

地域医療構想について

背景

- 平成26年6月に国において、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、「医療介護総合確保推進法」が公布
- 都道府県は平成27年度以降、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を策定

病床機能報告制度(平成26年10月～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

- ・医療機能の分類は以下のとおり。

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
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

- ・医療機関は、一般病床及び療養病床について、病床が担う医療機能及び提供する医療の具体的な内容に関する項目を報告する。
- ・医療機能については、定性的な基準による自己申告に基づき、病棟単位で「現状」と「今後の方向」を報告するもの。

(参考)最終集計結果

東京都(現状) 高度急性期29.4%、急性期40.9%、回復期6.7%、慢性期23.0%

地域医療構想(平成27年度～)

- 「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
- 国は、都道府県における地域医療構想策定のためのガイドラインを策定(平成27年3月発出)

- ・地域医療構想(ビジョン)の内容は以下のとおり。

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(二次医療圏が基本)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整備、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

(参考)医療計画との関係

- 地域医療構想は医療計画の一部であり、平成25年改定の医療計画に追記
- 平成30年度以降は、介護保険事業支援計画の改定とあわせ、6年ごとに策定

医療機能の分化・連携に係る取組の流れ

平成26年10月 病床機能報告制度 運用開始

平成27年3月 (国)ガイドライン作成

平成27年度以降 (都)地域医療構想 策定開始

推進のための仕組み

機能分化・連携を実効的に推進

1. 地域医療構想調整会議の設置

2. 地域医療介護総合確保基金

3. 都道府県の役割強化

4. 診療報酬

ガイドラインの位置づけ

- 「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において、地域医療構想の策定プロセスや構想達成の推進等について検討
- 厚生労働省は、ガイドラインに基づき関係する省令等を制定・改正
- 都道府県は、医療関係者等との連携のもと、地域医療構想を策定するとともに、実現に向けた取組を推進

策定プロセス～実現に向けた取組

1. 地域医療構想の策定を行う体制の整備
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
4. 構想区域ごとに医療需要の推計
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
7. 構想区域の確認
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

構想策定後

毎年度の病床機能報告
制度による集計数

構想区域内の医療機関の自主的な
取組

比較

地域医療構想の必要
病床数

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

構想区域の設定

- 現行の二次医療圏を原則としつつ、以下の将来における要素を勘案して検討
 - 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の変化 など
- 構想区域が現行の医療計画における二次医療圏と異なっている場合、次期医療計画(平成30～35年度)においては、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当

医療需要の推計

- 2025年における各医療機能別の医療需要(推計入院患者数)は、患者住所地を基にした基礎データを厚生労働省が示し、医療機能ごとに都道府県が算出する。

<高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の推計方法>

【基本的な考え方】

構想区域の
2025年の医療需要

= [2013年度性年齢階級別構想区域別の入院受療率 ×
当該構想区域の2025年の性年齢階級別推計人口]
を総和したもの

- ・患者の状態や診療の実態を勘案して推計するため、レセプトデータやDPCデータを分析
- ・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、医療資源投入量で分析する

<慢性期機能と在宅医療等の推計方法>

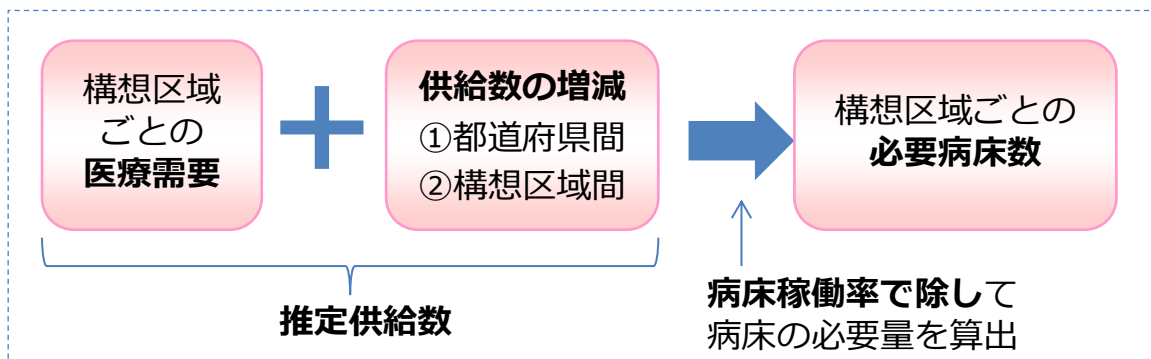
【基本的な考え方】

- 慢性期の医療需要は、他の病床の機能区分の医療需要の算出方法を基に、入院受療率の地域差を縮小させる目標設定を加味して推計
- 在宅医療等の推計については、2013年の訪問診療や介護老人保健施設の入所者数等から推計

- ・高齢化により増大する医療需要に対応するため、医療機能の分化及び連携により、2025年には在宅医療での対応を促進することが必要
- ・地域において、在宅医療の充実等により、療養病床の入院受療率を一定程度低下することとして推計

医療需要に対する医療提供体制・必要病床数

- 構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計し、医療需要に対する供給数(構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数)の増減を見込む



- 増減を見込む都道府県、構想区域双方の供給数の合計が一致することが原則
- 病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%
- 構想区域と各病床の機能区分との関係は以下のとおり

高度急性期(診療密度が特に高い医療を提供)	必ずしも構想区域での完結を求めるものではない
急性期(高度急性期から同一病床に引き続き入院する場合)	
急性期(上記を除く)	できるだけ構想区域内で対応することが望ましい
回復期	
慢性期	

将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

- 地域医療構想の実現に向け、地域医療介護総合確保基金を活用するなどして、以下の取組等を行う。

- 病床の機能分化及び連携の推進
- 在宅医療の充実
- 医療従事者の確保・養成 など

病床機能報告制度の公表

- 病床機能報告制度により報告された事項を都道府県が公表

- 関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議を促進
- 患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境整備

実現に向けた取組

地域医療構想調整会議

- 都道府県は構想区域等ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、地域医療構想の実現に向けて必要な協議を行う。

主な議事

<通常開催>

- 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
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画(基金)に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

<その他>

- 医療機関が増床等の許可申請をした場合又は過剰な医療機能に転換しようとする場合、許可申請の内容又は転換に関する協議

参加者

○ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など

- 議事等に応じて、参加を求める関係者を選定
 - ・ 代表性を考慮した病院・診療所
 - ・ 地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者 等

その他

- 地域医療構想調整会議は原則として、構想区域ごとに設置
- 患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開、その他は公開とし、協議の内容・結果については原則周知・公報する



都道府県知事による対応

- 都道府県知事が地域医療構想実現に向け以下の対応を行うことができるよう、医療法等改正
 - ・ 病院・有床診療所の開設・増床等の条件付き許可
 - ・ 過剰な病床の機能区分への転換防止の要請等 など

医療審議会の役割

地域医療構想調整会議の協議が調わないときや都道府県知事による対応を行う場合などに、医療審議会の意見を聴取

医療需要推計について

- 将来の医療需要を推計するため、国がNDB等のデータに基づき開発した地域医療構想策定支援ツールが都道府県に配布
- 2025年における各医療機能別の医療需要が、**患者住所地及び医療機関所在地をベース**に二次医療圏ごとに算出され、必要病床数等が表示

患者住所地ベース	2013年度の患者住所地における医療需要をベースに 2025年度の推計人口で算出した医療需要
医療機関所在地ベース	2013年度の医療施設における医療供給をベースに 2025年度の推計人口で算出した医療需要 (現行の患者の流出入を推計に反映)

- 医療機能別の推計のうち、「慢性期」機能の推計については、入院受療率の地域差縮小を織り込み、パターンA、パターンB、特例の3種類を算出
- 「在宅医療等」は、内数として「訪問診療」の医療需要のみ再掲
- ツールにおいては、医療機能別のほか、疾患別にも推計が可能

全国の2025年の医療需要の参考値

「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 第1次報告」より



- 医療需要の増加による必要病床数増が見込まれたのは、1都3県及び大阪府、沖縄県の6県のみ

医療需要の推計結果

※慢性期パターンBを採用した場合



<病床機能別内訳及び在宅医療等の医療需要>

	総病床数 (床)	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期 (床)		在宅医療等 (人)		(再掲) 訪問診療のみ(人)
					パターンA	パターンB	パターンA	パターンB	
患者住所地	112,485.0	14,696.9	40,615.6	34,471.0	20,455.0	22,701.5	199,342.6	197,275.9	143,428.4
医療機関所在地	113,882.7	15,852.9	42,301.6	34,674.1	18,995.7	21,054.1	192,395.5	190,501.8	137,826.1
流出入	1,397.7	1,156.0	1,686.0	203.1	△ 1,459.3	△ 1,647.4	-	-	-

※流出入については、「施設所在地-患者住所地」にて算出し、正の場合流入数を、負の場合流出数を示す。

患者流出入を踏まえた都道府県間調整

- 地域医療構想策定ガイドラインにおいては、**患者住所地で推計した医療需要をベースに、施設所在地をベースに推計した医療供給数との間に乖離がある場合に、都道府県間の協議により、流出入の調整**を行うこととしている。
- 国から示された「都道府県間調整方法」のルールを踏まえ、**都への流入が多い近隣3県との協議を行う。**(ただし、都から流出している道府県から協議を持ちかけられる可能性あり。)

東京都地域医療構想策定部会の設置

○ 東京都において地域医療構想策定にあたっては、東京都保健医療計画推進協議会の下に、「地域医療構想策定部会」を設置

○ 病床の機能分化が主要な議題となるため、病床機能報告制度における4つの機能区分を代表する医療機関が参画

東京都地域医療構想策定部会

医療関係団体

区市町村

保険者協議会

学識経験者

住民

各医療機能代表

- 高度急性期機能
- 急性期機能
- 回復期機能
- 慢性期機能

地域ごとの意見聴取の場

(協議の場の前倒し設置)

東京都地域医療構想策定部会委員名簿

任期：平成27年4月30日～平成28年7月31日

分野	氏名	現職
学識経験者	○ 河原 和夫	東京医科歯科大学大学院 教授
医療関係団体	◎ 猪口 正孝	東京都医師会 副会長
	長瀬 輝 誼	東京精神科病院協会 常務理事
	山本 秀 樹	東京都歯科医師会 理事
	永田 泰 造	東京都薬剤師会 副会長
	山元 友 子	東京都看護協会 専務理事
保健医療を受ける立場の者	加島 保 路	東京都国民健康保険団体連合会専務理事
	西川 圭 子	公募委員
関係行政機関	福内 恵 子	特別区保健衛生主管部長会(江東区健康部長兼江東区保健所長)
	平林 浩 一	東京都市福祉保健主管部長会(狛江市福祉保健部長)
	福島 由 子	西多摩郡町村保健衛生課長会(瑞穂町健康課長)
専門委員 ※協議会以外の委員	石川ベンジヤミン 光一	国立がん研究センター がん対策情報センター がん統計研究部がん医療費調査室長
	伊藤 雅 史	東京都医師会 理事(病院・防災担当)
	森久保 雅 道	東京都医師会 理事(地域保健(有床診療所)担当)
	久岡 英 彦	順天堂大学大学院医学研究科総合診療科学 教授
	塩川 芳 昭	杏林大学医学部附属病院 副院長 脳神経外科教授
	山口 武 兼	(公社)東京都保健医療公社豊島病院 院長
	原 義 人	青梅市立総合病院 院長
	河面 吉 彦	社会医療法人河北医療財団河北リハビリテーション病院 院長
	進 藤 晃	医療法人財団利定会 理事長 大久野病院
	竹川 勝 治	医療法人社団愛育会 理事長 愛和病院
安藤 高 朗	医療法人社団永生会 理事長 永生病院	

(◎ 部会長
○ 副部会長)

(敬称略)

参 考

	平成26年度	平成27年度～
国	3月 ガイドライン発出	6月 データ提供
東京都		○地域医療構想策定部会 現状分析 / ガイドラインに基づく将来推計 / 実現に向けた施策 ○地域ごとの意見聴取の場

平成27年度 東京都地域医療構想策定部会 検討経過
(第1回から第7回までの議事について)

開催回・日	議事等	検討内容等
【第1回】 4月30日	《議事》 地域医療構想の策定について	○ 策定ガイドラインの内容、策定スケジュール等について確認
【第2回】 5月29日	《議事》 (1) 東京の医療の現状について 《報告事項》 (1) 平成26年度病床機能報告の集計結果について	○ 学識経験者による東京の医療の現状について講演
【第3回】 6月29日	《議事》 将来のあるべき医療提供体制について (1) 東京都保健医療計画について (2) 2025年の医療需要推計について	○ 現在の東京都保健医療計画及び5疾病5事業の取組状況について確認 ○ 国から提供された2025年の医療需要推計をもとに意見交換
【第4回】 7月22日	《議事》 将来のあるべき医療提供体制について (1) 2013年と2025年の医療需要比較について (2) 都道府県間調整について (3) 東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」	○ 現在と2025年の医療需要を比較したデータをもとに意見交換 ○ 都道府県間調整に臨む都の考え方について検討 ○ グランドデザイン作成に向けた意見交換
【第5回】 8月18日	《議事》 将来のあるべき医療提供体制について (1) 東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」 《報告事項》 (1) 東京都地域医療構想策定に係る説明会について	○ グランドデザイン作成に向けた検討
【第6回】 10月1日	《議事》 将来のあるべき医療提供体制について (1) 東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」 (2) 構想区域について (3) 都道府県間調整について 《報告事項》 (1) 平成26年度病床機能報告(結果)の公表について	○ グランドデザインとその実現に向けた基本目標、方向性について検討 ○ 都における構想区域について検討 ○ 都道府県間調整の全国ルールを踏まえた県間調整案について検討
【第7回】 11月13日	《議事》 将来のあるべき医療提供体制について (1) 今後の策定スケジュールについて (2) 地域医療構想の章立てについて (3) 意見聴取の場の開催について	○ 策定スケジュール、章立てについて確認 ○ 意見聴取の場の開催に伴い、各構想区域の特徴等を議論

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

4つの基本目標

I 高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展

～ 大学病院等が集積する東京の「強み」を活かした、医療水準のさらなる向上 ～

(例示)

- ◆13大学、15特定機能病院など、集積する高度・先進医療提供施設の活用
- ◆がんなどの疾病については、十分な情報のもと、患者が自ら高度医療機関を選択可能
- 都民のみならず、日本全国から流入する患者を受け入れ、引き続き 質の高い高度・先進医療を提供

II 都の特性を活かした切れ目のない医療連携システムの構築

～ 高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～

(例示)

- 交通網の発達、高度医療の集積、中小病院数の多さ、昼間人口の流入など、都の特性を十分反映
- ◆歴史的・文化的に構築されてきたものを踏まえ、東京の現状の医療提供体制を活用
- ◆救急患者をどの地域でも確実かつ迅速に医療につなげるとともに、在宅療養患者の病状変化時には、身近な医療機関での受け入れを実現
- ◆入院患者の円滑な在宅復帰や、必要な場合には、安心して入院継続が可能な体制を整備
- 疾病ごとの医療資源の分布や患者の受療動向の視点を踏まえた適切な医療提供体制の構築
- 認知症を抱えながら入院する患者が、適切なケアを受けられる医療提供体制の整備

III 地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実

～ 誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～

(例示)

- ◆かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持ち、いつでも相談できるプライマリ・ケアを基本とする医療提供体制を実現
- ◆疾病予防や生涯を通じた健康づくりの取組の推進
- ◆高齢者の増加に対し、医療・介護の多職種が連携して地域全体が一体となり、在宅療養患者を支援
- ◆地域の診療所や中小病院等の身近な医療機関が在宅療養生活をバックアップ
- ◆地域で暮らす認知症の人に介護サービスと連携して、状態に応じた医療を提供
- ◆人生の最期をどこで迎えようとも、さまざまな医療資源を活用した看取りを実現

IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

～ 医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現 ～

(例示)

- ◆大学病院や特定機能病院による、高度急性期医療を担う医療人材を育成
- ◆医育機関や医療機関が、地域連携を担う総合診療医等の育成
- ◆在宅療養を支える人材の確保・育成
- 雇用形態の多様化やシニアの活用など、多様な価値観やライフスタイルに応じて働き続けられる環境を整備し、少子高齢・人口減少社会を支える医療・介護人材を確保