

# 地域医療構想の策定内容 について

平成27年7月3日  
熊本県健康福祉部

# 医療法における地域医療構想の規定

都道府県は、医療計画の中で「地域医療構想」を定める。

◎医療法 ※医療介護総合確保推進法による改正後の医療法

第30条の4（略）

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～六（略）

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進す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（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

八～十四（略）

3～15（略）

### 1. 2025年の医療需要（推計入院患者数）と 病床の必要量（必要病床数）

- ・ 都道府県内の構想区域単位で、高度急性期・急性期  
・回復期・慢性期の各機能、在宅医療等を推計

### 2. 2025年のある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、  
医療従事者の確保・養成等

# 地域医療構想の策定プロセス

## 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 構想区域ごとに医療需要の推計※

※ 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 }  
慢性期 } … 基本的に構想区域内で完結

主な疾病  
ごとに検討

※ 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

## 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

# 1. 地域医療構想の策定を行う体制の整備

- 案の策定にあたり、診療又は調剤に関する学識経験者の団体(県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会)の意見を聴く。(医療法第30条の4第13項)
- 案の決定段階で、都道府県医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴く。(医療法第30条の4第14項)
- なお、策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く等地域の意見を反映する手続をとることを検討する必要。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから、案の策定段階から市町村の意見を聴取することが適当。

# [本県における地域医療構想の策定体制]

## 熊本県医療審議会 (医療法第71条の2)

- ・都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制に関する重要事項を調査審議

## 熊本県保健医療推進協議会 (要項設置)

保健医療計画の推進に必要な事項を協議

### 《地域協議会》(要項8条)

- ①熊本地域保健医療推進協議会
- ②宇城地域保健医療推進協議会
- ③有明地域保健医療推進協議会
- ④鹿本地域保健医療推進協議会
- ⑤菊池地域保健医療推進協議会
- ⑥阿蘇地域保健医療推進協議会
- ⑦上益城地域保健医療推進協議会
- ⑧八代地域保健医療推進協議会
- ⑨芦北地域保健医療推進協議会
- ⑩球磨地域保健医療推進協議会
- ⑪天草地域保健医療推進協議会

## 地域医療構想検討に係る会議として要領により新規設置

《専門委員会》(要項7条に基づき本庁にて設置)

## 熊本県地域医療構想検討専門委員会

県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の意見を汲み上げ、地域間の調整等全県のなとりまとめを行う際に、県レベルの関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場

《専門部会》(要項9条に基づき各保健所(※①熊本地域は本庁)にて設置)

- ①熊本地域医療構想検討専門部会
- ②宇城地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ③有明地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ④鹿本地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑤菊池地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑥阿蘇地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑦上益城地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑧八代地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑨芦北地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑩球磨地域医療構想検討専門部会(仮称)
- ⑪天草地域医療構想検討専門部会(仮称)

県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場

### <検討事項>

- ①医療需要に対する医療供給(医療提供体制)
- ②必要病床数の推計
- ③構想区域の設定
- ④2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策

## 熊本県医療対策協議会 (医療法第30条の17)

- ・救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等、必要とされる医療の確保について協議

## 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

○ 各医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備が必要。

- 厚生労働省においてデータを一元的に整備し、都道府県に提供
- 都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備が必要

- ① 現状の入院受療に関する基礎データ
- ② 2025年における二次医療圏別の人口推計
- ③ 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況
- ④ 病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況
- ⑤ 疾病別の医療需要に対する医療供給の状況
- ⑥ 疾病別(がん、脳卒中、急性心筋梗塞)の医療機関までのアクセスマップと人口カバー率
- ⑦ 介護保険関係の整備状況

### 3. 構想区域の設定

- 二次医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携することが相当であると認められる区域を単位として設定。

#### (病床の機能区分との関係)

- 高度急性期は必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。
- 急性期、回復期及び慢性期はできるだけ構想区域内で対応することが望ましい。

#### (設定した構想区域が二次医療圏と異なる場合)

- 平成30年度からの次期医療計画の策定において、二次医療圏を構想区域と一致させることが適当。

# ☆病床の機能区分(病床機能報告制度における定義)

## 【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
- ・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(日常生活における基本的な動作を行う能力)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)

## 【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
- ・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

## 4. 構想区域ごとの医療需要の推計

### 4-1. 推計方法の基本的考え方

- 2025年における病床の機能区分ごとの医療需要(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提示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計
- 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能別に算出
- なお、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になったり、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ことに留意

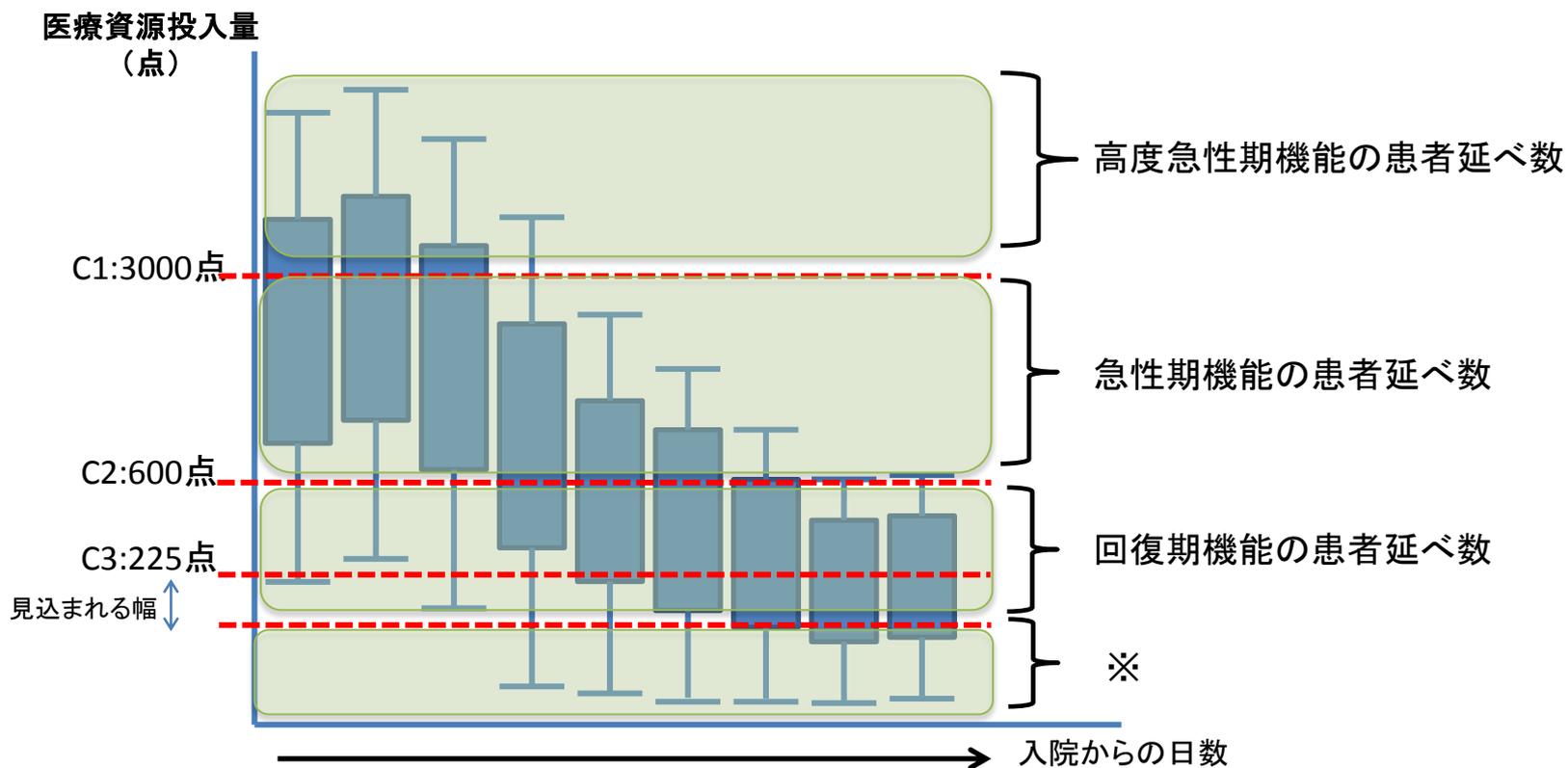
(◎3,000点等の数字は地域全体のマクロの推計をする際の区切りに過ぎない。)

## 4-2. 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方

- 高度急性期、急性期及び回復期については、  
構想区域における2025年の医療需要  
＝ [当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率]  
× [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
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案して推計できるように、一般病床の患者のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析。
- 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値（医療資源投入量(※)）で分析。

※入院基本料相当分は含まない。

図（高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ）



※ 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。

図（病床の機能別分類の境界点の考え方）

	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		
回復期	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
※	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。

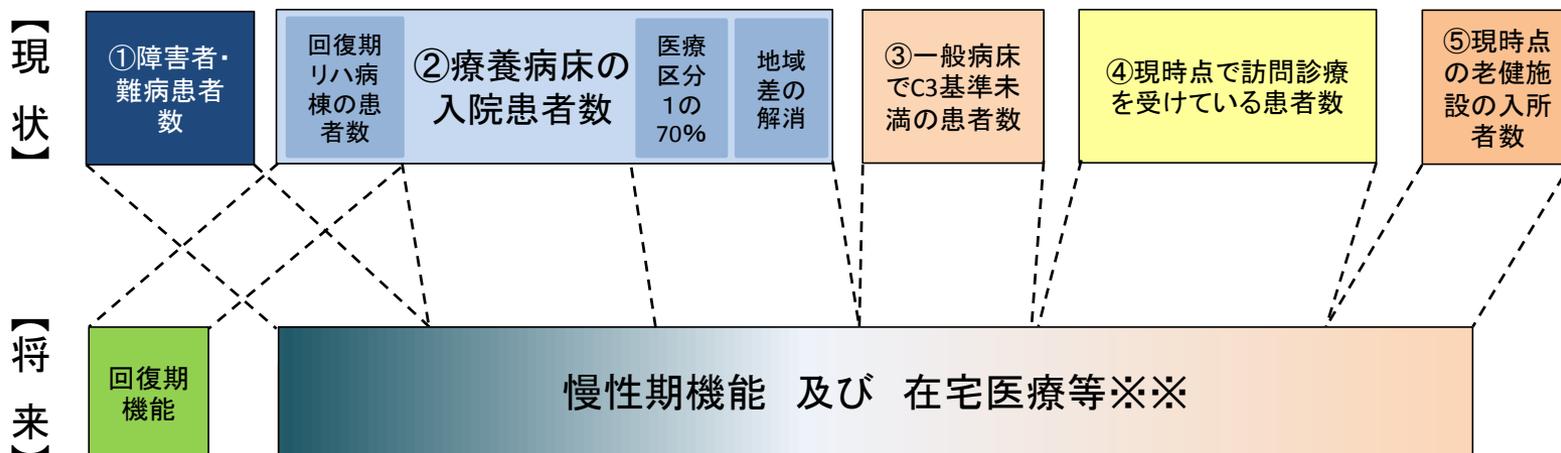
## 4-3. 慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

- 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。
- 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中で、療養病床数には大きな地域差がある状況。
- 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。

- 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させる。
- 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の配慮を行う。

図 (慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※)

※ 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。



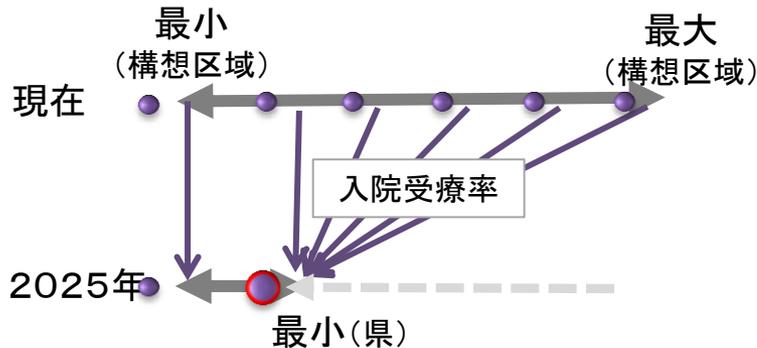
※※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

# 【療養病床の入院受療率における地域差の解消】

○都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める。

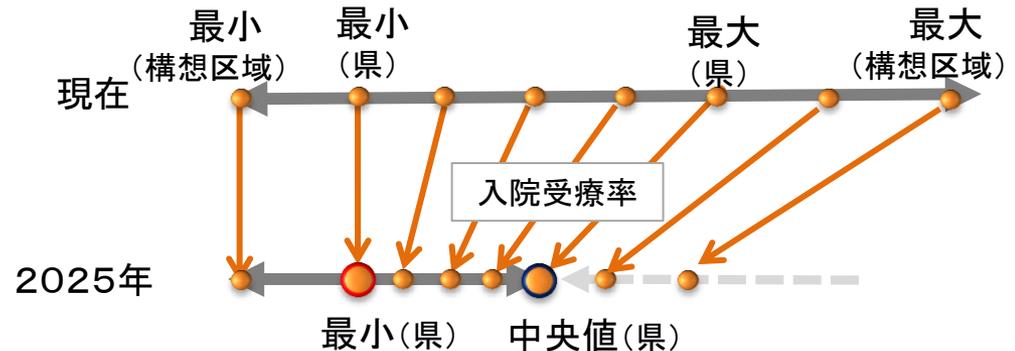
A

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。



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。



※ 特例として、一定の要件に合致する構想区域は、入院受療率の目標達成年次を2025年から2030年とすることができる。

## 5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

- 各都道府県の構想区域ごとに下記の2つを比較する。
    - ①患者住所地に基づき推計した医療需要
    - ②現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数(他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの)
- ※現在の医療供給体制の状況については、DPCデータ、患者調査、救急搬送件数等を用いて把握
- 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まず、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。
  - この際、地域医療の連携の観点からはすべての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成37年(2025年)の医療需要に対する増減のいずれかが概ね20%又は千人を超える場合は、関係県の間で調整のための協議を行う。

- 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局や介護部局、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。
- また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。
- 医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討。
- 認知症疾患医療センターや難病医療拠点病院（予定）等についても、構想区域ごとに確認・検討することが望ましい。
- これら以外の疾病（例えば、発生頻度の高い肺炎や骨折等）についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討。
- 以上の考え方を踏まえ、各都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数を確定する。

## 6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量 (必要病床数)の推計

- 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数は、当該構想区域で対応することになる病床機能別患者数(=推定供給数)を、それぞれの病床稼働率(※)で割り戻して計算。

※病床稼働率

高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%

# 構想区域における医療需要と必要病床数の算定例

平成37年(2025年) (A構想区域の急性期の例)

	2025年における	2025年における医療供給(医療提供体制)		
	医療需要 (A構想区域に居住する患者の医療需要)	現状 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの※	あるべき姿 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの(①)	病床の必要量 (必要病床数) (①を基に病床利用率等により算出される病床数)
高度急性期		2,176 - 100	2,176 - 80	
急性期	2,176	▲ 100	▲ 80	2,096
回復期		2,076	2,096	78%
慢性期				2,687

2025年の性年齢階級別人口に2013年の入院受療率を乗じたものの総和  
⇒算出イメージは次ページのとおり

①A構想区域の患者が他の医療機関で受療している数 (=流出)  
②他の構想区域の患者がA構想区域の医療機関で受療している数 (=流入)  
①(流出) > ②(流入) = マイナス  
①(流出) < ②(流入) = プラス  
⇒ここでは① > ②の場合で▲100と例示

・現在の流入・流出の状況を是認するのか、見直すのかを検討。  
⇒ここでは、A構想区域における流出を20抑制する(供給を20増やす)場合を例示。  
その場合、他の構想区域の供給を20減する必要。

急性期の病床稼働率

必要病床数  
2,096 ÷ 78%

# 医療需要の算出例

※各数値は全て仮であることに留意

## A構想区域における医療需要(急性期)

[2013年]

	男性			女性		
	2013人口 a	入院受療率 b	入院患者数 a*b	2013人口 c	入院受療率 d	入院患者数 c*d
0~4	2,710	0.0021	5.6	2,586	0.0024	6.2
5~9	2,859	0.0012	3.5	2,725	0.0014	3.8
10~14	3,031	0.0012	3.5	2,889	0.0013	3.7
15~19	3,109	0.0016	4.9	2,954	0.0017	5.1
20~24	3,266	0.0025	8.0	3,160	0.0022	7.0
25~29	3,691	0.0035	12.9	3,601	0.0028	10.0
30~34	4,221	0.0040	17.0	4,120	0.0033	13.7
35~39	4,950	0.0042	20.6	4,836	0.0043	21.0
40~44	4,400	0.0048	21.1	4,341	0.0056	24.1
45~49	4,027	0.0065	26.1	4,005	0.0076	30.4
50~54	3,809	0.0089	33.9	3,834	0.0106	40.7
55~59	4,287	0.0112	47.9	4,376	0.0136	59.6
60~64	4,920	0.0144	71.0	5,116	0.0176	89.8
65~69	3,921	0.0191	74.9	4,288	0.0226	97.0
70~74	3,225	0.0264	85.1	3,737	0.0300	112.2
75~79	2,582	0.0367	94.7	3,358	0.0385	129.1
80~84	1,692	0.0555	93.9	2,643	0.0538	142.3
85~	1,047	0.0828	86.7	2,747	0.0743	204.2
	61,747		711.4	65,316		999.9

[2025年]

入院受療率は2013の率に固定

2025年人口に置き換え

	男性			女性		
	2025人口 a'	入院受療率 b'	入院患者数 a'*b'	2025人口 c'	入院受療率 d'	入院患者数 c'*d'
0~4	1,938	0.0021	4.0	1,839	0.0024	4.4
5~9	2,020	0.0012	2.5	1,918	0.0014	2.7
10~14	2,218	0.0012	2.6	2,106	0.0013	2.7
15~19	2,534	0.0016	4.0	2,411	0.0017	4.2
20~24	2,726	0.0025	6.7	2,617	0.0022	5.8
25~29	2,939	0.0035	10.3	2,808	0.0028	7.8
30~34	3,124	0.0040	12.6	2,980	0.0033	9.9
35~39	3,177	0.0042	13.2	3,003	0.0043	13.0
40~44	3,299	0.0048	15.8	3,166	0.0056	17.6
45~49	3,651	0.0065	23.6	3,554	0.0076	27.0
50~54	4,092	0.0089	36.4	4,025	0.0106	42.7
55~59	4,701	0.0112	52.6	4,690	0.0136	63.9
60~64	4,058	0.0144	58.6	4,173	0.0176	73.2
65~69	3,558	0.0191	68.0	3,797	0.0226	85.9
70~74	3,158	0.0264	83.4	3,553	0.0300	106.7
75~79	3,196	0.0367	117.2	3,876	0.0385	149.1
80~84	3,074	0.0555	170.6	4,175	0.0538	224.7
85~	2,790	0.0828	231.0	5,672	0.0743	421.5
	56,253		913.0	60,364		1,262.9

2,175.8

A構想区域の医療需要

## 7. 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、構想区域の設定の妥当性について確認する。

## 8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

### ○ 施策の基本的考え方

- 医療法では、地域医療構想に関し、直接的には一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。
- しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、うつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といった様々な医療ニーズに対応することが求められる。
- 施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当である。

# ○ 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較



課題分析・施策の検討、地域医療介護総合確保基金の有効活用など

## 【病床の機能分化・連携の推進】

### 1 病床の機能の分化

- クリティカルパスの活用による、病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修
- 病床機能に応じた臨床指標を用いた医療の質の評価・向上の支援
- 病床機能の変更のための財政的・技術的支援
- キャリアパスとして異なる病床機能の病棟、在宅医療で働くことを意識した研修、教育の支援

### 2 病床の機能の連携

- 地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援
- 救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携
- 在宅医療から地域包括ケア病棟を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援
- 退院支援、在宅復帰支援のため多職種連携、人事交流の支援

## 【在宅医療の充実】

### 1 退院支援

- 医療機関等：退院時カンファレンスへの参加、退院調整担当者との定例会議の開催等
- 行政：退院元の医療機関等と在宅医療・介護の医療機関・事業所との情報交換の場の設定

### 2 日常の療養生活の支援

- 医療機関等：在宅医不在時の代診等の支援体制の構築、医療依存度の高い患者や小児等への対応力向上の研修等
- 行政：在宅医療の課題等の解決をめざした関係者による「在宅医療推進協議会」の設置・運営

### 3 急変時の対応

- 医療機関等：診療所のグループ化や診療所と訪問看護事業所との連携、後方病床確保のため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院などの情報の事前登録システムの構築等、
- 行政：24時間体制構築のためのコーディネート・支援

### 4 看取り

- 患者や家族に対しての在宅医療や在宅介護、看取りに関する適切な情報提供
- 医療用麻薬の品目・規格統一に係る地域協議会の開催等

## 【医療従事者の確保・養成】

- 地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター等による医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワークライフバランスの確立に向けた取組

- チーム医療の推進とそのため専門人材の確保。医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職の人材確保の取組

- 医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対して、地域医療支援センター、都道府県ナースセンターなどによる支援

- 今後、各医療機能に応じた医療従事者の確保のために、地域における医療従事者の確保目標等の設定