

「地域包括ケアの推進と 地域医療構想調整会議」

～データから見える5医療圏の医療実態～

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無 : 無

※この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

本日お話しすること

1. 地域医療構想の概要

2. 調整会議で利用されるデータ

3. 南東部医療圏を例とした検討

データは一昨年度研究班のもので、直近のものは、地域医療構想調整会議の場で提示されます。

4. まとめ

地域医療構想とは

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

医療法

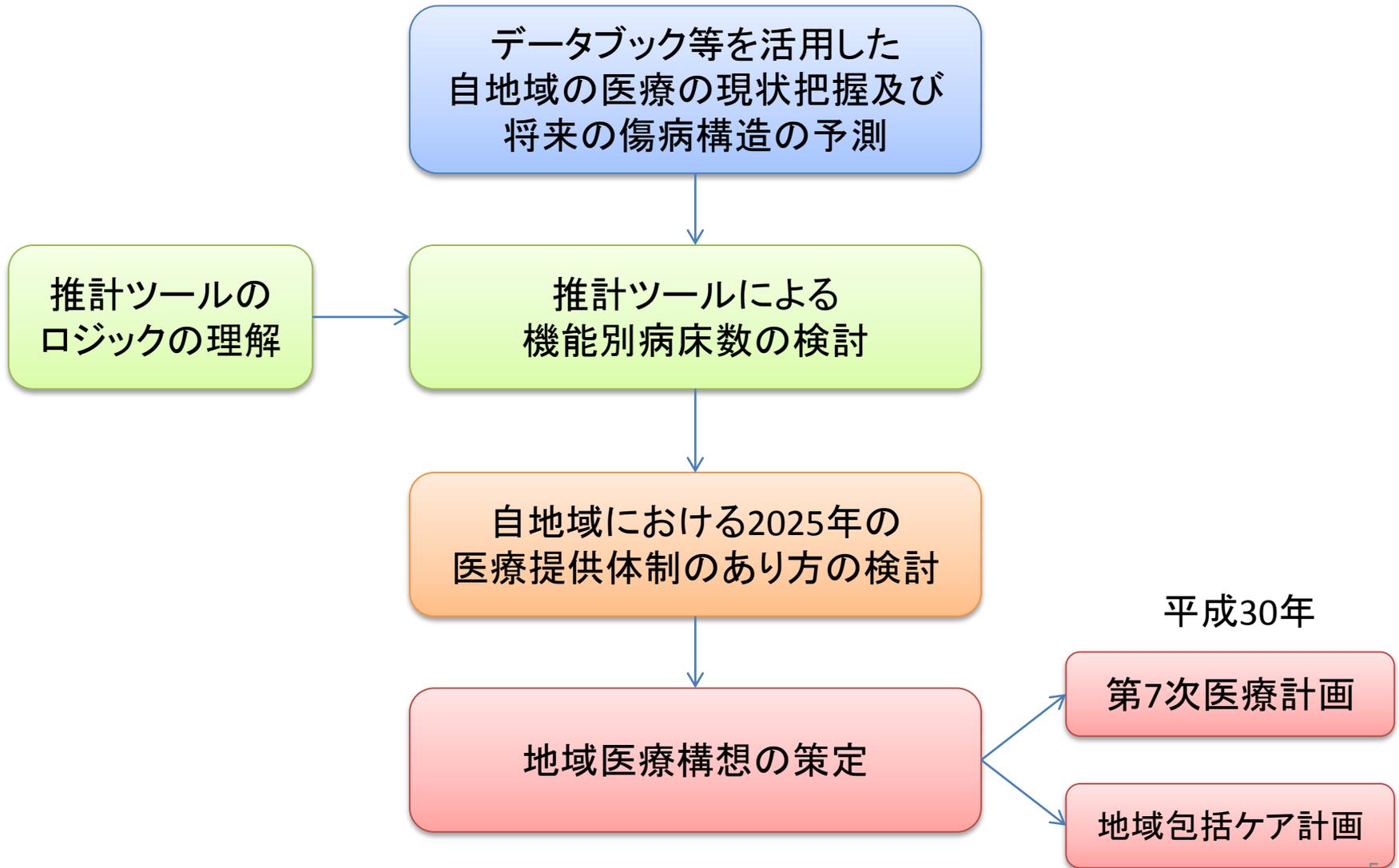
構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

病床機能別医療需要の検討ツール

(厚生労働省配布ツール)

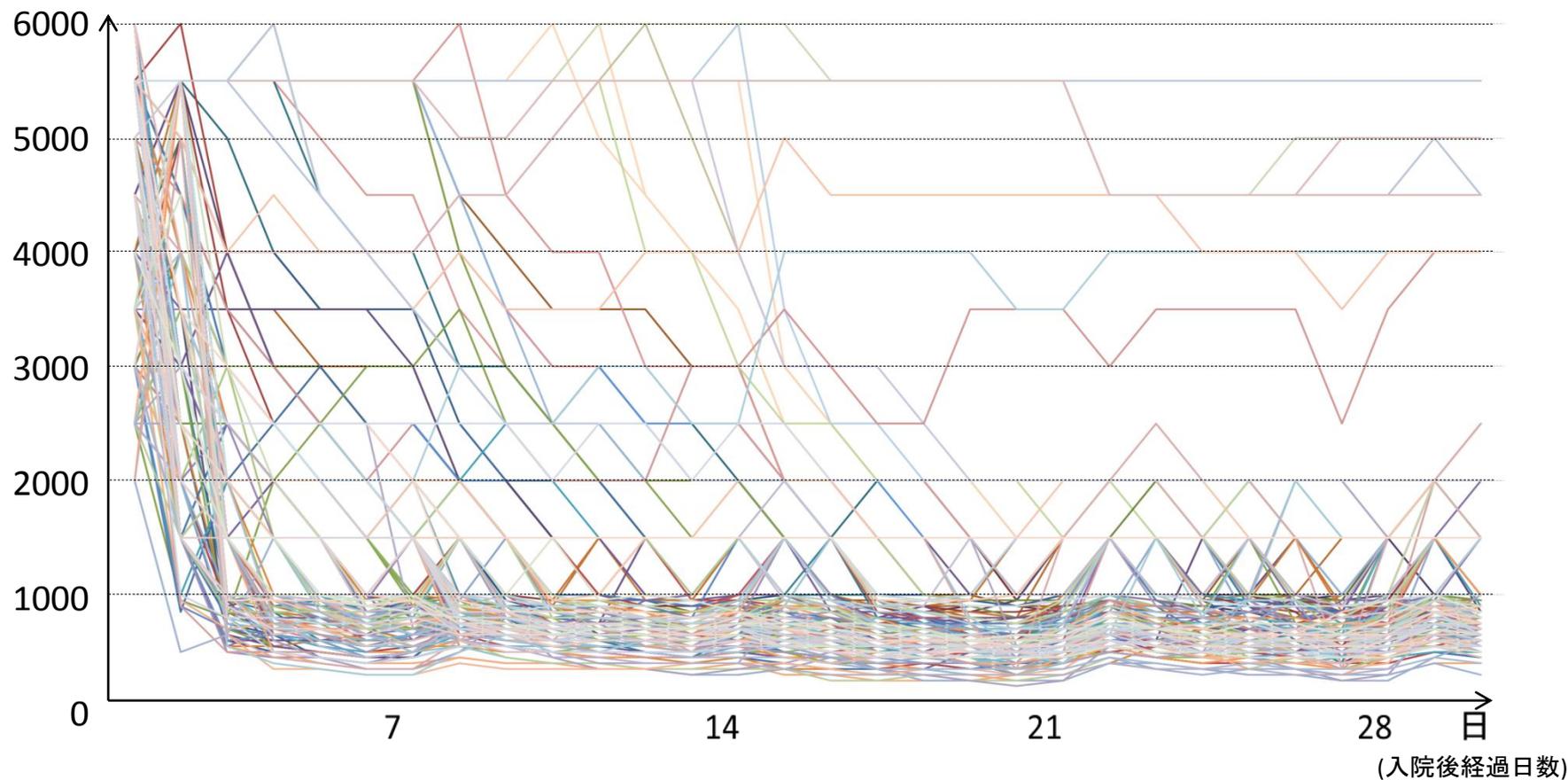
医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要 (現行の流出入)(人 /日)	2025年度の医療需要 (調整後の流出入) (人/日)	2013年度の 必要病床数 (床)	2025年度の必要病床 数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床 数(調整後の流出入) (床)
	高度急性期	1,904.3	2,146.3	1,844.8	2,539.1	2,861.7	2,459.7
	急性期	4,952.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,856.4	7,203.3
	回復期	4,925.8	6,477.1	6,020.8	5,473.1	7,196.7	6,689.7
	慢性期	2,683.9	3,295.6	3,458.0	2,917.2	3,582.2	3,758.6
	在宅医療等	25,888.7	42,112.5	40,048.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	18,432.8	29,867.8	27,917.0			
	小計	40,354.7	60,159.4	56,991.0	17,278.2	21,497.0	20,111.4
	高度急性期	125.8	143.5	214.2	167.7	191.4	285.5
	急性期	401.5	499.0	674.9	514.7	639.8	865.3
	回復期	517.5	695.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.3	442.8	552.1
	在宅医療等	1,812.0	2,936.6	3,382.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	790.5	1,220.4	1,574.7			
	小計	3,204.8	4,681.6	5,574.0	1,635.7	2,046.2	2,585.3
	高度急性期	13.0	13.9	30.7	17.3	18.5	41.0
	急性期	73.3	80.2	107.0	93.9	102.8	137.1
	回復期	59.0	63.1	106.1	65.6	70.2	117.9
	慢性期*	99.4	68.6	106.6	108.1	74.6	115.9
	在宅医療等	727.9	876.8	750.0			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	324.6	419.3	273.8			
	小計	972.6	1,102.7	1,100.4	284.8	266.1	411.9
	高度急性期	363.1	403.2	415.1	484.1	537.6	553.5
	急性期	1,085.7	1,273.7	1,298.4	1,391.9	1,632.9	1,664.6
	回復期	1,148.5	1,427.8	1,407.2	1,276.1	1,586.4	1,563.5
	慢性期	1,979.3	1,791.3	1,600.5	2,151.5	1,947.1	1,739.6
	在宅医療等	4,982.5	7,877.7	7,723.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,287.7	3,201.0	3,138.9			
	小計	9,559.1	12,773.5	12,444.4	5,303.6	5,703.9	5,521.3
	総計	100,075.5	146,544.7	145,675.9	47,819.5	59,223.7	58,636.7

地域医療構想の検討手順



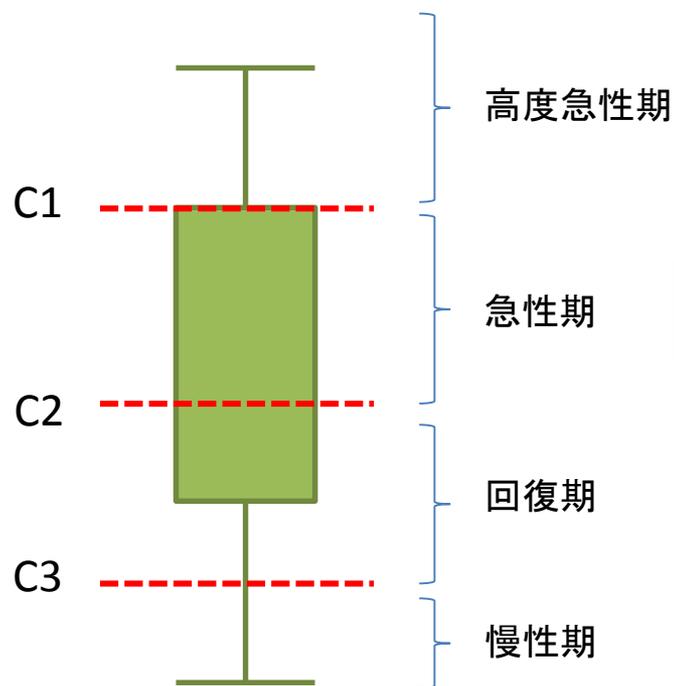
C1、C2、C3設定の基本となった医療資源投入量(中央値)の推移の分析結果 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

医療資源投入量(点)



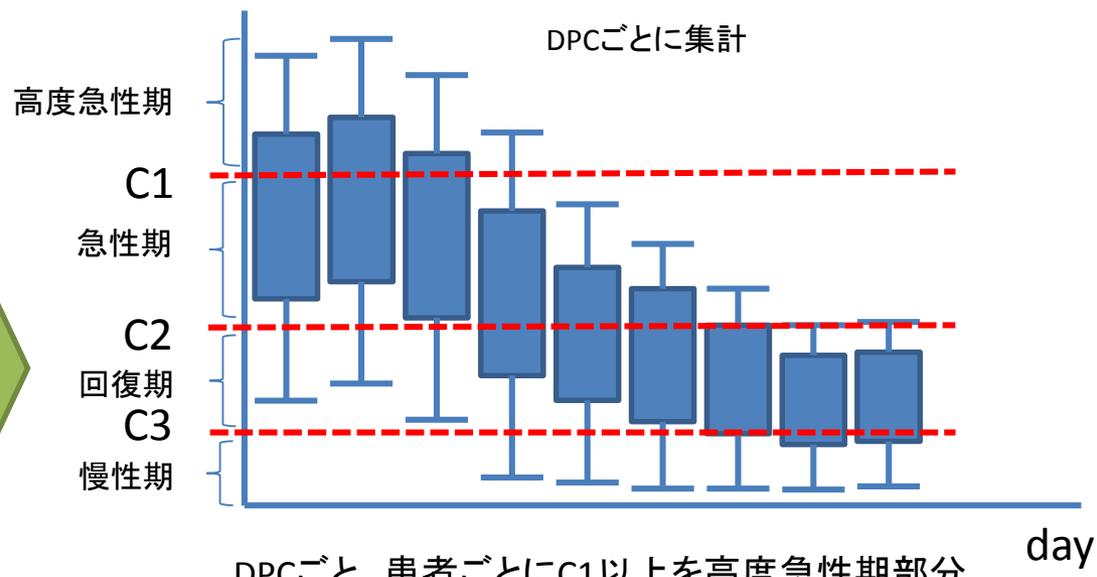
機能別病床推計の具体的手順

(1) 1日当たり出来高換算コストの分布(入院1日ごとに計算; 入院期間の平均ではない)



詳細は「病院」誌(医学書院)を参照してください

(2) 1日当たり出来高換算コストの入院後日数ごとの分布



DPCごと、患者ごとにC1以上を高度急性期部分、C2以上C1未満を急性期部分、C3以上、C2未満を回復期部分、C3未満を慢性期部分に分解し、集計

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

医療需要推計にあたっての境界点の考え方

- 構想区域における機能ごとの医療需要を推計するために境界点を設定したもの
- 各医療機関がこの基準で病床機能報告を行うわけではない

	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退院調整等を行う期間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、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

将来推計の方法

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別受療率
(1日あたり、生保・労災・自賠責等の補正後)

×

推計年度の患者住所地別・性年齢階級別人口

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別患者数
(1日あたり)

÷

病床利用率(高度急性期=75%、急性期=78%、回復期=90%、慢性期=92%)

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別病床数
(1日あたり)



人口構成・傷病構造・受療動向の
地域差を反映させた病床数推計

患者住所地別
病床数

医療機関住所地別
病床数

本日本話すること

1. 地域医療構想の概要

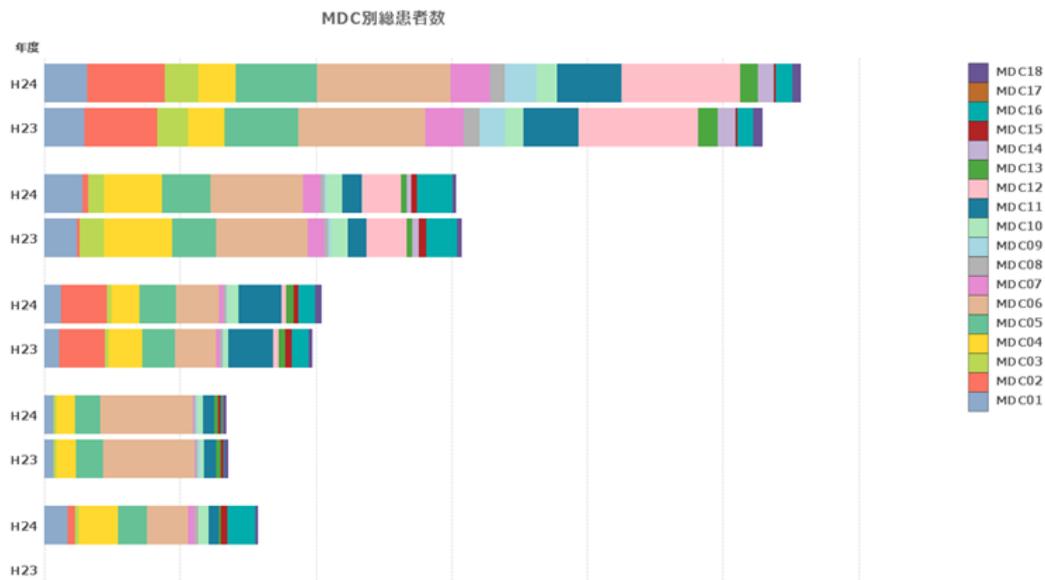
2. 調整会議で利用されるデータ

3. 南東部医療圏を例とした検討

データは一昨年度研究班のもので、直近のものは、地域医療構想調整会議の場で提示されます。

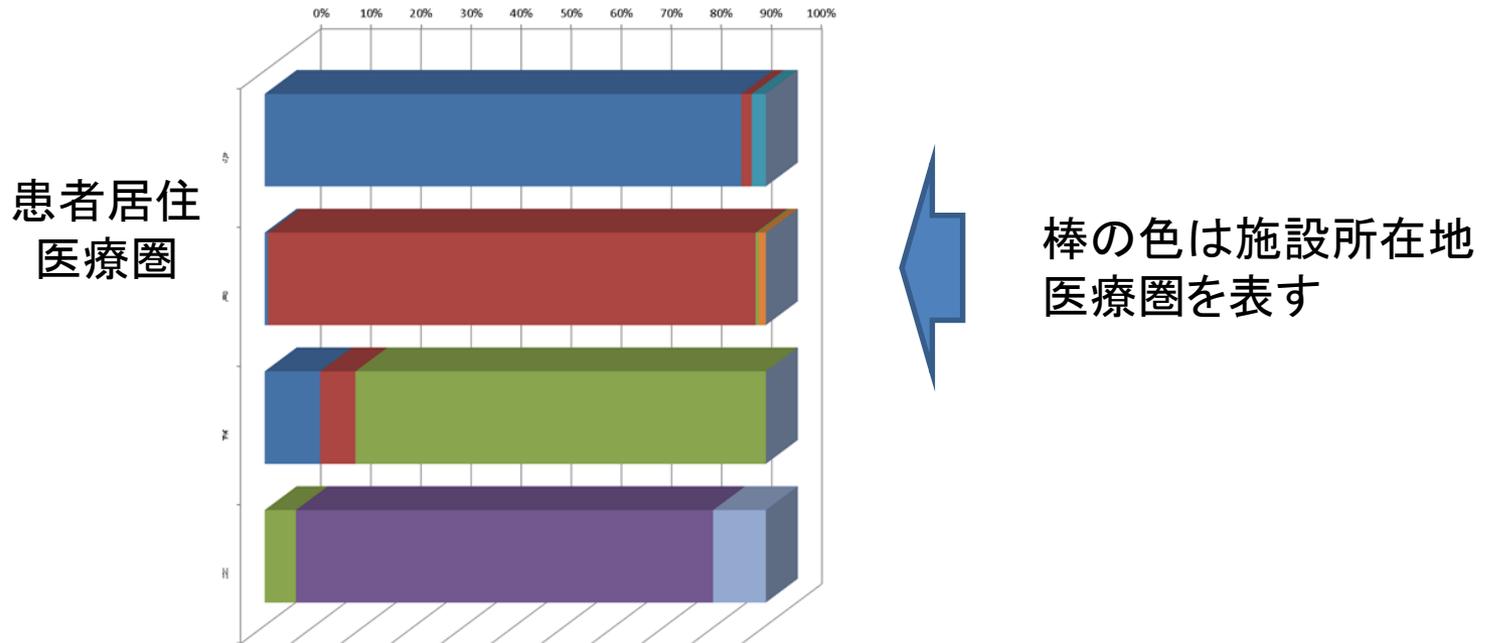
4. まとめ

DPCデータの検討



- 欠けている機能はないか(=すべての色は出ているか)
 - 欠けている機能がある場合、それは他の病院が補っているのか？
 - 補っていない場合、それが欠けていることで何か不都合が生じていないか？
- 各病院の機能は年度間で安定しているか？
 - 安定していない場合、それはなぜか？また、不都合は生じていないか？
- 圏域内の各病院の機能分化はどうか？

NDBデータの検討



- 当該機能について、各医療圏(構想区域)の自己完結率はどうか？
 - 自己完結していない場合、それで何か不都合はないか？
 - 不都合がある場合、それをどう解決すればよいのか？
 - ✓ 自己完結率を高めるのか？あるいは他医療圏と連携するのか？

消防庁データの検討

全体

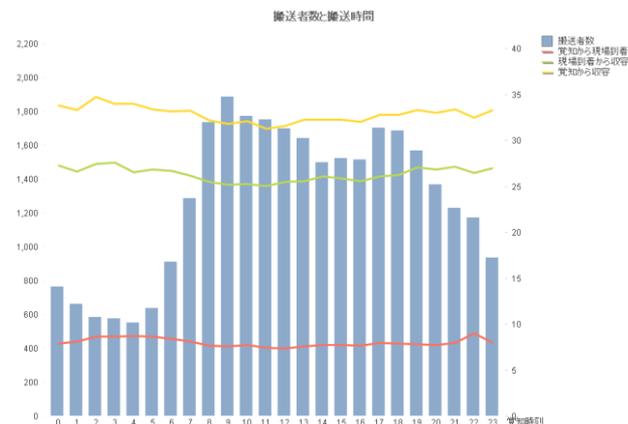
二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	78,890	8.3	26.3	31.8
	30,643	7.9	26.1	32.6
	19,563	9.0	29.9	34.5
	24,769	8.3	23.5	28.8
	3,915	7.8	27.7	31.1

新生児・乳幼児

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	4,495	8.2	24.1	30.4
	1,833	8.0	26.0	32.8
	1,075	9.2	27.2	33.3
	1,507	7.8	19.7	25.5
	80	6.9	24.6	29.3

高齢者

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	41,928	8.2	26.8	32.1
	15,527	7.7	26.2	32.8
	10,169	9.0	30.3	34.5
	13,510	8.4	24.5	29.7
	2,722	8.1	28.1	31.1



- 救急搬送に関して何か問題はないか？ (→覚知から収容までの平均時間の検討)
 - 搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのか
 - ✓ 覚知から現場到着？現場到着から収容？
 - ✓ 時間帯による問題は？
 - ✓ 年齢による問題は？

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0 \\ &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}} \end{aligned}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

SCRの検討

中分類	指標名	入外区分	78.7	110.5	55.1	104.3
入院診療体制	一般入院基本料	全体	78.7	110.5	55.1	104.3
	一般入院基本料 7:1、10:1(再掲)	全体	71.6	114.1	57.7	119.5
	一般入院基本料 13:1、15:1(再掲)	全体	112.6	101.1	46.3	52.1
	DPC入院 再掲	全体	100.5	83.3	94.3	35.1
	療養病棟入院基本料	全体	67.0	71.0	79.9	210.6
	結核病棟入院基本料	全体		223.7		
	精神病棟入院基本料	全体	70.8	65.0	110.6	111.1
	特定機能病院一般入院基本料	全体		213.2		
	障害者施設等入院基本料	全体	67.6	113.1	53.4	
	有床診療所入院基本料	全体	87.2	54.5	52.3	4.2
	有床診療所療養病床入院基本料	全体	109.2			137.7
	救命救急入院料	全体	27.1	30.9	78.3	
	特定入院料	特定集中治療室管理料 ICU	全体	28.5	22.0	19.4
総合周産期特定集中治療室管理料 MFICU		全体		223.1		
特殊疾患病棟入院料等		全体	76.2	112.2	56.7	
小児入院医療管理料		全体	7.6	471.6	11.7	
回復期リハビリテーション病棟入院料		全体	75.0	123.3	66.4	
特殊疾患病棟入院料		全体	152.1	114.8	82.8	
緩和ケア病棟入院料		全体	151.6	143.7	249.1	
精神科救急入院料		全体	274.9	166.4		
精神科急性期治療病棟入院料		全体	56.9	223.6		341.9
精神療養病棟入院料		全体	122.0	87.3	35.0	63.9
認知症治療病棟入院料		全体	106.7	147.8		197.4
ハイケアユニット入院医療管理料 HCU		全体			102.4	
亜急性期入院医療管理料		全体	50.7	21.2	33.1	37.8

- 性年齢を補正したとき全国よりも多く出ている機能・欠けている機能はないか？
 - そのような機能があることで何か不都合はないか？

病床機能別医療需要の検討(2)

(厚生労働省配布ツールによる)

医療機関所在地	医療機能	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要 (現行の流出入)(人/日)	2025年度の医療需要 (調整後の流出入)(人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数 (現行の流出入)(床)	2025年度の必要病床数 (調整後の流出入)(床)
	高度急性期	1,904.3	2,146.3	1,844.8	2,539.1	2,861.7	2,459.7
	急性期	4,952.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,856.4	7,203.3
	回復期	4,925.8	6,477.1	6,020.8	5,473.1	7,196.7	6,689.7
	慢性期	2,683.9	3,295.6	3,458.0	2,917.2	3,582.2	3,758.6
	在宅医療等	25,888.7	42,112.5	40,048.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	18,432.8	29,867.8	27,917.0			
	小計	40,354.7	60,159.4	56,991.0	17,278.2	21,497.0	20,111.4
	高度急性期	125.8	143.5	214.2	167.7	191.4	285.5
	急性期	401.5	499.0	674.9	514.7	639.8	865.3
	回復期	517.5	695.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.3	442.8	552.1
	在宅医療等	1,812.0	2,936.6	3,382.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	790.5	1,220.4	1,574.7			
	小計	3,204.8	4,681.6	5,574.0	1,635.7	2,046.2	2,585.3
	高度急性期	13.0	13.9	30.7	17.3	18.5	41.0
	急性期	73.3	80.2	107.0	93.9	102.8	137.1
	回復期	59.0	63.1	106.1	65.6	70.2	117.9
	慢性期*	99.4	68.6	106.6	108.1	74.6	115.9
	在宅医療等	727.9	876.8	750.0			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	324.6	419.3	273.8			
	小計	972.6	1,102.7	1,100.4	284.8	266.1	411.9
	高度急性期	363.1	403.2	415.1	484.1	537.6	553.5
	急性期	1,085.7	1,273.7	1,298.4	1,391.9	1,632.9	1,664.6
	回復期	1,148.5	1,427.8	1,407.2	1,276.1	1,586.4	1,563.5
	慢性期	1,979.3	1,791.3	1,600.5	2,151.5	1,947.1	1,739.6
	在宅医療等	4,982.5	7,877.7	7,723.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,287.7	3,201.0	3,138.9			
	小計	9,559.1	12,773.5	12,444.4	5,303.6	5,703.9	5,521.3
	総計	100,075.5	146,544.7	145,675.9	47,819.5	59,223.7	58,636.7

一定の仮定をおいた推計値であることに注意

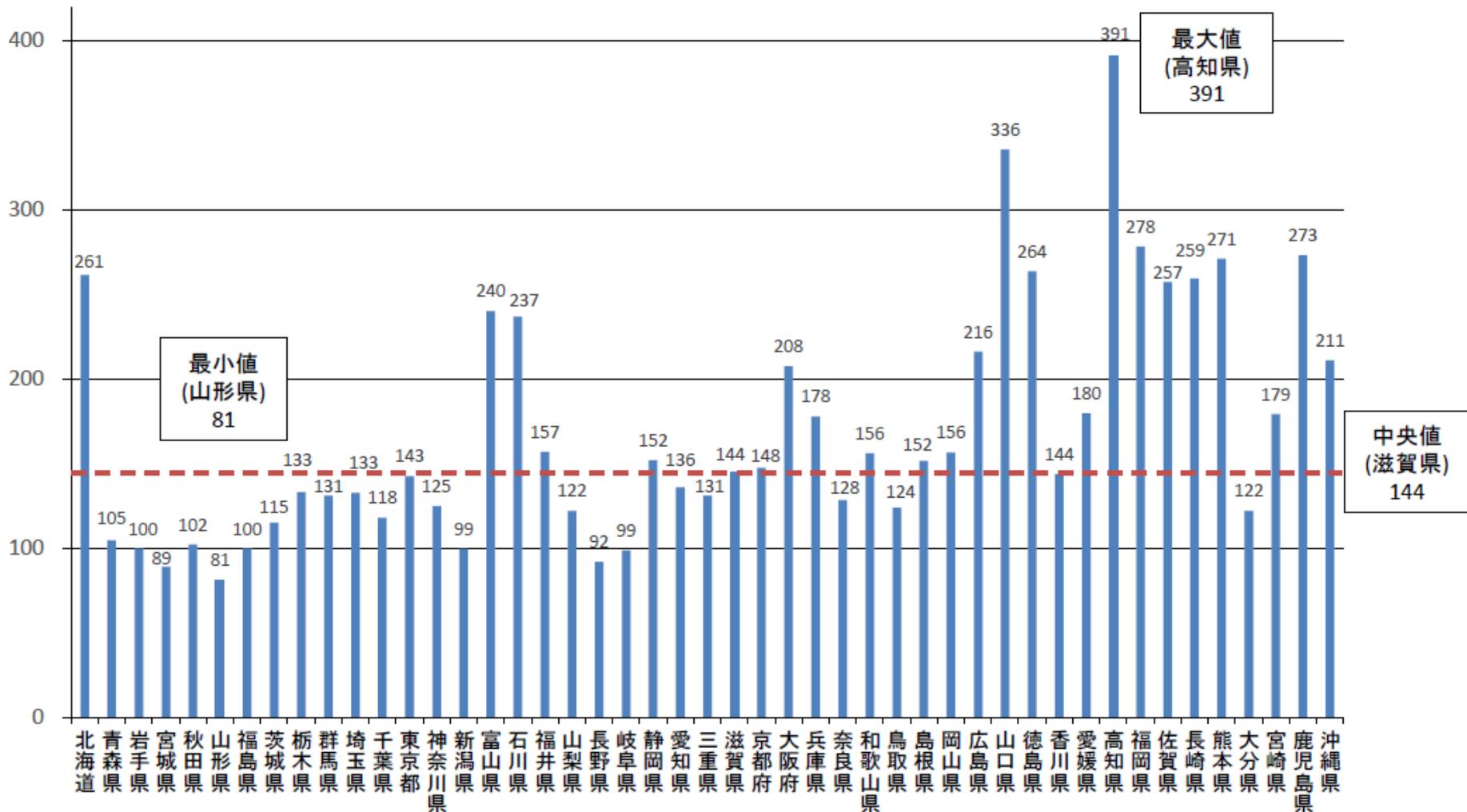
出典： 必要病床数等推計ツール説明書(厚生労働省医政局)

専門調査会推計の考え方

- 一定の仮定のもとに患者数の推計を行った
 - 機能分化を進める
 - 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - 療養病床受療率の都道府県格差を縮小
- 「目標」ではない
 - 目標は地域医療構想調整会議で決められる
 - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - 慢性期＝療養病床入院＋介護施設＋在宅
 - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)

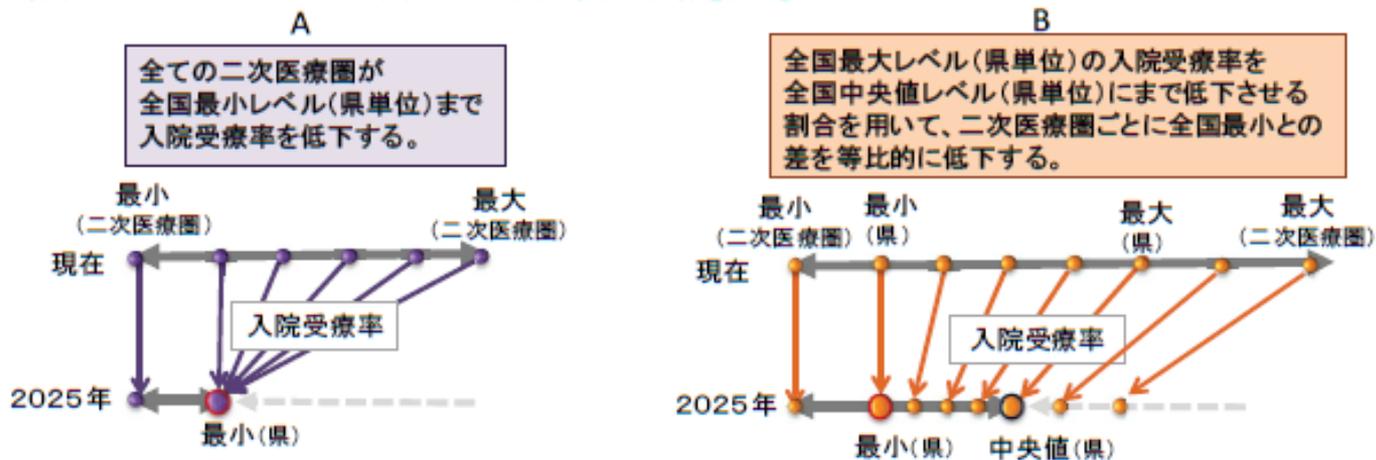


療養病床の都道府県格差の是正

療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。
パターンB：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。（次頁参照）

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



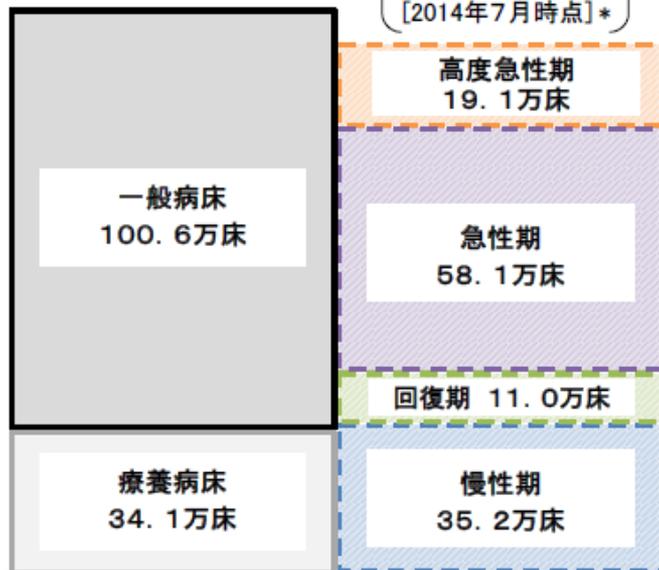
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

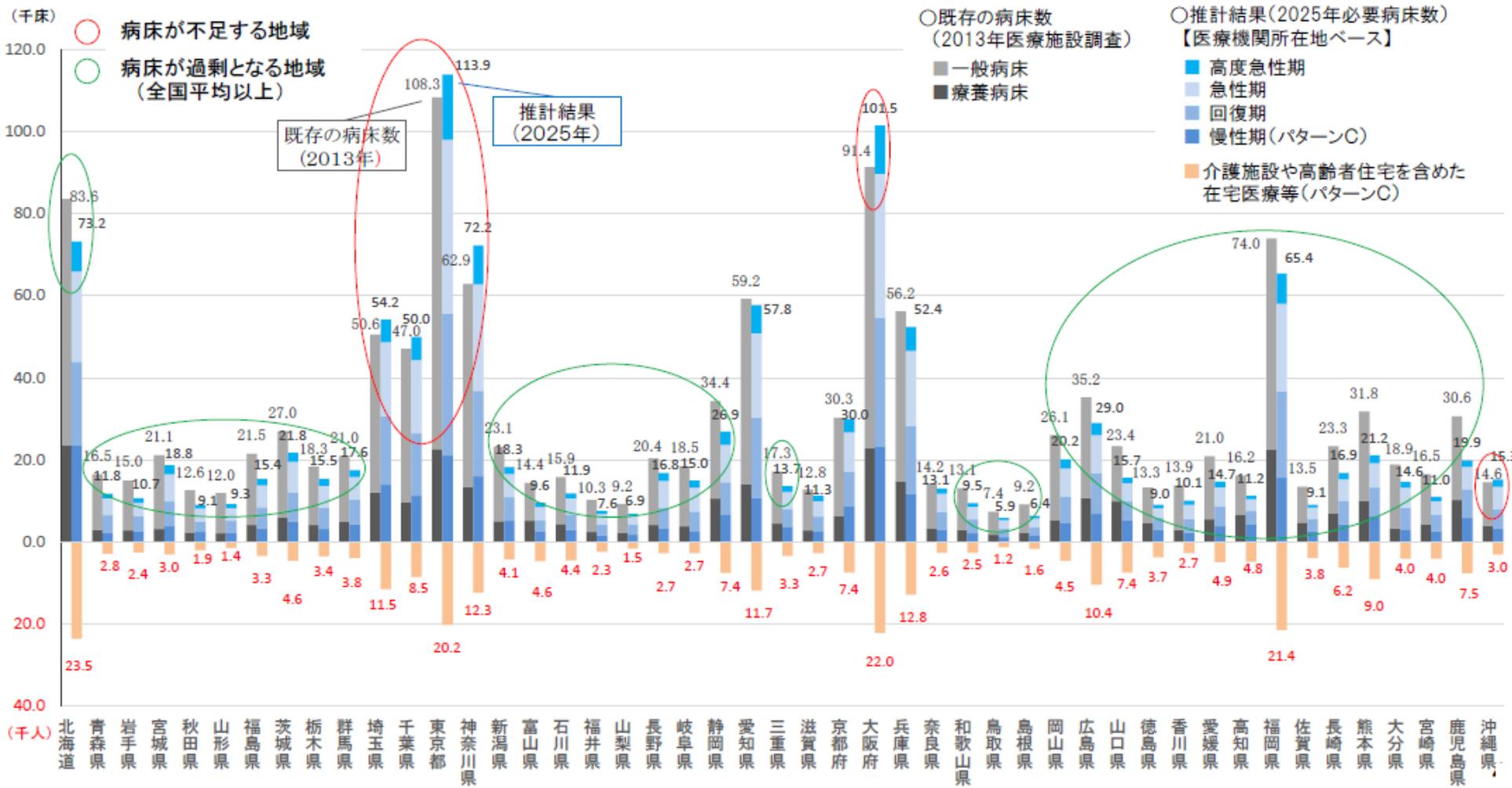
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

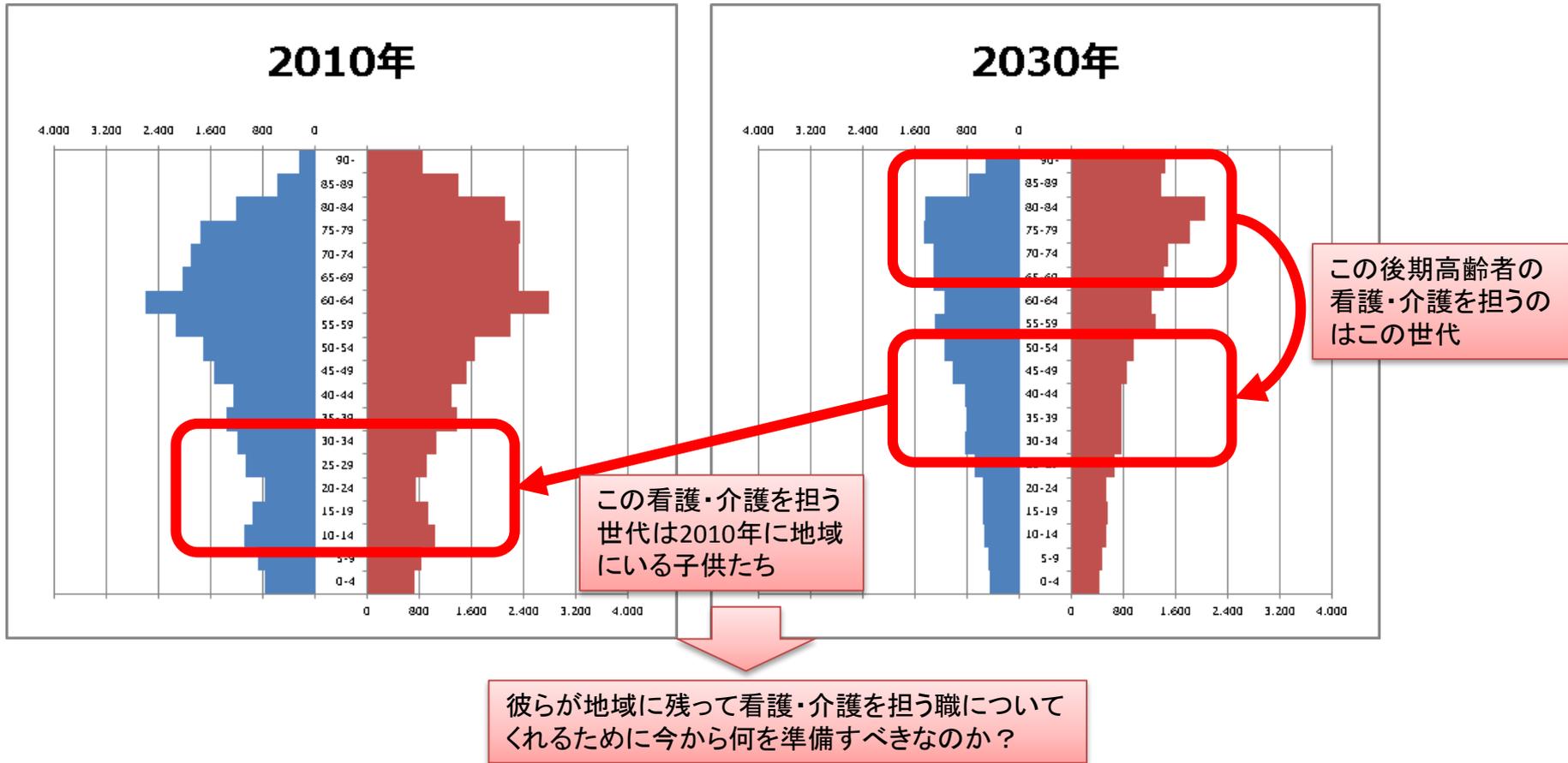
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

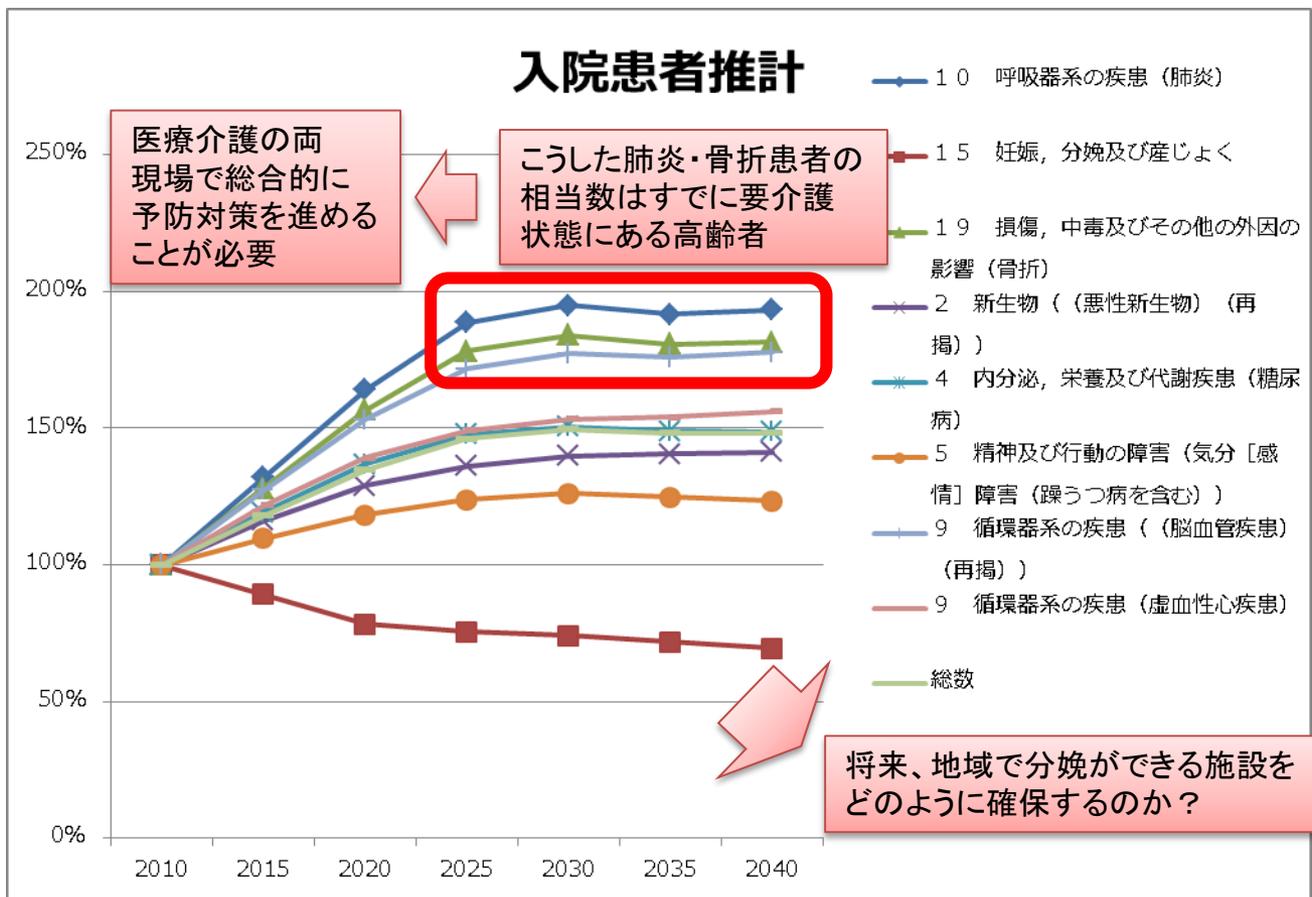
- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



人口推移の検討

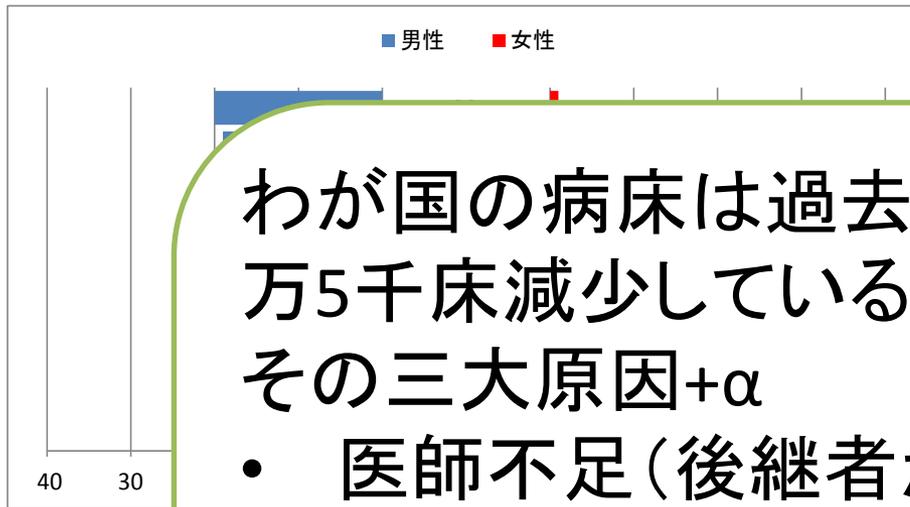


傷病別入院患者数の推移に関する検討



医療職の平均年齢

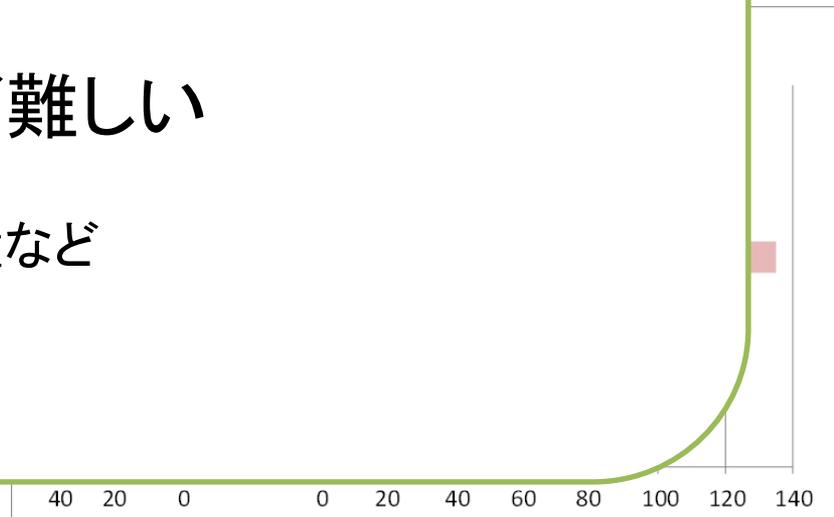
(病院・有床診療所：福岡県京築医療圏)



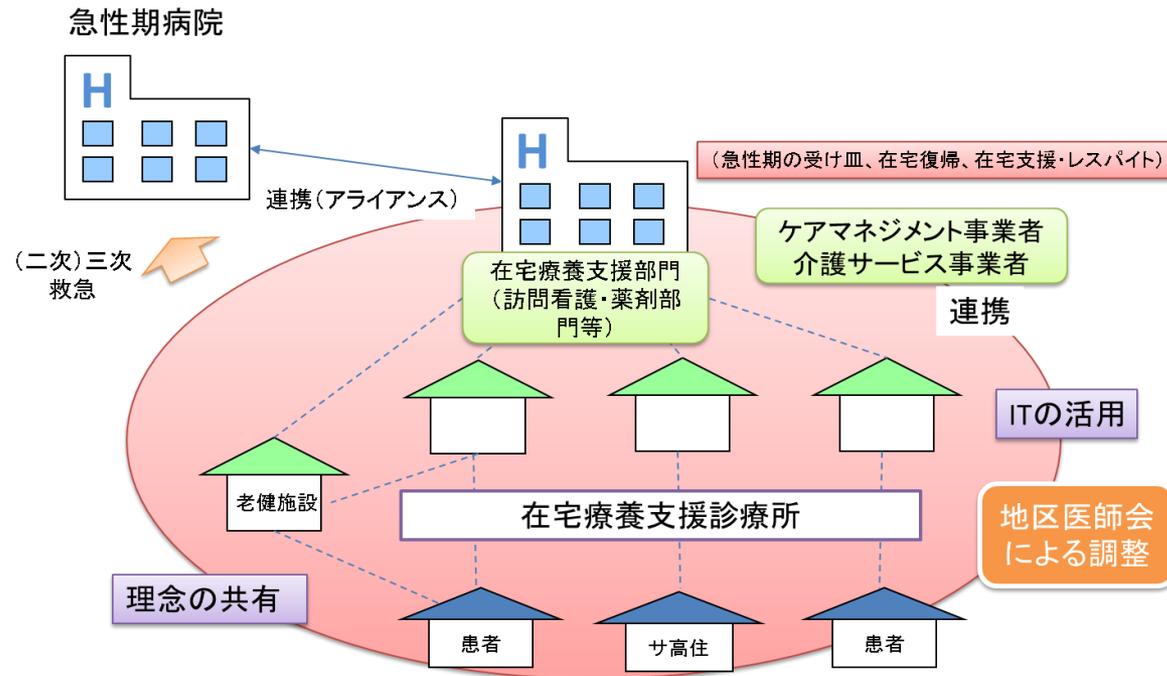
わが国の病床は過去10年間、年平均約1万5千床減少している

その三大原因+α

- 医師不足(後継者がいない)
- 看護師不足
- 施設への投資が難しい
 - 耐震対応
 - スプリンクラー設置など
- 患者がいない？



望ましい医療介護サービス提供体制の構想



- 将来の医療需要を踏まえて、どのような医療介護サービス提供体制が望ましいのかについて会議で合意形成を行う
 - その上で、各施設が何ができるのか(しなければならないのか)を検討
 - 具体化されたものから地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業として計画する

機能別病床数の考え方

- 高度急性期・急性期は専門医の研修指定施設との関係を考える必要がある
 - 大学医学部との調整
- 回復期病床（地域包括ケア病床）の配置は、急性期病院及び診療所・介護施設との連携のしやすさを考慮
 - 診療所の先生、介護関係者の意見聴取
- 療養病床数は介護及び在宅医療の状況に依存
 - 在宅医療の提供量の現実的推計
 - 看護師・介護職の確保可能性
- 高度急性期＋急性期、急性期＋回復期の重なりを考慮した推計

本日お話しすること

1. 地域医療構想の概要

2. 調整会議で利用されるデータ

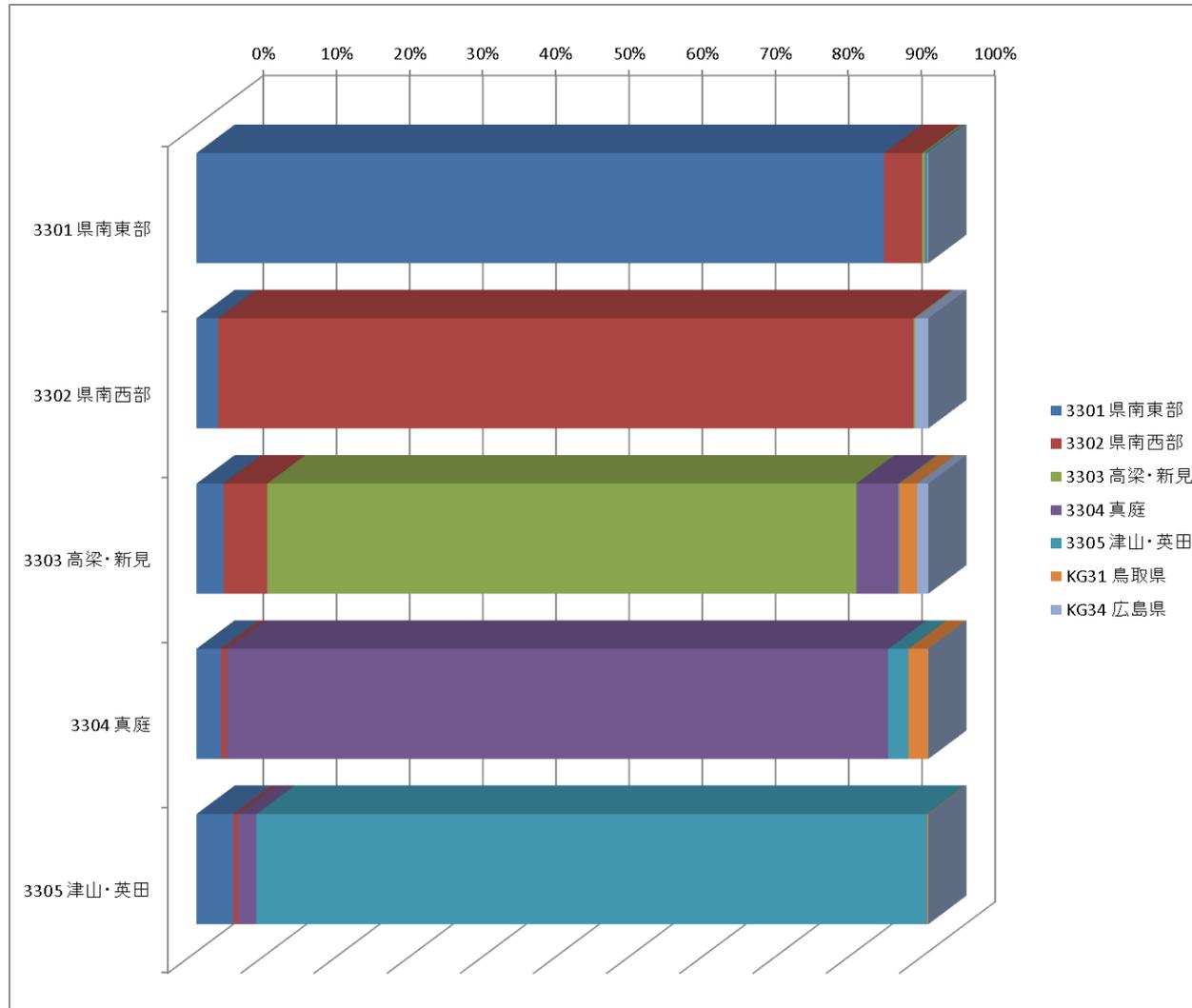
3. 岡山県の現状

データは一昨年度研究班のもので、直近のものは、地域医療構想調整会議の場で提示されます。

4. まとめ

岡山県における自己完結率

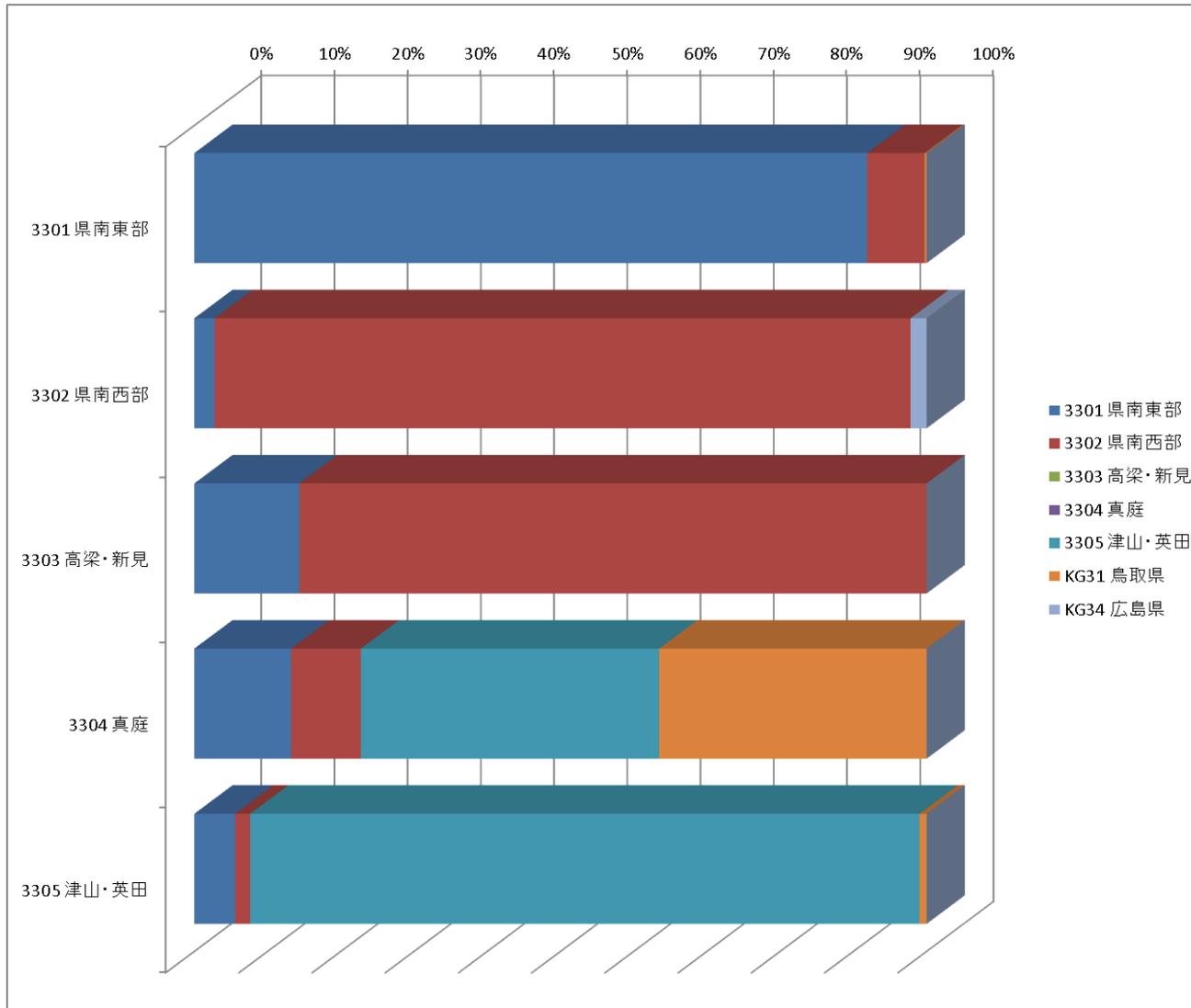
(平成24年度NDBデータ:一般病床入院7:1、10:1)



出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

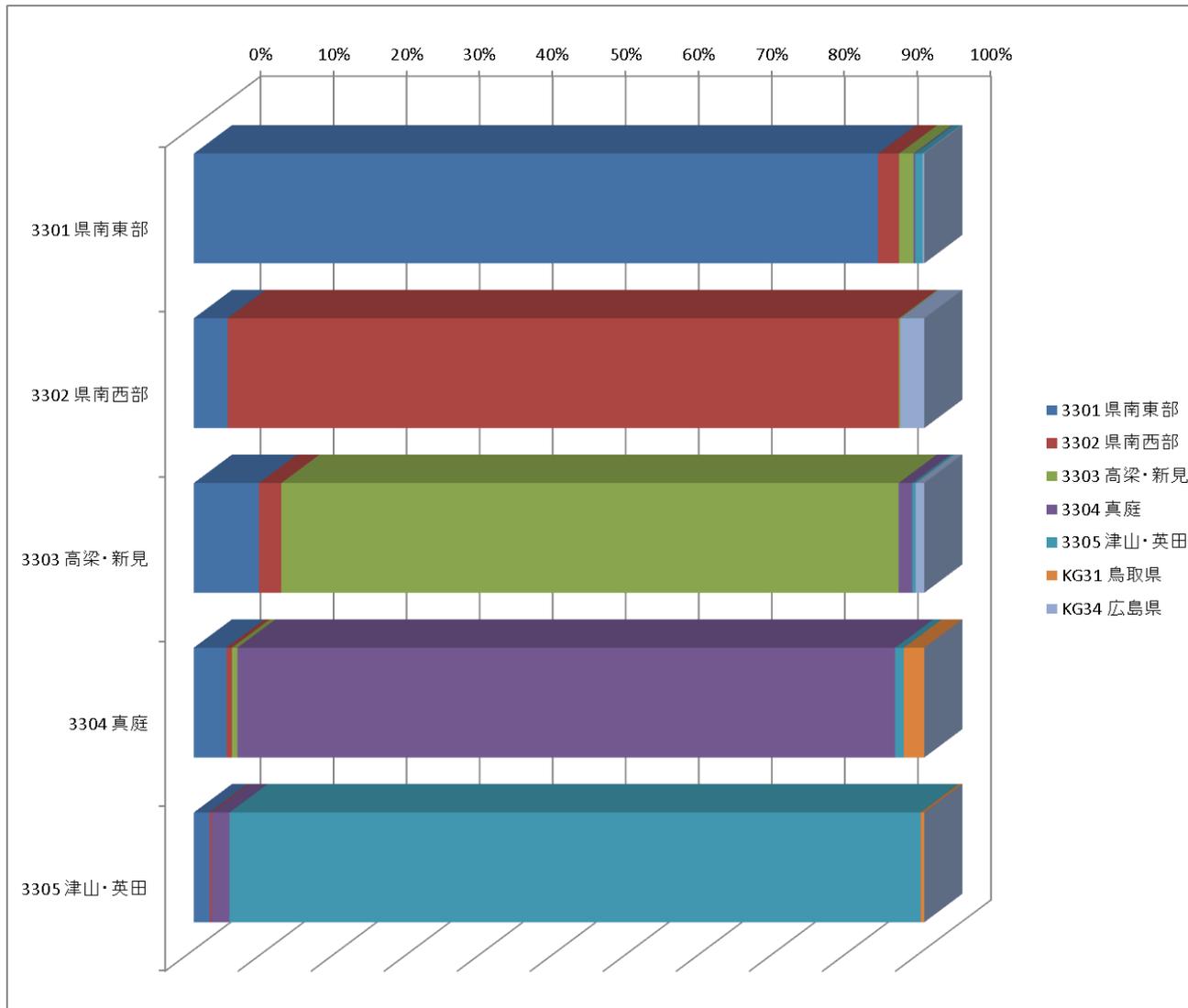
岡山県における自己完結率

(平成24年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

岡山県における自己完結率 (平成24年度NDBデータ:療養病床入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

主要診断群(MDC)の分類

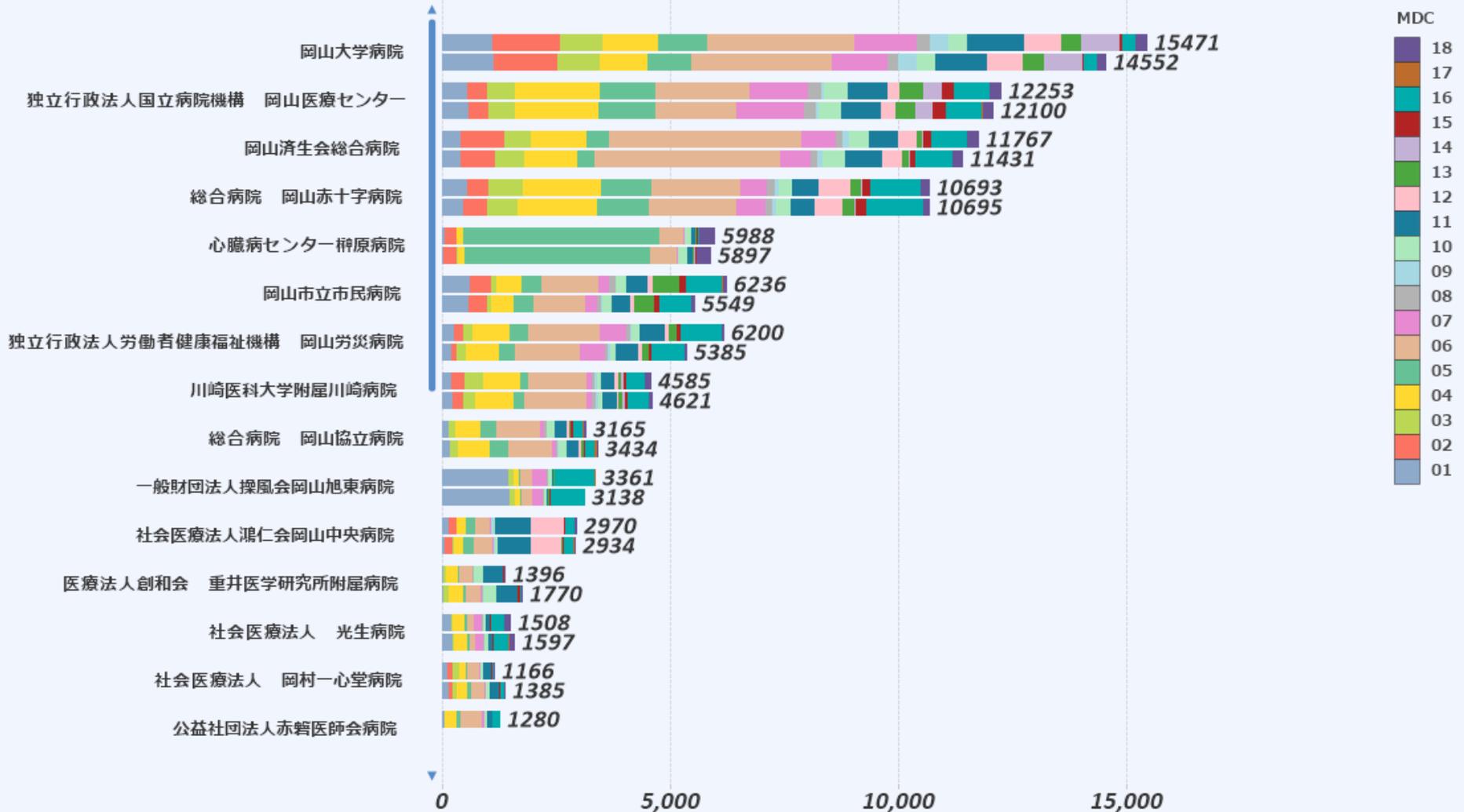
主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

南東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

(平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別全患者)

MDC別総患者数：3301県南東部

施設名



岡山県におけるSCRの状況(抜粋1)

中分類	指標名	入外区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田
外来診療体制	初診料	外来	111.2	100.5	63.1	73.7	92.0
	初診料_時間外加算	外来	114.1	106.8	50.9	83.7	59.6
	外来診療料	全体	102.4	101.0			70.0
	外来診療料_時間外加算	全体	88.3	138.8			30.0
	再診料	全体	109.7	108.7	100.2	125.4	112.0
	再診料_時間外加算	全体	130.8	127.2	35.0	105.5	112.7
	再診料・外来診察料_再掲	全体	108.3	107.3	81.6	102.0	104.1
	再診料・外来診療料_時間外_再掲	全体	113.0	131.2	92.1	125.6	82.1
入院診療体制	一般入院基本料	全体	114.3	131.2	144.4	192.1	120.4
	一般入院基本料_7:1、10:1(再掲)	全体	111.8	126.2	174.4	227.6	145.9
	一般入院基本料_13:1、15:1(再掲)	全体	124.5	153.2	39.2	42.2	25.5
	DPC入院_再掲	全体	122.7	120.7	27.9	59.3	77.5
	療養病棟入院基本料	全体	77.7	88.4	195.5	178.6	122.7
	結核病棟入院基本料	全体	175.8	197.0			89.7
	精神病棟入院基本料	全体	115.4	69.1	68.1	135.8	215.4
	特定機能病院一般入院基本料	全体	147.6	164.3			
	障害者施設等入院基本料	全体	115.6	140.9	67.8		
	有床診療所入院基本料	全体	218.5	158.9	11.7	156.2	130.8
有床診療所療養病床入院基本料	全体	411.2	154.6			318.3	

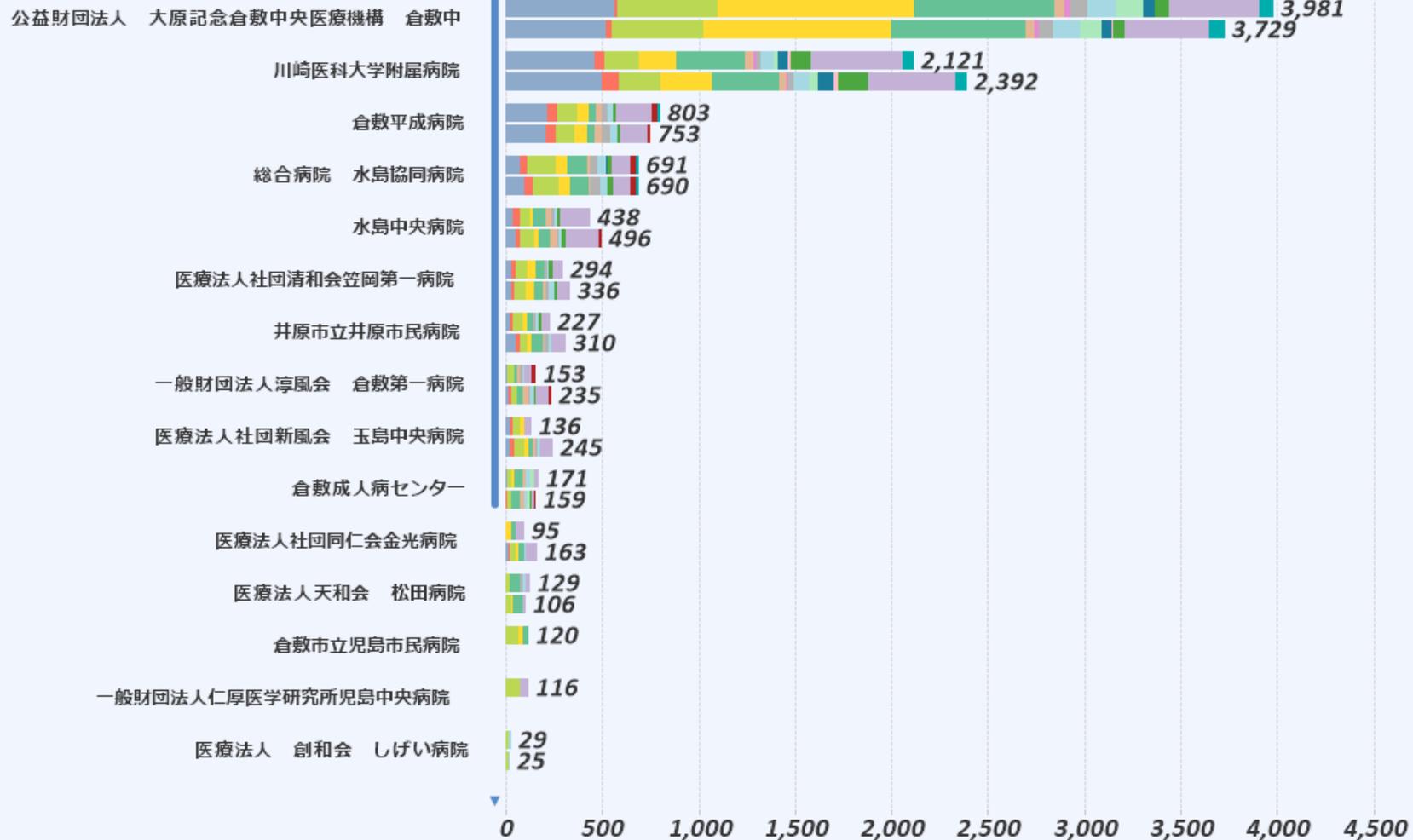
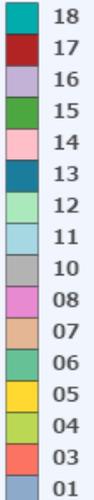
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者：松田晋哉)

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別救急搬送患者)

MDC別救急搬送患者数：3302県南西部

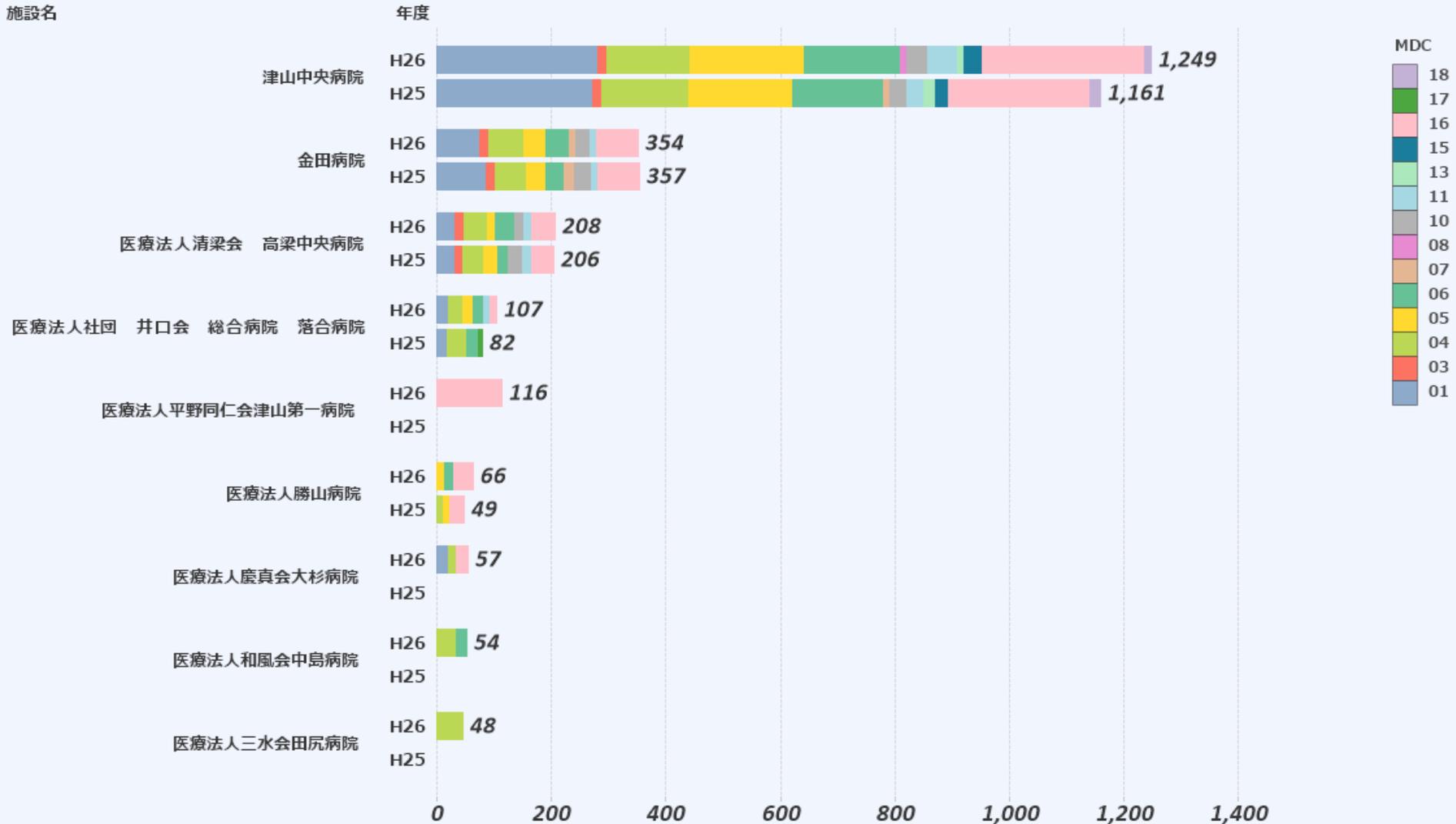
施設名

MDC

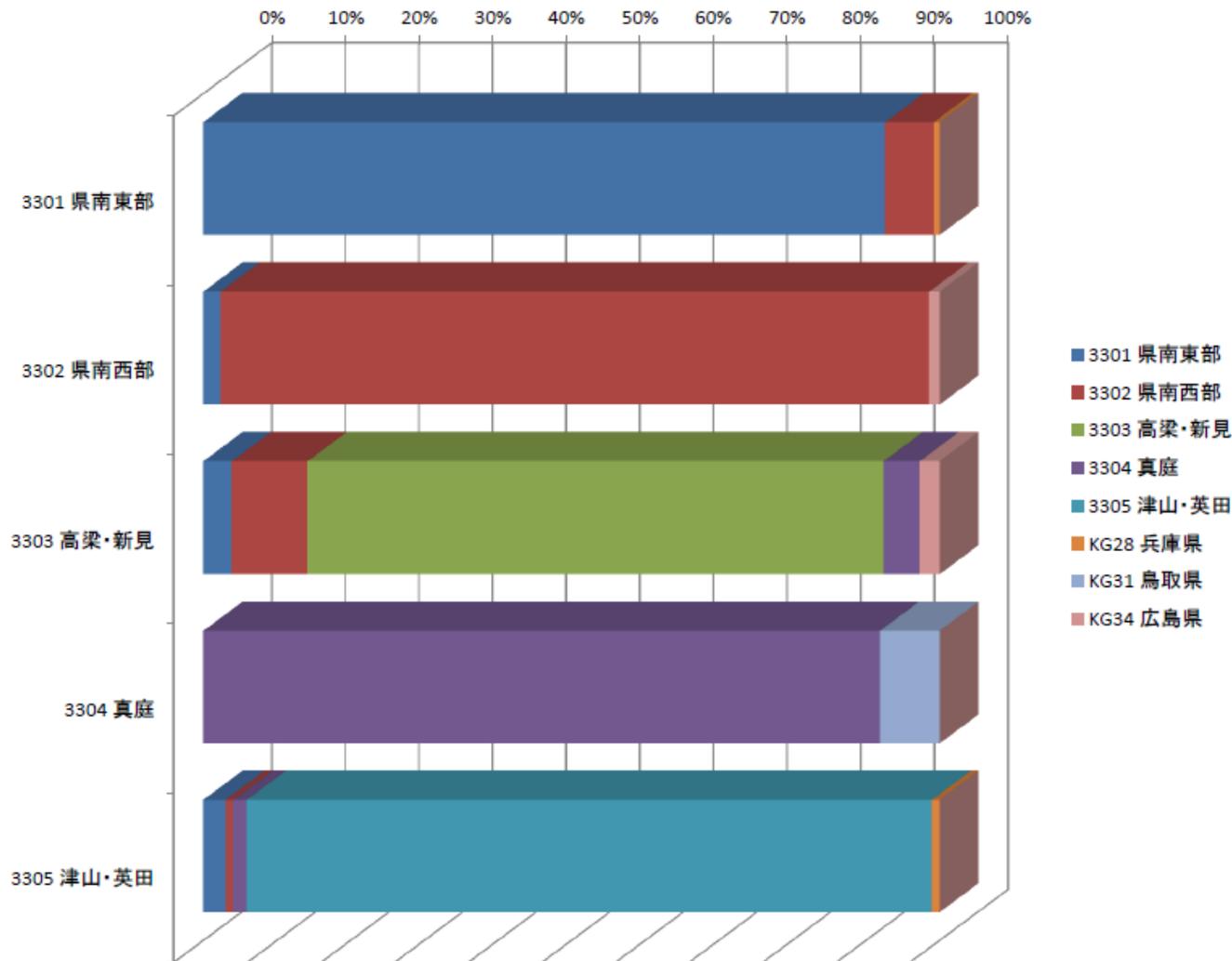


北部三医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別救急搬送患者)

MDC別救急搬送患者数:



岡山県における救急医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

医療圏別に見た平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ: 全体)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	76,236	8.5	24.7	31.3
3301 県南東部	35,247	8.5	24.3	31.2
3302 県南西部	26,938	7.8	24.7	31.3
3303 高梁・新見	3,182	10.0	29.1	31.1
3304 真庭	2,251	10.1	24.0	30.2
3305 津山・英田	8,618	9.4	25.3	32.1

出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

(平成23年度 消防庁データ： 新生児・乳幼児・小児)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	6,488	8.2	24.3	30.8
3301 県南東部	2,975	8.4	24.5	31.0
3302 県南西部	2,576	7.7	24.0	30.7
3303 高梁・新見	186	9.9	28.6	31.0
3304 真庭	151	9.7	24.3	30.5
3305 津山・英田	600	8.5	22.9	30.1

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者：松田晋哉)

医療圏別に見た平均搬送時間(分)

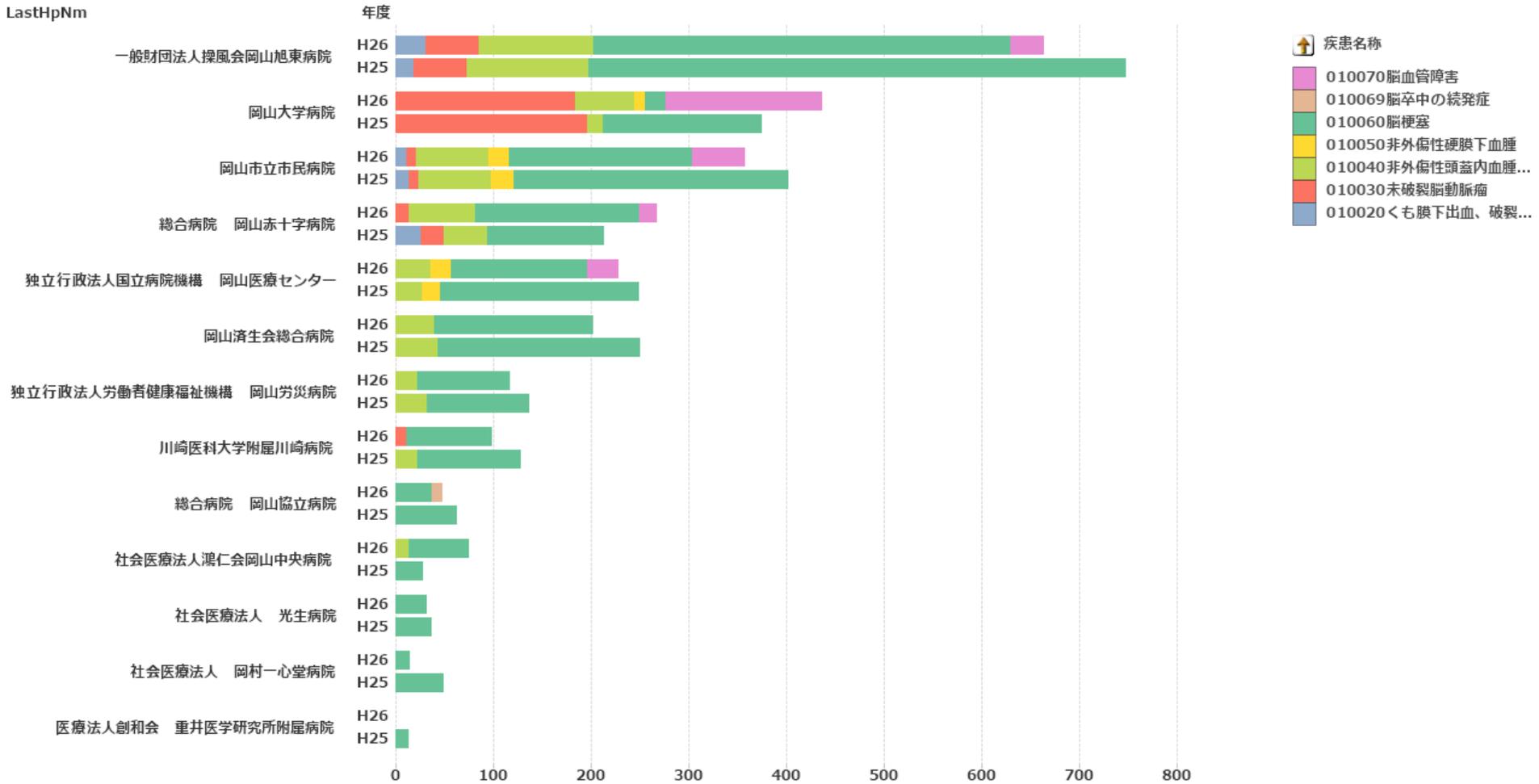
(平成23年度 消防庁データ: 高齢者)

二次医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	42,105	8.5	24.9	31.4
3301 県南東部	18,691	8.4	24.3	31.2
3302 県南西部	14,625	7.7	24.9	31.5
3303 高梁・新見	2,100	10.2	29.8	31.3
3304 真庭	1,382	10.1	23.8	30.4
3305 津山・英田	5,307	9.6	25.4	32.2

出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

南東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

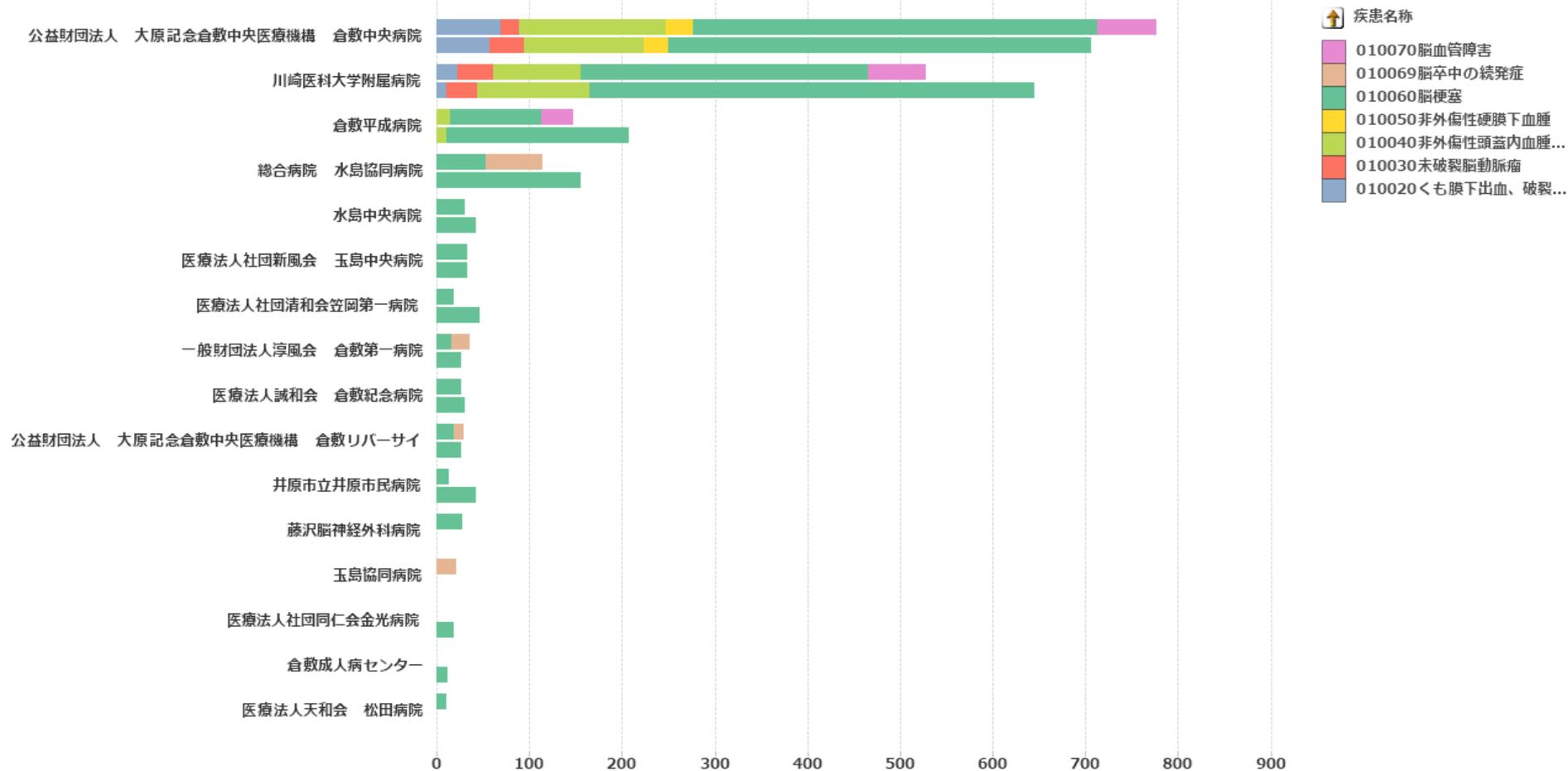
(平成25—26年度厚生労働省データ：脳血管障害患者)



南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

(平成25-26年度厚生労働省データ：脳血管障害患者)

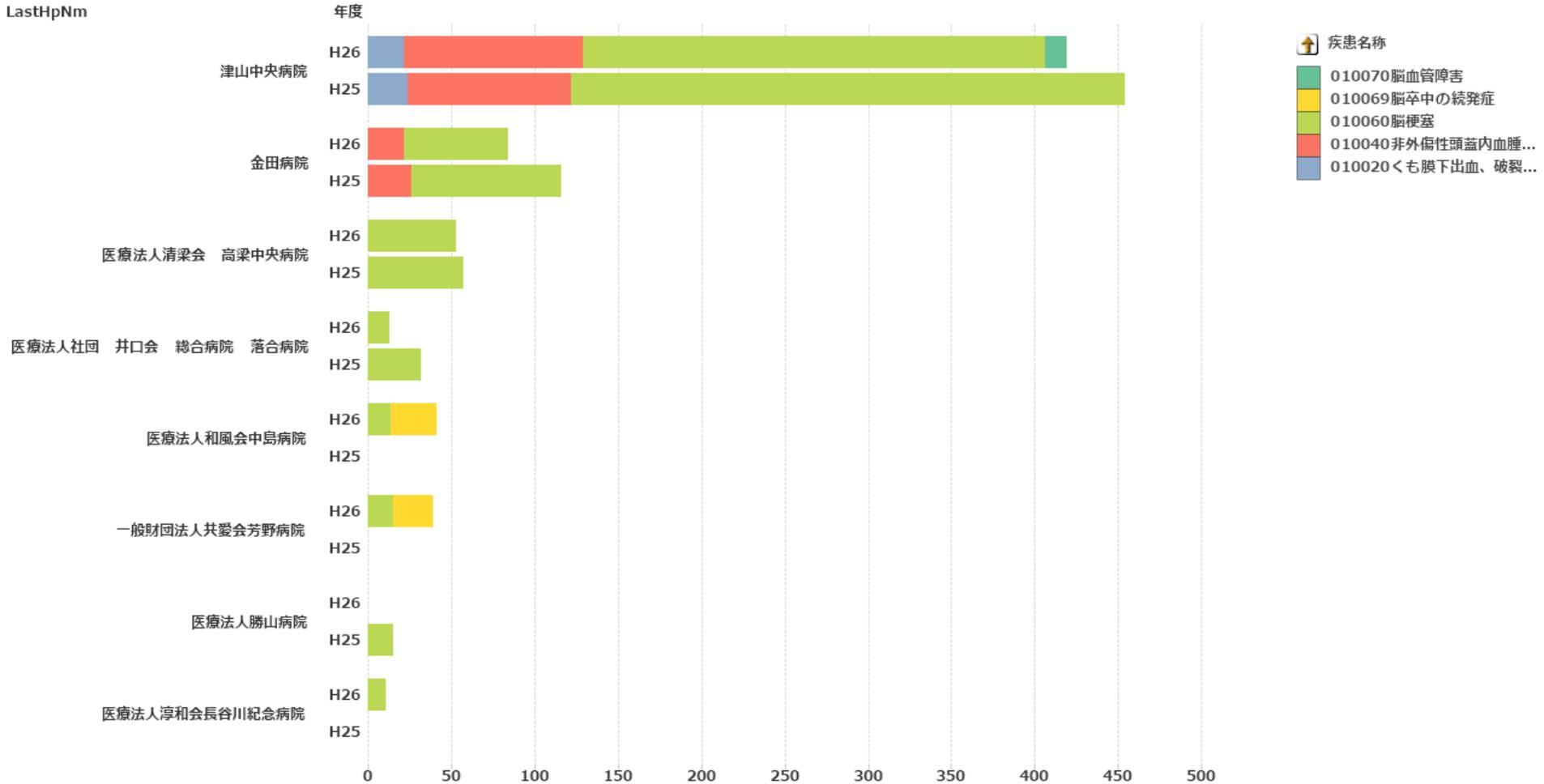
LastHpNm



北部三医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

(平成25-26年度厚生労働省データ：脳血管障害患者)

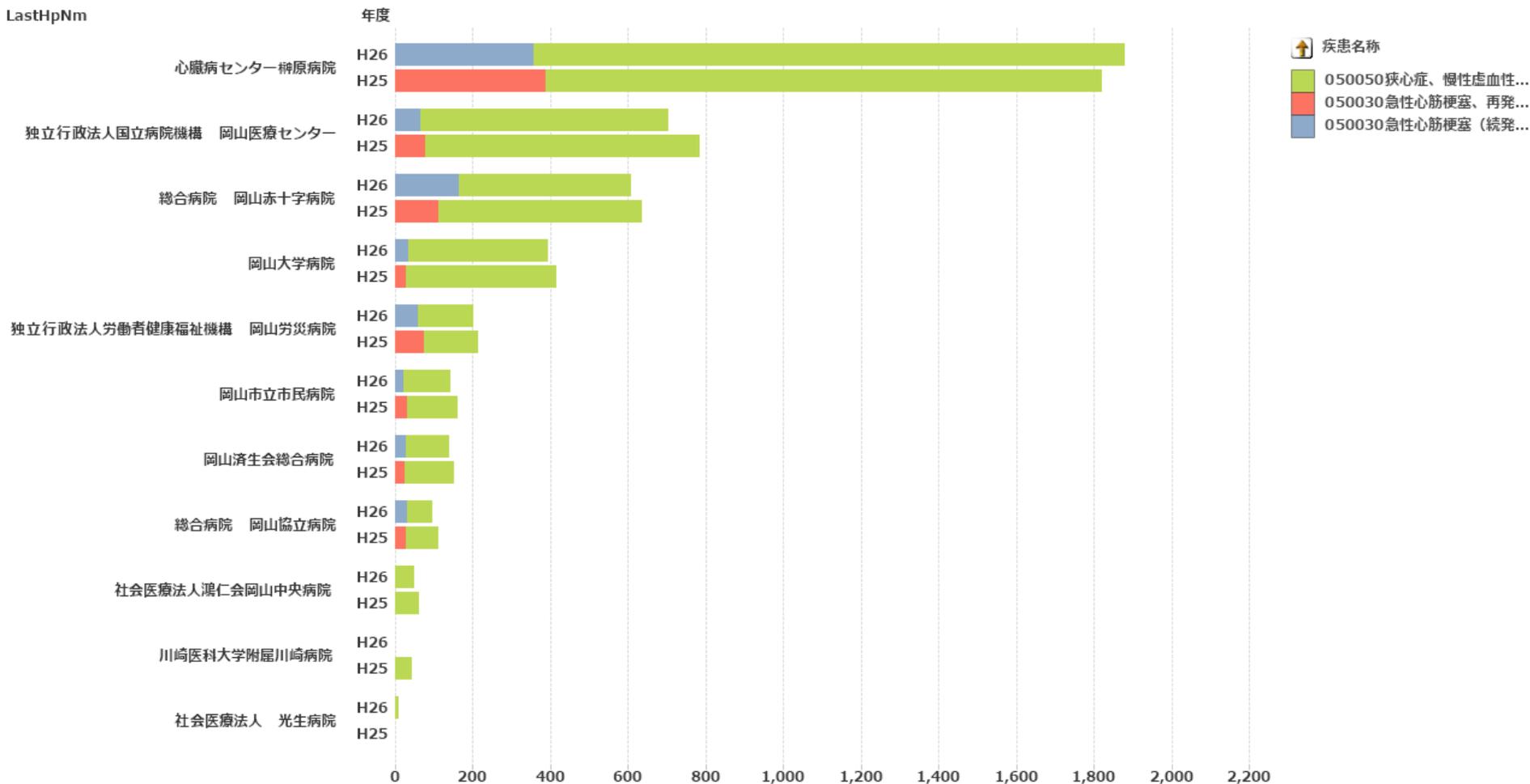
LastHpNm



南東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

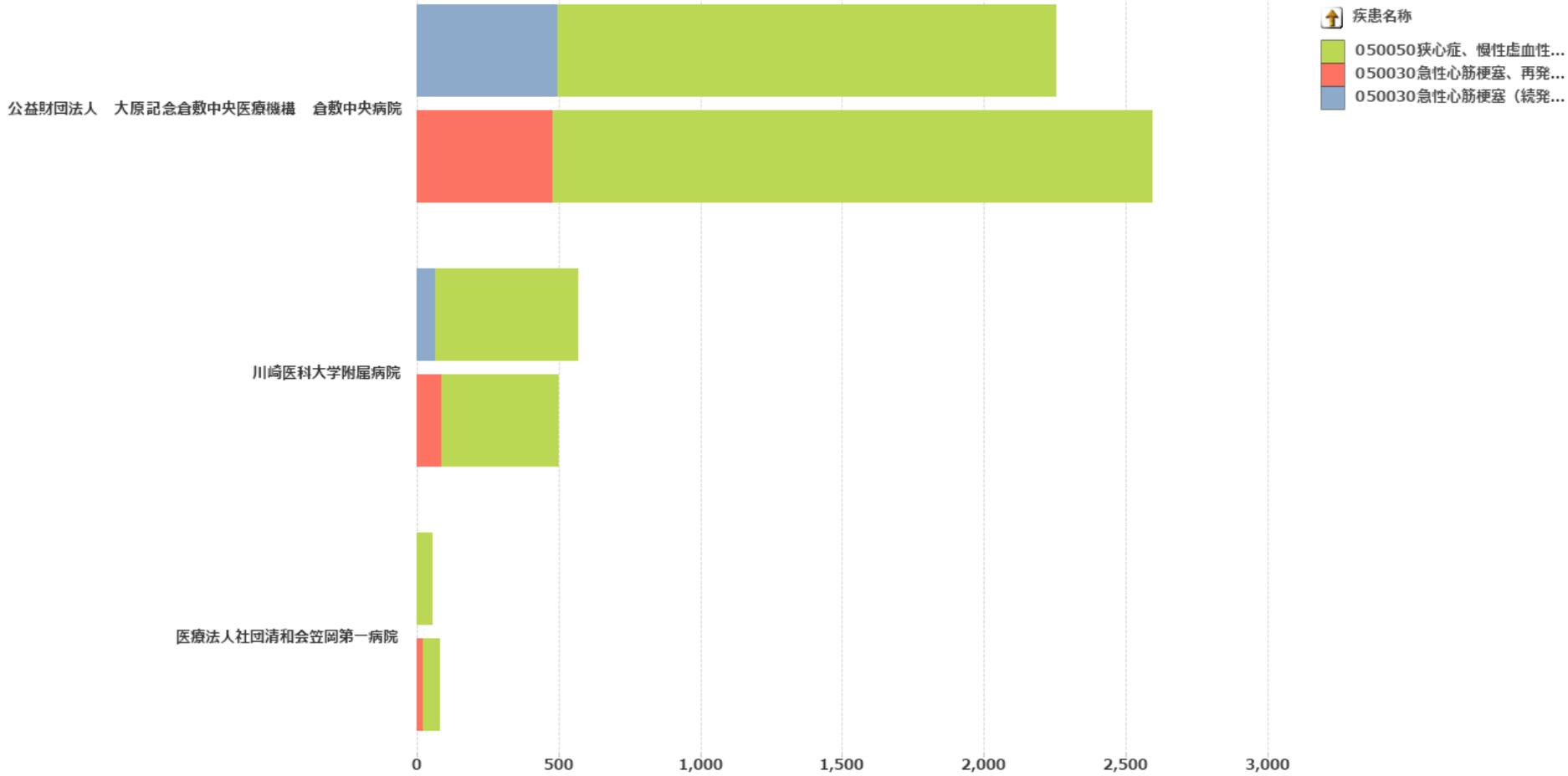
(平成25-26年度厚生労働省データ:虚血性心疾患患者)

LastHpNm

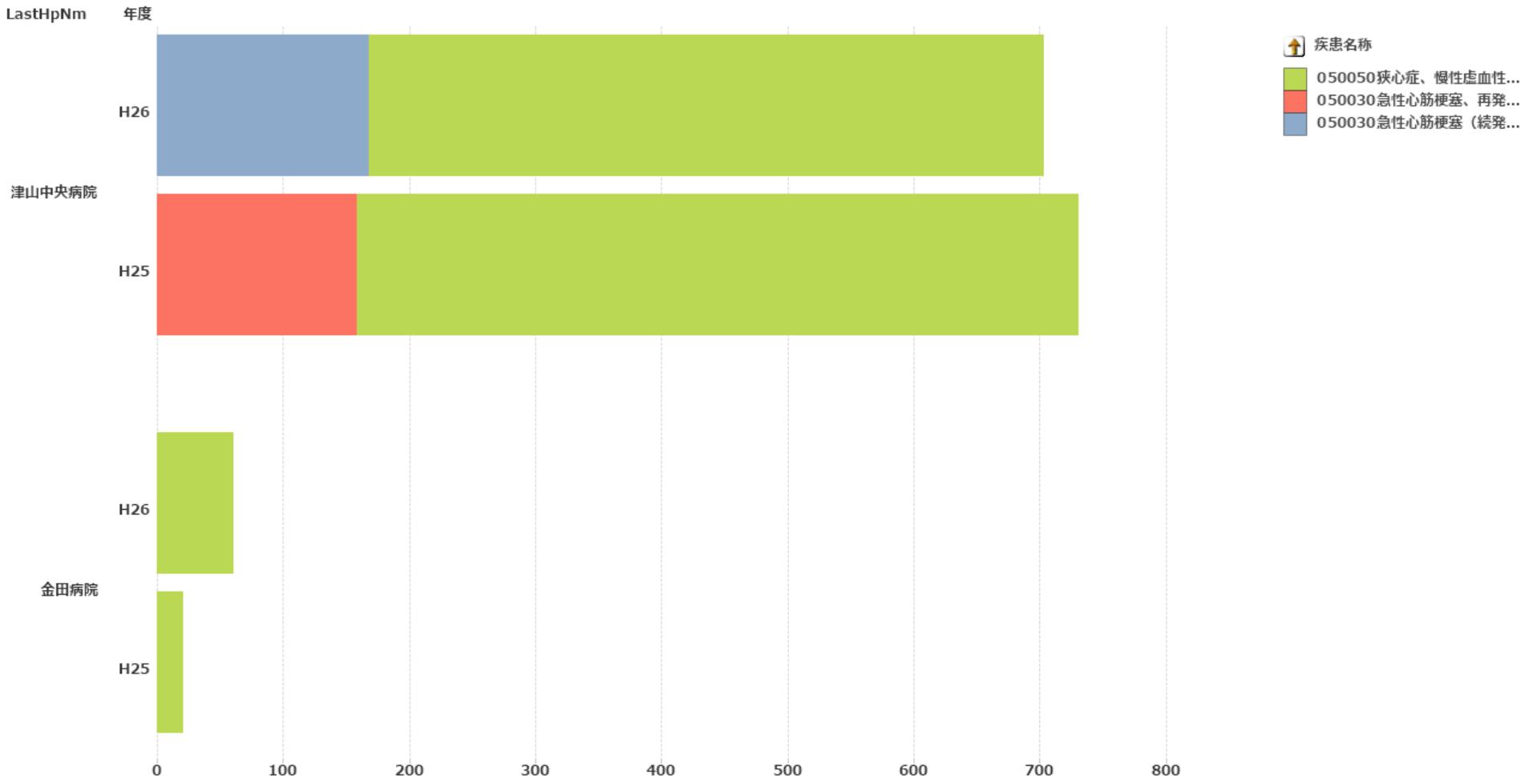


南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25-26年度厚生労働省データ:虚血性心疾患患者)

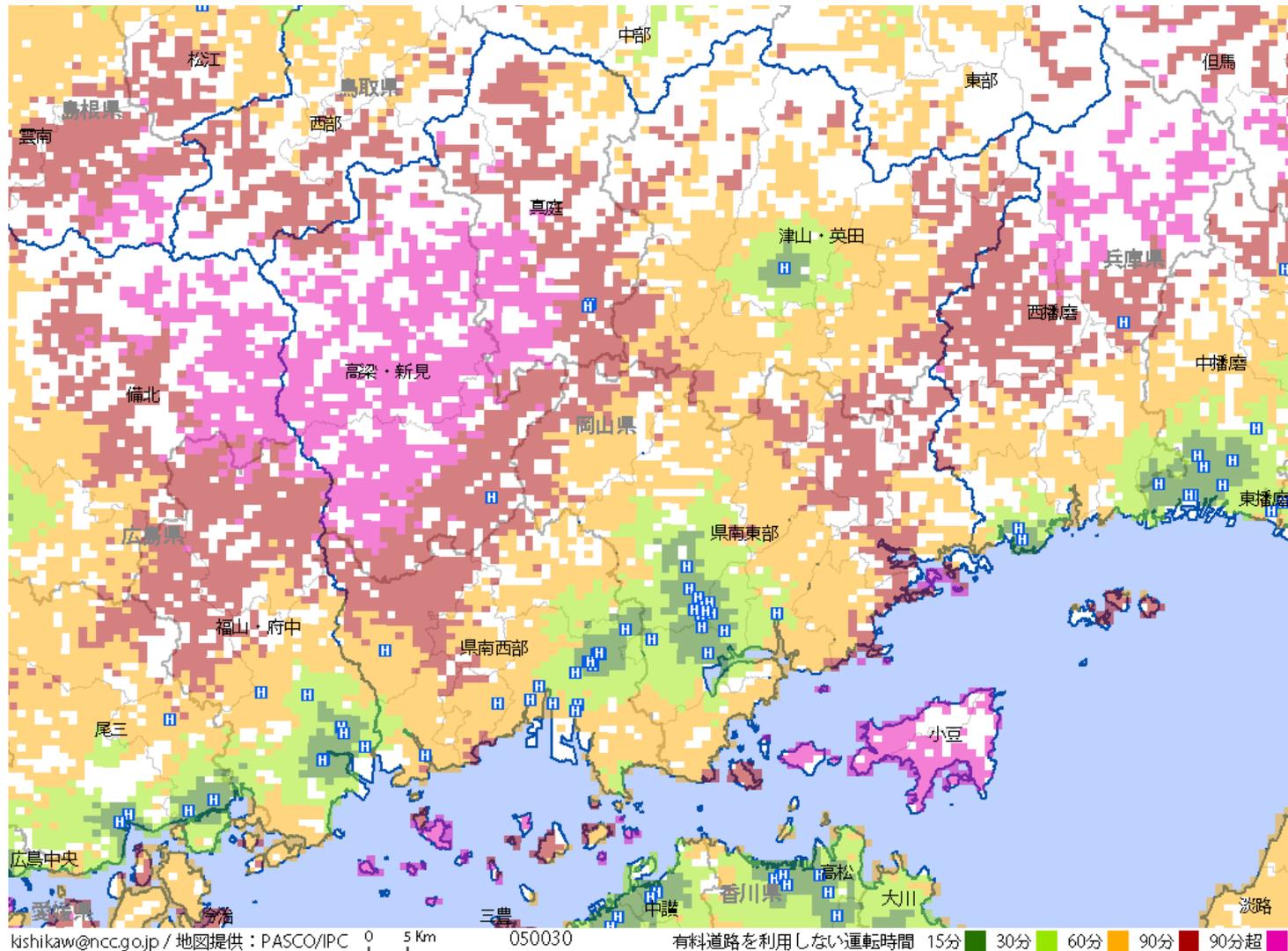
LastHpNm



北部三医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25-26年度厚生労働省データ:虚血性心疾患患者)



岡山県におけるDPC対象病院のアクセス (平成24年度厚生労働省データ:急性心筋梗塞)



出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

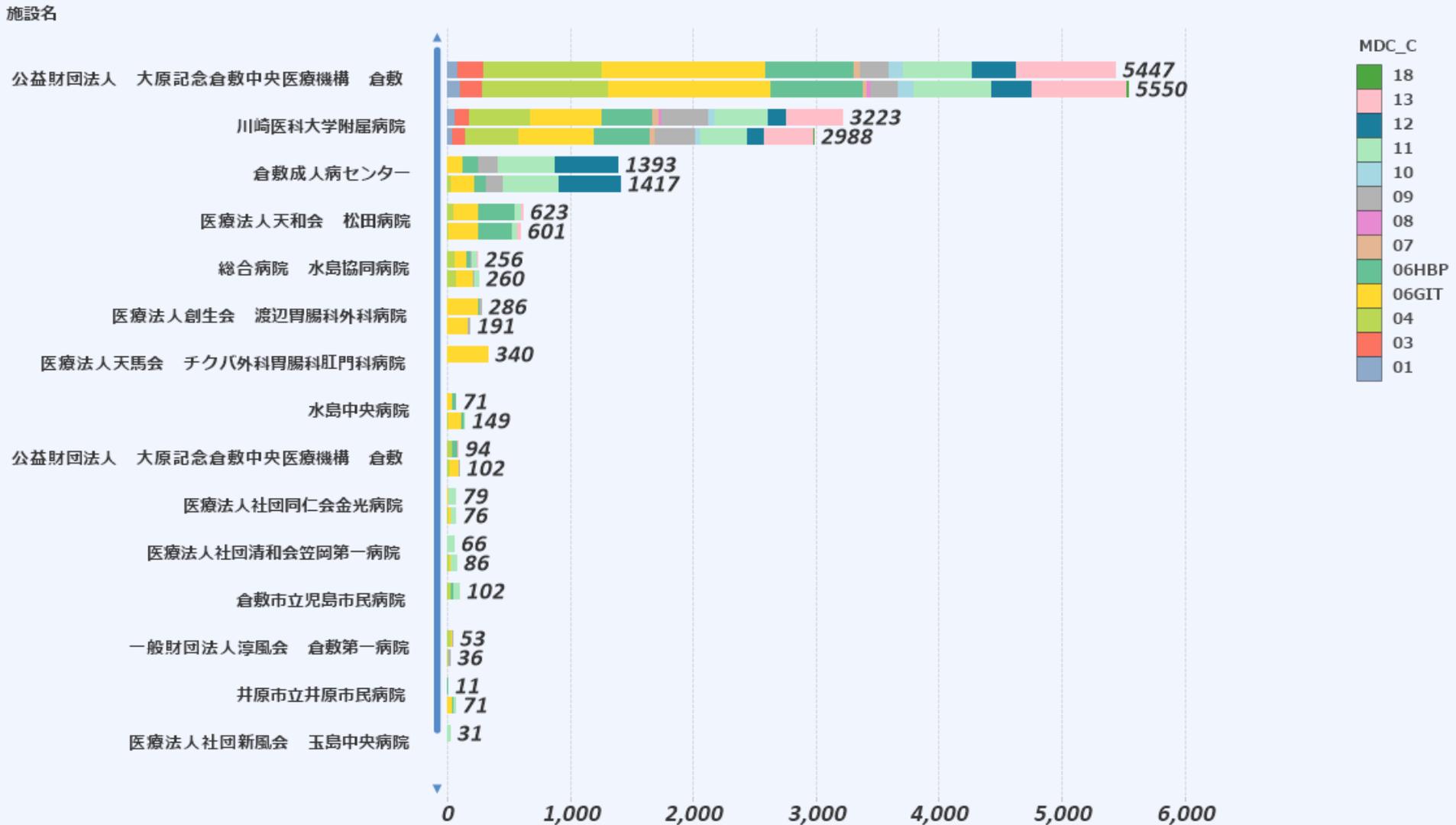
岡山県におけるSCRの状況(抜粋2)

中分類	指標名	入外区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田
救急	救急医療の体制_2次救急	全体	64.6	103.3	88.6	74.5	100.3
	救急医療の体制_3次救急	全体	70.0	62.8			253.8
集中治療	集中治療室等の体制	全体	171.8	59.4			
連携	夜間・休日診療体制	全体	78.3	1.8			
救急搬送	救急患者の医療連携の体制_高次救急医療	全体	272.4	96.8	136.2	206.1	196.6
	救急患者の医療連携の体制_受入医療機関	全体	110.5	317.8	41.3	8050.0	1996.9
	夜間休日救急搬送	全体	88.4	86.2	70.5	136.9	15.1
	救急搬送	全体	196.4	185.8	129.5	453.9	145.1
出産	帝王切開術	全体	114.1	28.3	431.0	151.1	650.6
母体の管理	妊産婦の救急医療体制	全体	154.1	146.2			1537.3
	妊娠合併症に対する医療体制	全体	142.8	50.2		346.3	125.1
	ハイリスク分娩に対する医療体制	全体	60.1	68.2			234.7
新生児の管理	リスクの高い母体又は胎児に対するICU	全体	101.3	130.2			
その他の小児医療	小児科療養指導	全体	104.5	88.3	20.9		77.3
	小児特定疾患カウンセリング	全体	208.7	70.9			188.2
小児の外來	小児外来診療体制	全体	148.6	115.0	32.6	27.3	124.1
	小児夜間・休日診療体制	全体	160.3	175.1	31.5	86.6	193.0
小児の入院	乳幼児の入院医療体制	全体	137.6	153.0		117.0	41.4
	小児の入院医療体制	全体	112.6	112.1			30.8

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

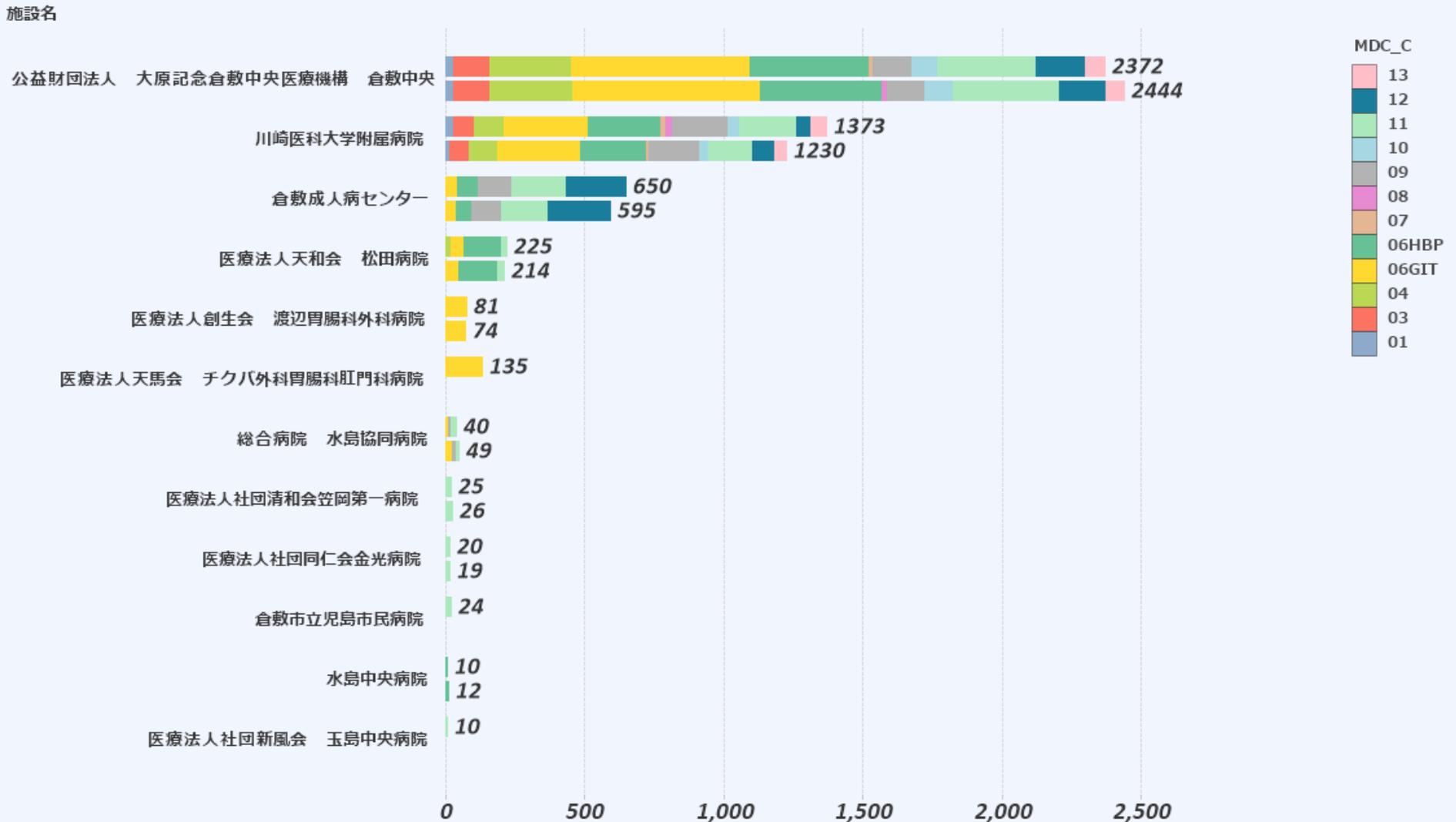
南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別全がん患者)

MDC別悪性腫瘍患者数：3302県南西部



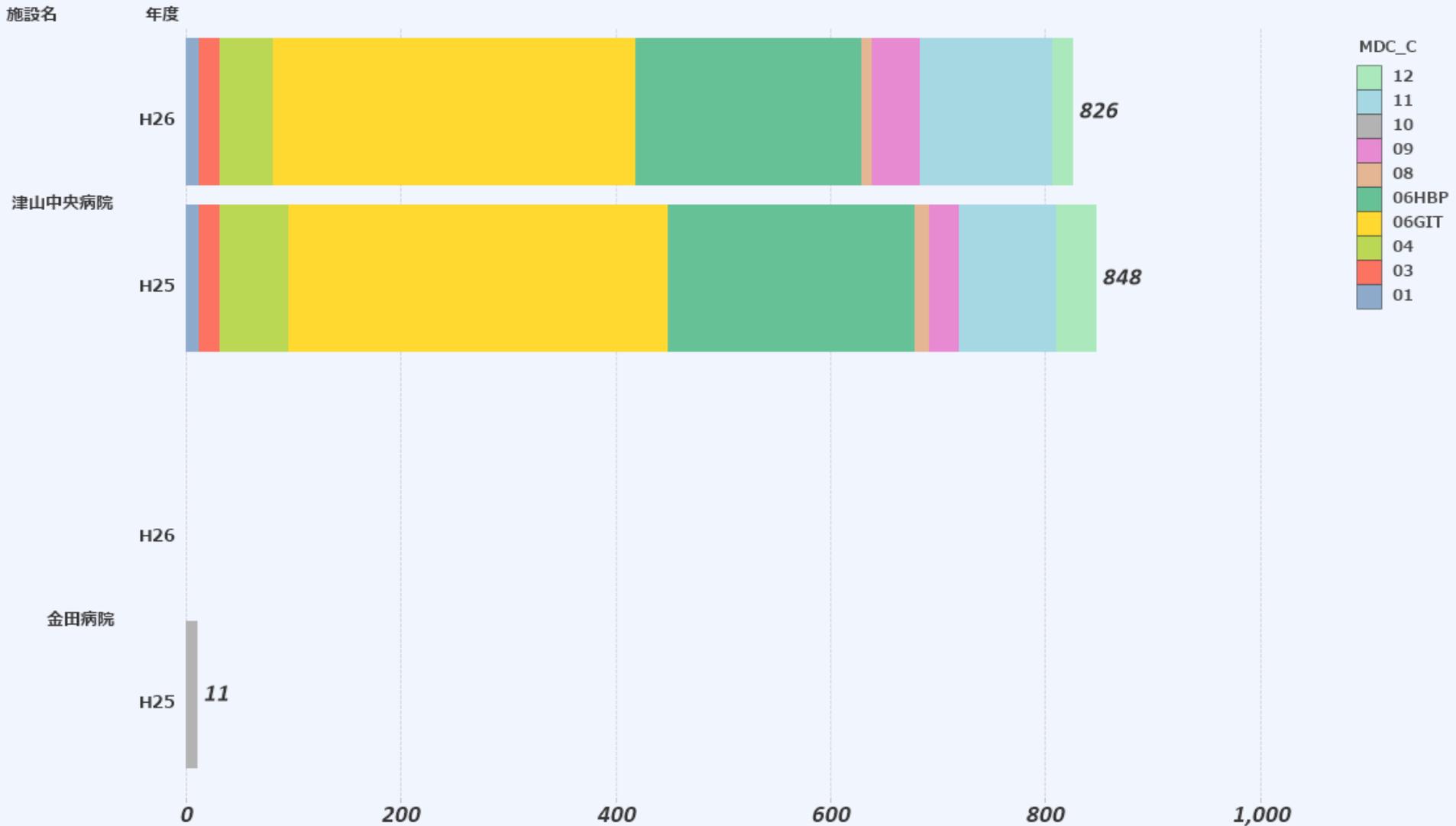
南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別全がん手術患者)

MDC別悪性腫瘍手術患者数：3302県南西部

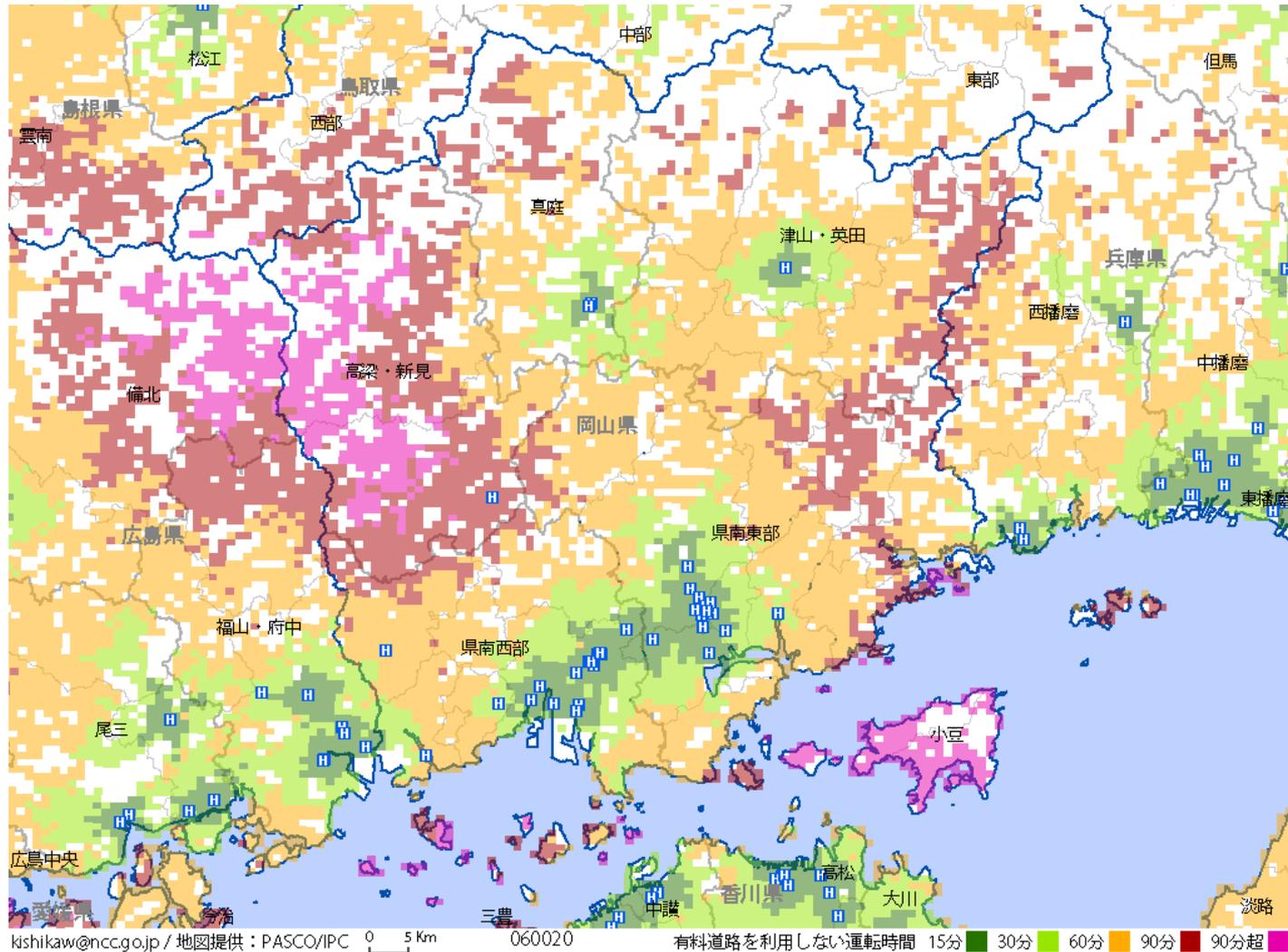


北部三医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25年度・26年度厚生労働省データ：MDC別全がん手術患者)

MDC別悪性腫瘍手術患者数:

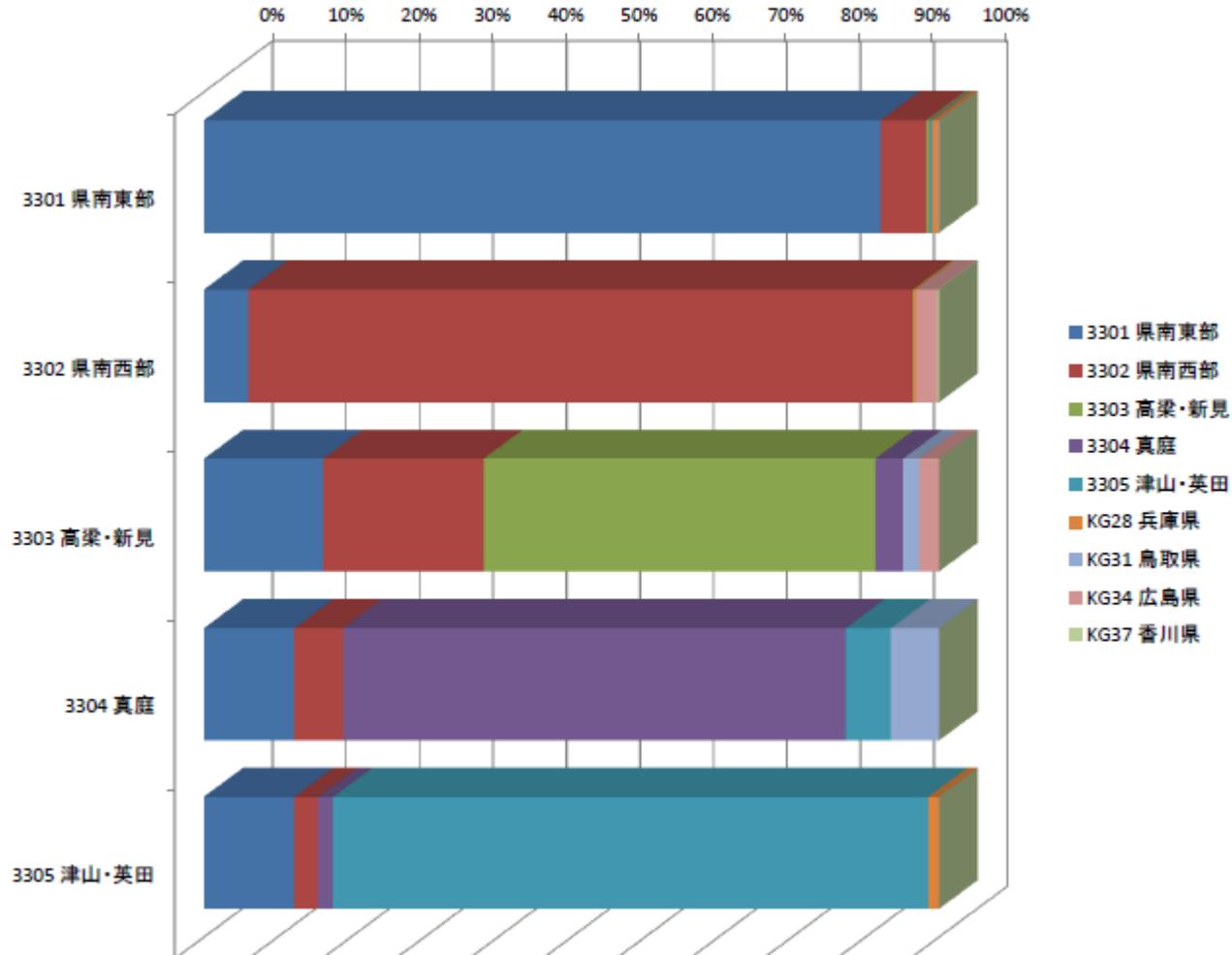


岡山県におけるDPC対象病院のアクセス (平成24年度厚生労働省データ:急性心筋梗塞)



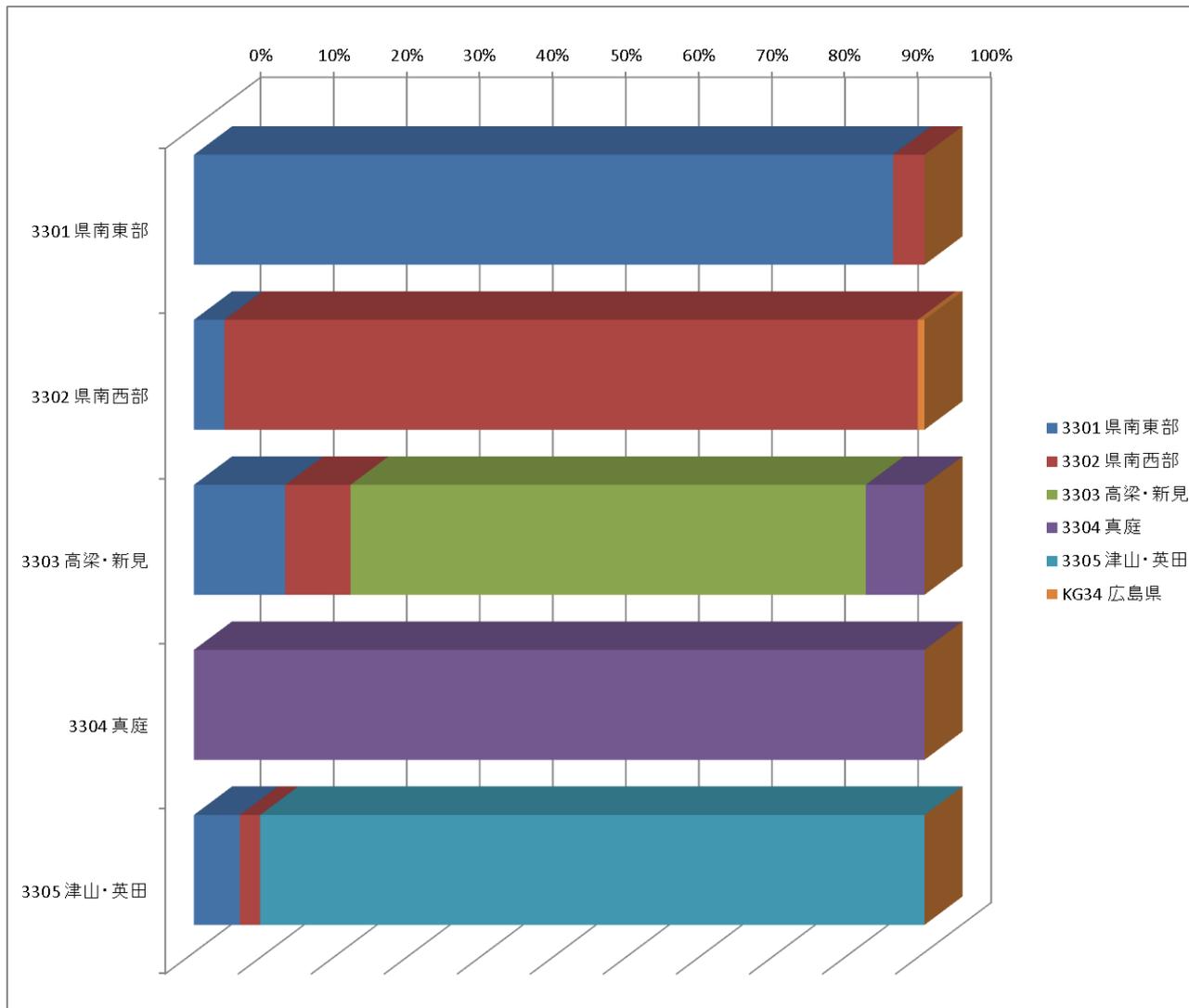
出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



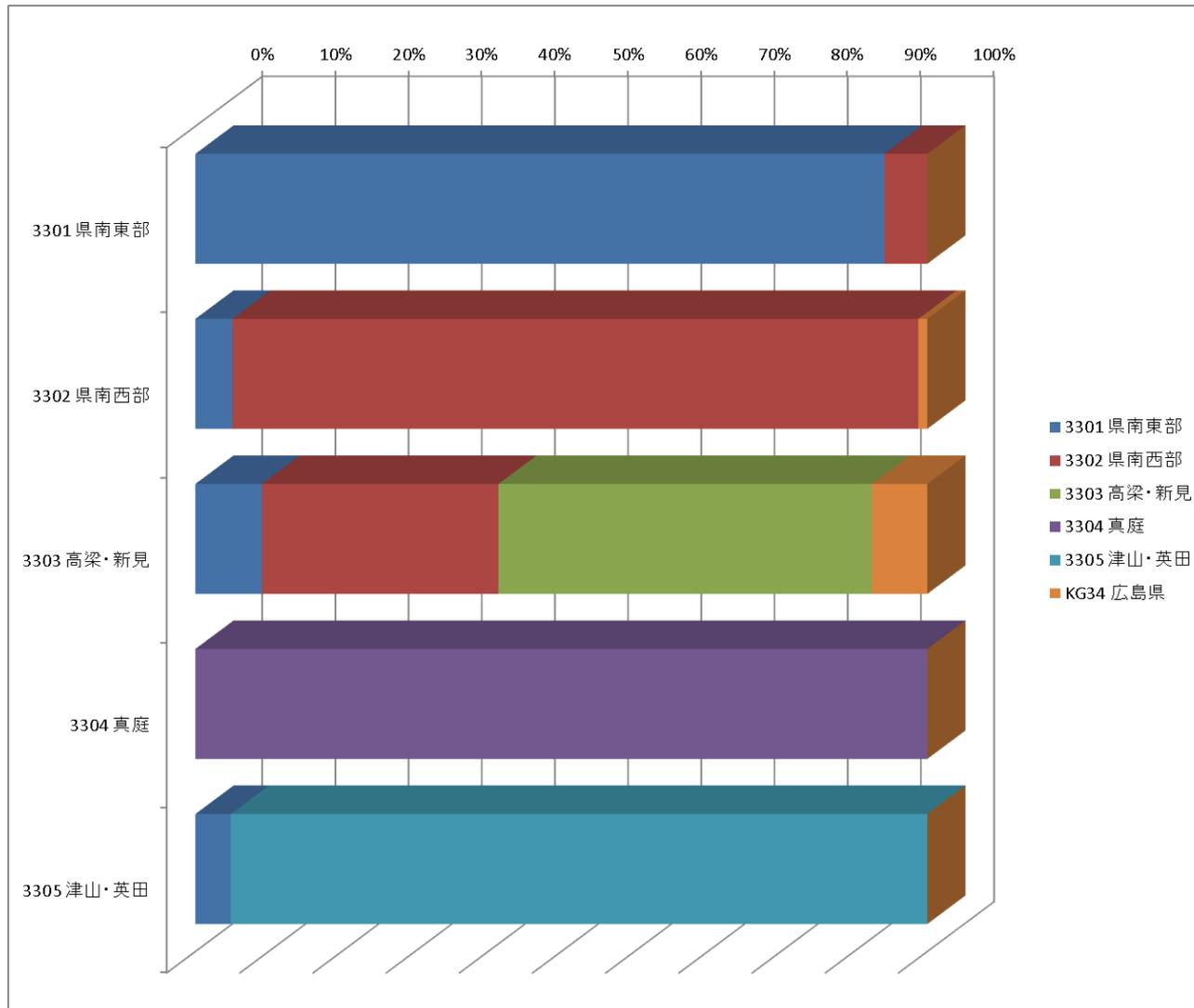
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病胃がん・入院)



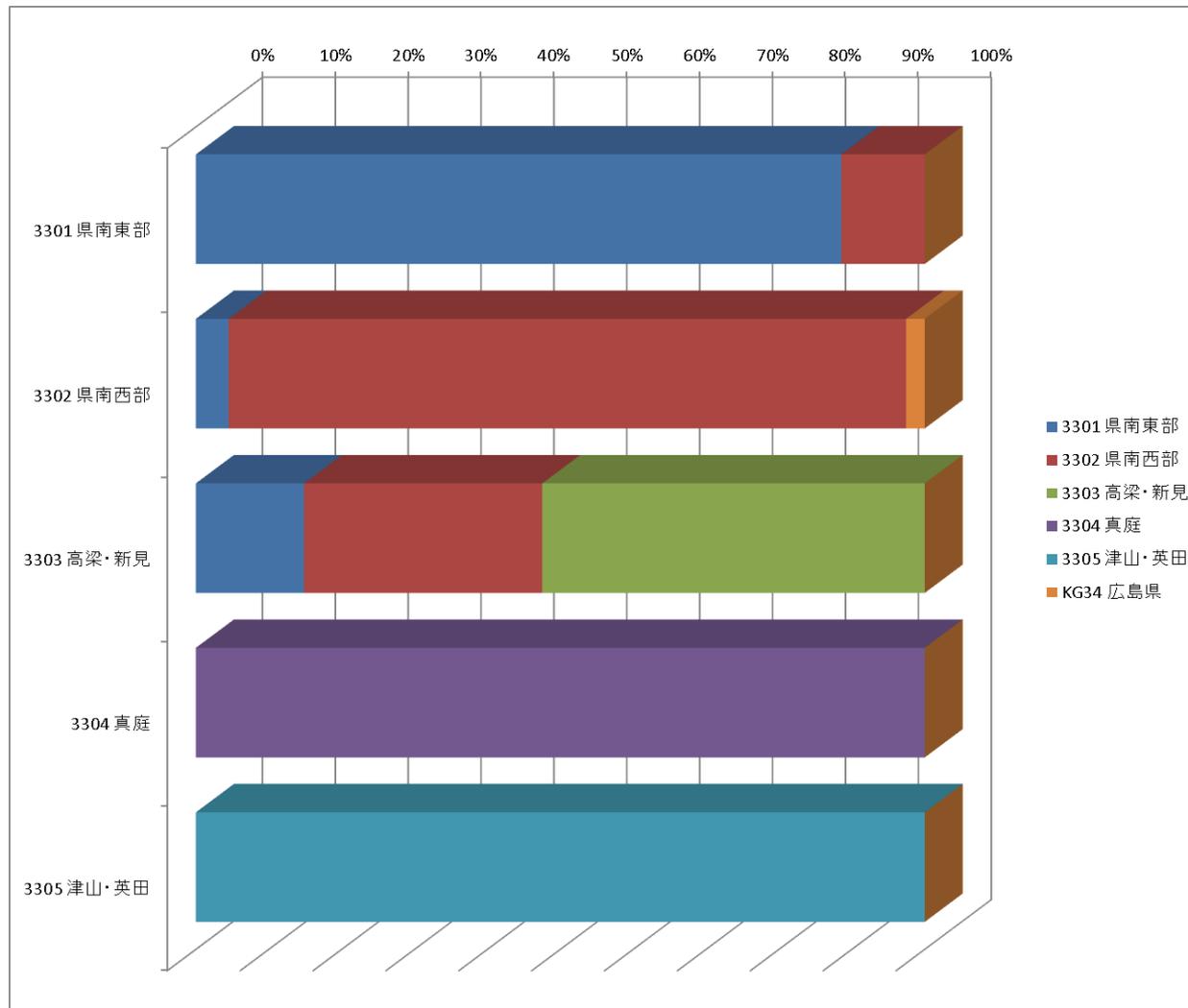
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病大腸がん・入院)



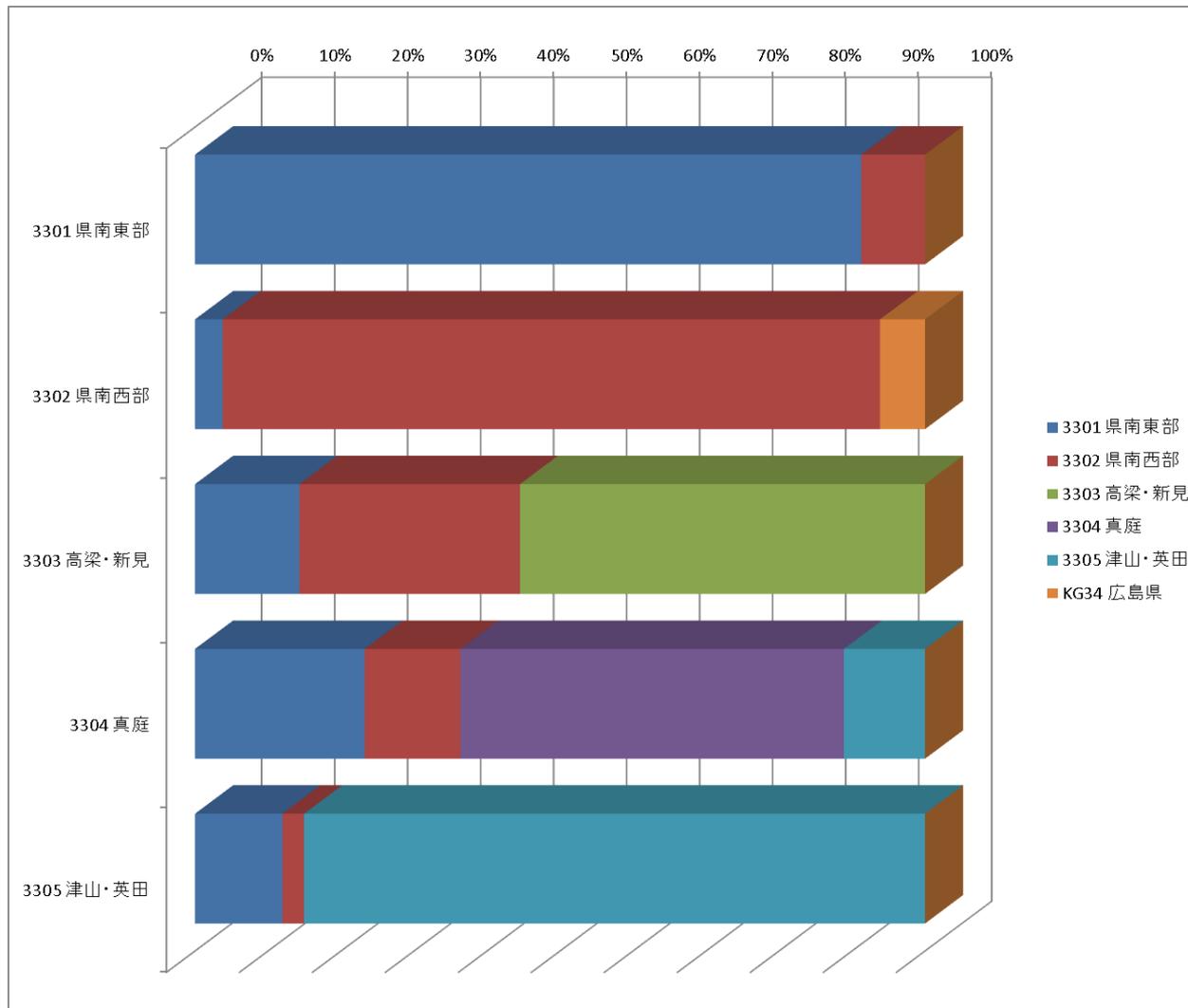
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者：松田晋哉)

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病直腸結腸がん・入院)



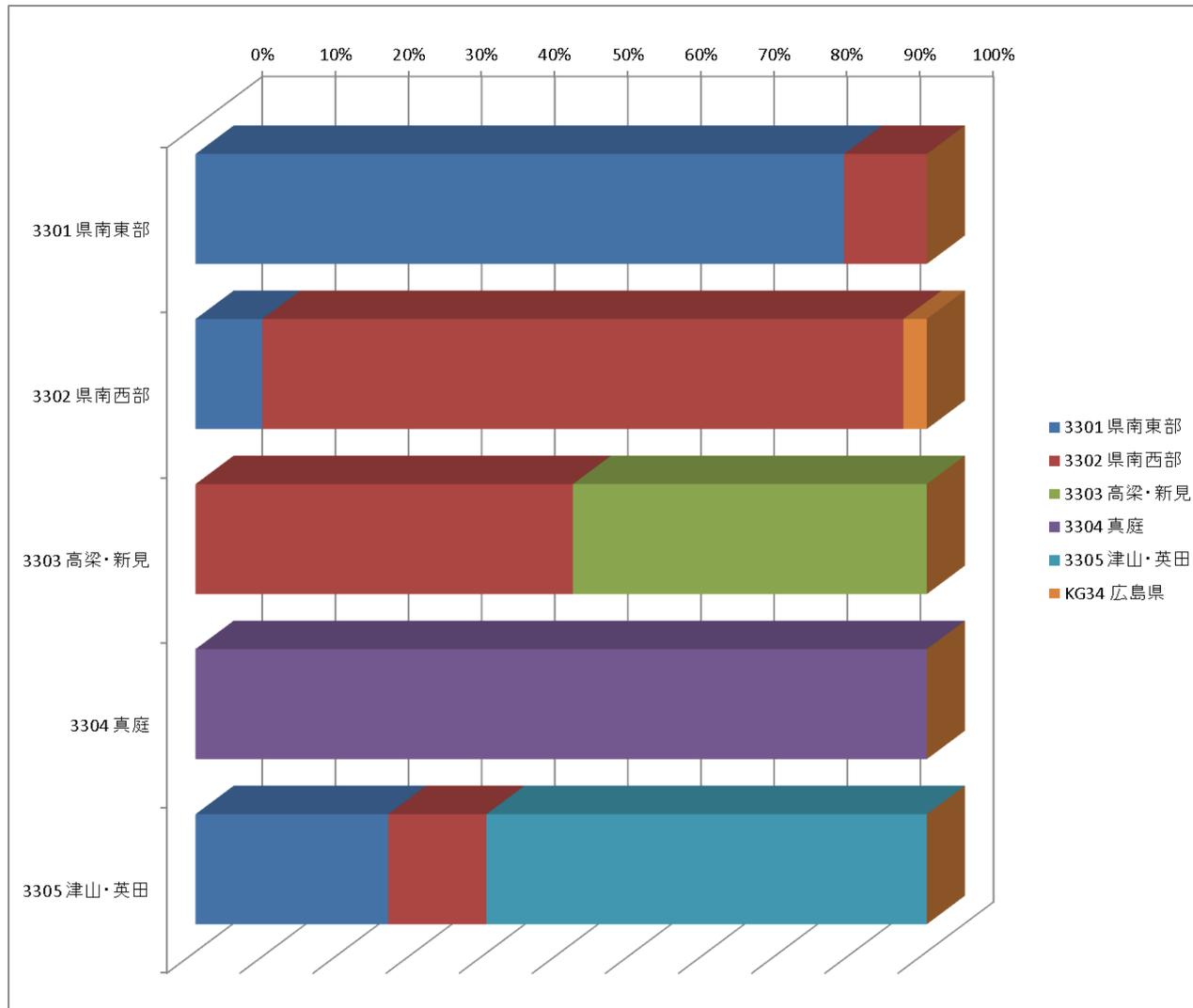
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病肺がん・入院)



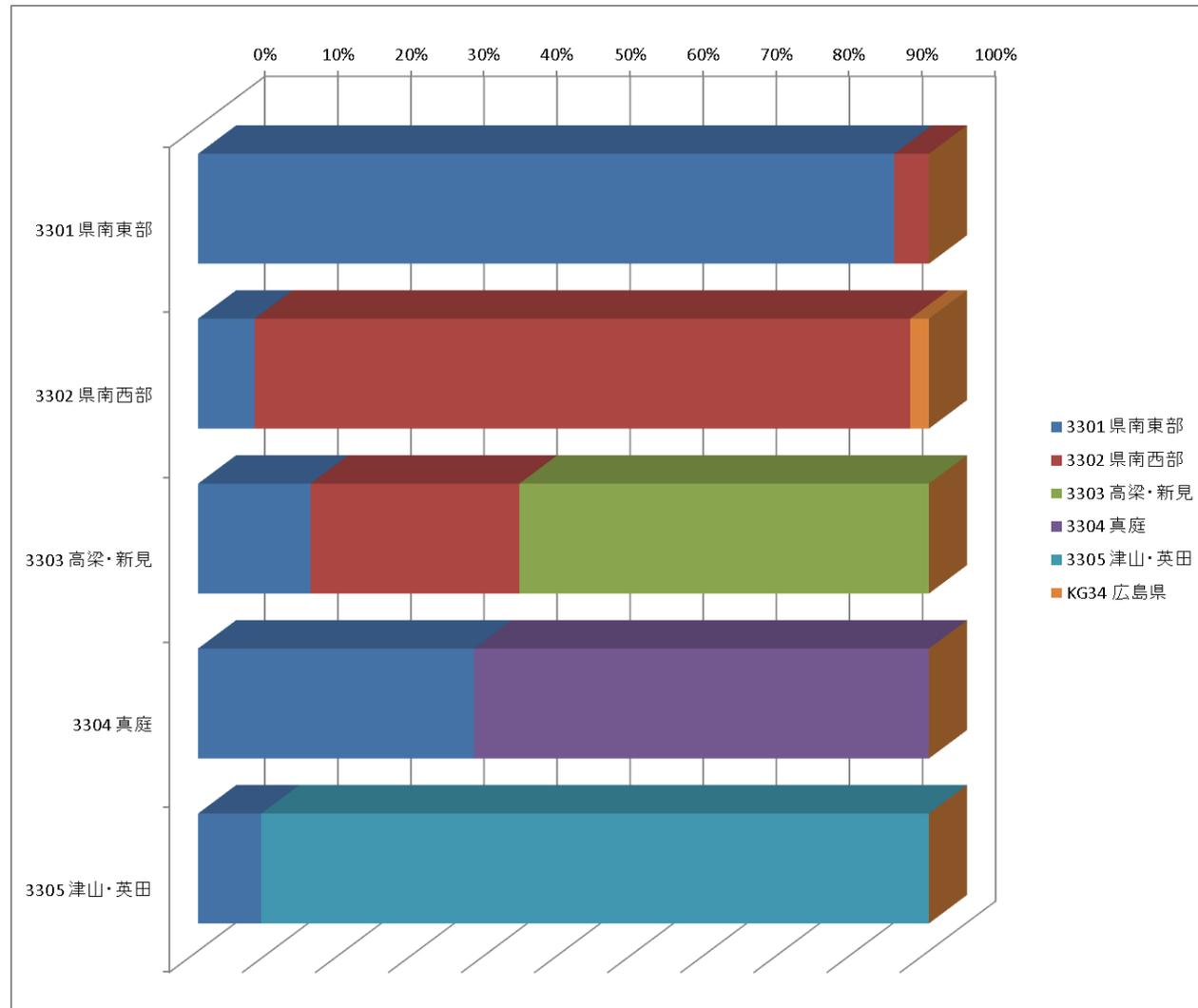
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病乳がん・入院)



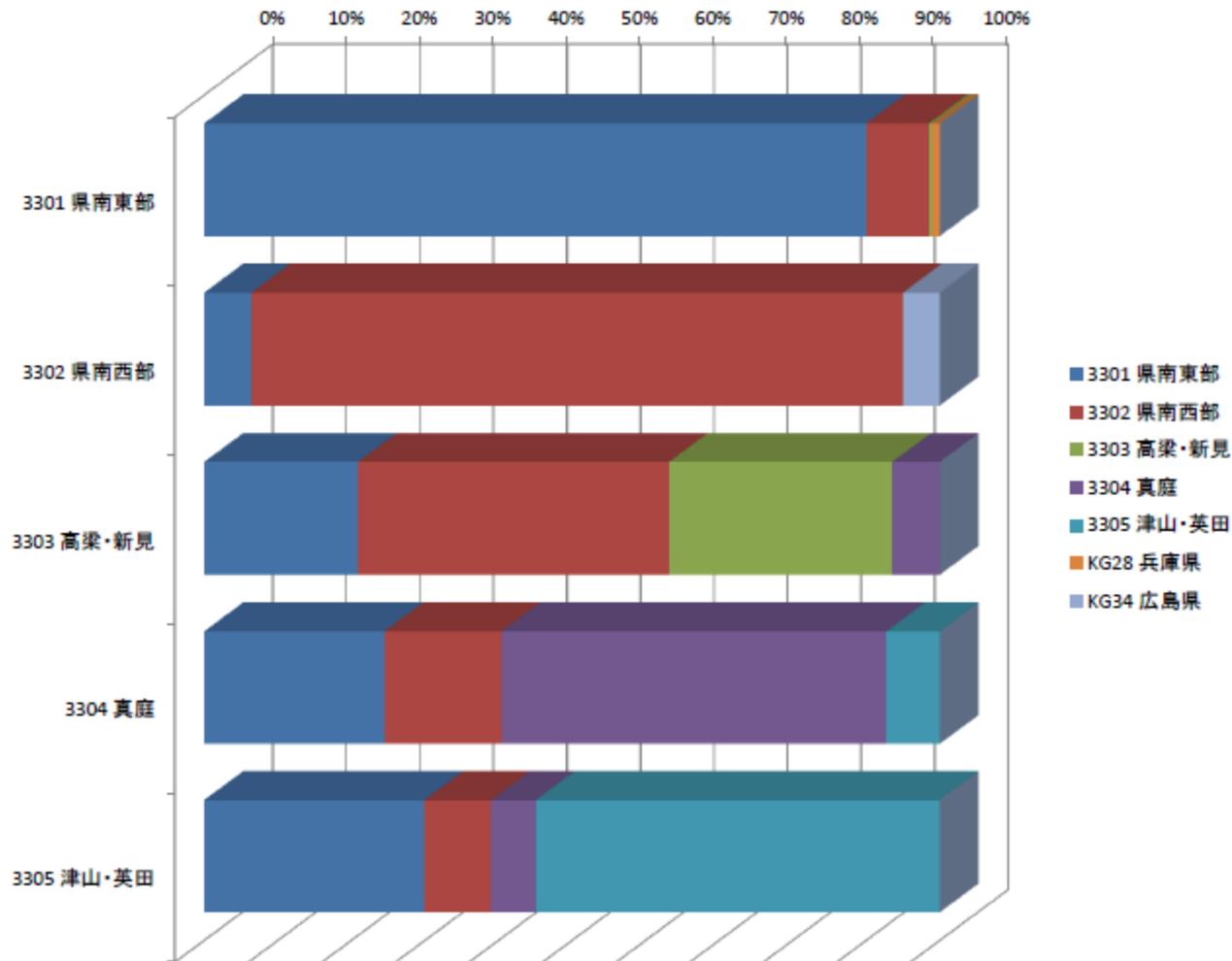
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病肝がん・入院)



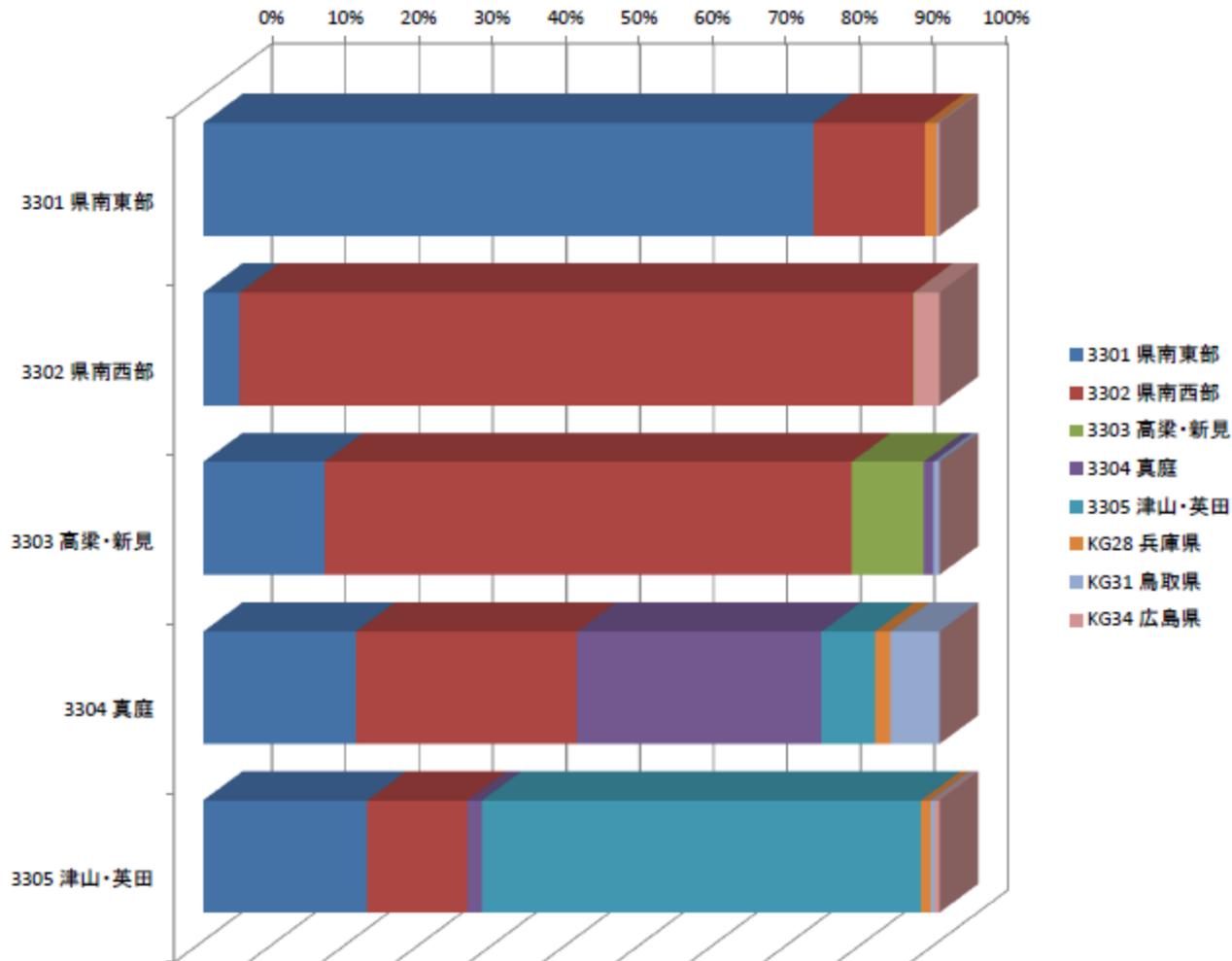
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・入院)



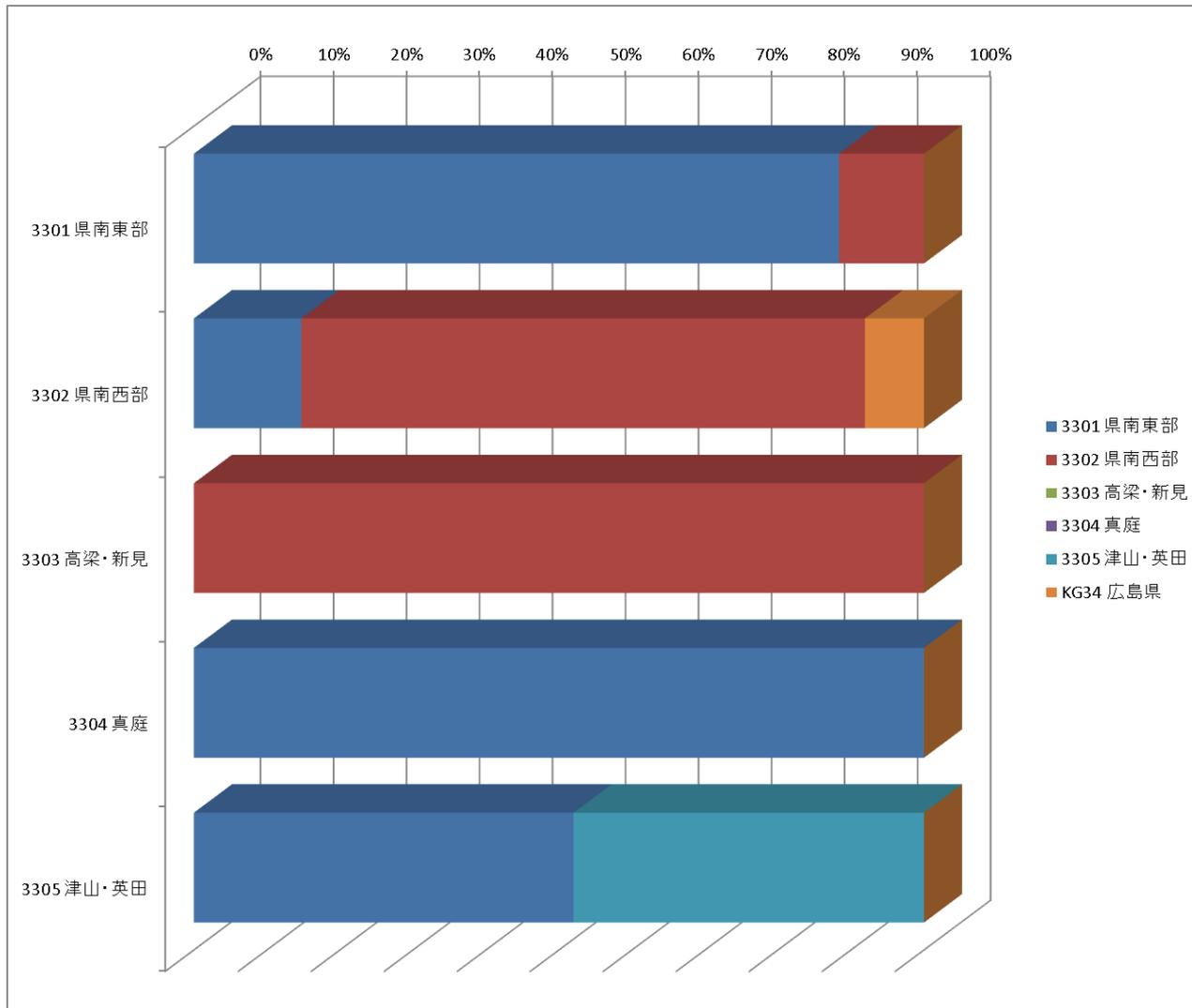
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・外来)



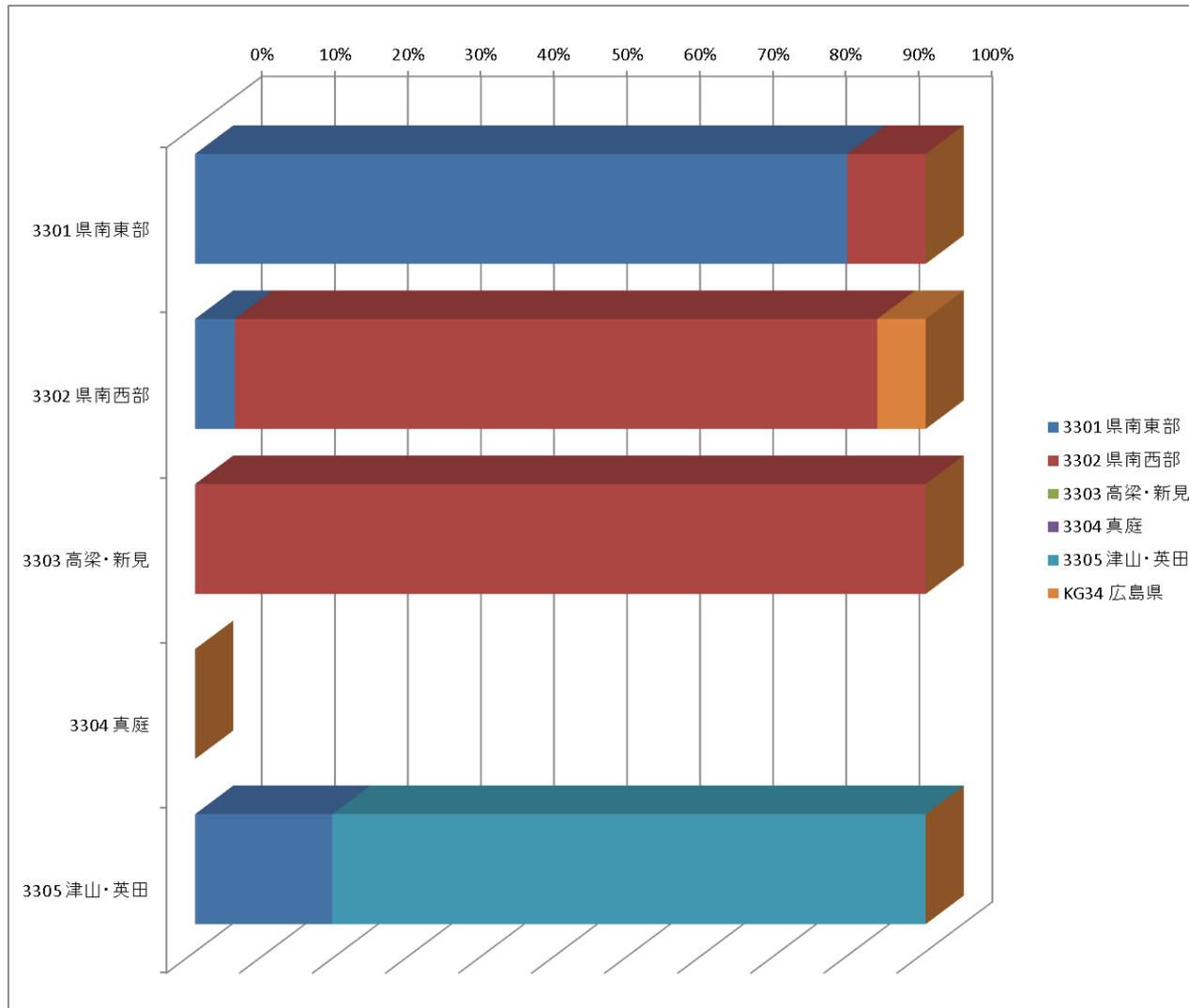
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・入院)



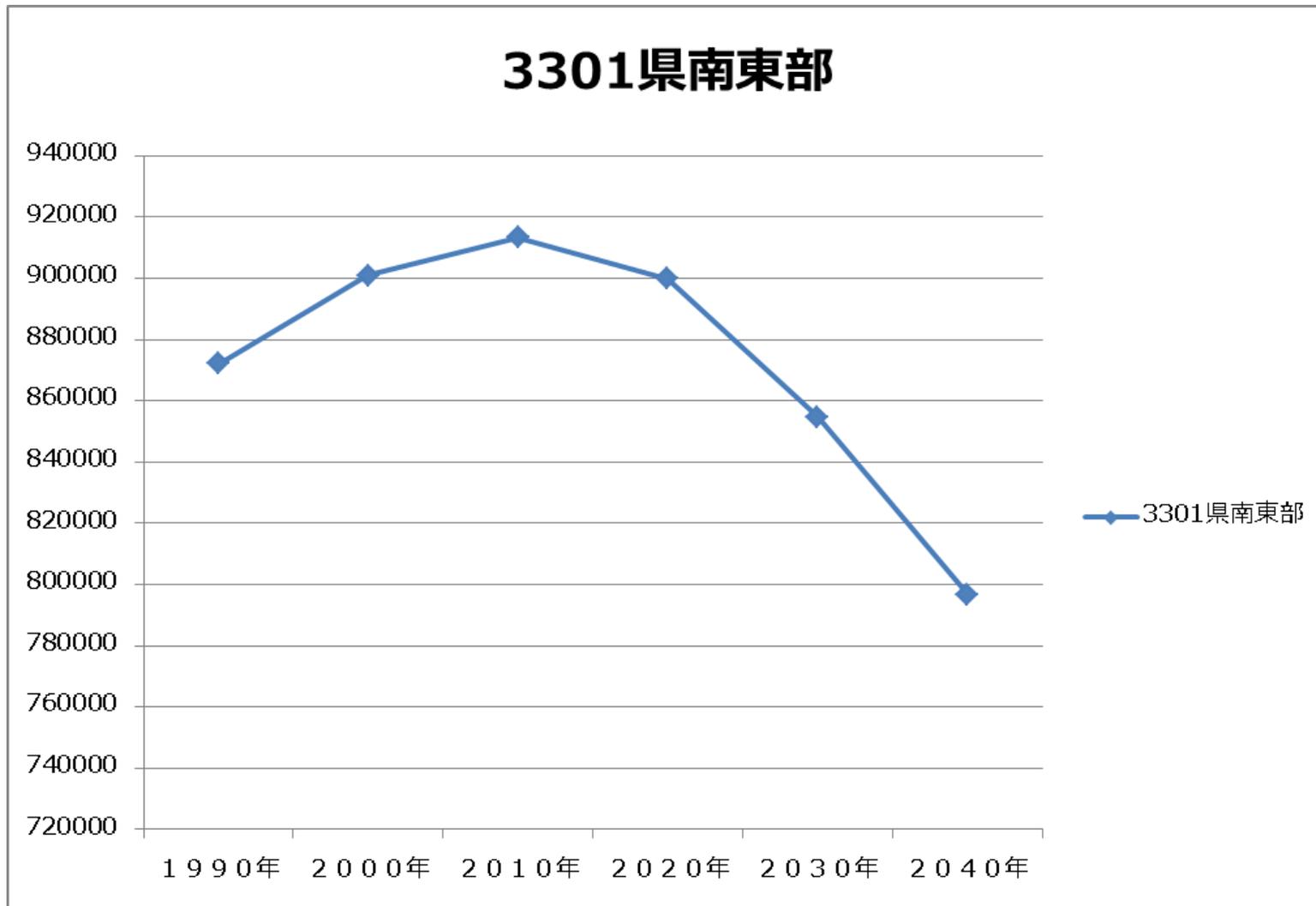
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・外来)

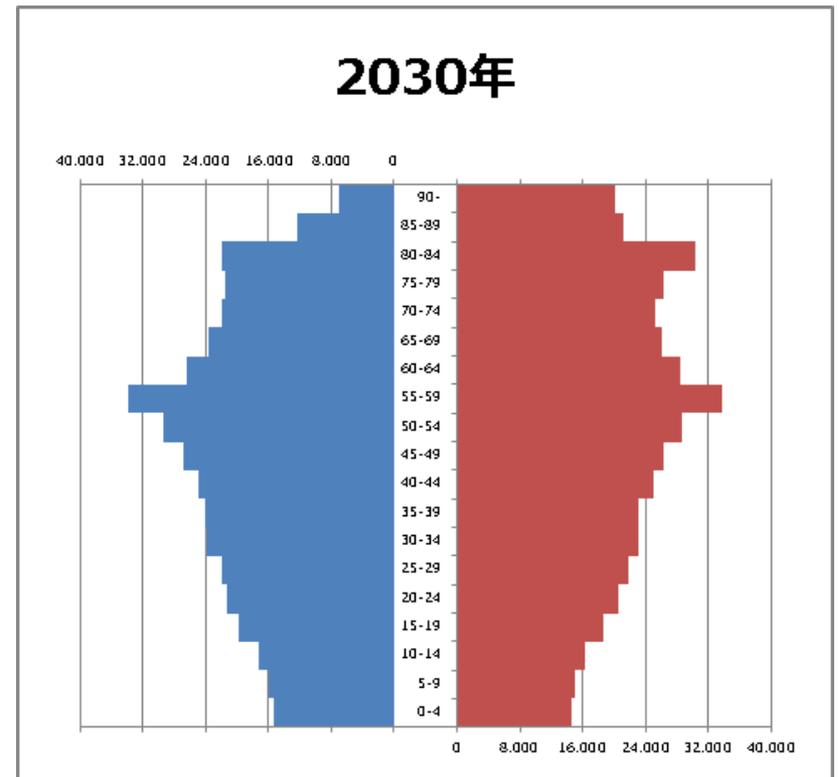
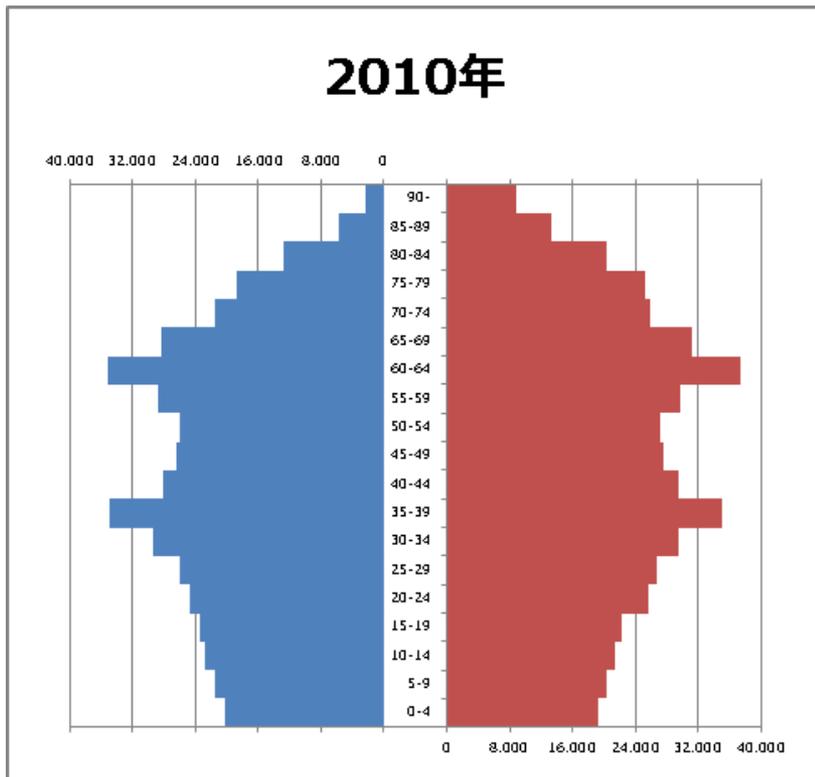


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

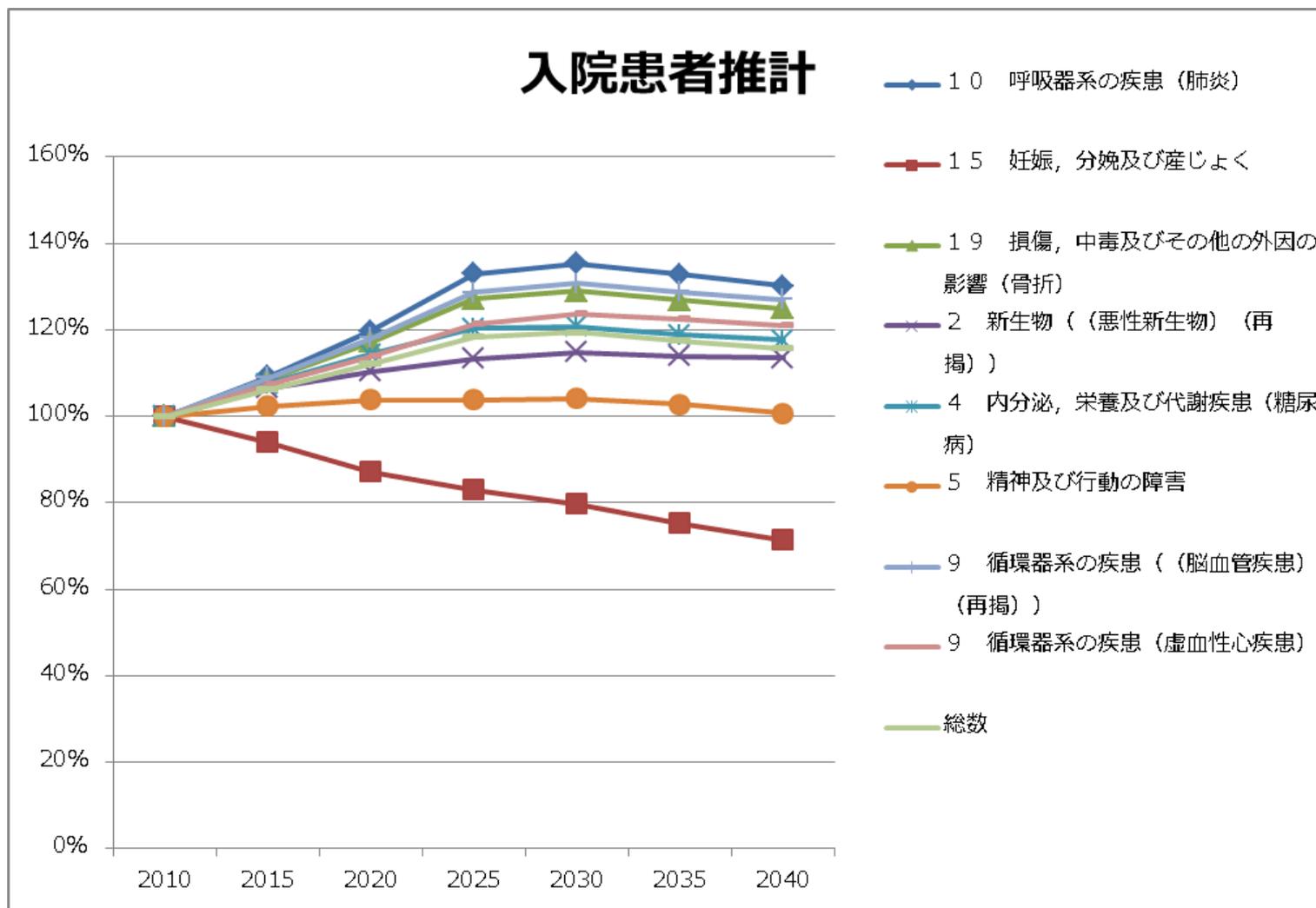
南東部医療圏の人口推移



南東部医療圏の人口ピラミッドの変化

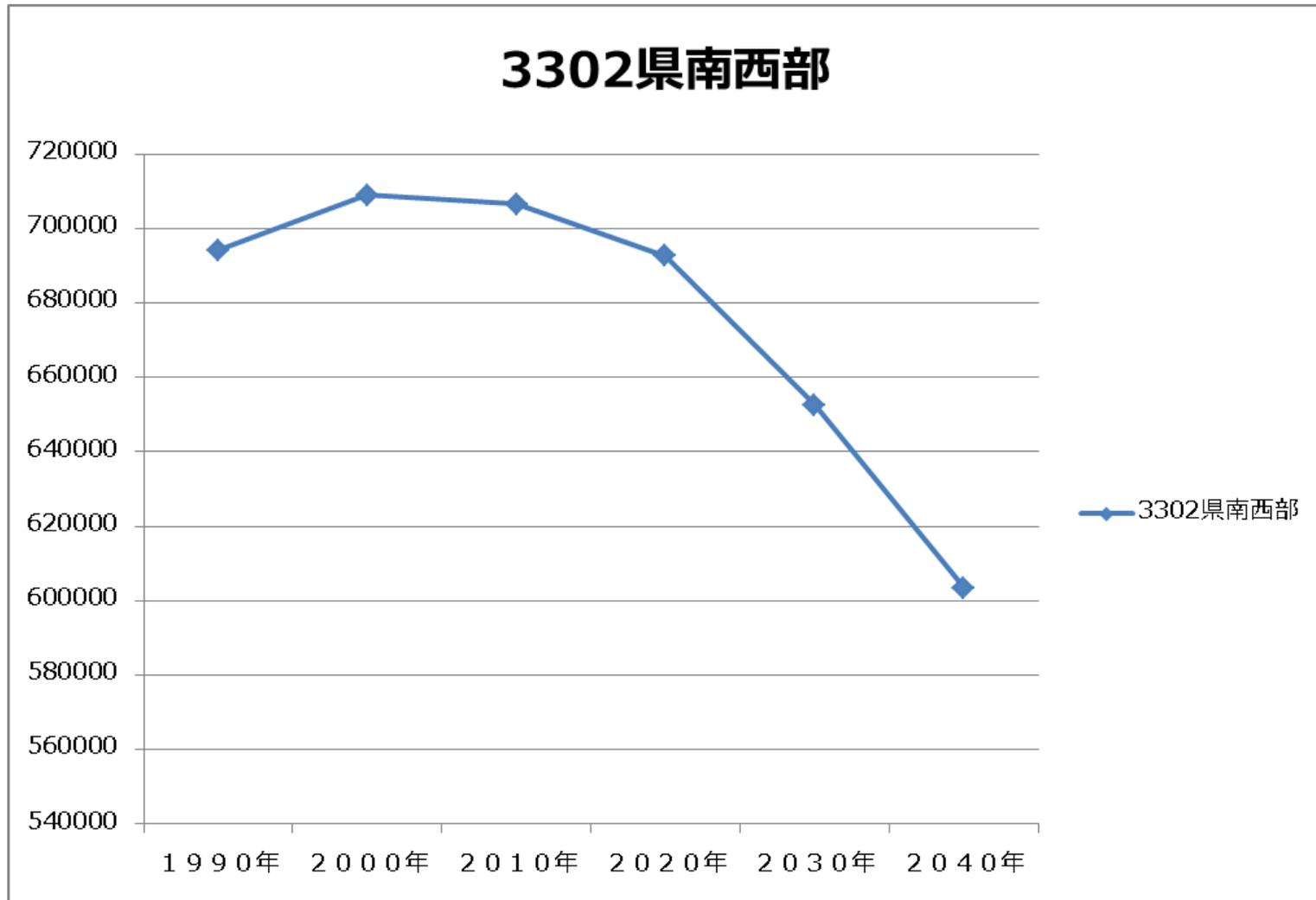


南東部医療圏の傷病別患者数の推計（入院）

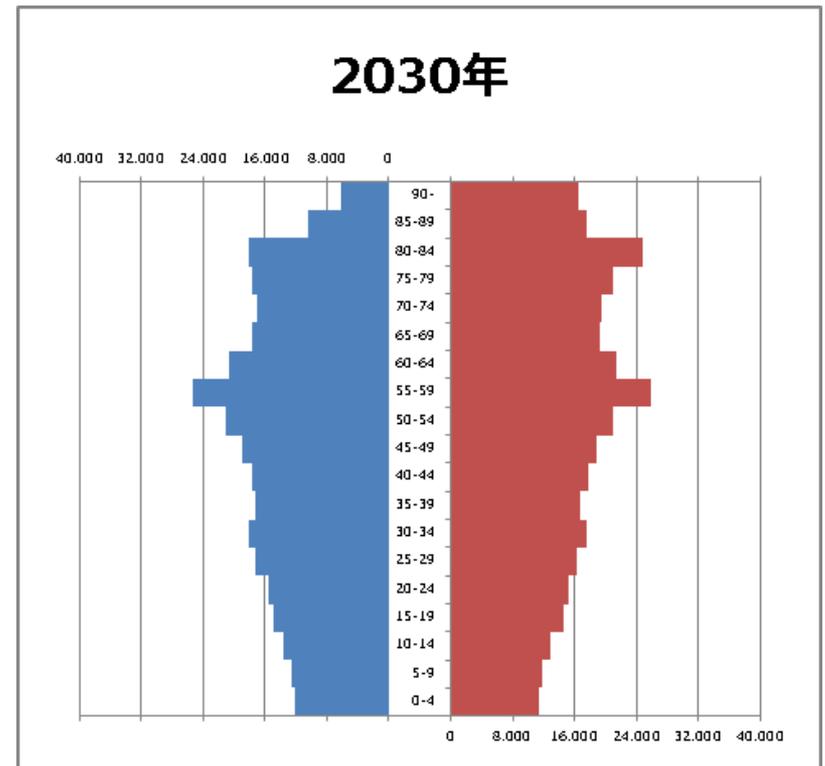
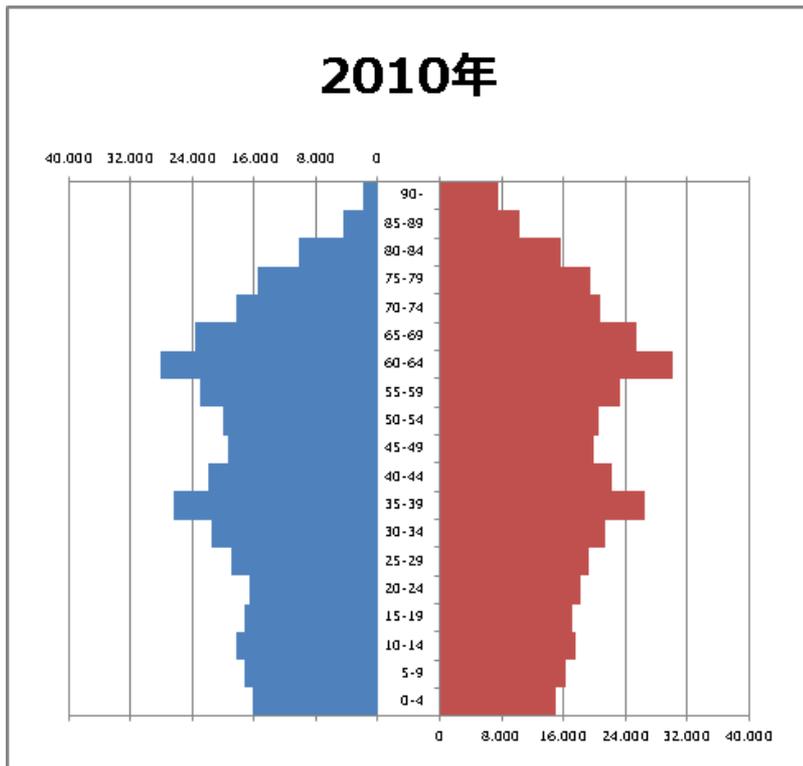


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

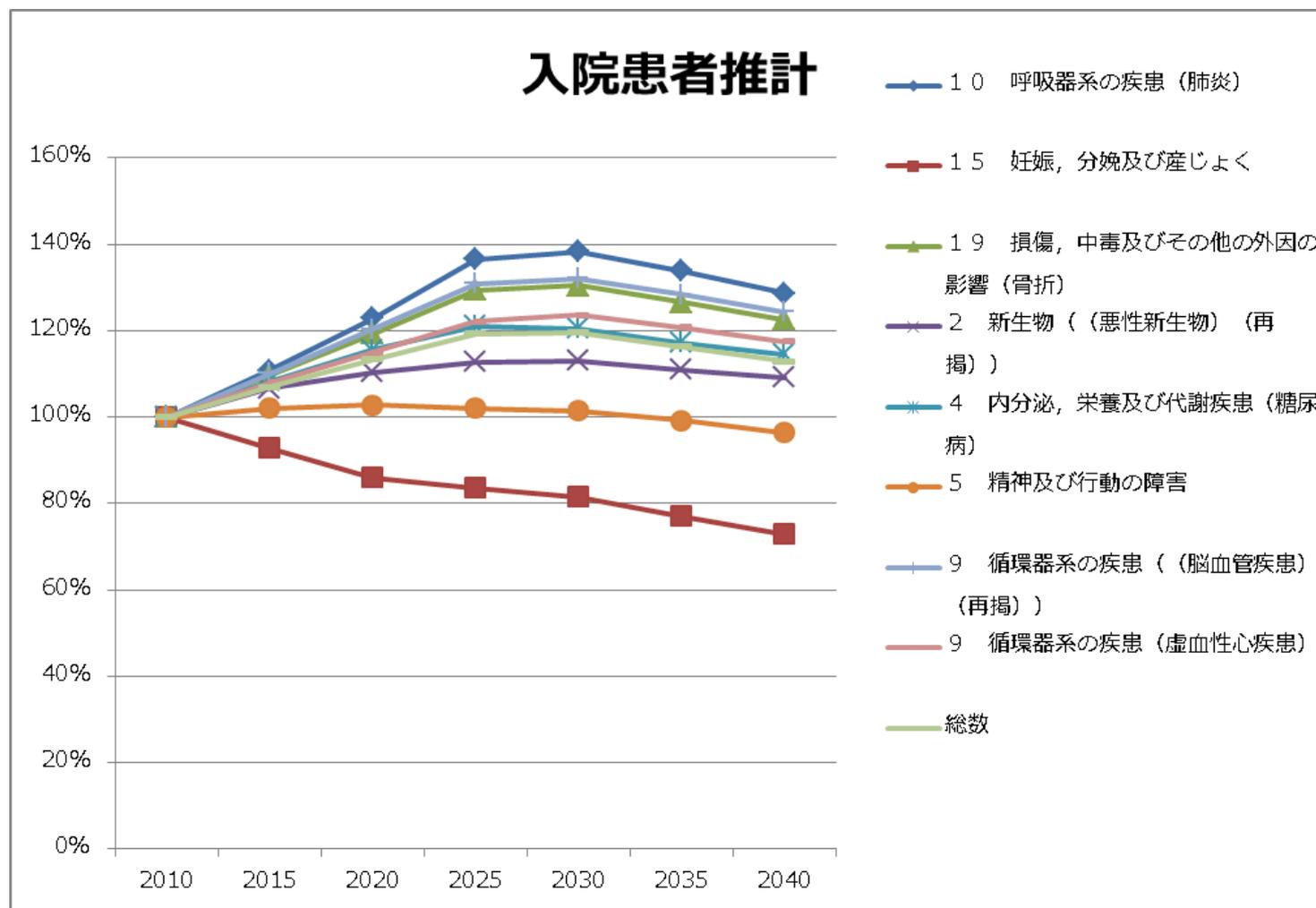
南西部医療圏の人口推移



南西部医療圏の人口ピラミッドの変化

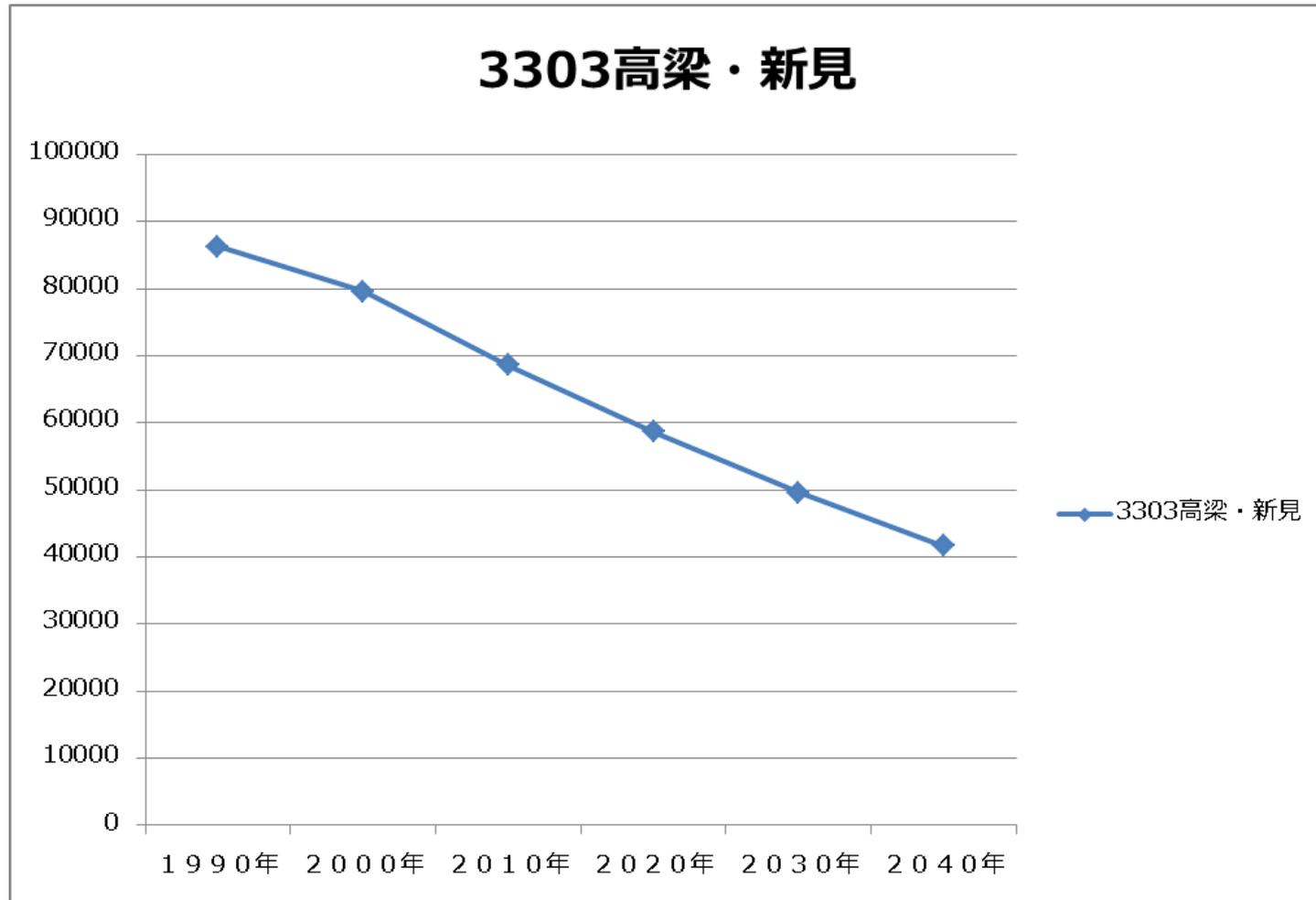


南西部医療圏の傷病別患者数の推計（入院）

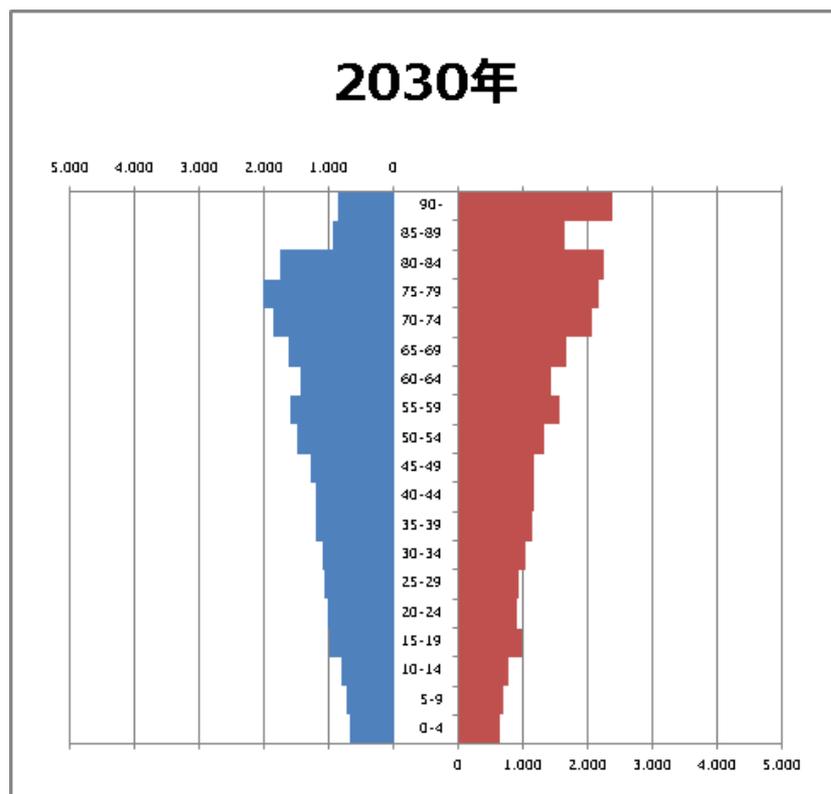
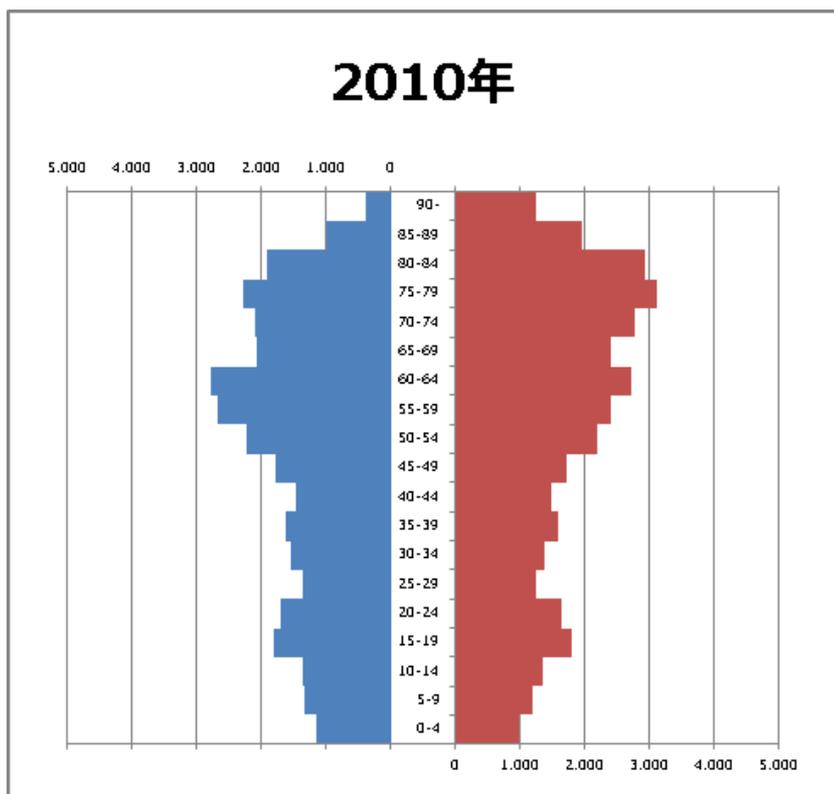


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

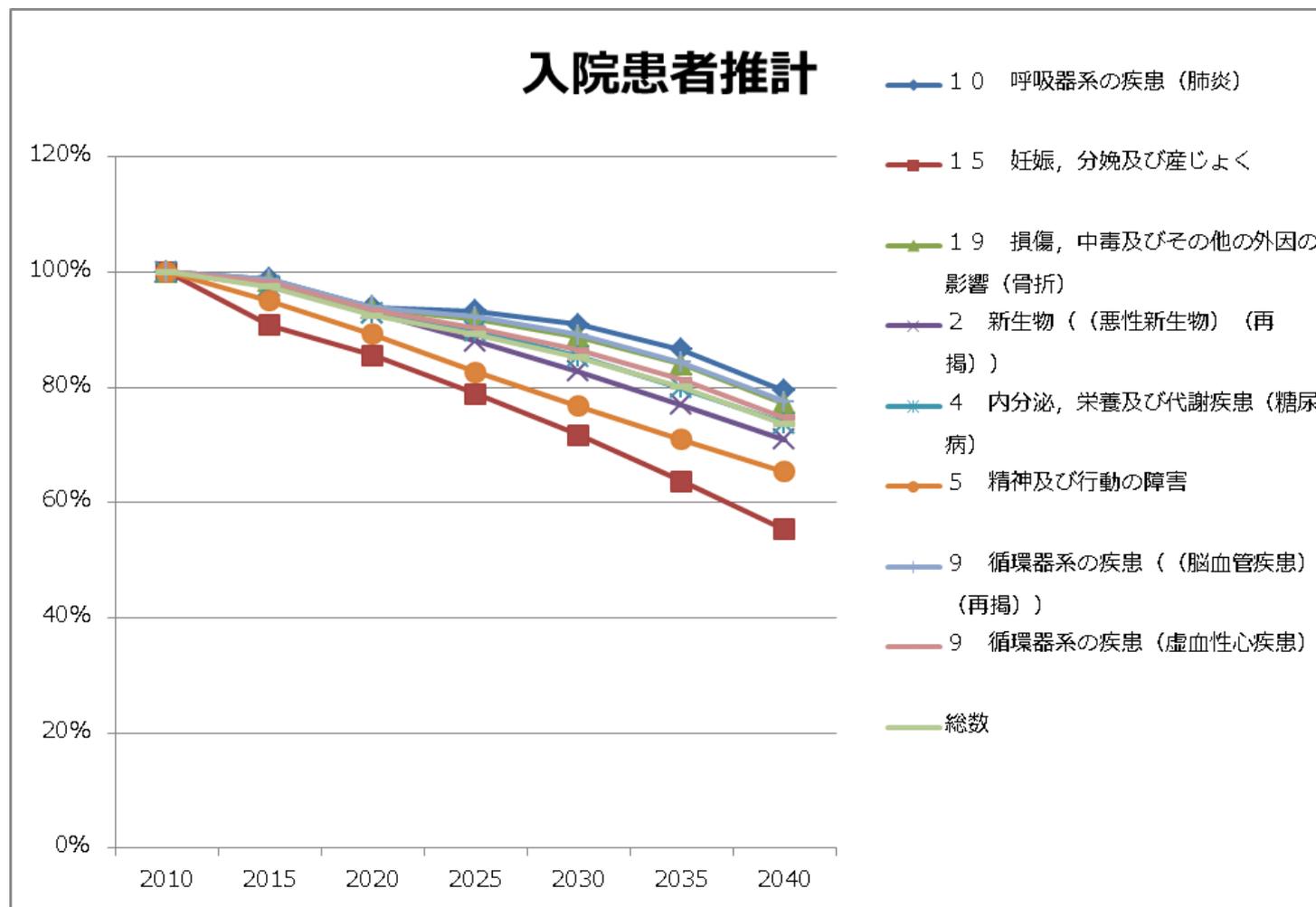
高梁新見医療圏の人口推移



高梁新見医療圏の人口ピラミッドの変化

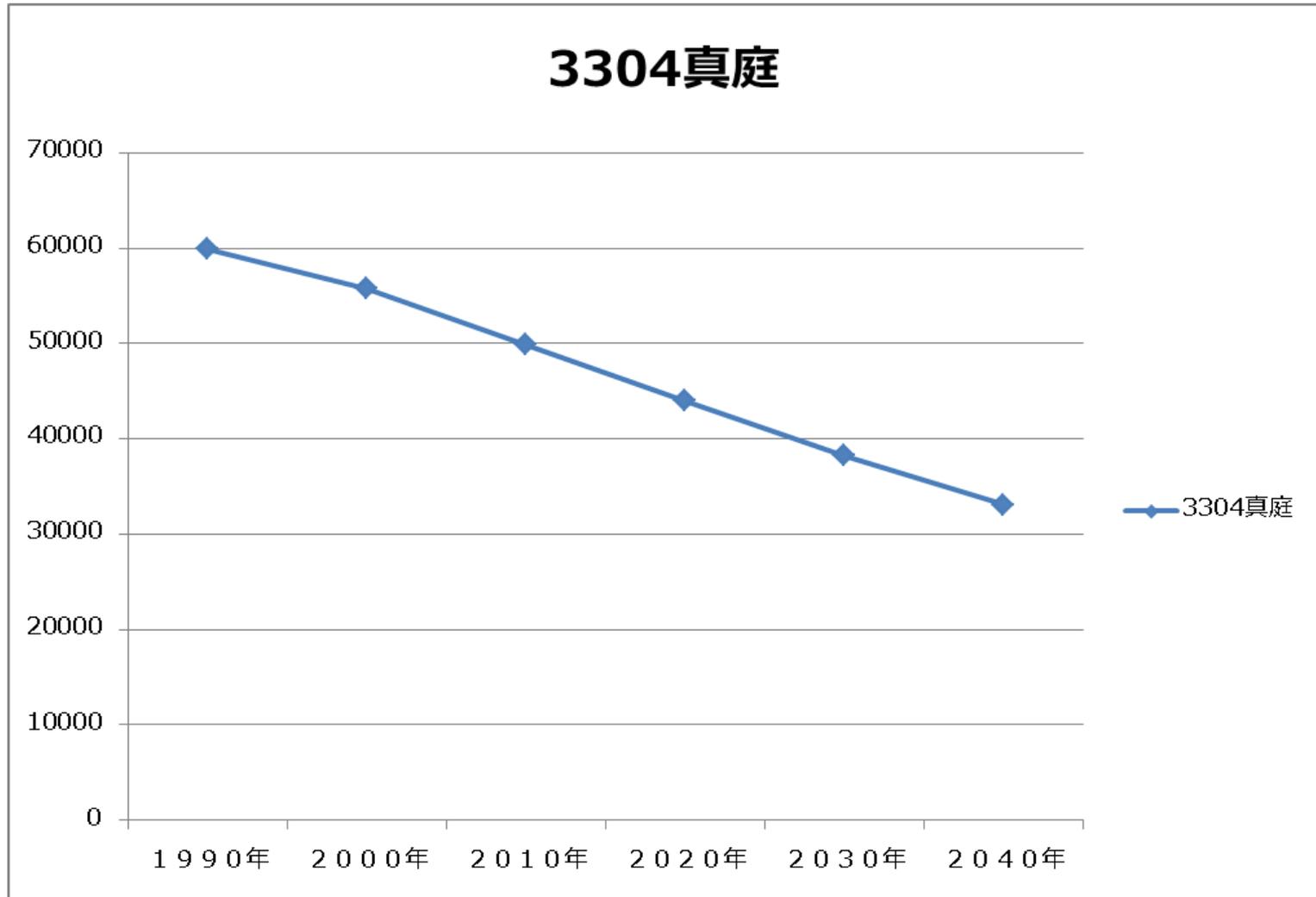


高梁新見医療圏の傷病別患者数の推計（入院）

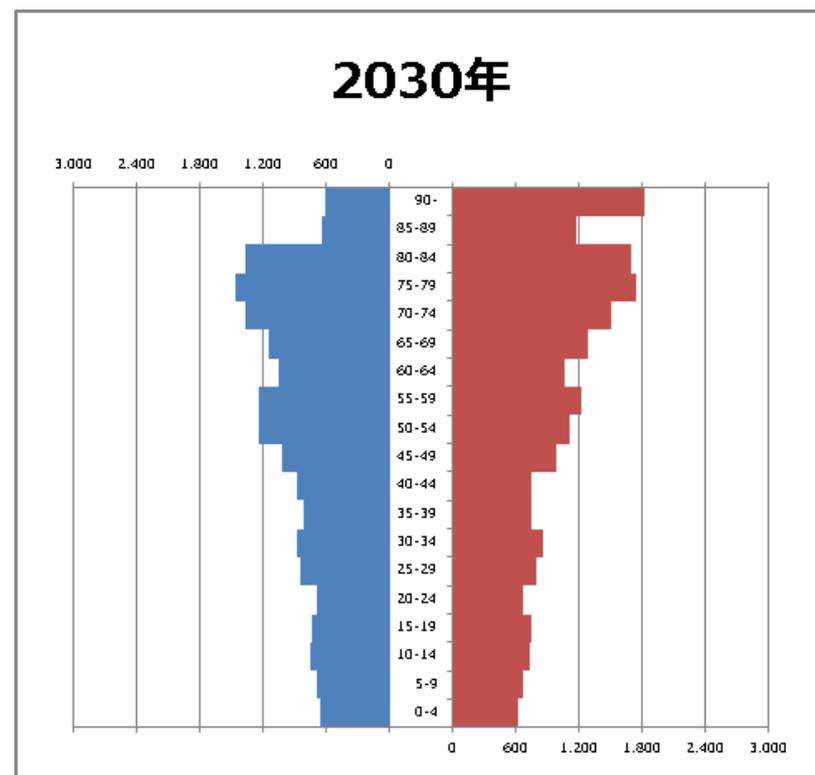
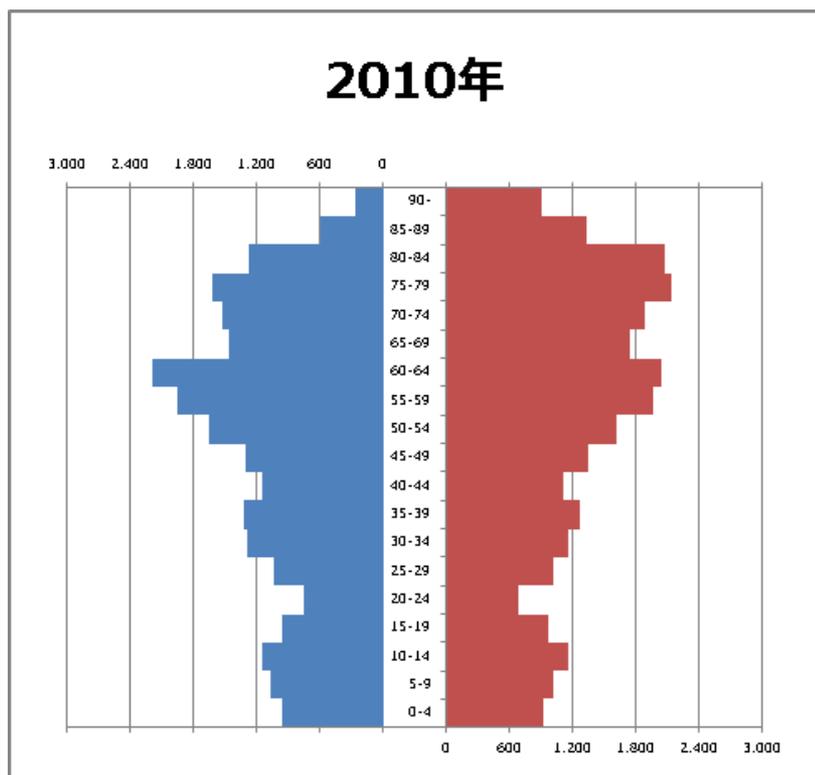


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

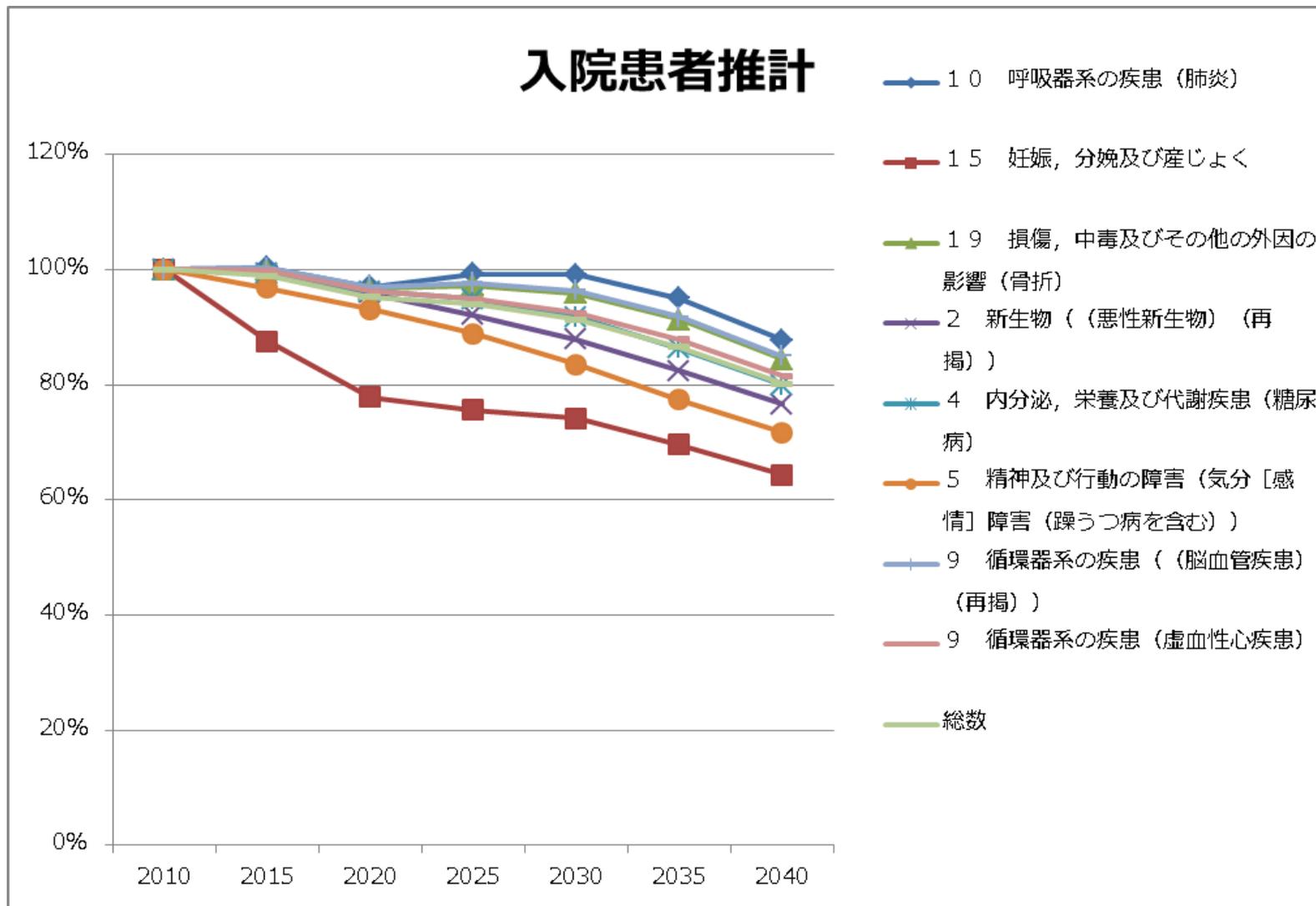
真庭医療圏の人口推移



真庭医療圏の人口ピラミッドの変化

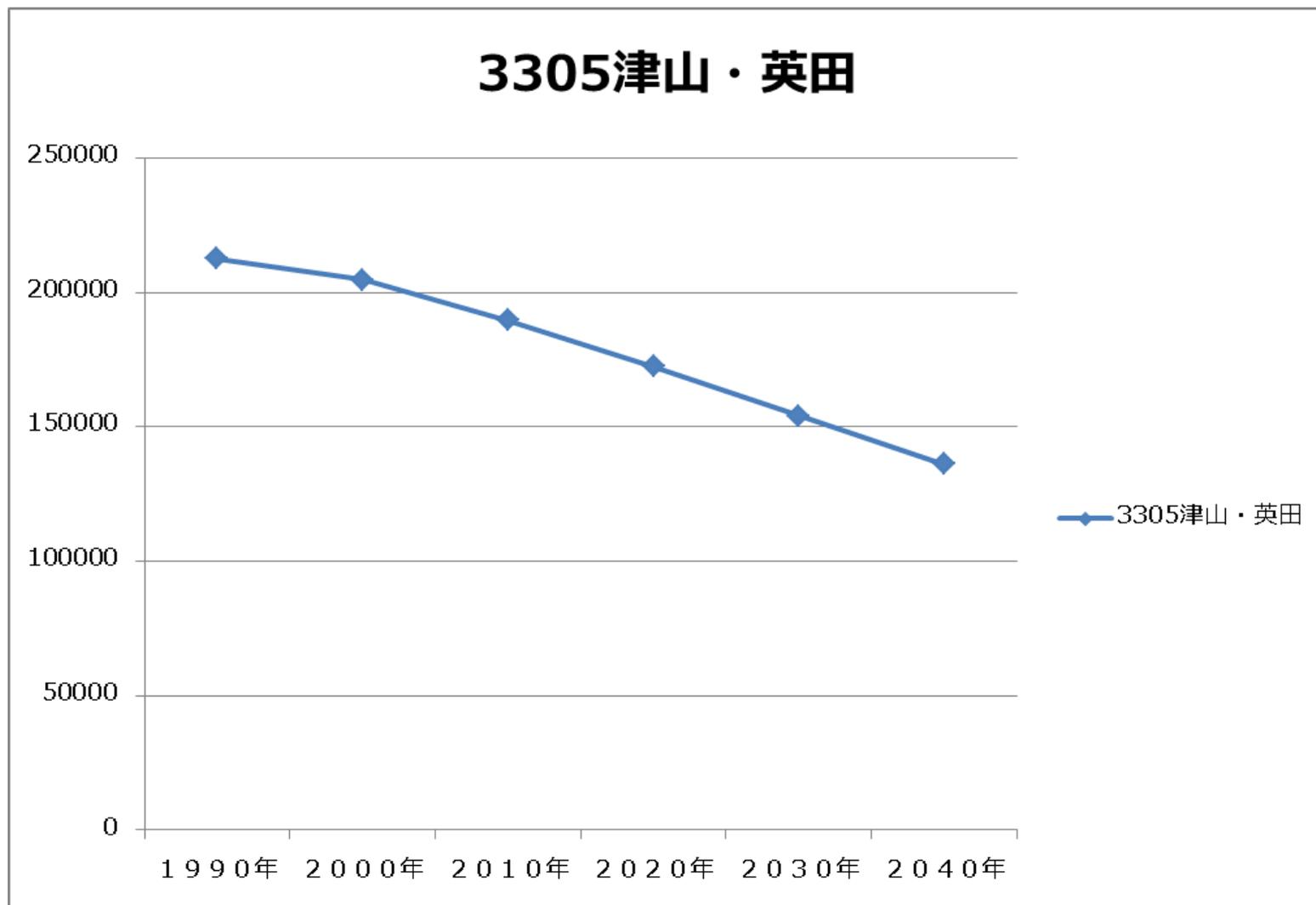


真庭医療圏の傷病別患者数の推計(入院)

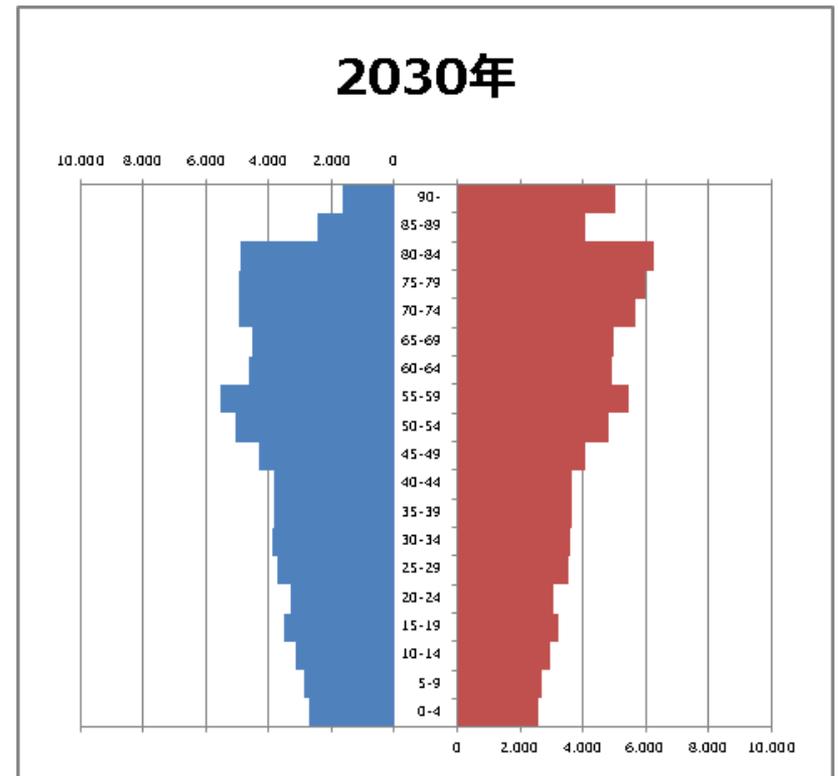
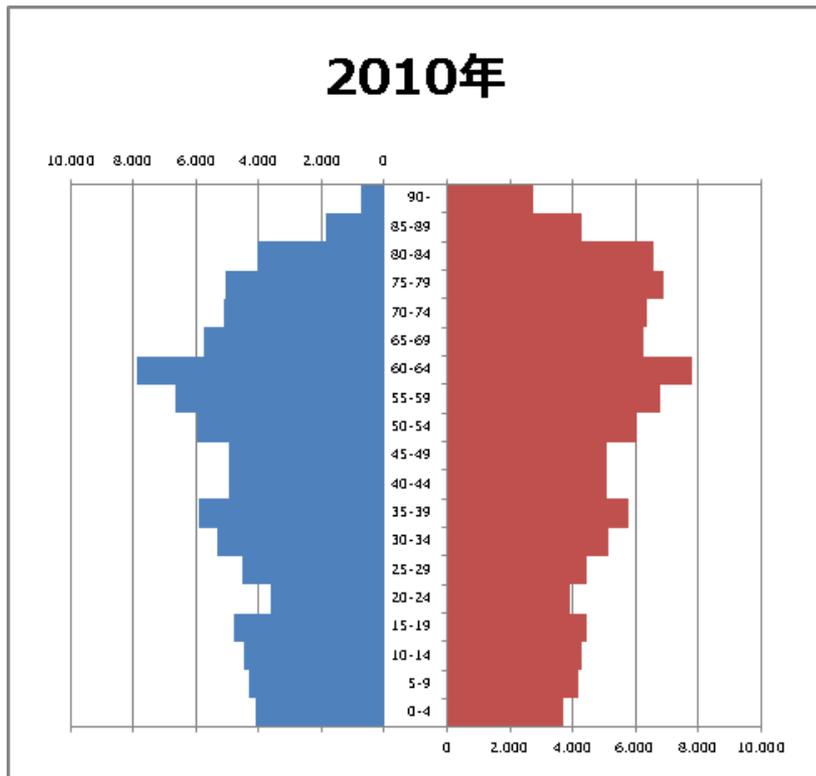


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者：松田晋哉)

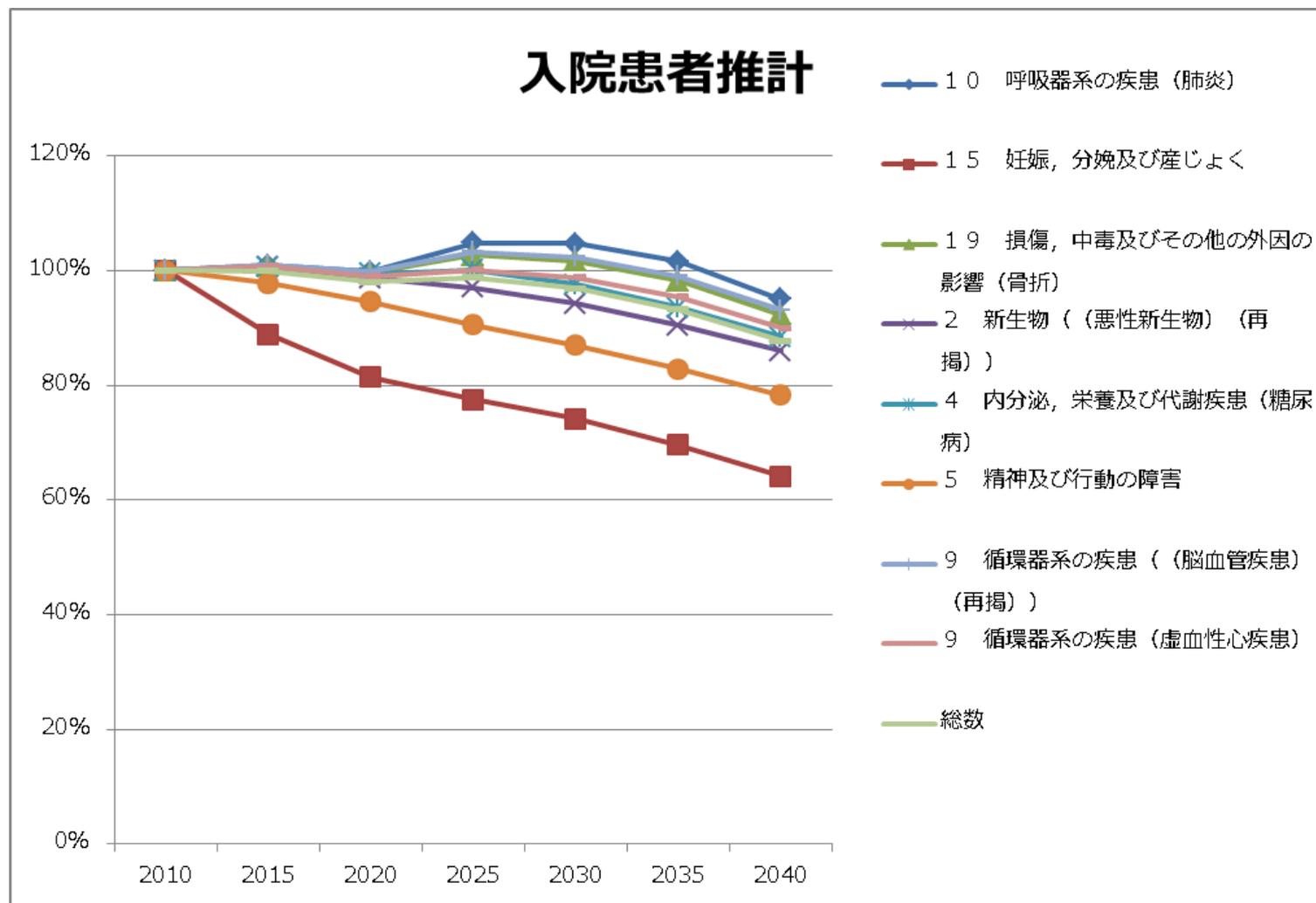
津山英田医療圏の人口推移



津山英田医療圏の人口ピラミッドの変化



津山英田医療圏の傷病別患者数の推計（入院）

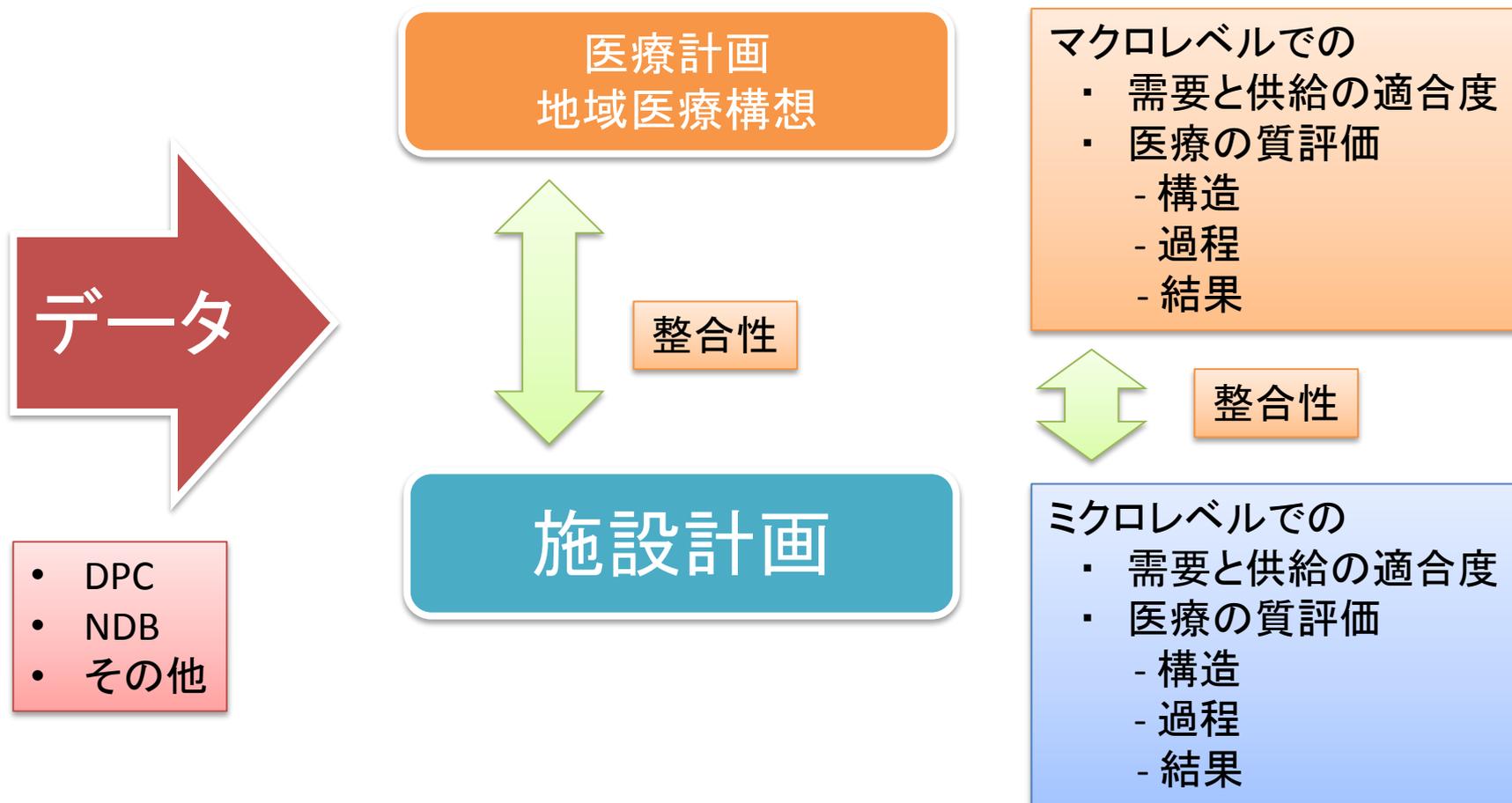


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

各医療圏の現状と課題

- 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
- 外来医療全般
- 救急
- 周産期医療
- 在宅医療
- 連携
- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科

データに基づいて医療を計画し、評価し、 そして改善していくことが求められている



仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

療養病床の退院可能性に関する要因の分析結果 (「条件が整えば可」の場合の理由・医療区分別)

			家族の受け入れ	十分な介護サービス	経済的理由	傷病の安定	その他	合計
医療区分	1	度数	254	278	65	123	68	401
		%	63.3%	69.3%	16.2%	30.7%	17.0%	100.0%
	2	度数	380	380	120	217	114	601
		%	63.2%	63.2%	20.0%	36.1%	19.0%	100.0%
	3	度数	108	112	38	114	61	206
		%	52.4%	54.4%	18.4%	55.3%	29.6%	100.0%
合計		度数	742	770	223	454	243	1208
		%	61.4%	63.7%	18.5%	37.6%	20.1%	100.0%
		p値	0.01	< 0.01	0.32	< 0.01	< 0.01	

福岡県内のある自治体における訪問診療利用者における他の訪問診療の利用状況の時系列変化

診療年月	訪問診療	訪問看護		在宅経管栄養法		往診		緊急往診		ターミナルケア	
		患者数	%	患者数	%	患者数	%	患者数	%	患者数	%
201104	303	50	16.5%	1	0.3%	33	10.9%	5	1.7%	0	0.0%
201105	303	49	16.2%	1	0.3%	21	6.9%	1	0.3%	0	0.0%
201106	314	53	17.5%	1	0.3%	29	9.6%	4	1.3%	0	0.0%
201107	312	52	17.2%	2	0.7%	31	10.2%	3	1.0%	0	0.0%
201108	318	53	17.5%	2	0.7%	26	8.6%	2	0.7%	0	0.0%
201109	308	53	17.5%	2	0.7%	25	8.3%	2	0.7%	0	0.0%
201110	308	54	17.8%	2	0.7%	19	6.3%	1	0.3%	0	0.0%
201111	303	53	17.5%	1	0.3%	20	6.6%	1	0.3%	0	0.0%
201112	328	71	23.4%	2	0.7%	37	12.2%	3	1.0%	0	0.0%
201201	323	75	24.8%	2	0.7%	50	16.5%	1	0.3%	0	0.0%
201202	325	76	25.1%	2	0.7%	44	14.5%	2	0.7%	0	0.0%
201203	334	80	26.4%	2	0.7%	42	13.9%	1	0.3%	0	0.0%
201204	321	76	25.1%	2	0.7%	27	8.9%	1	0.3%	4	1.3%
201205	334	80	26.4%	2	0.7%	32	10.6%	2	0.7%	3	1.0%
201206	345	79	26.1%	2	0.7%	35	11.6%	2	0.7%	2	0.7%
201207	349	78	25.7%	2	0.7%	31	10.2%	3	1.0%	3	1.0%
201208	345	85	28.1%	2	0.7%	48	15.8%	2	0.7%	7	2.3%
201209	333	91	30.0%	2	0.7%	39	12.9%	0	0.0%	5	1.7%
201210	345	93	30.7%	2	0.7%	43	14.2%	1	0.3%	3	1.0%
201211	344	81	26.7%	2	0.7%	34	11.2%	1	0.3%	2	0.7%
201212	339	80	26.4%	3	1.0%	45	14.9%	1	0.3%	7	2.3%
201301	337	82	27.1%	3	1.0%	40	13.2%	0	0.0%	6	2.0%
201302	351	58	19.1%	3	1.0%	18	5.9%	2	0.7%	5	1.7%
201303	351	61	20.1%	3	1.0%	31	10.2%	0	0.0%	3	1.0%

訪問看護は十分利用されているだろうか？

複合的な傷病を持つ 在宅要介護高齢者数の時系列変化

(福岡県の1自治体データ)

年月	認知症＋ がん	認知症＋ 肺炎	認知症＋ 筋呼格系疾患	がん＋ 虚血性心疾患	糖尿病＋ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
...
...
...
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

地域包括ケアの基盤

- 「住」→在宅ケアの基本
 - 地域の実情に合わせた多様な住の提供体制
 - サービス付き高齢者住宅
 - 小規模多機能施設
 - シェアハウス
 - 高齢者を孤立化させない「住まい」の政策
 - 生活を支える仕組み
 - 食の確保
 - 買い物支援
 - 移動手段の確保
 - QOL

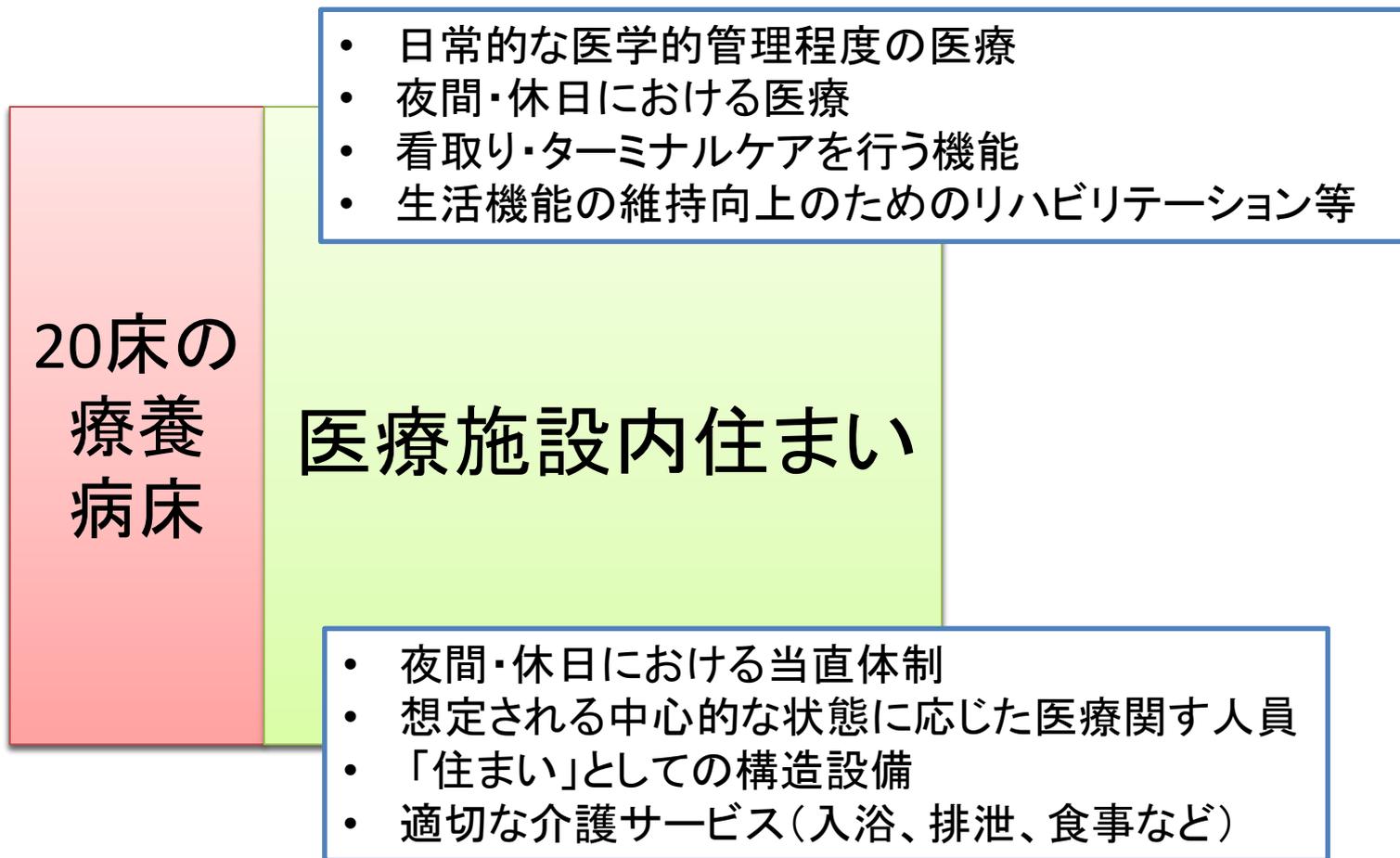
「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める

→「地域包括ケア」体制の確立

新類型の施設に関する議論（療養病床WG、H27年10月23日）

- ・ 医療施設内における「すまい」
- ・ 看取りを行う施設

新類型の議論



第4回療養病床の在り方等に関する検討会(平成27年10月23日)の議論より

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

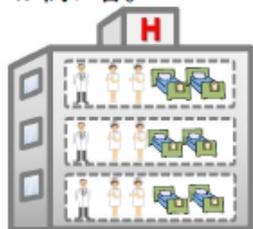
医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示。〕

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

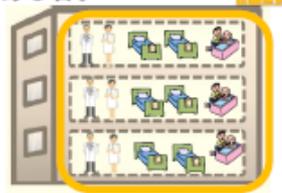
- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 特に医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

新

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が高く、容体が急変するリスクがある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



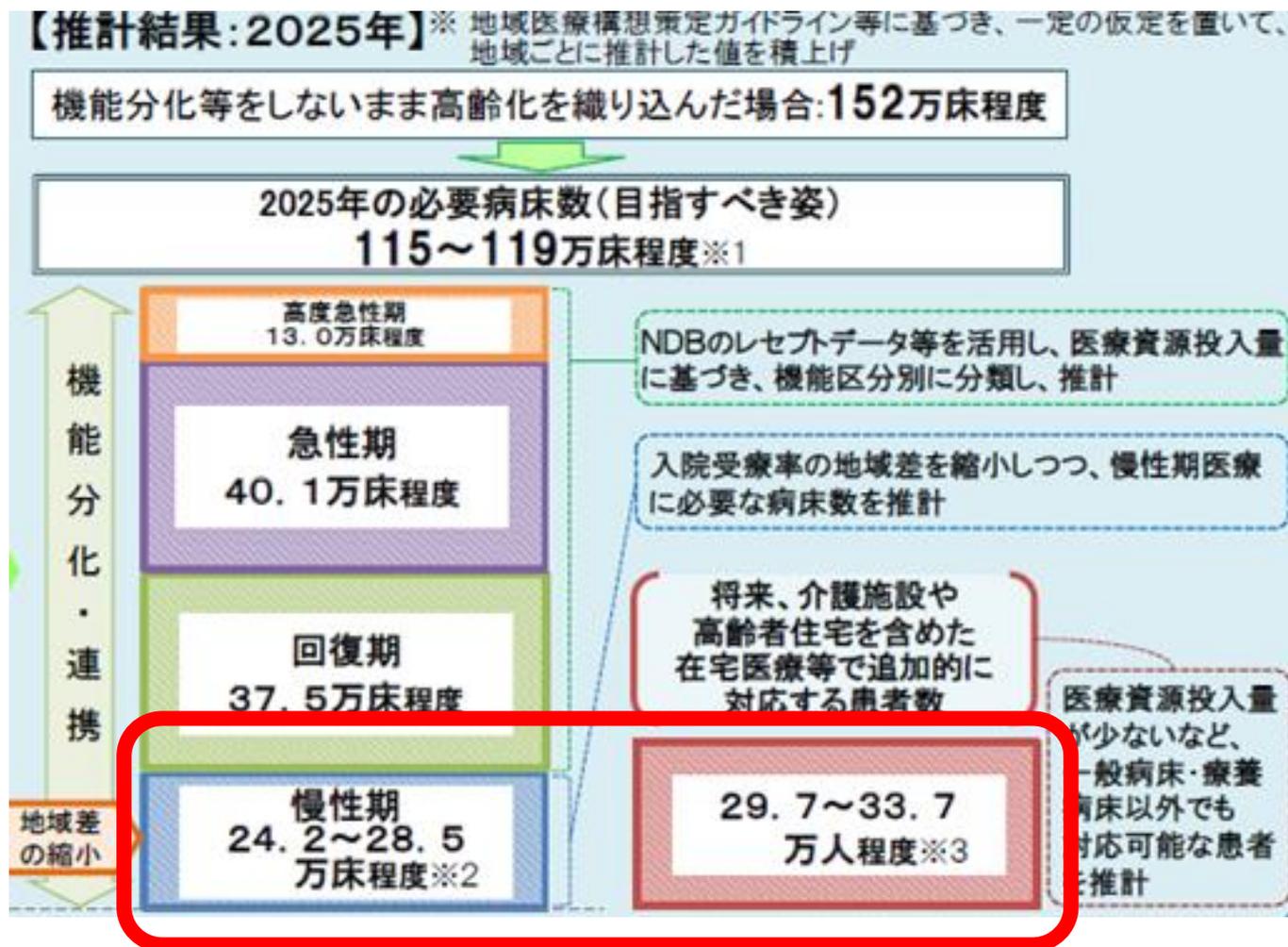
○ 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

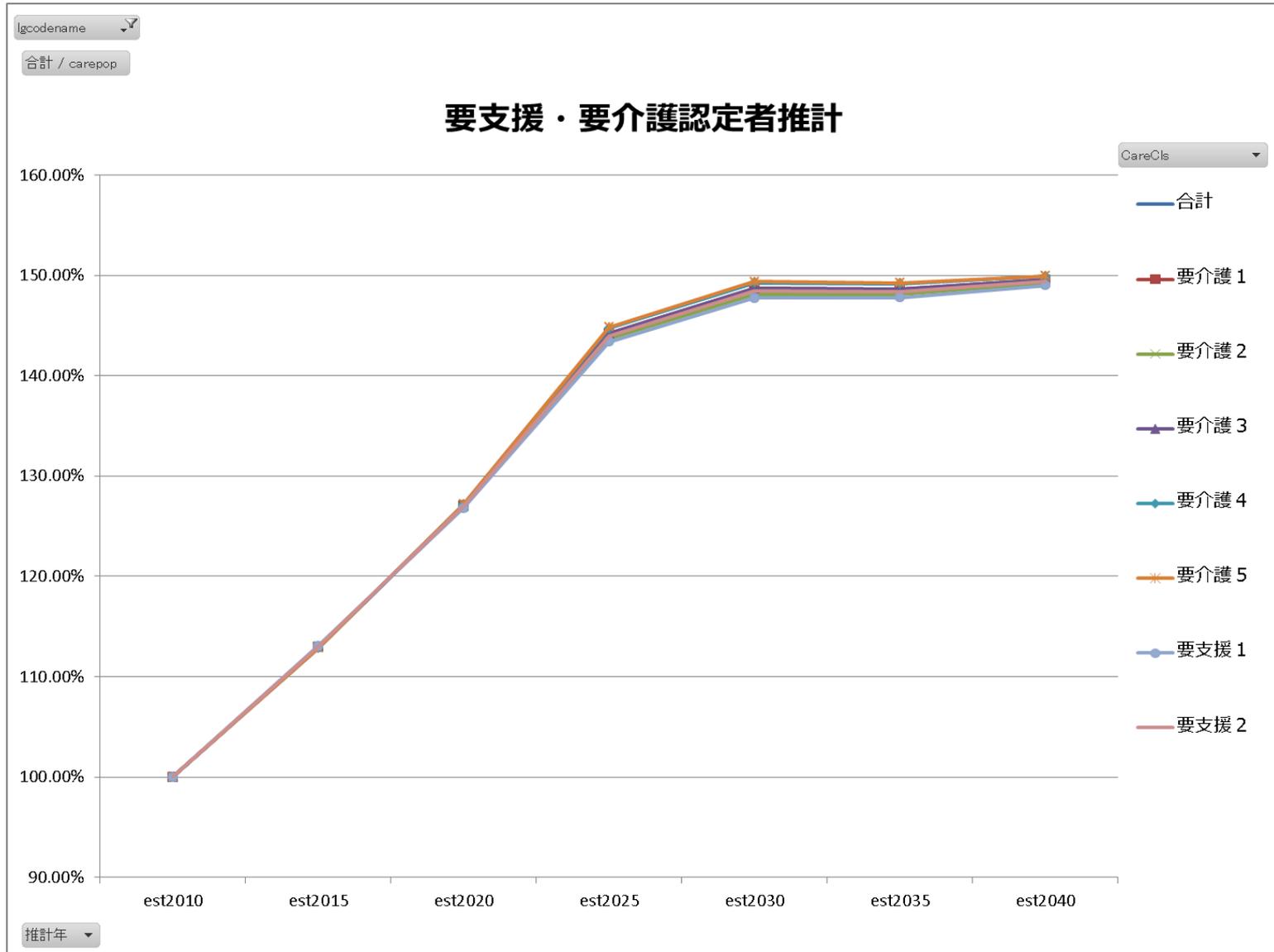
資料： 第7回療養病床のあり方に関する検討会(平成28年1月15日)

慢性期の患者の増加にどう対応するのか？



仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

岡山市の介護需要の将来予測



「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める

→「地域包括ケア」体制の確立

新類型の施設に関する議論（療養病床WG、H27年10月23日）

- ・ 医療施設内における「すまい」
- ・ 看取りを行う施設

新しい地域包括ケアの概念



養生

まとめ

- DPCおよびNDBのデータを用いることで、医療の現状についてミクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能になった→+病床機能報告制度
 - DPCとNDBの枠組みを用いた地域医療計画・地域医療構想の策定と評価
 - 地域における需給関係の適合度評価
 - 高齢化に伴って著増する肺炎、脳卒中、骨折等への対応
 - 在宅医療の体系化(←医療介護ニーズの複合化)
- 今後、各地域・各医療機関の情報活用力が問われる
 - 競争から協調へ
 - 協調を調整する組織としての医師会・病院会の役割の重要性
 - データ分析を支援する「地域のシンクタンク」の必要性

間違えてはいけないこと

- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標
 - ただし、その実現のための制約条件についてきちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性

いくつかの有用な情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 日本医師会日医総研 日医総研ワーキングペーパー
No.323「地域の医療提供体制の現状と将来- 都道府
県別・二次医療圏別データ集 - (2014 年度版)
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html
- 地域医療構想をどう策定するか、東京：医学書院
(2015)