宅医療等の推計について

1 地域医療構想策定ガイドラインに示されているイメージ



※※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、介護老人ホーム、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。

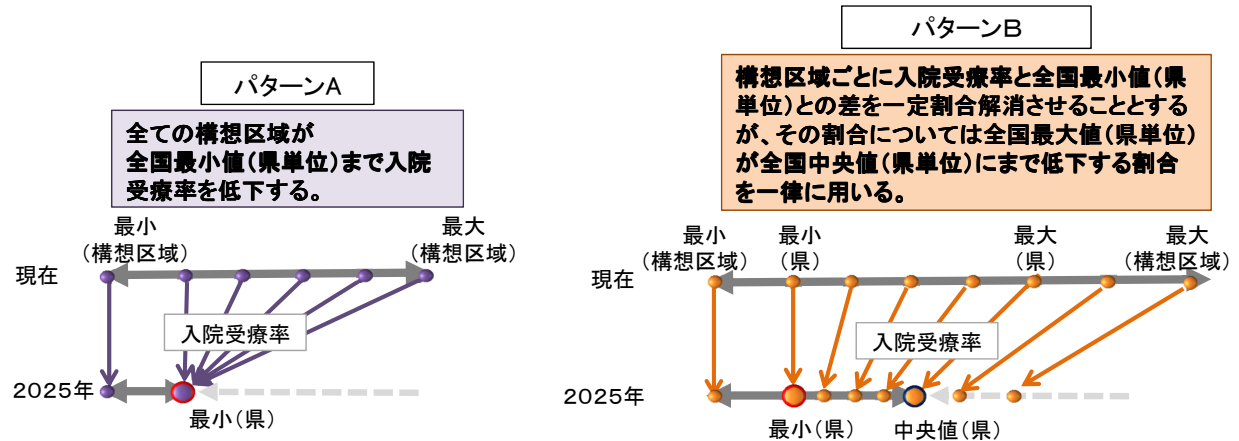
2 必要病床数等推計ツールで算出される推計値の振り分け



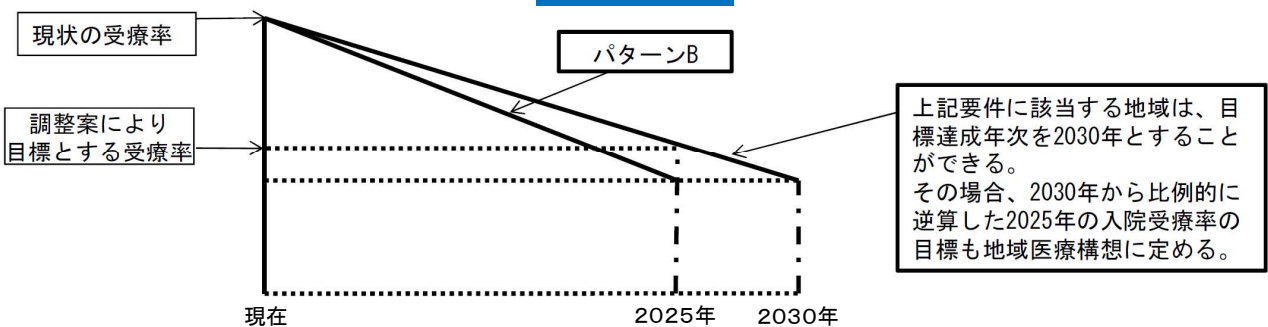
2

【慢性期機能の入院受療率における地域差の解消】

○都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める。



特例



3

○慢性期総入院受療率(県単位:全国最大値391、全国中央値144、全国最小値81)

$$\text{慢性期総入院受療率} = \frac{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\sum \text{当該区域の性年齢階級別人口} \times \text{全国の性年齢階級別入院受療率}} \times \frac{\text{全国の慢性期入院患者の数}}{\text{全国の人口}}$$

※慢性期入院患者

長期にわたり療養が必要な入院患者(主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。)とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。

【補正率】

$$(\text{パターンA}) = \frac{\text{Min}}{X} \quad (\text{パターンB}) = \frac{Y}{X} \quad (\text{特例}) = \frac{Y + (X - Y) \times \frac{1}{3}}{X}$$

※1 補正率の計算に用いる変数の定義は下記の通り

Max = 慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)
 Mid = 慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)
 Min = 慢性期総入院受療率の全国最小値(県単位)

X = 当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率
 $Y = \frac{(\text{Mid} - \text{Min})}{(\text{Max} - \text{Min})} \times (X - \text{Min}) + \text{Min}$

県単位の慢性期総入院受療率		
最大値(Max)	391	高知県
中央値(Mid)	144	滋賀県
最小値(Min)	81	山形県

※2 「当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率 < Min」の場合は、補正率を「1」とする。

○特例適応に係る要件

【要件①】慢性期病床の減少率が全国中央値(32.2%)よりも大きい

$$\frac{(\text{ア}) \text{慢性期病床数(慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有するものに係る2013年の病床数)}}{(\text{ア}) \text{慢性期病床数(慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有するものに係る2013年の病床数)}} - \frac{(\text{イ}) \text{パターンBの補正率より算定した2025年における慢性期病床数}}{(\text{ア}) \text{慢性期病床数(慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有するものに係る2013年の病床数)}}$$

【要件②】当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均値(9.2%)よりも大きい

【本県のデータ】

都道府県名	慢性期 総入院受療率 (人口10万人あたり)	慢性期病床 の減少率	特例適用可否判断		要件① に該当	高齢者 単身世帯割合	要件② に該当	特例選択可否 (①∩②)
			(ア)慢性期病床数 (2013)	(イ)慢性期病床数 (2025・パターンBの 補正率により算出)				
熊本県 集計	271							
4301 熊本県 熊本	247	37.9%	1,922.3	1194.7	○	8.8%	×	×
4302 熊本県 宇城	183	37.5%	295.6	184.7	○	9.8%	○	○
4303 熊本県 有明	263	50.4%	668.9	331.9	○	11.3%	○	○
4304 熊本県 鹿本	150	35.6%	139.8	90	○	11.7%	○	○
4305 熊本県 菊池	192	31.8%	371.9	253.7	×	7.2%	×	×
4306 熊本県 阿蘇	241	49.7%	280.1	140.9	○	11.2%	○	○
4307 熊本県 上益城	321	55.2%	437.2	196	○	9.9%	○	○
4308 熊本県 八代	267	51.4%	573.1	278.5	○	10.5%	○	○
4309 熊本県 芦北	335	60.3%	312.6	124	○	14.7%	○	○
4310 熊本県 球磨	298	57.4%	473.7	201.9	○	12.3%	○	○
4311 熊本県 天草	481	67.6%	1,117.0	361.9	○	15.0%	○	○

慢性期機能の必要病床数(及び医療需要)推計に係る今後の取扱い

慢性期機能の必要病床数(及び医療需要)の推計にあたり、特例の適用が可能な次の9地域については、同特例を適用することとする。

【特例適用地域】

宇城、有明、鹿本、阿蘇、上益城、八代、芦北、球磨、天草

【理由】

本県の慢性期に係る入院受療率は全国で高い方から5番目であり、病床数の減少幅が大きい要因となっている。

在宅医療等の対応を着実に進めていくためにも、期間の確保が必要なことから、特例が適用できる地域については積極的に活用することが適当。



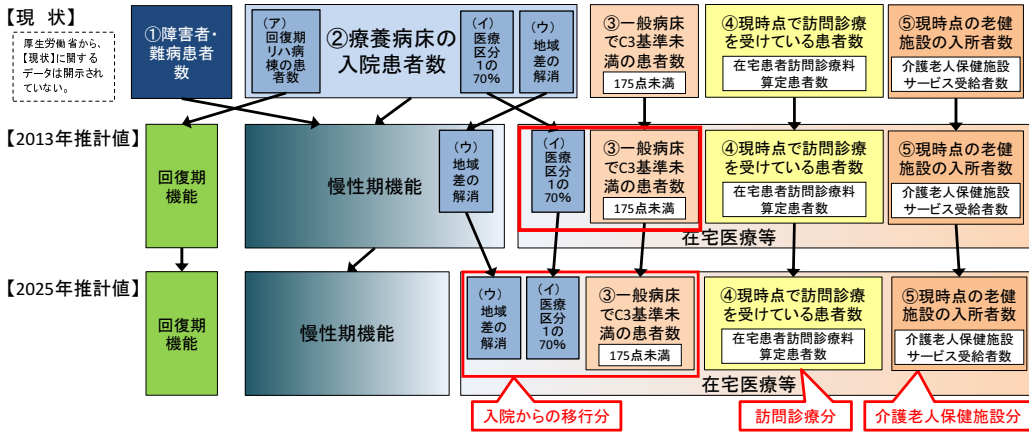
以降、慢性期機能に係る必要病床数(及び医療需要)の推計値を以下により示すこととする。

○パターンB : 熊本、菊池

○特例 : 宇城、有明、鹿本、阿蘇、上益城、八代、芦北、球磨、天草

在宅医療等の地域包括ケアシステムによる対応の方向性について

(1ページ下段の図を再掲)



- ◎ 厚生労働省令の算定式に基づく推計では、2025年に在宅医療等での対応が求められる患者数のうち、地域医療構想の推進により**新たに対応が必要となる患者数は「入院からの移行分」**に相当するもの。
- ◎ その対応の方向性は、大きく分けて以下の2点と考えられる。

I 新たな受け皿づくり

在宅医療等にかかる受け皿や「**新たな類型※**」での対応を想定することが必要。

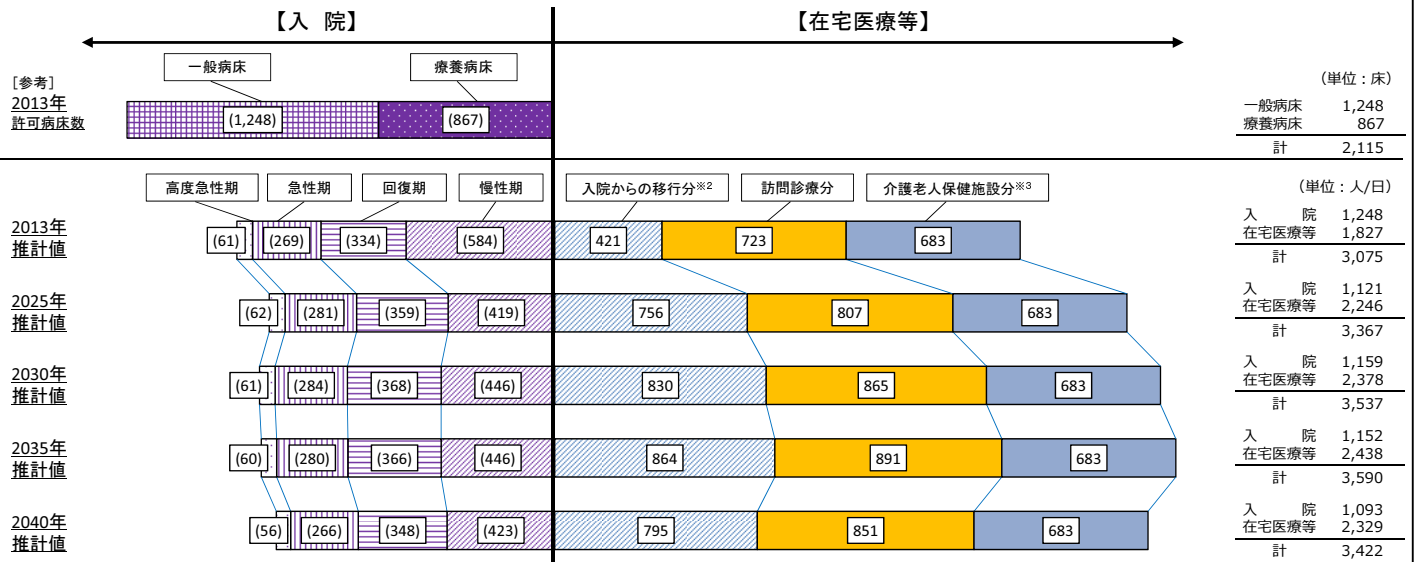
(※厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」で示された「医療内包型」及び「医療外付型」:6ページで紹介。)

II 医療と介護の連携の推進や在宅サービスの充実

在宅を支える訪問診療や訪問看護、訪問介護、生活支援サービスなど在宅サービスの充実が必要。併せて、医療と介護の連携の充実など入院と在宅医療等の切れ目のないサービスを円滑に提供できる体制づくりが重要。

2013年、2025年～2040年の医療需要の推計値【有明地域】

＜厚生労働省提供「必要病床数等推計ツール」による推計値(医療機関所在地ベース)※1＞



※1: 必要病床数等推計ツールで示される推計値は、【入院】に係る「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」、並びに【在宅医療等】とその内訳としての「訪問診療分」。なお、2025年以降の「慢性期」について、熊本地域及び菊池地域は「パターンB」、宇城地域、有明地域、鹿本地域、阿蘇地域、上益城地域、八代地域、芦北地域、球磨地域及び天草地域は「特例」を適用。

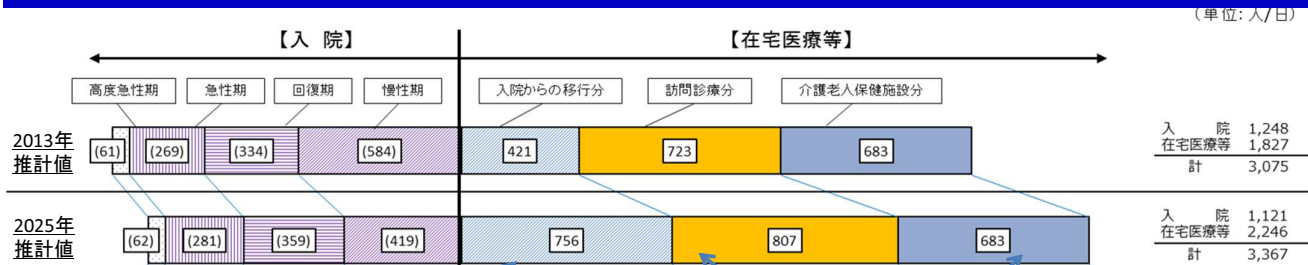
※2: 「入院からの移行分」は必要病床数等推計ツールで数値が示されないため、【在宅医療等】- (「訪問診療分」+「介護老人保健施設分」) で算出。
(=1ページの「(イ)医療区分1の70%」+「(ウ)地域差の解消(2013年推計値を除く)」+「③一般病床でC3基準未達の患者数」の合計値)

※3: 「介護老人保健施設分」についても必要病床数等推計ツールで数値が示されないため、便宜的に以下のデータを準用。
i) 2013(平成25)年 ... 「熊本県高齢者関係資料集(平成26年3月)」における2014(平成26)年2月1日時点の介護老人保健施設の定員数。
ii) 2025(平成37)年 ... 「第6期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画(2015(平成27)～2017(平成29)年度)」の見込み量(定員数)。
iii) 2030(平成42)年以降... ii)の見込み量を適用(*「第6期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画(2015(平成27)～2017(平成29)年度)」で見込み量は推計されていない)。

医療需要推計と介護保険事業計画における主要サービスの見込み量【有明地域】

◎ 2025年の推計により新たに対応が必要となる「在宅医療等」の患者数(756人分)については、ガイドラインの「在宅医療等」で示されているいずれかのサービスが「新たな類型」による新たな受け皿づくりが求められることとなるため、第7期以降の介護保険事業計画等に反映される必要がある。

【2013年・2025年の医療需要の推計値】



構想により新たな対応が必要

既存サービス量からの見込みであり、構想に関わらず対応が必要

地域医療構想期間中(第7期以降)の介護保険事業計画等に反映する必要あり

① 在宅医療等(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)や「新たな類型」での対応を想定。

② また、訪問診療や訪問看護や訪問介護、生活支援サービスなど在宅サービスの増加も見込む必要がある。

【参考①: 第6期介護保険事業計画(2015~2017年度)で見込むサービス計画量】※「入院からの移行分」は反映されていない。

サービス名(施設サービス)	2014年度(H26年度)	2017年度(H29年度)	2020年度(H32年度)	2025年度(H37年度)
介護老人福祉施設	752 (100)	752 (100)	752 (100)	752 (100)
介護老人保健施設	683 (100)	683 (100)	683 (100)	683 (100)
介護療養型医療施設	312 (100)	312 (100)	312 (100)	312 (100)

サービス名(居宅サービス)	2014年度(H26年度)	2017年度(H29年度)	2020年度(H32年度)	2025年度(H37年度)
訪問介護	439,680 (100)	553,872 (126)	608,220 (138)	649,908 (148)
訪問看護	42,096 (100)	56,532 (134)	66,732 (159)	78,240 (186)
通所介護	312,768 (100)	397,872 (127)	428,160 (137)	447,384 (143)
通所リハビリテーション	182,400 (100)	226,116 (124)	241,668 (132)	252,408 (138)

サービス名(地域密着型サービス)	単位	2014年度(H26年度)	2017年度(H29年度)	2020年度(H32年度)	2025年度(H37年度)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人/年	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
小規模多機能型居宅介護	人/月	77 (100)	159 (206)	185 (240)	188 (244)
認知症対応型共同生活介護	人/月	387 (100)	408 (105)	418 (108)	429 (111)
地域密着型介護老人福祉施設(入所者生活介護)	定員	106 (100)	173 (163)	173 (163)	173 (163)

【参考②: 第2期熊本県高齢者居住安定確保計画(2015~2020年度)の供給の目標】

	2014年度(H26年度)	2020年度(H32年度)
高齢者向け住まいの供給数	1,107人	約2,350人

※高齢者向け住まいは、高齢者居宅生活支援体制(保健医療サービスや福祉サービスを提供する体制)が確保された賃貸住宅等。

患者流出数調整の必要性

■地域医療構想策定ガイドラインにおける考え方(P21~P23)

① 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数(構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数)の増減を見込む必要がある。

② その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため~(中略)~、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当である。

《例》 ※第1回熊本県地域医療構想検討専門委員会・各地域医療構想検討専門部会における資料2・20ページで提示したもの
平成37年(2025年) (A構想区域の急性期の例)

2025年における	2025年における医療供給(医療提供体制)		
	医療需要	現状	あるべき姿
	(A構想区域に居住する患者の医療需要)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの※	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの(①)
高度急性期		2,176-100	2,176-80
急性期	2,176	▲100	▲80
回復期		2,076	2,096
慢性期			78%
			必要病床数 2,096÷78%

①(流出)>②(流入)=マイナス
①(流出)<②(流入)=プラス
⇒ここでは①>②の場合で▲100と例示

⇒ここでは、A構想区域における流出を20抑制する(供給を20増やす)場合を例示。その場合、他の構想区域の供給を20減する必要。

厚生労働省が提示した県間調整方法（主なポイント）

《平成27年9月18日付け地域医療計画課長通知に基づくもの（H27.10.1情報提供メールで報告済み）》

- ① 必要病床数の推計においては、**患者住所地の医療需要（⇒患者住所地ベース）を基本**として定める。
ただし、4機能別かつ二次医療圏別の2025年の流出入表（※次ページ掲載）において、流出又は流入している医療需要が**10人未満の場合は対象外**。
- ② 現状（医療機関所在地）の他都道府県の患者数を前提とした医療提供体制を維持（又は、一部維持）したいと考える都道府県（⇒流入都道府県）が、流入の相手都道府県（⇒流出都道府県）に対して協議を持ちかける。
一方、必要に応じて流出都道府県から流入都道府県に協議を持ちかけても良い。
- ③ 平成27年12月を期限に協議を行うこととし、期限までに**調整できない場合**には、調整の対象となっていた医療需要は、**医療機関所在地の医療需要（医療機関所在地ベース）**として算出する。
- ④ 当該都道府県の**合意により、上記によらず調整を行うことも差し支えない**。

10

他県の地域との2025年医療需要流出入者数推計

（単位：人/日）

地域	医療機能	他県		流出者数 ①	流入者数 ②	②-① 正：流入超過 ▲：流出超過	地域計
		他県	地域				
熊本	急性期	宮崎県	延岡西臼杵	0	14	14	51
	回復期	東京都	区西部	0	12	12	
		福岡県	有明	0	11	11	
		宮崎県	延岡西臼杵	0	14	14	
宇城	慢性期（特例）	宮崎県	延岡西臼杵	0	16	16	16
有明	高度急性期	福岡県	有明	17	0	▲ 17	▲ 222
	急性期			74	0	▲ 74	
	回復期			89	11	▲ 78	
	慢性期（特例）			96	43	▲ 53	
阿蘇	慢性期（特例）	宮崎県	延岡西臼杵	0	14	14	14
芦北	急性期	鹿児島県	出水	0	20	20	42
	回復期			0	22	22	

・他県から本県への流入超過・・・熊本、宇城、阿蘇、芦北
 ・本県から他県への流出超過・・・有明

11

県内の地域間における2025年医療需要流入者数推計

(単位:人/日)

地域	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		地域計
	流入者数-流出者数	対象地域数	流入者数-流出者数	対象地域数	流入者数-流出者数	対象地域数	流入者数-流出者数	対象地域数	
熊本	387	9	818	10	887	10	340	10	2,432
宇城	▲ 69	1	▲ 117	2	34	4	▲ 15	4	▲ 167
有明	▲ 38	1	▲ 94	2	▲ 33	2	▲ 159	3	▲ 324
鹿本	▲ 21	1	▲ 29	2	5	2	▲ 32	2	▲ 77
菊池	▲ 100	1	▲ 119	3	134	3	50	6	▲ 35
阿蘇	▲ 33	1	▲ 122	2	▲ 79	2	▲ 54	2	▲ 288
上益城	▲ 67	1	▲ 169	2	23	3	▲ 71	3	▲ 284
八代	▲ 17	1	▲ 13	2	▲ 2	3	▲ 122	4	▲ 154
芦北	0	0	▲ 40	2	▲ 35	2	89	5	14
球磨	▲ 13	1	▲ 26	1	▲ 14	1	▲ 26	2	▲ 79
天草	▲ 29	1	▲ 89	2	▲ 55	2	▲ 5	1	▲ 178

※「流入者数-流出者数」が正の場合は流入超過、▲の場合は流出超過を表す。

- ・他地域から自地域への流入超過・・・熊本、芦北
- ・自地域から他地域への流出超過・・・宇城、有明、鹿本、菊池、阿蘇、上益城、八代、球磨、天草

12

患者流出入数の調整方針(案)について

1. 患者流出入数の調整は、**県間、県内ともに、すべての医療機能について「医療機関所在地の医療需要(医療機関所在地ベース)」**により行うこととしたい。

【理由】

- ① 患者のフリーアクセスを最重要視する観点から、**現在の受療行動を是認する「医療機関所在地ベース」**での設定が妥当と考えられる。
⇒ 医療資源に限りがある中で、今後の人口構造や疾病構造の変化等に対応した体制づくりを進めていくためには、新たな投資や追加的な経費をできるだけ抑制することが重要。このような点を踏まえれば、フリーアクセスを前提に構築されてきた現在の医療提供体制を基礎に、機能分化・連携の強化を図ることが大事ではないか。
また、これまでの地域専門部会における構想区域の設定に係る議論の中でも、現状をベースとして検討すべきとの意見が多く示されており、こうした意見とも整合的であると考えられる。
- ② **「患者住所地ベース」は患者の受療行動の変更を仮定するものとなるが、患者の受療行動を行政的な整理で変更させることはできない**、また、仮定を前提とすることは不確実な要素が増すため、**現実的ではない**と考えられる。

2. 県間の調整については、九州内の対象県と次により進めることで県専門委員会及び関係地域専門部会の了承を得たい。

(※九州内の対象県には、本県から調整期限を「平成28年3月末を目途」に延長するよう依頼し、各県から承諾を得ている。)

【①本県への流入超過分】

本県から宮崎県及び鹿児島県に対し、「医療機関所在地ベース」での協議を申し入れる。

【②本県からの流出超過分】

福岡県から本県に対して「医療機関所在地ベース」での協議が申し入れられた場合は、受諾する。

【東京都との調整(※区西部から熊本地域への流入:回復期12人/日)⇒完了済み:本県の医療需要として確保】

東京都に対しては、厚生労働省ルールで調整対象外となる10人未満と近似かつ遠隔地からの流入であることを踏まえ、本県から「医療機関所在地ベース」で協議を申し入れ、都から「同意する」との回答あり。

13

患者流出入数の調整方針（案）について

3. 県内の調整に関し、阿蘇地域については、「救急医療の再生」をテーマに取り組んだ「熊本県地域医療再生計画・阿蘇編（平成21～25年度）」に基づく「阿蘇医療センターの診療開始（H26.8.6）」という、推計の基礎となる2013（平成25）年以降での明らかな状況変化がある。

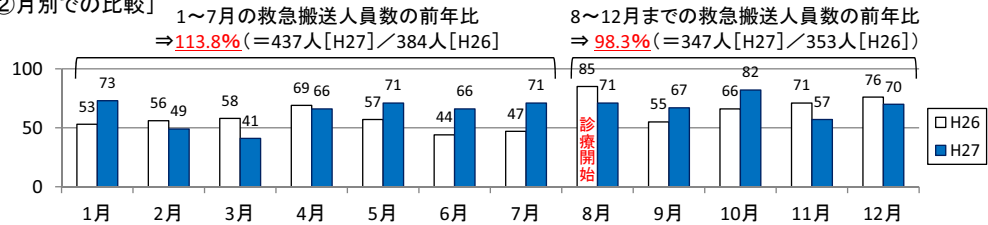
そのため、現時点で把握可能な阿蘇広域行政事務組合消防本部の『救急統計』における救急搬送人員数のデータを用いて、同センターの診療開始後約1年半に係る効果の確認を行った。

(1) 阿蘇医療センター（旧・阿蘇中央病院）への救急搬送人員数の変化

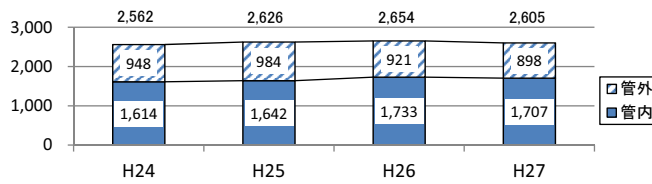
〔①年別での比較〕

年	搬送人員数
H24	709
H25	678
H26	737
H27	784
H27 = 784	
H24・H25平均 = 693.5	
= 113.0%	

〔②月別での比較〕



(2) 阿蘇広域行政事務組合消防本部管内の救急搬送人員数の変化



	H24・H25平均 ①	H27 ②	②/①
管内搬送	1,628	1,707	104.9%
管外搬送	966	898	93.0%
計	2,594	2,605	100.4%

※同『救急統計』では、搬送先が次のとおり整理されている。
 ・管内：阿蘇中央病院、小国公立病院、阿蘇立野病院、阿蘇温泉病院、その他の病院
 ・管外：熊本赤十字病院、済生会熊本病院、熊本セントラル病院、その他の病院
 なお、「その他」として防災消防ヘリ、ドクターヘリ、ドクターカーの実績もあるが、搬送先が不明のため、本算定には含めていない。

(1)から阿蘇医療センターへの搬送人員数が約13%増、(2)から管内の搬送人員数全体に変化がない中で管内搬送分が約5%増となったことを確認した。ただし、活用可能なデータがまだ限られており、その他のデータを含めた継続的な確認と検証が必要と考えられるため、今回の調整には適用しない。