

第5節 医療需要及び必要とされる病床数の推計

1 医療需要

道では、平成37年（2025年）における各地域の医療提供体制の姿を描く「地域医療構想」策定の基礎となるものとして、国から提供されたデータを基に、厚生労働省令で定められた算定式により、道内の二次医療圏ごとに平成37年（2025年）において必要となる医療の規模（病床数）の推計を行いました。

本推計は、「必要な病床数」という形をとっていますが、現在患者に行われている医療行為の量を元に、少子高齢化や地域ごとの人口の増減といった人口構造の変化や、慢性疾患の増加といった疾病構造の変化を踏まえ、今後、どのような種類の医療（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等）が、どの程度必要かという「医療の需要」「患者の数」を推計したものです。

（1）高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年（2013年）のNDB（National Database）のレセプトデータ及びDPC（Diagnosis Procedure Combination）データに基づき、患者住所地別に配分した上で、推計を行います。

この推計は、平成25年（2013年）における実際の医療資源投入量を基に推計しているもので、平均在院日数、受療率は平成25年（2013年）の数値を活用しています。

① 入院受療率

$$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）}}{365（日）} = \text{1日当たり入院患者延べ数}$$
$$\frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$$

② 医療需要

構想区域の平成37年（2025年）の医療需要
＝ [当該構想区域の平成25年（2013年）の性・年齢階級別の入院受療率
× 当該構想区域の平成37年（2025年）の性・年齢階級別推計人口] を
総和したもの

※ 平成37年（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年（2013年）3月中位推計）」を用います。

(2) 慢性期機能と在宅医療等

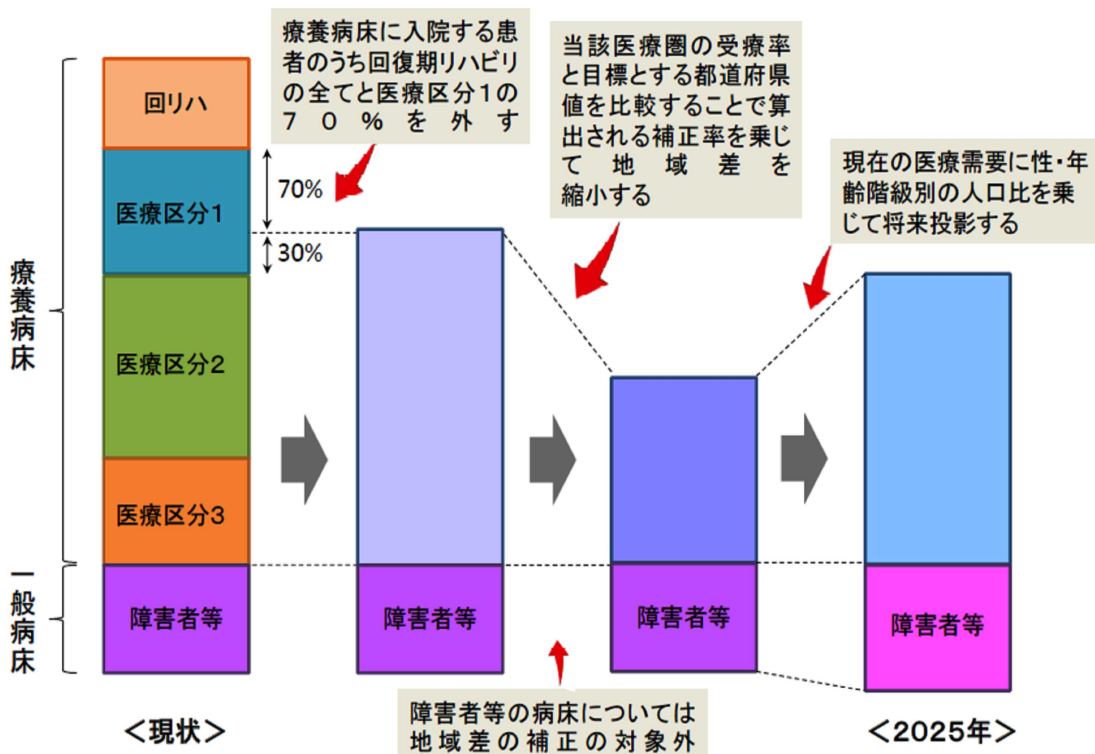
療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるため、医療資源投入量に基づく分析を行うことが難しい状況です。また、地域の療養病床数には、大きな地域差があります。

このため、慢性期機能の推計については、医療資源投入量を用いず、①慢性期の中に、在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ったうえで、②療養病床の入院受療率の地域差を縮小することを加味して推計します。

(考え方)

- ① 在宅医療等で対応する患者数は、療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を見込みます。なお、一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要として推計します。

図5-1 ●慢性期機能の地域差解消のイメージ



(北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課作成)

表5-1 ●医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

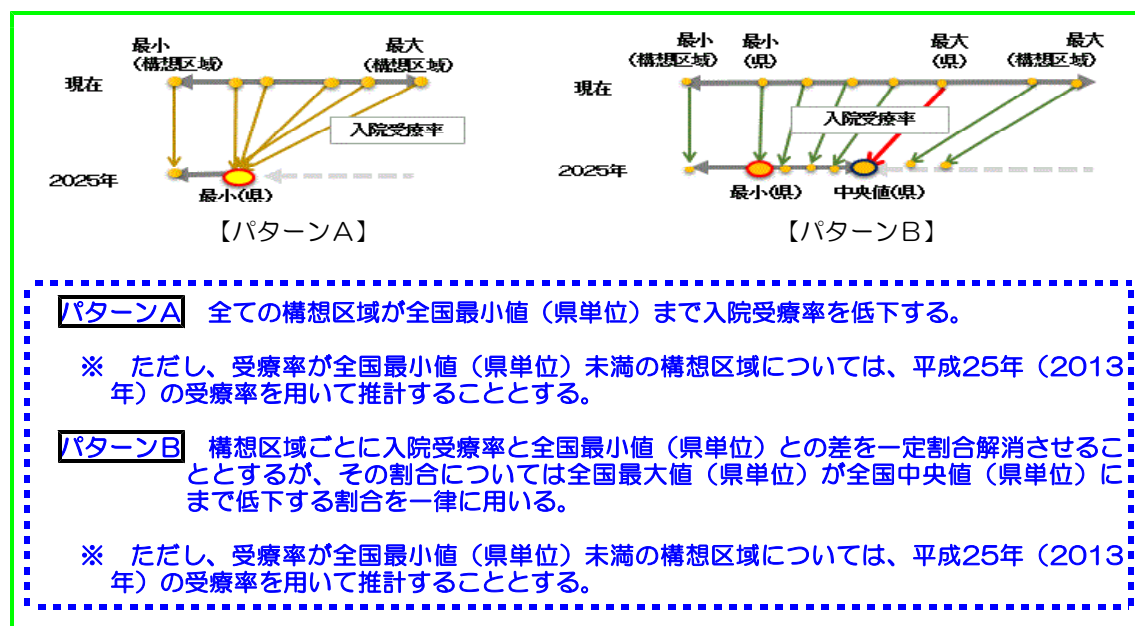
(厚生労働省ホームページより)

(考え方)

② 慢性期病床の入院受療率における地域差の解消については、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(都道府県単位)との差を一定程度解消させることとして、全国最大値(都道府県単位)が全国中央値(都道府県単位)にまで低下させる割合を一律に用いて推計します。

ただし、当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値より大きく、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることとし、平成37年(2025年)においては、平成42年(2030年)から比例的に逆算した入院受療率を用いて推計します。

図5-2 ●慢性期の医療需要の考え方

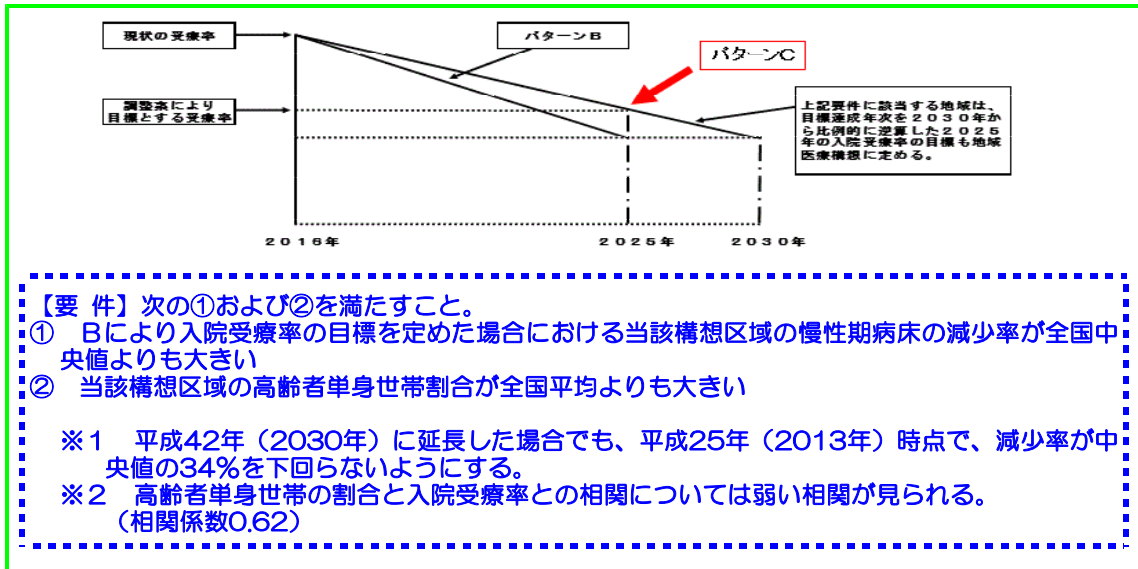


(地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討委員会資料を基に
北海道オホーツク総合振興局保健環境部紋別地域保健室作成)

(考え方)

ただし、当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値より大きく、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることとし、平成37年(2025年)においては、平成42年(2030年)から比例的に逆算した入院受療率を用いて推計します。

図5-3 ●入院受療率の目標に関する特例



(地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討委員会資料を基に
北海道オホーツク総合振興局保健環境部紋別地域保健室作成)

遠紋構想区域の平成37年(2025年)における病床の機能区分ごとの医療需要(推計入院患者数)については、「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき推計します。

なお、当該構想区域にあつては、療養病床の入院受療率の地域差の解消目標を定めた場合、慢性期病床の減少率が全国中央値より大きく、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいことから、「地域医療構想ガイドライン」に基づく「入院受療率の目標に関する特例」により推計します。

表5-2 ●遠紋構想区域の慢性期病床数減少率・高齢者単身世帯の割合

	当該構想区域	全国中央値・平均値
慢性期病床減少率	53.30%	32.20%
高齢者単身世帯の割合	13.00%	9.20%

(北海道オホーツク総合振興局保健環境部紋別地域保健室作成)

※ 遠紋区域は、パターンCが選択できる。

2 医療需要に対する医療提供を踏まえた病床の必要量 推計

前記1で推計した2025年の推定供給数を、病床稼働率で割り戻し、2025年に必要とされる病床の推計量（必要病床数）を推計します。

なお、病床稼働率は、「地域医療構想ガイドライン」で示されている場合（高度急性期～75%、急性期～78%、回復期～90%、慢性期92%）とします。

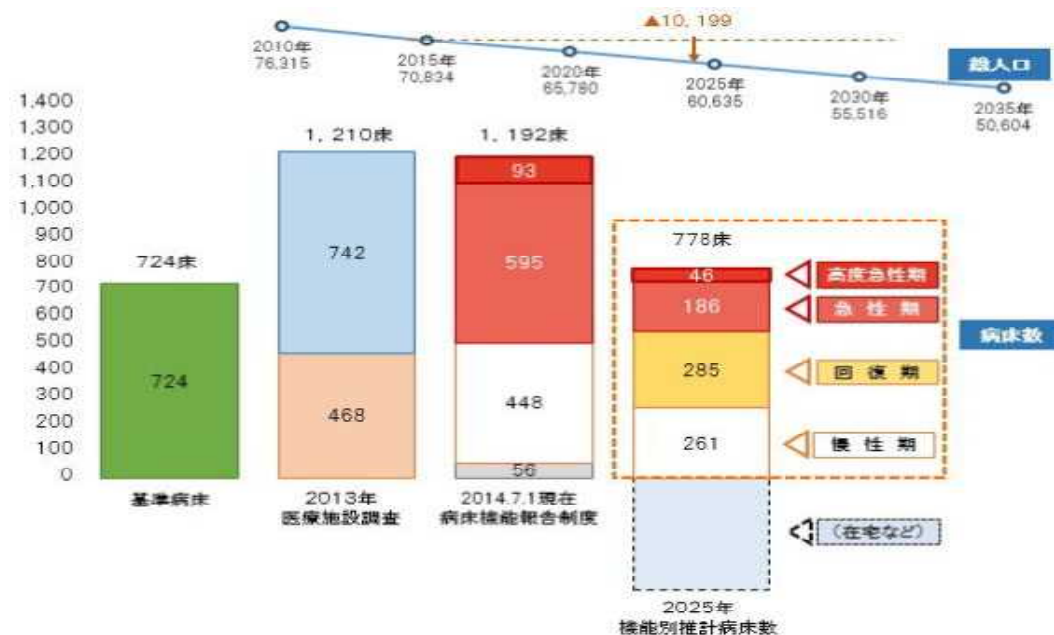
表5-3 ● 遠紋構想区域の医療需要と病床の必要数（推計）

区 分	① 医療需要 当該構想区域 に居住する患 者の医療需要	② 現在の医療提供 体制が変わらな いと仮定した場 合の推定供給数	③ 将来あるべき医 療提供体制を踏 まえ構想区域間 の供給するの増 減を調整した推 定供給数	病床の必要量 (必要病床数) (③を基に病 床利用率等に より算出され る病床数)
高度急性期	67	34	34	46
急性期	223	145	145	186
回復期	256	182	256	285
慢性期	240	200	240	261
計	786	561	675	778

・課題分析、地域の理想像（必要量と供給量の比較）

（国の必要病床数等推計ツールを基に北海道オホーツク総合振興局保健環境部紋別地域保健室作成）

図5-4 ● 機能別の推計病床数



（国の必要病床数等推計ツールを基に北海道オホーツク総合振興局保健環境部紋別地域保健室作成）

3 課題分析等

遠紋圏域の平成37年（2025年）における医療提供体制の姿を描く「地域医療構想」の策定にあたり、今後、考慮すべき事項や検討が必要な事項、継続的に把握していくべき事項等について、遠紋圏域地域医療構想調整会議において各委員から出された意見、要望等は次のとおりです。

（1）地域医療構想の実現について

- 地域医療構想の実現を図るためには、遠紋構想区域の特性及び地域の課題を踏まえた上で、1つ1つの課題を明確にし、解決に向けた対策を図りながら推進することが必要と考えます。
- 医師の都市部偏在により、地方での医師及び医療スタッフの不足は日増しに深刻化しており、分娩取り扱いが出来ない医療圏が増え、その結果小児科医師の不足を呼ぶなど、出産から子育ての自治体保健行政の機能マヒに繋がることが懸念されています。この医療構想では、これに対する解決方針が示されておらず、今後、道として医療体制を早急に整備するなど十分な配慮が必要と考えます。
- 医療構想の策定にあたり、遠紋地域の広域医療の中心となる紋別市及び遠軽町において、地域として一定程度の理解ができ得る医療体制の確保が全てにおいての前提条件であると考えます。
- 地域医療構想の実現を図るためには、各病院の努力に任せるだけでなく、道、市町村及び関係団体が連携し合い、それらの課題解決を図るための協議や施策を展開することが重要であると考えます。
- 地域医療構想の実現に向けては、各市町村の将来像を踏まえて、広い視野に立って方向性を示す必要があると考えます。
- 今回の必要とされる病床の必要量の推計にあたっては、療養病床の入院患者のうち、医療区分Ⅰの70%を在宅医療等に対応する者として算出していますが、遠紋構想区域には受け皿となる中間施設が不足していることから、2025年に向けた中間施設の整備等が必要であると考えます。
- 国が示す基準に基づき算出された必要病床数は、地域の実情を配慮されたものと考え難いことから、次期北海道医療計画に反映させる際、地域住民へ医療に対する不安を与えることのないよう十分な配慮が必要と考えます。

- 地域医療構想の実現を図るためには、地域医療を担っている自治体病院に対して過度な負担を追わせることがないように配慮する必要があると考えます。また、病床削減ありきで考えることがないように、地域医療の実情に十分配慮すると共に、やむを得ない事情で休床している現状に配慮せず、稼働病床数を基にした病床削減等は、地域医療の崩壊につながることを十分配慮する必要があると考えます。
- 人口減少に伴い自治体の医業収支は悪化し、財政が切迫される状況が強まっていくことが懸念されます。将来の規模縮小が機能縮小につながらないように、地域間連携で自治体の枠を超えた医療体制の構築が必要と考えます。
- 患者は在宅・介護施設の受け皿があるならば移行は可能と思われませんが、現実には家はあっても生活できず、施設も余力がない状況にあります。構想で示された在宅等に移行するには、より一層の医療と介護の連携がとられ、在宅での訪問診療、看取りなど場合によっては24時間体制の構築が必要であると考えます。
- 治る見込みがない病気、あるいは老衰の場合、施設で十分なケアを受けて人間らしい終末を迎えることができると家族から高く評価されており、今後、施設での看取りを希望するケースが増えると思われるので、そのための体制整備が一層必要と考えます。
- 地域医療構想の実現に向けた検討に当たっては、地域センター病院（JA北海道厚生連遠軽厚生病院、広域紋別病院）を核として、これらの位置付けを再確認し、遠紋構想区域の医療の機能分担を検討する必要があると考えます。
- 医療・介護の確保に必須と言われる人材の確保については、重要かつ喫緊な課題であるため、働く人の生活環境など市町村も含めた検討を行えるように、ワーキンググループ等を設置して検討する必要があると考えます。

（2）地域医療構想の見直しについて

- 今回の必要とされる病床の必要量の推計については、医師や看護師などの医療従事者の不足により、やむを得ず休床している現状（平成25年（2013年））により算出したものであり、今後の病床の稼働状況を継続的に把握するとともに、必要に応じて、見直すことが必要であると考えます。
- 今後、医師や看護師などの医療従事者が充足していけば、当区域内でもっと高度急性期の患者を受け入れることが可能となります。この度の地域医療構想を策定したことで終わるのではなく、将来における状況の変化に応じて、今後とも適切な時期に、計画の見直しを行うことが必要であると考えます。

第6節 将来あるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

1 病床の機能の分化及び連携の推進

地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に当たっては、北海道が遠紋区域地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取り組み及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金の活用等による支援をしていきます。

遠紋圏域においては、当地域の拠点病院であるJA北海道厚生連遠軽厚生病院、広域紋別病院の高度急性期及び急性期医療を確保しつつ、2次医療圏として全国で4番目に広い面積を有し、市町村間の距離も比較的離れているという地理的な特性から、画一的に各市町村の医療機関の役割分担、連携を図ることは難しい面もありますが、各市町村の医療機関その他関係団体とも情報を共有しながら、圏域全体としてバランスの取れた医療提供体制が構築できるよう、病院の機能分化を推進していきます。

なお、高度急性期及び急性期医療の一部については、北網区域並びに他の隣接区域（旭川、名寄）との連携が今後も必要であり、電子カルテシステムを基幹とした医療情報システム（遠紋地域医療連携ネットワーク）などのITネットワークの活用などによる情報の共有化を図るとともに、緊急時における救急患者の受入や道北ドクターヘリの安定的な運用のため、一層の連携強化を図ります。

また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療動向の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた上で、地域で不足している回復期病床の機能については、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく必要があります。

なお、遠紋圏域においては、病床機能報告上、病棟単位では回復期の届出がありませんが、回復期を担う病床はあると考えられることから、地域の病床の状況を地域医療構想調整会議等を通じてより正確に把握することに努めます。

このため、北海道においては、地域医療介護総合確保基金を有効に活用することとしており、遠紋区域においても、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる場合には、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供や調整を行います。

また、不足する機能を担う病床の増床や、病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして、有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動

作を行う能力)の低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要があります。

このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等について、遠紋圏域地域医療構想調整会議、遠紋圏域在宅医療推進ネットワーク協議会など連携を促進するための会議の開催を通じて、複合的に取り組んでいきます。

また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や、医療ソーシャルワーカーの研修だけではなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により、必要な人材の確保・育成に取り組むこととしています。

2 在宅医療の充実

今後、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要があります。

また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて、退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも、状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は、今後増大することが見込まれます。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要があり、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握とともに、きめ細かい対応が必要となります。

さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」は、その機能を地域で十分に発揮することが期待されます。

こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、保健所等が市町村を支援していくことが重要です。

また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、北海道の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要です。

遠紋構想区域においては、一部の市町村において訪問診療、訪問看護などの取り組みが行われていますが、在宅療養医療機関のない空白地域となっています。

