

# 資料 2

「地域医療構想策定等について」



# 地域医療構想ガイドラインについて

## 奈良県医療政策部地域医療連携課

### 地域医療構想ガイドライン検討会による検討内容について

- これまで、9月から3月までで検討会を9回開催し、
  - ①構想区域の設定の考え方、
  - ②2025年の医療需要の推計方法、
  - ③地域医療構想の策定プロセス、「協議の場」の設置・運営方針 等について議論。

#### 1. 構想区域について

- 地域医療構想は、都道府県が「構想区域」ごとに定める。  
※ 地域における病床の機能の分化及び連携を進めるための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域
- 「構想区域」は、原則、2次医療圏(344圏域)とする。
- ただし、現在の2次医療圏は、人口規模や面積に大きな差がある圏域があること、大幅な患者の流出入が発生している圏域があること等に留意。また、将来(2025年)における人口規模や患者の受療動向(流出率・流入率)等の変化にも留意。

#### 2. 地域医療構想の策定プロセスについて

- 地域医療構想は、都道府県の医療計画の一部となるので、医療計画と同じ手順で定めることが必要。
- 医療法では、現行、医療計画を定める際は、医師会・歯科医師会・薬剤師会、市町村長、都道府県医療審議会の意見を聴くこととなっている。
- 今回の医療介護総合確保推進法では、上記に加え、保険者協議会の意見を聴くことが追加。  
また、こうした法定手続き以外にも、地域医療構想(案)の作成段階から、2次医療圏単位等で現場の医療機関や住民・患者の意見を聴き、適切に反映することが重要。
- 策定のために、後述する「協議の場」(地域医療構想調整会議)の設置を検討

### 3. 「協議の場」の設置・運営について

- 医療介護総合確保推進法による改正医療法では、都道府県は、地域医療構想の達成を推進するため、「協議の場」を設置することとされている。  
「協議の場」において、地域の医療関係者等が出席し、協議を行うことで、地域の病床の機能分化・連携を推進していく。

#### 【「協議の場」の設置・運営について】

|        | 内容  |
|--------|---|
| 名称     | 「地域医療構想調整会議」とする。  |
| 議事     | 1. 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議<br>2. 病床機能報告制度による情報の共有<br>3. 地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画に関する協議<br>4. その他(地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など)   |
| 設置単位   | 「構想区域」ごとの設置が原則。<br>ただし、区域内の医療機関の規模・数等に応じて、都道府県知事が適当と認める区域で設置することや、柔軟な運用も可能とする。<br>※ 柔軟な運用の例<br>・ 広域的な機能分化・連携が求められる場合、複数の「協議の場」の合同開催<br>・ 議事等に応じて、地域・参加者を更に限定した形での開催<br>・ 既存の会議体(圏域連携会議など)を活用しての開催 |
| 参加者の範囲 | 医療法に基づき、医師会・歯科医師会・病院団体・医療保険者を基本。<br>その上で、都道府県は、議事等に応じて、参加を求める病院・有床診療所を柔軟に選定。  |

2

### 4. 地域医療構想における2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計について

- 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数)を算出し、それを基に、病床の必要量を推計。

| 医療機能    | 2025年の医療需要 |                 | 2025年の病床の必要量 |
|---------|------------|-----------------|--------------|
| 高度急性期機能 | 〇〇〇〇人/日    | ➡<br>病床数<br>に変換 | 〇〇〇〇床        |
| 急性期機能   | □□□□人/日    |                 | □□□□床        |
| 回復期機能   | △△△△人/日    |                 | △△△△床        |
| 慢性期機能   | ▲▲▲▲人/日    |                 | ▲▲▲▲床        |

- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC データやNDBのレセプトデータを分析する。

- 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もの(医療資源投入量)により、医療機能毎の医療需要を推計し、必要量を算出。

- ◆ 高度急性期 診療報酬3,000点
- ◆ 急性期 診療報酬600点～3,000点
- ◆ 回復期 診療報酬225(175)点～600点
- ◆ 慢性期と在宅医療については、一体的に医療需要を捉える。

ただし、現在の療養病床の入院受療率について、各都道府県で地域差があることから、一定の幅の中で設定できる。

パターンA : 全ての2次医療圏が全国最小レベルの入院受療率まで低下

パターンB : 最も高い受療率の2次医療圏を全国中央値まで削減し、他の医療圏も等比的に低下

パターンB' : パターンBの目標年次を2030年とし、入院受療率を調整

目標達成が著しく困難な場合、入院受療率の目標の変更が可能な場合がある。

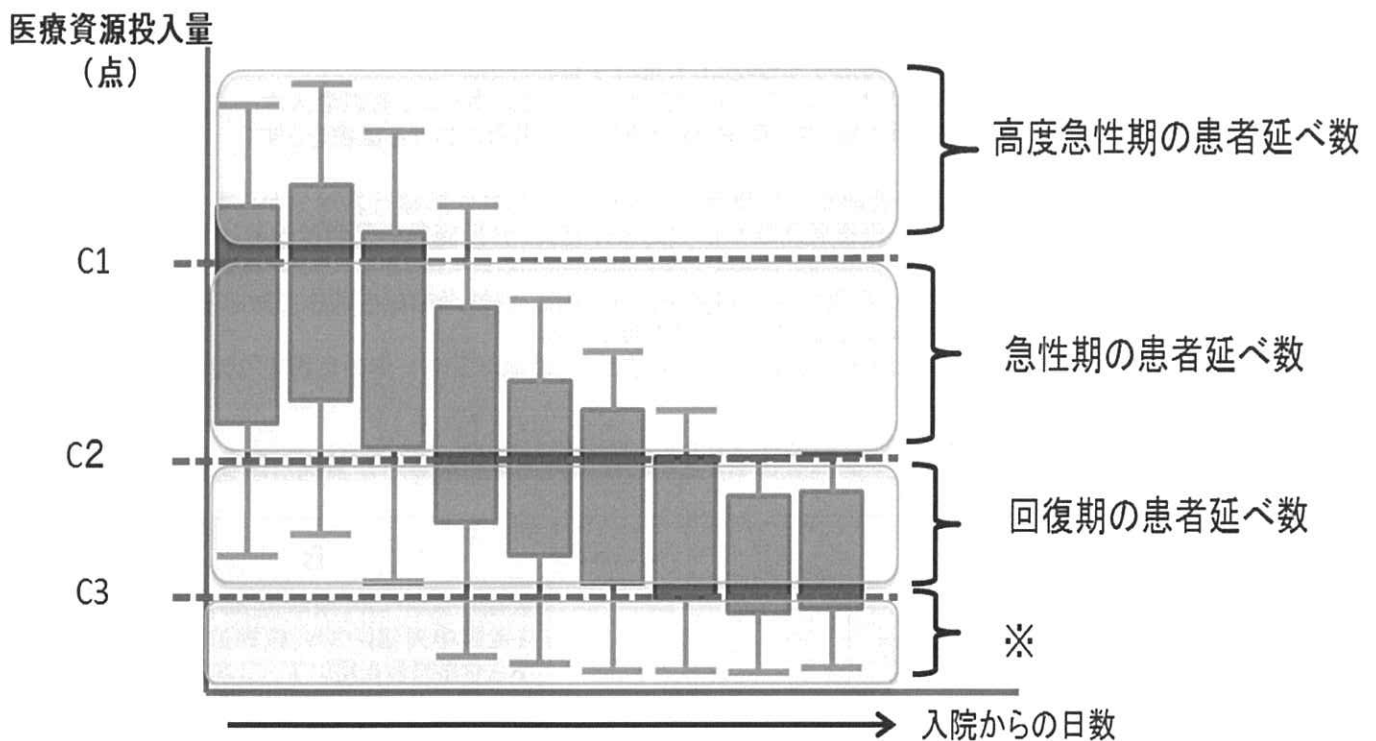
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

3

|       | 医療資源投入量      | 基本的考え方   |
|-------|--------------|--|
| 高度急性期 | C1<br>3,000点 | 救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、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<br>600点   | 急性期における治療が終了し、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<br>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<br>○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む       |

※ 225点未満については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込んだ上での点数未満の患者数を、在宅医療等に対応する医療需要として推計するが、慢性期と在宅医療等については一体的に推計することとしている。

4



※ C3未満については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込んだ上での点数未満の患者数を、在宅医療等に対応する医療需要として推計するが、慢性期と在宅医療等については一体的に推計することとしている。

5

## 5. あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策の在り方について

### 1. 病床の機能分化・連携の推進

- 地域で不足すると見込まれる機能の充足
- 地域で過剰と見込まれる病床機能の転換・集約化
- 医療機関が役割分担をして、有効に機能するための連携施策が重要
  - 切れ目なく円滑に療養場所の移動が行われる必要性
  - 地域医療連携パスの整備活用
  - 連携推進のため会議開催
  - ICTを活用した地域医療ネットワークの構築

### 2. 在宅医療の充実

- 在宅医療への参入の動機付け研修、参入後の相談体制の構築
- 人材確保のため、相互の負担軽減、人員の少ない訪問看護事業所の人材確保
- 「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」の機能充実
- 訪問看護事業所については、小規模な事業所が多いことから基幹的な事業所の計画的な配置と人材確保策の検討
- 訪問薬剤管理指導業務の実施できる体制整備
- 医科歯科連携

### 3. 医療従事者等の確保・養成

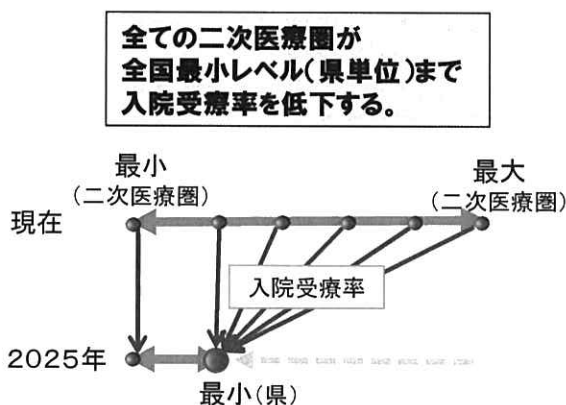
- 地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の改善
- 医療勤務環境改善支援センター等を活用した医療機関の勤務環境の改善
- チーム医療の推進 等

6

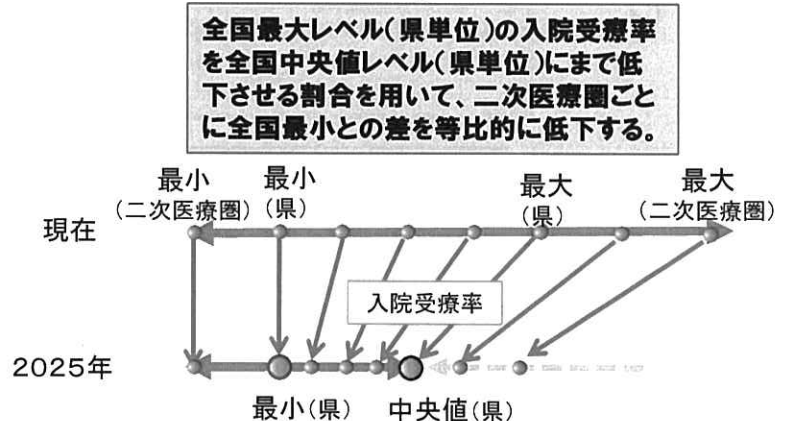
## 地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期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。  
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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、病院・診療所以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病床については、現在、診療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してはどうか。
- また、療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

### 【入院受療率の補正目標の設定案】 A



### B



# 地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の調整案について

(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2次医療圏は、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の目標とし、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2次医療圏

① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)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)

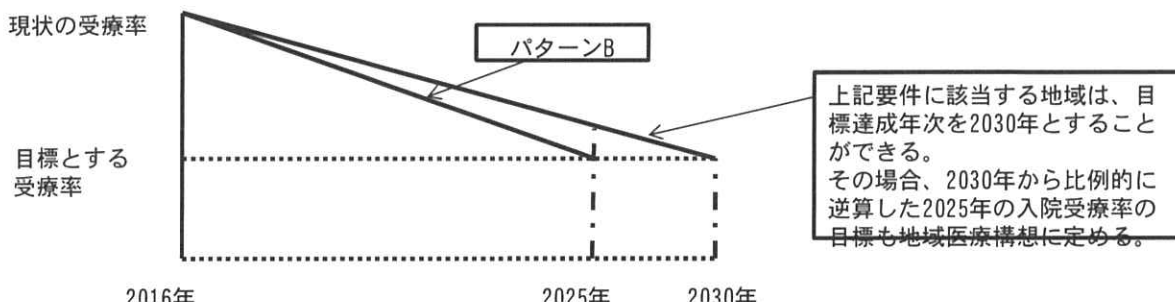
(地域医療構想策定後の目標修正について)

○ 一定の要件に該当する2次医療圏において、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2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏

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

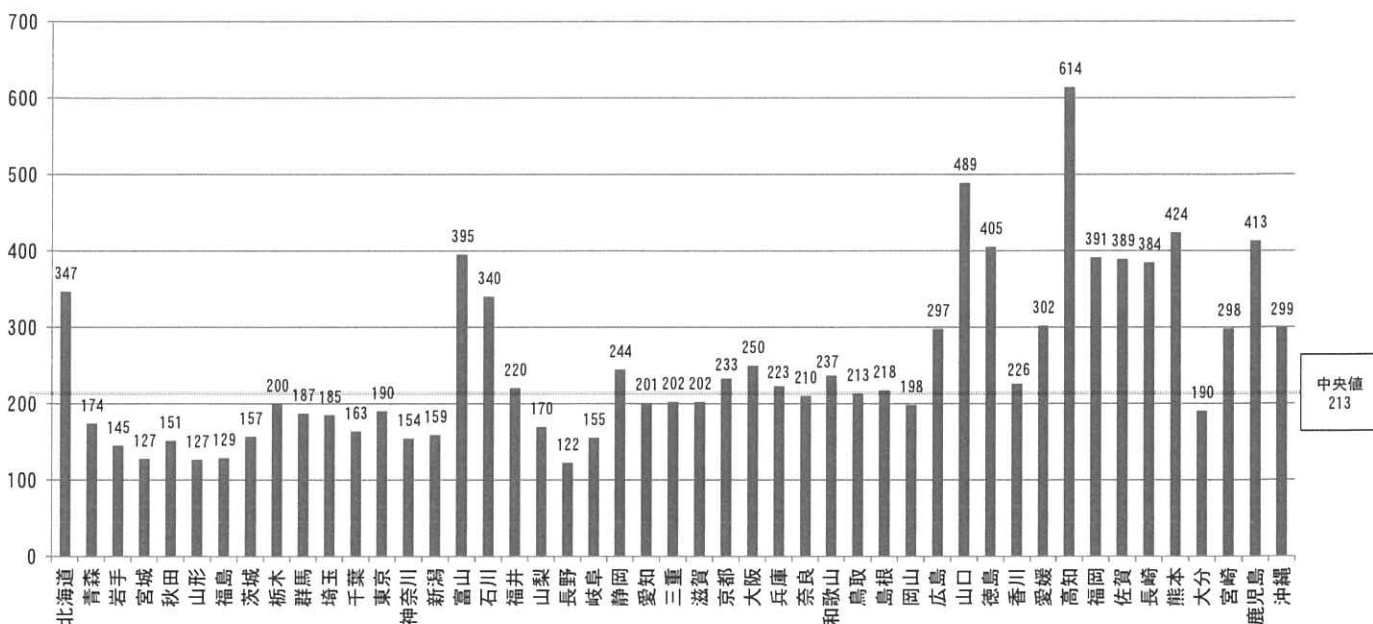


## 療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

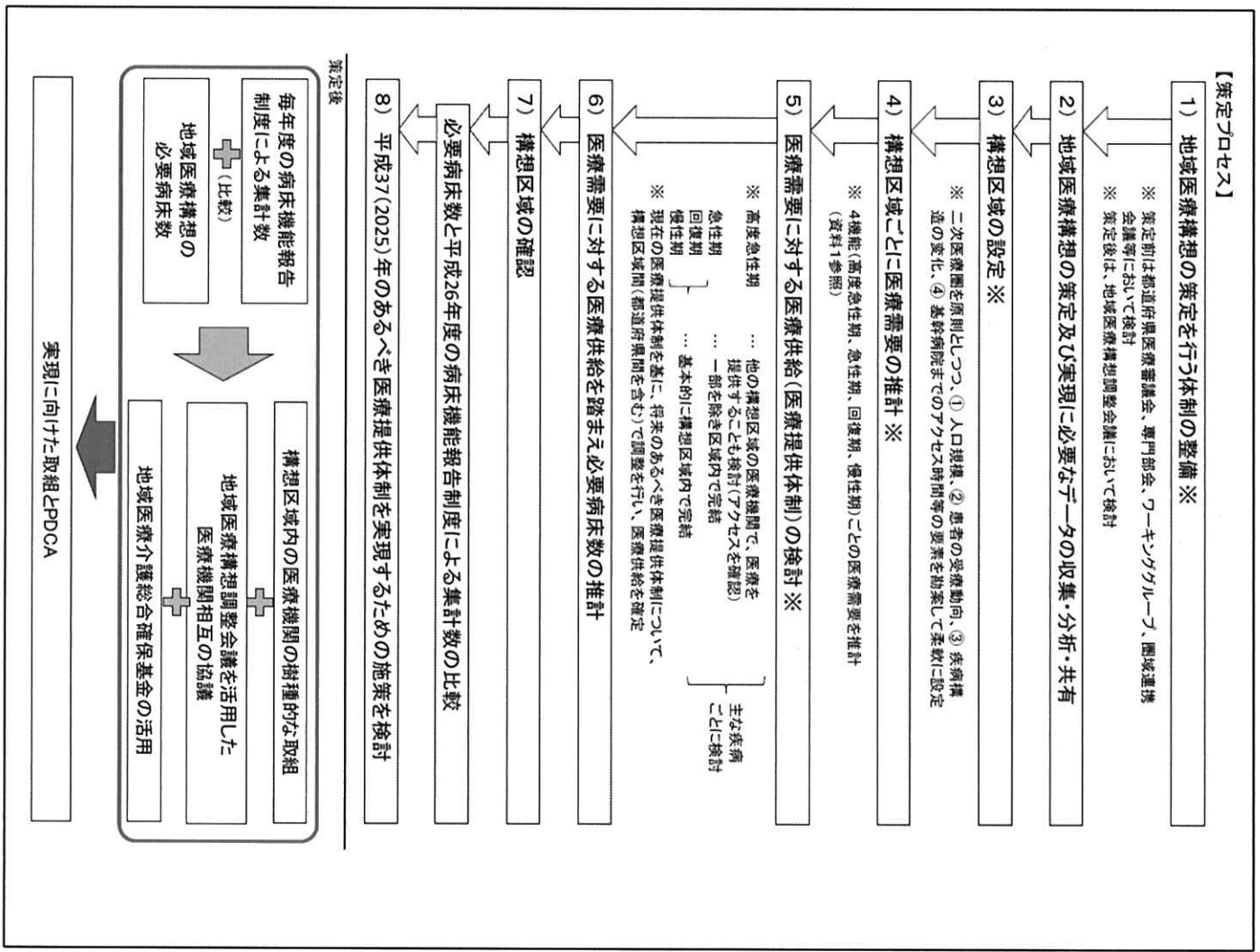
都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



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。



## 奈良県における地域医療ビジョン策定に向けた取り組みについて

### 【平成26年度：医療・介護データ等分析及び分析手法検討事業】

#### ①医療・介護データの分析

■医療の需給状態の把握

■要介護者の受療状況の把握

※主に国保データベース (KDB) システムのデータを活用

→国保連データを活用するにあたり、データの分析と可視化の有用性を確認

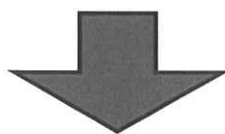
#### ②奈良県救急医療管制システム (e-MATCH) データの分析

■救急医療体制の課題 (疾患別・地域別) 抽出と分析

→救急医療体制の課題 (疾患別・地域別) の明確化

#### ③「地域医療ビジョン策定にあたっての検討テーマ」の各項目を検討分析するための必要なデータの整理及び分析

→地域医療ビジョンを策定する上で、想定される課題への解決へ向けた方策



### 【平成27年度】

■医療の必要量の算出、医療・介護の連携を含めた需給マッチングの現状及び今後を可視化

■地域医療ビジョンの策定