

### 第1節 | 地域医療構想策定の経緯と趣旨

#### 1. 策定の経緯と趣旨

- 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「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の関係法律の整備等に関する法律」(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ました。
- 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、平成 29 (2017) 年3月に「三重県地域医療構想」を策定しました。
- 地域医療構想は、医療法に基づき医療計画の一部として策定し、別冊としていますが、その概要は以下のとおりです。

### 第2節 | 策定の基本的な考え方と策定体制

#### 1. 策定の基本的な考え方

- 本県の実情・特性に応じた地域医療構想とするため、客観的データの提示、策定プロセスの重視、医療介護総合確保方針等との整合性の確保を基本的な考え方として、策定を進めました。
- 客観的データの提示については、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、議論を進めました。
- 策定プロセスの重視については、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し、議論を行いました。
- 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ました。

#### 2. 構想区域と策定体制

- 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、よりきめ細かな議論が可能となるよう、二次保健医療圏(本計画からは、二次医療圏)をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定しました。
- 地域医療構想調整会議による地域単位の自主的かつきめ細かな議論に加え、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

仕組みを構築しています。

## 第3節 | 医療需要と必要病床数

### 1. 平成 37（2025）年における医療需要および必要病床数の推計

#### (1) 医療需要の推計

- 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（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）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しました。
- 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しました。
- 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、また長期に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しました。

#### (2) 県内各構想区域の医療需要の推計

- 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（現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定）で推計しました。
- 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しました。しかし、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出入等は、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しました。
- 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しました。

#### (3) 必要病床数の推計

- 医療機能区分別の医療需要を病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で割り戻した数を、必要病床数としました。
- 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ありません。

図表7-3-1 平成37(2025)年の構想区域ごとの必要病床数

(単位：床)

		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
	H28 病床機能報告	1,850	8,230	1,754	4,280	260	16,374
桑員	H37 必要病床数	114	497	554	383	-	1,548
	H28 病床機能報告	3	1,144	71	571	119	1,908
三四	H37 必要病床数	299	725	874	629	-	2,527
	H28 病床機能報告	349	1,332	435	711	8	2,835
鈴亀	H37 必要病床数	151	529	476	503	-	1,659
	H28 病床機能報告	296	810	161	639	0	1,906
津	H37 必要病床数	314	934	881	727	-	2,856
	H28 病床機能報告	599	1,551	407	1,040	40	3,637
伊賀	H37 必要病床数	77	284	329	219	-	909
	H28 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
	H28 病床機能報告	315	1,126	285	379	7	2,112
伊勢志摩	H37 必要病床数	216	527	501	443	-	1,687
	H28 病床機能報告	283	1,041	245	423	62	2,054
東紀州	H37 必要病床数	29	122	174	236	-	561
	H28 病床機能報告	5	376	100	361	24	866

※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ます。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です。

※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年に向けて、大幅な増加が見込まれています。

※病床機能報告については、別冊では平成27年のデータを使用しています。

#### (4) 各区域のめざすべき医療提供体制の方向性

- 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しています。

## 第4節 | 実現するための取組

### 1. 実現するための取組

#### (1) 本県独自の取組

- 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）を設定して各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います。
- 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します。

## (2) 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、「医療機能の分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保」を中心に必要な取組を進めていきます。
- また、病床機能報告制度に基づく病床の機能に関する情報を、ホームページ等を通じて広く公表します。