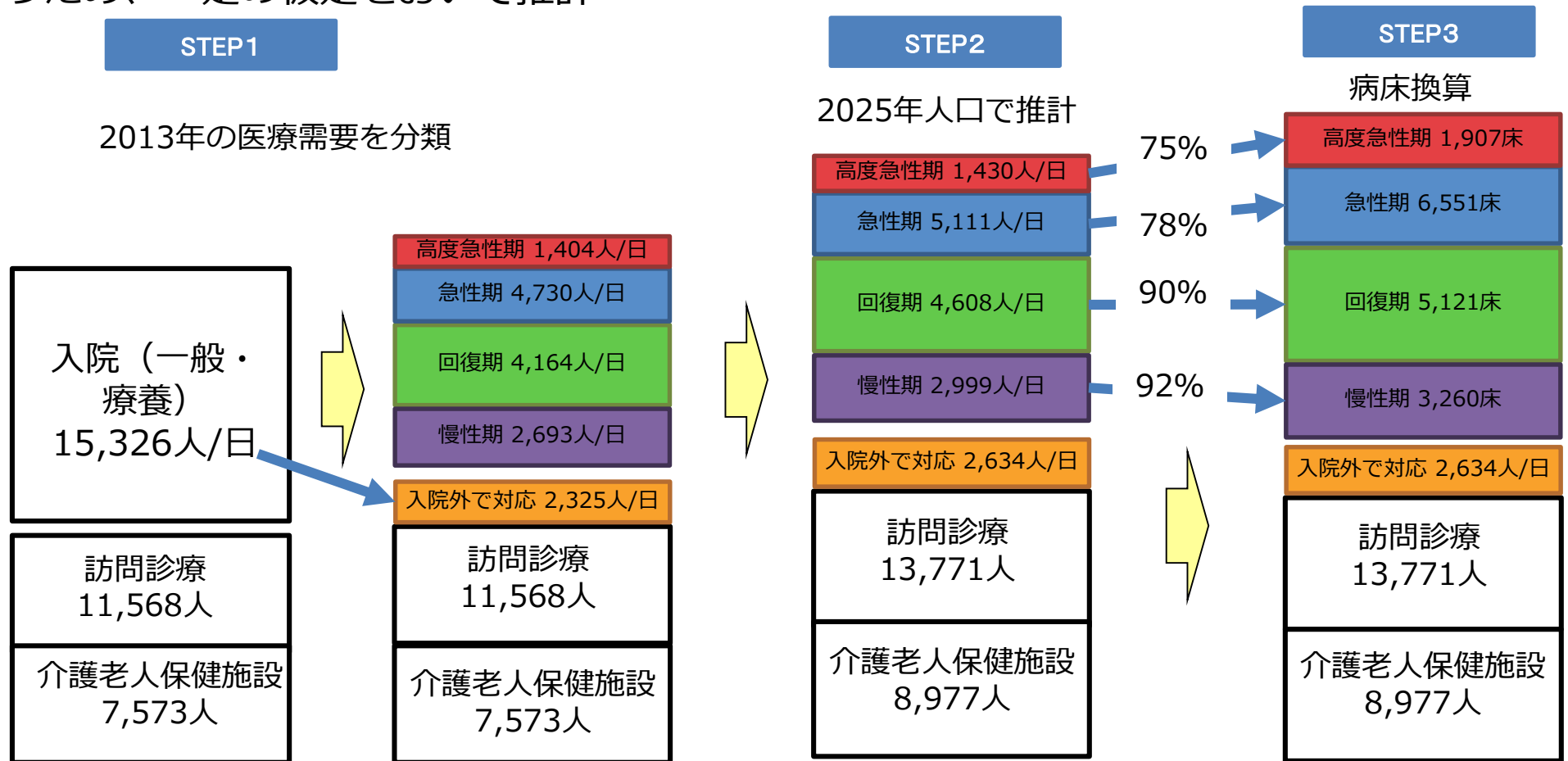


地域医療構想に関する参考資料

2025年の医療需要と病床数の必要量の推計

- レセプトデータ等を基にした、2013年の医療需要を4つの区分に分類したうえで、2025年の推計人口を用いて将来の医療需要を推計
- 医療需要の推計値を病床稼働率で病床換算し病床数を算出
- 特に、慢性期需要については、介護保険施設を含む在宅医療等の需要と一体的に推計を行うため、一定の仮定をおいて推計

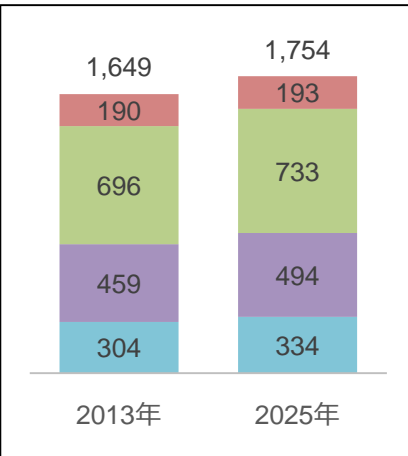


※数値は県全体の値（推計方法の過程を参考として県全体値（概算）で示したものの。）

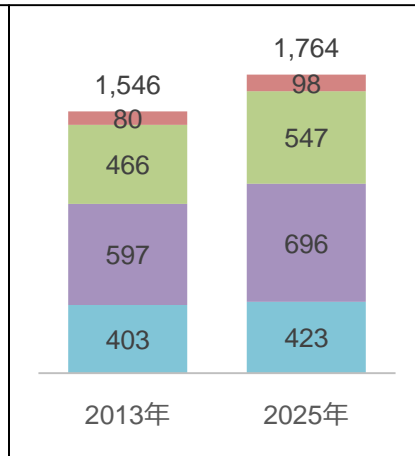
各圏域の病床数の推計結果

2013年：2013年の医療実績を基に医療機関所在地ベースで病床数を推計したもの
 2025年：地域医療構想における、病床数の必要量の推計値

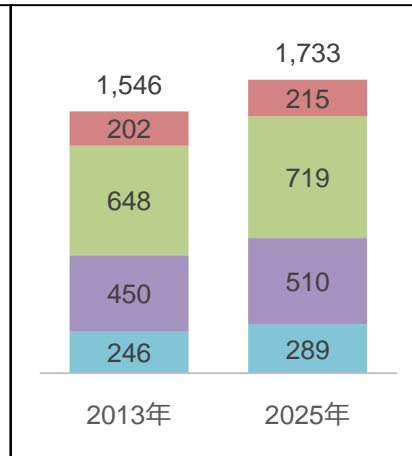
佐久



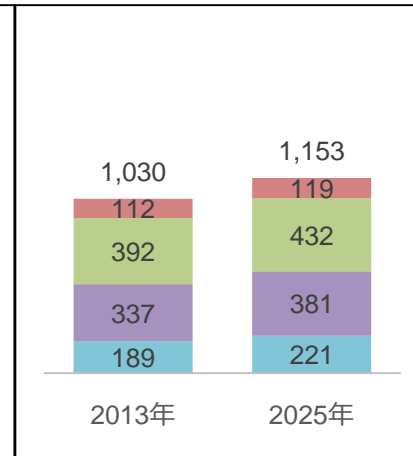
上小



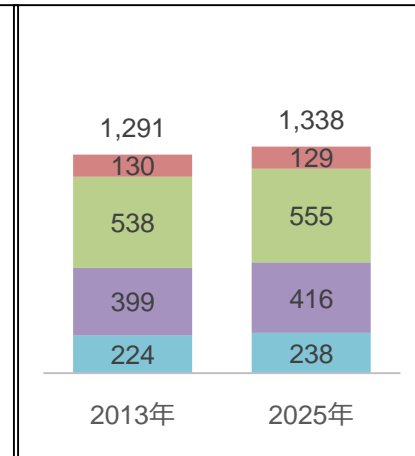
諏訪



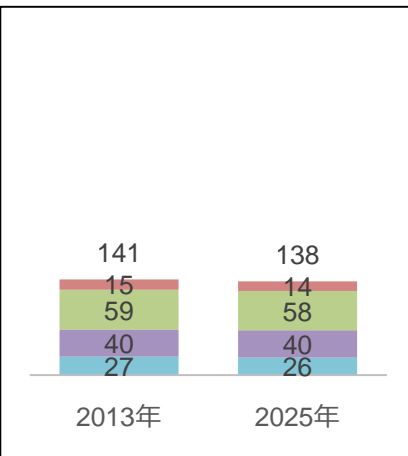
上伊那



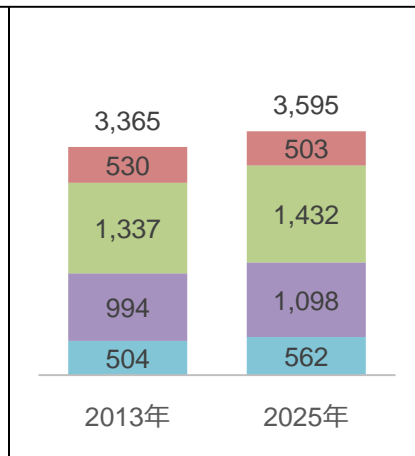
飯伊



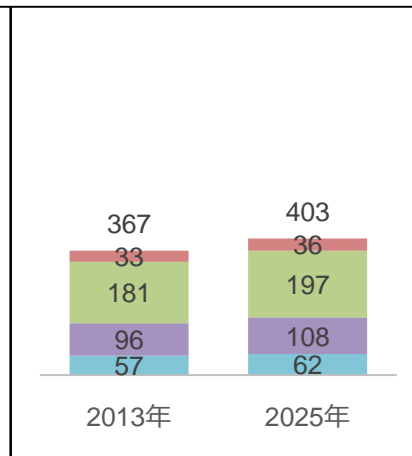
木曽



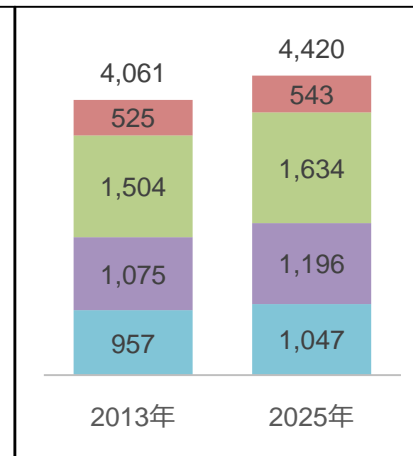
松本



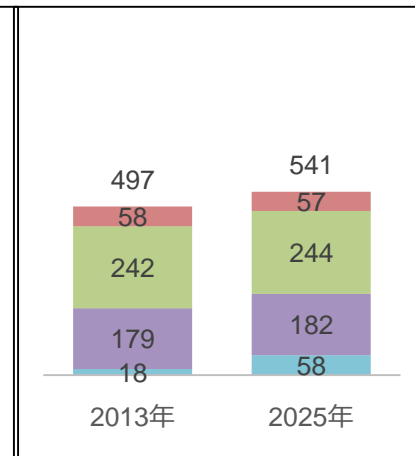
大北



長野



北信



2025年の医療需要と病床数の必要量の区分の考え方

【入院需要の区分】

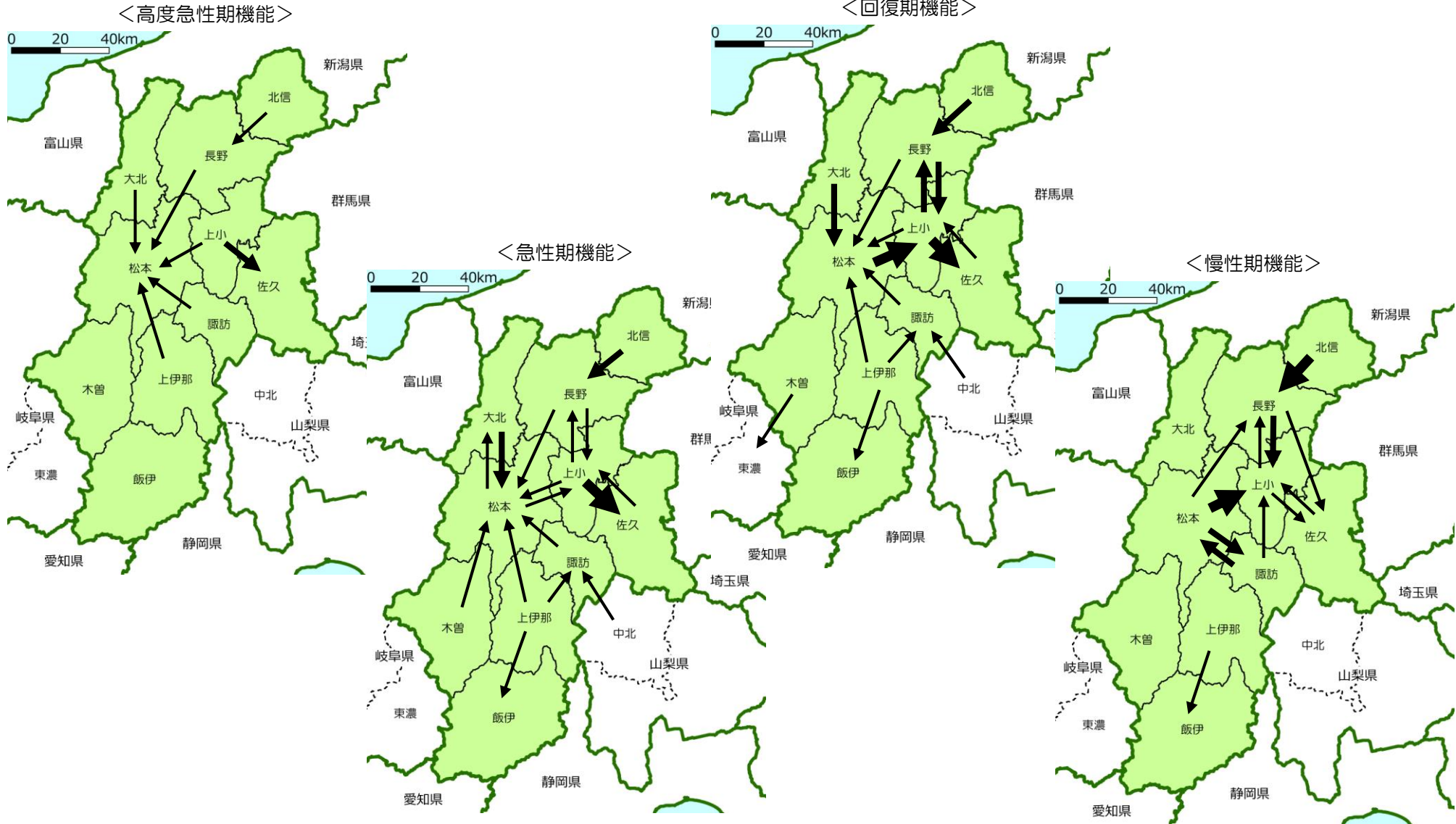
	地域医療構想	推計結果
高度急性期	○ 医療資源投入量*が3,000点以上 *入院基本料相当分とリハビリテーション料の点数を除いた診療報酬点数	1,907床
急性期	○ 医療資源投入量が600～3,000点・医療資源投入量が175～600点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が600点以上 ○ 正常分娩	6,551床
回復期	○ 医療資源投入量が175～600点・医療資源投入量が175点未満だが、リハビリ分の点数を加えると175点以上	約4,000床
	○ 回復期リハビリテーション病棟	約1,200床
慢性期	○ 障害者施設、特殊疾患病棟	約600床
	○ 療養病床（介護療養含む）の一部	約2,700床

【介護施設を含む在宅医療等の区分】

	地域医療構想	推計結果
一般病床分	○ 医療資源投入量*が175点未満	1,261人
療養病床分	○ 医療区分1の70%（医療ニーズが低い患者） ○ 入院受療率の地域差解消分（全国中央値以上に療養病床に入院している患者分）	1,373人
訪問診療	○ 訪問診療の提供を受ける患者	8,977人
介護老人保健施設	○ 介護老人保健施設の入所者	13,771人

圏域ごとの病床数の推計に関する流出入の考え方

※流出入の状況（2013年）



…流出者数 10~25人
 …流出者数 25~50人
 …流出者数 50人以上

圏域ごとの病床数の推計に関する流出入の考え方

- 圏域ごとの病床数の推計にあたっては、圏域間の患者の流出入の調整を行うことが求められることから、本県においては「医療機関所在地ベース」（現行の流出入が将来においても継続）することを基本とした。
- 一方で、各圏域のがん医療の充実や北信圏域における療養病床の整備が患者の受療動向に影響を与えることが考えられるので、流出入に一定の調整を実施

構想 区域	病院の取組等	修正の考え方	医療需要の修正値	
			増	減
上小	【信州上田医療センター】 地域がん診療病院の指定（H28.4.1）	がん入院患者の流出割合（松本区域へ10.6%、佐久区域へ37.8%）が、がん以外の疾患の流出割合（松本区域へ3.7%、佐久区域へ13.7%）まで改善	上小 47人/日	松本 △11人/日 佐久 △36人/日
木曽	【県立木曽病院】 地域がん診療病院の指定（H28.4.1）	がん入院患者の流出割合（32.9%）が、がん以外の疾患の流出割合（12.5%）まで改善されると推計	木曽 5人/日	松本 △5人/日
大北	圏域内におけるがん医療充実の取組	がん入院患者の流出割合（43.7%）が、がん以外の疾患の流出割合（25.0%）まで改善	大北 10人/日	松本 △10人/日
長野	北信圏域の療養病床の整備に伴う流入の減少分で、上小圏域への流出分を自圏域で対応	慢性期の流出入の推計値、長野→上小 40.4人/日、上小→長野 18.2人/日の相殺後の22人/日を修正	長野 22人/日	上小 △22人/日
北信	【北信総合病院】 地域がん診療病院の指定（H27.4.1）	がん入院患者の流出割合（30.3%）が、がん以外の疾患の流出割合（18.3%）まで改善	北信 6人/日	長野 △6人/日
	【北信】 医療療養病床38床整備（H26.10.1） 【飯山赤十字病院】 医療療養病床44床整備（H27.7.1）	休止中の病床を再稼働させた医療療養病床の増床分（44床・医療需要40人/日相当）の流出が改善	北信 40人/日	長野 △40人/日

病床機能報告制度における4機能の考え方

	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量*が3,000点以上 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>*医療資源投入量：入院基本料相当分とリハビリテーション料の点数を除いた診療報酬点数</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>※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、総合周産期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</p>
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が600～3,000点・医療資源投入量が175～600点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が600点以上 ○ 正常分娩 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が175～600点・医療資源投入量が175点未満だが、リハビリ分の点数を加えると175点以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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）。
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟 	
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害者施設、特殊疾患病棟 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床（介護療養含む）の一部 	

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する**。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事とその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、**地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分**する。

地域医療構想における2025年(平成37年)の介護施設、在宅医療等の追加的必要量(30万人程度)を踏まえ、都道府県、市町村が協議し統合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方等を本年夏までに示す。

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

地域医療構想調整会議の協議事項

※ 平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

（具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。）

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。

- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関 ・新たな病床を整備する予定の医療機関 ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- 都道府県は、個別の医療機関ごと(病棟ごと)に、以下の内容を提示すること。

- ①医療機能や診療実績
- ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
- ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。

- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に関する論点

- 地域医療構想調整会議の参加者は様々な主体から構成されており、議長は郡市医師会が担っている区域が71%と最も多くを占め、事務局は都道府県(本庁)以外の保健所などが担っている区域が74%と最も多くを占めている。このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関等の関係者と連携しながら円滑に取り組むためには、参加者や議長や事務局との間で、地域医療構想の進め方について、正しく認識を共有する機会を定期的に設ける必要がある。
- 一部の都道府県では、構想区域ごとの地域医療構想調整会議に加えて、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置するとともに、事務局が医療関係者と十分に意見交換を行った上で、データ整理を行い、地域の実情にあった論点提示を行うことで、地域医療構想調整会議の活性化につながっている。**このような取組が横展開するように、事務局機能を補完する仕組みを構築する必要がある。



- 地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けて、
 - ① **都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨**
 - ② 都道府県主催研修会の開催支援
 - ③ 地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成について具体的に検討を進めてはどうか。

地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた 定量的な基準の導入について

※ 平成30年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

病床機能報告に関しては、その内容等について、

① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること

② 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、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていることにより、**詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じている**という指摘がある。

なお、**一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成**し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、**議論の活性化につなげている**。

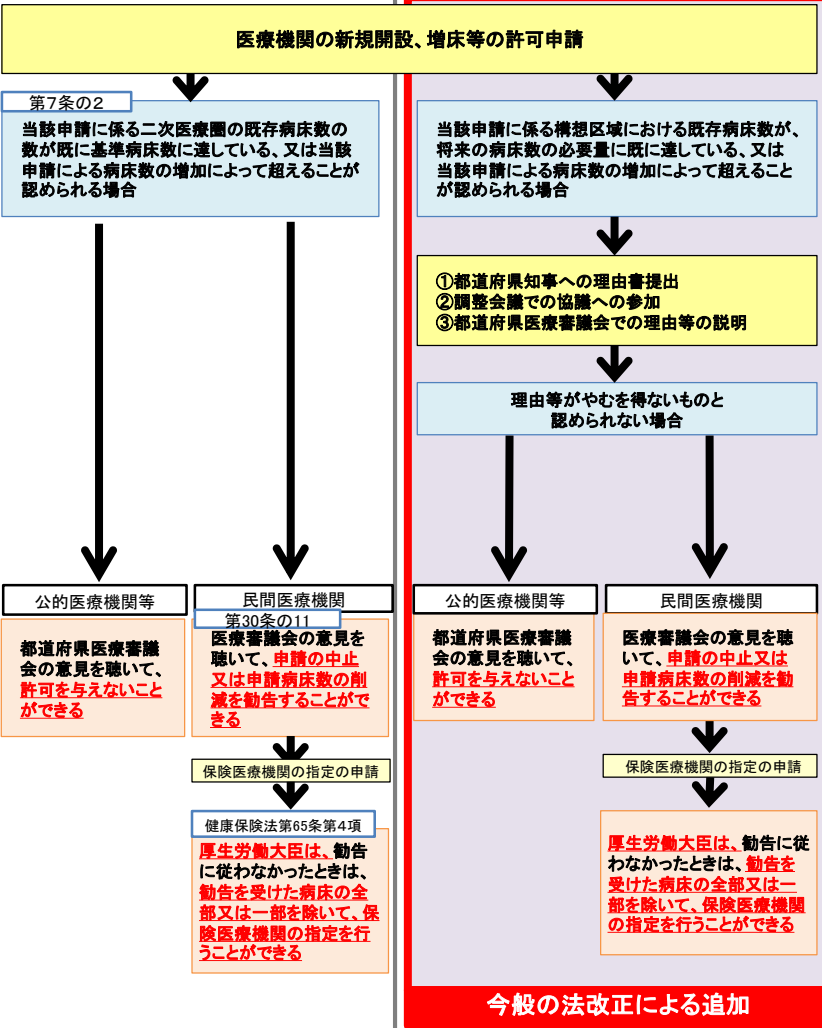
各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した**都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい**。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

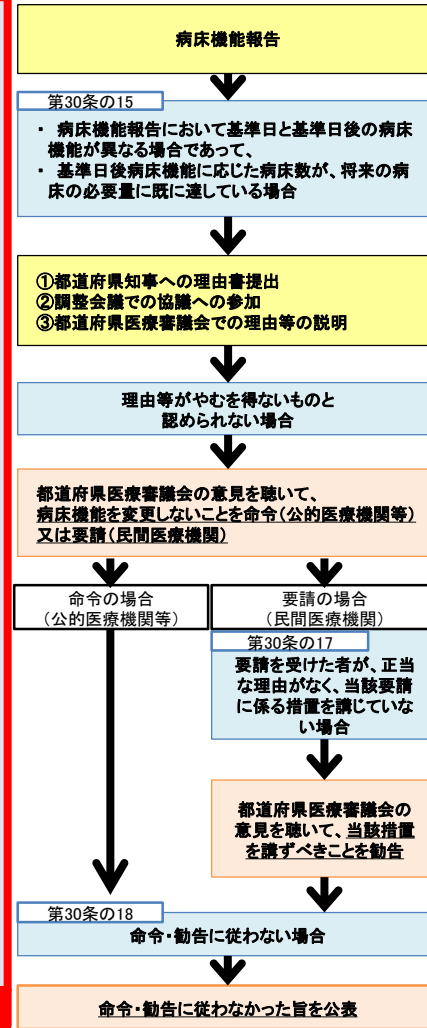
地域医療構想推進のための都道府県知事の権限

基準病床数制度



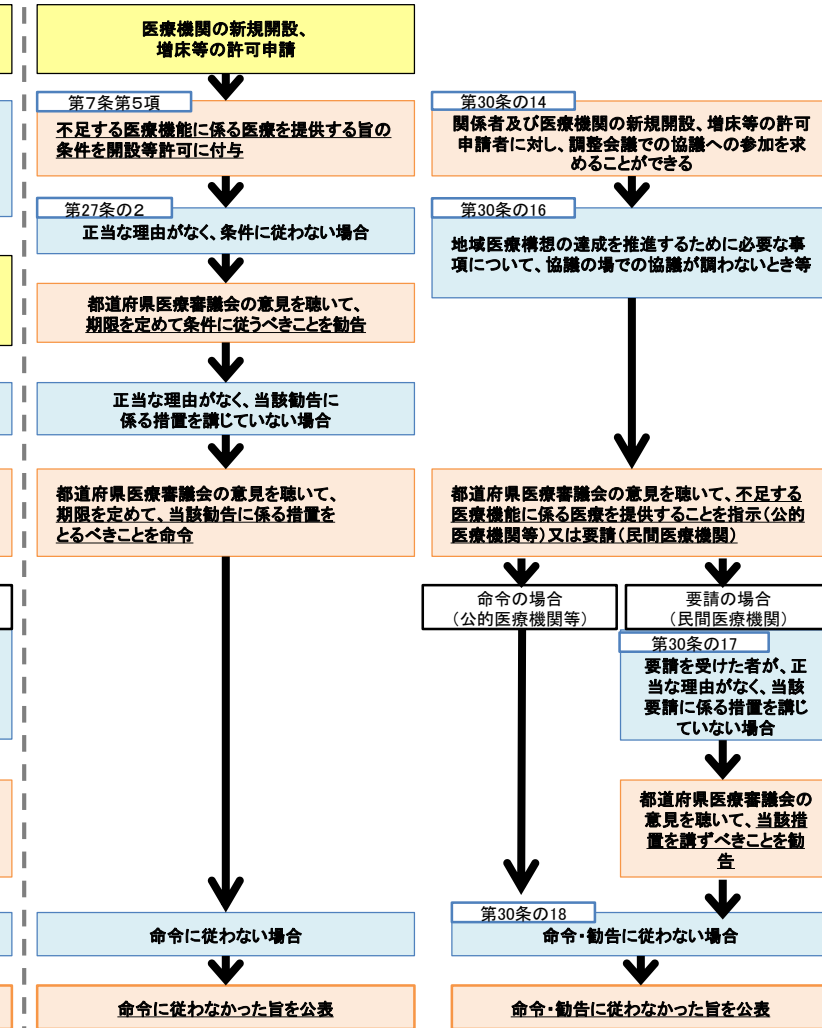
今般の法改正による追加

【過剰な医療機能への転換の中止等】



地域医療構想

【不足する医療機能への転換等の促進】



基準病床制度について

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する。

* 病床過剰地域：既存病床数が基準病床数（現時点で地域で必要とされる病床数）を超える地域

制度概要

○ 医療法上の病床の種別ごとに、基準病床数を全国統一の算定式により算定

一般・療養病床：二次医療圏ごとに、計画策定時の性・年齢階級別人口、病床利用率等から算定

精神病床：県全域で、平成32年の入院患者数、病床利用率等から算定

結核病床：県全域で、計画策定時の想定される患者数等により算定

感染症病床：県全域で、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算定

○ 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、都道府県知事は、公的医療機関等*の開設・増床を許可しないことができ、その他の医療機関に対しては、開設・増床について勧告することができる。

* 公的医療機関等：自治体病院、厚生連、日赤等

○ また、病床非過剰地域であっても、既存病床数が地域医療構想における病床数の必要量を上回っている場合には、医療機関の開設・増床について、都道府県知事は、病床過剰地域と同様の対応ができる。

○ 公的医療機関以外が都道府県知事から勧告を受けた場合、厚生労働大臣は、勧告を受けた病床について、保険医療機関の指定をしないことができる。

各病床の概要について

【病床整備に関する病床】

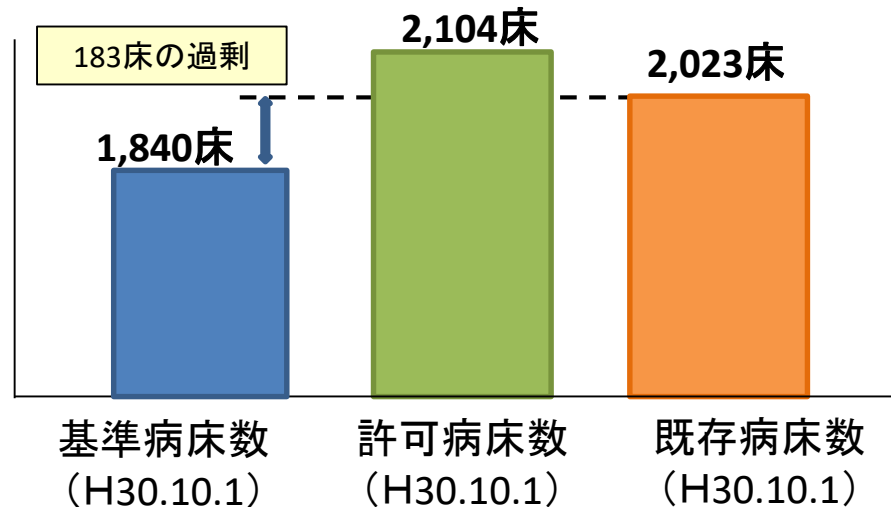
基準病床数	医療法等の規定に基づく計算式により、圏域ごとに県知事が算定した病床数
許可病床数	県知事から開設許可を受けた病床数
既存病床数	開設許可を受けた病床のうち、有床診療所の病床の一部等を除いた病床数(介護医療院へ移行した療養病床数を含む)

【地域医療構想に関する病床】

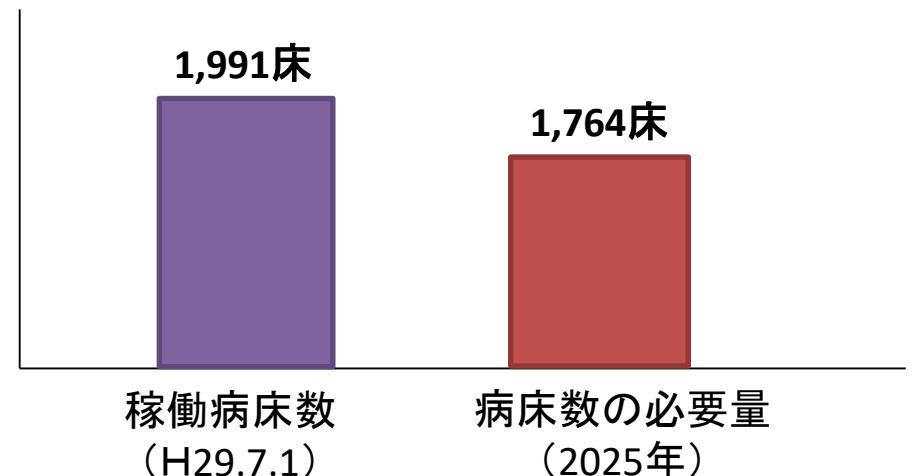
病床数の必要量 (必要病床数)	地域医療構想において、医療圏ごとの2025年の医療需要の推計結果を病床換算した病床数
稼働病床数 (病床機能報告)	病床機能報告制度に基づき、各医療機関が報告した病床のうち、患者を入院させている病床数

(例) 上小医療圏の病床整備の状況

【病床整備に関する病床数】



【地域医療構想に関する病床数】



病床過剰地域における基準病床制度の特例

病床の整備に関する特例措置

救急医療のための病床や複数医療機関の再編など、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

特例の概要

1 有床診療所に関するもの

以下の役割を果たす診療所が一般又は療養病床を設ける場合、地域医療構想調整会議での協議を経た上で、医療審議会の意見を聴き、知事が認めたときは、届出により病床を設置できる。

- ① 在宅医療等の提供の推進のために必要な診療所、地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ② へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療等の政策医療を担う診療所

2 特定病床に関するもの

厚生労働省令で定める特定の医療を行う病床（救急、小児、がん等）を設ける場合、地域医療構想調整会議での協議及び医療審議会の意見を聴いた上で、都道府県知事が厚生労働大臣へ協議し同意を得た病床について、増床することができる。

3 地域医療連携推進法人に関するもの

地域医療連携推進法人の参加法人の増床については、地域医療構想の推進に必要であり、法人内の病床の合計数が増加しない等の要件を満たす場合は、増床することができる。

4 公的医療機関等の再編統合に関するもの

複数の公的医療機関等を含め、医療機関の再編統合を行う場合、再編統合を行う複数の医療機関の病床数の合計数が減少するときは、地域医療構想調整会議での協議及び医療審議会の意見を聴いた上で、都道府県知事が厚生労働大臣へ協議し同意を得た病床について、増床することができる。