

# 地域医療構想の進め方等について

平成30年8月31日

平成30年度 第2回都道府県医療政策研修会

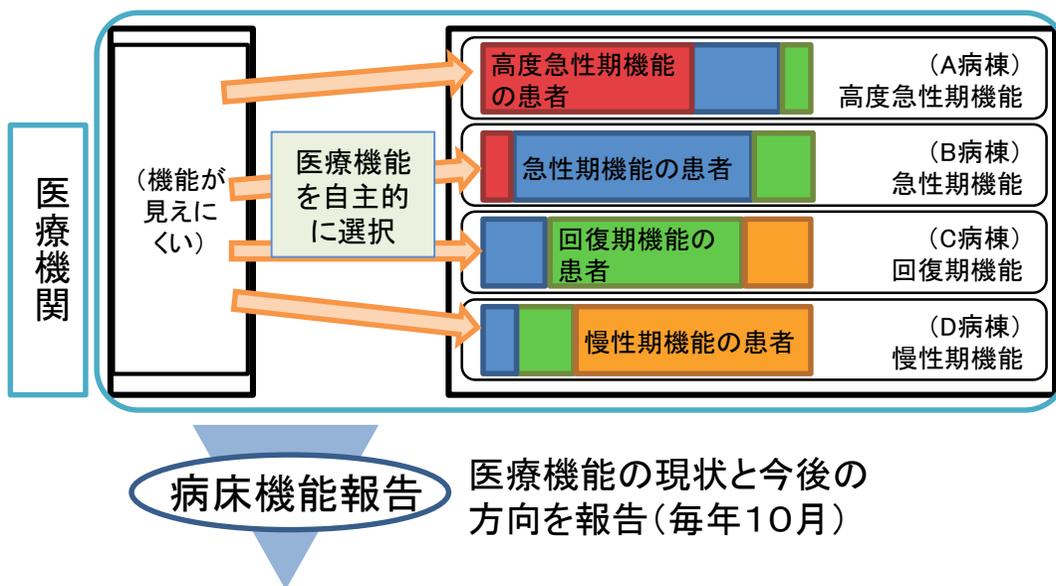
厚生労働省医政局地域医療計画課

1. 現在の進捗状況
2. 都道府県単位の調整会議
3. 平成30年度病床機能報告およびその定量的な基準  
(急性期医療を全く提供していない病棟)
4. 都道府県の実情に合わせた定量的な基準による議論の活性化
5. その他

# 1. 現在の進捗状況

# 地域医療構想について

- 「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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二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機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)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、在宅医療等の充実、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。

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、  
更なる機能分化を推進

# 医療機能の選択に当たっての考え方の整理

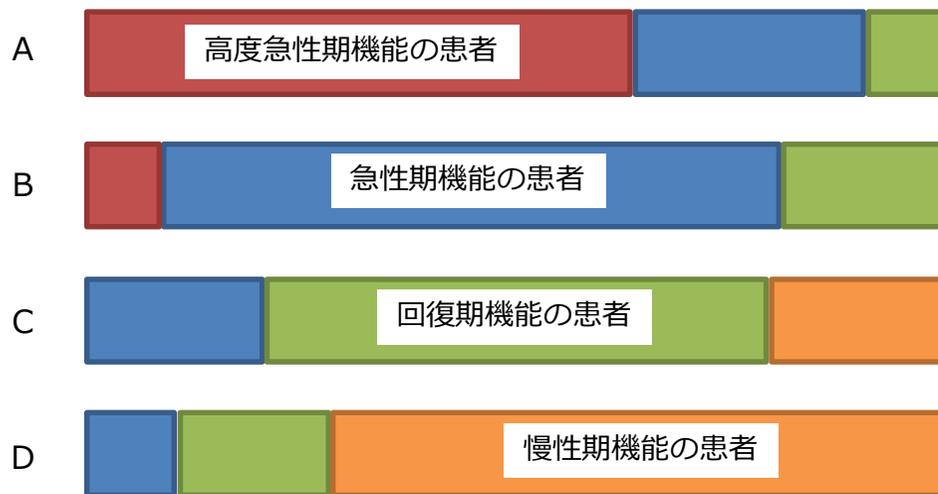
## 基本的な考え方 ～ その1 ～

現在の病床機能報告においては、病棟が担う機能をいずれか1つ選択して、報告することとされている。ただし、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、医療機関は、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告を、都道府県に報告することとされている。



上記の考え方を基本としつつも、下記のように、当該病棟で、いずれかの機能のうち、もっとも多くの割合の患者の機能を報告することを、基本とする。

(とある病棟のイメージ)



各々の病棟については、  
「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

# 地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、**地域医療介護総合確保基金**を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた**都道府県知事の役割**を適切に発揮。

## STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

## STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

## STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

### 【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

5  
将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

## 医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める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事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

## 参加者の範囲

「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）より抜粋

### ア参加者の範囲・選定

○ 地域医療構想調整会議の参加者については、医療法上、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」と規定されているが、地域医療構想は幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい。

# 「地域医療構想の進め方について」※のポイント

## 地域医療構想調整会議の協議事項

※ 平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

### 【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。

- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

### 【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関 ・新たな病床を整備する予定の医療機関 ・開設者を変更する医療機関

## 地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- 都道府県は、個別の医療機関ごと(病棟ごと)に、以下の内容を提示すること。

- ①医療機能や診療実績
- ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
- ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

## 地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。

- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

# 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
国		<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（前期）</li> <li>データブック配布及び説明会</li> <li>基金に関するヒアリング</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（中期）</li> <li>地域医療構想の取組状況の把握</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（後期）</li> <li>病床機能報告の実施</li> </ul>							
都道府県		<p>（平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始）</p> <p>●<b>具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示</li> </ul> <p>●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理（国において全国状況を整理）</p> <p>●<b>地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供</b>（議事録の公開、説明会等）</p>													
調整会議		<p><b>1回目</b></p> <p>●<b>病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不足する医療機能の確認</li> <li>各医療機関の役割の明確化</li> <li>各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用</li> </ul>			<p><b>2回目</b></p> <p>●<b>機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す</li> <li>病床機能報告に向けて方向性を確認</li> </ul>			<p><b>3回目</b></p> <p>●<b>次年度における基金の活用等を視野に入れた議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定</li> </ul>			<p><b>4回目</b></p> <p>●<b>次年度の構想の具体的な取組について意見の整理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う</li> </ul>				

# 地域医療構想調整会議における議論の状況

以下は、平成30年6月末までの議論の状況について、全339構想区域の状況をまとめたもの。

## 調整会議の開催状況

4～6月	7～9月 (予定)	10～12月 (予定)	1～3月 (予定)	計
91回 (84区域)	389回 (303区域)	303回 (233区域)	313回 (248区域)	1096回

## 病床機能報告の報告率

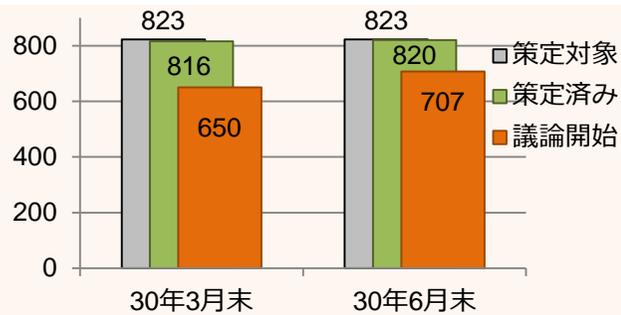
	3月末時点	6月末時点
病院	93.3%	94.4%
有床診療所	82.1%	84.5%

## 非稼働病床の病床数

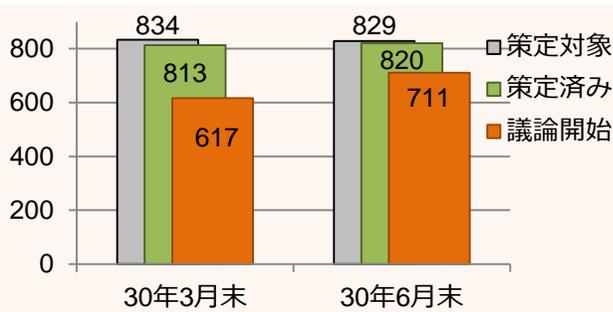
	総数	あり方を議論中の病床
病院	16,384床	4,201床
有床診療所	8,285床	1,080床

## 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

### 新公立病院改革プラン対象病院(※)



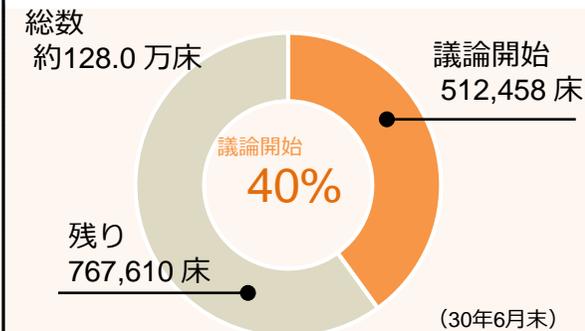
### 公的医療機関等2025プラン対象病院



### その他の医療機関

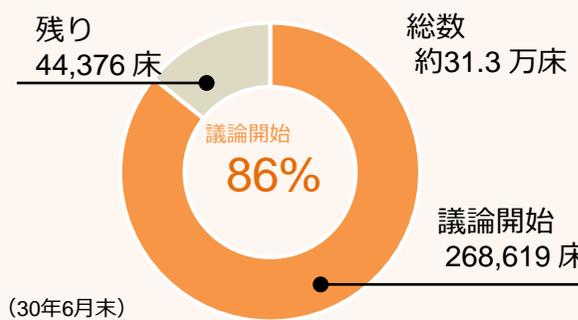
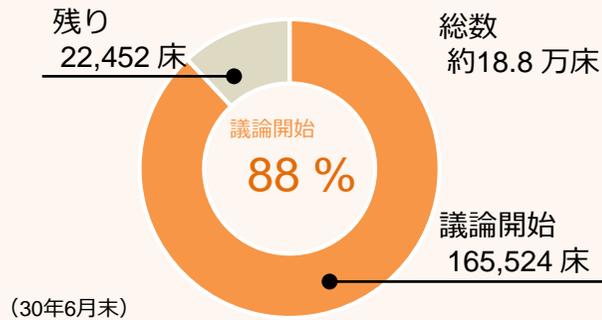
対象	5,694病院	6,704診療所
議論開始	517病院	51診療所

### 全ての医療機関計



施設数でみる議論の状況

病床数でみる議論の状況  
(※※)



(※)一般病床及び療養病床を有しない精神科病院や、既に廃止している病院等は除外した。

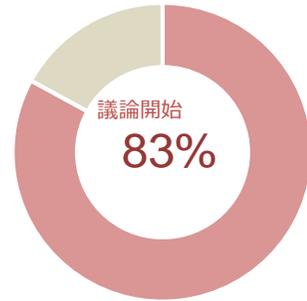
(※※)病床機能報告で報告のあった病床数に基づき算出した。

# 地域医療構想調整会議における議論の状況

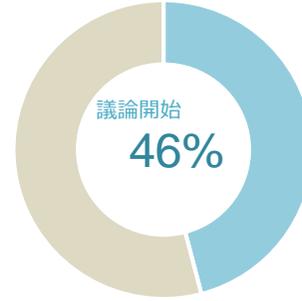
## ■ 機能区分別にみた議論の状況

	病床数 総計		
	病床数	議論開始	割合
総計	1,280,068	512,458	40%
高度急性期	163,210	135,412	83%
急性期	583,922	267,862	46%
回復期	152,334	40,638	27%
慢性期	351,513	57,837	16%
休棟	29,089	10,709	37%

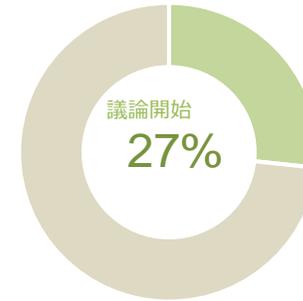
高度急性期



急性期



回復期



慢性期



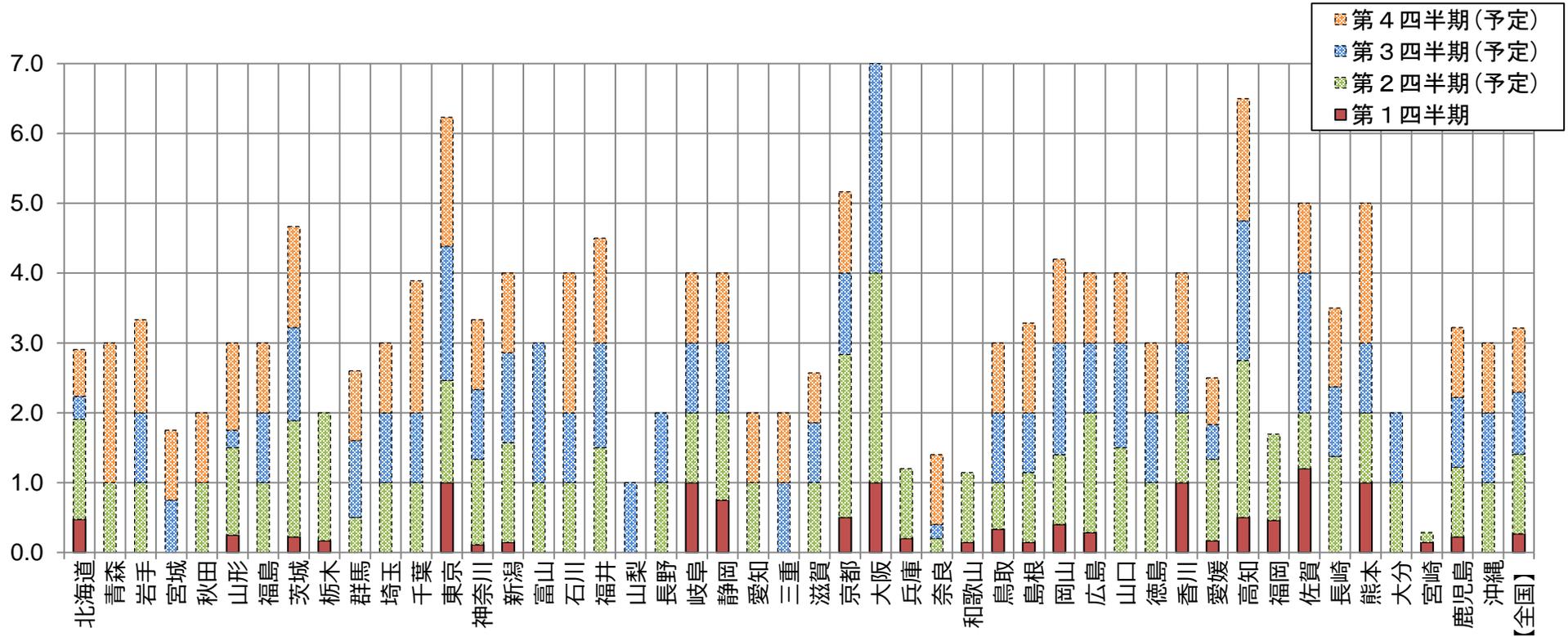
## ■ 主な開設主体別にみた議論の状況

(※) 病床機能報告を用いて算出しており、未報告医療機関の病床数は含まれていない。

	病床数 総計 (※)			高度			急性			回復			慢性			休棟			
	病床数	議論開始	割合	病床数	議論開始	割合	病床数	議論開始	割合	病床数	議論開始	割合	病床数	議論開始	割合	病床数	議論開始	割合	
総計	1,280,068	512,458	40%	163,210	135,412	83%	583,922	267,862	46%	152,334	40,638	27%	351,513	57,837	16%	29,089	10,709	37%	
公立・公的等	都道府県	41,574	30,458	73%	10,605	8,860	84%	24,997	18,153	73%	2,887	1,826	63%	2,122	975	46%	963	644	67%
	市町村	127,097	113,657	89%	16,594	15,623	94%	82,304	74,414	90%	12,814	11,244	88%	11,063	8,858	80%	4,322	3,518	81%
	地方独立行政法人	28,827	25,240	88%	11,317	10,269	91%	15,289	13,044	85%	1,075	931	87%	504	354	70%	642	642	100%
	国立病院機構	47,123	40,081	85%	7,930	6,698	84%	20,751	18,895	91%	2,764	2,218	80%	14,718	11,506	78%	960	764	80%
	労働者健康安全機構	12,520	10,499	84%	961	947	99%	10,097	8,773	87%	710	430	61%	188	52	28%	564	297	53%
	地域医療機能推進機構	15,486	13,253	86%	1,918	1,899	99%	11,024	8,935	81%	1,793	1,715	96%	196	196	100%	555	508	92%
	日赤	34,845	30,540	88%	13,294	11,802	89%	17,873	15,359	86%	1,433	1,266	88%	1,400	1,378	98%	845	735	87%
	済生会	22,238	21,082	95%	3,755	3,755	100%	14,341	13,525	94%	2,537	2,493	98%	1,131	885	78%	474	424	89%
	北海道社会事業協会	1,727	1,727	100%	8	8	100%	880	880	100%	308	308	100%	471	471	100%	60	60	100%
	厚生連	31,201	25,995	83%	4,547	4,438	98%	19,571	15,807	81%	3,690	2,825	77%	2,510	2,370	94%	883	555	63%
	健康保険組合等	1,916	1,736	91%	48	48	100%	1,664	1,512	91%	84	56	67%	120	120	100%	0	0	-
	共済組合等	13,582	11,670	86%	4,060	3,617	89%	8,223	6,969	85%	728	605	83%	323	301	93%	248	178	72%
	国民健康保険組合	320	320	100%	4	4	100%	316	316	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	-
	上記以外の特定機能病院	60,852	53,456	88%	52,220	47,016	90%	7,819	5,643	72%	86	86	100%	32	16	50%	695	695	100%
	上記以外の地域医療支援病院	59,699	47,916	80%	15,725	14,159	90%	37,919	28,464	75%	3,318	2,755	83%	1,894	1,733	91%	843	805	95%
その他	781,061	84,828	11%	20,224	6,269	31%	310,854	37,173	12%	118,107	11,880	10%	314,841	28,622	9%	17,035	884	5%	

# 地域医療構想調整会議における議論の状況（開催状況）

■平成30年度 調整会議の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）（平成30年6月末時点）

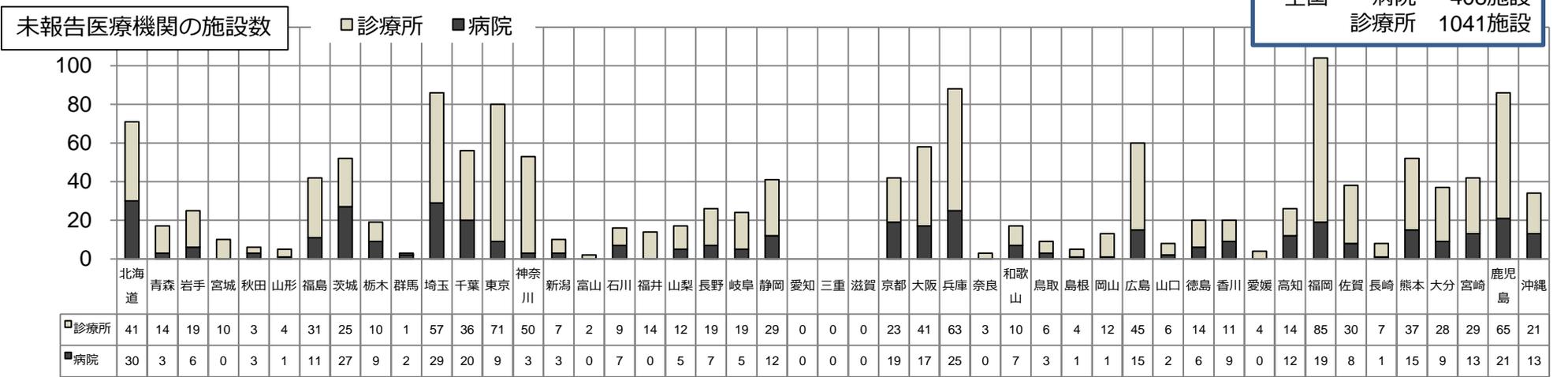
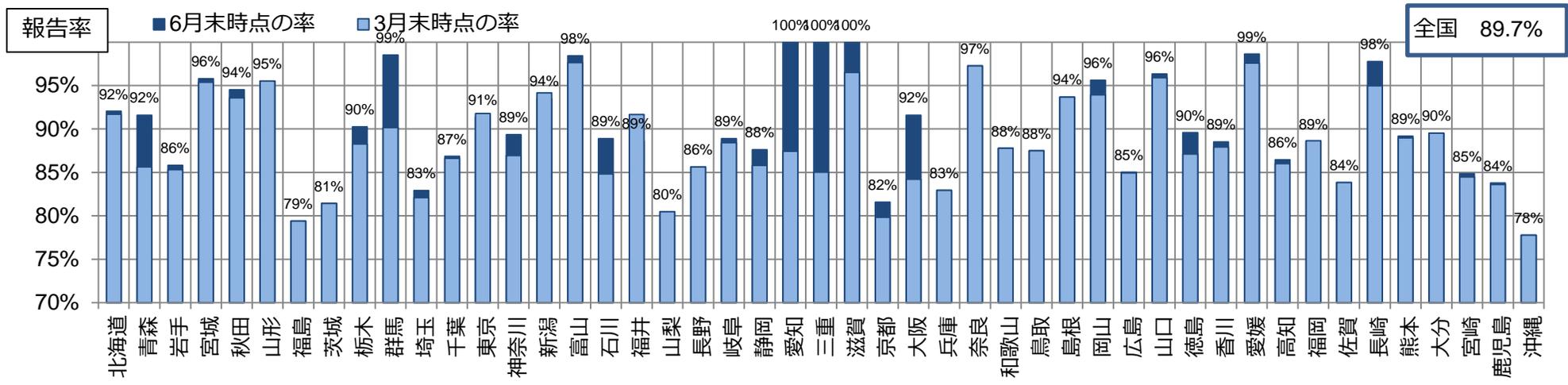


(参考) 平成29年度実績のまとめ  
 開催延べ数：1,067回  
 構想区域当たり平均：3.1回

# 地域医療構想調整会議における議論の状況（病床機能報告）

## ■ 平成29年度病床機能報告の報告状況

（平成30年6月末時点）



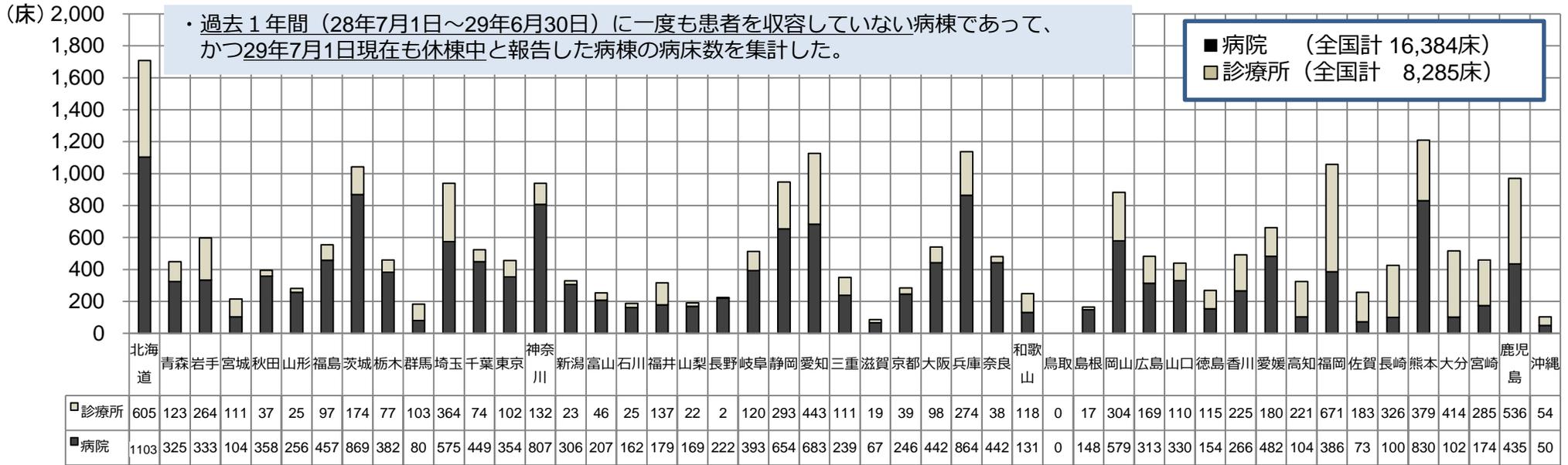
医療法 第三十条の十三（略）  
 5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。  
 6 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。  
 第九十二条 第三十条の十三第五項の規定による命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処する。

12 医政局地域医療計画課調べ（精査中）

# 地域医療構想調整会議における議論の状況（非稼働病棟）

## ■非稼働病棟の病床数

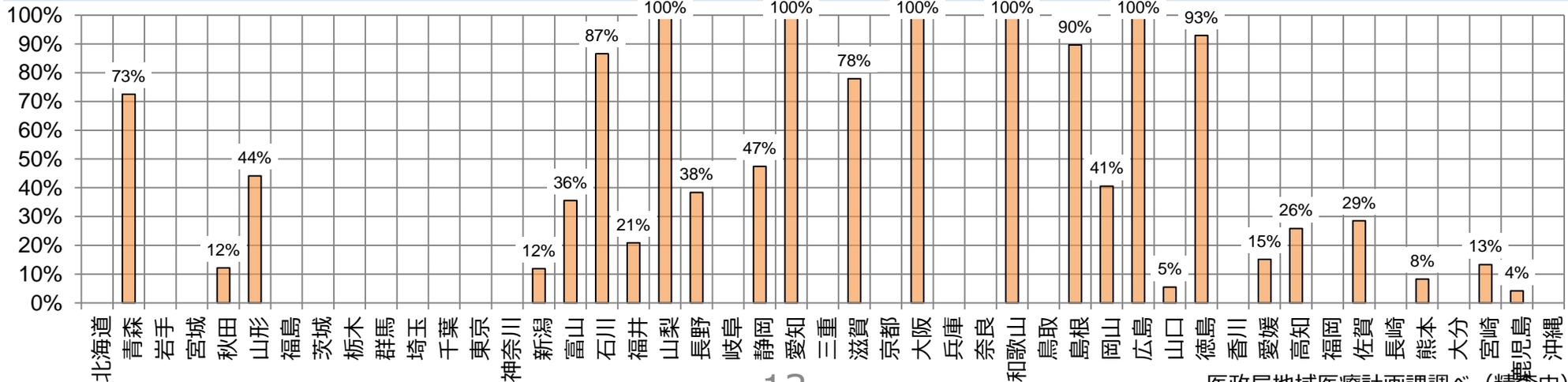
（注）平成29年度（平成29年10月実施）の病床機能報告を基にした集計である。



## ■非稼働病棟を有する医療機関に対する調整会議での議論の状況

（議論済み（議論継続中を含む）の病棟の病床数／非稼働病棟の病床数）

（平成30年6月末時点）



# 地域医療構想調整会議における議論の状況（公立・公的等）

## 新公立病院改革プラン 及び 公的医療機関等2025プランの議論の状況

（平成30年6月末時点）

### プラン策定状況

#### ◆新公立病院改革プラン

策定対象	87	24	27	29	12	23	12	8	4	13	13	29	17	19	26	12	16	7	14	21	18	25	26	17	12	13	22	41	11	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	17	7	14	17	5	17	12	7	
策定済み	86	24	27	29	12	23	12	8	4	13	13	29	17	19	26	12	16	7	14	21	18	25	26	17	12	13	22	41	10	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	16	7	14	17	5	17	12	7	
未策定	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

#### ◆公的医療機関等2025プラン

策定対象	47	6	8	14	15	5	21	25	12	11	19	18	62	41	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	17	41	20	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	10	11	16	15	9	15	9
策定済み	46	6	8	14	15	5	20	25	12	11	16	18	62	41	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	15	41	20	6	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	10	11	15	15	9	15	9
未策定	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-

北海道 青森 岩手 宮城 秋田 山形 福島 茨城 栃木 群馬 埼玉 千葉 東京 神奈川 新潟 富山 石川 福井 山梨 長野 岐阜 静岡 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 鳥取 島根 岡山 広島 山口 徳島 香川 愛媛 高知 福岡 佐賀 長崎 熊本 大分 宮崎 鹿児島 沖縄

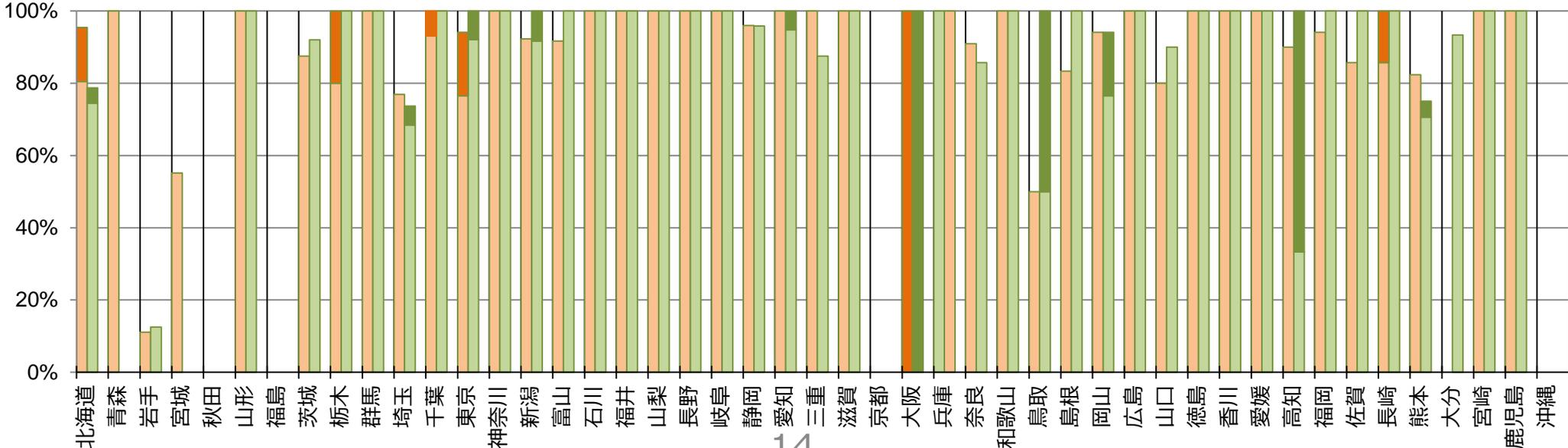
### 議論の実施率

（実施率＝議論開始施設数／対象施設数）

■ 新公立病院改革プラン

■ 公的医療機関等2025プラン

濃い色の部分が、3月末→6月末の増加分



# (参考) 議論を開始していない都道府県における今後の予定等

	今後の予定	議論を開始できていない理由
秋田県	平成30年9月以降の調整会議にて議論を開始する予定。	昨年度は、公立病院改革プランは策定済みであったものの、公的医療機関のプラン策定は年度末になってすべての対象医療機関の策定が完了したとの事情により、調整会議での議論にはできなかった。
福島県	平成30年7月19日から順次議論を開始し、9月5日までにほとんどの公立・公的病院の議論を開始する予定。 (原発事故等により休止中の病院を除く)	公立病院改革プランについて、総務省から出された通知には、地域医療構想との整合性を図る具体的な手法は記載されていなかったこともあり、該当する記載内容が構想の内容と整合性が図れていれば良く、調整会議での協議まで求められているという認識は持っていなかったため。 また、公立病院改革プランについても調整会議で協議するよう示された時点では、調整会議の開催が間に合わなかったため。 公的医療機関等2025プランについて、病院のプラン作成作業期間も考慮すると、調整会議での協議が間に合わせることが困難であったこと、協議時期等についても、必ずしも通知どおりにいかなくてもやむを得ないという見解をいただいたことから、当初より平成30年度に協議を行う方向で進めていたため。
京都府	平成30年7月	各地域の調整会議において、公立公的・私立を問わず、全ての病院について一斉に議論することとし、地域包括ケア構想の実現に向け、各病院がプランに準じた内容について共通の認識の下、相互に理解し地域での各病院の役割を確認することとしている。
沖縄県	平成30年8月	医療機関が策定した新公立病院改革プランは、将来の機能別の病床数等の記載がなく、2025プランと同列に議論できる内容でないことから、改めて公立病院に2025プランの策定を依頼し、議論することとしたため。 各公的医療機関等が策定した2025プランの内容が、各圏域で開催する沖縄県地域医療対策会議(調整会議に相当)で協議を行う前に、記載内容を整理する必要があったため。

# 具体的対応方針のとりまとめ状況①（全国）

「地域医療構想の進め方について」抜粋

○ 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

## ■開設主体別別

### 新公立病院改革 プラン対象病院

施設数  
でみた場合



### 公的医療機関等 2025プラン対象病院

合意済み施設数



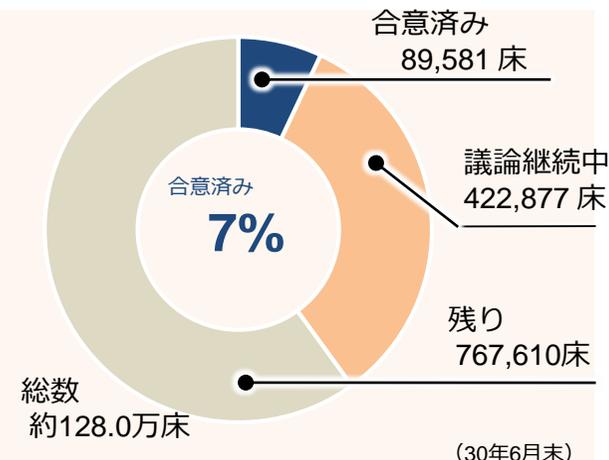
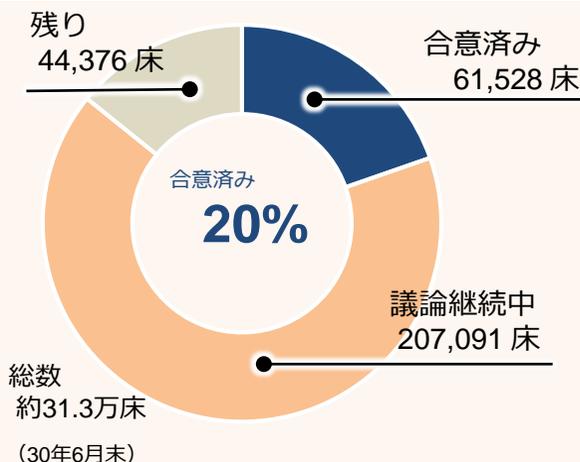
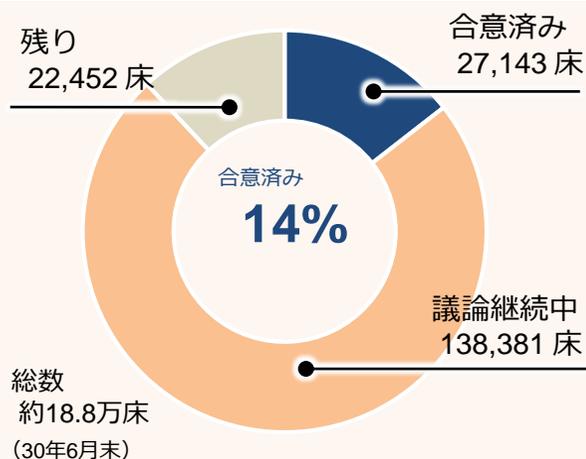
### その他の医療機関

3月末：9病院 6月末：11病院  
1診療所

### 全ての医療機関計



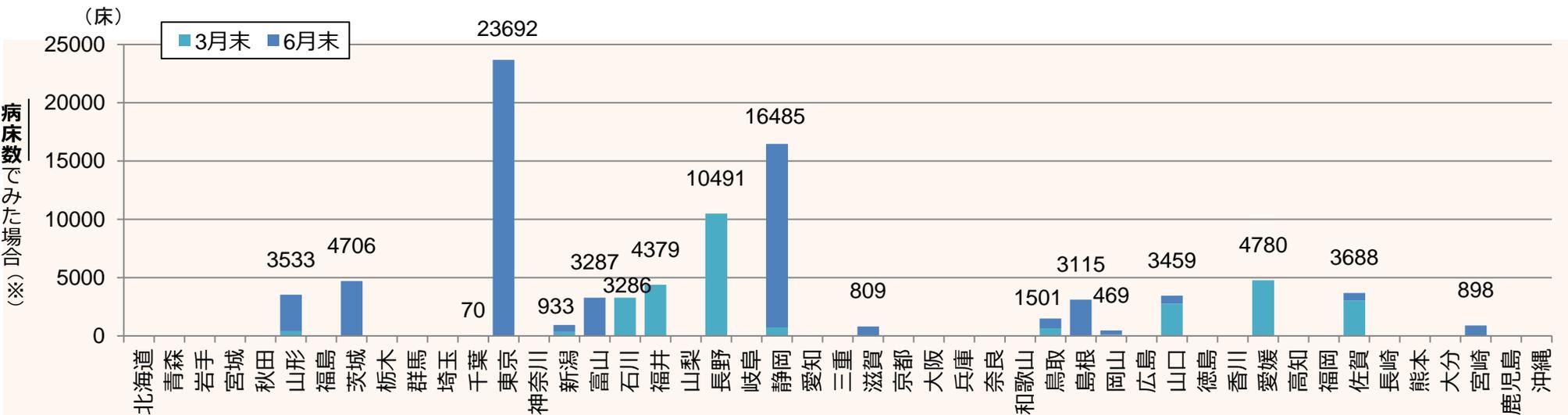
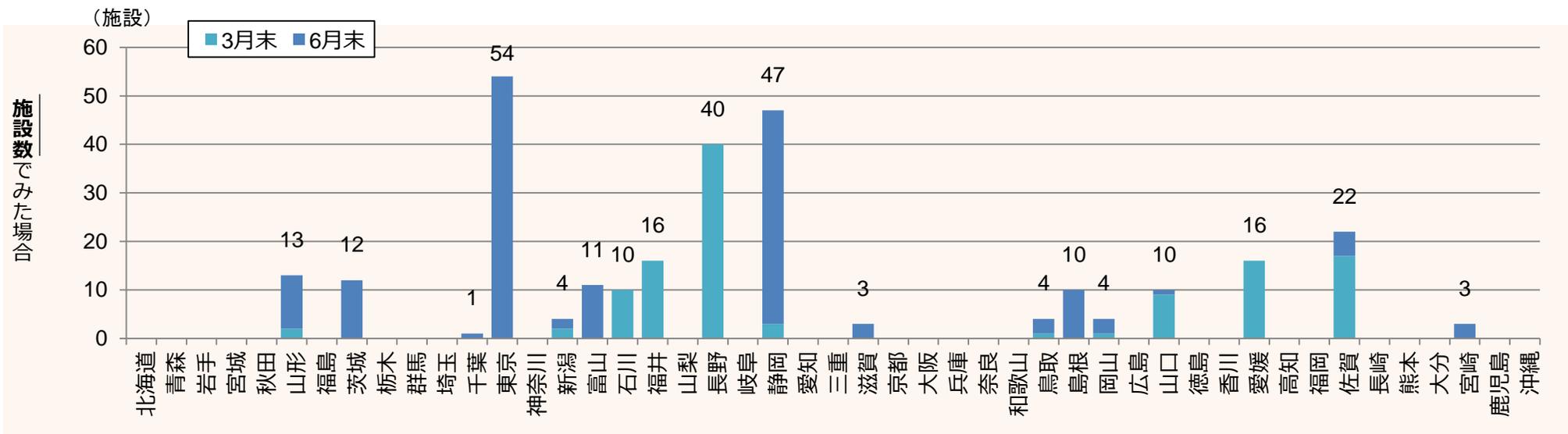
病床数  
でみた場合(※)



(※) 病床機能報告で報告のあった病床数に基づき算出した。

# 具体的対応方針のとりまとめ状況②（都道府県ごと）

## 都道府県別



(※) 病床機能報告で報告のあった病床数に基づき算出した。

# 「経済財政運営と改革の基本方針」を踏まえた地域医療 構想の進め方について

## 【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。していただきたいと思っております。

平成30年5月21日

2040年を見据えた社会保障の将来見通しとともに、様々な面から見た医療の地域差を明らかにしました。

2025年には団塊の世代が全て75歳以上となり、医療や介護のニーズも大きく変わっていくことが見込まれます。それまでに、それぞれの地域で、どの患者も適切な医療や介護を行う場所で受けられるようにしていく必要があります。

このための第一の重要なステップが、目指すべき将来像を明らかにする地域医療構想の策定です。これについては、昨年3月までに、全都道府県で無事、完了しました。

次の重要なステップは、2025年までに目指す医療機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定です。これについては、各地域において平成29年度、30年度の2か年をかけて集中的な検討を行うこととなっています。したがって、地域医療構想の着実な実現には、この30年度が非常に重要な年となります。

このため、厚生労働大臣におかれては、今年秋を目途に、全国の対応方針の策定状況を中間報告していただき、先進事例を横展開するなど、今年度中の対応方針の策定を後押ししていただきたいと思います。

さらに、2025年の地域医療構想の実現に向け、病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療、介護のための基金や診療報酬改定等、これまでの推進方策の効果、コストを検証していただきたいと思います。あわせて、有識者の意見も伺いながら、更なる実効的な推進方策について、厚生労働大臣を中心に検討、実施していただきたいと思

# 「経済財政運営と改革の基本方針」を踏まえた地域医療構想の進め方について

- 「経済財政運営と改革の基本方針」では、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。」ことが求められている。
- このため、個別の医療機関が、2025年の病床機能の予定をどのように考えているのか、調整会議で共有した上で、今年度中に全ての医療機関が具体的対応方針を合意できるように協議を促していく必要がある。
- また、2025年の病床機能の予定については、平成29年度の病床機能報告において任意報告となっているため、報告対象医療機関のうち、約51%の医療機関のみしか把握できていない。このため、平成30年度の病床機能報告に向けて改善策を講じる必要がある。



- 平成29年度の病床機能報告データを活用して、個別の医療機関の6年後及び2025年の病床機能の予定を調整会議で共有し、今年度中に将来の病床機能を合意できるよう協議を促す。
- 平成30年度の病床機能報告では、6年後の病床機能の予定を報告するのではなく、2025年の病床機能の予定を報告するように改めるとともに、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

## 2. 都道府県単位の調整会議

# 1. 地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に関する論点

第13回地域医療構想 に関するWG	資料 2
平成30年5月16日	

- 地域医療構想調整会議の参加者は様々な主体から構成されており、議長は郡市医師会が担っている区域が71%と最も多くを占め、事務局は都道府県（本庁）以外の保健所などが担っている区域が74%と最も多くを占めている。このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関等の関係者と連携しながら円滑に取り組むためには、参加者や議長や事務局との間で、地域医療構想の進め方について、正しく認識を共有する機会を定期的に設ける必要がある。
- 一部の都道府県では、構想区域ごとの地域医療構想調整会議に加えて、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置するとともに、事務局が医療関係者と十分に意見交換を行った上で、データ整理を行い、地域の実情にあった論点提示を行うことで、地域医療構想調整会議の活性化につながっている。このような取組が横展開するように、事務局機能を補完する仕組みを構築する必要がある。



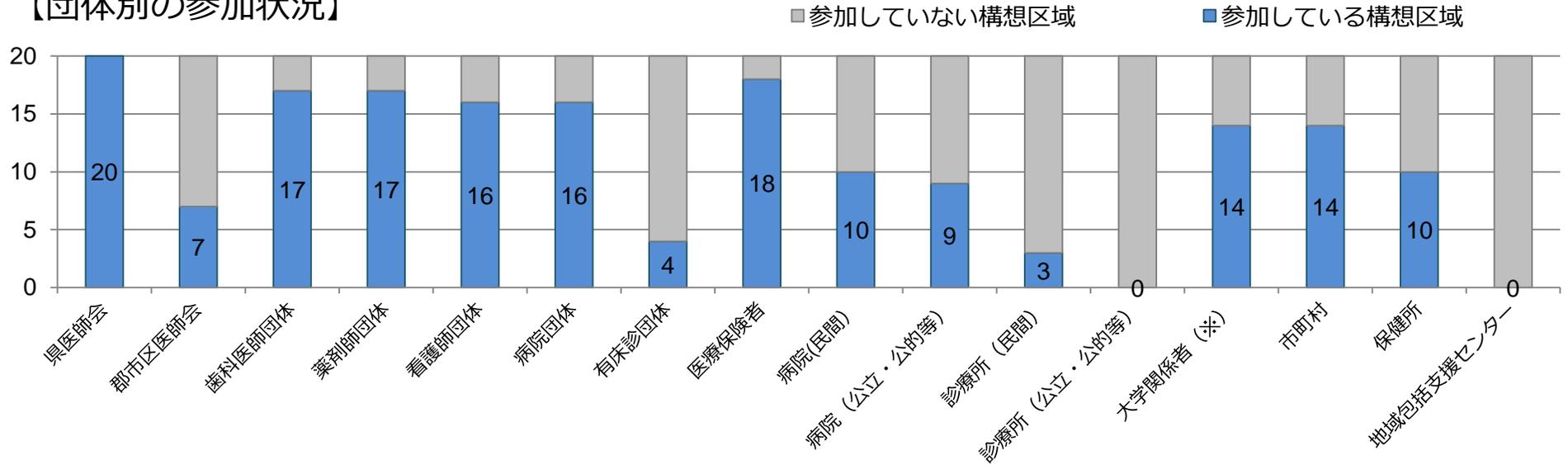
- 地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けて、
  - ① 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨
  - ② 都道府県主催研修会の開催支援
  - ③ 地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成について具体的に検討を進めてはどうか。

# 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置状況①

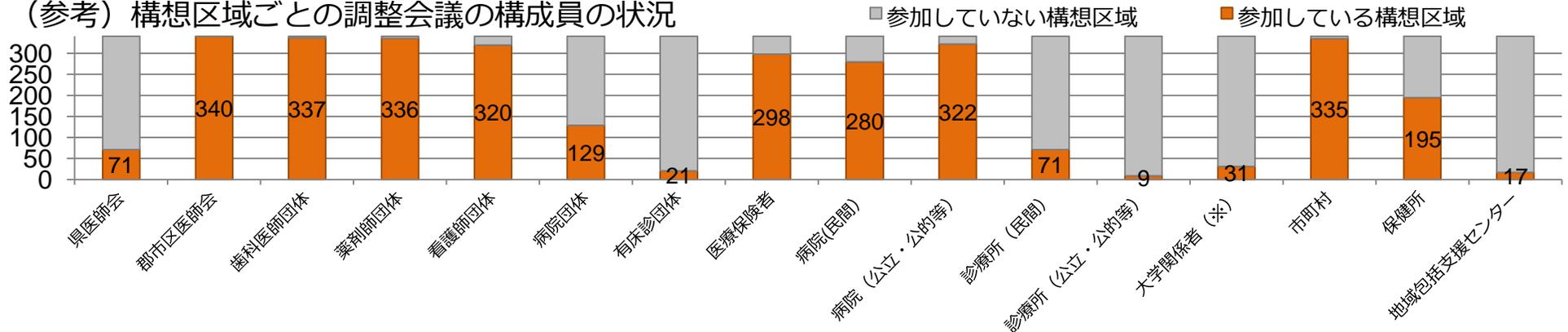
○会議の設置状況： 設置済み20都府県

○20の会議の構成員の状況

## 【団体別の参加状況】



## (参考) 構想区域ごとの調整会議の構成員の状況



# 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置状況②

## ○20の会議の構成員の状況

### 【構想区域ごとの調整会議議長の参加状況】

全構想区域の議長が参加している	: 2 県
一部の議長が参加している	: 6 県
参加していない	: 12 県

## ○20の会議の主な議事

- ・ 医療計画の見直しに関する事
- ・ 調整会議の運営方針に関する事
- ・ 病床機能報告のデータ分析に関する事
- ・ 地域医療構想の取組状況、今後の進め方に関する事 等

## ○20の会議の、既存会議との併用状況

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| ・ 都道府県医療審議会を活用     | : 4 県 |
| ・ 都道府県地域医療対策協議会を活用 | : 2 県 |
| ・ その他既存の会議体を活用     | : 5 県 |
| ・ 他の会議体とは併用していない   | : 9 県 |

## 佐賀県地域医療構想調整会議の構成

- 県調整会議は、地域医療構想に関する協議方針など全県的事項を協議。構想区域分科会は、個別具体的な協議を実施。
- 協議の要である分科会座長（郡市医師会長）と基幹病院長の多くが、県調整会議と構想区域分科会の双方に参加。問題意識の共有などが図りやすい構成。
- 構想区域分科会は、医療計画作成指針上の「圏域連携会議」の性格を併せ持ち、地域における医療提供体制全般を協議できると整理。

佐賀県 地域医療構想調整会議	議 長：県医師会長、 副議長：県健康福祉部長 構成員：県医師会副会長、 <u>全都市医師会長</u> 、病院協会代表、有床診療所協議会会長、 <u>特定機能病院・地域医療支援病院長 5 名</u> 、歯科医師会長、薬剤師会長、看護協会会長、 保険者協議会会長 その他：全日病副会長がオブザーバー参加
中部構想区域分科会	座 長： <u>郡市医師会長のうち 1 名</u> 副座長：保健福祉事務所保健監 構成員：郡市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会代表、 <u>特定機能病院長、地域医療支援病院長</u> 、自治体病院長等、郡市歯科医師会代表、郡市薬剤師会代表、看護協会代表、保険者協議会代表、介護老人保健施設代表、全介護保険者・市町介護保険担当課長 その他：協議事項に関係する病院長、オブザーバー参加病院長等
東部構想区域分科会	
北部構想区域分科会	
西部構想区域分科会	
南部構想区域分科会	

# 埼玉県地域医療構想推進会議

## ○「埼玉県地域医療構想推進会議」の構成員

県医師会、県内医療機関院長（高度急性期～慢性期）、介護福祉施設関係者、学識経験者、市町村行政関係者、保健所長

## ○最近の主な議題

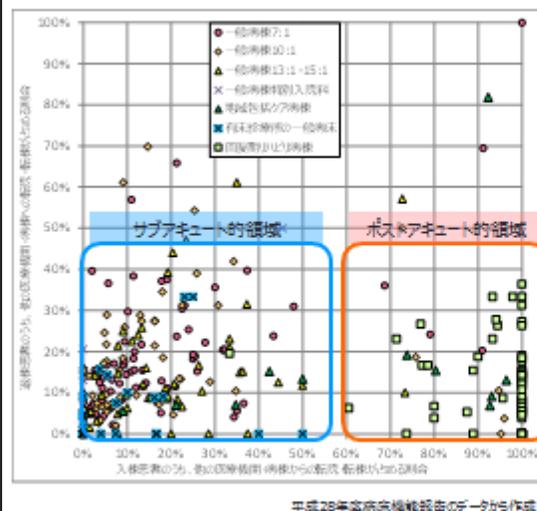
- ・病床機能報告データ等を用いた医療提供体制分析  
（客観的指標を用いた医療機能区分の設定、回復期の病床の類型化・具体化）

### 高度急性期・急性期の区分(区分線1)のしきい値

○A～Jのいずれかを満たす病棟の割合は、救命救急・ICU等で92.5%

区分線1で認定急性期に分類する要件	しきい値	該当する病棟の割合				
		救命・ICU 7:1 [%]	一般病棟 7:1以外 [%]	有床診療 一般病棟 [%]	地域包括 ケア病棟 [%]	地域包括 ケア病棟 [%]
手術						
A 救命救急手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	40.0%	1.7%	0.0%	2.6%
B 緊急手術・緊急手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	17.5%	3.7%	0.0%	0.0%
がん						
C 悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	22.5%	2.0%	0.0%	0.0%
臨床中						
D 急性性脳卒中治療	あり	あり	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%
E 脳血管内手術	あり	あり	21.3%	1.7%	0.6%	0.0%
臨床中						
F 臨床的救急対応	0.5回/月・床以上	20回/月以上	27.5%	2.8%	1.7%	1.3%
臨床中						
G 救命救急施設	あり	あり	7.5%	1.7%	0.0%	0.0%
病棟						
H 救命救急に該当する病棟(下記の合計)						
救命救急手術	0.2回/月・床以上	8回/月以上	66.3%	3.1%	2.6%	0.0%
救命救急手術	0.2回/月・床以上	8回/月以上	66.3%	3.1%	2.6%	0.0%
I 急性性脳卒中に該当する病棟(下記の合計)						
急性性脳卒中治療	0.2回/月・床以上	8回/月以上	48.8%	2.3%	0.6%	0.0%
脳血管内手術	0.2回/月・床以上	8回/月以上	48.8%	2.3%	0.6%	0.0%
J 臨床的救急に該当する病棟(下記の合計)						
臨床的救急対応	8.0回/月・床以上	320回/月以上	46.3%	2.3%	0.0%	0.0%
救命救急手術	8.0回/月・床以上	320回/月以上	46.3%	2.3%	0.0%	0.0%
合計			92.5%	16.8%	4.0%	0.0%

### 回復期の病棟における入退棟の流れ(入院料別、小児科除く)



- ・全般に、医療機関以外(家庭・施設等)への退院が多い
- ・回復期リハビリ病棟は、他の病院・病棟からの転院・転棟が多い  
⇒ **ポストアキュートの機能**
- ・一般病棟・有床診療の病床は、医療機関以外(家庭・施設等)からの入院が多い  
⇒ **サブアキュートの機能**
- ・地域包括ケア病棟は、ポストアキュートの機能からサブアキュートの機能にまたがる

# 高知県地域医療構想調整会議連合会

## 構想区域ごとの地域医療構想調整会議①

### 会議体と議事の振り分けについて



医療法第30条の14による調整会議

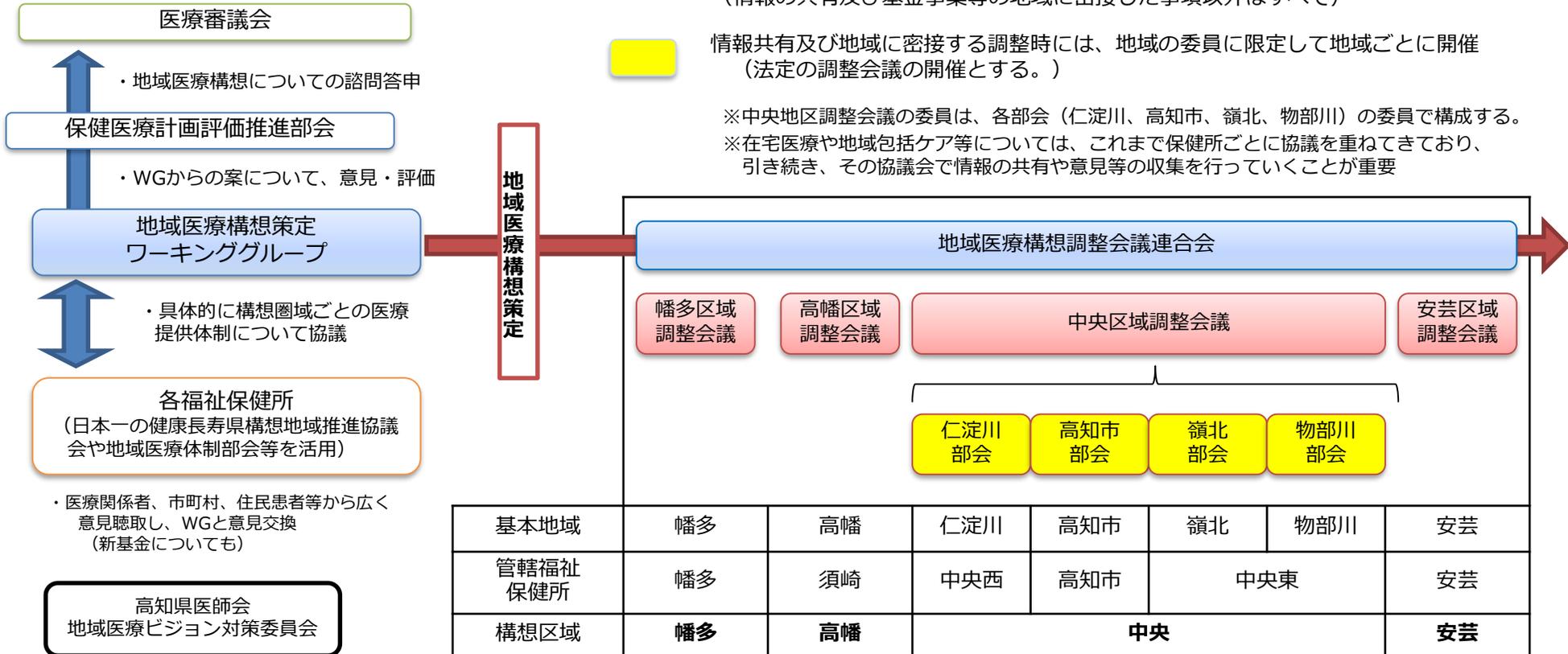


高度急性期等広域で調整が必要な時に開催  
(情報の共有及び基金事業等の地域に密接した事項以外はすべて)



情報共有及び地域に密接する調整時には、地域の委員に限定して地域ごとに開催  
(法定の調整会議の開催とする。)

※中央地区調整会議の委員は、各部会（仁淀川、高知市、嶺北、物部川）の委員で構成する。  
※在宅医療や地域包括ケア等については、これまで保健所ごとに協議を重ねてきており、引き続き、その協議会で情報の共有や意見等の収集を行っていくことが重要



#### 【地域医療構想調整会議連合会について】

- 高知県の特殊事情として、中央地区への患者流入が多数あり、病床に係る協議は各区域では完結しないものは、各区域の調整会議における協議を経た後、連合会で調整等を図る。
- 連合会の委員は、保健医療計画評価推進部会（構想策定後にワーキンググループの構成員を継承して改組）に、各地区調整会議の議長を加えて構成。

# 都道府県単位の地域医療構想調整会議に関する論点と具体策（案）

- 都道府県単位の地域医療構想調整会議は、大半の都道府県において設置されていない。現に設置されている20の都道府県では、参加者や協議事項に違いがある。都道府県によっては、新たに会議体を設置していたり、医療計画全体の議論を行う既存の会議体を活用していたりする。
- 今後、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨するにあたり、地域医療構想調整会議の活性化につながるよう、先進的な都道府県の取組を参考に、その役割や協議事項や参加者等について以下のとおり整理してはどうか。

## <都道府県単位の地域医療構想調整会議の具体的な役割等>

- (役割) ・ 地域医療構想の達成に向けて各構想区域における調整会議での議論が円滑に進むように支援する。
- (協議事項) ・ 各構想区域における調整会議の運用に関すること（調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）  
・ 各構想区域における調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意状況、再編統合の議論の状況など）  
・ 各構想区域における調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）  
・ 病床機能報告制度等から得られるデータ分析に関すること（定量的な基準など）  
・ 広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）
- (参加者) ・ 各構想区域の調整会議の議長  
・ 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者
- (その他) ・ 既存の会議体を活用し、効率的に運用すること

3. 平成30年度病床機能報告  
おおよびその定量的な基準  
(急性期医療を全く提供していない病棟)

# 「一般病床の機能分化の推進についての整理」

(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ報告書) 抜粋

第 1 4 回 地 域 医 療 構 想	資 料
に 関 する W G	
平 成 3 0 年 6 月 1 5 日	2 - 2

## 1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報を元に、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。  
この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

## 2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- **各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。** その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ **報告は、病棟単位を基本とする。**

## 3. (略)

# 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について」

(平成26年7月24日病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会) 抜粋

第 1 4 回 地 域 医 療 構 想	資 料
に 関 する W G	
平 成 3 0 年 6 月 1 5 日	2 - 2

## II 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について

### 1. 医療機関が報告する医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は病棟単位で（※）、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている（「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月急性期医療に関する作業グループ））。

- 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 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
急性期機能	○ 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	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療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	○ 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

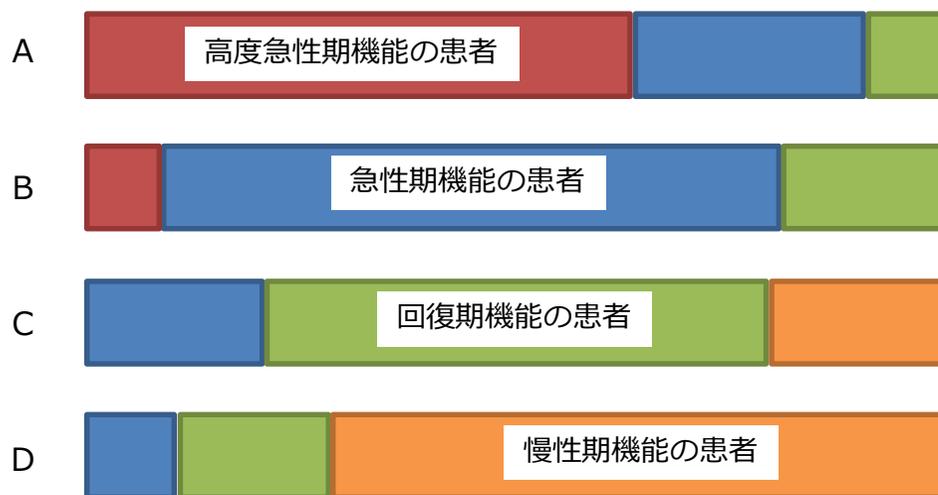
- 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つを選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関は、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告項目を、都道府県に報告することとする。

- 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

# 医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、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、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、  
「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

# 病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 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	○ 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	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療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	○ 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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

## 高度急性期機能

○ 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

○ 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

○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療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

○ 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

- 救命救急入院料
- 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
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料
- 地域包括ケア病棟入院料（※）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

# 地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」  
(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。例えば回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を指すものであり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。**

しかしながら、**この点の理解が不十分**であるために、これまでの病床機能報告では、**主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在**することが想定される。

また、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**回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供**されていたり、**在宅医療の支援のため急性期医療が提供**されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、**現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定される。**

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと**、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析**を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

# 平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

## 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

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在/今後の方向) ※任意で2025年時点の医療機能の予定
	許可病床数、稼働病床数
	医療法上の経過措置に該当する病床数
	一般病床数、療養病床数
	算定する入院基本料・特定入院料
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数
	主とする診療科
	DPC群
	総合入院体制加算
	在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数)
	三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無
	高額医療機器の保有状況 (CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)等)
	退院調整部門の設置・勤務人数
入院患者の状況	新規入院患者数
	在棟患者延べ数
	退棟患者数
	入棟前の場所別患者数
	予定入院・緊急入院の患者数
	退棟先の場所別患者数
	退院後に在宅医療を必要とする患者数

幅広い手術治療がん・脳卒中・心筋梗塞等への対応	手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数
	人工心肺を用いた手術
	胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数
	悪性腫瘍手術件数
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療件数、化学療法件数
	がん患者指導管理料
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
	超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術分娩件数
	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算
	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧持続測定
救急医療の実施	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合
	院内トリアージ実施料
	夜間休日救急搬送医学管理料
	精神科疾患患者等受入加算
	救急医療管理加算
	在宅患者緊急入院診療加算
	救命のための気管内挿管
	体表面ペースティング法/食道ペースティング法
	非開胸的心マッサージ、カウンターショック
	心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法
	休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)
	救急車の受入件数

急性期後・在宅復帰への支援	退院支援加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算
	地域連携診療計画加算、退院時共同指導料
全身管理	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料
	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
リハビリテーション	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
	経管栄養カテーテル交換法
	疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算、初期加算、摂食機能療法
	リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
	入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合
障害者等の受入	平均リハ単位数/1患者1日当たり、1年間の総退院患者数
	1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数
	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
多様な診療所の連携	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
	強度行動障害入院医療管理加算
の連携	往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数(院内/在宅)
	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
の連携	過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
	歯科医師連携加算
	周術期口腔機能管理後手術加算
	周術期口腔機能管理料

# 具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

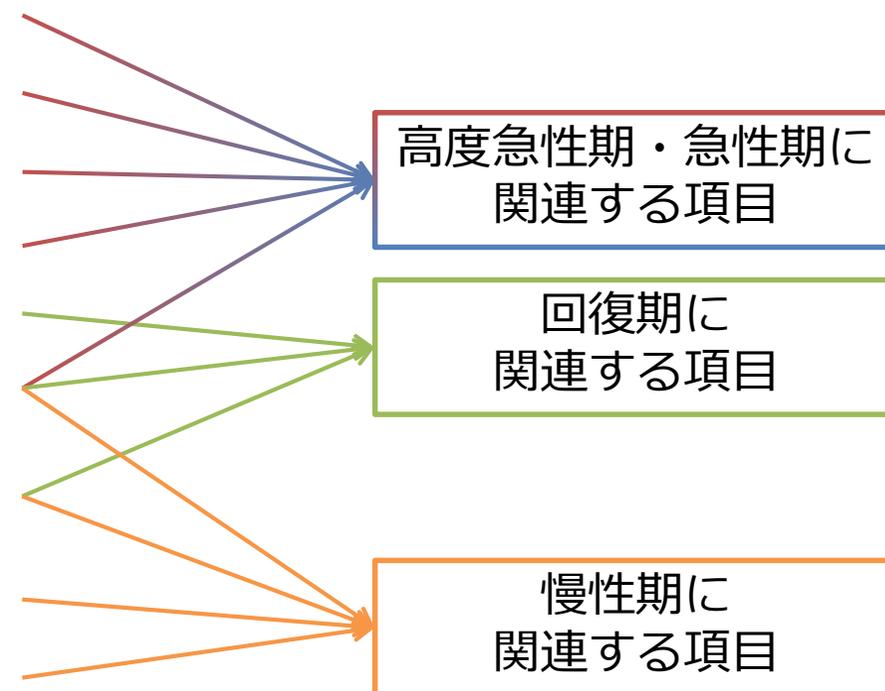
- 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

第10回地域医療構想 に関するWG	資料
平成29年12月13日	2-2

## 【具体的な医療の内容に関する項目】

<様式2>

- 3. 幅広い手術の実施状況
- 4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
- 5. 重症患者への対応状況
- 6. 救急医療の実施状況
- 7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
- 8. 全身管理の状況
- 9. 疾患に応じたリハビリテーション・  
早期からのリハビリテーションの実施状況
- 10. 長期療養患者の受入状況
- 11. 重度の障害児等の受入状況
- 12. 医科歯科の連携状況

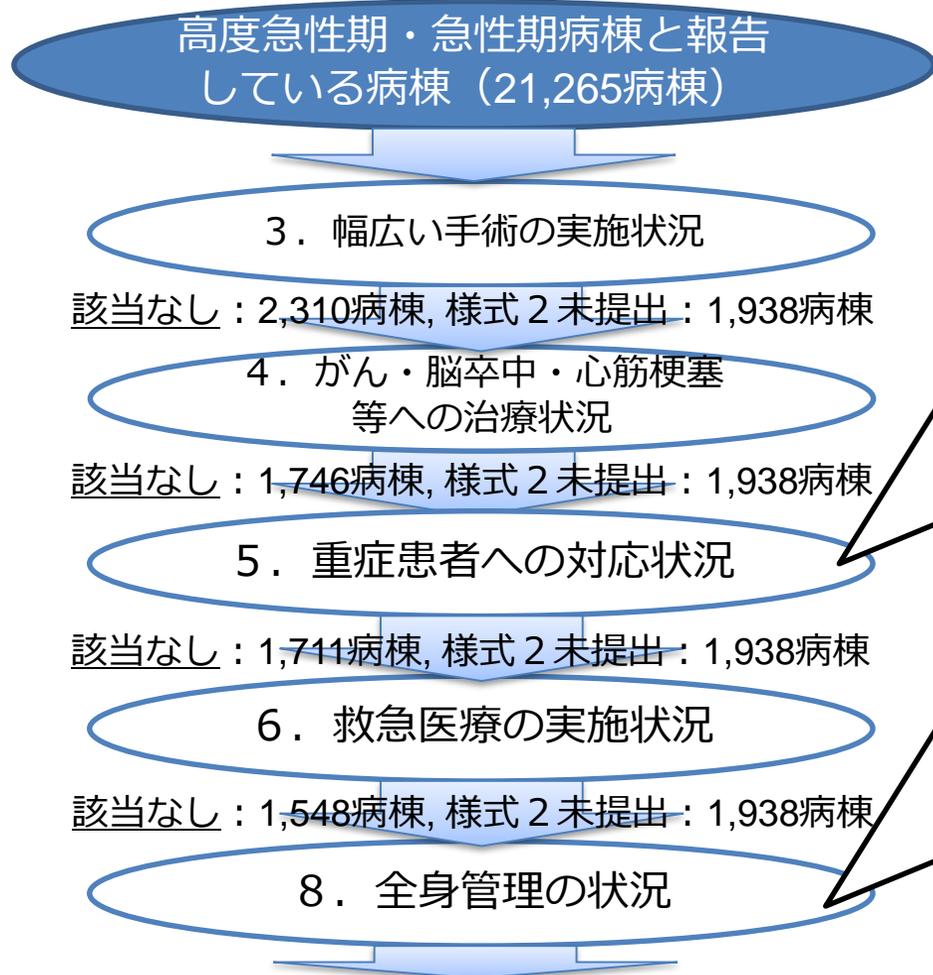


# 急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

- 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 3-1



重症患者への対応	・ハイリスク分娩管理加算
	・ハイリスク妊産婦共同管理料
	・救急搬送診療料
	・観血的肺動脈圧測定
	・持続緩徐式血液濾過
	・大動脈バルーンパンピング法
全身管理	・経皮的心肺補助法
	・補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	・頭蓋内圧持続測定
	・血漿交換療法
	・吸着式血液浄化法
	・血球成分除去療法

重症患者への対応	・中心静脈注射
	・呼吸心拍監視
	・酸素吸入
	・観血的動脈圧測定
	・ドレーン法
	・胸腔若しくは腹腔洗浄
全身管理	・人工呼吸
	・人工腎臓
	・腹膜灌流
	・経管栄養カテーテル交換法

「全項目該当なし：1,076病棟」 + 「様式2未提出：1,938病棟」  
= 3,014病棟 (約14%)

地域医療構想調整会議で機能について確認

## 4. 都道府県の実情に合わせた定量的な基準による議論の活性化

# 背景

病床機能報告に関しては、その内容等について、

① 回復期機能に該当する病棟は、**回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、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こと

② 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**されていること

により、**詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。**

# 医政地発0816 第1号

## 平成30年8月16日（内容）

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

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、本年度中に、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。

## 「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

○ 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、

- ・ ①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
- ・ ③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする

ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	<p>病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数</p> <p><u>※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u></p> <p>病棟A <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">急性期の患者</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">回復期の患者</span> ←可能な限り客観指標で把握</p>
②回復期への転換確実	<p>調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数</p> <p><u>※病床機能報告のタイムラグを補正</u></p>
③回復期に近い急性期	<p>病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数</p> <p>病棟B <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">急性期の患者</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">回復期の患者</span> ←平均在棟日数22日超のイメージ</p>

# (参考) 具体的対応方針について合意した 病院の再編事例

※30年3月末までに合意した事例

# 佐賀県の構想区域・医療提供体制の概況

- 75歳以上人口のピークは、2035年。5圏域中、3圏域（北部・西部・南部）は人口減少が顕著。
- 医療機関数、病床数、スタッフ数などは全国水準を上回る（＝not需給充足）が、1病院あたりの規模が小さい。
- 中核病院（大学、県、日赤、NHO）が県庁所在市に集中していないことから、医療圏単位で地域連携がある程度構築。
- 3次救急へのアクセスが良く、救急は3次に集中（3次搬送率33%、SCR3次124.2・2次69.1）
- 医療法人が介護保険事業、有料老人ホーム等の施設事業に積極的に参入しており、介護に理解がある医療経営者が多い。

人口10万人当たり		佐賀県	全国
機関	病院	12.9	6.7
	一般診療所	83.5	80.0
病院	一般病床	771.9	702.3
	療養病床	522.0	258.5
	精神病床	510.0	263.3
有床診療所病床		291.5	81.5
医師数		276.7	240.1
看護職員数		1,718.9	1,055.2
理学療法士数		117.6	60.6
作業療法士数		65.9	33.1

構想区域	人口 (千人)	市町村 数	報告 対象 病院 数	報告対象有床診療所			報告対象有床診療所
				公立 病院	公的 医療 機関 等	その他	
中部圏域	349	5	34	4	4	26	58
東部圏域	125	4	12		1	11	17
北部圏域	129	2	15	1	2	12	22
西部圏域	75	2	9	1	1	7	15
南部圏域	155	7	23	1	1	21	39
県計	833	20	93	7	9	77	151



- 特定機能病院・地域医療支援病院
- ▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

1病院あたりの一般病床数	
全国	104.8
佐賀	59.8

公立・公的病院／全病院	
病院数	17.2%
病床数	33.4%

# 佐賀東部保健医療圏について（事例①）

【人口】約12.5万人（1市3町）

※県内で最も人口密度が高く、約793人/m<sup>2</sup>。人口減少率は低い。

【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般・療養病床数は県内最下位（約1,300床）

【受療動向】

隣県への流出及び流入が県内では比較的高い

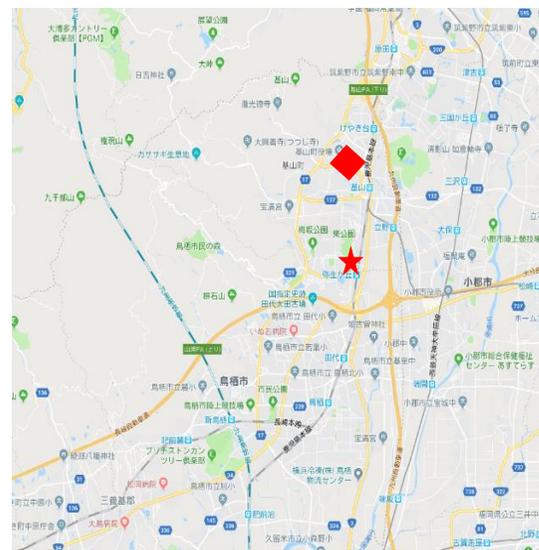
【医療提供体制】

中心部の鳥栖市に公立・公的病院はなく、比較的民間の医療機関を中心に医療提供がなされているが、福岡県との県境であり、隣県で受療する又は隣県から受療する傾向が一部に見られる。



● 特定機能病院・地域医療支援病院  
▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

医療機能 (東部)	平成28年病床 機能報告(床)	病床数の必要 量(床) (2025年)	病床数の必要 量(床) (2035年)
高度急性期	8	31	33
急性期	433	286	308
回復期	278	472	511
慢性期	1,035	559	588
合計	1,754 ※未回答等含まず	1,348	1,440



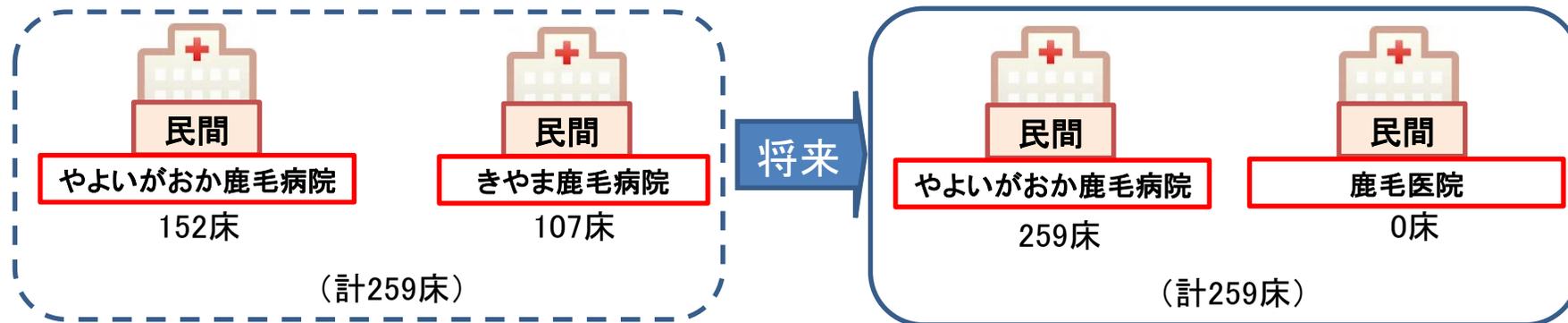
★ やよいがおか鹿毛病院  
◆ きやま鹿毛病院

# 病院再編の概要（事例①）

## 【概要】

系列の民間病院2病院で再編

- ・理由①: きやま鹿毛病院の建物老朽化・スタッフ確保難
- ・理由②: 予防から療養までの包括的治癒をスピーディーに



## (参考)医療機能の変更

病院名	やよいがおか鹿毛病院	きやま鹿毛病院	やよいがおか鹿毛病院	鹿毛医院
所在地	鳥栖市	三養基郡基山町	鳥栖市	三養基郡基山町
運営	医療法人清明会		医療法人清明会	
規模	急性期82床 地域包括20床 回復期リハ50床		急性期95床 地域包括45床 回復期リハ59床	
		医療療養107床	医療療養60床	
診療科目	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、外科、泌尿器科(人工透析)、リハビリテーション科	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、腎臓内科(人工透析)

# 佐賀南部保健医療圏について（事例②及び事例③）

【人口】約15万人（3市4町）

※県内でも人口密度が低く、約234人/m<sup>2</sup>。人口減少率は高い。

【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般・療養病床数は県内最上位（約1,900床）

【受療動向】

比較的圏内で完結している。

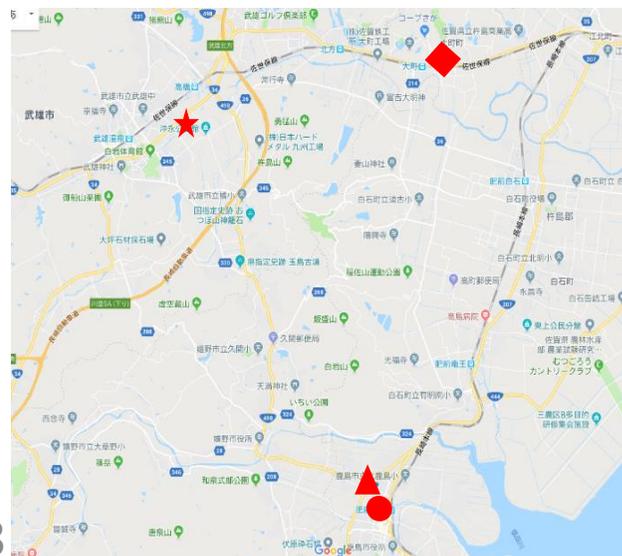
【医療提供体制】

高度急性期・急性期を担うNHO病院が圏内で偏在しており、急性期については複数の民間の医療機関とともに医療提供がなされている。



- 特定機能病院・地域医療支援病院
- ▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

医療機能 (南部)	平成28年病床 機能報告(床)	病床数の必要 量(床) (2025年)	病床数の必要 量(床) (2035年)
高度急性期	70	161	161
急性期	1,407	635	647
回復期	311	684	704
慢性期	1,009	521	549
合計	2,797 ※未回答等含まず	2,001	2,061



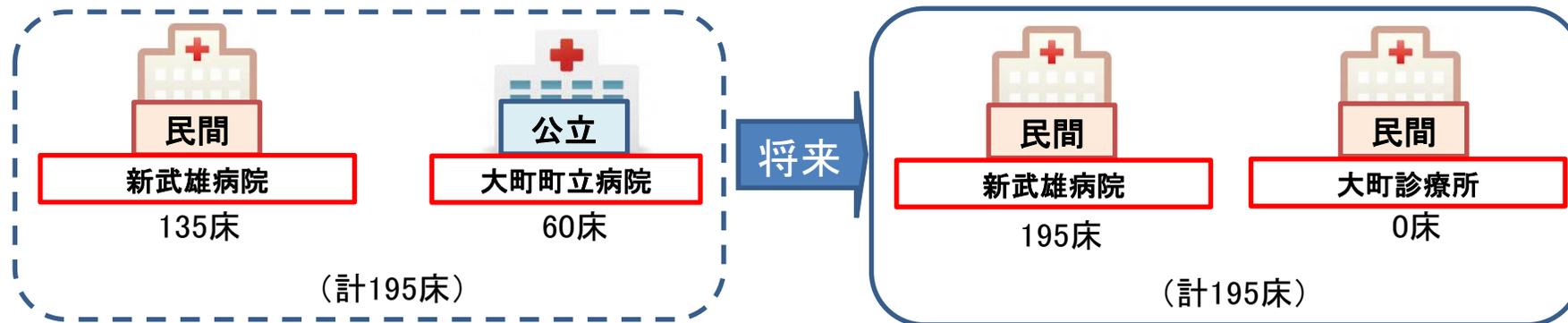
- ★ 新武雄病院
- ◆ 大町町立病院
- 志田病院
- ▲ 吉田病院

# 病院再編の概要（事例②）

## 【概要】

民間病院へ町立病院が経営移譲

- ・理由①: 大町町立病院の建物老朽化・経営環境の厳しさ増
- ・理由②: 回復機能の充実



## (参考)医療機能の変更

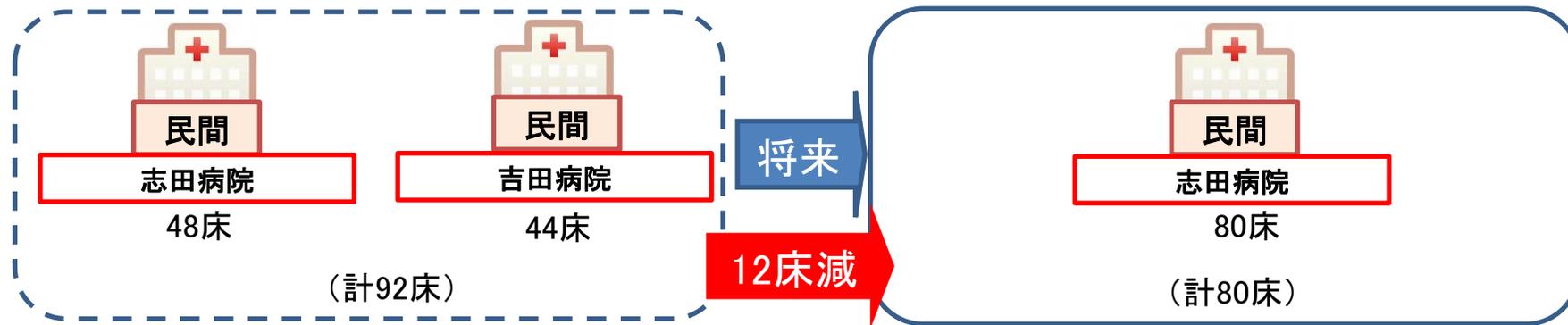
病院名	新武雄病院	大町町立病院	新武雄病院	大町診療所(仮称)
所在地	武雄市	杵島郡大町町	武雄市	杵島郡大町町
運営	一般社団法人巨樹の会	大町町	一般社団法人巨樹の会	
規模	高度急性期16床 急性期119床	急性期60床 →	高度急性期16床 急性期127床 回復期52床	
診療科目	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、眼科、外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、皮膚科、整形外科	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、リハビリテーション科、整形外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科

# 病院再編の概要（事例③）

## 【概要】

2民間病院で統合

- ・理由①: 運営の効率化
- ・理由②: 不足する回復期病床への対応



(参考)医療機能の変更

※回復期転換への補助制度利用予定

病院名	志田病院	吉田病院	志田病院
所在地	鹿島市	鹿島市	鹿島市
運営	医療法人天心堂	医療法人祐仁会	医療法人天心堂
規模	回復期リハ28床 地域包括12床 療養病床8床	療養病床44床	回復期リハ32床 地域包括28床 療養病床20床
診療科目	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科	内科、神経内科、胃腸科、循環器科、リハビリテーション科	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科