

# 地 域 医 療 対 策 委 員 会

## 報 告 書

「地域医療構想（ビジョン）・第7次医療計画に向けての  
医師会の役割について」

平成28年2月

日 本 医 師 会

地域医療対策委員会



平成28年2月

日本医師会長

横倉 義武 殿

地域医療対策委員会

委員長 富田 雄二

平成26・27年度地域医療対策委員会報告書

「地域医療構想（ビジョン）・第7次医療計画に向けての医師会の  
役割について」

本委員会は、平成26年10月16日に開催された第1回委員会において、  
貴職より「地域医療構想（ビジョン）・第7次医療計画に向けての医師会の役  
割について」検討するよう諮問を受け、8回にわたり議論を重ねてまいりま  
した。

ここに、本委員会の報告書を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

# 地域医療対策委員会

委員長	富田雄二	(宮崎県医師会副会長)
副委員長	中目千之	(山形県医師会副会長)
〃	松井道宣	(京都府医師会副会長)
委員	安藤高夫	(全日本病院協会副会長)
〃	片山壽	(尾道市医師会 地域医療システム研究所所長)
〃	小林誠一郎	(岩手医科大学医学部長医学研究科長)
〃	小林利彦	(静岡県医師会理事)
〃	笹本洋一	(北海道医師会常任理事)
〃	高橋泰	(国際医療福祉大学大学院教授)
〃	豊田俊	(兵庫県医師会常任理事)
〃	中村康一	(三重県医師会常任理事)
〃	二宮保典	(岐阜県医師会常務理事)
〃	弘山直滋	(山口県医師会常任理事)
〃	戸次鎮史	(福岡県医師会常任理事)
〃	牧角寛郎	(鹿児島県医師会常任理事)
〃	増沢成幸	(神奈川県医師会理事)
〃	松本吉郎	(大宮医師会会長)
〃	渡辺象	(東京都医師会理事)

# 目次

はじめに.....	1
1. 地域医療構想について.....	3
(1) 地域医療構想の概要.....	3
(2) 制度の性格.....	4
(3) 都道府県の役割.....	4
2. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備.....	8
(1) 経緯.....	8
(2) 医師会の役割.....	8
3. 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.....	12
(1) 厚生労働省から提示されるデータ.....	12
(2) その他のデータについて.....	16
4. 構想区域の設定.....	21
(1) 議論の経緯と課題.....	22
(2) 医師会の対応.....	25
5. 構想区域ごとの医療需要の推計、医療提供体制の検討、病床の必要量の推計について.....	27
(1) 議論の経緯と課題.....	29
(2) 医師会の対応.....	32
6. 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.....	40
(1) 議論の経緯と課題.....	41
(2) 医師会による対応.....	42
7. 地域医療構想策定後の取組.....	44
(1) 地域医療構想調整会議.....	44
(2) その他、地域医療構想に影響を及ぼす制度について.....	46
8. 第7次医療計画に対する医師会の役割.....	52
(1) 「病床機能報告制度の今後の在り方」.....	53
(2) 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.....	53
(3) 在宅医療等に対応することとした者の介護分野等での対応方針.....	54
(4) 地域医療構想策定で発見された課題の医療計画への反映.....	54
おわりに.....	56



## はじめに

地域医療構想は、構想区域ごとにデータから推測された将来の医療需要を参考にしながら、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、適切な医療提供体制の構築を目指すものである。しかしながら、本来の主旨を離れ、「病床削減のための制度ではないか」との懸念が数多く出されてきた。これに対し、日本医師会は繰り返し「ガイドラインは参考である」ことを確認し、その結果、地域医療構想策定ガイドラインに「ガイドラインを参考に地域医療構想を策定する」ことが明記されている。

本委員会においても、これに基づき意見を交換し、地域医療構想は下記の考えの下に各都道府県が策定に当たり、医師会は中心的な役割を担っていかねばならないという認識を一致させた。

- ・地域医療構想は、2025年の医療需要を推測し、地域に必要とされる病床機能の充実に向けて医療機関による自主的な転換・収れんを目指した制度であり、病床削減のための制度ではない。
- ・地域医療のあるべき姿は、全国一律に決まるべきものではなく、実情に応じて地域ごとに設計できるようにする必要がある。そして、地域の実情を最もよく理解しているのは地域の医師会である。
- ・地域医療構想調整会議は、地域の医療提供状況を把握し、必要とされる医療を過不足なく提供できる環境作りのための話し合いの場である。
- ・各都道府県の構想策定においては、「構想で示される数値は4つの機能ごとの需要（患者数）の推測値であり、医療提供側のための参考値である。これを目標に行政が施策を進めるものではない」ことを明記する必要がある。

今回の地域医療構想で示される医療機能別必要病床数（病床の必要量）は、ガイドラインにおいて病名や病状を考慮せず便宜的に設定した、1日あたりの出来高点数換算

で区分した患者数を元に推測されるものである。一方で病床機能報告制度では、入院患者の病状などを医師が判断して、4つの医療区分ごとに病棟単位で病床数を報告するものであり、両者は概念が異なるものである。また実際には、病棟内には複数の機能の患者が混在しているなど、両者は単純に比較できるものではない。その上で、地域医療構想の医療需要推測値は、それぞれの医療機関が今後10年間において地域が必要とする病床機能への転換・収れんを考える際の参考値として利用できると考えられる。しかしながら、ガイドラインの慢性期機能の病床数は、入院受療率の格差を是正するとの名のもとに病床の削減を行おうとするかのような動きもあり、問題がある。今年1月下旬に取りまとめられた厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」における議論の結果も踏まえ、ガイドラインの数値にとらわれることなく、各地域における慢性期入院医療と在宅医療の最適な組み合わせを模索していくべきであろう。

今後を考える参考として、過去10年間の病床推移を見ると、病院数は7%、有床診療所数は43%減少し、病床数（一般病床＋療養病床）は11万床（7.3%）減少している。さらに、病床利用率も6%低下しているなど、すでに変化は始まっている。現状を把握し、今後の医療需要の変化に適切に対応することは、医療機関経営や地域医療を守る視点からも重要と考える。

地域医療構想による機能分化と連携を進めるには、診療報酬の裏付けと医療従事者の確保は必要不可欠である。日本医師会は、「どの機能を選択しても医療経営が成り立つ診療報酬を確保する」ことを目指すと明言しており、確実な実現を求めたい。

地域医療構想が病床削減や医療費抑制の手段に用いられることなく、地域住民に必要な医療を過不足なく継続的に提供できる医療体制を守るための手段となるよう、地域自身が的確に状況を判断しながら計画を進めていくべきであり、その過程において医師会の判断、役割は非常に大きく、中心的な存在としてその責務を果たすことが強く求められる。



## 1. 地域医療構想について

### (1) 地域医療構想の概要

平成 27 年 4 月 1 日より地域医療構想の策定が開始された。地域医療構想は都道府県の医療計画の一部として策定されるもので、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」（以下、「ガイドライン」と呼ぶ）を参考にしながら、各構想区域における 2025 年の医療需要を推測し、その推測値を参考に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、適切な医療提供体制の構築を目指すものである。

### 経緯

平成 20 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」を発表して急性期病院への資源の集中投入を打ち出し、国も病床機能の分化・連携に向けて急性期病床群を認定するとの提案があった。日本医師会はこれに反対し、急性期から慢性期まで切れ目なく医療を提供すべきと主張し、四病院団体協議会と共に出した対案により、各医療機関が自主的に病床機能を報告する仕組み「病床機能報告制度」が、平成 26 年度から創設された。

また、平成 22 年 12 月、社会保障改革に関する有識者検討会は、「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」との提言を行った。日本医師会も、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の主張を続けており、平成 23 年 7 月に閣議決定された「社会保障・税一体改革成案」において、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。

日本医師会は平成 25 年 4 月 19 日、社会保障制度改革国民会議において、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ている。

## (2) 制度の性格

地域医療構想は、データに基づいて推測された 2025 年の医療需要（患者数）を参考にして、各医療機関の自主的な取組や地域で開催される医療関係者・医療機関での協議を通じ、各構想区域において適切な医療提供体制の構築を目指すものであり、最も重要な目的は不足する機能をもつ病床の充実である。しかしながら、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において「地域医療構想策定ガイドライン」が取りまとめられる以前から「病床削減のための制度ではないか」との懸念が数多く出されてきた。これに対し、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」で繰り返し「ガイドラインは参考である」ことを確認してきた<sup>1</sup>。その結果、「ガイドラインを参考に地域医療構想を策定する」ことが明記された。

## (3) 都道府県の役割

地域医療構想は医療計画の一部との位置づけであり、策定主体は都道府県である。それゆえ都道府県の地域医療構想策定に対する姿勢が重要になる。

### 都道府県の姿勢

地域医療構想策定において、医師会など地域の関係職種との協議を行いながら自主的に策定しようとする積極的な姿勢の都道府県と、そうではなく、制度を正しく理解せず地域の意見よりもガイドラインを墨守する姿勢に終始するところがある。

前者は、地域医療構想策定部会の初会合で県行政が「ガイドラインは参考である」ことを明言し、その後も必要病床数（病床の必要量）の推計において「参考値」であることを確認しているところがある一方で、後者は 2025 年の必要病床数（病床の必要量）を病床の削減目標と捉える傾向がある。従って地域の医師会は、都道府県に対して「地

<sup>1</sup> 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）

「ガイドラインは参考です。そして地域医療構想は、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特色がある。ガイドラインはあくまでも参考だということを確認しながら議論してきた。」

域医療構想は稼働する病床を削減するための制度ではない。医療機関が 2025 年の必要病床数（病床の必要量）で表される将来の医療需要を確認しつつ自院のあり方を選択する、このような自主的な取り組みを通じて地域における医療提供体制を整えることに地域医療構想の目的がある」という本来の主旨を繰り返し説明する必要がある。

#### a. 行政の権限

医療法上、地域医療構想に基づき都道府県知事が対応することができるケースは、以下の4つに限られている。

##### ○ 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。

##### ○ 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

- ・ 過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由につき書面の提出を求める
- ・ 理由等が十分でないときは、地域医療構想調整会議への参加を求める
- ・ 調整会議で協議が調わない場合、都道府県医療審議会での説明を求める
- ・ 上記の説明で理由がやむを得ないものと認められないときは

公的医療機関：過剰な病床機能へ転換しないことを命令できる

民間医療機関等：過剰な病床機能へ転換しないことを要請することができる

##### ○ 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、不足している病床の機能区分に係る医療を提供することを、公的医療機関に対しては指示ができる。また民間医療機関等に対しては要請することができる。

##### ○ 稼働していない病床（病棟単位）への対応

- ・ 公的医療機関：病床の削減を命令できる。（医療法第7条の2第3項）地域医療構想以前より実行可能な制度。
- ・ 民間医療機関等：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（病棟単位）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。(同法第30条の12第1項)

なお、強制的な権限を持つのは公的医療機関に対してのみであり、民間医療機関に対しては要請を行うことになる。また、いずれも医療審議会の答申に従って行うものである。

#### **b. 策定事務**

地域医療構想の策定主体は、都道府県である。都道府県が医療審議会又はその下に設置する地域医療構想策定部会の事務局を務める。

# 地域医療構想の策定プロセス

## 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。

【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)	} 主な疾病ごとに検討
急性期	… 一部を除き構想区域内で完結	
回復期	… 基本的に構想区域内で完結	
慢性期		
※ 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		

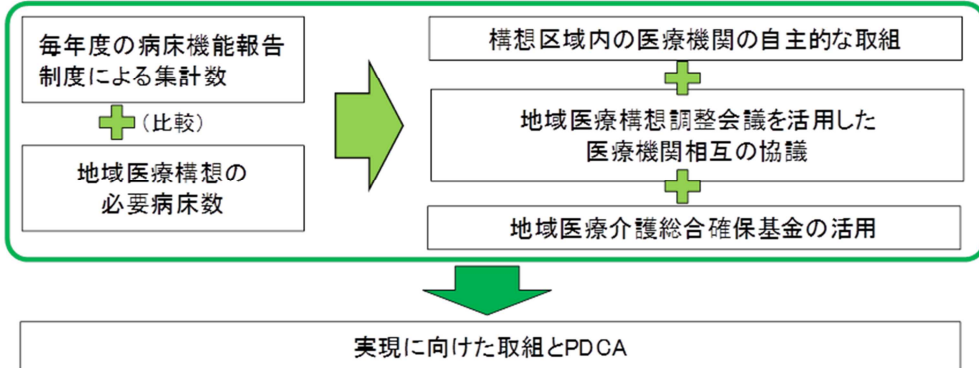
6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

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

(参考)策定後の取組



## 2. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

### 【参考】 1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備より抜粋

P7

○ 地域医療構想は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、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くとともに、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（医療法第 30 条の 4 第 13 項及び第 14 項）。なお、都道府県医療審議会については、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。

○ 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、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。

P8

○ 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（医療法第 30 条の 4 第 15 項）。その際、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、幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。

### （1）経緯

厚生労働省からガイドラインが発出され、議論の基となるデータベースの配布が予定よりも遅れたが、地域医療構想の策定が始まる平成 27 年 4 月以前から、日本医師会は都道府県医師会に対して前倒しで準備を進めるようにアナウンスし、また多くの都道府県庁も医師会に事前に相談していたことから、大きな混乱もなくスタートできた。

### （2）医師会の役割

ガイドラインにより、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が設置されており、都道府県医師会長や担当理事が参加して構想策定の議論が行われていることは重要であり、基本である。

各構想区域に設置された地域医療構想調整会議においては、郡市区医師会長が議長となり中立的な行司役として議論をリードする必要があるとあり、また、都道府県医師会からも

オブザーバーとして可能な限り参加し、各市町村、地域の医師会へ地域医療構想の説明を行うと共に、地域の意見を都道府県全体の構想に反映させる必要がある。

以下に各都道府県の取り組み例を述べる。

#### <山形県>

山形県は、地域医療構想が必要病床数（病床の必要量）と病床機能報告の単なる数字あわせに終始することを防ぐため、二次医療圏内の全病院長をメンバーとし、地域の医師会会長が座長を務めるワーキンググループを二次医療圏ごとに設置した。国の提示するデータの解析や今後の医療提供体制の説明は山形大学大学院医学系研究科の村上正泰教授が各二次医療圏に出向してレクチャーする方法をとっている。さらに、県医師会は行政と協力して各市町村、及び地域の医師会へ地域医療構想の説明を行うことにしている。

#### <山口県>

山口県は、慢性期病床が全国で2番目に多い地域である。在宅医療はあまり広がっていない。その背景には「高齢者の体調が悪くなったら入院して診てもらおう」という長年続いてきた県民意識がある。地域医療構想について県医師会と県担当者間で協議を繰り返したことで、ガイドラインの数値は一定の仮定を置いて機械的に計算した参考値であり、現在稼働している病床を削減する権限は存在しないこと、地域の実情において自主的な取り組みが基本であること、2025年に向けて医療機関の方針を踏まえつつ丁寧に調整を行っていくものであるとの共通認識を行政と持つことができた。地域医療構想策定協議会の初会合においても、県が「ガイドラインは参考である」ことを明言し、その後も必要病床数（病床の必要量）の推計において「参考値」であることを確認している。

## <神奈川県>

神奈川県では、県医師会が郡市医師会や行政の関係者を集め、地域医療構想の説明会、データ活用に関する研修会、さらに産業医科大学医学部教授の松田晋哉先生を迎えて平成28年2月3日に模擬地域医療構想調整会議（参加者は県医師会役員・郡市医師会（調整会議の委員）・神奈川県病院協会・神奈川県医療課）を実施した。

構想区域は二次医療圏を基本としているが、横浜市に関しては3つの二次医療圏を1つの構想区域とする方向である。

## <埼玉県>

埼玉県では、平成27年7月30日と11月12日の「埼玉県地域医療構想検討会」において、構想区域は現行の二次医療圏のまま10区域とした。2025年の医療需要は一部の構想区域を除き増加する見込みであり、特に「在宅医療」は、県全体で、40932名(2013年)から82372名(2025年)に倍増する。埼玉県は今後全国一のスピードで高齢化が進むとされており、在宅医療患者への対応が、喫緊の課題である。

構想区域の一つであるさいたま市では、市内の医療関係者、学識経験者、行政担当等を含む「医療ビジョン研究会」を平成26年に立ち上げ、今後急速に進む高齢化等を踏まえ、目指すべき医療体制について検討を重ね、平成27年3月に「さいたま市医療ビジョン研究会議論のまとめ」をとりまとめた。ビジョンのまとめでは、さいたま市長に以下の4つの指針に基づく様々な提言を行った。

- ①医療機能の分化・連携の推進
- ②在宅医療の推進
- ③医療従事者の確保・育成
- ④救急医療体制の整備推進

この指針等を踏まえつつ、さいたま市区域の地域医療構想を議論し、医療機関の役割分担・機能連携等を進めていく予定である。なお、埼玉県では「地域医療構想調整会議」の設置は地域医療構想策定後を予定している。現在まで、埼玉県と埼玉県医師会及びさいたま市と郡市医師会との連携・協力はスムーズに行われている。



### <北海道>

北海道は、広大な範囲に 6 つの三次医療圏と 21 の二次医療圏を持つが、各圏域の面積、人口、医療資源には大きな格差がある。構想区域は現行の二次医療圏を単位として進める方針であるが、例えば、病床機能報告制度において高度急性期病床が 0 と報告されながら、ガイドラインでは必要病床数（病床の必要量）が 17～27 と推計された圏域が 6 つもある。その機能をどの医療機関が担うのか、隣接圏域あるいは三次医療圏内での連携を図るにしてもアクセスの問題もある。今後、各圏域の意見を聞きながら、行政と共に道医師会が調整にあたる必要がある。

### <京都府>

京都府は、6 つの二次医療圏をそれぞれ構想区域とし、府医師会役員出席の下、調整会議を実施した。地域医療構想は将来の医療需要の予測値であり参考とする数値であることを確認し、流出・流入についてはすべての機能で医療機関所在地ベースとした。隣県との調整も同様に行う方針である。患者が、その医療機関を受診する理由は、医療圏を越えても近いから（特に緊急性の高い疾患）、居住地域に希望する医療機関がないから、その医療機関の評判が良いからであり、構想区域を越えて流出入することは当然のことであろう。

また、より実態に近い医療需要を求める際の参考とするために、府内医療機関に対して病床単位で「入院患者実態調査」を実施する予定である。

### 3. 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

#### 【参考】2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有より抜粋

P8

- 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はなく、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・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠となる。
- 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、患者・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。
- 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、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。その際、医療機関の協力を得て、病床機能報告制度等により、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。

P9

- 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）等の情報を踏まえていないことから、医療機関別、二次医療圏 8 等の地域別、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。

#### （1）厚生労働省から提示されるデータ

##### ①地域医療構想策定支援ツール、医療計画作成支援データブック等について

厚生労働省は、平成 27 年 6 月 16 日～18 日に都道府県庁の地域医療構想策定担当者に対し、地域医療構想策定支援ツール、医療計画作成支援データブック等（以下「支援ツール等」と呼ぶ）の操作方法等についての研修を開催し、都道府県庁へ配布した。

また、7 月 13 日、14 日の研修会には、各都道府県医師会からも参加することで、医師会自身も支援ツール等を扱える環境となった。

これらのデータは、NDB（ナショナルデータベース）や DPC 対象病院からのデータを元に推計されたものであるが、数値に加工はなく、当初懸念された実体が不明なデー

タではなくなった。ただし、患者のプライバシーを保護するため、二次医療圏単位で患者数 10 未満の部分は法令上の制限により表示されない。これらのデータは、地域医療構想策定においては、都道府県医療審議会や地域医療構想調整会議準備会等に提供される。なお、地域医療構想策定後に開催される地域医療構想調整会議においては、患者情報や医療機関の経営に関するデータ公開に関して、一定レベルの制限がかけられている。

## ②厚生労働省から提示されるデータについての課題

「支援ツール等」については、自らが操作できる利点があるものの、都道府県庁及び医師会の担当者から、「どのような操作をすれば希望した結果を得られるかがわからない」、「操作して得られた結果がいかなる意味を持つものであるかが分かりづらい」、また「活用が難しい」という意見が多く、十分な活用ができていない都道府県が多いと思われる。

この点、本委員会では、国から提示されたデータに対して、専門的見地から次のような意見が寄せられた。

国から提示されたデータは、A「地域医療構想策定等支援ツール」、B「医療計画作成支援データブック（DISK1）」、C「医療計画作成支援データブック（DISK2）」の3つである。この内、Aに実装されている「必要病床数等推計ツール」を使って、都道府県は必要病床数（病床の必要量）を提示している。

しかし、このツールは、2013年度の入院受療率をベースに、構想区域（二次医療圏）ごとの人口数に患者の流出入割合を掛けて医療需要を推計するものである。よって、計算式自体の限界や、今後のその区域における医療提供体制の変化により、推計された必要病床数（病床の必要量）と、実際の2025年における医療提供体制は、大きく変わってくる可能性がある。

そのため、地域医療構想策定の段階で必要病床数（病床の必要量）の絶対値を厳格に議論することは、あまり意味がないように思える。必要病床数（病床の必要量）は、「一

定の仮定の下に出された4つの機能ごとの需要（患者数）推測値であり、医療提供側のための参考値である」ことを再認識して、地域医療構想の策定に際しては、より実質的な議論に注力すべきである。

私たちがやるべきことは、現状の構想区域（二次医療圏）において、疾患ごとにどの程度（何%くらい）の患者が流出入しているかを把握して、今の医療提供体制をどう守っていくかを考えることにある。国から提示されたデータも、そのために活用すべきである。

そのための有効なツール活用として、A「必要病床数等推計ツール」による構想区域単位の疾患別の流出入状況把握や、Bに実装されている（国保＋後期高齢者）レセプト情報から見た「構想区域間の受療動向」や「各指標のレセプト枚数比較（SCR）」の検討、Cに実装されている Tableau ツールによる「構想区域ごとの医療機関のカバーエリアや人口カバー率把握」などがある。

なお、地域医療構想においては、慢性期機能及び在宅医療等を一体として議論することになるが、この在宅医療等に関するデータの内訳が、「支援ツール等」からは把握できない。そこで、都道府県庁がこれらについて独自にデータを収集分析する必要があるが、在宅医療は、元来基礎自治体である市区町村が担当していることもあり、都道府県庁は充実したデータを持っていない点を認識しておく必要がある。

### ③厚生労働省から提示されるデータに対する医師会の対応

#### 【日本医師会の対応】

日本医師会は、地域医療構想の策定及び策定後の取組において、データを利活用する場面が多くなることを踏まえ、情報の偏在と利活用の格差を解消するため、以下の取組を行った。

第一に、平成27年5月14日に都道府県医師会に対し、前回の医療計画策定時の「医

療計画作成支援データブック」<sup>2</sup>を配布した。また、6月26日に都道府県庁に配布された「医療計画作成支援データブック（DISK2）」<sup>3</sup>を、日本医師会経由で都道府県医師会に配布した。さらに、7月13日、14日に厚生労働省が主催する「地域医療構想策定研修」に医師会関係者が参加した場合、地域医療構想策定支援ツール、医療計画作成支援データブック等を、厚生労働省から都道府県医師会に配布されるよう調整した。

第二に、情報の偏在だけでなく、利活用の面での格差を解消するため、都道府県庁の担当者が受講した6月16日～18日の「地域医療構想策定研修」と同様の研修を、7月2日に日本医師会館大講堂で開催した。

都道府県医師会から寄せられる地域医療構想の課題及び質問に対しては、厚生労働省に確認を行い回答すると共に、地域医療構想情報共有ホームページ<sup>4</sup>に結果を掲載している。

#### 【地域医師会の対応】

厚生労働省から提供されたデータの操作、解析を行うには高い専門性が求められる。そこで、専門家（大学の研究職の先生等）にデータの解析・説明を依頼することにより理解を深めている医師会がある。

山形県医師会は、山形大学大学院医学系研究科の村上正泰教授による、データの分析と利活用に付いてのレクチャーを行政、医療関係者に対して実施した。

静岡県医師会は、浜松医科大学医療福祉支援センター特任教授の小林利彦先生が、構想区域ごとの調整会議に、静岡県医師会の担当オブザーバーとして参加をしている。また、静岡県庁から示された各構想区域のデータの分析と、データの読み方を全構想区域の医療関係者に対して説明を行っている。

---

<sup>2</sup> 地 I 49（平成 27 年 5 月 14 日）「地域医療計画作成支援データブック（公表版）の送付について」

<sup>3</sup> 地 I 103（平成 27 年 6 月 26 日）「平成 27 年度地域医療計画作成支援データブック（DISK2）の送付について」

<sup>4</sup> URL：<https://www.med.or.jp/ssl/koso-info/> ID、パスワードは、都道府県医師会事務局へ送付

福岡県医師会は、産業医科大学医学部教授の松田晋哉先生と協力して、地域の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題を明らかにするための検討資料を構想区域ごとに作成した。この資料は、厚生労働省が配布した「医療計画作成支援データブック DISK1」、「必要病床数等推計ツール」および産業医科大学が収集したデータ等を元に作成しており情報の精度が担保されている。各地区の調整会議委員、郡市区医師会役員を対象に資料の合同勉強会を開催し、地域医療構想およびデータ活用についての認識の共有を行った。

調整会議開催時には、各地域の分析を予め行い、現状分析・課題抽出シートにまとめたものを議長の手元に置き、議事進行シナリオを用意し、また、検討漏れがないようにチェック項目を網羅したシートを用意して、円滑で十分な意見交換を行うように図っている。

## (2) その他のデータについて

大学で地域医療を研究している教室では、都道府県庁から示されたデータの解析の他に、自らの研究で手に入れた独自のデータを持っている。これらのデータを基に、地域の実情に即した検討を進めることが可能である。例として、浜松医科大学の小林利彦教授と、国際医療福祉大学の高橋泰教授の資料を以下に掲載する。

### 【静岡県西部医療圏内の病院の分析について】 浜松医科大学 小林利彦教授

以下の図（図1）は、静岡県西部医療圏の8つのDPC対象病院について、入院病日単位の境界点（平均値）に基づく病床機能区分を示したものである。すべての病院において、「高度急性期」と「急性期」の病床区分がそのほとんどを占めている。この医療圏には急性期機能を担う病院が著しく多く、近年の平均在院日数の短縮等に伴い、病床稼働率が8割を切る施設も出てきている。今後、空いている病床をどう活用すべきか考える必要がある。その右の図（図2）は、同医療圏（同じ病院）を平均値ではなく中央

値で評価したものである。中央値で分析すると、医療資源投入量には大きな差異が見られ、診療密度がやや低い「回復期以後」に相当する病床区分がかなり多いことが分かる。各病院の病床機能の評価する際には、その方法論の選択に関して配慮が必要である。

図 1

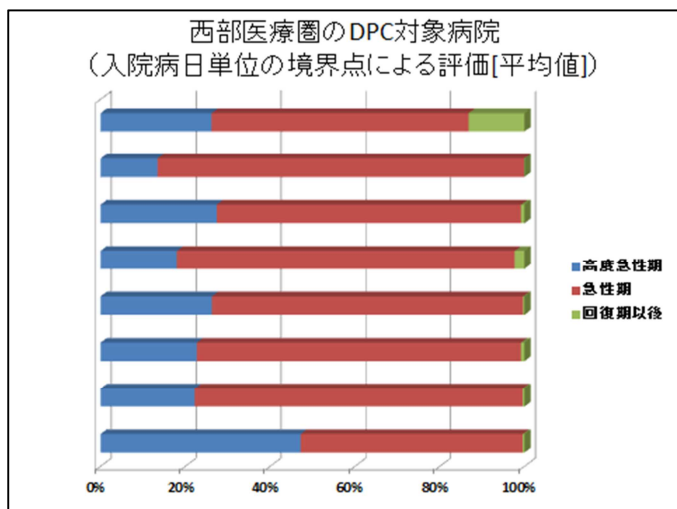
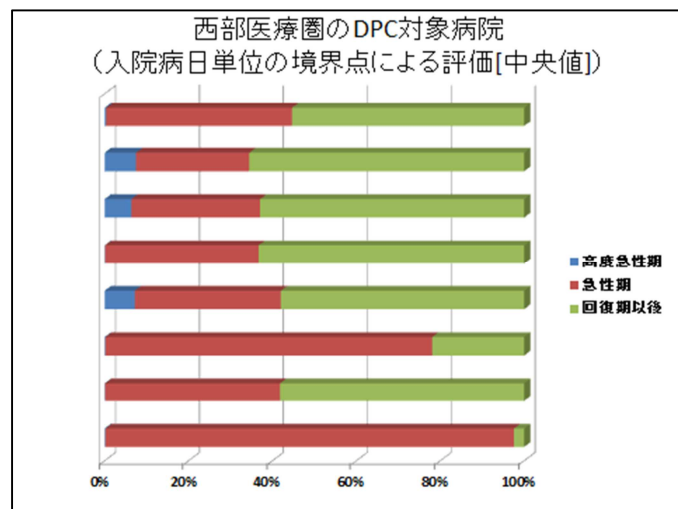


図 2



以下の図（図 3）は、入院病日ごとの診療単価（医療資源投入量）の推移を中央値で示したものである。在院期間が延びるにつれ、入院当初は診療単価が減少しているものの、その後は必ずしも収束しているわけではない。その右の図（図 4）は、静岡県西部医療圏（8 病院）の入院後 14 日間における診療単価の推移を中央値で示したものである。在院日数の中央値付近で比較すると、大学病院が一番高位置を推移しており、それに続いて一つの病院が推移している。それ以外の大多数の病院はほぼ同じ高さで推移しているが、一病院のみ低位置にある。この種の分析手法は、各病院の病床機能の評価する上で一つの目安になるかも知れない。地域医療構想では病床機能の選択を「自主的に」行うべきとしているが、この種のデータや指標等を活用することで、自ら判断することも可能になると考える。

ただし、医療圏単位での分析の結果、既に地域において病院の機能分化が十分に進んでおり、新たな病床機能転換を図る必要がない医療圏もあるということは知っておくべきである。

図 3

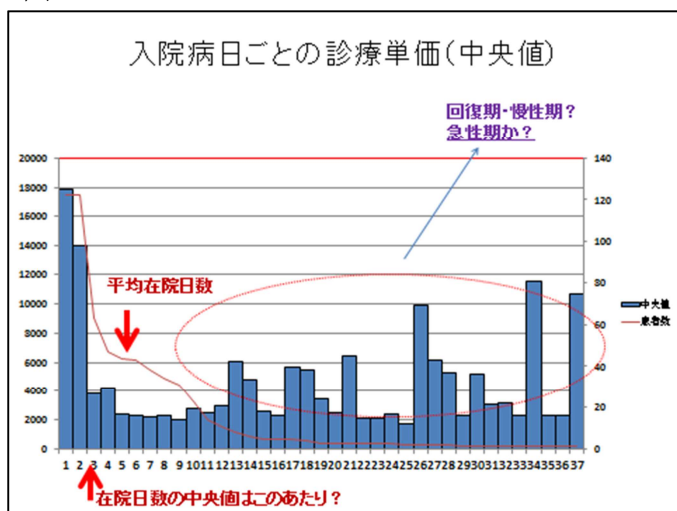
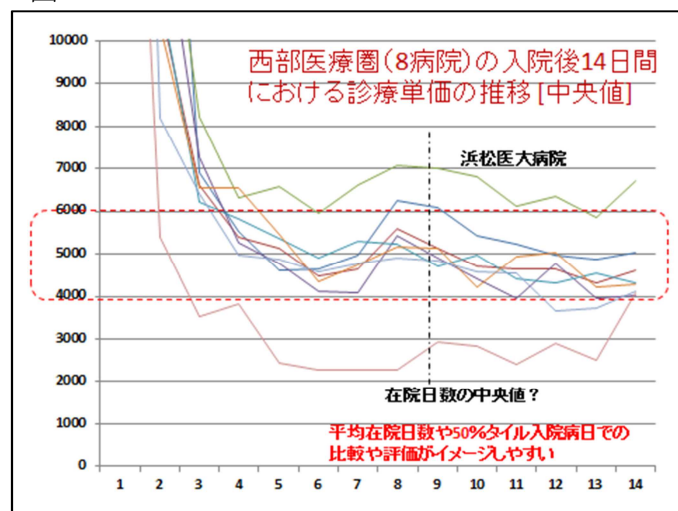


図 4



最後に、地域医療構想の策定段階における病床機能評価のポイントや疑問点などを以下（図 5）にまとめておく。

\*その後、「ガイドライン」等の完成や中途の議論などで解決された事項もある。

いずれにせよ、DPC 制度が本邦に導入された当初と同様に、病院あるいは病床の機能を診療報酬請求における出来高で評価・判断する方法論では、現場において様々な混乱が生じる可能性がある。適切な方法論を検討ならびに選択するとともに、既存のデータ分析だけに頼らない判断や評価なども重要である。

図 5

- ポイント
- 既存の看板(特定機能病院など)は考慮されるのか？
  - 診療密度=出来高評価が重視される！
    - 1) ジェネリック推進と矛盾しないか？
    - 2) 平均在院日数を超えた後の「外れ値」は？
    - 3) 包括される1000点未満処置の把握が重要？
  - 食事代は外すべきか？ 退院時処方の評価は？
  - 特定入院料に包括されるものを考慮できるのか？
  - 診療科特性の問題: 産科・小児科患者などは低額？
  - ICUのように入院直後には入室しない病棟もある
  - 何%以上(以下)で病棟機能評価がなされるのか？
  - Y軸がパーセンタイルなら、X軸もパーセンタイル？
  - 最終評価方法はどうか？



【医療制度改革概要：今後の方向性】国際医療福祉大学 高橋泰教授

人口構造が根本的に大きく変わる。2005年から2030年までは高齢者が50万人増え、若年者が100万人減るから人口が50万人ずつ減少し、その後は、高齢者も増えず年100万人減少していく。もう一つ、地域差の原因は1955年から1970年にかけて地方から三大都市圏に800万人が移動したことが挙げられる。地方は高齢者が残り20世紀中に急激に高齢化が進んだ。今後は高齢者の予備軍もいなくなり高齢者・子供ともに増えず人口が減る。他方、大都市は流入した800万人が今後15年間で一気に後期高齢者になる。彼らをどう支えるかというのが2025年問題の本質である。

医療需要と介護需要の変化を予測すると、2010年を100として、医療需要は2025年ピーク時に1割増え、介護需要は2030年ピークで5割増える。75歳以上が6割増えるが、この集団は従来型の医療に加えて、病気を治すよりも生活環境を整え地域での生活が維持できるように保つというニーズが高くなる。そこで注目されているのが地域包括ケア病棟で、急性期後や在宅・施設のバックアップを担う。今後7:1病棟等の急性期病床が過剰になり、地域包括ケアが必要となってくる。しかしながら、地域差がとても大きい。需要の変化も地域で異なる。従って地域ごとにあるべき方向を模索する必要がある。

今回の改革は、従前の新規病床の規制と異なり、病床機能の転換や公的病院を中心とした病床削減、つまり既存の病院に変化を求めている。

地域医療構想において、医師会と厚生労働省はガイドラインを参考に地域での協議を重視しているが、一方で、財務省は国が定めたガイドラインの方向に引っ張っていきたいと考えていることには注意が必要である。

各地域の協議の場では、地域の現状と将来予測を把握し、力不足の病院同士の統合も含めて、リーダーシップを持って地域のあるべき姿へ近づけていく話し合いを期待したい。

### 【全国各地の医療・介護の余力を評価する】

「一人当たり急性期医療密度」という指標を作った。全国を 1km×1km に区画し、患者目線で、急性期病院の恩恵をどれくらい受けているかを数値化したものである。

これまでは二次医療圏ごとに医療機関数や病床数から地域の医療充実度を判定していたが、実情と一致しないところも見られた。それは住民が医療圏を意識することなく、圏域を越えて受診していることが一因である。

そこで、今回の試算は医療圏に関わらず 60 分以内で利用できる医療機関を組み込み、医療機関の急性期医療の提供能力については全身麻酔件数に着目して重み付けを行い、アクセス時間については道路網と走行スピードも加味して計算した。各区画の点数を人口で割って「一人当たり急性期医療密度」を算出している。

本指標は医療者から見ても実態に合っており、地域医療構想を策定するにあたり、区割りをどうするかを考えたり、どこが困っているのかの判断、困っていないところは触らないなどの判断に有用であると考ええる。

（「日本の医療提供の地域偏在の見える化」社会保険旬報 2014.10.11 号）

## 4. 構想区域の設定

### 【参考】 3. 構想区域の設定より抜粋

P9

- 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。

P10

- 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（2012 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%以上の全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。

P11

- 以上のことを踏まえ、構想区域の設定に当たっては、病床の機能区分との関係について、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。なお、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、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。一方、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。

## P11～12

○ 地域医療構想は平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制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（2013 年度）～平成 29 年度（2017 年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成 36 年（2024 年）3 月が終期となる平成 30 年度（2018 年度）からの次期医療計画の策定において、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である。

### （１）議論の経緯と課題

「ガイドライン」では、医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化するために、構想区域を設定することとされている。この構想区域は、二次医療圏を原則としつつ人口規模、患者の受療動向、疾病構造等を勘案して、二次医療圏と異なる構想区域の設定も可能であるとしている。

現状では、多くの都道府県は「構想区域＝二次医療圏」の形で構想策定が進められている<sup>5</sup>。二次医療圏は特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、圏域内での完結を想定するものであるが、現状は、交通網整備によるアクセスの変化や医師や医療機関の偏在等の様々な要因により、医療圏を越えて患者が流出・流入する二次医療圏が多く、今回の構想区域の設定は区割りを見直す機会でもある。しかしながら、保健所の管轄、郡市区医師会、基準病床数の区割りなどは一部を除き二次医療圏を基本としていることから、構想区域として新たな区割りを設けることは困難であったと想像される。

その中で、三重県と東京都において、新たに構想区域を設ける試みが報告され、中心となる都市に病床の機能区分が集中している例として鹿児島県の例が報告された。

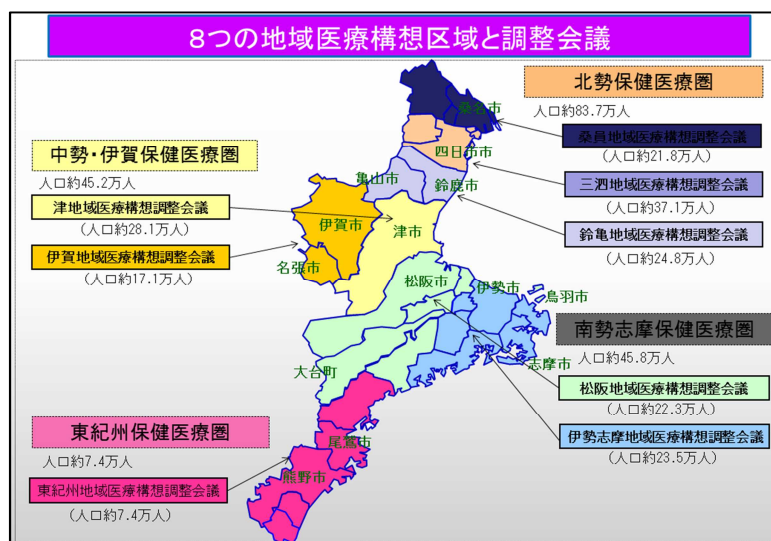
#### <三重県>

三重県は、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在している県の特徴を踏まえ、この各都市に基幹となる病院があることを前提に、

<sup>5</sup> 第 12 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料 2-2 より。予定を含め 38/47 都道府県が構想区域＝二次医療圏としている。

現行の4つの二次保健医療圏（北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州）をさらに分けて、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定した。これにより、全ての構想区域に2次救急医療機関があることになり、また、東紀州構想区域を除く構想区域には、自身の構想区域または隣接する構想区域に3次救急医療機関があることになった。東紀州構想区域については、今後、公的医療機関等による医療機能の拡充を期待したい。

なお、このように構想区域を分けたが、国から提供された「支援ツール等」では、二次医療圏より小さい単位での推計ができないため、当初平成27年度内に策定予定であった地域医療構想を、平成28年度に延長することになっている。



次に、必要病床数を設定する際、構想区域に大都市を含む大都市型、県庁所在地等を含む地方都市型、大都市、地方都市の周辺に位置する地方型という特徴を踏まえる必要がある。

<東京都>

東京都は、13医療圏のうち西多摩医療圏と島しょ医療圏を除く11医療圏の合計面積が1,204 km<sup>2</sup>とほぼ全国の医療圏の平均面積(1,084 km<sup>2</sup>)に近く、この中に都民の97%が暮らしている。かつ、東京都は交通網が発達し、高度な医療を担う大学病院、特定機能病院が集積するといった特性の下、疾患・事業ごとに様々な医療連携体制がすでに構

築されており、この結果、現在の二次医療圏は現実の医療圏とは異なり、二次医療圏の中で患者の受療動向が完結しているわけではない。

平成 24 年 3 月に厚生労働省が示した医療計画作成基準において、いわゆる自圏域完結率が 80%以上であることが一定の基準とされたが、次表で分かるとおり、東京都(島しょ医療圏を除く)において、80%の自圏域完結率を維持するのはわずかに西多摩医療圏における回復期と慢性期のみである。

東京都における構想区域の自圏域完結率(2025年)				
青太字:80%以上、赤字:60%未満				
	自圏域完結率			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
区中央部	57.9%	58.4%	42.3%	21.4%
区南部	73.6%	77.2%	75.2%	46.5%
区南西部	56.3%	62.3%	61.4%	43.0%
区西部	59.3%	63.7%	56.2%	32.0%
区西北部	62.3%	68.5%	68.7%	60.4%
区東北部	47.6%	62.0%	68.2%	66.5%
区東部	52.8%	66.0%	64.9%	38.0%
西多摩	64.9%	77.1%	81.6%	80.2%
南多摩	58.3%	69.3%	70.8%	70.6%
北多摩西部	57.6%	68.0%	65.4%	40.8%
北多摩南部	69.8%	70.6%	68.3%	40.9%
北多摩北部	54.2%	64.2%	66.0%	57.6%
島しょ	—	—	—	—

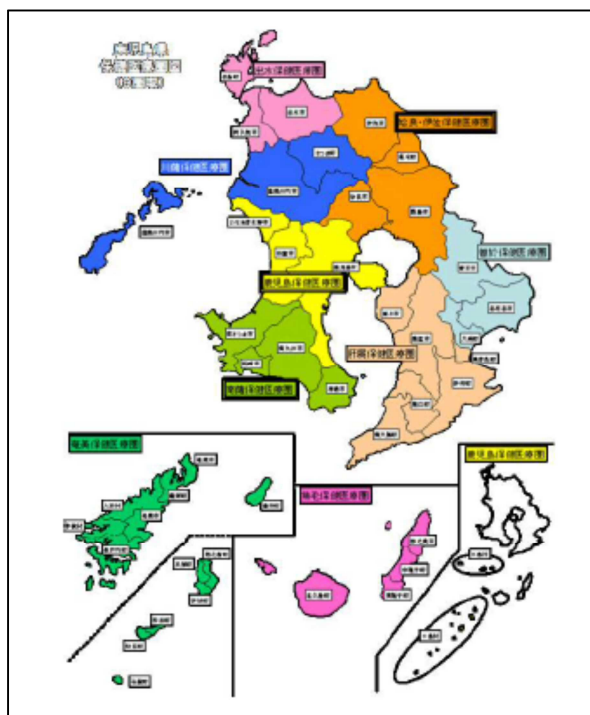
しかしながら、隣接医療圏を入れると 7、8 割の完結率が確保できるとの話もある。このような現状を踏まえ、東京都医師会及び都の病院団体は、東京都に対し、実態に即した医療提供体制の検討を行うために、「病床整備区域」と「事業推進区域」に概念を分けて整備することを提案し、両者の混同を招く恐れのある「二次医療圏」という言葉を東京では用いないこととした。

なお、今回策定する地域医療構想では、都の構想区域は「病床整備区域」とするが、今後、「事業推進区域」と十分な調整を図っていくこととした。

また、平成 30 年度からの東京都保健医療計画の策定にあたっては、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化など、将来における要素を勘案するとともに、現状の五疾病・五事業などの医療提供体制を十分に検証したうえで、今後示される療養病床や特定機能病院に対する国の方針や、国が提供する基礎的データも踏まえながら、「病床整備区域」についても、必要な検証や見直しを検討することとした。

## <鹿児島県>

鹿児島県では、9つの二次医療圏を構想区域として検討を進めることとした。高度急性期機能以外はそれぞれの構想区域で完結することを検討し、高度急性期機能は鹿児島医療圏との連携を前提に考えていくことになる。現状として鹿児島市に高度急性期や急性期機能が集中し、周辺の医療圏はそこにアクセスするという構図ができており支障はない。この体制を生かしながら、急性期後の受け皿として、周辺地域で回復～慢性期、在宅の機能を充実させていく方向を考えている。また、検討の対象となる医療圏と生活圏の違いや、県境においては他県と緊密な関係があることから、必要に応じて二次医療圏より小さい単位での検討、隣県との協議を行うこととしている。



## (2) 医師会の対応

二次医療圏と異なる構想区域の設定をすると必要病床数（病床の必要量）の推計ができない問題については、厚生労働省が、二次医療圏と異なる構想区域の設定をした場合は、都道府県から厚生労働省に申請をすれば、設定した構想区域での必要病床数（病床の必要量）を推計し結果を渡すという手続きになる。しかし申請から結果の報告まで、

約6ヶ月かかるため、厚生労働省へ結果の報告と、市町村ベースのデータを早期に推計できるように要請をしている。



## 5. 構想区域ごとの医療需要の推計、医療提供体制の検討、病床の必要量の推計について

【参考】4. 構想区域ごとの医療需要の推計、5. 医療需要に対する医療提供体制の検討、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）の推計より抜粋

### P12 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、直ちに、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。
- 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、患者住所別別に配分した上で、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。（後略）

※ 平成 25 年（2013 年）のデータに基づくため、平成 26 年度（2014 年度）診療報酬改定のより導入された地域包括ケア病棟等については、本推計には含まれていない。

#### 2025 年の医療需要の推計方法

構想区域の 2025 年の医療需要 = [当該構想区域の 2013 年度の性・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

### P13

(1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計の考え方

- 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推計するよう、一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、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。

### P14

- 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機能及び急性期機能で対応する患者数とし、急性期機能と回復期機能とを区分する境界点（C2）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機能で対応する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、(中略)、高度急性期機能と急性期機能とを区分する境界点(C1)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。

#### P15

- (前略)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(C3)とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み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、回復期機能で対応する患者数とする。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。

#### P20

##### vi 慢性期機能及び在宅医療等の推計について

- 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%を在宅医療等で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。

**P21 5. 医療需要に対する医療提供体制の検討より抜粋**

- その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため、大都市圏など（中略）においては、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当である。

**P22**

- i 都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（①）と、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）（②）を比較する。
- v （前略）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（③）を確定することとする。

**P23**

**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）の推計より抜粋**

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数（③）を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成 37 年（2025 年）の病床の必要量（必要病床数）（④）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

**（１）議論の経緯と課題**

必要病床数（病床の必要量）を策定するに当たっては、一次、二次医療圏から調整を積み重ねるボトムアップ方式と、当該都道府県で全体の数値を出した上で、各構想区域において微調整するトップダウン方式が考えられる。本来であれば、各構想区域におい

て将来像を計画して必要な病床数を検討し、それらを積み上げる形で都道府県の構想策定がなされるべきであろうが、高度急性期機能などは複数の構想区域をまたいで整備を考える必要があり、その他の機能においても流出・流入の調整が必要なことから、都道府県全体の構想を策定した上で各構想区域での検討を加えるという方法も十分考えられる。いずれの方法にしても、県全体のバランスと各構想区域の将来像の双方が反映できるように、都道府県と構想区域で繰り返し意見交換することが求められる。

### ①流出・流入の調整

ガイドラインでは、患者所在地ベースの推測値と医療機関所在地ベースの推測値が示されている。現状の流出・流入を解消しようと計画する場合（構想区域内での医療完結を目指す場合）と、流出・流入が継続すると考える場合の2通りである。どちらで構想を策定するかについては、提供する医療機能によっても考え方が異なる。

- ・ **高度急性期機能**：医療機関所在地ベースが基本となるであろう。高度急性期医療の提供は、高機能な機器・施設の設置と、専門医をはじめとする多数の専門スタッフを要することから、都市部に集中しており、各構想区域で個別に整備することは現実的ではない。今後も現状の流出・流入を前提に、隣接地域との連携を以て提供することが考えられる。都道府県全体、場合によっては都道府県をまたいでの需要をみて、病床数の過不足を検討する必要がある。必要であれば各区域からのアクセスの改善を行政に働きかけなければならない。

ただし、脳血管障害、心筋梗塞など緊急の治療開始が必要な疾患においては、区域内での整備が前提となる。区域内に高度急性期病棟がなくとも、実際には急性期病棟において当該医療を支障なく提供している場合もあり、地域の医師会において実態の把握をした上での目標設定が必要である。

- ・ **急性期機能**：患者住所地ベースが基本になる、または、医療機関所在地ベースが基本になるという双方の考え方があり。構想区域内で急性期医療が完結することが理想で

あり、流出の多い地域においては急性期病床の整備を進めていくべきとの意見がある。一方で、急性期医療の提供にも設備、医師、コメディカルスタッフの確保が必要であり、流入地域の既存の医療資源を活用するのが妥当であるとする意見もある。現状の病床稼働状況や交通アクセス、患者ニーズなどを考慮しながら各地域で柔軟な判断をしていただきたい。

- ・慢性期及び回復期機能：患者住所地ベースが基本であり、患者も近隣の医療機関での加療を求めていると考える。

## ②4つの病床の機能区分について

病床機能は4つの区分「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」に分けられている。ここで、「地域医療構想」と「病床機能報告制度」において区分の考え方がまったく異なっており、両者は単純に比較できないことを確認しておきたい。

ガイドラインの高度急性期、急性期、回復期に関する算出方法は、平成25年度1年間のNDB等から取得した入院患者の診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）を全てプロットし、3000点、600点、225点（175点）で区切る。そして、4カテゴリに存在する患者数（人・日）を1年当たりの医療需要とし、これを365（日）で除して、1日当たりの患者数を算定したものである。従って、点数のみでいずれの区分に属するかが判断されるが、この数値（点数）は、ガイドライン策定のために便宜上設定されたものであり、恒常的なものではない。仮にこの点数を変更すれば各機能の病床数も変化するものであるから、地域医療構想で策定される2025年の必要病床数（病床の必要量）については、各区分の数値が一人歩きすることのないよう、前提条件を十分に理解した上で「参考値」として利用することが必須である。

一方で病床機能報告制度の4区分では、入院患者の病状などから医師が定性的に区分を判断して報告するものである。また、実際には病棟内には複数の機能の患者が混在しているが、病棟単位での報告であるために主な区分に一括して病床数がカウントされる

こととなる。

## (2) 医師会の対応

地域医療構想で2025年の必要病床数（病床の必要量）を推計するに当たっては、ガイドラインに示された数値が基準となる。ガイドラインの数値は2013年の性・年齢階級別の入院受療率を算出し、2025年の性・年齢階級別推計人口を乗じて総和をとった上で、病床稼働率で割り戻した数値であり、都道府県は変更はできないものと考えているようである。これに沿って考えた場合、我々は、各構想区域間や県をまたいでの流出・流入をどのように必要病床数（病床の必要量）に反映するかを検討することとなる。この際に重要なのは、今回策定する必要病床数（病床の必要量）は、2013年の受療率を用い、便宜上設定した点数で区分した4つの機能別の将来需要を推測したものであり、さまざまな前提の上に推測された「参考値」であることを周囲に認知させることである。

都道府県によっては、「各構想区域における病床の機能区分ごとに求めた将来の病床数の必要量の和は、都道府県全体の医療機能区分ごとに求めた将来の病床数の必要量の和を超えることができない」との説明を受けているようであるが、その意味するところは、流出・流入をどのように反映させるかの基準を当該構想区域間で統一する必要があるということである。流入を受ける構想区域は医療機関所在地ベースで推計し、流出している側は区域内での医療完結を目指して患者所在地ベースでの推計を求めるケースが多いと想像されるが、これを統一させる必要がある。

このためには、「今回策定する必要病床数（病床の必要量）は、さまざまな前提の上に2025年の医療需要を推測した参考値であって、これを目標に病床を削減しようとするものではない」ということを繰り返し、病院関係者、行政に周知し、理解を得る必要がある。6月15日に「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が第1次報告<sup>6</sup>を発出した後、厚生労働省医政局地域医療計画課長より発出

---

<sup>6</sup> 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告  
<<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>>

された文書<sup>7</sup> 及び、本報告書の活用が考えられる。

また、都道府県や都道府県医師会の担当者が異動、交代すると、必要病床数（病床の必要量）が参考値か目標値かという問題がぶり返される恐れがある。従って、地域医療構想を策定し、第7次医療計画に追記する際には、「構想で示される数値は4つの機能ごとの需要（患者数）の推測値であり、医療提供側のための参考値である。これを目標に行政が施策を進めるものではない」旨の一文を記載する必要がある。

また、地域医療構想策定後も受療率や将来の人口動態、診療報酬による医療機関のあり方が変化していくことを踏まえ、地域医療構想で策定した必要病床数（病床の必要量）が「どのような前提で算出した数値であるか」を丁寧に記載しておくことも必要である。

ガイドラインの必要病床数（病床の必要量）と病床機能報告制度の機能別病床数は、算出の概念が異なり単純に比較できないものとはいえ、将来の医療需要予測によれば、多くの構想区域において急性期病床から回復期病床への転換を促しているとも読める。現状で、多くの医療機関が急性期病棟、7:1病棟を選択しているのは、経営を安定させるとともに、医師、看護師をはじめとしたスタッフを確保し、住民のための地域医療提供を継続するためである。ある医療機関の例であるが、外科系の急性期医療から回復期、在宅中心の医療への転換を図ろうとしたところ、多数の外科系医師が離職願いを出した。外科がないなら内科もできないということで、内科医師も離職願いを出すという連鎖が起きてしまい、地域に必要な病院が疲弊してしまったという事例もある。安易に回復期や慢性期機能への転換を強制すると、地域の医療提供のバランスを壊す危険性もある。

また、地域医療構想における回復期病床とは、必ずしも回復期リハビリテーションを実施する病床のみを指すのではなく、一定の診療密度の医療行為であることを認識しておく必要がある。

---

<sup>7</sup> （平成27年6月18日）「6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について」

ガイドラインにおける慢性期機能の病床数推計には大きな問題がある。2013年の実績値において、療養病床の「医療区分1」の70%を在宅医療へと移行させるとの前提で行われているが、実態に即していないと感じる医療関係者も多い。これに関し、山口県医師会、福岡県医師会は、現場の実情を県庁へ指摘するべく、以下の調査結果を得ているので各県も参考にさせていただきたい。

#### <山口県>

山口県医師会では、平成27年8月に「療養病床入院患者の医療必要度に関する調査」を実施した。その結果、退院させられない患者の数は5,560人（内訳、医療療養4,455人、介護療養1,105人）で、稼働病床数における割合は、67.7%にのぼった。

#### 在宅等へ送れない患者数

	在宅等へ送れない患者数			稼働病床数における割合		
		医療療養	介護療養		医療療養	介護療養
病院	5,460	4,380	1,080	69.1%	71.3%	61.4%
有床診療所	100	75	25	71.9%	86.2%	48.1%
全体	5,560	4,455	1,105	67.7%	69.6%	61.0%

退院させられない理由は、上位から順に「喀痰吸引」、「酸素療法」、「IVH（中心静脈栄養）」、「胃瘻」であった。また、他に調査では「退院させられない患者」に含めていないが、「独居や老々介護など介護者不在のため」、「受入れ施設がない、順番待ち」との理由で、退院できない患者がいることも意見として寄せられた。県医師会はこの結果を以て、県庁に「医療区分1の7割を在宅医療に移行する」ことを前提とした慢性期機能、在宅医療の推計方法は、実態を反映したものではないことを強く申し入れた。



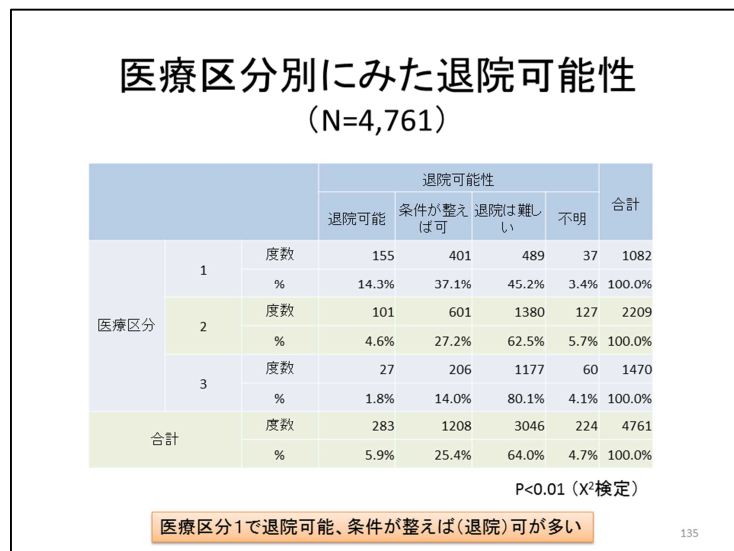
医療機関別 在宅等へ送れない患者の割合

稼働病床における 該当患者の割合	医療機関数		回答数における割合	
	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養
100%	17	9	20.0%	25.7%
80～99%	23	8	27.1%	22.9%
70～79%	9	2	10.6%	5.7%
50～69%	24	6	28.2%	17.1%
20～49%	6	4	7.1%	11.4%
1～19%	3	3	3.5%	8.6%
0%	3	3	3.5%	8.6%
	85	35	100.0%	100.0%

<福岡県>

福岡県医師会においては、仮に医療区分1の70%を退院させると仮定した場合、医師が退院可能と判断する条件は何か、そしてどこにどのようにして患者を受け入れるのが妥当であるかを検討するため、平成27年9月に県下の療養病床を持つ施設に、患者の実態と、退院可能性について調査を行った。

この回答を元に退院可能性に関連する要因の分析を行ったが、まず、医療区分1については、過半数を超える51.4%が「退院可能」「条件を整えば可」と回答している。



次に、医師が、ある患者が退院可能であるか、難しいかを判断する条件は、医療行為に関しては「ADL レベルが悪い、入院期間が長い、年齢が高い、認知症有、糖尿病有、慢性肝炎・肝硬変有、悪性腫瘍有、経管栄養有」といった要因に影響を受けること

が分かった。

**療養病床の退院可能性に関する要因の分析結果2**  
平成27年9月調査：医療区分1 (N=1,043)

	標準化されていない係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.876	.137		6.380	.000
ADL区分	.354	.023	.446	15.377	.000
入院期間	.004	.001	.173	6.771	.000
年齢	.007	.002	.107	4.108	.000
認知症	.122	.038	.083	3.182	.002
糖尿病	.155	.056	.070	2.756	.006
慢性肝炎・肝硬変	.200	.088	.058	2.271	.023
経管栄養	.140	.056	.071	2.499	.013
悪性腫瘍	.161	.076	.054	2.133	.033

退院可能性(1: 退院可能、2: 条件が整えば可、3: 退院は難しい)

**結論： ADLレベルが悪い、入院期間が長い、年齢が高い、認知症有、糖尿病有、慢性肝炎・肝硬変有、悪性腫瘍有、経管栄養有といった条件が退院可能性に関係**

139

また、環境的要因に関しては「家族の受け入れ」「十分な介護サービス」「傷病の安定」といった要因に影響を受けることが明らかとなった。

**療養病床の退院可能性に関する要因の分析結果**  
(「条件が整えば可」の場合の理由・医療区分別)

		家族の受け入れ	十分な介護サービス	経済的理由	傷病の安定	その他	合計	
医療区分	1	度数	254	278	65	123	68	401
		%	63.3%	69.3%	16.2%	30.7%	17.0%	100.0%
	2	度数	380	380	120	217	114	601
		%	63.2%	63.2%	20.0%	36.1%	19.0%	100.0%
	3	度数	108	112	38	114	61	206
		%	52.4%	54.4%	18.4%	55.3%	29.6%	100.0%
合計		度数	742	770	223	454	243	1208
		%	61.4%	63.7%	18.5%	37.6%	20.1%	100.0%
		p値	0.01	<0.01	0.32	<0.01	<0.01	

### 慢性期機能の推計方法について

2025年の慢性期機能の推計方法は、入院受療率の地域格差を是正するとの名のもとに、病床数の少ない地域に合わせるようA,B 2つのパターンのみを示し、地域の状況によらず一律に病床を削減しようとの意図が感じられる。

日本医師会は、地域医療構想策定においては、慢性期入院医療と在宅医療を一体として考えなければならないとして、在宅医療が盛んな地域は在宅医療中心に、入院への

ニーズが高い地域は慢性期病床中心に、地域の実情に応じて構想を策定すべきと主張している。この考えの下に、地域の医師会も各区域における慢性期入院医療と在宅医療の最適な組み合わせを模索しなければならない。今後各地域の在宅医療は充実の方向に向かうが、無理な病床削減の方針は地域に不安と混乱を生じる。地域医療構想において慢性期機能を在宅医療に移行する方針をとる場合は、受け皿としての在宅医療等の整備が前提であるとの認識を行政と共有する必要がある。今後の慢性期病床については、今年1月下旬に整理案が取りまとめられた厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」の議論の結果も踏まえ、各医療機関において、経営を守りながら地域のニーズに応えられるように準備と工夫が必要であろう。

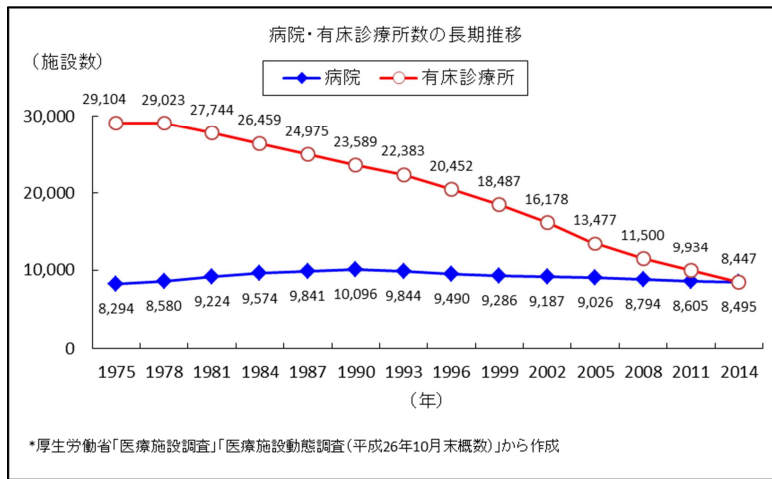
### これまでの病床数等の変化

地域医療構想は、今後の人口構成の変化予測を基に2025年の医療需要を推測し必要病床数(病床の必要量)を算出している。すでに我が国の人口構成変化は始まっており、高齢者は増加し、生産年齢人口は減少し、2008年からは総人口も減少している。そこで、日医総研のワーキングペーパー<sup>8</sup>により2014年までの過去10年間の病床変化を検討した。

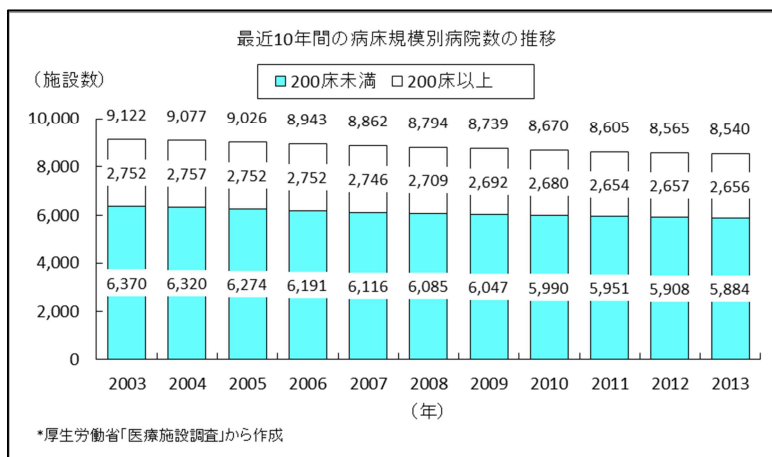
病院数は2004年の9,077施設から2014年には8,495施設(-6.6%)へ減少し、うち一般病院は7,999施設から7,428施設(-7.1%)と減少している。有床診療所は14,765施設から8,447施設(-42.8%)に激減している。

---

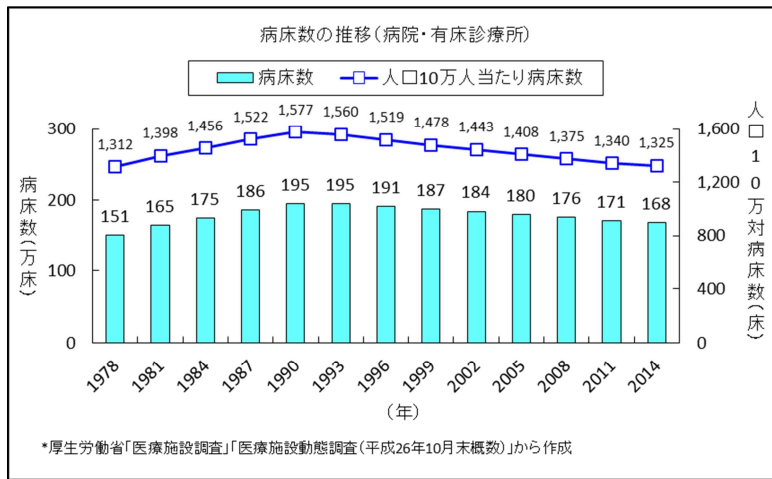
<sup>8</sup> 日医総研ワーキングペーパー No.348 「医療提供体制のこれまで」  
URL<[http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr\\_584.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_584.html)>



病院数の変化を病床規模別で見ると（2003年～2013年）、200床以上は2,752施設から2,656施設（-3.5%）に対して、200床未満は6,370施設から5,884施設（-7.6%）。特に100床未満は-14.5%と、規模の小さな病院の減少が目立つ。



病床数で見ると、2004年の181万床から2014年は168万床（13万床減少 -7.1%）、うち病院病床数が-6万床（-3.8%）、有床診療所病床数が-7万床（-37.5%）である。病床種類別病床数増減は、一般病床 -7.3万床（-6.8%）、療養病床 -3.3万床（-8.9%）であり、精神病床は微減であった。



病床利用率も、一般病床で2004年79.4%から2014年73.5%(-5.9ポイント)、療養病床で93.5%から88.6%(-4.9ポイント)と低下している。

過去10年の間に、一般病床、療養病床ともに病床数が減少し、さらに利用率も低下し、変化がすでに始まっている実態が明らかである。

## 6. 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

### 【参考】 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より抜粋

#### P24 (1) 施策の基本的考え方

- 医療法上、都道府県が策定する医療計画においては、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」を定めることとされている。(後略)

#### P25 (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

- 都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成 26 年度(2014 年度)(又は、直近の年度)の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。  
その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

※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、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 都道府県は、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。  
当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用できるようにする必要がある。

#### P26 (3) 病床の機能の分化及び連携の推進

- また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく必要がある。

- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、(中略)設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、(中略)必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。

#### P29 (4) 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。

○ また、在宅医療は主に「(地域側の) 退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。(後略)

#### P33 (5) 医療従事者の確保・養成

○ 地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター等を活用した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・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である。

○ 医療従事者の確保は、入院医療だけではなく、在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対しては、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を行うことが望ましい。

○ また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

### (1) 議論の経緯と課題

#### ①病床機能報告制度について

病床機能報告制度は、各医療機関が4つの医療機能から病棟ごとに(有床診療所は施設単位の)主な機能を報告する制度である。この報告がより適切になるように、平成27年度の病床機能報告マニュアルでは、日本医師会の主張を基に、回復期機能、特定機能病院や地域包括ケア病棟について説明が追加された。

病床機能報告の結果は毎年都道府県が公表し、これにより、地域の各医療機関がどのような医療機能を有しているかが概ね明らかとなり、開設者は自らの医療機関の位置づけを確認することができる。各医療機関の開設者は、この病床機能報告の結果と、地域医療構想における将来の必要病床数(医療需要)とを見較べて、自主的に病床機能の選択・取れん、それに応じた措置を検討していくことになる。

## ②医療従事者の確保について

ガイドラインにも医療従事者の確保につき対応が必要であることが明記されている。地域医療構想の策定後には、医療従事者の確保のため、情報を収集し、対策を講じる必要がある。

### (2) 医師会による対応

#### ①病床機能報告制度について

病床機能報告制度において病床数として報告されているものの、診療報酬請求の看護基準等の関係で厚生局に届出せず稼働していない病床もあることから、この点も留意して実態に即した数値に基づいて議論する必要がある。

また、昨年と今年で医療機能を変更して報告することが「病床の転換」に当たるかという問題に対しては、病床機能の変更が具体的に何を指すかについて、国においても議論がなされていない。少なくとも機能を転換するのではなく、前年度の報告を訂正する趣旨で、前年度と異なる医療機能を報告することが「病床の転換」には当たらないことは、厚生労働省からも同旨の回答がなされている<sup>9</sup>。このことを周知する必要がある。

平成 28 年度の病床機能報告より、電子レセプトの診療情報レコード (SI) に、機能区分と病棟別からなる 9 桁の病棟コードを追記することになる。これにより個々のレセプトと入院病棟が紐づけられることになった。その結果、各医療機関が病床機能報告で報告する 4 つの医療機能とレセプト上の医療行為を比較することで、調整会議の席上で「報告と実態に齟齬がある」という指摘が出る可能性もある。管下の医療機関に対し、その旨の周知を行う必要が出てくる。

---

<sup>9</sup> 第 12 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  
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000108948.html>>



## ②医療従事者の確保について

地域医療構想では、都道府県による「医療従事者の確保・養成」を主な内容の1つとしており、ガイドラインでも同様に示されている。他方、国の基本方針である「経済財政運営と改革の基本方針2015 について」（骨太の方針2015）においては、国が「医師・看護職員等の需給について、検討する」としている。両者の関係が問題となるが、まず都道府県による「医療従事者の確保・養成」の計画を第一に考えるべきである。そして、この都道府県の政策を支援する国の政策に円滑に連携できるよう、都道府県一国の連絡とは別に、都道府県医師会－日本医師会間でも連絡を密に取り、国による医療従事者の確保政策がいかなるものかを把握し、都道府県医師会へ情報提供できるように引き続き注視していく必要がある。

## 7. 地域医療構想策定後の取組

### (1) 地域医療構想調整会議

#### ①ガイドラインの概要

都道府県は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされている。これを踏まえ、都道府県は、必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応（過剰となると見込まれる病床機能からの転換を含む）について、具体的な対応策を検討し提示することとなる。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年（2025年）までの各構想区域における工程表を策定することが望ましいとしている。

#### ②議論の経緯と課題

本委員会は平成26年12月5日の第2回委員会において、模擬「地域医療構想調整会議」を開催した。地域医療構想の策定に先駆けて開催することで、地域医療構想における4つの医療機能ごとの病床数の考え方等を整理した。当時はまだ「ガイドライン」の発出前であり、調整会議の役割も固まっていなかったため、一部古い情報となっているが、事前に課題を整理できた。

#### 模擬調整会議の実施

必要病床数（病床の必要量）を求める際に在院日数や他の区域との流出入をどのように勘案するか確定していない状況で実施した。在院日数は、これを変更することで必要病床数（病床の必要量）は大きく変動するが、すでに現状でぎりぎりまで削減されており、これ以上の削減は困難と考えた。また流出入については、区域内で医療を完結させるとの考えがあるだろうが、現実的なニーズがどれくらいあるのか、新たに病床を整備

した後の継続性がどうなのか、流入側など周囲の区域とのバランスが崩れないかなど、難しい調整となることが予想された。

**高度急性期機能**については、「人員や機器などの整備が必要で、簡単に自前で用意することは難しい。むしろ、広域的にどこが担うかを決めた上でアクセス性を高めることを考えなければならない(医療機関所在地ベースで考える)」という意見が主であった。同じ高度急性期機能でも「脳卒中や心筋梗塞など治療に一刻を争う疾患」については、各構想区域から等しく早くアクセスできる場所に設置すべきであり、県内において1か所集中だけではなく、全体を俯瞰して要所要所に設置する必要性が指摘された。さらに「患者の選択」、「満足度」、「信頼」という点にも留意が必要との意見もあった。

**急性期機能**については、数字から見ると「急性期病床から回復期病床への転換」を促しているように見えるが、現状で多くの病院が急性期、7:1 病棟を選択している背景、求められる急性期機能も変化していくことが指摘され、外からの指示ではなく、個々の医療機関が必要に応じて自ら転換を図るのが本来の姿であり、また経営上の裏付け(診療報酬)が明確にならないと動けないとの意見であった。また、疾患ごとの流出入のデータや市町村単位でのデータ分析の必要性が指摘された。

**回復期機能**を充実させるには、スタッフ不足の問題、医師の急性期医療指向(スタッフのモチベーション)、今後の診療報酬などが問題点としてあげられた。また、ある医療機関が急性期機能として病床機能報告をしているが、実際には回復期相当の医療提供をしているケースは十分ある。報告された回復期病床が少ないとして、調整会議にて機能転換を促され施設・設備の改築を行ったが、実はニーズがなかったという事態も起きうると指摘された。

急性期機能、回復期機能、慢性期機能を含めて、「地域包括ケア病棟」が大きな焦点となり、認定要件について十分検討する必要があることについても議論された。

## (2) その他、地域医療構想に影響を及ぼす制度について

その他、本委員会平成 27 年度第 2 回会合において、地域医療構想に影響を及ぼすことが懸念される「地域医療連携推進法人」制度、「病院等を対象としたリート」の制度、「地域医療介護総合確保基金」について、厚生労働省の担当より以下の通り確認した。

### ①地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人（以下『法人』と呼ぶ）については非営利性の担保について不安のある制度である。一般企業のように M&A を進めて事業展開することを可能とし、医療の営利産業化につながりかねないとの懸念があり、平成 27 年第 2 回委員会において、厚生労働省の担当者による本法人の説明と質疑を行った。

以下が、厚生労働省からの説明の概要である。（文責：日本医師会）

『法人』は、日本再興戦略改定 2014 において「複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」を創設する」ことについて検討を求められたものであるが、趣旨としては、地域医療構想における医療機関相互間の機能の分担及び業務連携を推進し、地域医療構想を達成するための 1 つの選択肢として創設したものである。あくまで任意の制度であり、全ての地域に必要なものとは認識していない。こういう枠組みを使うにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保していくものである。

『法人』の社員については、参加法人＝社員となるが、原則医療機関を経営している非営利法人を対象とする。参加した医療機関の経営自体は変化しない。それであれば本法人の役割は何かというと以下の 2 つである。一つは「統一的な医療連携推進の方針の策定」、もう一つは「共通の業務遂行（病床規制の特例、共同研修、共同購入、参加法人への資金融通、関連会社への出資）」である。

議決権は各社員が 1 つ持つが、不当な差別にならない範囲で定款で別段の定めをすることができる。不当な差別とは「正当な理由ない差別」または「出資した額により議決

権に差異を設けること」が挙げられる。

基本は医療を中心とするが、医療介護連携、地域包括ケア推進の観点から、オプションとして非営利法人に限って介護事業を行う法人も参加できる。

医療機関を経営する社会福祉法人は、医療法人と同様に参加法人となりうる。ただ、それ以外の社会福祉法人は、一定の事業を行う法人に対し、定款で定めた場合にのみ参加可能としているため、地域医療連携推進法人制度に対し大きな影響は与えないと思われる。

『法人』の事業範囲は構想区域を基本としている。ただし、例外的に構想区域間に患者の流出入がある場合、他の構想区域を一部含むことは可能である。

『法人』に対する監視については、理事の最低1名は地域関係者が就任する。即ち、地域の医師会から選ばれることになる。また、地域医療連携推進評議会という、法人の経営をチェックする機関を内部に設置するが、ここも「診療に関する学識経験者の団体」が就任することになっている。この評議会は『法人』に対し意見具申を行うことができる。この意見具申を『法人』は尊重しなければならない、この意見に反する『法人』の認可、許可申請は、知事の却下の対象となる。さらに、知事は認可・監督に先立ち医療審議会の諮問・答申を行うこととされている。

『法人』の理事長については、代表理事（理事長）の任免には、知事の認可を要する。これは認可・監督に先立ち医療審議会の諮問・答申を行うことを意味し、都道府県医師会によるチェックを可能としている。

非営利性の担保については、医療法人に対する規制を準用する。

病床の融通に関しては、法人全体を1つと考えて融通することが可能。ただし地域医療構想の推進に必要な場合に限る。

## ②病院不動産を対象とするリート

病院不動産を対象とするリート（以下『リート』と呼ぶ）については、営利団体が医療機関を支配することにより医療の非営利原則を損なう制度であるという懸念が強かった。そこで、平成 27 年第 2 回委員会において、厚生労働省の担当者による『リート』の説明と質疑を行った。

以下が、厚生労働省からの説明の概要である。（文責：日本医師会）

『リート』については、2015 年 6 月 26 日に「病院不動産を対象とするリートに係るガイドライン」（以下「リートに係るガイドライン」）が、国土交通省から、証券協会に対して発出された。『リート』とは、医療機関経営者が、不動産投資法人（リート）に対し、その土地・建物を売却し資金の融通を受けると共に、改めてその土地・建物を賃借して、賃料を支払うというものである。

『リート』自体は対象が規制されていたわけではなく、従前から病院不動産を取得することは可能であった。病院を対象とすることを新たに認めたものではない。「リートに係るガイドライン」は、証券業界に医療の非営利性の遵守を要求するものだといえ、『リート』を実質的に運用する資産運用会社に対して規制をするものと認識している。

資産運用会社は、病院等の不動産取引を行う際には、取引一任代理等の認可申請をして、「病院の事業特性等」を十分理解する使用人等<sup>10</sup>を置く必要があることが記載された。

次に『リート』を運用する資産運用会社に対しては、医療の非営利原則の遵守を尊重することが記載された。資産運用会社は『リート』を運用する場合も、医療の非営利原則がこれまでと全く同様に適用することを認識する必要がある。具体例として以下が挙げられる。

---

<sup>10</sup> 「リートに係るガイドライン」 2 ページ。「病院不動産への投資業務等」の経験等により、医療の非営利性及び地域医療構想を含む医療計画の遵守という病院の事業特性並びに病院開設者以外の者が経営に関与することはできないという「病院の事業特性等」を十分に理解し、病院関係者と調整を行うことができる専門的な能力を有する者が重要な使用人として配置された体制であること」等。

- a 投資法人やその他の会社が、病院経営に関与しないこと
- b 収入と連動して一定割合を支払うという形での賃貸借契約はできないこと
- c 契約期間は長期かつ確実な期間とすること
- d 医療計画に適合し、医療提供体制に影響を与えないものとして実施すること

そして、『リート』を運用する資産運用会社も『リート』の活用の際し、資産運用会社は事前に国土交通省、厚生労働省、都道府県に相談すること、及び賃料不払い等のトラブルの場合も、資産運用会社は都道府県等に相談する必要があることが記載された。

そして、これらの相談制度を国土交通省、厚生労働省、都道府県で共有するため、相互の連絡体制を構築することとしている。

参加した病院が経営的に継続困難となった場合にどうなるのかとの疑問に対しては、地域医療を確保する観点から、そのような場合は都道府県等に説明する等の対応が必要である。そもそも『リート』の目的は、長期かつ安定的な賃料収入を得ることにあるため、経営難の病院は出資対象にならないとの見通しが担当者よりなされた。

また、経営が良ければ銀行から借りるわけで、苦しいところに話を持ち込んで結局 M&A の道具になるとの懸念が出た。これに対しては、その構想区域において有力な医療機関が『リート』及び資産運用会社と結託して地域の医療機関に M&A を仕掛けるという懸念であるが、病院不動産は投資の対象なので、経営が厳しい医療機関を『リート』に組成するメリットがあまり考えられず、また、不動産の売買に際しては、国土交通省、厚生労働省、都道府県への連絡が取られるため医療審議会等への諮問対象となることから、余り現実的でないとの見解が担当者より示された。

### ③地域医療介護総合確保基金

地域医療介護総合確保基金（以下『基金』と呼ぶ）は、医療分については、Ⅰ「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」、Ⅱ「居宅等における医療の提供に関する事業」、Ⅲ「医療従事者の確保に関する事業」の3事業を対象としている。

平成27年度の基金においては、内示が2度に分けられ（第1回7月17日、第2回10月26日）、かつ、Ⅰの事業に重点的に配分を行うとの方針が出された。

これは、6月30日の閣議決定で「メリハリある配分を行うこと」とされたためであったが、その結果、第1回目の内示において、Ⅰの事業に重点配分され、過去の国庫補助事業から振り替えられたⅡ、Ⅲの数多くの事業が対象から外された。これが「現在実施中のⅡ、Ⅲの事業に基金がつかなくなるのではないか」という不安を煽り、現場に大混乱を引き起こした。

日本医師会は、厚生労働省に対し、第2回内示は「Ⅱ、Ⅲの事業への十分な配分を行うこと」「柔軟性を持った取り扱いとすること」「都道府県担当部署に対し、厚生労働省から直接説明する機会を設けるとともに、これらに配慮した都道府県計画となるよう、適切な指導、助言等を行うこと」「第2回内示は、都道府県議会の補正予算編成に間に合うよう、10月までに行うこと」を強く要請した。

その結果、第2回の内示で、既存の事業には基金が付くことになったが、改めて厚生労働省に対し、今後、絶対にこのような事態を起こさないよう、都道府県及び関係団体へ事前の説明を十分丁寧に行うこと、内示及び交付の時期は都道府県議会の予算編成に間に合うよう、余裕を持たせて取り組むよう要請した。

厚生労働省は、これを受けて、平成28年1月18日に2つの事務連絡を各都道府県担当(部)局長へ発出し、平成28年度も事業区分Ⅰの「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」に重点的に配分を行うこととしつつ、「地域医療構想に基づく病床機能の転換を行うために必要となる人材の確保」、「病床の機能



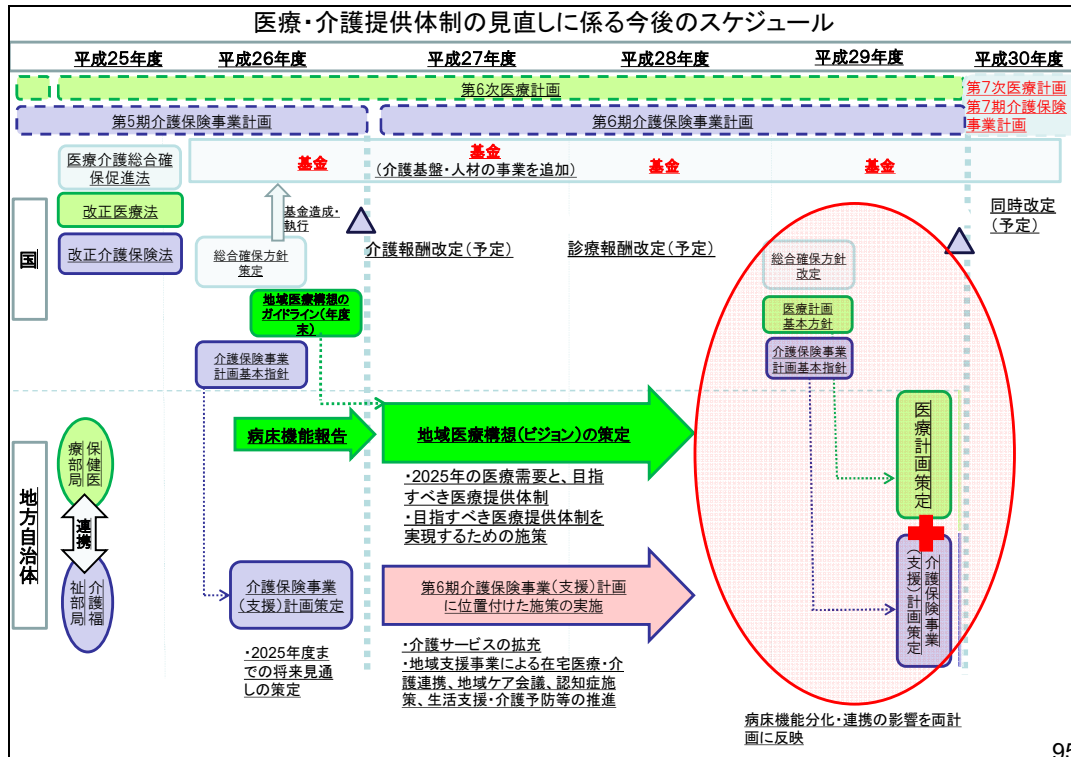
分化を進める上で必要となる、医療機関間の連携や医療介護連携を円滑に行うためのコーディネーターの養成・配置」、「医療介護連携を進める上で必要となる多職種連携のための研修の実施」の3事業及びこれに類する事業は、事業区分Ⅰに計上して差し支えないことと、事業区分Ⅱ及びⅢにつき、基金創設前まで国庫補助事業で実施してきた事業相当額を基本として配分を調整することとした。

基金は、来年度以降も継続することになるが、日本医師会には引き続き国の動向を注視すると共に、都道府県医師会、郡市区医師会へ情報を提供することを求めたい。

また、都道府県医師会は都道府県庁と丁寧交渉を重ね、事業の確定や金額の配分について提言していく必要がある。

## 8. 第7次医療計画に対する医師会の役割

平成30年度から、第7次医療計画が始まる。これに向けて平成29年度には、各都道府県で医療計画の策定が行われることになる。そのため平成28年度以降に、医療計画において策定する内容につき国で検討することになる。



第7次医療計画に求められる内容については、2016年2月時点でまだ確定していないが、地域医療構想策定ガイドラインにおいて、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に向け、厚生労働省に対し以下の要望をしている。第7次医療計画以降は、医療計画の期間を6年とし、その内在宅医療に関しては、3年ごとに見直すこととして介護保険事業（支援）計画との更新時期を揃えている。

- (1) 病床機能報告制度の今後の在り方の検討
- (2) 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
- (3) 入院医療ではなく在宅医療等に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すこと

#### (4) 地域医療構想策定で発見された課題の医療計画への反映

##### (1) 病床機能報告制度の今後の在り方

病床機能報告制度については、今後も各医療機関が迷うことなく4つの機能を選択することが重要となる。平成27年度の報告制度では、前年度の反省を踏まえ、より具体的な報告の例がマニュアルに示された。今後も、この定性的報告の指針を拡充することになると予想される。他方、病床機能報告制度に定量的報告を導入しようとする意見もあるが、病床機能報告を機械的な数量による分類に変質させるものであり、地域の医療機関の自主性を損ないかねない。病床機能報告制度が、地域の医療機関にとって負担とならない制度であり続けること、及び、病床削減のために利用されるような数値とならないよう、日本医師会は国の動向を今後も注視することを求めたい。また、地域の医師会においては、病床機能報告制度の公表結果を都道府県が誤用した際には、適切に訂正していく必要がある。

##### (2) 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

これについては、厚生労働省の通知<sup>11</sup>、ガイドライン共に、「地域医療支援センター」の設置及び活用による医師の地域偏在・診療科偏在への取組を記載している。地域の医師会の関与としては、愛知県地域医療支援センターのように、「医師無料職業紹介事業（ドクターバンク事業）」を愛知県医師会事務局に「医師無料職業紹介窓口」として開設していることが挙げられる。また、千葉県医師会のように、「地域医療支援センター」のホームページに千葉県医師会のバナーを表示する等、医師会が関与していることを示唆することも、かかりつけ医や、今後、地域医療を担おうとする学生や勤務医を安心させる効果がある。

さらに、地域医療介護総合確保基金による「医療従事者の確保」を拡充することが重

---

<sup>11</sup> 平成24年3月30日 医政発0330第28号 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」

要である。日本医師会に対しては、「医療機能の分化・連携」の他「医療従事者の確保」にも基金が十分行き渡るよう今後も国に対する提言を求めたい。

### (3) 在宅医療等に対応することとした者の介護分野等での対応方針

これについては、医療法第 30 条の 4 第 10 項より、地域医療介護総合確保推進法の「都道府県計画」及び介護保険法の「介護保険事業（支援）計画」との整合を図る必要がある。平成 30 年度は、医療計画、介護保険事業（支援）計画が同時改定することを踏まえ、これまで以上に両者の整合が強く求められることになると予想される。

平成 27 年 10 月の医療介護総合確保促進会議では「医療と介護の更なる連携の促進に向けて」都道府県—市町村間及び、自治体内部の医療担当課—介護担当課の一層の連携強化が提示された<sup>12</sup>。すでに、群馬県、広島県などでは医療と介護を統合するための組織再編が進められているが、今後、この流れが促進されると考えられる。これに伴い、地域の医師会においても介護に関する情報の拡充が求められてくる。日本医師会には今後も、国から得られた情報を都道府県医師会、郡市区医師会に適宜提供していただきたい。また、都道府県医師会、郡市区医師会においても、医療情報のみならず介護情報も合わせて収集するようにしていただきたい。各地域の医療機関及び介護施設については、昨期の本委員会でも検討した「地域医療情報システム」(JMAP)<sup>13</sup>に、介護施設の情報が掲載されているので活用されたい。

### (4) 地域医療構想策定で発見された課題の医療計画への反映

これについては、来年度には国から、都道府県から収集した課題及び対応案の提示が考えられる。日本医師会は、これらの案が、地域の医療提供体制に悪い影響を及ぼすものでないよう引き続き注視していただきたい。

医療計画は、切れ目のない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ご

<sup>12</sup> 平成 27 年 10 月 28 日 第 5 回医療介護総合確保促進会議 資料 4

<sup>13</sup> URL <http://jmap.jp/>

とに構築するため、都道府県が 5 疾病・5 事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療連携体制を構築することが求められている。

地域医療構想も、各構想区域において、機能区分ごとの必要病床数（病床の必要量）を予測した上で、機能分化及び連携の推進のために必要な事項を検討し、「各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議」により実現するものである。

どちらも、地域医療の実情を良く踏まえた上で実現するべきものであり、都道府県、市町村のカウンターパートナーとしての地域の医師会の役割が極めて重要である。

繰り返しになるが、地域医療構想で策定される必要病床数（病床の必要量）は、地域に必要とされる医療提供体制を構築するために我々医療者が参考とするための予測値であり、病床削減のために利用されてはならない。

今後も都道府県に対して、正しい地域医療構想に基づく将来の医療提供体制の構築及び医療計画の策定に、地域の医師会は積極的かつ主体的な役割を担う必要がある。

## おわりに

本委員会の議論の中で最も強調されたことは、「今回各都道府県で示される4つの機能別必要病床数（病床の必要量）は、さまざまな前提（2013年の疾病構成および受療率、便宜上設定された点数での機能区分、流出・流入の割合、など）の上に計算された参考値である」という認識を共有しなければならないということである。

このことを良く理解し、今回示される数値を「10年後の医療需要（患者数）の予測値」として見れば、医療関係者が今後の自院の運営方向を決めたり、地域医師会、行政および住民が自地域の医療提供体制整備のあり方を議論する際に有用なデータとして利用できるであろう。また、厚生労働省や研究施設から出された地区別、疾患別の患者受療動向等のデータが十分に活用できれば、さらに精度の高い設計に寄与すると考えられる。現状のデータは利活用しにくく、不十分であるので、国や都道府県においては、今後も有用なデータ提供に努めていただくことを求めたい。

しかしながら、地域医療構想策定には、大きな懸念もある。

今回の「参考値」を「目標値」ととらえ、急性期病床や慢性期病床の削減のための根拠として悪用される心配である。

国は2020年までにプライマリバランスを黒字化するとして医療費の抑制に動いており、診療報酬等により7:1病床削減、療養病床削減、患者の医療機関へのアクセス制限等を図ろうとすると予想される。それらの施策の目標として医師会も参加して策定した地域医療構想の数値が悪用される危険はないのだろうか？ 経済財政諮問会議の12月の資料には「地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数（病床の必要量）に対する都道府県ごとの進捗率」との記載や、都道府県知事の権限強化を示唆する文言も見られる<sup>14</sup>。

---

<sup>14</sup> 平成27年12月24日開催「第22回経済財政諮問会議」資料1-1-2「経済・財政再生計画改革工程表」より

地域医療構想が本来の役割を果たせるように、日本医師会には国政の場で正しい主張を続け、間違った方向へ引き込まれないように議論をリードしていただきたい。また、病床機能の分化と連携を実現・継続するには、基金だけではなく各機能の病床が運営できる診療報酬の裏付けが必須であることも強調したい。都道府県医師会および郡市区医師会は、まずは医療関係者が制度を正しく理解するよう説明しなければならない。そして、調整会議の場で、都道府県や市町村関係者、住民と共に、自地域の現状と課題を把握し、目指すべき医療提供体制について検討しながら、必要な病床が削減されて地域医療が疲弊するようなことがあってはならないとの共通認識を形成する必要がある。