

地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

都道府県単位の地域医療構想調整会議

平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知
平成30年6月26日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

- **都道府県は、各構想区域の調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置**（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（地域医療構想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の状況、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）
 - ・病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
 - ・構想区域を超えた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）

（参加の範囲等）各構想区域の地域医療構想調整会議の議長を含む関係者

都道府県主催研修会

- **都道府県は、地域医療構想の進め方について、調整会議の議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修会を開催**（研修内容）
 - ・行政説明
 - ・事例紹介
 - ・グループワーク
 ※行政説明や事例紹介の実施に当たっては、厚生労働省の担当者を派遣

「地域医療構想アドバイザー」

- **厚生労働省は、各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、「地域医療構想アドバイザー」を養成**

（役割）

- ・都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
- ・地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること。

（活動内容）

- ・厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）
- ・担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）
- ・担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜）等

（選定要件）

- ・推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
- ・医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
- ・各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
- ・推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。
- ・推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。

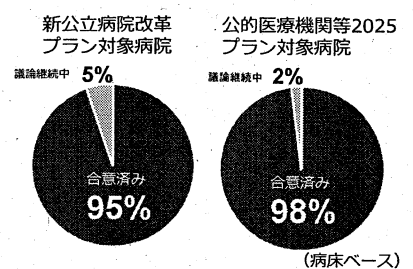
地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

第32回社会保障WG
（令和元年5月23日）資料1-1

1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**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ように要請した。
- **公立・公的医療機関等**でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末

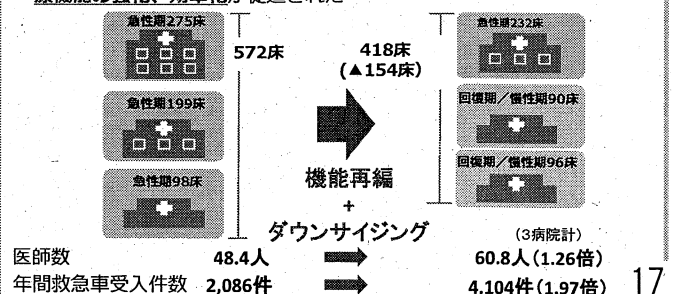


地域医療構想の実現のための推進策

- **病床機能報告における定量的基準の導入**
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、実績のない高度急性期・急性期病床を適正化
 - 【従前】手術、重症患者に対する治療等の実績が全くない病床 3.6万床（2017）
 - 【2018～】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可
- **2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命**
 - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等（36都道府県、79名（平成31年3月））
- **2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**
- **介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進**

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期/慢性期病院に再編し、**ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化が促進された**



地域医療構想調整会議における議論の状況

第21回地域医療構想に関するWG
(令和元年5月16日) 資料3

調整会議の開催状況

4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	計
101回 (91区域)	366回 (275区域)	355回 (240区域)	505回 (323区域)	1327回

病床機能報告の報告率

	6月末	9月末	12月末	3月末
病院	94.4%	96.5%	96.7%	96.8%
有床診療所	84.5%	87.6%	87.7%	87.8%

非稼働病床の病床数

	総数	方針の議論実施 (議論中含む)
病院	16,753床	14,836床(89%)
有床診療所	9,109床	5,778床(63%)

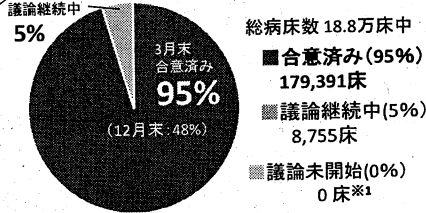
具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (2019年3月末時点)

新公立病院改革プラン対象病院

	12月末	3月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	347	771
うち議論継続中	464	51
うち議論未開始	12	1※1

※1 福島県の帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況(病床数については0で処理。)

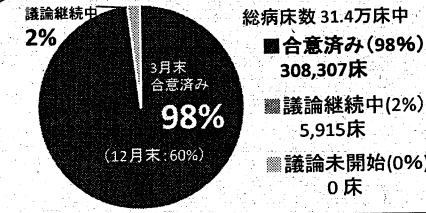
病床数に換算※2した場合(病院の規模に差があるため)



公的医療機関等2025プラン対象病院

	12月末	3月末
対象病院数	829	829
うち合意済み	486	810
うち議論継続中	337	19
うち議論未開始	6	0

病床数に換算※2した場合(病院の規模に差があるため)

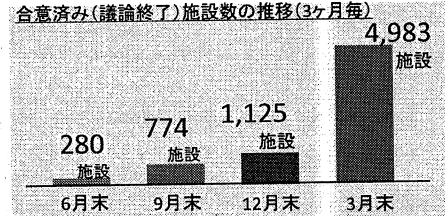


その他の医療機関

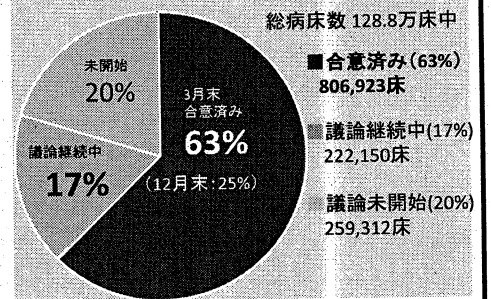
対象	5,660病院	6,736診療所
2025年に向けた対応方針の合意状況		
うち合意済み	2,228病院	1,174診療所
うち議論継続中	1,576病院	2,159診療所

※2 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。(未報告医療機関の病床数は含まれていない。)

全ての医療機関計



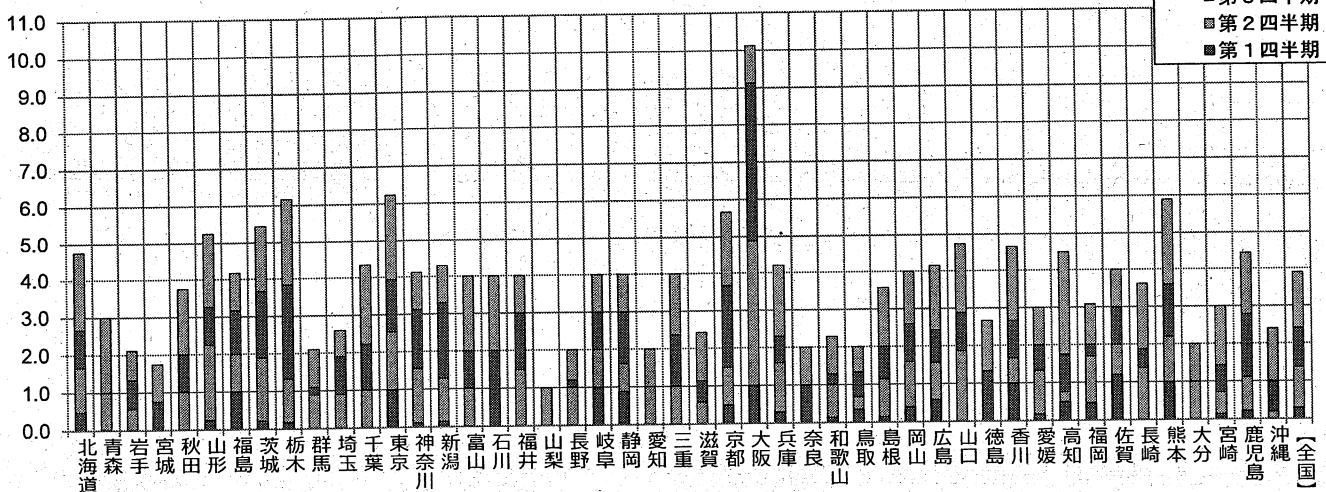
3月末時点における議論の状況 (病床数に換算した場合)



医政局地域医療計画課調べ(精18)

地域医療構想調整会議の開催状況

2018年度 調整会議の開催状況 (開催延べ回数/全構想区域) (2019年3月末時点)



(参考) 調整会議の実績のまとめ

	2017年度	2018年度
開催延べ数	1,067回	1,327回
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回

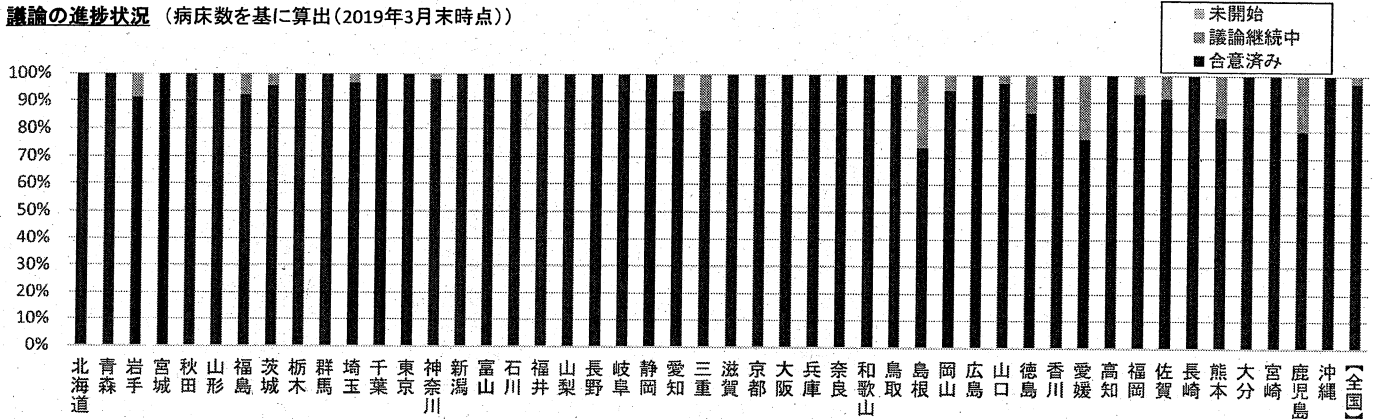
公立病院・公的病院に関する議論の状況

第21回地域医療構想に関するWG
(令和元年5月16日) 資料3

対象施設数 (2019年3月末時点)

	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県
公立 (計823)	87	24	27	29	12	23	12	8	4	13	13	29	17	19	26	12	16	7	14	21	18	25	26	15	12	13	22	42	11	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	17	7	14	18	5	17	12	7
公的等 (計829)	46	6	8	14	15	5	20	25	12	11	19	18	62	42	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	17	41	21	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	16	15	9	15	9
合計 (1,652)	133	30	35	43	27	28	32	33	16	24	32	47	79	61	47	23	26	16	19	49	33	49	64	31	21	30	63	63	18	18	14	20	34	41	35	20	23	28	16	67	16	25	34	20	26	27	16

議論の進捗状況 (病床数を基に算出(2019年3月末時点))



※ 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。
 ※ 福島県の議論未開始分(1公立病院)については、帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況。

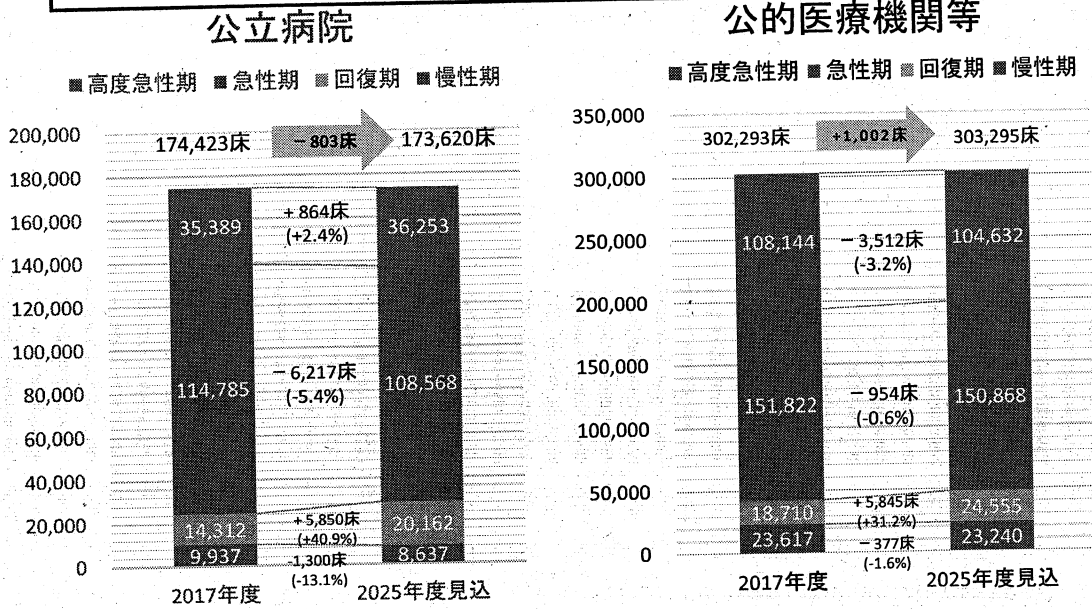
2018年度までに合意に至らなかった主な理由—都道府県へのヒアリング結果—

第21回地域医療構想に関するWG
(令和元年5月16日) 資料3

- 医療機関から示された具体的対応方針が、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているといえないことから、再検討することとなった。
- 複数病院の一部機能を、集約する方向で検討しているが、病床削減について、地域の医療提供体制に大きな影響が生じないよう慎重に議論しているため時間を要している。
- 再編統合等について、関係者間で意見が割れており、今後、医師確保などを含めた医療提供体制の具体的な在り方を示さないと議論が進まないため、その在り方の検討に時間を要している。
- 再編統合に動こうとしていたが、地元住民の反対により再編統合について再検討することとなった。
- 再編統合後の候補地について、関係自治体間で賛否が割れており、議論が進まない。

- 具体的対応方針に合意済みの公立病院・公的医療機関等の休眠等を除く高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四機能の病床について、2017年度の病床機能報告と、具体的対応方針に基づく2025年度見込による病床数を比較。

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

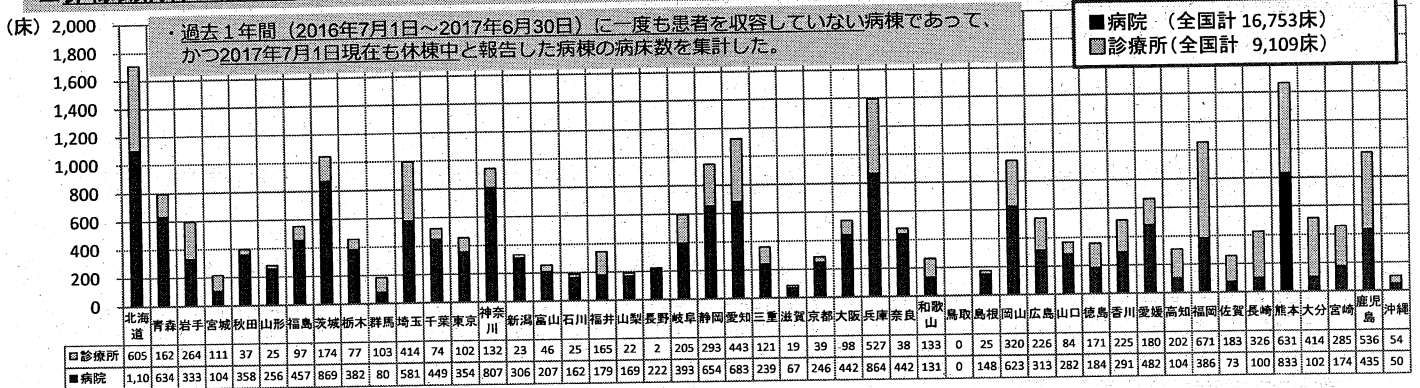


※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。
 ※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

非稼働病床の議論の状況

■非稼働病床の病床数

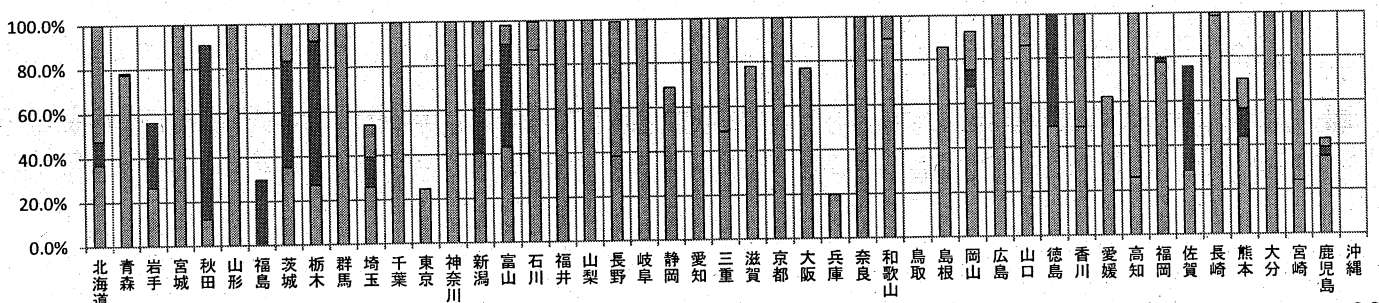
(注)2017年度(2017年10月実施)の病床機能報告を基にした集計である。



■非稼働病床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)の病床の病床数/非稼働病床の病床数)

■9月末 ■12月末 ■3月末



○ 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

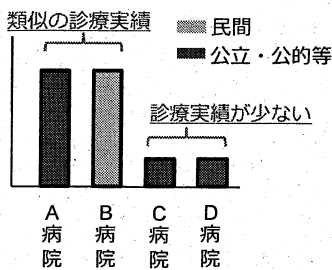
○ 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
A 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。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

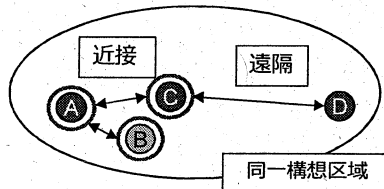
分析のイメージ

① 診療実績のデータ分析 (領域等(例:がん、救急等)ごと)



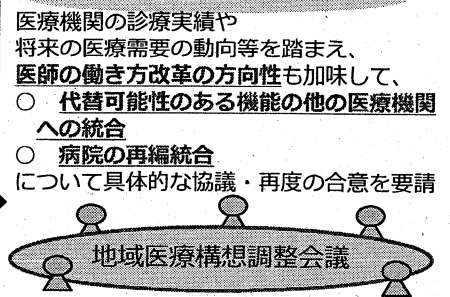
② 地理的条件の確認

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認



①及び②により「代替可能性あり」とされた公立・公的医療機関等

③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

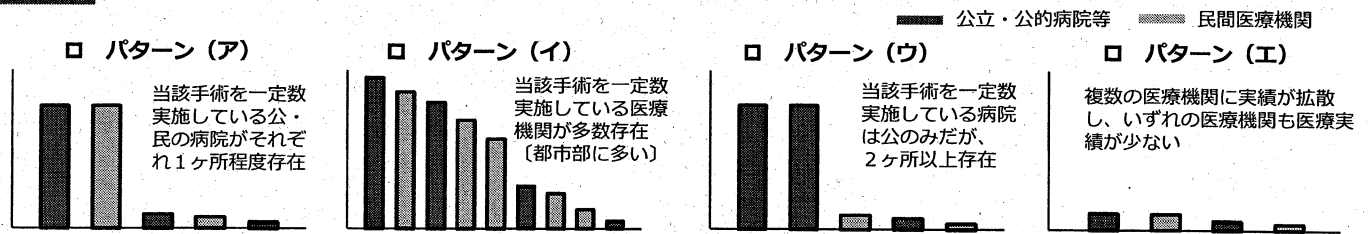


○ 今回の検証の要請に加え、厚生労働省自らも、地域ごとに助言・支援を実施することを検討

具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

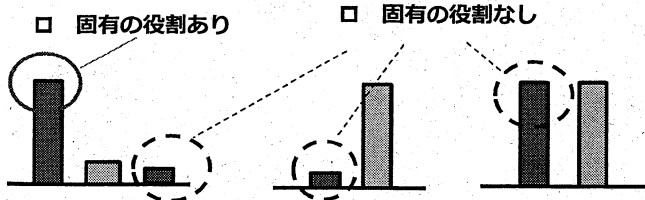
視点1

代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。



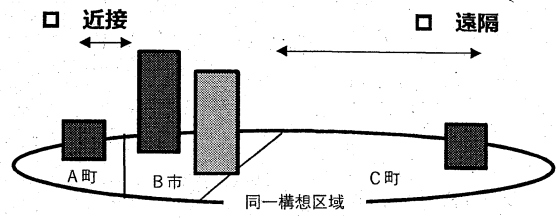
視点2

特定の手術以外の幅広い診療実績や、患者像を確認し、構想区域内で、当該医療機関に固有の役割があるか確認。



視点3

地理的条件(位置関係、移動に要する時間)を確認し、近接の度合いを確認。



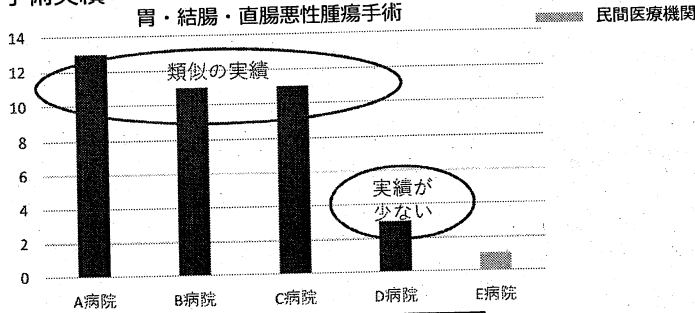
《評価の視点のイメージ》

- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。
- ② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて、地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。
- ③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、地理的条件等を踏まえ、他の医療機関等との近接状況を確認する。
- ④ 以上をふまえ、当該医療機関でなければ担うことができない機能への重点化が図られているとは言い難い公立・公的医療機関等は、再編統合やダウンサイジング、機能転換といった対応策を念頭に、地域医療構想調整会議での議論を更に深める。

A 構想区域の例

- 主要な手術の実績をみると、一定の実績を有するA～Dの公立・公的医療機関が存在。
- A～C病院については他の診療実績や患者像においても一定の実績があるが、D病院については手術の実績が比較的少なく、手術以外の診療実績や患者像を踏まえてもなお、構想区域内での固有の役割がみられない。

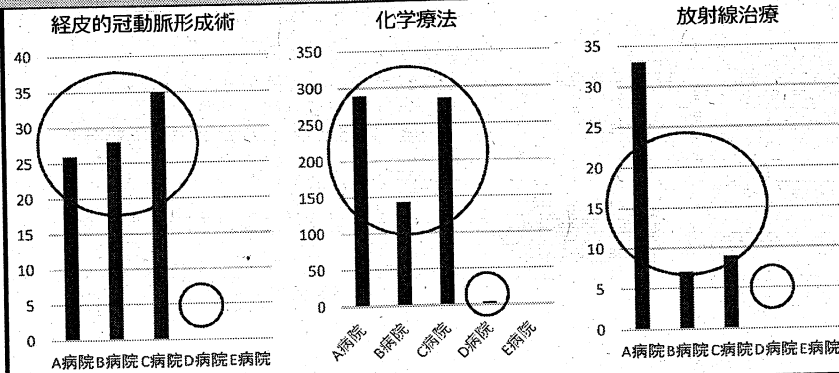
■手術実績



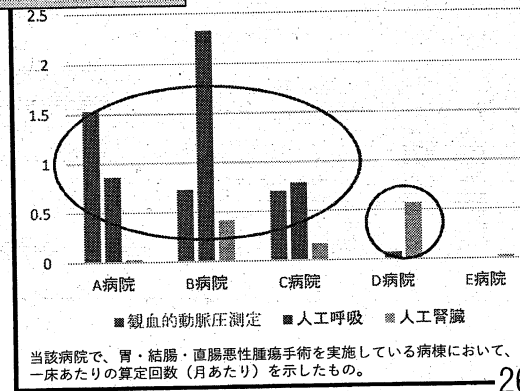
■基本情報

人口(※1)	高齢化率(※1)	一般病院数(※2)	有床診(※2)	病床数計(※2)
33万	21	11	13	3.0千
病床利用率(※3)		医療施設従事医師数(※4)	流入入院患者割合(※5)	流出入院患者割合(※5)
一般病床	療養病床	697	32	32
76	92			

■手術以外の診療実績



■患者像

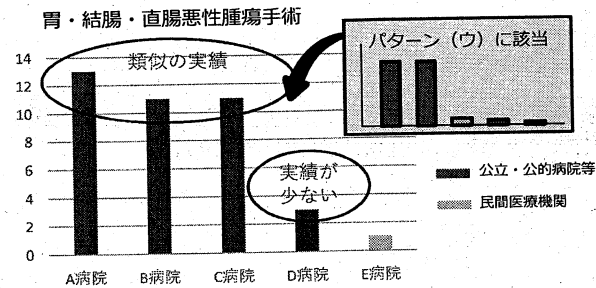


※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設(静態・動態)調査 ※3 平成28年病院報告 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者像

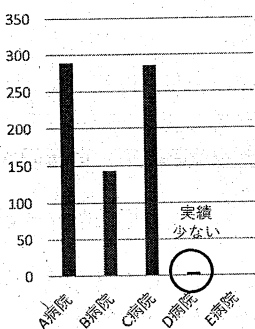
A 構想区域における医療機関の位置関係

- 同程度の手術を実施しているA～Cの公立・公的医療機関について、各医療機関の位置関係をみると、概ね10km程度の距離圏内に存在(自動車で5～20分程度)
- 診療実績からは固有の役割がつかえないD医療機関について、特にA医療機関やC医療機関と近接している。

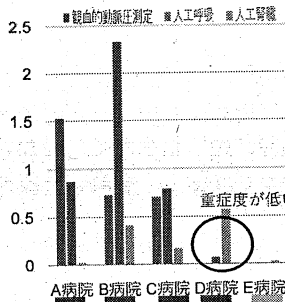
■手術などの実績



放射線治療

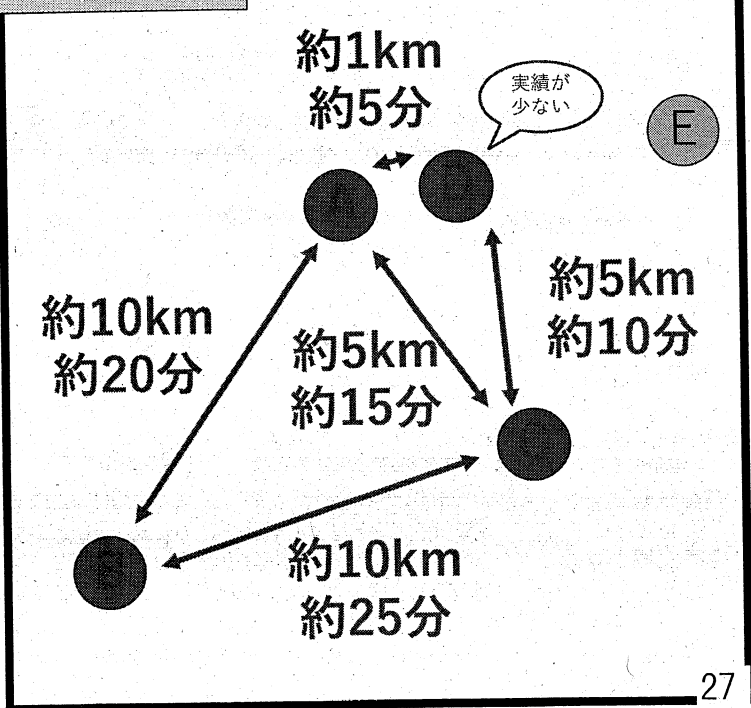


患者像



当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数(月あたり)を示したものの。

■地理的条件



【地域医療構想策定後の取組】 (滋賀県における取組)

地域医療構想策定の策定後の実現に向けた取組

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。
 ※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

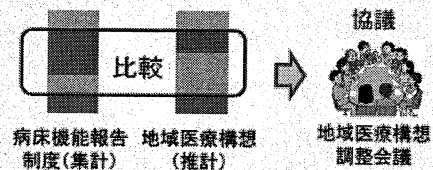
② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。

・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

○ 構想実現に向けては、平成28年度以降、毎年度、③の調整会議で協議・調整するとともに、④の事業を進めることにより望ましい医療提供体制に近づけていく。

滋賀県地域医療構想推進体制

県全体

滋賀県医療審議会

※医療法71条の2

【構成メンバー】

学識経験者、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、病院団体、その他医療関係団体、市町代表、保険者、患者団体、その他関係団体、公募委員(委員数:24人)

構想区域

地域医療構想調整会議

※医療法30条の14

大津

湖南

甲賀

東近江

湖東

湖北

湖西

【構成メンバー】 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、各病院、市町、保険者



※関連する会議・協議会等との連携

○ 医療福祉を推進する地域協議会
(大津区域を除く)

○ 大津市医療福祉推進協議会

○ その他市町が主催する会議等

○ 保健・医療・福祉に関する会議等

・認知症地域連携協議会
・地域リハビリテーション協議会
・地域職域推進会議 など

(仮称)病床機能分化・連携にかかる意見交換会

【メンバー】 関係病院

30

病床機能報告制度

○ 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ことにご留意ください。
- 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、医療機能を選択してください。
- 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、医療機能を選択してください。