



平成27年7月29日(水)  
都道府県保険者協議会正副会長会議

# 地域医療構想について

厚生労働省医政局

地域医療計画課

西川 宜宏

# 医療計画について

# 医療計画制度について

## 趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

## 平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保      ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定      ○ 基準病床数の算定      等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

## 【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

# 医療圏について

## 概 要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

### 三次医療圏

52医療圏（平成25年4月現在）

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

#### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。



**特殊な医療を提供**

### 二次医療圏

344医療圏（平成25年4月現在）

#### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等



**一般の入院に係る医療を提供**

## 特殊な医療とは…

（例）

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療 等

# 医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0330第28号 平成24年3月30日)別紙)

## 1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

## 2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。

(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

## 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び社会医療法人の役割、歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、薬局の役割にも留意する。

## 4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

## 5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

## 6 医療の安全の確保

## 7 基準病床数

## 8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標  
5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、それぞれの医療圏ごとに、都道府県が必要とする医療機能を有する医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数等の実態調査を行い、その結果を踏まえ、不足している医療機能についての整備の方法及び目標等について記載する。

## 9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

## 10 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。



# 基準病床数制度について

## 目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

## 仕組み

### ○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



### ○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

## 病床数の算定に関する例外措置

① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定

② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

# 基準病床数制度について

病院・診療所の病床数については、各都道府県が地域で必要とされる「基準病床数」を全国统一の算定式により算定し、「既存病床数」が「基準病床数」を超える地域(病床過剰地域)では、病院開設・増床を許可しないこととなっている。

## 基準病床数

○ 都道府県は、以下の算定式に基づき基準病床数を設定する。

「一般病床の基準病床数」＝

$$((\text{性別・年齢階級別人口}) \times (\text{性別・年齢階級別退院率}) \times (\text{平均在院日数} \times 0.9) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

「療養病床の基準病床数」＝

$$((\text{性別・年齢階級別人口}) \times (\text{性別・年齢階級別入院・入所需要率}) - (\text{介護施設(介護療養型医療施設を除く)で対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

○ ただし、都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、「(流出患者数－流入患者数)×1/3」を限度として基準病床数を加算することができる。

○ さらに、都道府県は、以下に掲げる事情があるときは、厚生労働大臣に協議の上その同意を得た病床数を基準病床数に加算できる。

◇ 急激な人口の増加が見込まれること

◇ 特定の疾患に罹患する者が異常に多くなること

等

## 既存病床数

○ 病院の一般病床及び療養病床

○ 有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床

○ 介護老人保健施設については、入所定員数に0.5を乗じた数を既存病床数に算定  
(※経過措置により、現在は原則算定対象外)

※職域病院等の病床数の補正

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算入しない。

「職域病院等」

・重症心身障害児施設の病床

・バックベッドが確保されているICU病床

・国立ハンセン病療養所の病床 等



# 医療計画と地域医療構想について

- 地域医療構想は、医療計画の一部であり、医療計画の記載事項のひとつと位置づけられている。

☆ 医療法(昭和二十三年法律第二百五号)

## 第二節 医療計画

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～六 (略)

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(以下「構想区域」という。)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量(以下単に「将来の病床数の必要量」という。)

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

八 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

九～十四 (略)

- 現在の第6次医療計画は、平成25年度からスタートしているので、今回、都道府県は、現在の医療計画を変更して、地域医療構想をこれに追記することになる。

- 医療計画を変更する際には、医療法に定められた手続を経ることが必要であり、この一環として、今回、医療法改正により設けられた保険者協議会への意見聴取が行われることとなっている。

# 地域医療構想について

# 地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した医療介護総合確保推進法により、平成27年4月より、都道府県が地域医療構想を策定。
- 地域医療構想は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進め、患者の医療ニーズにあった医療提供体制を構築するため、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、その実現を図るもの。
- 都道府県が地域医療構想の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含むガイドラインを作成・発出。

## 【地域医療構想の内容】

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量（必要病床数）

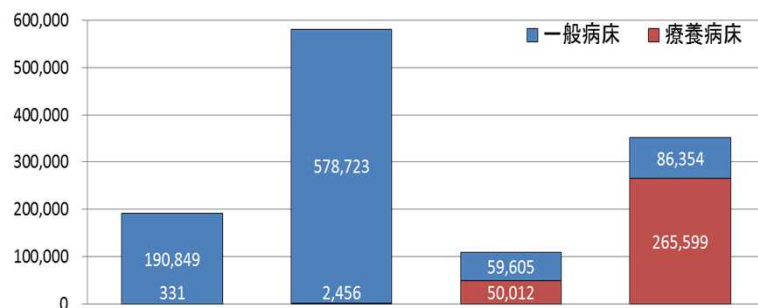
- ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
- ・ 都道府県内の構想区域（2次医療圏が原則）単位で推計

### 2. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

- 例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備
- 医療従事者の確保・養成等

## 【現状の医療機能別の病床数】

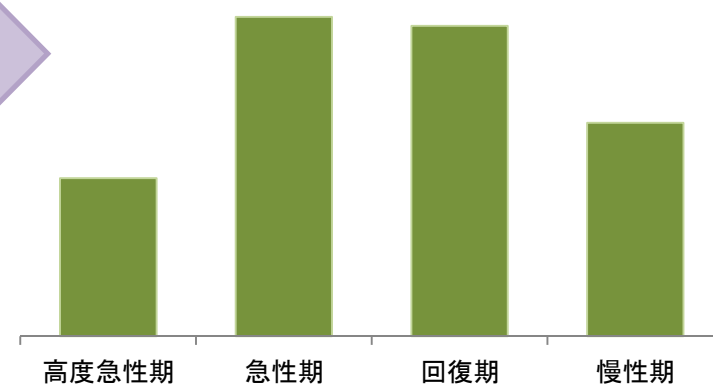
### 急性期病床が多く、「急性期中心の医療提供体制」



病床の機能  
分化・連携

## 【将来の医療機能別の病床数（イメージ図）】

「高度急性期から回復期・慢性期・在宅医療まで  
バランスのとれた医療提供体制」に



## 【病床機能報告制度における平成26年7月1日時点の病床数（許可病床）】

※平成27年3月2日時点で、データクリーニングが完了し集計可能となった  
病院6,996施設（94.5%）、有床診療所5,996施設（78.6%）のデータを集計。

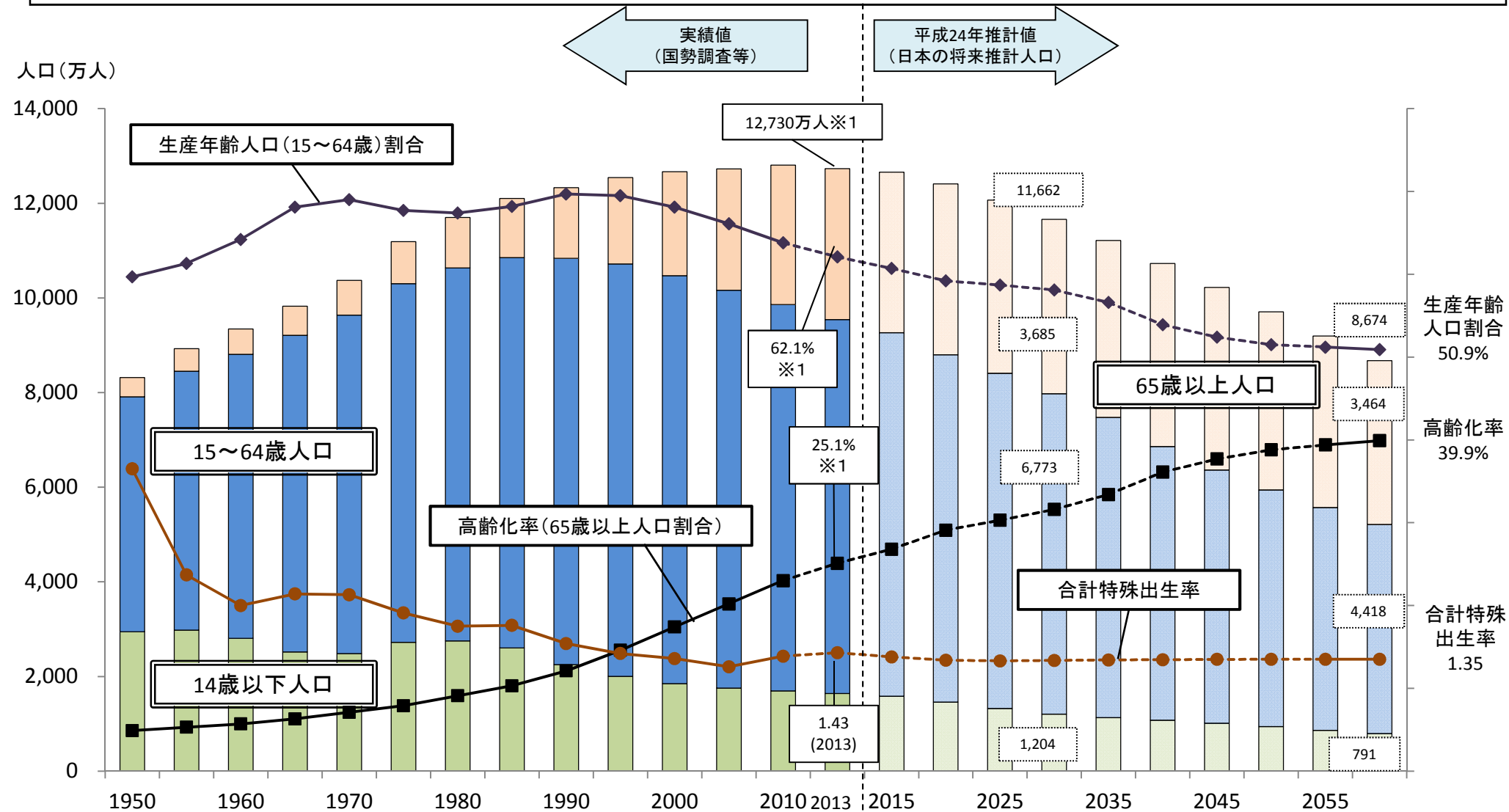
# なぜ地域医療構想が必要なのか？

## 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
  - 医療・介護需要増大、慢性疾患や複数疾病を抱える患者の増大（医療ニーズの増加・変化）
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
  - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 現在の日本の医療提供体制は、いわば急性期医療中心。
- 今後の医療ニーズの増加・変化に対応するためには、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

※1 出典:平成25年度 総務省「人口推計」(2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

# 人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

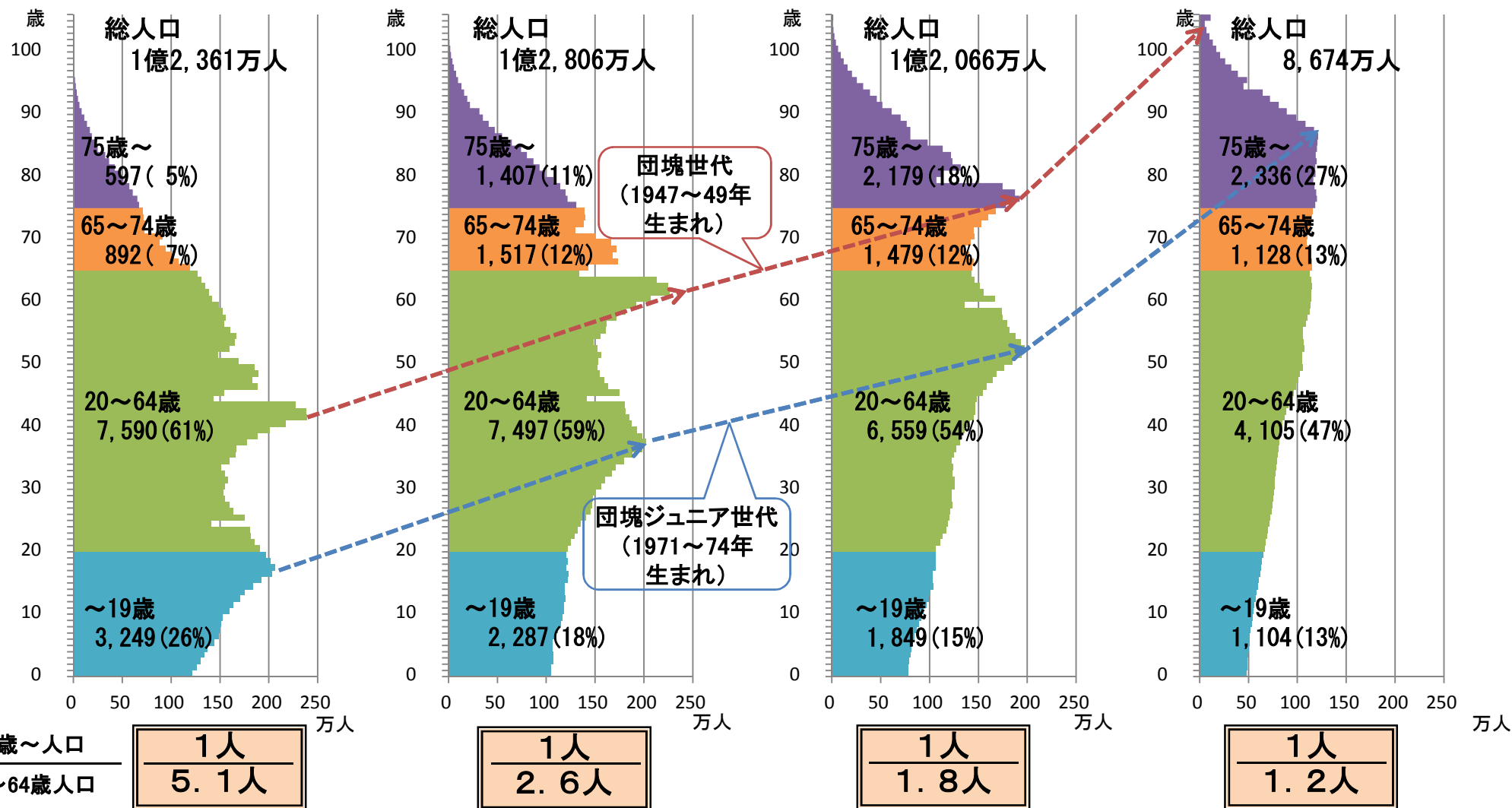
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年





# 2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況

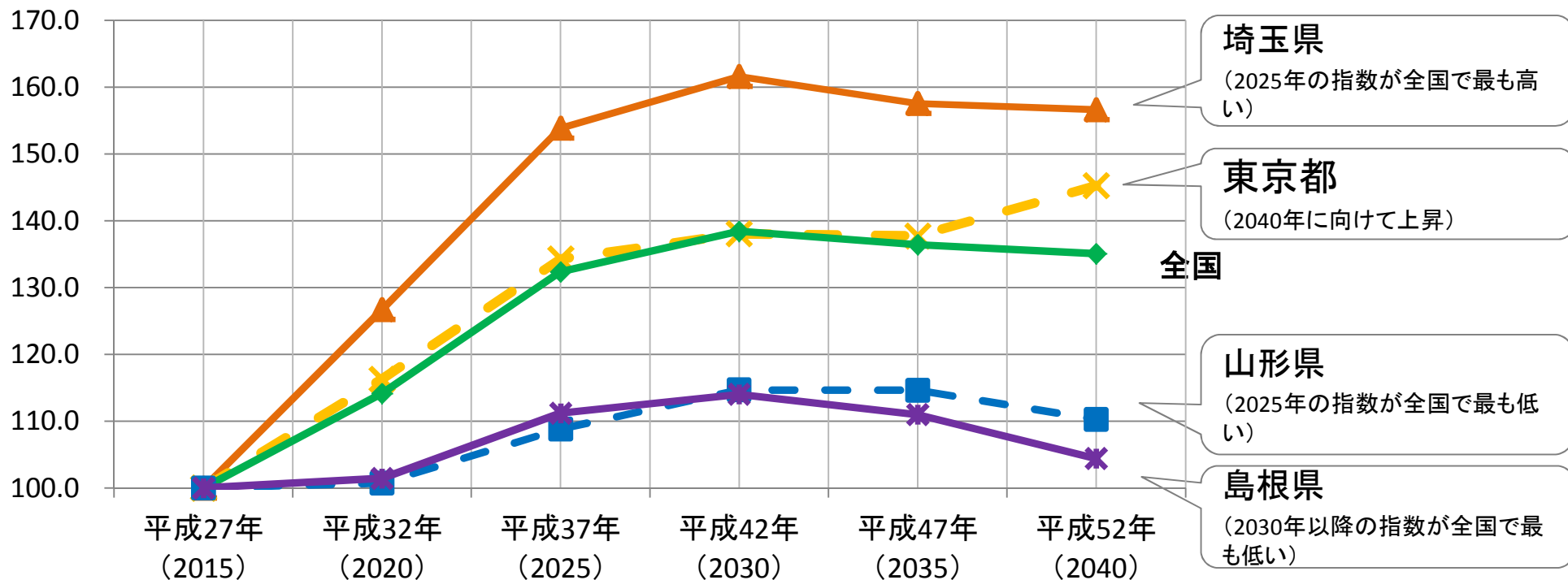
○ 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

○ 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

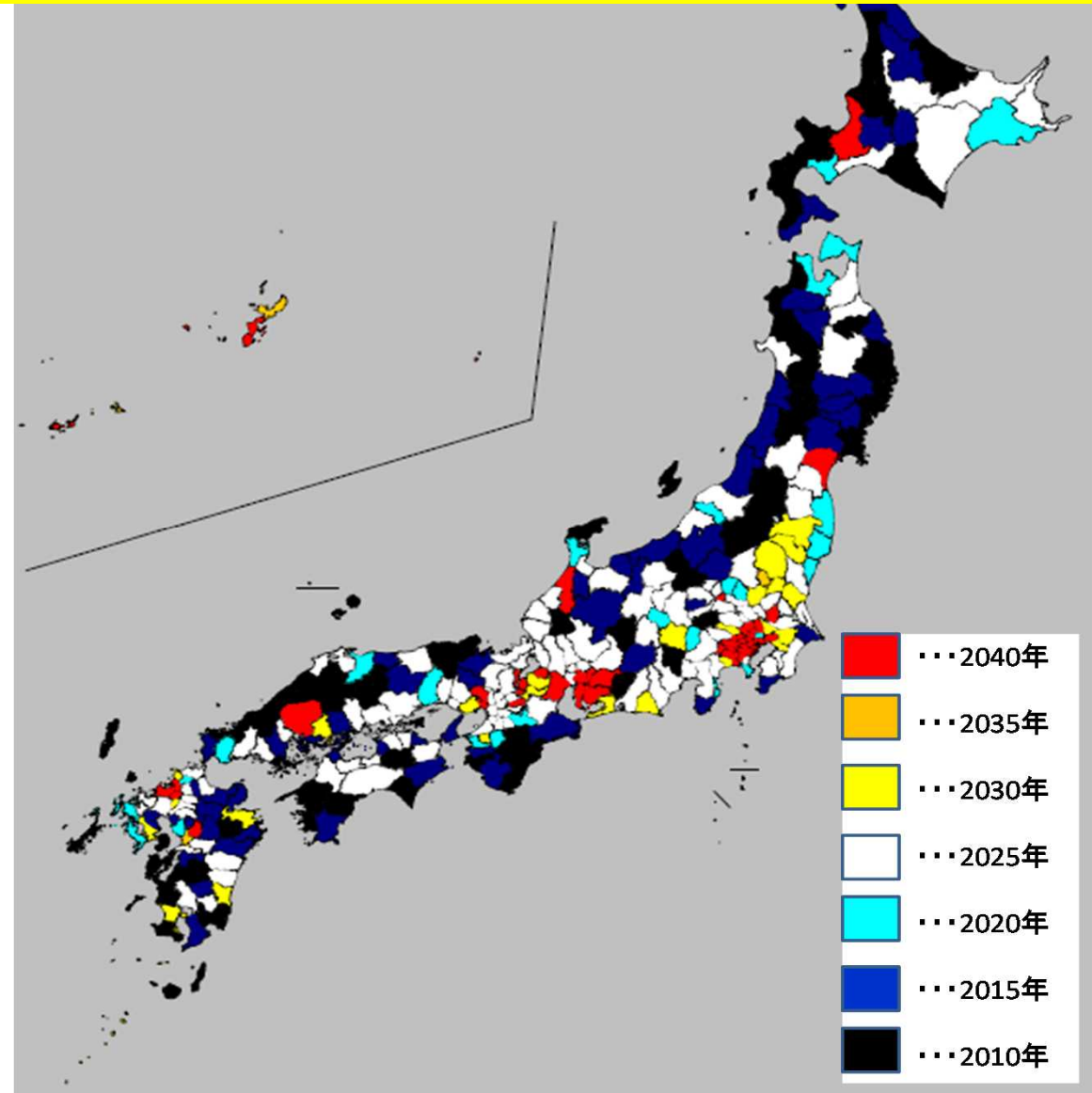
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



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(2013)年3月推計)」より作成

# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回 資料  
3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

# 全体の流れ

# 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（概要）

## 趣 旨

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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

## 概 要

### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

### 4. その他

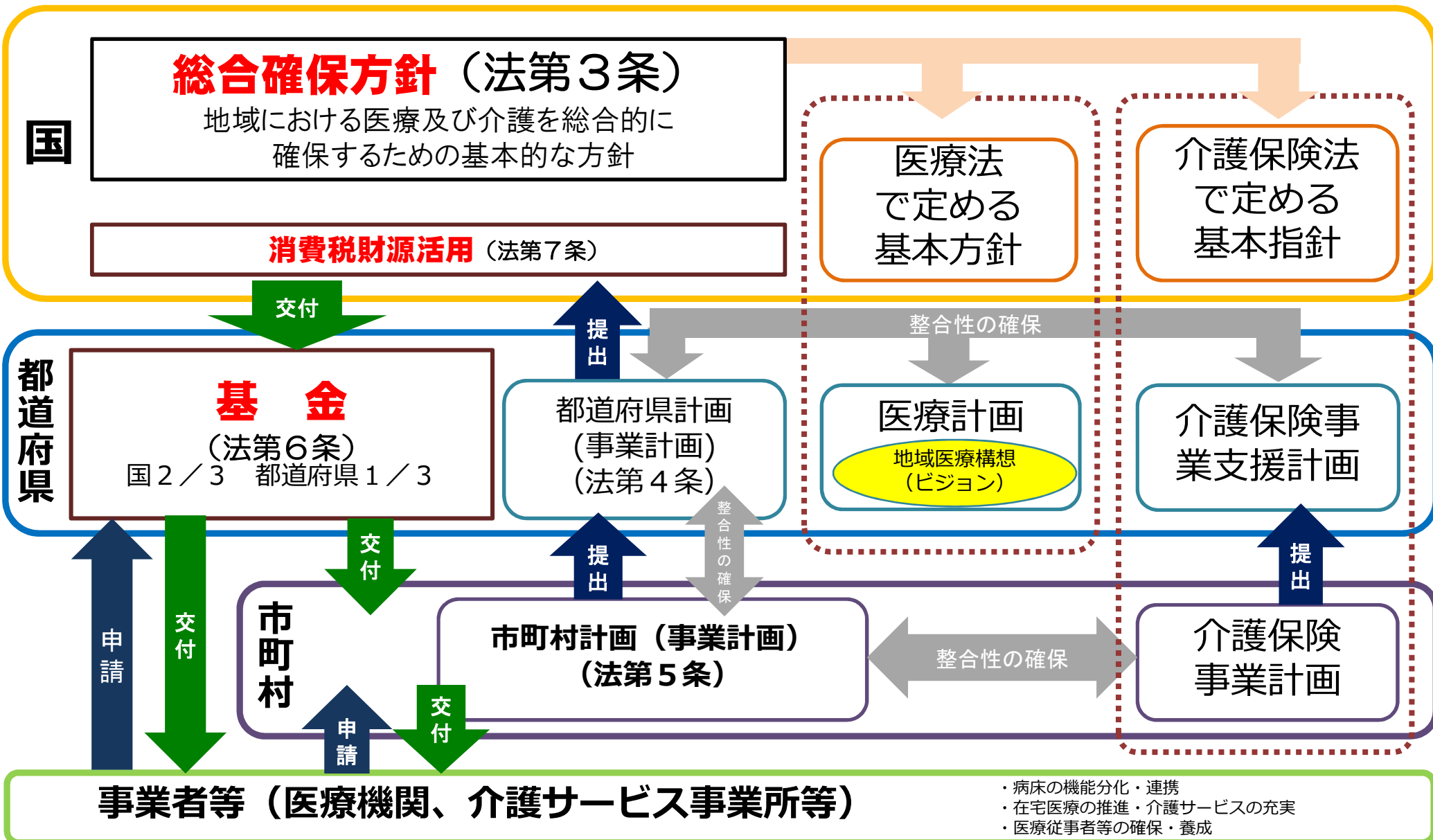
- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

## 施行期日

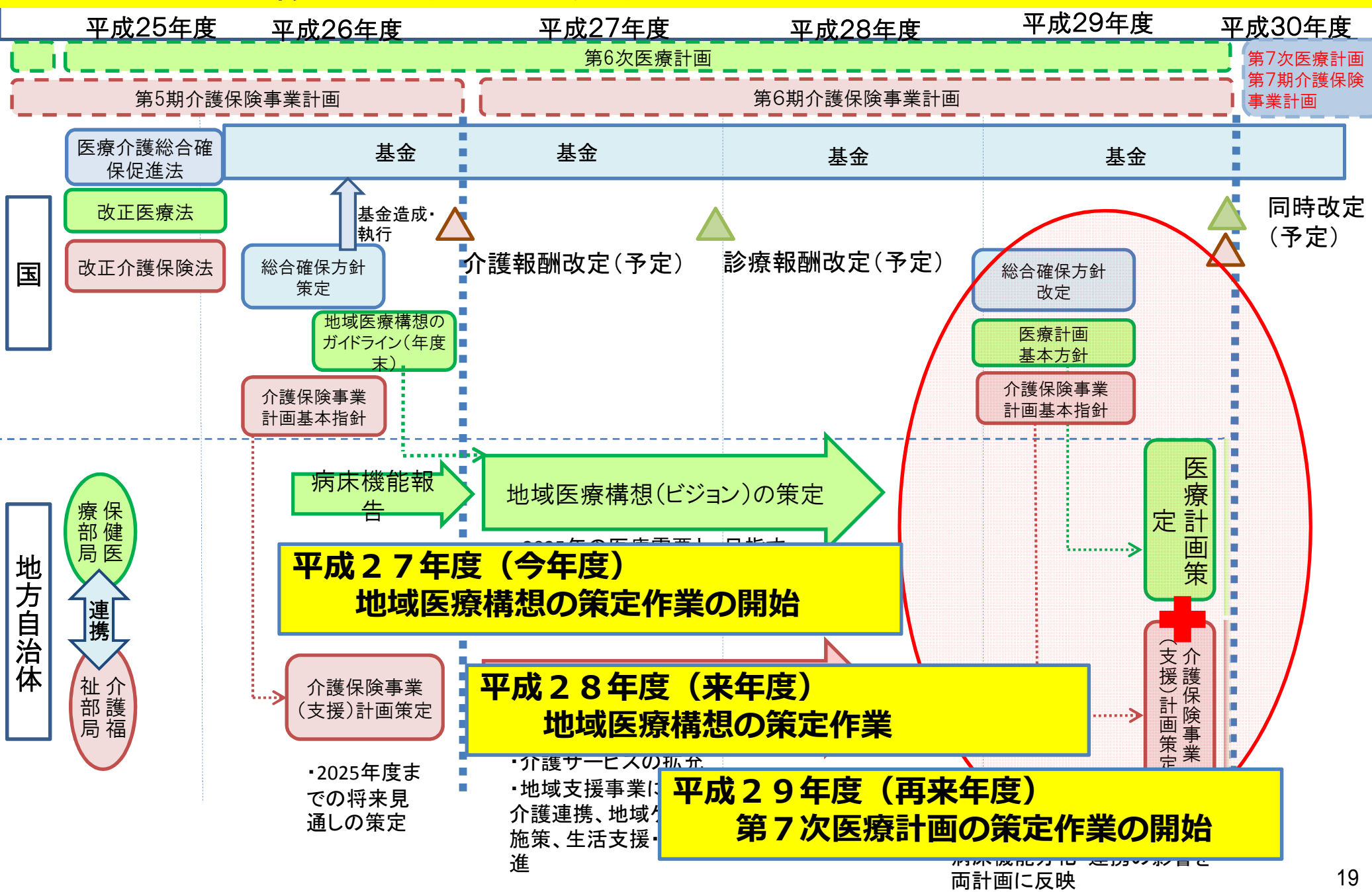
公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

# 地域医療・介護の総合的な確保の仕組み

(地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律)



# 医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール

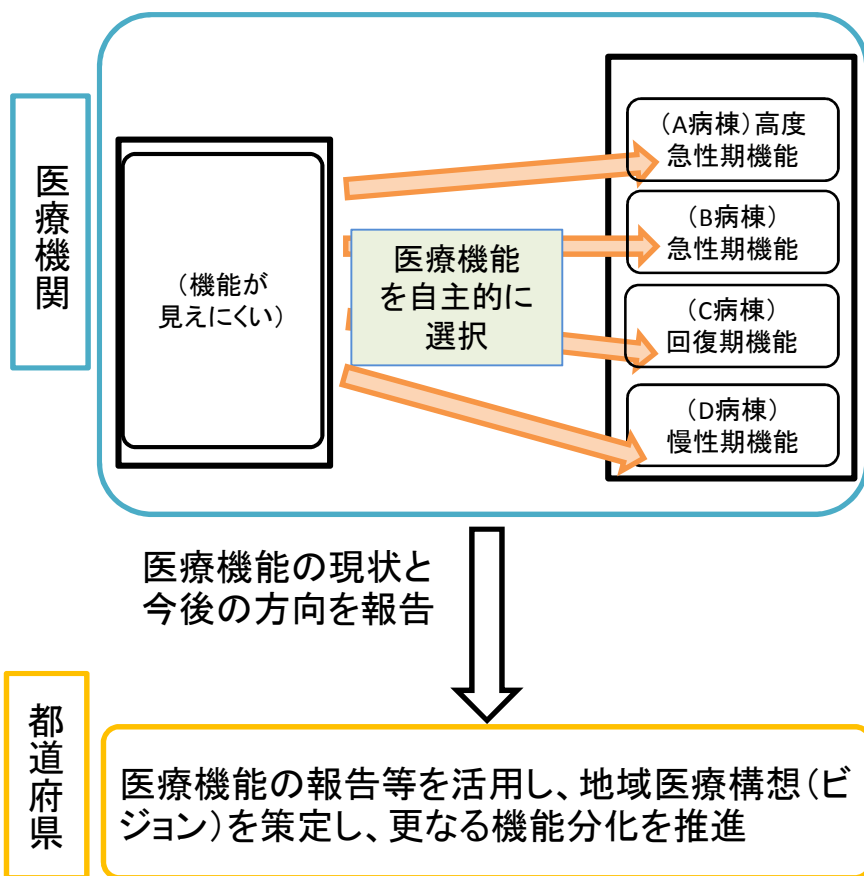




# 病床機能報告

# 病床機能報告制度

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進めるもの。(平成26年10月から施行)



## 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

## 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て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

## 慢性期機能

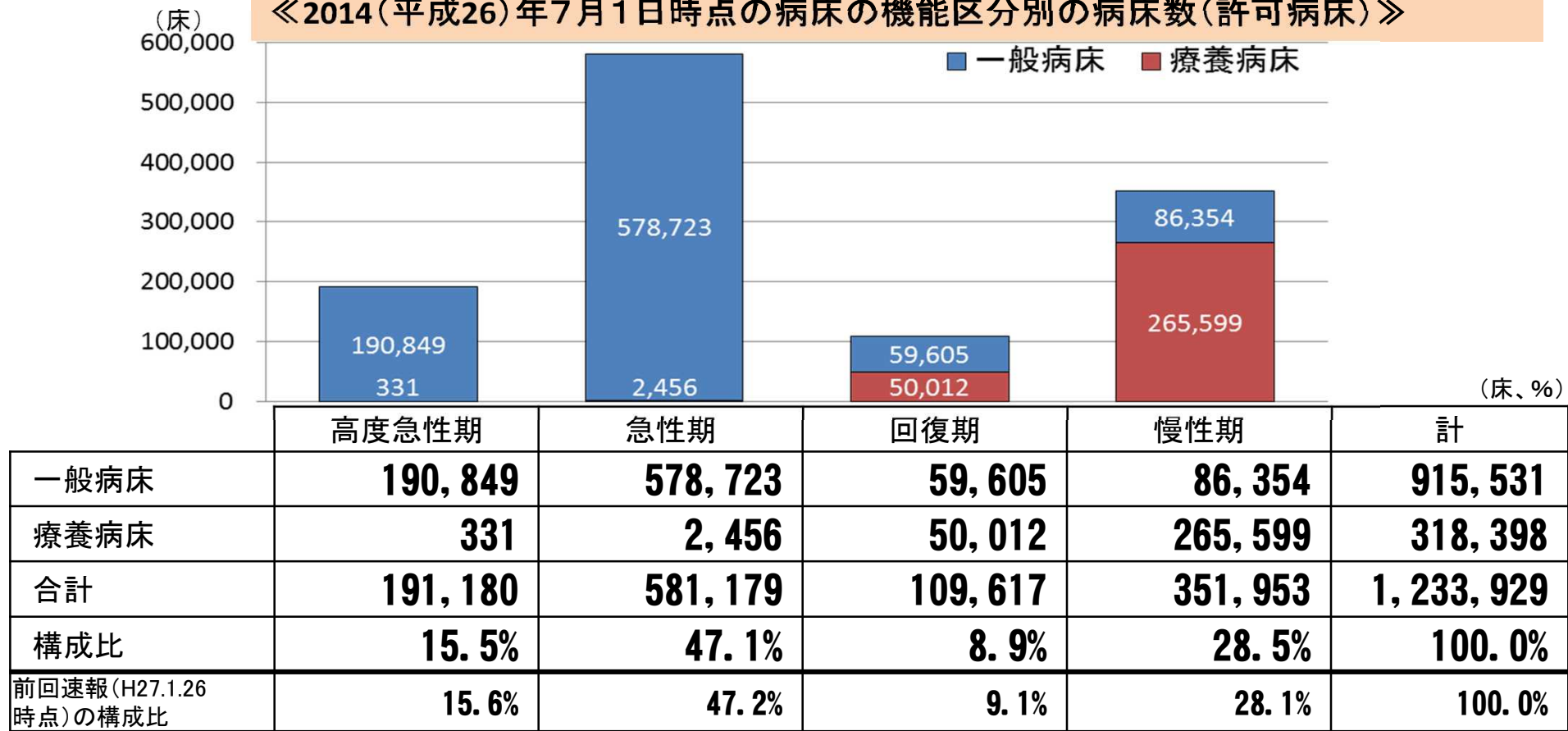
長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能  
長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】

○ 以下の集計は、平成27年3月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象の病院7,402施設、有床診療所7,626施設のうち、平成27年2月16日までに病院7,268施設(98.2%)、有床診療所6,874施設(90.1%)が報告済み。【※前回速報値(第2報)の報告率は病院97.2%、診療所86.1%】
- ・このうち、3月2日時点で、全病棟の機能区分の選択が確定した病院6,996施設(94.5%)、有床診療所5,996施設(78.6%)のデータを集計。(休床中等の理由により4つの機能区分のいずれも選択していない病床(未選択)を含む)
- 【※前回速報値(第2報)の集計率は病院86.3%、診療所64.5%】
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,247,363床。【※前回速報値(第2報)では1,139,394床】
- (cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床)

《2014(平成26)年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)》



(注) 集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

# 病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等

医療機能（現在／今後の方向） ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定
許可病床数、稼働病床数
一般病床、療養病床の別
医療法上の経過措置に該当する病床数
看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数
主とする診療科
算定する入院基本料・特定入院料

術の幅広い実施等への治療  
がん・脳卒中・心筋梗塞

(全身麻酔の)手術件数(臓器別)
胸腔鏡下手術件数／腹腔鏡下手術件数
内視鏡手術用支援機器加算
悪性腫瘍手術件数
病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製
放射線治療件数、化学療案件数
がん患者指導管理料
抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
分娩件数
超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術
入院精神療法、精神科リハビリテーション加算

在宅医療・急性期・回復期・在宅医療への支援  
全身管理  
急性期・回復期・在宅医療への支援

退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算
救急搬送患者地域連携受入加算
地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料
介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料
退院前訪問指導料
中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
観血的動脈圧測定 1日につき
ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流
経管栄養カテーテル交換法
疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法
リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算

一般に公表されるもの。  
医療機関が報告する病床機能とともに、  
「この医療機関（病棟）はどんな医療を提供しているのか」が分かることとなる。

入院患者の状況

新規入棟患者数
在棟患者延べ数
退棟患者数
入棟前の場所別患者数
予定入院・緊急入院の患者数
退棟先の場所別患者数
退院後に在宅医療を必要とする患者数

心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法
休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数)
救急車の受入件数

多様な機能

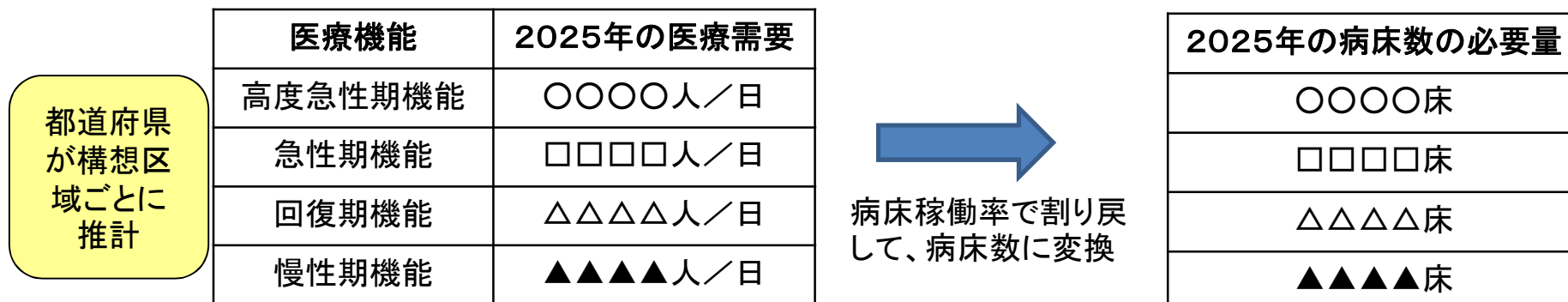
有床診療所の多様な役割 (①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能)
--

保険者として、被保険者のために活用  
(わかりやすく周知・情報提供)

# 地域医療構想 (推計方法)

# 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想区域ごとの医療需要(人口10万人対の受療率)を、人口推計(中位推計:性・年齢階級別)を使用し2025年の値を推計
- 医療需要については、医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、「一日当たりの入院患者数」を算出。
- 算出された人数を病床稼働率で割り戻して、病床の必要量とする。  
(高度急性75%、急性78%、回復90%、慢性92%)



- 推計に当たっては、DPC病院の医療行為に関するデータ(DPCデータ)やNDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータを活用。
- その他、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮。



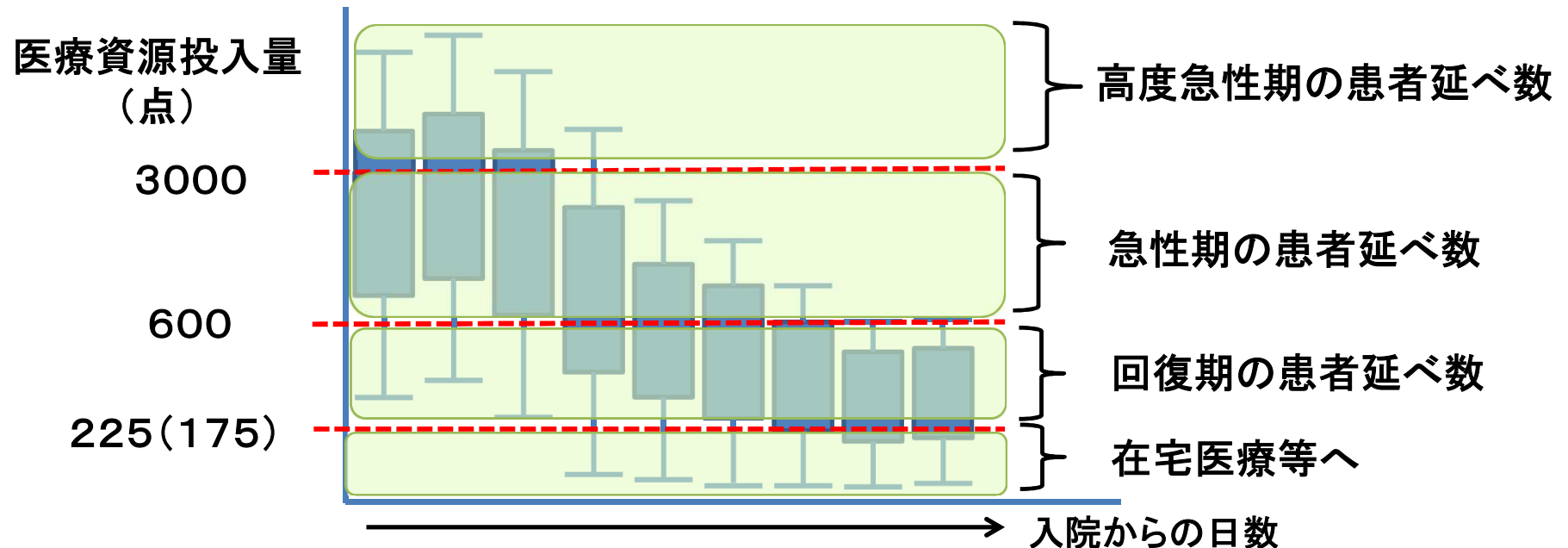
# 区分の方法(医療資源投入量の考え方を導入)

【高度急性期、急性期、回復期について】

◇入院初期は手術などで大きな医療提供が行われ、その後、落ち着いた状態になるまで連続的に医療が提供される（その後は退院など）。

◇3つの「病期の区分」について、今回は、  
「患者一人に一日にどれだけの医療が提供されたか（医療資源投入量）」  
を診療データと診療報酬の点数を活用して測定し、区分することとした。

◇それぞれの範囲に入った患者を全てカウントし「患者の延べ数」とする。  
これを地区ごとに人口対の数値（受療率）として算出。



病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

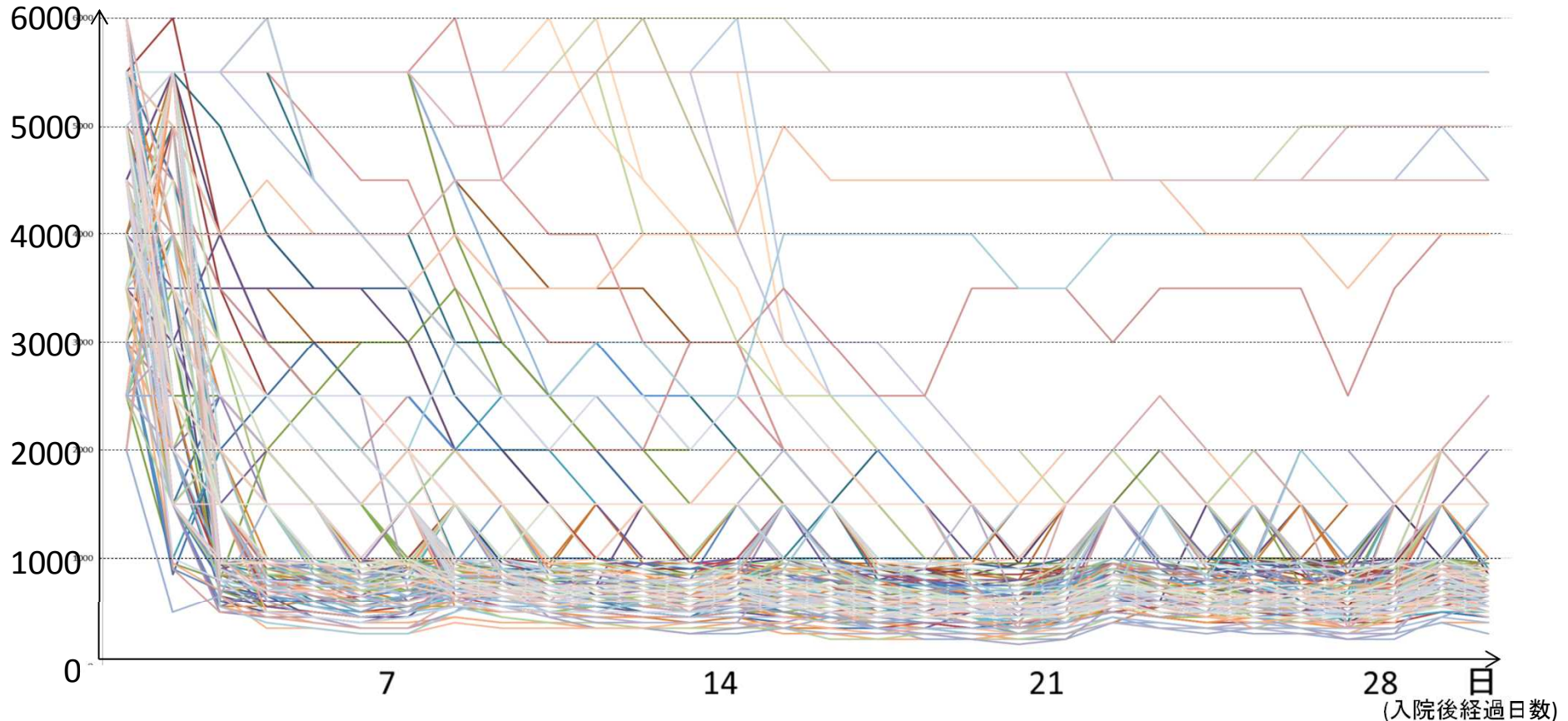
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<div>C1 3,000点</div> <div>C2 600点</div> <div>C3 225点</div>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175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、慢性期機能と在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

# 医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

- 上記の分析を、推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について実施した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
- 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。
  - ・ 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
  - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している

医療資源投入量(点)



## 慢性期機能の医療需要の将来推計の考え方

- ◇ 療養病床では、診療報酬が包括支払いになっているので、医療の中身を分析することができない。このため、高度急性期・急性期・回復期とは別の考え方で推計。
- ◇ 慢性期の患者(長期にわたって療養を必要とする患者)は、現在でも、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設等で、療養生活を営んでいる。
- ◇ 今後、高齢化の進展に伴い、慢性期の患者は特に増大する中で、現在の療養病床以外でも対応できる患者は、一定程度、在宅医療や介護施設等で対応していくことを前提に、慢性期機能の病床数を推計する必要。
- ◇ その際、現在の療養病床の入院受療率(10万人当たりの患者数)には、地域差が大きい。この地域差は、将来に向かって縮小していくことが必要。
- ◇ 一方で、各地域において、在宅医療や介護施設等の充実・整備の進み方には違いがある。こうした地域の実情にも配慮することが重要。

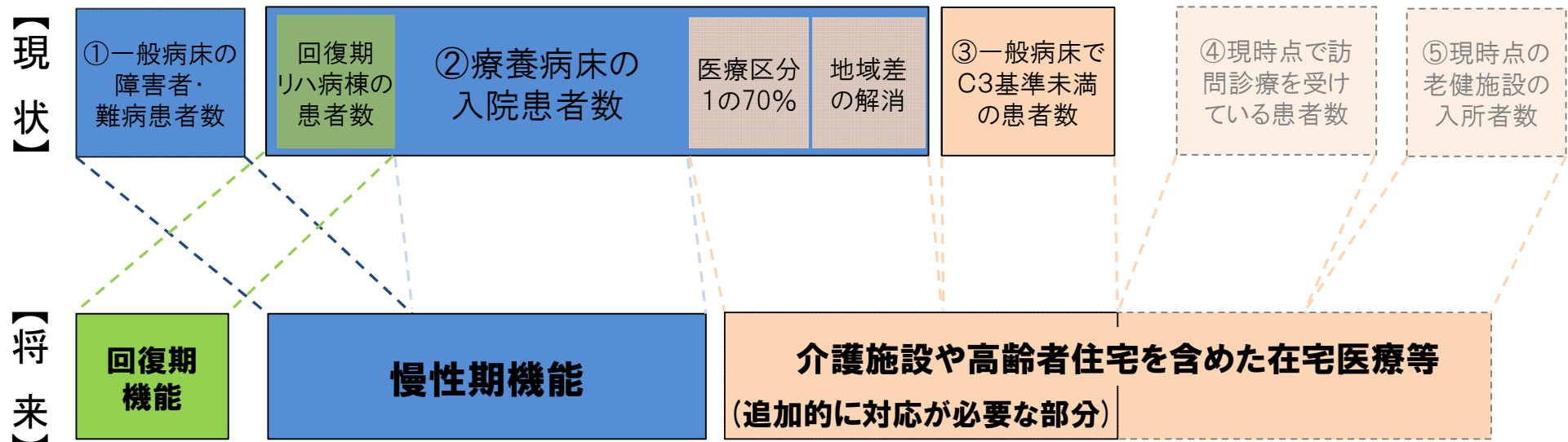
# 慢性期機能の医療需要の具体的な推計方法①

○ 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の医療需要は、以下の考え方に基づき推計。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)については、慢性期機能の医療需要として推計。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で医療需要を推計。
  - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する医療需要として推計。
  - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを縮小する目標を設定し、将来時点の慢期・在宅医療等の医療需要として推計。
  - ・ なお、療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要として推計。
- ③ 一般病床でC3基準未滿の医療資源投入量の医療需要については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、推計。

## 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図

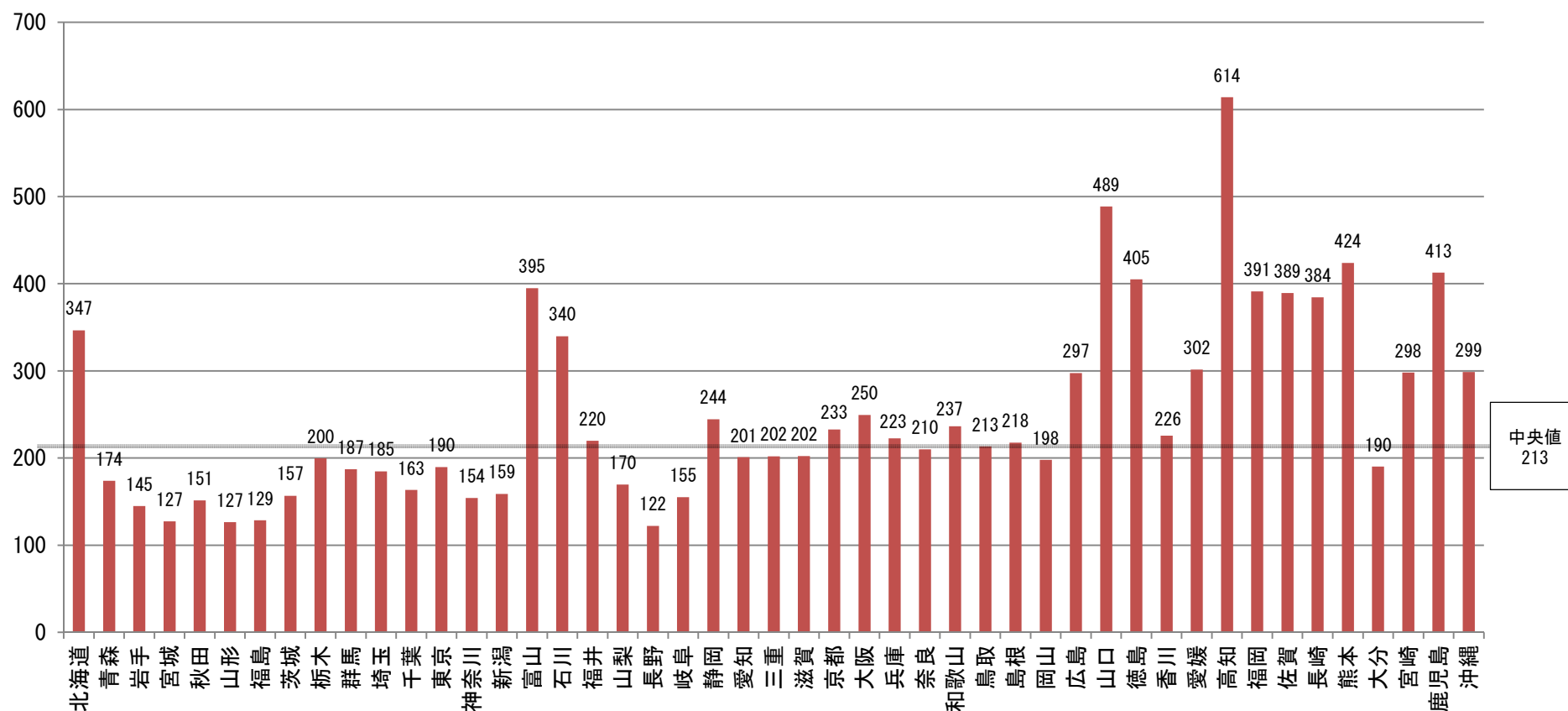


(注) このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

# 療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率

療養病床の入院受療率（人口10万人当たりの入院患者数）には、地域差があり、最大の高知県（614）と最小の長野県（122）の差は、約5倍となっている。

また、全国中央値の入院受療率を大幅に上回っている都道府県が西日本に多いことが分かる。



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。

3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。



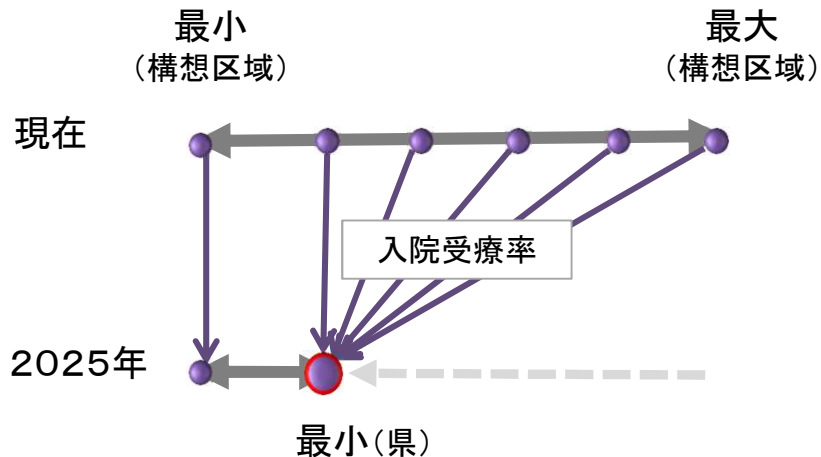
# 地域の実情に応じた慢性期病床の推計方法について

- 地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
- その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。  
(注) 療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

## 【入院受療率の地域差の解消目標の設定】

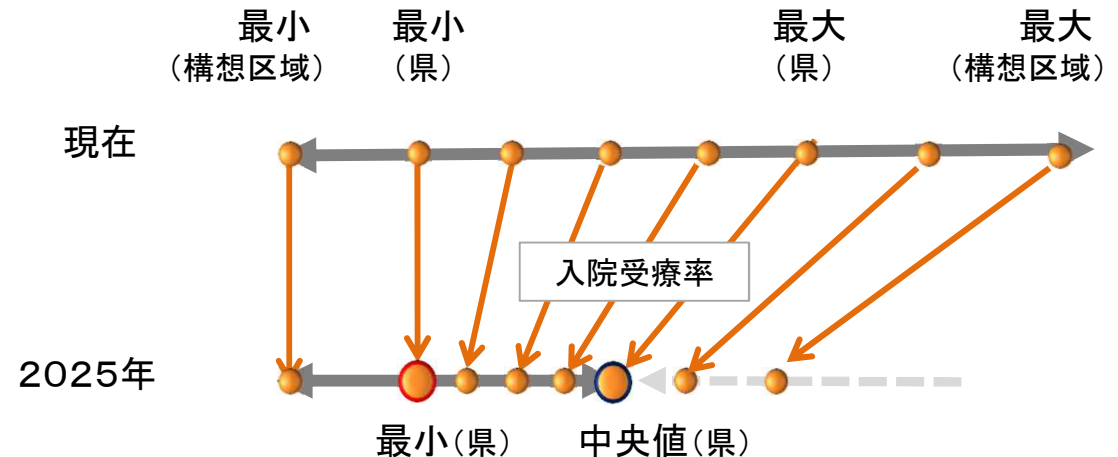
パターンA

全ての構想区域が  
全国最小値(県単位)まで  
入院受療率を低下する。



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\*縮小する。  
※ 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



※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

# 地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例等について

## パターンCの設定:一定の地域は2030年に目標達成を延長可能

- 以下の要件に該当する地域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。  
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とする。(当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定める。)

【要件】 以下の①かつ②に該当する地域(構想区域)

- ① 当該地域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の32%を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

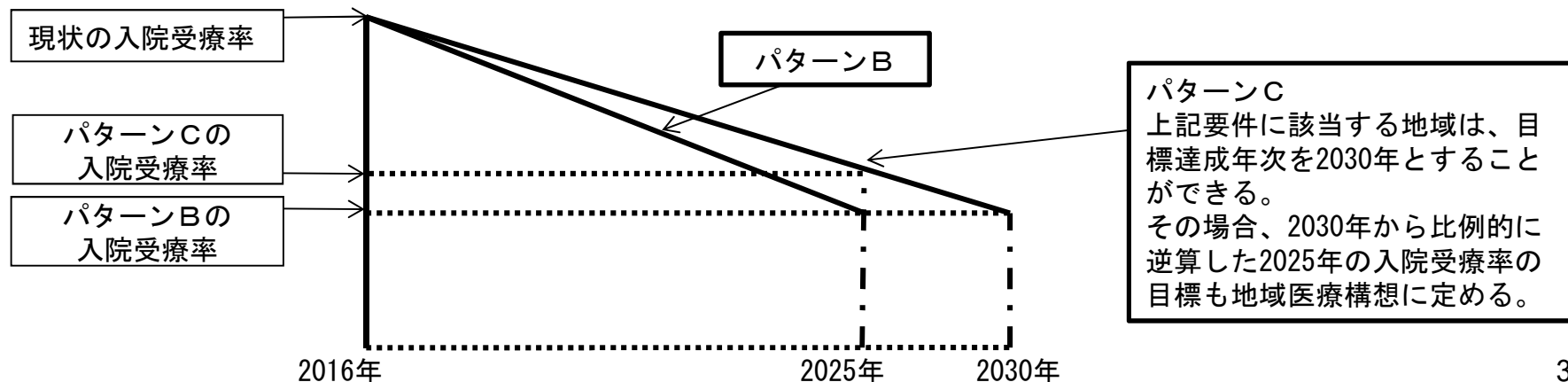
## (参考)地域医療構想策定後の目標修正

- 地域医療構想策定後、一定の要件に該当する地域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件 → 全国中央値(32%)を超える減少率の都道府県の地域(中央値を超える減少率の地域に限る。)その他これに類する地域

特別な事情 → やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法 → 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法

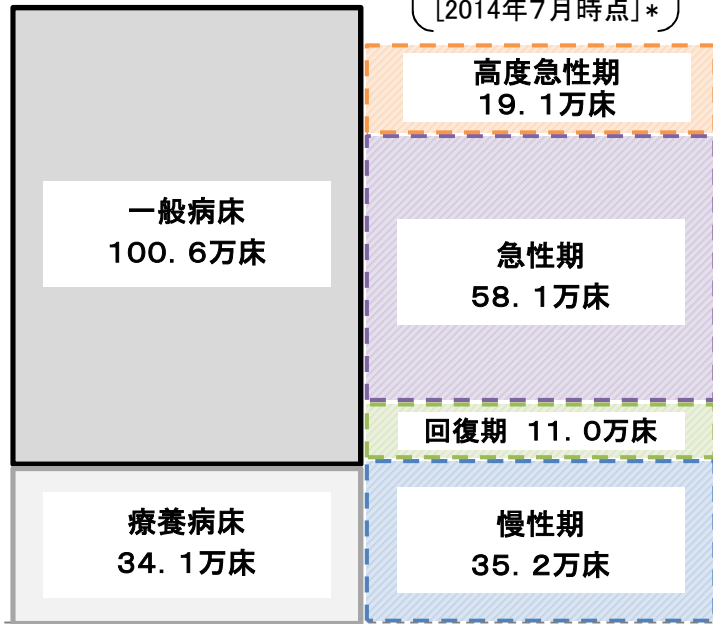


# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、  
・ 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

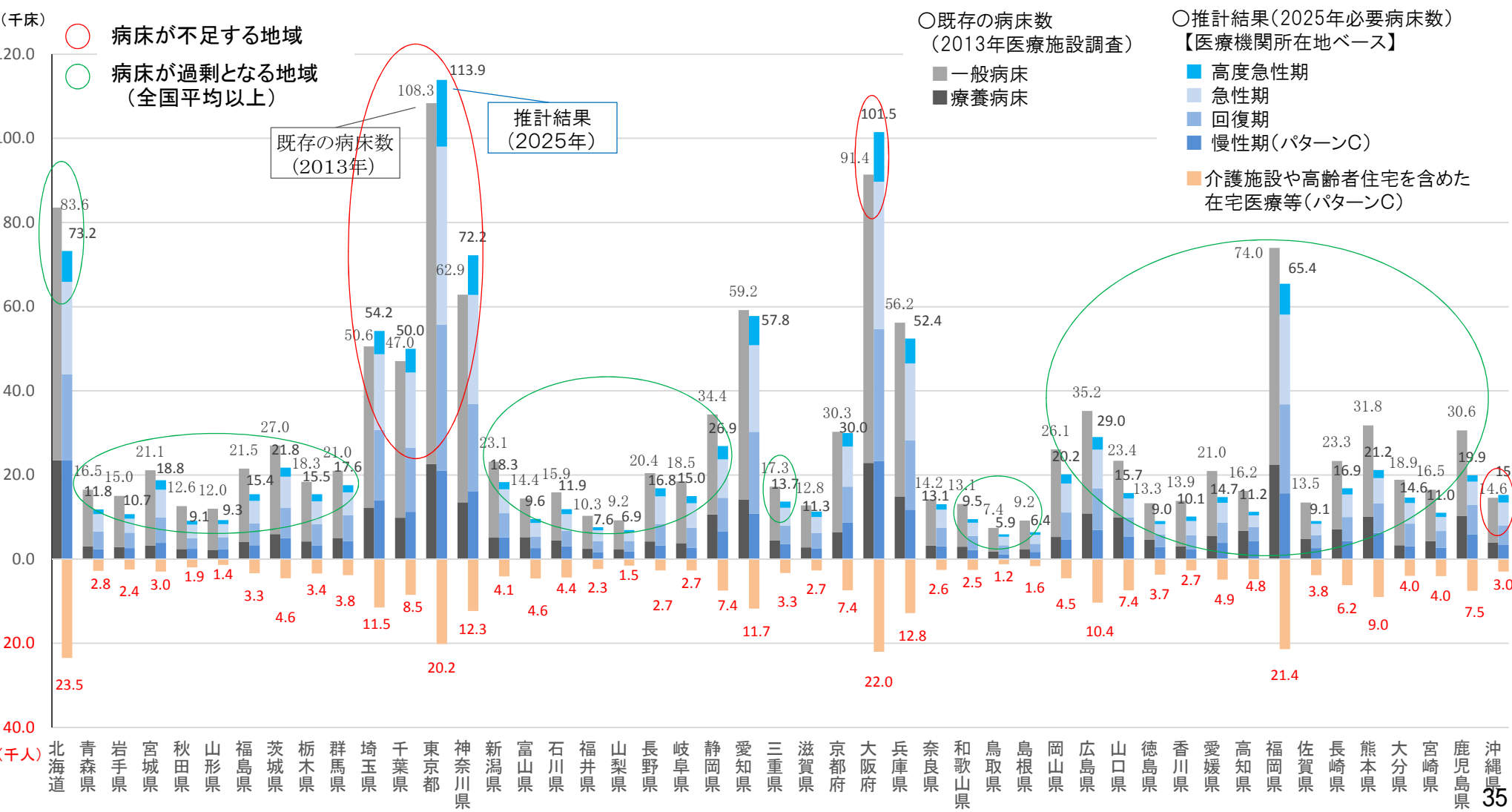
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



# 関東地方の入院患者流出入量

- 首都圏(1都3県)間の入院患者の流出入量は、日あたりに2千～5千人と大規模。
- 関東地方で500人以上の県間流出入を持つペアとしては、1都3県以外に、栃木－茨城、群馬－埼玉、神奈川－静岡があげられる。

	(千人／日)										
	医療機関所在地	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	静岡	その他	流出率
患者住所地	総数	26.4	18.7	21.2	54.3	48.1	105.2	59.8	32.5	974.8	
茨城	26.1	23.9	0.6	0.0	0.1	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3	8.4%
栃木	17.9	0.4	16.9	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	5.6%
群馬	20.3	0.0	0.3	19.4	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	4.4%
埼玉	54.2	0.3	0.2	0.9	46.3	0.7	5.2	0.2	0.1	0.3	14.6%
千葉	46.3	0.7	0.0	0.0	0.5	42.5	2.0	0.2	0.0	0.4	8.2%
東京	106.0	0.6	0.2	0.3	5.8	3.1	90.7	3.5	0.3	1.5	14.4%
神奈川	61.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.4	4.1	54.8	0.6	0.8	10.2%
静岡	32.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	30.8	0.6	3.8%
その他	977.2	0.4	0.5	0.3	1.0	0.6	2.3	0.8	0.7	970.6	
流入率		9.5%	9.6%	8.5%	14.7%	11.6%	13.8%	8.4%	5.2%		

※ 平成23年患者調査下巻第3表(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より  
精神・結核・感染症・療養・一般病床の全病床を含む

# 関東地方以外の入院患者流出入量

・関東地方以外で千人以上の県間流出入を持つペアとしては、岐阜－愛知、大阪－兵庫、大阪－奈良、福岡－佐賀があげられる。

(千人/日)

医療機関 所在地	岐阜	静岡	愛知	三重	その他	流出率	
患者住所地 総数	17.8	32.5	58.5	16.9	1215.3		
岐阜	18.5	17.0	0.0	1.1	0.1	0.3	8.1%
静岡	32.0	0.0	30.8	0.4	0.0	0.8	3.8%
愛知	57.4	0.5	0.3	55.8	0.3	0.5	2.8%
三重	17.3	0.0	0.0	0.4	16.0	0.9	7.5%
その他	1215.8	0.3	1.4	0.8	0.5	1212.8	
流入率	4.5%	5.2%	4.6%	5.3%			

医療機関 所在地		滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	その他	流出率
患者住所地	総数	12.5	29.9	92.0	53.1	12.9	12.4	1128.2	
滋賀	12.9	11.8	0.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	8.5%
京都	29.8	0.2	27.6	0.9	0.4	0.4	0.0	0.3	7.4%
大阪	88.0	0.1	0.6	84.3	1.3	0.6	0.4	0.7	4.2%
兵庫	54.3	0.0	0.2	2.7	50.4	0.1	0.0	0.9	7.2%
奈良	13.0	0.0	0.1	1.1	0.0	11.4	0.1	0.3	12.3%
和歌山	12.4	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	11.6	0.2	6.5%
その他	1130.6	0.4	0.8	2.3	1.0	0.4	0.3	1125.4	
流入率		5.6%	7.7%	8.4%	5.1%	11.6%	6.5%		

医療機関 所在地	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	その他	流出率	
患者住所地 総数	80.8	14.0	26.0	34.1	19.4	17.4	32.6	1116.7		
福岡	79.0	76.6	0.1	0.4	0.5	0.0	0.0	0.4	3.0%	
佐賀	13.6	1.0	12.4	0.2	0.0	—	—	0.0	8.8%	
長崎	26.4	0.5	0.4	25.4	0.0	—	0.0	0.1	3.8%	
熊本	33.7	0.7	0.0	0.0	32.8	0.0	0.1	0.1	2.7%	
大分	19.5	0.7	0.0	0.0	0.1	18.6	0.0	0.1	4.6%	
宮崎	17.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	16.7	0.3	4.0%	
鹿児島	33.2	0.1	—	0.0	0.3	0.0	0.6	32.0	0.2	3.6%
その他	1118.2	1.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	1115.7	
流入率	5.2%	11.4%	97.7%	3.8%	4.1%	4.0%	1.8%			

※ 平成23年患者調査(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より



# 保険者協議会の意見聴取と「協議の場」について

## 医療法第30条の4第14項(下線部改正)

都道府県は、医療計画を定め、又は第30条の6の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村及び高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2第1項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。

## 医療法第30条の14(新設)

- 1 都道府県は「構想区域」ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議するものとする。
- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

「協議の場」はガイドラインでは

地域医療構想調整会議と呼称



# 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

## ① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



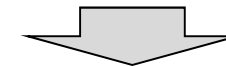
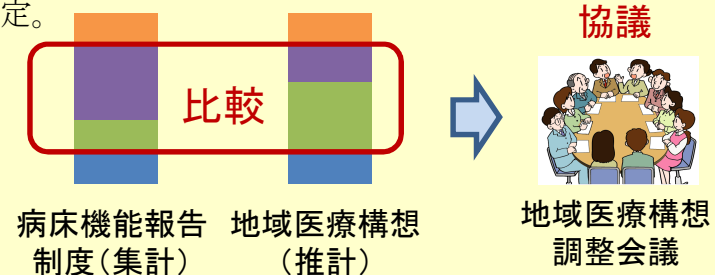
## ② 「構想区域」ごとに、国が告示するガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



## ③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

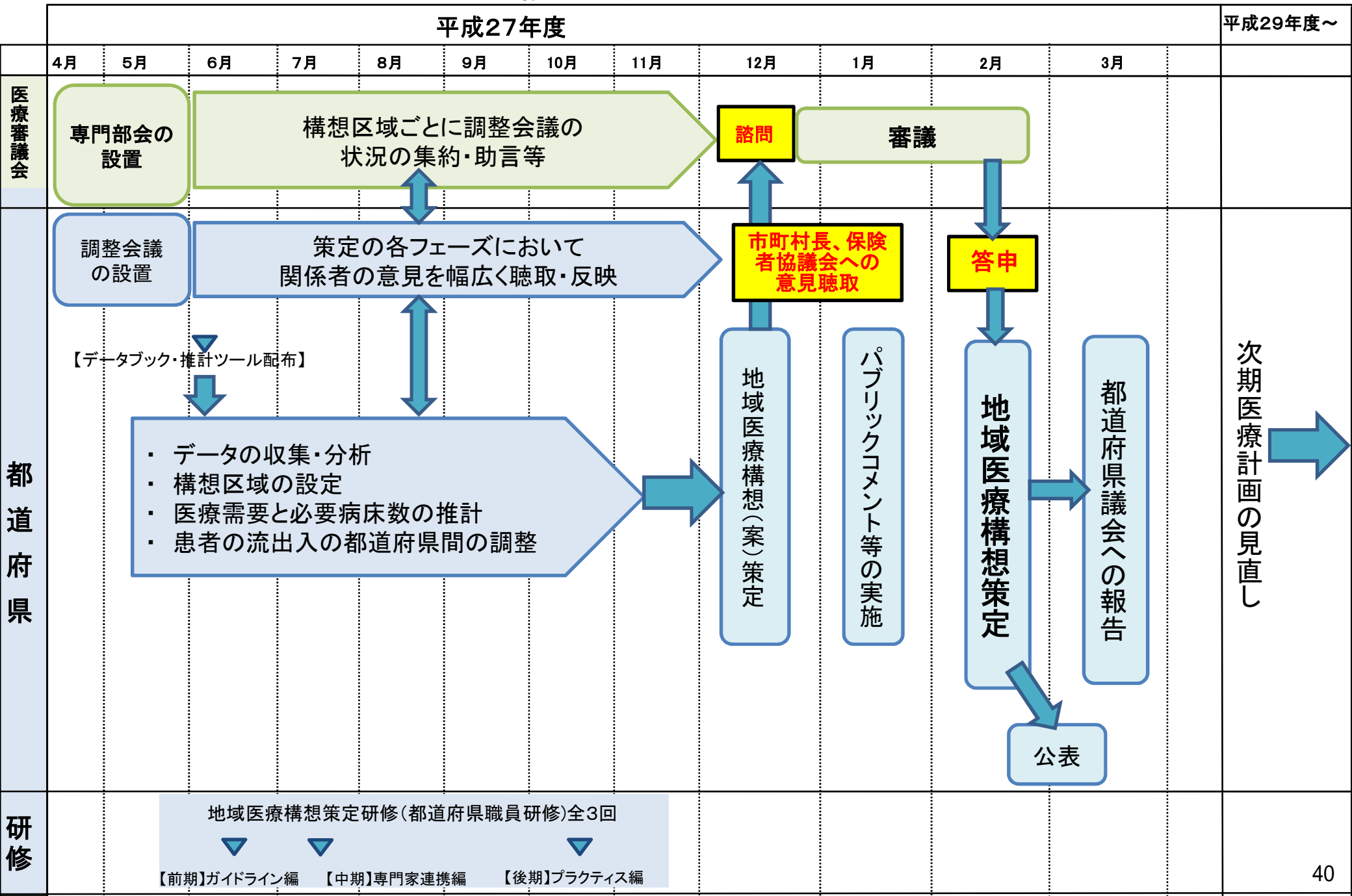
※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等から幅広く参加。設置区域や参加者の範囲・選定は、地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



## ④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

# 地域医療構想策定 ロードマップのイメージ



# まとめ

- これから都道府県において、地域医療構想の策定が本格的に進む。地域医療構想調整会議も順次設置。
- 今後の高齢化の進展や、国保の財政運営の都道府県単位化を踏まえると、医療保険者による医療提供体制への関与が重要。
- その際には、客観的なデータの分析も行いながら、医療提供体制の議論に参加していただきたい。今から徐々に、データ分析等を通じて、地域の医療提供体制の現状や課題の把握をお願いしたい。