

＜地域医療構想＞

地域医療構想の検討経緯

社会保障国民会議 (H20.11中間報告・最終報告)

- 社会保障の「機能強化」に向けて、医療・介護・福祉サービス分野では、病床機能分化とネットワーク化、地域包括ケアなどについて、具体的な将来シミュレーションとともに提言。

平成24年社会保障・税一体改革 = 社会保障制度改革推進法(自民・公明・民主の3党合意に基づく議員立法)

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。

社会保障制度改革国民会議(会長＝清家篤 慶応義塾塾長)報告書とりまとめ (H25.8.6)

- 改革推進法により設置され、「少子化」「医療・介護」「年金」の各分野の改革の方向性を提言。
- 医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度改革、難病対策の法制化などを提言。

いわゆる社会保障改革プログラム法 (H25.12.13 公布・施行)

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 社会保障制度改革推進会議の設置

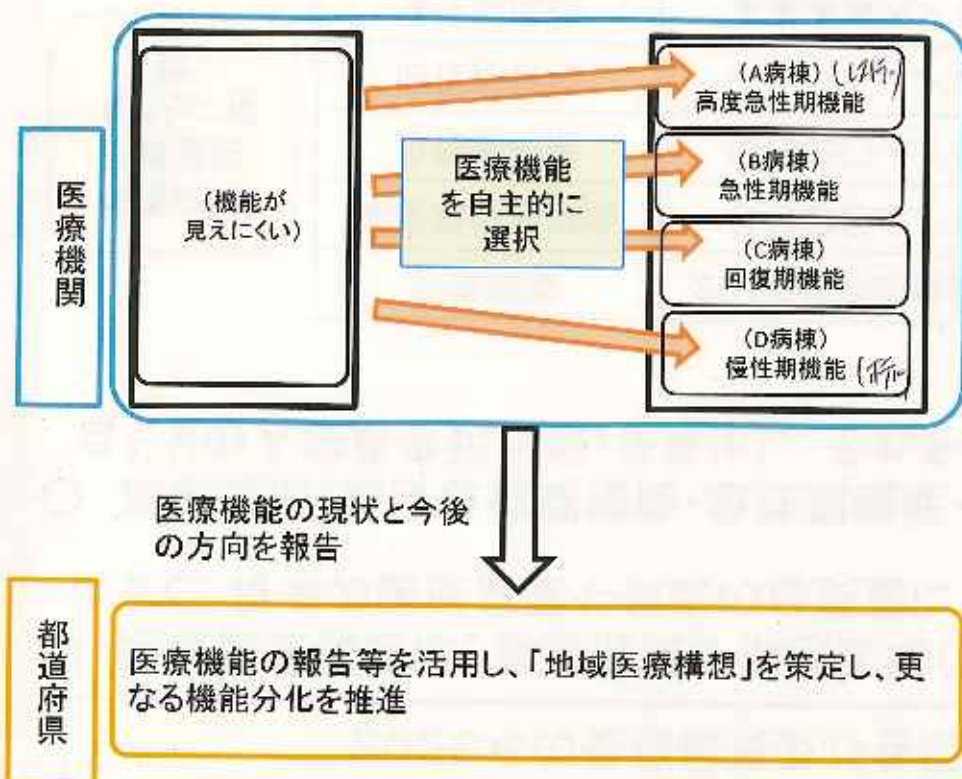
地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

(いわゆる「医療介護総合確保推進法」 H26.6.25 公布)

- 新基金創設と医療介護連携の基本方針策定 <医療・介護総合確保促進法>
- 医療機関の機能分化と連携： 病床機能報告制度の創設、都道府県地域医療構想(ビジョン)の策定<医療法>
- 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化： 地域支援事業の見直し<介護保険法>

地域医療構想について

- 「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。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、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、定めるもの。
- 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。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量 (人口構成)
 - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
 - ・在宅医療等の医療需要を推計
 - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指す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、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

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

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。
よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 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、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

2025年のあるべき病床数の推計結果について

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、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、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。
(⇒「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)
- 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。
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、
 - ・ 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
 - ・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組む。

【現状：2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床*

高度急性期
19.1万床

急性期
58.1万床

回復期 11.0万床

慢性期
35.2万床

【推計結果：2025年】

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

高度急性期
13.0万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2~28.5万床程度

機能分化・連携

地域差の縮小

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

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

* 2014年7月時点 (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。)

病床機能報告制度について

＜趣旨＞病床機能報告制度とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の13に基づき、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)

- ◎ 各医療機関は、病棟が担う機能を左記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を報告。
 - ・7月1日時点の病棟機能を毎年10月に報告
 - ・今後の方向性については6年後に予想される病棟機能を報告
- ◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告。

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合重症集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

＜2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数(許可病床)＞



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。
都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。※ 調整会議（6-14）
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。



将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年11月30日現在)

<構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、
 - ・「平成27年度中に策定済み」が12 (26%)
 - ・「平成28年度(11月30日まで)に策定済み」が22 (47%)
 - ・「平成28年中の策定予定」が5 (11%)
 - ・「平成28年度中の策定予定」が8 (17%) となっている

平成28年度中:8府県(17%)

新潟、富山、長野、三重、京都、
福岡、熊本、沖縄

平成27年度中:12府県(26%)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、
大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀

平成28年中:5道県(11%)

北海道、福島、茨城、鳥取、
高知

平成28年度(11月30日まで):22都県(47%)

宮城、秋田、山形、群馬、埼玉、東京、
神奈川、石川、福井、山梨、岐阜、愛知、
兵庫、和歌山、島根、山口、徳島、香川、
長崎、大分、宮崎、鹿児島

平成28年9月までに策定された地域医療構想(20都府県)の概要と今後の課題

都道府県は、地域医療構想において、①2025年の医療需要と病床の必要量等を推計し、併せて②地域医療構想を実現するための施策を検討することとされている。

地域医療構想の概要

【策定した都府県】20都府県(計132構想区域)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀、岐阜、山口、和歌山、東京、大分、福井、山梨、山形

【構想区域の設定】

・いずれも、二次医療圏と同じ

【慢性期の推計】

・101構想区域(77%)が、療養病床の入院需要率の地域差を、全国最大値(高知)から全国中央値(滋賀)まで低下する割合を利用

【病床数の推計結果】

・千葉、大阪、東京では、将来病床が不足する構想区域があるが、その他の構想区域では病床が過剰となると推計

・全ての構想区域で回復期機能が不足すると推計

【地域医療構想の達成に向けた施策】

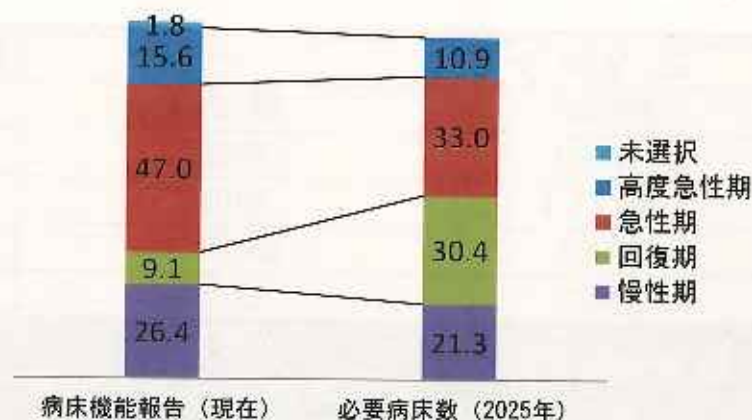
・全ての都府県で、医療機関の機能分化・連携を進めるとの記載

・青森県は、自治体病院等の機能再編成に向けて協議会等での検討を進め、医療機関の再編・ネットワーク化について具体的に記載

・大阪府と広島県は、地域包括ケアシステムの構築について具体的に記載

・岐阜県は、医療機関の適正な役割分担や病床規模の適正化などについて、地域医療構想調整会議における検討の方向性を含め、具体的な医療機関名を挙げて構想区域ごとに記載

132構想区域の平均的な姿



病床機能報告(現在) 必要病床数(2025年)

※現在の病床数を100とした構想区域ごとの値の平均

今後の課題

- 20都府県の記載内容の具体性にはばらつきがある。
- 平成30年度から始まる第7次医療計画の策定に向けて、地域医療構想を達成するための施策をさらに具体化するとともに、計画期間における地域医療構想調整会議での協議を通じて、いかに機能分化・連携を進めていくかが課題

青森県の地域医療構想の概要と青森構想区域の記載について

概要

- 県全体では、約3,500床(平成26年病床機能報告集計数の約20%)が過剰となる一方で、回復期機能約2,800床(現在の約200%相当)が不足すると推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「医療機能毎の区域完結率及び医療需要」、「患者の受療動向」等について分析の上、地域医療構想を実現するための施策として、「自治体病院等の機能再編成の推進」と「介護施設等も含めた在宅医療の提供体制の整備」等を記載

構想区域の設定 (6構想区域)



県庁所在地を含む青森構想区域の例

青森構想区域の2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量

- 青森構想区域では、約900床が過剰となる一方で、回復期機能が約600床不足すると推計

区分	平成26(2014)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
高度急性期	697床	338床
急性期	1,583床	900床
回復期	526床	1,127床
慢性期	868床	659床
病床計	3,931床	3,024床
在宅医療等の必要量	—	4,169人/日

青森構想区域の地域医療構想達成に向けたポイント(記載の抜粋)

- 600～500床の病院(県立中央、青森市民)が併存しており、また、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 自治体病院等の機能分化・連携の方向性として、青森県立中央病院は、高度医療、専門医療の他、救命救急センターや総合周産期母子医療センターなど政策医療を提供し、青森市民病院は、救急医療体制の確保及び回復期機能の充実・強化を図るとともに、医療機能や医療需要に見合う病床規模の検討を行う。

岐阜県の地域医療構想の概要と岐阜圏域の記載について

概要

- ・圏域ごとに具体的な医療機関名を挙げて、担うべき機能を明示しつつ、地域医療構想調整会議で議論する内容を整理している。

岐阜圏域

区分	平成26(2014)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
高度急性期	1,779床	869床
急性期	3,492床	2,757床
回復期	638床	2,201床
慢性期	1,839床	1,247床
病床計	8,358床	7,074床
在宅医療等の必要量	7,504人/日	10,684人/日

- 岐阜圏域では、約1,300床が過剰となる一方で、回復期機能が約1,600床不足すると推計。
- 在宅医療等の必要量については、現時点より3,000人/日増加すると推計。

課題と施策の記載

○岐阜圏域の記載より抜粋

- ・ 岐阜大学医学部附属病院（高度救命救急、ドクヘリ基地、基幹災害拠点、がん県拠点等）が県全体の急性期医療※1の中心的役割を担い、岐阜県総合医療センター、岐阜市民病院、松波総合病院が、岐阜大学医学部附属病院と連携して、岐阜圏域の急性期医療の中心的役割を担います。
- ・ 岐阜県総合医療センターが県全体の政策医療（総合周産期、基幹災害拠点等）に対応していることに配慮します。
- ・ 主として急性期を担う病院に加え、特定の診療分野や政策医療分野※2で貢献している病院や、地理的要因から急性期を担う病院（ただし、これらの病院においても院内の役割分担を検討します。）以外は回復期中心にシフトするものとします。ただし、各地域における救急医療体制の確保に配慮します。
- ・ 一般病床及び療養病床の病床利用率が概ね過去3年間連続して70%未満の病院については、休床を含めた病床のあり方等を検討するものとします。

- 急性期医療のみならず、県全体に影響する特定分野等（災害、周産期等）や療養病床のあり方、病床規模の適正化などについて検討する方針を個別具体的に明記しており、充実した内容となっている。
- 検討の場を地域医療構想調整会議とすること、分科会等を必要に応じて設置することなどが記載されている。

広島県の地域医療構想の概要と広島構想区域の記載について

概要

- 県全体では、約4,400床(平成26年病床機能報告集計数の約10%)が過剰となる一方で、回復期機能が6,500床(現在の約200%相当)不足すると推計
- 「地域で不足する医療機能」、「機能毎や疾病別の区域完結率」、「5疾病5事業及び在宅医療に関する医療需要」等について分析した上、地域医療構想を実現するための施策として、「医療へのアクセスの改善策」、「在宅医療の推進」等を記載

構想区域の設定 (7構想区域)



広島区域 の例

広島区域における2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量

- 広島区域では、合計で約1,100床が過剰となると推計

区分	平成26(2014)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
高度急性期	2,858床	1,585床
急性期	5,591床	4,242床
回復期	1,400床	4,506床
慢性期	4,213床	2,730床
病床計	14,180床	13,063床
在宅医療等の必要量	—	23,723人/日

広島構想区域の地域医療構想達成に向けたポイント(芸北地区の記載の抜粋)

- 広島市においては高度な医療を提供する病院が近距離に立地し、4基幹病院(広島大学、広島市民、県立広島、広島赤十字・原爆病院)においては、重複した機能が少なくないなど、役割分担が不明確。
- 安芸高田市では、「要介護3になっても在宅生活が継続できるまちづくり」、「介護予防に取り組み、健やかに80歳を迎えることができる地域づくり」という目標と打ち出しており、これを実現するため安芸高田市地域包括ケア推進協議会において、引き続き、多職種による連携体制の構築及び地域包括ケアの推進・普及啓発等の取り組みを展開。

人口1,000人当たり病床数の国際比較

○ 日本の人口1,000人当たりの病床数は13.4と、他のOECD諸国に比べて非常に多くの病床を有している。



2012年

出典：「OECD HEALTH DATA 2014」

(注1) カナダ、デンマーク、オーストラリアは2011年の推計値

(注2) ギリシャ・オランダ・アメリカ合衆国は2009年の値

床

医療提供体制の各国比較（2013年）

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32.5 ^{※3} (18.2)	13.3	17.1 ^{※1}	2.3	78.9 ^{※1}	10.5 ^{※1}
ドイツ	9.6 ^{※3} (7.3)	8.3	47.6 ^{※1}	4.1	137.5 ^{※2}	11.3 ^{※2}
フランス	12.7 ^{※3} (5.2)	6.3	48.7 ^{※1}	3.3	#131.5 ^{※3}	#8.5 ^{※3}
イギリス	7.7 ^{※3} (6.6)	2.8	98.0 ^{※1}	2.8	292.3 ^{※1}	8.2 ^{※1}
アメリカ	6.2 ^{※3} (5.4)	2.9	79.9 ^{※3}	2.6	#359.4 ^{※3}	#10.9 ^{※3}

（出典）：「OECD Health Data 2015・2014・2013・2012」

注1 「※1」は2012年の数値データ、「※2」は2011年の数値データ、「※3」は2010年の数値データ。

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、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するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

医療計画における主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 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。

三次医療圏

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

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

- ・ 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。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と必要病床数、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5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))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な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(PDCAサイクルの推進)。

○ 医療従事者の確保

- ・ 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、看護師等の確保。

医療計画の見直し等に関する検討会

目的

- 医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的としている。
- 本検討会は、現行の医療計画の課題等について整理を行うことにより、平成30年度からの次期医療計画をより実効性の高いものとするため、医療計画の作成指針等の見直しについて検討する。

検討事項

- ・ 医療計画の作成指針等について
- ・ 医療計画における地域医療構想の位置付けについて
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を含む医療・介護の連携について
- ・ その他医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項について

構成員（○は座長）

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 相澤 孝夫(日本病院会副会長) | 齋藤 訓子(日本看護協会常任理事) |
| 安部 好弘(日本薬剤師会常任理事) | 櫻木 章司(日本精神科病院協会理事) |
| 市川 朝洋(日本医師会常任理事) | 佐藤 保(日本歯科医師会副会長) |
| 伊奈川 秀和(全国健康保険協会理事) | 田中 滋(慶應義塾大学名誉教授) |
| 今村 知明(奈良県立医科大学教授) | 西澤 寛俊(全日本病院協会会長) |
| ○ 遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授) | 野原 勝(岩手県保健福祉部副部長) |
| 尾形 裕也(東京大学政策ビジョン研究センター特任教授) | 本多 伸行(健康保険組合連合会理事) |
| 加納 繁照(日本医療法人協会会長) | 山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長) |

今後のスケジュール（予定）

- 本年5月より開催
- 本年12月までに取りまとめ予定