医療提供体制の現状、課題及び展望

2021．2．18

尾形裕也

本日お話しする予定の内容

1. 序論:コロナ禍と医療提供体制(問題意識)
2. 日本の医療提供体制に関する基礎データ
3. 近年の医療・介護政策の動向
4. 第2次安倍政権の医療政策
5. 地域医療構想の全体像
6. 再検証要請対象医療機関の公表
7. 最近の医療提供政策の動向
8. 新たな介護保険施設の創設

１．序論：コロナ禍と医療提供体制（問題意識）

◎「コロナ禍」がもたらした基本的な疑問

○なぜ、欧米等に比べ、日本を含む東アジア諸国は、感染者数及び死者数が相対的に少なくてすんでいるのか？

→ファクターX（山中教授）？

○なぜ、日本は感染者数がこんなに少ないにもかかわらず、「病床逼迫」や「医療崩壊」というような事態に陥ってしまうのか。日本は病床数が世界一多い、あるいは「日本の医療は世界一」ということだったのではないのか？

→これ自体はもっともな疑問

この疑問にどう答えるか

○「コロナ禍」に関する内外の報道の問題

・日本経済新聞1月6日付 Financial Times転載

ジャナン・ガネシュ氏の論考が参考になる

「コロナ禍 教訓得られぬ悲劇」

・「因果関係の誤謬」

→因果関係のない架空の物語の押し付けを批判

言説の「自制」を求めている

○「犯人捜し」的な言説

・多数を占める民間病院が協力していないのが最大の問題

・結局、病院経営上の配慮の問題があるのではないか（コロナ対応はカネがかかる）

・政府の「病床削減政策」が悪かったのではないか

→政府に強い権限を与えるとともに、もっとカネを注ぎ込むべきである。また、地域医療構想等「病床削減政策」は直ちに停止すべきである

○私見

・データに基づく冷静な議論が必要

・正確な「事実」も押さえる必要（地域医療構想等）

・そもそも日本の医療提供体制はどうなっているのか、構造的に考える必要

→1つ1つの指摘は正しくとも、全体像を踏まえていない政策は機能しない

（合成の誤謬）

２．日本の医療提供体制に関する基礎データ

○「日本の病床数は世界一」は事実

<図表 1>G7 諸国における人口千対病院病床数及び平均在院日数（２０１８年）

国　　名	人口千対病院病床数	平均在院日数
日　　本	１２．９８	２７．８（一般病床１６．１）
カナダ	２．５５	８．０
フランス	５．９１	８．８
ドイツ	８*	８．９*
イタリア	３．１４	７．９
イギリス	２．４６	６．６
アメリカ	２．８７*	４．８（2010）

出典：OECD, OECD Health Statistics 2020 より作成。＊は２０１７年

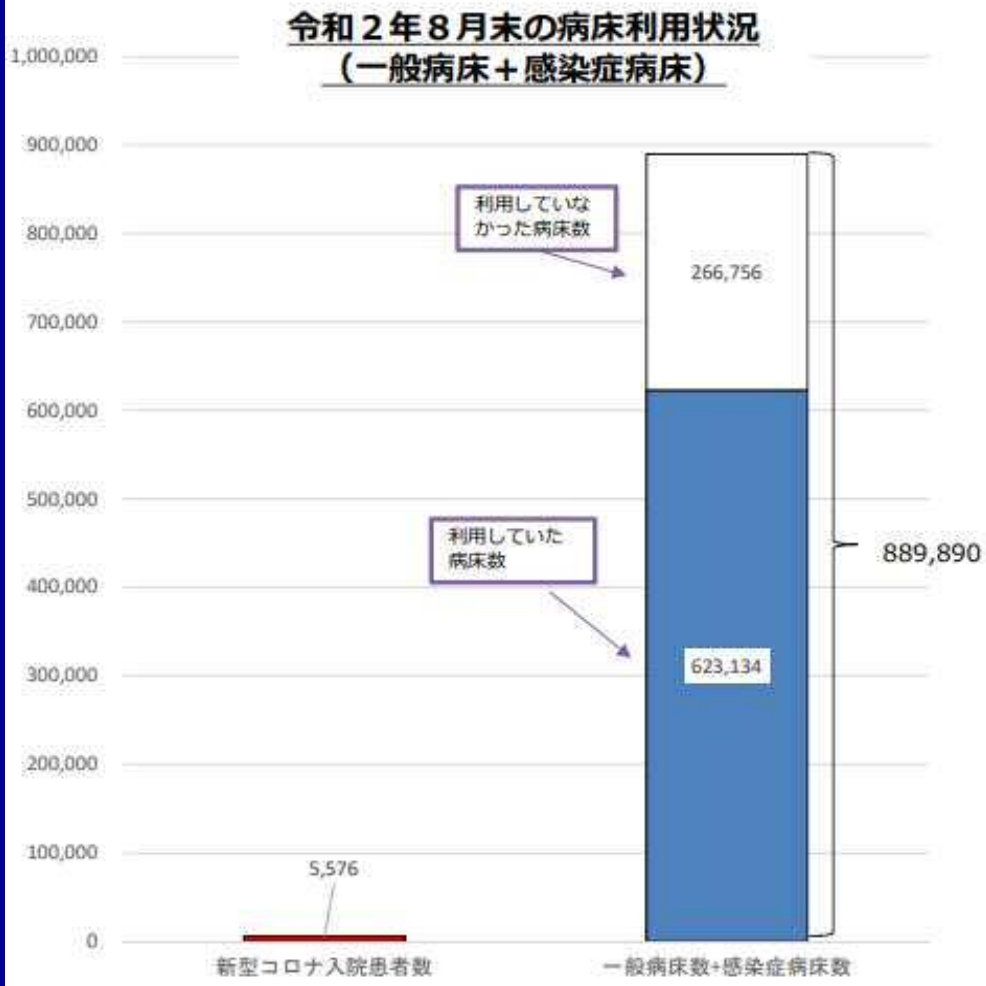
○病床数：一般病床は89万床（58.1%） 2019年10月

表 13　病床の種類別にみた病床数

各年10月1日現在

	病床数		対前年		構成割合(%)	
	令和元年 (2019)	平成30年 (2018)	増減数	増減率 (%)	令和元年 (2019)	平成30年 (2018)
総　数	1 620 097	1 641 468	△ 21 371	△ 1.3	…	…
病　院	1 529 215	1 546 554	△ 17 339	△ 1.1	100.0	100.0
精神病床	326 666	329 692	△ 3 026	△ 0.9	21.4	21.3
精神科病院	245 052	246 288	△ 1 236	△ 0.5	16.0	15.9
一般病院	81 614	83 404	△ 1 790	△ 2.1	5.3	5.4
感染症病床	1 888	1 882	6	0.3	0.1	0.1
結核病床	4 370	4 762	△ 392	△ 8.2	0.3	0.3
療養病床 (A)	308 444	319 506	△ 11 062	△ 3.5	20.2	20.7
一般病床	887 847	890 712	△ 2 865	△ 0.3	58.1	57.6
一般診療所	90 825	94 853	△ 4 028	△ 4.2	100.0	100.0
（再掲）療養病床 (B)	7 882	8 509	△ 627	△ 7.4	8.7	9.0
歯科診療所	57	61	△ 4	△ 6.6	…	…
療養病床総数 (A)+(B)	316 326	328 015	△ 11 689	△ 3.6	…	…

○実際に使われている病床はもっと少ない



令和２年8月末の病床種別病床数等（病院）

	一般＋感染症
病床数	889,890床
月末在院患者数	623,134人

令和2年8月26日時点の新型コロナ入院患者数	5,576人

※病床数、月末在院患者数・・・病院報告（月報）令和２年８月
※「新型コロナウイルス感染症患者」について、このページ以降「新型コロナ患者」とする。
※新型コロナ入院患者数・・・新型コロナウイルス感染症患者の療養状況に関する調査結果（８月26日報告）より引用。

○一般病床＝急性期病床というわけではない

平均在院日数別の病院の分布

○「一般病床を有する病院」において、一般病床に入院する患者の平均在院日数は約18日。このうち、分析対象のDPC対象病院の一般病床に入院する患者の平均在院日数は約15日であり、一般病床を有する病院全体に比べて3日短い。

平均在院日数	全体	DPC対象病院
	18.0日	15.0日

5

「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」「平成20年社会医療診療行為別調査」を基に医政局で作成

○DPC対象病院、病床数（2020年度）

・1,757病院（一般病院の24%）

・483,180床（一般病床の54%）

○DPC対象病院であればすべて本格的な急性期医療を展開しているとは必ずしも言えない

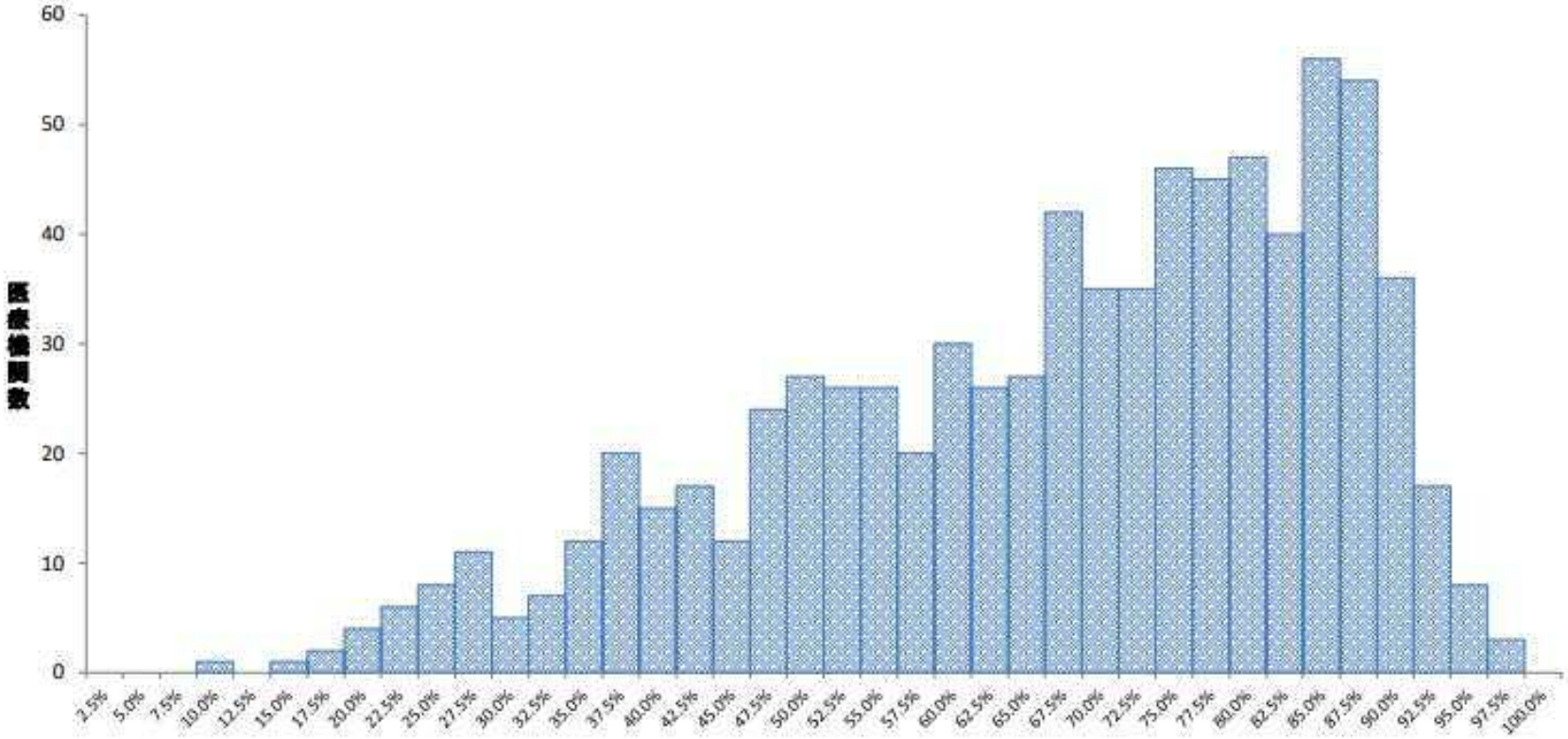
・実際には「ケアミックス」型病院が多い

・標準化されていない部分の存在

- 地域包括ケア病棟入院料等を保有する（※）DPC対象病院は約800病院。
- このうち、DPC対象病床の割合が小さい医療機関も存在する。

※地域包括ケア病棟入院料1～4、地域包括ケア入院医療管理料1～4の届出を行っている医療機関

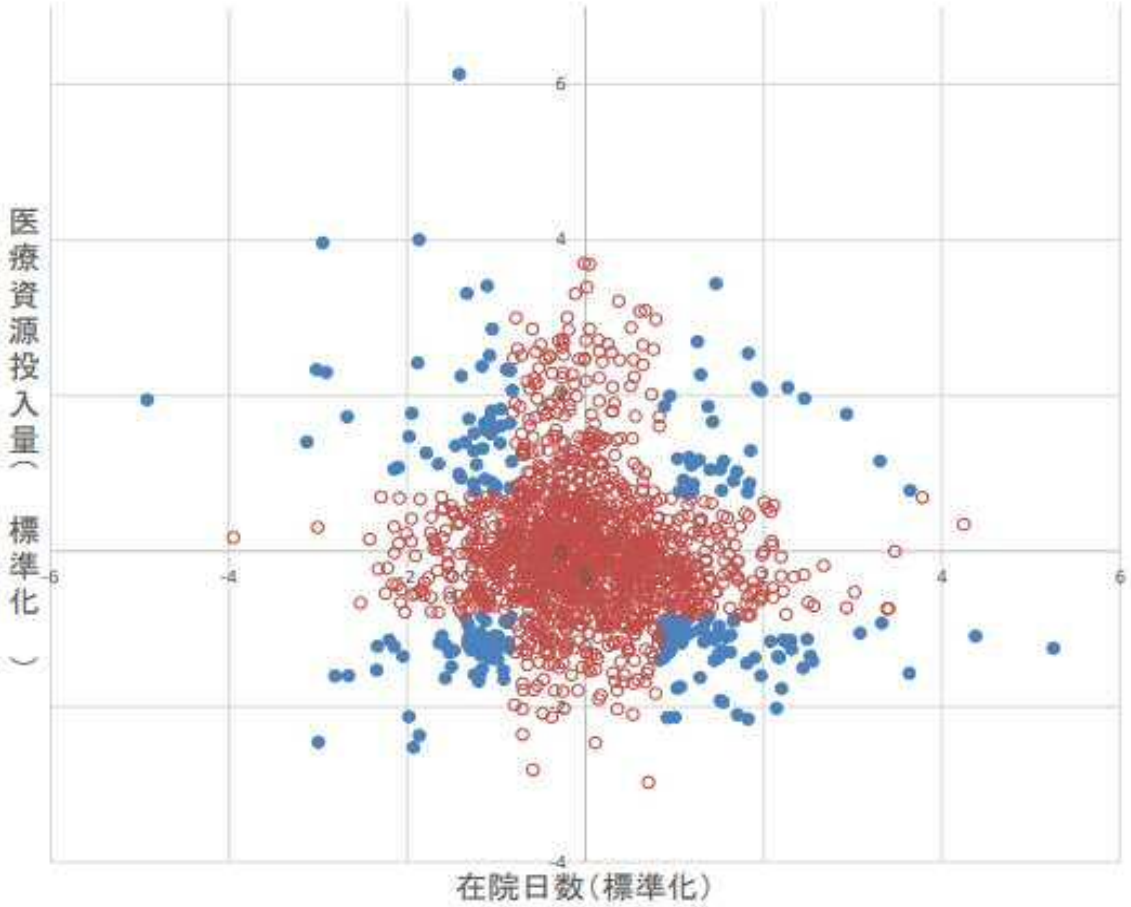
全許可病床数のうち、DPC対象病床が占める割合



出典：平成30年9月DPCデータ

医療資源投入量及び在院日数が外れた病院

診調組 入－2参考
元．９．１９



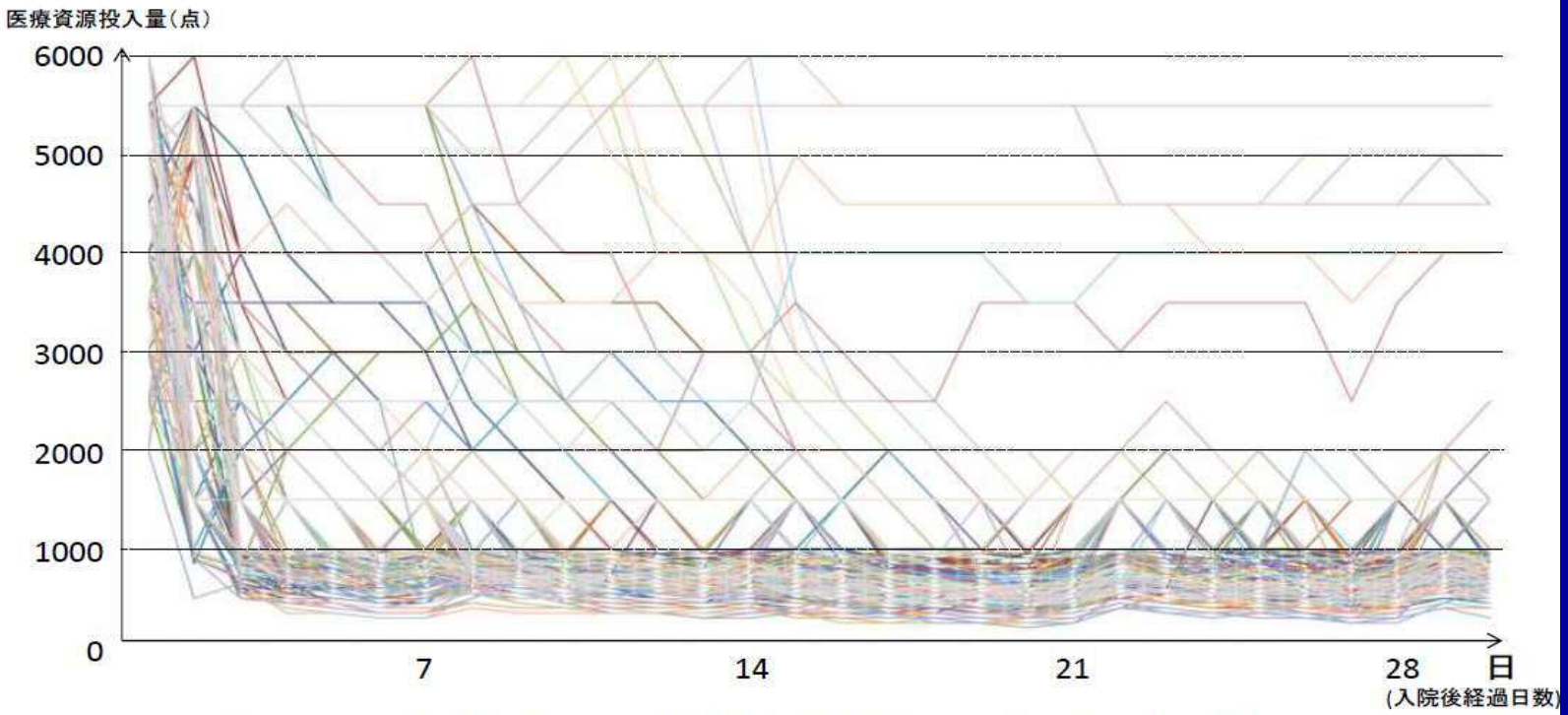
※ 医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
※ 標準化：（実測値－平均値）/標準偏差
※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位（下位）300病院となる病院

出典：H30年DPCデータ

18

○地域医療構想における病床機能区分の考え方

医療資源投入量（中央値）の推移
（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）



○ 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量（中央値）を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの

○ 患者数上位255のDPCについてプロット （平成23年度患者調査）

○ 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

○地域医療構想における「必要病床数」推計
:現状投影型

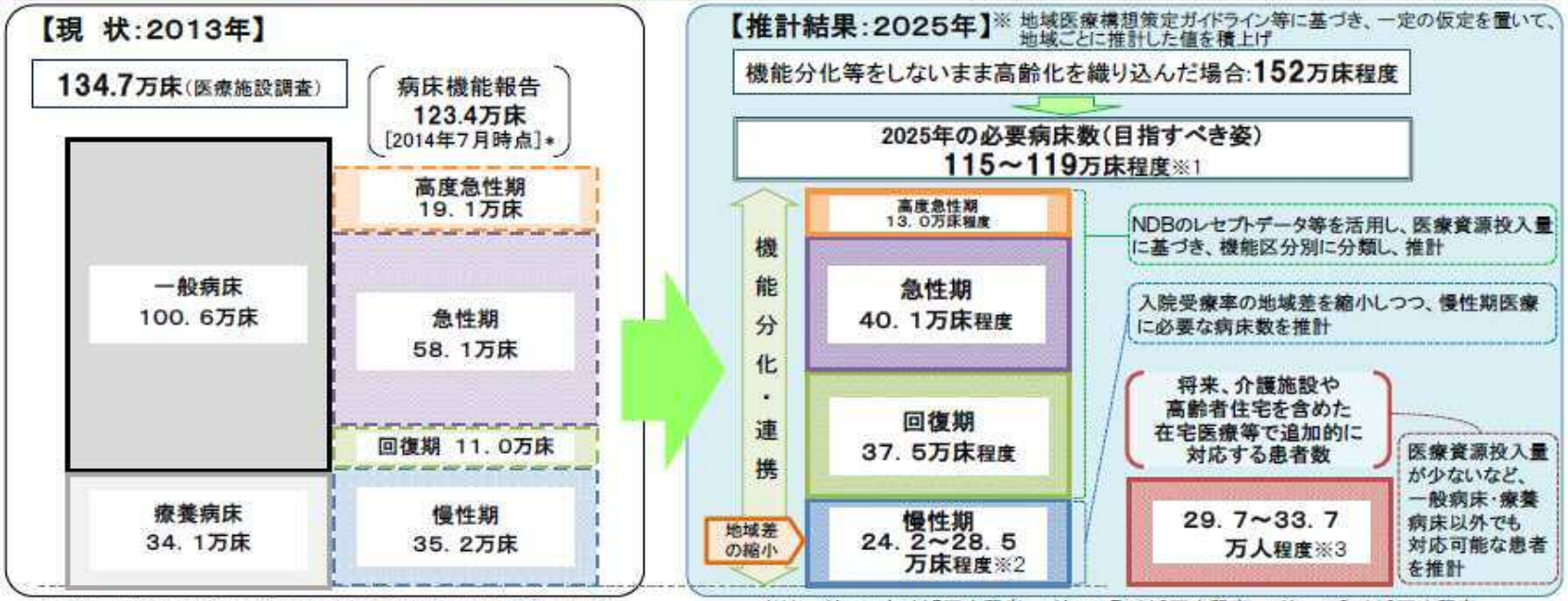
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 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。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。



＊ 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択したものであり、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

3

○高度急性期＋（本格的）急性期病床数は？

・仮に13万床＋40万床×1/2とすれば、
30万床程度ということになる

・これは、総病床数153～162万床の2割程度

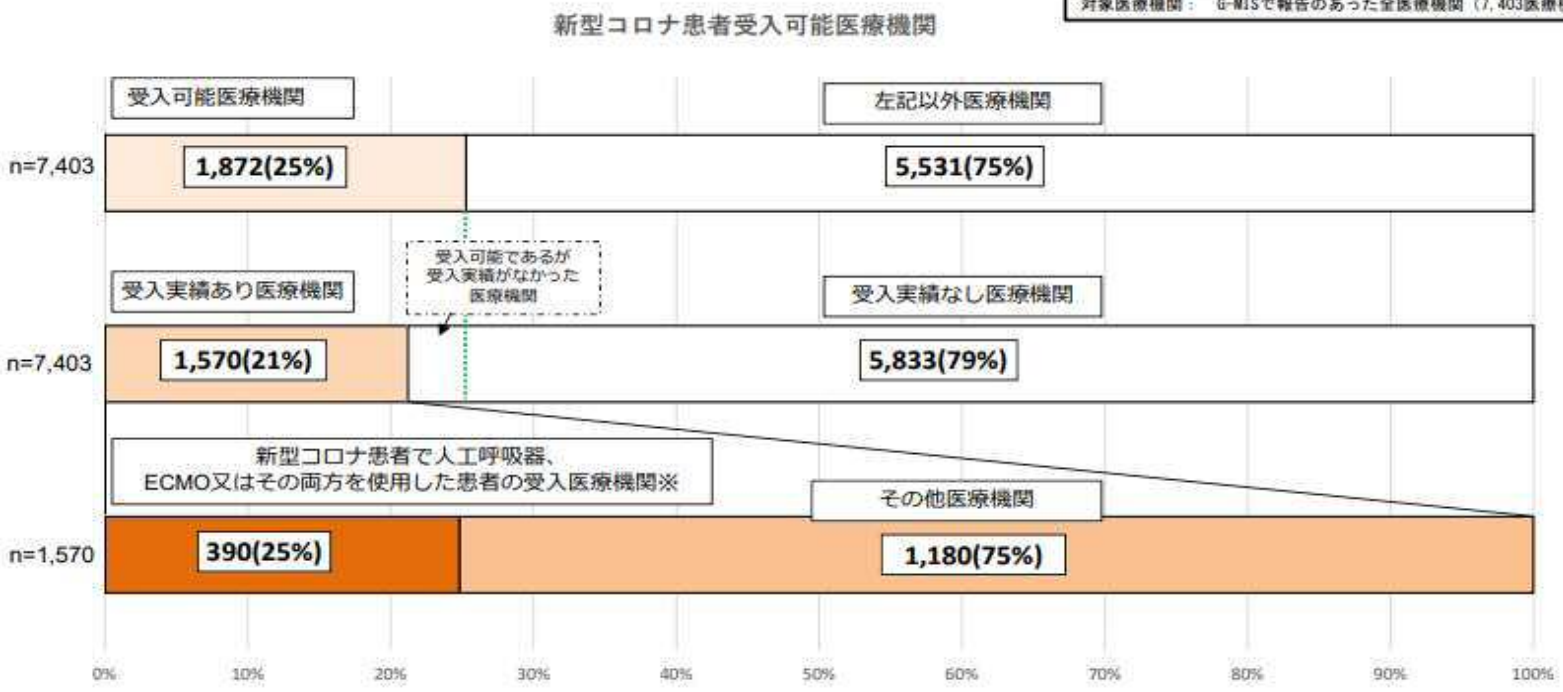
・G7諸国の中でも低い方の水準である（P8）

○新型コロナ患者の受入れ状況①

新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

○　全医療機関のうち、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は25%、受入実績あり医療機関の割合は21%。
○　受入実績あり医療機関のうち、人工呼吸器、ECMO又はその両方を使用した患者の受入医療機関の割合は25%。

対象医療機関：　G-MISで報告のあった全医療機関（7,403医療機関）



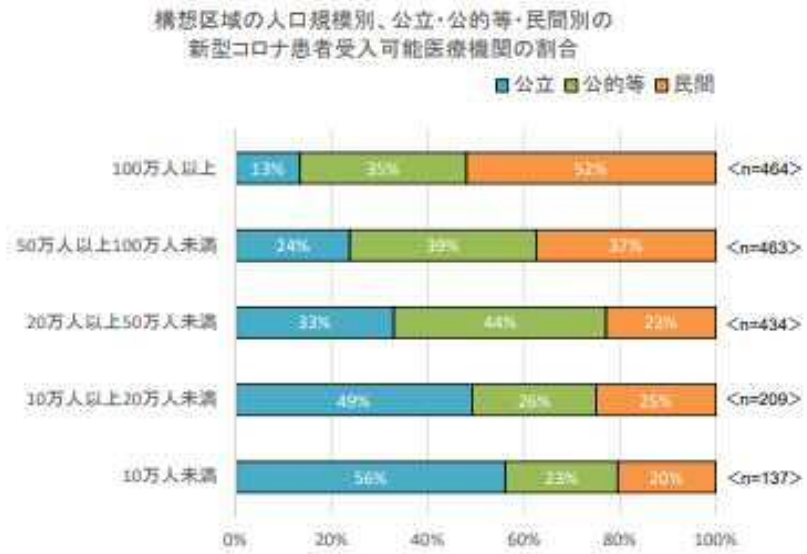
※G-MISで「（入院中のうちECMO・人工呼吸器管理中）、（入院中のうち人工呼吸器管理中（ECMOなし））」のいずれかの新型コロナ患者が入院していた医療機関

○新型コロナ患者の受入れ状況②

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

○　人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きい。
○　100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きい。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関）



※　公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院　公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関　民間・・・公立・公的等以外
※　ICU等は平成30年度病床機能報告で救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関
※　小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

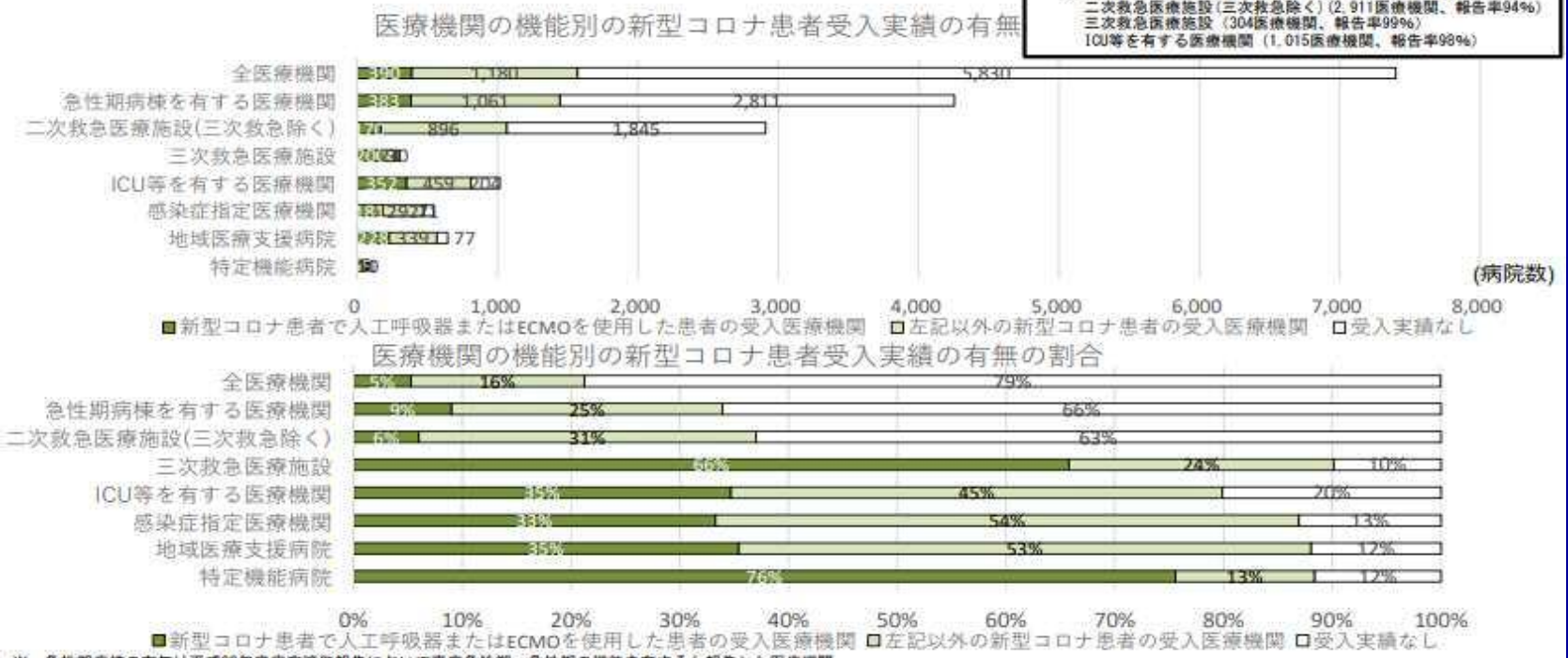
16

○新型コロナ患者の受入れ状況③

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について

○　急性期病棟を有する医療機関のうち34%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち40%、三次救急医療施設のうち90%、ICU等を有する医療機関のうち80%が、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,403医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関、報告率94%）
二次救急医療施設（三次救急除く）（2,911医療機関、報告率94%）
三次救急医療施設（304医療機関、報告率99%）
ICU等を有する医療機関（1,015医療機関、報告率98%）



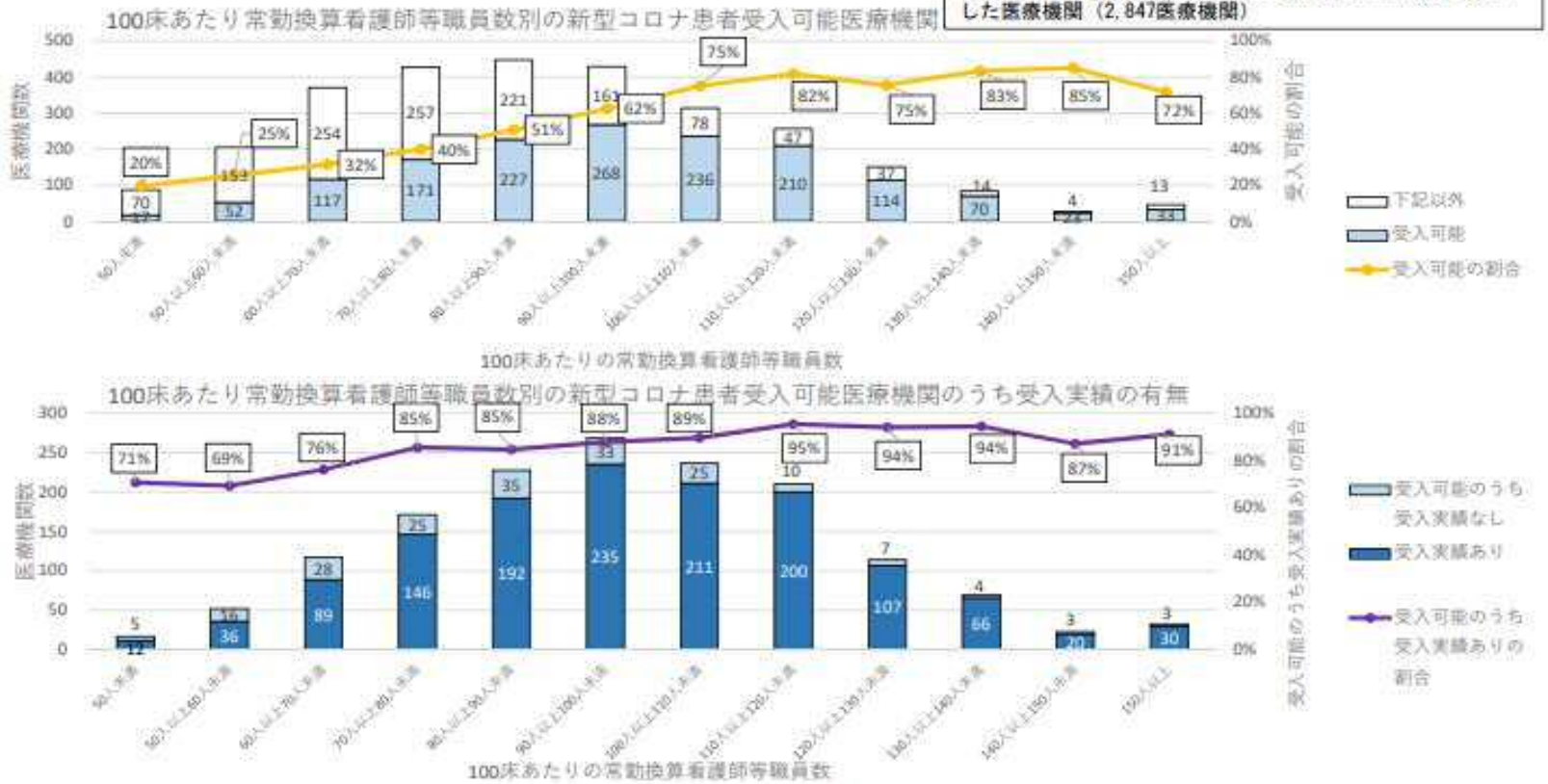
※　急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※　二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
※　三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
※　ICU等は平成30年度病床機能報告で救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料１、ハイケアユニット入院医療管理料２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関

○新型コロナ患者の受入れ状況④

100床あたり常勤換算看護師等職員数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

○　100床あたりの常勤換算看護師等職員数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,847医療機関）



※　急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※　常勤換算看護師等職員数、病床数（一般病床及び療養病床の許可病床数）は平成30年度病床機能報告より引用。
※　看護師等職員は、看護師、准看護師、看護補助者。

○新型コロナ患者の受入れ状況⑤

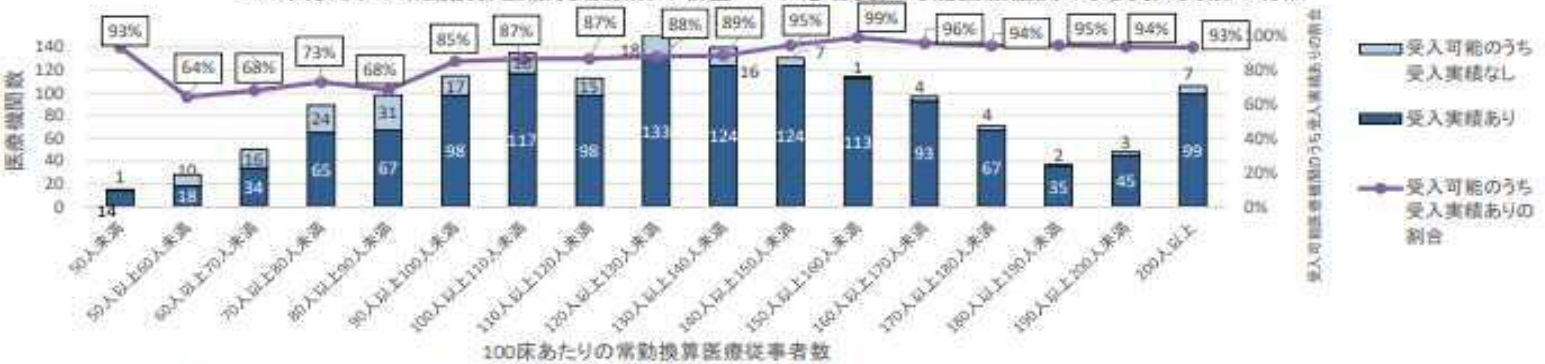
100床あたり常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

○　100床あたりの常勤換算医療従事者数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,847医療機関）

100床あたりの常勤換算医療従事者別の新型コロナ患者受入可能医療機関

100床あたりの常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無



※　急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※　医療従事者は、医師、歯科医師、看護師、准看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士（新型インフル特措法における医療従事者の定義における職種のうち病床機能報告で数値を捕捉することができない保健師、歯科衛生士、救急救命士を除いたもの）とした。
※　常勤換算医療従事者数、病床数（許可病床数）は平成30年度病床機能報告で報告された数字。

○OECD（2001）の指摘の妥当性

Lack of differentiation and standardization

（機能分化と標準化が欠落）

○資本集約的（capital-intensive）＝労働節約的（labor-saving）な医療提供体制

・非常に多くの病床に手薄な人員配置

○近年の制度改革は、これを変える方向に

・地域医療構想等

主要な医療資本投入状況の国際比較（２０１７年）

国名	人口千人当り病院病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	１３．０５	１１１．４９	５５．２１
カナダ	２．５２	１５．２８	９．９７
フランス	５．９８	１７．３６	１４．２１
ドイツ	８．００	３５．１３	３４．７１
イタリア	３．１８	３４．７１	２８．６１
イギリス	２．５４	９．４６**	７．２３**
アメリカ	２．７７ *	４２．６４	３７．５６

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成（*2016 年、** 2014 年）

主要な医療労働投入状況の国際比較（２０１７年）

国名	病床 100 床当り臨床医師数	病床 100 床当り臨床看護職員数	人口 1,000 人当り臨床医師数	人口 1,000 人当り臨床看護職員数
日本	１８．５*	８６．５*	２．４３*	１１．３*
カナダ	１０５．１	３９５．２	２．６５	１０．０
フランス	５２．８	１７５．３	３．１６	１０．５
ドイツ	５３．１	１６１．６	４．２５	１２．９
イタリア	１２５．４	１８２．３	３．９９	５．８
イギリス	１１０．８	３０８．５	２．８１	７．８
アメリカ	９３．４*	４２７．６*	２．６１	１１．７

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成（*2016 年）

基礎データに基づく結論①

○日本は病院、病床が多いというが、その実態は、民間病院を中心に多くが高齢者介護施設化している

・超少子・高齢化対応にはなっている

・ただし、病院が介護施設を事実上代替してきたことについての評価は別問題（QOL、QODの観点）

・病床が多いからと言って、有事の急性期医療に十分対応できるような体制ではなかった

→「コロナ禍」によって、構造的問題点が顕在化

しかし、「コロナ禍」は最悪のケースではない可能性

今回は、ある意味では「見直しの（最後の）チャンス」

基礎データに基づく結論②

○私見

・構造的問題には、構造的に対処する必要

・地域医療構想を一層推進する必要

・急性期医療の確立＋（広義の）在宅医療の拡充

→「楯の両面」：相互補完的な政策

（「二兎を追う」わけではない）

①介護医療院を含む介護施設等への転換推進

②医師、看護師等人的資源の急性期医療への重点配置

③地域医療の機能分担・連携、ネットワーク化

3. 近年の医療・介護政策の動向

＜医療・介護制度改革の経緯：この15年の歩み＞

○2006年　医療制度構造改革

・小泉構造改革：「聖域なき構造改革」

・現在の制度的枠組みを規定

高齢者医療制度、特定健診等、
協会健保制度、7対1看護、
医療計画（PDCAサイクル等）

○2008年　「社会保障国民会議」最終報告

○2009年　民主党政権への「歴史的政権交代」

・後期高齢者医療制度の廃止は、マニフェストの最重要項目→実現せず

○2011年　民主党政権の下での長期ビジョン発表

・2025年ビジョン

・社会保障・税一体改革の一環

○2012年　自公政権への政権交代（安倍政権）

○2013年　社会保障制度改革プログラム法成立

○2014年　医療・介護総合確保推進法成立

○2015年　医療保険制度改革法成立、医療法改正

○2017年　介護保険法改正（介護医療院創設）

○2018年　惑星直列

○「2025年」の意義：高齢化のピークではない

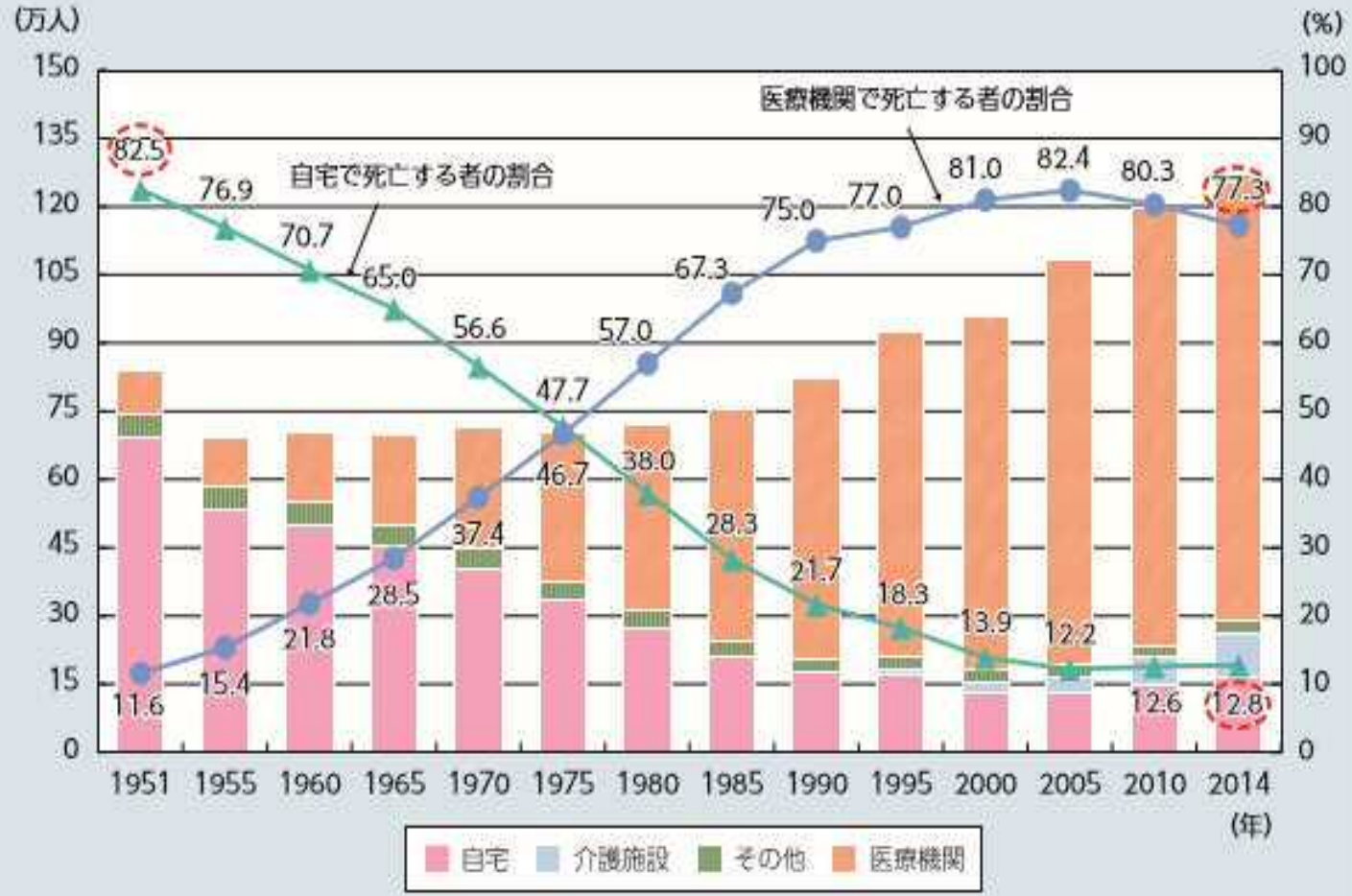
○「象徴的な年」

・「団塊の世代」が皆75歳以上の後期高齢者に

・医療・介護サービスに対するニーズが質・量両面で大きく変化する可能性

・現在の医療・介護サービス提供体制で十分対応できるのか、という基本的な問題意識

図表1-1-12 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(注) 1. 「介護施設」は、「介護老人保健施設」と「老人ホーム」を合計したもの。
2. 「医療機関」は、「病院」と「診療所」を合計したもの。
3. 1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

医療・介護に係る長期推計：2011年6月
（主にサービス提供体制改革に係る改革について）

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン１	平成23年度（2011）	平成37（2025）年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	（参考） 急性 15 日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75 日程度 亜急性リハ等57～58日程度 長期ニーズ 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度 【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

（注１）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
（注２）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口５～７万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

22

4. 第2次安倍政権の医療政策

○7年8か月の長期政権の医療政策

<図表 1> 第 2 次安倍政権における医療政策の動向

2012 年	民主党政権からの政権交代、第 2 次安倍政権成立
2013 年	「社会保障改革プログラム法」成立
2014 年	「医療介護総合確保推進法」成立　　消費税率 5%→8%へ引上げ
2015 年	医療保険制度改革法成立、医療法改正
2017 年	介護保険法改正
2019 年	消費税率 8%→10%へ引上げ

<図表 2> 近年の診療報酬等の改定率の推移

年 次	診療報酬	薬価等	合 計	備 考
平成10年（1998）	1.5	▲ 2.8	▲ 1.3	
平成12年（2000）	1.9	▲ 1.7	0.2	
平成14年（2002）	▲ 1.3	▲ 1.4	▲ 2.7	史上初の本体マイナス改定
平成16年（2004）	0.0	▲ 1.0	▲ 1.0	
平成18年（2006）	▲ 1.36	▲ 1.8	▲ 3.16	「史上最大の」マイナス改定
平成20年（2008）	0.38	▲ 1.2	▲ 0.82	
平成22年（2010）	1.55	▲ 1.36	0.19	民主党政権下の改定
平成24年（2012）	1.38	▲ 1.38	0.004	〃
平成26年（2014）	0.73	▲ 0.63	0.1	消費税増税分を含む
平成28年（2016）	0.49	▲ 1.33	▲ 0.84	
平成30年（2018）	0.55	▲ 1.74	▲ 1.19	
令和元年（2019）	0.41	▲ 0.48	▲ 0.07	消費税増税分を含む
令和2年（2020）	0.55	▲ 1.01	▲ 0.46	

出典:筆者作成

○7年8か月の長期政権の医療政策の評価

①小泉政権時代の「医療制度構造改革」に比べると、関係者の基本的な利害が激突するような内容のものではなく、「派手さ」には欠ける面があった

②派手ではないが、わが国の医療政策の本質に関わるような重要な（玄人受けのする？）改革が行われている

- 地域医療構想の策定・推進
  - →Laissez-faire（自由放任主義）的な伝統的医療提供政策の終焉
- 国保改革（二重保険者制の導入）：介護保険への拡大？
- 介護医療院の創設：小泉構造改革以来の懸案に終止符

③安倍政権下の医療政策を支えてきたのは、民主党政権、さらにはその前の福田、麻生政権における「レガシー」であり、安倍政権は基本的にその「レガシー」を継承したものであった

→「社会保障と税の一体改革」の次のビジョンの必要性

・消費税増税と社会保障制度改革のセット

→給付と負担を一体として捉えることの重要性

・「今後、10年は消費税増税必要ない」？？

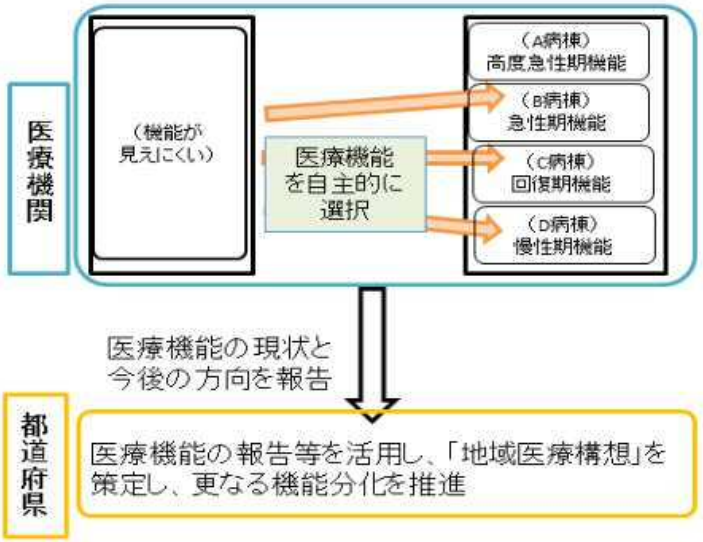
5. 地域医療構想の全体像

地域医療構想について

○ 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



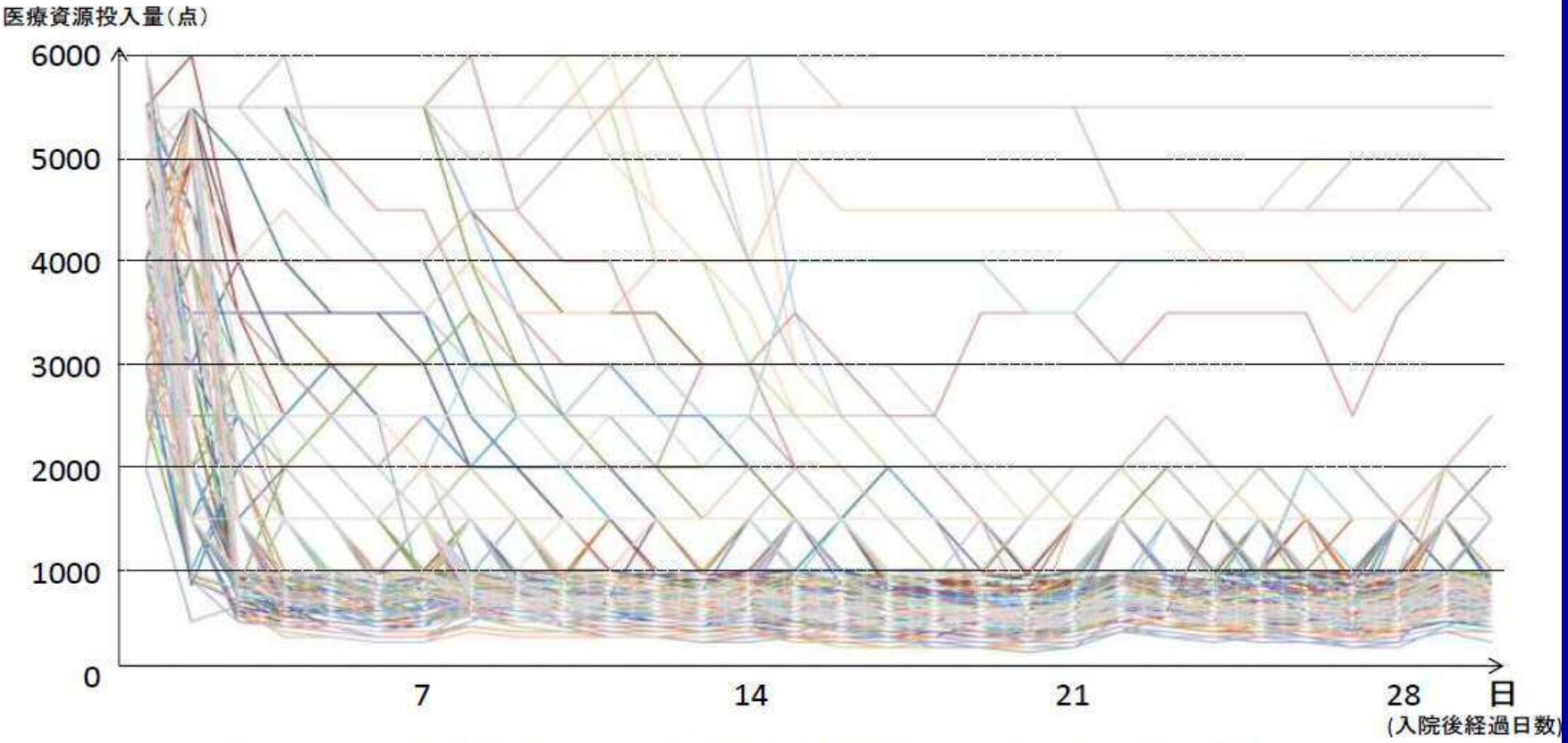
（「地域医療構想」の内容）

1．2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
- 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計

2．目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療資源投入量（中央値）の推移
（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）



- ○ 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量（中央値）を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- ○ 患者数上位255のDPCについてプロット （平成23年度患者調査）
- ○ 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

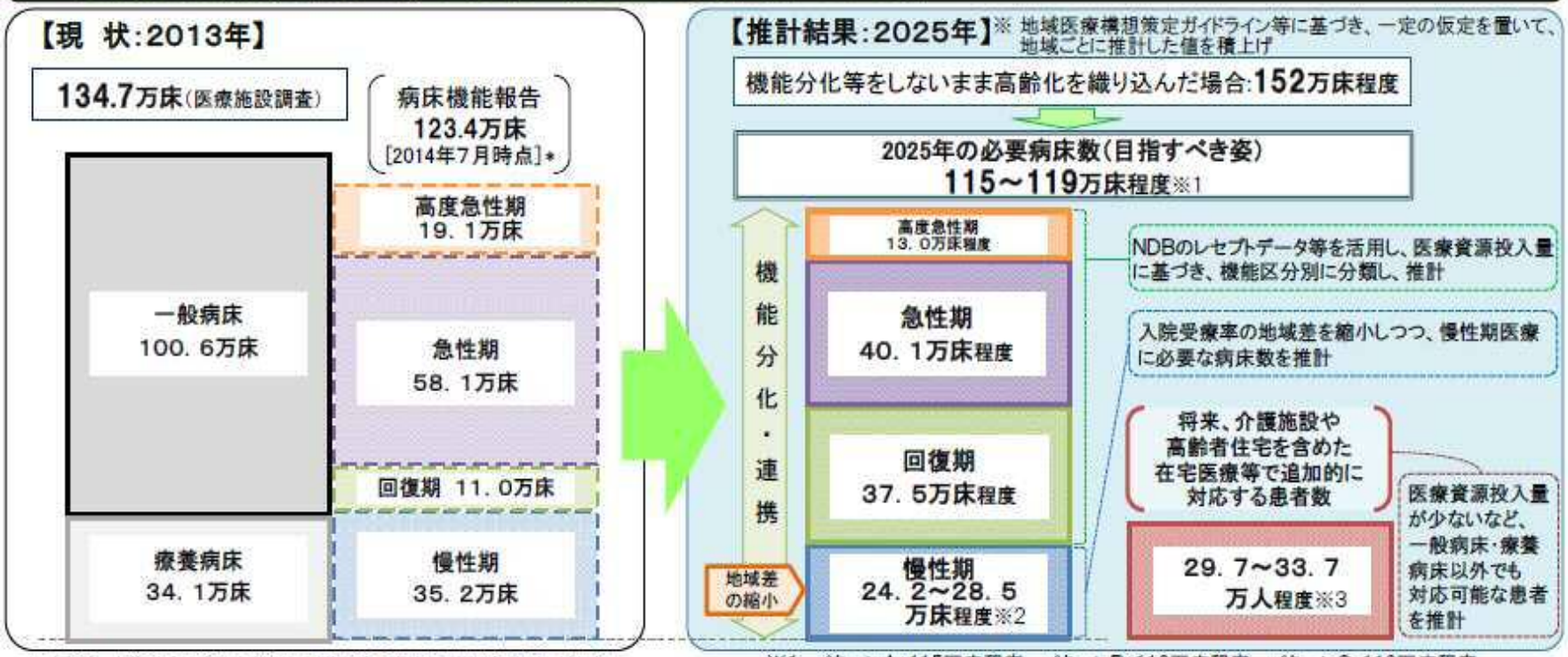
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 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。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。



＊ 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択したものであり、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

3

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。

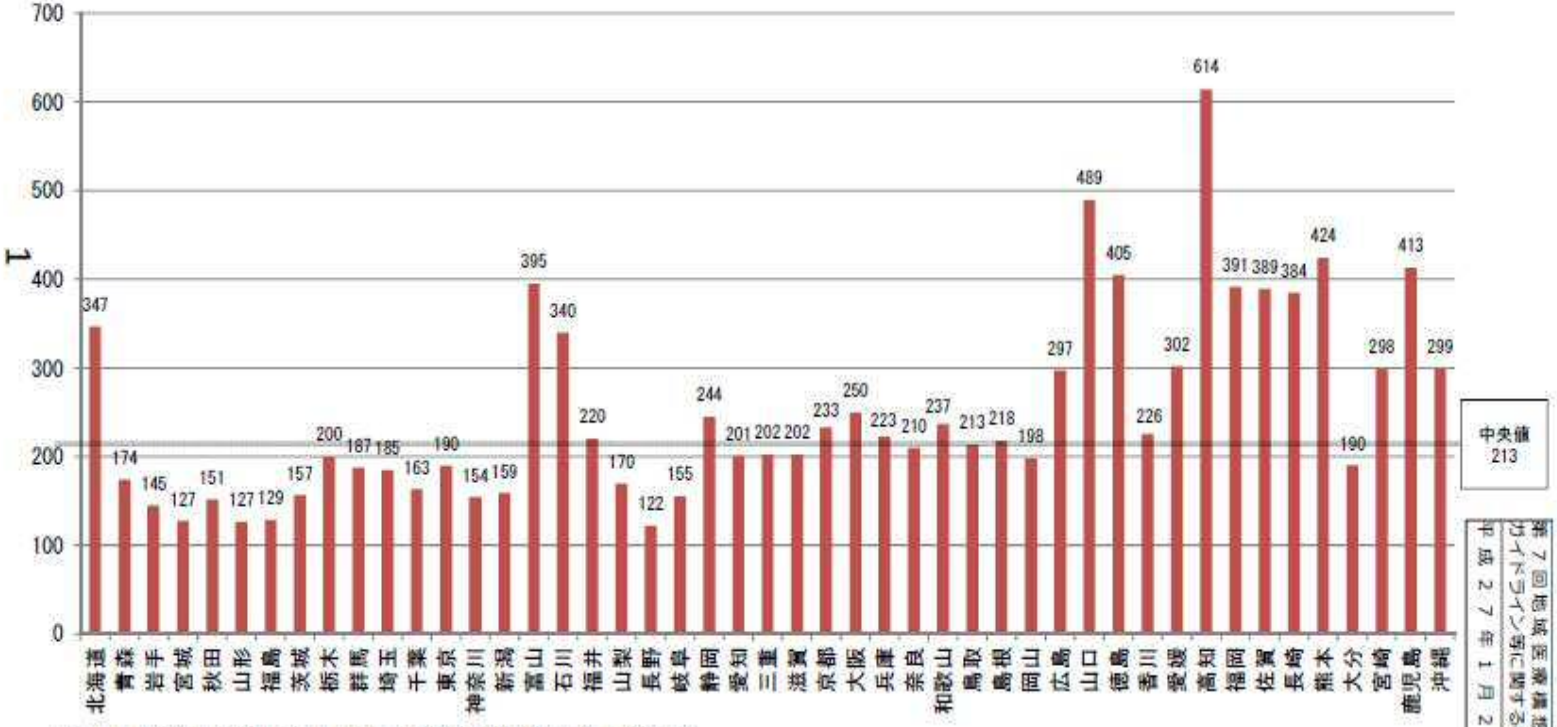
○ 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ［全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口］）　×　全国の入院受療率



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

第7回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
平成27年1月29日
参考資料2

表　福岡県の構想区域ごとの必要病床数と病床機能報告結果の比較

【必要病床数と病床機能報告の比較：各区域】　（単位：床）

構想区域	病床の機能	必要病床数（2025）	病床機能報告（2015）	差引
01 福岡・糸島	高度急性期	2,958	4,476	▲1,518
	急性期	7,751	7,081	＋670
	回復期	6,235	2,581	＋3,654
	慢性期	4,032	5,158	▲1,126
	合計	20,976	19,296	＋1,680
02 粕屋	高度急性期	219	76	＋143
	急性期	777	1,395	▲618
	回復期	1,333	184	＋1,149
	慢性期	1,077	2,044	▲967
	合計	3,406	3,699	▲293
03 宗像	高度急性期	82	14	＋68
	急性期	458	692	▲234
	回復期	679	228	＋451
	慢性期	460	798	▲338
	合計	1,679	1,732	▲53
04 筑紫	高度急性期	409	391	＋18
	急性期	1,274	1,600	▲326
	回復期	1,499	414	＋1,085
	慢性期	922	1,432	▲510
	合計	4,104	3,837	＋267
05 朝倉	高度急性期	62	6	＋56
	急性期	364	477	▲113
	回復期	462	128	＋334
	慢性期	302	524	▲222
	合計	1,190	1,135	＋55
06 久留米	高度急性期	849	1,184	▲335
	急性期	2,095	2,897	▲802
	回復期	1,939	765	1,174
	慢性期	1,203	2,601	▲1,398
	合計	6,086	7,447	▲1,361
07 八女・筑後	高度急性期	148	4	＋144
	急性期	668	916	▲248
	回復期	627	386	＋241
	慢性期	365	571	▲206
	合計	1,808	1,877	▲69
08 有明	高度急性期	172	78	＋94
	急性期	812	1,833	▲1,021
	回復期	1,216	593	＋623
	慢性期	1,263	2,049	▲786
	合計	3,463	4,553	▲1,090
09 飯塚	高度急性期	304	128	＋176
	急性期	862	1,723	▲861
	回復期	661	557	＋104
	慢性期	653	814	▲161
	合計	2,480	3,222	▲742
10 直方・鞍手	高度急性期	51	0	＋51
	急性期	294	565	▲271
	回復期	471	210	＋261
	慢性期	378	475	▲97
	合計	1,194	1,250	▲56
11 田川	高度急性期	61	24	＋37
	急性期	290	799	▲509
	回復期	473	165	＋308
	慢性期	302	386	▲84
	合計	1,126	1,374	▲248
12 北九州	高度急性期	1,883	1,669	＋214
	急性期	5,296	7,357	▲2,061
	回復期	4,825	2,414	＋2,411
	慢性期	4,062	5,569	▲1,507
	合計	16,066	17,009	▲943
13 京築	高度急性期	119	78	＋41
	急性期	373	632	▲259
	回復期	703	231	＋472
	慢性期	610	919	▲309
	合計	1,805	1,860	▲55

※地域医療構想調整会議等における病床の機能分化・連携の推進の議論は、必要病床数の推計値および病床機能報告の数値を参考として進められるものである。

○病床機能区分の考え方（概念図）

病　　期

急性期　回復期　慢性期

診療密度

高

低

高度急性期

（一般）急性期

（亜急性期?）　（亜急性期?）

回復期

慢性期

（地域多機能??）

急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。（第7次保健医療計画にも反映させる予定。）

地域医療構想
（将来の病床数の必要量）

- **高度急性期** 3,000点以上
- **急性期** 600～3,000点未満
- **回復期** 175点～600点未満 回復期リハ病床
- **慢性期** 障害者病棟、特殊病棟、療養病床医療区分1の30% 等

病床機能報告

- **高度急性期** 急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い
- **急性期** 急性期患者の状態の早期安定化
  - 重症急性期を中心とする病棟（比較的重度・重症）
    機能：救急患者の受入、手術などの重症患者の受入に特化した病棟
  - 軽症急性期を中心とする病棟（比較的軽度・軽症）
    機能：比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟
- **回復期** 急性期を経過した患者への在宅復帰
- **慢性期** 長期にわたり療養が必要な患者

機能の発揮

機能の明確化
「重症急性期」病棟は
50床あたり
手術＋救急入院＞１日２件
を目安

連携の強化

今後の取り組み

- 「断らない病院」としてのより重い責任。緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上
- 後方病院等との病病連携の強化、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める。

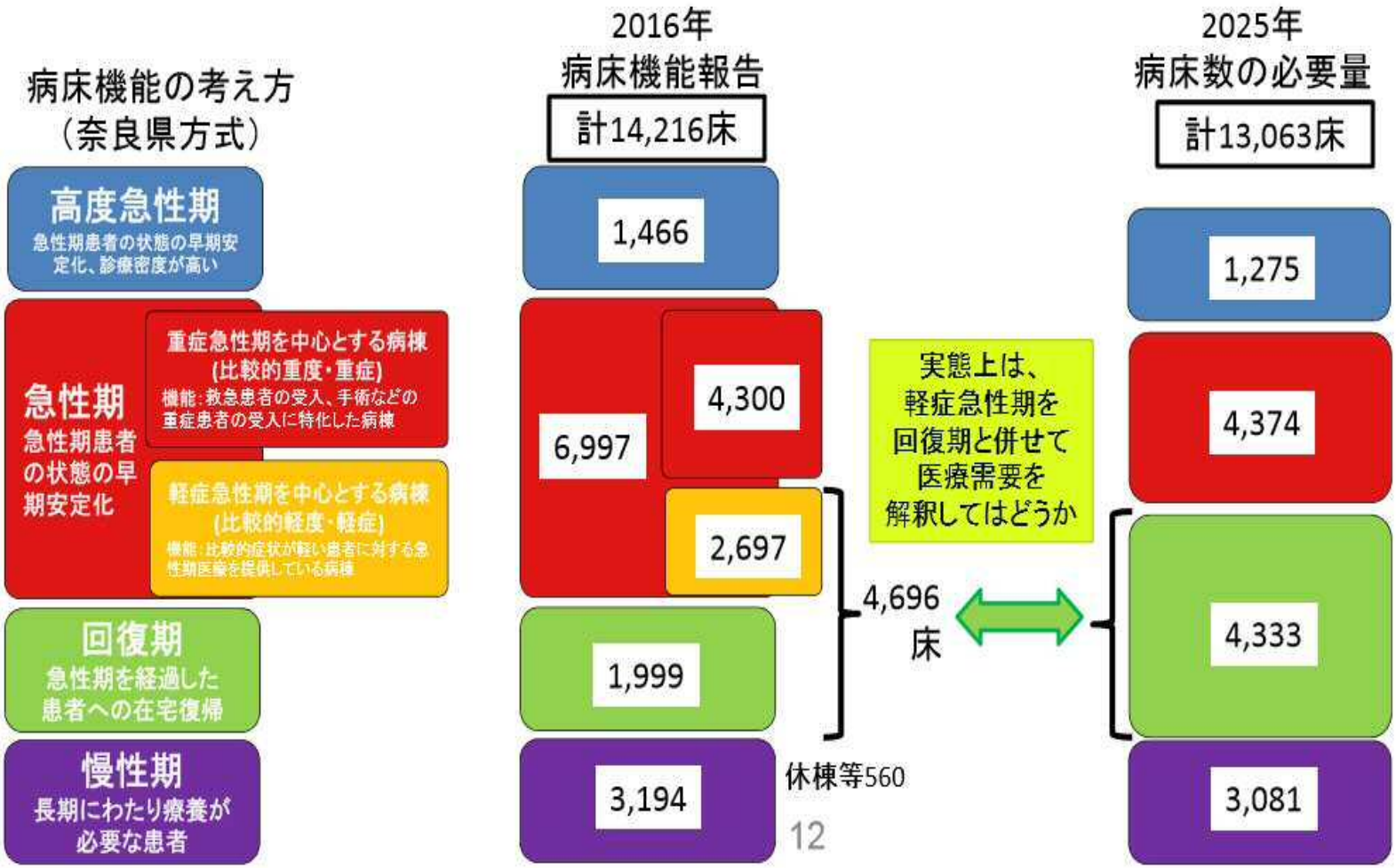
機能の発揮

- 回復期の病棟とともに、地域の医療・介護事業所との連携を強化する
- 在宅患者の増悪時の救急受入、嚥下・排泄へのリハなど在宅生活に必要な医療機能を高める

圏域ごとに機能の過不足がある場合は調整

重症急性期と軽症急性期の報告結果

- 平成28(2016)年の病床機能報告で急性期と報告された病棟について、奈良県の取り組みとして、更に「重症」「軽症」いずれを中心とするか、県内医療機関から報告いただき、集計したもの。
- 「軽症急性期」「回復期」の報告を併せると、「回復期」の2025年の病床数の必要量とほぼ一致する結果となった。



6. 再検証要請対象医療機関の公表

具体的対応方針の検証について

令和元年 6月21日	第22回 地域医療構想に関するWG	資料1（一部改変）

具体的対応方針の検証の対象について

○ 厚生労働省は診療実績が少ない医療機関や、他の医療機関と競合している医療機関を明らかにすることを目的として、2019年年央までに、各医療機関の診療実績について、

A 各分析項目について、**診療実績が特に少ない**。
B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している（**「類似かつ近接」**とする）。

のいずれかの要件を満たす分析項目について「代替可能性がある（注）」とし、その結果を都道府県に提供する。

注： ある分析項目について「A 各分析項目について、診療実績が特に少ない」という要件に該当するが、当該構想区域内に当該診療行為を行っている医療機関が他にない場合、ただちに代替する医療機関があるとは言えないものではあるが、患者の流出入を勘案しながら、隣接する構想区域の医療機関の実績等も踏まえ、代替可能性等を確認することも考えられることから、「代替可能性がある」と評価することとする。

○ 特に、今回、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等について、分析の結果から、
・１つ以上の分析項目において、「代替可能性がある」とされた医療機関を、**「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」**、
・「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」とされた医療機関を、**「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」**、
として位置づけることとする。

○ なお、全く診療実績のない分析項目については、「代替可能性がある」とはしていないが、大半の分析項目について、全く診療実績がない場合（注）は、医療機関として 公立・公的医療機関等でなければ担えない役割に重点化できていないと考えられることから、そのような場合は、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」として考えることとする。

注： 全く診療実績がない項目と「代替可能性がある」項目のいずれかが大半となる場合も含む。

9

○再検証要請対象病院の指定

・今後1年間で、調整会議において再検証

具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数
(下記のA/B該当別)

A　：対象となる全ての領域（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能）で「診療実績が特に少ない」とされた医療機関

B　：対象となる全ての領域（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期）で「類似かつ近接」とされた医療機関

具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数
(公立病院/公的医療機関等数別)

再検証要請対象医療機関数			
	公立病院数	公的医療機関等病院数	
			民間の地域医療支援病院数
424	257	167	17

（参考）分析の対象となった医療機関数

※医療機関数※				
	公立・公的医療機関等病院数			
		公立病院数	公的医療機関等病院数	
				民間の地域医療支援病院数
4549	1455	711	744	156

※1　一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ医療機関の総数。

※2　平成29年度病床機能報告データに基づく

1

A 診療実績が特に少ない									A 該当数	B 類似かつ近接							B 該当数	推薦医療機関候補
自治医大・獨協医大	済生会栃木病院	足利赤十字病院	佐野厚生総合病院	国保那須南病院	小山市立病院	黄金病院	栃木県立がんセンター	心臓血管センター		国保那須南病院	小山市立病院	黄金病院	栃木県立がんセンター	心臓血管センター				
	●	●		●	●	●	●		6	●	●	●	●	●			5	
							●		1			●	●				2	
				●			●		2				●				1	
		●		●			●		3	●	●	●	●	●	●		6	●
	●	●	●	●	●	●	●	●	8		●	●	●	●	●		5	
				●		●	●		3								0	
	●	●					●		3		●	●					2	
	●	●		●	●	●	●		6			●	●	●	●		4	
	●	●		●	●	●	●	●	7	●	●	●	●	●	●		6	●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	●	●	●	●	●	●		6	●
	●	●		●		●	●		5	●	●	●	●	●			5	
				●	●	●	●		4		●			●	●		3	
●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	●	●	●	●	●	●		6	●
	●						●		2		●		●		●		3	
	●	●		●	●		●		5			●		●	●		3	
	●			●	●		●		4		●		●	●	●		4	
●	●	●	●	●	●	●	●	●	9		●	●	●	●	●		5	●
							●		1								0	

令和三年度予算案（抜粋）

１　質が高く効率的な医療提供体制の確保
補正22億円、当初1，836億円（1，897億円）

（１）地域医療構想の推進　　８５１億円（８８０億円）

①　地域医療構想の実現に向けた地域医療介護総合確保基金による支援
８５１億円（７９６億円）

2025 年を見据えた地域医療構想の実現に向け、病床の機能分化・連携等に関する取組を進めるとともに、感染症対応の観点も踏まえた医療提供体制構築を推進するため、引き続き、地域医療介護総合確保基金による支援を行う。

また、医療従事者の確保に関する事業について、今後の新興・再興感染症の拡大期に備えた各都道府県の準備・検討状況も踏まえつつ、感染防止対策等に関連する研修の実施に対応できるよう支援を行う。

さらに、勤務医の働き方改革の推進のため、勤務環境改善に取り組む医療機関に対し地域医療介護総合確保基金による支援を行う。

②　地域医療構想推進のための病床機能再編支援　　１９５億円※（８４億円）
※８５１億円の内数

地域医療構想の実現に向け、今後、重点支援区域等における医療機関の病床機能の再編等に関する議論を進めていく中で、地域の医療機関が再編に伴う財政的な課題に対応できるよう支援規模の拡充を図った上で、消費税財源を充当し、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」等と一体的に実施するため、次期通常国会に関連法案を提出し、地域医療介護総合確保基金の事業に位置づける。

公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について

令和２年１月17日に各都道府県に対して、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（厚生労働省医政局長通知）を発出しました。

また、同日に各都道府県に対して、当該都道府県の「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」（以下「公立・公的医療機関等リスト」という。）及び民間医療機関の診療実績データを提供しています。

なお、令和元年９月26日の「第24回　地域医療構想に関するワーキンググループ」において参考資料１（公立・公的医療機関等リスト）として提出された資料は、暫定版としていたことから、都道府県の確認を求めるなどしながら、厚生労働省としても精査をしておりますのでお知らせします。

１　「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」の通知について

令和２年１月17日に各都道府県に対して、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（厚生労働省医政局長通知）を発出した。また、同日、各都道府県に対して、当該都道府県の「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」（以下「公立・公的医療機関等リスト」という。）及び民間医療機関の診療実績データを提供した。

民間医療機関の診療実績データについては、各構想区域の地域医療構想調整会議において、公立・公的医療機関等が具体的対応方針の再検証を行うに当たっては、競合関係にある民間医療機関の診療実績が必要であるとの観点から提供を行っているものである。

2　公立・公的医療機関等リストの精査について

厚生労働省において、令和元年９月26日の「第24回　地域医療構想に関するワーキンググループ」において提出された公立・公的医療機関等リストの精査を行い、同年12月に各都道府県に厚生労働省が精査を行ったデータの確認作業を依頼した。
各都道府県が確認を終えたデータを、厚生労働省において確認・再計算を行い、現在各都道府県に最終確認を依頼しているところである。
各都道府県での確認作業を終えて、最終的に公立・公的医療機関等リスト（確定版）となる。

今回、厚生労働省が精査を行った内容は以下の３点である。

- 公立・公的医療機関等の一部データの入力漏れ
- 紙レセプト(公費等)の手術実績の追加
- 病床機能報告の病棟名・病棟ID等の確認を踏まえた追加

精査の結果、再検証対象医療機関に増減が生じ、現時点で**以下の７機関が**具体的対応方針の**再検証対象医療機関でなくなる**見込み。

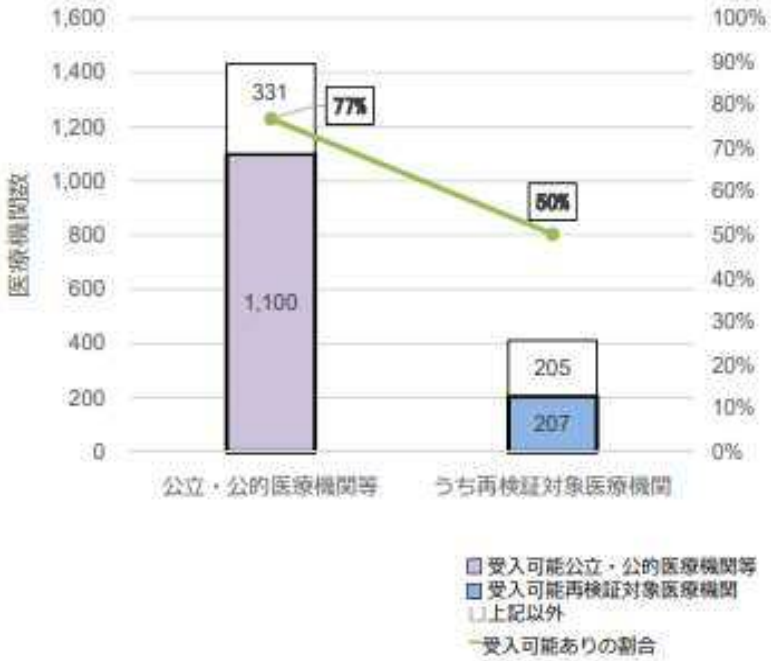
- 社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会中央病院（東京都）
- ＪＡ静岡厚生連　遠州病院（静岡県）
- 岩国市医療センター医師会病院（山口県）
- 徳島県鳴門病院（徳島県）
- 宗像医師会病院（福岡県）
- 熊本市立熊本市民病院（熊本県）
- 杵築市立山香病院（大分県）

再検証対象医療機関の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

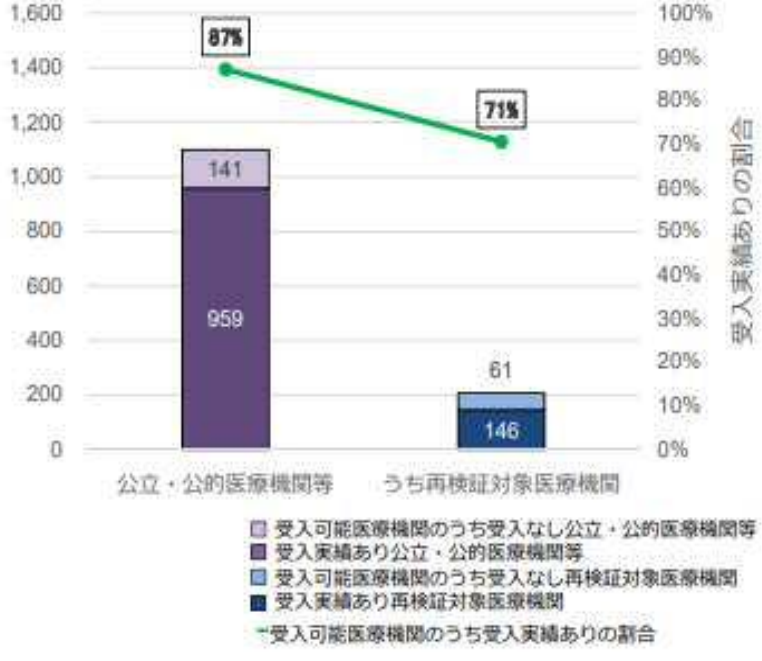
○　公立・公的医療機関等のうち77%、再検証対象医療機関のうち50%が新型コロナ患者を受入可能であった。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する公立・公的医療機関等（1,431医療機関）
再検証対象医療機関：436機関※（うちG-MISで報告のあるものは412機関）

公立・公的医療機関等とそのうちの再検証対象医療機関の新型コロナ患者受入可能医療機関数及び割合



公立・公的医療機関等とそのうちの再検証対象医療機関の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無及び割合



※　急性期病棟の有無は平成29年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※　公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院　　公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関
※　再検証対象医療機関数は、令和２年12月25日に確定した値。436医療機関のうち、24医療機関はG-MISの報告がないもの。

7. 最近の医療提供政策の動向

（1）コロナ対策と医療提供政策

○医療計画の見直し

・第8次医療計画（2024’～2029’）において「新興感染症対策」を6事業の1つとして位置付ける

・地域医療構想については、粛々と進める

→「2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意」

（2）外来機能の明確化・連携等

○「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）の明確化

・外来機能報告（仮称）

・地域における協議の場

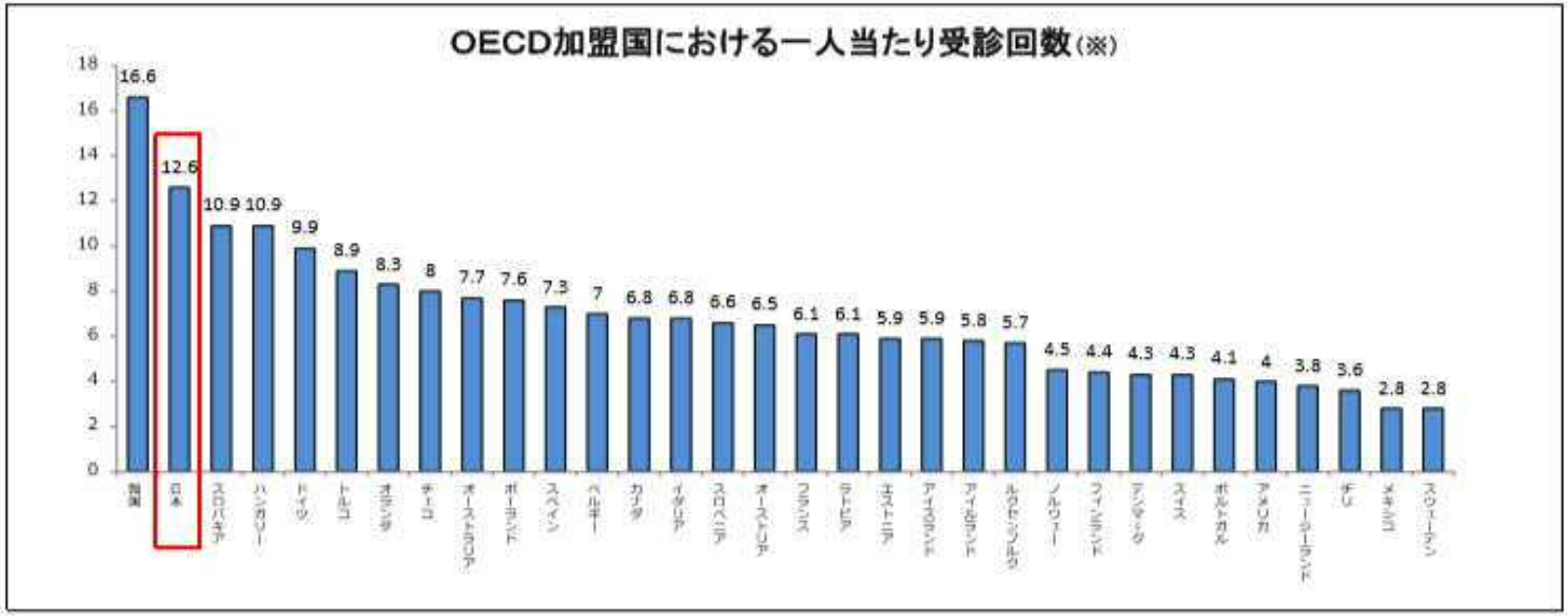
・病院外来一部負担見直しとのリンク

○「かかりつけ医」機能の強化等

○1人当たり受診回数の国際比較

1人当たり受診回数の国際比較について

○ 一人当たり受診回数をOECD（経済協力開発機構）加盟国で比較すると、日本は比較的多い。



※ OECDは「一人が一年において医師を受診/訪問する平均の回数（Average number of consultations/visits with a physician per person per year）」と定義しているが、各国の報告における定義は例えば以下のようにばらつきがある。

- 日本は皆保険でカバーされる受診に基づき計算。
- スウェーデンは全ての公的、民間セクターの医師への受診をカバーして計算。
- ドイツは、社会保険の支払いのルールにより、一連の治療で3ヶ月のうちに複数回の受診をした場合については、最初の1回のみをカウントしており、著しい過小評価が推定されるとされている。
- 米国は、サンプル抽出に基づく推計値。

（出典）OECD Health Statistics 2019　データ時点は2017年または最新年（日本は2016年）

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

＜Ⅰ．医師の働き方改革＞

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 （医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

＜Ⅱ．各医療関係職種の専門性の活用＞

1．医療関係職種の業務範囲の見直し （診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2．医師養成課程の見直し （医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

＜Ⅲ．地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

1．新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け （医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2．地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援 （地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3．外来医療の機能の明確化・連携 （医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

＜Ⅳ．その他＞ 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

補論：地域医療構想に関する私見

○以下は、まったくの私見（厚労省の見解や地域医療構想WG（座長）の見解ではない）

○地域医療構想は、医療提供側からの提案である

・私自身は「強硬派」

・しかし、今回の医療提供側からの提案（医療機関の自主的選択による地域医療体制の再編・構築）を多とする

→その実現による「ソフト・ランディング」を期待

○地域医療構想調整会議での議論、調整：画期的

・一般の経済界で行ったら「談合」？

・「競争」vs.「協調」、「連携」

・（公共性が高いと考えられている）地域医療なればこその話

・ただし、議論の「透明性」の確保は重要

→データに基づく議論の重要性

→調整会議のメンバーに保険者を加えたことの意義（医療法改正）

○2025年に地域医療構想が実現しなかった場合、どうなるか

→医療需要に見合わない高度急性期・急性期を称する過剰な病床が存在（病床利用率↓）

→貴重な医師、看護職員等の資源が「囲い込まれ」、ニーズが増大する在宅ケアが供給不足に

→民間医療機関はおそらく機敏に対応。しかし、公立、公的医療機関は対応が遅れる惧れ

→「ハード・ランディング」となる惧れ

○「再検証要請対象病院」の公表

・「再編統合」リストではない

→調整会議での議論の形骸化に対する「一石」

・424病院のみの問題とするのは、問題の矮小化

・1455病院全てについて情報開示

・（例）A8、B5該当で、今回対象にならなかった病院は本当に問題ないと言えるのか？

→連続的な問題

・「患者を人質にとるな」（某公的病院病院長）

○2025年の「必要病床数」の推計

・高度急性期、本格的な急性期については、適切

・軽症急性期、回復期については、過大推計の可能性

→在宅ケアについては過小推計の可能性

○2025年ビジョンの「原型」は2008年に提案された

・「2040年ビジョン」を視野に入れる時期が近付いている（給付と負担を含めて）

・長期的な投資の視点

○「コロナ禍」との関係

・「医療崩壊」近くまで至ったのは、地域医療構想のせいか?

→根拠のない、「ためにする」議論

そもそも地域医療構想は病床削減を目指していない

・むしろ、機能分化と連携を一層進め、真に「強い」医療提供体制の実現を目指すべき:地域医療構想

・一方で、一定の「ゆとり」を組み込む必要

８．新たな介護保険施設の創設

○療養病床の在り方等に関する検討会

・改革の「選択肢」を整理

・「住まいの機能」を重視した新たな類型を提案

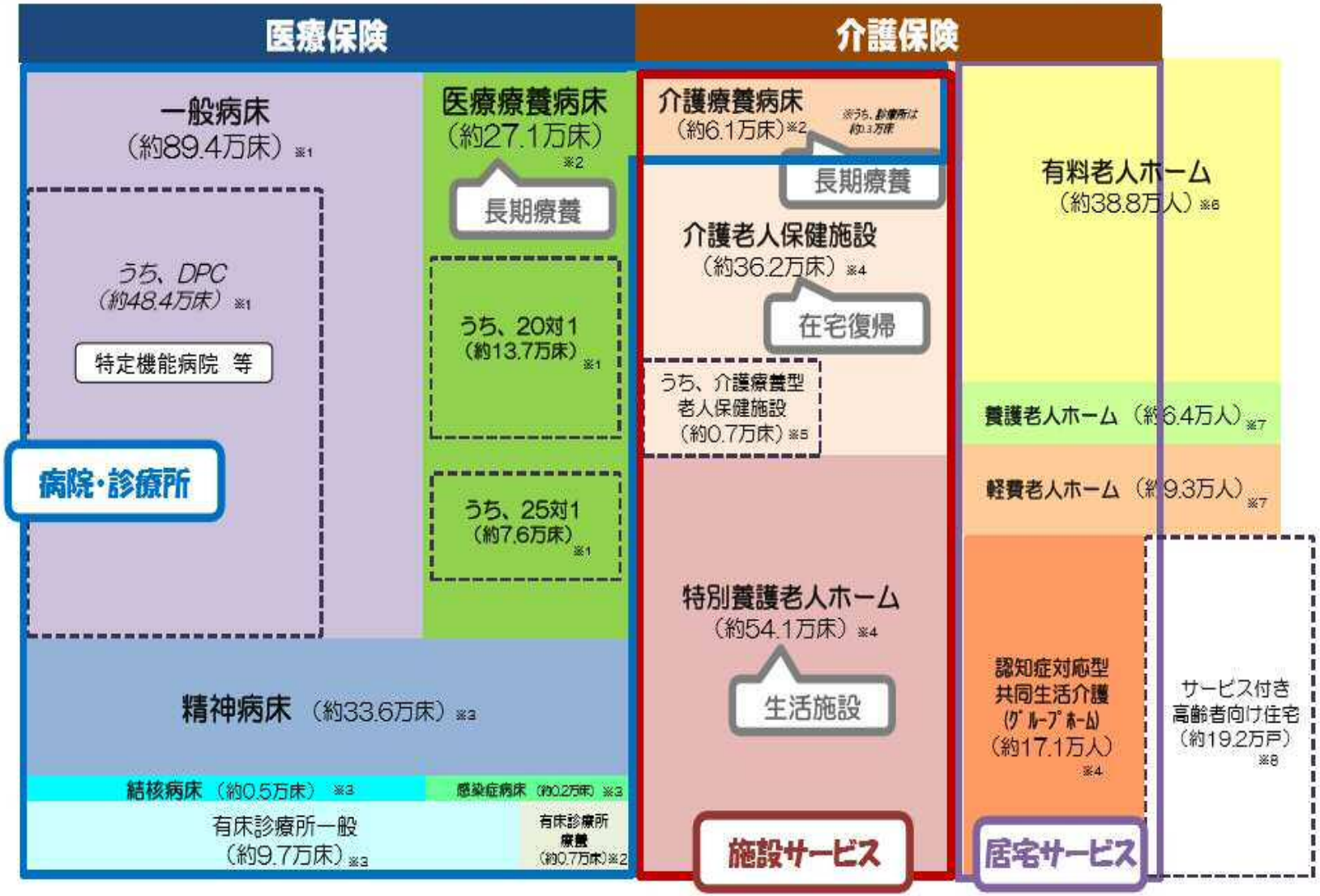
○社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の場において、具体的制度設計を検討

・２０１６年末に意見書を取りまとめ

・介護保険改正法→2017年5月末成立

医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料



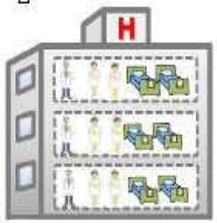
※1 施設基準届出（平成26年7月1日）
※2 病院報告（平成27年8月分概数）
※3 医療施設動態調査（平成27年10月末概数）
※4 介護サービス施設・事業所調査（平成26年10月1日）
※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計（平成25年6月分）
※6 老健局高齢者支援課調べ（平成26年7月1日）
※7 平成26年社会福祉施設等調査（平成26年10月1日）
※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（平成27年12月）

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関（医療療養病床 20対1）

○医療区分Ⅱ Ⅲを中心とする者

○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療

○24時間の看取り・ターミナルケア

○当直体制（夜間・休日の対応）

●介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、２つのパターンを提示）

新（案1-1）

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要

○医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者

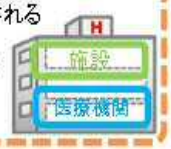
○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理

○24時間の看取り・ターミナルケア

○当直体制（夜間・休日の対応）又はオンコール体制

●高い介護ニーズに対応

▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新（案1-2）

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要

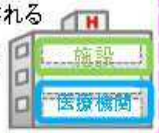
○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理

○オンコール体制による看取り・ターミナルケア

●多様な介護ニーズに対応

▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例



医療を外から提供する、居住スペースと医療機関の併設

（● 医療機能の集約化等により、20対１病床や診療所に転換
● 残りスペースを居住スペースに）

新（案2）医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要

○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所（有床、無床）として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理

○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア

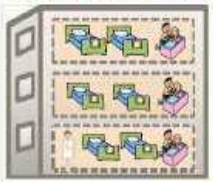
● 多様な介護ニーズに対応

（注）居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要

○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



＋

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供

●多様な介護ニーズに対応

22

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

○介護医療院の基本的性格

①もはや病院（病床）ではない

②医療法に言う「医療提供施設」である

③介護保険適用施設とする

○他の施設等への影響

・老人保健施設の中間施設としての「純化」？

・特養との競合？

（1）介護医療院の施設数

	令和元年 12/31時点	令和2年 3/31時点	令和2年 6/30時点	令和2年 9/30時点
Ⅰ型介護医療院の施設数	201	230	346	365
Ⅱ型介護医療院の施設数	98	110	164	169
Ⅰ型及びⅡ型混合の施設数	2	3	5	5
介護医療院の合計施設数	301	343	515	539
転換元の施設数（複数施設が統合し転換する場合があり、上記施設数とは必ずしも合計数が一致しません）				
介護療養病床（病院）	190	220	336	351
介護療養病床（診療所）	17	20	36	37
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	2	2	2	2
介護療養型老人保健施設	66	68	86	89
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料１又は２を算定している病床）	59	75	97	101
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	24	25	33	33
医療療養病床（診療所）	9	9	17	19
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	1	1	3	3
その他のベッド	0	0	0	0
新設	4	4	4	6

（2）介護医療院の療養床数

	令和元年 12/31時点	令和2年 3/31時点	令和2年 6/30時点	令和2年 9/30時点
Ⅰ型の療養床数	13,552	15,770	23,985	25,018
Ⅱ型の療養床数	5,379	5,968	8,649	8,802
療養床数（合計）	18,931	21,738	32,634	33,820
転換元の病床数等				
介護療養病床（病院）	12,458	14,638	22,748	23,386
介護療養病床（診療所）	214	241	378	394
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	112	112	112	112
介護療養型老人保健施設	2,958	3,016	4,256	4,508
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料１又は２を算定している病床）	2,031	2,548	3,483	3,622
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	1,049	1,074	1,399	1,399
医療療養病床（診療所）	78	78	181	200
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	3	3	49	49
その他のベッド	0	0	0	0
新設	28	28	28	150