

第4章

地域医療構想の取組

1	地域医療構想の策定と構想の推進	184
2	平成37（2025）年の医療需要と医療提供体制	185
3	病床の機能の分化及び連携の促進	192
4	病床の機能に関する情報提供の推進	195

1 地域医療構想の策定と構想の推進

平成37（2025）年には、団塊の世代の方々が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上の高齢者となります。今後、この超高齢社会が進行するにつれ、医療や介護を必要とする方がますます増加すると推計されますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分な対応ができないと見込まれます。

高度な急性期医療が必要となった場合は、拠点となる医療機関において質の高い医療や手厚い看護が受けられるように、また、全ての県民が住み慣れた地域で安心して暮らし、人生の最終段階まで身近な地域で適切な医療・介護サービスを受けることができる環境を整備していくことが喫緊の課題になっています。

このため、平成37（2025）年を見据え、限られた医療・介護資源を効率的に活用するため、

- ① 病床の機能の分化及び連携の促進による質の高い医療提供体制の整備
- ② 在宅医療の充実をはじめとした地域包括ケアシステムの確立
- ③ 医療・福祉・介護人材の確保・育成

を取組の基本方針とする「広島県地域医療構想」を平成28（2016）年3月に策定しました。

本県では、地域医療構想を策定する段階から、二次保健医療圏（構想区域）ごとに、診療に関する学識経験者の団体及び医療・介護関係者、医療保険者、その他の関係者等との連携を図り、地域の実情を反映させるための協議を行う場として「地域医療構想調整会議」を設置しています。

平成37（2025）年における医療・介護サービスのあるべき姿の実現に向けて、地域医療構想調整会議において、各地域の実情に応じた協議を継続していきます。

◆◆地域医療構想の実現に向けた推進体制◆◆

地域医療構想を実現するためには、地域の医療・介護を支える医療関係機関、介護事業者や市町、医療・介護保険者はもとより、患者・家族である県民全体が共に地域の課題を共有するとともに目指す姿を協議し、自主的な取組を進めていくことが重要です。

このため、各構想区域に設置した「地域医療構想調整会議」において、引き続き、地域医療構想の実現に向けた協議を進めていきます。

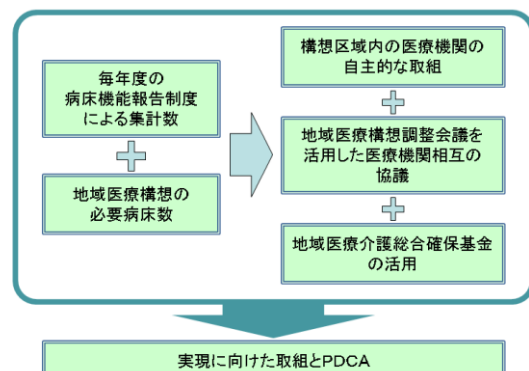
◆◆地域医療構想策定後の取組◆◆

地域医療構想調整会議において、毎年度、構想の達成状況を確認するとともに今後の取組を協議し、その協議結果を踏まえて個々の医療機関が自主的に取組を進めていきます。

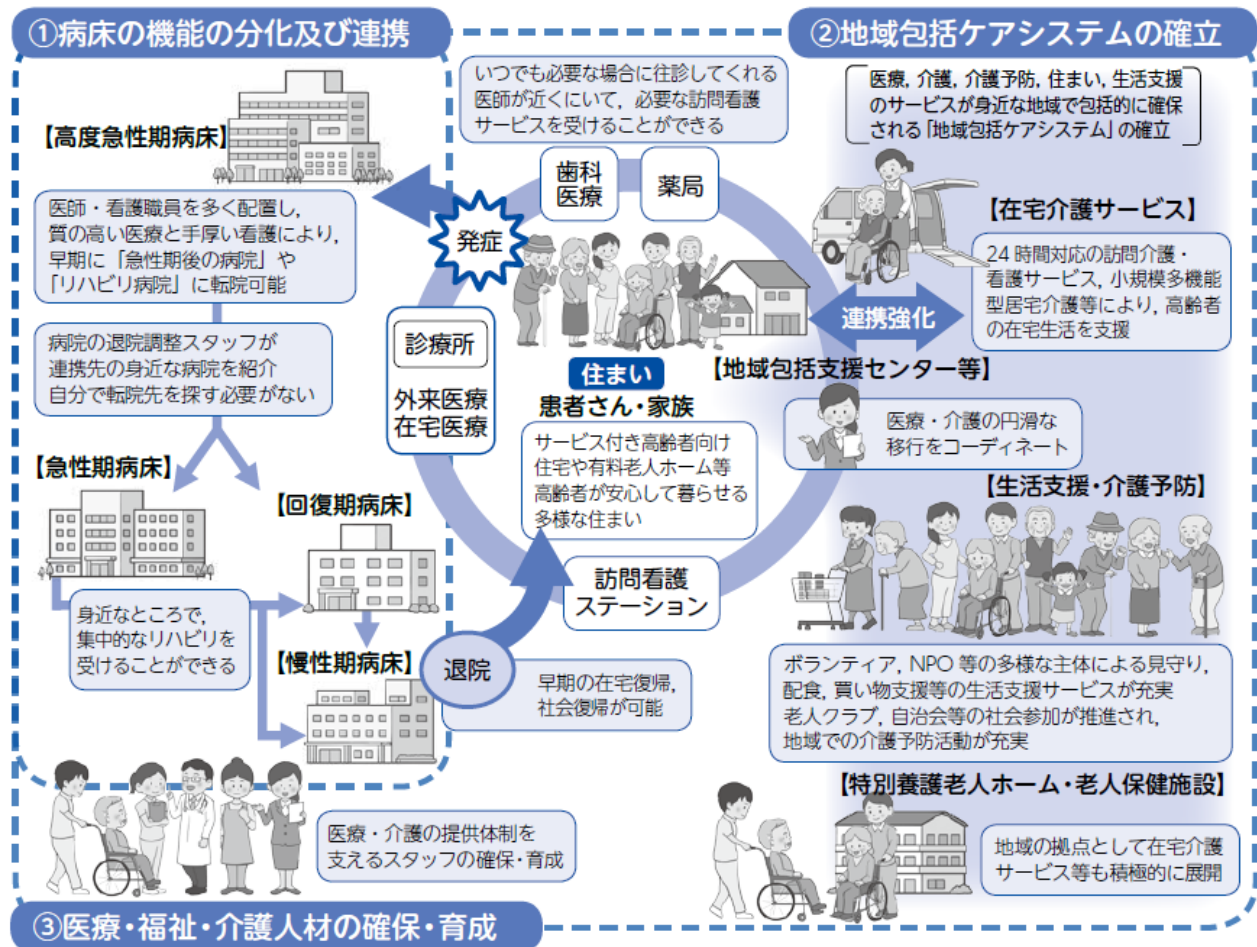
地域医療構想の実現に向けた検討体制



地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組(イメージ)



図表 4-1 将来のあるべき医療・介護提供体制の姿



2 平成 37（2025）年の医療需要と医療提供体制

1 平成 37（2025）年の医療需要の推計方法

平成 37（2025）年における一般病床及び療養病床に係る病床の機能区分（「3 病床機能報告制度の状況」参照）ごとの医療需要（推計入院患者数）については、構想区域ごとに厚生労働省から示される基礎データを基に推計します。

このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成 25（2013）年度の NDB のレセプトデータ及び DPC データを患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を 365（日）で除して 1 日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率を求めます。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成 37（2025）年における性・年齢階級別人口で除したものを総和することによって将来の医療需要を推計します。

平成 37（2025）年の病床の機能区分ごとの医療需要の推計方法

構想区域の平成 37（2025）年の医療需要 =
 [当該構想区域の平成 25（2013）年度の性・年齢階級別の入院受療率 ×
 当該構想区域の平成 37（2025）年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

なお、慢性期機能の医療需要については、全国の入院受療率に地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させることとします。

2 平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数：暫定推計値）

平成37（2025）年の医療需要の推計は、「図表4-3 各構想区域における平成37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給」とおり、「① 平成37（2025）年における医療需要（当該構想区域に居住する患者の医療需要）＜患者住所地ベース＞」、「② ①の医療需要に対し、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの＜医療機関所在地ベース＞」、「③ 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの」の順に検討します。

将来のあるべき医療提供体制は、地域医療構想の基本理念である地域完結型の医療提供体制の構築を基本として、患者住所地ベースの医療需要に基づき確保することとします。

ただし、高度急性期機能にあっては、医療資源に限りがあることなどを鑑みると、構想区域内で自己完結する医療提供体制の確保は困難が予想されかつ非効率であることから、現在の医療提供体制が変わらないと仮定し、医療機関所在地ベースの医療需要に基づき確保することとします。

そして、平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数）は、③により算出された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%）で割り戻して求めます。

以上の考え方に基づいて推計すると、平成37(2025)年における広島県の必要病床数は28,614床となり、医療機能別では高度急性期2,989床、急性期9,118床、回復期9,747床、慢性期6,760床となります。

本県では、この推計値を必要病床数（暫定推計値）としつつ、引き続き検証していき、不足する機能を充足するよう病床の機能の分化及び連携を推進します。

なお、慢性期機能の必要病床数は、国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の動向や本県が実施した医療療養病床入院患者の実態調査の結果を踏まえると、現状では慢性期医療を入院医療と在宅医療とに明確に区分することが難しいため、6,760床以上とします。

平成37（2025）年における広島県の必要病床数(暫定推計値) 28,614 床 以上	
【医療機能別の必要病床数】	
◆ 高度急性期（医療機関所在地ベース）	2,989 床
◆ 急性期（患者住所地ベース）	9,118 床
◆ 回復期（患者住所地ベース）	9,747 床
◆ 慢性期（患者住所地ベース）	6,760 床 以上

図表4-2 慢性期の必要病床数の推計パターン

推計パターン	推計方法
パターンA	全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位）まで低下させる。
パターンB	構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。
パターンC	次のいずれの要件にも該当する構想区域は、入院受療率の地域差解消の達成年次を平成42（2030）年とすることができる。その場合、平成42（2030）年から比例的に逆算した平成37（2025）年の入院受療率により推計する。 要件1：慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい 要件2：高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

図表 4-3 各構想区域における平成 37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給

区分	平成 37（2025）年における医療需要 （当該構想区域に居住する患者の医療需要）	平成 37（2025）年における医療供給（医療提供体制）				
		患者住所地ベース ①（人/日）	医療機関所在地ベース ②（人/日）	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの ③（人/日）	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの ③（人/日）	病床数の必要量 （必要病床数：暫定推計値）
		③/病床稼働率（床）※	③/病床稼働率（床）※	③/病床稼働率（床）※	③/病床稼働率（床）※	
広島県	高度急性期	2,228	2,239	2,239	2,989	
	急性期	7,108	7,184	7,108	9,118	
	回復期	8,770	8,951	8,770	9,747	
	慢性期	6,216	6,281	6,216	6,760 以上	
	病床計	24,322	24,654	24,333	28,614 以上	
	在宅医療等	46,794	47,043	46,794		
	広島	高度急性期	1,087	1,188	1,188	1,585
急性期	3,308	3,504	3,308	4,242		
回復期	4,055	4,266	4,055	4,506		
慢性期	2,511	2,368	2,511	2,730 以上		
病床計	10,962	11,327	11,063	13,063 以上		
在宅医療等	23,723	24,271	23,723			
広島西	高度急性期	104	116	116	156	
	急性期	319	356	319	410	
	回復期	463	521	463	515	
	慢性期	439	677	439	478 以上	
	病床計	1,326	1,671	1,338	1,559 以上	
	在宅医療等	2,075	2,145	2,075		
	呉	高度急性期	215	215	215	287
急性期		668	661	668	858	
回復期		804	790	804	894	
慢性期		691	537	691	751 以上	
病床計		2,378	2,202	2,378	2,790 以上	
在宅医療等		4,513	4,184	4,513		
広島中央		高度急性期	149	91	91	122
	急性期	524	419	524	672	
	回復期	610	516	610	678	
	慢性期	615	700	615	669 以上	
	病床計	1,897	1,726	1,839	2,141 以上	
	在宅医療等	2,729	2,772	2,729		
	尾三	高度急性期	198	181	181	242
急性期		706	733	706	905	
回復期		892	954	892	991	
慢性期		667	660	667	726 以上	
病床計		2,462	2,528	2,445	2,864 以上	
在宅医療等		4,388	4,340	4,388		
福山・府中		高度急性期	407	393	393	524
	急性期	1,319	1,256	1,319	1,691	
	回復期	1,656	1,636	1,656	1,840	
	慢性期	897	884	897	976 以上	
	病床計	4,279	4,168	4,264	5,031 以上	
	在宅医療等	7,688	7,707	7,688		
	備北	高度急性期	67	55	55	73
急性期		265	255	265	340	
回復期		290	269	290	323	
慢性期		395	455	395	430 以上	
病床計		1,017	1,033	1,005	1,166 以上	
在宅医療等		1,678	1,625	1,678		

※病床稼働率は高度急性期機能 75%、急性期機能 78%、回復期機能 90%、慢性期機能 92%とする。
 ※③の高度急性期は「医療機関所在地ベース（②）」、③の急性期・回復期・慢性期は「患者住所地ベース（①）」の推計値を選定。
 ※慢性期機能の医療需要・必要病床数は、広島、広島中央、福山・府中地域はパターンB、広島西、呉、尾三、備北地域はパターンCで推計。
 ※医療需要①～③は小数点以下を四捨五入、必要病床数③/病床稼働率は切り上げにより、数値を表示している。
 そのため、表の各項目の計と病床計、③を病床稼働率で割り戻した数値と必要病床数が一致しない場合がある。

3 病床機能報告制度の状況

平成26（2014）年度から国（厚生労働省）において開始された病床機能報告制度は、一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所が、病棟ごとに図表4-4の4つの機能の中から自らの判断により「現状」と「将来の予定」を選択するほか、医療機関ごとに構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告するものです。

毎年度、地域医療構想調整会議において地域医療構想における必要病床数（暫定推計値）と現況を比較して、不足する医療機能の充足に向けた取組について協議を行います。

図表4-4 病床機能報告制度における医療機能

医療機能	医療機能の内容
高度急性期	○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	○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	○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	○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

図表4-5 平成28（2016）年7月1日時点の機能区分別病床数

区分		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
広島県		32,588床 100.0%	5,401床 16.6%	12,657床 38.8%	4,136床 12.7%	9,702床 29.8%	692床 2.1%
広島	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島町	13,955床 100.0%	3,290床 23.6%	4,883床 35.0%	1,590床 11.4%	3,870床 27.7%	322床 2.3%
広島西	大竹市、廿日市市	2,100床 100.0%	260床 12.4%	618床 29.4%	180床 8.6%	1,033床 49.2%	9床 0.4%
呉	呉市、江田島市	3,451床 100.0%	999床 28.9%	935床 27.1%	379床 11.0%	1,014床 29.4%	124床 3.6%
広島中央	竹原市、東広島市、大崎上島町	2,588床 100.0%	14床 0.5%	1,026床 39.6%	503床 19.4%	1,001床 38.7%	44床 1.7%
尾三	三原市、尾道市、世羅町	3,800床 100.0%	353床 9.3%	1,740床 45.8%	420床 11.1%	1,200床 31.6%	87床 2.3%
福山・府中	福山市、府中市、神石高原町	5,362床 100.0%	447床 8.3%	2,835床 52.9%	906床 16.9%	1,068床 19.9%	106床 2.0%
備北	三次市、庄原市	1,332床 100.0%	38床 2.9%	620床 46.5%	158床 11.9%	516床 38.7%	0床 0.0%

図表 4-6 病床機能報告による病床数と平成 37 (2025) 年における必要病床数の比較

(単位: 床)

区 分	平成 28 (2016) 年における機能別病床数 (病床機能報告)	平成 37 (2025) 年における必要病床数 (暫定推計値)	平成 37 (2025) 年に向けた病床数の 過不足	平成 37 (2025) 年に向けた病床数の 増減率	
	①	②	③ (①-②)	④ (-③/①)	
広島県	高度急性期	5,401	2,989	2,412	△ 45%
	急性期	12,657	9,118	3,539	△ 28%
	回復期	4,136	9,747	△ 5,611	136%
	慢性期	9,702	6,760	2,942	△ 30%
	休棟等	692		692	
	病床計	32,588	28,614	3,974	△ 12%
広島	高度急性期	3,290	1,585	1,705	△ 52%
	急性期	4,883	4,242	641	△ 13%
	回復期	1,590	4,506	△ 2,916	183%
	慢性期	3,870	2,730	1,140	△ 29%
	休棟等	322		322	
	病床計	13,955	13,063	892	△ 6%
広島西	高度急性期	260	156	104	△ 40%
	急性期	618	410	208	△ 34%
	回復期	180	515	△ 335	186%
	慢性期	1,033	478	555	△ 54%
	休棟等	9		9	
	病床計	2,100	1,559	541	△ 26%
呉	高度急性期	999	287	712	△ 71%
	急性期	935	858	77	△ 8%
	回復期	379	894	△ 515	136%
	慢性期	1,014	751	263	△ 26%
	休棟等	124		124	
	病床計	3,451	2,790	661	△ 19%
広島中央	高度急性期	14	122	△ 108	771%
	急性期	1,026	672	354	△ 35%
	回復期	503	678	△ 175	35%
	慢性期	1,001	669	332	△ 33%
	休棟等	44		44	
	病床計	2,588	2,141	447	△ 17%
尾三	高度急性期	353	242	111	△ 31%
	急性期	1,740	905	835	△ 48%
	回復期	420	991	△ 571	136%
	慢性期	1,200	726	474	△ 40%
	休棟等	87		87	
	病床計	3,800	2,864	936	△ 25%
福山・府中	高度急性期	447	524	△ 77	17%
	急性期	2,835	1,691	1,144	△ 40%
	回復期	906	1,840	△ 934	103%
	慢性期	1,068	976	92	△ 9%
	休棟等	106		106	
	病床計	5,362	5,031	331	△ 6%
備北	高度急性期	38	73	△ 35	92%
	急性期	620	340	280	△ 45%
	回復期	158	323	△ 165	104%
	慢性期	516	430	86	△ 17%
	休棟等	0		0	
	病床計	1,332	1,166	166	△ 12%

※慢性期機能の必要病床数：広島、広島中央、福山・府中地域はパターンB、広島西、呉、尾三、備北地域はパターンCで推計。

4 病床の機能分化・連携の推進による在宅医療等の追加的需要

地域全体で治し、支える「地域完結型」医療への転換を図る中で、将来、介護施設や高齢者住宅、更には外来医療を含めた在宅医療等の医療・介護ネットワークでの対応が追加的に必要となると想定される患者数は、平成37（2025）年の段階で1万200人程度と見込まれます。

なお、この患者数（以下「在宅医療等の追加的需要」という。）は、「図表4-3 各構想区域における平成37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給」の在宅医療等の推計患者数に含まれています。

保健医療計画、ひろしま高齢者プラン（介護保険事業支援計画）及び市町の介護保険事業計画の整合性のとれた整備目標を検討するため、厚生労働省から示されたデータでは、平成37（2025）年における市町別の患者数は、次のとおりです。

図表4-7 在宅医療等の追加的需要

（単位：人／日）

区分	市町名	在宅医療等の追加的需要			区分	市町名	在宅医療等の追加的需要		
		計	(再掲) 65歳以上	65歳以上 の割合			計	(再掲) 65歳以上	65歳以上 の割合
広島	広島市	4,484	4,133	92%	広島中央	竹原市	129	124	96%
	安芸高田市	152	146	96%		東広島市	633	587	93%
	府中町	172	157	92%		大崎上島町	40	39	97%
	海田町	92	84	91%		小計	803	750	93%
	熊野町	109	103	95%	尾三	三原市	345	324	94%
	坂町	51	48	93%		尾道市	496	467	94%
	安芸太田町	36	35	97%		世羅町	64	61	95%
	北広島町	91	87	96%		小計	905	852	94%
	小計	5,188	4,794	92%	福山・府中	福山市	1,140	1,044	92%
広島西	大竹市	124	119	96%		府中市	116	109	94%
	廿日市市	474	452	96%		神石高原町	32	31	96%
	小計	597	571	96%		小計	1,288	1,184	92%
呉	呉市	787	735	93%	備北	三次市	296	285	96%
	江田島市	98	93	95%		庄原市	223	217	97%
	小計	885	828	94%		小計	519	502	97%
					合計	10,185	9,481	93%	

※厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」において示された、介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量に関する考え方に基づいて試算した

※小数点以下を四捨五入しているため、各項目の合計値と計、合計が一致しない場合がある

【計画期間におけるサービス必要量と体制整備】

計画期間におけるサービス必要量は、平成30(2018)年から平成37(2025)年までの8年間、毎年度、同じ量ずつ追加的需要が増加するものと仮定し、保健医療計画の中間年(平成32(2020)年度)及び終期(平成35(2023)年度)におけるサービス必要量を比例的に逆算して推計することとされています。(例)平成32(2020)年度：平成37(2025)年度×3/8年

このサービス必要量について、さらに①療養病床からの転換、②介護施設、③在宅医療、④外来医療のサービスごとに推計し、それぞれ関連する計画において、整備方針等を検討しています。

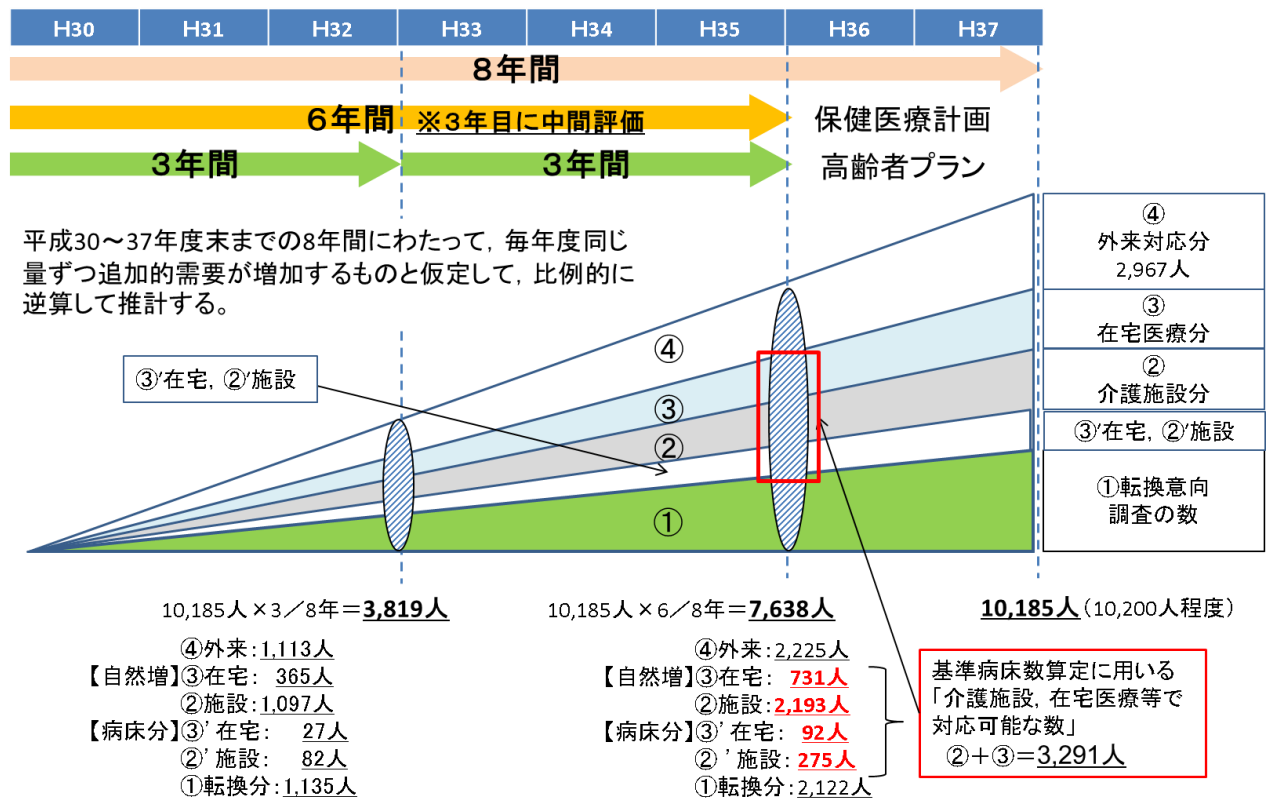
①の療養病床からの転換については、介護サービスに「介護医療院」が新たに創設されたことから、療養病床を有する病院・有床診療所への転換意向調査を実施し、その結果を見込むとともに、円滑な転換を図っていく必要があります。

また、②介護施設、③在宅医療での対応が見込まれる部分は、保健医療計画の「療養病床及び一般病床に係る基準病床数」の算定にも反映させています。

なお、①の療養病床からの転換については、介護報酬改定に向けて判明する介護医療院等の施設基準や報酬により、医療機関の転換意向が調査時と比べ変化する可能性があることから、市町と連携して円滑な転換を図ることとします。

保健医療計画の中間年(平成32(2020)年度)は、ひろしま高齢者プラン(介護保険事業支援計画)及び市町の介護保険事業計画の終期であり、県と市町と協議を行い、平成33(2021)年度からのひろしま高齢者プラン等と整合性を図りながら、必要な医療・介護サービスの提供体制を確保していくこととしています。

図表 4-8 追加的なサービス必要量の推計(暫定値)



3 病床の機能の分化及び連携の促進

病床の機能の分化及び連携については、地域の医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により推進していくことが前提であり、地域医療構想調整会議に設置した「病院部会」において、各医療機関が担う医療機能の役割分担について、今後、2年間程度で集中的な検討を促進していきます。

現状と課題

1 病床の機能の分化及び連携の促進

(1) 病床の機能の分化及び連携の促進

現在の一般病床、療養病床の区分では、それぞれの医療機関が担っている機能が見えにくいため、地域の病院や診療所がどのように役割分担しているのか不明瞭になっています。

病床の機能の分化については、各医療機関が病床機能報告及び地域医療構想を踏まえて、構想区域内における自院の役割及び病床機能を選択し、他の医療機関との連携を図るとともに、地域の医療・介護サービスのネットワーク化を進めていく必要があります。

(2) 医療機関の施設・設備整備の推進

本県では、平成37（2025）年には全ての構想区域において回復期機能の病床が不足すると見込まれます。

(3) 疾病別・事業別の医療機能の分化と連携の促進

疾病別・事業別の観点においても、診療密度が特に高い高度急性期については構想区域を越えた連携体制を充実・強化する必要がありますが、急性期、回復期及び慢性期については、患者や家族の身近なところでサービスの提供が受けられる体制が必要となります。

一方、同一構想区域内で複数の基幹病院が重複した機能を果たしている場合は、基幹病院間の役割分担を明確にしていく必要があります。

緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞を含む救急医療については、当該診療を行う医療機関までのアクセス時間等を考慮し、構想区域を越えた連携も必要となります。

がん等の疾患においては、地域連携クリティカルパスの導入を進め、十分に活用していくことができる環境を整える必要があります。

(4) 慢性期及び在宅医療等の患者へのサービス提供体制の確保

県内の療養病床の実態調査の結果によると、在宅（居宅）での医療・介護サービスを受けることで療養生活の継続が可能と考えられる患者の割合は低く、こうした患者や家族を支える医療・介護サービスの提供体制の確保・充実が必要となります。

平成37（2025）年における必要病床数は、前述しているとおりですが、慢性期医療、特に療養病床に入院している患者に対する適切な医療・介護サービスの提供が求められます。

(5) 地域医療連携推進法人の認定制度

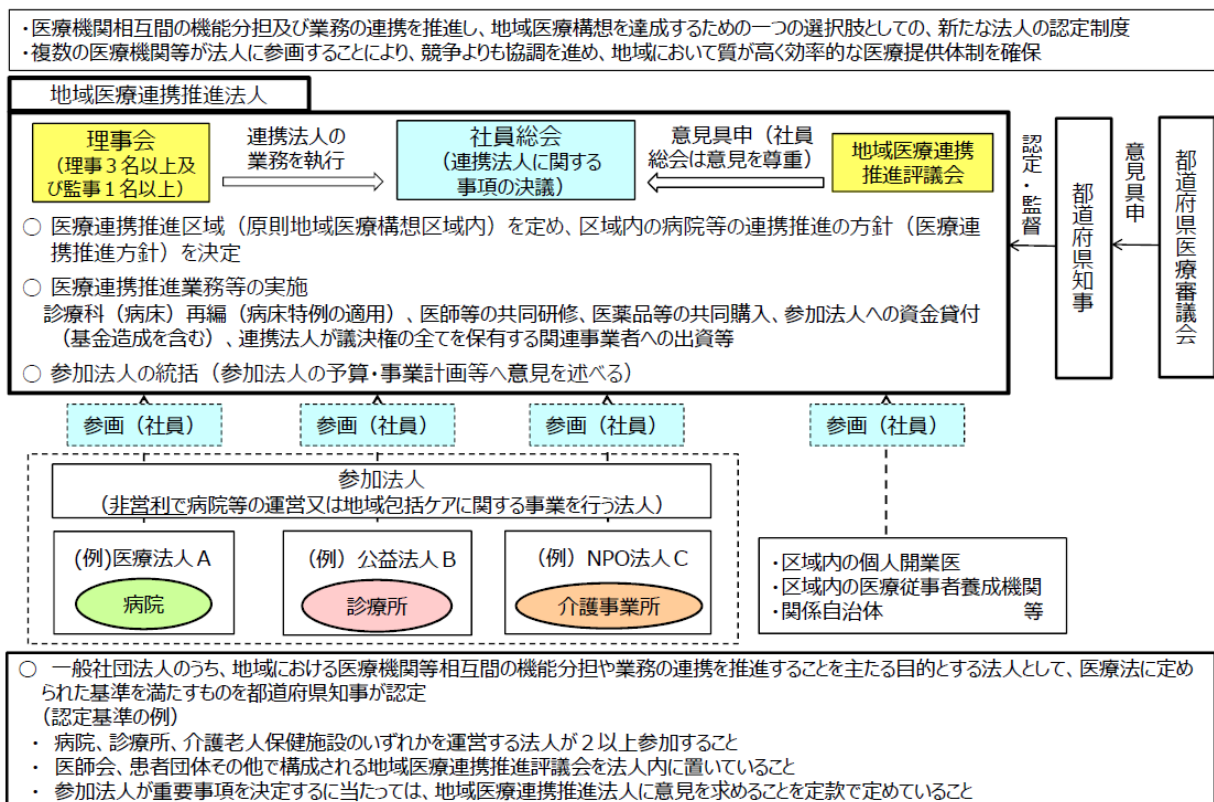
平成27(2015)年の医療法改正により、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度が創設されました。

本県では、全国初となる地域医療連携推進法人として、平成29(2017)年4月2日に三次市及び庄原市を医療連携推進区域とする備北メディカルネットワーク(市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院、三次地区医療センターが参加)を認定しました。

備北メディカルネットワークでは、①医療従事者を確保・育成する仕組みづくり、②地域包括ケアの推進、③共同購買の仕組みづくり、④共同研修の仕組みづくり等の地域医療連携推進業務に取り組むこととしています。

病床の機能の分化及び連携を進めるためには、そのツールである地域医療連携推進法人制度の活用を含め、様々な連携のあり方を検討し、地域特性に応じた医療・介護提供体制を構築していく必要があります。

図表 4-9 地域医療連携推進法人の概要



2 ICTの活用による医療・介護連携体制の整備

病床機能の分化及び連携を進めるためには、患者は状態に応じて最もふさわしい医療機関において医療の提供を受け、また退院後における在宅医療・介護サービスへの移行が円滑に行われる必要があります。ICTを活用した医療情報ネットワークは、そのための重要なツールとなります。

本県には、県内全域を網羅するひろしま医療情報ネットワーク(HMネット)をはじめ、各地域内の独自の医療情報ネットワークや在宅介護支援システムが整備されており、高い情報セキュリティを確保しながら、これら相互のシステム連携が必要となります。

施策の方向

1 病床の機能の分化及び連携の促進

(1) 病床の機能の分化及び連携の促進

各医療機関においては、病床機能報告制度による同一構想区域内の他の医療機関の状況を参考に、地域における自院の病床機能を客観的かつ相対的に位置付け、地域医療構想の実現に向けて主体的に病床機能の選択を行います。

各構想区域に設置した地域医療構想調整会議において、地域の関係者が地域の実情に応じて将来必要となる医療・介護提供体制の実現に向けて継続して協議・調整を行っていきます。

高度な医療機能を有する基幹病院が集中する地域においては、それぞれの病院の特徴を活かした役割分担を明らかにし、相互の連携を強化するとともに構想区域を越えた医療の提供を行うなど、医療の質の向上と医療資源の効率的な配置を図っていきます。

(2) 医療機関の施設・設備整備の推進

高度急性期から慢性期までの病床機能の分化及び連携を進めるため、関係する医療機関間において協議・調整を行うとともに、不足する病床機能を充足させるための病床転換を推進します。

(3) 疾病別・事業別の医療機能の分化と連携の促進

高度急性期については、医療資源の集積を考慮し、構想区域を越えた広域連携を基本とした体制整備を図ります。

急性期、回復期及び慢性期については、患者住所地を基本として、構想区域内での完結を目指します。

緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞を含む救急医療については、構想区域内で速やかに急性期の専門的治療を受けることが必要ですが、当該診療を行う医療機関までのアクセス時間等を考慮し、構想区域を越えた連携体制の充実・強化も図ります。

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の疾患においては、地域連携クリティカルパスの導入・普及を進めます。

(4) 慢性期及び在宅医療等の患者へのサービス提供体制の確保

療養病床入院患者の実態を踏まえ、また、国の施策立案の動向を踏まえながら、平成37(2025)年に向けた慢性期病床及び在宅等での医療・介護ニーズに対応するために必要な体制整備を進めます。

引き続き、地域包括ケアシステムの構築を推進し、平成37(2025)年に向けた在宅医療や訪問看護体制の強化、介護保険施設の整備をはじめとした幅広い選択肢の中から、患者にとって最も適切な療養環境を提供できる体制の確保を目指します。

(5) 地域医療連携推進法人の認定制度

備北圏域において、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる地域完結型医療が実現されるよう、関係機関と連携・協力して、備北メディカルネットワークの取組を支援します。

他の医療機関等において地域医療連携推進法人設立の動きがあった場合は、関係者と情報を共有しながら、地域医療構想を達成するための取組を支援していきます。

2 ICTの活用による医療・介護連携体制の整備

県内の全ての医療機関がひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）に加入するか、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）と連携することにより全ての県民が医療情報ネットワークを利用できる環境整備を進めます。

また、県内各地で整備されている医療情報ネットワークや在宅介護支援システムとの連携のほか、隣県のネットワークとの広域的な連携も進めていきます。

県内の医療・介護等のデータを集積、分析及び活用する仕組みの構築を検討していきます。

4 病床の機能に関する情報提供の推進

医療を受ける当事者である患者や住民が、医療提供体制を理解し、医療の適切な選択や受診を行うことができるよう、病床機能報告を通じて把握した病院又は診療所であって一般病床又は療養病床を有するものの病床の機能の情報について、ホームページにより公表します。

ただし、病床機能報告制度において報告が必要な項目の中には、レセプト情報を活用して収集した具体的な医療の内容に関する項目が含まれていることから、患者・住民に対して広く情報を公表する際には、医療機関を受診した患者や、医療機関自体の個人情報保護のための配慮が必要です。

