

平成 26 年 12 月 12 日 (金)  
16 時 00 分 ~ 18 時 00 分  
厚生労働省専用第 22 議室

第 5 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 次 第

- 2025 年の医療需要の推計方法について
- あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について
- その他

【資料】

- 資料 1 前回検討会での主な意見
- 資料 2 DPC データの分析による医療資源投入量の推移及び各医療機能との関係について
- 資料 3 あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について (案)

【参考資料】

- 参考資料 1 医療資源投入量の推移・各医療機能に該当する患者数の推移 (DPC 別)
- 参考資料 2 療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率 (間接法)
- 参考資料 3 二次医療圏別平均在院日数 (療養病床)
- 参考資料 4 2025 年の医療需要の推計の考え方について (案) (第 3 回の資料 3)
- 参考資料 5 病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例 (詳細)
- 参考資料 6 在宅医療・介護サービスの充実に係る具体的な取組例 (詳細)

【構成員提出資料】

- 安部構成員提出資料 あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等に関する意見
- 齋藤構成員提出資料 地域医療構想策定ガイドラインについて
- 和田構成員提出資料 地域医療構想ガイドライン策定等に関する意見

同(本)

臺灣省立圖書館

圖書部

中華民國三十三年

臺灣省立圖書館

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

圖書部

## DPCデータの分析による医療資源投入量の推移及び 各医療機能との関係について

### 1. 第3回検討会における議論

- 第3回（平成26年10月31日）検討会において、「2025年の医療需要の推計の考え方について（案）」を以下のようにお示した。

- 推計に当たっての基本的な考え方として、
  - ① 入院について、医療需要を算出し、それを基に、病床数を推計する。
  - ② 各医療機能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、DPCデータやNDBのレセプトデータを分析する。
  - ③ 都道府県及び構想区域ごとに医療需要を算出することから、患者の流入及び入院受療率等の地域差を考慮の対象とする。
- 特に、上記②については、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、医療資源投入量の多寡で見ていくことが考えられる。
- DPCデータを分析することで、1入院について、1日当たりの医療資源投入量と入院日数との関係を見ることが可能であり、厚生労働省の研究班で行われた分析をご紹介した。  
※今回、全てのDPC病院のデータから、医療資源投入量の推移を分析した。

- また、第3回検討会において出された推計に係る意見は別紙（6頁以降）のとおり。

## 2. 今回の分析の具体的内容

### (1) 分析対象データ

データ源：DPC データ

対象：全国の DPC 病院（平成 26 年 4 月時点で約 49 万床）

期間：平成 25 年度（1 年間）

抽出条件：該当する期間に入退院が完結しており、かつ、包括 DPC で算定されている範囲の患者の DPC データ

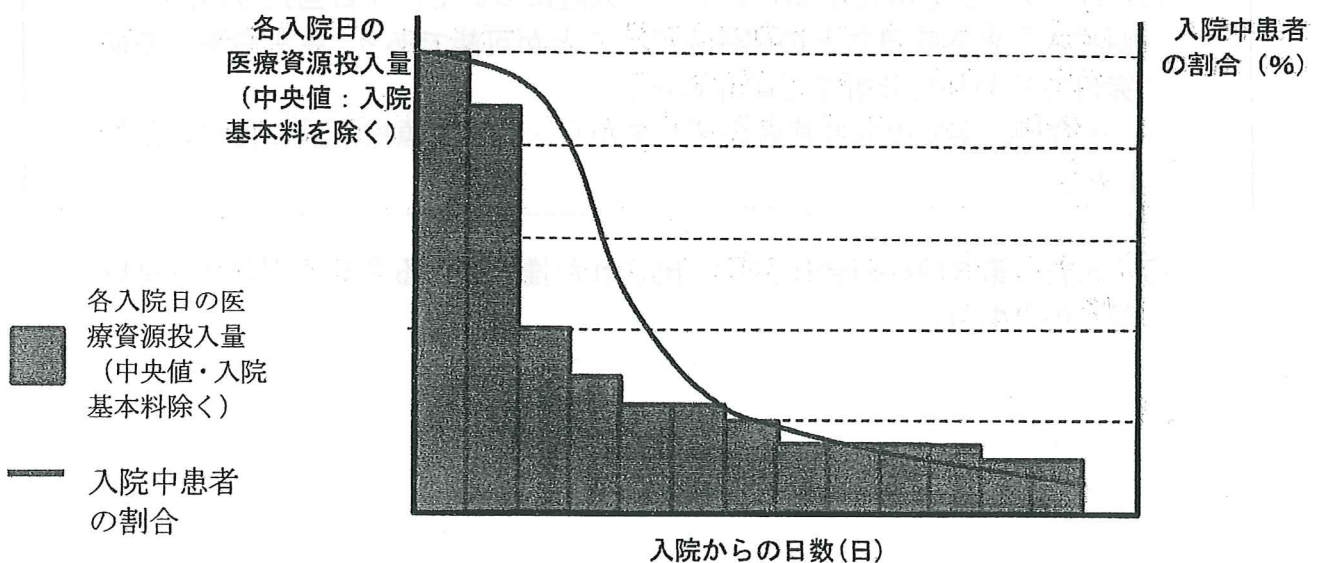
除外条件：包括 DPC で算定されていない範囲、同日再入院や 24 時間以内の死亡、治験対象症例など  
結核病床、感染症病床、精神病床の入院分

### (2) 分析の具体的内容

- 平成 25 年度 1 年間の患者を、DPC ごとに、入院初日を始点として揃え、1 日当たりの医療資源投入量の中央値を（入院期間の平均ではなく、入院 1 日ごとに計算）を入院経過日数順に並べる。

※ 医療資源投入量から、入院基本料を除いている。

- また、各入院後経過日数について、入院を継続している患者の割合を、入院初日を 100%とした割合で示す。



### (3) 分析の結果について

- 上記の分析を、平成 23 年患者調査において推計入院患者数の多い傷病小分類上位 255 の疾患を選び、DPC において対応する 255 の疾患について実施した結果は参考資料 1 のとおり。(当該 255 疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は 63.1%であった。)
- 255 の DPC の医療資源投入量の推移を 1 つの図にプロットしたのを見ると、異なる動きをする DPC がいくつかあるものの、
  - ・ 入院初日から 2～3 日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
  - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定していることが分かる。
- 各医療機能のうち、高度急性期機能と急性期機能の患者数の区分の考え方については、第 3 回検討会において、

○ 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。

○ 一方、上記の医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえると、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する。

※ 出来高換算点数でみた医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者も存在するのではないか。

○ また、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。

ことをお示ししている。

特に、高度急性期機能については、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 等が示されていることから、これらの病棟に入院するような患者像も参考に、高度急性期機能の患者数を区分する基準を考えてはどうか。

- ただし、急性期機能の医療需要については、上記の第3回検討会でお示したとおり、医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者も存在すると考えられることから、こうした患者像を今回の推計において、どのように分析・見込むか。

### 3. 慢性期機能の医療需要と在宅医療の患者について

- 2025年の在宅医療※の患者数については、第3回検討会において、

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 退院して在宅医療を受ける患者数（現状であれば入院しているが、入院医療の機能強化と効率化によって、退院し在宅医療へ移行すると考えられる患者数）</li><li>・ 現状において在宅医療を受けていると考えられる患者数の合計として考える</li></ul> |
|---|

ことをお示した。

※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。

- 退院して在宅医療を受ける患者数を何らかの方法により推計する必要があるが、療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であり、医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことができない。
- また、現段階では、地域の病床や在宅医療の充実、介護施設等の整備状況等にはバラツキがあると考えられる。このため、各地域の在宅医療

の患者数を見込むに当たっては、全国的な状況を勘案しつつ、設定することが必要ではないか。

- 具体的には、慢性期機能の医療需要と在宅医療を受ける患者については、一体の医療需要ととらえ、そのうち、どの程度の患者を慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療で対応するかについては、現在、療養病床の入院受療率に地域差がある（参考資料2）ことも踏まえ、医療資源投入量とは別の指標により、設定することとしてはどうか。

## あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について(案)

### 1. 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。また、都道府県計画においては、医療介護総合確保区域ごとの当該区域における医療およ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に関する事項を定めることとされている。

- 医療法（抜粋）

第三十条の四（略）

- 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（略）

八 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

- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（抜粋）

【平成26年6月25日施行】

（都道府県計画）

第四条（略）

- 2 都道府県計画においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

一 医療介護総合確保区域（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をいう。以下同じ。）ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間

二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項

イ 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域における居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。次条第二項第二号イにおいて同じ。）における医療の提供に関する事業（同条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同号イに掲げる事業を含む。）

ロ（略）

ハ 医療従事者の確保に関する事業

ニ（略）

ホ その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業（次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ニに掲げる事業を含む。）

三（略）



【平成 27 年 4 月 1 日施行】

第四条（略）

- 2 都道府県計画においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。
- イ 医療法第三十条の四第二項第七号に規定する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
  - ロ～へ（略）

- これまで、「医療法等改正に関する意見」（平成 25 年 12 月 27 日 社会保障審議会医療部会）や「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」（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号）で示された内容、各市区町村や医療機関等で実施されている先進事例や好事例等を整理すると以下の通りとなる。
- これらの内容も参考にして、各都道府県においては、あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策について検討し、定める必要がある。

## 2. 病床の機能分化・連携の推進

- 地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化及び連携については、都道府県が策定した構想区域における各医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の医療需要に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金を有効活用して必要な施策を進めていく必要がある。
- 病床の機能分化・連携の推進については、地域医療構想で示される2025年の各医療機能の病床の必要量の達成に向けて、地域で不足している医療機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該医療機能を担う病床の増床や、将来的に過剰な病床機能の転換や集約化を進めていくことが必要である。よって、都道府県においては、地域医療介護総合確保基金を有効活用し、病床の機能分化・連携のための施設整備・設備整備を積極的に支援していくことが求められる。
- 疾病構造や人口構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた医療機能の分化・連携の推進が必要である。
- また、不足する医療機能の病床の増床や病床機能の転換に必要な施設整備・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして、有効に機能するための連携施策が重要である。患者の疾病からの回復が遅延したり、ADLの低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に療養場所の移動が行われる必要がある。そのため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市区町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要がある。
- さらに、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う医療ソーシャルワーカーや看護職員の研修、入院開始時から在宅復帰を指向した支援を行うための一般の担当医師や看護職員に対する在宅医療や介護の理解を推進する研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要がある。

○ こうした病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例としては、別紙1 (14頁)のような施策がある。

### 3. 在宅医療<sup>\*</sup>の充実

※居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。

- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、市区町村と連携して推進していく必要があるが、市区町村はこれまで在宅医療になじみがなかったことから、保健所等を活用した都道府県の支援が重要である。都道府県と市区町村が施策毎に役割分担等を検討し、市区町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう連携して進める必要がある。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等が必要である。また、人材確保のためには、一般診療所が無理なく在宅医療に取り組めるよう、相互の連携による負担軽減や、人員の少ない訪問看護事業所が人材確保をできるような支援を行うことも重要である。
- 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時間体制の構築に係る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。
- さらに、地域において医療と介護が一体的に提供される体制の構築のためには、医療と介護の連携を推進することが重要であり、関係者が一堂に介して事例検討等を行う研修やICT等を活用した効率的な情報共有等の取組も必要である。
- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組例としては別紙2(15頁以降)のような施策がある。

#### 4. 医療従事者等の確保・養成

- 良質かつ適切な医療を提供する体制を構築するためには、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の改善、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、定着等に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金を有効活用することが重要である。
- 限りある医療資源を有効活用し、良質で適切な医療を安全かつ効率的に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携、補完し合うチーム医療を推進していくべきである。チーム医療の推進においては専門職人材の確保が重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職について、人材確保に取り組む必要がある。
- また、病床の機能分化・連携を進めていくためには、各医療機能に応じた医療従事者を確保することが必要であり、医療機能ごとの医療従事者の配置目標等が求められる。これについては、まずは、今回、各都道府県において、地域医療構想を策定し、2025年の各医療機能の病床の必要量を定め、疾病構造や人口構造の変化など、医療を取り巻く環境の変化も踏まえた上で、今後、国において検討することとする。

## 5. 都道府県の役割の適切な発揮

- 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療構想によって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とする。
- 各医療機能の必要量を達成するため、地域医療構想調整会議（協議の場、以下「調整会議」という。）における医療機関相互の協議により、機能分化・連携を適切に促していく必要がある。都道府県は、地域医療構想の達成の推進のための調整会議において、設置・運営方針に従い、医療機関の自主的な取組を支援する。
- 医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、医療提供体制の構築に責任を有する都道府県知事が医療審議会の意見を聴いて一定の役割を発揮できることになっているが、以下の措置を講ずる場合には、都道府県において、合理的な根拠に基づき適切に運用されることが重要である。

＜地域医療構想の実現の仕組み＞

① 病院の新規開設・増床への対応

- ・ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- ・ 都道府県知事は、理由等を記載した書面の提出を求めることができる。
- ・ 書面に記載された理由等が十分でないとき、調整会議における協議に参加することを求めることができる。
- ・ 調整会議における協議が整わないとき、当該理由等について説明をしよう求めることができる。
- ・ 転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等には命令)することができる。

【調整会議の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- ・ 都道府県知事は、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要請(公的医療機関等には指示)することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- ・ 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、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。  
※ 今回の医療法改正以前から、公的医療機関等に対しては、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は可能。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- ・ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行うことができる。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示、医療機関名の公表、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し等の措置を講ずることができる。

## 6. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

○ 都道府県は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、以下のようにPDCAサイクルを効果的に機能させる。

イ 地域医療構想を策定する際に抽出した地域の課題ごとに、指標となるデータを抽出し、地域の医療提供体制の現状を把握する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学、疫学、公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者が関与することが望ましい。

ロ 課題ごとの目標や指標を用いて、計画期間のなかで達成可能な状況で進捗しているかについて確認する。進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合は修正を検討する。

ハ 課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間のなかで、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正を行い、より実効性のある地域医療構想への発展を目指す。

ニ 医療を受ける当事者である住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高めることが必要であり、ホームページ等で住民にわかりやすく公表する。