

国の地域医療構想ガイドラインの概要

1. 都道府県においてガイドラインに基づき実施すべき事項

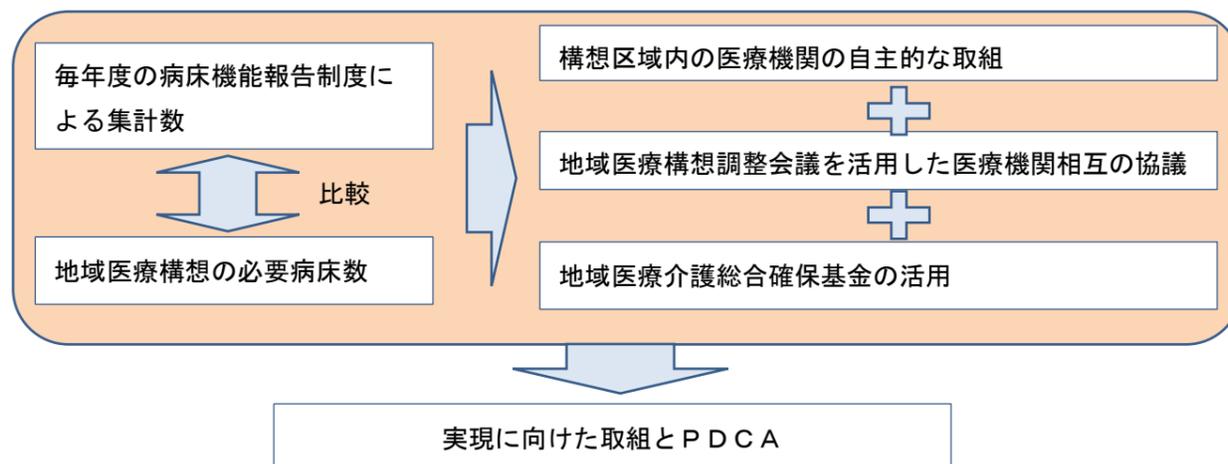
- 都道府県においては、医師会等の医療関係者や、保険者、市町村だけではなく、住民との十分な連携の下、地域医療構想を策定するとともに、おおむね 10 年後である平成 37 年（2025 年）に向けて、拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組等を促すとともに、住民の医療提供体制に関する理解や、適切な医療機関選択や受療が行われるよう、周知を始めとする取組を推進する。
- また、地域医療構想を策定するには、地域医療（精神、感染症等に係る入院医療や外来医療、在宅医療、歯科医療、薬局等を含む。）全体を見据えた上で、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）、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する。

2. 地域医療構想の策定プロセスと策定後の取組

■地域医療構想の策定プロセス

- ① 地域医療構想の策定を行う体制の整備
- 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
- 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供給（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必要病床数の推計
- ⑦ 構想区域の確認
- 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の検討

■地域医療構想の策定後の取組



3-①.【策定プロセス】地域医療構想の策定を行う体制の整備

- 策定にあたっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体、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。
- 策定段階から、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く。また、この段階で地域医療構想調整会議を設置することが適当である。

3-②.【策定プロセス】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

- 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。この自主的な取組等を促進するためには、共通認識の形成に資するデータの整備が必要になる。
- これらの基礎となるデータには、厚生労働省が一元的に整備し都道府県に提供するデータや、病床機能報告制度に基づき整備されたデータがある。

3-③.【策定プロセス】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が必要である。
- 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、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ことが必要である。
- 設定した構想区域が現行の医療計画における二次医療圏と異なっている場合には、次期医療計画において、二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

3-④.【策定プロセス】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。

<高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要>

- ・レセプトデータを基にした医療資源投入量で医療機能を区分し、医療機能別に入院受療率を算定する。
- ・2025 年における構想区域の医療需要＝性・年齢階級別入院受療率×2025 年における性・年齢階級別人口

<慢性期機能、在宅医療の医療需要>

- ・慢性期機能については、他の病床の機能区分の医療需要の推計方法を基に、目標設定を加味し推計する。
- ・在宅医療については、平成 25 年の訪問診療や介護老人保健施設の入所者数等から推計する。

3-⑤.【策定プロセス】医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討

- 都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。
- その際、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。

3-⑥.【策定プロセス】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

- 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）とする。
- この場合の病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%とする。

3-⑦.【策定プロセス】構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

3-⑧.【策定プロセス】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の検討

- 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。
- 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当たっては、地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進める必要がある。
- 施策の検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、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視点が必要である。また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・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。

4-①.【策定後の取組】地域医療構想の策定後の実現に向けた取組

- 医療機関への情報提供を含め、都道府県において、以下の取組を行うことを原則とする。

<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>

- ・都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析する。その結果を踏まえ、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する。

<病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握>

- ・都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要がある。
- ・病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成する。

<地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討>

- ・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。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。

<平成37年（2025）年までのPDCA>

- ・平成37年（2025年）まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。

4-②.【策定後の取組】地域医療構想調整会議の設置・運営

- 都道府県は、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、将来の必要病床数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。

<主な議事>

- ・各医療機関における病床の機能の分化及び連携の進捗状況の共有、構想区域単位での必要な調整。
- ・病床機能報告制度による報告内容を踏まえ、地域において優先して取り組むべき事項について協議。
- ・地域医療介護総合確保基金の活用について検討。
- ・その他、地域医療構想の達成の推進に関して協議すべき事項について検討。

<その他>

- ・地域医療構想調整会議は、構想区域ごとに設置し、参加者は医師会、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。
- ・議事等に応じて、病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者、住民など柔軟に選定する。