

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

～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～

平成 27 年 6 月 15 日

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

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 委員名簿

平成 27 年 4 月 1 日現在

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 尾形 裕也 | 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授 |
| 権丈 善一 | 慶應義塾大学商学部教授 |
| 佐藤 主光 | 一橋大学国際・公共政策大学院教授 |
| 田近 栄治 | 成城大学経済学部特任教授 |
| 筒井 孝子 | 兵庫県立大学大学院経営研究科教授 |
| 土居 丈朗 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| 鳥羽 研二 | 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長 |
| ◎ 永井 良三 | 自治医科大学学長 |
| 伏見 清秀 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授 |
| 藤森 研司 | 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授 |
| 堀田 聰子 | 国際医療福祉大学大学院教授 |
| 増田 寛也 | 東京大学公共政策大学院客員教授 |
| ○ 松田 晋哉 | 産業医科大学医学部教授 |
| 山口 俊晴 | がん研究会有明病院副院長 |
| 山本 隆一 | 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授 |

◎は会長、○は会長代理

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の開催実績

第1回（平成26年8月11日）

- ・会長の選任、専門調査会の運営について
- ・ワーキンググループの設置について
- ・委員からのプレゼンテーション

第2回（平成26年11月11日）

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ・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状況等について

第3回（平成26年12月24日）

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ・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状況について

第4回（平成27年3月17日）

- ・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状況等について
- ・第1次報告骨子（素案）について

第5回（平成27年6月15日）

- ・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状況について
- ・第1次報告（案）について
- ・「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

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

医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ

構成員名簿

佐藤 主光 一橋大学国際・公共政策大学院教授

筒井 孝子 兵庫県立大学大学院経営研究科教授

土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授

伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授

藤森 研司 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授

○ 松田 晋哉 産業医科大学医学部教授

○は主査

医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループの開催実績

第1回（平成26年9月1日）

- ・医療費等の地域差について
- ・シミュレーションについて

第2回（平成26年10月10日）

- ・医療費等の地域差について
- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会について
- ・シミュレーションについて

第3回（平成26年11月5日）

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ・シミュレーションについて

第4回（平成26年12月4日）

- ・シミュレーションについて

第5回（平成26年12月8日）

- ・医療費適正化計画について
- ・シミュレーションについて

第6回（平成26年12月17日）

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ・シミュレーションについて

第7回（平成27年1月28日）

- ・シミュレーションについて

第8回（平成27年2月18日）

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ・シミュレーションについて

第9回（平成27年3月11日）

- ・シミュレーションについて

第10回（平成27年3月31日）

- ・地域医療構想策定ガイドラインについて
- ・医療費適正化計画について

第11回（平成27年6月3日）

- ・シミュレーションについて

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
目次

I. はじめに

- ・ 専門調査会及びワーキンググループ設置の経緯 1
- ・ 客観的なデータ活用の意義 1
- ・ 患者の視点から見た医療提供体制改革の推進 2

II. 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たっての基本的考え方

- ・ 医療・介護情報等を活用した医療提供体制改革の重要性 3
- ・ 現状追認とならない改革の必要性 3
- ・ あるべき将来の医療提供体制を実現する地域医療構想の早急な策定 4

III. 医療機能別病床数の推計方法及び推計結果の概要等

- ・ 推計方法の概要 6
- ・ 医療機能別の推計結果の概要 7
- ・ 推計結果の評価と今後の対応 11

IV. 今後の課題

- ・ 更なるデータの収集・活用と推計方法の精緻化 14
- ・ 病床の機能分化の深化に向けた取組 15
- ・ 今後の専門調査会における検討の方向性 16

(別添1) 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について 17

(別添2) 参考資料 35

I. はじめに

(専門調査会及びワーキンググループ設置の経緯)

- 本専門調査会は、平成 25 年(2013 年)8 月にとりまとめられた社会保障制度改革国民会議報告書(以下「国民会議報告書」という。)や経済財政諮問会議における議論などを踏まえ、社会保障制度改革を推進する観点から、地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査及び検討を行うため、社会保障制度改革推進本部の下に設置されたものである。
- 昨年 8 月 11 日に開催した第 1 回会議において、本専門調査会の下に「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」を設置することとし、「経済財政運営と改革の基本方針 2014」¹等を踏まえ、まずは、客観的なデータに基づく医療機能別病床数の将来推計等について精力的に検討を進めてきた。

(客観的なデータ活用の意義)

- 国民会議報告書では、「医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況に鑑み、データの可視化を通じた客観的なデータに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない」と指摘されている。
- 一方、我が国には、他国の類似データと比較しても、内容面に加え、カバー率や規模等の面で優れているレセプトデータ等の医療・介護情報があるが、これまで十分に活用されてこなかったという事情がある。
- そこで、今回の医療機能別病床数の将来推計等の検討に当たっては、NDB(ナショナルデータベース)²のレセプトデータやDPC³データなど既存のデータを最

¹ 「経済財政運営と改革の基本方針 2014」(平成 26 年6月 24 日閣議決定)(抜粋)

「先進的に取り組んでいる地域の事例の横展開や各制度の横断的見直しの視点が重要である。特に、地域横断的な医療介護情報のICT化により「見える化」を進め、各地域の状況を比較した結果を踏まえて医療介護支出の効率化・適正化を図る。」

「医療提供体制については、関係者間での協議及び都道府県による実効性のある行政上の措置等を通じて、病床の再編等を含め、早急な適正化を推進する。その際、地域の医療需要の将来推計等の情報を基に各医療機能や在宅医療の必要量を含めた地域医療構想を策定し、病床数等の目標設定と政策効果の検証を行うとともに、中長期的な視野に立った工程管理を行う観点からPDCAマネジメントの実施を進める。こうした医療提供体制の再編と併せて在宅医療・介護を進める地域包括ケアの推進を図ることにより、患者がその状態に応じたふさわしい医療等を受けることができるようにするなど入院の適正化を図る。」

² 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第 16 条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書(レセプト)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る。

³ Diagnosis Procedure Combination:診断と処置の組合せによる診断群分類のこと。DPCを利用し

大限活用して検討を進めることとした。今回の検討成果が、医療・介護情報の可視化を進め、客観的なデータに基づく制御を目指す画期的な取組につながることを期待したい。

（患者の視点から見た医療提供体制改革の推進）

- 今回の改革は、後述のとおり、中長期的な視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療が受けられることを目指すとともに、居宅をはじめ介護施設や高齢者住宅も含めた「在宅」への復帰率の向上など患者の視点から見て医療の質の向上につながるよう取組を進めるものである。具体的には、例えば、救急搬送等におけるアクセス時間のばらつきを減らしたり、医療従事者の配置が必要な医療機能にシフトされていくことなどを通じ、平均在院日数の短縮が図られたり、患者の状態像に応じて転棟・転院等を円滑にできるようになったり、住み慣れた地域や自宅で過ごすことができるよう、患者に適切な在宅医療が提供されたりすることを目指すものであり、こうしたことを念頭に改革を進めていく必要がある。
- 同時に、昨年成立した医療介護総合確保推進法⁴においては、国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない⁵旨規定されたところであり、あるべき医療提供体制の構築に向けては患者の適切な医療の選択が重要となってくることも踏まえ、改革を進めていく必要がある。
- また、今回の改革は、国民会議報告書で指摘された、「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であり、患者の状態像に即した適切な医療・介護が適切な場所で受けられるよう、今回の改革とあわせて、地域包括ケアシステムの構築を進め、一層の医療・介護の連携やネットワーク化を図っていく必要がある。
- 本年は、昭和60年（1985年）の病床規制を導入した医療法改正からちょうど30年目となる年であるが、今回の検討成果を踏まえた地域医療構想⁶の策定が、あるべき医療提供体制の構築や今後必須となる地域包括ケアシステムの構築に向けた改革の新たな展開の一つとなるよう切に願う。

た包括支払いシステムをDPC/PDPS(Per-Diem Payment System:1日当たり包括支払い制度)という。DPC/PDPS参加病院(1,496病院、474,981床(平成25年4月))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いる。

⁴ 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(平成26年法律第83号)

⁵ 医療法第6条の2第3項 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

⁶ 医療法第30条の4第2項第7号に規定する将来の医療提供体制に関する構想。

Ⅱ. 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たっての基本的考え方

(医療・介護情報等を活用した医療提供体制改革の重要性)

- 今後、人口の少子高齢化はさらに進展し、医療従事者の確保等にも限界がある中、限られた医療資源を効果的・効率的に活用するためには、医療機関の病床を医療ニーズ⁷の内容に応じて機能分化し、患者の状態像に即した医療提供体制を構築することが重要である。
- また、中長期的な医療ニーズの動向については、人口構造の変化等の影響を受け、変動していくものと考えられる。このため、医療提供体制の改革に当たっては、地域の中長期的な医療ニーズの動向と調和したものとしていく必要がある。その際、地域医療構想は、いわゆる「団塊の世代」の全員が75歳以上となる2025年(平成37年)の医療提供体制の姿を念頭に置いているが、高齢者数の増加が落ち着く2040年(平成52年)も視野に入れて、改革を進めていくことが重要である。
- さらに、人口構造や高齢化の進展には地域差があることから、地域の医療ニーズに対応した医療機能別の病床が確保されるよう、医療提供体制の改革を進めていくことが望ましい。
- こうした中で、今回の推計方法については、
 - ・ NDBのレセプトデータやDPCデータ等の医療情報を活用することにより、各地域の医療ニーズの実態を踏まえたものとなること
 - ・ 地域別の将来推計人口等を活用することにより、地域の人口構造の変化などを加味した地域ごとの将来推計が可能となること
 - ・ 医療情報を活用した医療資源投入量⁸等を基準とすることにより、各地域で統一的な形で患者の状態像に即した医療提供体制を構築することが可能なことといったメリットがあり、より実態に対応した医療提供体制の改革につながると考える。

(現状追認とならない改革の必要性)

- 地域医療構想の策定に当たっては、各都道府県が、レセプトデータなど客観的なデータに基づき、あるべき将来の医療提供体制の姿を検討することになるが、必要病床数等の将来推計に当たっては、人口推計等、全国統一のルールで行う必要があ

⁷ 医療介護総合確保推進法においては、「医療の需要」と規定されている。(医療法第30条の4第5項都道府県は、地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、第30条の13第1項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。)

⁸ 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。P6「推計方法の概要」参照。

るとともに、地域の実情を勘案するに当たっても、人口構造の違いなど、客観的に説明可能なものの範囲にとどめるべきである。

- 医療提供体制については、特に二次医療圏でみると、大きな地域差がある中で、現在の医療の実態がデータ化されている医療情報を活用した結果、こうした地域差も含めて現状を全て追認することになってはならず、地域差の是正をはじめとして、病床の機能分化や効率化を着実に進める必要がある。
- その上で、解消しきれない地域差については、当該都道府県に、その要因等の公表も含め、説明責任を求め、更なる是正の余地がないか、チェック・検討できるような枠組みを構築することが重要である。
- また、国は、都道府県における地域医療構想の策定に際し、地域医療構想策定ガイドライン⁹に沿った病床の機能分化や効率化に対し、地域医療介護総合確保基金を重点配分¹⁰していくことにより、改革をサポートすべきである。
- あわせて、都道府県においては、地域医療介護総合確保基金に加え、医療介護総合確保推進法において整備した都道府県知事が役割を発揮できる仕組みなどを最大限活用し、医療関係者のみならず医療保険者なども含めた関係者との協議¹¹を通じて、地域医療構想に沿った医療機能別病床数の適正化の実現方法を検討すべきである。その際、救急搬送時間の実態なども踏まえながら、地理的にも効率的な病床の整備に努めるなど、限られた医療資源の中で質の面にも配慮して医療提供体制の改革に取り組むべきである。
- また、地域医療構想の策定に当たり、地域の医療ニーズの実態に即した将来推計が行われること、さらには地域医療構想のような中長期的なビジョンに沿って政策が押し進められていくことは、医療機関にとっても、経営上の見通しを立てる上で有用であると考えられる。各医療機関においては、こうした推計結果を盛り込んだ地域医療構想を踏まえ、将来における地域の医療ニーズに即した病棟・病床のあり方を検討することが可能となるとともに、病床の機能に応じた効率的な医療の提供となるよう、退院計画を早めに策定するなど、患者の状態像に応じ、円滑な転棟・転院等ができるような取組を進めていくことが重要である。

(あるべき将来の医療提供体制を実現する地域医療構想の早急な策定)

- 都道府県においては、患者がその状態像に即した適切な医療が受けられるよう、地域の医療ニーズを踏まえた効率的な医療提供体制を構築するため、今回の検討成果やそれに沿った地域医療構想策定ガイドライン等を踏まえて、主体的かつ責任を

⁹ 「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)別添 1

¹⁰ 国民会議報告書では、消費税増収分の活用について、「その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる」と指摘されている。

¹¹ 国民会議報告書では、「医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要」と指摘されている。

もって地域医療構想を策定する必要がある。

- 2025 年（平成 37 年）までに残された期間を踏まえると、都道府県は、平成 30 年度（2018 年度）からの次期医療計画の策定を待たず、早急に地域医療構想を策定するようにし、医療提供体制の改革に着手すべきである。その際、国においては、地域医療介護総合確保基金等を活用し、早期に改革が進むようインセンティブ付けを検討すべきである。その上で、次期医療計画の策定時には、今回の地域医療構想の策定の際に明らかとなった課題なども踏まえ、都道府県は、必要に応じ、地域医療構想の見直しを行うことが考えられる。
- 本専門調査会の検討成果を活用した地域医療構想が円滑に策定されるためには、都道府県の担当者をはじめ、関係者の理解を得ることが重要である。このため、国は、都道府県に対して必要なデータ等の提供を行い、関係者と共有できるようにするとともに、研修や説明会の開催などの取組を積極的に進めるべきである。あわせて、同じような状況にある都道府県同士で情報交換し、対応策を検討するなどの工夫も行うべきである。また、都道府県は、地域医療政策を担う専門的知見を有する人材の確保・養成に努め、専門性に配慮した人事等に留意する必要がある。
- 現在、二次医療圏間や都道府県間で患者の流出入が見られるが、今回の医療提供体制改革により、急性期、回復期及び慢性期の医療機能については、適切な構想区域の設定¹²を前提に、基本的には、当該構想区域の住民の医療ニーズを当該区域の医療機関で対応する「自己完結」をできるだけ目指すことが望ましい。しかしながら、高度急性期などにおいて、疾病によっては「自己完結」を目指すことがかえって非効率となる場合や医療資源との関係で限界がある場合も想定される。このため、地域医療構想の策定に当たっては、流出入の対象となる構想区域の双方で整合性を図りながら、患者の流出入を必要な範囲で勘案するようにすべきである。その際、特に都道府県間の流出入の調整に当たっては、地域医療構想の策定が円滑に進むよう、国も必要なサポートを行うべきである。
- なお、平成 30 年度（2018 年度）からの次期医療計画の策定に当たっては、医療情報等を活用し、現行の二次医療圏について見直し・再編も含めて検討を行い¹³、

¹² 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋)

「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变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。」

「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。」

¹³ 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋)

「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。」

構想区域と一致させた上で¹⁴、医療提供体制の構築を図るべきである。

- また、地域医療構想を策定するに当たっては、既に医療計画において、5 疾病の一つとして、精神疾患が位置づけられていることも踏まえ、地域における精神科医療も含めて検討することが必要である。その際、精神科医療については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」や「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」(平成 26 年 7 月 14 日「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」)等を踏まえ、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、精神障害者の地域移行をより一層進めることとしており、こうした方向性と統合的な形で検討することが重要である。

Ⅲ. 医療機能別病床数の推計方法及び推計結果の概要等¹⁵

(推計方法の概要)

- 今回の一般病床及び療養病床に係る医療機能別必要病床数の推計においては、病床の 4 つの医療機能¹⁶のうち、高度急性期、急性期、回復期については、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、平成 25 年度(2013 年度)の NDB のレセプトデータ及び DPC データ等を活用し、医療資源投入量¹⁷を入院経過日数順に並べて、その境界点の分析・検討を行った。
- 療養病床については、現在、報酬が包括算定であり、一般病床のように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は難しい。また、地域によって、介護施設や高齢者住宅等の整備状況やそうした場も含めた在宅医療等の充実状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、今回の推計においては、療養病床の入院受療率の地域差に着目し、その差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定し、どの程度、慢性期の病床で

¹⁴ 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋)

「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。」

¹⁵ 本推計については、「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、実施した。

¹⁶ 医療法施行規則第 30 条の 33 の 2 第 1 号から第 4 号までに規定する病床の機能区分。

¹⁷ 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。

対応するかについて、平成 25 年度（2013 年度）の NDB のレセプトデータ等を活用して分析・検討を行った。

- その上で、人口構造の変化¹⁸等を勘案して、一定の仮定を置いて、2025 年（平成 37 年）における医療機能ごとの医療ニーズ（1 日当たりの入院患者数）を算出し、病床稼働率¹⁹で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量について地域ごとに推計した値を積み上げた。
- なお、具体的な推計方法については、本専門調査会及び厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」における検討を経て、地域医療構想策定ガイドライン等として既にとりまとめたもの²⁰であり、これらに基づき、一定の仮定を置いて推計している。

（医療機能別の推計結果の概要）

- 4 つの医療機能ごとの推計結果の概要は、以下のとおりである（具体的な推計結果については、別添 1 参照。）。

（1）高度急性期

- 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」と整理されている。
- 高度急性期と急性期の境界点（C1）²¹については、救命救急病棟や ICU²²、HCU²³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として、3,000 点とした。
- 上記を踏まえ、高度急性期に対応する医療ニーズを算出し、人口構造の変化等を

¹⁸ 2025 年（平成 37 年）の性・年齢階級別人口については、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）」を用いている。

¹⁹ 病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%と設定している。

²⁰ 具体的な推計方法については、「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）等としてとりまとめている。

²¹ 医療機能の境界点として、今回定める医療資源投入量の基準については、必要病床数のマクロ推計を行うための基準であり、個々の患者をこの基準で分類しようとするものではないことに留意する必要がある。すなわち、個々の患者をみた場合、例えば、医療資源投入量が 600 点を超えていても、回復期の医療機能をもった病床で医療を提供することがふさわしいことがあり得る一方、600 点を下回っていても、急性期の医療機能をもった病床で医療を提供することがふさわしいこともあり得る。

²² Intensive Care Unit: 集中治療室

²³ High Care Unit: ハイケアユニット

勘案して、2025年（平成37年）における高度急性期に対応する必要病床数を推計すると、13.0万床程度となる。

（2）急性期

- 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」とされている。
- 急性期と回復期の境界点（C2）については、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²⁴として、600点とした²⁵。
- 上記を踏まえ、急性期に対応する医療ニーズを算出し、人口構造の変化等を勘案して、2025年（平成37年）における急性期に対応する必要病床数を推計すると、40.1万床程度となる。

（3）回復期

- 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）」とされている。このようにリハビリテーションを提供する機能だけでなく、在宅復帰に向けた医療も含まれていることに留意する必要がある。
- 回復期と在宅医療等の境界点（C3）については、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として、225点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込み175点で区分²⁶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で対応する患者数とした。
- 上記を踏まえ、回復期に対応する医療ニーズを算出し、人口構造の変化等を勘案して、2025年（平成37年）における回復期に対応する必要病床数を推計すると、37.5万床程度となる。

（4）慢性期

²⁴ 具体的には、急性期を経過して、医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階における平均的な医療資源投入量を目安としている。

²⁵ 医療資源投入量が175点以上600点未満の医療を受ける入院患者であっても、早期リハビリテーション加算を算定する者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる医療を受ける者は、急性期に分類している。

²⁶ 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入院患者を除く。）であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける場合は、回復期に分類している。

- 慢性期機能については、病床機能報告制度において、「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害者（重度の意識障害者を含む。）、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」と整理されている。
- 人口の高齢化の進展等を踏まえ、国民会議報告書では、「医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない」と指摘されており、患者の住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応えるためにも、療養病床も含め、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換を進めていく必要がある。
- 特に、療養病床については、今後の高齢化の進展による医療ニーズの増大に対応するためにも、現行の療養病床以外でも対応可能な患者は、将来的には、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等（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。以下同じ。）、すなわち、地域で治し、支える「地域完結型」医療の基盤となる医療・介護のネットワーク²⁷、さらには地域包括ケアシステムの構築によって対応していくことが必要である。
- このため、現在の療養病床の入院患者のうち、一定の患者（医療区分1の患者の

²⁷ 国民会議報告書(抜粋)

「「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。」

「「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするならば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。」

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。」

70%に相当する者)については、10年後の2025年(平成37年)には、介護施設や高齢者住宅をはじめ、その状態像に適した在宅医療等で受け止めることが適当であると考えられる。加えて、入院受療率には大きな地域差があることから、入院受療率が相対的に低い地域の状況や取組を参考としつつ、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等、医療・介護のネットワークによる対応を着実に進めることとあわせ、地域差について2025年(平成37年)までに相当程度の解消を目指すべきである。

- 療養病床の入院受療率の地域差の解消については、将来的には全ての地域が全国最小レベルの水準を達成できることが望ましいが、一方で、改革を円滑に進めるためには、地域の実情によっては、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等、医療・介護のネットワークの構築に相当程度の時間を要する場合もあることに配慮することが考えられる。
- このため、入院受療率の地域差の解消を目指すための2025年(平成37年)の目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定めることとする。
 - A 全ての構想区域の入院受療率²⁸を全国最小値(県単位で比較した場合の値。以下「県単位」という。)にまで低下させる²⁹。(パターンA)
 - B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。(パターンB)
- ただし、医療・介護のネットワークによる対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については、以下のとおり配慮することとする。
 - C 以下の要件に該当する構想区域については、上記AからBの範囲内で定めた入院受療率の目標の達成年次を2025年(平成37年)から2030年(平成42年)とすることができることとする。その際、2025年(平成37年)においては、2030年(平成42年)から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、2030年(平成42年)の入院受療率の目標も併せて地域医療構想に定めることとする³⁰。(パターンC)

【要件】

²⁸ 「「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)に定める慢性期総入院受療率。パターンB及びパターンCにおいても、同じ。

²⁹ 入院受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の入院受療率を用いて推計することとする。パターンBにおいても、同じ。

³⁰ 必要病床数については、地域医療構想策定ガイドライン等において、2030年(平成42年)から比例的に逆算した2025年(平成37年)の入院受療率で推計した2025年(平成37年)の病床数及び2030年(平成42年)に達成すべき入院受療率で推計した2030年(平成42年)の病床数に加え、当該入院受療率で推計した2025年(平成37年)の病床数(本来であれば2025年(平成37年)に達成すべきであった病床数)を地域医療構想に盛り込むこととされている。

- ① 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構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値³¹よりも大きいかつ
 - ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
- 上記を踏まえ、慢性期に対応する医療ニーズを算出³²し、人口構造の変化等を勘案して、2025年（平成37年）における慢性期に対応する必要病床数を推計すると、
- (A) パターンAの目標を全ての二次医療圏で採用した場合、24.2万床程度
 - (B) パターンBの目標を全ての二次医療圏で採用した場合、27.5万床程度
 - (C) パターンBを前提に、要件が該当する全ての二次医療圏においては、パターンCの目標を採用した場合、28.5万床程度となる。
- なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、慢性期の必要病床数の達成が著しく困難となった場合には、入院受療率の目標を一定の範囲で修正することができる枠組みを設けることが適当である³³。

（推計結果の評価と今後の対応）

（1）必要病床数の推計結果の評価と留意点

- 患者の状態像に即した適切かつ効率的な医療が行われるような病床の機能分化や連携ができていない状況の下では、高齢化の進展に伴い、非効率なままの状態では病床が増加する圧力のみが発生することが想定される。しかし、上記のような病床の機能分化・連携の推進や、医療・介護のネットワークによる対応を通じた療養病

³¹ パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合において、慢性期病床が減少する二次医療圏の2013年（平成25年）と2025年（平成37年）を比較した減少率の中央値。

なお、上記要件に該当する構想区域において、目標達成年次を2030年（平成42年）とした場合の平成2025年（平成37年）における慢性期病床の減少率について、①の減少率の全国中央値を下回らないようにする。

³² 一般病床の障害者・難病患者（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）については、慢性期に分類している。また、療養病床の入院患者のうち回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者については、回復期に分類している。

³³ 地域医療構想策定ガイドラインでは、以下のような枠組みが設けられることとなった。

「厚生労働大臣が認める構想区域において、当該慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難となった場合には、都道府県は、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

・「厚生労働大臣が認める構想区域」：都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の平成25年（2013年）と平成37年（2025年）を比較した減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。

・「特別の事情」：やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。

・「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。」

床の入院受療率の地域差の縮小等の改革に取り組むことにより、2025年（平成37年）の上記4つの医療機能を担う必要病床数の合計は、地域ごとに推計した値を積み上げると、115～119万床程度となる。

- 今回の推計結果は、現在の一般病床及び療養病床の合計が134.7万床³⁴であることを踏まえれば、近年、減少傾向となっている病床数の動向³⁵とも整合的であると考えられる³⁶。
- また、こうした医療提供体制の改革を進めることにより、人員確保が必要な医療・病床にシフトしていくことが可能となり、診療所の有効活用³⁷とあわせて、在宅医療等の強化を効率的に進めていくことも可能となる。
- 上記のとおり、医療・介護のネットワークによる対応を進めることにより、全国ベースの病床数としては減少することとなるが、人口の動向等によっては、病床数の増加が必要な地域も発生することに留意する必要がある。また、病床機能報告制度における医療機能別病床数の報告結果と比較すると、4つの医療機能ごとに病床の大幅な増減を伴う調整が必要な地域が発生することも考えられる。病床の転換や削減を円滑に進めるために、地域医療介護総合確保基金を重点的に配分するなど、調整の過程で、全体として病床数が増加して、かえって非効率なものとならないようにする必要がある。このため、各都道府県においては、地域医療構想の実現に向けて、進捗評価を定期的を実施し、情報公開を行いつつ、地域における地域包括ケアシステム構築の状況等も踏まえながら、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させるとともに、国においても各年度において適切に進行管理を行うことが必要である。
- なお、平成26年度（2014年度）の病床機能報告制度における医療機能別病床数の報告結果は、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、今回の推計の考え方等が示されない中で報告されたものである。今後、地域医療構想の策定やその実施に当たっては、今回の推計の考え方等を関係者に十分周知するとともに、本専門調査会の検討成果と整合的なものとなるよう、病床機能報告

³⁴ 平成25年(2013年)10月1日現在の病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計。うち、一般病床100.6万床、療養病床34.1万床。(平成25年医療施設調査)

³⁵ 医療施設動態調査によれば、平成27年3月末の概数は、133.4万床。うち、一般病床99.3万床、療養病床34.0万床。

³⁶ 「OECD Health Data 2014」によると、2012年(平成24年)の人口千人当たりの病床数は、日本13.4床、ドイツ8.3床、フランス6.3床、イギリス2.8床、アメリカ3.1床(※)となっている(※:「OECD Health Data 2012」による2010年(平成22年)の数値。)

³⁷ 国民会議報告書(抜粋)

「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。」

制度の定量基準の検討を進め、病床機能報告制度の医療機能別病床数が今回の推計で示された姿に収れんしていくよう取組を進めていくべきである。

(2) 医療・介護のネットワークの構築の必要性

- 上記のとおり、地域で治し、支える「地域完結型」医療への転換を図る中で、介護施設や高齢者住宅、さらには外来医療を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークによる対応が追加的に必要となると想定される患者は、10年後の2025年（平成37年）の段階で、29.7～33.7万人程度となると見込まれる。
- 改革を円滑に進めていくためにも、これらの患者をどのような施設や医療で受け止めるべきか分析・検討するとともに、必要な施設の整備などを含め、患者を円滑に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で受け止められるよう検討を進めていくべきである。
- その際、今後の療養病床における医療提供のあり方や、介護施設や高齢者住宅を含め急性期・回復期の受け皿としての医療・介護のあり方などについても、医療を取り巻く状況の変化を踏まえ、早急に検討を進めていくべきである。その際、特に認知症患者の増加等の課題にも対応する必要がある。さらに、地域医療構想の実現に向け、サービス提供者や患者を誘導していく枠組みの検討、現在進められているコンパクトシティ化等のまちづくりの視点からの検討も重要となってくる。
- いずれにしても、今回の改革は、
 - ・ 今後と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、中長期的に、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であること、
 - ・ 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であること、
 - ・ 「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であること、
 - ・ 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進めていくものであり、直ちに現在の療養病床の急激な削減を行ったり、現在入院中の患者を追い出したりすることを強制するものではないこと、
 - ・ 今後、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であること、

を改めて強調しておきたい。

IV. 今後の課題

(更なるデータの収集・活用と推計方法の精緻化)

- 今回は、平成 27 年度（2015 年度）から地域医療構想の策定作業が始まることを踏まえ、現段階で活用可能なデータ等を基に³⁸、病床数の推計方法とその結果等についてとりまとめを行ったが、今回の推計作業で明らかになった課題も踏まえ、今後とも、更なるデータの収集・可視化・活用や推計方法の精緻化等に取り組み、エビデンスベースの改革を推進していく必要がある。
- 例えば、今後、構想区域の見直しを検討したり、どの地域の患者がどの地域の医療機関にかかっているかなどを詳細に分析したりするためには、医療情報に患者の住所地情報も備わっていることが重要である。すでに DPC データには郵便番号情報が備わっているが、現場の実務の状況や関係者の意見も踏まえつつ、NDB データにおいて住所地情報を盛り込む方策を検討すべきである。
- また、医療機関では、すでに入院患者の「重症度、医療・看護必要度」情報を、一般病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料、ICU、HCU、地域包括ケア病棟等の入院料の算定などのため、対象となる病棟において毎日測定している。例えば、この「重症度、医療・看護必要度」情報をより一般化することで、医療の実態に即した分析に活用できるようになる可能性がある。
- さらに、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるため、一般病床のように医療行為について医療資源投入量に基づいた分析がなされていない。今後、より適切なエビデンスに基づく療養病床のあり方などの検討に当たっては、医療の内容等の分析を行うことが課題となる。その際、例えば、回復期リハビリテーション病棟で実施されている日常生活機能評価なども参考に、保険者の協力も得て、患者像をより明らかにする取組を行うなど、適切なエビデンス蓄積のための基盤整備等について検討していく必要がある。
- 前述のとおり、まずは、都道府県において、今回の推計方法等を踏まえ、地域医療構想の策定を進めるべきであり、その際、地域医療構想の進捗状況をモニタリングや集積し、必要に応じ、マネジメントのプロセスを都道府県同士で共有することも検討すべきである。さらに、地域医療構想を主体的に策定し、関係者の協議を主導することになる都道府県の体制強化等も課題となる。その上で、今回の推計については、今後、地域医療構想を踏まえた医療提供体制改革や地域包括ケアシステム

³⁸ 例えば、平成 25 年（2013 年）のデータに基づくため、平成 26 年度（2014 年度）診療報酬改定により導入された地域包括ケア病棟については、本推計に含まれていない。

構築の各地域における進捗状況なども踏まえながら、新しい人口推計も取り入れた形で3年後の平成30年度（2018年度）を目途に見直しを検討すべきである。また、医療資源投入量等についても、医療技術の進歩なども踏まえ、定期的に検証し、必要に応じ見直すことが必要である。あわせて、地域医療介護総合確保基金が病床機能の分化・連携に有効に活用されているか等について評価できるよう適正な指標の設定等を行い、その効果等の検証を行うべきである。

- 我が国には、冒頭にも述べたとおり、優れた医療・介護情報が存在することから、医療提供体制改革を円滑かつ効果的に進めていくためには、これを最大限活用し、国や地域でその情報を分析・活用できるようなシステムを構築することが重要である。これにより、地域連携パスの構築や医療費適正化対策の取組などを病床数の見直しなどに反映していくことも可能となる。
- 特に、厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」における検討の結果、各都道府県において地域医療構想の策定を含め医療法に基づく医療計画の策定のためにNDBに収集されているレセプト情報等を利用する場合には、同会議の審査を原則省略することができることとなった。こうした動きは評価できるものであり、引き続き個人情報保護に配慮しつつも医療提供体制改革に必要なデータが効率的に利用できるよう、NDBのレセプトデータ等の利活用を促進するための方策を検討すべきである。
- 今後、客観的なデータに基づく政策をさらに推進していくためにも、マイナンバーのインフラなどの活用等による名寄せも含め、国民健康保険と被用者保険の間や医療保険制度と介護保険制度の間など異なる制度間でのデータの統合的な分析・活用ができるようにしていくことが重要である。

（病床の機能分化の深化に向けた取組）

- 病床の機能分化に当たっては、地域において、地域医療構想を踏まえて、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関同士の連携や統合なども含め、地域の医療資源を有効に活用できるよう、医療・介護サービス提供者間のネットワーク化を進めていく必要がある。
- また、病床の機能分化に当たっては、国民会議報告書においても指摘されているとおり、「機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切」である。施設基準などの構造面を患者の状態像に合ったものとするよう見直していく必要があるとともに、その病床に求められる医療が提供されているのかの評価も併せて進めていくことが重要であり、医療提供体制の持続可能性という視点にも配慮しつつ、適切な診療報酬体系の構築に加え、アウトカム評価を含めた診療プロセス等の分析・評価や臨床指標の策定などが課題となる。
- 今後、上記のような医療機能に応じた体制の整備をまず進めていくこととし、その上で、医療従事者の確保の状況なども踏まえながら、患者の状態像に応じて人員

配置を傾斜させ、平均在院日数の短縮も図るなど、より質が高く効率的な医療提供体制の構築に向けた検討を進めていくことが考えられる。

- また、今後、さらに医療提供体制の改革を進めるためには、医療制度及び医療保険制度の中に、在宅復帰率の向上など医療の質の向上につながる仕組みを組み込んでいくことも検討する必要がある。

（今後の専門調査会における検討の方向性）

- 「医療保険制度改革骨子」（平成 27 年 1 月 13 日社会保障制度改革推進本部決定）においては、医療費適正化計画の見直しについて、「都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される地域医療構想と統合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定」することとされている。これを踏まえ、本年の通常国会に提出された医療保険制度改革のための法案が先般成立³⁹したところであり、今後、今回の検討成果を踏まえた地域医療構想の策定にあわせ、これと統合的な医療費適正化計画を速やかに策定していく必要がある。本専門調査会においても、その策定に資するよう、医療費水準のあり方や医療費適正化対策のあり方も含め、医療・介護情報の活用方策の一環として検討を進めていくこととしたい。
- 医療提供体制改革を円滑に進めていくためには、上記のように病床の機能分化・連携の推進や療養病床の入院受療率の地域差の縮小等の改革により、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で対応すべき患者が増えることも踏まえ、地域医療における在宅医療機能や外来医療機能でどう対応していくかに加え、医療と介護の連携をいかに深めていくか、さらには、今回の改革と一体となって取り組むべき地域包括ケアシステムをいかに構築していくかが重要になってくると考えられる。本専門調査会においても、今後は、介護情報も活用して、医療・介護の両分野一体的にエビデンスベースの検討を進めていく必要がある。

³⁹ 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成 27 年法律第 31 号）は、平成 27 年 5 月 27 日に成立し、同月 29 日に公布された。

～2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について～

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。

※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。

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）

○ 今後もし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、どの状態像に即した適切な医療を適切な場所ですぐ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）

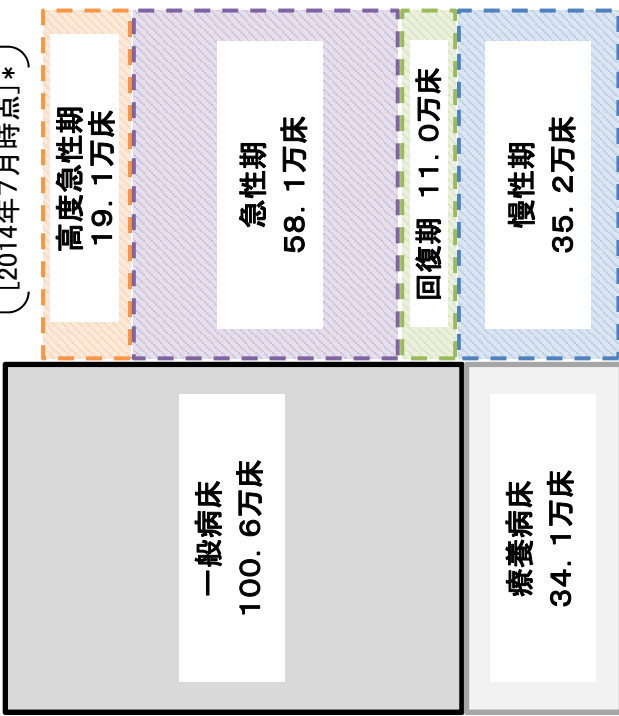
○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

- ⇒ 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・介助ニーズに対応していくため、全ての方が、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。

【現 状：2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

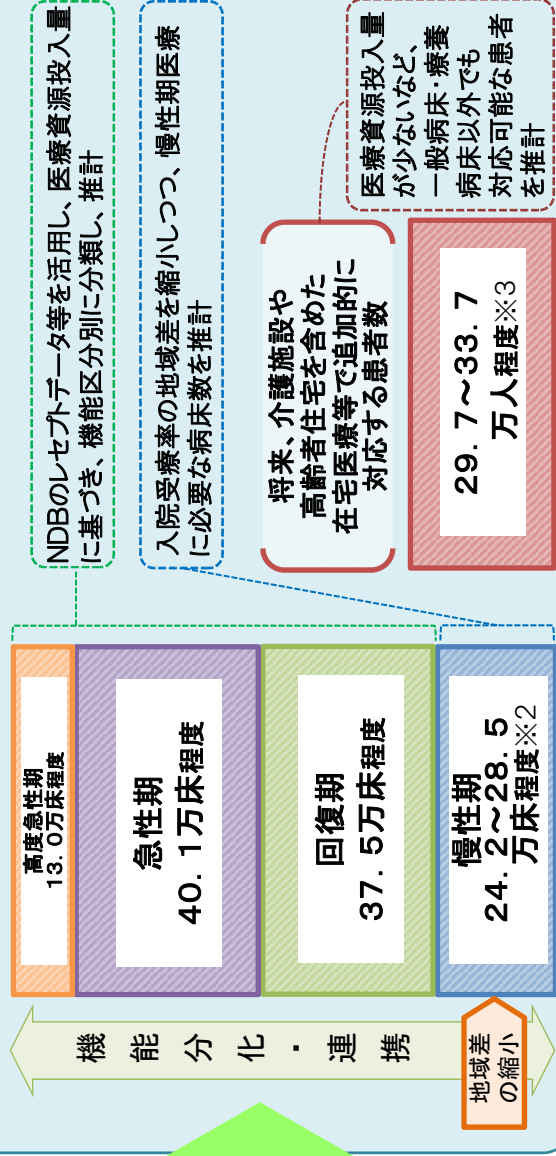
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果：2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：152万床程度

※ 地域ごとに推計した値を積上げ

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

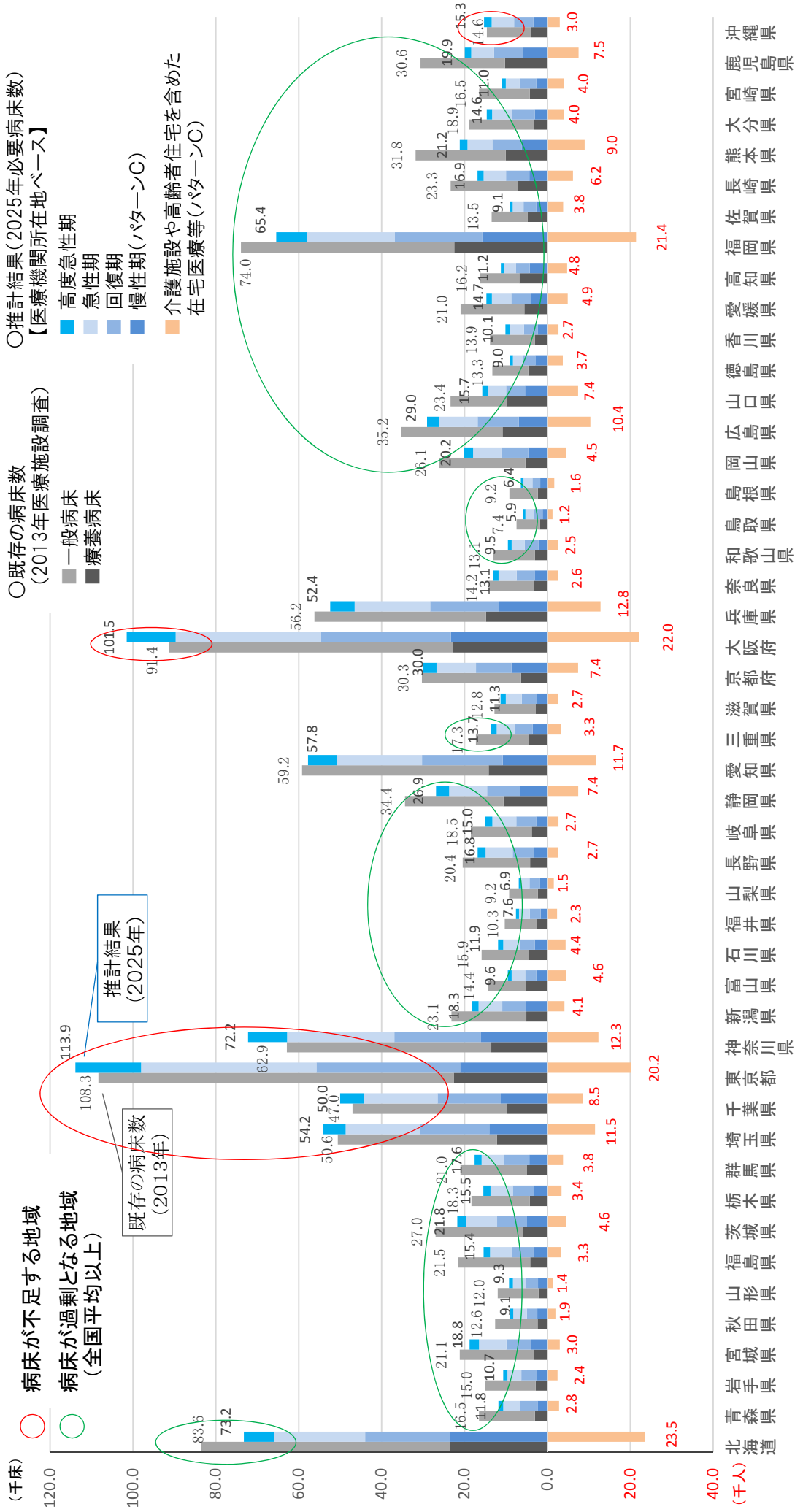


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選じたものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

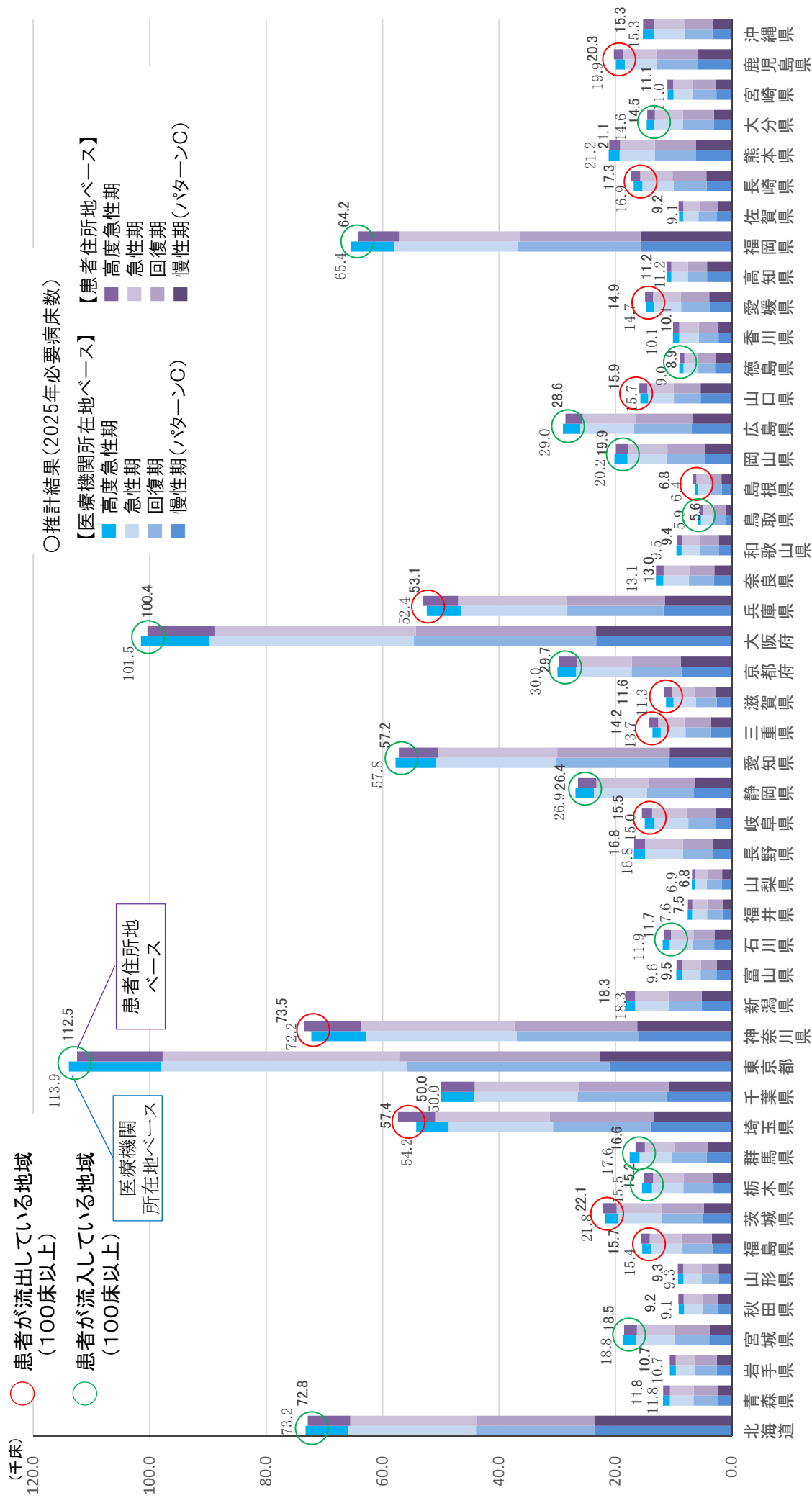
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 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も、大都市部を中心に多くなっている。

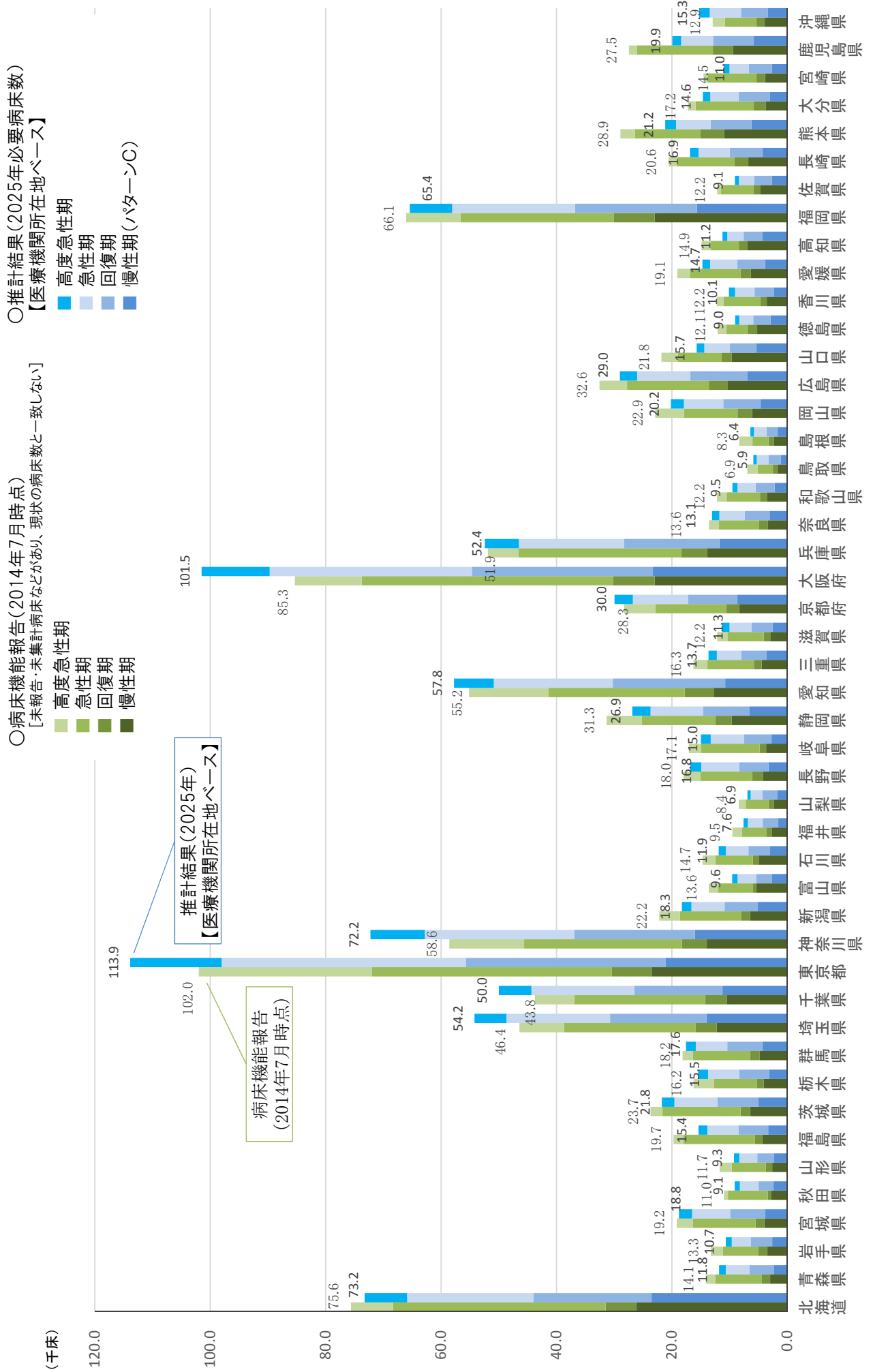


2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別、医療機関所在地ベース・患者住所地ベース）

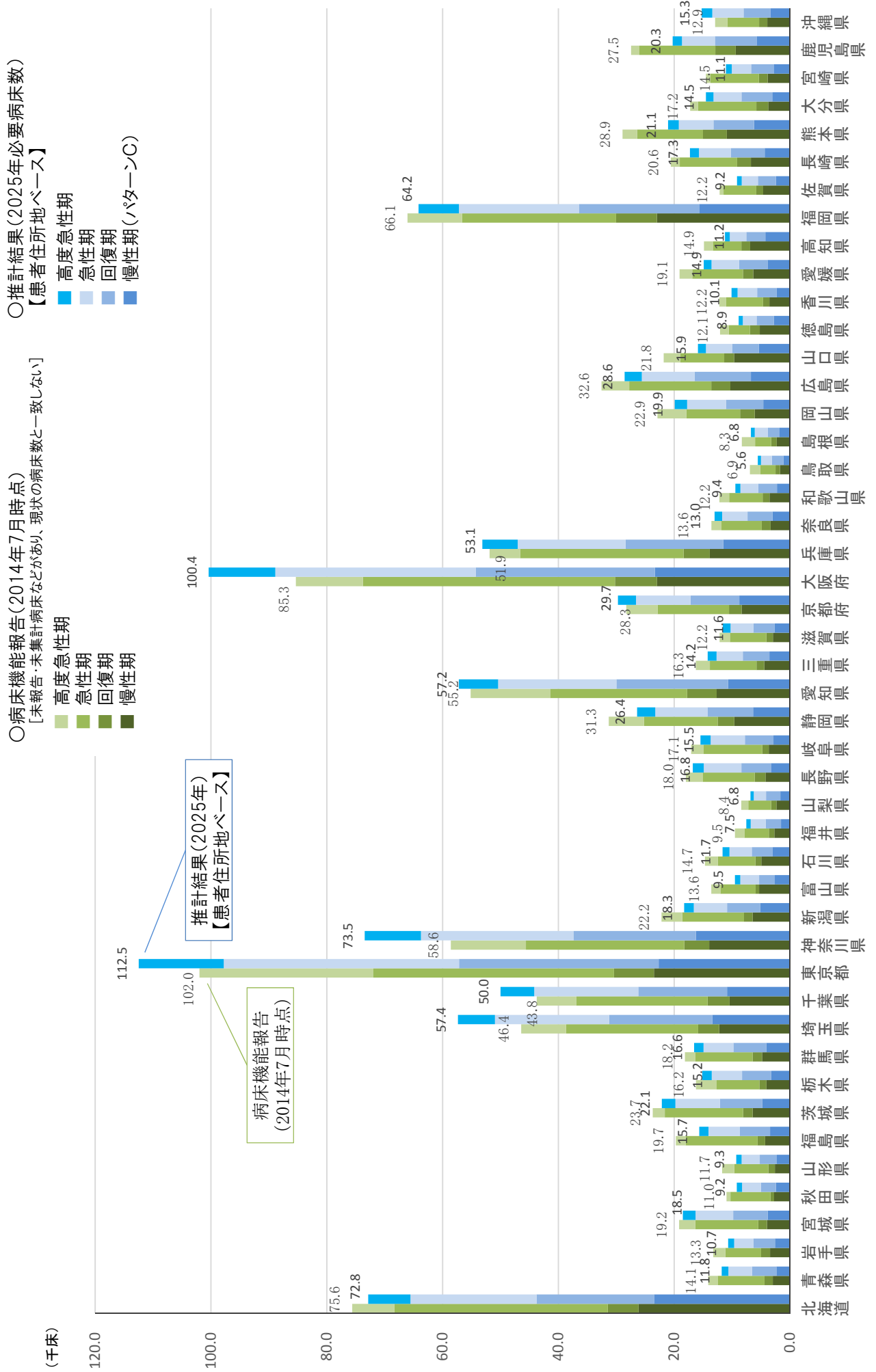
- 医療機関所在地ベースと患者住所地ベースを比較すると、都道府県単位で見ても患者の流出入が発生している。
- 大都市部など、一部の地域では、患者の流出入が大きくなっている。
- 医療機能ごとに流出入の状況が異なる地域がある。



(参考) 病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果(医療機関所在地ベース)



(参考)病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果(患者住所地ベース)



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

	2013年の病床数(千床)				2025年の必要病床数(千床)										【医療機関所在地ベース】			(参考) 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(2025)(千人)
	一般・療養病床(2013) ※1				4医療機能合計(2025) ②				一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 回復期	うち 急性期	うち 高度 急性期	うち慢性期			
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A				パターン B	パターン C	パターン A	
												パターン A	パターン B	パターン C				
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.5	▲4.4	—	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	—	2.6	2.4	—
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	—	3.0	3.0	—
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	—	1.4	1.4	—
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.5	▲5.2	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	—	+2.5	+3.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	—	+3.5	+5.5	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	—	+8.1	+9.4	—	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	—	4.3	4.1	—
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	—	2.5	2.3	—
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲3.7	▲3.6	—	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.6	▲3.5	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	—	▲8.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	8.2	7.4	—
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7

	2013年の病床数(千床)				2025年の必要病床数(千床)										【医療機関所在地ベース】			(参考) 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(2025)(千人)
	一般・療養病床(2013) ※1				4医療機能 合計(2025) ②				一般・療養病床(2013) との差(②-①)		うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期				
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	
											パターン A	パターン B	パターン C					
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
三重県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	—	▲1.7	▲1.5	—	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	—	2.9	2.7	—
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	—	▲0.9	▲0.3	—	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	—	7.9	7.4	—
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.3	9.5	9.5	▲3.9	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	—	▲1.6	▲1.6	—	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	—	1.3	1.2	—
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.9	▲12.9	▲11.8	▲10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・患者住所地ベース)

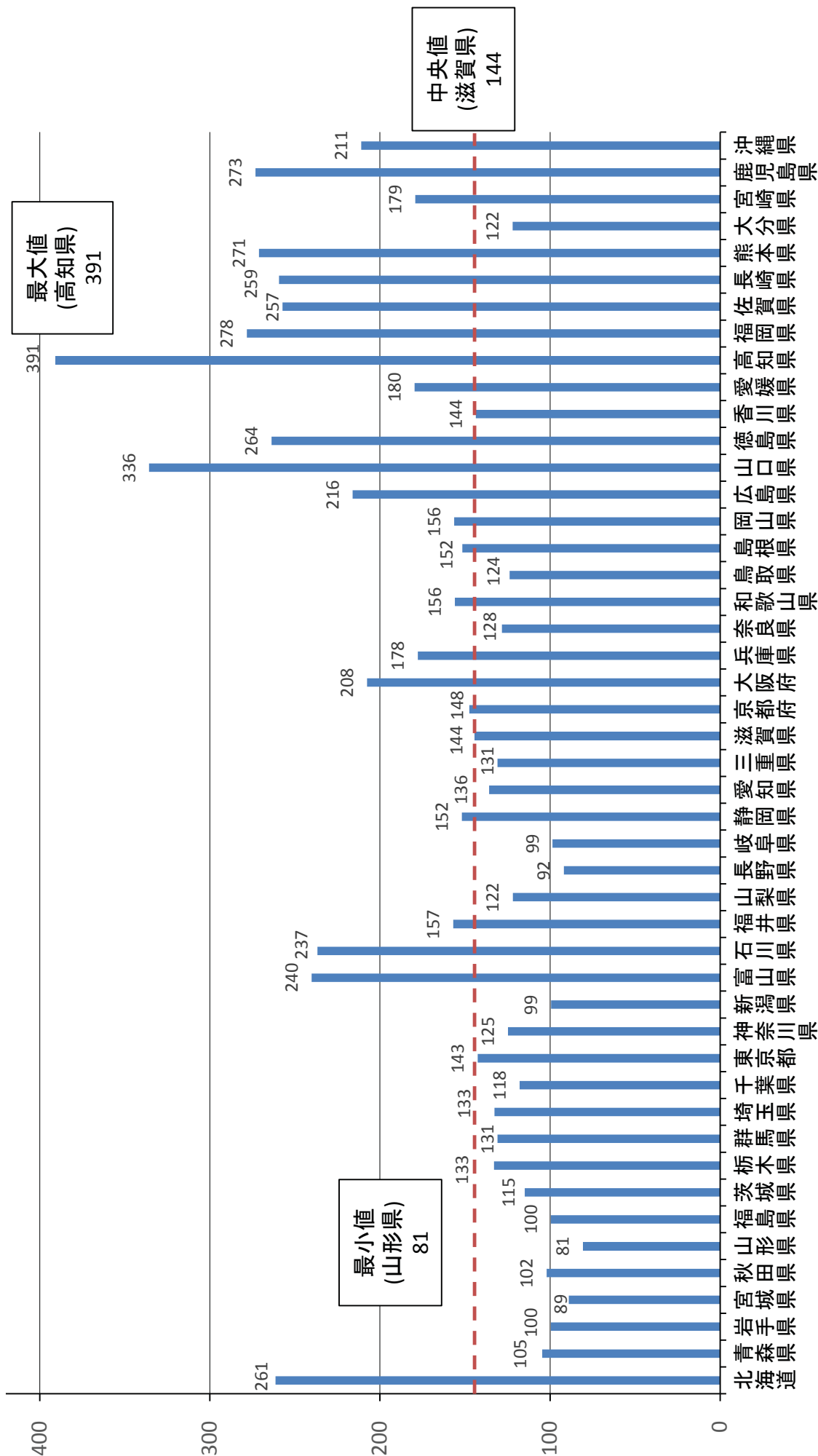
	2013年の病床数(千床)				2025年の必要病床数(千床)										【患者住所地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025)(千人)
	一般・療養病床(2013) ※1				4医療機能合計(2025) ②				一般・療養病床(2013) との差(②-①)		うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期				
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	
											パターン A	パターン B	パターン C					
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.7	1191.3	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.3	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.6	60.1	23.5	68.3	71.7	72.8	▲15.3	▲11.9	▲10.7	7.3	21.8	20.3	18.9	22.3	23.5	27.6	24.5	23.4
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.6	10.7	-	▲4.5	▲4.3	-	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	-	2.6	2.5	-
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.5	18.5	-	▲2.7	▲2.6	-	2.2	6.5	6.0	3.8	3.9	-	3.0	2.9	-
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.1	9.2	9.2	▲3.5	▲3.4	▲3.4	0.9	3.3	2.6	2.3	2.4	2.4	2.1	1.9	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.3	9.3	-	▲2.7	▲2.7	-	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	-	1.4	1.4	-
福島県	21.5	17.3	4.2	15.4	15.6	15.7	▲6.1	▲5.9	▲5.8	1.6	5.4	5.2	3.2	3.4	3.5	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.8	22.1	-	▲5.1	▲4.8	-	2.3	7.7	7.3	4.5	4.8	-	4.7	4.4	-
栃木県	18.3	14.1	4.2	14.9	15.2	-	▲3.5	▲3.2	-	1.6	5.2	5.1	2.9	3.2	-	3.8	3.5	-
群馬県	21.0	16.1	4.9	16.2	16.5	16.6	▲4.8	▲4.5	▲4.4	1.6	5.2	5.7	3.8	4.1	4.1	3.8	3.6	3.6
埼玉県	50.6	38.4	12.1	56.3	57.4	-	+5.7	+6.8	-	6.4	19.7	17.8	12.3	13.4	-	12.6	11.6	-
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.8	18.0	15.3	10.2	10.9	10.9	8.8	8.2	8.2
東京都	108.3	85.7	22.6	110.2	112.5	-	+1.9	+4.1	-	14.7	40.6	34.5	20.5	22.7	-	23.4	21.3	-
神奈川県	62.9	49.3	13.5	72.3	73.5	-	+9.4	+10.6	-	9.7	26.4	21.1	15.1	16.3	-	13.4	12.3	-
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	-	▲5.1	▲4.8	-	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	-	4.3	4.1	-
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.4	9.5	▲5.5	▲5.0	▲4.9	0.9	3.3	2.7	2.0	2.5	2.6	5.2	4.6	4.6
石川県	15.9	11.4	4.5	11.0	11.6	11.7	▲4.9	▲4.3	▲4.2	1.2	3.9	3.6	2.4	3.0	3.0	4.9	4.4	4.3
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.5	-	▲2.9	▲2.8	-	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	-	2.5	2.3	-
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.7	6.8	6.8	▲2.5	▲2.4	▲2.4	0.6	2.1	2.5	1.6	1.7	1.7	1.6	1.5	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	-	▲3.7	▲3.6	-	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	-	2.7	2.6	-
岐阜県	18.5	14.7	3.8	15.4	15.5	-	▲3.1	▲3.0	-	1.8	5.9	4.9	2.7	2.9	-	2.8	2.7	-
静岡県	34.4	23.8	10.6	25.6	26.4	-	▲8.8	▲8.0	-	3.1	9.0	7.9	5.6	6.4	-	8.1	7.3	-
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.1	57.2	57.2	▲3.1	▲2.0	▲2.0	6.8	20.4	19.3	9.6	10.7	10.7	12.7	11.7	11.7

	2013年の病床数(千床)				2025年の必要病床数(千床)										【患者住所地ベース】			(参考) 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(2025)(千人)
	一般・療養病床(2013) ※1				4医療機能 合計(2025) ②				一般・療養病床(2013) との差(②-①)		うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期				
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	
											パターン A	パターン B	パターン C					
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.7	1191.3	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.3	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
三重県	17.3	12.8	4.5	13.9	14.2	14.2	▲3.4	▲3.1	▲3.0	1.5	4.5	4.6	3.2	3.5	3.6	3.7	3.4	3.4
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.3	11.6	—	▲1.4	▲1.2	—	1.3	3.9	3.6	2.4	2.7	—	3.0	2.8	—
京都府	30.3	23.9	6.4	29.1	29.7	—	▲1.1	▲0.6	—	3.1	9.4	8.4	8.2	8.8	—	7.8	7.3	—
大阪府	91.4	68.5	22.9	96.6	100.0	100.4	+5.2	+8.6	+9.0	11.5	34.6	31.0	19.5	22.9	23.3	25.6	22.4	22.1
兵庫県	56.2	41.4	14.8	51.3	52.9	53.1	▲4.9	▲3.3	▲3.1	6.1	18.6	16.9	9.7	11.3	11.5	14.4	12.9	12.7
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.0	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.8	3.0	3.0	2.7	2.5	2.5
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.2	9.4	9.4	▲4.0	▲3.7	▲3.7	0.9	3.1	3.3	2.0	2.2	2.3	2.8	2.6	2.6
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.5	5.6	—	▲2.0	▲1.9	—	0.5	1.9	2.0	1.0	1.1	—	1.2	1.2	—
島根県	9.2	6.9	2.3	6.5	6.7	6.8	▲2.7	▲2.5	▲2.4	0.7	2.3	2.0	1.6	1.7	1.8	2.0	1.8	1.8
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.3	19.8	19.9	▲6.8	▲6.3	▲6.2	2.1	6.7	6.4	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.6
広島県	35.2	24.4	10.8	27.1	28.3	28.6	▲8.2	▲6.9	▲6.7	3.0	9.1	9.7	5.2	6.5	6.8	11.6	10.4	10.2
山口県	23.4	13.4	9.9	13.3	14.6	15.9	▲10.1	▲8.8	▲7.5	1.4	4.5	4.6	2.8	4.0	5.4	9.8	8.6	7.4
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.0	8.5	8.9	▲5.3	▲4.8	▲4.4	0.7	2.4	3.0	2.0	2.4	2.8	4.4	4.0	3.6
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.0	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.0	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.6
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.3	14.8	14.9	▲6.7	▲6.2	▲6.0	1.3	4.8	4.9	3.3	3.7	3.9	5.5	5.1	4.9
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.9	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.7
福岡県	74.0	51.5	22.5	60.3	63.4	64.2	▲13.6	▲10.5	▲9.8	7.0	20.8	20.7	11.9	15.0	15.7	25.0	22.2	21.5
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.4	8.9	9.2	▲5.1	▲4.6	▲4.3	0.8	2.8	3.1	1.7	2.1	2.4	4.2	3.8	3.5
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.8	16.7	17.3	▲7.5	▲6.7	▲6.1	1.5	5.5	5.8	2.9	3.8	4.4	7.6	6.8	6.3
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.2	20.3	21.1	▲12.6	▲11.5	▲10.7	1.9	6.0	7.0	4.3	5.4	6.2	10.6	9.6	8.9
大分県	18.9	15.6	3.3	14.3	14.5	14.5	▲4.5	▲4.4	▲4.3	1.3	4.9	5.3	2.9	3.0	3.1	4.1	4.0	3.9
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.6	10.9	11.1	▲5.9	▲5.5	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.3	2.6	2.8	4.5	4.2	4.0
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	18.1	19.1	20.3	▲12.5	▲11.5	▲10.3	1.6	5.7	7.2	3.6	4.6	5.8	9.5	8.6	7.5
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.7	15.2	15.3	+0.1	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数を除く※)(平成25年)

〔※ 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き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)〕



都道府県別人口データ

	人口総数						うち65歳以上人口						うち75歳以上人口					
	2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)		2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)		2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)	
	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)
全国計	128,360,257 (100)	120,658,816 (94.0)	107,275,851 (83.6)	30,967,608 (100)	36,573,487 (118.1)	38,678,102 (124.9)	15,208,609 (100)	21,785,638 (143.2)	22,229,933 (146.2)									
北海道	5,462,664 (100)	4,959,984 (90.8)	4,190,073 (76.7)	1,431,915 (100)	1,716,195 (119.9)	1,707,328 (119.2)	716,472 (100)	1,024,035 (142.9)	1,050,067 (146.6)									
青森県	1,371,409 (100)	1,161,431 (84.7)	932,028 (68.0)	369,774 (100)	415,361 (112.3)	387,165 (104.7)	193,325 (100)	237,096 (122.6)	240,019 (124.2)									
岩手県	1,313,793 (100)	1,139,825 (86.8)	938,104 (71.4)	367,325 (100)	404,081 (110.0)	372,672 (101.5)	201,096 (100)	234,263 (116.5)	233,769 (116.2)									
宮城県	2,318,256 (100)	2,210,121 (95.3)	1,972,577 (85.1)	538,321 (100)	678,155 (126.0)	714,943 (132.8)	278,552 (100)	384,733 (138.1)	429,396 (154.2)									
秋田県	1,075,842 (100)	893,224 (83.0)	699,814 (65.0)	329,912 (100)	352,577 (106.9)	306,433 (92.9)	185,972 (100)	205,417 (110.5)	199,096 (107.1)									
山形県	1,155,122 (100)	1,005,850 (87.1)	835,554 (72.3)	327,564 (100)	358,808 (109.5)	328,545 (100.3)	187,142 (100)	206,772 (110.5)	209,535 (112.0)									
福島県	1,979,296 (100)	1,780,166 (89.9)	1,485,158 (75.0)	513,560 (100)	614,859 (119.7)	583,952 (113.7)	281,052 (100)	344,208 (122.5)	365,202 (129.9)									
茨城県	2,997,072 (100)	2,764,115 (92.2)	2,422,744 (80.8)	712,145 (100)	862,048 (121.0)	881,722 (123.8)	337,558 (100)	493,012 (146.1)	513,183 (152.0)									
栃木県	2,010,860 (100)	1,867,192 (92.9)	1,643,368 (81.7)	468,381 (100)	575,477 (122.9)	596,473 (127.3)	229,190 (100)	322,360 (140.7)	346,950 (151.4)									
群馬県	2,023,274 (100)	1,857,908 (91.8)	1,629,974 (80.6)	501,715 (100)	581,686 (115.9)	596,440 (118.9)	246,662 (100)	343,916 (139.4)	345,318 (140.0)									
埼玉県	7,272,264 (100)	6,991,046 (96.1)	6,304,607 (86.7)	1,602,692 (100)	1,982,496 (123.7)	2,201,641 (137.4)	666,837 (100)	1,176,765 (176.5)	1,198,031 (179.7)									
千葉県	6,240,290 (100)	5,987,027 (95.9)	5,358,191 (85.9)	1,425,541 (100)	1,797,765 (126.1)	1,956,478 (137.2)	621,046 (100)	1,082,206 (174.3)	1,095,361 (176.4)									
東京都	13,142,388 (100)	13,178,672 (100.3)	12,307,641 (93.6)	2,783,083 (100)	3,322,479 (119.4)	4,117,563 (147.9)	1,333,662 (100)	1,977,426 (148.3)	2,139,104 (160.4)									
神奈川県	9,083,547 (100)	9,009,667 (99.2)	8,343,495 (91.9)	1,964,504 (100)	2,447,904 (124.6)	2,918,907 (148.6)	881,616 (100)	1,485,344 (168.5)	1,592,350 (180.6)									
新潟県	2,360,908 (100)	2,112,473 (89.5)	1,790,918 (75.9)	644,314 (100)	724,601 (112.5)	693,504 (107.6)	351,452 (100)	426,909 (121.5)	425,783 (121.1)									
富山県	1,094,821 (100)	985,889 (90.1)	841,431 (76.9)	302,144 (100)	331,731 (109.8)	323,178 (107.0)	154,442 (100)	205,546 (133.1)	189,568 (122.7)									
石川県	1,162,907 (100)	1,096,170 (94.3)	974,370 (83.8)	293,433 (100)	341,797 (116.5)	351,106 (119.7)	146,407 (100)	207,554 (141.8)	204,534 (139.7)									
福井県	810,494 (100)	731,030 (90.2)	633,236 (78.1)	206,865 (100)	239,967 (116.0)	237,523 (114.8)	111,838 (100)	142,747 (127.6)	144,920 (129.6)									
山梨県	863,813 (100)	775,908 (89.8)	666,155 (77.1)	221,829 (100)	252,457 (113.8)	258,611 (116.6)	116,138 (100)	148,576 (127.9)	154,674 (133.2)									
長野県	2,164,995 (100)	1,937,623 (89.5)	1,668,415 (77.1)	592,539 (100)	642,920 (108.5)	640,952 (108.2)	318,530 (100)	391,701 (123.0)	381,893 (119.9)									
岐阜県	2,102,817 (100)	1,907,818 (90.7)	1,659,525 (78.9)	530,401 (100)	597,834 (112.7)	600,229 (113.2)	262,687 (100)	358,848 (136.6)	350,195 (133.3)									
静岡県	3,809,373 (100)	3,480,333 (91.4)	3,035,359 (79.7)	948,455 (100)	1,101,284 (116.1)	1,123,164 (118.4)	464,210 (100)	654,598 (141.0)	656,651 (141.5)									
愛知県	7,462,749 (100)	7,348,135 (98.5)	6,855,632 (91.9)	1,610,922 (100)	1,943,329 (120.6)	2,219,223 (137.8)	727,163 (100)	1,165,990 (160.3)	1,203,230 (165.5)									

	人口総数						うち65歳以上人口						うち75歳以上人口					
	2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)		2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)		2013年(平成25年)		2025年(平成37年)		2040年(平成52年)	
	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)	人口 (単位:人)	(対2013 年指数)
三重県	1,871,395	(100)	1,714,523	(91.6)	1,507,656	(80.6)	471,658	(100)	527,989	(111.9)	542,413	(115.0)	237,449	(100)	314,355	(132.4)	312,404	(131.6)
滋賀県	1,419,406	(100)	1,398,322	(98.5)	1,309,300	(92.2)	308,822	(100)	384,696	(124.6)	428,941	(138.9)	150,746	(100)	223,662	(148.4)	242,383	(160.8)
京都府	2,587,090	(100)	2,499,460	(96.6)	2,223,586	(85.9)	649,164	(100)	769,725	(118.6)	809,144	(124.6)	313,245	(100)	483,506	(154.4)	467,069	(149.1)
大阪府	8,873,670	(100)	8,410,039	(94.8)	7,453,526	(84.0)	2,089,869	(100)	2,457,235	(117.6)	2,684,737	(128.5)	935,935	(100)	1,527,801	(163.2)	1,471,843	(157.3)
兵庫県	5,660,280	(100)	5,268,695	(93.1)	4,673,709	(82.6)	1,364,171	(100)	1,599,663	(117.3)	1,700,273	(124.6)	657,420	(100)	966,343	(147.0)	967,997	(147.2)
奈良県	1,405,277	(100)	1,279,718	(91.1)	1,096,162	(78.0)	359,044	(100)	417,066	(116.2)	417,107	(116.2)	168,949	(100)	253,921	(150.3)	246,834	(146.1)
和歌山県	1,016,118	(100)	869,182	(85.5)	719,427	(70.8)	284,089	(100)	302,906	(106.6)	286,868	(101.0)	148,291	(100)	183,735	(123.9)	173,248	(116.8)
鳥取県	588,276	(100)	519,861	(88.4)	441,038	(75.0)	159,231	(100)	178,855	(112.3)	168,467	(105.8)	88,947	(100)	104,817	(117.8)	105,551	(118.7)
島根県	712,912	(100)	621,882	(87.2)	520,658	(73.0)	213,829	(100)	226,144	(105.8)	203,607	(95.2)	123,694	(100)	137,168	(110.9)	128,799	(104.1)
岡山県	1,945,954	(100)	1,811,274	(93.1)	1,610,985	(82.8)	510,124	(100)	566,939	(111.1)	560,426	(109.9)	264,490	(100)	345,904	(130.8)	328,421	(124.2)
広島県	2,873,579	(100)	2,688,800	(93.6)	2,391,476	(83.2)	722,034	(100)	844,283	(116.9)	864,366	(119.7)	360,008	(100)	516,240	(143.4)	508,236	(141.2)
山口県	1,447,428	(100)	1,275,187	(88.1)	1,069,779	(73.9)	423,087	(100)	451,470	(106.7)	409,567	(96.8)	222,554	(100)	278,089	(125.0)	249,990	(112.3)
徳島県	784,831	(100)	686,332	(87.4)	571,016	(72.8)	217,889	(100)	245,950	(112.9)	229,820	(105.5)	118,473	(100)	146,009	(123.2)	142,640	(120.4)
香川県	1,010,674	(100)	899,859	(89.0)	773,076	(76.5)	269,430	(100)	303,780	(112.7)	293,304	(108.9)	142,386	(100)	183,452	(128.8)	175,216	(123.1)
愛媛県	1,439,847	(100)	1,269,451	(88.2)	1,074,618	(74.6)	397,608	(100)	439,582	(110.6)	415,842	(104.6)	212,094	(100)	263,682	(124.3)	255,166	(120.3)
高知県	755,581	(100)	654,741	(86.7)	536,514	(71.0)	226,337	(100)	241,572	(106.7)	219,575	(97.0)	123,617	(100)	148,849	(120.4)	137,767	(111.4)
福岡県	5,105,241	(100)	4,855,724	(95.1)	4,379,486	(85.8)	1,184,307	(100)	1,481,415	(125.1)	1,545,905	(130.5)	591,376	(100)	869,363	(147.0)	915,816	(154.9)
佐賀県	853,186	(100)	774,676	(90.8)	680,203	(79.7)	214,048	(100)	250,735	(117.1)	241,548	(112.8)	117,088	(100)	142,515	(121.7)	150,639	(128.7)
長崎県	1,426,930	(100)	1,250,016	(87.6)	1,048,728	(73.5)	383,689	(100)	439,564	(114.6)	411,910	(107.4)	209,062	(100)	252,272	(120.7)	260,455	(124.6)
熊本県	1,824,731	(100)	1,666,017	(91.3)	1,467,142	(80.4)	481,665	(100)	554,404	(115.1)	533,683	(110.8)	268,513	(100)	321,053	(119.6)	336,316	(125.3)
大分県	1,199,327	(100)	1,093,634	(91.2)	955,424	(79.7)	330,863	(100)	372,463	(112.6)	350,595	(106.0)	178,786	(100)	221,782	(124.0)	217,342	(121.6)
宮崎県	1,141,156	(100)	1,033,671	(90.6)	900,508	(78.9)	304,776	(100)	354,500	(116.3)	333,593	(109.5)	166,625	(100)	204,986	(123.0)	212,501	(127.5)
鹿児島県	1,700,720	(100)	1,521,991	(89.5)	1,314,057	(77.3)	460,642	(100)	523,361	(113.6)	493,212	(107.1)	262,922	(100)	294,735	(112.1)	314,175	(119.5)
沖縄県	1,437,694	(100)	1,414,154	(98.4)	1,369,408	(95.3)	253,898	(100)	353,379	(139.2)	415,447	(163.6)	132,890	(100)	181,377	(136.5)	240,296	(180.8)

(出典)2013年:総務省「平成25年住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)」、2025年及び2040年:国立社会保険・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)」

(参考) 病床機能報告制度による報告結果(2014年(平成26年)7月1日時点の医療機能別の病床数)について

(単位:床)

	合計				合計			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
全国計	1,233,929	581,179	109,617	351,953	16,267	8,045	1,346	4,461
北海道	75,605	36,825	5,320	26,168	12,171	6,297	1,124	2,967
青森県	14,123	8,098	1,419	2,990	28,290	12,350	2,162	8,377
岩手県	13,264	6,179	1,547	3,455	85,343	43,521	7,260	22,975
宮城県	19,166	10,868	1,506	3,982	51,897	28,244	4,509	13,873
秋田県	10,982	680	618	2,764	13,579	6,953	1,528	3,357
山形県	11,725	2,083	1,138	2,626	12,199	5,776	1,199	3,540
福島県	19,731	1,695	1,296	4,312	6,924	2,662	775	1,739
茨城県	23,714	2,084	1,641	6,453	8,321	2,776	960	2,303
栃木県	16,240	3,567	1,239	4,070	22,909	9,267	2,526	6,103
群馬県	18,163	1,767	1,639	4,837	32,561	14,178	3,284	10,312
埼玉県	46,438	7,732	3,637	12,242	21,820	7,592	1,702	9,679
千葉県	43,752	6,813	3,806	10,447	12,087	3,647	1,690	5,236
東京都	101,982	30,016	6,900	23,509	12,228	6,363	1,096	3,573
神奈川県	58,585	12,976	4,313	13,962	19,082	8,754	1,773	6,362
新潟県	22,204	3,587	1,469	6,487	14,872	4,938	1,511	6,892
富山県	13,599	1,564	616	5,338	66,058	26,622	7,040	22,999
石川県	14,708	2,218	1,017	4,967	12,157	674	1,195	4,647
福井県	9,527	1,632	940	2,722	20,587	9,891	2,391	6,754
山梨県	8,420	1,206	930	2,349	28,923	11,363	4,126	10,921
長野県	17,994	2,956	1,878	4,242	17,246	10,087	2,037	3,776
岐阜県	17,075	2,156	1,116	3,689	14,534	788	1,504	3,873
静岡県	31,315	6,098	2,873	9,626	27,461	13,114	3,511	9,393
愛知県	55,152	13,705	5,085	12,686	12,949	5,467	1,425	3,918
三重県								
滋賀県								
京都府								
大阪府								
兵庫県								
奈良県								
和歌山県								
鳥取県								
島根県								
岡山県								
広島県								
山口県								
徳島県								
香川県								
愛媛県								
高知県								
福岡県								
佐賀県								
長崎県								
熊本県								
大分県								
宮崎県								
鹿児島県								
沖縄県								

(注)未報告・未集計病床数などがあり(病院の集計率:94.5%、有床診療所の集計率:78.6%(2015年3月時点))、現状の病床数(134.7万床(2013年))とは一致しない。

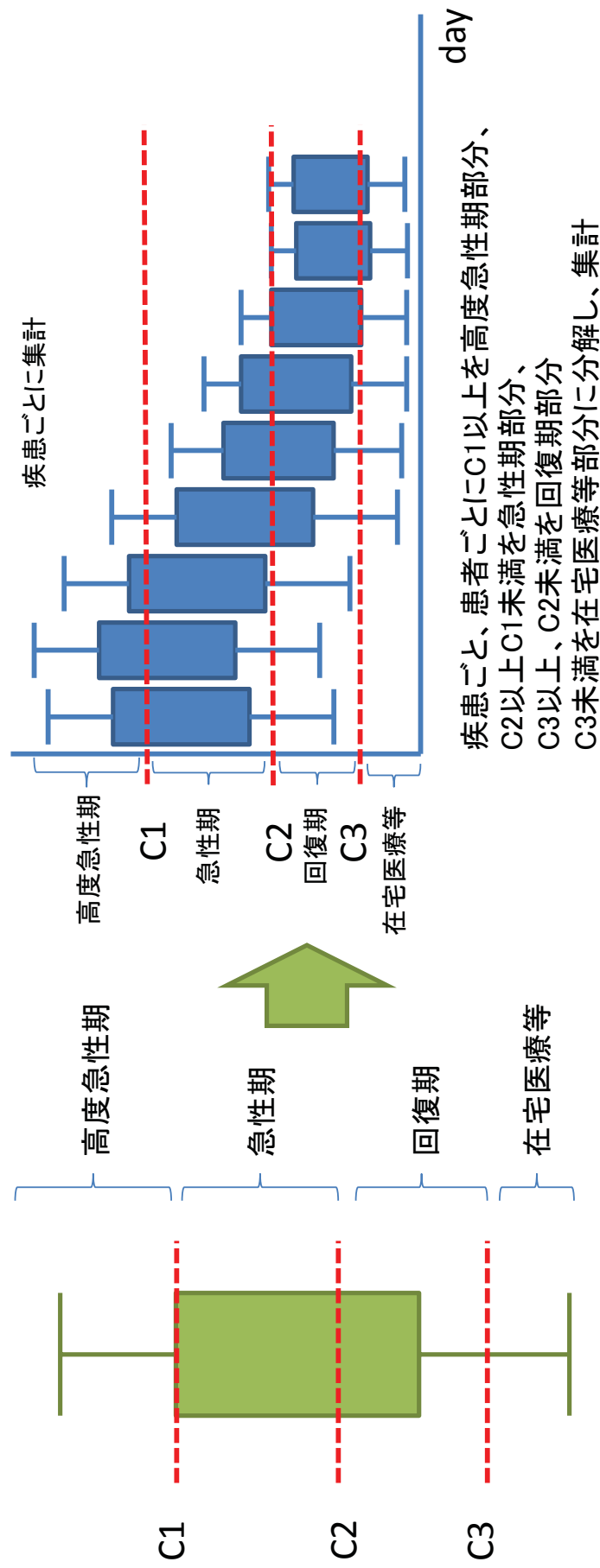
～
参考資料～

推計方法①(病床の機能別分類)

○ DPCデータについて、以下の分析を実施。

① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料の一部を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と在宅医療等(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。

② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

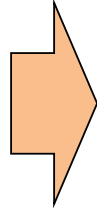
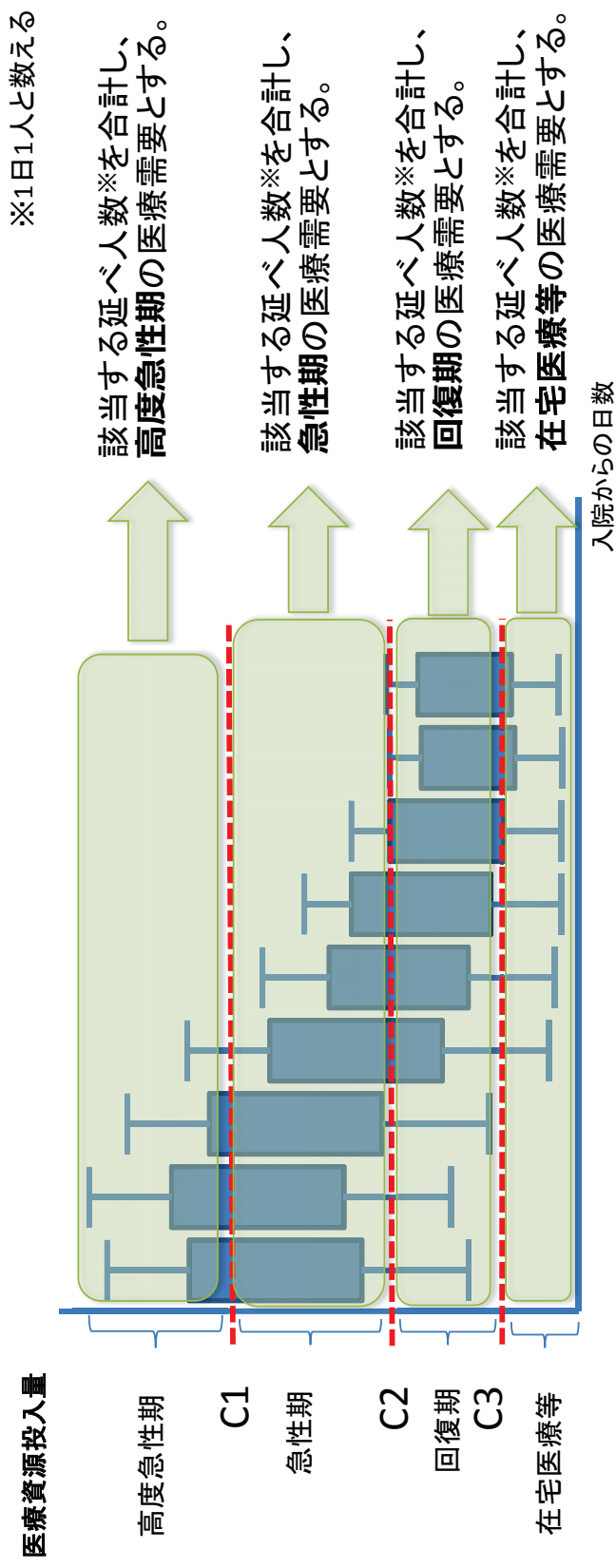


病床の機能別分類の境界点(C1～C3)について

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	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	<ul style="list-style-type: none"> 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、肺動脈圧測定力 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、検査 や評価の頻度も下げていけそうである。 <p>[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</p>
急性期	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>[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。</p>
回復期	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>[例] 補液＋点滴管理＋ドレナージ</p>
在宅等		○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。	

推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

- 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。



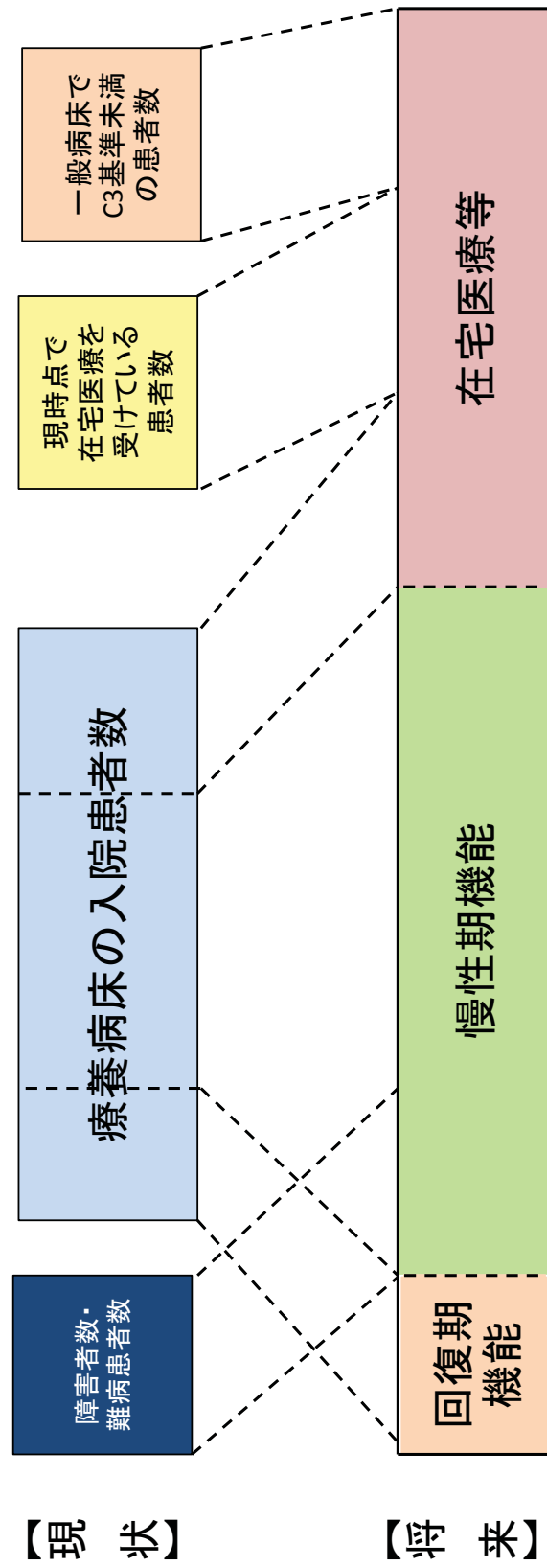
全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について②)

- NDBのデータについては、以下の作業を実施。
- ① 対象は、非DPC病院または有床診療所に入院した患者とし、結核病床、感染症病床、精神病床の入院分は除外。
- ② レセプトには、日計表があり、その日に行われた診療行為が記録されていることから、各患者の1日毎の入院基本料・リハビリテーション料の一部を除いた出来高点数(医療資源投入量)を計算。
DPCデータと同様に、C1、C2、C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。
- ③ なお、リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

推計方法③(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。



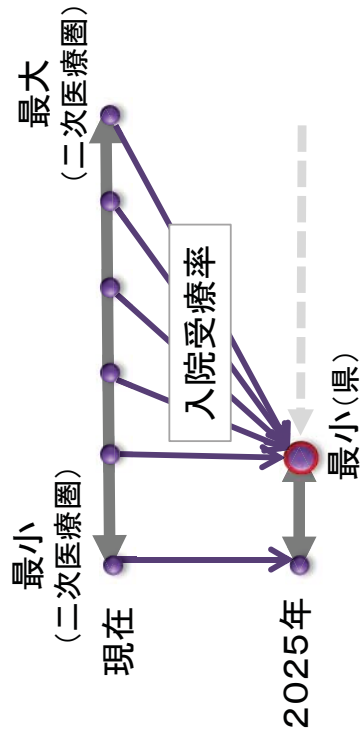
療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 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】

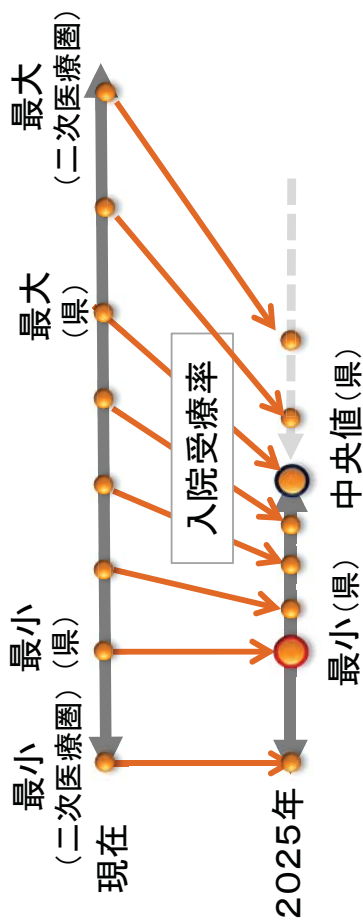
A

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。



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。



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。(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

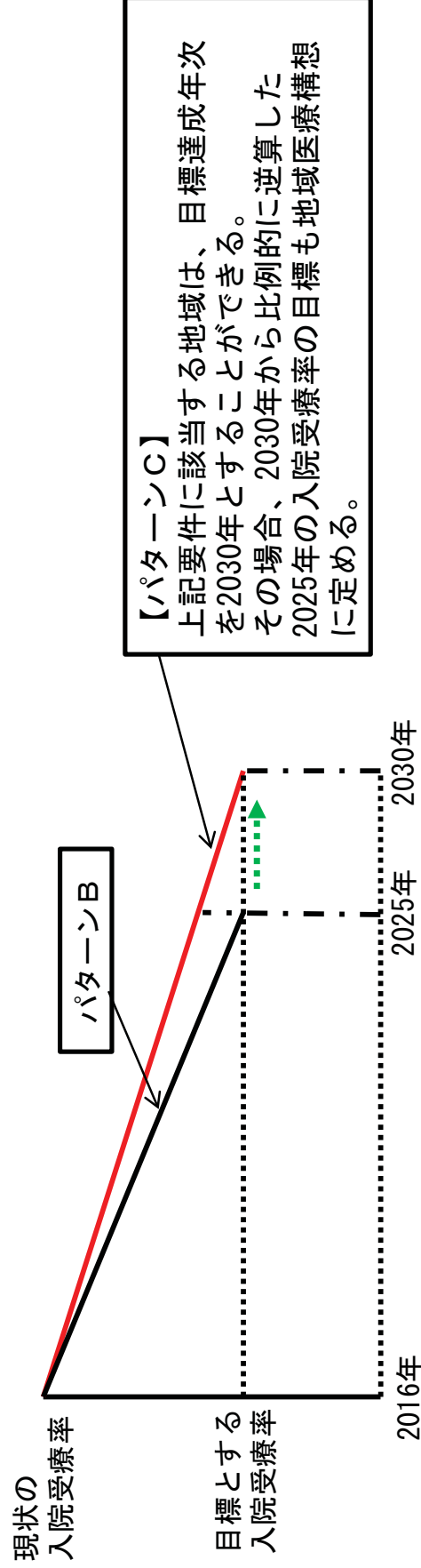
[高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について]

- ・ 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係については、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。

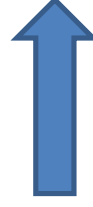


推計方法④(病床数の必要量の推計について)

- 上記により算出した医療機能ごと(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の医療需要(1日当たりの入院患者延数)を病床稼働率で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量を推計。
- なお、病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%と設定。

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	〇〇〇〇人/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
〇〇〇〇床
□□□□床
△△△△床
▲▲▲▲床