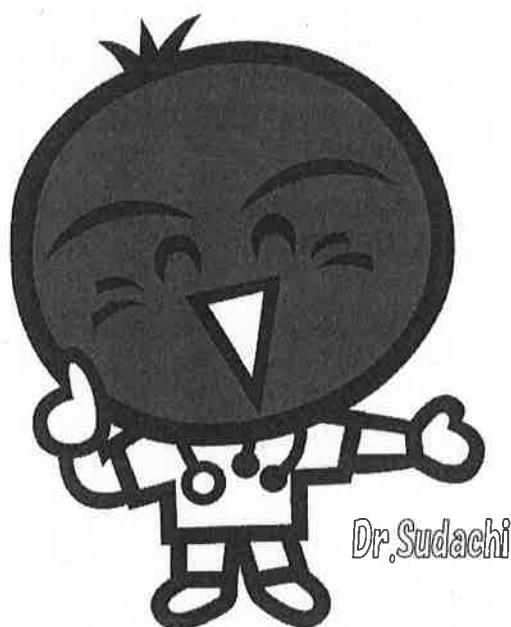


徳島県地域医療構想（案）

（概要版）



目 次

徳島県地域医療構想・目次	-----	1
第1章 地域医療構想の基本的事項	-----	3
第5章 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較	-----	5
第6章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策	-----	6

平成28年9月

徳島県

【徳島県地域医療構想・目次】

第1章 地域医療構想の基本的事項

第1節 構想策定の趣旨	1
第2節 構想の基本理念	1
第3節 構想の性格	2
第4節 構想の期間	2

第2章 本県の概況

第1節 人口等の将来推計	3
(1) 人口	3
(2) 世帯構成	5
第2節 医療提供体制	6
(1) 医療施設数	6
(2) 病床数	6
第3節 医療従事者の状況	7
(1) 医療従事者数	7
(2) 医療施設従事医師数と年齢、性別構成	7

第3章 構想区域の設定

第1節 基本的な考え方	8
第2節 二次医療圏ごとのデータ	9
(1) 人口推計	9
(2) 患者の受療動向	11
(3) 疾患別医療需要推計	11
第3節 構想区域の設定	14

第4章 医療機能別の必要病床数推計

第1節 推計に用いる人口データ	15
第2節 医療需要（入院・在宅医療等）の推計	15
(1) 「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」の推計方法	15
(2) 「慢性期機能」の推計方法	16
(3) 2025年における圏域ごとの医療需要推計	17
第3節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討	18
(1) 他県の構想区域との供給数の調整	18
(2) 県内の構想区域間における供給数の調整	19
第4節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制） を踏まえた必要病床数の推計	19

第5章 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較	
第1節 病床機能報告とは	20
第2節 本県の病床機能報告の概況	21
第3節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較	22
第4節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較の際の留意点	22
第6章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策	
第1節 全県的な取組み	23
(1) 病床機能の分化・連携	23
(2) 在宅医療の充実	24
(3) 医療従事者の確保・養成	30
(4) その他の特に検討すべき課題	31
第2節 構想区域ごとの状況と取組み	33
(1) 東部構想区域	33
(2) 南部構想区域	37
(3) 西部構想区域	41
第7章 地域医療構想の実現に向けて	
第1節 病床機能報告制度の活用	45
第2節 地域医療構想の実現に向けた取組み	45
(1) 地域医療構想調整会議	45
(2) 各医療機関における自主的な取組み	45
(3) 県と地域医療構想調整会議の取組み	46
第8章 構想の推進体制・進行管理	
第1節 推進体制と役割	47
(1) 推進体制	47
(2) 果たすべき役割	47
第2節 進行管理	49
(1) 取組みの点検	49
(2) 情報の公表と県民の理解	49
○徳島県地域医療構想調整会議の策定経過	50

第1章 地域医療構想の基本的事項

第1節 構想策定の趣旨

人口の少子高齢化が急速に進む中、年金、医療、介護などの社会保障給付が急増し、社会保障制度自体の持続可能性が問われる状況となっています。このような中、内閣に設置された社会保障制度改革国民会議において、平成24年11月から20回にわたる議論がなされ、平成25年8月6日に報告書が取りまとめられました。報告書では、医療分野の課題として、日本は諸外国と比べて人口当たり病床数が多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担が不明確であり、さらには、病床当たりの医師・看護職員数も少ないことなどが挙げられています。限られた医療資源を有効活用するためには、患者のニーズに適合した効率的な利用を図る必要があり、改革の方向性として、

- ・病床機能の分化と連携を進め、患者の状態にふさわしい医療を受けられること
- ・入院期間を短くして早期の家庭復帰、社会復帰を実現するとともに、受け皿となる在宅医療等を充実させる必要があること
- ・高度急性期から在宅等での医療・介護まで継続的で包括的なネットワークである「地域包括ケアシステム」を構築すること

が求められています。

この社会保障制度改革国民会議での議論を踏まえ、平成26年には医療法が改正され、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなりました。団塊の世代が後期高齢者となり、医療や介護の需要が大幅に増加すると見込まれる2025年（平成37年）を見据え、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進することにより、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を目指していきます。

第2節 構想の基本理念

急速な高齢化の進展により医療需要の急増が見込まれる中、患者にとって過不足のない医療サービスを提供するためには、病床機能の分化と連携とともに、居宅や施設で提供される医療への移行も促進し、限られた医療資源を有効に活用する必要があります。その際には、在宅医療提供体制の確保や入院から地域へ移行する患者の受け皿整備、あるいは医療従事者の確保・養成といった様々な課題を解決しなければ、地域全体として必要な医療提供体制を構築することはできません。

また、「地域包括ケアシステム」の構築による医療と介護の連携や地域で患者を支える体制づくりも同時に進め、県民の安全・安心を確保することも必要です。

「徳島県地域医療構想」ではこれらの課題や今後の解決の方向性を提示するとともに、構想策定後は、県民が一丸となって構想実現に向けて取り組むことにより、結果として「行き場のない患者を生み出さず、全ての患者の状態に適応した医療・介護サービスが提供されること」を目指していきます。

なお、地域医療構想策定においては、必要病床数等のデータの検討が行われますが、これらは、医療関係者、保険者、市町村、さらには地域住民が共通の認識を持ち、地域医療構想の立案やその実現に向けた取組みに資するためであって、これらの数値を機械的にあてはめて、病床の削減を目指すものではありません。

第3節 構想の性格

この構想は、次に掲げる性格を有するものとします。

- (1) 医療法第30条の4第1項の規定に基づく本県の医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）の一部
- (2) 医療法第30条の4第2項第7号の規定に基づく地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（構想区域）における将来の医療提供体制に関する構想

第4節 構想の期間

2025年（平成37年）に向けての取組みとします。

第5章 必要病床数と 病床機能報告による病床数の比較

第3節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較

構想区域ごとの、2025年（平成37年）の推計必要病床数と2014年（平成26年）病床機能報告の病床数との比較は、次のとおりです。ただし、第4節に記載の点に留意する必要があります。

	医療機能	2025 必要病床数 (床) (A)	2014 病床機能報告での 病床数(床) (B)	(A) - (B)	左の 増減率 (%)
東部	高度急性期	492	1,099	▲ 607	▲ 55.2
	急性期	1,605	2,426	▲ 821	▲ 33.8
	回復期	2,080	1,228	852	69.4
	慢性期	1,946	4,027	▲ 2,081	▲ 51.7
	合計	6,123	8,780	▲ 2,657	▲ 30.3
南部	高度急性期	179	405	▲ 226	▲ 55.8
	急性期	514	790	▲ 276	▲ 34.9
	回復期	613	278	335	120.5
	慢性期	557	574	▲ 17	▲ 3.0
	合計	1,863	2,047	▲ 184	▲ 9.0
西部	高度急性期	47	10	37	370.0
	急性期	274	451	▲ 177	▲ 39.2
	回復期	310	184	126	68.5
	慢性期	377	684	▲ 307	▲ 44.9
	合計	1,008	1,329	▲ 321	▲ 24.2
徳島県	総合計	8,994	12,156	▲ 3,162	▲ 26.0

第4節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較の際の留意点

病床機能報告は、「高度急性期、急性期、回復期及び慢性期がどのような機能か」を示す病床機能の客観的または定量的な基準がない状況で、医療機関が病棟単位で4つの医療機能のうちから1つを選択して報告したもので、特に2014年（平成26年）度の結果報告については、病床機能報告制度実施の初年度であり、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及びその必要数等の情報を踏まえておりません。

一方、2025年の必要病床数は、レセプトデータ等を医療資源投入量で区分して推計したものであり、両者は完全に一致する性質のものではないことに留意する必要があります。

第6章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

第1節 全県的な取組み

(1) 病床機能の分化・連携

①現状と課題

- ・2025年（平成37年）の必要病床数と現在の病床構成には、大きなかい離があります。具体的には、必要病床数と2014年（平成26年）の病床機能報告との比較においては、全県的に回復期の機能を担う病床が将来不足し、その他の機能については過剰となると見込まれています。
- ・将来あるべき医療提供体制の構築を進めるに当たっては、限られた医療資源を有効に活用するため、より効率的で効果的な体制の検討が求められます。
- ・病床の機能分化と連携を進めるためには、在宅医療等への移行が促進されることが前提となっていることから、退院後の受け皿となり、患者の療養生活を支える在宅医療等の提供体制整備を図る必要があります。
- ・病床の機能分化と連携を進めるためには、それぞれの機能を担う医療従事者等の確保と養成も必要となります。

②取組みの方向性

- ・将来の人口構造の推移や疾病構造の変化に適応し、過不足のない医療が提供されるようにするため、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、さらには在宅等における医療と介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制づくりを目指します。
- ・患者それぞれの状態に応じたサービスが提供できるよう、不足すると見込まれる病床機能及び在宅医療等への転換を促進する必要があります。まずは、医療機関の自主的な取組みが前提となりますが、構想区域における医療機関の役割分担の明確化に向けた「地域医療構想調整会議」での協議や、「地域医療介護総合確保基金」の活用についても十分な検討を行うことが求められます。
- ・病院完結型から地域完結型の医療提供体制を構築するためには、医療機関相互の連携を推進することが必要であることから、ICTを活用した患者情報の共有化等の取組みについても検討します。

(2) 在宅医療の充実

～ 略 ～

③現状と課題

- ・H27県民意識調査によれば、病気等で通院困難となった場合、「自宅での療養を希望」と回答した方が約9割を占める一方、そのうち約半数が、家族に負担がかかることや療養環境が整っていないこと、あるいは、訪問診療してくれる医師や看護職員が見つからないこと、などを理由に、「自宅で療養したいと思うが困難」と回答しています。

- ・地域医療構想の策定においては、一部入院患者の在宅医療等への移行を前提に、病床機能の分化と連携を進めることとされています。したがって、在宅医療等への移行が可能となる環境整備がなされなければ、病床機能の分化と連携も進まず、地域医療構想の実現が困難となります。
- ・在宅医療等の提供体制を促進するには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士等の医療従事者の確保と多職種連携が課題となります。
- ・高齢単身者や高齢夫婦のみ世帯の増加、また居宅に療養環境としてふさわしい設備が整っていないなどの理由から、退院後、全ての方が居宅に帰還できるとは限りません。在宅医療等の大幅な需要増加に対応するためには、在宅医療の提供体制とあわせて、受け皿となる施設整備にも取り組む必要があります。
- ・入院患者が地域へ戻ったあと、介護サービスの提供が必要となるケースも多く予想されるため、医療と介護の緊密な連携を図り、患者や利用者の状態に応じたサービスが提供される必要があります。
- ・地域医療構想では、療養病床に入院中の比較的軽症の患者を中心に在宅医療等へ移行していくことが前提となっていますが、これらの患者の中には認知症を発症している方が一定数いると考えられるため、退院後のケアの体制についても十分検討する必要があります。

④取組みの方向性

- ・退院後、患者の状態に応じた場所で療養できるようにするため、適切な退院支援を行うことが重要です。
- ・在宅医療の充実については、第6次保健医療計画にもあるように、「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の各段階で対応できる体制の構築を目指します。
- ・医療と介護の連携をはじめ、入院患者が地域に戻り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるようにするためには、「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。地域医療構想の実現に向けては、市町村や地元医師会、介護部門との連携を図ることにより、抽出された地域の課題を十分に把握することが求められます。
- ・受け皿となる施設整備については、国が療養病床に代わる新たな施設類型を検討中であり、今後、社会保障審議会での議論を経て、必要な法改正がなされる見通しとなっています。在宅医療等への移行の取組みに十分活用できるよう、情報収集を行う必要があります。また、地域包括ケアシステムの構築に向けた各地域での議論などを通じて、利用者のニーズや課題などを十分に把握し、「地域医療構想調整会議」でも情報共有に努めます。
- ・訪問看護を安定的、円滑に提供するためには、訪問看護ステーション間の連携・調整、人材育成を行う教育機能、住民等への相談機能等の役割を果たす訪問看護の拠点の整備と充実・強化を図ることが重要です。
- ・在宅医療の担い手確保については、これまでの取組みに加え、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」（厚生労働省）における医療従事者の具体的な確保対策も踏まえ、職種ごとの対応策について十分に検討することが求められます。

- ・在宅における療養生活を最も身近に支える訪問看護職員の確保については、訪問看護を担う多様な人材の確保の促進とともに、チーム医療のキーパーソンとして高度な判断力を持つ専門性の高い看護職員の育成も重要です。
- ・認知症患者については、地域包括ケアシステムの構築による見守り体制とともに、国の新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の内容も踏まえ、医療と介護の役割分担や連携を行い、患者の状態にふさわしい場所で適切なサービスが提供されるよう努める必要があります。
- ・認知症については、認知症疾患医療センターを各二次医療圏ごとに、配置し、認知症の早期発見や早期の治療開始に取り組んでいます。今後は、これらに加え、認知症疾患医療センターを活用した知識普及等を図るとともに、新オレンジプランに示されたように、適時適切な医療と介護の役割分担や連携を図っていきます。
- ・うつ病については、睡眠障害や食欲不振をはじめとする身体症状を訴えて、最初に一般医療機関を受診することが少なくありません。従来より、かかりつけ医と精神科医療との連携についての研修会を行っていますが、今後もこの取り組みを発展させ、うつ病の早期診断や治療開始に取り組む必要があります。
- ・痛みを伴うがん患者に係る在宅医療の質の向上を図るため、緩和ケアの推進に取り組むことが求められます。
- ・在宅医療の充実を図る施策については、地域医療介護総合確保基金の活用も十分に検討することとします。
- ・在宅医療を支えるためには、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、リハビリ関係職種と介護関係職種が互いの専門性を生かしながらチームとなって、多職種による協働・連携の体制を整えることが重要です。

（３）医療従事者の確保・養成

①現状と課題

- ・「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）によれば、本県の人口10万人あたり医療施設従事医師数は、京都府、東京都に次いで全国第3位となっていますが、東部への集中による「地域偏在」や特定の診療科で医師が不足する「診療科偏在」の問題、また、全国に比べ医師の平均年齢や女性医師の割合が高いといった事情があります。
- ・医療機関等の施設とあわせて、医療従事者も確保できなければ必要なサービスを提供することはできません。2025年（平成37年）に向けて医療需要は増加する一方、就業人口は減少することから、医療需要に対応できる医療従事者を確保することが大きな課題となります。
- ・地域医療構想の実現に向けては、在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれるため、この担い手となる医療従事者の確保と養成が必要不可欠です。

②取組みの方向性

- ・地域医療支援センター、寄附講座、修学資金貸与制度等を活用した医師確保や県内定着策、地域偏在解消に向けたこれまでの取組みを継続するとともに、より効果的に取り組んでいくことが求められます。
- ・在宅医療の担い手となる医療従事者の確保と養成を図るため、例えば、在宅医療を担う医師の増加に向けた支援体制の充実、訪問看護職員の育成策、在宅訪問歯科診療に対応できる歯科衛生士の養成、在宅歯科診療の充実に向けた支援体制の構築、多職種が協働して在宅医療と介護を提供できるための人材育成などに取り組んでいく必要があります。
- ・病院内保育所の設置促進により働きやすい環境整備を行うことや、勤務環境改善支援センターの取組みによる勤務環境の改善や充実により、医療従事者の安定的な確保を図ります。
- ・厚生労働省では、「医療従事者の需給に関する検討会」において医療従事者の確保対策について検討中です。第7次保健医療計画策定に当たっては、この検討会の取りまとめも踏まえ、医療従事者の具体的な確保対策をしっかりと検討します。

(4) その他の特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・現在、東部・南部・西部の3圏域となっている二次医療圏の在り方については、第7次保健医療計画策定時には、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会（仮称）」のとりまとめ結果など国の策定指針を十分に踏まえるとともに、本県の人口動態や患者の流出入状況などを十分に勘案したうえで検討すべきである。
- ・歯科医師が、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までのそれぞれの段階で口腔ケアに介入できるようにするため、情報提供の在り方を検討することが求められる。
- ・人口減少が著しい地域こそ、社会基盤の維持・整備、及び、そのために必要な看護職員をはじめとする医療従事者等の確保・養成のあり方等について明らかにする必要がある。
- ・重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められる。
- ・限りある医療資源の効率的かつ効果的な活用に取り組むとともに、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態の軽減・悪化の防止を図るため、介護予防を積極的に推進していくことが、医療及び介護の提供体制を支える制度の持続可能性を高めていくために必要である。

- ・精神病床については、その地域的偏在が認められるが、今後急性期治療、いわゆる「重度かつ慢性」を含む長期療養、さらには認知症、ストレスケア、依存症といった疾病特性に基づく機能分化や一般医療との連携機能を高めることが求められます。
- ・障がい者（児）歯科医療の受け入れは東部に偏っており、西部・南部からは遠距離を治療に通っているため、障がい者（児）の歯科健診、事後処置の充実や障がい者（児）歯科医療を担う専門職等の確保、養成が必要になります。
このため、「2次医療圏ごとの、患者の現状の把握を行い、地域で歯科治療を受けられる体制」と「障がい者（児）の口腔内状況の把握を行い、生涯健康な口腔を維持できる体制」を整備すること、専門職等の確保、養成のため具体的な施策を検討することが求められています。

第2節 構想区域ごとの状況と取組

(1) 東部構想区域

①区域内の状況

県東部の徳島市、鳴門市、吉野川市、阿波市、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町の4市7町1村により構成され、面積は1,016.4km²と県全体のおよそ4分の1であり、県都徳島市を中心に産業、文化、行政などの機能の集積する都市部とその周辺の人口増加が進む都市型産業地域、農村・山村地域など、多様な地域特性を持っています。県内総人口のおよそ7割を占めるとともに、高齢化率が最も低い区域となっていますが、総人口の減少とともに高齢化は進行しています。2025年(平成37年)以降、2040年(平成52年)に向けてなお、高齢者人口が増加すると見込まれています。

～ 略 ～

⑥東部構想区域として特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・地域包括ケアシステム、在宅医療については住民、患者の意識が変わらないとなかなか進まないため、行政からの情報提供を積極的に行うべきである。
- ・国は、療養病床の転換を2017年度(平成29年度)末までに実施する方針を出しているが、入院患者の行き先や医療機関が将来の方向性を検討するに当たり、転換先施設の要件が未定、人材確保がどうなるか分からないなど、情報不足である。
- ・在宅医療の推進については、医師の高齢化や取組みへの温度差が課題であり、24時間の緊急入院体制確保は難しい。
- ・地域包括ケアシステム構築や介護体制の確保については、患者家族代表も含めた議論が必要ではないか。
- ・在宅医療への移行には、看護職員をはじめ「ヒト」の資源も移行しないといけない。急性期病院での病床削減に伴い、医療スタッフも在宅医療へ移行できるような仕組みが必要である。
- ・在宅医療等の需要増加に対応するため、看護職員をはじめ、介護部門も含めたマンパワーの必要数を把握し議論されるべきである。
- ・訪問看護職員を確保するためには、後進の育成策、働き方や資質の向上が求められる。

(2) 南部構想区域

①区域内の状況

県南部の小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町の2市6町により構成され、面積は1,724.1km²と県全体の4割以上を占めていますが、山間部の割合が大きくなっています。人口は県全体の約2割、高齢者人口は2025年(平成37年)に向けて増加すると見込まれており、高齢化率は西部に次いで高くなっています。

～ 略 ～

⑥南部構想区域として特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 公的病院の統廃合ですでに病床が削減されており、他にも削減や廃院があれば必要病床数を確保できなくなる可能性がある。どの医療機能をどれだけ守るのかという議論が必要である。
- ・ 在宅医療を進めるには、マンパワー不足である。
- ・ 在宅医療等への移行に際し、患者の自己負担額が増えるようでは限界がある。
- ・ 在宅医療等への移行については、少子高齢化により居宅での在宅医療は困難になっており、施設への住み替えでないとマンパワーが不足する印象がある。
- ・ 療養病床に代わる施設整備にあたっては、地域事情、患者の実態に合った対応、患者の費用負担の面への配慮をしつつ体制を検討すべきである。

(3) 西部構想区域

①区域内の状況

県西部の美馬市、三好市、つるぎ町、東みよし町の2市2町により構成され、面積は1,406.2km²と県全体の3割以上を占めていますが、山間部が多く社会基盤の整備が遅れています。そのため若年労働者層を中心に人口流出が続いており、県内でも人口減少率の高い地域となっています。県内全体の人口に占める割合は約1割にとどまり、また、高齢化率も県内で最も高い区域となっており、県内で最も過疎化が進行した区域となっています。

～ 略 ～

⑥西部構想区域で特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 県内の構想区域の中で人口減少が最も顕著であり、患者が医療資源の豊富な東部へ大きく流出している。廃業による病床の減少も多い。
- ・ 医療従事者も高齢化が進み、病床数だけではなく医療従事者の資源についての議論が必要であること。病床数に比例して医療従事者数が減少すると医療提供体制は維持できない。
- ・ 訪問診療に従事する医師が少ない。
- ・ 在宅医療等への移行について、居宅と施設のバランスを考慮すべきである。
- ・ 高齢者人口当たりの特別養護老人ホームと介護老人保健施設の数が、県内構想区域中最多であるが、どのように活用していくべきか。サービス付き高齢者向け住宅は費用が高く、西部では需要が少ないと見込まれる。
- ・ 医療と介護の連携のため、住民への啓発も含め市町村の取組みが重要である。
- ・ 西部の公立等の病院間及びかかりつけ医も含めたネットワーク化を考える必要がある。
- ・ 西部地域においては、今ある訪問看護サービスを提供する看護職員の質・量を維持できなければ、居宅を選択することが、今以上に難しくなる。
- ・ 西部地域においては、子どもが増えている地域があることから、現在の人口の下落り方と、将来の下落り方では減少率が異なることも踏まえた上で、将来の医療提供体制を検討する必要がある。
- ・ 西部地域においては、急性期の機能を持った病院におけるリハビリや地域包括ケアへの取組など、地域の実情を踏まえた機能分化やネットワーク化を検討することが重要である。

