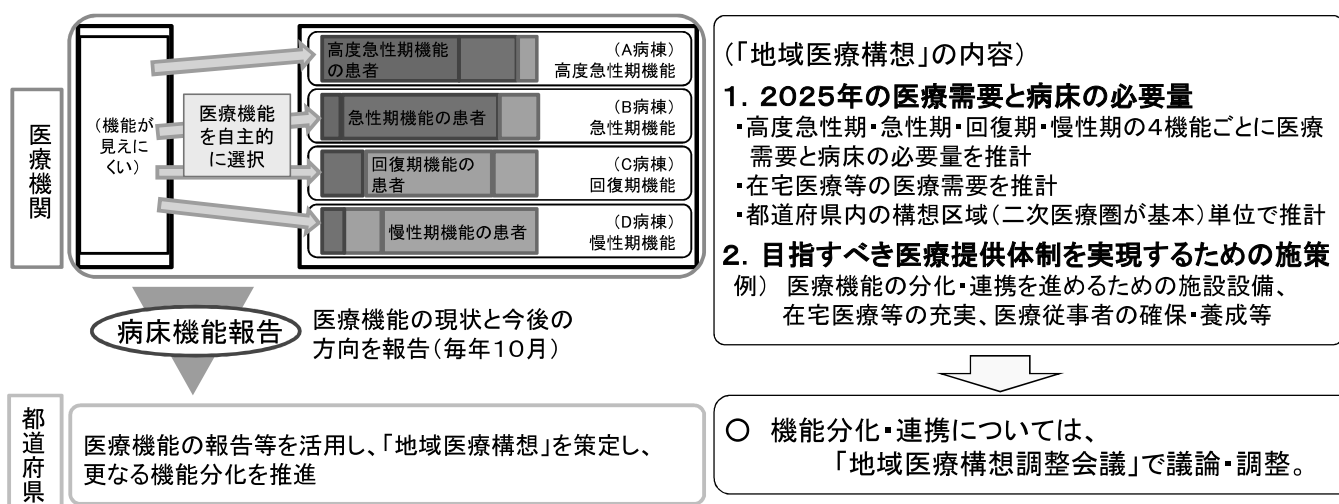


地域保健医療連携・ 地域医療構想調整会議の 開催状況

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定することとされ、本県は、平成28年3月に策定。
- 「地域医療構想」は、2025年に向けて、少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に活用し、県民が地域において安心して質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進することを目的とする。



病床機能報告における4医療機能について

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

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

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

地域医療構想調整会議について

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整った事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

参加者の範囲

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

ア参加者の範囲・選定

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

都道府県の実情に合わせた定量的な基準による議論の活性化

「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」
(平成30年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)抜粋

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、**回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定される**といった誤解をはじめ、**回復期機能に対する理解が進んでいないことにより**、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、**主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること**

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

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

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、**本年度中に**、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、**地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。**

病床機能の定量的な基準の検討について

実態把握調査

1) 目的

地域医療構想を実現し、急性期から回復期、在宅医療等に至る一連のサービス提供体制を地域で確保するためには、各医療機関の現在・将来の医療機能について適切に把握することが必要であることから、5つの構想区域において、病棟(病床)単位の医療資源投入量や診療実績等に着眼した実態把握調査を実施した。

2) 結果

調査結果を踏まえた4機能の推計によると、病床機能報告の集計値が示す大幅な「急性期過剰」と「回復期不足」は生じていないことが示唆された。

推計方法

1) 実態把握調査(区域内の全病院を対象)を実施した構想区域

・香取海匝、山武長生夷隅、市原の構想区域は、調査結果を活用し、病床機能ごとに病床単位で病床数を集計する。

2) 実態把握調査を実施していない、又は一部の病院しか調査を実施していない構想区域

① 医療機能が明確な病床

・救命救急病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等は、各機能に応じ病床数を集計する。

② 高度急性期機能

・東葛南部、印旛の構想区域は、調査結果を活用し、病棟当たりの平均医療資源投入量47,000円を超える病棟を高度急性期とみなして病床数を集計する。

・その他の構想区域は、救命救急やICU等において多く提供されている医療の算定回数を設定し、当該基準を超えるものを高度急性期とみなして病床数を集計する。

③ 急性期・回復期機能

・各病棟には各病期の患者が混在していた調査結果を活用し、「急性期6:回復期4」の割合を乗じて、病床数を集計する。(千葉、東葛南部、東葛北部は、平均在院日数や病床稼働率等を考慮して、補正。)

平成29年度病床機能報告と定量的基準に基づく病床機能の推計値

(単位:床)

区域	医療機能	必要病床数 (R7年) A	29年度病床 機能報告 (H29.7.1) B	差し引き		定量的基準に基づく病床数		
						推計値 C	差し引き	
							C-A	
千葉	高度急性期	1,077	937	▲ 140	不足	1,127	50	過剰
	急性期	3,028	4,451	1,423	過剰	3,194	166	過剰
	回復期	2,520	994	▲ 1,526	不足	1,866	▲ 654	不足
	慢性期	1,859	1,662	▲ 197	不足	1,558	▲ 301	不足
	休棟等	-	120			425		
	計	8,484	8,164	▲ 320	不足	8,170	▲ 314	不足
東葛南部	高度急性期	1,376	1,820	444	過剰	1,493	117	過剰
	急性期	4,783	5,651	868	過剰	4,724	▲ 59	不足
	回復期	4,072	1,498	▲ 2,574	不足	2,611	▲ 1,461	不足
	慢性期	2,779	2,105	▲ 674	不足	2,109	▲ 670	不足
	休棟等	-	358			515		
	計	13,010	11,432	▲ 1,578	不足	11,452	▲ 1,558	不足
東葛北部	高度急性期	1,386	1,841	455	過剰	1,183	▲ 203	不足
	急性期	4,227	4,959	732	過剰	4,053	▲ 174	不足
	回復期	3,647	1,102	▲ 2,545	不足	2,320	▲ 1,327	不足
	慢性期	2,439	1,730	▲ 709	不足	1,879	▲ 560	不足
	休棟等	-	96			300		
	計	11,699	9,728	▲ 1,971	不足	9,735	▲ 1,964	不足
印旛	高度急性期	594	1,148	554	過剰	625	31	過剰
	急性期	1,947	2,454	507	過剰	1,774	▲ 173	不足
	回復期	1,625	568	▲ 1,057	不足	1,361	▲ 264	不足
	慢性期	1,382	1,568	186	過剰	1,609	227	過剰
	休棟等	-	320			689		
	計	5,548	6,058	510	過剰	6,058	510	過剰
香取海匝	高度急性期	289	64	▲ 225	不足	209	▲ 80	不足
	急性期	745	1,728	983	過剰	986	241	過剰
	回復期	587	312	▲ 275	不足	645	58	過剰
	慢性期	560	897	337	過剰	911	351	過剰
	休棟等	-	152			414		
	計	2,181	3,153	972	過剰	3,165	984	過剰
山武長生 夷隅	高度急性期	104	20	▲ 84	不足	133	29	過剰
	急性期	887	1,563	676	過剰	897	10	過剰
	回復期	946	367	▲ 579	不足	865	▲ 81	不足
	慢性期	994	1,293	299	過剰	1,268	274	過剰
	休棟等	-	200			280		
	計	2,931	3,443	512	過剰	3,443	512	過剰
安房	高度急性期	308	152	▲ 156	不足	174	▲ 134	不足
	急性期	602	1,207	605	過剰	976	374	過剰
	回復期	358	99	▲ 259	不足	273	▲ 85	不足
	慢性期	373	717	344	過剰	692	319	過剰
	休棟等	-	46			106		
	計	1,641	2,221	580	過剰	2,221	580	過剰
君津	高度急性期	232	492	260	過剰	288	56	過剰
	急性期	806	1,014	208	過剰	799	▲ 7	不足
	回復期	810	183	▲ 627	不足	555	▲ 255	不足
	慢性期	522	826	304	過剰	735	213	過剰
	休棟等	-	23			207		
	計	2,370	2,538	168	過剰	2,584	214	過剰
市原	高度急性期	284	112	▲ 172	不足	154	▲ 130	不足
	急性期	826	1,412	586	過剰	1,055	229	過剰
	回復期	695	385	▲ 310	不足	695	0	
	慢性期	335	216	▲ 119	不足	223	▲ 112	不足
	休棟等	-	92			48		
	計	2,140	2,217	77	過剰	2,175	35	過剰
計	高度急性期	5,650	6,586	936	過剰	5,386	▲ 264	不足
	急性期	17,851	24,439	6,588	過剰	18,458	607	過剰
	回復期	15,260	5,508	▲ 9,752	不足	11,191	▲ 4,069	不足
	慢性期	11,243	11,014	▲ 229	不足	10,984	▲ 259	不足
	休棟等	-	1,407			2,984		
	計	50,004	48,954	▲ 1,050	不足	49,003	▲ 1,001	不足

※ 「休棟等」には非稼働、健診のための病棟などを含む。また、推計値の「休棟等」には分類不能の病棟も含まれる。

平成30年度地域医療構想調整会議の開催状況

	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	山武長生夷隅	香取海匝	君津	市原	安房
第1回	8月22日	7月31日	7月11日	7月10日	7月23日	7月19日	7月19日	7月30日	7月30日
	1) 病床配分(県医療整備課から概要説明)			1) 国際医療福祉大学成田病院					左記3②、③及び報告1と同じ
2) 各種事業の実施状況と平成29年度病床機能報告の結果等 3) 平成30年度調整会議の進め方(①地域医療構想実現に向けた今後の取組方針、②個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査の実施、③本年度のスケジュール) 報告1) 本県の結核医療提供体制 報告2) 医療法及び医師法の一部改正									
第2回	11月14日	10月11日	10月17日	10月23日【部会】	10月30日【部会】	10月15日【部会】	10月17日【部会】	10月29日	10月18日
	1) 病床配分(応募団体から概要説明)			1) 医療機能別病床数の算定方法に係る先行事例の紹介 2) 印旛圏域における医療機能別病床数の算定方法の検討 3) 病床機能に係る実態把握調査	1) さんむ医療センターの建替え 2) 地域の実態把握に向けた各種調査	1) 病床機能報告における定量的基準の導入に向けた検討 2) H30医・介総合確保基金(医療分)事業 3) 脳卒中連携ネットワークのたたき台の検討 4) 病床機能実態把握調査結果等	2) 医療機能別病床数の算定方法に係る先行事例等の検討 3) 病床機能に係る実態把握調査	2) 市原圏域における医療機関の機能と連携状況 3) 医療機能別病床数の算定方法に係る先行事例等の検討	1) 各種事業の実施状況と平成29年度病床機能報告の結果等 2) 平成30年度調整会議の進め方 3) 地域医療連携推進法人
第3回	※千葉市医師会特別委員会の議題	1月17日	1月23日【小委員会】	1月24日【部会】	1月22日【部会】	1月31日【部会】	1月21日【部会】	1月28日	2月1日【部会】
	11月22日 1) 他圏域の病床機能実態把握調査 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 2月28日 1) 連携に係る調査結果 2) 定量的な基準に係る検討	1) 非稼働病床 2) 届出による有床診療所の開設 3) その他(今後の進め方等)	1) 他圏域の病床機能実態把握調査 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 3) 第3回調整会議の議題 4) 今後の進め方	1) 病床機能に係る実態把握調査の結果 2) 定量的な基準に係る検討 3) 第2回調整会議への報告内容 4) 今後の進め方	1) 病床機能に係る実態把握調査の結果 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 3) 第2回調整会議への報告内容 4) 今後の進め方	1) 脳卒中連携ネットワーク 2) 病床機能実態把握調査結果 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 3) 第2回調整会議への報告内容 4) 今後の進め方	1) 他圏域の病床機能実態把握調査 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 3) 第2回調整会議への報告内容 4) 今後の進め方	1) 病床機能に係る実態把握調査の結果 2) 定量的な基準に係る検討 3) 今後の進め方	1) 他圏域の病床機能実態把握調査 2) 定量的な基準に係る先行事例の検討 3) 第3回調整会議の議題 4) 今後の進め方
第4回	3月20日	3月13日	3月15日	3月14日	3月11日	3月7日	3月19日	3月11日	3月6日
	1) 個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査結果 2) 病床機能の見える化の取組 ①定量的な基準の先行事例の検討、②実態調査の結果の概要、③今後の方向性 3) 部会における取組報告 4) 今後の進め方 報告) 全県単位の地域医療構想調整会議の設置 等								
備考	○千葉市医師会医療連携特別委員会※ ①11月22日 ②2月28日	○地域医療構想病院長意見交換会 ①7月24日 ②2月5日	○5医師会意見交換会 ①7月2日		○病床機能実態把握調査説明会(山武) 10月3日(夷隅) 10月12日			○市原市医療機関相互の協議会 ①10月16日 ②1月16日	○安房地域医療構想意見交換会 ①10月1日

平成30年度地域医療構想調整会議での御意見の例

分野等	御意見
地域の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・当病院は、高度急性期、急性期の機能を果たしているが、脳卒中患者の転院先が課題である。連携がスムーズではないため、在院日数が30日を超過する患者が130名以上いるが、その大半が脳卒中で急性期を過ぎた患者である。また、患者の2/3が、市外の居住者であるため、広域で連携できると良い。 ・リハビリテーションについては、専門医のいない病院も多く、病院間で格差が大きいので、医療の質・量を把握していく必要がある。 ・医師、看護師、介護福祉士等が非常に少なく、病院を新設しても、人材を確保できるかという課題がある。
病床機能の実態把握	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期だけでなく、急性期病院でも全国的に空床が目立ってきている。病床の数だけではなく、利用率と併せて見ると、違ったものが見えるのではないか。医療資源投入量のデータがあると、医療機能の客観的な評価にもなり、議論がしやすい。 ・病床機能報告は病棟単位での報告であるが、郡部では、50床規模の病院が、急性期から退院まで全てを担うケアミックス病院が多く、病床単位で機能を見ていく必要がある。 ・診療報酬に基づく結果だけで、病床の転換を求めていくことは、ある意味では不必要な高度な医療の提供や不適切な全身麻酔の症例の増加等の各種手技の増加、DPCにおけるアップコーディングの増加等につながりかねないことも踏まえ、効率を重視するだけでなく、安心して質の高いサービスを提供しながら高齢化社会の中で住民がどのように生き、どのような死を迎えたいのかという視点も考慮に入れ、必要病床を議論する必要がある。
病床機能の定量的な基準	<ul style="list-style-type: none"> ・埼玉方式は実態を比較的良好に表しているが、判定項目が不足しており、このままの適用は好ましくない（外科的処置が多く、内科系がほとんどない）。 ・病床機能報告の対象となる6月は手術件数が少なく、十分な評価ができない。 ・埼玉方式は、埼玉県の状態を前提とした基準だと思われるので、千葉県とは状況が違う。 ・定量的な基準は、その基準を満たすような行動を促すおそれがあるので、慎重に検討した方がよい。 ・病院はそれぞれ強み弱みなど特徴があり、一面的な基準の導入では十分に評価できないのではないかと。

今後の地域医療構想調整会議の新たな展開について

1 全県単位の地域医療構想調整会議の設置等について

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について(平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)」において、各圏域における地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)での議論の活性化のため、全県単位の調整会議の設置や研修会の実施が求められている。

そのため、地域医療構想の策定の検討を行った「地域保健医療部会」を全県単位の調整会議として活用し、各圏域における調整会議の進捗報告等を行うとともに、県医師会等の関係者と協議して、研修会を開催する。

2 調整会議における協議事項等について

(1) 国から求められている事項について

- ・病床機能の定量化
- ・個別医療機関ごとの具体的対応方針
- ・医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却制度 等

(2) 地域医療における課題等について

- ・具体的な疾病等に応じた連携に係る課題や退院先となる在宅医療や介護施設との連携に目を向けて、実態や課題の把握に努める。

3 その他

地域医療構想に基づく医療機関の役割分担と連携を推進するため、千葉大学医学部附属病院に「千葉県地域医療構想寄附研究部門」を設置予定であり、「次世代医療構想センター」の名称で8月1日に開設することとなっている。当センターでは、診療科別・地域別の現状分析と将来予測を行うとともに、若手医師の育成・確保の観点も含め、千葉大学が地域の関係者に声を掛け、政策医療分野の研究会を立ち上げることが検討されている。また、研究成果については、調整会議に報告し、議論の活性化を図る。

