

地域医療構想策定 ガイドライン（案）

平成 2 7 年 3 月
地域医療構想策定ガイドライン等
に関する検討会

はじめに

1) 本検討会の経緯

- 本検討会は、平成 26 年 6 月の「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」(平成 26 年法律第 83 号。以下、「医療介護総合確保推進法」という。)の成立・公布を受け、同年 9 月に告示された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的方針」(平成 26 年厚生労働省告示第 354 号。以下、「医療介護総合確保方針」という。)を踏まえ、同月 18 日に設置された。

- 医療介護総合確保推進法は、平成 25 年に成立した「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」(平成 25 年法律第 112 号)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、医療法をはじめとする関係法律について所要の整備等を行うものとされ、この中で医療計画の一部として「地域医療構想」が位置付けられるとともに、その実現を目的に「協議の場」を構想区域ごとに設置することとなった。

また、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について検討を行うために平成 23 年 12 月から開催された「急性期医療に関する作業グループ」の取りまとめにおいて、医療機関が、その有する病床の機能区分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、「病床機能報告制度」を開始することが合意された。さらに、「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」において、その報告内容等の検討を重ねたうえで、この病床機能報告制度が平成 26 年 10 月から始まり、初年度分については、平成 27 年 3 月に取りまとめられる予定である。この報告は、今後毎年行われることとなる。

- 本検討会では、各都道府県において平成 27 年度以降、地域医療構想を策定する際に、一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の将来(平成 37 年、2025 年を想定)における病床の必要量(必要病床数)を推計するだけでなく、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、更には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地域医療構想が実現していくことを視野に入れ、○回の検討を重ね、議論を深め、国民の理解が得られるよう丁寧な記載を

するという考え方で、地域医療構想の策定プロセスを取りまとめたところである。

- さらに、地域医療構想の策定プロセスと併せて、「協議の場」の設置・運営に係る方針を含め、策定した地域医療構想の達成の推進や、病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方についても検討を行った。地域医療構想は、策定するだけではなく、実現に向けた取組等と併せてこそ意味があることから、これらを密接不可分なものとして、地域医療構想策定ガイドラインの形で、取りまとめたところである。

なお、「協議の場」は、地域医療構想の実現において重要な役割を担うことから、「地域医療構想調整会議」と呼称することとした。

2) ガイドラインの位置付け

- 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。また、都道府県における地域医療構想の策定状況やその後の進捗状況について把握し、適宜、地域医療構想に関する都道府県職員を含めた関係者への研修の実施や情報の提供を行うほか、必要に応じて技術的助言を行うとともに、今後とも更なるデータの収集と活用を通じて、より適切な推計方法に関する取組を進められたい。
- さらに、都道府県においては、医師会等の医療関係者や、保険者、市町村だけではなく、住民との十分な連携のもと、地域医療構想を策定するとともに、おおむね10年後である平成37年（2025年）に向けて、拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、医療機関の自主的な取組等を促すとともに、住民の医療提供体制に関する理解や、適切な医療機関選択や受療が行われるよう、周知をはじめとする取組を推進されたい。また、地域医療構想を策定する際には、地域医療（精神、感染症等に係る入院医療や外来医療、在宅医療、歯科医療、薬局等を含む）全体を見据えた上で、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）、五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療）等の医療計画において既に記載されている内容も踏まえて検討されたい。

- 高齢化の進展に伴い、医療需要が増大する中で、病床の機能の分化及び連携を進めるためには、病床の機能区分ごとの整備だけでなく、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）での人員配置等についても、病床の機能区分に応じたものとしていく必要があるとともに、介護分野での対応を拡充する必要がある。厚生労働省においては、第 7 次医療計画及び介護保険事業（支援）計画の策定に向け、病床機能報告制度の今後のあり方を検討し、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるに際して、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるとともに、今後、入院医療ではなく在宅医療等で対応することとした者の介護分野等での対応方針を早期に示されたい。さらに、第 7 次医療計画の策定に向け、地域医療構想の策定や実現に向けた取組を進める過程で生じる新たな課題を把握し、同計画の策定指針等を検討する際に反映されたい。

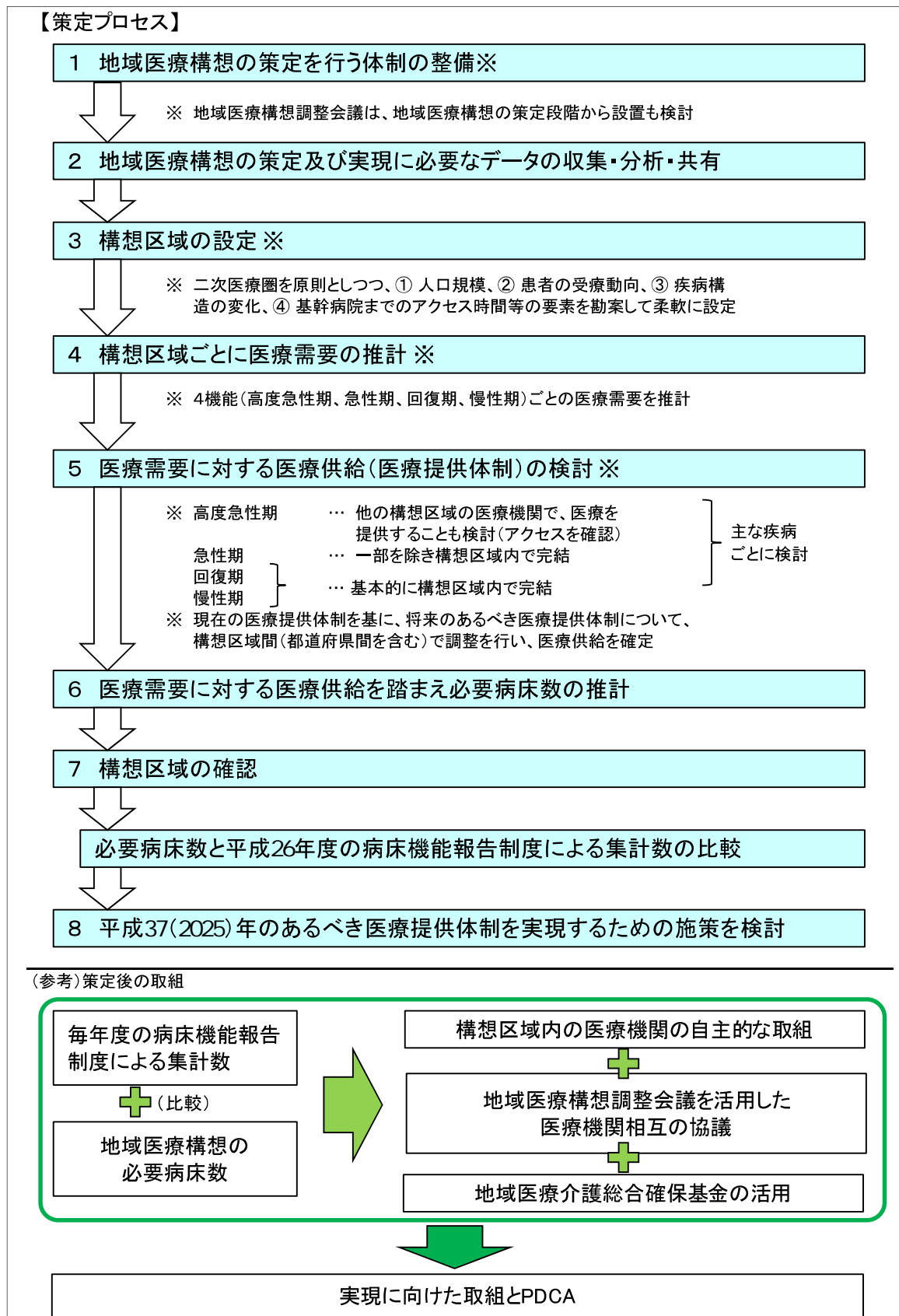
目次

I	地域医療構想の策定	6
1	地域医療構想の策定を行う体制等の整備	7
2	地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有	8
3	構想区域の設定	9
4	構想区域ごとの医療需要の考え方	12
(1)	高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方	
(2)	地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方	
5	医療需要に対する医療提供体制の検討	21
6	医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計	23
7	構想区域の確認	23
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	23
(1)	施策の基本的考え方	
(2)	必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較	
(3)	病床の機能の分化及び連携の推進	
(4)	在宅医療の充実	
(5)	医療従事者の確保・養成	
II	地域医療構想策定後の取組	33
1	地域医療構想の策定後の実現に向けた取組	33
(1)	基本的な事項	
(2)	各医療機関での取組	
(3)	都道府県の取組	
ア	病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較	
イ	各病床の機能区分ごとにおける個別医療機関の状況の把握	
ウ	地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討	
エ	平成37年(2025年)までのPDCA	
2	地域医療構想調整会議の設置・運営	37
(1)	議事	

ア	主な議事	
イ	議論の進め方	
ウ	その他	
(2)	開催時期	
(3)	設置区域等	
ア	基本的考え方	
イ	柔軟な内容	
(4)	参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者 への対応	
ア	参加者の範囲・選定	
イ	専門部会やワーキンググループの設置	
ウ	公表	
エ	参加の求めに応じない関係者への対応	
(5)	合意の方法及び履行担保	
ア	合意の方法	
イ	履行担保	
3	都道府県知事による対応	42
(1)	病院・有床診療所の開設・増床等への対応	
(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	
(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	
(4)	稼働していない病床への対応	
4	地域医療構想の実現に向けたPDCA	44
(1)	指標等の設定	
(2)	指標等を用いた評価	
(3)	評価に基づく地域医療構想等への反映	
(4)	住民への公表	
Ⅲ	病床機能報告制度の公表の仕方	47
1	患者や住民に対する公表	47
2	地域医療構想調整会議での情報活用	48

I 地域医療構想の策定

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。



1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 地域医療構想は、医療計画の一部であることから、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くとともに、都道府県医療審議会¹、市町村及び保険者協議会²の意見を聴く必要がある。なお、医療審議会は、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行うこととする。
- また、策定段階から地域の医療関係者、保険者及び住民の意見を聴くことが望ましいことから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング、アンケート調査、パブリックコメント等、患者・住民の意見を反映する手続を取ることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議³等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続を取ることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議⁴を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。
- 現行の医療計画のプロセスと同様に、地域医療構想の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- タウンミーティング等は、一部の同一人物が出席することにならないよう、できるだけ広く意見を集めること、また、ヒアリングにおいても、一般公募を行ったり、発言しやすいような配慮を行うことが必要である。

¹都道府県医療審議会（医療法第 71 条の 2）※平成 27 年 4 月 1 日時点の医療法。以下同じ。

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の確保に関する重要事項を調査審議するため都道府県に置かれる。

²保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律第 157 条の 2 第 1 項（平成 27 年 4 月 1 日時点））

医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会。

³圏域連携会議（医療計画作成指針（平成 24 年 3 月 30 日））

都道府県が医療計画を策定する際、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場。

⁴地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14）

都道府県が、構想区域その他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間に設ける「協議の場」の名称。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等について協議する。

- 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⁵との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり、その際には、既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。
- 策定された地域医療構想は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする。この際、住民に知ってもらうことが重要であることから、都道府県報やホームページによる公表や、プレスリリース等によりマスコミに周知するなど、公表方法を工夫することが必要である。

2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

- 地域医療構想の策定に当たっては、医療提供体制の構築だけでなく、地域包括ケアシステムの構築についても見据える必要があり、そのためには、医療機関の自主的な取組や、医療機関相互、地域の医療関係者との協議等による連携が不可欠となる。
- また、地域医療構想の実現に向けて、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となる。また、こうした情報は、患者が理解することにより、より適切な医療機関の選択や医療の受け方につながることから、情報に対する丁寧な説明を行い、住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努めるべきである。
- なお、これらの基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、各都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備をすることが必要となる。また、医療機関の協力を得て、病床機能報告制度⁶等により、有用なデータが報告・提出されていることから、これらの活用も必要な視点となる。
- なお、病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の

⁵市町村介護保険事業計画（介護保険法第 117 条）

市町村が定める、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画。

⁶病床機能報告制度（医療法第 30 条の 13）

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度。

情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏⁷等の地域間、病床の機能区分別等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 以上のことを踏まえ、地域医療構想の策定及び実現に必要な情報（データ）を別紙（56-57頁）に示す。

3. 構想区域の設定

- 地域医療構想の検討を行うため、まずは構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化する必要がある。
- 構想区域の設定に当たっては、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する必要がある。
- また、地域医療介護総合確保基金⁸の根拠となる医療介護総合確保促進法では、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として医療介護総合確保区域の設定を求めており、さらに、医療介護総合確保方針⁹においては、同区域に関して、都道府県は、「二次医療圏及び老人福祉圏域¹⁰を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定するものとする」とされており、地域医療構想に関連する区域は、相互に整合的な設定が求められている。
- なお、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である

⁷二次医療圏（医療法第30条の4第2項第9号）

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位。

⁸地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第6条）

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

⁹ 医療介護総合確保方針（医療介護総合確保促進法第3条）

地域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を総合的に確保するための基本的な方針。

¹⁰老人福祉圏域（介護保険法第118条第2項）

介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域。

が、その場合には、以降に示す検討過程において将来における要素を必ず勘案する必要がある。

- 一方で、二次医療圏は、一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定するものであり、平成 24 年 3 月に厚生労働省が示した医療計画作成指針において、①人口規模が 20 万人未満、②流入患者割合が 20%未満、③流出患者割合が 20%以上のすべてに当てはまる場合は、圏域設定を見直すことを求めたところである。しかしながら、既設の圏域間では人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる圏域など、一体の区域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。また、五疾病・五事業において圏域を定める場合は、各疾病等で構築すべき医療提供体制に応じて設定することから必ずしも二次医療圏域と一致する必要はないため、地域の実情に応じて柔軟に設定している都道府県がある。

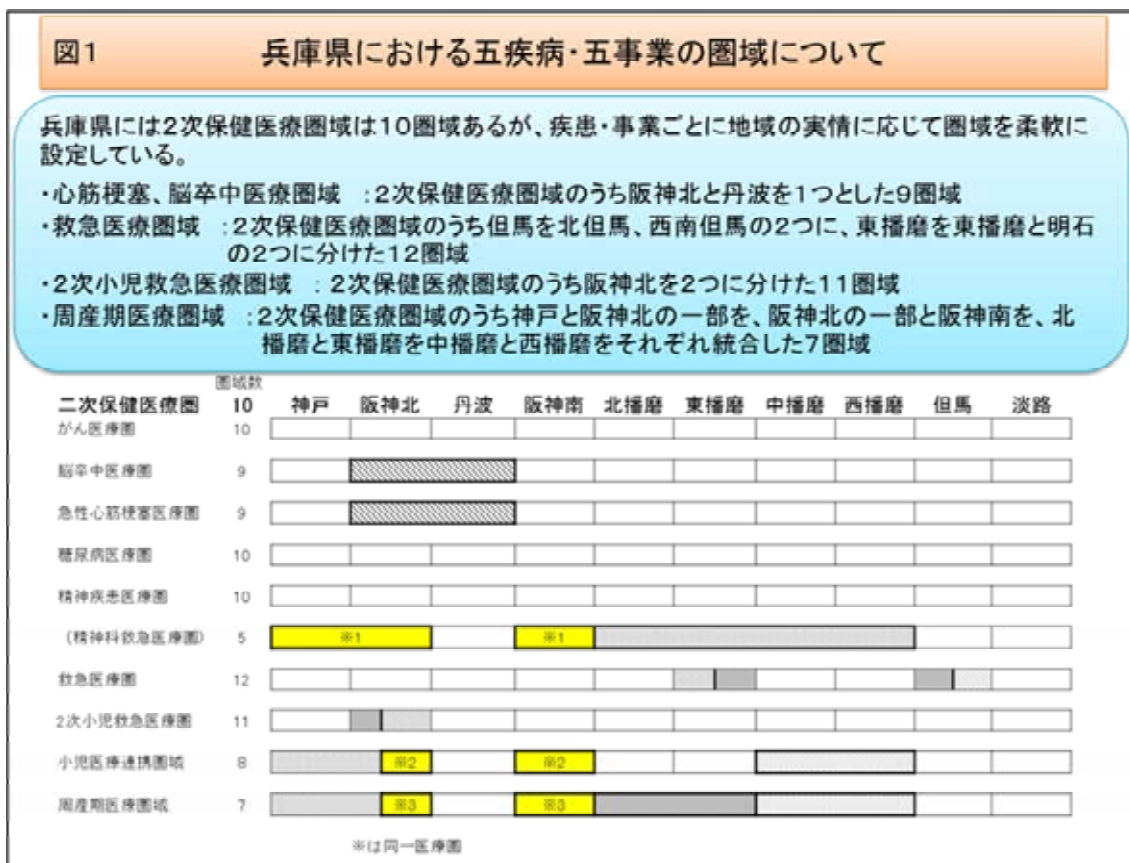
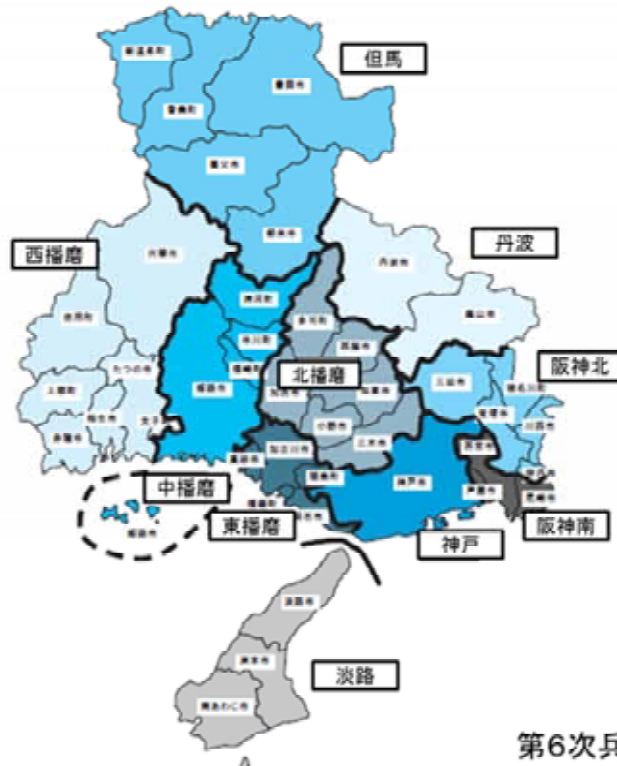


図2

兵庫県2次保健医療圏域図



第6次兵庫県保健医療計画より

- 以上を踏まえ、構想区域を設定する際に、病床の機能区分との関係については、高度急性期は特に診療密度が高いことが必要となることから、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。さらに、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者が、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ないが、基本的には、上記を除く急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい。
- 具体的には、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距離にある場合は構想区域を越えて流出入することもやむを得ない。一方で、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。
- 地域医療構想は、平成 37 年（2025 年）を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成 25 年度～平成 29 年度）における二次医療圏と異なっている場合は、平成 30 年度からの次期医療計画の策定においては、その終期が平成 36 年（2024 年）3 月となることから、最終的には二次医療圏と構想区域を一致させることが適当であ

る。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計

○ 平成 37 年（2025 年）における病床の機能区分（高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能）ごとの医療需要（推計入院患者数）は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとする。

○ なお、以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計のための方法である。このため、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となったり、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。

○ このうち、高度急性期、急性期及び回復期については平成 25（2013）年度の NDB のレセプトデータ¹¹及び DPC データ¹²に基づき、住所地別に患者を配分した上で、当該構想区域において、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、それを性年齢階級別の人口で除して入院受療率[※]とする。これ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ずることによって将来の医療需要を算出することとする。なお、NDB のレセプトデータ及び DPC データに含まれない正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータの補正を行うこととする。

※ 患者所在地が明らかでない被用者保険利用者の医療需要を患者住所地構想区域ごとに推計する方法については、まず被用者保険利用者の医療需要を医療機関所在地構想区域ごとに推計したうえで、当該都道府県の国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータを用いて各医療機関所在地構想区域における患者住所地構想区域ごとの患者数の分布割合を算出し、被用者保険利用者をこの分布割合に従って

¹¹NDB のレセプトデータ

NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第 16 条第 2 項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を NDB に格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

¹²DPC データ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC を利用した包括支払システムを DPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1 日当たり包括支払い制度）という。DPC/PDPS 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。これを本ガイドラインでは、DPC データと呼ぶ。

按分する。

なお、平成 37 年(2025 年)の性年齢階級別人口は国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 25(2013)年 3 月中位推計)』を用いることとする。

$$\begin{aligned} & \text{2025 年の医療需要} = \text{2013 年度性年齢階級別構想区域別の入院受療率} \\ & \text{※} \times \text{当該構想区域の 2025 年の性年齢階級別推計人口} \end{aligned}$$

- また、慢性期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。
- このため、前記の他の病床の機能区分の医療需要の算定方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期の医療需要を推計することとする。

(1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の考え方

- 病床の機能区分ごとの医療需要について、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案して算出するよう、一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、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た患者を除く）のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析することとする。
- 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。）で見ていくこととする。なお、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出来高点数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。よって、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。
- 急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されている。

- また、DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて、医療資源投入量が逡減していく傾向があることが分かる。この医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえ、医療資源投入量が一定程度、落ち着いた段階が患者の状態が安定した段階であると考えられる。
- これらを踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を、高度急性期及び急性期の患者数とし、急性期と回復期とを区分する境界点を、600点として推計を行うこととする。
- 高度急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されていることを踏まえ、医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期の患者数とすることとする。
- 具体的には、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟やICU、HCU等が例示されているが、その他の病棟にも高度急性期の定義に該当する患者がいることを前提とした上で、救命救急病棟やICU、HCU等に入院するような患者像も参考にして、高度急性期機能の患者数とし、高度急性期と急性期とを区分する境界点を、3,000点として推計を行うこととする。
- 回復期機能については、病床機能報告制度において、
 - 『・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）』
 と定義されている。
 - なお、在宅復帰する患者は、居宅で訪問診療を受ける者、施設で訪問診療を受ける者、医療機関に通院する者等を含む。
- このため、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に相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点とした上で、さらに、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とともに、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（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む）を加えた数を、回復期の患者数の

推計値とする。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こととする。

※ 在宅医療とは、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、看護老人保健施設、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す。

図3 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

