

代議員会 地域医療構想について

令和元年6月15日

愛知県地域医療構想アドバイザー

公益社団法人愛知県医師会理事

伊藤健一

医療政策の目標

「いい医療を公平にあまねく提供すること」

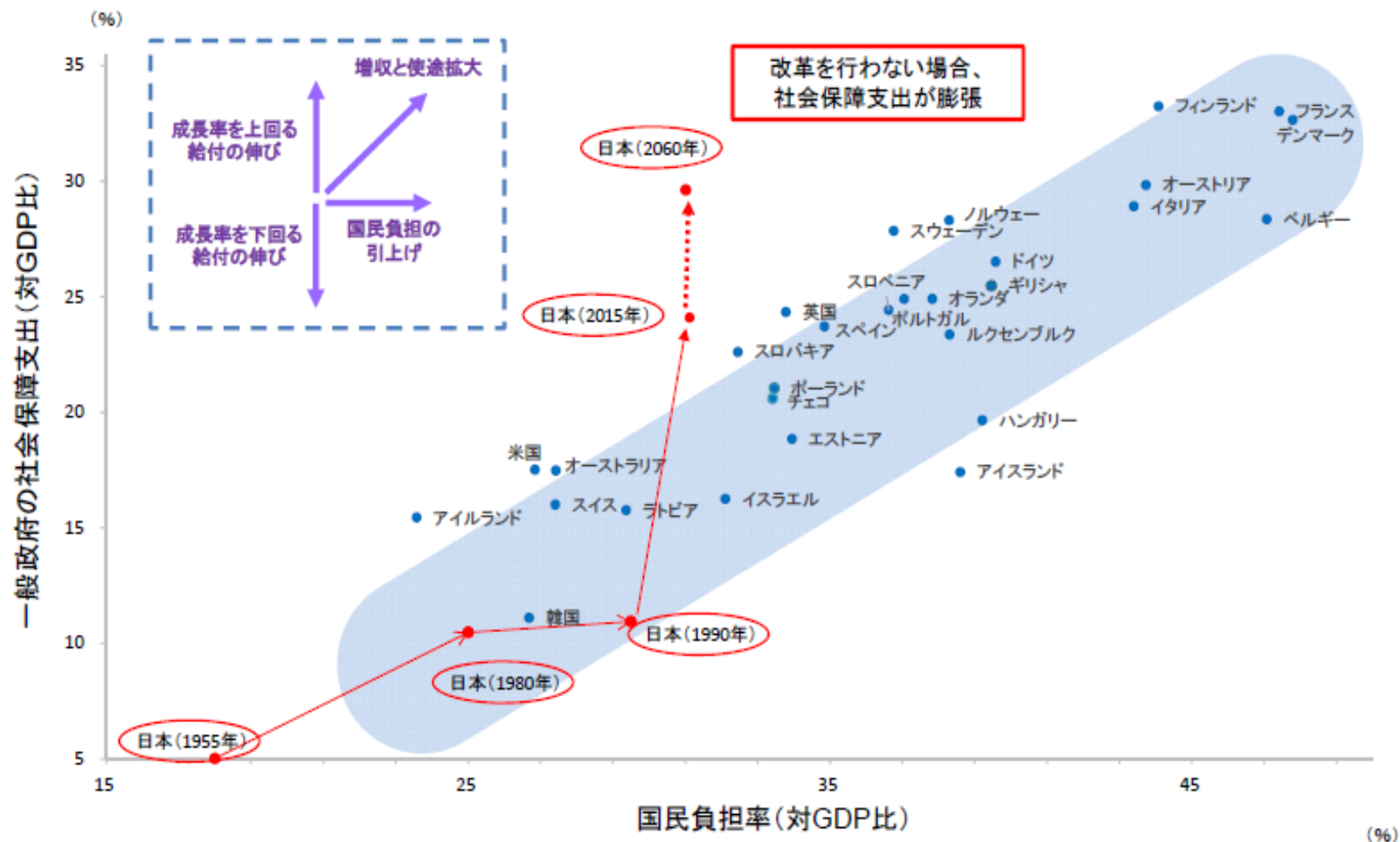
→高齢社会に合った医療

→国民皆保険

時代の背景

- 人口： 高齢化、人口減少
- 財政： 経済成長の鈍化
財政赤字の累積

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD "National Accounts", "Revenue Statistics", 内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出: OECD "National Accounts", 内閣府「国民経済計算」。

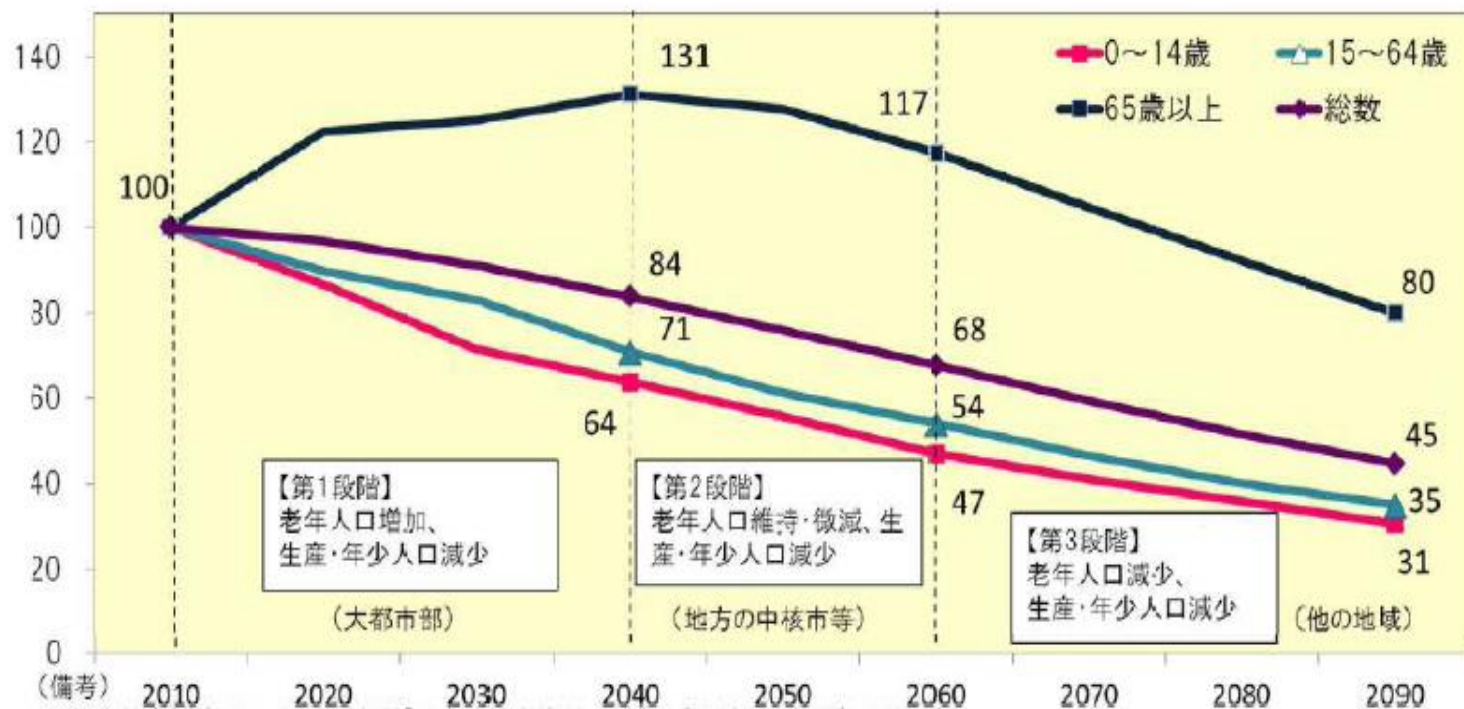
(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

進む高齢化と人口減少

64歳以下の人口はすでに減少を始めている。一方、65歳以上の人口は、2040年頃までは増加し、その後しばらく微減状態となり、2050～2060年頃以降ははっきりと減少する。

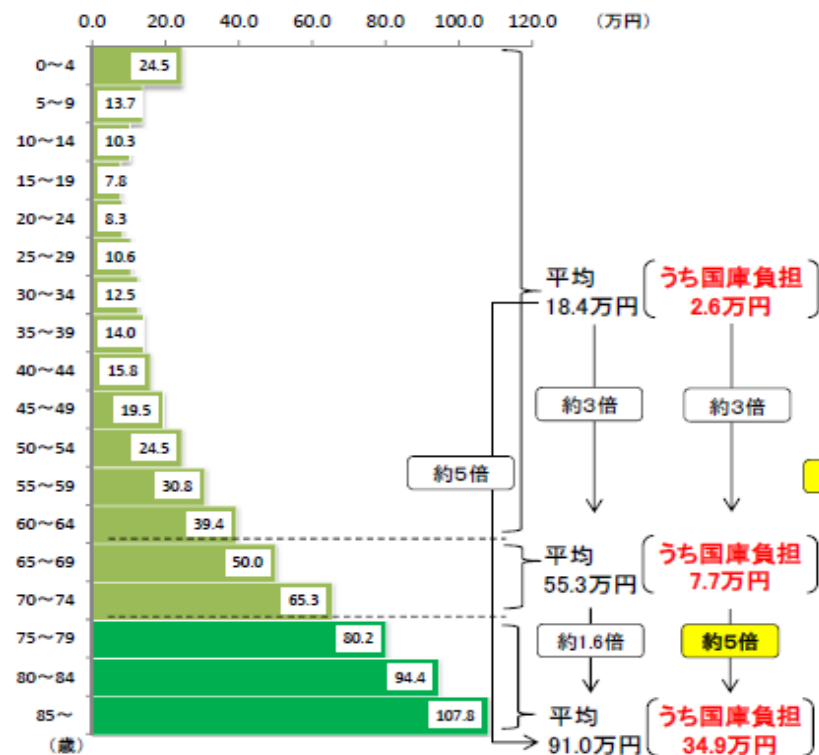


1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

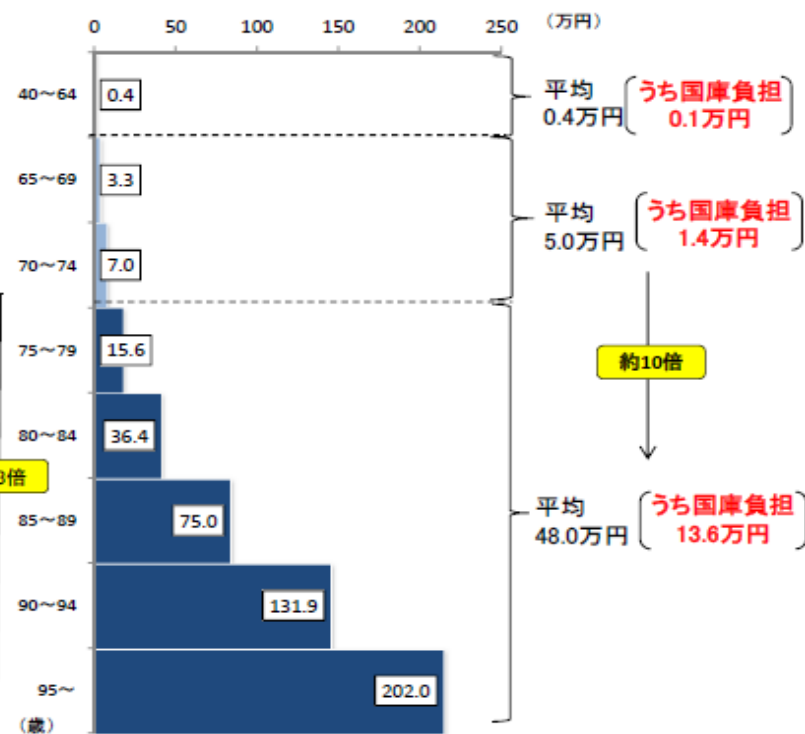
年齢階級別医療介護費

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2016年)



年齢階級別1人当たり介護費
(2016年)

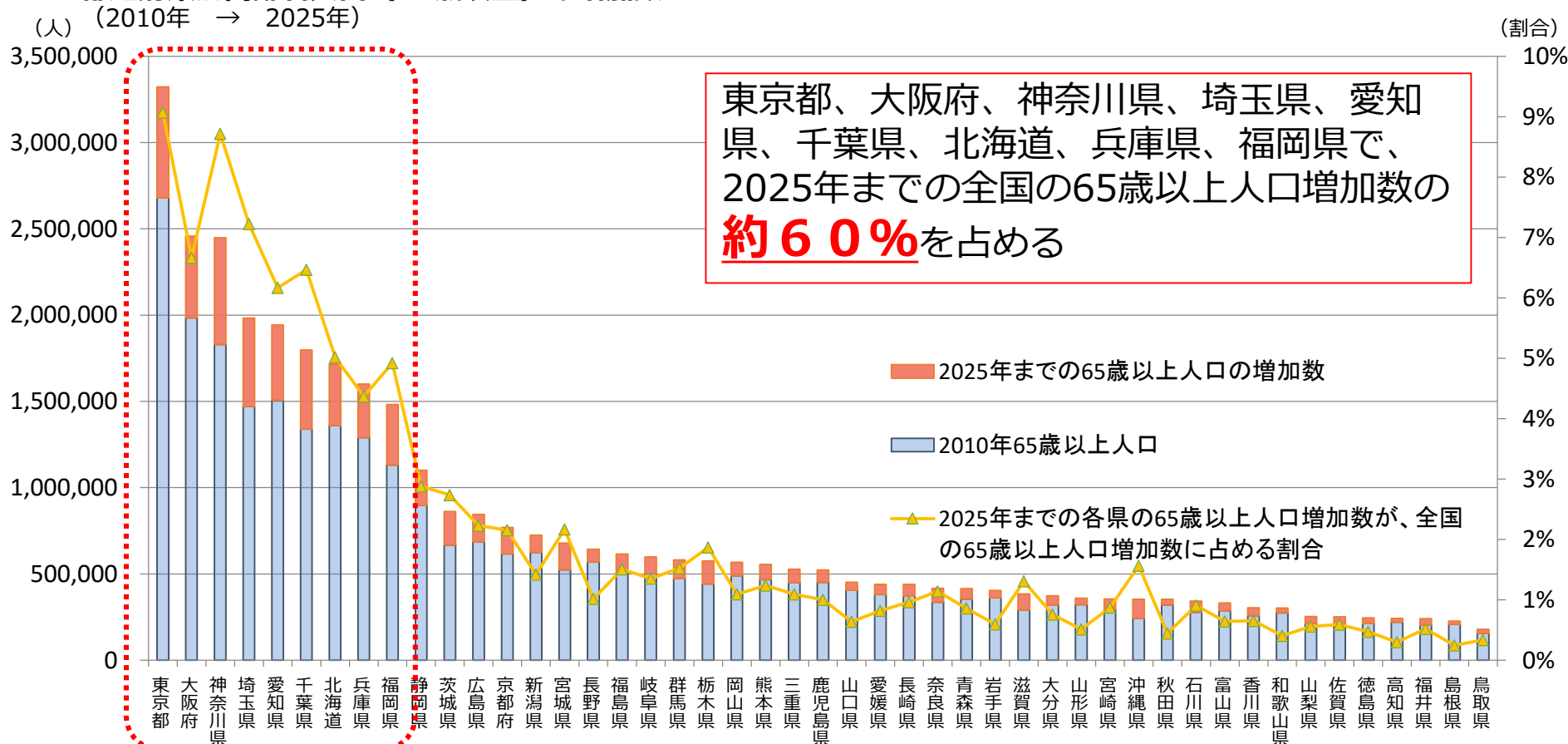


(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

高齢者数増加の地域差について

- 高齢化の進展には地域差
- 首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加
(既に人口減少が始まっている都道府県も)

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数



出典：国勢調査（平成22年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

入院外来も受療率は低下

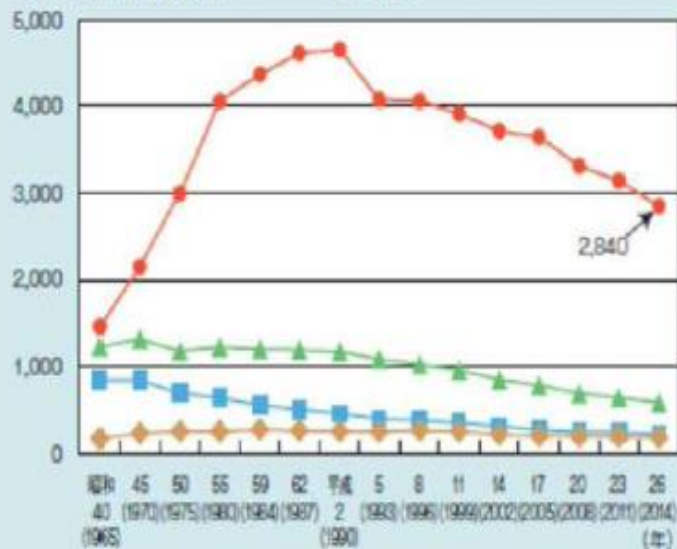
受療率*の推移

*調査日1日に医療機関を利用していた患者の総数を人口10万人当たりの比率にしたもの

図1-2-3-5 年齢階級別にみた受療率の推移

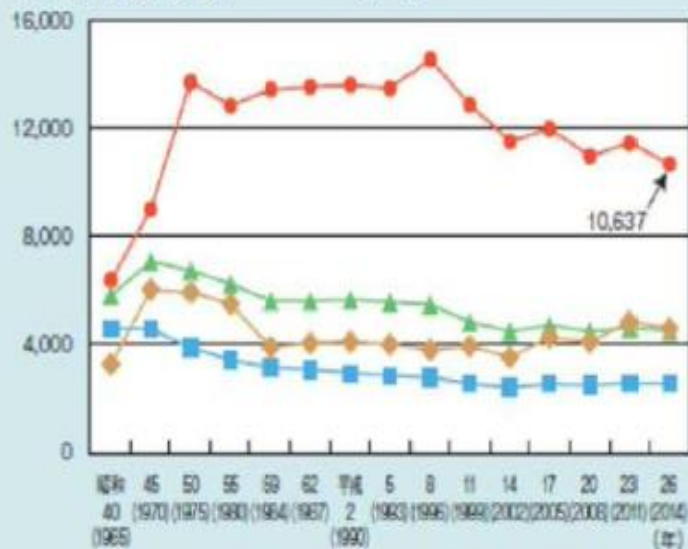
(各年齢階級人口10万対)

入院



(各年齢階級人口10万対)

外来



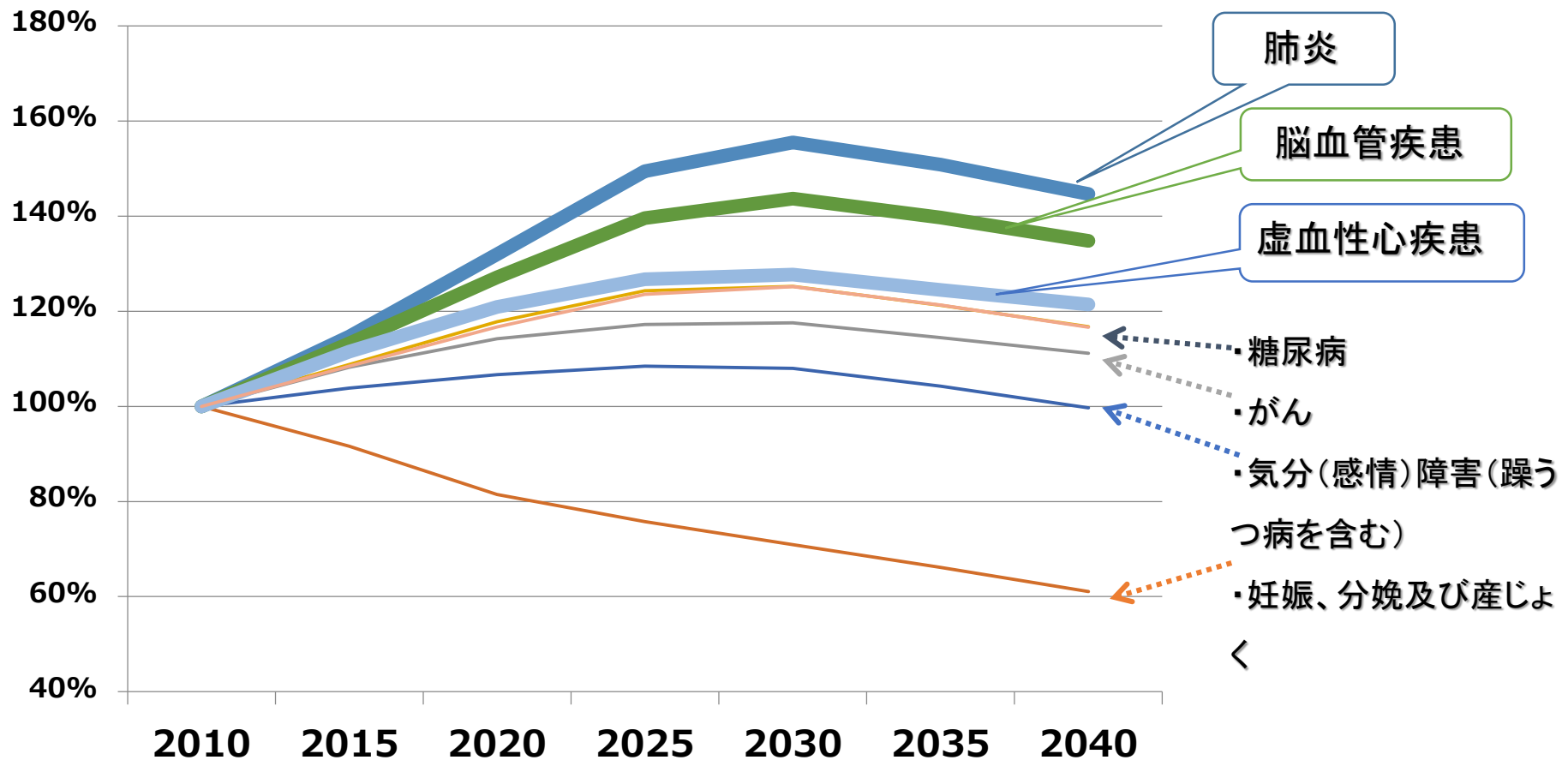
● 65歳以上 ▲ 35～64歳 ■ 15～34歳 ◆ 0～14歳

資料：厚生労働省「患者調査」(平成26年)

(注) 平成23年の数値は、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

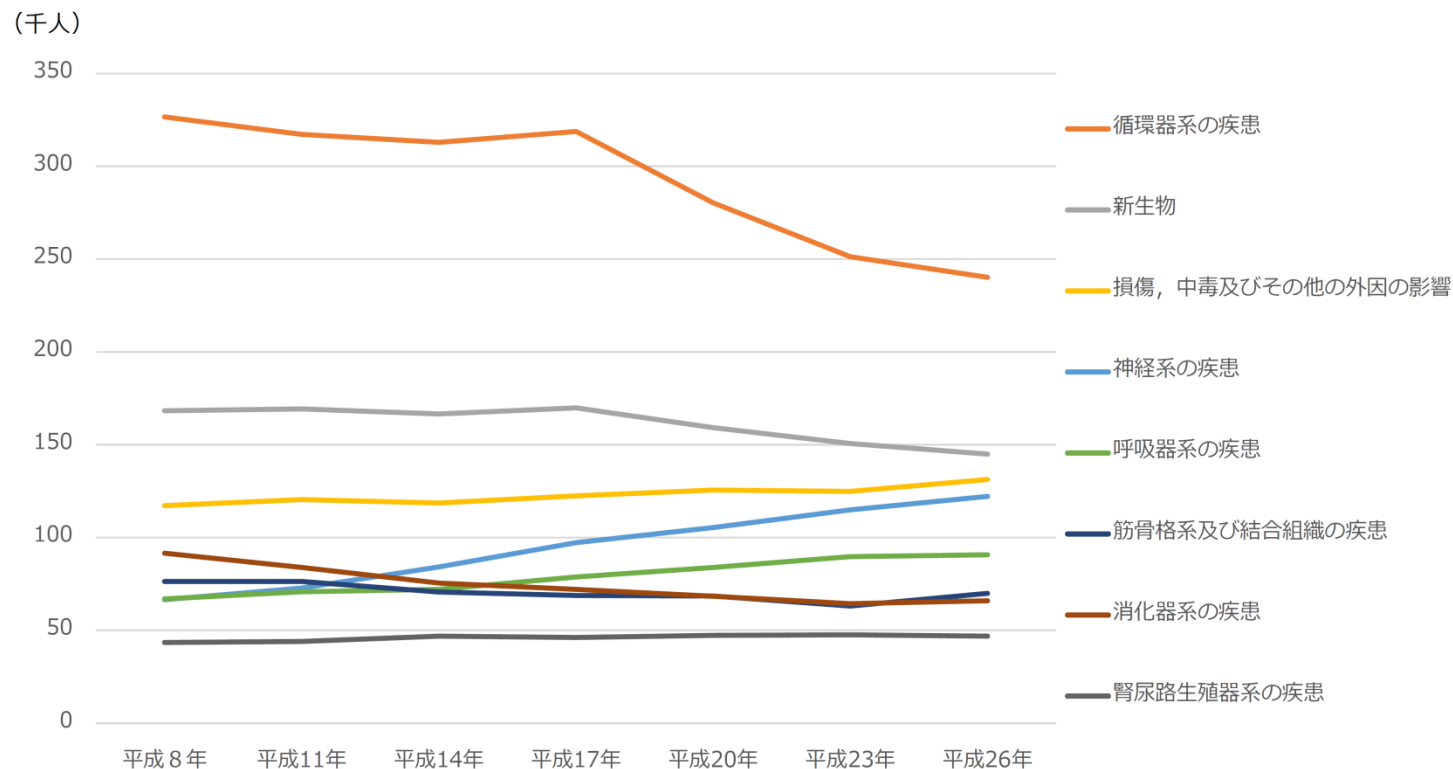
入院患者数の将来推計 (千葉医療圏)

入院患者推計



疾病の推移

傷病別の我が国における推計入院患者数の推移



※精神及び行動の障害は除く

病院医療従事者数は増加

病院における100床あたり医療従事者数



は現在の報告項目に含まれている職種。

※医師及び医療社会事業従事者は、退院調整部門に勤務する場合に限る。

(人)

	職種	23年	24年	25年	26年	27年
※	医師	14.4	14.7	15	15.3	15.6
	歯科医師	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
	薬剤師	3	3.1	3.2	3.3	3.4
	保健師	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	助産師	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7
	看護師	49.3	51	52.6	54.3	55.8
	准看護師	9.1	8.7	8.4	8.1	7.7
	看護業務補助者	12.5	12.7	12.9	12.7	12.4
	理学療法士	3.9	4.3	4.7	5.0	5.3
	作業療法士	2.1	2.2	2.4	2.5	2.6
	視能訓練士	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
	言語聴覚士	0.8	0.9	0.9	1	1.1
	義肢装具士	0	0	0	0	0
	歯科衛生士	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
	歯科技工士	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	診療放射線技師	2.9	3	3.1	3.2	3.2
	臨床検査技師	3.7	3.8	3.8	4.0	4.0
	臨床工学技士	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5
	管理栄養士	1.3	1.3	1.4	1.4	1.5
	栄養士	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
※	医療社会事業従事者	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7

(出典) 平成27年病院報告。値は各年10月1日時点、常勤換算。

我が国の医療制度の概要

・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)

・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)

・義務教育就学後から69歳
3割負担

・義務教育就学前
2割負担

※平成26年4月以降に新たに70歳になる者 2割
同年3月末までに既に70歳に達している者 1割

患者(被保険者)



患者負担4.9兆円

②受診・窓口負担

③診療

医療費42.4兆円

保険料20.7兆円

①保険料

保険者

【医療保険制度】

行政機関



国
都道府県
市町村

公費負担

公費負担

支援金

各保険者

(主な制度名)

(保険者数)

(加入者数)

国民健康保険

1,880

約3,500万人

全国健康保険協会

管掌健康保険

(旧政管健保)

1

約3,700万人

組管掌健康保険

1,405

約2,900万人

共済組合

85

約900万人

※保険者数及び加入者数は平成28年3月末時点

後期高齢者医療制度

47

約1,600万人

※加入者数は平成28年3月末時点

【医療提供体制】

病院: 8,442
(病床数: 1,561,005)

診療所: 101,529
(病床数: 103,451)

歯科診療所: 68,940

薬局: 58,678

※数字は、平成28年10月1日時点

(出典: 平成28年医療施設(動態)調査)

※薬局は、平成27年3月末時点

(出典: 平成28年度衛生行政報告例)



医師 319,480人

歯科医師 104,533人

薬剤師 301,323人

看護師 1,210,665人

保健師 62,118人

助産師 39,613人

※医師・歯科医師・薬剤師は平成28年12月31日時点

(平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査)

※看護師・保健師・助産師は平成28年における

厚生労働省医政局看護課集計

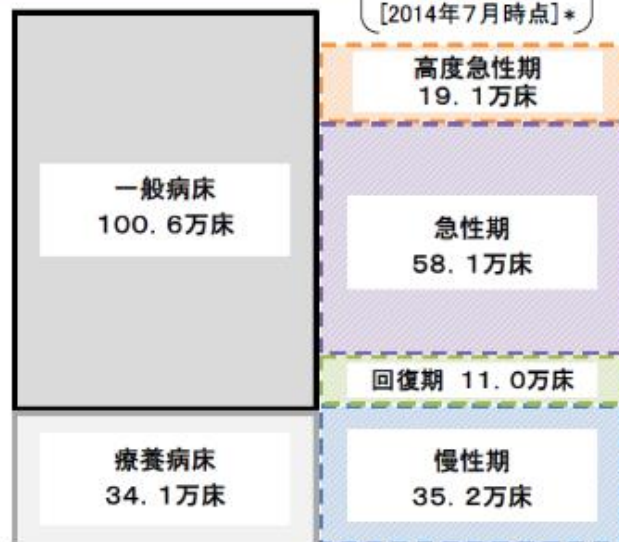
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 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

今後の医療提供体制のあり方

⑦

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する」

【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。

	病床		外来医療 ・診療所 ・医師配置	高額 医療機器	介護サービス 事業者 介護施設
	基準病床制度 年齢階級別人口等を基に 算定した基準病床を 地域の病床の上限とする	地域医療構想 高度急性期～慢性期までの 医療機能ごとに需要を推 計、これに沿って 病床の機能分化・連携			
医療法 医療機関の 開設・管理 (都道府県知事)	(公的医療機関等) 病床過剰地域での 病院開設・増床の不許可	(公的医療機関等) 将来の必要病床数を超えた増床等 過剰な病床機能への転換等 に関して、命令 など	なし 自由開業 自由標榜	なし	(介護施設) 総量規制 ※ 計画に定める定員数 を超える場合、指定 等をしないことができる。
	(民間医療機関) 病床過剰地域での 病院開設・増床に関して 要請／勧告	(民間医療機関) 将来の必要病床数を超えた増床等 過剰な病床機能への転換等 に関して、要請／勧告 など			(地域密着型 サービス) 公募制
健康保険法等 医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	(民間医療機関) 上記勧告を受けた場合、 厚生労働大臣は 保険医療機関の指定を しないことができる	(民間医療機関) 将来の必要病床数を超えた増床等 に係る勧告を受けた場合、 厚生労働大臣は 保険医療機関の指定を しないことができる			(在宅サービス) なし ※平成30年4月から 条件付与の仕組み

【改革の方向性】（案）

- 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロールが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。

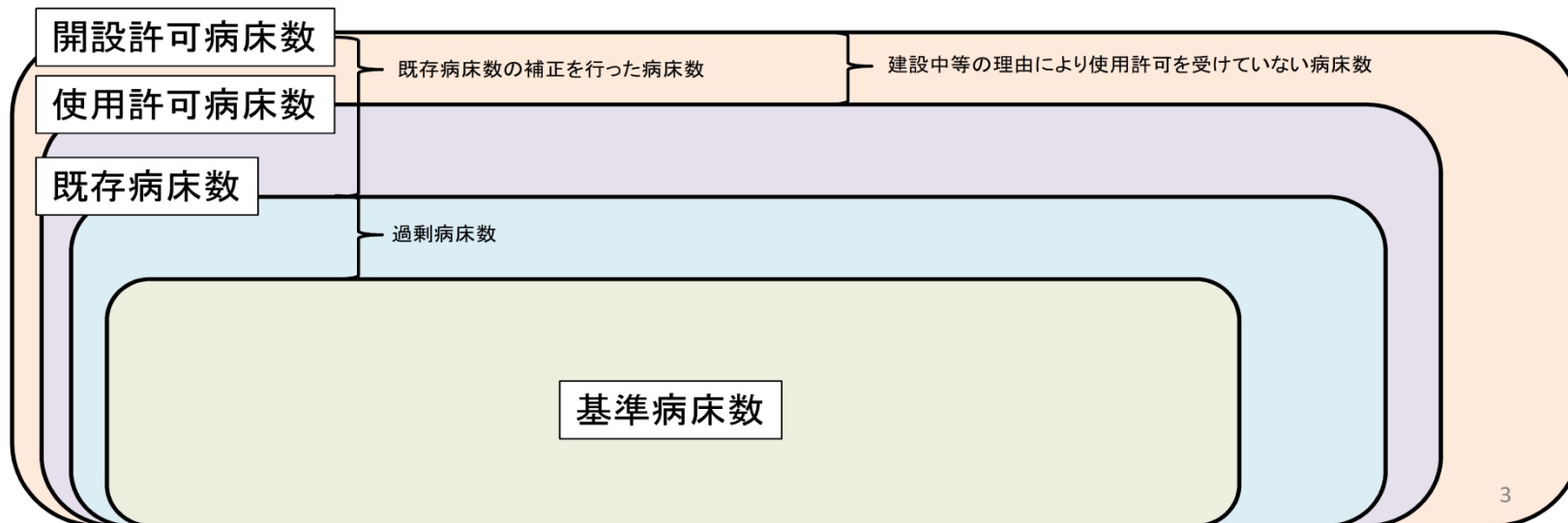
病床数は複数の考え方がある

基準病床数制度における各病床数の定義

関連する用語の定義

- ①開設許可病床数: 医療法第7条の規定により、開設(増床、病床の種別変更含む)許可を受けた病床数
- ②使用許可病床数: 医療法第27条の規定により、その構造設備について、検査を受け使用の許可を受けた病床数
- ③基準病床数: 現時点において医療提供体制の整備のため必要とされる病床数
- ④既存病床数: 開設許可(増床を含む)を行う際に、基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数(※一定の補正を行う)

各病床の関連イメージ(病床過剰地域の場合)



地域医療構想の進め方

「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。

- ①2025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
- ②2025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。

地域医療構想を実現する上での課題および関連する検討事項の例

- 再編統合やダウンサイジングといった公立医療機関の取組の方向性について、地域医療構想調整会議における協議の結果よりも、**首長の意向が優先される恐れ**があるとの指摘があることから、公立医療機関を有する地方自治体の首長が、地域医療構想調整会議の協議の内容を理解し、地域の合意内容に沿わない取組が行われないようにするために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 公立・公的医療機関等の**補助金等の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず**、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 再編統合等の取組を具体的に進める上では、**職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応**が必要となるが、厚生労働省において、**公的医療機関等の本部とも連携**しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- **病床規模が類似した病院同士や、設立母体が異なる病院同士の再編統合については、特に協議が難航するとの指摘**もあることから、このような場合には、協議のスケジュールにより一層の留意が必要である。

具体的方向

【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整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、都道府県知事は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、都道府県知事は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。

医療介護総合確保基金

地域医療介護総合確保基金の対象事業の拡充（平成30年度～）

1.（1）建物の改修整備費

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換以外）するために必要な改修費用

○対象となる建物

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

○標準単価

1㎡当たり単価：（鉄筋コンクリート）200,900円
（ブロック）175,100円

1.（2）建物や医療機器の処分に係る損失

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物（病棟・病室等）や不要となる医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失（財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る）

○対象となる建物及び医療機器

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

※ 医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象（「有姿除却」は対象外）。

建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。

○対象となる勘定科目

- ・固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用
- ・固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用
- ・固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額

1.（3）人件費

○対象となる経費

早期退職制度（法人等の就業規則等で定めたものに限る）の活用により上積みされた退職金の割増相当額

○対象となる職員

地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員

○上限額 6,000千円／人

2. 地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用

○対象となる経費

医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要な経費

※ 医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。

【具体的な対象経費】

人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等

※ 本事業について、医療機関だけでなく、全国銀行協会等を通じて金融機関にも周知済み。

2018年度厚労省課長会議 31,2,28

(2) 今後の進め方

① 協議の徹底について

○ 都道府県においては、平成 30 年度（2018 年度）中に、全ての公立・公的医療機関等の具体的対応方針について、地域医療構想調整会議における合意形成に至るよう、本年度内の協議の徹底をお願いします。

○ 具体的対応方針の協議に当たっては、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・公的病院等でなければ担えない分野へ重点化されているかどうか確認することが重要である。

本年度から養成を開始した地域医療構想アドバイザーとも連携の上、この点に留意し協議を進めるようお願いします。

② 具体的対応方針の検証について

○ なお、厚生労働省においても、「地域医療構想に関するワーキンググループ」の議論を踏まえつつ、平成 31 年度（2019 年度）以降、合意に至った具体的対応方針について、その内容を詳細に検証する予定である。

具体的には、手術などの詳細な診療実績に着目して公民の競合状況を確認することにより、民間医療機関では担うことができない機能への重点化が十分に図られた具体的対応方針となっているか検証することを想定している。

- また、こうした検証の結果を踏まえた対策として、例えば、公立・公的病院として担うべき機能への重点化や将来の医療需要の動向に沿った対応が十分とは認められない場合には、合意済みの具体的対応方針であっても、協議のやり直しの要請を含めた対応を行うことを想定しているので、地域での協議に当たって留意されたい。

**議論は一年では終わらない。毎年
PDCAを回して議論してほしい**

- まずは公立公的の病院機能の把握、評価を
- 公立公的の機能を先に決定することではない
- しかしながら、民間が担っているものを把握しないと議論は始まらない
- 医療圏の中で量的に足りている機能を新たに議論するわけではない
 - あくまでも足りない機能の議論
- 私見として 病院機能を議論すべきではないか
その結果として病床数の議論になると考える

公的医療機関について

公的医療機関等について

- 公的医療機関は、医療法第31条において、次の者が開設する医療機関とされている。

都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

- 公的医療機関は、「戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核」としての役割を担うものとされ、また、公的医療機関は、「医療のみならず保健、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的に行い、これらを一体的に運営」するという特徴を有する。

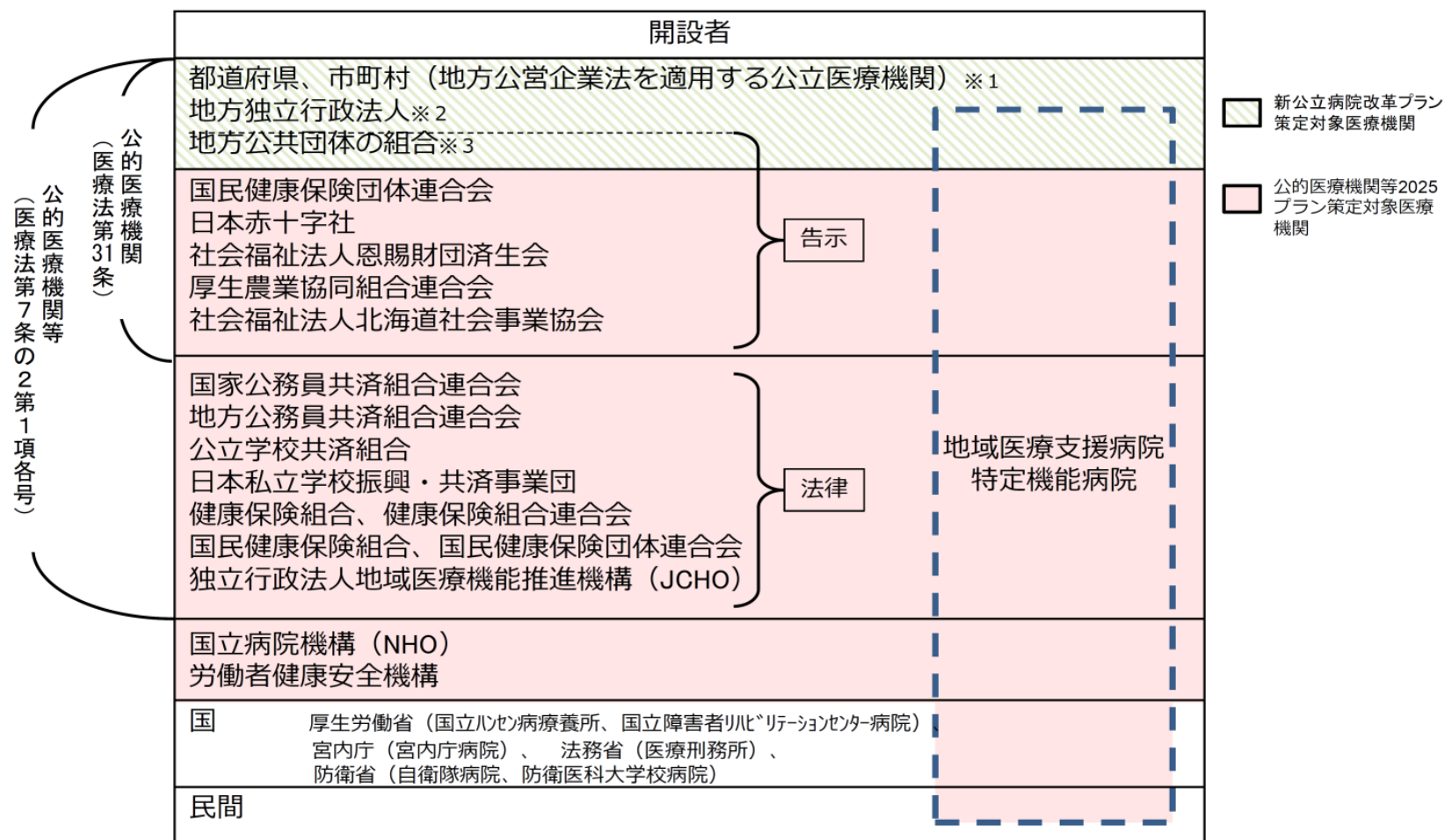
※「」部分は医療法コンメンタールより抜粋

- また、医療法第7条の2第1項では、公的医療機関の開設者を含む以下の者が規定されており、これらの者が開設する医療機関（公的医療機関等）については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。

公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

公立公的医療機関等の開設者

公立・公的医療機関等の開設者の分類



- ※1 都道府県、市町村立医療機関の一部は、新公立病院改革プランではなく、公的医療機関等2025プランの策定対象となっている。
 ※2 地方独立行政法人は、地方独立行政法人法施行令により医療法第7条の2第1項第1号及び第31条を準用している。
 ※3 地方公共団体は条例により地方公共団体の組合について地方公営企業法を適用することができる。

公立公的の役割

公立病院・公的病院等でなければ担えない分野について

- 公立・公的病院等でなければ担えない機能として、骨太の方針や公立病院改革ガイドラインにおいては、
 - ・高度急性期や急性期機能
 - ・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
 - ・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
 - ・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
 - ・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などが挙げられている。

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)[抜粋]】

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①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、②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、③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、④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などが挙げられる。

【「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]】

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の実施の支援)

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。

地域医療構想調整会議の状況

地域医療構想調整会議における議論の状況

■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

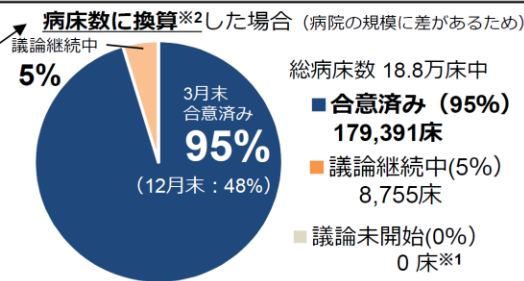
	総数	方針の議論実施 (議論中含む)
病院	16,753床	14,836床(89%)
有床診療所	9,109床	5,778床(63%)

■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

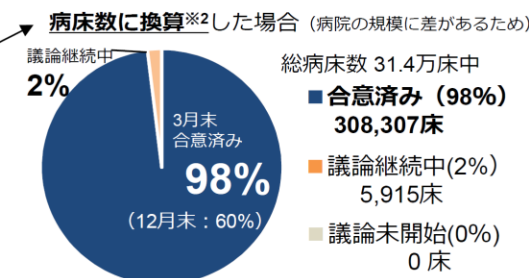
	12月末	3月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	347	771
うち議論継続中	464	51
うち議論未開始	12	1※1

※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。)



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



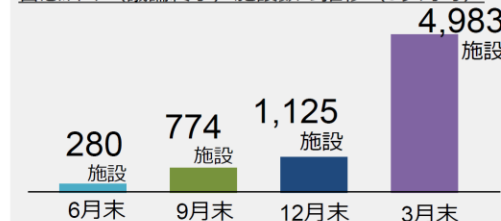
その他の医療機関

	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。)

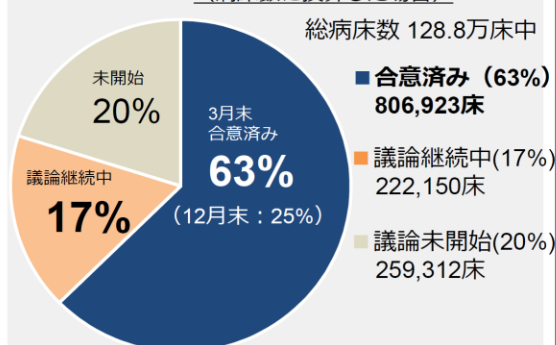
全ての医療機関 計

合意済み(議論終了)施設数の推移(3ヶ月毎)



3月末時点における議論の状況

(病床数に換算した場合)

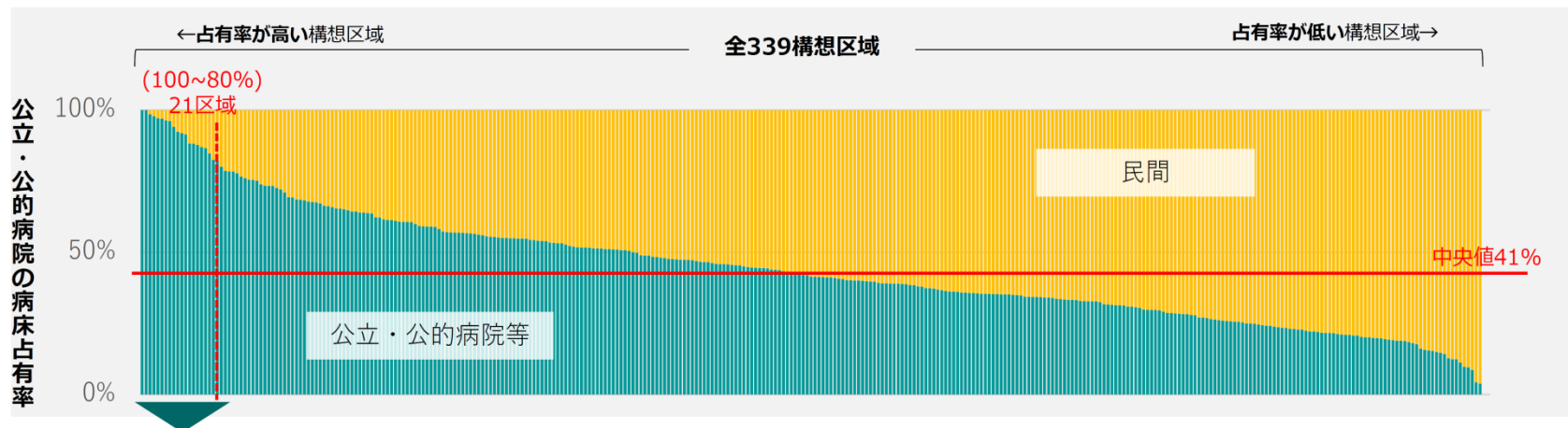


各構想区域の公立・公的病院等の病床占有率

第17回地域医療構想に関するWG	参考資料2一部改
平成30年12月21日	

「公立・公的病院等の病床占有率」＝公立・公的病院等の病床数 ÷ 全ての病院・診療所の病床数（一般病床・療養病床のみの集計）

「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院



公立・公的の占有率が80%を超える21構想区域

	都道府県名	構想区域名	病床の占有率	全病床数 ※有床診含む	公立・公的病院の病床数	全病院数	公立・公的病院の数	有床診の数
			(%)	(床)	(床)	(施設)	(施設)	(施設)
1	長野県	木曽	100%	259	259	1	1	0
2	島根県	隠岐	100%	135	135	2	2	0
3	秋田県	北秋田	99%	276	272	1	1	1
4	長崎県	対馬	98%	288	282	2	2	1
5	滋賀県	湖北	97%	1217	1183	3	3	2
6	秋田県	横手	97%	991	961	3	3	3
7	山梨県	富士・東部	96%	1081	1043	6	5	8
8	長野県	大北	96%	492	473	2	2	2
9	新潟県	佐渡	94%	580	546	5	4	0
10	長野県	北信	92%	741	685	3	2	2
11	兵庫県	但馬	92%	1279	1176	9	8	2

	都道府県名	構想区域名	病床の占有率	全病床数 ※有床診含む	公立・公的病院の病床数	全病院数	公立・公的病院の数	有床診の数
			(%)	(床)	(床)	(施設)	(施設)	(施設)
12	長崎県	上五島	91%	199	182	1	1	1
13	岐阜県	飛騨	88%	1440	1272	8	6	7
14	新潟県	上越	88%	2384	2102	11	9	7
15	青森県	下北	88%	620	544	3	3	7
16	秋田県	湯沢・雄勝	87%	630	548	2	2	6
17	新潟県	魚沼	87%	1441	1248	10	8	5
18	島根県	益田	85%	847	718	4	3	1
19	岩手県	二戸	82%	542	447	3	3	6
20	岐阜県	東濃	82%	2671	2194	13	8	16
21	島根県	雲南	80%	580	465	4	3	0

高度急性期・急性期

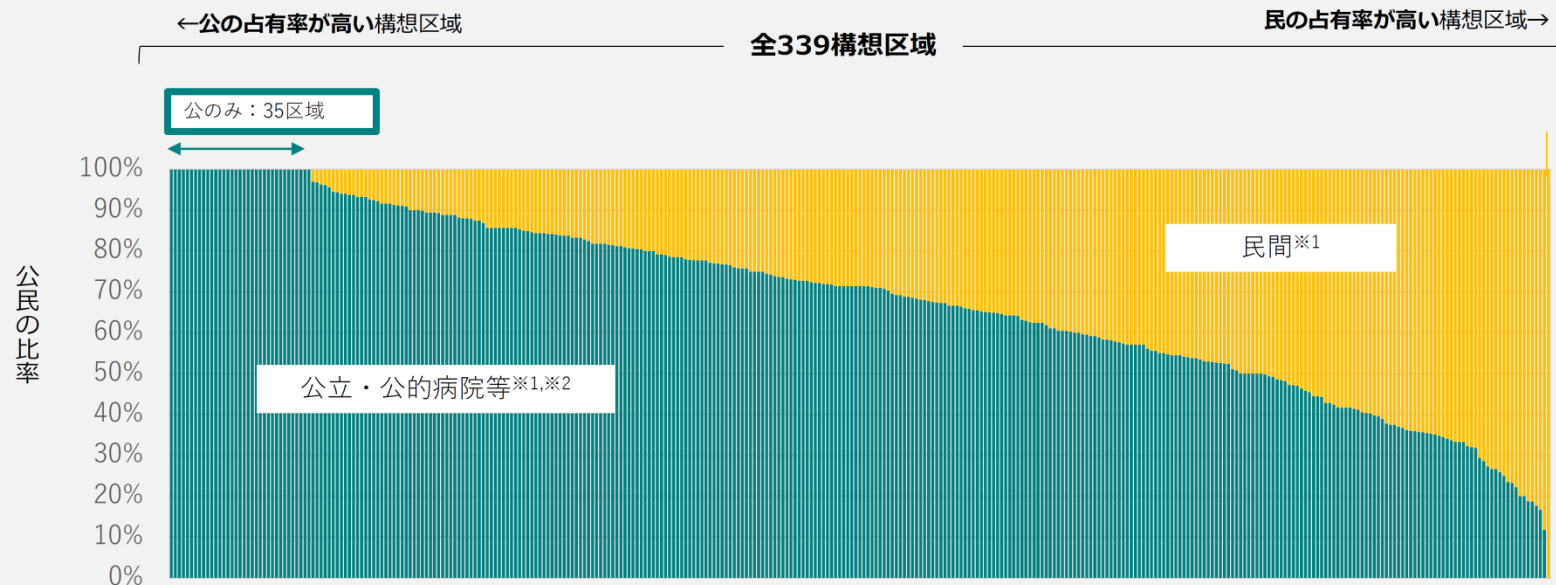
各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率① —

(分析の内容)

- 病床機能報告における「医療機能」別の病棟数について、構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例：区域内で、高度急性期または急性期を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%)

「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数 (全17,749病棟：公11,079病棟、民6,670病棟)



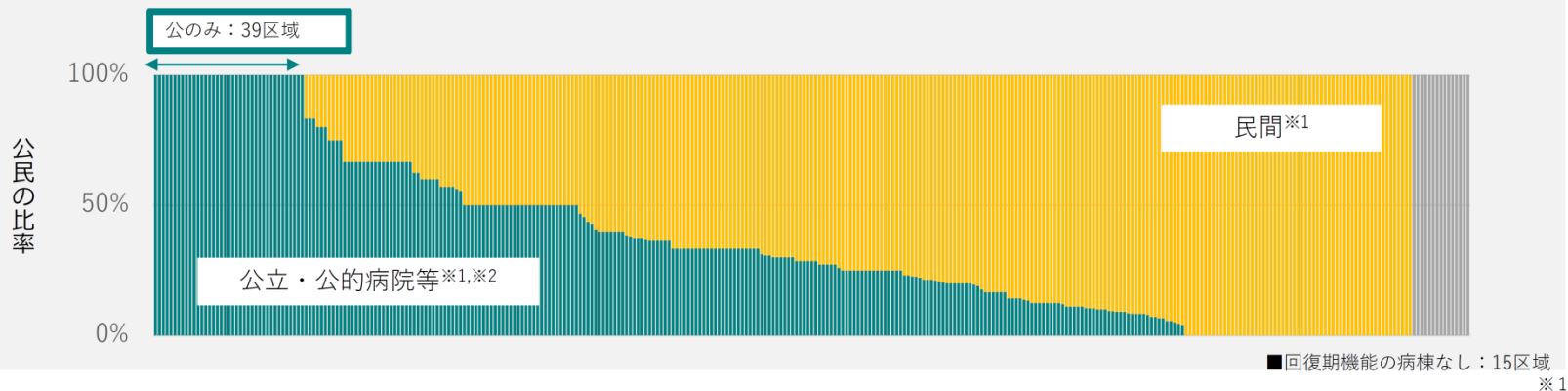
※1 病院の病棟のみ集計した。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

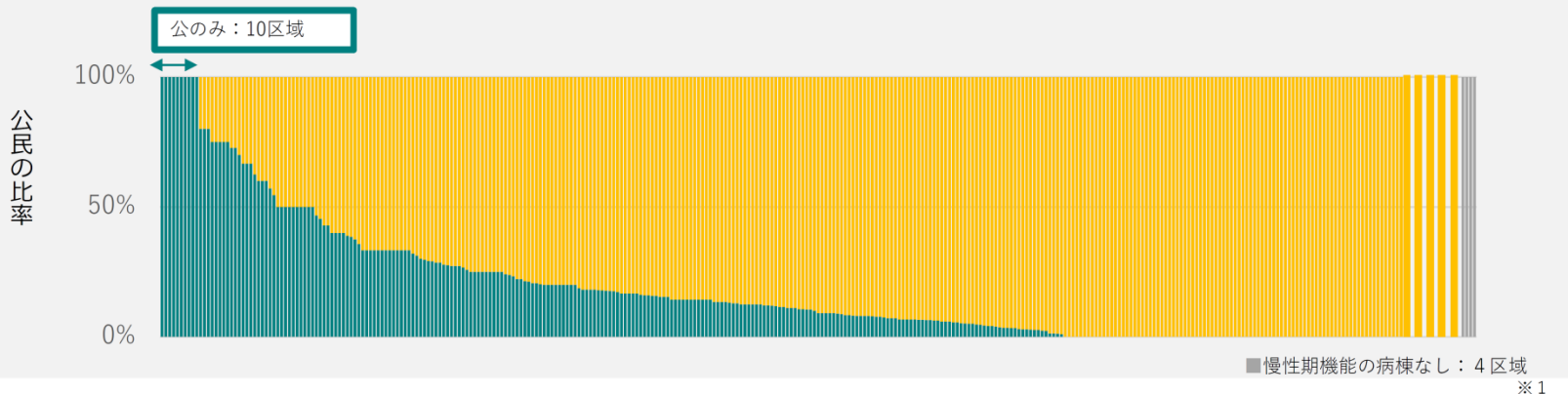
回復期・慢性期

各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率② —

「回復期機能」を選択した病棟 （全3,095病棟：公748病棟、民2,347病棟）



「慢性期機能」を選択した病棟 （全7,285病棟：公785病棟、民6,500病棟）



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

内科・整形

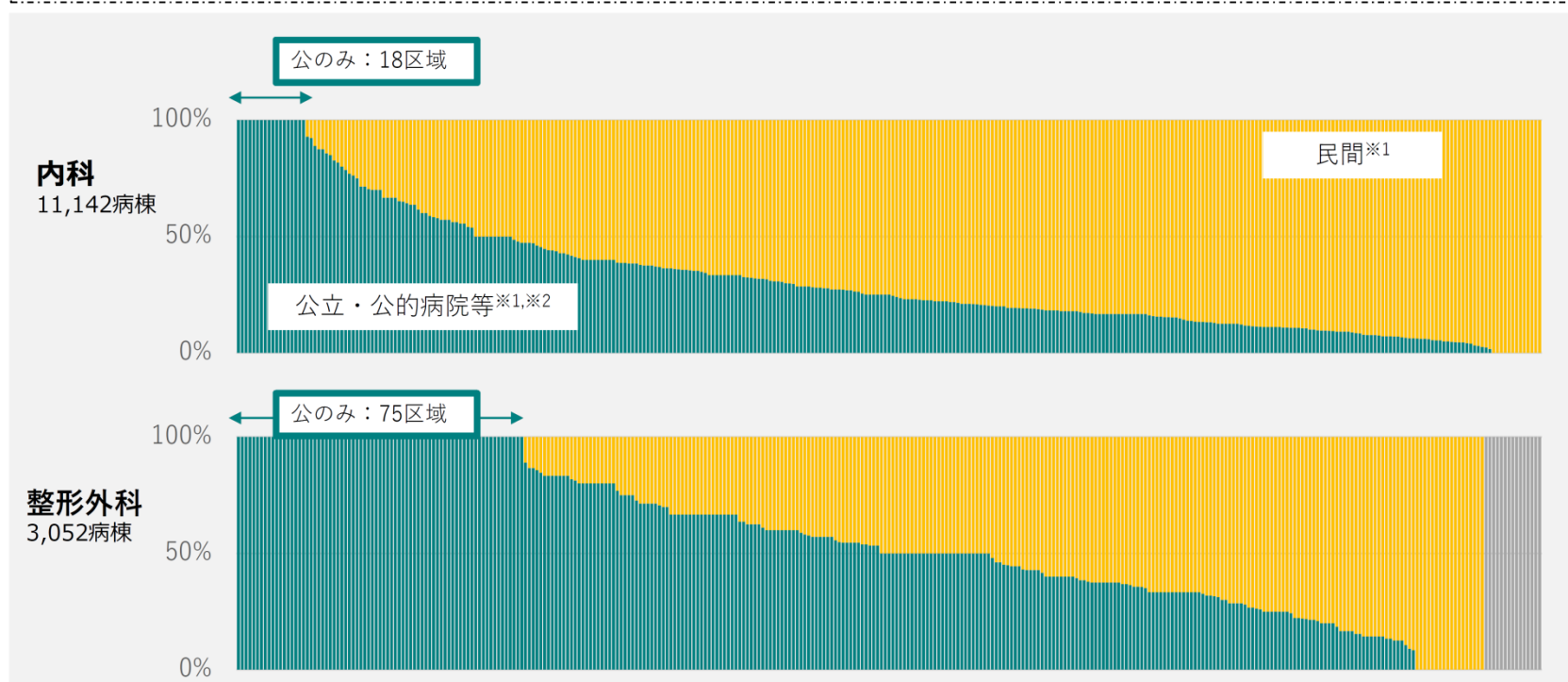
各構想区域における公民比率について — 主たる診療科別の病棟数の公民比率① —

(分析の内容)

- 病床機能報告の報告事項である病棟の「主とする診療科」を活用し、「主とする診療科」^注として選択された数の多い順に上位10の診療科について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例：区域内で、主たる診療科として内科を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%。)

注：複数の診療科で活用されている病棟の場合は、当該病棟において患者の多い順に上位3つを選択する仕組み。このような病棟について本分析では1位として選択された診療科に基づき集計した。



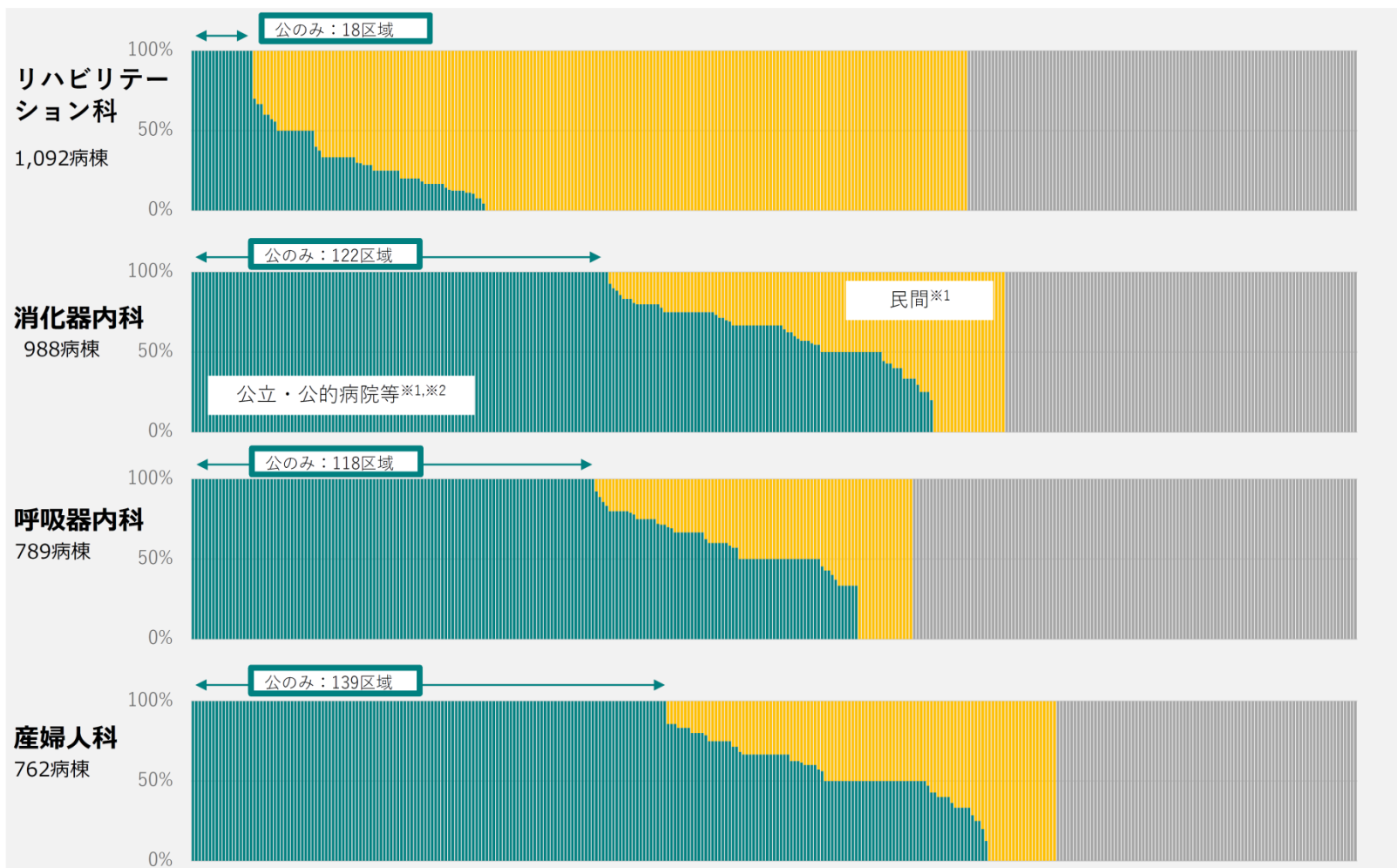
※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

リハビリ・産科（産婦人科）

各構想区域における公民比率について – 主たる診療科別の病棟数の公民比率③ –



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

患者数の多い消化管手術

各構想区域における公民比率について – 患者数の多い手術の公民比率① –

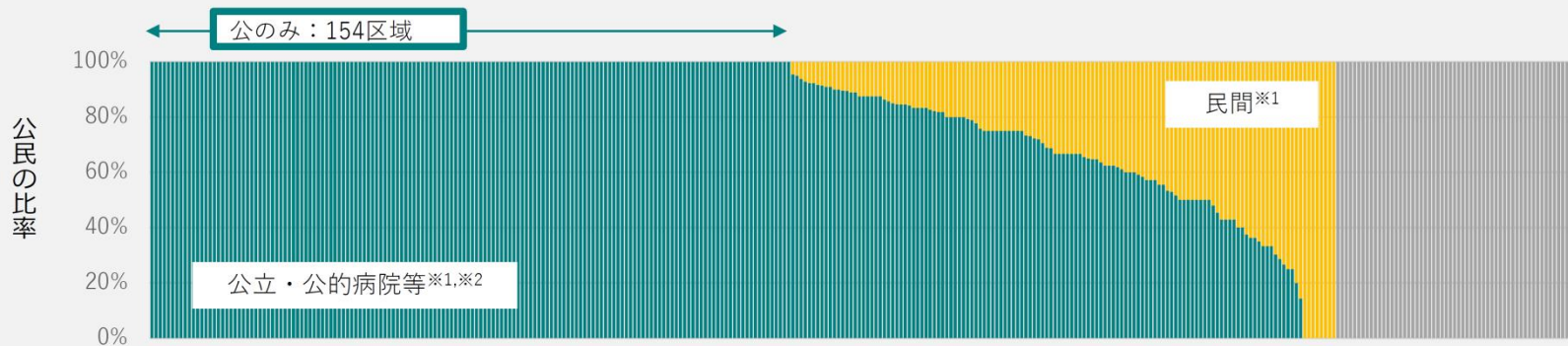
(分析の内容)

- 公立・公的医療機関等と民間医療機関の競合の状況を把握するため、医療計画の5疾病・5事業において、患者数の多い疾患に着目して分析を試みた。
- 患者調査によると、傷病別の入院患者が多いのは、循環器系疾患（1位）、悪性新生物（2位）、損傷、中毒及びその他の外因の影響（3位）、神経系の疾患（4位）であった。
- 循環器系疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる冠動脈バイパス手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。
- 全国がん登録によると、悪性新生物のうち最も罹患数の多い種別は、男性が胃がん、女性が乳がんであったため、それらに対応する術式の算定回数を病床機能報告データより集計した。なお、胃がん手術を施行する診療科は、結腸及び直腸悪性腫瘍手術を行うことが多いと考えられるため、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績を合算して分析を行った。
- 神経系の疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる脳動脈瘤クリッピング手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績（6月診療分）が1件以上ある病棟

- 病床機能報告により得られる「個別の手術の実施状況」を活用し、手術の算定回数が1回以上ある病棟数について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

（例：区域内で、算定回数が1回以上の病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%。）



※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。

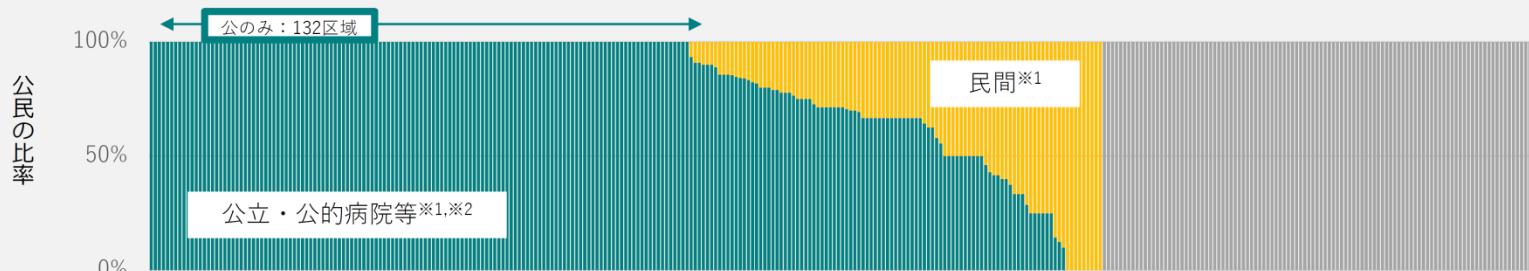
※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

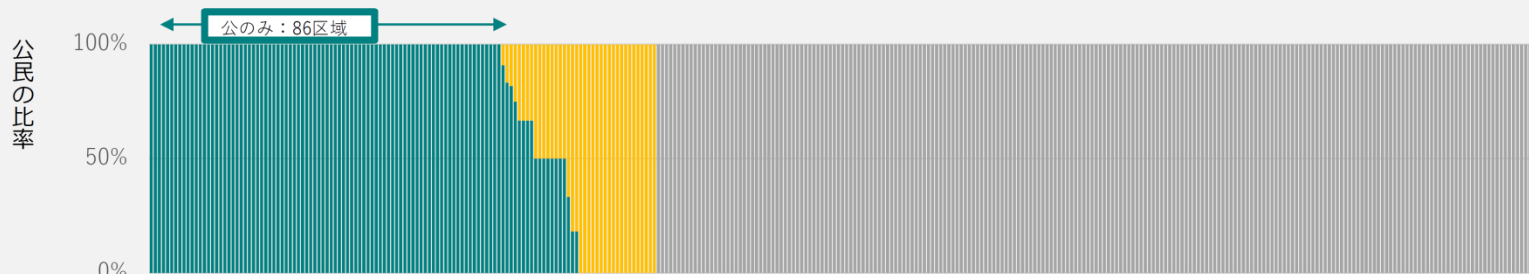
患者数の多い他の手術

各構想区域における公民比率について **－患者数の多い手術の公民比率②－**

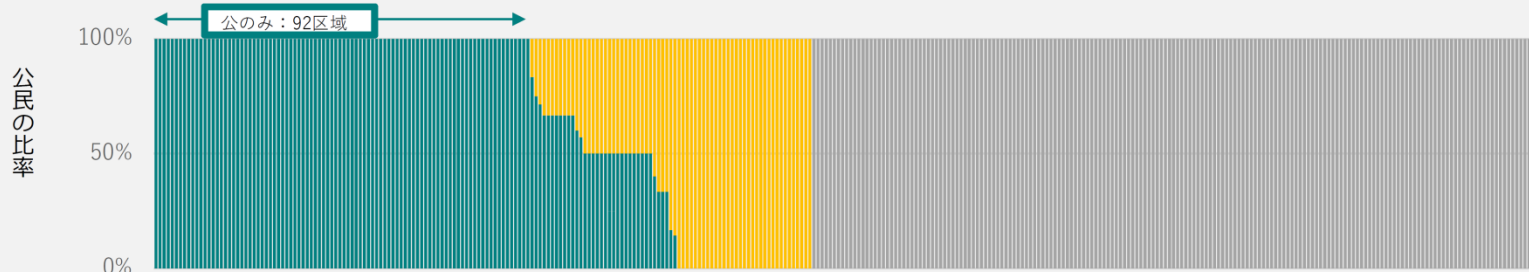
乳腺悪性腫瘍手術の実績（6月診療分）が1件以上ある病棟



冠動脈バイパス手術の実績（6月診療分）が1件以上ある病棟



脳動脈瘤クリッピング手術の実績（6月診療分）が1件以上ある病棟



※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

人口が20万人～50万人未満の構想区域

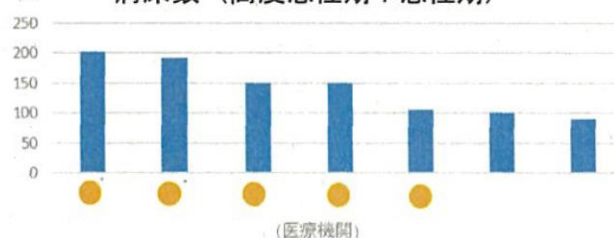
第18回地域医療構想に関するWG
(H31.1.30) 資料1-3 一部改変

○同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。

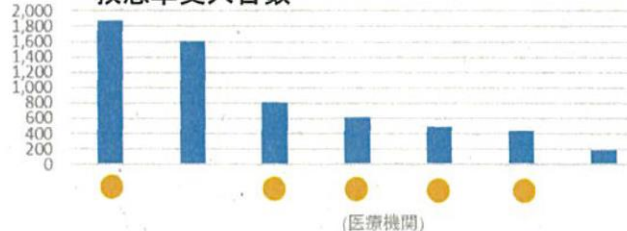
1503県央（新潟）

人口：229958人 面積：734km²

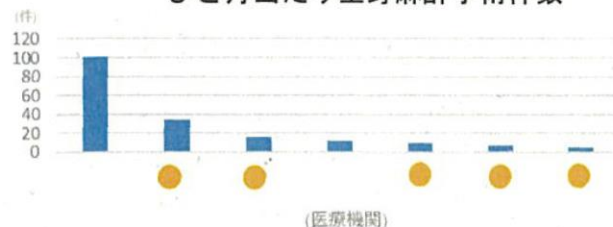
病床数（高度急性期＋急性期）



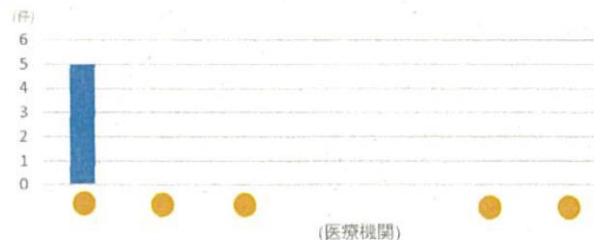
救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



出典等

- 病床数（高度急性期+急性期）
 - 救急車受け入れ台数（年間）
 - 全身麻酔手術件数（月間）
 - 経皮的冠動脈形成術（ステント留置術を含む）（月間）
- （平成29年度病床機能報告）
- 公立病院と民間病院を比較を行う
 - 印は公立・公的病院

前のスライドでは公立は循環器内科が得意で、民間は全麻を必要とする手術の多い病院であることがわかる

公・民 競合

競合パターンの例①

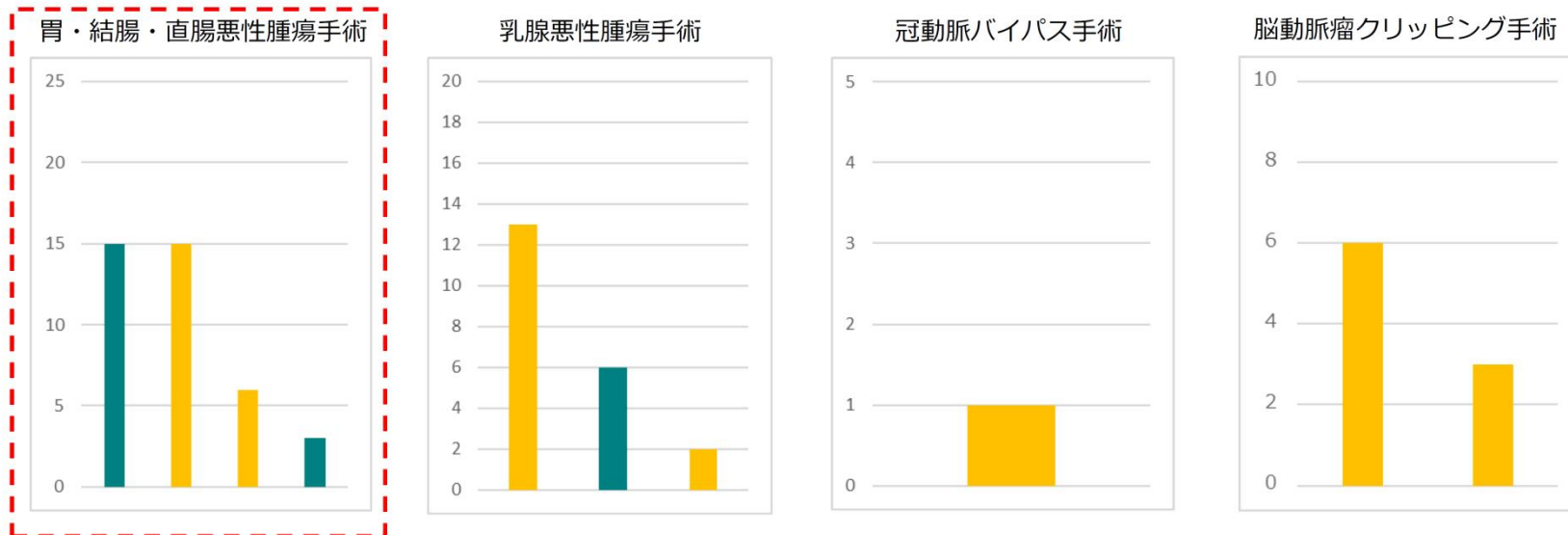
- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在

A 構想区域の例

■ 基本情報

人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
21万	30	12	9	2.7千	73	81	563	45	48

■ 手術実績 (※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告

(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数

(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設（静態・動態）調査

(※6) 平成26年患者調査より算出

競合パターンの例②

- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

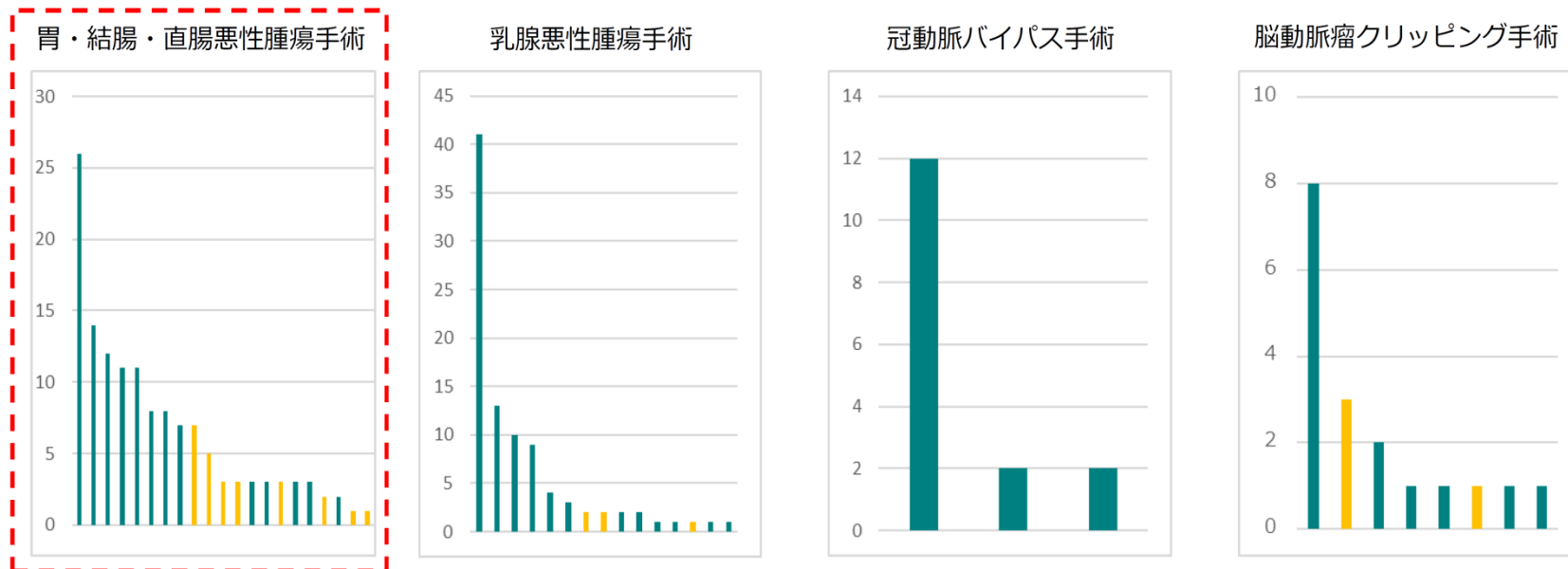
B 構想区域の例

■ 基本情報

人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
110万	30	87	119	17.6千	78	91	3,344	9	8

■ 手術実績 (※1)

■ 公立・公的病院等
 ■ 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設（静態・動態）調査
(※6) 平成26年患者調査より算出

競合パターンの例③

- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在

C 構想区域の例

■ 基本情報

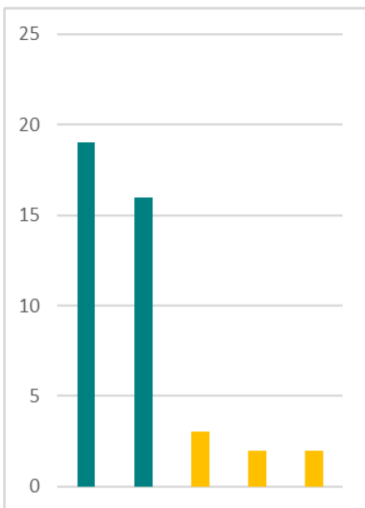
人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
28万	33	13	17	2.7千	74	88	507	4	7

■ 手術実績 (※1)

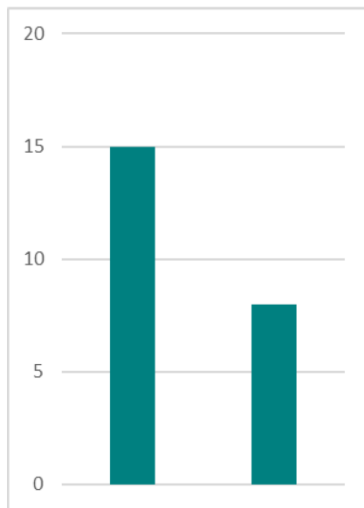
■ 公立・公的病院等

■ 民間医療機関

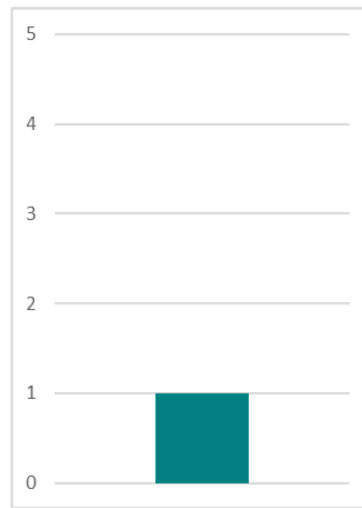
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



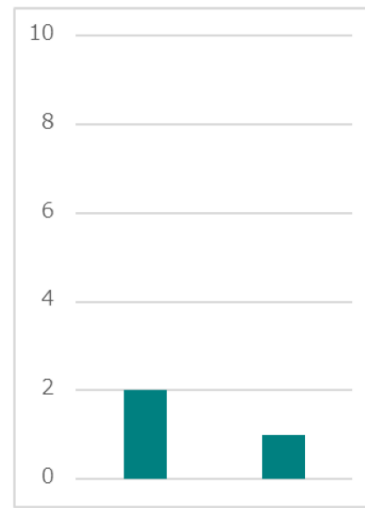
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設（静態・動態）調査
(※6) 平成26年患者調査より算出

競合パターンの例④

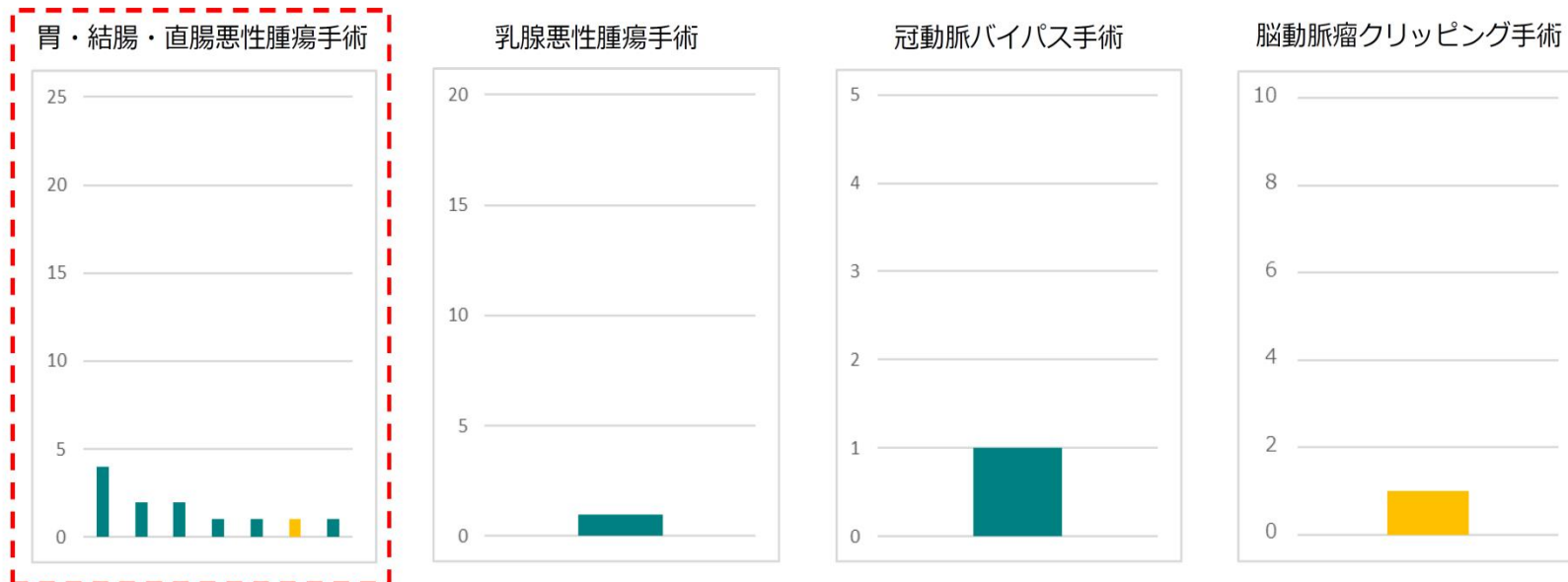
- 構想区域内で、複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない

D 構想区域の例

■ 基本情報

人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
44万	33	22	15	3.4千	68	81	496	18	40

■ 手術実績 (※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告

(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数

(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設（静態・動態）調査

(※6) 平成26年患者調査より算出

競合パターン

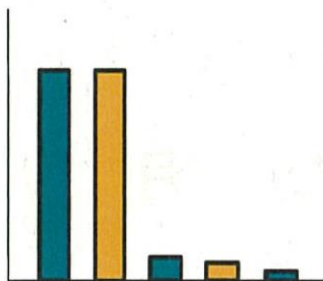
主たる手術件数の競合のパターン

第18回地域医療構想に関するWG
(H31.1.30) 資料1-2 一部改変

○ 代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース

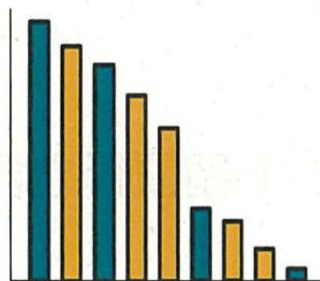
□ パターン (ア)

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在



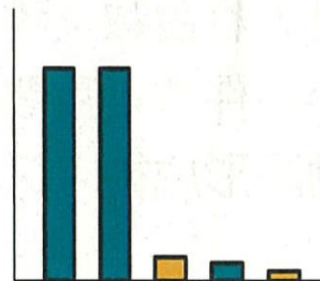
□ パターン (イ)

当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕



□ パターン (ウ)

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在



□ パターン (エ)

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない



■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関

「考えられる視点」

- 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。**重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担**について検討する。
- ② **特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め**、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
- ③ 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病院全体の機能のあり方**も検討する必要がある。

医療圏における医療の復習

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

計画期間

6年間（現行計画の期間：平成30年度～平成35年度）
※在宅医療に係る部分については、中間年で見直すこととしている。

主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。



臓器移植等の
特殊な医療を提供

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等



一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

- ※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。
- 5事業…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。
- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

具体的に5疾病6事業の議論を

(2) 協議体制

- 全都道府県で年に1回以上協議会が開催され、議論が行われている。

がん協議会の開催

- 年に1回以上開催している
■ 開催していない



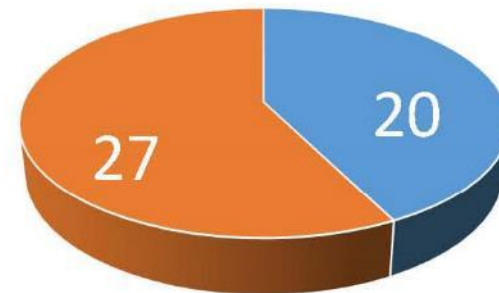
- 20都道府県で、地域医療構想調整会議において、がん医療に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での がん医療に関する議論の状況

- 議論を行っている ■ 議論を行っていない

議論を行っていないと回答した都道府県

青森県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、群馬県、
埼玉県、東京都、新潟県、山梨県、静岡県、三重県、
兵庫県、奈良県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、
香川県、愛媛県、高知県、福岡県、熊本県、大分県、
宮崎県、鹿児島県、沖縄県

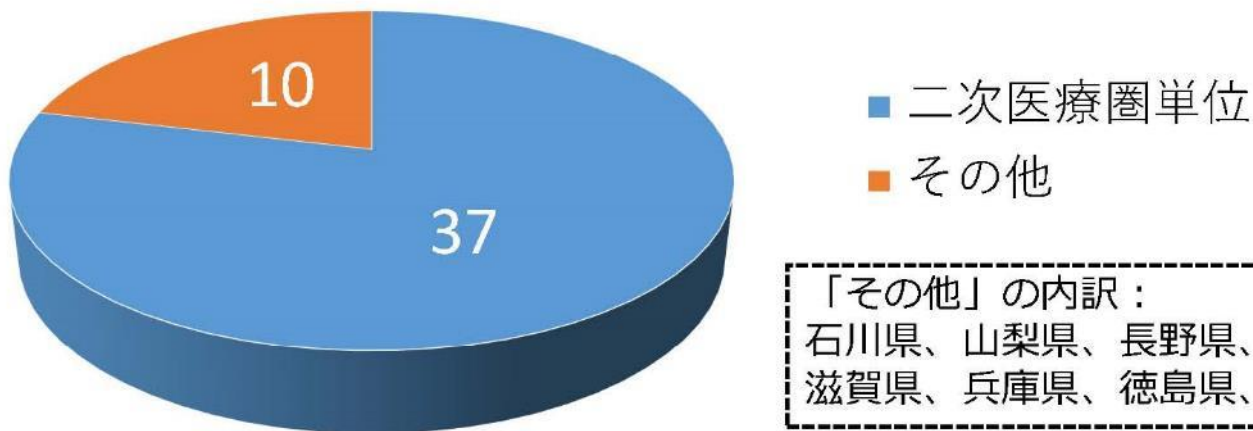


出典：厚生労働省医政局調べ

(1) 脳卒中医療提供体制 都道府県の医療圏設定状況

○ 37都道府県が、脳卒中医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の脳卒中医療圏の設定状況



「その他」の内訳：
石川県、山梨県、長野県、愛知県、三重県、
滋賀県、兵庫県、徳島県、香川県、熊本県

【圏域が異なる理由】

石川県	・急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を脳卒中の圏域としているため。
山梨県	・一つの医療圏（中北）に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、県全域を一区域として圏域を設定している。
長野県	・他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。
愛知県	・県全体で脳卒中の医療体系を考えているため、医療圏の設定をしていない。
三重県	・よりきめ細やかな議論が可能になるよう、地域医療構想区域をベースに圏域を設定している。
滋賀県	・脳血管内治療による脳血栓回収療法施行体制が困難な場合には、施行可能な医療機関との連携構築が必要なことや、24時間365日急性期の症例に対応できる病院が限られていることから、急性期治療においては医療需要に応じて二次保健医療圏の枠組みにとらわれず4ブロックを基本としている。
兵庫県	・身近な医療体制を継続し、旧二次保健医療圏域を基本に阪神北と丹波は連携させ、9圏域とした。
徳島県	・発症後の迅速な救急搬送が可能となるよう、より細やかな圏域を設定している。
香川県	・第七次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、脳卒中の圏域設定については、従来通り5圏域とした。
熊本県	・急性期拠点医療機関がない宇城医療圏については、隣接し、救命救急センターが存する熊本・上益城医療圏と合わせ、熊本中央医療圏としている。

出典：厚生労働省医政局調べ

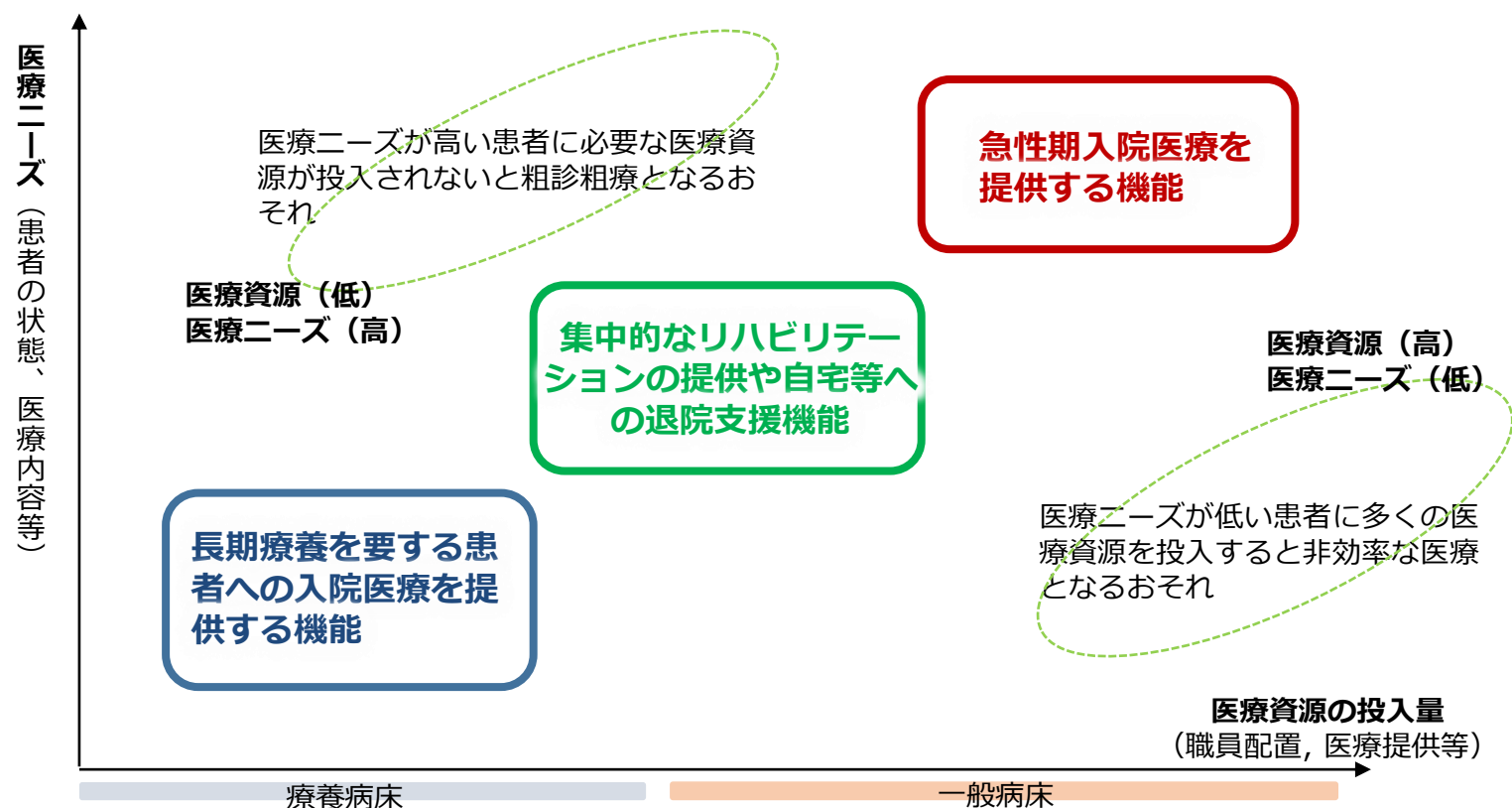
今後の考えられる論点

- 公立公的病院はどの程度の規模で
どれくらいの医療を行うべきか
- 公立公的病院の赤字を補填するのは
国か 自治体か 経営母体か 住民か
- 赤字でもやらなければならないことは何か
癌か 心臓か 脳か 小児科か 産科か
高齢者か 救急か それとも メタボか

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



現在の医療情勢

平成30年7月25日の医療法医師法改正

目的は何か

国民医療費削減

ではないと厚労省は言うが??

医療の質の確保は当然

疎診疎療は否定

過剰なものは排除し、足りないものを補う 覚悟

→ 地域医療構想の確実な遂行

地域及び診療科の医師偏在の是正のチャンス

医師過剰時代 対する 働き方改革

厚労省の重点課題

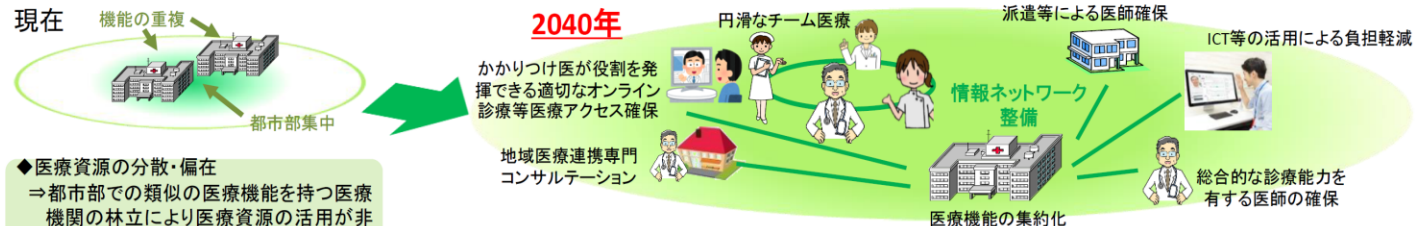
- 地域医療構想（含地域包括ケア）
- 医師偏在
- 医師の働き方改革

この三者は独立しておらず、
密接に関係しているのみならず、
共通のデータで議論される。

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



◆医療資源の分散・偏在

⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に

⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担

◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結



どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施
- 医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ
- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在は是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

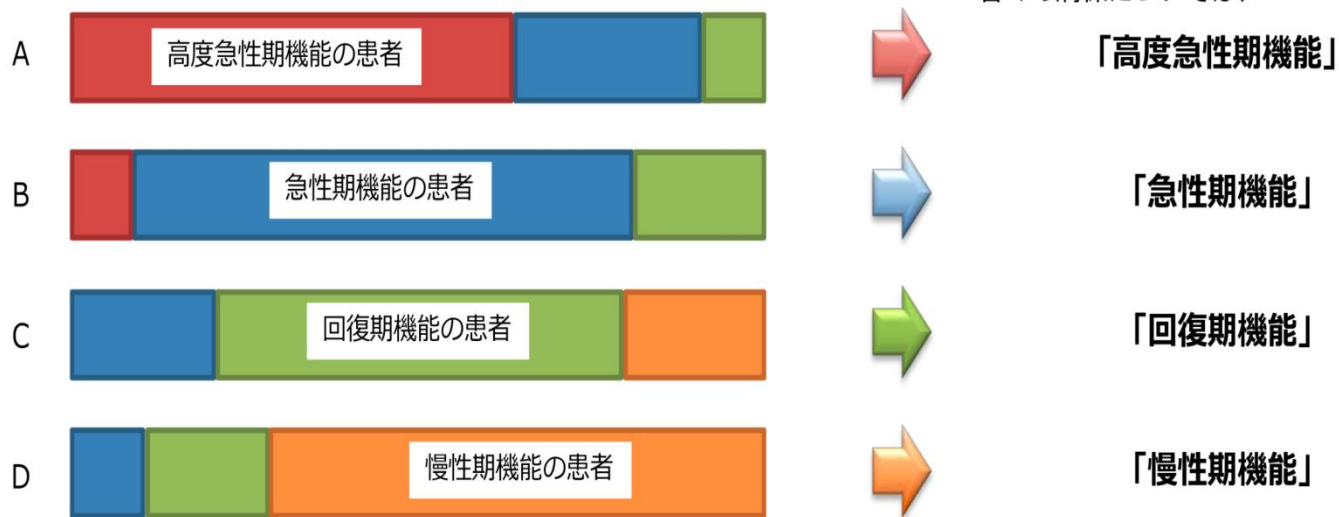
- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

改めて

(2) 病床機能報告における医療機能選択の基本的な考え方

当該病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本。

(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。

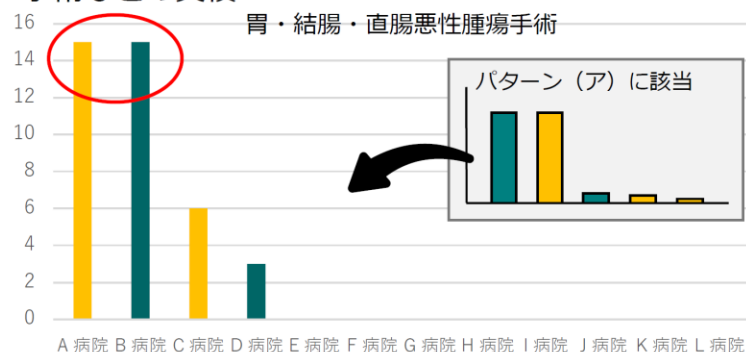
出典：病床機能報告 報告マニュアル 一部改変

構想区域内での位置関係

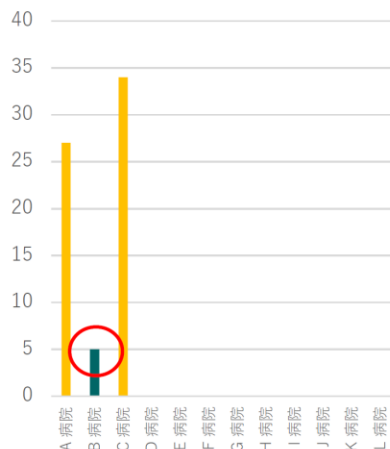
B 構想区域における医療機関の位置関係

- 同程度の手術を実施している A、B の病院について、各医療機関の位置関係をみると、概ね10km強の距離圏内に存在（自動車で20～30分程度）

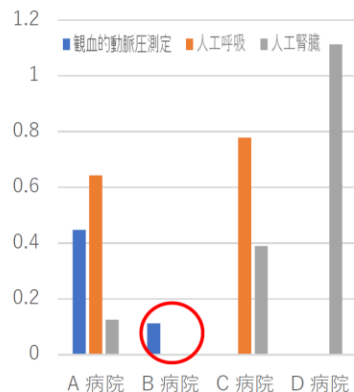
■手術などの実績



放射線治療

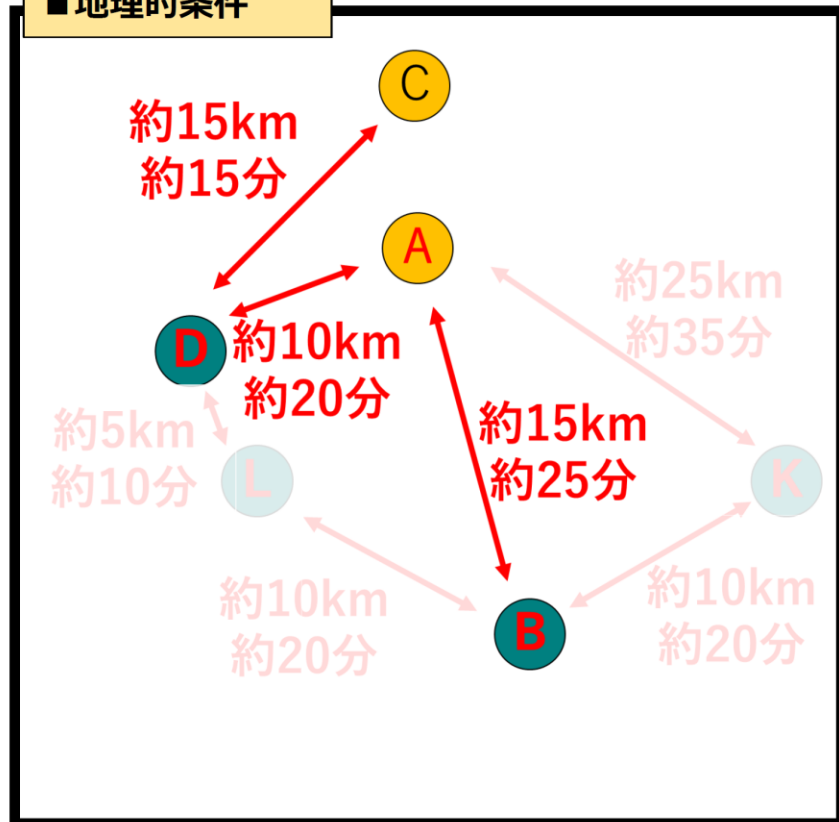


患者像



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。

■地理的条件



地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

- 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

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

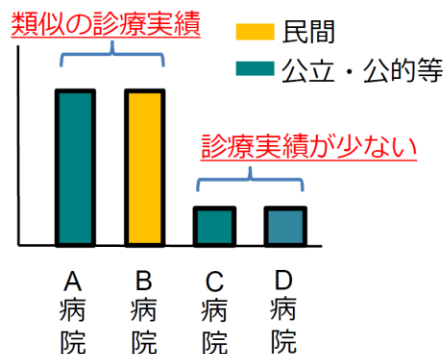
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

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。

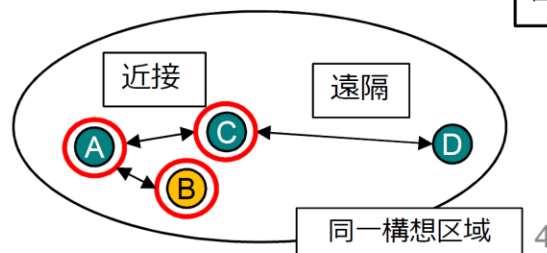
分析のイメージ

- 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



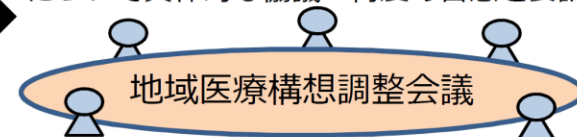
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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**

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、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



具体的な検討

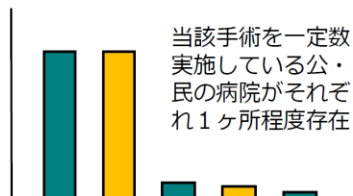
具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

視点1

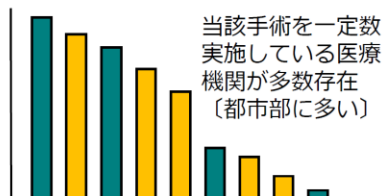
代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

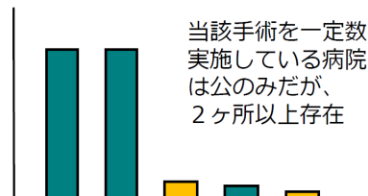
□ パターン (ア)



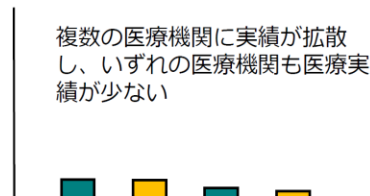
□ パターン (イ)



□ パターン (ウ)



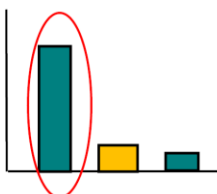
□ パターン (エ)



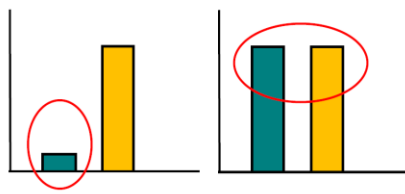
視点2

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。

□ 固有の役割あり

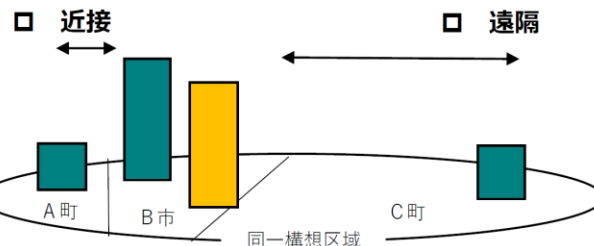


□ 固有の役割なし



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。**

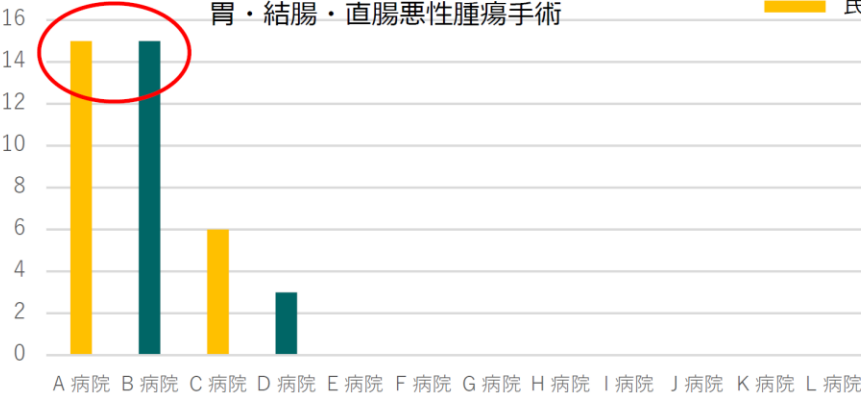
B構想区域の例

- 主要な手術の実績をみると、一定数の実績のある公・民の病院が各1ヶ所程度存在。
- 手術以外の実績や患者像をみると、B病院に固有の役割はみられない。

■手術実績

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関



■基本情報

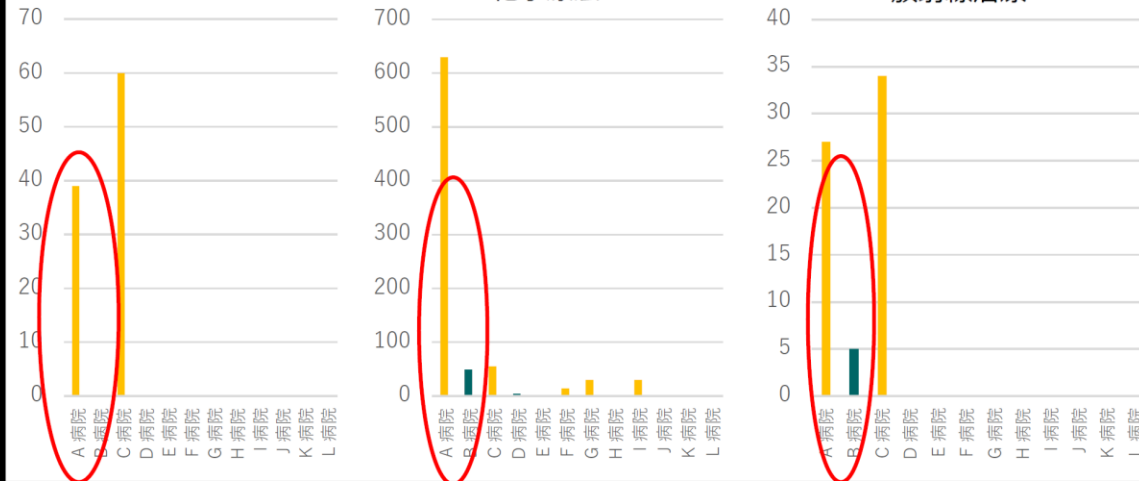
人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
212,000	29.8	12	9	2,678
病床利用率 (※3)		医療施設従事医師数 (※4)	流入入院患者割合 (※5)	流出入院患者割合 (※5)
一般病床	療養病床			
72.7	80.5	563	-	-

■手術以外の診療実績

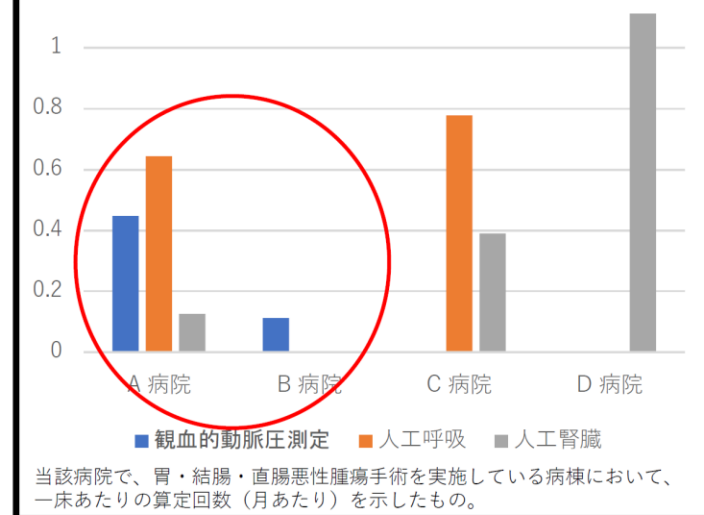
経皮的冠動脈形成術

化学療法

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。

愛知県地域医療構想推進委員会

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。

17の項目の 議論を

【がん】

（手術）

- ・ 肺・呼吸器 … (1)
- ・ 消化器（消化管／肝胆膵） … (2)
- ・ 乳腺 … (3)
- ・ 泌尿器／生殖器 … (4)

（その他）

- ・ 化学療法 … (5)
- ・ 放射線治療 … (6)

【心筋梗塞等の心血管疾患】

- ・ 心筋梗塞 … (7)
- ・ 外科手術が必要な心疾患 … (8)

【脳卒中】

- ・ 脳梗塞 … (9)
- ・ 脳出血（くも膜下出血を含む） … (10)

【救急医療】

- ・ 救急搬送等の医療 … (11)
- ・ 大腿骨骨折等 … (12)

【小児医療】 … (13)

【周産期医療】 … (14)

【災害医療】 … (15)

【へき地医療】 … (16)

【研修・派遣機能】 … (17)

- いろいろこねくり回しても、2025年の病床の必要量は変わらない。(これは2025年の医療費用別の患者予想数を示すものである)
- 医療資源の議論のほぼ全てが地域医療構想調整会議(愛知県では地域医療構想推進会議)で

医師数を国は以下のように数値化するようである

診療所医師数 外来機能
(診療所は多くが医師一人)

病院医師数 病床100床当たり医師数
(病床数)

医療法に基づく外来機能整備

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について

基本的な考え方

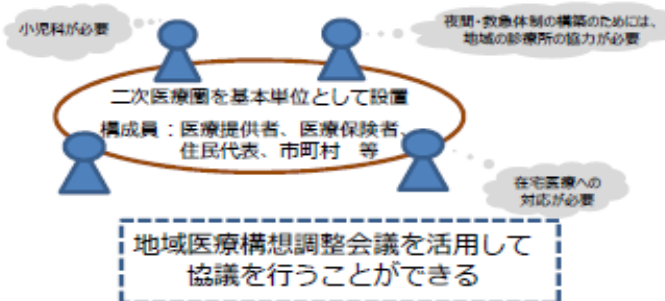
○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、夜間救急連携等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえる

(1) **外来医療機能に関する情報を可視化し、**

(2) その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、

(3) **地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議**を行うことが必要。

外来医療に関する協議の場を設置



法案の内容（いずれも医療法改正）

<外来医療提供体制の確保>

- ① 医療計画に、**新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載**することとする。（平成31年4月1日施行）

<外来医療提供体制の協議の場>

- ② 都道府県知事は、二次医療圏ごとに**外来医療の提供体制に関する事項**（地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針）**について協議する場を設け**、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するものとする。（平成31年4月1日施行）

まとめ

- 病床の機能 と 病院機能 とは物差しが違うのではない
か **議論すべきは個々の病院の機能**
- 病床機能報告は 出来高の額による分類であって、
医療の質を示すためのものではない
- 医療構想区域における議論は以下のように多岐に
わたる
 - 病床数の議論
 - 地域での病気への対応の議論
 - (5疾病5事業{6事業}を地域でどうするか)
 - 医師偏在の議論(数 診療科 性 年齢構成)
 - 外来機能の議論