

三重県地域医療構想（中間案）の概要

策定の趣旨

- ・平成 25（2013）年、社会保障制度改革国民会議報告書において、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要性を示す地域医療構想を策定することが提言され、平成 26（2014）年には「医療介護総合確保推進法」が成立し、新たな医療提供体制の構築のため、都道府県による地域医療構想の策定が明記された。
- ・これらをふまえ、団塊の世代が 75 歳以上を迎える平成 37（2025）年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するため、三重県地域医療構想を策定する。

（参考）本県における人口推計

（人）

	総人口	年齢別人口		
		0～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
H25	1, 821, 273 (1.00)	1, 315, 441 (1.00)	256, 543 (1.00)	249, 289 (1.00)
H37	1, 714, 523 (0.94)	1, 186, 534 (0.90)	213, 634 (0.83)	314, 355 (1.26)
H52	1, 507, 656 (0.83)	965, 243 (0.73)	230, 009 (0.90)	312, 404 (1.25)

出典：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 3 月）

※（ ）は H25 を 1 とした場合の増減率

策定の基本的な考え方

客観的データの提示

レセプトデータや、DPC データ等に基づく明確なデータを収集・共有し、議論を進める。

策定プロセスの重視

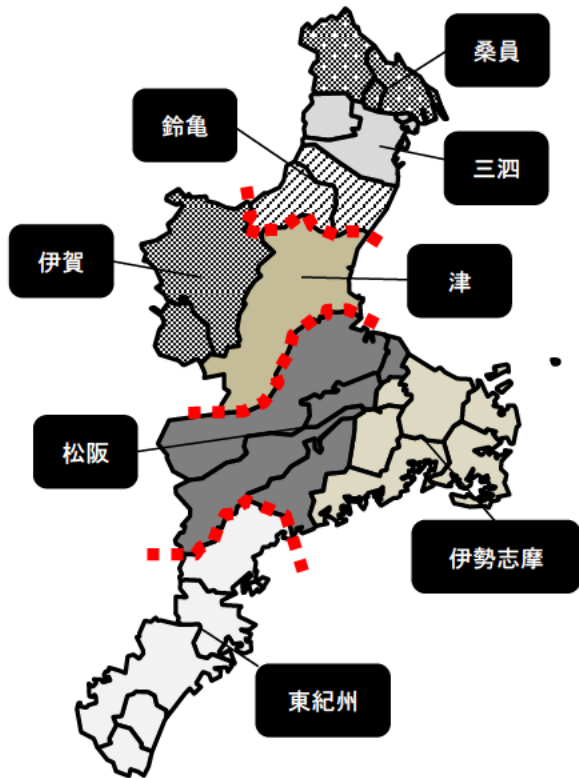
策定段階から地域の医療関係者や保険者、市町等で構成する地域医療構想調整会議を地域ごとに設置する。

医療介護総合確保方針等との整合性の確保

医療介護総合確保推進法に定める総合確保方針をふまえ、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れつつ議論を進める。

構想区域

本県は、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療などより地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、二次保健医療圏（北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州）をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定。



構想区域	二次保健医療圏	構成市町	人口（人）
桑員	北勢	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町	218,091
三四		四日市市、菰野町、朝日町、川越町	371,319
鈴亀		鈴鹿市、亀山市	247,697
津	中勢伊賀	津市	280,647
伊賀		名張市、伊賀市	171,538
松阪	南勢志摩	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	222,537
伊勢志摩		伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	235,157
東紀州	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	73,505
全県			1,820,491

※「平成 26 年三重県の人口動態」

策定体制

地域医療構想調整会議による地域単位の自主的かつ細やかな議論に加え、三重県医療審議会等において、より広域にわたる横断的な観点からの議論を行い、重層的な意思形成の仕組みを構築。

平成 37（2025）年における医療需要および必要病床数の推計

医療需要の推計について

平成 25（2013）年度のレセプトデータ等に基づき、医療機能の区分ごとに、性・年齢階級別の入院受療率を算定し、その結果に平成 37（2025）年の性・年齢階級別人口を乗じて総和することにより推計する。

高度急性期・急性期・回復期の医療需要は、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により推計する。

慢性期および在宅医療等の医療需要は、療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、入院受療率の地域差を解消するための目標を定め、また長期で療養を要する患者のうち一定割合を在宅医療等に移行する前提で推計する。

県内各区域の医療需要について

高度急性期・急性期については、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強い等の理由により医療機関所在地ベース（現在の患者の流入がそのまま継続すると想定）で推計する。

回復期・慢性期については、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベース（構想区域内の患者が全て構想区域内で受診すると想定）とすることを基本とする。しかし、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計する。

県全体の医療需要については、隣県との関係により、医療機関所在地ベースで推計する。

必要病床数の推計について

医療機能区分別の医療需要を病床稼働率で割り戻した数を、必要病床数とする。

病床稼働率：高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%

平成 37（2025）年の必要病床数推計

本県においては、平成 37（2025）年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではない。

(床)

H37（2025）推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
全県	H37 必要病床数	1,422	4,259	4,378	3,525	-	13,584
	H27 病床機能報告	1,782	8,663	1,417	4,346	245	16,453
桑員	H37 必要病床数	114	497	554	383	-	1,548
	H27 病床機能報告	3	1,217	71	532	42	1,865
三四	H37 必要病床数	299	725	874	629	-	2,527
	H27 病床機能報告	346	1,440	322	691	10	2,809
鈴亀	H37 必要病床数	151	529	476	503	-	1,659
	H27 病床機能報告	296	840	107	625	2	1,870
津	H37 必要病床数	314	934	881	727	-	2,856
	H27 病床機能報告	697	1,453	407	1,040	52	3,649
伊賀	H37 必要病床数	77	284	329	219	-	909
	H27 病床機能報告	0	850	50	156	0	1,056
松阪	H37 必要病床数	222	641	589	385	-	1,837
	H27 病床機能報告	167	1,288	225	541	9	2,230
伊勢志摩	H37 必要病床数	216	527	501	443	-	1,687
	H27 病床機能報告	273	1,096	195	376	130	2,070
東紀州	H37 必要病床数	29	122	174	236	-	561
	H27 病床機能報告	0	479	40	385	0	904

※必要病床数は、レセプトデータ等をもとに医療機能を区分しており、また政策的に慢性期から在宅医療等への移行を前提とした推計となっている。これに対して、病床機能報告は、病床機能の定性的な基準に基づき、病棟が主に担っている機能を医療機関の自主的な選択により報告したものであり、比較にあたっては留意が必要。

※必要病床数を推計した病院・診療所以外の場所において提供される「在宅医療等」の医療需要についても、平成 37（2025）年に向けて、大幅な増加が見込まれている。

※平成 29 年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床及び医療療養病床（25 対 1）については、現在、国において新たな施設類型が検討されている。

本県独自の取組

在宅医療フレームワーク

在宅医療体制の整備に際し、概ね必要と考えられる構成要素を基に一定の枠組み（フレームワーク）を設定。地域の取組状況を客観的に把握し、実態に即した支援を行う。

未稼働病床の整理

医療資源の有効活用や議論の土台づくりの観点から、県内病院における未稼働病床について実態を調査し、整理に向けた取組を実施。

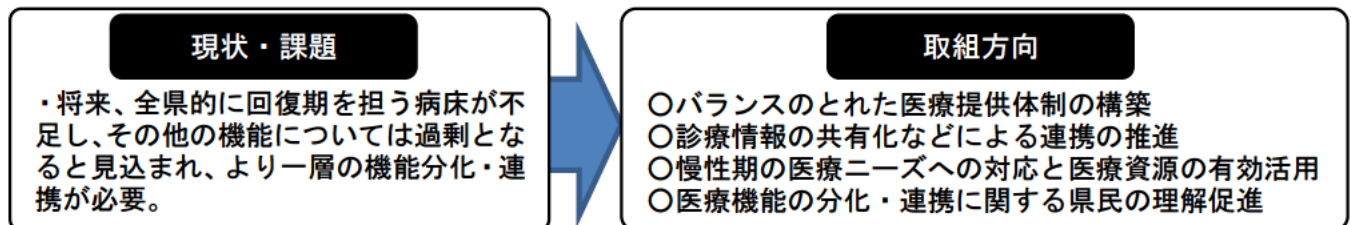
各論

構想区域ごとに、現状と課題、平成 37（2025）年における医療需要と必要病床数、および平成 37（2025）年にめざすべき医療提供体制の方向性を記載。

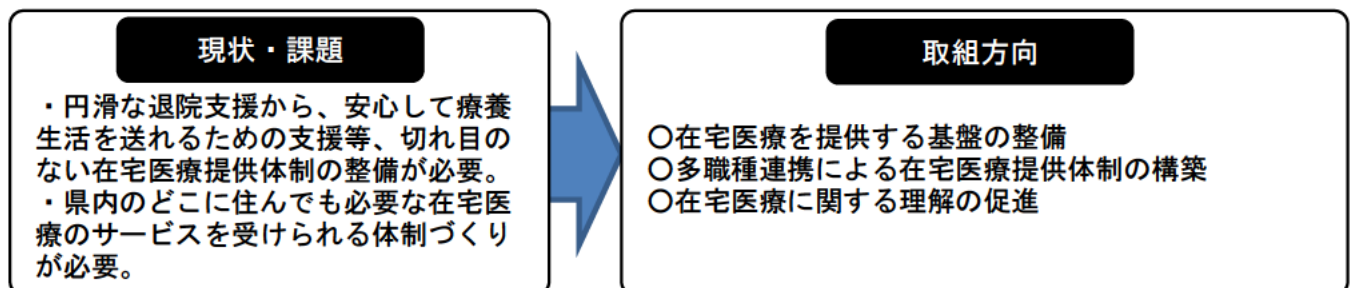
実現するための取組

あるべき医療提供体制を実現していくため、地域医療構想調整会議等を通じて医療機関の自主的な取組を促すとともに、地域医療介護総合確保基金を活用しながら必要な取組を進めていく。

1 医療機能の分化・連携の推進



2 在宅医療の充実



3 医療従事者の確保

