

平成 27 年度

**第一回 西都児湯二次医療圏
地域医療構想調整会議**

日 時 平成 27 年 7 月 28 日 (火)
午後 3 時 30 分から 4 時 20 分まで

場 所 高鍋保健所 2 階 研修室

(1) 地域医療構想の概要について

なぜ地域医療構想が必要なのか？

医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
 - － 医療・介護需要の最大化
 - 高齢者人口の増加には大きな地域差
 - － 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
 - ⇒ よって、地域の実情に応じた対応が必要
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のありべき姿）を医療計画において策定
- ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
- ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

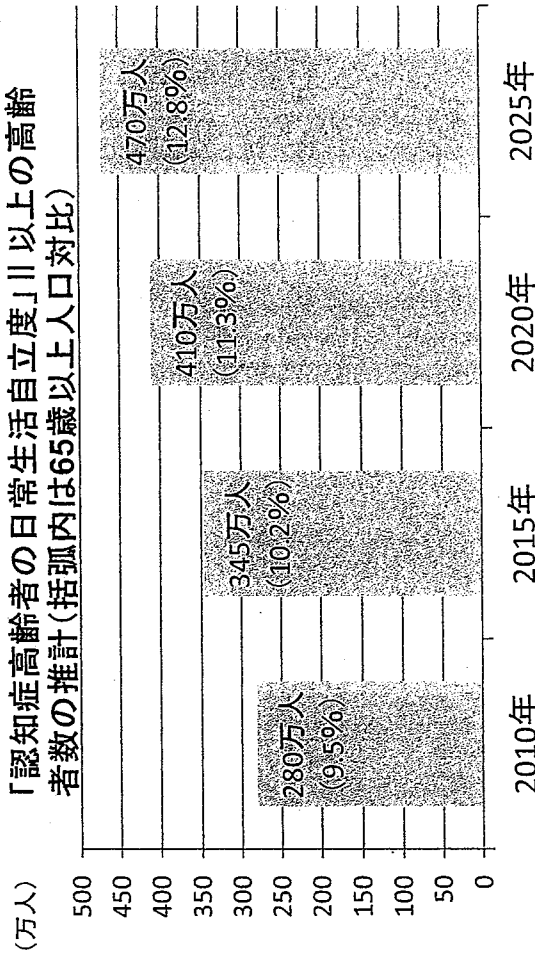
高齢化の状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

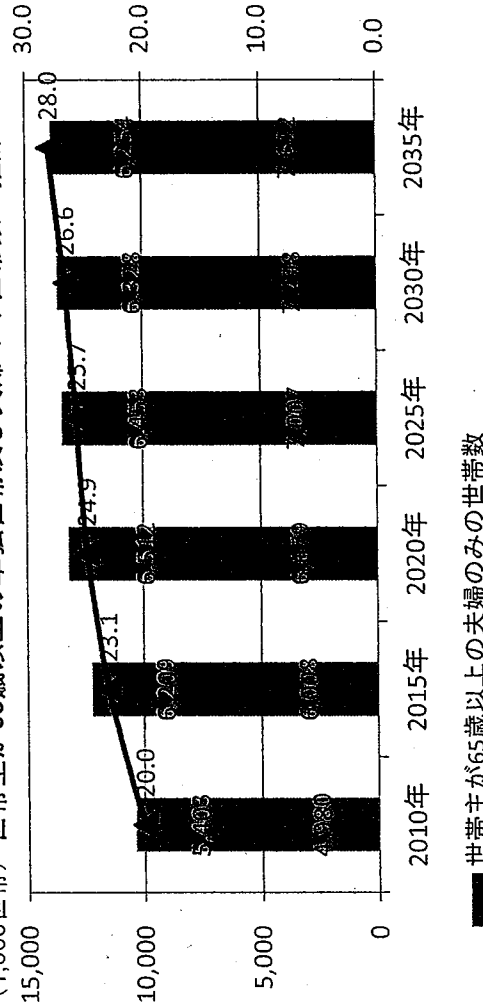
② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯が増加していく

(1,000世帯) 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計 (%)



■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数

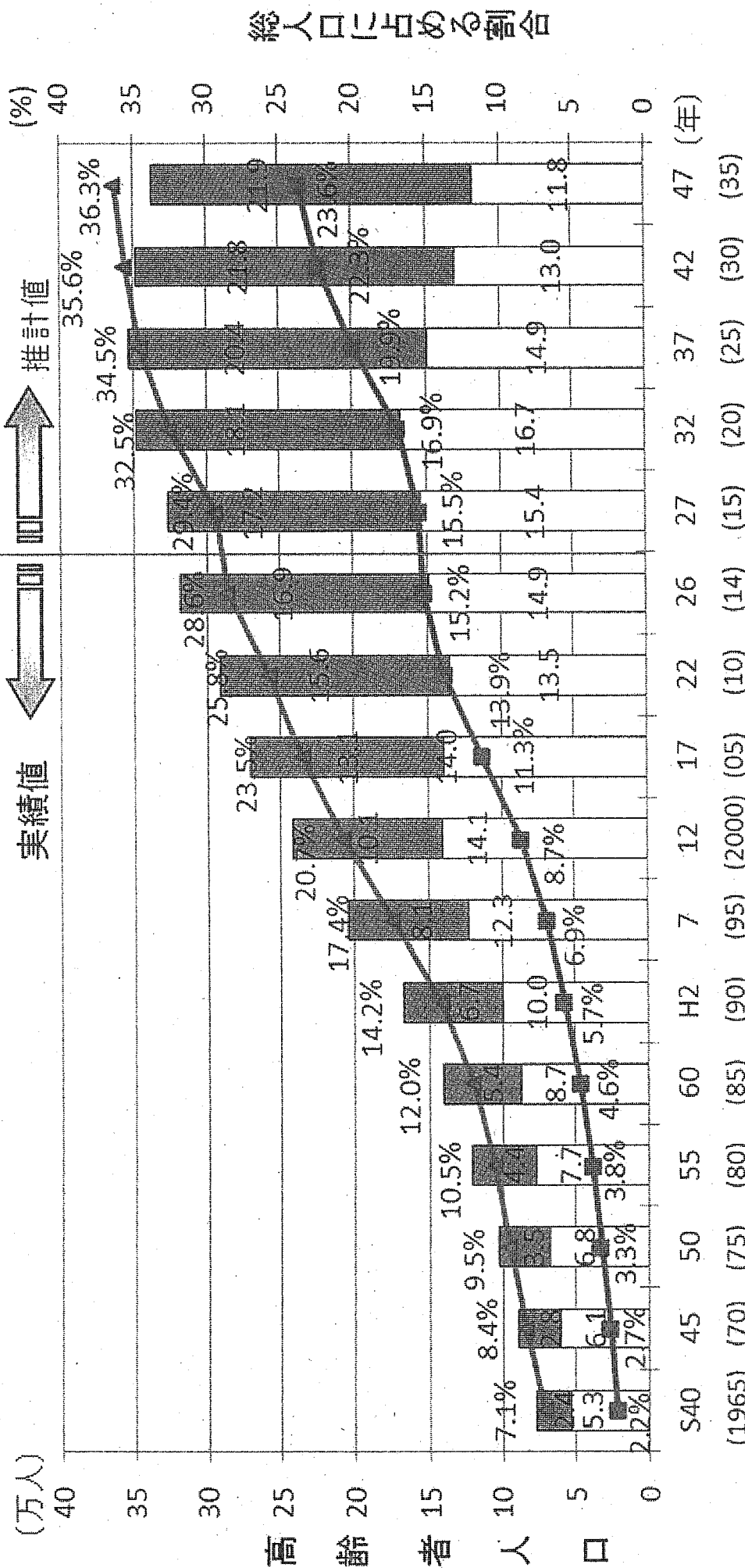
■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	全国
2010年	58.9万人	56.3万人	79.4万人	84.3万人	66.0万人	123.4万人	1419.4万人
<>は割合	<8.2%>	<9.1%>	<8.8%>	<9.5%>	<8.9%>	<9.4%>	<11.1%>
2025年	117.7万人	108.2万人	148.5万人	152.8万人	116.6万人	197.7万人	2178.6万人
<>は割合	<16.8%>	<18.1%>	<16.5%>	<18.2%>	<15.9%>	<15.0%>	<18.1%>
()は倍率	(2.00倍)	(1.92倍)	(1.87倍)	(1.81倍)	(1.77倍)	(1.60倍)	(1.53倍)
宮崎県							
2010年 15.6万人							
2025年 20.4万人							
(1.31倍)							

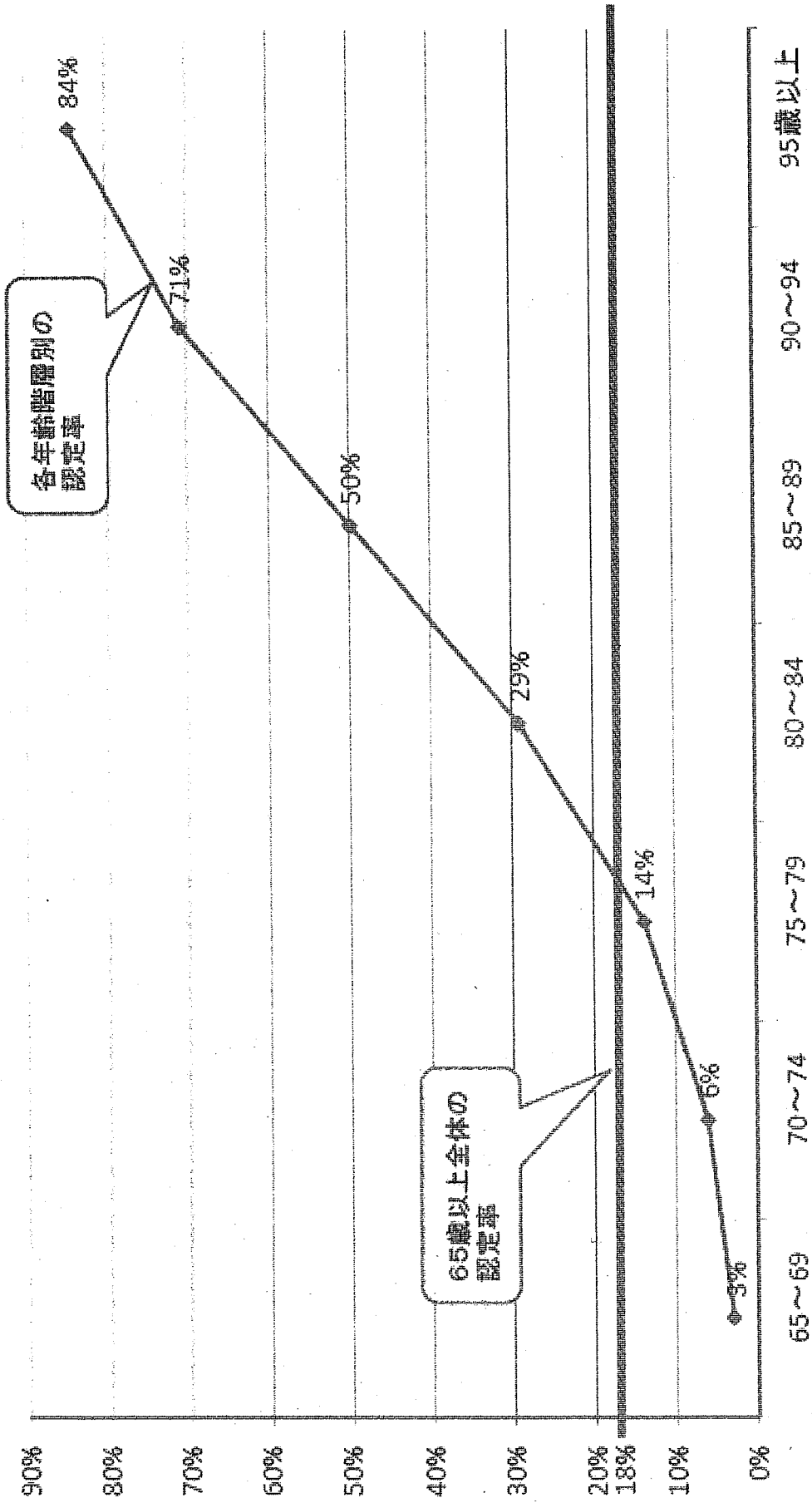
本県の高齢者人口の推移



75歳以上人口 (後期高齢者)
 65~74歳人口 (前期高齢者)

資料: 2010年までは総務省「国勢調査」、2014年は宮崎県統計調査課「宮崎県の推計人口」
 2015年以降は国の「まち・ひと・しごと創生本部」の資料をもとに県が独自に推計

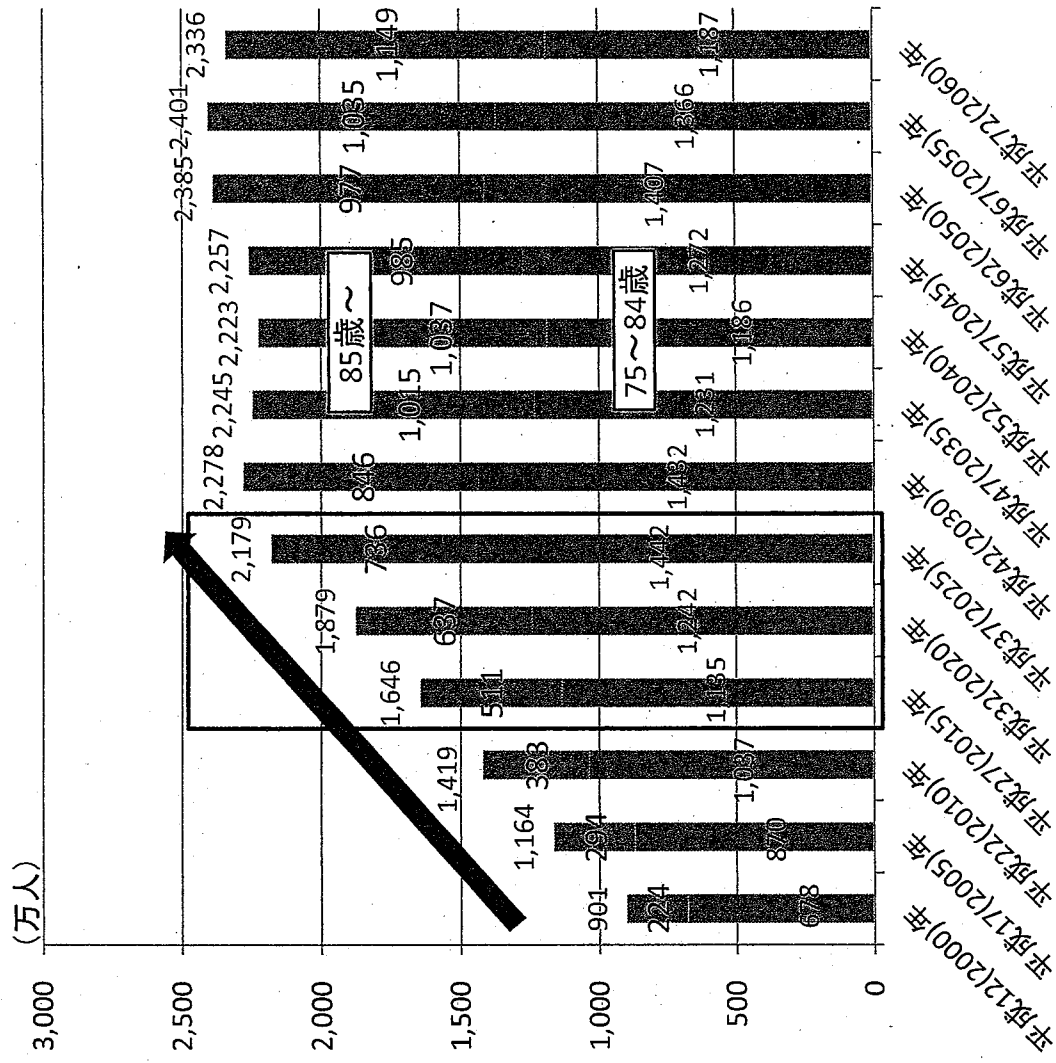
年齢階層別の要介護(要支援)認定率



出典: 社会保険人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

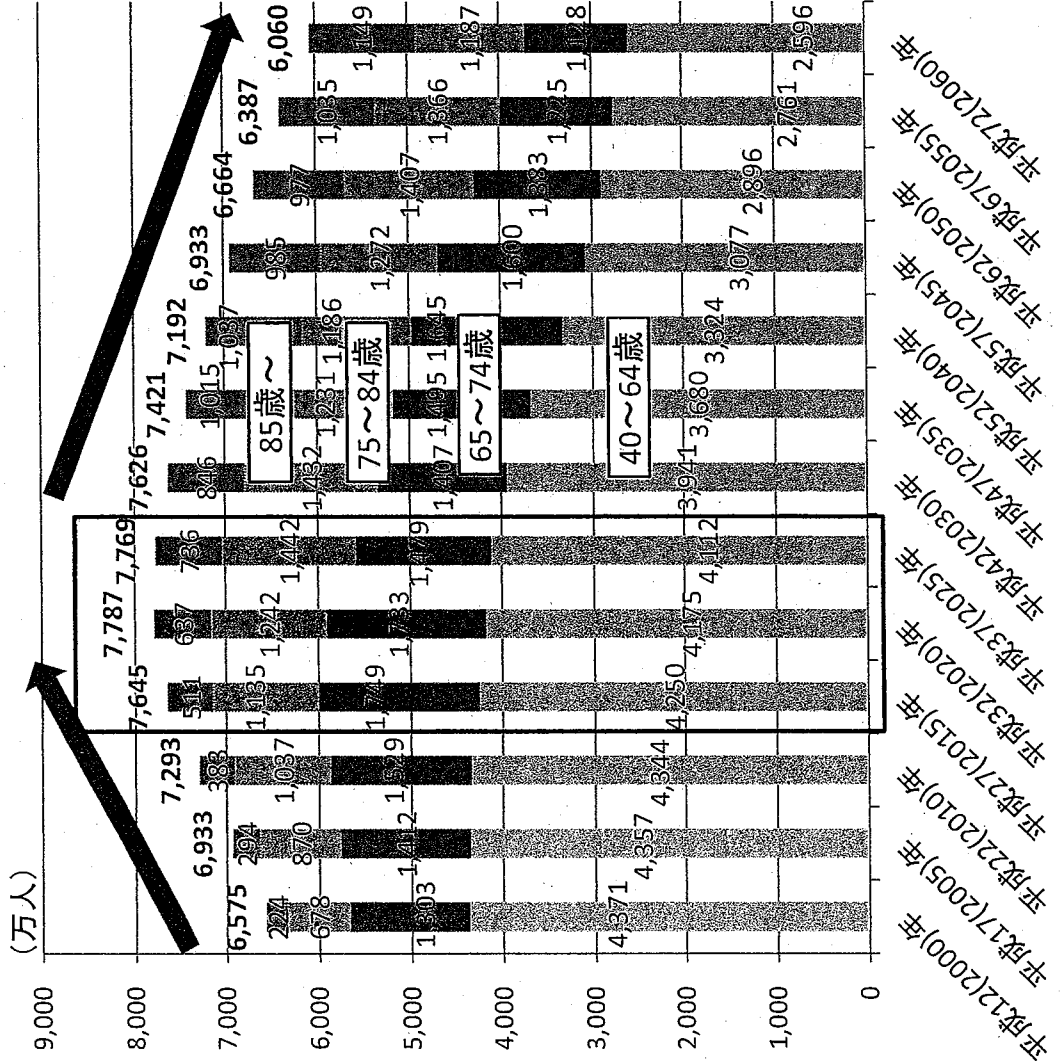
○要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



○介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

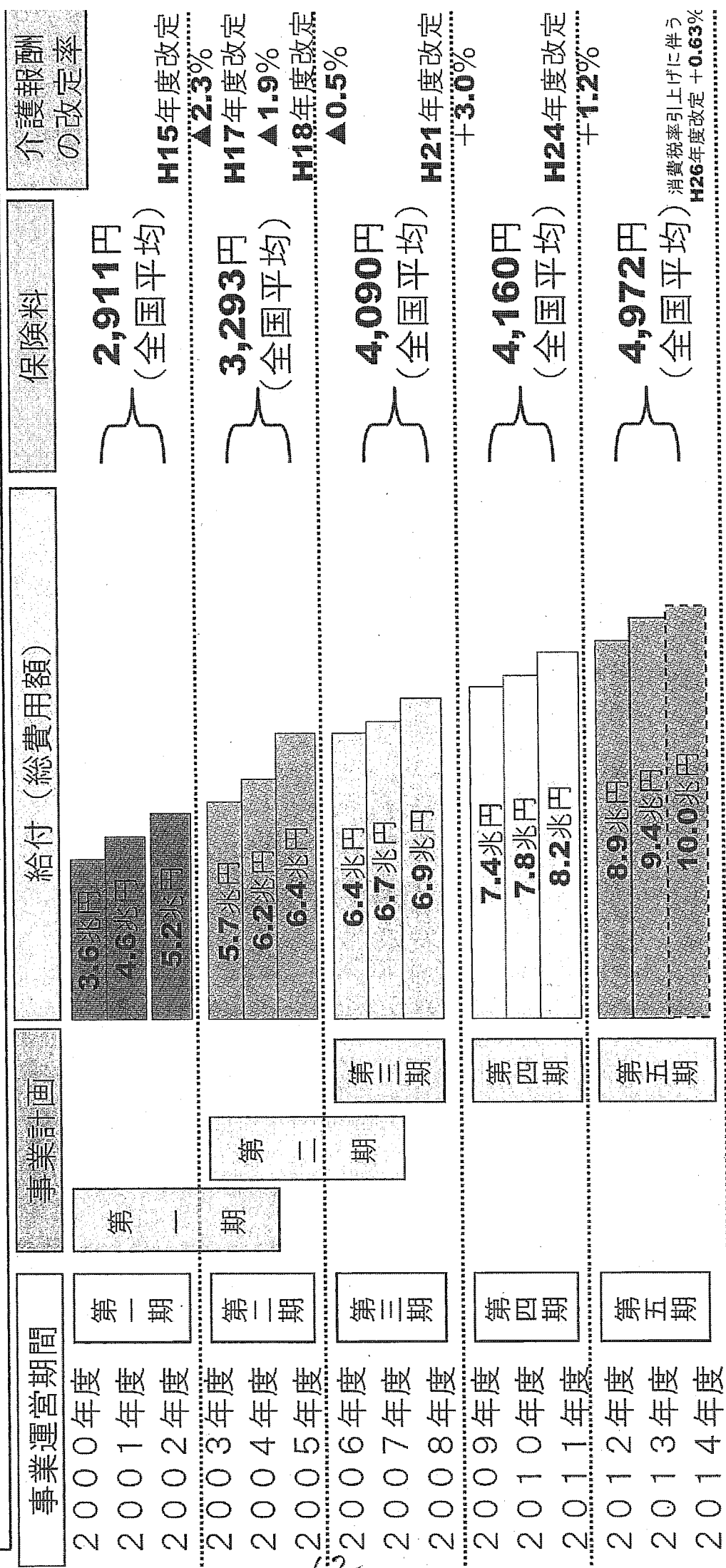
- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



消費税率引上げに伴う
H26年度改定 +0.63%

21兆円程度 (改革シナリオ)
8,200円
程度

※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)
※2012年度の賃金水準に換算した値

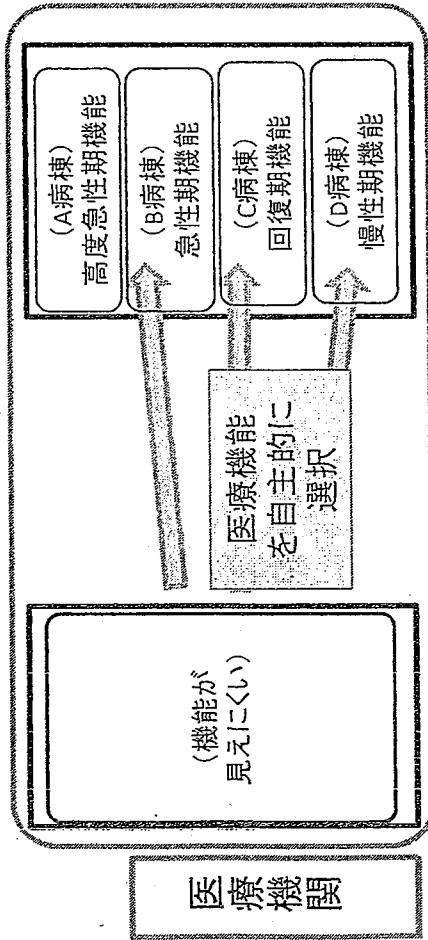
地域医療構想について

○ 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)

※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成し、平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
 - 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

1. 概要

○ 都道府県は、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報も踏まえて、ガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討することとしている。

○ こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開催。平成26年9月から検討を開始し、平成27年3月まで9回の会議を開催。以下の検討事項について議論し、とりまとめた。

2. 検討事項

- 地域医療構想のガイドラインについて
- 協議の場の設置・運営に関する事項について
- 病床機能報告の公表等に関する事項について
- その他地域医療構想の策定及び達成の推進に必要な事項について

3. 構成員(◎は座長、○は座長代理)

- ・相澤 孝夫 (日本病院会副会長)
- ・安部 好弘 (日本薬剤師会常任理事)
- ・石田 光広 (福城市役所福祉部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部部長)
- 尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・加納 繁照 (日本医療法人協会会長代行)
- ・齋藤 訓子 (日本看護協会常任理事)

- ・櫻木 草司 (日本精神科病院協会政策委員会委員長)
 - ・清水 信行 (東京都奥多摩町福祉保健課長)
 - ・武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)
 - ・土居 文朗 (慶應義塾大学経済学部教授)
 - ・中川 俊男 (日本医師会副会長)
 - ・西澤 寛俊 (全日本病院協会会長)
 - ・花井 圭子 (日本労働組合総連合会総合政策局長)
- ・邊見 公雄 (全国自治体病院協議会会長)
 - ・本多 伸行 (健康保険組合連合会理事)
 - ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
 - ・山口 育子 (NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事)
 - ・渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部部長)
 - ・和田 明人 (日本歯科医師会副会長)

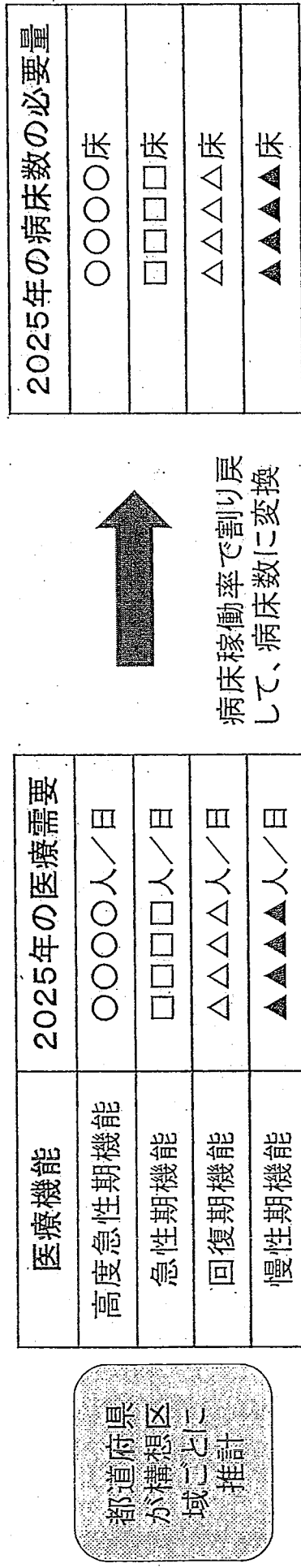
4. ガイドライン

平成27年3月31日

ガイドラインを都道府県に発出

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

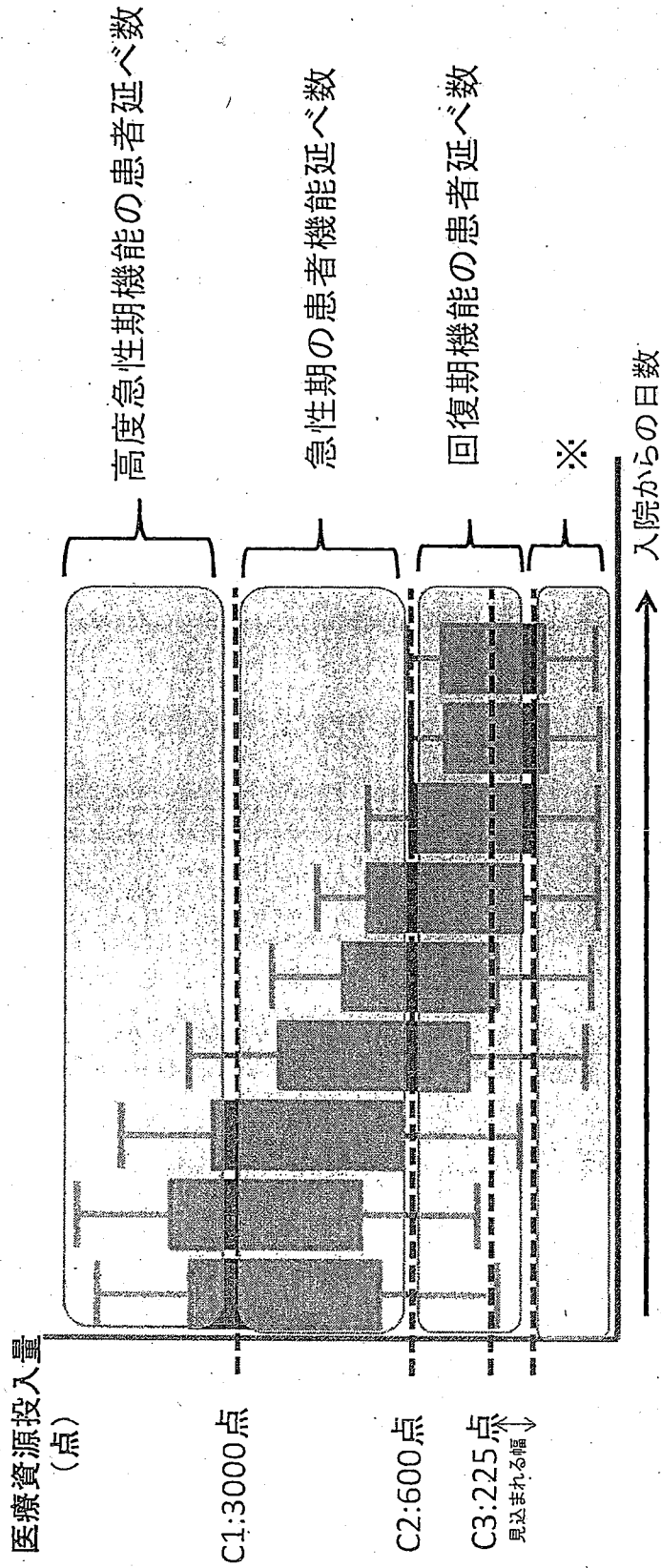
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、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)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流入入を考慮の対象とする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ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こととする。
- ※ 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。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 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。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。