

地域医療構想の進捗状況について

千葉県 健康福祉部 医療整備課 地域医療構想推進室

電話番号 : 043-223-2457 メール : chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp

「地域医療構想の進め方について」【国通知】

令和5年3月31日付け医政地発0331第1号
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

地域医療構想の進捗状況を検証し、病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行うことが求められた。

【※データの特性だけでは説明できない差異】

病床機能報告に基づく地域の医療機能に過剰又は不足が生じている場合において、病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入により当該過剰又は不足について説明ができる場合を除き、これに該当するものとする。



【進捗状況の検証を踏まえて講ずるべき必要な対応について】

データの特性だけでは説明できない差異のある構想区域については、以下の対応を行うこと。

① 非稼働病棟等への対応

当該病棟の再稼働のための医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論すること。

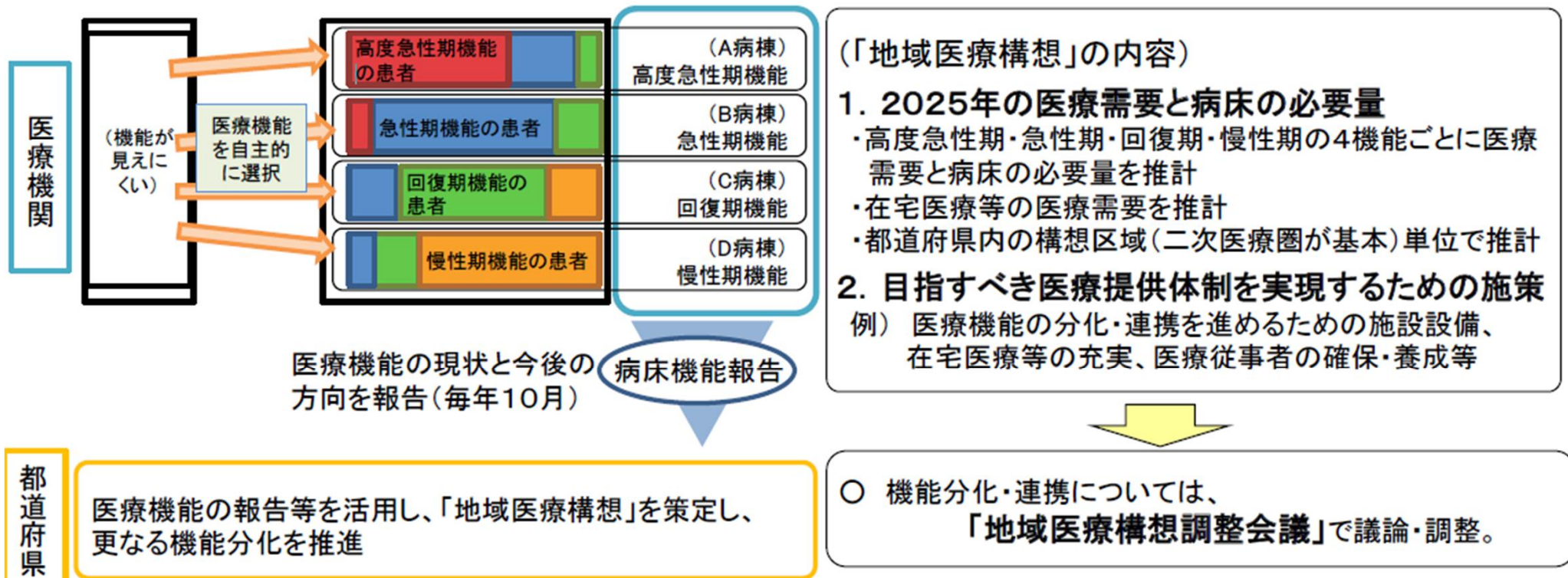
② 構想区域全体の2025年の医療提供体制の検討について（上記①では不十分であると認められる場合）

構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、その協議を踏まえて2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて病床数や医療機能を含む。）について議論する。

③ その他の地域医療構想調整会議の意見を踏まえた対応

地域医療構想

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



地域医療構想における医療需要の推計方法と必要病床数

○医療法施行規則で定められた算定方法（概要）

(※)国立社会保障・人口問題研究所(H25.3月推計)

$$\text{必要病床数}_{(床)} = \frac{\text{構想区域の令和7年の医療需要}}{\text{病床稼働率}} = \sum \left(\text{構想区域の平成25年度性・年齢階級別の入院受療率} \times \text{構想区域の令和7年度性・年齢階級別推計人口}(\ast) \right)$$

(高度急性期:0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92)

○2025年における必要病床数

(単位：床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
千葉	1,077	3,028	2,520	1,859	8,484
東葛南部	1,376	4,783	4,072	2,779	13,010
東葛北部	1,386	4,227	3,647	2,439	11,699
印旛	594	1,947	1,625	1,382	5,548
香取海匝	289	745	587	560	2,181
山武長生夷隅	104	887	946	994	2,931
安房	308	602	358	373	1,641
君津	232	806	810	522	2,370
市原	284	826	695	335	2,140
千葉県計	5,650	17,851	15,260	11,243	50,004

【参考】医療需要の4機能の区分方法

出典：地域医療構想策定ガイドライン

	医療資源投入量	基本的考え方
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医療（一般病棟等で実施する医療も含む）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
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、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
※	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 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

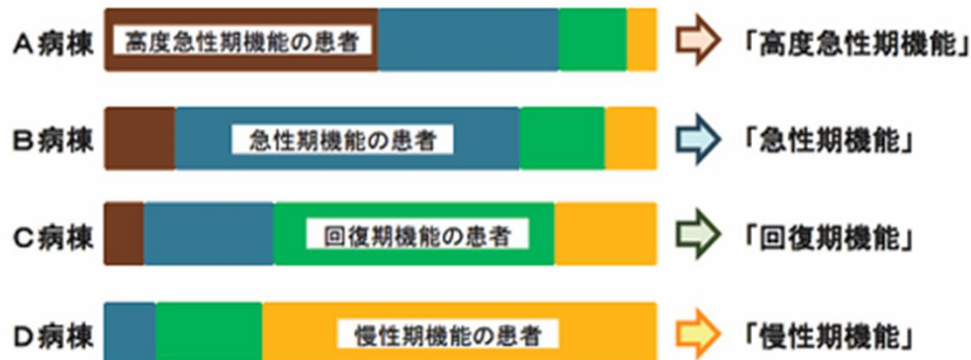
(注) 上記医療資源投入量は入院基本料相当分等は含まない。

病床機能報告制度

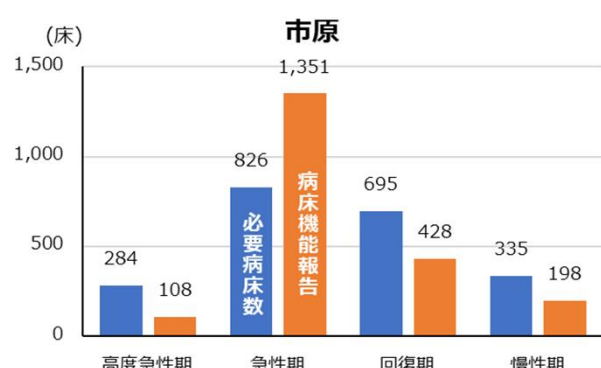
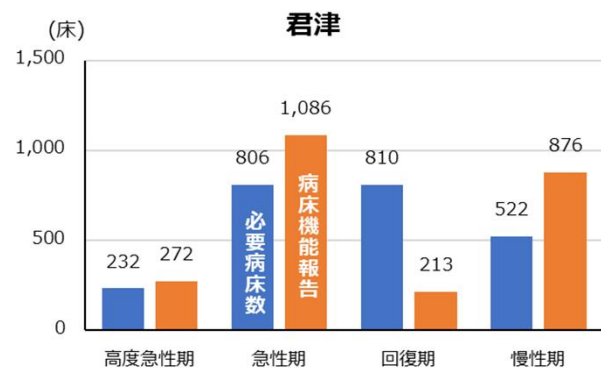
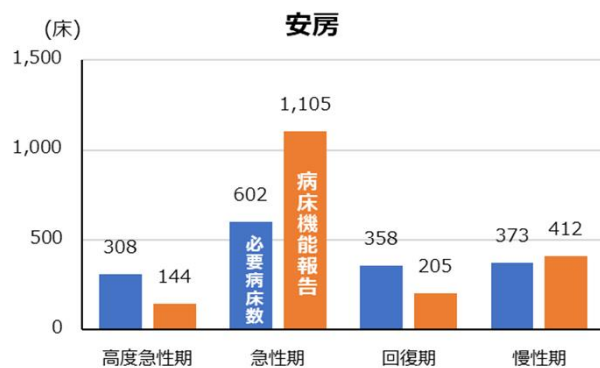
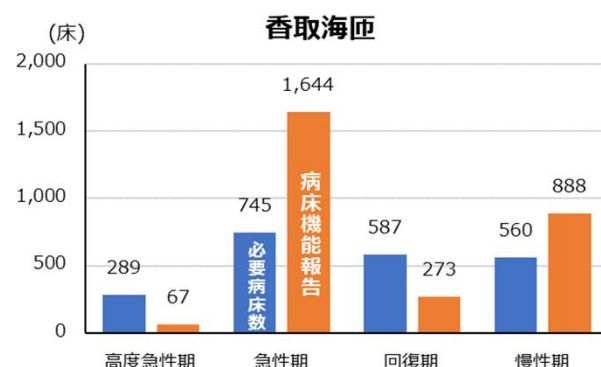
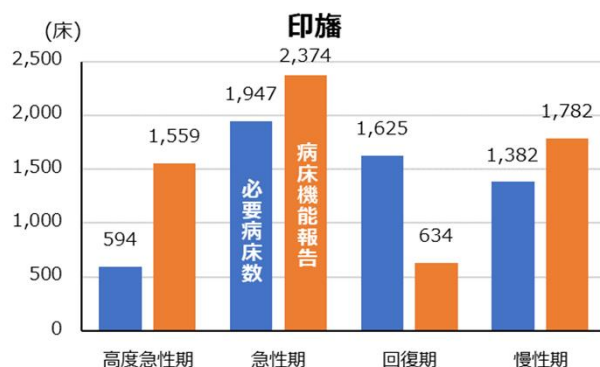
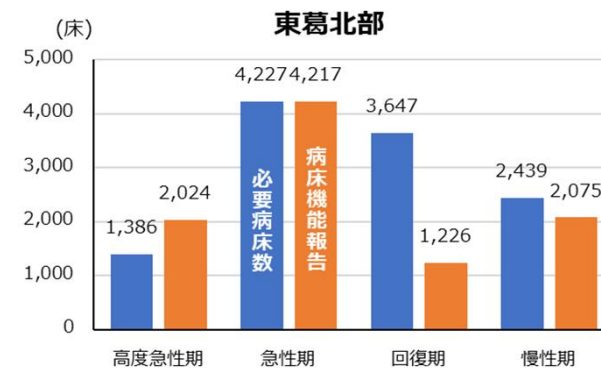
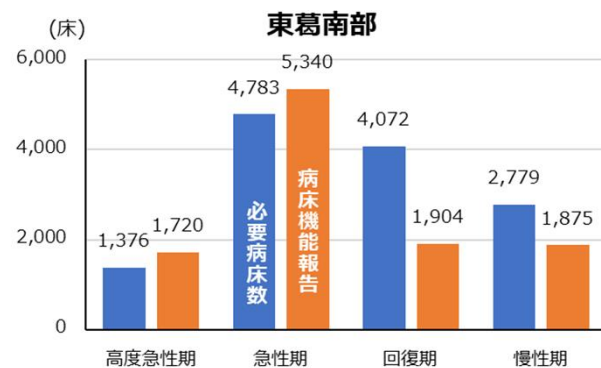
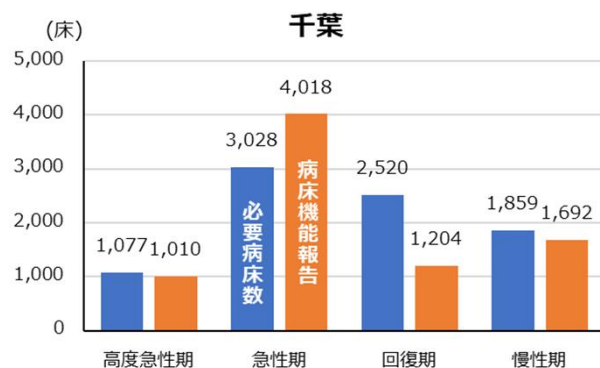
- 各医療機関は（有床診療所含む。）は、**病棟単位**で、4つの医療機能の中から「現状」と「今後の方向性（2025年における病床数）」を自ら1つ選択して都道府県に報告する。＜**自主報告**＞
- 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、**当該病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告**することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療</u>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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

【病棟における患者構成と報告イメージ】 出典：病床機能報告 報告マニュアル



必要病床数と病床機能報告(R4)との比較【圏域別】



- ・東葛北部を除く全ての構想区域で急性期は過剰、回復期は不足。
- ・必要病床数と病床機能報告の結果では圏域によっては一定の差異がある。

病床機能報告の問題点と定量的基準に基づく推計値

○病床機能報告の問題点

地域医療構想における必要病床数は法令で定められた方法により、医療資源投入量等を基に病床単位で4機能を推計している一方、病床機能報告は各医療機関が病棟単位で定性的な基準により自主報告した結果であり、報告基準もあいまいである。そのため、以下のような問題が生じる。

- ・ 回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在する。
- ・ 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されている。

➡ 各構想区域で急性期機能を担う病床が大幅に過剰、回復期機能を担う病床が大幅に不足していると誤解させる事態が生じている。

○定量的基準に基づく推計値

平成30年8月16日付け医政地発0816第1号
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【国】地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

- ・ 平成31年度に各構想地域において協議のうえ、推計方法等について合意
- ・ 以降、「病床機能報告結果」と併せて「定量的基準に基づく推計値」についても調整会議で提示

(参考) 病床機能の定量的基準による推計方法

「定量的基準に基づく病床機能の推計値」は各構想区域において平成31年度に合意を得た以下の推計方法を用いて算定している。

1 実態把握調査（区域内の全病院を対象）を実施した構想区域【香取海匠・山武長生夷隅・市原】

- ・平成30年度に行った調査結果を活用し、病床機能ごとに病床単位（一部病棟単位）で病床数を集計する。

2 実態把握調査を実施していない、又は一部の病院しか調査を実施していない構想区域

【千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・安房・君津】

① 医療機能が明確な病床

- ・救命救急病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等は、各機能に応じ病床数を集計する。

② 高度急性期機能

- ・東葛南部、印旛の構想区域は、平成30年度に行った調査結果を活用し、病棟当たりの平均医療資源投入量47,000円を超える病棟を高度急性期とみなして病床数を集計する。
- ・その他の構想区域は、救命救急やICU等において多く提供されている医療の算定回数を設定し、当該基準を超えるものを高度急性期とみなして病床数を集計する。

※R3年度病床機能報告より、手術等の診療実績の報告対象期間の通年化に伴い、当該基準も通年に補正。

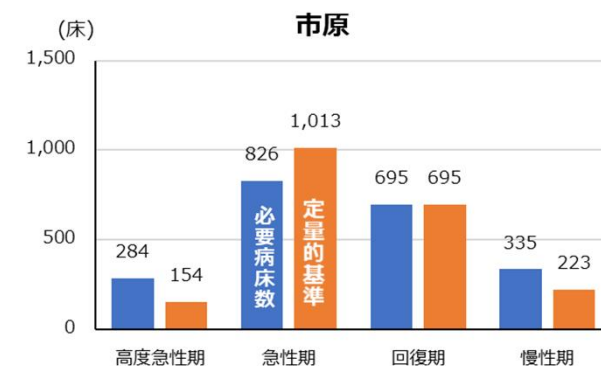
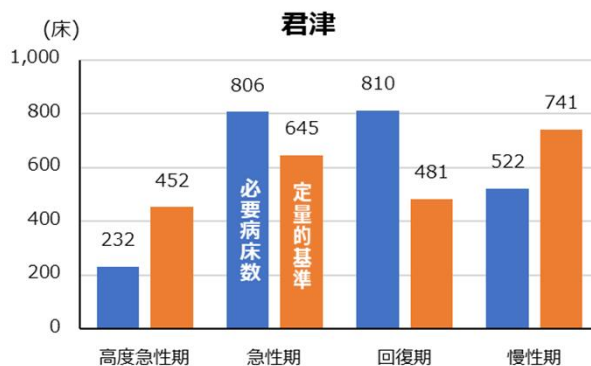
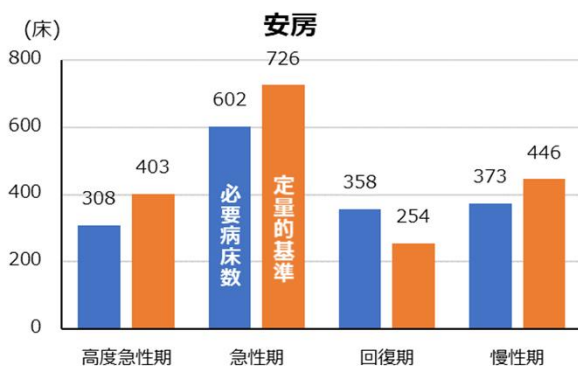
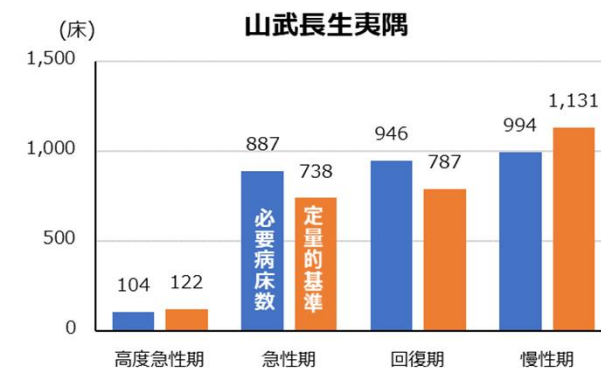
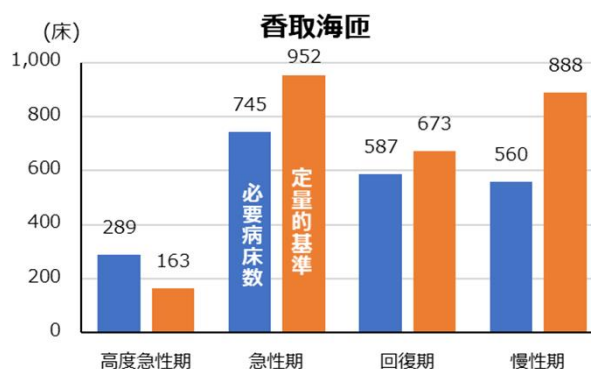
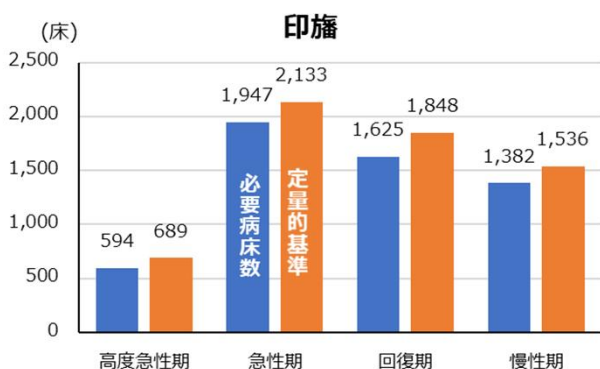
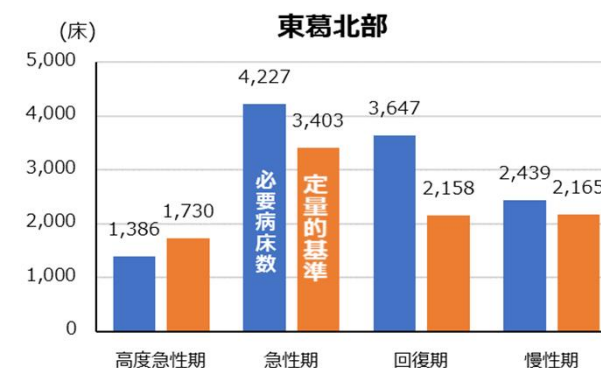
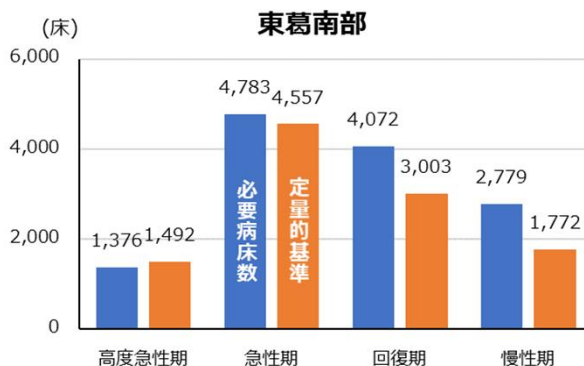
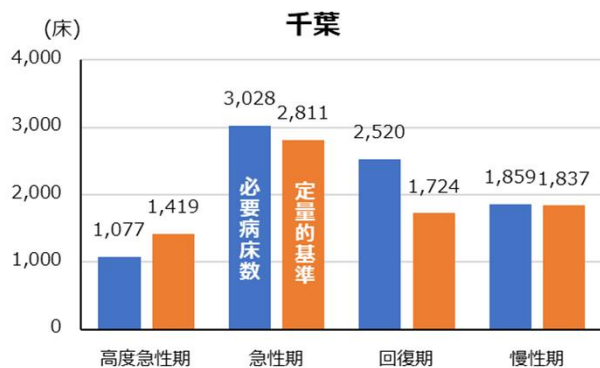
③ 急性期・回復期機能

- ・病棟に各病期の患者が混在していた実態把握調査の結果を活用し、「急性期60:回復期40」の割合を乗じて、病床数を集計する。

※千葉、東葛南部、東葛北部は、平均在院日数や病床稼働率等を考慮して割合を補正

【千葉・東葛北部】70:30 【東葛南部】75:25

必要病床数と定量的基準に基づく推計値(R4)との比較【圏域別】



必要病床数と定量的基準の推計値の比較では、**病床機能報告による大幅な急性期過剰、回復期不足の状況は改善され、過不足が逆転している圏域もある。**

<参考> 令和4年度病床機能報告と定量的基準に基づく病床機能の推計値

区域	医療機能	必要病床数 (R7年) A	病床機能報告 (R4.7.1) B	差し引き B-A		定量的基準に基づく病床数		
						R4推計値 C	差し引き	
							C	C-A
千葉	高度急性期	1,077	1,010	▲67	不足	1,419	342	過剰
	急性期	3,028	4,018	990	過剰	2,811	▲217	不足
	回復期	2,520	1,204	▲1,316	不足	1,724	▲796	不足
	慢性期	1,859	1,692	▲167	不足	1,837	▲22	不足
	休棟等	-	172			305		
	計	8,484	8,096	▲388	不足	8,096	▲388	不足
東葛南部	高度急性期	1,376	1,720	344	過剰	1,492	116	過剰
	急性期	4,783	5,340	557	過剰	4,557	▲226	不足
	回復期	4,072	1,904	▲2,168	不足	3,003	▲1,069	不足
	慢性期	2,779	1,875	▲904	不足	1,772	▲1,007	不足
	休棟等	-	759			774		
	計	13,010	11,598	▲1,412	不足	11,598	▲1,412	不足
東葛北部	高度急性期	1,386	2,024	638	過剰	1,730	344	過剰
	急性期	4,227	4,217	▲10	不足	3,403	▲824	不足
	回復期	3,647	1,226	▲2,421	不足	2,158	▲1,489	不足
	慢性期	2,439	2,075	▲364	不足	2,165	▲274	不足
	休棟等	-	657			743		
	計	11,699	10,199	▲1,500	不足	10,199	▲1,500	不足
印旛	高度急性期	594	1,559	965	過剰	689	95	過剰
	急性期	1,947	2,374	427	過剰	2,133	186	過剰
	回復期	1,625	634	▲991	不足	1,848	223	過剰
	慢性期	1,382	1,782	400	過剰	1,536	154	過剰
	休棟等	-	51			194		
	計	5,548	6,400	852	過剰	6,400	852	過剰
香取海匝	高度急性期	289	67	▲222	不足	163	▲126	不足
	急性期	745	1,644	899	過剰	952	207	過剰
	回復期	587	273	▲314	不足	673	86	過剰
	慢性期	560	888	328	過剰	888	328	過剰
	休棟等	-	93			289		
	計	2,181	2,965	784	過剰	2,965	784	過剰
山武長生夷隅	高度急性期	104	32	▲72	不足	122	18	過剰
	急性期	887	1,379	492	過剰	738	▲149	不足
	回復期	946	386	▲560	不足	787	▲159	不足
	慢性期	994	1,257	263	過剰	1,131	137	過剰
	休棟等	-	215			491		
	計	2,931	3,269	338	過剰	3,269	338	過剰

区域	医療機能	必要病床数 (R7年) A	病床機能報告 (R4.7.1) B	差し引き B-A		定量的基準に基づく病床数		
						R4推計値 C	差し引き	
							C	C-A
安房	高度急性期	308	144	▲164	不足	403	95	過剰
	急性期	602	1,105	503	過剰	726	124	過剰
	回復期	358	205	▲153	不足	254	▲104	不足
	慢性期	373	412	39	過剰	446	73	過剰
	休棟等	-	264			301		
	計	1,641	2,130	489	過剰	2,130	489	過剰
君津	高度急性期	232	272	40	過剰	452	220	過剰
	急性期	806	1,086	280	過剰	645	▲161	不足
	回復期	810	213	▲597	不足	481	▲329	不足
	慢性期	522	876	354	過剰	741	219	過剰
	休棟等	-	196			324		
	計	2,370	2,643	273	過剰	2,643	273	過剰
市原	高度急性期	284	108	▲176	不足	154	▲130	不足
	急性期	826	1,351	525	過剰	1,013	187	過剰
	回復期	695	428	▲267	不足	695	0	
	慢性期	335	198	▲137	不足	223	▲112	不足
	休棟等	-	81			81		
	計	2,140	2,166	26	過剰	2,166	26	過剰
計	高度急性期	5,650	6,936	1,286	過剰	6,624	974	過剰
	急性期	17,851	22,514	4,663	過剰	16,978	▲873	不足
	回復期	15,260	6,473	▲8,787	不足	11,623	▲3,637	不足
	慢性期	11,243	11,055	▲188	不足	10,739	▲504	不足
	休棟等	-	2,488			3,502		
	計	50,004	49,466	▲538	不足	49,466	▲538	不足

【未報告病床数】

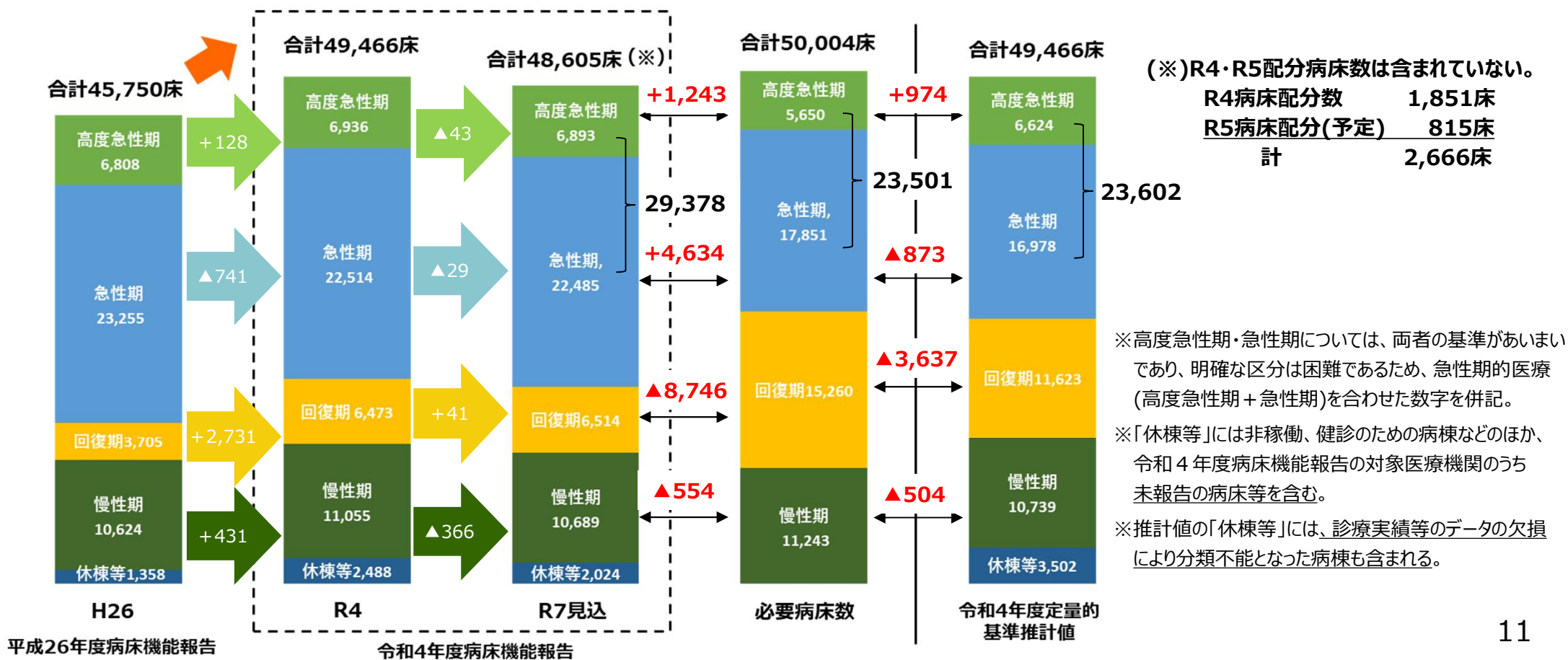
区域	病床数
千葉	166
東葛南部	540
東葛北部	609
印旛	29
香取海匝	0
山武長生夷隅	86
安房	193
君津	194
市原	0
計	1,817

※本表の「休棟等」には非稼働、健診のための病棟などのほか、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

※推計値の「休棟等」には、診療実績等のデータの欠損により分類不能となった病棟も含まれる。

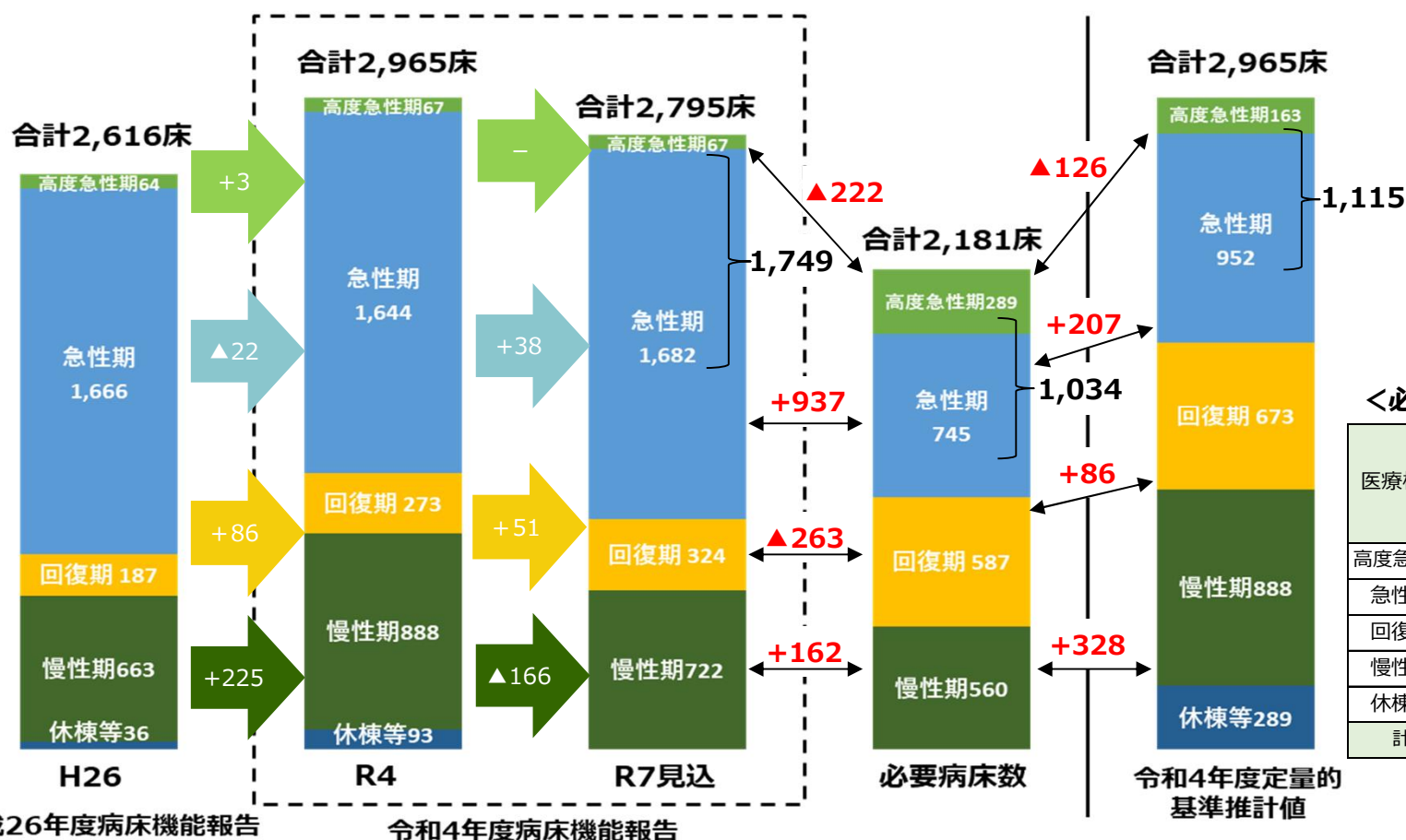
本県の地域医療構想の進捗状況について

- 総病床数と必要病床数の差は大幅に縮小しており、今後の整備予定の病床を含めた場合、概ね過不足はない状況が見込まれるなど、地域医療構想について一定の進捗が認められる。
- 機能別でも、圏域によって差異はあるものの、急性期から回復期への転換が行われるなど、医療機能の分化・連携等の取組みが進んでおり、必要病床との差異は改善されてきている。
- 急性期について、病床機能報告では大幅な過剰となっているが、定量的基準に基づく推計値では不足しており、高度急性期と合わせた急性期的医療は、概ね必要病床数と整合している。
- 一方、回復期については県全体として依然として不足が見込まれることから、2025年以降の中長期的な医療需要等も踏まえつつ、引き続き、機能転換や病床の整備を図っていく必要がある。



【香取海匠】地域医療構想の進捗状況について

- 総病床数は、2025年における必要病床数を超えて過剰となっている。
- 急性期について、病床機能報告上は大幅な過剰だが、定量的基準に基づく推計値では過剰ではあるものの不足幅は小さくなっており、高度急性期と合わせた急性期的医療は概ね必要病床数と整合している。
- 回復期については、過剰な慢性期から回復期への転換が行われるなど一定の進捗が認められ、病床機能報告上は不足だが、定量的基準に基づく推計値では過剰であり、大きく不足している状況にはないと考えられる。
- 慢性期は介護療養病床の転換による減少が見込まれるものの、依然として過剰である。



※高度急性期・急性期については、両者の基準があいまいであり、明確な区分は困難であるため、急性期的医療(高度急性期+急性期)を合わせた数字を併記。

※「休棟等」には非稼働、健診のための病棟などのほか、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

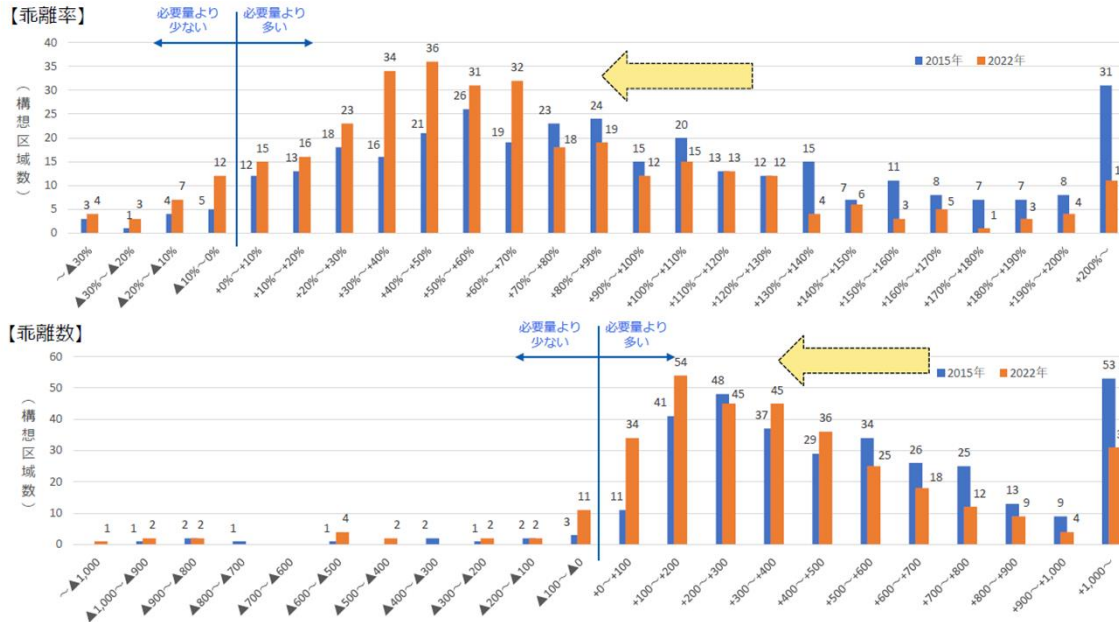
※推計値の「休棟等」には、診療実績等のデータの欠損により分類不能となった病棟も含まれる。

<必要病床数と定量的基準に基づく推計値の差異>

医療機能	必要病床数 (R7年) A	定量的基準に基づく病床数		定量的基準/必要病床数 (%)	高度急性期 + 急性期
		R4推計値 B	差し引き B-A		
高度急性期	289	163	▲126 不足	56%	107.8%
急性期	745	952	207 過剰	128%	
回復期	587	673	86 過剰	115%	
慢性期	560	888	328 過剰	159%	
休棟等	-	289	-	-	
計	2,181	2,965	784 過剰	136%	

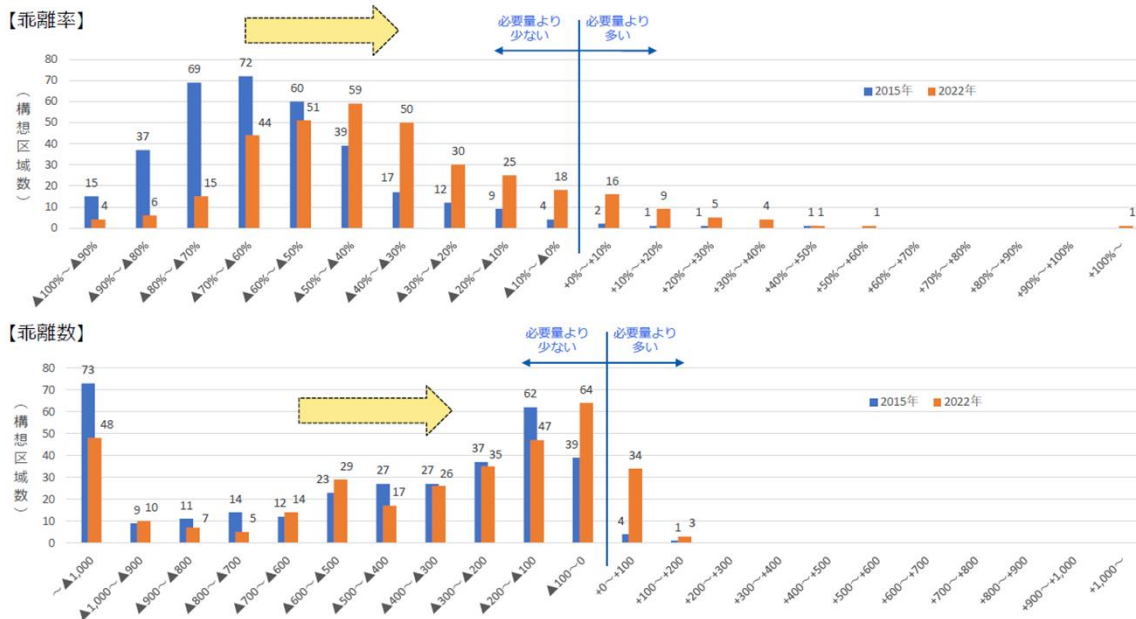
参考 2025年の必要量との乖離 (構想区域別) 【全国】

○ 急性期



厚労省「第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」資料

○ 回復期



厚労省「第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」資料

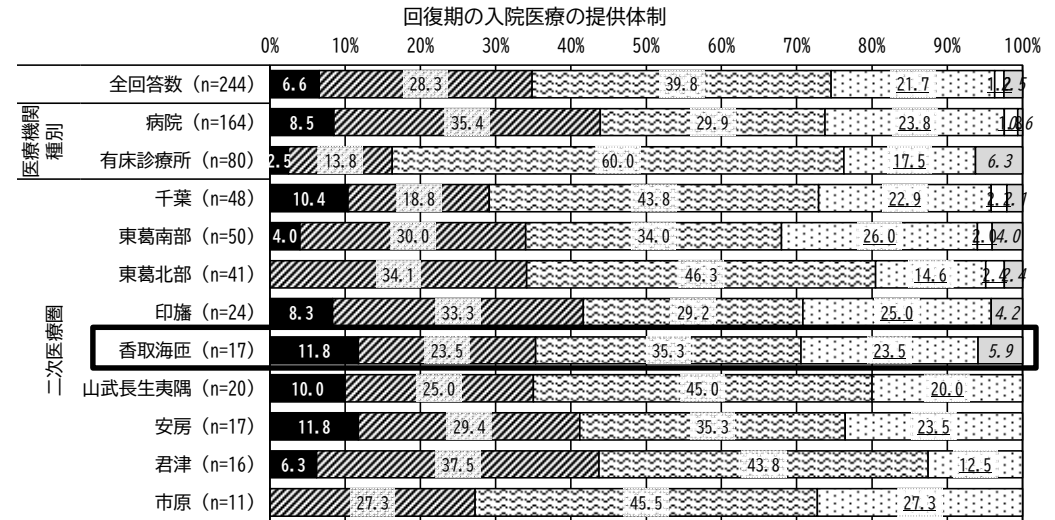
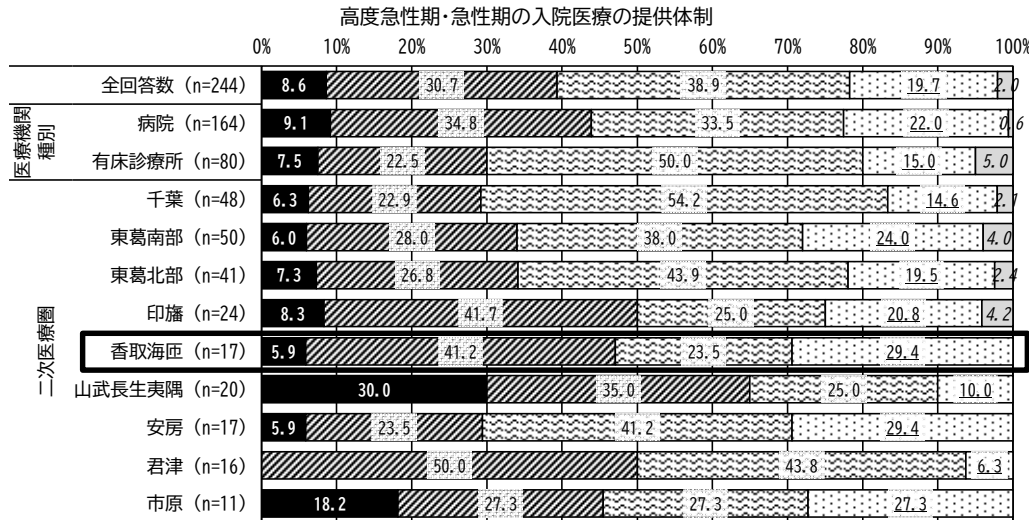
◆ 病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離状況では、急性期が不足となっている区域は全国339区域中26区域(約8%)のみであり、多くの構想区域で過剰となっている。

◆ 乖離率について、乖離率が±20%以内の構想区域は50区域(約15%)、±30%以内でも76区域(約22%)に留まり、全国的にも病床機能報告と必要病床数には相当の差異が生じている。

◆ 病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離状況では、回復期が過剰となっている区域は全国339区域中37区域(約11%)のみであり、多くの構想区域で不足となっている。

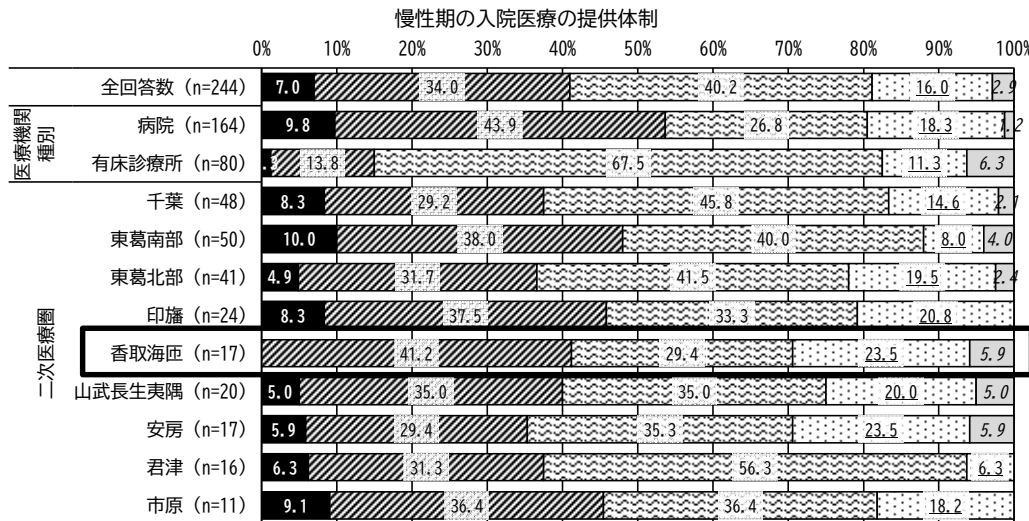
◆ 乖離率について、乖離率が±20%以内の構想区域は68区域(約20%)、±30%以内でも103区域(約30%)に留まり、全国的にも病床機能報告と必要病床数には相当の差異が生じている。

入院医療の提供体制の過不足感 (R5千葉県保健医療計画改定に関する調査)



全く足りない
 やや足りない
 どちらともいえない/わからない
 十分である
 過剰である
 無回答

全く足りない
 やや足りない
 どちらともいえない/わからない
 十分である
 過剰である
 無回答



全く足りない
 やや足りない
 どちらともいえない/わからない
 十分である
 過剰である
 無回答

◆ 入院医療の提供体制の過不足感について、県全体では、「全く足りない」「やや足りない」との回答割合は、**回復期(34.9%)よりも慢性期(41.0%)又は高度急性期・急性期(39.3%)が高かった。**

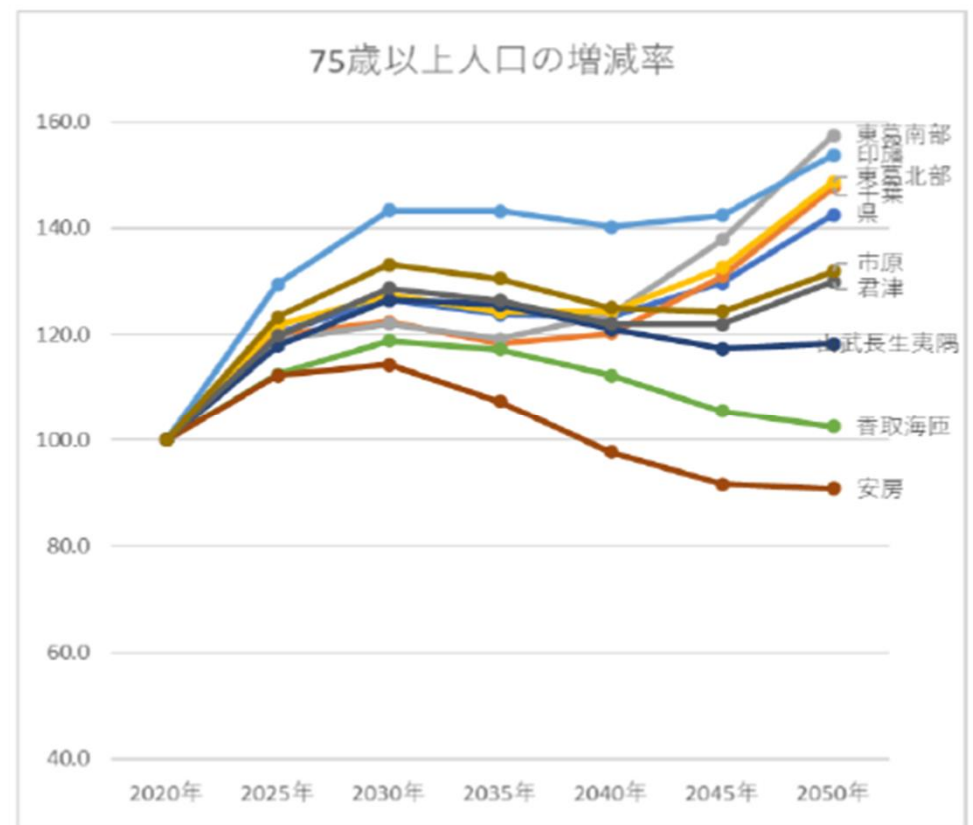
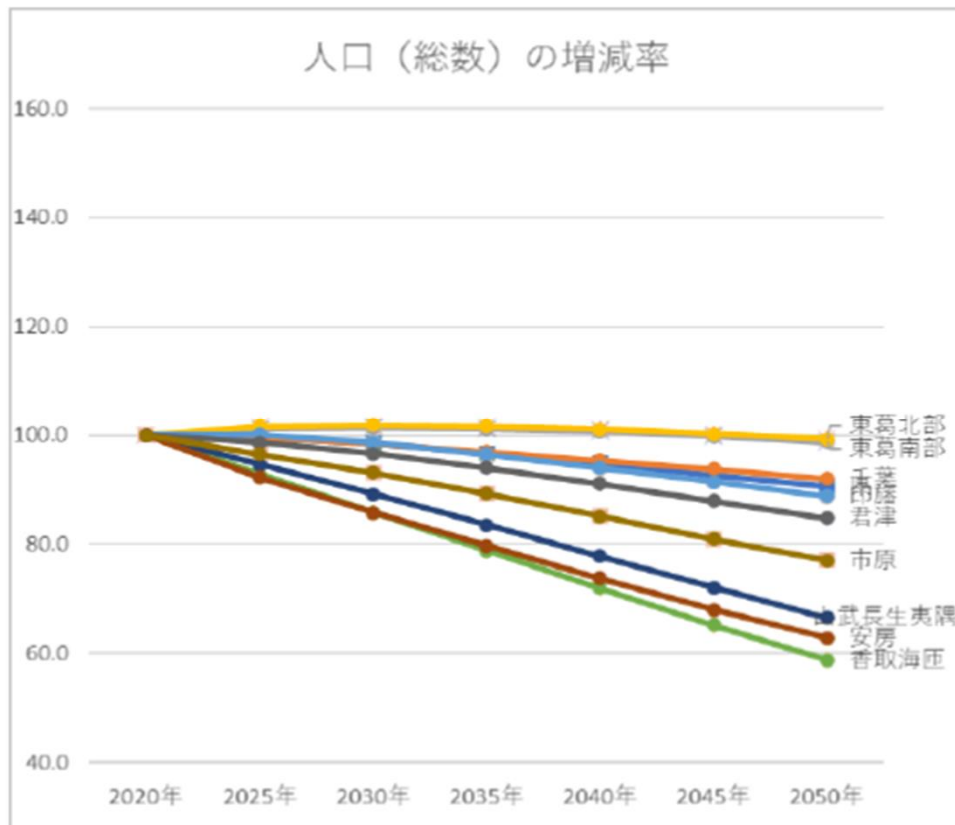
◆ **香取海匠地域では、高度急性期・急性期に不足を感じている医療機関（「全く足りない」「やや足りない」と回答）が最も多かった。**

- ・高度急性期・急性期(47.1%)
- ・回復期(35.3%)
- ・慢性期(41.2%)

※高度急性期・急性期については、両者の基準があいまいなことから、急性期的医療（高度急性期・急性期）を合わせて調査を実施

【香取海匝】今後の医療需要の見通し①（人口）

- 香取海匝地域の人口は大きく減少していき、次期地域医療構想で想定される2040年時点においては対2020年比で約28%の減少が見込まれる。
- 75歳以上人口は2030年頃にかけて増加するが、その後は減少する見込みであり、医療需要も減少していくことが想定される。
- 中長期的な医療需要の減少を踏まえた医療提供体制の検討が必要である。

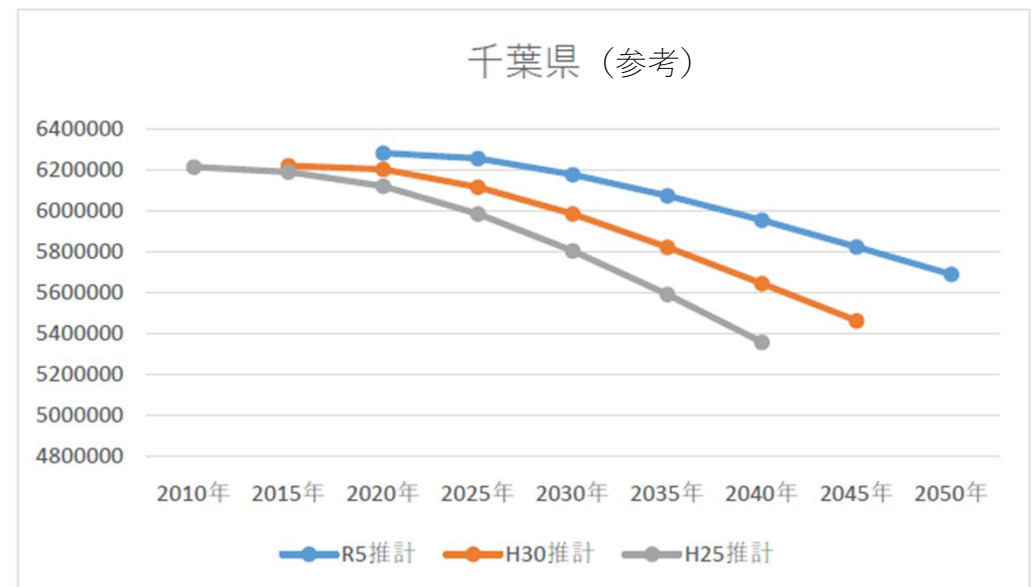
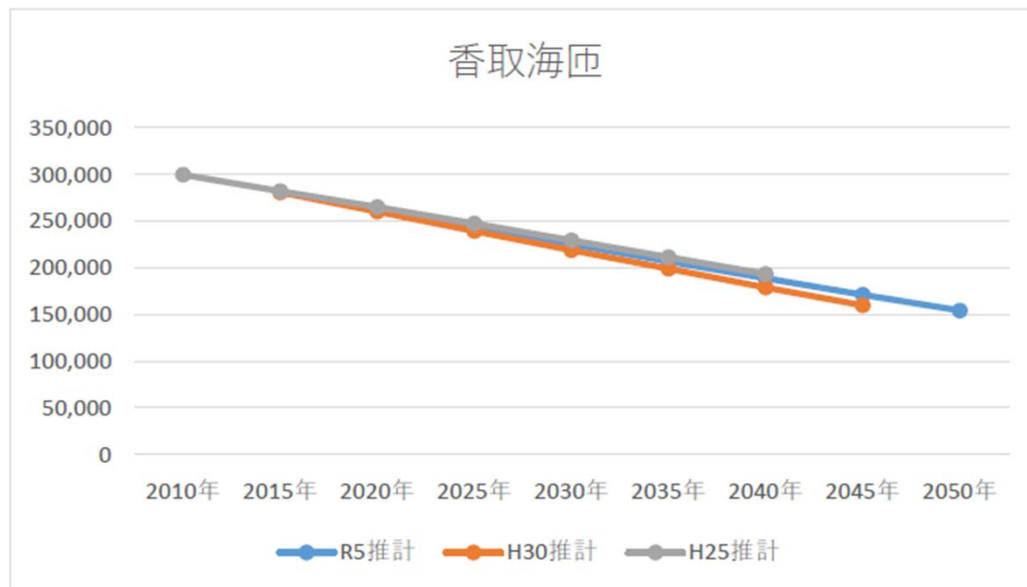


【香取海匝】過去の人口推計との比較

- 現行の地域医療構想における必要病床数は、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（H25年推計）」を用いて将来の医療需要を算出している。
- 香取海匝地域においては、最新の人口推計（R5推計）とH25推計に大きな差異はなかった。（ただし、前回H30年推計と比べると若干減少ペースは緩やかになっている。）

➡ 香取海匝地域の2025年における必要病床数は、人口の観点からは大きな変動はないと考えられる。

※必要病床数の推計に当たっては、人口以外の要素も加味しているため、一概に過不足の評価はできないことに留意が必要。



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（H25年推計、H30推計、R5年推計）」をもとに作成

今後の医療需要の見通し②（基準病床数）

- 国から示された算定式に基づいて次期医療計画における基準病床数を算出したところ、現行計画における基準病床数と比較し、県全体で5,743床（約11%）増える結果となった。
- 香取海匝地域においても、現行の基準病床数と比べて273床増加しているものの、引き続き既存病床数を下回っている状況である。

○第8次医療計画（R6～R11）における基準病床数

（単位：床）

保健医療圏	新たな基準病床数【A】	現行の基準病床数【B】	差し引き【A-B】	既存病床数（R5年10月1日）【C】	差し引き【A-C】
千葉	8,962	8,097	865	8,097	865
東葛南部	13,782	13,010	772	13,010	772
東葛北部	12,034	11,619	415	11,619	415
印旛	6,409	4,342	2,067	6,252	157
香取海匝	2,557	2,284	273	2,760	▲203
山武長生夷隅	3,544	2,717	827	3,151	393
安房	1,621	1,694	▲73	2,083	▲462
君津	2,626	2,479	147	2,531	95
市原	2,457	2,007	450	2,143	314
計	53,992	48,249	5,743	51,646	2,346

注）国通知において、「2026年度からの新たな地域医療構想に係る基準病床数の考え方については、改めて整理しお示しする」との方針が示されていることから、今後、必要に応じて、基準病床数の見直しを行う。

また、新たな基準病床数の考え方が示されるまでの間の病床整備（病床配分）に当たっては、地域の医療提供体制や意見等を踏まえ、配分時期や内容を検討する。

※ 基準病床数は、圏域内における病床の整備の目標であるとともに、圏域内の適正配置を促進し、各圏域の医療水準の向上を図るためのもの。

※ 既存病床数は、令和5年10月1日現在の開設許可病床数に、放射線治療室等の病床について所要の補正を行った上で、配分済みの病床数（令和5年度配分予定含む）を加えたもの。

参考 令和12年における病床の必要量の試算

- 地域医療構想策定時における将来の患者推計等を基に、基準病床数の算定期間となる令和12年における病床の必要量を試算したところ、各圏域とも地域医療構想における2025年の必要病床数を上回り、病床数が増加する結果となった。
- 香取海匝地域では、40床増加する結果となった。(基準病床数と比べると病床数は336床少なく、既存病床数は下回っている。)

○令和12年における病床数の必要量の試算

(単位：床)

(単位：床)

保健医療圏	必要病床数 (R7年)【A】	病床の必要量試算 (R12年)【B】	差し引き 【B-A】	<参考> 新たな基準病床数
千葉	8,484	8,946	462	8,962
東葛南部	13,010	13,991	981	13,782
東葛北部	11,699	12,566	867	12,034
印旛	5,548	6,005	457	6,409
香取海匝	2,181	2,221	40	2,557
山武長生夷隅	2,931	3,124	193	3,544
安房	1,641	1,697	56	1,621
君津	2,370	2,491	121	2,626
市原	2,140	2,248	108	2,457
計	50,004	53,289	3,285	53,992

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計

※令和12年における病床の必要量は、現地域医療構想策定当時の医療需要や人口等の各種条件を基に試算しているため、現状の数字とズレが生じる可能性があることに留意が必要である。

【香取海匝】今後の対応の方向性（まとめ）

- 現行の地域医療構想は2025年までの取組となっており、病床機能報告上の病床数と2025年における病床の必要量（必要病床数）に、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域については、対応を検討するよう国から求められている。
- 一方、国は2040年頃を視野に新たな地域医療構想を2025年に策定することとしている中、各地域において必要とされる病床数の検討に当たっては、必ずしも間近に迫った現行の必要病床数に合わせるのではなく、2025年以降の将来の医療需要等を見据えた検討が必要ではないか。
- 今後の人口推計を踏まえると、地域医療構想の目標年である2025年を超えて2030年までは75歳以上人口が増加し入院需要も高まる見込みであり、2025年の必要病床数を超える病床数が直ちに過剰であるとは言えないのではないか。
一方で、2030年以降は75歳以上人口についても緩やかに減少していくことが見込まれることから、将来の医療需要を踏まえた医療提供体制の検討を段階的に進める必要があるのではないか。
- 急性期については、病床機能報告上は大幅な過剰となっているが、これは病床機能報告における各機能の基準が明確でなく、報告が病棟単位に基づく自主報告であることが主な原因と考えられ、定量的基準に基づく推計値では過剰であるが不足幅は小さくなっており、高度急性期と合わせた急性期的医療は概ね必要病床数と整合しており、直ちに過剰な状況にはないのではないか。
- 回復期については、病床機能報告上は大幅な不足だが、定量的基準に基づく推計値では過剰であり、不足を感じている医療機関も他機能に比べて少ないため、大きく不足している状況にはないのではないか。
- 慢性期について、必要病床数を上回り差異があるが、差異の解消に当たっては2025年までの短期的な取組ではなく、今後の中長期的な医療需要等を十分に踏まえた上で、段階的に機能転換など地域で必要とされる取組を進めていく必要があるのではないか。
- 非稼働病棟のある医療機関に対しては①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しについて資料を示すとともに、必要に応じて説明を求めるなど、引き続き、調整会議において協議していくとともに、長期間に渡り稼働の見通しのない病床については、病床の返上を促していくこととする。

地域医療構想の進捗状況を踏まえ、以下の点について御意見をいただきたい。

- ①現場における各機能の過不足感**
- ②過不足解消に向けた今後の対応の方向性**