

平成27年7月28日

# 地域医療構想策定の進め方について

岡山県 保健福祉部  
医療推進課

# 本日本話すること

## 1 地域医療構想の策定プロセス

3

### (1) 必要病床数の考え方について

11

### (2) 具体的な推計方法について

22

## 2 参考

45

# 1 地域医療構想の策定プロセス



## 地域医療構想の策定プロセス

### 【策定プロセス】

#### 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(医療法でいう「協議の場」)は、地域医療構想の策定段階から設置も検討

#### 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 構想区域ごとの医療需要の推計※

↓ ※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※

※高度急性期 ……他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討(アクセスを確認)

急性期 ……一部を除き構想区域内で完結

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、医療供給を確定

} 主な疾病ごとに検討

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



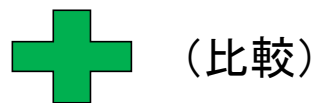
必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較



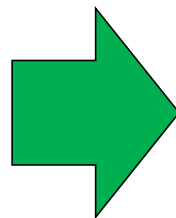
8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

(参考)策定後の取組

毎年度の病床機能報告制度による集計数



地域医療構想の必要病床数



構想区域内の医療機関の自主的な取組



地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議



地域医療介護総合確保基金の活用



実現に向けた取組とPDCA

# 1 地域医療構想の策定を行う体制の整備

## 各構想区域の策定を行う体制

県南東部：検討中

県南西部：保健医療計画策定協議会と同メンバーで協議

高梁・新見：地域医療連携推進協議会で協議

真庭：検討中

津山・英田：保健医療計画策定協議会と同メンバーで協議

## 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

### データの種類

- ・必要病床数推計の前提となる現状の入院受療に関する基礎データ
- ・病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況
- ・疾病別の医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況

→厚労省から提供された必要病床数等推計ツールによる

- ・平成37年(2025年)における二次医療圏別の人口推計
- ・介護保険関係の整備状況

→地域医療構想策定ガイドラインに掲載

### 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況

→平成26年度病床機能報告の状況を6月25日に、県HPに掲載

### 疾病別のアクセスマップと人口カバー率

→厚労省から提供されたデータブックに掲載

### その他(別添のデータ集)



## 3 構想区域の設定

### 構想区域の設定

3月23日開催の第1回地域医療構想部会において、構想区域は二次医療圏単位とすることです承いたいただいております。

<参考>平成27年3月23日開催 第1回 岡山県保健医療計画策定協議会 地域医療構想部会 資料

#### 二次医療圏の見直しと構想区域の設定について

##### 1 現状・留意点

- ・ 本県の場合、医療計画(全国に比べ2年早い)と地域医療構想の策定期間が重なっており、**二次医療圏**(本県の保健医療計画上は、「二次保健医療圏」としている。以下同じ)と**構想区域は一致させる必要がある**。
- ・ 今後、**医療と介護の提供体制の連携**を図るためにも、**二次医療圏と介護保険の老人福祉圏域を一致させる必要がある**が、既に一致しており、この状態で介護保険は27年度から新たな計画期間がスタートする。

さらに、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として**医療介護総合確保区域**を設定する必要があるが、同様に、**二次医療圏や老人福祉圏域を念頭に置いて設定する必要がある**。

- ・ 今回の医療計画における計画期間は、2年と短く、**29年度には再度計画を策定する必要がある**。また、構想区域は、**2025年の医療提供体制**を見据え設定することとされていることから、**医療・介護関係者や地区住民等の意見を踏まえ**、30年度から新たな計画期間が同時にスタートする介護保険の老人福祉圏域と併せて、**慎重に検討する必要がある**。

##### 2 方針

以上のことから、**二次医療圏は現状のままとし、構想区域は、二次医療圏と同一とする**。

4 構想区域ごとの医療需要の推計

5 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討

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

医療需要、必要病床数等の推計

医療需要、必要病床数等の推計については、地域医療構想策定ガイドラインに示された考え方に基づき、厚労省から提供された必要病床数等推計ツールにより行います。

# **(1) 必要病床数推計の考え方について**

# 「地域医療構想」の策定と2025年の医療機能別必要病床数の推計

- 本年4月から、県において、将来のあるべき医療提供体制の姿を示す「地域医療構想」を策定開始。  
(医療介護総合確保推進法(昨年6月成立))

➡ 地域ごとに、4つの医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)について2025年(平成37年)のあるべき病床数等を推計し、その実現に向けた取組を推進。

- このため、

本年3月に、厚生労働省から県に対し、病床数の推計方法も盛り込んだ「ガイドライン」を提示。

病床数の具体的な推計方法については、

- ・ 社会保障制度改革推進本部(本部長:総理)の下に設置した、有識者からなる専門調査会(内閣官房)  
(「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(会長:永井自治医科大学学長))
- ・ 関係者等からなる厚生労働省の検討会(「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」)  
が連携しながら検討し、取りまとめ。



- 専門調査会は、6月15日、取りまとめた推計方法に基づき、一定の仮定を置いた推計結果を公表。

○報道があった5,900床や6,500床の数値は、下記によるもの  
 ○2013年(平成25年)10月1日の医療施設調査における病床数と2025年の必要病床数の推計値をパターン別に比較

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013)との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A	パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C			
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
三重県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	—	▲1.7	▲1.5	—	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	—	2.9	2.7	—
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	—	▲0.9	▲0.3	—	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	—	7.9	7.4	—
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.3	9.5	9.5	▲3.9	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	—	▲1.6	▲1.6	—	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	—	1.3	1.2	—
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.9	▲12.9	▲11.8	▲10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

# 必要病床数推計の考え方

- 専門調査会の推計も、厚労省から配付された推計ツールも、推計の考え方は同様で下記のとおり。
- 平成25年度1年分の入院医療(約3.5億人日分) のレセプトデータ等客観的なデータを最大限活用。
- 実際に患者に行った医療行為の量(医療資源投入量(※))を分析し、高度急性期・急性期・回復期を区分。

※ 患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量

- ・境界点となる医療資源投入量 高度急性期:3,000点以上、急性期:600点以上、回復期:225点以上
- ・回復期については、境界点に達してから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。

※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。

- 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、療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するものとして推計する。

現時点では医療資源投入量に基づいた分析ができないため、高度急性期等とは別の考え方で計算。その際、療養病床の入院受療率(人口10万人当たりの入院患者数)の地域差に着目し、その差を縮小。

各都道府県が、地域の実情に応じ、一定の幅の中で縮小する目標を設定。

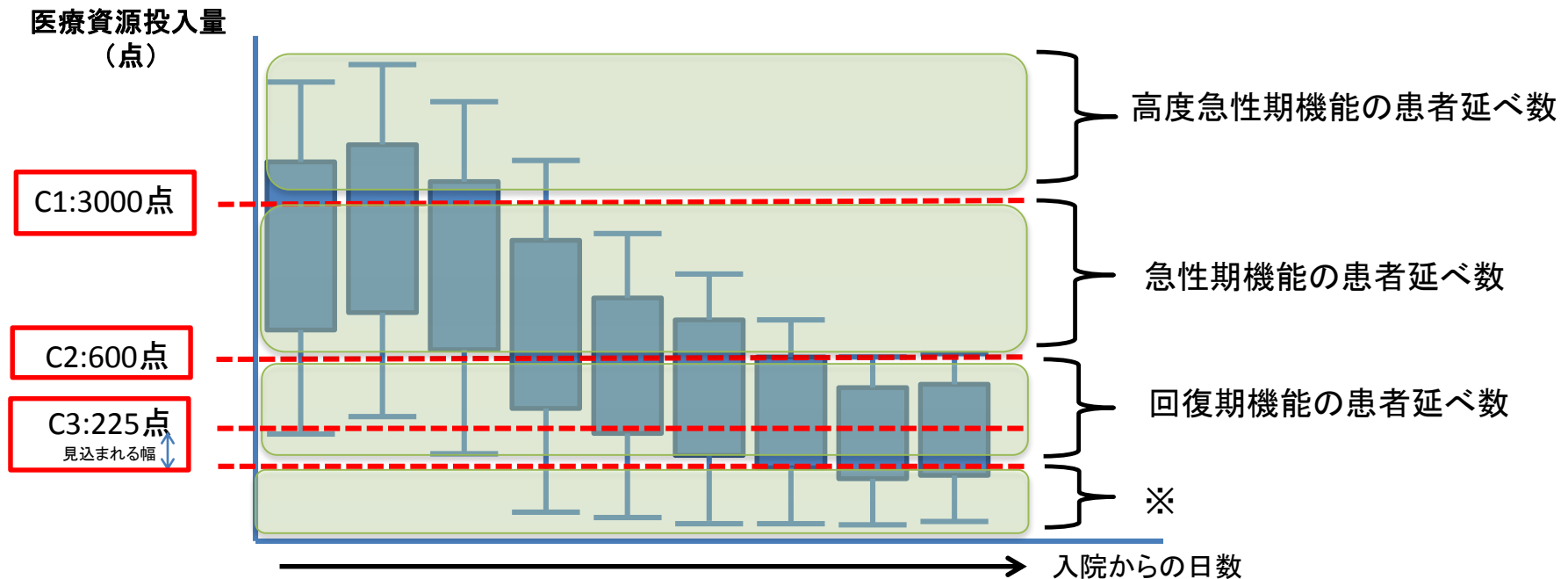
パターンA:全県を最小県並み、パターンB:最大県を全国中央値並み、パターンC(特例):一定の地域は目標年を2030年に延長

- 将来への投影は、地域ごとの人口構造の変化等を反映。

- 以上の推計方法は、構想区域全体における推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に、直ちになるものではない。(「地域医療構想策定ガイドライン」から)

# 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。
- 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。

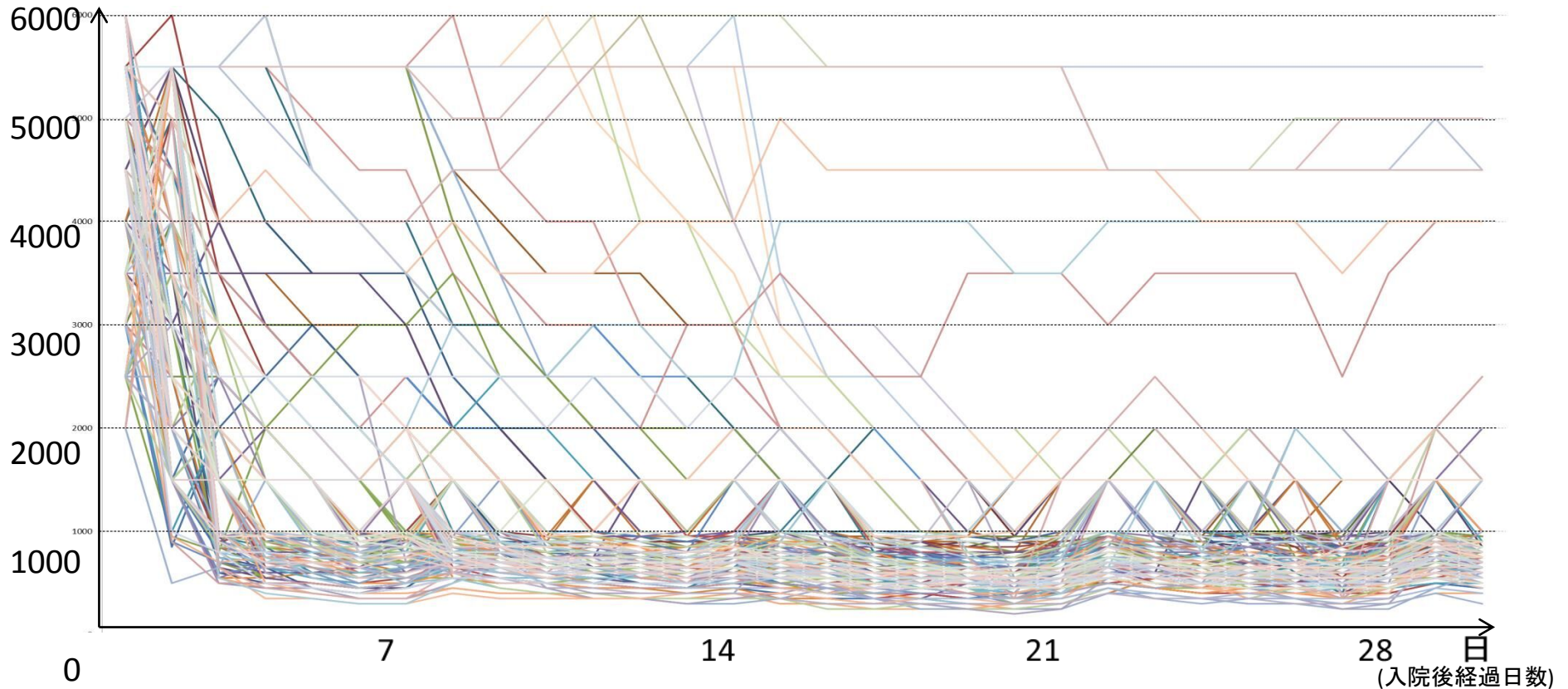
全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。



# 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)





# 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

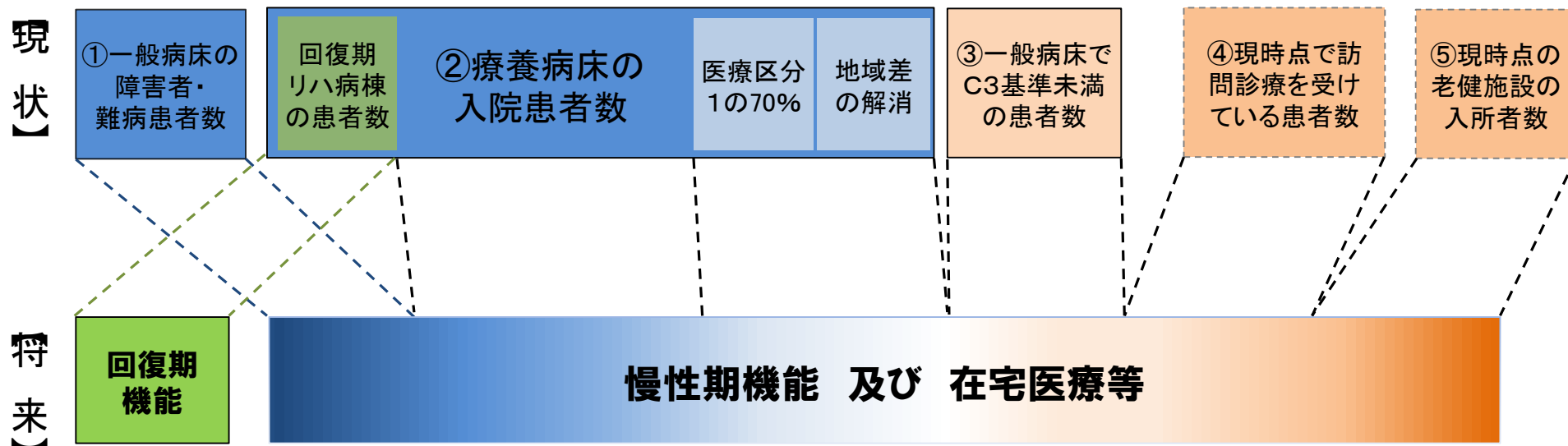
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<p>C1 3,000点</p>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。
	<p>C2 600点</p> <p>C3 225点</p>	

※ 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。

# 慢性期機能および在宅医療等の医療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。
- 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、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計。
    - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で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推計。(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。
  - 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。
  - 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。

## 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。

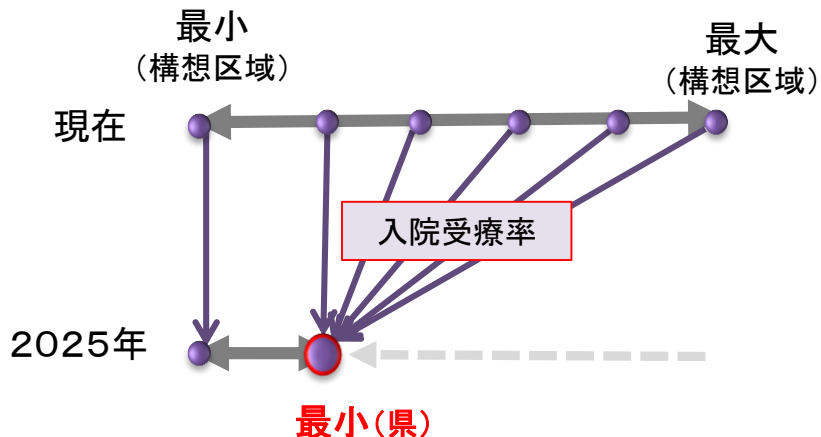
# 地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の推計方法について

- 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、現在では療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等に対応するものとして推計する。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定で、行われた診療行為が不明であるため、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】

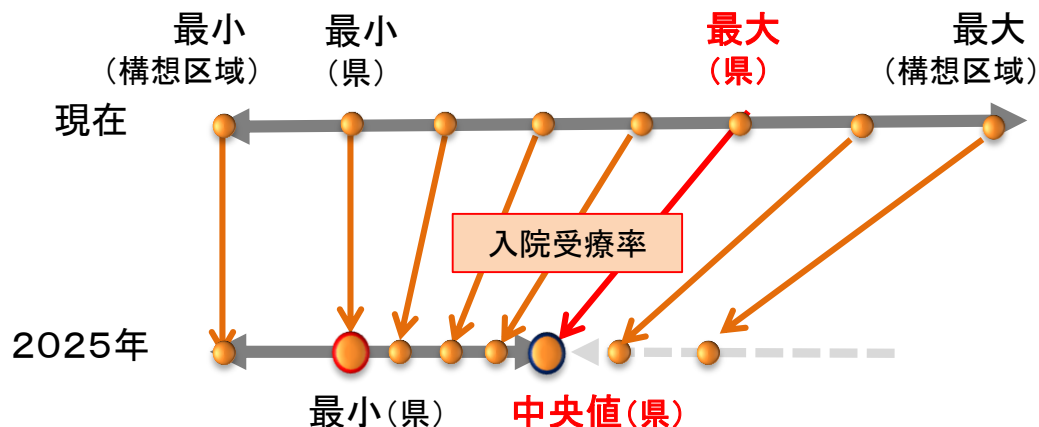
### パターンA

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。



### 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等について

## パターンC(特例)の設定:一定の地域は2030年に目標達成を延長可能

○ 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)

高梁・新見、真庭、津山・英田  
の3区域が該当

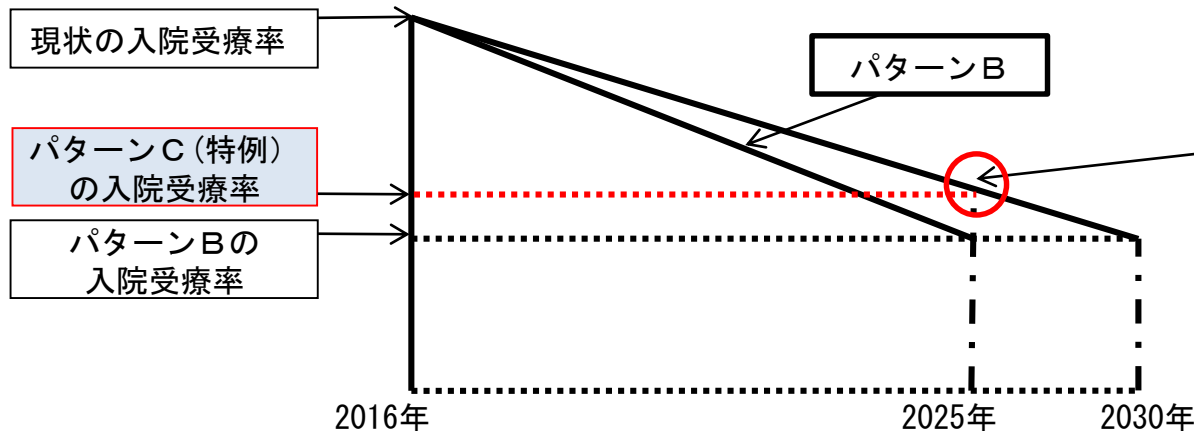
## (参考)地域医療構想策定後の目標修正

○ 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

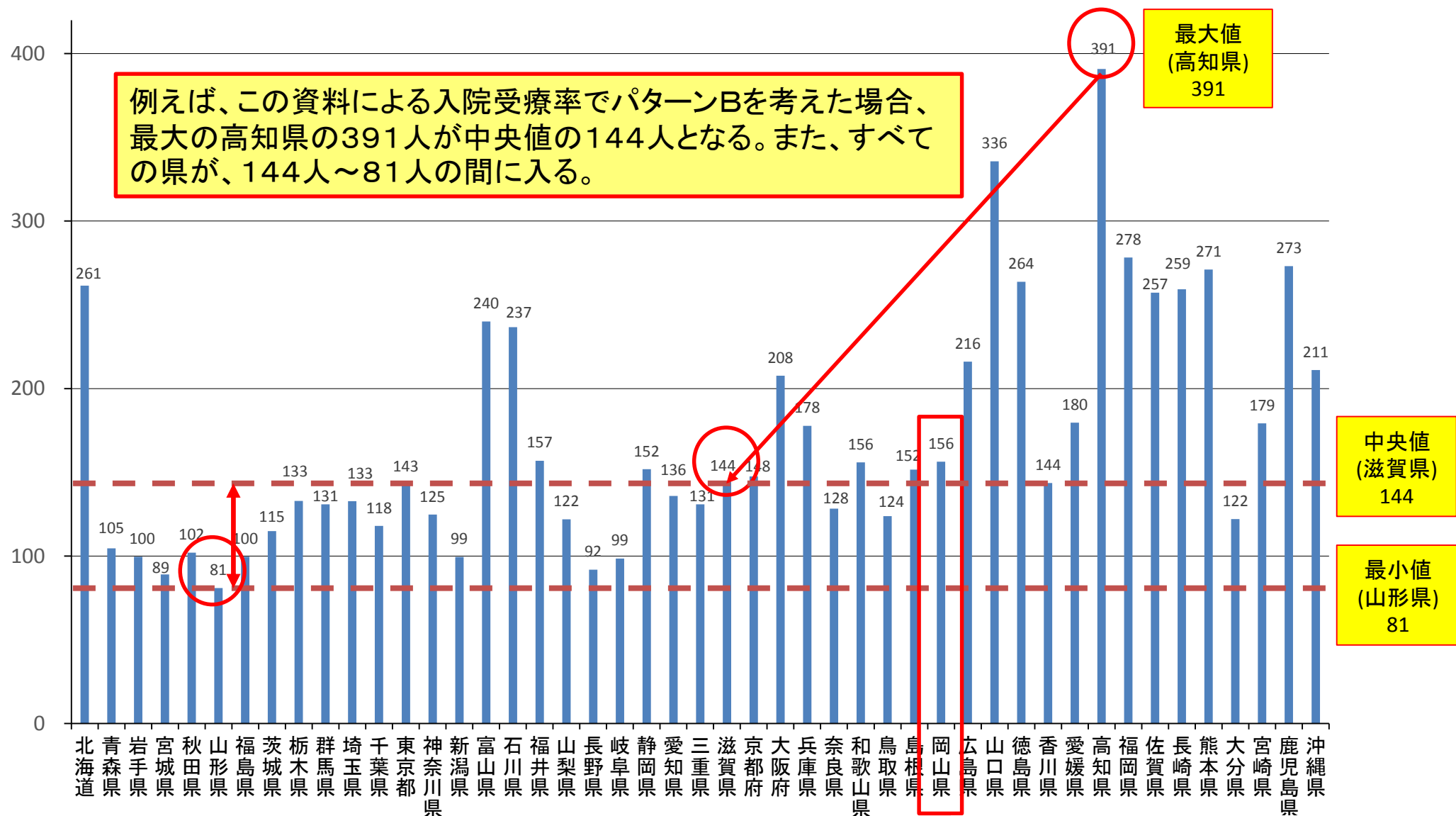


パターンC(特例)  
上記要件に該当する構想区域は、  
目標達成年次を2030年とすることが  
できる。  
その場合、2030年から比例的に  
逆算した2025年の入院受療率の  
目標も地域医療構想に定める。

# 療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)

例えば、この資料による入院受療率でパターンBを考えた場合、最大の高知県の391人が中央値の144人となる。また、すべての県が、144人～81人の間に入る。



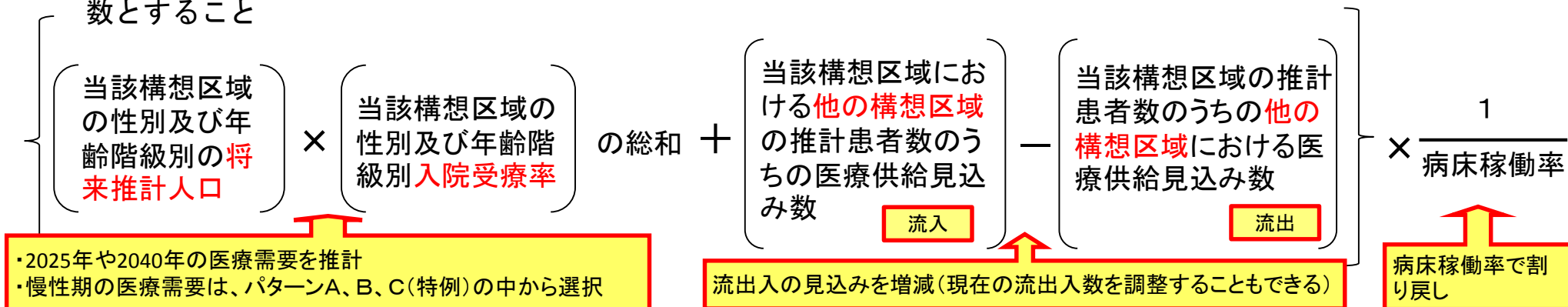
## (2) 具体的な推計方法について

# 将来の病床数等の必要量の算定方法

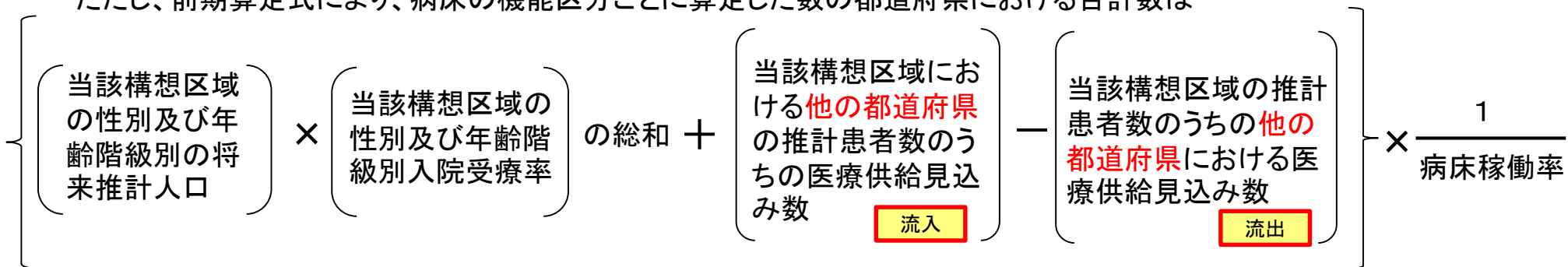
(医政発0331第9号 平成27年3月31日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について)をもとに作成

## 2 将来の病床数の必要量の算定方法

(1) 構想区域における将来(平成37年)の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに次に掲げる式により算定した数とすること



ただし、前期算定式により、病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は



により病床機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

- ・各構想区域の必要量の合計は、県間の流出入数を増減して合計した県全体の必要量を超えることはできない。
- ・現在の県間の流出入数を、協議を踏まえ変更することもできる



# ○高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の入院受療率

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の入院受療率は、病床の機能ごとに、当該構想区域に住所を有する次に定める者の性別及び年齢階級別の数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数とする。

高度急性期機能	医療資源投入量(患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量で、以下同じ。)が3,000点以上である入院患者
急性期機能	①医療資源投入量が600点以上3,000点未満の入院患者
	②医療資源投入量が175点以上600点未満でも、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であって、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上の者
回復期機能	①医療資源投入量が225点以上600点未満の入院患者
	②医療資源投入量が175点未満であっても、リハビリテーションを受ける入院患者(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。)であって、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる者
	③回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者
	④在宅復帰に向けて調整を要する者(医療資源投入量175点以上225点未満)



# ○慢性期機能の入院受療率

慢性期機能における当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率は、当該構想区域に住所を有する次の①に定める者の性別及び年齢階級別の数に、**イに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数(慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあつては、1。以下「補正率」という。)**を乗じて得た数に、②の障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数とする。

慢性期機能	①療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者から医療区分1の患者の数の70%に相当する数を除いた数(以下「慢性期入院患者」という。)
	②障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者

## イ 次の1)に掲げる数以上 2)に掲げる数以下

1) 
$$\frac{\text{慢性期総入院受療率の全国最小値(県単位)}}{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率(※)}}$$

2) 
$$\left\{ \frac{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率} - \text{全国最小値}}{\text{慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)} - \text{全国最小値}} \right\} \times \left\{ \frac{\text{慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)} - \text{全国最小値}}{\text{慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)} - \text{全国最小値}} \right\} + \text{全国最小値} \times \frac{1}{\text{当該構想区域の慢性期総入院受療率}}$$

補正率を

- 1) (パターンA) から、
- 2) (パターンB) の範囲内で定める

※ただし、一定の要件のもと、パターンC(特例)を選択可能

### ※慢性期総入院受療率

$$= \frac{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\sum \text{当該区域の性別及び年齢階級別人口} \times \text{全国の性別及び年齢階級別入院受療率}} \times \frac{\text{全国の慢性期入院患者数}}{\text{全国の人口}}$$

# ○居宅等における医療

## 3 その他の地域医療構想に定める事項

「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」は、次に掲げる数の合計数とすること。

居宅等における 医療	①慢性期入院患者のうち医療区分1で患者の数の70%に相当する数
	②慢性期入院患者のうち、入院受療率の地域差を解消していくことで、在宅医療等の医療需要として推計する患者の数(①に掲げる数を除く)
	③医療資源投入量が225点未満の入院患者から、 イ 在宅復帰に向けて調整を要する者(医療資源投入量175点以上225点未満) ロ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者 ハ リハビリテーションを受ける入院患者であつて、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる者を控除した数
	④ 当該構想区域の平成37年における性別及び年齢階級別人口に、当該構想区域の訪問診療患者に係る性別及び年齢階級別受療率(在宅患者訪問診療料を算定する患者のうち、当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数)を乗じて得た数の合計数。
	⑤ 当該構想区域の平成37年における性別及び年齢階級別人口に、当該構想区域の介護老人保健施設入所者に係る性別及び年齢階級別入所需要率(介護老人保健施設の施設サービス利用者のうち、当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数)を乗じて得た数の合計数。

# ○必要病床数等推計ツールについて

(推計ツール説明書より)

# 地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法

## ア) 搭載データ

地域医療構想策定支援ツールは平成25年度の下記データを用いて推計処理を実施している。

なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示となる。

搭載データの種別		病名の有無	
医療需要	①	NDB(National Database)のレセプトデータ	あり
		上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	なし
	②	DPCデータ	あり
	③	公費負担医療分医療需要(医療費の動向)	※
	④	医療扶助受給者数(被保護者調査)	※
	⑤	訪問診療受療者数(生活保護患者訪問診療レセプト数)	なし
	⑥	分娩数(人口動態調査)	あり
	⑦	介護老人保健施設の施設サービス受給者数(介護給付費実態調査)	なし
	⑧	労働災害入院患者数(労働災害入院レセプト数)	なし
⑨	自賠責保険入院患者数(自賠責保険請求データ)	なし	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口		—
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口		—

※③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分している。

## イ) 推計方法

### <医療需要(人/日)の算出式>

$$\begin{array}{rcl} & & \text{NDBのレセプトデータ(①)} \\ & + & \text{DPCデータ(②)} \\ & + & \text{公費医療データ(③、④、⑤)} \\ \text{医療需要} & = & + \text{分娩のデータ(⑥)} \\ \text{(人/日)} & & + \text{介護老人保健施設サービス受給者データ(⑦)} \\ & & + \text{労災保険医療データ(⑧)} \\ & & + \text{自賠責保険医療データ(⑨)} \\ & & \hline & & 365 \end{array}$$

①～⑨の総和を  
365(日)で除する

※上記( )内の①～⑨は前述の搭載データ種別に該当

※医療需要(人/日)は上記データを基に「病床の機能区分等」(4機能分類及び在宅医療等)、「疾病区分」(約90分類)、「性」(2分類)、「年齢」(17分類)、「患者住所地二次医療圏」(344分類)、「医療機関所在地二次医療圏」(344分類)別に算出。

## <入院受療率の算出式>

$$\text{入院受療率 (平成25年度)} = \frac{\text{医療需要 (平成25年度)}}{\text{性・年齢階級別人口 (平成25年度)}}$$

※構想区域(二次医療圏)毎に受療率を算出

## <必要病床数(床)の算出式>

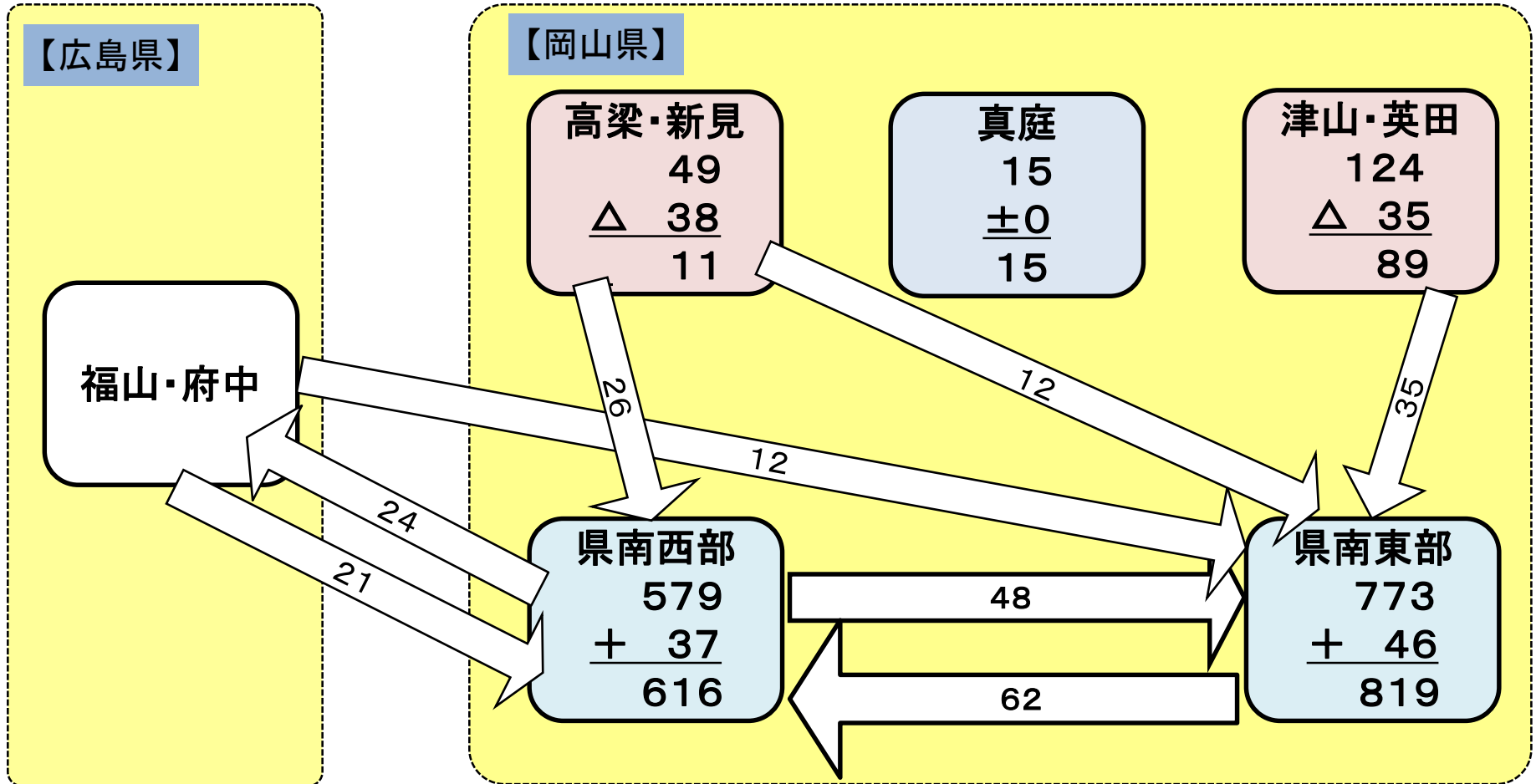
$$\text{必要病床数 (床)} = \frac{\text{入院受療率 (平成25年度)} \times \text{性・年齢階級別人口 (将来年度)}}{\text{病床稼働率}}$$

※病床稼働率は、下記の値を全国一律で用いる。

- ・高度急性期 :0.75
- ・急性期 :0.78
- ・回復期 :0.9
- ・慢性期 :0.92

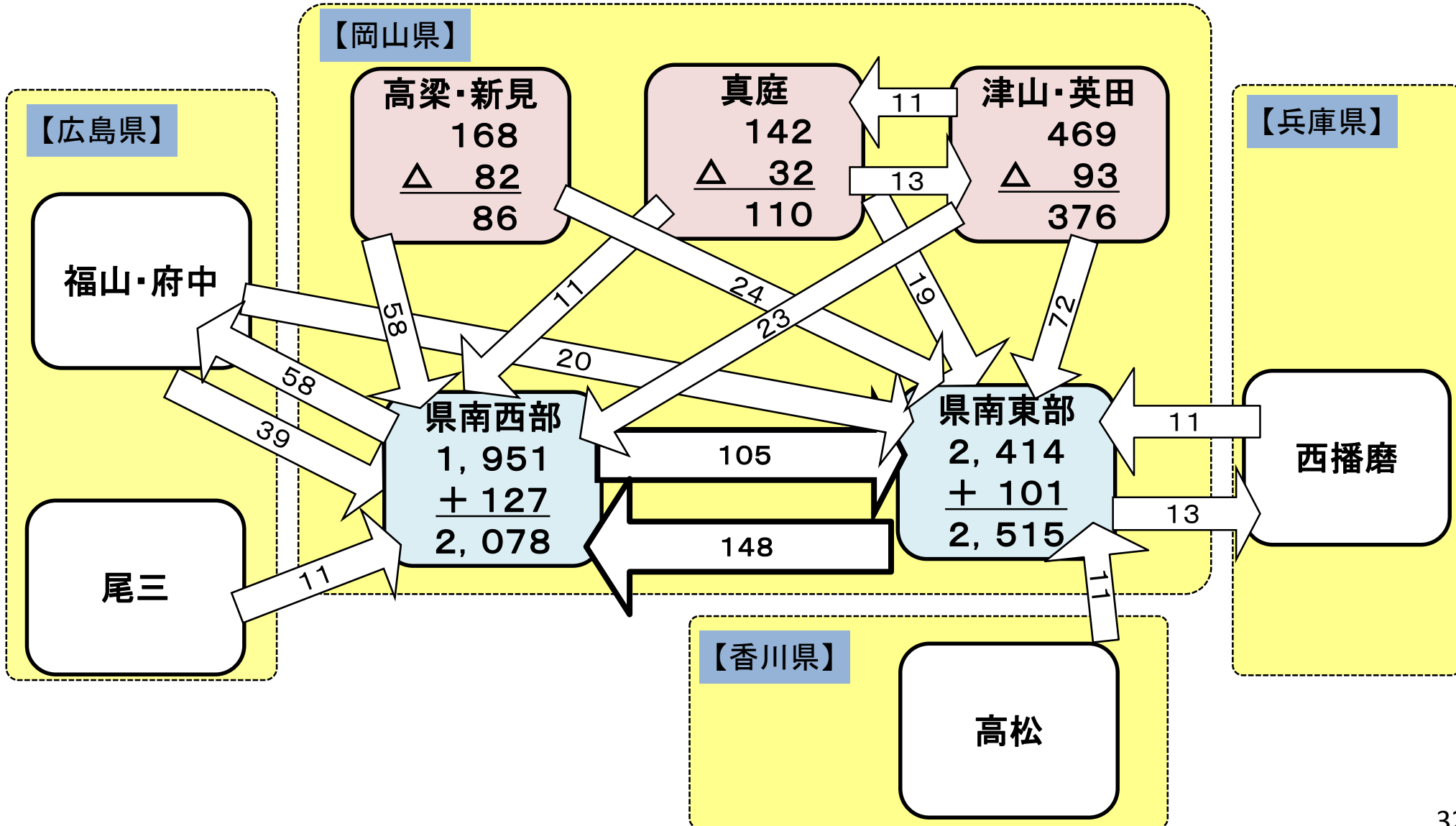
# 2025年の二次医療圏における流出入数の推計 (高度急性期)

・推計ツールによる推計(単位:人/日(小数点第1位を四捨五入して、10未満は未公表))



# 2025年の二次医療圏における流出入数の推計 (急性期)

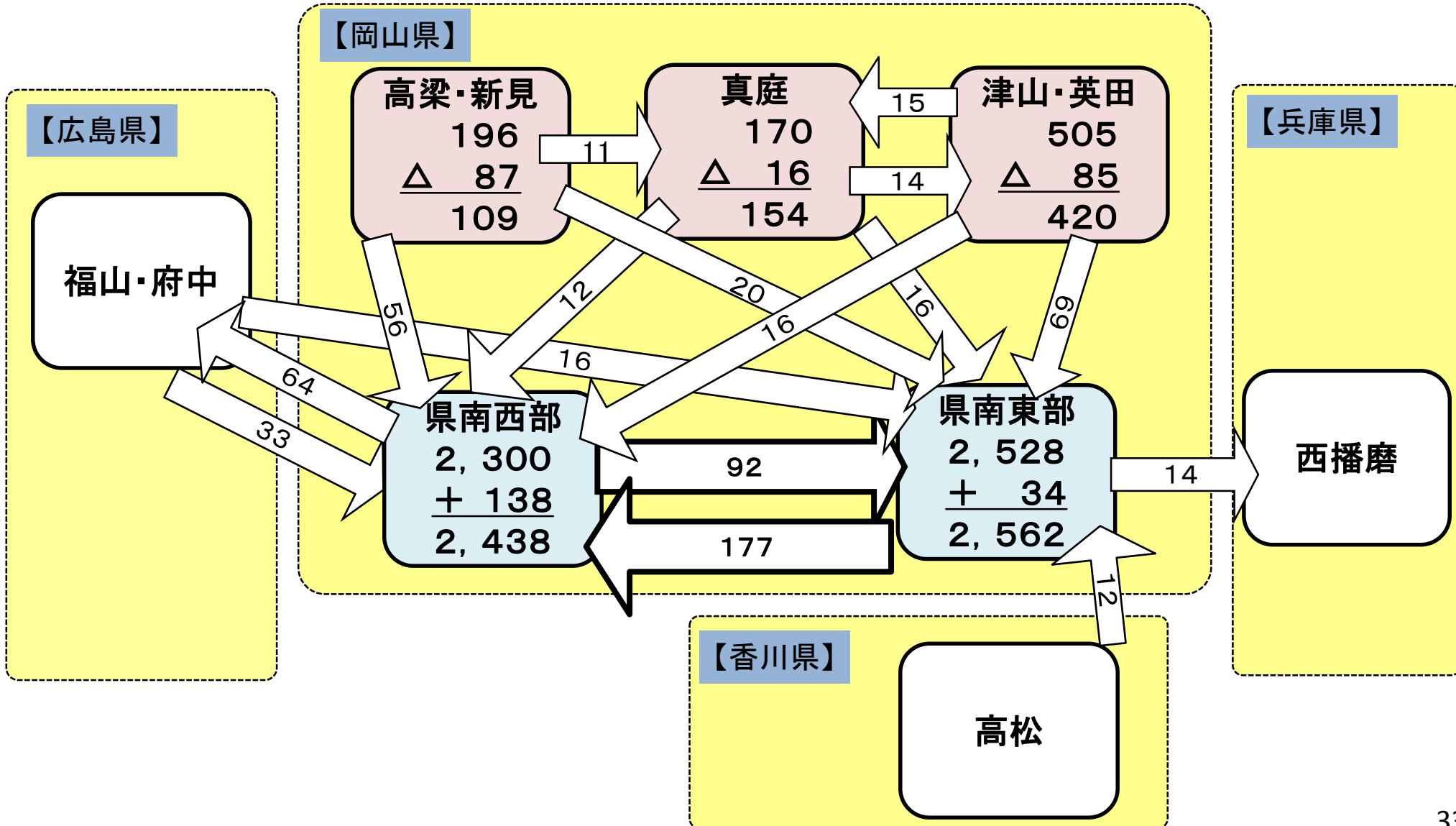
・推計ツールによる推計(単位:人/日(小数点第1位を四捨五入して、10未満は未公表))





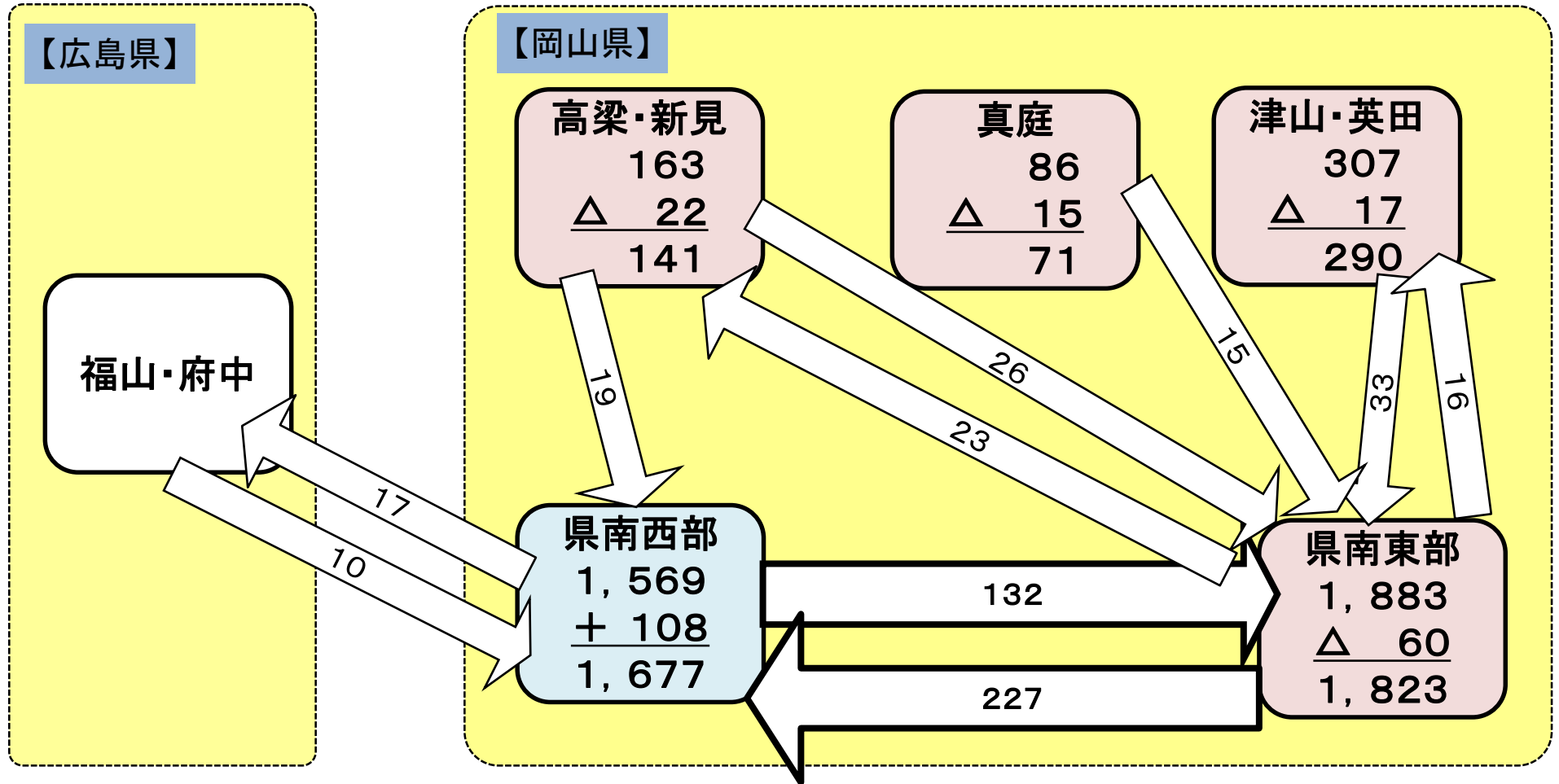
# 2025年の二次医療圏における流出入数の推計 (回復期)

・推計ツールによる推計(単位:人/日(小数点第1位を四捨五入して、10未満は未公表))



# 2025年の二次医療圏における流出入数の推計 (慢性期(パターンB))

・推計ツールによる推計(単位:人/日(小数点第1位を四捨五入して、10未満は未公表))



## 7 構想区域の確認

### 構想区域の確認

人口規模や、基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の妥当性について確認する。

(「地域医療構想策定ガイドライン」より)

# 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

- 県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度(2014年度)(又は、直近の年度)の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

※ 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。

(「地域医療構想策定ガイドライン」より)

# 平成26年度病床機能報告

- ・地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握等を行う必要
- ・医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として報告
- ・併せて、その病棟の設備、医療スタッフ、医療行為等についても報告
- ・平成26年度分については、6月25日、県のホームページで公表しておりますので、ご覧ください。

# 平成26年度病床機能報告の状況

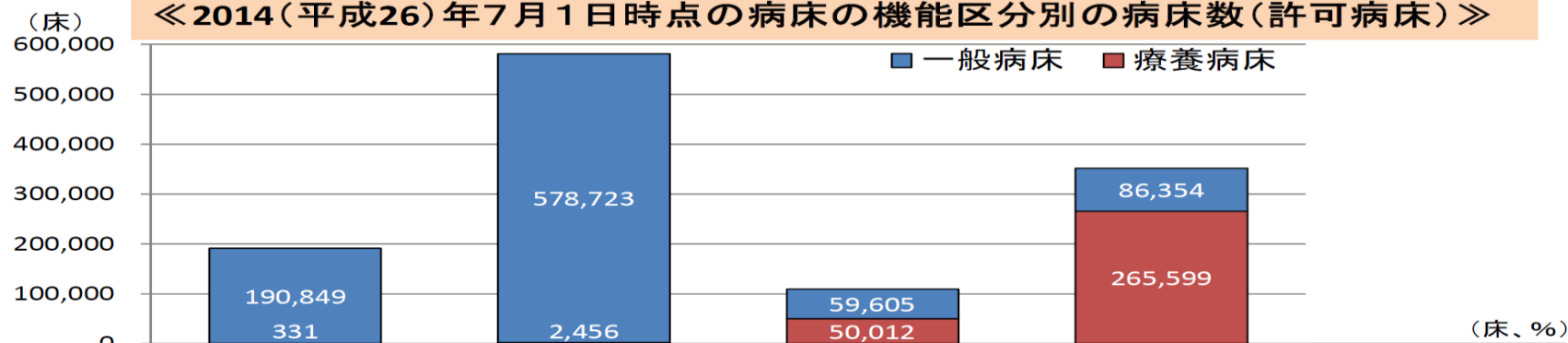
第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会  
平成27年3月18日  
参考資料 2

## 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	190,849	578,723	59,605	86,354	915,531
療養病床	331	2,456	50,012	265,599	318,398
合計	191,180	581,179	109,617	351,953	1,243,929
構成比	15.5%	47.1%	8.9%	28.5%	100.0%
前回速報(H27.1.26時点)の構成比	15.6%	47.2%	9.1%	28.1%	100.0%

(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。

1

岡山県全体						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
一般病床	5,013	9,165	1,955	1,782	541	18,456
療養病床	0	102	580	4,340	35	5,057
合計	5,013	9,267	2,535	6,122	576	23,513
構成比	21.3%	39.4%	10.8%	26.0%	2.4%	100.0%

# 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	

幅広い手術の実施等への治療	(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、大動脈バルーンポンピング法
	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

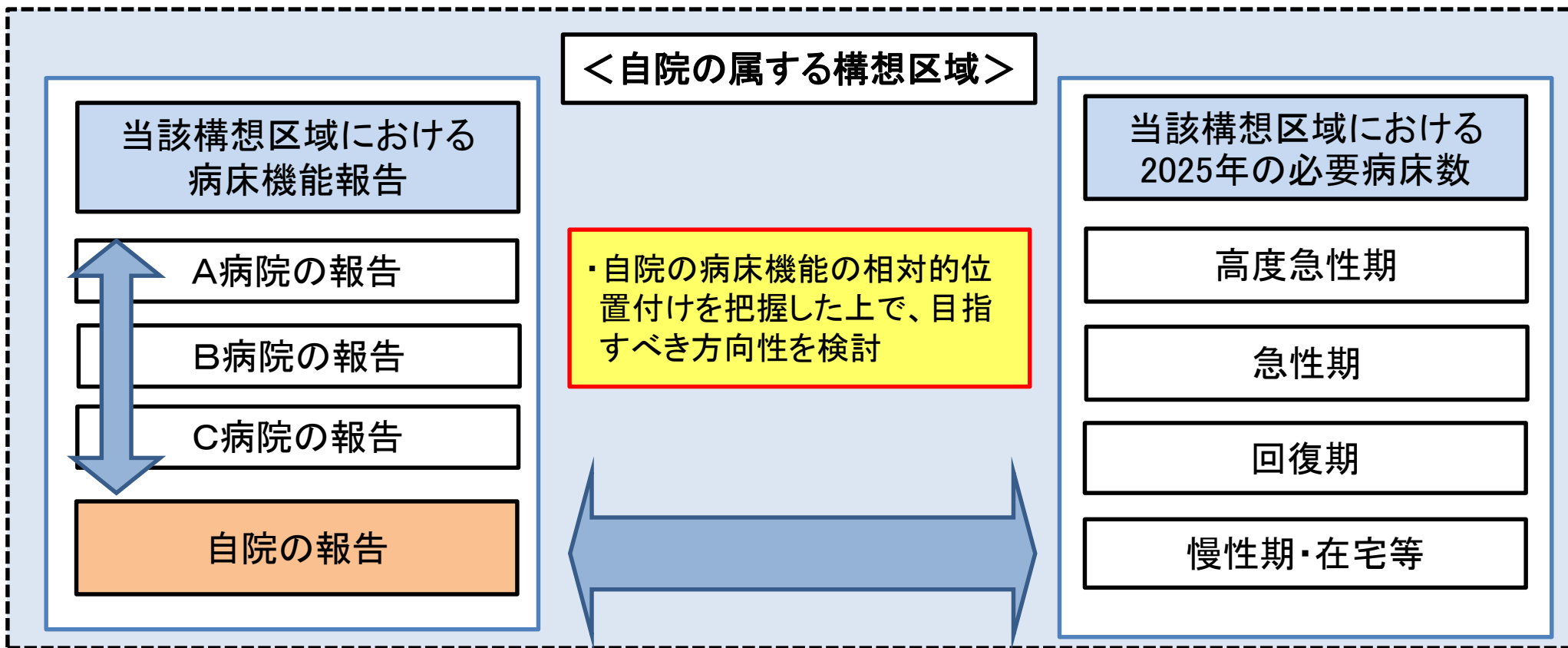
在宅復帰への支援	急性期後・在宅等支援(療養)病床初期加算
	救急搬送患者地域連携受入加算
全身管理	地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料
	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料
	退院前訪問指導料
期からのリハビリテーション	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定 1日につき
	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
	人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流
受入	経管栄養カテーテル交換法
	疾患に応じた/早期からのリハビリ
	疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法
	リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算
	入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合
有床診療所の多様な機能	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
	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
	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)	



# (参考) 構想策定後の各医療機関における取組の考え方

## 各医療機関での取組

- 病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握すること、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能となり、これら2つの情報(データ)の比較などにより、**自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握**した上で、個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行い、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。  
(「地域医療構想策定ガイドライン」より)





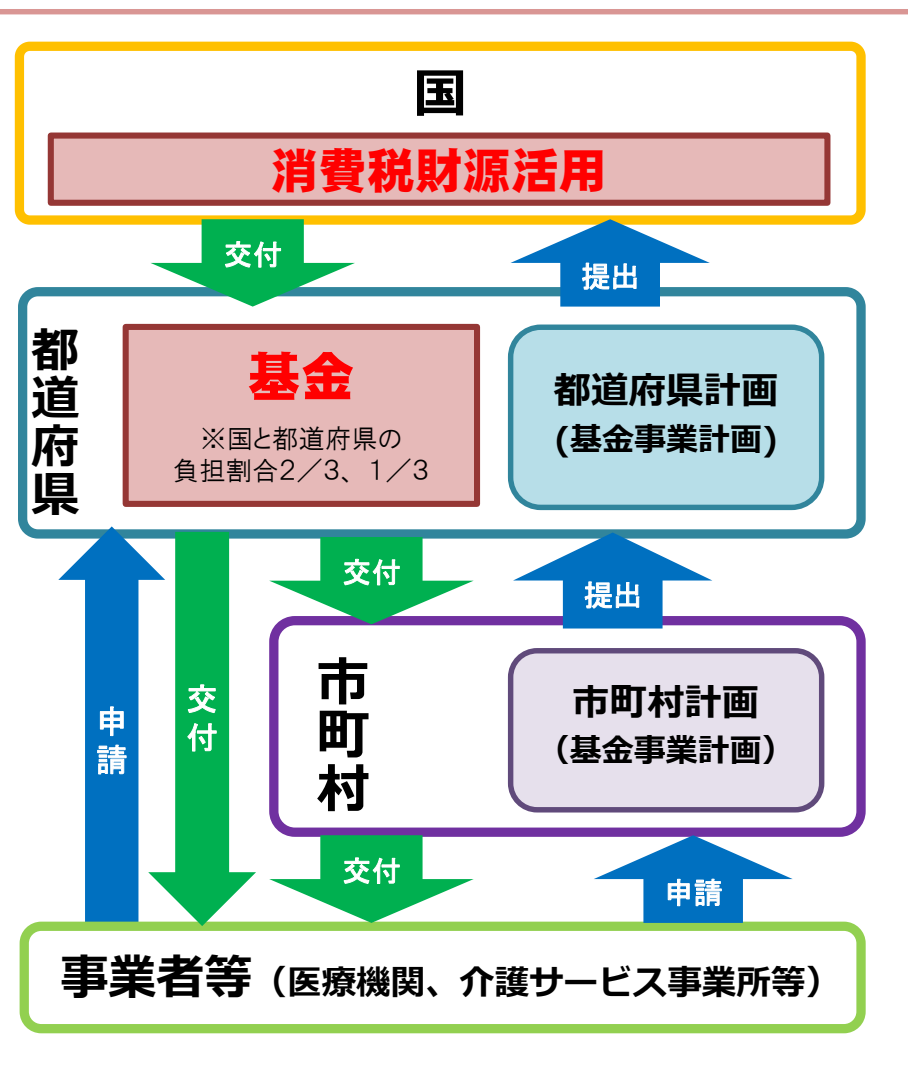
## 8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

### 基金の活用

- 今後、地域での協議を踏まえ、あるべき医療提供体制を実現するための施策について、毎年、地域医療介護総合確保基金に係る県計画に盛り込み、実施していきます。
- 平成27年度の県計画については、国からの内示を受け、8月に国へ提出する予定です。
- 28年度の県計画については、来年度予算要求に向けて、現在、提案を取りまとめ中です。

# 地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
  - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

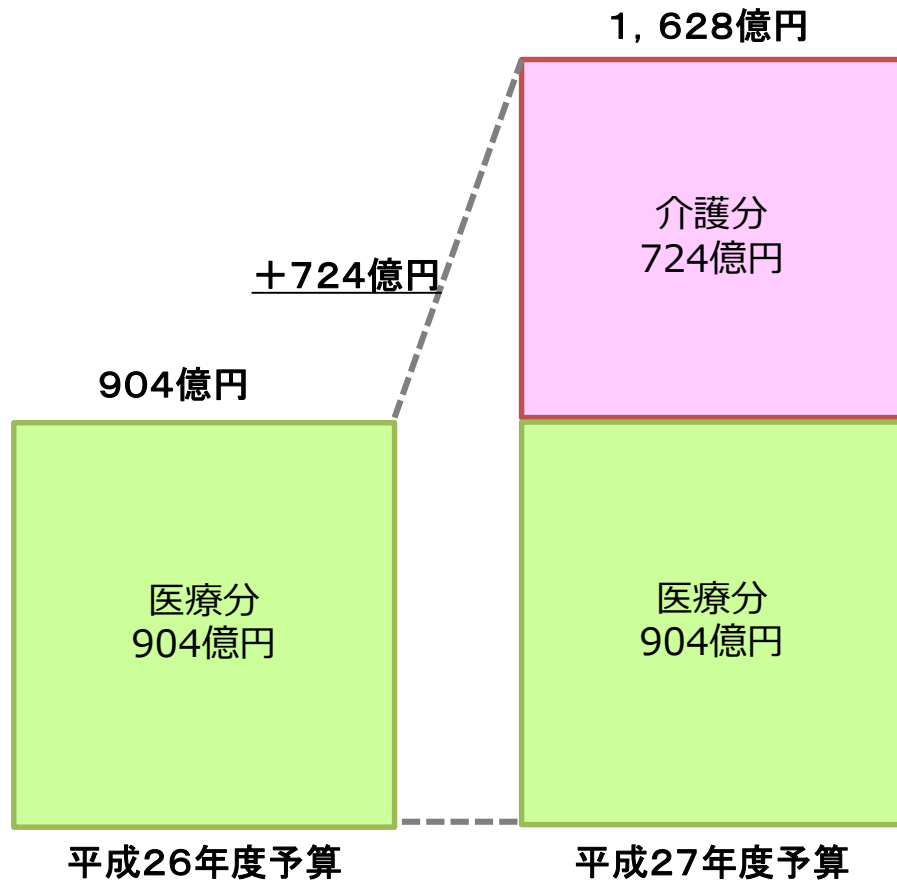
## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

# 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算について

- 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、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算は、公費ベースで1,628億円（医療分904億円、介護分724億円）  
※ 国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3
- 平成27年度以降は、介護を含む全ての事業を対象としており、対前年度予算724億円増。

## 地域医療介護総合確保基金の予算



## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

## スケジュール(案)

- |        |   |
|--------|---|
| 27年1月～ | 都道府県ヒアリング実施<br>（※都道府県による関係者からのヒアリング等実施） |
| 5月中    | 基金の交付要綱等の発出<br>介護分を都道府県へ内示              |
| 7月〇日   | 医療分を都道府県へ内示                             |
| 8月中    | 交付決定（※都道府県計画提出）                         |

## 共通認識としていただきたいこと

「地域の医療・介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標です。

ただし、その実現のための制約条件を踏まえ、検討することが必要となります。

## 2 参 考

# 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

# 基準病床数と必要病床数の比較

	基準病床数	地域医療構想における必要病床数
病床の区分	一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床に区分	一般病床と療養病床について、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれの機能に区分
いつの時点のものか	現時点における病床数 (2014年10月1日の人口をもとに算出)	2025年における必要病床数 (2025年における将来推計人口をもとに算出)
計数について	退院率や平均在院日数等は、全国や中国ブロックにおける国の告示で定められた数値を使用	入院受療率は、本県の二次医療圏ごとの2013年の数値を使用
他県との流出入患者数	県全体の数値は、他県と流出入がないものとして病床数を算出	現在の流出入数を踏まえ、2025年における流出入数を推計して病床数を算出(他県との協議が必要な場合がある)
その他	療養病床数の推計においては、介護施設に入所している者など、今後の介護サービスの進展等を考慮して算出	慢性期の必要病床数の推計については、一部の地域で特例措置がある



# 医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュール

