地域医療構想の策定について

（南河内保健医療協議会　資料）

平成27年８月５日

大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課

医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

○　2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。

○　例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないか、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。

○　また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。

○　このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。
　2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

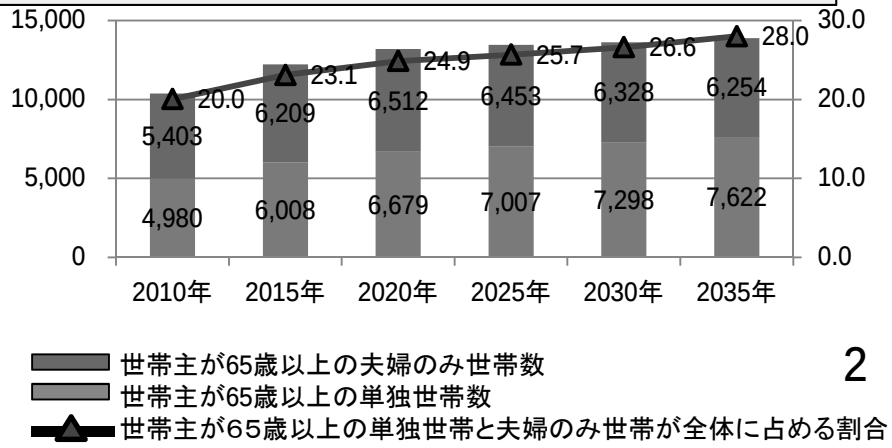
認知症高齢者数の推計

（日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計）

2010年：280万人 ⇒ **2025年：470万人**

（出所；厚労省資料）

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



■府内の状況

・2010年の75歳以上人口約84万人が、2025年には約153万人に増加**（約70万人増加）**

	2010年（H22年）	2025年（H37年）	増加数
65歳以上	199万人 （5人に1人）	246万人 （3人に1人）	＋47万人
75歳以上	84万人 （10人に1人）	153万人 （5人に1人）	＋70万人

・民間医療機関が90.6%。救急搬送の77%が民間病院で担われており、民間病院が地域・政策医療の推進に大きく寄与

・兵庫、奈良県など近隣府県からの患者流入が多い

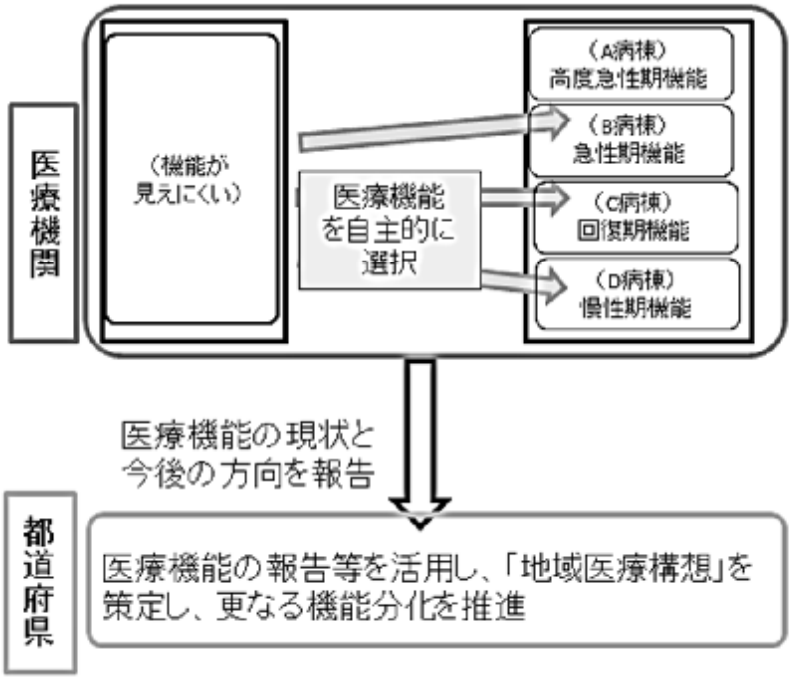
・府域の圏域間でも患者の流出入に差がある

地域医療構想について

○　平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
　※「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○　都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1．2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
- 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計

2．目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○　機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

（出所；厚労省HP）

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

○ 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。
よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。

○ 医療機能（高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能）ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	○○○○人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▲▲▲▲人／日

→ 病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

2025年の病床数の必要量
○○○○床
□□□□床
△△△△床
▲▲▲▲床

○ 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータやDPCデータを分析する。

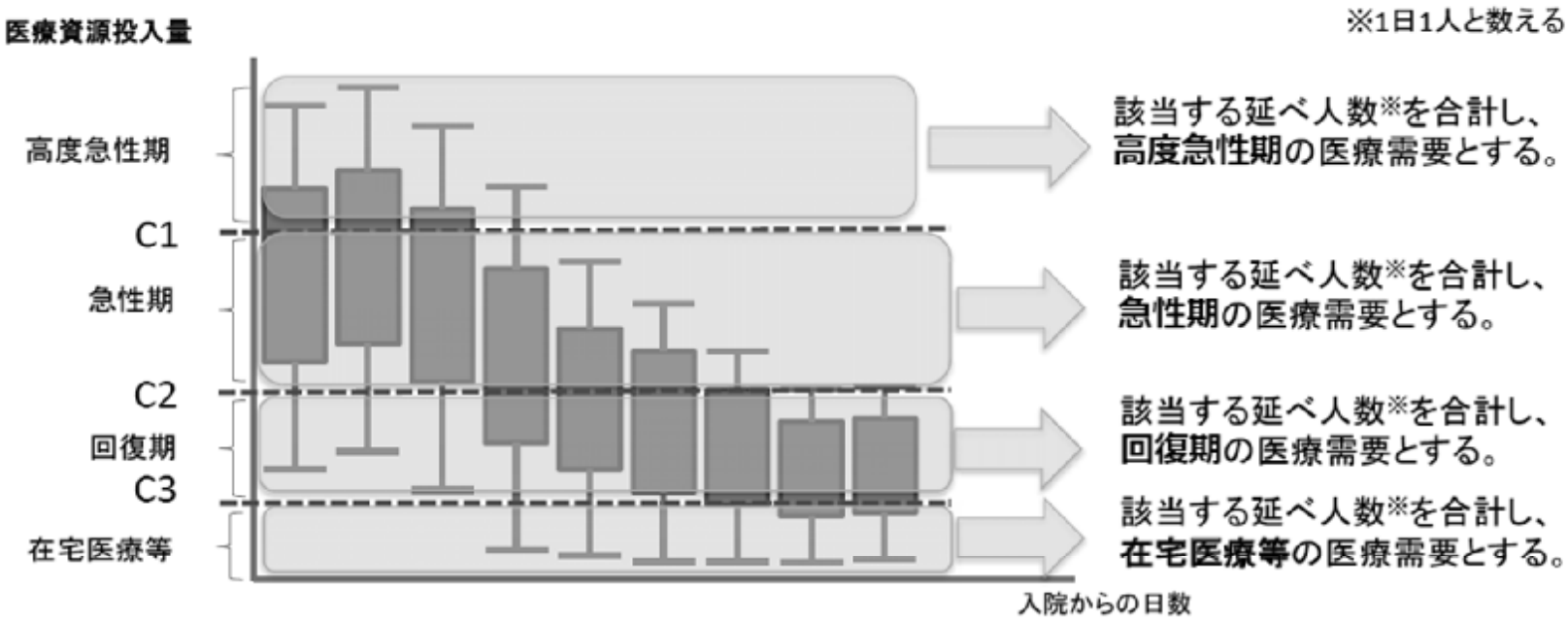
○ 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡を見ていく。

○ その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

（出所；厚労省資料）

高度急性期、急性期、回復期の医療需要について

○ DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1～C3の基準に該当する患者数（人・日）を計算し、合計。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

（出所；国専門調査会資料）

病床の機能別分類の境界点（C1～C3）について

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期 急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療（一般病棟等で実施する診療を含む。）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	・ 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 ［例］ 非侵襲的人工呼吸器＋心エコー・心電図＋観血的肺動脈圧測定＋胸部レントゲン＋点滴管理＋薬剤＋血液検査
急性期 回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、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	・ 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 ・ 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 ［参考］ NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。
回復期 在宅等	C3 225点	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 ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	・ 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 ・ 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 ［例］ 補液＋点滴管理＋ドレーン

（出所；国専門調査会資料）

慢性期及び在宅医療等の医療需要について

○　慢性期機能の医療需要及び在宅医療等（※）の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

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、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）は、慢性期機能の医療需要とする。

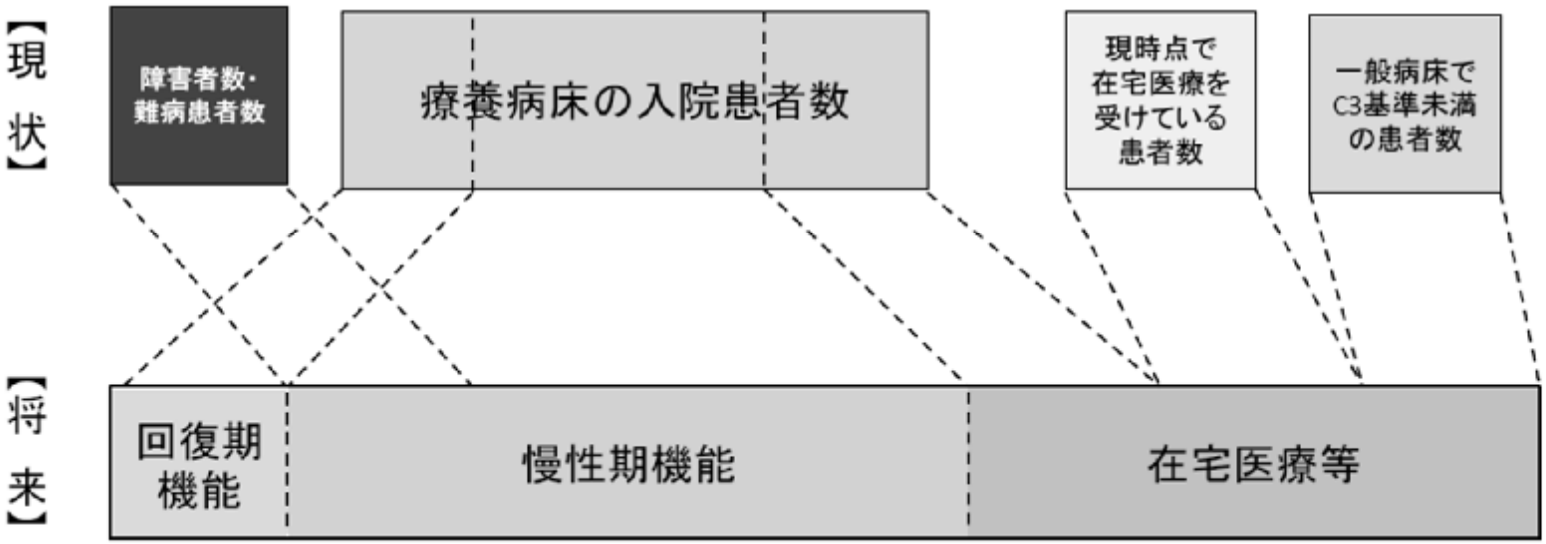
②　療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。

・　医療区分１の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。

・　その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を推計する。（次頁参照）

③　一般病床でＣ３基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。

※　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、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ける医療等を指し、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。



（出所；国専門調査会資料）

療養病床の入院受療率の地域差への対応①（基本的な対応）

○　医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。

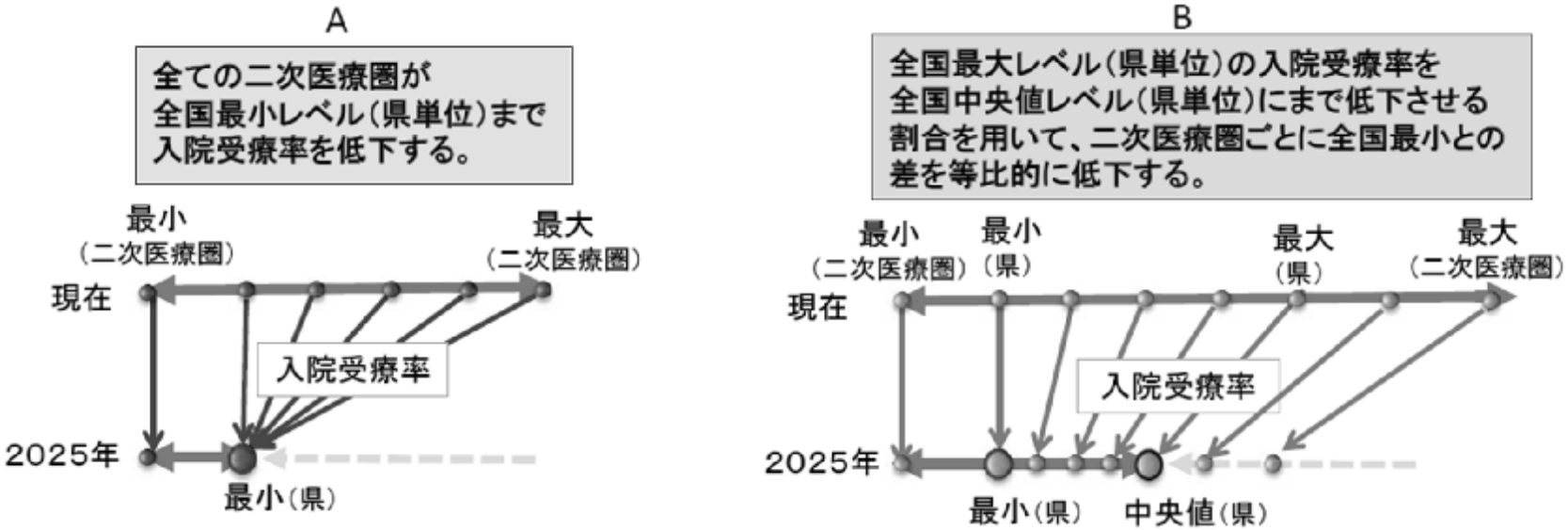
○　現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。

パターンＡ：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。

パターンＢ：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。

○　その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。（次頁参照）

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



（出所；国専門調査会資料）

療養病床の入院受療率の地域差への対応②（地域の実情への配慮）

○ 原則、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲で入院受療率の目標を定めることとするが、以下の要件にに該当する二次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。（パターンC）

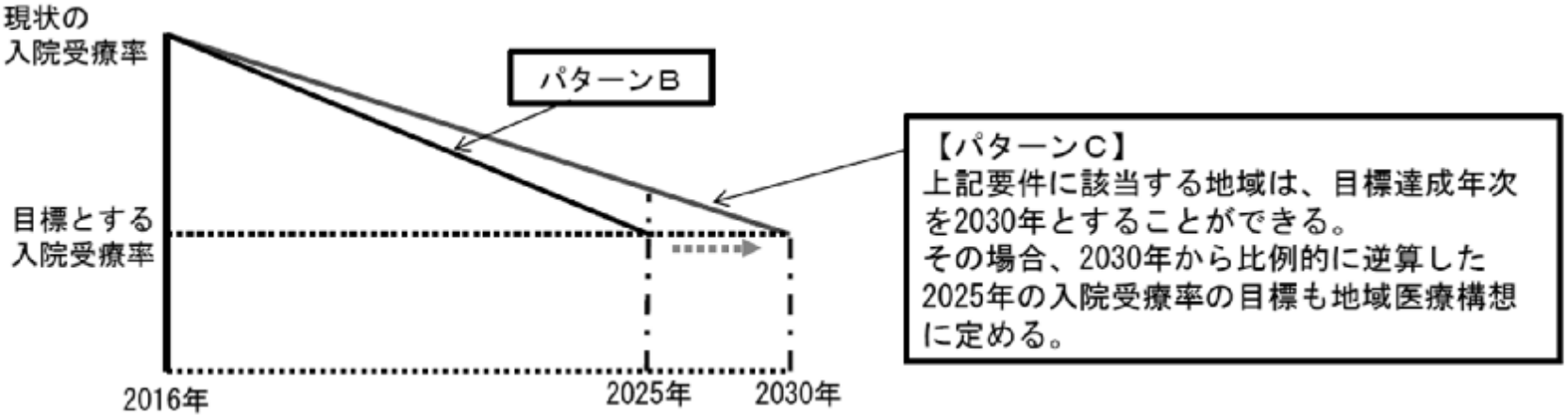
【要件】① 当該二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ
② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

［高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について］
・ 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。（相関係数 0.62）
・ 上記の相関からも、今後、高齢者単身世帯の割合が大きい地域は、在宅医療等への移行を進めにくいと考えられるため、一定の配慮を行う。

○ その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率の目標とし、当該目標と2030年の目標の双方を地域医療構想に定めることとする。

※上記要件に該当する二次医療圏が2030年に目標を設定した場合に、上記要件①を下回らないように対応する。

○ なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、必要量の達成が著しく困難となった際は、一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当。



（出所；国専門調査会資料）

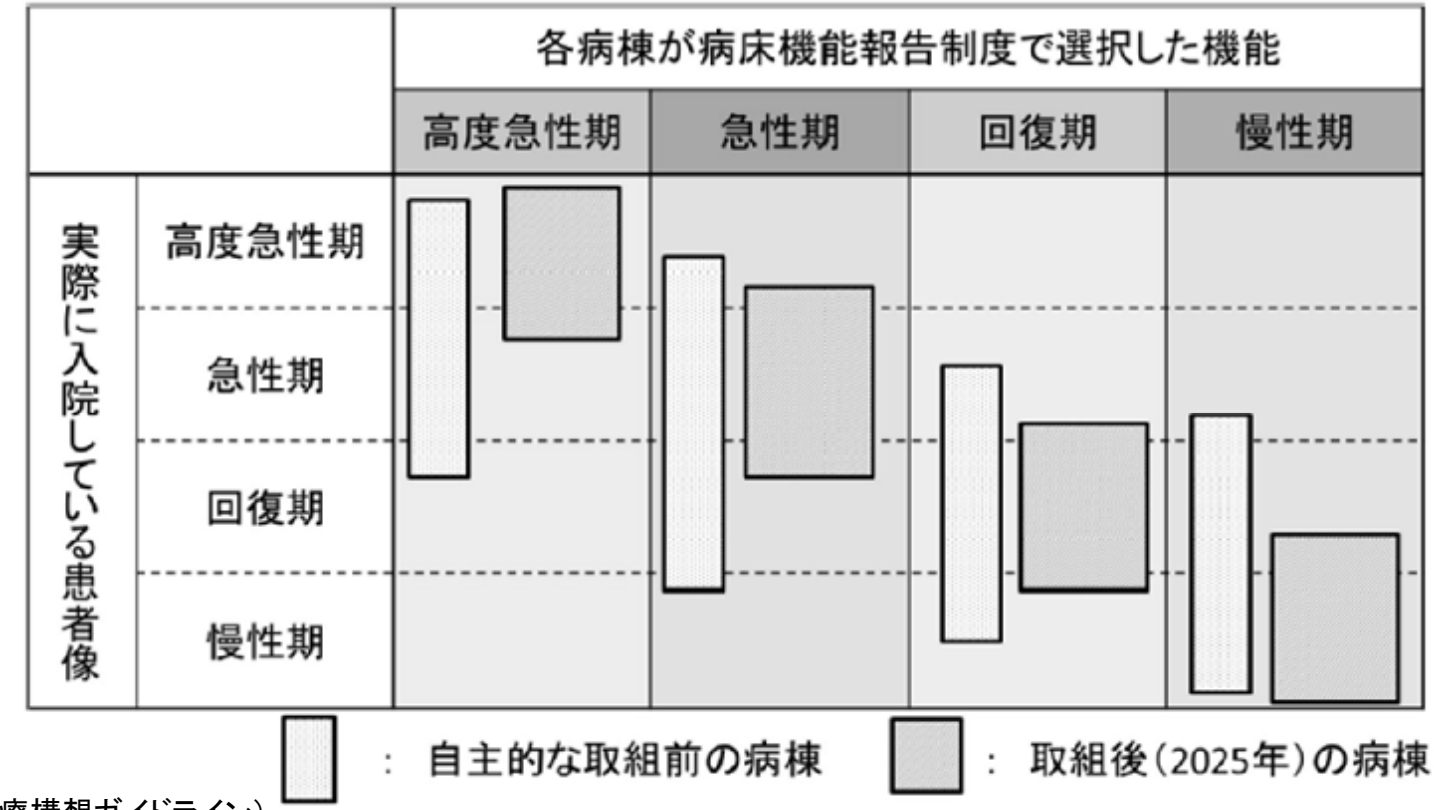
患者の収れんのイメージ

地域医療構想の策定後の実現に向けた取組 （各医療機関での取組）

○まず、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。（収れんのイメージは下図のとおりであり、将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定しているものではない。）

○ 併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能になる。
例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリテーション機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等が挙げられる。
以上の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、更なる自院の運営の改善と地域における役割の明確化を図る。

○ また、これらの取組により、区域全体で見ても、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていき、不足する機能の解消や、患者数との整合が図れることになる。



（出所；地域医療構想ガイドライン）

地域医療構想策定プロセス

■構想策定ガイドラインより	■大阪府の進め方
①構想策定の体制整備	①8医療圏の保健医療協議会を活用。その下に地域医療構想懇話会を設置
②データの収集・分析・共有	②国提供のデータ　＋　NDB独自分析(府がん循C)により、府において分析（関係者のWG設置）
③構想区域の設定	③二次保健医療圏を基本に検討をスタート
④区域の医療需要推計	④4機能（高度・急性期・回復期・慢性期）毎に推計
⑤医療提供体制の検討	⑤4機能を疾病ごとに検討。圏域間、他府県間調整の検討・協議
⑥必要病床数の推計	⑥推計結果を圏域にお示しし圏域で議論
⑦構想区域の確認	⑧病床機能、在宅医療、医療従事者の確保養成などの施策を検討（基金の活用についても併せて意見聴取）
⑧実現のための施策検討	

地域構想策定後

- 構想区域内の自主的な取組
- 地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議
- 地域医療介護総合確保基金の活用
- 実現に向けた取組みとPDCA

・地域医療構想調整会議については、引き続き、8圏域の保健医療協議会において議論するが、懇話会の体制については再度検討
（関係者間の自主的な協議ができる体制を整備）

地域医療構想策定に向けて

（地域医療構想策定）

・地域医療構想には、二次医療圏単位の医療需要を見積もり、必要な病床数を推計。27年度中の策定をめざす

・地域医療構想は、医療提供体制全般について、現保健医療計画、介護保険計画との整合性を図り策定

→　検討（記載）項目

○　病床機能の分化連携

○　在宅医療、医療従事者の確保

○　地域医療介護総合確保基金の活用方策　　など

（構想策定後）

・具体的な協議は、構想策定後に圏域ごとに、関係者からなる協議の場（※）において、自主的な取り組みにより進める。

（※）構想策定後の協議の場についても、保健医療協議会を活用するが、新たに懇話会 の設置については検討予定。

大阪府の地域医療構想策定の進め方

◆地域の医療需要に関するデータ分析・検討方針

・6月12日；厚生労働省より支援ツールの配布（構想策定データ）
・6月18日；同省より医療計画策定のためのデータブック配布

↓　府ではさらに詳細な分析を実施

・二次医療圏単位だけでなく、市町村（区）単位での分析を行うため、独自にＮＤＢデータの取得を申請済（H27.1.16）
・レセプト情報だけでなく、特定健診等の情報も併せて取得し分析
・府内の健康情報や医療分析事情にノウハウ、実績がある大阪がん循環器病予防センターに委託することで、大阪独自の分析を実施
・分析にあたっては、大阪大学医学部と連携して実施
・医療需要の検討に向けてワーキンググループを設置

※構成メンバー：大阪府医師会・大阪府病院協会・大阪府私立病院協会・公立病院協議会・がん循C・大阪府

◆構想区域での検討機関の人選その他取り組み状況

・当面、二次医療圏（8ヵ所）を構想区域として想定し、議論をスタートするための体制を構築

・構想区域での検討機関として既存会議体である保健医療協議会を活用

保健医療協議会とは
・保健医療計画の推進（進捗管理、評価）のため、条例で8つの二次医療圏毎に設置
・各圏域内で生じる保健・医療・福祉の諸課題に向けた解決策につき意見を聴取

○保健医療協議会委員（現在の委員）
　地元市町村、地元医師会、地元歯科医師会、地元薬剤師会、地元公私立病院（一部）、府医師会、府歯科医師会、府薬剤師会・大病協、私病協、その他
○地域医療構想策定のために新たに追加する委員
　公立病院協議会、看護協会、大阪精神科病院協会、地元社会福祉協議会、医療保険者（☆）

☆医療保険者：医療法30条の14第1項による

○地域医療構想懇話会

・保健医療協議会の下に、協議会委員の代表からなる地域医療構想懇話会として二次医療圏毎にフレキシブルな検討の場を新たに設置

※構想策定後の協議の場についても、保健医療協議会を活用するが、新たに懇話会の設置については検討予定。

◆大阪府の地域医療構想策定に向けたスケジュール（案）

※ 27年度中に構想策定すると仮定した場合のスケジュール

		項目	H27/3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H28/1月	2月	3月
厚生労働省		通知・データ配布等	国ガイドライン 年内			○厚労省から6点セットツールの送付（6/12）									
大阪府	諮問・答申	医療審議会	医療審 3/26											医療審（諮問）	医療審（答申）
	作成・取りまとめ	必要資料の収集	○府独自にNDB元データの取得申請中 府申請のNDB詳細データは、 取得に申請後半年以上必要 （H27.1.16申請済み）												
		○医療需要 ○推計調査・分析				○事業者決定⇒委託契約 （がん循環器予防Cを予定、阪大とも連携） ○1月から申請しているNDB生データ利用の手続き、データ取得後調査・分析課題抽出～取りまとめ **府全体の素案作成のためのWG設置** **（府医、大病、私病、公立病協、がん循C、府）**			データ修正・将来推計条件等調整		最終調整・取りまとめ				
		○構想策定方針 ○取りまとめ ○広報等								意見を受け委託事業者にフィードバック・地域医療構想(素案)～(案)を作成		意見を受け、地域医療構想(案)微調整		パブコメ	
	意見聴取	保健医療協議会 及び 懇話会				《協議会》 【第1回】 ・追加委員決定 ・懇話会の設置 など				《懇話会》 【3回程度】 ・スケジュール ・案説明、議論 ・構想(案)完成　など				《協議会》 【第2回】 ・構想案決議 など	

（参考１）

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

（平成27年6月15日）

今回の推計方法及び前提等について
（一般病床及び療養病床に係る2025年の医療機能別必要病床数の推計）

○ 本推計は、「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について」（第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料2 松田委員提出資料）、「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号）及び「「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」の一部の施行について」（平成27年3月31日付け医政発0331第9号）等に基づき、一定の仮定を置いて、実施。

○ 本推計の主な方法及び前提等は、以下のとおり。

・ 2013年度（平成25年度）1年分のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を使用。

【高度急性期・急性期・回復期の境界点】

・ 高度急性期と急性期の境界点（C1）は、医療資源投入量（※1）で3,000点。

※1 患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く。）で換算した値。

・ 急性期と回復期の境界点（C2）は、医療資源投入量で600点。

・ 回復期と在宅医療等の境界点（C3）は、医療資源投入量で225点（在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分（※2）。）。回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者数（一般病床・療養病床）を加算。

※2 医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。）であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類。

【慢性期（パターンA・パターンB・パターンC）】

・ パターンA：全ての二次医療圏の療養病床の入院受療率（※3）を全国最小値（県単位）にまで低下するとして、推計。

※3 療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。以下同じ。

・ パターンB：全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合（全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合）解消するとして、推計。

・ パターンC：要件（※4）に該当する全ての二次医療圏は、パターンBの目標入院受療率の達成年次を2030年（平成42年）とし、2025年（平成37年）においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。

（出所；国専門調査会資料）

※4：パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合における当該二次医療圏の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいこと、かつ、当該二次医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいこと。

・ なお、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、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）を慢性期として加算。

【将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数】

・ 4つの医療機能に分類されない医療資源投入量が175点未満の一般病床の患者数（※5）、療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%に相当する患者数及び療養病床の入院受療率の地域差解消分（パターンA～C）に相当する患者数の合計。

※5：医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類されるため、除かれる。

【医療機関所在地ベース・患者住所地ベース（都道府県別推計）】

・ 医療機関所在地ベース：患者の流出入が現状のまま継続するものとして、一定の仮定を置いて推計。

・ 患者住所地ベース：患者の流出入がなく、入院が必要な全ての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして、一定の仮定を置いて推計。

【病床稼働率】

・ 病床稼働率は、高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%と設定。

【性・年齢階級別人口】

・ 2025年（平成37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年（2013年）3月推計）」を使用。

○ なお、本推計は、「医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究」及び「在宅医療の必要量推計の方法論開発を中心とした医療計画の有効性を高めるためのデータ等の新たな活用方法及び見直しに関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業） 研究代表者 松田晋哉 産業医科大学教授）の協力を得て実施。

（出所；国専門調査会資料）

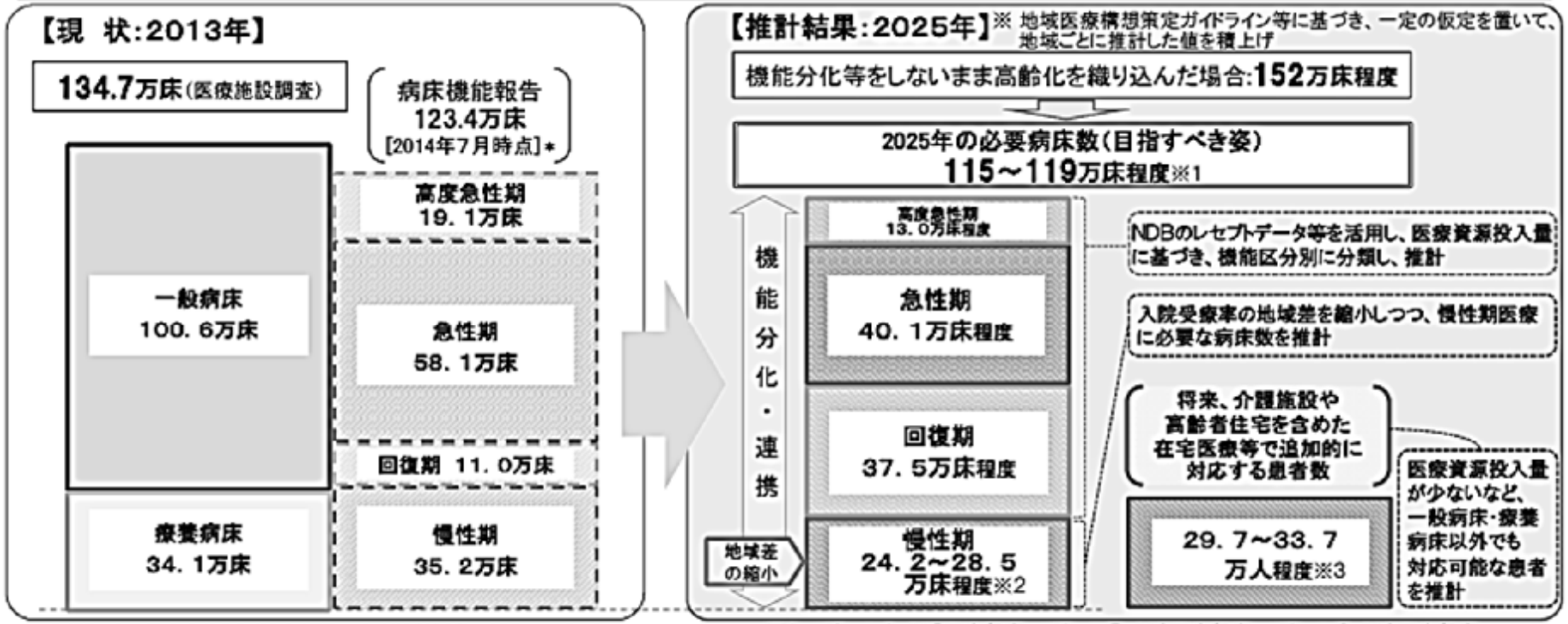
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇨ • 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
• 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2 パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3 パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

（出所；国専門調査会資料）

■大阪府域の状況

（単位：千床）

	2013年の病床数			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	差引
		一般	療養						
医療機関所在地ベース	91.4	68.5	22.9	11.8	35.0	31.4	A 19.5 B 22.9 C 23.3	97.7 101.1 101.5	+6.3 +9.7 +10.1
患者住所地ベース				11.5	34.6	31.0	A 19.5 B 22.9 C 23.3	96.6 100.0 100.4	+5.2 +8.6 +9.0

○病床機能報告（H27．3．31現在）との差　（＋は不足　▲は過剰）

・高度急性期　11.6　　急性期　43.6　　回復期　7.3　　慢性期　23.0　　計　85.5（※）

差引　＋0.2~+0.1　　▲8.6~▲9.0　　+24.1~+23.7　　▲3.5~+0.3

※全医療機関から報告となっていないため、上記2013年の病床数とは合わない

○留意点

・今回の推計値は地域医療構想ガイドラインで示した計算方法を一定の仮定をおいて機械的に全国の人口推計等を代入して計算した参考値

・府県においては、構想区域間・他府県間の患者流出入や療養病床の入院受療率など地域の実情を勘案して、今後推計していく。

・大阪府としても、NDBデータなどを独自で入手し詳細な分析を行う。

（参考２）

病 床 機 能 報 告 制 度

病床機能報告制度の概要

〇平成26年6月、医療介護総合確保推進法成立、医療法改正。

〇改正医療法に基づく義務として、平成26 年10 月、病床機能報告制度創設。

〇医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告。

〇対象医療機関は病院および有床診療所。

〇地域医療構想の策定後の実現に向けた取組 （各医療機関での取組）

・報告を通じて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認。

・病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数を次第に収れんしていく。

病床機能報告制度（報告項目）

【報告Ⅰ】 病床が担う医療機能

以下の各時点につき、病棟単位の医療機能を下記の表の4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／回復期機能／慢性期機能）の中から1つずつ選び、報告する。

（1） 現在の医療機能（平成26年7月1日現在）

（2） 6年が経過した時点における医療機能の予定

※ 来年や2年後といった比較的短期の医療機能の変更予定がある場合、変更の時期の目途と変更後の機能も報告。

（3） 2025年度（平成37年度）時点における医療機能（任意）

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○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
急性期機能	○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
回復期機能	○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）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

【報告Ⅱ】 その他の具体的な項目

①構造設備・人員配置等に関する項目

②具体的な医療の内容に関する項目

病床機能報告中間集計結果（大阪府）

○提出率（３月３１日現在）

報告項目Ⅰ：病床が担う医療機能
報告項目Ⅱ：その他の具体的な項目　①構造設備・人員配置等に関する項目
②具体的な医療の内容に関する項目

・報告項目Ⅰ、Ⅱ①に係る報告：90.5%
（うち、病院：96.5%、有床診療所：78.7%）
・報告項目Ⅱ②に係る報告　：76.1%
（うち、病院：82.9%、有床診療所：63.0%）

○医療機能別の病床数（床・構成比）

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	無回答
H26.7時点	病　院	11,586	42,228	6,977	22,830	83,621	542
	有床診療所	1	1,407	285	157	1,850	62
	計	11,587 （13.5%）	43,635 （50.7%）	7,262 （8.4%）	22,987 （26.7%）	85,471	604 （0.7%）
6年後	病　院	12,508	40,214	8,294	22,861	83,877	286
	有床診療所	1	1,400	285	164	1850	62
	計	12,509 （14.5%）	41,614 （48.4%）	8,579 （10.0%）	23,025 （26.8%）	85,727	348 （0.4%）
H37.7時点	病　院	9,171	22,335	4,703	12,706	48,915	35,248
	有床診療所	1	702	174	110	987	925
	計	9,172 （10.7%）	23,037 （26.8%）	4,877 （5.7%）	12,816 （14.9%）	49,902	36,173 （42.0%）

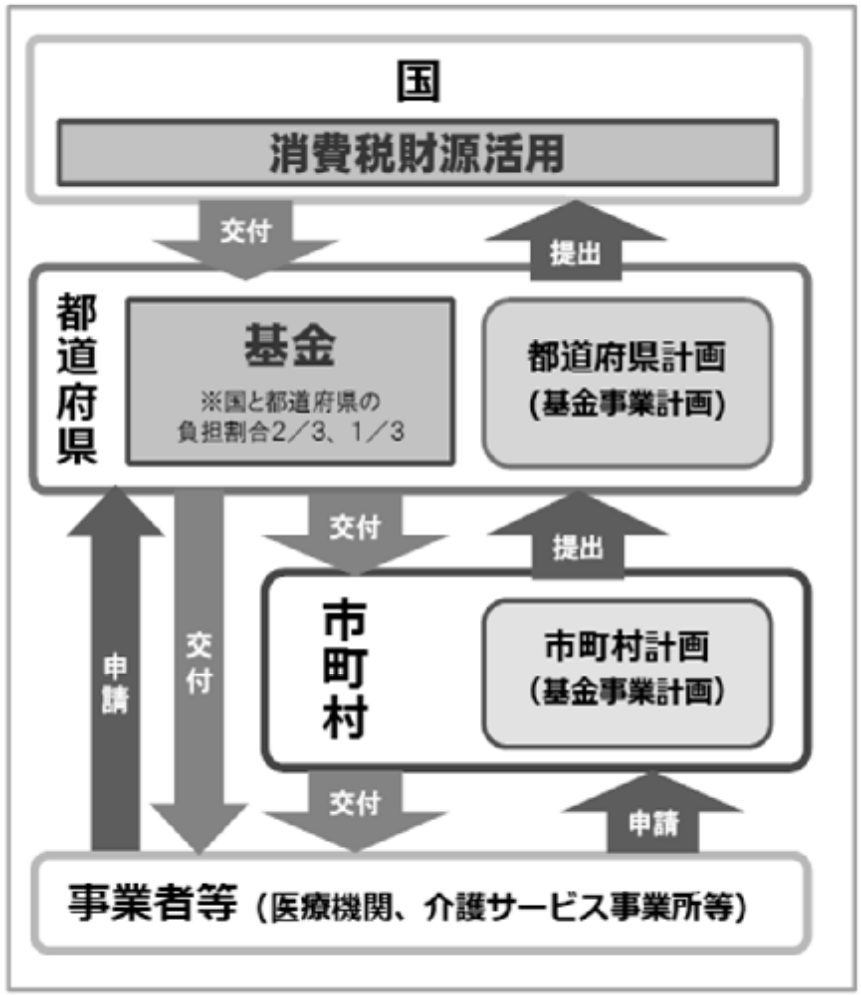
（参考３）

地域医療介護総合確保基金事業

地域医療介護総合確保基金

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。

○ このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○ 基金に関する基本的事項
- 公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
- 事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 ／ 目標と計画期間（原則1年間） ／ 事業の内容、費用の額等 ／ 事業の評価方法※2

※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。

※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○ 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1 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(※)
2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
4 医療従事者の確保に関する事業(※)
5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

（出所；厚労省資料）

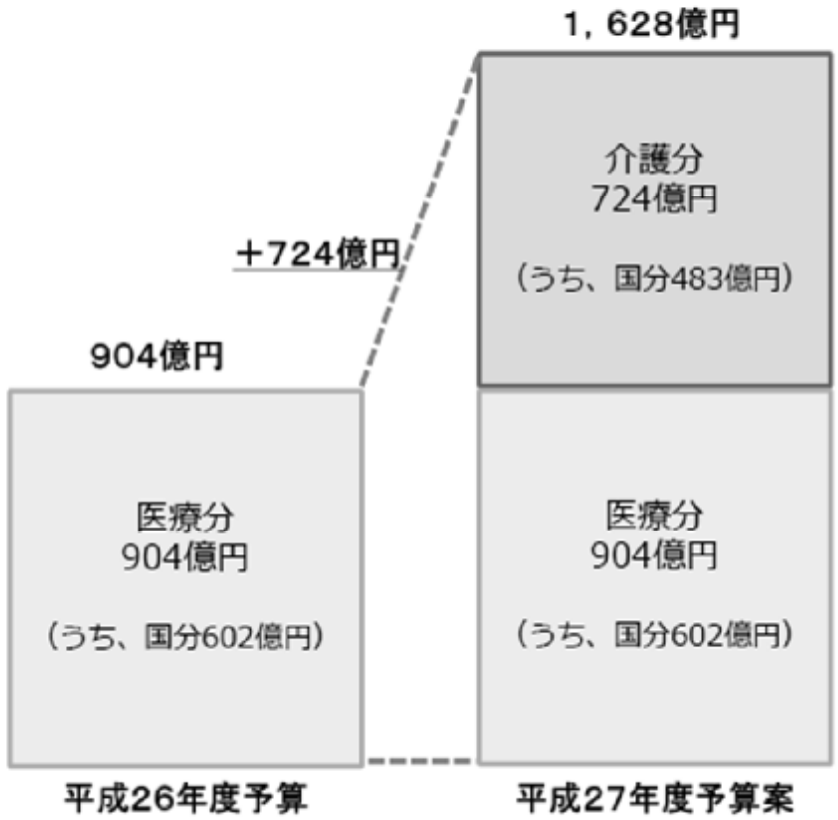
地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案について

○ 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、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。

○ 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案は、**公費ベースで1，628億円（医療分904億円（うち、国分602億円）、介護分724億円（うち、国分483億円））**

○ 平成27年度以降は、**介護を含む全ての事業を対象**とすることとしており、**対前年度予算724億円増**。

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

1 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(※)

2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)

3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）

4 医療従事者の確保に関する事業(※)

5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

今後のスケジュール（案）

２７年１月～	都道府県ヒアリング実施 （※都道府県による関係者からのヒアリング等実施）
予算成立後	基金の交付要綱等の発出 介護分を都道府県へ内示
６月中	医療分を都道府県へ内示
７月中	交付決定（※都道府県計画提出）

（出所；厚労省資料）

平成27年度地域医療介護総合確保基金の執行スケジュール（案）

時期	医療分	介護分	共通
平成27年 1月中旬	平成26年12月に実施済み ①都道府県に事業量の調査依頼 （事業内容、規模等）	①都道府県に事業量の調査依頼 （整備予定、規模等） ※事業メニュー案の提示	
2月頃	②都道府県より事業量の提出	②都道府県より事業量の提出	厚生労働関係部局長会議
3月頃		③事業量ヒアリング実施	全国医政関係主管課長会議 全国介護保険担当課長会議 ※交付要綱等案の提示
予算成立後	②' 都道府県より事業量の見直し提出	④都道府県へ内示 ※必要に応じ、人材確保事業を対象に追加ヒアリング・追加内示を実施	基金の交付要綱等の発出 ※都道府県計画の提出依頼（様式例を提示）
5月頃	③事業量ヒアリング実施		都道府県より都道府県計画案の提出
6月頃	④都道府県へ内示		
7月頃	⑤交付申請 ⑥交付決定	⑤交付申請 ⑥交付決定	都道府県より都道府県計画の提出

（出所；厚労省資料）

※【スケジュールは、予定として示されたものであり変更されている点があります】