

「構想区域の考え方」(10月17日検討会資料抜粋)

- 構想区域は、二次医療圏を原則としつつも、現行の二次医療圏は、
 - ・ 人口規模や面積に大きな差がある圏域があること、
 - ・ 大幅な患者の流出入が発生している圏域があること、
 - ・ 圏域によっては、基幹病院へのアクセスに大きな差が生じていることに留意する必要があるのではないかと。

- 地域医療構想は、「将来の医療提供体制に関する構想」であることから、構想区域については、現在時点の医療提供体制の確保を図る圏域である二次医療圏域と異なり、**将来(2025年)における**
 - ① 人口規模
 - ② 患者の受療動向(流出率・流入率)
 - ③ 疾病構造の変化
 - ④ 基幹病院までのアクセス時間等の変化**等の要素を勘案して、地域の実態を踏まえ、定める必要があるのではないかと。**

- 以上のような点を踏まえて、都道府県においては、**病床の機能の分化及び連携を推進するための区域**として構想区域を定めることが必要ではないかと。

※ 現行の二次医療圏については、平成24年度の医療計画の見直しにあたり医政局長通知において、以下のような圏域の見直し基準を示している。

【参考】医療計画について(医政発0330第28号/平成24年3月30日)

特に、人口規模が20万人未満であり、且つ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が20%未満、推計流出院患者割合が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

「医療需要等の推計の考え方」（10月31日検討会資料のポイント）

- 都道府県及び構想区域ごとに医療需要を算出し、これを基に病床数を推計する。
- 入院の医療需要は、1日当たりの入院患者数であり、基本的には人口（性・年齢階級別）に入院受療率（人口10万人対入院患者数。性・年齢階級別）を乗じることで算出する。
- 医療需要は、患者の住所地を基に推計することとし、患者の流出（他の区域の医療機関への入院）と流入（他の区域に住所を有する者の入院）を加味する。
- 各医療機能の病床の必要量を算出するため、医療需要について、各医療機能の患者数を算出する必要がある。
- 各医療機能の患者数について、DPCデータやNDBのレセプトデータ等に基づいて医療実態を分析し、患者の状態を一定程度推測することにより、より適切な推計を行うことができると考えられる。
- 具体的には、平均在院日数だけでなく、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。そのため、患者に対して行われた診療行為について、診療報酬の出来高点数で換算し、医療資源投入量の多寡を見ていくことが考えられる。
- DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて医療資源投入量が逡減していく傾向がある。

具体的には、入院初期は、高密度な医療が提供され、医療資源投入量が特に多い状態があるが、その後、医療資源投入量が減少し、一定の水準で落ち着くという傾向がある。

疾患によっては、数日程度で医療資源投入量が落ち着くものから、1か月を超えて医療資源投入量が高い状態が続くものもある。
- 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ので、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、医療資源投入量が落ち着いた後、退院までの段階の患者数を回復期、慢性期の患者数とする。
- 医療資源投入量の特に高い段階の患者数を高度急性期の患者数とする。
- 回復期リハビリテーションが必要な患者数は、回復期機能で対応する患者数とする。また、重度の障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等の患者数は、

慢性期機能で対応する患者数とする。

これら以外の患者について、回復期機能・慢性期機能で対応する患者数を医療資源投入量等によって、どのように区分できるか検討する。

- 2025年の在宅医療を受ける患者数については、基本的には、
 - ・ 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）
 - ・ 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。
- その際、必要な患者に過不足なく在宅医療が提供されるよう、
 - イ) 地域の在宅医療提供体制の整備の状況、
 - ロ) 上記イ)に係る地域差、
 - ハ) 適正・効率的な在宅医療提供体制のあり方、などをどのように反映するか検討する。

「地域医療構想を策定するプロセスについて」（11月21日検討会資料抜粋）

- 地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つであることから、今回、地域医療構想に定めることは、医療計画の変更に当たる。よって、現行の医療法に定められている医療計画の策定及び変更の手続きを経る必要がある。
- 都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して検討することが考えられる。
- 作成段階から、構想区域を意識した単位で現場の医療関係者等の意見を反映させるため、圏域連携会議等の場を活用して、医療関係者の意見聴取を行うことが考えられる。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿について、市町村の介護保険事業計画との整合性を図りながら定める必要があるため、案の作成段階から、圏域連携会議等の場を活用して市町村の意見を聴取することが考えられる。
- 住民の意見聴取のため、パブリックコメント等を実施することが考えられる。

「協議の場の設置・運営について」（11月21日検討会資料抜粋）

- 医療法上、都道府県は、医療関係者、医療保険者その他の関係者との「協議の場」を設け、将来の病床数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る。

- 地域医療構想の達成については、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べきであり、こうした取組及び協議を実効的なものとするため、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県の主催の下、医療機関、医療保険者等の関係者が参加し、協議する「協議の場」を設けることとしたものである。

- 趣旨・目的を踏まえ、「協議の場」については、例えば、「地域医療構想調整会議」、「病床機能分化・連携協議会」といった名称が考えられる。

- 医療法上、「協議の場」では、「将来の病床数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るが、議事については、具体的には以下のものが考えられる。
 - ① 各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議
 - ② 病床機能報告制度による情報等の共有
 - ③ 都道府県計画（地域医療介護総合確保基金）に関する協議
 - ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）

- 「協議の場」については、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議が行われる場であることから、地域医療構想を策定する構想区域ごとに設置することを原則とする。

「病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方等について」（12月25日検討会資料抜粋）

- 今回、病床機能報告制度の情報の公表のあり方を検討する必要があるが、現時点では、今年度、医療機関から報告された情報の集計作業が完了しておらず、具体的な項目の報告状況をお示しできない。

よって、具体的にどの項目を患者や住民に対して公表するか、そして、その際に、分かりやすくするためにどのような工夫を行うかの詳細については、情報の集計作業がある程度進み、具体的な項目の報告状況をお示した上で、改めて、検討することとする。

- 病床機能報告制度においては、病院及び有床診療所は、その有する病床について

- ・担っている医療機能（現在・将来の機能）
- ・構造設備、人員配置等に関する項目
- ・具体的な医療の内容に関する項目

を報告することとしており、都道府県は報告された情報を勘案して地域医療構想を策定し、また報告された情報を厚生労働省令で定めるところにより公表しなければならないものとされている。

- 公表した情報は、医療関係者や医療保険者等が、都道府県が設置する地域医療構想調整会議において、地域の医療提供体制について共通認識をもつために利用されるものである。

また、住民や患者が、医療機関の機能を適切に理解して医療機関を利用していくことを促すために利用されるものであり、報告された情報は、そのままの形でなく、分かりやすく加工し、患者や住民に公表することとしている。