

# 名古屋南部地域医療連携推進協議会 令和元年度開催記録



令和2年3月30日発行

## 巻頭言

名古屋南部地域医療連携推進協議会

代表 絹川常郎

平成 28 年 10 月に愛知県が公表した地域医療構想下で、名古屋・尾張中部構想区域は 130 の病院と 96 の有床診療所を有しており、余りに広いため地域の関係者がその問題点を詳細に協議することは困難です。もう少し小さなまとまりの中で地域医療のことを話し合うため、名古屋南部地域医療連携推進協議会は平成 29 年 9 月に発足しました。以後、全体会議は年 2 回開催し、名古屋・尾張中部地域医療構想推進委員会の報告と討議を行い、年度末の 3 月には、特別講師を招いて講演会を開催することとし、本年度も昨年に続き、東部地域医療連携推進協議会と合同で講演会の開催を予定していましたが、もすぐ桜の開花という時期でしたが、今年は新型コロナウイルスの流行で、会議の開催を断念せざるを得なくなりました。

そこで、今回、講師を依頼していました社会医療法人大雄会理事長の伊藤伸一先生に、予定していた講演内容に沿った資料を提供頂き、紙上発表することと致しました。伊藤先生は、平成 28 年より本年度末までに厚生労働省で 25 回開催された地域医療構想に関するワーキンググループの委員を務められ、昨年公表された平成 29 年度病床機能報告に基づく分析、いわゆる 424 病院への再検証要請の経緯をよくご存じです。資料は 24 回目までのワーキンググループの検討内容が要領よくまとめられています。会員の皆様にはこれを読み込んで、改めてこれからのこの地域の医療の問題点を明確にし、その解決のための議論をする際の資料としていただけるなら、本誌の発行を企画したものとして、大いなる喜びです。

さて、昨年末から中国武漢で発生した新型コロナウイルスの流行は本年に入って世界中に広がっています。我々の地域である名古屋南部でも 2 つのクラスターが発生し、大変な思いをしました。講演会の開催が中止となった 3 月 11 日に、代わりに協議会に属する協力病院を中心に新型コロナ対策のコンセンサスマーティングを開催しました。実際には、会員のうち、コロナ患者の診療を既に開始しているか、対応が現実的になりつつある病院と、南部の保健センター関係者に参加して頂きました。この会議では、各施設の状況の共有を図るとともに、地域でこの感染症にどう対処するのか意見をまとめ、次の週には、名古屋市長に要望書を提出することが出来ました。今回は、名古屋南部地域医療連携推進協議会の設立後の経過と、突然発生したコロナ感染症対策立案に私どもの協議会が有用であった事も簡単に報告いたします。

## 講演

厚生労働省「地域医療構想ワーキンググループ」の進捗状況等

## 講師

社会医療法人大雄会理事長

伊藤伸一先生

## 講師略歴

1983年 愛知医科大学 卒業  
1988年 奈良県立医科大学 大学院修了  
1988年 社会医療法人大雄会放射線科  
1990年 同副理事長  
1994年 同理事長

## 講師役職など

社会医療法人 大雄会 理事長  
日本病院会 愛知支部 理事  
日本医療法人協会 会長代行  
愛知県医療法人協会 理事  
愛知県放射線科医会 会長  
愛知県病院協会 常務理事  
日本社会医療法人協議会 副会長  
厚生労働省「地域医療構想ワーキンググループ」委員

名古屋東部地域医療連携推進協議会  
名古屋南部地域医療連携推進協議会 合同会議

## 厚生労働省 「地域医療構想ワーキンググループ」の 進捗状況等

社会医療法人 大雄会  
理事長 伊藤伸一

1

## 地域医療構想の本質

\* 社会保障(医療・介護)の  
サステナビリティを確保する

<Key Word>

国民所得の伸びと国民医療費の伸び

疾病構造変化 慢性疾患 QOL、QOD

在宅復帰の推進 在宅看取り

データで地域医療を制御

2

- ・全国統一の方式で将来の医療需要を推計
- ・選択と集中による医療機関の役割・機能分化
- ・現状把握の為の病床機能調査  
(それぞれの希望要望の調査、その後定量基準の導入で客観的判断のデータ提供)
- ・二次医療圏内での協議で自主的な病床再編整備
- ・競合から協調へ基本方針の変更による公立公的医療機関のあるべき姿を協議(全てのステークホルダーによる)
- ・公立公的医療機関の役割と補助の実態を情報共有  
(第1回WG、過剰地域での公的医療機関の開設・増床禁止  
⇒データに基づく再編統合へ)
- ・民間医療機関は自立した経営環境の中でサバイバル  
激しい競合の中で生き残りをかけた変化進化をしている  
当然淘汰されるものも多い

3

### 地域医療構想に関するワーキンググループ

|      |             |      |             |
|------|-------------|------|-------------|
| 第1回  | 2016年7月29日  | 第13回 | 2018年5月16日  |
| 第2回  | 2016年8月31日  | 第14回 | 2018年6月15日  |
| 第3回  | 2016年9月23日  | 第15回 | 2018年7月20日  |
| 第4回  | 2017年5月10日  | 第16回 | 2018年10月26日 |
| 第5回  | 2017年6月2日   | 第17回 | 2018年12月21日 |
| 第6回  | 2017年6月22日  | 第18回 | 2019年1月30日  |
| 第7回  | 2017年7月19日  | 第19回 | 2019年2月22日  |
| 第8回  | 2017年10月26日 | 第20回 | 2019年3月20日  |
| 第9回  | 2017年11月20日 | 第21回 | 2019年5月16日  |
| 第10回 | 2017年12月13日 | 第22回 | 2019年6月21日  |
| 第11回 | 2018年3月2日   | 第23回 | 2019年9月6日   |
| 第12回 | 2018年3月28日  | 第24回 | 2019年9月26日  |

4

## WGの協議内容(1)

- 第2回 2025年の必要病床と既存病床数の関係性  
病床機能の届け出と将来の人口動態  
知事権限の強化  
**新公立病院改革ガイドライン**の確認  
熊本市民病院 再建について
- 第3回 基準病床と必要病床数の関係性の整理・考え方  
医療機器の共同利用に関して
- 第4回 平成28年度病床機能報告結果  
各病床機能報告の取扱い 診療報酬項目との関係  
岐阜、奈良、北海道の協議結果について 「急性期指標」について
- 第5回 平成28年調査の結果詳細  
自己判断と現実データの矛盾
- 第6回 大学病院の届出と地域医療構想への取り組み  
**新公立病院改革プランの実例**(那智勝浦、岩手県、静岡県、佐賀県)
- 第7回 **公的医療機関改革プラン**について
- 第8回 定量的基準 南奈良 統合再編
- 第9回 **公立・公的病院への補助繰入の状況**
- 第11回 調整会議の進捗状況  
**公的医療機関等2025プラン対象病院に期待される役割**について  
2025に向けた在宅医療の体制、構築について 秋田県、栃木県  
⇒有床診療所の状況

5

## WGの協議内容(2)

- 第12回 病床機能報告の見直し 高知県 、 報告項目の見直し、問題点の指摘
- 第13回 徳島県 再編事例 医師会病院→厚生連へ統合
- 第14回 議論活性化  
経済財政諮問会議の方針  
・**公立公的病院はプランに沿い、公立公的でなければ担えない役割に重点化**  
・その他の病院も役割を大きく変更する際は事業計画を策定し速やかに協議する
- 第15回 アドバイザーの役割
- 第16回 慢性期機能と在宅医療等の需要の推計
- 第17回 大阪府の先行事例 病院連絡会(全病院参加)
- 第18回 人口規模と地理的状況による指標(CT・MRI・マンモ保有状況)  
区域の医療機能による公民分布
- 第19回 **公民の競合状況の分析**
- 第21回 医師の偏在・需給 三位一体で推進
- 第23回 再検証の要請の概要について  
診療実績の分析法等について
- 第24回 具体的対応方針に係る再検証の要請 等  
診療実績データ分析等の活用について  
データ分析結果

6

## 地域医療構想の考え方はどこから？

社会保障制度改革国民会議の報告書（平成25年8月6日）

### II. 医療介護分野の改革

#### (1) 改革が求められる背景

- \* 主たる患者が「高齢者」になり「病院完結型」体制にミスマッチが生じた
- \* 第一次医療法改正の「医療計画」では適正に減らすことができなかった
- \* 「選択と集中」による構造的改革が必要

#### (2) 日本的特徴

- \* 私的所有の病院が多く、政府の強制力が働かない
- \* データによる客観的な制御機構を用いてマッチングを図る

#### (3) 改革の方向性

- \* 「病院完結型」医療から「地域完結型」医療へ転換
- \* 「いつでも、好きなところで」から「必要な時に必要な医療にアクセス」へ
- \* 医療・介護の在り方を地域ごとに考える「ご当地医療」へ

### 医療・介護サービスの提供体制改革

- \* 医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）の導入
- \* 将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえて地域医療ビジョンの策定を進める
- \* 2018年を待たずに速やかに実行する

7

## 「社会保障制度改革国民会議報告書」にみる政策の方向性（1）

| 社会保障モデル      | 1970年代モデル  | 今後（2025年）   |
|--------------|--|---|
| 経済情勢         | 右肩上がりの高度成長<br>国民所得の伸び：<br>年率平均 7.3%（1975-90年）<br>国民医療費の伸び：<br>年率平均 8.9%(同) | 安定成長・低成長期<br>国民所得の伸び：<br>年率平均 3.1%（1991-2010年）<br>国民医療費の伸び：年率平均 0.1%(同)   |
| 患者ニーズ        | 青壮年層を対象にした、<br>救命・延命、治癒、社会復帰   | <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性疾患、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心</li> <li>早期の在宅復帰</li> <li>QOL+QOD（Quality of Death）</li> </ul>                         |
| フリーアクセスの意味合い | 「いつでも好きなところで」  | 「必要なときに必要な医療にアクセスできる」   |
| 医療提供体制       | 病床数が多く、人員配置が少ない  | <b>選択と集中によって病床の機能分化を推進</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅復帰を促進し、入院期間を短縮</li> <li>地域に包括的なケアシステムを構築</li> <li>在宅での看取りの推進</li> <li>データによる制御</li> </ul> |

\* 出所：「社会保障制度改革国民会議報告書」をもとに作成

国民所得・国民医療費のデータは、第9回国民会議（2013年4月19日）遠藤委員提出資料から

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(H29.2.28 日本医療法人協会主催セミナー 田川洋平氏資料「地域医療連携推進法人制度の概要と活用方法」より抜粋)

8

## 「社会保障制度改革国民会議報告書」にみる政策の方向性（2）

| 社会保障モデル       | 1970年代モデル                           | 今後（2025年）                               |
|---------------|-------------------------------------|---|
| 医療計画          | 病床規制                                | 地域医療ビジョン                                |
|               | —                                   | 病床機能報告制度                                |
| 経営戦略          | 病院完結型                               | 地域完結型                                   |
| 政策誘導          | 診療報酬が中心                             | 診療報酬に加えて、地域の実情に応じたサービス体系再編のための「基金」活用の検討 |
| 他の法人・病院との関係   | <u>競争関係に陥りがち（過重投資、患者・医療従事者獲得競争）</u> | <u>協調・連携がより重要</u>                       |
|               | <u>部分最適</u>                         | <u>地域レベルでの全体最適（医療・介護の連携）</u>            |
| 医療法人・社会福祉法人制度 | <u>法人単独での運営</u>                     | <u>非営利性等を堅持の上、医療法人等が容易に再編・統合</u>        |

\* 出所：「社会保障制度改革国民会議報告書」をもとに作成

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(H29.2.28 日本医療法人協会主催セミナー 田川洋平氏資料「地域医療連携推進法人制度の概要と活用方法」より抜粋)

9

### 地域構想について

#### ・地域医療構想の本質

2025年の必要病床数の算出式（構想区域別）

$$\begin{array}{ccccccc}
 2025年 & & 2013年度 & & 2025年 & & \\
 \text{必要病床数} & = & \text{性年齢階級別} & \times & \text{性年齢階級別} & \div & \text{病床} \\
 & & \text{入院受療率} & & \text{人口} & & \text{稼働率}
 \end{array}$$

- ・各医療機関の「自主的な取り組み」
- ・医療機関相互の「協議」による病床整備
- ・役割を担っていない公的病院の統廃合
- ・基金を利用した病床転換誘導

療養病床の入院受診率が最も低い県の水準に合わせる  
 長野県：高知県 = 1 : 5

10

## 基準病床数制度について

### 目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数を超える地域

### 仕組み

#### ○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算  
精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算  
結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている  
感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



#### ○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

### 病床数の算定に関する特例措置

- ① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定
- ② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

<H28.7.29 第1回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 11

## 病床の必要量(必要病床数)について

### 目的

現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携を推進する

### 仕組み

#### ○ 将来の病床の必要量を、全国統一の算定式(※)により算定

#### ○ 将来の医療需要を、病床の機能区分ごとに推計

※基本的に、構想区域ごとの性別・年齢階級別入院受療率と、将来の推計人口から計算  
高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能は、医療資源投入量を基準として区分  
慢性期機能は、リハビリテーションを受ける者を除いた療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%相当及び療養病床の入院患者の入院受療率の地域差解消分を除いた入院患者の他、一般病床の障害者・難病患者等を、長期にわたり療養が必要な患者として区分

### 地域医療構想を実現するための 都道府県知事の権限

#### 公的医療機関等

#### その他の医療機関

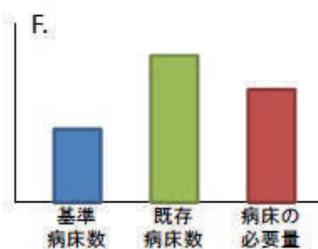
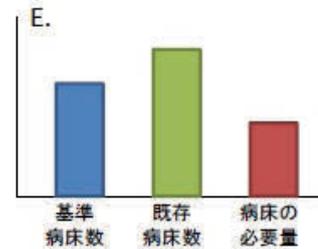
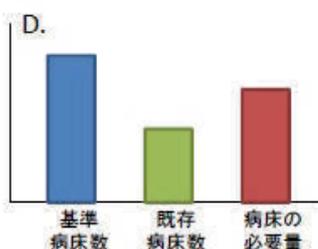
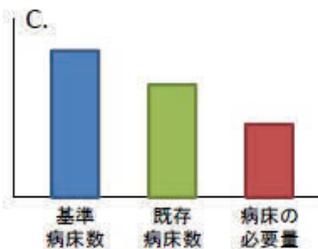
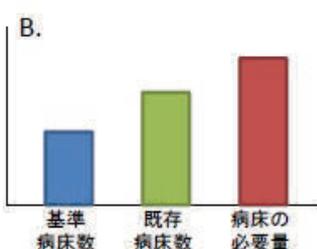
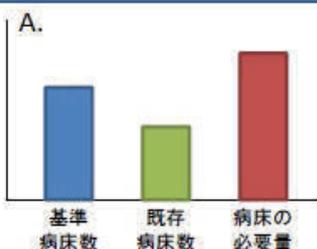
|                    |   |               |
|--------------------|---|---------------|
| 病院の新規開設等への対応       | 開設許可等の際、不足している医療機能を担う等の条件を付与することができる。   |               |
| 過剰な医療機能に転換しようとする場合 | 病床機能報告における <u>基準日病床機能と基準日後病床機能(6年後)とが異なる場合</u> 、当該報告を行った医療機関の所在地を含む構想区域の <u>基準日後病床機能</u> に係る病床数が、 <u>病床の必要量(必要病床数)</u> に既に達しているときは、当該医療機関に対し協議の場等において医療機能を転換する理由の説明等を求めることができる。その理由がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、 <u>基準日後病床機能に変更しないこと等を「命ずる」</u> ことができる。 | 「命ずる」を「要請」に読替 |
| 「協議の場」の協議が調わない場合   | <u>協議の場における協議が調わない等の際には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を「指示」</u> することができる。   | 「指示」を「要請」に読替  |

<H28.7.29 第1回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 12

## 基準病床数と病床の必要量等の関係性の分類

基準病床数、既存病床数及び病床の必要量の関係性は、下記A～Fの6類型に分類できる。

病床の必要量が、基準病床数・既存病床数いずれも上回る



2

<H28.8.31 第2回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

13

## I 地域医療構想調整会議の役割

- ① 医療機能の役割分担
- ② 病床機能分化、連携に向けた方策の検討
- ③ 地域住民への啓発

## II 調整会議で議論する内容

- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

14

## 調整会議の進め方について

### 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋・一部改変)

#### 議論の進め方

議論の進め方の例として以下のように示している。

- i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有  
地域医療構想で推計した将来の医療需要や病床機能報告のデータを基に  
関係者で認識を共有。
- ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出  
地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での  
課題について議論。
- iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論  
医療機能の充足状況に応じて、各病院等がどのように役割分担を行うか等に  
ついて議論。
- iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論  
iiiで議論して合意した事項を実現するために必要な具体的事業について地域  
医療総合確保基金の活用も視野に入れ議論。

<H28.8.31 第2回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 15

## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

### ①医療機能の役割分担

#### 1. 構想区域における将来の医療提供体制を構築していく ための方向性の共有

##### (1) 公的医療機関等の役割の明確化

200床以上の病院がどのような役割を担うか明確にする必要あり

##### (2) それ以外の医療機関の役割の明確化

その後、規模の小さい医療機関について上記の連携やこれらが担わない機能、多様な医療ニーズを踏まえそれぞれの役割を明確化

##### (3) 将来、病床機能転換を予定している医療機関

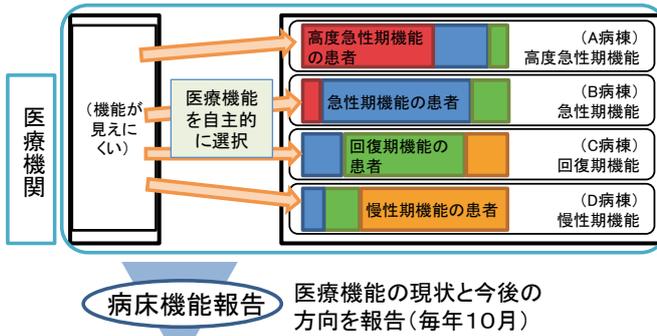
転換の内容に整合性あるか確認する

##### (4) 地域住民の望むかかり方等、ニーズの把握

<H28.8.31 第2回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料1-2より抜粋> 16

## 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

- 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
- 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

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

- 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。

<H30.7.8 「地域医療構想の進め方」 講演資料より抜粋> 17

## 地域医療構想の実現プロセス

- 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。
- 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。

- 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
- 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】

- 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)
- 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)
- 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
- 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要する必要がある。

※ 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。

は、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

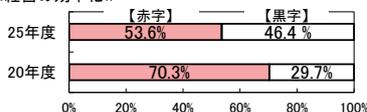
<H30.7.8 「地域医療構想の進め方」 講演資料より抜粋> 18

## 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

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>地域医療構想を踏まえた役割の明確化</b><br>・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化 | <b>経営の効率化</b><br>・経常収支比率等の数値目標を設定 |
| <b>再編・ネットワーク化</b><br>・経営主体の統合、病院機能の再編を推進        | <b>経営形態の見直し</b><br>・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

### 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

<H30.7.8「地域医療構想の進め方」講演資料より抜粋> 19

## 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。

## 「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。

21

## 定量的基準の検討

- ・病床機能報告は最も多い病期の割合によって医療機能を自主的に判定し報告
- ・平成29年の報告では回復期が大幅に不足との誤解が発生
- ・議論の活性化にALOSや救急受入数、手術件数を活用
- ・平成29年の報告で実態と合致しない病棟の洗い出し



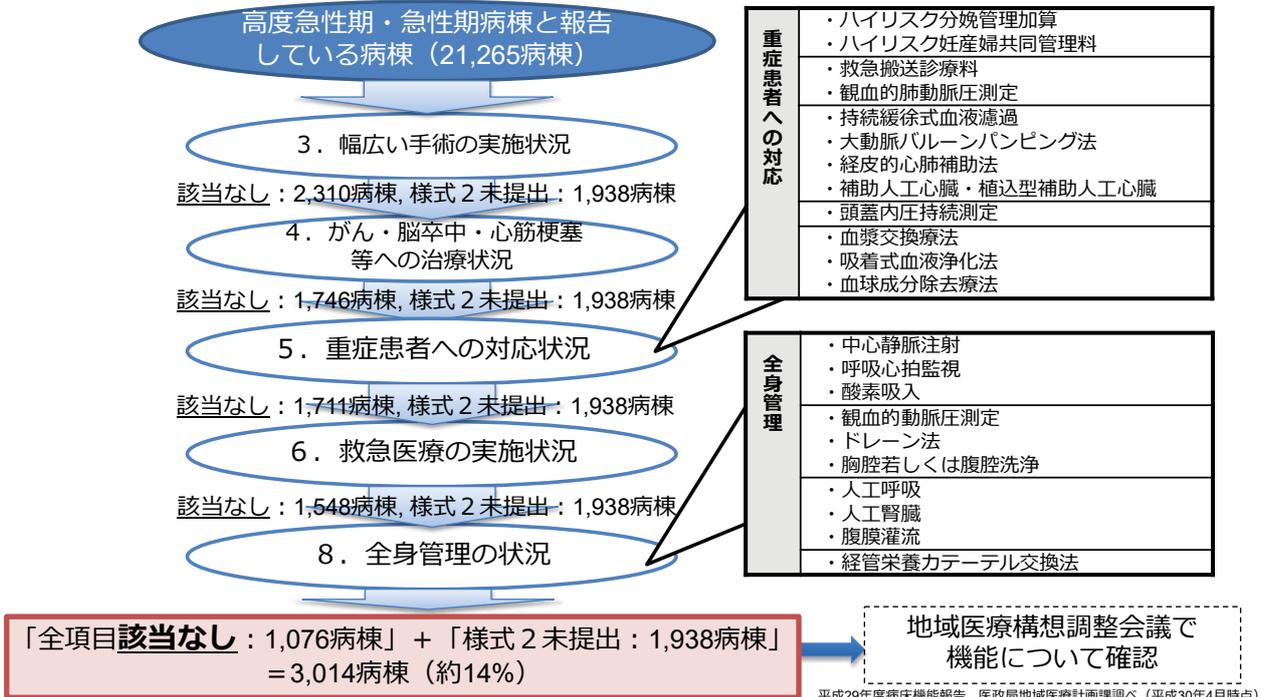
調整会議の定量的基準を用いた検討

22

# 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 |

## 定量的な基準 (埼玉県) ②

### 高度急性期・急性期の区分(区分線1)の指標

|                  |        |
|------------------|--------|
| 第13回地域医療構想に関するWG | 資料 3-2 |
| 平成30年5月16日       | 一部改変   |

- 救命救急やICU等において、特に多く提供されている医療

- A: 【手術】全身麻酔下手術
- B: 【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- C: 【がん】悪性腫瘍手術
- D: 【脳卒中】超急性期脳卒中加算
- E: 【脳卒中】脳血管内手術
- F: 【心血管疾患】経皮的冠動脈形成術(※)
- G: 【救急】救急搬送診療料
- H: 【救急】救急医療に係る諸項目(☆)
- I: 【救急】重症患者への対応に係る諸項目(☆)
- J: 【全身管理】全身管理への対応に係る諸項目(☆)

※…診療報酬上の入院料ではなくデータから特定がしにくいCCUへの置き換えができなかったこと、経皮的冠動脈形成術の算定が一般病棟7:1よりもICU等に集中していることによる。

☆…病床機能報告のデータ項目のうち、救命救急やICU等で算定が集中しているものに限定。

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

## 定量的な基準（埼玉県）④

### 急性期・回復期の区分（区分線2）の指標

|                  |       |
|------------------|-------|
| 第13回地域医療構想に関するWG | 資料3-2 |
| 平成30年5月16日       | 一部改変  |

○一般病棟7:1において多く提供されている医療

- K：【手術】手術
- L：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- M：【がん】放射線治療
- N：【がん】化学療法
- O：【救急】救急搬送による予定外の入院

○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P：【重症度、医療・看護必要度】  
基準（「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」）を満たす患者割合

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数等を指標に用い、しきい値を設定。

13

<H30.6.15 第14回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

25

## 経緯①

- 地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、それぞれ「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、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関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であるか確認することを求めた。
- また、前回までの本WGにおいて、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」について議論を行ってきた。
- その中で、具体的対応方針の検証方法としては、厚生労働省において、診療実績等の一定の指標を設定し各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行った上で、一定の基準に合致した場合は、厚生労働省から都道府県に対して、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が、真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。

1

<R1.6.21 第22回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

26

## 経緯②

- 前回の本WGにおいて、公立・公的医療機関等に対しては、「役割の代替可能性がある」場合は2020年3月末までに、「再編統合の必要性について特に議論が必要な」場合は2020年9月末までに、それぞれ協議し、結論等を得るという案について議論を行ったところであるが、議論の中で、
  - 特に再編統合の必要性について議論を行う場合、協議をどうやって具体的に進めていくかというプロセスを明確化すべきではないか。
  - 再編統合の議論が難航する可能性を踏まえ、短期間で合意に至ることができるよう協議のあり方を整理すべきではないか。等の意見があったところ。
- これらを踏まえ、本日の議論は、特に、具体的対応方針の検証の具体的な手順等について議論を行い、次回以降の構想WGにおいて、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」に反映することとする。

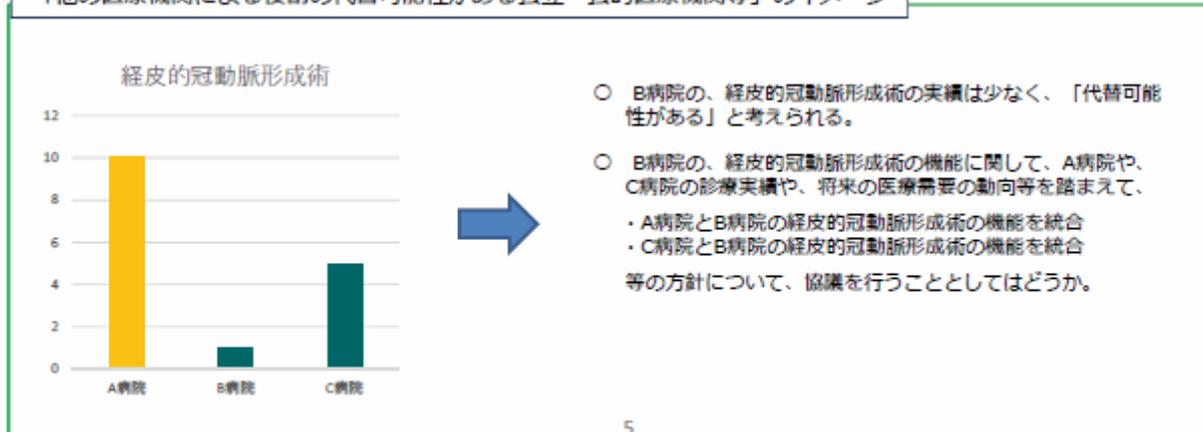
2

<R1.6.21 第22回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 27

## 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」

- 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」とされた医療機関に関しては、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」の通り、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て、代替可能性があるとして分析された役割について、他の医療機関に機能を統合することの是非について協議し、**2020年3月まで**に合意を得ることとしてはどうか。

「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のイメージ



5

<R1.6.21 第22回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 28

## 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年末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

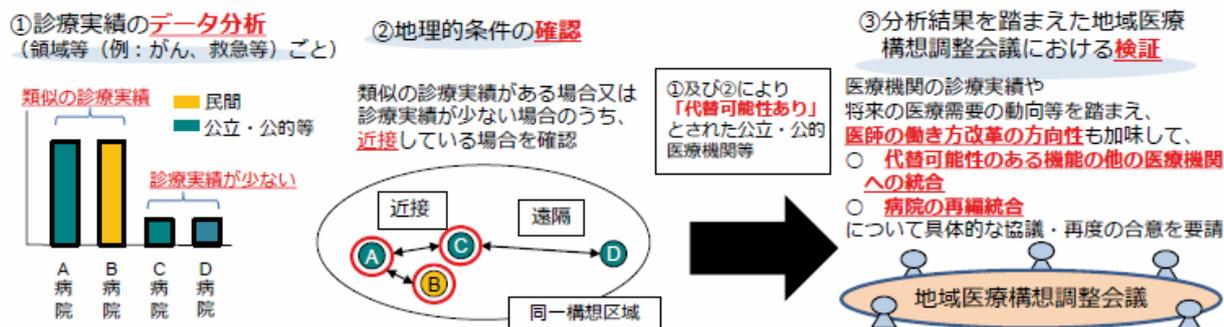
- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年末までに、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、**当該医療機関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



<H31.4.24 第66回 社会保障審議会医療部会 資料より抜粋> 29

## 「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」

### 課題

- 「再編統合について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」とされた医療機関に関しては、分析項目によって、構想区域内の医療機関の診療実績の多寡や競合等の状況は大きく異なると想定され、「再編統合について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」とされた医療機関だけで、具体的対応方針に関する協議を行うことは不十分であると考えられる。
- この様なことから、「再編統合について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」とされた医療機関における**協議のあり方**について、**ダウンサイジング**や**再編統合**が推進され、かつ円滑に協議が進むような方法を提示することが必要ではないか。

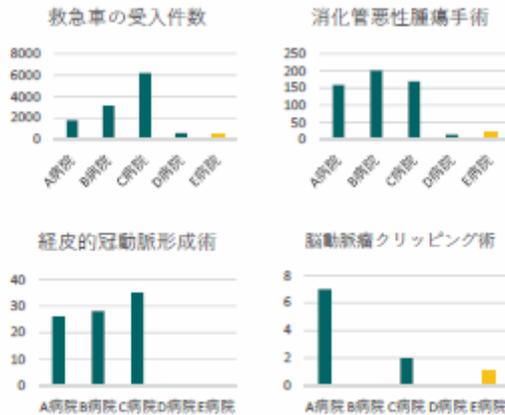
### 対応案

- 「再編統合について特に議論が必要な医療機関」とされた医療機関に関して、**ダウンサイジング**や**再編統合**が推進され、かつ円滑に協議を進めるためには、**まずは地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化、連携等について協議し、その方向性について合意することが必要ではないか。**

## 「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」

### 「再編統合について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」のイメージ

#### 診療実績の分析



- A病院、B病院、C病院、D病院について、大半の領域において、代替可能性があるとして分析され、「再編統合について特に議論が必要な医療機関」と位置づけられた場合、
    - ・ A病院とB病院の再編統合
    - ・ B病院は廃止し、その救急機能はA病院へ統合、その他の機能はC病院へ統合
    - ・ D病院は廃止
    - ・ C病院とD病院の再編統合 . . .
- 等、様々な対応が考えられる。



#### 対応案

- 具体的対応方針の見直しに当たっては、A病院、B病院、C病院、D病院という個別の医療機関単位ではなく、地域全体の医療提供体制の将来像を見据えて協議する必要があるのではないか。
  - ・ 例えば
    - 各構想区域における公立・公的医療機関等が占めるべき機能別の病床数の合計
    - 各役割を担う、再編統合後の公立・公的医療機関等の数
    - 公立・公的医療機関等と他の医療機関との連携の方針
- 分析項目の大半が、急性期機能に関するものであることから、特に、まずは急性期医療について将来の提供体制について、地域で検討することについてどう考えるか。

7

<R1.6.21 第22回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋> 31

## 第21回地域医療構想に関するWG（令和元年6月21日）

### ○ 具体的対応方針の検証方法

- ・ 地域医療構想の実現に向けて各機能病床数の過不足のみではなく診療実績の詳細データに着目して必要な医療を質が高く効率的に提供する視点の議論が不可欠
- ・ 厚労省が診療実績等の指標を用いて医療提供体制の現状を分析し、合意内容が一定の基準に合致すれば再検証を要請する
- ・ なお、今回整理する厚労省の分析は各区域で優先的に議論を進めてきた公立・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分析するものである

## ○分析の手法

- ・五疾病・五事業等を踏まえた医療構想である
- ・公立公的医療機関の役割は「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」に示された不採算医療、過疎地医療、民間で限界ある高度先進医療、医師派遣機能等
- ・具体的データは以下の9領域17項目とする

## ○分析の視点

- ・分析項目ごとに公立公的医療機関単位で該当性を確認
  - A 構想区域内に一定以上の実績を有する近接する2つ以上の医療機関がある
  - B 診療実績が少ない
- ・分析にあたり区域内の公立公的医療機関と民間との関係性のみならず、公立公的同士での役割の代替性も分析する
- ・大半の項目で他の医療機関による代替可能性がある公立公的医療機関は「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立公的医療機関」と位置付ける

33

## ○分析結果の公表とその後の協議の進め方

2019年年央までに県を通じて結果を提供する

・地域包括ケア病棟や回復リハ病棟は民間で担うことができるのに、多くの公立公的医療機関が実施していることについて分析を行うよう努める

・代替可能性のある役割につき他の医療機関に機能を統合することの是を協議し、2020年3月末までに結論を得ること

34

## ○協議にあたり留意すべき事項

- ・医療機関の再編統合に当たっては医師の働き方改革や医師偏在対策を考慮
- ・協議の透明性を確保し、再編統合に関する率直で忌憚のない意見交換の場を設定すること
- ・2025年を見据え、速やかに議論を進める

## ○更なる検討が必要な課題

- ・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みの方向性について、構想会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協議の内容を理解して地域の合意内容に合わない取組みが行われないような対策の検討が必要である

35

## sustainability

### \* 個別の医療機関としての存続、事業の継続性

主観的、個々の医療機関のプライド、エゴ

### \* 地域のインフラとして求められる

医療・介護の提供体制の維持

地域の存続性に影響

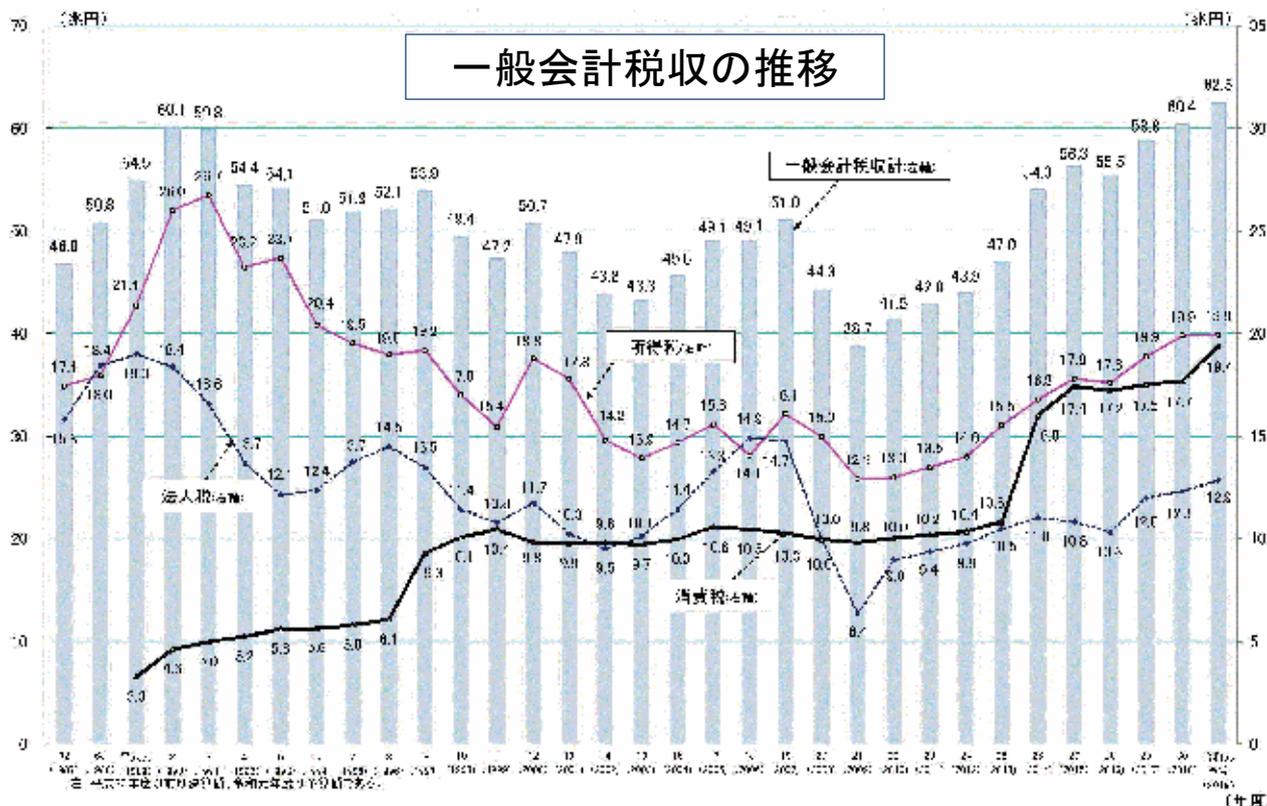
### \* 国の社会保障のシステムとして

少なくとも2040年以後も維持できる可能性

財政、人口変化、科学の発達

36

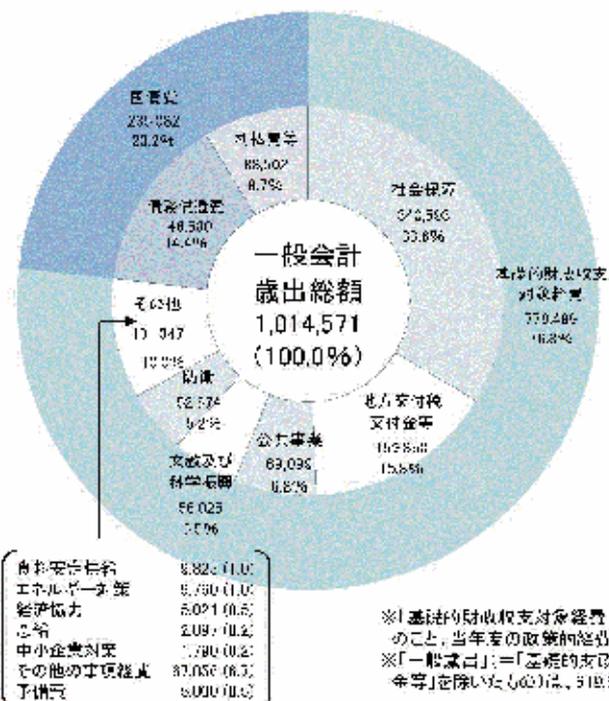
# 国家財政の現状と未来



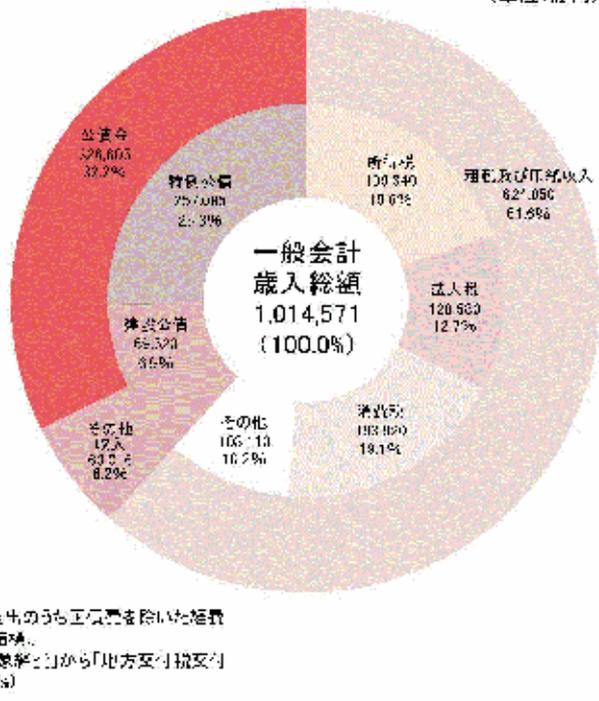
<財務省ホームページより抜粋> 37

## 令和元年度

### 一般会計歳出



### 一般会計歳入



<財務省ホームページより抜粋> 38

## 財政健全化目標

### <ストックの指標>

債務残高 対GDP比

### <フローの指標> プライマリー・バランス(PB)

令和元年度

歳入における公債金 32兆6605億円

歳出における国債費 23兆5082億円

---

借入超過 9兆1523億円

39

## 普通国債残高の増加要因

### <歳出面>

- ・高齢化進行に伴う社会保障関係費の増加
- ・地方交付税交付金の増加

### <歳入面>

- ・過去の景気の悪化
- ・減税による税収落ち込み

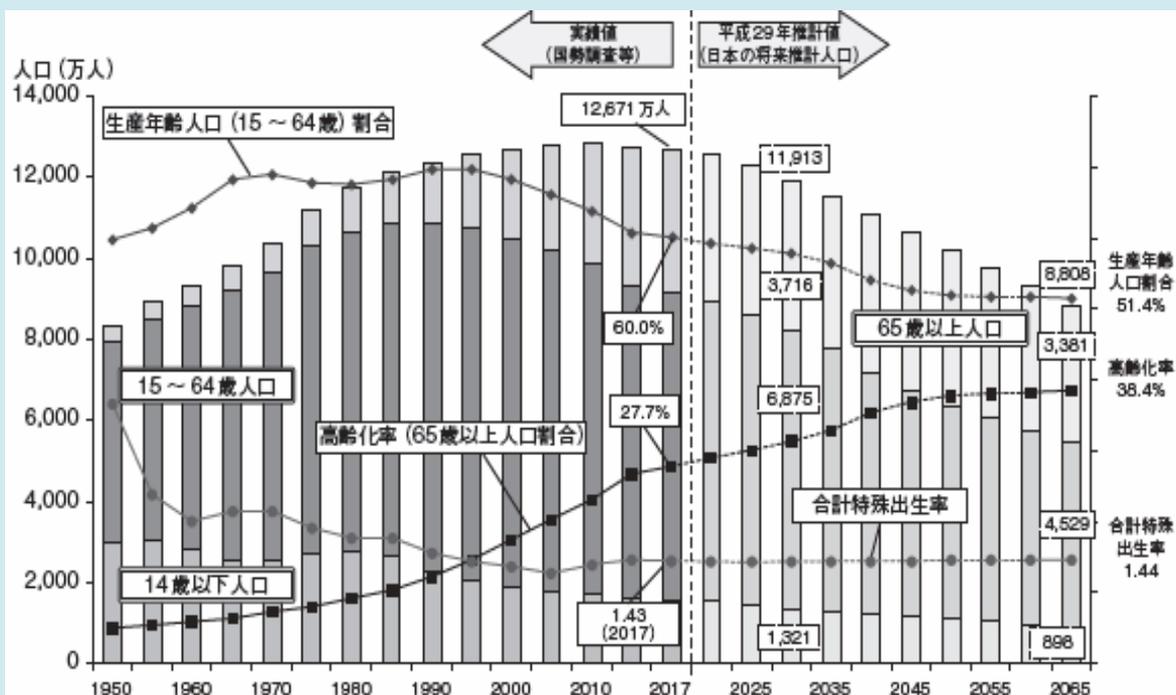
# 平成2年末から令和元年末にかけての 普通国債残高 増加額 約725兆円

歳出の増加要因 : 約 441兆円

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| 内 | 社会保障関係費  | +約 316兆円 |
|   | 地方交付税交付金 | +約 85兆円  |
|   | 公共事業費    | +約 60兆円  |

## 我が国の人口の推移

我が国の人口は2004年にピークを迎え、減少局面に入っている。  
2055年には9000万人を割り込み、高齢化率は40%を超えると推計されている。



## 公立病院の利益等の状況



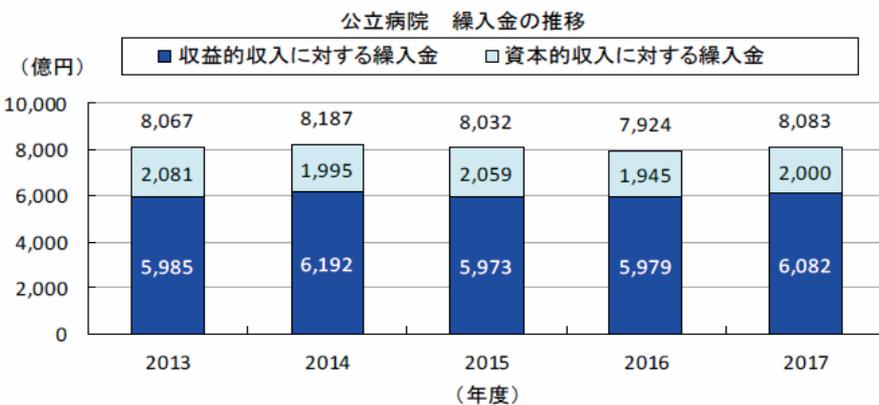
\*総務省「地方公営企業年鑑」から作成。地方独立行政法人を含まない。  
「医療利益率=(医療収益-地会計負担金-医療費用)÷医療収益×100(%)」で計算。



\*総務省「地方公営企業決算状況調査」から作成。  
「医療収入=営業収益-運営負担金収益-運営費交付金収益」で計算。

<R1.6.21 第22回  
地域医療構想に関するワーキンググループ  
資料より抜粋>

43



\*総務省「地方公営企業決算状況調査」から作成。地方独立行政法人を含む。

## 公立病院に対する繰入金の現状



\*総務省「地方公営企業決算状況調査」から作成。地方独立行政法人を含む。

<R1.6.21 第22回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

44

## 【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総合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

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

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

## 【経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)[抜粋]

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従業者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、**具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中(※)に対応方針の見直しを求め、民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。**こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。**地域医療介護総合確保基金の分配(基金創設前から存在している事業も含む)における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。**病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、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。  
**※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。**

<R1.9.26 第24回 地域医療構想に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

45

# MEDIFAX

8090号

<2019年8月21日>

厚生労働省医政局の総務課長に就任した佐々木裕介氏は本紙の取材に応じ、地域医療構想の推進へ、**再編統合の検討の必要性の高い公立・公的病院を秋にも公表する施策について「病院名の公表自体に意味があるのではなく、地域の実情に合う最適な医療資源の配分を実現するという地域医療構想の原点に立ち返る材料の提供」と位置付けた。**

厚労省は現在、**公立・公的医療機関の役割重点化に向け、がん領域別手術の実績など17項目を対象に分析している。**再編統合の必要性が特に高い**公立・公的病院がある区域などを「重点支援区域」に設定し、国が直接支援する方針だ。**

再編統合の必要性や、他の医療機関による役割の代替可能性のある医療機関は名称を公表するが、佐々木課長は「**重要なのは、人口減少社会の中、地域全体で適切な医療提供体制を整えるため、公民でどのような役割分担が必要なのか、特に公立と公的病院が果たす役割は何かを考えてもらうこと**」と説明。「**地域全体で考えていただき、公表された病院が結果的に再編されたり特定の機能に重点化することもあるだろう**」と述べた。

愛知県の病床機能報告(2017年度)を国提供の定量的基準を使用して試算した結果と診療実績データ分析結果

| 名古屋<br>尾張中部<br>医療圏 | 2025年の<br>必要病床数 | 2017年度<br>病床機能報告 | 差し引き      | 要再検討病院数<br>全公立公的病院 |
|--------------------|-----------------|------------------|-----------|--------------------|
| 高度急性期              | 2,885床          | 5,930床           | 3,045床 過剰 | 公的 3 病院<br>20 病院   |
| 急性期                | 8,067床          | 8,777床           | 710床 過剰   |                    |
| 回復期                | 7,509床          | 2,351床           | 5,158床 不足 |                    |
| 慢性期                | 3,578床          | 4,457床           | 879床 過剰   |                    |
| その他                | —               | 430床             | —         |                    |
| 計                  | 22,039床         | 21,945床          | 94床 不足    |                    |

<H31.2.25 平成30年度第2回尾張西部構想区域地域医療構想推進委員会  
資料4 地域医療構想推進委員会の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準について より抜粋>

47

## 名古屋・尾張中部医療圏

- ・全病床数は94床の不足
- ・高度急性期は3045床、急性期は710床の過剰
- ・慢性期は879床の過剰
- ・一方で、回復期は5158床の不足
- ・病床機能報告は診療報酬とリンクしないことが建前であるとするなら、定量的評価や補助金の流入状況を参照データとして届け出の機能について地域で再考しなければ地域医療を継続的に提供できる体制の再構築は始まらない

48

## 地域医療構想 前と後

### <前>

- ・個別の医療機関が周辺医療機関の状況を充分把握しきれない中、最終的な生き残りを目指し、過剰な設備投資に全力で取り組んできた
- ・公立医療機関は診療事業会計に繰入れ等を行っている
- ・公的医療機関は税制上・財政上の優遇が設置主体により異なる
- ・民間医療機関は税制上の優遇措置や期待される役割が、医療法上の公的医療機関とは異なる

49

## 地域医療構想 前と後

### <後>

- ・構想の目的である病床の地域偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するために区域内の全ての病院施設の実態を共有し、2025年以後の良質で効率的な地域医療の提供体制整備の基盤を作るためのシステムを構築する
- ・公立公的医療機関は公立でなければ担えない分野に重点化する
- ・民間医療機関は資源の多寡により、担う役割は大きく制限される
- ・区域のすべての病院施設が内情を公開し、未来像を共有して協働する

50

## 協議を深化させる情報共有

- ・人口は確実に減少し、入院患者も激減するという共通認識
- ・公民全ての病院施設データの共有が前提であるべき
- ・民間病院と公立公的病院の担う役割は同一でないことを共通認識とする必要がある
- ・診療機能と実績(急性期データ)
  - ※人口100万以上の都市部の分析結果共有
- ・診療機能と実績(回復期、慢性期データ)
- ・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
- ・一病床当たりの診療実績等による効率性のデータ
- ・本当に不採算な医療提供のサステナビリティ

51

### 具体的対応方針の再検証における「再編統合」とは

- 地域医療構想の実現に向けては、各地域において住民に必要な医療を、質が高く効率的な形で不足なく提供できているかどうか、という視点の議論が不可欠である。
- また、具体的対応方針の再検証を行うにあたっては、地域医療構想調整会議の活性化が不可欠であり、それにより、地域の実情に応じた医療提供体制の構築が一層推進されると考えられる。
- これらのことから、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、
  - ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
  - ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携等を念頭に検討を進めることが重要である。  
(これらの選択肢が全て「再編統合」に含まれると解する。)
- そのため、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」(「再検証対象医療機関」とする。)とされた医療機関が行う具体的対応については、上記の対応の全てがとりうる選択肢となる。

※ 一部の公立・公的医療機関等が、地域のその他の医療機関との連携のあり方を考慮することなく医療機関同士を統合することにより、その他の医療機関の医療提供のあり方に不適切な影響を与えることがないよう、将来の医療提供体制について、関係者を含めた十分な協議を行うことが重要である。

## 結び(1)

昭和62年の第一次医療法改正以来、我が国の人口推計から予想される社会保障のあるべき姿を目指して病床規制や病床機能分化を推進してきたが、いずれの政策も国が想定した程は効果が発揮されず、社会保障の全体像、特に医療において殆ど何の効果も得られなかった。

しかし、2025年の団塊の世代の後期高齢化は目前に迫り、現状の追認は公民両方の医療機関の共倒れを招来せざるを得ない非常に切迫した状況が近づいている。まずは国の財政状況の改善目標であるプライマリーバランスの均衡化の為に、歳出一位の社会保障費の削減と三位の地方交付税・交付金の圧縮は国家存続の為に必須の対策である。その一環として、国・地方自治体が命令権を持つ公立・公的病院の効率化を目的とした再編議論へとつながったと考える。

53

## 結び(2)

現実には公立・公的病院でなければ地域医療の継続性を担保できない地域が多数存在することは事実であるが、社会保障としての医療システムを維持するためには公立・公的病院は民間医療機関が担うことができない役割に特化することで効率的な運営が求められている。

いずれも医療ニーズの激変を目前にした国としての社会保障制度の継続、地域医療の提供体制の継続の為に最終コーナーに差し掛かった今こそ、医療機関同士のエゴや片寄ったプライドを放棄して客観的で可視化できるデータに基づく協議を推進させ、地域の実情、未来の姿に合致した本当のご当地医療を作り上げなければ地域医療は完全に崩壊する。

54



## 名古屋南部地域医療連携推進協議会の活動について

名古屋南部地域医療連携推進協議会事務局

巻頭言にも記載したように、名古屋南部地域医療連携推進協議会は広すぎる名古屋・尾張中部構想区域での地域医療推進のための話し合いを円滑に進めるため、ほぼ同時に設立された名古屋を東西南北の4地域に分けた自主的な会議体の1つとして名古屋市南部及びその近接都市にある病院が集まり発足した。平成29年10月7日、会の発足時に決められた会則では、その設立の目的を、「名古屋南部の地域を中心とした地域包括ケアを推進するために、趣旨に賛同する入院病床を有する医療機関等が、その方法等を協議する場として設置する」とした。その後の開催した全体会議は、下記の通りである。

### 全体会議開催記録

平成29年10月7日

平成29年度第1回名古屋南部地域医療連携推進協議会 設立総会開催

・参加状況：34施設101名参加（有床1施設含）

平成29年度第1回名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会報告  
報告 絹川常郎代表

講演 「地域医療構想の現況について」

演者 愛知県健康福祉部 医療福祉計画課主幹 三島正樹氏

平成 30 年 3 月 24 日

平成 29 年度第 2 回 名古屋南部地域医療連携推進協議会 全体会議開催

- ・ 参加状況：41 施設 93 名参加（有床 3 施設含）
- ・ 平成 29 年度第 2 回名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会報告  
報告 河野弘副代表

講演 「名古屋南部の地域医療構想について」

演者 公益社団法人愛知県医師会 理事 伊藤健一氏

平成 30 年 10 月 20 日

平成 30 年度第 1 回名古屋南部地域医療連携推進協議会 全体会議開催

- ・ 参加状況：34 施設 83 名参加
- ・ 平成 30 年度第 1 回名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会報告  
報告 絹川常郎代表

- ・ 討議 主に緑市民病院の非稼働病床再開に関する新公立病院改革プランに関して

平成 31 年 3 月 16 日

平成 30 年度第 2 回名古屋南部地域医療連携推進協議会、名古屋東部地域医療連携推進協議会と合同会議開催

- ・ 参加状況：55 施設 119 名参加
- ・ 平成 30 年度第 2 回名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会報告  
報告 太田圭洋東部会長

・ 講演「データから考える名古屋の医療」

演者 産業医科大学 公衆衛生学教授 松田晋也氏

令和元年 10 月 5 日

令和元年度第 1 回名古屋南部地域医療連携推進協議会 全体会議開催

- ・ 参加状況：36 施設 71 名参加
- ・ 令和元年度第 1 回名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会報告

・ 講演「地域医療構想の動向について」

演者 愛知県地域医療構想アドバイザー 伊藤健一氏

## 協議会の役割について

名古屋南部地域医療連携推進協議会  
代表 絹川常郎

名古屋南部地域医療連携推進協議会発足後、令和元年10月までに計5回の全体会議が開催された。時期を得た講師による講演は会員の地域医療構想への理解度を深めることに有用であったが、それ以外は、名古屋・尾張中部構想区域地域医療構想推進委員会の報告が主で、地域包括ケアを推進するための地域から上の会議に提案として挙げる事項の協議は余り行われてこなかった。これは、会を代表するものとして、企画が不十分であったと反省している。

これは、域地域医療構想推進委員会が、どうしても厚生労働省の急性期病床削減計画を実現するための会として捉えられており、急性期病床過剰と言われるものの、名古屋市全体として病床過剰はわずかであり、委員も自然に落ち着くところに落ち着くと考えており、愛知県も余り焦っていない節があることも、影響しているからかも知れない。

令和元年9月26日に第24回地域医療構想に関するワーキンググループで具体的対応方針の再検証が必要と公表された病院名入りのデータも、名古屋市の我々の地区の場合、大きな病院の再検証が提起されなかったことも、積極的な議論が起こらなかった理由と考えられる。しかし、地域包括ケアの推進、医師不足の解消、働き方改革の実現など、病院を取り巻く問題は多い。折角立ち上げたこの協議会を有効に利用し、愛知県にボトムアップの意見を挙げるべきであろう。

丁度そこへ発生した新型コロナウイルス問題は、予想しなかった問題ではあるが協議は是非行うべきである。巻頭言にも記載したとおり3月11日は、名古屋南部を中心とした2つのクラスターへの対応に苦慮していた時期である。突然ではあったが会員の病院に声をかけたところ、10の病院に参集頂き、保健センターも参加の下、有用な情報交換が出来た。議事の開催概要は下記の通りである。

# 新型コロナウイルス感染症コンセンサスマーケティング議事概要

名古屋南部地域医療連携推進協議会事務局

【日時】 2020年3月11日（水）17：00～19：00

【場所】 中京病院 大会議室（中央棟6階）

【議題】 新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について

【出席者】 10病院関係者29名、4保健センター関係者6名

【議事内容】

- ・ 開会挨拶と開催の趣旨
- ・ いかにして名古屋市の地域の住民の健康を守るかという視点が大切
- ・ 南保健センター所長より現状報告
- ・ 各医療機関の大まかな状況について報告
- ・ 病床数の確保についての議論
- ・ すべての患者に入院が必要か、退院基準はどうすべきかについて議論
- ・ 各施設のPPEの備蓄状況について情報交換
- ・ 各施設のスタッフの勤務状況について情報交換
- ・ 透析施設の状況、総合病院の透析対応能力に関する情報交換
- ・ 患者の市外、県外へ受け入れ求める件と軽症者の自宅療養の可能性につき議論
- ・ 南生協病院の現状報告
- ・ 閉会挨拶 今後の方向性について

このような議論を基に、後日、名古屋市長あての要望書を作成、3月16日にこれを名古屋市長に提出した。要望書は、次ページの通り。

令和2年3月16日

名古屋市長  
河村たかし 殿

## 新型コロナウイルス対策に関する要望書

名古屋南部地域医療連携推進協議会所属  
中京病院、名古屋掖済会病院、中部労災病院、大同病院  
南生協病院、名古屋記念病院、名古屋共立病院、新生会第一病院  
国立長寿医療センター、藤田医科大学ばんだね病院

病院長一同

日頃は、名古屋市の医療の質向上のために、ご尽力いただきありがとうございます。深く感謝いたしております。

現在、名古屋市内では、新型コロナウイルス感染症の集団発生（クラスター）が複数認められています。なかでも、名古屋南東部では、福祉施設を中心としたクラスターが認められており、高齢者、慢性疾患のある患者を中心に感染が拡大しています。新型コロナウイルス感染症は、これらの患者において、重症化率、死亡率ともに高いとされていますので、地域住民、医療関係者が一体となって拡大防止に努めるとともに、迅速かつ適切な医療を提供していく必要があります。

一方で、新型コロナウイルス感染症の診療にかかる人的、物的な負担は、これに対応する医療機関にとって相当に重く、クラスターという本感染症の特徴から、地域の医療機関だけで対応するのは難しい状況になっています。

また、誤った認識により、患者や医療関係者が差別的な扱いを受ける事例も報告されており、医療スタッフにとって診療上の身体的負担に加え、精神的負担も大きくのしかかっています。

上記のような現状をふまえ、名古屋市のより一層のご協力をお願い申し上げたく、名古屋南部地域医療連携推進協議会として、下記事項につきまして要望いたします。

## 記

1. 名古屋南東部以外の医療機関における患者受け入れを拡充し、一部の医療機関へ過度な負担がかからないよう調整いただきたい。
2. 愛知県内で新型コロナウイルス感染者に対応できる病床を増やし、感染者が円滑に入院できるよう調整を図っていただくこと、また全ての感染者を入院させることができない状態になった場合には重症者を優先して入院させる医療体制に速やかに変更することを愛知県に要望していただきたい。
3. 事業者、福祉施設、教育機関における患者の発生情報を迅速に医療機関に提供していただきたい。  
これにより、受診時に適切な感染対策を行うこと、有症状の接触患者の拾い上げを行うことが可能となります。
4. 医療従事者への感染を防ぐため、患者受け入れ医療機関に十分な个人防护具を配布いただきたい。  
現在、多くの病院で个人防护具の備蓄量が激減しており、新型コロナウイルス感染症の終息が遅れると、医療スタッフに危険が及びます。
5. 患者や医療機関が風評被害にあうことのないよう、患者や医療従事者のプライバシーに配慮し、市民に適切な情報公開を行っていただきたい。  
既に、報道された病院のスタッフの子供であると言うだけで、学校で不当な扱いを受けると言った事例が発生しています。





令和2年3月30日 発行

発行元 名古屋南部地域医療連携推進協議会事務局

住 所 名古屋市南区三条1-1-10 JCHO 中京病院内

<http://chukyo-hosp.sakura.ne.jp/nagoyananbusuisin/>