

# 第1部 総論

## 第1章 地域医療構想の基本的事項

### 1 地域医療構想の位置づけ

三重県地域医療構想は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画の一部として策定されるものです。

### 2 策定の趣旨

#### ～病床機能報告制度と将来的な医療ニーズに基づく医療提供体制の構築～

少子高齢化等の社会情勢の変化を背景に、医療や介護、年金、子育てなどの社会保障を充実・安定化させるため、平成24（2012）年2月、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定されました。これに基づき、同年8月に社会保障制度改革推進法が成立し、社会保障制度改革国民会議が設置されました。国民会議は、20回に及ぶ議論を経て、平成25（2013）年8月、報告書を取りまとめました。

この報告書では、「高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ必要とされる医療の内容は、『病院完結型』から、地域全体で治し、支える『地域完結型』に変わらざるを得ない」との認識が示され、その具体的な方策として、病床機能報告制度により把握される医療機能の現状や、将来的な医療ニーズをふまえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療構想を都道府県が策定することが提言されました。

こうした地域医療構想による新たな医療提供体制の構築は、平成26（2014）年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）によって黎明期を迎えることとなりました。

本県においても、団塊の世代が75歳以上を迎える平成37（2025）年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するため、国の「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）を参考にしつつ、三重県地域医療構想を策定します。

### 3 策定の基本的な考え方

本県の特性・実情に応じた地域医療構想とするため、以下の考え方に沿って策定を進めました。

#### （1）客観的データの提示

地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握・分析を行うため、レセプトデータや、DPCデータ等に基づく誰もが納得できる明確なデータを収集・共有し、議論を進める。

## (2) 策定プロセスの重視

地域医療構想の実効性を高めるため、策定段階から地域の医療関係者や保険者、市町等で構成する地域医療構想調整会議を地域ごとに設置する。

## (3) 医療介護総合確保方針等との整合性の確保

医療介護総合確保推進法に定める総合確保方針をふまえ、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を視野に入れつつ議論を進める。

また、三重県保健医療計画（第5次改訂）や、みえ高齢者・元気かがやきプラン（第6期三重県介護保険事業支援計画および第7次三重県高齢者福祉計画）等との整合性を図るとともに、新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月31日付け総財準第59号総務省自治財政局長通知）等にも配慮し、策定する。

地域医療構想の記載事項の一つに平成37（2025）年の医療需要推計に対する必要病床数があります。この必要病床数は、厚生労働省が提示した地域医療構想策定支援ツールにより算出することができますが、現時点での病床数と比較すると少ない状況であったことから、今後、病床削減が進められ、結果として患者の受入先がなくなるのではないかと懸念が県内の医療関係者等より示されました。

このため、本県では以下の方針に基づき、地域医療構想を策定していくこととしました。

- ①地域医療構想調整会議においては、地域の関係者による丁寧な議論に努め、その結果を最大限に尊重すること。
- ②平成37（2025）年の医療需要の推計値は、将来人口推計等を基に医療法施行規則の計算式により算出されたことから、目安として受け止める必要があるものの、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先して進めていくこと。
- ③病床削減ありきで議論を進めるものではないこと。
- ④未稼働病床についてはその理由を丁寧に聞いた上で、特段の理由が無いと判断された場合は削減の対象としていくこと。

## 4 構想区域

地域医療構想の検討を行うため、まず構想区域の設定を行う必要があります。

構想区域とは、人口構造の変化や医療提供施設等の配置状況の見通し等を考慮して、一体の区域として地域における医療機能の分化・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です。

また、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインにおいて、構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、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の変化など、将来における要素を勘案して検討する必要があるとされています。

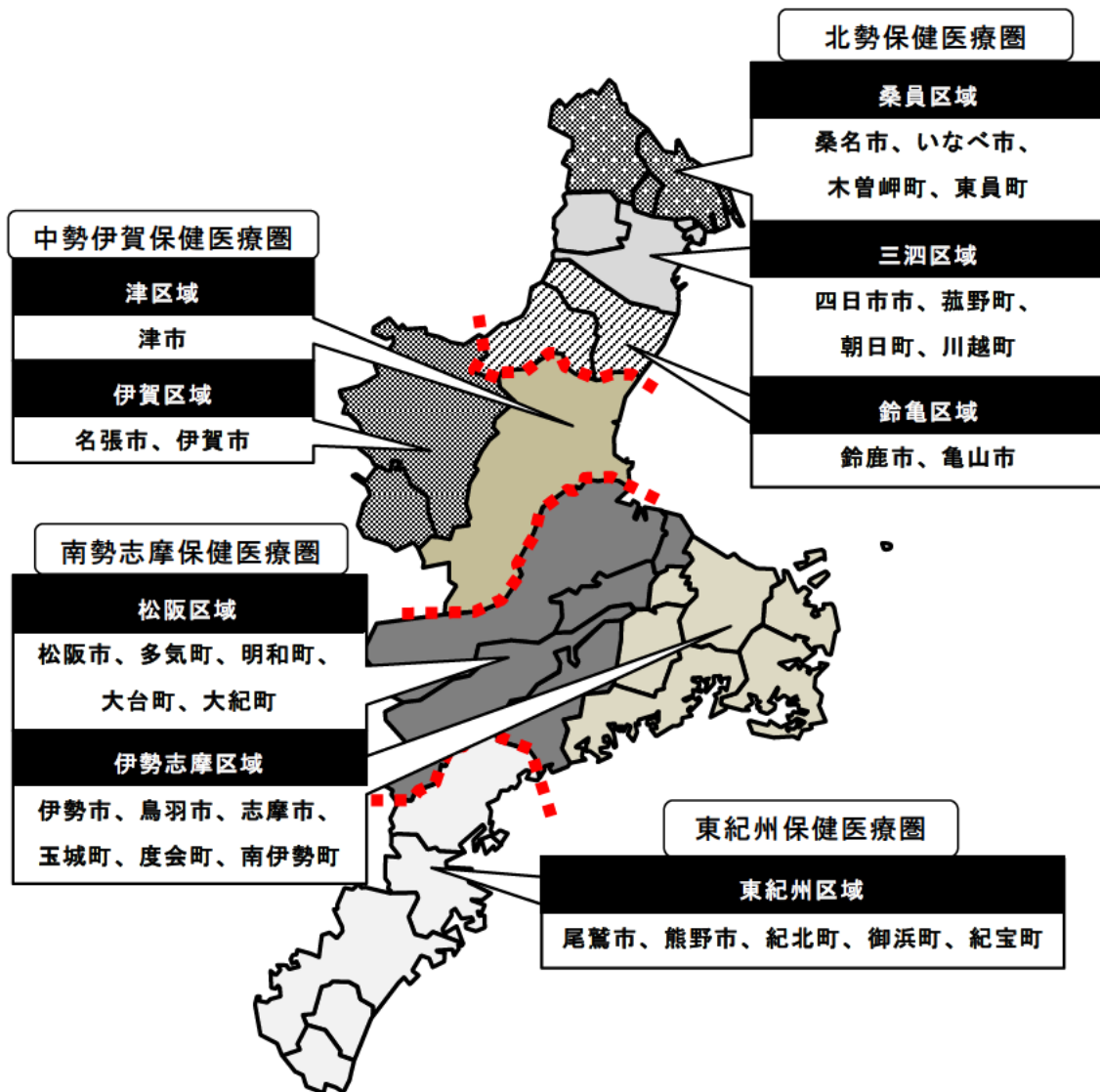
患者の病態に応じた医療機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）との関係については、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要とな

るため、必ずしも当該区域で完結することを求めるものではありませんが、急性期、回復期および慢性期については、できるだけ区域内で対応することが望ましいとなっています。

本県においては、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、現行の二次保健医療圏（北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州）をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定します。

このことにより、よりきめ細かな議論が可能となると考えるものです。

図表 1-1 構想区域



図表 1-2 構想区域ごとの地域の状況

二次保健医療圏	構想区域	構成市町	人口	面積 km <sup>2</sup>	既存病床数	人口千人あたり病床数	主な医療提供体制	基準病床数	既存病床数との差
北勢	桑員	桑名市 いなべ市 木曽町	218,091	395	1,827	8.38	(救急医療) ○病院群輪番制参加病院 (桑名東医療センター、桑名西医療センター、厚生連いなべ総合病院、青木記念病院、ヨナハ総合病院、もりえい病院) (がん対策) □がん診療連携推進病院 (桑名西医療センター、厚生連いなべ総合病院)	5,542	651
	三四	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	371,319	328	2,761	7.44	(救急医療) ◎三次救急医療機関 (市立四日市病院、県立総合医療センター) ○病院群輪番制参加病院 (市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、厚生連菰野厚生病院) (がん対策) ☆がん診療連携推進拠点病院 (県立総合医療センター) □がん診療連携推進病院 (市立四日市病院、四日市羽津医療センター) (地域医療支援病院) ○市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター		
	鈴亀	鈴鹿市 亀山市	247,697	386	1,605	6.48	(救急医療) ○病院群輪番制参加病院 (厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院、亀山市立医療センター) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院 (厚生連鈴鹿中央総合病院) □がん診療連携推進病院 (鈴鹿回生病院) (地域医療支援病院) ○厚生連鈴鹿中央総合病院		
中勢伊賀	津	津市	280,647	711	3,460	12.33	(救急医療) ◎三次救急医療機関 (三重大学医学部附属病院) ○病院群輪番制参加病院 (三重大学医学部附属病院、三重中央医療センター、遠山病院、永井病院、榊原温泉病院、津生協病院、武内病院、大門病院、岩崎病院、吉田クリニック) (がん対策) ◎県がん診療連携拠点病院 (三重大学医学部附属病院) (特定機能病院) ○三重大学医学部附属病院 (地域医療支援病院) ○三重中央医療センター	3,796	685
	伊賀サブ	伊賀市 名張市 伊賀市	171,538	688	1,021	5.95	(救急医療) ○病院群輪番制参加病院 (岡波総合病院、上野総合市民病院、名張市立病院) (がん対策) □がん診療連携推進病院 (上野総合市民病院) (地域医療支援病院) ○岡波総合病院、上野総合市民病院、名張市立病院		
南勢志摩	松阪	松阪市 多気町 明和町 大紀町	222,537	1,364	2,155	9.68	(救急医療) ○病院群輪番制参加病院 (松阪地区 (大紀町を除く) : 厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院 (厚生連松阪中央総合病院) □がん診療連携推進病院 (済生会松阪総合病院、松阪市民病院) (地域医療支援病院) ○厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院	3,510	581
	伊勢志摩サブ	伊勢市 市羽市 志摩市 志摩市 玉城町 南伊勢町	235,157	912	1,936	8.23	(救急医療) ◎三次救急医療機関 (伊勢赤十字病院) ○病院群輪番制参加病院 (伊勢地区 (大紀町を含む) : 伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院) (志摩地区 : 県立志摩病院) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院 (伊勢赤十字病院) □がん診療連携推進病院 (市立伊勢総合病院) (地域医療支援病院) ○伊勢赤十字病院		
東紀州	東紀州	尾鷲市 熊野市 紀北町 紀御宝町	73,505	990	851	11.58	(救急医療) ○病院群輪番制参加病院 (尾鷲地区 : 尾鷲総合病院) (熊野地区 : 紀南病院) (がん対策) □がん診療連携推進病院 (尾鷲総合病院)	764	87
三重県計			1,820,491	5,774	15,616	8.58		13,612	2,004

※既存病床数は、平成 28 年 10 月 1 日現在の数値 (一般病床および療養病床) です。  
 出典 : 人口は「平成 26 年三重県の人口動態」、面積は「平成 28 年刊三重県統計書」

## 5 策定体制等

三重県地域医療構想を策定する会議体は、三重県医療審議会と、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議を基本とします。

地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14の規定に基づく協議の場とし、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院代表、保険者、市町、住民等で構成しています。

また、地域医療構想調整会議では、地域医療構想の策定後も、地域の医療提供体制の状態をレビューし、フォローアップしていくことにより、より自律的に地域全体の医療機能を高めることをめざすとともに、地域医療提供体制の整備にかかる一貫した協議を行っていきます。さらに、地域の声を丁寧に拾いながら意見集約し、国の制度や県の方針に反映させていくこととします。

なお、地域医療構想調整会議は、隣接する構想区域等の地域医療構想調整会議との合同開催や、参加者を限定した形での開催など、地域にねざした柔軟な運用を行うこととします。

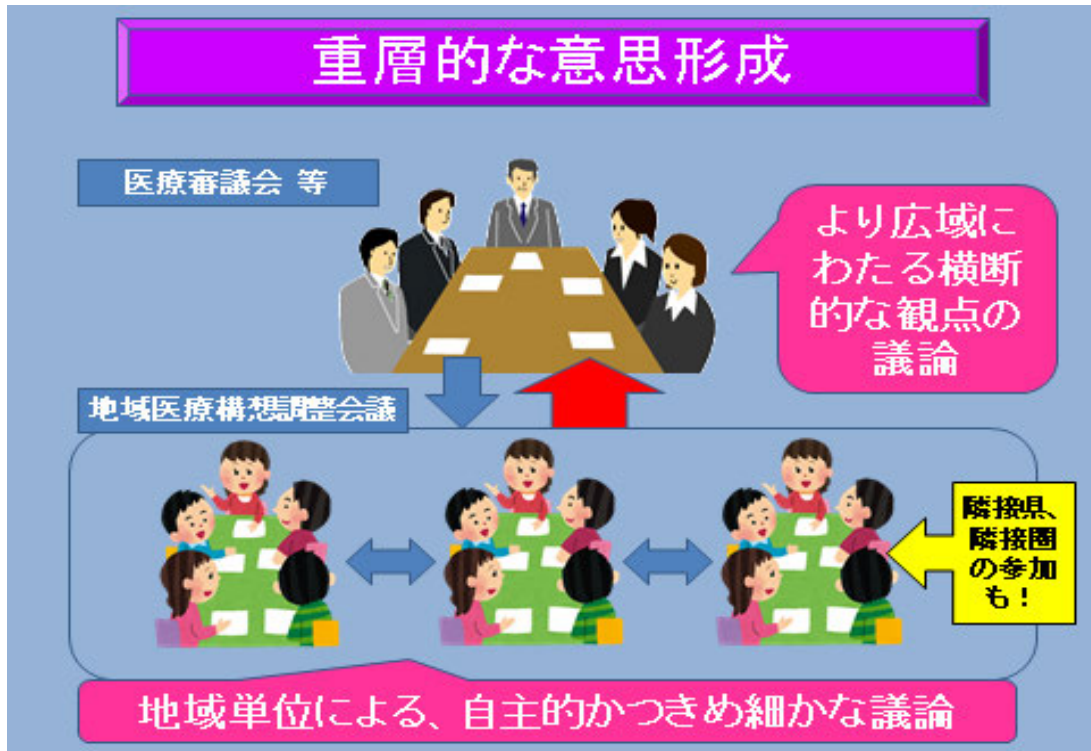
地域医療提供体制の整備をめぐるこれまでの議論は、三重県医療審議会や有識者会議等において個別に行われてきましたが、地域医療構想調整会議の設置により、地域単位から県単位にわたる重層的な意思形成の仕組みを構築します。

具体的には、地域医療構想調整会議の議論に加え、より高度な救急医療や周産期医療といった構想区域の枠を越える広域の医療提供体制、全県的な体制整備支援を必要とする在宅医療体制、本県の医療提供体制の課題である医療従事者の確保といった事項については、構想区域に留まらない議論が必要であることから、三重県医療審議会、関係部会、各種の懇話会および検討会において議論を進めていくこととします。

以上により、地域医療構想調整会議における地域単位の議論と、より広域にわたる横断的な観点の議論とが同時並行で進められることとなります。

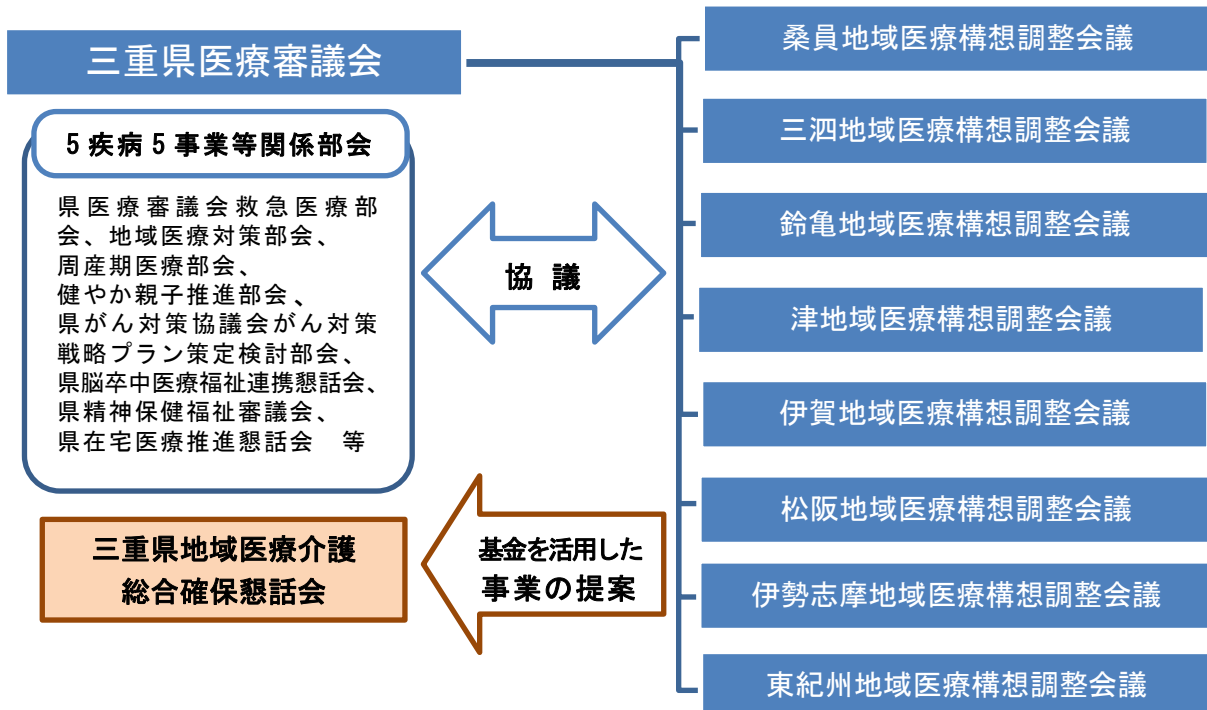
この結果、双方の検討結果を共有し、今後の方策について相互に提案を行うこと等により、地域医療構想の達成に向けた効果的な取組を促すことが可能となります。

図表 1-3 地域医療構想にかかる意思形成の仕組み



さらに、医療・介護の関係者等で構成する三重県地域医療介護総合確保懇話会では、地域医療介護総合確保基金を活用した病床の機能分化・連携等を推進する仕組みや、地域医療構想の実現に向けて必要となる施策の方針等の検討を行っていくこととします。

図表 1-4 地域医療構想の策定体制



## 第2章 三重県における医療政策の基本方針

### 1 医療の現状と課題

三重県保健医療計画（第5次改訂）でも示されているとおり、人口動態をはじめ本県の健康関連指標の値は、一部を除き全国平均値の前後またはそれよりもやや良い状態に位置しています。

このため、本県においては、引き続き医療の質の確保・向上をめざしていくとともに、今後は、がんをはじめとする生活習慣病の予防対策に注力していくことが必要です。

医療は、地域において安心して暮らすために不可欠なインフラであると考えられます。また、国民皆保険制度のもと、居住地にかかわらず公平な医療サービスの提供が求められます。このような中で本県については、医師、看護職員といった医療従事者が不足しているという大きな課題があります。

さらに、前述したとおり本県は南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在します。このため、医療資源についても分散配置せざるを得ないとともに、最南部に位置する東紀州区域や内陸部に位置する伊賀区域では医療従事者が特に不足するという地域偏在の問題があります。

加えて、県南部については高齢化率が高く、脳血管疾患や急性心筋梗塞といった急性期疾患による死亡率も比較的高い傾向にあることから、当該区域における救急医療体制の確保は重要な課題となっています。

医療機能の分化・連携に関しては、本県では一般病床を有する病院の分布にも偏在がみられます。例えば、津区域など県中部では100～200床程度の中小規模の医療機関が多いことから、区域において優先して取り組むべき課題を議論するなど、病床の機能分化・連携を一層進めていくことが重要となります。

また、急性期を脱した患者の社会復帰に向けて必要となる回復期病床や、在宅医療といった後方の受け皿は十分とはいえず、これらの体制整備は全県的に急務となっています。

今後、医療・介護ニーズを併せ持つ慢性疾患、認知症等の高齢者がますます増加することが見込まれており、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、在宅医療・介護の連携を推進し、区域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が必要となっています。

### 2 医療政策の基本方針

本県においては医療従事者の確保が極めて重大な課題であることから、これまでの施策に加えて医療従事者の県内定着を図る取組を全県的に進めていきます。求められる医療が多様化していく中で、各人がめざす専門性を高められるよう、そのキャリアアップを支援することや、医療従事者に占める女性の割合が高いことから、女性が働きやすい職場環境を整備するといった視点が重要といえます。特に看護職員については、県内学校養成所卒業者の県内定着や離職者の復職支援に重点を置くことが必要です。

また、地域で安心して暮らすことができるよう、いざという場合の救急医療体制の充実を図ることが求められます。このためには、人材の確保はもとより、必要に応じて集約化を進める等の医療機関の体制整備、救急搬送時間の短縮を図るための救急搬送体制や搬送と医療機関との連携システムの整備、不要不急の受療行動を減らすための普及啓発活動といった取組をパッケージで進めていくことが必要です。

さらに、急性期を脱した後の医療（回復期、慢性期）にかかる医療機能の分化・連携を進めながら、各区域で在宅医療体制を整備しつつ、地域包括ケアシステムを構築していくことが重要となっています。

以上のような県全体の取組と並行して、以下の3つの視点に基づき、各区域におけるあるべき医療提供体制を構築していきます。

- 医療機能の分化・連携により、患者の早期の社会復帰を図る。
- 地域で提供している医療について、患者・住民にわかりやすく伝える。
- 安心して暮らすことができる地域づくり、まちづくりに貢献する。

#### 〔医療機能の分化・連携〕

地域医療構想は、将来の医療需要をふまえた医療機能の分化・連携を一層進めることを目的としています。

これは、患者の状態に応じた効率的な医療を提供することによって、できる限り早期に住み慣れた地域・社会に復帰していただくとするものです。具体的には、一般病床および療養病床を4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に区分し、それぞれの機能に応じた医療従事者や資源の確保に取り組みます。

このことによって、患者の入院（受療開始）から退院（社会復帰）までの一連の過程における医療従事者の専門分化が進み、業務の習熟度が高まることで、機能ごとの課題の発見および解決が容易となり、全体的な医療の効率化が進むことが期待されます。

また、効率化を追求する一方で、医療安全の確保を図ることが重要であり、併せて必要な体制整備を進めることとします。

なお、医療機能の分化・連携を促進する手法の一つとして、必要に応じて、平成27（2015）年9月に成立した改正医療法によって創設された地域医療連携推進法人制度の活用も検討していきます。

#### 〔情報発信〕

医療ネットみえや病床機能報告制度等により、それぞれの医療機関が果たしている機能が明確になり、地域の患者や住民の受療行動がよりの確なものになることが期待されます。具体的には様々な医療サービスについて、それぞれの医療機関で受けることができるかイメージしやすくなります。

このことにより、患者・家族において、病院紹介や転院・転棟等に対する理解が深まり、次の展開に備えた心構えができるとともに、身近な環境で療養を行うことについて、より主体的に捉えていくことが可能となります。このためには、地域医



療構想をできる限りわかりやすく地域の住民に伝えていくことはもとより、医療ネットワークみえ等で得られた医療機関の情報に加えて、疾病や治療に関する一般的な情報をできる限り提供し、患者・住民がこれらを知る機会が得られるよう環境整備を進めていくことが重要です。

### 〔地域づくり、まちづくり〕

医療提供体制が適切に構築されることにより、地域で安心して暮らすことが可能となります。平成 26（2014）年 11 月に「まち・ひと・しごと創生法」が成立し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、豊かな生活を安心して営む地域社会の形成や就業機会の創出を推進することとされました。

本県においても、「三重県まち・ひと・しごと創生総合戦略」を平成 27（2015）年 10 月に策定し、少子化対策、産業振興、就労支援といった各種の施策を拡充・推進していくこととしていますが、医療提供体制の構築が地域社会の形成に寄与する側面も大いにあると考えられます。他の施策と連携しつつ、地方創生の観点からその充実を図ることが求められています。

具体的には、アクセス面をより重視し、医療施設をできる限りまちの中心部や公共交通機関の周辺に集約化していくことが想定されます。また、高齢者の夫婦世帯、単身世帯が増えていく中で、住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供も必要となります。このように、市場原理のみで医療施設の立地を検討するのではなく、地域づくり、まちづくりの一環として各地域の関係者による議論を経て、より効果的な形で医療提供体制の整備を進めていくことが重要です。

また、医療分野に留まらず、介護分野においても、要介護高齢者の居宅での生活を支える介護サービスの提供体制の整備や、居宅での生活が困難となった場合に備え、施設・居住系サービスの提供体制の整備を促進し、医療・介護が身近に感じられるようなまちづくりを進めていくことが必要です。その際、入居者・利用者へのサービスを適切なものにしていくことが重要です。

### 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計

#### 1 医療需要および必要病床数の推計方法

##### (1) 医療需要の推計方法

医療法施行規則（昭和23年11月5日厚生省令第50号）に定められた計算式により、8つの構想区域ごとに平成37（2025）年の医療機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期・在宅医療等）の医療需要等を推計しています。

##### ① 高度急性期・急性期・回復期機能の医療需要推計方法

医療需要は、平成25（2013）年度のNDB（National Database）のレセプトデータおよびDPCデータに基づき、医療機能の区分ごとに、性・年齢階級別の入院受療率を算定し、その結果に平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計します。なお、平成37（2025）年の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月中位推計）』を用います。

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

各医療機能（高度急性期、急性期、回復期）の医療需要を推計するにあたっては、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で3,000点（C1）、600点（C2）、175点（C3）を境界点として推計します。その際、入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部は含まないものとします。

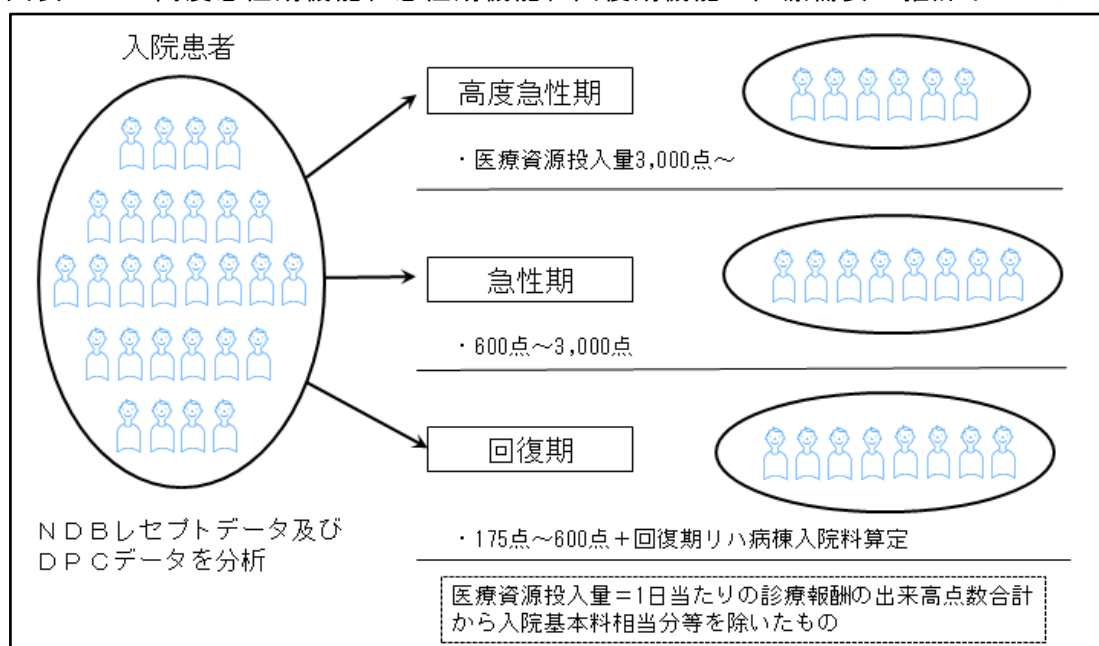
図表1-5 病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
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医療（一般病棟等で実施する医療も含む）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
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、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
※	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 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、在宅医療等の患者数として推計する。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」

図表 1-6 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ



## ② 慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

将来の慢性期機能および在宅医療等の医療需要を推計するために、次の5つを合計します。

### ○一般病床の障害者数・難病患者数

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および特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。

### ○療養病床の入院患者数

療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等に対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能および在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。

### ○一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量175点未満の患者数

一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計する。

### ○在宅患者訪問診療料を算定している患者数

平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

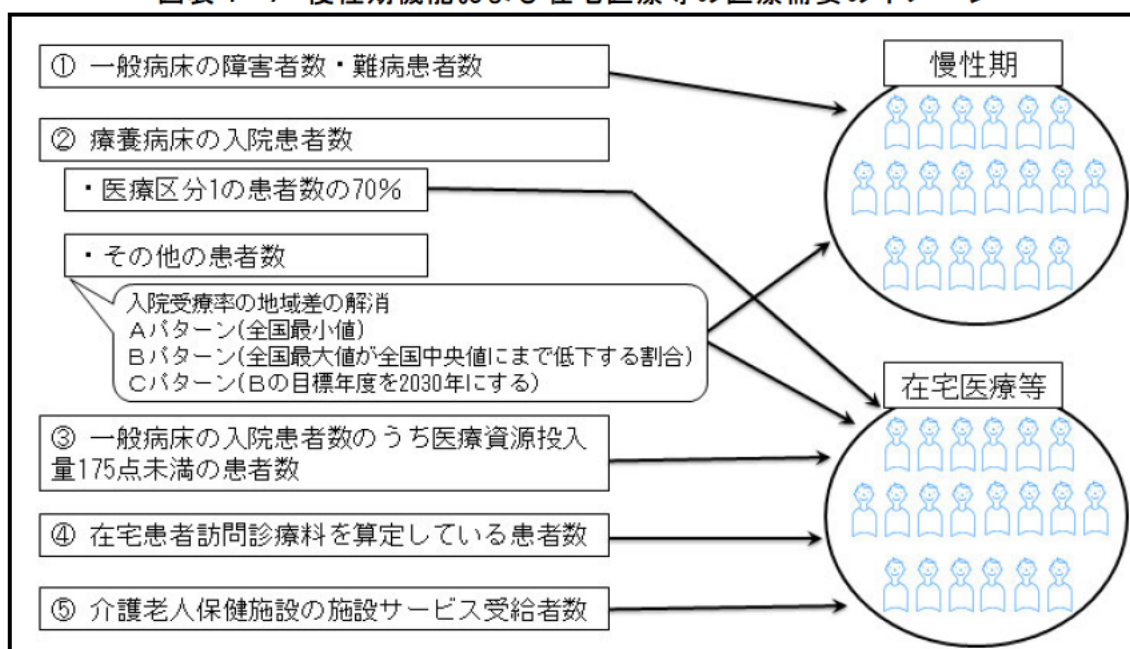
## ○介護老人保健施設の施設サービス受給者数

平成 25 (2013) 年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 (2025) 年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

### ※在宅医療等とは

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しています。

図表 1-7 慢性期機能および在宅医療等の医療需要のイメージ

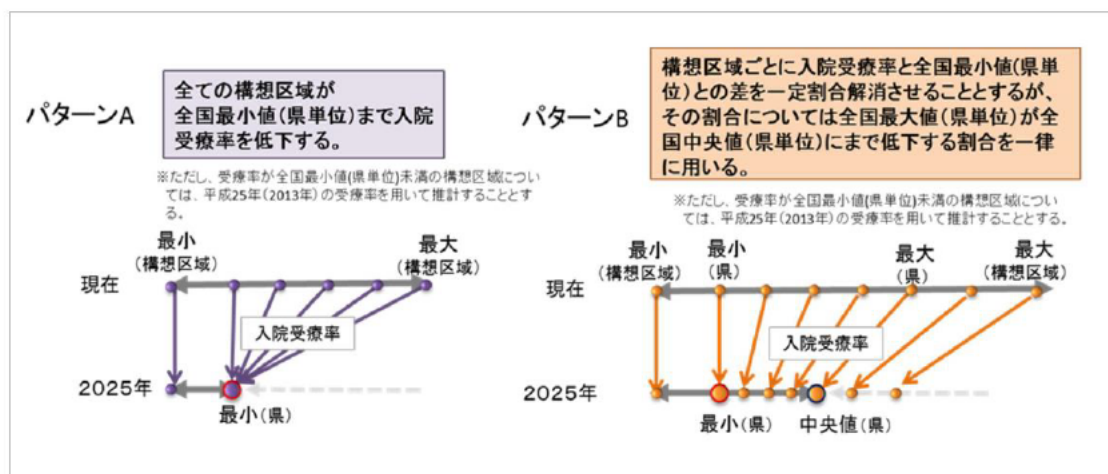


※入院受療率の地域差の解消にあたっては、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位で比較した場合の値。（以下「県単位」という。））にまで低下させる。

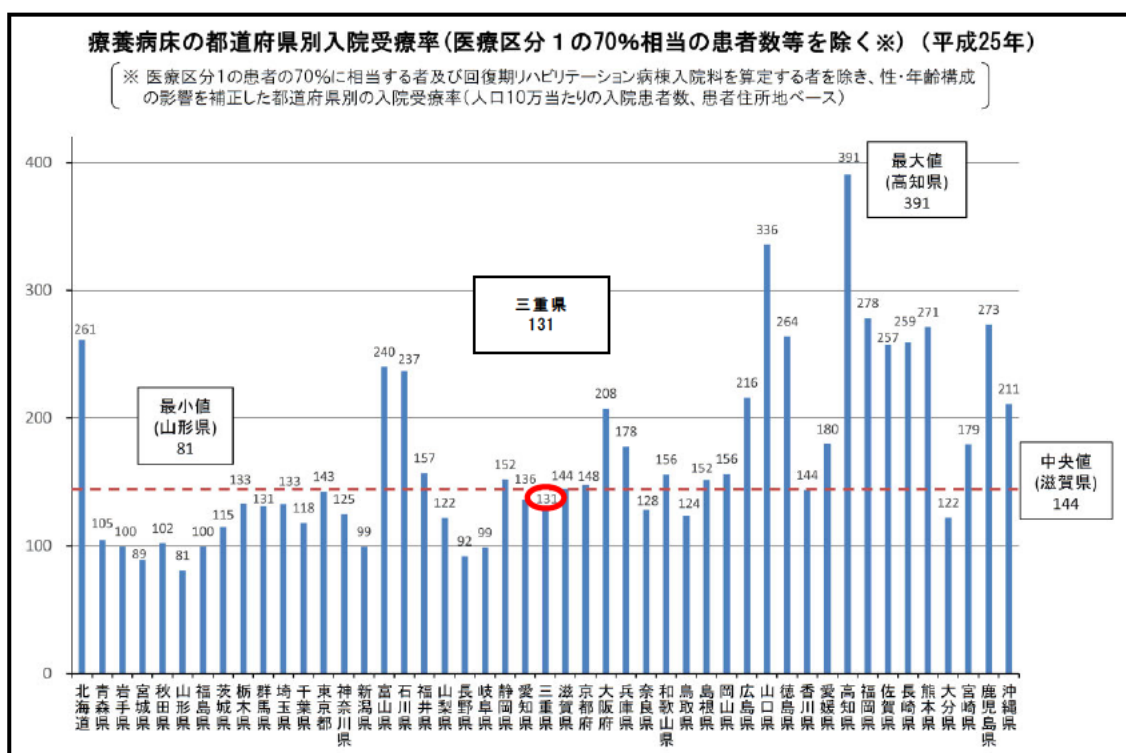
パターンB：構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

図表 1-8 入院受療率の地域差の解消目標



出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」

図表 1-9 療養病床の都道府県別入院受療率



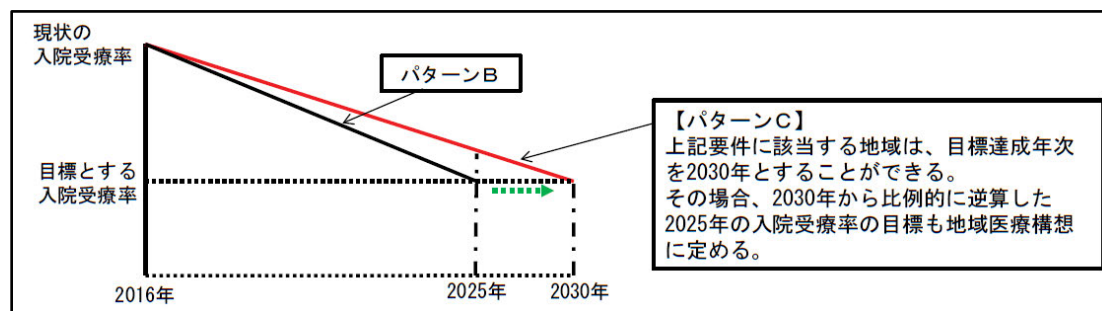
出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会  
 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」

以下の要件に該当する構想区域については、目標の達成年次を平成 37(2025)年から平成 42(2030)年とする(パターンC)ことができます。

(要件)

- パターン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。
- 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均より大きい。

図表 1-10 目標達成年次を 2030 年とする場合の必要病床数の考え方



出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会  
「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告」

当県においては、東紀州区域が上記要件に該当することから、パターン C として医療需要を推計することとし、他の区域はパターン B として推計します。

## (2) 必要病床数の推計方法

上記により推計した医療機能区分別の医療需要を、病床稼働率で割り戻した数を必要病床数とします。

病床稼働率：高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%

## 2 患者流出入の状況

現在の医療提供体制が今後も継続した場合における平成 37 (2025) 年患者流出入の状況は図表 1-11、図表 1-12 および図表 1-13 のとおりです。

高度急性期では、津区域において大きく流入超過となっています。一方、桑員、鈴亀、伊賀および東紀州区域で大きく流出超過となっています。

急性期では、津区域のみが流入超過となっており、他の区域では、桑員、鈴亀、伊賀および東紀州区域において大きく流出超過となっています。

回復期では、津区域で大きく流入超過であり、三泗および松阪区域でも流入超過となっています。一方、桑員、鈴亀、伊賀、伊勢志摩および東紀州区域で流出超過となっています。

慢性期では、鈴亀および津区域で大きく流入超過であり、桑員区域でも流入超過となっています。一方、三泗、伊賀、松阪、伊勢志摩および東紀州区域で流出超過となっています。

図表 1-11 現在の医療提供体制が今後も継続した場合における 2025 年の流出入状況

(単位:人/日)

高度急性期機能		医療機関所在地											流出合計	流出率
		自 県								他 県				
		桑員	三 泗	鈴 亀	津	伊 賀	松 阪	伊 勢 志 摩	東 紀 州	愛 知 県 (海 部)	愛 知 県 (名古屋・ 尾張中部)			
患者 住所 地	桑員	73.0	18.0	*	*	*	*	*	*	20.4	13.8	62.7	46.2%	
	三泗	*	174.6	*	*	*	*	*	*	*	10.6	43.0	19.8%	
	鈴亀	*	21.1	94.6	21.9	*	*	*	*	*	*	51.2	35.1%	
	津	*	*	*	147.3	*	12.7	*	*	*	*	34.6	19.0%	
	伊賀	*	*	*	17.4	52.5	*	*	*	*	*	46.6	47.0%	
	松阪	*	*	*	18.3	*	134.1	10.8	*	*	*	35.0	20.7%	
	伊勢志摩	*	*	*	*	*	10.2	139.5	*	*	*	21.1	13.1%	
	東紀州	*	*	*	*	*	*	*	20.3	*	*	26.8	56.9%	
	流入合計	12.7	49.7	18.9	88.0	5.5	32.4	22.7	1.5					
	流入率	14.8%	22.2%	16.7%	37.4%	9.5%	19.5%	14.0%	6.9%					

注)「\*」は、10人/日未満の値のため非公表

(単位:人/日)

急性期機能		医療機関所在地													流出合計	流出率
		自 県								他 県						
		桑員	三 泗	鈴 亀	津	伊 賀	松 阪	伊 勢 志 摩	東 紀 州	愛 知 県 (海 部)	愛 知 県 (名古屋・ 尾張中部)	奈良県 (奈良)	和歌山県 (新宮)			
患者 住所 地	桑員	334.7	34.0	*	*	*	*	*	*	46.1	30.8	*	0.0	135.9	28.9%	
	三泗	36.8	467.6	14.9	22.0	*	*	*	*	*	20.7	*	*	112.4	19.4%	
	鈴亀	*	44.9	354.9	59.6	*	*	*	*	*	*	*	*	121.7	25.5%	
	津	*	*	24.5	499.2	*	26.5	*	*	*	*	*	*	81.4	14.0%	
	伊賀	*	*	*	47.5	203.5	*	*	*	*	*	19.0	*	125.3	38.1%	
	松阪	*	*	*	47.8	*	421.6	20.8	*	*	*	*	*	82.9	16.4%	
	伊勢志摩	*	*	*	15.6	*	28.8	373.3	*	*	*	*	0.0	59.6	13.8%	
	東紀州	*	*	*	11.5	*	13.8	*	90.4	*	*	*	18.0	64.0	41.5%	
	流入合計	52.7	98.1	57.7	229.2	17.6	78.1	37.4	4.8							
	流入率	13.6%	17.3%	14.0%	31.5%	8.0%	15.6%	9.1%	5.0%							

注)「\*」は、10人/日未満の値のため非公表

(単位:人/日)

回復期機能		医療機関所在地														流出合計	流出率	
		自 県								他 県								
		桑員	三 泗	鈴 亀	津	伊 賀	松 阪	伊 勢 志 摩	東 紀 州	愛 知 県 (海 部)	愛 知 県 (名古屋・ 尾張中部)	滋賀県 (甲賀)	奈良県 (東和)	奈良県 (奈良)	和歌山県 (新宮)			
患者 住所 地	桑員	415.3	43.8	*	*	*	*	*	*	31.8	28.4	*	*	*	0.0	124.5	23.1%	
	三泗	42.4	674.3	17.8	17.4	*	*	*	*	*	18.1	*	*	*	*	110.8	14.1%	
	鈴亀	*	73.0	334.9	65.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	153.5	31.4%	
	津	*	11.2	21.6	635.9	*	21.9	*	*	*	*	0.0	*	*	*	83.2	11.6%	
	伊賀	*	*	*	49.5	223.5	*	*	*	*	*	15.1	10.1	16.5	0.0	137.3	38.1%	
	松阪	*	*	*	67.9	*	413.9	20.8	*	*	*	*	*	*	0.0	104.0	20.1%	
	伊勢志摩	*	*	*	23.8	*	110.5	367.5	*	*	*	0.0	*	*	0.0	152.2	29.3%	
	東紀州	*	*	*	16.6	*	11.5	*	120.9	*	*	*	*	*	*	19.3	72.4	37.4%
	流入合計	65.0	150.0	53.6	268.8	21.3	152.3	35.8	6.7									
	流入率	13.5%	18.2%	13.8%	29.7%	8.7%	26.9%	8.9%	5.3%									

注)「\*」は、10人/日未満の値のため非公表

(単位:人/日)

慢性期機能		医療機関所在地											流出合計	流出率
		自 県								他 県				
		桑員	三 泗	鈴 亀	津	伊 賀	松 阪	伊 勢 志 摩	東 紀 州	滋 賀 県 (甲 賀)	和 歌 山 県 (新 宮)			
患者 住所 地	桑員	243.8	16.6	33.1	*	0.0	*	*	*	*	0.0	75.1	23.5%	
	三泗	84.7	436.6	80.7	12.1	*	*	0.0	*	0.0	*	196.8	31.1%	
	鈴亀	*	40.7	262.6	61.4	*	*	0.0	*	0.0	0.0	124.0	32.1%	
	津	*	*	31.0	509.6	*	18.1	*	*	0.0	*	70.8	12.2%	
	伊賀	0.0	*	10.5	35.2	138.6	*	*	0.0	12.3	0.0	95.6	40.8%	
	松阪	0.0	*	13.1	97.1	*	227.0	33.1	15.0	0.0	0.0	168.2	42.6%	
	伊勢志摩	0.0	*	18.5	15.0	*	51.3	333.5	13.0	0.0	0.0	108.5	24.5%	
	東紀州	*	*	*	*	0.0	*	*	171.7	0.0	18.0	56.6	24.8%	
	他 県	20.3	0.0	*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	流入合計	138.6	83.4	273.0	243.1	29.0	82.6	36.2	33.2					
流入率	36.2%	16.0%	51.0%	32.3%	17.3%	26.7%	9.8%	16.2%						

注)「\*」は、10人/日未満の値のため非公表

(単位:人/日)

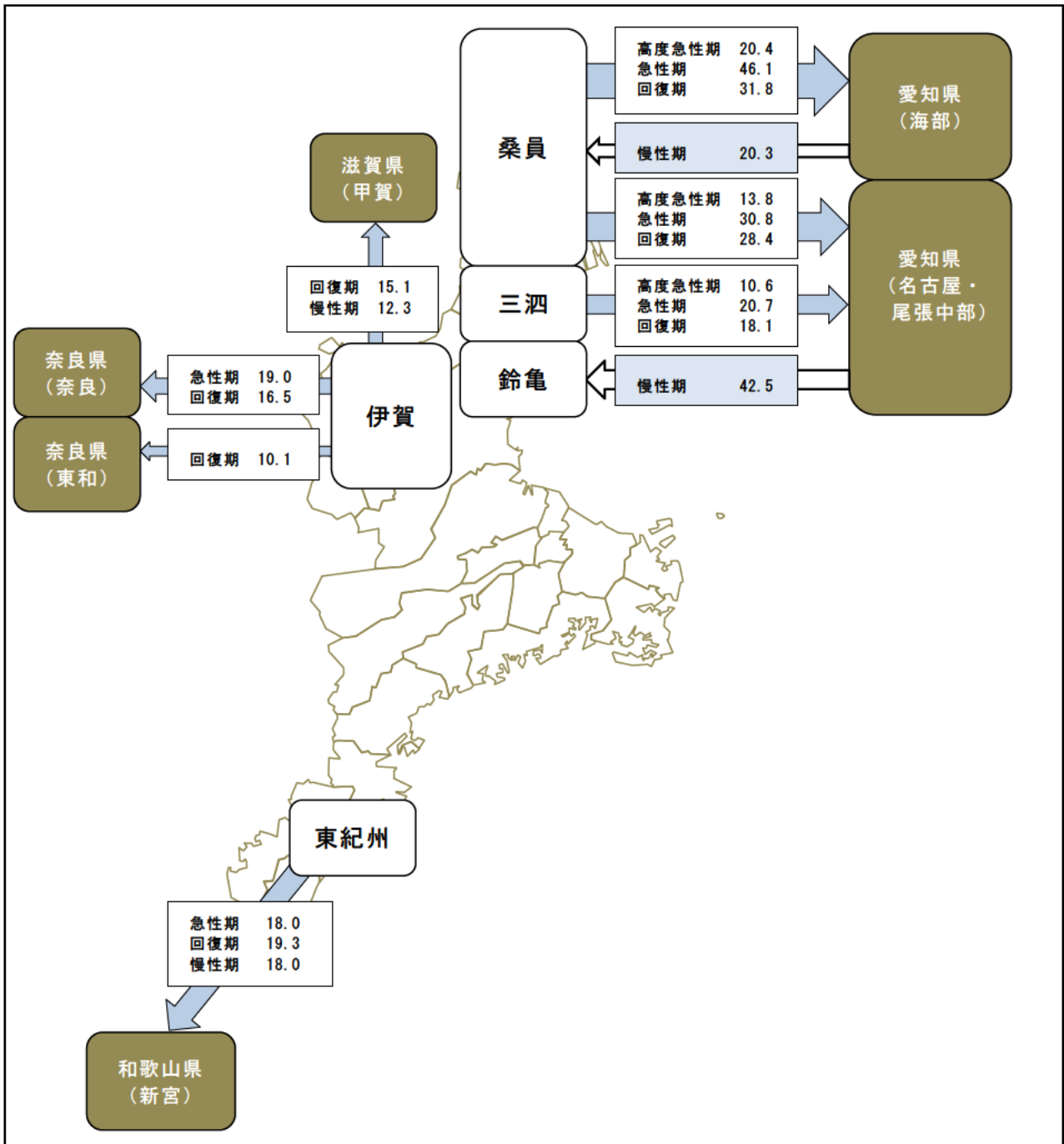
4医療機能合計		医療機関所在地																	流出合計	流出率	
		自 県									他 県										
		桑員	三 泗	鈴 亀	津	伊 賀	松 阪	伊 勢 志 摩	東 紀 州	愛 知 県 (海 部)	愛 知 県 (尾 張 東 部)	尾 張 中 部 (名 古 屋)	滋 賀 県 (甲 賀)	(大 阪 市)	(東 和)	奈 良 県 (中 和)	奈 良 県 (奈 良)	和 歌 山 県 (新 宮)			
患者 住所 地	桑員	1,066.8	112.5	38.1	19.4	*	*	*	*	101.5	11.7	76.6	*	*	0.0	*	*	0.0	398.2	27.2%	
	三泗	171.9	1,753.1	119.5	60.4	*	*	*	*	*	*	52.4	*	*	0.0	*	*	*	463.0	20.9%	
	鈴亀	10.3	179.7	1,047.0	207.9	*	*	*	*	*	*	17.0	*	*	*	*	*	*	450.4	30.1%	
	津	*	24.4	84.2	1,792.0	14.5	79.2	11.2	*	*	*	11.6	0.0	*	*	*	*	*	270.0	13.1%	
	伊賀	*	*	24.5	149.6	618.1	*	*	*	*	*	*	34.4	25.3	17.2	21.8	52.6	*	404.8	39.6%	
	松阪	*	*	17.5	231.1	*	1,196.6	85.5	16.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	390.1	24.6%	
	伊勢志摩	*	*	21.3	59.5	*	200.7	1,213.8	13.7	*	*	10.3	0.0	*	0.0	*	*	0.0	341.4	22.0%	
	東紀州	*	*	10.0	39.1	*	37.2	18.0	403.3	*	*	10.1	*	*	*	*	*	*	60.6	219.8	35.3%
	他 県	19.7	*	*	*	0.0	*	*	0.0												
	流入合計	269.0	381.2	403.2	829.1	73.4	345.4	132.1	46.2												
流入率	20.1%	17.9%	27.8%	31.6%	10.6%	22.4%	9.8%	10.3%													

注)「\*」は、10人/日未満の値のため非公表

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

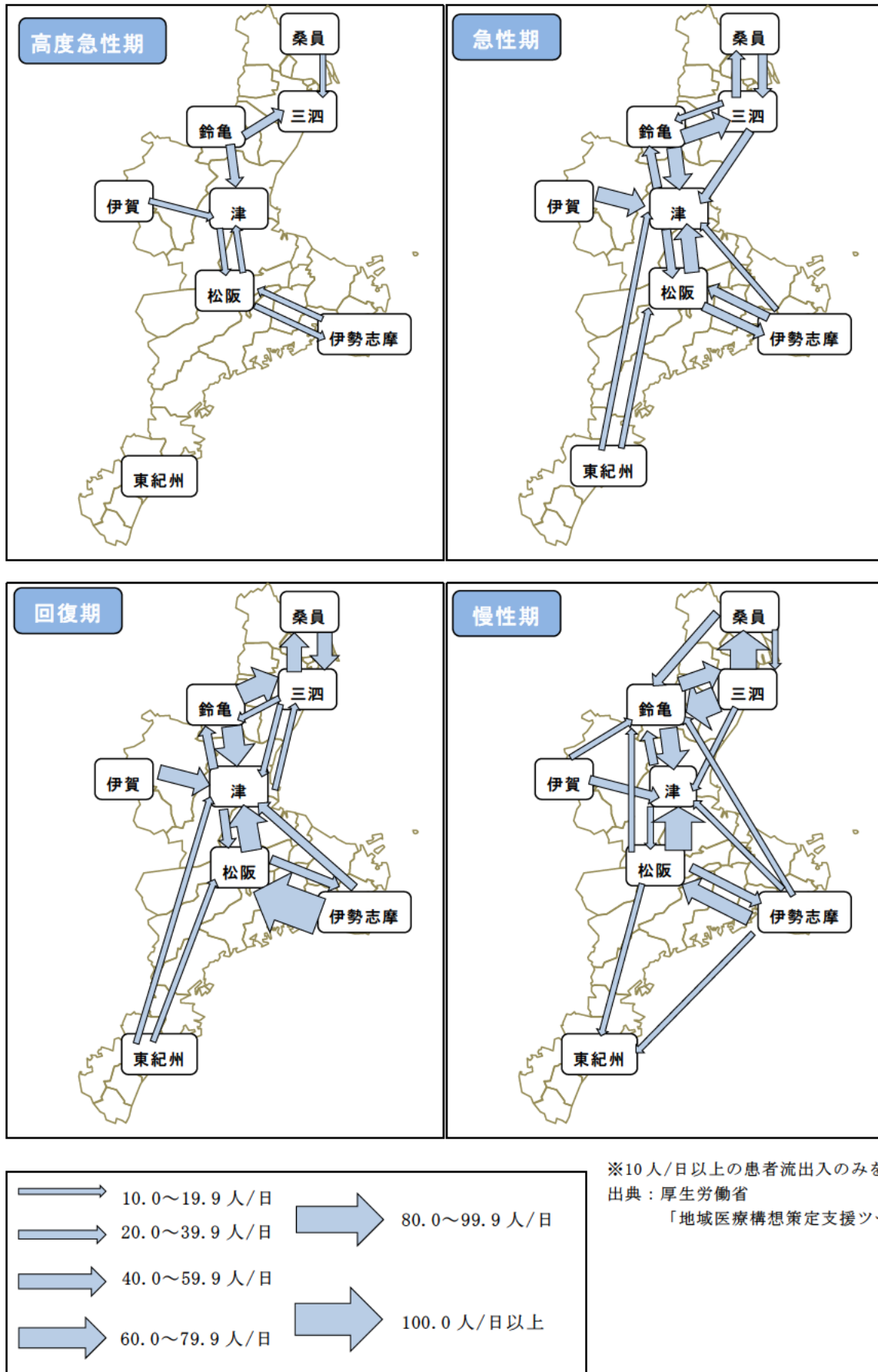


図表 1-12 現在の医療提供体制が今後も継続した場合における他県との患者流出入の状況  
(イメージ)



※10人/日以上患者流出入のみを图示  
出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

図表 1-13 現在の医療提供体制が今後も継続した場合における県内区域間流入出の状況  
(イメージ)



### 3 患者流出入をふまえた医療需要等

平成 37（2025）年におけるあるべき医療提供体制をふまえた医療需要および必要病床数については、医療需要および必要病床数の推計、患者流出入の状況をもとに確定することになります。

なお、医療需要は患者の流出入により、以下の 2 つの考え方があります。

○患者住所地ベース

構想区域内のすべての患者がその居住する区域の医療機関で受診すると想定

○医療機関所在地ベース

現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定

#### （1）県全体の医療需要について

「地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整方法について（平成 27 年 9 月 18 日付け医政地発 0918 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）」に示された調整方法に基づき、医療需要の流出入が 10 人／日以上以上の都道府県と都道府県間調整を行いました。

具体的には、本県の場合、図表 1-12（17 ページ）のとおり、愛知県、滋賀県、奈良県、和歌山県が対象となります。本県としては、特に回復期病床は今後充実を図っていく上で、現在の患者の流出入を前提とするのではなく、構想区域内で完結をめざすべきといった観点から、患者住所地ベースで都道府県間調整ができないか 4 県に対して協議を持ちかけましたが、各県とも医療機関所在地ベースで推計していることなどから、4 県とも協議は不成立でした。このため、上記厚生労働省通知に基づき、県全体は医療機関所在地ベースで推計することとしました。

#### （2）県内各区域の医療需要について

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期・急性期については、以下により医療機関所在地ベースで推計します。

- 診療密度が高い医療を提供することが必要となり、構想区域内で完結することを求めるものではないこと。
- 患者においても構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと。

一方、回復期および慢性期については、以下のとおり患者住所地ベース、医療機関所在地ベースそれぞれに妥当性があることから、地域医療構想調整会議等において議論を行ってきました。

(患者住所地ベースが妥当と認められる点)

- 回復期機能については、今後、全ての構想区域において充実を図っていくものであること。
- 慢性期の医療需要は在宅医療等と一体的に推計しており、地域包括ケアシステムの観点から、構想区域内で完結することが望ましいこと。

(医療機関所在地ベースが妥当と認められる点)

- 患者の居住地の地理的環境や、家族や近親者の在住先での入院といった理由から、当然の流出入が生じること。
- 構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への患者の流出入が反映されること。
- 現時点では患者の受療行動の変動を見通すことは困難であること。

本県としては、回復期、慢性期については身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。この考え方は、きめ細かく8つの構想区域とした趣旨と合致し、あるべき医療提供体制構築の観点から妥当性が高いと認められます。

しかし、回復期、慢性期の医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への患者の流出入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

また、在宅医療等については、以下により医療機関所在地ベースで推計します。

- 訪問診療による自宅での療養については、患者の立場からは医療機関所在地ベースと患者住所地ベースに差がないこと。
- 地域包括ケアシステムは概ね30分以内に必要なサービスが提供されることをめざしているが、介護老人福祉施設等においては、居住地である施設を前提としており、入所者の住所地に基づくという概念がないこと。

なお、平成37(2025)年の医療需要は、平成25(2013)年度のNDBデータ等実績値に基づき推計されており、その後の状況変化や社会情勢をふまえ、必要に応じて見直しが図られる予定です。

### (3) 患者流出入をふまえた医療需要および必要病床数の推計

8つの構想区域ごとに推計した平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は図表1-14のとおりです。

なお、地域医療構想調整会議等において、今回の推計のもととなる平成25(2013)年度のデータ自体が、地域によっては現時点と大きく異なっている等、推計データが実態に即したものではないといった指摘もありました。

そのため、本県では、平成 37（2025）年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表 1-14 2025 年の医療需要と必要病床数

構想区域	医療機能	2025 年 医療需要 (患者住所地) (人/日)	2025 年 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)	2025 年の医療提供体制	
				将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた 医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)
桑員	高度急性期	135.7	85.7	85.7	114
	急性期	470.6	387.4	387.4	497
	回復期	539.8	480.3	498.4	554
	慢性期	318.9	382.4	351.9	383
	在宅医療等	2,446.7	2,464.7	2,464.7	-
	小計	3,911.7	3,800.5	3,788.1	1,548
三泗	高度急性期	217.6	224.3	224.3	299
	急性期	580.0	565.8	565.8	725
	回復期	785.1	824.3	786.3	874
	慢性期	633.4	520.0	578.8	629
	在宅医療等	3,795.1	3,591.9	3,591.9	-
	小計	6,011.2	5,726.3	5,747.1	2,527
鈴亀	高度急性期	145.8	113.4	113.4	151
	急性期	476.6	412.6	412.6	529
	回復期	488.4	388.5	428.4	476
	慢性期	386.6	535.6	462.8	503
	在宅医療等	2,567.9	2,401.6	2,401.6	-
	小計	4,065.3	3,851.7	3,818.8	1,659
津	高度急性期	181.9	235.3	235.3	314
	急性期	580.6	728.3	728.3	934
	回復期	719.1	904.6	793.3	881
	慢性期	580.4	752.7	669.0	727
	在宅医療等	3,855.4	4,183.3	4,183.3	-
	小計	5,917.4	6,804.2	6,609.2	2,856
伊賀	高度急性期	99.1	58.0	58.0	77
	急性期	328.8	221.2	221.2	284
	回復期	360.8	244.8	295.9	329
	慢性期	234.2	167.6	201.6	219
	在宅医療等	1,710.4	1,626.5	1,626.5	-
	小計	2,733.3	2,318.1	2,403.2	909
松阪	高度急性期	169.1	166.5	166.5	222
	急性期	504.5	499.7	499.7	641
	回復期	517.9	566.1	529.6	589
	慢性期	395.2	309.7	353.7	385
	在宅医療等	2,854.0	2,973.7	2,973.7	-
	小計	4,440.7	4,515.7	4,523.2	1,837
伊勢志摩	高度急性期	160.6	162.2	162.2	216
	急性期	432.9	410.7	410.7	527
	回復期	519.7	403.3	450.9	501
	慢性期	442.0	369.7	407.3	443
	在宅医療等	3,470.4	3,277.6	3,277.6	-
	小計	5,025.6	4,623.5	4,708.7	1,687
東紀州	高度急性期	47.1	21.8	21.8	29
	急性期	154.4	95.2	95.2	122
	回復期	193.3	127.6	156.8	174
	慢性期	228.3	205.0	217.4	236
	在宅医療等	1,251.4	1,137.1	1,137.1	-
	小計	1,874.5	1,586.7	1,628.3	561
総計		33,979.7	33,226.7	33,226.7	13,584
三重県	高度急性期	1,156.9	1,067.2	1,067.2	1,422
	急性期	3,528.4	3,320.9	3,320.9	4,259
	回復期	4,124.1	3,939.5	3,939.5	4,378
	慢性期	3,219.0	3,242.7	3,242.7	3,525
	在宅医療等	21,951.3	21,656.4	21,656.4	-
	総計	33,979.7	33,226.7	33,226.7	13,584

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（2025年医療需要（患者住所地・医療機関所在地））

## 4 必要病床数と病床機能報告制度における病床数との比較

### (1) 病床機能報告

平成 26 (2014) 年 10 月、医療介護総合確保推進法により改正された医療法第 30 条の 12 に基づき、病床機能報告制度が始まりました。

病床機能報告制度とは、一般病床・療養病床を有する病院・診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向について、病棟単位で、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能および慢性期機能の 4 機能から 1 つを選択し、その他の具体的な報告事項とあわせて、毎年都道府県に報告する制度です。

図表 1-15 病床機能報告制度における医療機能の内容

医療機能の名称	病床機能報告における医療機能の内容
高度急性期	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	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	○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	○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または難病患者等を入院させる機能

### (2) 必要病床数と病床機能報告制度における病床数との比較

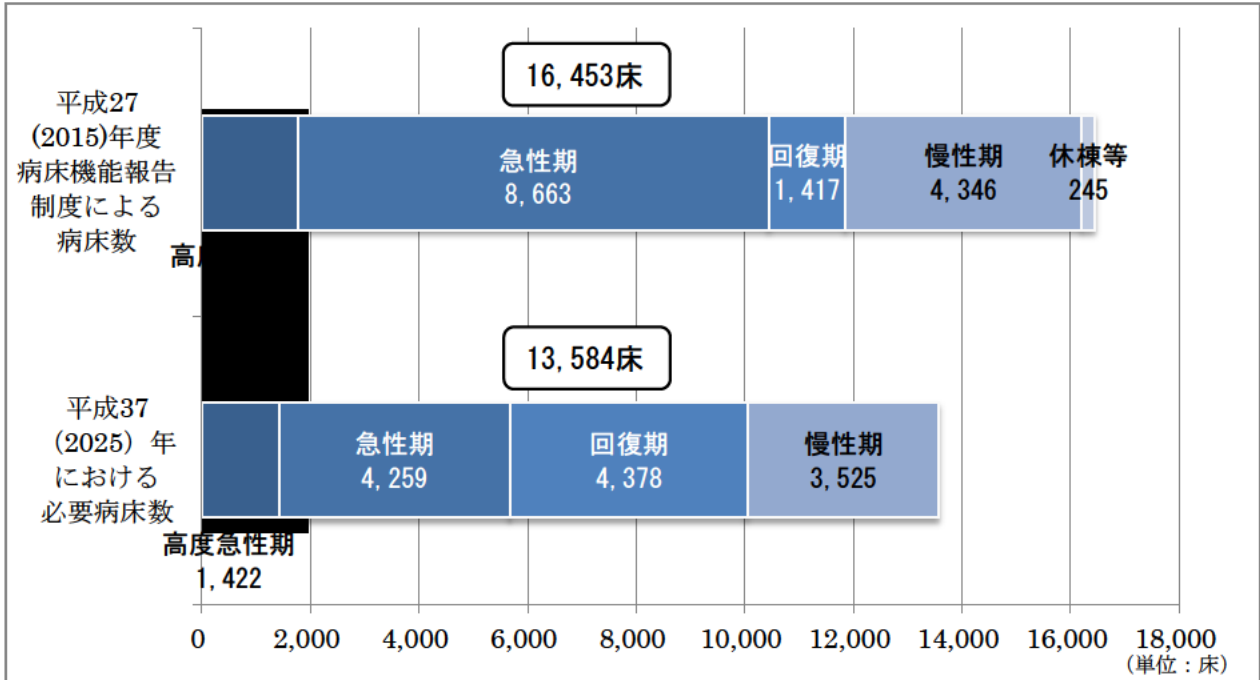
平成 37 (2025) 年における必要病床数と平成 27 (2015) 年度病床機能報告による病床数を比較した結果は、図表 1-16 および図表 1-17 のとおりです。

図表 1-16 2025 年における必要病床数と  
2015 年度病床機能報告による病床数との比較

構想区域	医療機能	2025 年における 必要病床数 (床)	構成比 (%)	2015 年度 病床機能報告 (床)	構成比 (%)
桑員	高度急性期	114	7.4	3	0.1
	急性期	497	32.1	1,217	65.3
	回復期	554	35.8	71	3.8
	慢性期	383	24.7	532	28.5
	休棟等	-	-	42	2.3
	小計	1,548	100.0	1,865	100.0
三四	高度急性期	299	11.8	346	12.3
	急性期	725	28.7	1,440	51.3
	回復期	874	34.6	322	11.5
	慢性期	629	24.9	691	24.6
	休棟等	-	-	10	0.3
	小計	2,527	100.0	2,809	100.0
鈴亀	高度急性期	151	9.1	296	15.9
	急性期	529	31.9	840	44.9
	回復期	476	28.7	107	5.7
	慢性期	503	30.3	625	33.4
	休棟等	-	-	2	0.1
	小計	1,659	100.0	1,870	100.0
津	高度急性期	314	11.0	697	19.1
	急性期	934	32.7	1,453	39.8
	回復期	881	30.8	407	11.2
	慢性期	727	25.5	1,040	28.5
	休棟等	-	-	52	1.4
	小計	2,856	100.0	3,649	100.0
伊賀	高度急性期	77	8.5	0	0.0
	急性期	284	31.2	850	80.5
	回復期	329	36.2	50	4.7
	慢性期	219	24.1	156	14.8
	休棟等	-	-	0	0.0
	小計	909	100.0	1,056	100.0
松阪	高度急性期	222	12.1	167	7.5
	急性期	641	34.9	1,288	57.8
	回復期	589	32.1	225	10.0
	慢性期	385	20.9	541	24.3
	休棟等	-	-	9	0.4
	小計	1,837	100.0	2,230	100.0
伊勢志摩	高度急性期	216	12.8	273	13.2
	急性期	527	31.2	1,096	52.9
	回復期	501	29.7	195	9.4
	慢性期	443	26.3	376	18.2
	休棟等	-	-	130	6.3
	小計	1,687	100.0	2,070	100.0
東紀州	高度急性期	29	5.2	0	0.0
	急性期	122	21.7	479	53.0
	回復期	174	31.0	40	4.4
	慢性期	236	42.1	385	42.6
	休棟等	-	-	0	0.0
	小計	561	100.0	904	100.0
総計		13,584	-	16,453	-
三重県	高度急性期	1,422	10.5	1,782	10.8
	急性期	4,259	31.4	8,663	52.7
	回復期	4,378	32.2	1,417	8.6
	慢性期	3,525	25.9	4,346	26.4
	休棟等	-	-	245	1.5
	総計	13,584	100.0	16,453	100.0



図表 1-17 2025 年における必要病床数と  
2015 年度病床機能報告による病床数との比較（県全体）



平成 37 (2025) 年における必要病床数合計は 13,584 床となり、病床機能報告制度により報告された平成 27 (2015) 年度の病床数 16,453 床 (許可病床数) より 2,900 床程度少ない状況です。

#### 必要病床数と病床機能報告による病床数を比較する上での留意点

必要病床数と病床機能報告による病床数を比較・分析するには、次の点に留意する必要があります。

- ・病床機能報告においては、高度急性期、急性期、回復期および慢性期がどのような機能かを示す医療機能の定量的な基準がなく、医療機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づいていること。
- ・病床機能報告は病棟単位での報告となっており、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合は主に担っている機能を1つ選択して報告していること。
- ・病床機能報告は、医療機関が自ら医療機能を選択して報告した結果であるのに対し、必要病床数の医療機能は、レセプトデータ等をもとに区分しており、医療機能の捉え方が異なっていること。
- ・必要病床数は、政策的に在宅医療等への移行を前提とした推計となっており、以下の項目が含まれること。

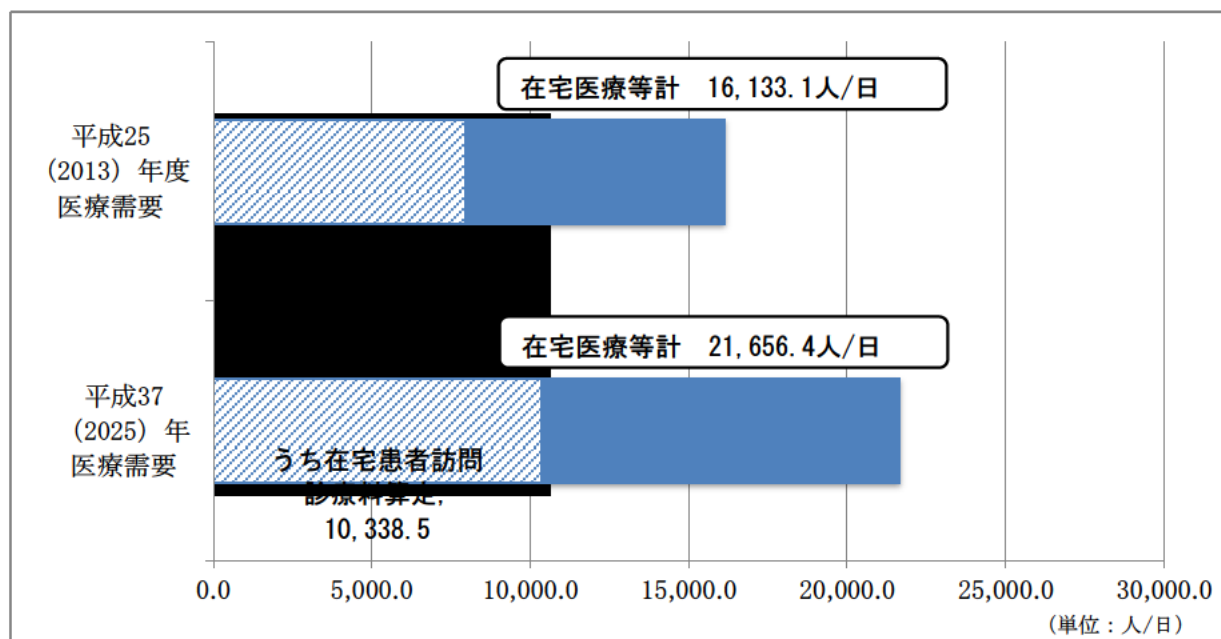
- ① 一般病床での入院患者数のうち、医療資源投入量 175 点未満の患者数
- ② 療養病床入院患者数のうち、医療区分 1 の患者数の 70%
- ③ 現在の療養病床の入院受療率の地域差を解消することで、将来的に在宅医療等に対応する患者数

平成 37 年（2025）年における在宅医療等医療需要の状況は、図表 1－18 および図表 1－19 のとおりです。

図表 1-18 2025 年の在宅医療等医療需要の状況

構想区域	平成 25（2013）年度医療需要		平成 37（2025）年医療需要	
	在宅医療等	うち在宅患者 訪問診療料算定	在宅医療等	うち在宅患者 訪問診療料算定
桑員	1,605.9	798.8	2,464.7	1,141.2
三泗	2,527.9	1,208.1	3,591.9	1,678.2
鈴亀	1,603.2	728.6	2,401.6	1,065.8
津	2,983.7	1,577.9	4,183.3	2,109.6
伊賀	1,271.2	518.8	1,626.5	674.3
松阪	2,384.5	1,208.4	2,973.7	1,456.6
伊勢志摩	2,792.7	1,580.6	3,277.6	1,835.2
東紀州	964.0	353.5	1,137.1	377.6
計	16,133.1	7,974.7	21,656.4	10,338.5

図表 1-19 2025 年の在宅医療等医療需要の状況（県全体）



平成 37（2025）年における在宅医療等の医療需要は 21,656.4 人／日となり、平成 25（2013）年度の医療需要 16,133.1 人／日より 5,523.3 人／日増加する見込みです。

## 参 考

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1（診療報酬基準にいう20対1相当）未満の病床」については、平成29（2017）年度末に設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを今後どのように受け止めていくかが課題となっています。

このため、国では、「療養病床の在り方等に関する検討会」および「社会保障審議会（療養病床の在り方等に関する特別部会）」において、慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービス提供体制について、検討を進めてきました。

平成28（2016）年12月に開催された特別部会の資料では、今後増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応や、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護療養病床の機能を維持しつつ、生活施設としての機能を兼ね備えた、新たな施設類型を創設すべきであるとして、介護保険法を設置根拠とする「要介護高齢者の長期療養・生活支援施設」が示されています。

この新たな施設類型は、現行の介護療養病床が果たしている機能に着目しつつ、患者の状態や地域の実情等に応じた柔軟な対応を可能とする観点から、以下の2つの機能を設けることとなっています。

- ・介護療養病床相当（主な利用者像は療養機能強化型A B相当）
- ・老人保健施設相当以上（主な利用者像は上記より比較的容体が安定した者）

また、患者の状態や地域ニーズ、経営方針等によって、多様な選択肢を用意する観点から、医療を外から提供する「居住スペースと医療機関の併設」への転換にあたっては、要件緩和などを検討することが適当であるとしています。

この新たな施設類型の創設には、所要の法整備が必要であり、人員配置、施設基準、報酬等が具体的に決定するのは、平成29（2017）年度末と見込まれることから、平成29（2017）年度末に設置期限を迎える介護療養病床については、転換にかかる準備のための経過期間として3年ないし6年程度設けるべきとしています。

今後、こうした動きもふまえ、地域医療構想調整会議等において検討を進めていく必要があります。

## 第4章 本県独自の取組

地域医療構想策定やその推進にあたって、医療機能の分化・連携を進める観点から、本県独自の取組として、地域の受け皿となる在宅医療体制の全県的な底上げを目的とした在宅医療フレームワークの取組を進めるとともに、現在使われていない病床（以下「未稼働病床」という。）の整理に向けた取組を行っています。

### 1 在宅医療フレームワーク

#### (1) 目的

一層の高齢化や厳しい財政状況下にあって、より効率的に在宅医療体制の整備を進めていくために、方向性をより明確にした上で全県的な体制整備を支援していくことを目的としています。

#### (2) フレームワーク策定にかかる基本的な考え方

地域において在宅医療体制が整備され、地域住民が安心して暮らすことができる状態として、少なくとも以下のいずれもが成立していることが必要です。

- ① 地域住民が在宅医療を知っている。
- ② 地域住民が在宅医療について相談できる。
- ③ 在宅医療のサービスが量的にも質的にも確保されている。
- ④ 緊急時対応にかかる体制が整備されている。
- ⑤ 患者の家族に対する支援体制が整備されている。

これらを満たすために必要と考えられる構成要素を基にした一定の枠組み（フレームワーク）を策定しました。

#### (3) 在宅医療フレームワーク

在宅医療体制の整備に際し概ね必要と考えられる構成要素を基にした一定の枠組み（フレームワーク）を定性的指標と定量的指標に区分して以下のとおり定めます。

##### ① 定性的指標

在宅医療提供体制の整備にあたり、必要となる以下の取組を定性的指標として設定します。

図表 1-20 定性的指標の内容・要件

取組	内容・要件
相談窓口の設置	・原則、日中の時間帯に対応。連絡先の周知が行われていること。
地域協議体の	・在宅医療に携わる地域の関係機関から構成されているこ

設置	と。 ・定期的に地域の体制全般にかかる点検を行うこと。
チーム体制の整備	・在宅医療に携わる関係者間から構成されていること。(地域ごとに複数チームの設置を想定。) ・認知症初期集中支援チームが整備され、活動していること。 ・チーム編成に関するルールが設定されていること。 ・チーム内で個別の事案にかかる定期的な協議が行われていること。 ・患者に関する情報共有のためのツールが確立していること。 ※可能であれば、チーム内にコーディネーターが設置されていること。
人材の育成	・在宅医療に携わる関係者に対する定期的な研修や勉強会等が地域ごとに行われていること。 ※可能であれば、同じ職種内、異なる職種間それぞれについて機会が設けられていること。 ※県単位で行われる研修等の伝達が行われていることが望ましい。
症例支援マニュアルの作成	・対応が困難または特殊とされる疾病について支援のあり方にかかるマニュアルが作成されていること。(対象疾病等としては、がん、脳卒中および認知症を患っているケースを想定。)
緊急時対応にかかる体制の整備	・救急対応が可能な基幹病院(後方病床)の確保を含め、緊急時の連携体制が構築されており、関係者に周知されていること。
レスパイト体制の確保	・地域でレスパイトを行う施設を把握していること。 ・家族に対する支援体制の一環として、地域でレスパイトを行う体制が確保されていること。
家族同士のつながりの構築	・家族の会など、家族間で情報交換や不安に対する意見交換ができる仕組みが構築されていること。

## ② 定量的指標

地域ごとの医療資源にかかる量的な指標として、以下の指標を設定します。医療従事者数に着目した指標を設定することとし、在宅患者訪問診療料の診療報酬請求実績を基に地域ごとの在宅患者数を算出し、次のとおり患者 100 人あたりの訪問看護師数および医師数等を算出します。

なお、診療報酬請求実績は、国民健康保険および後期高齢者医療制度のデータを使用することとします。

ただし、数値はあくまでも目安と位置づけることとし、必要に応じて修正していくこととします。

ア 訪問看護師数

- ・次の計算により算出します。

$$\frac{\text{訪問看護師数}}{\text{在宅患者数}} \times 100$$

#### イ 医師数

- ・在宅療養支援診療所と一般診療所では、対応する患者数に相当数の差があると推定されるため、在宅療養支援診療所リストとレセプト請求診療所との突合を行い、両種別の医療機関数・在宅患者数を算出します。

(ア) 在宅療養支援診療所の医療機関数・在宅患者数

(イ) 一般診療所の医療機関数・在宅患者数

- ・医療機関数と医師数の関連性から、次のとおり医師数を推定します。

(ア) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所リストから、医療機関あたりの平均医師数を算出し、各地域の医療機関数で乗じます。

$$\text{【平均医師数} \times \text{医療機関数} \doteq \text{医師数】}$$

(イ) 一般診療所

1人の医師が運営している施設が大半を占めると考え、【医療機関数  $\doteq$  医師数】と考えます。

- ・上記をふまえ、在宅療養支援診療所と一般診療所に分けて次のとおり算出します。

$$\frac{\text{在宅患者訪問診療料を請求した医師数}}{\text{在宅患者数}} \times 100$$

#### ウ 医師1人あたりの在宅患者数（参考値）

- ・次のとおり、医師1人あたりが対応している在宅患者数の推定を行います。

(ア) 在宅療養支援診療所

上記イで算出した医療機関あたりの平均医師数を用い、次のとおり算出する。

$$\frac{\text{在宅患者数}}{\text{在宅療養支援診療所の平均医師数}} \times \text{医療機関数}$$

(イ) 一般診療所

医療機関数  $\doteq$  医師数と考え、一般診療所あたりの患者数を算出する。

$$\frac{\text{在宅患者数}}{\text{一般診療所数}}$$

### (4) 実態把握と支援

フレームワークに基づいて、市町の取組状況を客観的に把握した上で、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら実態に即した支援を行っていきます。

### (5) 構成要素の再検討および見直し

構成要素については、実態をふまえた上で再検討を行い、必要な見直しを行います。

## 2 未稼働病床の整理

### (1) 目的・効果

本県では、地域医療構想の策定にあたり、医療資源の有効活用や議論の土台づくりの観点から、以下の効果を期待し、独自に県内病院における未稼働病床について実態を把握し、整理に向けた取組を行いました。

- ・未稼働病床の有効活用や医療機能の分化・連携について、より積極的に議論を進めることが可能となり、地域医療構想の策定に資する。
- ・稼働している病床に極力手をつけず、平成 37（2025）年における必要病床数に近づけることが期待できる。

### (2) 取組方法

具体的な方法は以下のとおりで、本件に関しては地域医療構想調整会議で了承されています。

- ① 病棟単位で把握する。
- ② 病床利用率が 70%<sup>注1</sup>を下回っている病棟は整理の対象とする。
- ③ 構想区域で不足している医療機能へ転換する等により具体的な再稼働の予定がある場合には、個別ヒアリング等を行った上で、地域医療構想調整会議における検討の対象とする。
- ④ ③に該当しない場合、以下の計算式に基づき、整理する病床数を算出する。

$$\text{整理する病床数} = \text{許可病床数} \times \left[ 1 - \frac{\text{病床利用率}^{\text{注2}}}{\text{望ましい病床利用率}^{\text{注3}}} \right]$$

注1；新公立病院改革ガイドライン(平成 27 年 3 月)に準拠し、直近 3 年間連続して下回っている場合を対象とする。

注2；直近 3 年間の平均を用いる。

注3；80%とする。

(参考) 平成 26 年病院報告による三重県の一般病院における一般病床利用率=76.8%

### (3) 進め方

平成 27 年度第 4 回地域医療構想調整会議において、取組方法の了承を得た後、「地域医療構想の策定にかかる病院機能調査」（調査期間：平成 24 年 7 月 1 日から平成 27 年 6 月 30 日までの 3 年間）を実施し、各病院の病床利用率を把握しました。

平成 28（2016）年 5 月に、県内各病院長を対象に「未稼働病床の取扱いに係る説明会」を開催し、6 月から県内各病院と個別ヒアリングを実施し、必要に応じて現地調査等を行いました。

### (4) 未稼働病床整理の進捗状況

未稼働病床整理の進捗状況は図表 1-21 のとおりです。

引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整

会議において協議していきます。

図表 1-21 未稼働病床整理の進捗状況

構想区域	整理対象病床数	整理計画 (削減病床数) ※建替等による削減含む
桑員	274	271
三泗	120	71
鈴亀	64	30
津	144	34
伊賀	159	0
松阪	79	37
伊勢志摩	238	70
東紀州	45	34
計	1,123	547

<整理対象病床であっても、個別ヒアリング等により対象外とした主な事由>

- 期間中（平成 24 年 7 月 1 日～平成 27 年 6 月 30 日）に建替、病棟再編、新病棟建設等を実施していた場合、または建替等を既に計画していた場合は、建替等実施後 3 年間の病床利用率をフォローアップすることとし、今回は対象外としました。
- 集中治療室等については、他の一般病床と比べて患者の入退出が激しく、他の一般病床と同じレベルで病床利用率を評価することが適当でないこと等から、最大稼働病床数を勘案しつつ個別に検討しました。
- 病棟が 1 棟のみの病院については、時期的、突発的に患者が増加した際の対応が困難になる場合があることから、最大稼働病床数を勘案しつつ個別に検討しました。
- 産科、小児救急、結核モデル病床については、地域において特定の限られた医療機能を提供していることから、最大稼働病床数を勘案しつつ個別に検討しました。



## 第5章 地域医療構想の実現に向けて

地域医療構想を実現していくためには、目標を明確にした上で、関係者間で共有することが重要です。

また、並行して、高度な救急医療体制の整備、在宅医療体制の整備、医療従事者の確保といった、より広域にわたる横断的な取組を進めていく必要があります。併せて、効果的な財政措置を講じていくことも求められます。

### 1 目標

本県では平成28(2016)年度からスタートした「みえ県民力ビジョン・第二次行動計画」に、地域医療安心度指数、地域医療構想の達成度を指標として盛り込んでいます。

このうち地域医療構想の達成度については、地域医療構想の実現に向け、平成37(2025)年の必要病床数の達成度とともに、入院医療と在宅医療を一体的に整備していく上で、在宅医療提供体制の整備度が重要であることから、この2つを複合指標として設定しています。

具体的には、必要病床数の達成度は、県全体の機能転換対象病床数のうち、実際に転換した病床数の割合とし、在宅医療提供体制の整備度は、在宅医療フレームワークに定める項目のうち、達成した項目の割合の県内29市町の平均値として、この2つを単純平均した値を目標値としています。

### 2 各施策の検討

#### (1) がん医療対策

平成26(2014)年1月に厚生労働省が「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」により、がん診療連携拠点病院(国指定)の指定要件の見直しを行ったことをふまえ、県のがん医療提供体制の一層の充実・強化を図るため、県がん対策推進協議会において、今後のがん医療提供体制のあり方について一定の整理を行いました。

具体的には、拠点病院に準じ、かつ、標準的・集学的治療を提供する医療機関として三重県がん診療連携準拠点病院(県指定。拠点病院と合わせ10か所程度)を、拠点病院や準拠点病院との連携を行う医療機関として三重県がん診療連携病院(県指定)を整備していきます。あわせて、がん診療連携拠点病院をはじめとする、がん治療に携わる医療機関の施設・設備等の充実を支援し、がん医療提供体制の一層の充実を図ります。

がん自体やがん治療によって生じるがん患者の身体的・精神的なさまざまな苦痛を軽減させ、よりよい療養生活が送れるよう支援するため、がんに関わる医師等に対する緩和ケア研修を引き続き実施するとともに緩和ケアを含めて地域でフォローアップする体制づくりについて検討していくなど、緩和ケア体制のさらなる充実を図っていきます。また、がん患者とその家族のための相談支援、就労支援についての取組を進めていきます。

手術前後の口腔ケアの取組により、副作用や合併症の症状が軽減されることが明らかになっており、入院期間短縮や療養生活の質の向上を図るため、がん患者の口腔ケアの充実が必要です。このため、医科歯科連携によるがん患者の口腔機能の向上を図っていきます。

## (2) 回復期（脳卒中对策）

脳卒中患者については、嚥下障害、認知症、多臓器疾患等の併発や、介護者不在等により、円滑に維持期に移行できないケースが多くあります。

今後、高齢化の進行とともに脳卒中患者の増加が見込まれる中で、在宅医療体制の充実を図り、地域に患者が帰ることができる仕組みづくりを検討していく必要があります。

また、回復期については、日常生活動作の回復のための一般的なリハビリから、言語障害や嚥下障害等への個別対応が必要なリハビリもあることから、高度急性期、急性期と同様に段階的な考え方を取り入れるなど、回復期のあり方についても検討が必要です。

このため、今後、三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において議論を進めながら、脳卒中等にかかる回復期の医療体制の整備を進めていきます。

## (3) 救急医療対策

地域における救急医療体制の充実を図るため、地域の実情をふまえた初期、二次、三次の各救急医療機関の機能分担や連携体制の整備が課題となっています。特に、地域によっては二次救急医療体制が脆弱であり、三次救急医療機関への負担が増大していることから、二次救急医療機関の機能強化が重要です。

この他、小児救急医療への対応や、今後の医療需要をもとに急性期の病床が減少した場合における回復期患者の急変時対応等についても、検討が必要です。

なお、救急医療を担う医師が不足しているため、医師の人材育成にも引き続き取り組む必要があります。

このため、今後、三重県医療審議会救急医療部会において議論を進めながら、救急医療にかかる医療体制の整備を進めていきます。

## (4) 周産期医療対策

安心して産み育てることができる環境を整備するため、県内5つの周産期母子医療センターを中心に、医療機関との機能分担や連携体制の整備を進めるとともに、妊産婦や新生児の救急搬送体制の整備が課題となっています。

また、産科、小児科、麻酔科等の医師をはじめ、助産師や看護師の確保、偏在の解消に向けた取組を進めていく必要があります。

この他、周産期医療において重要となる小児外科の体制整備について、検討が必要です。

このため、今後、三重県医療審議会周産期医療部会において議論を進めながら、周産期医療にかかる医療体制の整備を進めていきます。

## (5) 在宅医療対策

少子高齢化や核家族化に伴い、医療・福祉ニーズが多様化・複雑化する中、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムの

構築が不可欠であり、そのためには、在宅医療提供体制の整備が重要です。しかし、その取組状況は地域により差があるため、現状を把握し、地域の実情に応じた体制整備を全県的に進めていく必要があります。

このため、医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会における検討を経て、地域の取組状況を把握するための物差しとなる在宅医療フレームワークを策定しました。具体的には、在宅医療提供体制の整備に際し概ね必要と考えられる構成要素から成る一定の枠組みを定め、構成要素ごとに最低限求められる要件を定めたものです。これに基づいて市町の取組状況を把握しながら、県として必要な支援を行っていきます。

#### **(6) 医療従事者の確保**

医師については、県内の医師の不足・偏在の解消に向けて、医師無料職業紹介事業等の「医師不足の影響を当面緩和する取組」や、医師修学資金貸与制度の運用等の「中長期的な視点に立った取組」等を組み合わせ、平成 23 (2011) 年に県に設置した地域医療支援センターの取組を中心に、医師確保対策を総合的に進めています。

同センターでは、平成 30 (2018) 年度から開始される新たな専門医制度による研修を見据えて作成した後期臨床研修プログラム（三重専門医研修プログラム）の活用を推進していくこととしており、同センターの運営協議会において、取組にかかる必要な協議を行っています。

看護職員については、平成 26 (2014) 年度に設置した三重県看護職員確保対策検討会において、看護職員の確保にかかる取組を体系的に整理し、総合的に検討を進めています。今後、看護学生の県内就業率の向上や看護職員の定着促進、平成 27 (2015) 年 10 月から施行された免許保持者届出制度を活用した再就業支援等に取り組んでいきます。

また、優れた看護の取組を学び、国際的な視野をもって活躍できる看護職員を育成することを目的に、海外短期研修による国際連携を進めています。

その他、職種を越えた取組として、平成 26 (2014) 年 8 月、県医師会への委託により設置した三重県医療勤務環境改善支援センターによる支援や、「女性が働きやすい医療機関」認証制度により、医療機関による勤務環境の改善に向けた取組を促進していきます。

#### **(7) 難病対策**

平成 26 (2014) 年 5 月に成立した「難病の患者に対する医療等に関する法律」および「児童福祉法の一部を改正する法律」により、難病の患者等に対する医療費助成に関する公平かつ安定的な仕組みが構築されるとともに、都道府県は必要な医療提供体制の構築に努めることとされました。

このため、今後、三重県難病医療審議会等において議論を進めながら、難病等にかかる医療提供体制の整備を進めていきます。

#### **(8) 精神科領域との連携**

厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインでは、精神疾患について、一般医療との連携は重要であり、地域における精神科医療も含め検討することが必要で

あるとされています。また、認知症対策についても、専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要であるとされています。

精神科医療と一般医療の連携については、三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会において検討を始めました。今後も引き続き同部会で検討を行うとともに、認知症対策については、三重県認知症施策推進会議において引き続き議論を進めていきます。

### 3 地域医療介護総合確保基金の活用

平成 26 (2014) 年の医療介護総合確保推進法の成立により、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金が各都道府県に造成され、各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施しています。

本県においても、5つの対象事業（①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業（在宅医療の推進）、③介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業）のすべてに取り組んでいます。

図表 1-22 平成 28 年度三重県計画の事業規模（医療分）

事業区分	事業費(千円)
①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	720,000
②居宅等における医療の提供に関する事業	150,000
④医療従事者の確保に関する事業	710,000
計	1,580,000

本基金は、地域医療構想で打ち出す施策の財源であり、今後それぞれの地域医療構想調整会議において、当該区域の地域医療構想の実現に向けた具体的な取組施策を検討し、基金の県計画に位置づけていく必要があります。

また、国は平成 27 (2015) 年度分の基金から①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業への重点配分を行っており、本県としても病床の機能分化・連携の実現に向けた施策を着実に実施していくことが求められています。