

奈良県地域医療構想 (案)

平成 28 年 3 月

奈良 県

奈良県地域医療構想 目次

第 1 章 奈良県地域医療構想とは	1
I 地域医療構想策定の経緯と目的	1
1. 策定の経緯	1
2. 策定の目的	1
3. 構想に定める事項	1
4. 目標年次	2
II 奈良県の地域医療の実情	3
1. 人口の減少と高齢化の進展	3
2. 医療費等の状況	5
第 2 章 奈良県地域医療構想の基本的視点	
I 医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築 ～急性期・回復期・リハビリ・療養・在宅までの一貫した体制をどう構築するのか～	9
II 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実	10
III 予防医療と健康増進の取組の必要性	10
IV 医療従事者の働き方改革の必要性	10
V 社会保障制度改革への総合的な取組	11
第 3 章 医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築 ～急性期・回復期・リハビリ・療養・在宅までの一貫した体制をどう構築するのか～	12
I 奈良県の保健医療圏の現状と課題	12
II 構想区域の設定	26
III 県及び各構想区域の医療需要及び供給体制の現状と将来推計	27
1. 現在の医療需要	27
2. 将来の医療需要	34
3. 将来の医療需要に対する医療提供体制	39
IV 医療の内容に応じた弾力的な医療連携区域等の考え方	46
1. 時間的な緊急性の低い疾病に係る高度医療	46
2. 時間的な緊急性の高い疾病に係る急性期の医療	46
3. 日常的な疾病に係る医療	46
4. 主な疾病等の医療連携区域	47

V	病床機能報告制度とその活用	48
1.	病床機能報告制度とは	48
2.	病床機能報告に当たっての留意事項	48
3.	病床機能報告等を用いた高度急性期機能・急性期機能の数値化	49
VI	将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の展開	52
1.	病床機能の分化及び連携体制の推進	52
2.	医療従事者の確保・養成	53
第4章	主要疾病（4疾病3事業及び骨折・肺炎）についての医療提供体制の確保等	55
1.	がんの医療提供体制の確保	56
2.	脳卒中の医療提供体制の確保	61
3.	急性心筋梗塞の医療提供体制の確保	69
4.	糖尿病の医療提供体制の確保	74
5.	救急医療の医療提供体制の確保	78
6.	周産期医療の医療提供体制の確保	84
7.	小児救急医療の医療提供体制の確保	89
8.	骨折及び肺炎についての検討	93
第5章	地域包括ケアシステムと在宅医療の充実	95
I	地域包括ケアシステムと在宅医療	95
II	地域包括ケアシステムを支える在宅医療について ～慢性期機能と在宅医療の医療提供体制の確保～	96
1.	現在の医療需要と今後の医療需要予測について	96
2.	現在の医療提供の状況について	97
3.	在宅医療提供体制の構築について	101
4.	連携体制の推進について	102
5.	在宅医療提供体制構築に向けた方向性について	106
III	地域包括ケアシステムをどう充実させるのか	109
1.	地域包括ケア推進に向けた本県の取組	109
2.	地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて	109
IV	将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の展開	111

第6章	予防医療と健康増進の取組	115
I	なら健康長寿基本計画の策定	115
1.	運動、食生活、禁煙等の普及など健康的な生活習慣の普及	116
2.	高血圧、糖尿病等の早期発見による要介護原因となる疾病の減少	116
3.	介護予防や機能回復の取組による要介護とならないための地域の対応	116
4.	がん、心臓病、精神疾患等の早期発見による早世原因となる疾病の減少	116
5.	がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の早世・疾病の重症化を防止する医療体制の充実	116
II	健康長寿日本一を目指した取組	117
III	予防医療と健康増進の取組の今後の方向性	120
IV	歯と口腔の健康づくりの推進	122
第7章	医療従事者の働き方をどう改革するのか	123
I	医療分野におけるワークマネジメントによる雇用の質の向上の必要性	123
II	奈良県の医療従事者数について	123
1.	医師の状況	123
2.	看護師の状況	125
III	医療従事者の勤務の状況	127
1.	勤務医の労働時間等の状況	127
2.	看護師の労働時間等の状況	129
IV	ワークマネジメントによる働き方の改革に向けた取組	131
1.	医療従事者が働き続けられる職場づくり	131
2.	医療機関の勤務環境改善に対する支援	131
第8章	今後の進め方等	
I	地域医療構想の推進体制の構築	132
II	地域医療構想の見直し	132
III	県民・患者への医療に向き合う知識の普及	132
IV	医療安全の向上に向けた取組	133

奈良県地域医療構想

第1章 奈良県地域医療構想とは

1 地域医療構想策定の経緯と目的

1. 策定の経緯

平成25年8月、社会保障制度改革国民会議は、世界に類を見ない高齢化が進む我が国の今後の社会保障制度のあり方を検討した結果を報告しました。これを受けて、国では「地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革」に着手し、高度急性期から急性期・回復期・リハビリ・療養・在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで、適切な医療・介護の提供体制を実現することとされました。

この改革の一つとして、医療法の改正が行われ、都道府県では地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。

2. 策定の目的

奈良県においても高齢化が急速に進んでいくと見込まれますが、急速な高齢化の進展に伴って、医療のあり方は、従来の青壮年の患者を対象とした「病院完結型」の根本的治療から、高齢の患者を中心とした病氣と共存しながら生活の質の維持・向上を目指して、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療に転換していく必要があります。

このような医療のあり方の変化に応じた新しい地域医療の仕組みを構築することを目指して、地域の医療機関が役割分担と連携により、高度急性期・急性期機能から在宅医療までの一連のサービスを地域において総合的に確保できる適切な医療提供体制の実現を目的としてこの構想を策定します。

医療需要の変化に対応するためには、地域の医療機関における「医療機能の分化と連携」の推進や、地域の実情に応じた「在宅医療の充実」を含む「地域包括ケアシステム」を構築していく必要があります。

そこで、奈良県地域医療構想では、次の3つの目標を掲げます。

- 1 高齢化社会に対応した医療提供体制の構築
- 2 医療と介護、生活支援の融合
- 3 国民健康保険広域化（県単位化）を見据えた医療費適正化との一体的な取組（社会保障制度改革への総合的な取組）

3. 構想に定める事項

医療法において次の事項を定めることとされています。

- ① 医療法第30条の4第2項第7号に基づく病床の機能の分化及び連携を推進するため医療法施行規則第30条の28の2の規定に基づき定める構想区域

- ② 医療法施行規則第30条の28の3及び別表第6の1の項に掲げる式により算定される各医療機能ごとの医療需要（入院）
- ③ 医療法第30条の4第2項第7号イに基づく病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
- ④ 医療法施行規則第30条の28の4に基づく構想区域における将来の居宅等における医療の必要量
- ⑤ 医療法施行規則第30条の28の4第2号の「その他厚生労働大臣が必要と認める事項」として、慢性期機能の平成37年度における病床数の必要量を平成42年までに達成することとした場合における平成42年度に達成すべき病床数の必要量
- ⑥ 医療法第30条の4第2項第8号に基づく地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化及び連携の推進に関する事項

病床の機能の区分（医療法施行規則第30条の33の2）

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）又は難病患者等を入院させる機能

4. 目標年次

急速に少子高齢化が進む中、いわゆる「団塊の世代」の方が全て75歳以上となり、高齢化による影響が顕在化していると予測される2025年（平成37年）を、目標設定の年次とし、地域医療構想の策定を行います。

II 奈良県の地域医療の実情

県内でも地域により、人口構造の変化の見通し、医療提供体制の現状と動向、患者の受療動向や医療費などに違いがあるため、地域の課題も異なってくると考えられることから、地域の実情に応じた医療提供体制の構築に取り組む必要があります。

1. 人口の減少と高齢化の進展

奈良県では、1960年代から、ベッドタウン化により人口流入が進み、転入超過となることにより、急激な人口増加が続いていましたが、1998年（平成10年）からは、転出数が転入数を上回る「社会減」に転じた結果、1999年（平成11年）の144万9千人をピークに減少に転じています。また、2005年（平成17年）から、出生数が死亡数を下回る「自然減」に転じ人口減少が加速し、2015年（平成27年）時点では136万9千人（平成27年10月：推計人口調査）となっています。今後もこの傾向が継続すると考えられ、社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2025年（平成37年）時点では128万人、2040年（平成52年）では109万6千人にまで減少していくと推計されています。

その中で、高齢者の人口は県全体としては増加していきます。65歳以上人口は、2010年（平成22年）時点で、33万6千人で、県人口の24.0%を占めており、全国平均の23.0%を上回っている状況です。また、75歳以上の後期高齢者人口は15万5千人で県人口の11%となっています。しかも、今後、高齢者の人口は増え続けるものと推定されており、団塊の世代が後期高齢者になる平成37年（2025年）時点では、65歳以上人口は41万7千人となり、人口の32.6%（全国平均は、30.3%）を占め、75歳以上の後期高齢者人口は25万4千人で県人口の19.8%を占めると予測されています。

また、人口の高齢化を反映して、死亡者数は増加傾向を示し、全国では2003年（平成15年）以降は毎年100万人を超え死亡率も上昇傾向を示し、2014年（平成26年）では年間127万人が死亡する多死社会を迎えつつあります。今後更に、死亡者数は増加し、2025年（平成37年）には153万7千人、2040年には166万9千人と推計されており、多死社会への対応が必要となります。（平成26年厚生労働白書、平成26年人口動態調査、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」「出生中位」「死亡中位」）

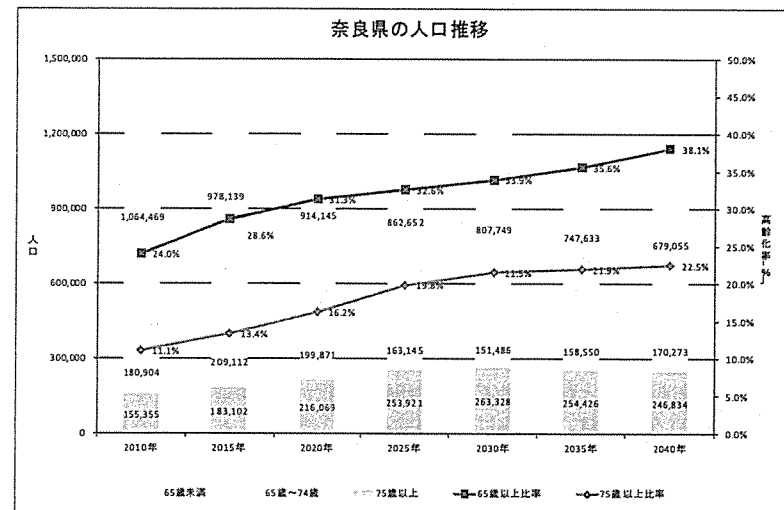
奈良県でも、年間死亡者数は1万人以上（平成26年では13,835人）となっており、多死社会への対応は喫緊の課題となっています。

一方、奈良県における65歳未満の年少人口（15歳未満）及び生産年齢人口（15歳～65歳）は、2010年（平成22年）時点では106万4千人であったものが、2025年（平成37年）には86万3千人と19%も減少し、その傾向は引き続き継続すると推計されています。

人口減少は、労働力人口の減少や消費市場の縮小を引き起こし、経済の縮小や社会

サービスの低下を招く恐れがあり、医療・介護分野におけるサービスの提供においても、人材の確保が困難となり、円滑な供給に支障をきたすことが懸念されます。

また、県全体では高齢者の人口が増加し、生産・年少人口は減少する傾向を示していますが、南部地域と東部地域では、生産・年少人口の減少のみならず、高齢者人口も維持あるいは微減といった段階に到達しています。このように、県内においても人口構造に違いが生じており、地域の実情に応じた対応が必要となっています。



資料出典：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）」

2. 医療費等の状況

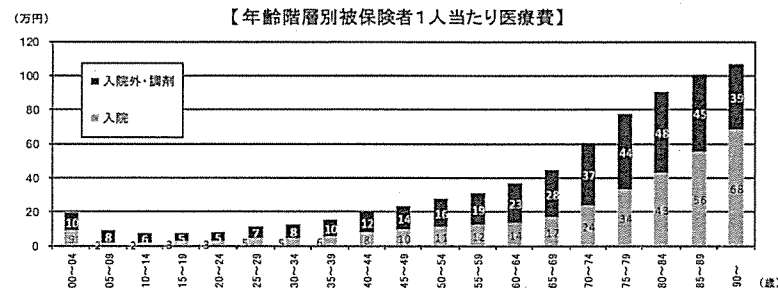
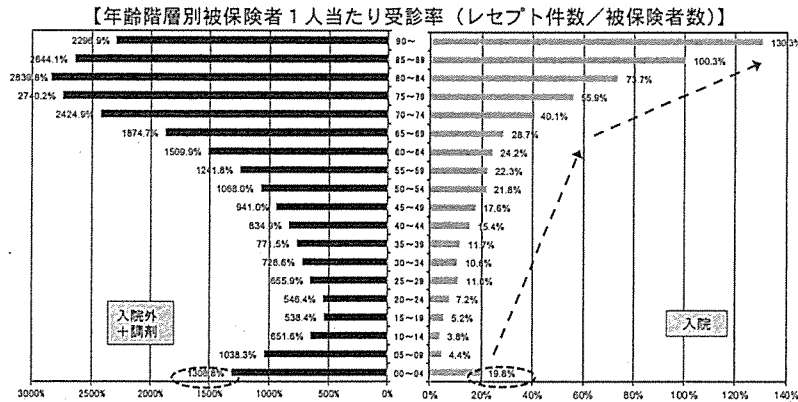
○高齢化が医療に与える影響

高齢化の進展は、医療に大きな影響を与えます。

受診率は加齢に伴って高くなります。「入院」は70歳代から急増し続けます。また、「入院外+調剤」では加齢により増加しますが80~84歳でピークとなり、その後減少しています。従って、高齢者人口の増加、特に後期高齢者人口の増加は入院する患者の増大を招く可能性が高いと考えられます。

また、1人当たりの医療費でみると、加齢に伴って、「入院」「入院外+調剤」とともに増加し、特に高齢期になると入院の医療費が急増しています。

加齢により増加する医療需要への対応が必要となってきます。

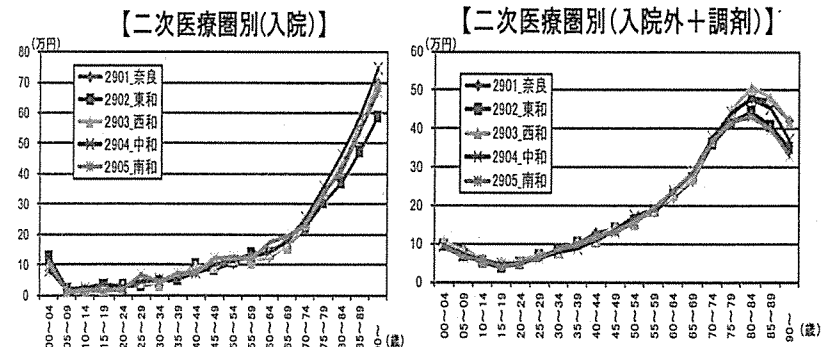


○保健医療圏別の状況

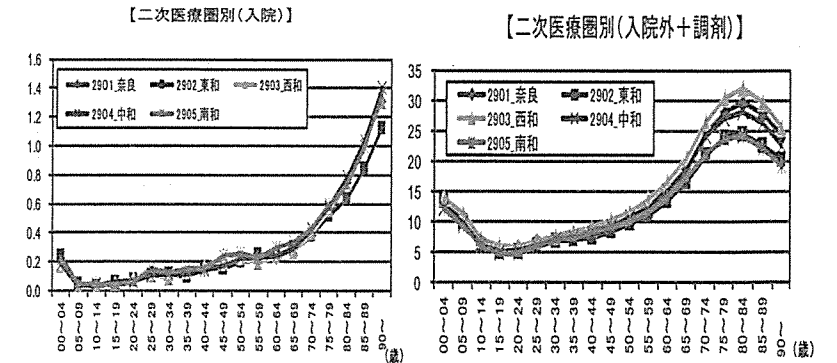
市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度について、保健医療圏別に年齢階層ごとの医療費を比べると、74歳までは顕著な差異はありませんが、75歳以降では、奈良保健医療圏、西和保健医療圏及び中和保健医療圏が高くなっており、東和保健医療圏で低くなっています。

この要因について、「入院」、「入院外+調剤」の別にみると、「入院」医療費については、東和保健医療圏で特に受診率が低くなっています。また、「入院外+調剤」の医療費については、奈良保健医療圏、西和保健医療圏及び中和保健医療圏の受診率が他の地域よりも高くなっています。

【二次医療圏別の年齢階層別被保険者1人当たり医療費（入院/入院外+調剤）】



【二次医療圏別の年齢階層別受診率（入院/入院外+調剤）】



※受診率とは、一定期間内に医療機関にかかった人の割合を表す指標。

○市町村別の状況

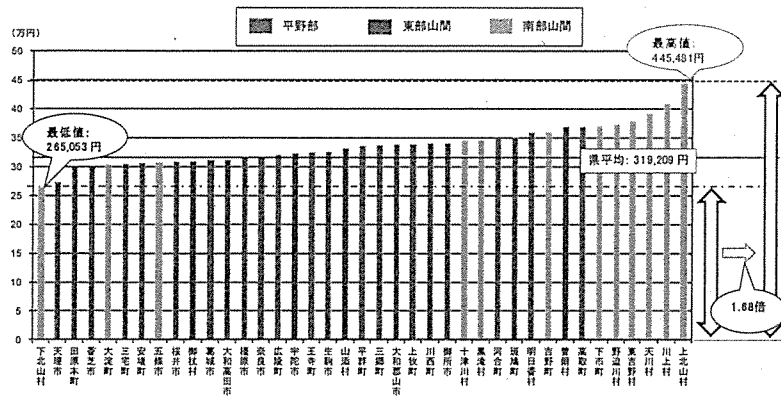
【市町村国民健康保険】

1人当たり医療費を市町村別にみると、最高額が445,481円、最低額が265,053円で約1.68倍の格差があります。

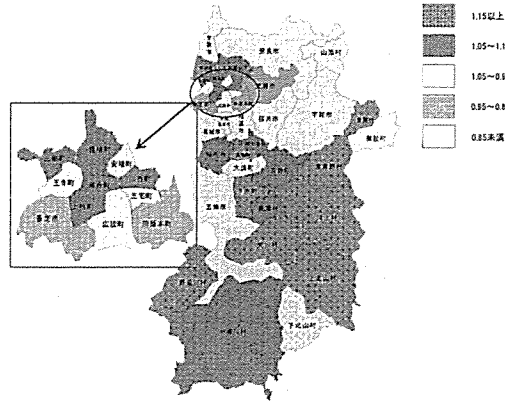
医療費の高い方から5つの市町村は、すべて高齢化が進む南部山間地域となっています。ただし、規模の小さい市町村においては、被保険者の一部に高額医療が発生することにより、1人当たり医療費が急増する場合があります。

また、県平均の1人当たり医療費を上回る市町村は、南部山間地域において多くなっています。

市町村別の被保険者1人当たり医療費（国保）



一人当たり医療費の対奈良県比（奈良県平均＝1）



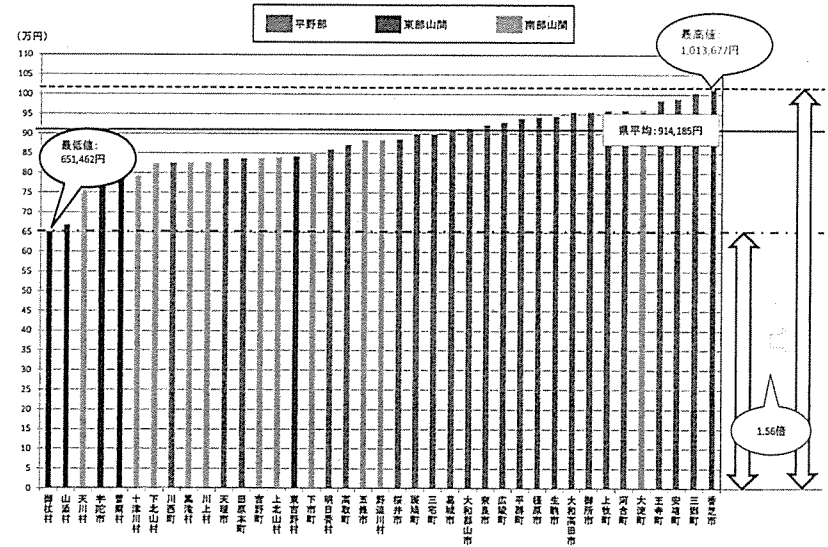
【後期高齢者医療制度】

1人当たり医療費を市町村別にみると、最高額が1,013,677円、最低額が651,462円で約1.56倍の格差があります。

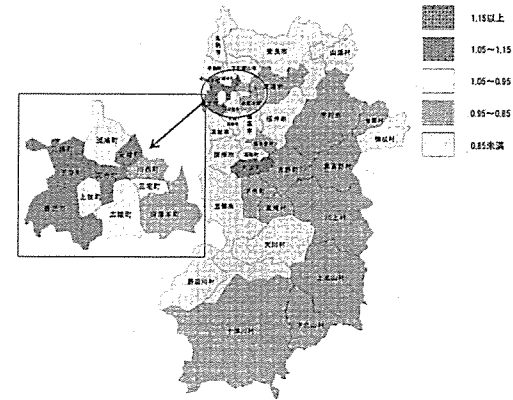
医療費の低い方から5つの市町村は、すべて東部と南部の山間地域となっています。

また、東部南部山間地域の多くの市町村で県平均の1人当たり医療費を下回っている傾向があります。

市町村別の被保険者1人当たり医療費（後期高齢者）



一人当たり医療費の対奈良県比（奈良県平均＝1）



第2章 奈良県地域医療構想の基本的視点

地域医療構想の策定目的や目標を達成するために、次の5つを基本的な視点として、検討していくこととします。

I 医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築

～急性期・回復期・リハビリ・療養・在宅までの一貫した体制をどう構築するのか～

○患者の状態にあった医療の提供

今後も進展する高齢化に伴い、高齢者の医療需要に対応するため、従来の急性期機能を中心とした医療提供体制を、患者の状態にあった医療を提供できるようバランスのとれた医療提供体制を構築していく必要があります。

○病床機能分化と連携ネットワークの構築による効率的かつ質の高い医療の提供

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するためには、病床機能の分化・連携の推進が必要で、医療機能の拠点化と医療機関間の連携体制の確立を目指していく必要があります。

これまでネットワーク化に取り組んできた4疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病）・3事業（救急・周産期・小児救急）については、医療機関の拠点化と連携体制を踏まえ、引き続き、機能分化と連携ネットワークの充実が必要となります。

○今後増加が見込まれる疾病への対応

高齢化により肺炎と大腿骨頭部骨折の医療需要の増加が見込まれることから、肺炎及び大腿骨頭部骨折について医療提供体制を構築するとともに、肺炎予防、骨折予防に取り組む体制づくりを進める必要があります。

○在宅医療の体制構築

医療機関の拠点化や連携ネットワークの充実には、まず、患者が安心して退院できる環境を整える必要があり、受け皿となる質の高い在宅医療の推進が必要不可欠となっています。そのため、在宅における患者の不安を解消する急変時への対応を可能とする在宅療養支援病院等と連携した在宅医療の体制を日常生活圏域で構築する必要があります。

○役割分担と連携による急性期から在宅までの一貫した体制の実現

従来の青壮年の患者を対象にした「病院完結型」の根本的治療から、高齢の患者を中心とした病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指して地域全体で直し支える「地域完結型」の医療への対応が求められます。

そのためには、地域の医療機関が役割分担と連携を行うとともに、介護事業者とも連携して、高度急性期から急性期・回復期・リハビリ・療養・在宅医療・介護までを

一貫して提供できる体制を実現する必要があります。

II 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実

奈良県では地域の実情に応じて、高齢者が尊厳を維持し、可能な限り地域で安心してその有する能力に応じて自立した日常生活を営み続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を県内全市町村で推進しています（奈良県高齢者福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画）。

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、医療、特に在宅における医療提供は必要不可欠な要素であることから、その充実に努めるとともに、地域における医療と介護のネットワークの整備など、医療と介護の連携を推進する必要があります。

また、在宅医療に求められる需要の変化（人生の最終段階の医療への対応を含む。）や退院直後などの介護度の低い在宅医療と、人生の最終段階などの介護度の高い在宅医療等に対応する訪問看護の充実などの課題を解決する必要があります。

III 予防医療と健康増進の取組の必要性

県民の健康寿命の延長を図るためには、がん、心臓病、脳卒中といった食生活や運動不足などの不健康な生活習慣が発病に影響している疾病があることから、医療提供体制の構築のみならず、健康的な生活習慣の普及により生活習慣病の発病を予防する必要があります。

また、がん検診や特定健診の受診率の向上を図るとともに、精神疾患の早期発見や自殺予防のための取組を進め、がん、心臓病、精神疾患等の早世原因となる疾病を減らしていく必要があります。

IV 医療従事者の働き方改革の必要性

少子高齢化に伴う人口構成の変化は、医療従事者の供給においても影響を及ぼします。高齢者人口の増加による医療・介護の需要は増加する一方で、必要とされる医療従事者は、生産年齢人口の減少に伴って確保・育成が困難になると予測され、サービス提供への困難さが危惧されており、需要に即した医療従事者の確保が重要な課題となっています。

そのためには、職員が働きがいを感じ、いきいきと働き続けられる職場づくりなど、働き方の改革が必要となってきます。

V 社会保障制度改革への総合的な取組

地域医療構想の策定は、我が国の社会保障改革の一環であり、医療費適正化計画の推進や、国保の財政運営とともに都道府県が一体的に取組を進める必要があります。

○地域医療構想・・・医療提供体制の構築

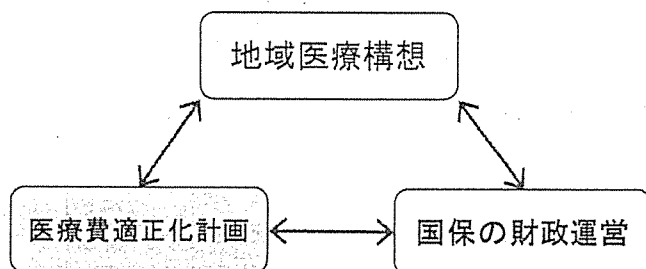
- ・構想区域における医療提供体制の現状確認
- ・疾病等に応じた医療圏の検討
- ・医療機関の役割確認や目標設定と必要な施策
- ・医療と介護の総合的な確保

○医療費適正化計画・医療費の見直し、予防・健康づくりの推進等

- ・地域医療構想と整合的な医療費目標の設定
- ・目標の達成状況を踏まえたPDCAサイクルの強化

○国保の財政運営・・・医療保険の安定的な運営

- ・県全体での標準保険料率の設定
- ・市町村の医療費適正化の取組努力が保険料水準に反映される仕組みの構築



■市町村との連携について

○今後、地域の医療提供体制を確立するためには、地域包括ケアシステムを確立し、推進する必要があります。介護保険制度を所管している市町村との連携は必須となります。

○医療費の適正化・国保財政の安定化のためには、健康づくりと生活習慣病の予防により、県民の健康寿命を延長させることが必要であり、引き続き生活習慣病の予防・健康づくり事業を受け持つ市町村の役割が重要となります。