

資料

## 2025年に向けた岡山県における病床再編の展望と課題

喜田 泰史\*<sup>1</sup>

### 1. はじめに

現在、わが国では高齢化の進展に伴う社会保障費用の増大という問題を抱えている。その一方で、これらの費用を負担する生産年齢人口が減少していることから、財政的課題を考慮した社会保障制度の再検討が必要とされている。とりわけ、第二次世界大戦後の第1次ベビーブーム期に出生したいわゆる団塊の世代が後期高齢者に達する2025（平成37）年以降には、上記のような問題が一層深刻化することが懸念される。加えて、少子化に起因する人口減少は国内市場の縮小要因であり、社会保障サービスも例外ではなく、医療サービスの提供体制も再編による一層の効率化が求められることになる。

そこで、国は2013（平成25）年に「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」を施行し、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度の4つの分野それぞれについて改革のあり方を示した。そのうち、医療制度および介護保険制度に関する改革の1つとして、「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」（以下、「医療介護総合確保推進法」とする）が2014（平成26）年6月に成立・公布された。同法における医療法改正に関係する内容として、各都道府県が策定する医療計画において地域医療構想が位置づけられることが示されている。

以上のような状況を念頭に、本稿では2015（平成27）年3月に発行された「地域医療構想策定ガイドライン」に記載された必要病床数の推計方法を確認するとともに、地域医療構想が盛り込まれて策定された「第7次岡山県保健医療計画」を参考に岡山県における2025（平成37）年の必要病床数について展望する。

### 2. 地域医療構想の概要

ここでは、医療法の改正により2015（平成27）年度以降に都道府県が策定することとなった地域医療構想について概説する。

#### 2.1 医療法の改正と地域医療構想

我が国の医療サービス提供のあり方は1948（昭和23）年に施行された医療法によって定められている。同法はこれまでに6回の改正を経ており、うち4回において医療計画に直接的に関係する法改正が実施されている。各改正における医療計画に関する内容はそれぞれ次の通りである。

##### ・第1次医療法改正

1985（昭和60）年の第1次医療法改正では、医療計画の考え方が初めて導入された。その背景には、高騰する医療費を抑制するために、量的制限を設ける目的があった<sup>1)</sup>。しかし、医療計画における必要病床数の計算には前年度の入院率が用いられることになっており、医療計画策定の前年度の実績が多ければ、その分必要病床数が多く見積もられるというものであった。

##### ・第4次医療法改正

2000（平成12）年の第4次医療法改正では、基準病床数<sup>†1)</sup>の計算に用いる入院率が全国を9つに分けたブロックごとの値から全国基準の値へ変更された<sup>†2)</sup>。また、計算された基準病床数に平均在院日数推移率（0.9）が掛け合わされ、平均在院日数の短縮化を考慮した基準病床数が定められた<sup>2)</sup>。

加えて、それまでの精神病床、感染症病床<sup>†3)</sup>、結核病床、その他の病床の4つの病床種別のうち、その他の病床が長期にわたって療養を行う目的の療養病床とそれ以外の一般病床に区分された。

##### ・第5次医療法改正

2006（平成18）年の第5次医療法改正では、医

\*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科  
（連絡先）喜田泰史 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-mail : kitakunn@mw.kawasaki-m.ac.jp

療計画制度を見直すことにより、医療機能の分化と連携が推進され、切れ目なく医療サービスが提供されるような仕組みづくりが行われた。

#### ・第6次医療法改正

前述のとおり、第6次医療法改正は「医療介護総合確保推進法」に基づいて実施され、病床機能報告制度や医療計画における地域医療構想の策定が定められた。なお、地域医療構想において触れるべき内容は主として構想区域と必要病床数に関するものである。

以上の4回の改正を見てみると、限りある医療資源のもとで医療サービスを効率的かつ効果的に提供されることを目指す施策が行われてきたことがわかる。

また、第5次改正まででは、量的規制と機能分化に関する施策が別々に実施されてきた印象を受けるが、第6次改正において、これら2つの視点が統合されたことにより、地域医療構想の策定に結びついたことが伺える。

## 2.2 病床機能報告制度

次に、医療計画の一部として記載されることになった地域医療構想を策定する際に、協議の基礎資料の1つとして用いられる病床機能報告の概要についてみていく。

病床機能報告は、前述の第6次医療法改正によって新たに医療機関の管理者の義務として追加された内容であり、病床を有する医療機関の管理者が所在地の都道府県知事に対して病床の機能や6年後の病床機能の予定などを報告するというものである。具体的には、医療法第七条に定められている精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床の5つの病床種別のうち、一般病床と療養病床を有する医療機関が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能から病棟ごと（有床診療所において

は施設全体）に最もあてはまると考えられる機能区分を選択し報告することが求められるというものである。それぞれの医療機能区分の定義については、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会<sup>3)</sup>を元に表1に示している。ちなみに、表中の医療資源投入量とは、診療行為を出来高払いによる診療報酬点数で換算した値<sup>4)</sup>であり、患者に対して行われた医療行為が患者の状態や診療の実態を表すと考えて、高度急性期、急性期、回復期の3つの機能区分の基準がこの医療資源投入量で表されている。

## 2.3 必要病床数の推計方法

続いて、本節では2025（平成37）年における病床機能別の必要病床数を推計する方法について「地域医療構想策定ガイドライン」<sup>3)</sup>にしたがって概観する。

必要病床数の推計は、地域医療構想を策定する主体である都道府県が厚生労働省から示された2013（平成25）年度のNDB（National Database）のレセプトデータ<sup>5)</sup>とDPC（Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類）データといった基礎データを元に構想区域と病床機能ごとに患者需要を推計したうえで、これを機能ごとに設定された病床稼働率で割り戻すという手続きによって行われる。なお、患者需要の推計方法は高度急性期、急性期、回復期と慢性期とでは方法が異なっており、以下ではそれぞれの推計方法について具体的にみていくことにする。

### 2.3.1 高度急性期、急性期、回復期の患者需要の推計方法

まず、高度急性期、急性期、回復期の3区分についての推計方法を図1に沿って見ていく。

この3区分の推計は、構想区域と病床機能ごとに次の①から④の手順で行われることになっている。すなわち、

表1 病床機能の定義と医療資源投入量

病床機能	定義	医療資源投入量
高度急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの	3000点以上
急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの	600点以上3000点未満
回復期	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの ・急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADLの向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。	225点以上600点未満
	在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分する。 ※175点未満の患者については、慢性期機能及び在宅医療等として区分する。	175点以上225点未満
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させるもの ・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 ・難病患者その他の疾患の患者を含む。	

- ① NDBやDPCのデータから性・年齢階級別に入院受療率を求める
- ② 社会保障・人口問題研究所が推計した2025（平成37）年における性・年齢階級別人口と①をそれぞれかけあわせて、それぞれの性・年齢階級別患者数を算出する
- ③ ②で求めた性・年齢階級別患者数を合計して、区域内患者数（a）を求める
- ④ ③に他の構想区域から越境入院する流入患者数（b）を加えるとともに、他の構想区域へ越境入院する流出患者数（c）を差し引いて患者需要合計（d）を求める

という手順になっている。このような計算方法が採用されたことによって、より現実を反映した患者需要の推計が可能になり、必要病床数の設定が一層意味あるものになると考えられる。

2.3.2 慢性期の患者需要の推計方法

次に、慢性期の患者需要の推計方法について見ていく。慢性期の医療需要については、慢性期機能を主に担っている療養病床の診療報酬が包括算定であるため、出来高算定にもとづく医療資源投入量の把握が難しいことや在宅医療の充実状況や介護施設の整備状況が地域によって異なっており、療養病床数に地域差があることにより、医療資源投入量を基準とした推計が困難であるとされている。そこで、現在、慢性期機能に該当する医療機関に入院している患者のうち、一定数は在宅医療等に対応することが可能であるという前提のもと、療養病床の入院受療率についての地域差を縮小するようにそれぞれの構想区域について目標を設定し、患者数を推計するこ

とになっている。

具体的には、療養病床に入院する医療区分1、医療区分2、医療区分3の患者<sup>†6)</sup>のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応することが可能としたうえで、残りの入院患者数を地域差が少なくなるように、入院受療率を設定することになる。入院受療率は

$$\begin{aligned} & \text{慢性期の性・年齢階級別入院受療率} \\ &= [(\text{構想区域内の性・年齢階級別慢性期入院患者数} \times \text{補正率}) \\ & \quad + \text{障害や特殊疾患を持つ入院患者数}] \\ & \quad \times \frac{1}{(\text{構想区域内の性・年齢階級別人口})} \end{aligned}$$

で表される<sup>†7)</sup>。また、式中の補正率は原則的に次の①以上かつ②以下となるよう都道府県知事が定めることになっている。

- ①  $\frac{\text{慢性期総入院受療率の全国最小値 (県単位)} \div \text{†8)}}{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率}}$
- ②  $\{(\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率} - \text{全国最小値}) \times \frac{\text{慢性期総入院受療率の全国中央値 (県単位)} - \text{全国最小値}}{\text{慢性期総入院受療率の全国最大値 (県単位)} - \text{全国最小値}} + \text{全国最小値}\} \times \frac{1}{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率}}$

以上の手続きによって求めた慢性期の性・年齢階級別の入院受療率を2025（平成37）年における性・年齢階級別人口にかけることで、患者需要が推計される。

以上、本節で見た4つの医療機能区分の患者需要



図1 構想区域内における必要病床数の推計方法

の推計値を、さらに、それぞれに設定された病床稼働率<sup>†9)</sup>で割り戻すと病床機能別の病床必要量が推計されることになる。

### 3. 岡山県の地域医療構想

前章では、地域医療構想の概要や2025（平成37）年に必要となる病床数の推計方法について概観した。続いて本章では、岡山県に設定された5つの2次医療圏の概要と、それぞれの2次医療圏における病床数について展望する。

#### 3.1 医療圏の概要

現在、岡山県には県南東部保健医療圏、県南西部保健医療圏、高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏、津山・英田保健医療圏の5つの2次医療圏が設定されている<sup>†10)</sup>。表2には岡山県の5つの2次医療圏の面積や人口（将来推計人口を含む）を示している。

これを見ると、岡山県の県南の2つの2次医療圏に全体の約85%の人口が集中しており、県内で人口が偏在していることがわかる。一方、時系列にみても、2014（平成26）年から2025（平成37）年にかけて岡山県全体では人口が約6%減少すると予測されていることがわかる。また、同様に人口の減少率を2次医療圏ごとに見ていくと、高梁・新見保健医療圏で約17%、真庭保健医療圏で約13%、津山・英田保健医療圏で約11%と県北部ではいずれの2次医療圏も10%を超える減少率となっていることがわかる。さらに、県南部の2つの2次医療圏について

も、県北部ほどではないものの、2025（平成37）年にかけて人口が5%程度減少すると予測されていることがわかる。

加えて、2040（平成52）年にかけては、2014（平成26）年に比べて県内全体で約16%、圏域によっては30%以上も人口が減少する地域があり、岡山県の人口減少が継続して進展していくことが理解できる。

以上で示したような人口減少は医療需要の減少や医療保険財政を支える税収あるいは保険料収入の減少を意味している。したがって、医療提供体制を検討する際には将来の人口減少を念頭に置いておかなければならないことを改めて確認しておきたい。

#### 3.2 病床数の現状と2025（平成37）年における必要病床数の推計値

次に、本節では、岡山県の「第7次岡山県保健医療計画」<sup>4)</sup>を参考に、

- ・2014（平成26）年7月現在の病床機能報告の結果<sup>5)</sup>（2014と表記）
  - ・同報告において各医療機関が報告した6年が経過した日における病床機能による病床数（2020と表記）
  - ・地域医療構想において推計された2025（平成37）年の病床必要量<sup>†11)</sup>（2025と表記）
- を2次医療圏ごとに見ていくことにする。

図2には県南東部保健医療圏と県南西部保健医療圏および津山・英田保健医療圏の、図3には新見・

表2 岡山県の2次医療圏とその将来推計人口

2次医療圏	市町村	総面積(km <sup>2</sup> ) 可住地面積(km <sup>2</sup> )	人口(人)		
			2014年	2025年	2040年
			-	対2014年比率	対2014年比率
県南東部	岡山市, 玉野市, 備前市, 瀬戸内市, 赤磐市, 和気町 吉備中央町	1899.71	918,678	879,061	796,707
		779.74	-	-4.31%	-13.28%
県南西部	倉敷市, 笠岡市, 井原市, 総社市, 浅口市, 早島町, 里庄町, 矢掛町	1123.04	710,536	674,085	603,449
		590.41	-	-5.13%	-15.07%
高梁・新見	高梁市, 新見市	1340.28	64,830	53,920	41,652
		215.45	-	-16.83%	-35.75%
真庭	真庭市, 新庄村	895.53	47,323	41,059	33,092
		173.25	-	-13.24%	-30.07%
津山・英田	津山市, 美作市, 鏡野町, 勝央町, 奈義町, 西粟倉村, 久米南町, 美咲町	1847.55	183,189	163,149	136,085
		461.40	-	-10.94%	-25.71%
計	-	7,106.11	1,924,556	1,811,274	1,610,985
		2,220.25	-	-5.89%	-16.29%

出典：岡山県「毎月流動人口調査」，  
 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月推計）」  
 国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」  
 農林水産省「2010年世界農林業センサス」

高梁保健医療圏と真庭保健医療圏の現状の病床数と2020（平成32）年の病床数さらには2025（平成37）年の病床必要量が病床機能ごとに分けてそれぞれ示されている。

まず、病床機能報告による2014（平成26）年の現状と同報告において各医療機関が報告した6年後（2020年）の病床機能別病床数を比較してみる。すると、いずれの2次医療圏においても、病床機能別

の病床数を合計した病床総数にあまり変化は見られないことがわかる。一方で、高梁・新見保健医療圏を除く4つの医療圏において病床機能の変更を予定している医療機関が存在していることもわかる。

次に、2014（平成26）年の現状と、岡山県が推計した政策目標値としての2025（平成37）年の病床必要量を比較してみる。すると、いずれの2次医療圏においても必要となる病床総数は現状に比べ減少さ

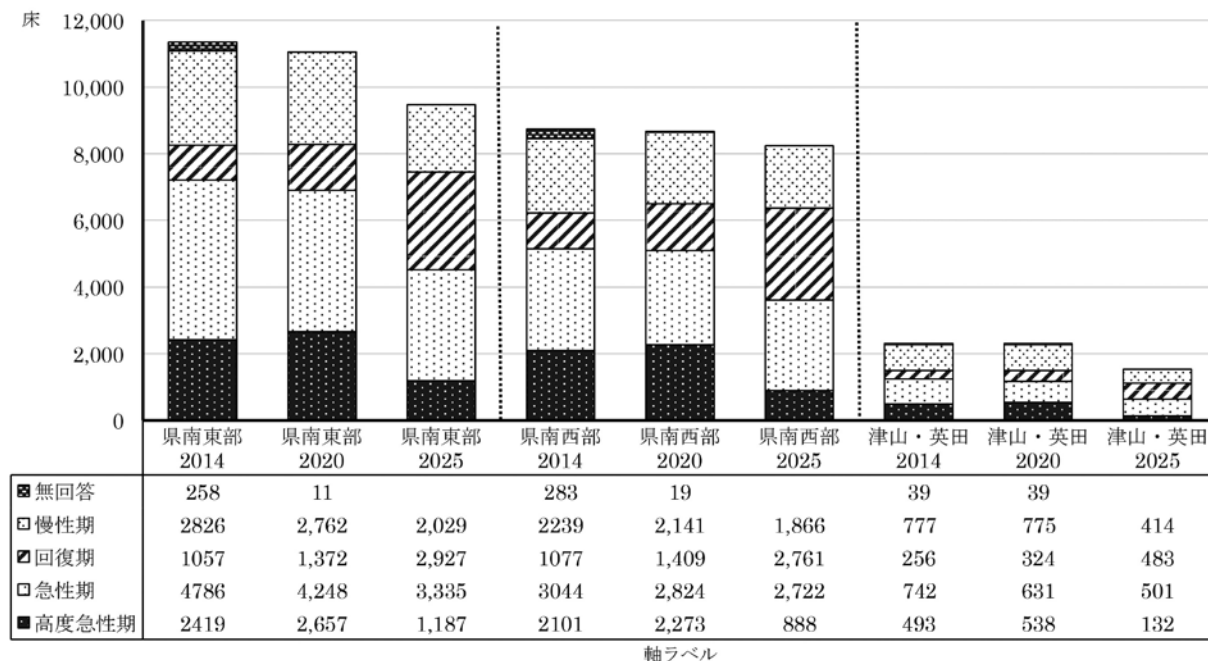


図2 各2次医療圏における病床機能別病床数（その1）

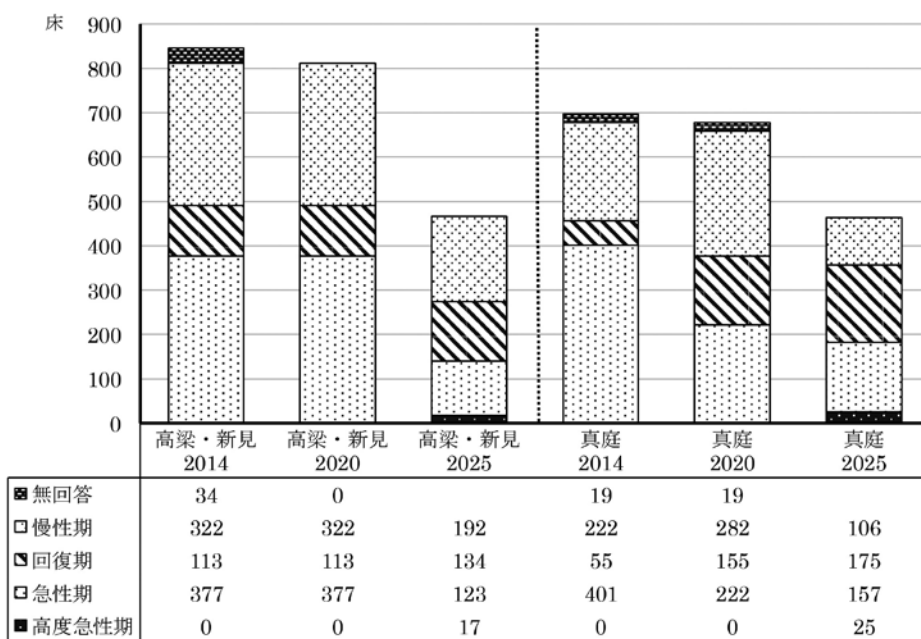


図3 各2次医療圏における病床機能別病床数（その2）

せる目標となっていることがわかる。また、機能別にみても、回復期機能は目標値に向けて増やす必要がある一方で、それ以外の機能区分においてはいずれも目標値に向けて減床を図らなければならないということがわかる<sup>†12)</sup>。

以上より、各医療機関が2025（平成37）年に向けて地域の実情に応じた病床機能の選択に取り組もうとする姿勢が伺えるものの、中間地点としての2020（平成32）年の予定値と岡山県の試算による2025（平成37）年の目標値との差は小さくない。したがって、医療提供体制に急激な変化をもたらさないためにも、新たに医療法に定められた地域医療構想の達成を推進するための「協議の場」における医療機関間のより一層の協議により、2025（平成37）年の目標値に徐々に近づける努力が今後必要であると考えられる。

#### 4. 病床機能別アクセシビリティの現状

続いて、本章では、医療提供体制の公平性について入院医療へのアクセス利便性という視点から岡山県の現状をみていくことにする。

自宅等から医療機関へのアクセス距離や時間の調査については、近年の情報技術の発達や情報公開の進展を背景に、地理情報システム（GIS:Geographic Information System）等のツールを利用することによって、以前に比べて把握することが容易になっている。このような手法を用いて住民の自宅から医療機関への距離や時間を計測した先行研究としては土井ら<sup>6)</sup>によるものがある。土井らは千葉県における患者数の将来推計を行うために、GISを用いて、県内を500メートル四方が1単位のメッシュに区切った

うえで、医療機関から各メッシュに到達する時間と各メッシュの人口をもとにアクセス利便性の地域差を把握し、医療需要の需給バランスを評価している。

一方で、GISを利用せずにアクセスの利便性を把握する方法については、青木<sup>7)</sup>が患者行動による医療費の地域差を説明する際に、可住地100kmあたりの病院数をその判断指標として用いている。つまり、面積当たりの病院数が多ければ多いほど病院が密集して存在することを表し、逆に面積当たりの病院数が少なければ少ないほど病院が少ないことを表すという指標である。したがって、この指標の値が高ければその地域における病院へのアクセス利便性が高く、逆に値が低ければアクセス利便性が低いことを意味する。

本稿では計算過程の分かりやすさを優先し<sup>†13)</sup>、青木にしたがって医療機関が病床機能報告制度で報告した病床機能をもとに、各病床機能へのアクセス利便性を2次医療圏間で比較する。具体的には、2014（平成26）年に実施した病床機能報告において、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を申告した医療機関の数を2次医療圏別に数え、それを表2に示した可住地面積<sup>†14)</sup>でそれぞれ除した値で比較している。

図4にはその結果を示している。これを見ると、可住地面積100km当りの医療機関数はいずれの病床機能においても、県南部の医療圏の方が高い値を示していることがわかる。このことから、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれも、県北部より県南部の医療圏のアクセス利便性が高いということがわかる。このような結果となった背景には、人口密度が低い地域においても持続的に医療サービスを提

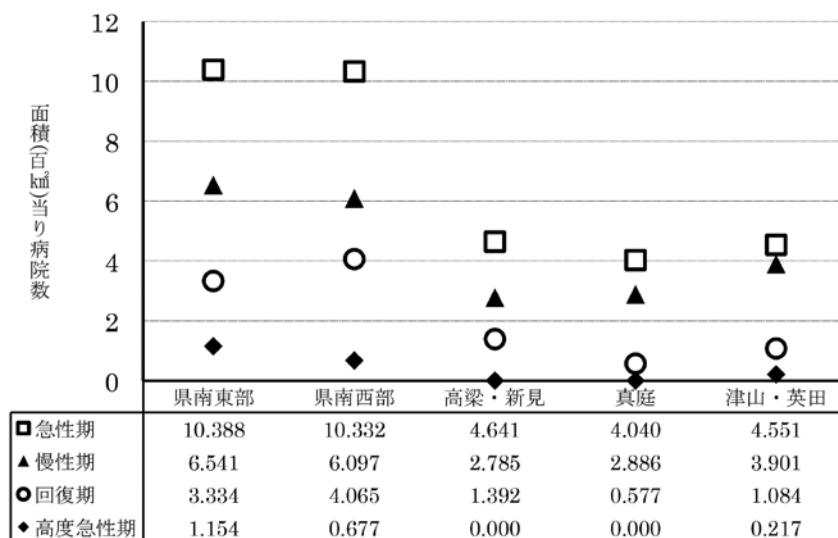


図4 各2次医療圏における病床機能別アクセシビリティ指標の比較

供し続けることを目指したことがあったと考えられる。具体的には、アクセス利便性ばかりを考慮して小規模な医療機関を多く立地させるのではなく、医療機関をある程度集約して効率的な運営を目指したということである。

いずれにせよ、地域医療構想の策定と実現に向けて、医療機関が相互に連携して機能分担を図る際には、効率性の観点だけではなく、アクセス利便性のような公平性の観点も考慮する必要がある。

## 5. おわりに

本稿では、2014（平成26）年に行われた第6次医療法改正によって策定することが定められた地域医療構想の概要を確認するとともに、岡山県が策定した第7次岡山県保健医療計画における地域医療構

想を展望した。その結果、2025（平成37）年に向けて病床数全体としてはいずれの2次医療圏においても減床が必要となる病床再編が必要であることが分かった。また、病床機能別に需要予測の増減をみていくと、高度急性期、急性期、慢性期では減床の必要性があるのに対し、回復期機能をもった病床は増床する必要があることが分かった。

一方で、病床機能の再編にあたっては、患者が医療機関にアクセスする利便性についても考慮する必要があることが分かった。地域医療構想の策定に際しては、現実の需要と将来人口の推計に基づいて病床数を減らすことや機能分担の調整が注目されやすいが、医療機関が相互に協議し、病床再編を調整する際には、患者の利便性としてのアクセシビリティの観点も必要となる可能性を最後に指摘しておきたい。

## 注

- †1) 第4次医療法改正において、それまで用いられていた必要病床数という名称は基準病床数へと改められた。
- †2) 都道府県値より全国基準値が低い場合は全国基準値が用いられ、逆に都道府県値が全国基準値より低い場合には全国基準値を超えない範囲で地方ブロック値と都道府県値の間で知事が値を定めることになった<sup>2)</sup>。
- †3) 感染症病床は1999（平成11）年3月までは伝染病床という名称が用いられていた。
- †4) 医療需要の推計に用いる医療資源投入量に入院基本料相当分とリハビリテーション料の一部は含まれない。
- †5) NDB（National Database）とは、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて全国医療費適正化計画や都道府県医療費適正化計画の作成や実施あるいは評価に用いるために整備されたレセプトデータならびに特定健診・保健指導データを集めたデータベースのことである。
- †6) 医療区分は療養病床入院基本料の算定の際に用いられる指標であり、1から3の3つに区分されている。2016（平成28）年4月改正の診療報酬点数による区分の基準については、下記の表3を参照されたい。
- †7) ここでいう慢性期患者数には、療養病床に入院する患者のうち医療区分1の70%に相当する患者数は含まれない。
- †8) 慢性期総入院受療率は、  

$$\frac{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\sum \text{当該区域の性別及び年齢階級別人口} \times \text{全国の性別及び年齢階級別入院受療率}} \times \frac{\text{全国の慢性期入院患者の数}}{\text{全国の人口}}$$
と定義されている。
- †9) 病床稼働率は病床機能区分によって異なる値が設定されており、高度急性期は0.75、急性期は0.78、回復期は0.9、慢性期は0.92となっている。
- †10) 「第7次岡山県保健医療計画」によれば、岡山県は地域医療構想で設定する構想区域としてこれまでの2次医療圏を踏襲することとしている。
- †11) 病床必要量には、厚生労働省から各都道府県に配布された地域医療構想策定支援ツールによって岡山県が推計したデータを用いている。
- †12) 具体的な解決方法として、現存の病床の機能を転換するという方策も考えられるが、岡山県の南部においては、岡山市内や倉敷市内に病院が集中していることから、単純に急性期機能あるいは慢性期機能から回復期機能へ病床機能を転換しただけでは、住み慣れた地域でのリハビリや療養につながらない可能性が指摘されている<sup>8)</sup>。
- †13) 土井らによるアクセシビリティの測定方法はGISを用いた小地域のメッシュデータによって分析をすすめているため、より精緻な評価が可能である。一方、これを岡山県内の2次医療圏間の比較に用いる場合、対象となる小地域や医療機関の数が多くなり複雑な計算が必要となる。本稿の目的は各2次医療圏の病床の現状を明瞭に比較することであるため、単純な割り算によって結果を比較できる青木の手法を用いることにした。
- †14) 可住地面積には、総面積から林野面積と湖沼面積を差し引いた値を用いている。

表3 患者の疾患及び状態と医療区分の関係

区分	対象疾患の名称	対象となる状態
医療区分3	・ スモン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> <li>・ 中心静脈注射を実施している状態</li> <li>・ 24時間持続して点滴を実施している状態</li> <li>・ 人工呼吸器を使用している状態</li> <li>・ ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態</li> <li>・ 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態</li> <li>・ 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る）</li> <li>・ 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 筋ジストロフィー</li> <li>・ 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他の難病（スモンを除く）</li> <li>・ 脊髄損傷（頸髄損傷）</li> <li>・ 慢性閉塞性肺疾患</li> <li>・ 悪性腫瘍</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺炎に対する治療を実施している状態</li> <li>・ 尿路感染症に対する治療を実施している状態</li> <li>・ 傷病等によるリハビリテーションが必要な状態</li> <li>・ 脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</li> <li>・ 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・ 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</li> <li>・ 褥瘡に対する治療を実施している状態</li> <li>・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態</li> <li>・ せん妄に対する治療を実施している状態</li> <li>・ うつ症状に対する治療を実施している状態</li> <li>・ 他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> <li>・ 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態</li> <li>・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態</li> <li>・ 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態</li> <li>・ 気管切開又は気管内挿管が行われている状態</li> <li>・ 頻回の血糖検査を実施している状態</li> <li>・ 創傷、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態</li> <li>・ 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

## 文 献

- 1) 池上直己：地域医療計画の課題と新たな展開。田中滋，二木立編，講座医療経済・政策学第3巻保健・医療提供制度，第1版，勁草書房，東京，23-45，2006。
- 2) 社会保険研究所：第4次医療法改正を3月から施行—入院医療の提供体制を整備 一般・療養に病床区分 看護配置基準は3:1—，社会保険旬報，2087，6-10，2001。
- 3) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会：「地域医療構想策定ガイドライン」。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>，2015。（2016年3月30日確認）
- 4) 岡山県：第7次岡山県保健医療計画。初版，岡山県，岡山，2016。
- 5) 岡山県：病床機能報告（結果公表）。<http://www.pref.okayama.jp/page/434377.html>，2015。（2016年3月30日確認）
- 6) 土井俊祐，井上崇，井出博生，中村利仁，藤田伸輔，高林克日己：患者受療圏モデルによる医療需要超過地域のマッピング 地域医療政策のための患者数の将来推計と需給評価。医療情報学，33(6)，301-310，2013。
- 7) 青木研：患者の行動による地域差。地域差研究会編，医療費の地域差，初版，東洋経済新報社，東京，141-172，2001。
- 8) 岡山県保健福祉部医療推進課医事班：「第7次岡山県保健医療計画」（素案）に対する県民意見等の募集結果について。[http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/459587\\_3185594\\_misc.pdf](http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/459587_3185594_misc.pdf)，2016。（2016年3月30日確認）

(平成28年6月4日受理)



## Restructuring of the Hospital Beds in Okayama Prefecture towards 2025: Prospects and Challenges

Yasufumi KITA

(Accepted Jun. 4, 2016)

Key words : hospital beds, medical care plan, medical function, accessibility

Correspondence to : Yasufumi KITA

Department of Health and Welfare Services Management

Faculty of Health and Welfare Services Administration

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : [kitakunn@mw.kawasaki-m.ac.jp](mailto:kitakunn@mw.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.26, No.1, 2016 129 – 137)