

地域医療構想（ビジョン）の策定について

1 概要	2
2 ガイドラインにおける地域医療構想策定プロセス	2
3 検討体制及びスケジュール(案)	3
4 H ²⁶ 病床機能報告結果	4
5 ガイドラインに基づく機能別医療需要推計の考え方	5
6 国推計による 2025 年必要病床数	7
(参考資料)	
・都道府県別の標準化入院受療比(厚生労働省医政局)	8

平成 27 年 6 月

厚生部 医務課

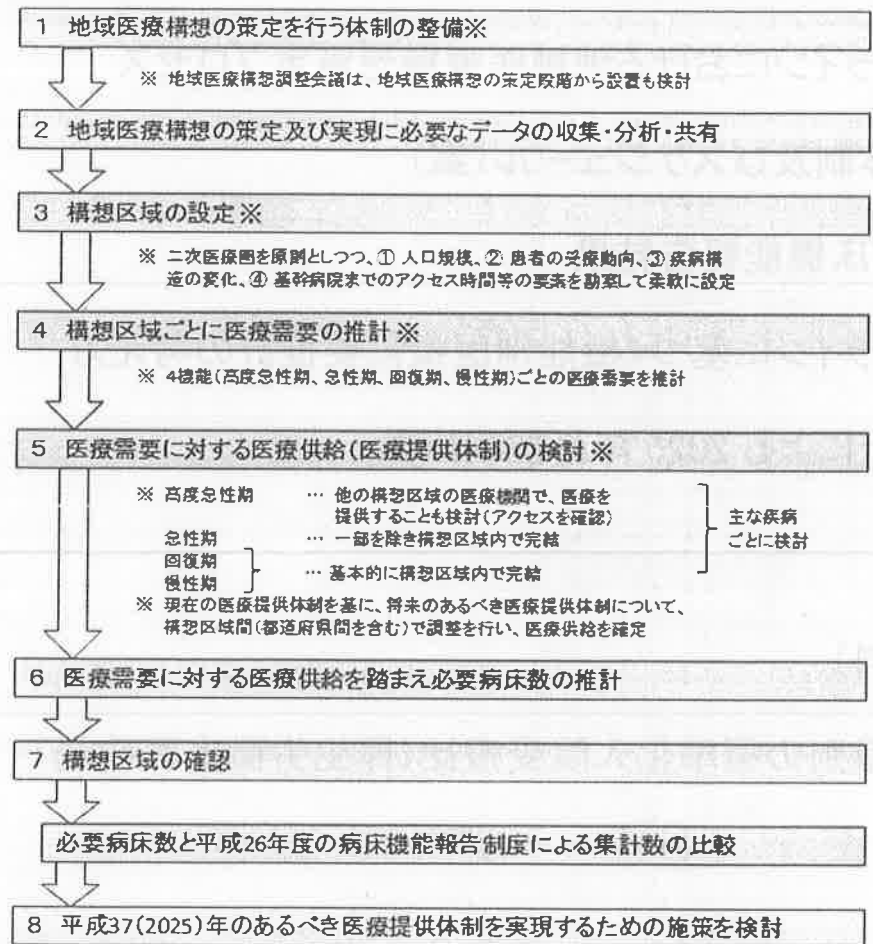
1 概要

【地域医療構想（ビジョン）策定の目的】（国資料より）

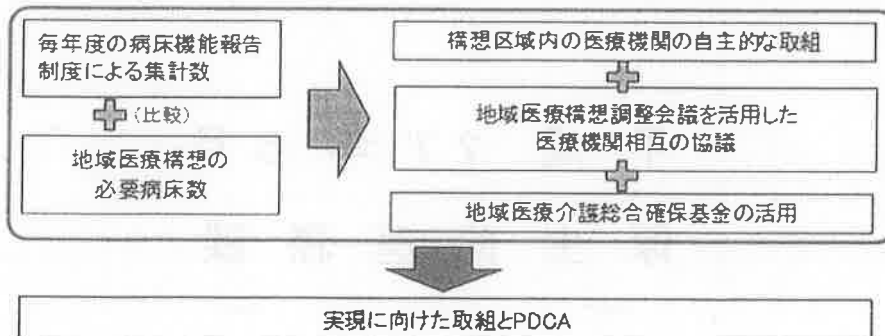
団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題となることから、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進する必要がある。

2 ガイドラインにおける地域医療構想(ビジョン)策定プロセス

【策定プロセス】



(参考)策定後の取組



3 検討体制及びスケジュール(案)

検討体制

①医療法上の手続き

※医療審議会、市町村、保険者協議会の意見を聞く

②医療審議会地域医療構想部会（案）

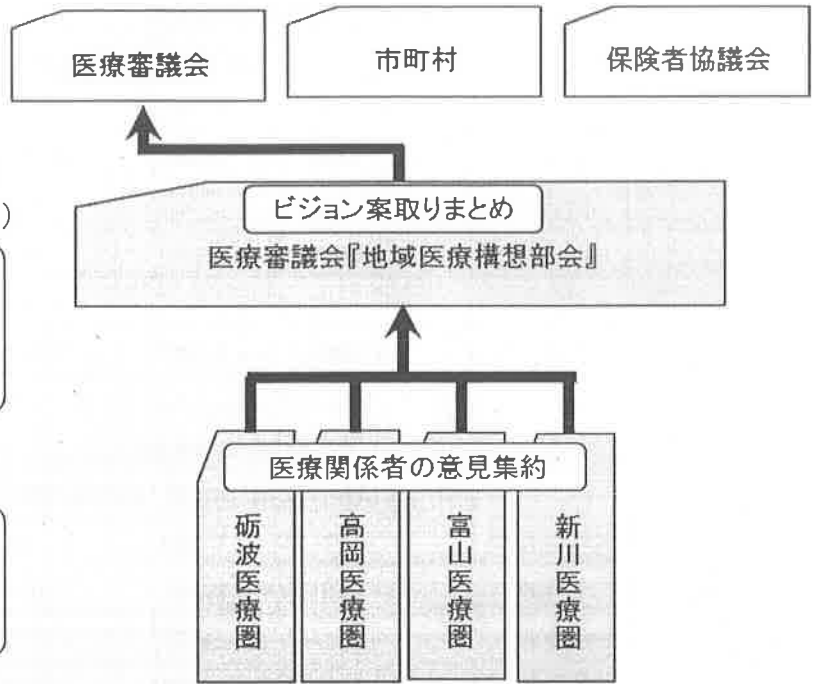
20名程度

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、病院、市長会、町村会、医療保険者、介護・福祉施設、医療を受けたる立場の者、4医療圏の関係者

③地域医療構想調整会議（案）

各16～20名程度

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院、医療保険者、介護・福祉施設、医療を受ける立場の者、市町村



スケジュール

年度	月	会議	内容
26	3月26日	医療審議会	ビジョン策定ガイドラインの説明
27	6月23日	医療審議会	医療審議会『地域医療構想部会』の設置
	8～9	地域医療構想部会 地域医療構想調整会議 (4医療圏)	・各種データに基づくビジョンの方向性、段取り等の説明
	9～	地域医療構想部会出席者等から各関係団体へ説明、意見集約	
	11～12	地域医療構想調整会議 (4医療圏)	・各団体の意見集約
		地域医療構想部会	
	2～3	地域医療構想調整会議 (4医療圏)	・ビジョン案の協議
地域医療構想部会			
3		医療審議会	
			地域医療ビジョンの公表・周知

4 H²⁶病床機能報告結果

①平成26年(2014年)現在機能別病床数 (床)

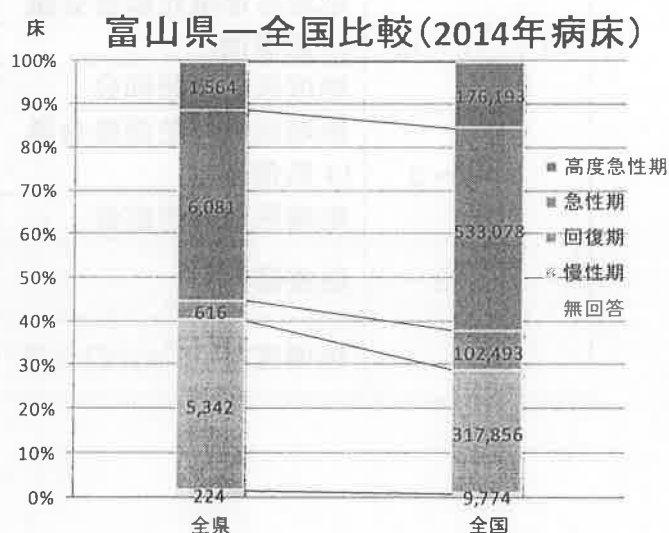
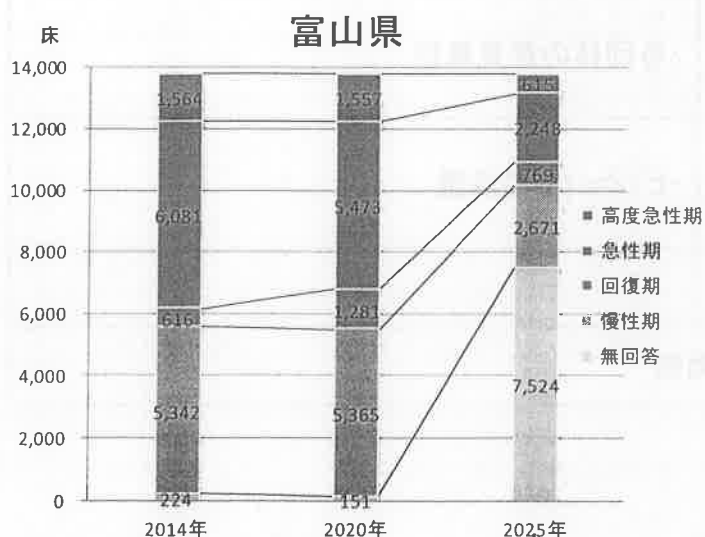
	新川医療圏	富山医療圏	高岡医療圏	砺波医療圏	全県	全国
高度急性期	0	1,497	51	16	1,564	176,193
急性期	958	2,091	2,156	876	6,081	533,078
回復期	83	378	119	36	616	102,493
慢性期	690	2,949	928	775	5,342	317,856
無回答	49	52	61	62	224	9,774
計	1,780	6,967	3,315	1,765	13,827	1,139,394

②平成32年(2020年)現在機能別病床数 (床)

	新川医療圏	富山医療圏	高岡医療圏	砺波医療圏	全県	全国
高度急性期	37	1,453	51	16	1,557	184,251
急性期	713	1,981	2,059	720	5,473	506,996
回復期	291	571	227	192	1,281	132,297
慢性期	739	2,923	928	775	5,365	309,661
無回答	0	39	50	62	151	6,189
計	1,780	6,967	3,315	1,765	13,827	1,139,394

③平成37年(2025年)現在機能別病床数 (床)

	新川医療圏	富山医療圏	高岡医療圏	砺波医療圏	全県	全国
高度急性期	0	592	7	16	615	105,508
急性期	70	921	660	597	2,248	249,920
回復期	83	360	175	151	769	72,243
慢性期	275	1,606	351	439	2,671	154,131
無回答	1,352	3,488	2,122	562	7,524	557,592
計	1,780	6,967	3,315	1,765	13,827	1,139,394



5 ガイドラインに基づく機能別医療需要推計の考え方

(P19～P28 より抜粋)

【高度急性期、急性期及び回復期機能】

このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)を365(日)で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率とする。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとする。

具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療実態を勘案した推計になると考えられることから、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(以下「医療資源投入量」という。)で分析していくこととする。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含まないこととする。したがって、推計における医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとする。

	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	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
回復期	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在宅復帰に向けた調整を要する幅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。

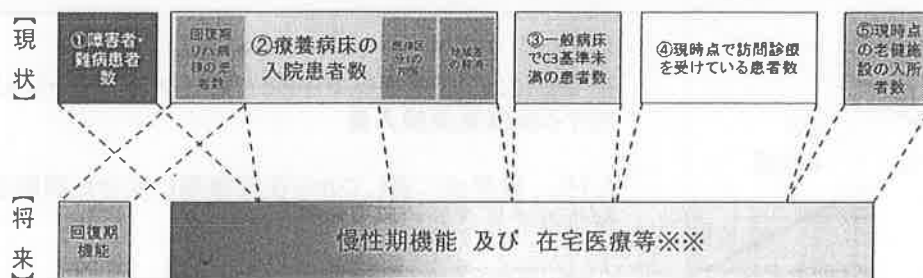
【慢性期機能】

慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。

療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値(医療資源投入量)に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとする。

将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計することとする。

- 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する。
- ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等に対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
- ③ 一般病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。)のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
- ④ 平成25年(2013年)に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 平成25年(2013年)の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。



※ 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。
 ※※ 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。

6 国推計による2025年必要病床数(平成27年6月15日公表)

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(医療機関所在地ベース)

①富山県 (千床)

医療機能	富山県				
	2013年		2025年必要病床数		
	許可病床数	必要病床数	パターンA	パターンB	特例
高度急性期	14.4	0.9	0.9		
急性期		2.9	3.3		
回復期		2.4	2.7		
慢性期		4.0	2	2.6	2.6
計	14.4	10.2	8.9	9.5	9.5

【必要病床数】

患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬(DPCデータ及びNDBデータ)の出来高点数で換算した値を用いて算出
(医療機能の区分はP5～P6を参照)

【慢性期機能の推計】

パターンA: 療養病床の入院受療率を全国最小値(県単位)まで低下させる。

パターンB: 全国最大値(県単位)を全国中央値(県単位)まで低下させる
減少率を用いて、医療圏ごとの療養病床の入院受療率の一律に低下させる。

特例: パターンBの減少率(医療圏)が全国中央値(医療圏)を上回り、かつ当該医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい医療圏は、達成年次を2025年から2030年とする。

②全国 (千床)

医療機能	全国			
	2013年	2025年必要病床数		
	許可病床数	パターンA	パターンB	特例
高度急性期	1346.9	130.3		
急性期		400.6		
回復期		375.2		
慢性期		242.3	275.5	285.1
計	1346.9	1148.4	1181.6	1191.2

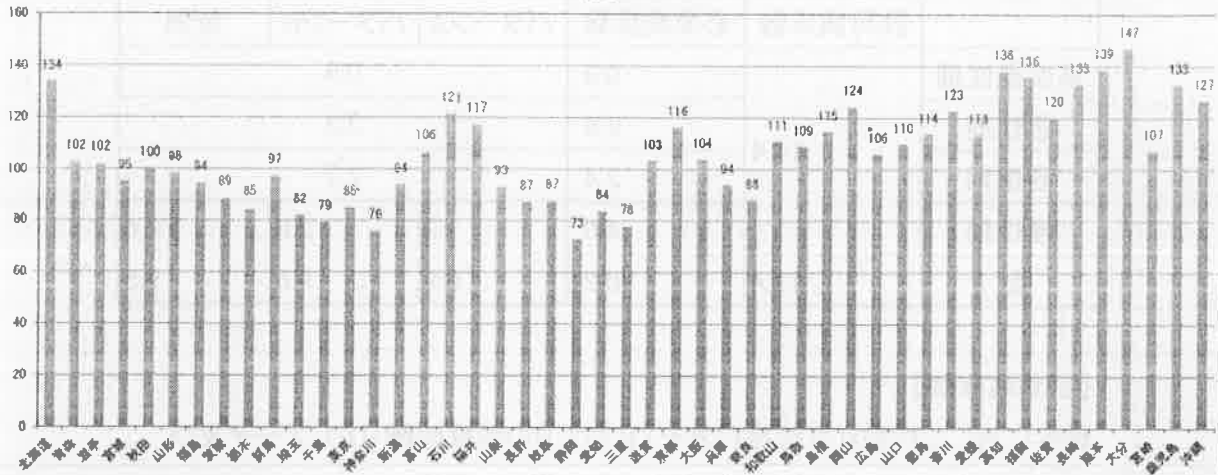
都道府県別の標準化入院受療比

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の、都道府県の標準化入院受療比が100より大きければ、全国平均よりも入院受療率が高く、100より小さければ、全国平均よりも入院受療率が低い。

【標準化入院受療比の計算方法（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（〔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〕×100）

【一般病床】

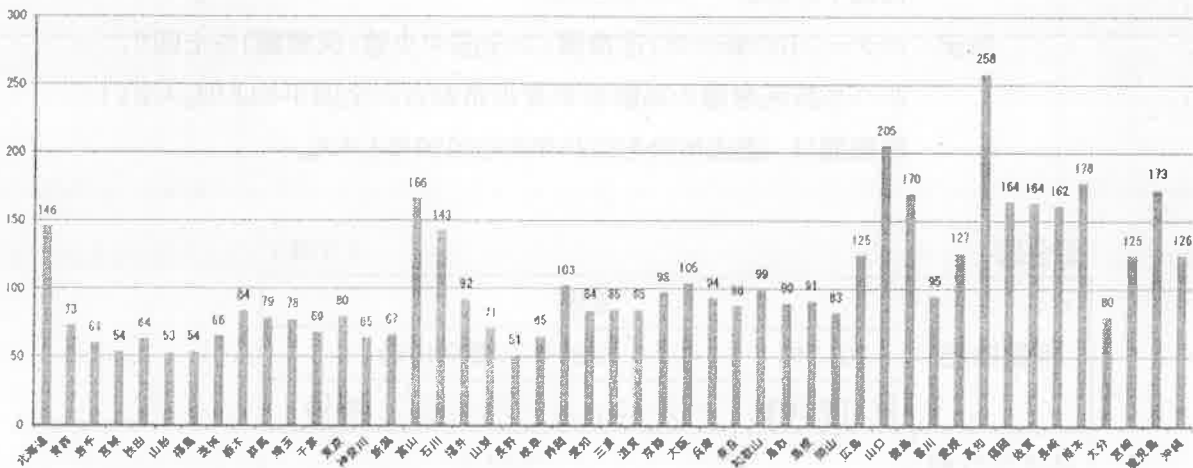


- 注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2）精神病床、療養病床、感染症病床及び結核病床を除く、一般病床数を表示している。
 3）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 4）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

第3回地域医療提供体制構築
 のための調査に関する資料
 平成26年10月31日
 2

1

【療養病床】



- 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。

2