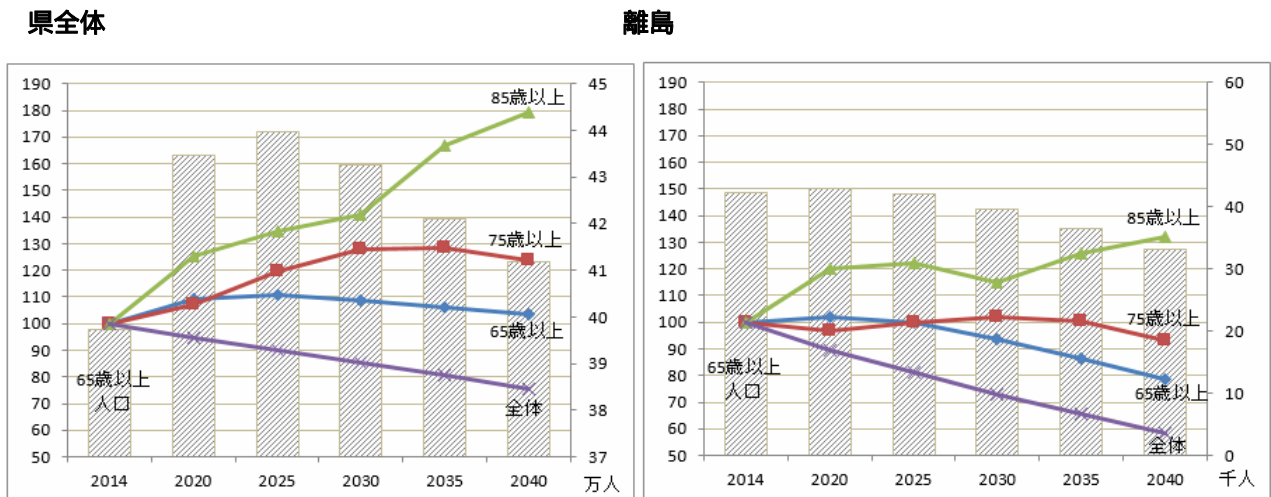


長崎県地域医療構想（素案）の概要について

1) 人口の推移

団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）の人口は、現在と比較して、県全体で 9 割、特に離島では 8 割に減少する見込み。県全体では、65 歳以上の高齢者は 2025 年に向けて増加するが、離島はほぼ横ばいで、その後減少に向かう。

グラフ) 65 歳以上人口の推移・各年齢層の推移（2014 年を 100 とする）

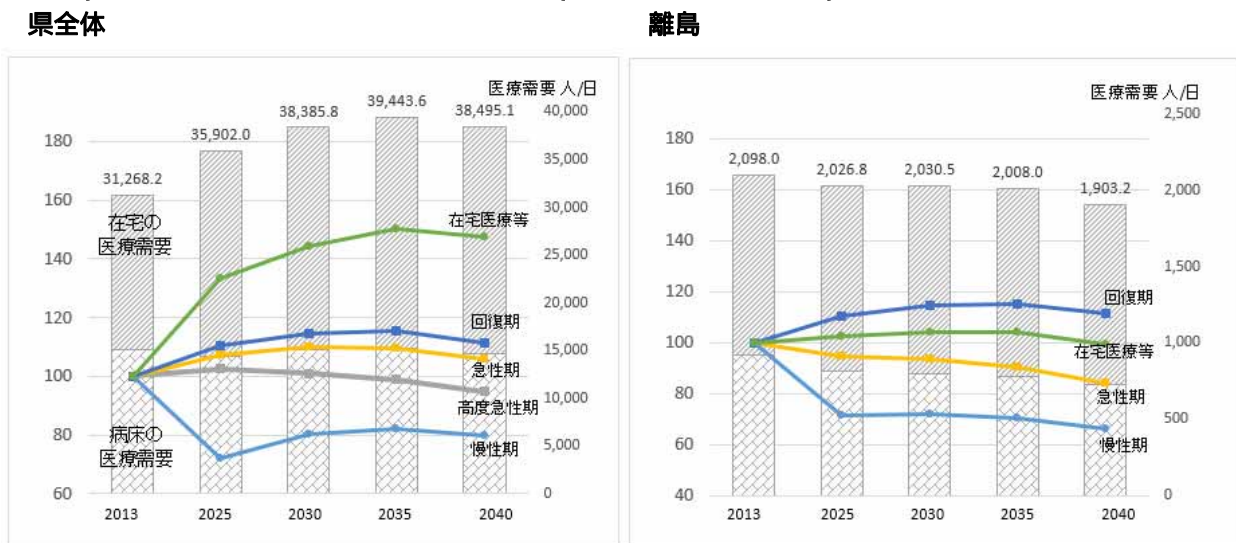


国立社会保障・人口問題研究所の推計（H24.1.30 公表）による。

2) 将来の医療需要

診療報酬データの分析等（医療法規定の推計方法）に基づき、一般病床及び療養病床の入院患者を、診療内容に応じて、4つの機能区分と在宅医療等相当の患者に分類して推計。在宅医療等の医療需要には、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見込む。

グラフ) 医療需要の推移・機能区分ごとの推移（2013 年を 100 とする）



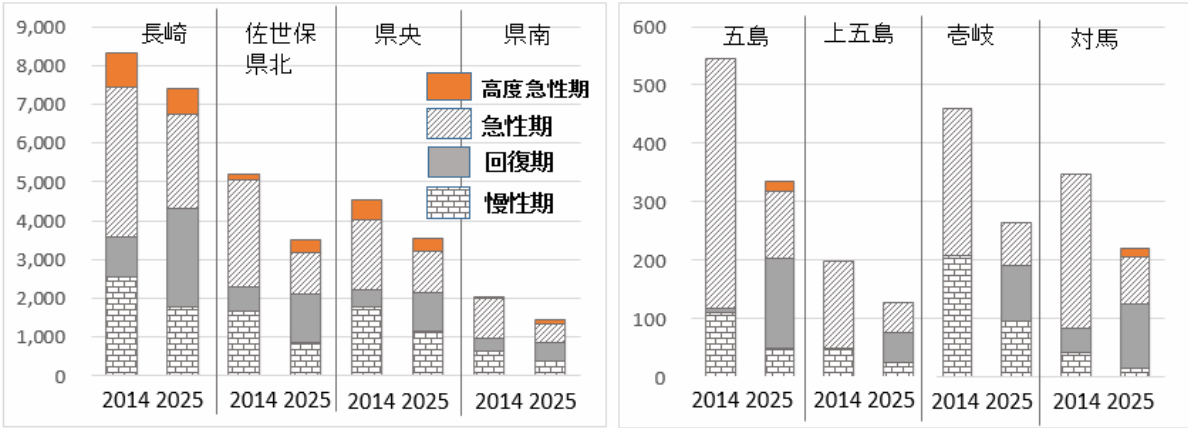
離島の高度急性期は、医療需要が 10 人/日に満たず、ルール上推計できない区域があるため除いている。

3) 医療需要の流出入と構想区域の設定

医療圏の間で患者の流出入があるが、地理的要因が大きく、また、急性期について一定程度医療圏で完結しているため、医療計画の2次医療圏を、機能分化・連携を推進すべき「構想区域」として、区域単位で医療需要と必要病床数を設定。現在の医療機関における受療動向が将来もそのまま続くと仮定して「医療機関所在地」ベースで必要病床数を推計。

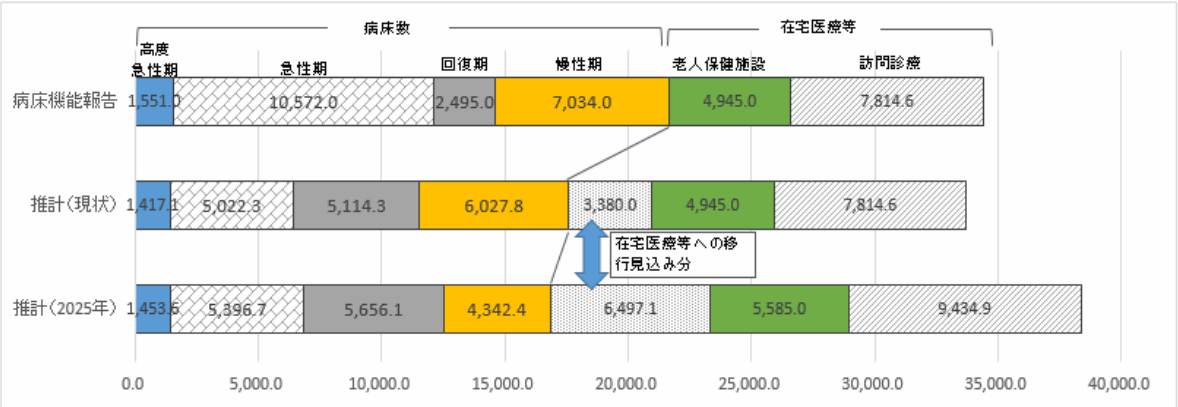
4) 2025年（平成37年）の必要病床数と在宅医療等の医療需要

推計した医療需要のうち、病床の医療需要から、病床稼働率を考慮したうえで、2025年の必要病床数を算出。病床機能報告（2014年時点）と比較して、急性期が多く、回復期が不足している。また、慢性期が多く、在宅医療等への移行が課題となっている。



	長崎		佐世保県北		県央		県南		五島		上五島		壱岐		対馬	
	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数	病床機能報告	必要病床数
高度急性期	884	650.5	147	318.7	504	358.3	16	95.4	0	17.1	0	0.0	0	0.0	0	13.7
急性期	3,868	2,436.8	2,763	1,086.0	1,811	1,062.5	1,040	490.9	425	116.0	149	50.2	252	73.0	264	81.4
回復期	1,044	2,536.7	654	1,241.4	418	992.5	331	475.0	8	153.5	0	53.1	0	93.9	40	110.1
慢性期	2,540	1,775.8	1,649	864.0	1,794	1,144.2	639	372.8	111	49.0	50	24.4	208	96.8	43	15.4
合計	8,336	7,399.8	5,213	3,510.0	4,527	3,557.5	2,026	1,434.1	544	335.5	199	127.7	460	263.7	347	220.5

病床数と在宅医療等の医療需要を組み合わせ、現在の入院患者がどの程度在宅医療等へ移行する必要があるかを大まかに計算すると、下記のとおり県全体で約 3,380 人/日程度と推計される。



これ以降は、地域医療構想調整会議の議論等を受けて変更する可能性があります。

5) 実現に向けての課題と必要な施策

県では、構想策定にあたって、各構想区域で「地域医療構想調整会議」を開催し、医師会等関係団体、公的病院、学識経験者等の意見を反映。構想策定後においては、定期的に同会議を開催し、実現のための課題や施策について協議を行う。

医療機能の分化と連携による効率的な医療提供体制の確保

(課題)

都市部を中心に、機能の重複がみられ、集約化による分化、連携推進の余地がある。

- ・救急医療を担う医療機関の医療従事者の疲弊
- ・構想区域内における機能の偏在の解消

(施策)

- ・地域医療構想調整会議や、専門部会などにおいて、医療機能の分化連携について協議。
→協議が調わない場合は、県による調整を検討
- ・地域医療介護総合確保基金を活用した急性期病床から回復期病床への機能の転換
- ・研修等の機会を活用し、医療機関同士が顔の見える関係を構築
- ・地域連携パスの電子化など、「あじさいネット」を活用した ICT 連携の推進 など

在宅医療・介護の充実

(課題)

- ・訪問診療医、訪問看護ステーション等の不足、医療と介護の連携の機会の不足
- ・認知症患者の増加、施設からの搬送の増加

(施策)

- ・地域の実情に応じた、計画的な介護施設の整備
- ・小規模な訪問看護ステーションの集約化、連携の強化
- ・「住まい」を重視したサービスの提供と医療の組み合わせによる効率化
- ・歯科医、薬剤師による在宅医療、介護の取り組み強化、多職種連携体制の構築 など

医療、介護を支える人材の確保

(課題)

- ・医師、看護職員等の地域偏在、在宅医療、介護を担う人材の不足

(施策)

- ・医療と介護が連携した人材育成拠点の設置、研修の実施、訪問看護師の育成
- ・新たな専門医制度に対応する離島・へき地への医師派遣制度の検討、育成、確保策について、大学病院とのさらなる連携
- ・地域の「かかりつけ医」の役割の明確化、「総合診療専門医」の確保
- ・ワークライフバランスの確保

6) 機能分化・連携にあたっての基本方針

- 急性期機能を維持すべき病床
 - ・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急性増悪など、在宅医療の支援病床として必要不可欠であること。

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

●「病院完結型」ではなく、医療機関が連携する「地域完結型」へ

●慢性期機能を維持すべき病床

・自宅や地域の介護施設等に対応できない、医療必要度が高い慢性疾患や認知症の患者のための病床（長期に渡り療養が必要な障害者（重度の意識障害者を含む）筋ジストロフィー患者又は難病患者等を含む）

・自宅や施設からの緊急時の一時預かり（レスパイト）など、在宅医療、介護体制の支援を行うための病床

・急性期を担う医療機関との連携体制において、終末期や緩和ケアを行うための病床

・他の医療機関からの転院患者を受入れ、在宅復帰に向けた取り組みを行っているなど、地域の機能分化、連携体制において必要な病床

こうした方針を踏まえ、調整会議にて十分に議論し、病床機能報告（診療報酬のデータ等）を参考にして、構想実現に向けて取り組むこととする。

7) 医療計画等との関係性

・平成 30 年度からの第 7 次医療計画において、地域医療構想を包括したものになる予定。

・医療計画、老人保健福祉計画（介護保険事業支援計画）との整合性をとる予定。

・5 疾病 5 事業については、医療連携体制の構築部分について、医療計画の記載内容に沿った記述を予定。

（事例：脳卒中関係）

●地域脳卒中センター、高次脳卒中センターを中心とした、地域脳卒中診療ネットワークのあり方

●医療計画の脳卒中「施策の方向」(5)「医療連携体制」に記載されている項目から抜粋

・地域における急性期・回復期・慢性期・在宅医療までの医療連携を構築するため、保健所を中心に医療及び介護、地域リハ、消防などの関係者による協議会を設置します。

・医療機能の分化と役割分担を進め、地域内の医療機関の専門性を高めます。

・専門的治療・各段階のリハビリテーションを行う医療機関やかかりつけ医などが互いに連携し、継続的治療が行われる体制づくりを推進します。

・誤嚥性肺炎の発症を軽減させるため、積極的に口腔ケアが行える体制を整備します。

・口腔機能の低下を防止するため、歯科医師や歯科衛生士が訪問による摂食・嚥下リハビリテーションが行える体制を整備します。

・脳卒中を発症した患者が身近なところで、生き生きとした生活が継続できるように、地域リハ支援体制を充実します。

・脳卒中における医療連携の効果を検証するためのシステムづくりを進めます。