

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

地域医療構想の策定状況（2016 年夏）

目 次

はじめに（おことわり）	2
1. 地域医療構想の策定状況	3
2. 地域医療構想での記述	4
2.1. 地域医療構想の意味合い	4
2.2. 病床機能報告と地域医療構想	8
3. 施策の方向性	11
3.1. かかりつけ医	11
3.2. 在宅医療	13
おわりに	16

1 はじめに（おことわり）

2

3 本稿は、地域医療構想について正しい理解を促進するために、2016年8月
4 23日時点の情報をもとにまとめたものです。

5

6 地域医療構想は、都道府県医療計画の一部として策定されます。次の都道府
7 県医療計画は2018年度に始まるので、地域医療構想の策定期限は法律上では
8 2017年度末（2018年3月末）ですが、厚生労働省は2016年度半ばまでに策
9 定することが望ましいとしています。

10 2016年8月23日時点で地域医療構想を策定済のところでは詳しい情報を公
11 開しており、本稿でも引用していますが、本稿は策定のスピードを評価するも
12 のでは一切ありません。

13

14 情報は、各都道府県のホームページで公開されているものにもとづきました。
15 地域医療構想の策定が進んでいても、公開されていないものは対象としていま
16 せん。逆に、素案や骨子であっても公開されているものは対象としています。
17 素案や骨子の段階のものは、その後の議論やパブリックコメントを受けて、変
18 更になっている可能性がありますのでご注意ください。

19

20

21

22

1 1. 地域医療構想の策定状況

2

3 2016年8月23日現在の公開情報によると、地域医療構想策定済は19、案
4 または素案策定済14、骨子案または途中経過公表中6である。残り8県は2016
5 年8月23日現在、ホームページ上で情報が確認できていない（図1.1）。

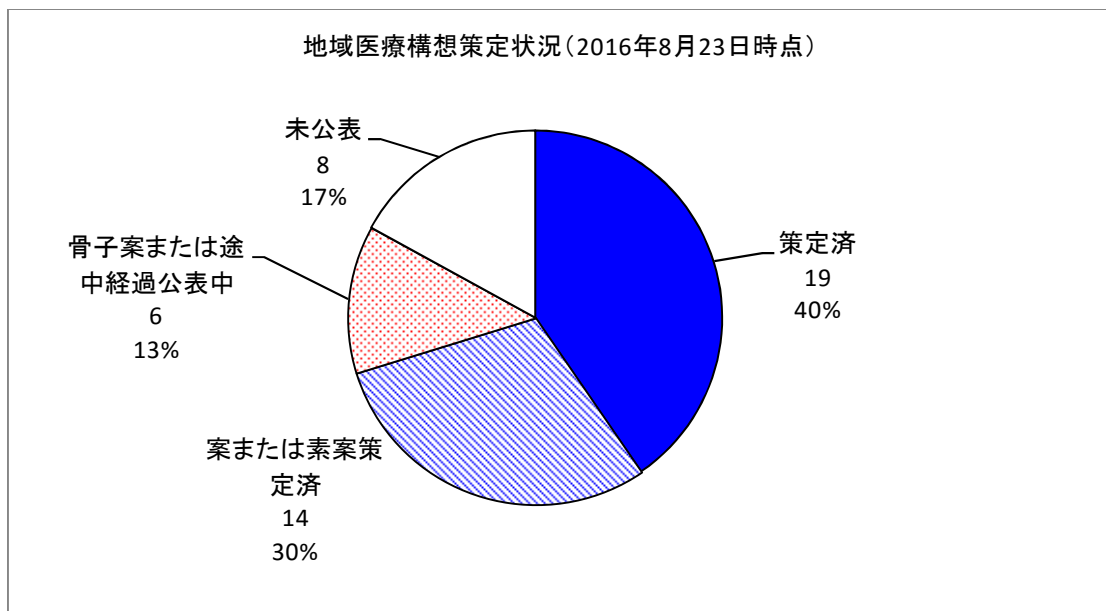
6

7

8

9

図 1.1 地域医療構想の策定状況



10

11

12

13

1 2. 地域医療構想での記述

2

3 2.1. 地域医療構想の意味合い

4 地域医療構想では、医療需要を推計した上で、「病床の必要量（必要病床数）」
5 を推計する。これを見つつ、「地域で不足している病床の機能がある場合には、
6 それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換によ
7 り、収れんを次第に促していく」（「地域医療構想策定ガイドライン」26 頁）も
8 のである。また、「地域医療構想は 2025 年に向けての取組であり、個々の医療
9 機関の医療提供体制の方針を踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくものであり、
10 直ちに何らかの措置を講じさせるものではない」¹。

11

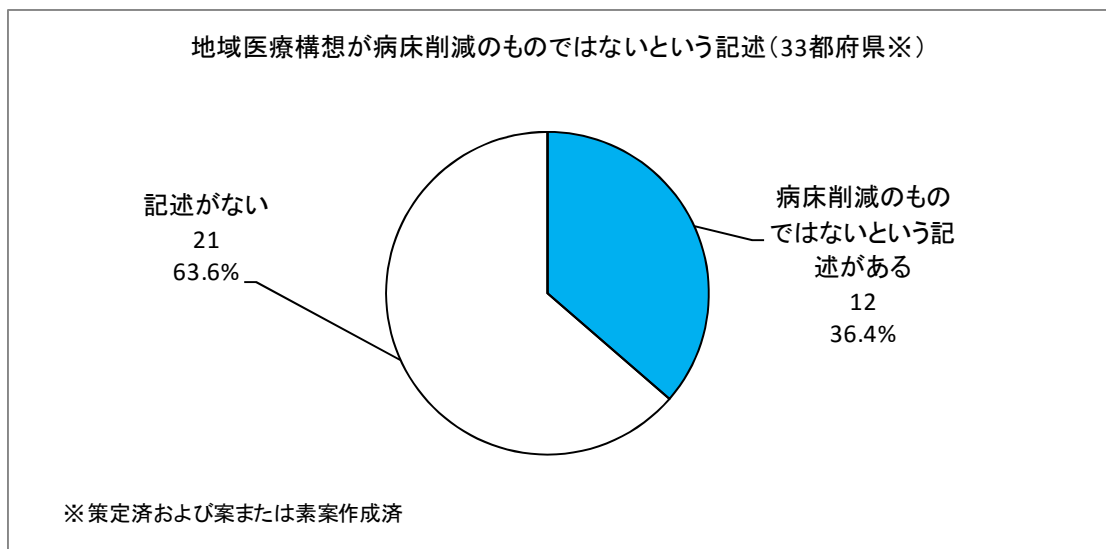
12 地域医療構想に「病床削減」のためではないという具体的な記述があったの
13 は、2016 年 8 月 23 日時点で情報が公開されている都府県の 36.4%に止まって
14 おり、残り 63.6%では明確な記述がなかった（図 2.1）。

15

16

17

図 2.1 地域医療構想が病床削減のものではないという記述



18

19

¹ 2015 年 6 月 18 日 厚生労働省医政局地域医療計画課長文書「6 月 15 日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について」

1 【削減ではない、減らすものではないと明記されていた県】

2 岩手県、秋田県、茨城県、栃木県、群馬県、福井県、山梨県、兵庫県、山口
3 県、香川県、高知県、大分県（以下は高知県の例）

4
5 （例）高知県地域医療構想（案）30頁

6 なお、必要病床数は、医療関係者や介護関係者、住民の方などが将来の医療
7 需要の変化の状況を共有し、不足する医療機能の整備などそれに適合した医療
8 提供体制を考えていくためのものであり、病床の削減目標ではありません。

9
10
11 （例）香川県地域医療構想（素案）20頁

12 構想における必要病床数の推計結果は、病床機能報告制度から得られる情報
13 などの様々なデータとともに、各地域における将来の医療需要の変化を関係者
14 で共有し、今後、患者の状態に応じた医療を提供できる体制の実現に向けて議
15 論を行う基礎となるものであり、この推計に基づき、病床を強制的に削減して
16 いくという趣旨のものではありません。

17 慢性期機能の医療需要推計に当たっては、高齢化により増大する医療需要に
18 対応するため、入院医療で対応している慢性期患者のうち、入院医療以外で対
19 応可能な患者は在宅医療等での対応を推進することとしています。これは、慢
20 性期の患者が医療を受けられなくなるということではなく、それぞれの状態に
21 応じて、居宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の場所において医療が
22 提供されることを想定しているものであり、地域で支える医療に転換していく
23 ことを目指すものです。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

(例) 秋田県地域医療構想 (素案) 8 頁
構想に記述している病床の必要量は、将来必要とされる医療機能を把握し、不足している機能を今後どのように解消していくかを判断するための目安であり、病床の削減を要請するものではありません。

(例) 大分県地域医療構想 60 頁
地域医療構想は、「病床削減ありき」の構想ではなく、高度急性期から回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、不足する医療機能をいかに充実させていくかという視点が重要です。

岐阜県、鳥取県では、「削減」という直接的な表現はなかったが、参考値であるという記述があった。

(例) 岐阜県地域医療構想 16 頁
国ガイドラインに基づく 2025 年（平成 37 年）の必要病床数は、療養病床に入院している比較的長期療養が必要な高齢者について、将来は介護施設を含めた在宅等で医療を受けつつ療養することを前提とするなど、必ずしも本県の実態に即したものではないとの指摘もあります。
このため、今回の構想でお示しする 2025 年（平成 37 年）の必要病床数は、国ガイドラインで示された計算方法による参考値であると捉え、むしろ、適正で効率的な医療提供体制を確立するための具体的な施策に重点を置いて取り組みます。

1 (例) 鳥取県地域医療構想 (案) 39 頁

2 推計値は、

- 3 ● 厚生労働省令等で示されている計算式により算出される数値であり、いず
4 れの構想区域でも同一の病床稼働率を用い、また、療養病床の入院患者の
5 うち医療区分 1 の患者の 70%を全国一律で在宅医療等で対応する患者と
6 して見込むなど、個々の地域の実情に応じた推計になっていないこと。
- 7 ● 推計に用いる入院受療率が平成 25 年度 (2013 年度) の単年度の NDB の
8 レセプトデータや DPC データに基づくもので、過去の推移が勘案されて
9 おらず、また、将来も変動の見込みがあること。
- 10 ● 推計に用いる将来推計人口 (平成 37 年 (2025 年) の性・年齢階級別人口)
11 が、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (平成
12 25 年 (2013 年) 3 月中位推計)」となっており、各県の裁量が認められ
13 ない (「鳥取県元気づくり総合戦略」で進める人口減対策や CCRC²の実現
14 に向けた施策などによる成果が反映できない) こと。
- 15 などから、前述のとおり、「国が示す参考値 (必要病床数)」として扱います。

16

² CCRC : Continuing Care Retirement Community

1 2.2. 病床機能報告と地域医療構想

2

3 地域医療構想策定ガイドラインには、病床の必要量と病床機能報告の病床数
4 を単純には比較できないと記載されている。

5

6 「地域医療構想策定ガイドライン」25頁

7 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状
8 況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏ま
9 えていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能
10 区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

11

12

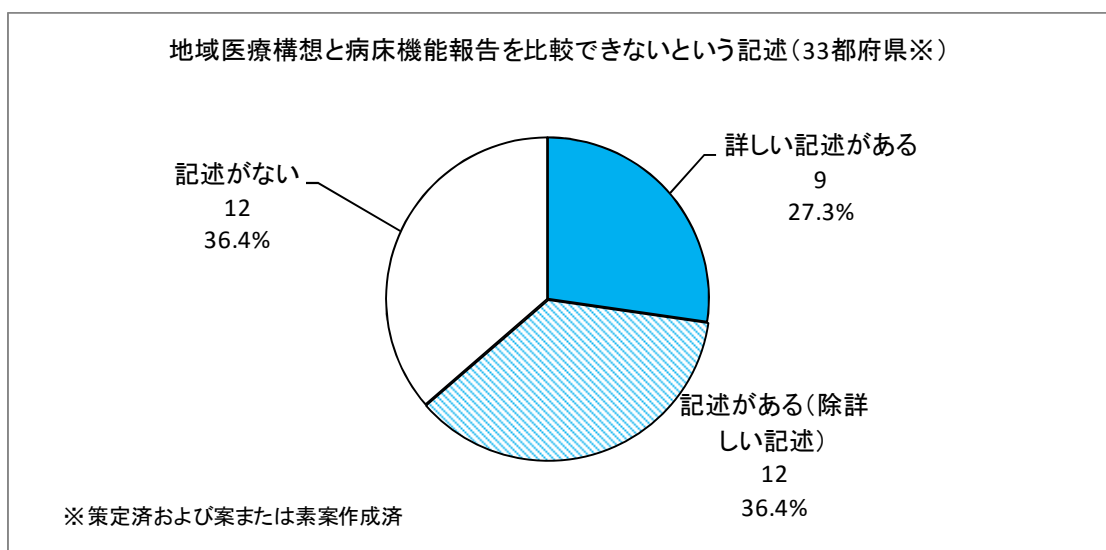
13 地域医療構想に病床の必要量と病床機能報告制度による病床数は単純に比
14 較できないという記述があったのは、2016年8月23日時点で情報が公開され
15 ている都道府県の6割強に止まっており、残り4割近くでは触れていない（図
16 2.2）。

17

18

19

図 2.2 地域医療構想と病床機能報告を比較できない



20

21

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

【特に詳しい記述があった県】

岩手県、宮城県、茨城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、福井県、山梨県、香川県（以下は茨城県の例であるが、上記の県は同様の記述がある。）

(例) 茨城県地域医療構想（案）8頁

○地域医療構想の必要病床数と病床機能報告制度による病床数を比較・分析する際には、以下の点に留意する必要がある。

- ・平成 27（2015）年度の報告時点で、病床機能報告制度においては、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期がどのような機能かを示す病床機能の定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づく報告であること。
- ・病床機能報告制度は病棟単位での報告となっており、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合は主に担っている機能を1つ選択して報告していること。
- ・平成 26（2014）年度の報告については、他の医療機関の報告状況や地域医療構想等の情報を踏まえていないこと。
- ・病床機能報告制度では、医療機関が自ら病床機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）を選択して報告した結果であるのに対し、地域医療構想において必要病床数を定めている病床機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）は、法令に基づいて診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能の捉え方が異なっていること。
- ・地域医療構想における必要病床数は、政策的な在宅医療等への移行を前提とした推計となっていること。

1 宮城県では病床機能報告は参考値に止めるという記述があった。

2
3 (例) 宮城県地域医療構想案 16 頁

4 地域医療構想の策定に当たっては、地域の医療機関が担っている医療機能の
5 現状把握、分析を行う必要があります、その手段の一つとして、2014 年度から実施
6 された「病床機能報告制度」による報告結果と比較することも求められていま
7 す。ただし、実施初年度となった 2014 年度の結果報告においては、各医療機
8 関の病床機能について、医療資源投入量など定量的な区分に拠っておらず、ま
9 た、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及びその必要病床数等の情報を踏
10 まえていないことから、個別医療機関間、二次医療機関間、二次医療圏等の地
11 域間、病床の機能区分ごと等の比較が難しく、参考値にとどめておくこととし
12 ます。

1 3. 施策の方向性

2

3 3.1. かかりつけ医

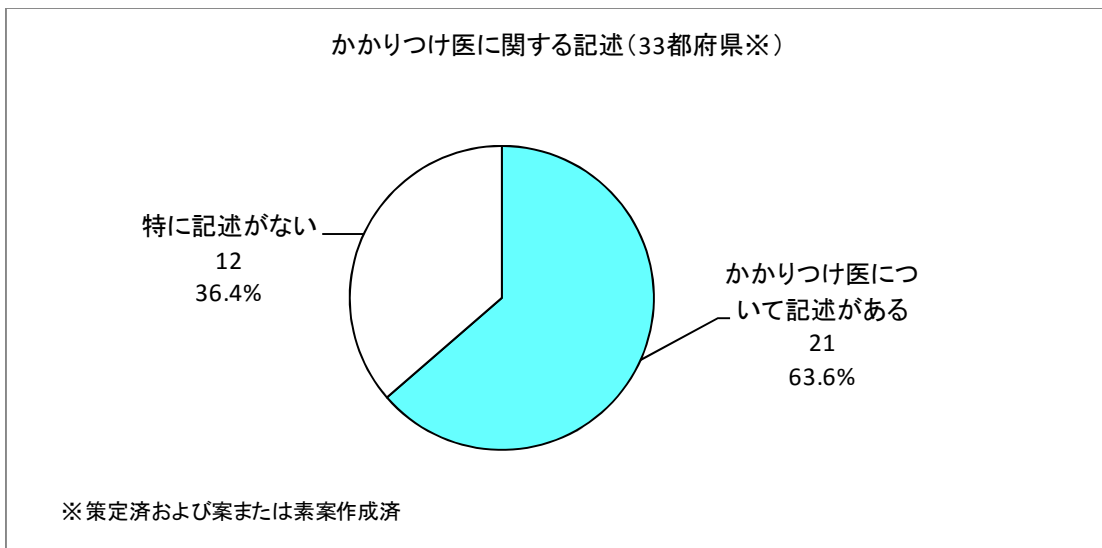
4

5 地域医療構想にかかりつけ医についての記述があったのは、2016年8月23
6 日時点で情報が公開されている都府県の約6割であった（図3.1）。

7

8

図 3.1 かかりつけ医に関する記述



9

10

11

12

13 (例) 千葉県保健医療計画地域医療構想・基準病床数・評価指標在宅医療の推
14 進 43 頁

15 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるよう、患者との
16 信頼関係に基づいて、日頃の健康管理から医療機関の紹介、在宅療養の支援
17 等を担う「かかりつけ医」を中心とした在宅医療提供体制の整備を図ります。

18

19

20

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

(例) 東京都地域医療構想 (案) 191 頁
プライマリ・ケアの考え方を基本とし、日常的な診療、処方、服薬管理及び健康管理等を行い、必要な場合には専門的な医療につなぐ役割を担う、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持つことの重要性について都民への啓発を推進

(例) 群馬県地域医療構想 (案) 39 頁
認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。

(例) 長崎県地域医療構想 (案) 73 頁
認知症の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言等の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成し、フォローアップ研修を開催することにより、医療と介護が一体となって、発症初期から認知症患者の支援体制構築を図ります。

1 3.2. 在宅医療

2

3 2016年8月23日時点で情報が公開されている構想区域のうち、2013年度、
4 2025年度にかけて在宅医療等の需要が大幅に増加するところが少なくない³。
5 在宅医療の方向性については次のような記述が見られた。

6

7 【地域の実情に配慮したもの】

8 (例) 青森県地域医療構想 31頁

9 医療資源が十分でない地域では、自宅での在宅医療の提供に限らない、へ
10 き地等医療対策も含めた介護施設等での対応を検討します。

11

12 (例) 群馬県地域医療構想(案) 62～63頁

13 構想区域南部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区
14 等を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護
15 サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。

16

17 (例) 香川地域医療構想(素案) 62～63頁

18 県下一律ではなく、地域の実情に応じて、在宅医療を行う医療機関の確保
19 や、在宅療養を支える施設間の連携体制の支援に取り組みます。その際には、
20 国における慢性期医療の受け皿となる新たな施設類型の検討結果も踏まえ
21 て、適切に対応します。

22

23

24

25

³ 療養病床に入院する医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応しているという仮説で計算されていることに注意が必要。

1 **【郡市区医師会との協働】**

2 (例) 福井県地域医療構想 27 頁

3 在宅医不在時の代診や後方病床の確保などの支援体制の構築を行う **郡市**
4 **区医師会を支援**するなど、在宅医療の負担軽減と患者急変時の対応の強化を
5 図ります。

7 (例) 愛知県県地域医療（案） 54 頁

8 **郡市区医師会に設置した在宅医療サポートセンターの支援等**により、24
9 時間 365 日対応可能な在宅医療提供体制の構築を推進する。

11 (例) 佐賀県地域医療構想 35 頁

12 **郡市医師会単位での医療機関のグループ化**、在宅療養支援診療所、かかり
13 つけ医によるネットワーク型の在宅医療提供体制の整備に対する支援

16 **【関係職種との連携】**

17 (例) 静岡県地域医療構想 27～29 頁

- 18 ・在宅医療の推進に必要な訪問看護の充実を図るため、訪問看護ステー
19 ションへの就職促進、研修体系の整備、潜在看護職員の復職支援など一連で
20 実施します。
- 21 ・理学療法士・作業療法士を始めとするリハビリテーションに関わる人材につ
22 いて、県内養成施設出身者の県内医療機関等への定着を促進します。
- 23 ・介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護予防の段階から在宅医療サービ
24 スの必要性を適切に判断するための知識・技術の習得と、多職種連携の強化を
25 図る研修を実施します。

1 【小児や難病等の在宅医療】

2 (例) 東京都地域医療構想 191 頁

3 小児等の在宅療養を支える家族の負担を軽減するため、レスパイト病床の
4 確保など、周産期母子医療センター等における支援体制を整備

5
6 (例) 神奈川県地域医療構想 (素案) 48 頁

7 小児を対象とした在宅医療体制を充実するため、小児の在宅医療関係機関
8 の連携構築や、担い手となる人材育成を進めます。

9
10 (例) 静岡県地域医療構想 30 頁

11 精神障害者への支援、難病患者への支援、がん患者への支援、重症心身障
12 害児 (者) への支援

13
14
15 【社会づくり】

16 (例) 神奈川県地域医療構想 (素案) 48 頁

17 今後の高齢化の進展による医療需要の増加に対しては、質の高い医療・介
18 護を安心して受けられる社会の構築を目指すと同時に、誰もが高齢になっ
19 ても元気でいきいきと暮らせる社会づくりも必要であるため、未病の視点から
20 食、運動、社会参加の取組みを中心に生活習慣改善に向けた取組みなどを推
21 進します。

1 おわりに

2

3 地域医療構想では、将来の病床の必要量が注目されがちであるが、重要なこ
4 とは将来の姿を見据えつつ、医療機関の自主的な選択により、地域の病床機能
5 が収れんされていくというアプローチである。そのためには、医療機関はもち
6 ろん、患者・住民の理解等が不可欠であり、正しい情報が必要である。しかし、
7 地域医療構想にその意味合いや、病床機能報告の病床数との関係を正しく書き
8 込んでいないものも少なくなかった。病床削減の報道が独り歩きし、住民、関
9 係者をいたずらに不安にさせないように、行政は、住民に地域医療構想の趣旨を
10 正しく、わかりやすく説明していく必要がある。

11

12 地域医療構想は、医療提供体制再構築のスタートラインである。これから構
13 想区域の調整会議で本格的な議論が始まっていくが、病床の必要量は全国一律
14 の計算式で機械的に計算されたものに過ぎない。「地域医療構想ガイドライン」
15 にあるように、「必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正を行い、より
16 実効性のある地域医療構想への発展を目指すことが望ましい」（47頁）。

17

18 在宅医療等については、将来需要が増大する推計になっているものの、在宅
19 医療の具体的な対策については、構想区域によってかなり濃淡のある書きぶり
20 で、多くのところは具体的な記述に踏み込めていなかった。地域包括ケアシ
21 ステムの構築プロセスとどう整合性をとったら良いかわからないこと、介護サー
22 ビスには民間事業者も参入しており将来の整備状況（参入、需要の掘り起こし、
23 撤退）について見通しを立てにくいこと等が背景にあると思われる。在宅医療
24 等については介護も含めて地域包括ケアシステムと一緒に協議する場が必要で
25 あり、協議の指針づくりや必要なデータの分析も早急に行う必要がある。

26