



第2回協会けんぽ調査研究報告会(平成27年5月27日)

今後の地域医療のあり方と 保険者の役割について

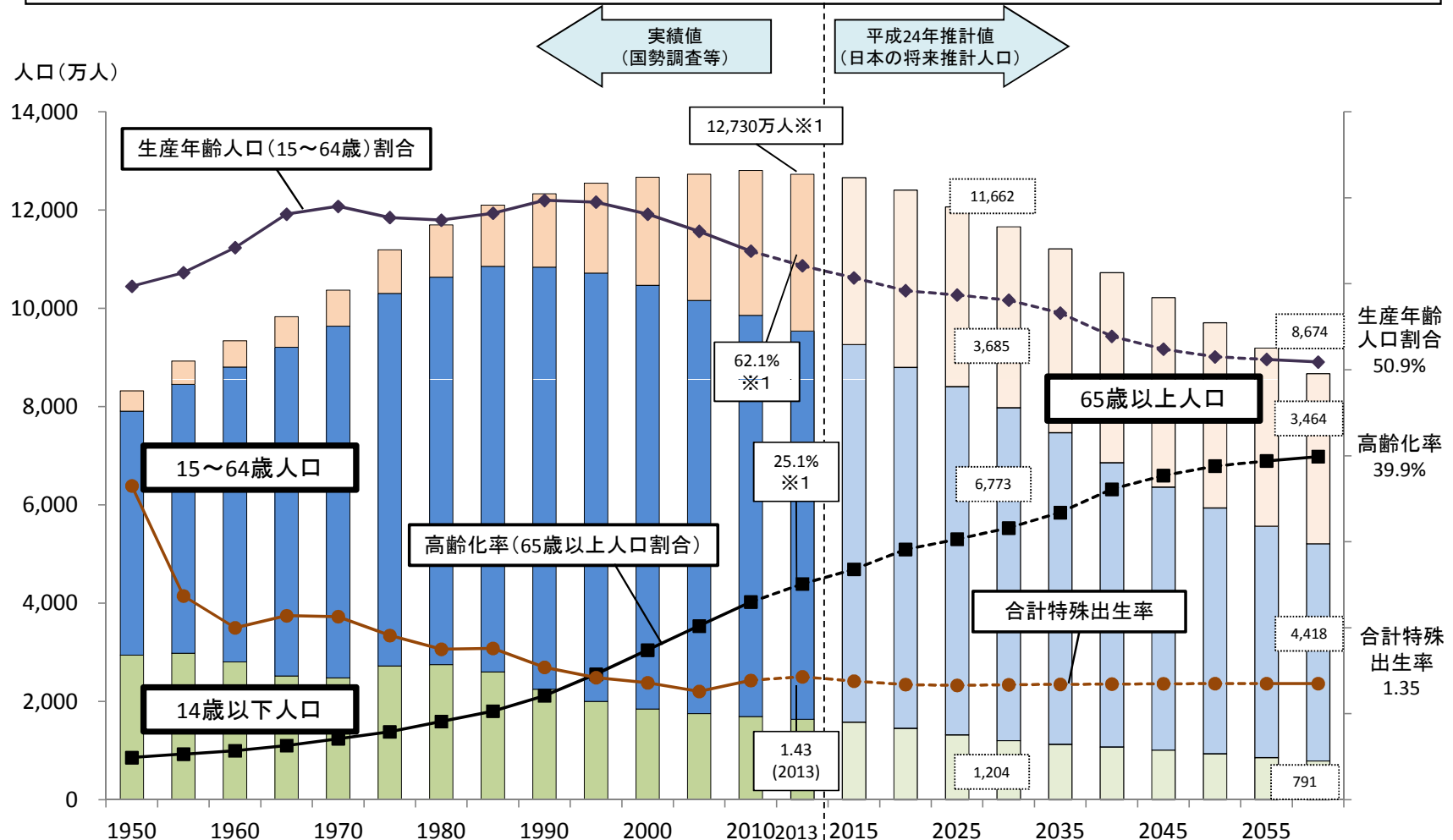
厚生労働省医政局
地域医療計画課長

北波 孝

はじめに

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

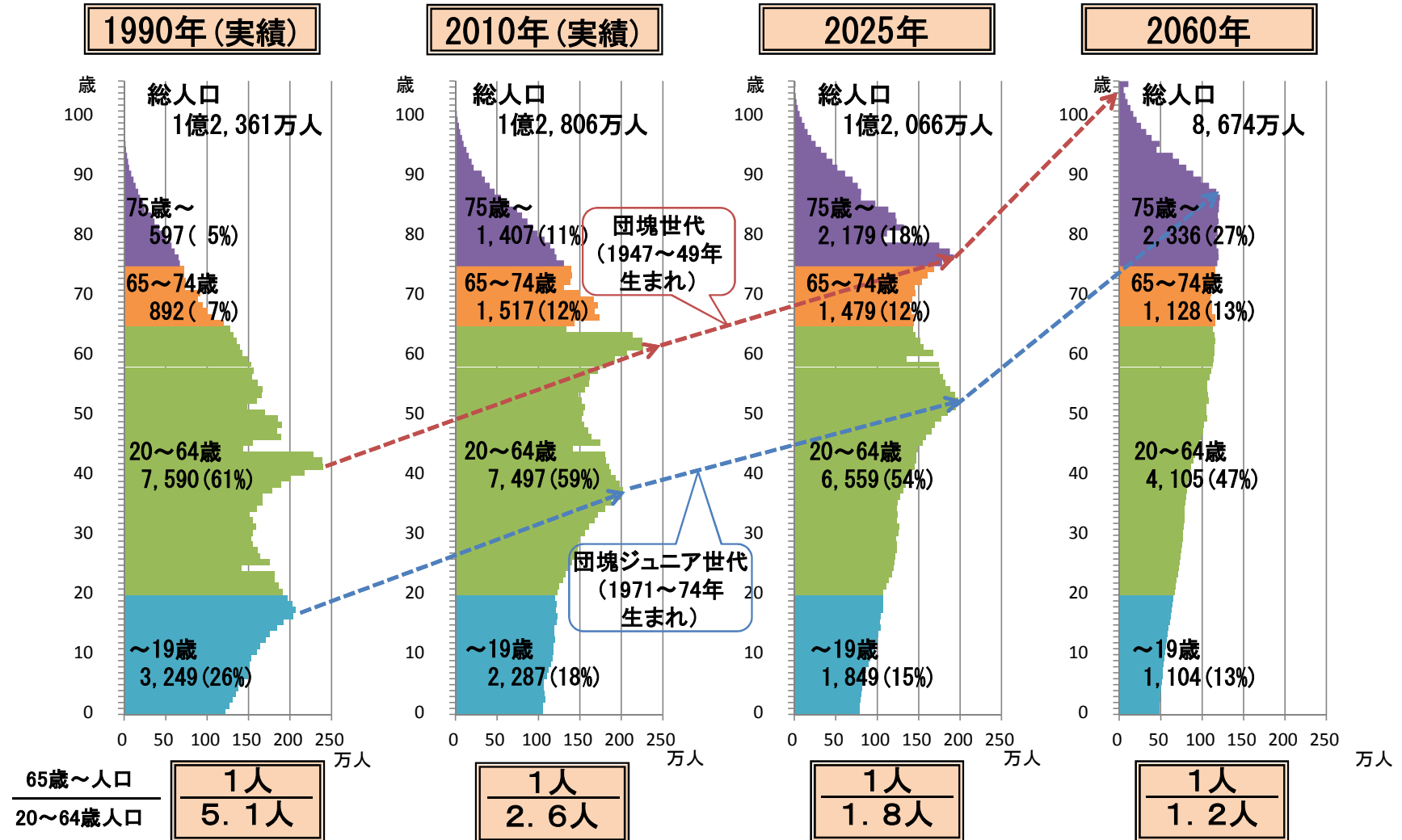


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

※1 出典:平成25年度 総務省「人口推計」(2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

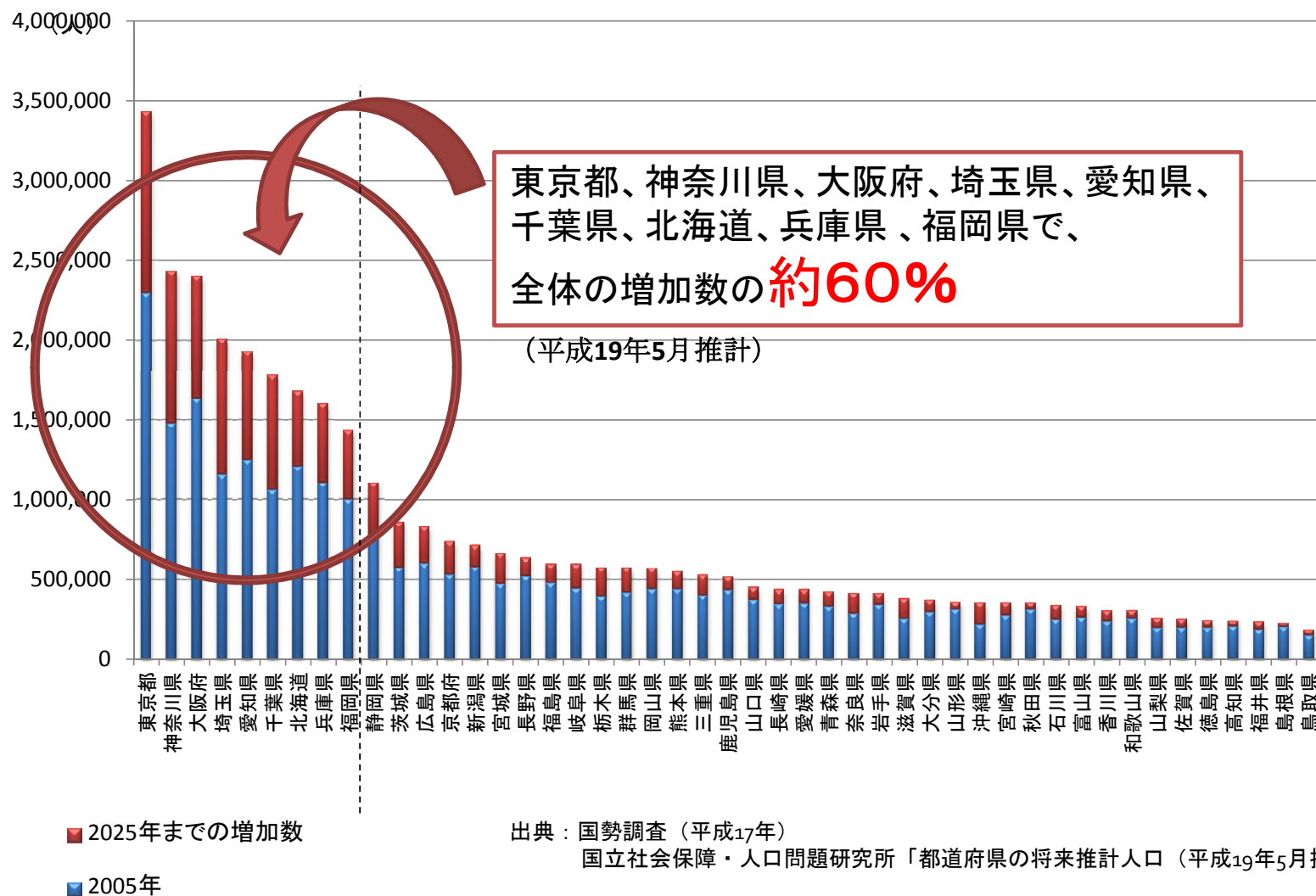
人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



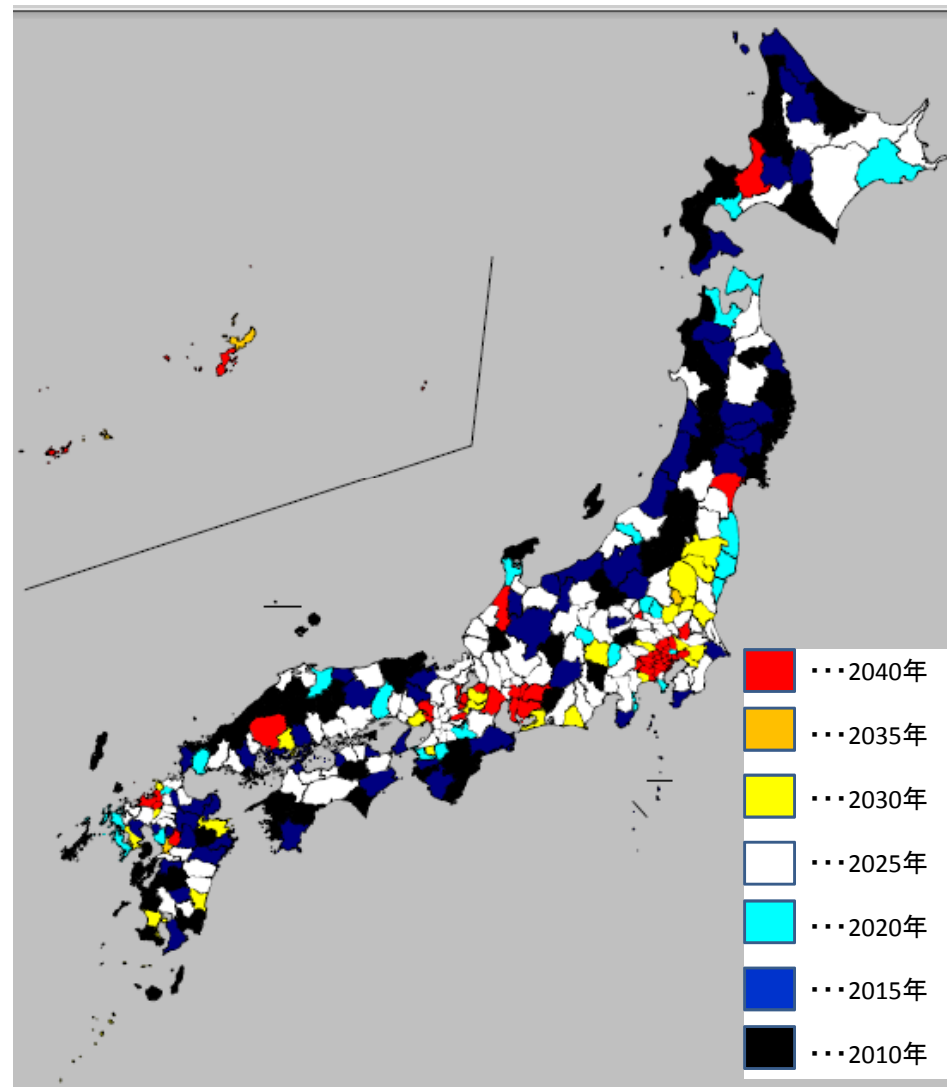
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数 （2005年 → 2025年）



高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料 3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

全体の流れ

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の 関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣 旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概 要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、**都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

4. その他

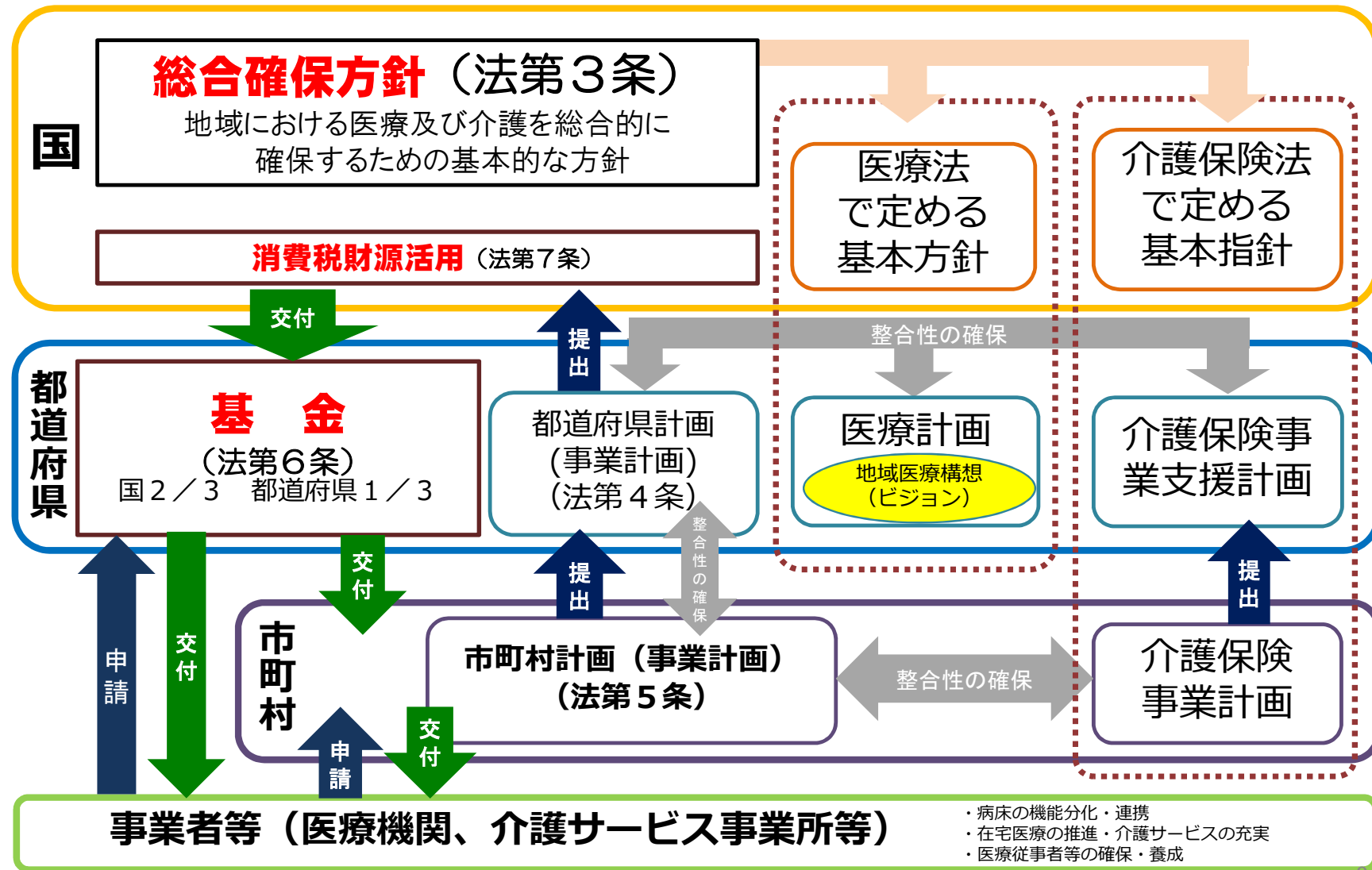
- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

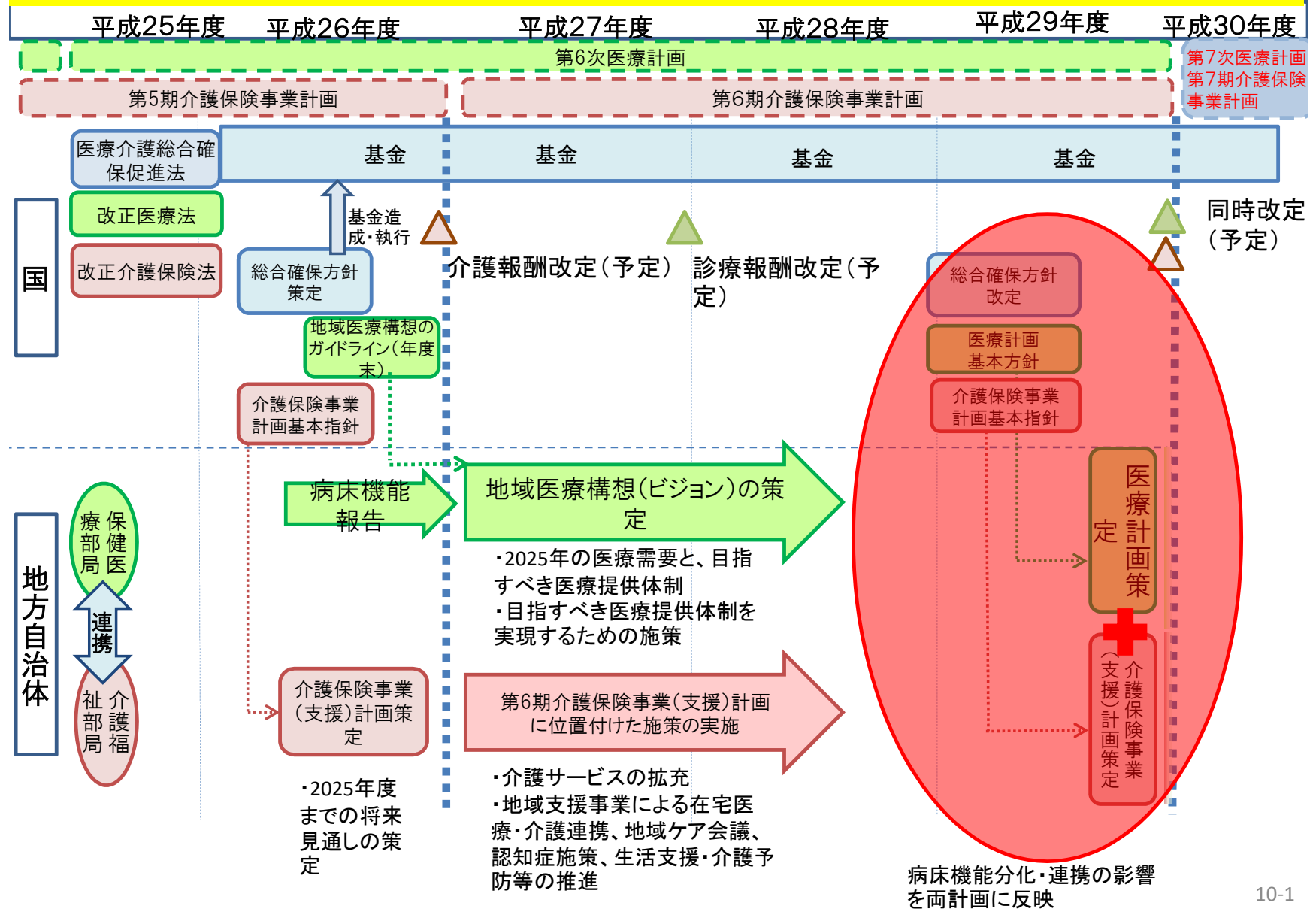
公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。⁸

地域医療・介護の総合的な確保の仕組み

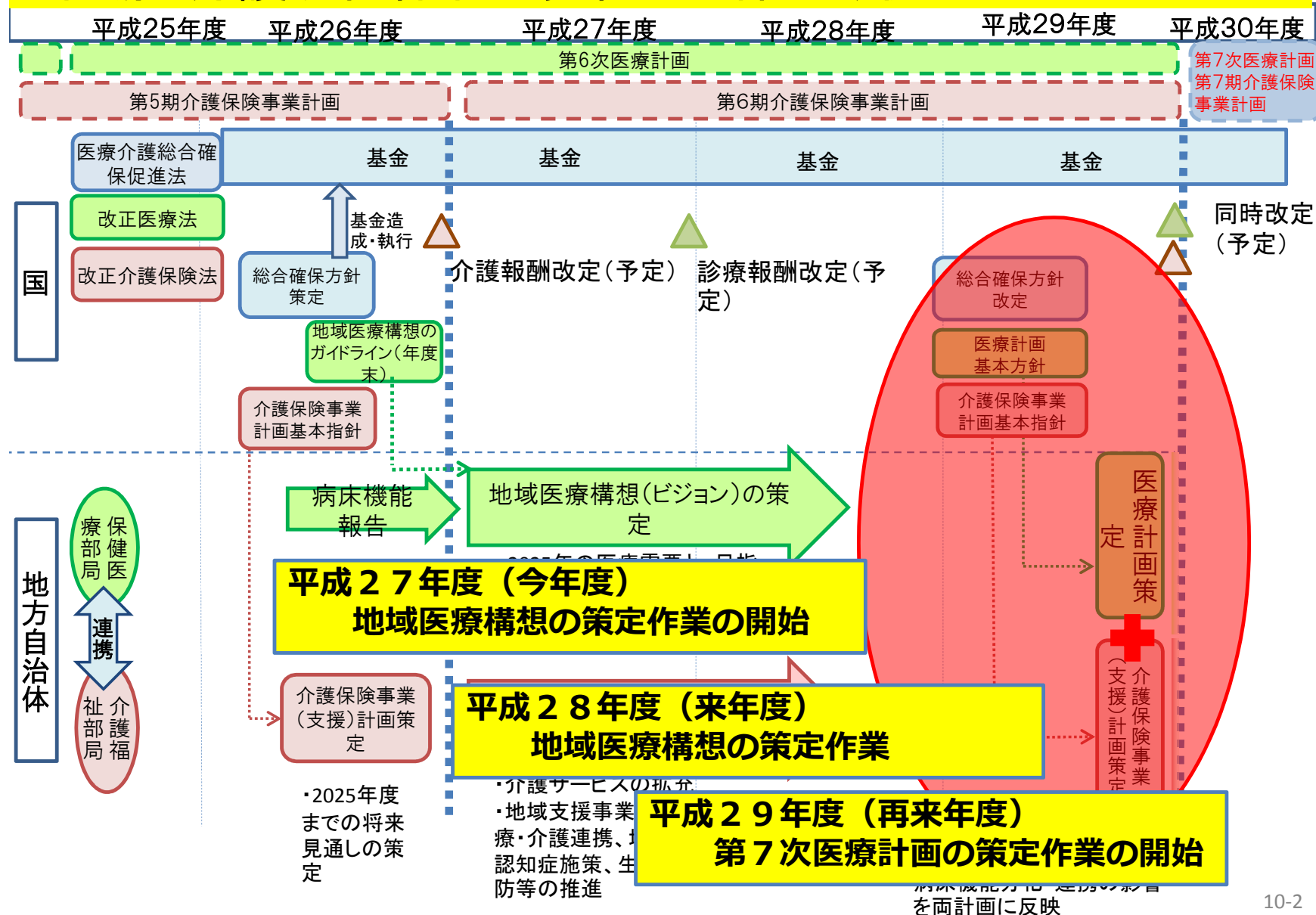
(地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律)



医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



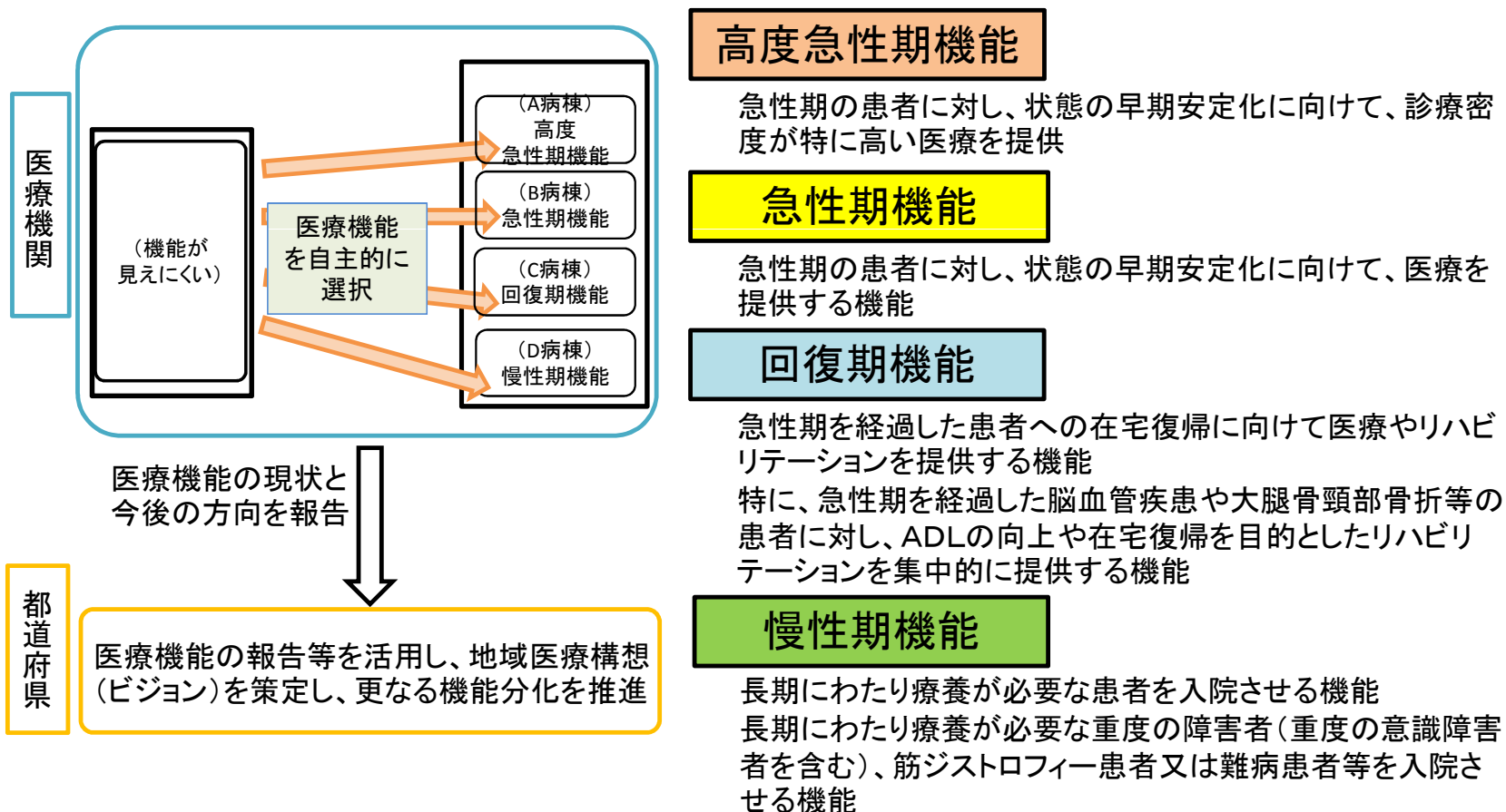
医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



病床機能報告

病床機能報告制度

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を進めるもの。(平成26年10月から施行)



病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】

○ 以下の集計は、平成27年3月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

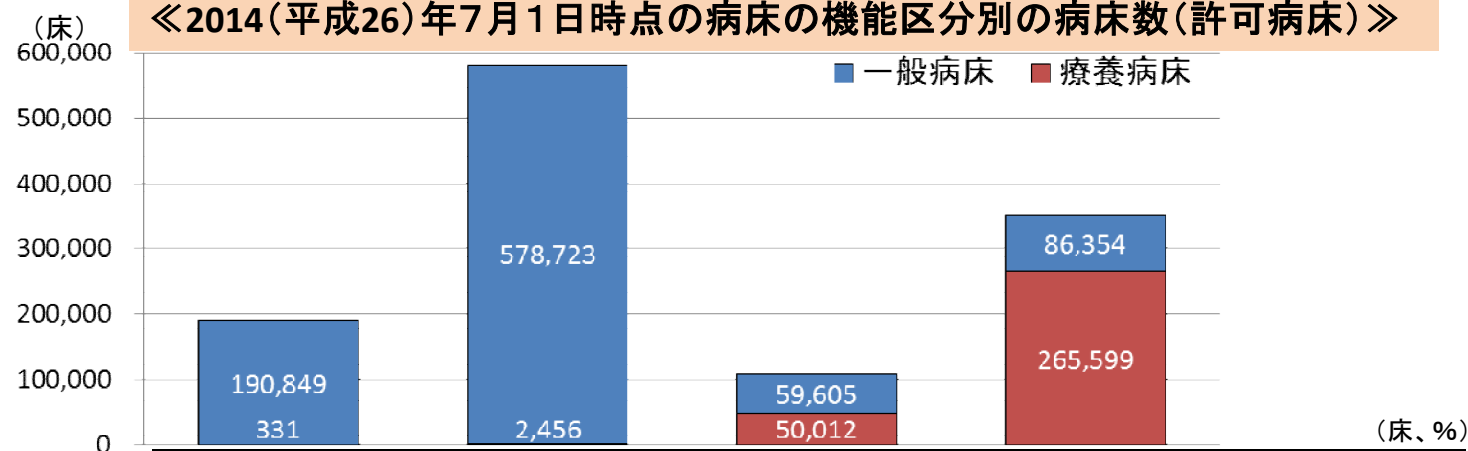
- ・報告対象の病院7,402施設、有床診療所7,626施設のうち、平成27年2月16日までに病院7,268施設(98.2%)、有床診療所6,874施設(90.1%)が報告済み。【※前回速報値(第2報)の報告率は病院97.2%、診療所86.1%】
- ・このうち、3月2日時点で、全病棟の機能区分の選択が確定した病院6,996施設(94.5%)、有床診療所5,996施設(78.6%)のデータを集計。(休床中等の理由により4つの機能区分のいずれも選択していない病床(未選択)を含む)

【※前回速報値(第2報)の集計率は病院86.3%、診療所64.5%】

- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,247,363床。【※前回速報値(第2報)では1,139,394床】

(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床)

《2014(平成26)年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	190,849	578,723	59,605	86,354	915,531
療養病床	331	2,456	50,012	265,599	318,398
合計	191,180	581,179	109,617	351,953	1,233,929
構成比	15.5%	47.1%	8.9%	28.5%	100.0%
前回速報(H27.1.26時点)の構成比	15.6%	47.2%	9.1%	28.1%	100.0%

(注) 集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在／今後の方向) ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定
	許可病床数、稼働病床数
	一般病床、療養病床の別
	医療法上の経過措置に該当する病床数
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数
	主とする診療科
	算定する入院基本料・特定入院料
	DPC群
	在宅療養支援病院／診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外／医療機関での看取り数)
入院患者の状況	二次救急医療施設／救急告示病院の有無
	高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等)
	退院調整部門の設置・勤務人数
	新規入棟患者数
	在棟患者延べ数
	退棟患者数
	入棟前の場所別患者数
	予定入院・緊急入院の患者数
	退棟先の場所別患者数
	退院後に在宅医療を必要とする患者数

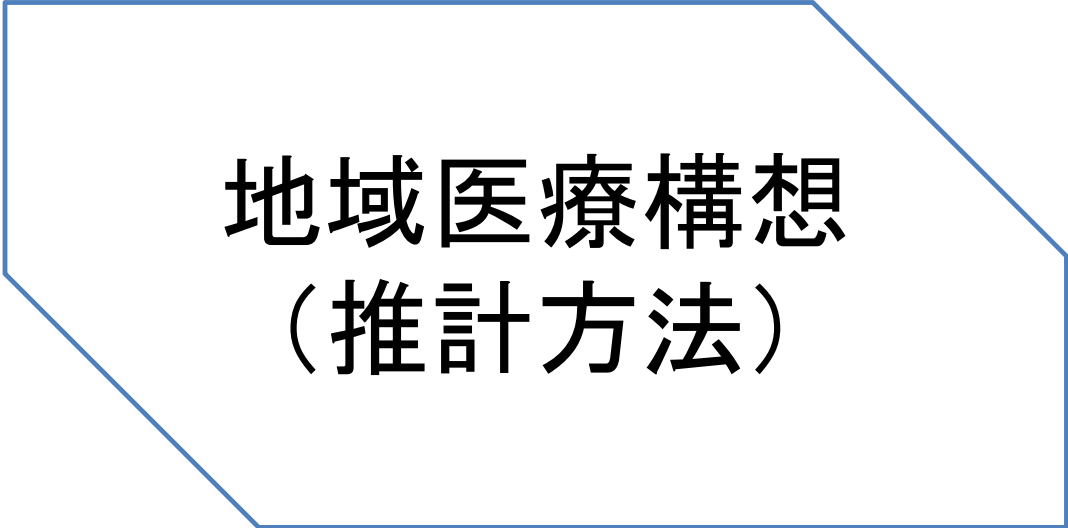
具体的な医療の内容に関する項目

幅広い手術の実施 がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	(全身麻酔の)手術件数(臓器別)
	胸腔鏡下手術件数／腹腔鏡下手術件数
	内視鏡手術用支援機器加算
	悪性腫瘍手術件数
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療件数、化学療法件数
	がん患者指導管理料
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
	分娩件数
	超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術
重症患者への対応	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算
	ハイリスク分娩管理加算／妊産婦共同管理料
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法
	経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧測定1日につき、人工心肺
	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合
	院内トリアージ実施料
	夜間休日救急搬送医学管理料
救急医療の実施	精神科疾患患者等受入加算
	救急医療管理加算
	在宅患者緊急入院診療加算
	救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料
	救命のための気管内挿管
	体表面／食道ペースティング法
	非開胸的心マッサージ、カウンターショック
	心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法
	休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数)
	救急車の受入件数

在宅復帰への支援 急性期後の在宅医療 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援	退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算
	救急搬送患者地域連携受入加算
	地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料
	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料
	退院前訪問指導料
	全身管理
	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定 1日につき
	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
	人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流
在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援	経管栄養カテーテル交換法
	疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法
	リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算
	入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合
	平均リハ単位数／患者・日、1年間の総退院患者数
	1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数
	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援 在宅療養支援	強度行動障害入院医療管理加算
	往診患者数、訪問診療数、在宅／院内看取り件数
	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
	過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
	有床診療所の多様な役割
	(①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能)

病床機能報告制度における主な報告項目

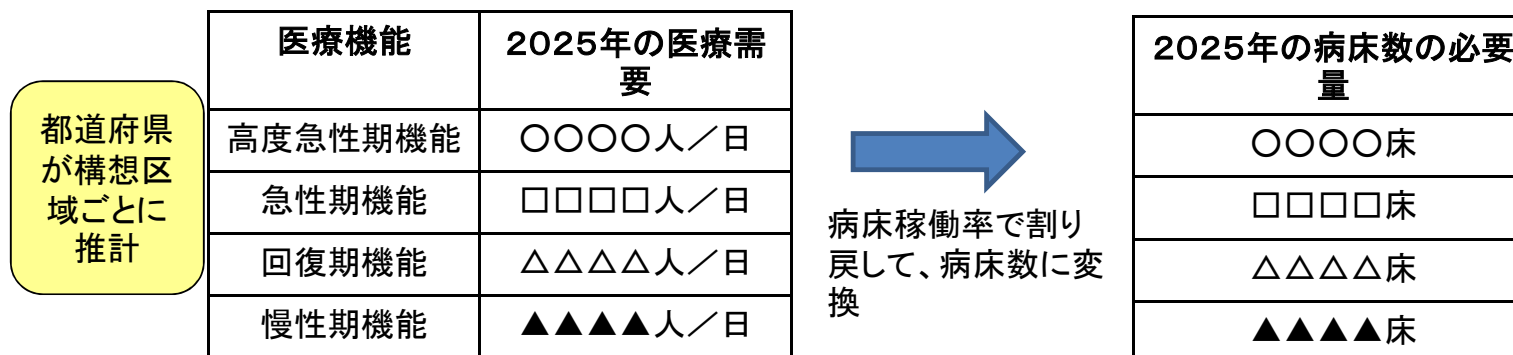
構造設備・人員配置等に関する項目		具体的な医療の内容に関する項目	
病床数・人員配置・機器等	医療機能（現在／今後の方向） ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定	術の幅広い実施	急性期・在宅復帰後の在宅医療 退院調整加算、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算 救急搬送患者地域連携受入加算 地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料 全身管理 中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定 1日につき ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 療養期・在宅療養 疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法 在宅療養加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算
	許可病床数、稼働病床数	等への治療	
	一般病床、療養病床の別	がん・脳卒中・心筋梗塞	
	医療法上の経過措置に該当する病床数	（全身麻酔の）手術件数（臓器別）	
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	胸腔鏡下手術件数／腹腔鏡下手術件数	
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数	内視鏡手術用支援機器加算	
	主とする診療科	悪性腫瘍手術件数	
	算定する入院基本料・特定入院料	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製	
		放射線治療件数、化学療法件数	
		がん患者指導管理料	
入院患者の状況	DPC群	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	
	在宅療養支援病院／療養後方支援病院の（有の場合、医療機関間の看取り数）	分娩件数	
	二次救急医療施設／救急医療機関	超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術	
	高額医療機器の保有（CT、MRI、血管造影SPECT、PET、強度療器、遠隔操作式密装置等）	入院精神療法、精神科リハビリテーション加算	
	退院調整部門の設置		
	新規入棟患者数	一般に公表されるもの。 医療機関が報告する病床機能とともに、 「この医療機関（病棟）はどんな医療を提供しているのか」が分かることとなる。	
	在棟患者延べ数	保険者として、被保険者のために活用 (わかりやすく周知・情報提供)	
	退棟患者数		
	入棟前の場所別患者数		
	予定入院・緊急入院の患者数	非開胸的心マッサージ、カウンターショック	高度な機能
退棟先の場所別患者数	心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法	有床診療所の多様な役割 ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能)	
退院後に在宅医療を必要とする患者数	休日又は夜間に受診した患者の数（うち診察後、直ちに入院となった患者数）		
	救急車の受入件数		



地域医療構想 (推計方法)

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想区域ごとの医療需要(人口10万人対の受療率)を、人口推計(中位推計:性・年齢階級別)を使用し2025年の値を推計
- 医療需要については、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、「一日当たりの入院患者数」を算出。
- 算出された人数を病床稼働率で割り戻して、病床の必要量とする。
(高度急性75%、急性78%、回復90%、慢性92%)



- 推計に当たっては、DPC病院の医療行為に関するデータ(DPCデータ)やNDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータを活用。
- その他、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮。

4つの医療機能及びそれぞれに属する患者像例

	医療機能の内容	患者像の例
高度急性期	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	- くも膜下出血に対して、脳動脈瘤クリッピング術を行った。人工呼吸器を装着し、また点滴、動脈圧測定、導尿カテーテル、鼻腔栄養、ドレーンなど複数の管が入っている。呼吸、脈拍、血圧、体温、尿量等を1～2時間おきにみて全身状態を観察しながら、集中治療を行っている。 - 心不全に対して、非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している。
急性期	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	- 膵臓がんの術後、点滴、腹腔ドレーン、導尿カテーテルなどの複数の管が入っている。呼吸、脈拍、血圧、体温、尿量等をみて全身状態を観察している。また、手術創や体内に入れた管から出てくる体液を観察している。術後疼痛によりナースコールがあった場合は鎮痛剤の追加を行っている。また週に2回ほど血液検査を実施している。 - 慢性閉塞性肺疾患の急性増悪に対して、非侵襲的人工呼吸器による換気補助療法を実施していたが、脱した。鼻カニューレによる持続酸素吸入療法、ステロイド薬の全身投与及び気管支拡張薬の吸入による薬物療法を行っている。
回復期	- 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)	- 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行った。解熱し、尿路感染症は改善したが、高齢でもあり、経口摂取が不十分で、全身状態の回復が遅れている状態。補液を行いつつ、在宅復帰に向けての治療を行っている。 - 大腿骨頸部骨折のため、急性期病院で手術を行った後、回復期リハビリテーション病棟のある病院へ転院した。在宅復帰に向けて1日6単位(120分)のリハビリテーションを行っている。
慢性期	- 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	- 脳幹出血のため、急性期病院へ入院した。意識障害及び人工呼吸器による呼吸補助が長期化し、気管切開を行った。意識障害が続き、さらに長期にわたる療養が必要なため、療養病床のある病院へ転院し、経鼻胃管にて栄養剤を注入している。 - 先天性ミオパチーにより幼児期より入院し、寝たきりで体動は少ないが意識清明。気管切開をし、1日数回の喀痰吸引が必要。胃瘻を造設し、栄養剤を1日3回注入している。

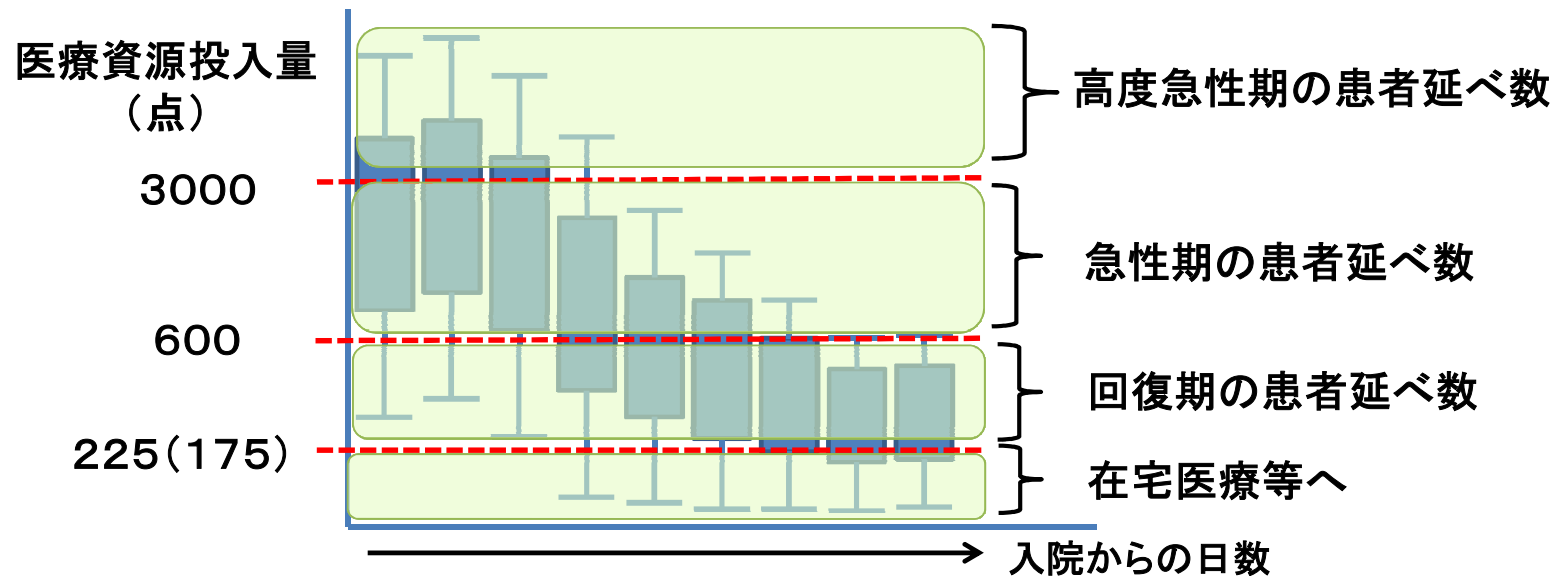
区分の方法(医療資源投入量の考え方を導入)

【高度急性期、急性期、回復期について】

◇入院初期は手術などで大きな医療提供が行われ、その後、落ち着いた状態になるまで連続的に医療が提供される（その後は退院など）。

◇3つの「病期の区分」について、今回は、
「患者一人に一日にどれだけの医療が提供されたか（医療資源投入量）」
を診療データと診療報酬の点数を活用して測定し、区分することとした。

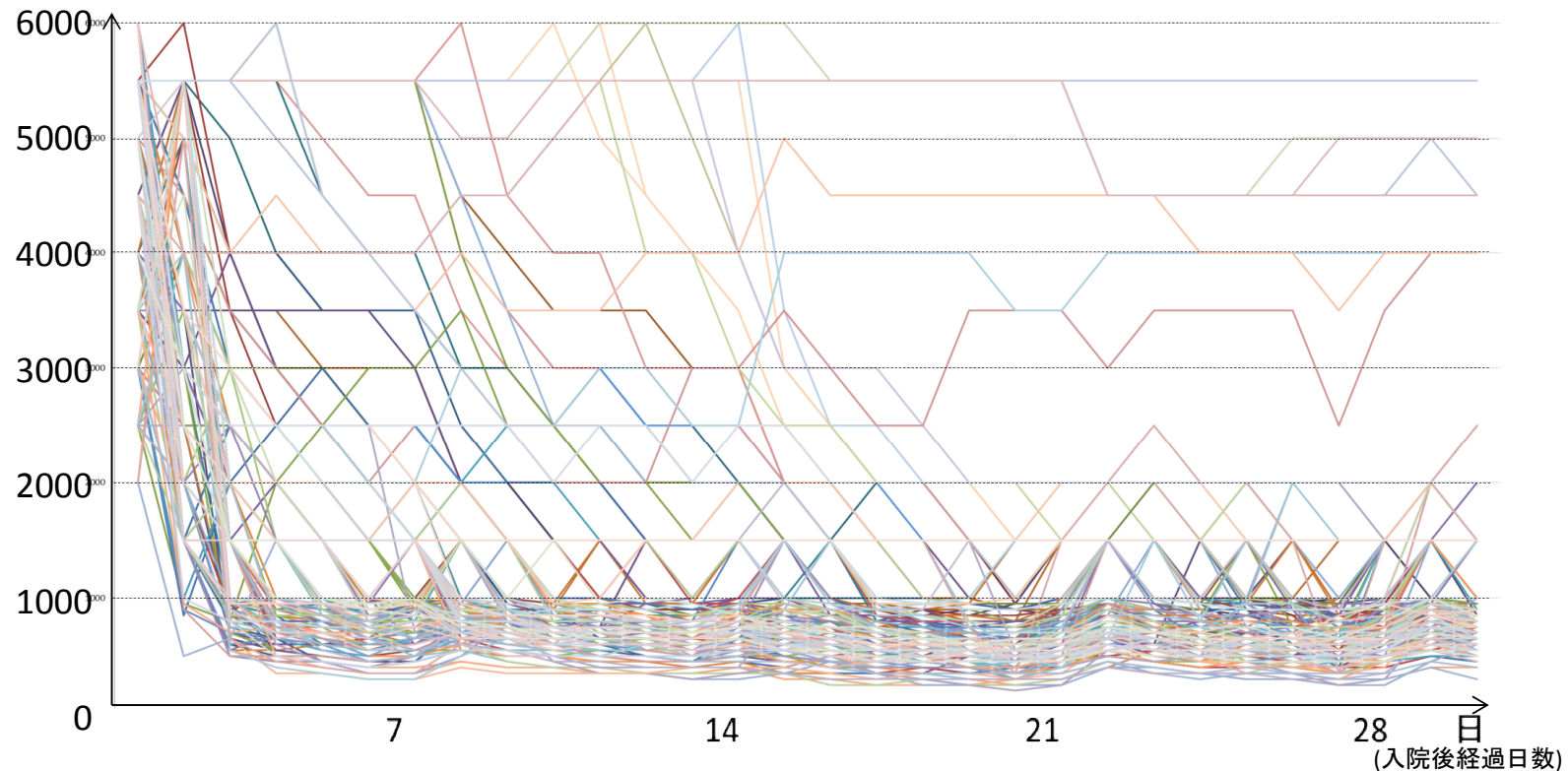
◇それぞれの範囲に入った患者を全てカウントし「患者の延べ数」とする。
これを地区ごとに人口対の数値（受療率）として算出。



医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

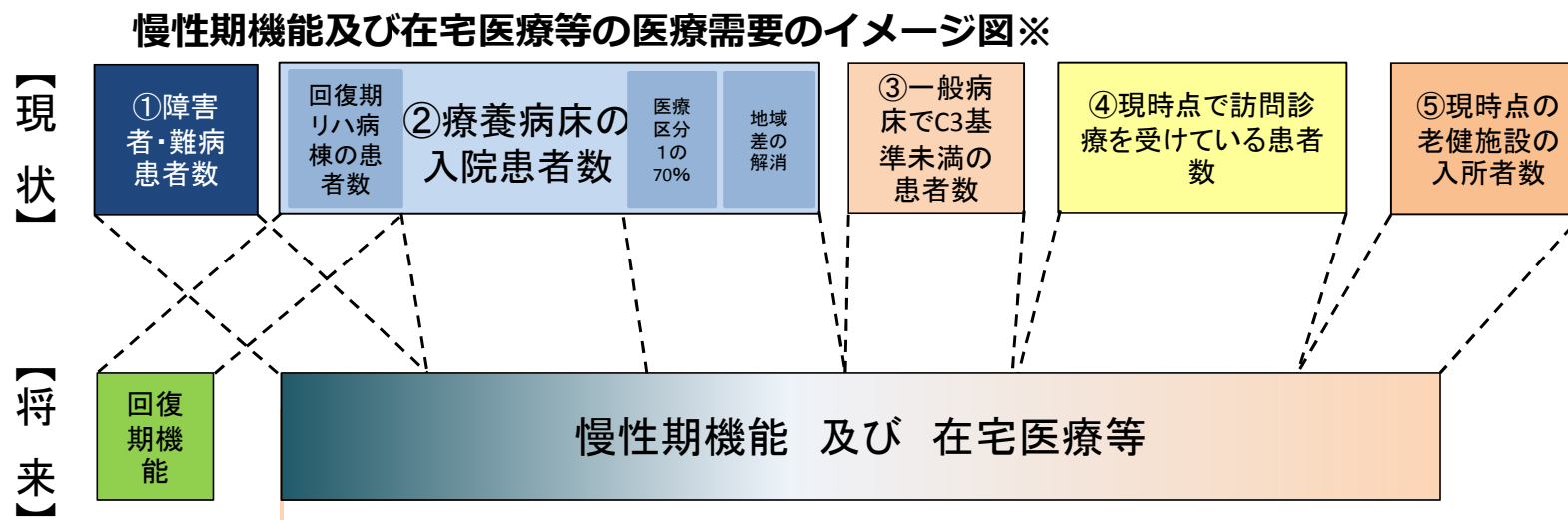
- 上記の分析を、推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について実施した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
- 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
 - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している

医療資源投入量(点)



慢性期機能および在宅医療等の需要の 将来推計の考え方

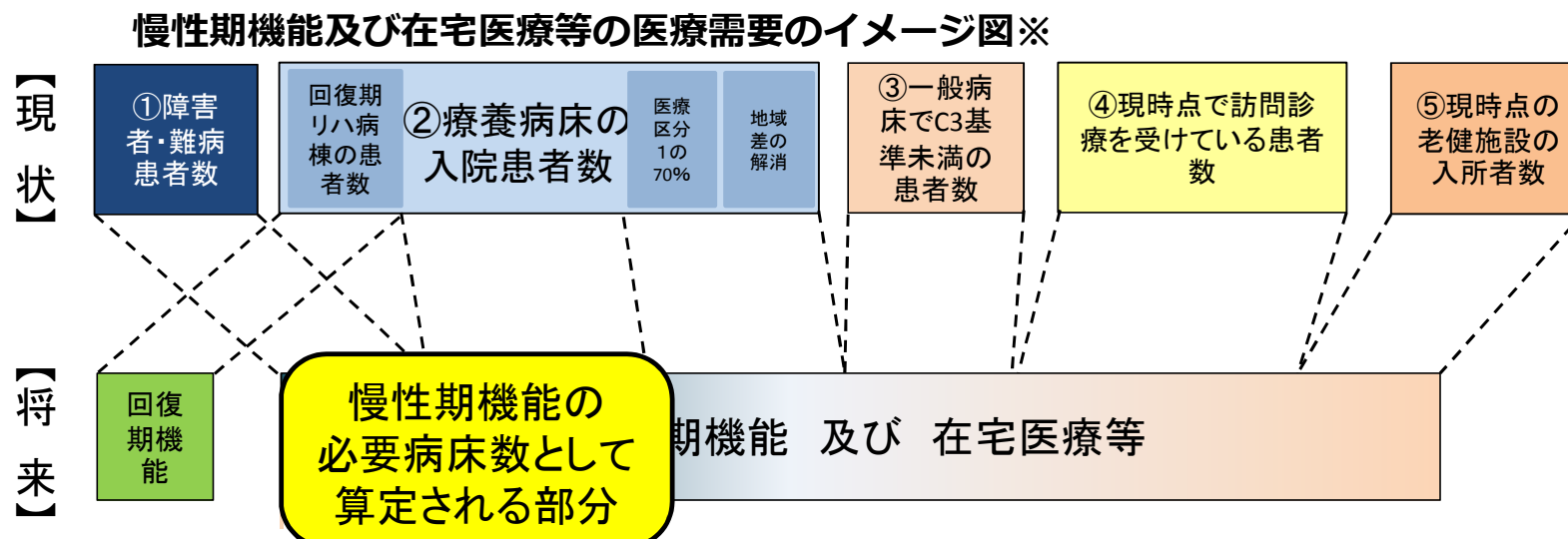
- ◇ 在宅での医療を受ける環境づくりの進展に伴い、「長期に医療を必要とする」方々が、どこで医療を受けることができるか、は、時代とともに、また、各地の政策の進展度合いによる。
- ◇ 地域医療構想では、「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち、慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定。
(現在、地域差の大きい療養病床受療率を収れんさせる方向で、
各地の在宅医療の進展をうながす目標値を設定)



※ 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。

慢性期機能および在宅医療等の需要の 将来推計の考え方

- ◇ 在宅での医療を受ける環境づくりの進展に伴い、「長期に医療を必要とする」方々が、どこで医療を受けることができるか、は、時代とともに、また、各地の政策の進展度合いによる。
- ◇ 地域医療構想では、「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち、慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定。
(現在、地域差の大きい療養病床受療率を収れんさせる方向で、
各地の在宅医療の進展をうながす目標値を設定)



※ 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。

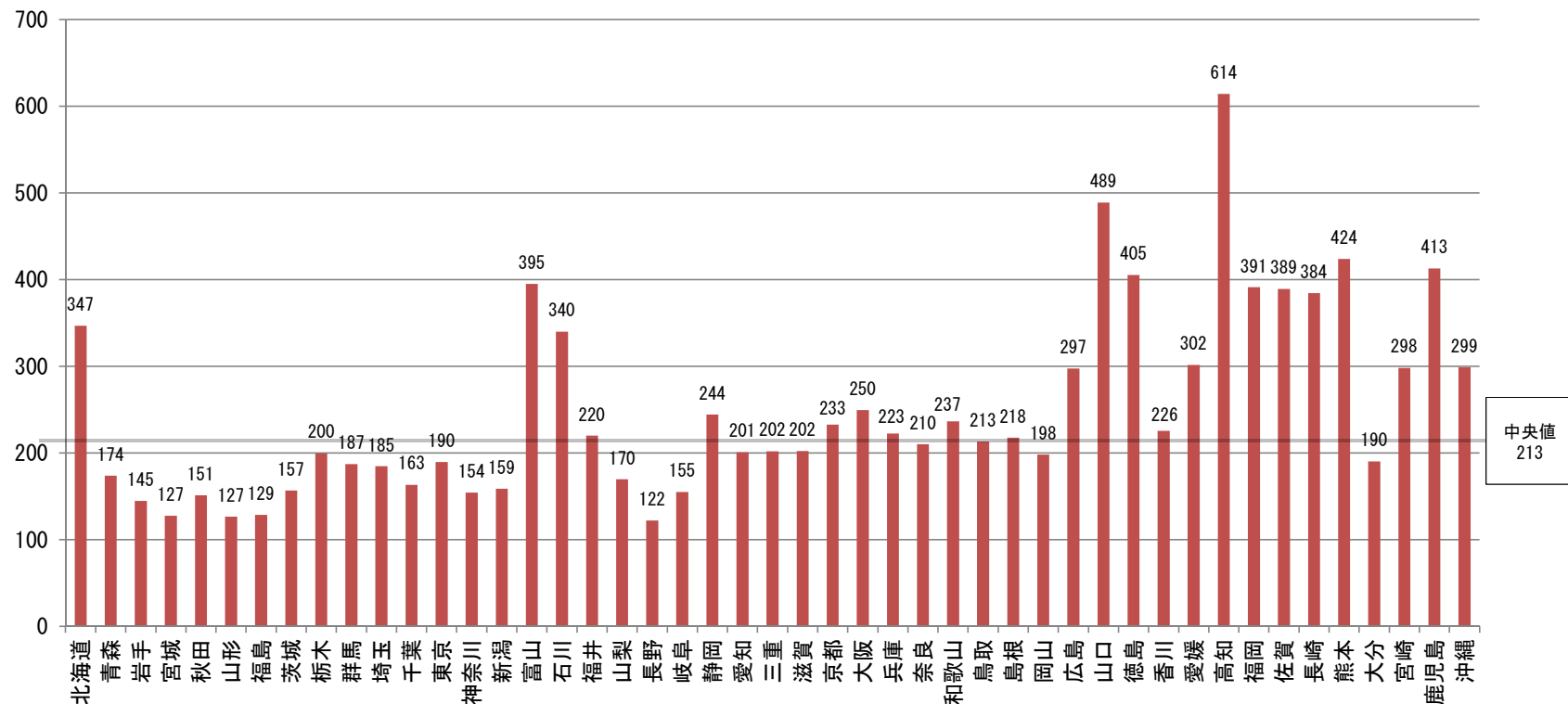
療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率 (間接法)

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。

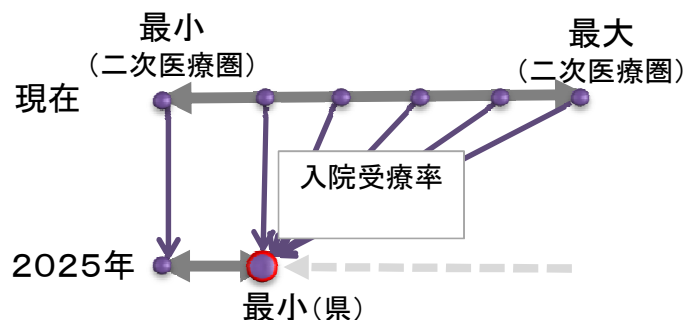
3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

慢性期の医療需要(必要病床数)の算定方法

- 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、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、医療提供施設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することを検討する。

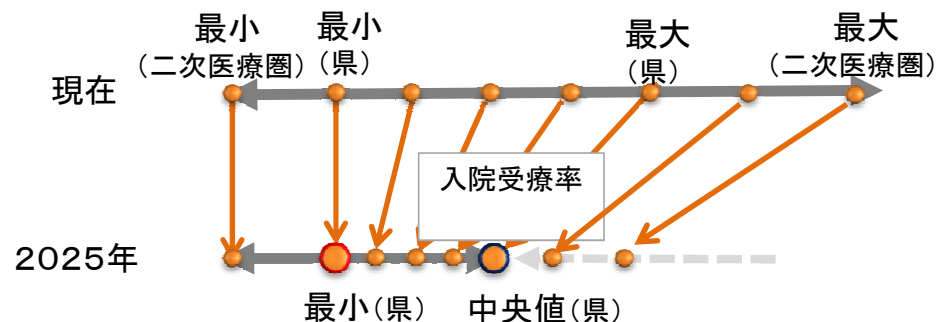
A

全ての二次医療圏について
全国最小レベル(県単位)まで入院受療率
が低下する目標設定。



B

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する目標設定。



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例

(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を目標とし、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)

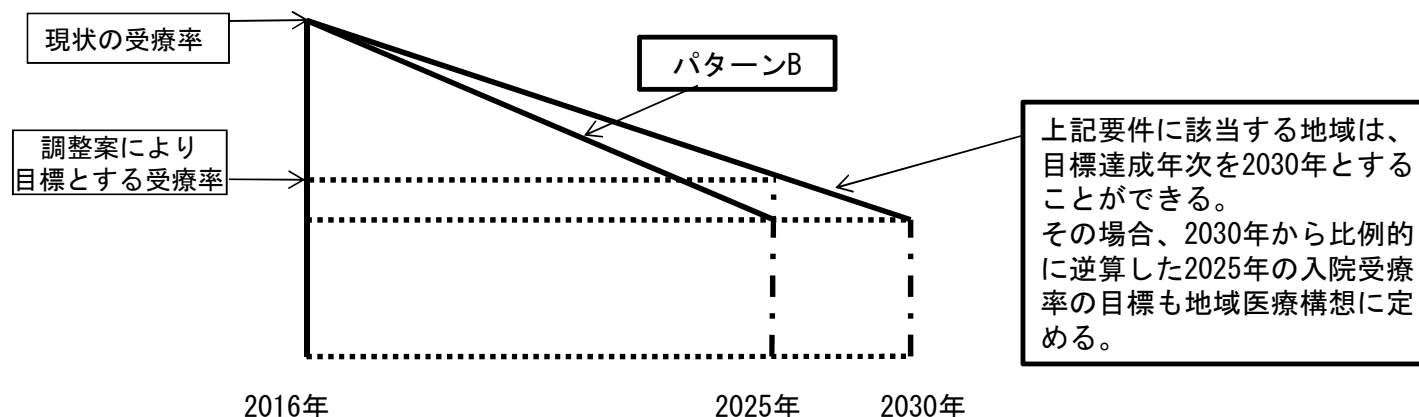
(地域医療構想策定後の目標修正について)

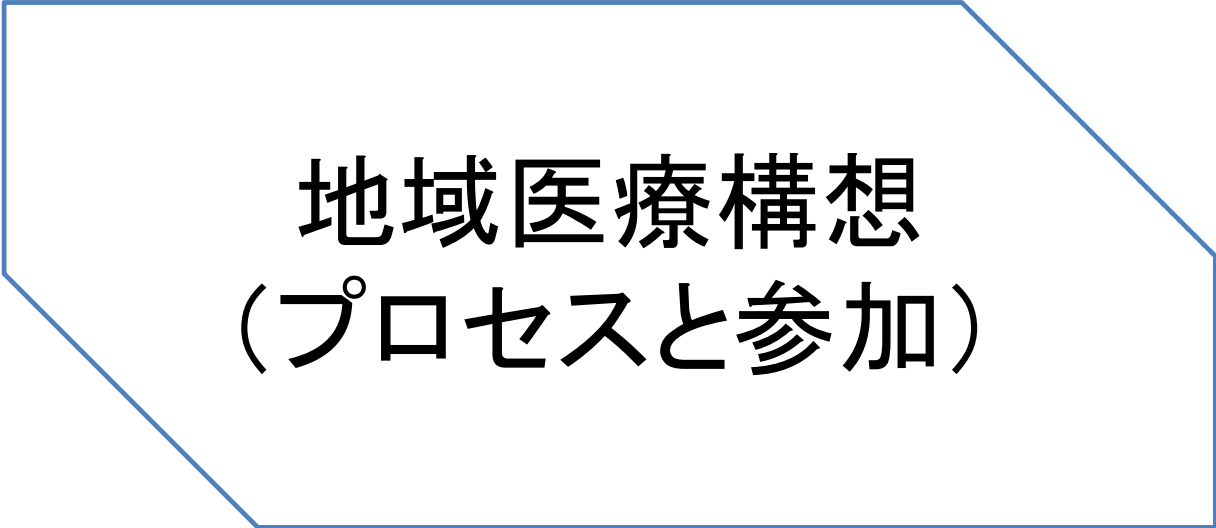
- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

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

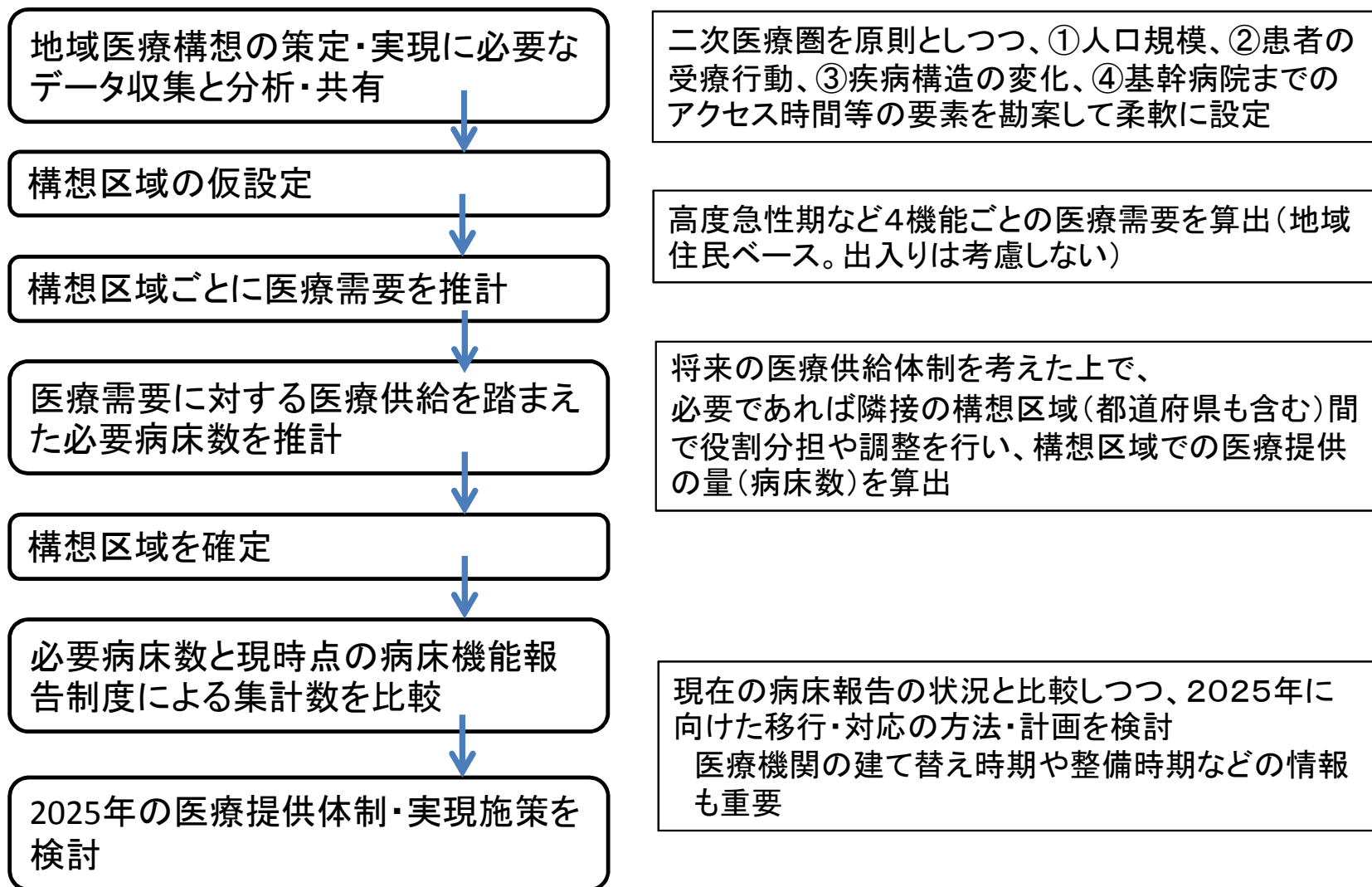
厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法





地域医療構想 (プロセスと参加)

地域医療構想「策定」のプロセス



地域医療構想を実現する仕組み

地域医療構想調整会議(協議の場)の設置

○ 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。

※ 医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事の措置が可能。

◇法律上の「協議の場」は、策定された地域医療構想についてのもの

◇地域医療構想は医療計画の一部としての位置づけであるが、

構想実現を円滑に進めるためにも、策定段階での関係者の参加方策、話し合い方法などについては、特段の留意が必要。

地域医療構想調整会議（協議の場）



- 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
- 病床機能報告制度による情報等の共有
- 都道府県計画（地域医療介護総合確保基金の年度ごとの事業計画）に盛り込む事業に関する協議
- その他の地域医療構想の達成のための方策に関する協議

年間スケジュールのイメージ

- 3月 病床機能報告制度の集計結果の提示
- 3月～ 医療機関の自主的な取組
医療機関同士の協議（調整会議での協議を含む）
- 10月 病院機能報告制度における報告
- 年内 各構想区域での対応を踏まえた基金の都道府県計画（案）のとりまとめ
- 2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

患者の流出入と地域医療構想での患者移動の考え方

医療計画での二次医療圏

流出入の大きい医療圏について検証を求める

- ・人口20万人未満
- ・流入率が20%未満
- ・流出率が20%以上

平成23年12月
医療計画の見直し等に関する
検討会とりまとめ意見

→宮城県、栃木県、徳島県が
第6次医療計画で見直し実施

患者の流出入の状況を「所与のものとして」勘案
← 医療計画が「現時点での医療ニーズを踏まえた計画」となっていることによるもの

患者の流出入はなぜ
起こっているのか。
今後10年でこれをど
うする方針なのか

地域医療構想区域

地域の医療ニーズと、その地域の
医療資源(将来見込み)をマッチ
ングさせつつ構想立案

- ・高度急性期
(疾患によって地域完結でない場合あり)
- ・急性期
(一部地域では完結できない場合あり)
- ・回復期
- ・慢性期
(原則、地域完結であるべきもの)

患者数、医療機関へのアクセス状況など
を勘案し設定。隣接区域・隣接県との調
整が必要

地域の医療ニーズをどのよう
な形で対応するかを設計
← 地域医療構想が2025年
の望ましい形を描くものである
ことから

関東地方の入院患者流出入量

- 首都圏(1都3県)間の入院患者の流出入量は、月あたりに2千～5千人と大規模。
- 関東地方で500人以上の県間流出入を持つペアとしては、1都3県以外に、栃木－茨城、群馬－埼玉、神奈川－静岡があげられる。

	(千人／月)										
	医療機関所在地	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	静岡	その他	流出率
患者住所地	総数	26.4	18.7	21.2	54.3	48.1	105.2	59.8	32.5	974.8	
茨城	26.1	23.9	0.6	0.0	0.1	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3	8.4%
栃木	17.9	0.4	16.9	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	5.6%
群馬	20.3	0.0	0.3	19.4	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	4.4%
埼玉	54.2	0.3	0.2	0.9	46.3	0.7	5.2	0.2	0.1	0.3	14.6%
千葉	46.3	0.7	0.0	0.0	0.5	42.5	2.0	0.2	0.0	0.4	8.2%
東京	106.0	0.6	0.2	0.3	5.8	3.1	90.7	3.5	0.3	1.5	14.4%
神奈川	61.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.4	4.1	54.8	0.6	0.8	10.2%
静岡	32.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	30.8	0.6	3.8%
その他	977.2	0.4	0.5	0.3	1.0	0.6	2.3	0.8	0.7	970.6	
流入率		9.5%	9.6%	8.5%	14.7%	11.6%	13.8%	8.4%	5.2%		
											H23患者調査より

関東地方以外の入院患者流出入量

・関東地方以外で千人以上の県間流出入を持つペアとしては、岐阜－愛知、大阪－兵庫、大阪－奈良、福岡－佐賀があげられる。

(千人/日)

医療機関 所在地		岐阜	静岡	愛知	三重	その他	流出率
患者住所地	総数	17.8	32.5	58.5	16.9	1215.3	
岐阜	18.5	17.0	0.0	1.1	0.1	0.3	8.1%
静岡	32.0	0.0	30.8	0.4	0.0	0.8	3.8%
愛知	57.4	0.5	0.3	55.8	0.3	0.5	2.8%
三重	17.3	0.0	0.0	0.4	16.0	0.9	7.5%
その他	1215.8	0.3	1.4	0.8	0.5	1212.8	
流入率		4.5%	5.2%	4.6%	5.3%		

医療機関 所在地		滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	その他	流出率
患者住所地	総数	12.5	29.9	92.0	53.1	12.9	12.4	1128.2	
滋賀	12.9	11.8	0.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	8.5%
京都	29.8	0.2	27.6	0.9	0.4	0.4	0.0	0.3	7.4%
大阪	88.0	0.1	0.6	84.3	1.3	0.6	0.4	0.7	4.2%
兵庫	54.3	0.0	0.2	2.7	50.4	0.1	0.0	0.9	7.2%
奈良	13.0	0.0	0.1	1.1	0.0	11.4	0.1	0.3	12.3%
和歌山	12.4	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	11.6	0.2	6.5%
その他	1130.6	0.4	0.8	2.3	1.0	0.4	0.3	1125.4	
流入率		5.6%	7.7%	8.4%	5.1%	11.6%	6.5%		

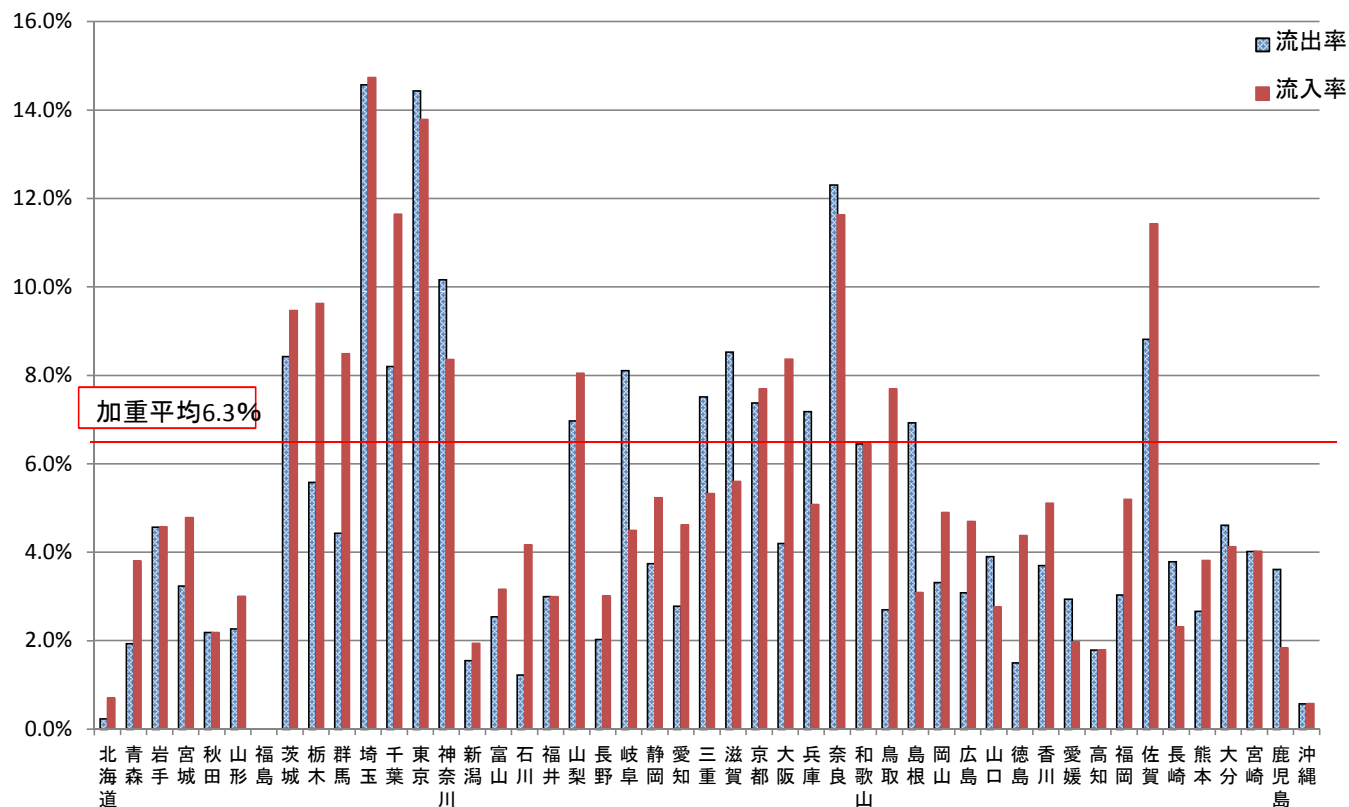
医療機関 所在地	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	その他	流出率	
患者住所地 総数	80.8	14.0	26.0	34.1	19.4	17.4	32.6	1116.7		
福岡	79.0	76.6	1.0	0.1	0.4	0.5	0.0	0.4	3.0%	
佐賀	13.6	1.0	12.4	0.2	0.0	0.0	—	0.0	8.8%	
長崎	26.4	0.5	0.4	25.4	0.0	0.0	—	0.1	3.8%	
熊本	33.7	0.7	0.0	0.0	32.8	0.0	0.1	0.1	2.7%	
大分	19.5	0.7	0.0	0.0	0.1	18.6	0.0	0.1	4.6%	
宮崎	17.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	16.7	0.3	4.0%	
鹿児島	33.2	0.1	—	0.0	0.3	0.0	0.6	32.0	0.2	3.6%
その他	1118.2	1.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	1115.7	
流入率	5.2%	11.4%	97.7%	3.8%	4.1%	4.0%	1.8%			

※ 平成23年患者調査(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より

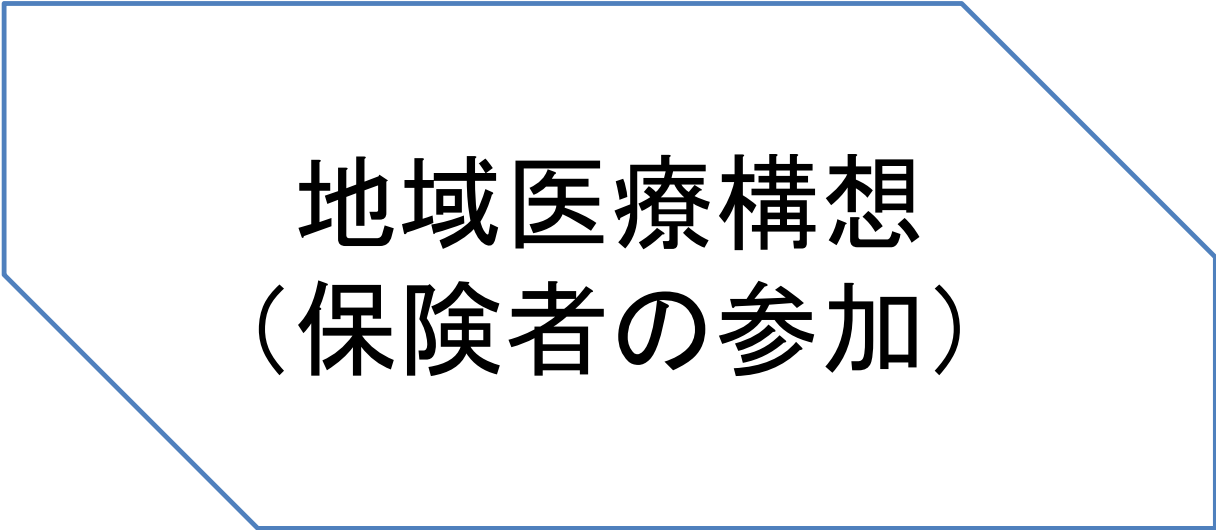
都道府県間の流出入率

- 都道府県間の流出入率は最小0.2%、平均6.3%、最大14.7%。
- 流出入が活発な地域は首都圏、中京地域、京阪神地域、北九州地域。

	流出率	流入率
全国平均	6.3%	6.3%
北海道	0.2%	0.7%
青森	1.9%	3.8%
岩手	4.6%	4.6%
宮城	3.2%	4.8%
秋田	2.2%	2.2%
山形	2.3%	3.0%
福島	-	-
茨城	8.4%	9.5%
栃木	5.6%	9.6%
群馬	4.4%	8.5%
埼玉	14.6%	14.7%
千葉	8.2%	11.6%
東京	14.4%	13.8%
神奈川	10.2%	8.4%
新潟	1.6%	1.9%
富山	2.5%	3.2%
石川	1.2%	4.2%
福井	3.0%	3.0%
山梨	7.0%	8.0%
長野	2.0%	3.0%
岐阜	8.1%	4.5%
静岡	3.8%	5.2%
愛知	2.8%	4.6%
三重	7.5%	5.3%
滋賀	8.5%	5.6%
京都	7.4%	7.7%
大阪	4.2%	8.4%
兵庫	7.2%	5.1%
奈良	12.3%	11.6%
和歌山	6.5%	6.5%
鳥取	2.7%	7.7%
島根	6.9%	3.1%
岡山	3.3%	4.9%
広島	3.1%	4.7%
山口	3.9%	2.8%
徳島	1.5%	4.4%
香川	3.7%	5.1%
愛媛	2.9%	2.0%
高知	1.8%	1.8%
福岡	3.0%	5.2%
佐賀	8.8%	11.4%
長崎	3.8%	2.3%
熊本	2.7%	3.8%
大分	4.6%	4.1%
宮崎	4.0%	4.0%
鹿児島	3.6%	1.8%
沖縄	0.6%	0.6%



平成23年患者調査より



地域医療構想 (保険者の参加)

医療提供体制の議論への医療保険者の参加の指摘

医療提供体制の議論は、提供側・患者側の意見だけでなく、その財政運営の責任を担う医療保険者の意見を取り入れるべきとの指摘が行われてきた。

社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25年8月6日)

- ・ 医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。
- ・ 効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）都道府県とし、
・ ・ ・ 都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

社会保障審議会医療部会 意見書(平成25年12月27日)

②医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

- ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
- ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

平成26年の医療法改正

国民の責務(公布日施行)、医療計画での保険者意見聴取(平成27年4月施行)が盛り込まれた。

医療法第6条の2第3項(新設)

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

医療法第30条の4第14項(下線部改正)

都道府県は、医療計画を定め、又は第30条の6の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村及び高年齢者の医療の確保に関する法律第157条の2第1項の保険者協議会の意見を聴かななければならない。

平成26年の医療法改正（地域医療構想）

地域医療構想の策定（医療計画の一部として）とともに、「協議の場」の参加と協力が求められることとなった。

医療法第30条の14（新設）

- 1 都道府県は「構想区域」ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議するものとする。
- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

「協議の場」はガイドラインでは

地域医療構想調整会議

保険者協議会の意見聴取

趣 旨

医療保険の費用負担者である医療保険者の参画を得た医療計画の策定

- ・医療機能分化・連携の推進
- ・効率的・効果的な医療提供体制の構築

視 点

保険者保有の被保険者データを活用・分析した上で、

- ・現行の医療計画の施策が効果あるかの検証
- ・患者・住民の医療ニーズに基づく意見
- ・医療圏の設定や基準病床数についての意見
- ・そのほか、医療提供体制をよりよくするための具体的な意見
- ・地域医療構想策定・実施への積極的な意見

地域医療構想で医療保険者をお願いしたいこと

被保険者情報を把握する立場として

リアルな受療行動・医療ニーズをベースとした議論への参加
(医療提供体制がニーズに合致しているかどうかの根拠ある意見)

職住の状況など医療情報だけでは把握しきれない部分のインプット
(区域設定の際、通勤圏等の状況を踏まえた意見)

介護分野との連携・整合性

市町村(介護保険・国保)と整合性を取り、全体を見通せる立場で
(介護・医療データベース、全体としての負担水準の意見)

医療保険者間の連携と情報共有、方針の共有

全ての構想区域での参加体制(特に被用者保険)

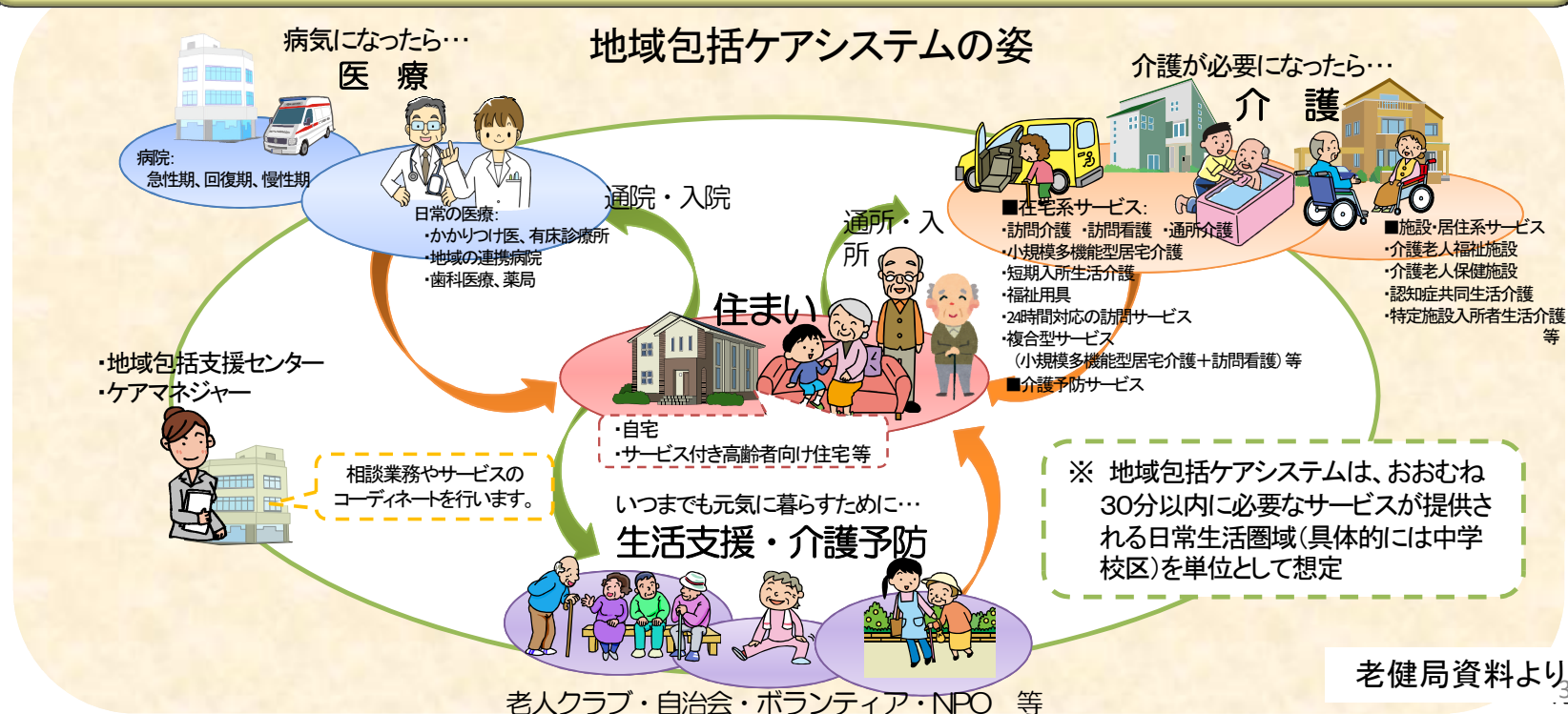
行政・医療関係者・住民との協働・連携

地域においては、相互の理解と協力が第一。
また、基金事業の実施を含め住民とともに客観的に検証・意見を言う立場として

地域包括ケアを担う
関係者として

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。

