

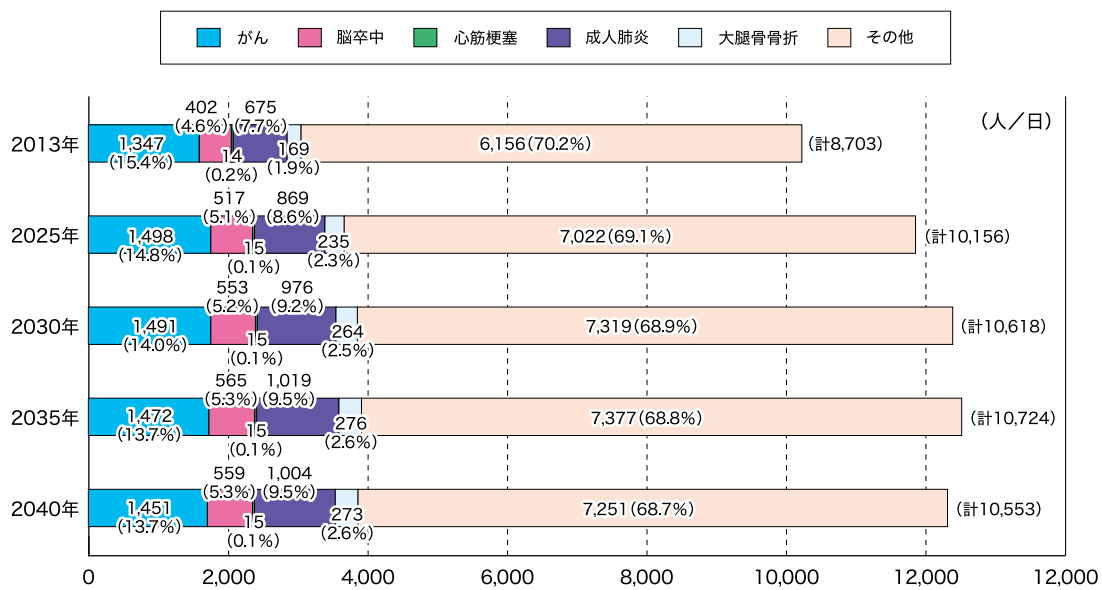
⑤ 主な疾病の入院医療需要推計

「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「成人肺炎」「大腿骨骨折」は、死亡や要介護の原因となる割合が高く、これらの疾病が入院医療需要（高度急性期、急性期、回復期の計）に占める割合は、グラフ8のとおりです（慢性期についてはデータに病名がないため分析ができません）。

平成25(2013)年の入院医療需要では、がん15.4%、脳卒中4.6%、急性心筋梗塞0.2%、成人肺炎7.7%、大腿骨骨折1.9%、となっています。

また、本県の医療需要のピークとなる平成47(2035)年では、がん13.7%、脳卒中5.3%、急性心筋梗塞0.1%、成人肺炎9.5%、大腿骨骨折2.6%、と推計されます。

【グラフ8：栃木県の主な疾病の入院医療需要の推移】



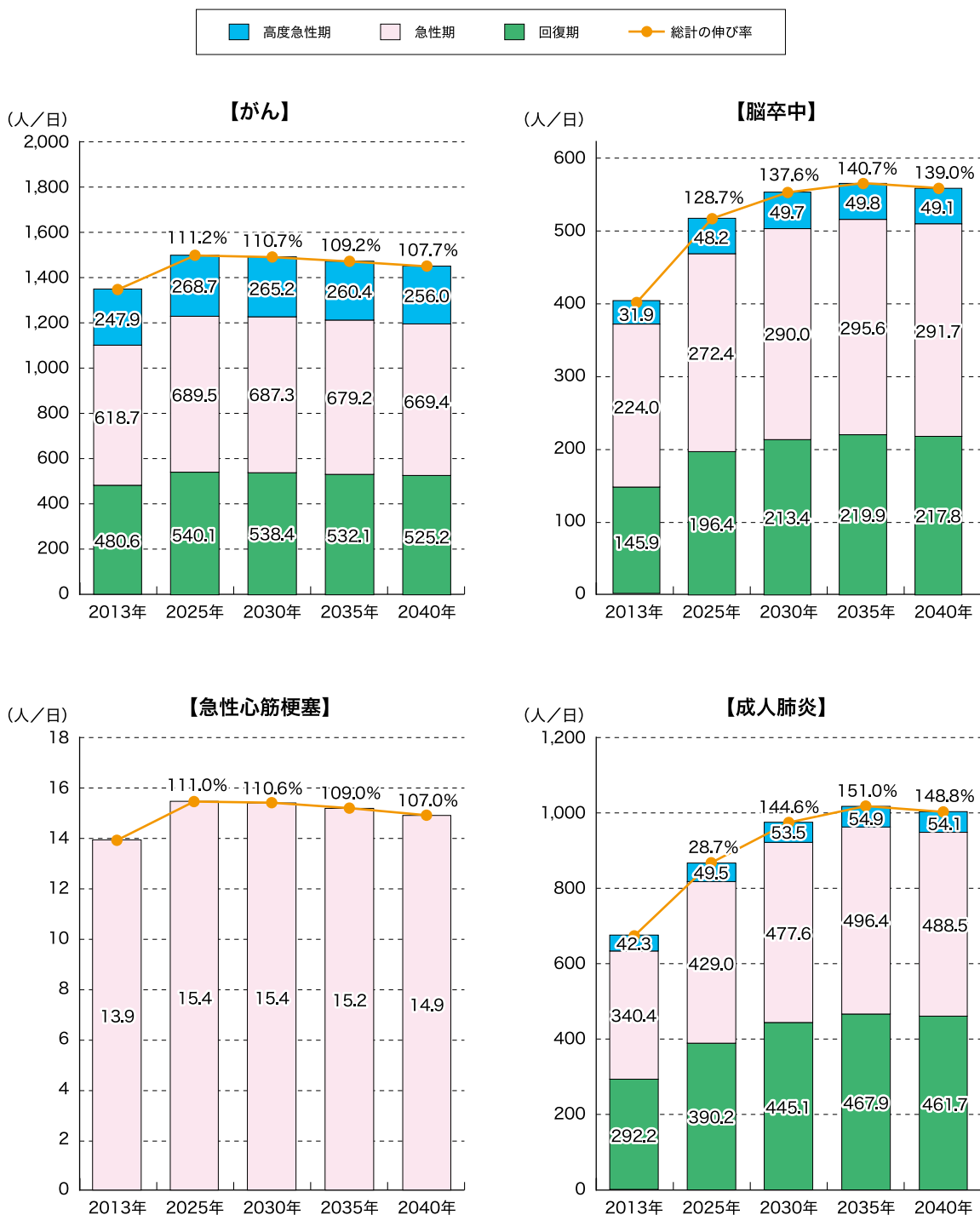
※必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析

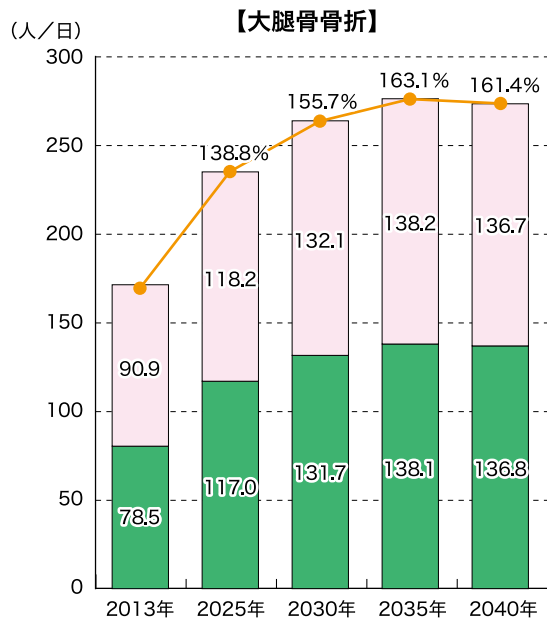
【留意点】

推計ツールにおいては、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満となる数値は非表示(0.0)となっています。そのため、医療需要の小さい疾病では実際より小さい数値となっていることに留意する必要があります。

主な疾病別に入院の医療需要の推移を平成25(2013)年と比較すると、「がん」は平成37(2025)年に1.11倍、「脳卒中」は平成47(2035)年に1.41倍、「成人肺炎」は平成47(2035)年に1.51倍、「大腿骨骨折」は平成47(2035)年に1.63倍になると推計されます。

【グラフ9：栃木県の主な疾病の機能別入院医療需要の推移】





【推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

⑥圏域を越える入院医療需要(流出入)の推計

推計ツールで算出される「医療機関所在地の医療需要」と「患者住所地の医療需要」とを比較することにより、現在の入院患者の受療動向を基にした将来の圏域を越えた入院医療需要(流出入)を把握することができます。

※「医療機関所在地の医療需要」>「患者住所地の医療需要」の場合は流入

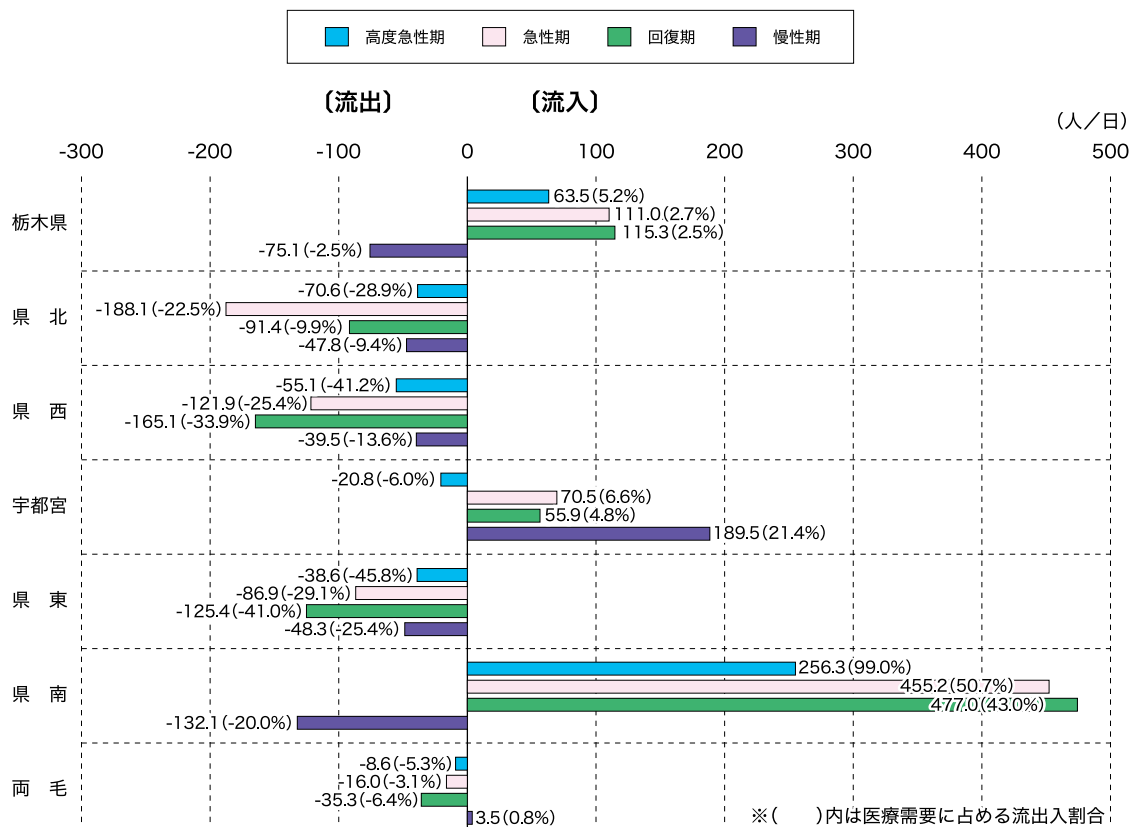
※「医療機関所在地の医療需要」<「患者住所地の医療需要」の場合は流出

平成37(2025)年における、各二次保健医療圏の病床機能区分別の患者の流出入の状況はグラフ10のとおりです。

本県では二次保健医療圏を越えてのアクセスが比較的容易であり、二つの大学病院のある県南医療圏への大きな流入がみられるほか、県都である宇都宮医療圏への流入がみられます。一方、県北・県西・県東の各二次保健医療圏においては全ての病床機能区分で流出がみられます。両毛医療圏においても流出がみられますが、その数は小さく、ほぼ地域完結型となっています。

県全体では、高度急性期、急性期、回復期で、3~5%程度他県から流入する一方、慢性期では3%程度他県への流出が見込まれます。

【グラフ10: 栃木県の二次保健医療圏別医療機能別の入院医療の流出入推計(2025年)】



【推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

留意事項

1. 医療需要について

推計ツールは、地域医療構想策定のため厚生労働省が作成し、各都道府県に提供(技術的支援)したもので、平成25(2013年)年度の、全保険者のNDBレセプト、DPC、公費負担、分娩、労災、自賠責等、住民基本台帳人口、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)等のデータを基に1日当たりの医療需要(1日当たり入院患者延べ数)を算出したものです。推計には、「医療機関所在地」「患者住所地」の2通りあり、その違いは次のとおりです。

【医療機関所在地】

地域の医療需要を把握する際に、患者が医療を受けている医療機関の所在地を基に医療需要を捉えたものです。

(例) A市に住んでいる方がB市にある病院に入院している場合→B市の医療需要

【患者住所地】

地域の医療需要を把握する際に、患者の住んでいる住所地を基に医療需要を捉えたもの(その地域で発生する医療需要)です。

(例) A市に住んでいる方がB市にある病院に入院している場合→A市の医療需要

なお、医療需要の将来推計の比較では、平成25(2013)年度のデータが医療機関所在地のみ明らかたため、医療機関所在地のデータにより比較しています。

2. 病床機能区分について

推計ツールにおける病床機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)については、「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知)の考え方に基づいています(下表「病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方」を参照)。このため、病床機能報告制度の医療機能区分の考え方(医療法施行規則第30条の33の2)とは異なっています。

【高度急性期、急性期、回復期】

入院患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の多寡で、高度急性期3000点以上、急性期600点以上-3000点未満、回復期175点以上-600点未満(いずれも入院基本料等除く)相当の入院医療を受けている患者数を医療需要として算出したものです。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含め)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源の投入量
急性期		
回復期	C2 6,000点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	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の密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※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の患者数として一体的に推計する。

【慢性期】

一般病床に入院している障害者・難病患者数、療養病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟の患者及び医療区分Ⅰの70%を除く)を算出したものです。

将来の医療需要の推計においては、療養病床の入院受療率の全国差を解消するための目標値(以下「地域差解消分」といいます。)を見込んで推計することとされており、本県においては、平成25(2013)年の療養病床入院受療率の全国最大値(都道府県単位)が全国中央値(都道府県単位)まで低下する割合(全国定率)を用いて推計しています。

【在宅医療等】

訪問診療を受けている患者、一般病床で175点未満相当の入院患者数、療養病床の医療区分Ⅰの患者数の70%、介護老人保健施設入所者数を算出しています。将来の推計においては、慢性期病床における地域差解消分を在宅医療等の医療需要に含んでいます。

3. 必要病床数の推計について

上記1の医療需要を以下の病床稼働率で割り戻して推計しています。

【高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床稼働率】

病床稼働率は、高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.90、慢性期0.92として算出

4. その他

特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示(0.0)となります。

【参考：平成26年度病床機能報告制度における医療機能区分の考え方】

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への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 ○特に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)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能