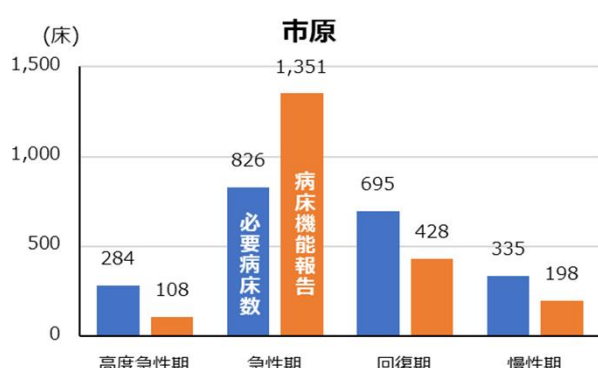
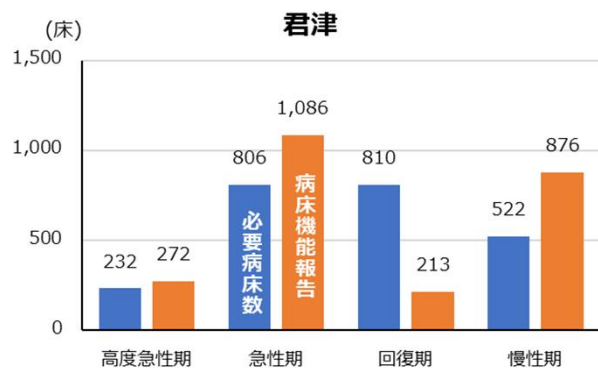
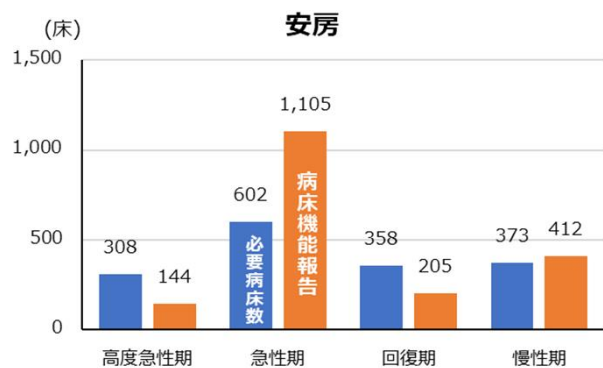
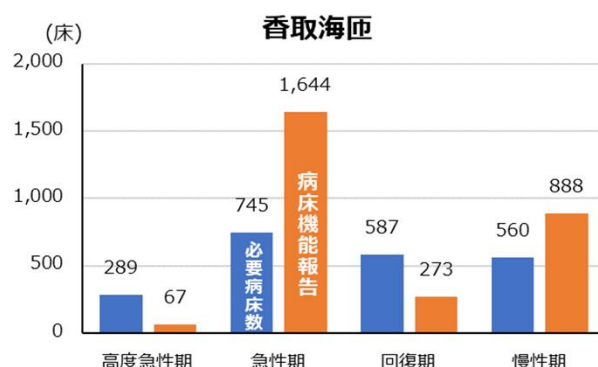
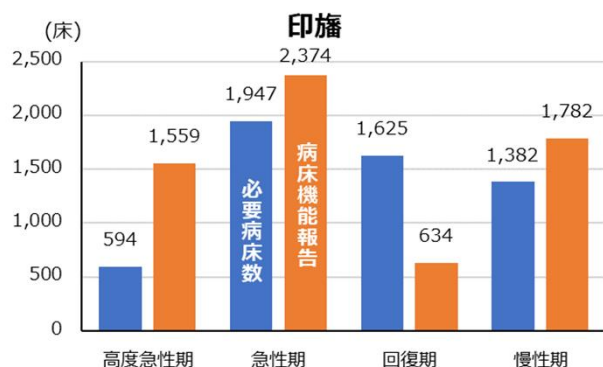
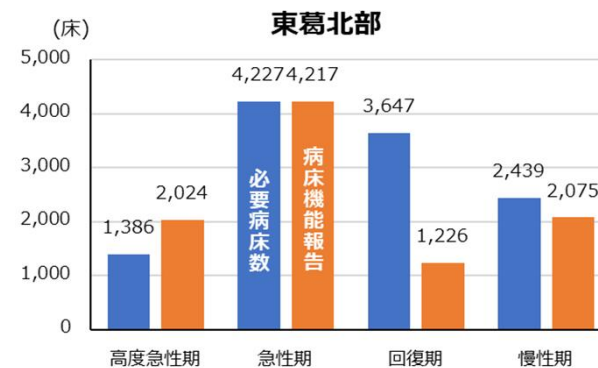
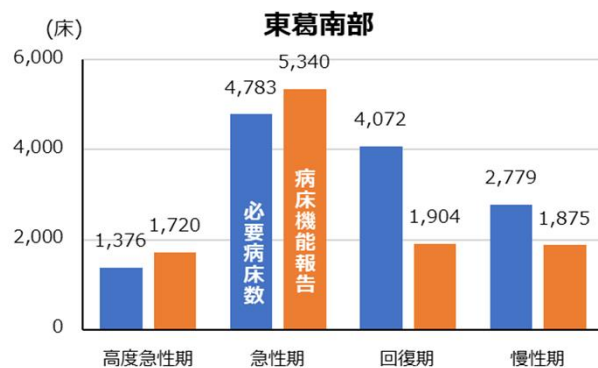
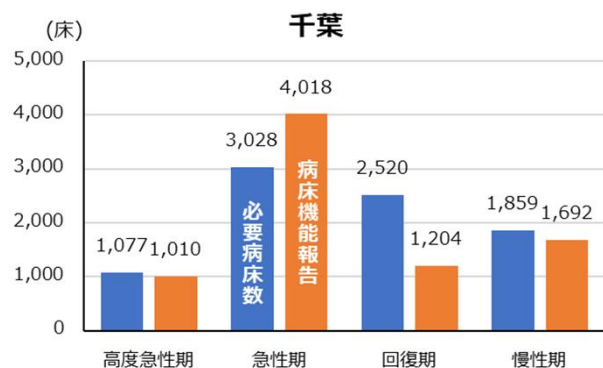


必要病床数と病床機能報告(R4)との比較【圏域別】



- ・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【香取海匝・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。

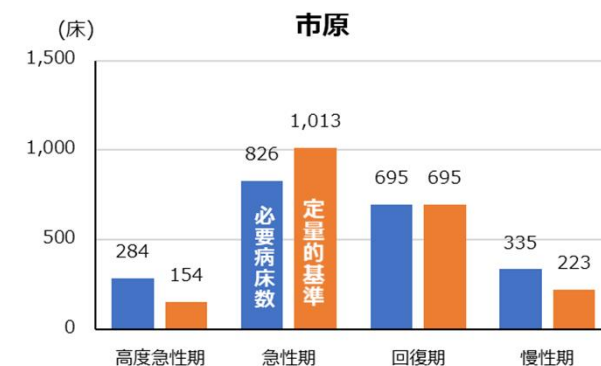
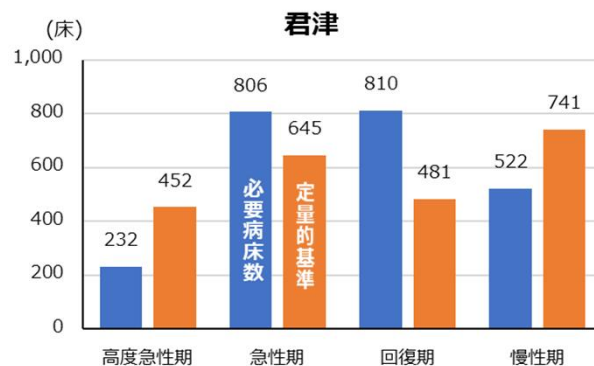
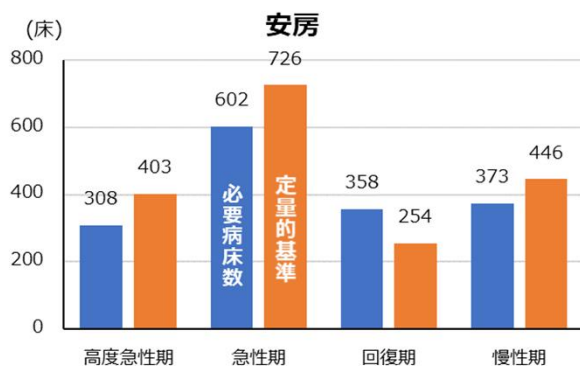
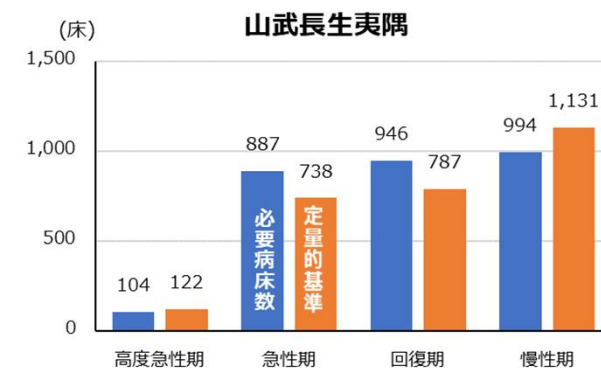
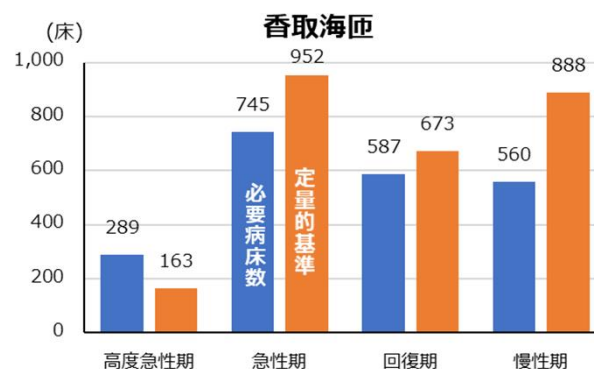
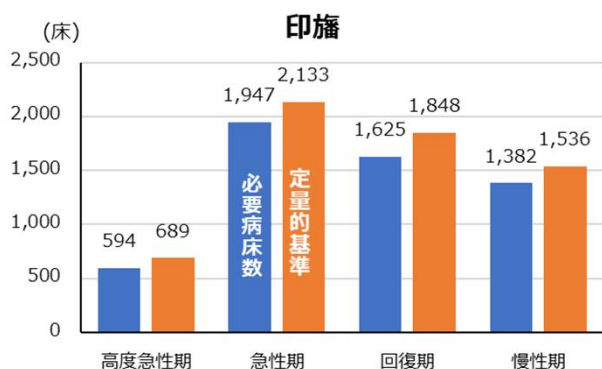
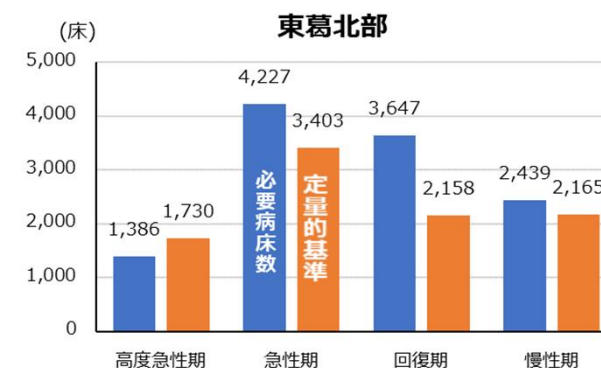
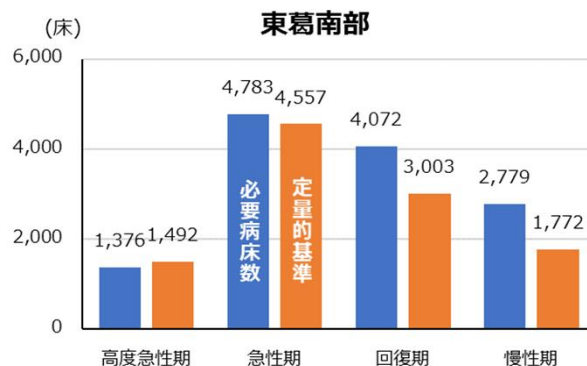
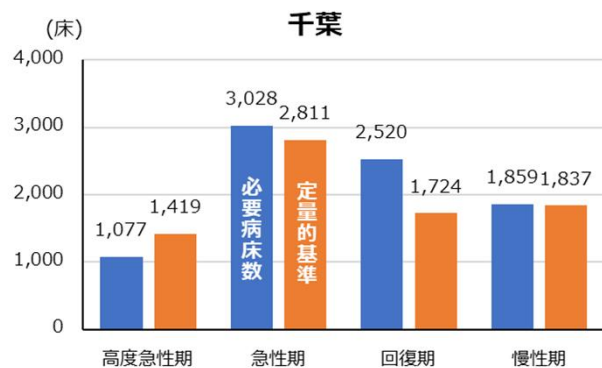
③ 急性期・回復期機能

- ・ 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】

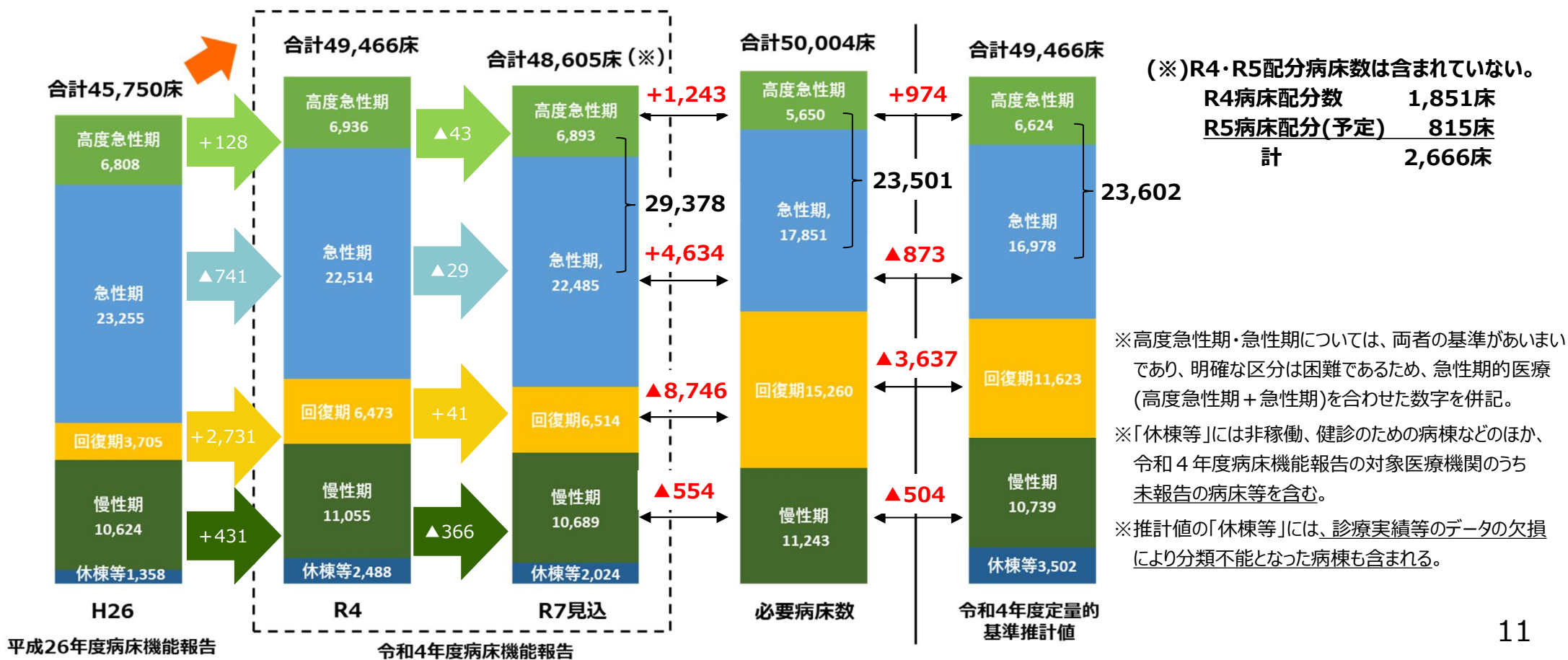
区域	病床数
千葉	166
東葛南部	540
東葛北部	609
印旛	29
香取海匝	0
山武長生夷隅	86
安房	193
君津	194
市原	0
計	1,817

※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。

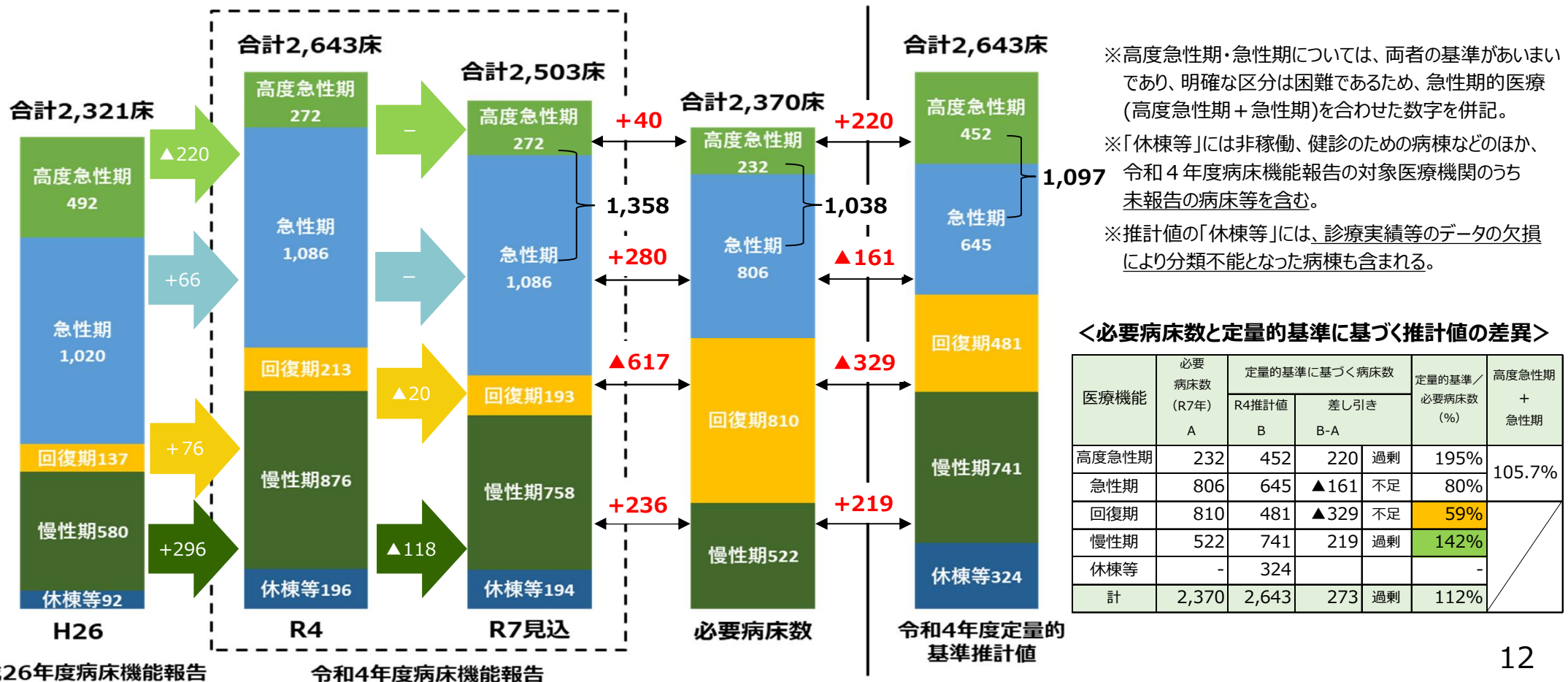
本県の地域医療構想の進捗状況について

- 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。



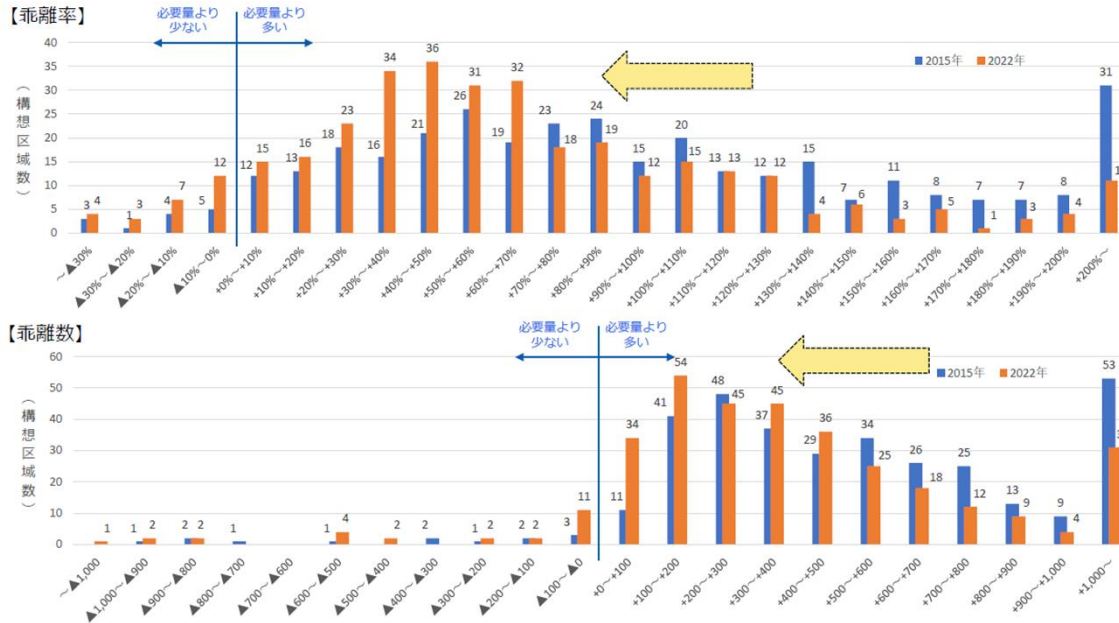
【君津】地域医療構想の進捗状況について

- 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、病床機能報告上は過剰であるが、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。
- 回復期については、一部で回復期への機能転換が行われるなど、一定の進捗が認められるが、依然として不足が見込まれる。(ただし、病床機能報告ほどの差異は発生していないと考えられる。)
- 慢性期は、介護療養病床の転換による病床の減少も見込まれるものの、依然として過剰である。



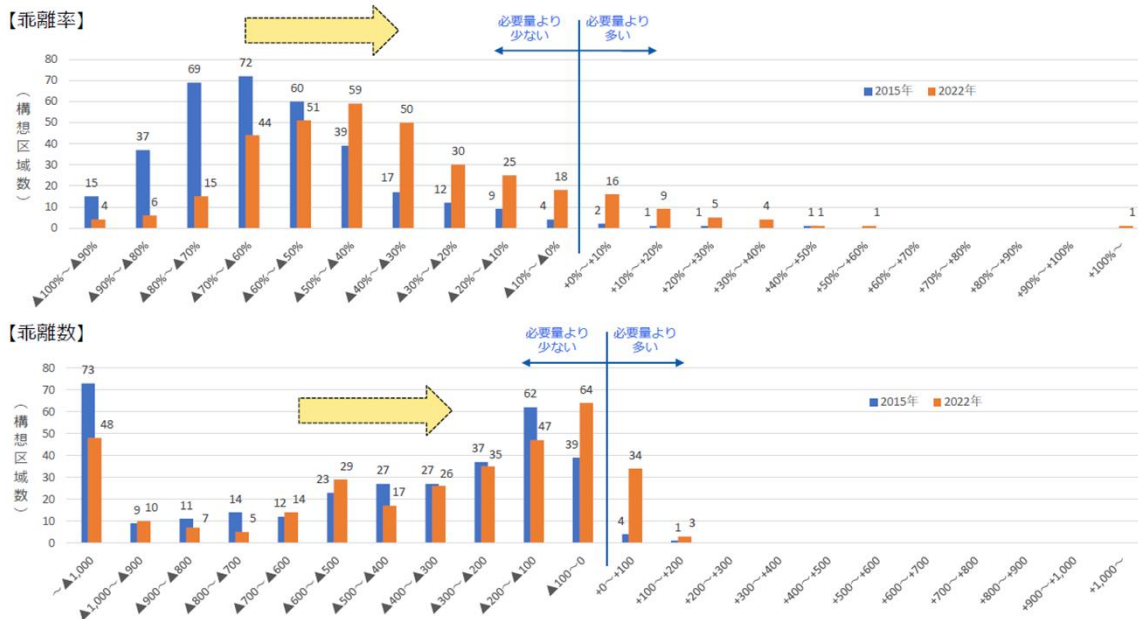
参考 2025年の必要量との乖離 (構想区域別) 【全国】

○ 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

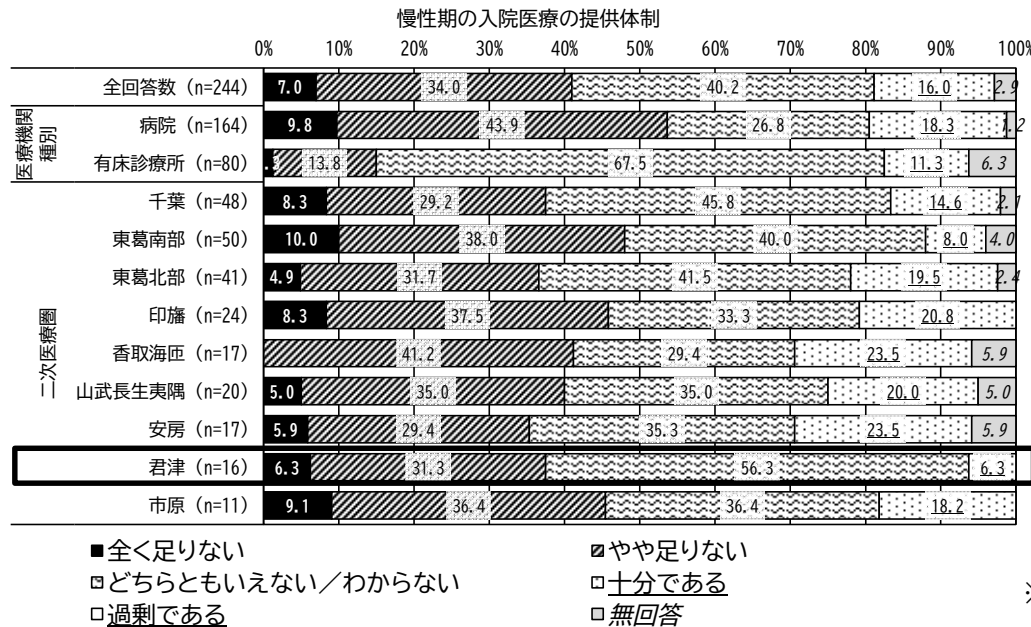
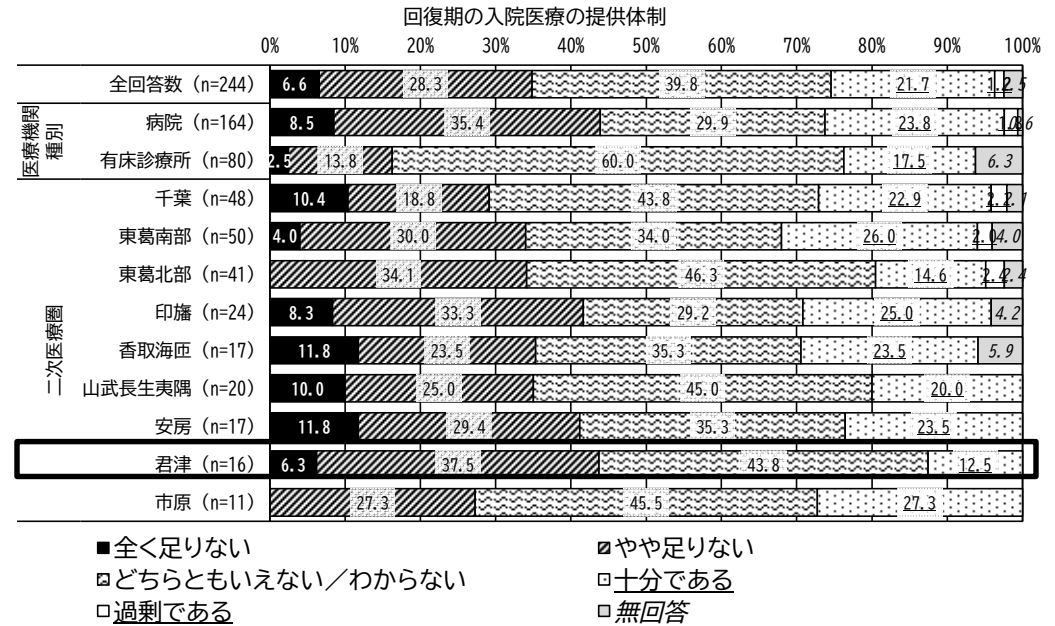
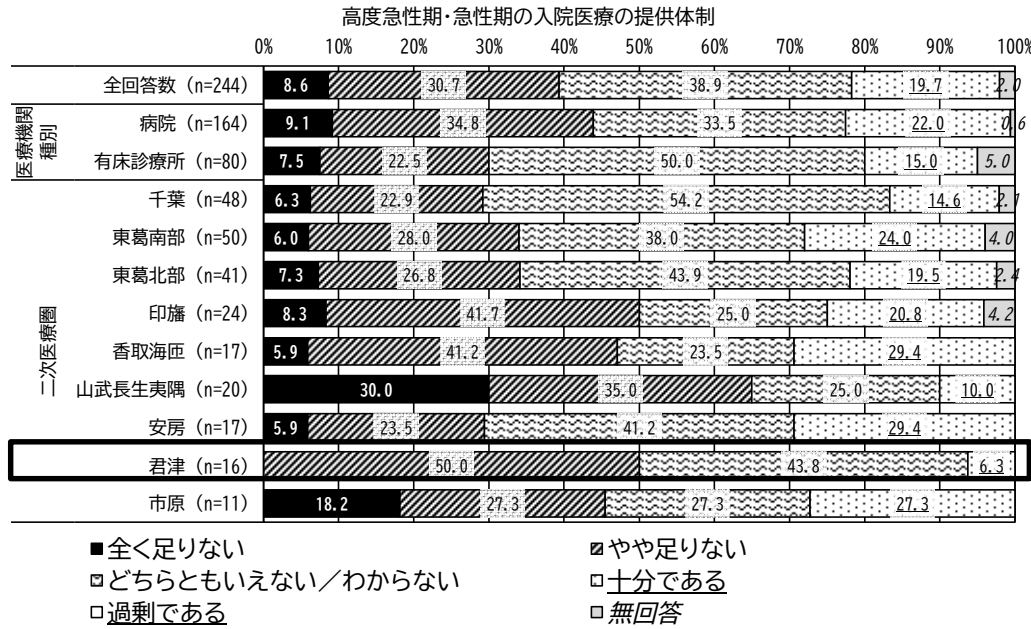
◆ 病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離状況では、急性期が不足となっている区域は全国339区域中26区域(約8%)のみであり、多くの構想区域で過剰となっている。

◆ 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)



◆ 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。

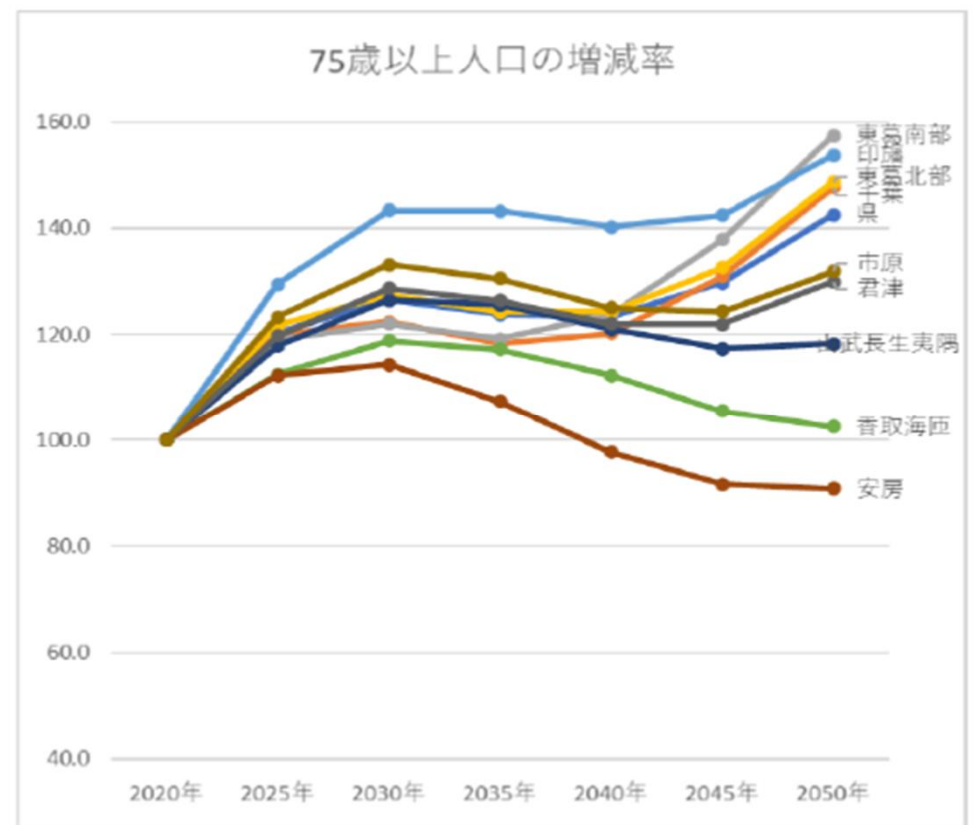
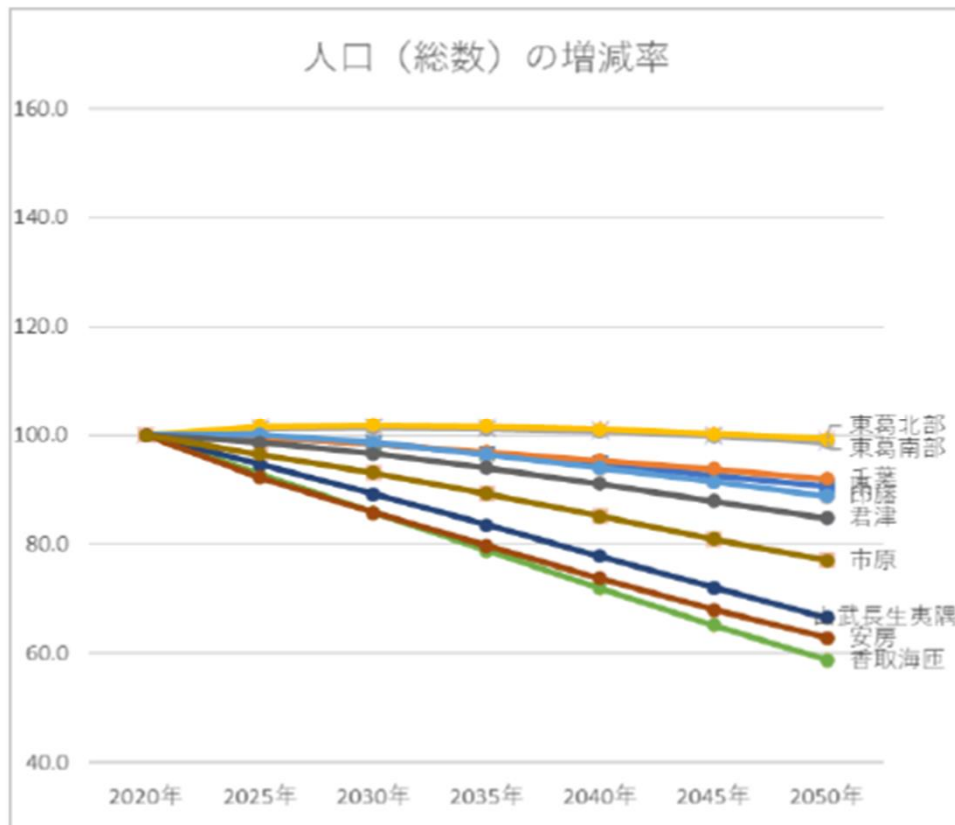
◆ 君津地域では、高度急性期・急性期に不足を感じている医療機関(「全く足りない」「やや足りない」と回答)が最も多く、県全体と比べても割合が高かった。

- ・高度急性期・急性期(50.0%)
- ・回復期(43.8%)
- ・慢性期(45.5%)

※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

【君津】今後の医療需要の見通し①（人口）

- 君津地域の人口は緩やかに減少していき、次期地域医療構想で想定される2040年時点においては約9%の減少が見込まれる。
- 一方で75歳以上人口は2030年頃にかけて急激に増加し、その後は緩やかに減少するが、2045年以降に再び増加する見込みであり、今後も医療需要は減少しないことが想定される。
- 2040年を超え2050年頃も視野に入れた中長期的な医療提供体制の確保が求められる。

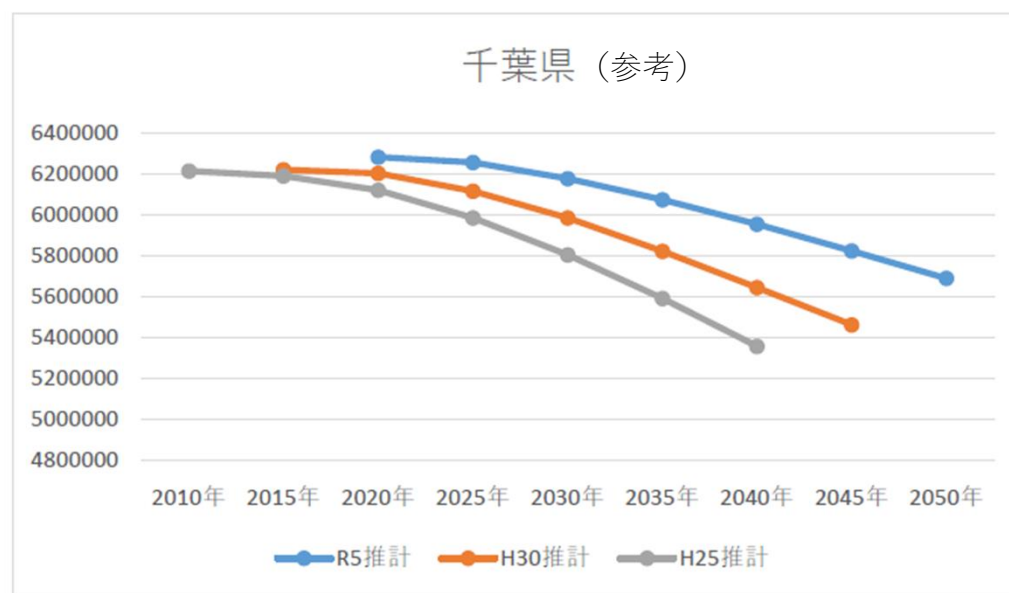
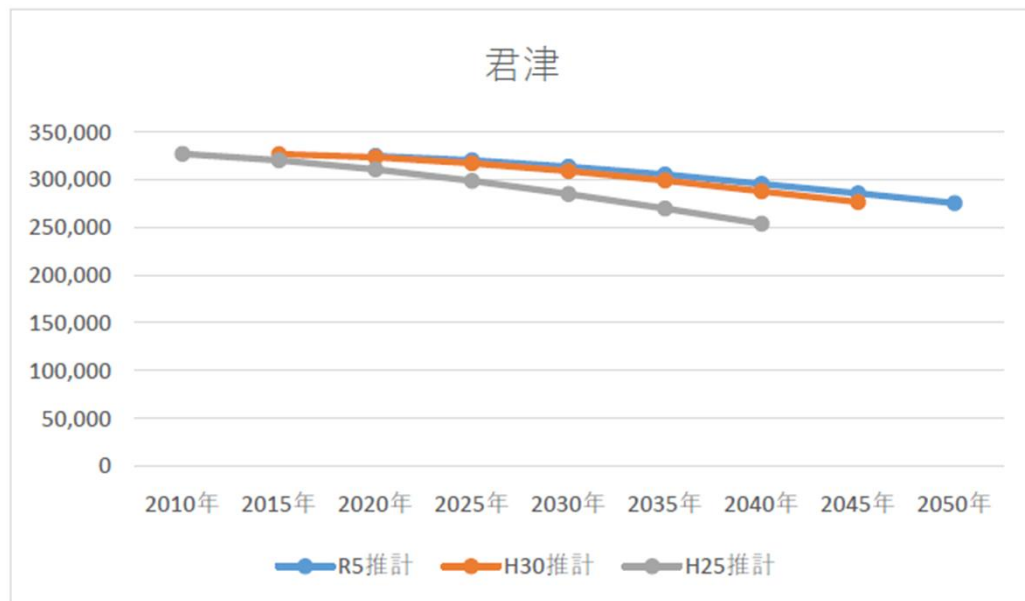


【君津】過去の人口推計との比較

- 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。
- 君津地域においては、最新の人口推計（R5推計）とH25推計を比べると人口減少のペースが緩やかになっており、2025年時点で約2万人、2040年時点では約4万人の上振れが生じている。

君津地域の2025年における必要病床数は、人口の観点からは若干ではあるが、過小評価されている可能性がある。

※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。
- 君津地域においても、現行の基準病床数と比べて147床増加しており、既存病床数を若干上回る結果となった。

○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。
- 君津地域については、121床の増加となり、新たな基準病床数と同様に増加する結果となった。
(ただし、基準病床数と比べると病床数は135床少ない。)

○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。

【君津】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、データの特徴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年以降も75歳以上人口が増加し入院需要が高まる見込みとなっており、引き続き、医療提供体制の確保を図る必要がある。
- 特に急性期については、病床機能報告上は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不足しており、今後の医療需要も踏まえると病床が過剰な状況にはないのではないかと。
- 回復期及び慢性期について、2025年における必要病床数と差異があるが、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、各医療機関の医療人材の確保に支障が生じないよう、段階的に回復期・慢性期を含めた地域で必要とされる病床の確保を図っていく必要があるのではないかと。
- 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。（病床不足地域では、非稼働病棟の病床を他の事業者に再配分することで、病床の有効活用が可能となる。）

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**