

## 第4章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この法律において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。
- 地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。
- 本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

### 第1節 構想区域

- 構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。
- 将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の2次保健医療圏を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第30の28の2）
- このため、本県における構想区域も2次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しています。

### 第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量

#### 1 推計方法

- 地域医療構想では、各構想区域における2025年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの必要病床数と居宅等における医療の必要量（在宅医療等の患者数）を、厚生労働省令の定める算定式により算出しました。

#### (1) 高度急性期、急性期、回復期機能

- 患者の状態や診療の実態を反映できるよう、一般病床等の患者のNDB<sup>1</sup>のレセプト<sup>1</sup>データやDPCデータ<sup>2</sup>などを分析することで推計しました。

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

- 病床の機能区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で分析しています。
- 病床の機能別分類の境界点の考え方は、図表4-1のとおりです。高度急性期は、入院基本料

<sup>1</sup> NDB (National Database) : レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集するレセプト（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ます。

<sup>2</sup> DPC (Diagnosis Procedure Combination) データ : DPCとは診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことで、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) といいます。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おり、これを地域医療構想ではDPCデータと呼びます。

等を除いた1日あたりの診療報酬の出来高点数が3,000点以上、急性期は600点以上、回復期は175点以上で区分して患者数を算出し、それぞれについて、将来の推計人口を用いて患者数を推計しました。

図表4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方

医療機能の名称	医療資源投入量(※)	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	600点以上	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	225点以上 (175点以上)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する

※医療資源投入量とは、1日当たりの診療報酬の出来高点数(入院基本料等を除く)

## (2) 慢性期機能及び在宅医療等<sup>3</sup>

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には在宅医療等に対応するものとしています。
- 地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小<sup>4</sup>していくこととしました。
- 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計しました。

- ①一般病床の障害者数・難病患者数について、慢性期機能の医療需要として推計。
- ②療養病床の入院患者数のうち、「医療区分<sup>5</sup>1の患者数の70%」を、在宅医療等に対応する患者数として推計。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、将来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推計。
- ③一般病床の入院患者数のうち、「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。
- ④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。
- ⑤介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・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。

<sup>3</sup> 在宅医療等：「地域医療構想策定ガイドライン」では、在宅医療等の範囲について、「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」するとしています。

<sup>4</sup> 地域差を一定の目標まで縮小：本県では「構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する」ことを設定しています。

<sup>5</sup> 医療区分：医療の必要度により「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。

## 2 推計結果

- 2025年における必要病床数の推計は、厚生労働省令、地域医療構想策定ガイドライン等に基づいて行いました。病床機能別の必要病床数を図表4-2に示します。
- 医療需要の推計には、2025年も現状(2013年度)の患者受療動向と同じと仮定して推計した「医療機関所在地ベース」と、他の構想区域への患者移動はないと仮定して推計した「患者住所地ベース」とがありますが、地域医療構想策定ガイドラインの考え方にに基づき、「高度急性期については医療機関所在地ベース」、「急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベース」を用いました。
- また、都道府県間の患者移動についても調整を行い、4つの病床機能ごとに病床稼働率(高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)で除したものを、2025年の必要病床数として推計しました。在宅医療等の必要量については、患者に身近な地域で医療が提供できるよう、患者住所地ベースを用いました。

### (1) 2025年の必要病床数

- 2025年における静岡県の必要病床数は26,584床、このうち高度急性期は3,160床、急性期は9,084床、回復期7,903床、慢性期は6,437床と推計しました。
- 2016年の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は31,158床です。2025年の必要病床数と比較すると4,574床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は21,272床(2016年の稼働病床数)と20,147床(2025年の必要病床数)であるのに対して、療養病床が主となる「慢性期」は、9,886床(2016年の稼働病床数)と6,437床(2025年の必要病床数)と大きな差が見られます。(図表4-3)
- 慢性期におけるこの大きな差が、静岡県地域医療構想を今後実現していく上での大きな課題となります。一般病床及び療養病床の入院患者数の一部について在宅医療等へ移行することを前提としており、病床の機能分化と連携とともに、地域における介護老人保健施設など受け皿の整備も重要となります。
- なお、回復期機能については、地域包括ケア病棟及び回復期リハ病棟に限られるものではないことから、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。
- また、慢性期機能については、療養病床を有する医療機関の転換意向を今後も継続して把握していきます。

図表 4-2 2025 年の必要病床数

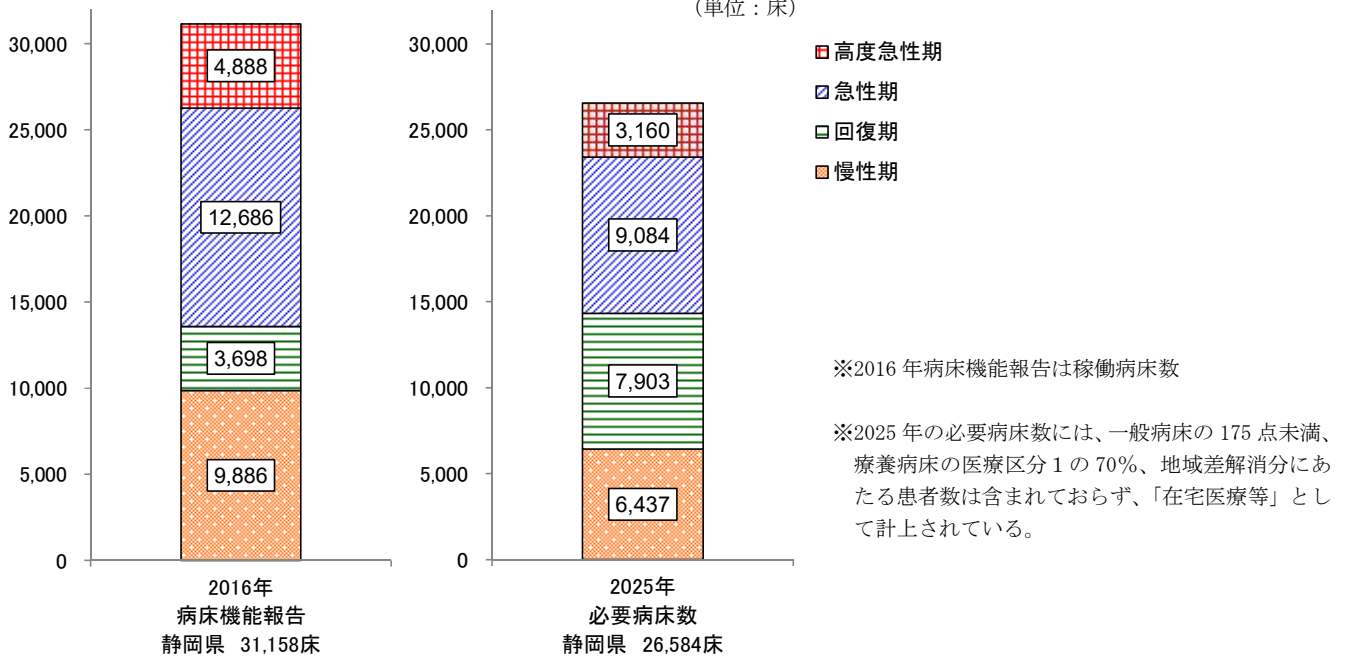
(単位：床)

	2025年の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※	—
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

※慢性期機能の必要病床数には、一般病床での医療資源投入量 175 点未満、療養病床での医療区分 1 の 70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

図表 4-3 2016 年病床機能報告と 2025 年必要病床数の比較

(単位：床)



<留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について>

- ・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。
- ・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。
- ・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。

## (2) 2025年の在宅医療等の必要量

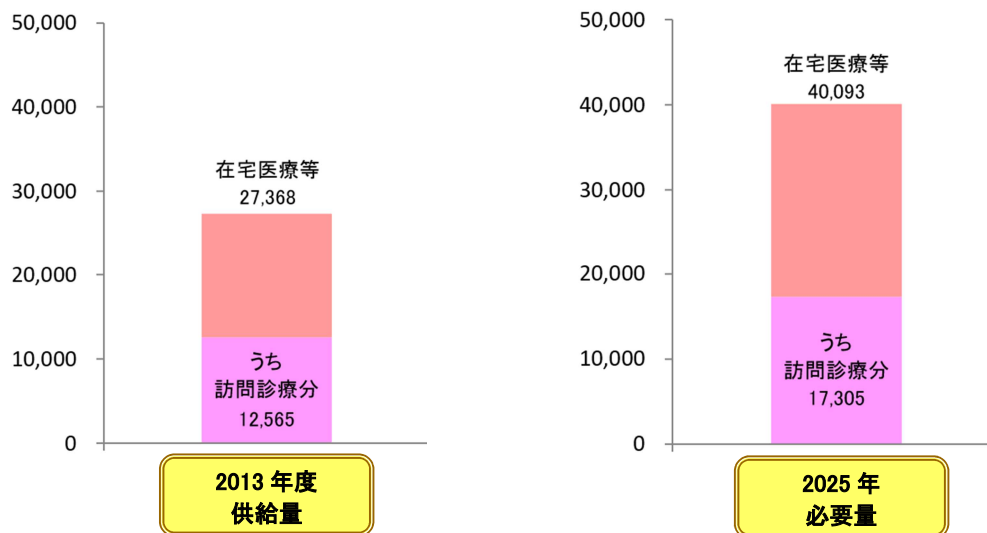
○2025年における静岡県の在宅医療等の必要量<sup>6</sup>は40,093人、うち訪問診療分は17,305人と推計しました。

○2013年度の供給量と比較すると、2025年に向けて、在宅医療等の必要量の増加は12,725人、うち訪問診療分について4,740人と推計しました。

図表4-4 在宅医療等の2013年度供給量と2025年必要量の比較

	2013年度の供給量		2025年の必要量	
	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分
賀茂	797	295	1,024	428
熱海伊東	1,014	419	1,643	735
駿東田方	5,026	2,420	7,186	3,271
富士	2,510	1,212	3,723	1,612
静岡	5,707	2,844	8,082	3,845
志太榛原	3,127	1,273	4,585	1,832
中東遠	2,727	1,037	4,198	1,420
西部	6,460	3,065	9,652	4,162
<b>静岡県</b>	<b>27,368</b>	<b>12,565</b>	<b>40,093</b>	<b>17,305</b>

※地域差解消分にあたる患者数は、2013年度には含まれず、2025年には含まれている  
※2013年度の値は医療機関所在地ベース

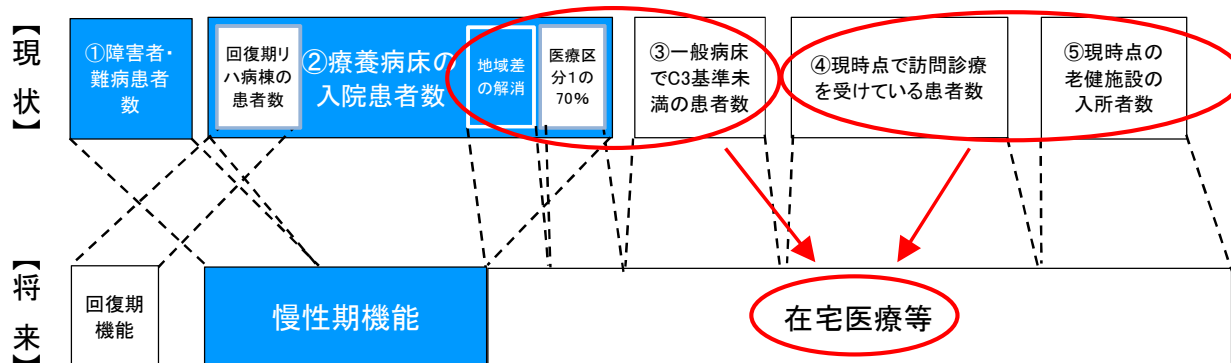


<sup>6</sup> 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

### (3) 在宅医療等の必要量の内訳

- 2025年に向けて、在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」や、地域医療構想による病床の機能分化連携を踏まえた「追加的需要」により、大きく増加する見込みです。
- 将来の医療需要については、医療機能の分化・連携により、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、2025年には在宅医療等で対応するものとして推計しました。

図表4-5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



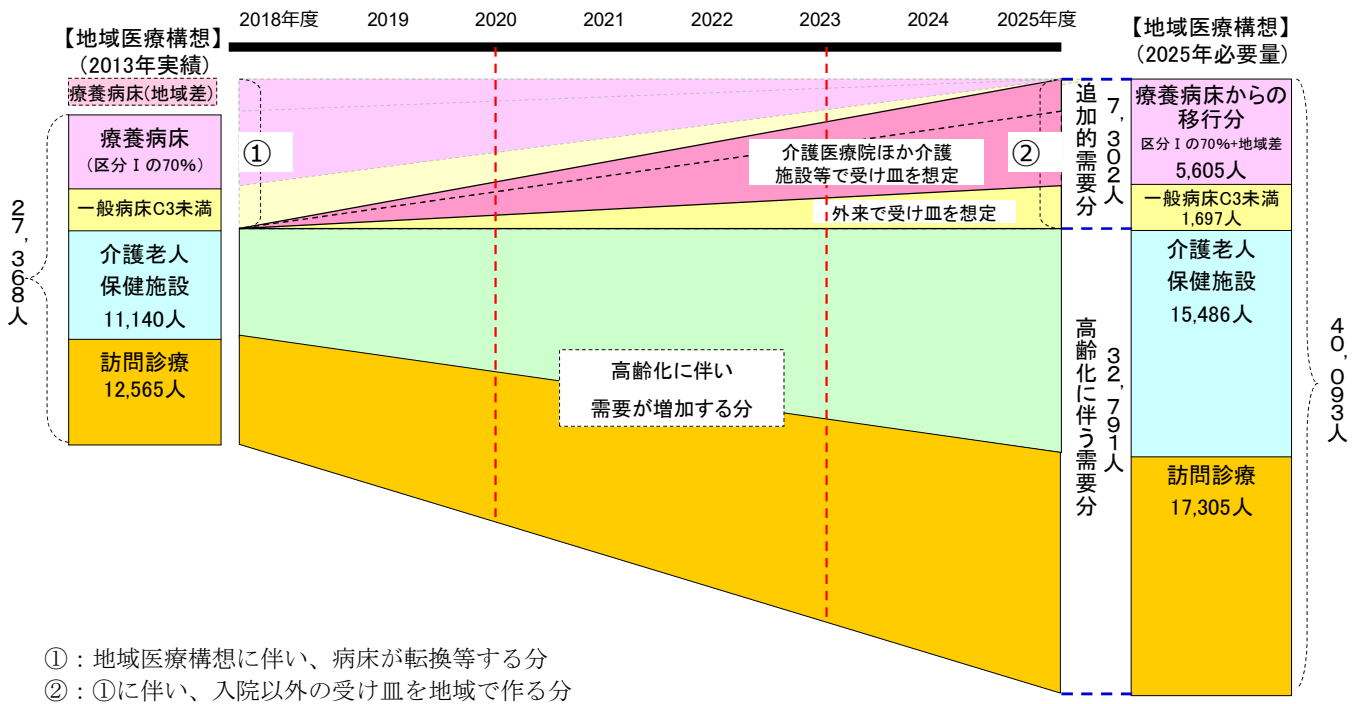
※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

#### ア 追加的需要の推計

- 医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービス提供体制を構築していくことが重要です。
- このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。
- 介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞれの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

- ・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。

図表4-6 地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等の必要量のイメージ



**イ 2025年の在宅医療等の必要量への対応**

- 2025年における在宅医療等の必要量は県全体で40,093人、このうち追加的需要は7,302人、高齢化に伴う需要分は32,791人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療23,533人、介護老人保健施設12,044人、介護医療院2,722人等に対応する体制の整備を目指します。

2025年	在宅医療等必要量 2025年				提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分)					
	追加的需要分		高齢化に伴う需要分		介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	
	療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分						
静岡県	40,093	5,605	1,697	15,486	17,305	2,722	1,503	12,044	23,533	611

### 第3節 実現に向けた方向性

地域医療構想を実現し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療・介護サービス提供体制を構築するため、下記の方向性を踏まえた具体的な取組等について、医療・介護に携わる関係者と検討するとともに、地域医療介護総合確保基金<sup>7</sup>等を活用して推進します。

#### 1 病床の機能分化・連携の推進

- (1) 地域におけるバランスのとれた医療提供体制の構築（病床の機能分化の促進）
- (2) 慢性期医療（療養病床）の在り方の検討
- (3) 病床の機能分化・連携に関する県民の理解促進

#### 2 在宅医療等の充実

- (1) 在宅医療の基盤整備の促進
- (2) 介護サービスの充実
- (3) 在宅医療を支える関係機関の連携体制の構築
- (4) 認知症施策の推進
- (5) その他在宅療養患者への支援
- (6) 在宅医療等に関する県民の理解促進

#### 3 医療従事者の確保・養成

- (1) 医師、看護職員等の確保・育成
- (2) 医療従事者の勤務環境改善支援

#### 4 介護従事者の確保・育成

- (1) 介護従事者の確保・養成
- (2) 労働環境・処遇の改善

#### 5 住まいの安定的な確保

- (1) 居住安定の確保
- (2) 特定施設等の整備推進等

<sup>7</sup> 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。

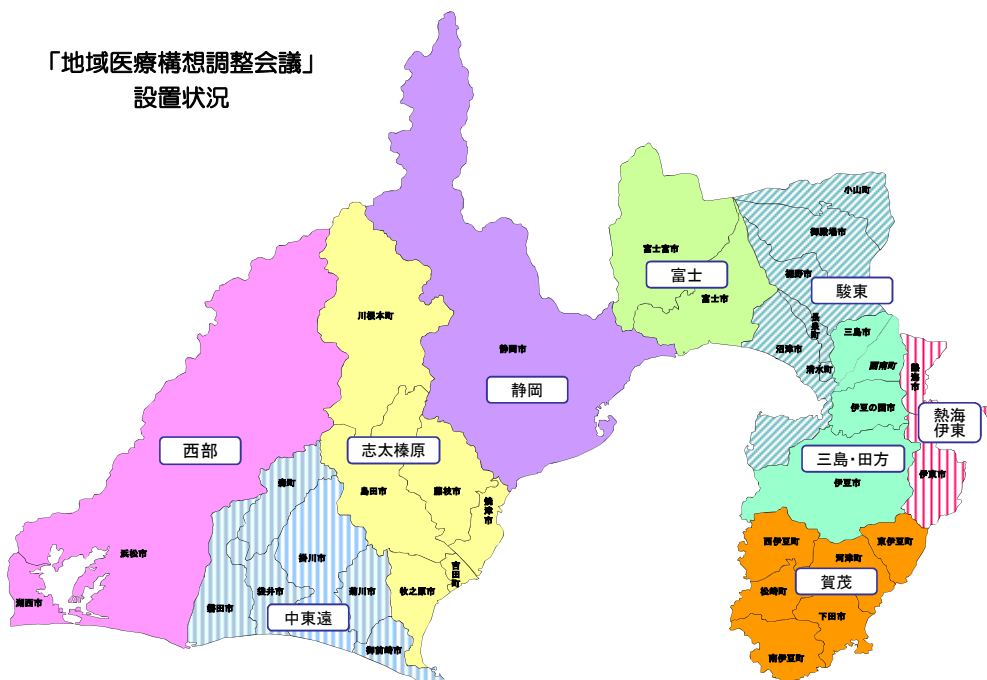


## 第4節 地域医療構想の推進体制

- 地域医療構想の実現に向けては、構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床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協議を行うものとされています。(医療法第30条の14)
- また、2018年度の厚生労働省通知において、「都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むよう支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置すること」とされたことを受け、本県では「静岡県医療対策協議会」を県単位の地域医療構想調整会議に位置付け、各構想区域での議論の進捗状況や課題、構想区域を越えた広域での調整が必要な事項等に関して協議しています。
- 今後も引き続き、地域医療構想調整会議において医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。
- 併せて、厚生労働省などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

### 1 「地域医療構想調整会議」の活用

- 本県では、各構想区域等における協議の場として、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、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」<sup>8</sup>を2016年度に設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。
- 地域医療構想調整会議では、各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。
- 併せて、各医療機関が策定した「公立病院経営強化プラン」、「公的医療機関等2025プラン」等で示された、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について、具体的な議論を進めます。
- 各構想区域での協議の状況については、医療審議会や地域医療協議会等へ報告します。

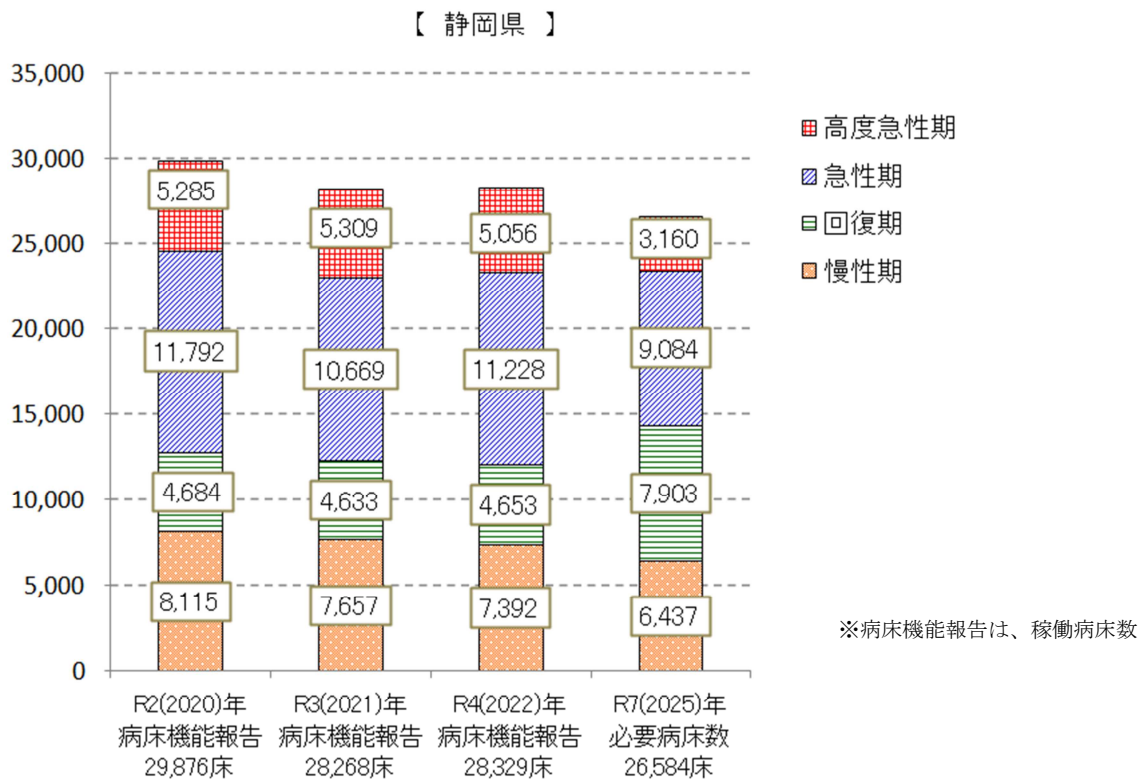


<sup>8</sup> 駿東田方構想区域においては「駿東」と「三島・田方」の2地域にそれぞれ調整会議を設置。

## 2 「病床機能報告制度」の活用

- 病床の機能分化と連携に向けて、毎年度実施される病床機能報告による病床機能の現状と、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握し、情報提供を行うとともに、各医療機関の自主的な取組を促します。
- 病床機能報告の3年間の推移を見ると、慢性期機能は減少し続けていますが、その他の機能は、新型コロナウイルス感染症等の影響により、増減を繰り返しています。
- 病床機能報告と2025年の必要病床数を比較すると、回復期機能が大きく不足しています。

図表4-7 病床機能報告の推移と2025年の必要病床数との比較（静岡県）



### < 「静岡方式」の導入 >

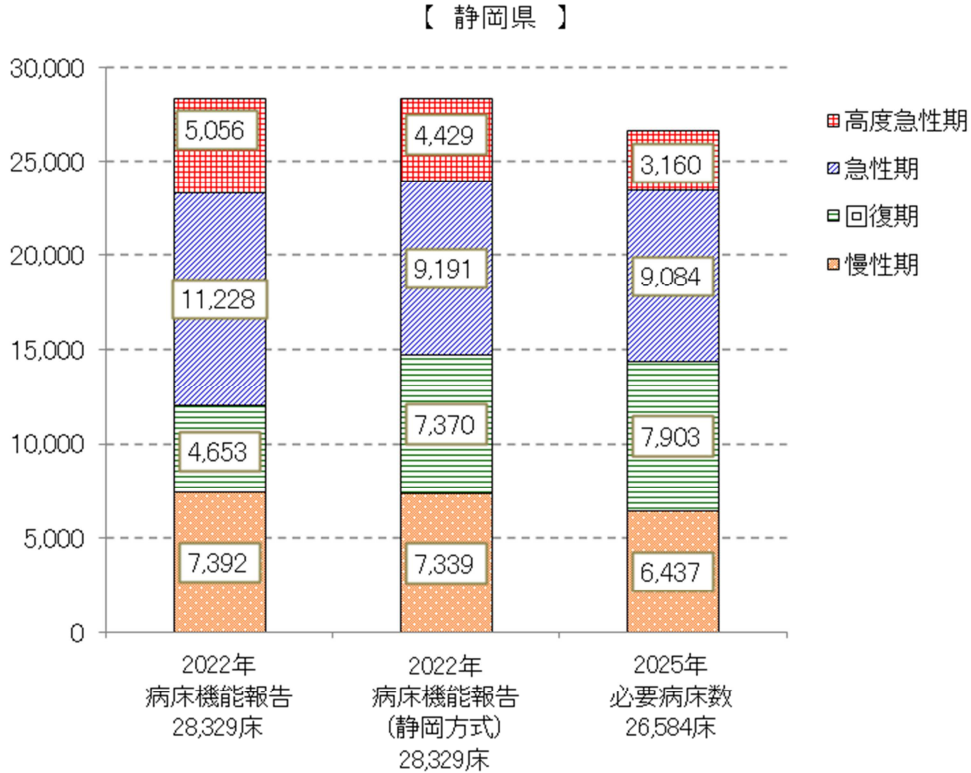
- 厚生労働省は各都道府県に対して、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、病床機能報告の「定量的基準」の導入を求めています。
- 本県では、地域医療構想調整会議や関係者の意見を踏まえ、病床機能選択の目安となる一定の基準として、「静岡方式」を導入しました。
- 「静岡方式」を適用した場合、図表4-9のとおり、病床の各機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）について、2025年の必要病床数の割合に近づいています。

図表 4-8 「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院料等による区分】	【「重症度、医療・看護必要度」及び平均在棟日数による区分】	
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急</li> <li>ICU・HCU・SCU</li> <li>PICU・NICU・MFICU・GCU</li> <li>小児入院医療管理料 1</li> </ul>	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が [ I : 40%以上, II : 35%以上 ] かつ平均在棟日数 11 日未満	-
急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料 2・3</li> </ul>	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術あり(年間100件以上)</li> <li>放射線治療あり</li> <li>化学療法あり(年間50件以上)</li> </ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 4～6</li> <li>地域一般入院料</li> <li>小児入院医療管理料 4・5</li> <li>回復期リハビリ病棟入院料</li> <li>地域包括ケア病棟入院料</li> <li>緩和ケア病棟入院料</li> <li>特定一般病棟入院料</li> </ul>	-	・上記、下記を 1 つも満たさない診療所
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟特別入院基本料</li> <li>療養病棟入院料</li> <li>障害者施設等入院基本料</li> <li>特殊疾患病棟入院料</li> </ul>	-	・有床診療所療養病床入院基本料

- ・「特定入院料」「重症度、医療看護必要度」「平均在棟日数」「手術、放射線治療、化学療法」による区分
- ・医療機能を選択する際の「目安」であり、医療機関の裁量的判断は許容することを前提とする。

図表 4-9 「静岡方式」の適用結果



### 3 「地域医療介護総合確保基金」の活用

○地域医療構想で定める構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化と連携を図るとともに、在宅医療や在宅歯科医療の充実、医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

### 4 2025年以降における地域医療構想

○2025年以降における地域医療構想については、国が高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ課題整理・検討している新たな地域医療構想を踏まえ、対応していきます。

#### 参考：医療法の規定に基づく対応

○将来の方向性を踏まえた自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合、改正医療法等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされています。

- ①地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ②協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ③病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）

※①～④の実施には、県医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要があります。

※勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができることとされています。