



地域医療構想の進め方

平成30年7月8日

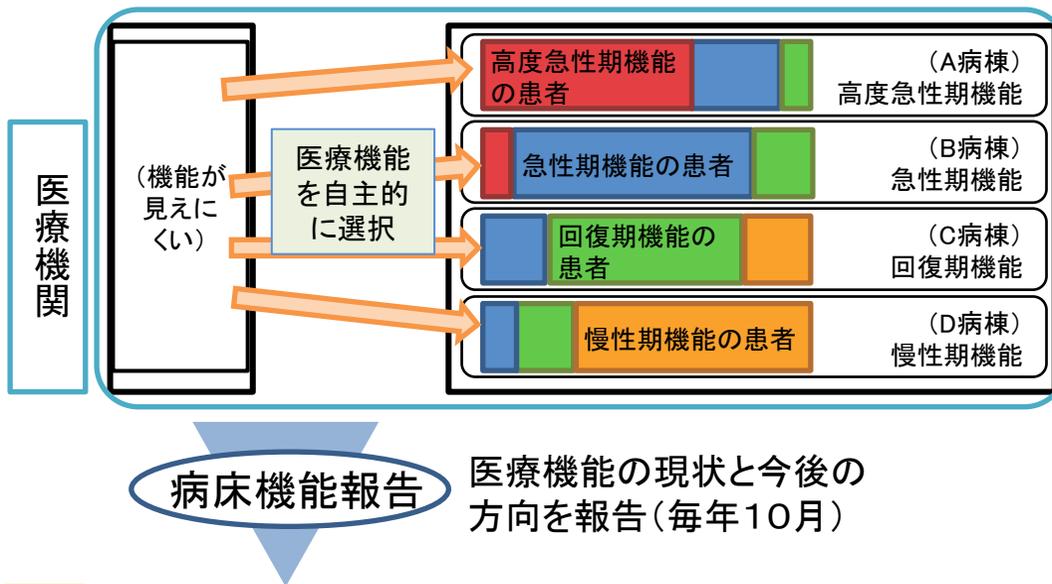
厚生労働省 医政局

地域医療計画課長 佐々木健

1. 地域医療構想の進め方

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

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。

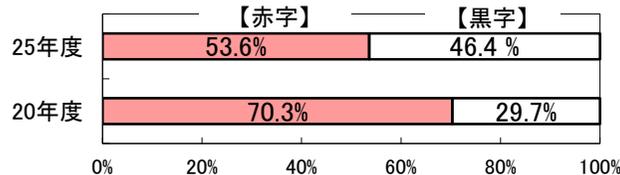
将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成29年3月31日現在で新公立病院改革プランを策定済の病院は800(全体の92.7%)。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

(予定含む数)

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
- ・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1)再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

通常の整備	…… 25%地方交付税措置
再編・ネットワーク化に伴う整備	…… 40%地方交付税措置

- (2)特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

連携

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
 - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする 地域医療構想を策定
(平成29年3月31日現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関**※、**共済組合**、**健康保険組合**、**国民健康保険組合**、**地域医療機能推進機構**、**国立病院機構**及び**労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議**においてその役割について議論するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約810病院

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関**:平成29年9月末
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関**:平成29年12月末 (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う 医療機関名を挙げ 、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と統合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

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」という特徴を有する。

※「」部分は医療法コメントより抜粋

- 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

新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

公立病院に期待される主な機能の具体例

- 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

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)より抜粋】

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。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化すべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

開設主体別医療機関	財政			税制			
	政府 出資金*1	運営費 交付金*2 ・繰入金	補助金	国税	地方税		
				法人税 (医療保健業)	事業税 (医療保健業)	不動産取得税	固定資産税
公立病院	-	○*3	対象*4	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本赤十字社	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
済生会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
厚生連	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
北海道社会事業協会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
公立学校共済組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
地域医療機能推進機構	○	-	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
国立病院機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
労働者健康安全機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
(参考)公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象*4	一部非課税*7	一部非課税*7	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)社会医療法人	-	-	対象*4	一部非課税*8	一部非課税*8	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)医療法人	-	-	対象*4	課税	課税	課税	課税*9

*1: 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要がある、これに対して政府が出資することをいう(参考: 独立行政法人通則法第8条第1項)。日本私立学校振興・共済事業団に関しては、私立学校への助成事業のみ。

*2: 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。

*3: 地方公営企業法第17条の2(経費の負担の原則)及び総務省が定めた繰出基準(総務副大臣通知)に基づき、一般会計が負担すべき経費(経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)を公営企業会計に対して繰り入れているもの。

*4: 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。

*5: 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。

*6: 国立病院機構では、国期間分の退職給付金費用や臨床研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払賃金立替払事業や研究・試験及び成果の普及事業等に使用されており、両機構とも診療事業には使用していない。

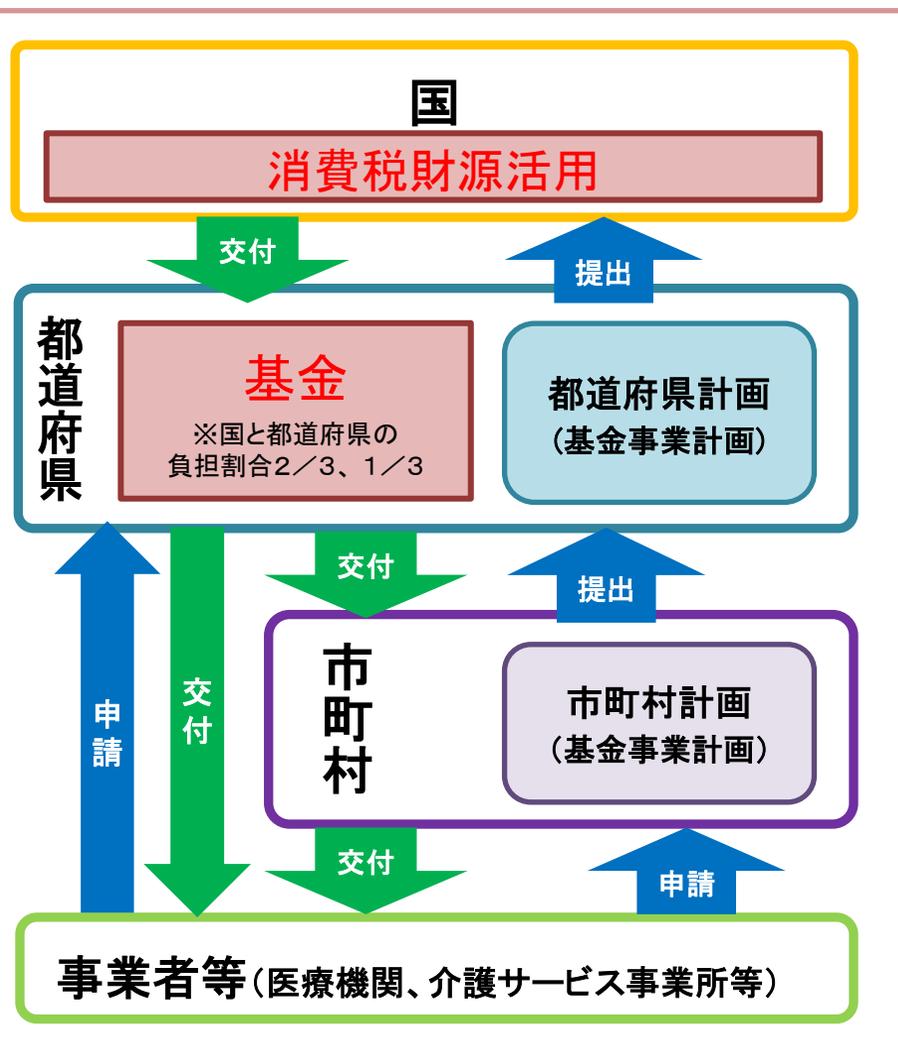
*7: 法人税法令で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。

*8: 社会医療法人では、医療保健業(附帯業務、収益業務は除く。)は非課税。

*9: 自治体の条例により減免を行っている場合がある。

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保 (関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間 (原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 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(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業 (地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業としている。

都道府県知事の権限の行使の流れ

【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ①都道府県知事への理由書提出
- ②調整会議での協議への参加
- ③都道府県医療審議会での理由等説明

応答の
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

命令の場合
(公的医療機関等)

要請の場合
(民間医療機関)

指示の場合
(公的医療機関等)

医療法第30条の17

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項
及び第4項

○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

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、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合
(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合(公的医療機関等)

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

命令・指示・勧告に従わない

病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項

「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」

(平成29年6月23日付け医政地発0623第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) 抜粋

1 療養病床及び一般病床の整備に当たり留意すべき事項について

今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。

具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、以下のような点に留意し、十分な議論を行うこと。

(1) 現状では既存病床数が基準病床数を上回り、追加的な病床の整備ができないが、高齢化が急速に進むことで、将来の病床数の必要量が基準病床数を上回ることとなる場合には、

① 基準病床数の見直しについて毎年検討

② 医療法第30条の4第7項の規定に基づく基準病床数算定時の特例措置を活用

することによって対応が可能であるが、その場合であっても、

・ 将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移

・ 他の二次医療圏との患者の流出入の状況

・ 交通機関の整備状況

などのそれぞれの地域の事情を考慮することが必要となること。

(2) 現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること。

2 都道府県医療審議会と地域医療構想調整会議の整合性について

都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議(医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)における議論との整合性を確保すること。

具体的には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

○ 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性

○ 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性 等

その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

3 第7次医療計画公示前における病院開設等の許可申請の取扱い等について

現行の医療計画において、無菌病室、集中治療室(ICU)及び心臓病専用病室(CCU)の病床については、専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所内に別途確保されているものは、既存病床数として算定しないものとされている。これらの病床については、第7次医療計画の策定を念頭に、平成30年4月1日以降、これまで既存病床数として算定していなかった病床を含めて、全て既存病床数として算定することとされていることから、今年度において新たに療養病床及び一般病床の整備を検討する際の判断材料の一つとして、当該病床を既存病床数に含めて、各二次医療圏における病床の整備状況を評価することが考えられるため、必要に応じて検討すること。

非稼働病棟に係る議論の進め方に関する留意事項

「地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について」
(平成29年11月6日付け厚生労働省医政局地域医療計画事務連絡)

病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関が確認された場合には、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、次の点について説明するよう求めること。

- ・ 病棟を稼働していない理由
- ・ 当該病棟の今後の運用見通しに関する計画

その上で、当該病棟の今後の運用見通しに関し、病棟を再び稼働しようとする計画がある場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、地域の他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、現在稼働している病棟の稼働率を現在以上に上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。

特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

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。

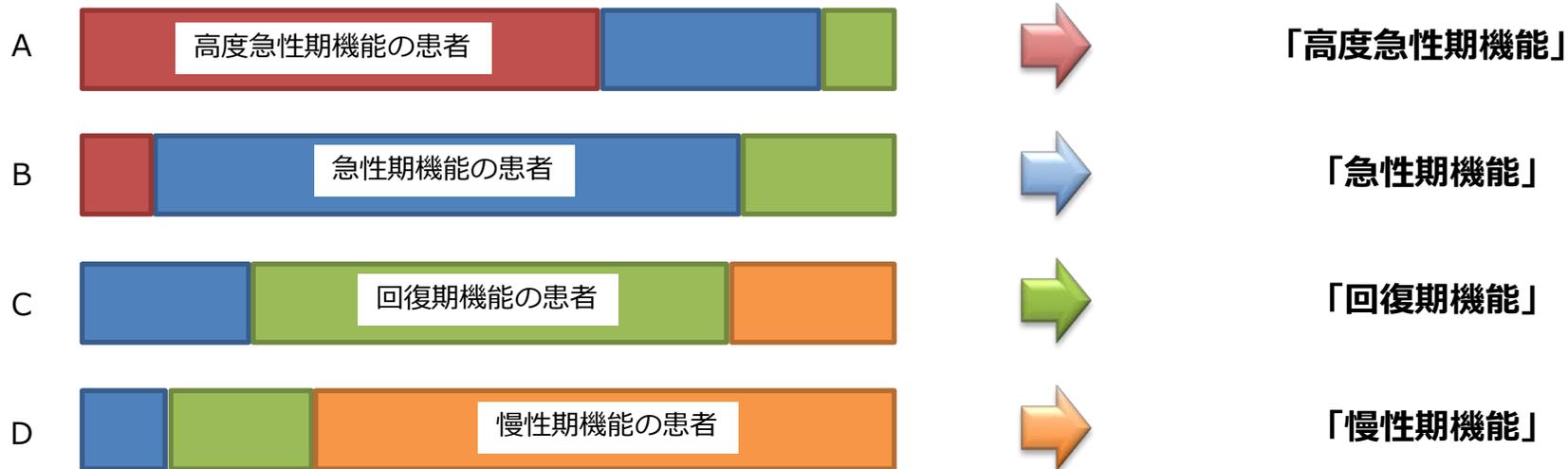
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

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)



として報告することを基本とする。

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りますと考えられる。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ります。

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28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、ガンマナイフ、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	

幅広い手術の実施	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
	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	
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	
救急医療の実施	
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
	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
全身管理	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
	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
リハビリテーション	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/早期からのリハビリテーション	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
	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
障害者等の受入	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
	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
重度の障害者等の受入	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
	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)
多様な診療所の有床診療所	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
	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
の連携	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

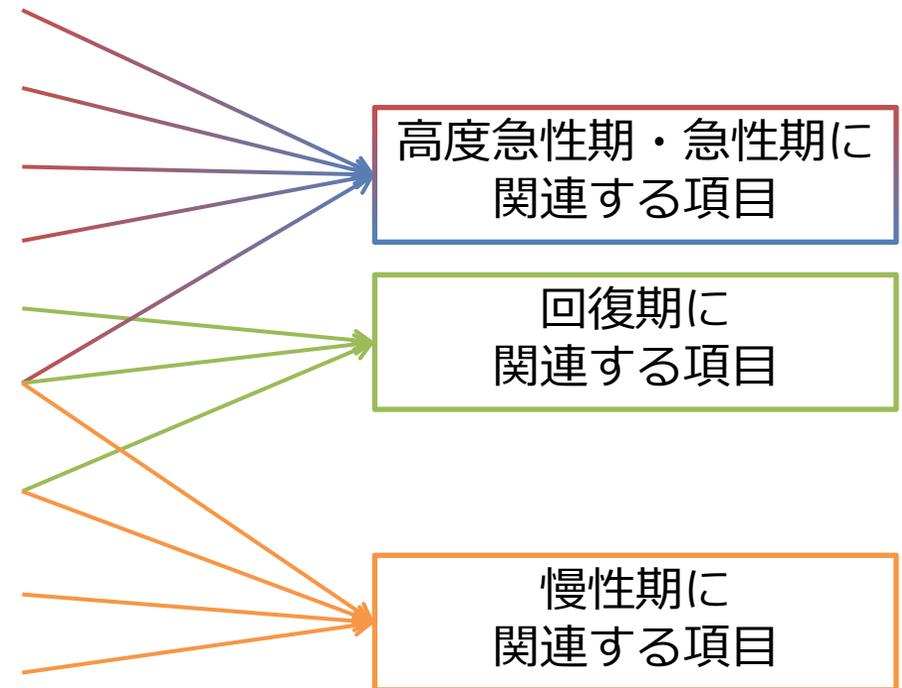
具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

- 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。

【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



2. 地域医療構想調整会議における 議論の進捗状況

「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"> 都道府県職員研修（前期） データブック配布及び説明会 基金に関するヒアリング 		<ul style="list-style-type: none"> 都道府県職員研修（中期） 地域医療構想の取組状況の把握 			<ul style="list-style-type: none"> 都道府県職員研修（後期） 病床機能報告の実施 								
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>●具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 													
		<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>●地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供（議事録の公開、説明会等）</p>													
調整会議		<p>1回目</p> <p>●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</p> <ul style="list-style-type: none"> 不足する医療機能の確認 各医療機関の役割の明確化 各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用 		<p>2回目</p> <p>●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</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す 病床機能報告に向けて方向性を確認 		<p>3回目</p> <p>●次年度における基金の活用等を視野に入れた議論</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 		<p>4回目</p> <p>●次年度の構想の具体的な取組について意見の整理</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 							

地域医療構想調整会議における議論の状況

以下は、平成29年度末(平成30年3月末)までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
79回 (74区域)	284回 (230区域)	370回 (260区域)	334回 (238区域)	1,067回

▶調整会議以外の取組(意見交換会等)

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
23回 (20区域)	88回 (54区域)	55回 (41区域)	62回 (50区域)	228回

▶平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

未報告医療機関数(区域数)	455施設(151区域)
うち未報告医療機関の在り方について議論した構想区域	33区域/151区域

▶非稼働病棟に関する状況把握

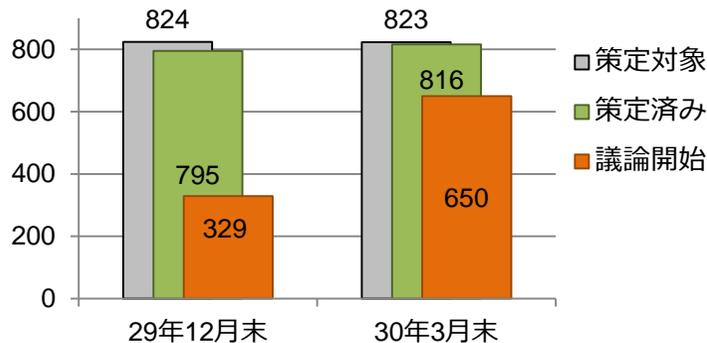
非稼働病棟を有する医療機関数(区域数)	1,158施設(285区域)
うち非稼働病棟の在り方について議論した構想区域	66区域/285区域

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

▶公立病院について

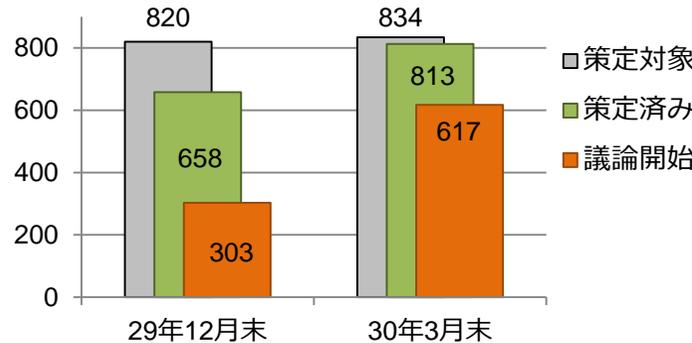
- ・対象病院は823病院(注)
- ・新改革プランを策定した病院は、816病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、650病院

(注)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。



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

- ・対象病院は834病院
- ・公的医療機関等2025プランを策定した病院は813病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、617病院



(参考)

その他の医療機関について

(担うべき役割や機能を大きく変更する病院等)

・今後の事業計画を策定した病院は264病院

・調整会議で議論を開始した病院は46病院

地域医療構想調整会議における議論の状況

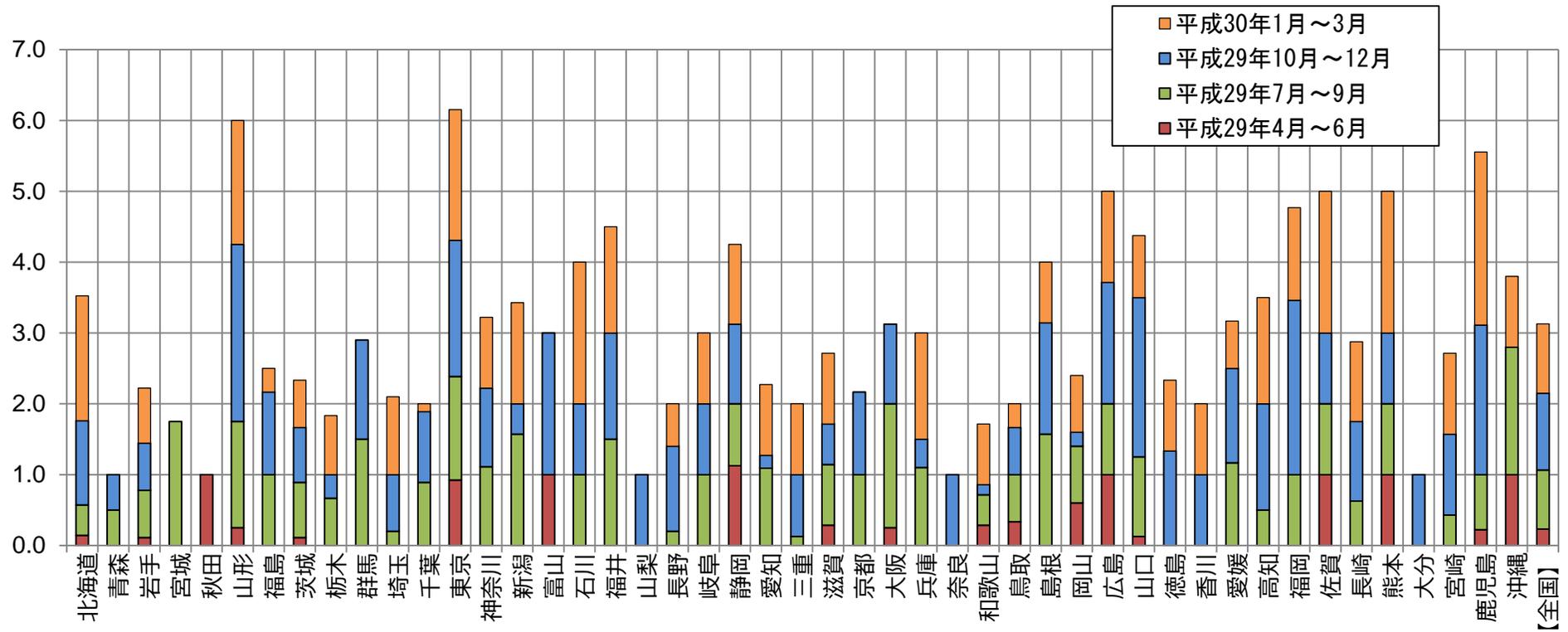
■調整会議の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）（平成30年3月末時点）

（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

最も開催回数の多い区域：鹿児島県 始良・伊佐区域（延べ14回）

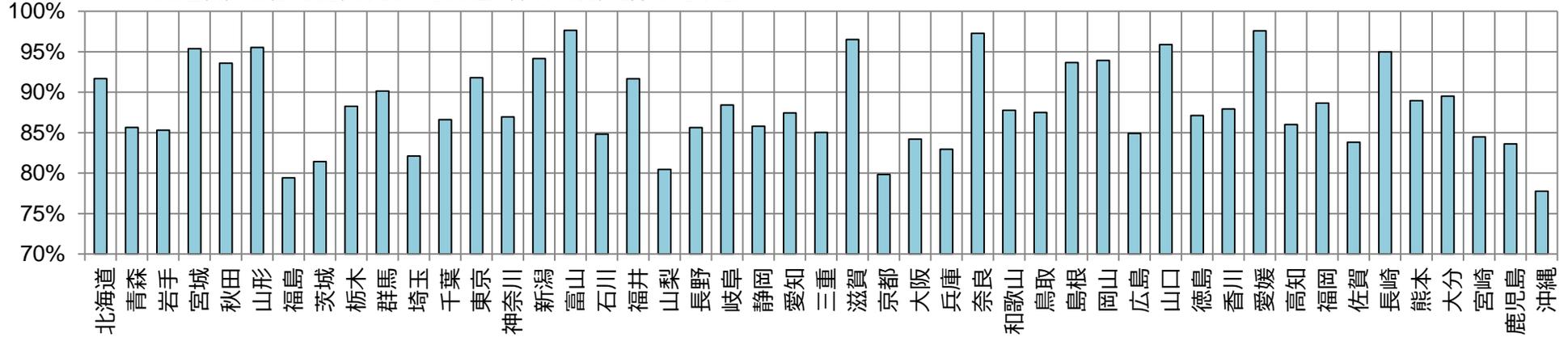


地域医療構想調整会議における議論の状況

■ 平成29年度病床機能報告の報告状況

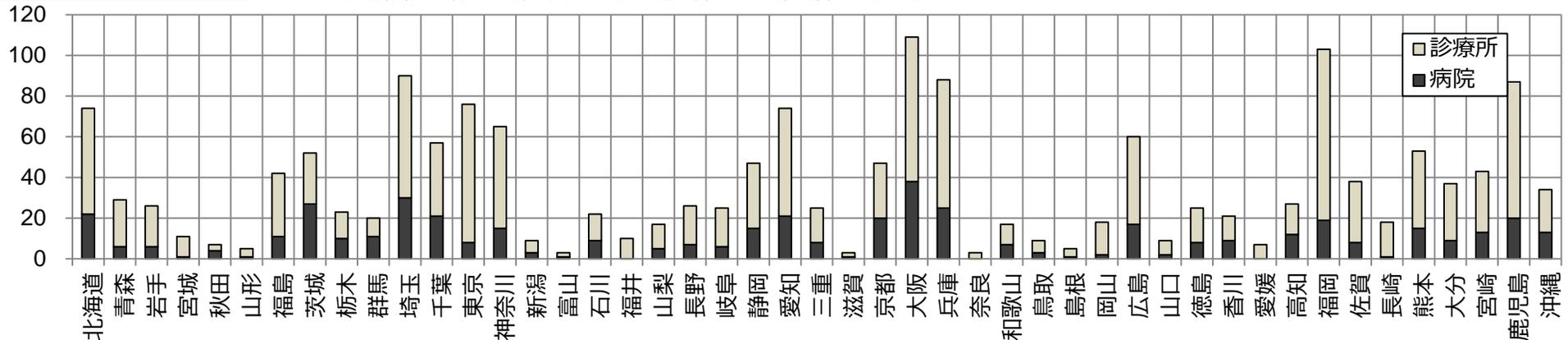
報告率

(注) 速報段階(平成30年3月)の粗集計を用いた値であり、都道府県による督促対応が十分に行われる以前の状況である。各都道府県の督促の実施状況については次回以降のWG資料に掲載する予定。



未報告医療機関の施設数

(注) 速報段階(平成30年3月)の粗集計を用いた値であり、都道府県による督促対応が十分に行われる以前の状況である。各都道府県の督促の実施状況については次回以降のWG資料に掲載する予定。



医療法

第三十条の十三 (略)

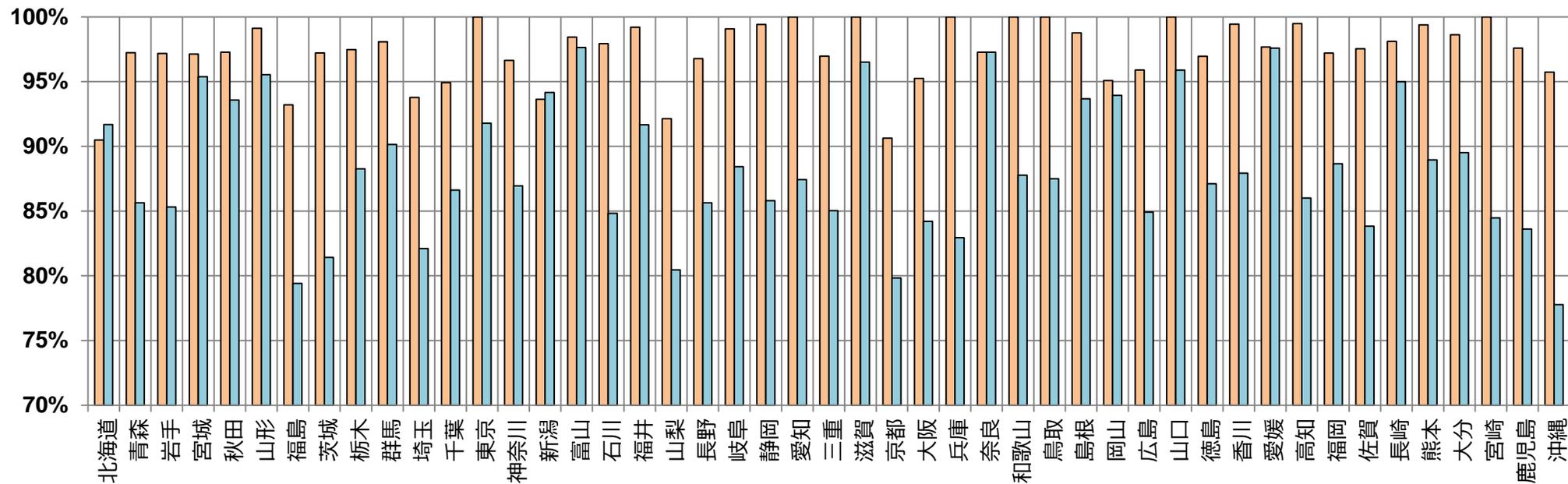
5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

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。

(参考) 病床機能報告の報告率の経年比較

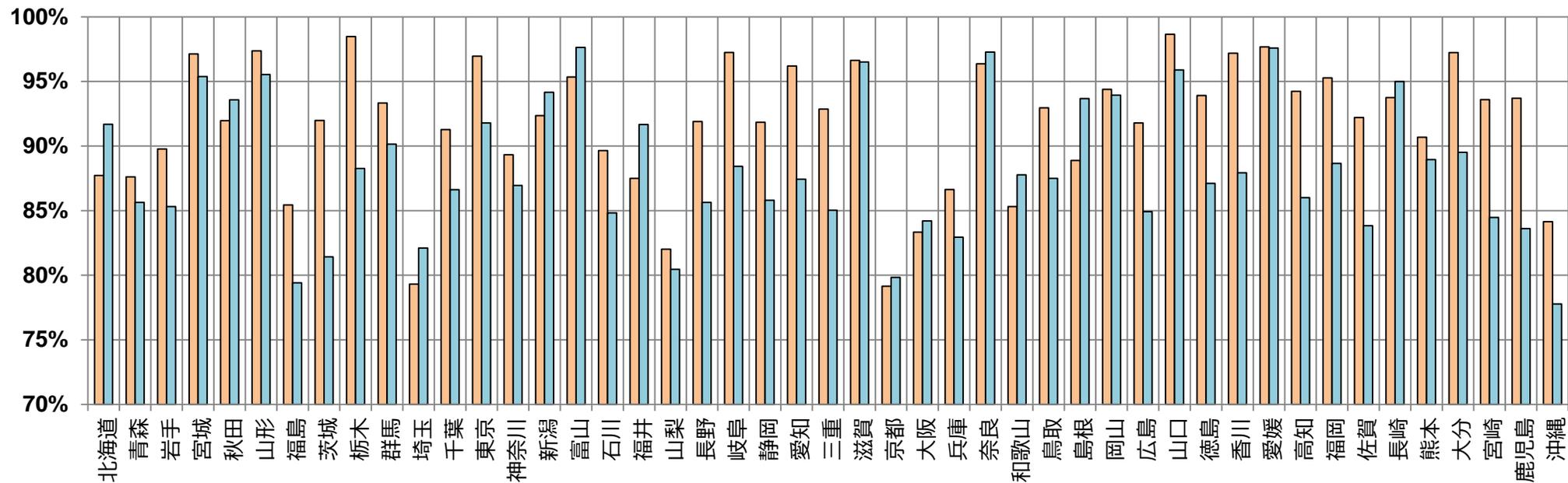
報告率 ■ 平成28年度報告の最終的な報告率 ■ 平成29年度報告の報告率 (速報段階のもの)



(留意点)
 ・平成28年度の値は、各都道府県が1年間にわたり督促を行った結果の値である。
 平成29年度の値は、各都道府県が十分に督促を行う前の、速報段階の粗集計による値である。

(参考) 病床機能報告の報告率の経年比較

報告率 ■ 平成28年度報告の報告率 (速報段階のもの) ■ 平成29年度報告の報告率 (速報段階のもの)

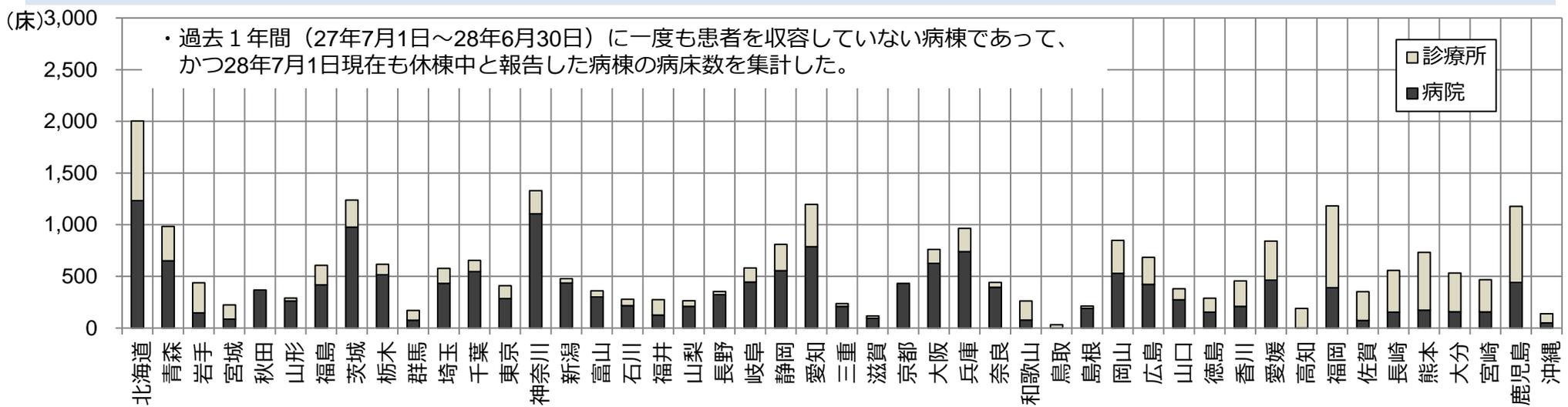


(留意点)
 ・平成28、29年度のいずれの値も、各都道府県が十分に督促を行う前の、速報段階の粗集計による値である。

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

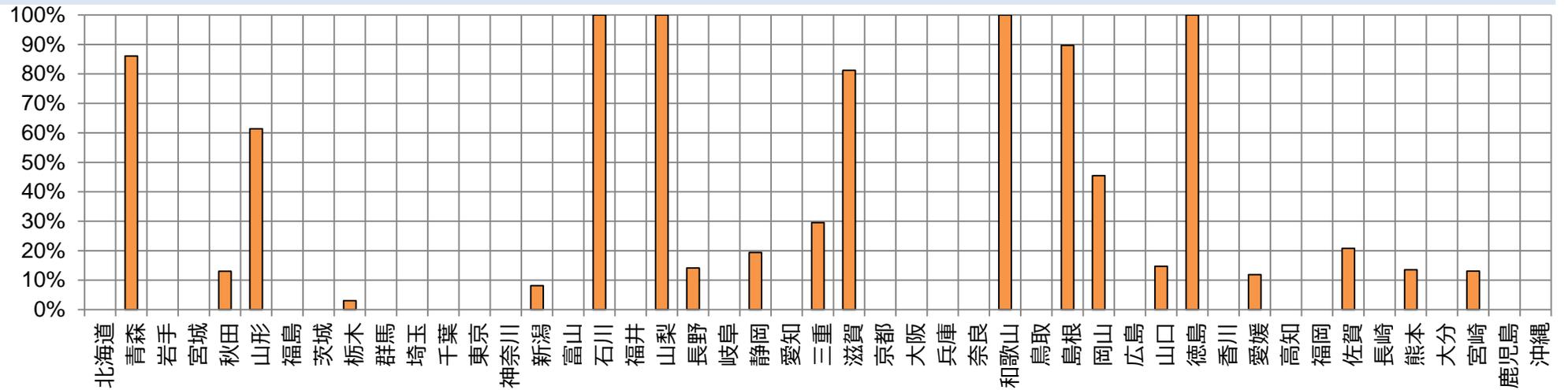
（平成30年3月末時点）（注）平成28年度（平成28年10月実施）の病床機能報告を基にした集計である。



■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3月末時点）



(参考) 非稼働病棟の減床事例

(減床済み) H28年病床機能報告での報告以降の例

都道府県	設置主体	医療機関名	許可病床数	うち 非稼働病床	減床数 (予定数)	対応年月
山形県	公立	A病院	360	45	60	H30.4
栃木県	民間	B診療所	19	19	19	H29.6
富山県	公立	C病院	109	49	49	H30.2
石川県	民間	D病院	294	54	95	H28.10
石川県	公立	E病院	662	43	32	H30.1
和歌山県	公立	F病院	274	56	26	H29.5
和歌山県	民間	G診療所	19	19	19	H29.12
和歌山県	民間	H診療所	19	19	19	H29.12
和歌山県	民間	I診療所	3	3	3	H29.3
和歌山県	公立	J診療所	2	2	2	H29.4
和歌山県	民間	K診療所	19	19	19	H29.11
和歌山県	公立	L診療所	2	2	2	H29.3
島根県	公的等	M病院	301	48	48	H30.4
愛媛県	民間	N病院	401	31	31	H28.10
愛媛県	民間	O診療所	19	19	19	H29.3
宮崎県	民間	P診療所	19	19	19	H30.4
宮崎県	民間	Q診療所	2	2	2	H30.3

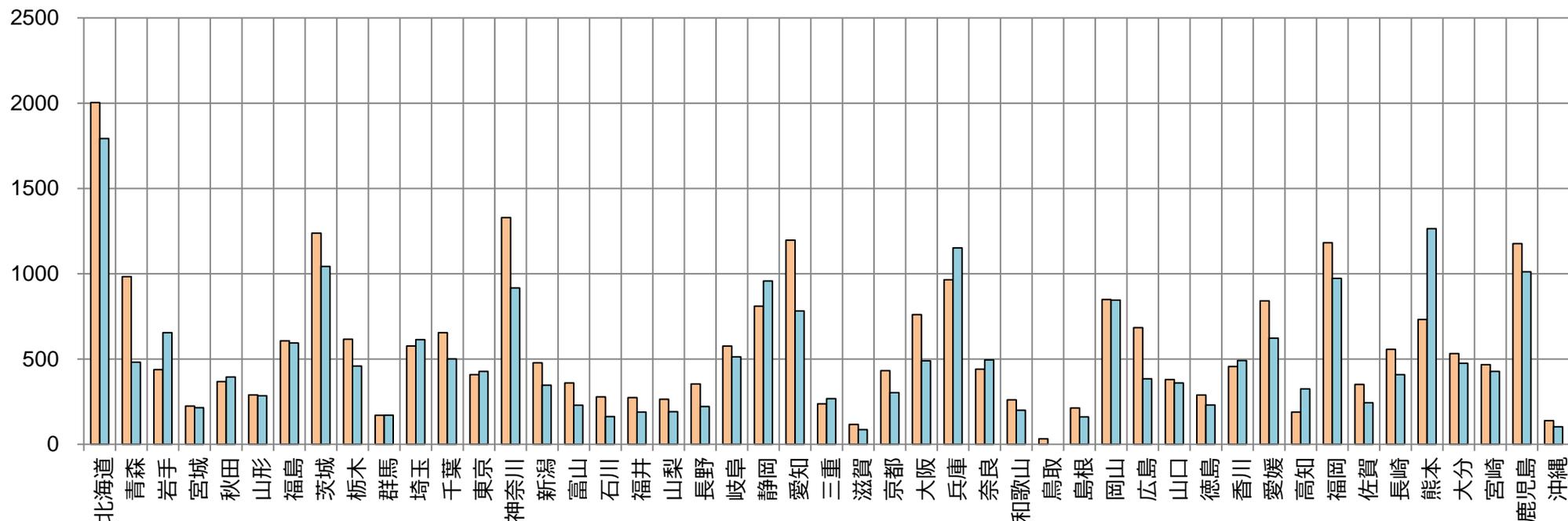
(今後予定されているもの)

新潟県	公立	R病院	99	39	39	H30予定
富山県	公立	S病院	190	41	41	H31.3予定
長野県	公的等	T病院	416	47	47	H30中予定
長野県	公的等	U病院	310	50	50	H30中予定
長野県	公立	V病院	273	54	54	未定
静岡県	公立	W病院	426	39	39	H30.10予定
和歌山県	民間	X病院	60	16	16	H30.5予定
山口県	公的等	Y病院	475	48	48	未定

(参考) 非稼働病棟の病床数の経年比較

平成28年度と平成29年度の病床機能報告における非稼働病棟の病床数を単純に比較したもの。

■ 平成28年度 (注: P8の値と同じ)
 ■ 平成29年度 (速報段階のもの)

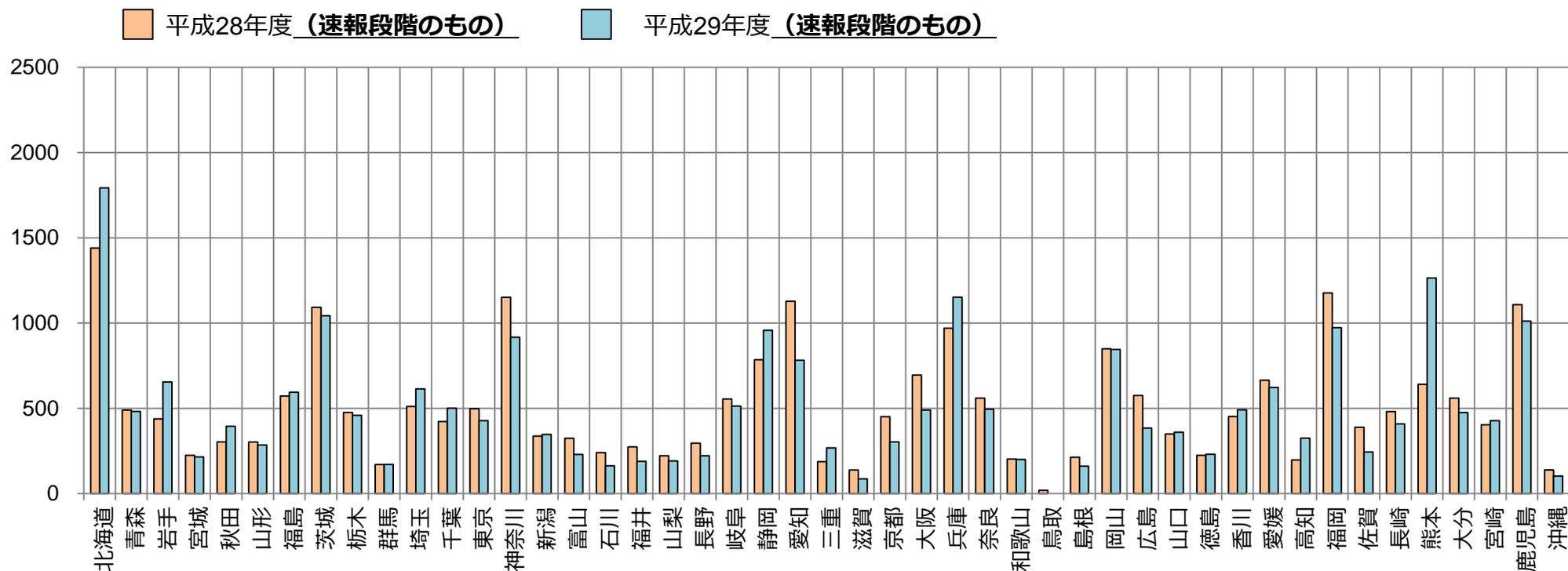


(留意点)

- 過去1年間 (X-1年7月1日~X年6月30日) に一度も患者を収容していない病棟であって、かつX年7月1日現在も休棟中と報告した病棟の病床数を集計した。
- 平成28年度の値は、各都道府県において、未報告医療機関への督促や、誤報告の修正等を経た値である。
平成29年度の値は、督促や修正等を十分に行う前の、速報段階の粗集計による値である。
- 平成29年度の値には、P 8に掲げた減床予定分も、非稼働として含まれている場合があり得る。(病床機能報告の報告時期と、減床予定の決定時期のズレによるもの)

(参考) 非稼働病棟の病床数の経年比較

平成28年度と平成29年度の病床機能報告における非稼働病棟の病床数を単純に比較したもの。

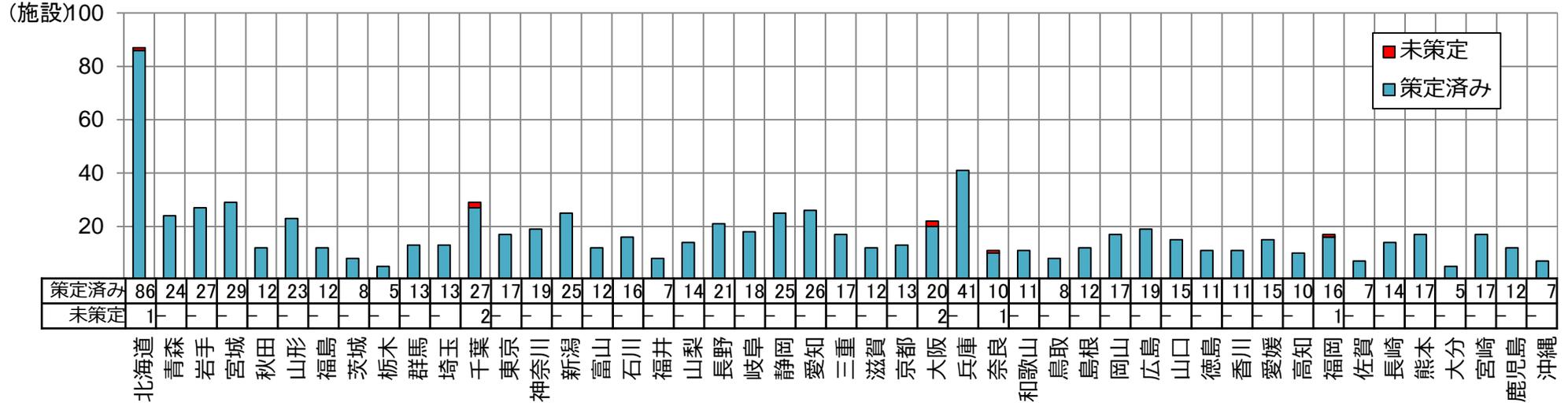


(留意点)

- ・ 過去1年間 (X-1年7月1日～X年6月30日) に一度も患者を収容していない病棟であって、かつX年7月1日現在も休棟中と報告した病棟の病床数を集計した。
- ・ 平成28、29年度のいずれの値も、督促や修正等を十分に行う前の、速報段階の粗集計による値である。
- ・ 平成29年度の値には、P 8に掲げた減床予定分も、非稼働として含まれている場合があり得る。(病床機能報告の報告時期と、減床予定の決定時期のズレによるもの)

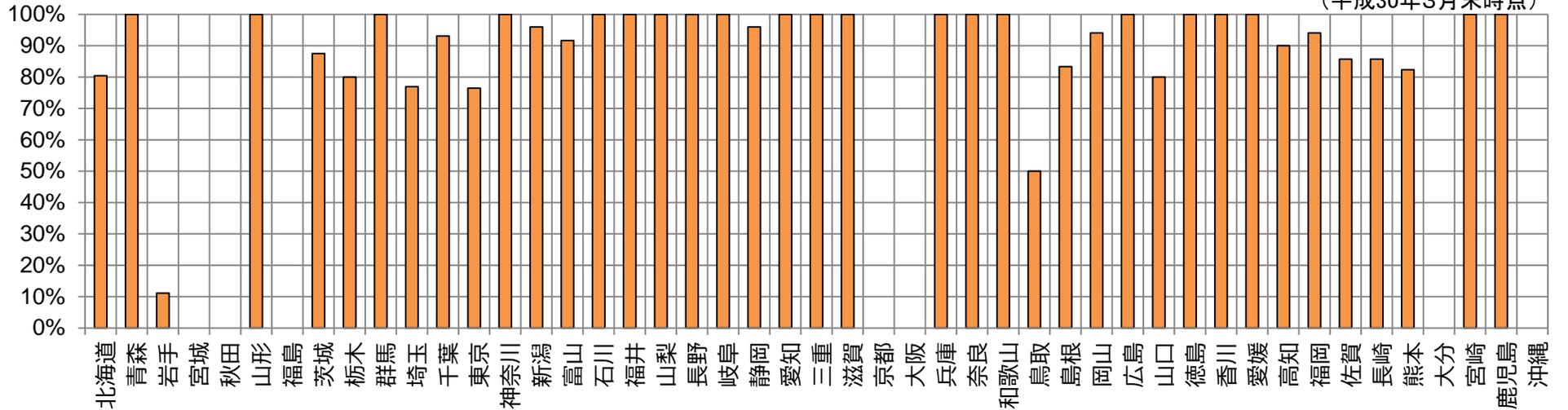
地域医療構想調整会議における議論の状況（新公立病院改革プラン）

■新公立病院改革プランを策定済みの病院数（平成30年3月末時点）（注）一般病床及び療養病床を有しない精神科病院は除外した。



■新公立病院改革プランについて、調整会議での議論を開始した割合（議論開始済み病院数／プラン策定対象病院数）

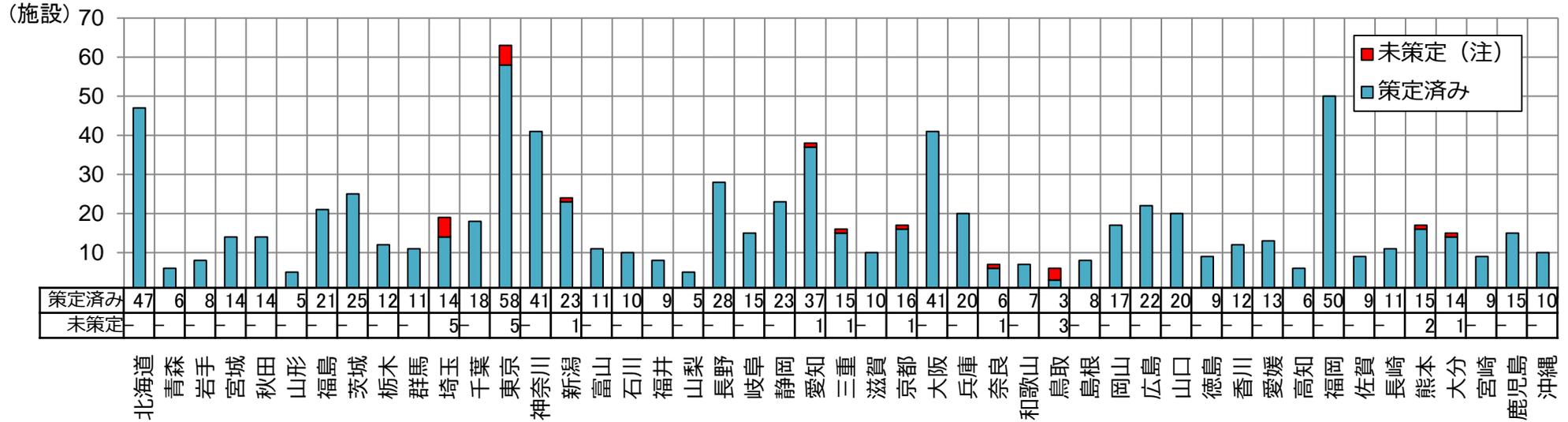
（平成30年3月末時点）



※宮城県の議論の開始状況は精査中

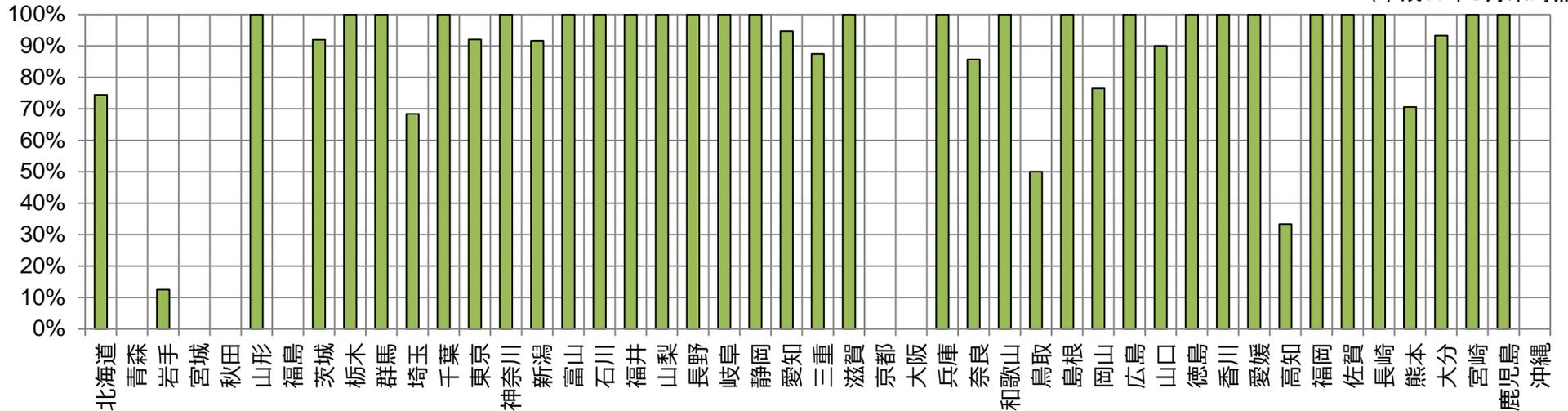
地域医療構想調整会議における議論の状況（公的医療機関等2025プラン）

■ 公的医療機関等2025プランを策定済みの病院数（平成30年3月末時点）



■ 公的医療機関等2025プランについて、調整会議での議論を開始した割合（議論開始済み病院数／プラン策定対象病院数）

（平成30年3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・公的等まとめ）

（再掲）

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 まとめ

（平成30年3月末時点）

プラン策定状況

◆公立病院（新公立病院改革プラン）

策定対象	87	24	27	29	12	23	12	8	5	13	13	29	17	19	25	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	5	13	13	27	17	19	25	12	16	7	14	21	18	25	26	17	12	13	20	41	10	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	16	7	14	17	5	17	12	7
未策定	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-

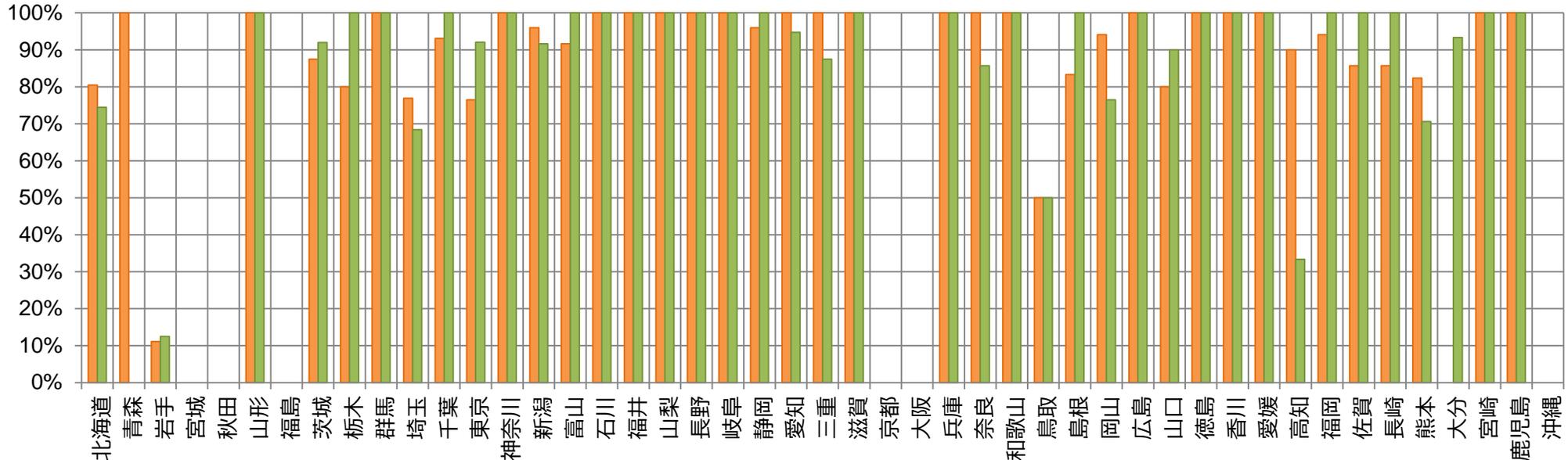
◆公的病院等（公的医療機関等2025プラン）

策定対象	47	6	8	14	14	5	21	25	12	11	19	18	63	41	24	11	10	9	5	28	15	23	38	16	10	17	41	20	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	17	15	9	15	10
策定済み	47	6	8	14	14	5	21	25	12	11	14	18	58	41	23	11	10	9	5	28	15	23	37	15	10	16	41	20	6	7	3	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	15	14	9	15	10
未策定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	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

■ 公立病院（新公立病院改革プラン）

■ 公的病院等（公的医療機関等2025プラン）



※宮城県の議論の開始状況は精査中

(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	今年度中の調整会議において、議論を開始する予定としている。	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年度	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6月～	各地域の調整会議には、原則としてすべての病院が参画しており、プランの内容には調整会議の議論が反映されているとの意見がある中で、改めてプランだけを取り出して議論することについて、参加者の理解を得ることに時間を要した。
大阪府	平成30年7月以降の調整会議等（懇話会等）にて議論を開始。	本府においては、全国と比較して、民間病院の割合が高いことから、公民あわせ全ての医療機関が参画・協議し、構想区域の将来のあるべき姿をとりまとめていく。 そのため公的プラン等と同様の調査を民間病院に対しても平成29年度に実施しており、これら公民調査をまとめて、本年7月以降の調整会議等において具体的な論議を進めるもの。
沖縄県	平成30年6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。

「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。

具体的対応方針のとりまとめ状況①（全国・都道府県ごと）

○ 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。

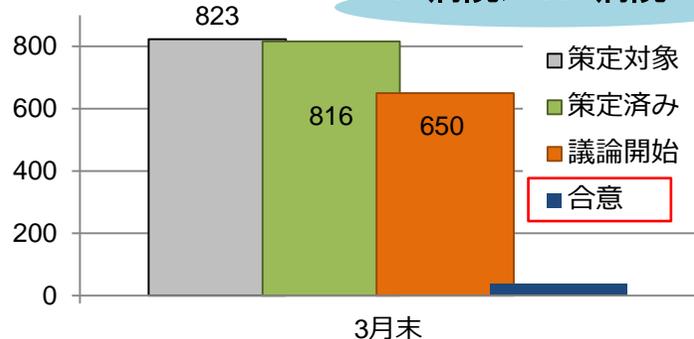
- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒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

・具体的対応方針について合意した数

38病院／823病院



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関

・具体的対応方針について合意した数

70病院／834病院



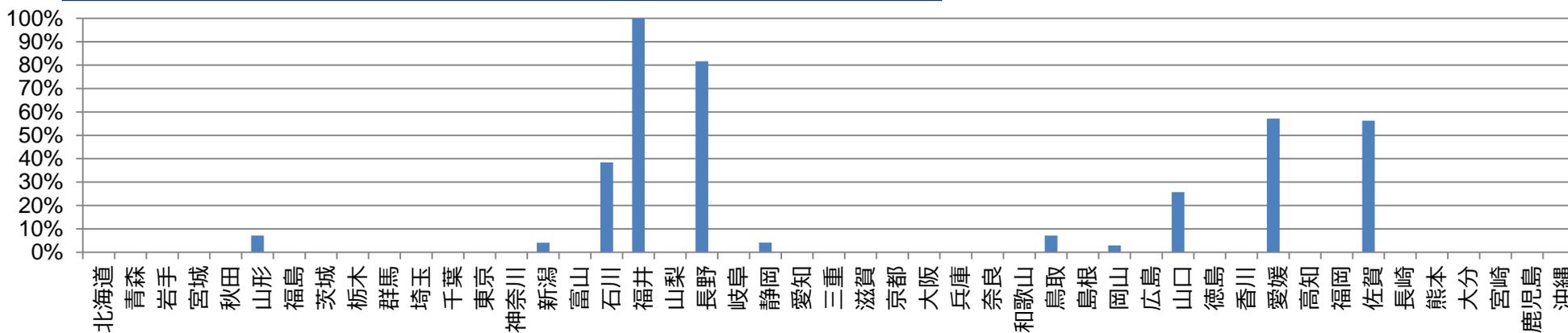
▶その他の

医療機関

9病院

担うべき役割や機能を大きく変更する病院等

とりまとめ割合 = 合意した数／対象医療機関数（公立・公的等）



具体的対応方針のとりまとめ状況② (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟（非稼働）	
山形	村山	2025年の病床数の必要量	－	523	1687	1431	1232		
		2016年の病床数	全 55施設	737	3082	700	1262	146	
		2025と2016の差		-214	-1395	+731	-30		
		具体的対応方針に基づく 病床数の変化	合意済み 1/12施設	0	-15	0	0	-45	-60
山形	置賜	2025年の病床数の必要量		159	610	573	407		
		2016年の病床数	全 23施設	30	1070	486	511	37	
		2025と2016の差		+129	-460	+87	-104		
		具体的対応方針に基づく 病床数の変化	合意済み 1/8施設	0	0	-10	0	0	-10
新潟	下越	2025年の病床数の必要量		123	442	476	477		
		2016年の病床数	全 17施設	388	676	217	557	0	
		2025と2016の差		-265	-234	+259	-80		
		具体的対応方針に基づく 病床数の変化	合意済み 2/5施設	0	+2	-2	-46	0	-46
石川	南加賀	2025年の病床数の必要量		146	696	567	604		
		2016年の病床数	全 31施設	30	1283	253	844	93	
		2025と2016の差		+116	-587	+314	-240		
		具体的対応方針に基づく 病床数の変化	合意済み 1/4施設	0	+5	0	+2	-32	-25
石川	石川中央	2025年の病床数の必要量		940	2659	2648	1913		
		2016年の病床数	全 92施設	2381	3292	969	3126	185	
		2025と2016の差		-1441	-633	+1679	-1213		
		具体的対応方針に基づく 病床数の変化	合意済み 8/13施設	-86	-61	+176	0	-37	-8

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況③ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟（非稼働）	
石川	能都中部	2025年の病床数の必要量	－	108	417	325	425		
		2016年の病床数	全 16施設	52	980	152	526	0	
		2025と2016の差		+56	-563	+173	-101		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/5施設	0	0	0	0	0	0
福井	奥越	2025年の病床数の必要量	－	16	129	181	93		
		2016年の病床数	全 8施設	0	260	109	60	15	
		2025と2016の差		+16	-131	+72	+33		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	0	0	0	0	0
福井	丹南	2025年の病床数の必要量	－	55	423	577	386		
		2016年の病床数	全 32施設	0	836	247	682	50	
		2025と2016の差		55	-413	+330	-296		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	+4	-4	0	0	0	0
福井	福井・坂井	2025年の病床数の必要量	－	588	1691	1502	871		
		2016年の病床数	全 73施設	1370	2428	638	1211	184	
		2025と2016の差		-782	-737	+864	-340		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 8/8施設	-39	-43	+65	0	-100	-117
福井	嶺南	2025年の病床数の必要量	－	76	333	386	284		
		2016年の病床数	全 12施設	18	698	187	622	25	
		2025と2016の差		+58	-365	+199	-338		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/5施設	0	-20	+67	-15	-25	+7

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況④ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟（非稼働）	
長野	佐久	2025年の病床数の必要量	－	193	733	494	334		
		2016年の病床数	全 18施設	81	1250	249	469	147	
		2025と2016の差		+112	-517	+245	-135		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 9/9施設	-4	-133	142	-30	-85	-110
長野	諏訪	2025年の病床数の必要量	－	215	719	510	289		
		2016年の病床数	全 19施設	349	922	191	352	0	
		2025と2016の差		-134	-203	+319	-63		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 4/4施設	0	-104	+60	+44	0	0
長野	上伊那	2025年の病床数の必要量	－	119	432	381	221		
		2016年の病床数	全 12施設	158	615	259	279	0	
		2025と2016の差		-39	-183	+122	-58		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	-30	+30	0	0	0	0
長野	飯伊	2025年の病床数の必要量	－	129	555	416	238		
		2016年の病床数	全 13施設	132	907	209	325	0	
		2025と2016の差		-3	-352	+207	-87		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/4施設	0	0	0	0	0	0
長野	木曾	2025年の病床数の必要量	－	14	58	40	26		
		2016年の病床数	全 1施設	0	211	0	48	0	
		2025と2016の差		+14	-153	+40	-22		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	-126	+48	-22	0	-100

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑤ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数					計
			高度	急性	回復	慢性	休棟 (非稼働)	
長野	松本	2025年の病床数の必要量	-	503	1432	1098	562	
		2016年の病床数	全 40施設	813	2072	408	691	64
		2025と2016の差		-310	-640	+690	-129	
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 7/7施設	-282	+118	+105	+20	-50
長野	大北	2025年の病床数の必要量	-	36	197	108	62	
		2016年の病床数	全 4施設	0	313	98	81	17
		2025と2016の差		+36	-116	+10	-19	
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	0	-46	0	-8	0
長野	長野	2025年の病床数の必要量	-	543	1634	1196	1047	
		2016年の病床数	全 52施設	629	2663	434	1392	0
		2025と2016の差		-86	-1029	+762	-345	
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 10/11施設	0	0	0	-19	0
長野	北信	2025年の病床数の必要量	-	57	244	182	58	
		2016年の病床数	全 5施設	15	461	140	99	26
		2025と2016の差		+42	-217	+42	-41	
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	-15	-319	+334	0	-26
静岡	賀茂	2025年の病床数の必要量	-	20	186	271	182	
		2016年の病床数	全 10施設	8	230	162	292	85
		2025と2016の差		+12	-44	+109	-110	
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/5施設	0	-20	-6	+54	-54

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑥ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟（非稼働）	
静岡	駿東田方	2025年の病床数の必要量	－	609	1588	1572	1160		
		2016年の病床数	全 90施設	739	3097	656	1777	181	
		2025と2016の差		-130	-1509	+916	-617		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/10施設	0	0	0	0	0	0
鳥取	西部	2025年の病床数の必要量	－	282	877	989	347		
		2016年の病床数	全 36施設	671	1246	447	639	4	
		2025と2016の差		-389	-369	+542	-292		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/7施設	0	0	0	0	0	0
岡山	真庭	2025年の病床数の必要量	－	25	157	175	106		
		2016年の病床数	全 10施設	0	389	42	222	38	
		2025と2016の差		+25	-232	+133	-116		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	-10	+10	-50	0	-50
山口	山口・防府	2025年の病床数の必要量	－	275	974	899	860		
		2016年の病床数	全 42施設	551	1418	523	1337	90	
		2025と2016の差		-276	-444	+376	-477		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/5施設	-43	-135	+103	+25	-48	-98
山口	宇部・小野田	2025年の病床数の必要量	－	328	937	879	1064		
		2016年の病床数	全 35施設	796	1579	435	1792	55	
		2025と2016の差		-468	-642	+444	-728		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 4/8施設	6	-7	+70	-52	-42	-25

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑦ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
愛媛	新居浜・西条	2025年の病床数の必要量	－	196	826	677	648		
		2016年の病床数	全 34施設	44	1701	276	703	258	
		2025と2016の差		+152	-875	+401	-55		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/4施設	+2	-13	+38	0	-88	-61
愛媛	今治	2025年の病床数の必要量	－	119	682	708	430		
		2016年の病床数	全 54施設	23	1378	213	764	31	
		2025と2016の差		+96	-696	+495	-334		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	+3	-3	0	0	0	0
愛媛	松山	2025年の病床数の必要量	－	781	1995	2067	1836		
		2016年の病床数	全142施設	2077	3023	1001	2668	267	
		2025と2016の差		-1296	-1028	+1066	-832		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 8/8施設	-1064	+936	+50	0	-131	-209
愛媛	宇和島	2025年の病床数の必要量	－	120	418	454	305		
		2016年の病床数	全 30施設	30	1049	281	563	177	
		2025と2016の差		+90	-631	+173	-258		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/7施設	0	+55	0	0	-55	0
佐賀	中部	2025年の病床数の必要量	－	372	1168	1430	855		
		2016年の病床数	全 92施設	106	2707	776	1422	94	
		2025と2016の差		+266	-1539	+654	-567		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/9施設	+151	-136	+20	0	0	+35

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑧ (構想区域ごと)

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟（非稼働）	
佐賀	東部	2025年の病床数の必要量	－	31	286	472	559		
		2016年の病床数	全 29施設	8	433	278	1035	55	
		2025と2016の差		+23	-147	+194	-476		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	0	-7	+109	-47	-55	0
佐賀	南部	2025年の病床数の必要量	－	101	378	269	437		
		2016年の病床数	全 37施設	15	758	238	679	79	
		2025と2016の差		+86	-380	+31	-242		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	+43	-40	0	0	0	+3
佐賀	西部	2025年の病床数の必要量	－	32	171	244	272		
		2016年の病床数	全 24施設	0	498	158	464	75	
		2025と2016の差		+32	-327	+86	-192		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/3施設	0	0	+40	-40	0	0
佐賀	南部	2025年の病床数の必要量	－	161	635	684	521		
		2016年の病床数	全 62施設	70	1407	311	1015	48	
		2025と2016の差		+91	-772	+373	-494		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/6施設	0	-62	+74	-24	0	-12

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

3. 地域医療構想調整会議の 活性化に向けた方策

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。

地域医療構想調整会議の協議事項

「地域医療構想の進め方について」(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)より

【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

○ 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。

○ 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】

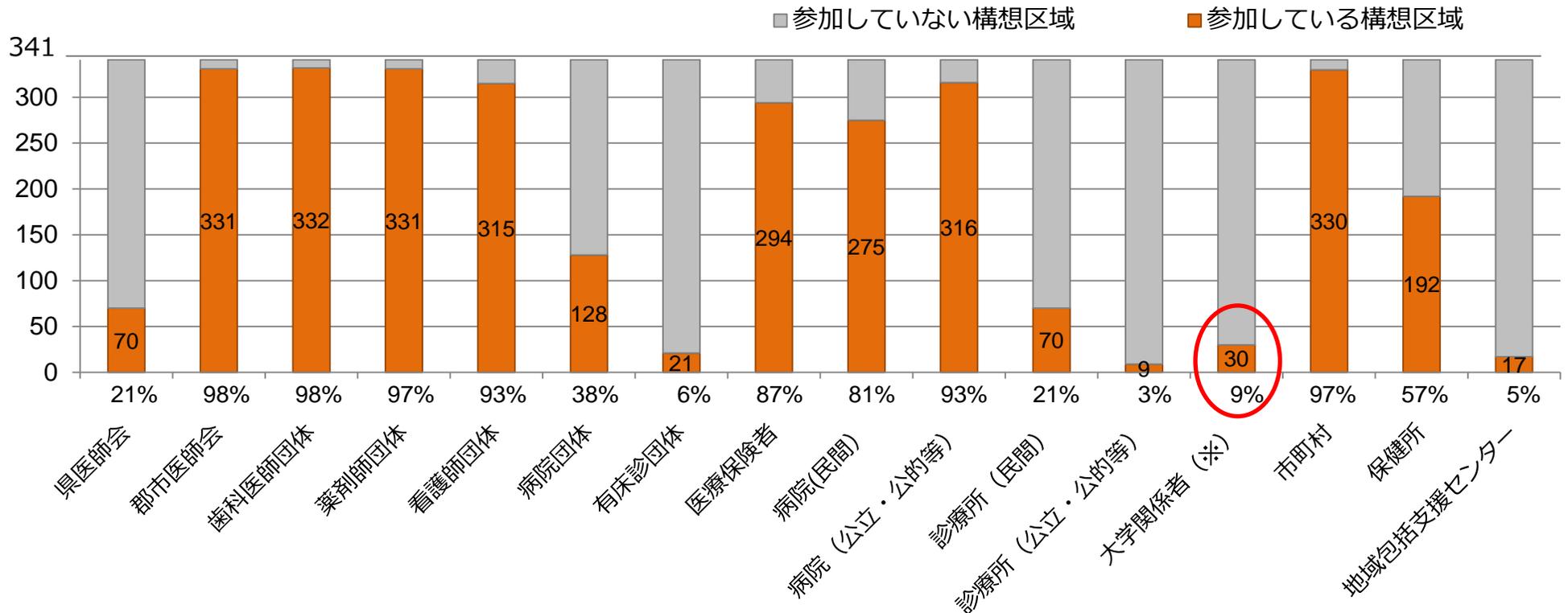
○ 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

- ・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の体制① 参加者の構成

- 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いる。
- 学識経験者の立場として参加している大学関係者の割合は9%と少ない。

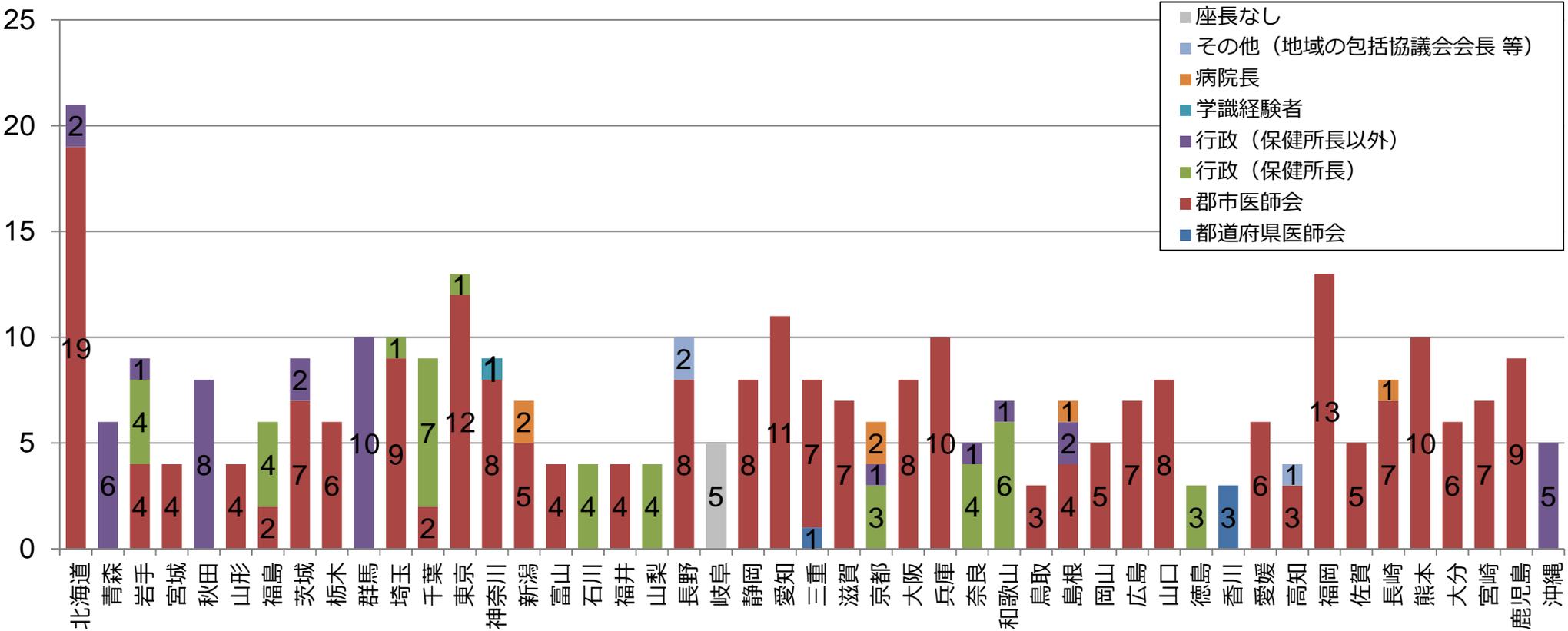
団体別にみた地域医療構想調整会議への参加状況



※大学病院の事業者の立場として出席しているものは除外した
(学識経験者の立場として出席しているものを集計した)

地域医療構想調整会議の体制② 議長

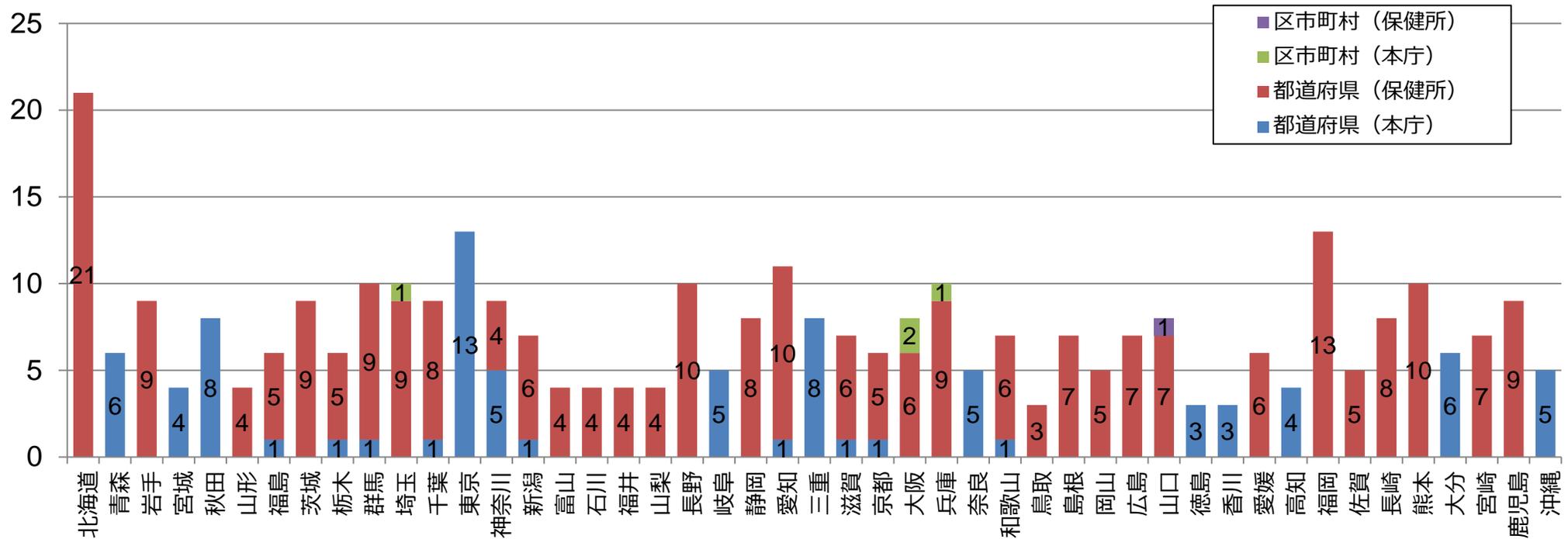
○ 地域医療構想調整会議の議長は、郡市医師会が担っている区域が全体の71%、行政が担っている区域が全体の23%となっており、郡市医師会が担っている区域が最も多い。



	都道府県医師会	郡市医師会	行政 (保健所長)	行政 (保健所長以外)	学識経験者	病院長	その他 (地域の包括協議会会長等)	座長なし
構想区域数	4区域	242区域	41区域	39区域	1区域	6区域	3区域	5区域
構成比	1%	71%	12%	11%	0%	2%	1%	1%

地域医療構想調整会議の体制③ 事務局

○ 地域医療構想調整会議の事務局は、都道府県（本庁）以外が担っている区域が全体の74%、都道府県（本庁）が担っている区域が全体の25%となっており、都道府県（本庁）以外が担っている区域が最も多い。



	都道府県（本庁）	都道府県（保健所）	区市町村（本庁）	区市町村（保健所）
構想区域数	84区域	252区域	4区域	1区域
構成比	25%	74%	1%	0%

議論活性化のための取組① 佐賀県の例

- 佐賀県では、構想区域ごとの地域医療構想調整会議とは別に、県単位の調整会議を設置している。
- 県単位の調整会議には県医師会等が参加し、地域医療構想に対する基本的な協議方針等について議論することとしつつ、構想区域ごとの調整会議の座長や基幹病院の代表者が両者の構成員を兼務する形式とすることで、問題意識の共有が図りやすい環境を構築している。

佐賀県地域医療構想調整会議の構成

第12回地域医療構想に関するWG	資料
平成29年3月28日	1-2

- 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	<p>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、全郡市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会会長、特定機能病院・地域医療支援病院長5名、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</p>
中部構想区域分科会	<p>座長：郡市医師会長のうち1名 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、特定機能病院長、地域医療支援病院長、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</p>
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	

議論活性化のための取組② 佐賀県の例

- 奈良県や佐賀県では、事務局において、「関係者との意見交換」「データ整理」「論点提示」をしっかりと行うことで、地域の関係者による自主的かつ実効的な議論を喚起している。

第12回地域医療構想に関するWG	資料
平成29年3月28日	1-2

佐賀県における地域医療構想のエンジン

「対話と信頼」なくして、地域医療構想の推進なし

1 県医師会等と「データと悩みを共有」、「顔が見える」から「腹を割って話せる」関係

- 節目節目で関係者に状況説明し、論点を整理。
- 病院協会等主催で医療圏ごとに「病床機能分化に向けた2025年戦略を考える集い」を開催（H28～）。
 - ・ 参加者は、理事長・院長等経営層
 - ・ 県からの説明（初期は人口問題中心）+ 意見交換会により、問題意識を行政・医療関係者で共有
- 医師会、医療法人、医業経営コンサル、看護協会、介護関係者主催研修会等に積極派遣。
 - ・ 調整会議以外に、2年間で延べ50回以上の懇談会、研修会、意見交換会等を開催

2 地域医療構想は人口問題から考える天気予報（H29.6.22厚労省地域医療構想WG佐賀県提出資料）

- 行政は「予報精度の向上」、医療機関は「立ち位置の決定」という役割分担。
- 人口増加対応・病院完結型から、人口減少対応・地域完結型へのソフトランディング。
- データの海に流されないよう、病床機能報告のダイジェスト版を整理するなど入口を重視。

3 調整会議での協議が進むよう、現場課題にあった論点を明確化

- 地域医療構想との整合性は、病床数との整合性ではなく、地域完結型医療（理念・価値観）との整合性。
- 一般論や他事例の情報を収集しつつ、「佐賀の実情」にあった論点整理と協議の展開。
- 人口減少は現実に進行中であり、手遅れにならないよう、協議には一定のテンポ感が必要。

議論活性化のための取組③ 奈良県の例

(再掲) ○ 奈良県や佐賀県では、事務局において、「関係者との意見交換」「データ整理」「論点提示」をしっかりと行うことで、地域の関係者による自主的かつ実効的な議論を喚起している。

徹底した「見える化」

医療機関の診療実績を、医療機関間で相互に共有するなど、医療ニーズや医療資源に関する情報の見える化を図っている。
(医療機関名入りの情報も、医療機関向けに資料として提供している。)

	国統計 データブック	病床機能報告	レセプト分析 国保・後援療養の レセプトを集めて 病種別に分析	アンケート調 査	その他
総合的な医療機能の発 達状況	<ul style="list-style-type: none"> 入院件数の増減<DPC> MOCごとの患者数<DPC> 	<ul style="list-style-type: none"> 総合病床数 分科ごとの手術件数 急性期の病床(市町村) 	<ul style="list-style-type: none"> MOCごとの入院/外来患者数(全病院) 市町村ごとの入院先病院 	<ul style="list-style-type: none"> 経営上の課題 今後の経営方針 	
医師数等	<ul style="list-style-type: none"> 病院ごとの医師数<3割削減> 			<ul style="list-style-type: none"> 国大からの派遣医師数 	
医療分野ごとの質・サービス		<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の退院先 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村ごとの在宅医療提供状況・高齢状況 入院患者の割合状況 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病院の入院稼働 国リハの高稼働数 	
その他					<ul style="list-style-type: none"> 施設基準の取組状況

● 地域での議論に資するためには、二次医療圏単位ではなく、病院ごと・市町村ごとなど、よりきめ細かな情報提供が必要。

これまでに実施した意見交換会

H28年度

11月30日	奈良県病院協会 臨時役員会(26病院)で意見交換
12月19日	奈良県病院協会 管理者研修会(45病院)で意見交換
12月21日	奈良県医師会 病院連絡協議会(18病院、地区会長、役員)で意見交換
1月 10.11.23.26.27日	第1回奈良県地域医療構想調整会議(奈良、東和、西和、中和、南和)
2月17日	奈良県医療審議会
2月	県内病院へのアンケート調査実施

その他、奈良県立医科大学長、役員との意見交換/教授会等で意見交換

地域圏の病院単員交換会
『地域医療構想実現に向けた単員交換会』
・ 県の方針の説明
・ 医療機関名入り連携データの提示
・ グループワーク



病院へのメッセージ

- 地域医療構想はマーケティング
 - 厳しい経営環境の中で医療機関を支援するのが県の姿勢
 - ただし、局所最適と全体最適のすり合わせが必要
- 奈良に求められるのは「断らない病院」と「めんどろみのよい病院」
- 改革への3段階
 - 最終的な解決策は「医療機関の統合」



これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

「断らない病院」と「面倒みのいい病院」



医療機関の生きる道

Step 1
今すぐできる

- 急性期と回復期の病院連携
 - 病院と診療所の連携強化
 - 医療と介護の連携
- 連携の強化

Step 2
今からやる

- 地域の需要に基づいた経営ビジョン(例) 専門・総合医療の集約化 後援療養者の需要に応じた事業の多角化(在宅医療、訪問看護事業、介護事業など) 市民人の構造改革
- 医療機関の統合などを進めた経営基盤(財政、医師確保力等)の強化
- 地域医療圏での連携改革

Step 3
今から考える

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

- 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 地元密着した「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。

1. 地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に関する具体策（案）

＜都道府県主催研修会の開催支援＞

- 地域医療構想の進め方について、関係者間の認識を共有するために都道府県主催研修会を支援

（主催） ・ 都道府県（都道府県医師会との共催も可）

（研修内容） ・ 厚生労働省が実施する研修会と同様のプログラムで実施することを推奨
（行政説明、事例紹介、グループワーク等）

・ 行政説明については、都道府県からの求めに応じて、厚生労働省担当者を派遣

（対象者） ・ 地域医療構想調整会議の議長、事務局、参加者

（その他） ・ 研修会の開催経費は、地域医療介護総合確保基金を活用

＜地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成＞

- 地域医療構想調整会議の事務局を補完するために、地元に着した「地域医療構想アドバイザー」を育成

（位置付け） ・ 厚生労働省に「地域医療構想アドバイザー組織（仮称）」を設置

（役割） ・ 都道府県の地域医療構想の進め方について助言
・ 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

（選定方法） ・ 国が、都道府県の推薦を踏まえて選定
（「地域医療構想アドバイザー」は、都道府県ごとに複数人を選定することも可とする）
・ 都道府県は、選定要件を参考に、都道府県医師会と協議しながら、大学・病院団体等の意見も踏まえて地元の有識者を推薦

（選定要件） ・ 地域医療構想、医療計画などの制度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

（その他） ・ 国は、「地域医療構想アドバイザー」がその役割を適切に果たせるよう、研修や、事例及びデータ提供など技術的支援を実施
・ 「地域医療構想アドバイザー」の活動経費は、地域医療介護総合確保基金を活用

「地域医療構想の進め方について」

(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)

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

(略)

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

(ア) 公立病院に関すること

病院事業を設置する地方公共団体は、「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月31日付け総財準第59号総務省自治財政局長通知)を参考に、公立病院について、病院ごとに「新公立病院改革プラン」を策定した上で、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、平成29年度中に、平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、公立病院については、

- 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

などの役割が期待されていることに留意し、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえてもなお①～④の医療を公立病院において提供することが必要であるのかどうか、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立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。

(イ) 公的医療機関等2025プラン対象医療機関に関すること

公的医療機関等2025プラン対象医療機関(新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院を除く公的医療機関等(医療法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。)、国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院をいう。以下同じ。)は、「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について(依頼)」(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知)に基づき、公的医療機関等2025プランを策定した上で、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、平成29年度中に平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ公的医療機関等2025プラン対象医療機関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。

公立・公的病院等に関する取組① 和歌山県の例

○ 和歌山県では、平成28年に「地域医療構想と公的病院のあり方」をまとめ、地域ごとに公的医療機関の再編・ネットワーク化の方向性を示す等の取組を進めている。

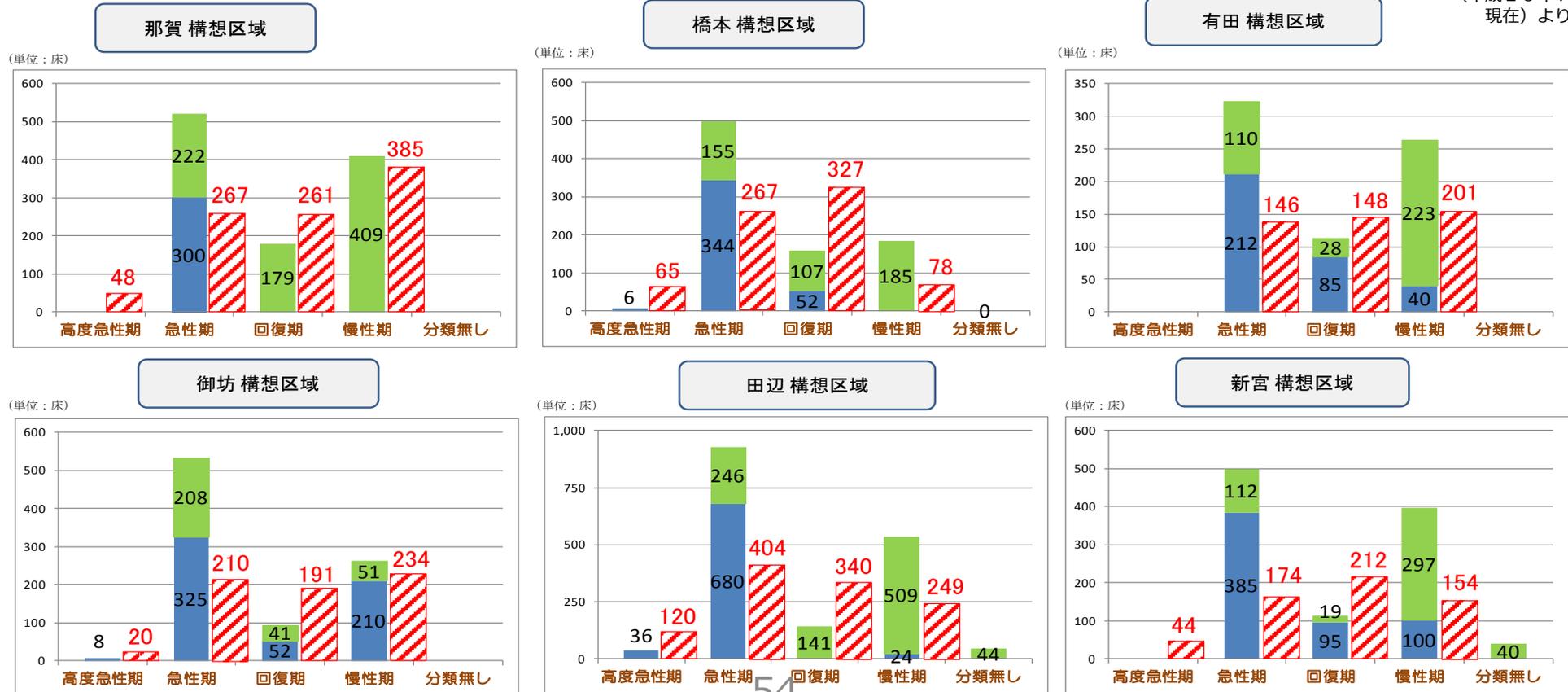
※下の和歌山県の発表スライドは、議論の参考として病床機能報告の結果と将来の病床数の必要量を単純比較したもの

地域医療構想において定めた「2025年の病床数の必要量」と現状の病床数

第9回地域医療構想に関するWG	資料 1-2
平成29年11月20日	一部改編

▨ 2025年の病床数の必要量
 ■ 現状の病床数 (民間医療機関)
 ■ 現状の病床数 (公的医療機関)

(※) 現状の病床数は、病床機能報告 (平成28年7月1日現在) より



各圏域における公的病院を中心とした再編・ネットワークの方向性(案)

(1) 和歌山圏域

- ◆ 県立医大病院と日赤医療センターを中心とした基幹病院の診療連携
- ◆ 基幹病院間の医療機能集約と、診療材料の共同購入・高額医療機器の共同利用による経営合理化など

(2) 那賀圏域

- ◆ 和歌山圏域又は橋本圏域との連携を検討
- ◆ 公立那賀病院を中心に、民間病院と機能分担・連携

(3) 橋本圏域

- ◆ 南奈良総合医療センターへの患者流出動向を要分析
- ◆ 橋本市民病院を中心に、民間病院と機能分担・連携
- ◆ 紀北分院のあり方（圏域内検討及び大学病院として）

(4) 有田圏域

- ◆ 有田市立病院と済生会有田病院の機能が重複する現状
- ◆ 両病院の建て替え機会を捉え、機能分担を整理

(5) 御坊圏域

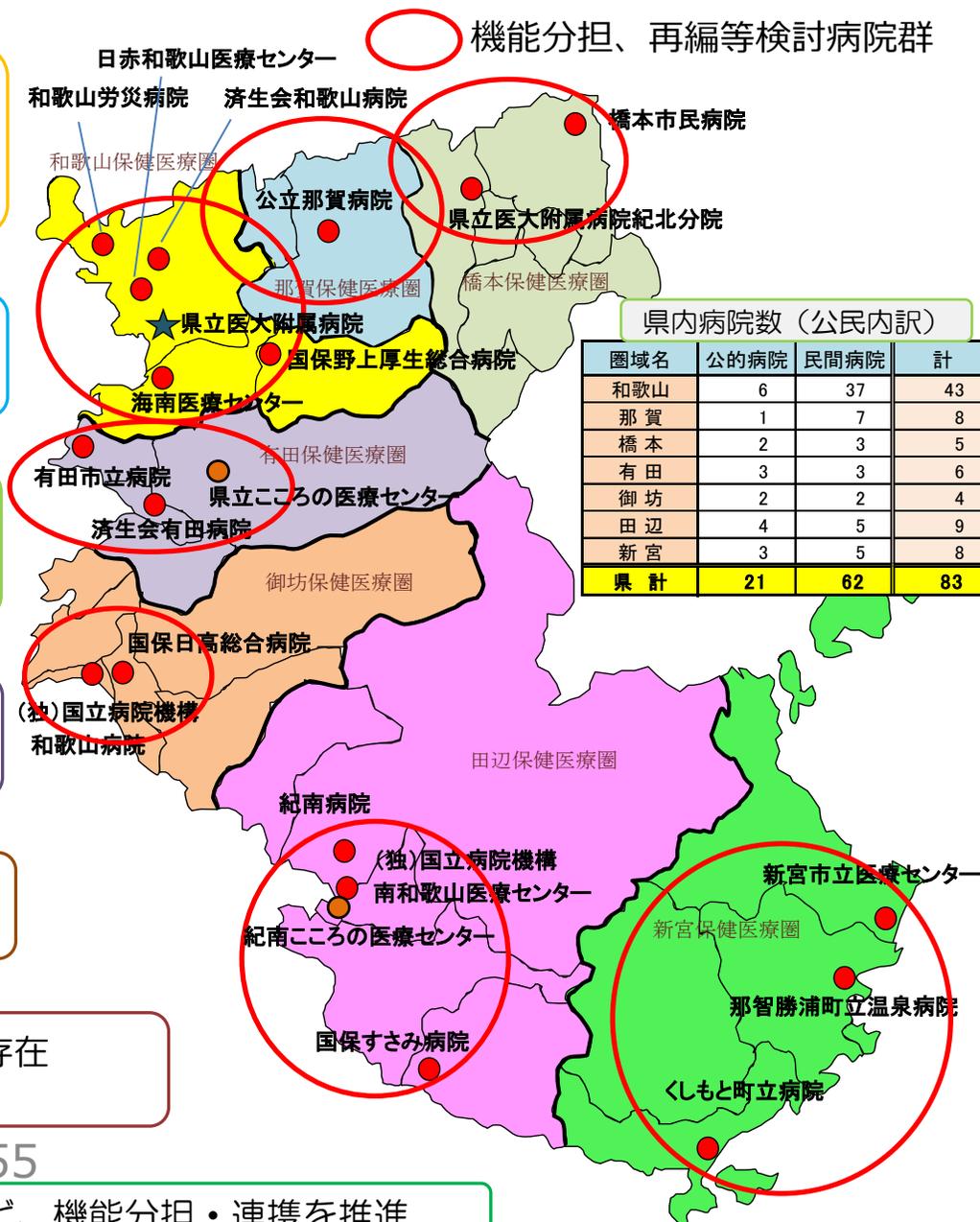
- ◆ 病院機能の分担が比較的なされている現状にあるが、国保日高総合病院と和歌山病院との間の連携を更に検討

(6) 田辺圏域

- ◆ 紀南病院と南和歌山医療センターが中核基幹病院として存在
- ◆ 今後、周辺民間病院を含めた機能分担と連携体制を構築

(7) 新宮圏域

- ◆ 新宮市立医療センターを核にサテライト病院化を図るなど、機能分担・連携を推進



県内病院数（公民内訳）

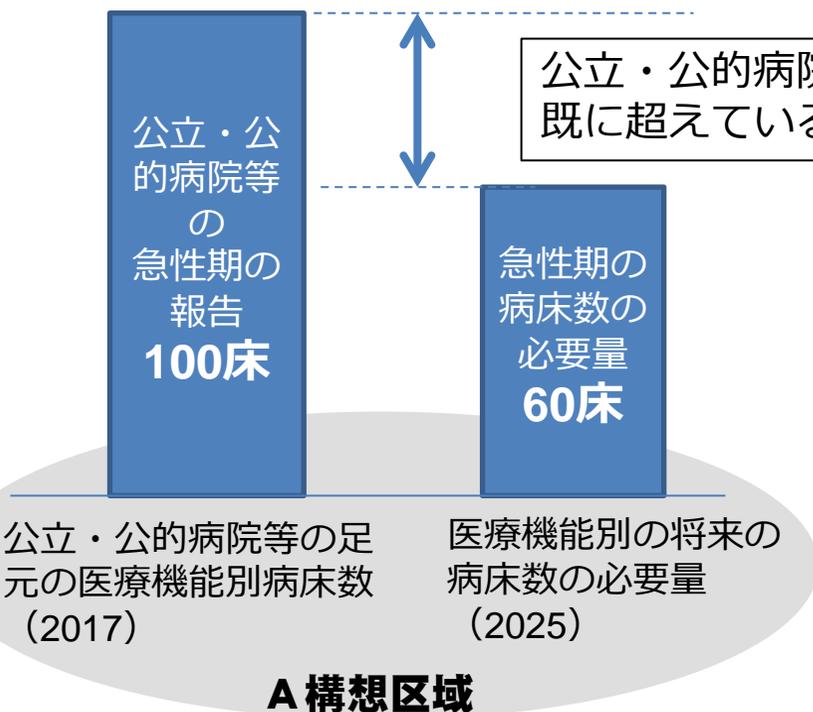
圏域名	公的病院	民間病院	計
和歌山	6	37	43
那賀	1	7	8
橋本	2	3	5
有田	3	3	6
御坊	2	2	4
田辺	4	5	9
新宮	3	5	8
県計	21	62	83

公立・公的病院等の病床数と「将来の病床数の必要量」との単純な比較

- 各構想区域における公立・公的病院等が選択した医療機能別の病床数（2017年時点）が、構想区域全体の将来の病床数の必要量（2025年）に既に達している構想区域が複数ある。

（注）病床機能報告における医療機能の選択の仕組みと、地域医療構想における将来推計の仕組みは異なるが、議論の参考としてあえて単純比較を行ったもの。

（イメージ）



公立・公的病院等の既存の病床数が、「将来の病床数の必要量」を既に超えている構想区域（4つの医療機能別に比較した場合）

（平成29年度病床機能報告の速報段階の粗集計を用いて算出した場合）

高度急性期	急性期	回復期	慢性期
104区域	156区域	3区域	12区域

（重複を除き実質235区域）

公立・公的病院等に関する取組② 奈良県の例

- 奈良県では、病院の規模、地理的状况に応じて課題や今後の方向性に違いがある点に着目。南和地域では、複数医療機関の機能再編に取り組み、一定の効果。

第8回地域医療構 想に関するWG	資料 1-2
平成29年10月26日	一部改編

県内の公立・公的病院の課題と今後

- 地域医療構想・新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランの策定等を通じて、県と各医療機関が意見交換を重ね、課題を共有し、改革に向けたディスカッションを行っている。
- 病院の規模や地理的状况に応じて、抱える課題や今後の方向性に違いがある。

県全域の医療を担う 中核的病院 (大学、大規模な県立病院)

これまで・現状

- 奈良県には大規模の病院が少ないため、患者数が伸びており、競合は表面化していない。
- 病院の関心は手術など高度の医療の提供にあるが、県としては、これに加え、優先課題として、救急医療の提供を促し、実現が図られてきた。

課題・今後

- 各病院にとっての**最大の課題は収支の均衡**。
- 県は、様々な角度から、**周辺の医療機関との連携を促す取り組み**を進めている。
- 一部の高度な機能については、県内で**過剰感**が出てきているが、民間も含めた病院間で、各機能の供給の調整を図る手法は確立していない。

人口10万人前後の市・地域の医療を担う急性期病院

これまで・現状

- **地域内の最大の急性期病院(200～300床台)**として、住民の医療の多くを担ってきた。
- 地域内で、**規模が類似する民間の他の急性期病院(100～200床台)**と競合しているケースが多い。民間病院とは、重点とする診療科に差がある。

課題・今後

- 各病院にとっての**最大の課題は医師の確保**。規模が縮小するにつれ医師確保がより難しくなるジレンマ。
- 次いで大きな課題は**患者の減少**。公的病院が担う分野は患者が漸減傾向にあるが、地域にとっては重要性が高い。また、競合する病院がある場合は重点分野の転換を図りにくい。
- **民間も含めた機能の再編や集約化は、難しい状況**。

人口3万人前後の市・地域の医療を担う急性期病院

これまで・現状

- **当該自治体内の唯一の急性期病院**として、住民の医療を担ってきた。
- **人口が急激に減少**するとともに、**医師不足**のため、病院の機能が大きく低下する傾向。
- 南和地域では、近隣に類似した状況の自治体病院があったため、急性期機能の集約を含む再編を実施。

課題・今後

- 各病院にとっての**最大の課題は医師の確保**。医局派遣医師数が減少しており診療科を縮小せざるを得ない。
- 3万人程度の人口規模では、**高機能の急性期病院は成立しがたい**。
- 仮に更に規模を縮小して、地域住民に身近な医療介護を提供するとしても、医師の確保が必須の課題。

奈良県・南和地域の広域医療提供体制の再構築

第8回地域医療構想到関するWG	資料
平成29年10月26日	1-2
	改

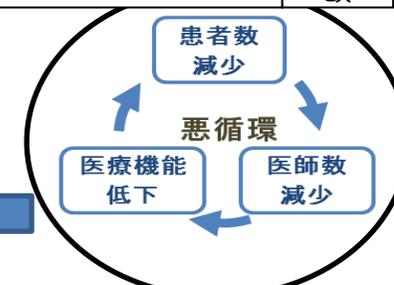
発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築



12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

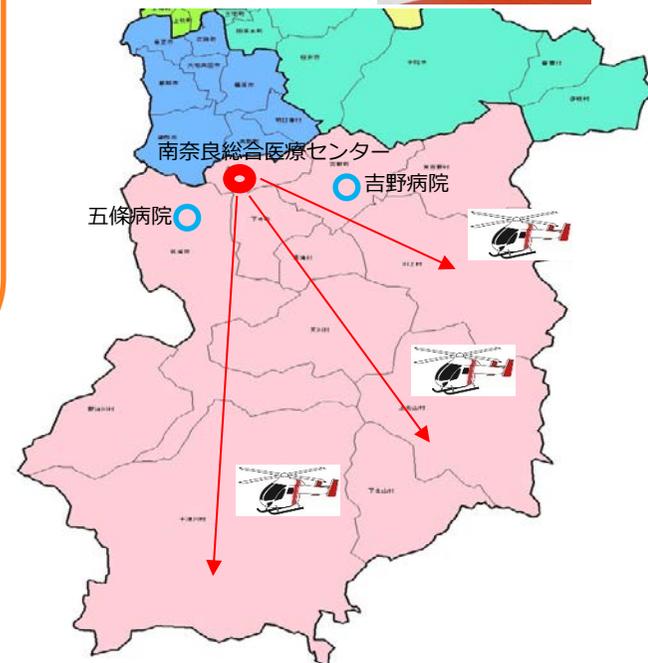
回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで切れ目の無い医療提供体制を構築
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→11.2件/日 (H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→88.8% (H28年度実績)
- ・へき地診療所との連携強化
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7人
大淀病院 13.0人
吉野病院 9.7人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再編後

集約化のメリット

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2人

(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人

五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0人)

集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)
(1.26倍)
に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1.97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定申請(H31年度の受入を目指す)

病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制のために必要な医師数

スケールメリットによる診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応、
 - 夕診、午後診も実施

再編統合に関する議論の状況①

再編統合に関する議論を行っている構想区域



24構想区域／341構想区域

今後予定されている主な再編統合事例①

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					再編予定時期								
				高度	急性	回復	慢性	休棟など									
青森県	国立病院機構弘前病院	(独)国立病院機構	弘前市	342	342				統合	新病院	(独)国立病院機構	弘前市	440～450	(調整中)	未定		
	弘前市立市民病院	市	弘前市	250	214	36											
宮城県	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50		統合	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50	H31.4
	宮城県立循環器・呼吸器病センター	地方独立行政法人	大崎・栗原	90	90												
山形県	米沢市立病院	市	米沢市	322	5	283	34		再編	米沢市立病院	市	米沢市	300	300			H35.4
	三友堂病院	医療法人	米沢市	190	5	115	58	12									
茨城県	神栖済生会病院	済生会	神栖市	179	93				統合	神栖済生会病院(本院)	済生会	神栖市	350	(調整中)	H31.4※		
	鹿島労災病院	(独)労働者健康安全機構	鹿嶋市	199	100											神栖済生会病院(分院)	済生会

※本院の病床の整備等については、H38年度を目途に進める予定。

再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
茨城県	筑西市民病院	市	筑西市	173	173				
	県西総合病院	市	桜川市	299	253		46		
	山王病院	民間	桜川市	79	43		36		



【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	
茨城県	茨城県西部メディ カルセンター	市	筑西市	250	(調整中)			H30.10
	さくらがわ地域医 療センター	市※	桜川市	128	(調整中)			
	※さくらがわ地域医療センターの運営は山王病院（指定管理）							

愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市	715	298	417			
	愛知県がんセンター愛 知病院	県	岡崎市	226	4	222			



愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市		(調整中)			H31.4
	(岡崎市移管)	市	岡崎市					

兵庫県	県立柏原病院	県	丹波市	303	4	215			84
	柏原赤十字病院	日赤	丹波市	95		95			



兵庫県	県立丹波医療セ ンター（仮称）	県	丹波市	320	(調整中)			H31

兵庫県	県立姫路循環器病セン ター	県	姫路市	350	25	325			
	製鉄記念広畑病院	医療法人	姫路市	392	190	194			



兵庫県	はりま姫路総合 医療センター	県	姫路市	736	(調整中)			H34

徳島県	阿南中央病院	公益法人	阿南市	229	120	30	50	29
	阿南共栄病院	厚生連	阿南市	343	283	40		20



徳島県	阿南医療セン ター※	厚生連	阿南市	398	278	70	50		H31春
	※建物は民間の中央病院を継承し、組織運営は厚生連が担う								

再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
熊本県	公立玉名中央病院	一部事務組合	玉名市	302	262	40			
	玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	その他の法人	玉名市	150	53	47	50		



【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	
	くまもと県北病院	地方独立行政法人	玉名市	402	(調整中)			H33.4

鹿児島県	鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	370	31	339			
	鹿児島逡信病院	会社	鹿児島市	50	50				



	鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	410	31	379			H30.4

沖縄県	沖縄県立北部病院	県	名護市	257	18	214	25		
	公益社団法人北部地区医師会病院	公益法人	名護市	200	6	139	55		



	(両病院を統合)	調整中	調整中	調整中				未定
--	----------	-----	-----	-----	--	--	--	----

2. 公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に関する論点

- 各構想区域において、公立・公的病院等ごとに「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」の協議が進行しており、各構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえて、公立・公的病院等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針が決定されることが重要である。
- また、地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を確保する観点から、公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に関する議論を一層深化させる必要がある。
- 一部の都道府県では、急性期医療の確保の観点から、公立・公的病院等の再編統合の具体的取組が進んでいるが、多くの構想区域では、再編統合の必要性について、議論ができていない。また、公立・公的病院等の再編統合の具体的事例の分析が十分にできていないことから、その意義について認識の共有ができていないのではないかと。



- 公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に向けて、
 - ① 地域医療構想WGにおいて構想区域ごとの取組状況の分析
 - ② 再編統合の事例の見える化について具体的に検討を進めてはどうか。

2. 公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に関する具体策（案）

＜地域医療構想WGにおいて構想区域ごとの取組状況の分析＞

- 公立・公的病院等の病床機能報告や具体的対応方針について、データの整理を行った上で、本WGにおいて分析を行う。

（分析の視点）

- ・ 構想区域における公立・公的病院等の病床数と「将来の病床数の必要量」との比較
- ・ 現行の非稼働病棟や病床稼働率の状況と2025年に持つべき医療機能ごとの病床数との比較

＜再編統合の事例の見える化＞

- 医療機関の再編統合が行われた既存の事例について、協議のプロセスや再編統合による効果について整理する。

（協議のプロセスに関する整理の視点）

- ・ 抱えていた課題、検討組織の構成 等

（効果に関する整理の視点）

- ・ 診療科の変化
- ・ 医師数の変化
- ・ 医療従事者の勤務環境の変化 等

4. 定量的な基準も含めた 基準の検討について

前回（第12回）の本WGでお示しした論点

第12回地域医療構 想に関するWG	資料 3
平成30年3月28日	

1. 定量的な基準も含めた基準の検討の論点

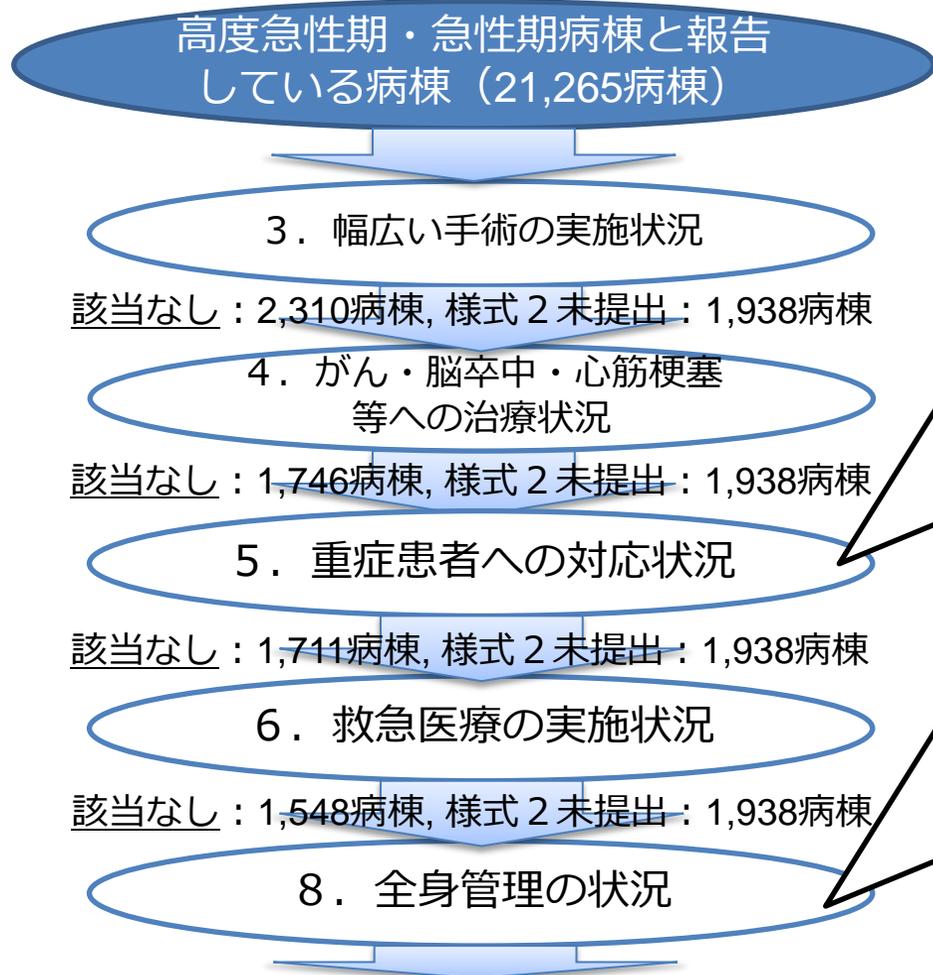
- 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能のいずれか1つを選択して報告することとしており、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。
- 平成29年度の病床機能報告の結果においては、平成28年度の病床機能報告の結果と同様に、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較すると、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているとの誤解を生じさせる状況が続いており、病床機能報告制度の改善を図る必要がある。
- 一部の都道府県では、①回復期機能の充足度を評価するために、平均在棟日数を活用したり、②施策の対象となる医療機能を明確化するために、救急患者の受入件数や手術件数を活用しており、これによって、各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の活性化につながっている。
- また、平成29年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を全く提供していない病棟が一定数含まれることから、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認する必要がある。

- 
- 都道府県の取組等を参考にしながら、定量的な基準も含めた基準を具体的に検討してはどうか。
 - 高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を全く提供していない病棟について、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認してはどうか。

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



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
	・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	

全身管理	・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
	・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

5. 周知事項

病床の機能分化・連携に向けた地域医療介護総合確保基金の重点配分

地域医療介護総合確保基金

(医療分の事業区分)

I 病床の機能・分化連携

II 在宅医療の推進

III 医療従事者の確保

(配分方針)

地域医療構想調整会議の議論の結果を踏まえて、**具体的な整備計画を策定している都道府県**に対して**重点的に配分**

地域の実情に応じた配分
※ II 及び III の事業を含めた全体の配分についても、整備計画の策定状況を踏まえたメリハリをつけた配分を行うことを検討

- 先行的に在宅医療等の整備を進めていかないと、退院後の在宅移行の受け皿ができず、**かえって病床の機能分化・連携が進まない**
- II 及び III の事業には、地域医療支援センターの運営費や看護師養成所の運営費・整備費、病院内保育所の運営費等(※)の継続的な実施が必要な事業も含まれている

※ これらの事業は、基金創設前より国庫補助で実施

「経済財政運営と改革の基本方針2016」(平成28年6月2日)抄

地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する。

「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日)抄

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。(中略)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。

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、金融機関にも効果的な周知がなされるような方策について、金融庁と協議中。

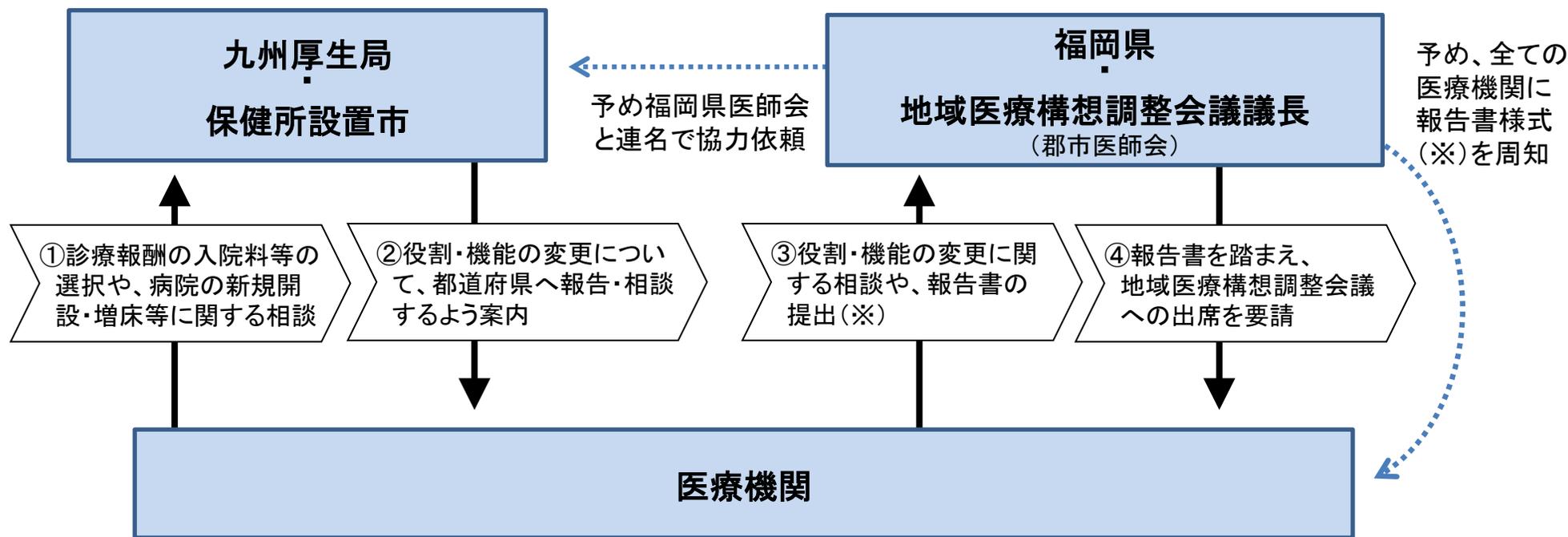
地域医療構想の達成に向けた都道府県、地方厚生局、医療機関等の連携の仕組み(福岡県の例)

○福岡県は、福岡県医師会と協力し、管内の医療機関に対し、担うべき役割や医療機能を変更しようとする場合に事前に「報告書」を提出するよう要請。

「報告書」の内容を地域医療構想調整会議の議長に相談し、調整会議への出席要否について判断する仕組み。

○その際、「報告書」が漏れなく提出されるよう、九州厚生局や保健所設置市と連携し、施設基準の届出変更等の機会を捉え、医療機関への周知を徹底。

福岡県における関係者間の情報共有・連絡調整のイメージ



※役割・機能の変更に関する報告書

都道府県から医療機関に対し、以下の項目について、変更前・変更後の状況を記載した報告書を提出するよう要請。

- ・許可病床の状況
- ・病床機能の状況
- ・診療報酬の届出状況
- ・開設者の変更
- ・医療機関の統廃合
- ・その他診療体制の変更、診療科の休廃止等

地域医療構想の達成に向けた地方厚生局と都道府県の連携

「地域医療構想の達成に向けた地方厚生局と都道府県の連携について」

(平成30年2月23日付け医政地発0223第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)【各地方厚生(支)局医療課長宛て】

地域医療構想は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議を通じて、構想区域ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

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などの関係者と連携しながら円滑に取り組めるよう、「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)を発出し、

- ・ 公立病院については、「新公立病院改革プラン」を策定した上で、平成29年度中に、平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を協議すること。この際、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立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。
- ・ 公的医療機関等2025プラン対象医療機関については、「公的医療機関等2025プラン」を策定した上で、平成29年度中に、平成37(2025)年に向けた具体的対応方針を協議すること。この際、公的医療機関等2025プラン対象医療機関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。
- ・ その他の医療機関については、担うべき医療機関としての役割や機能を大きく変更する病院などの場合には、今後の事業計画を策定した上で、速やかに平成37(2025)年に向けた対応方針を協議すること。

といった開設主体に応じた地域医療構想調整会議の進め方を示したところである。

このような進め方に基づき地域医療構想調整会議における協議を行っていく上では、個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績を、地域医療構想調整会議において共有しながら進めていくことが重要である。先進的な都道府県では、都道府県と地方厚生局との連携の下、地方厚生局が、診療報酬の入院料等の選択について届出や事前相談のあった医療機関に対し、都道府県への事前相談を促すことで、都道府県が将来に向けて担うべき役割や病床機能を変更する可能性のある医療機関の動向を漏れなく把握し、地域医療構想調整会議で共有する仕組みを構築している。

貴職におかれては、今後、管内の都道府県から、こうした仕組みの構築を含め、地域医療構想の達成に向けた都道府県と地方厚生局の連携について協力依頼があった場合には、その対応について特段のご配慮をお願いする。ただし、対応に当たっては、病床機能報告が、各医療機関が各病棟の病床が担う医療機能を自主的に選択し報告する制度であることにご留意いただきたい。

有床診療所の病床設置に関する特例

現 行(平成29年度まで)

- ①～③の診療所については、許可の代わりに都道府県知事への届出で一般病床の設置が可能
- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ③ ①、②のほか、小児医療、周産期医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

改正内容(平成30年度から)

地域包括ケアシステムを推進する上で、有床診療所の役割がより一層期待されるため、平成30年4月1日から、病床設置が届出により可能になる診療所の範囲等を見直すとともに、届出による病床設置の際の医療計画への記載を不要とすることとする。

- ① 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために以下の機能を有し、必要な診療所として認めるもの。
 - ア 在宅療養支援診療所の機能(訪問診療の実施)
 - イ 急変時の入院患者の受け入れ機能(年間6件以上)
 - ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能
 - エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能(入院患者の1割以上)
 - オ 当該診療所内において看取りを行う機能
 - カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔(手術を実施した場合に限る。)を実施する(分娩において実施する場合を除く。)機能(年間30件以上)
 - キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能
- ② 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるもの。
- ③ ①又は②の診療所については、一般病床に加え、療養病床の場合であっても、届出による設置又は増床を可能とする。

○医療法(昭和23年法律第205号) 抜粋

第7条 (略)

3 診療所に病床を設けようとするとき、又は診療所の病床数、病床の種別その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときは、厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所の所在地の都道府県知事の許可を受けなければならない。

第30条の7 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。

ニ 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。

イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。

ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。

ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

○医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号) 抜粋

第1条の14 (略)

7 法第7条第3項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次のとおりとする。ただし、第5号に掲げる場合にあっては、同号に規定する医療の提供を行う期間(6月以内の期間に限る。)に係る場合に限る。

一 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステム(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(平成元年法律第64号)第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。)の構築のために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

二 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

「地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムの構築のための有床診療所の在り方について」
(平成30年3月27日付け医政地発0327第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

有床診療所については、地域によっては、患者の急変時に対応する機能や在宅医療の拠点としての機能等を果たしており、地域包括ケアシステムの構築を進める上では、有床診療所の役割がより一層期待される。

このため、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成29年厚生労働省令第27号)が平成30年4月1日から施行され、病床設置が届出により可能となる診療所の範囲が見直され、地域包括ケアシステムの構築のために必要な機能を有し、地域における医療需要を踏まえ必要とされる診療所として、都道府県医療審議会の意見を聴いて、都道府県知事が認める診療所が対象範囲に含まれることとなる。

今後、地域医療構想の達成に向けた取組や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める際には、有床診療所の特性を踏まえつつ、その機能を有効に活用する観点から、下記の点に留意されたい。

1 療養病床及び一般病床の整備に関する事項について

既存病床数が基準病床数や将来の病床数の必要量を下回る地域であって、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、地域の将来の医療需要の動向を踏まえ、在宅医療の拠点として、住民の身近な地域で緊急時に対応できる入院医療を確保する観点から、有床診療所の病床設置についても、地域医療構想調整会議で議論すること。

2 地域医療構想調整会議の進め方について

既存病床数と基準病床数等の関係性に関わらず、全ての地域において、都道府県知事が、病床設置が届出により可能となる有床診療所として適当であるか否かについて判断する際には、都道府県医療審議会の意見を聴く前に、予め、地域医療構想調整会議の協議を経ること。

具体的には、「地域医療構想の進め方について」(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)に掲げる地域医療構想調整会議の協議事項を参考にし、有床診療所として新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合には、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席及び必要な説明を求めること。

平成28年度病床機能報告公表データの活用

- 各都道府県庁のホームページで公表されている平成28年度の医療機関ごとの報告結果を集約し、厚生労働省のホームページにおいて公開。
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data.html)

健康・医療 病床機能報告

重要なお知らせ 施策紹介 関連情報

平成 29 年度病床機能報告制度が始まりました。
医療法に基づく義務です。
一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所が対象となります。

(1) 報告様式1の報告期限
○報告様式1の締め切りは、10月31日(火)です(10月1日(日)受付開始)。

(2) 報告様式2の報告期限
○「電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある医療機関」の場合、報告様式2Aの締め切りは、1月19日(金)です(12月下旬より受け付け開始予定)。
○「上記以外の医療機関」の場合、報告様式2Bの締め切りは、10月31日(火)です(10月1日(日)受付開始)。

ダウンロード
アップロード
施策紹介
関連情報

関連情報

都道府県別病床機能報告ホームページのリンク先

○各都道府県の掲載ページに移動します。

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	

都道府県別 平成28年度病床機能報告公表データ

報告結果のページ

新たに掲載 76

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別を探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 病床機能報告 > 病床機能報告

健康・医療 病床機能報告

施策紹介 関連情報

平成28年度病床機能報告の報告結果について

病床機能報告
平成28年度病床機能報告の報告結果について
各都道府県庁のホームページに掲載されている平成28年度病床機能報告における医療機関ごとの報告結果を集約しています。
下記のリンクから、ファイル(ZIP形式)をダウンロードすることができます。

○ファイルのダウンロードはこちら

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	

○留意事項

1. 病床機能報告の報告対象は、一般病床又は療養病床を有する病院及び診療所です。
都道府県に対する報告が完了していない医療機関の情報は、当ホームページには掲載されておりません。
2. 当ホームページの情報は、都道府県のホームページで既に公表されている情報を引用して作成しています。
都道府県のホームページで公表されていない医療機関の情報は掲載されておりません。
3. 病床機能報告の報告項目には、必ず報告が必要な必須項目と、それ以外の任意項目があり、当ホームページでは、
・必須項目であって医療機関から報告がない項目は「未報告」、
・任意項目であって医療機関から報告がない項目は「-」
と表示しています。
※報告があった項目であっても、データの不備(合計値と内訳値の不具合など)がある項目は「未報告」又は「-」と表示しています。
※特定の条件に該当する場合のみ報告する項目において、報告がなかった項目は「-」と表示しています。
※各報告項目における必須・任意の区分けについては[こちら](#)をご参照ください。

医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
国及び都道府県から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

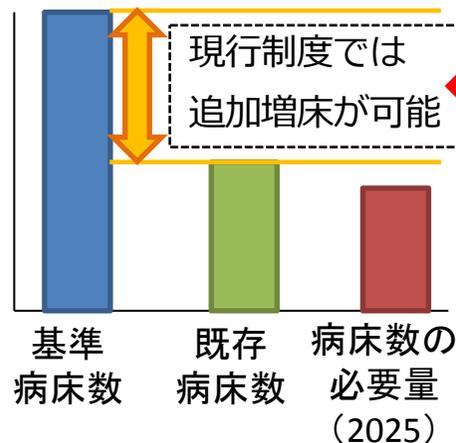
平成31年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は平成32年4月1日から施行。）

5. 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

現状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

ご静聴ありがとうございました。