

# 日医総研ワーキングペーパー

地域医療構想の理解のために

No. 341

2015年5月15日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子



## 地域医療構想の理解のために

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人日本医師会 地域医療第一課・総合医療政策課

## キーワード

- ◆ 社会保障・税一体改革
- ◆ 社会保障制度改革国民会議
- ◆ 病床機能報告制度
- ◆ 地域医療構想ガイドライン
- ◆ 構想区域
- ◆ 地域医療構想調整会議

## ポイント

- ◆ 2015年4月から、地域医療構想の策定がはじまっている。
- ◆ 病床機能の分化・連携にむけて、当初は国（厚生労働省）から急性期病床群を認定するという提案もあった。しかし、日本医師会・四病院団体協議会の対案により、各医療機関が自主的に病床機能を報告する仕組みが創設された。
- ◆ 日本医師会は、かねて地域の実情を踏まえた医療提供体制の再構築を主張していた。2013年4月に、日本医師会横倉会長は、社会保障制度改革国民会議で、地域ごとに医療ニーズを予測し、これをもとに医師会、行政、関係者が地域医療を議論していくことが重要だと述べ、これが現在の地域医療構想の原型になった。さらに、日本医師会は、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会でも、「47都道府県あれば47通りある。構想区域ごとにもいろいろな特色がある」と主張し、2015年3月にまとめたガイドラインも「参考」という位置づけになった。
- ◆ 地域医療構想調整会議では、医師会の代表が議長になることが想定されており、地域医師会は大きな役割を担っている。行政は必要なデータを提供し、またガイドラインを画一的に適用するのではなく、地域の実情を踏まえて柔軟に運用し、地域の真摯な協議を後押しすべきである。
- ◆ 地域の関係者、個別の医療機関、住民・患者にとって、望ましい形で地域医療構想の仕組みが活用されるよう、日医総研としても必要なフォローを行ってまいりたい。



## 目 次

1.	はじめに	1
2.	地域医療構想までの経緯	2
2.1.	社会保障国民会議（2008年）	2
2.2.	社会保障改革に関する有識者検討会（2010年）	3
2.3.	日本医師会の主張と社会保障制度改革国民会議（2012～2013年）	5
2.4.	医療介護総合確保推進法（2014年6月成立）	10
2.5.	病床機能報告制度の創設	12
3.	地域医療構想	18
3.1.	地域医療構想のコンセプト	18
3.2.	地域医療構想策定ガイドラインの位置づけ	20
3.3.	地域医療構想の策定プロセス	21
3.3.1.	地域医療構想調整会議	22
3.3.2.	データの収集・分析・共有	26
3.3.3.	構想区域の設定	28
3.3.4.	医療需要と医療提供体制	30
3.4.	病床機能の分化・連携と都道府県知事の対応	35
3.5.	各医療機関にとっての意味	40
3.6.	地域医師会の役割	42
4.	公立病院改革との関係	44
5.	おわりに	46
6.	補足 入院受療率について	48



## 1. はじめに

2015年3月31日に厚生労働省から都道府県に「地域医療構想策定ガイドライン」が発出され、地域医療構想の策定が始まっている。

地域医療構想は、不足している病床機能を充足する仕組みである。データにもとづいて推計された医療需要を見つつ、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて、病床機能が次第に収れんされていくことを目指している。

一部で、「地域医療構想に乗り遅れると病床を削減される」と不安を煽っているむきもあると聞かすが、そのような認識が広まると、地域医療に混乱をもたらしかねない。そこで、「地域医療構想策定ガイドライン」の解釈に資する目的で、あらためて本稿をまとめることとした。

地域医療構想では、地域の医療関係者、さらには患者・住民が一体となって自らの地域医療を再構築していく。本稿自体も試行錯誤でまとめているが、この機会を前向きにとらえて、よりよい地域医療の将来像が実現できればと願っている。

「地域医療構想策定ガイドライン」本体については以下を参照されたい。  
厚生労働省「地域医療構想」ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>

「地域医療構想策定ガイドライン」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000080912.pdf>

「「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」の一部の施行について」（推計式等の詳細）

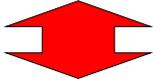
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000081504.pdf>

## 2. 地域医療構想までの経緯

### 2.1. 社会保障国民会議（2008年）

地域医療構想の発端は、近いところでは社会保障国民会議（2008年1月～11月）である。

2008年6月、社会保障国民会議サービス保障（医療・介護・福祉）分科会は「中間とりまとめ」<sup>1</sup>を公表し、急性期病院への資源の集中投入を打ち出した。これに対して日本医師会は、急性期から慢性期まで切れ目なく医療を提供すべきであると主張した<sup>2</sup>。

<p style="text-align: center;"><b>社会保障国民会議「中間とりまとめ」(2008年)</b></p> <p>2008年6月19日 社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会「中間とりまとめ」</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、(中略)資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分(投入)を行うことが必要。</p><p><b>病院機能の効率化と高度化</b> 専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。</p></div> <p style="text-align: center;"></p> <p>2008年6月25日 日本医師会定例記者会見「社会保障国民会議 中間報告に対する意見」</p> <div style="background-color: yellow; padding: 5px;"><p>地域医療は、病院、診療所など、さまざまな施設の連携によって支えられている。そして医療は、急性期から慢性期まで切れ目なく提供されなければならない。 地域医療の連続性と国民のフリーアクセスを担保するためにも、急性期病院だけでなく、身近な施設を含めた地域の医療機関全体の問題としてとらえるべきである。</p></div> <p style="text-align: right;">1</p>
---

<sup>1</sup> 社会保障国民会議サービス保障（医療・介護・福祉）分科会「中間とりまとめ」7頁, 2008年6月19日 [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou\\_4.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou_4.pdf)

<sup>2</sup> 社団法人日本医師会定例記者会見「社会保障国民会議 中間報告に対する意見」2008年6月25日 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080625\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080625_3.pdf)

## 2.2. 社会保障改革に関する有識者検討会（2010年）

2009年9月、自由民主党・公明党にかわって民主党政権が発足し、2010年11月に、社会保障改革に関する有識者検討会を設置した。

社会保障改革に関する有識者検討会<sup>3</sup>は、2010年12月に「都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する」と、その後の地域医療構想につながる提言を行った<sup>4</sup>。そして、2010年12月14日に同報告書を尊重することが閣議決定されている<sup>5</sup>。

<h3>社会保障改革に関する有識者検討会（2010年）</h3>
2010年12月8日 社会保障改革に関する有識者検討会「社会保障改革に関する有識者検討会報告」
医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべきである。 ① ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る。 ② 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する。 ③ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。
2010年12月14日「社会保障改革の推進について」閣議決定
改革の基本的方向については、(略)「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにする。

2

<sup>3</sup> 構成員：宮本 太郎 北海道大学大学院法学研究科教授、副座長 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授。井伊 雅子 一橋大学国際・公共政策大学院教授。土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授

<sup>4</sup> 社会保障改革に関する有識者検討会「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」8頁、2010年12月8日

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentokai/dai5/siryou.pdf>

<sup>5</sup> 「社会保障改革の推進について」2010年12月14日閣議決定

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/101214.pdf>

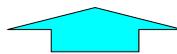
日本医師会は、医療提供体制の改革にあたっては、地域の実情を踏まえるべきという主張をしてきた<sup>6</sup>。その結果、2011年7月1日に閣議決定された「社会保障・税一体改革成案」<sup>7</sup>で、医療提供体制の効率化・重点化、病院・病床機能を地域の実情に応じて進めていくことが明示された。

### 社会保障・税一体改革成案(2011年)

2011年7月1日 「社会保障・税一体改革成案」閣議決定

**地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。**そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。

- 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
- 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防



2011年6月15日 日本医師会定例記者会見(抜粋)

医療・介護については、**地域(特に地方)や個々の家族の事情**を踏まえて多様なあり方を認め、そのために、全体的かつ幅広く資源を投入すること。

3

<sup>6</sup> 社団法人日本医師会定例記者会見「社会保障改革に関する集中検討会議「社会保障改革案」に対する日本医師会の見解」2011年6月15日 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20110615\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20110615_1.pdf)

<sup>7</sup> 「社会保障・税一体改革成案(2011年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)」2011年7月1日閣議決定

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentohonbu/pdf/230630kettei.pdf>

### 2.3. 日本医師会の主張と社会保障制度改革国民会議（2012～2013年）

2012年2月17日に「社会保障・税一体改革大綱」（以下、「大綱」）<sup>8</sup>が閣議決定された。社会保障財源を確保するために消費税率を引き上げ、消費税財源を「官の肥大化には使わず全て国民に還元し、社会保障財源化」し、「医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化」を進めることになった。

日本医師会横倉会長は、「地域医療は、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みである。人口の大小にかかわらず、地域で作り上げ、地域で完結できる、その特性を生かした地域医療計画を尊重すべきである。国が制度として、画一的な提供体制を押し付けることのないよう、地域医師会からの情報を収集し、それを反映できるしっかりとした支援策を講じる」ことを掲げて<sup>9</sup>、地域の実情を踏まえ地域密着型の医療提供体制を提案していくことを表明しており<sup>10</sup>、これ以降、地域の実情をいかに踏まえた医療を実現するかを追求していった。

2012年8月10日、社会保障制度改革推進法、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（以下、社会保障関連法）など、社会保障・税一体改革関連法が成立した。

---

<sup>8</sup> 「社会保障・税一体改革大綱」2012年2月17日閣議決定

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf>

<sup>9</sup> すでに2010年末に現行の二次医療圏の設定のあり方が議題になったときにも、「地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携もありますし、狭い範囲での連携もある。そういうところを十分に勘案していただきたいと思います」と発言している。2010年12月22日社会保障審議会医療部会 横倉委員発言。

<sup>10</sup> 日本医師会定例記者会見「「社会保障制度改革推進法案等に対する日医の見解」－横倉会長」2012年6月28日

<http://www.med.or.jp/shirokuma/no1559.html>

「大綱」では、消費税込を「社会保障目的税化する」とされており、これはこれで、厳密に目的税化されれば、将来、社会保障給付が消費税込の範囲内に圧縮されていくのではないかという懸念もあったが、社会保障関連法成立前のいわゆる『三党合意』では、「成長戦略並びに事前防災及び減災等に資する分野に資金を重点的に配分する」<sup>11</sup>との文言が追加されていた。

このことについて、日本医師会は、消費税込を成長戦略の諸課題や公共事業に配分する方向であればきわめて問題であり、増収分はすべて社会保障に充当すべきだと主張した<sup>12</sup>。

2012年8月10日、「社会保障制度改革推進法」<sup>13</sup>が成立した（同年8月22日施行）。同法では、社会保障の充実と効率化、社会保障の財源に消費税込を充てること等を基本としたほか、社会保障制度改革国民会議の設置を定めた。社会保障制度改革国民会議は2012年11月に設置された。その直後の2012年12月に自由民主党・公明党に政権が戻った。

2013年4月19日、日本医師会横倉会長が、社会保障制度改革国民会議に出席し、医療提供体制については、各地域における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等から医療ニーズを予測し、予測された医療ニーズをもとに日本医師会、国、都道府県医師会と都道府県行政、郡市区医師会、市区町村、関係者が地域医療を議論していくことが重要だと述べ、これが現在の地域医療構想の原型となった<sup>14</sup>。

---

<sup>11</sup> 「税関係協議結果」2012年6月15日

<sup>12</sup> 社団法人日本医師会定例記者会見「「社会保障制度改革推進法等の成立を踏まえ、日医の見解を公表」－横倉会長」2012年8月22日 <http://www.med.or.jp/shirokuma/no1579.html>

<sup>13</sup> <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H24/H24HO064.html>

<sup>14</sup> 公益社団法人日本医師会会長横倉義武「わが国の医療制度について」2013年4月19日、社会保障制度改革国民会議提出資料

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/siryoushiseikai.pdf>

「横倉会長 社会保障制度改革国民会議に出席し、日医の見解を説明」日医ニュース 第1240号 2013年5月5日、<http://www.med.or.jp/nichinews/n250505b.html>

## 高齢化：地域医療の再興と質の向上

### ■ 高齢化と地域医療体制

- それぞれの地域の将来の人口構成（性別、年齢階級別）と、性・年齢に応じた有病率をもとに予測\*

※ 患者は、医療圏や都道府県域を超えて、医療機関を受診する現状

→ 高齢者（送り迎えする家族も、高齢化）は、長距離移動が困難

### ■ 予測された医療ニーズをもとに、それぞれの地域連携を議論

#### ◆ 日医と国、都道府県医師会と都道府県行政、郡市区医師会と市区町村や関係者との間で、地域連携を議論

- かかりつけ医機能と、その支援機能（地域医師会、地域医療支援病院）
- 医療機関同士が競合するのではなく、役割分担したうえで協働
- 大病院・拠点病院、中小病院、有床診療所、無床診療所や、介護施設医療と、在宅医療 ← 介護施設における医療
- 社会保障・税一体改革で示された病院・病床機能、在宅医療の推進等については、「医療法による基盤整備」と「かかりつけ医の評価等を含めた診療報酬上の手当」の双方を車の両輪として実施すべき

\* 日医総研ワーキングペーパーNo.269 地域の医療提供体制現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏データ集 - 高橋泰(国際医療福祉大)、江口成美

13

\*出所：公益社団法人日本医師会会長横倉義武「わが国の医療制度について」

2013年4月19日，社会保障制度改革国民会議資料

2013年8月、「社会保障制度改革国民会議報告書」（以下、「国民会議報告書」）<sup>15</sup>がとりまとめられ、地域医療ビジョン（当時。その後は呼称を地域医療構想に統一）を策定する方向が明示された。各二次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータをもとに各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域の事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていく仕組みは、まさにこれまで日本医師会が主張してきたものであった<sup>16</sup>。

また、「国民会議報告書」は診療報酬には限界があるとして、「基金」方式を提案し、「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（医療介護総合確保推進法）」によって、2014年度予算で地域医療介護総合確保基金が創設された。

---

<sup>15</sup> 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」2013年8月6日 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

<sup>16</sup> 公益社団法人 日本医師会会長 横倉義武「社会保障制度改革国民会議報告書をうけて」2013年8月5日 <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130805.pdf>

### 社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月)

- 病床機能報告制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定
- 各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていく
- 医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠
- 病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値

 地域医療介護総合確保基金創設(2014年度～)

4

## 2.4. 医療介護総合確保推進法（2014年6月成立）

2013年12月27日、社会保障審議会医療部会が地域医療ビジョン（当時。その後は呼称を地域医療構想に統一）に係る意見をまとめた<sup>17</sup>。地域医療ビジョンの基本は、「医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を収れんさせていくこと」であり、地域の実情を踏まえるべきであることも強調されている。

### 社会保障審議会医療部会「医療法等改正に関する意見」

2013年12月27日

- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成する。ガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるようにすべきである。
- 都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとすべきである。
- 地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に沿って、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべきである。
- 医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を収れんさせていくことが基本となるものである。

5

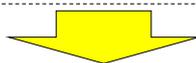
<sup>17</sup> 社会保障審議会医療部会「医療法等改正に関する意見」2013年12月27日  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000033981.pdf>

2014年6月18日に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（医療介護総合確保推進法）が成立し、これを踏まえて改正医療法に地域医療構想が位置づけられることになった。

### 医療介護総合確保推進法と医療法

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(2014年6月18日成立)

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。



#### 改正医療法(抄)

##### 第30条の四

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。

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(構想区域)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(地域医療構想)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病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量

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

6

## 2.5. 病床機能報告制度の創設

2011年11月17日、社会保障審議会医療部会において、厚生労働省は医療法に急性期病床群（仮称）を位置づけることを提案した<sup>18</sup>。これに対して日本医師会は、「拙速」だと反論し<sup>19</sup>、他の委員からも、制度導入による影響等への懸念が示されたことから、別途検討を進めることになり<sup>20</sup>、急性期医療に関する作業グループ（以下、作業グループ）が設置された。

厚生労働省は、作業グループに、当初、急性期病床群（仮称）を認定する制度、次にこれを変更して、登録する制度を提案した。しかし、いずれも診療報酬によって差をつけられ、地方では急性期医療の確保が難しくなる懸念があった。

2012年5月、日本医師会は、「病床の機能分化について（案）」<sup>21</sup>を提出し、各医療機関が自主的に病床機能を報告する仕組みを創設し、これを活用してそれぞれの地域にあった医療提供体制を構築していくこと、また都道府県は、国が策定するガイドラインに縛られるものではないこと等を提案した。

そして2012年6月、作業グループで「各医療機関が、その有する病床において担っている病床の機能区分を自主的に選択し、その病床の機能区分について、都道府県に報告する仕組みを設ける」ということで決着し<sup>22</sup>、病床機能報告制度が創設されることになった。

---

<sup>18</sup> 「病床区分の見直しについて」2011年11月17日、社会保障審議会医療部会  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uyj7-att/2r9852000001uynw.pdf>

<sup>19</sup> 2011年11月17日社会保障審議会医療部会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ync1.html>

<sup>20</sup> 「医療提供体制の改革に関する意見」2011年12月22日社会保障審議会医療部会 参照

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zh6h-att/2r9852000001zhag.pdf>

<sup>21</sup> 社団法人日本医師会「病床の機能分化について（案）」2012年5月31日 急性期医療に関する作業グループ提出資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028pje-att/2r98520000028pnv.pdf>

<sup>22</sup> 「一般病床の機能分化の推進についての整理（案）」2012年6月15日急性期医療に関する作業グループ資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d271-att/2r9852000002d2bg.pdf>

## 病床機能報告にむけての議論

### 厚生労働省提案

2011年12月	急性期病床群(仮称)を医療法に位置づける
2012年 2月	急性期病床群(仮称)の認定制度を医療法上に位置づけ <b>認定</b>
4月	各医療機関が、その有する病床において求められる医療を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に申請して <b>登録</b> できる仕組み

### 2012年5月 日本医師会提案「病床の機能分化について(案)」ポイント

- 各医療機関がそれぞれ担っている医療機能および病床機能を報告。
- 都道府県は、報告の仕組みを通じて得られた情報を、地域住民、患者にわかりやすく示すとともに、医療提供者、行政、地域住民、患者とともに、それぞれの地域にあった医療提供体制を作り上げていくことを目指す。

### 2012年6月15日 第8回 急性期医療に関する作業グループ結論

- 各医療機関が、その有する病床において担っている**医療機能を自主的に選択**し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける
- 今後の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地域ごとに策定**する

病床機能については、「社会保障・税一体改革成案」（2011年7月）<sup>23</sup>や社会保障制度改革国民会議（2012年12月）<sup>24</sup>では、高度急性期、急性期、一般急性期、亜急性期、地域に密着した病床（一般病床）、長期療養に区分されていた。

2012年11月に設置された「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で、厚生労働省は「急性期」「亜急性期（仮称）」「回復期リハビリテーション」「地域多機能（仮称）」「長期療養」の区分を示し<sup>25</sup>、亜急性期について「主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と説明していた。しかし在宅・介護施設等からの患者は亜急性期と決めつけるのは、亜急性期を「軽症急性期」としてとらえた考え方であり、高齢者の急性期医療費を抑制することにつながりかねない懸念があった。

そこで日本医師会・四病院団体協議会は2013年8月に「医療提供体制のあり方」（以下、日医・四病協合同提言）<sup>26</sup>を発表し、「高度急性期病床」、「急性期病床」、「回復期病床」「慢性期病床」に区分することを提言した。日医・四病協合同提言では、医療提供体制のあり方に関する大きな方向性として、地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいくこと、かかりつけ医による在宅医療を推進すること等も示した。

---

<sup>23</sup> 「社会保障・税一体改革成案」2011年7月1日閣議報告

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/230701houkoku.pdf>

<sup>24</sup> 「これまでの取組状況と今後の課題（医療分野）」第2回社会保障制度改革国民会議 2012年12月7日 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai2/siryous3.pdf>

<sup>25</sup> 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方（案）」第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 2013年5月30日

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032pqf-att/2r985200000338fh\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032pqf-att/2r985200000338fh_1.pdf)

<sup>26</sup> 日本医師会・四病院団体協議会 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」2013年8月8日 <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf>

## 日医・四病協合同提言「医療提供体制のあり方」(2013年8月)

1. 地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいく。
2. 急性期病床は地域における医療ニーズの実態と客観的な将来見込みを踏まえて再編を行う。病期としての急性期には、病態として重症・中等症・軽症が含まれる。このうち、救命救急センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる。高度急性期を担う病院はより急性期に集中できるように、人員・設備を充実する必要がある。また、軽症ほど早期に回復期に移行できる。一方、超高齢社会においては医療ニーズも変化し、さまざまな病期に適時・適切に対応する需要が高まることから、急性期、回復期、慢性期を担う医療機関が適切に役割分担と連携をすることも必要である。なお、ここでいう回復期には、ポストアキュート(急性期を脱したいいわゆる亜急性期の入院医療)および回復期のリハビリテーションが含まれる。なお、医療の効率化や集約化は、各地域の実情に合わせた提供体制構築の結果として進むものである。
3. 慢性期病床は地域の高齢化の実情と客観的な将来予測等を踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されていくべきものであり、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある。
4. 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにいつでも入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

10

こうした経緯を経て、2013年9月、病床機能報告制度での報告区分を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」にすることで決着した<sup>27</sup>。

なお、日本医師会・四病院団体協議会の提言では、慢性期病床を「長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床」としていたが、病床機能報告制度では、慢性期機能は、「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」となっている。

---

<sup>27</sup> 2013年9月4日 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会議事録  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000038540.html>

### 病床機能区分についての検討経緯

2011.7.1 社会保障・税一体改革成案	急性期	一般急性期	亜急性期等	長期療養	地域一般病床
2012.12.7 社会保障制度改革国民会議	急性期	一般急性期	亜急性期等	長期療養	地域に密着した病床
2013.5.30 厚生労働省検討会※	急性期	亜急性期 (仮称)	回復期リハビリテーション	長期療養	地域多機能(仮称)
2013.7.11 厚生労働省検討会※	急性期機能	【検討中】	回復期リハビリテーション機能	長期療養機能	
2013.8.8 日本医師会・四病院 団体協議会合同提言	高度急性期 病床	急性期病床	回復期病床	慢性期病床	
2013.9.4 厚生労働省検討会※	高度急性期 機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	

※厚生労働省検討会：病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

9

### 病床機能報告制度の医療機能(2014年10月～)

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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)</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>● 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</li> </ul>

10

### 3. 地域医療構想

#### 3.1. 地域医療構想のコンセプト

地域医療構想は医療計画の一部として都道府県が策定するものであり、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等に基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制についての構想である。データにもとづいて策定された将来像にむけて「各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議」（地域医療構想策定ガイドライン1頁（以下、GL頁））を通じて、実現されるものである。

各医療機関としては、構想区域のデータを活用して「地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で」「自主的な取組を進めることが可能になる」（GL34頁）。

地域医療構想は医療計画の一部であり、その案の策定時には、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴き、計画を策定・変更する際には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必要があるとされている。都道府県医師会は都道府県医療審議会で、地域医療の代表としての意見を述べることが期待される。

## 地域医療構想とは

地域医療構想とは(医療法では第30条の四第二項)

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

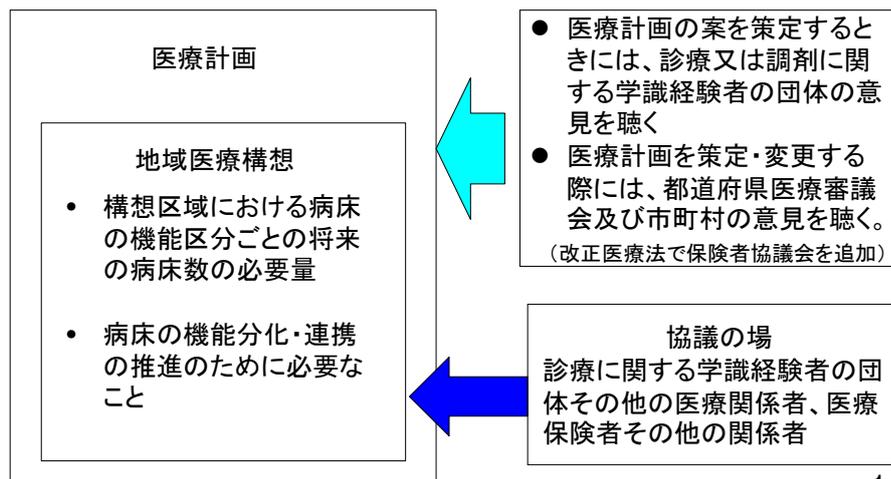
地域医療構想の基本コンセプト(地域医療構想策定ガイドラインの要約)

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

11

## 地域医療構想の位置づけ(医療法)

地域医療構想は、医療計画の一部であり、医療計画は医療審議会の意見を聴いた上で策定される。さらに地域医療構想では協議の場(地域医療構想調整会議)を設置。



12

## 3.2. 地域医療構想策定ガイドラインの位置づけ

2015年3月31日、「地域医療構想策定ガイドライン」がまとまった。

日本医師会は、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で「ガイドラインはあくまでも参考」であり、「47都道府県あれば47通りある。県の中でも構想区域ごとにいろいろな特色がある」<sup>28</sup>ということを確認しながら議論を進めてきた。厚生労働省から発出された「地域医療構想策定ガイドライン」も、あくまで「参考」とあり、地域の実情に応じた柔軟な運用が可能であることが明示されている。

### 地域医療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 2頁

厚生労働省においては、本ガイドラインに基づいて関係する省令、告示、通知等を制定又は改正するとともに、都道府県が法令の範囲内で本ガイドラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周知を図られたい。

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年9月18日)

医政局総務課長「いかなるガイドラインにしても、当然一定の地域性というのは認めるということになるし、合理的な判断のもとに何か違うことを決められるということは、それはあり得る。」

厚生労働省医政局長(2015年1月7日 メディファクス取材記事)

(ガイドラインは)「あくまで都道府県の取り組みを支援するためのもの」

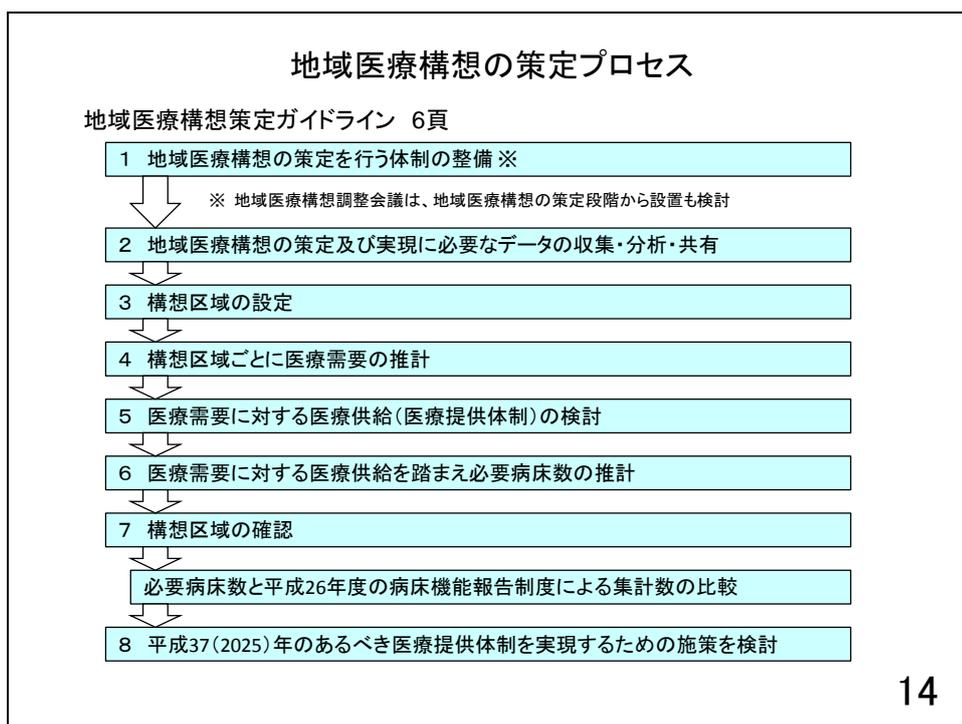
13

<sup>28</sup> 2014年9月18日 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会議事録

### 3.3. 地域医療構想の策定プロセス

地域医療構想の策定プロセスはおおむね以下のとおりであるが、「地域医療構想策定ガイドライン」自体が、「参考」という位置づけであるので、策定プロセスにも拘束力はない。

たとえば、「ガイドライン」では、構想区域を設定した後、医療需要を推計し、医療提供体制を検討して、その上で、構想区域の妥当性を確認するというプロセスになっているが、さまざまなシミュレーションをしつつ構想区域をかためていくといったプロセスもある。



### 3.3.1. 地域医療構想調整会議

#### 趣旨

地域医療構想調整会議の趣旨は、「各医療機関における病床の機能の分化及び連携は自主的に進められることが前提となっており、地域医療構想調整会議では、その進捗状況を共有するとともに、構想区域単位での必要な調整を行うこと」（GL39 頁）であり、地域医療全体を俯瞰しつつ、病床機能の分化および連携に密接にかかわる内容を協議していくことになる。この趣旨にそって、開催時期や参加者を決めていくことになる。

#### 設置の時期と区域

医療法では地域医療構想策定後に協議の場（地域医療構想調整会議）を設置することとされているが、日本医師会は、地域医療構想の策定から実現まで一貫した議論を行うべきであるとして、協議の場を前倒しして設置することを提案した<sup>29</sup>。その結果、ガイドラインでも「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」（GL6 頁）するとされている。

地域医療構想調整会議は、基本的には構想区域ごとに設置される。しかし、現状と異なる構想区域を予定している場合など、構想区域がなかなか決まらない場合もある。その場合には、既存の圏域連携会議などを活用して、構想区域自体をどう設定するのかといった意見交換、情報共有からはじめていく。

ガイドラインでは「都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能」（GL41 頁）とされており、構想区域とは異なる単位での設置もできる。

---

<sup>29</sup> 中川構成員「地域医療構想策定後から、策定の時点から協議の場が設定されて、単位としては、地域医療構想区域単位、医師会的に言うと、郡市区医師会の単位で協議の場を設定して、そこから議論が始まるということになりますよね。（中略）私は、全国において、協議の場の前倒しの設置、これを提案したいと思います。その前倒しに設置した協議の場と、地域医療構想を議論する都道府県医療審議会の関係は、それぞれ県によって違うのだらうと思いますが、そういう提案はいかがでしょうか。」2014年9月18日、第1回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会議事録

## 参加者と議長

地域医療構想調整会議の参加者について、医療法では、「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」としている。日本医師会は、2014年5月7日に医療介護総合確保推進法案を審議している衆議院厚生労働委員会に出席し、都道府県行政と地域医師会が連携できる仕組みづくりを求めた。その結果、「地域医療構想策定ガイドライン」では、「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、市町村など幅広いものとするのが望ましい」（GL41頁）とされるにいたった。

### 地域医療構想調整会議の参加者

#### 医療法第30条の十四

都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、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を行うものとする。



#### 地域医療構想策定ガイドライン 41～42頁

- 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、市町村など幅広いものとするのが望ましい
- 議長等については、参加者の中から地域の実情に応じて、都道府県の関係機関、医師会の代表などから選出されることになる

地域医療調整会議の参加者については「幅広い」という記載があるものの、調整会議の趣旨からいって、病床機能の分化および連携の実効があがる体制でなければならない。

たとえば、全体の進捗報告をするような定期開催の会議では、幅広い関係者を対象とすることもあるかと思われるが、構想区域の個別テーマについて議論するような随時開催の会議では地域医療の直接の担い手によって少数精鋭の協議をしていくことが望まれる。

その際、調整会議の議長には医師会の代表などが想定されており、地域医師会には、調整会議の参加者の人選、開催時期の決定、協議テーマの設定など、全般にわたって主導的役割を果たすことが期待される。

なお、調整会議の趣旨を踏まえれば、個別の医療機関と特定の関係にある企業（金融機関、コンサルタント、取引先等）が調整会議の参加者になることは認められない。

#### 議論の進め方

地域医療構想策定ガイドラインには、地域医療構想調整会議での議論の進め方が示されているが、同ガイドラインに、調整会議での協議は「必ずしもこのとおりに行うことを求めるものではない」（GL39 頁）と記されているように、構想区域ごとに柔軟な議論、検討が可能である。前述のとおり、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し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当」（GL38 頁）とされている。まずは関係者が顔合わせを行い、地域医療のあり方等について率直な意見交換をすることが第一歩である。

## 地域医療構想調整会議で協議すること

地域医療構想策定ガイドライン 39～40頁

「必ずしもこのとおり行うことを求めるものではない。」

### 1.地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有

病床機能報告制度による情報や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、地域医療構想調整会議に参加する関係者で認識を共有。

### 2.地域医療構想を実現する上での課題の抽出

### 3.具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論

例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。

現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考えて選定した関係者の中で、回復期機能の充足のため、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。

### 4.地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

15

## 協議内容についての合意

地域医療構想調整会議で協議され、合意にいたった内容には、「医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定」(GL43頁)され、個別の医療機関に多大な影響を与えかねないものもある。このことも含めて、調整会議の参加者には、中立かつ丁寧な協議と慎重な対応が求められる。

### 3.3.2. データの収集・分析・共有

地域医療構想の策定にむけた協議においては、情報の共有が重要である。基礎的なデータは厚生労働省から都道府県に提供される。都道府県は自ら整備したデータも含めて関係者と共有する。

しかし、データは万全ではない。たとえば、厚生労働省から提供されるデータのうち、患者住所地がレセプト上明らかでない被用者保険のデータについては、国民健康保険、後期高齢者医療制度のデータを利用して、構想区域単位に按分されている。

また、現在、レセプトデータについては、厚生労働省保険局のレセプト情報等の第三者提供の依頼手続き上、都道府県以外に直接開示することができない<sup>30</sup>。しかし、これらの情報は地域医療構想に必要であることから、都道府県医師会など調整会議のメンバーに提供できるよう、厚生労働省で開示方法を検討中である。ただし公表された場合でも、特定の個人や医療機関等が第三者に識別されないように、集計単位における患者等の数が10未満（集計単位が市町村の場合は、患者等の数の合計が100未満）となる場合には、当該情報は公表できず、「\*」などの記号で表示される。このため小規模の市町村では、「\*」で表示されるデータが多くなる。

上記のような事情から、前倒しして設置した調整会議では、データに表れない生の情報を交換、共有することが重要になってくる。たとえば、二次医療圏単位のデータはさまざまあるが、特にデータに表れにくいのが市町村間の患者の移動であり、患者情報保護に留意しながら、各医療機関にヒアリングを行うことなどが考えられる。地域医師会は、すでに地域医療

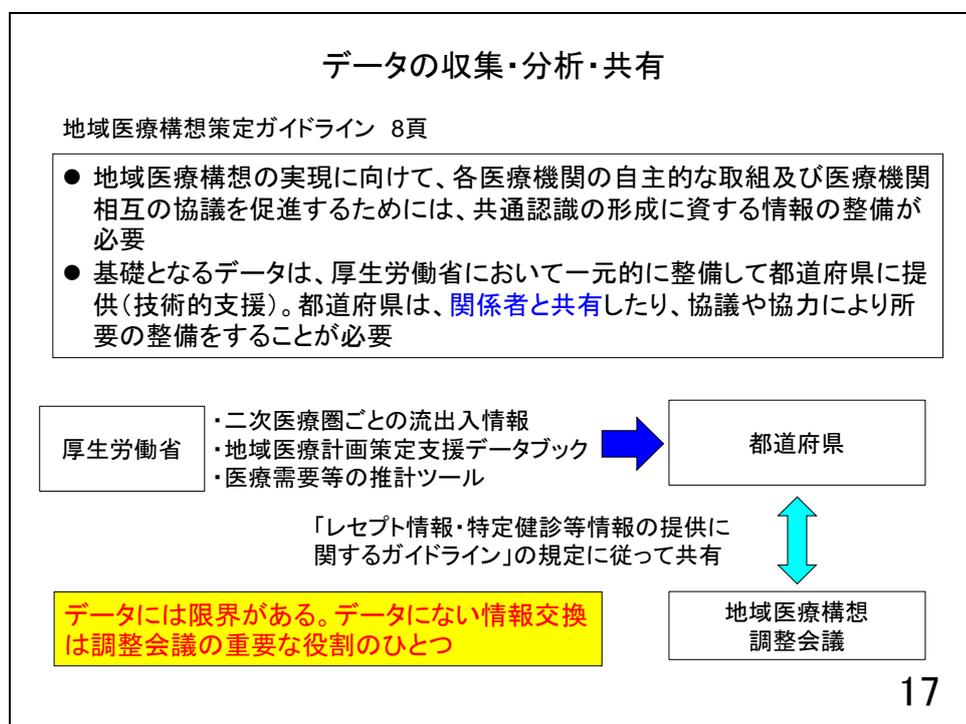
---

<sup>30</sup> レセプト情報等の提供依頼の申出を行える者の範囲は次の①～⑥の常勤の役職員及び⑦に該当する者に限定されている。①国の行政機関、②都道府県、③研究開発独立行政法人等、④大学（大学院含む）、⑤医療保険者の中央団体、⑥医療サービスの質の向上等をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人、⑦提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を国の行政機関から補助されている者

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002npjf-att/2r9852000002nr25.pdf>

について多くの情報を有しているので、地域医師会の情報を活用することも有効である。

また「急性期」と報告していても、その内容には幅がある。各医療機関が将来目指そうとしている方向や思いなど、数値化されない情報について率直に意見交換し、イメージを共有する。



### 3.3.3. 構想区域の設定

構想区域の設定は自由である。構想区域設定にあたってのポイントは以下の三点である。

- 現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能
- 二次医療圏を原則とするものの、患者の受療動向、将来の疾病構造の変化、人口規模などを勘案する
- 最終的に二次医療圏と構想区域とを整合性を持って運用する

すなわち、2018年度からの第7次医療計画、さらに2025年以降を見据えて、まずはあるべき地域医療構想区域を設定し、そして、二次医療圏をその構想区域に合わせていくという手順になる。

なお、構想区域で完結すべき機能について、地域医療構想ガイドラインでは、「高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、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」(GL11頁)としている。急性期、回復期、慢性期については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされているが、何度も繰り返すようにガイドライン自体が「参考」である。

## 構想区域の考え方

地域医療構想策定ガイドライン 9～12頁

- 現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能
- 現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討
- 最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当

2014年10月17日 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会  
厚生労働省地域医療計画課長

地域医療構想区域に準じて、整合性を持った形で二次医療圏を運用することが望ましい。

18

## 構想区域にすべての機能が必要か

地域医療構想策定ガイドライン 11頁

高度急性期

- 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。
- 緊急性の高い脳卒中、虚血性心疾患を含む救急医療については、アクセス時間等を考慮した上で、当該診療を行う医療機関がより近い距離にある場合は構想区域を越えて流入することもやむを得ない。

急性期

回復期

慢性期

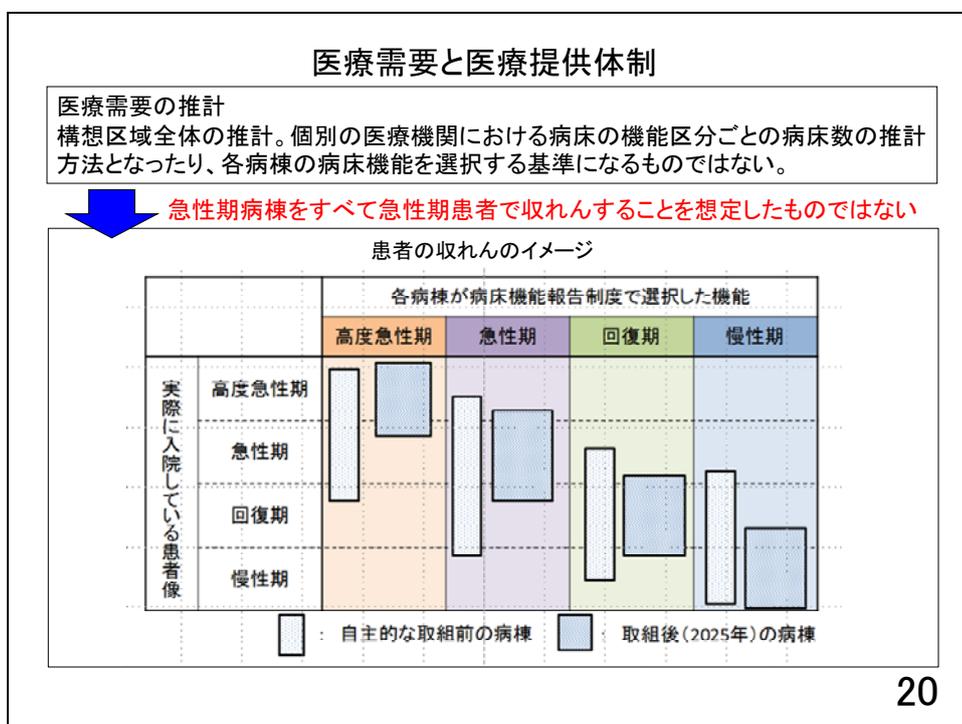
- できるだけ構想区域内で対応することが望ましい。
- 高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患については、構想区域内で対応する必要がある。

19

### 3.3.4. 医療需要と医療提供体制

地域医療構想策定ガイドラインでは、構想区域における病床の機能区分ごとの医療需要の推計の考え方が示されている。これは、あくまで構想区域全体のニーズ（医療需要）を計算するものであり、「個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない」（GL12 頁）。

地域医療構想では、各医療機関の自主的な取組や、地域医療構想調整会議を通じて、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における病床の必要量（必要病床数）が次第に収れんされていくことを目指している。このときの「収れん」とは、たとえば、急性期病棟すべてが急性期の患者となることを目指すものではない。ガイドラインにも「将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定しているものではない」（GL34～35 頁）と明示されている。



高度急性期、急性期、回復期の機能ごとの医療需要は、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（以下「医療資源投入量」）をもとに推計する。医療資源投入量には入院基本料相当分とリハビリテーション料の一部を含んでいない<sup>31</sup>。入院基本料は行った医療行為にかかわらず、7対1、10対1などで差が生じるためである（そういう意味で7対1、10対1などの診療報酬とはリンクしていない）。

地域医療構想ガイドラインで示されている各機能を区分する境界点は、あくまで構想区域の医療需要を推計するためのものであって、個々の医療機関の個別の患者の算定点数を決定づけるものではない（この機能で報告したらこの点数しか算定できないということではない）。

**医療需要の推計－境界点の意味－**

診療行為を診療報酬の出来高で換算した値(医療資源投入量)で分析。  
 入院基本料相当分・リハビリテーションの一部は含めずに計算。  
 ※入院基本料を含めた場合、同じ診療行為を行っても、医療資源投入量に差があるため

高度急性期と急性期を区分する境界点	3,000点
急性期と回復期を区分する境界点	600点
慢性期・在宅医療等として一体で推計	175点未満

**構想区域全体の機能ごとの医療需要(推計入院患者数)を推計するためのもの**

- 「回復期」と報告した場合、「入院基本料+600点未満」の点数しか算定できないということではない。出来高であれば、「入院基本料+行った処置や手術等の医療行為の点数」を算定できる。
- 「急性期」と報告すれば、「入院基本料相当+600～3,000点」を算定できるわけではない。処置等をまったく行っていない日があるとすれば、「入院基本料」だけの算定になる。

21

<sup>31</sup> リハビリテーション料は、いったんすべて除いて計算した後、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者は回復期、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者でリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる患者は急性期、リハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける患者は回復期の医療需要として計算。

地域医療構想ガイドラインでは、推計した医療需要（入院患者数）を必要病床数に落とし込むために、病床稼働率を用いている。病床稼働率も、あくまで構想区域全体の必要病床数を推計するためのものである。たとえば、急性期の場合、病床稼働率が78%以上であれば黒字になるというものではない。逆に病床稼働率が78%を下回れば病床削減を強いられるというものではない(そもそも都道府県知事にこうした病床削減の権限はない(後述))。

### 必要病床数の推計－病床稼働率の意味－

医療需要を踏まえて将来の医療提供体制(推定供給数)を確定し、それを病床稼働率で除して、病床の必要量(必要病床数)とする

高度急性期	75%
急性期	78%
回復期	90%
慢性期	92%

構想区域全体の機能ごとの  
病床の必要量を推計する  
ためのもの

- この病床稼働率以上に稼働させなければならないというわけではない。
- この病床稼働率以上の稼働率であれば、安定した経営が保証されるというものでもない。

## 療養病床の地域差の解消について

慢性期の医療需要推計には、療養病床の入院受療率の地域差の縮小を織り込むが、どのような目標設定を行うかは都道府県が一定の幅の中で選択することができる。特例として目標達成年次の延長が可能であり、更に特別な事情がある場合には目標を変更することができる（緩和措置）。

### 療養病床の入院受療率地域差の解消について

療養病床の入院受療率の地域差の縮小については、地域の特別な事情を踏まえた目標設定も可能である。

地域医療構想策定ガイドライン 17～19頁

都道府県は、原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で設定

A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値(県単位)にまで低下させる

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

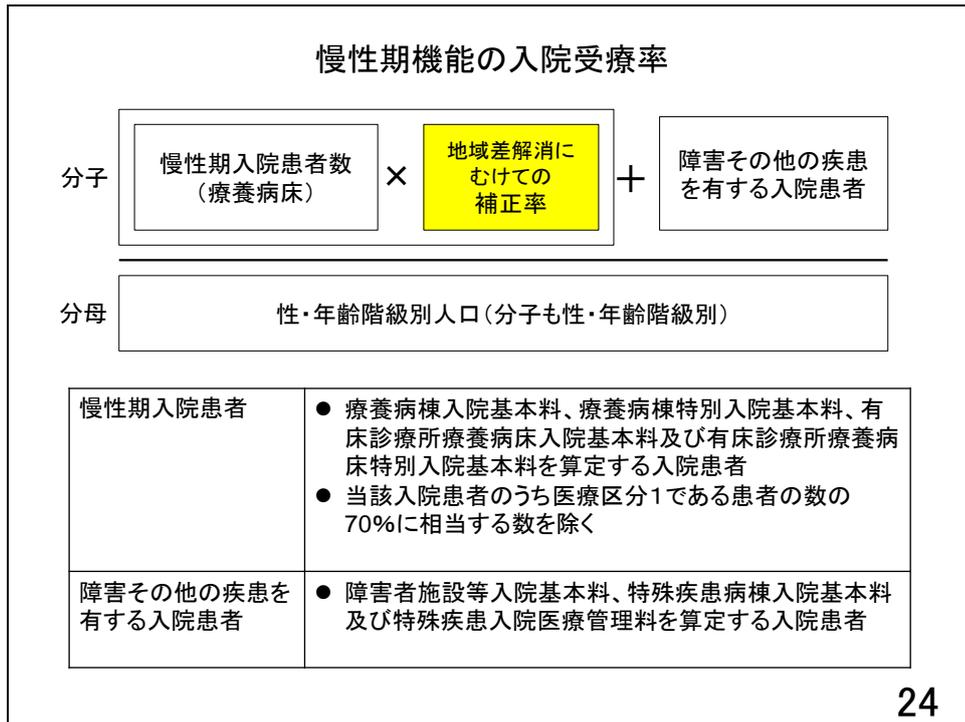
特例

1.慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、高齢単身世帯割合が全国平均よりも大きい構想区域は、入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年にすることができる

2. 特別の事情で目標達成が著しく困難になった場合は、入院受療率の目標変更が可能

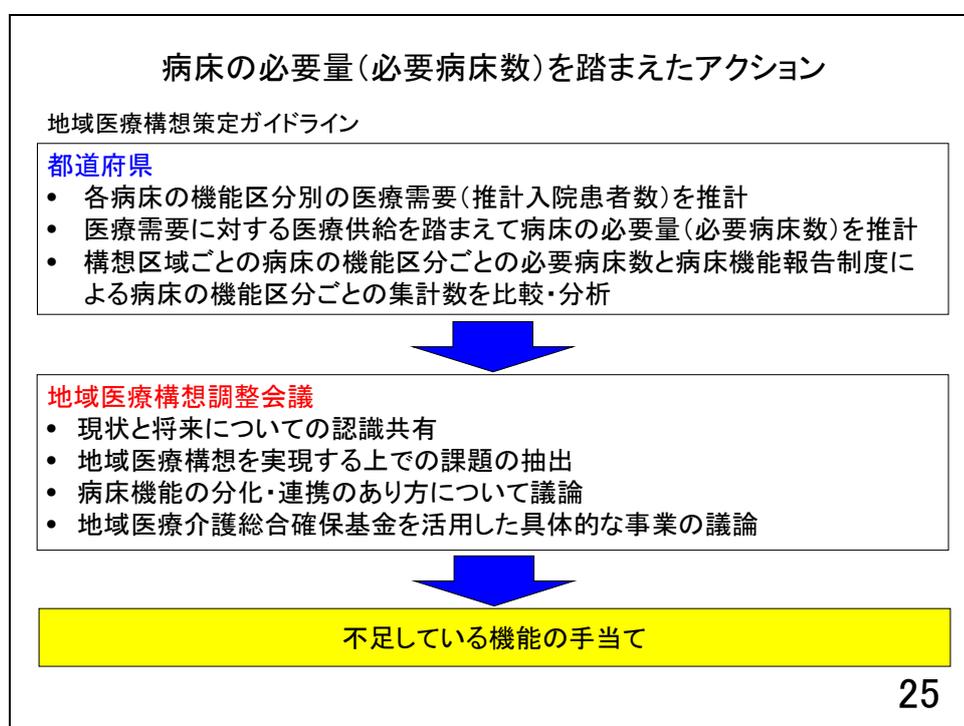
**特別の事情:** やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など。

慢性期の医療需要は、「慢性期入院患者」（療養病床入院患者）と「障害その他の疾患を有する入院患者」から構成される。入院受療率の地域差解消を見込むのは、このうち療養病床の部分のみである。



### 3.4. 病床機能の分化・連携と都道府県知事の対応

地域医療構想の策定にあたり、都道府県は必要病床数を推計するが、これは病床機能の分化・連携にむけた議論のために提示するものであり、不要な病床削減の基準とするものではない。むしろ、不足している機能の病床の手当てを検討するためのものである。



地域医療構想は、医療機関の自主的な取組によって実現していくものであり、都道府県に病床削減の権限はない。都道府県知事が対応をとることができるのは4つのケースのみである。このうち、「地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応」は、あくまでそうなった場合の対応であり、地域医療構想調整会議で協議が調うことが原則である。そのために、地域医師会は議長、参加者として中心的な役割を果たすことが期待される。

また都道府県知事が対応をとる場合には、都道府県医療審議会の意見を聴くことが前提となっている。都道府県医師会として、医療審議会での役割を發揮することが重要である。

### 都道府県知事が対応できるケース

#### 1.病院・有床診療所の開設・増床等への対応

病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している医療機能に係る医療の提供という条件を付することができる。

#### 2.既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応

転換の理由がやむを得ないと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

#### 3.地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

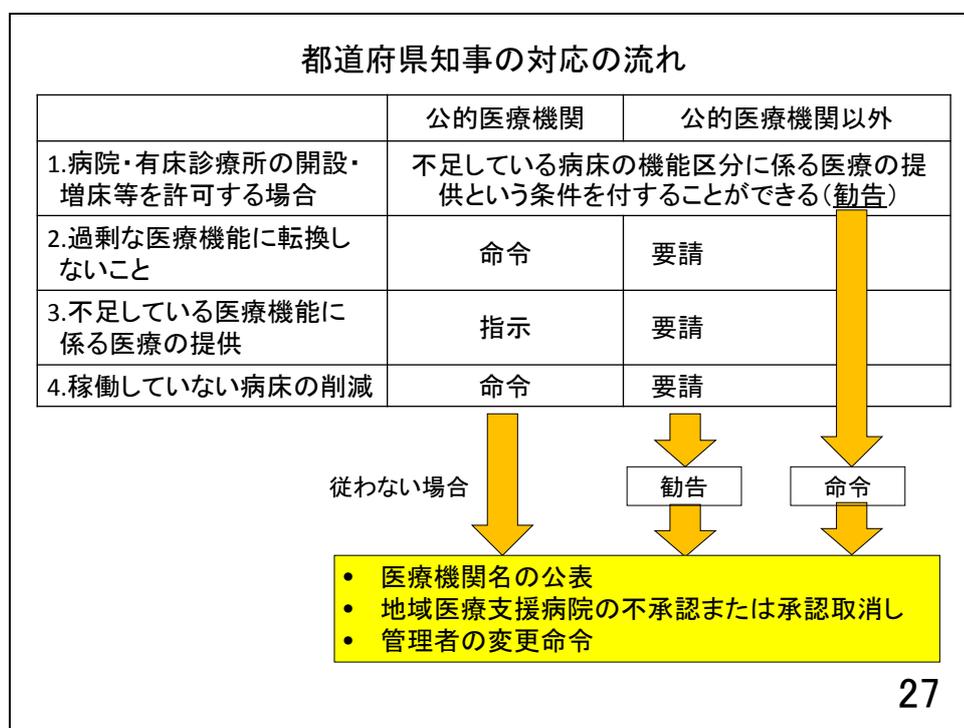
#### 4.稼働していない病床への対応

正当な理由なく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を公的医療機関等に命令することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

26

都道府県知事が対応することができる4つについて、その流れをまとめると以下のとおりである。

公的医療機関に対しては、従来も医療法で、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができた。今回もその点は変化がないが、総務省は2015年度予算で、公立病院の運営費に係る地方交付税措置の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に見直したので<sup>32</sup>、今後は、公立病院の非稼働病床の削減が進むのではないかと推察される。



<sup>32</sup> 総務省自治財政局「平成27年度地方公営企業関係主要施策」2015年2月  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000343695.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000343695.pdf)  
 全国都道府県・指定都市公営企業管理者会議資料(2015年2月23日)資料5  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/oshirase.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/oshirase.html)

## 過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合

急性期機能が過剰な地域であっても、現在、急性期機能を担っている病床が削減されるわけではない。急性期機能が過剰な地域で、新たに急性期機能に転換しようとする場合も、転換の理由が十分であれば転換できる。転換の理由が書面上では不十分な場合も、地域医療構想調整会議で調整することが原則である。地域医療構想調整会議で協議が調わなかった場合、都道府県医療審議会が意見を具申する。都道府県知事による対応がとられる前に、地域医師会は、地域医療構想調整会議、都道府県医療審議会で見解を述べるができる。

こうした経過を経ても転換の理由が十分でない場合に限り、急性期機能が過剰な地域で、新たに急性期機能に転換しようとする病院に対し、都道府県知事が転換の中止を、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外に対しては要請できる。

### 既存医療機関が過剰な病床機能に転換しようとする場合

- 急性期機能が過剰な地域であっても、急性期機能をもつ病床が削減されるわけではない
- 急性期機能が過剰な地域で、新たに急性期機能に転換しようとする場合、基本は地域医療構想調整会議で協議

地域医療構想策定ガイドライン 44頁要約

#### 都道府県知事による対応

- 過剰な医療機能に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができる。
- 当該書面に記載された理由等が十分でないとき等は、調整会議における協議に参加するよう求めることができる。
- 地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる。
- 地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な医療機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる。

## 稼働していない病床（病棟）があるとき

病床過剰地域で正当な理由なく稼働していない病床がある場合、都道府県知事はその削減を要請（公的医療機関等に対しては命令）することができるが、その際、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。

医療法では「許可を受けた病床に係る業務を行っていないときは、当該医療機関の開設者又は管理者に対し、病床数の削減の措置をとるべきことを要請することができる」となっているが、日本医師会は「病棟」とすべきであると主張し、地域医療構想策定ガイドラインで、「病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない」（GL45 頁）場合になった。また、厚生労働省から、稼働していないとみなす期間はおおよそ「1年」という見解が示されている。

### 病床が稼働していないときの対応

地域医療構想策定ガイドライン 45頁

#### 都道府県知事による対応

病床過剰地域において、公的医療機関等が**正当な理由がなく病床を稼働していない**ときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができる。  
また、実際には、（中略）**病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない**場合に、当該対応を検討することが適当である。

厚生労働省医政局総務課長（2013年10月11日 社会保障審議会医療部会）

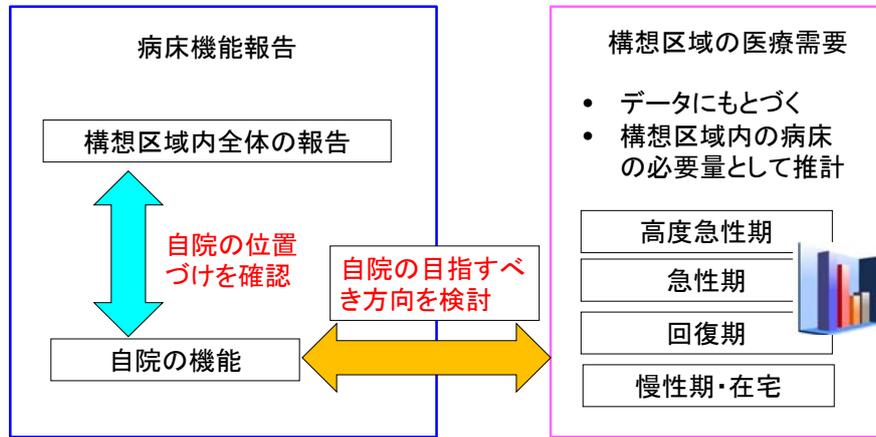
「1年間稼働していないといったところを一つの目安にしてはどうか。」  
「公的医療機関のほうの削減命令というものがまずは十分に活用されるべきではないか、こういった御意見もあるのではないかと考えている。」

### 3.5. 各医療機関にとっての意味

地域医療構想は、医療関係者自らが地域の医療を再構築していく仕組みである。各医療機関は、データにもとづく医療需要から推計された必要病床数等をみながら、自主的に病床の機能区分に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討していく。各医療機関が、地域の実情を把握できるようになると同時に、その医療機関の情報も患者・住民、地域の医療機関等へ開示される。各医療機関には地域で果たすべき役割について、誠実に検討していくことが求められる。

これまで各医療機関は個別の判断で経営計画を策定してきた。地域医療構想は、地域の中でどう生き残るか、地域で協力して考えるようにという医療機関に対するメッセージであり、これをきっかけに、これまで以上に地域の実情にそった医療を提供することが期待されている。

### 地域医療構想の意義(各医療機関にとって)



➡ 地域医療構想のデータ・枠組みを活用し、自院の強みをいかした機能を選択できるようになる。

### 3.6. 地域医師会の役割

地域医療構想の策定、その後の取り組みにおいて地域医師会（都道府県医師会・郡市区等医師会）に期待される大きな役割を以下にまとめた。

#### 都道府県行政に対して

- 地域医療構想策定ガイドラインは「参考」であり、各都道府県で柔軟に活用されるよう注視、働きかけをすること。
- 都道府県に対し情報の開示・共有や必要な研修が行われるよう求めること。
- 都道府県医療審議会に強く関与すること。地域医療構想は、都道府県医療計画の一部であり、その策定にあたっては都道府県医療審議会の意見を聴くことが求められている。また、都道府県知事が、不足している病床や非稼働病床（病棟）に何らかの対応をとる場合にも、都道府県医療審議会の意見を聴くことになっている。

※上記の内容については、日本医師会からも厚生労働省に強く働きかけている。

#### 地域医療構想調整会議で

地域医療構想調整会議において、地域医療全体を俯瞰できる立場から、その議長となって、調整役、行司役を果たすこと。地域医療構想調整会議で、率直な意見交換が行われるように促すこと。

## 住民との関係

改正医療法では、新たに国民の責務が追加され、国民は「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」とされている。地域医療構想ガイドラインでも地域医療構想を含む医療計画を患者・住民にわかりやすく公表することを求めている。住民の理解や適切な受療行動を後押しするために、地域医師会にもいっそう住民への啓発活動に取り組むことが期待される。

### 医療法 第6条の二

3 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。

## 4. 公立病院改革との関係

2015年3月、総務省から「新公立病院改革ガイドライン」が発出された<sup>33</sup>。従来、公立病院<sup>34</sup>改革では経営効率化に重点が置かれていたが、新公立病院改革プラン（以下、新改革プラン）は、地域医療構想との整合性を強く意識したものになっている。

新改革プランは、公立病院間だけでなく、公立病院と民間病院との統合・再編も視野に入れている。そして、医療提供体制の見直しに伴い不要となる病院の除却に要する経費、病院施設の他用途への転用に伴う経費に対する財政措置も準備されている。

また、従来も医療法で、都道府県知事は、公立病院をはじめ公的医療機関に対して稼働していない病床の削減を命令することができたが、そのことは地域医療構想でも、あらためて明示されている。また総務省は、公立病院に対する地方交付税措置の算定基礎となる病床数を従来の許可病床数から稼働病床数に変更した<sup>35</sup>。

このように公立病院はダウンサイジングを迫られているので、公立病院のある構想区域では、公立病院と早めの協議を進める必要がある。

---

<sup>33</sup> 「公立病院改革の推進について」2015年3月31日付け総務省自治財政局長通知  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000350493.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000350493.pdf)

<sup>34</sup> 地方公営企業として運営する病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院とされている。なお、地方独立行政法人が地方独立行政法人法に基づき中期計画を策定している場合には、新改革プランのガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りるとされている。

<sup>35</sup> 「公立病院に関する地方財政措置の見直し」全国都道府県・指定都市公営企業管理者会議【資料10】2015年2月23日  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000343702.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000343702.pdf)

総務省「新公立病院改革ガイドライン」2015年3月31日

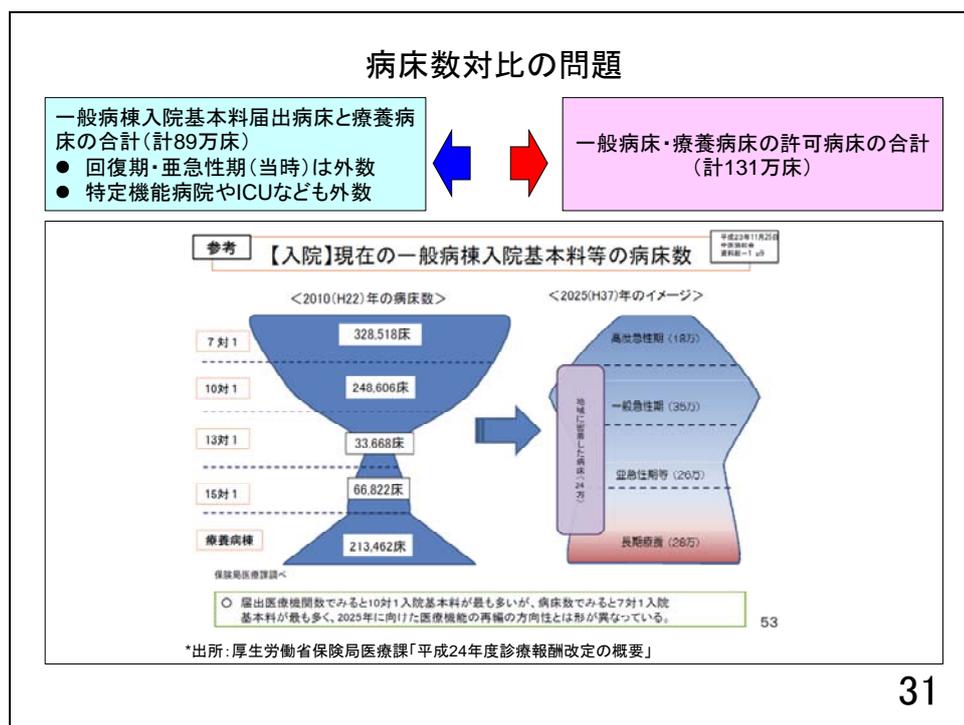
病院機能の再編成（公的病院、民間病院等との再編を含む）

地域医療構想は、公立病院だけでなく、公的病院、民間病院を含め、地域の医療提供体制の目指すべき姿を示すものである。したがって、地域医療構想を踏まえて当該公立病院の役割を検討した結果、公的病院、民間病院等との再編が必要になるケースも生じてくると考えられる。

例えば、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院等、さらには民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想や地域医療構想調整会議等も活用しつつ、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ改革案についても検討の対象とすべきである。

## 5. おわりに

国は、急性期病床を絞り込み、その上で、急性期に資源を集中投入することを狙ってきた。それゆえ、「地域医療構想イコール 7 対 1 削減」という見方がある。確かに厚生労働省（保険局）は、社会保障改革に関する集中検討会議がシミュレーションに使用した 2025 年の病床数<sup>36</sup>を掲げて、7 対 1 入院基本料の削減にむけて診療報酬改定を行ってきた。その際に利用されたのが以下の図であるが、この図は比べられないものを比べている。まず 2010 年の病床数合計は 89 万床、2025 年の病床数合計は 131 万床であり、2010 年から 2025 年にむけて病床数が 1.5 倍になっている。これだけ病床を増加させる予定であるはずはない。



<sup>36</sup> 「医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）」2011年6月2日、第10回社会保障改革に関する集中検討会議【参考資料1-2】  
<http://www.cas.go.jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-2.pdf>

この図のいわゆる「ワイングラス」(左側)は一般病棟入院基本料の病床に療養病床を加えたものであり、回復期リハビリテーション病棟入院料や亜急性期入院医療管理料(2014年度診療報酬改定で廃止)は含まれていない。すなわち、2010年の「ワイングラス」のステムは、実際にはもっと太い。また、特定機能病院、救命救急入院料、特定治療室管理料等も含まれていない。いわゆる「ワイングラス」には7対1より上(上かどうは別として便宜的に「上」と表現する)の部分がある。つまり、「ワイングラス」は、恣意的に胴回りを細く見せ、上が重い(それより上があるのに)ように見せている。

さらに、一般病棟入院基本料7対1は32.8万床(2010年当時<sup>37</sup>)となっているが、その他の入院基本料も許可病床数で示されている。許可病床数がいくら多くても、仮に患者が入院していなければ医療費(入院基本料)は発生しない。許可病床の中には稼働していない病床もあり、病床利用率にもよるが、許可病床数に比べて入院基本料が発生する患者数は2割以上少ない<sup>38</sup>。

そもそも地域医療構想は、構想区域内で、必要な病床を手当てする仕組みである。手当の仕方は地域の事情によってさまざまであり、構想区域の必要病床数を全国集計していくらになったということにも意味はない。

地域医療構想と診療報酬とのリンクを懸念する声もあるが、地域医療構想にかかわらず診療報酬改定の財源はきわめて厳しい。そうした中で、地域医療構想の仕組みを活用することによって、病院同士の過酷な競争や共倒れを避け得るケースもあるかもしれない。地域医療構想が、個々の医療機関にとっても、住民・患者にとってもできるだけ望ましい形で活用されることが望まれる。

---

<sup>37</sup> その後2013年10月9日に中医協総会に提出された資料では7対1は35.7万床。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000025681.pdf>

<sup>38</sup> 一般病床全体の病床利用率は2013年において75.5%である。厚生労働省「平成25年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告」

## 6. 補足 入院受療率について

地域医療構想では、2013年度の入院受療率に2025年の推計人口を乗じて、ひとまずの医療需要を推計する。

### 構想区域の2025年の医療需要

$$\begin{aligned} &= \text{[当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率} \\ &\times \text{当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口]} \text{の総和} \end{aligned}$$

入院受療率は長期的に低下傾向にある。それは平均在院日数の短縮化によるところが大きい。平均在院日数は医療の高度化によっても短くなるが、一般病床では、DPCをはじめとする診療報酬によって平均在院日数の短縮化が誘導されてきた面もある。また高齢者の入院受療率の背景には、療養病床の再編による長期入院病床の減少もある（療養病床の平均在院日数はあまり変化していないが、入院するところがなくなっているため受療率が低下する）。

地域医療構想では、2013年度の入院受療率を用いている。これについて、過去のトレンドを延伸した将来の受療率を用いるべきとの意見もあるが、それは過去の平均在院日数の短縮化政策を今後も容認するという前提になってしまう。何より政策次第であるので今後も同じトレンドかどうかはまったく不透明である。

いったんは足下の入院受療率を用いて地域医療構想を策定し、その後の受療率の変化を注視して必要な対応をとることになるかと推察される。

図 3.6.1 入院受療率の推移

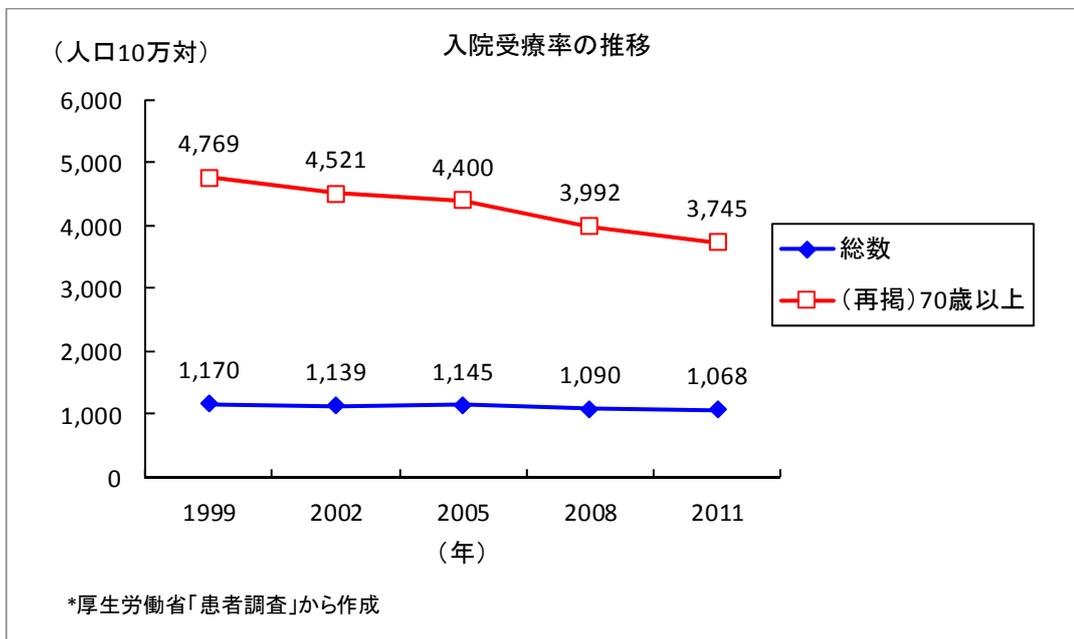


図 3.6.2 平均在院日数の推移

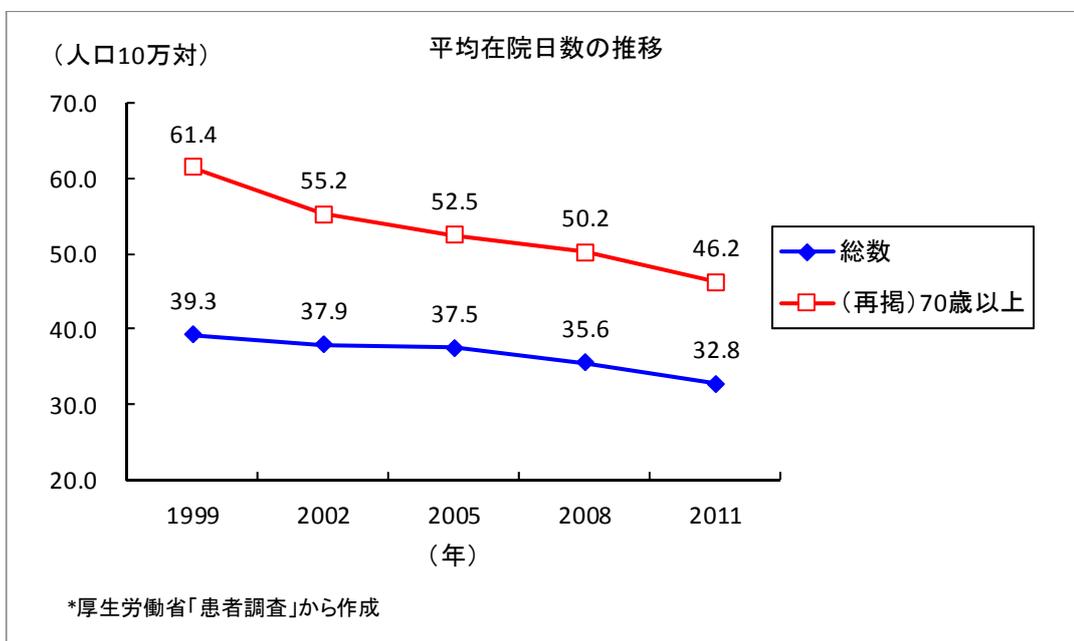


図 3.6.3 一般病床の平均在院日数の推移

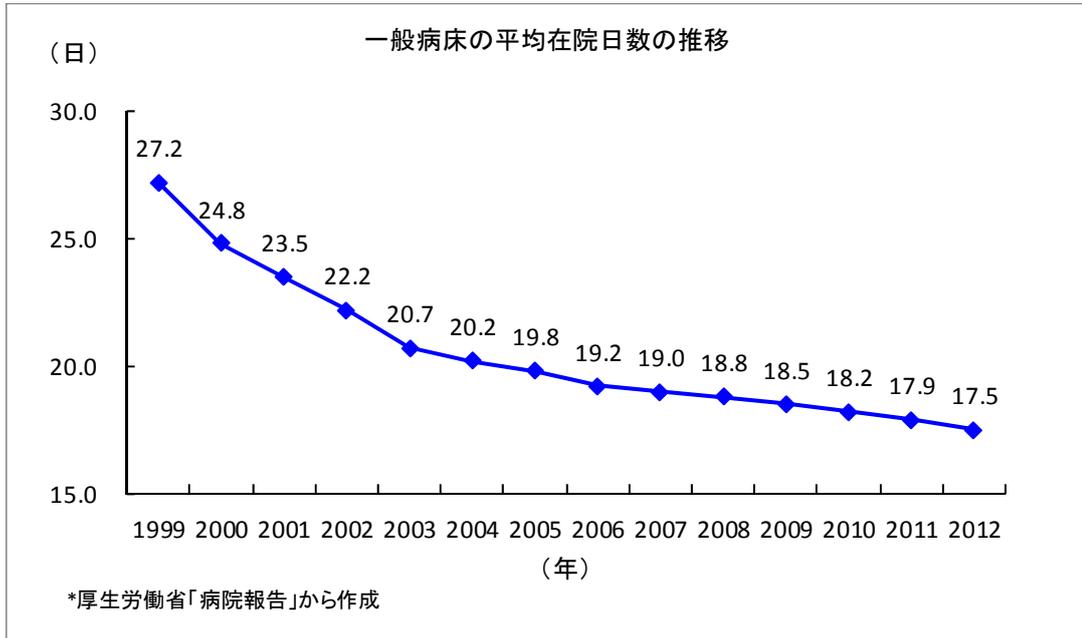


図 3.6.4 療養病床の平均在院日数の推移

