

# 地域医療構想の概要

# 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の概要

## 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（予定）

公布日。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。

# 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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
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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び構造設備・人員配置等に関する項目・提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上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する。

◎ 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、都道府県に報告することとする。

# 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
	DPC群
	在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数)
二次救急医療施設/救急告示病院の有無	
高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等)	
退院調整部門の設置・勤務人数	
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	

術の幅広い実施等への治療	(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、化学療法件数
	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
重症患者への対応	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算
	ハイリスク分娩管理加算/妊産婦共同管理料
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法
	経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧測定1日につき、人工心肺
	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合
	院内トリアージ実施料
	夜間休日救急搬送医学管理料
救急医療の実施	精神科疾患患者等受入加算
	救急医療管理加算
	在宅患者緊急入院診療加算
	救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料
	救命のための気管内挿管
	体表面/食道ペースティング法
	非開胸的心マッサージ、カウンターショック
	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

急性期後の在宅復帰への支援	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
全身管理	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
疾患に合わせた早期からのリハビリテーション	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
	入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合
	平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数
	1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数
	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
長期療養患者・重度の障害者等の受入	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
有床診療所の多様な機能	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
	強度行動障害入院医療管理加算
	往診患者数、訪問診療数、在宅/院内看取り件数
	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合	
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)	

## 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%】

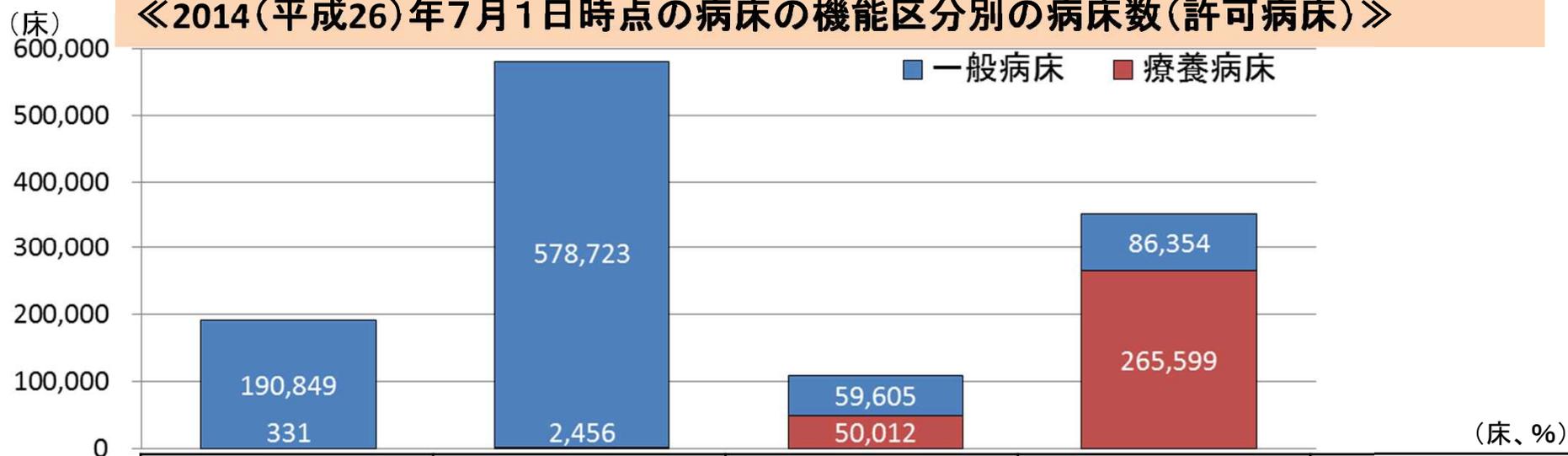
・このうち、3月2日時点で、全病棟の機能区分の選択が確定した病院6,996施設(94.5%)、有床診療所5,996施設(78.6%)のデータを集計。(休床中等の理由により4つの機能区分のいずれも選択していない病床(未選択)を含む)

【※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)

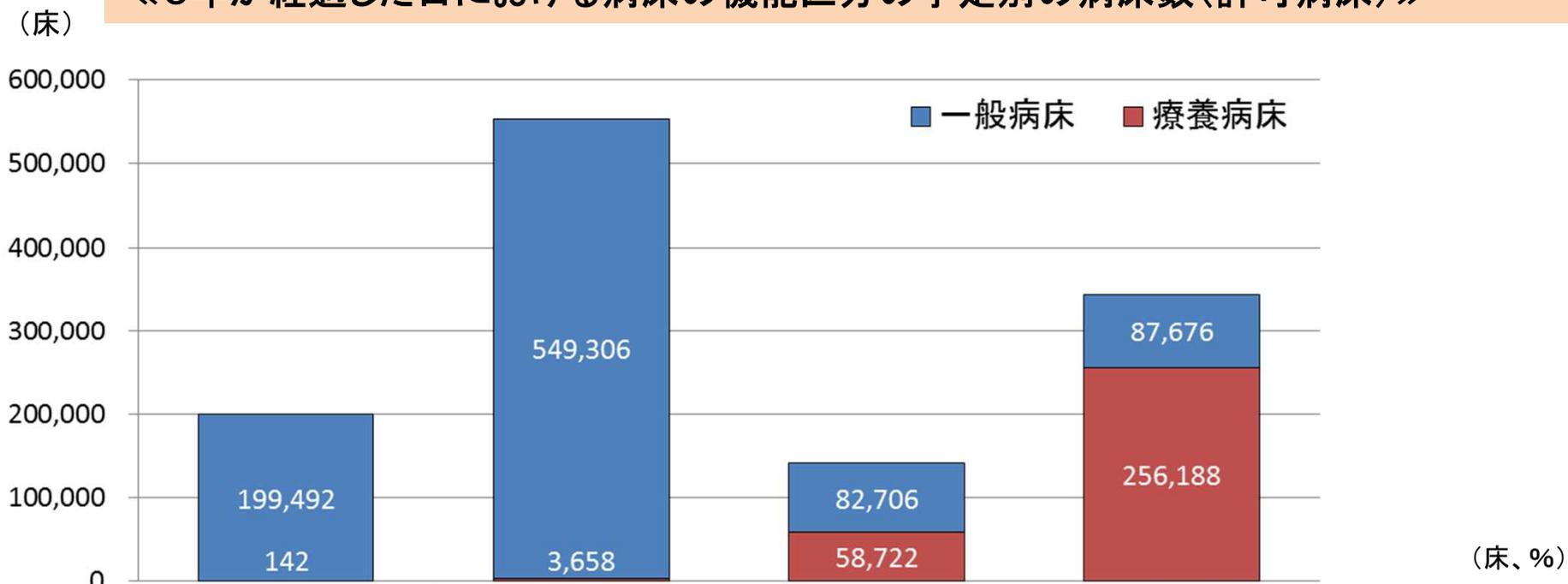
### 《2014(平成26)年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>190,849</b>	<b>578,723</b>	<b>59,605</b>	<b>86,354</b>	<b>915,531</b>
療養病床	<b>331</b>	<b>2,456</b>	<b>50,012</b>	<b>265,599</b>	<b>318,398</b>
合計	<b>191,180</b>	<b>581,179</b>	<b>109,617</b>	<b>351,953</b>	<b>1,233,929</b>
構成比	<b>15.5%</b>	<b>47.1%</b>	<b>8.9%</b>	<b>28.5%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H27.1.26 時点)の構成比	<b>15.6%</b>	<b>47.2%</b>	<b>9.1%</b>	<b>28.1%</b>	<b>100.0%</b>

(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。

《6年が経過した日における病床の機能区分の予定別の病床数(許可病床)》

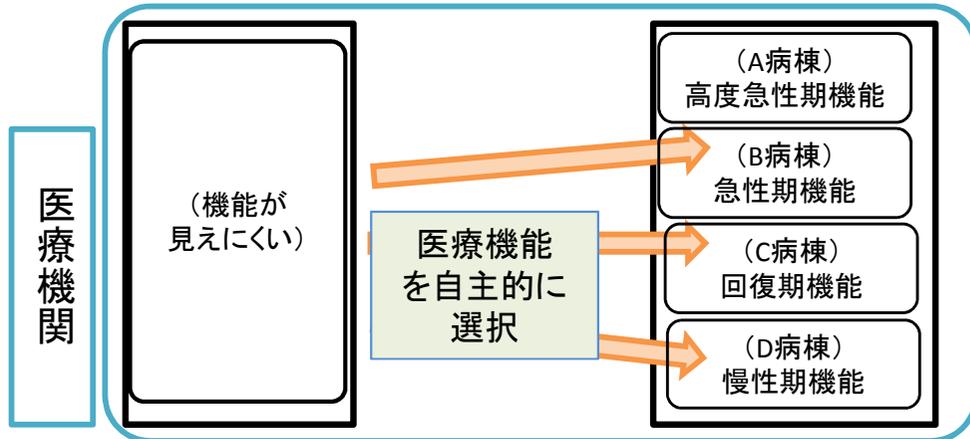


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>199,492</b>	<b>549,306</b>	<b>82,706</b>	<b>87,676</b>	<b>919,180</b>
療養病床	<b>142</b>	<b>3,658</b>	<b>58,722</b>	<b>256,188</b>	<b>318,710</b>
合計	<b>199,634</b>	<b>552,964</b>	<b>141,428</b>	<b>343,864</b>	<b>1,237,890</b>
構成比	<b>16.1%</b>	<b>44.7%</b>	<b>11.4%</b>	<b>27.8%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H27.1.26 時点)の構成比	<b>16.3%</b>	<b>44.7%</b>	<b>11.7%</b>	<b>27.3%</b>	<b>100.0%</b>

(注)集計対象1,247,363床のうち、6年後の病床の機能区分の予定について未選択の病床が9,473床分あり、上表には含めていない。

# 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。（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、2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」を作成し、平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

## （「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・ 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、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。

# 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

## 1. 概要

- 都道府県は、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報も踏まえて、ガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討することとしている。
- こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開催。平成26年9月から検討を開始し、平成27年3月まで9回の会議を開催。以下の検討事項について議論し、とりまとめた。

## 2. 検討事項

- 地域医療構想のガイドラインについて
- 協議の場の設置・運営に関する事項について
- 病床機能報告の公表等に関する事項について
- その他地域医療構想の策定及び達成の推進に必要な事項について

## 3. 構成員(◎は座長、○は座長代理)

- |                               |                            |                                    |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| ・相澤 孝夫 (日本病院会副会長)             | ・櫻木 章司 (日本精神科病院協会政策委員会委員長) | ・邊見 公雄 (全国自治体病院協議会会長)              |
| ・安部 好弘 (日本薬剤師会常任理事)           | ・清水 信行 (東京都奥多摩町福祉保健課長)     | ・本多 伸行 (健康保険組合連合会理事)               |
| ・石田 光広 (稲城市役所福祉部長)            | ・武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)       | ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)               |
| ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部部長)          | ・土居 丈朗 (慶應義塾大学経済学部教授)      | ・山口 育子 (NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長) |
| ○尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授) | ・中川 俊男 (日本医師会副会長)          | ・渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部部長)               |
| ・加納 繁照 (日本医療法人協会会長代行)         | ・西澤 寛俊 (全日本病院協会会長)         | ・和田 明人 (日本歯科医師会副会長)                |
| ・齋藤 訓子 (日本看護協会常任理事)           | ・花井 圭子 (日本労働組合総連合会総合政策局長)  |                                    |

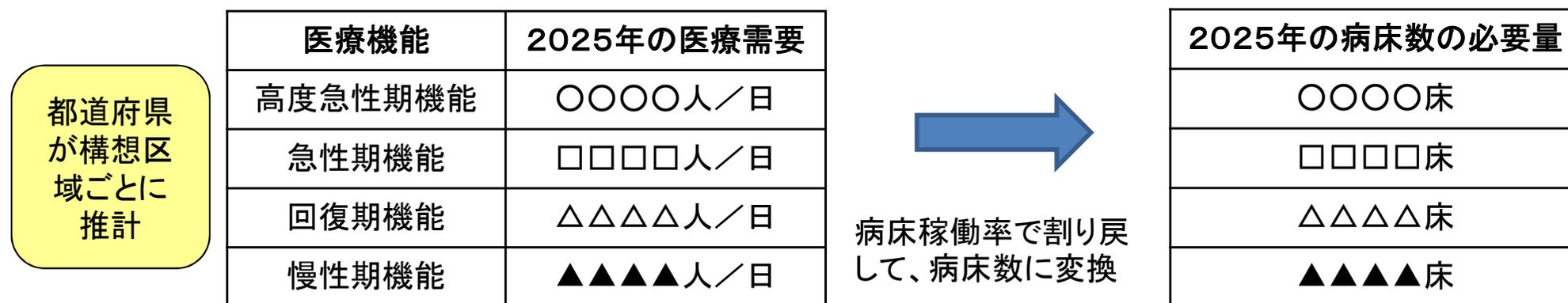
## 4. ガイドライン

平成27年3月31日

ガイドラインを都道府県に発出

## 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

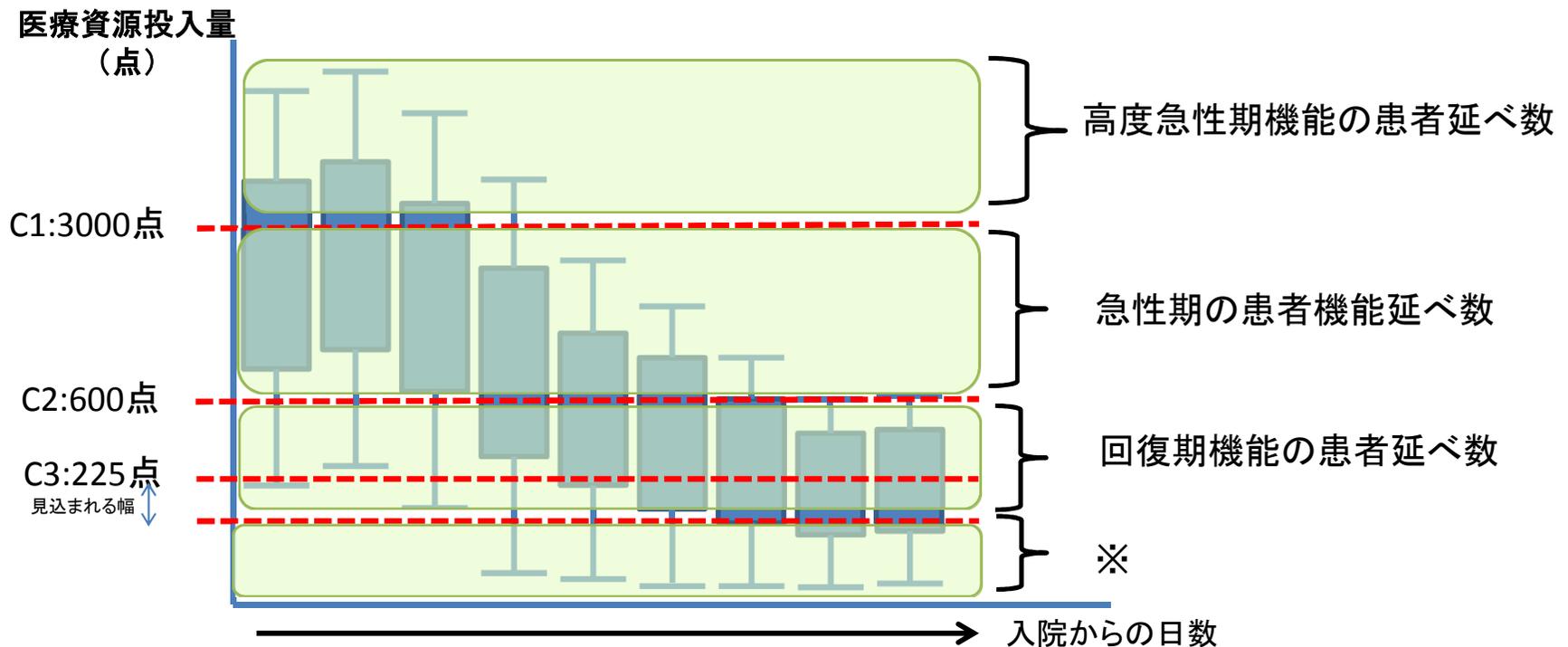
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



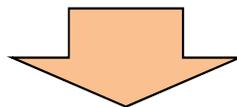
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
  - ※ 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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



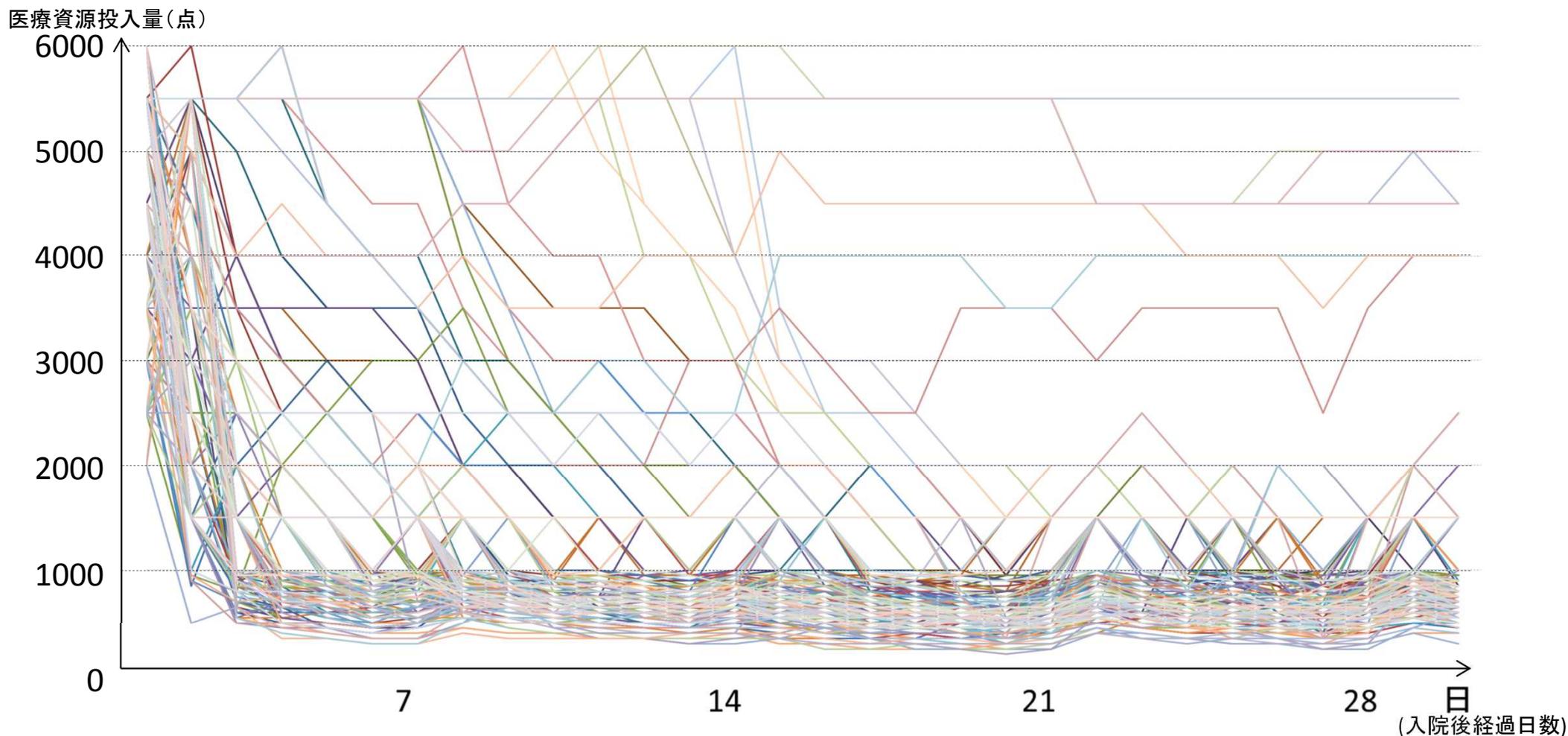
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



**全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。**

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

- 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データにおける各疾患の医療資源投入量※を入院後経過日数ごとに分析し、中央値を示した。(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の疾患の医療資源投入量の推移を1つのグラフにプロットした下図を見ると、異なる動きをする疾患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。
- ※患者に対して行われた1日あたりの診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。ただし、入院基本料相当分は除く。



# 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

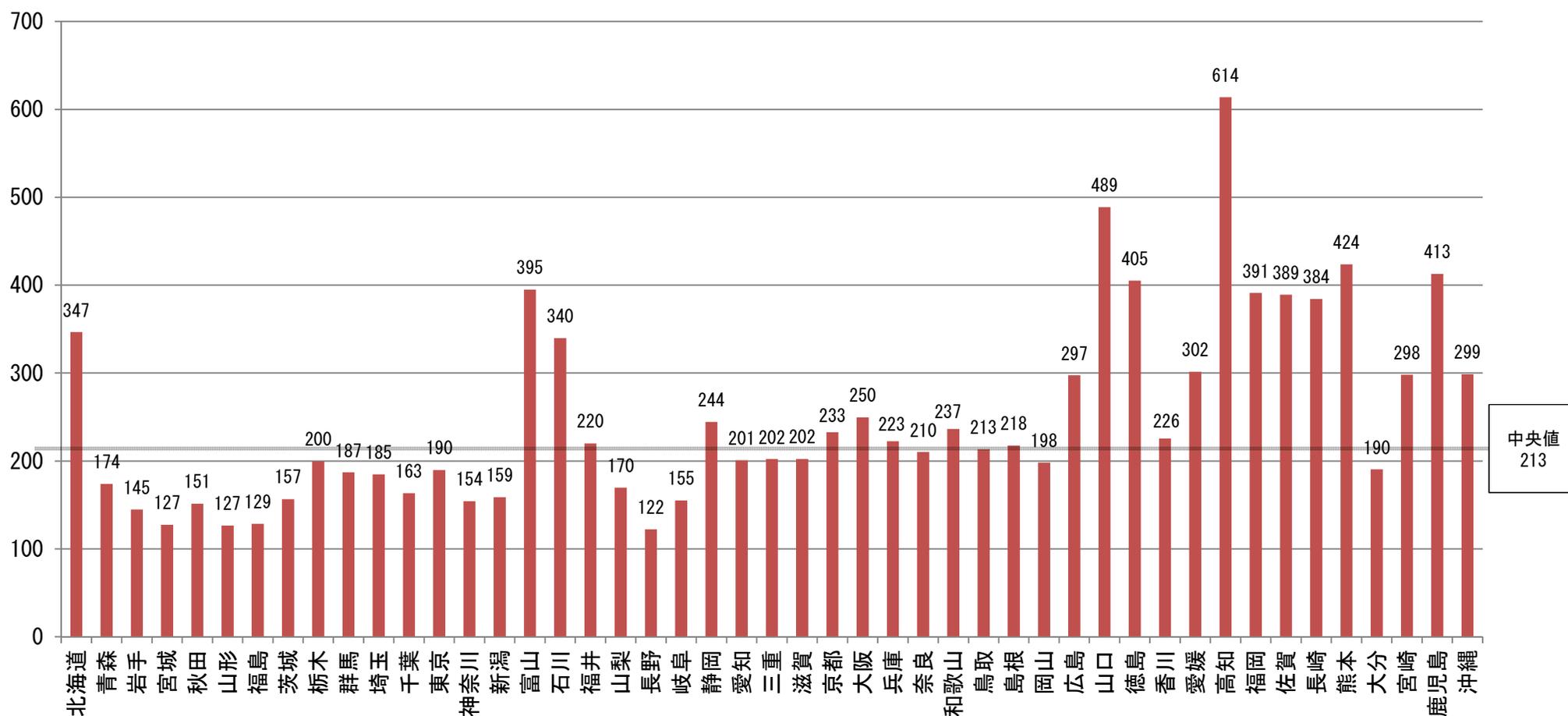
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

# 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。

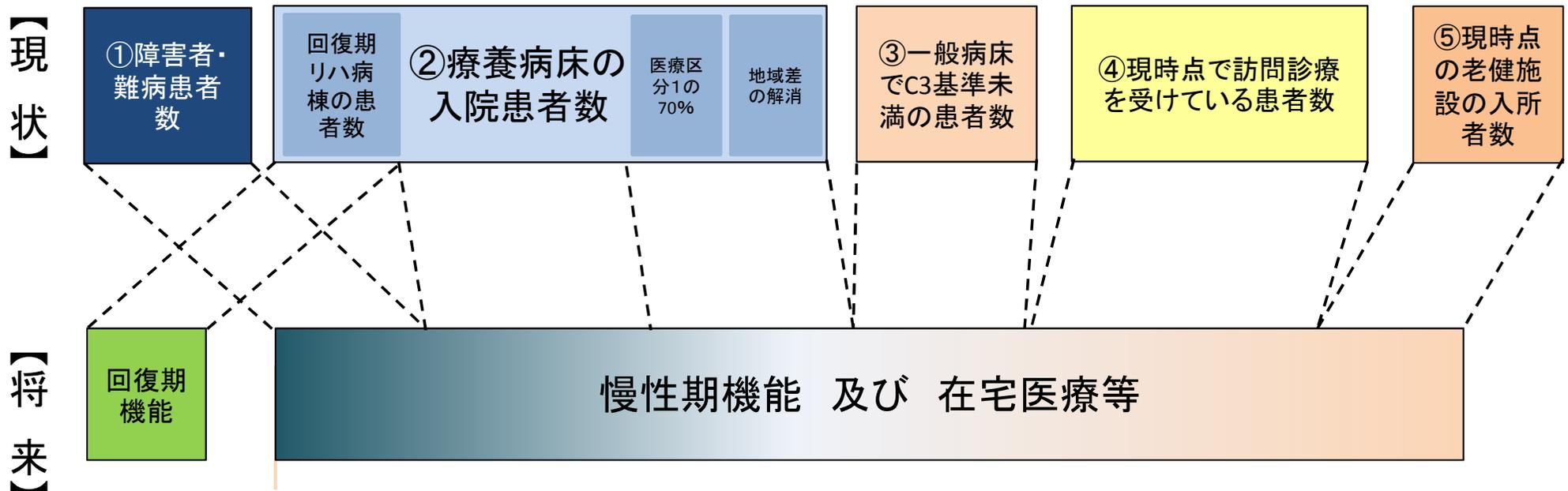


注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。  
 2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。  
 3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

# 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- 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する。
  - 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、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
    - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
    - ・ 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、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。（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する。）
  - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
  - ④ 訪問診療を受けている患者数（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
  - ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

## 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ 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。

# 地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

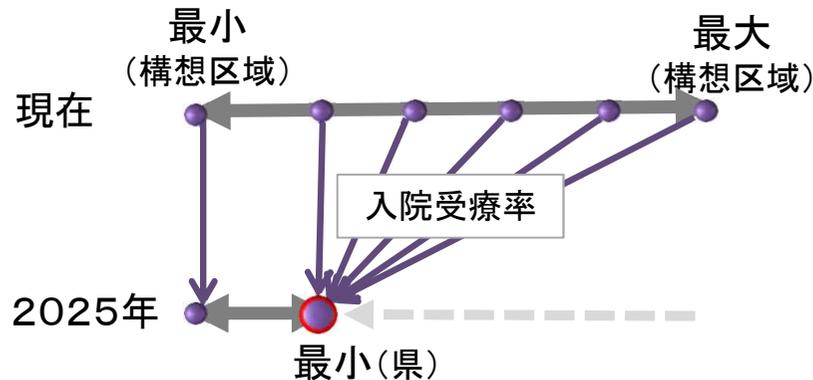
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
  - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、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。
- 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】

### 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。

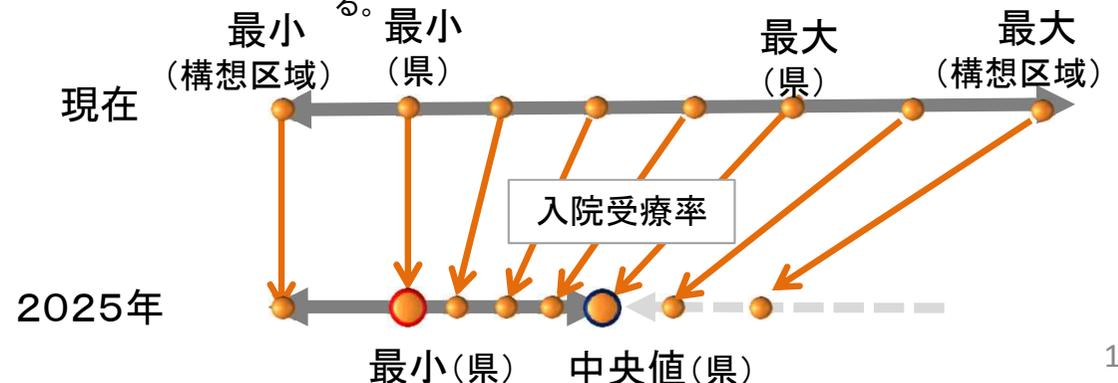
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



### 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。

※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について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

○ 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する構想区域は、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し、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】 以下の①かつ②に該当する構想区域

① 当該構想区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34%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)

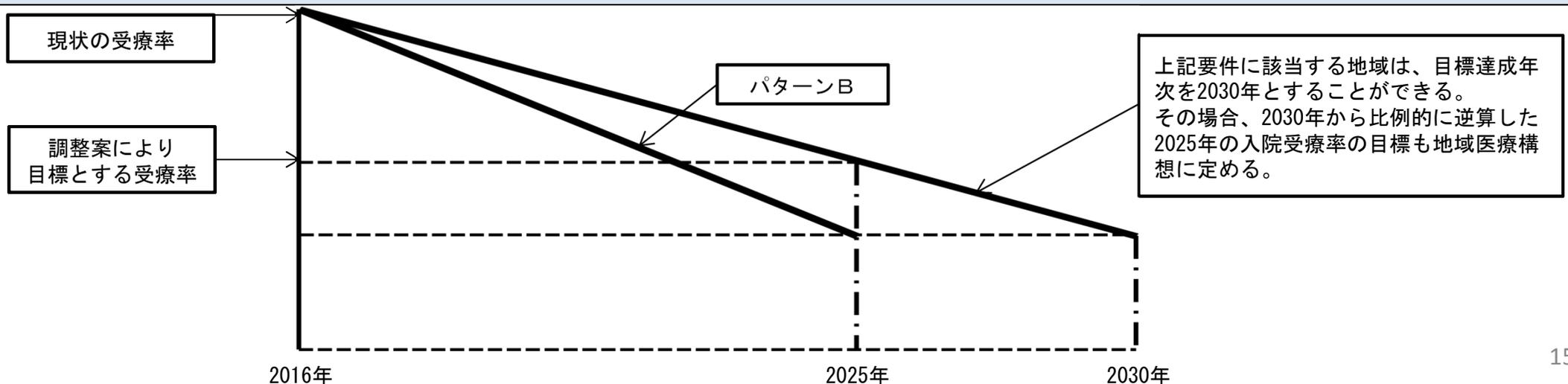
(地域医療構想策定後の目標修正について)

○ 一定の要件に該当する構想区域において、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→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)その他これに類する構想区域

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



# 地域医療構想の策定プロセス(1)

## 1 地域医療構想の策定を行う体制の整備※

※ 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置可

## 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有

## 3 構想区域の設定※

※ 二次医療圏を原則としつつ、① 人口規模、② 患者の受療動向、③ 疾病構造の変化、④ 基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

## 4 構想区域ごとに医療需要の推計※

※ 4機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの医療需要を推計

## 5 医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の検討※

(アクセス時間による)

急性期	… 一部を除き構想区域内で完結	} 主な疾病ごとに検討
回復期	… 基本的に構想区域内で完結	
慢性期		

※ 現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制について、構想区域間(都道府県間を含む)で調整を行い、医療提供体制を確定

## 6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

## 地域医療構想の策定プロセス(2)

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計



7 構想区域の確認



必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較



8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

(参考)策定後の取組

