

# 地域医療構想策定ガイドライン概要（策定の流れ）

## 体制整備

- ・地域医療ビジョン推進戦略会議等の設置
- ・地域医療ビジョン調整会議の設置（法上、策定後の設置を想定しているが、ガイドラインでは策定段階からの設置が望ましいとしている。）

## データ収集・分析・共有

- ・基礎となるデータは厚生労働省において一元的に整備。
- ・病床機能報告制度の情報を活用。
- ・各圏域関係者間でデータを共有。

データブック等

## 構想区域の設定

- ・二次医療圏を構想区域として作業。（仮設定）
- ・以降の作業において二次医療圏と構想区域のズレが発生した場合は、第7次医療計画策定時等に整合性を検討。

## 医療需要の推計

- ・2025年の医療需要＝2013年度性年齢階級別構想区域別の入院受療率×2025年の性年齢階級別推計人口
- ・高度急性期・急性期・回復期は、医療資源投入量（診療報酬の出来高点数）で区分。
- ・慢性期は、地域差の解消の中で目標を設定。

推計ツール

## 医療供給の検討

- ・患者の流出入が現在のままだと仮定した場合の供給量を推計。
- ・医療需要と推定供給量との比較。
- ・流出入の調整。（圏域間・都道府県間の合意）

## 必要病床数の推計

- ・推定供給量で算出された患者数をケアするために必要な病床数に換算
- ・患者数を病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）で除して算出。

## 構想区域の確認

- ・推計結果等を踏まえ、線引きの検討。（将来に向けての検討。）
- ・二次医療圏から変える場合は、厚生労働省と相談。（市町単位でのデータ確認等）

## 病床数の比較

- ・必要病床数と病床機能報告制度による集計結果の比較
- ・目標と現状の比較による課題抽出、施策検討⇒このときの施策の基本事項（方針）は、基金の県計画策定の基本方針に活用。

## ・病床の機能の分化及び連携の推進

- ・例（ガイドライン参照）  
クリティカルパスの活用、臨床指標を用いた医療の質の評価・向上、住民への普及啓発、在宅医療における後方病院の整備、これらに伴う人材の確保・養成 など

## 施策の検討

### ・在宅医療の充実

- ・例（ガイドライン参照）  
在宅医療に係る市町への支援、研修会の開催、人材確保・養成、在宅医療推進協議会の設置、訪問看護推進協議会の設置 など

### ・医療従事者の確保・養成

- ・例（ガイドライン参照）  
地域医療支援センター・医療勤務環境改善支援センターの活用  
看護職員の確保（ナースセンター） など

## 構想策定後の実現に向けた取組み

- ・各医療機関における自主的な取組み
- ・地域医療ビジョン調整会議を活用した医療機関相互の取組み
- ・県による取組み  
←病床機能報告制度や各種データによる現状把握と目標（必要病床数・目指す医療提供体制等）との比較

## PDCA

- ・工程表の策定、進捗状況の把握、工程表の見直し
- ・病床機能報告制度等による状況把握（患者や病床の収れん状況の確認など）
- ・病床機能報告制度や各種データによる現状把握と目標（必要病床数・目指す医療提供体制等）との比較

# 地域医療構想策定ガイドライン概要（調整会議運営）

## 1. 目的

地域医療ビジョンの実現に向けた取組みを議論するため。

## 2. 主な議事

- ①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③県計画（基金活用事業）に盛り込む事業に関する協議
- ④その他地域医療ビジョンの達成の推進に関する協議
- ⑤医療機関の開設・増床等の許可申請、過剰病床への転換に関する協議（該当事例があった場合）

## 3. 議論の進め方

- ①病床機能報告制度や各種統計等による現状と地域医療ビジョンの必要病床数の比較・認識の共有
- ②①からの課題抽出
- ③具体的な病床機能の分化及び連携の在り方について議論（各病院の役割など）
- ④基金を活用した事業の議論

## 4. 開催時期

- ①定期的な開催  
病床機能報告制度等による情報共有や基金事業に関する議論など
- ②随時開催  
医療機関の開設・増床等の許可申請、過剰病床への転換に関する協議など

## 5. 開催単位

原則、構想区域ごと。ただし、議事等により合同開催や限定開催も可能。

## 6. 公表

原則、公開。ただし、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開。

## 7. 合意

議事録を作成したうえで、合意したことを確認できる書面を作成することが適當。

## 8. その他

病床機能報告制度の公表で秘匿部分とした情報についても、調整会議においては活用可能。

**病床の機能の分化及び連携の推進**

- 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に当たっては、都道府県が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、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の活用等により、必要な施策を進めていく必要がある。
- また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく必要がある。
- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。
- これら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り、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）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患者の状態に応じた医療が提供される必要がある。
- このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市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。
- また、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看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけではなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働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の分化及び連携に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

病床の機能の分化・連携に係る具体的な取組例

	体制構築	人材確保
病床の機能の分化	<p>○病床機能の重点化・明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クリティカルパス（クリニカルパス）の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援</li> <li>・病床機能に応じた臨床指標（Quality Indicator）を用いた医療の質評価・向上の支援</li> <li>・高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民（患者）への情報提供・普及啓発</li> </ul> <p>○病床機能の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床機能の変更のための財政的・技術的支援</li> </ul>	<p>○病床機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援</li> </ul>
病床の機能の連携	<p>○病床機能の異なる関係機関の連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援</li> <li>・救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援</li> <li>・在宅医療から地域包括ケア病棟を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援</li> <li>・認知症、特に行動・心理症状（BPSD）を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援</li> </ul>	<p>○連携に係る人材の確保・養成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成</li> <li>・退院支援、在宅復帰支援のため地域における多職種連携・人事交流の支援</li> </ul>

## 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要があり、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけでなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、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整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市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、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、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を行う必要がある。
- 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時間体制の構築に向けた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ことが必要である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要である。
- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。



在宅医療の充実に係る具体的な取組例

	実施主体	体制構築	人材確保
退院支援 (地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な事例の退院時カンファレンスへの参加。</li> <li>退院調整担当者との定例会議の開催。</li> <li>医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置する看護職員や医療ソーシャルワーカーを育成するための研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院（退所）元の医療機関・施設・と、在宅医療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交換できる場の設定。</li> </ul>	
日常の療養生活の支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所間の連携や、病院医師による支援により、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構築。</li> <li>医療依存度の高い患者や小児等患者への対応力向上のための研修。</li> <li>在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供給のため、地域で使用する衛生剤料等の規格・品目統一等に関する協議を地域の関係者間で行うとともに、供給拠点を整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療に取り組む医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修。</li> <li>訪問看護師の確保のための採用時研修に対する支援、研修機関の集約化（拠点となる訪問看護事業所が地域の教育機能を担う）、看護系大学と連携した教育体制の構築。</li> <li>在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院歯科等の歯科医師や歯科衛生士の確保。</li> <li>これまで訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関係者（多職種）による「在宅医療推進協議会」の設置・運営。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係者と協働した在宅医療に取り組む人材確保の支援。</li> </ul>
急変時の対応	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所（病診）、診療所同士（診診）、診療所と訪問看護事業所の連携の構築。</li> <li>後方病床を確保するため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築。</li> <li>在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に介する協議会の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係団体等と協働で、24時間体制構築のためのコーディネートや支援。</li> </ul>	
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。</li> <li>地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種の研修や施設との合同開催の研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。</li> </ul>	

※ 実施主体については、一般的な例を示したものであり、地域の実情に応じて柔軟に役割分担をする必要がある。

## 医療従事者の確保・養成

- 地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や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・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である。
- 限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全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当たっては、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。
- 医療従事者の確保は、入院医療だけではなく、在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対しては、地域医療支援センター、都道府県ナースセンターなどによる支援を行うことが望ましい。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

---

### 地域医療支援センター（医療法第30条の25）

都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるもの。平成27年（2015年）1月末現在、43都道府県で設置されている。

### 医療勤務環境改善支援センター（医療法第30条の21）

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県に設置されるもの。

### 都道府県ナースセンター（看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条の1）

都道府県の看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関として都道府県知事が指定するもの



(表2)

## 都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員数

※順位は、病床数・定員数の多いものを上位としたもの。

(65歳以上人口千人あたり)

	A		B		C		D		E		A~E計		65歳以上人口 (千人)	(参考) 75歳以上人口を用いた場合のA~E計順位
	療養病床 (床)	順位	介護老人福祉施設定員 (人)	順位	介護老人保健施設定員 (人)	順位	有料老人ホーム定員 (人)	順位	サービス付き高齢者住宅定員 (戸)	順位	順位	順位		
全国平均	10.7	—	16.2	—	11.2	—	9.9	—	5.1	—	53.1	—	31,898	
徳島県	20.6	5	15.7	40	18.3	2	5.1	35	7.3	9	67.1	6	224	5
香川県	11.0	19	17.3	22	13.5	14	8.9	21	5.8	15	56.6	23	277	24
<b>愛媛県</b>	<b>13.8</b>	<b>14</b>	<b>15.7</b>	<b>38</b>	<b>12.9</b>	<b>21</b>	<b>7.4</b>	<b>29</b>	<b>7.6</b>	<b>4</b>	<b>57.4</b>	<b>20</b>	<b>404</b>	<b>25</b>
高知県	29.2	1	16.8	26	9.6	43	3.5	44	3.4	41	62.4	11	232	16

(75歳以上人口千人あたり)

	A		B		C		D		E		A~E計		75歳以上人口 (千人)	(参考) 65歳以上人口を用いた場合のA~E計順位
	療養病床 (床)	順位	介護老人福祉施設定員 (人)	順位	介護老人保健施設定員 (人)	順位	有料老人ホーム定員 (人)	順位	サービス付き高齢者住宅定員 (戸)	順位	順位	順位		
全国平均	21.8	—	33.2	—	22.9	—	20.2	—	10.4	—	108.5	—	15,603	
徳島県	38.5	5	29.2	45	34.2	1	9.6	38	13.7	9	125.2	5	120	6
香川県	21.1	20	33.4	27	26.0	15	17.2	22	11.2	18	108.8	24	144	23
<b>愛媛県</b>	<b>26.0</b>	<b>14</b>	<b>29.6</b>	<b>44</b>	<b>24.4</b>	<b>20</b>	<b>14.0</b>	<b>29</b>	<b>14.3</b>	<b>7</b>	<b>108.3</b>	<b>25</b>	<b>214</b>	<b>20</b>
高知県	53.7	1	30.9	37	17.7	45	6.4	45	6.3	42	115.0	16	126	11

療養病床：平成25年医療施設調査(平成25年10月1日時点)

介護老人福祉施設定員、介護老人保健施設定員：平成25年介護サービス施設・事業所調査(平成25年9月末日時点)

有料老人ホーム定員：平成24年社会福祉施設等調査(平成24年10月1日時点)

サービス付き高齢者住宅定員：(一社)すまいづくりまちづくりセンター連合会より(平成26年10月時点)

人口：平成25年総務省人口推計

## 二次圏域別人口データ

	人口 総数(人)			人口 65歳以上(人)			人口 75歳以上(人)		
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
全県	1,431,493 (100.0)	1,269,451 (88.7%)	1,074,618 (75.1%)	381,535 (100.0)	439,582 (115.2%)	415,842 (109.0%)	202,292 (100.0)	263,682 (130.3%)	255,166 (126.1%)
宇摩	90,187 (100.0)	79,432 (88.1%)	66,687 (73.9%)	23,597 (100.0)	27,609 (117.0%)	26,070 (110.5%)	12,522 (100.0)	16,166 (129.1%)	15,920 (127.1%)
新居浜 ・西条	233,826 (100.0)	211,721 (90.5%)	183,676 (78.6%)	63,059 (100.0)	71,154 (112.8%)	67,738 (107.4%)	33,547 (100.0)	43,523 (129.7%)	41,187 (122.8%)
今治	174,180 (100.0)	146,927 (84.4%)	117,473 (67.4%)	50,738 (100.0)	54,689 (107.8%)	47,520 (93.7%)	26,222 (100.0)	34,197 (130.4%)	29,058 (110.8%)
松山	652,485 (100.0)	610,640 (93.6%)	540,172 (82.8%)	150,832 (100.0)	191,374 (126.9%)	198,150 (131.4%)	76,429 (100.0)	112,126 (146.7%)	118,606 (155.2%)
八幡浜 ・大洲	156,534 (100.0)	123,084 (78.6%)	93,495 (59.7%)	52,823 (100.0)	52,502 (99.4%)	42,599 (80.6%)	30,635 (100.0)	32,095 (104.8%)	28,251 (92.2%)
宇和島	124,281 (100.0)	97,647 (78.6%)	73,115 (58.8%)	40,486 (100.0)	42,254 (104.4%)	33,765 (83.4%)	22,937 (100.0)	25,575 (111.5%)	22,144 (96.5%)
全国	128,057,352 (100.0)	120,658,816 (94.2%)	107,275,851 (83.8%)	29,480,009 (100.0)	36,573,487 (124.1%)	38,678,102 (131.2%)	14,193,622 (100.0)	21,785,638 (153.5%)	22,229,933 (156.6%)

注)人口については、国立社会保障・人口問題研究所 男女・年齢(5歳)階級別データ

『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数